

第5回 評価・分析ワーキング・グループ 議事要旨

(開催要領)

1. 開催日時: 2017年11月24日(金) 10:00~12:00
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

主査	伊藤 元重	学習院大学国際社会科学部教授
主査	高橋 進	日本総合研究所理事長
主査代理	鈴木 準	株式会社大和総研政策調査部長
	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
	伊藤 由希子	津田塾大学総合政策学部准教授
	宇南山 卓	一橋大学経済研究所准教授
	小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授
	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
	藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科・医学部教授
	古井 祐司	自治医科大学客員教授
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授

越智 隆雄 内閣府副大臣(経済財政政策)

(議事次第)

1. 開会
2. 議事
中間評価に向けた個別制度・施策の効果分析(インセンティブ改革)について
3. 閉会

(配布資料)

- 資料1 効果分析全体像のイメージ(社会保障関係)
- 資料2 健康投資による効果検証について(古井委員提出資料)
- 資料3 予防・健康づくりと医療費適正化関係(厚生労働省提出資料)
- 資料4 後発医薬品の使用促進(厚生労働省提出資料)
- 資料5 介護費の地域差縮減(厚生労働省提出資料)
- 資料6 経済・財政一体改革に係るEBPM推進の取組について(生活保護受給者への就労支援施策の試行的分析)

(参考資料)

参考資料1 経済・財政一体改革に係るEBPM推進の取組について(第4回評価・分析WG資料抜粋)

参考資料2 EBPMに向けた課題 生活保護受給者への就労支援に関する調査と「被保護者調査」を用いた分析(東京大学 市村氏、川口氏、深井氏、鳥谷部氏 提供資料)

(概要)

(資料1について内閣府(経済社会システム担当)より説明)

○内閣府(経済社会システム担当) 効果分析全体像のイメージということで、資料1を配付させていただいている。こちらについては社会保障関係の中でも、医療と介護について整理をさせていただいている。まず医療であるが、こちらについては本日議論いただくインセンティブ改革ということで医療費の地域差縮減や、後発医薬品の使用促進、健康経営の関係、こうしたものが考えられているが、そのほかにも診療報酬や患者負担の見直しといったような医療費の伸びに大きく影響する政策がある。

医療費の伸びについては、要素別に見ると人口の伸び、受療率の動き、患者一人当たりの医療費などが要素として関与してくる。人口については御承知のとおり減少に向かっているが、受療率については若干下がりぎみ、少し誤解を生むところがあるかもしれないが、年齢階級別に見ていくと若干下がっているということである。もちろん高齢化があって、総人口で見えていくと横ばいあるいは若干下がっている、ばらつきがあるという状況である。今後も地域医療構想の実現などを通じてトレンドを維持していく必要がある。

患者一人当たりの医療費がどうしても伸びてしまっている。要因としては高齢化の要因もあるが、医療の高度化や、その他の要因といったものがかなりの割合を占めているという状況になっており、ここについては、単価は診療報酬などに関わってくるし、回数、年齢階層別にもいろいろな動きがあるので、ここを細かく分析しながら対応を考えていく必要があると思っている。

こうしたことの結果として、一番右側の下の参考にあるが、これまで、医療の関係については、去年はオプジーボの薬価引き下げや、いろいろな負担の見直しといったようなこと、あるいは協会けんぽの国庫補助の見直しといったようなことなどを通じ、伸びを抑制する努力が続けられてきているところであるが、一番上にあるように医療費が上がってきている。こうした分析を通じ、来年の中間評価を経て新しい出口を考えていく必要がある。

介護も基本的には同じような構造になっており、本日御議論いただくインセンティブ

改革として、介護費の地域差縮減ということがあるが、その他の要因として介護報酬あるいは給付対象や供給量のコントロールといったようなこと、あるいは負担の見直しといったことが影響してくる。介護費の伸びを要素別に見ていくと、分母である被保険者数については高齢化の要因等によって増加しているし、認定率、利用率についても在宅はかなり伸びていて、施設は一定程度これまでの努力が効いている部分も出てきていると考えているが、そのほか受給者1人当たりの介護費といったところも、なかなか伸びが抑えられないというような状況であるので、このあたりも単価、回数などを要介護度別にしっかり分析して、改善につなげていくことが必要になると思っている。

介護についても、高齢化の要因がかなり大きく、その他の要因は割合としては医療と比べると大きくないので、これまでの努力ということで、例えば、去年は介護納付金の総報酬割など、こうした対応がされているが、やはり介護費は伸びてきているということである。こちらでも中間評価を通じて対応を考えてまいりたい。

(資料2について古井委員より説明)

○古井委員 3ページ、はじめに健康経営とは、重要な経営資源である従業員の健康に投資をし、健康になること自体が最終目標ではなく、それを通じて社員のモチベーション、生産性向上を図るなど、社員、企業がともに成長することを狙う経営戦略である。今回はこれによる医療費や労働生産性、健康増進に関する効果を試算した。

3ページ目は経済産業省からの資料をもとに、健康経営で目指すことを下半分に整理した。健康経営の実践、普及の段階、短期、中期、長期によって適切な評価指標も異なる。

4ページ目から先行研究を整理した。海外での先行研究が多いが、基本的には評価手法として投資利益率(ROI)を用いている研究が多い。これまで有名な研究の1つとしてジョンソン・エンド・ジョンソンの事例があるが、1ドル投資をすることでどのぐらいのリターンがあるか。このリターンというのは、医療費や労働生産性の損失額、アブセンティーズム、プレゼンティーズムといったところを指標に置いている。なお、それによる売上や人材雇用に与える影響の検証はまだない。

続いて5ページ目である。これは数年前になるが、今までの先行研究のレビューということで研究のデザインや質といったところに基準を置いて、62の研究論文をレビューしている。比較的長期で、しかも強い介入をした結果を経済的な指標の変化で捉えている。一貫して健康投資による効果はポジティブになっている。右下に62報の平均の効果が示されている。

6ページ目は米国で職場の健康投資のベストプラクティスを共有し、評価する目的で設立された非営利の組織、通称HEROである。こちらでは職場の健康増進に関する組織体制やプログラムへの参加率、費用、成果といった部分をオンラインの仕組

みを用いて確認する仕掛けとなっており、1,000社前後が評価を受けている。新しいバージョン4で555の企業が評価を受け、その分布図が右下にあるとおりである。

このHEROで実施しているのが次の7ページ目であって、どれだけ健康に投資をしているか、取り組みがすぐれているか、このようなHEROスコアと株価の実績との関連性を評価している研究である。これは数年間の株価の実績をもとに、S&P500社と比べて、HEROの高得点グループに1万ドルの投資をした場合のシミュレーションで示されている。当然、高得点群のほうが上昇率は高い。右のグラフはHERO以外にも幾つかそういった団体があって、その点数で株価を見た論文になっている。あくまでもここに記載したように相関であり、介入したからというような因果関係が証明されているわけではない。

8ページ目は経済産業省、厚生労働省の協力をいただいて、保険者のデータヘルスのデータと突合し、3年間の経年で健康経営の得点と比べたものである。これは健康経営度調査によるものである。なお、プレゼンティーイズム、アブセンティーイズムに関しては、WHO-HPQの指標を用いている。その結果、健康経営を行っている高スコア群の企業では医療費、メタボ該当率などの健康リスクの保有率が低スコア群の企業を下回って、すぐれていた。

9ページ目からが今回の試算である。健康リスクによってどれだけの医療費や労働生産性損失額が違うかを計算値から求めたものである。

(1)のように性・年齢階級に分けて、血圧やメタボリック・シンドロームといった生活習慣病のリスクと、それに関係する一人当たり年間の健康関連コスト、これは医療費だけではなく、前述のようにアブセンティーイズム、プレゼンティーイズムといったコストも換算している。4万人の大企業の従業員を対象に実施した調査である。

(2)では健保組合、協会けんぽそれぞれの適用事業所について、性・年齢階級別に推計をしている。

一番下にシナリオがあるが、健康リスクを低・中・高に分けて、シナリオ1は健康リスクが一番高いグループの1割が健康リスク中に移行する。シナリオ2は中の1割が低に移行する。3は1、2のプラスである。この1割というのは仮の値である。例えばメタボ保健指導で参加者が大体3人に1人、うち改善者が参加者の3人に1人とすると、10分の1程度ということ。

10ページ目のところが、データヘルスにおける健康リスクの定義である。また、右下にあるように、基本的には集団を低リスク、中リスク、高リスクに分け、従業員の健康リスクと年間の健康関連コストをひもづけて推計をするという構造である。

そのような仮定を置いて、11ページ目がシナリオ1～3に従ったものである。シナリオ1が健保組合の適用事業所、協会けんぽの適用事業所でそれぞれ600億円、510億円、シナリオ2が同様にそれぞれ1,050億円、1,040億円、シナリオ3がその合計値。改善者一人当たりの削減額というのが①では29万円、②は21万円となっている。な

お、今回の推計は記載の通り種々の制約下で行っている。

最後12ページ目はまとめである。先行研究は欧米が多いのだが、日本と比べて対象者が限られ、捕捉率が低い。それから、プログラムベースの検証が多いので、マクロでの影響を評価した研究は少ない。日本同様、大企業がメインの対象になっているというような特徴がある。

