

## 第25回 経済・財政一体改革推進委員会 議事要旨

---

### (開催要領)

1. 開催日時：2019年3月22日（金） 9:00～11:00
2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 8階特別大会議室
3. 出席委員等

会長	新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
	赤井伸郎	大阪大学大学院国際公共政策研究科教授
	伊藤由希子	津田塾大学総合政策学部教授
	大橋弘	東京大学大学院経済学研究科教授
	佐藤主光	一橋大学経済学研究科・政策大学院教授
	鈴木準	株式会社大和総研政策調査部長
	竹森俊平	慶應義塾大学経済学部教授
	羽藤英二	東京大学大学院工学系研究科教授
	古井祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	牧野光朗	長野県飯田市長
	松田晋哉	産業医科大学医学部教授
	赤林英夫	慶應義塾大学経済学部教授
	石川良文	南山大学総合政策学部教授
	印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
	田中良生	内閣府副大臣（経済財政政策）
	長尾敬	内閣府大臣政務官（経済財政政策）

### (議事次第)

1. 開 会
2. 議 事
  - (1) 今後の経済・財政一体改革推進委員会の体制について
  - (2) 先進事例等の全国展開や見える化の推進・充実の取組の具体化等について
    - ① 第24回経済・財政一体改革推進委員会で示された課題について
    - ② 社会保障
    - ③ 地方行財政
    - ④ 文教・科学技術
3. 閉 会

(配布資料)

- 資料 1 経済・財政一体改革推進委員会の検討体制
- 資料 2 先進事例等の全国展開や見える化の推進・充実に向けて  
(第24回経済・財政一体改革推進委員会 資料 3 (一部改変))
- 資料 3 先進事例等の全国展開や見える化の推進・充実の取組 (社会保障)
- 資料 4 先進事例等の全国展開や見える化の推進・充実の取組 (地方行財政)
- 資料 5 先進事例等の全国展開や見える化の推進・充実の取組 (文教・科学技術)
- 資料 6 - 1 「見える化」における地域類型化について
- 資料 6 - 2 新経済・財政再生計画 改革工程表 2018 ～経済・財政一体改革の海図～
- 

(概要)

- 新浪会長 ただいまより「経済・財政一体改革推進委員会」を開催する。まず、田中副大臣より御挨拶をいただく。
- 田中副大臣 委員の皆様におかれては、御出席をいただき感謝申し上げます。  
本日は、竹森委員、柳川委員が着任された新体制で、本年 1 回目の経済・財政一体改革推進委員会となる。委員の皆様方には、引き続き専門的な御知見をいただきたい。  
本年は、10月に消費税率引上げが控えるという状況にある。そうした中、消費税という歳入増の議論や、消費税の反動減対策という一時的な歳出増の議論が、今注目を集めがちな状況にある。  
しかし、中長期的にこの財政健全化の道筋をつけていくためには、歳出改革によって、この財政構造を、さらに効率化、効果的なものにしていく。これが極めて重要なものである。  
本日は、この歳出改革の推進力である先進・優良事例の全国展開や見える化の推進・充実に向けた今後の取組について、積極的な御議論を賜りたい。どうぞよろしく願います。
- 新浪会長 本委員会では、新たに、経済財政諮問会議有識者議員で慶應義塾大学経済学部教授の竹森俊平様、東京大学大学院経済学研究科教授の柳川範之様の御二人に御就任いただいた。  
なお、本日は、柳川委員は御都合により御欠席である。  
竹森委員より、一言お願い申し上げます。
- 竹森委員 経済財政諮問会議に最初に参加したときにも申したのだが、2%の実質成長率という目標をどのように達成できるのか知恵を絞っていきたいが、一方で、新経済・財政再生計画は、こうした成長が実現する下で、財政健

全化目標の達成も目指しており、もし成長率が目指すよりも悪化した場合にどうすべきなのかということも同時に考えていかないといけないと思っている。

ただ、私は、日本の場合、政府債務の大宗は日本国民が債権として持っていて、歳出増加の主因は社会保障関係であることから、ある程度、筋道ははっきりしているのだと思う。つまり、現役世代が生み出したGDPを、退職者と現役世代で分ける中で、退職者の受取分は、エンタイトルメント、つまり、社会保障で大部分決まっているが、残ったものが現役に渡り、それで貯蓄・投資形成ができて、子供が産めるだけのものが残っているかということをチェックをしていけばいいのだと思っている。

年金の研究で著名であり、ノーベル経済学賞受賞者のピーター・ダイヤモンド氏が大体そのような考え方を書いているので、今後、これを見える化する。つまり、GDPが現役世代と退職者にどのように分配されるのかということを見ていくことが大事だと自分なりに考えている。

いろいろと勉強していきたいので、よろしく願いしたい。

○新浪会長 それでは、議事に移りたい。

今後の経済・財政一体改革推進委員会の体制について、事務局より説明をお願い申し上げます。

(事務局より、資料1について説明)

○新浪会長 このたび、主査及び主査代理に新たに各委員に御着任いただき、この体制で進めることとした。

委員の皆様には、これまで大変御尽力をいただき、改めて感謝を申し上げますとともに、引き続きよろしくお願いしたい。

次に、第24回経済・財政一体改革推進委員会で示された課題について、事務局より説明をお願いします。

(事務局より、資料2について説明)

○新浪会長 社会保障について、課題への具体的対応等を中心に、厚生労働省から説明をお願いします。

(厚生労働省より、資料3について説明)

○新浪会長 厚生労働省からの説明について、御意見があれば、お願いしたい。

○伊藤委員 優良事例の展開ということで、こうした事例は今までも何度か紹介されてきていて、1つ確認をしたいのが、今、取組をしているかどうかという点での優秀さと現在の健康度という点での優秀さとの照らし合わせが必要

