

厚生労働省版提言型政策仕分け（第4回）

開催日時：平成24年6月22日（金）14：00～15：19

開催場所：厚生労働省専用第23会議室（19階）

出席者：中山座長、秋山委員、和泉委員、宮山委員、脇坂委員

議論1 長期療養者の就労支援

○中山座長

ただいまより、厚生労働省版提言型政策仕分け会合を開催いたします。本日は、「長期にわたる治療等が必要な疾病を抱えた患者に対する保健医療分野の支援と就労支援の連携」及び「様々な主体が行っている国民の健康づくりに資する取組の一体的・効率的推進の仕分け」（2日目）となります。前回の議論を踏まえてさらに議論を深めまして、最後に仕分け結果を提言として取りまとめたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

また本日は、政務三役から西村副大臣、藤田政務官、津田政務官に出席いただいております。後ほど、藤田政務官はおられると思います。ここでカメラは、一旦退室をお願いいたします。

まず、「長期にわたる治療等が必要な疾病を抱えた患者に対する保健医療分野の支援と就労支援の連携」について、前回の議論に引き続き、委員の皆様からご意見、ご質問をいただき、議論いただきたいと思います。では、ご意見のある方はどうぞ。

○秋山委員

この間も出ましたが、難病は種類や年齢によって様相が違うので、それぞれの状態に合わせた就労支援のあり方が考えられないといけません。難病がわかって例えば医療機関の窓口に来たときに、それから、難病の手続きをとるときに、就労のこともすぐにわかるようなというか、窓口を少しわかりやすくし、そこで配れる情報をきちんと伝えていかないと、就労の問題を言い出せないままに病気が進むというようなことがあると思いますので、その辺を。労働の分野だけではなくて難病の手続きに来る保険センター等のところでも、何か就労に関係するパンフレットが用意されるとか、もう少し積極的なそういう働きかけが要るのではないかと思います、いかがでしょうか。

○職業安定局首席職業指導官

いまのお話ですが、難病の患者さんが例えば難病という診断を受けられて、個人差が相当ありますので、その対応を個人別にに応じてきめ細かくやっていかなければいけないと、基本的にそういうことなのですが。その際に、例えば、難病の診断をしたお医者さんから直接ハローワークに電話して1本つなげる、そういうものでもないだろうと。働ける、働けない、意欲の問題とか、労働をする上でのいろいろな制約条件、配慮すべき事項、その

人のいろいろなものを聞き取って就労に結び付けていく。そのために医療分野の知識と労働分野の知識と両方が必要で、その両方の知識を持った専門家を育てていくことが1つ重要なことだと思います。

そのために私どもがいま1つやっておりますのは、難病の相談支援センターでつないでいただきまして、そこからハローワークにお話をつないでいただいていると。それから、難病の患者団体さんにもお話をいただいて、そこからハローワークにつないでいただく、というルートが確立しつつあります。こういうネットワークが構築されていることによって、ここ3年間でハローワークを利用される難病の患者さんも4倍ぐらいに増えているということで、その成果は着実に上がりつつあると思います。お話にありました、例えば一覧表といったものは既に作ってございまして、難病団体とか難病の相談支援センターに配付して周知を図っていると。まだまだ不十分な点はあろうかと思いますが、この対応を一生懸命に頑張っていきたいと思っております。

○健康局総務課長

本日はハンセン病の追悼の日の関係で患者の協議会がございまして、局長審議官が出席できませんで申し訳ございません。

いまのご指摘ですが、難病の相談支援センターというのを各県に1つ設けておりますが、そういったところで、医療機関、保健所、労働関係機関等の関係者の連携といったところをこれからしっかりやっていく必要があるだろうと考えております。一部、そういう難病患者の就労支援協議会を設けているような都道府県などもあります。そういった取組をしっかり広げていくといったようなことなどで、難病相談支援センターなどで就労の支援などにも、労働関係機関とも連携をとりながらやっていくといったことが必要であろうかと考えております。

○秋山委員

とてもいい取組だと思うのですが、そのときに医療と労働の両方の知識を持った相談者が必要であるということで、その人材育成についてはどのようにお考えでしょうか。

○健康局総務課長

難病相談支援センターで相談をされる方に対する、ある意味、情報提供、国のほうとしても情報提供をしたり、あるいはそういったことなどをやるなり、いろいろな形で研修などを考えていくといったことなどが必要になってくると思っております。今後、しっかり取り組んでいく必要があると思っております。

○職業安定局首席職業指導官

いま難病相談支援センターの担当者のお話がありましたが、私どもが所管しているハロ

一ワークのほうで、難病相談支援センターからつながれてきた難病の方に対して就労支援をするに当たって、当然、医療のことを知らないといけない。労働のことについては、当然専門家ですが、医療のことを勉強しなければいけないということがあります。そのために私どもの外郭団体になります高齢障害求職者支援機構というところでいろいろなガイドブックを作っておりまして、職員はそれをテキストにして勉強をしておりますし、中央研修でもそのコマを設けて勉強をしております。こういったことを通して職員の専門性をもっともっと増していかないといけないと思っております。

○中山座長

よろしいでしょうか。ほかにご意見はございますでしょうか。

○脇坂委員

資料 2 で難病の勤務先において配慮を受けていることについてアンケートがされているわけですが、これと同じようなものががんとか肝炎とか糖尿病でなされているのか、ないと考えてよろしいのでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

まずがんにつきましては、ご承知のように、現在、全国に 397 カ所のがん診療拠点病院がありまして、その中のがんの相談支援センターというものが設置になっていると。この中で、がん患者の医療的な問題だけではなくて、療養全般的な話がされることになっております。そこには、看護師だけではなくて、社会福祉士の方も配置されております。かつ、これらの方々はまだ配置だけではなくて、一定の研修を受けた方々でやっているという現状があります。したがって、就労についての相談にも大体 35%ぐらいが、その相談の中身が就労に関する話ということをお願いしておりまして、……受けた対応をさせていただいているのですが、今後とも、研修やこの中身については充実させていきたいと思っております。

