

第30回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2019年3月28日（月） 13:00～15:10
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	竹森俊平	慶應義塾大学経済学部教授
同	柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授
同	松田晋哉	産業医科大学医学部教授
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	印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
同	藤森研司	東北大学大学院医学系研究科教授

(概要)

議題（1）について厚生労働省から資料1を説明後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

方針としては大体理解した。ただ、社会保障制度に対する国民の理解が非常に不十分で、ここをきちんとしていかなないと、いろいろな制度改革は進まないだろうと思っている。

例えば、アメリカだと高校生に対して、資産形成をどうやるかということを中心に教育の中で教えているけれども、日本で考えてみると、義務教育の中でも、高校の教育の中でも、大学の教養のところでも、社会保障制度はしっかり教えていない。そういうものを試験科目で必修化するとか、社会保障制度について国民全体が理解するという枠組みをつくっていかないと、なかなか制度改革が進まないのではないかと思う。

社会保障制度については慶應大学の権丈先生が中心となって教材をつくられたが、結局余り教育の場で活用されていないという報告が出ている。そこは変えていかないといけないというのが一つ。

もう一点、医療と介護それぞれでの問題点の認識はわかったが、結局、今はすごく高齢化が進んできていて、医療と介護のニーズが複合化してしまっている。例えば、急性期病院に誤嚥性肺炎で搬入される患者の7割ぐらいが、実は介護保険を使っている。あるいは、心不全で入院されている方の3～4割が介護保険を使っている。股関節の骨折もそのぐらいの割合である。

要介護高齢者の多くは、肺炎や骨折などの医学的な急性期イベントを契機にして介護状

態が悪くなってくるので、介護の現場における医療ニーズの高い人たちに対するケアマネジメントをどうするかという方法論をしっかりとやっていかないと、全体としてなかなか適正化できないのだろうと考えている。そうすると、オーバーラップしている部分の協力のあり方とか、そこを少し考えていく必要があるのではないかと。

あと、今日は話が出なかったけれども、特定健診や特定保健指導ということになったときに、医療技術やいろいろなセンサー技術が今、進んできて、血液をとらなくてももう血圧も血糖も計れる状態になっている。そういう進化したデバイスを使うことによって、健診を受けることの心理的なコストを下げることもできるかもしれない。そうすると、もう少し特定健診の受診率も上がっていくかもしれないし、個人の健康に対する意識も高まる可能性がある。

現行制度では、昔ながらの健診をやっているのですが、健診と医療とは少し分けなければいけない部分も出てくると思うけれども、いわゆるセンシングのいろいろな技術進歩みたいなものを健診事業にどのように取り組んでいくかということも、ぜひ議論してもらいたい。

○委員

資料のページに沿って、質問も含め、コメントしたい。

まず、23ページ以降の地域医療構想について、ここで「プロフェッショナルオートノミーを尊重しつつ個別の政策をバラバラに実施してきた」とある。この指摘の通り、医師のプロフェッショナルオートノミー、つまり医療行為を決める裁量の大きさが、善しにつけ悪しきにつけ、現状の医療の複雑性をつくってきたと思う。

善良な目的をもって、結果的に過剰な医療をしてしまう医師もいれば、幾らでも裁量がきくからということで、意図して提供する医療が過剰になる場合もあるが、総じて、医療行為を必要量まで減らす方向とはならない現状にあるように思う。プロフェッショナルオートノミーを、法律で規制することや、診療報酬で規定することがすぐには難しいかとは思いますが、「医師であれば、医師と患者との関係性で専門的な見地から幾らでも裁量がきく」状態を見直し、今後はある程度、標準的な治療、つまり、「この疾病で、この年代であれば、この治療が標準である」というものを出し、それから極端に外れるような治療行為を外来でも入院でも抑制していくような仕組みが更に必要ではないか。

そして、24ページに奈良地域の病院再編の例がある。これは、住民にも医療機能再編のメリットを実感してもらいやすい非常にいいエビデンスだと思う。同様の事例を石川県の市町村で調べたことがある。そこで起こっていることは、幾つか病院があると、お互い受け入れ不可というのが生じて、受け入れ不可がそもそも各病院で2割ぐらいあったものが、統合したことによってそれが減り、受け入れが増やせたという事例であった。このような事例は比較的住民の方にも理解を得やすく、効果がわかりやすい。こういったデータをもっとたくさん出してもらいたい。

しかし、現状で、何が課題かというところ、救急搬送というのは消防庁が持っているデータなので、総務省の管轄であり、厚労省としては、救急搬送の細かな実態をデータ収集していない。また、自分たちが研究目的でデータを入手しようと思うと、市町村の消防本部なりにつけて、細かな場所や時間が記録された個人情報なので、かなり厳しい倫理審査なども行って、1年かけてようやく手に入れるのが現状だ。しかし、市町村レベルでできる分析には限界があるので、これをエビデンスとして用いていくには、非常にハードルが高いのが現状。