ではないかということ。

例えば、熊本県の事例が腎臓病予防の優良事例という形で出てきたが、以前、藤森委員が人口構成を調整してNDBを用いて都道府県間比較をしていただいた結果によると、例えば、熊本県、宮崎県、沖縄県は非常に人工透析が多い。高齢化などの人口構成を調整しても、なお人工透析を受けている方の比率が全国比に対して1.5倍近くある。つまり、逆に言うと、そういう状況だからこそ取組を頑張っているということはもちろん評価すべきではあるのだが、現状、健康度として高い指標がなくて、かつ努力していない状態と、現行で健康状態はよくて、だからこそそれほど努力しなくてもいいという状態とは違うと思う。取組とあわせて、そのような取組をしなければならない背景があったのかなど、自治体によって異なる現状のパフォーマンスがあるので、そういった足元の情報も見ていただければと思った。

○厚生労働省 取組に当たって、何を進めていくのかという現状分析が非常に大事である。これは、具体的には国保だとKDBがある。このデータを使って、地域の課題はもとより、どういう方々が、今、受診していらっしゃるのか、それとも健診は受けているけれども医療機関にかかっていないとか、いろいろなレイヤーに住民は分かれていくと思う。その上で、どこにハイリスクの方として手を入れていくのか、介入していくのかということデータを分析していくことが、まず最初にあるかと思う。その上で対策を立てていくということであり、もちろん、今結果が悪いところを大きく伸ばしていくのだという、その取組自体を評価していくのか、それともそこそ今は住民の健康状態がいいところを評価していくのか、両方あるかと思うが、きちんと分析をして、その結果、どのようなアクションにつなげていくかというところがこの対策の一番のみそだと思っていて、このたび新たに出したいと思っているプログラムについては、そのデータの活用の仕方も含めて発出させていただきたいと思っている。

○鈴木委員 3点申し上げたい。

1点目は、糖尿病などの予防であるが、医療費適正化計画では23年度の機械的な試算で適正化の効果額は800億円と示されていると思うが、医療費適正化計画をきちんと進めていただく必要があるし、その進捗を確認し、評価していく必要がある。一方、日本健康会議の宣言2に関して、当初、生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村を800にすると述べていた目標が超過達成しているというお話が本日あった。この本日のお話は、改革の設計として、医療費適正化計画の800億円を達成するために必要だという話なのか、従来言っていた800億円の適正化をさらに上積みしていくという意味を持っている話なのか、それともその両方なのか、確認したい。

その上でだが、先進・優良事例の横展開の必要性はずっと言ってきた。本日もさまざまに取り組んでいくというお話があったわけだが、日本健康会議の宣言2でいえば、達成要件の中には事業の評価の実施があり、国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムにもそういうことが書いてあると思う。達成要件のうち、対象者の抽出基準などは医学的・学術的に客観的に決まる話だと思うが、改革自体のストラクチャーやプロセス、アウトプット、アウトカムといった点については各段階の評価の中身に入り込んでいかないと、なかなか横展開をしていけないのではないかと。単に、自治体数が幾つ増えたとか、地域差がこれだけあるということも言っているが、なかなか先に進まないのではないかと思うので、事業の評価の中身にもっとスピーディーに入っていく必要があるのではないかと。これが1点目。

2点目は、特定健診や予防・健康づくりに関してである。特定健診などの見える化を保険者ごとで大幅に進めていただいていることは理解しているが、改革の目的の明確化と費用対効果の明示が必要ではないか。本日も約6,000円の医療費抑制になっているという御説明があったが、特定保健指導で1万8,000円の費用をかけて年平均6,000円の抑制効果であるので、3年で元が取れるという御説明を以前にお聞きしたことがある。だが一方には、健康になっても、生涯にかかる医療費がどうなるかわからないという話がある。さらに言えば、特定健診や特定保健指導による適正化効果は、医療費適正化計画上で約200億円であり、規模としてはそう大きくない。しかも、費用として公費から毎年200億以上を投入していると理解している。つまり、予防・健康づくりは医療費削減が目的ではなく、人々の就業率や社会参加率を高めていくことが目的であると明確化すべきである。経済・財政一体改革推進委員会では、中間評価のときに健康寿命を1歳伸ばすと2,400億円の可処分所得が増えるという数字も示しているわけだが、ここは医療費の適正化というよりは、皆が働き続けられるようになって、QOLも上がるということこそが目的であることをより明確にしていくべきと考える。

1点お伺いしたかったのは、保険者努力支援制度として、平成30年度から1,700億円の財政支援のうち800億円ぐらいを医療費適正化の取組の支援に充てていると思うが、28年度と29年度の前倒し分でも特定健診や特定保健指導の実施率を評価指標にしていたのではないかと。だとすれば、保険者努力支援制度が実施率の向上に寄与しているのかどうか、前倒しでやったところについて現状でどう評価されているのか、もし分かれば教えていただきたい。

最後、3点目に、法定外繰入の問題である。国保の改革は、私は何度もこれは経済・財政一体改革全体の象徴的な話であるということも申し上げてきているが、本日御説明のあった資料3の13ページを拝見すると、16年度と17年

度の決算について、市町村に、今から何かの調査・聴取をする、これから先進・優良事例の把握に努めるということが書かれている。だが、国保の都道府県単位化が始まったことや財政責任がどこにあるのかということを見ると、この記述には後退感があると言わざるを得ない。右の図を見れば、東京都、神奈川県、埼玉県、鹿児島県、沖縄県で圧倒的に金額が大きいことは明らかであるので、そういったところが、今後、どうやって法定外繰入を減らしていけるかという具体的な検討に入っていないと、大阪府や奈良県など頑張っている地域も増えているとはいえ、この改革が進まないのではないか。1700億円プラス1700億円の財政支援に加えて、さらに今回2000億の財政安定化基金も造成されたという中で、法定外繰入の解消はもっとスピーディーに進めていただく必要があるのではないかと考えていたところ、今から市町村に対して何かの調査をするという対応とのことで、改革の取組に後退感があると感じた。

