

第27回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2018年10月30日（火） 10:00～12:15
2. 場 所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室
3. 出席委員等

主査	伊藤元重	学習院大学国際社会科学部教授
委員	伊藤由希子	津田塾大学総合政策学部教授
	同 鈴木 準	株式会社大和総研政策調査部長
	同 古井祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	同 松田晋哉	産業医科大学医学部教授
	同 印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
	同 小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	同 藤森研司	東北大学大学院医学系研究科・医学部教授

（概要）

議題（1）について内閣府から資料1を説明。議題（2）①について厚生労働省から資料2を説明し、最後に、議題（2）②について財務省から資料3を説明後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

初めに説明のあった厚生労働省の資料からコメント、質問等したい。

まず、資料2-1の10ページの下のほうに予防事業の展開に関するイメージ図がある。もちろん予防を推進する、健康寿命を増進するという点に全く異論はないが、そのためにどうお金を使っていくのかという点についてこの図中に示すのであれば、どれぐらいの規模になるのかというのが素朴な疑問。

例えば、保険者、住民参加で受診勧奨、保健指導、運動プログラム、栄養プログラム等を実施するに当たって、医療機関側には運動処方や継続的な指導に対する診療報酬ないし自由診療として運動指導を行いその対価を徴収することが書いてあるし、健診のプログラム等を自治体や保険者から請け負う民間事業者に関しては、保健事業のスキームによる費用補助することが書いてある。予防というのは医療で行うのか、それとも民間事業者の保険の範囲で行うのかという議論もあり、また、対象者が非常に多くて国民のほぼ全てが対象になるということなので、最終的には非常に規模が大きくなるのではないかと感じる。もちろん取り組みとして進めることに異論はないものの、いわゆるQOLの向上等々を考えれば効果はあると思うが、どれだけ医療保険財政ないしは介護保険財政の負担増加という点もあわせて考えるべき視点ではないか。

関連して、同じ資料2-1の12ページに保健指導に関する説明があるが、2015年度まで

は保健指導を全く実施していない保険者の加算は0.2%。一方で一生懸命やっているところの減算は0.05%。ほとんどスズメの涙というか、やっても痛くもかゆくもないという状態であったが、2018年度以降から最大で10%、最高でマイナス10%というように加算減算ともに大幅に引き上げるとともに、特別調整交付金活用での保険者努力支援制度を1000億円規模で実施することとなった。その結果、参考資料を参照すると、給付が高いところで新潟県の1人当たり4400円、低いところで山口県の同2300円といったようにかなりの差がつくようになったことがうかがわれて、これは改革工程としては大変進んでいるのではないか。2018年度以降の取組に関しても、どれだけ工程表に書き込んで来年度の間評価に生かせるかわからないが、今後も詳しく情報を把握してもらいたい。

そして、直接説明はなかったがデータヘルスに関して、長らく医療等IDという言葉で、何をIDにするのかという点が不明確であったが、同じ資料の17ページによると、2020年度に個人単位被保険者番号を発行することとしてシステム開発に今年度から着手する方針であることと理解した。

今まで被保険者番号というのは世帯単位で発行されており、例えば同じ日に生まれた双子がわからないといった細かいことも含めて、パーソナルヘルスレコードという観点から管理が不十分であったことから比べると、個人単位化は一定の進歩だとは思いますが、気になるのは、やはり保険者や被保険者番号は何回も変わることから、個人が本当に遡及できる番号たり得るのか。例えばマイナンバーと適宜紐付けるといふ仕組みをシステムの中に組み込むのであれば、なぜ最初からマイナンバーを使わないのかといった議論にもなるため、制度設計として無駄がないようにしてもらいたい。