救急搬送の情報を、厚労省の収集する病院の機能報告やDPCのデータとうまくマッチングできないのは大変もったいないことだと考えている。地域医療構想を考えるに当たって、消防庁の救急搬送の統計調査もうまく利活用できるようにしてもらいたい。また、消防の管轄区域と医療圏の単位が一致していない場合もあるかと思うので、行政面での調整も今後お願いしたい。

25ページにもあるように、合意された具体的な方針を検証して、本当にあるべき調整なのかを検証するというのも非常によい試みだと思う。自治体の裁量に任せるのも大事であるが、ローカルルールが、必ずしも丁寧な議論による決定とは言い難い。本当は一つの病院にしたほうがいいのに、まとめ切れずに2つになってしまったといった例もある。ぜひ可視化できる指標でこのような検証を行うのがよいと思う。

これに関しては参考資料の6ページから9ページにも、A地域という形で実データが出ているが、できれば匿名ではなくて、具体的に出すほうがインパクトが大きい。この市ではこうだったのか、こういう調整をしたのか、確かにロジカルだということが具体的な市町村名とともにわかると、よりよいのではないか。

それから、32ページ、年金の短時間労働適用拡大について。短時間労働、パート労働の適用拡大に関して、こういった調査をしたということがまず非常にありがたいと思う。

ただ、こちらの資料等にも載っているが、2017年末ということは、当初の適用拡大に加えて、平成28年10月における適用拡大が入っているかと思う。だとすると、もう少し調査対象全数としては多いという認識でよいのか。

恐らく、初めの適用拡大が40万人ぐらいの労働者が対象で、その後、28年10月の適用拡大でプラス40万だったか。今後、ことしの9月末までに適用拡大に関するルールを取りまとめるということで、ぜひさらなる適用拡大が実質的に進むようにしてほしい。今までは500人以上の事業所を対象としていたので、労使折半という保険料負担にも比較的理解はあったかと思うが、これから中小企業も含めて適用拡大になるということで、適用拡大が鈍化する大変な部分かと思う。収入制限あるいは時間制限があると、雇用者側にも労働者側にも雇用抑制や収入抑制が働くのは、既存の制度でも問題視されてきた点である。したがって、労使折半のルールを多少緩和して、より適用拡大が進むようなやり方も検討してもらいたい。

説明があったとおり、一番大事なのは、適用拡大によってかえって労働インセンティブ

が下がってしまわないようにすることである。現状でも、年金保険料の負担を考えると、106万円以上という現在の線引に対し、事実上150万円相当以上の労働をしないと、社会保険料を払うのであれば、割が合わないということにもなっている。そこがひずみになって労働の参加インセンティブが進まなくなると、せっかくの制度が形骸化することになってしまうので、そこも慎重に検討してもらいたい。

○厚生労働省

最初に委員からご意見いただいた件、基本的には全て御指摘のとおりだと思うので、いただいた御指摘を踏まえてしっかりやっていきたい。

2番目の御指摘は、多岐にわたっているが、まず、プロフェッショナルオートノミーについてはご指摘のとおりであり、実際問題、医療法、医師法の改正を契機に、実質的に専門医機構を初めとして、養成についてはプロフェッショナルオートノミーに全てお任せするという体制から、大きく転換をしているので、これはかなり大きな進展になろうと思う。

それから、本当にそのとおりだと思うのは、個々の医療機関、個々の診療行為について、医師の判断を尊重するという自体にチャレンジするというのはなかなか難しい反面、これだけデータが整備されているので、SCR、標準的な診療行為を人口構成等で補正することで、大体世の中の的に平均的な診療をやっていれば、その範疇に入る、入らないがわかってくるので、そういう見える化によって、実際問題、標準化を進めていくという方向は、その方向で進んでいるものと考えているので、御指摘は本当にそのとおりだと思う。

それから、救急の話も全くそのとおりであり、個別にモデル的にやっている取り組みはあるが、私たちとしては、できれば来年度の予算あるいはそれ以降について、救急のデータと、現在、衛生サイド、医療サイドが持っているデータをうまく活用することで、救急医療の適切な活用につながる分析ができないかということについては、基本的に進めていきたいと考えているので、改めて、御指摘についてはそのとおりだなと感じるし、私たちのアプローチもよかったのだなと考える。

