

健保連海外医療保障

No.102 2014年6月

■特集：保健事業の動向

- フランス
フランスにおける保健事業
—健康増進・予防をめぐる政策的取組み— 松本 由美
- オランダ
オランダにおける医療制度と保健事業の動向 大森 正博
- イギリス
イギリスの保健事業 府川 哲夫
- 韓国
韓国の健康増進対策の現状と課題 株本 千鶴

■参 考 掲載国関連データ

- フランス／オランダ／イギリス／韓国

健保連海外医療保障

No.102 2014年6月

フランスにおける保健事業 —健康増進・予防をめぐる政策的取組み—

熊本大学 講師

松本 由美

Matsumoto Yumi

フランスでは、2000年代に入り、健康増進・予防を推進するための政策的な取組みが強化されている。今日、健康増進や予防等に関する国の公衆衛生政策の目標に基づき、地域圏保健庁を中心とした積極的な取組みが行われている。同時に、地域圏保健庁は地域圏特有の公衆衛生政策の課題に対応している。このような政策的枠組みにおいて、医療保険の保険者は保健事業の実施主体として、さらに財源の供給者として重要な役割を担っている。現在、疾病予防や疾病教育に重点をおいた保険者独自の取組みが展開されている。

はじめに

フランスでは、さまざまな主体によって健康増進や疾病の予防等を目的とした取組みが行われている。近年では、これらの取組みは国の保健医療政策の重要な柱として位置づけられ、積極的に推進されている。「予防 (prévention)」と呼ばれる政策領域には、健康に望ましいと考えられる物理的・社会的な環境を拡大することによって人々の健康を守る集団的な活動と、健康に好ましい影響を与える個人の行動の推進が含まれる。前者は特定の疾病の検診、歯科検診、産業保健や学校保健等の活動であり、後者としては運動の推進や疾病教育の拡充、情報提供等がある。つまり、予防は全人口を対象とし、生活のあらゆる場面で取り組まれるものであり、投入されている費用はフランスの総医療費の6.5%と推計されている¹⁾。なお、予防の領域には医療と直接かかわらない活動（例えば、水質の保持等）も含まれるが、ここでは医療にかかわるものに限定することとしたい。

本稿では、フランスにおいて健康増進・予防政策がどのように展開されているかを明らかに

するとともに、保健事業の推進・実施主体の一つである医療保険の保険者の位置づけを検討する。保健事業の推進主体や実施方法は国によって異なると考えられるが、フランスの場合には国や公的機関の担っている役割が大きい。そのため、最初に国や地域圏²⁾における健康増進、予防・疾病教育等に関する政策の法制度的な枠組みを概観する。その上で、保健事業に関与するさまざまな主体の役割を整理する。最後に、保健事業における医療保険の役割について検討を行うこととする。

1. 公衆衛生政策の位置づけ

(1) 国の責任の明確化

現在、展開されている保健事業に大きな影響を与えたのは、「公衆衛生政策に関する2004年8月9日の法律（以下、2004年法とする）」であり、これによって保健に関する国の責任が明確化され、公衆衛生政策の範囲が定められた³⁾。同法により、「国は、複数年にわたる目標に従って国の衛生政策を定める。この目標の決定、目標を達成するために実施される保健計画・活動・プ

プログラムの立案および政策の評価は政府の責任である」と定められた。

また、公衆衛生政策には、①国民の健康状態とその決定要因の監視・観察、②流行病の対策、③傷病・障害の予防、④国民の健康状態、患者・障害者・要介護者の生活の質の改善、⑤国民の健康のための情報提供・教育、健康問題と保健医療リスクに関する公衆討論の実施、⑥環境、労働条件、交通、健康を害する可能性のある食料品あるいは製品・サービスの消費に関連した健康リスクの特定・削減、⑦健康増進、フランス全土における医療・診断へのアクセスの向上による健康の不平等の削減、⑧医療と医療製品の質と安全、⑨保健医療システムの整備、⑩保健医療の専門職の確保に関する政策が含まれると規定されている。このように、国民の健康に直接的、間接的に関わる広範な施策が公衆衛生政策として国によって展開されている。とりわけ予防と疾病教育に対する取組みは、近年、積極的に推進されている。

(2) 公衆衛生の目標と評価

国が公衆衛生政策を計画的に推進し、また実施後に評価を行うことができるように、2004年法に添付される形で100の目標 (objectifs) が示された。それらの目標は、例えば「住民あたりのアルコールの年平均消費量を20%削減する」、「ニコチン中毒の罹患率を男性では33%から25%へ、女性では26%から20%に引き下げる」、「成人の肥満率を20%削減する」、「一日あたり30分以上の運動を、週5回以上行う人の割合を25%上昇させる」といった具体的なものである。これらの目標は、人々の健康状態に関する分析と科学的な研究、関係機関との協議等をベースとした専門家グループの提案に基づいて設定されたものである (Le Galès 2012: 47)。

これらの目標の達成度合いは、公衆衛生高等会議 (Haut Conseil de la santé publique) (後述) によって2009年に評価が行われた。公衆衛生高等会議の専門家らによって作成された報告書によれば、評価は以下のようなものであった (Le

Galès 2012: 47)。100の目標のうち56の目標は達成された。残りの目標のうち、子どもの肥満と運動不足、いくつかの感染症、心血管疾患等の10の目標はほとんど達成されたものの、麻薬中毒等の13の目標は部分的にしか達成されなかった。さらに19の目標は望ましい傾向はみられなかった。報告書の結論として、公衆衛生高等会議は二つの方向転換が必要であることを指摘した。一つは目標を各地域圏へと落とし込むことであり、もう一つは健康面における不平等をより適切に考慮に入れることである。現在、これらの方向性が追及され、公衆衛生政策は地域圏の状況に応じて推進され、また医療や予防への平等なアクセスの実現が目指されている。

(3) 予防に関する政策の強化

2004年法に続き、「病院改革と患者、保健医療および地域に関する2009年7月21日の法律 (以下、2009年法とする)」が制定されたが、この法律は、医療供給体制のあり方を大きく変更すると同時に、「予防」に関する国の姿勢に変化をもたらした。同法は、フランス市民の健康の改善に寄与する予防活動を推進するものであり、その第三編は「予防と公衆衛生」と題され、患者の疾病教育 (éducation thérapeutique)、女性の健康、アルコール中毒・ニコチン中毒の対策等、広範囲にわたる予防と公衆衛生に関する規定が盛り込まれている。これまで予防は、医療との関係においては付随的なものとみなす見方が強かったが、2009年法は、医療と予防の均衡を取り戻し、予防を強化するものである。なかでも疾病教育に重点が置かれており、疾病教育は、初めて「政策」、さらには「国家の優先課題」となった。これまでも保健医療に関わる多様な主体によって疾病教育が推進されてきたが、2009年法はこのような実践に対して法的枠組みを与えるものであり、それらのイニシアティブを促進し、試みられている活動を永続化するものである (Couty et al. 2009: 233)。

また、現在、外来診療部門において、多職種

する新たな報酬支払い方式の試行事業が展開されている⁴⁾。多様な医療専門職が予防や疾病教育に関わることができるよう経済的な支援体制が整備されつつあり、この面からも予防が強化されているといえる。

2. 地域圏における公衆衛生政策の実施

2000年代に入り、予防や疾病教育に関連した政策が強化されてきたが、これと併せて公衆衛生政策の地方分散化が進行することとなる。全国レベルの公衆衛生政策を人々の健康増進や疾病の予防につなげていくためには、どのような実施・推進主体がどのような制度的枠組みにおいて活動を展開するのが問われる。フランスにおいては、全国的な目標を達成するための取組みは地域圏において調整され、推進される。また、地域圏においては、全国的な目標の実現とあわせて地域圏特有の政策的課題への対応も求められることとなる。

(1) 地域圏公衆衛生計画の導入

全国レベルの目標を地域圏において実現するための新たな道具として、2004年法によって地域圏公衆衛生計画(plan régional de santé publique)が導入された。さらに、この計画の実施を確保し、公的財源を調整するために、地域圏公衆衛生連合(groupement régional de santé publique)が創設された。当該連合については、国(国の出先機関である地域圏保健医療・社会問題局(DRASS)等の複数の関連部局)、地域圏病院庁⁵⁾、医療保険(地域圏疾病保険金庫連合、農業社会共済組合、自営業者社会制度(Régime social des indépendants : RSI)等)、地方自治体(地域圏議会、県議会、コミューンの長)および有資格者によって構成される理事会が運営する仕組みとなっていた。地域圏公衆衛生連合の創設によって、地域圏において多様な主体の協力・連携のもとで公衆衛生政策を実施するための体制が整備されたといえる。実施される諸施策の財源は、主に国と医療保険から

供給されていた。このような制度的枠組みにおいて医療保険の保険者は、地域圏公衆衛生連合のメンバーとして、さらには財源供給者として重要な役割を担っていた。

地域圏公衆衛生連合の取組みは画期的なものであったが、実際には運用面ではさまざまな困難に直面していた。すなわち、地域圏における優先課題を導出するために必要となる情報が十分に活用できる状況にはなかった。また、2004年法による全国レベルの100の目標とその他の全国計画、地域圏において選択された優先課題との相互の関連性について明確に定められておらず、地域圏での活動主体がその複雑さによって当惑する状況であった(Basset 2012:46)。そのため、地域圏公衆衛生計画の実効は限定的なものにとどまった。

(2) 地域圏保健庁のもとでの健康増進・予防

このような状況のもと、2009年法の制定とそれに基づく改革によって、地域圏の保健医療政策は大きな変化を遂げた。今日、地域圏において保健医療政策を推進するのは、同法に基づき、各地域圏に2010年に創設された地域圏保健庁(Agence Régionale de Santé : ARS)である。ARSの創設はフランスの保健医療行政においては革新的な出来事であり、それにより地域圏における公衆衛生と保健医療サービス供給に関しては、統一的にARSの所管とされた。

ARSの決定機関は長官と監視委員会(conseil de surveillance)であるが、監視委員会は、国の代表者(4名)、地域の医療保険組織の理事会のメンバー(10名)、地方自治体の代表者(4名)、患者・高齢者・障害者団体の代表者(3名)等から構成される。また、それまで地域圏で保健医療政策に関わってきた七つの関係機関(地域圏病院庁、地域圏保健医療・社会問題局(DRASS)、県保健医療・社会問題局(DDASS)、地域圏疾病保険金庫連合、地域圏公衆衛生連合、地域圏保健医療代表団(missions régionales de santé)、地域圏疾病保険金庫(CRAM)の保健医療部門)はARSに統合された。

つまり、先に見た地域圏公衆衛生計画を実施する地域圏公衆衛生連合の機能はARSに引き継がれたこととなる。

地域圏ごとに設置されるARSの任務は、大きく二つに分けることができる。一つ目は、保健医療サービス供給のコントロールを行うことである。それまで地域圏保健医療組織計画によるコントロールの対象となっていた病院に加えて、ARSのもとでは外来部門や社会医療部門も計画の対象となった。もう一つは、公衆衛生政策を実施することである。ARSは保健医療領域における監督・安全確保、流行性疾患の監視等を担う。また、健康増進、健康教育、疾病・障害・要介護の予防を目的とした活動を定め、財源を供給する。さらに、それらの活動の評価を行う。つまり、ARSは多様に展開される保健事業の実施をコントロールし、財源を供給する役割を担っているといえる。

(3) 地域圏予防計画

ARSは、地域圏の保健医療全般にわたる政策を遂行するために、地域圏保健計画 (projet régional de santé) を策定し、実施する。この計画は具体的な三つの下位計画によって構成されるが、そのうちの 하나가地域圏予防計画 (schéma régional de prévention) である⁶⁾。この計画には、予防、健康の増進、環境上の健康および保健衛生上の安全に関する施策が盛り込まれる。

具体的な例を見てみると、2012年に策定されたローヌ・アルプ地域圏予防計画 (2012-2017年) には、当該地域圏における予防活動のよりよい組織化を実現し、社会的あるいは地域的な健康面での不平等を削減するという二つの目標が掲げられている。この目標のもとでさまざまな活動が盛り込まれているが、とくに予防領域においては、組織的ながん検診、ワクチン接種、患者の疾病教育のほか、HIVと肝炎、結核、自殺をテーマとした全国的な計画やプログラムの地域圏への適用を目的とした活動が掲げられている。

