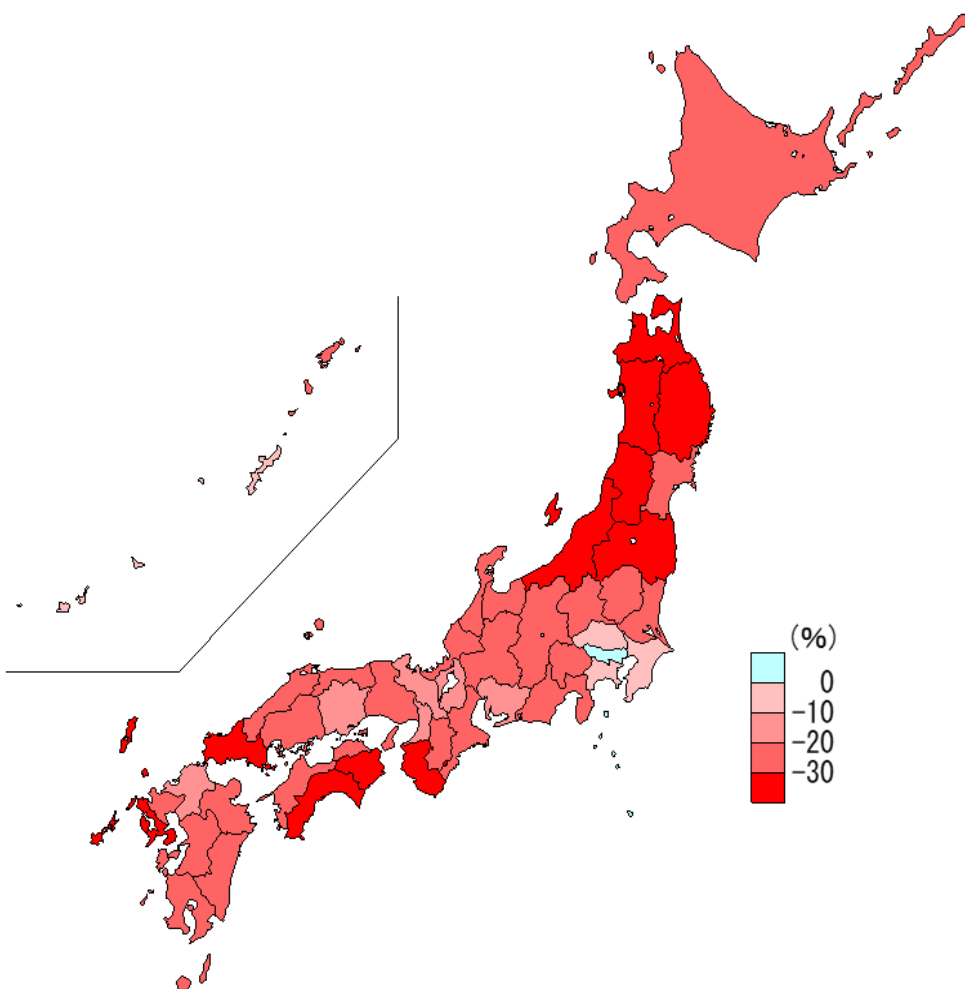


これからの社会保障を考える
ー 人口減少とインフレ経済の下で ー

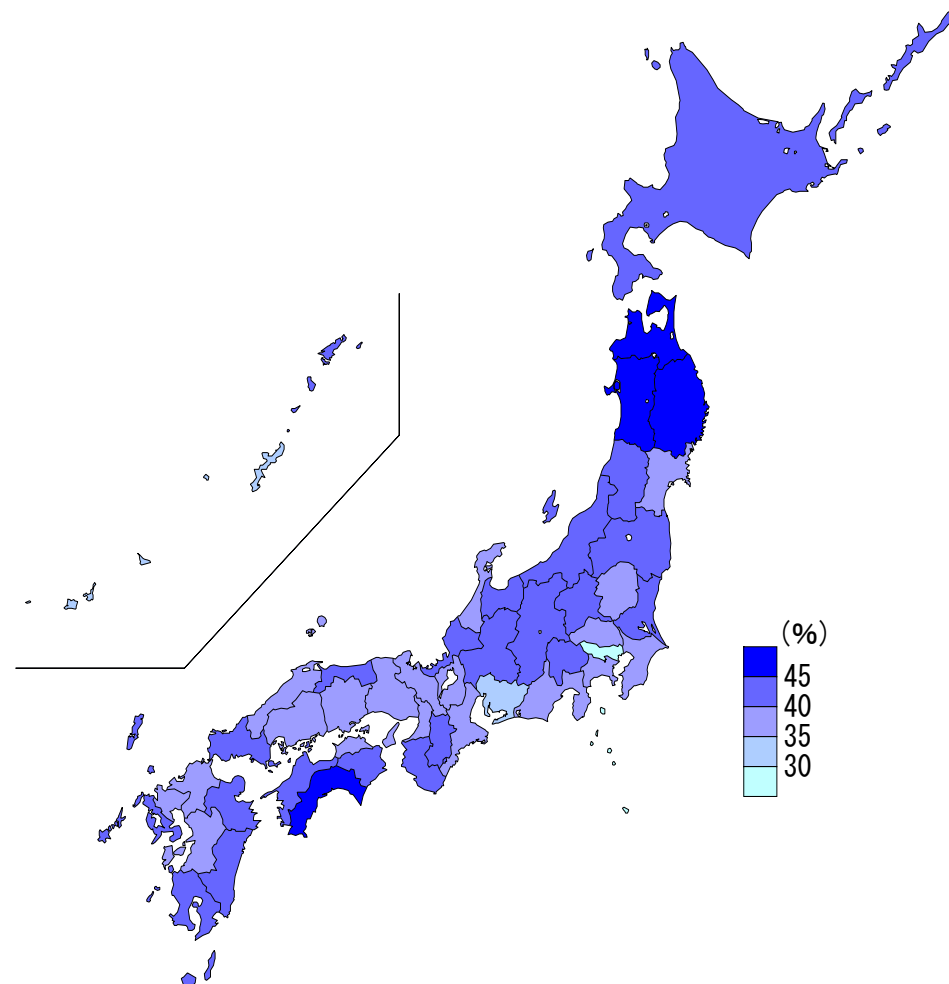
2050年の将来推計人口（都道府県）

- 人口は、2020年比で平均して**2割減**（東京都のみ増加）
- 高齢化率は、**25道県で40%超**（秋田県は50%）

2020年比増減率（%）

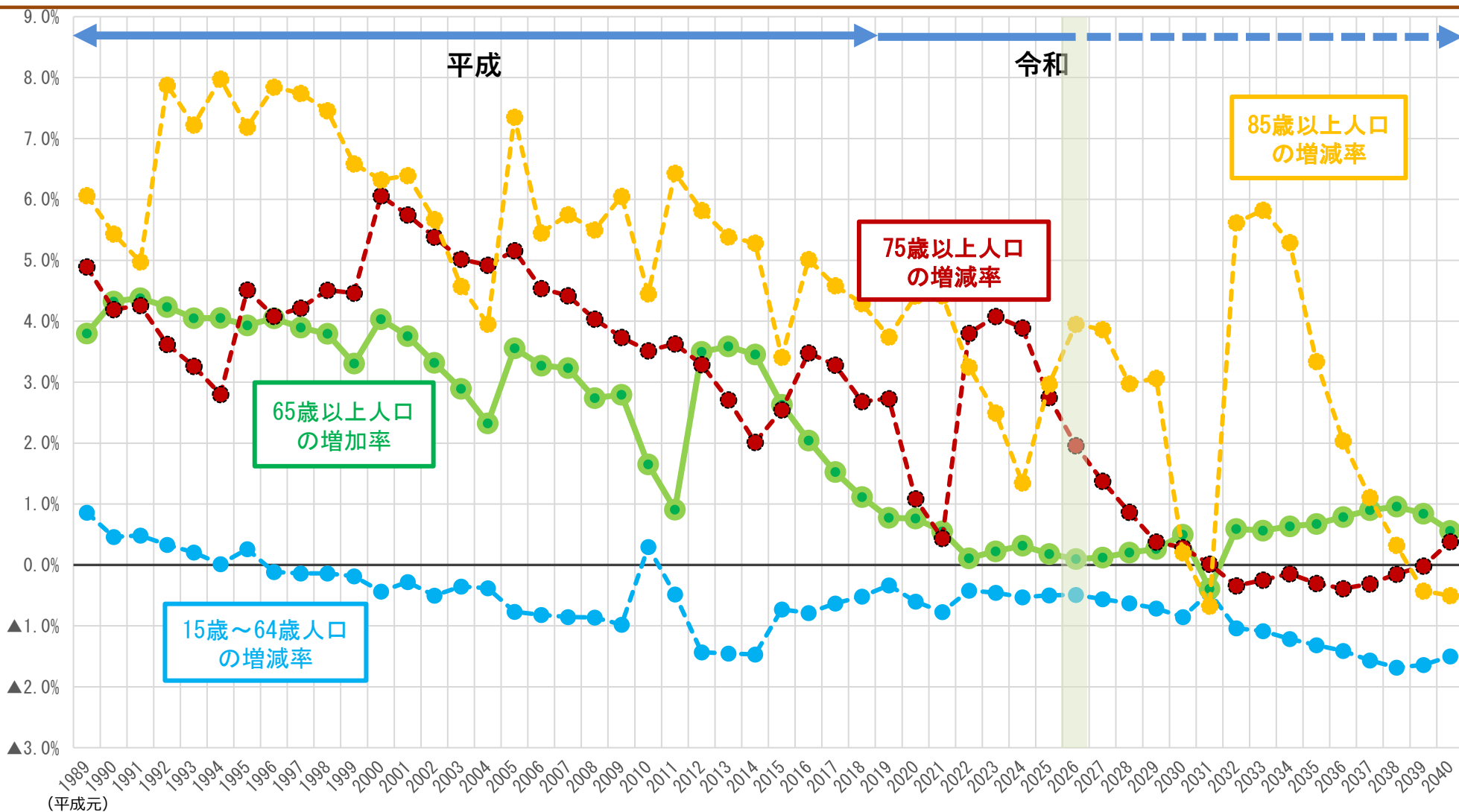


65歳以上人口の割合（%）



1989（平成元）年から2040年までの人口構造の変化

- 平成の30年間、65歳以上人口（年金受給者世代）は毎年3%を超える伸びで推移したが、近年、伸び率は低下し、落ち着いた状況へ。後期高齢者（75歳以上人口）の伸びも、今後、急速に低下。
- 2030年代半ばに向けて、**85歳以上人口（85歳以上の要介護認定率は約6割）の伸びが課題**
- 今後は、**生産年齢人口の減少（担い手不足問題）が最大の課題**



（出所）2020年までは 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、2021年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計：出生中位・死亡中位）」

2040年に向けた医療需要の変化

外来：既に減少局面にある医療圏が多い

入院：都市部で2040年にかけて増加。過疎地域で減少

在宅：多くの地域で増加。2040年以降にピーク

凡例

- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

外来患者数が最大となる年

入院患者数が最大となる年

訪問診療を受ける患者数が最大となる年

「外来」も「入院」も、
患者が医療機関に向く医療

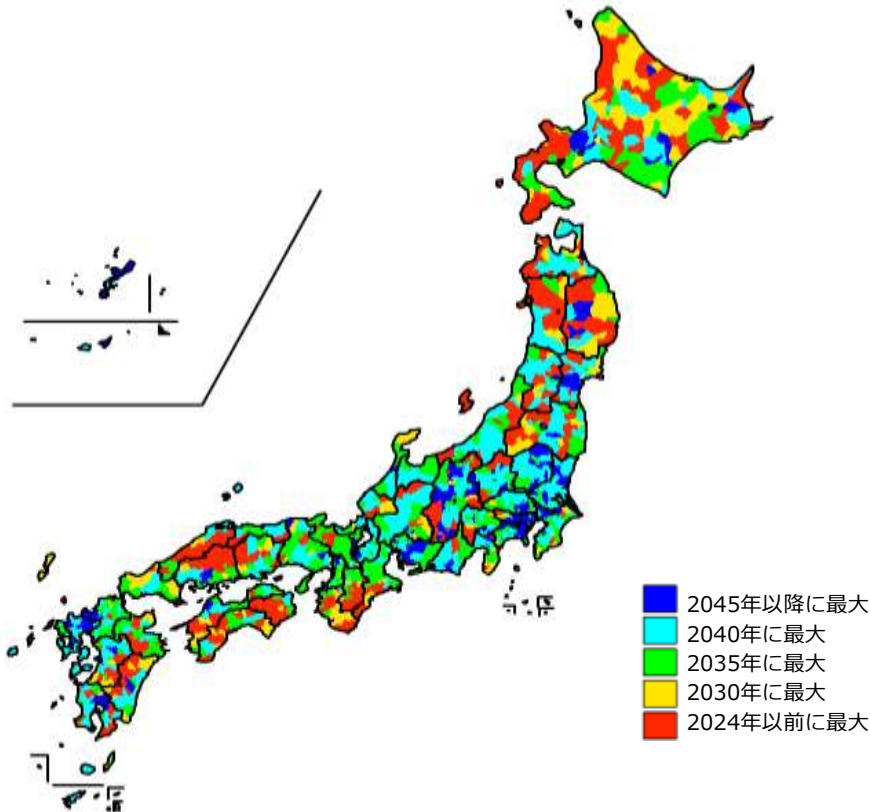
DX・AXのフル活用＋
医療スタッフが出向く
医療へと転換

2040年に向けた在宅介護サービス需要の変化

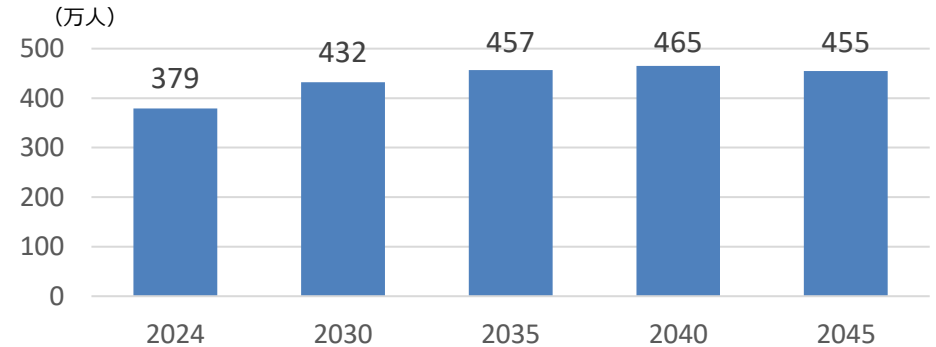
○日本全体で見ると、在宅サービス利用者数は2040年にピークを迎える見込み。

○地域によって在宅介護サービス需要のピークは様々だが、2024年までに既に313保険者（約2割）がピークを迎えており、2035年までには906保険者（約6割）に達すると見込まれている。