○脇坂委員

就労相談を受けてがん患者さんが勤務先でどのような配慮を受けているとか受けていないとか、そのようなデータや資料はないですか。

○健康局がん対策・健康増進課長

詳しいものはないのですが、一般的に就労関係では、大体 35%程度の者が受けていると聞いております。一方、糖尿病の患者さん方に対しましては、拠点病院とか、そのような仕組みがまだないというところもありまして、そこは、病院で……の対応をされているというのが現実です。

○脇坂委員

だから、やはり企業と。働きながらということは、どういう配慮をどれぐらいの患者さんが受けていて受けていないのか、まず実態を把握することが必要なのではないかと強く思うものです。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおりです。その辺り、今後考えてまいりたいと思います。

○中山座長

あと、ご意見はございますか。

○和泉委員

いま糖尿病の話が出たので少し。ほかのものと違って糖尿病の場合は、治療を続けていない方や健康診断でそうだと言われても受診しない人が多いということで、他の病気とは課題が違うのかなと思いました。前は、具合が悪くても仕事を持ちやすい環境整備について話をしたのですが、今日、追加でお話したいのは、糖尿病を患っているご本人への意識付けの問題をどうやって強化していくかということです。この間に中山座長からも教えていただいて、「糖尿病患者による糖尿病患者のためのパンフレット」というようなものの存在など、いろいろな取組をされているということを知ったのですが、それが実際にはその方たちのところに届いていないのかなと感じました。この前秋山委員からも、一般の人は急性期にならないと病院にアクセスしないので、医療機関への受診の機会をとらえて保健指導をしていくべきだという話があったのですが、もう一歩踏み込んで、健診の結果が出たときに情報提供できないものかと。そもそも受診しないのであれば、最初の段階で「異常が出ました」と言うだけではなく、それがどういうリスクがあるかということの説明が付くとか、そういうことはできないのかなと思いました。

もう1つ、これは公では難しいのかもしれませんが。いわゆる「8020運動」というのがありますよね、私がかかっている歯医者さんでは、その理想を目指すために「3カ月に一度、検診に来なさい」というハガキがいちいち送られて来るのです、とてもコストがかかることだと思いますが。最初は営業のためだろうと思いましたし、うるさいと思っていたのですが、何回も何回も繰返し来るうちに、すり込まれていくというか、ああ、とても大切なことだと思うようになりました。そして、3カ月に一度は難しくても、せめて半年に一度か1年に一度くらいは虫歯にならなくても検診のために歯医者さんに行こう、という気持ちに変わってくるのです。

例えばこのパンフレットについても、中山座長の質問によれば、配布はされていなくて、インターネット上に載っているだけだということです。そうすると、自分からアクセスしに行かなくては行けなくて、そもそも意識の高い人しか見に行かないので、公だと難しい

のかなと思いますが、リマインダー、あるいはメルマガのような、繰り返し繰り返し触れるような仕組みみたいなものも併せて工夫されていくといいのかなと。せっかくあるアセットがまだ十分にフル活用できていないのかなという印象があるのですが、いかがでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおり糖尿病は、一番の特徴が、疾病を持っていても自覚がないということです、痛みも痒みも何もなく体の中で静かに進行して行って。そして、本当に症状が出てきたときには逆に手遅れというのが大きな特徴ですので、医療機関にかかったときは、たぶんもうかなり悪くなった形のものでありますから、おっしゃるように、もっと早い段階から健診のような機会を利用するとか。それから、地方自治体ではいろいろなイベントをやったり、衛生関係は展開してございますので、そういうときにも糖尿病のこわさなり問題の本質的なものをしっかり訴えていくというようなことをしていく必要があるのかなと。ただ、インターネットに載せて便利にダウンロードするようになってはいるのですが、やはり実物のものを手渡していくといった、併せて渡しながら説明をしていくといった機会をもう少し増やしていくことが今後もっと求められるのかなと思います。その点、より充実した形のものに持っていきたいと思います。

○和泉委員

そうですね。ただ、健康診断とは違うので、例えば糖尿病のことで言えば、全員に対してでなくても、異常値が出てからでもいいと思うのです。もちろんその前段階から裾野を広げることは大切かもしれませんが、もしある一定のコストや時間などを考えるのであれば、せめて疑いのある人のところに繰り返し繰り返し何かの形で、いろいろな情報が届くように集中投下していったほうがいいかなと感じました。

○中山座長

いま糖尿病の話が出ていますが、これは放っておくと非常に重篤な合併症を発症するわけですが、この資料にもありますように、人工透析が約10万人いて、年間、1万6,000人が新たに人工透析になると。人工透析だと400～500万円かかるということですから、たぶん数千億円のお金がかかっている。もちろんそれはお金の話だけではなくて、ご本人も透析をすると、やはり負担もすごく大きいわけですね。そう考えると、特に糖尿病に関してパンフレットとか、その辺も非常に有効な手段だと思うのですが、さらに何か意識付けがもっと高まるような方法はないのでしょうか。つまり、例えば外国などでは、きちんと診察を受けていないと保険が下りなかったり上がったりするようなことがあると思うのです。日本の場合はその辺があまり、ペナルティといいますか、……的なものは何もないのかなかなか進まないと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

平成 20 年度から特定健診・特定保健指導という新たな制度が導入されて、進めているわけです。その仕組み自体は特にメタボというのがありますが、その先にあるのは、やはりこういう糖尿病などです。メタボで高血糖になり、そして。いまおっしゃいましたように、合併症の問題で、腎臓にすれば人工透析になりますし、脳にすれば脳卒中、心臓にすれば心筋梗塞ということで、糖尿病で亡くなる方はほとんどいないのですが、糖尿病の合併症で要介護につながっていくという流れがあります。そういう中で特定健診・特定保健指導という制度をやっているわけです。その中では、個々別にはないのですが、それをやっている医療保険者に対してペナルティ的なもの、あるいは、よく頑張っていれば、それに対していわゆるカサンゲンサンという制度を設けて、よく取り組んだところがより活性化するような仕組みは設けているところです。