今後のデータヘルスをベースにしながらの健康投資の検証という課題として、全国レベルで検証するスキーム及び手法の構築がある。それから、昨年 of 報告書で提言いただいたように、データヘルス・ポータルサイトといったツールを使っていただいて標準化を進めていくことも重要。協会けんぽ、国保での徹底が必要である。

13ページ目はその関連資料になる。

○大橋委員 資料2についての質問。11ページ目に高リスクの人が下がるとどれだけ削減額があるのか計算していただいたが、健康経営やデータヘルスを行うと、あるいはどういう行い方をすると、リスクの移行がどれほど起こるのかというところが見えなかったもので、そこを教えていただけるとありがたい。

○古井委員 資料2の10ページ目、今回は構造的に試算をしたので、欧米の先行研究と同じように従業員の健康リスクのレベルを低・中・高の3層に分けて、各層ごとにかかっている年間の医療費、労働生産性の損失額を算定した。これを用いて、高リスク層から中リスク層、中リスク層から低リスク層に、一定の割合が移行したことによる軽減額を算出した。

血圧やメタボリック・シンドロームといった生物学的リスク、たばこや飲酒、運動習慣等の生活習慣リスク、ストレス等の心理的リスクが良くなると、リスクが減ることになる。また、先ほど申し上げたように特定保健指導の対象者がプログラムに参加し改善する割合である1割程度の移行(リスク改善)で算定した。保健指導のほかにも、ラジオ体操や血圧測定による体調管理といった各種健康プログラムによる改善が考えられる。

○佐藤委員 同じ11ページの質問なのだが、2点ある。まず今回は効果を検証されているが、コスト面はどうなのか。つまり、仮に高リスクの方を1割リスク中に移行させる、それに伴う費用にこの効果は見合っていると考えられるのかどうか。具体的にどのような試みによってリスク削減を図るか次第だと思う。

2つ目だが、シナリオ①と②を総額ベースで見て、高リスクの人を中リスクにするよりも、中リスクの人を低リスクにするほうが、対象者が多いということもあるが削減額が大きいということだが、仮に高を中にするよりも、中を低にするほうが楽であれば、実はターゲットは真ん中のリスクの人をより健康にする、つまり重度の人はもう遅過ぎると諦めて、真ん中の人を健康にするほうが実は効果がある、これはコストを見ないとわからないが、費用対効果的には高いという解釈も出てくるのか。

○古井委員 非常に貴重な御意見であって、まず前半の話は費用対効果では残念な

がらまだ算定できていない。例えば高リスク者への保健指導は1万円から3万円とされている。それから、中・低リスク者への情報提供は一人100円から300円で実施されており、どのような介入をどれだけの頻度で実施するかによって変わる。

後半の御質問も示唆があり、たとえば同じ個別介入プログラムを実施したときに、60代と40代では後者のほうが改善率が高いという結果がある。ご指摘のように、低リスク者を低リスクのままにすることは相対的に費用対効果が高い可能性があり、まさに研究を進めているところ。

○高橋主査 この検証の対象というのは、64歳ぐらいまでの方ということだと思うが、例えば医療費や介護費を考えたときには、現役のときのリスクの高さが、老年になっても改善しないまま、非常に高い医療費につながっているのではないか。高リスクの方は老齢になってからいろいろな病気を併発して、非常に医療費がかかっていくというようなイメージがあるが、そのあたりについての検証、調査というのはあるか。

○古井委員 そこは予防医学的にも重要なポイントで、レセプトなので確定診断ではないのだが、退職期である60代は重症疾患の好発期にも重なっており、残念ながら今回は退職後の国保データとつながっていないため、働き盛り世代の予防で健康リスクをなるべく抑えることが重症化防止につながっていることまでは検証できていないが、最適な予防を探るには大事だと思っている。

○石川委員 この資料2の事例では、例えば土木や製造業がケースとして出ている。また、データベースとしては大企業だということだが、先ほどの佐藤委員のどこをターゲットにしたほうが効率的かということに関連し、例えば企業規模やそれ以外に業種や職業、例えばオフィスワーカーのような第三次産業の人たちが取り組みをしたほうが、効率的な効果が得られるということもあるかもしれない。そのあたりは何か分析など考えているか。

○古井委員 今、横浜市でまだ少数だが中小企業の健康経営評価を始めており、大企業に比べると中小企業のほうが企業間格差は大きい可能性が示されている。それから、業種で言うと、例えば建設、工場系では血圧が、販売、運送では血糖が上がりやすいというように、どの業種に、どのような健康課題があり、どういった介入が効果的か、データヘルスで分析が始まっている。

また、若年でリスクが小さいほうが改善率は高いが、参加率は非常に悪い。したがって、例えばその会社に勤めていると日々血圧をはかったり、バランス良い定食を口にするなど、知らない間に健康行動をしているような環境整備が重要だ。

○鈴木委員 1点は確認なのだが、健康関連コストに関するデータヘルスを活用した推計の被用者保険だが、これは従業員という意味で本人だけが対象か、それとも被扶養者も入っているのか。特定健診受診率は本人と被扶養者で大分違うという問題があると思うので、その点を確認させていただきたい。

もう1点、HEROのスコアカードの高得点企業群の株価がS&P500にアウトパフォー

ムしているという話だが、海外では年金基金などの投資家はこうした知見をどれぐらい使っているのか。つまり日本でも日本健康会議のような取組みや、健康経営銘柄に選ばれるか選ばれないかというプレッシャーは一部にあるわけだが、事業会社に対して投資家など外部から、こうした実証分析に基づいて、健康経営をやるべきだというプレッシャーが海外ではどれくらいあるのか、もしコメントがあればいただきたい。

○古井委員 1点目のご質問は、今回は被保険者本人のみを対象としている。2点目だが、アメリカでは大企業が民間の医療保険に加入するが、保険会社の一部では企業のこうしたパフォーマンスを評価しており、企業側のプレッシャーになっているというのを伺っている。日本では来年4月から、厚生労働省で特定健診・保健指導の実施率を公表するということが、一部の企業ではリクルートへの影響を含めて前向きに意識されていると伺っているので、今後そういった動きはウォッチしたい。

○藤森委員 1点教えてほしいのだが、健康関連コスト、これは医療費プラス休業等に伴うコストということで、その割合というのは年代別あるいはリスク別に相当違うものなのか、あるいは一定程度の傾向があるのか。

○古井委員 ご指摘のように、全体では医療費が1割から2割程度である。残りがアブセンティーイズムとプレゼンティーイズムになっている。性別では、女性のほうが若年からプレゼンティーイズムの占める割合が比較的大きい。また、年齢に関しては若い人のほうが医療費が少ない分、プレゼンティーイズムが大きく、年代が上がるとプレゼンティーイズムがよくなる傾向がある。仕事のスキルが上がり、結果として生活習慣がよくなるのかなどは不明だが、そうした傾向がある。

(資料3について厚生労働省より説明)

○厚生労働省 1ページ目に対策の全体像をまとめている。1つは、保険者による予防・健康づくりである。特定健診・保健指導は、腹囲が男性は85以上、女性は90以上で血糖・血圧・血中脂質のリスクが高い者に個別指導を行う。予防・健康づくりについて、それまでは自治体の事業であったものを、平成20年度から、メタボ対策、生活習慣病対策として、保険者の法定義務に位置づけた。

ちょうど10年経ったが、特定健診を受けている方は、直近の平成27年度の数字で2,700万人である。制度導入時は2,000万人だったが、毎年100万人増えている。実施率もようやく50%を超えたが、目標は70%なので、さらに実施率の向上に努めていく。きちんと個別指導である保健指導を行っていただく必要があるので、来年度からの見直しであるが、実施率をより向上させることができるようにルールを緩和した。3カ月で腹囲が2センチ、体重2キロの結果が出ていればやり方は問わないというモデル的なやり方も取り入れることにしている。

また、前倒しであるが、特定健診・保健指導の実施率を各保険者別に今年度の実績から全て公表することにする。どこの健保組合、企業ができていないかがわかる

ので、見える化をしていく。他方、特定健診については、血清クレアチニン検査の導入や歯科の関係など、充実も図っている。

もう一つは重症化予防の関係である。特定保健指導は服薬していない方が対象だが、糖尿病重症化予防は治療中で服薬をしている方々が対象である。かかりつけ医と保険者との連携が大事なので、地域レベルでの保険者と医療機関との連携を進めていく。自治体において縦割りを排除してうまくやっている事例などを厚生労働省で公表して、自治体に共有しながら進めていく。

また、2,700万人の特定健診データについて、国で分析して例えば、特定保健指導の効果は1人当たり年間6,000円と出しているが、保険者においてもデータを活用していただく。

保険者のインセンティブの強化ということで、後期高齢者支援金について、今は特定健診・保健指導を頑張っているところ、頑張っていないところ、それぞれ加算・減算して評価しているが、2020年までにペナルティである加算率0.23%を法定上限の10%まで引き上げて、めりはりを持ったものにしていく。さらに特定健診・保健指導の取り組み状況に加えて、歯科保健指導や後発医薬品の使用促進等の取り組みも評価の項目に位置づける。