総論として、健康であることはもちろんよいことではあるが、結局、健康寿命を延伸して長生きすることの先に何かがないと、人間は健康でいようと長生きしたいとも思わないのではないかと感じており、例えば長生きがリスクになるのであれば何のための健康なのかという議論にもなるので、説明にもあったが結局は高齢者の仕事のあり方、仕事や収入と結びつくことが大事になってくるのではないか。例えば、サービスつき高齢者住宅ではなく、仕事つき高齢者住宅のほうが将来的には大事になるのではないか。

予防・健康づくりに関する政策・施策は、最終的に個人が行動変容を起こすかどうか、つまり個人の自助努力にかかっており、自治体や保険者ができることは限られているというのが今までの現状であった。自治体もインプットの指標に偏りがちで、なかなかアウトカムまで蓄積するには根気が要ると感じている。

一方で、例えばフィットネス事業を営む民間事業者が個人のインセンティブを刺激して成果も出していることに鑑みると、個人の健康意識を高めるためには、その自治体・保険者に対する制度的な支援と並行して、民間事業者の活用が重要ではないか。

厚労省の資料に関しては以上である。

財務省の資料3-1の58ページ、地域医療構想の推進に関して、地域医療構想の計画自体は都道府県単位で策定されているが、なかなか実行に移っていない。現場の医療機関も

将来的には大変であるが、4～5年の短期間では何も困らずにやっていけるため、改革が進まないということを知っている。

特に制度設計上問題なのは、病床機能報告における定量的基準がなく、高度急性期なのか急性期なのか、回復期なのか慢性期なのか、この分類を医療機関側がフィーリングで判断するしかないため、政策的に公立病院、公的病院をコントロールしようとしても、当の病院が、うちは全部高度急性期病床ですとか、あるいはうちは全部回復期病床ですとか言ってしまうとそれで終わってしまうので、結局、政策ツールとして全く機能していないのではないかと。

資料にあるとおり、定量化基準が第1原則であるとともに、点数換算で見たときに一定の種類の医療行為が全くない、1日当たりの診療行為が非常に乏しい場合には診療報酬に差を付ける等の施策につなげるべきかと思う。

関連して、資料60ページの地域医療介護総合確保基金について、4年前から年間900億円ぐらいつつ予算化されているが、どのような基準で各都道府県に配分されているのかよくわからない。国保の保険者努力支援制度に関してはかなり細かい点数づけをして定量指標化されているが、同程度の予算規模にもかかわらず、なぜ部局によってやり方が違うのか。900億円もの規模の予算を配分するのであれば、やはり具体的な基準やメリハリ付けの詳細を公表すべきだと思うと同時に、医療機関の整備に使う目的であっても、新たな機器を購入するのではなく、病床のダウンサイジングに向けた資金であるため、どのようなアウトカムが出ているのか、もう少し情報を示すべき。

現状、なかなか減らずに減らせない病床をダウンサイズするために、新たなコストをかけなければならない。民間事業であれば、お客が来ないとすればうまい畳み方を考えることとなるが、全ての地方、どこでも人口減少が起こっていることを踏まえると、国が資金を交付することにより全自治体・全国的な病床再編を進めるのは無理があるのではないかと、もう少し工夫できないかと感じている。

最後に、資料34ページに高齢化率の進展というグラフが出ているが、ちょうど再来年、その翌年ぐらいは75歳以上の高齢者人口の伸びが一旦は落ちつくタイミングということが人口推計上も示されている。このようなタイミングを生かして、その次の団塊の世代が75歳以上になる2025年に備えた対策を、この1～2年で検討していくことが非常に重要であると感じている。

○委員

最初に資料1～3に関する説明を踏まえ、総論的に3点コメントする。

1点目として、今回の骨太方針では、新再生計画は社会保障改革が軸であるとした上で、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、基盤強化期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していくと記述された点が最も重要だと認識している。したがって、改革工程表はそれが見えるものに仕上げていただく必要がある。具体的に言えば、基盤強化