あと、具体的な事例をというものは、資料では奈良の事例を示しているが、これはちょっとデリケートなところも実はあって、当事者が出していいと言ってもらえるものについては、基本的にシェアして、グッドプラクティスとして発信していきたいと思うが、医療機関の再編はなかなか機微に触れるケースがあるので、その辺は少し臨機応変にさせてもらいたい。基本は進めていくという視点で情報発信がどうできるか。そこについては、しっかりやらせてもらいたいと思っている。

○厚生労働省

整理すると、まず、適用拡大自体は2012年の社会保障・税一体改革のときに、法改正としては成立していたが、施行が2016年の10月とかなり先に置かれた。これは、要はその間に消費税の引き上げ等々も予定されていたので、それと時期をずらすという意図であった

と思う。

すなわち、基本的に従業員501人以上の企業を対象に適用拡大が始まったのが2016年の10月。一体改革の議論をしていたときには、拡大対象の人数は25万人と推計されていたが、実際に適用してみると、40万人ぐらいの規模になった。

その後、2016年にまた年金制度改正をやって、翌年の2017年4月から適用したが、これは、以前は500人未満の企業が入れないとなっていたのを、労使合意で保険料を払うと合意したところについて入れるようにするという改正をやった。

現時点では、4,000弱ぐらいの事業所がこの改正を受けて適用拡大を行い、これによって5,000人ぐらいの適用が出ている。ただ、数としてめちゃくちゃ多いかというところでもないが、一応、そういうふうな状況ということ。

それから、保険料の労使折半の件で、いろいろと御意見をいただき、いろいろなことを考えていかなければいけないと思うが、世界の社会保険制度において、使用者側がたくさん負担しているという例は知っているけれども、労働者側がたくさん負担する例は、私が不勉強なせいもあるのかもしれないが、ちょっと知らない。事業主負担というものをどのように考えていくかというのは、もちろんそれが最大の問題なので、いろいろと知恵を絞らなければいけないが、単に事業主負担、事業主の分だけを軽くすることは、なかなか難しいとは考えている。

○委員

私のほうからは、健康寿命の延伸についてコメントしたいと思う。

資料を拝見して、本当にさまざまな視点から検討していると感じる。健康寿命の延伸自体は、国民的なコンセンサスも得られやすい概念であるが、健康になることがあくまでも最終目標ではなく、社会保障の仕組みの維持、労働生産性の向上、社会の活性化につながるような政策の設計にしてもらえるとありがたい。

健康寿命の延伸については、3ページ目になるが、やはり課題を構造化してアプローチするということがこれから非常に大事だと思っている。

一つは格差の是正であり、例えば、県単位で初めて横串を刺してデータ分析をしてみると、退職後、60代ぐらいで、協会けんぽから市町村の国保に移るが、退職した人の特定健診の受診率が、市町村によって2倍半以上違っている。特定健診は健康づくりと介護予防の入り口にもなるので、格差の背景、その要因を見て対策していく。

2つ目は、フローとして見るのではなくて、これから継続して健康な人をふやしていくというストックの視点が大事である。

さっきのデータで申し上げますと、例えば協会けんぽから国保に移った60代と、ずっと国保にいる方では、健診を受けている人同士を比べると、前者、サラリーマンをやめて国保に移った方のほうが血圧が高いということがわかってきた。

これには背景がいろいろ考えられ、地域で健診を受け、血圧が高いと、市町村の保健師

とかかりつけ医が近く、受診環境を整備しやすい結果として血圧がコントロールされやすいのではないかということを検証中ではあるが、シームレスな予防・健康づくりという意味では、国保に移ったときに特定健診を勧めるだけでなく、まずかかりつけ医に行って、検査、モニタリングをするということもあり得る。

したがって、データヘルスにおけるデータのポータビリティを進め、健康寿命の延伸に向けて、働き盛り世代からのシームレスな取組が重要である。リスクの蓄積が要介護や病気につながっていくので、ワンショットではない考え方をぜひ入れていくのがいい。

○厚生労働省

御指摘の件については、先週行われた一体的改革推進委員会でも、さまざまな御議論をいただいたところ。

まさにこれから、特定健診・保健指導を効果的に進めていくためには、構造的に可視化をしていく。それから、委員からも御指摘があったように、要素を分けていく。どこをしていけば、取り組みが進んでいくのかを見える化していくことが大変重要であろうと思う。

今、御指摘あったように、例えば格差というときに、どこで格差の要因が発生するか。今まで被用者保険にいた方が、市町村国保に移っていく。背景はさまざまあって、例えば体が悪くなったので辞めて、市町村国保に行くという場合もあるのだろうと思っている。これはどういう場合なのかというのは、すぐに分けていって、分析をしていくということについて、ただいま国保のほうの特定健診・保健指導の検討会においても、有識者の方々からそのような御議論をいただいているところである。

