

人口問題と社会保障

～データヘルス改革による健康、医療、介護のパラダイムシフト～



現在、政府は、少子化・高齢化に伴う多岐にわたる課題解決のための重要な糸口の一つとして、「データヘルス改革」に精力的に取り組んでいる。厚生労働省はその一環として7月4日に、「国民の健康のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」ならびに「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」を公表した。塩崎恭久厚生労働大臣が、その具体的な取り組みと今後の展望について語った。

講演：塩崎恭久氏 厚生労働大臣 衆議院議員（職名は開催当時）

東京大学卒業後、日本銀行に入行。ハーバード大学行政学大学院修了後、1993年に衆議院議員に当選。大蔵政務次官（第2次橋本内閣）、外務副大臣（第3次小泉内閣）、官房長官・拉致問題担当大臣（第1次安倍内閣）を歴任。2014年9月から厚生労働大臣を務める。

「データヘルス改革」は少子化、高齢化に伴う課題解決のための糸口

日本の人口ピラミッドを見れば、英国、ドイツ、米国、フランスのG5各国と比較して、「少子化」「高齢化」「人口減」「労働人口減」という四重苦が明確に見て取れる。このうち「高齢化」は世界の多くの国に共通した課題であり、日本がこれをどう乗り越え、社会の活力を維持していくかを世界は注視している。

社会保障は、国民にとって最後のよりどころである。それを少子化、高齢化の中でどう確保していくのか。そのためには成長戦略とセットで考え、成長と分配の好循環を生み出すしかない。社会保障給付の約半分を占める年金に関しては、2004年改正によるマクロ経済スライド導入により、大きな改革は想定されておらず、主に医療（約40兆円）、介護（約10兆円）の改革が中心的な課題となる。

その際重要なのは、医療と介護に関しては、少子化、高齢化の中でもサービスの質を落とさずに維持する持続性が期待される。そうした日本が直面する少子化、高齢化に伴う課題解決のための重要な糸口の一つが、「データヘルス改革」である。

厚生労働省のデータヘルス改革は、

ICTなどを活用した「個々人に最適な健康管理・診療・ケア」の提供や、健康・医療・介護のビッグデータを連結した「保健医療データプラットフォーム」の2020年度からの本格稼働などで、国民が世界最高水準の保健医療サービスを効率的に受けられる環境整備を目指している。

そのために、①がんゲノム医療の実現、保健医療分野のAI（人工知能）の開発加速化、遠隔診療・介護ロボットなどの最先端技術の活用、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化、科学的介護の実現、③保健医療分野のデータ利活用基盤の構築などのICTインフラの整備に一体的に取り組む。

本年1月には「データヘルス改革推進本部」を立ち上げた。推進本部長は厚生労働大臣である私が務め、「改革工程表」に沿った具体化に向けて活動を展開しているところである。

保健医療データを徹底活用し、国民の「より健康的な生活」を実現

現状の最大の問題は、個人の健康に関するデータが十分に取得されず、取得されたデータが一元的に管理できていないところにある。例えば介護に関して、従来は要介護度認定情報、日常生活動作（ADL）、認知機能などのデータは取得されていたが、それらのデー

タは横断的に再利用できなかった。

これに対してデータヘルス改革では、科学的に裏付けられた介護を実現するため、科学的分析に必要なデータとして、血液検査、筋力、骨密度などさまざまなデータを新たに収集する。それらのデータは保健医療データプラットフォームに集約して分析し、自立支援などに効果がある介護サービス提供につなげる。

