

# 町内医院を利用した慢性疾患者の 持続的な健康管理強化計画

孫チャンヒョン書記官 保健福祉部保健医療政策課



## 1. 慢性疾患の体系的な管理必要

深刻になる高齢化と西欧化した生活習慣などによる老人及び慢性疾患の急激な増加は数年前から問題として指摘されてきた。老人診療費は2010年の全医療費の30.9%を占め、このような傾向が持続すれば2030年には65.4%に達すると推定される。また代表的慢性疾患である高血圧と糖尿病の有病率はそれぞれ28.6%(2001)から30.3%(2009)、8.6%(2001)から9.6%(2009)に増加傾向にある。

しかし問題状況の認識による国家的次元の体系的な支援がこの間に不足であったことも事実である。高血圧・糖尿病の有病者中の治療率はそれぞれ59.4%、52.3%(2008)で、有病者中の調節率もそれぞれ42.4%、27.1%(2008)で、疾患に対する適切な管理ができない状況である。慢性疾患の持続的な管理が重要な理由は、治療、投薬など、外来での持続的な管理ができない場合は入院、合併症につながって国民健康を深刻な脅威を与えるからである。人口10万人当たり主要合併症及び入院率指標によれば、高血圧、糖尿病による入院は2005年324件から2009年472件(年平均9.8%増加)し、糖尿病による下肢切断は2005年5.2件から2009年7.1件(年平均8.2%増加)に有意的に増加している。2009年統計庁資料でも、我が国の死亡原因中糖尿病、高血圧またはこれによる心脳血管疾患が全死亡者の25.4%(2位)で、国家的次元の慢性疾患管理が急務であることを示している。

それで保健福祉部は町内医院で慢性疾患を体系的に管理できる制度的基盤を設けるために医療機関機能再確立及び医院級の慢性疾患管理・予防機能強化を目標に2011.12月健保政策審議委員会の議決を通じ、町内医院利用慢性疾患者の持続的な展開管理強化計画を定め、2012年4月から施行することにした。

## 2. 町内医院を利用する慢性疾患者の持続的な健康管理強化計画

この制度は参加者の自律と選択を基本として、慢性疾患者が町内医院を持続的に利用して当該疾患を管理すれば診察料を割引いて、患者を適切に管理する医院にインセンティブを与えること要約する。制度の具体的な内容は慢性疾患者と医院が参加する際に受ける恩恵によって大きく二つで分けられる。

まず参加患者から見れば、申し込み対象は医院級医療機関を利用する高血圧及び糖尿病患者が医院で患者の制度参加意思を確認して恩恵を付与する。医院を訪問した患者に医師が持続的な疾患管理の必要性を説明して、患者が該当の医院を持続的に利用する意思を表明すれば次の診療の時から診療費本人負担が現行30%から20%に減免する方式である。65歳以上の定額制区間の患者は診察料が1,500ウォン水準なので追加減免はないが、定額制区間ではない場合には同様の恩恵が与えられる。転宅や職場の移動などで患者が利用医院を変更する場合にも別段の手続きなしに等しい方式で申し込みが可能

である。患者が制度主旨をよく理解できるように個別医院及び公団支社などに案内資料を備えて資格認定提供サービスを電話・郵便などを通じて個別的に案内する予定である。

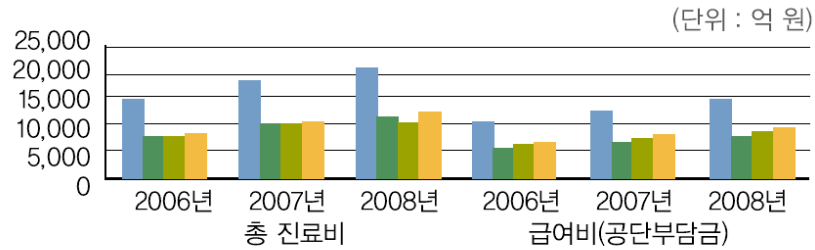
また健康支援サービス提供を願う患者に対して健康情報、疾患に対する教育情報、診療の際の必須検査実施時期など検証されて質の高い健康情報を郵便、電子メール、電話など年令別の接近性が高い方式で提供して健康管理を支援する。同時に教育が必要と判断される患者及び教育を願う患者は医師相談を経て地域保健所や公団で患者教育を受けることができるように保健所・一次医療機関患者教育も連携する予定である。