在宅サービス利用者数が最大となる年



在宅サービス利用者数の将来見込み



在宅サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

	2024以前	2030	2035	2040	2045以降	2040までの増減率	
						既にピーク	今後ピーク
政令市・特別区 県庁所在地	-	-	15 (20.3%)	27 (36.5%)	32 (43.2%)	—	26.6%
市（上記を除く）	67 (9.8%)	59 (8.6%)	221 (32.4%)	222 (32.5%)	114 (16.7%)	△5.7%	21.8%
町村（広域連合含む）	246 (30.1%)	138 (16.9%)	160 (19.6%)	195 (23.9%)	77 (9.4%)	△11.6%	14.9%
(再掲)三大都市圏	2 (0.7%)	20 (6.6%)	123 (40.5%)	70 (23.0%)	89 (29.3%)	△4.4%	26.0%
(再掲)三大都市圏以外	311 (24.5%)	177 (13.9%)	273 (21.5%)	374 (29.5%)	134 (10.6%)	△7.5%	20.2%

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① **「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**
- ② **地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**
- ③ **人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**
- ④ **地域の共通課題と地方創生（※）**

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- ・ **配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等**
- ・ **地域の介護等を支える法人への支援**

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ **重度の要介護者や独居高齢者等にICT技術等を用いた24時間対応**
- ・ **包括的在宅サービスの検討**

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- ・ 将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

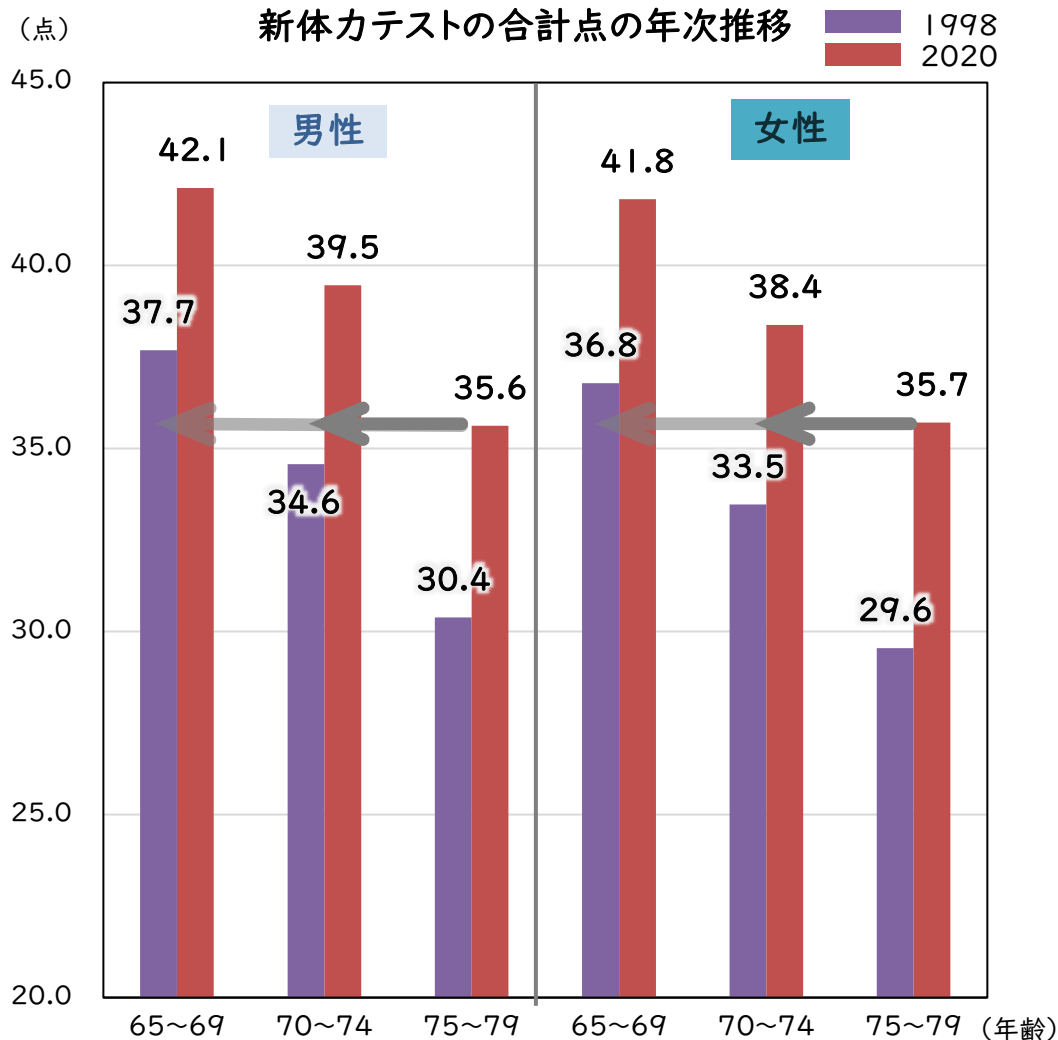
- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、通いの場、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

（4）福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

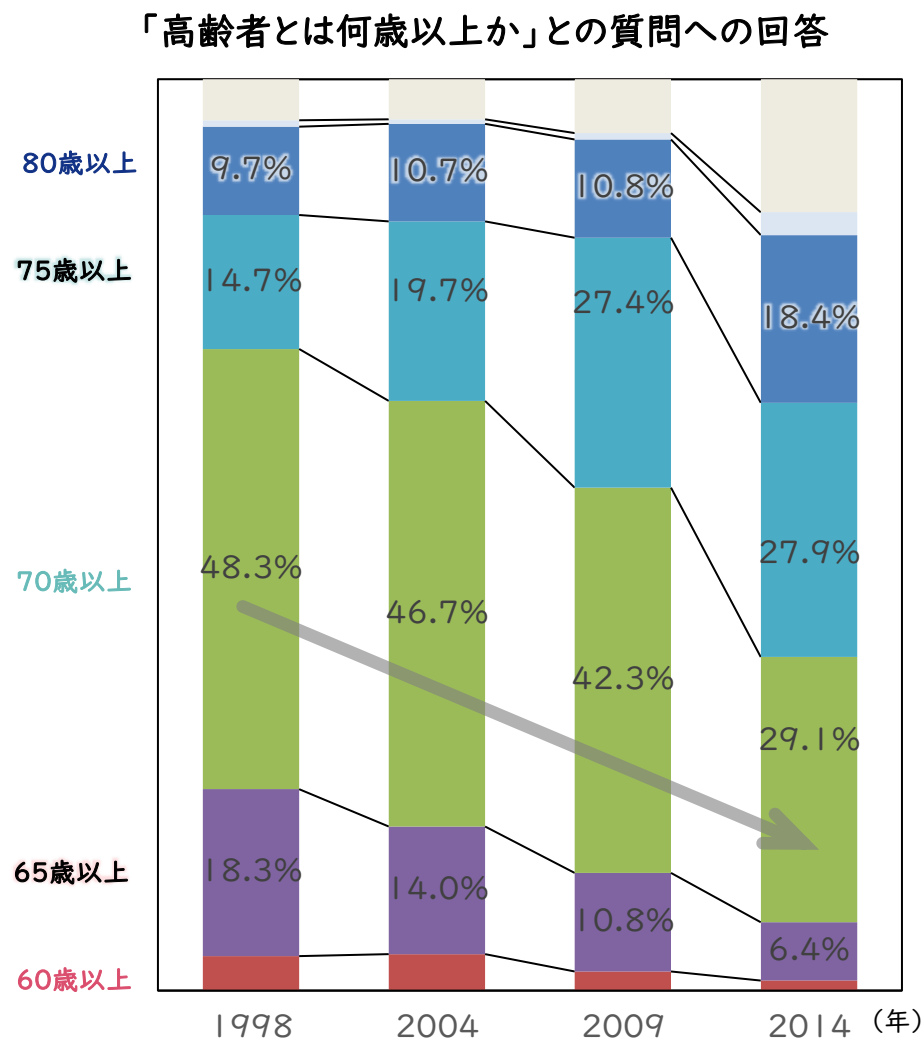
- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

「若返り」が見られる高齢者



(資料出所) 文部科学省「令和2年度体力・運動能力調査」



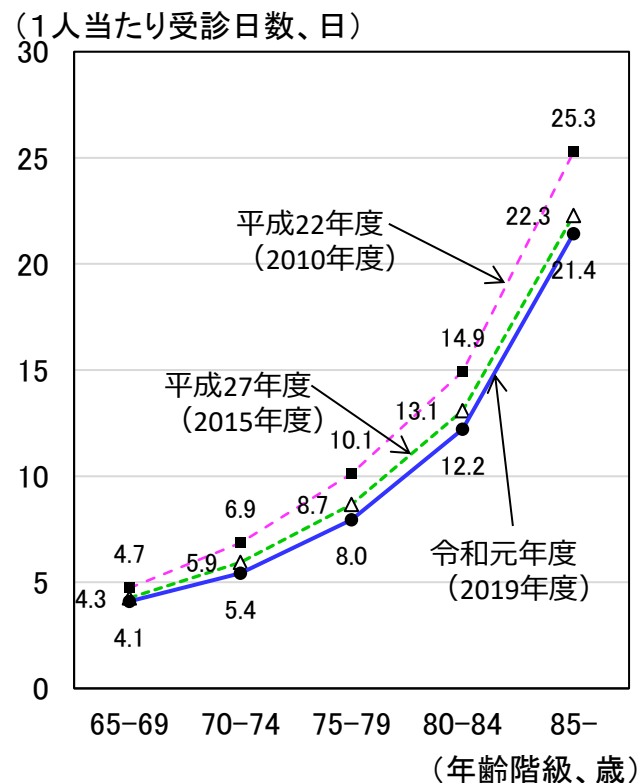
(資料出所)

全国60歳以上の男女へのアンケート調査
 (「高齢者の日常生活に関する意識調査結果」より)

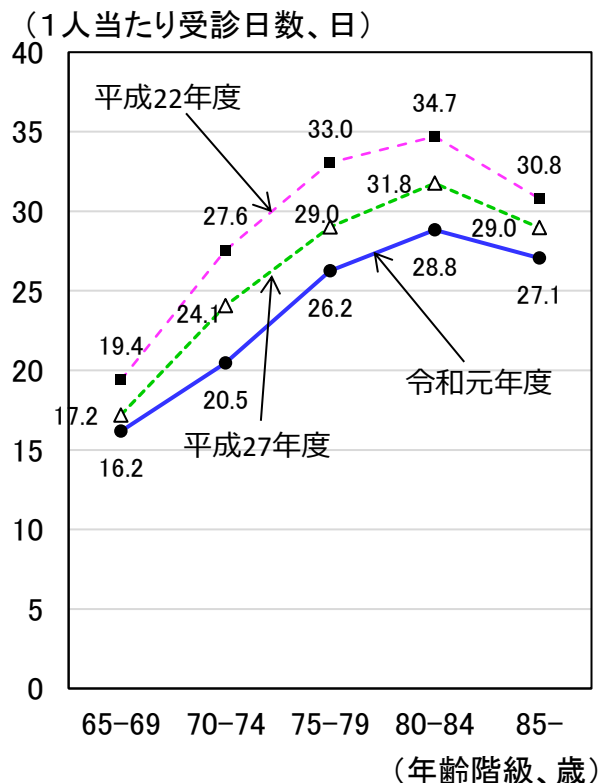
高齢者層における受診日数や要介護認定率の変化

- 高齢者層における年齢階級別 1 人当たり受診日数（受療率に対応）の推移をみると、入院、外来ともに、どの年齢層でも低下。
- 介護については、どの年齢層でも要介護認定率が低下。