これを進めるに当たっては、まさにデータを活用して分析していくことが大事で、被用者保険のほうのデータをどうやってとるかという課題があるけれども、現在、国保連のほうのKDBデータというのは非常にすぐれたものがある。これを深化させることによって、特に構造化、見える化というところがうまく進むように、御指摘を踏まえて検討していきたいと思う。

○委員

まず、医療・福祉サービスプランであるが、地域医療構想が着実に進んだ場合に、介護側あるいは在宅側にニーズが移ることとなり、結局それによって医療従事者のニーズが少し変わってくると思う。そうすると、当然ながら育成側のことも考えておかななくてはいけなくて、今後、若干医療ニーズが下がってくる中で、育成数だけがどんどん伸びていて、新規の医師も歯科医師も薬剤師もふえる一方ということ。

現在、それは国家試験の合格率で調整がかかっているようなものだから、医師は77.9%、薬剤師は70.9%という合格率で調整しているけれども、6年間教育するわけだから、6年教育して資格がとれないということはあってはならないと思うので、まず、育成のほうも一緒に考えてもらいたい。

あと、24ページの地域医療構想について、なかなか議論が進まないという現状の中で、公的医療機関が担うべきと書かれている○の2つ目であるが、結局これはいずれも不採算である。だから、公的は不採算をやれと、民間はおいしいところだけやれとなると、公的はどうしてももたない。

もたないのであればどうするのだという話はしてもらわなければいけないだろうと思っている。公立は補助金が入っているからまだしも、公的は補助金が全くない中で、その温度差もあるので、ここは進んでいく中で、本当にそれで行くのだということであれば納得してやっていくしかないし、そうではないのだということであれば、ここだけだと公的病院が生きていく道はほとんどないという地域が、特に中規模の都市ではなっていきがちだと思っている。

特に市民は、ここは実は期待してなくて、公的病院に全部やってほしいというのが市民のニーズだし、当然、市町村長も全部やりたいということで、そこにまた大きなギャップがあるので、国民の教育というものが大事だと思っているので、ぜひお願いしたい。

あと、SCRは先ほど厚労省からコメントをいただいたが、一定程度認知されてきて、使われているが、ぜひ、介護も同じような形で都道府県、2次医療圏、あるいは市町村別のSCRを出していただくと総合比較性ができるので、患者連結の前にまずは個別で結構だが、そちらを出してもらいたいと思っている。

あと、ことしも、医療に関して医政局と内閣府の枠組みでSCRをやる予定であるが、これはまだ予算ゼロである。もし使ってもらえるのであれば事業として、あるいは本体で使ってもらえるといいと思うので、よろしくお願いしたい。

○厚生労働省

地域医療構想の関係について、御指摘の点は、実際に各構想調整会議で必ず話題になる話である。

ここで列挙した公的な要素が強い機能については、私たちは必ずしもこれが全て不採算だとは考えていない。ただ、自治体立、特に僻地の医療に関係するような対応は明らかに採算がとれない場合がある。逆に言うと、そこに公的な拠出の根拠が本来あるので、大きな原則としてはそうであるが、それを個々の地域に当てはめていくと、地域によって経緯も違うし、さまざまな難しさがあるというのが実態なので、地域で議論していくに当たった原則的なものと、個々の個別事情をどう勘案するのかというのは、なかなか難しいところがあるので、その点はまた委員の御指摘をよく踏まえながら対応したいと考えている。

○事務局

SCRの関係の予算の話があった。大変多大な貢献をいただいておりますが、財政的な支援がないという点について、担当部署とよく相談して、どういったことができるか考えてみたいと思う。

○委員

2040年を展望して政策立案をするといったことや、健康寿命を延伸させるということに基本的に賛成している。その上で説明順に何点か意見を述べ、質問をさせてもらいたい。

1点目は6ページの保険者インセンティブの強化、7ページの介護予防に関するインセンティブ措置といったところであるが、先日の経済・財政一体改革推進委員会でも議論があったように、保険者の努力を支援する際には、取り組む、実施する、策定するといったインプット指標からアウトカム指標へ配点を変えていく必要がある。また、項目でメリハリをつけているようでいて、実は結果的には保険者による差が余りつかずに、ばらまきになってしまうというおそれがあり、配点をよほど工夫する必要がある。国保の保険者努力支援制度は30年度から始まったばかりであるので、まだどうしたらいいのかよくわからないというところがあるけれども、28年度、29年度に前倒し実施をしている。単なる都道府県別の獲得点数や評価項目の該当市町村割合といった話ではなくて、インセンティブ措置によって特定保健指導の率がどれだけ上がり平均受診率がどれだけ下がったのか、糖尿病有病者がどのくらい減ったのか、重複服薬がどれだけ減ったのかといったアウトカムベースの政策効果分析があれば教えてもらいたいし、今後はそれに基づいてインセンティブ措置を進める必要があると思う。