期間内から改革を実行に移すということは、どれだけ遅くとも2021年度には実行するということである。そこからバックキャストすると、2021年度から実施する事項について、もし法律改正が必要であれば、恐らく2020年度の国会でご審議いただく必要がある。だとすれば、2019年度に関係者の合意案を取りまとめる必要がある。そういう大きな流れがわかるような工程表でないと、これまでの工程表の単なる先送りと捉えられてしまう懸念がある。

また、改革工程とするには、2018年の骨太方針のコピー・アンド・ペーストのような工程表では意味がない。改革の方向性や議論の期限、意思決定のタイミングなどを明確にする必要がある。従来44項目プラス骨太方針2018で示された新規項目を網羅する工程表づくりを以上のような視点で進めていただきたいと強く期待する。

2点目であるが、社保分野はこれまでも毎年改革工程表をつくっている中で、12月のときにはペンディングが残るのが通例である。これについては、予算編成や税制改正、あるいは年末の政治判断で決定する事項についてペンディングになるということはもちろん理解している。しかしながら、それ以外でペンディングが生じてしまうと、ワーキング・グループとしては役割を果たせなかったことになってしまうので、予算関連以外でのペンディングが生じないように、各審議会等々での議論をぜひとも早目に進めていただきたい。

3点目としては、工程表の作成と並行して、来年度の予算案の動向にも強い関心を払うべきである。骨太方針の「財政健全化目標と毎年度の予算編成を結びつけるための仕組み」の項目に、社会保障関係費の方針については、2021年度まで実質的な増加を高齢化に相当する伸びにおさめることを目指すとされている。

今回の骨太方針では、高齢化による増加分の意味が明確にされているが、私が重要だと思う点は、「これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する」と書かれたことである。この3年間は自然増から1300億～1700億円の抑制がなされたが、最低限その規模のスリム化は必要である。昨年秋の経済財政諮問会議では、自然増から5000億円以下にまで抑制すべきだという議論も行われていたと記憶しているが、そういうスタンスで何とか5000億におさめることが関係者の努力で達成できたことを踏まえると、集中改革期間での取り組みが基盤強化期間で緩むことがないようにする必要がある。

次に、各論で数点申し上げる。1つは、厚労省から説明のあった健康寿命の延伸に関して、来年夏を目途にプランをとりまとめるという説明であったが、それについてはぜひ経済財政諮問会議の改革工程表と整合性をとっていただきたい。というよりも、先に諮問会議の工程表が本年末に決定されるので、そこに記述された取組みはより推進力が増すという意味で、むしろ諮問会議の工程表という仕組みを活用する視点をもってプランの議論を進めていただきたい。

それから、厚労省から説明のあった政策について、効果があるものは進める必要があるということではあるが、個人の健康づくりに政策が介入することの意味を考えると、例えば第3次医療費適正化計画では特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%で、200億の

外来医療費が減るとされているが、そのためにどれだけの保険料なり国費なり、地方の財政負担なりを入れるのか。健康政策ではそこを見せながら進める必要がある。軽いうちに異常を見つけて未病で終わらせる、プレゼンティーズムを減らすということは本当に重要なことであるが、そのときのインプット費用とアウトカムの関係をきっちりと整理することが、目標管理型の政策評価やロジックモデルの提示という点で極めて重要である。

健康政策というのは、医療費削減が本来の目的ではない。3月の経済・財政一体改革推進委員会による中間評価で健康寿命が1歳延びれば2400億の所得がふえるということ述べたように、それがアウトカムだと思う。健康政策で何を目標しているのか、何が見込めるのか、アウトカムについてのエビデンスベースの政策である必要がある。

それに関するKPIについても、健康や不健康の定義がなければKPIとして利用しにくい。現在、国民生活基礎調査から推計して、日常生活に制限のない期間の平均を健康寿命と定義していると思う。平均寿命や要介護認定率であれば客観的に把握できるが、健康状態を主観的に回答したものを集計しているのだから、意識の地域差や周囲のサポート体制の地域差などの要素を含んだ結果が健康寿命とされているのではないかと。今、世の中には、健康度を調整した寿命だとか、ディサビリティを調整した寿命など、いろいろな研究がある中、科学的にどのような指標が適切なのかを整理した上で、客観的かつタイムリーに把握できる指標をこの改革におけるKPIに設定するよう工夫を御願いたい。