さらに見える化、横展開としては、日本健康会議、これは保険者、自治体、医療関係者、企業のトップの方々が集まって、国民の健康寿命の延伸と医療費適正化の取り組みを広げていただいているが、各保険者の取り組み状況を公表している。データヘルス・予防サービス見本市等で民間事業者とのマッチングも進めている。

適正化計画の関係だが、第3期からは、入院医療費に加えて、外来医療費の取り組みを追加した。入院医療費は病床数等の医療提供体制と密接な関係があるので、今回、地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させる。外来については、後発医薬品の使用促進、高血圧、糖尿病などの生活習慣に起因した医療費、重複・多剤の適正化などの地域差半減の取り組みを算定式に追加している。さらに分析のデータについても国から都道府県に提供する。都道府県による予防健康づくりと医療費適正化の取り組みについてインセンティブで評価・支援する仕組みも入れている。

具体的には、資料11ページ目に保険者努力支援制度、平成30年度から本格的に始まるが、取り組み状況の評価として、今後都道府県による保険者協議会の積極的関与についても評価する。また、保険者協議会は保険者が今、入っているが、さらに医療関係者も入れていく。取り組み状況の評価の規模は、47都道府県で150億円であるが、さらに適正化のアウトカム評価として全国平均よりも1人当たりの医療費が低いとか、前年度よりも一定程度改善したとか、さらに150億円の規模で、47都道府県について評価するということを今回、新たに入れていく。

こうしたインセンティブで評価するとともに、自治体が分析できるよう、NDBデータか

ら抽出したものを順次国から提供していく。後発医薬品の数量割合や切りかえ効果額、保険者別のデータについて、来年度から提供できるようにしていく。

(資料4について厚生労働省より説明)

○厚生労働省 スライドの1ページ目から御説明する。計画開始時の直近の数値、時点と実績値をご覧いただければと思う。最近の本年9月に行われた医薬品価格調査、本調査だが、この結果公表が本年12月を予定しているため、参考値として最近の調剤医療費、保険薬局の調剤レセプトのみになり、動向の数値となるが、2016年3月時点の後発医薬品の使用割合は63.1%であったところ、2017年3月時点で68.6%と5.5ポイントの増ということで、使用促進は着実に進んでいると考えている。

次のスライド2をご覧いただきたい。課題、検討状況の欄だが、前述のとおり後発医薬品の使用は着実に進んでいるが、2020年9月までとされた数量シェア80%目標を達成するために、これまで以上の対応が必要であり、都道府県間で後発医薬品の使用割合に大きなばらつきが見られるため、より効果的な使用促進策の検討が必要である。

最近の取り組みとして、後発品の品質に係る信頼性の向上を図るために、後発医薬品の品質検査等を充実して、有効成分ごとに品質に関する情報を取りまとめたブルーブックと呼んでいる医療用医薬品の最新品質情報集を公表していくことと同時に、先ほども御説明があったとおり、保険者の取り組みである日本健康会議において、健康なまち・職場づくり宣言2020の達成状況を公表するといったような取り組みを実施している。

今後の方針に関してだが、後発医薬品の使用促進に当たっては、これは28年度に実施した診療報酬改定の結果検証に係る特別調査において、どのような対応が進めば施設として入院患者に後発医薬品の使用を進めてもよいかというアンケートの問いに対し、後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底が診療所、病院とも最も多い回答ということであったので、特に医療関係者に対する後発品の品質に関する信頼性の向上を図ることが重要と考えている。

このような結果からも、今後さらなる使用促進を進めるために、後発医薬品の品質に係る信頼性の向上のための取り組みを進めるとともに、診療報酬上の措置についても中医協で御議論いただき、議論を踏まえて実施することとしているところである。また、都道府県間の実態に応じたより効果的な推進策を展開するために、地域差の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を実施していくことや、第3期の医療費適正化計画の目標に先ほど御説明があったとおり、後発品の使用割合を盛り込むといったようなことを行っていただき、取り組みを促していこうということである。

○高橋主査 資料4の2ページ、今の後発品の御説明の中で、都道府県間の差異の

要因をきめ細かく分析し、対応を検討、実施していくという話があったが、もう少し具体的に中身を教えていただきたい。

○厚生労働省 都道府県の使用促進の率について今、各都道府県で大きなばらつきがあると認識しており、その部分でまだはっきりした分析が行われていないと認識している。これは来年度予算で概算要求をしているところだが、その使用率の低い地域を重点的に分析を各都道府県でしていただいて、その結果でまた効果的な施策を進めていきたいと考えている。

○高橋主査 都道府県間の差異に関しては、データが公表されているのか。

○厚生労働省 資料の14ページに、各都道府県の割合と伸び率を示している。

○石川委員 今のことに関連するが、資料4の14ページに都道府県ごとの使用割合が載っていて、低いのが東京都や山梨県、徳島県、高知県となっている。山梨県と高知県は地方部だが、各県別の割合そのものもそうだが、人口が大きいと結局は最終的な削減に大きく影響する。東京の割合が低いというのはとても重要なのではないかと思う。東京に着目すると、なぜここまで低いのかというのは何かある程度の要因はわかるか。

○厚生労働省 医療機関ごとや地域ごとの分析はできていないが、まずは保険者ごとの使用割合をとって、今年度末時点、来年3月時点のものは各自治体にお届けした上で、さらに来年9月時点の実績から公表する形にしたい。年度平均でとつても分かりづらいので、半期ごとに保険者単位で使用割合をとった上で、保険者協議会に医療機関も入っていただいて、そこで原因など現場レベルで把握できる部分もあると思うので、そうした形で進めたい。

○高橋主査 今の点だが、私が先程お聞きした趣旨は、23区の中でも区によってかなりばらつきが大きく、これははっきりした要因はわからないが、製薬会社のあるデータによると、区内にある医療機関の性質によってかなり違ってくるということがあるようである。そこはぜひとも調査を進めていただいて、特定していただきたいということ。お話があったように東京都を上げることは非常に重要だと思う。

○鈴木委員 今の御議論のところ、社会保障ワーキング・グループで保険者別の後発医薬品使用割合はすぐ出せるはずなので、公表してはどうかと提案した経緯がある。保険者機能の強化という意味でも重要ではないかということ議論したかと思う。今、それについて厚労省からお話があったようだが、保険者ごとにデータを見える化することについては、今どうなっているか改めて教えていただきたい。

それから、先ほどの資料1について。これは意見だが、資料1の御説明の中で医療費の伸びの要因が幾つかあるが、「高度化その他」については、もちろん高度化ということは当然に特に薬剤の世界などではあるわけだが、その他というのが何なのか重要ということをずっと社会保障ワーキング・グループ等でも議論してきた。ここには産業としての非効率もあると思っており、低生産性というか、価格を下げるような

イノベーションの不足が医療・介護の世界ではあるのではないかとということで、値段が上がってしまっている部分があると考えている。

具体的に言えば、病床をきちんと機能別に効率的に使っていくという意味では、地域医療構想が重要であるし、診療所と病院の機能をうまく効率的に国民全体で使っていくという意味では、かかりつけ医の普及が重要であるし、調剤報酬のあり方もどのようにすればよいのかについてはさまざま議論がある。これは社会保障ワーキング・グループのmatterなのか、評価・分析ワーキング・グループのmatterなのか分からないが、非効率からくる医療費の増加についても評価・分析において重要ではないかと思う。

○厚生労働省 後発品の保険者ごとの使用割合の公表であるが、資料4の19ページ目、社会保障ワーキング・グループでの鈴木委員の御意見を踏まえ、2018年度実績からだが、諮問会議では公表を検討という形で説明資料が出されている。まずは2017年度実績を都道府県に届けるが、2018年度以降の実績について、毎年9月と年度末の3月時点とって、まずは2018年9月時点の保険者別の使用割合から公表するという形で、関係者と調整して作業を進めている。こちらは本日この場で初めて御報告させていただく。

○内閣府（経済社会システム担当） 鈴木委員から御指摘いただいた認識は私どもも共有しており、このその他の部分が医療費の中では非常に大きな伸びに影響を与えているということで、地域医療構想あるいは診療報酬、かかりつけ医の推進、調剤、そのほかオンライン診療の推進、多剤投与の話も出ている。こうしたことを社会保障ワーキング・グループの対応が中心だと思うが、連携をとりながら議論をしていきたいと考えている。

○佐藤委員 資料4の19ページだが、まず簡単なコメント1つは、後発医薬品の問題については保険者も大事だが、生活保護世帯についても今かなり普及を進めており、逐次使用状況を把握していく必要があると思う。

先ほどから言っている地域差に関わる話、14ページの後発医薬品の地域差なのだが、多分、関わるプレイヤーが保険者、医療機関、薬局だと思うが、それは別にどう取り組みが違ってくるのを見てみるのは手かと思う。東京都を対象でも構わないのだが、保険者として後発医薬品を奨励している、あるいはしていない。それから、病院として後発医薬品を処方する、していない、あるいは一般名で一般処方しているかどうか。