○厚生労働省 まず、1点目である。

糖尿病の対策であるが、医療費適正化計画は今後PDCA管理を行っていくことになるかと思うが、一方で、本日お示しした日本健康会議の宣言2の取組例については、今、急激に進んでいるところで御説明させていただいた。また、これらについて、目標設定をどうしていくかということは、上方修正をしていくかということについての議論を日本健康会議の中でさせていただくことになると思っている。

これらについて事業の評価をどうしていくのかということになるが、改革のストラクチャー、中身に入っていく必要があるということだった。各段階でどういうことがされているのかについては、好事例について、重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループにおいて細かくヒアリングをしている。そういうものを丁寧に現場にフィードバックをしていくことになる。プログラムの改定版の発出や、関係者が一堂に集まるような研修の場、会議の場などを活用し、好事例について詳細に情報共有をしていくといったことを丁寧に積み重ねながら進めてまいりたい。

健診のところだが、費用対効果については、まさに特定健診・特定保健指導をそれだけで見て、どれぐらいの効果があるのかということは、先ほどお示ししたとおりだが、予防・健康づくりがどのような効果を与えるかというのはなかなか評価が難しいところもある。そこで、最後のほうで御説明させていただいたが、有識者にお集まりいただき議論をさせていただいているところである。若干の御紹介をさせていただければと思うが、総論としては、予防・健康づくりなどの健康寿命を延伸させるための取組は個々人のQOLの向上という意味で大変大きな価値をもたらすため、今後も積極的に推進すべきで

あると。また、社会・経済全体にとっても望ましい、目指すべき方向であるという御議論があった。一番肝心の主題である医療費については、何をどういう前提で比べていくかということによって、多分結論が相当変わってくるだろうと。例えば、短期的な費用増加抑制の可能性が指摘されるが、一方で、将来の医療費については、これは両論あると思う。それは医療費として比べる対象として、生涯医療費なのか毎年の医療費なのか、それとも総額なのか1人当たりなのか、どのような状態間の比較を行うかによって変わってくるということなので、さまざまな見方、考え方があるということが現時点での考えだろうと思っている。

一方で、これは医療費だけではなくて介護費や将来の地域社会・経済に与える影響というところで見えていくと、介護費については、医療費よりも社会的アプローチの有効性を示す研究などもあるので、より効果が期待できるのではないかという御意見も出てきた。地域社会・経済という点から見ていくと、まず、御本人にとって、その活動をしていく。生きがいの向上や経済的にゆとりある老後生活といったプラスの効果がある。それから、経済についても、労働投入や消費の増加という効果があるのではないかという御議論がされていて、なかなか単体で健診に幾らかけたから幾ら効果があるということは、現状では、今、お示しさせていただいたデータになるかと思っている。

最後、法定外繰入であるが、今、法定外繰入が非常に高いところは二極分化していると言われている。所得が高い被保険者が多く、かつ、財政力も高い自治体のグループと、所得が低い被保険者が多いということで、かなり低い所得の層でも賦課限度額にぶつかりやすくなってしまっていて保険料をなかなか上げられないというグループが考えられる。しかしながら、これまでの国保運営の経緯等もあって背景はさまざまであり、これについては丁寧にヒアリングを行っていきたいと思っている。この夏までに全て終わらせると申し上げたが、できるだけスピードを上げて対応してまいりたい。

○新浪会長 健康・予防施策に関して、費用対効果の測定は大変難しいが、非常に重要な論点だと思う。

一方で、俯瞰的にも考えなければいけないところだろう。鈴木委員や厚生労働省からも話があった通り、人口減の状況下でマクロ的には働く人を増やしていくという政策を進めているが、今後、定量的な経済効果をどう見積もっていくかということの研究し、提示していく必要があるのではないか。働く人がより増えていくことは重要で、この効果をどう見込んで政策の中に入れ込み、より経済を発展させていくかが大変重要であり、今後研究を進めていただきたい。

○古井委員 2つコメントをさせていただく。

1つ目は、重症化予防等の予防推進のところ。これは5ページにもあったが、保険者や自治体の取組が着実に進められていると拝見している。次の段階に進むには、先ほど鈴木委員からもあったが、この保健事業を構造的に評価していくことが横展開をする上で不可欠だと思っている。例えば、重症化予防事業であれば、必要な医療機関への受診、継続治療・服薬をしているかのモニタリング、生活習慣の改善指導といった新規の重症者を減らすために必要となる要素にカテゴリ化して評価をしていく。これによる評価結果で、市町村が次に打つべき手が見えて、横展開につながるのではないか。今までの第1段階で評価した、やっているか、やっていないかということから、第2段階に進む時期ではないかと思っている。

2つ目は、努力支援制度等のインセンティブの仕組みについてである。これまで拝見していると、自治体はインセンティブに本当に敏感であると感じており、アクションを促したという点では成功したと思うが、例えば、重症化予防事業ばかりに注目が集まってしまうことで、従来、高血圧症対策が健康課題であった地域で、住民全体へのその課題に対応する取組がおろそかになっている一面があるかと思っている。第2段階で、評価指標を的確に設定していくことで、予防効果が上がるような事業設計に保険者や市町村を導くことができるのだと思っている。昨年1月より本格稼働したデータヘルス・ポータルサイトでは、健康保険組合の保健事業を構造化し、健康課題を解決する効果的なパターン化を探っている。市町村国保の評価指標についても、同様の構造化で検証可能ではないか。自治体の独自性を尊重しながらも、評価指標の標準化は不可欠だ。努力支援制度は、都道府県が効果検証をしていくための財源としても使っていけるといいのではないか。それが全体最適を図るためにも重要になる。

○厚生労働省 古井委員からのそろそろ次の段階に行くべきというご意見はまさにそのとおりであって、横展開をするにしても、構造的に可視化ができるような形でどのような方策が考えられるかということは、有識者の皆様の御意見も十分に頂戴しながら検討していきたいと思っている。

また、インセンティブの仕組みであるが、今後、また保険者努力支援制度の評価項目や配点など、加減算の仕組みを検討していくことになるが、これについては、いただいた御意見も十分に踏まえながら、よく議論をしていきたいと思っている。都道府県向けのインセンティブについて、効果検証に資するような取組をどう評価していくのかといったところも論点として考えていきたいと思っている。

