

# ディーズ・マネジメント・レポーター

## Disease Management Reporter in Japan

2004年8月 No.2

喘息は、ピークフローメーターを使用して症状を把握し、吸入ステロイドを中心とした適切な治療を継続することによって、多くの場合において症状をコントロールし、発作による緊急外来の利用や入院などを防ぐことができる疾病である。また、患者は喘息の症状による苦痛を日常的に経験しているため、自覚症状の少ない慢性疾患の患者と比べると、医師や看護師が十分な教育・指導を行うことによって、主体的に自己管理に取り組むよう促しやすいという特徴がある。

このような理由から、米国において、喘息は患者の自己管理を促すことによってQOLの向上や医療費削減等の効果を比較的短期間で見込みやすい疾病と考えられており、ディーズ・マネジメントの主要な対象疾病のひとつとなっている。

日本においても、同様の理由により喘息のディーズ・マネジメントに取り組み、効果を上げている事例がある。本号では、健康保険組合の被保険者を対象として実施された取組みと、医療機関の外来患者を対象として実施された取組みの2つを紹介する。

### 株式会社ディー・エム・システムズの取組み

株式会社ディー・エム・システムズ(以下「DMS社」とする)は、2003年2月1日から2003年7月31日にかけて、東日本、西日本の2つの健康保険組合の協力により、被保険者本人および家族を対象として、慢性気管支喘息患者に対する実験的な管理プログラム(以下「管理プログラム」とする)を実施した。この管理プログラムは、保険者の保健事業として行われたものであり、患者の日常管理の支援を行うことで、患者のQOLの改善と受診行動の適正化、および医療費の適正化と効率的運用に資することを目的とした。

DMS社は、管理プログラムの概要と結果を、2003年11月、報告書「有病者の健康管理—慢性気管支喘息患者に対する保健事業の試みとその評価」において公表し、患者のピークフロー値の改善や医療費の適正化等の効果を挙げたと報告している。以下、同報告書の内容をベースに、DMS社への取材を通じて得られた情報を加味して、同社の取組みを紹介する。

### 慢性気管支喘息患者を対象とする管理プログラム

#### 1.対象患者とその抽出方法

東日本の健康保険組合(以下「A健保組合」とする)の被保険者28,000人と西日本の健康保険組合(以下「B健保組合」とする)の被保険者12,000人の中から、管理プログラムの参加者を募集

した。募集の方法は、A健保組合では全被保険者への一般告知、B健保組合ではレセプトを用いて抽出した患者への案内状送付を通じて行った。両組合における募集方法に相違が見られるのは、保健事業対象者選定時の「機会の公平性」に関する健保組合側の考え方の相違によるものであったとのことである。

この中から、管理プログラムへの参加を申し出た慢性気管支喘息患者は56名(A健保組合から7名、B健保組合から49名)であったが、開始直後に4名が参加の辞退を申し出たため、残る52名により管理プログラムが開始された。参加を申し出た患者に条件を設定してさらに参加者を絞り込むことは行わなかった。

管理プログラムに参加した患者の背景は以下のとおりであった。

表1 管理プログラムにおける患者背景

|   |
|---|
| 平均年齢26.9歳(標準偏差20.7歳)                          |
| 小児(18歳以下)28名、成人24名                            |
| 男31名、女21名                                     |
| 被保険者本人18名、家族34名                               |
| 喘息の治療を受けたと考えられる医療機関の受診回数(月平均)0.96回(標準偏差0.86回) |

(出典)ぜんそく健康支援プログラム事務局「有病者の健康管理—慢性気管支喘息患者に対する保健事業の試みとその評価」(2003)をもとに編集部が作成。

#### 目次

株式会社ディー・エム・システムズの取組み …………… 1

帝人ファーマ株式会社の取組み …………… 4



## 2.健康管理の方法

管理プログラムは、主にピークフロー日誌を用いて患者がゾーン管理を身につけることで自分自身の喘息重症度や増悪因子を評価できるようになることを目的として構成された。患者の管理プロセスの全般管理は、大学病院講師である成人および小児の呼吸器・アレルギー専門の医師2名に依頼して行ったが、この専門医によれば、「喘息日誌をつけ始めることにより、喘息治療のほぼ半分は完了している」とのことである。