このうち患者の疾病教育については、次のよ

うな内容が盛り込まれている。認可されているプログラムのテーマや数に地域ごとのばらつきがあるという現状認識に基づき、重点的な対応が求められている疾病を対象とした患者疾病教育が地域圏において平等に配置され、当該疾病に罹患している人々 (しばしば社会経済的弱者) がプログラムにアクセスできるようにするという活動目標が定められている。また、当該地域圏内の各地域 (territoires) において患者の疾病教育を組織化するため、①地域ごとに策定された共通プログラムをめぐって外来部門と病院が協力を行う、②施設内において、あるいは活動主体間で手段 (チーム、方法論、道具) を共同活用する、③承認された患者組織の参加を容易化することを通じて活動主体の間の連携を強化するという活動目標が示されている。

このように、ARSは国の公衆衛生政策の目標を地域圏において実現すると同時に、地域圏の特性に応じた取組みを行うという役割を担っている。

3. 公衆衛生政策に関わる多様な主体

(1) 諮問機関

国の公衆衛生政策を効果的に推進するために、政府をサポートする二つの諮問機関が設けられている。

① 公衆衛生高等会議

公衆衛生高等会議は2004年法によって創設された、政策の評価等を実施する機関である⁷⁾。その重要な任務は、公衆衛生の政策目標の実現状況について5年ごとに評価を行い、国民の健康問題とそれに影響を及ぼしうる要因を分析して、新たな量的目標を提案する報告書を作成することである (GIP SPSI 2013:62)。さらに、保健衛生リスクの管理、予防と保健衛生安全の政策と戦略の立案と評価に必要な専門的鑑定を提供する役割も担っている。これらの任務を遂行するために、6つの専門委員会 (「感染症」、「慢性疾患」、「環境リスク」、「患者の安全」、「予防・教育・健康増進」、「評価・戦略・見直し」) が設

置され、それぞれの領域の専門家らによって政策の検討が行われている。

② 保健医療全国会議（Conférence nationale de santé）

1996年に創設された保健医療全国会議は、健康に関する問題について多様な関係当事者が対話し、協議する場である。現在、2011-2014の任期で活動が行われており、予防・健康増進を含めた健康への包括的な取組みが展開されている。保健医療全国会議は、保健医療システムの利用者、地方自治体、社会的パートナー（事業主・被用者）、社会保障組織、予防活動主体（医師、関係組織等）、保健医療サービス供給者（病院、社会福祉施設、自由業の医療専門職等）等の120人のメンバーによって構成されている。その任務は、保健医療システムの改善に関する意見を表明することであるが、とくに、a. 保健医療政策の目的と優先課題を定める法案、b. 保健医療の全国政策の目的と戦略的な軸、c. 保健医療の全国計画およびプログラムに関する見解を示すことが重要である。また保健医療全国会議は、保健医療システムの利用者の権利の尊重に関する報告書を毎年作成することとされている⁸⁾。

（2）予防・疾病教育の実施

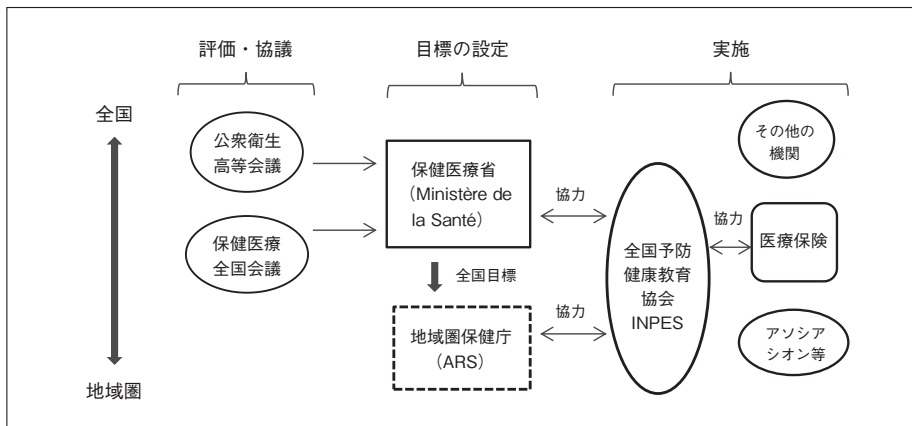
政府によって定められた公衆衛生政策の方向

性に従って、予防と健康教育のための施策を実施する役割を担っているのは、2002年に創設された全国予防健康教育協会（Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : INPES）である。主な任務は、a. 予防プログラムを実施すること、b. 評価・助言機能を発揮すること、c. 健康教育の発展を確保すること、d. 緊急事態を管理すること、e. 予防・健康増進に関するすべてのテーマの全国的な文献の網（réseau）を構築すること、f. 意見・推奨を表明すること、g. 任務との関係においてヨーロッパおよび国際的な活動に参加することである（GIP SPSI 2013：63）。

INPESは、保健医療省やARS、医療保険の保険者、研究機関等との協力の下で多様なプログラムを推進していく。プログラムの実施にあたっては、研究、調査、コミュニケーション、情報提供、教育的ツール、健康教育・患者教育の活動の支援といった多様な方法が用いられ、人々が自分の健康状態をよりよくコントロールし、改善できるようになることが目指される。2013年の予算は9,500万ユーロであり、国と医療保険から財源が供給されている。

その他、多様な主体によって予防・健康増進事業が展開されている。公衆衛生政策に関わるそれぞれの主体の位置づけは図1ようになる。

図1 公衆衛生政策に関わる多様な主体



出所：筆者作成

4. 医療保険の保険者の役割

これまでの検討を通じて、医療保険（主に、一般制度、自営業者社会制度（RSI）、農業制度の三つの制度から構成される）⁹⁾は、直接的・間接的に公衆衛生政策と関わり、財源供給者としても重要な役割を担っていることが明らかとなった。

このような公衆衛生政策への関与に加えて医療保険は、直接、被保険者に対する予防・疾病教育等の取組みを行っている。一般制度が実施する医療保険において、疾病の予防は本来的な任務の一つとして明確に位置づけられており、組織的な検診やさまざまな活動を通じて予防が推進されている。一般制度の保険者にとって、予防は「人々の健康を改善し、発病を遅らせ、食い止め、それによって支出を最適化するものであるため、医療保険のリスク管理政策の構成要素である（Bismuth 2007:56-57）」と説明されている。

以下、注目される保険者の取組みを紹介することとしたい。

（1）慢性疾患への対応

フランス人の約23%は慢性疾患を抱えている（GIP SPSI 2013:66）。医療保険の保険者には、慢性疾患の患者に対して疾病教育を適切に実施する役割がますます期待されている。このようななか、一般制度は、糖尿病や喘息の患者に対する支援を積極化している。当該疾患をもつ患者が病気についてよりよく理解し、生活の質の改善と合併症リスクの削減のために生活習慣を適応させることを目的として、「Sophia」と呼ばれるインターネットサイトを通じたサービスを実施している。Sophiaは、患者個々の状況と必要に応じた支援、情報提供および助言を提供するサービスであり、経験を積んだ専門の看護師による電話対応も行われている。サービスの利用は無料であり、現在、約50万人が利用している¹⁰⁾。

（2）職業と関連した疾病の予防

フランスにおいて第二位の規模の医療保険制度を実施する自営業者社会制度（RSI）は、「職業」という切り口から疾病予防を推進するプロジェクトを実施している。なお、被用者であれば業務上の傷病と業務外の傷病では異なった制度的対応が行われるが、当該制度の対象は自営業者であり、制度において「労災」というカテゴリーは存在しないため、傷病の予防は一つの枠組みで実施されている。

2014年2月にRSIに対して実施した調査によれば、次のような保険者独自の活動が展開されている。2010年に開始された予防プログラムは、職業ごとに異なる傷病リスクに対する意識を高め、予防につなげることをねらいとする。このプログラムの参加者（自営業者）は、まずかかりつけ医のもとで予防の診察を受ける。この予防の診察は法定給付ではなく、RSIの特別の給付である。プログラムへの参加を推進するために、参加者には無料で、かかりつけ医に対しては通常の2.5倍の報酬支払いのもとで提供される。参加者は、あらかじめ職業別に作成された質問票に回答して持参することとなっており、かかりつけ医が参加者の職業活動と健康リスクとの関係を特定しやすいように工夫がなされている。これらを通じて、かかりつけ医がリスクを診断し、その情報がRSIに送られる。診察の際、参加者には自分の職業に特有のリスク、その健康への影響、予防の方法と推奨等が分かりやすく示された冊子が配布される。

現在、プログラムの対象者や対象職種が随時拡大され、その評価・分析が行われているところである。先行して2010-2011年に実施されたパン屋・菓子製造人、理容師を対象としたプログラム¹¹⁾の評価によれば、かかりつけ医の71%がプログラムは有益であるとし、参加者の83%がプログラムは関心に値するとした。また、参加者の80%が職業活動と関連がある病状を少なくとも一つは有していることが明らかとなった。職業に着目しつつ、個々人が見舞われる可能性のある傷病リスクを可能な限り未然に防ぎ、あるいは

疾病の悪化を防止しようというRSIの試みはまだ途上であるが、予防に関する保険者の取組みとして参考になる事例の一つである。

おわりに

本稿における検討を通じて、フランスにおいて近年、健康増進と疾病の予防、疾病教育に関する政策的な取組みが強化されたことが明らかとなった。また、今日では保健事業の推進における国、各ARS、医療保険の保険者、地域の多様な活動主体との役割分担や相互の連携体制が整備されつつある。取組みを積極化させたフランスにおいて、人々の健康増進や疾病予防の面においてポジティブな影響が現れ、それが医療費適正化等の副次的な効果を生みだすまでには、今しばらく時間を要するかもしれない。しかしながら、現状の取組みがフランスに住む人々の生活の質の向上に大きく寄与していることは疑いの余地はない。

*本稿は、平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）による「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者：松本勝明）による研究成果の一部である。

注

- 1) 地域圏保健庁のホームページ (<http://www.ars.sante.fr/Prevention-et-sante-publique.89777.0.html>)による。
- 2) 地域圏(région)はフランス最大の地方行政区画であり、本土の22地域圏に加えて、海外の5地域圏が存在する。
- 3) 公衆衛生法典のL1411-1条参照。
- 4) 詳細は、平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）による「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」報告書を参照されたい。
- 5) 地域圏病院庁は1996年4月24日のオルドナンスによって創設された。地域圏病院庁は、長い

歴史のなかで調和を欠いたまま異なる制度的環境のもとでばらばらに発展を遂げてきた公立病院と私立病院を、統一的な機関で一体的にコントロールすることによって、よりよい病院医療の供給を実現することを目的としていた。地域圏病院庁は、2009年法によって地域圏保健庁に統合された。

- 6) 残りの二つの計画は、地域圏医療組織計画(病院部門と外来診療部門)と地域圏社会医療組織計画である。
- 7) その前身は1991年から活動が行われていた公衆衛生高等委員会(Haut Comité de la santé publique)であり、その任務が拡大される形で現在の公衆衛生高等会議に引き継がれている。
- 8) なお、2013年11月に作成された最新の報告書は「利用者の情報と保健医療システムの観察を強化する」と題されたものであり、さまざまな提案が盛り込まれている。
- 9) 一般制度の実施する医療保険は、被用者、公務員、学生その他、普遍的医療給付(CMU)の受給者に対して医療保障を提供している。フランス人の大部分(2012年現在で5,880万人)が当該制度によってカバーされている。RSIは自営業者(職人や商店主、事業者、自由業者)(同410万人)に対して、農業制度は農業事業者・被用者(同330万人)に対して医療保障を提供している。2012年現在の医療保険の各制度の加入者数は、GIP SPSI 2013 : 82による。
- 10) Sophiaのホームページ(<http://www.ameli-sophia.fr/>)による。
- 11) 二つの地域圏(Pay de la Loire地域圏とPicardie地域圏)において、8,100人にプログラムへの参加が呼び掛けられ、そのうち950人の被保険者がプログラムに参加した(参加率11.2%)。

参考文献

- ・Agence Régionale de Santé Rhone-Alpes (2012) Schéma régional de prévention.
- ・ANAP (2010) La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.
- ・Basset, Bernard (2012) 1998-2004 : États généraux de la santé, loi sur le droit des maladies, programmes nationaux de santé, ADSP, no80.

