

第37回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2020年11月25日（水） 14:00～15:58
2. 場 所：オンライン開催
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 株式会社大和総研執行役員
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 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教授
同 赤井厚雄 株式会社ナウキャスト取締役会長
同 星 岳雄 東京大学大学院経済学研究科教授
同 牧野光朗 前長野県飯田市長

（概要）

議題（1）について厚生労働省から資料1を、赤井委員から資料2を、内閣府から非公表資料1及び同2を説明後、意見交換を行った。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

先ほどの提言に関しては、その中で相当程度、私がコメントすべき内容が既に含まれているので、今の説明を受けて1つだけ申し上げる。

KPIの各論に入る前に、数値あるいはデータというところが個別に入っている。私のEBPMの観点からの一つの課題認識として、それらの数値はこの枠の中に書き込まれているが、どういう形でそれを手に入れたのかということに関心がある。

具体的に言えば紙かデジタルかということで、これは今すぐ全てを変えるということではないけれども、将来的にはデジタルをデフォルトとした考え方で取れるものは取っていき、そうでないものについては、冒頭申し上げたように、代替的なKPIを設定するとか、あるいは何らかの工夫をすることが必要だと思う。紙ないしは対面でしか手に入らない数値データは何か、そうではないけれども、過去の通例に従い時間をかけて徐々に下から吸い上げて、媒介者を間に挟みながら苦労して取得しているものは何か、この辺りについて今個別に説明いただく時間はないと思うので、基本的な考え方をお知らせいただければと思

う。

○厚生労働省

今言ったようなことで、これが紙で取られたものなのか、データで取られたものなのかというの整理して、お知らせするようにしたい。

○委員

総論を2点申し上げる。昨日の24日、自民党の政務調査会名で出た財政再建推進本部報告というペーパーを読んだところ、新経済・財政再生計画とその改革工程表に記載された改革、プラスアルファを徹底的に進めるべきという内容であった。この与党としてのペーパーに書かれたことは、ぜひ一つ一つ改革工程表に反映させる検討をお願いしたい。もちろん改革工程表は経済財政諮問会議で決定されるものであるが、せっかく応援してもらっている内容であるし、当然ながら政府と与党が一体となって推進していただくことが重要だと思う。

それから、経済・財政一体改革推進委員会の委員の立場から申し上げると、どのような方向性でいつまでに合意を得て、いつ立法府で議論いただき、いつから新制度を実施するのかという改革の工程管理と進捗評価がミッションだと思っている。その意味で、改革工程表が実質的に決定される前に、今申し上げた自民党のペーパーからの反映状況の確認なども含め、できる限り意見を申し上げる機会を確保していただけると大変ありがたい。

2点目は、改革工程表の様式変更についてだが、基本的に改革工程パートを廃止すると聞いている。もちろん内容的な重複排除は必要であるし、各ワーキング・グループの間の整合性も必要だと思うけれども、改革工程表において改革工程パートが廃止されるということになると、改革工程表の本質を失うことにならないか懸念している。

見せ方はいろいろあると思うので、配慮いただきたいという趣旨ではあるが、工程表である以上は、改革事項に関する検討の結論をいつまでに出すのか、何をいつまでにやるのかといったことが重要である。様式変更の前後で単に情報量が減らないから問題がないということではなく、その質として工程表たり得るものになるよう、ここでお願いを申し上げておきたい。

○委員

私も財政再建推進本部の報告書のその前段階の小委員会でヒアリングを受けており、幾つかプレゼンをした。先ほど委員が言われたとおり、与党の意見が反映されるはずであるが、反映後の工程表に対して、最終決定される前に委員として意見を言いたいと思う。

○委員

私からも幾つかコメントを申し上げる。

まず、厚生労働省から提出された資料についてであるが、新型コロナウイルスの影響ということについて、もう少し教えていただきたいところがある。改革工程表の項目に基づいて資料を作っているけれども、新型コロナウイルスの感染拡大に伴って受診行動はどう変化したかということが知りたい。健診だけではなく、外来、入院を含めてである。

