

非感染性疾患予防に関する健康政策の効果評価：国際調査

研究分担者 森山美知子（広島大学大学院医系科学研究科 成人看護開発学）

研究要旨

目的：本研究全体の目的は、「生活習慣病予防のための政策介入の効果及び費用対効果に係る基礎資料を作成し、日本への導入可能性の課題整理・検証を含めた政策提言を行うこと」である。

本分担研究では、選択した国において、①主要な Non-Communicable Diseases (NCDs, 非感染性疾患) 予防対策について、②その政策形成過程（政策立案・決定・実施プロセス）、③その政策実施の結果について、まとめる。

方法：以下の国について、政策担当者にオンラインでのインタビューを行った。評価方法及び項目は、政策の実際（背景、関係者、意思決定支援・実施のプロセス、評価方法）、実施しての評価についてである。質的帰納的に分析した。

結果：スウェーデン、韓国、バングラデシュの担当者に調査を行った。昨年度実施した結果も合わせて、以下の特徴が明らかとなった。①政府から独立したエビデンス収集と政策モニタリング・評価を行う機関の存在、②それを可能とする National database の存在（全国民のヘルスケアに関する全データが登録され、一元管理される仕組み）、③政策決定に医療関係者だけではなく公衆衛生専門家が加わるなど、複数の専門職の政策決定への関わり、④患者団体や製造業も加わったステークホルダーの参画、省庁間の利害調整、政策立案への圧力・市民への啓発を行う政府と連携した NGO の存在、⑤税などの法制化による NCDs 危険因子除去に向けた政策誘導、⑥政策の公平性や社会的決定要因への対応へのシフト、⑦プライマリ・ケアへのさらなるシフトによる高齢化と NCDs 対策の強化、⑧医療介入はプライマリ・ケアが主に担い、公衆衛生政策として社会環境／社会的決定要因に働きかける政策へのシフトと、日本が取り組むべき課題が明確となった。

まとめ：日本は、(1)患者登録ががんなどの特定領域にしかなく、さらに、連結困難なデータベースが多数存在し、政策決定や評価を困難としていること、(2)プライマリ・ケアシステムが構築されていないことから、NCDs 対策が効率よく国民に届けられないこと（公衆衛生対策として講じることと、プライマリ・ケアが果たすべき内容が混在。自治体が管理できるプライマリ・ケア制度がなく、加えて医療保険者が複数存在し、自治体も医療保険者でありながらこの2つが一致しないことから、政府の NCDs 政策の浸透が難しく、効果を出しにくい。費用対効果が極めて悪い。）、(3) 政策の公平性、環境や社会的決定要因への働きかけ（税制などの法制化による誘導や街づくり、製造業への働きかけなど）が弱く、保険者による NCDs 対策は個人がターゲットになっている。これらに加え、（医学部の内部ではなく）独立した公衆衛生学部等を設置し、医師以外にも専門家を養成し、多様な専門的人材が NCDs の政策立案や対応に関わるようにすること、医学部の教育を NCDs に対応できるよう病院のスペシャリスト養成からプライマリ・ケアにシフトさせていくこと、そして、学際的で人中心のアプローチをとることができるシステムを構築すること、これらに早急に対応する必要が示された。

A. 研究目的

(研究全体)

生活習慣病予防のための政策介入の効果及び費用対効果に係る基礎資料を作成し、日本への導入可能性の課題整理・検証を含めた政策提言を行うことである。生活習慣病の予防は『健康日本21』でも指摘されている通り、日本を含む多くの国で保健政策上の最重要課題の一つである。一方、医療財政が年々増大する中、費用対効果に基づく医療予算配分の必要性が広く認識されている。そこで本研究は国内外の予防介入の効果および費用対効果に係る基礎資料を提供する。また単なる既存エビデンスの収集・整理に留まらず、日本の文脈を踏まえつつ政策実施上の注意点等をまとめ、実践的な政策助言を行うことを成果目標とする。

(本分担研究)

選択した国において、

- (1) 主要な Non-Communicable Disease (NCD, 非感染性疾患) 予防対策について、担当者の意見や文献を用いて評価する。
- (2) その政策形成過程 (政策立案・決定・実施プロセス) の情報を収集する。
- (3) その政策によって国民がどのような影響を得たのか (例えば、疾患の発症率の低下、医療費の低減、QoL など) を既存のデータから評価する。
- (4) 政策立案および実施プロセスにおいて多部門的アプローチがどの程度適用されたかを評価する。また、国および地方の政策が「WHO の best buy」によってどの程度影響を受けるかを評価する。

注) best buy

(https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf)

In preparation for the UN High-Level Meeting, the WHO has identified a set of evidence-based “best buy” interventions that are not only highly cost-effective but also feasible and appropriate to implement within the constraints of the local LMIC health systems.

B. 研究方法

研究デザイン：インタビュー調査は既存資料を用いた質的記述的研究

実施手順：

- (1) 研究チームとのコネクションのある国の保健省担当者/保健施策研究者に依頼文を送り、研究参加の同意を得たら、インタビューを実施する。
- (2) インタビュー内容は、「包括的政策分析」等の枠組みを用いて、必要な内容を抽出、記述する (内容分析)。インタビュー対象者から施策に関するインターネット等での非公開情報があればデータ提供を受ける。
- (3) インタビュー結果からその国の重要な政策の情報を得た後に、その国のホームページなどからその政策に関する資料を閲覧し、必要な情報を取り出す (公開情報)。
- (4) 研究代表者 (中村) と議論しながら、インタビュー結果と公開情報とを合わせて内容を分析、まとめる。

評価方法・項目

・政策の実際 (背景、関係者、意思決定支援・実施のプロセス、評価方法)、実施しての評価について、枠組みを用いながら、質的帰納的に分析する (内容分析)。

倫理的配慮

広島大学疫学倫理審査委員会の承認を得た (承認番号：E-2336)。インタビュー対象者には文書を用いて説明後、文書で同意を得た。

C. 研究結果

スウェーデン、韓国、バングラデシュの担当者に調査を行った。各国担当者から得た情報は以下のとおりである。特徴的な結果について、概説する。

1. スウェーデン

インタビュー対象者：Senior Adviser- Head of Unit, Ministry of Health and

特徴

- 洗練された医療の質改善政策・卓越した質管理システムの存在（品質効率性指標に基づいた国家レベルでのガイドラインの作成）
- ・ 国の考え方（方針）が「国民のために Tax を賢く、美しく使う」
- ・ 政策評価を実施する保健福祉庁/社会庁（National Board of Health and Welfare）や個々の政策を評価する独立委員会の設置と報告書の作成
- ・ 評価を可能とする国家レベルでの患者データ登録（registry）データベースの存在
- ・ 政策評価の独立した機関（Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Service: SBU）の存在。評価には、臨床医、経済学者、疫学者、SBU スタッフ、およびプロジェクトのトピックにとって重要な他の専門家が関わる（医師や医療者に限定されない。）。公衆衛生の専門家が存在する（医師や医学部に限定されない。異なる専門家が対等に議論できる基盤が整備されている。）。
- ・ すべての国民に対して、生涯を通しての、政策の公平性、平等は重要なポイント
- ・ 政策に関する意思決定プロセスが明確かつ透明性が確保されている。
科学的根拠による（Evidence-based）評価に基づいて政策が決定され、見直される。
- ・ 評価の結果や内容は、専門職だけではなく、行政機関、地方自治体の首長や意思決定者、関連機関、そして国民にも広く公開され、議論される（国民全体が共有し、意思決定に関わる。）。
- 一次医療（プライマリ・ケア）から三次医療まで、自治体（ランスタング/県）がコント

