

＝ 予防医療を考える 現役世代への健康投資 ＝

今回は、現役世代への健康投資として 予防医療を考えてみます。

今のところ、予防医療と言えるレベルで国の施策になっているのは、予防接種と健康診査の二つです。このうち予防接種は、一部のみは国が財政措置を講じますが、その他は自費又は地方自治体の負担です。一方、健康診査は、財源問題もあり、医療保険者(健保組合、協会けんぽ、国保＝市町村等)が中心となって行っています。

この二つの事業に関する現在の状況と、今後のあり方について、考えてみます。

<私の問題意識>

現在、日本の医療政策は、どうしても医療保険＝患者負担や診療報酬に関する議論になりがちです。40兆円もの医療費を使っているのですから、ある意味、当然なのでしょう。

しかし、医療保険制度は、「負傷・疾病」を給付の対象に限定している結果、「予防」は、医療保険の給付となりません。そのため、予防接種や健康診査は、例外的に医療給付となる場合を除き、医療保険者の事業や、地方公共団体の事業として実施されます。財源的には、医療保険者の場合には保険料、地方公共団体の場合には税金(国庫補助、地方交付税等)で、それらの事業は賄われます。

私の問題意識は、この予防医療の財源種別の違いに起因して、現在の予防医療の中核である予防接種と健康診査の政策の選択が異なる基準で行われ、結果として、国民の負担感を大きくしているのではないかという点です。

別の言い方をすれば、予防接種であろうと健康診査であろうと、最終的には国民の負担に帰着するのですから、その必要性を、医療経済性等の統一的な観点から判断しないとイケないのではないかということです。国の省庁の縦割りが、予算執行の硬直化を招き、無駄なお金を増やしていると、よく言われますが、これと同じことです。

また、限られた資金の投入先として、高齢者と現役世代に、どのような配分をするかという点も、この予防医療の問題には関わります。

少子化対策として、医療保険では10年以上、2年に1回の診療報酬改定で、連続して小児医療の報酬水準は引き上げられてきました。しかし、子供を中心とする予防接種については、過去に不幸な事件があったことも背景ですが、医療保険とは違って税金の財政的な制約が強く、諸外国と比較して、「ワクチン・ギャップ」と言われるような状態＝諸外国と比較して義務的な接種(日本では努力義務)になっているものが少ない状態になっています。これは、現在、国会で審議中の予防接種法の改正案でも、指摘されている事実です。

こうした状況から、いかに早く改善をしていくか、そのためには、既存の財源配分を見直すという作業が必要ですが、それをどの分野に求めるか・・・こうした観点も大事です。

<予防接種の現状>

現在、日本で、定期接種(接種対象者又はその保護者等に接種の努力義務が課される予防接種)となっている疾病は、8種類です。ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎(ポリオ)、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核 8種類ですが、お子さんをお持ちの方は、これらの疾病の予防接種をしたことを覚えていらっしゃるでしょう。

この数でも、結構、いつ接種するかなどで、苦労されたことを記憶されている人も多いでしょう。現在では、「予防接種スケジュール」といったアプリも無料で提供され、かなり便利にはなっているようです。

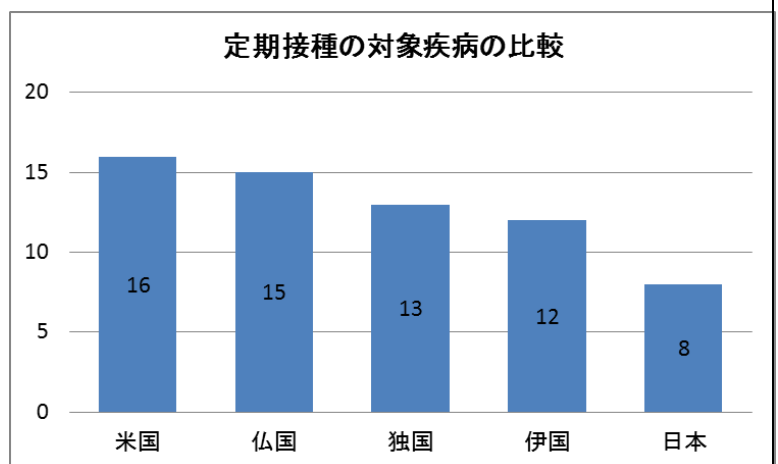
しかし、外国では、日本とは、様相が違います。

予防接種(ワクチン)の諸外国の状況は、医療保険制度とは異なり、必ずしも十分に把握されてはいませんが、私が知人を介して、入手できた限られた情報でも、日本の予防接種の対応が遅れていることがわかります。

