

第28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11月12日（月） 15:00～16:30
2. 場 所：中央合同庁舎第4号館11階共用第1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）について厚生労働省から資料1を説明。議題（2）について内閣府から説明後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

資料1-1の8ページ目、介護保険のところ、これは本当によい取り組みだと思うが、本当に「見える化」システムを入れて、それぞれの市町村の健康課題、介護課題を「見える化」して、その目標の達成状況を評価する。このPDCAは本当に重要か。むしろ、データヘルスのPDCAが入っていないのは疑問であるが、実際にPDCAの評価というのを今やられている市区町村はどのぐらいあるのか。

○厚生労働省

介護保険の「見える化」システムについての質問について回答する。

この法律が通って最初の事業計画は2018～2020までの第7期計画である。したがって、この法律に基づくPDCAサイクルの評価というのは、今後、各自治体で行われることになる。この法律とは関係なく自分たちの取り組みについてPDCAサイクル的な取り組みをしていた自治体もあるかと思うが、その数については把握をしていない。

○委員

全体的にお願いしたいのは、KPIは改革の進捗評価の物差しであるので、時期や期限と定量的な情報を可能な限り、明確にしてもらいたい。

例えば「十分な進捗」といった定性的な情報だと、どのようにでも解釈できてしまうの

で、PDCAサイクルが実際は回せないということになりかねない。これまでも地域医療構想や医療費適正化計画についてはそういう書き方をしているが、それはまだ方針や計画が策定されていない段階で、まずはきちっと予定通りに策定することが重要であったからだったと理解している。そういう段階だったので「十分な進捗」という言い方でも理解できたが、既に定められた方針や計画であれば、やはりそれを進めることこそが改革である。具体的かつ定量的な指標と期限が、KPIの全てで明確になっているかどうか、点検してもらいたい。

また、健康寿命の関してであるが、骨太方針をよく読むと、平均寿命以上の健康寿命の延伸は「高齢者を初めとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤」としてそれを目指すという書き方をしている。前回のワーキングで他の委員からも発言があったが、健康寿命を延ばして、最終的にはその先で何をやろうとしているのかが重要だという話である。健康寿命延伸それ自体に価値があることではあるが、それだけでいいというわけではなくて、健康寿命延伸による多様な就労や社会参加の促進、社会活力の維持といったことが目的だと思う。それが経済・財政一体改革としては重要であり、そういう意味を政策目標として明確にする必要があるのではないか。

健康寿命については前回の経済・財政一体改革推進委員会においても発言したので繰り返すことは避けたいと思うが、いずれにしても、経済・財政再生計画の中で健康寿命をどうやって測定し、どうやって評価するのか、曖昧さを十分に解消する必要がある。

○事務局

全般的なところについてお答えしたい。

期限と定量的なものをきちんと書くべきという指摘であるが、現在、関係省庁の間でも認識としては共有しており、なるべく具体的に設定することとしているが、きょうの段階では最低限の方針のみであり、引き続き具体化に向けて検討を進めていきたいと考えている。いずれにしても、丁寧に丁寧にやっていく。定性的な言い方になってしまうが、内閣府ではそういう形で進めていきたいと考えているところ。

○厚生労働省

1つ、委員から健康寿命の話があったと思う。健康寿命については、例えば未来投資会議で、去年までの閣議決定で2020年までに1歳延ばすとか、2025年まで2歳延ばすとか、2010年値を基準値として、ある意味、明確に指標として定められてきた経緯がある。

健康寿命の定義に関して言うと、確かにもともと国民生活基礎調査のアンケートに基づくことについて、議論があることは間違いないが、過去、いろいろな研究班を何度も立ち上げて、どういう指標がよいかという議論をしてきた。その結果として、やはり諸外国の比較とかいろいろなことをできる意味で、今の国民生活基礎調査のアンケートがふさわしいというようになっており、それなりに議論の結果として現在の定義となったものと理解

している。

今後の政策を考えたときにも、やはり何か指標というようなものが必要だろうというのは我々も思っているし、あるいは健康寿命という指標1個だけで全てを評価するのも難しく、ほかの指標も考えたかどうかといった指摘もあるので、そうしたことは考えていきたいと思うが、やはり何か指標が必要なのではないかと思っている。