- ・ Bismuth, Catherine (2007) La politique de prévention de l'Assurance-maladie, Bail, Jean-Noël et El Hasnaoui, Abdelkader, Place de la prévention dans la politique de santé, John Libbey Eurotext.
- ・ Couty, Édouard et al. (2009) La loi HPST regards sur la réforme du système de santé, Presses de l'EHESP.
- ・ DGS (2004) Introduction : L'organisation du système de santé publique, Santé Publique, volume 16 no4.
- ・ GIP SPSI (2013) Le système de santé en France.
- ・ Le Galès, Catherine (2012) Des objectifs de santé publique : pour quoi faire ?, ADSP, no80.
- ・ 松本勝明(研究代表者) (2014)「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」平成25年度総括・分担研究報告書。
- ・ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011) Livre des plans de santé publique : Prévention et sécurité sanitaire.
- ・ Régime Social des Indépendants, Des gestes simples pour vous protéger.

オランダにおける医療制度と保健事業の動向

お茶の水女子大学准教授

大森 正博

Omori Masahiro

オランダは、ほかの先進諸国と同様に、ペバリッジ報告で提示された（国による）最低生活保障（National Minimum）の考え方の影響を受けたファン・レーン委員会の勧告の下、「社会保険」の枠組みのなかで公的医療保険制度を整備してきた。「社会保険」の枠組みのなかでも、短期医療保険（“Compartment 2”）については、制度の発足時には一定の所得以上の者の加入を任意加入にし、その後の医療保険制度改革のなかで、患者にCare Insurerを自由に選択させ、強制免責控除制度、個人免責控除制度を導入するなど、患者の自由な意思決定を尊重してきた。その一方で、伝統的な予防医療を公衆衛生法の下で堅実に実施してきた。

しかし、少子高齢化等の社会経済情勢の変化のなか、増加した医療費をどのように賄うかが重要な課題になってくる環境下で、「規制された競争」の導入のみならず、予防に新たな焦点が当たようになってきた。患者の自由な意思決定を尊重しながらも、患者が「健康なライフスタイル」を選ぶことができるような人的、社会的環境づくりの試みが、オランダで始まっている。日本でも予防の役割が再評価されるなかで、オランダの試みは注目に値する。

1. はじめに¹⁾

オランダは、ほかの先進諸国と同様に、少子高齢化という社会的変動、医療技術の革新に直面し、費用面では医療費の増加への対策を必要とし、民主主義の浸透とともに促進された消費者主権の高まりも相まって、医療制度のあり方について再検討を求められている。1964年の疾病基金保険法（Ziekenfondswet, ZFW, Health Insurance Law）の成立およびそれに続く医療アクセス法（Wet op de Toegang tot ziektekostenverzekeringen, Wtz, Medical Insurance Access Act）の整備により、短期医療について事実上の国民皆保険が成立し、1967年には特別医療費保険法（The Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ, The

Exceptional Medical Expenses Act）の成立により、長期療養、介護サービスに関しても国民皆保険が成立した。²⁾

しかし、その後の少子高齢化等を反映した医療費の増加および長期療養、介護費用の増加の下で、医療、介護に向ける資源の効率的利用について問題提起がなされた。その政策的対応における画期的な動きが、1980年代後半のデッカー委員会による医療制度改革に関する審議である。デッカー委員会のアイディアに基づく政策は、その後、短期医療に限定して実行され、今日もその方向性は促進されている。「規制された競争（Regulated Competition）」と名づけられた政策の特徴は、患者が代理人としての保険者を選択することを通じて、資源の効率的利用を図っている点である。その後も継続した医療保

険制度改革のなかで、患者の選択を重視した改革が行われている。³⁾

その一方で、オランダは、公衆衛生法（Wet Publieke gezondheid, Wpg, Public Health Act）の下で、地方自治体が供給するワクチン接種等を含む予防サービスも提供してきた。少子高齢化等の社会経済情勢の変化の下で、予防サービスが新たな脚光を浴びつつある。近年、厚生・スポーツ省（Ministry of Public Health, Welfare and Sport）から提出された国の健康に関する政策文書である「人々の近くにある健康（“Health Close to People”）」のなかでは、健康は国民の選択によることを強調し、2028年の夏季オリンピックのオランダへの誘致と関連させて、オランダ国民に運動を推奨し、保健事業を充実し、疾病の予防を一層推進する政策的方向性が打ち出されていることは注目に値する。⁴⁾

本稿では、オランダの近年の医療制度改革の動向について、消費者主権の流れに着目しながら、医療制度および保健事業のあり方について概観し、評価を行う。本稿の構成は、以下のとおりである。次の第2節でオランダの医療制度改革の動向について、消費者主権の流れに着目しながら概観する。続く第3節では、オランダの近年の保健事業の現状と今後の方向性について概観し、評価を行う。最後に第4節では、結語が述べられる。

2. オランダの医療制度改革の潮流 —消費者主権の観点から

オランダは、第2次大戦後、イギリスのベバリッジ報告の影響を受けて、ファン・レーン委員会によって国民の最低生活保障を社会保険によって行うことを決定した。医療・介護保険については、短期医療と長期療養に分けたかたちで社会保険が整備された。まず、短期医療については、1964年の疾病基金保険法の成立およびそれに続く医療アクセス法の成立により、事実上の国民皆保険が成立した。ただし、制度は、公務員を被保険者とする保険である公務員保

険、一定の所得以下の被用者とその家族を被保険者とする保険である疾病基金保険、一定所得以上の所得稼得者および自営業者、退職者を対象とする私的保険（Private Health Insurance）に制度が分立されていた。とくに、人口の約3分の2をカバーしている疾病基金保険は、一定の所得以下の被用者とその家族のみを被保険者としていたため、一定の所得以上の被用者と自営業者、退職者は、疾病基金保険と基本的に同じサービスを設定された基礎サービス（Basic coverage）をカバーし、保険料も一定の範囲で設定された私的保険の保険商品を任意加入で、購入する機会が与えられた。私的保険は、主として、疾病基金保険を提供する疾病基金保険会社によって提供されたが、それ以外の民間の保険会社もその役割を担った。結果的には人口のほぼ100%が加入しつつも、制度的には、強制加入ではなかったことは注目される。^{5) 6)}

一方、長期療養、介護サービスについては、1967年に、特別医療費保険が成立した。同保険は、オランダの全居住者を対象とし、かつ強制加入としており、これにより国民皆保険が達成された。長期療養、介護を受けることを、カタストロフィック・リスク（Catastrophic risk）と位置づけ、私的責任の下ではカバーできない、強制加入という形での公的介入の必要なものと政府が位置づけたことは注目される。

しかし、その後の少子高齢化等を反映した（短期）医療費の増加および長期療養、介護費用の増加の下で、医療、介護に向ける資源の効率的利用について問題提起がなされた。その政策的対応における画期的な動きが、1980年代後半のデッカー委員会による医療制度改革に関する審議である。デッカー委員会の議論は、1987年にデッカー・プラン（Plan-Dekker）としてまとめられた。そのアイディアは、アメリカのスタンフォード大学の気鋭の医療経済学者であるエントベン（Alan Enthoven）によって提唱された「管理された競争（Managed Competition）」の考え方を反映したものであった。デッカー報告は、医療、介護を統合し、「管理された競争」

を導入するという大胆な試みであった。デッカー・プランは、政治的な抵抗を受けて、その後、「管理された競争」を適用するサービスの範囲を縮小したシモンズ・プラン（Plan-Simmons）に引き継がれたが、シモンズ・プランも政治的な抵抗のなかでそのままの形では日の目を見ることはなかった。しかし、短期医療に限定して、デッカー・プラン、シモンズ・プランを導入する政策は実行され、今日もその方向性は促進されている。この「規制された競争」の特徴は、患者の代理人（Agent）としての保険者を選択することを通じて、資源の効率的利用を図っている点である。

しかし、患者が医師を始めとする医療サービス供給者ほどには医療サービスに関する情報をもっていないという前提の下で考えると、消費者主権を確立することは容易ではないが、オランダの医療制度では消費者保護法・制度を整備することによって、患者の選択による医療制度の効率性の実現を図る医療制度改革の方向性が強く打ち出されている。ただし、このように患者による保険者の自由な選択を推進する一方、2006年の医療保険制度改革により、短期医療保険は制度の一元化と並行して、強制加入となったことにも注目する必要がある。

短期医療をカバーする短期医療保険（“Compartment 2”）においては、さらに被保険者の責任に委ねるいくつかの施策が講じられている。

第1に、強制免責控除（Compulsory Excess）である。免責控除とは、18歳以上の被保険者を対象に、受療したときに1年間で一定金額までは保険の対象とせず自己負担を行う制度である。2014年には、360ユーロに設定されている。つまり、2014年1月1日から2014年12月31日までの1年間で、360ユーロまでの医療費は保険の対象とはせずに、自己負担することが要請される。⁷⁾ ただし、GP（General Practitioner）によるサービス、妊産婦サービス、18歳未満の歯科診療は対象外である。

第2に、個人免責控除（Personal Excess）で

ある。個人免責控除は、強制免責控除の金額を超えて、免責控除金額を設定することによって、保険料を減免する制度である。⁸⁾

第1の強制免責控除の制度は、一定金額までの、比較的低い費用ですむ軽医療については、医療費の自己負担を求める制度である。年々金額は増加しており、被保険者の医療サービスの利用に対する自己負担を求める傾向は強くなっていると考えられる。

第2の個人免責控除の制度は、被保険者に医療費の免責控除額と保険料の組み合わせを提示して選択させる制度であり、患者に自らの責任で、保険でカバーされる程度と保険料負担の組み合わせを選択させることになる。

その一方、特別医療費保険については、デッカー・プラン、シモンズ・プランで当初考えられていた「規制された競争」は導入されなかった。「規制された競争」のメカニズムが機能するための根幹である費用予測が、長期療養、介護サービスでは不可能であると考えられたためである。しかし、特別医療費保険の費用の増加およびその財源のあり方については、大きな政策的課題になっている。⁹⁾

3. オランダの保健事業

医療制度において、治療、療養といった患者に直接的に働きかけるサービスに加えて、病氣、怪我をする前に行う予防サービスは従来から存在していたが、今日その重要性は一層増してきている。本節では、オランダの予防医療について、その政策的位置づけの変遷も含めて詳説し、その意義について評価する。

（1）オランダの予防医療

オランダの予防医療は、1次予防（Primary prevention）、2次予防（Secondary prevention）、3次予防（Tertiary prevention）の3段階で実施されている。

1次予防は、病気にかかる前の予防である。健康な食生活を確保すること等により、体重超

過、肥満等を予防し、健康な生活を確保することを試みる。手段として、広報、教育、予防的規制 (Prophylactic regulation)、食品衛生 (Hygiene in food preparation)、食品安全規制 (Safety regulation) がある。

2次予防は、病気、怪我の兆候を早期に発見することである。具体的には、検診が該当する。

3次予防は病気、怪我が発生した後、再発を防止することである。ライフスタイルの変更、食生活の改善等を挙げることができる。

予防サービスは、概していえば、集団予防 (Collective prevention) と個人予防 (Individual prevention) に分類することができる。前者は、主として地方自治体のGGD (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten, GGD, Municipal Health Service) によって供給されており、後者は、主として短期医療保険 (“Compartment 2”) において供給されている。

前者の集団予防において、重要な役割を果たしているのがRIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM, National Institute for Public Health and the Environment) である。29のGGDで443ある地方自治体 (Municipality) のサービスを行っている。¹⁰⁾ また、公的医療保険のなかでは一部の個人予防サービスが提供されている。以下では、最初に地方自治体のイニシアティブの下で行われている公衆衛生サービスのなかで提供されている予防サービスについて概観し、次に、公的医療保険でカバーされている個人予防サービスについてみていく。

(2) 公衆衛生サービスのなかの予防サービス

公衆衛生サービスは、地方自治体によって提供されている。その主役は、GGDである。また、地域における医療の供給において、同様に重要な役割を果たしているのが、救命救急医療、火災、警察等を司るGHOR Netherlands (Geneeskundige Hulpverlening Organisatie in de Regio, the Regional Medical Assistance Organization) である。GHOR Netherlandsに