○新浪会長 取組が進んでいるかどうかでも非常に重要な観点だが、効果に対する評価の仕組みを構築することによって全体最適に向かっていくことができ

るのではないかと思うので、ぜひとも進めていきたい。

○牧野委員 3点、お聞きしたい。

1つは、かかりつけ医の話が出てきたのだが、前回のときにもちょっと申し上げたが、かかりつけ医の位置づけはこういった予防を促進していくためには非常に重要ということで、特定健診の実施ももちろん大事なのだが、かかりつけ医を持つことも大事ではないかと。今、実際にかかりつけ医を持っている方の比率、あるいはその状況はどのくらい把握されているかということと、実際に持っている者と持っていない者でどれくらいこういった予防効果が変わるかということ把握されているのかどうか。そのあたりを教えてくださいということが、まず1点。

もう1つは、先ほどから出ている行政と医師会等との連携の話で、埼玉県の場合もいただいたのだが、そもそも自治体にとって医師会等の皆さん方と連携ができているところとできていないところにはかなり差があるのではないかと実際に現場にいて思う。我々のように包括医療協議会で定期的にそういった地域の医療の課題等について話し合う場を持っているようなところは連携ができているのだろうと思うのだが、そういうことをなかなかやれない、もっと言えば、行政と医師会が背中合わせになってしまっているようなところもあるとお聞きしている。そういったところに対してどういうふうな連携の仕方を促していくのかということについて、単にこういう事例もあるというだけでは恐らく横展開は難しいのではないかとということが現場にいて思うところである。

最後に、3点目、くどのような話で恐縮なのだが、法定外繰入の解消について、都道府県単位化するということは法定外繰入を解消することとほぼイコールだと私はずっと捉えていたのだが、それがいつ解消するか見通しが立たないような話を先ほどからされているような気がして、本当にそれでいいのかという思いを持っている。

○厚生労働省 かかりつけ医の位置づけであるが、今、何%というものは申し上げられない。今後、診療報酬改定においてもかかりつけ医機能をどう評価していくかということはこれから議論になる。そこでデータ整備をきちんととりながら、対応を進めていきたいと思っている。

2点目の医師会との関係である。確かに、自治体と顔の見える関係になっていないところ、さまざまな自治体があるかと思う。そういう意味では、糖尿病重症化予防の一番先駆性のあるところは、まず、日本医師会という国のレベルで、管下の都道府県医師会にきちんと話をおろしていく、都道府県医師会から郡市医師会にお話をおろしていくという形で、三者連携で進めているところである。個別の市町村の単位で、地元のお医者さんとなかなか話がし

にくいというのは確かにあるのだろうと思うので、そういう意味では、県が中心となって包括的にこの事業を実証していくスキームをつくっていくことがポイントではないかと思う。そういう取組をさらに進めていきたいと思っている。

国保の法定外繰入の解消について。国保の大制度改革が行われたが、それによって、都道府県が設置する財政安定化基金の貸付・交付事業については、国保改革以降は、保険料収納不足によって財源不足となった市町村においても法定外繰入等を行う必要がないように措置をしたという考え方である。なお、国保改革以前から法定外繰入を行っている市町村については引き続きこの赤字解消計画の実施をきちんと履行するということで、対策を進めていきたい。

- 松田委員 1つは、特定健診・特定保健指導なのだが、かかりつけ医モデルをやることは非常にいいことだと思うのだが、日本は、そういう保健事業というか、かかりつけ医モデルとして成功した事例がある。それは何かというと、母子保健である。母子保健で成功してきたかかりつけ医モデルを参考にして、特定健診・特定保健指導の在り方をもう一回見直す時期に来ているのではないかと思う。その理由は、これは多分厚生労働省もデータをお持ちだと思うのだが、私たちがかかっているところで見ると、特定健診を受けている方の平均年齢が60歳を超えている。特定健診・特定保健指導は恐らく40代・50代の方をターゲットにした事業だと思うのだが、そうすると、40代・50代の人たちがかかることを何か動機づけるような仕組みにしていけないといけないし、また、それを可視化するというをやっているといかないといけないのではないかと思う。これは手前のデータなのだが、40代・50代の男性で心筋梗塞になった人を抽出したところ360名いた。国民健康保険の人である。分析してみると、受診時に大体6～7割が糖尿病を持っている。8割以上が高血圧を持っている。8割以上の方が高脂血症を持っている。その方が過去3年間にかかりつけ医を受けているかということ、受けている。半分ぐらいの方は受けていて、そこでちゃんと診断もされている。ところが、きちんと治療を継続していない。特定健診に関しては、7%、28人しか過去3年間で受けていなかった。そうすると、特定健診・特定保健指導を受けたという効果も大事なのだが、特定健診を受けないことによる損失はかなりあるのではないか。そこを受けるようなインセンティブをどのようにつけていくかということが重要ではないかと思う。

2番目は、がん検診であるが、がん検診はいわゆる社会保険でやっているほかの国は、がん検診自体を保険者事業としてやっている。であるから、誰が検診を受けて誰が検診を受けていないかということが把握できるので、受け

ていない人に対して受診勧奨ができるし、受けた人はその後に精密健診を受けているかどうか、どういう治療を受けたのかということを追跡アップできるようにになっている。日本の場合は、職域の場合はどちらかというと健康保険組合の助成でやっている場合が多いのだが、地域の場合には一般事業で行っている。そのために所属している保険にかかわらずがん検診を受けることができるというメリットはある。しかし、誰が受けたかわからない。その受けた人がその後になんかどうなっているかということもわからない。この誰が受けたかということを中心に把握する仕組みは必要ではないかと思う。国民生活基礎調査で受けたか受けていないかということを中心に自己申告で調査しているわけだが、それではいけないのだろうと思う。例えば、フランスの場合だと、これはもう覚えなのだが、乳がん検診に対しては確か受診率が90%以上だと思える。それは受けたか受けていないかということが把握できているからできる仕組みなのだが、そういうことを、特に有効性が証明されているがんについては、きちんとやっていったほうがいいのではないかと思う。特に、私どもが職域データを分析していると、乳がんの患者さんはピークが大体40代である。大腸がんの患者さんはピークが50代である。働きざかりの人たちなのである。そうすると、今回のがん治療と就労の両立支援などを考えても、そのところをきちんと把握することは働き方改革の中でもとても大事だろうと思うので、ぜひその部分の把握の仕方の御検討をいただけたらと思う。

