

第55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11月21日（金） 9：30～12：30
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	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	野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
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	浦田 真由	名古屋大学大学院情報学研究科准教授
同	大屋 雄裕	慶應義塾大学法学部教授

（概要）

厚生労働省および子ども家庭庁から資料2を説明し、財務省から資料3を説明後、意見交換を行った。第1部および第2部における委員からの主な意見は以下のとおり。

【第1部】

- 議事1 効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築
- 議事2 医薬品等のイノベーションの推進、安定供給確保
- 議事3 「全世代型社会保障」を構築するための給付と負担の在り方

- 中山間地や大都市それぞれの地域で異なる事情は異なるが、介護職員の確保が必要になってくる。どれくらい確保できているかについてアウトカム指標で何らか示すことができるのではないか。既に第9期においても都道府県単位で公表されている。介護職員の必要数や現状推移を見込んだ介護職員数が示されているので、これを保険者単位にブレークダウンするなど、KPI としてアウトカム指標のどこかに盛り込むことはできないのか。

- 協働化・大規模化や生産性向上を進めていく中で、より少ない介護職員でより多くの要介護者をケアできる状態を実現できれば良いという意味で、例えば利用者 100 人当たりの介護職員数などの KPI を立てても良いのではないか。
- 介護職員の処遇改善がどれくらい離職防止や介護職員確保につながったかはデータで検証可能ではないか。既存のデータにおいても、賃金センサスや介護労働安定センターの介護労働実態調査があり、さらには今後整備される介護サービス事業者経営情報データベースシステムも活用可能と考える。
- 価格や報酬面で物価・賃金動向を反映する必要があること、現役世代の保険料負担がほぼ限界にあること、この 2 つの課題の解決を両立させる方策を見いだす必要性を理解した。MCDB 分析など客観的なデータに基づいた費用を引き下げる取組としてのめり張りづけや、本当に困っている人に限定した配慮の下で保険のカバー範囲を制度的に見直していくことを最大限徹底することが、制度の持続性確保や機能強化となる。
- 日本経済は賃上げと物価上昇が恒常化し、金利のつく世界へと歴史的な転換を迎えた。今年の年末までの議論で形づくられるインフレ対応などの考え方や政策決定は、来年以降も参照されると予想される。今回の議論は将来を左右する大きなものになることを踏まえた改革志向が求められる。
- 産業としての医療・介護のあらゆる面からの生産性向上が必要である。「国民経済計算」における「保健衛生・社会事業」は、生産性が向上していないため、需要に応えるための莫大な労働者が必要になっている。その結果、日本の就業者の多くの部分はその産業が使う構造が生まれている。人をたくさん使っているため生産性向上の取組が遅れるという双方向での因果があり、日本経済全体にとって極めて深刻な状況。経営が成り立たないという事業体ベースの議論に引きずられ過ぎて、全体としての生産性向上がおざなりになると、経済全体が停滞してしまう非常に大きな問題。ぜひ改革を進めて欲しい。
- 新たな地域医療構想が27年度からスタートするが、今後のガイドライン作成や需要推計においては、2025年度までの地域医療構想で不十分だった点について、その理由についての分析を活かす必要がある。これまでの色々な取り組みについて、やりっ放しではなく分析結果に基づいて新たな地域医療構想を進めるべき。
- かかりつけ医機能報告制度がスタートしたが、現状の「医療情報ネット」で生活習慣病の有病者が的確にかかりつけ“医”を選べる状況にはないと考える。今、病院の患

者数は減っているが、一般診療所の患者数はむしろ増えていると認識。医療機関側の診療実績情報の充実や報酬体系の工夫、国民・患者側の意識変革の両面から、かかりつけ“医”が普及することを目指す改革プログラムを期待している。

- 介護の利用者2割負担の範囲、在宅に関するケアマネジメントの利用者負担、多床室の室料負担という宿題にまず結論を出してもらうことを期待する。それにとどまらず、サ高住周りで指摘されている課題や、軽度者の生活援助やデイサービスの地域支援事業への移行、事業者の協働化・規模拡大、非常に遅れているテクノロジーの普及など、あるべき姿に向けて長らく議論されてきた課題への対応を急ぐべき。高齢者の中での高齢化の進行や、認知症の有病者の激増に対応していかなければならない。
- 医療等情報の利活用の推進について、9月から内閣府で検討会が開始された。医療等情報の利活用は、創薬力の強化や優れた医療機器のイノベーションに大いに資する話であるのでぜひ進めて欲しい。
- OTC類似薬の保険給付について今回見直しが進むことを期待する。成分や用量の同等性について議論があるという説明があったが、診療や調剤の技術料も含め実質的に同じアウトカムをもたらすものは同じ自己負担で享受できる公平性を実現するよう、できるだけ幅広い薬剤を対象とする見直しを進めていただくことが重要である。方法論として、単純に保険から外すということだけでなく、何らかの基準で自己負担率を変えることや、昨年秋から始まっている長期収載品の選定療養化のような取組も考えられる。
- 財務省の資料3-1や3-2に関連し、保険料の抑制と物価動向への対応は非常に難しいことだが、十分可能だと思う。100%は難しいと思うが、国民も我々もこれに向かっていくと決めてやっていくべき。
- 資料2の10、11ページの医療費適正化の部分。重症化予防はどんどん進んでいる。その効果が、もちろん因果関係は100%分らないと思うが、構造的に明らかに減ってきている。先般、ポータルのデータを使って集計したが、重症化予防を含めて保健事業の実施率が高い地域ほど外来の医療費の割合が高く、逆に入院医療費が低く医療費全体が少ないという構造が見られた。こういう世界感を持って、予防で直接医療費が下がるわけではないが、かかりつけ医機能のところの1号機能、2号機能、その他報告事項というものがあつたが、これに寄与するよう秀逸にできた設計である。2号の中に在宅などもあるが、その他の中に健診や予防接種、地域活動等があり、これをかかりつけ医が保持することでいわゆる生活習慣管理料を含む疾病管理をきちんとやって

