

厚生労働省版提言型政策仕分け（第3回）

開催日時：平成24年6月15日（金）14：00～16：34

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、阿部委員、和泉委員、宮山委員、脇坂委員

○中山座長

それでは、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。本日は委員の皆さまと事前に決定したとおり、中山が座長を務めます。本会合はテーマごとに2日間の日程で実施しており、本日と次回で「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2つのテーマについてご議論いただき、提言をとりまとめる予定です。本日は厚生労働省の政務三役から小宮山大臣、西村副大臣、藤田政務官に後ほどご出席いただきます。なお小宮山大臣は公務のため途中で退室いたします。ここでカメラは一旦退室をお願いいたします。

それでは議事を進めます。本日は2つのテーマについて担当部局から施策の現状を説明していただき、様々な論点について委員の皆さままで自由にご議論いただきます。まずは、「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」について担当部局から現状についてご説明いただきます。説明については健康局から一括して、5分以内を目安にポイントを絞って簡潔をお願いいたします。それではよろしく申し上げます。

○健康局長

健康局長です。それでは私のほうから資料1に沿って説明いたします。まず治療と就労との関係が問題となる疾病として4つの疾病を代表例として挙げております。

最初に左上に書いてある難病です。原因が不明で治療方法が確立していない疾病をまとめて難病と呼んでおりますけれども、その種類や態様は様々であります。難病対策の一環として医療費助成を行っております。その対象疾患である56疾患についてみますと、患者数は70万人となっておりますけれども、その他細かい希少難病も多くありますので、対象は100万とも200万ともいわれていますが、医療費助成は70万人に行っているということです。

難病につきまして就労との関係でみますと、神経系のような難病につきまして進行性で病気が進んでいくことが多いのですけれども、最近は治療も確立されまして、例えば潰瘍性大腸炎といった消化器系の病気、それからSLEといった膠原病のようなものについては、比較的ステロイドに反応する、女性に多いのですけれども、という意味で大幅な症状の改善がみられてきているということです。特徴が、普通の慢性疾患がずっと病気と闘うのに比べて、良くなったり悪くなったりということで断続的に変動する、いい場合もあるということです。先般閣議

決定されました社会保障・税の一体改革でも、就労支援を含む総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築が盛り込まれています。

次のがんです。日本では昭和 56 年以降死因の第 1 位となっておりまして、年間で 35 万人の方が亡くなっており、患者数が 152 万人と推計されています。日本人の 3 人に 1 人ががんで亡くなる、2 人に 1 人が一生のうちにがんに罹患するという状況になっています。一方、がんの医療も進歩がめざましくて、長期に生存するサバイバーが増えています。そういうことで仕事と治療の両立が課題となってきました。そのため 6 月 8 日に閣議決定されましたがん対策推進基本計画においても、重点的に取り組むべき課題として働く世代や小児のがん対策の充実が盛り込まれておりまして、分野別施策にがん患者の就労を含めた社会的な問題が盛り込まれました。これも通常の慢性の病気と異なりまして、例えばがんの手術をした後 1 年間だけ抗がん剤を飲む、その間さえしのげば後は何とかかなるというような方が増えてきておりますけれども、そういった間の 1 年、2 年が大雑把に言えば課題だという点が特徴です。

次に肝炎です。ウイルス性肝炎は国内最大級の感染症で、患者数はがんも肝硬変も含めると推計 31 万人になっています。肝炎ウイルスの感染者というのは何百万人もいるわけですが、近年肝炎の治療法というのは比較的進歩しております。B 型、C 型とありますが、例えば C 型というのは若いうちに治療を受ければウイルスをかなりの確率で駆除できるという点が、他の病気と違うわけです。これも特徴的なのは、一定期間駆除する間は結構副作用が大変で、その間生活の中でどうやってそれをやっていくかということが課題です。そういう特徴があるということです。したがって肝炎を早期に発見して早期に治療をしていくことが重要です。これも、そういった意味では就労との関係が課題であるということで、肝炎対策基本指針にも書き込まれています。

最後に糖尿病です。これはちょっとこれまでご説明したものと違っておりまして、人口減少社会において労働力人口の減少を見据えて、糖尿病に罹患している多くの方々の就労と治療を両立すると、失明や人工透析の合併症を少しでも予防できる環境作りが重要だということです。そのために治療を継続されている方の割合が段々増えてきておりますけれども、6 割ちょっとにとどまっていますので、「健康日本 21」では 10 年間にもっと数字を上げようということでやっています。これは難病やがんと異なりまして、特徴は自覚症状がないときに職場も含めた全員が早期発見、治療という、労働生産性と関係ない視点で、そういったことを早く見つけて治療するという形で、その場合にはがんや肝炎のように手間暇がからないわけですが、母集団が大きいためにいろいろと世間の関心も大きくなっているということです。

以上 4 つの疾病に関しまして、現在これらの患者が働きながら治療を継続することの支援策として、資料の下にありますけれども、差別もありますので国民への啓発、職場での取組みの推進、相談支援、医療支援等の体制確保、就労支援の取組みの推進を、いろいろな切り口でやっているということです。いずれの病気も患者が、大小いろいろありますけれども、仕事を持ち続けること自身が生きる

うえでの意義、家族の経済状況の改善等、個人だけではなく社会全体にとっても意義があるということですので、できる限りの支援策を講じてまいりたいと考えております。以上です。

○中山座長

ありがとうございました。では続きまして仕分け室から論点の説明をお願いいたします。

○総括審議官（事業仕分け室長）

仕分け室のほうでとりまとめました本課題の論点です。資料2です。ここに書いてありますように、長期にわたる治療等が必要な疾病を抱えた患者の方が働き続けるためにはどのような取り組みが必要か、こういう論点に尽きるわけです。これにつきましては、いま関係部局の説明にありましたように、疾病によりまして4類型があります。

まず難病です。難病につきましてはその疾患によって予後の改善がみられるといった説明もあったわけですが、それに関連して就労支援のニーズも高まってきているということです。このグラフにありますように新規の求職申込件数もこの数年、5、6年前と比べるとずいぶん増えていきますし、実際に就職された数も増えてきています。それから難病の方々に関するデータで見ると、主に就労しているという方が22%、何らかの形で就労している人も33.9%ということで、一定程度ありますので、そういった方についての支援というものが必要になるだろう。

一方、勤務先において配慮を受けていることについてというアンケート調査があります。多いところを紹介しますと、力仕事を回避する等職務内容の配慮や、短時間勤務にしてもらっている、線を引いてありませんが休暇を取得しやすくするなど休養への配慮、通院・服薬管理等医療上の配慮、こういったものがあるということがアンケートから出てきております。

一方、難病相談・支援センターでは就労とか、そういったことについての相談は、してもあまり役に立たないと思われているのか、こちらのほうにはあまりきていないということです。難病の種類は多岐にわたり、それぞれ良いときもあれば悪いときもある、担当局の説明にもありましたけれども、それぞれの疾患ごとに配慮すべき事情というのがいろいろある、この辺はこの資料にあるとおりです。こういったところが関係しているわけですがけれども、それぞれ難病相談・支援センターは医療関係のことは分かるけれども、就労関係でどういった配慮をすればいいかが必ずしもわかっていなかったり、ハローワークでは就労のほうはわかっているけれど、その病気についてどういったことを配慮すべきかを必ずしもわかっていなかったりする、そういった部分が論点だということです。

3頁のがん、肝炎です。これにつきましてもずいぶん働くことが可能な患者が増えてきているということで、「働くこと」に対する支援を充実する環境整備が必要ではないかということです。数字がここにありますように、5年生存率も徐

々に上がってきておりますし、実際がん生存者数という絶対数も増えている。それから治療と就労の両立、いろいろな配慮をしていかないと難しい例として乳がんの方の治療で、通院をかなり長期にわたってしなければいけない、一定程度服用する薬についての副作用がある、そういったケースもあります。

肝炎につきましてもウイルスを除去できる比率が段々高まってきているということがあります。これも参考情報ですけれども3頁の下にありますように、つい先だって閣議決定されましたがん対策推進基本計画にありますように、どういった支援が必要なのか、実態を把握する必要がある、こういったとも課題として挙げられています。

4頁です。働き続けられるようにするには、社会全体でそういったことについての知識の普及が必要ではないか。実際にインターフェロン治療を断った理由として、忙しく入院や通院ができないが最大数になっておりまして、社会全体でそういった理解が進まないとならば就労継続ができないのではないだろうかということですが、先ほどの難病の方と同じように、保健医療分野の支援機関と就労支援機関が、それぞれ自分の得意の分野はわかっているのかもしれませんが、もう一方の部分を必ずしもわかっていないのではないかとといった論点があるかと思えます。

5頁です。糖尿病ですが、これはご承知のとおり国民の多くが罹患している、いわゆる国民病です。先ほどまでの疾病と少し類型が違っておりまして、現実にはたくさんの方が働いておられるわけです。働いていらっしゃるのはいいのですが、反対に仕事優先になってしまっていて治療のほうを本人も怠ったり、会社のほうも配慮しなかったりして、治療を怠ると結果において疾病が悪化していく。その結果最終的に悪くすれば働けなくなってしまう、そういった悪循環に陥るとということが想定される。そういったことで治療継続が重要だということを患者さん自身だけでなく会社のほうも、国民全部も知っておかなければいけないのではないかとということです。

中断理由のところ、仕事が忙しかったとか、そういったことが最大の理由になっているということです。それから同じように会社のほうでそういった教育を行っているかどうかということですが、大企業はまだ比較的いいのですが、中小企業では必ずしも行われていません。会社側での把握もまだ十分できていないということで、この辺が課題かということです。以上です。

○中山座長

ありがとうございます。それでは、委員の皆様から質問などを行っていただき、議論をお願いいたします。質問に対しては、ポイントを簡潔にお答えください。ではどなたか、ご質問のある方は。

○秋山委員

資料1の5枚目に「特定疾患別身体障害者手帳・就労状況一覧」を挙げてくださっています。これを見ますと、難病の方でも非常に就労率がいい疾患もありますし、数パーセントというか、ほとんど仕事は難しいという方もいらっしゃる状

態だと思えます。この辺で年齢との関係があると思えますが、その辺を、就労可能なというか、比較的若い方がこういう難病にかかったときに、では、難病のこういう就労の対策を使いながら相談に乗っていくという辺り、年齢との関係があると思うのですが、その辺をもう少しご説明願えないでしょうか。

○健康局長

例えば今の障害者手帳・就労状況一覧などを見ますと、先ほど私が申し上げました潰瘍性大腸炎、左のほうの上から10いくつかにありますが、就労は56.1%、5つ飛びまして、クローン病とって、それも就労は58.8%と、こうなっています。このような病気は、当然、青年期といいますか、年をとってからではないしあまり若すぎもしないし、というような形で起きますので、ちょうどこの辺の人たちが就労相談に来ることが多いということです。さらに言えば、こういう消化器系の病気は今いい薬が出来て、著名な方でも患者はいらっしゃいますが、うまくいくと、就労と治療が両立できるということです。一方で、例えばそこに書いてあるハンチントン病とか、神経系の病気等になりますと、これは就労どころではなくて、病気が進行してきますし、年をとればとるほど重症度は高くなるという形になって、そういった病態があります。

○秋山委員

ということは、診断がされて、治療開始と同時にそういう就労相談も医療機関にももう少し強化をして連携をするというような、そういう辺りの配慮というか、局を超えての形だと思えますが、そういうことはいま具体的になさっておいででしょうか。

○健康局長

労働のほうからも説明をすると思えますが、このように治療のサイドから着目して、例えば、そのソーシャルワーカーが就労との掛橋、ハローワークとの掛橋をやる場合も当然あります。しかし、先ほど総括審議官が申し上げましたが、必ずしも得意分野が就労との関係があるわけではありませんので、その辺をいま手探りでやっているということです。大体こういうところで、まずは命ですから治療なのですが、大体目安が立つと、当然ハローワークとの関係が出てまいります。

○職業安定局次長

私のほうではハローワークにお見えになった方に対する就労支援を実施している状況でして、関係機関と連携に努めているというところです。ハローワークではまず、難病の特性と本人のニーズに応じて就業上と生活上の一体的な総合支援の必要な場合には障害者就業・生活支援センターをご紹介する、あるいはジョブコーチが必要な場合、あるいはその前に職業評価を受ける必要がある場合には地域障害者職業センターをご紹介する、また、医療面や日常生活面の相談支援が必