しては、安全・法務省 (Ministry of Justice and Safety) と厚生・スポーツ省 (Ministry of Public Health, Welfare and Sport) が責任を負っている。GHOR Netherlandsは、サービスを地域的に最適に供給するために、オランダを25の「圏域」(Region) に分け、GHOR Regionが実際の業務を司るかたちで構成されている。^{11) 12)} 2011年5月12日に上院 (the Senate) を通過した公衆衛生法改正により、GGDとGHOR Netherlandsを統合した組織であるGGD GHOR Netherlandsが成立した。

予防サービスの実際の提供については、RIVMの一組織であるcGM (centrum Gezondheid en Milieu, the Centre for Health and Environment) がGGDに対して、サポートを行っている。

このように公衆衛生サービスは、住民に最も近いところにいる地方自治体によって提供されるが、国は、医療政策の一環として公衆衛生行政に責任を負っている。公衆衛生サービスは、両者の連携の下で提供されており、その根拠法は、公衆衛生法である。

以下、上記の予防サービスの内容について具体的にみていこう。

集団予防 (Collective prevention) は、一定の人口の集団を対象にした予防である。集団予防法 (the law on collective prevention and health care) において、どのような予防を行うかが定義されている。

集団予防の中心的役割は、病気の予防 (Disease Prevention)、健康増進 (Health Promotion)、健康確保 (Health protection) であるが、地方自治体 (Municipality) の管轄・責務になっている。¹³⁾ GGDが443ある地方自治体 (Municipality) のサービスを行っている。

GGDは、大気、騒音、水質など生活環境に関わる公衆衛生を担っている。しかし、GGDの行うサービスはそれぞれで異なっている。その理由は、地方自治体それぞれが地方自治体覚書 (the Municipal memoranda) によって、地域保健 (Community health) に関する政策を決めているからである。

ただし、GGDには、必ず行わなければならない義務的業務が、公衆衛生法によって規定されている。それは、以下のサービスである。

- ①若者の医療 (Youth health care)
- ②環境医療 (Environmental health)
- ③社会医療の忠告 (Socio-medical advice)
- ④定期的な衛生調査 (Periodic sanitary inspections)
- ⑤政治的亡命者に対する公衆衛生 (Public health for asylum seekers)
- ⑥医療検診 (Medical screening)
- ⑦疫学 (Epidemiology)
- ⑧健康教育 (Health education)
- ⑨地域精神保健 (Community mental health)

人々は、これらのサービスを、原則、自己負担なしで受けることができ、その財源調達は地方自治体の責任である。ここでは、①と⑥について詳しくみていく。¹⁴⁾

- ①若者の医療 (Jeugdgezondheidszorg, JGZ, Youth health care)

オランダでは、0～19歳のオランダの居住者に予防サービスを提供する。

まず、4歳までの子どもに対する予防サービスである。具体的には、健康センター (Health centres (consultatiebureaus)) における検診、予防接種、子どもに対する医療アドバイス、親へのアドバイスである。健康問題と社会問題を専門の医師と看護師が早期に発見し、子どもの成長と発達を助けることを目的としている。問題があるとうかつたときには、一次医療の提供者、とくにGPに紹介する。子どもが1歳になるまでに平均して1回程度、5歳になるまでに平均して15回程度利用されている。

子どもが5歳の誕生日を迎えた後の予防検診は、学校医 (School doctor) が行う。5歳、10歳、13歳ですべての子どもの検診を行っている。この学校保健 (School Health) は、

4～19歳の子どもが対象である。学校保健は、学校医師 (School physician)、学校の看護師 (School nurse)、医療教育者 (Health educator)、地方自治体の保健サービスの疫学者 (GGD-s) によって提供される。'JGZ-intervention'は、個人に向けたものであると同時にコミュニティに向けたものでもある。16歳になって義務教育を終了した者に対しては、学校保健と同様のサービスが、19歳になるまでレポート・コーディネーションセンター (Meld en Coördinatiecentrum) によって提供される。

- ②(集団) 検診とワクチン接種 (Screenings and vaccinations)

次に(集団) 検診とワクチン接種である。1957年にスタートした国民ワクチン接種プログラム (the National Vaccination Program (Rijksvaccinatieprogramma, RVP)) におけるワクチン接種の接種率は、95%以上と高い。

2006年6月1日よりDTP-Hib-HepB、MMR、MenC、肺炎球菌のワクチン接種が導入され、2009年より12歳の女子対象のHPVワクチンが導入された。

乳がん検診 (Screening for breast cancer) は50～75歳の女性を対象であり、受診率は、2007年で82.4%と増加傾向にあり、EU諸国のなかでも高水準にある。

子宮頸がん検診 (Screening for cervical cancer) は、30～60歳の女性を対象であり、受診率は2006年に66%であり、この数字は2003年から安定している。子宮頸がん検診の受診率はほかのEUの国々よりも高いが、厚生・スポーツ省は、65.5%の受診率を目標にしている。¹⁵⁾

また、オランダの20～60歳の女性は、5年に1回の子宮がんの細胞診のための塗布検査 (Pap smear test) を受診する。

2006年に新生児の99.9%が脊椎検査 (Heel prick test) を受けている。この検査は、フェ

ニルケトン尿症 (PKU)、アイカルディ・ゴーティエ症候群 (AGS)、うつ病 (CHT) の病気の発見のための検査である。¹⁶⁾

そして、2007年1月1日から検診は17の病気を対象とするものまで拡大された。

検診には、GGDのみならず、GPも重要な役割を果たしており、GPは子宮頸がんの検診、インフルエンザ予防接種に参加している。

(3) 短期医療保険 (“Compartment 2”) における予防サービス

個人予防サービスは、主として短期医療保険 (“Compartment 2”) において提供されている。“Compartment 2”以外に、“Compartment 3”においても同様に予防医療のサービスがある。また、保険商品とは別にCare Insurerが提供する予防活動もある。

短期医療保険によってカバーされる予防医療には、産科・妊婦サービス (Obstetric and maternity care)、遺伝相談 (Genetic counselling) がある。

産科サービス (Obstetric care) は、GPと助産師 (midwife) によって行われる。妊婦のものを訪問し、血液検査、尿検査を行い、子宮の重さと成長を見守る。出生前検査 (Prenatal screening)、先天性異常 (congenital anomalies) の検査も行うことができる。

妊婦サービス (Maternity care) は、在宅、医療機関いずれにおいても受診できる。在宅サービスは、出産サービスセンター (Maternity Care Centre) の出産サービス助手 (Maternity care Assistant) によって行われ、その内容は、被保険者と子どもの世話、家庭における掃除、洗濯などの雑用である。時間数としては、24～80時間ないし最大10日間提供される。

また、遺伝相談が、短期医療保険によってカバーされている。具体的なサービス内容は、遺伝子検査 (Genetic testing) による遺伝子異常、遺伝相談、認証を受けた機関による心理社会的なサポートである。遺伝相談のサービスを受けるためには、GP、専門医 (specialist) の紹介を

受ける必要がある。

ただし、患者 (受給者) は、在宅サービスについては1時間当たりの自己負担、施設における入院サービスについては1日当たりの自己負担を支払う。¹⁷⁾

(4) 近年のオランダの予防サービスの動向

ここまでみてきたように、オランダの予防サービスは、地方自治体 (Municipality) のGGDを中心に行われ、かつ公的医療保険のなかでも短期医療保険 (“Compartment 2”) で出産、妊婦サービスを中心に供給されてきた。今日、少子高齢化および医療費の増加の下で、オランダにおける予防サービスの重要性は増してきている。

2006年に「予防サービス教書 2006 (The Preventiennota 2006, The Prevention Memo 2006)」が厚生・スポーツ省から発刊され、オランダの予防サービスにおける5つの重点領域が設定された。喫煙 (smoking)、体重超過 (Overweight)、アルコール、うつ、糖尿病の5つの領域である。保険料の50%以上が、2型糖尿病 (Diabetes type 2)、冠動脈性心臓病 (Coronary heart disease)、心臓麻痺 (Heart failure)、脳卒中 (Stroke)、喫煙に起因するがん、アルコール、体重超過、不健康な食品 (Unhealthy food)、運動不足 (Limited activity) に起因する病気に支出されている。¹⁸⁾

これを受けて、2012年に発表された厚生・スポーツ省による健康に関する国の政策文書 (National Policy Document on Health) である「人々の近くにある健康 (“Health Close to People”)」においても引き続き、「予防サービス教書 2006」に掲載された5つの問題、①体重超過と肥満、②糖尿病、③うつ病、④喫煙、⑤ (過剰な) アルコール消費 ((Excessive) alcohol consumption) が重点領域として取り上げられ、これらの問題に対する施策の方向性が示されている。

ここでは、健康は個人の責任であることを強調する一方で、国民の行動を制約し、強制したりすることがないように注意し、「健康な生活スタイル

ル (Healthy Life style)」を取りやすい環境づくりをしていくことが強調されている。¹⁹⁾ 健康な生活スタイルを確立するうえで、運動 (Exercise) と身体的活動 (Physical activity) の有効性を強調していることが特徴的である。2028年のオリンピック誘致を念頭に、人々が近隣で気軽に運動を行うことができる物的、心的支援体制を整備していくことが戦略として提示されている。

その1つの試みは、伝統的な予防サービスの枠を超えて、病気の早期発見、生活スタイルの見直しを含む予防と、実際に罹患した場合の最も効果的な治療方法の確立までを1つのセットにした病気に対する対応法を考えるものである。糖尿病等の主として慢性疾患を対象にした国家的プログラムが動き始め、成果を蓄積し始めている。²⁰⁾ それは、実践としては統合ケア (Integrated Care) の構想につながっていく。

第2に、国民の健康を保つためには、医療制度における医療サービス供給者が予防に貢献できることはいうまでもない。そのなかで、GP、看護師、運動補助者 (Practice assistants)、栄養士、理学療法士などの医療サービス供給者の患者への働きかけによって、人々が「健康な生活スタイル」を送り、健康増進を図るようになることは有力な方策と考えられており、これらの医療サービス供給者に対する訓練プログラムが注目されている。GPは、「GPシステム (GP System)」の下で、患者が医療サービスへ最初にアクセスする主体でもあり、患者のかかりつけ医としての役割を果たしている主体でもあるので、患者への助言者として最も適当な位置づけにあるといえる。しかし、こうしたサービスを、即、公的医療保険でカバーするという話にはなっていない。理由は、「健康な生活スタイル」を選択するかどうかは個人の責任であり、政府が介入すべきものではないという考え方による。²¹⁾

また、2011年初頭に健康保険審議会 (The Health Care Insurance Board, CVZ) が、短期医療保険 (Compartment 2) でカバーすべきサービスを再検討するべきであるという勧告を

政府に対して行った。政府は、公的医療保険でカバーするサービスは、患者に対して、健康状態が悪いことに落胆させる方向ではなく、健康を促進する方向で貢献するべきであるという原則のもと、以下のような方策を提示した。

- ①近隣で、あるいはオンライン (online) でアクセスができ、認知できる医療サービスの利用を促進する。
- ②医療サービスの専門家による (潜在的なものも含む) 健康リスクの提示、説明を行う。
- ③患者にどのように健康を促進し、守るかを認識させる役割を医療サービス部門の人々に担わせる。²²⁾

そのためには、できるだけ国民に近いところにある医療関係施設に注目するべきであり、若者と家族のセンター (the Centres for Youth and Family (CJG))、医療施設、学校、スポーツ施設などがパートナーとなって、国民の健康を促進する試みである「健康な近隣 (“The Healthy Neighbourhood”)」の社会実験が各地で行われつつある。²³⁾ 地域社会の役割を再考し、地域社会で協働して、近隣から隔絶された人々、健康状態の良くない人々を、食事会、イベント等の社会参加、スポーツ等を通じて、元の自立した生活に戻すことにより、医療の効率的利用を促進することが試みられている。

第3に、学校教育の役割にも注目が集まっている。若いときから、健康なライフスタイルを確立するために、たばこ、アルコール摂取に関する教育、健康な食生活、運動のあり方を学校教育のなかで行う活動が始まっている。²⁴⁾

4. 結論

オランダは、ほかの先進諸国と同様に、ベバリッジ報告で提示された「(国による) 最低生活保障 (National Minimum)」の考え方の影響を受けたファン・レーン委員会の勧告の下、「社会保険」の枠組みのなかで公的医療保険制度を整

