

## 第56回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

---

1. 開催日時：2025年12月10日（水）16:30～18:30
  2. 場 所：中央合同庁舎 8 号館 8 階代替講堂（オンライン併用）
  3. 出席委員等

主査	永濱 利廣	株式会社第一生命経済研究所首席エコノミスト
同	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
委員	大嶋 寧子	リクルートワークス研究所研究センター第1グループ長
同	鈴木 準	株式会社大和総研常務執行役員
同	高久 玲音	一橋大学経済学研究科教授
同	古井 祐司	東京大学未来ビジョン研究センター特任教授
同	松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学教授
同	横山 泉	一橋大学経済学研究科教授
オブザーバー	赤井 厚雄	株式会社ナウキャスト取締役会長
同	井上 裕美	日本アイ・ビー・エム株式会社取締役執行役員
同	西内 啓	株式会社ソウジョウデータ代表取締役
- 

### （概要）

社会保障・こども分野における「EBPMアクションプラン（案）」・「改革実行プログラム（案）」・「進捗管理・点検・評価表（案）」に関して議論を行った。委員からの主な意見は以下のとおり。

- 薬価の継続的な引下げは医療費を下げる上で大事だが、原材料や前駆体に関しては中国などの特定国に対する依存度がかなり高くなってしまふ。コストカットするにはそうしなければいけない面もあるが、その結果として医薬品の供給体制はかなり脆弱化している点は改めてこの御時世で留意いただきたい。特に供給途絶した時に生命や機能維持に直結するような薬剤について、国内外の製造拠点や原薬のソースはきちんと多重化が確保されているのか、いざ国内生産が必要となったときに通常は別の化学品を作っているような工場ラインを速やかに転換可能かどうか、トリアージなど含めきちんと考えておかななくてはならない。加えて、どれについてはどれぐらい切り替えられる余地があるのか、あるいはそのときにある種の休業補償について検討しなければいけない。普段はもっと高いものを作っているラインを転換するときに幾らぐらいのコストが必要かということは、改めて今のタイミングで検討すべきではないか。
- OTC 類似薬については、かなり議論が前に進んだと思うが、問題は OTC 類似薬そのものの薬剤費だけではなく、OTC 類似薬を処方するためだけの受診である。初診料が 288

点かかり、再診料、院外処方処方箋料もかかる。それが保険給付として積み上がっている点こそが国民医療費の負担でもある。あるいは地域の中で開業医がどんどん増えていったほうが楽ということになってしまっている。その結果、一部で医師不足が起こっている。薬剤費だけではない初診料や OTC 類似薬を出すだけの診療に対してどこまで切り込めるかが、医療費の適正化と地域医療の再構築においてかなり転換点になるポイントだと思う。来年以降の検討をお願いしたい。

- 今回の医療法改正で、診療所の過多地域に関して一定のある種の開業調整が制度として導入されたことは、恐らくすごく大きな前進だと受け止めている。ただ、これは今後の課題だが、開業に当たってはただ開業したいというだけではなく、例えば夜間や休日診療に輪番参加することや、公費ワクチンをやりやすいものだけやるとかではなく、基本的に公費で接種できるワクチンはこちらに行けばフルスペックで対応できるなど、そういった地域医療に資する役割を担うことで開業プロセスがよりスムーズになる仕組みなどもあってもいいのではないかと思う。審査するというだけではなく、そもそもこの地域は特定の診療科の医師数はかなり過剰であるため過当競争になってしまっていることを把握できるように、情報基盤みたいなものも作ったほうがいいのではないかと思う。例えば RESAS のようにデータを可視化する仕組みは既に存在するが、性・年代別人口に対してこの診療科の過不足はどれくらい過なのか不足なのかというものがあると、開業を希望する人が事前にそれを見てここはやめておこうという話になるかもしれないし、開業希望の届出が出たときに、ここは過当なので別のところのほうがいいのではないかというコミュニケーションも可能である。地域住民からしても、ここは多過ぎないかという話になっていく。そういったことが、地域医療の最適化に資するのではないかと思うので検討して欲しい。
- 物価や賃金がどのような動向にあるかにかかわらず、目指すべき社会保障制度がある。もちろん報酬改定などで物価上昇分を手当てすることは当然必要だが、インフレ率は 26 年度にかけて落ち着いていくということがエコノミストのコンセンサスである。何より政府は大規模な補正予算で物価高に対応しようとしている、あるいは金融政策がきちんと物価をコントロールしようとしているわけなので、それと逆向きに物価上昇を殊さら強調することで給付の改革が遅れるようなことがあっては、それこそ社会保険料を差し引いた可処分所得の増加との両立は叶わないし、社会保障制度の持続性は確保されないと思う。物価と賃金の上昇ということを強調しすぎていないか、十分留意する必要がある。
- 社会保障に関する賃金について重要なことは、医療や介護に従事されている方々の生産性向上であって、生産性向上に応じた賃金上昇を実現していくことである。供給体