各論は盛りだくさんであるので、財務省の資料3-1の38ページに即して何点か述べる。高額医療機器については、もともと日本は人口当たりで非常に数が多いということがずっと言われてきた。医療機関の経営効率という点でも共同利用を進めるべきであり、多少のコストをかけてもそれを推進し、トータルのコストを抑える工夫を御願いたい。

高確法14条は、国保の財政運営の都道府県化に伴うガバナンス問題と直結する課題である。国保には低所得者向けの保険料軽減に加えて、平成27年度からの1700億円プラス平成30年度からの1700億円で3400億の財政支援が行われており、さらに普通調整交付金6100億が論点となる中で、大規模な法定外繰り入れが続くなど保険財政としての規律に問題がある。普通調整交付金の配分の在り方がアジェンダ化されているが、国保のガバナンスには地域独自の診療報酬も当然絡んでくるわけで、負担と受益の関係を明確化したいと頑張る都道府県をふやすためには、やはり地域別診療報酬の具体的な活用策のメニューが示される必要がある。

新規医薬品や新医療技術の保険収載に関して、これも医療保険の財政的ガバナンスの問題であり、経済性への配慮という面は重要である。費用対効果評価の本格運用に際しては、価格づけはもちろんのこと、収載の可否に活用することも含めて検討する必要があるのではないかと。保険収載というのは一般国民からは非常に見えにくいものであり、保険収載されると知らないうちに保険料や税負担が自動的にふえる統制の効かない仕組みになっている。公的保険にのせないものが出てきた場合には保険外併用療養制度や民間保険を活用することも考えられるが、国民にとって本当にそれが公的に扱われる必要があるものである。

ならば、丸々公費でやってもよいのではないか。つまり、財政民主主義という観点からすると、知らないうちに保険収載されて国民負担が増えるよりは、予算上で見えるようにして公費でやったほうが、透明性が高いとすら考えられる。

今回骨太方針で新たに記載された「かかりつけ薬剤師」については、かかりつけ医と合わせ、かかりつけへの誘導となるような制度設計を具体的に進めていただきたい。

給付率に関するいわゆる医療版マクロ経済スライドについて。財務省は説明を割愛したが、様々な議論を経て今回の骨太方針に文言が入ったのであるから、議論を深めていただきたい。改革事項とされている個々の制度改革を行えば実効給付率の上昇は抑制されるため、その場合には給付率調整は不要になる。従って、まずは後期高齢者の窓口負担の議論などが先ということかもしれないが、それらの制度改革が進まない可能性、あるいは進められない要素があるのであれば、医療保険の持続性を確保するための安全装置である総合的対応も検討いただきたい。

最後にもう一点だけ、説明はなかったが、財務省の資料28ページについて。来年10月に消費増税が予定されているが、税率が10%になれば介護1号保険料の公費による軽減が完全実施され、年金生活者支援給付金も始まることとなる。それに伴っては、後期高齢者の保険料に関する特例措置による均等割の軽減部分を本則通りの方向に見直すという約束になっていたと思う。この点もぜひ結論を得るよう進めていただきたい。

○委員

私からは、保険者インセンティブと優良事例の横展開について2点コメントしたい。

厚労省からも説明があったが、社会構造が大きな変化をするという中で、例えば人生100年時代で、仕事も生活もマルチステージになるということで、今後、保険者の相互の連携が重要ではないかと考える。例えば、国保の特定健診で実施率が低い市町村、高い市町村の差というのは、40歳の誕生年のとき、それから65歳前後で退職をして国保に移管する、加入するときの高低による構造であることはデータヘルスでわかっている。

