

第17回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2017年3月7日（火） 15:00～17:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第4号館4階共用第4特別会議室
 3. 出席委員等
主査 榊原定征 東レ株式会社相談役最高顧問
委員 伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研主席研究員
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
同 印南一路 慶応義塾大学総合政策学部教授（オブザーバー参加）
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部教授（オブザーバー参加）

武村展英 内閣府大臣政務官
-

（概要）

（1） 社会保障 WG の検討課題

事務局から資料1を説明。その後、意見交換。以下、主な意見。

（委員）

大きく3点、意見を申し上げたい。

まず、改革工程表上、2017年末あるいは2017年度末に期限を切っているものは非常に多い。本格的な議論は、事項によっては夏以降かもしれないが、時間切れにならないように、早め早めに鋭意御検討を進めていただきたい。

特に医療費の増加要因への寄与が大きいという点において、薬局における対物業務の評価適正化などを含む薬価・調剤報酬等の改革や生活習慣病治療薬などの処方方の在り方は重要であり、そこでなされる議論は課題の再把握を含めて、2018年度診療報酬改定につながっていくものになると理解している。

また、高確法14条の診療報酬の特例の活用方策など、外部から見ている議論が相対的に進んでいないように見える項目も重点ポイントである。

議論が余り進んでいないように見えるという点では、改革番号30番の「先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方」については、検討期限が2017年央と一番手前にある点を確認しておきたい。後発医薬品の使用割合を70%以上にするというKPIが2017年央に設定されており、順番としてまずは後発医薬品の普及をできるだけ進めて、その上でも先発薬を希望する場合には、という意味でこの改革の検討期限を切って

あると理解している。この項目の検討に当たっては、効果がどこにどのように出るのか出ないのか、制度が煩雑になったら困るなどといったことや製薬産業、医薬品市場の成長産業化といった観点も含めて総合的な検討が必要であるが、少なくとも、後発医薬品の普及が進むと当該項目の検討の重要性が下がるということでは決してないことを申し上げておきたい。後発医薬品の使用割合を80%以上にしていくためにも、後発医薬品の普及策と改革番号30番は車の両輪である。

意見の2点目は、今年度末に出そろう地域医療構想が実現した際に KPI あるいは「見える化」事項とされている「1人当たり入院医療費の地域差」についてどうなるのか検証が必要ではないか。つまり医療費適正化計画で、外来医療費については地域差半減には不十分とはいえ、ある程度中身が明確になっているが、入院医療費については地域差半減目標との関係が不明確であり、その点の整理をつけることが急がれていると考える。また、そもそも地域医療構想自体を実現させられるかどうかによって、病床機能報告を客観的なものにしていく必要があることに加え、価格すなわち診療報酬を適切に病床機能と紐づけただけだと実現性が危ぶまれる。これはまさに30年報酬改定に向けての課題であり、経済・財政一体改革の大黒柱であるので、関係審議会等において十分な御検討をお願いしたい。その際、療養病床の見直しも大きな鍵になるので、在宅医療やかかりつけ医の普及推進に関しても報酬面を通じた施策の御検討をいただきたい。

3点目は、「見える化の深化」に関連して、地域医療介護総合確保基金の使用状況を一度、取り上げる必要があるのではないかと。

加えて、医療と介護を結びつけて考えるべきだといったときに、具体的にどこに鍵があるのか、何をすればよいか。やみくもに両者の数字を見てもなかなかソリューションは見出せないのでは、その点について一度整理をしてはどうか。ご検討いただきたい。

(委員)

社会保障では、現在その制度ごとに保険者単位や市町村単位で個人が認識されている。しかし、今後はサービスがトータルでどのように提供されているかを、個人レコードを追う形で見ることが必要である。そのために、できる限り早くマイナンバーを社会保障制度に紐づけていただきたい。保険者番号だけの制度とそれによって寸断される情報でこれから先ずっと社会保障を行うことやそのための分析を行うこと難しい。

(委員)

地域医療構想等を進めるにあたり、都道府県知事が権限を行使するようなインセンティブを何らかの形で与えないと、権限はあるけれども、行使しないという事態が生じるのではないかと危惧する。財政面や診療報酬による対応等を含めて一体化して制度化しないと、知事は実際に権限を行使しないのではないか。