備してきた。社会保険の枠組みのなかでも短期医療保険(“Compartment 2”)については、制度の発足時には一定の所得以上の者の加入を任意加入にし、その後の医療保険制度改革のなかで、患者にCare Insurerを自由に選択させ、強制免責控除制度、個人免責控除制度を導入するなど、患者の自由な意思決定を尊重してきた。その一方で、伝統的な予防医療を公衆衛生法の下で堅実に実施してきた。しかし、少子高齢化等の社会経済情勢の変化により、増加した医療費をどのように賄うかが重要な課題になってくるなかで、「規制された競争」の導入のみならず、予防に新たな焦点が当たるようになってきている。患者の自由な意思決定を尊重しながらも、患者が「健康なライフスタイル」を選ぶことができるような社会的環境づくりの試みが、オランダで始まっている。日本でも予防の役割が再評価されるなかで、オランダの試みは注目に値する。

注

- 1) 本稿は、文部科学研究費(新学術領域研究(研究領域提案型))(課題番号21119006)および文部科学研究費基盤研究(C)(課題番号25380354)の成果を一部使用している。記して感謝の意を表したい。
 - 2) その後、疾病基金保険は、2006年の医療保険制度改革のなかで健康保険(Zorgverzekeringswet, ZVW, Health Insurance Act)に改正された。
 - 3) オランダの「規制された競争」の下での医療制度改革については、大森(2006)を参照。
 - 4) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012)。
 - 5) 大森(1998) P.30。
 - 6) その後、2006年の医療保険制度改革の下で、短期医療保険は一元化され、すべてのオランダの居住者は、政府の設定した短期医療保険に強制加入することになった。経緯については、大森(2006)を参照。
 - 7) <http://www.government.nl/issues/health-issues/health-insurance> を参照。
 - 8) すでに廃止されているが、無事故払戻制度(No-claim refund)が導入された時期がある。
- この制度は、医療サービスの利用がなかったか、あったとしても少なかった場合に、定額保険料の一部を被保険者に返金する仕組みである。ただし、この制度導入時は、GPサービス、助産師サービス、出産サービス等のサービスは対象外であった。
- 9) 特別医療費保険に対する施策については、大森(2011)を参照。
 - 10) オランダには、12の州(Province)と443の地方自治体(Municipality)がある。『オランダの地方自治』を参照。
 - 11) <http://www.ghor.nl/>を参照。
 - 12) したがって、「圏域(Region)」の範囲は、複数の地方公共団体(Municipality)により構成されている。
 - 13) オランダには、12の州(Province)と443の地方自治体(Municipality)がある。財団法人自治体国際化協会(2005)を参照。
 - 14) Wilemijn Schafer et al. (2010) pp.143-145。
 - 15) NPKのwebsiteによる。
 - 16) この項目の数字は、National Institute for Public Health and Environment(2010)による。
 - 17) Wilemijn Schafer et al(2010)を参照。
 - 18) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012)。
 - 19) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012) P.18。
 - 20) Dutch Diabetes Federation(2009)を参照。
 - 21) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012) P.32を参照。
 - 22) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012) P.33を参照。
 - 23) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012) P.33を参照。
 - 24) Ministry of Public Health, Welfare and Sport(2012)pp.51-53。

参考文献

- ・大森正博「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』No.124号、pp.28-44、1998年秋季
- ・大森正博「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号、pp.153-167、2006年3月
- ・大森正博「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No.725、pp.51-73、2011年6月、国立国会図書館
- ・大森正博「オランダにおける公的医療保険制度

の適用範囲を巡る政策動向』『健保連海外医療保障』No.95、pp.17-28、2012年9月

- ・財団法人自治体国際化協会『オランダの地方自治』2005年
- ・Wilemijn Schafer et al. 2010. "The Netherlands-Health system review", Nivel.
- ・Dutch Diabetes Federation. 2009. Nationaal Actieprogramma Diabetes 2009-2013.
- ・Ministry of Public Health, Welfare and Sport. 2012. *Health Close to People*.
- ・Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: An explorative study on the national level
- ・National Institute for Public Health and Environment. 2010. Dutch Health Care Performance Report 2010.

特集：保健事業の動向

イギリスの保健事業

福祉未来研究所

府川 哲夫

Fukawa Tetsuo

日本の健康日本21と同様に、イギリスでも早すぎる死亡の減少、国民の健康寿命の延伸および生活の質の向上のために、生活習慣の改善が不可欠である。保健福祉サービスの質の向上のため、イギリスではガバナンスの向上や保健医療サービスと福祉サービスの連携に力を入れている。75歳未満の早期死亡を回避するため、病気の3大リスク要因であるタバコ・高血圧・肥満の対策が強化されている。また、人口の高齢化に伴って増加することが見込まれる認知症高齢者にやさしい社会づくりを目指した国家プログラム Dementia Challenge が展開されている。

日本では2000年に第3次国民健康づくり対策（21世紀における国民健康づくり運動＝健康日本21）が策定された。健康日本21（2000～2012年度）の基本理念は、21世紀の日本を全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸および生活の質の向上を実現し、1人ひとりが自己の選択に基づいて健康を増進することであった。生活習慣病に関する9分野（栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん）において目標値が設定された。これら9分野の目標の達成状況などの評価作業を経て、2012年7月に2013～2022年度に関する「21世紀における第2次国民健康づくり運動＝健康日本21（第2次）」が発表された。その基本的な方針は、21世紀の日本において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣および社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その

結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図ることである。健康日本21（第2次）の基本的な方向として、①健康寿命¹⁾の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持および向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、の5つが提案されている。

本稿は健康日本21を背景に、イギリスの保健事業のうち地域保健サービス、保健福祉サービスの質の向上、Health 指標、認知症対策について概観する。

1. 地域保健サービス

地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医（GP）サービスと並ぶ国民保健サービス（NHS）の柱の一つである。従来は、各地域に設置されていたプライマリー・ケア・トラ

スト（PCT）が地域保健サービスを提供していたが、2012年NHS 改革法（Health and Social Care Act 2012）により、多くの地域保健サービスの提供は、2013年4月から地方自治体の責務とされ、それまでPCTに雇用されていた保健師等の多くは地方自治体に移籍した（厚生労働省、2014）。一般家庭医サービスにおいても、一般家庭医が予防活動等に積極的に関わることが促進されており、地域保健サービスに従事する保健師等と一般家庭医は診療施設を共有したり（ヘルスセンター）、連絡したりしながらサービス提供に当たる場合も多い。地域保健サービスとしては、日本と同様に、母子保健サービス、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービス、学校保健サービス、予防接種、家族計画の指導等が実施されている。

2. 保健福祉サービスの質の向上

（1）ガバナンスの向上

保健医療サービスは国営のNHSが、福祉サービスは地方自治体がその提供に責務を負う仕組みとなっている。NHSでは現存する独占的で中央集権的な医療制度の効率を向上させるために、Clinical Commissioning Groups（CCGs）は住民が必要としているサービスを効果的に購入することに努め、患者はサービス提供者の中から最適なサービスを選択する。

福祉サービスについては、地方自治体が個々のサービスごとに申請を個別審査し、当該サービスが必要と判定された利用者に公営のサービスを直接提供する仕組みが採用されてきた。しかし1993年以降、地方自治体がケアマネジメントを行うことにより申請者個々の福祉ニーズを総合的に評価し、望ましいサービスの質および量を具体的に決定した上で、これを最も効率的に提供できる供給者を競争で選び、契約によってサービスを提供する方式が採用された（厚生労働省、2014）。これにより福祉分野にも競争が導入され、従来主流であった自治体直営のサービスが縮小し、民間サービスへの移行が進んでいる。

（2）保健医療サービスと福祉サービスの連携

保健医療サービスと福祉サービスの提供主体が制度的に異なるため、全体として両者間の連携が悪く、社会的入院がNHSの待機期間を長期化させている等の批判があった。

このため、労働党政権下でNHSと福祉サービスによる共同事業、NHSのプライマリー・ケア組織に福祉サービスも統合して提供させるケア・トラスト化、中間ケア（医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービス）などが推進された。さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり福祉サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合には地方自治体がNHSに当該機関の滞在費、介護費として1日100ポンドを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した²⁾。

保守・自民連立政権においても、保健医療サービスと福祉サービスの統合は重視されており、2012年のNHS改革法（Health and Social Care Act 2012）においては、各地域において、医療および福祉委員会（Health and Wellbeing Board）を設立し、各地域の実情に応じた医療サービスと福祉サービスについて総合的に提供するための戦略を策定することとされている。また、2013年6月には、保健医療サービスと福祉サービスの統合に地方自治体とCCGが共同して取り組む計画を策定し、保健省の承認を得た場合に、その取組およびその成果に対して助成を行う基金（Integration and Transformation Fund）を設立すること（同基金の規模は、2014年度に11億ポンド、2015年度には38億ポンドとする）が発表された（厚生労働省、2014）。

3. Health指標：Outcome指標の向上に向けて

保健医療サービスの成果（Outcome）については、システムへの投入に見合った成果をあげているか、コストを正当化できるほどに国民の保

健福祉水準の向上に貢献しているか、という観点から関心がもたれている。表1は6か国の保健指標を比較したものである。医療費（対GDP比）、自殺率、認知症の割合などではイギリスの成績は悪くないが、乳児死亡率、生活習慣（アルコール消費量、肥満の割合、等）、予防可能な死による生存年の喪失（PYLL）などではイギリスは他の主要国に比べて遅れをとっている。このため、イギリスでは75歳未満の早期死亡の回避および健康格差の解消に力を入れている。以下、Department of Health（2014）をもとに、主にイングランドの状況を概観する。

75歳未満の10.3万人の死亡は予防、早期診断、治療の質の向上で防ぐことができたとみられる。このため、Public Health Outcome Framework（PHOF）、NHS Outcome Framework（NHSOF）のいずれでも、75歳未満の早期死亡の回避が掲げられている。2012年にイングランドで死亡した人の3人に1人は75歳未満で、その4分の3以上が5大死因による。つまり、75歳未満の死亡の42%はがん、22%は心疾患、9%は呼吸器疾患、6%は肝疾患であった。肝疾患の死亡率は、他の死因の死亡率が低下している中で、上昇しており、他のヨーロッパ諸国でも上昇している国はない。2001年から2011年

の間に、イングランドの肝疾患による死亡数は10.6千人から13.0千人に増加した。肝疾患の主なリスク要因は過度のアルコール摂取、肥満、肝臓炎である。

病気のリスク要因の中で最大のものはタバコで、毎年ほぼ8万人の回避できる死をもたらししている。高血圧と肥満（高いBMI値）は第2、第3のリスク要因である。運動不足や飲酒がこれに続き、高コレステロールや塩分のとり過ぎもリスク要因である。

- ・イングランドで成人の喫煙率は初めて20%を下回った。喫煙率は職業によって異なり、ブルーカラーで高いことがわかっている。2015年末までの目標として、a) 成人（18歳以上）の喫煙率を18.5%に下げる、b) 15歳の喫煙率を12%に下げる、c) 妊婦の喫煙率を11%に下げる、ことが掲げられている。（喫煙もほかのリスク原因と同様に記述する）
- ・イングランドの成人のほぼ30%は高血圧であり、このうち500万人以上は診断も受けていない。このため高血圧の早期診断、疾病管理、国民への周知などが重要である。
- ・イングランドの成人の62%、2～15歳の28%が体重過多か肥満である。これらの人々は糖尿病、心疾患、脳卒中、肝疾患、一部のがん、

表1 保健指標の6か国比較（2011年）

		フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
乳児死亡率	出生1,000対	3.5	3.6	2.3	2.1	4.3	6.1
自殺率	人口10万対	16.2	10.8	20.9	11.7	6.7	12.5
75歳の平均余命（年）	2010年	13.8	12.1	13.4	12.2	12.3	11.7
15歳以上の喫煙率	09～12年計	23.3	21.9	20.1	13.1	19.6	14.8
（毎日吸っている人の割合）%	男	26.4	26.4	32.4	13.9	20.3	16.4
	女	20.7	17.6	9.7	12.4	19.1	13.3
医療費／GDP	%	11.6	11.3	9.6	9.5	9.4	17.7
PYLL（年） （0～69歳100人当り）	男	4.8	3.9	3.5	3.1	4.0	5.8
	女	2.3	2.2	2.0	1.9	2.5	3.4
アルコール消費量（15歳以上1人当り）	L／年	12.6	11.7	7.3	7.4	10.0	8.6
肥満の割合（%）	自己申告	12.9	14.7		11.0		28.5
	調査			4.1		24.8	36.5
60歳以上の認知症割合（%）		6.5	5.8	6.1	6.3	6.1	6.2