したがって、マルチステージで保険者間を移動するこれからの時代には、健保相互だけではなくて、保険者の種別を超えた相互の連携という視点が非常に重要ではないか。従来の何か起こったときに給付をするだけでなく、健康保険も、介護保険も攻めの取組が重要。攻めというのは事前に施策を適用する保険者機能が大事ではないかというのが1点目。

データヘルスに関しては、厚労省の尽力で全国に普及してきていると認識している。いよいよそれに伴って次のステージに入ってきたと感じる。これからはデータヘルスの計画作成段階から実際にPDCAを回して成果につなげる。先ほども意見があったが、アウトカムをはかる共通のKPIの設定というのが不可欠と感じる。

今、健保に関しては100%ポータルに入っており、分析すると、ポピュレーションに対する保健事業のカバー率が成果につながっているということがわかっている。例えば職場単位、地区単位でもPDCAのKPIを見ていくことが大事。

次に横展開に関して、やはりこれもデータヘルスでせつかく地域、職場の健康課題が見える化されているので、どの健康課題にどの解決策が有効であったかというパターン化が、アウトカム評価指標の設定によって実現できる。

職域のデータヘルスと社員の健康を基盤とした企業の生産性向上との親和性はかなり周知がされているが、いわゆる国民健康保険のデータヘルス、県民の健康が地方創生に生かされる、これは昨日開催された国と地方のシステムワーキングだったと思うが、この点について構造的な理解がまだ十分に自治体にされていないと感じる。先般の公衆衛生学会で福島の健康課題、メタボ、高血圧が可視化されたことに地元でお弁当屋さんとか健診業者さんが連携して健康づくり、あるいは地産地消が広がったという事例がある。個々のインセンティブも大事だが、それに加えて、地域でのステークホルダーの寄り集まり、いわゆる団体戦を促すことが大事ではないかと思う。

最後に、次世代の子供の話があったかと思う。学童の学校保健というのも確かに大事だと思うが、小学校、中学校に関しては、家庭と一緒に健康づくりをやっていくことが重要ではないか。今、静岡県では健康福祉部と教育委員会がタッグを組んで、お父さん、お母さんのデータヘルスと学童の保健とを一緒にやっている。これによって子供が自分の家族ごと化につながり、子ども個人ではなく家庭ベースで取組む。家庭とか職場とか地域という団体戦でこのインセンティブを使っていくことが大事ではないかを感じる。

○委員

大きく分けて2つほど。

1つは健康寿命に関して、これだけ重要な選択項目にして、KPIで測定するというのであれば、まず健康寿命の概念そのものをもう少しきちんと客観的に測定する手法を開発すべきだし、3年に1回では遅過ぎる。現在、県によって3年ごとに延びたり縮んだりするようなデータもあるから、これを政策目標にして、なおかつKPIではかるということになると、ここの部分がしっかりしないと議論が総論だけに終わってしまう。これが1つ。

予防に関して、やっている政策自体は非常に価値あると思うけれども、例えば高齢者の低栄養とかになると、これについてもきちんとデータを把握しなくてはいけない。ところが私の過去の研究の記憶からいくと、栄養調査はたしか都道府県ではなくて2年に1回ぐらいただったと思う。現在は毎年やっていたらよいが、より細かい地域単位で毎年あるいは年齢階級別にきちんと把握していないと、これもKPIにならない。また総論で終わってしまうのではないか。

それから、健康寿命の延伸そのものはすごくいいことだと思うが、健康寿命を何らかの方法で延伸すると、年齢階級別の平均死亡率は下がるのだから、必ず平均寿命が延びることとなる。その間の不健康な期間と定義されているが、アカデミックでは有病期間と呼んでおり、これが本当に短縮するかどうかが決め手になる。これは大変難しい課題であるが、有病期間の短縮に向けての政策的取り組みというのがあるのか。場合によってはちょっと