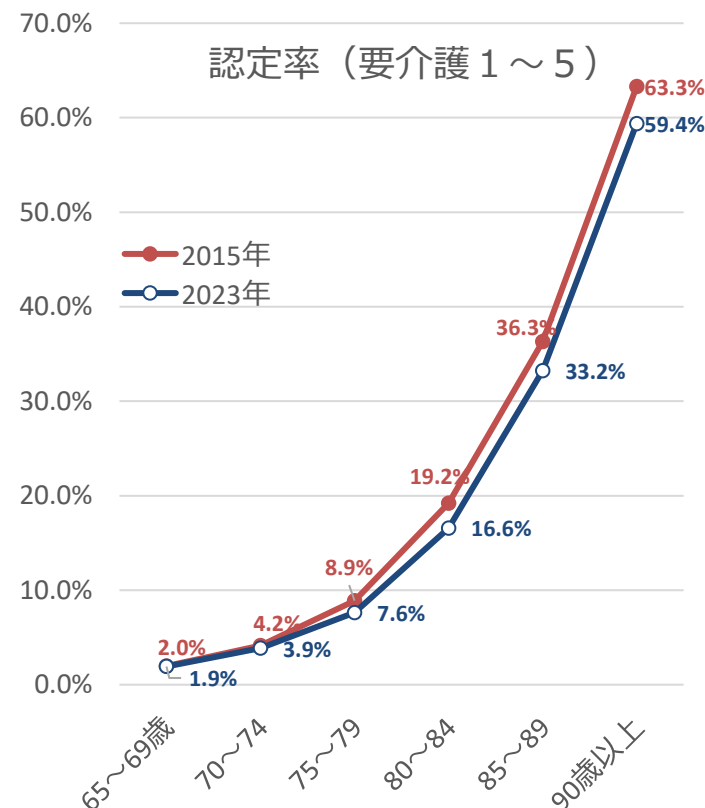
【入院】



【外来】



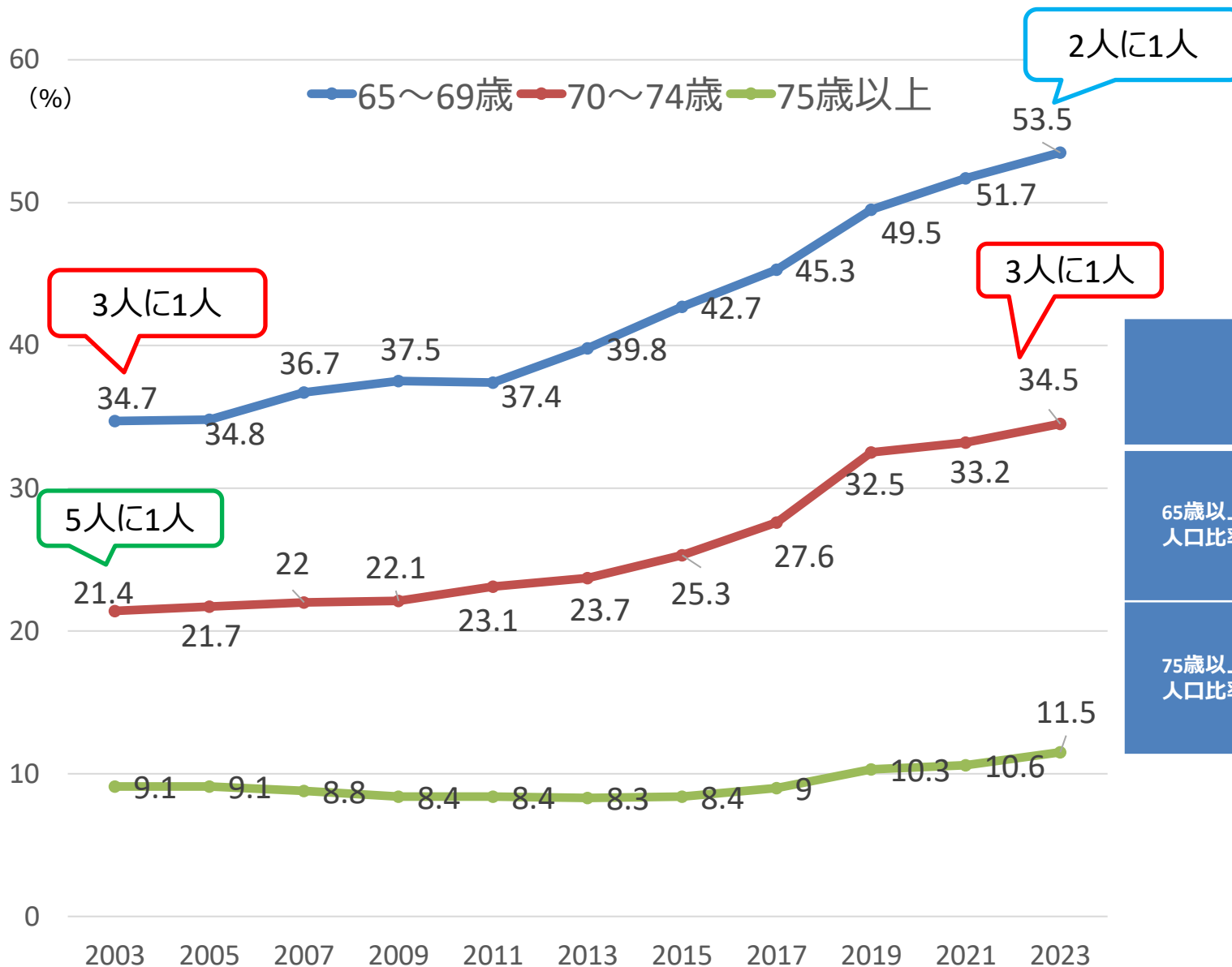
【介護】



(参考) 平均寿命は、平成22年は男性79.55年、女性86.30年、平成27年は男性80.75年、女性86.99年、令和元年度は男性81.41年、女性87.45年。

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」等

この20年間の高齢者の就業率の推移

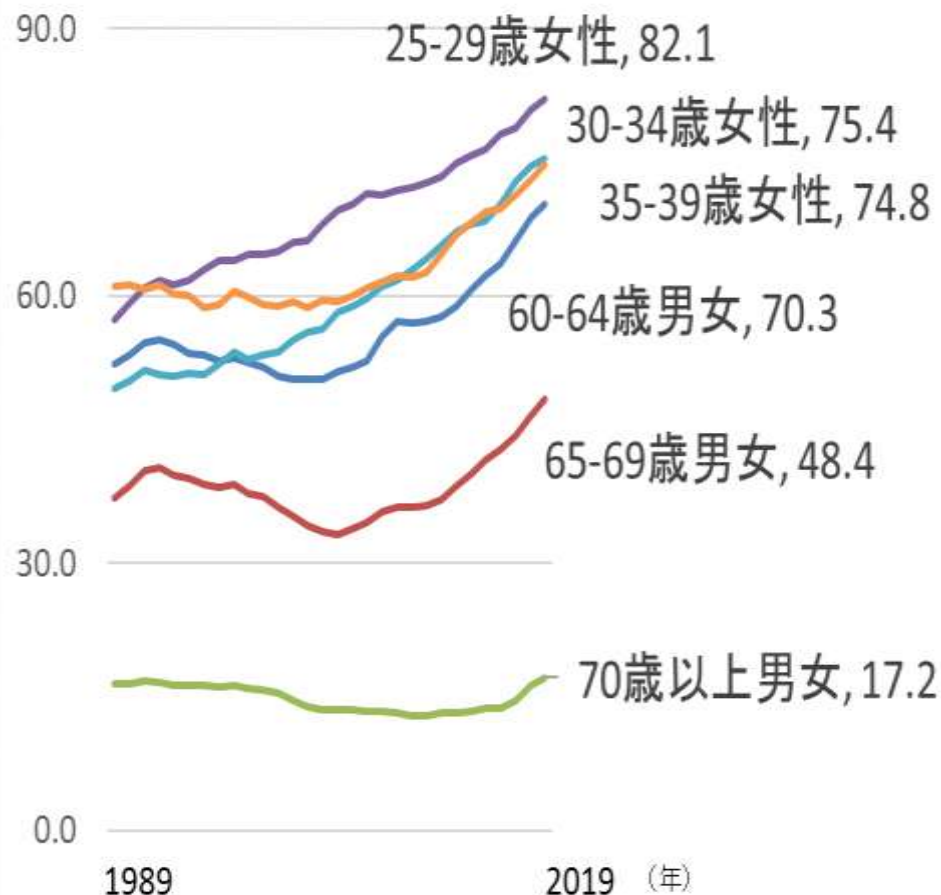


	秋田県		全国	
	2025年	2050年	2025年	2050年
65歳以上人口比率	40%	50%	30% 同水準	37%
75歳以上人口比率	23%	32%	18%	23%

平成の30年間の就業動向—人口減少の下でも、就業者は増加—

平成の30年間、女性と高齢者の就業率は大幅に上昇

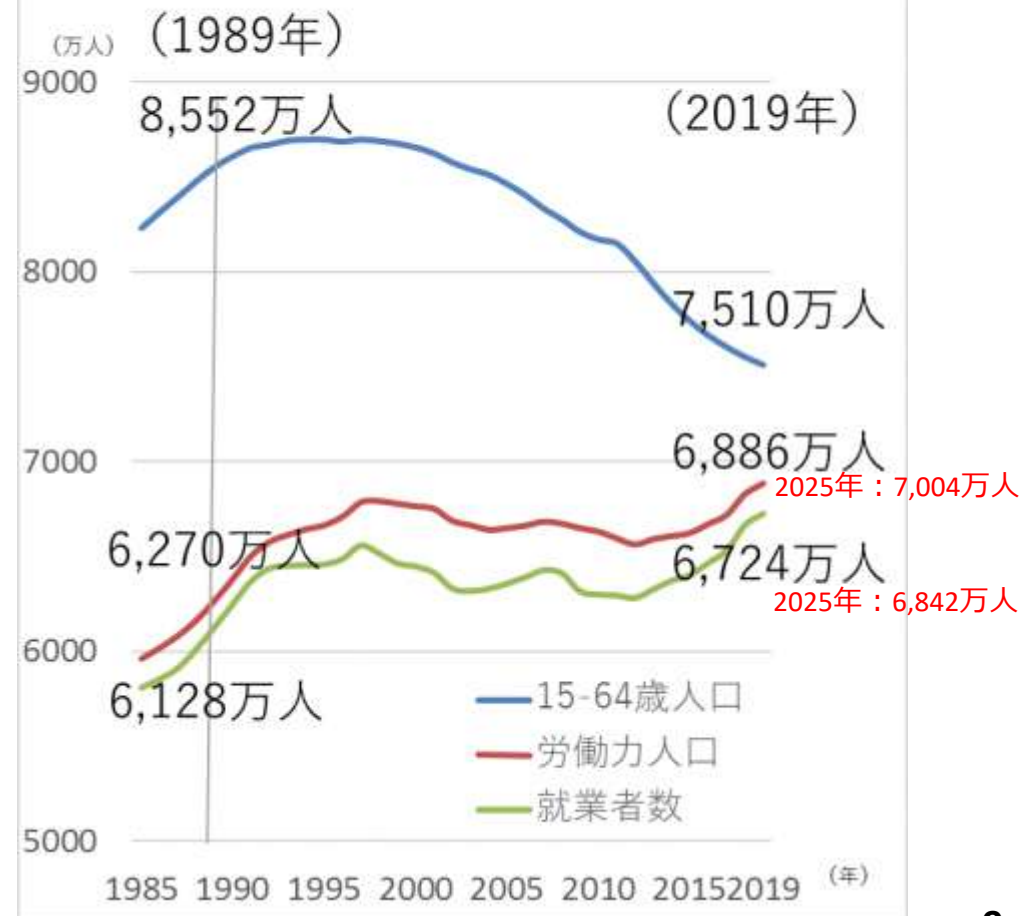
就業率の推移



(出典) 総務省「労働力調査」

労働力人口や就業者数は1990年代後半の水準を維持

労働力人口・就業者数の推移



人口動態をめぐる直近の動向

—令和5(2023)年の将来推計人口からの変化—

2025年将来推計人口(中位推計)の結果

※2070年の出生率仮定は**1.36** (2017年推計では1.44)

日本の総人口

《 》内は高齢化率

<実績>

<2023年推計> [2017年推計]

2020年

2070年

1億2,615万人 → 8,700万人 [8,323万人]

65歳以上人口

3,603万人 → 3,367万人 [3,188万人]
《28.6%》 《38.7%》 [《38.3%》]

15～64歳人口

7,509万人 → **4,535万人** [4,281万人]

0～14歳人口

1,503万人 → **797万人** [853万人]

(出生率は低位水準)

○直近(2025年)の出生率は**1.14**と、コロナ前(2020年)の1.33よりも低水準

⇒2023年推計の**低位(1.13)**と同水準

※出生数(日本人) : **67.1万人** (2025年)

※希望出生率**1.46** (日経新聞9月12日朝刊)

(外国人は倍増)

○2023年推計の外国人入国超過数は**年16万人**
(コロナ前の2016～2019年の平均)

※外国人比率:2020年(2.2%)→2070年(**10.8%**)

⇒コロナ後も増加。2025年は**36万人**に倍増

※昨今の外国人に対する国民意識の変化

出生仮定を低位(1.13)とした場合の2070年推計値

総人口	高齢者人口《高齢化率》	15～64歳人口	0～14歳人口
8,024万人	3,367万人《42.0%》	4,087万人	569万人

介護現場における生産性向上の先進事例

業務の課題を整理の上、業務オペレーションの変更、いわゆる介護助手の活用、ICT・介護ロボット等のテクノロジーを活用し、生産性向上に向けた取組を推進

①見守りセンサーの活用



- ・ 離床等を検知し、介護職員へ発報する
- ・ 入居者の状態を確認の上、適時に訪室

②バイタル生体センサー等の活用



バイタル生体センサー

- ・ 呼吸、脈拍等の**バイタルデータの収集・蓄積等が可能**
- ・ 見守りセンサーの機能を備えている機器もある

③インカムの活用といわゆる「介護助手」の活躍



インカム



元気高齢者の活躍

- ・ リアルタイムでの情報共有・応援要請
- ・ 間接業務（リネン交換、掃除、配膳、片付け、入浴準備等）を介護助手が担当し、介護職員による直接介護の時間が増加

④介護記録や見守りセンサーやバイタル生体センサー等のプラットフォーム化



介護記録ソフト



プラットフォーム化

- ・ 自動記録で転倒等の状況を確認、要因を分析して予防対策を実施
- ・ 夜間の睡眠状態を分析し、適切な排泄誘導、おむつ交換の実施

DX活用による介護サービスの省力化の事例

一般の特別養護老人ホームでは、入所者2人に対し1人程度の介護職員等の配置が通常だが、社会福祉法人善光会（東京都大田区）の特別養護老人ホーム（フローズ東糀谷）では、見守りセンサーやICT等の活用により、2015年段階で1.9人に1人であった配置が、現在では2.8人に1人の配置で運営を行っている。

⇒結果的に、善光会の介護職員一人当たり月額給与（令和7年度）は約38万円と、全国平均31.4万円を2割上回っている。

介護ロボット・先端技術の導入

▶ 100種類以上の介護ロボットを導入実証し、現在20種類程度の介護ロボットが稼働中



D Free/ トリプル・ダブリュー・ジャパン



眠リスクキャン/ パラマウントベッド



シルエット見守りセンサ/ キング通信工業



HAL/ CYBERDYNE



HUG / 富士機械製造



ロボコネクスト+SOTAレク/ NIT東日本



ケアサポートソリューション/ ニカミノルタ



SCOP記録アプリ/ 善光会



Ninebot mini Pro/ SEGWAY



Trek titanium / aftershokz



バスリフト/ TOTO



RT1/RT WORKS

(出所) 善光会資料・ヒアリングを元に作成



モバイルクリニック（長野県）

モバイルクリニックの車内でタブレット越しに助産師と話す夫婦

オンライン診療（岩手県）

看護師が画面越しに血圧手帳を見せながら、市立病院にいる医師との間でオンライン診療を進めていった



田山診療所でのオンライン診療。看護師が市立病院にいる医師に患者の血圧手帳を見せていた＝岩手県八幡平市

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔 ICUモニタリングにより特定集中治療室管理料 1 及び 2 の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

（新） 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定要件】

特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 を算定する保険医療機関で情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