○中山座長

ところが、これは後半のテーマですが、たしか、特定保健指導もあまり進んでいないのですよね。何か 20%ぐらい、対象者に対して、だと思ふのです。ですから、本気でやるなら何かもっと強力なことをやらないとなかなか進まないのではないかと。日本の場合、医療が誰でも受けられて近くにあるというよさがあるわけですが、逆に何かそこに甘えて。本来、自分の体は自分で健康を維持するということが、ある意味、義務でもあるし責任でもあるわけですが、どうしても何か便益のほうばかりを享受していて、というところ。何かそのバランスをもう少し、個人側でも意識が高まるようなやり方を考えていかないとこれはなかなか解決しないように思うのですが、何か妙案はございませんか。

○健康局がん対策・健康増進課長

王道といたらあれですが、このやり方としては、専門用語でいうと、リスクアプローチとポピュレーションアプローチという 2 つのやり方があります。特定健診・特定保健指導というのは、検診をしていって、その中でリスクのある方を見つけたときに、そのリスクのある方に対して集中的に指導をしていくというやり方です。もう 1 つは、そのやり方もありながら、リスクがあろうがなかろうが、一般の方々に正しい知識を早めに持たせて、自ら自分の行動をしっかりとやっていくということで生活習慣の荒れを少しでも取っていく。この両方をより、情報というものを適所適所にしっかり出すというやり方を含めてやっていく必要があるのかなと、それが全体として中長期的にはより効果があるという認識をしているところです。

○中山座長

よろしいですか。それでは、お時間もございますので、他にご意見がなければ、これまでの議論を踏まえつつ提言の取りまとめに移りたいと思います。

まずは、前回の議論や、前回以降、委員の間でやりとりした内容等を踏まえ、私のほうで用意した提言のたたき台を皆様にお配りさせていただきます。この提言のたたき台についてご議論いただきたいと思います。では、何かご意見がございましたら、どなたからでも結構ですが。

○和泉委員

いま申し上げたことで恐縮なのですが、糖尿病の最後のところに「医療機関受診の機会をとらえた」と書いてあるのですが、いま、その前の段階からという話が出ていたかと思えますので、そのようなニュアンスのことが加わるといいかなと思うのです。例えば、「中長期的には、一般の方々に広く周知するとともに、リスクの高い方には健診後であるとか、医療機関受診の機会をとらえた」とか。言葉が整理されていないので、上手な方が直していただければと思います。

○中山座長

つまり、医療機関受診以前に一般の普通の人をもっとそこを自覚するような。

○和泉委員

というのと、リスクの高い方にもかかわらず医療機関を受診しないでそのまま、病気だとわかっても行かない人もいっぱいいると書いてあるので、「健診の機会も含めて」です、もう少し前段階から。一般の人には広く薄く、リスクのある人には集中的に、というメリハリなども考えて総合的に情報を届ける工夫をするということかと思えます。ここに入れていただけるとうれしいと思います。

○中山座長

では、後ほど整理を。あとは、ご意見はございますか。

○宮山委員

私も今のところで。やはり行動化という点だと思うのです、行動をいかにとるかというところ。受診行動もそうですし、生活習慣の改善の行動をどうとるか。今日、本当に極端なのは、産業保健で白蟻病があれば防振手袋が開発される、じん肺が発生すれば防塵マスクを作る、これが常識になってどんどん進んでいくのですが、生活習慣病の場合は、やはり食とか運動とか禁煙とか、あるいは、健診の結果、正しく受診行動をとる。全部、自分の行動なのですよね。自分が行動しないと、マスクをしないで粉じんが舞う中で仕事をしているようなものだと。素手でチェーンソーを扱っているようなものだと、そこの感覚が行き渡っていないといえますか、危険な状況にあるという、そこの感じが、行動の部分を起こすことが大切だみたいところを入れていただければと、私も表現がちょっとあれで

すけれども。

○中山座長

あとは、ご意見はございますか。

○脇坂委員

「がん、肝炎について」の○の 2 番目のところですが、「がん登録を進めることはきわめて重要であり」。次ですが、「その際に就労に関する情報」。「就労に関する情報」と書いてあると、いつ仕事をしたとかというだけですから、無職の人もいますから、無職の人は就労希望があるかどうかとか、書き方は難しいですが、「就労希望を含む」「希望……を含む」などとあったほうがよりいいのではないかと。

○中山座長

ほかにご意見はございますか。

○脇坂委員

「職場での取組への支援」の 2 番目の○ですが、短時間勤務への変更の場合は労働時間等見直しガイドラインでいいのですが、配置の変更の場合は、「等」があるからいいかもしれません、すみません、「等」が入っているので、全部含んでいると考えれば。

○中山座長

それでは、ご意見をいただきまして修正を少し加えたいと思います。皆様からのご意見を踏まえまして、お配りした提言のたたき台の修正を行った上で提言の取りまとめを行いたいと思います。

提言。取りまとめ原案。総論。長期治療を要する疾病において、近年の治療技術等の進歩等により働くことが可能な患者が増えており、治療と仕事の両立を図る支援の仕組み作りを強化することが必要である。この場合に、患者側の視点に立ったわかりやすさ、企業側に立った活用のしやすさ等を念頭に置いてこれまでの取組をレビューし、さらに実効性の高い仕組みとしていくことが求められる。医療機関や就労支援機関が連携した取組、医療機関相談センターや就労支援機関が連携して就労を支援するために各機関の相談体制の強化や連携の仕組み作りに努めるべき。例えば、次のような取組を推進してほしい。

病気の診断を受けてすぐに就労に関する相談を受けられるような体制や連携体制の整備。患者がどこにどのような就労支援の窓口や就労に関する情報があるのかわかるよう、例えば、医療機関等で就労支援に関する情報を集めたリーフレットを患者に配るような取組。医療機関が診察や治療に合わせて患者が就労するに当たって配慮すべき事項等に関するチェックリストを作成し、就労支援で活用するような仕組み。ここに 1 つ追加します。医療