制が従前と変わらないまま実質賃金を引き上げることをこの領域で行うことは、国民負担の上げにはかならない。医療や介護がまさに成長経済の一部だという観点が極めて重要である。そのためにも、MCDB 分析など客観的なデータに基づいたメリハリのある価格体系を構築する必要がある。

- かかりつけ医ないしかかりつけ医機能報告そのものがワークしているのかという点について、具体的に都道府県や市町村がどのように協議の場を設けていくか、あるいは医師の研修や医療 DX の中での取扱い、さらに国民・患者への説明など、人々がかかりつけ医を持つというアウトカムの実現に向けてモニターすべき事項は結構あると思うので検討して欲しい。
- 新たな地域医療構想における指標については、人口動態からくる需要の変化に合わせて、各地域の医療が効率性の面で最適化することに結びついていく内容にしてもらうことを強く期待したい。
- リフィル処方については、どのような KPI を設定し、どのように見える化するかによって利用促進への効果は大きく違ってくる可能性があると思う。
- 医療扶助の適正化については、オンライン資格確認の普及を被保護者側と指定医療機関側の双方から増やしていくための KPI を設定するなどして、それを後発医薬品や頻回受診の課題解決にも生かすことや、向精神薬を含む重複・多剤投薬の適正化、長期入院の是正、自立の助長に資するような健康管理支援事業の高度化など、データに基づいて多面的に取り組んでいくべき段階、領域になっていると思う。医療扶助の適正化に関する KPI の充実を検討して欲しい。
- 積極予防という言葉も出てきているので、重症化予防プログラムを受けている割合がとても大事ではないかと思う。重症化予防のプログラムは非常に成果が上がっていると認識しており、今後、かかりつけ医の疾病管理と保険者による重症化予防プログラムが一体的に、つまり、いかに受診と継続してモニタリングをするかが医療費の構造を変えていく重要な役目であり、医療機能の機能分化にもつながることだと思う。特にデータヘルス計画の標準化が国保でもこの数年進んでいく方向性なので、ちょうどいい好機ではないか。
- 生活保護の健康管理支援事業の高度化については、特に都道府県が市町村を支援するという構造なので、これは国保の都道府県化とも非常に親和性がある。国保でデータ