ロール。そのため、国の政策が隅々まで行き届き、実行される。

- NCDs 対策については、プライマリ・ケアの強化による対応（医学教育のモデルの転換）
- NCDs 対策は、社会的決定要因の調整をより強化する方向へ

NCDs 対策におけるプライマリ・ケアの強化

- プライマリ・ケアを今よりもさらに強化して、予防的なケアを強化する。NCDs の政策を、もっとプライマリ・ケアを通して実行しようとする方向性にシフト（ランスタング/県^注）の歳出歳入について、プライマリ・ケアの割合を上げる方向）

注）ランスタング/県は一次医療（プライマリ・ケア）から三次医療（専門医療）まですべての医療機関を所有し、運営、責任をもつ。

（以下、WHO regional office for Europe の記事から抜粋）

NCDs 治療と管理に対する需要の高まりに対応するために、医療専門家の基礎教育と大学院教育の方向を、政府、大学、医療提供者、患者団体、専門家団体との共同で転換。慢性疾患のケアの必要性によりよく対応し、学際的で人を中心のアプローチをとることができるシステムを構築。（急性期医療・病院医療の比重の高さを是正し、プライマリ・ケアへの移行を推進。NCDs の予防、健康増進、長期的な支援と治療に対する高まるニーズに確実に対応できるようにすることを目的とする。医療へのアクセスと公平性を確保

・これに合わせて、医学教育を転換。人を中心としたケアの基盤はコミュニケーション能力とチームアプローチ。病気ではなく人々と地域社会を医療の中心に置くことを目指す。

(WHO regional office for Europe.

Sweden takes action towards people-centred health professions education (April 17th, 2018). Health topics > Noncommunicable diseases.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2018/04/sweden-takes-action-towards-people-centred-health-professions-education>

- NCDs の有病率が高くなる高齢者のケアについては、地方自治体（209 の市）が中心（課題）精神疾患対応を含む医療はランズティング/県の所管。医療が発生した場合のケアの移行に課題が発生していることから、管轄範囲や責任について現在、議論が進む。（高齢者ケア施設で提供されていたケア内容が残る場合（例えば、薬の服用や日常生活のような些細なことである場合、これは市によって提供される。）、このように提供されるケアの内容が両者にまたがる場合、その責任の移行が課題となる。）

主な NCDs 対象疾患

メンタルヘルス、心血管疾患、大気汚染、COPD、糖尿病（スウェーデン保健福祉省 HP）

重点対策

1. がん
2. アルコールとタバコの使用
 - ・ 強いアルコール制限対策を行う。
3. 脳卒中の二次予防（再発予防）

主な公衆衛生政策：スウェーデン公衆衛生庁（The Public Health Agency of Sweden）の存在

（役割） 国の公衆衛生施策に基づいて、健康を促進し、病気や怪我を防

ぐために、科学に基づいた知識を広める任務を負う。他の利害関係者と協力して、知識ベースと方



法論的サポートを提供し、さまざまな方法と取り組みをフォローアップし、評価する。政府からの使命は、人々の健康状態と影響要因を監視すること。重要なパートナーは、他の政府機関、地域、地方自治体。NCDs における WHO の取り組み、および EU 及び WHO 欧州地域における健康増進身体活動の取り組みに関する連絡窓口。NCDs に関する NDPHS (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being) ワーキンググループでも活動

（引用：スウェーデン公衆衛生庁 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/>）

- ・ アルコール摂取や（違法）薬物、ドーピング、タバコの使用などの生活習慣に関する教育プログラムを有する。

※2021 年～2025 年にかけて、アルコール、薬物、ドーピング、タバコ、ニコチン、及びギャンブル (ANDTS) の分野での政策の実施の支援（調整と監視）をする任務を担う。特に、アルコール、麻薬、ドーピング、タバコのモニタリング（2016 年～2020 年）

指標：価格、店頭数、営業時間などに基づいたアルコールとタバコへのアクセス。

酒類法およびたばこ法に基づく市の監督

アルコール、麻薬、ドーピング、タバコの消費/使用

自治体間の予防的 ANDT 介入

個人的な使用および他者によるアルコールおよび麻薬の使用による傷害

アルコール、麻薬、タバコによって引き起こされるヘルスケアと死亡率へのアクセス。

監視システム Indikatorlabbet は主に、政府機関、ランズティング/県の行政委員会、地域、地方自治体、組織内でこれらの問題に取り組む意思決定者や役人を対象としている。

- ・ 上記は、学校教育でも重点化（学校の管轄は市町村。ヘルスケアの管轄は県。連携して実施）
- ・ 食物と身体活動：健康的な食事（清涼飲料水の摂取も含む。）と定期的な身体活動、アウトドアライフの推進
- ・ アルコールへのアクセスはかなり制限される。これらの政策は中央政府で決定
- ・ 塩分や砂糖入り飲料等への課税は議論されているが、現時点では推奨レベルで、課税はない。情報提供を行っている。高校まで無料で昼食が提供される。これが塩分や糖分というだけではなく、栄養バランスも含めた教育になる。

NCDs に関する政策決定と実行の仕組み(参考図参照)

- ・ 中央政府（国）が保健医療のアジェンダを決定（法律および法令^注）、医療政策、目標の設定）、ガイドラインの策定を行い、保健社会福祉省は中央政府の定めた政策について、21 のランスタイング（広域連合に類似した自治体（県）の実行を監督・評価・検証。ランスタイング/県は、財政および医療サービス提供（医療（プライマリ・ケア、専門医療、保健医療計画の策定）の責務が中央政府より委譲されている。）。予算の流れは、国からランスタイング/県へ、さらに個々のヘルスケアレベルの流れで実行に移される。

注) 最も重要な法律が、保健・医療サービス法。良質の医療サービスがすべての人に平等に提供され、いつでも利用可能であること。医療サービスは患者自身の医師に基づき、患者との協議に基づいて提供されなければならないと規定される（財務省財務総合政策研究所

https://www.mof.go.jp/pri/research/conf/erence/zk079/zk079_012.pdf）。

※地域によって主要課題とする疾病は異なることから、具体的な対策疾病はランスタイン

グ/県が決定する。

● 意思決定に関連する Evidence Institutions（複数の中央機関）の存在によるエビデンスの提供と政策評価

患者登録などナショナルデータベースを所管し、統計資料の作成、ガイドラインの作成などを行い、政府の政策のモニタリングを行う保健福祉庁（National Board of Health and Welfare）、エビデンスを収集し医療技術評価を行うスウェーデン・ヘルスケア技術評価評議会（SBU：Swedish Council on Technology Assessment in Health Care）、医薬品、医療機器や歯科治療手順の評価を行う歯科医薬品供給庁（TLV：Dental and Pharmaceutical Benefits Agency）等の存在

- 政策が完全に実行される前に、プロジェクトチーム（特定の調査機関、特別委員会）を組み、徹底的に調査を行った後に、実装（パイロット研究）、評価する。それから導入（例えば、The national program on standardized cancer care pathways in Sweden（この主な目的は、がんが疑われる患者のヘルスケアアクセス時間（待機時間）の短縮、患者の満足度の向上、地域差の縮小など。待機期間について、まず広範囲に追跡調査し、各局・医療機関が協力してデータを収集、患者アウトカム、費用対効果等も評価、課題も抽出し、データストレージ等のシステムも改良して導入した。この例では、保健福祉局の委員会や公衆衛生庁などが調査を行い、報告書を提出した。）