と就労の両方の分野について知識を持った専門支援人材の育成。これは、先ほどの秋山先生のご指摘を反映いたします。また、このような取組を進めるに当たっては、医療機関等と就労支援機関との連携による就労支援の効果の分析を行うべき。

次に、職場での取組の支援です。まずはじめに追記します。治療と仕事の両立を図る上で職場でどのような配慮を受けているか、まずは実態をよく把握すべき。そして、治療に専念せざるを得ないときの就労支援策として、復職に対する不安を払拭できるよう、治療のための休暇の企業への普及を推進すべき。治療のための休暇からの復帰の過程や定期的な治療が必要な時期に労働者の希望も考慮して、短時間勤務への変更や配置の変更など、労働条件が適切に配慮されるよう、労働時間等見直しガイドライン等を事業所に一層周知すべき。体調と相談しながら在宅で仕事をすることができるよう在宅勤務を推進し、労務管理上配慮すべき点について周知を図るべき。さらに、患者や支援者がお互いに支え合いながら働いていけるような、企業などの雇用ではない働き方を支援することも検討すべき。

次に、医療機関や相談支援面での取組としては、働きながら通院ができるよう、例えば、土・日に開いている病院を増やすなどの取組を検討すべき。仕事が休みの土曜日などに患者が気楽に職場での悩みを相談できるような地域の中での相談支援機能を充実させるべき。

このほか、疾患ごとの取組として以下の内容を提言する。難病については疾患ごとに就労上の課題は様々であるため、病態、年齢等に応じたきめ細やかな対応を行うべき。既存の支援策（助成金等）がより一層活用されるよう、事業所や難病患者等に対してさらなる周知を図るべき。がん、肝炎については、がん患者の退職解雇の実態を把握、分析し、そのほかの職業人生におけるイベントに伴う退職等とも比較しながら目標値を立てることが可能か検討すべき。がん登録を進めることはきわめて重要であり、その際に就労や就労ニーズに関する情報も取得できるか検討すべき（追記）。医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう配慮した上で、抗がん剤の夜間投与など、就労と治療とを両立できる方法を積極的に取り入れることを検討すべき。肝炎対策の趣旨や重要性について国民の正しい理解を促すよう、周知、啓発に努めるべき。糖尿病については、産業医等、産業保健スタッフのみならず、職場の管理職が本人の病気を知らなければ就業上の配慮はできないが、上司、同僚に病気を知られたくない者もいるため、まずは職場の管理職が職員の病状を把握できているかどうかを調査、把握すべき。糖尿病を悪化させないためには、就業時間外の診療を可能とするような環境整備や病院と職場との連携が重要。

次は、結構追記がございます。初期は自覚症状がないため、本人への意識付けや知識の付与などを図るため、糖尿病について広く周知を図るとともに、健診受診や医療機関受診の機会をとらえた保健指導の情報提供の実施など、本人の行動の変化につながる効果的な方策を検討すべき。以上です。

よろしいでしょうか。では、担当部局におかれましては、この提言を今後の政策に確実に反映していただきますようお願いいたします。1つ目のテーマについてはこれで終了いたします。次のテーマに入る前に担当部局の入替えを行いますので、委員の皆様はしばらく

お待ちください。ありがとうございました。

(担当部局入替)

議論2 健康づくりの推進

○中山座長

それでは次に、「様々な主体が行っている国民の健康づくりに資する取組みの一体的・効率的推進」について、前回の議論において委員の皆様からご意見、ご質問をいただき、宿題となっていた事項について、担当部局から簡潔にご説明いただいた後、引き続き、議論という流れで進めさせていただきたいと思います。それでは担当部局から合わせて3分程度で宿題事項についての説明をお願いいたします。

○保険局医療費適正化対策推進室長

保険局でございます。資料5をお願いいたします。ご指摘いただいた2つの事項について、裏をお願いいたします。①が特定保健指導の種類別の実施率ということで、動機付け支援という、初回面接を行って6カ月後に評価するというやり方と、積極的支援と言いまして、さらにその間に3カ月以上の面談や電話、Eメールなどを使った支援がプラスされたものごとの実施率の違いです。実施率は表にありますように動機付け支援が19.3%、積極的支援が12.0%です。積極的支援のほうは3カ月以上の継続的な支援がありますので、脱落する人の割合が動機付け支援より多いということで、このような終了率になっていると考えています。

次に②の事業額についてですが、23年度の総事業費は644億円としています。20～23年度が2,269億円です。この数字は私どもが持っている補助金制度について、それを3倍した金額ということです。これは3分の1を補助することになっていますので補助金額を3倍して出した数字ですが、2つ目の※にありますように、これには事業主健診の費用（全額事業主負担）と、共済組合の費用が入っていませんので、644億円という数字になっています。以上です。

○中山座長

ありがとうございました。引き続き、ただいまの説明に対しまして、あるいは前回におけるやりとりを踏まえてご議論いただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。私からよろしいでしょうか。資料5は前回、お聞きした内容で、初めに特定保健指導種類別ですけれども、想像以上に動機付け支援と積極的支援にあまり大きな差がなくて、もっと差があるのかと期待していたのですが、資料4の論点2でもともと目標が45%ですよね。この間も、こういう目標というのは、達成目標なのかモニタリング目標なのかということがあって、45%にしようと思ったら本気でやらないとならない。その時に私は、レベルの悪い人はより重点的、強制的にやるべきではないかとお話したのに対して、この結果が来

たのですが、これを見るとあまり本気でやっているように見えないのです。その辺、いかがなのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

ここの終了率というのは対象者があって、そのうち保健指導を開始していただいて、それで脱落をせずに終了した人が、こういう数字になっています。問題は、対象者の方が保健指導に来ていただけないと。通常は健診から血液検査のデータが揃った上で、その後に対象者に保健者のほうからお知らせを出すのですが、その期間が概ね3カ月から4カ月かかっているのが通常です。この初回面接は、面談で個別にやる場合は20分以上やりますので、そうしますと改めて、その人はまた出かけていただかなければいけないというのが、かなり大きなハードルになっていると認識しています。それを別途、いま検討会でご議論いただいています。できれば健診のその日に、少なくとも血液検査が揃っている場合はもっとたくさんできるように、保健指導まで入れればいいのかといったことも含めて、いまご議論いただいているところです。