要な場合には難病相談・支援センターをご紹介する、そういった誘導を行っています。これらの機関の利用者で職業相談等のハローワークによる支援が必要な場合には、逆に各機関からハローワークへ誘導していただくというような連携を行っています。

○秋山委員

先ほどの5枚目のところに戻ると、身体障害者手帳をもらえるタイプの疾患と、難病は難病だけというか、特定疾病の医療費補助だけで手帳にはつながらない方がいらっしゃるよ。そうすると、雇用を続けるとか、そういうことに対して身体障害者であれば、雇用したら何かしらの事業所に益があるというか、そういう制度があるのですが、難病に関してはないわけですよ。

○職業安定局次長

雇用率の算定には、難病の方は入っておりません。ただ、インセンティブといえますか、助成金についてご説明させていただきます。施策シートの33頁です。いくつかありますが、難病の方に特化した助成金としましては33頁にあります難治性疾患患者雇用開発助成金、難開金と呼んでおりますが、こちらを出しているということです。新たに受け入れる場合には2回に分けて50万円、25万円ずつを2回、6カ月ごとに支給する。また、中小企業の場合には、45万円ずつを3回支給するというような制度があります。この方々を雇用した事業主に対しましては勤務状況などを配慮した事項と雇用管理に関する事項を把握していただくこととしておりまして、参考とさせていただいております。

○小宮山大臣

もうちょっと病院などで連携をとって仕事へのサポートができないかとの質問だったかと思いますが、それはどうですか。

○健康局長

制度としては大きくは定着していませんが、難病分野でも、最初に病院に行く場合には病院の相談部門と、難病患者の相談支援センターが全国の都道府県にありますので、そこは患者団体とも連携していますし、そこを中心として連携したりハローワークとやっているのはあります。ゼロではありません。ただ、その辺がまだ不十分なので、事業として、あるいは制度としてももう少し拡充する必要があると思っています。ですから、メインを病院に置いたほうがいいのか、それとも一般的な相談窓口を置いたほうがいいのか、その辺が悩ましいところだと思っています。

○阿部委員

それに関連してですが、やっているケースとやっていないケースでどれぐらい就業継続率が違うとか就職率が違うというデータはお持ちですか。

○健康局長

持っていません。

○阿部委員

やはりそれをやった上で効率性というのを考えていかないと。広げていけばうまくいくというわけではないように思うのです。なので、是非そのデータを収集していただければと思います。

○中山座長

ところで、先ほど助成金のお話が出ましたが、これは、年間、何件ぐらいの実績があるのでしょうか。

○職業安定局次長

平成 23 年度の実績ですが、239 件あります。

○中山座長

239 件。いま、たしか患者数が 70 万人。就業実績から見ると、この件数は多いと見たらいいのか、少ないと見たらいいのか、そこはどうでしょうか。

○職業安定局次長

そこは判断がつかないところです。

○健康局長

先ほど申し上げましたように、特定疾患の医療費助成を受けているのは 70 万人ですが、そこに書いてあるのは 56 疾患ありまして、非常に多様な疾患があります。ですから、いま社会の中で難病すべての就労が問題になっているのではなくて、先ほど申し上げましたような消化器系とか膠原病とか、割合緩解しやすい病気がメインです。しかし、それだとしてもまだ数十万の単位でありますので、そういった母集団と比較した場合には、この事業の効果はあまり比較にならないと思います。おそらくこれはまだ始まったばかりだからではないかと思います。したがって、制度として広げる場合にはもう少し違う方法を考える必要があるかもしれません。

○中山座長

ありがとうございました。

○職業安定局次長

先ほどの難病患者の就職の関係ですが、平成 23 年度の新規の求職申込数は 1,670 件、就職件数は 548 件、そのうち助成金を申請している方が 239 件という数字です。それから、こちらの難病は 56 疾患だけではなくて、もう少し広げまして 131 を対象にしております。

○中山座長

ありがとうございます。では脇坂先生、どうぞ。

○脇坂委員

がんとか肝炎、糖尿病という長期にわたって仕事と両立する国民病と言われていきますから、両立するのが非常に重要な課題だと思っています。そのときにまず、産業医とか保健センターはおそらく、大体従業員がわかっている。問題は職場の長です。管理職が知っているかどうかということが非常に問題だと思います。つまり、私自身も管理職ですが、実際、誰が糖尿病を持っているかどうかはやはり知らないです。それがわかっていると、仕事の与え方、仕事の量とか時間とか、あるいはもっと、その人の将来のキャリアを考えて、病気のときはどうするかとか回復したらどうするか、それがわかっているかどうかというような、企業全体ではなくて職場の管理職が部下の病気の状況がわかっているかどうかという調査があるのかどうか。ない場合は、是非そういう調査を早急にやっていただきたいと思っています。もちろん個人のプライバシーの問題がありますから、「あいつが病気だから何か、査定を何か」とか。でも、そういうことはきちんと指導すればいいわけで、まず実態をきちんと知るのが必要ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○労災補償部長

私どものところでは労災病院を所管しております、そこでいままで、従来の産業保健スタッフあるいは産業保健体制を活用する職業病の治療をやっていたのですが、それをさらに広げて、作業関連疾患や私傷病についても治療と職業生活の両立を図るといふ、サービスといふか、提供はできないかということをやっています。そういう観点から検討会を始めて、議論がかなり進んでいるのです。ソーシャルワーカーの方のヒアリングをしたときにも、産業医がいる、いないにかかわらず、やはり直接相談する相手は最初は職場の上司というパターンが多いわけですが。その上司の方が疾病の理解を十分にされているかどうかということに相当その後のフォローがかかってくるのではないかと考えていますが、残念ながら、統計的な調査が、これまで、そういった認識があまりなくてされていない状況です。いま検討会では、どのぐらいニーズがあるかとか、職場のそういった、企業の社長をはじめとしたラインの認識、そういう方への教育、こういったものが重要であるというようなご意見をいただいておりますが、統計的なものははっきりとはありません。

○脇坂委員

今の例ですと、従業員が職場の上司に相談すれば、職場の上司も一生懸命に勉強していればいいわけですね。職場の上司に相談しないケースもありますよね。だからそういう実態を、肝炎でもがんでも職場の上司には自分の病気を知られたくないとか。だから、いろいろなケースがあると思いますので、まずその実態を把握するような調査が必要ではないかと思うのです。

○労災補償部長

そうですね。例えばがんや肝炎だと、拠点となる病院の窓口も整備すべきではないかとか、あるいはコーディネートする人材というものの確保も必要ではないかというご意見もいただいています。

○脇坂委員

糖尿病も、相当な数いるわけなので。

○阿部委員

表から8枚目の「がん患者・経験者の就労問題」という、裏になるのでしょうか。その中で「2015年には、がん診断を受け生存している人が530万人」と。それはいいのですが、「勤務者の34%が依願退職、解雇されている」とありますが、これは多いのか少ないのか。

○労働基準局労働条件政策課長

多い少ないは分かりません。私どもは労働基準局なので、解雇が正当かどうかという視点でよく議論になるのですが、そここのところははっきり言って個別性が非常に強い部分なので、おっしゃるとおり、施策的な判断の基礎となるような情報という意味では十分整理できていないとは思いますが。

○阿部委員

雇用動向調査によると、1年間の離職率を考えると、たぶんここ最近では14%前後だと思うのです。だから、それに比べれば高いのですが、それは普通の人ですから。そうではなくてこういう、何か家族の中でのイベントが起こった場合にと考えたら、例えば結婚や出産で辞める女性はどれぐらいいるかと考えると、たぶんこれと同じか、これより高くなるのではないかと思うのです。だから、家族で起こっているイベントという意味ではがんも出産・育児も、同列に並べていいかどうかは別にしても、イベントとしては同じなわけですね。だからそこをどう考えるかというので、この34%は高いかどうかというのをちょっと考えてみたいとは思っています。こういう数字を出されるのだったら、それは高いか低いか、よく考えないといけないのではないかと思うのです。そうでないと目標の立て方がうまくできなそうな気がしませんか。高いのだったら低くしなければいけない

です。

○健康局長

私どもは高いという意識です。それは、では、どの程度高いかというのは問題なのですが、この中にはやはりもう手遅れで自分から辞めたいという方もいらっしゃるのですが、先ほど申し上げましたようにサバイバーというのは増えてきていて、この1年間だけ治療に専念させてくれれば何とか5年生存もいくのだけれども、この1年間が少し仕事の調子が悪くなるのだけれども、類推ですが、それで会社との折合いが悪くて辞めざるを得ないのではないかと、ということがこの中で結構上乘せであるのではないかと考えています。だから、先生がおっしゃるように、定量的に分析をしていないです。政策担当者としては、直感としてちょっと高いからもっとやろうと思っているのですが、その辺、因数分解をしてどうだというのはまだわかりません。

○阿部委員

たぶん、難しいとは思うのです。でも、目標値をどこに置くかというようなことを考えると、やはりそこは大事な視点ではないかと思うのです。

○宮山委員

難治性疾患患者の就業促進策について意見を述べさせていただきたいと思えます。特定疾患の対象を拡大していただきました。それから、いろいろな支援策を講じていただいております。さらに、研究事業とか薬剤の開発などもあって、しっかり管理をすれば働き続けることができる方々が増えている、そのように認識しております。現在のやり方ですと、事業主や同僚の理解がどうしても必要だということ、そこにかかわっておられるわけですが、身体的な負担とか精神的な負担もまだあるだろうと、そのように受け止めております。

現行のほとんどの支援策が既存の事業体に雇用されることを前提に出来ているのではないかと思うのですが、視点を変えて、日本の中にはそういうことを試みている人も聞いておりますが、患者さん自身あるいは支援者の方々が自ら起業する。業を起こすということですね。そして、同じ立場の方々がお互いにサポートしながら仕事を継続する。そういったときにどうしても、事業規模も小さいですし、起業のノウハウもないですし、経営面でもなかなか難しい点があるので、業を起こすことへの支援、あるいは経営面での支援、そういったこともこれからは必要なのではないかと思います。このような支援方法は他の疾患、例えばがんにかかれた方、こういった方々にもやはり受け入れられると思います。そういう思いが強いのですが、いかがでしょうか。

○職業安定局首席職業指導官

難病の方とかがん患者の方が、それぞれ、ピアサポートのグループ、団体を作っているところ、そういうところで自分たちで仕事を起こし、同じ仲間の方を雇っていく。そういう方向性は、今後、あってしかるべきだと思います。ただ、

いろいろなことを基礎的な研究段階からこなしでいかないといけないですので、これは今後の課題ということで、私どもはじっくり検討していきたいと思っております。

○和泉委員

今のことに少し関連してお話をさせていただきます。今日は、私自身、結構長めに治療が必要な病を抱えながら働いている患者の立場からもお話をさせていただきます。

今のご指摘は非常にいいと思いました。例えば、私も一定期間ごとに病院に行かなければならなくて、私自身はフリーで働きながら、あるいは小さな会社を数年前に起こして仕事をしているのですが、やはり、今日病院に行っていけないということをもっとすごく気兼ねしなければならないのです。平日の昼間に一定の時間、仕事を抜け出すことが重なってきますと、周りのモチベーションみたいなものも一緒に落ちてきてしまうことに非常に神経がすり減っていくのです。もちろん最初はまず命なのですが、それが安定的になってきて、継続的に治療を長期間していく、日常になってきたときには、やはりそういった職場の理解というのか、同じ悩みを共有している人たちで、もし何かが一緒にできるのであれば、それは素晴らしいなと思いました。

それと同時に、これも一部の体力のある会社しか無理かもしれませんが、昨年、震災の影響で節電対策の折に在宅で仕事をするというノウハウが随分広まったかと思えます。資料2の下を見ますと、「勤務先において配慮を受けていることについて」といったところにはその件が全く出てこないのですが、例えば週に1回くらい打合せをして、あとは在宅作業にできないか。情報管理などがきちんとできれば、例えば具合が悪いときには中断しながら断続的に仕事をする、自分の体調のいいときだけ仕事をするというようなことができるかと思えます。現に私の会社でもがんのサイバーの方たちに、それは別にそういう病を抱えた方たちを選んだわけではなくて、能力が高いことでお仕事をお願いしていて、やはりほかの方よりも体のことはすごく心配ですが、元気なときには地方に出張にも行っていただきますし、「この期間は治療の期間なので外してください」と言われれば発注するのを止めたりといったような調整をしていますので可能かなとは思っているので、こういった、必ず会社に行って一定期間働かなければいけないという概念をもう少し緩められないかなと思いました。