- 厚生労働省 かかりつけ医モデルの深化について、御意見をいただいた。まさに松田委員がおっしゃるように、ある程度、高齢期になると、かかりつけ医を持っている方々は非常に多い。このかかりつけ医と保険者とが連携する事業モデルも、また新規に考えていきたい。

がん検診について、委員の御指摘のとおりであるが、2015年に健康保険組合でがん検診の実施状況に関する調査を実施しているが、がん検診受診者数を把握していない保険者が約6割、がん検診要精検者数では9割に上っている状況である。また、指針に基づかない検査項目や検査方法によりがん検診を実施している保険者が多くいることが現状である。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省としては、効果的ながん検診を継続するためには、委員の御指摘のとおり、がん検診受診率やがんの発見率を含めた検診データを収集して評価するための仕組みが必要であると考えている。

ただ、現状で職域におけるがん検診は法的な根拠がないという状況のもとで、受診率やがん検診、発見率の精度管理が非常に不明であるという状況があるので、2019年より厚生労働科学研究費において、特に職域におけるがん検診の受診率、精密検査受診率等々において、研究を実施することを考えている。

こうした観点から進めていきたいと考えている。

○新浪会長 がん検診の40代・50代への動機づけという点について、先ほども出たが労働力人口を増やしていくという意味でも大変重要で、必要に応じて、ある意味で強制力をもった方法も検討頂きたい。最終的には本人のためになり、社会にも還元されることなので、ぜひとも当会でもこれを進めるべくリコメンドしていきたい。大変良い御指摘に感謝する。

○印南委員 まず、この優良事例の横展開という方法そのものについて一言。2年前、私が評価・分析ワーキング・グループ委員になったときにも申し上げたのだが、恣意的に選択した、あるいは何となく伝わってくる優良事例を取り上げて、そこで何をやっているかを分析しても、それが自動的に他の自治体や保険者に適用可能かどうかは全くわからないということです。少なくとも同じことをやっていてうまくいっていない自治体や保険者と優良事例を比較する。さらに、優良事例の反対、こういう言葉が適切かどうかかわからないが、不良事例の原因分析もあわせてやらないと、優良事例でやっていることを幾ら横展開といっても、それがどこまでできるかなど予測もつかないのではないか。一生懸命やりましょうと言っているにすぎなくなってしまう。先ほどから話題になっている法定外繰入の問題を例にとると、国保の運営主体が市町村から県になったので、2～3年前の市町村の優良事例を取り上げて、今、最大の問題となっている東京都や神奈川県などの法定外繰入の解消にはほど遠いのではないかと思う。むしろ直截に、東京都、神奈川県、財政力のないと言われた沖縄県など、そちらの法定外繰り入れの原因をきちんと分析して、その上で優良事例のどこが適用できるかを検討しないと、優良事例の優良な部分だけ取り出して横に展開するといっても、それはなかなか実際には進まないのではないかと思う。

2点目は、保険者努力支援制度が絡んでいるのだが、同じ厚生労働省が所管している診療報酬等は、インセンティブを強化する場合に、構造とプロセスとアウトカムの3つに大きく群分けをして議論している。一番達成容易なものが「体制を整える」といった構造のインセンティブである。プロセスは、会議を開いたとかいうもので、中間成果みたいなものである。最終的には、患者の在宅復帰率のようなアウトカムで測るわけである。インセンティブの中で、アウトカムの比率を徐々に高めていくということをしないと、いつまでたっても努力しただけでおしまい、実際に効果が上がってこないことになる。しかも、一応説明ではインセンティブにメリハリをつけるという言葉が何回か登場してきたのだが、実際にそのメリハリをつけるという意味は、この3つの群の中の比率で順次アウトカムのほうを高めていくことと、それを事前に、1年後、2年後、3年後にはこういうふうを高めていくということだと相

手に示すことではないか。さもないと、いつまでも会議を開いたことで高得点がもらえると、自己評価だけで「やっています」と手を挙げれば、それで高い評価を得てしまうことになり、制度として非常に甘くなるのではないか。

3点目、健康寿命延伸の効果について。私もこの有識者検討会のメンバーだったため、中での議論を振り返ってみると、極めてアカデミックで客観的な議論をしてよくまとめたなという感じは持っている。ただ、実際の議論は、過去の研究のレビューがほとんどで、何が健康寿命の延伸につながったのかという原因分析に関する議論、実際にこれから何をすればよいかは議論していない。お願いは、これから夏までに具体的な方策をまとめるのだろうが、その際、今までもいろいろな努力が総合的にかかわって、平均余命・健康寿命を延ばしてきた。政策的に、今後、健康寿命の延伸策を追加的に打つとして、その効果を示すというときには、経済でいうDID (Deference in Deference)、つまり、追加的な努力で追加的にどれくらい本当に健康寿命が延伸し、それによってどういう効果が出るのかという分析が必要だ。単なる現状との差分では、恐らく今までどおりのことをやっても延伸していく部分があるので、それに加えて実際に何をやって、それがどれだけ効果を上げていくのかというところに着目する必要があると思う。

○厚生労働省 横展開の方法として、うまくいっていない事例の分析はまさにそのとおりだと思うので、御指摘を踏まえて検討していきたい。

次に保険者努力支援制度について、アウトカム評価を徐々に高めるべきだということである。30年度に入れた保険者努力支援制度についても、今後、アウトカムの部分をどう捉えていくかということを広げていくことにしている。それから、評価のポイント、どのように評価をしていくのかということを手前に示していくことが大事というのはそのとおりであり、いつも実施をする前に、夏ごろに決めて、自治体にはそれをお知らせするという形で対応しており、このたびもそういう形で対応していくことになると考えている。