○中山座長

やはりこれ、健診を受けるというのは、早期に発見して早期に対応しようということですから、それがリスクがあると思っている人に対し、これだとやっている意義があるのでしょうかという感覚が出るのですが、そういう意味では、いくつかの項目が悪いとか重なっている人、数字が大きい人は、相当強制的にでもやるようにしていかないと、特定健診だとたしか4割ぐらい、がん検診も30何パーセントですけれども、もったいないと思います。何かもっと積極的な方法はないのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

ご本人に理解していただくというのが、いちばん大事だと思っています。この積極的支援の方はリスクを2つ以上抱えている方が基本ですが、そういう方々もそうですし、それ以外の方々も健診結果を受けて行動変容していただくことがいちばん大事ですので、例えば健診結果と併せて、その人の健康状態に応じた行動変容をできるだけ促すことを、ひとつはしていきたいと思っています。またそれ以外に少しでも動機付けになるようなことは、いま検討している最中です。

○中山座長

ほかにご意見はございますか。

○秋山委員

特定健診ではないのですが、がん検診の場合に事業所の規模によって、がん検診が実施

できている所とできていない所があって、規模が小さい所は政府管掌等で健診を受けに行くことを、事業主自体も本当はしなければいけないけれども難しいという状況が、この数字で表れているので、その辺についてももう少し事業主に対してどのように勧奨していくか。中小等で健診も企画しにくい所に関しては何か補助が出るとか、逆に何かしらの支援はないものだろうかと考えますが、いかがでしょうか。

○保険局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおり、企業規模によって健診する率に差があるという話も聞いていますので、私どもはそういうことも踏まえ、いわゆる「がん検診企業アクション」という形で、がん検診に取り組んでいただく企業の賛同を募り、現在、817団体、企業の方々に、このがん検診の取組向上のところでご協力いただいています。まずはこの輪をもっと広めていくことをやっていきたいと思います。また個別の健診によっては、例えば子宮がん検診などいくつかの健診については無料クーポン券などもお配りして、より健診がしやすくなるような配慮もやってきましたので、このあたりを総合的に組み合わせて対応していくのがいいのかなと思っていますところ です。

○中山座長

よろしいですか。この事業所のがん検診ですが、資料3の31頁にデータがあります。当然ながら大企業はかなり受診率が高い。一方で10~29人だと低い。その中でも例えば胃がんは半分以上がやっている。しかし、肺がん、食道がんは低いということで、そうやって考えると全体で括ると28.6%になるわけですが、層別というか、悪いところを具体的にどのくらいにするのかという目標を定めて進めるようなことを考えないと、先ほども言ったモニタリング的に、結果、こうなっていますということで上がっていかないように思うのですが、その辺はいかがでしょうか。何か技術的に難しい面とかありますか。

○保険局がん対策・健康増進課長

確かに胃がん、肺がんなど種類によって検診率は違いますが、資料3の40頁にありますように、これは私どもの厚生科学研究費で調べた結果で、がん検診が地域で4割ぐらい、職域でも46%ぐらいやっていて、必ずしも検診率自体が精度の高いものでないというのが1点です。たまたま把握できているのがこういう検診率ということであるわけですが、それはあるにしても検診率を上げていくということで、今回、全般に目標率も50%という目標を掲げていて、胃がんなどについては4割という目標に今回の新たな推進計画で変更し、より現実的なものを目指してやっていくということで取り組んでいます。

○中山座長

ちなみに変な聞き方をしますけれども、何で100%ではないのですか。どこかの仕分けで、

どうして2番では駄目なのかというのがありました。何で50%でいいのでしょうか。つまり早期発見、早期に対応するとすれば、100%を目指すという考えもあると思いますが、ほどほどがよいということなのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

今回の目標を設定するときに、最終目標は死亡率を減らしていくということで、その死亡率が毎年、1%程度減っていったらいいわけです。がんは5年計画ですけれども、一応、10年ごとに見ていますので10年経つと10%減る。さらに努力目標として10%上乗せして、つまり10年間で20%減少させようという計画の中で、煙草をやめたらどのぐらい死亡率が減るかなど、それぞれの対策の部分を取った結果が、ちょうどがん検診が50%のとき、その目標を達成できるという考え方に基づいて、この数字が設定されているところです。

○中山座長

一方、死亡率は右肩上がりに、そうか、年代を別とすれば、そこを置き換えた死亡率ですね。わかりました。あとご意見はございますか。

○秋山委員

アメリカなどでは保険の仕組みで、実際ががんになったときに検診を受けていなかったら保険給付がもらえないとか結構厳しいから、それで検診率が上がっているということもあると聞いています。健診をすることが本人にとっていいことではあるけれども、そういうほかの仕組みも組み合わせた形で、なるべく早期発見・早期治療に乗せられたら医療費自体も少なく、本人の苦痛も少ないと思います。その辺のところにもう少し踏み込んだ健診の奨励ができないかというところですが、いかがでしょうか。

○保険局総務課長

たしか前回も同じような話が出ましたが、アメリカは皆保険と言っても民間保険中心ですから、HMOなどが保険契約の中で給付を制限している部分があるだろうと思います。日本においてどうするかというのは、この間申し上げたとおり受けている人、受けていない人によって、保険料に格差を付けたり給付に格差を付けるというのは、ひとつの考え方としてはあり得ると思います。たぶん可能であるとするならば、保険者サイドでさまざまな附加給付とか、例えば一部負担金に上乗せして減免しているというのがありますから、そういう中で受けていない被保険者について少しペナルティと言いますか、差を付けるという形はあり得ると思います。そういう形を積み上げながら、まずは保険集団の中で受診率が向上するようなやり方も、検討の余地があると思っています。我々も保険者間の取組でベストプラクティスを少し拾いながら、できるだけそれが普及できるようにということも併せて考えたいと思っています。