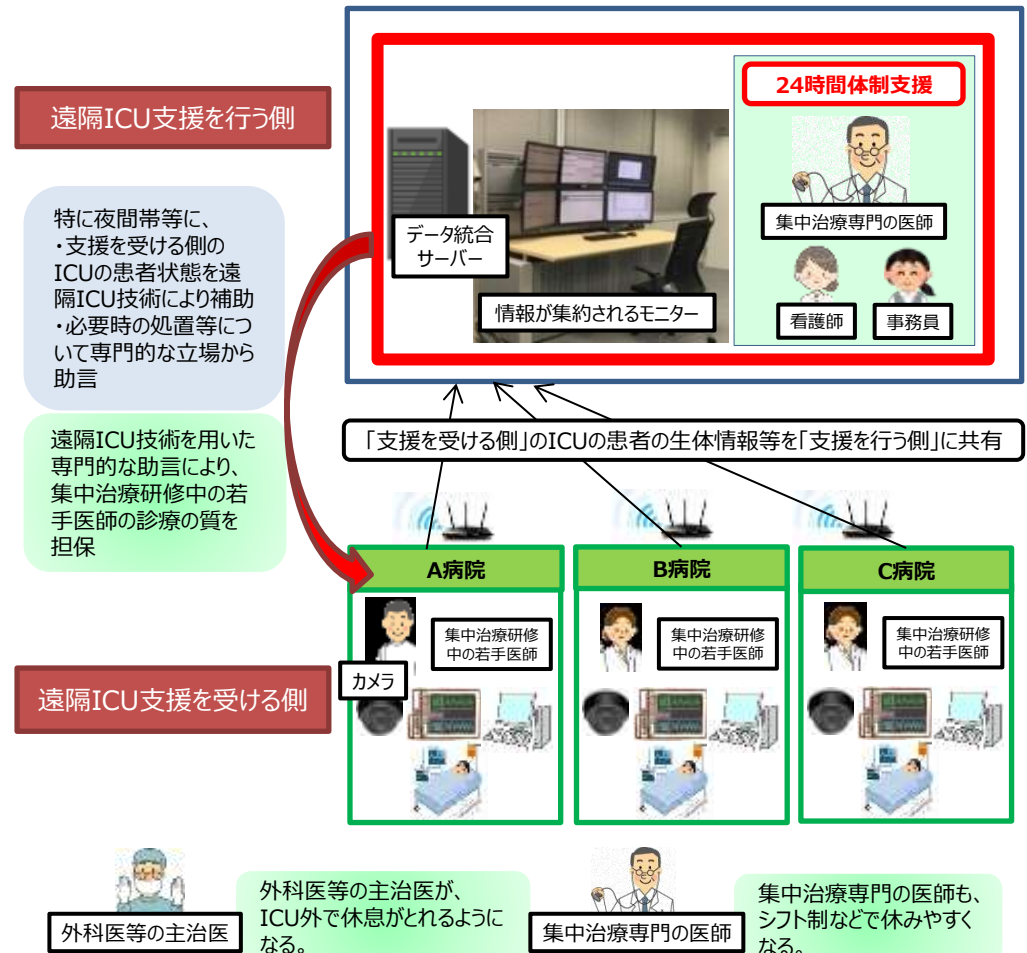
【施設基準】

（被支援側医療機関）

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

（支援側医療機関）

- ・ 特定集中治療室管理料 1 又 2 に係る届出
- ・ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



医療機関のDX化による業務効率化・勤務環境改善に向けて (令和7年度補正予算・健康保険法等改正法)

2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。

- ・ 地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する事業を創設
(参考) 令和7年度補正予算において200億円を計上⇒ **1病院あたり交付額(上限)は8,000万円**
- ・ 積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定
- ・ 医療勤務環境改善支援センター(都道府県)の体制拡充・機能強化
- ・ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨などを明確化

①スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



②見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



③音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



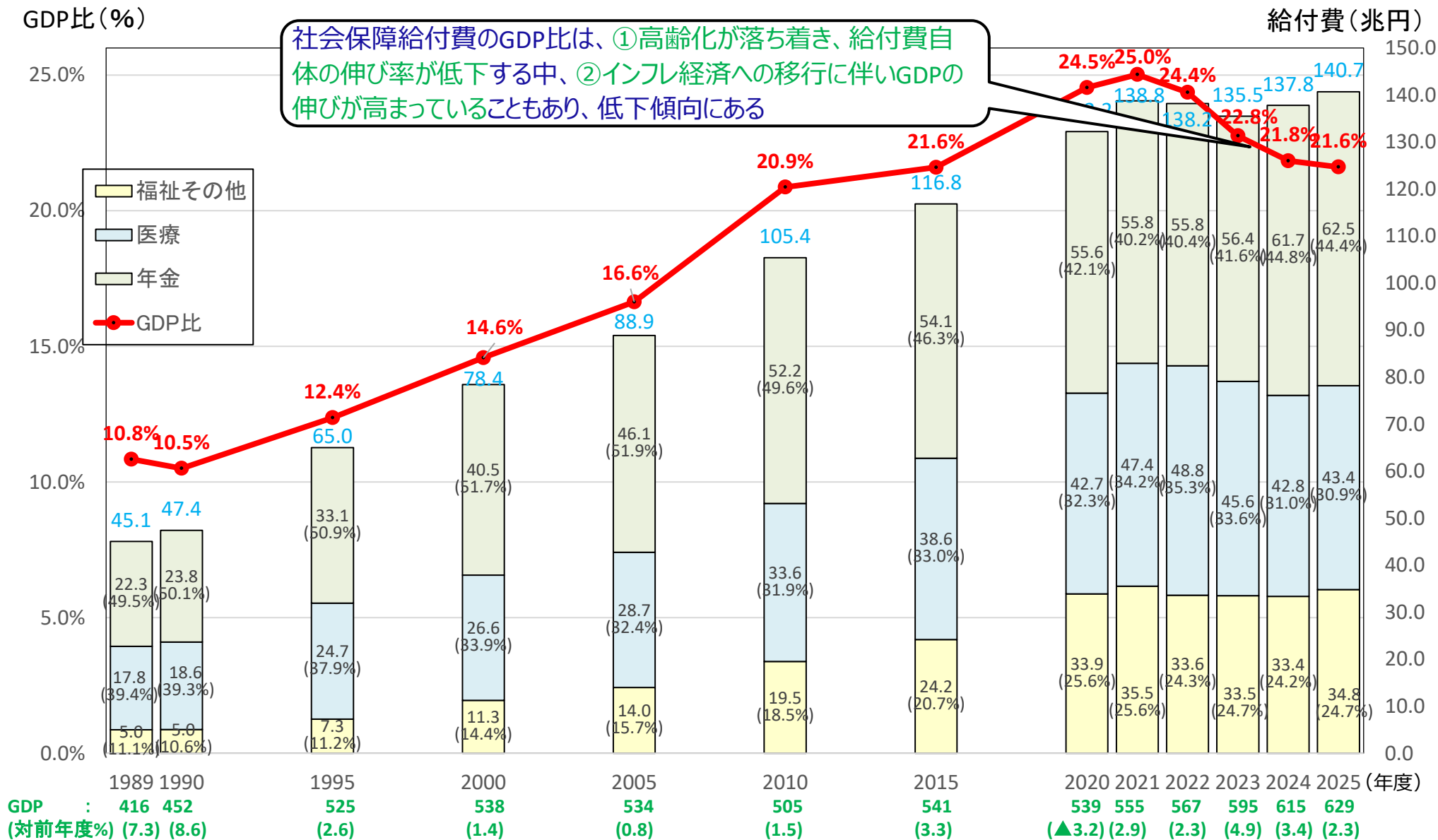
- 働き方改革の進展、担い手不足の深刻化を背景に、濃淡はあれど、**DX導入による省力化は浸透中**。
センサー、記録管理・請求事務、情報共有等に効果を発揮。
⇒以前は現場担当者任せ。最近、**経営層のリーダーシップ発揮事例が増加**。
- 一方、電子カルテなど**導入（更新）コストやランニングコスト大**。経営者は追加投資に躊躇。医療機関はじめ**サイバーセキュリティ対策**も追加コスト発生。
⇒施設内の各種システムを数多くのベンダーが異なる仕様で提供していることが一因。結果的に、カスタマイズ、ベンダーロックイン、部門システムなど関連システムの頻繁な改修など、コスト増を生む構造。
※開発に10億円かかったシステムを200事業者で使えば、1事業者当たり500万円、一方、10,000事業者なら10万円。これにランニングコストが加わるが、利用事業者数が増えれば、増加数に比例してコストは低下。
- ここ数年、急速に普及するAIの本質は、**データ量の増加に応じて日々進化（『使い勝手UP』）**
⇒**小規模なデータベースでは「限界」**。フィジカルAIも視野に入れると、根本的な発想転換が必要
※ヘルスケア関連の情報システムの国際競争力は、医薬品・診断機器等と比べて低い。

高コスト構造の是正、AIフレンドリーなデータ環境の実現

従来の医療機関・介護事業者に対する導入支援のスキームに加え、

①**入力情報、システム仕様の標準化**、②**高コスト是正、データベースの大規模化等につながるベンダー支援**のスキームを強化することが、**AI時代にふさわしい医療・介護現場の実現へ**

平成元（1989）年から2025年までの社会保障給付費の動向

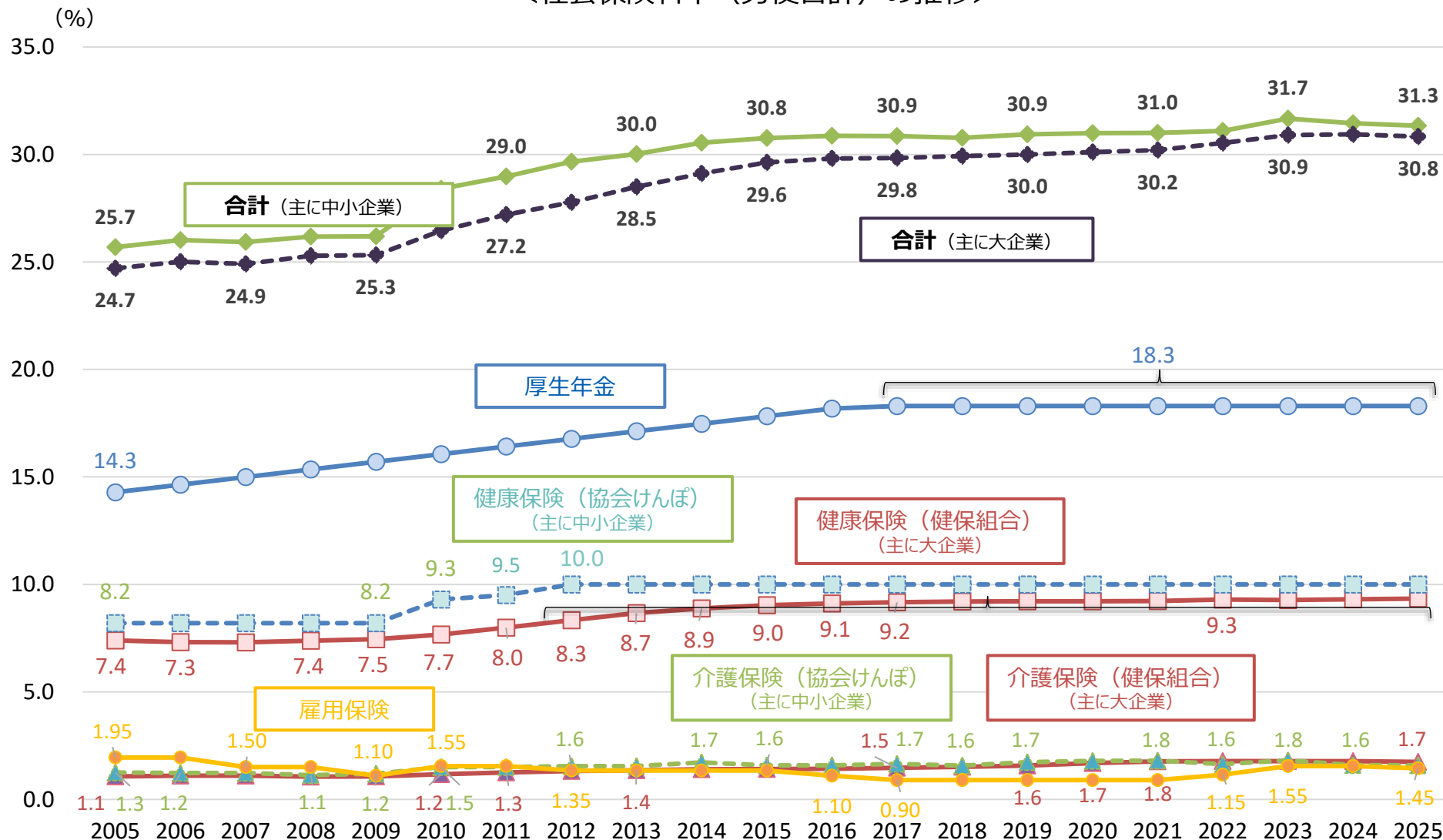


※2023年度までは国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度社会保障費用統計」、2024～2025年度は厚生労働省推計（当初予算ベース）

被用者保険の保険料率の推移

被用者保険（厚生年金保険・健康保険・介護保険・雇用保険）の保険料率は、近年、概ね横ばいで推移。

＜社会保険料率（労使合計）の推移＞



※保険料率の数字は必要に応じて四捨五入、健康保険・介護保険の保険料率は全国平均。

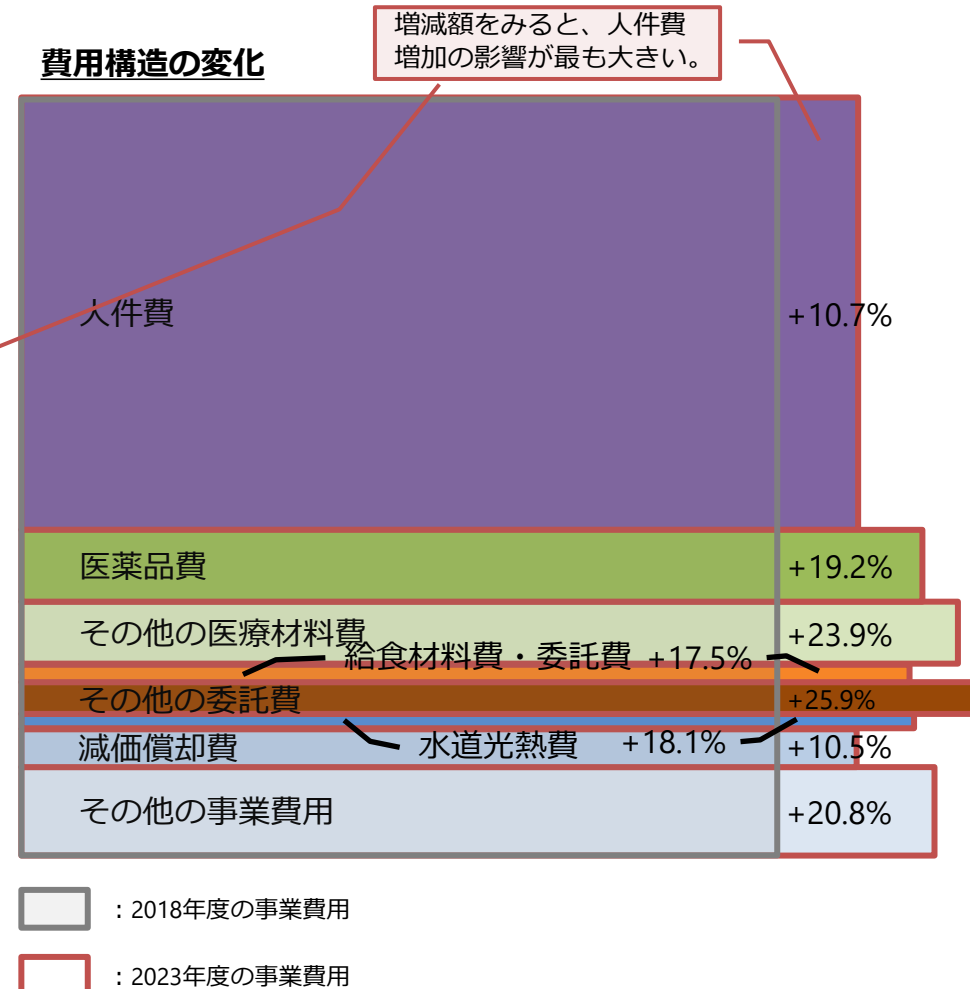
病院の収支構造の変化

2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加（+10.3%）以上に、事業費用が増加（+14.7%）したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。