○委員

2点申すが、まず高額医療機器の件であるが、例えば医療機器の集約の度合いだとか、あるいは画像管理加算がとれている度合いだとか、そういった実効的な指標を入れると、放射線医療機器に関してであるが、少しKPIには向くかなと思っている。そこが第1点。

もう一つ、データプラットフォームについてであるが、せっかくNDB、介護DBが出てきているのだから、厚生労働省本体がいかにここから豊富なデータを抽出して我々に提供しているのか、そこが一番大事だと思っていて、今、NDBに関してはオープンデータという形で1種類だけ。あれも非常に強力だけれども、いかに厚生労働省がこれを活用してデータ公開しているかというようなことも非常に大きな視点なのだろうなと思っている。

それに関連して、基本的に患者さんの連結性が一番だと思っていて、タイムスライスだとよいが、経年で見ていこうとすると、個人の追跡性が一番大事だと思っている中で、例えば医療であれば被用者から国保、国保から後期というように移行していくわけで、特定健診との関係で見れば20年程度追って初めていろいろなものが見えてくる中で、その辺の連続性というのは現在、どのぐらい考えられているのか。これは決して被保険者番号の個人単位化で済まされない問題であって、情報をどうやって引き継いでいくのかということであるし、あるいは過去情報をどのように維持していくのかということになっていくだろうと思っている。特に今、NDBが5年程度しかもたないということであれば、残念ながら全く使えないような状況になるのだろうと思う。

あと1つ、最近、我々も介護DBを使っているが難しいなと思うのは、国保あるいは後期の方と介護は非常に連結性が高く、連合会で持っているけれども、医療側が被用者保険の被保険者で介護を使っている方との突合結果が全然少ない。そのまさに個人の突合性をどのように担保していくのかというのはぜひ設計してもらいたい。介護保険を使っている方で被用者は2割ぐらいいる。そこに今、全然連結できないので、そこもぜひ考えてもらいたい。

○厚生労働省

医療機器に関する医療計画との関係で一定の整理をしてはいるが、指摘のとおり、これは個々の機器、種別ももちろんあるし、実際に使われ方、どのように使われるのかということが重要。引き続きその辺は検討させてもらいたい。

○厚生労働省

NDBと介護DBの関係であるが、まさにこのビッグデータは非常に大切なデータだと我々も思っており、NDB、介護DBのこれ自体は匿名でやっているが、基本的に裏でちゃんとつながっていくようにして追いかけていこうとは思っている。

保険者が変わった場合でもNDBについて名前とか、そういったものでいろいろな情報で追いかけていきたいと思っているし、介護DBの世界も連結していくという形で考えたい。

また、KDBの場合は、今度は名前がしっかりわかって、実際にそれを活用していろいろな個人に対しての勧奨とか、いろいろなことができるが、確かに国保と介護DBの場合の話と、また健保と介護DBの話、これはいろいろあるので、その辺については引き続き検討を進めていきたい。

○委員 私から3つほどコメントさせていただく。

まず1つ目は、KPIの第1階層、第2階層という位置づけは非常に問題の所在を明確にする上で重要だと思うが、できるだけ定量的な目安というのが必要だと思う。

このワーキング・グループをこれからも何回か行うと思うが、最終的には数字ができるだけ並ぶというように考えてよいか。それが1点。

2番目は、厚生労働省のいろいろな政策に関して、資料1-1で今後の方針について非常に詳細に検討しており、それは非常に結構なことだと思う。しかし、前回のワーキング・グループでも申し上げたが、できるだけ政策の効果を定量的に評価するという仕組みが欲しい。政策の性格によっては、それが非常に難しいことは承知しているが、どれか1つでも結構なので、こういう政策をすればこういう効果が出たということが一般の人にもわかりやすい形でアウトプットを見せる工夫があつていいのではないかと、国民の理解も得やすいと思う。

3番目は健康寿命に関してである。私は健康寿命を延ばすということ自体に非常に重要な政策的な価値があると思っている。ただ、この作業は内閣府が取りまとめるので、健康寿命の延伸の、労働供給やマクロ経済への影響を考える必要もあると思う。