右図は、各国の定期接種の対象となる疾病数をグラフ化したものです。

米国・フランスは15種類を越えますが、日本は、その半数の8種類にとどまります。後述の予防接種法の改正ができたとしても、イタリアよりも少ない水準です。

数の多い米国・フランスでは、どのような接種管理がされているのかは不明ですが、全てが子供ではなく、大人を対象とした予防接種も結構あると思われ、子供を中心とした日本の予防接種(定期接種)の体系とは、違っているものと思われれます。



さて、こうした状況を踏まえて、現在、予防接種法の見直しが国会で審議されています。定期接種として、Hib 感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)の3種類が追加されるという内容です。

このうち、Hib 感染症は、従来、この発症が比較的多かった欧米では、小さな子どもにも有効なワクチンが1980年代に開発され、国のワクチンプログラム(定期接種)に組み込まれた結果、この病気が99%減少したと言われていますが、今は2013年。既に20年以上の時間差があります。

また、ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)は、2年前の東北の大震災のとき、TV 広告がなくなり、公共広告機構が提供する画面(仁科亜季子さん出演)が何度も流れ、それをきっかけに、急速に認知度、接種率が上がったものですので、皆さんも記憶にあることでしょう。

これら3つの疾病は、日本での発症数は、年間数百例から15千例と比較的少ないものの、重篤化するという特徴があります。民主党政権下で、国の予防接種に関する審議会で十分な検討がないままに、重篤化というシンボリックなものに着目した政治判断の結果、国の基金が造られました。今回、その基金の期限が終了しますが、既に始めた助成をやめるわけにはいかないため、法律を改正して永続化するものと言えます。

感情的な意味合いはわかりますが、本来、予防接種(予防医療)とは、その効果と安全性が認められる以上、一人ひとりの重篤さは別にして、数多くの者が対象となること = 医療経済性が高いものが対象となるという発想が普通であり、こうした一面的な重篤性の判断基準(既存のワクチンとの重篤性の比較)が、かえって日本の予防接種の普及を阻害してきた面があると考えられます。今回も、同じことが繰り返されました。

今回、財政的理由で定期接種が見送られたとされる、水痘、おたふく風邪、成人用肺炎球菌、B 型肝炎、ロタウイルス感染症(いずれも既にワクチンは、日本において安全性・有効性は審査済み)は、それぞれ、現在の年間発症数は、B 型肝炎が7万人であることを除けば、100 万に達する人数です。8種類の定期接種が概ね8割以上の接種率であることを比較すると、これら多数の発症数のある疾病に係るワクチンは、概ね3割台に接種率がとどまっている(成人用肺炎球菌を除く)のは、社会的には大きなマイナスです。

この結果、子供等を抱える働く家族総体では、経済的な負担が大きくなっていると思われれます。医療費増という問題もあるでしょうが、子供が感染症になると保育所にも預けられず(親の場合でもデイサービスに行けないのは同じこと)、共働きの家では、両親のどちらかが仕事を休まないと子供や親の面倒も見られません。一つの家庭では、大きく見えない負担でも、数多くの家庭で生じれば、社会的な損失は大きくなります。

既に経済的な側面の研究もされているようですから、いずれ公表されるのでしょうか、予防医療(予防接種)においては、こうした経済活動における損失総体も考慮しないと、合理的な判断をしたとは言えないと考えます。

特に、現役世代には、この着眼からの資金投入が、疾病が発生した後の負担軽減(患者負担の軽減)より、明らかに求められると言えます。単純なことです。現役世代への健康投資は、仕事を休まないようにすることが、第一目標だからです。

国会審議では、これらの疾病の予防接種の義務化に要する費用は、年間1千億と言われているようですが、これをどのように措置するか・政治的には大きな問題でしょうが、発想を変えれば、割と単純に解決するのではないかと考えられます(後述)。