機微な問題にも触れてしまうので明言しないが、そういう取り組みも明示的に出さないと、何のために健康寿命を延伸するのかという問題に戻ることになる。

もう一つは費用対効果評価の使い方、保険収載の可否の判断に使うのが非常に難しい。中医協の議論をこの間傍聴したが、それはよくわかっている。たしか平成16年の大臣合意で国民皆保険の理念は、必要にして適切な医療だと明言されている。その実際の運用ルールとして、安全性、有効性が確認された薬剤や新しい医療技術等は、ほぼ自動的に保険収載するという運用ルールが使われていると思うが、実際にはこの間には論理の飛躍みたいなものがある、必要にして適切な医療を公的保険で給付するというのは、それ自体は間違っていないと思うが、それが直ちに今のような運用ルールになるのかというのは議論の余地がある。

逆に言うと、現在保険給付されているものは全て必要にして適切だという論理になりそうだが、歴史的に見てそれは全く誤りで、ちゃんとしたエビデンスを持ってきちんと検討して保険収載したのはせいぜいここ20年間ぐらいだと思う。ところが、今の医療保険で給付されているものの多くは、ビタミン剤も含めて戦前から保健収載されているので、これはちょっと大胆な提案かもしれないが、新規収載品だけでなく、既収載品についてもエビデンスや、本当に必要にして適切なものかという観点から、再評価する仕組みを考える時期に来ているのではないか。それがどういうものかは、また議論が必要と考える。

もう一つ気になったのは、この間の中医協の費用対効果評価部会を聞いていて、試行的導入をすと言って結構時間がたっているのに、体制の整備が進んだ様子が余り見えない。1年間の期間をかけて10品目程度という言葉が出たけれども、これだと新規薬剤は全部見られないし、財政的にインパクトの大きなものを狙い撃ちにすることになるとは思うが、先ほど言ったような収載可否についてはいろいろな理念的障害がある。

もう一つ気になるのは、薬価はこれまで最初に高くつけて2年ごとの改定で徐々に引き下げられていくというのが業界全体で30年ぐらいにわたって続いているので、業界は引き下げを阻止するといったように、政策に対する対策を必死に考えているのが現実だと思う。費用対効果評価については企業からのデータを提供してもらわない限り進まない。しかも、非常に期待された新しい医療技術の場合、その収載可否に際して費用対効果評価をやっていると恐らく1年かかったりして、患者からも苦情が来るのではないか。

そういう意味で、本当はもっと大胆に変えたほうがいいと思うが、少なくとも体制を整備する進捗状況とか、データをもっと出したいくなるようなインセンティブとか対策について、どこかで明らかにしてもらいたい。

○委員

手短に3点ある。

1つは、厚労省の資料にあった健康寿命の延伸に関する糖尿病についてであるが、今、市町村のほうで非常に取り組みが進んでおり、保健師たちも非常に頑張っているが、市町

村から見ると、市町村が実際に介入できるのは住民の3分の1しかない。あとは被用者保険の加入者だから、同じ町の取り組みの中でも実は加入する保険者によって分断されていて、どうも統一感がない。ぜひここを市町村ぐるみで一体となって取り組めるように、何か保険者横断するような仕掛けをぜひ今後の方針の中で検討してもらいたいというのがまず第1点。

第2点は地域医療構想に関して、高齢化が進んでいく中で、患者が退院を渋るのは、医療が一番自己負担が少ないためである。要するに、介護は在宅が一番自己負担が高いということを知っている。だから、医療と介護の自己負担のあり方というものに傾斜をつけるなりしないと、なかなか患者は退院したがるし、今、できるだけ13対1、15対1、あるいは有床診が最も縛りが緩いので、ずっと患者を置いておける状況で患者を退院させる、あるいはベッド数を減らすためのインセンティブが効かない。ぜひ、平成15年の閣議決定に従って、何らかの形で全ての入院医療は包括ということを進めてもらいたい。