いくということにつながると思う。入院医療費に加え、外来の診療の適正化と保険者がやっているデータヘルスを合わせることで、医療費の構造を思い切って転換できるような、その状況証拠が既にそろってきたのではないかと。自信を持って進めて欲しい。

- 資料2の21ページ目の介護の部分。中山間の部分のコメントがあったが、これは全体的に広げて良いのではないかと。これから人手が足りない中で、(1)の中で「訪問・通所などサービス間の連携」があるが、これは非常にいい話。今後介護サービス間だけではなく、例えば医療、介護、予防生活支援で、全てが一つの介護で完結するのではなく、いろいろなサービスの合わせ技で見ていくことで、資源の有効活用や人材、教育に関しても効率化が図られる。ただ、分野横断的にサービスミックスするためには、設計思想がきちんとしていないと継ぎはぎになってしまう。従事者のウェルビーイングだけではなく、従事者側のやりがいを大事にして設計すると良い。例えば、介護従事者も医療の状況や生活の状況が分かると、より自分がどういうポジショニングで介護サービスをやっているかが分かりモチベーションが上がる。分野横断で難しいが、効率化をDXと併せて進めるべき。

- 効率的な医療・介護サービスの提供体制はすごく大きな話。ドラスティックに変えることは難しいが、2000年の介護保険の導入以来、住み慣れた地域で最期までという理念の下で、在宅医療や在宅介護が非常に長らく重視されてきたところ。他方で、医療・介護従事者の移動時間の長さは、物理的に訪問することの非効率性、あるいは人材不足ということ踏まえると、現行のいわゆる在宅医療、在宅介護という在宅偏重の枠組みというのが最適とは限らない局面に来ている。今後は在宅・施設中間的ケア、あるいは遠隔やオンライン、そういったものの役割を改めて整理して、在宅偏重の見直しというものと、よりバランスの取れた提供体制の転換というものを検討すべき時期に来ているのではないかと。

- 今、生産年齢人口がドラスティックに減少。医療・介護従事者の不足は一層深刻化すると考えられるが、医療機関の明確な機能分化や介護事業所間でのネットワーク化や集約化、地域単位での共同運営や人材融通、オンラインの活用等を含め、量ではなく、配置と機能を最適化して地域を支えるという仕組みが不可欠。

- 医療・介護提供体制の改革を支える基盤となるのが医療DXと介護DX。データに基づく最適化を可能にする仕組みをつくっていく際、ゲノムや創薬、医療技術の開発イノベーションは非常に重要。経済社会的環境因子あるいは自治体の政策情報、生活環境や社会関係資本といった社会経済データがあまりにも今は不足。制度設計にそういった情報が非常に必要である。そういった情報も含めて統合することで効率的な資源配分

が実現するようなDX化というのが可能になる。

- 医薬品のイノベーション推進、安定供給についてだが、高額療養費制度の見直しを議論する際には、現行の薬価制度の構造的なゆがみとは切り離して考えられない。高額療養費の支出増は現行の薬価の仕組みが影響している部分もある。薬価制度の抜本的改革と高額療養費制度の見直しを一体的に進めるべき。
- OTC薬の取扱いについては、イノベーションと医療の効率化の視点から、費用対効果の高いOTCと医師管理が不可欠な領域を明確に区別するべき。費用対効果に基づく分類は、医薬品の価値創出やイノベーション推進に役立つ考え方である。薬価給付制度はイノベーションとしては総合的に影響し合うので、価格形成、需給調整、安定供給を一体で設計することが重要。
- 生産年齢人口は急激に減少。医療・介護の財政構造にそれが直接ダメージを与える。全世代型の持続可能な社会保障を実現するために、応能負担の見直しは避けて通れない時期に来ている。介護では所得だけでは負担能力を適切に反映していないということから、一定の範囲で預貯金など金融資産を勘案する方向性には合理性がある。一方で、資産テストは経済学では常識だが、例えば贈与によって資産を減らすとか、要するに資産が多いことで損をするので、そういった行動、あるいは基準以下にするためのスPENDダウンはアメリカでよく起こる話である。この両方で資産行動をゆがめる可能性があるので、慎重な制度設計が必要である。他方、負担増が軽度者の利用控えを招くと、家族、特にインフォーマルケアを担っている、最近では男性も増えているが、女性の介護負担が増大する点にも注意すべき。
- 医療の自己負担の見直しについても、受診抑制や健康格差の拡大などの可能性があるもので、どの閾値で、資産であるなど所得を切ればそういった利用控えがあまり起こらないのかということを検討するためにも、やはり医療情報や介護情報など、経済社会の環境要因、例えば所得資産、あるいは家族の何人インフォーマルケアラーが存在するかといった情報を突合して検証すべき。
- OTC類似薬については保険制度全体に関わる話なので、高額療養費など制度全体での議論をする必要があることは全く同意。がん患者が使うOTCは負担が高いのではないかという議論がある一方、そもそもがんの治療費は自己負担全体が高いという問題もあるので、改めて制度全体での議論ということに気をつけるべき。
- 新たな地域医療構想はこれから非常に重要である。しっかりKPIを設定し、EBPMに基づ

いて着実に推進してほしい。進め方も評価すると良いのではないか。例えば、データの利活用において、東京都では既に後期高齢者のレセプトや介護保険のレセプトなどのデータの活用も独自に進めているところ。今後、進め方も厚生労働省で各都道府県についてしっかり調べてもらい、先進的なデータの利活用をしている都道府県についてはしっかり評価してもらいたい。評価を通して全国で取組が認識され、今後EBPMが促進されていく基盤になる。