→インタビュー対象者の意見では、上記は最も重要かつ成功した NCDs 対策（待機期間の短縮と患者アウトカムの向上）

→インタビュー者の意見では、意思決定プロセス内で科学コミュニティと利害関係者の合意を得ることは、ある程度のレベルに達したかもしれないが、課題は多く、進行中のプロセスと考えている。

（参考文献：Schmidt I, Thor J, Davidson T,

Nilsson F, Carlsson C. The national program on standardized cancer care pathways in Sweden: Observations and findings half way through. Health Policy, 122 (2018) 945-948. doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.012)

- 中央政府で決定された NCDs 対策はプライマリ・ケアを通じて、確実に実行に移される (組織的であり、日本のように各診療所の体制に依存しない。広告なども不要)。

公平性について (政策における最重要ポイント)

- ・ 市民に平等に利益が行き渡ること (ヘルスケアの公平性/ヘルスアウトカムの平等性) が重要 (ランスタング/県によって経済力の差があるが、地域間の資金の再分配のシステムを有す。また、性別や収入 (経済格差) による差が生じないように仕組みが構築されている。)

ガイドライン作成のプロセス

SBU: その領域全体の論文から科学的根拠を集め、評価し、エキスパートグループ (医師、看護師、医療従事者) 最も有効な治療方法などを推奨する。 (方法については、SBU の HP の翻訳を参照) 例えば、薬物治療についても、コスト・ベネフィット、QOL、日常生活の質などから評価する。さらに、ガイドラインについて、遵守されているかも毎年、調査する。

NCDs 対策の評価指標

- 患者アウトカムを政策評価に入れている (アウトカム評価へのシフト)。治療効果についても、医師以外の専門家が評価できる (医師以外の専門家が、治療評価を行い、提言できる点が、日本と大きく異なる。医師はこれを受け入れている。)
- 国のガイドラインには、医療費、疾病の有病率や発生率、QOL/ QALY (Quality Adjusted Life years=質調整生存率)、Well-being など、複数の指標を設定している。これらの指標を用いて、NCDs 政策をフォローしている。

政策決定に影響する要因

- 政策決定や評価に公衆衛生機関/公衆衛生専門家が大きく関わる。公衆衛生の専門家 (通常、公衆衛生科学者や公衆衛生調査官で、医師ではない。) が関わる。彼らは、食生活、肥満、飲酒など、あらゆる領域を調査。政府が国家機関や自治体レベルの公衆衛生局に年間予算を配布し、公衆衛生政策を推進。
- 統計の活用: 個人番号登録された患者登録データの活用が重要との住民の認識がある。治療法による治療成績の追跡、患者属性を入れた分析も広範囲に可能 (あらゆる入院患者情報も登録されている: 入院患者レジストリ)。

政策決定に大きく活用される。

→インタビュー対象者の意見: 患者登録は、大規模な財政投入を行い、実施した。日本のような個人情報保護を問題に反論がでることはない。医療界も受け入れている。スウェーデンでは個人情報の保護よりも先に、メリットの判断が先に来る。オプトアウトも可能だが、登録が国民に義務付けられている。1968 年からナショナルデータベースの構築を行っているが (全住民の登録)、これまでに情報漏洩がないことも、国民の信頼につながっているのではないかと。

- 政策決定におけるステークホルダーとの関係
 - ・ 利害関係者は通常、省、それぞれの利害関係者、グループインターフェース、さまざまな当局のいずれかによって、何らかの形で関与する。保健福祉委員会がガイドラインを作成する際には、患者団体などステークホルダーグループが関わっており、彼らの意見を反映させる。
 - ・ 省庁間での利害衝突: 最初は非政治的なレベルで質問を話し合う。それが難しい場合は、国務長官が互いに話し合い、問題解決を試みる。省庁間の場合は、大臣や局長クラスによる調整

- WHO や OECD 等の国際機関の政策への影響
 - ・ 政策の決定に大きな影響を与える。OECD は、ヘルスケアに関して、非常に影響力がある。OECD が何らかの批判をスウェーデンに対して行った場合、政治指導者はその問題に熱心に取り組む。それは政策形成に関して非常に影響力があります。
- 政策決定にかかる期間については、決定する政策の大きさやレベルによって異なる。法律改正を含む場合は、正式な調査等が行われることからタイムラインは2-3年になる(例：がん患者の診療プロセスの見直し)。一方で、公共場所での喫煙の禁止などは経済的側面に影響しないので、保健福祉大臣が決定すればよかったもので、およそ1年で済んだ。
- 政策を実装する前には、科学的分析は必ず行う。

政策形成の過程で直面する課題

- ・ 場合によっては、科学を無視し、効率的か効果的な政策を損なうような提案をする非常に熱心な政治家がいる可能性。これはどの行政のレベルでもあり得る課題
- ・ 中央政府による政策形成からランスタイング/県や市レベルでの実施段階への移行は、政治的リーダーシップが異なり、問題になる可能性がある
- ・ 特定の業界団体や産業界から支援されている政治家の場合、予防政策を講じるうえで障害になる可能性はある。

COVID-19 の NCDs 政策への影響

1. 予防・スクリーニング・治療への影響

多くのスウェーデン人が、NCDs に関連した予防/スクリーニング、治療を延期した。その影響は、今後 1-2 年で現れると考える。この問題に対処するために、通常ならば実施していたスクリーニング手順を受けていない住民を見つけ出し、NCDs の予防に乘せるように努力する。

2. 政策的影響

NCDs 対策だけではなく、遅延した政策を実施するために、国家予算を通常よりも地域に配分している(大きくはない)。

参考資料：Evidence institutions の存在

1. スウェーデン健康技術評価および社会サービス評価機関

SBU (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services)

- ・ 政府から完全に独立した機関
- ・ 主な目的は、効果的な実践(政策)と効果のない実践(政策)を明らかにし、これらを社会サービスとヘルスケアの両領域に適用すること
- ・ 基本的に査読論文や記事などのエビデンスを収集し、利点、リスク、およびコストを評価し、根拠に基づいて効果的な治療について結論を出す。治療が実際に最適であるかどうかを保健福祉省と県に報告する。政府の政策立案者やガイドラインの作成をサポート。政策立案に向けたエビデンスの収集に関して広範な仕事をする。この組織が最終レポートを作成した場合、政府はこれに口出しすることはできない。
- ・ 5 人から 10 人のメンバーからなるプロジェクトグループは、臨床医、経済学者、疫学者、SBU スタッフ、およびプロジェクトのトピックにとって重要な他の専門家で選ばれる。その後、グループのレポートは、外部のレビュー担当者と取締役会および科学諮問委員会の両方によってレビューされる。
- ・ SBU 結果の幅広い普及：結果は、医療および社会サービス組織の長、専門家グループ、患者、県および市レベルの意思決定者、品質保証および製薬委員会の責任者など、多くの人々に関連。そのため、結果は、SBU 機関紙 Medical Science&Practice (145,000 部の発行部数)などを通じて広く普及される。一般的なメディアや専門誌でも広く議

論される。SBU の Web サイト、デジタルニュースレター、Twitter やその他のソーシャルメディアで公開される。また、一部のレポートは Wikipedia や YouTube の短編動画として公開される。また、国、地域、および地方のガイドラインの基礎、意思決定の基礎としても幅広く使用される。