次に、これは難しいのかもしれませんが、いま、一生のうちに2人に1人ががんになり、仕事を継続するというのであれば、これまでの「病人イコール働かない人」という考え方から脱却し、本来医療機関というのはサービス業なので、緊急のときだけ休日や夜に診療を受けるというのではなく、定期的に通うところがある拠点となる医療機関を増やせないか。例えば診療報酬の部分でインセンティブをつけるなどで協力してくれる医療機関が増えてくれれば、患者の立場としては、仕事が終わってから行くこともできるので、毎回毎回仕事を休まなくてもいいのかなと思いました。

またこれも難しい話かもしれませんが、理想を言えば、医療費の抑制とか、生活保護の受給者をこれからも育成していくという意味も含めて就労の機会は多いほうがいいわけですので、もし一定期間だけ集中的な治療をして休まなければいけないのであれば、一定の病気である程度の重さでこういうものが必要ですと認められた場合には、治療休暇のようなものがとれるといいと思いました。

もう1つだけ。いま企業側の話をし、次に医療機関の話をしましたが、もう1つ、就労支援センターの側の話です。難病相談・支援センターなどのホームページを拝見したのですが、医療情報が中心になっていて、就労情報が非常に少ないと思います。先ほどのご説明を伺っていても、もちろん、まず命なのですが、病院に行って、「こういう病気です」と診断され、病気についての説明があり、あるいは、「患者の会とかがありますよ」と教えていただけるのかもしれませんが。そのときに例えば、「支援センターとかハローワークでも、こういう専門家の方が、就労の相談にも乗ってくれますよ」とか「病気を持っていて仕事も探せませんよ」みたいなご案内の資料を病院でいただけるようになると、そのときが来たら問い合わせするかなと思いました。就労のことはハローワークとかそういうセンターに行かないと駄目というのではなくて、最初にアクセスする病院でサポートセットのような形で併せてもらえるとうれしいなと思います。

また、できれば、医療機関にチェックリストみたいなものを作っていてはどうでしょうか。この方は今の状況ではどういう仕事だったらできるのかというようなことを、企業あるいは就労支援センターのほうにシェアできるようなチェックリストがあるといいと思いました。まとめてお話してしまって申し訳なかったのですが、非現実的なお話もあったかもしれませんが、患者の立場、あるいは生活者の立場からの意見として聞いていただければと思いました。

○中山座長

いままでのご意見に対して何かございますか。

○労働基準局労働条件政策課長

働き方の話がありました。テレワークについては、私ども厚労省だけではなくて総務省や経産省、国土交通省と連携しながら、いま、一般対策として進めています。その中で震災のときに随分活用があったのは比較的大きな企業で、実はIT企業などは即座に対応してテレワークの体制を組んだというような事実がありますが、そのほかの企業からも、私ども、電話相談窓口を設けているのですが、比較的多くのご相談がありました。

ツールとしては、やはり仕事を家ですということによって労務管理とか時間管理が非常に難しい部分、労働時間について、どれぐらい働いたのかを事業主が管理するという部分があるので、そういったもののガイドラインなどを出させていたたりしているのです。ただ、ガイドラインは、難病とか、病を抱えながら働かれる方のパターンを必ずしもまだまだ十分含んでいるわけではなくて、非常に一般的なものですので、そういった中でのアドバイスの材料等を増やしていくとい

うことは1つあるのかなと思いました。

あと、休暇につきましても、これは育休のようなかっちりとした制度ではないのですが、ワーク・ライフ・バランスの観点から特に配慮の必要な方に対する休暇を一般的に広めるセミナーなどをやっております。その中で、特に病気休暇についても進めております。ただ、ノーワーク・ノーペイの原則というのがあります。育休もそうなのですが、賃金を払えというわけにはなかなかいきません。

○和泉委員

それはそうですね。

○労働基準局労働条件政策課長

ええ。ですから、それは任意の労使の話合いでやっていただくのですが、まずは制度を広めていただくということを今やっているところです。

○和泉委員

賃金は、立場によっては必要だという人もいるかもしれませんが、私は必要ないと思っています。そうではなくて、これから病気と闘おうというときに、いま休むのはいいけれど、この先もずっとこうだろうか、という不安が病気の最中は非常に大きいのです。ですので、先ほどもお話がありましたが、一定期間治療をすればいいんだと思っているのに、戻れないのではないかというような不安だけでも取り除けばだいぶ違うと思うので、その間の賃金まで保障する制度というようには考えていませんでした。

○健康局長

先ほど医療機関のサポートというお話をいただきまして、ご存じの実態としては、例えばがんなどは入院よりも外来でという方が結構多くなっています。

○和泉委員

いま、そうですね。

○健康局長

結局、病態に着目して自然発生的にその人の生活と両立しようということで、例えば、キモセラピーというか、抗がん剤の外来での時間帯を午後のほうにずらしたり、就労に合わせた形が広がっていることは事実です。

ただ、一方でそれはおそらく、通常の間外加算だけですので、特別何か経済誘導でやっているという形ではないのですが、実態としてそれがフィットするという形で進んでいるだろうと思っています。ただ、私ども、そういう形をよくやって、早い話が例えば、極端な話、日曜日でも診療すればいいのではないかと、こういう話になります。そうすると、今度は病院のほうの労働条件というような問題もあります。ただ、主軸としては、働きながら治療を受ける環境整備を進めて

いきたいと思っております。

もう1つ、難病の病院でのソーシャルワークの際に就労のご案内のサポートセットというか、そういうご指摘をいただきましたが、いいお話だと思いましたので検討させてもらいたいと思います。

○和泉委員

ありがとうございます。

○中山座長

あとは、ご意見はよろしいでしょうか。

○阿部委員

2点あります。1点目ですが、今のに関連して。資料2の1枚目にもありますが、「勤務先において配慮を受ける」ということで職務内容の変更とか短時間勤務への変更ということがありますね。そうすれば、当然ながら労働条件が変更していくわけですが、それに際して例えば不利益変更にならないようにしないと、企業は、うかうか雇うということはなかなか難しいと思うのです。そういうところに関して何か情報提供をされているのか、あるいはガイドラインみたいなものがあるのかどうかをお聞きしたい、というのが1点目です。

もう1点は、がんなら地方でもいろいろあると思うのですが、難病になるとどれぐらい病院が対応できるのかと。地方にいる方は、例えば東京に出てこなければいけないとか、大阪に来なければいけないということがあり得るのではないかなと思うのです。その場合の職業との両立というのはどうなのだろうというのが素朴な疑問なのです。それに対して何か講じていることがあるのかということをお聞きしたいと思います。

○労働基準局労働条件政策課長

いま病気の治療のために、先ほど休暇の話がありましたが、それ以外にも、病態によって休暇、あるいは短時間勤務、あるいは部署の変更といったものを事業主が十分配慮していくようにということは労働時間等見直しガイドラインを策定し、事業主等に周知・啓発を図ることで、推進しております。もちろん労働法上の問題として不利益変更の部分はあるのでしようけれども、おそらくこれは個別の話合いで個別に労働条件を定めるという部分ですので、そこは合意の上でやるということが基本になると思います。いわゆる就業規則で一方的に変えるというような部分では必ずしもないのではないかなと思っていますので、基本は、よく話合いをしていただいて、合意の下で決めると。もちろん、労働の提供の内容が変われば賃金等も変わることは当然のことですので、それがリーズナブルになるように指導していきたいと思います。

○阿部委員

今すぐ出なくてもいいのですが、それで紛争に至ったというようなケースはありますか。

○労働基準局労働条件政策課長

今の時点で念頭に置くような事案は、私は承知しておりません。

○阿部委員

わかりました。

○秋山委員

糖尿病の問題についてです。資料1の真ん中辺に年間透析導入患者の主要原疾患が、やはり糖尿病性腎症が非常に多く、1998年で慢性糸球体腎炎を超えていて、既に全体の50%に届くというような状態になっていると。ここまで進まないようにするために働いているときから治療の中断を避けたいということでは、先ほど和泉委員が提案されたように、糖尿病の保健指導やら治療も含めて、医療機関が就業時間外にもきちんと開いていて、そこをフォローしながら、こういう透析導入に至らないようにするにはどうしたらいいかという辺りを、とても重点的に病院と連携をとりながらやっていくということが、すごく重要だと思うのです。その辺の取組みについて何か把握している点とか、そういう取組みを推奨しているとか、そういうことはありますか。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおり、まさに糖尿病の患者さんというのは、まずは自覚症状がないということです。本人が自覚できるのは、何か健診のときに高血糖がずっと続いているとか、HbA1cといったものの数値が異常だということで客観的に把握するわけですが、本人の自覚自体が、今後、糖尿病がこのまま続いていくと自分の体がどうなるかということ存外知らなくて、痛みも痒みも、また、短期的には何も変化がないわけですので、医療機関にも、仕事にかまけてなかなか行けないというような形です。調査によっても、医療機関にずっと通い続ける必要があるという自覚自体がないというようなことです。私どもは、その辺りについて啓発普及というようなことはやってございますが、将来的には、やはりどこかの医療機関に拠点的なものが設けられて、そこと開業医の先生方と連携を持って緻密に対応していくと、そんなことが求められるのかと考えているところです。

○中山座長

今の糖尿病に関してですが、確かにあまりリスクを感じていない人が多いと思うのです。例えば生活習慣病でメタボなどと言われても、重篤なところまでいくと自分では思っていない人がほとんどだと思うのです。やはりその辺をもっと意識付けするような広報活動をしていかないと。結局、周りは何とかしたいと思っても患者の予備軍がそう思っていないわけですから、その辺、何かもっと強

力な取組みが要ると思うのですが、その辺、何かアイディアはございませんか。

○健康局がん対策・健康増進課長

私どもはいわゆる「健康日本 21」という取組みをやっているところですが、これが本年度で 13 年間の施策が切れて、いま、ちょうど来年度からの次期の新たな 10 年間の計画を策定しているところです。その中で従来、健康を維持するためのいわゆる一次予防というところを重視してきたわけですが、今後は重症化予防という、糖尿病患者を透析になるような前のところでしっかり止めていくということを新たな重点項目として打ち出しております、今後、それに向けての施策をいろいろと講じていきたいと思っております。

○中山座長

「健康日本 21」は、たぶん次の議論で扱うべきテーマではあるのですが、私などが見たところ、目標はそうだなと思うのですが、目標に対して施策が連動しているのかなという感じがあって。何となく、目標が達成目標なのかモニタリングの目標値なのか、どうなのだろうかという印象があるのです。ですからやはり、本当にそこを実現するならそれなりの施策を強力に入れないと。第 1 次は、これまで 10 年ほどやってきたわけですが、あまり達成されていない項目が多いようですので、そのように思います。

○宮山委員

いま広報の話が出ましたので、その関係で肝炎対策について意見を述べさせていただきます。

私は、今やっている肝炎対策について、国民のほとんどがその本当の意味を理解されていないのではないかと思います。というのは、私自身は公衆衛生的な視点でやっておられると理解しているのですが、多くの国民の方々は、患者の治療上の支援策ではないかと思っておられるのではないかと思います。そういうことだと、国民全体、あるいは事業者、同僚の理解がなかなか進まないのではないかと思います。この支援策というのは本当に公衆衛生的な視点で、そういう国をつくるんだ、健康な国民をつくるんだという視点でやっているというところを積極的に PR していただきたいというのがお願いなのですが、いかがなものでしょうか。

○健康局長

資料 1 の 19 頁に肝炎の医療費助成の話があります。これは、1 万円を上限に肝炎ウイルスをなくす際の医療費助成です。これは、厳密なことを言うと、この薬が効くからというだけではなくて、やはり根底に公共政策として他者にうつさないという公衆衛生的な視点があるのです。あるのですが、その社会防衛のような形の性格を前面に出しますと、一方でまた、差別というか、そういう観点にもつながる根っこがあるものですから、痛し痒しで、あまり出さないようにして