また、患者が後述のピークフロー日誌を提出したり、問い合わせを行ったりする窓口として、「ぜんそく健康支援プログラム事務局」(以下「事務局」とする)を設置し、DMS社が本窓口業務を行った。以下、健康管理の具体的な方法について説明する(図1参照)。

## 3.使用されたツール類

### ①ピークフローメーター、ピークフロー日誌

患者は原則として毎日ピークフロー値を測定し日誌に記録し、毎週1回日誌をFAXにて事務局に提出することとされた。

### ②ピークフローグラフ

患者から提出されたピークフロー値や発作の有無等を事務局にてデータ化し、専門医の指導の下で管理ゾーンを設定したピークフローグラフが作成され、通常は2ヶ月に1回、必要指摘事項がある際には直ちに、患者に送付された。

### ③教育パンフレット

喘息に関する患者の知識を整理・啓発するための教育パンフレットが毎月1回発行された。

### ④重点指導文

患者ごとに、ピークフローグラフを観察した専門医のアドバイスおよび教育パンフレットの内容に沿った注意事項が毎月1回送付された。

### ⑤アンケート調査

管理プログラム参加者に対し、開始時・中間・終了時アンケートを実施し、患者の知識・症状の変化、管理プログラムに対する満足度の確認等を行った。

## 4.患者とのコミュニケーション

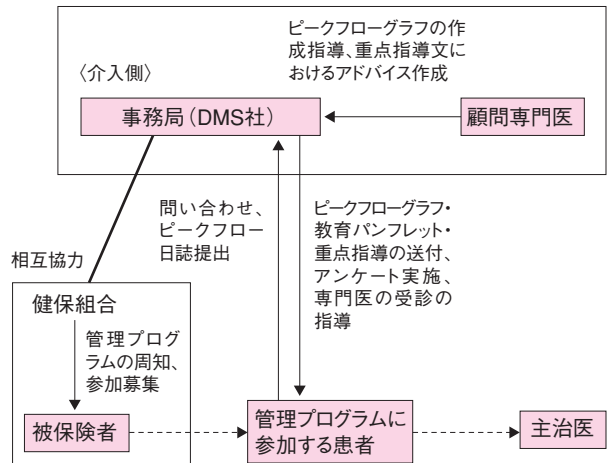
患者へのフィードバックは通常郵送で行われたが、重要伝達事項がある場合には、FAXによる連絡が行われた。証拠(コミュニケーションのログ)が紙ベースで残るように配慮され、証拠が残らない電話はコミュニケーション上補助的な位置づけとされた。

## 5.受診指導・専門医の紹介

管理プログラムでは、測定されたピークフロー値に応じて3つの管理ゾーン(青:安全、黄:要注意、赤:要警戒)を設定し、患者にピークフローグラフを材料にした主治医とのコミュニケーションの円滑化と自立的な日常管理を促した。ゾーン管理では、黄色のゾーンに達した患者には速やかな受診、もしくは主治医に指示された薬剤の服用・使用等の指導を行い、患者の依頼がある場合には喘息の専門医を紹介した。患者を紹介する専門医については、ピークフロー管理を行っていることが確認された者であることが絶対

条件であるが、そのような専門医は少ないのが現状である、とDMS社は見ている。

図1 管理プログラムの仕組み



(出典)ぜんそく健康支援プログラム事務局「有病者の健康管理ー慢性気管支喘息患者に対する保健事業の試みとその評価」(2003)、およびDMS社への取材をもとに編集部が作成。

## プログラムの効果

### 1.ピークフロー値の改善

参加者52名中12名について、ピークフロー値管理を開始した時点から管理を継続した期間の経過により状態の推移を観察した結果、開始後3ヶ月程度まで徐々に増加し、その後は高値を維持する結果となった。開始1ヶ月間の上昇はピークフローメーターの使い方に慣れることによる影響が考えられるが、それ以降継続して上昇していることから、本管理プログラムに参加しピークフロー値管理に継続的に取り組んだ患者について、自己管理意識の高まりからコントロールが良好となりピークフロー値の改善が見られた、とDMS社は見ている。

### 2.ピークフロー日誌の継続

12週時点と24週時点で、ピークフロー日誌の継続率は表2のとおりであった。この結果から、成人に比べて小児の管理プログラムへの取組みが困難であるという点をDMS社は指摘している。