健康寿命については、先ほど国民生活基礎調査を使って分析するという説明があつた。それは非常に結構であるが、国民生活基礎調査では健康に関する詳細な情報と同時に人々の就業構造や所得、その他のいろいろな社会経済行動を同時に把握できるので、うまくやれば健康と人々の経済社会行動の相関が把握できる。そうすると、健康寿命を延ばすことによってどういう効果が人々の労働供給やマクロ経済全体に出てくるのかも具体的な数字で議論できると思うので、この作業の延長上にぜひ検討してもらいたい。

○事務局

1点目については、私どもとしても、せつかくKPIを設定する以上、改革工程をしっかりとフォローできるようにしていくことが重要だと思っているので、できるだけ定量的なもの

にしていくということで、今、検討中のところ、全部できるかどうかをこの場で断言するのは厳しいが、できる限り内閣府としては定量的な目標というか、KPIを入れていくように調整を進めていきたい。

○厚生労働省

健康寿命については、先ほども説明したところであるが、主観目標であるという問題点はあるものの、諸外国でも同様のものを使っているという形で、1つの目標としては重要だと思っている。

ただ、国民生活基礎調査を使っているということから3年に1回しか数値がとれないとかいろいろ課題もあるということも含め、委員から指摘のあったことも含めて、全体としての健康寿命の定義、具体的な目標として使う定義というようなものについては検討していきたいと考えているところ。

○委員 資料1-3についてコメントしたい。これは2018年度の検討事項ということで、あと数カ月ということなので喫緊の課題かと考えコメントする。

いずれも項目として4項目立っているけれども、背景にある額を考えると、物によっては億ではなくて兆に達するぐらいの重要な案件なのかなと思う。全体として、これは毎年、こういう資料を見た感想であるが、大体11月、12月になっても引き続き医療保険部会において検討するというような文言が入っており、もう少しスケジュール的に何とかならないかというのが1つと、こういう文章を見せられて、我々としては、のれんに腕押しでもいけないし、茶々を入れてもいけないし、どのようなたてつけなのかなということがまず率直な疑問。

別に医療保険部会において検討することはもちろん差し支えないし、専門家が集まっている会議なので、さまざまな論点、網羅的な論点は出るのかと思うけれども、例えば中身を見ると、パターンリズム的に患者さんの権利を考えているのか、それとも若干利益誘導的なものも入るのか、よくわからないものもあるし、やはり2018年度までの検討事項ということでありながら、12月ぐらいに引き続き検討するのはちょっと遅いのかなということで、これは全体のスケジュール感を何とか見直せる範囲で見直して、我々の希望というか、全員の統一の意見かどうかはわからないが、ある程度はキャッチボールをした段階で、もう少し年明けとかという形に持っていけるとよいのかなと考える。

例えば中身の資料を見ると、後期高齢者の窓口負担一つとっても、同じ資料の11ページ、現役並み所得の方が110万人いることとか、3000万円以上の貯蓄の方が後期高齢者のうちの10%であるとか、資産の平均額、70歳以上は2385万、金融資産だけでも貯蓄がそれだけある。

これに例えば不動産所得とか加えたら、かなり世代間の公平性ということはどうも少し議論する余地があるのではないかと思うし、より医療的な観点からすると、例えば36ページ、

37ページにあるような1レセプト当たりの平均投薬数が5であるとか、延べ投薬日数が高齢者110日、つまり、3日に一遍5剤以上飲んでいっているというのがどう考えても是正すべき対象なのではないかと思う。こういったことはもう少しKPIの中で議論でき得る話なのではないか。つまり、健康にもつながるし、当然、医療費の抑制にもつながる話なのではないかと思う。この2018年度の検討事項はいずれも金額的にも大きな話題が4つ並んでいるので、もう少し我々として意味のある議論ができるような形を整えてもらいたい。

地域医療構想に関しては、例えば資料1-2の54ページのように用途転換に対して費用を出すということは非常に画期的な施策だとは思いますが、これもある程度限られた資金の中でやっていて、結局、どういう機能であれば廃止・転換するのかといった論理展開、こういうところであればダウンサイジングが必要であるとか、そういったような趣旨ないし結果を明確にしてもらいたい。