います。ただ、これをもう少し広げろといっても、では、がんはどうするんだということになりますので、限定している理由は、ギリギリいうと、このウイルスをなくすということにとどめています。その辺の釣合いをどのようにやっていくかというのは大変な状況だと思っています。

それから、先ほどの「健康日本 21」です。パッとしないというご意見については、ありがたい意見だと思っていますが、我が国の健康寿命あるいは、生命表は世界に冠たる成績です。総合指標たる点では他を圧倒しているわけです。ですから、ご意見を受け止めて、糖尿病等、「健康日本 21」等、もうちょっと迫力を持ってやっていかなければいけないと思っていますが、ご案内のように、第2の議題とも共通するということにして、総合的に、一次予防から全部絡む話ですので、今の就労等の切り口とは違った問題として、また別途ご議論させていただきたいと思っています。

○宮山委員

ありがとうございます。

○中山座長

ほかにご意見はございますか。

○秋山委員

がんの方に対する施策ですが、がん拠点に関しては、がん相談支援を持たなければいけない。地域がん拠点も含めて、それぞれの病院の中に相談支援の窓が開いているのですが、実際、患者の動きというのは、そこになかなか相談に行っていない。しかも、その就労にかかわる、依願退職を迫られているような人は本当に苦労して、どこに相談していったらいいかわからない。いま、地域の中の相談支援の窓口を少しずつ整備しつつあるのですが、それもなかなか増えていないという状況なので、例えば治療機関にやはり、先ほど和泉委員がおっしゃったように、そういう就労の問題も含めて、相談支援の窓口がどこにあるのかということも病院のところに置かないと患者さんたちも、情報を得られないというか。インターネットでいろいろ探してはいるけれども、実際自分の身に本当に有効な相談にはならなくて、とても困っておられるという状況だと思います。

私どもは、新宿区の行政からがんの相談を土曜日に開けてほしいということで、この4月から相談支援を半日開けはじめました。そうすると、日ごろ仕事をしている人が「やっと掛けられました」と言っていて、「職場ではもう全然、いろいろ言っていない」と。いろいろな治療の悩みも含めて相談が寄せられています。そういう、実行力のあるというか、そういうことを何とか、病院というか、そことも連携をしてやっていただかないとこれだけ増えているがん患者さんには救いの手が伸びないかなと感じていますが、いかがでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

確かにまだまだおっしゃるところについてやっていかなければならないと思いますが、私どもは現在、がん診療拠点病院というのを設けています。私どもは、今年度の4月時点で全国に397カ所の病院を整備しています。その拠点に指定する要件が、がん相談支援センターを設けなければならないということです。ここで患者の相談に応じているわけですが、その業務は、がんの予防や早期発見に関する一般的な情報のほかに、病院には診療機能があるか、医療従事者の専門とする分野はどうだといったもの以外にも、さらにがん患者の療養所の相談にも広く応じているという形です。そこに配属されている方は主に、看護師さんだけでなく、社会福祉士さんも多く配置されていると聞いております。そういう中で広く対応してきているわけですが、おっしゃるように、一般の病院のところにも、どこにこのようながん診療拠点があり、そこでこういう相談支援センターの活動をやっているかというようなことも、さらに広く啓発していかなければいけないとは、いま感じているところです。

○秋山委員

皆さん、自分の病院の相談支援にはたどり着いていなくて、よそを探しておられます。なので、地域の中の相談支援も充実していただけたらいいと思います。

○健康局長

先ほど申し上げましたように、がん対策推進基本計画の大きな柱が今度は就労との両立で、いま言い訳のようなことを言いましたが、いま暗中模索の状態、先生がおっしゃったような方向は大眼目なのです。ですから、いま労働部局も一緒に来ていますが、厚生労働省としてはいまモデル事業もやっていますし、検討会もやっていますし。我が方も、どうやったらいいか、幅を広げるために真剣にやってまいりたいと思っています。

○脇坂委員

今の点、いまおっしゃった拠点病院の相談支援センターのときは就労相談もされるわけですか。

○健康局長

それがどの程度の割合までやれるのか、やれないのか。ただハローワーク、さっき申し上げた就労支援の提供のようなことでいいのか、もう少し幅広くやったほうがいいのか、また、コーディネーターをどの程度の頻度置けばいいのか、そういうことも含めて、効率性、実現性も含めて検討しなければいけないと思っています。いずれにせよ、どこに軸足を置くかは別にして、がん対策行政の大きな課題であることは間違いないので、前に進みたいと思っています。

○中山座長

よろしいですか。先ほど来、がんと就労が両立する医療というお話が出ていますが、この前テレビを見ていましたら、人間の体内時計があるので、抗がん剤を夜間に投入すると副作用も少ないし、治療効果も大変高い。それこそアメリカは結構入っているのだけれども日本は何かそこが難しいような、何かそういう話がありました。テレビの情報で恐縮ですが。

そういった観点で見ると、やはり両立のためにこれまでと違う枠組みの医療の方法、そういったものをもっと組み立てていって両方に効果がある、治療にも就労にも効果があるというやり方がもっともっと、今もいろいろやられているのでしようけれども、開発されていったらいいのではないかと思うのです。例えば介護なども。最近、訪問介護が24時間になりましたし、何かいろいろな方法、あるいは、「何とかロボット」などを併用するなりして人の負担を少なくしながらそういった、夜間だけ治療をすとか、何かうまい方法を考えられるのではないかと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

○健康局長

先ほど病態に応じてと言ったのはそういう部分も含むことでして、がん細胞のターンオーバーと正常細胞のターンオーバーの比較、新陳代謝ですね、そういうことに着目した時間帯はかねてからあります。そういったことで我が国でも、就労も含めて、時間帯を少しずつずらしている病院もあるのです。

ただ、そこで問題なのは、そこで点滴だけすればいいのではなくて、その結果の血液のデータを調べたり、あるいは看護師さんを何クールか何かやらなくてはいけなくて、会計職員も残しておかなければいけないということになりますと、その辺が結構大がかりな話になるのです。その辺の妥当性と経営の問題と効率の問題とを総合的に見ながらいろいろ検討していきたいと思っておりますが、大きな方向性としては、より科学的知見、わかっていることに着目しながら、できる限り本人にとって一番いいようにやっていくのが基本だと思っております。

○中山座長

ありがとうございます。あと、ご意見はございますか。

○宮山委員

確認だけ。がん登録について確認をさせてください。資料の中に「院内がん登録を実施している医療機関の増加」と目標に掲げてありますが、なぜ「院内がん登録」なのか、「地域がん登録」としなかったのはどういうわけなのかというのが1つです。

それから、がん患者さんの就業に対する思いは強いのですが、がん登録のシートの中に就労状況とか就業に関する希望とか、そういうものを盛り込むような欄はないということではよろしいのでしょうか。

○健康局長

一口でがん登録といっても、院内がん登録と地域がん登録と臓器別のとか、いろいろあるのです。ただ、いま問題にしていますのは、政策上重要なのは、あるいは患者さんにとって重要なのは、がんの生存率がいくらだと。自分ががんになって、胃がんになったのに生存率もわからないでは困ると、就労の問題も含めて、あとどれだけ生きのびられるのかわからないでは困ると。というようなことで、地域がん登録が重要だと行政的には思っているわけです。その地域がん登録の根っこになる要素になるものとして院内がん登録があるという話なので、逆に院内がん登録だけがあっても、その後、追跡するためには地域で個人情報保護も考えながらやるシステムがないといけないので、そういう関係になっているということです。

それから、就労との関係ですが、これは切り口がちょっと違うものですから、登録をする際に同時に何か希望を聞くのはあり得ない話ではないかもしれませんが、その後、複雑な経路をたどって、分析する経路とはちょっと違うということでご理解願いたいと思います。

○中山座長

よろしいですか。あと、ご意見はございますでしょうか。よろしいですか。それでは、1つ目のテーマについての議論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す。

(担当部局入替)

○中山座長

それでは本日2つ目の「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」について保険局から現状についてご説明をお願いいたします。

○保険局長

保険局長でございます。それではお手元の資料の施策シートの1の図をご参照ください。「様々な主体が行う国民の健康づくりの取組み」ですが、まず図の上段の円グラフが2つありますが、左の円グラフを見ていただくと、これは我が国の死因別の死亡割合です。もう皆様ご存じのようにがんを始めとして心疾患、脳血管疾患、そして糖尿病といった生活習慣病の割合が6割近くとなっております。また真ん中の円グラフは生活習慣病の診療に要する費用を医療費から見た図です。生活習慣病の診療に要する費用が毎年9兆円近くとなっております。またそれに加えて、その他の欄にも腎不全等という項目があり、この中には人工透析などが含まれておりますので、これが1.4兆円です。これは糖尿病に関連するものも多いと考えられます。

右側のグラフを見ていただくと、我が国の主な死因の推移です。これもご存じのように結核や肺炎といった感染症から生活習慣病に変化してきておりまして、

疾病構造が変化してきております。そのための取組みが求められております。生活習慣病の中で脳血管疾患などは、例えば罹患された方が介護を要する状態になるケースも多ございまして、生活習慣病の予防として、適度な運動の習慣あるいは食生活の改善、禁煙を実行していくことで結果として、他の疾患をも一定程度防ぐことができるなど、生活習慣病の対策に取り組むことはQOLの向上に大変重要であると考えております。

こうした状況を前提としてそれぞれの健康づくりの取組みですが、図の下側に四角が3つございまして、保険者、市町村といった主体がそれぞれの政策目的に従って健康づくりの取組みを行っております。

まず、左側の四角で医療保険者において糖尿病などの生活習慣病に着目した特定健診・保健指導を実施しています。これは腹囲や血糖、血圧、脂質などの検査とその結果を踏まえた保健指導を実施していく取組みです。40歳から74歳の被保険者、被扶養者の方が対象となっております。

次に真ん中の四角で、事業主健診です。事業主において職場の労働者の方々の健康の保持増進のための健康診断が行われております。この健診項目は特定健診の項目に数項目加えたものです。労働安全衛生法が適用される事業所で常時使用されている労働者の方々が対象となります。右側の四角はがん検診で、市町村が行っております。胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんといった部位別にそれぞれX線検査などの検査を行うもので、市町村の住民を対象としております。検査はがんの種類によって年齢や性別に違いがあります。

こうした医療保険者、事業主、市町村と3つの主体によって行われております健診ですから、各主体の連携が重要課題です。後で論点として出てくると思いますが、受診率の向上等はここをいかに組み合わせるかが大きなポイントです。現在の取組みは、例えば事業主健診のデータの提供を受けることで、医療保険者がその健診結果を特定健診のデータとして活用することができる仕組みとなっております。真ん中の事業主健診のデータを左側の医療保険者で使うということです。これを円滑に進められるようにするために、保険の私どもの部局と労働部局との連名で事業主の方、あるいは地方の労働局に対して協力要請を行うなどという取組みを行っております。

また右側のがん検診ですが、これも市町村の行うがん検診と医療保険者が実施する特定健診を同日に同一会場で実施すると、これは受けられる方にとっては非常に便利になりますので、こういったこともいま進めようとしております。ワンストップで健診を受診するという事は、とても受けやすい環境になると考えております。

こうした健診の目的ですが、これは単に病気を早期に発見して、早期治療に結びつけるためだけではなくて、健診を通して自らの健康状態にそれぞれの方々が思いをいたしまして、食事や運動などの生活習慣の改善につなげることで、QOLの向上を実現することが重要なことだと考えております。

ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章というのは有名ですが、その中には「健康は生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である」、そういった言葉もあ

ります。こういった観点で、それぞれの皆様方が納得いく形で健診を受けていただくということを進めていきたいと考えております。以上でございます。

○中山座長

次に仕分け室から論点の説明をお願いします。

○総括審議官（事業仕分け室長）

この検討課題について、仕分け室から論点を提示いたします。資料4です。論点1は国民の健康づくりに資する様々な健診等の実施率を向上させるためには、どのような取組が必要か。こういった論点があるかと思えます。現状は1頁の資料にあるように、それぞれいろいろな健診がいま関係局の説明にありましたようにあるのですが、目標を下回っているということです。例えば特定健診であれば、目標70%に対して43%余り。事業主健診は本来100%なわけですが、88%余り。がん検診はがんの種類により50%あるいは当面40%となっておりますが、受診率は2、3割という状況かと思えます。健診等の意義、必要性が十分に図られていないのではないかと。そういうことがあるのでこのアンケートにあるように、時間が取れなかった、心配なときは医療機関を受診できる。あるいは面倒。こういったところを理由にして受診しない方がいらっしゃいます。