表2 小児と成人のピークフロー日誌継続率

|    | 12週間継続率 | 24週間継続率 |
|----|---------|---------|
| 小児 | 63.6%   | 27.3%   |
| 成人 | 75.0%   | 56.3%   |

(出典)ぜんそく健康支援プログラム事務局「有病者の健康管理ー慢性気管支喘息患者に対する保健事業の試みとその評価」(2003)をもとに編集部が作成。

### 3.医療費の改善

管理プログラム実施に伴う医療費の変化の測定に際しては、レセプト上で特定疾患療養指導料もしくは喘息治療管理料といった

指導が行われていることが確認できる者、「気管支喘息」を適応とする薬が14日以上長期投与されている者、処置においてネブライザー等が行われている者を対象標本とし、喘息に明らかに無関係な医療費を除外したうえ、医科レセプトと調剤レセプトの請求点を合算し対象医療費とした。また、管理プログラム参加者のうちピークフローモニタリングに習熟した患者（4週以上日誌を提出）24例を管理群、管理プログラム参加者を過去のレセプトから絞る過程で喘息患者と推定した者のうち無作為抽出した62例を対照群とした。

以上の前提で、管理群と対照群で、2月と3-6月の平均医療費を比較した結果、2月の医療費を100としたときの3-6月の平均医療費は、管理群で67に減少したのに対し、対照群で115に増加したが、有意水準5%では、管理群、対照群ともに2月と3-6月の両期間における医療費について統計的な有意差はなかった。DMS社は、今後標本数、観察期間を増やして管理群と対照群の比較を行い、医療費の変化について引き続き観察したいとの意向を示している。

DMS社では、管理プログラムで軽症のうちに早めの受診を呼びかけており、それが受診回数の減少、ひいては医療費の適正化につながった、と推察している。

#### 4.患者満足度等

患者満足度に関する中間アンケート（52名中19名から回答あり）の結果によると、94%が「とても役に立っている」あるいは「まあまあ役に立っている」と回答した。

さらにDMS社は、84%が管理プログラムへの参加により「体調が分かるようになった」と回答したこと、さらに（管理プログラムでは「治療」は行っておらず、患者に自己管理を覚えてもらうのが目的であって、調子を良くすることが目的ではなかったにもかかわらず）26%が管理プログラムへの参加により「調子が良くなった」と回答したことが注目すべき点であるとしている。

### 管理プログラムの実施を通じて明らかにされた課題

#### 1.患者の継続率向上の問題

DMS社は、管理プログラムへの参加を表明しながら継続できない患者が半数程度いたことを課題として指摘した。ピークフロー値の測定を中断してしまうケースとしては、症状が落ち着いたから測定しなくなるケースが多く、逆に当初は症状が悪くて測定できなかったが、状態が改善したことにより途中で測定を開始するケースも散見された。

DMS社では、継続率向上のために、患者の負担感を解消し、中断してもいつでも再開できるような、気軽に取り組める仕組みづくりが必要である、と考えている。

#### 2.小児患者の管理

管理プログラムにおいて、小児参加者の家族から「子供が言うことを聞かずピークフロー値の測定が開始できない」との声が多く

寄せられたことから、DMS社は小児に焦点を絞った新しい管理プログラムの開発が1つの課題であると見ている。その一環として、DMS社では、小児向けの対策を考案、モニターテストを実施しこれを本年7月から導入する予定である。

#### 3.その他

この他DMS社は、管理プログラムの試みを踏まえた今後の課題として、以下の点を指摘している。

- 管理プログラムの管理技法の向上とプロセス管理の精緻化
- 管理プログラムへの参加登録率の向上
- コントロールの良否による患者のグループ化と参加の働きかけ方の工夫

### 今後の事業展開の方向性

上述の実験は、所定の6ヶ月間、所定のツールを用いて、DMS社がコストを全額負担して進められた。

現在の事業においては、DMS社は期間と内容が固定されたプログラムを健保組合に提供し、健保組合から患者一人当たり月額ベース（数千円程度）で料金を収受している。DMS社は、「現時点ではまだ（参加者が少なく）利益を得られる状態になっていない。まずはプログラムがスムーズに動くかどうか、その次の課題が広く普及するかどうか」と見ている。