このように医療・介護の分野でICTをフル活用して、病気予防、介護予防、重症化予防などの「予防」に力を入れていくのが、データヘルス改革の大きな方向性である。

データヘルス改革によって国民の生活は大きく変わる。まず、国民一人ひとりが、自らの健康データの変化を把握し、自ら予防行動をやすくなる。また、経営者はデータを活用した健康経営に取り組み、健康増進に伴う職員の生産性向上が実現できる。医療的ケアが必要な障がい児（者）なども、緊急時の不安なく、安心して外出できるようになる。科学的根拠のある介護サービスにより、自立支援介護が実現し、本人・家族の不安を軽減できる。加えて、ゲノム（遺伝子）医療により、がんの個別化医療が大幅に進む。認知症の要因を分析し、最適なキュアとケアを実現させることもできる。

国民皆保険の下での審査支払業務の効率化・高度化に取り組む

国民皆保険の下での審査支払業務の効率化・高度化にも取り組まねばならない。現行の審査は、コンピューターチェックがレセプト全体の約65%で、職員による事前チェックが約15%、審査委員による審査が約20%となっている。これを2022年度には、コンピューターチェックにより9割程度が完結することを目指す。職員によるチェックは残りの1割程度を目指し、審査委員による審査にかかる割合は、全体の1%以下を目指す。

審査支払機関全体の改革も必要だ。現在の体制では、医療保険の審査支払は会社員などが加入する協会けんぽや健康保険組合などが支払基金に委託し、自営業者や高齢者などが加入する市町村国保などが国保連合会に委託するという2本立てになっている。これは人員的にもコスト的にも無駄が多い。

そこで、今後は審査支払機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止



する観点から、システム本格稼働時期(2020年度)までを目途として、「審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス」「審査委員会の三者構成の役割と必要性」「各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性」「保険者の審査支払機能の代行機関としての支払基金と国保中央会等の最も効率的なあり方」について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずる。

保険者機能の抜本強化により国民の意識改革を図る

保険者機能の抜本強化こそ今後の重要な課題だ。医療保険者は、特定健診・保健指導をはじめ、各種健診を活用して加入者の予防・健康づくりや重症化予防等に取り組むべきである。そのた

めには都道府県を、住民や保険者、医療機関などの自発的な行動変容を促す司令塔にしなければならない。それに向けて制度、予算、情報、人材などの面で都道府県の保健ガバナンスの抜本強化が必要だ。

また、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書(2017年4月6日発表)では、今後の医療は高い生産性と付加価値を生み出すものとされ、具体的にはタスク・シフティング(業務移管)やタスク・シェアリング(業務の共同化)の推進、簡単な診断や処方、術後管理ができるフィジシャン・アシスタント(PA)の創設などが提案されている。このように医療の質を上げながら生産性を向上させるのが、今後の医療の方向性である。

質疑応答

Q 経済同友会では、昨年2月に「経営者のリーダーシップによる健康経営の実践と保険者機能の発揮」と題した提言をまとめた。ここでは、健康経営に対する投資評価の指標のあり方を検討することが、課題の一つとして挙げられている。健康投資について、わかりやすい指標はどうあるべきか。国としての考えをお聞かせいただきたい。

A 先の国会では、介護保険法改正を中心とした地域包括ケアシステム推進強化法が成立した。その審議過程では「介護を科学する」という視点から、例えば自立支援サー

ビスの成果を単純に要介護度で測るようなアウトカム指標だけでなく、プロセス指標やストラクチャー指標を組み合わせて評価する方針を打ち出した。それをもとに、今後どういった評価指標がベストなのか検討していく。このようにアウトカム指標だけでなく、プロセス指標など多様な指標を組み合わせて評価することは、健康経営に関する指標にも共通するのではないかと考えている。

Q 本日お話しいただいた計画の策定にあたっては、各方面から相当な抵抗があったのではない

か。これを実行するにはさらなる抵抗も考えられるが、ぜひ継続的に取り組んでいただきたい。

A 確かに計画策定段階ではかなりの抵抗があった。これは今後も続くだろうが、しっかりと計画を実現していかなければならない。この計画は保健医療の質の向上を図りながら国民負担を減らすものであり、国民の皆さまに応援していただく価値のあるものだ。