2点目は健康寿命の説明に関して、「日常生活に制限のない期間の平均」を健康寿命とするということについては、政策の継続性から妥当であると思う。ただ、かなり主観的な回答に基づく指標であるということで、これまでも何種類かある別の健康寿命と言われてきた「日常生活動作が自立している期間の平均」を補完的な指標とするという説明だった。後者は客観性があるので、比較的使える指標だと思う。

また、健康寿命の延伸は、医療費抑制のために進めるのではない。それが目的ではなく、QOLの向上や就労増進にプラスであるから進めるということをより明確にしていく必要がある。健康寿命に関するこの2点はコメントである。

質問は、いわば本系列である健康寿命は3年ごとにしか得られないので、新たな調査が不要である補完的指標を参考系列として毎年見ようとすることは理解ができるわけだが、そうすると本系列と参考系列の関係はどうなのかが問題になるのではないか。都道府県ランキングをつくると、おそらく2つの指標で大きく異なる可能性があると思うし、自治体やいろいろな現場でフレイル対策、ロコモ予防、介護予防などにさまざまに取り組んでいるわけだが、何をすれば、どちらの健康寿命がどうなるのかということがわからないと、どうしたらよいかわからない。2つ指標があると、現場が混乱する可能性もあるのではないかと思うが、いかがか。

そもそも健康寿命と平均寿命は独立的ではなく、健康寿命を延ばせば平均寿命も延びるだろうし、平均寿命が延びているということは健康寿命も延びているのだろうと考えるのが自然である。また、寿命が延びるほど、さらにそれを延ばすのはより難しくなっていく。

政策で健康寿命を延ばすというときに、伸び方がマージナルには低下していく姿を示さざるを得ないとすれば、メディアなどからは自然体以上の伸びではないなどと後ろ向きに評価される可能性もある点は注意が必要である。

なお、2016年を基準にすると2040年とは24年後である。ちょうど24年前である1992年の社人研の人口推計では2016年の平均余命をどのように置いていたか。現実の平均余命は、男性で2.9年、女性で2.4年、1992年推計で仮定された2016年のそれよりも実際には伸びている。出生時平均余命は人口推計が新しくなるたびに上方修正されてきており、これは死亡率の仮定が保守的過ぎるためだと思う。従って、平均寿命が延びていく中で健康寿命をそれ以上に延ばすということについて、現在の将来推計をベースに現時点から健康寿命を何年延ばす、2040年のときの健康寿命を何歳にするという目標設定は好ましくない。平均寿命は今後どの程度伸びるか不確実であるのだから、実績としての平均寿命との差をどれだけ縮めるかということを目標にしないと、政策が行おうとしていることとの整合性がとれなくなるおそれがある。

次に地域医療構想について。地域医療構想も2040年の姿も踏まえて進めるという説明であったが、この委員会で推進しなければならない改革は2025年のビジョンをきちんと実現するということである。当初、各地域の病床をどうするかについて、公立・公的病院だけではなく、民間病院も含めて2年間で集中的に検討すると理解していたが、順番として公立・公的病院を先に合意形成しないと、民間病院がついてこないという状況になっているということだろうと思う。その意味では少なくとも、24ページの右側にある円グラフは昨年末時点のデータであり、本年3月末には議論継続中ではなくって、すべて合意済みになるという見通しにあると考えてよいか。

それから今後の取り組みについて、代替可能性や診療実績の観点から、公立と民間の調整をしていくという今回の説明はなるほどと思ったが、昨年のワーキングで説明のあった都道府県単位の調整会議の設置や地域医療構想アドバイザーの育成は進んでいるのか。民間病院の病床をどのように調整していくかが重要だと思うので、その辺の状況を教えてもらいたい。

次に、介護保険制度の見直しについて。27ページであるが、介護保険は第8期に向けて議論を積み重ねていただくということだと思う。その際、もちろん、財政を投入して行うべき事項もある半面、来年の通常国会に十分な内容を含む法案が提出されるように進めていただくという意味では、これまでもいろいろ意見を述べているが、ケアマネジメントの質向上に資するようなケアプラン作成費用のあり方、補足給付の見直し、軽度者向け生活援助サービスの総合事業への移行、保険者インセンティブとしての調整交付金の活用などが論点である。それらについては、ぜひ早目に議論を進めてもらいたい。

最後に年金であるが、短時間労働者の適用拡大は、厚生労働省から説明があったような趣旨で進めるべきだと思う。国民年金との関係で、月額賃金8.8万円以上という基準を下げるのはなかなか難しいのではないかと思うが、基本的に企業の規模要件は引き下げや撤廃