これについては、レセプトを見て、各診療科でどういう変化があったという資料がほかの会議で出たことは承知している。それから、支払い側、診療側それぞれでいろいろな統計を出していることも承知しているけれども、厚生労働省として人々の受診行動がどういうふうに変化したのか、特に、必要だけでもやむを得ず受診抑制したのか、それとも必要がないから抑制したのか、あるいは受診抑制によって健康面でどういう影響が出たのか、そういう包括的な調査結果が欲しい。これは将来どこかの時点で出てくるか非常に気になるので、もし分かれば教えていただきたい。

それから、EBPMアドバイザーボードからの提言ということで、非常に重要な資料をまとめていただいた。中でも私が重要だと思ったのは個人単位でのデータ連結というところである。

御存じのように、マイナンバーを使って保険証の代わりに使えるという仕組みがこれから整備されていくということだけれども、これは医療に関するデータ連結という面では大きなきっかけになるのではないかと思う。だから、マイナンバーをベースにしたデータ連結を戦略的に進めていただきたいと思う。

それから、提言についてもう一点であるが、ここには非常に興味深いデータがあって、クレジットカードのデータを使って人々の行動を把握しているということ。こういうデータのことをオルタナティブデータと言って、景気分析などでも公式の政府統計とは別にいろいろなデータを使って、特に高頻度でタイムリーに状況を判断するときに使われると承知している。健康行動についてもクレジットカードの使用状況を使って、リアルタイムに近い形で、しかも個人属性まで深掘りして分析できるというのは非常に重要なことではないかと思う。

病院や診療所に調査を対処するといつも時間がかかるのは問題のあるところだけれども、こういった新しいアプローチで状況をできるだけ早めに察知して、それを政策に生かすという仕組みは結構重要ではないかと思った。

○委員

私からは2点あり、1つは地域医療構想における病床のダウンサイジングと、感染者を受け入れられる体制の拡充をどうやって両立させるかということである。

今回、資料で感染状況を示していただいているが、例えば1日当たり平均在院患者数のデータは6月まで出ているけれども、今クレジットカードのデータの話があったように、こういう議論をするときにはもう少し最近までのデータを出せないのかということ。特に、感染がさらに拡大している状況で、我々は前から用意した議論があっても、結局、今の状

況を踏まえて議論をしなくてはならない。今日の新聞によると、重症者については大阪、北海道はかなり厳しくて、東京ももう3割ぐらい埋まっているから、あと1週間延びればまずいのではないかとされており、最近の第3波と言われているものについて、少なくとも何かヒントが得られるようなデータをいただきたいと思う。

これについて前回も説明をいただいたが、病床数をダウンサイジングする、感染症患者用の病床を準備するといったように、病床に焦点があるように思うが、これは結局、病床よりも病床に紐付く人間を医師も含めて減らすということにポイントがあるように思う。もし人間を減らした場合に、今度感染が拡大したときにどうやって増やすことができるのか。今の病床数の中で余裕をつくって、それを感染症対応に充てるしかないのではないのか。つまり、これは人間も含めて考えると、特に重症者に対してはそんなにフレキシビリティがないのではないのかということが心配される。我々としては感染症対策を可能にする、さらに能力を高めた上で病床のダウンサイジングによる医療費削減を進めていきたい。そのことが医療保険を守るために必要だと言おうと思っているが、その辺、しっかりと対応ができるということを示していただきたい。

もう一つは給付と負担の問題で、今までの年齢を基にした負担から負担能力を基にした負担に変えるという大きな改革だと思う。私はその考え方自体は間違っていないと思うし、実際、欧米の国でも多くは負担能力を基にして負担を決めると思うが、問題は負担能力、つまり所得、資産のデータがどれくらい入手できるのか。医療行為と所得の紐付けについて、別の研究会で「日本のデータベースではできなかったものができるようになった」ということを聞いて非常に力強く思ったが、できるだけ早い時期に、年齢から負担能力に応じた負担に切り替えるためにはどのデータが必要で、それはどうやったら手に入るのか、マイナンバーによる管理を強化すればできるようになるのかということ、早急に、着実に議論を進めていかないと、いつまでたっても実現できないのではないのか。やはり所得も資産も把握できない中で社会保障をやるというのは無理があると思う。だから、そのデータの進め方と一緒に進めていただきたい。