<特定健診の現状>

予防接種が直接的に疾病発症の予防につながるのと比較すると、健康診査は、疾病や疾病予備軍の発見と、予防接種よりは、疾病予防の効果は間接的です。健診自体は、発見にとどまり、予防そのものの意味を持たないからです。

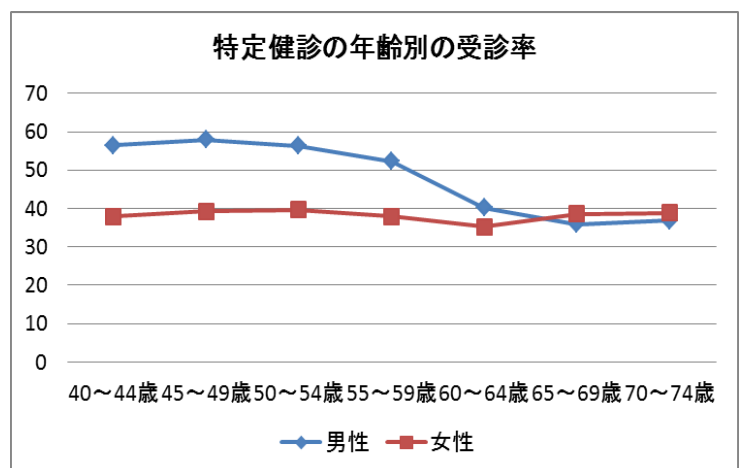
さて、こうした健康診査は、予防接種と異なり、日本人は、なぜか大好きであり、数多くの制度で枠組みが設けられています。現役世代に対しては、労働安全衛生法に基づく企業健診に始まり、平成20年度からは、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健康診査・特定保健指導制度が開始されました。いわゆる「メタボ健診」と言われたものです。

平成22年度の特定健診の結果(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002qzev-att/2r9852000002r2ia.pdf>)を見ると、平成22年度の特定健康診査の対象者数は約5,219万人と、総人口の約4割を占めています。

しかし、実際の実施率は43.2%で、前年度よりわずか1.9%が増加しただけでした。

性別では男性の実施率が高く、年齢別には、男性のみが現役世代で受診率が6割程度なのですが、60歳以降のリタイア世代では、男女差はなくなります。

これは、協会けんぽ、健保組合、共済組合等の被用者保険では、高齢の被扶養者のカバーがうまくできていない、市町村国保でも、各世代で実施率が低迷しているという二つの理由によるものでしょう。



この特定健診は、最終的には、医療保険者ごとの実施率の高低で後期高齢者医療制度の支援金の額に差異を設けることになる予定であり、現在、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」では、そのルールに議論の中心が移っています。

しかし、本当に、この特定健診は、効果的なのかという点については、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」が設けられ、引き続き検討となっているように、未だにはつきりはしていません。

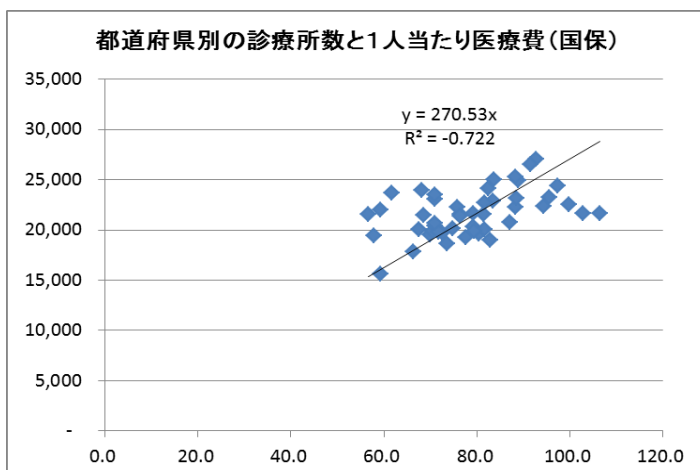
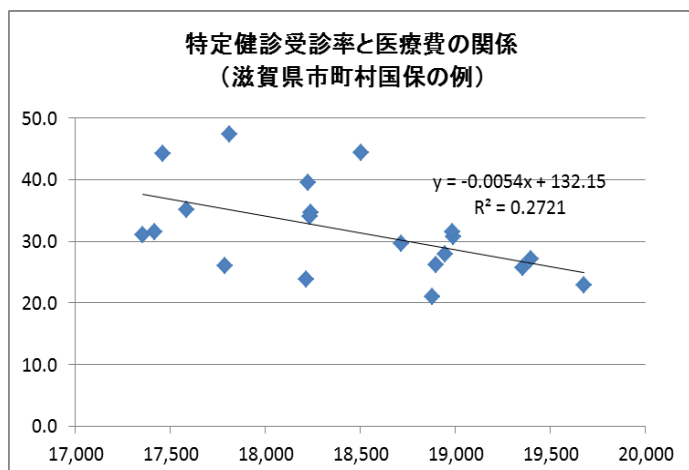
例えば、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の第9回の会合で、厚生労働省から報告された資料 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d8ft-att/2r9852000002d8kn.pdf>) で提示された資料がありますが、個人的には、これで効果があるとするのは無理があるように感じます。