ヘルスがまさにそれでうまくいき始めているので、健康管理支援事業の高度化は国保も情報共有をしていくと両方にとってウィン・ウィンではないかと思う。

- 昨今、労働時間規制緩和の方針が議論されているが、来年度以降、この労働時間規制緩和がどのような方向性で進んでも無駄にならないような、むしろ有益となる指標を KGI や KPI に必要に応じて足すことを検討することは重要だと思う。と言うのも、最近、労働経済学の研究者の中で働き方改革の精緻な推定をした実証分析がようやく進み、それらの結果によると、働き方改革による労働時間規制により、男性に比べて女性ではキャリア職の就業率が上がり、労働市場におけるジェンダー平等が促進されたという結果が確認されている。逆に言うと、長時間労働奨励の慣例の下では、労働市場の中で評価を失うのは女性となりやすくなる。したがって、万が一労働時間規制緩和が行われた後のタイミングで女性活躍の KGI 指標などにマイナスの影響が出たとしたら、それがどのようなメカニズムによって起こったのかを知るために、長時間労働奨励傾向を捉えた指標などは必ず新たな KPI などとして確認しなければいけないものだと思う。もちろん労働時間規制緩和により、女性活躍だけでなく出生行動にも影響が出ると思われる。つまり、長時間労働奨励傾向の下、育児や家事における男女協業が難しくなれば、既に働いていた女性は子供を産むことを諦めざるを得なくなり、これがこども家庭庁の KGI に影響すると考えられる。同時に、キャリアを諦めざるを得なくなる女性が増えることにより、配偶者控除が創設された頃に戻るような時代錯誤のような変化が起きて、それを通して出生率が上がるような効果も存在すると思う。それら2つの方向性を別々に捕捉する指標を KGI として追加する必要があると同時に、それらを引き起こしたメカニズムとして長時間労働奨励傾向の指標は無視できないものである。このような指標の調整は、同様にほかの省庁のロジックモデルでも必要になると思われるので、来年度以降、KPI に長時間労働奨励傾向にまつわる指標を入れるなど、前もって政策がどのような方向性で進んでも無駄にならず、むしろ有益となるような指標を加えることを検討してはどうか。

- 公的年金シミュレーターに関して、将来に向けた提案がある。実際、公的年金シミュレーターを昨日使用してみて、国民の最適決定を促すような性質なものでないことを確認した。しかし、例えば2号として働いた場合の生涯所得がこれくらい、3号として働いた場合の生涯所得はこれくらいというように、労働時間の選択に対しても労働供給の最適決定の手助けになるような客観的な情報を提供するシミュレーターとして再構築してはいかかと思った。最終的には労働供給だけでなく、子供の数などもっと広い意思決定に有用な情報を提供する性質のものに拡大して、包括的な最適決定を手助けする趣旨のものに変えていくことを検討できないかと思っている。その結果、情報の非対称性がない状態で個人が正しい情報に基づいて最適決定ができるようにな

るため、国民の余剰も上がると思っている。そして、シミュレーターを設置するのであれば、国民が使いやすくするのは当たり前だが、かつこういう結果だからどういう選択がお勧めですということを絶対に表示しない、それを言わないということで、決定は全て自由で、自分の最適決定が尊重されていることを実感できるようなつくりにすることが重要と考える。何も生涯所得が高くなるような人生を選択する必要はなく、金額は気にしない人生を歩むことももちろん自由で尊重されているというメッセージを暗に添えることも重要である。というのも、政策を通してのインセンティブの提供を、政府の決定を人々に押しつけていると誤解している国民からの声があることを、先日、ある省庁の方から伺った。ゆえに、政策にかかわらず常に全てのカードはあなたの手にあるということを示すことで国民の政策の捉え方のリテラシーを上げることは、施策への理解を得る上でも重要である。このようなシミュレーターを政策の捉え方に関するリテラシー教育も含んだような設計にしたらいいのではないかと考える。言わずもがなだが、ひとたびそのようなものがつくられたならば、誰もがその存在を知っているような普及に向けての周知ももちろん必要だと思う。

- 医療費の適正化について、低価値医療などのこともあるが、入院医療をどのように適正化するかという視点も重要だと思う。イギリス等で用いられている、プライマリーケアがしっかりしていれば入院が避けられる病気を指す「ACSC」という概念がある。こういうものでどのくらい入院しているのかに関して地域差みたいなものを出していくと、具体的な医療費の適正化、地域の格差の解消につながると思うので、NDBを使ってそういうデータの分析もしていただけると良いと思う。糖尿病に関しては、重症化予防などが出ているが、そもそも論として糖尿病に関してはかなりしっかりとした重症化予防のガイドラインがあるので、例えば年に1回の腎機能検査や、眼科の受診や、医薬品の使い方など、そういうものの地域差もNDBで出していただけたらいいのではないか。これは具体的に処方する側の行動変容にもつながっていくと思う。
- 医薬品について、OTCにも絡んでくることだが、低価値医療みたいなものに関して、フランスやドイツは保険でカバーする医薬品の定期的な見直しをやっている。かなりものが除かれているのが、その中には日本でまだ保険収載されているものがあるので、そういうものも参考にして、カバーすべき医薬品の範囲も考えていただけたらいいのではないか。
- 健康保険組合と企業等を中心としてデータヘルスをやっていくわけだが、これだけ雇用が流動化し非正規労働が増えてくると、本当に今のやり方でいいのかということに関しては、少し分析の枠組みを変える必要があると思う。かつ高齢者労働に関しては、退職してから仕事を新しく探すのでは遅いだろうと思う。オランダ等がやっているよ