○委員

3点申し上げる。1つは新型感染症と地域医療構想について、今回、資料1で新型コロナの影響を示していただいた。特に受診抑制は非常に大事だけれども、実際に現場にいると、新型感染症対応のために救急対応あるいはがんの手術を抑制せざるを得ない。できる急性期病院ほど救急対応もやるし、がんの手術もやるし、新型感染症対応もやるが、中規模都市の病院が今かなり傷んでいる状況で、救急の受入れができない、あるいはがんの手術ができないといった影響もきっちり見て、今後の地域医療構想に活かさなければいけない。やはりきちっと地域で分担をしなければいけないと思う。それが、できる病院に全部が集まってしまって、一つの病院がクラスターを起こすと地域全体の医療が崩壊といったことが今北海道で起きつつあるので、直接このワーキンググループの論点ではないかもし

れないが、地域医療構想の推進という意味ではそこはとても大事な視点なので、ぜひその視点を、今後の第8次医療計画にもきちっと書き込んでいただきたいというのが1点目。

資料1の1ページ目に新型コロナウイルスの影響を受けた項目として、骨粗鬆症健診の受診率と受診者数について記載があるが、骨粗鬆症そのものが疾患だから、健診だけではなく実は病院でもかなりの数、もし前期高齢の女性であれば、昨年度だけでも病院で骨塩定量検査は185万件ぐらい実施されている。そうすると当然、病院で骨塩定量検査数をたくさん伸ばせば健診受診数が伸びないのは当たり前で、本来合わせて考えるべきものが健診だけがぼつんと出てきて、病院・医療機関のものが全く反映されていないため違和感があった。こういったものはもう既に疾患だから、健診だけではなく医療で捉えて、合わせて見ていかなければいけないし、実は骨粗鬆症の検査だけではフレイルの予防にもならない。

治療に入って、実際に治療の継続率がどれぐらいあるのかということも把握して、初めて骨粗鬆症による病的骨折を予防できるわけだが、我が国は非常に継続率が低く、2年間で半分以上の方が治療を中断しているということが分かっているので、難しいけれども、そういうこともモニターの項目に入れる必要があるということ。

最後に、レセプトデータの活用についていろいろ議論が出ているが、データプラットフォームの話もそうだったし、EBPMアドバイザリーボードの話もそうだったけれども、レセプトデータというのは御存じのとおり請求データなので、政策立案に活用するには不足している部分が多々ある。

だから、レセプトデータが今最も医療分野でそろっているビッグデータの一つだと思うけれども、今後これを政策立案の軸として活用するのであれば、例えば郵便番号を入れるとか、あるいは傷病名の付け方をちゃんとルール化するとか、早めにレセプトデータの中身を調整して使える形にしていかないと、単にレセプトデータを集めて分析しても何も見えてこない。

例えば、先ほどの骨粗鬆症の関係で言えば、我が国で1年間に何件の大腿骨頸部骨折があるのか、何件の椎体骨折があるのか、実はレセプトを分析してもどこにもデータがないので誰にも分からない。それは病名の付け方が不十分なので分からないわけだから、そういった疾病統計を使うのであれば、今後きちっとしたルール付けをやっていく必要があると思う。

○委員

私から2点コメントする。

一つは、政策効果の検証と見直しという視点から。今日はEBPMアドバイザリーボードから本当に貴重な御提言があった。今後、データの検証が進んでくると思うが、そうすると具体的な政策にどうやって反映していくか。今も話があったが、政策は一つ一つ独立しているわけではなく関連があるので、具体像を共有しながらデータを検証していくことが非常に重要かと思っている。

例えば資料2、アドバイザーボードの御提言にあった健診・重症化予防等の再評価というのは非常によいタイミングだと感じた。最近の検証の論文がいろいろ出ているが、共通要素としては予防の政策の実施率が低いために、対象者全体で効果が認められないということかと思う。