(引用 : <https://www.inahta.org/members/sbu/>)

2. 歯科および医薬品給付庁

TLV (Dental and Pharmaceutical Benefits Agency)

中央政府機関であり、その任務は、医薬品、医療機器、または歯科治療手順が県によって償還されるかどうかを決定。また、スウェーデンのすべての薬局の小売マージンを決定し、薬局での医薬品の代替を規制し、医薬品市場の特定の分野を監督

(引用 : <https://www.tlv.se/>)

3. 保健福祉庁 / 社会庁 Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare)

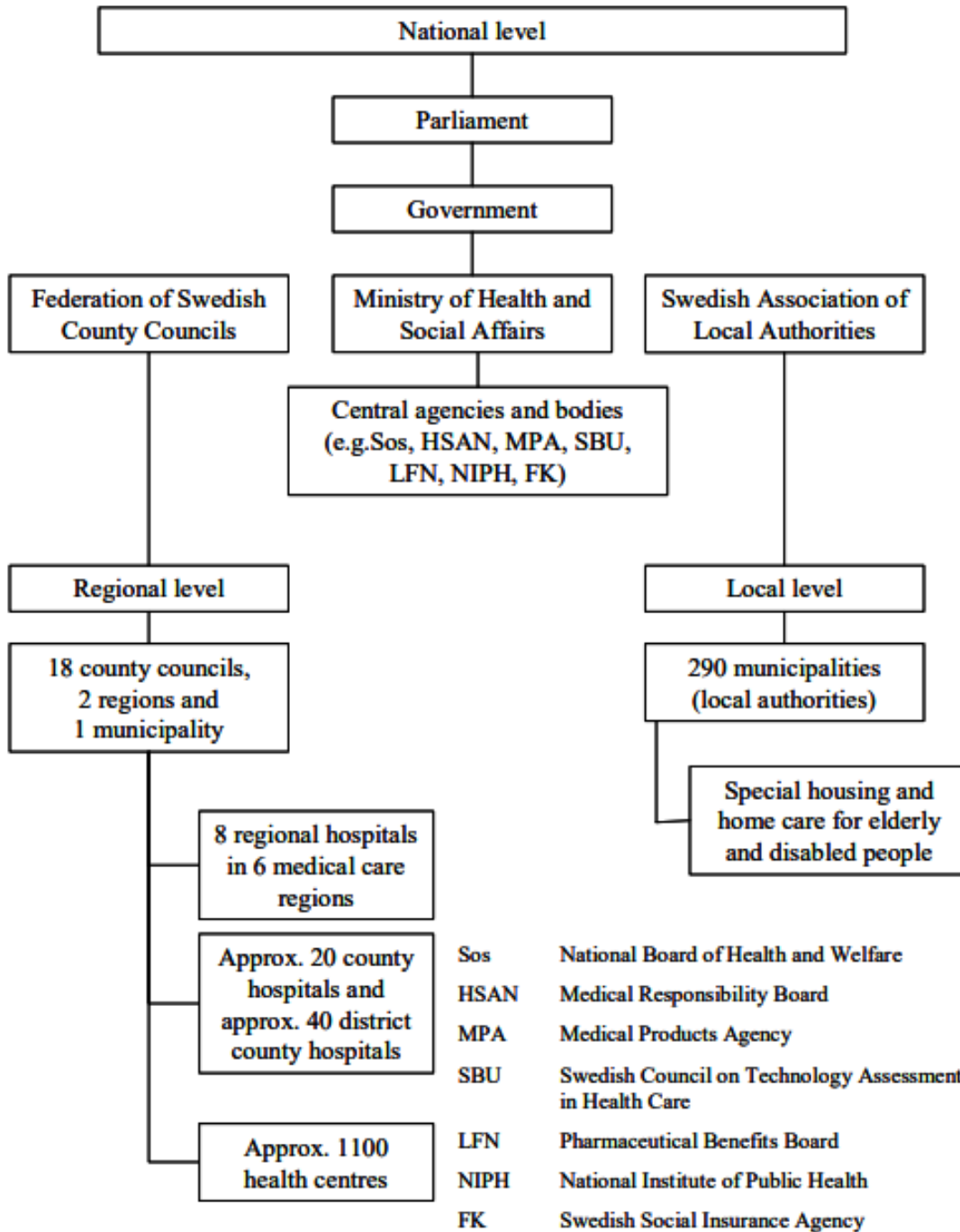
- 健康福祉省の管轄下にある政府機関。医療、保健衛生、社会福祉分野の監督機関、情報機関。主な任務は、提供された医療サービスが中央政府の目指した目標に達しているかを検証および評価する。社会サービス、保健医療サービス、医療安全、疫学の分野で非常に幅広い活動とさまざまな任務を担う (ガイドラインには、糖尿病、脳卒中循環器疾患等疾病に焦点を当てたものや、医療ケア計画に関するものもある。)
- 独立した専門家の協力や収集したデータの編集、分析、伝達を通じて、スウェーデンのヘルスケアと社会福祉を管理、支援、開発 (スウェーデンの全国民に平等な条件で、健康、社会福祉、質の高い健康と社会的ケアを確保するよう努める。)
- ガイドライン、統計を作成し、フォローアップと評価 (政策意思決定を支援)

- ヘルスデータ登録や公的統計の維持など
- e-health の開発をサポートし、ID を発行し、政府の助成金を配布し、パンデミックなど重大なイベント発生に対して、医療活動を調整 (スウェーデン人は出生時に個人番号が付与され、それが社会保険の登録番号となる。)
- 平等な条件で良いケアとケアにアクセスできるようにする。
- 司法評議会、倫理評議会、ガバナンス評議会など、多くの諮問および意思決定評議会および委員会を率いる。

(引用 : <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/>) (参考: 財務省財務総合政策研究所

https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_012.pdf)

図表 12-28 保健医療サービスの供給体制



(出所) Anna H. Glenngård, Frida Hjalte, Marianne Svensson, Anders Anell, Vaida Bankauskaite (2005), "Health System in Transition Sweden", Fig.2.1 より

参考図 (2006年時点であり、現時点での変更はある。)

(出典: 財務省財務総合政策研究所 スウェーデンにおける国と地方の役割分担 (2006年9月) 「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書, p.827 図表 12-28. 平成 18 年 12 月 26 日. https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_012.pdf)

2. 韓国

インタビュー対象者: Professor, Department of Preventive Medicine
University of Ulsan College of Medicine, South Korea
Professor, Department of Health Convergence
Ewha Womans University, South Korea

特徴

日本と類似したヘルスケアシステムであることから、日本と同様の政策課題を抱える一方で、保険者が一つなのでデータベースがつながり、データの一元管理が可能。さらに、Evidence Institution などがあり、世論の圧力が政策への影響となるものの、エビデンスに基づいた、費用対効果の高い政策を採用しようとしている。

強み

- 皆保険制度で保険者が一本化されていることから、健診や医療データ、支払いデータ等がリンクされ、一つのデータベースとして統合されている。→費用対効果等の政策評価が容易
- Evidence Institution などが設置されている。韓国疾病管理庁 (KDCA) によるエビデンスの作成、NECA (National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency) によるエビデンスの提供、健康保険審査評価院 (HIRA) による診療の適正性に関する評価、韓国健康促進研究所 (Korea Health Promotion Institute) による健康増進政策の推進