○秋山委員

併せて似たようなことですが、国保の財政などで健診が非常に高いところは、国保の医療費自体が下がっているというのもデータで付けていただいているので、そういうところは健診そのものに対して自己負担が少なくなるというのは、地域、地域で工夫していると思います。逆を言えばペナルティでなく、ごほうびという形の取組で好事例があれば、それをきちんと見えるような形にして示すことで、ずいぶん地域での取組が変わってくるのではないかと思います、いかがですか。

○保険局総務課長

私もそう思います。少しその辺のところも幅広く、保険者は 3,500 ありますので幅広く拾ってみて、どちらかというところと保険集団として比較的単一の健保組合とか、小規模な国保といったところは、取組によって波及効果が結構あるので、そういうところを中心によく見て、できるだけ応用が効くような形のものを考えたいと思っています。

○中山座長

あとは何かございますか。よろしいでしょうか。それでは続きまして今までいただいたご意見に従い、提言の取りまとめに移りたいと思います。まずは前回の議論や委員間でお話した内容等を踏まえて、用意した提言のたたき台を皆様にお配りさせていただいています。この提言のたたき台についてご議論いただきたいと思います。

○和泉委員

これは皆さんのご意見を伺わないといけないのですが、私の個人的印象を申し上げますと、総論のところには十分書いていただいているのですが、さらにもっと強めていただけたらと思っているのは、健診、その他、国民の健康づくりはもちろんですけれども、医療費総額を抑えるという大目標が、どうしても人口構造上あるわけです。その中で予防や早期発見・早期治療を行うため、より早い段階でのアクションを起こす。そのベースとなるのは、国民自らが自分を守っていくのだという意識づけをすることが大切だと思っていて、既にそのようなことが書いてあるのですが、もうちょっと強くしたい。つまり医療に頼る姿勢というのが、今はまだ国全体に空気としてあるのを、国民自らが主体的に自身の健康管理に努めた上で、初めてその上の医療があるという考え方に意識変革をしていくという前提が、最初にきちんとあることが、これからは大切ではないかと思います。私自身もそうですが、もともと弱く生まれてきた部分や、どうしようもないこともあるので、その部分に関しては優しい国であるけれども、努力で変えていける場所に関しては、きちんと努力するという考え方が大切かなと思います。国に余裕がなくなっている今は、そういうことが大切かなと思うので、優しさの部分と、きちんと自分の力で自らを守っていきま

ようという部分が、もうちょっと強いといいなと思いました。

○中山座長

全くそのとおりだと思います。医療費がどんどん上がっていくわけで、その中で自分の体は自分で守るという意識です。先ほど糖尿病の話もありましたが、それをきちんとやらないと医療費も自分自身の負担も増える。そういう受益と負担という考え方を、もう少し入れていかないといけないと思います。厚労省がそうやって言うと患者や医師から反対があったり、メディアで「おかしい」とか言って、ワイドショーでコメンテーターがネガティブな意見を言って世論を誘導したり、なかなか難しいとは思いますが、そこの意識をちゃんと付けていかないとなかなか先が回って行かないと思います。経済成長がずっと2~3%あってどんどんお金が入ればいいですが、なかなかそういう状況でもないと思います。みんなが自分で気をつけ、ちゃんと自己管理しながら、まさしくセルフケアをしっかりやっていかないといけない。そういうことをもっと意識づけし、ルール上もそういったことが目に見える格好で進んでいかないといけない。このテーマそのものと別かかもしれませんが、それがバックにないと難しいと思います。そういう意味では、この個人の取組の推進というところが大切です。

○秋山委員

そういった意味で、この健診等の受診率の向上のポツの3つ目、4つ目あたりです。「主治医からも健診等の受診を働きかけるよう促す」とありますが、促すだけで何もなかったら、たぶん医師会の先生たちは「うん」と言わないと思います。それから「健診等受診のインセンティブを高める」ために、事業者への施策的な工夫をきちんとした上でないと、そこは病院指向でこの50年来ましたから、考え方を変えていくのは難しいところではないかと思います。そういう意味で働きかける、促すだけでなく、もう一工夫が本当は要るのではないかと感じています。

○中山座長

そういう意味では「主治医」と書いてありますが、そもそも主治医がいない人がいっぱいいるわけです。家庭医というか担当医というか、そこをきちんと付けて1人の人生の生老病死に付き合う人を定めて、それでこういったことをうまく指導しながらやっていけるように、なかなか人材育成とか難しい面はありますけれども、そこを考えていかないと、この前もフリーアクセスでいいのかという話をしましたが、現実には難しいと思います。そういう意味で、これは個別意見でもいいかもしれませんが、主治医をちゃんと設けるような制度にすべきではないかと思います。

○和泉委員

私も個別的意見で大丈夫です。

○宮山委員

そういうところで、いま医療費の適正化に向けて、個人、個人が正しく健康行動をとるという趣旨のことなのかもしれませんが、この上のほうに入っていることは入っているのです。

○中山座長

そうです。

○宮山委員

そこが微妙で。

○和泉委員

入っているのですが、「欠かせない」と書いてあるだけなのです。

○宮山委員

そうそう、どうですかね。

○中山座長

おっしゃるように、「医療機関へのフリーアクセスが担保されているなど我が国の医療制度が充実していること」、そのとおりですが、結果的に医療費は右肩上がりに増えていくということでもある。次の話にいいですか。2番目に健診等の効果についてとあるのですが、健診というのが医療費を抑えるために有効に機能してほしいわけです。そういう意味で先ほど640億円というお話がありました。たしか予算は260億円だと思いますが、ここには企業などが入っていないので、たぶん総額は1,000億円とかもっと増えるでしょう。生活習慣病の部分が総医療費の中で8兆円ほどですが、健診に対する費用対効果というものが、スタディはされていると思いますが、なかなか数字がはっきりは出てこない。そこで、学校や民間の研究者などいろいろなものと協力しながら、大変難しいとは思いますが、数字としてある拠り所がもっと見えてくればいいと思います。