我々もある県で100万人規模のデータ分析をしたときに、実はこの6年間、毎月の新規透析導入患者数は全く変化がなく、重症化予防の効果が全く見られなかった。重症化予防の受診勧奨をして医療機関を受診するのは全国的にも約13%、保健指導プログラムまで参加するのはたった2~3%なので、もちろんこれは仕方がないと思うが、そういう意味では国民に対する啓発も重要だけれども、例えば健診を受けたら保健指導とか重症化予防がセットでついてくる。健診や高齢者だとかかりつけ医になるが、そこが起点となって予防がそこで全て完結するような仕組み、プロセスにしていくことも大事かと思っている。

資料1の10ページ目だったと思うが、例えば静岡県の聖隷福祉事業団という健診機関では毎年50万人の方を健診しているが、協会けんぽと契約して、バス健診の当日にオンラインを用いた保健指導をセットにしている。そうすると、保健指導の実施率が上がっていく。しかも、翌年度以降も皆さん健診を受け続けることで、検査値がよくなるはならないが悪くもならない。全国で既にこういった事例があるので、これからEBPMが本当に進んでいくのはよいこと。今日は私もこういったつながりを具体的なイメージを共有しながら進めていきたいと感じた次第である。

○委員

幾つかコメントを追加させていただく。

まず、委員からもコメントがあったように、日本のいろいろな健診の評価などは分母がはっきりしない。例えばがん検診にしてもそうだけれども、実際に誰ががん検診を受けているのかということが、レセプトと紐付けて分析できない状況になっている。そういう部分はマイナンバーなどを使ってこれから改善することになると思うけれども、これは実はほかにもいろいろなことがあって、今回、感染症の影響について最初に説明があったけれども、例えばこれからワクチン接種を進めるときに、麻疹やインフルエンザなどは特にそうだけれども、そもそも実際にその地域でどれくらいのワクチンの接種率になっているかというデータがないと感染症対策はできない。そういうベースの情報をどのようにつくっていくか、もう一回データのつくり方を考えたほうがよいかと思う。

感染症に関連して、例えばドイツで面白いデータが出ているが、ドイツでは実は死亡者の6割が要介護高齢者で、20%以上が施設入所者であったというデータが出ている。そのような弱者をどのようにコントロールするかが死亡率を下げることにもつながるし、医療崩壊につながらないポイントになると言われているが、実際に自分の手元データで分析してみた。小さなデータなので一般化するのは難しく、もっと大規模にやらなければいけないと思っているが、手元のデータを65歳以上で見ると、やはり死亡者の6割が要介護

高齢者であり、施設に入所している人が25%ぐらいであった。日本の場合はまだ施設が小規模なので、そこでクラスターが起こったとしても数人規模で済んでいるけれども、ヨーロッパの場合、500人とか700人という大きな高齢者施設が多いので、そこでクラスターが起こってしまうと医療崩壊につながりやすいし、死亡者も増えるということですが、現下のコロナの広がり方を見ていると、いかに高齢者施設におけるクラスターを防ぐかということが課題だと思っている。手元のデータでこんなことができるが、実はこれはKDBのデータを使えばすぐできるはずである。KDBでは、介護保険を使っている人は医療保険とも連結して分析ができるようになっているが、これはかなり喫緊の課題だと思うので、ぜひそういった分析を厚労省と国保中央会でやっていただきたいと思っている。

次にジェネリック医薬品について、ジェネリック医薬品の導入・推進はフランス、オランダ、ドイツなど、ヨーロッパ諸国でやってきているが、今から10年ぐらい前のフランスのレポートだったと思うが、ジェネリックの導入効果が新薬シフトで全部消えてしまったとのこと。医療費適正化ということを考えてときに、ジェネリックの導入効果と新薬が入ってくる効果を組み合わせて分析しないと、医薬品の適正化政策につながっていかないと。今回いろいろとつくっているKPIの指標相互の関連性の問題だと思うので、その検証が少し必要だと思う。