をしていく必要があると思う。

在職老齢年金に関しては、低在老がどのぐらい労働供給にマイナスの影響を与えているのかという点はすぐれて実証的な問題であるので、実証分析を踏まえて基準額である28万円をどのくらい引き上げるのが妥当かという考え方はあり得ると思う。ただ、その一方で、基準額を引き上げたり在老を廃止したりすることは、比較的恵まれた高齢者の方の年金を増額することに他ならず、特に低在老については7000億円もの給付財源をどうするのかという問題もあるし、どの道、低在老は65歳支給が完成すればなくなる仕組みであるため、今の特別な世代の方だけのために見直すのかということも、よほど考える必要があると思う。

30ページのオプション試算のところの一つ、保険料拠出期間の延長が入っている。現在、受給開始年齢は65歳がデフォルトであり、70歳現役社会、人生100年時代と言っている中で、拠出期間だけどういうわけか60歳までで置き去りにされている点は整合的でない。マクロ経済スライドによって将来の基礎年金がひどく低水準になりそうだという現状の見通しも考えると、拠出期間の延長はぜひ行うべきだと思う。

ただし、基礎年金は公費が入っているため、拠出期間を延ばして、年金水準を充実させようということであれば、それに合わせて消費税の増税だとか、公的年金等控除の縮小だとか、場合によってはクローバックとか、そういったものとセットで検討する必要がある。いいところ取りはできないということを、ぜひ関係者で共有しながら検討を進めてもらいたい。

○厚生労働省

健康寿命の関係につきまして、私のほうから説明申し上げる。

まず、健康寿命の定義について、かねてから健康寿命というものか主観的ではないかということと、また、3年に1回しかデータがとれないということをお題としてもらったと考えている。

その趣旨を踏まえ、先ほど説明した検討会において、さまざまな議論をいただいたところであるが、現在使用している国民生活基礎調査の結果を利用した日常生活に制限のない期間の平均というものは、健康の3要素である身体、精神、社会を効果的に内包したものではないかということで、こういった自己申告による調査方法は欧米においても同様に行われているということ。また、活動制限についてさまざまな評価をする方法はあるけれども、先行研究の中でも、自己申告であっても信頼性には一定程度の妥当性があるのではないかということで、基本的な健康寿命としての定義については引き続き国民生活基礎調査に基づくものが適当ではないかという結論であった。

一方、基本的には、市町村ごと、あるいは毎年とれるKDBの要介護度2というかなり客観性の高いデータを補完的に活用しながら、仮に主観性に課題があるとすれば、そういった問題を解決しながら各市町村で使っていくという手法について定めたもの。

確かに2つ指標が並んでしまうので、この使い方はどうするのかというのは、これからの課題というところはあるけれども、健康寿命は健康寿命として一定の比較としては重要な要素であると思っているし、また、市町村単位での比較可能性もあるので、今後、健康寿命についても介護データを活用した補完手法についても同じような傾向があるので、そういったものを活用しながら全体としての健康寿命の延伸に努めてもらう形で活用してもらえないのではないかと考えている。

また、健康寿命について、先ほど委員から指摘があったように、平均寿命と健康寿命の差が1歳程度縮減するというので、全体としての平均寿命はこれから少し長い将来になるので、動向というものはあるが、健康寿命を延ばすことによって平均寿命も延びていくということを考えつつ、ただ、それでもきちんと追いついていく方向に動いていくということではないかと考えている。

○厚生労働省

地域医療構想の関係の質問について。24ページ目の円グラフ、これは100%になる。だから、当然そのことを前提に、先ほどの説明の繰り返しになるかもしれないが、2019年度の年央に向けて、いろいろな地域の構想の進捗状況を確認する中で評価をしていくということだろうと思う。

アドバイザーについても、数的に77名を任用している。それから、県単位の調整会議は28県。このあたりもフォローアップする中でしっかり整理して、また報告したい。

○厚生労働省

年金に関するコメントについて、まず、確かに8.8万円は難しい問題がある。

ただ、週20時間ということを中心に考えるならば、パートの賃金はかなり最低賃金と連動するところがあるので、最低賃金が上がっていくと、だんだんその水準が上がってくる。計算すると、1,000円を超すと、20時間働く前提で考えれば8.8万円ぐらいのレベルに来るので、このあたりは拡大の時間軸をどのように設定するかということ、賢いやり方を考えていくということかと考えている。