最後に、今、いろいろなデータが性年齢調整で比較可能な形で出ている中で、介護はまだ県単位というものが多くて、なかなか2次医療圏なり市町村の単位で出てこない。実際に現場で地域医療構想を回していると、市町村レベルで介護状況も知りたい場合があるので、ぜひいろいろな性年齢調整のデータを市町村レベルまで落とし込んで作成してもらいたい。

○委員

今回、ロジックモデルの策定が大きな目的だと思うが、その中で財務省が指摘した加算などに着目してというのは非常に重要な視点である。例えば、地域医療構想に関しても、今回の診療報酬で10対1をベースにして、医療・介護必要度を見ていくという形であった。そういうものの効果をきちんとナショナルデータとか介護データベースで見ていく。この見える化をやるということが大事だろうと思う。それをロジックモデルという形で入れていくことが大事。

もう一つ、高額医療機器とかオペであるが、諸外国は今、ベッドの規制はほとんどやっていない。ベッドの規制の財政に対する効果はそれほどではなくて、特に地域単位でやっているものはほぼ効果がないということから、むしろ高額医療機器とか高額な手術の規制をやっている。具体的には、補助金の投入という資金面での基準もあるが、むしろ質のコントロール、要するに、人員とかアウトカム、プロセスの基準を定めて機能の集約化することを進めている。わが国の場合も同様の視点から考えていく必要があるのではないか。

高額医療機器で、例えば画像診断機器であれば、それを専門に読む人がいるという体制を管理料等の加算で見ているけれども、画像診断のボリュームと加算の算定率のようなものの相関などから、臨床的なパスの中で画像診断がどういう目的で行われているのかを検証することが必要ではないか。ただ単に経済的な動機で画像をとっているのであれば、臨床的に意味がないだけでなく、被ばくという点で医学的に有害である可能性もある。そう

いう高度医療の適正使用という視点で評価できるようにしたほうがよいのではないか。

健康づくりに関しても、せっかくデータを持っているのだから、少し詳細に分析する必要がある。例えば特定健診、国保の場合だと、受診者の平均年齢が60歳を超している保険者が少なくない。60歳を超した集団をターゲットとして、今の糖尿病、高血圧、高脂血症対策のようなものをするということは、必ずしも不適切だとは言えないが、もう少し早い時期からやらないといけないのではないだろうか。ここに出てくる課題としては、いかに40代、50代の方にもっと受診してもらえるかというインセンティブをどう設定するかだと思う。

他方で、60歳の人たちが受けているということは、別の大きな健康づくりの課題である筋骨格系疾患対策、ロコモ対策の重要対象集団を捕まえているわけで、こうした視点からの対策をどのように組み込んでいくかということも考えていく必要があるのではないだろうか。

薬価に関して言うと、今、WHOとかヨーロッパでも医薬品の不足問題が大きな問題になっている。例えば、フランスの場合は薬価が諸外国に比較して安い。例えば、5-FUはフランスでは5€だが、アメリカでは40\$という状況である。同じ医薬品であれば薬価の高いところの流通量が増えるため、その結果、フランスのように薬価の安い国では5-FUといった薬が不足するということが起こっている。

日本の場合、薬価のコントロールも大事であるが、必須医薬品の流通、ほぼジェネリックであるが、その流通が維持できるという単位で何か施策を組んでいかないと、医薬品の生産・流通がグローバル化している状況では必要な薬が不足するということが起こりうる。こうした医薬品の流通状況もナショナルデータベースでモニタリングできるので、そんな形でぜひデータに基づく評価を進めてもらいたい。

○委員

私はこれまでの経験から一番強調したいことであるが、今回の改革工程表において非常に重要な点は、配布資料1の上のほうにまとめてある行動変容である。政策に伴う行動変容に働きかける取り組みを加速するということと同時に、成果をより定量的に把握できるような仕組みにしてもらいたい。これが非常に重要である。