- 地域医療構想については、病床の機能分化・連携に加え、連携・再編・集約化の促進等が新たな地域医療構想で少し注意されているところ。特に再編・集約化については、KPIをしっかり考えて指標を増やして考えるべき。特に高度な医療の病床の集約化は必要であり、例えば周産期医療ではNICUの場合は12床以上ではないといけない、9床以上ではないといけないという整備指針が設けられている。それによって各地域で集約化が進んでいる。一方、大人のICUの場合4床でもっているところもあるので、それはデータをしっかり見てもらい、何年何月までに何床以下のICUは無くすなどのKPI設定など、着実に進めていくべき。
- 救急搬送についても受けるところが多過ぎることが問題である。二次救急の受入件数の中央値は年間約500件で、一日1件受けるかどうかみたいな話である。もう少し規模感を増やしていくような方向のKPIが必要なのではないか。
- 医療構想について、連携の強化や機能の分担などが目的になっている。今後、急性期の拠点病院が明確化されるので、そうした病院については在院日数の短縮が明確なKPIになってくるのではないか。例えば、肺の疾患の入院のほとんど全てが誤嚥性の肺炎など、急性期の拠点の機能としてふさわしくない。しっかりデータで評価するということが必要ではないか。イギリスの場合、退院可能な入院患者の数が月次単位で病院ごとに報告されている。2040年を見据えた介護サービスと医療の連携についても、退院可能な患者の方は病院から地域に行っていただくということが必要。退院可能な患者がどこの病院に今何人いるのか、そこで幾らかかっているのかということは、今後5年、10年の間にはしっかりデータを取るようにして、着実に見える化すべき。
- 診療報酬の引上げについては、物価上昇に対応するのはもちろんだが、物価上昇の前から病床は空いて経営が少し苦しい医療機関は大変たくさんあったのではないか。物価上昇による経営難のため、診療報酬で全て対応しなくてはいけないかというところではない。しっかり現状認識を正すべき。
- 2040年に向けた介護については、ミクロ、マクロでのマネジメントの問題が大きい

ではないか。小規模な介護事業者が多く、特に訪問系は小規模な介護事業者が多く、そこに移動や事務処理で非常に時間がかかっている。これを解消しないといけない。オランダのBUURTZORGやフランスのSSIADが事業者をグループ化し、サービス提供範囲の適正化や、マネジメントの事務処理の共同事務化などをやって生産性を上げている。ワークライフバランスの改善にもつなげているので日本も参考にすべき。

- 介護労働者については、全てをフルタイムの正規の介護ケアワーカーでやっていく考え方よりも、イギリスやオランダや北欧のようにナースにある程度のトレーニングを受けてもらい、介護の周辺業務をパートタイムでやってもらう。専門業務に使える時間を増やしていくことも考えるべき。
- 日本の診療報酬や介護報酬は複雑過ぎる。処理できる事務職員をこれからも確保するのは難しい。AIの活用も考える上でも、一度、介護報酬、診療報酬の体系の見直し、より簡素な仕組みにしていく必要もある。その際、医療と介護の連携はかなり強くなってきているので、相互に連携しやすいような形での簡素化を考えるべき。
- 医療費の適正化について、入院医療費を分析した結果を見ると、これから日本全国で骨折の医療費がかなり大きくなっていく。このための対策を今からやらなくてはならない。今、若い女性の間では、やせること、色白であることというのが美の基準になっている。一部ではスペック120、身長から体重を引いて120にならなくてはならないという極端なものを推奨している。骨の柱である骨梁を形成する10代、20代の前半のところでの骨が非常にもろくなってしまふ。今以上に将来的に骨折のリスクを持った女性が増えており、特に若い女性の運動量も減ってきているので、その点も入れるべき。
- 生涯現役社会をいかにつくっていくかが重要。働いている高齢者は医療費を使わないという結果がある。働くことを支援するための医療の役割とは何かという視点からの検討も必要である。イギリスのキャロル・ブラック・レポートという、働くことがいかに健康に有益なのかをまとめたレポートがあるので参考にすべき。
- 地域医療構想や地域医療計画について、日本は民間の病院・医療機関が多いということなので、経営判断を促進するデータが必要。例えば、診療圏で患者数が傷病別にこれからどうなっていくかという推計データを、日本はNDBがあるので作ることができる。個々の医療機関の経営判断に資するようなデータを今回の地域医療構想では整備していくべき。

- イギリスにはACSCという概念があり、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ような病態、ここに誤嚥性肺炎や脱水や心不全の急性増悪などが入ってくるが、そういうもので入院している人たちが地域別にどのくらいいるかをマクロの指標として出し、プライマリーケアを強化していく必要がある。資料3で診療所や病院の評価の適正化という話があるが、その中で診療所をひとくくりに評価するというより、それぞれの地域でプライマリーケアを担ってくれる診療所についてきちんと評価していくことが病院医療費の適正化につながる。かかりつけ医機能のデータを用い、そういう視点で評価ができるような仕組みが必要なのではないか。

- 医薬品については、先進的な医療、革新的な医薬品を作るという話になりがちである。ジェネリックや材料も含めて必須医薬品をきちんと国内で作れる体制を構築することが、この高齢社会の日本においては一番重要な課題ではないか。必須医薬品の国内供給の割合を高めることも考えるべき。

- 医薬分業を進めてきたのは、かかりつけ薬局を進めることが目的であった。今の状況はかかりつけ薬局という状況ではない。調剤報酬の在り方も含めて、少し医薬分業の在り方も考えるべき。