3点目の健康づくり・予防の効果であるが、定量的なものについての難しい理由もこのたびの研究班では御議論されたところであるが、今後、個々の取組の効果や社会的価値を検証していくためには、国内データに基づく実証研究の蓄積が必要だということ、価値の高いデータを蓄積し、それを十分に活用して研究できる環境を整えるべきだという御指摘もいただいているところである。

そうしたものとあわせて進めていきたいと思っている。

○新浪会長 今のお話にもあったが、特にインセンティブをアウトカムのほうへ持っていき、エフィカシー（自己効力感）をいかに高めるかが重要。そのためには効果的なインセンティブを設定することが大変重要であり、今後の方

向性について厚生労働省からぜひ一度ご説明いただきたい。指標については、標準化とともに自治体の特性も考慮する必要があるのではないか。例えば、地域の特性として高血圧や糖尿病の患者が多いところ等があり、それによって評価の仕方そのものや現れる効果も全く違ってきてしまうので、自治体の状況もある程度考慮する必要がある。他方で標準化も必要であり、せめぎ合いがあって大変難しいところである。そのため、厚生労働省の最終的な意思決定の前に、一度、本会に検討状況についてお示しいただきたい。今までの議論の中でも、インセンティブの在り方は皆さんの御関心事であり、また、大きく政策効果が変わる可能性もあるので、何卒お願いしたい。

○赤井委員 少し重なるところもあるのだが、簡単に意見2つ。

1つ目が、既に意見が出ているが、国保のところの繰入に関して。県のリーダーシップにもっと着目して、リーダーシップの差などを明示化しながら、県にもっとこういうことをやってほしいということ求めていく。もちろん厚生労働省のほうで市町村へのアプローチもされていらっしゃると思うのだが、そういうものも重要かと思う。

先ほどインセンティブという話があったが、がん検診の受診率に関して、少し前に学生と行った分析では、パネルデータ分析をすると、いろいろな施策の中で、例えば、コールやリコールはものすごく効く。がんの種類によって政策の効果が異なるという経過で、特に乳がんや子宮がんに関しては休日健診などが効くとか、あとは健診料が効くがんがあるものとなないものがあるなど、がんの種類や地域などによって、いろいろなインセンティブというか、政策の違いがあると思うので、そういうところも分析されて、より効果のある方法をとられることがいいかと思う。

○佐藤委員 私も、手短に1点。

20ページのところにナッジという話が出てきているのだが、今、結構流行っている。ただ、そのナッジであれ何であれ、先ほどのDIDやRCTなどいろいろな言葉が出てきていると思うのだが、ちゃんと比較して検証することが必要である。つまり、介入した政策のあったグループだけその前後でどうなったかを見ても、それは正しい効果の検出にはならないので、コントロールグループというのだが、何もしていないグループが必要になってくる。ということは、そもそもこれは効果を検証する段階で、データの収集も含めて、それがちゃんと検証できるようなデザインをしないとイケない。何かキャッチフレーズのように言われている気がするのだが、データを集めるに当たってどういうデザインをするのかということ、ちゃんと考えたほうがいいかと思う。

みんな言っているが、財政学者として、法定外繰入は一丁目一番地だと思

う。これができなければ適正化は絶対にあり得ないと思ったほうがいいと思うので、これは、優良事例を探す以前に政治判断のレベルだと思うので、ぜひ最優先でやっていただければと思う。

○新浪会長 今、頂戴した御意見を踏まえぜひ厚生労働省で御検討いただきたい。

続いて、総務省より地方行財政について、御説明をお願いします。

(総務省より、資料4について説明)

○新浪会長 総務省からの説明について、御意見等があれば、お願いしたい。

○石川委員 AI・ロボティクスを含めたICTの活用をどんどん進めていくためには、費用対効果をしっかり示すことが必要だと思う。先ほどの説明の中で、導入による効果を検証といったシートの部分もあったが、価格面の問題もある。いろいろなシナリオを想定する必要があるかもしれないが、費用と効果のバランスをしっかり示さないと、市町村はなかなか手が出ない。特にイニシャルでお金がかかると思うので、その部分で二の足を踏んでしまうことになる。そのため、長期にわたってイニシャルとランニングの全体の費用対効果、労働力、特に地方は人材不足もあるので、そういったところでこういった効果があるかということも含めて、分析を示していく必要があると思う。

○佐藤委員 前回のワーキング・グループでも申し上げたのだが、私自身が町田市の仕事をしているので、この業務改革についてかなり関心を持って見てきているのだが、まず、人手、労働時間をどれくらい減らせるかということがポイントになってくるので、比較的現場の支持は得やすい改革だと思う。要するに、この効果とは何かというと、もちろん住民に対するサービス還元も一方ではあるし、財政的な節約もあるかもしれないが、一番大きい改革は、公務員の方々、特に正規職員なのだが、今、残業時間が延びているので、その労働時間をどれくらい節約できるか。最終的に、それは人員の節約にもなるし、人手不足に対する対応にもなるので、そういった観点から効果を検証するのもありかと思った。ただ、私も現場の話を聞いていて、これはかなり難しいことがわかっていて、それぞれの自治体にローカルルールがあって、税金の賦課・徴収の仕方一つとってみても、住民票の発行の手続一つとってみても、やり方が違う。つまり、正規職員がやっている業務と嘱託でやっている業務で、後に会計年度任用職員制度になるが、嘱託でやっている仕事との仕事の振り分けが自治体によっても全く違うし、早い段階で機械化、IoTを使っている自治体もあるが、かなりレベル感が違うということになる。