同じ資料1-2の76ページに、例えば国保の運営における法定外繰入金が3300億円あるというような説明があるが、この解消に努めたということも非常に大事なKPIだと思うけれども、いずれも例えば3000億円のうちの2000億円が保険料の負担緩和を図るためということで、要は国保間の調整のために使われている。これもやはり中身である。いろいろ傾斜配分をすべきだというような話もあったので、このあたりの中身も精査すべきところなのではないかと思う。

そして、92~96ページに調剤技術料、調剤報酬のあり方について書いてある。これは30年改定の話であるが、この分野、どうしても推進しようと思うと御褒美をつけなければいけないみたいな話がどこかに出てきて、これもかかりつけ薬剤師でこういう要件を満たせば、それなりに厳しくして御褒美をつけますよという話であるが、やはり本体の部分のさまざまな加算、技術料に関する加算のところを見直した上での加算ではないか。若干焼け太り感とは言わないが、既存のシステム設計のまずいところをまずは見直して、その上でやはりかかりつけ医の推進というのがあるべきかと考える。

○厚生労働省

資料1-3の関係であるが、非常に厳しい指摘をいただいた。医療保険部会でも例年、かなり毎年こういう議論をしており、また先般の10月に議論したし、今度、今月の14日も医療保険部会において議論する予定になっているが、前回の会と今回のこのワーキング・グループでも資料を出し、そこでも議論してもらいたいと思っているし、できるだけ丁寧に議論した上で、こちらのワーキング・グループにもフィードバックしていきたいと思っている。

また、国保の赤字の問題については、まさにここに書いてあるとおりに尽きるが、まず医療費のほう、国保財政の中の歳出に相当する医療費の部分については、保険者インセンティブとかいろいろなことをやる中において医療費の削減に取り組んでもらう。取り組んだ自治体に対して評価していこうと思うし、また、歳入についてもきちっと保険料をとっ

てもらって、トータルのバランスがきちっととれているところをまた保険者インセンティブの中で評価をしていくというような形で進めていくとともに、各都道府県からの報告を踏まえて、骨太でも指摘されているが、好事例の横展開、こういったものをしっかりとやっていきたいと思っている。

また、調剤の焼け太りの議論について、調剤の点数の部分、92～96ページにつけているが、かかりつけ薬剤師のところでは評価している点もあれば、また96ページのところにあるような駅前薬局等については今回かなり厳しい対応をしているところである。そういったものを見ながら、トータルできちっと適正化を図っていくような形でやっていきたいと思っているところであり、そういった実施状況を見ながら、また次期の改定においてもやるべきことをきちっとやっていきたいと思っている。

○委員

まずロジックモデルについて。今までの改革工程表の中のいろいろな項目で、順調に進んだものもあれば進まなかったものもある。それらを適切に評価して、進まなかったものについては、何が足りなかったのかというのを分析した上で、新たな項目を策定しなければ、ロジックになっていないというのが1つ。

計画をつくったり、協議体をつくったり、みんなで話し合ったりしても、現場は利害の対立が激しいので、それだけで物事が自動的に進むわけではないと私は思っている。そこにはプラスのインセンティブもあるけれども、場合によってはペナルティのようなインセンティブがないと、なかなか進まないと思う。インセンティブの確認や議論をせずに、工程表をつくと、どうしても実現可能なものだけ、しかも抽象度のレベルが違うものをばらばら並べるといった形になりがちなのではないかと思う。

前回の一体改革推進委員会するときにも発言したが、先ほど言ったようなプラスとマイナスの両方のインセンティブとKPIとの結びつきを考えていないと、実効性が本当に担保できるのかという疑問を持たざるを得ない。

この部分が厚労省の資料1-1とかにも関係してくるのではないかと。例えば社保審の議論の部分を見ると、進めるべきだという議論と、そうでない、慎重にすべきだという議論がいつも併記されていて、それから進んでいるのか見えない。先ほど言ったように、関係者の行動変容を起こすインセンティブが十分なのかという検討をしていない。個別の事項に対して賛成か反対かだけを議論していて、常に言い出してくる理由は一緒、というのを繰り返しているように見えてしまう。したがって、そういうインセンティブやペナルティの付与を含めた制度の在り方の検討を社保審とかで議論してもらいたい。