ちなみに、フランスの場合には、ジェネリックの導入効果が新規医薬品で消えてしまったことも踏まえて、保険適用とすべき医薬品の見直しをかなり広範にやっている。要するに、もう効果が薄れてしまったもの、あまり使われていないものはどんどんOTCに移す。OTCに移したもので医師の処方箋が特に必要がないものについては、保険収載からも外していくということをやっているが、そういうことを考える時期に来ているのではないか。

あと、データのつながりについて、どうしても医療扶助のデータと医療保険のデータ、特に後期高齢者医療のデータが繋がらないと正しい姿が見えない。生活保護に陥る原因として病気を理由とする割合が非常に大きいので、そこをつなぐような仕組み、これもマイナンバーになると思うが、ぜひ早期に整備していただきたい。

○委員

今、社会保障分野はかなり大変な状況だと思う。新型感染症対応をしっかりとやらないといけないし、その一方で社会保障改革をしっかりとやらないといけないしと、両にらみであり、データに関しても両方の話が出てくるので、厚労省としてはかなり大変な状況というのはよく分かってはいるけれども、改革工程表なので、新型感染症で短期的な対策をしなければいけない部分と、しっかり時間をかけて構造的な改革をしなければいけない部分とを分けて考えて、分けて議論をして、分けて整理をして、改革工程表に載せるべきものは載せていくことが大事ではないかと思う。そう申し上げるのは、新型感染症への対応により長期的に取り組まなければいけないものがうやむやになっては困るので、そういうところは時間をかけてでもしっかり押さえていくことが必要ではないかと思っている。

それから、データの話に関してもそういう面があり、今日厚労省から現下のコロナ禍の中でどこまでデータが取れていて、どういう対応ができるかという説明があったけれども、これはこれでとても重要で、かつ、これから感染症対応としても取れるもの、あるいは使えるものがいろいろあるのではないかという話はアドバイザリーボードでもあった。例えば資料1の8ページ、特定健診の実施状況について、これはとてもよいデータだと思うけれども、このデータはアンケート調査で最終的な回答機関数が180機関で回答率が39%ぐらいとの説明であった。データを取らないよりは当然よいし、このデータがそれほど歪んでいるとは思わないけれども、例えば毎回こういったアンケートを取るわけにもいかず、状況がどうなっているか幅広く分析しようとするれば、アドバイザリーボードから提示のあったクレジットカードのデータなど、そういったデータをサポートとして使うことによって、このアンケート結果の正確性、あるいは長期的にこういう状況が続いているかどうかという分析のサポートに使えるだろう。そういう意味では、こういったアンケートで得られるデータをもう少し補強していく可能性はいろいろあると思うので、この辺りできる範囲でしっかりやっていただきたいというのが1点目。

ただ、繰り返し申し上げるが、短期的な話だけではなく、中長期的に考えていかなければいけない話でいけば、データの整備や、どういうデータを使うか、あるいはどういうデータを取るか、さらに言えば、どういう分析をするかというところで、どちらかというところと今すぐできないし、今すぐ効果は期待できないけれども、やはり着実にやっていかないといけない。特にデジタル化という中でやれるはずだし、やらなければいけないものが大分出てきているので、ここはしっかりやっていただきたい。

その点で、感染症対応により工程を少し見直さなければいけない部分は当然出てくると思う。ただ、何年かかけてやるはずだったものが全部消えてしまうというわけにはいかないと思うが、根本的に見直すべきものはもちろん見直さなければいけない。

ただ、感染症が収束してくれば、2021年度はできなくても、22年度、23年度というふうに後ろ倒しで実施できるものはできるはずなので、ここはもう少しそのような方向で考えていただきたい。21年度は書いてあるのだけれども、22年度、23年度は白紙という項目は全部ではないが結構多いので、現状から考えると感染症が収束するまではなかなかできない部分も多いと思う。どちらかというところ21年度は白紙だけれども、22年度、23年度はしっかりやりますという項目がもっとあってもいいように思うので、この辺りもう少し精査をしていただければと思う。