課題

- NCDs がヘルスケア/特定の疾病の問題としてとらえられる傾向があり、多要因が組み合わさった (社会的決定要因など) 対策に移行できていないこと。NCDs 対策を取りまとめる国の中心機関がないこと→これが総合的な対策の策定を妨げている。
- 日本と同様、省庁間の利害調整の難しさ。多くのステークホルダーの関与や調整の難し

さ

- 日本と同様、プライマリ・ケアシステム (全住民の、かかりつけ医療機関への登録や定期健診や予防接種の義務など) がないことから、健康診断や健康教育といった制度や政策はありながら、国民の隅々まで NCDs 政策を浸透させることが困難で、広報/マスメディアを活用するなど、日本と同じ課題を抱える。
- NCDs 対策は公衆衛生/地域保健 (population-based) よりも、医療機関中心 (institutional based)。日本同様、制度的に予防と治療とが連動していないので、医療機関での治療の比重が大きく、予防が十分に機能していない。

NCDs 予防における最も重要な政策

国民健康診断・がん検診→特にがんは、有病率を大幅に減らし、生存率が有意に向上

→高血圧症と糖尿病患者を早期発見による、生存年数が増加、将来の重症化を抑制 (費用対効果の決定要因)

NCDs 対策における主要疾患

死因上位 5 疾患: 脳血管疾患、アルツハイマー病、虚血性心疾患、肺癌、肝臓癌
主要政策疾患 (4 領域): 循環器疾患、COPD^{注)}、がん、糖尿病

注) 韓国の喫煙率は高い: 男性 34.7% (2019 年) (2010 年は 48.1%、20 年前は 60%)

NCDs 対策

※予防よりも治療により重点が置かれている。NCDs による全体の死亡が OECD 諸国よりも低く抑えられており、危険因子についても低いことが理由と考える (喫煙は OECD 平均を上回る。)

- 1) 予防
 - 健康人に対して、健康診断が主たる政策 (強制ではなく、目標ベースでもない)
 - 家庭、職場、地域において健康増進対策を取

るように奨励

- 予防についての大きな政策はない。タバコ税は小売価格の70%
- 国による特定のプログラムはなく、自治体（郡や市）でそれぞれ独自のプログラムを実施。例えば、ソウル市では、メタボリック症候群や禁煙のクリニックを市の予算で実施している。対象年齢については、プログラムによる。

2) 疾病管理

- 医療保険制度で対応
- 健康診断による早期発見、早期治療が主要な対策

→国民健康診断戦略：メタボリック症候群（高血圧、糖尿病、脂質異常症）などの疾病の初期段階を発見するために、国民健康保険サービス（NHIS）を通じて全国でスクリーニングを実施し、患者を特定し、診療所や医療機関の継続受診の状況を定期的にチェック（出来高払い）。

（がん対策について）

- ・ 6つの発症率の高いがん（胃癌、大腸癌、肝臓癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌）については、無料または低コストでスクリーニングを実施
 - ※前立腺癌は費用対効果が低いため、含まれていない。
 - ※肝臓癌予防のための、HBV、HCVスクリーニングは義務化ではない。
- ・ 全国のがん検診は、資金提供者である中央政府機関 NHIS によって行われ、すべての検診データがリンクされている。
- ・ 対象年齢については、多くのがん検診は40歳以上。

NCD 対策の評価指標

- がん：有病率、発生率、死亡率、5年生存率（がん登録あり）
→すべてのがんに関するデータは公に監視

され、公開されている。成功している。

（Cancer Control Act と National Cancer Control Program）

- 他の疾患については、政策導入前後のアセスメント、医療費、有病率、死亡率
- 患者データは収集されるが、評価指標としては使用されていない。

※ 皆保険制をとり、かつ保険者も一本化されていることから、一つのデータベースとして統合されている。診療情報・レセプトもリンクでき、総背番号制があることから、年金や入国記録等とのリンクも可能。完全オンライン化されている。健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency, HIRA）が、診療報酬の審査に加え、診療の適正性に対する評価、審査及び評価基準の開発を行う。

※ 保健省は、手順の適応、患者あたりの支出、治療カバーに関するデータを HIRA から収集

※ 以下の全国データソースには、すべての疾患に関するすべての詳細が含まれる。

- ・ 韓国国民健康栄養調査（Korea National Health and Nutrition Examination Survey : KNHANES）：毎年、継続的に監視される。
- ・ 地域保健調査 Community Health Survey : 郡レベルで実施

※ ヘルスケアと公衆衛生への政府の支出：2018年医療費はGDPの8.1%、2.9%が予防医療に使用された（OECD平均2.6%）→公衆衛生機能を高めるための支出の増加

NCDs に関連したプライマリ・ケア政策や枠組み

- プライマリ・ケアシステムは十分に構築されていない。

特定の NCDs 予防対策

1. 禁煙対策

- ・ 禁煙治療に関する初回の治療費は無料。禁煙

を達成した場合、終了後に治療費が返済される（結果的に無料となる。）。

- ・ 前政権時代に、タバコの価格を2倍に上げた。
- ・ マスメディアの活用：禁煙キャンペーンの広告
- ・ 公共政策：いくつかの場所においてはタバコの広告は禁止
→公共交通機関は、旅客輸送サービス法および鉄道安全法により完全に禁煙
→公共の場所（レストランなど）では禁煙

2. 脳卒中予防対策

- ・ 高血圧または糖尿病の診断を受けた後は、患者は通常のかかりつけ医に行く。そこで管理され、治療費は払い戻される。
- ## 3. 健康な食生活 (Healthy Eating)
- ・ 学校での給食の提供：School meal Act：1981年

NCDs 対策への影響要因：政策決定のプロセス

- ・ 政策決定プロセスにおける国際機関の勧告の役割（国際的な勧告は政策決定に影響）
- ・ WHO の勧告は、ほとんどの省庁での実施されている。
- ・ たばこの規制に関する WHO フレームワーク条約 (WHO FCTC) は、禁煙およびたばこ関連政策に関する執行機関に影響を与えた。
- ・ 政策は、委員会、通常は専門家によって形成され、そこで政策を提案し、政府の承認後に政策となる。NCDs に関する全国委員会はないが、がん関連の管理方針を扱うがん管理委員会はある。
- ・ 韓国健康促進研究所 (Korea Health Promotion Institute) ^{注)} は、喫煙の削減、栄養、飲酒、アクティブなライフスタイルに関する国の政策やプログラムを設計する上で重要な役割を果たす。

注) 1995年に韓国で国民健康増進法が制定。健康社会の実現に向けた取り組みが本格化。韓国健康増進研究所は、さまざまな機関に分散していた健康関連の業務

を統合し、体系的に推進することを目的として、2011年1月に設立された。

(<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00957&siteId=SITE00008->)

政策策定または実施の前に考慮される要素

- 政策形成の典型的なプロセス：①議会における政治的圧力：政策形成に関する議論、②省におけるエビデンスレビュー、実行可能性の検討
場合によっては、政府に研究の根拠を示し、検討を依頼

- ・ 議会の役割：予算の決定。政策を策定または実行することはできない。
- ・ 省の役割：議会に提出する計画を立案。政策実行組織

- ・ NECA (National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency) ^{注)} エビデンスを提供する組織、HIRA (健康保険審査評価院：Health Insurance Review Agency) 管理組織。主な目的は、上記計画を進めること。彼らは、最新技術に関する決定を試行し、その評価報告書は委員会で使用される。