- 資料1の3ページの「社会保障ワーキング・グループにおける主な検討事項」の中で、DXに関する記載があり、その上の「効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築」という大きなバケットのアンブレラの下に「医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現」として置かれている。そのさらに下に検討の視点ということで、「医療・介護DXによる生産性の向上・効率化」という記載がある。一体改革推進委が9月16日に行われた際に配付された同種の部分の記載が非常にいいなと思っていたが、それとの比較で見たら少し違う内容になっていると感じる。そのときに出された記載では、「医療・介護DXによる生産性の向上・効率化」となっていた。「生産性の向上」にはこだわりたい。今回の記載では、全体のアンブレラとして効率的なサービス提供体制の構築があり、論点として「効率的で質の高い」というのがあった下に「生産性」が入ってくると、効率が高いということと生産性というものがどうも同一の少しバリエーションが違っただけの表現のように見える。しかし、この2つは全く別のものであり、「効率化」とは、既存のビジネスモデル、サービス提供体制の中でどうやってコストを削減するか、あるいは人手を削減するかというどちらかというスタティックな発想である。それに対し、「生産性の向上」は、これは医療の分野だけではなく、例えば金融の分野や、あるいは地方自治体のDXもあるが、その中ではDXは効率的で切れ目のないという言い方はしていない。ここにどうやって生産性という社会的付加価値をどう見いだすのかというところで、それをもってEBPM的な観点からとらまえて評

価値が低いというアンゲルなのである。歴史的に見ると、大体DXとは、効率性がある、人手が少なくてもできる、コストは低い、というところを関係者に納得してもらうことから始まる。そこまではデジタル化と言われる中のDXではなく、デジタイゼーションというものである。紙に書いてあったものをメールで送るようなもの。その次にそれは集計するような作業があり、これがデジタルイゼーションというものだが、デジタルトランスフォーメーションは「やり方自体を変える」ということ。それによって、例えば金融機関であれば企業として成長するし、自治体であれば住民の満足度が高まったり、人口が増えたり、税収が上がったりというところに結びつくという形で、これが継続されるという大きなフレームワークがある。医療の場合、「効率化」と「切れ目のない」というところで、そのコンセプトが進むと、一番肝心のDXのトランスフォーメーションというところが霞んでしまう。ほかの政策分野との比較もなかなか難しい。そういう中でデータの話の中で良いと思う点が、医療法の改正で医療DXの推進という中に医療データに関するデータ、データ基盤の整備があり、これは非常に前進したい話である。しかし、これを今のような視点でトランスフォーメーションにデータを使わなくてはいけないので、そうした場合にここにどう工夫があるのか。データの提供者側の視点だけではなくて、これは研究者や、あるいは行政の視点が必要。EBPMに使えるデータになっているかどうか。今のこの形の場合、どちらかというと臨床医学の研究者よりもEBPMを行う行政のほうがフリークエンシーの高いデータを求めると思う。1年に1回評価したいと。研究者の場合は来年論文を書けばいいのではないかという話にもなるかもしれないが、深く見るのは研究者だが、タイムリーネスを求めることを入れていくことが医療の分野以外の分野ではどんどん進んでいる。小売業や金融と同じような進化の過程をもうそのままたどるのも良いが、他分野でのこれまでの歴史に学び、医療の分野ではリープフロッグ的に先回りしていかないと、社会全体の進歩のプロセスからすると半歩とか1歩遅れたものになるという懸念がある。このデータベースについては暗黙的にNDBを想定した議論になっていると思うが、これ以外にもマイナ保険証の仕組みから集まってくるデータや、医療行為、介護も含めてだが、サービス提供のプロセスの中に機械がどう動いたというところから吸い上げられるデータ、例えば米の話などでコンバインの稼働みたいなデータを使うことによって作況指数の代わりになる新しい指数を作るなど、クリエイティブな発想で新しく付加価値を生み出していくことが大事であり、この政策分野に閉じられた形ではなく、周辺を見回した細部の組み立てをしていただく必要がある。そういう意味で、財務省が骨太の方針から引用された改革を通じた保険料負担の抑制努力というのは、これは医療関係者が収入の低下を我慢して受け入れるということではなく、技術を使って「サービスの提供コスト」をどう下げていくのかということである。提供コストを下げながら同時に効果を上げていくのにはどうしたらいいかということである。この言葉の中にはそういうものがたくさん深く含まれているものを要約して数文字や

1行、2行のものにしているところをよく深掘って、一つ一つの政策のかみ合わせは細部にわたるので、点検をしながら、これを評価表のほうに反映していくということをししないと、こういうことをしましたという単なる発表会で終わってしまう。それをどうやって評価するかというようなところを財政面や、あるいは国民目線のサービスのいわゆる受給者側から見た場合の効用がどう上がっているのか。そうなるとマクロで客観的に見られるものがたくさんあるので、そういう視点で最終的にまとめるまでの間に少し整理すべき。

- 高齢化と人口減少に伴うニーズの変化に対応して、地域の実情に応じた効率的な医療・介護サービス提供体制を構築するとともに、社会保障制度の持続可能性を確保していくためには、医療・介護のデータ等を用いた実証分析を行い、根拠に基づく政策の立案や評価を推進していくことが重要。

【第2部】

議事1 年齢・性別に関わらず生涯活躍できる環境整備

議事2 急速な人口減少に歯止めをかける少子化対策

- 女性活躍について、男女共同参画会議で第6次の基本計画の決定に向けた議論が大詰めになっており、その状況とすり合わせが必要。
- 女性の健康について、女活法の改正で女性の健康上の特性に配慮することが基本原則に明確化され、さらに総理も所信表明演説で女性の健康のことを強調されていた。現状のEBPMアクションプランの体系の中には、賃金差異や両立支援、ハラスメントといった課題は埋め込んであるが、女性の健康については必ずしも明確に位置付けられていない。「スマート・ライフ・プロジェクト」や「健康日本21」に包含されているのかもしれないが、女性の健康は特出しで今注目されているため、何かしら女性の健康に関する事項を体系の中に明記できないか。
- 年金関連について、現在の高齢者というよりはこれからの高齢者に対する目線になるのかもしれないが、直近の財政検証で分布推計が示されたのは画期的な前進である。次期の公的年金シミュレーターを含めて、年金広報や年金教育を生涯活躍の文脈でも進めることをアクションプランや改革工程で強調すべき。年金の仕組みや見直しの内容が必ずしも理解されていないケースによく遭遇している。皆さんが今考えている引退年齢よりも少し長く働いて、少し受給開始時期を繰り下げるだけで、所得代替率がそれなりに維持され、寿命が伸びるため、受給期間も必ずしも短くはならない。それが生涯賃金を高めつつ日々の年金も充実させることになって得策であるという基本的