そこでまた質問になってしまうのだが、30の新しいスマートプロジェクトは、これはこれで結構だと思うのだが、多分年に何回かもしくは月に1回会

議室で会議を開いて何とかなる話ではなくて、これは本当に現場にいる人間たちが合宿をやって膝詰めをして、実際に現場で何をやっているのかということをお互いに検証し合うというか、確認し合うという作業はかなり必要になってくると思う。そのあたりはどういう形でこの標準化に向けた過程を考えていращやるのかということ、前回のワーキング・グループで聞き損ねてしまったため、教えていただければと思う。

30の新しいスマートプロジェクトについても、その30がリーダーだとしたときに、その中がどうなっているのか次第である。つまり、隣の自治体と組んでいるというのでは2つにしかならないため、それでは話にならない。なので、この30の中がどうなっているのかということが2つ目の質問。

最終的に、さっきの厚生労働省の話もそうなのだが、ある程度、国と自治体、イコール、現場との間のキャッチボールが必要で、もちろん国としても何が一番いいベストプラクティスかわからないので、現場に一回やらせてみなければいけないことはわかるのだが、そんな中で、ある程度これが標準業務だよねというデファクトスタンダードはだんだん出てくると思う。要するに、ある種ガイドラインとして他の自治体にも普及・啓発していくというやり方、単に仕事を一回決めたら現場に丸投げをするのではなくて、現場の仕事をすくい上げていくというプロセスをキャッチボール的にやっていくことがこれから必要なのかと思った。

○総務省 スマートプロジェクトについて、膝詰めでいろいろ議論することは当然必要だろうと思っているが、一方で、近隣自治体だけで集まっているグループだけではないと思っているが、今、30の自治体がリーダーだと申し上げたが、グループは、人口規模によるグループではあるが、ある程度、全国的な声かけをしたりというところも多くあり、常に膝詰めですることはちょっと難しいかもしれない。ただ、ネット環境も、今、充実をしてくれているので、そういった形で頻りにネットも利用しながら御議論いただくことを想定しているものである。

○新浪会長 それでは、文部科学省より文教・科学技術について、御説明をお願いします。

(文部科学省より、資料5について説明)

○新浪会長 文部科学省からの説明について、御意見等があれば、お願いしたい。

○赤井委員 いろいろ論点はあると思うのだが、特にPDCAとEBPMで、研究プロジェクトは参考資料でいうと15ページ、どういう実証研究をしているのかということは17ページにある。これはずっとこの会議でも言ってきたことが実

になって、今、研究をしていただいているので、すごく重要だと思うし、私も注目している。ようやく結果が出てきた、その状況をお聞きしたいことと、結果が出てきて来年度ぐらいからその結果を政策に反映していくという状況で理解は正しいのかということをお聞きしたい。この結果で多分効果があるという結果がそれなりに出てくると思うのだが、できるだけ結果を公開していただいて、他の人が見ても、それが明らかに恣意性もなく、客観的に効果があると見えるのか確認したい。さらに、効果があるといっても、一つの政策をそれぞれやったら全て効果があったではそれで終わってしまうので、全部予算化してくださいというわけではなくて、優先順位が重要である。例えば、3つ政策があったときに、同じある資金、例えば、100万円を使うにしても、ある限られた予算をどこに割り振れば一番効果が上がるのかという複数の中での優先順位や、どの政策が望ましいのかというところに着目して、そういう形で結果を出して政策に反映していただきたい。

- 伊藤委員 私は、どちらかというところ、個々の取組よりは長期的にベースとなる基盤で、コードを統一するなり、データの構造を一般化するなり、地道なことを本当にぜひやっていただきたいと思う。先ほどの総務省のデジタルスマートシティなどでも、佐藤委員から住民票のとり方から何から全部書式が違うという話があったが、データベースでも同じようなことが起こる。なぜそうなのかというところ、システム設計を入れるなど、一旦プログラムを入れるにはものすごく人手がかかる。ベンダーとしては、人手をかけてやるからには、自らの設計だけが展開できるように抱え込んでしまう。つまり、オープンで誰でも使えます、としてしまえば、ユーザーに対してロックインができない。ビジネス上どうしても困り込みに入ってしまうため、各自治体で千差万別のデータセットが出てきてしまう。これを何か研究目的なり政策目的なりにまた再構築しようとする、本当に一旦縫った衣服をほどこような手間がかかってしまう。コストもかかるし、時間もかかるし、政策設計もおくれることになってしまう。サンプルをとって実証試験をする足元の作業も、もちろん試行実験としては大事なのだが、それを持続可能なものにするためのコード統一、データ設計の統一、オープンAPI化はぜひ進めていただきたい。最終的にはこういったシステムを入れることで日本全体で、低コスト化や効率化を図ることも大事な観点だと思う。

今、AIブームに乗じて、自動システムを入れる業者が非常に多い分、そのシステムの相場観が高騰している。それだけIT人材が不足していることの証でもあるが、そうなる、少々の労働削減のために大変高額なシステムを入れてしまうこともあり得る。モデル事業として外部助成金が取れているうちはいいが、その助成金が止まってしまうと自治体の中では誰も使えなくなって

しまうということもあり得ることかと思うので、そういう事態が各地で顕在化する前に、ぜひこのスタンダード・データセットの書式、仕様書を確立していただきたいと思っている。

○大橋委員 7ページ目の「政策立案に活用できるエビデンスの開発」というところで、2点。

1つ、教職員定数に関して、この定数の話は、教育のシステム全体、つまり、教職員の働き方、少子化における小中学校の在り方、あるいはICTの活用など、統合的に考えないといけない話だと思う。最終的に、この出口が現場の教職員の働き方にひずみを与えることなく、また、児童・生徒の学びをさらに豊かにするような方向で持っていかないといけないのだろうと思うので、よろしく願います。

大学生を対象とした学修成果の可視化であるが、これは、調査した結果、単に学生の座学の時間が少ないとか、そのような結果を見据えていただくものではなくて、もう少し学生のアウトカムなりパフォーマンス、より具体的に言うと、将来多くの学生は働くということを考えてみると、厚生労働省と連携して、もう少し働くというところを学校教育の中に取り込んでいく必要があるのではないかとということも含めて、大きな大学教育の在り方ということだと思うが、そうした観点から調査・設計をしていただくことがよろしいかと思った。