それから、KPIの設定がないものも多いが、これまでKPIはどうしても取れる数字で見せるということにならざるを得なかった部分は正直あったと思う。社会保障分野に限らず改革工程表全体の非常に大きな課題だったが、数字で見せられるものはこのぐらいしかないということで設定せざるを得なくて、結果的にそのKPIがそう簡単に実現できるものでなかったりしたものがあると思う。その点で考えると、データを取ることによって、取れるデータでより適切なKPIを設定していくことができるようになっていくはずだと思う。それが

多くの方がアウトカム指標とおっしゃっていたことなので、今すぐできないのかもしれないが、ここも少しプロセスを踏んで、より望ましいKPIの開発ということも考えていただきたいと思うし、最初に申し上げたように、現在取れることになったデータは随分あると思うので、その点をうまくKPIに取り入れていただければと思う。

○委員

どういった合意形成を図っているのかということについて、例えば法定外繰入の話はもう長年の課題で、国と自治体側でどれだけ突っ込んだ話し合いが行われてきたのか。正直申し上げて本当に突っ込んだ議論がされているのかなといった感覚を持っている。むしろ合意形成のやり方についても、本来であればしっかり改革工程表の中で考えていくべきものだと考えており、単に自治体側が納得しないからといった言い方は、自治体側から見ればまだそんなに突っ込んだ議論をされていないのに、とさえ受け止められかねない。そういうことも感じる所。やはり、法定外繰入のように国と自治体の間での合意形成をどう進めるかということについても、ある程度この改革工程表の中に反映させていくことが必要かと思っている。

○委員

「新型コロナウイルス感染症の影響について」という資料の4ページに「生活保護制度や生活困窮者自立支援制度等について」という部分があって、ここで「支援に大きな支障が生じていない」とあるけれども、私は新型コロナウイルスによって生活困窮者が非常に増えたという印象を持っている。「支援に大きな支障が生じていない」ということは、それに簡単に対応できたということなのか？増加した生活困窮者を十分に支援することができたということなのか？それだったら素晴らしいことだと思うので、どうしてそれがうまくいったかということを記録しておくことが重要なことだと思う。

○内閣府事務局

まず、全般的な話、現段階の考え方というところについて内閣府から回答する。

最初に発言のあった与党の御意見、もしくは財政再建推進本部の報告書について、当然、改革工程表自体は関係省庁間でしっかりと調整した上で記載しているところなので、いろいろな状況も踏まえながら調整した上で、記載内容を考えていきたい。

KPIの数値割合について分子・分母をはっきりという御指摘があった。できるだけ誤解のないような形、もしくは状況が分かるような形で記載を工夫したい。

○厚生労働省

私のほうから4点お答えする。まず、1つ目に地域医療構想の関係で、要するに、地域医療構想をめぐってはまず足元のコロナ対策をどうするのかという論点と、今後、新型コ

ロナのような新興感染症が起きたときにどういうふうに対処していくのか、それから中長期の医療需要の質・量の変化に対してどう対応していくのか、この辺はちゃんと分けて議論することが大事だということで議論を進めている。

その意味で、中長期的に需要が減少していく、あるいは質的にも変わっていくということ、一方で、次に今回のような新興感染症が発生したときにどういう対応をしなければいけないのか、そのためにあらかじめどういう準備をしていかなければいけないのかといったことについて、それぞれ関連性を持ちながらも分けて議論をし、だんだん関係者の足並みもそろってきたと思っている。

足元の話については、医療機関の中でのゾーニングをして役割分担をする、それから医療機関間での役割分担も含めてよく整理が必要だと思っている。

地域医療構想そのものについては、今、感染が広がっている中で、事務局を務めるのが都道府県や保健所であるので、事務的な面でもかなり負荷が大きいことをどう考えるか、今後、工程を具体化する中でよく考えていきたいと思っている。

その関係で、データをより新しくという話があった。その意味でいくと、今回の新型コロナウイルスに関しては、例えば今何人入院されているのか、先週の14日現在で5,911人というデータを、毎週金曜日にホームページ上で公表しているので、必要があればお届けする。

それから、ジェネリック医薬品の話についても、次なる目標ということでよく検討し、提案していきたい。一つ、地域差があるといった指摘もあり、全体は8割近くになっているけれども、地域差をどう考えるかといった辺りをよく考えていきたいと思っている。