特に公立病院や民間病院、あるいは前に別の行政事業レビューで院内処方だとしても先発医薬品が多いという話が出ていたので、医薬分業にも関わるのかもしれないし、公立と民間の間で違うのかもしれないし、そのあたり病院の間でどう取り組みが違ってくるのかということと、薬局レベルで一般名処方の場合だろうが、後発品をちゃんと出しているのかどうかや、あえて先発医薬品を出している薬局はないかなど、

そのあたりで分解して考えていく必要があると思う。

あと、資料3だが、1点目は単に教えてほしいというだけだが、3ページのところ、別の研究会でも全く同じ図を見せてもらっていたのだが、女性はだんだん時間とともに効果が薄まっていく。40歳から64歳のところだが、有意差が落ちていくのはなぜか。

保険者への支援だが、今、都道府県と市町村で分けて実施している、これは地方財政関係になってしまうのだが、国保は都道府県化を進めているので、ある意味、都道府県が医療費適正化等々に一元的な責任を持つことになると思うのだが、それでもなおかつ市町村に対して直接でこ入れをしなければいけない何か積極的な論拠はあるのかと思った。

○厚生労働省 まず3ページ目の資料であるが、20万人分のデータについて特定健診データとレセプトデータをひもづけて、生活習慣病関係の外来の医療費だけであるが、特定保健指導を受けた人と受けていない人を比較して、その後の状況を見たものである。

生活習慣の改善のスキルを本人が実践できるようにすることが保健指導なので、生活習慣の改善の知識と実践ができるようになれば、効果が持続するであろうということで、5年間の経過、平成20年に受けた人と受けていない人について比較した。年間で平均6,000円程度、3年間で1万8,000円、5年間で3万円の医療費の差であった。改善の効果はずっと身につけていけばなるが、それ以外の要素もあるため、男性、女性でも差が生じている。1年間で6,000円と医療費の適正化効果としては、かなり固めに見積もっている。5年分で丸々3万円という形にはしていない。

20ページ目と21ページ目に医療費だけではなく、腹囲の改善の効果も、男性で2センチ、女性で3センチの効果がほぼ持続している、血糖、血圧、脂質についても検査値でも改善していることを示している。

市町村と都道府県は、都道府県が国保の財政責任を負うことになっているので、市町村に都道府県がきちんと働きかけた結果について、都道府県単位でも評価を入れている。例えば後発品の取り組みや重症化予防など、県の医師会ときちんと連携する必要があるので、市町村を超えて県が医師会とトップダウンで連携していかなければいけない部分もあるので、そういう意味で都道府県の取り組みも今回、保険者インセンティブで評価の対象に入れている。

具体的には6ページ目だが、市町村は保険者努力支援制度300億円程度と特調から200億円程度、全部で500億円程度であるが、保険者共通の目標で、市町村について重症化予防や個人インセンティブの取り組みも入れている。さらに都道府県についても、市町村の成果がそのまま都道府県にも影響する形にして、都道府県も一緒に取り組む必要があるということを今回、財政責任も負うことになっているので、平仄とった形にしている。

○伊藤由希子委員 先にご質問のあった医療費の男女差はなぜかという部分で補足

を簡単にしたい。。例えば女性の場合は年齢上の要因が多いと思われ、例えば更年期障害に入りホルモンバランスの崩れやすい女性に対して脂質異常症の薬が多目に出るようになる。その点、女性はどうしても生活習慣とは別の要因で生活習慣病薬の処方が増える傾向にある。現在はデータベースが量的に拡大しているのでさらに詳細に検討している最中である。

○伊藤元重主査 全体的には将来的にはこのような効果が見込まれるという形のプレゼンテーションになっていたが、現時点でどの程度の効果が出ているのかということについて、ある程度大まかな数字でもいいのだが、あるのかどうか。あるいは現時点でもなかなかわかりにくいということであれば、今後どの程度効果が出てくるかということについて、当然検証されるのだらうと思うが、そのアプローチについても何かお考えがあれば教えていただきたいと思う。

○厚生労働省 先ほどの資料3の24ページ目、特定健診・保健指導の実施状況の資料、下に表があるが、真ん中に特定保健指導の対象者とある。対象者の割合が2008年度は4,000万人受けたうちの20%、つまり制度導入当初は20%の方が男性は腹囲85、女性は90で、さらにリスクが1つ、2つある人が対象になっている。これが2015年度は対象者の割合が17%程度になっている。実施率が上がっているが、対象者の割合が減っているということは、メタボという言葉が国民に普及したなど、そういう効果もあると思う。40歳前からメタボの取り組みをしている方が40歳になった影響もあるので、高齢化が進んでいるにもかかわらず、これだけ実績の人数ベース、年齢調整していない数字で割合が減っているというのは、特定健診・保健指導の導入の成果だと思っている。これは保険者の義務であり、対象者の割合についてもっと減らしていく。目標は導入時よりも25%下げるということで、対象者の割合が大体15%ぐらいになるところまで持っていくことが目標になっている。

○伊藤元重主査 医療費だけでいいのだが、大体どれくらいか。

○厚生労働省 単純に先ほどの6,000円だけを掛けると、将来の医療費になるが、8ページ目、今回の医療費適正化計画だが、外来の関係について6,000億円としている。その中で特定健診・保健指導の実施率が健診実施率70%、保健指導45%を達成すると200億円の適正化効果ということで、累積ではなく計画終了時の瞬間風速で見ている。長期で見るとどういった影響があるかは、特定健診・保健指導は生活習慣関連であるので、入院までは先ほどの6,000円では見込みづらいことがあったので、外来医療費で推計した。長期的に取り組まなければいけないものと、後発医薬品の使用促進や多剤・重複投薬の適正化などを組み合わせて、医療費適正化計画について現場の理解を得ながら実施していく。

○藤森委員 2点あるのだが、1つは後発医薬品の件で、資料の4ページで地域差というのは恐らく3つ要因があって、医療機関の取り組みと調剤薬局の取り組みと患者個人の意識というものがあって、7ページから9ページの中でもすぐできるものとし

て、まずこういうものをぜひ地域別にまとめて公開していただければ、それぞれ後発品の使用促進に関しての取り組みがよくわかると思う。

恐らく今すぐにとれないものは2点あり、1つは処方箋に後発医薬品置きかえ不可というマークをつけておくところがある。その実態が全くわからないのと、患者さん本人がそれを好まない、これも実はわからない。何とかそれを把握していかないと、本当の差の要因というのは見えてこないのだろうと思うので、恐らくは可能であれば調剤レセプトにそのフラグを立てれば十分に把握できるので、将来的にぜひ後発医薬品置きかえ不可のフラグが立ったのかどうか、患者本人が希望しなかったのかどうかみたいな情報がとれれば、これは非常に精緻な把握ができるのだろうなと思う。

もう一点、資料3関連なのだが、ぜひ都道府県や保険者の取り組みの状況、現状あるいは課題というものがどこか、いろいろなところを探さないと全然見えてこない。年に1回程度、簡単なもので結構なので定型のフォーマットで報告が用意されて、例えば厚生労働省のどこかのホームページ1カ所見れば全部わかるみたいな状況がわかるとありがたい。ぜひそういう仕掛けをつくっていただきたいと思う。

○小塩委員 2点ある。まず1つは後発医薬品の地域別差だが、今、藤森委員からも御指摘があったが、私も14ページの地域別の差については大変興味がある。もし地域別の差が各地域における取り組みの違いを反映するだけのものではなかったとしたら、あるいはそれ以外のものが含まれるとしたらということで、政策の取り組み方が違うと思う。

まず地域の違いが取り組みだけで説明できるのであれば、この結果をもって直ちにインセンティブをつける。例えばあなたの地域はほかの地域に比べて平均的にパフォーマンスがよくないので、頑張ってくださいというような仕掛けをつくることはできるのだが、例えば人口の高齢化の比率や、疾病の割合の違いなど、そういうものが反映されているのであれば、慎重に議論しなければいけないと思うのだが、取り組み方だけが問題であれば、この結果だけでいろいろなことが言えるのではないかと思う。それが1つ。

特定保健指導についての議論なのだが、私も先ほどから議論に出ている3ページ目のグラフに非常に興味がある。2点それについて御質問をするが、先ほどのお話だと適正化の効果が1人で大体年間6,000円ぐらいというお話であったが、その一方でコストはどれぐらいになるのかということ。大まかで結構だが、教えていただければ。

もう一つは、このグラフでも積極的支援に参加した人と参加していなかった人の違いを経年的に調べているが、そもそも積極的支援に参加した人と参加しなかった人の間で個人属性の違いがあったとしたら、比較するのは非常に慎重にしないといけないと思うのだが、その点について御説明いただければありがたい。

○厚生労働省 まず3ページ目の特定保健指導のコストの関係である。保険者が事業

者と契約を結んで実施しており、1人当たり2万数千円ないし高いところだと3万円の事業者もあるが、市町村国保には補助をしており、補助単価が約2万5,000円から3割の自己負担を設定し、それを除いた約1万8,000円を国庫補助の単価にしている。そのうちの3分の1を補助している。ちょうど国庫補助分は6,000円になるが、ちゃんとやれば国庫補助を出した分は1年でペイすると申し上げている。3年で1万8,000円であるので保険者が実施した分も3年間でペイするというので、保険者にはまず特定保健指導をやってほしいとお願いしている。