DMS社は今後、健保組合のニーズに応じて、柔軟な形で管理プログラムを提供する方向である。具体的な例としては、開始後3ヶ月間をコア期間として集中的に管理を行い、以後の参加は患者の自由とする方式を検討しているとのことである。これは、最初の3ヶ月で自己管理が定着すれば、その後の管理は概ね容易になるとの考えによる。但し、6ヶ月の管理を終了すると、自己管理がおろそかになる傾向もあり、管理プログラム終了後も自己管理定着のための定期的なフォローアップが重要と考えている。

コスト体系も1人あたり月額ベースで設定するだけでなく、実際に患者が取り組んだ内容に応じて料金を決定する方式も検討されている。健保組合によっては、コストを健保組合が全額負担するのではなく、参加する患者に一部負担させる方式も取り入れるとのことである。

管理プログラムの対象疾患については、「早く結果が得られる」という理由で喘息から着手したが、今後は喘息に加えて、糖尿病や高血圧でも管理プログラムを展開すべく準備を進めており、ガイドラインを踏まえつつ、喘息とは異なるアプローチをとるとのことである。

またDMS社は、事業化における1つの大きな課題として、「治療」を行わない管理プログラムを運営する同社が、医療機関との距離をいかにしてとるかという点、また患者の継続率向上のためにいかにインセンティブを与えるかという点を挙げている。

## 帝人ファーマ株式会社の取組み

帝人ファーマ株式会社(以下「帝人ファーマ社」とする)では、喘息患者の在宅における日常の肺機能を正確に把握し、これに基づく看護師による電話を活用した継続的な患者への個別指導を行うことにより、治療の最適化と患者の自己管理実践を支援し、発作を回避することを目的とする遠隔医療システム「喘息テレメディスンシステム」を考案した。

同社は、1996年からその有用性を検討する臨床試験を実施してきており、入院や時間外緊急外来利用の減少、喘息死誘因の改善等の効果を挙げていると報告している。また、入院や時間外緊急外来の利用を回避することにより、喘息治療にかかる医療費の低減にもつながると考察している。

以下、臨床試験結果に関する3つの論文(注1)と、帝人ファーマ社への取材を通じて得られた情報をもとに、同社の取組みを紹介する。

### 喘息テレメディスンシステム

喘息テレメディスンシステムは、入院等の重篤な発作をおこすリスクが高いと考えられる患者を対象とし、日常の肺機能をモニタリングするためのデータ記録・送信機能を持つ電子式ピークフローメーター(PFM:peak flow meter)、患者データベース、患者への個別指導を実施する看護師(以下、テレメディスンナース)から構成される。テレメディスンナースは医師による患者教育に関する指示に基づき、患者データベースを常に参照しながら電話指導を行う。

#### 1.エアウォッチ

使用される電子式PFM「エアウォッチ」は、ピークフロー値(PEF:peak expiratory flow rate)と1秒量(FEV<sub>1.0</sub>:forced expiratory volume in one second)の測定が可能であり、最大500件までのデータ記録機能と内臓モデムによる一般電話回線を利用したデータ送信機能を持つ。また、患者のPEF自己最高値を登録することにより、測定したPEFを、後述するゾーンコントロールに適した緑、黄、赤の3つのゾーンに色分けしてグラフ表示する機能を有する。

#### 2.患者データベース

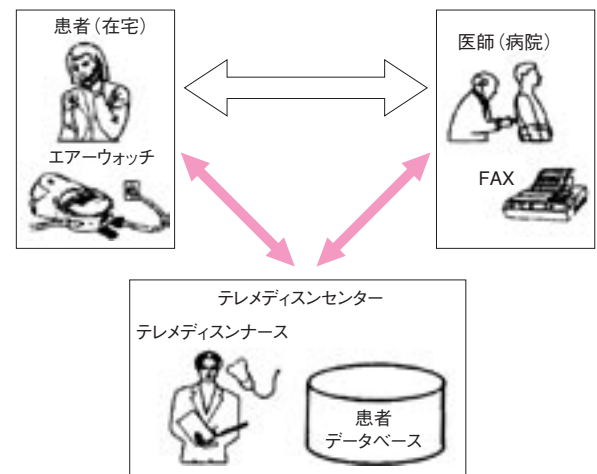
エアウォッチから送信されたデータは患者データベースに蓄積・解析される。患者がデータ送信を行うと、自動的にデータが登録され、1ヶ月間のPEF、FEV<sub>1.0</sub>、PEFの日内変動率の推移等をグラフ化したレポートとして医師の手元へFAXで定期的に出力する。また、医師は電話を用いた自動応答機能により、患者データベースから随時担当患者のデータを取り出すことができる。