国保の調整交付金についても、市町村間の財政力の格差を埋めるために交付しているが、単純に国保の赤字が生じているから交付するのではなく、どのぐらい努力しているか（保険料収納率等）という点も含めて、調整交付金の配付を決める仕組みを考えたほうがよいのではないか。

「見える化」の深化について。一つは、NDBの都道府県別、年次別、疾病別のレセプト件数、点数を出すべきだ。これにより地域における疾病構造の差を明確にすることができる。これを明確にしないと幾ら地域差を示しても疾病構造が異なるので…との言い訳ができるので、疾病構造の差を明確にした上で保険者が努力して減らせる地域差はどれぐらいか明確にする必要がある。

もう一つは、今までの「見える化」のアプローチは、分解アプローチであり、1人当たり、何々当たりなどの分析は極めて明快で間違いがなく、どこが増えているかといったこともよく分かるが、そのアプローチではどこまで突き詰めていっても、それはなぜ増えるか、または、全体的に増えている場合にその原因は分からない。中長期的な視点でモデル分析を行い、その成果を会議に反映させることが必要ではないか。

薬価について、薬価の個別の制度は相互に連動しており、医薬分業と薬価制度そのものも連動している。そういったことを含めた総合的な分析が必要ではないか。

(委員)

医療介護提供体制について。入院医療費と地域医療構想、病床は連動性がある一方で、外来医療費は構造的に予防、健診等の影響が考えられるなど、医療、健康、介護のデータの横串が不可欠である。

インセンティブとしても国保の調整交付金の在り方は重要である。調整交付金にはこれまでの経緯・狙いがあるので、短期というよりは中長期にしっかりと考えておくことが大事。一方で、保険者努力支援制度は事業単品の補助といった考え方だけではなく、都道府県ベースのデータヘルスのインフラ整備への補助といった考え方もあるのではないか。適正化を進める上でのインセンティブ付与という位置づけが大事である。

(委員)

在宅医療は幾つか種類があり、大きく分けると自宅での在宅医療とサービス付高齢者住宅のような施設系の在宅医療の2つがある。どちらを伸ばすかによってやるべきことが異なる。データ分析すると、自宅での在宅医療が多い地域は、訪問看護、訪問薬剤指導や緊急時の往診などが多く、施設系の在宅医療が多い地域は、むしろ療養病床や介護保険のリハビリなど高齢者を対象とした総合的なサービスが多い。同じ在宅医療でも中身が違う。国としてどちらを伸ばしていくかをある程度明確にしていかなければならない。

薬剤の適正使用について。医療機関への受診機関数と調剤を受けている薬局数はほぼ一致する。5カ所の医療機関にかかっている人は5カ所の調剤薬局から薬剤をもらっているという意味において、本当にかかりつけ薬局が機能しているのか。この辺りを細かく分析していかないと薬剤の適正使用に関する議論は先に進まない。

かかりつけの普及について。かかりつけ医と総合診療医の議論が混乱してしまっているのではないか。かかりつけの普及と言ったときのかかりつけの定義を明確にしていかないと議論が混乱するのではないか。

各地域への医療提供量に関するデータは、NDBを使ったSCRという277の指標について出ているので、こういったものを活用すれば、中身が見えてくるのではないか。

(委員)

SCRは、レセプトからそれぞれの医療行為や薬剤の数量の出方を性・年齢調整をしてスコア化したもので、都道府県の高齢化の格差を埋めることができる。ただ、残念ながらNDBは、目的ごとに制約がかかっているため、こちらでは紹介できない。医療と介護の関係性が非常に明確にできるので紹介できるようにしていただければ有難い。

(2) 健康増進・予防等、ICTの活用

古井委員から資料2-1及び2-2を説明。

(古井委員)

少子高齢化によって健康リスクが約2倍に上昇し、生産性の低下、社会保障費の増加が進む社会構造になっている。今までは発症後に資源を投入するモデルが主であったが、発症の前段階も含めて社会全体の最適を図るモデルへの転換が必要。このような背景の中で、健康増進・予防の施策に関してはコストという捉え方では限界があり、投資への転換がポイントになる。