特に健保組合については実施率5%未満が3割を占めている。協会けんぽは15%程度だが、協会けんぽよりも実施率が悪いところが半分を占めている。今年度の実施率から公表するので、現場の保険者では実施率向上に努力いただいている。保健指導を受けているか受けていないかは、NDBデータでとっているの、分析に当たっては、保険者別の実績値ベースでわかる仕組みになっている。

後発医薬品の差については、丁寧な分析は大事だと思うが、インセンティブでは、結果で見ている。後発品の取り組み状況、使用割合は6ページ目の市町村分の評価に位置づけている。健保組合は、43ページ目と44ページ目のインセンティブの評価の指標で、来年度から実施状況を評価する。44ページ目の大項目4の後発品の使用促進について、○は重点項目として2018年度から1つは実施していく、19年度は2つで実施していき、必須項目を増やしていく。後発品の使用促進のカードを配布して効果を確認しているとか、使用割合が高いかどうか、使用割合が前年度よりも10ポイント以上上昇しているかどうかとか、点数化して実績で見るとしている。

○松田委員 最初に後発医薬品の件、以前少し分析を試みたことがあるが、同じ地域でも調剤薬局によって後発品の処方率にかなり差がある。多分、それを個別にデータを出すのは難しいと思うので、後発品の処方率が何%であるかということを経営単位で調剤薬局の割合みたいなものを出していくことで見える化を進めていって、調剤薬局の人たちに後発品を処方していくというインセンティブをかけるという、そういうことができるのではないかと思う。

分析のほうで12ページの資料3、一地域のデータなのでそれが本当に一般化できるかどうか分からないが、実は制度が変わるときに受療率がかなり上がる。職域から国保に移るとき、国保から長寿に移るときに大体受療率が上がるのだが、多分そうしたことをつないだデータで分析して、検証していただくと問題点が見えてくると思う。

糖尿病のところ、今、どちらかというと重症化予防のところはかなり労力を割かれているのだが、実際に糖尿病のことをいろいろ考えてみると、今、脳梗塞を起こす人の大体半分ぐらいに糖尿病がある。心筋梗塞を起こす人の大体25~30%に糖尿病がある。そうすると、糖尿病の管理そのものを少し可視化していかないといけないと思うのだが、糖尿病に関しては診療ガイドラインがきちんと決まっています、その中で年

に何回HbA1cをはかって、年に何回がん科受診をして、年に何回腎機能の検査をする。いわゆるプロセスの指標が大体ある。それはNDBで把握できる指標であるので、そういうものを例えば保険者単位で出して行って、実際に管理をされているかどうかなのか。そんなことを指標化していくとより効果的な取り組みができるのではないかと思う。

○古井委員 資料3の11ページ目だが、国保の財政運営が都道府県化されるときに、市町村がデータヘルスを含めて医療費適正化をしっかりとやる上で、モチベーションを下げないよう、ノウハウ・人材の不足に対する支援が重要だ。注2に書いていただいたインセンティブの評価としての医療費分析は重要だと思うのだが、特定健診や保健指導、重症化予防などの保健事業の評価も大切である。

費用対効果と考えたときに特定保健指導や重症化予防のように、ハイリスク者に費用を投じて改善させるというのはもちろん大事なのだが、ボリュームゾーンである低リスク、中リスク層への介入事業も重要である。また、保健事業をカテゴリー化し、どの事業をやったらどういった効果が上がったかを評価していくべき。

健保組合では来年の加減算の評価に合わせて、第2期データヘルス計画策定にあたって標準化を進める視点から保健事業のカテゴリー化を進めているが、国保、協会けんぽにおいても同じようなことができ得るのではないかという意見である。

(資料5について厚生労働省より説明)

○厚生労働省 2ページ目をご覧ください。今回、地域包括ケア強化法の中で介護保険法を改正し、ここに書いてある保険者機能の強化等による自立支援、重度化防止に向けた取り組みの推進という改正をしている。こちらについては、それぞれの保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取り組みを進めるという目的のもとに、全市町村が保険者機能を発揮して自立支援、重度化防止に取り組んでいただくことを目的とし、1つはデータに基づく課題分析と対応をしていただく。国としても、その全国的な介護保険の関係の給付等のデータを提供し、それに基づいて地域の分析をしていただいて、それに基づいてそれぞれの地域の取り組みの内容や目標を介護保険事業計画あるいは都道府県であれば介護保険事業支援計画に記載していただくことにしている。

また、その取り組み内容や目標については、適切な指標をもって実績を評価する。また、国としては、各自治体の取り組みについて客観的な指標をもって評価をした上で財政的なインセンティブを付与する。こういった事項について法律により制度化を図ったところである。

イメージ的には下のような流れ図ということで示しているが、このような保険者機能の強化についての全国的な展開について、右側にあるように和光市が1つ非常に先

進的な取り組みを行っており、また、その和光市の取り組みについて大分県では和光市の取り組みを参考に、県内で展開をされたという取り組みによって、保険料の上昇が抑制され、または認定率の低下につながったということがあるので、こういった取り組みを参考に今回のような制度化に結びつけていったということである。

その和光市の取り組みについては3ページ目に書いてあるが、一番下に書いているケアマネジメントの支援ということで、和光市のコミュニティケア会議、いわゆる地域ケア会議というものにおいて個々のケアプランの内容についてチェックをし、また、ケアマネジメントの支援を多職種が連携して行うという取り組みをされている。そこで見えてきた高齢者の課題あるいは地域としての課題の把握につなげた上で、それを介護保険事業計画に反映させていく。そして実際の地域包括支援ということで、高齢者の方にさまざまなサービスの提供に多職種が連携してつなげていく。そういった仕組みを構築されている。

その和光市の取り組みについて4ページであるが、大分県でその取り組みを参考に全県に普及させていったという取り組みをされた。平成24年度には、県内の3つの市でモデル事業ということで地域ケア会議を立ち上げた。その際に和光市から講師も派遣されたということである。その上でさらに地域ケア会議においては、リハ職の活用によってケアマネジメント支援をしていくことで、これも県の支援のもとでリハ職を派遣し、それを全県のもとで普及させていくことを25年度にかけて行ったということで、全市町村にこの取り組みが横展開されたということである。

さらに26年度、27年度においては、その自立支援につながるようなサービスの事業者に対しての支援も取り組まれてきたということであって、こうした取り組みについて5ページ目にさらに詳細に書かせていただいているが、大分県における取り組みとしては、対象としては軽度な医療依存度の低い高齢者の方を対象として、最初の24年度、25年度については、ケアマネジャーのリハビリ、栄養や口腔面の知識が不足しているという課題に対応するために、このケアマネジャーのケアプランの質の向上が必要であることから、和光市方式の地域ケア会議の導入、和光市から講師を派遣していただき、3市でモデル的に24年度に地域ケア会議を立ち上げ、そして25年度にそれを全市町村に展開されたということである。これによって認定率が若干低下をしている。

また、26年度からは上の課題のところにあるが、もう一つ、介護サービス事業所の自立支援に係る技術等の不足に対応するために、通所介護の事業者あるいは訪問介護事業者のサービスの質の向上に向けて、その自立支援型の事業所の育成拡大に取り組みされたということで、幾つかの市町でとり始められて全市町村に展開されてきたということである。結果として、さらに認定率の低下につながったということと、29年度末までには全国平均レベルへということと、その目標も達成されているということである。

また、一番下にあるように給付費等についても、全国の傾向と比べると抑制が図られてきているということである。

以上、申し上げたような地域ケア会議等の取り組みについて、これはまず自治体でしっかりPDCAという形で計画を立てていただいて、実績を評価して、さらにその地域課題を踏まえた計画の見直しにつなげていただくということで、6ページ目にあるように保険者としてPDCAサイクルのもとでそれを取り組んでいただく。また、都道府県においては、その市町村の取り組みに対する支援の取り組みについて、これもPDCAのもとで取り組んでいただくということであって、こうした取り組みについてしっかり自治体として目標を定め、取り組みを評価していただくとともに、国としてはこれらの自治体の取り組みについて、客観的な評価指標を策定し、財政的なインセンティブを付与することにつなげていくということが、今回の法改正での仕組みとして導入されている。

この財政的インセンティブの付与については、骨太方針2017においても具体化を早急に図っていくということとされており、厚生労働省として7ページ目であるが、先般、社会保障審議会介護保険部会において、財政的インセンティブに係る客観的な評価指標についての検討をしている。今、7ページに書かれているような方向でこの指標の案を考えているが、基本的な考え方としては、もちろんここもまた自治体関係者の意見も踏まえながら検討していくが、アウトカム指標とプロセス指標を組み合わせしていくということであって、アウトカム指標については、これは介護保険法改正の国会審議等でも御指摘があったが、要介護認定率の工程だけを使うとサービス、認定の回避などにつながり、サービスの適切な利用につながらないのではないかという御指摘もあったので、単純に認定率の工程を直接使うのではなくて、要介護状態等の維持改善度合いをはかることのできるような指標にしていく。