下左図は、その資料で示されたデータです。私の第3の故郷 滋賀のデータです。

縦軸が特定健診の実施率で、横軸が一人当たり医療費(外来)ですが、一見すると、健診の実施率が高いと、一人当たり医療費が低いように見えます。しかし、左上に分布する市町村名を見ると、いずれも田舎であり、診療所数が少ない地域とわかります。

さて、下右図は、都道府県別の人口当たりの診療所数と国保の一人当たり医療費(外来)の分布を示すものですが、明らかに診療所の多い地域では、一人当たり医療費が高いことがわかります。この結果を踏まえて、再度、下左図をみると、左上に分布する市町村の一人当たり医療費(外来)が低いのは、果たして特定健診の実施率が高いためか、診療所が少ないためか・・・どちらかと言えば、診療所の数の問題と予測されますが、こうした問題を含んでいます。

市町村別の診療所数と一人当たり医療費(外来)の関係があれば、簡単にわかりますが、残念ながら、こうした資料はありません。このように、地域の医療費の大小を比較するときには、他の要素を排除しての比較が大事ですが、それを除いても、特定健診の実施率により、有意な違いがあるのか・・・個人的には懐疑的です。



最近の検討会の資料でも、効果に係る資料が提示されていますが、個人的には、いくらでも問題点が思いつきます（元公務員の特性でしょうが・・・）。ここでは、こうした批判をするのが主眼ではなく、健診事業の経済的効果を厳密な意味で検証することは、実際には難しく・・・そうしたものに多額の費用をかけることは、果たして合理的なのかという問題提起です。

これは、経済性の問題よりは、予防接種との比較で言えば、有効性・安全性のレベルの問題でしょう。これをクリアして、さらに、これを実施することで得られる社会的な効果（医療費だけでなく、家族の負担軽減等）の総体を他の予防医療と比較して考えるべきではないかということです。

現在の、特定健診に関するアプローチは、こうした前提を素通りして、いかに実施率を上げるか、いかに保険者のインセンティブをつけるか（支援金の増減もその一つ）となっており、極めて近視眼的な対応と考えられますので、前回の通信で、「一度立ち止まって考えるべき」と、主張したものです。

<現在の信頼度、経済性からみると予防接種の普及が予防医療の最重要課題ではないか>

予防接種については、日本は不幸な過去がありますが、それに逡巡した結果、予防医療の基盤という意味で、諸外国とは大きな差がつき、また、国民的にも、予防をしないことで、多くの損失が生じているというのが私の認識です。

私の長女（先日、福井で私とともに交通事故にあいました）は現在22歳、次女も間もなく20歳で、いつ子供ができてもおかしくない世代です（実際には、いつになるかは本人次第ですが）。この意味から、彼女たちには、私たちの世代で生じた、「間違った選択」を押し付けたくないというのが本音です。

もちろん、本人・家族の意向を無視して、強制的に接種するわけではありませんので、定期接種になっても、最終的な判断は、本人・家族に委ねられます。要は、正確な情報(リスク情報を含む)を、医師ばかりでなく、利用者に普及するという問題でしょう。