例えば、がん検診などにしても要は検診によるがんの発見率、発見したがんが早期発見でどれだけ治るのか。あるいは医療費削減がどれだけできるのか。がんそのものも発症率、患者数とかありますが、マーケティングだとポートフォリオで、いろいろなパラメータを使って分析するわけです。そういう多次元の解析も含めて、うまく費用対効果が表せるように、割とそこはみんなも納得できるようなものが作れるといいと思います。たぶん、この書き方だとこれまでもやっているというので、二次元のデータぐらいで終わってしまいそうな感じもするのですが、その辺はいかがですか。

○脇坂委員

私もそこが気になったのです。私は医療経済学の専門家ではないのでしっかりしたことは言えないのですが、健診の費用対効果で簡単に言うと、健診を進めれば医療費が下がるということは言えるのですけれども、完全にわかるにはすごく時間がかかるのではないかと。だから検証結果によって健診の義務化はいいのですが、次の受診費用の国庫負担というのは、おそらくデータでもかなり先にならないとわからないことを、二時点ぐらいのクロスセクションだけでやってしまうと、ちょっとこれはきつい提言かなと。個人的に健診の義務化はいいのですが、受診費用の国庫負担というのは、おそらく検証の方法でもなかなか出てこないのではないかと考えています。その辺、事務局、どうでしょうか。何かそういう手法的に出ますかね。

○保険局医療費適正化対策推進室長

私どものほうでいまデータベースを作って、健診のデータとレセプトのデータの蓄積を始めたところです。まだ健診のデータは20年度から、レセプトのデータは21年度分からしかないので、それをずっと続けていき、ある人が発症した場合と、発症しなかった人の場合をきちっと年を追って比べれば出るとは思います。それには相当の期間がかかるというのが、おそらく事情だと思います。

○脇坂委員

そうですね。まだわからないことに対して受診費用の国庫負担というのは、ちょっと過激すぎるような提言ではないかと個人的には思っています。

○中山座長

なるほど。私も8兆円だったか9兆円ぐらいして、年に1,000億円が500億円ぐらいだったら金を出してもいいのではないかと思ったのですが、確かにおっしゃるように、どうしましょうか。国庫負担というのは書きすぎだということであれば。

○脇坂委員

私が少数意見という形でも、いいですから。

○中山座長

受診費用のインセンティブ、少し違う表現にしますか。

○秋山委員

でも先ほど言いましたように、例えば事業所規模が小さい所は本当にできない所もある

わけで、そういう所に対しては国庫負担をしてでも、この予防に努めることが今後の健康の増進につながるという意味では、書きすぎではないと思います。

○脇坂委員

そういうターゲットを絞ってと。

○秋山委員

ええ。つまり、すべてでなく、健診の機会はちゃんと確保されるべきではないかと思えます。

○中山座長

そういう意味では、対象を絞ってということですか。先ほどもがん検診の中で大企業と小人数の所で圧倒的に差があるし、がんの種類によってもかなり差があります。その辺が病理的なものを含めてデータが少し整理できれば、それを基にして悪いところは支えていく。確かにおっしゃりとおりの中小企業は金もないし、そんな健診に行かれたら困るとか、あるいは肺がんなど、別にここで働いている時にならなければいいんだみたいな人も中にはいるかもしれないし、辞めてからのことは俺は関係ないよという経営者もいるかもしれない。そういったことをちゃんとしていくためには必要かもしれない。

○宮山委員

いまのデータベースの関係で、確かにそれを検証することは絶対必要だと思いますが、もう1つの側面として、**QOL**を高めていくことの価値が国民に認識されれば国庫補助はなくてもいいと思います。それまでは医療費との関係です。国民が**QOL**を高めることが素晴らしいのだと認識すれば変わるとは思います。そういう部分の評価指標がデータベースに何か入っているのですか。例えば変な話ですが、歩いていて息切れしなくなったとか、いま具体的なイメージが浮かばないけれども。

○保険局医療費適正化対策推進室長

私どものデータベースは客観的なデータと医療費のレセプトのデータなので、残念ながら、そういうご本人の指標のようなものは入ってないです。

○宮山委員

私はだから、それで。

○中山座長

わかりました。あとよろしいでしょうか。

○秋山委員

あと後ろに書いてある健診実施機関間の連携に関して、この間からも少し論議になっていきますけれども、産業保健と地域保健との連携のときになかなか情報がうまく活用できない。これは前々から課題になっている。そのときに例えば健保組合で扶養家族がいた場合に、その方たちが国保に入っていないので、そういう方たちが地方にいて漏れていたりという事実もある。そういう様子なので何らかの形で居住地コードというか、そういうものが付されるような形で地域に情報を戻しやすい工夫を考えるなりして、具体的にこれをきちんとしていく方向で考えていく。そういう提案ができないかと思いますが、無理ですか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

2つ分けて考えないといけないと思います。被用者保険の情報の被用者の情報を遍く市町村にきちんと戻すとなると、これはかなり大掛りな仕組みが要ると思います。そのときに地域の側で何にそれを使うかということが、たぶん大事だと思っています。その価値があればそういう大規模なものを作ることもなくはないと思いますが、ただ、現実的には被用者保険が1,500ぐらいあって、市町村も1,700あるわけです。この組合せで皆さんにばらして個人情報を伝えて、何のためにそうするんだということはよく考えないといけないと思います。現実的なのは、例えば特定の会社と特定の市町村がある程度近接している場合、大きな会社の被扶養者がこの市町村にいる場合に、例えばご本人の同意を得た上で、当該市町村と当該被用者保険の保険者間で連携するようなことは、データの様式をきちっとすれば、実際に1つずつではありますけれども可能性は広がるのではないかと思います。

○秋山委員

そういうのを是非、モデル的にでもやってみてどうなのか検証することは、できないものではないでしょうか。今までトライアルはないのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

いま実際に健診のデータを、被用者保険の側と市町村の側で連携して健診をやるということも、いま健診の側での検討課題になっているのですが、その際にデータをきちっと受け渡しできる環境に今はないものですから、被用者保険の側が持つデータと国保の側で持つデータを、つなげるようにはしたいと考えています。つなげるというか、その環境の基本となるやりとりの仕方はやらなければいけないと思っています。