な構造や要素についての理解を、社会全体にもっと広めることができれば、この超高齢社会の景色は相当変わると思っている。その辺りをよりクローズアップして入れていただくといいのではないか。

- 高齢期の働き方のニーズが多様化する中で、現役並みの働き方ができる環境をつくることも重要だが、短い時間でも能力を発揮できる観点も大切ではないか。
- 高齢期の人材活躍に関しては、生産性が向上するような働き方、環境マネジメントに関するエビデンスが蓄積されている。例えば高齢期の視覚特性を踏まえたモニターのサイズやフォントサイズと生産性の関係などに関する研究など。長くJEEDで研究発信や表彰なども行ったり、政策として企業への相談事業なども行われているが、これだけ高齢化する中では、より一般的な高齢期の人材が活躍できるためのマネジメントであったり、職場環境整備の知識として体系化し、さらに普及促進するような取組が必要ではないかと考える。それが単に働く時間や率ではなく、高齢期の人材が意欲と生産性を発揮できることにつながるのではないか。
- 世帯間の収入格差の主要因が女性の所得であるといったJILPTの研究もある。また、不安定雇用の男性と低収入の男女の未婚率が上昇していることも踏まえた場合に、男女の賃金ギャップだけではなくて、女性の賃金上昇率も明示的に数値目標に入れることが重要ではないか。
- 資料2の60ページにおいてハラスメント対策強化と女性活躍推進等の話題があるので、どちらのトピックにも深く関わっていて、女性のキャリアの障壁となっているグラスシーリング、ガラスの天井の問題について。これまでも男女間賃金格差に関してデータでは説明できない部分というのが存在してきたが、そこに対してオーバーアコモデーション、頼んでいない過剰な配慮がグラスシーリングの一因となり得るという新たな研究を今進めている。その仮説の根拠として、心理学に仕事の文脈で女性に対して男性よりも保護的な対応をして、善意に基づいて女性を優遇しようとする傾向があるという理論と実証がある。例えば同じ管理職でも、男性が仕事を失敗したらその原因に関して、たとえ辛辣な内容であったとしても本質的なフィードバックを受ける傾向があるのに対して、管理職の女性に対しては上司からは「単に運が悪かっただけだ」というような改善につながらないフィードバックしかなされないと、女性に対しては(当人が頼んだわけではない配慮という意味で)行き過ぎた配慮がなされる傾向を示した実証研究も存在する。その結果、改善につながるような厳しいフィードバックが女性に対してなされにくくなって、女性がキャリアにおいて成長する重要な機会を逃してしまう。そして、企業側も同じ能力であればキャリアにおける育成に関して本

音を言いづらい女性の昇進を男性よりも避けてしまう。これまで格差の要因と考えられてきた差別とは異なる、むしろ善意や思いやりから来る要因である、女性が頼んだわけではない配慮、つまりオーバーアコモデーションが女性の昇進を阻む一因になっているのではないかという視点も含めて、現在、研究を進めており、仮説を支持するような結果が得られつつあるところ。今回のようにハラスメント対策強化を行う場合、その程度が無意識に男女同等にならず、女性へのハラスメントに対しては、より気をつけてしまうというバイアスが無意識に存在する場合、それが女性の昇進へのバイアスにもつながって、いつまでも管理職比率など高所得層におけるキャリアの男女間賃金格差が縮小しないという状況が続くグラスシーリングの問題にもつながり得るので、企業側がハラスメント対策の強化を行うに当たってオーバーアコモデーションに対する認識も同時に高めていく必要があると考える。

- 児童手当に関して、資料2の90ページにある、今の額の設定では、3人目を産むインセンティブを刺激するようになっているため、追加的な子供を既に産みやすい人を支援しているとも言える。言い換えると、子供を産むプロペンシティーが高い人に産んでもらうという意図が背景にあると見てとれる。産みやすい人に産んでもらうというのは、効率性の面から正当化されやすいものの、プロペンシティーがもともと高い人に高額の子童手当を与えることには疑問が残る。というのも、子供を産みやすい状況、環境が整っている人は、児童手当の増額がなくとも、彼女らが第3子を産む可能性はほかの女性の中でももともと高いので、第3子以降の子童手当額が上がらなかつたらどうなっていたかという反実仮想を考えた場合でも、恐らく変わらず第3子を産む人の数にはあまり影響がないと考える。ここの因果関係については非常に重要になってくる。実際は子供の数を0人から1人、1人から2人に増やすところが一番大きな障壁になっており、その人たちには3人以上産む人に比較して特別な待遇がないと考えられると、子供をもともと産みやすい人頼りの政策とも考えられるので、この児童手当の帰着として、恐らく3人以上産んで労働市場とは遠ざかるような主婦と、子供を1人以上は産まないでキャリアを目指す女性の2つのタイプに女性のタイプが分断されていくと思われる。しかし、女性が両極端のどちらかの人生を選ばなければいけないような分断が強まるのをただ何もできずに見ているのではなく、女性の活躍と矛盾しない少子化対策を実行していくことが重要である。例えば児童手当は高所得世帯に対しては、子供の育て方はおろか、何のインセンティブにも影響せず、その意味では無駄になっている世帯も少なからず存在すると思われる中で、そのような家庭でも例えば同じ金額が賃金率の減税、つまり所得税率の減税などによって達成された場合、同じ金額を手にしても労働供給のインセンティブが刺激されるようになる。これは賃金率の減少という形式を取ることで、労働供給を増やす方向の代替効果が働くためだ。一方で、現行の子童手当の給付は所得効果のみ発生させて、労働供給にはマイナスの影響

