

# わが国の慢性疾患管理事業の現況と改善方向

윤석준 (ユンソクジュン) 教授 高麗大学校医科大学予防医学教室



## 1. 前書き

最近日本では国家中心の事前予防的健康管理プログラムを電撃的に取り入れて運営中である。特定検診・特定保健指導事業と命名されたこの事業は 2008年 4月から心脳血管疾患の前段階と言える代謝症候群管理のために政府及び保険者が乗り出して 40歳以上から 74歳までの日本国民を対象に施行している。特定検診で代謝症候群に分類された国民に 6ヶ月間生活習慣校正のための保健指導費で健康管理サービス会社などに 1人当たり約 5万円を支払って管理する方式である。日本がこのような事業を推進するようになった背景は平均寿命が世界で一番高い状態にもかかわらず人口の急激な高齢化が常に進行しており疾病の構造が変化して、がん、循環器疾患(心臓病、脳卒中)、糖尿病などのいわゆる生活習慣病の増加が深刻な社会問題となっているからである。(李廷秀、2008)。

最近 UNは 2011年 9月高位級正常会議を通じて全世界慢性疾患(Non Communicable Disease)の予防と管理問題に対処するための国家力量強化及び国際協力増進方案に対して論議した。このように慢性疾患の問題はすでに隣国日本を越えて全世界的な主要政策議題になるほど深刻な状況になっている。

最近施行された疾病負担研究によれば、我が国も大部分の疾病負担が慢性疾患から始まっていることになっている。(呉隣煥など、2011)。とくに直接医療費である診療費側面に局限しても高血圧、糖尿病などに代表される慢性疾患による診療費が最近 10年間で 5倍以上に急増している。

このような現実是我が国のように一次医療においてgatekeeper systemもなく、近付きやすい適切な事前予防中心の教育システムもよく揃っていない状況を考慮すれば、深刻な水準で、そのためには国家次元の管理対策が必須の実情である。

このような背景の下に見た論文では我が国の慢性疾患管理事業の現況をよく見てその限界及び改善方向を提示する。

## 2. 慢性疾患管理事業の現況

### 가. 国家単位慢性疾患管理総合計画

#### 1) 新しい国民健康増進総合計画(New Health Plan 2020、保健福祉部、2011)

国家単位慢性疾患管理現況をよく見れば、「全国民が一緒に作って享受する健康世相」というビジョンの下に健康増進総合計画が進行中である。この健康増進事業は健康寿命の延長と健康公平性向上のために各事業分野別に達成目標を設定して 2020年まで推進する計画であり、詳細内容は下のようだ<図 1>。

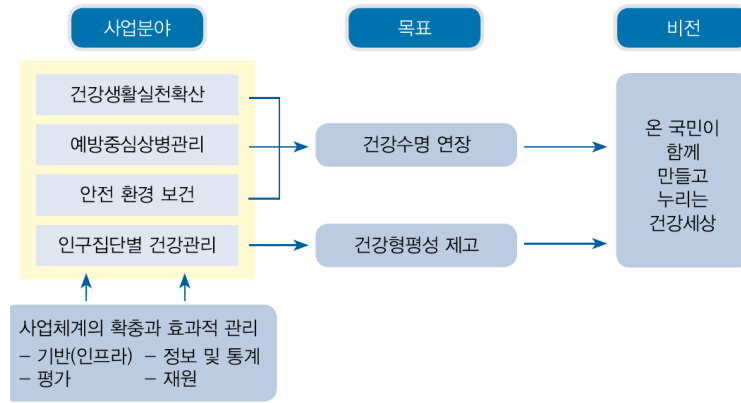


그림 1. 새국민건강증진종합계획 2020 기본 틀

図1. 新国民健康増進総合計画2020基本形

事業分野	目標	ビジョン
健康生活実践拡散	健康寿命延長	全国民が 共に創り 享受する 健康世代
予防中心傷病管理		
安心環境保健		
人口集団別健康管理	健康公平性向上	
事業体系の拡充と効果的管理 ・基盤 (インフラ) ・情報及び統計 ・評価 ・財源		

予防中心の傷病管理分野では現在、有病率が高いか、早期死亡の原因ながら予防管理を通じて有病率と死亡率を低めることができる疾患を対象にしている。

重点課題として各悪性新生物、脳血管疾患、心臓疾患が含まれて高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満など先行疾患に対する自家管理能力及び長続き治療向上を目標で詳細目標を樹立して推進している<表 1>.