○牧野委員 今の大橋委員のお話とかぶるところもあると思うのだが、このエビデンスの教育政策への反映について、高校教育改革については、今、非常に積極的にやっけていて、大橋委員とともに私もずっとお話しさせていただいたことに応じていただいていることは大変評価できていると思う。これは高校改革だけで終わるものではなくて、大学との関係、高大連携をどうしていくか、それとさらに後の話につながってきている。文部科学省の中でも議論させていただいているのだが、今、出た教職員の話と、例えば、教職者の養成をする専門大学の在り方のところで、国立大学で教職員養成専門大学の卒業生の皆さん方、あるいは教育学部でもいいのだが、そのうち、教職に実際につく人がどれだけかといったら大体6割ぐらいしかいない。そうすると、4割の皆さん方は他の職場についているということであり、一体どうしてそうなっているのかということになるが、これはエビデンスとして出ている。

そういったことを考えていくと、大学の改革だけでできるかということではなくて、入り口のところの議論まで行かないとなかなか解決策は出てこないと思う。要は、高大がちゃんと連携して、本当に先生になりたい人がそういう専門大学を目指して、専門知識や専門技術を習得してそして卒業したら

教職につくということ。当たり前なのだが、そういった状況になっていない。そういった中で、どういったエビデンスに基づいた政策改革をしていくか、教育改革をしていくかということは、トータルに考えないといけない。当然大学だけで解決できるわけではない。高校だけで解決できるわけではない。高校教育改革と一緒にあって、高大連携も一緒に考えて、こういった問題を解決していくことが重要と思っている。

- 赤林委員 まず、EBPMに関して、全国学力・学習状況調査のデータの利活用が進んでいるという点は感謝しているし、よいことだと思っている。しかし、必ずしも全ての市町村が、研究者のデータ利用に同意しているわけではないと聞いている。その結果、全国調査でありながら、全国のデータの分析ができないというのが現状である。そこで文科省には、市町村に対し、エビデンスベースポリシーへの理解を求めるといふことをお願いしたい。特に、従来、教育分野では事例研究が多かったが、Evidence-Based Policy Makingは市町村名が出るような分析ではない。ぜひそういうことをきちんと説明し、全国を対象としたエビデンスづくりなのだということを、市町村にしっかり御理解いただけるよう努力してほしい。

同様のこととして、Evidence-Based Policyに基づいたPDCAサイクルを実施している自治体数を提示しておられたが、それは一体何を行っているのだろうか。きちんとデータを分析し、結果を公表し、それを施策に生かしているということでなければ、PDCAサイクルを回していることにならないので、調査の際には、そのあたりもしっかり説明し、具体的な実施状況をきちんとフォローしていただきたい。

- 文部科学省 赤井委員、大橋委員、牧野委員、赤林委員からいただいた件について、端的に申し上げると、こういう形で御議論いただいて、いろいろデータが集まってきている。

16ページで申し上げると、一番上にある、埼玉県、大阪府箕面市<sup>みのおし</sup>の調査では、1人の子供に着目したパネル調査などのデータも集まってきている。その下の加配のデータも、ただ単に1人を加配するだけではなくて、どういう条件、どういう教育委員会の働き方でこの加配が生きてくるのかというデータも入っている。これらを踏まえ、教職員定数だけの問題ではなくて、教育課程の問題、教職員の配置の問題、先ほど牧野委員からもお話があったように、免許制度の改革を通して教員養成をどう改善していくのかという大きな構造の中で、私どもはこのエビデンスをしっかり生かしていきたいと考えている次第である。

- 新浪会長 それでは、「見える化」について、事務局から説明をお願い申し上げます。

(事務局より、資料6-1、6-2について説明)

○新浪会長 事務局には短時間で大変にご尽力いただいた。より具体的に政策に活かせるように、委員の皆様にもぜひご協力いただき、ご活用いただきたいと思う。

本日出た話題の中で、とりわけインセンティブについては、先ほど申し上げたように、厚生労働省におかれてはぜひとも当会にて方向性をお示しいただきたく、よろしく願います。

また、がん検診について、乳がんは40代、大腸がんは50代と、働き盛りの世代で多いことがわかっているわけだから、重点的に取り組むことによって、次善の策がとれ、マクロ的に労働力人口も増えてくる。

法定外繰入については、既に特に都や県で非常に高いところがあるので、ここに対しての取組をしっかりと進めて頂き、完全に解消していくことが必要。

デジタルガバメントについては先日の諮問会議でも議論されたが、マイナンバーカードの普及やその活用策について検討していくことが必要。

一方で、医療のインセンティブと同様に、文部科学省と総務省におかれても、標準化と、それぞれの事情と合わせることのバランスを考慮しつつ、しっかりと取り組んでいただきたい。

とりわけ、自治体の担当者のITリテラシーが低いがゆえに、ベンダーに言われるがままになっているという話もよく聞く。人材面の強化は、受ける側、つまり自治体サイドにも重要であり、その強化策についても御検討いただきたい。

これだけ多くの課題を限られた時間で議論するのは難しく、改めて議論できるよう委員会の日程をまたとらせていただきたい。引き続き、皆様の御協力を賜りたい。

最後に、長尾政務官から一言お願いしたい。

○長尾政務官 本日は、限られた時間の中で、大変活発な御議論をいただき、御礼を申し上げます。大変興味深く聞かせていただいた。

本日の御議論も踏まえ、各省庁と連携をしっかりと密にして改革を進めてまいりたいと思っており、また、進捗状況についても本委員会で点検してまいりたいと思っている。

今年度もあと10日ということで、いよいよ新年度である。骨太2019の作成に向けた検討が本格化するので、本日いただいた御意見を踏まえ、骨太の議論につなげていきたいと思っている。

委員の皆様におかれては、引き続き闊達な御意見または御知見を賜るようお願い申し上げます。

○新浪会長 本日はこれで閉会する。