一方、プロセス指標としては、先ほどのPDCAのもとで保険者が取り組む取り組みについて、各自治体さまざまな取り組みをしているので、その取り組みに応じた指標を設定していくということで、ここに書かれているような地域分析の実績状況であるとか、保険者の基本方針について地域包括支援センターや事業所ときちんと共有しているかとか、あるいは住民参加の通いの場であるとか地域ケア会議の実施状況といったことなど、ここに書いてあるものだけではないが、プロセス指標として設定したいと考えており、具体的な指標の案は先般、介護保険部会でここに書かれているような指標、これだけではないが、主なものとしてここに示している。

現在、財政的インセンティブについて引き続き地方自治体の関係者の御意見も踏まえて、検討を続けているという状況である。

- 佐藤委員 全体の流れで伺いたいのだが、タイトルが地域差縮減で、でもふたをあけるといきなり包括ケアの話が始まるため、その地域差の問題と包括ケアの話がどうつながっているのかということと、包括ケアの話が終わったと思ったら、次、6ペー

ジのところでは今度は保険者機能の話が出てくるのだが、包括ケアは少なくとも医療、介護、福祉関係、生活支援との連携なので、介護保険の枠を超えた地域的な連携の話だと思うのだが、その中において制度としての介護保険者がどうこの中で関わっていくのか、その具体像が見えないかと思った。

認定率の差は評価として和光市や大分県の場合でも結果的には認定率の差として出てきていると思うのだが、以前、認定率の地域差と言えば大阪府のほうでいろいろと検証をしていた。なぜ大阪府内においても認定率が違うのかということ。そこで例えば高齢者の生活習慣や、認定のかかるプロセスの事務事業のところなど、つまり認定をする人間の側のスキルの話などが出ていたと思うのだが、そのあたりというのは先ほどのインセンティブにかかわる評価指標のところには出てこないのではないか。認定率を直接入れるとまずいからという話は何となくわかるのだが、最終的に認定率の部分に関わってくるとしたら、今、大阪府が行っているそうした取り組みでの知見は、こうした指標に入っていないのかというのと、最後、一言だけ。財政的インセンティブというときには、調整交付金の活用という理解でよいのか。

○厚生労働省 まず1点目の地域差縮減との関係であるが、今日御紹介したのは保険者機能の強化の取り組みということであって、こうした取り組みを全国に展開していくことによって、その介護費の地域の差の縮減につなげていけるだろうということを示させていただいている。なお、もちろんもととなるものはまず地域の中で介護給付費だとか、そういったものがどういう要因で費用が構成されているのかといったところの地域差の分析をしていただくことが主となると思うので、それについては冒頭、申し上げたように国としても全国的なデータを示して、地域の中でその分析ができるようなデータを御提供するというのも、あわせて行っているところである。

2点目については、地域包括ケアの推進ということであると、御指摘のように保険者機能強化だけではなくて、さまざまな事業主体が協力して包括ケア推進に取り組んでいくということであるので、今回の包括ケア強化法というのはよりそういう意味では広い介護予防や生活支援といったところまでも含めての改正になっている。そこまでのことは今日御提示していないが、その一環として特に保険者機能の強化ということで、今回その中に一部含まれているということをお今日は御紹介している。

3点目は大阪の取り組みの話だが、大阪で認定率に差があるということで、さまざまな取り組みをされているということについては承知しており、そうした取り組みも踏まえて、できるだけその指標についても、それも反映させられるような形で自治体とも相談しながら検討してまいりたいと思っている。

最後の調整交付金の話であるが、骨太方針の中でも調整交付金の活用について検討するとされており、厚生労働省においても介護保険部会において先般、こうした骨太方針で検討するとされたことを踏まえて、いろいろ御議論もいただいているが、地方団体の方からはその活用に対して活用すべきでないという反対の御意見、一

方でディスインセンティブ等をあわせて財政中立で対応すべきだという御意見で調整交付金を活用すべきだという御意見、両論あって、そういった御意見を踏まえて引き続き厚生労働省で検討している。今後も財政当局とそこを今日検討させていただきたいと思っている。

○佐藤委員 1点だけなのだが、医療については高齢者に対する支援金や、加算減算でインセンティブをつけるという1つの流れがあるので、調整交付金の活用はぜひ検討いただきたい。なぜかという、こういう財政インセンティブをつけるというたびに新しい補助金ができると、やるのはいいのだが、だんだん国の財政支出が増えるだけということになるので、今ある制度を使ってめりはりのある配分をやらないと財政が焼け太りする。

○松田委員 佐藤委員の御提案なのだが、7ページのところに出ているアウトカム指標なども要介護状態等の維持改善度合いとなっているのだが、これを多分SCRに近い考え方で基準年を決めて、その基準年の性・年齢階級別の要介護度別の患者、利用者の出現率、支援数を計算して、実際の数割ってあげて指標化する。そういう形の指標にすると例えば年次変化でどの区分が上がっていくのか。ある区分についてそれぞれの地域でどのような差があるかということの変化と横のレベルの比較と両方できるので、そういう形の指標をつくられたほうがいいと思う。一律の改善度のものでいくと、もともと高いところがずっと維持されていても、それは地域間比較で言うと問題になってしまうと思うので、それがSCRに近い考え方で指標をつくっていただけるといいものができるのではないかと思うので、これは提案である。

○宇南山委員 和光市のケースは非常にいい例として前から言われているわけだが、今回、示されているデータで言うと要介護認定率の推移だけが示されているのだが、資料1のイメージ図で言えば認定率、受療率、受給者一人当たりの介護費、さらに利用率の中には在宅か施設かという非常に基本的な情報が、少なくとも和光市はこうなっているというのを示していただくと、どういうことが起こるのかの目安がつけやすいと思うので、少なくとも非常に高度な指標の前に基本的な指標を示していただければと思う。

○厚生労働省 本日は手元に資料がないので、またできる限り示したいと思う。

(資料6について事務局より説明)

○事務局 前回の本ワーキング・グループにおいては、参考資料1にある経済・財政一体改革に係るEBPMの推進の取り組みにあるように、EBPM推進における本委員会の位置づけと、本年度のテーマである教育政策の実証分析に関するEBPMについて御説明をしたところである。今回は2つ目のテーマということで、生活保護受給者への就労支援施策に関する試行的分析について説明したいと思う。説明に入る前に、厚生労働省社会・援護局保護課の皆様方には分析にあたってのデータ提供

等の対応を頂き、また東京大学経済学研究科の政策評価研究センターの市村教授、川口教授、深井氏、鳥谷部氏には分析へのご助言等のご協力を頂き、感謝申し上げます。

それでは、資料の説明に移る。2ページ目に今回、取り上げたもの、政策についてのロジックモデルを書いてあるが、分析の全体像をあらわすものとして政策と効果発現のロジックの流れをまとめたものである。対象は大きく2つの柱に分かれており、まず左上の就労支援事業だが、その事業は3つに大きく分かれ、事業1は生活保護受給者等就労自立促進事業というものがハローワークと福祉事業者、福祉事務所が連携して支援を行うものである。事業2の被保護者就労支援事業というのは就労支援員による就労に関する相談、助言、個別の求人開拓やハローワークへの同行等の支援を行うもの。事業3の被保護者就労準備支援事業は、就労に向け一定の準備が必要な方々への日常生活習慣の改善等の支援を行うもので、事業1～3というのは就労に向けた困難度が低い順から高い順になっている。

事業の参加者だが、後で出てくるが、まず就労可能性などから自治体が対象者を選び、その中で対象者の就労状況や就業意欲、職歴などを勘案して適した事業を実施するという形になっている。下段が生活保護インセンティブ制度に関するものであるが、就労自立給付金というのは保護受給中の就労収入のうち一定額を仮想的に積み立てて、保護廃止時に支給する一時金になっている。単身世帯であると上限が10万円というものである。勤労控除というのは就労収入から一定額を控除して、その分を手元に残す制度である。そのうち基礎控除というのが中心になるが、それは月8,000円だったものが平成25年の夏に1万5,000円に引き上げられたもので、これについても後ほど分析を紹介したいと思う。インプットによりアウトプットができて、それで最終的にアウトカムが右側の列にあるが、就労率や生活保護脱却率が増加して、再受給世帯の抑制がされることで被保護者の自立促進、生活費の抑制といった流れになることを期待しているものである。

3ページ目から6ページ目が基礎的な情報だが、3ページ目は我々の計画の改革工程表の記述の抜粋であり、右側の列にあるとおりKPIとしては事業等の参加率や事業等に参加した者のうち就労した者が就労による収入が増加した者の割合、それから、事業等を通じた脱却率などがKPIとして挙げられている。

4ページ目は、就労支援施策についてまとめた厚生労働省の作成している資料である。

5ページ目がKPIに関して、就労支援事業の実施状況に地域差があるといったことを示したものである。

6ページ目は被保護世帯の状況だが、特に右の図を見ていただくと生活保護を受給しながら就労している世帯、緑だが、これは増加している。その一方で保護の廃止世帯というのは青だが、ほぼ横ばいになっているといった状況にある。

7ページ目だが、今回の分析を始めるに当たっての問題意識と分析の流れを示したものであるが、就労支援事業という事業のみではなくて、事業のもととなっているインセンティブ制度、インセンティブコードなどを一体的に捉えていくことが重要だという問題意識からスタートしている。