注) NECA: 韓国の国家医療技術評価研究機関として2009年に設立。目標は、医療機器、医薬品、および医療技術に関する客観的で質の高い情報を提供し、それによって国民の健康を改善し、医療システムの持続可能性を高めること。医療技術評価の研究を実施し、医療政策を策定するための科学的証拠を提供。国の医療政策の意思決定を支援する役割。国民健康臨床研究プロジェクトを実施する主要な組織として、公的臨床研究の発展を支援

(<https://www.neca.re.kr/>)

- 世論がもっとも重要視される（議会にとって非常に重要）。世論には、多くの要因が影響を

与える。マスコミは世論に影響を与える上でも重要

- ① エビデンス：費用対効果に対する根拠は、韓国疾病管理庁（Korea Disease Control and Prevention Agency: KDCA）によって作成される。Chronic Disease Management Research & Development 部門あり。毎年、複数のプロジェクトに対して予算配分する。国民健康診断委員会 National Health Examination Management Committee がエビデンスをレビューし、決定を下す。
- ② 特定の出来事
- ③ 政治的圧力

政策策定プロセスにおける挑戦

1. NCDs について政府機関が分散し、取りまとめる国の機関（Leadership Institute）がないこと（最大の課題）
2. NCDs はヘルスケア（医療）とみなされているが、社会問題（社会的決定要因）が大きく関与する（ここへの取り組みが不十分）。
3. NCDs に関する国の議題（National Agenda）がないこと。ヘルスケア固有または特定の疾患のカテゴリーと考えられていること
4. 政策決定者/議員の理解を得ることが難しいこと
5. 省庁間の干渉：たばこ税に関する財務省と保健省の反対意見→保健省を超えて国の保健を監督する中央機関が必要
※予算の獲得について、未だに省庁間の競争が存在。対立はあるが、省庁間の統合や協力体制は必要

健康の公平性（Health Equity）に関する政策について

- ・ 健康の公平性に関する政策についての研究は行われていない。政策の公平性を評価する国家レベルの政策/対策は必要（低所得者で医療費による破綻を経験している世帯が

増加（特にがん治療・高額な薬剤）→健康の公平性が保たれていない。）

COVID-19 の NCDs 対策への影響

医療費の伸びが減少した。つまり、医療の使用が減少した。継続的に管理が必要な人が受診しなかったことが考えられ、長期的には影響は出ると考えるが、不明。

3. バングラデシュ

インタビュー対象者：Line-Director, Non-Communicable Disease Control (NCDC) Professor of Medicine, Director General of Health Services (DGHS), Bangladesh

NCDs 対策への大きな影響要因

特徴 1：すべての医療資源（財源、人的資源、整備された医療機関、医薬品、医療機器・検査試薬、医療機関へのアクセス、医療情報の電子化や統計）が限られる。このため、**准専門職の養成と活用**（地域の女性を6ヶ月間教育して准医療職として活用：Community Health Workers (CHWs)：女性の活用と彼らの経済的自立の支援につながる。）や**プライマリ・ケアシステムを強化・活用**することで対応しようとしている。

特徴 2：感染性疾患（CDs）の発生が未だに高いこと、また、貧困・栄養失調が高い割合であることから、CDs や栄養障害がバングラデシュで最も重要な疾患であるとの間違った認識が政治家、専門家にも一般人にもあること。この誤認識が NCDs への対応を遅らせている。→政府は、CDs への対策に重点を置いてきた。

特徴 3：NCDs 対策は多くの部局との連携を必要とすることから、**NCD 対策を中心となって担う部署とディレクターを設置**しようとしている。

NDC 対策における最も重要で成功した施策

1. プライマリ・ケア医療機関の中に NCDs コーナーを設置したこと(看護師やCHWsの配置、測定機器・検査機器の配置・薬剤処方との連動)
2. 「1」でNCDスクリーニングを構築したこと
3. NCDsの危険因子(例:タバコ)について対策を講じたこと

喫緊に取り組む課題

1. 保健衛生統計システムの構築/サーベイランスシステムの構築と電子化(国際疾病分類等の導入を含む)

重要な推進策: プライマリ・ケアの強化政策

各プログラム(予算連動)を5ヶ年計画で推進: プライマリ・ケアを強化して、ヘルスケアを国民に平等に行きわたらせることに重点

※実際には、計画通りには進んでいないが、プライマリ・ケアシステムの構築プロセスがわかる。

1. Health and Promotion Sector Program (HPSP) (1998-2003)
最初のセクター全体のアプローチ(SWAp)。主な焦点は、「ワンストップ」サービスモデルを活用して、プライマリ・ヘルスケア(PHC)の必須サービスパッケージ(ESP)の提供を分散化し、地方のコミュニティに家族計画サービスを提供
2. Health, Nutrition and Population Sector Programme (HNPSPP) (2003-2011)
ユーザー中心の、効果的、効率的、公平、手頃な価格、そしてアクセス可能な質の高い健康、栄養サービスの低級を可能とし、利用率を高めること。
3. Health Population and Nutrition Sector Development Programme HPNSDP (2011-2016)
以前のSWApの成功と教訓に基づいて、家族

保健省は3番目のSWApを開始。焦点は、医療システムを強化し、医療と家族計画サービスを改善すること

4. 4番目のHPNSDP(2017年1月 - 2022年6月)
→最も高い優先順位として設定。目的は、地方病院、医科大学病院、専門病院で公平でアクセス可能な医療サービスを提供すること

主なNCDs対象疾患:

循環器疾患(特に、虚血性心疾患、脳血管疾患、高血圧)、糖尿病、COPD、悪性新生物(発症者数が増加中)

※バングラデシュにおいても、NCDsの有病率・死亡率が大きな割合を占めるようになり、政策を転換。死亡原因の67%はNCDs(うち、30%は循環器疾患が占める。)

※バングラデシュでは、医療資源が乏しいことから、過去の政策は成功していない。

主要な政策ターゲット疾患

高血圧と糖尿病に対して、予算を増額中

政策における主要評価指標(今後の計画/希望的観測)

1. 運用計画レベルの指標
医療サービスの改善と医療システムの強化のため、NCDsに段階別指標を設定。経年的に評価
4つの行動領域: ①疾患リスクのスクリーニング: 集団レベル
②アドボカシーと能力開発: 集団レベル
③診断と治療: プライマリ・ヘルスケアレベル
④監視および監視システム Monitoring and Surveillance System:
2. 支出連動指標
能力開発とシステムの改善、および政府の支出の有効性と効率を改善するための取り組み

をサポート。アウトプット、アウトカム、中間アウトプット、プロセス/パフォーマンス指標によって評価され、予算支払いの基礎となる。

- ・ 国全体のプライマリ・ヘルスケアレベル（一次医療機関）で、少なくとも2種類の降圧薬と2種類の血糖降下薬を準備すること
- ・ プライマリ・ヘルスケアレベルで、スクリーニング・診断・治療・教育・紹介の整った疾病管理に関するモデルを構築

3. 国連の持続可能な開発目標 (SDGs) に関する指標

SDG 目標 3 と 4: NCDs とメンタルヘルス: 2030年までに、予防と治療を通じて早期死亡率を3分の1に減らし、メンタルヘルスと福祉を促進

※QOL 指標については導入できていない。DALY 等の医療経済的視点からの研究は進み始めた。また、バングラデシュ統計局 (BBS) もあり、人口動態統計システム SVRS などのさまざまなシステムで国別データを提供できるようになった。また、SVRS システムに従って NCDs の指標が取得できるようにはなってきた。