うに、40代、50代から副業を持ってセカンドキャリアとして何をやっていくのかをやっていかないといけないと思うので、そういう観点からの中高年、40代、50代からの職業支援みたいなものの枠組みを考えていただけるといいのではないかと。

- 来年度以降の話になるが、医薬品の材料等に関して、外国に頼っている状況は非常にまずいが、実は同じことが今、医療材料でも起こってきている。手術の糸やインプラントを中心とするような外国から入ってくる高額な医療材料が日本にだんだん入りにくくなってきている。それは日本が公定価格であまり儲からないという外資系の企業の判断もあるが、それに加えて今回の為替のことがあると、かなり負担になる。医薬品や医療材料、エッセンシャルなものに関しては、国内できちんと作れるという産業政策を考える必要があるのではないかと。
- 高齢者の就業について、今後の課題だが、今後労働供給制約が拡大していくことや、現業部門を担う人材を確保していく必要があること、その上で高齢期の心身の変化の中で生産性を高く、質を高く働くための環境整備が重要であることを踏まえたときに、これまでの繰り返しの面もあるが、短時間でも質の高い働き方ができるような環境整備が非常に重要だと思う。JILPTの調査の中でも、健康増進への取組や、キャリア開発など、職住近接などの状況も併せて調査されるということなので、そうした環境整備と高齢期の就業の質、例えば生産性や働く意欲等の関係について、成果を社会に共有いただくことが重要ではないかと考える。さらに、今後の課題として高齢期の方も含めて単発・短期ワークなど新しい働き方をする人がおり、こうした働き方をどう位置付けるのかを考えることも重要である。リクルートワークス研究所では毎年全国5万人を対象とするパネル調査をやっているが、それと接続可能な形でいわゆるスポットワークを含む単発・短期就業の調査を先般行い、市場規模や就業実態などの把握を行っている。この調査によれば60代のうちこの働き方を経験している人は3%程度に止まるものの、実施する人の年間就業日数が比較的長いという報告も受けている。すなわち、シニアの就業において単発・短期就業で働く人の数は現時点で限られているが、比較的しっかり働いているといった傾向がある。このような新しい働き方も視野に入れて、来年度以降、検討していただけるといいのではないかと。
- 介護については、ワーキングでの議論を第10期の計画に向けての議論に反映してほしい。制度改正は制度改正で取り組むということなのだが、アウトカム指標はどういうものを立てれば第10期に改正される制度でよりよく介護の提供体制などが進められるかを意識しながら、今後議論をさらに詰めていただきたい。