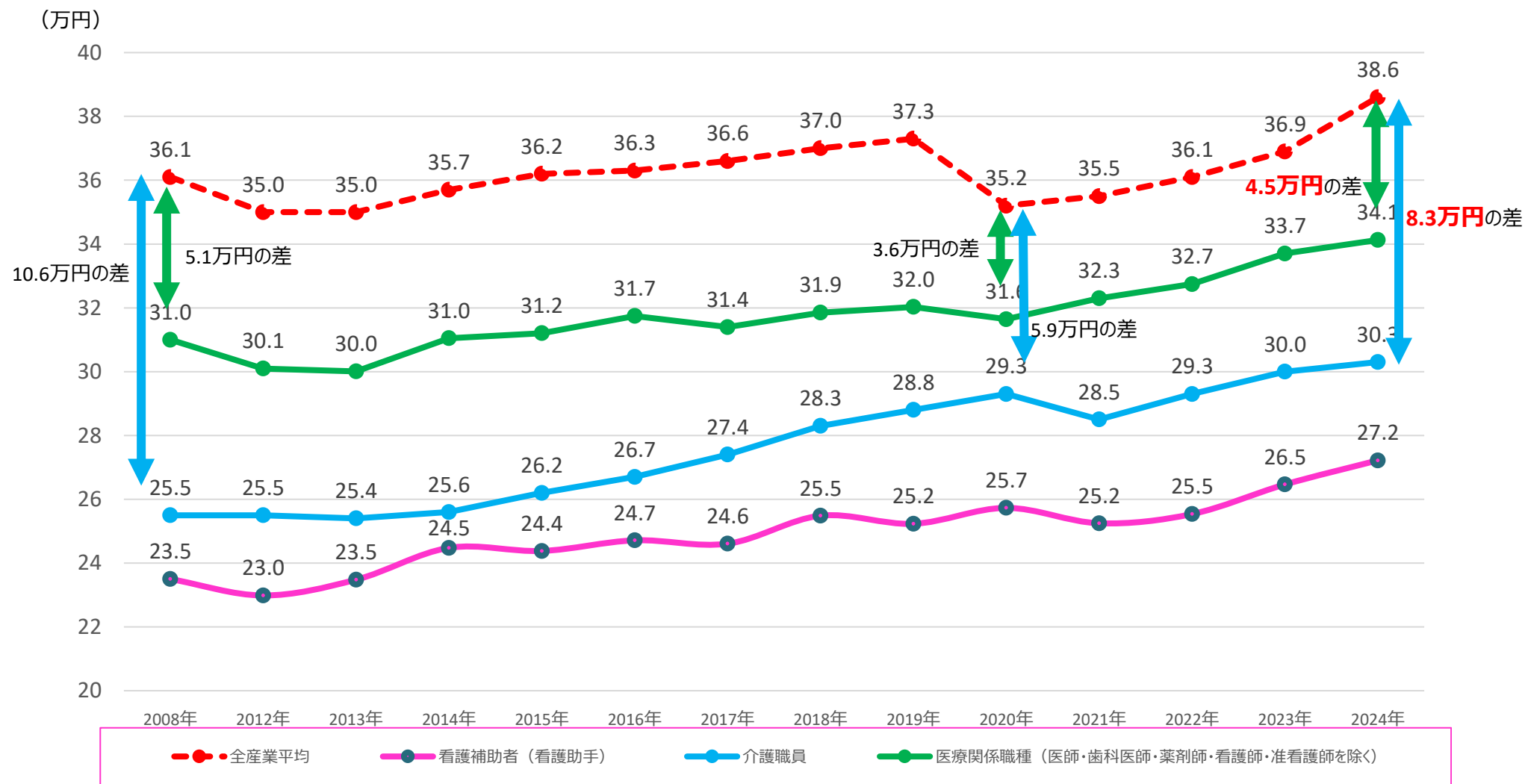
100床当たり損益の比較

単位：千円	2018→2023の比較			
科目	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

費用構造の変化



医療・介護関係職種の給与の推移について



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。

注2 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師を除く）」とは、「診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）」の加重平均。

社会保障予算に関する骨太方針2025

＜従来の骨太方針＞

社会保障関係費については、**高齢化による増加分に相当する伸びの範囲内に抑える。**



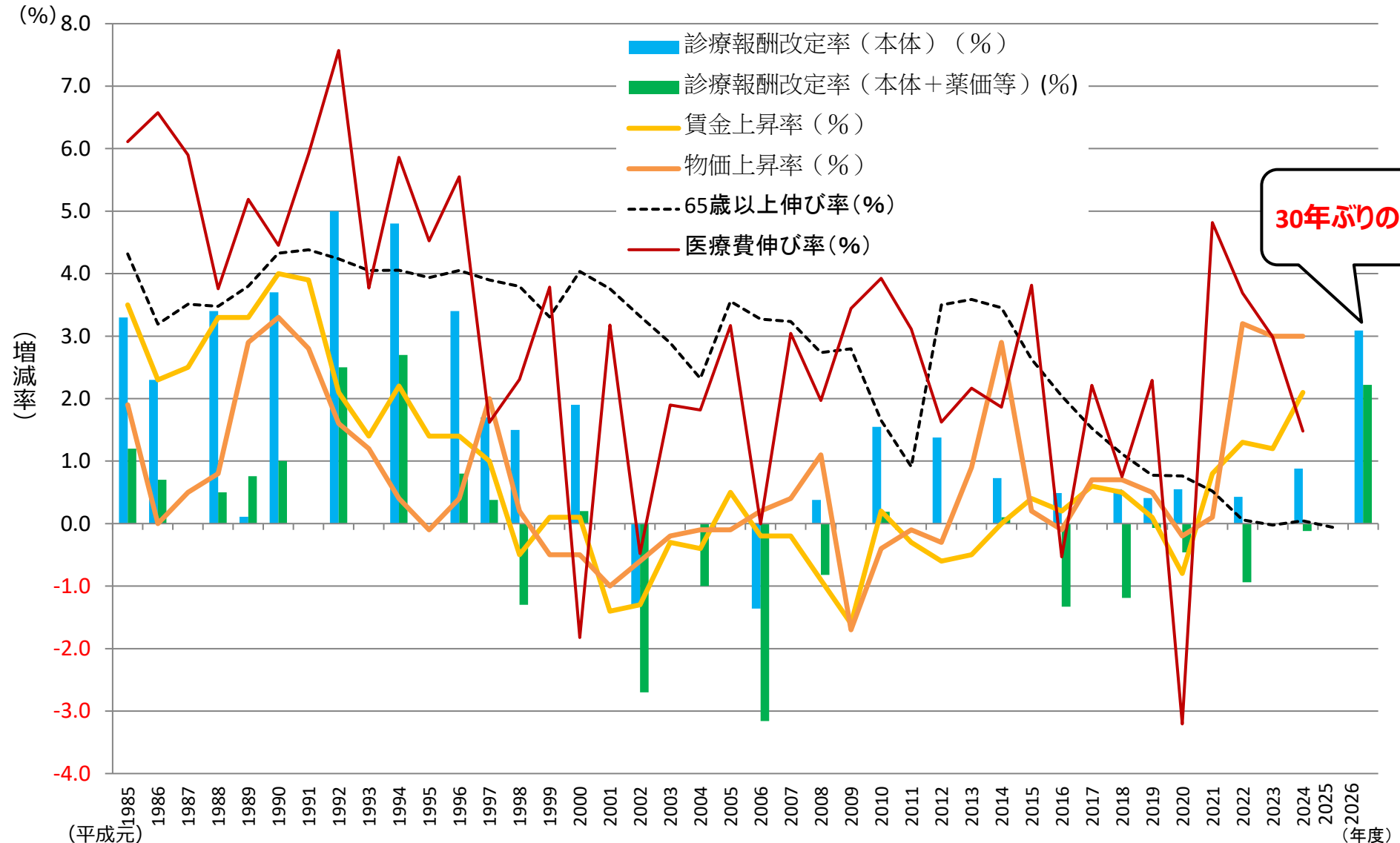
＜骨太方針2025＞

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。

とりわけ社会保障関係費については、**医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ**、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、**2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。**

具体的には、**高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算**する。

平成元（1989）年以降の診療報酬改定率、高齢者数、物価、賃金の増減率の推移



※1 公表されている直近の年までの数値で作成している

※2 65歳以上伸び率は人口推計（総務省）の各年10月1日

※3 物価上昇率は2020年基準消費者物価指数（総務省）の前年度比

※4 賃金上昇率は毎月勤労統計調査（厚生労働省）のきまって支給する給与指数の前年度比であり、1990年度までは30人以上の事業所、1991年度以降は5人以上の事業所が調査対象

※5 医療費の伸び率は、2023年度までは国民医療費の伸び率、2024年度は概算医療費の伸び率である

※2025年（年ベース）は、

賃金上昇率：2.0%

物価上昇率：3.2%

給付付き税額控除について

(中間とりまとめ(社会保障国民会議 令和8年7月29日))

- 給付付き税額控除は、諸外国との比較を通じて**純負担率の改善が必要であることが明らかになった、中低所得の現役勤労者に着目。**
- ① その**負担軽減**を通じ、所得に応じて、これまでよりも**一層手取りが増える**ようにするとともに、
② いわゆる「**年収の壁**」などによる「**働き控え**」を緩和することを通じた**就労促進**を図る、
という喫緊の課題に適切に対応する必要。
- これらを目的として、**制度横断的に、負担(税・社会保険料)と現金給付を総合的に捉え、純負担率を調整する「所得に連動したきめ細かな給付」**を行うこれまでにない新たな制度を早期に導入(令和11年度に本格導入)。
- ※ 今回導入を目指す「所得に連動したきめ細かな給付」は、本格的な「給付付き税額控除」を導入する第一歩であり、制度の将来像については、継続して検討を行う。
- ※ 「所得に連動したきめ細かな給付」制度の導入に当たって、公金受取口座の登録率向上などデジタル技術を活用した事務負担軽減に取り組みつつ、その後の実務的な環境整備の進展に合わせて、段階的な精緻化を図る。
- ※ 税額控除と給付の組合せとすることについては、将来的に給付のみと決め打ちすることなく、今後とも、個人所得課税における人的控除の見直しによる税負担の変化や、デジタル技術の進展に応じた事務負担も踏まえ、検討を継続。

【子育て世帯(夫婦・子2人)の純負担率】

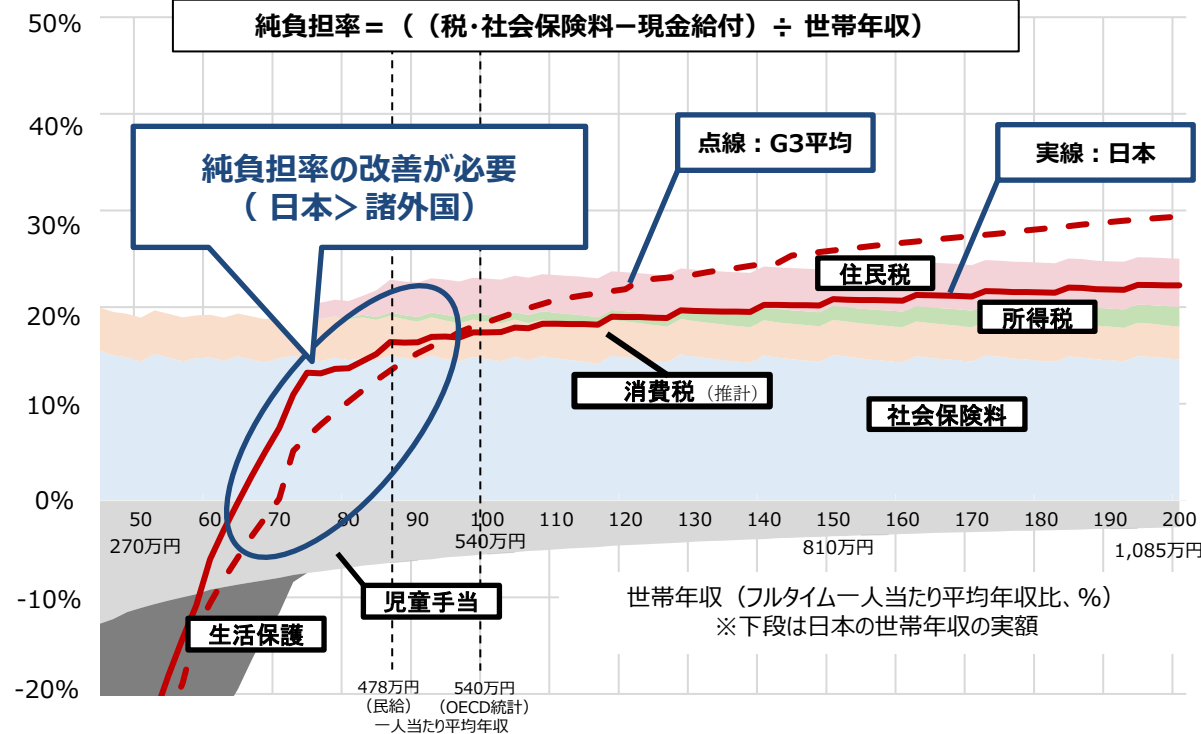
G3(米・独・仏)平均との比較

$$\text{純負担率} = (\text{税・社会保険料} - \text{現金給付}) \div \text{世帯年収}$$

純負担率の改善が必要
(日本>諸外国)