○中山座長

よろしいでしょうか。それでは皆様からのご意見を踏まえ、私のほうでお配りした提言のたたき台の修正を行った上で、提言の取りまとめを行いたいと思います。修正したものを読み上げたいと存じます。

提言（取りまとめ）原案読上げ

提言

【総論】

高齢化の進展により、医療費の上昇を抑えながら国民の健康維持を図るためには、まずは国民一人ひとりが意識を高め、自ら生活習慣を振り返って、積極的に健康づくりに取り組むことが欠かせない。セルフケアと健診医療とは両輪であることをふまえ、健診の費用対効果、受診のモチベーション喚起、データの効率的活用などの視点を強めて果敢に取り組んでいただきたい。

【健診等の効果について】

早期発見・早期治療が医療の基本であるが、健診受診率と医療費の関係について、健診受診率が高いほど医療費が低くなるという結果がいくつかの研究で示されているが、健診等の費用対効果について引き続き多面的な検証を進めるべきである。そして、検証結果によっては、健診の義務化受診費用の支援などの施策を考えるべきである。

【健診等の受診率の向上】

国民の多くは、自らの健康づくりについて高い関心を持っている一方で、健診等の受診率は目標を大きく下回っている。これは、医療機関へのフリーアクセスが担保されているなど我が国の医療制度が充実していることもあり、健診等の意義や必要性が正しく理解されていないということが大きな要因と考えられる。

このため、国民の健康づくりへの関心が健診等の受診に結び付くよう、国民にとって身近で分かりやすい方法で、健診等の意義や必要性の周知を図るべきである。

また、健診等の受診率を向上させるための新たな取組として、

- ・健診等の対象年齢になる前から受診の働きかけを始める。
- ・健診等の結果が良好な者に対しても、健康な状態を維持するためのモチベーションを高めるような取組を行う。
- ・主自医からも健診等の受診を働きかけるよう促す。
- ・対象者の健診等受診のインセンティブを高める。
- ・健診等が受けやすいよう労働時間に配慮する。
- ・がん検診と他の健診との同時受診を促進する。

といった観点の取組も検討すべきであり、健診受診率向上につながる好事例を収集・普及すべきである。さらに健診結果を踏まえて、生活習慣の改善や医療機関の受診につながるような取組を強化すべきである。

【健診実施機関間の連携】

職域では事業主健診が大きな役割を果たしているが、職域が生活の中心であった被用者も、定年後は地域に戻ってくることから、職域と地域（市町村）の間の連携を図ることが重要である。

また、勤務先の変更や居住地の変更が増えている中で、一つの機関で健診等結果を経年的に把握することはますます困難になっている。このため、諸外国の例も参考に、個人情報悪用の防止に留意しつつ、個人番号の利用による健康情報の一元的管理や機関間の連携の推進についても検討を進めるべきである。

【個人の取組の推進】

健康づくりは、健診等の結果を踏まえ各個人が自発的に行う予防的な取組が重要であり、各個人の取組を国が支援し、全体の底上げを図ることも検討すべきである。

また、地域には健康づくりに資する様々な施設が存在しており、国民の健康づくりを推進するためには、これらの施設を有効に活用するという視点が重要である。そのためには、関係する行政分野や行政機関の連携も強化するのが効果的である。

以上です。

○宮山委員

1点、追加の部分です。いちばん最初に追加していただいたところで、「高齢化の進展により」とありましたね。医療費の高騰を高齢化の進展のみに負わせるのは、いかがなものかということで、医療の高度化もその次に入れていただけたらと思います。

○中山座長

そうしますと、では最初に医療の高度化にしますか、高齢のほうを初めに持ってくる。

○宮山委員

いや、あとでいいです。

○中山座長

わかりました。「高齢化の進展や医療の高度化により」ということで、よろしいでしょうか。では担当部局におかれましては、この提言を今後の政策に確実に反映していただきますよう、お願いいたします。

それでは、本日取りまとめた二つの提言について、ご出席いただきました西村副大臣に一言、コメントをいただきたいと思っております。

○西村厚生労働副大臣

今日は有識者の先生方、大変ありがとうございました。大変幅広い二つのテーマについて、今日は提言を取りまとめていただきました。特に国民の健康づくりに資する取組の一

体的・効率的推進という点については、投入されている予算の額も大きいのですので、どうやって横串を刺して取り組んでいったらいいかということは、大臣も関心を持っておられたことだと思いますけれども、今日の提言を大臣に報告させていただき、政務三役でも共有してフォローアップに努めていきたいと思っております。また次回、どうぞよろしくお願いたします。今日はありがとうございました。

○中山座長

ありがとうございました。なお、委員の皆様には本日の限られた時間での議論の中で言いくせなかったご意見等ございましたら、お配りしている用紙にそれぞれのテーマごとにご記入いただき、来週 25 日までに送付いただきたいと思います。ホームページへの掲載手続等の関係から、前回と同様、早々の提出をお願いすることとなりますが、ご理解いただきますようお願いいたします。今日はありがとうございました。

この総論に書きましたけれども、厚労省の医療の関係は何かやると、すぐ反対がいろいろな団体から起きて非常にやりにくいところではあると思いますが、やはり志高く、こういうあるべき姿だということを強く描いて、何とかそこにいくように大変ではございますが、ご尽力いただきたいと思います。よろしくお願いたします。それでは事務局から次回以降の連絡をお願いいたします。

○保険局がん対策・健康増進課保健指導室長

次回ですが、今回は 3 クール目になります。テーマは「医療と介護の連携」、「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」、この 2 つのテーマで検証をお願いしたいと思っております。次回日程は 1 週間後、6 月 29 日（金）の午前 10 時から 12 時を予定しています。場所はこの同じ場所です。よろしくお願いたします。

○中山座長

それでは、これで本日の提言型政策仕分け会合を閉会いたします。本日は、ありがとうございました。