＜乳幼児を持つ親の世代＞

こうした前提で考えると、少なくとも、水痘、おたふく風邪、B 型肝炎、ロタウイルス感染症といった、子供＝子供を抱える若い親の負担を抑える予防接種については、早期に、利用者負担を抑え接種率を上げることが、我々の世代の役割なのだと考えます。

財源は、1 千億もいらないと思いますが、医療保険制度で 75 歳から 79 歳の患者負担を予算措置で軽減している財源が毎年 2 千億(それも補正予算で対応)をゼロにして法律本来の負担にすれば、あつと言う間に 2 年以上の財源は出ます。ある程度資産を持つ高齢者の世代の負担軽減に資金を投入するのと、今と未来を支える世代の健康管理と経済負担の軽減に資金を投入するのと いずれが大事か 誰もが答えは同じでしょう。高齢者の負担が少し増えても、それは、その子供の我々(彼らの資産を相続する世代)が私的扶助で支えればよいだけのことです。

限られた資金を どこに振り向けるか、これは社会の意思の問題と考えます。

＜40 歳未満の世代＞

次に、定期接種ではないヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)や、今後開発されるであろう 40 歳未満の現役世代対象の予防接種は、少なくとも 40 歳以上を対象とする特定健診との関係性はないのですから、どのように財源を作っていくかは、新たな発想が必要でしょう。

フランス、ドイツでは、予防接種に対して、民間医療保険が給付をするという仕組みがあるようです。日本で言えば、生命保険の医療給付に予防接種特約が付いている、または、通販型の医療保険に予防接種特約があるといったものではないでしょうか。保険会社からみれば、自らの医療給付の抑制ができる可能性があり、一方では、他社製品との差別化が図られるという結果が出るでしょう。利用者側も、健康意識の高い今、その商品には価値を見出すと思います。

また、公的医療保険の保険者も、この世代に対しては、他の世代と違って、健康投資的な給付はありません。健康保険組合が実施する、患者負担の軽減するための付加給付よりは、こうした医療費削減の直接的な効果を持つ、予防給付に財源投入すると発想を変えれば、保険者としての医療費削減のほか、企業の福利厚生の上＝採用等での差別化の効果が出るでしょう。

こうした 40 歳までの現役世代向けの、新たな予防医療の市場をどう作っていくかという視点が、政治・行政はもちろん、企業や労働組合にも欲しいところです。

＜特定健診世代＞

さらに、私を含む特定健診世代では、特定健診一本やりではなく、成人用肺炎球菌や、今後開発されるであろう 40 歳以上の現役世代対象の予防接種との選択など、利用者側の意向を重視する仕組みに変えるべきでしょう。

いくら国の施策と言っても、なぜ健診だけなのかという質問には、十分に答えられないでしょう。同じ予防医療のグループの中で、利用者の選択を求めるのであれば、結果として、負担者の納得度と、医療費の削減効果は高まるものと考えられます。

実施率の低いまま経過する特定健診を、今すぐ廃止すべきとまでは言いませんが、無理に健診の実施率を上げることを政策目標とするのではなく、同等または同等以上の価値のある、他の予防医療(予防接種)との選択を認めることで、本人の希望も踏まえて、効果的な施策になると考えるのは、私だけでしょうか？

同じ金を使うのであれば、国の「押し付け」ではなく、予防医療の中で、選択を認めて欲しいということです。

これらは財源問題ですが、当然、市場が広がることで、ワクチンの提供企業にも考えてもらうべきことがあります。安全性、有効性はもちろんですが、できるだけ安価なものを提供するとともに、「注射剤から錠剤に」「1 疾病 1 ワクチンから複数疾病 1 ワクチンに」「1 疾病複数接種から 1 疾病 1 接種に」「数多くのワクチン接種をする国のワクチン接種スケジュールの紹介」等の、利用者の負担感を減らす仕組みが求められます。働く世代は、お金も大事ですが、時間が最も大事であり、こうした「商品開発」を通じて、ぜひ、利用者の利便性を高めて欲しいと考えるものです。

予防接種は古い歴史のあるものですが、私には、可能性の高い未開の地に見えます。これを今後の予防医療の中核に考えていくのは、当然のことと思いますが、皆さんは、いかがお考えでしょうか。

ちなみに、今春中学生になる長男も、遅ればせながら、おたふく風邪の予防接種を受けるようです。