2つ目の在職老齢年金について、もちろん労働インセンティブの問題は置いておいて、どこに政策のターゲットを置くかと考えると、高齢者雇用の政策のターゲットは、65歳までは今、雇用は何らかの形で義務化されているので、65歳以降の雇用をどうするかという議論が中心なのだろうと思う。

一方で、年金は先ほど説明したとおり、だんだん若い世代のマクロ経済スライドがかかってきて、実質的な年金の水準が低下するところを、Work Longerでいかにリカバリーするかが問題。どちらかというと46万円に基準を置いている高在老について、単純に廃止すると高所得者優遇になるため、時間軸も含め、そうではない形で政策をどのように組めるかという問題かと考えている。

拠出期間の延長については、全く認識は同じである。

○厚生労働省

保険者機能強化推進交付金は、インセンティブを介護保険者に付与していくという交付金で、委員御指摘のとおり、30年度で200億、31年度で200億の予算を計上している。3月20日に介護保険部会を開催し、そこで2018年度の評価結果を踏まえて、2019年度予算における配分の考え方を示したところ。

委員の問題意識に沿って申し上げると、アウトカム指標について、要介護状態の維持、改善の度合いの配点を増加する。あるいは、今まで要支援状態についてはアウトカム指標を設定していなかったが、今回はそのアウトカム指標を新規に追加したいと考えている。

評価手法全般についても、既に今回の評価において、都道府県、市町村における達成状況の高い指標は、前年度と比べて減点して、メリハリづけを強化していく等の説明を行ったので、もしよければ参照していただきたい。

いずれにしても、2018、2019、それ以降と、よりよいものにして、毎年ブラッシュアップをしていきたいと考えている。

改革工程表でさまざまな指摘のあった給付と負担の見直しに係る論点については、いずれ時期が来ればしっかり検討したいと思っている。

○委員

健康寿命関係で3つだけ。

1つは6ページに、「インセンティブ強化でメリハリを強化した」「成果指標の導入が重要」とある。これ自体はいいことを書いてあるけれども、一体改革推進委員会で述べたのは、あらかじめ来年はこういう割合、再来年はこういう割合という形で、成果指標の割合をだんだん高めていくということを事前にまとめて示していかないと、インセンティブを与えられたほうは何となくその場しのぎのことをやって終わってしまうというのが現実だと思う。ここにもう一つ、あらかじめ成果指標を取り入れたインセンティブのあり方を前もってきちんと示すということを入れてもらいたい。

それから、先ほど他の委員からも指摘があったが、健康寿命の延伸について、これを測定するのに、本当に3年に1回の、かなり主観的な部分を含んだ指標で十分か。主観的部分が入っていること自体を言っているのではなくて、3年に1回でいいのですかと。今後24年で健康寿命を延伸する場合、3年に1回だと8回測定することになるが、実際の数値は僅かなので、実績評価ができない恐れがある。補完的指標を使うとのことだが、これでちゃんとカバーできるのか私には疑問だ。

それからもう一つ、健康寿命の延伸にかかわる本当の原因とかがよくわかっていないということが資料から覗える。原因は複雑だと思われるが、これまでこれほど健康寿命の延伸策を強調しなくとも過去18年で3年弱伸びている。健康寿命の延伸を図る場合は、この自

然延伸を超える延伸を目指すということだと理解するが、夏までにまとめる健康寿命の延伸策について、ちゃんと見込みがあるのか。実際の政策の手段のところを見ると、心もとない。現在ある政策手段の中で比較的是っきりしているのは特定検診だと思うけれども、それとの関係があまり書いていなくて、よくわからない。

○委員

皆さんから多くの意見が出て、私は概ねそのとおりでと思う。

ポイントは、一つは、委員のほうからあった、昔ながらの健診をやっているのではないかというところについては、データをきちんとやって、データヘルスを推進していくというのはとても重要なところだと思ったし、アウトカムベースできちんとやるということも、皆さんから御指摘が幾つかあつが、これも重要な指摘だろうと思う。

年金のところについては適用拡大の話と、拠出期間の延長のところは重要なところで、いろいろな議論を検討しなければいけないところがあるが、重要なポイントだと思う。

ちょっと難しいところで幾つか質問というか意見を出させてもらおうと、一つは、健康寿命の延伸のところは、先ほど原因がなかなかわからないという話が委員からあって、それに関連するが、施策としては横展開を進めていくということになっているが、横展開をどうやって進めていくかというのは考えなければいけないポイントだろうと思う。これが黙っていて進むというのはなかなか期待できないだろうと思うので、そのあたりは少し考えてもらおうポイントかと思う。