参加医療機関は、P4P(Pay for Performance)を通じて良質の患者管理要否を評価して管理患者数に応じて約 350億ウォン内外規模のインセンティブを支給する。一次医療医師の対応性強化及び効率性増進に対する挑戦に直面して財政的インセンティブを付与することは現在イギリス、フランスなど大部分の先進国で採用している戦略である。オーストラリアの場合、診療補償プログラム (Practive Incentive Program、PIP) を運営して伝統的な GP(General Practitioner)に対する基本的支払補償とは別に追加支払補償をしており、ここでは慢性疾患管理のためのインセンティブ制度も含まれており、各種検診など治療周期別に最小要求事項も用意されている。町内医院利用慢性疾患の持続的な健康管理強化計画の評価基準、評価計画、インセンティブ支給方法などは消費者団体、医療界、健康保険審査評価院などが参加する中央評価委員会で審議するが、患者管理の永続性と妥当性を評価することができる適正性評価資料などを最大限活用して設計する計画である。

制度が始まる 4月以後は不十分な点を改善して制度が安定的に発展するように加入者団体、医療界、専門家、政府が参加する政策評価機構を構成して分期別で推進状況を点検して現場の隘路を改善する。この論議体系では短期的制度運営のみならず患者満足度改善、利用行動及び診療行動変化などを評価する計画である。

### 3. 結語

今後急増する老人・慢性疾患を統制するには個人が熱心に治療を受けることを期待するだけでは難しい状況に至っている。老齢疾病と各種心脳血管疾患の核心原因である高血圧・糖尿に対して国家次元で全面対応が必要な時代である。町内医院利用慢性疾患の健康管理強化計画はこのような問題意識で始まった制度である。この制度は参加者に恩恵を与える一見単純な制度に見えるが国家が国民の持続的医療利用を支援して質の高い医療サービスを誘導するという点で意味が大きいといえる。制度の成功的定着を通じて慢性疾患予防・管理中心の一次医療が確立されることはもちろん、国民健康増進にも貢献することを期待する。



■ 고혈압성질환	14,845	18,402	21,134	10,405	12,908	14,811
■ 당뇨병	8,098	10,016	11,337	5,603	6,942	7,810
■ 심장질환	8,046	9,768	10,596	6,292	7,584	8,152
■ 뇌혈관질환	8,536	10,719	12,510	6,382	7,989	9,119

그림 1. 만성질환별 건강보험 진료비/급여비 추이

図1. 慢性疾患別健康保険診療費/給与費推移(単位 : 億ウォン)

	総診療費			給与費 (公団負担金)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
高血圧性疾患						
糖尿病						
心臓疾患						
脳血管疾患						

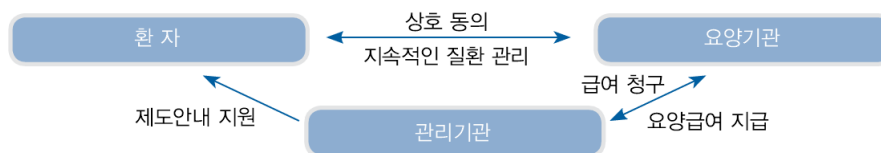


그림 2. 동네의원 이용 만성질환자의 건강관리 강화계획

患者	相互同意 持続的な疾患管理	療養機関
制度案内 支援	管理機関	給与請求、給与支給

図2. 町内医院利用慢性疾患健康管理強化計画