それから、医学部定員の話について、要は長期的な医療需要、医師需給を考えると、定員について見直していくことが必要だという問題認識である。入学の2年前に定員の方向性を示すという事実上のルールが文科省などとの間であって、今年の春は設定できなかったため令和4年からの見直しは見送ったが、来年3月を目途に次の令和5年からのルールについては示していきたいと。大きな方向感としては臨時定員を減らしていく。ただし、医師偏在を是正していかなければならないから、地域枠の設定をどういうふうにするかということも議論しているところである。

最後に、受診行動の話について、これは非常に興味深いし、恐らくいろいろなパターンがあるだろうと思う。やはり本当に受診を控えてしまって病状が悪化したという話も聞くし、何となくよく行っていたが受診を控えたというケースもあるかもしれない。あるいは、感染症対策をやっているがために感染症そのものが減った。例えばインフルエンザなどはこの瞬間は流行していないが、そういったような変化もあるのだと思う。これがなぜ減ったのかということについて、どういう形で調査をすればいいのかなかなか難しく、今3つ申し上げたけれども、誰がその違いを判断するのかということもあるので、この辺りはインタビュー調査にしかならないかもしれないが、どういうやり方がいいのかというのはいろいろ検討していきたい。

○厚生労働省

生活保護の就労支援等について御指摘の点であるが、大きな支障が生じていることの確認はされなかったというところは、幾つかの自治体にヒアリングした結果である。これはあくまで幾つかの自治体のヒアリングなので、全国的な実績は今後また把握していきたいと思うが、足元では生活保護の被保護者自体は増えていないという状況である。

一方で、新型コロナウイルスの影響により生活困窮者住居確保給付金の支給件数が伸びている状況等があり、生活困窮者自立支援制度については今後実績を把握していくこととしている。

○厚生労働省

先ほどご意見があったとおり、分母が分からないという点についてはできるだけ明確化したいと思っている。その中で、骨粗鬆症について分かりづらいという意見があったけれども、対象は40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳という5歳区切りの女性を対象にしており、全体では600万人程度になっている。

同時に、委員からは医療につながっている方が185万件ほどいらっしゃるという御意見があり、例えば生涯を通じた女性の健康支援の強化ということであれば、治療の継続率もきちんと踏まえたデータを取るべきではないかという御指摘と理解した。この点については、目的に応じてそうしたデータが実際に取れるのかということも含めて、今後しっかりと考えていきたいと思っている。

もう一点、PHRの関係について、個人単位でのデータ連結を念頭に置いた取組ということで御質問を頂戴した。厚生労働省においては、マイナンバーカード・マイナポータルを活用して、PCやスマートフォンを通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みをしっかりとつくっていくことが必要だと考えている。

加えて、PHRとしてはマイナポータルから提供される健診等情報と併せて、歩数とか食事歴などのライフログを組み合わせて、適切に、個人に寄り添った介入が可能となると考えている。そうすることで国民ニーズに合った健康づくりを進めることになると考えており、今年策定した集中改革プランに基づいて、現在、健診・検診データの標準化に速やかに取り組んでいるので、引き続き健診範囲の拡大、対象となる検診の拡大と併せて進めていきたいと考えている。

○内閣府事務局

健診の関係につきましては、資料2、アドバイザリーボードからいただいた提言に「各種健診の効果を再評価」という御指摘もあるので、しっかり受け止めたい。もしよろしければ、特定健診はまた次回議論したい。

また、今回委員の皆様方から、データ関係の連結、もしくはその活用について、多岐にわたって御意見をいただいた。これにつきましても関係省、関係部署とよく相談させていただければと思う。

○委員

この改革工程表はかなり注目を集めているものである。改革工程表なので、改革がしっかり進むということが何よりも大事で、そのプロセスを管理していくための工程表なので、今日、委員の先生方から様々な御意見が出されたが、いずれもとても重要なものであり、改革を実質的に進めたいと思うので、今後、また御協力をお願いしたい。

以上