やはりお金がなかなか厳しくなるということのも重要な課題だが、医療介護従事者が割合としてかなり増えてしまうというのは非常に大きな課題だと思っている。したがって、医療介護従事者の人の割合を減らしていくということのも、お金の問題とあわせて非常に重要な課題だと思っていて、その意味では、労働制約下の中での対策は非常に重要だと思うけれども、ここはかなり、未来でこれをしたというところになっているので、この裏側として、テクノロジーの発展に、制度をどうやってつくっていくのか。制度をその実現にどう沿わせていくのかというのは重要なポイントだと思うので、そこを少し詰めてもらいたいということ。

例えば、データの共有などはすごく重要だと思うが、先ほどの委員の発言にもあったような、そもそも消防庁のデータと合わさらないとか、霞が関だからなのかもしれないが、そのくらいのところでもデータが共有できない中で、医療のデータをきちんと共有して、本当にテクノロジーを使える形にするというのは制度的にはかなり難しい話だと思うが、先ほどのように、人の割合を減らしていくというのはとても重要なので、ここはぜひ少し考えてもらいたい。

多分それに関連するのだと思うが、医療の生産性向上というところで、その裏返しで、結局何をやって生産性を上げていくのかという議論がなかなかないので、どうやってやるのかというところがどうしても出てきてしまう。

このところを詰めていくところで行くと、二千何十年という話になってくるとすれば、テクノロジーのところをどうやって使って生産性を上げていくかというところを、もう少し詰めた議論をしたほうがいいのではないかと。

もちろん、技術革新がどうなるかわからないので、幅があってもいいけれども、多少ロジック的なところは詰めないと、議論になかなか耐えられないと思っている。

○厚生労働省

健診などのインセンティブや成果指標などについて、多くの委員から意見が入ったので、まとめてお答えしたい。

まず、冒頭の意見で、昔ながらの健診手法は少し進化したデバイスも使いながらやるべきではないかという御指摘をいただいたところ。私どもはきちんとエビデンスがとれば、新しい指標も取り入れるということで、検討会で検討していきたいと思っている。

さしずめ保健指導のほうでは、新たに30年度からモデル事業というのを入れて、これは積極的支援の対象者について、昔ながらの保健師さんが延々とやっているような保健指導ではなく、まさに成果を3カ月後にとって、それがどういう手法を展開していったから成果を上げられたのかというのをきちんと分析した上で、それを評価していくという手法を30年度から新たに入れたところ。

そういうことで、新しい手法についても今後検討する余地は十分あるのではないかと考えている。

それから、インセンティブについて、成果指標について、もっと重視すべきではないかというのはそのとおりであろうと思っている。

国保の保険者努力支援制度の前倒しを28年度から始めているが、この28年度から始めた前倒しの中でも、いわゆる成果指標というものは入っている。例えば、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率をどう見るかについては、今、31年度までセットしているが、配点の点数としては年々上げているところ。

また、その配点の背景にある、今だと31年度実施分については、平成28年度の実績を評価してつけるということになるが、達成率がどのくらいあるのかということについては数字をとっており、これについては先日、3月に全国の課長会議を開催し、そのときにも自治体の皆様方にはお知らせしたところである。

個の成果指標について、今後どのように構成比を高めていくかということについては、32年度の保険者努力支援制度のあり方について。また、地方の関係者の皆様とも十分協議をしながら検討していきたいと思っている。

○厚生労働省

生産性の件について、今後ロボットはもちろんICT、AIも含めて大幅な技術革新はあり得るので、その部分は正直どうなるかわからない。逆に、そこに押しつけるのではなく、

私たちがマンパワーとしてできる部分は何なのかというのを洗い出して、確実にできるのがこの要素です。この前提で、確実にできる部分について、決して割り切りとかではなくて、かなり細かく積み上げて推計してみたということであり、逆に言うと、技術革新が影響すればもっと飛躍的に伸びるポテンシャルはあるということである。

○厚生労働省

健康寿命の質問について、基本的な道のりとしては、御指摘のとおり、大体3年に1回ずつを見ながら延していくという形になるかと思っている。

ただ、一方で、補完的指標を新たにつくるということで、この活用の仕方は、正直どういう形で進めるのがいいのかというのは、これから考えていく必要があると思っているが、これは毎年市町村単位で出てくるので、こういったものも活用しながら、実際に健康寿命をどういう形で延ばしていくのかということ、特に健康の場合は地域との連携が非常に重要であるし、横展開の話もあったが、自治体との連携をとりながら、そういう先行事例を展開していくということを考えていく必要がある。

また、ナッジは非常にはやっていて、ただ、一方で具体的な事例はなかなか難しいところがあるが、今回の中でも、がん検診などについては、例えば乳がん検診で、どういう形で書けば受診率が向上するかというものは少しずつ出てきている。こういったものをフルに活用しながら、さらに健康寿命の延伸に努めていきたいと考えているところである。