響を持つ。そして、究極的には児童手当が世帯ごとではなく、親個人に対して支払われることになった場合、賃金率減税はその個人が働いていないと受けられないので、アメリカのEITC(給付付き勤労所得税額控除)のように働き出すインセンティブを刺激することができる。その結果、女性における労働力参加も増えて、前述のような子供を産むことに特化した女性とそうでない女性のような分断は起こらなくなると思われる。したがって、このような子供を産むインセンティブと労働供給のインセンティブを同時に刺激することが女性の活躍と少子化を矛盾させずに進めていける唯一の有効な方策ではないかと考えている。もちろん女性の労働参加によって世帯収入が上がれば、少子化が解決されるというほかのメカニズムも働くと思われる。公平性に関してだが、これまで児童手当として給付していたものを賃金率減税という形で手取りを増やすという給付の仕組みに変わるだけなので、子供がいないと働いたときの賃金率減税が適用されないのは不公平という議論は成り立たない。そのため、児童手当の所得制限が撤廃されて、児童手当が特に何かの役に立つわけでもなく、何にも活かされないケースが少なからず存在することや、現在最も潤沢となっている第3子以上の児童手当に関して、それがなくても第3子以上を産む家庭はかなり存在することを考えると、せめて労働供給のインセンティブには確実にプラスの効果をもたらすような児童手当のほうがより意味があるように思う。大きな額がこの政策に使われているからこそ、無駄遣いになるケースをなくすために、「単なる子供の育児費用」という意味合いを超えて、子供を産むインセンティブや労働供給のインセンティブを介して、すべての人にポジティブに影響するような政策であるべきと考える。元来の最低限の目的だけにとらわれず、インセンティブへの影響を含め、立案の際、政策の効果を最大限大きくしようとする意識を政府は常に持つべきだと思う。

- 所得税制の変更や児童手当の増額など、年によって金額が揺れ動くことがある。何がどう作用して政策の効果が出たのかを分析する際は、きめ細かくデータを精査して分析するということが必要ではないか。また、継続して分析をするのであれば、パネルデータが良いのではないか。同じ子育て世帯を追いかけ、どのように変化したかを見るのが望ましい。
- 少子化対策の施策について分析する際には、地方自治体独自の少子化対策の政策について、例えば東京都は手厚いものがあるとか、ほかの自治体はそうではないとか等を意識して分析していただく必要があるのではないか。全国同じ制度の下で子育て世帯が行動しているのではない状況がかなり顕著になってきているので、各地域で独自の少子化対策が営まれていることを踏まえた上で、因果関係とか分析結果の評価をすることが必要になってくるのではないか。その点も今後分析結果を出すときや検証をして評価するときに気をつけていただきたい。

- 資料2の64ページ、「健康日本21」については、10年以上経過して広がってきて、今、当たり前の政策になっているといえる。また、時代の潮流に合わせて睡眠や、女性の健康等、それぞれテーマも加えられ発展が見られる。一方で「健康寿命をのばそう！アワード」の件数は、この12年間で減ってきている。これは自治体などの団体の人材不足とか、あるいはこれによるモチベーションという意味で施策が一回りして、ある意味で次の立てつけに向けた見直し時期なのではないか。
- 資料2の64ページ目の特定健診・保健指導は、2008年から今18年目を迎えて、実施率も上がってきている。その中で、これも二回り目ぐらいしていると思っており、例えば、特定保健指導に関してはある程度上がっており、健診を受けた人は特定保健指導の初回面談までの日数がいかに短いかによって、ほぼ実施率が決まっている構造にある。また、健診の当日、保健指導を受けられたら当然実施率が上がる。また、本人が自分の健診結果を理解した方が継続して保健指導も受けて、翌年度の健診結果がよくなるのが分かってきた中で、実際には、特定健診と特定保健指導は今ばらばらになってしまっている。この体制を一体化できないか。あるいは20年近く経過して、リピーターの存在に保険者は非常に苦しんでいる。また、今日前半の議論にあった重症化予防という保健指導が非常に進んできた中で、保健指導と特定保健指導との役割分担という新しいテーマが出てきていることから、今後その点も検討されるとよいではないか。
- 配偶者を持たない男女にその理由を尋ねた調査を行ったが、女性において男性対比で自由が失われることを挙げる割合が高かった。子育てによりキャリアが低下しやすい状況が、配偶者をもつハードルになっている可能性がある。未婚化はテーマとされていないがこれに踏み込まないで少子化を語ることは難しい。
- いまだに子育ては女性の仕事という意識はある。子育てに温かい社会が自分の希望を失わずにいられる社会とイコールではないのではないかと。子供を育てながら人生の幅を狭めずにいられる社会に向かっているかどうか重要なのではないかと。
- 後半の議論の中には、がん検診や女性の健康づくりなどの予防医療の推進、また、子ども・子育て支援施策を含む少子化対策といった現政権の重要な課題が詰まっている。さらには、誰もが活躍できる環境を整備して、働き方に中立的な社会保障制度を構築していくということも引き続き重要である。こうした課題についてエビデンスに基づいた施策の推進をし、健康寿命の延伸、少子化トレンドの反転、人々の Well-being 向上に確実につなげていく必要がある。