点線: G3平均

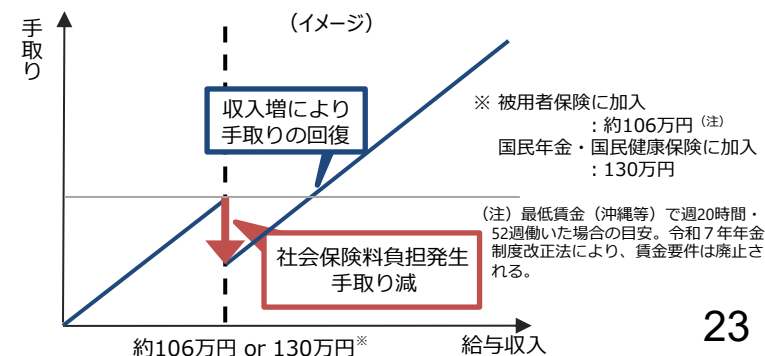
実線: 日本



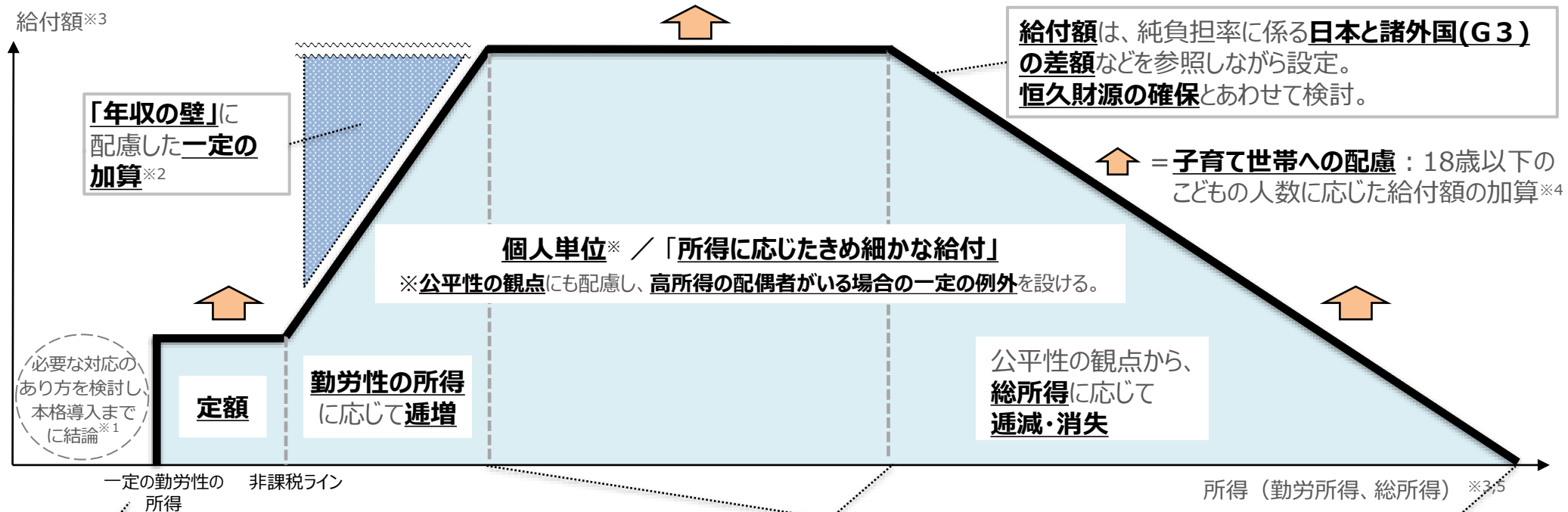
【深刻な人手不足(雇用人員判断D.I.の推移)】



【「年収の壁」による手取りの変化】



「所得に連動したきめ細かな給付」の本格導入のイメージ（中間とりまとめ（社会保障国民会議 令和8年7月29日））



これまでのご意見

- ・被用者保険の適用：所得 約32万円超（収入 約106万円超）※6
- ・給与所得ゼロ：所得 0万円超（収入 74万円超）
- ・雇用保険の適用：（収入 約 53万円超）

給付に係る閾値となる所得水準は、純負担率や純負担額の国際比較等を参照しながら設定。恒久財源の確保とあわせて検討。

※ 給付が消失する水準は、諸外国では概ね平均年収の50%前後。

○ 単身者、個人事業者、フリーランス、高齢者（就労し、純負担が現役並みの中低所得高齢者）も対象。

※1 給付の対象外で支援が必要な方を丁寧に把握した上で、給付と相談・就労支援の一体的な実施を含め、必要な対応のあり方を財源とともに検討し、可能なものについては令和11年度からあわせて実施できるよう、本格導入までに結論。その際、国民年金や国民健康保険の減免・軽減制度などの必要に応じた拡充を含め、幅広く選択肢を検討。

※2 「年収の壁」による手取りの減少を踏まえ、第3号被保険者制度の見直しや被用者保険の適用拡大の更なる加速により「年収の壁」が解消するまでの時限的な措置。就労促進の観点から「年収の壁」に直面する方に対して手厚い給付を行うこととそれ以外の方に対する給付を含めた総合的なバランス等を勘案して設定することとし、給付の重点化をどの程度図ることが可能であるかを含め検討。

※3 給付に係る閾値となる所得水準及び給付額については、定期的に見直すことが可能な弾力的な仕組みとする。

※4 子育て世帯に配慮することについては、制度の複雑化に対する懸念から慎重な意見があった。

※5 金融所得については、制度を精緻化する中で対応。預金の利子所得も、遠くない将来の課題として検討。

※6 正社員に比べて時間・日数が4分の3未満の短時間労働者についての要件に関する目安。

自民党・日本維新の会の社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和8年7月7日）

1 保険財政健全化策推進（インフレ下での医療給付費の在り方と、現役世代の保険料負担抑制との整合性を図るための制度的対応）

- ・現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。
- ・令和9年度の社会保障負担率が令和7年度と比較して上昇しないよう取り組む。社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、社会保障改革について令和8年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する。特に、医療給付費については、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

2 医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化並びに都道府県の役割強化（①保険者の再編統合、②医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築、③介護保険サービスに係る基盤整備の責任主体を都道府県とする等）

3 病院機能の強化、創薬機能の強化、患者の声の反映及びデータに基づく制度設計を実現するための中央社会保険医療協議会の改革

4 医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現

- ・70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則3割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を令和8年末までに策定する。

5 年齢に関わらず働き続けることが可能な社会を実現するための「高齢者」の定義見直し

6 人口減少下でも地方の医療介護サービスが持続的に提供されるための制度設計

7 国民皆保険制度の中核を守るための公的保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討

8 大学病院機能の強化（教育、研究及び臨床を行う医療従事者として適切な給与体系の構築等）

9 高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の処遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）

10 配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第3号被保険者制度等の見直し

11 医療の費用対効果分析に係る指標の確立

12 医療機関の収益構造の増強及び経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し

13 医療機関における高度医療機器及び設備の更新等に係る現在の消費税負担の在り方の見直し

R8～R9での保険料負担抑制に向けた社会保障制度改革の全体像

OTC類似薬等の薬剤給付の在り方の見直し

以下の4本柱パッケージで薬剤給付の在り方を見直し

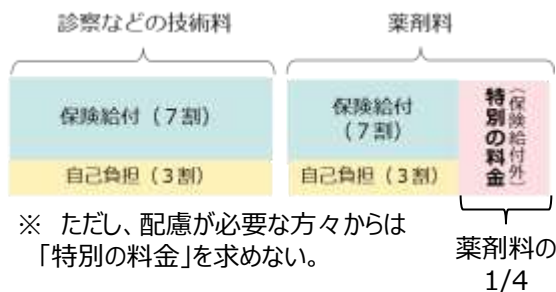
(1) OTC類似薬を含めた薬剤自己負担の見直し (R9.3～)

趣旨:

- ① OTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
- ② 現役世代を中心とした保険料負担の抑制

見直し内容:

OTC類似薬など保険給付としての必要性が相対的に低い医薬品(77成分)について、その薬剤費の4分の1相当分について、患者に「特別の料金」を求める。(法改正事項)



(2) 食品類似薬の保険給付の見直し (R8.6～)

対象医薬品: 6成分(6品目)栄養保持目的の食品類似薬

見直し内容: 経管栄養の場合等を除き保険給付除外

(3) 長期収載品の選定療養の拡大 (R8.6～)

対象医薬品: 長期収載品

見直し内容: 特別の料金を差額の1/2に引き上げ

(4) 長期処方・リフィル処方の推進 (診療報酬改定の中で対応)

見直し内容: 長期処方・リフィル処方の院内掲示を必須要件とする医療機関を拡大

保険料負担

▲1,000億円程度
(R8～9)

金融所得の反映などの応能負担の徹底

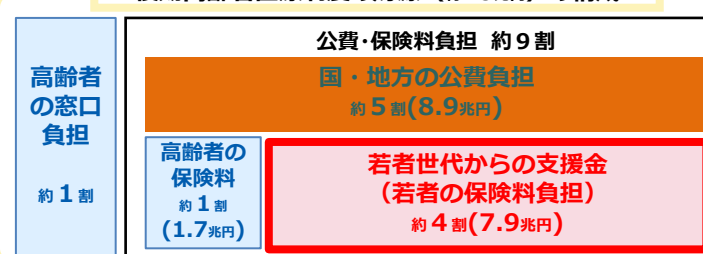
・ 現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、まずは後期高齢者医療制度の窓口負担割合や保険料等への金融所得(上場株式の配当所得等)の反映を実現するため、令和8年通常国会において法案を提出。

・ 反映による保険料の増収分による高齢者間における負担の公平性の確保や現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減の在り方について、引き続き検討。

※ 保険料賦課等における現在の課題

- ・ 上場株式の配当所得等は、確定申告をしないことを選択可能。
- ・ 確定申告しない場合には所得に含まれず、窓口負担や保険料に反映されない不公平が存在。

後期高齢者医療制度の財源(約20兆円)の構成



高額療養費制度の見直し

(1) 長期療養者への配慮

1. 多数回該当*の金額を据え置き。
2. 多数回該当に該当しない方の経済的負担にも配慮する観点から新たに年単位の上限の導入(多数回該当限度額×12月)。

(2) 低所得者への配慮

※年4回以上制度を利用する者の自己負担限度額を更に軽減する仕組み

・住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ。

(3) 自己負担限度額の引上げ

- ・ 1人当たり医療費の伸びを踏まえ、自己負担限度額を一定程度引上げ。その際、低所得者には配慮し、引上げ率を過去2年間の年金改定率の範囲内に留める。

(4) 所得区分の細分化

- ・ 大括りとなっている所得区分を細分化し、所得に応じたきめ細かい仕組みとする。併せて、上記の(2)を実施。

(5) 外来特例の見直し

- ・ 70歳以上の高齢者のみに設けられている外来診療にかかる特例措置について、自己負担限度額を一定程度引上げ。あわせて、従前の月額限度額×12月の年間上限を設定。

保険料負担

▲1,600億円程度
(R8～10)

薬価改定

・ 創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保に十分に配慮しつつ、医薬品流通市場での実勢価格に応じた適正化を実施する。令和9年度の薬価改定は着実に実施することとする。(対象品目の範囲や適用ルールについて引き続き検討。)

・ 薬価等改定率は ▲0.87%

保険料負担

▲2,000億円程度
(R8)

有料老人ホームの入居者に係る利用者負担の導入

・ ケアプラン作成を含めて利用者負担を求めている介護付き有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)等との均衡の観点から、令和10年度から、住宅型有料老人ホームの入居者に対して利用者負担を導入。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸びの要因については、「高齢化」の影響が小さくなり、「高度化」が大きい状況となっている。

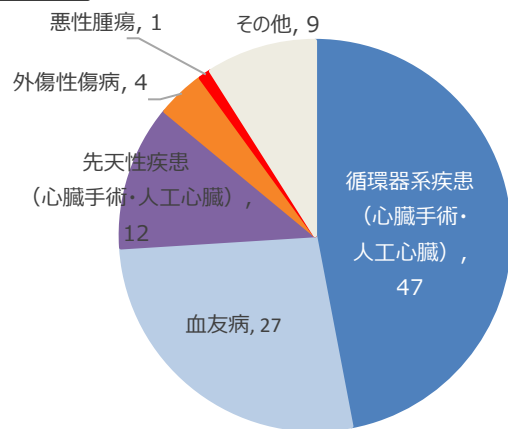
	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2 年度 (2020)	R 3 年度 (2021)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)
医療費の伸び率 ①	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	3.0%	1.5%
人口増の影響 ②	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7%	0.6%
診療報酬改定等 ④		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36%		-1.33%		-1.19%	-0.07%	-0.46%	-0.9%	-0.94%	-0.64%	-0.30%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・受療行動の変化等	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.4%	1.6%

高齢化等による影響分：+ 1. 0 %
高度化等による影響分：+ 1. 2 %

高齢化等による影響分：+ 0. 6 %
高度化等による影響分：+ 1. 9 %

健保組合における高額レセプト上位100位について

H27年度

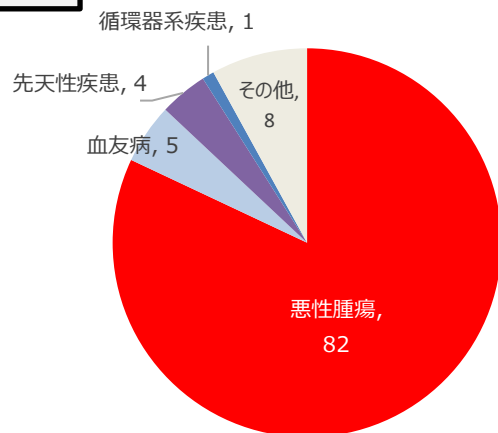


上位100位平均：約**1,987**万円（最高金額：約4,253万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 特発性拡張型心筋症、虚血性心筋症
➡HeartMate II（約1,830万円～1,890万円・H25年4月保険収載）などの植込型補助人工心臓
- 左心低形成症候群、上部心臓型総肺静脈環流異常症、急性大動脈解離StanfordA等 ➡心臓手術
- 血友病A、血友病B ➡ノボセブン（薬価：約8万円～40万円）

R6年度



上位100位平均：約**4,250**万円（最高金額：約1億6,871万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 脊髄性筋萎縮症 ➡ゾルゲンスマ（薬価：約16,708万円）
- B細胞性急性リンパ芽球性白血病、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
➡キムリア、ブレヤンジ、イエスカルタ（薬価：約3,265万円）
- 血友病A ➡ヘムライブラ（薬価：約29万円～122万円）
※従来のノボセブン等も併用されている。

（出典）健康保険組合連合会「令和6年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（注）上記の薬価は令和6年10月時点のもの。

先進医療を経て保険収載された医療技術

先進医療を経て、保険収載された品目もあり、最先端の医療について、保険適用を行ってきた。

技術名	保険点数
前立腺針生検法 (MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)	8,210点
粒子線治療 (重粒子線治療の場合)	187,500点 110,000点※
粒子線治療 (陽子線治療の場合)	187,500点 110,000点※