8ページ目がEBPMの実践の枠組みということで、内閣府と東京大学のセンターと厚生労働省の関係をあらわしているが、東京大学による分析内容については参考資料2という形で配付をしているので、御関心のある方は後ほど見ていただければと思う。

9ページ以降、本題に入るが、9ページについては就労支援事業についての分析の結果のポイントをまとめたものである。以下、東京大学のセンターでされた分析については備考、脚注などの形で明示をさせていただいている。

3つあるが、1つ目の事業が被保護者の脱却にどういう影響を与えているかということなのだが、事業に参加している人のデータというのは割と充実しているのだが、事業に参加していない人のデータというのが存在していないというところが大きなネックになっており、ここではそういう状況下において被保護者調査というものがあり、そこで保護廃止世帯のデータがあるので、それをもとに事業への参加が保護脱却に与える効果を評価したものである。

結果のところを書いてあるが、出てきたパラメーターの解釈としては事業の参加者を100人増やすと、保護脱却者が8人増えるといったような関係がある。有意水準は15%程度なのだが、これは今後サンプル数を拡大することによって有意水準を改善する可能性がある。なお書きで書いてあるが、生活保護全体で見たときだが、働きによる収入増などを理由とする保護廃止世帯の全ての類型世帯数に対する比率は2%ということなので、それとの関係で100人に対する8人というのも評価し得るのかと思っている。

2つ目の四角にあるKPIの関係なのだが、既存のKPIの母数となる事業対象者の選び方の地域差についてである。詳細は時間の関係で省くが、10ページにあるのだが、結論だけ申し上げると事業の参加率が高い自治体では被保護者に占める事業対象者の割合が低い傾向にあり、事業の対象者を絞り込むなどの自治体の裁量が働いている可能性がある。そういう意味では横比較が難しいということもあるので、事業の対象者の標準化が重要ではないかと考えている。

3つ目は効率的な事業展開がされている自治体とそうでない自治体の違いということで、9ページ一番下のほうに書いてあるが、どの自治体が効率的な事業展開を行っている自治体かというのを発見して横展開をしていくという観点で考えると、詳細については11ページにグラフが書いてあるのだが、事業参加者の保護脱却率を評価指標とした場合、表面的に出てくる数字を評価指標にした場合というのが横軸になっていて、市全体の保護脱却率の状況なども調整して求めたのが縦軸になってい

るのだが、縦と横で見たときで優良と評価される自治体に違いがあるということがわかる。事業参加者に対する脱却者の比率という表面的に得られる数値だけではなくて、地域の状況を踏まえて事業の評価をすべきであるといったことが示唆されるのではないかと考えている。

関連して12ページでは事業対象率、事業参加率について見える化の試みを行ったものを記載している。

13ページ以降が2つ目の柱であるインセンティブ制度に関する内容の紹介であって、13ページについては制度の描写なのだが、毎月の勤労収入を横軸として、就労収入が増えるにつれて縦軸の可処分所得額がどのように変化するかをあらわしたもののになる。

先ほど申したように月1万5,000円までは手元に残るのだが、それを超えると可処分所得の増加というのはとても緩やかなものになっている。それから、廃止時というのが横軸の16万円ほどのところにあるが、この段階で社会保険料や医療費の負担があることで可処分所得が減少するという状況になっている。就労自立給付金というのは上限値の約3倍くらい。その減少の3倍くらいの値になっている。あと、この分析では最低生活費として生活扶助と住宅扶助を取り上げているが、生活保護受給者については最低限の生活を保障するために、ほかにも医療扶助や介護扶助、その他の扶助が給付されていて、これらは平成27年度では生活保護負担金3,007兆円の約5割を占めているものである。

14ページは65歳の単身世帯、年金受給者の場合について図示したものになっている。

15ページが基礎控除が8,000円から1万5,000円に引き上げられたときの就労収入と基礎控除額の制度的な変化を示したものになっている。

ここまでが基本的な情報で、16ページ以降が結果の御紹介だが、16ページは基礎控除の額が月8,000円から1万5,000円に引き上がった前後において収入分布の変化があり、それによって制度見直しの就労に与える影響を検証した。左の図を見ていただくと、これは横軸、収入額に応じた累積分布になるのだが、確たる結論としてはほかの要因がいろいろあるので、特定というのは難しい部分もあるが、低収入の部分、左側の部分で収入分布の累積比率が青から赤に下がっているということから就労増が見られるのではないかとということと、収入が10万円程度、可処分所得を見ると2万3,000円ほどになっているが、このあたりまでいったところで就労の増加が見られなくなっていくのかということがわかるかと思う。

17ページがもう一つ、インセンティブ制度関連なのだが、被保護者調査の個票を用いて平成24年から26年度の20～59歳の単身その他世帯を対象にして、年度をまたがって収入認定額がどのように変わるかというのを検証したものである。その分析で見るとグラフの説明は省略するが、前年から見て翌年に同じ収入水準にとどまる人

の割合が高い。右斜め下の赤で囲ったところが高く、また、その翌年に非就業になる者や減収する者の割合が50%を超えている。それから、若い世代になるほど翌年の欠損値、欠損値というのは増収による脱却のほか死亡や世帯類型の変更なども含むのだが、その割合が高いことがわかった。このことによって年齢などの個人の属性によって、増収や保護脱却効果が異なることが示唆されている可能性がある。

18ページ、19ページが分析結果や課題、提言のまとめだが、分析結果については先ほど来、申し上げたことをまとめたものである。19ページに提言として3点書いてあるが、1つはデータ収集の促進、被保護者の状況を踏まえた支援ということで、政策効果を適切に把握して、被保護者への支援を効果的にするためにデータが必要だということで、アメリカやイギリスの取り組みを参考にしながら既存の調査の拡充によって被保護者ごとに保護開始時から廃止、再受給時を通じて被保護者の状況をきめ細やかに把握できるようなデータを充実することが重要であるということ。それから、年齢や過去の所得状況等の被保護者の属性情報を踏まえて就労支援事業を適切に選択すること等によって、就労・増収・脱却までの段階的な支援策をきめ細やかに実施することが重要であるといったことを書いてある。

なお、データの収集の促進に関しては、東京大学のセンターからは調査項目の短期的な改善点としては、各調査で統一したIDでの生活保護受給者のひもづけや、ほかの統計調査における生活保護受給者の特定といったことの提案もあった。参考資料に書いてある。

2つ目は簡潔にするが、自治体の状況を踏まえたKPIの設定。事業参加率について自治体を横並びで比較できるように支援事業の対象者の標準化をしていくといったことや、地域の状況を踏まえてKPIを設定することが大事であるなど、東京大学のセンターからは生活保護に戻ってくる確率であるなど、生活保護受給期間がどう変化するかということも着目したものが必要だといったことである。

最後の提案として、就労自立に向けた制度の検証として就労・保護脱却の観点から、インセンティブ制度や各種扶助等の効果を総合的に検証することが重要であるということ提言している。

○佐藤委員 まずは確認なのだが、5ページの地域差について、分母は全ての生活保護受給者という理解でよいか。なぜかというと、東京大学の参考資料2、こちらでの分析では属性はいろいろ違うだろう、保護世帯も属性が違うだろうということで、その他世帯に注目していろいろと効果を検証しているものであるから、この5ページの図との関係を知りたかったということである。

一番最初の古井委員の御報告のときの質問に戻るのだが、こうした就労支援事業をやるときに誰がいいターゲットなのか。つまり悪いが、なかなか支援の難しい人たちと、ちょっと支援すれば自立につながる人たち、例えば年齢、保護受給期間がどれくらいあるのか、どういう世帯構成を持っているのか、単身なのか母子世帯なのか

など、別にそれがいいというわけではないのだが、就労支援を通じて保護世帯の数を減らしたいということであれば、ある意味イージーターゲットから始めるというのが1つのやり方である。意外とhard to reachというか一番難しいエリアというのは、もっと違ってこ入れが必要なかもしれないので、そうなってくるとターゲット感というのは何か今回の分析で出てきたのかということが質問。

最後に13ページにいただいた参考なのだが、こういう図を書くときによくわかるのは、貧困の罫というのはこういうところまでできる。というのは、なかなか脱却するまでに可処分所得は伸びない。様々な控除はあるが、可処分所得は保護世帯でいる限り幾ら働いても伸びないというのと、1回保護が廃止になると保険料などが発生するので3万円のロスがある。一応、10万円の自立給付金があるとは言っても、恐らくほかにも医療扶助などもあり、子供は自治体によっては下水道料金の補填や自治体独自の加算措置もあったりするので意外と落ち込みが大きいのではないかという気がするのだが、このあたり実際にどの程度、要するに自立のこれでいくと16万円のところになる。保護廃止のところでのどのくらい人が立ち止まってしまっているのか。多分東京大学のほうの議論にも出てきたと思うのだが、バンキングというか意外とこのあたりで就労調整してしまっている人たちはどれくらいいるのか。いざ保護世帯から脱却すると、もろもろの自己負担が発生するとか、自治体の特例がなくなるとか、それを織り込んだときには実際に可処分所得というのはどれくらい落ち込むのかと。そのあたりの分析があったら教えていただきたい。