표 1. 국민건강증진종합계획(HP 2020) 예방중심의 상병관리 분야 중점과제

분야	중점과제
예방중심의 상병관리	만성퇴행성질환과 발병위험요인 관리
	감염질환관리
	1. 건강검진
	2. 암
	3. 관절염
	4. 심혈관질환
	5. 고혈압
	6. 뇌혈관질환
	7. 당뇨병
	8. 고지혈증
	9. 비만
	10. 정신보건
	11. 구강보건

출처 : 보건복지부, 2011

分野	重点課題
予防中心の傷病管理	1. 健康検診 2. がん 3. 関節炎 4. 心血管疾患 5. 高血圧 6. 脳血管疾患 7. 糖尿病 8. 高脂血症 9. 肥満 10. 精神保健 11. 口腔保健
	感染疾患管理

表1. 国民健康増進総合計画(HP 2020) 予防中心の傷病管理分野重点課題

## 2) 心脳血管疾患総合対策（保健福祉部2010）

前にも説明したこのHP2020に含まれているが、保健福祉部疾病政策課を中心に悩んできた心脳血管疾患総合対策の分野について、より具体的な、独自の計画を策定している。

詳しい内容は〈図 2〉のようである。この政策は特に、分散した心脳血管疾患監視体系を統合運営することで過去全国的な発生規模を代表するに値する疾病統計資料の不在と係わる問題を解決しようとした。統合対象監視体系と係わる内容は以下である。

- ・心停止の発生頻度などの疫学データ分析（消防防災庁）
- ・心脳血管疾患発生傾向分析（急病患者診療情報網）
- ・病院（ER）訪問心脳血管疾患標本詳細調査
- ・退院心脳血管疾患患者医務記録調査（
- ・発生率、死亡率など疫学的指標から優先的に算出
- ・医療サービス質管理指標は収容可能なものから段階的に推進

また登録資料の質管理強化のために第一、質管理のための技術諮問委員会を構成による運営の活性化、第二、良質のデータ生産及び管理のためのガイドラインの開発・普及、第三、分期別登録資料に対する監査及び調査監視に対する評価の実施を行っている。

목표	심근경색, 뇌졸중 발생, 사망 및 장애 감소	고혈압, 당뇨병 지속치료율 등 관리수준 향상	
전략방향	<b>연속적, 통합적인 심뇌혈관질환 예방관리 체계 구축</b> ・ 1차-2차-3차 예방의 단계에 따른 연속적인 관리체계 구축 ・ 공통 위험요인 및 선행질환에 대한 통합적 관리방안 도입 ・ 민간 협력을 통한 서비스 제공의 양적, 질적 확대		
중점추진과제	1차 예방	2차 예방	3차 예방
	건강증진 종합대책 지속 추진 -금연, 절주, 운동, 영양  홍보종합대책 추진 -예방관리수칙 보급  건강예보제 도입  지역사회 중심 보건교육 활성화 -상설교육장 운영 등	고혈압, 당뇨병 등록관리사업 실시 -치료일정안내 (SMS)  65세 이상 노인 등 진료비 경감 -월 4,000원 정액지원  건강검진 강화 -생애전환기 맞춤형 건강진단 -합병증 검사 바꾸치	응급의료 인프라 강화  심뇌혈관질환 센터 운영 -중앙, 권역, 지역  취약계층 가정간호사업 -가정간호 전문병원 지정·운영
	<b>인프라 구축</b> ・ 만성질환 관리법 제정 및 심뇌혈관질환 종합대책 법정 계획화 ・ 심뇌혈관질환 감시체계 강화 - 국민건강영양조사 확대, Registry 구축 ・ 사업추진 및 지원체계 강화 - 전담조직 신설, 심뇌혈관질환 관리위원회 운영 ・ 치료 신기술 등 연구개발 분야 투자 확대		