次の頁、実施率の向上あるいは効率的実施という観点から、それぞれいろいろな健診があるのですが、実施主体間の連携を強化をして、同時実施の機会を増やすこと。これについては関係局からも説明がありましたが、同時実施の機会を増やすこと。そういったような関係があるかと思えます。ここの例にあるように、国保の特定健診、被扶養者、医療保険者が行う特定健診、同じ日に同じ場所で市町村のがん検診という位置づけにすれば、一遍にできるということです。それから特定健診と事業主健診に加えて、市町村にがん検診がありますよという情報提供をするということもあるということです。

しかしながらこのグラフにあるように、被用者保険では必ずしも市町村と連携はしていませんという回答が現にあり、まだ十分に進んでないのかということです。

それから受診率の向上のために、対象者にインセンティブあるいはペナルティというのはどうかわかりませんが、ペナルティということを考えてらどうかと。要するにこういうようなものを受ければ、何かいいことがある、受けないと何かペナルティがあるという、そういう仕組みも考える必要があるのではないかと。この論点を提出させていただいております。

次の頁、論点2です。そういった健康づくりの推進のために受けた健診、その結果をどのように活用するかといった論点があります。この辺りが十分に活用できていないのではないだろうかという論点です。まずは市区町村のがん検診受診者における精密検査の受診状況ということで、そもそも精密検査を受けていません。あるいは受けたかどうかわかりませんといったような人たちが、それぞれの種類によりまして2割、3割というそのぐらいの数であるということです。それ

からそもそも特定健診の結果に対する特定保健指導、特定健診を受けたのだけでも、それを受けてさらに特定保健指導をしてさらに健康づくりに取り組むということなのですが、その特定保健指導の実施率がそもそも低い。目標は45%なのですが、ここにあるように少しずつは上がってきているのですが、平成22年度で13%という数字ということで、目標からはかなり低いということがあろうかと思えます。

それから事業主健診実施後の事業所においてどのようなことをしているかということで、この辺はそれぞれ労働安全衛生法により事業所は医師の意見を聞かなければいけない、そういうことが一応定められているわけですが、事業所が実施したのはそれぞれ4割程度となっております。

最後の頁、国あるいは自治体、医療保険者、事業所それぞれあるわけですが、健診の結果、ほかの健診でやった結果を活用するといったことも必要なのではないだろうか。本人が職業が変わるということもあろうし、そういうことでいろいろなデータが使えるほうがいいのではないかと、そういったようなことです。これに関連しては、現に行われているのは、この図にあるように医療保険者が行ったデータについては匿名化されて国へ提供される。それから事業所が行ったデータについては、医療保険者に提供される。これはルールがあってされているわけですが、それ以外の部分についてはそもそも法令上の規定もありませんし、ルールもないということで、仮になればご本人の同意の上でやることとなります。もしなければ一定のルールを作る必要があるということとなりますが、なかなかできる状態にいまはなっていないということかと思えます。その頁の下、仮にそういうデータの授受を行うとしても、データの様式がきちっと定まっていなくて、紙でこのように写されてもなかなかすぐに使えないということもありますので、その辺りのデータの様式も揃えていかないと、仮にご本人の同意を得る、法理や法令上のルールを決めるとしても、この辺もしていかないと実際には進まないのではないだろうかという論点があろうかということですので。以上です。

○中山座長

委員の皆様から質問などを行っていただき、議論をお願いいたします。質問に対してはポイントを簡潔にお答えください。ご質問のある方はどうぞ。

○阿部委員

資料3の8頁の「特定健康診査・特定保健指導の概要」です。この頁のいちばん下にポンチ絵がありまして、ちょうどその真ん中ですが、「医療保険者に特定保健指導の実施を義務付け」の次に、「生活習慣病のリスク要因の減少」と非常に理想的なことが書いてあるのですが、この間は相当ブラックボックスになっていて、実際には、食事指導や生活習慣の改善、スポーツをする、そういうことをやらなければ絶対にリスク要因は減少しないと思うのです。それに関連して、厚生労働省でどのようなことをやっているのか。やっていることはやっているのでしょうか。

私は以前に学生がそういう研究をやったので、少し知識として持っているのですが、いまから 10 年ぐらい前から、文部科学省が総合型地域スポーツクラブの推進モデル事業をやっていたと思います。これの効果が、実はあまりないのではないかというのが、その学生の研究結果を見ると思うのです。

それはなぜかという、いろいろな理由があると思うのですが、まずこの健康診査・指導との連携が全くないことが 1 つです。だから、そういう意味では「論点 2」は非常に大事なポイントだろうと思います。

もう 1 つ、スポーツクラブに関して、厚生労働省はどのようなことをしているのかというと、たぶん何もないのだと思います。「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」という場合には、健診をやればいいということなのですが、医療費の減少までいくには、その間には相当大的な乖離があって、一体的にやるのであれば、スポーツクラブなどにまで手を回さないと、結果としては診察、診査は上がったけれども、医療費の減少まではいかないという可能性もあるのではないかと。そういう意味では、一体的にやるというのを是非やっていただきたいと思っています。私の質問のまず 1 つは、文科省とどのようなことをやられているのかです。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおり生活習慣病のリスクを減らすことは、非常に様々な要因からなっていますので、まさにいろいろなところと連携していかなければならないということです。1 点だけですが、特定保健指導については義務付けられていますので、一定の要件で高血圧、高脂血症があった方については、その方を特定して、保健師からそれ相応の指導をしていきます。ただ、その中では全般的な話がありますから、食事の話もあれば、運動の話もあったり、全般的にということなのです。

もう 1 つとして、このような特定保健指導で引っ掛からない方、あるいは健康上の注意をしないで生活習慣が荒れていますと、いずれはこちらにかかってくることにになりますので、その方々に対しては、日ごろより市町村の事業として、一般の市民に対して、食生活あるいは運動の改善指導といったことをやってきています。

その中での文科省との連携ですが、今般国のほうでも文科省と連携を図って、先ほど出てきた「健康日本 21」の指標の策定についても、学生のところは、すべて文科省と連携を図ってデータをいただいて、それに基づいて目標を立てています。また、実際の場面においても、各都道府県や市町村において、連携を図っていただくように計画、指針作りをしているところです。

それで、厚生労働省でも健康増進施設を大臣の認定施設として指定しておりますので、一定のスポーツができる要件のあるところは認定して、そこではより健全で、安全なやり方でできる施設を認定して、広めていってきています。

○阿部委員

私も特定健康診査で、2 年前にメタボリックシンドロームだと言われまして、

その後生活指導といっても大したことはなくて、運動しなさい、食事はこういうことに気をつけなさいと言われてただけです。そこから先はあまり大したことはありません。それをショックにして、走ったりしたら、今回はメタボではなくなっただけなのですが、どういうことをやればいいのかとか、もう少し、情報はインターネットにはあるのですが、具体的にどのようにやるかということがわかると、もっと効果的なのだろうなという気はしました。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおりです。私どもは単にやれと言うだけではなくて、運動の仕方を厚生労働省で「エクササイズガイド」という形でまとめています。今後それを改訂していこうと思っています。運動強度と時間の積によってその方の運動量は決まってくるから、正確に、例えば水泳をすると何メッツで、何分ぐらいやったほうがいいといったものについて、ガイドラインを出していただいて、それに基づいて、各都道府県や市町村に、それを普及啓発していただく形を取っています。

○阿部委員

しつこいのですが、市町村のレベルには、体育館、プール、陸上競技場も大体揃っているのですが、これがうまく活用されていないというのが、私は問題ではないかと思っています。それは皆さんの管轄外なのかもしれないけれども、それは非常に大事なのではないかと思うのです。特に、食事あるいは医療との連携が全くないというのが現状なので、そこをうまく取られるといいのではないかと思います。いまある施設を十分に活用できる要素がたくさんあるのです。だから、そこを是非やったらどうかと思うのです。

○健康局がん対策・健康増進課長

全部のお答えにはならないかもしれませんが、例えばいま食事と医療の連携という話がありました。これについては、全都道府県に最低1カ所は栄養ケアステーションというものを設けています。大きな病院ですと、管理栄養士などを配属できるのですが、小さな診療所だと雇うことができない、普通の看護師を雇うのが精一杯というところですので、そういう栄養指導もして、医療との連携を図るときには、管理栄養士を紹介していくというのが1つありまして、もっとそういう事業を紹介していかなければならないと思っていますところでは。

○脇坂委員

論点1にかかわることです。論点1は健診の実施率を向上させていくということで、ある意味で大前提です。その根拠として、資料3の17、18頁に、非常にきれいな研究結果があります。簡単に言いますと、健診の受診率の高い市町村ほど、1人当たりの年間医療費が低い。18頁の結果を見て、あまりにもきれいなので驚いています。この研究結果が安定的かどうかを、ほかの研究結果でこれがいえるかどうかによって、施策が違ってくるのではないかと思うのです。

つまり、これが非常に効果があるのだったら、健診にものすごくお金をかけても、医療費よりもその分だけ下がれば問題はないのですが、あまり効果がないのであったら、あまり健診にお金をかける意味がないということです。だから、これが安定的な結果になっているのかどうかというのが質問です。

○保健局医療費適正化対策推進室長

先ほどの18頁の資料は、老人保健法時代の市町村の受診率と、老人医療費を比べると、受診率が高いほうが医療費が低いというデータです。似たようなことはいろいろなところでなされていて、例えばある県の国保連が、地域の健診受診率と国保の医療費を比べると、やはり受診率が高いほうが医療費が安いという結果は、いろいろなことで得られています。

○脇坂委員

その場合、例えば各県によって高齢者比率が全然違いますよね。それを調整した上で、その結果は出ているのですか。

○保健局医療費適正化対策推進室長

いま詳細は整理中ですが、同じ階層の老人の方と比べても、そこは健診受診率と似たような関係が得られています。

○脇坂委員

そうですか。もし次回までに研究結果というか、どの程度下げるかというのはわりと重要なことなので、これ以外のこれまでの研究結果を出してもらえると、非常にありがたいです。

○保険局医療費適正化対策推進室長

もう少し補足させていただきますと、ここはそういう意味で健康に気をつけている、こういう健診受診率が高い地域は健康に対する意識が高いのだろうと、そういうことが原因で健診受診率も上がるし、医療費も安いだらうということで、必ずしも直接の費用と率の関係までは、ここではいえないと思っています。そういう意味では、別途、これは例えば保健指導の効果ですが、25頁にあります。これは保健指導のほうですが、健診の結果とレセプトを結び付けて、メタボに該当する方、予備群に該当している方、そうではない方で年間の医療費を比べると、いろいろな医療費がみんな入っていますので生活習慣病だけではないのですが、メタボの方のほうが医療費が高くて、全体的には年間で1万点ぐらい高くかかっていますので、保健指導によって対象者がメタボから脱出していけば、その分は医療費が安くなるだろうという想定ができるので、こういったことを私どもで特定保健指導のデータを基に、順次検証を進めているところです。

○中山座長

いまの特定健診と保健指導ですが、目標はそれぞれ平成 24 年度は 70%と 45%と高いのですが、実績を見ると、これはたどり着くのかなと思えるわけです。本気でこれをやろうと思ったら、もっと強制力を入れたり、インセンティブなどを含めてやったらどうかと思うのです。まず 1 つは、この目標は達成するつもりで推進されているのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

「健康日本 21」で、日本全国でメタボは減少していくことになっていますので、これをやるためには特定健診・保健指導もこれぐらいはやらなければいけないと思っています。ただ、この目標そのもの、平成 24 年度に健診 70%、そういう制度が発足しない時点で立てた目標ですので、いまこうして見れば、平成 24 年度に 70%というのは高い目標だとは思っていますが、そこは時間軸を延ばしてでも達成しなければいけない目標だと思っております。

○中山座長

そうですね。そういう意味では、いま 25 頁の資料で、メタボのこういった該当者と医療費の関係とかもあるわけですが、そうすると、健診をやって、保健指導をきちんとすれば、こういったところが下げられるとすれば、費用対効果ということで、きちんと分析もできて、それだったら指導をきちんとやったら、その市町村に支援金、助成金を出すとか、そういった方法も考えられるし、飴と鞭がないと人は善意だけでは動きませんから。