#### 3.テレメディスンナース

テレメディスンナースはガイドラインを中心とした喘息に関する専門的知識を習得し、喘息患者を指導するための訓練を受けてい

る。テレメディスンセンターにおいて24時間体制で患者からの電話に対応し、患者データベースに登録された患者データを参照しながら、電話により患者への個別指導を行う。

図2 喘息テレメディスンシステム



(出典) 足立満他「喘息テレメディスンシステムによる喘息死誘因の改善効果」(アレルギーの臨床22(1),2002)

### 喘息テレメディスンシステムの運用

喘息テレメディスンシステムを利用した喘息の管理・治療は、喘息管理ゾーン・システムに基づく。このシステムは、PEF自己最高値をもとに、PEF測定値によって患者の状態を、緑(安心)、黄色(注意)、赤(危険)の3つのゾーンに分け、各ゾーンに対応して服薬等の自己管理や病院での治療等を行うものである。

システムの運用は、導入時に行うゾーンコントロール計画の作成と患者への導入教育、肺機能のモニタリングに基づく治療・患者指導、治療・患者指導効果の確認とフィードバックからなる。そして、モニタリングと治療・患者指導へのフィードバックを繰り返すことにより、治療の最適化と患者の自己管理実践を支援することを狙っている。

毎日のPEFの測定や服薬等の患者の自己管理について、各患者に応じた適度な(高すぎない)目標を設定し、テレメディスンナースによる自己管理のフォローと結果のフィードバックを丁寧に行うことが本システムを運用する上で重要である。

#### 1.運用開始時

主治医が各患者のPEF自己最高値を決定し、ゾーンコントロール計画書の作成とテレメディスンナースへの患者教育指示を行う。次いで、テレメディスンナースが患者教育指示にもとづいて導入教育を実施し、喘息テレメディスンシステムに関する説明、定量式噴霧吸入装置(MDI:metered dose inhaler)や粉末吸入器の吸入手技、エアウォッチの使用法、薬剤に関する理解の指導、その他主治医の指示に基づく補足指導が行われる。また、各患者の自己管理の実践状況評価を行い、患者評価と主治医からの患者教

育指示およびゾーンコントロール計画書に基づき喘息看護計画を作成する。

## 2.患者の自己管理

患者はエアウォッチを用いてPEF（及びFEV<sub>1.0</sub>）を少なくとも1日2回測定し、そのデータを週1回テレメディスンセンターに送信する。また、エアウォッチに表示された、緑、黄、赤色で区分したPEFのグラフをみて、ゾーンコントロール計画書に基づいた自己管理を行う。患者自身が自己判断に困った時にはテレメディスナーに電話で指導を受けることができる。

## 3.患者指導

テレメディスナーは送信されたデータに基づき、看護計画に沿って主に電話と資料送付による継続的的患者指導を実施し、患者の自己管理の実践を支援する。ここでテレメディスナーによる指導は、データが送信された時もしくはデータ送信予定日に電話指導を実施する。ただし、PEFがイエローゾーンの患者に対しては、グリーンゾーンに回復するまで連日の指導を行う。またMDIや粉末吸入器による吸入手技、エアウォッチの使用方法等に問題があると判断された場合には、随時面談指導を実施する場合もある。また、テレメディスナーは、月1回の主治医への定期的な報告を行う。

## 4.治療の最適化

主治医は外来診療時に、患者から送信されたデータとその解析結果、テレメディスナーからの報告を治療に反映させるために、薬剤処方やゾーンコントロール計画書、PEF自己最高値の修正を行い、治療の最適化を図る。また、テレメディスナーは看護計画の見直しを行う。

## これまでの研究成果

同社では、喘息の治療に関する米国での遠隔医療の実績から、日本においても日常のモニタリングと電話での個別指導によって治療効果を挙げられると考え、1995年に米国のENACT社からエアウォッチを導入した。1996年から16名の患者を対象として研究を開始し、その後も臨床試験を重ねた成果が論文として発表されている。