前回のワーキング・グループでは、生活保護の人たちの再就職支援の政策の効果を実証分析するという試みをして、東京大学の市村先生と内閣府の人たちが非常に精緻な分析をしていたけれども、正直、コアになる部分、政策がどのような効果を及ぼしたのかという点についてはやはり明らかになっていない。これは分析が悪いのではなくて、分析をするための枠組みが設定されていなかったというのが非常に大きな問題だと思う。

今回、健康寿命の延伸について非常に重要な試みをいろいろ紹介したと思うが、前回の反省に立ってというのはおかしいが、できるだけ政策の効果を客観的に評価できるように枠組みを、政策を行う前に設定していただきたい。そうしないといつまでたっても政策の

評価を具体的にすることはできないので、ぜひお願いしたい。それが1点目。

2点目は、財務省に対する簡単な質問であるが、説明にあったように現在の制度で改革すべきところが非常にたくさんあるということを知った。

ただ、4省庁合同で先般、2040年までの社会保障給付に対する見通しの数字が出たが、それを見ると、こんな言い方をすると問題があるかもしれないが、意外と落ちついているという印象を受けた。もちろん上昇はしていくが、雪だるま式に拡大していくという印象を受けなくて、アンダーコントロールだろうなど。問題はむしろ消費税をどこまで引き上げるかとか、あるいは働く人をふやすかというところに政策の重点があると思ったのだが、きょうの説明は既に出された見通しを実現するために必要なのか、あるいはさらに改革をするためのパッケージを提供したのか、そこはちょっとわからないところがあったので、明らかにしてもらいたい。

○財務省

きょうは説明を飛ばしてしまったので若干不分明になっていたかと思うが、委員のご指摘のとおり、4省庁連名で公表した推計については、マクロで見ればある程度落ちついているように見えなくもない。

資料10ページを見ると、左側のグラフが高齢者数になっており、2025年、2040年あたりをピークに、ピークアウトするというのがこの間の推計にはある程度反映されていると思うが、右側のグラフを見ると、20～64歳、現状において働ける人口の数がこれだけのスピードで減っていくと見込まれている。

11ページを見ると、先ほど少し説明したが、これから各年、50万人以上100万人未満のペースで、少なくとも現役世代近似の人口が減っていく。そのため、マクロの数字を見て感じているものとは別に、支え手が急速に減っていく。14ページの右側のグラフにもあり、雇用者報酬がなかなか伸びない中で支え手が減っていったときに、どうしても保険料の上昇要因になるため、現役が押し潰されないかと危惧している。そうした意味において、マクロの数字だけでは見えにくい部分もある。我々が今まで主張した内容、あるいは、本日説明した内容は皆保険が前提であるし、それを持続可能なものにするためには、制度を支えるための対応策をビルトインする必要があるのではないかという認識で説明している。

○委員

この秋のこのワーキング・グループでは、新経済・財政再生計画に基づく歳出改革を着実に推進するための新たな工程表の策定に向けた議論をお願いしているところ。

予防・健康づくりについては、生涯現役社会の実現、あるいは国民生活の質を高めるという観点から大変重要であると理解している。特に生活習慣病の予防とか、あるいは認知症予防については重点的に取り組むべきテーマであると思う。

また、地域間や保険者間の見える化、先進・優良事例の横展開、さらには効果的なインセンティブなどについて、一層の強化が必要である。引き続き厚労省には検討してもらいたい。

財務省からの報告もいろいろあったけれども、その中でも医療・介護の提供体制、あるいは薬価の改革、給付と負担の見直しなども重要な課題であると考えているので、次回、厚労省からもヒアリングを行い、議論を深めていければと思う。

安倍内閣は全ての世代が安心できる社会保障制度の構築に向けて、今後3年間かけて改革を進めることにしている。そのためにもまず経済・財政再生計画の社会保障分野の取り組みが着実に推進することが重要である。したがって、しっかりと進捗管理のできる改革工程表となるように議論を進めていきたいと思うので、よろしくお願ひしたい。