※実施する疾病によって点数が異なる
＜その他の例＞

- 「経カテーテル大動脈弁植込み術（弁尖の硬化変性に起因する重度大動脈弁狭窄症）」について
 - ・平成22年から先進医療Bとして、評価療養の中で実施されたが、**平成25年時点での年間実施件数は25件**だった。
 - ・**平成25年に、一部が保険収載された。**足下の状況としては、第10回NDBオープンデータ（令和5年度のレセプト情報を集計）上では、これを包含する診療報酬であるK555-2「経カテーテル弁置換術」の「2 経カテーテル弁置換術（経皮的動脈弁置換術）」は**14,580回算定**されている。

※なお、先進医療として実施していたものと保険収載したものとは要件が異なるため、件数の単純比較はできない点に留意。

「高額な医薬品」と「市場規模の大きな医薬品」

①薬価が高額な医薬品⇒大部分は希少疾病用医薬品で投与対象患者数は限定的。医療保険財政上の影響は限定的。

②市場規模の大きな医薬品⇒患者数が多い疾患を対象とするものが多く、医療保険財政上の影響が大きい。

販売額が予想販売額の一定水準を超えた場合、「市場拡大再算定」で薬価見直し。

※①・②に共通して、費用対効果評価制度により、保険収載後、価格調整を実施。

薬価が高額な医薬品

＜薬価が高額な上位10製品＞

商品名	薬価※1 (円)	年間薬価※4 (万円)	ピーク時市場規模予測 /患者予測※2		効能・効果	備考 ※3
【再生】エレビス 点滴静注	304,972,042	30,497.2	113億円	37人	デュシエンヌ型筋ジストロフィー	希
【再生】ゾルゲンスマ 点滴静注	167,077,222	16,707.7	42億円	25人	脊髄性筋萎縮症	希
【再生】ゾルゲンスマ 錠注	167,077,222	16,707.7	43億円	26人	脊髄性筋萎縮症	希
【再生】アクーゴ 脳内移植用注	72,716,528	7,271.7	28億円	39人	外傷性脳損傷に伴う慢性期の運動麻痺の改善	希
【再生】アムシェプリ	55,306,737	5,530.7	74億円	133人	レボドパ含有製剤を含む既存の薬物療法で十分な効果が得られないパーキンソン病患者の運動症状の改善	希
【再生】ルクスターナ 注	49,600,226	9,920.0	5億円	5人	両アレル性 RPE65 遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィー	希
【再生】ブレヤンジ 静注	35,096,343	3,509.6	82億円	239人	再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫等	希
【再生】キムリア 点滴静注	32,647,761	3,264.8	72億円	216人	再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病等	希
【再生】イエスカルト 点滴静注	32,647,761	3,264.8	79億円	232人	再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫	希
【再生】アベクマ 点滴静注	32,647,761	3,264.8	49億円	149人	再発又は難治性の多発性骨髄腫	希

市場規模の大きい医薬品

＜収載当初のピーク時市場規模予測が大きい上位製品＞ ※平成25年以降に収載された製品

商品名	ピーク時市場規模予測 /患者予測※2		年間薬価※4 (万円)	効能・効果
ハーボニー配合錠	1,190億円	1.8万人	466.1	C型肝炎治療薬
ソバルディ錠※5	987億円	1.9万人	—	C型肝炎治療薬
レケンビ点滴静注	986億円	3.2万人	253.6	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制
ケサンラ点滴静注液	796億円	2.6万人	281.2	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制
タケキャブ錠	620億円	180万人	3.3	胃潰瘍等
ヴィキラックス配合錠※5	608億円	1.4万人	—	C型肝炎治療薬
ゼルヤンツ錠	597億円	4.3万人	165.0	既存治療で効果不十分な関節リウマチ等
キイトルーダ点滴静注	544億円	7.3千人	693.4	根治切除不能な悪性黒色腫等
エアウィン皮下注用	544億円	2.8千人	1,383.4	肺動脈性肺高血圧症
スーグラ錠	528億円	80万人	5.2	2型糖尿病等
ピンマックカプセル	524億円	4.1千人	1,172.1	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）
フォシーガ錠	500億円	76万人	2.6	2型糖尿病等
サイラムザ点滴静注液	500億円	1.5万人	755.1	治療切除不能な進行・再発の胃癌等

※1 薬価はR8年度の薬価（使用されることの多い規格の薬価）

※3 「希」は希少疾病用医薬品

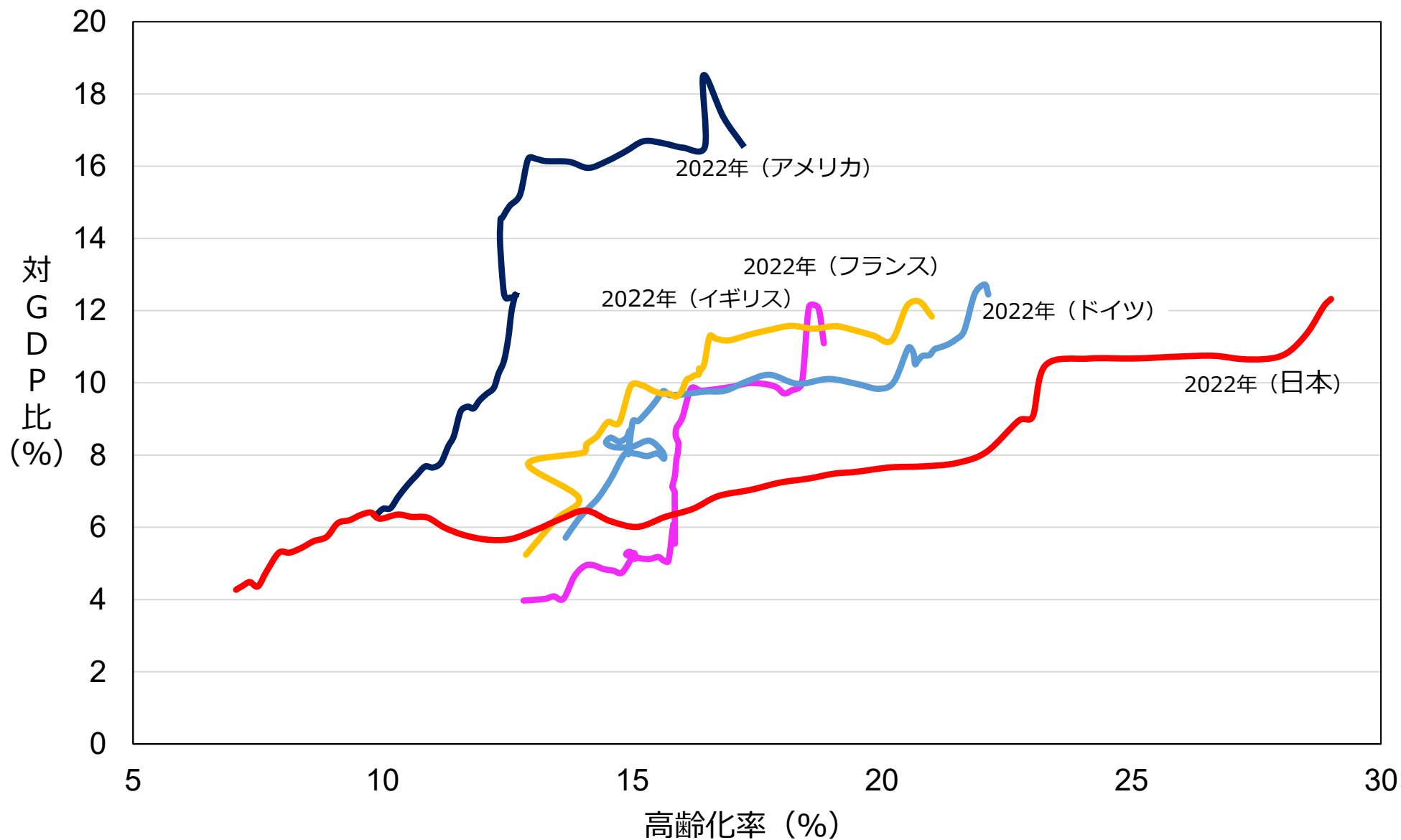
※5 現在は販売中止

※2 初回収載時の効能・効果における市場規模予測（その後の効能追加に伴う市場規模の拡大は考慮していない）

※4 年間薬価はR8年度の薬価（使用されることの多い規格の薬価）を基に算出

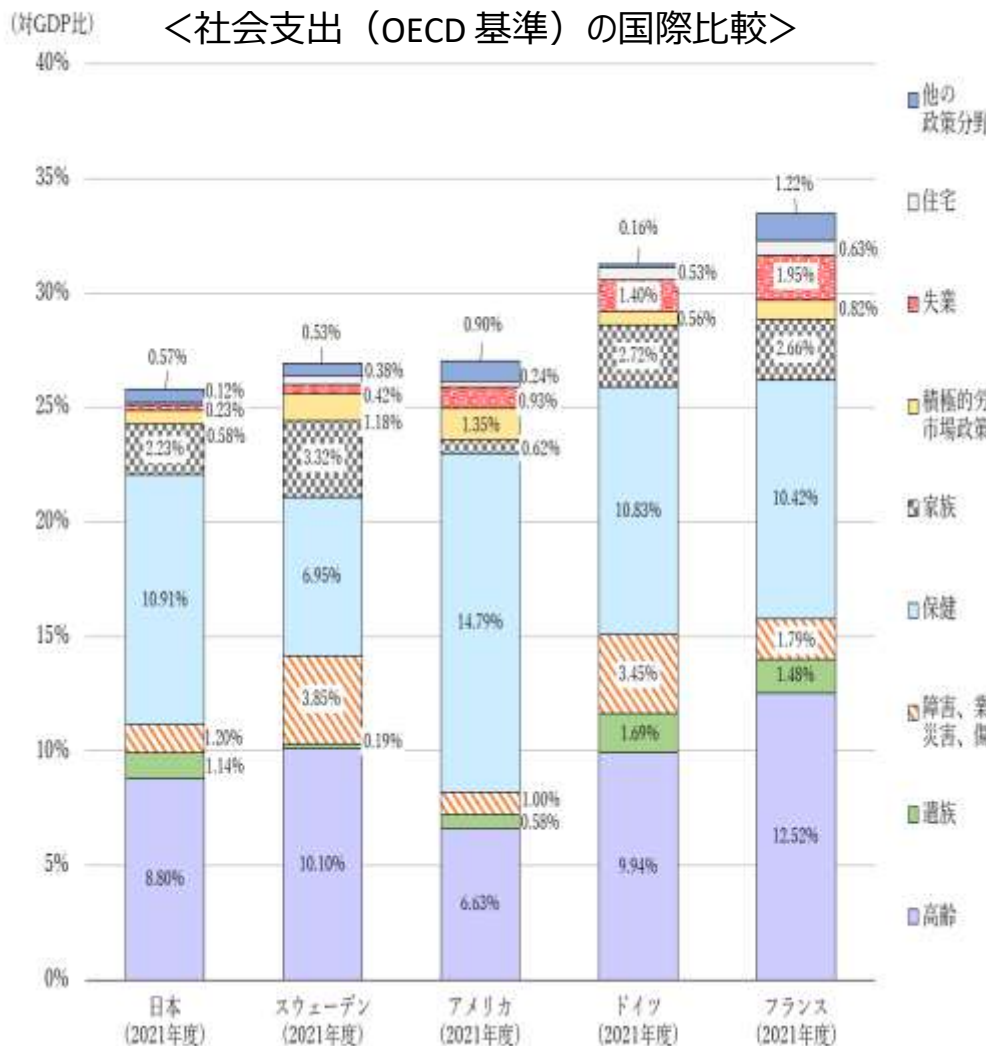
※6 色付きは費用対効果評価対象品目医薬品（試行導入時の対象品目も含む）

高齢化率と医療費の対GDP比との関係について (1970年以降)

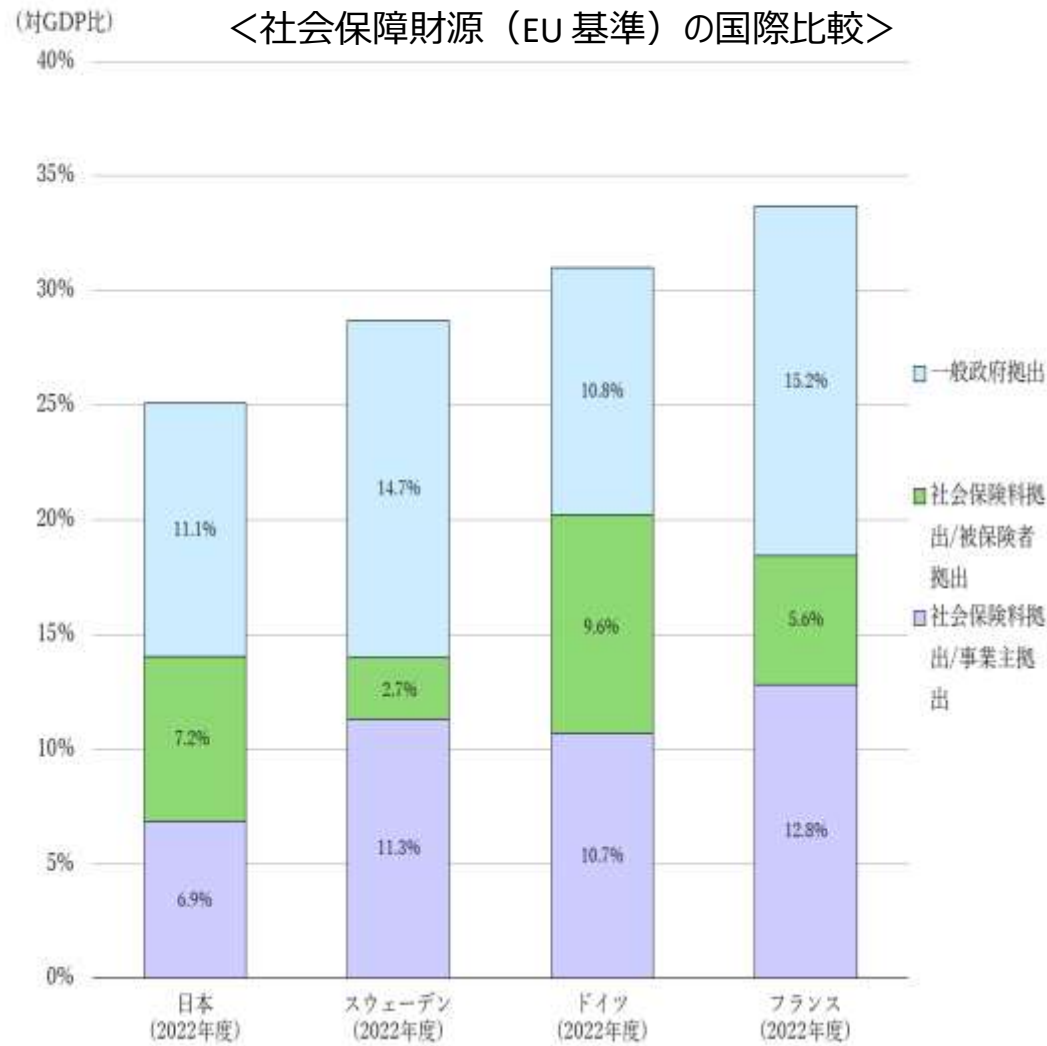


社会保障の支出と財源の国際比較

＜社会支出（OECD 基準）の国際比較＞



＜社会保障財源（EU 基準）の国際比較＞



社会支出 対GDP比	25.79%	26.92%	27.03%	31.27%	33.49%
高齢化率	28.9%	20.1%	16.8%	22.0%	20.9%

社会保障財源 対GDP比	25.1%	28.7%	31.0%	33.7%
高齢化率	29.0%	20.3%	22.1%	21.2%

※社会支出・社会保障財源は、国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度社会保障費用統計」、高齢化率については同研究所「人口統計資料集」