書面による委員からのコメント¹

- 医療費適正化計画に関連して、リフィル処方箋による適正化効果を織り込んだ上で診療報酬改定が行われた経緯を十分に踏まえて、ぜひ、リフィル処方を強力に推進していただきたい。指標（KPI）の設定はゴールではなくスタートであり、リフィル処方箋の割合や処方箋料（リフィル）の算定医療機関数等を病院と診療所に分ける、診療科別に分けるなどしてモニターする必要があると考える。
- 地域フォーミュラリは、医療の標準化によって、患者、医療機関、薬局、医薬品の流通業者、保険者のすべてにメリットをもたらす。調整後1人当たり医療費の地域差は正にも資すると考えられることから、改革実行プログラムや進捗管理・点検・評価表に明確に位置付けて推進していただきたい。
- 高額療養費制度のあり方及び見直しに関して、専門委員会等での議論やヒアリングが続けられているというご説明をいただいた。個人的には、ここ10年間の平均給与の伸びを基準として昨年末に決められた当初の政府案は決して無理のあるものではなかったと考える。ただ、2月25日の衆院予算委員会公聴会や4月28日の本WGで指摘したように、本来は高額療養費制度を単独で議論すべきではない。現在、他の制度改正項目と合わせて検討が行われていると承知しており、関連審議会等での結論が待たれるが、別途、患者自己負担割合を年齢で区別すべきでないという趣旨の議論が広がっていることを踏まえると、この際の高額療養費制度の見直しにおいては、70歳以上に限って設けられている外来特例の仕組みを、その廃止を含めて見直していただくことを期待する。
- 調剤薬局の施設数がコンビニエンスストアの数以上に増えており、国際的にみても人口対比での薬剤師数が極端に多い状況下で、「調剤」という手間（技術）に対して保険料等から2兆数千億円が支払われていることを、改めて国民全体で認識すべきである。かかりつけ薬剤師やかかりつけ薬局の取組の実態を踏まえて、調剤技術料に係る報酬体系を整理していただく必要があるのではないか。例えば2022年度診療報酬改定において、調剤料から対人業務を評価する薬学管理料を構成するものとして切り分けられた調剤管理料が、真の対人業務を評価するものと十分にいえるのか疑問もあり、2026年度の報酬改定では、真の対人業務を重視した報酬体系を構築していただくことを期待している。
- 持続可能な介護サービスの提供体制のためには、介護予防に関する知識や行動の不足

によって生じる、抑制できたはずの介護需要を抑制する視点も重要である。2006年の介護保険制度改正により、介護予防を柱とする「予防重視型システム」への転換が進み、高齢者本人への支援は拡充された。しかし、仕事と介護の両立支援策が進展する一方で、親の健康状態を早期に把握し、適切に対応するための知識提供や、自身が介護を必要とせず生活できる期間を延ばすための教育・支援は十分とは言えない。認知症やフレイルは、早期に治療やリハビリテーションを開始することで進行を遅らせることが可能である。例えば、親の介護予防に介入できる立場にあり、将来は自らの介護リスクを統制する必要があるミドル期の国民に対し、科学的根拠に基づいた介護予防リテラシーを高める施策を強化することも検討すべき。

- 高齢期の就業ニーズは多様であり、現役世代並みの働き方を増やすだけでなく、短時間でも経験や技能を活かせる仕組みを整えることが重要である。より多様な就業形態を支える数値目標の設定を検討すべき。また、高齢者の意欲や生産性を高める環境整備の更なる推進も重要である。たとえば、フィンランドでは労働安全衛生の知見に基づき高齢労働者の就労能力を把握するWAI（ワークアビリティインデックス）が開発され、その維持向上に向けた介入に関する知見が蓄積されている。職場環境・マネジメントに関するエビデンスも蓄積されている。例えば、視覚特性に配慮したモニターの大きさや照明、業務配分の工夫などが生産性向上に寄与することが示されている。JEED（高齢・障害・求職者雇用支援機構）ではこうした研究・表彰・相談支援を行っているが、これらを政策的に整理し、産業横断的に普及させる取り組みが必要である。
- 労働基準法上、「臨時的かつ特別な事情がある場合に」「期限を限って」長時間労働を行わせることは可能だが、恒常的に週60時間以上働かせることは困難である。働き方改革の進展により労働時間は全体として減少傾向にある中で、週50時間以上の労働者割合など、現状に即した目標値への見直しが求められると考える。また、女性の継続就業やキャリア形成においては、柔軟な働き方の導入が有効であることが多くの研究で示されている。労働時間だけでなく働き方の柔軟性もゆくゆくは指標として位置づけることを検討すべき。
- リクルートワークス研究所「全国就業実態パネル調査」（10年間・全国5万人対象）によると、「家族」と「働く」の選択に関して、最も顕著な変化は単身正社員の増加であり、雇用不安定化以外にも「配偶者を持つ」選択が行われにくくなる様子が確認できる。さらに同調査の2025年追加調査では、配偶者のいない理由として、女性の多くが「自由や気楽さが失われるから」と回答しており、結婚や出産が女性のキャリアや生活の自由を制約するとの認識が依然として強いことが伺える。少子化に歯止めをかけるためには、「子どもを育てながらも、人生の幅を狭めずにいられる社会」の実現

により、結婚や出産のハードルを下げるのが不可欠である。「結婚・妊娠・子育てに温かい社会」は必ずしも「子どもを育てながらも、人生の幅を狭めずにいられる社会」と同義ではない。内閣府の「地域における女性活躍・男女共同参画に関する調査報告書」（令和6年）では、地方の若年女性の約2割が「家事・育児・介護は女性の仕事」との意識があると指摘しているが、このような意識がある場合、子育てに温かいことと、女性が家事育児を行うことが同義に捉えられることもあり得る。このような現状を踏まえ、単に「結婚・妊娠・子育てに温かい社会に向かっている」に肯定的な人の割合だけでなく、「子どもを育てながらも、人生の幅を狭めずにいられる社会に向かっている」という意識を把握し、その進捗を評価することが必要だと考える。