※指標は、保健省と運営委員会によって運営計画が承認されると、それは公開された本になり、ウェブサイトで見られるようになっていく。ウェブサイトからすべての情報を得ることができる NCDs ウェブサイトを作ることを計画中

NCDs 対策の構築に向けての障壁と挑戦

1. 政府の中に NCDs 対策の中心機関がないこと（現在は、ライン・ディレクターで実施）。近く設置する NCDs 政策を管理するディレクターを設置する計画
2. 国内の疾病統計システムが整備されていないこと。国家レベルでの統計がなく（個人研究者等の統計しか存在しなかったことから）、国家レベルでの意思決定ができなかった（2010年以降、国全体の罹患率や死亡率に関

する調査が進んできた。）。

3. 必須パッケージ（薬や検査機器・検査試薬）が不足すること
4. プライマリ・ケア（一次医療）と二次医療・三次医療をつなぐ紹介システムの正式に構築された紹介・逆紹介の仕組みがないこと

政府が焦点を当てる NCDs の4つの危険因子:

- ・喫煙
- ・食事
- ・不適切な身体活動
- ・アルコール

タバコ対策

- 2040年までにタバコフリー（ゼロ）に削減する方針を打ち出した（首相が宣言）
- 「National Tobacco Control Cell（国家タバコ政策室）」を家族保健省に設置（タバココントロールに関する法律は2005年に制定。研究成果を重要視して政策を決定。2013年に更新（税率の変更など）
- 政策による効果：喫煙率は、過去5-6年で45%から35.3%に減少

食事

- 塩分摂取に対する政策はない。対策は検討中（塩分摂取量のコントロール（国際的なガイドラインの基準：5g/日を推奨）、現状は、9g/日（都市部でも、地方でも）
- トランス脂肪酸
トランス脂肪酸に関する政策議論は終了し、1-2か月以内に公開（2022年2月頃）。砂糖入り飲料については、保健サービス総局（the Directorate General of Health Services: DGHS）の監督下にある NCDs コントロール担当の役人が国会議員と塩分と砂糖入り飲料の方針について話し合いを実施、2022年にはこの方針の確立を試みる。

身体活動

- 国の政策やガイドラインはないが、2022年には進めたいと検討中。

アルコール飲酒

- 政策策定の根拠となるサーベイランスデータが不十分なことから政策立案に至っていないが、NCDs 政策当局が近い将来進めることを希望する。

注) 国民の大半を占めるイスラム教ではアルコールは制限されているが、民族間や上流・中流クラスで飲酒量は増加している。

★The Work in the 4 Action Areas: (最も成功した、最も重要な政策)

- コミュニティ・ヘルスコンプレックス (UHC: プライマリ・ケア) : 人口 6000 人に対して 1 カ所のセンターを設置。Community HealthCare Provider (CHCP) (訓練を受けたメディカルオフィサー、看護師) と訓練を受けたヘルスアシスタントを配置して、NCDs 対策を実施。2 回の検査で基準値を超えた場合、医師に紹介。看護師が 1 ヶ月分の薬剤を処方。データを入力するアプリを搭載したタブレットをコミュニティ・センターに配布 (データ入力システム : Education Management Information System: EMIS. 患者個々の危険因子を含むデータを入力。)
- すべての UHC の一角に「非感染性疾患コーナー (NCDs コーナー)」を設置し、血糖測定器と自動血圧測定器、身長・体重計、心電図計を設置
- 医師は診断と治療、看護師やヘルスアシスタントが同じ部屋で保健指導。部屋から部屋への移動をなくすために、同じ部屋で処方
- UHC で、少なくとも 2 種類の降圧薬、1 種類の血糖降下薬を用意している (これをそれぞれ、3 週類、2 種類に拡大中。1 ヶ月分のストックを進める。しかし、持続的な薬剤の供給は大きな課題)。
- 患者には、NCDs 教育パンフレットを提供
- (NCDs は自覚症状として現れないことが多

いため) UHC から、ヘルスアシスタントが 1 軒 1 軒個別に家庭訪問し、ワクチン接種に関する情報、および基本的な母子の健康情報を収集。40 歳以上の成人に対して、血圧測定および血糖測定を行う。血圧 (140mmHg 以上)、血糖値が基準値以上である場合は、紹介票を作成、UHC に行くよう、紹介する (クリニックへの紹介基準について、国の基準 (プロトコル) を作成)。

- 上記家庭訪問において、すべての世帯に共有 ID を付与。NCDs 対策に活用。上記、電カルテシステムは、UHC で、患者情報管理、患者の追跡に活用 (現在、70 の UHC で導入)。

(実際の達成状況 : 2021 年 12 月時点)

バングラデシュには 430 の UHC がある。上記について、現在 70 の UHC で実際に実施されている。第 3 セクターでパイロットを開始。第 3 セクターが完了するまでに 200 の UHC をカバーすることを目標。このペースで進めば、バングラデシュのすべての UHC で NCDs コーナーを設置し、スクリーニングから治療、フォローアップまでのサービスを提供できる。

(将来計画)

1. NCD マネジメント (NCD 疾病管理) モデルを開発する。
2. 二次医療、三次医療施設への正式な紹介ルート (システム) を構築する。
※バングラデシュでは、特に虚血性心疾患や脳卒中について、プライマリ・ケアから二次・三次医療機関への紹介ルートがない。
3. 近接するコミュニティ・クリニックでの薬剤の提供

NCDs 予防対策について

※人口が膨大であるため、一次予防が必須。

一次予防 (健康増進と疾病予防) : 2 つの方法

1. 公衆への宣伝と広報を活用
母子保健や育児、ワクチン接種などの健康教

育を行っている公共教育の場所で、塩分やファストフードの過剰摂取制限、身体活動を増やすことを伝える。

2. プライマリ・ケアセンターに40歳以上の人がスクリーニング目的で来ると、血圧と血糖測定を促す（フリップチャートで示す。）。

（将来計画）

1. 社会的および行動変容コミュニケーション（Social and Behavior Change Communication: SBCC）：全国レベルでの戦略を有するが、NCDsに合致したプログラムを開発する計画（米国政府の支援を受けて「Resolve Hypertension Programme」^注）の導入を推進中。現在、バングラデシュ国立心臓財団がこのモデルの導入に取り組み、54のウポジラでアプリを使用中。バングラデシュ全土に拡大予定）※Health Care Workerが利用できるモバイルアプリケーションを活用
2. 学校保健プログラム（現在は無い。）
（日本の学校保健プログラムを採用することが可能）

政策形成過程

（前提）NCDsは多部門が共同で取り組む課題→多部門行動計画（2011-2015）

※ただし、2015年以降更新されていない。

（組織）運営委員会の委員は、保健および非保健セクターから形成

計画省と保健省の間には良好な調整がある。

計画策定は、保健家族福祉省の計画ユニット Program Management and Monitoring Unit (PMMU)で実施

運営組織は、保健サービス総局 (DGHS)、ラインディレクターおよび運営委員会

モニタリング・サーベイランス：DGHSによって計画、実行される。

→DGHSの運営組織は、研究活動を実施。政策決定や普及には、保健大臣を始め、

技術関係者、多くの関係者（エキスパート）を招聘、研究からの根拠を得る。

経営情報システム (MIS)：監視と監視。約200のプライマリヘルスコンプレックスをカバー

地区健康情報システム (DHIS)：感染症に対して高い機能を発揮。今後、NCDsデータに対して強化

追加情報)