健康投資に当たってはヘルスケアのイノベーションあるいは公的サービスの産業化につながりやすくする工夫が必要である。ポイントは、健康分野で得たノウハウを重症化予防を含む医療費の適正化や介護予防など分野横断のワイズ・スペンディングにつなげること、そして、公的な資金でコストとしてやるのではなく、民間からの投資を呼び込むような潜在需要を顕在化する仕掛けが不可欠である。

健康投資を地域と職域の2つに整理した。まず地域に関して、国保の都道府県化により、各データが都道府県に集約されるので、都道府県単位の施策、インフラ整備を進めていく。一般的に国民の7割、8割が、健康について興味がないわけではないが優先順位が低いので、健康づくりの土俵に乗せる部分については公的な役割も大きい。そういう意味では都道府県が市町村向けに必要なソリューションを提供することを含めて、健康施策を進めるインフラへの投資が今後必要である。この公的な役割の部分を保険者努力支援制度に適用できればよいと考える。これにより、需要がある程度顕在化し健康行動や購買行動が活性化していくと、民間企業や地域の各ステークホルダーの出番になる。

もう一方の職域は、データヘルス・ポータルサイトの試行導入が進んでいる。各職場の健康課題あるいは評価指標を標準化することで同業他社と比べられるので、健康保険組合、企業がメリットを感じやすく、普及していくと実感している。一方で、事業主、企業に関しては医療費というよりは健康投資が職場の生産性の向上に有用であることをしっかりと示し、経済団体を含めて連携して進めるべきである。実際に現場で企業を見ているが、健康投資は人材の活用や働き方改革との親和性が高いことがわかってきた。健康指標だけではなく、生産性の測定指標でモニタリングすることもあり得るのではないか。

一方で、中小企業は、資源、ノウハウが大企業並みではないので、協会けんぽの資源をうまく使っていただきたい。健康経営アドバイザーの活用、これは中小企業診断士、社労士、地銀、生保の営業職員の方々に本業の動線上で、中小企業に健康経営やデータヘルスを普及していただく、つなぎの人材を経済産業省と商工会議所に養成いただいている施策。この辺りの活用で負担なく投資ができるのではないか。

次に、保険者インセンティブについて。これまでは予防の普及のため、対象の抽出あるいは実施方法に一定の基準を設けて、実施量、主にアウトプットの指標が重視されてきた。今後は事業効果や効率を求めていく段階に入るので、アウトカム評価の導入の検討が重要。このアウトカムの導入によって画一的なサービスではなく、創意工夫、技術革新しやすくなるので、イノベ

ーションや公的サービスの産業化が起こりやすくなる。

アウトカム指標導入の検討に関しては、今、フィージビリティを探っているので、焦ることなくじっくり検討した上で、第2期のデータヘルス計画期間に共通指標の中への導入検討を進めていただきたい。

資料2-2の参考1は、厚労省の委員会で作られた共通的な指標である。医療費の構成要素が構造的に整理されている。

まず医療費に直結する特に重大な疾病の発症率があり、それを防ぐために重症化予防をやる。重症化予防もまずは、高リスクでレセプトがない方に受診勧奨する。治療を始めた方に生活指導をして服薬のコントロール率を上げる。中期的には発症率を低くする。今は、第1ステージであり、①に含まれるメタボ該当率以外はアウトプット指標が主になっている。

2ページ目は、今、試行事業で拝見している指標であるが、今後ある程度進んでいく中でこの重症疾患の発症率、服薬のコントロール率、健康維持率、行動変容率といったアウトカム指標をモニタリングしていくことが、医療費の地域差、職域差の格差の構造を探る上で重要である。例えば、ある県の平均寿命が非常に下がっている。これは、重症疾患が増えていて、その構造は血糖が若年層から高く、コントロールもよくない。その背景に、服薬をしても長時間かつ深夜の飲食が多いため血糖がコントロールされないという構造が分かると、課題を解決する手を打ちやすくなる。

また、それぞれの評価指標が病気の発症や医療費増に対してどのくらいの感度であるか見ていくために、アウトカム指標を「見える化」して、保険者相互に比較することが大事である。

次に、ICTの活用について。今までのモデルは一人一人に手厚くやってきたということに対し、今後は、社会全体を俯瞰して全体最適を図り効率化していかなければならない。このときに政策だけではなくプログラムのパターン化が不可欠である。データサイエンス等を活用して集団を似たようなグループで捉えていくことで、グループ・ダイナミクスによる効果の波及にもつながりやすい。また、エビデンス構築には、レセプト健診データに加えて日々の情報もあつた方が打ち手につながりやすいことからICTは不可欠であり、またICTによるモニタリングは「自分ごと」にもつながりやすい。

最後に、ICTを活用して生産性や日常生活を測定することは、個々の意識・行動を促し、民間の投資を喚起する。例えば、血圧が高い人には、今日は何時間以上パソコン操作をしていて、脈拍がどのくらい上っているかをモニタリングしておく。その上で、合間にストレッチをしたり、お茶を飲んで胃腸を動かすと副交感神経が優位になってリラックスでき、血圧も下がるといった情報を提供する。そういったことで行動を促していく、購買意欲を高めて

いく。ICT を活用して、そういった仕組みをつくっていく意識が必要である。

厚生労働省から資料 3 を説明。その後、意見交換。以下、主な意見。

(委員)

NDB で特定健診の受診パターン分析を行おうとすると、例えば、履歴が消えた時、健診を受けていないのか、それとも被保険者でなくなったのかがわからない。これは、保険者が被保険者の登録データとその内の受診者データの両方を提出しているわけではなく、後者のみが NDB に提出されているためである。このようにせっかく大量のデータがあっても、個人番号ごとに状態を確認する仕組みが不十分なため、多くの情報が落ちてしまい、分析に支障が出るのが現状である。収集したデータを活かす分析ができるよう基本的な情報基盤整備を国でも進めていただきたい。

ただ、ICT 情報はそもそも分析のための「手段」にすぎない。「目的」はデータを分析して、政策を推し進めるアクションである。そのためにはデータの整備以上に、責任の所在をはっきりすることが必要だ。その点、例えば、先ほど説明のあった、国保の調整交付金の傾斜配分、あるいは保険者の加算減算制度のルール設定などは、あとから責任部分を勘案して負担を配分するという形式なので、その「責任」が見えにくくなっている。政策を、走りながら考えている印象である。PDCA の観点からいえば、成果を見ながらルールをつくることももちろん大事であるが、ルールと責任の所在をしっかりと定めてから、成果を出してもらうことが必要。ルールをあとから決めるというプロセスは大概にして揉めるし行政的なコストも大きい。時系列的に何をいつまでに決め、次に何をするとということを明確にするのがよい。

(厚生労働省)

委員のご指摘のとおり、どのような評価指標でやっていくかという点について、いろいろと議論があるところであるが、医療保険制度共通の指標の設定にあたっては、有識者なども含めて幅広い方々に参加いただいた検討会の場で議論をしたものである。

また、平成 30 年 4 月に向けて都道府県単位での財政運営の施行の準備をしているところであるが、現在、知事会、市長会、町村会という地方団体の代表の皆様と、具体的な施行の中身を毎月 1 回ぐらいのペースで議論を行っており、そういった場で地方団体の皆さんにも御理解と御意見を頂戴しながらコンセンサスをつくった上で進めている。

(委員)

1点目、保険者努力支援制度の評価指標は、支援の必要性和成果とがトレードオフであり、水準で見るのか変化で見るのかといったことによっても評価が違ってくる。各指標のウェイトづけやバランスなどのルールについては、前倒し実施している中で算定式のようなものが明確に公表されているか否か。また、本格実施に向けた議論では、その点の方向性はどうなっているのか。

2点目、ストレスチェックは法律施行されて1年を過ぎたが、適切に実施されているか、また、ストレスチェックを個々の労働者や企業がどのように活用しているか調査をする予定はあるか。働き盛りの層の精神的な疾患予防は重要であるので、従業員50人未満の事業所が努力義務だということも含めて、全体としてどのような状況になっているか確認しているか。

3点目、健康・医療・介護の総合的なデータプラットフォームは、誰が責任を持って、どこにつくるのか。これをつくるに当たってどれぐらい財政のコストがかかるのか、あるいは民間のお金が入ってくるのがどの程度想定されているのか。将来にわたってランニングコストもかかってくると思うが、そうした点についてどのような議論になっているのか。

4点目、今、「健康日本21」はどのくらい国民の間で認識されているのか。スマートライフプロジェクトのような健康サイトは、健保組合やいろいろな事業者がやっており、類似のものがたくさんある中でどのように差別化されているのか、率直に申し上げてよくわからない。このサイトの運営の費用対便益はどうなっているのかという観点を含め、国民運動としての「健康日本21」はどのくらい普及しているのか。

(厚生労働省)

評価指標のあり方としては、1つはできるだけ全国でも上位の方々を評価することを指標として考えている。一方で、必ずしも上位に至ってなくても頑張っ前年よりも実績が上がっているといったところを評価する指標も組み合わせながら、評価するような仕組みを考えている。あわせて政策的なインセンティブをつけることも考えている。特に保険者努力支援制度の前倒しの中で、重症化予防の取組、糖尿病性腎症の重症化予防をしっかりと進めている市町村を高く評価することや、保険料がしっかりと収納できるよう就業率の向上などに取り組んでいる市町村を評価するといったことで、同じ評価指標の項目の中でも政策的に重視しているものについて、特に高い配点をするといった工夫をしている。

(厚生労働省)

職場におけるストレスチェック制度は、一昨年の12月1日施行され、1年に1回はそれを行うということであるので、昨年1月末が1回目のリミットになる。

ストレスチェックを行った後、必要な方に医師の面接指導を実施するなどのプロセスが全部終わったところで実施人数をそれぞれ所管の労働基準監督署に届け出ることになっている。現時点では、プロセスがまだ終わっていないところもあるが、中間的な報告として、50%ぐらいの事業所は1回目のプロセスを終わっていると報告をいただいている。最終的には年度明けぐらいに第1回目の集計をしたい。

また、御指摘のように、ストレスチェックを最終的にどのような形で職場に対する対策に使っていくかが非常に重要な点であるので、1回目のプロセスが終わったところで、この結果をどのように職場環境の改善につなげていったのかといった事例の収集をしっかりとやっていきたい。

(厚生労働省)

様々なデータが、制度あるいは根拠法による縦割りでばらばらに管理をされている状態にあり、保有主体も国であったり、保険者であったり、地域単位で保有されているものもある。まずは議論の進め方として、散在をしているデータをどのようにグルーピングし、国民あるいは保険者、医療、介護の現場の方々に役立てていただけるようになるのかといった話から入っていくことになっている。その上で、利活用の場面、コストベネフィットについても整理していきたい。

(厚生労働省)

健康日本21の認知度は、平成23年度に実施した調査の数字は3%、それ以降、まだ調査していないがどこかのタイミングで調査し、把握したい。

第2次の健康日本21の中で、こういった取組に参加いただく企業数を平成24年時点で400社だったものを、最終的に3,000社まで持っていくといった目標を掲げている。この企業数について、スマートライフプロジェクトに参加いただける企業が増えたこともあって、平成27年時点でその目標を達成している。こういった企業や健康相談に乗っていただけるような拠点を増やすことで、地道ではあるが、スマートライフプロジェクト等を通じて進めていきたい。

(委員)

既存のデータが分散管理されているのは事実であり、それを実際に統合して使えるようにするには相当な時間と費用がかかると思われるが、一方で、保険者のみが見える仕組みではあるが、KDBには、既に健診、医療、介護のデータが個人連結されている。ほぼ先行投資は終わっているため、低コストで、また、65歳以上はほぼ悉皆性を持って入っており、慢性期あるいは高齢者に関する分析において魅力的なデータベースである。根拠法の問題はいろいろあると思うが、匿名化した上で、都道府県あるいは研究者が使用できるよう前向きに検討いただきたい。

レセプトのデータや医療のデータを時系列で見ていると、ある日、突然発生して、ある日、突然なくなることがよくある。住民台帳的なデータも一緒にそこに入れて、転入、転出、死亡がわかるようになっていないと、どこで打ち切っているのかわからない。そのようなことも長期的な枠組みとして検討いただきたい。

(厚生労働省)

KDBの活用はデータヘルス改革推進本部の課題の1つであり、できるだけ使いやすい形を模索していきたい。データは保険者単位で持っているため、転出、転入があった場合に保険者が変わるわけで、そこをどう考えるのか課題である。そういった意味では保険者をまたがった場合に何ができるのかという話と並行して検討したい。

(委員)

資料3の13ページの重症化予防の取組推進について、診療報酬の評価は、保健事業と医療の役割分担を考える上で貴重なスキームである。保険者からの情報提供の協力の求めに対し、どのような情報が共有されるか、モニタリングしていただきたい。

もう1点、国保の保険者努力支援制度について。国保の広域化により、県内の市町村相互で比較でき、それぞれの市町村の課題が客観化できる。打つ手が見えやすくなる。その一方で、都道府県には求心力が求められる。「見える化」だけでなく、都道府県あるいは国保連から市町村には具体的な打ち手を提供することが重要である。また、重症化予防や特定保健指導等の保健事業の実効性を高めるためには、被保険者の意識・行動変容を促すインフラが不可欠であり、保険者努力支援制度の適用にインフラ整備の視点の検討が重要である。

(厚生労働省)

今後こういった保険者努力の支援の取組を進めていく上では、都道府県も一定の役割を果たしていくと考えている。前倒しの保険者努力支援制度では、市町村のみを評価しているが、今後、都道府県についても評価をしていくことも考えられる。こういったことが検討できるか考えていきたい。

(委員)

地域保健と職域保健の連結を考えていかないといけない。例えば、国保のデータから見ると、50~60代で糖尿病の治療率が女性は大体2.6倍上がるが、男性は5倍ぐらい上がる。高血圧も同じように男女差がある。ところが、がんは男女差がほとんどない。これは、産業保健は安衛法上の定期健診で異常が見つかり、その後の事後措置として健康管理をしっかりとやらなければならないという、健診とその後の事後措置が近いことがある。ところが、国保の場合は健診とその後の事後措置に強制性がない。

恐らく、男性の場合、職域保険の健康管理から外れて地域保険に移った瞬間に健康管理が甘くなっているのではないか。そう考えると、退職によりに国保に移ったときにどのように健康管理を継続していくか、被保険者からのアプローチを少し考えていかないとい保険者の努力だけではどうもならないところが出てくる。その接続のところを制度的に工夫いただけるとよい。

(厚生労働省)

産業保健においては、特定健診については、事業主健診のデータはそのまま保険者に行くことで連携できている。平成30年度からの特定保健指導の見直しでは、健診時に保健指導に移ることができるよう、初回面接を分割実施できるようにして、産業医、産業保健師との連携が進むようにする。

退職後については、後期高齢者支援金の加算・減算の見直しの中で、例えば、インセンティブの指標の中に、事業主との連携を入れており、その中で、例えば退職時に健康管理を働きかける取組をしているかどうかを指標に位置づけるとい議論をしている。その方が退職して市町村国保に加入した際に、特定健診データを市町村国保に提出し、国保で取得することができる仕組みになっているので、そうした取組も進んでいく。保険者協議会で移管の運用ルールひな形も作って示しており、現在、各保険者協議会にルールの作成を働きかけている。退職時の健康管理の意識づけが、そのまま市町村国保でもつながるような仕組みを運用レベルできちんとできるよう働きかけていきたい。

(委員)

データのポータビリティをどう保障することが大事。かつては老人保健法の中では健康手帳というものがあり、そこに記録をしてもらえさえすれば高齢者の方はどこに行ってもそのデータを見てもらうことができた。この特定健診・特定保健指導制度の中に健康手帳に代わるものがない。要するにデジタル化はされているが、本人がポータビリティを持ってずっと持ち続けることができない。そこを工夫していただけると、この問題はだいぶ解決するのではないか。ご検討いただきたい。