○委員

今、委員が言われたこととほとんど一緒であるが、やはりサービス提供者とサービス利用者が行動変容を起こすようなインセンティブというのを考えていかないと先に進まない。

そういう意味で、いろいろな行動変容にかかわるような指標というのをつくっていくべきだろうと思う。

あと、先ほどの意見とも関係すると思うが、改革工程表の進捗を評価するための基盤システムも考えないといけないだろうと思う。例えば日本は国民がどの保険に入っているかというステータスをリアルタイムで知る仕組みがない。日本と同じように公的医療保険をやっているフランスとかベルギーにはヴィタルカードというカードがあって、国民が今、どの保険のステータスであるかとか見えるようになっている。これがないと、やはりなかなかいろいろなものが評価できないだろうと思う。

もう一つ、例えばがん検診について、がん検診は実際に誰が受けて、誰が受けていないかと全体として正確に把握する仕組みが現在日本にない。職域と地域でばらばらにやっていて、職域でカバーされていても被扶養者は地域保健でやったりしている。例えばフランスなどだとがん検診の受診率というのは3年で全ての女性が子宮がん検診を受けるようにとか、乳がん検診を受けるようにという仕組みになっているけれども、日本はそれができていないので、そういうものを可能にするような基盤づくりというものを後ろでやっておかないといけないのではないか。以上コメントである。

○事務局

ロジックモデルに関する指摘については、できる限り論理的で、かつ因果関係がわかりやすいものをつなげていこうと考えている。論理についてもよく関係省庁とともに詰めていきたい。

○厚生労働省

資料1-3の関係について、重複する部分の説明は省略するが、その関連の中で行動変容を起こすところについてのインセンティブの付与の議論とか、そういったものをもっとしっかりすべきではないかという意見もいただいた。

我々も現在、まさに保険者へのインセンティブだけではなくて、国民一人一人が行動変容を起こすためにどのようにしたらいいのかというのは非常に極めて重要な課題だと思っている。国民の方々、それぞれが行動変容という形で、今、保険者のほうでいろいろポイントとかを付与して、例えば特定健診を受けたり、また、万歩計とかを与えて、ある程度ちゃんと一日どのくらい歩いたりとか、そういったいろいろな行動をするためにポイントをつけて、そのポイントが最後、また還元されるというような仕組みも保険者のほうでやっているとところもあるし、そういった取り組みについて、我々の保険者インセンティブの中で評価したいというようなこともある。

また、これからの話であるが、例えば健診のデータについて、単なる数値のデータが今、A判定、B判定、C判定、D判定、E判定という感じが出ているが、そうした評価をもう少しわかりやすく、例えば今のこの数字であれば平均から見てどうなのかとか、将来、ど

ういうようになる可能性があるのかとか、個人の方々にそういった健診データを見て、それで自分がどのような状態にいるのかということをもう少し丁寧にわかりやすくするとか、そういった仕組みで個人の方々が健康についてより関心を持ってもらうことができるのかとか、いろいろなことを考えていきたいと思っているし、医療保険部会も含めて、さまざまな議論をしてもらいたいと思っている。

○厚生労働省

先ほど技術的な質問を委員からいただいた件で話したいと思うが、今度は医療IDのかわりに被保険者番号の個人単位化を予定しているが、個人単位化をすると同時に、その履歴をずっと管理することになっている。したがって、どのような国民のデータをどの期間保存するかについては容量の問題もあるが、システム的にはその方がどのような、例えばA健康保険からB健康保険に移り、国保に移り、後期高齢者医療に移りという履歴は、システム的に管理できる仕組みになる。あとはそれをどうやってもっとほかのデータに突合して使っていくかというのは我々、もう少し努力しなければいけないと思うが、かなり実現が見えてきているのではないかと考えている。

○委員

新改革工程表策定に向けて、前回に続けて厚労省からまたヒアリングを受け、それから、ロジックモデルについても議論するなど、時間が非常に限られた中でなかなか難しい課題をやっているわけだが、今回のこのワーキング・グループでは工程表も含めた全体を改めて議論し、可能であればワーキング・グループの案として、12月上旬を予定している経済・財政一体改革委員会に上げていきたいと考えている。関係省庁においては、今回の意見や議論を十分に踏まえて新改革工程表の準備をしてもらいたい。