그림 2. 심뇌혈관질환 예방관리정책

図 2. 心脳血管疾患予防管理政策

目標	心筋梗塞、脳卒中発生、死亡及び障害減少	高血圧、糖尿病、持続治療率等管理水準向上
戦略方向	連続的、統合的に心脳血管疾患予防管理体系構築 ・ 1次―2次―3次予防の段階に従って連続的な管理体系構築 ・ 共通危険要因及び先行疾患に対する統合的管理方案導入 ・ 民間協力を通じてサービス提供の量的、質的拡大	
重点推進課題	1次予防 ・ 健康増進総合対策持続推進 禁煙、節酒、運動、栄養 ・ 広報総合対策推進 予防管理守則普及 ・ 健康予防制導入 ・ 地域社会中心保健教育活性化 常設教育場運用など	2次予防 ・ 高血圧、糖尿病登録管理事業 実施治療日程案内（SMS） ・ 65歳以上老人等診療費軽減 月4000ウォン定額支援 ・ 健康検診強化 生涯転換期カスタマイズ健康診 断 合併症検査証明書
	3次予防 救急医療 インフラ強化 心脳血管疾患センター運営 ・ 中央、圏域、地域 脆弱階層ホームケア事業 ・ 家庭看護専門病院指定運営	
	インフラ構築 ・ 慢性疾患管理法制定及び心脳血管疾患総合対策法定計画化 ・ 心脳血管疾患監視体系強化―国民健康栄養調査拡大、Registry構築 ・ 事業及び支援体系強化―診断組織新設、心脳血管疾患管理委員会運営 ・ 治療新技術等研究開発分野投資拡大	

これに対する政策開発支援機能を強化するために疾病管理本部慢性病調査科に専任部署を設置して諮問委員会を運営し、監視体系統計を活用した予防管理守則開発及び普及のための努力をしている。

#### 4. 国家単位慢性疾患管理プログラム

##### 1) 保健所中心プログラム(保健福祉部、2010)

###### (1) 事前予防型健康管理サービス事業

保健福祉部は健康注意群を重点対象にして保健所を通じる予防中心の保健事業を計画している。健康注意群とは肥満度、血圧、血糖、コレステロールなどの数値が危険範囲において今後の慢性疾患に進行する可能性が高い人をいう。健康管理サービスの主要内容をよく見れば、第一に、定期的健康状態点検及び生活習慣改善などのための相談教育、第二に、栄養及び運動プログラム設計及び指導、第三に、u-Health 機器、電話、電子メール、文字メッセージなどを活用した健康状態モニタリングなどがある。

###### (2) 市・郡・区(保健所) 慢性疾患管理事業

保健福祉部はまた地域社会住民を対象に心脳血管疾患(脳卒中、心筋梗塞など)と糖尿病による死亡、重度合併症の発生、有病率など疾病負担を減少させて国民健康寿命延長を図る保健所単位の心脳血管疾患予防管理事業を実施している。事業対象疾患は心脳血管疾患高危険要因である高血圧、糖尿病、異常脂質血症などと心脳血管疾患である脳卒中、心筋梗塞症などである。対象者に地域社会予防教育及び広報、患者早期発見事業を実施して、高血圧、糖尿病、異常脂質血症患者登録管理事業を通じてオーダーメイド型訪問健康管理事業、地域特化健康行動改善事業(栄養、禁煙など)など他の事業と連携したサービスを提供している。

###### (3) オーダーメイド型訪問健康管理事業(保健福祉部、2011)

脆弱階層の者が健康管理能力及び生の質向上を通じて健康公平性を確保するためにオーダーメイド

型訪問健康管理事業を進行している。脆弱階層の健康管理及び脆弱階層慢性疾患者と保護者の健康管理のために保健福祉部、市・道地方自治体及び保健所の間連携体系が構築され、これを通じて訪問健康管理専担チームが構成されてサービスが提供されている。

## 2) 病院中心プログラム:圏域心脳血管センター運営(保健福祉部、2010)

心脳血管疾患登録監視情報システムを構築しようとして主に道単位で地方大学病院を圏域心脳血管疾患センターと指定して運営している。該当の機関は心脳血管疾患適正診療体系構築(24時間診療体系、リハビリなど)、地域社会保健医療である教育及び訓練(病院、応急構造要員、保健所など)、地域社会住民及び患者対象広報・教育、心脳血管疾患登録監視体系参加、臨床診療指針開発及び研究などの役目を担当している。

## 4. 広域自治団体単位慢性疾患プログラム

### 1) 高血圧 糖尿病登録管理事業(保健福祉部、2010)

大邱広域市は地域社会基盤の包括的な予防サービス提供を通じて心・脳血管疾患の先行疾患長続き治療率を進めて、余病発生及びこれによる死亡と障害、医療費負担を減少させようと心脳血管疾患高危険群登録管理試験事業を推進した(イ・キョンスなど、2006)。