- ・ 現在、二次・三次医療機関を含めて診療記録等が筆記であるのに対して、電子システム the E-system of MIS への転換期である。
→医療情報・統計が非常に弱い：ICDを含めて導入を検討中
→（電子化等の移行に対して、医師からの抵抗はないのか）1日に診療する患者数が多く、手が回らない状況にある（Primary Health Complexでは1日に400人～500人の患者を診る。）。看護師はこの移行を歓迎
- ・ 都市部（貧困）と農村部（プライマリ・ケアが充実）※におけるギャップを埋める対策が必要

NCD政策へのCOVID-19の影響

- ・ 深刻な影響があった。医療サービスが受けられなかったことから、NCDの症例数が増加した。また、死者数も増加した。

D. 考察

昨年度実施した結果も合わせて、以下の特徴（日本が取り組むべき課題）が明らかとなった。日本もNCDs対策には力を入れ、非常に多くの政策を多様に実施している。以下に述べる対策も講じられているが、さらなる強化、また政治主導による強力なシフトが必要と考える。

また、政策策定・仕組みの構築の前提として、「国民のためにTaxを賢く、美しく使う。そのためのEvidence-basedで政策を進める」（スウェーデンの担当者）の意識を政治家、政府関

係者、全国民が持つことが非常に重要である。

- 1) 政府から独立したエビデンス収集と政策モニタリング・評価を行う機関の存在
 - 日本にある組織も、独立した機関に位置づけ、これらの組織が政策立案、決定の中で果たすべき役割が明確化され（誰もがその仕組みとプロセスを認識し）、これらの機関が作成するエビデンスや報告書が、政策立案、決定のプロセスにおいて必ず活用されることが重要
- 2) エビデンスデータ、政策モニタリング、評価を可能とする National database の存在（全国民のヘルスケアに関する全データが登録され、一元管理される仕組み）
 - 個人情報保護を過剰に強調する政府や利害関係者の態度や国民の意識の改革が必要。世界的な状況も国民に知らせ、利益が上回ること、必要性を伝えること。さらに、情報漏洩が起こらないなど、国民の信頼を積み上げていくことも重要。患者登録やデータベースの一元化については、政府の強いリーダーシップが必要。医療保険者のレセプトデータベースを統合する（一元管理する）組織が必要
- 3) 政策決定に医療関係者だけではなく公衆衛生専門家が加わるなど、複数の専門職の政策決定への関わり
 - 公衆衛生学教室といった医学部の内部組織ではなく、独立した学部・大学院として設置。医師以外の優秀な人材を積極的に取り込み、養成していく必要性→医師優位ではなく、意思決定に際して、フラットな関係性を構築すること
 - 政策立案・評価のプロセスに、医師以外の人材、看護師等の他の医療職種、患者団体なども加えていく必要性（厚生労働省の検討会のメンバーというよ

りも、政策立案、ガイドライン作成や評価等の作業に直接かかわる形が必要)

- 4) 患者団体や製造業も加わったステークホルダーの参画、省庁間の利害調整、政策立案への圧力・市民への啓発を行う政府と連携した NGO の存在
 - 患者団体や NGO に対して、政府が関与して強化する。この力を活用し、政策に対する議論を起こし、省庁間を含む利害調整のエネルギーとする（例えば、健康に好ましくないタバコや食品含有物質などの理解関係者のコントロール）。
- 5) 税などの法制化による NCDs 危険因子除去に向けた政策誘導
 - 健康政策（ヘルスプロモーションや疾病予防）は、大きく環境に依存することから（町の構造や大気物質、購入可能な食品等）、個人への健康教育に大きく依存するのではなく、公衆衛生対策としての政策を立案、実施
- 6) 政策の公平性や社会的決定要因への対応へのシフト
 - 自治体間、年代間、ジェンダー、所得間等のバランスを考慮し、これらの公平性について常にデータベース・政策評価の手法を用いて評価し、このギャップを埋めていく意識と仕組みの構築が必要
- 7) プライマリ・ケアへのさらなるシフトによる高齢化と NCDs 対策の強化
- 8) 医療介入はプライマリ・ケアが主に担い、公衆衛生政策として社会環境／社会的決定要因に働きかける政策へのシフト
 - 先進国の中では日本と韓国のみがプライマリ・ケアシステムを有していない。このため、以下のように問題点や課題が類似していた。
 - ・ かかりつけ医療機関への登録や定期健

診や予防接種の義務化がないことから、健康診断や健康教育といった制度や政策はありながら、国民の隅々まで NCDs 対策を浸透させることが困難で、広報/マスメディアを活用しなければならぬ実態がある。

- ・ 医療保険者と自治体が必ずしも一致しないので（被用者保険があるため）、保健政策（例えば、健診・がん検診）が重複し、また被保険者データの一元管理ができないのでサービスが重複していても把握できない。
- ・ 制度的に予防（健康診断）と治療が連動していないので（法的根拠が異なるため、前者は公衆衛生部門が後者は医療機関が担うことになる。管轄も異なる。）、健診の受診率が低く、健診から受診につながらない場合も多く（医療機関への受診勧奨が必要で）、早期発見しても受診につながらないケースが見られる。
- プライマリ・ケアシステムの早期の導入が必要。方法としては、フリーアクセスを保護する「緩やかなかかりつけ医」の仕組みや、医療保険者（本来なら自治体が）データの一元管理を行うこと、さらに予防機能をかかりつけ医療機関に追加すること、診療報酬（医療への支払い制度：出来高）を包括化することなどが考えられる。スウェーデンの例からは、かかりつけ医登録は必ずしも必要でないかもしれない（スウェーデンは、登録制度を廃止した。しかし、ランスティング（県）が設置・運営するプライマリ・ケアセンターでは、予算、トリアージや受診間隔のコントロールが行われ、過剰医療を抑制している。）。
- プライマリ・ケアシステムが導入されている先進国では、プライマリ・ケア

クリニック/センターが、地域に（人口規模に合わせて）計画的に配置され、二次医療機関、三次医療機関も計画的に配置され、連携も機能している。さらに、公衆衛生セクターと医療セクター、福祉セクターとの連携がうまくとれている。NCDs 対策については、政府の政策がプライマリ・ケアを通して国民に等しく行き渡り、正しく実施されることが重要

E. 結論

日本は、(1) 患者登録ががんなどの特定領域にしかなく、さらに、連結困難なデータベースが多数存在し、政策決定や評価を困難としていること、(2) プライマリ・ケアシステムが構築されていないことから、NCDs 対策が効率よく国民に届けられないこと（公衆衛生対策として講じることと、プライマリ・ケアが果たすべき内容が混在。自治体が管理できるプライマリ・ケア制度がなく、加えて医療保険者が複数存在し、自治体も医療保険者でありながらこの2つが一致しないことから、政府の NCDs 政策の浸透が難しく、効果を出しにくい。費用対効果が極めて悪い。）、(3) 政策の公平性、環境や社会的決定要因への働きかけ（税制などの法制化による誘導や街づくり、製造業への働きかけなど）が弱く、保険者による NCDs 対策は個人がターゲットになっている。これらに加え、（医学部の内部ではなく）独立した公衆衛生学部等を設置し、医師以外にも専門家を養成し、多様な専門的人材が NCDs の政策立案や対応に関わるようにすること、医学部の教育を NCDs に対応できるよう病院のスペシャリスト養成からプライマリ・ケアにシフトさせていくこと、そして、学際的で人中心のアプローチをとることができるシステムを構築すること、これらに早急に対応する必要が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他