注：PYLL = Potential years of life lost
出所：OECD Health Data 2011 & 2013

などになりやすい。

- ・運動不足はイギリスの早期死亡の17%の要因となっている。運動することによって20以上の慢性症状の予防に役立つとWHOの報告書にも記されている。
- ・アルコールは病気の第4のリスク要因で、60以上の疾病や症状と関係している。過剰な飲酒は脳血管疾患を引き起こし、各種のがんのリスクを高め、肝疾患の原因にもなる。アルコールの害は長年の飲酒の結果が中高年になってから現れるため、年の飲酒量を2%減らすだけでも効果はある。

4. 認知症対策

今日、イギリスでは認知症の人が約80万人（このうち15万人が65歳未満）いると見込まれ、そのケアのための費用は年間230億ポンドにのぼっている。2040年までに認知症の人は倍増し、費用は3倍になると見込まれる。認知症と診断されているのは認知症全体の半数程度にとどまっている。また、病院病床の4分の1は認知症患者で占められている。

イギリス政府は認知症にやさしいコミュニティ作りに力を注いでいる。2009年には認知症国家戦略を公表し、2011年に国家プログラム Dementia Challengeを開始した。また、2013年12月には、2013年のG 8議長国であったイギリスのキャメロン首相が認知症対策の重要性を訴えて、ロンドンで初めてG 8認知症サミットが開催された。認知症サミットでとりまとめられた共同声明には、世界的な共通課題である認知症の治療法を2025年までに見つけ出すことを目指してG 8各国が研究費を大幅に増額することや、認知症対策の技術開発や研究を進めるための基金創設を検討する方針などが盛り込まれた。

2013年に医療専門誌The Lancetに掲載された調査結果によると、イギリスの2011年における65歳以上で認知症の人数は67.0万人（65歳以上人口の6.5%）と推計され³⁾、同じ研究チームが20年前に行った同様の調査を基にした2011年にお

ける推計値（88.4万人、8.3%）より大幅に下方修正されている。ただし、肥満などの認知症に対するリスク要因が増加しているため、20年後にも認知症の割合が減少するかどうかに関心が高まっている。

注

- 1) 2004年には国民の健康寿命（健康で自立して暮らすことができる期間）を伸ばすことを基本目標とし、生活習慣病予防と介護予防をめざした健康フロンティア戦略（2005年からの10か年戦略）が策定された。この戦略では、がんの5年生存率を20%改善、心疾患死亡率を25%改善、脳卒中死亡率を25%改善、糖尿病発生率を20%改善、要支援・要介護1の要介護2以上への移行を10%防止、要支援・要介護の発生率を20%改善、という数値目標を設定し、その達成により健康寿命を2年程度伸ばすことを目指している。2007年にはこの戦略をさらに発展させた「新健康フロンティア戦略－健康国家への挑戦」（2007年度からの10か年戦略）が策定され、新健康フロンティア戦略アクションプランがとりまとめられている。
- 2) 2013年9月末現在、ベッドブロッキング法による地方自治体のNHS への費用の支払に関する規定は存在するが、医療的なケアが必要でなくなった患者の円滑な退院には、NHS と地方自治体双方の協力関係が不可欠であり、また、退院の遅延が地方自治体のみの責任に帰することができる場合が少ないため、制度導入当初より実際にはあまり適用されていない（厚生労働省、2014）。
- 3) 2008年から2011年にかけてCambridgeshire、Newcastle、Nottinghamで65歳以上の人計7,769人を調査して、イギリス全体の認知症の人数を推計した。

参考文献

- ・厚生労働省(2014)2013年海外情勢報告
- ・ADI (2014). Dementia statistics.
- ・Department of Health (2009). Equality Impact Assessment, Living well with dementia, National Dementia Strategy.
- ・Department of Health (2014). Living Well for Longer.

- ・ OECD (2012). Health at a Glance Europe 2012.
- ・ OECD (2013). Health Data 2013.

韓国の健康増進対策の現状と課題

嵯山女学園大学教授

株本 千鶴

Kabumoto Chizuru

がんによる死亡者数や慢性疾患患者の増加が顕著な韓国では、それら疾病の予防と健康寿命の伸長を目的とした健康増進政策が実施されている。「国民健康増進総合計画」をもとにした政策の分野は、①健康生活実践の普及、②慢性疾患の発病危険要因の管理、③感染疾患の管理、④安全な環境づくり、⑤人口集団別の健康管理、⑥事業体系の管理—に区分される。これら政策内容の概要を説明するとともに、結核罹患率や自殺率が高く、感染症対策や精神保健対策が重視されている点や、保健所の機能転換の推進などにも注目したい。

はじめに

韓国では、国民の健康増進を図ることを目的とした医療保健事業は、「国民健康増進総合計画」(National Health Plan)をもとに実施されている。この計画は1995年に制定された「国民健康増進法」第4条に基づき、国民の健康増進や疾病予防のための政策方向を提示するもので、2002年に「第1次国民健康増進総合計画(2002～2005年)」、2005年に「第2次国民健康増進計画(2006～2010年)」が策定され、現在は2011年に策定された「第3次国民健康増進計画(2011～2020年)」(以下、HP2020)が遂行されている。HP2020の

全体的なビジョンは「全国民がともにつくり、享受する健康な社会」であり、「健康寿命を2020年までに75歳に延ばし、健康の衡平性を高めること」が総括目標として定められた。

HP2020は、総括分野を除く6つの分野(健康生活実践の普及、慢性退行性疾患と発病危険要因の管理、感染疾患の管理、安全な環境づくり、人口集団別健康管理、事業体系の管理)からなり、32の重点課題、16の重点指標を設定している(表1、表2)。本稿では主な重点課題の目標や事業の内容を確認し、予防面からの対策に注目しながら、韓国の健康増進対策の特徴や課題を考察したい。

表1 健康増進総合計画(HP2020)の6分野・32重点課題

健康生活実践の普及	慢性退行性疾患と発病危険要因の管理	感染疾患の管理	安全な環境づくり	人口集団別健康管理	事業体系の管理
・禁煙 ・節酒 ・身体活動 ・栄養	・がん ・健康検診 ・関節炎 ・循環器系疾患 ・肥満 ・精神保健 ・口腔保健	・予防接種 ・非常防疫体系 ・医療関連感染 ・結核 ・エイズ	・食品政策 ・損傷予防 ・健康への影響評価	・母性の健康 ・乳幼児の健康 ・高齢者の健康 ・労働者健康増進 ・軍人健康増進 ・学校保健 ・多文化家族の健康 ・社会的弱者家庭の訪問と健康 ・障害者の健康	・インフラ ・評価 ・情報と統計 ・財源

出所：保健福祉部(2013b)、保健福祉部・韓国健康増進財団(2013)

表2 国民健康増進総合計画（HP2020）の16の代表的指標

領域	代表的指標	目標値	
		2008年	2020年
1 禁煙	成人男性喫煙率	47.7%	29.0%
2 節酒	成人ハイリスク飲酒率	男性 28.3% 女性 8.5%	男性 18.0% 女性 5.0%
3 身体活動	ウォーキングを除く中程度身体活動実践率	14.5%	20.0%
4 栄養	健康食生活実践率 ¹⁾	28.9%	35.0%
5 がん管理	国家がん検診受検率	50.7%	80.0%
6 健康検診	一般健康検診受検率	65.3%	80.0%
7 循環器系疾患	高血圧有病率	26.8%	23.0%
8 肥満	成人肥満有病率	男性 35.3% 女性 25.2%	男性 ≤ 35.0% 女性 ≤ 25.0%
9 精神保健	自殺死亡率の減少（人口10万人当たり）	26人	18人
10 口腔保健	児童青少年虫歯の経験率（永久歯）	61.1%（2006）	45.0%
11 予防接種	予防接種率	59.5%	95.0%
12 結核	塗抹陽性結核発生率（人口10万人当たり）	22.7人	10人
13 損傷予防	交通事故死亡率（人口10万人当たり）	16.1人（2006）	7人
14 母性の健康	母性死亡率（出生10万人当たり）	12人	9人
15 乳幼児の健康	乳児死亡率（出生児千人当たり）	3.4人	2.8人
16 高齢者の健康	高齢者活動制限率 ²⁾	11.4%	11.4%

注1 「脂肪」、「ナトリウム」、「果物／野菜」、「食品選択時に栄養指標参照」、これら4指標のうち2つ以上の基準値を満たす人口の比率

2 ADLの障害の発生率

出所：保健福祉部（2013b）

1. 健康生活実践の普及

健康生活習慣のなかで慢性疾患と関連性の強い禁煙、節酒、身体活動、栄養—の4つがHP2020の重点課題に設定されている。

（1）禁煙対策

高い喫煙率は「国民の健康の最大危険要素」と捉えられている（保健福祉部2013b:81）。

国民健康増進法の制定後、2001年の汎国民禁煙キャンペーン、2004年のたばこ価格の引上げなどで成人喫煙率は低下したが、2008年に再び増加傾向に転向し、喫煙開始年齢も低年齢化した（保健福祉部2011:69）。

韓国男性（15歳以上）の喫煙率はOECD加盟国中、最高水準（2010年のOECD加盟国平均26.0%、韓国40.8%）で、早期死亡（2011年約5万人）や治療費負担（喫煙による健康保険診療

費用1兆5,633億ウォン）などによる社会的な費用は高い。とくに青少年の喫煙率（高3男子25%）はOECD加盟国の成人男性平均値に迫っており、将来の健康への影響が懸念されている。所得や学歴別の喫煙率にも格差がみられる（保健福祉部2013b:81）。

HP2020では、成人および青少年の喫煙の減少、青少年の喫煙開始の減少、喫煙者の禁煙意志と禁煙行動の増加、間接喫煙の減少、禁煙区域の拡大—などを具体的目標としている。また、地域間、所得水準間での喫煙率の差を縮小することも衡平性の面での目標となっている。

近年の対策としては、2011年に公共利用施設での全面禁煙（2012年12月施行）、たばこパッケージへの禁煙相談電話番号の表記（2013年4月施行）などが実施されている。

予防的な対策としては、非喫煙者に対する喫煙予防教育や関連の広報が行われており、2012

年には「あなたのおかげで大韓民国の健康領土が広がります」をスローガンとした間接喫煙予防のためのキャンペーンが推進された。青少年喫煙予防のため、教育プログラムの開発・普及も展開されている（保健福祉部2013a:47）。

（2）節酒対策

2011年の「国民健康統計」によれば、2011年の成人1カ月当たり飲酒率（1カ月に1回以上飲酒する者の比率）は男性77.6%、女性44.2%。ハイリスク飲酒率（1回平均飲酒量が男性7杯以上、女性5杯以上で、週2回以上飲酒する者）は男性26.0%、女性6.3%である（保健福祉部2013b:91）。

HP2020の具体的目標は、アルコール消費量の減少、ハイリスクな飲酒行動の減少、飲酒関連死亡率の減少、飲酒関連の環境改善、低所得層の危険な飲酒行動の減少—である。事業としては、酒類販売免許の管理、酒類価格の調整、飲酒を助長する環境の改善（教育・情報提供、節酒指針の制作、メディアによる広報、地域社会での教育・相談・広報、大学生教育、社会人教育、酒類取扱者・従事者の教育および広報）、規制強化（飲酒運転の規制・取締拡大、公共の場での飲酒制限、酒類広告・販促の制限など）、飲酒問題予防事業（ハイリスク飲酒者の早期発見と相談、飲酒運転・飲酒暴力に対する治療命令制の実施）—が挙げられている。

飲酒の習慣を改めるためには、認識の転換を促す必要があり、テレビやラジオを通じた健全飲酒キャンペーンや青少年・社会人など対象別の健全飲酒教育などが実施されている。また、大学で発生する飲酒に関連する事故を予防するため、健全飲酒サークル（60校）を選定し、大学生の自発的な健全飲酒文化づくりの支援も行われている。飲酒による弊害の予防を強化するために、屋外広告の禁止、マーケティング活動の禁止など広告規制の強化や、地域でのアルコール相談センターの持続的拡大も計画されている（保健福祉部2013a:47-48）。