勤労者世帯の世帯収入に対する社会保険料等の影響

家計調査に基づき、勤労者世帯（40歳未満2人以上世帯）の実収入・実支出（2018年注～2024年）について、分析してみると、

- 1月当たりの社会保険料は6,201円の増加、直接税は2,691円の減少。両者を合算した額は3,510円の増加。この増加分は、世帯全体の勤め先収入の増加分の80,925円と児童手当や育児休業給付等の社会保障給付の増加分の1,860円とを合算した額の82,785円の4%程度。
- 増加率で見ると、社会保険料と直接税を合算した額の増加分が4%程度であるのに対し、世帯全体の勤め先収入と社会保障給付を合算した額の増加分は16%程度。

注）2018年から家計調査に使われる家計簿等の改正が行われたため2018年以降の数値を使用

<40歳未満2人以上勤労者世帯の1月当たり実収入・実支出のトレンド>

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2018⇒2024の差
実収入								
勤め先収入	483,741	506,806	515,604	515,506	539,612	525,507	564,666	80,925
世帯主収入	404,623	419,367	415,709	412,256	436,841	418,897	437,964	33,341
世帯主の配偶者の収入	75,791	85,717	96,784	98,955	99,371	101,840	121,479	45,688
他の世帯員収入	3,327	1,722	3,111	4,295	3,400	4,770	5,223	1,896
社会保障給付	22,850	24,975	23,743	22,894	23,398	24,503	24,710	1,860
公的年金給付	2,732	2,054	2,539	2,417	3,034	3,315	3,118	386
他の社会保障給付	20,119	22,921	21,203	20,478	20,364	21,188	21,592	1,473
実支出								
消費支出	272,090	280,286	267,022	261,644	270,497	270,704	280,544	8,454
直接税	33,273	34,575	35,838	33,657	31,094	33,673	30,582	-2,691
社会保険料	53,172	55,823	56,105	56,418	54,505	57,004	59,373	6,201

82,785円

4%

3,510円

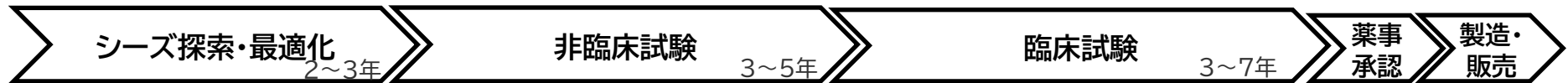
創薬・先端医療 2040 日本発の革新的医薬品で、健康安全保障と経済成長を実現

1. 現状認識・課題

基礎研究力に強み。これまで、創薬のための基盤整備、スタートアップ支援を行ってきたが、シーズの実用化に向けた支援、資金、人材が依然不足している。このため、スピードや、成功確率で更なる改善の余地。

2. 目指すべき姿

民間だけでは解決できない制約を解消し、**有望シーズ**を**迅速**かつ**成功確率高く**、実用化につなげる重点投資



企業の視点による実用化支援(創薬⇒事業)

- ゴールから逆算し、AMEDが採択したアカデミアシーズから**有望シーズを選び、重点的に資金を投入**(企業が求めるデータを示す等、実用化目線での支援・資金を提供)し、魅力あるシーズ(投資先)に磨く。
⇒ 2, 3年で迅速に企業等に導出(死の谷を越える)

国際共同治験倍増

- 国際共同治験を主導できる人材が不足。創薬シーズの海外展開に向けた開発機会が喪失。
- 国際水準の治験が実施できる環境整備を行い、成長戦略の拠点とする。
⇒ 海外展開に向けた開発・製造スピード↑

審査・安全
対策等への
AI導入

⇒ 上市までの
期間を短縮

AI 創薬基盤整備、臨床試験AX

(創薬自律ラボ整備、データ標準化、人材育成、リアルタイム臨床試験)

- 国内スタートアップ等が創薬AXのためのシステム整備等の資金、人材等が不足。
- AI創薬研究の基盤を整備するとともに、治験の文書作成・解析等のAXを推進。
⇒ 開発費用↓、成功確率↑

創薬人材育成・流動化

- 特に、創薬スタートアップで実用化を担う人材や、バイオ製造現場での人材が不足
⇒ 人材の育成・流動化により、必要な人材を確保し、開発や製造スピードや質↑

革新的医薬品のイノベーションの更なる評価の検討

米国の最恵国待遇(MFN)価格政策

MFNは、米国で導入された外国価格参照方式。高所得国間での価格の均衡を目的に、日本を含む参照国の価格水準を踏まえて、米国価格が上市時・市販後に調整される。

MFN価格政策に関するこれまでの動き¹

- 2025年5月
トランプ政権が大統領令を発出。米国の医薬品価格を引き下げするため、外国価格の参照を含む様々な措置を講ずるほか、他国における不当に低い医薬品価格を排除するための貿易策を講じるよう指示。
- 2025年7月
トランプ政権が、大手製薬会社17社に対し、書簡を送付。
- 2025年9月～2026年4月
上記17社との間で、個別合意が成立。
- 2025年11～12月
CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)が3つのMFN価格政策(GENEROUS, GLOBE, GUARD)を公表。

MFN価格政策のスキーム

- 新薬上市時だけでなく市販後にも定期的に外国価格を参照し、米国価格に反映
- 外国価格は、各国の購買力平価調整後の1人当たりGDP値(GDP-PPP)に基づき調整した値を使用

	ホワイトハウスとの個別合意(17社) ²	GENEROUS ³	GLOBE ⁴	GUARD ⁵
参加	任意参加		強制参加	
期間	個別合意に基づく	2026年1月～2030年12月	2026年10月～2031年9月	2027年1月～2031年12月
影響を受ける米国市場のセグメント	新製品：全セグメント 既存品：メディケイド	メディケイド	メディケアパートB	メディケアパートD
参照国	日本を含む8か国		日本を含む19か国	
参照価格	参照国中、2番目に低いネット価格		方式1(標準)： 参照国中、最も低いリスト価格 方式2(任意)： 参照国のネット価格の加重平均値	

1. The White House: Fact Sheet: President Donald J. Trump Announces Deal with Regeneron to Bring Most-Favored-Nation Pricing to American Patients (April 23, 2026)

2. The White House: Savings from Most-Favored-Nation Drug Pricing Policy (May 5, 2026).

3. CMS: GENEROUS (GENERating cost Reductions fOr U.S. Medicaid) Model. 4. CMS: GLOBE (Global Benchmark for Efficient Drug Pricing) Model. 5. CMS: GUARD (Guarding U.S. Medicare Against Rising Drug Costs) Model

アメリカのMFN政策

薬価引上げに関する米英の合意について（2025年12月1日発表）

概要

- 2025年12月1日、米英両国政府は、英国における薬価の引上げ等について合意した旨を発表。
- 両国政府のプレスリリースによると、合意の内容は以下のとおり※¹。
 - ① 英国は、NHS（National Health Service）における新薬の価格を25%引き上げる※²。
 - ② 米国は、英国産の医薬品・医薬品原料・医療技術について、通商拡大法第232条に基づく分野別関税の対象外とする。
 - ③ 米国は、今後、各国の医薬品価格設定に係る通商法301条に基づく調査※³を実施する場合、英国の医薬品価格は調査対象外とする。

※¹ 合意文書そのものは公表されていない。

※² 具体的には、以下により、NHSにおいて政府が製薬企業から医薬品を購入する際の実質的な支出を増加させる。

✓ NHSにおける新薬の費用対効果の評価に係る閾値を引き上げる。

（£ 20,000-30,000/QALY → £ 25,000-35,000/QALY） ※QALY（質調整生存年）= QOL（Quality of life）× 生存年

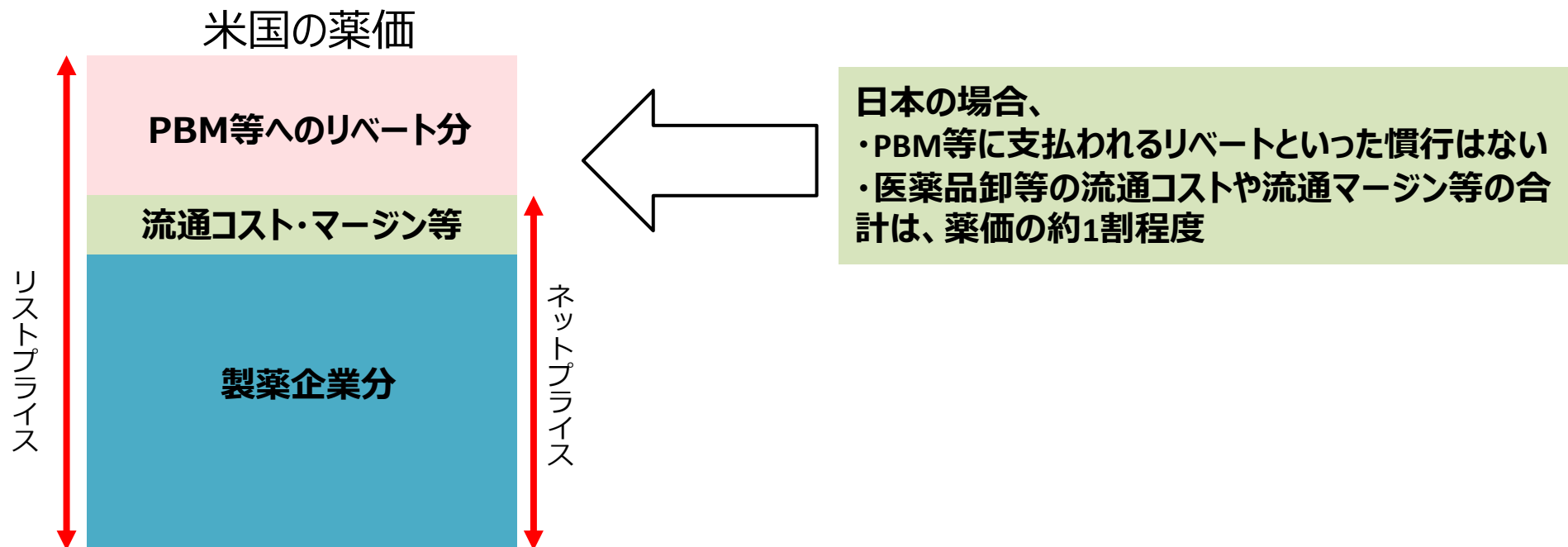
✓ 製薬企業からNHSへのリベート率を15%に引き下げる。

※³ 外国政府による貿易協定違反及び不当、不合理、差別的な貿易慣行等を対象として、これらを是正させるために対抗措置を講ずる前に、米国通商代表（USTR）が実施することを義務付けられている調査。医薬品価格設定についてこの調査を実施する予定であるとの報道がされている。

医薬品の価格構造

一国によって医療保険制度、取引慣行等が異なる中で、薬価をどう比較するかー

- ・米国では、製薬企業が設定する公表価格（リストプライス）が存在するものの、国民が加入する保険プランが多様であるため、実際の取引価格は、保険プランごとに製薬企業と保険会社や医薬品給付管理会社（PBM : Pharmacy Benefit Manager）との個別交渉によって決定。こうしたPBM等へのリベートや各種割引を控除した価格は、一般に「ネットプライス」と呼ばれる。製薬企業の実質的な手取り額は、このネットプライスからさらに各種手数料や制度上の値引き等を差し引いたものとなっている。
- ・日本では、国民皆保険制度の下、政府が全国民に適用される公定薬価を設定。米国のPBMリベートのような慣行は一般的ではなく、製薬企業の実質的な収入は、公定薬価をベースに、医薬品卸等の流通コストや流通マージン等（概ね薬価の約1割）を差し引いた水準となる。
- ・薬価の国際比較を行うに当たっては、各国それぞれ医療保険制度や取引慣行等が異なることから、リストプライス、ネットプライス、あるいは製薬企業の実質的な手取り額といった比較対象となり得る指標が複数存在する中で、何をどのように比較することが適切なのかという課題を解決する必要がある。



2040年に向けての政策の方向性

◆「75歳」の次は、「85歳対策」

- ・認知症対応が社会経済のあらゆる局面で一般化
- ・「おおむね在宅、時々入院、誰もが卒業」に備えた医療・福祉サービス提供体制の構築

◆女性、高齢者、外国人の就業促進

- ・属性・年齢にとらわれずに働く環境、就労促進型制度への転換

◆イノベーションによるヘルスケア

- ・デジタル化の徹底で、サービスの質の向上＋省力化⇒アドバンスト・エッセンシャルワーカーへ
- ・創薬力強化⇒日本経済を支える成長産業としての役割を保ち、安定供給を確保

◆人生100年時代に向けて健康寿命延伸

- ・攻めの予防医療、フレイル・介護の予防

◆医療・介護の持続可能な提供体制改革

- ・担い手問題、地域の実情に応じた提供体制
- ・単身世帯増加、つながりの希薄化⇒地域共生社会（「場」）づくり、公民ミックスでのおひとりさま対応
- ・経済情勢を的確に反映した医療・福祉従事者の処遇改善

◆社会保障制度の持続可能性の確保

・今や、社会保障は、『他人事』ではなく『自分事』⇒給付と負担に敏感。制度への信頼を高める改革が不可避。給付を切り詰めるなら、その分は別途、自身で負担することになるとの理解が必要

※最大課題は日本社会の持続可能性⇒夢を持って、次世代が生まれ、育つ社会 38