### 1.研究体制

研究は昭和大学第一内科の足立満主任教授を中心として、臨床試験に参加した病院の医師（各回の臨床試験により異なる）によって行われ、帝人ファーマ株式会社が、エアウォッチシステムの提供（エアウォッチの提供とテレメディスンセンターの運営）を行った。

### 2.研究成果

1996年12月から1997年12月までの約1年間に、6ヶ月間の観察期間で行われた試験では、入院リスクが高いと考えられる緊急外来受診が多い患者を対象とし、喘息テレメディスンシステム

による治療を行う試験群24名と、従来どおりの外来治療を行う対照群26名の計50名による非盲検無作為割付比較対照試験が行われた。対象者は、昭和大学第一内科をはじめとする4つの研究参加病院において過去1年間に複数回の緊急外来受診がある成人喘息患者のうち、COPDの合併や心疾患等、研究の遂行に支障があると考えられる患者を除外し、文書による同意を取得し実施した。

この試験では、緊急外来受診回数、入院回数、ADLの改善状況についての両群の比較評価が行われた。また、試験群のみを対象として、患者による肺機能のモニタリングの実施状況とPEFの推移、PEFの改善要因に関する評価が行われた。その結果、緊急外来受診回数については、試験開始前1年間と開始後1年間相当に換算した比較において、試験群に有意な減少が見られた。また、ADLの改善状況については、10項目からなるADLアンケートによる調査の結果、試験群に有意な改善が見られた。肺機能のモニタリングの実施状況とPEFの推移に関する評価については、モニタリングの実施状況が良好な患者については、PEFに有意な改善が見られた。

続いて1998年8月から1999年8月までの約1年間に、6ヶ月間の観察期間で行われた試験は、研究参加病院を13病院に増やし、試験群37名、対照群38名の計75名による非盲検無作為割付比較対照試験で行われた。対象者は吸入ステロイドによる十分な治療を受けていながらも過去1年以内に3回以上の時間外緊急外来受診歴がある成人喘息患者を対象とし、文書による同意を取得し実施した。

この試験では、先の試験でも評価された緊急外来受診回数、入院回数、PEFの推移に加え、試験群と対象群とのPFMIによる測定の実施率、服薬状況といった、患者のコンプライアンスの状況についても評価された。また、厚労省研究班による「気管支喘息におけるQOLアンケート」を用いたQOLの評価も行われた。

試験の結果、入院回数、緊急外来受診回数について試験群の方が有意に少なく、PEFについて試験群のみに有意な改善が見られた。PFMIによる測定の実施率については、試験群の方が有意に高かった。また、QOLについては、試験群のみに有意な改善が見られた。一方、服薬の状況については有意差は認められなかった。なお、この試験では、入院や緊急外来受診の低減による経済効果についても考察しており、喘息テレメディスンシステムによって、患者一人あたり年間で直接費（医療費）45.9万円、間接費（休業による生産性損失）29.8万円が節約できると報告している。

過去の研究において、喘息テレメディスンシステムが入院や緊急外来受診の回避に効果を上げることが確認されたため、2000年10月から2001年8月までの約1年間に、6ヶ月間の観察期間で行われた試験では、喘息死誘因の改善効果に対する評価が行われた。

この試験では、吸入ステロイド薬による十分な治療を受けていながらも、過去1年以内に喘息発作による入院歴または緊急外来受診歴がある、喘息死リスクの高い患者を対象として文書による同意を取得して実施した。21名の患者全員に対して、従来の治療法にテレメディスンシステムを付加した治療を行い、日本アレ

ルギー学会喘息死小委員会で定義された喘息死誘因8項目<sup>(注2)</sup>について評価を点数化し、試験開始前と終了時における点数の差を比較した。

この結果、8項目の喘息死誘因のうち、「患者の認識不足」、「医師の患者への教育不足」において著明な改善が見られ、「不定期な受診状況、夜間受診」について、夜間緊急外来の受診回数が有意に減少した。

## 今後の課題と展開

### 1.喘息テレメディスンシステムの運営スキームに関する課題

臨床試験においては、患者指導を行うテレメディスンナーズに一定の専門知識と指導スキルが要求され、全ての患者に対してある程度統一的な対応が必要とされることから、帝人ファーマ社側で看護師の訓練を含めてテレメディスンセンターの運営を行ってきた。しかし、将来的には、民間企業として行うことが可能な業務範囲に配慮し、各病院の看護師を患者指導に活用して、同社側では患者データベースの運営のみを行うような事業スキームとすることを検討している。