事業の内容は地域社会を基盤として1次予防的次元の包括的健康キャンペーンを施行して(マスコミを利用した広報活動及び住民連携活動サポートなど)政府と民間医療機関、住民等の民間協力を通じて高血圧・糖尿病患者を登録管理するものである。

このために65歳以上の脆弱階層に1人当り月4千ウォンの治療費減免恩恵と登録患者自家管理サポートオーダーメイド式教育・相談サービスを提供してコールセンターを設置・運営して治療日程や漏れ落ちた日程を案内、登録管理支援システムを開発及び配布した。

このプログラムは地域社会健康教育支援施設と装備拡充及び人力開発などの業務遂行を通じて地域社会力量を強化させたことに意義がある。

この事業はこの間に大邱広域市と光明市などから進行して来たが、大邱広域市は診療費支援事業が登録誘導率を高めるという結果のみを確認した後、費用負担のため診療費支援事業を早期終了した(試験事業期間:2007.9-2010.8)。京畿道光明市は2009年7月から本事業に参加しており、医療機関の73%(73か所)、薬局の100%(106か所)が参加している。また病医院を利用する65歳以上の患者の72%が登録するなど高い登録率を見せている。

### 2) 仁川広域市慢性疾患健康ポイント事業(イムズンなど、2009)

本事業は定期的治療、教育、合併症検査などを通じて慢性疾患をよく管理した患者にポイントを積立してこれを合併症検査、必須予防接種などに使うようにすることで持続的治療と管理を誘導する一方、窮極的に合併症発病を減らして医療費と社会経済的疾患負担を減少させることにその目的がある。このプログラムはすべての年齢層患者を対象に1人当り年間最大2万ウォンのインセンティブを還付する間接インセンティブシステムである。本事業の実施は地域社会全体を包括して協力を導き出した組織及び人力の再配置を通じて効率性を極大化し、保健所、国民健康保険公団など公共部門と連携して力量を強化したとの評価を得ている。

### 3) ソウル市代謝症候群管理事業

ソウル特別市は最近保健所を中心に代謝症候群管理事業を展開している。30歳以上のソウル市民3人のうち約1人が代謝症候群（メタボリックシンドローム）の状況（国民健康栄養調査、2007）から、メタボリックシンドロームと呼ばれる臨床的に認められた効果的なリスク群の段階の管理を介して治療から予防へと医療政策の根本的なパラダイムシフトを、本事業を通じて実行しようと努力している。