（3）身体活動

ウォーキングの実践率は2001年以降、減少傾向にある。HP2020では規則的な身体活動実践率の増加、身体活動実践の推進基盤づくりが目標とされ、事業としては、身体活動標準指針の制定、身体活動プログラム・健康教育プログラムの開発と普及、地域社会での身体活動活性化のための情報提供、身体活動の推進基盤づくり（専門のマンパワー養成、身体活動普及のための資源開発と普及）、社会的弱者層の身体実践の改善—が設定されている。

（4）栄養

HP2020では、健康的な食生活の実施率の向上、健康的な体重維持と管理の実施率の向上などが目標とされ、事業としては、食生活指針をもとにした教育、加工食品・飲食店での食品におけるナトリウム含量の減量、栄養表示の適用範囲の拡大と栄養表示に対する認識向上、健康的な体重に関する教育・広報、高齢者の給食の質の管理、栄養管理サービスの産業基盤整備、社会的弱者層の栄養管理事業開発・拡大—がある。

これまで散発的、重複的に実施されてきた栄養政策を体系的なものに改善するために、2010年3月に「国民栄養管理法」が制定され、2012年3月に施行されている。また、同7月には国民の栄養改善と健康増進政策の方向性を提示する「第1次国民栄養管理基本計画」（2012～2016）も策定された。

2. 慢性退行性疾患の管理

HP2020では予防による疾病管理が必要な疾患として、がん、関節炎、循環器系疾患、肥満、精神保健、口腔保健—が挙げられ、重点課題の対象となっている。加えて、それらの予防策となる健康検診も重点課題とされている。

ここでは、がん、健康検診、循環器系疾患、肥満、精神保健を取り上げる。悪性新生物による社会経済的損失は大きく、循環器系疾患、高

血圧性疾患、糖尿病もまた高い死亡率や有病率、医療費を招くため、予防管理によって有病率を減少させ、早期死亡を減少させることが一般的な目標となっている。

(1) がん

がんによる死亡者数は、1996年に人口10万人当たり110.6人であったが、2008年に139.5人に増加。HP2020では、この状況の改善のために、がん検診の受検率を高めることが最大の目標とされている。がん検診以外では、がん予防事業の広報活動や教育を補助するサポーターズ教育のプログラム開発・運営、がん予防指針の普及・拡大、がんサバイバー管理体系の構築（サービス提供基盤の研究、がんセンターを拠点に地域社会ベースの事業開発）—などの事業が実施されている。

予防対策として効果の高い検診事業については、2004年までに胃がん、乳がん、子宮頸がん、肝臓がん、大腸がんの検診体系が構築されており、医療給付受給者や健康保険加入者の低所得層をはじめとして検診が開始され、徐々に対象者の拡大が図られてきた（表3）（保健福祉部2013a:596-597）。

(2) 健康検診

健康検診については、検診の受検率の向上、

検診の質の向上、事後管理の強化が目標とされる。一般検診は国民健康保険の職場加入者、地域加入者の世帯主、40歳以上の職場加入者の被扶養者・地域加入者世帯員を対象として実施されている。この他、慢性疾患、健康リスク要因を早期に発見することを目的とした満40歳と満66歳を対象とした健康検診がある。満40歳対象の検診では、喫煙、肥満など5大健康リスク要因に対する生活習慣評価が実施され、満66歳対象の検診では、日常生活の遂行能力、認知機能障害、骨密度などの検査が追加される（保健福祉部2013b:94）。

(3) 循環器系疾患

高血圧の有病率は1998年29.9%であったのが2007年24.6%に減少したが、2008年26.9%に再び増加した（保健福祉部2011:73）。循環器系疾患については、まず、この高血圧発生率の減少が目標になっている。その他、糖尿病の合併症の減少、コレステロール血症の管理水準の向上、循環器系疾患の予防管理水準と治療力量の向上、脳卒中の予防管理水準の向上—が目標事項である。

事業内容は、循環器系疾患予防管理についての教育と広報、高血圧・糖尿病・高脂血症患者の登録と持続的治療への誘導、医院級の医療機関を中心とした慢性疾患の持続管理モデルの開

表3 2012年の国家がん検診事業の概要

区分		医療給付受給者	健康保険加入者（下位50%）
対象者選定方法		国民健康保険公団で事業対象者を選定し、検診対象者に一括して案内文を発送	
検診対象 がんの種類	胃がん	満40歳以上男性・女性	満40歳以上男性・女性
	乳がん	満40歳以上女性	満40歳以上女性
	子宮頸がん	満30歳以上女性	満30歳以上女性
	肝臓がん	満40歳以上男性・女性 （肝臓がん発生ハイリスク群）	満40歳以上男性・女性 （肝臓がん発生ハイリスク群）
	大腸がん	満50歳以上男性・女性	満50歳以上男性・女性
費用負担の方法		国民健康増進基金50%（ソウル30%） 地方費50%（ソウル70%）	国民健康保険公団90% 国民健康増進基金5%（ソウル3%） 地方費5%（ソウル7%） 子宮頸がんは国民健康保険公団100%

注 医療給付受給者のうち肝臓がん発生ハイリスク群未確認者は選別検査を優先的に実施
出所：保健福祉部（2013a）

発、心停止や急性脳卒中に対する応急対応の強化（予防教育と広報、心肺蘇生術の教育拡大・普及、自己診断法の開発・普及、救急隊・応急医療情報センター・循環器系疾患専門治療センター間の連携強化）、循環器系疾患の急性期診療能力の向上（標準診療指針開発・普及）、循環器系疾患早期リハビリと再発防止体系の構築（心臓リハビリ治療センター支援、専門人材の養成など）、循環器系疾患の登録・調査監視体系構築と運営一である。

2008年の循環器系疾患にかかる社会的経済的費用は国内総生産（GDP）の1.3%と計算されており、その軽減のため、予防と管理には格別の対策がとられている。2006年には第1期「循環器系疾患総合対策」が策定され、現在は第2期の総合対策（2011～2015）が施行されている。総合対策では、予防対策は3段階に区分されており、1次予防は教育と広報の強化、2次予防は高血圧・糖尿病など先行する疾患の持続的な治療支援、3次予防は脳卒中・心筋梗塞など主要疾患の管理水準の向上（応急状況時の対応強化、循環器系疾患センターの拡大など）一となっている（保健福祉部2013a:579-582）。

（4）肥満

成人の肥満率は1998年26.0%、2005年31.3%、2007年31.7%、2008年30.7%一と増加傾向にある。青少年の肥満率も同様に、1997年5.8%、2005年9.7%、2007年10.9%、2008年10.8%一に増加している（保健福祉部:71）。

肥満率減少を目標とした事業内容は、健康情報提供と広報・キャンペーン、肥満予防・管理のための肥満診断基準の作成、国家的肥満管理システムの開発・普及、社会人の肥満予防管理サービス提供（健康検診後の管理サービスと肥満度に合わせた管理体系・インフラ構築、健康保険公団・教育部と協力しての医学・栄養・運動関連のサービス提供）、社会的弱者階層の肥満予防プログラム開発・普及（とくに児童・青少年、成人女性対象）、児童・青少年肥満プログラム強化、高度肥満管理の支援一などである。

（5）精神保健

2010年の自殺死亡率が人口10万人当たり31.2人で、OECD加盟国中1位を記録し、韓国社会での精神疾患の深刻性と重要度が高まってきている（保健福祉部2013a:44）。HP2020では、究極的には自殺率の減少を目指し、精神健康・精神疾患に対する国民の認識改善、早期介入による精神的健康の増進、重症精神疾患患者の社会統合推進とQOLの向上一が具体的目標に掲げられている。

事業としては、精神疾患に対する偏見解消事業（国立精神健康研究院による広報強化）、地域社会での精神保健関連インフラの構築（広域・地域精神保健センター機能強化、児童青少年精神保健事業の強化、地域社会での精神リハビリ・社会復帰強化を目的とした居住施設の拡大）、高齢者・成人・青少年のうつ・ストレス管理事業、重症疾患患者の診療報酬制度改編、非恣意的入院患者に対する早期評価システムの構築一が挙げられる。

深刻な自殺問題の解決のために、2011年には「自殺予防および生命尊重文化の造成のための法律」が制定され、2012年から施行されている。また同年、保健福祉部は「精神健康増進総合対策」を発表。この「総合対策」は精神疾患に対する否定的認識・偏見・差別、うつ病など精神疾患の普遍化、重症精神疾患患者の長期入院趨勢、自殺死亡率の持続的な増加一という問題点を改善することを具体的な目的としている（保健福祉部2013a:44-45）。

3. 感染疾患の管理

新種の伝染病発生などに備えての予防接種や防疫対策を体系的に整備することや、医療関連の感染、結核、エイズが重点課題に設定されている。ここでは有病率の高い結核についてみておく。

（1）結核

韓国での結核の発生率と死亡率はOECD加盟国中で最も高い。2012年、人口10万人当たりの

結核新規患者数は78.5人、死亡率は4.9人である（保健福祉部2013a:550）。このような現状を打開するための最大目標は、早期発見と感染拡散防止である。

事業としては、発生率の減少を目的とした結核管理事業（モニタリング・評価）のための結核情報統合管理システムの高度化、結核患者接触者検診と潜伏結核感染者への治療拡大などがあり、治療成功率の増加を目的としたものとしては、官民による協力事業（結核患者管理に対する運営費と患者管理者に対する教育事業拡大支援など）、ホームレスなど弱者層に対する結核治療体系の構築（結核患者管理施設の新築など）、結核早期診断のための診断体系改善（検査者の補習教育など）一が計画されている。

また、死亡率の減少を目的とした結核研究や診断の開発（診断試薬生産設備の構築、疫学調査・結核管理関連の研究）、官民における結核標準指針書の開発などの事業、新規患者の難治性多剤耐性結核率の減少を目的とした多剤耐性結核患者の治療向上のための支援（民間機関での治療患者に対する国家的支援、低所得層への経済的支援）も事業として設定されている。

予防面での対策として2012年度に実施されたものには、国民に対する広報事業がある。例えば「咳のエチケット」キャンペーンの全国的展開や「結核予防法」第4条に基づく「第2回結核予防の日」記念行事の開催、結核予防への関心を高めるための写真展といった行事や小中高校生・大学生を対象とした結核ゼロ公募展（絵、作文、広告）が実施された。SMSを利用した情報提供や広報も拡大されており、結核予防教育用資料の制作、広報映像の制作など、認識改善や予防行動を促す広報事業が推進された（保健福祉部2013a:552-553）。

4. 安全な環境づくり

医療や保健の状況に関連する社会的・物理的な環境対策についての重点課題の対象としては、食品安全政策、損傷予防、健康に影響を与

える事象の評価が定められている。ここでは食品政策と損傷予防の概要を確認する。

（1）食品政策

事業内容は、食中毒の予防管理による社会経済的負担の軽減を目的とした、飲食店・集団給食所など飲食を伴うすべての施設での管理方法の整備、輸入食品の安全性向上を目的とした、無作為標本検査の比率の効果的な調整、輸入者の義務・責任強化と危害情報をもとにしたモニタリング監視、安全水準向上を目的としたHACCP¹⁾の適用拡大、飲食店の衛生管理強化を目的とした衛生等級評価拡大・法的根拠の整備、有就業者広報・財政支援一がある。

（2）損傷予防

損傷による死亡率減少を目標に、児童安全教育広報資料の普及、人口集団別の予防教育・広報支援、地域や場所別の安全教育広報資料の普及、高齢者事故予防に関する教育広報資料の普及、意図的損傷（暴力、自殺など）予防に関する教育広報資料の普及、社会的弱者層を対象とした安全保護装備などの拡大普及、低所得階層居住地域における転落事故予防のための安全保護施設の拡大支援一などの事業がある。

5. 人口集団別健康管理

妊産婦、乳幼児、高齢者といった年齢別の人口集団を対象とした健康管理と、比較的共通の問題を抱える労働者、軍人、学生の集団が重点課題の対象とされている。また、衡平性向上の観点から、多文化家族（外国人の成員を含む家族）、社会的弱者層家族を対象とした訪問保健サービス、障害者の健康も重点課題となっている。ここでは多文化家族と社会的弱者層家族に対する施策を取り上げる。

（1）多文化家族の健康

韓国社会では国際結婚が急増しており、婚姻全体数に占める国際結婚の比率は1990年1.2%か

ら2005年には13.5%に増加している。その後、増加率は停滞しており、2009年は10.8%となっている。韓国男性と外国人女性の婚姻件数が1990年代中盤から増え、2000年には6,945件であったが、2005年は3万0,719件にまで伸びている。最近は多少減少傾向にあるが、依然として多いことには変わらない（保健福祉部2011:64）。