それと、保健指導が必要な人も、軽い人と重い人がいると思うのです。少し悪い人と、相当悪いという人がいると思うのですが、相当悪い人は強制的に指導するとか、先ほど阿部先生も指導されたけれども、そのあとのフォローはあまりされていないような話がありましたが、そこはフォローしていくなり、階層に応じて適切な、より効果的な方法を考えられているかと思いますが、その辺はいかがでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

階層に応じてということに関しては、まず受診勧奨値というのがありまして、それぞれ一定の値、高血圧は 130 ぐらいだったかと思いますが、それを過ぎると受診勧奨してくださいということになっています。そうではなくて、メタボリックシンドローム、腹囲に着目して、男性であれば腹囲が 85 cm、血圧、血糖、脂質、喫煙といったことで、より重点的にリスクの高い人、腹囲以外にリスクを 2 つ以上持っている方には、6 カ月間濃くかかわる、積極的支援をしまして、それ以外の保健指導対象者の方は、1 回指導すればいいという動機付け支援というものをやって、そのように階層を分けてやっております。

それ以外の方は、直接保健指導という形で、対面ではやりませんが、健診結果をお知らせするときに、できるだけその人が自分の健康状況を認識できるような情報を併せて提供するというところでやっていますが、ここはまだ充実が足りない

というご指摘を、いろいろな方面からいただいておりますので、もう少し手厚い情報提供のやり方を検討している最中です。

先ほどの階層別の取組みについては、資料の 10 頁にあります。男性では腹囲 85 cm 以上、血圧、脂質、血糖のリスクを 2 つ以上持つ方は、64 歳までの方は積極的支援になっています。追加リスクが 1 つの方は動機付け支援、65 歳以上は動機付け支援と分けて支援しているところです。

○中山座長

逆に、この分けた中での実施率のデータはありますか。先ほどの 13.7% というのは平均された数字だと思うのですが、いかがですか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

数字は次回にお出しします。それほど差はありませんが、動機付け支援のほう若干実施率が高かったと記憶しています。

○中山座長

ほかにいかがですか。

○秋山委員

資料 3 の 25 頁の「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群と平均点数の関係」ですが、男女比をこうして挙げていただいて、非常に興味深く見るのですが、男性は 65 歳からグッと上がってきています。男性の場合は、職域と地域とのつながりが切れるので、そこの連続性はすごく大事なかなと思いつつながら、この 65 歳からのところをどうするかが課題かと思つて男性のほうを見ますが、女性はあまり年齢階層と相関する感じではなく、別の対策が要るかなと読み取れるところもあります。

実際は、男性は職域と地域というか、それをどうつなげていくか、その情報共有をどうしていくかの辺りが、とても大きな課題だと思うのですが、この辺については、これまでもいろいろ取り組まれていると思いますが、もう 1 工夫というか、そういうことは考えていますでしょうか。職域の情報が地域にうまく連動していないようにも思うので。

○保険局医療費適正化対策推進室長

この特定健診・保健指導の世界でも、被用者保険から退職されて国保にいかれるということになると、実施主体は変わりますが、その際に前の保険者のデータを後の保険者が請求すれば出さなければいけないとはなっているのですが、実際はなかなかその連携がうまくいっておりませんで、国保にきたら前の情報はほとんど得られないままで、ご本人様が前の職歴の提供を好まない場合など、いろいろあるので、一括りでは言えませんが、なかなかその人の生涯のデータを継続的に管理する体制になっていないということが実態としてはありまして、そこは

今日の論点にもなっていますが、ほかの市町村や事業主との情報連携もそうですが、保険者間でも、仕事や保険者が変わったときの連携を取っていくことで、その人の連続した管理ができるように取り組まなければいけないと思っております。

○秋山委員

追加です。それと外れるかもしれませんが、いまは特に女性は骨粗鬆症の問題で、Locomotive Syndrome とうか、膝や腰が痛い、転ぶ、そこで寝たきりになっていく、医療費がいろいろかかるという状況を生じているので、重点施策で骨粗鬆症は挙がっていますよね。

それともう1つは、肥満よりも低栄養が特に高齢者の場合は問題であるといったときに、特定健診の項目の中に、いままで入っていたものが外れている辺りと、今後そこも絡めて、特定健診を続けるに当たっては、検査項目等の見直しはないのか。この辺りはいかがでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

特定健診・特定保健指導については、目的が明確になっていまして、その目的は肥満によるところから、高血圧あるいは高脂血症、高コレステロールというものになって、最後はそれによって脳卒中、その他生活習慣病を発症していく。その前段を二次予防という形で食い止めよう、そして漫然とやるのではなくて、特定の高リスクの高いものを見つけて、その方により徹底的に指導をしていこうという、思想の下に健診項目が設けられています。先ほどおっしゃいましたが、確かに高齢者になると骨密度が減少したり、Locomotive Syndrome といったものが出てくることもあるわけですが、これはまずメタボのものについて成り立っているということです。

一方、違う法律の健康増進法という法律の中には、市町村事業として、骨密度検診というものをやれる仕組みになっていますので、それで各市町村などは取り組んでいるところですが、おっしゃるように、今後それを同時に開催するといった、今後の工夫が必要になってくるのかなと認識しているところです。

○宮山委員

健診実施率の向上について、私見を述べさせていただきます。私自身は、実施率は時間をかけてでも限りなく100%に近づけるべきだ、いろいろな意味でそうすべきだと考える1人ですが、データにある「健診を受けなかった理由」の第1位が「心配なときはいつでも医療機関を受診できる」であったことに、大変ショックを受けています。医療関係者、公衆衛生関係者に、データを見せずに「あなたはどう思いますか」と聞いてみましたら、みんな「時間が取れない」だろうと言っていました。それで私がこの結果を示したら、みんなもびっくりしていました。

これは単に周知の問題なのか、あるいは生命教育、安全教育、健康教育といったものが欠如しているからなのか、いろいろ自分自身で悩んだところです。いま

行政、保険者、企業もいろいろな努力をされて、徐々に受診率がアップしていますが、このままでは激的な変化は見込まれないのではないかと受け止めておりましたが、これは視点を変えなければいけないのではないかという思いがあります。

その視点を変える1点目が、対象年齢に達する前の人たちへのアプローチです。対象年齢の方々に対して、いろいろと保険者は努力して、アプローチをしているわけですが、部位別のがん検診では、一部異なるデータもありますが、一般的に新規に対象となる比較的若い世代の受診率が低い。その結果、全体の受診率を抑えてしまっているのではないかという思いがあります。毎年新しい年齢層が加わりますので、対象年齢になった人たちだけにアプローチしては、いつまで経っても大幅な改善が見込まれないのではないかという感じがしております。これが1点目です。

2番目は、保健指導のターゲットです。医療費適正化の視点から、疾病の早期発見、早期治療を目指して、基本的に有所見者に対して指導を行っているわけです。しかし、本当は異常なしと判定されたグループの人たちが自分のデータをきちんと受け止めて、これを維持しようとするのが自分のためでもあり、社会のため、家族のためにであり、それは先ほど局長のお話の中にありました。

現状は、保健指導が有所見者中心に展開されていますので、恐怖心を与えて、受診につなげる。健診を受けなかったら、病気が隠れているかもしれないというのが、いままでのやり方だったのではないのでしょうか。あなたは異常なしと言われたこと自体に喜びを感じて、それを維持していこうという視点が大事なのではないか。したがって、大多数の80数%が異常なしと出るわけですが、それを放っておいてしまうと、また近いうちに有所見のほうにどんどん送り込まれてしまう。これを繰り返してはいけないのではないかというのが2つ目の思いです。

3つ目です。資料にもいただきましたが、民間保険が中心のアメリカですと、例えばがん検診の予約を主治医が入れると、民間保険会社から対価が出ます。ところが日本は公的保険なので、なかなか難しいということはあると思いますが、いずれにしても、医療への依存が強いという現状がありますので、例えば主治医からがん検診の予約を入れてもらう、そうしたときのインセンティブをどうするか、大変難しい問題はあると思いますが、主治医にそれなりの努力をしていただく方法も検討すべきではないかと思っております、意見として述べさせていただきました。

○中山座長

いかがでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

保険局の立場で申し上げますと、1点目は、まさに特定健診であれば40歳からですので、その前の世代が入ってくるというのは、まさにおっしゃるとおりで、そういう意味では、その部分は制度的な義務ではありませんが、保険者において自分の保険集団の健康を管理する上では、そのさらに若年の人たちに着目することは、大変有意義だと思っております。ただ、いまずぐにはまだ、40歳以上

のエビデンスを積み重ねている過程ですので、すぐに拡大するという事は難しいと思っておりますが、いまは平成 24 年度までが 1 期で、次の平成 25 年度以降のやり方の結論を出そうという段階にあるのですが、次の 5 年に向けては、それは大事な課題だと思っております。

もう 1 つ、有所見でない人のグループについては、先ほども少し申し上げましたが、まさに特定保健指導に該当しないグループが、メタボの群に落ちてこないことが大事な事だというのは、まさに同感でして、そういう意味でその部分は、先ほど申し上げました情報提供をより充実する、健診結果とともにその人が自分の健康状態を認識して、どのような取組みをすればいいかということにより認識できるような情報提供になるように、改善策を考えている最中です。

○保険局長

補足しますが、いまご指摘のように、確かにハイリスクの集団だけを追っていくと限界があるわけです。やはりハイリスクへのアプローチと、ポピュレーションアプローチというか、全体をカバーするのを一緒にやるのが、いちばん効果的であろうと思っております。その点では、ポピュレーションアプローチとしては「健康日本 21」というツールもありますので、そういったものも組み合わせ、食事と運動の日々の取組みが、どこまで病気を予防できるかを本当に納得してもらうことが大事だと思っております。

あと主治医との関係ですが、かかりつけ医にいろいろと相談することが多いと思っておりますので、そちらからいろいろ指導してもらうことも大事だと思っております。実際、各地域の医師会の先生方はとても協力的でして、例えば医師会でもメタボリックシンドロームという特集号があるぐらいで、地域全体で国民の健康を支えるということは、いろいろ関係団体とも連携しながら進めていきたいと思っております。

○健康局審議官

補足の補足めいた話で恐縮です。受診率を上げるためにいろいろな勧奨をしなければいけないという話で、確かに私どもやっている、がん検診についても大変大きな課題だと思っております。市町村にさせていただいておりますので、必ずしも私ども全部が全部それを把握してはおりませんが、最近マスコミ等で紹介があった事例で申し上げますと、区立の小中学校で、そういう教育をしているということです。それから、NPO のご協力を得て、受診率、受検率が顕著に上がったというケースがあるようです。もちろん、詳らかに私どもが知っているわけではないので、あまり胸を張って申し上げるべきではないのだと思っておりますが、そういったいろいろな例、取組みを一部の自治体では工夫されているというのは事実だと思っておりますから、そういった点をどれだけさらに進めていただけるか、あるいは私どもで何かできるかという話だと思っております。

それから、主治医、かかりつけ医の話がありましたが、私どもが今後考えていかなければいけないと思っておりますのが、企業あるいはそういった方々と、いまま

で以上に連携して行って、受診につながるようにできたらとか、いろいろ細かい工夫めいたことは、今後も続けていかなければならないだろうということです。

○中山座長

いまの宮山先生の「すぐに診てもらえるので健診に行かない」という話がアンケートからするとあったということですが、これに関してやや暴論的なことを申し上げてみたいかと思うのですが、日本の医療というのは大変進んでいるので、いつでもかかれるという easy access な面があるからみんな安心してしまっている。それはそれで、これまでよかったわけですが、これからのことを考えると、本当に高齢化して行って、どんどん患者は増えていく、しかし医師はそれほど必要なペースでは増えていかない。だから、5年、10年のうちに、かかりたいけれどもかかれないという状況が出るのではないかと思うし、あるいはまた別な見方をすると、待ち時間もすごく長いです。予約でかかれる医者というのはあまり多くないです。そういうこともありますし、あるいは救急車にしても、タクシー代わりに呼ぶ人がいたりして、とにかく医療の提供が非常によくされるので、みんなが甘えていて、結果的に、本来自分がちゃんと管理すべきところが甘えていて、結果的にどんどん医療費は膨らみ、アクセスが悪くなっていくということにこれからなっていくわけです。

そうやって考えたら、もう少しそれぞれ一人ひとりが自分のこととして捉えて、行動するように、逆に、かかりつけ医を決めて、そこを介さないと医者に行けないとか、ヨーロッパはそういうのがありますが、そこから紹介されないと医者にかかれないというのがありますし、そういう方法もあるでしょうし、例えば救急車にしても、これは些末な話ですが、有料にするとか、いろいろなそれなりの自覚を持ってもらう方法もあると思うのです。その辺のセットで組み合わせていかないと、なかなか医療費は増える、供給と需要のバランスが崩れていくところが解消できないような気がするのですが、その辺はいかがでしょうか。

○保険局長

確かに、日本の今後の高齢化の伸びを考えますと、医療のリソースをどうやって確保しようかというのは、大変大きな課題だと思います。ただ、ご指摘のような諸外国でやっている、例えばかかりつけ医を通さないと受診できないというような仕組み、救急車の有料化など、ないことはないのですが、それなりのデメリットもありますので、そこは慎重にしなければいけないと思いますし、日本のアクセスのよさはかなりのメリットになっていると思いますので、そこはなかなか難しいかと思えます。

ただ、ご指摘のように、自らが健康をコントロールするというか、セルフケアの概念、これは例えば Primary Health Care の概念でも、医療提供者が行うヘルスサービスとセルフケアの両方が2つの大きな柱になっています。病気の治療を考えてみても、治すのは患者自身であり、医療者のケアなわけです。両者がないと、病気は治らないということは、学校教育の辺りからも含めて、みんなが自

覚されていくのがいいのではないかと思います。

それで、度々出ている「いつでも医療機関を受診できるから」というのは、これは病気になってからの話ですので、大事なはその前だということも含めて、セルフケアというか、自分の健康は自分でコントロールするのだということ、もう少し「健康日本 21」などを通じて啓発していくことは大事だと思っています。

○中山座長

そういう意味では先ほどの健診の話ですが、論点1の3番目に「インセンティブ（又はペナルティ）を設けることについてどう考えるか」とあるのですが、健診を受けていないと、例えば保険料が上がる、あるいは医者にかかったときに対応する病気の自己負担率が上がるとか、そういうような意識づけが必要なのではないかという気がするのです。例えば自動車などの場合ですと、車検を受けていないと、保険も出ません。あるいはちゃんと点検をして自分自身で車を管理しないと、壊れたときに自分が払うしかないわけです。そういう意味でいったら、車と人間は違うという話になるのでしょうかけれども、やはり同じようにそういう管理が必要ではないか。

例えば車の場合はスピード違反あるいは酒酔運転にしても、罰則がきちんとあります。どんどん厳しくなっていて、交通事故が現に減っています。これは人を殺める、他人を傷付けるから、そういう厳しいルールで取締りも含めてやっているわけですが、健康の場合は自分のことで、人を傷付けないというのがベースにあるわけですが、命という観点で考えたら、自分の命を自分で守るという意味で、そこにもっとインセンティブなりペナルティみたいなものがあって、ちゃんと自己管理するといいいことがあるという、飴と鞭があってもいいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

保険局長

インセンティブというのはあったほうが受ける人もいいかなと思います。実際に健診を受けて、自分のbehaviorが変わって健康になれば、QOLがよくなるわけですから、それだけでもインセンティブだとは思いますが、ペナルティというのは、いろいろな副作用もありますので、我々はそこまではまだ考えておりません。

○保険局総務課長

中山さんのおっしゃったことは民間保険であると、保険金とリスクの発生率、確率で保険料が決まってくるので、そういう発想が公的医療保険に導入できないかということと等しいのだと思います。ただ、日本の公的保険、まさに先ほどフリーアクセスの問題とか、よさというのが、リスクが高い人も低い人も、まさに同じような所得の条件であれば同じ保険料です。これが世界的にも、比較的優れていると言われている理由の1つでもあって、それを民間保険と同じようにする

ことが本当にいいかどうかというのは、かなり大きな論点があると思います。

もう1つは、今回の健診、特定健診にしても、受けている人と受けていない人。受けていて、保健指導を受けて、リスクが減るという効果もあるのですが、先ほど阿部委員からのお話もありましたが、受けていなくて、すごく自分で健康管理をして運動している。でも健診を受けていない人もいます。そういう人は、逆に保険料が高くなるという話になると、何となくその辺の矛盾というか、非合理的な感じもしてきますし、過渡期にあるかもしれませんが、特定健診はきちんと受診をして、最後まで持っていくという流れの中でやっていくというのが、保険料などに格差を付けるというのは、なかなか厳しいかなと思っています。

○阿部委員

私の話が出たのですが、私は毎年健康診断を受けています。健康診断を受けているから、その動機付けになって、運動をするようになったのです。

○保険局総務課長

申し上げたのは、例えば体育館で運動している人たち、受けていなくてそういう人たちもいるわけです。そういう人は健康で、ずっと健康体で、疾病も少ない人もいるわけです。そういう人との関係を申し上げたのです。

○阿部委員

もちろんです。でも、健診を受けさせてるためには、それは関係ないのではないですか。健診を受けさせてるためにインセンティブを与えるわけです。健診を受けなければ、健康であろうが健康でなかろうが、受診料が上がったり下がったりするというのは議論が違うのではないですか。

○保険局総務課長

健診の範囲というのがありまして、いまは40歳から74歳までが特定健診の義務付けです。30代で本当に不摂生な生活をしている人たちは保険料が安くて、逆に40代で特定健診を受けていない人は高いというのも矛盾があります。そういういろいろな論点があるということを申し上げたのです。

○和泉委員

くだいようですが、私もインセンティブはいいのではないかと思っています。いまおっしゃったようにいろいろと難しいのはわかるのですが、本来は保険料はリスクの大きさに応分に負担をするという考え方が普通で、年金であれば所得でいいのでしょうけれども、そのほか医療のようなものはどうなのかというのはあると思います。

ただ、公のものなので、公的な医療保険制度では、あまり保険料の傾斜を急にしたりはできないし、義務化されてもいないものにペナルティを与えるのは難しいと思うのですが、こと生活習慣病というのは、先ほどのお話にもありましたよ

うに、セルフケアで、自分でコントロールすることによって影響が大きいというものに関してのみ、何か特定して、ちょっとした違いがあるぐらいは、依存体質から脱却して、自分で健康を獲得していくのだという考え方に近くなるのかなと思いました。

もちろん、公のものとしてどうなのだということは、かなり慎重に考えなければならぬけれども、その議論をあまり捨てないほうがいいかなと思いましたが、いかがでしょうか。

○保険局総務課長

おっしゃるとおりだと思います。保険として仕組むのか、あるいは特定健診を受ける受けないという個人の判断は、保険者として、どれだけそれをPRして、重要性を認識してもらうかは非常に大事だと思うので、例えば保険者機能として、受けている人、受けていない人について、いろいろな意味での格差を設けるとか、そういうインセンティブというのはあり得るかなと思います。

○阿部委員

いまのに関連して、健診を受けて自分の状態がどうなのか、まずそうであれば運動をしたり、自分に対する投資をするわけです。自分に対する投資は誰がやっているかというのと、いまは個人がやっているわけです。その個人の投資は、いまは勝手にやりなさいと。でも、結局それは医療費につながっていくわけです。

だから、健診も受けてもらって、なおかつ自分への投資もしてもらって、それで医療費が下がればいちばんいいわけで、いまは個人が負担している投資部分を、もし国の保険財政がよくなるのであれば、国が少し援助してもいいという話になりますよね。だから、健康増進施設を作るというのも1つでしょうし、個人に受けさせる、運動させる、健康にいいものを食べさせることにインセンティブを与えてもいいのではないですか。

○保険局総務課長

それは直接的には、いま補助金ですと250億円ぐらい保険者に対して支援をしています。そういうお金を使うことと、あと少し大掛かりな話ですが、後期高齢者の支援金というのがありまして、各保険者が加入者に応じて、一部所得割りというのがあるのですが、それを除けば、加入者に応じて負担していただいているのですが、そこが大体5兆5,000億円ぐらいあります。そういったところで、健診率の高いところと低いところについて、平成25年度から加算・減算と言いまして、保険者として一生懸命取り組んでいるところは、それなりに評価しようという仕組みを平成25年度から、各保険者にどういう仕組みで、具体的にどのような形で加算・減算を設けるかというのは、喧々諤々の議論をしております。そういう形も、1つのインセンティブという意味では取り組もうとしているところではあります。

○中山座長

質問ですが、特定健診・保健指導というのは、総額でいくらぐらいお支払いしているのでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

資料3の3頁です。これが国が補助しているベースです。

○中山座長

総額はいくらかかっているのですか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

いま正確に持ち合わせていませんが、大体1,000億円ちょっとぐらいが、この費用を足したものだとは認識しています。

○中山座長

どう見るかはありますが、一般診療の生活習慣病が8.6兆円とすると、1,000億円プラスしてでも、1,000億円以上下がれば経済的メリットもあるし、健康な人が増えるというメリットもあるわけですが。どう勘定するかは難しいのですが。

○脇坂委員

最初にした質問で、単に下がるかだけではなくて、どのくらい下がるかという。データは難しいのですが、そこが大きなポイントで、金額はやはり大きいですよ。大体のところは、こういう研究結果があるから。

○中山座長

そういう研究をどっと進めていって、その論理的なものができるかというのではないかと思います。素人考えすぎるのでしょうか。政務官、いかがでございましょうか。

○藤田政務官

特定健診の問題というのは、いままでもいろいろな議論があって、受診率が低いというのがいちばん大きなネックなのだと思います。だから、そこを上げていく努力というのが必要なのだと思います。いま先生方からお話があった中身というのはとても大事な視点だと思いますが、もう1つは、それをやる実施体制もきちんと作っていかねばなりませんし、あるいは公衆衛生の考え方というものちゃんと普及させていくということもとても大事なことですし、そういうことをきちんと平行して取り組んでいくことで受診率が上がっていくと認識していますので、そういう視点でもっと一生懸命やっていかねばいけない課題であるとは受け止めております。

○和泉委員

少し世俗的なことを申し上げるのですが、先ほどからいろいろとお話が出ている中で、「健康日本 21」というのはものすごく大切なもので、基本になっているということだと思っておりますが、私は保険会社の人の説明会にたまたま出る機会があって、ちょっと前に知りました。その中で、糖尿病が重くなると透析が必要になるというような、私たち素人から見ると、糖尿病と腎臓がどうしてつながるのかわからなかったのを教えてもらえたのですが、例えば「メタボ」という言葉はかなり有名になって、日常会話の中でも出てくる言葉になったけれども、それがどういうことにつながっていくのか、どれほどの意味をもって健診されているのかをちゃんとわかっているかという、ほとんどわかっていないような気がします。

私の周りだけで聞いてもサンプルにならないので、もしサンプル調査などがありましたら教えていただきたいのですが、「健康日本 21」について知っているかどうか、これの前に随分いろいろと聞いてみたところ、ほとんどの人が知らなかったですし、糖尿病と透析の関係も知らなかったりということで、トータルなことがわからない人が多いように思うのです。これは私の感覚ですが。

先ほどの話ですと、受診率が低い理由に、時間が取れないとか、面倒だということで、1つは手間を省く、同時に開設するというのもあると思うのですが、そもそもそれがどのぐらい必要なのかという認識をきちんとアピールしないと駄目かなと思いました。

世俗的と申し上げたのは、同じ人たちに、農林水産省の「めざましごはん」を知っているか聞いたら、知っているということでしたし、「イクメンプロジェクト」も上手だと言っていました。やはり世俗的に訴えないと、なかなか伝わっていかないと思います。

余計なことですが、つい最近の女性誌に、「小宮山大臣に会いに行く」という企画があって、小宮山大臣がその雑誌を持って表紙に出いらしたのですが、あれでいきなり、女性たちは厚生労働省というものが身近になったようで、働くことと子育ての支援が一気に身近な施策として感じられたという話をしているのを、電車の中で聞きました。例えばそういうアピールの仕方も含めて、なるべくお金がかからない、届く広報を考えるのに知恵を絞るといいかなと思いました。