### 2.診療報酬上の課題

帝人ファーマ社では、これまでの臨床試験結果から、喘息テレメディスンシステムによる喘息の管理・治療の臨床的・経済的効果などの有用性を証明してきた。しかし、医療機関に通う患者を対象と

したビジネスモデルを想定している同社では、今のところ、このような遠隔医療のシステムを活用した患者の管理・治療に対して、診療報酬上の評価がなされていない<sup>(注3)</sup>点が、今後事業化を図る上での課題であると認識している。

現在は、同システムについて一定の効果が確認できたため、臨床試験は一旦終了している。しかし、臨床試験において同システムを利用した喘息患者の中には、サービスの継続を望む声も強い。臨床試験後の患者アンケートでは、同システムを利用する際の自己負担額として月5～6,000円程度であれば許容できるとの回答も多かったとのことであり、同社としては、本システムに対する患者のニーズは大きいと判断している。

現在は、診療報酬上評価されることを目指して、医療現場での普及実績を作るための新たな展開を検討している段階である。

注1: 足立満他「喘息テレメディスンシステムのハイリスクグループに対する有用性の検討」(アレルギー48(7),1999)、足立満他「喘息テレメディスンシステムによる入院の回避」(アレルギー49(1),2000)、足立満他「喘息テレメディスンシステムによる喘息死誘因の改善効果」(アレルギーの臨床22(1),2002)

注2: 「患者の認識不足」、「受診の遅れ」、「医師の患者への教育不足」、「医師の治療の不適」、「不定期な受診状況、夜間受診」、「仕事、勉強の優先」、「患者の性格」、「吸入、服薬を守らない」の8項目

注3: 現在、医療機関がPFM、ピークフロー測定日記等を患者に給付し、計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り、喘息治療管理料が算定される(1月目75点、2月目以降25点)。

「ディーズ・マネジメント・レポーター」は、読者の皆様のご期待に応える誌面づくりをしていきたいと考えています。こんな実践例を知りたい、ユニークなディーズ・マネジメントの取り組みがあるので誌面で紹介してもらいたい、この記事はつまらなかった、など、忌憚のないご意見・ご要望をお聞かせください。

#### ディーズ・マネジメント・レポーター編集委員 (50音順)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授 田中 滋 (編集委員長)  
財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構  
研究部長・主席研究員 坂巻弘之

産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田晋哉  
Gregg L.Mayer&Company, Inc., President グレックL.メイヤー  
広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座 教授 森山美知子

#### ディーズ・マネジメント・レポーター編集部 (担当: 矢倉)

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1  
株式会社損保ジャパン総合研究所内  
(E-mail: dmr@sj-ri.co.jp 電話: 03-3348-6147 FAX: 03-3348-6146)

#### 株式会社 損保ジャパン総合研究所について

株式会社損保ジャパン総合研究所は、損害保険業界初のシンクタンクとして1987年に設立された、損保ジャングループのシンクタンクです。保険、医療、ヘルスケア、社会保障、金融などの諸分野で、調査・研究業務と情報発信を行っております。

ホームページでは、機関誌「損保ジャパン総研クォーター」に公表したレポートを、PDFにて全文閲覧できます。

URL <http://www.sj-ri.co.jp/quarterly/index.html>  
(ヘルスケア関係のレポート)

- 「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2001年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり—」(2003年6月30日発行 Vol.42)
- 「欧州3ヶ国の医療・介護分野における民間保険市場の最新動向—2000-2001年を中心とする民間保険市場と公的制度との関係—」(2003年6月30日発行 Vol.42)
- 「米国ヘルスケアにおける新たな潮流—米国におけるDisease Managementの発生と展開—」(2002年10月31日発行 Vol.41)
- 「欧米におけるeHealthビジネスの進展」(2002年5月31日発行 Vol.40)
- 「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」(2001年7月20日発行 Vol.37)

#### ◎株式会社損保ジャパン総合研究所

転載、引用の際は、出典として以下の通り明記してください。

「損保ジャパン総合研究所「ディーズ・マネジメント・レポーター No.2」(2004年8月)」

なお、転載の際は、事前に編集部までご連絡ください。