○事務局 まず1点目の5ページのKPI等の計算の仕方と東京大学のセンターの分析との関係だが、KPI自体は事業の対象者が分母になっていて、分子が事業の参加者になっている。それが参加率になっていて、就労支援事業を通じた増収率は分母が参加者で、分子がその中で就労増収した人という状況になっていて、東京大学のセンターでその他世帯ととってきているのは、それは世帯ベースのデータしかないのだが、結局、障害を持っている世帯や高齢の世帯など、就労支援事業の対象から遠い人をできるだけ除いてみるとしたら、その他世帯というカテゴリーを見るのがいいのではないかということで、その他世帯というものが取り上げられているということだと思う。被保護者調査で対応する概念がないので、疑似的なデータをとってきているということだと思う。

ターゲットの話は分析で多少目出し的に行っているのだが、最後に申し上げた17ページのように生活保護にいる間にどういう移動をしているかがわかればわかるということであるとか、年齢ごとによって動きが違うということがわかって、かつ、欠損値というものがあるが、出ていったときに例えばどういう職を得て脱却したとか、死亡なども入っているが、そういうものを除いたときにどうなるかとか、そういうものを集めていくとどのターゲットというのがより明確になってくるのではないかと、この分析を通じては感じたところである。

生活保護から脱却したときに、どれくらい所得、現物支給や実物支給などが減っていくかというのは、今回の表以上のものはないのだが、グラフに出てきていないものが結構金額としてはあるというのは注のところに書かせていただいたところで、提言のところにあるが、いろいろ総合的に検証をしていくことが重要ではないかと思う。

○宇南山委員 東京大学からの指摘が非常に重要だと思う。日本の行政情報ではよくあるのだが、ある種の事業をやったときに、やった人のデータばかり集めることが非常に多くて、対象にならなかった隣接の人や、例えば保護から抜けた後の人などをもっともっと捉えていかなければいけないという意味で、データの整備というものがより重要になるかと思う。その際には特別な調査をするというのがもちろん理想だが、例えば既存の統計の中で生活保護のフラグを立てる。これはなかなか調査実務上、難しいということはあるようだが、定められた予算の中でより有効な情報を集めるためには、既存の統計の中で何か有効なフラグを立てていくようなこともありなのかと思う。

あと、最後の提言のところで確認なのだが、自治体の状況を踏まえたKPIの設定というものがどういう意味かというのを確認したいのだが、KPIがKPIであるためには自治体の状況を余り考慮せずとも比較できないとKPIにならないのかと思うので、ここはどういう趣旨なのかお聞かせいただければと思う。

○事務局 KPIの提案の部分だが、東京大学のセンターとの議論の中でも一本でやると全国一本でやるものに関しては横並びができるだけできるようなもので見なければいけないという話と、どうしても自治体の状況が違うので、同じ率をみんな目指すべきだと言っても事業を受けていない人の率が違うので、事態が経済状況によったり年齢構成によったり違ったりするので、そういうものを無視してしまうとよくないので、地域の自治体も踏まえたものを設定したほうが良いということなので、並列する感じである。そういうKPIも設定することがより効果的ではないかという話である。

○赤林委員 2点ある。1つは、宇南山委員の御質問のフォローアップだが、私は、自治体の状況を踏まえてKPIを設定するというより、政策の強さや適用範囲、つまりどういった層にターゲットを当てて政策を進めているかといった細かい情報を集めた上でKPIの効果をはかるということが筋なのだろうと思う。KPI自体は複数用意すべきだが、自治体間では均一にすべきと思う。

2点目は、私は必ずしも生活保護の領域は詳しくないが、自治体ごとに、保護世帯あるいは保護に準ずるような世帯に対して、学習支援助成、子供の医療費助成など、とにかくさまざまな異なる政策が自治体ごとにあるはずだ。一研究者としては、自治体ごとに異なる政策の実態をデータベース化することは至難のわざである。このような議論や分析を始めるときには、本来、自治体ごとの異なる政策について政府内でデータベースができていなければならない。それがなければ、自治体の違いを考慮することを始めることすらできないのだと思う。

教育政策は特にそうなのだが、自治体が行っている政策だから自治体任せということではなく、自治体ごとの政策を数値情報としてきちんと整備していただかないと、こういう分析を始める際の初期コストが非常に大きい。その点もぜひ提言に含めていただきたい。

○鈴木委員 1点目は9ページ。100人で8人という話だが、マージナルな効果として8人脱却していると理解した。これは先ほど特定健診で国庫補助が1人当たり6,000円という話があり、資料6の前のほうには就労支援事業の事業費実績は全体で60億とあるが、8人が脱却するためのコストをどのように考えたらいいのか情報があれば教えていただきたい。

それから、参加率型のKPIは注意が必要という点について。社会保障ワーキング・グループで設定したKPIの就労支援事業参加率については、設定する際に政府の中でも相当の議論をしていただいて、事業への参加対象者はきちんとした一定の基準に基づいているという説明で、そう大きな違いはないという理解のもと参加率を採用したわけであるが、確かに10ページの図を見ると、参加率の分母のほうに裁量の余地が大きく、参加率に操作性がある可能性がある。そうした分母の率をKPIにするというのは結果的に注意が必要だったわけで、就労可能性の高い「その他世帯」ベースで参加率を見るなどの必要性が出てきていることを、10ページのデータから感じた。

11ページの地域の特性を考えなければいけないという話であるが、11ページの図の右上のほうというのは廃止率1で見ても2で見ても優良事例、先進事例ということで、逆に左下のほうというのは見た目の廃止率が低いだけでなく、例えば有効求人倍率は相当高いにもかかわらずうまくいっていないということだとすれば、それはなぜなのかを明らかにすることが非常に重要になってくると思う。

最後に17ページ。先ほど佐藤委員がおっしゃったことと関係するが、これを見ると元と同じ状態が続いてしまう割合が高い一方、欠損値に脱却が含まれている。結局、同じ状態にとどまってしまうか、あるいはうまく脱却できるか、そういう大きく2つのケースがあって、若い世代ほど脱却割合が高いということがもし明確になっているということであれば、年齢ごとの支援のあり方であるとか、保護歴の違いによる支援のあり方などに工夫が考えられる。このあたりは社会的公正の面と財政効果や経済効果を狙った面とのせめぎ合いというところがあると思うが、いずれにしてもこうした遷移の状況を見える化した上で政策決定をしていく必要があるという話だと思う。

○事務局 1点目の、100人で8人脱却の成果がコストとの関係はどうなのかということである。頭数で割って計算するというのもできるのかと思って少しやっているところもあるのだが、ただ、脱却だけではなくて増収している人も結構いるので、どのようにはかるとコストベネフィットが得られるかというのは、まだこれからかかっている。

○厚生労働省 今のコスト面であるが、事業費は先ほど資料にあったように、3つの事

業で合わせて140億ぐらいかかっているのだが、生活保護でない方の部分も入っており、それを除くと大まかな推計であるが、110億円ぐらいかかっている。これに対して私どものほうで脱却あるいは増収した方の保護費削減額を自治体のほうに積み上げていただいております、それが年度で130億円ぐらいということである。これが年の途中で脱却したりなど、そういうことを考えると翌年度にはその倍ぐらいは恐らく効果があるのではないかと考えると、それなりに費用以上の効果が出ているのではないかと考えている。

それから、分母の問題を鈴木委員、佐藤委員ほかからいただいたが、私どもとしても、分母となる参加する方が相当自治体によって違う、支援の内容も自治体によってかなり違いがあるということで、事業に参加する方々の標準化ということは進めなければいけないと問題認識を持っており、いろいろな有識者や自治体の方の意見を聞いて、これからそこは取り組んでいきたいと考えている。

○高橋主査 先ほど貧困の罨の話があったが、保護廃止により影響を受けるとされる自治体の支援等々については、厚生労働省は具体的にある程度実態というか、自治体ごとにどんな支援が行われているなど、そのあたりを把握されているのか。

○厚生労働省 現場では当然、例えばその人に家計上の問題があれば脱却したときに困窮者支援につなぐなど、そういったことはあるし、また、いろいろな脱却するときには社会保険料の関係などは当然当事者に助言するが、これを網羅的に私どものほうで整理しているということはないので、申し訳ないが、わからない。

○事務局 今回のEBPMは3つの先行の取り組みということで最初の取り組みの結果というものを示している。例えば既存の統計にできるのかどうかなど、そういった話も含め、EBPMの推進統括官が来年度以降置かれる形になって各省連携しながらEBPMを進めることになっているので、そういったところでも御意見をいただいた話はフィードバックしていきたいと思う。

○越智副大臣 皆様、本日も大変熱心な御議論を頂き感謝申し上げます。

まず、古井委員からのプレゼンは大変示唆に富んだものであった。また、その後、厚生労働省、そしてEBPMについては内閣府から話があったが、それぞれについて委員の皆様方から有益な御指摘をいただいて議論がしっかり深まったのではないかと考えている。

経済・財政一体改革の取り組みの効果分析について、これからもしっかり議論を進めていき、今後の中間評価に向けて鋭意議論を進めていただきたいと考えている。いずれにしても皆様方の御協力に心から感謝を申し上げ、これからも御協力いただけるようお願いをして御挨拶とさせていただきます。

○事務局 本日はこれにて閉会する。