- 医療DXについては救急の現場ではACPの活用などが問題になっている。長期的には救急隊が事前のACPに関する患者の意向をすぐに把握できるかなどが評価されるべき。
- 2040年の見据えた介護サービスの連携については、「退院可能な患者の数」を調べてその減少を定量的な評価指標にしたらどうか。英国では毎月の退院できるはずなのにできていない患者にかかった医療費を公表しており、退院できない理由についても詳細に把握している。「可能な限り住み慣れた地域で高齢者自身が自立して日常生活を営むことができる」ことを評価するのに良い指標なので検討してほしい。
- 「不可逆的な病床削減」についてはどういった検証が必要になるのかわからないが、救急搬送を受ける場合には病床に余裕がないと物理的に受けられないので、医療機能に応じた考え方が必要である。
- 地域フォーミュラリの実施状況も医療費適正化のページの関連施策に加えるべき。英国では、国レベルのフォーミュラリ(National Formulary)があるので、日本も全国レベルのフォーミュラリ（原案）を公表した後に各地域での策定状況をチェックしたらどうか。
- 医師偏在対策については、診療報酬が賃金に還元されているかを中間アウトカム（例えば、医師少数地域における医師の賃金が前年以上となる、など）とするべきではないか。7対1やコロナの補助金も内部留保に回ってしまい人材確保に役立たなかったことを踏まえ、人材への賃金の還流について評価すべき。
- 日本の医師の地域偏在は国際的に大きくないので、全国的に何か指標を作るというより「医師少数地域」における取組をしっかりと評価することが重要。診療科偏在については総合診療医が足りないのは明確だといわれているので、総合診療専門医の育成数

などについて数値目標を設けても良いのではないか。

- 診療報酬の引き上げについて、物価賃金の上昇に対応するのはもちろんだが、コロナ後の受療行動の変化もあり病床が埋まらないので経営難だという声は、物価高の前からあった。すべての赤字を診療報酬で穴埋めするのは筋違いなので、最低限、効率化への更なる取り組みと組み合わせる必要。
- 診療所のグループ化について、診療所の連携推進法人として地域の医療機関との連携関係を明確化すべき。連携推進法人にも入らない個人立、及び一人医療法人の数は2040年にかけて削減することが望ましいので、明確な数値目標をもうけてグループ化を促すべきでは。EBPMアクションプランでも「効率的な医療サービスの提供体制の構築」について、現状では地域医療構想と医師偏在の是正があげられているが、診療所改革についても同程度の扱いにすべきではないか。
- かなり大きな予算をかけて不妊治療の保険適用なども行われているところかと思うが、評価はしないのか。
- 国民医療費に関して、現時点でも国民全体の負担の重さが指摘されているにも関わらず、適正化の取組をしているが全体的にやはり医療費あがっているでは進捗管理としてあまり機能していないのではないか。例えば最低限年齢調整後の1人あたり医療費を今後どのように減少させていくかをKGI目標として入れた方がよいのではないか。さらに言えば、現状行っている取組を進めてもやはり国民医療費が増加の一途をたどるとするのは「取り組みが不十分」だと考えられる。例えば「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている抗菌薬処方」はそもそもなぜ今でも保険適用になっていて、しかもこの数年間だけでも抗菌薬薬剤費が増えているのか。健康アウトカムに効果がほとんどないような医療のために公的なお金が使われているという状態はさすがにそろそろ正当化できない社会情勢、世論の状況になっている。かかりつけ医の仕組みもなかなか進まないが、人頭払い制度の段階的な導入や既収載品まで含めた医療技術評価の徹底など取りうる手段は全て検討の遡上にあげた方がよいのではないか。
- 医師の偏在についても救急や外科、産科などの「不足すると明確に健康アウトカムが損なわれる」分野について都市部の病院ですら医師が不足する一方で、それと比べれば相対的に健康アウトカムに対する重要性が低い(ドラッグストアのOTCなどで代替しうる医療行為の割合が比較的高い)開業医は全く不足していない、というのは制度設計が歪んでいる状態だと思う。2026年の議論は重々よろしくお願ひしたい。

- 介護の生産性も喫緊の課題でありロボットも含めてやれることはやったほうが良いが、そもそも生産性のボトルネック、特に人口密度が低い地域で在宅サービス提供するための移動時間の比重が多かったりするのではないか。介護人材が不足している今、何とか色んな施設を介護用に転用し被介護者を集めないとうとうもうないところまで来ているのではないか。
- 現在審議されている医療法改正案において美容医療を行なう医療機関における定期報告義務等を設けることとされている点については評価したいが、これに留まらず保険医療以外についての取り組みを進めるべきではないか。
- 医師偏在是正への対策においても保険医療の範囲内での対応が中心となっているが、初期研修終了後にただちに美容医療領域に進む「直美」と呼ばれるようなケースのように、保険医療から逸脱していく医師群が存在していることにも目を向けるべきではないか。保険医療を介したインセンティブは彼らにとって有効性を持たないが、一説によれば年間200人程度と言われる「直美」だけでなくよりキャリアの進んだ段階で美容医療に入る医師、あるいは科学的根拠の乏しい再生医療を称する治療を自費診療で提供する医師などを加えると一定数が保険診療の世界から逸脱しており、地方における医師不足の要因の一つとなっていることには注意する必要があるだろう。
- 風邪に対する抗菌薬の処方など投入される資源に対して健康改善効果の乏しい「低価値医療」の存在が問題となっているが、美容医療や自称再生医療は健康改善への意義を持たない「無価値医療」であったり、場合によっては副作用の発生や標準療法からの逸脱といった形で短期的に、あるいは過度な減量や骨密度の低下を通じて長期的に健康状態の悪化を招くような「負価値医療」であり、これらを放置したまま保険医療の範囲内における効率性の改善を試みることには限界がある。どちらについても、いわば出血を放置したまま止血を試みているような状態にあると考えることができ、規模の問題は考慮する必要があるにしても、問題への本質的な対応が求められている段階にあるのではないか。

ⁱ 会議時間内に発言できなかった意見等について、後日書面での意見提出を求めたもの（欠席委員含む）