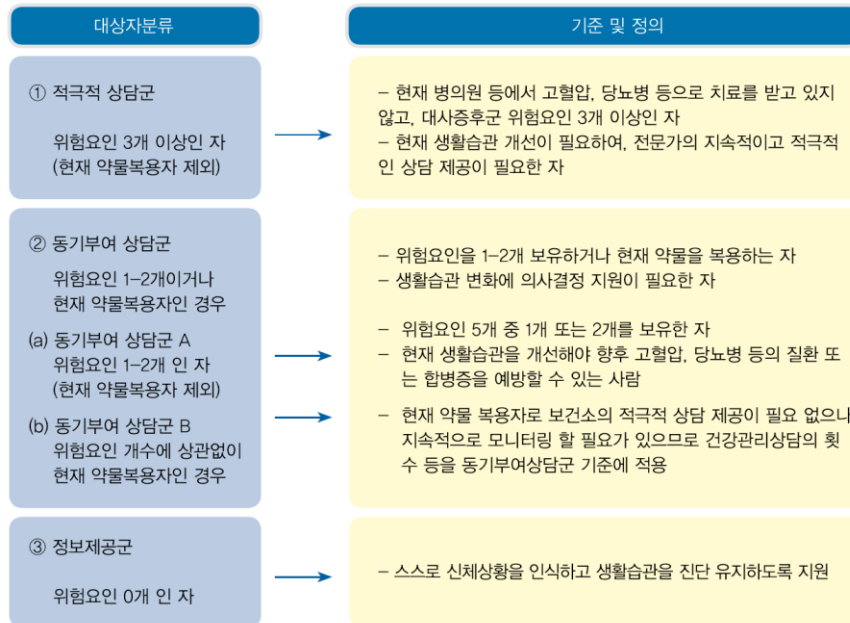


그림 3. 서울시 대사증후군 관리사업 대상자 분류체계

출처: 서울시 대사증후군관리사업지원단, 2011

図 3. ソウル市代謝症候群管理事業対象者分類体系

ソウル市事業は一般的な代謝症候群診断基準である NCEP-ATP III 基準を使ってソウル市民対象者の代謝症候群可否を判別しており、5項目中の 3項目以上の者を積極的相談群に分類して(薬物服用者除外) 危険要である 1-2の保有者をモチベーション相談群に分類した。ソウル市は対象群別に特化されたサービスを提供しているのに積極的相談群には 3ヶ月間隔で訪問するようにして生活習慣変化評価及び再検陣を誘導しており、電話や SMSを通じて持続的な追求管理を行っている。

基本的にソウル市はすべての対象者に 1年周期のサービスモデルを採択し、1年が経過した時点で対象者を最終的に評価する体系を取り揃えている。

### 3. 我が国の慢性疾患管理事業の限界及び改善方向

以上のように我が国の慢性疾患管理事業は慢性疾患予防管理国家総合対策を基本にして保健福祉部、疾病管理本部、広域自治団体及び市・郡・旧保健所単位で実施されている。これとは別に保険者次元でも慢性疾患管理のための事業が進行されており、国民健康保険公団では類質患者を対象に健康支援事業と健康健診事後管理プログラムを運営しており、健保審査評価院では療養機関対象慢性疾患適正性評価を実施するなど多様な事業を施行中である。

ところでこのような努力にもかかわらず包括的な慢性疾患管理体系というには未だ充分ではない。その理由は現在の慢性疾患管理体系を成すそれぞれの事業が、分節的に行われており、対象者も制限的

であるためと考えられる。このような状況はサービス提供の重複問題や死角地帯を発生させる可能性があり窮極的には医療資源の効率的活用を阻害する要素に作用することが考えられる。したがって管理主体の役割分担を通じて有機的な慢性疾患管理体系を構築するのが切実である。

これのためにはもちろん中央政府である保健福祉部の方向設定が一番重要である。まず、病院などで慢性疾患管理の持続性が維持されるように保険者を積極的に活用して、保健所などでオーダーメイド型相談教育を定期的に提供受ければインセンティブを提供するシステムが確立されなければならない。

この方向の下で既に提供されている慢性疾患管理プログラムを適切に配置する過程が遂行されれば、すでに述べた慢性疾患管理プログラムの間にシナジー効果が発揮するであろう。我が国の慢性疾患管理事業の窮極的な目的はサービスの質向上とともに健保財政が効率的に運営されて国民健康水準を費用効果的に進めるのにある。提供されるサービスが分節的でその範囲が制限的という限界を乗り越えるために提供主体の間共存の知恵を集めなければならない時である。

## 参考文献

1. 保健福祉部、国民健康栄養調査第4期 1次年度 ソウル:保健福祉部;2007.
2. 保健福祉部 疾病政策課 2010年度主要慢性疾患管理事業案内 ソウル:保健福祉部; 2010.
3. 保健福祉部 第3次国民健康増進総合計画(2011-2020) ソウル:保健福祉部;2011.
4. 保健福祉部 保健医療未来委員会 ソウル:保健福祉部;2011.
5. ソウル市代謝症候群管理事業支援団 ソウル市代謝症候群管理事業成果と今後の発展方向 ソウル:代謝症候群管理事業支援団;2011
6. 李廷秀 日本の健康増進政策 韓国保健教育・健康増進学会学術大会発表論文集、ソウル:韓国保健教育・健康増進学会;2008.
7. 吳隣煥、尹ソクジュン、金銀貞 韓国人の疾病負担 大韓医師協会誌2011:54(6):646-652.
8. イ・キョンス、金ホアン他 民間と連携した広域単位健康増進プログラム効果分析 ソウル:健康増進事業支援団;2006.
9. 임준, 김건엽, 김윤 등 慢性疾患長期治療率向上のための健康ポイント制度研究 ソウル:健康増進事業支援団;2009.
10. 日本国立保健医療科学院 特定検診特定保健指導事業中間成果評価 日本:国立保健医療科学院;2010.

※ 本論文は国民健康保険公団と健保審査評価院に代表される保険者が提供するプログラムを除いた国家または地方政府中心慢性疾患管理事業のみを対象にした。