○健康局がん対策・健康増進課長

おっしゃるとおりでして、ペナルティあるいはインセンティブを付けるということもあると思いますが、そもそもとして、なぜ健診を受けたほうがいいのか、運動や食事の正しいことをやっていけばいいのかというところを、国民がもっと知っていかないと、それによって本人の行動様式が変わってきますので、そこはいちばん大切なところだと思います。

まだまだ不十分ではありますが、最近 Smart Life Project といって国が主導して、従来行政機関が一般国民に訴えてきたのが中心でしたが、それでは限りがあるということで、企業ですとか、一般の方々が取り組んでいただくことを支

援する方策を取り入れつつあります。さらには、全国で NPO 法人というものがありますが、その 4 割近くは私どもの健康にかかわるようなものを目的として成り立っている方々もおられますので、そういう方々をいかに活用していくかを、もっと PR という形を取っていきたいと思います。

○和泉委員

夜 7 時から 9 時ぐらいまでの時間帯のテレビにはさまざまな健康情報の番組があり、歩けとか、塩分を減らせとっていて、そこそこの視聴率を取っているようでした。私の周囲を見ても、歩いたり、走ったりの趣味がすごく増えている、健康に対してものすごく関心が高まっているのに、なぜか受診率は低い。なぜ受診率が低いのかと考えると、そこが繋がっていないからだと思うのです。そこをつなげれば、自分で歩いたりしていることの成果を検証するために受診しに行くのではないかと思いました。

もう 1 つ、論点 2 のほうです。事前の説明で教えていただいたのですが、これまで事業主健診が、労働者の健康と安全の確保に大きな役割を担って、日本独特の基盤を作ってきたという経緯も教えていただきましたし、実際にいまもそうだと思います。

一方で、前回の仕分けのときにも共通の論点になりましたように、非正規職員の増加、短期間しか雇われないような方たちがすごく増えていますし、企業という枠の中からこぼれる人がすごく増えている中で、事業主健診が負っている部分大きいということはどう考えているのかというのを教えてほしいと思いました。雇用の流動化も進んでいるのに、事業所内でのみ健診データを保有しているという状況だと、ずっと追跡していくことは難しいのかなと思っています。

これは地域も同様で、いまや 1 つの地域にとどまって一生を送る人も少ないのかなと思いますので、一義的には地域なのでしょうけれども、自分自身で健康情報をずっと持っていったほうが、本当はいいと思います。

ここで話し合うことではないのはよくわかっているのですが、一応申し上げたいと思っているのは、いま進んでいるマイナンバー法案。あれは少し違う観点からのもので、厚生労働省の関係の業務への影響などもまとめていらっしゃるのも拝見してきましたが、あれの中には今回は入っていないし、究極の個人情報なので、扱いは本当に難しいとは思いますが、最終的にそのハードルがクリアできたら、自分の健康情報をずっと持っていけることが、働き方、住まい方、ライフスタイルそのものが流動化する中で、自分でセルフケアをし、自律して健康を獲得するという考え方にそぐうのかなと思います。紙かデータ情報かがデータ情報に統一していくのは当然のことながら、いろいろなところで受けている健診をいかに統合していくか、また健診の項目が重複していると思うことも多いので、そういった無駄も省いていくことを考えていただけたらと思っています。

○中山座長

いかがでしょうか。

○保険局医療費適正化対策推進室長

おっしゃることには大変共感しております、いま保険者と医療データをきちんと持ち続けることについて、例えば国保のサイドであれば、被用者保険の人たちへのかかわりが論点になっております。そういう中で、1人の人が健康をトータルで、いまは本人だけは管理できるのですが、そうではない保険者のサイドでも連続して管理できるということは、大変意義のあることだと思っておりますので、おっしゃるようにマイナンバーを受けて、さらに医療分野でヘルスも含めまして、どのように番号制度を使うかというのは、まだこれから検討する過程ですので、ご示唆も踏まえて、これから検討していきたいと思っております。

○中山座長

私もデータが一元管理されていくことが望ましいと思うのです。ただ、一方で論点2の絵を見ますと、市町村、都道府県、国も非常に広い範囲を共有したらどうかという紙かどうかわかりませんが、あまりたくさんの人に知られるというのは、感情的に気になるところでして、この辺はどこまで知る必要があるのか。つまり、マクロ的な匿名データならいいのかもしれませんが、その辺はどうお考えでしょうか。例えば市町村の生活保護、医療給付など、いろいろな面で見たら、やはり個人データがほしくなるところでもあるのでしょうかけれども、この辺のニーズはどのようにお考えでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

全部についてお答えすることはできなくて、私は、がん対策関係のお答えをいたします。いまがん患者は、がん登録についてしっかりやっていくべきだというご意見を賜っています。私どもも、今回の新たな「がん対策推進基本計画」の中では、「法制化も含めて今後対応していく」ということを明記しています。

また、今般策定された医療イノベーションという全体的な研究推進の中にも、「平成25年度中に法制化を目指す」という記述を入れたところでして、いま、がん登録について、健康増進法という形で、努力義務ということでやっていますので、本人のプライバシーなども考えますと、法制化をして、しっかりした形でやっていくべきではないかということで、今後進めていきたいと思っております。

○宮山委員

先ほど来の阿部委員、和泉委員の発言から、ずっと考えていたのですが、どうということかということ、今度の「健康日本21」の第2次計画の中で、基本的な方向で、いままで「地域格差の縮小」と挙がっていたものを「健康格差の縮小」という方向を出しておられます。良い行動を取っている人はますます良い方向へ、あまり好ましくない行動を取っている人はどんどん悪くなっている。この格差が開きすぎて、結果として健康状態も差が開いてきています。こういう言い方は失礼なのですが、やれと言われればやりましょうという中間層があって、このよう

に3層に分かれている状況の中で、どこをターゲットにするかというのは、非常に難しい問題だと思うのですが、ここに書かれている「健康格差の縮小」は大変重要なことだと思いますので、単に間を狭めるのではなくて、よりいい方向へ引き上げていくという感じで取り組んでいただきたい。

自分自身ずっと悩んでいます。自分で全部お金を負担して、健康に留意している人たちがいるわけです。そういう感覚をみんなが持ってくれればいいという思いはあるのですが。この「健康格差の縮小」という意味は、私はそう取ったのですが、それでよろしいでしょうか。

○健康局がん対策・健康増進課長

「健康日本 21」の新たな目標の最上位概念として、今回「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」を置いています。従来から、「健康日本 21」では「健康寿命の延伸」ということは謳っていましたが、あくまでも理念として謳って、今回初めてそれを数値として提示いたしました。

その概念は、ご本人にアンケートをして、自立して障害なく活動できる期間という形を取らせていただいている、本人の主観が入っていますから、厳密な意味での健康かということ、少し論じるところはあるかもしれませんが、たくさんの方々の意見を併せますと、おおよそのところが出てきます。かつ、健康寿命を延伸するという目標はそれだけではなくて、平均寿命と健康寿命の間が、いわば医療、介護がかかわってくる期間になります。その部分をいかに減らしていくかを目標にしているところです。

また、健康寿命も都道府県間で格差が出ていることも承知して、そこをそれぞれ各都道府県、さらには地方自治体に提示することによって、努力を促していくことも考慮して、今回そういう計画を作っているところです。

○中山座長

いまの話の健康格差ですが、格差が広がっているように感じるのです。先ほど阿部委員からも、最近走っている人、ジムに行く人が多いという話もありましたが、これはお金のある人はジムにも行けるし、早く帰って行くことができるわけです。ところがお金がない、例えば Working Poor Class だと、とてもではないけれども、そのようなお金も時間もありません。結局、一生懸命働いて、毎日働くために消耗していくけれども、それ以上のことはできないという状況にある。

そうすると、1つは貧困率というか、再配分をきちんとやる、あるいは最低賃金を上げる、その底上げをすることも必要だし、それと同時にワーク・ライフ・バランスというか、労働時間が長時間労働であったり、日本は一応基準はあるのだけれども、遵守目標的でそれほど守られていない。結果的に、貧しい人ほど長時間労働をして、体は悪くなるけれども病院にも行けないというのが、どんどん広がっているように思いますので、本当に健康格差をなくそうと思ったら、その待遇の部分と働き方に抜本的にメスを入れないと、改善されないように思うのです。このテーマとは違うのかもしれないのですが、そこをトータルで

考えていただきたいと思うのです。

○阿部委員

私はお金はなくても体力増進はできると思っていて、今日も下から階段で上がってきました。ただそれだけです。お金がなくてもできます。ただ、労働時間の問題は大きいだろうとは思いますが。

私もジムには通っていませんで、朝早く起きて走っているだけです。あと、たまに市が提供している1回300円ぐらいで運動できるというのがありますから、そういうのを使っているだけです。ワーキングプアはできないというのはおかしくて、それは個人の努力なのです。その個人の努力をどう考えるかを考えなければいけないと思うのです。お金の問題ではないと思います。

もう1つです。先ほど和泉委員がおっしゃったデータの提供の話で、メリットと1つの懸念がありますので、それをお話します。メリットとしては、事業所間で異動した場合に就社後に義務付けられている、安衛法で義務付けられている健康診断をしなくてもよくなるかもしれません。それによって、企業はコストを若干削減することができるかと。

一方で、就社前にその情報を入手して、就職に影響する可能性が懸念されます。だから、そこは微妙なのではないかなと思うのです。コメントです。

○中山座長

先ほど給料がという話がありましたが、例えば市町村の体育施設などが活かされていないという話がありましたが、これを活かすためにも、そこへ行けるような時間設定は大事だと思います。

○秋山委員

いま比較的健康的と思っている人は、病院は急性症状が出たときに利用すると認識していると思うのです。加齢に伴うさまざまな慢性疾患、生活習慣病も含めて通っている人は、定期的に行って、そういう意味では急性症状ではない形でかかっていると思うのです。

急性症状で病院にかかったときに、日ごろからこういうことに気をつけたらいいという、ある意味保健指導の非常にいいチャンスなわけだから、健康局、保険局だけではなく、医政局というのか、病院の救急の窓口等で、こういうことを少しオーバーラップさせながら、保健指導の動機付けというか、日ごろはどうしていますかとか、それこそ局を跨いだような施策は何か生まれてこないものかというのが、1つお話をしておきたいと思いました。

もう1点は、先ほどから出ていて、後ろの論点整理にも出てきますが、個人情報扱いです。例えば北欧などでは家庭医が、家庭医にかかっている人の個人情報をCloud System等で管理していて、IDカード1枚で、どこへ行っても健診の情報も全部一元化されていると。そういうところで、予防のところも、病気の治療に関しても、一元化されたカードを自分個人が持っているという。その辺とい

うのは、一気にというのは日本は難しいかもしれませんが、何らかの形で取り組むような今後の研究というのか、そういうことは進まないだろうかというのが意見です。

○中山座長

時間になりましたが、ご意見はよろしいでしょうか。ありがとうございました。本日の議事はこれで終わりになります。最後に、ご出席いただきました西村副大臣に議論を踏まえて一言コメントをいただきます。

○西村副大臣

今日はありがとうございました。2つのテーマについて、2時間半にわたりご議論いただきました。また次回も同じテーマでご議論いただくことになっておりますが、1つ目のテーマについて伺っておりまして、何となく、私もこういうことかなというので方向性は見えてきた感じがいたします。医療機関、支援センター、就労支援機関、ここがしっかりと具体的に、目に見える形で連携を取っていくことかなと思いましたのですけれども、2つ目のテーマについては、なかなか考え始めると非常に難しい課題で、健診のことが論点では着目されていまして、健診の受診率を高めるということと、それを活かしてその後の健康管理ということが着目されたわけですが、これは働き方の問題ともどうしても密接に関係してまいりますし、そう考えますとここにとどまることのない、本当に幅広い議論が必要なかなとも思いますが、いずれにしても、ここは論点に沿って与えられている資料の中で、できる範囲での提言を次はお取りまとめいただきたいと願っております。またどうぞよろしく願いいたします。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。事務局から次回の連絡をお願いいたします。

○総括審議官（事業仕分け室長）

次回は6月22日（金）の2時から、同じ19階の第23会議室で予定しています。次回は今日の議論についての取りまとめをお願いいたします。

○中山座長

これで本日の第3回厚生労働省版提言型政策仕分けを閉会いたします。本日はありがとうございました。