- 診療報酬改定は年度末までに取り決めるということだが、その後、ある種の効果検証的なものをきちんとやっていく必要があるのではないか。経済・財政新生計画が 2030 年度まで続くということなので、ここで終わっていただくわけにはいかない。
- こども誰でも通園制度について、実施自治体が増えているということはいいことであるが、2026 年度から給付化して全国の自治体で実施するのであれば、今後は、利用可能時間が重要な指標になるのではないか。ほかにも質的な指標がこども誰でも通園制度で考えられるのではないかと思う。
- 医療・介護を中心に、今、改革をどうするかという意思決定の最終段階だということでは理解するが、KPI の設定において「検討中」、「来年設定」という形で、12 月までには何も決め切れない状況の中でこのワーキングが開かれていることになると、せっかくこの 3 文書の改訂を通じて改革論議を支援し改革の実施を促すという効果が、のれんに腕押しという感じになっているのではないかと思う。来年の春、骨太方針に向けての議論と同時に、進捗管理・点検・評価表 2026 を作る際には、本日検討中とした部分について、相当な数の KPI、KGI を 2026 の春の論議で詰めていただくことをお願いしたい。このままもう一年、来年の 11 月、12 月というところまで放置すると、何にも KPI、KGI が設定されないまま、この先議論が進んでしまうということになる。そうすると、10 か月、11 か月先送りするにしてはあまりにも長過ぎる。EBPM アクションプラン、改革実行プログラムを改訂するということが年央にできるかどうかはよく分からないが、少なくとも進捗管理・点検・評価表の生い立ちからすれば、今年の 5 月にこれのできたので、そういう意味では年央に 2026 年版にする段階で、社会保障についてはもっと KPI を充実させていただきたい。ぜひ年央に詰めた議論をしてほしい。
- 昨年末時点ではアクションプランをつくるのが精いっぱいであった。また当時は改革工程表と言われたものが、今はこの進捗管理・点検・評価表になった。年末から議論が行われない状況が続くことはよくないので、様々な事情はあると思うが、やるべきことはきちんとやるべき。
- 医療サービスの場合は病気になったらどうするかという話、介護も視点が似ている。介護が必要な状況になったときにその人たちが駆け込める場所をちゃんと確保する、そこに人がいるようにする、できればそれを効率的に運営していくようにする、こういうことを狙っているのは間違いない。ただ、病気の治療に関する分野と介護分野が 1 つ違うところは、介護という営みが経済のエコシステムの中にあることである。何かというと、厚生労働省の行政領域外にあるが、介護で施設に入らなければいけない

状況になる前の段階が存在していて、その中での介護一手手前のニーズに、買物の付き添い、あるいは通院の付き添いみたいなところなどがある。そういうところでは本当に高い介護度に移行する前に家族がやっていることはたくさんあるのだが、それはほぼ民間の自助努力に任されている。地域の話なども出ているのだが、なぜ介護のところを経済システム全体の中で我々が重視するかというと、本格的な介護の手前のところで、働き盛りの人たちが職場から離脱しなければいけないということで、少子化が進み、いわゆる労働力が減少するという中で、できればそれを最小化したいということがあるのだと思う。そうすると、社会経済のエコシステムの中で介護はどういう位置づけになっていて、初期の段階でどうするかがあり、大都市部については民間活力も利用したサービス基盤の整備がある。民間活力を利用する場合は手前のところがかかなりあり、大企業などでは企業内の自助努力としてそういったことを始められているケースが多数ある。厚生労働省というよりも経済産業省の領域だと思うが、役所における行政管轄のタテ割りとは異なり、そこは社会の中で地続きになっている。EBPMを進めていって、データでいろいろなものが見えるようになってくると、越境して他の領域で一連の取り組みの前半・後半に関わっている取組をしているものにつながっていき、その間でバランスを取って、いわゆる手前のところがうまくいくとここの負荷が減少するなどあるので、そういう視点を新しい分野では意識し、そもそも何で社会にとって介護が必要なのかという視点も入れて、施策は今あるものをベースにしても良いが、指標や状況把握のためのデータ収集手法については工夫が求められる。

- 医療データベースについては医療法改正法案が通りこれから具体化に向けての検討期間があるわけだが、重要なのはどういう情報連携基盤を作るかということと、それが医療・介護のデータなのだが、利用においては医療・介護に閉じられたものではだめで、例えば健康に寄与するようなまちづくりをデータで評価するなどということになると、国・地方WGだとか、社会保障WGのカバーする範囲を超えた視点が重要になってくると思う。様々他分野でも実は医療データを使って、政策のEBPMに使えるはず。今回のデータベース（連携基盤）のポイントは何かというと、データを物理的に外に出さずに、利用したい人はデータベースの中に入って行って、その中でツールを提供してもらって分析するというところ。このやり方は非常にハイブリッドでいいと思っている。しかし、ユーザーとしては、いわゆる括弧付の外部のユーザーを想定して使える頻度が上がってこないと宝の持ち腐れになるし、ここのところで利用実績というところだが、医療DXに関する施策ということだけではなくて、他分野の政策評価における利用実績などもみていく必要がある。これも居住者の運動量がある程度確保されるような、ウォーカブルシティみたいなものをつくと一定の疾病が減少したり、結果的に医療機関にかかる手前で言えば元気な状態が維持される。そういうものは海外の事例がたくさんあるが、わが国ではデータベースをこれからつくるので、そういっ

た視点も意識しながら、この分野だけの縦割りの中に閉じこもる発想でつくらずに、幅広い分野の政策や民間事業者関係者にどんどん使ってもらうことによって自分たちの取り組みの効果が発揮され、評価されるようなものになる必要がある。

- 2040年になると医療と介護の連携が非常に重要であると指摘する先生がいたが、私も全く同感である。医療と介護の連携に関する評価項目がおろそかにならないのかどうか、来年度以降、大事なポイントだと思うので、しっかりアウトカム指標をつくって評価していくことが必要ではないか。例えば入院の必要のない患者がどれだけ高機能の病院に長くいるかとか、そういう指標は取れるので、しっかり連携に関わる指標を工夫してほしい。
- 年齢・性別にかかわらず生涯活躍できる環境整備について、生涯活躍するためには継続的な健康管理を受けなくてはいけないと思う。データヘルスの関係で、企業に健康管理の責任を持っていただくような現行の仕組みが将来的にどうなのかは考える必要がある。
- 大事なところでアウトカムが出てこない議論に弾みにつかない。総合対策パッケージでは診療科の偏在にもある程度言及があり、リカレント教育や直美への対策などの話もある。診療科の偏在は非常に大きな問題であると思うので、早く何らかの指標を考えていただき、アウトカムを設定して、EBPMを進めていく機運をつくってほしい。
- 介護の協働化・大規模化の推進については、やや違和感を覚えた。介護の事業所はどれも小さいが、これは医療の診療所も全く同じである。診療所は一人医療法人などの法人制度もあるわけで、ほとんどが一人医療法人であったり、個人立であったり、超小規模分散と言ってもいいような状況なので、診療所の方にも地域のネットワークに入ってもらったり、グループ診療をしてもらったり、効率化の余地は介護と同様に大きいのではないのか。今すぐ指標がつかれるとは思わないが、例えば現行の枠組みでも地域医療連携推進法人などに個人立の診療所も入れるなどのネットワーク化の仕組みはつくっている。ゆえに、そういうところでしっかりデータを取り、連携推進法人に少なくとも加盟しているような診療所がどれくらいあるのか、2040年までにそれを今よりも50倍増やすなど、そういう数値目標でも構わないので、診療所においても協働化が必要なのだということを明確化していただく必要がとりわけ来年度はあるのではないのかと思う。ぜひ検討してほしい。
- かかりつけ医機能を定義し、かかりつけ医機能の報告制度がつけられたが、その先にあるのは何かといえば、それぞれの地域に必要な十分なかかりつけ医が存在し、国民が

かかりつけ医を持つというアウトカムを実現することだと理解している。そこへの道筋が測定あるいは評価できるような KPI をモニターしていく必要があるのではないか。現状ではかかりつけ医機能を持つかどうかは任意であり、それを開示するかどうかも任意である。開示の内容も現状では十分ではないと思う。

- 社会保障分野については、物価・賃金が上昇する成長経済にふさわしい制度ということ为前提として、民間議員の連名で、効率的で強靱な医療・介護サービスの提供体制の実現や、医療・介護 DX の生産性の向上、さらには予防医療の推進、応能負担の徹底を通じた給付負担構造の見直しなど、全世代型社会保障制度の構築を進めていく必要があると提言した。こども分野については、少子化トレンドの反転と子供・若者の Well-being の向上のためということで、こども・子育て支援加速化プランということに基づいて改革を着実に実施していくことが求められる。いずれも客観的なデータに基づいた分析を行って、根拠に基づく政策の立案や評価を推進していくことが欠かせない。