このような国際結婚によって韓国に移住するようになった女性やその子どもが健康サービスの主な対象となる。事業は、移民女性妊産婦の保健所登録と妊産婦・乳幼児の管理強化、子どもの成長発育・予防接種管理の強化、保健医療利用のアクセスを向上させるための翻訳・通訳サービスの支援、訪問健康管理サービスの提供、健康教育の実施一などとなっている。

（2）社会的弱者家族の訪問保健サービス

貧困、高齢、疾病、障害などで健康に関する危険要因をもつ社会的弱者層の健康格差の解消、健康の衡平性向上が目標であり、具体的な目的は、それら人々の健康水準の向上、喫煙率の増加抑制、QOLの向上、中年女性層のがん検診率向上、参加型の健康管理一である。事業としては、オーダーメード型訪問健康管理事業、インターネットによる健康管理、ハッピーコール（電話による相談サービス）による満足度調査、U-healthなど多様なシステムの導入一などが設定されており、情報通信の手段を用いて、いつでもどこでも、予防、診断、治療、事後管理の保健医療サービスを個別に提供できるシステムづくりが進められている。また、市民の自立的な参加による地域での保健事業の活性化も企図されている。

6. 事業体系の管理

事業の効率的遂行のため、インフラ、情報と統計、評価、財源に関して重点課題が置かれている。ここでは、運営体系に関する事業内容について確認しておく。

2011年1月に健康増進財団が設立され、

HP2020の目標達成に必要な事業を展開している。HP2020でのその他の事業には、保健所や拠点保健支所などに慢性疾患管理や健康生活習慣改善管理などのサービスを提供できる住民健康センターを設置し運営する事業や、健康増進財団を中心に民間部門との健康増進事業の連携戦略を開発し実行する事業、禁煙クリニック運営など主要健康増進事業でのバウチャー制度導入などがある。

健康増進関連の事業の主たる担当機関である保健所は、2012年末時点で全国に3,464カ所（保健所254カ所、保健支所1,315カ所、保健診療所1,895カ所）ある。近年、低所得層、介護が必要な高齢者、障害者などの弱者層を対象とした都市保健支所の設置が進められている。2005年からのモデル事業の後、2007年から正規事業となっており、該当の機関は国庫支援の対象となっている。都市保健支所では、健康生活実践統合サービス、高血圧・糖尿病など慢性疾患管理、訪問健康管理、リハビリ保健サービスの必須事業のほか、地域の特性による選択事業（母子保健、口腔保健、アトピー予防、認知症予防、漢方サービスなど）が実施されている（保健福祉部2013a:511-513）。

健康増進サービスに対するニーズの増加に対応するように、保健所健康増進事業は2001年33個から2011年63個に増加した。しかし、マンパワーなどインフラに対する考慮が不十分なため、事業拡大の反面、健康増進事業の成果には限界もみられる。

保健所の事業別予算規模が少ないこと、事業間の連携が未熟であることなどから、利用者中心の統合サービスの提供が難しい状況にあり、事業効果が十分に上がっていない。例えば、同一の社会的弱者層の家庭に対して、栄養部門では栄養士が、慢性疾患管理部門は看護師が、それぞれ相互の連携なく個別にサービスを提供するような事態が生じている。利用者の立場に立った総合的なサービス提供が行われていない例である。

また、運営において中央政府の指針を使用す

る場合、具体的な地域の健康問題や住民の健康ニーズが反映されないため、硬直的・受動的な事業運営となる可能性がある（保健福祉部2013a:45）。

このような問題を解決するため、予算の包括補助事業の導入が推進されている。これによって自治体は地域の条件に適合した保健事業別の予算を再編成することができ、利用者中心の統合サービスの提供や、地域の条件に合った事業の運営が整備できると期待されている（保健福祉部2013a:45）。

7. 医学的予防と社会的予防

HP2020の代表指標（表2）の2012年度達成率をみると、目標達成度が増加している指標は9つで、このうち4つの指標はすでに50%以上の目標達成率に到達している（達成率：「健康食生活実践率」80.3%、「乳幼児予防接種率」90.7%、「母性死亡率」70.0%、「乳児死亡率」83.3%）。前年度に比べて実態が悪化しているのは、成人女性ハイリスク飲酒率（2011年6.3%→2012年7.9%）、成人中程度身体活動実践率（2011年8.9%→2012年6.6%）、一般健康検診受検率（2011年72.6%→2012年65.0%）、高血圧有病率（2011年28.5%→2012年29.0%）、塗抹陽性結核発生率（2011年23.4人（10万人当たり）→2012年24.1人）、交通事故死亡率（2011年12.6（10万人当たり）→2012年12.9%）である（保健福祉部・韓国健康増進財団2013:15）。

健康格差は社会的格差との深い関連から生まれることがわかっている。健康増進を教育や広報によって認識させることも予防事業として重要ではあるが、医療や保健以外の生活保障を充実させることなしにそれらの効果は高まらない。社会的に不利な条件にある人々に対しては、医学的予防と社会的予防の双方に重点を置いた総合的なアプローチによってこそ効果的な結果が導かれる。HP2020では衡平性の向上が目標の1つになっているが、社会的予防との総合的アプローチによるサービス提供や評価も必要であろう。

また、事業体制を明確にし、効率的な分担と連携を図ることも重要である。慢性疾患の管理や健康検診は保健福祉部や自治体、保健所単位で実施されているものもある一方、医療保険の保険者である国民健康保険公団や、健康保険審査評価院でも関連の事業を行っている。そのため、事業の重複や死角地帯が生まれるという問題が起きている（ユン・ソクジュン2012:12）。先にみたように、保健所の役割転換促進や保健所内での事業連携も必要とされているため、運営体制の全体的な見直しと改善が行われ、効率的に事業が展開されることが望まれる。

注

- 1) HACCPとは、「食品の製造・加工工程のあらゆる段階で発生する恐れのある微生物汚染等の危害をあらかじめ分析(Hazard Analysis)し、その結果に基づいて、製造工程のどの段階でどのような対策を講じればより安全な製品を得ることができるかという重要管理点(Critical Control Point)を定め、これを継続的に監視することにより製品の安全を確保する衛生管理の手法」のこと。（「HACCP」厚生労働省ホームページhttp://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/haccp/index.html,2014年5月4日取得）

参考文献

【韓国語】

- ・保健福祉部(2011)『第3次国民健康増進総合計画(2011～2020)』。
- ・保健福祉部(2013a)『保健福祉白書2012年版』。
- ・保健福祉部(2013b)『主要業務参考資料』。
- ・保健福祉部・韓国健康増進財団(2013)『Health Plan 2020 Annual Report 2013』。
- ・保健医療未来委員会・保健福祉部・韓国保健社会研究院(2011)『2020韓国医療のビジョンと政策方向:保健医療未来委員会活動報告書』。
- ・ユン・ソクジュン(2012)「韓国での慢性疾患管理事業の現況と改善方向」『HIRA』6(1):5-13。
- ・チェ・ウンジン(2010)「健康潜在力の拡充を目指す健康管理体制の強化:国民健康増進総合計画2020を中心に」『保健福祉フォーラム』166:37-47。

1. 基本情報

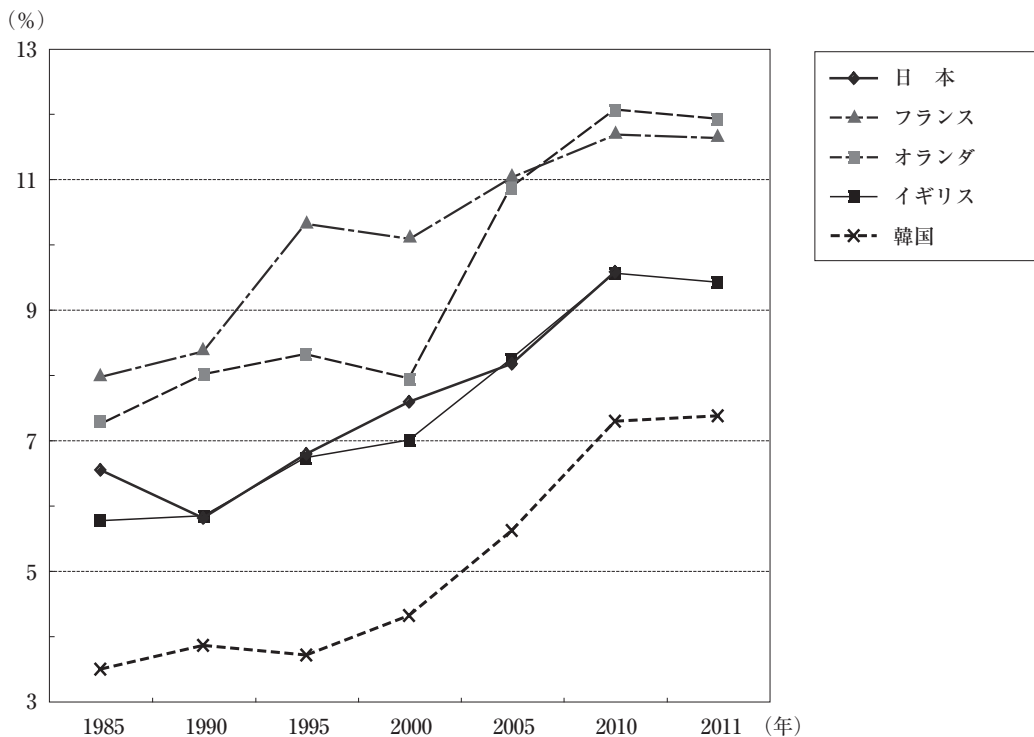
	日本	フランス	オランダ	イギリス	韓国
総人口(千人)	127,515 (12年)	63,249 (11年)	16,693 (11年)	63,705 (12年)	50,004 (12年)
高齢化率(%)	23.3(11年)	17.1(11年)	15.9(11年)	16.2(11年)	11.4(11年)
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.99(10年)	1.80(10年)	1.98(10年)	1.23(10年)
平均寿命(年)	男79.4 / 女85.9 (11年)	男78.7 / 女85.7 (11年)	男79.4 / 女83.1 (11年)	男79.1 / 女83.1 (11年)	男77.7 / 女84.5 (11年)
失業率(%)	4.0(13年)	10.3(13年)	6.7(13年)	7.5(13年)	3.1(13年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	28.4	20.1	20.5	7.6
医療費対GDP(%)	9.6(10年)	11.6(11年)	11.9(11年)	9.4(11年)	7.4(11年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	39.8	61.9	52.2	47.7
	租税負担率(A)	22.7	36.7	31.6	37.0
	社会保障負担率(B)	17.1	25.2	20.6	10.7

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。

2. 国民負担率については、各国11年の数値。

出所：OECD(2013)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2013)

3. 医療提供体制

(11年)			日本	フランス	オランダ	イギリス	韓国
平均在院日数			17.9	5.6	5.3	7.3	16.4
病床数	医療施設	急性期	1,016,394 (7.95)	223,289 (3.43)	55,750 (3.33)	149,052 (2.41)	294,247 (5.91)
		長期	344,317 (2.69)	32,621 (0.50)	— —	— —	135,294 (2.72)
		精神	344,047 (2.69)	57,928 (0.89)	23,020 (09年) (1.39)	33,052 (0.54)	43,885 (0.88)
		その他	7,681 (0.06)	101,371 (1.56)	3,320 (09年) (0.20)	— —	2,318 (0.05)
医療 関係者数	医師		283,548 (10年) (2.21)	199,920 (3.07)	— —	173,420 (2.81)	101,370 (2.04)
	歯科医師		98,739 (10年) (0.78)	41,507 (0.64)	— —	33,392 (0.54)	21,410 (0.43)
	薬剤師		197,616 (10年) (1.54)	68,732 (1.05)	3,328 (10年) (0.20)	41,020 (0.66)	33,640 (0.68)
	看護師		1,285,379 (10年) (10.04)	— —	138,200 (08年) (8.40)	529,127 (8.57)	235,116 (4.72)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。
2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。
出所：OECD, StatExtracts (2013)

4. 掲載国通貨円換算表 (2014年5月末現在)

(単位 円)

フランス、オランダ (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	韓国 (100ウォン)
139.83	174.07	10.19

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp