

地域包括ケアシステムの深化、持続可能性の確保

厚生労働省 老健局

◇ 現状・課題、論点に対する考え方（検討の方向性）	
① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備	3
② 医療介護連携の推進	7
◇ 現状・課題、論点	
③ 持続可能性の確保	9
◇ これまでの介護保険部会における主なご意見	27
◇ 参考資料	29

今回ご議論いただく論点

- ① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備
- ② 医療介護連携の推進
- ③ 持続可能性の確保

論点① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備

現状・課題

- 3年を1期として都道府県・市町村が策定する介護保険事業（支援）計画について、介護保険法では、
 - ・ 地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して、介護サービスの見込量等を定めること、介護予防及び介護給付費の適正化に関する施策に関する事項について定めること（基本的記載事項）とし、
 - ・ 介護サービス見込量の確保のための方策や介護人材確保、生産性向上に資する取組等について定めるよう努める（任意記載事項）こととしており、具体的な記載方針について、国が基本指針を示すとともに、地域包括ケア「見える化」システムを整備する等により、都道府県・市町村における議論を支援している。
- 具体的には、介護保険の運営主体である市町村が、地域の実情を踏まえ、介護サービスの見込量等を定めた上で、都道府県は、広域的なサービス提供体制の整備の役割を担い、市町村が定めた介護サービスの見込量等を踏まえ、老人福祉圏域ごとの必要利用定員総数や介護サービス見込量等を定め、必要なサービスが確保されるよう支援している。
- 第9期介護保険事業（支援）計画では、中長期的な推計を踏まえた介護サービス基盤の計画的な整備や、地域包括ケアシステムの深化、人材確保及び介護現場の生産性向上等をポイントとして取組を進め、この中で、2040年をはじめとする中長期推計は、介護保険法上、市町村の任意記載事項であるものの都道府県を含めた全自治体で記載されているが、記載内容にはばらつきがある。
また、全ての都道府県において有識者による会議体が設置されている他、一部の都道府県では、老人福祉圏域単位での会議体の設置・議論や、都道府県から老人福祉圏域の構成市町村に対し、「圏域別の中長期の将来推計の提示」や「サービス提供体制の確保を図るために支援を要する市町村への調整・支援」などの取組が行われている。
- 今後、**地域のサービス需要が変化していく中で、3年を1期とする計画とともに、2040年等の中長期の介護サービス見込量を見据えて策定していくことが更に重要**となる。その際、地域における人口減少・サービス需要の変化の特性を意識したきめ細かな介護サービス見込量の推計やサービス提供体制を考えていくことが重要となる。
- また、**医療介護連携、介護予防、高齢者向け住まい等に関する取組や状況**とともに、生産年齢人口が全国的に減少していく中、**人材確保、生産性の向上についても計画の中で考えていくことの必要性が一層高まる**。
- このほか、人手不足、移動時間の課題、生産性向上の必要性など、他分野との共通の地域課題もある中で、地域共生社会の実現に向けて幅広い関係者との協働が必要。

論点① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備

論点に対する考え方（検討の方向性）

- 2040年に向けて、「時間軸」・「地域軸」の両視点から、地域における人口減少・サービス需要の変化など、地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築していくことが重要。
具体的な支援策は今後の介護保険部会・介護給付費分科会における議論によることとなるが、例えば、
 - ・ 「中山間・人口減少地域」では、サービス基盤の維持・確保
 - ・ 「都市部」では、介護サービス需要の当面の増加が見込まれる一方、生産年齢人口の減少により介護人材の確保が更に困難となる中、新たな介護サービス事業者や担い手となる人材の持続的な確保
 - ・ 「一般市等」では、地域の実情に応じて、「中山間・人口減少地域」、「都市部」それぞれに関する課題への対応等が議論となる中、いずれの場合においても、都道府県と市町村が共通の課題認識を持って、市町村を越えた広域的な議論を行うことが不可欠と考えられる。
- こうした状況の変化に伴い、現状では都道府県・市町村ごとに様々な形で行われている中長期的な推計は、保険料の算定に必要なもの、介護給付サービスや地域支援事業の量の見込みの算出や広域的なサービス提供体制の整備に当たり必要不可欠なものとなっている。
このため、**市町村が定めている中長期的な推計**について、保険料の算定に必要な記載事項と位置付けを明確化し、**都道府県についても、2040年に向けての中長期的な推計を介護保険事業支援計画の記載事項へ追加し、必要な情報提供や助言、協議の場の設置等により支援や調整を行っていくことが考えられるのではないか。**
- **中山間・人口減少地域では、前回（第124回）の介護保険部会で議論された「地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み」をはじめとする今後の介護保険部会における議論を踏まえた、サービス提供体制の確保のための方策について、介護保険事業（支援）計画を策定する際に検討し、計画に反映することが重要ではないか。**
- **高齢者向け住まいについては、これまでも計画の中に盛り込まれているが、医療・介護等のサービスが包括的に提供される前提となる高齢者の住まいに対するニーズの高まりや入居者像の多様化に伴い、有料老人ホームの数は増加するとともに、提供されるサービスも多様化しており、「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」の議論も踏まえ、今後、介護保険部会での議論を行い、それらを踏まえた記載事項の整理が必要ではないか。**
- このほか、介護予防や人材確保、生産性の向上に関する事項も含めて今後の介護保険部会での議論を踏まえた記載事項の整理が必要。
- **こうした中長期の地域課題について、市町村を越えた広域的な議論をする仕組みや、検討・議論に資する事項の提示や情報の提供を行うこととしてはどうか。**
- 具体的には、2040年やその先に向けた地域包括ケアを実現するためのサービス提供体制のあり方について検討・議論する際の事項として、以下を例として取り組むことを促してはどうか。

規模別の地域・圏域におけるサービス提供体制のあり方に関する議論にあたっての観点とデータ（案）

	検討の観点	検討のためのデータ
大都市部 ・ 一般市等	【大都市部】 ● 高齢者人口が2040年にかけて増加し続け、介護サービス需要の増加が見込まれるが、一方で、生産年齢人口の減少により介護人材の確保が更に困難となる中、需要に対応するため、新たな介護サービス事業者や担い手となる人材を持続的に確保し続けることができるか。等 【一般市等】 ● 高齢者人口やサービス需要の増減率やピークとなる時期は多様であり、同一市町村内には、「大都市部」や「中山間・人口減少地域」に相当する特色を有する地域もある等、丁寧に議論の単位となる地域を設定し、介護サービス提供体制の議論を行うことが必要。住民の理解のもと、地域の実情に応じ、柔軟な対応を講じていくことができるか。等	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討。 ● 人口推計（2040、2050） ● 認定者数、受給者数 ● 介護サービス見込量 ● 介護サービス事業所、医療機関数 ● 高齢者向け住まい（有料、サ高住、軽費、養護等）の戸数、入居者の状況 等 ● 介護人材確保の状況 ● 医療介護連携・在宅医療の状況 ● 介護保険施設、居住系サービスの医療ニーズへの対応状況
中山間・ 人口減少地域	● 高齢者人口が増減し、介護サービス需要の状況が2040年までの間に増加から減少へ転じることが見込まれ、既に、中山間や人口減少エリアを抱えている地域もあるが、このような地域において、2040年やその先に向けても持続可能な介護サービス提供体制や介護人材を確保・維持できるか。 ● 介護サービスや介護人材が既に相対的に極めて少ない中で、中山間・人口減少地域を対象とした新たな取組の活用や周辺自治体からの介護サービスや介護人材確保や異なる法人・サービス種別も含めた事業者間連携等を通じて、必要な介護サービスの提供が継続される体制を確保することを議論してはどうか。	○区域内にアクセスの課題がある地域が含まれる場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討。 ● 当該地域に居住する利用者へのサービス提供に関する支援 ● 隣接市町村等を通じた介護・医療サービスの確保 等

地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備（全体像）

市町村介護保険事業計画 （需要量の算定等）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み
- 各年度における必要定員総数（地域密着に限る）
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- **介護サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計（全ての市町村で実施）**
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項



都道府県介護保険事業支援計画 （基盤整備）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえた、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
- **市町村の計画を踏まえた、介護サービスの種類ごとの量に関する中長期的な推計（多くの都道府県で実施）**
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項



新たに計画への位置付け

- **市町村に加えて、都道府県においても2040年に向けた中長期的な推計を実施**
⇒ 都道府県と市町村が共通の課題認識をもつ
- **中長期的な推計を踏まえ、地域における2040年に向けたサービス提供の在り方について都道府県・市町村及び関係者間で議論**
⇒ 中山間・人口減少地域対応、高齢者向け住まいなど、**中長期的な推計を踏まえた地域課題への対応**
⇒ 医療介護連携、人材確保・生産性向上など、市町村を越えた広域的な議論が必要な課題については、**圏域単位等での議論も実施**

論点② 医療介護連携の推進

現状・課題

- 2040年に向けて、85歳以上の人口が増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える者が急増する中、地域包括ケアシステムにおいて、これらの者が適切な医療・介護サービスを受けられるよう受け皿を確保する必要があるほか、急変があった際に必要な通院、入院等ができるよう、医療、介護の連携を強化していく必要がある。また、慢性期の患者が増加し、医療機関、介護保険施設等、在宅のいずれかでケアされる状況の中、在宅や介護施設における高齢者救急を支える包括的な機能を有する医療機関との連携も必要となる。
- 医療と介護の連携について、第9期計画基本指針では、市町村が主体となって日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要であるとともに、都道府県による支援として、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析等の具体的な支援策を定めることが重要としたところ。また、都道府県は、介護保険事業支援計画の作成に関して、老人福祉圏域ごとに市町村相互間の連絡調整を行う機関を設置する等の老人福祉圏域や二次医療圏を単位とする広域的調整を図るために必要な市町村に対する支援を行うことが重要としたところ。
- この点、現状においては、
 - ・ 都道府県は、医療計画、介護保険事業支援計画を一体的に作成し、計画の整合性を確保するための医療介護総合確保方針に基づく協議の場を、原則、二次医療圏単位（老人福祉圏域と概ね一致）で設置することとされているが、協議が行われていない区域が一定数存在する。
 - ・ 介護保険事業計画について老人福祉圏域単位で調整・協議するための会議体が設置されているが、一部の都道府県にとどまっている。
- また、令和6年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定を行ったところであるが、協力医療機関について、協力医療機関が確保できていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。協力医療機関の確保が進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整することも含め、検討することが重要である。
- こうした中、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想では、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含めた将来の医療提供体制全体の構想とすることが、医療法等の一部改正法案で検討されており、地域医療構想調整会議で在宅医療や介護との連携等を議題とする場合には市町村の参画を求めることが想定されている。
- 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえた検討が必要としたところ。療養病床の確保は、構想区域・二次医療圏単位で検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作るとは、運営上の課題が懸念されることを踏まえ、構想区域単位等の範囲で将来の提供について検討することとし、提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとされている。
- **2040年に向けて、地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化や、現在の医療介護の提供体制の状況とその活用について、組み合わせて考えていくことが重要**である。地域によって、医療資源や介護資源の状況は様々であり、地理的な制約もある。地域において、医療機関・介護事業者双方について、ネットワークを構築していく必要がある。そのためには、**これらの医療資源・介護資源の状況を地域ごとに見える化する必要があり、分析し、更には今後どのように取り組んでいくべきか考察する必要がある。**

論点② 医療介護連携の推進

論点に対する考え方（検討の方向性）

- 医療と介護の連携という観点でも、2040年に向けて、地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築していくことが求められるなか、現行の仕組みを前提とした上で、都道府県と市町村が共通の課題認識をもち、市町村を越えた広域的な議論を行い、必要な取組を進めることが求められる。
- **第10期**における足元の検討事項として、具体的には、
 - ・ 請求情報（NDB、介護DB）等に基づく**地域の医療介護の提供体制に係る地域課題の検討**
 - ・ **慢性期の患者について、患者像が一部重複する者を対象とするサービス（療養病床・在宅医療・介護保険施設）が具体的にどのように受け皿となっていくかの検討**
 - ・ **高齢者施設等と協力医療機関の連携について未対応の施設へのマッチング** 等について、**医療介護総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場の議論の対象とし、実効性の伴う開催時期等を含めて、必要な見直しを行うことが考えられるのではないか。**
- 他方、**第11期以降、2040年に向けた中長期的な検討事項**として、具体的には、
 - ・ **医療と介護それぞれの2040年の見込み量、地域における医療・介護のあり方**
 - ・ **医療や住まいも含めた需要に適した提供体制への転換**
 - ・ **事業所の協働化等、連携の推進の検討**
 - ・ **広域的な医療・介護提供体制の必要性の検討**
 - ・ **地域の実情に応じた課題（例：入退院支援における医療と介護の連携のあり方の検討）** 等について、**新たな地域医療構想の策定スケジュールも踏まえつつ、医療介護総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場で必要な議論を行うとともに、2040年に向けた医療介護連携に係る提供体制等について本格的に議論していくため、圏域単位等で調整・協議する場を開くことを検討することが考えられるのではないか。**

論点③ 持続可能性の確保

現状・課題

- ・ 介護保険制度の見直しに関する意見10
- ・ 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）17
- ・ 全世代型社会保障構築会議 報告書21
- ・ 経済・財政新生計画 改革実行プログラム202422
- ・ 経済財政運営と改革の基本方針202525

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）

（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）（抄）

Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

（1）総合的な介護人材確保対策

- ・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施
- ・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
- ・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進

（2）生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現

○地域における生産性向上の推進体制の整備

- ・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開
- ・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
- ・地方公共団体の役割を法令上明確化

○施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用

- ・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
- ・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
- ・在宅におけるテクノロジー活用に応じた課題等に係る調査研究

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応

○経営の大規模化・協働化等

- ・社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる横展開
- ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」も踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討

○文書負担の軽減

- ・標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施

○財務状況等の見える化

- ・介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
- ・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討

2. 給付と負担

（1）高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○1号保険料負担の在り方

- ・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

- ・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○補足給付に関する給付の在り方

- ・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討

（※）次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論

（2）制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

- ・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○ケアマネジメントに関する給付の在り方

- ・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

- ・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

（3）被保険者範囲・受給者範囲

- ・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

介護保険制度の見直しに関する意見①

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

2. 給付と負担

(総論)

- 介護保険制度は、その創設から22年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。
- 一方、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3.7倍の13.3兆円（令和4年度予算ベース）になるとともに、1号保険料の全国平均は6,000円超となっている。今後、一人当たり給付費の高い年齢層の急増が見込まれることも踏まえた対応が必要となる。
- こうした状況の中で、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費及び利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっている。
- このような認識の下、令和2年介護保険制度改正における部会の「介護保険 制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日）や、全世代型社会保障構築会議における議論、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）、「新経済・財政再生計画改革工程表2021」（令和3年12月23日経済財政諮問会議）等を踏まえ、負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の適正化の視点に立ち、以下の論点について検討を行った。

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

(1号保険料負担の在り方)

- 介護保険制度の持続可能性を確保するためには、低所得者の保険料上昇を抑制することが必要であり、負担能力に応じた負担の観点から、既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行うことが適当である。
- 具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得ることが適当である。

介護保険制度の見直しに関する意見②

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

(「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準)

- 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 利用者負担が増えれば、必要な介護サービスの利用控えにつながり、生活機能の悪化につながることから慎重に検討すべき。
 - ・ 高齢者の生活が苦しい中、後期高齢者医療制度の自己負担割合が引き上げられ、さらに介護保険の利用者負担を引き上げることは大きな不安がある。
 - ・ 保険料は応能負担で良いが、利用者負担を応能負担とするのは反対。医療保険制度との比較やこれまでの利用者負担の見直しの延長線上で利用者負担を強化すべきではない。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 現役世代の社会保険料負担は限界に達しており、介護は医療に比べて費用の伸びが大きいことも踏まえると、保険料の上昇抑制のためには利用者負担の見直しが必要。
 - ・ 65歳以上の高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく中で、制度の持続可能性を高めていくため、世代間、制度間、制度内での給付と負担のバランスや公平性を確保しつつ、被保険者の方の応能・応益の観点で見直す必要がある。
 - ・ 後期高齢者医療制度では上位所得30%を基準に2割負担が導入されたところであり、制度間のバランスを踏まえ見直すことが必要。
 - ・ 能力に応じて皆が支え合うという観点から、負担能力のある高齢者には、適切な負担を求めていくことが重要。低所得者に配慮しつつ、利用者負担は原則2割負担とし、3割負担の対象も拡大すべき。
- また、負担能力等に関して、以下の意見があった。
 - ・ 負担能力に応じた負担という考え方は重要だが、新たに負担増が想定される方々の生活実態をよく調査し、見直しの影響を見極めた上で検討する必要がある。
 - ・ 介護サービスは、医療サービスと異なり利用が長期にわたるものなので、費用負担増が長期にわたって影響する点を踏まえることが重要。
 - ・ 急激な負担増とならないような配慮をしていくことも必要ではないか。
 - ・ マイナンバー制度の活用を含め、所得だけでなく資産も捕捉し勘案していくという観点も重要ではないか。
- こうした議論を踏まえ、「一定以上所得」(2割負担)の判断基準について、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得ることが適当である。
- 「現役並み所得」(3割負担)の判断基準については、医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

介護保険制度の見直しに関する意見③

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

(補足給付に関する給付の在り方)

- 補足給付に関する給付の在り方については、
 - ・ サービス利用者の生活がさらに苦しくなり、生活を維持できなくなるようなことがないよう慎重に検討する必要がある、
 - ・ 補足給付の対象を拡大すべき等の意見があった。
- また、公平性を確保する観点から、マイナンバー制度の活用を含め、より精緻で効率的な資産把握を目指していくべきといった意見もあった。
- 補足給付に係る給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

(多床室の室料負担)

- 多床室の室料負担の見直し(介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料を保険給付の対象外とすること)について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 介護老人保健施設及び介護医療院は、医療提供施設として在宅復帰のためのリハビリや濃厚な治療等を行っており、入所者・退所者の状況や居住環境も特別養護老人ホームとは異なるため、室料を求めるべきでない。
 - ・ 利用控えにより必要なサービスを利用できなくなることがないようにすべき。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 在宅と施設、施設種別間の公平性、介護保険財政、負担能力のある方には負担していただくといった観点から、室料は利用者負担として保険給付の対象外とすべき。
 - ・ 介護老人保健施設及び介護医療院の入所者・退所者の状況についても、特別養護老人ホームと同様の実態が一定みてとれる。
- 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要がある。

介護保険制度の見直しに関する意見④

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

(ケアマネジメントに関する給付の在り方)

- ケアマネジメントに関する給付の見直し（利用者負担を導入すること）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ サービスの利用抑制の懸念や、質が高く適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点、障害者総合支援法における計画相談支援との整合性の観点から慎重に検討すべき。
 - ・ 介護支援専門員は、本来業務であるケアマネジメントに付随して各種の生活支援等を行っているほか、公正・中立性が重視されている点などを踏まえると、利用者負担を求めている他の介護保険サービスとは異なるため、現行給付を維持すべき。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 介護費用が大幅に伸びていくなかで、サービス利用の定着状況や、ケアマネジメントの専門性の評価、利用者自身のケアプランに対する関心を高めることを通じた質の向上、施設サービスの利用者は実質的にケアマネジメントの費用を負担していることなどから、利用者負担を導入すべき。
 - ・ 将来的なケアマネに対する財源確保や人材確保の観点からも、他のサービスと同様に利用者負担を求めることも一つの方向性としてあってもよいのではないか。
- このほか、
 - ・ ケアマネジメントについては、給付対象となるサービスの適用範囲の明確化やセルフケアプランの位置付けについても検討する必要がある
 - ・ 今後増加する独り暮らしや認知症のある利用者の生活支援が継続的かつ総合的に行えるよう、環境整備が必要との意見があった。
- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期計画期間の開始までの間に結論を出すことが適当である

介護保険制度の見直しに関する意見⑤

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

(軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方)

- 軽度者(要介護者1・2の者)に対する給付の見直し(軽度者の生活援助サービス等の地域支援事業への移行)について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 現在の要支援者に関する各地域での対応状況を踏まえると、保険者や地域を中核とした受皿整備を進めることが必要で、時期尚早。
 - ・ 総合事業の住民主体サービスが不十分で、地域ごとにばらつきがある中、効果的・効率的・安定的な取組は期待できない。
 - ・ 軽度者とされる要介護1・2は認知症の方も大勢いることも含めて、要介護1・2の人たちに対する重度化防止の取組については、特に専門的な知識やスキルを持った専門職の関わりが不可欠であり、移行に反対。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 今後、人材や財源に限りがある中で、介護サービス需要の増加、生産年齢人口の急減に直面するため、専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化することが必要であり、見直しを行うべき。
 - ・ 今後の生産年齢人口減の時代を見据えて、専門職によるサービス提供の対象範囲と受け皿となるサービスの観点から、環境整備を検討すべき。地域の実情に合わせて実施したほうが効果的であると考えられるものは、保険給付の増加を抑制する観点からも地域支援事業へ移行すべき。
- このほか、
 - ・ 住民の主体的な参画によるサービス活動の実施が当初の期待どおりに広がっていないのが現状であり、その要因を把握し、改善を図られるよう併せて検討すべき
 - ・ 見直しの範囲について、移行対象として想定しているのは訪問介護や通所介護の全てなのか、あるいはこれらのうちの生活援助的なサービスのみなのかを考える必要がある
 - ・ 地域の多様な主体によるステークホルダーによる柔軟なサービス提供をより充実していく観点からは、まず移行ありきではなくて、新規あるいは要介護認定を受けた方でも利用できるようにするなど、利用者の選択肢を見直して充実させることも考えていくべき
 - ・ 利用者はもとより、介護保険の運営主体である市町村の意向を尊重すべきとの意見もあった。
- 軽度者(要介護1・2の者)への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の総合事業に関する評価・分析等を行いつつ、第10期計画期間の開始までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出すことが適当である。

介護保険制度の見直しに関する意見⑥

(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)

(3) 被保険者・受給者範囲

- 被保険者範囲・受給権者範囲については、第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、
 - ・ 若年層は子育て等に係る負担があること、受益と負担の関係性が希薄であることから反対、
 - ・ 現役世代の負担を減らしていくことが必要であることから、まずは現行の制度の中で給付と負担に関する見直しを着実に実施することが先決
などの意見があった。
- その一方で、
 - ・ 将来的には、介護保険の被保険者範囲・受給者範囲を拡大して介護の普遍化を図るべき、
 - ・ 高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、要介護認定率の状況等も踏まえながら第1号被保険者の対象年齢を引き上げる議論も必要、
 - ・ 現実に40歳未満の若年層でも介護をしている実態があり、家族が介護保険サービスを受けることで安心して仕事の両立が図られるという面もあるのではないか、
などの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）①

（令和５年１２月２２日閣議決定）（抄）

I. 今後の基本的な方向性

２．このため、全世代型社会保障を構築する観点から、「全世代型社会保障構築会議報告書」（令和４年１２月１６日全世代型社会保障構築会議。以下「報告書」という。）で示された、以下の「全世代型社会保障の基本理念」に基づき、社会保障の制度改革やこれを通じた歳出の見直しに取り組むこととする。

（１）「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。将来にわたって社会保障制度を持続させるためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。

（２）能力に応じて、全世代で支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものであり、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直していく必要がある。

（３）個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るためのものであるが、同時に、社会全体も幸福にするものであり、社会的に大きな効果をもたらすものである。

（４）制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

今後、労働力が更に減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営情報の見える化と併せた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。その上で、医療・介護などのサービス提供体制については、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

（５）社会保障のＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む

データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たすものである。また、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、活用を推進することによって、個別の社会保障政策におけるＥＢＰＭの実現を目指す必要がある。あわせて、デジタル技術の積極的な導入によって、給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行える環境を整備していくことが重要である。こうしたことを含め、社会保障全体のＤＸを進めるべきである。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）②

（令和５年１２月２２日閣議決定）（抄）

Ⅱ. 今後の取組

２. 医療・介護制度等の改革

＜② 「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方）

- ・ ケアマネジメントに関する給付の在り方（利用者負担等）については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度）までの間に結論を出す。
- ・ 軽度者（要介護１及び２の者）への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）に関する評価・分析や活性化に向けた取組等を行いつつ、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度）までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出す。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）③

（令和５年１２月２２日閣議決定）（抄）

（能力に応じた全世代の支え合い）

◆ 介護保険制度改革（利用者負担（２割負担）の範囲の見直し、多床室の室料負担の見直し）

- ・ 利用者負担が２割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについては、以下の内容につき、引き続き早急に、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度～）の前までに、結論を得る。
 - （ⅰ）利用者負担の「一定以上所得」（２割負担）の判断基準¹⁰について、以下の案を軸としつつ、検討を行う。
 - ア：直近の被保険者の所得等に応じた分布を踏まえ、一定の負担上限額を設けずとも、負担増に対応できると考えられる所得を有する利用者に限って、２割負担の対象とする。
 - イ：負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限額を設けた上で、アよりも広い範囲の利用者について、２割負担の対象とする。その上で、介護サービス利用等への影響を分析の上、負担上限額の在り方について、2028年度までに、必要な見直しの検討を行う。
 - （ⅱ）（ⅰ）の検討に当たっては、介護保険における負担への金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて早急に検討を開始する。
- ・ 令和６年度介護報酬改定で決定した、一部の介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の見直しを着実に実施する。その上で、引き続き、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、更なる見直しを含め必要な検討を行う。

10 年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）である者（かつ合計所得金額については、160万円以上220万円未満）。

（注）令和６年度予算編成 大臣折衝事項（令和５年12月20日）（抄）

介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の見直しについては、介護給付費分科会における議論を踏まえ、一部の施設（介護老人保健施設においては「その他型」及び「療養型」、介護医療院においては「Ⅱ型」）について、新たに室料負担（月額８千円相当）を導入する。その上で、引き続き、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、更なる見直しを含め必要な検討を行う。（令和７年８月施行）

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）④

（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

◆ 医療・介護保険における金融所得の勘案

- ・ 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。

◆ 医療・介護保険における金融資産等の取扱い

- ・ 預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う。介護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考えるかといった指摘があることも踏まえ、検討を行う。

◆ 医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等

- ・ 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、現役世代の負担が増加することや、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある者への2割負担の導入）の施行の状況等に留意する。
- ・ 介護における「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。

全世代型社会保障構築会議 報告書

(令和4年12月16日全世代型社会保障構築会議) (抄)

Ⅱ. 全世代型社会保障の基本的考え方

2. 全世代型社会保障の基本理念

◆ 能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあつては、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。

医療・介護制度等の改革	2024年度 「主担当府省庁等」		集中取組期間				2028年度 ～2030年度	
			2025年度		2026 年度	2027 年度		
	年末	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
	⑬介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方、第1号保険料負担の在り方）							
	2024年度から議論を開始。ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い結論を得る。				その結果に基づき必要な制度改革等を実施する。			
	2024年度から議論を開始。軽度者（要介護1及び2の者）への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、現行の介護予防・日常生活支援総合事業に関する評価・分析や活性化に向けた取組等を行いつつ、市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い結論を得る。				その結果に基づき必要な制度改革等を実施する。			
	《厚生労働省》							
	⑭サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化							
	サービス付き高齢者向け住宅等における入居者に対する過剰な介護サービスの提供（いわゆる「囲い込み」）について、いわゆる囲い込みを行う事業者の運営・経営上の特徴や課題等の事業実態を把握したうえで、より実効的な点検を徹底するとともに、実態把握の結果を踏まえ、介護サービス提供の適正化に向けた更なる方策を検討し、必要な対応を行う。							
	《厚生労働省》							
	⑮福祉用具貸与のサービスの向上							
	2024年度から開始された福祉用具の貸与と販売の選択制の導入等による効果や課題等を調査・検証を行い実態を把握。				調査結果を踏まえ、次期介護報酬改定において必要な対応を検討。			
	《厚生労働省》							

22

	2024年度 「主担当府省庁等」	集中取組期間				2028年度 ～2030年度
		2025年度		2026 年度	2027 年度	
		年末	通常国会	年末	通常国会	
医療・介護制度等の改革		概算要求 税制改正要望等				
		(能力に応じた全世代の支え合い) ⑱介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲の見直し、多床室の室料負担の見直し）				
		利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについては、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、結論を得る。		その結果に基づき必要な制度改正等を実施する。		
		2024年度介護報酬改定で決定した、一部の介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の見直しを着実に実施する。その上で、引き続き、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、更なる見直しを含め必要な検討を行い、その結果に基づき必要な制度改正等を実施する。				
	「厚生労働省」					
	⑲医療・介護保険における金融所得の勘案					
	国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。					
	「厚生労働省」					
	⑳医療・介護保険における金融資産等の取扱い					
	預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う。 介護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考えるかといった指摘があることも踏まえ、検討を行う。					
	「厚生労働省」					

	2024年度 「主担当府省庁等」	集中取組期間				2028年度 ～2030年度
		2025年度		2026 年度	2027 年度	
	年末	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
医療・介護制度等の改革	②医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等					
	年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、現役世代の負担が増加することや、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある者への2割負担の導入）の施行の状況等に留意する。					
	介護における「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。					
	「厚生労働省」					
	②障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現					
	2024年度障害福祉サービス等報酬改定の検証調査を行いつつ、障害者が希望する地域生活の実現、多様化する利用者のニーズに応じた質の確保・向上、制度の持続可能性の確保の観点から、サービス間・制度間の公平性を踏まえ、報酬改定におけるサービスの質等に応じたメリハリある報酬設定等、公平で効率的な制度の実現に向けた検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。					
	「厚生労働省、こども家庭庁」					
	（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等）					
	③高齢者の活躍促進					
	高齢者の活躍に取り組む企業の事例の展開を図るとともに、企業への専門家の派遣や助言、助成金の支給等により、定年の引上げ等に取り組む企業を支援する。ハローワークの生涯現役支援窓口において高齢者の再就職支援に取り組むとともに、シルバー人材センターにおいて多様な就業機会の提供に取り組む。					
	高齢者の地域における自立した日常生活の支援や社会参加を促進する観点から、介護予防・日常生活支援総合事業の充実について、「総合事業の充実に向けた工程表」に基づいて活性化に向けた具体的な方策を講ずることにより、保険者が集中的に取り組むことのできる環境整備を進める。					
	「厚生労働省」					

経済財政運営と改革の基本方針2025

(令和7年6月13日閣議決定) (抄)

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

(中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築)

現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。

(中略)

現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めEBPMによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

(中長期的な介護提供体制の確保等)

(前略) 介護保険制度について、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担の見直しに関する課題について、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

論点③ 持続可能性の確保

論点

- 給付と負担については、令和5年介護保険制度改革に向けての部会においても、負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の適正化の視点に立ち、検討を行い、「介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日介護保険部会）」をとりまとめた。
- その後、全世代型社会保障構築会議で、社会保障全般について総合的な検討が行われ、令和5年12月22日には「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」が閣議決定され、「全世代型社会保障の基本理念」（18頁）に基づき、社会保障の制度改革やこれを通じた歳出の見直しに取り組むこととされた。
- 本年6月13日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025」においても、
 - ・ 現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。
 - ・ 介護保険制度について、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担の見直しに関する課題について、2025年末までに結論が得られるよう検討する。とされている。
- これらを踏まえ、次期制度改革に向けてどのように考えるか。

これまでの介護保険部会における主なご意見①

(論点① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備)

- 将来の人口推計に基づいた介護需要と、要介護認定者が増加しているにもかかわらず介護保険施設の稼働率が低下傾向にある足元の実態を組み合わせ、真に必要な精緻な需要を推計する必要がある。また、必要に応じて適宜将来の需要推計を見直すことも検討すべき。
- 中山間・人口減少地域では、既に参考となる取組、課題が顕在化しているところもあると思われる。実態を把握するとともに、参考となる取組を紹介するなど、それぞれの地域の実態に合わせた事業計画を立案できるように進めていく必要がある。
- 二次医療圏と老人福祉圏域を中心に、より細かい単位で可視化することで、自治体の方々はそのデータを基に様々な計画を立てることが可能になるため、データを見せていくことが非常に必要。人口だけでなく、医療と介護の利用状況などのニーズを細かく示すことが、国に求められる。

(論点② 医療介護連携の推進)

- 地域包括ケアシステムの構築において医療と介護の連携強化は不可欠であり、そのためには市町村・県の果たす役割は極めて重要。医療計画と介護計画の整合性を図り、両者が連携して調整を進めることをお願いしたい。
- 医療と介護の連携強化については、在宅医療・介護連携推進事業の主体である市町村と医療計画を推進する都道府県がそれぞれの役割をしっかりと意識し、共通認識を持つことが重要。
- 地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化、現在の医療・介護の提供体制の状況とその活用について、介護保険事業計画への適切な反映は必要。都道府県や市町村が担うべき役割の整理をしっかり行い適切な地域、範囲、会議体の設定など、実効的な体制整備をすべき。
- 医療・介護連携の好事例や動きやすくするような仕組みづくりが必要。
- 地域医療構想と介護保険事業（支援）計画の「整合性の確保」は非常に重要な観点であり、具体的な方策について今後詳細に検討していくことが必要。

これまでの介護保険部会における主なご意見②

(論点③ 持続可能性の確保)

- 制度の持続可能性を確保していくためには、介護サービスを支える負担をどうしていくのかといった大前提の課題がある。制度を支える現役世代の負担の軽減、保険料負担の抑制に向けて、給付と負担の見直しについても考慮しながら丁寧に議論してほしい。
- 現役世代が負担している第2号保険料が増え続けている状況が今後も続くことが予想され、今後の検討に当たっては、現役世代の負担軽減を検討の観点に入れて、見直しをすべき。そのためには、より踏み込んだ、あるいは幅広い観点からの給付と負担の見直しというものが不可欠。
- とにかく先送りすることのないよう、給付の裏には負担の在り方についても必ずセットで対応しなければならないという前提で、結論を出していただきたい。
- 国民としてどこまで負担いただけるかというのは、国民的な幅広い議論が必要。保険料財源が限界であれば、もちろん応能負担していただく前提で、保険料財源を除けば公費だけであり、新たな公費の投入を検討せざるを得ない状況という認識。持続可能性の観点からは、しっかりと安定かつ恒久的な財源の確保は避けられない。
- 現役世代はもう払えないという声がある中で、高齢者の方の生活をできるだけ保ちつつ、健康などを阻害しない範囲で、どこまで高齢者の方が負担できるかというのを、やはり我々はデータで示していく必要。
- 給付と負担の見直しにあたっては、低所得者、低資産の人に十分な配慮をした上で、短期的な視点と長期的な視点を持って、高齢者の生活の厳しさやサービスの利用控えが生じていないかなどの検証をすることが必要。

参考資料

- ・ 論点① 地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ（令和7年7月25日）（抜粋）

2. 人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制の方向性

（5）支援体制の構築など共通事項

- 地域に応じたサービス提供体制の変化が生じる中、地域特性に応じてそれを支援する機能が求められる。その前提として、地域における介護・医療の現在の状況をエリア別に見える化し、各地域におけるサービスの需要の変化とあわせ、今後の2040年を見据えた変化も踏まえつつ、分析した上で、関係者間で共有・議論を行う必要がある。
その際、高齢者数が増加する一方で、介護保険施設の稼働率が低下傾向にある等の実態も踏まえてサービス需要等を推計すべきであるとの意見があった。
- 地域の状況に応じ、介護分野でも引き続き、比較的力のある市町村が中心となってまとめていく形や、都道府県がイニシアティブをもって進めていく形を進めていくことも考えられる。人口減少局面にある地域を中心に、複数の市町村が合同で広域的に介護保険の運営を行う広域化も有用であると考えられる。
- 人口構造の変化に対して、サービスを過不足なく提供、維持するためには、どの地域の類型においても都道府県や市町村の役割は重要である。地域軸・時間軸の両視点を取り入れながら、2040年に向けて、地域のサービス需要の変化に応じ、介護保険事業計画等のあり方や広域化等の取組の中で、それぞれの地域の類型に応じた対応策（※）をどのように検討していくか、どのようにサービス提供体制を確保するための支援体制を構築していくかについて、今後、介護保険部会等において関係者とともに議論していく必要がある。
（※）サービスの質の確保や、そのための適切なサービスのあり方の検討を含む。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ（令和7年7月25日）（抜粋）

4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性

（2）地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携

- 2040年に向けて、地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化や、現在の医療介護の提供体制の状況とその活用について、組み合わせて考えていくことが重要。地域によって、医療資源や介護資源の状況は様々（※）であり、地理的な制約もある。地域において、医療機関・介護事業者双方について、ネットワークを構築していく必要がある。そのためには、これらの医療資源・介護資源の状況を地域ごとに見える化する必要があり、分析し、更には今後どのように取り組んでいくべきか考察する必要がある。

（※）医療・介護資源について、地域別に3分類に分けて考えるべきとの意見があった。

中山間・人口減少地域：医療・介護需要の双方が低下

大都市部：外来を含めた医療需要、介護需要ともに増加。

一般市等：外来を含めた医療ニーズが減少する一方、介護需要は当面伸びやがて減少に転じていく。

- 今般、地域医療構想や医療計画の見直しに伴い、都道府県に医療機関の機能を報告する制度改正も検討されており、都道府県に情報がより集約されることとなる。地域医療構想等との接続の観点から、都道府県の担うべき役割や市町村の担うべき役割の整理を行うとともに、地域において様々な場面や主体間で医療と介護が連携して対応していくことが必要であり、制度的な議論が必要である。

- 医療、介護の状況を地域別に見える化し、分析して提供体制を考える必要がある。新たな地域医療構想の検討でも、今後課題に応じて地域医療構想調整会議に市町村が参画することとされている。地域医療構想と介護保険事業計画を擦り合わせるためには、人口動態に基づく需要予測や医療資源の把握などのデータ分析、過去からのトレンドからの変化等を踏まえた考察が必要となる。国等による支援の在り方や、大学等の機関が自治体のデータ分析を支援する取組、地方における関係団体の関わり、地域で議論する場（※）の設定など、制度的な議論が必要である。

（※）地域において、2040年に向けて、いわば介護や障害福祉の構想を協議する協議の場の設置が必要との意見があった。

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会 開催経緯

社会保障審議会介護保険部会（第123回）

参考資料 2

令和7年7月28日

趣旨・目的

- 地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護等のサービスが包括的に提供される前提となる高齢者の住まいの確保は重要であり、そのニーズの高まりや多様化に伴い、有料老人ホーム(※)の数は増加するとともに、提供されるサービスも民間の創意工夫により多様化している。一方、**入居者に対する過剰な介護サービスの提供（いわゆる「囲い込み」）に加え、入居者保護や入居者紹介事業をめぐる事案など、有料老人ホームの運営や提供されるサービスに関する透明性・質の確保に関する課題**もある。
- こうした状況を踏まえ、**有料老人ホームの多様な運営方法やサービスの提供実態を把握**するとともに、多様なニーズに対応しつつ、**運営やサービスの透明性・質の確保を図るための方策等**を検討。

(※) サ高住の約96%は有料老人ホームに該当

構成員等

井上由起子 日本社会事業大学専門職大学院教授
植村 健志 一般社団法人全国介護付きホーム協会副代表理事
江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
川田 力也 民間介護事業推進委員会代表委員
木本 和伸 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課長
倉田 賀世 熊本大学法学部教授
◎駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授
高野 龍昭 東洋大学福祉社会デザイン学部教授
田母神裕美 公益社団法人日本看護協会常任理事

中澤 俊勝 公益社団法人全国有料老人ホーム協会理事長
(高齢者住まい事業者団体連合会副代表幹事)
濱田 和則 一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
北條 雅之 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課長
保木口知子 独立行政法人国民生活センター理事
宮本 俊介 一般社団法人高齢者住宅協会住宅・住生活部会部会長
矢田 尚子 日本大学法学部准教授
(オブ)
里村 浩 公益社団法人全国老人福祉施設協議会事務局長兼常務理事
村上かおる 一般社団法人全国介護事業者連盟事務局長
津曲 共和 国土交通省住宅局安心居住推進課長

(6月20日時点)

これまでご議論・ご意見いただいた事項

(1) 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方

(i) 有料老人ホームにおけるサービスの質の確保等

有料老人ホームをはじめとする高齢者住まいの役割、有料老人ホームにおける介護・医療サービスの質の確保、安全性の確保、

(ii) 利用者による有料老人ホームやサービスの適切な選択

入居契約の性質や契約規則の必要性、望ましい情報提供のあり方、入居契約時において説明されるべき事項、高齢者や家族等への意思決定支援の必要性、入居者紹介事業の役割と課題、入居者紹介事業の透明性や質の確保等について

(iii) 有料老人ホームの定義について

(iv) 地域毎のニーズや実態を踏まえた介護保険事業（支援）計画の作成に向けた対応

(2) 有料老人ホームの指導監督のあり方

届出制や標準指導指針による現行制度の課題、参入時の規制のあり方、標準指導指針や参入後の規制のあり方、行政処分の限界と対応の方策

(3) 有料老人ホーム等における囲い込み対策のあり方

(i) 住宅型有料老人ホームにおける介護サービスの提供

出来高報酬型の介護保険サービス等が一体的に提供されている事業経営モデルの問題点、当該事業経営モデルにおけるケアマネジャーの独立性・中立性の確保、当該事業経営モデルにおける事業運営の透明性の向上

(ii) 特定施設入居者生活介護

特定施設への移行や外部サービス利用型の活用促進等について

開催状況・今後のスケジュール

(第1回) 2025年 4月14日 (月) 現状・課題について
(第2回) 2025年 4月28日 (月) ヒアリング等

(第3回) 2025年 5月19日 (月) ヒアリング等
(第4回) 2025年 6月20日 (金) これまでの議論の整理 (案)

➡ 第4回までの意見を反映した「議論の整理」を公表し、引き続き検討を深め、秋頃とりまとめ

1. 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方

（i）有料老人ホームにおけるサービスの質の確保等

（有料老人ホームをはじめとする高齢者住まいの役割）

- ◆ 有料老人ホームなどの高齢者向け住まいは、地域包括ケアシステムの中核としての役割が期待されるのではないかな。
- ◆ 高齢者向け住まいにおいても看取りの対応が進んでおり、人生の最期まで尊厳が保たれるサービスになっていくべきではないかな。

（有料老人ホームにおける介護・医療サービスの質の確保）

- ◆ 住宅型有料老人ホームのうち、要介護者の受入が可能で、介護サービスの提供体制を備えているホームは、入居者の介護サービスの選択や提供、質の確保に大きな影響を与える可能性があり、特に入居者保護の必要性が高いのではないかな。
- ◆ 介護・医療ニーズや夜間・緊急時対応を想定した職員配置基準や、施設管理者に対する資格基準、重度者対応に関する研修の実施、指針の整備、虐待防止に関する取組の基準等が必要ではないかな。
- ◆ 法人としての考え方や方針、計画などを十分に確認できる仕組みが必要ではないかな。

（有料老人ホームにおける安全性の確保）

- ◆ 中重度の要介護者を含む入居者に対して、有料老人ホームや併設サービスの責任の所在や範囲が不明確ではないかな。重度になっても住み続けられるというホームに関しては、最低限の人員配置基準が法令上定められることが必要ではないかな。
- ◆ 介護施設と同様に、虐待防止、事故防止や事故報告義務が必要ではないかな。

（ii）利用者による有料老人ホームやサービスの適切な選択

（望ましい情報提供のあり方）

- ◆ 有料老人ホームや高齢者向けサービスの選択においては、専門知識や交渉力の不足を補い、入居を希望する高齢者が適切な判断を下せる仕組みが必要ではないかな。

- ◆ 介護保険サービスの提供体制の有無、ホームと介護サービス提供主体との関係、入居者の要介護度や病態に応じた受入れの可否、主たる介護サービス事業者や協力医療機関の情報等を公表し情報の透明性を高めるべきではないかな。

（入居契約時において説明されるべき事項）

- ◆ 住宅型有料老人ホームやサ高住の入居契約について、丁寧な説明や、契約の透明性を高める必要があるのではないかな。
- ◆ 施設の運営方針や介護保険施設等との相違点、独自サービスや家賃以外の費用の内容、表示価格には介護サービスが含まれていないこと、将来的な家賃や契約変更の可能性等を、契約書や重要事項説明書に基づく事前説明・事前交付、HPなどへの明記が必要ではないかな。
- ◆ 要介護や医療処置を必要とする状態になった場合に、外部サービス等を利用しながら住み続けられるか、看取りまで行われるか、退去を求められるかについて、事前説明と契約書への明記が必要ではないかな。

（高齢者や家族等への意思決定支援の必要性）

- ◆ 信頼性の高い情報が公開された上で、判断能力が衰えた高齢期に高齢者やその家族が自ら適切に選択し意思決定できるため、より丁寧で個別性の高い支援が必要ではないかな。
- ◆ 入院中であっても、本人が納得して選択できるよう、日常的な医療機関と高齢者住まいとの連携を充実していくことが必要ではないかな。

（入居者紹介事業の役割と課題）

- ◆ 入居者紹介事業者は、単なる住まいの紹介ではなく、高齢者や家族の意思決定支援も担い得ることを認識し、責任を持って事業を行う必要があるのではないかな。
- ◆ 入居者紹介事業者は、入居希望者と有料老人ホームをつなぐ役割を担っているが、契約関係が明確ではなく、また、紹介料の金額の公表も含めた透明性を高める仕組みが必要ではないかな。

1. 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方（続き）

（ii）利用者による有料老人ホームやサービスの適切な選択

（入居者紹介事業の透明性や質の確保）

- ◆ 高齢者自身の情報処理能力の低下という脆弱性を踏まえ、入居者紹介事業者の役割の啓発や、入居者紹介事業者と有料老人ホーム運営事業者との契約関係・責任関係の明確化が必要ではないか。
- ◆ 紹介事業者には、高齢者に対する意思決定支援・権利擁護の機能を持つことが期待されることから、マッチング方法や紹介手数料の設定方法等を情報公開して透明性を高めるとともに、入居紹介事業者を消費者目線で検索できるようにすべきではないか。
- ◆ 高齢者住まい事業者が、紹介事業者の活用の有無、手数料の算定方法などを情報公開することも検討できるのではないか。その際、紹介事業者に求められる専門性や義務・責任等について、一定のガイドラインを示すべきではないか。
- ◆ 行動指針に則った事業運営ができているか、確実に担保する仕組みが必要。届出制や登録制の導入、国が認める資格制度の検討などが必要ではないか。

（iii）有料老人ホームの定義について

- ◆ 自治体によっては、自立者のみが入居する高齢者向け住まいであっても、併設レストランがあることを「食事の提供」とみなして有料老人ホームと判断され、夜間の人員配置やスプリンクラーの設置等が課されることが、住宅事業を行う事業者の参入の阻害要因となっているのではないか。

（iv）地域毎のニーズや実態を踏まえた介護保険事業（支援）計画の作成に向けた対応

- ◆ 自治体が計画策定を行うにあたって、住宅型有料老人ホームの利用者像、給付状況、利用実態の把握や、高齢者施設や在宅とのデータ比較が困難であることから、簡便に住宅型ホームに係る情報を把握できる仕組みが必要でないか。

2. 有料老人ホームの指導監督のあり方

（届出制や標準指導指針による現行制度の課題）

- ◆ 妥当性を担保できない事業計画であっても、届出により開設が可能で、事業停止命令等の重大な処分を受けたとしても、無条件で新規開設が可能であり、自治体の指導権限に限界があるのではないか。
- ◆ 届出制において多様な事業者の参入が可能である一方、高齢者福祉への理解が不十分な事業者も参入できる可能性があるため、高齢者福祉の視点に基づく行政関与や私的自治への一定の修正が必要ではないか。
- ◆ 有料老人ホームの標準指導指針は行政指導であり強制力を持たないため、改善に応じない事業者が一定数存在する。現行の標準指導指針の文言整理や修正を通じて、適切に介入できるようにすることが必要ではないか。
- ◆ 民間事業者の参入意欲を損なわないよう、過度な規制は避けるべきではないか。

（参入時の規制の在り方）

- ◆ 経営状況やコンプライアンスに関わる問題に関しては、都道府県が事前・事後のチェックを行う仕組みを検討すべきではないか。
- ◆ 住宅型有料老人ホームに対して、利用者保護の必要性がとりわけ高い場合、（許可制の一種としての）登録制といった新たな規制の導入を検討すべきではないか。
- ◆ 一部の問題事例への対応が多く、事業者の生産性を阻害することのないよう、またローカルルールが発生しない明確な規制であるべきではないか。

（標準指導指針や参入後の規制のあり方）

- ◆ 標準指導指針に法的拘束力を持たせることにより、サービスの質や透明性の確保につながるのではないか。

2. 有料老人ホームの指導監督のあり方（続き）

（行政処分の限界と対応の方策）

- ◆ 悪質な事業者に対する事業制限や停止命令を検討する場面もあるが、明確な処分基準が存在しないため、介護保険法のように統一的な基準を設けることが有効ではないか。
- ◆ 不適切運営により処分を受けた事業者や役員等の組織的関与が認められる場合、一定期間、事業所の開設を制限する制度の導入も検討が必要ではないか。
- ◆ 経営継続が困難と見込まれる事業者に対しては、迅速な事業停止命令等の行政処分を可能とすることが必要ではないか。
- ◆ 併設サービスとの関係で家賃を減免している契約書もあるため、まず契約書の適切性をチェックすることが重要ではないか。

3. 有料老人ホームにおけるいわゆる「囲い込み」対策のあり方

（i）住宅型有料老人ホームにおける介護サービスの提供について

（出来高報酬型の介護保険サービス等が一体的に提供されている事業経営モデルの問題点について）

- ◆ 入居費用を抑える一方で過剰なサービスを前提としたケアプランに基づき、必要性に関わらず区分限度支給額の8～9割を利用するなど、併設の介護サービス利用によって収益を補っている事業者が存在するのではないか。

（当該事業経営モデルにおけるケアマネジャーの独立性・中立性の確保）

- ◆ 利用者によるかかりつけ医やケアマネジャーの選択の自由が保障され、適切なケアマネジメントが行われているかが重要ではないか。
- ◆ ケアマネジャーに圧力のかからない環境整備が必要であり、ケアマネ事業所やケアマネジャーの独立性を尊重している旨の方針の公表や、施設長や管理者等への研修、相談担当者の設置、入居予定者への重要事項説明等が必要ではないか。

（当該事業経営モデルにおける事業運営の透明性の向上）

- ◆ 住宅事業と医療・介護事業それぞれの勘定を明確にするため、行政による収支計画等の妥当性の確認や、妥当性が担保されない事業計画に対する事前規制が必要ではないか。
- ◆ 住宅型有料老人ホームの契約において、入居者の意思と必要性を踏まえ、事業者を選択できることを確実に担保する制度とすべきではないか。
- ◆ 同一法人の介護事業所がサービス提供する形態は、地域と交流して透明性を高めていくことが必要ではないか。

（ii）特定施設入居者生活介護について

（特定施設への移行に向けた総量規制のあり方）

- ◆ 入居者が特定施設と変わらないのであれば特定施設への移行を促す必要があり、各地域の高齢者住宅の需要推計を行い、特定施設が必要な地域については、総量規制の撤廃も検討すべきではないか。
- ◆ 特定施設への移行により、自治体にとっては指導監督がしやすくなる一方、給付費増加のおそれもあるのではないかな。事業者にとっては、介護報酬による経営の安定や包括的なケアの提供、職員のモチベーション向上が期待される一方で、人員基準や設備基準に対するハードルがあるのではないかな。このため、国として特定施設への移行のメリットを整理・発信していくべきではないか。

（外部サービス利用型特定施設の活用促進）

- ◆ 一般型特定施設に必要な人員配置基準等の体制確保が困難な場合、外部サービス利用型への指定申請を可能とする仕組みを検討すべきではないか。
- ◆ 外部サービス利用型特定へ移行すると区分支給限度額が下がるため、メリットがないと移行は進まないのではないかな。
- ◆ 外部サービス利用型における訪問系サービスにおいて人件費を補う報酬が不十分と考えられることから、基準や報酬体系の整備が必要ではないか。

介護保険事業（支援）計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、9期指針：令和6年厚生労働省告示第18号）

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第9期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

前文

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

- 二 中長期的な目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待防止対策の推進
- 九 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進
- 十 介護サービス情報の公表
- 十一 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等
- 十二 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十三 都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
- 十四 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進
- 十五 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 十六 災害・感染症対策に係る体制整備

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握等
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 中長期的な推計及び第9期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進
(五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 災害に対する備えの検討
- 11 感染症に対する備えの検討

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握等
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 中長期的な推計及び第9期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進
(五)介護予防の推進 (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 認知症施策の推進
- 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 7 介護サービス情報の公表に関する事項
- 8 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等
- 9 災害に対する備えの検討
- 10 感染症に対する備えの検討

第四 指針の見直し

別表

第9期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和5(2023)年度
実績値 ※1

令和8(2026)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

在宅介護	381 万人		407 万人	(7%増)	465 万人	(22%増)
うちホームヘルプ	121 万人		131 万人	(8%増)	151 万人	(25%増)
うちデイサービス	222 万人		238 万人	(7%増)	273 万人	(23%増)
うちショートステイ	35 万人		37 万人	(4%増)	42 万人	(20%増)
うち訪問看護	74 万人		81 万人	(9%増)	94 万人	(27%増)
うち小規模多機能	11 万人		13 万人	(13%増)	14 万人	(28%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.9 万人		4.9 万人	(24%増)	5.7 万人	(46%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	2.1 万人		3.1 万人	(49%増)	3.6 万人	(76%増)
居住系サービス	49 万人		54 万人	(11%増)	63 万人	(28%増)
特定施設入居者生活介護	28 万人		31 万人	(12%増)	36 万人	(30%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人		23 万人	(9%増)	27 万人	(25%増)
介護施設	103 万人		108 万人	(5%増)	126 万人	(22%増)
特養	64 万人		67 万人	(5%増)	79 万人	(23%増)
老健	34 万人		35 万人	(2%増)	41 万人	(18%増)
介護医療院	4.5 万人		5.9 万人	(30%増)	6.7 万人	(48%増)
介護療養型医療施設	0.4 万人		－ 万人		－ 万人	

- ※1) 2023年度の数値は介護保険事業状況報告(令和5年12月月報)による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
 在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。
 在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。
 デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。
 ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。
 居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
- ※2) 令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
 なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

中長期的な推計に関する介護保険法における規定

- **市町村介護保険事業計画には、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計を定めるよう努めること**としている。
- 市町村介護保険事業計画は、**当該市町村の区域における人口構造の変化の見通し、要介護者等の人数、要介護者等の介護給付等対象サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案して作成されなければならない**こととしている。

○介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）
（市町村介護保険事業計画）

第百十七条

2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～四 （略）

3 市町村介護保険事業計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

一・二 （略）

三 介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する**中長期的な推計**

四～十 （略）

4 市町村介護保険事業計画は、**当該市町村の区域における人口構造の変化の見通し、要介護者等の人数、要介護者等の介護給付等対象サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案して作成されなければならない。**

○第9期計画基本指針（市町村によるサービス見込量の推計の考え方に関する記載部分抜粋）

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

2 要介護者等地域の実態の把握等

市町村は、市町村介護保険事業計画の策定に当たり、次の取組により、**現状をもとに将来の人口構造の変化等により見込んだサービスの種類ごとの量**に加え、これに施策を反映するため、市町村介護保険事業計画作成委員会等の場において、地域ケア会議や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）や協議体の活動により把握された地域課題や(三)に掲げる調査の結果等に基づき、幅広い地域の関係者において十分な議論を行い、議論を通じて地域の関係者の共通理解を形成しながら、市町村介護保険事業計画を作成するように努めることが重要である。

その際、二千四十年までの保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もある一方、都市部を中心に二千四十年まで増え続ける保険者も多いことから、こうした状況を見据え、**各市町村における中長期的な人口構造の変化等を勘案して見込んだ中長期的な介護ニーズの見通し等を把握**した上で、介護サービス事業者を含め、地域の関係者と共有し、介護サービス基盤整備の在り方を議論することが重要であり、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討することが重要である。

また、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、市町村の保健医療部局や都道府県とも連携し、地域における医療ニーズの変化について把握・分析することが重要である。

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みについては、**市町村における高齢者人口の動向、介護給付等対象サービスの給付の実績を分析し、かつ、評価する**など第二の一の2に掲げる事項を踏まえた上で、法第百十六条第二項第二号に基づく参酌標準（市町村介護保険事業計画において介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準として別表に掲げるものをいう。）を参考として、次の区分により定めること。

なお、要介護者等の数の見込みを定める際には、**各年度における高齢者人口の動向、総合事業及び予防給付の実施状況及び見込まれる効果を勘案して、地域の実情に応じて定めることが必要**である

第9期計画基本指針（都道府県による市町村支援・広域調整に関する規定）

○ 都道府県による市町村への支援に関する記載（一部抜粋）

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

4 市町村への支援

都道府県は、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備等に関する広域的調整を図る役割を有していることから、都道府県介護保険事業支援計画を作成する過程では、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスの提供体制の整備を進める観点から、都道府県としての基本的な考え方を示すとともに、老人福祉圏域を単位として広域的な調整を進めるため、市町村に対し、医療二一ズの状況を含め市町村介護保険事業計画の作成に必要な情報提供や助言をするとともに、市町村と意見を交換するための協議の場を設ける等、より緊密な連携を図っていくことが重要である。

また、都道府県は、地域の実情に応じた市町村介護保険事業計画の作成に関する指針を定めるとともに、保健所、福祉事務所等を活用して、老人福祉圏域ごとに市町村相互間の連絡調整を行う機関を設置する等の老人福祉圏域や二次医療圏を単位とする広域的調整を図るために必要な市町村に対する支援を行うことが重要である。

さらに、都道府県は、市町村による介護保険等対象サービスや地域支援事業の需要の把握等を進めるための具体的な分析や評価等が個人情報の取扱に配慮しつつ円滑に行われるよう、支援を行うことが望ましい。

なお、小規模な市町村等については、地域における介護給付等対象サービスを提供する体制の確保に関する広域的取組が求められることに鑑み、都道府県は、老人福祉圏域等を勘案して、複数の市町村による広域的取組に協力することが望ましい。

○ 都道府県による老人福祉圏域単位での広域的調整に関する記載（一部抜粋）

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整

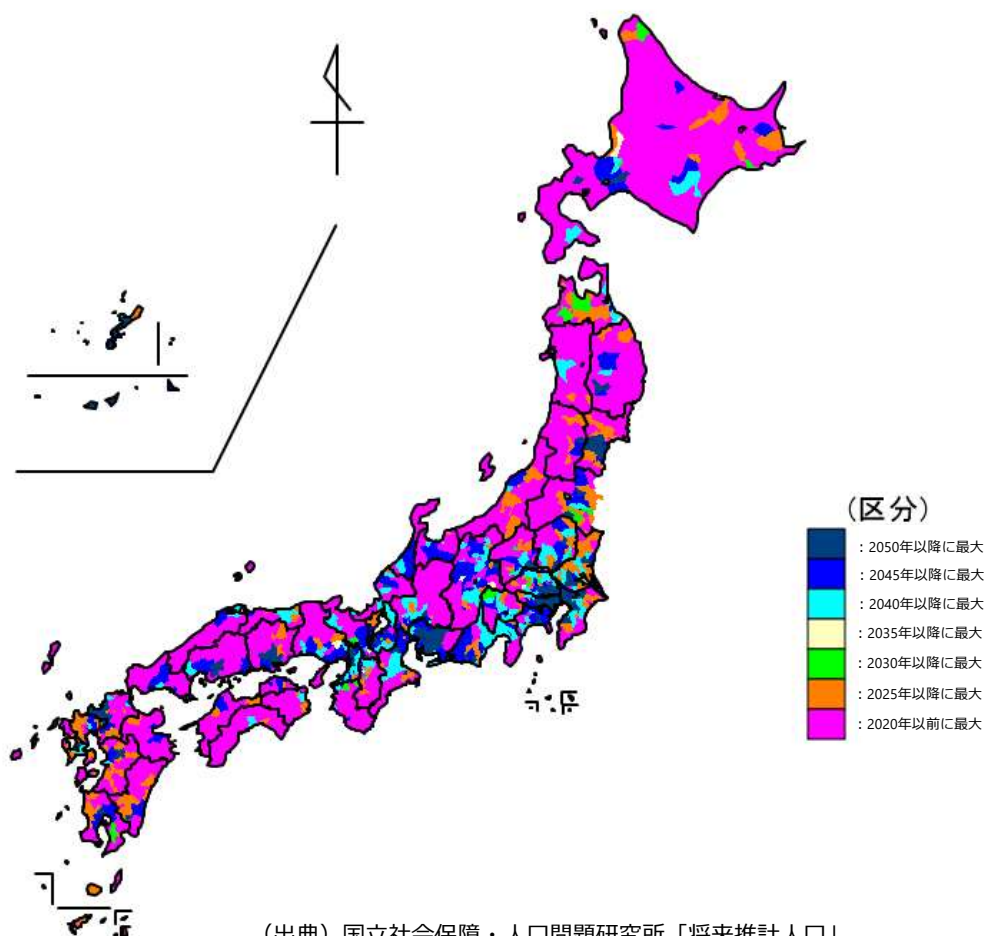
介護給付等対象サービスの量の見込みについては、都道府県は市町村と意見を交換して、老人福祉圏域を単位とする広域的調整を図ること。この場合においては、老人福祉圏域を単位として介護給付等対象サービスを提供する体制を確保する市町村の取組に協力するとともに、各年度の介護専用型特定施設入居者生活介護等及び混合型特定施設入居者生活介護の種類ごとの必要利用定員総数並びに介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数については、介護専用型特定施設入居者生活介護等及び混合型特定施設入居者生活介護の種類ごとの利用定員並びに介護保険施設の種類ごとの入所定員総数の現状、介護専用型特定施設入居者生活介護等及び混合型特定施設入居者生活介護並びに介護保険施設相互間の利用定員及び入所定員総数の均衡、在宅と施設のサービスの量の均衡等に配慮することが重要である。

また、二千四十年までの保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もあるが、都市部を中心に二千四十年まで増え続ける保険者も多いことを踏まえ、各老人福祉圏域内の広域的調整を踏まえて、必要な施設整備量を勘案することが重要である。

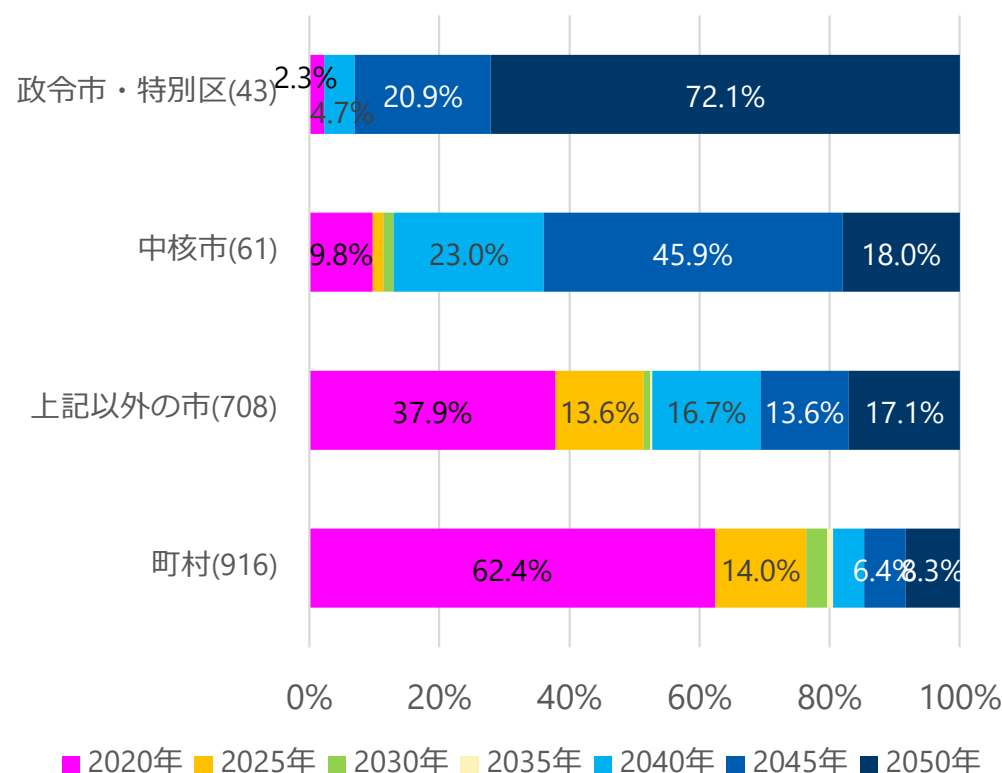
65歳以上人口の将来推計①（65歳以上人口が最大となる年）

- 将来推計人口によれば、65歳以上人口は、847市町村（49%）では2020年以前に既にピークを迎えており、都市部を中心に239市町村（14%）では2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 65歳以上人口がピークとなる年は、政令市・特別区・中核市では2040年以降に迎えるの見込まれるのに対し、その他の市町村の65%（1,064市町村）では2025年までに迎える見込まれる。

65歳以上人口が最大となる年



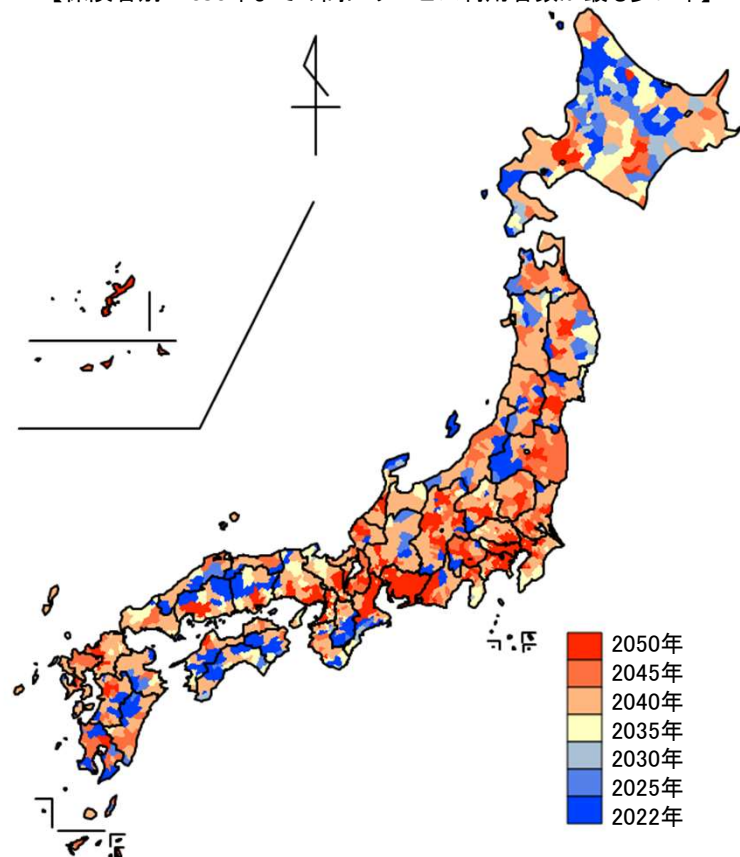
65歳以上人口が最大となる年（市町村区分別）



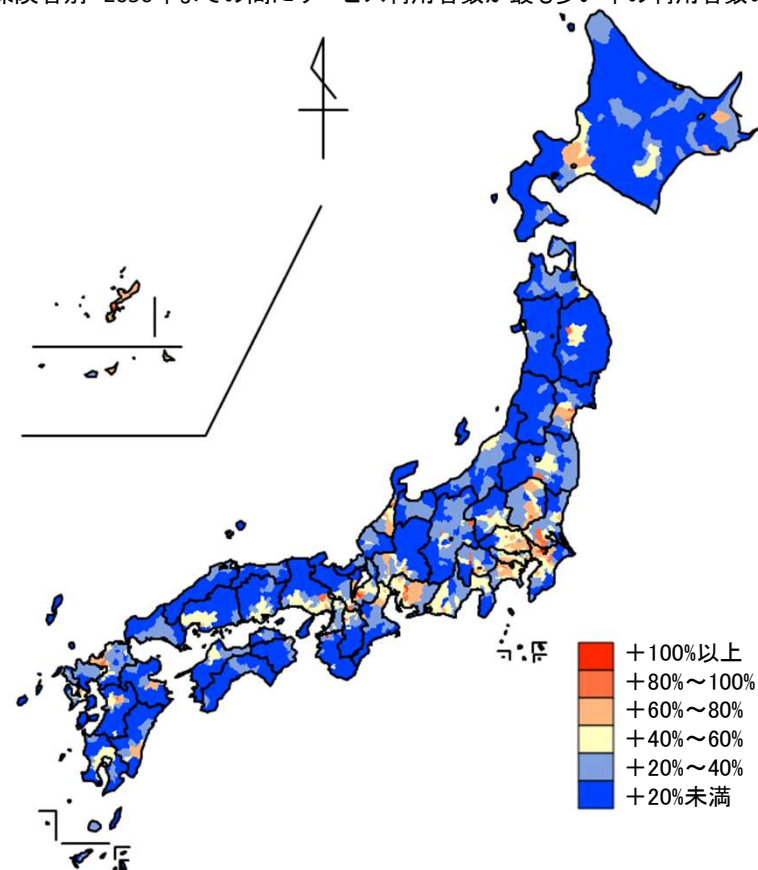
（出典）国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」

- 各保険者における、2050年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年以降まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、+20%未満の保険者（約44%）が多い一方で、+60%以上となる保険者（約13%）も存在する。

【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

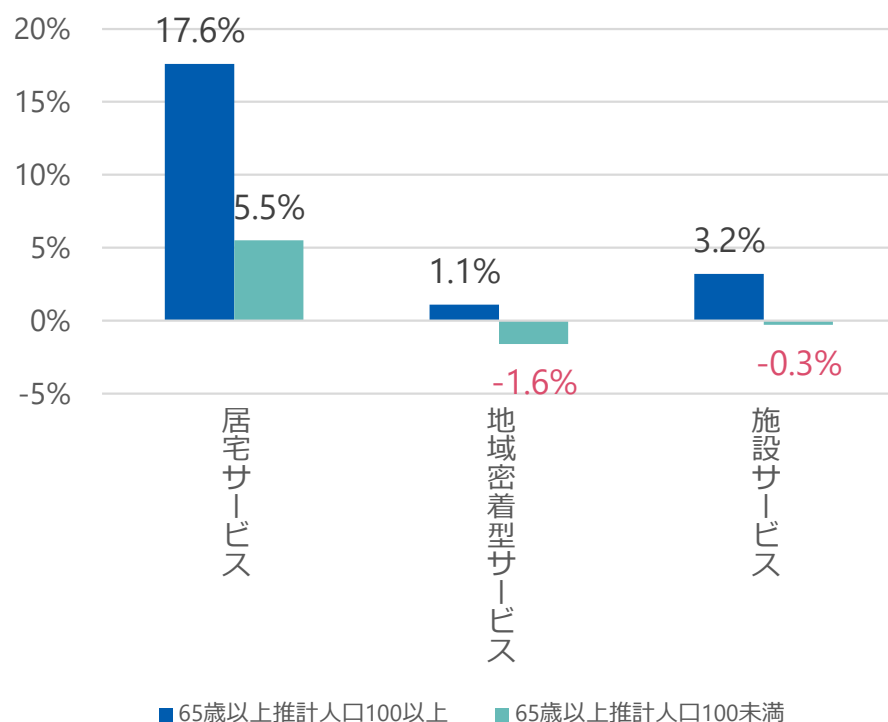


※ 2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告(厚生労働省)、2022年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2022年以降5年毎に2050年までの保険者別の推計利用者数を作成。

足下の事業所増減率（2040年の65歳以上推計人口の増加/減少別）

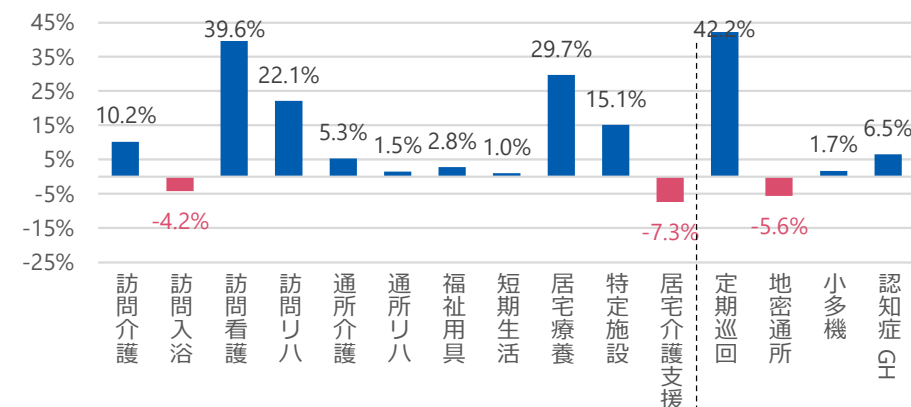
- 2040年における65歳以上推計人口が2020年と比較して増加又は減少により分類し、それぞれに該当する市町村内に所在する事業所数の増減率を比較。（2019年と2024年の事業所数を比較）
- 推計人口が100以上の市町村では、訪問入浴、居宅介護支援、地密通所を除き増加。一方で、推計人口が100未満の市町村では、居宅サービスのうち医療系は増加、福祉系はいずれも減少。

○推計人口別・居宅・地域密着・施設区分別事業所数増減率
（2019→2024）

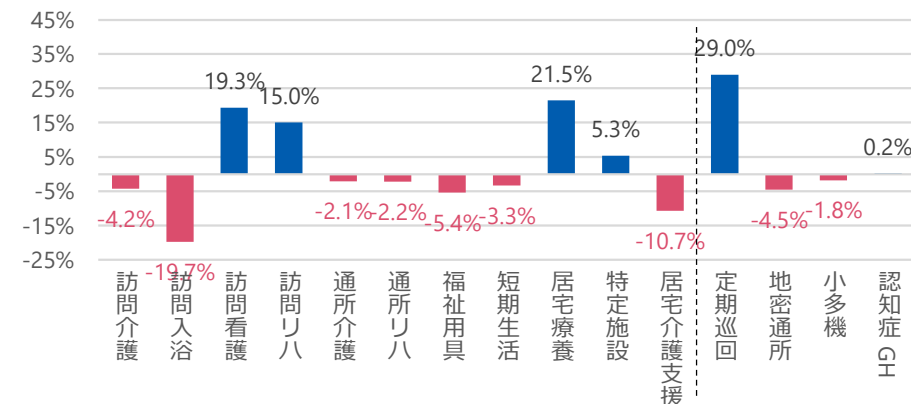


○推計人口別・サービス別事業所数増減率（2019→2024）

（2040年における65歳以上推計人口が2020年比で**100以上**の市町村）



（2040年における65歳以上推計人口が2020年比で**100未満**の市町村）



区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	【区域内の効率的な医療提供体制の観点】 ● 極めて多くの医療機関が存在する中、連携・再編・集約化を進め効率的な医療提供体制を構築できるか。 ● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】 ● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか 等	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 ● 人口推計 ● 医療機関数 ● 医師数 ● 機能別病床数 ● 医療の提供状況（緊急手術の件数等） ● 個別の医療機関の医療提供実態
人口の少ない地域	● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するような急性期拠点機能を確保・維持できるか。 ● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。 等	○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源
その他	● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。 等	等

参考資料

- ・ 論点② 医療介護連携の推進

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1④の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出 等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※） 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定（6年から3年等への短縮）を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

総合確保方針（法第3条）

- ①医療と介護の総合的な確保の意義、基本的な方向
- ②医療法で定める基本方針、介護保険法で定める基本指針の基本となる事項
- ③法に基づく都道府県計画、市町村計画の作成、整合性の確保に関する基本的な事項
- ④都道府県計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性の確保
- ⑤基金事業に関する基本的な事項（事業の内容、公正性・透明性の確保等）
- ⑥その他地域における医療及び介護の総合的な確保に関し必要な事項

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な指針

医療法で定める
基本方針

介護保険法で定める
基本指針

整合性の確保

都道府県計画（事業計画）（法第4条）

- ・医療及び介護の総合的な確保に関する目標、計画期間
- ・目標を達成するために必要な事業に関する事項

医療計画

地域医療構想

介護保険
事業支援計画

整合性の確保

市町村計画（事業計画）（法第5条）

- ・医療及び介護の総合的な確保に関する目標、計画期間
- ・目標を達成するために必要な事業に関する事項

整合性の確保

介護保険
事業計画

<医療>

提供体制の構築

<介護>

提供体制の構築

連携が重要

※上記の「法」は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

（注）現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つ。新たな地域医療構想については、現在、国会に提出されている医療法等の一部改正法案で、医療計画の上位概念として、入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む将来の医療提供体制全体の構想とすることとされている。

地域医療構想

第10期介護保険事業（支援）計画（令和9年度～）

国

基本方針・地域医療構想策定ガイドライン

- ・良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針を定めたもの
- ・地域の実情に応じた地域医療構想の策定と実現に向けた取組等に関するガイドライン

都道府県

地域医療構想

- ・構想区域（原則、二次医療圏）の設定
- ・構想区域ごとの医療需要・必要病床数の推計
- ・医療需要等を踏まえた医療提供体制の検討

等

地域医療構想調整会議

- ・地域の医療機関が担うべき病床機能や、地域医療構想の達成の推進に関する協議
- ・都道府県医療計画に盛り込む事業に関する協議

圏域

市町村

市町村

※ 新たな地域医療構想において、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合に参画を想定。

基本指針

- ・介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めたもの
- ※ 都道府県・市町村が作成する介護保険事業（支援）計画への記載事項等を示したもの。

都道府県介護保険事業支援計画

- ・区域（老人福祉圏域）の設定
- ・市町村の計画を踏まえて、各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み
- ・各年度における必要入所定員総数（老人福祉圏域別）

等

基盤整備

広域的調整を図るために必要な支援

提出

老人福祉圏域

市町村介護保険事業計画

- ・区域（日常生活圏域）の設定
- ・各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み
- ・各年度における必要利用定員総数（認知症GH、地密特養、地密特定/日常生活圏域別）

等

基盤整備

保険料の設定等

新たな地域医療構想に係る経過措置の規定

- 改正医療法案の施行は令和9年4月1日であるが、改正法案の附則第3条第1項において、施行日（令和9年4月1日）前に改正前の規定により変更等された医療計画についても、令和11年3月31日（※）までの間（改正後の規定により変更等された場合は、それまでの間）は、改正後の医療計画又は新たな地域医療構想とみなす旨の経過措置が規定されている。

※ 第9次医療計画が令和12年4月から開始されるところ、その1年前までには新たな地域医療構想を策定させるため。

○医療法等の一部を改正する法律案（令和7年2月14日閣議決定）（抄）

附 則

（医療法の一部改正に伴う経過措置）

第三条 この法律の施行の日（以下「施行日」という。）前に第二条の規定（附則第一条第六号及び第七号に掲げる改正規定を除く。以下この項において同じ。）による改正前の医療法（以下この項において「旧医療法」という。）第三十条の四第一項の規定により定められ、又は旧医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画（医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。以下この項において同じ。）は、施行日から令和十一年三月三十一日までの間（当該医療計画が第二条の規定による改正後の医療法（以下この項及び第三項において「新医療法」という。）第三十条の六の規定により変更され、又は医療計画が新医療法第三十条の四第一項の規定により定められた場合には、新医療法第三十条の六の規定により変更され、又は同項の規定により定められるまでの間）は、新医療法第三十条の四第一項の規定により定められ、又は新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画及び新医療法第三十条の三の三第一項の規定により定められた地域医療構想（同項に規定する地域医療構想をいう。以下この条において同じ。）とみなす。

2 附則第一条第八号に掲げる規定の施行の日（以下この項において「第八号施行日」という。）前に第三条の規定による改正前の医療法第三十条の三の三第一項の規定により定められた地域医療構想は、第八号施行日から令和十一年三月三十一日までの間（地域医療構想が第三条の規定による改正後の医療法（以下この条において「第三条改正後医療法」という。）第三十条の三の三第一項の規定により定められた場合には、同項の規定により定められるまでの間）は、第三条改正後医療法第三十条の三の三第一項の規定により定められた地域医療構想とみなす。

3 新医療法第七条の二第三項から第七項まで及び第七条の四の規定は、第一項の規定により新医療法第三十条の三の三第一項の規定により定められたものとみなされた地域医療構想については、適用しない。

4 第三条改正後医療法第七条の二から第七条の四までの規定は、第二項の規定により第三条改正後医療法第三十条の三の三第一項の規定により定められたものとみなされた地域医療構想（精神病床に係る部分に限る。）については、適用しない。

二次医療圏と老人福祉圏域

- 都道府県は、都道府県介護保険事業支援計画において、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域（老人福祉圏域）を定めるものとしている。
- 全国で、老人福祉圏域は336圏域、二次医療圏は330圏域存在。
- 老人福祉圏域については、「保健医療サービス及び福祉サービスの連携を図る観点から、二次医療圏と一致させることが望ましい。」と定めており、両圏域の構成市町村は概ね一致している。

（二次医療圏と老人福祉圏域が異なる地域）

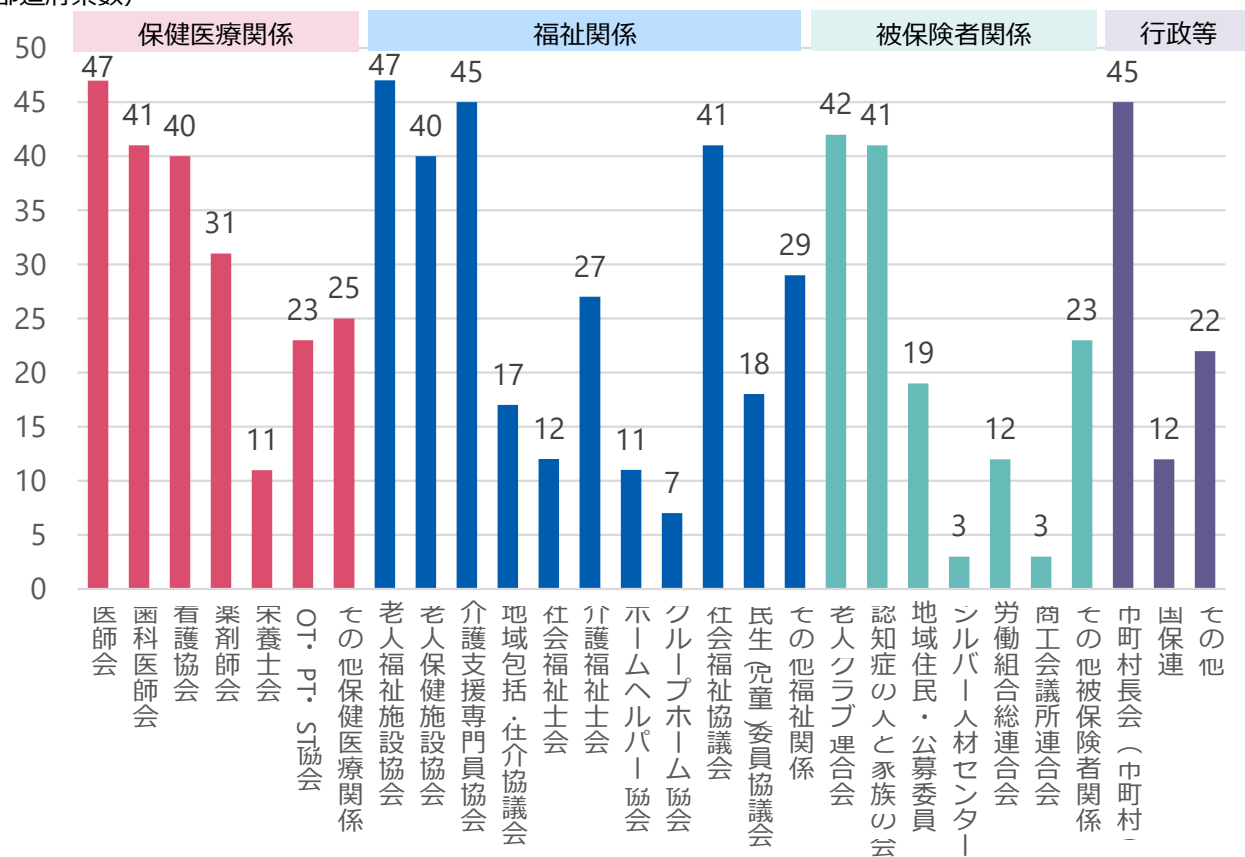
	二次医療圏名	構成市町村	老人福祉圏域名	構成市町村
福島県	会津・南会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町、 下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町	会津圏域	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
			南会津圏域	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
神奈川県	川崎北部	川崎市	川崎	川崎市
	川崎南部	川崎市		
兵庫県	阪神	尼崎市、西宮市、芦屋市、 伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市
			阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町
	播磨姫路	姫路市、 相生市、赤穂市、宍粟市、たつの市、市川町、福崎町、神河町、太子町、上郡町、佐用町	中播磨	姫路市、市川町、福崎町
			西播磨	相生市、赤穂市、宍粟市、たつの市、神河町、太子町、上郡町、佐用町
徳島県	東部	徳島市、鳴門市、 吉野川市、阿波市 、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町	東部 1	徳島市、鳴門市、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町
			東部 2	吉野川市、阿波市
	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、 牟岐町、美波町、海陽町	南部 1	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町
			南部 2	牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、三好市、 みよし広域連合（つるぎ町、東みよし町）	西部 1	美馬市、三好市
			西部 2	みよし広域連合
宮崎県	延岡西臼杵	延岡市、 高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町	延岡	延岡市
			西臼杵	高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町

介護保険事業支援計画の作成に関する検討体制

- 介護保険事業支援計画の作成にあたり、全ての都道府県において、有識者による会議体を設置。
- 有識者による会議体には、全ての都道府県において、医師会、老健協が構成員として参加し、歯科医師会、看護協会、老健協会、介護支援専門員協会、社会福祉協議会、老人クラブ連合会、認知症の人と家族の会、市町村長会も40を超える都道府県で参加。
- 介護保険事業支援計画の作成にあたっての県庁内の検討体制には、30以上の都道府県において、保健・医療担当部局や地域福祉・共生担当も参加。

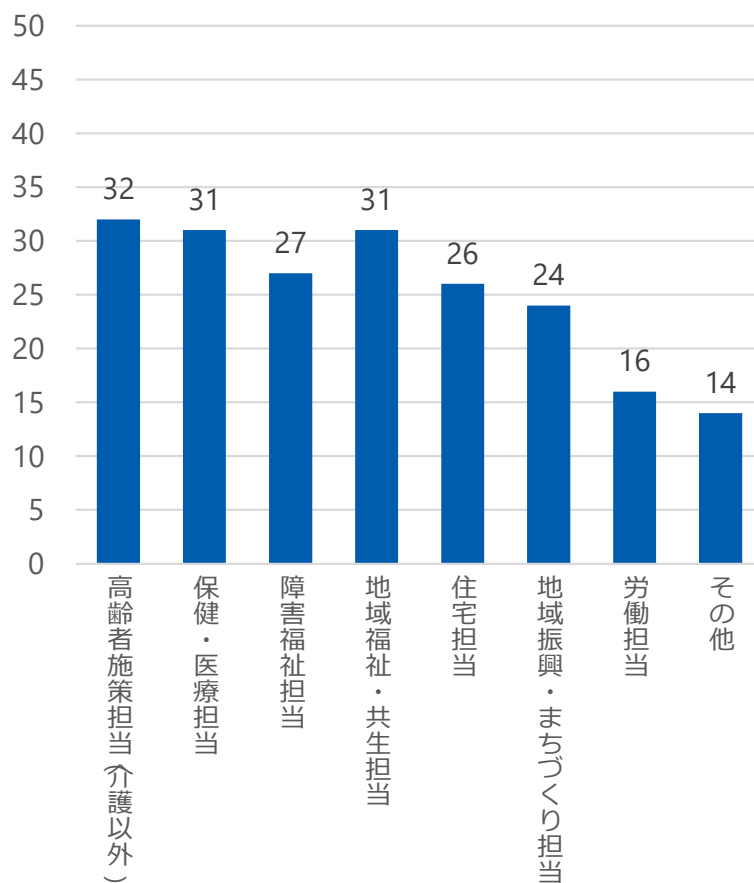
介護保険事業支援計画の策定に関し都道府県に設置された会議体の構成員

(都道府県数)



介護保険事業支援計画の作成に向けた
県庁内の検討体制への参加部局

(都道府県数)

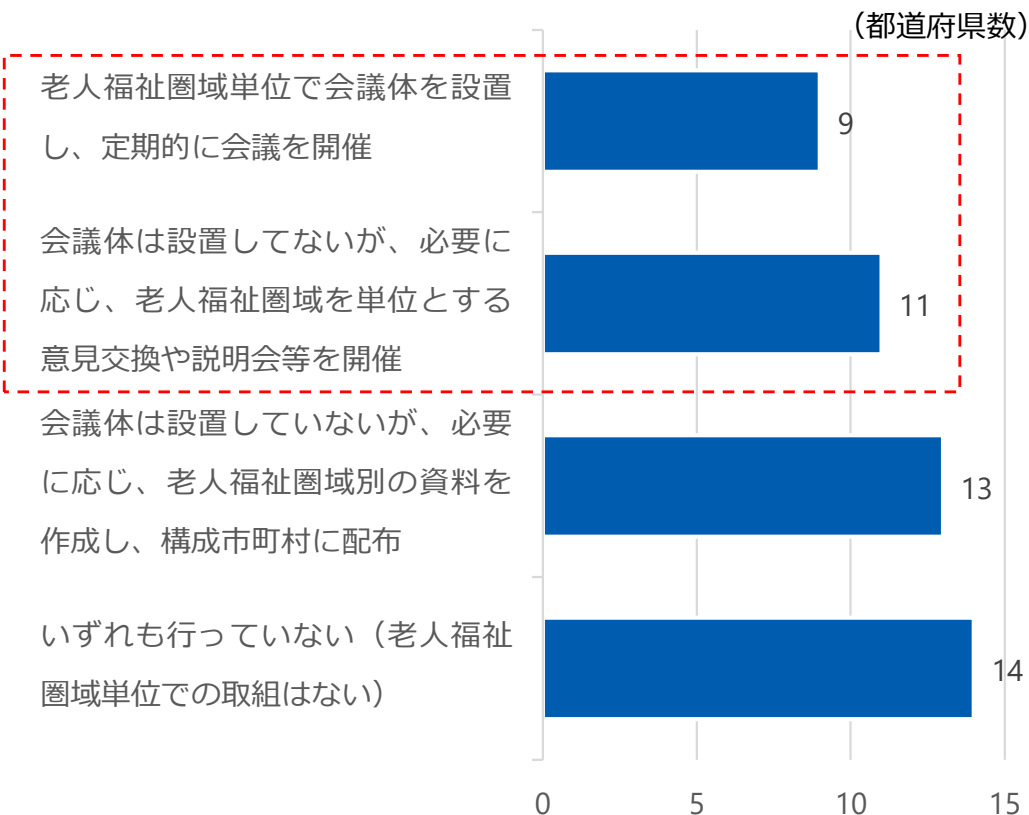


(出典) 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ(令和7年8月に各都道府県に対し調査を実施)

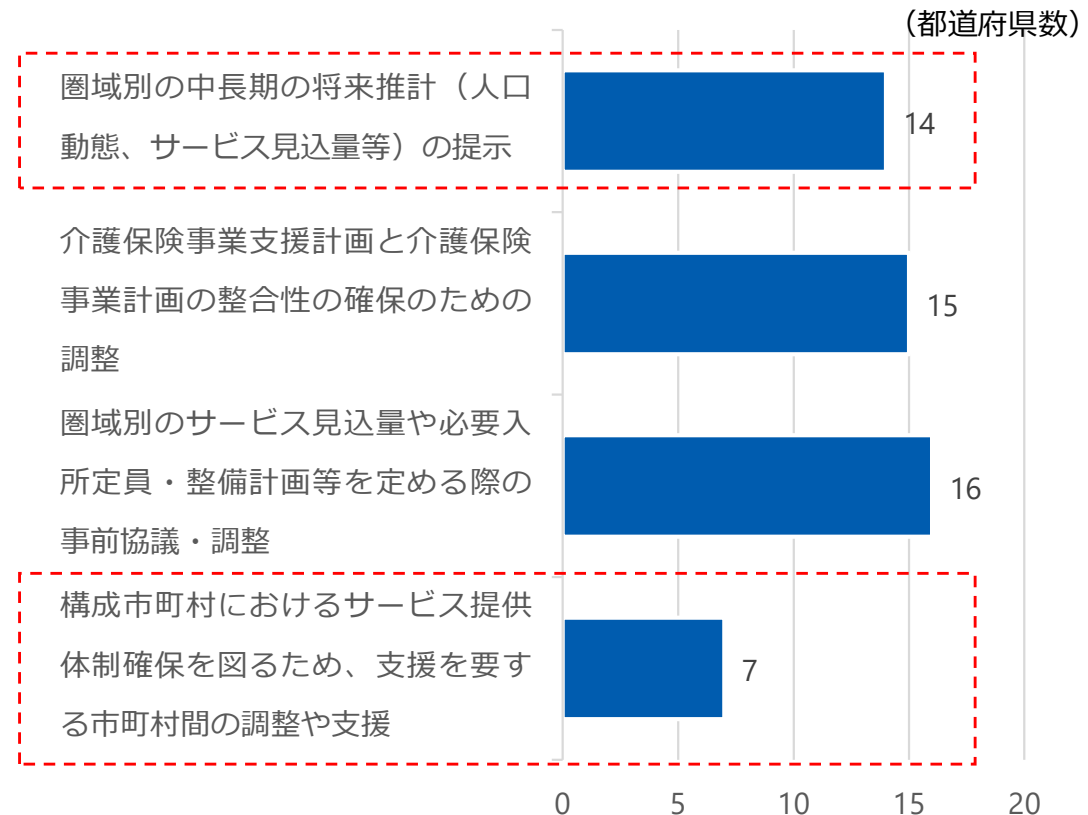
老人福祉圏域における議論の状況①

- 都道府県において、老人福祉圏域単位で会議体を設置し会議を開催しているもの（定期・随時）は20都道府県であり、いずれの取組も行っていないものは14県。
- 都道府県による老人福祉圏域の構成市町村に対する指導・助言の内容のうち、「圏域別の中長期の将来推計の提示」は14都道府県、「サービス提供体制の確保を図るため、支援を要する市町村への調整・支援」は7府県で行われている。

介護保険事業支援計画について老人福祉圏域単位で調整・協議するための会議体の有無等の状況



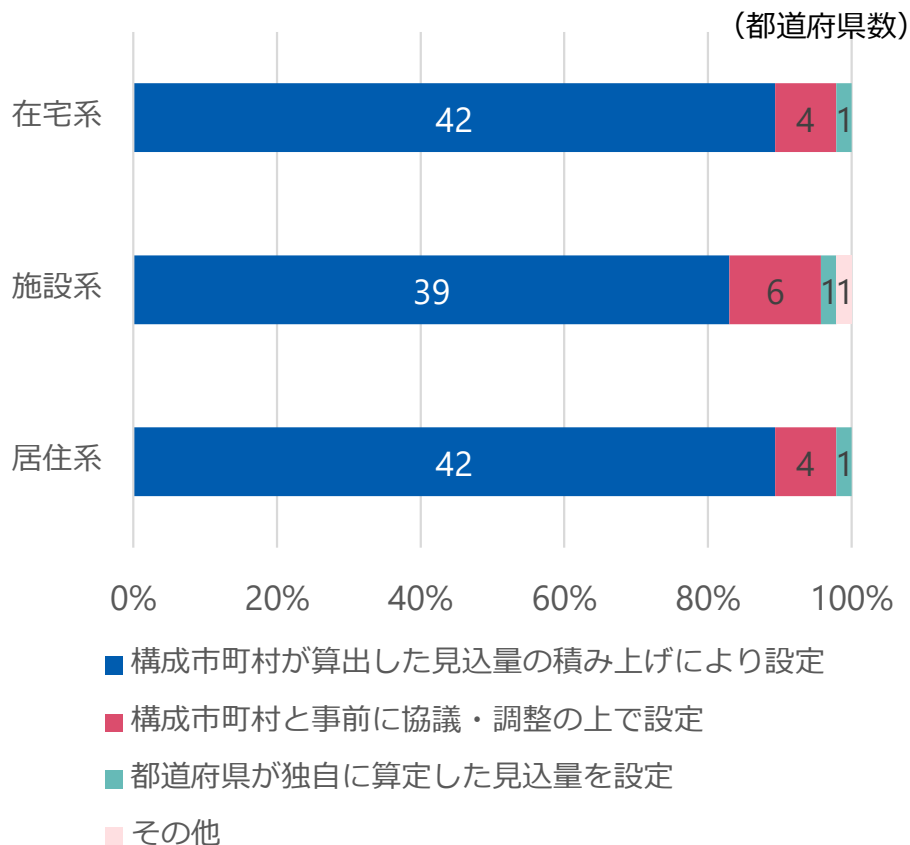
老人福祉圏域の構成市町村に対する指導・助言等の状況



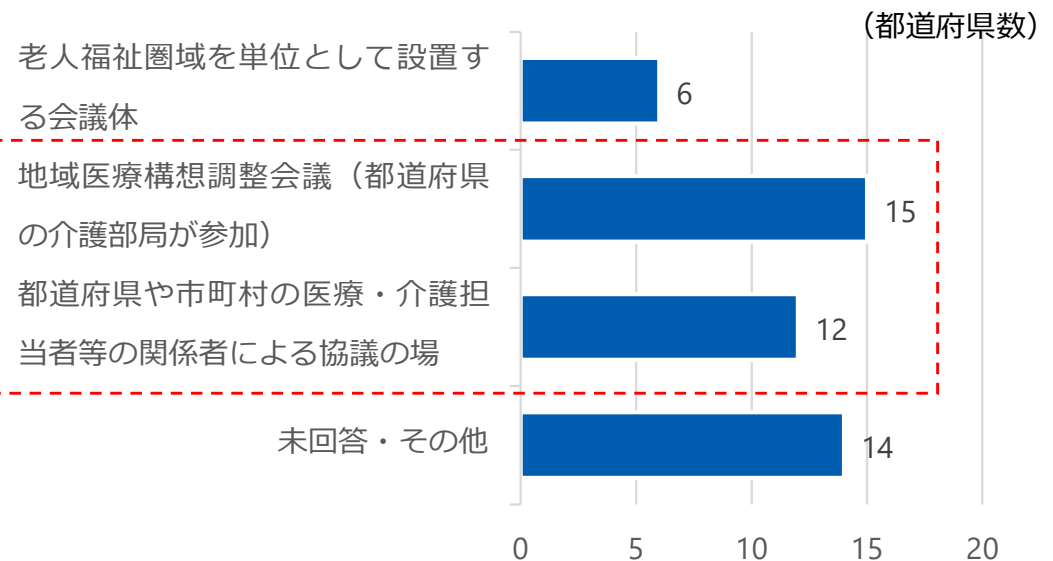
老人福祉圏域における議論の状況②

- 介護保険事業支援計画の作成にあたり作成される老人福祉圏域別のサービス見込量は、在宅系サービス、施設系サービス、居住系サービスのいずれについても、構成市町村が算出した見込量の積み上げにより設定する都道府県が最も多い。
- 医療計画と介護保険事業計画の整合性を図るための協議を行った会議体としては、地域医療構想調整会議に都道府県の介護部局が参加するものが最も多く、次いで、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による「協議の場」を活用したものが多い。

第9期計画における老人福祉圏域別のサービス見込量設定の考え方



介護部局として、医療計画と介護保険事業支援計画の整合性の確保を図るための協議を行った会議体



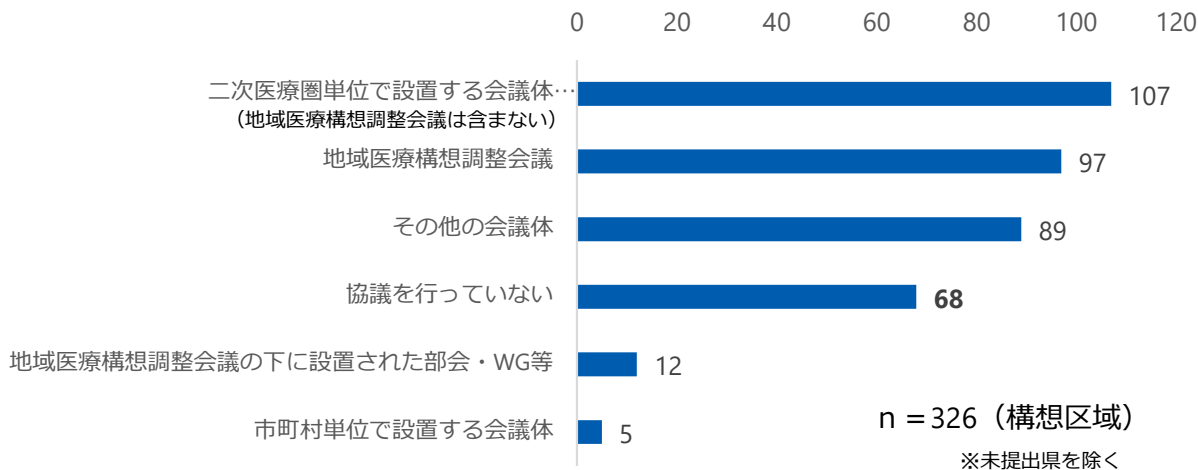
【「その他」の内容】

- ・ 地域医療構想調整会議に市町村の介護保険担当部局が参加
- ・ 都道府県介護保険事業支援計画の作成のために設置する会議体に医療部局が参加
- ・ 圏域毎に市町村・医療関係者も含めた説明会を実施
- ・ 文書等による調整
- ・ 特段協議の場は設けていないが、計画策定にあたり、医療部局に適宜相談

医療及び介護の体制整備に係る協議について

- 医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、計画の整合性を確保できるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置することとされているが、協議を行っていない区域が一定数存在し、その理由をみると、市町村と個別の調整を行っている、市町村からの意見がない、調整・協議を行う必要があることを把握していなかった等が存在する。

医療及び介護の体制整備に係る会議の場の設置状況



＜協議を行っていない理由＞

- 県から事前に追加的需要を市町村に提示した際に、市町村から意見等がなかったため。
- その他の協議事項を優先したため。
- 「医療及び介護の体制整備に係る協議の場」としての会議体ではない。
- 圏域固有の事情があるため。
- 医療計画、介護保険事業計画の整合の確認は、事務局間で行ったため。
- 各市町と事前協議を行ったため。
- 在宅医療・介護施設の新たなサービス必要量（追加的需要）が発生しないため。
- 第7次医療計画時と同様に、調整会議で議論をしようとしたところ、第8次の国のスタンスを踏まえて、議論はしなかった。（医療サイドでは議論は行っていない。）
- 医療審議会及び介護保険事業支援作成委員会等において議論。
- 既存の会議体（在宅医療連携推進委員会、医療介護に関する調整会議）では、医療計画・介護保険事業（支援）計画を扱うことのできるメンバー構成とはなっていない。また、行政機関内部においても双方の計画の整合性についての調整が不十分となっている。
- 開催できなかったため。
- 療養病床から生じる追加的需要について、在宅医療と介護サービスが按分することに関する調整・協議を行う必要があることを把握していなかった。

「医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」の一部改正について（令和5年6月30日）

（抜粋）

5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

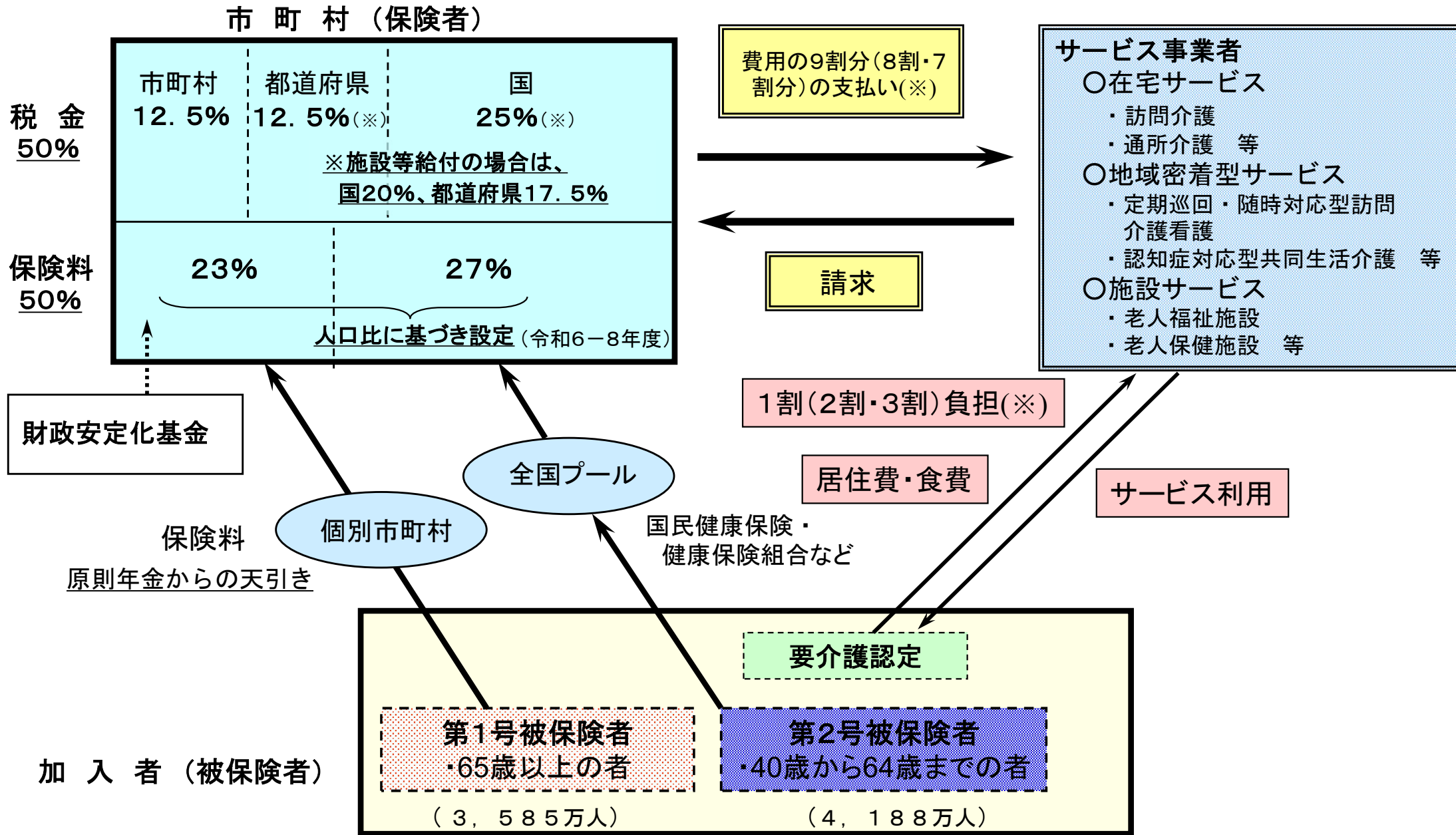
(1) 位置付け

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成26年厚生労働省告示第354号）においては、医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場（以下「協議の場」という。）を設置することとされている。協議の場は、医療計画及び介護保険事業（支援）計画の策定に係る都道府県医療審議会や介護保険事業（支援）計画作成委員会等における議論に資するよう、事前に、関係自治体が地域医師会等の有識者を交えて、計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議を行う場とする。このため、3及び4における在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みの整合性の確保に当たっては、協議の場において十分に協議を行うこと。

参考資料

- ・ 論点③ 持続可能性の確保

介護保険制度の仕組み



（注）第1号被保険者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、令和4年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。

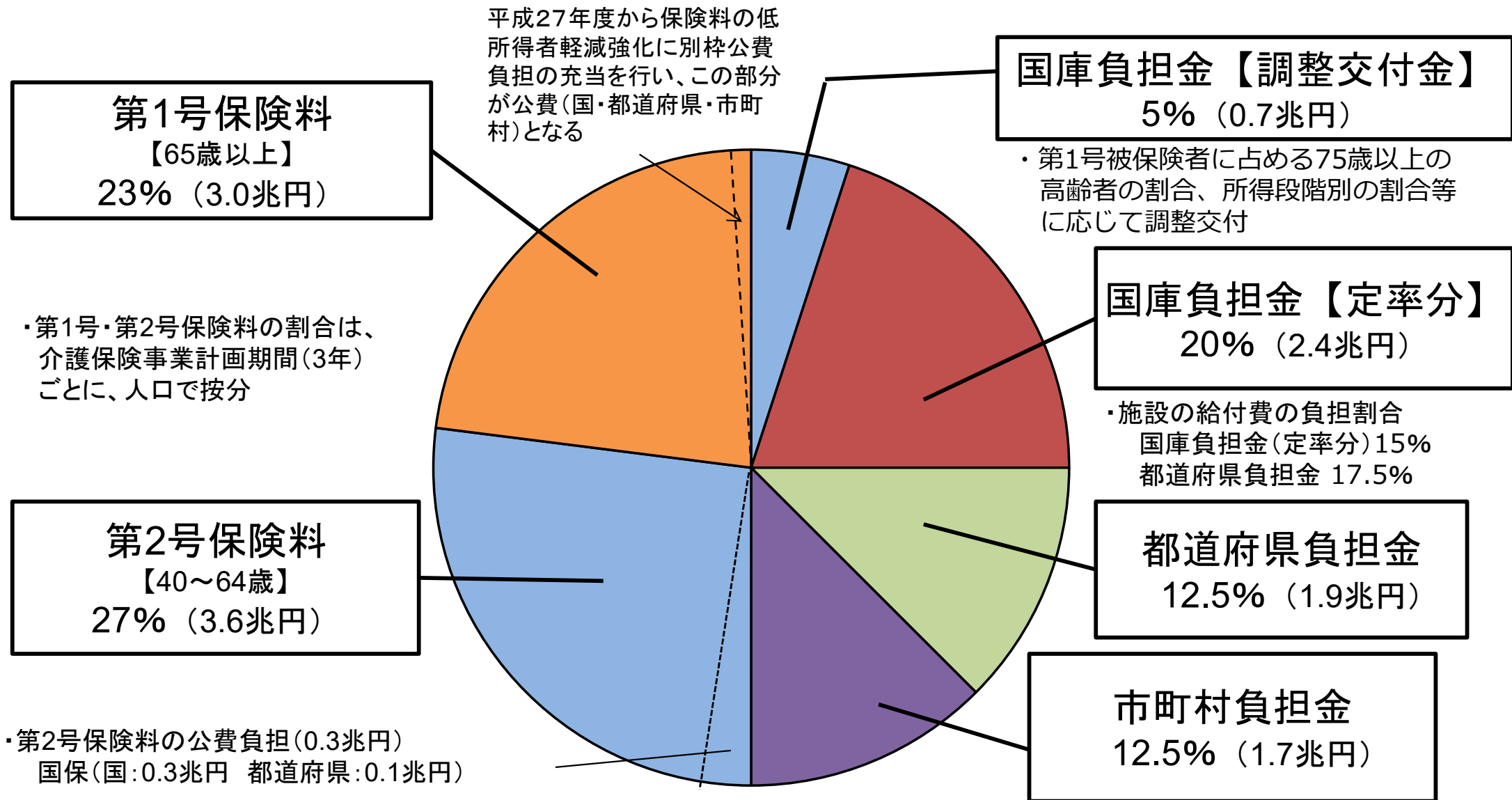
（※）一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）又は3割負担（平成30年8月施行）。

介護保険の財源構成と規模

(令和7年度予算額 介護給付費：13.2兆円) (総費用ベース：14.3兆円)

保険料 50%

公費 50%

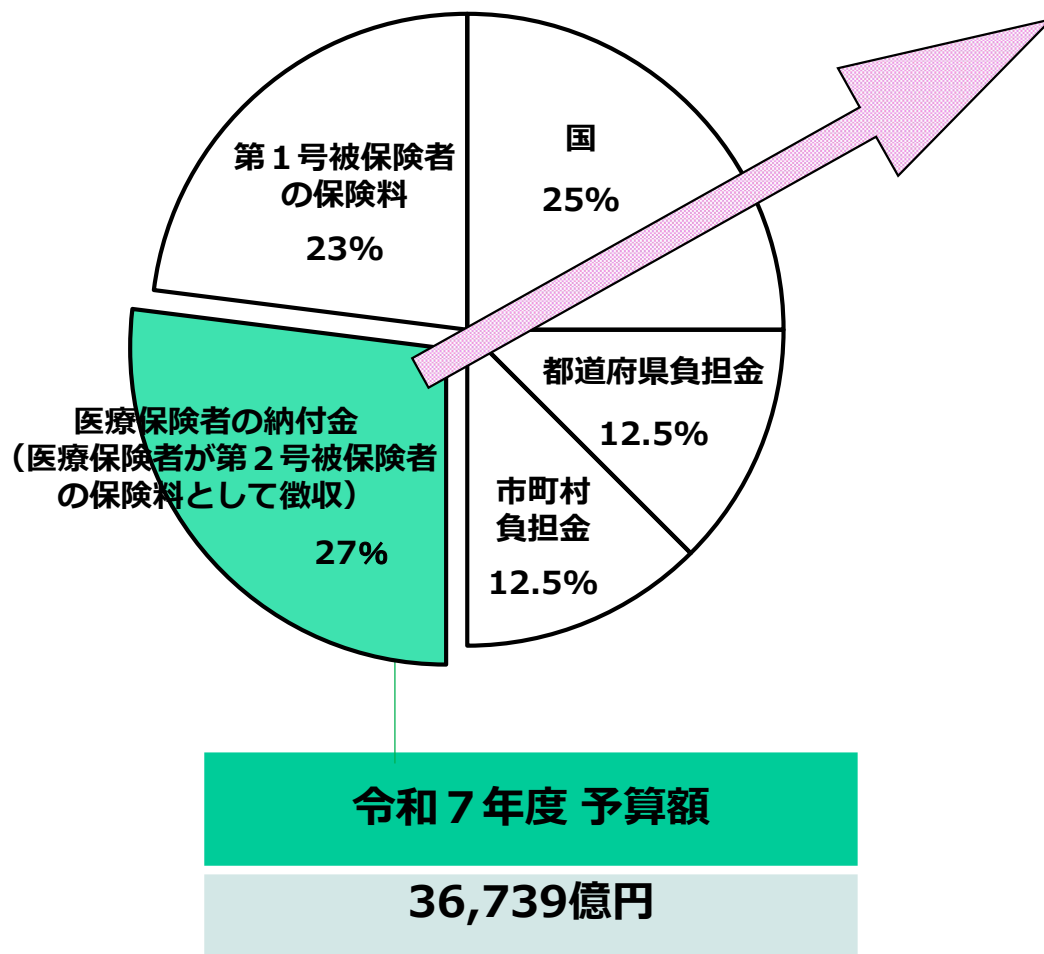


※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

介護納付金の仕組み

- 40～64歳（第2号被保険者）の保険料は、各医療保険者が徴収し、納付金として支払基金へ納付
- 納付金は、概算により納付し、2年後に精算する仕組み

① 第2号被保険者（40～64歳）は給付費の27%を負担



② 第2号被保険者一人当たりの負担額を計算

③ 報酬額に応じて負担
（総報酬割）

※ 被用者保険等保険者と国保間では
加入者数に応じて負担



④ 各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤ 社会保険診療報酬支払基金に納付

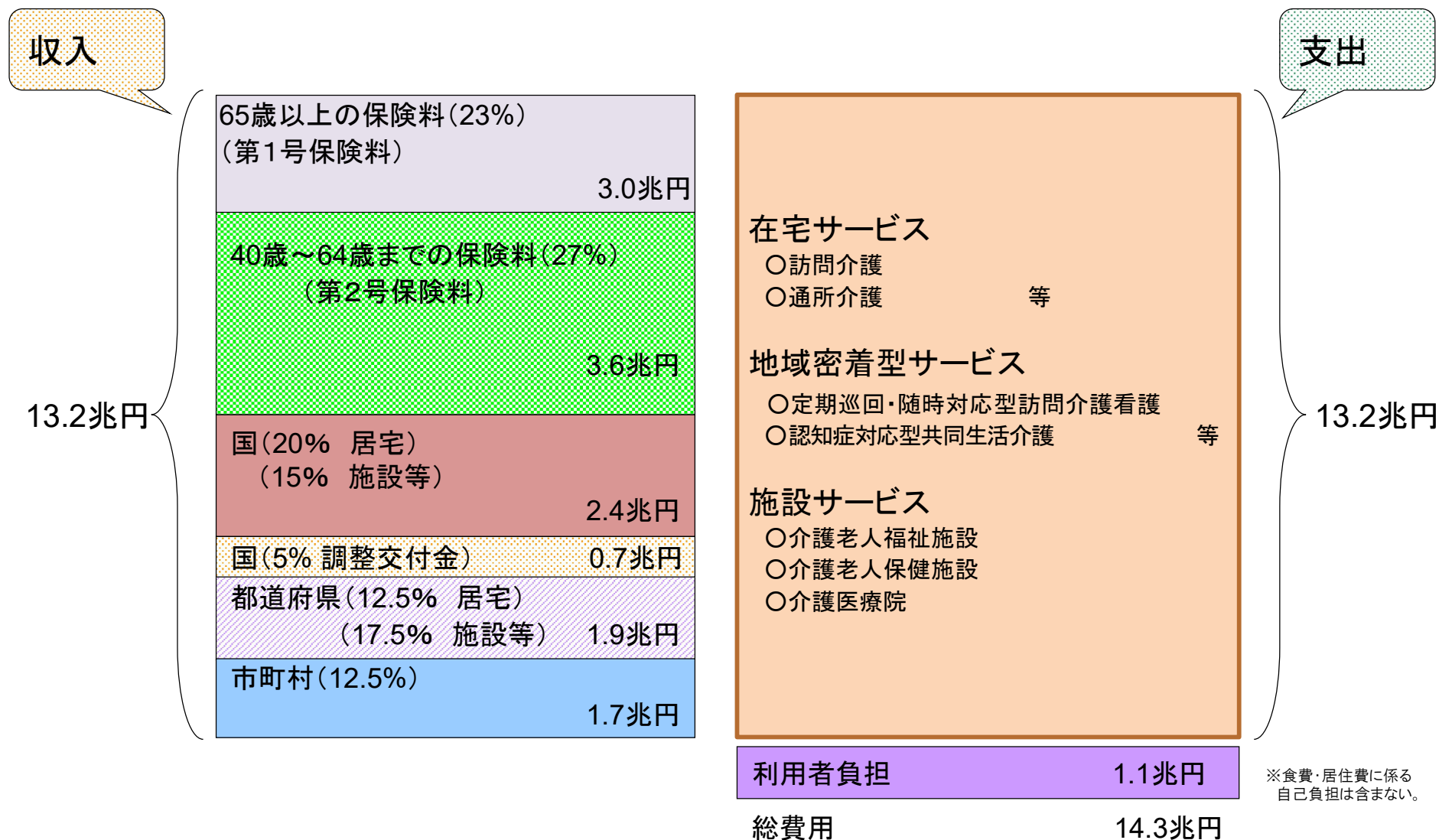
⑥ 各市町村に交付
（各市町村の介護給付費等の27%分）

市

町

村

介護保険財政の全体像（令和7年度予算ベース）

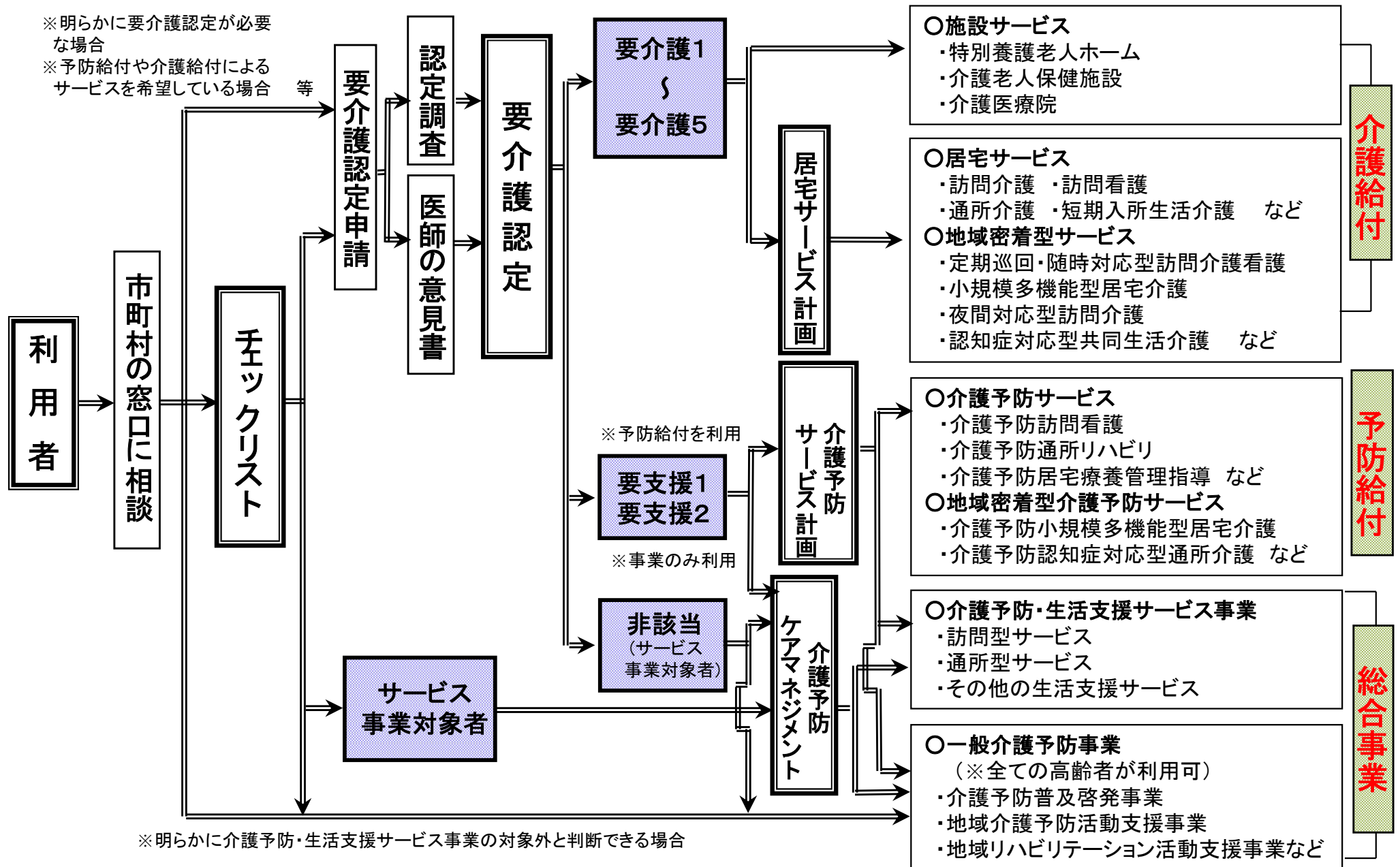


※ 数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計に一致しない。

※ 第1号保険料は、令和7年度の給付費に充てられる額を計上。

※ 第2号保険料(介護納付金)は、この他に精算分として、▲635億円(国庫負担(再掲)▲527億円、都道府県負担(再掲)▲107億円))がある。

介護サービスの利用の手続き



介護サービスの種類

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

◎居宅介護支援

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与
- 特定介護予防福祉用具販売

【通所サービス】

- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- 介護予防短期入所療養介護

◎地域密着型介護予防サービス

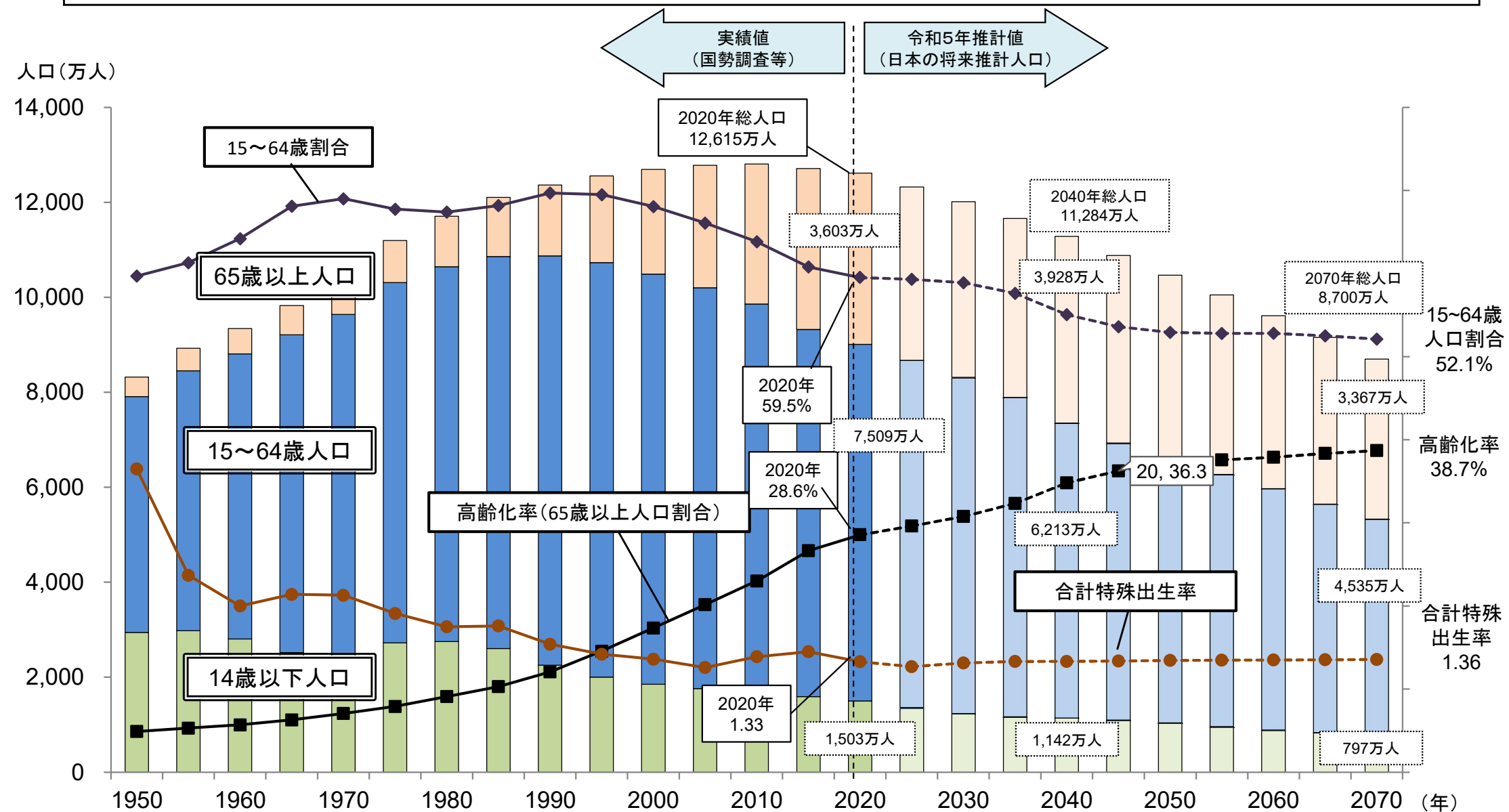
- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025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)推計)」

これまでの24年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来24年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.6倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,591万人	1.7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
認定者数	218万人	⇒	710万人	3.3倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
在宅サービス利用者数 (地域密着型サービス(地密特養を除く)を含む)	97万人	⇒	427万人	4.4倍
施設サービス利用者数 (地域密着型特養を含む)	52万人	⇒	102万人	2.0倍
計	149万人	⇒	529万人	3.6倍

(出典：介護保険事業状況報告月報)

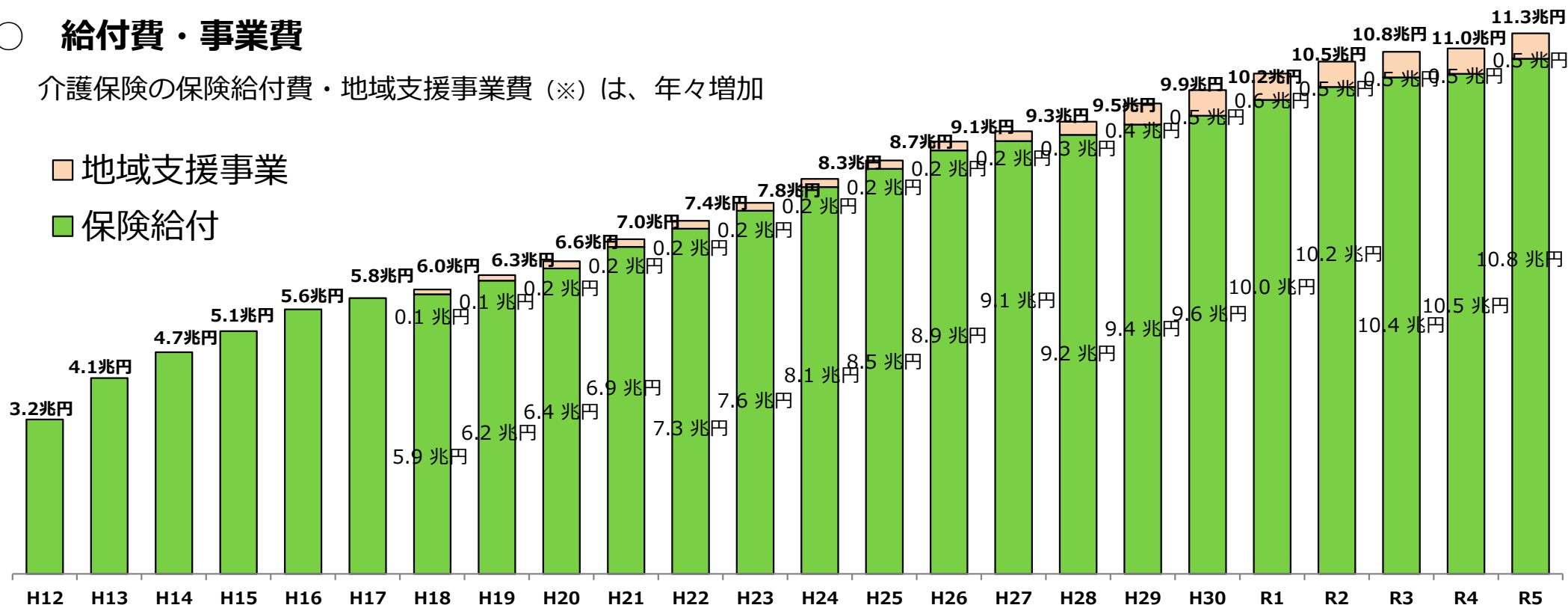
※1 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）及び認知症対応型共同生活介護の合計
 ※2 介護保険施設及び地域密着型介護老人福祉施設の合計

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移

○ 給付費・事業費

介護保険の保険給付費・地域支援事業費（※）は、年々増加

■ 地域支援事業
■ 保険給付

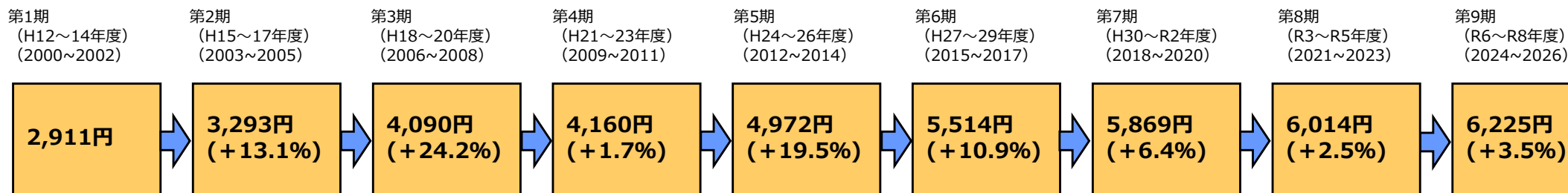


【出典】介護保険事業状況報告年報

※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

※2 保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



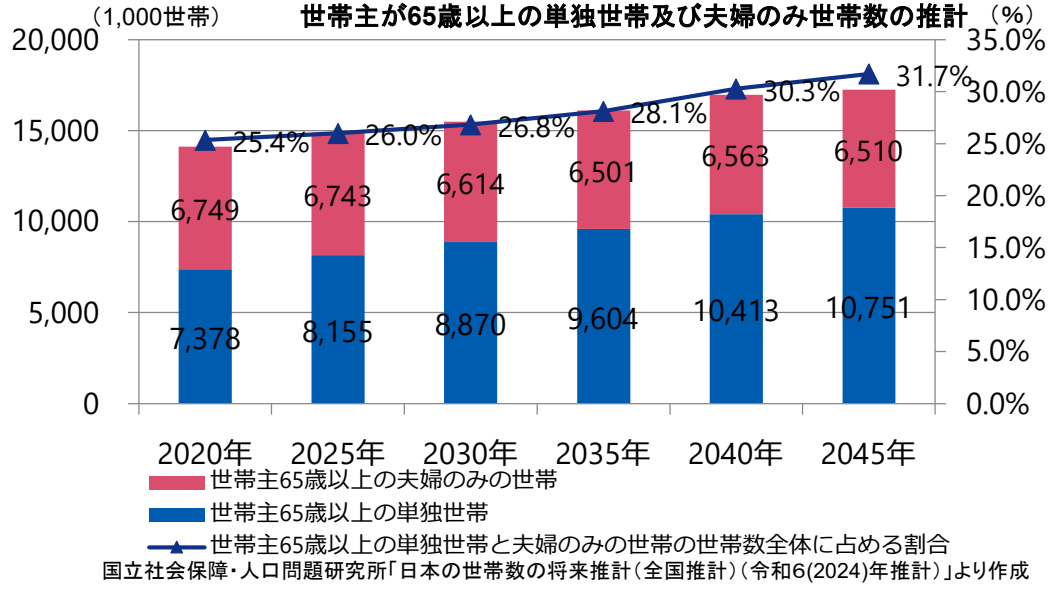
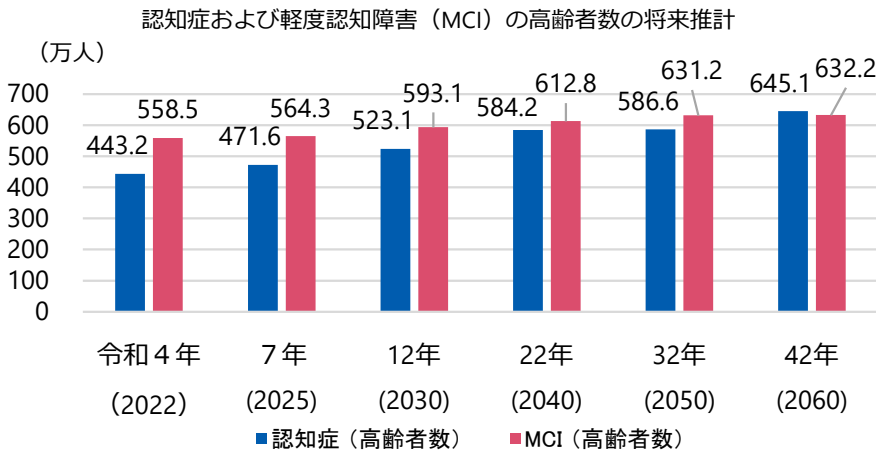
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,653万人となり、2043年にはピークを迎える予測(3,953万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2060年には、25%を超える見込み。

	2015年	2020年	2025年	2030年	2060年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,385万人(26.6%)	3,603万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,696万人(30.8%)	3,644万人(37.9%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,631万人(12.8%)	1,860万人(14.7%)	2,155万人(17.5%)	2,261万人(18.8%)	2,437万人(25.3%)

平成27(2015)年国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(令和5(2023)年推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者等が増加していく。③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、人口構成が比較的若い県で今後増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

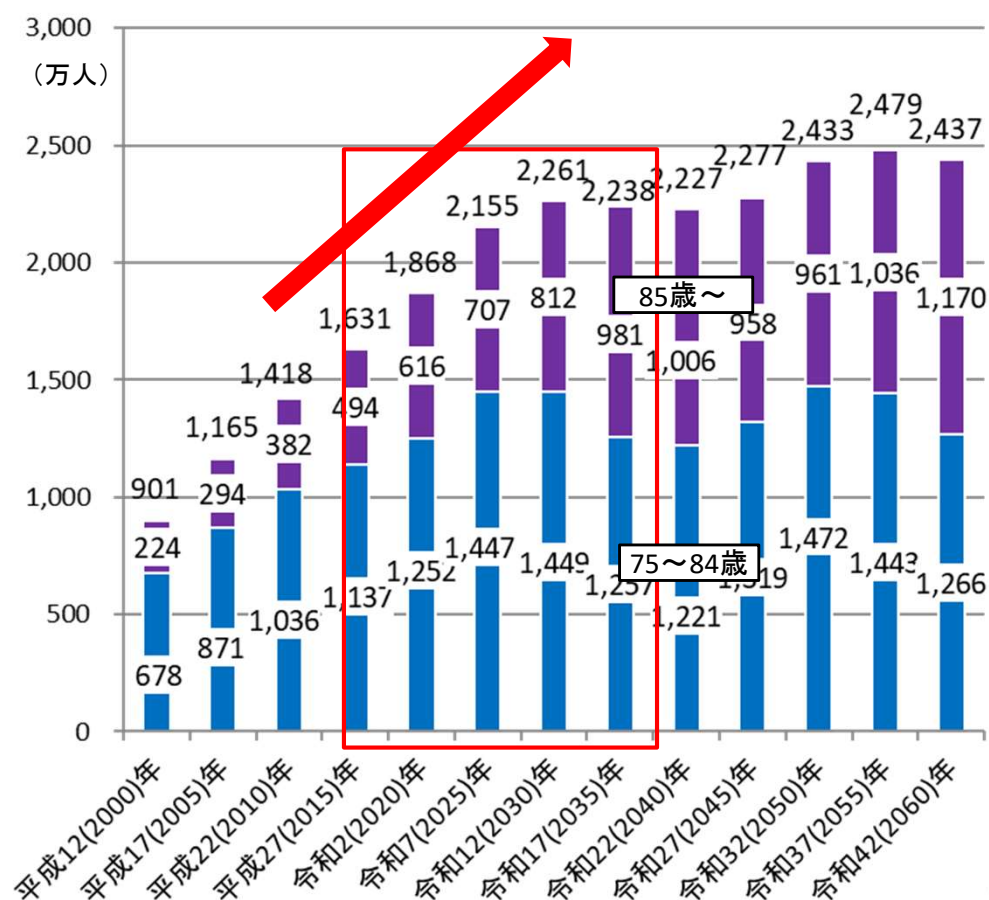
	沖縄県(1)	滋賀県(2)	栃木県(3)	宮城県(4)	神奈川県(5)	～	東京都(21)	～	高知県(45)	島根県(46)	山口県(47)	全国
2020年 <>は割合	15.8万人 <10.8%>	18.6万人 <13.1%>	27.1万人 <14.0%>	32.3万人 <14.0%>	123.1万人 <13.3%>		169.4万人 <12.1%>		13.1万人 <19.0%>	12.3万人 <18.4%>	24.5万人 <18.3%>	1860.2万人 <14.7%>
2040年 <>は割合 ()は倍率	25.3万人 <17.6%> (1.60倍)	24.9万人 <19.0%> (1.34倍)	35.5万人 <21.4%> (1.31倍)	41.8万人 <20.8%> (1.30倍)	156.8万人 <17.7%> (1.27倍)		202.7万人 <14.0%> (1.20倍)		13.9万人 <26.4%> (1.06倍)	12.9万人 <23.4%> (1.05倍)	25.5万人 <24.1%> (1.04倍)	2227.5万人 <19.7%> (1.20倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」より作成

今後の介護保険をとりまく状況(2)

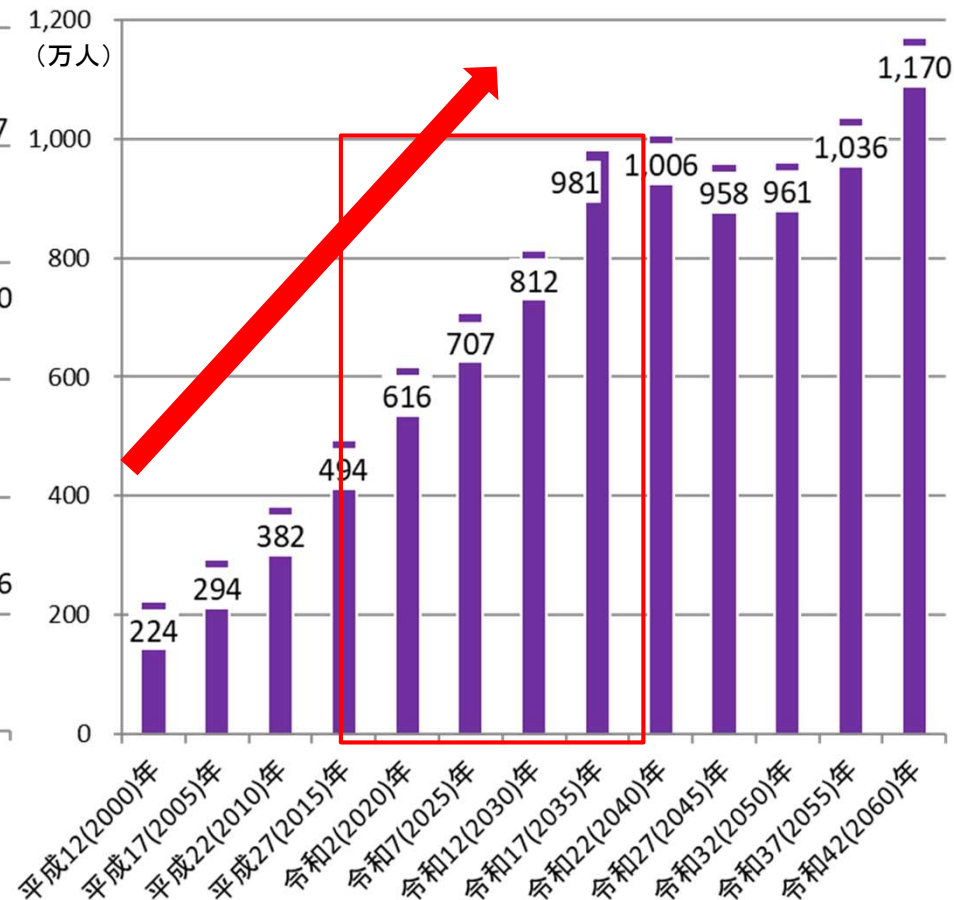
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2020年から2030年までの10年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2040年頃まで一貫して増加。

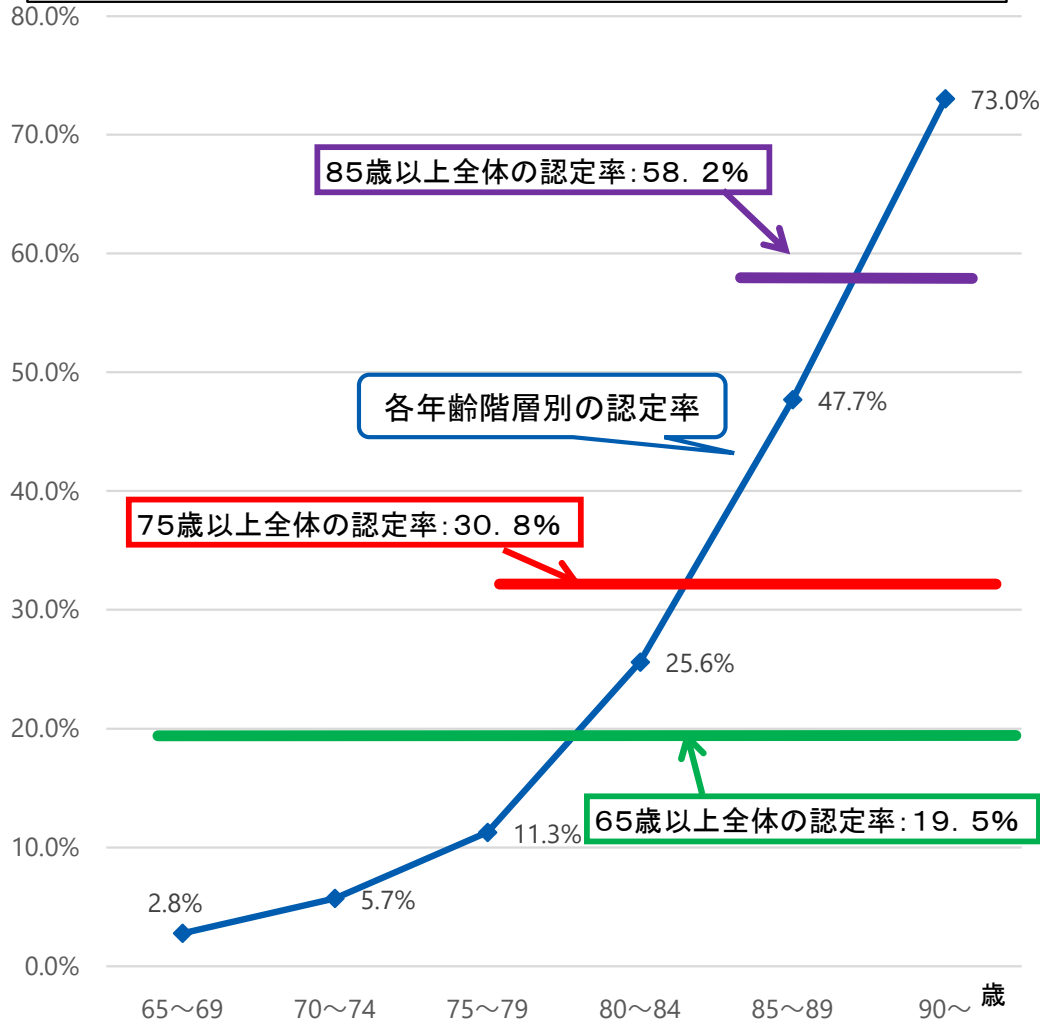


(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。

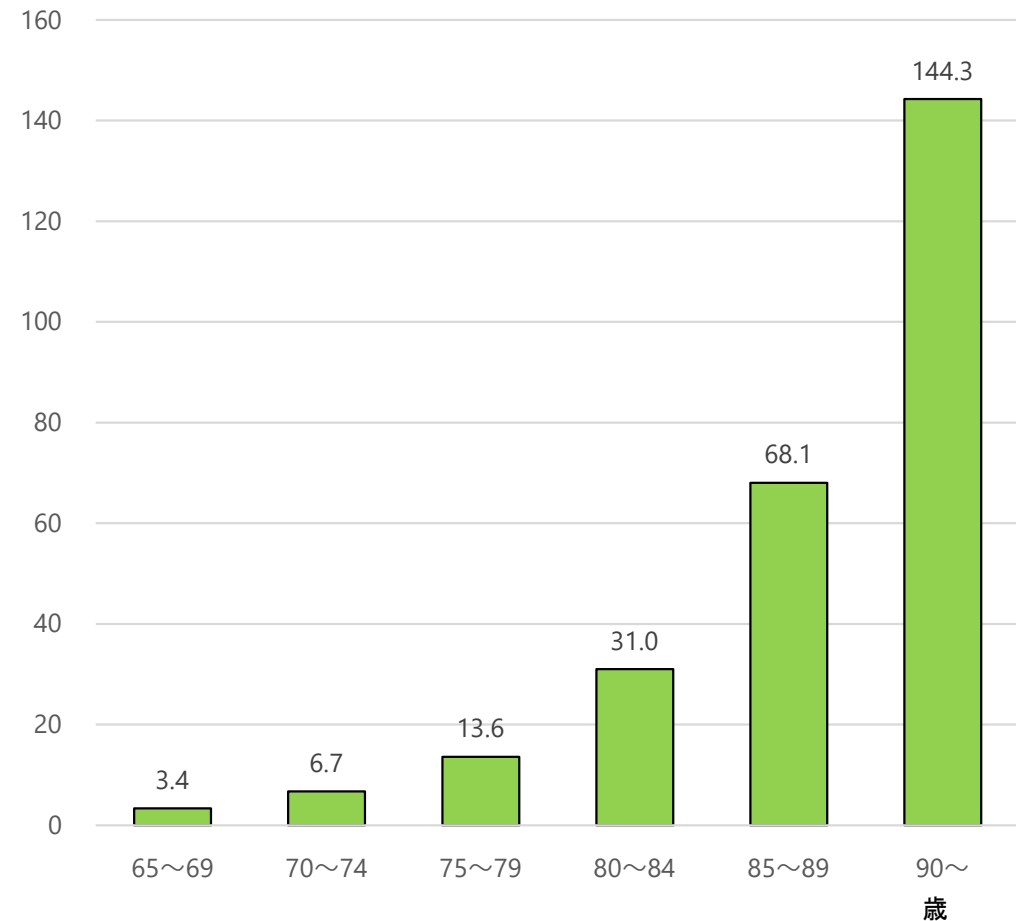


出典: 2024年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2024年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

(万円/年)



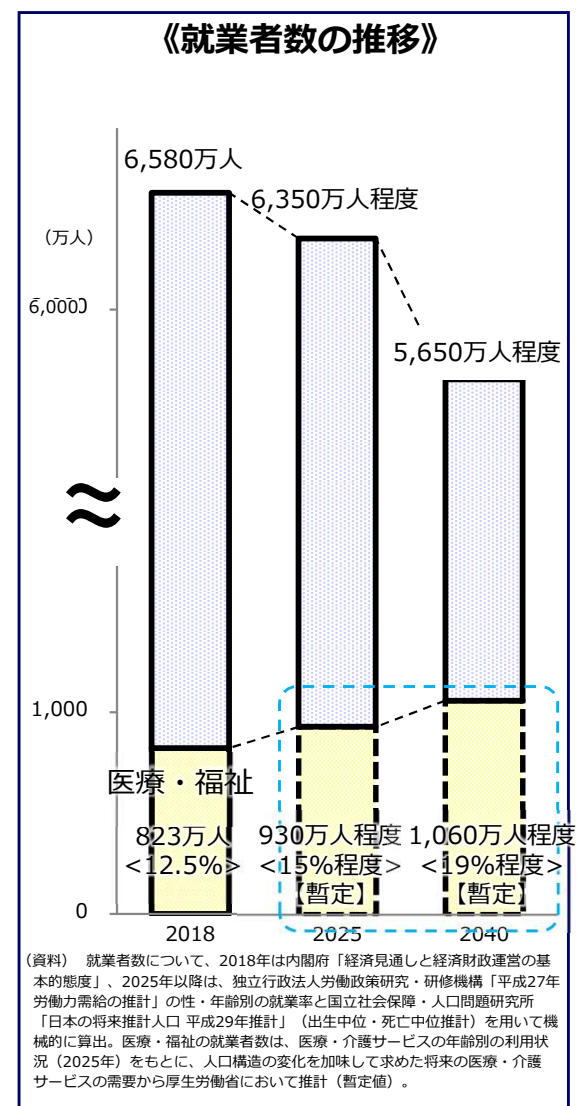
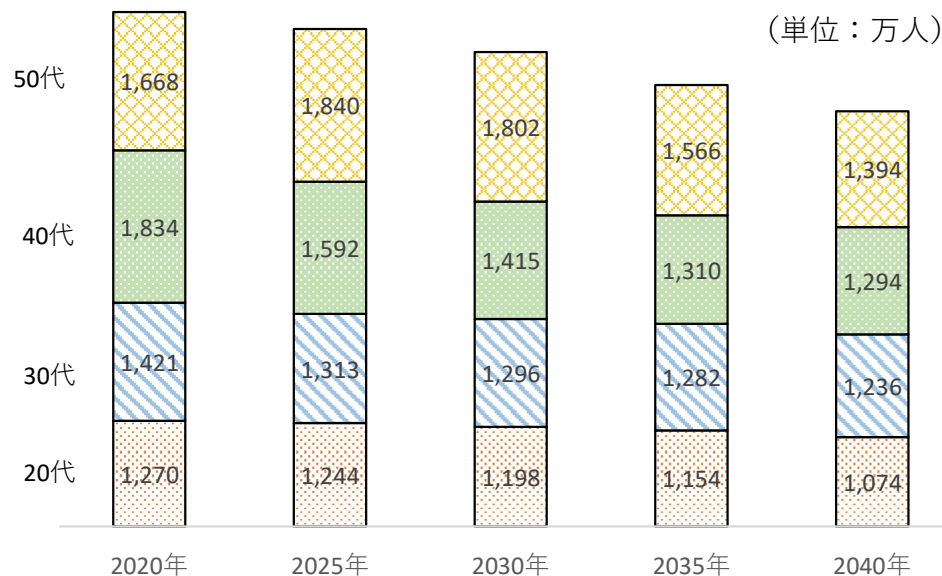
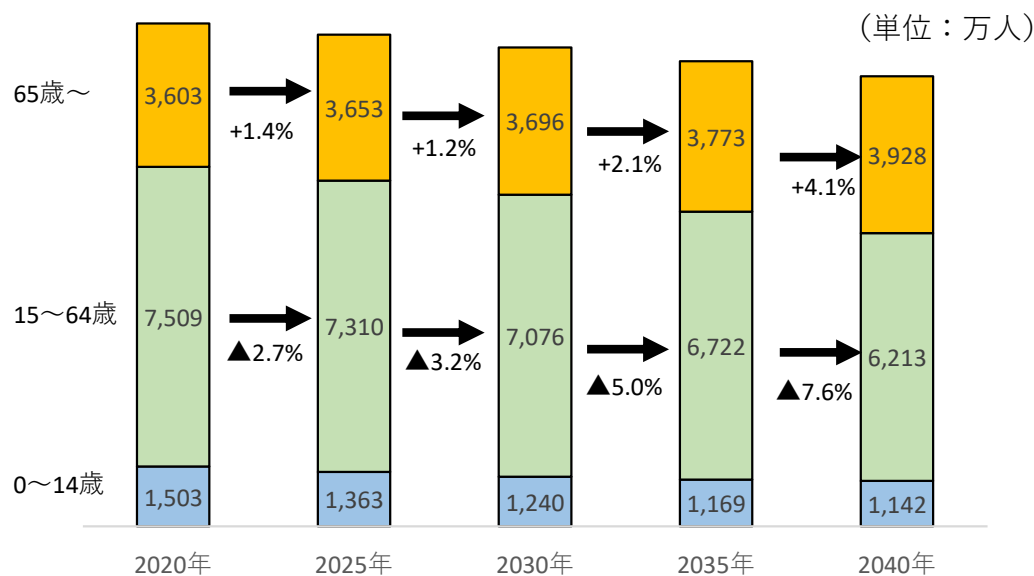
出典: 2023年度「介護給付費等実態統計」及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。

補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

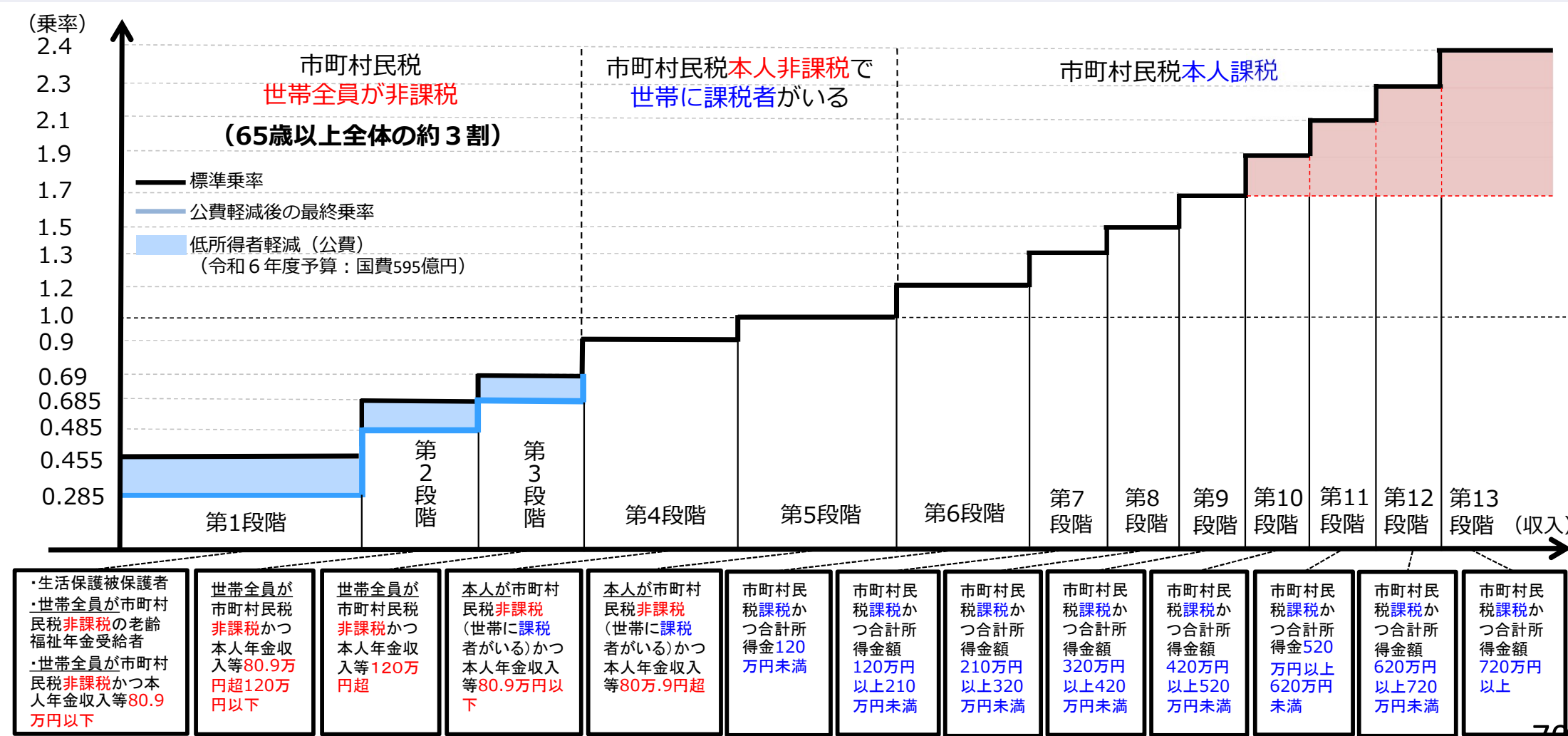
今後の介護保険をとりまく状況(4)

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



第9期計画期間における第1号保険料（標準13段階）

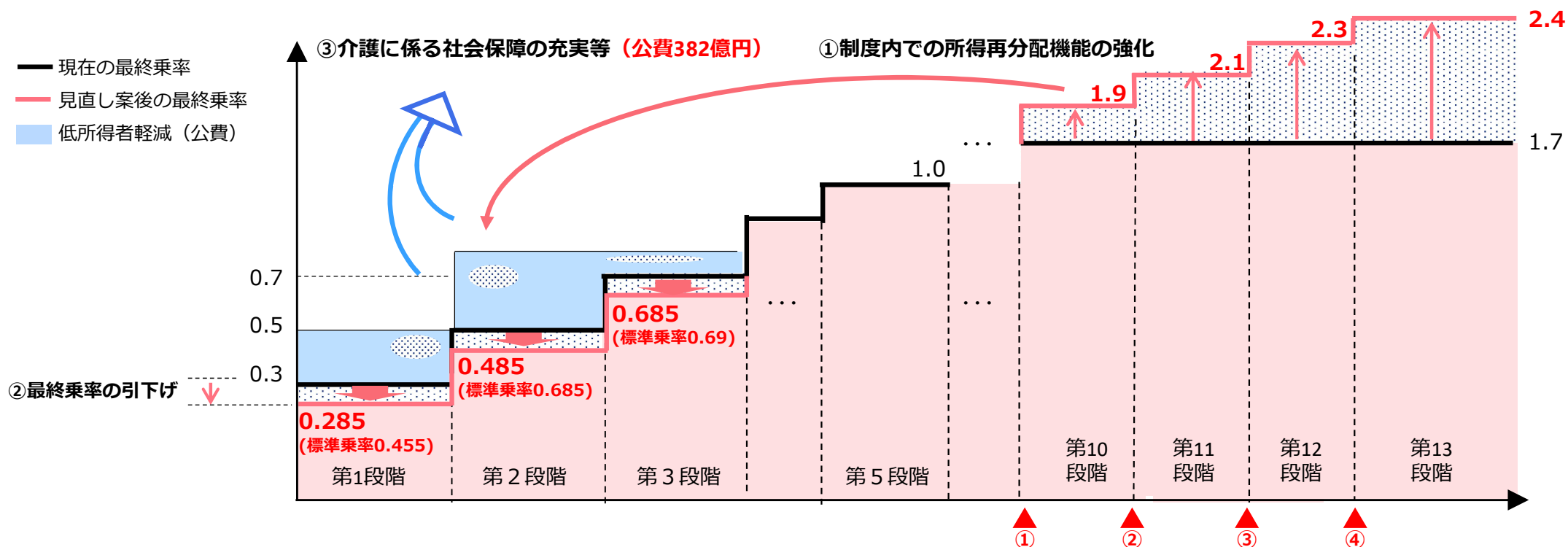
- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約23%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。（第9期（令和6～8年度）の保険料の基準額の全国平均は月額6,225円）
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。（標準は13段階）



- 介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、**今後の介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再分配機能を強化する**（標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等）ことで、**低所得者の保険料上昇の抑制を図る**。
 - ・ 高所得者に係る標準段階の段階数・乗率について、既に9段階を超える多段階の保険料設定を行っている保険者の平均を勘案して設定。
 - ・ 低所得者の最終乗率（低所得者が実際に負担する乗率）について、第7期から第8期にかけての保険料の伸びなどを勘案して設定。
- ※ 介護保険制度においては、調整交付金によって、保険者ごとの所得分布状況に係る調整を行っているところ、この所得調整機能を強化するため、標準9段階を用いている現行の調整方法についても、保険料設定方法の見直しに併せて、標準13段階を用いた調整方法に改める。
- 保険料の多段階化によって制度内での対応が強まることを踏まえ、低所得者の負担軽減に活用されている公費の一部（※）について、現場の従事者の処遇改善をはじめとする介護に係る社会保障の充実に活用する。
 - ※ **公費約382億円（国費約191億円、地方約191億円）**

（参考）全世代型社会保障構築会議報告書（令和4年12月16日全世代型社会保障構築会議）

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、（中略）必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

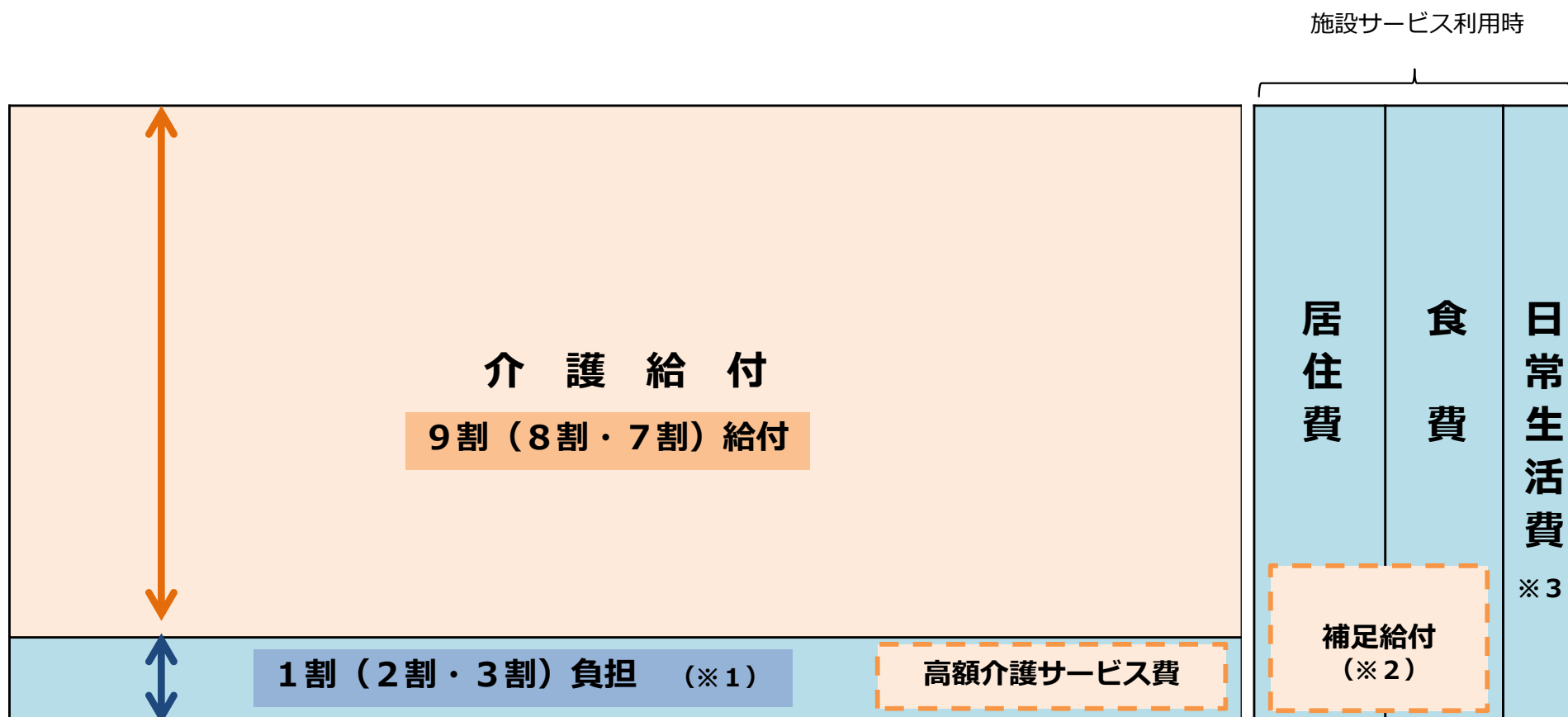


①第8段・第9段階の境界となる基準所得金額（9段階境界額）+100万円、

②9段階境界額+200万円、③9段階境界額+300万円、④9段階境界額+400万円

介護保険制度における利用者負担

※水色部分が利用者負担



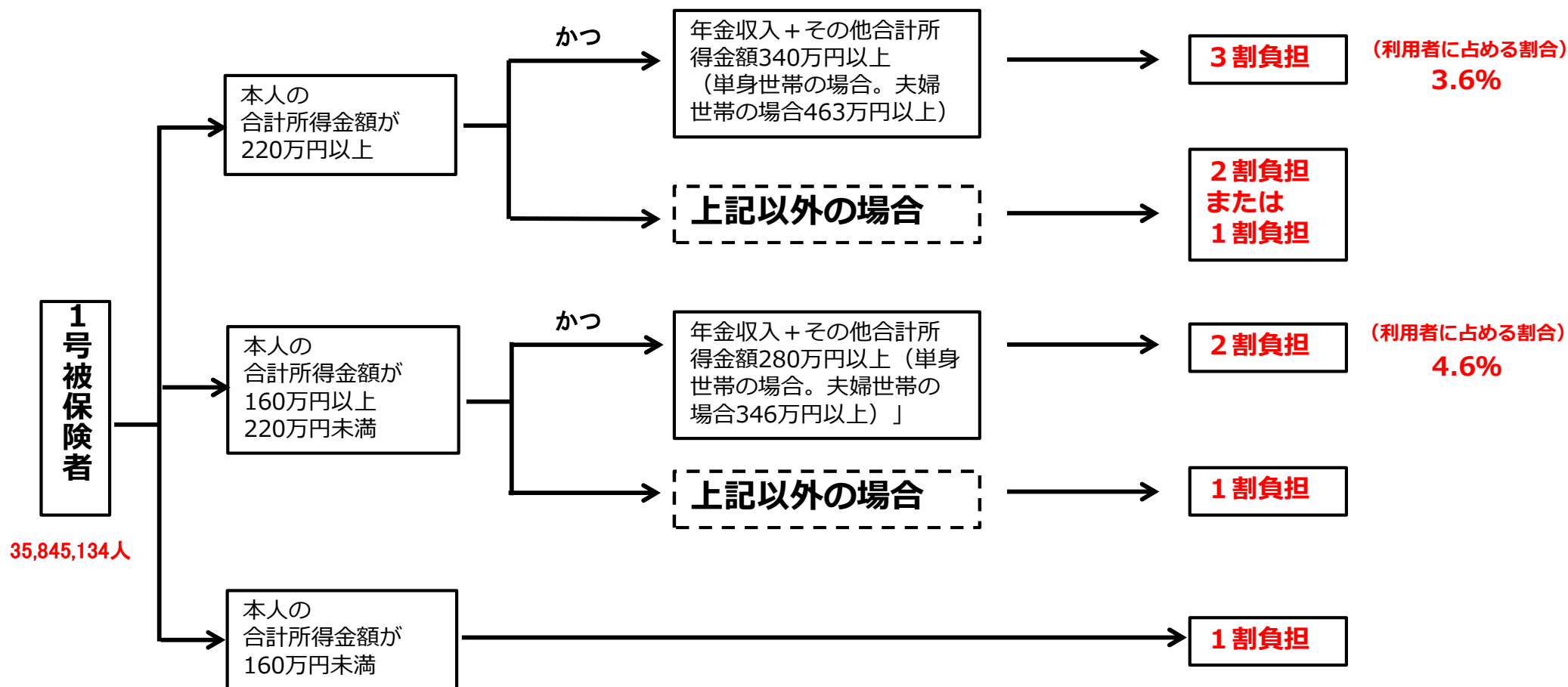
- ※1 居宅介護支援は全額が保険給付される。
「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」の場合は、2割負担。
「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」の場合は、3割負担。
- ※2 介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費の軽減
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用）

介護保険制度における利用者負担割合（判定基準）

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、

○相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】

○2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】



※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

※第1号被保険者数、うち2割負担対象者及び3割負担対象者の数は「介護保険事業状況報告（令和4年度）」によるもの。

平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

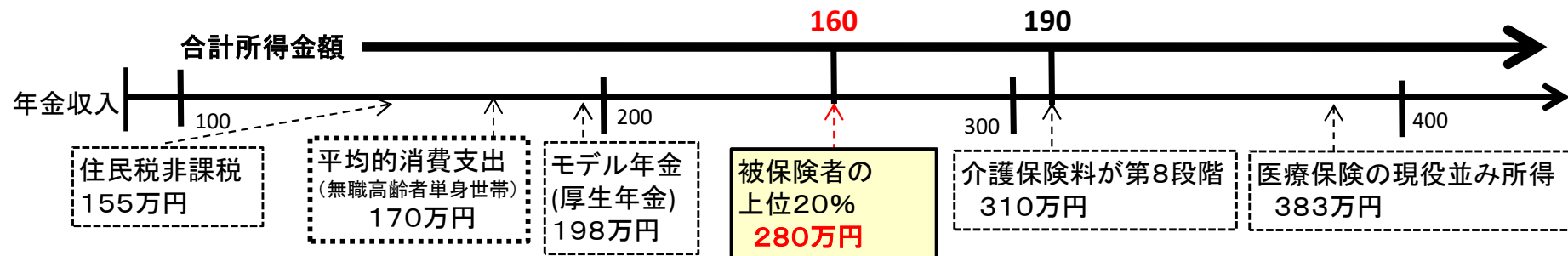
※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 **被保険者の上位20%に該当する水準**。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いいため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、**実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度**と推計。

※3 $280\text{万円} + 5.5\text{万円}(\text{国民年金の平均額}) \times 12 \div 346\text{万円}$

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除(基本的に120万円)



平成29年改正における一定所得以上の利用者負担割合の見直し

負担割合の引き上げ

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
年金収入等 280万円未満	1割

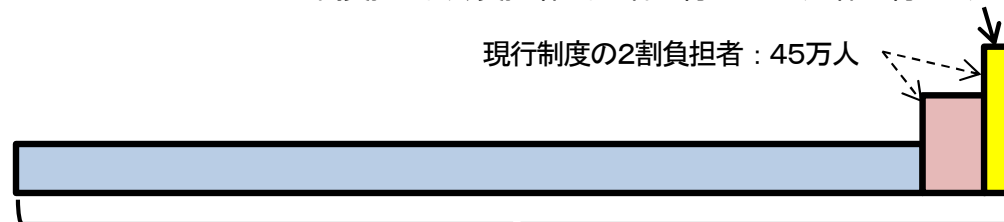
※1 「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人（全体の約3%）

現行制度の2割負担者：45万人



受給者全体：496万人

	在宅サービス	施設・居住系	特養	(単位:万人) 合計
受給者数（実績）	360	136	56	496

3割負担（推計）	約13	約4	約1	約16
うち負担増 （対受給者数）	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担（実績）	35	10	2	45
1割負担（実績）	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告（平成28年4月月報）

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が80.9万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が80.9万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		【】はショートステイの場合

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,445円（4.4万円）	300円（0.9万円） 【300円】	390円（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	650円（2.0万円） 【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円） 【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	915円（2.8万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
		老健・医療院 （室料を徴収する場合）	697円（2.1万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
		老健・医療院等 （室料を徴収しない場合）	437円（1.3万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
	従来型個室	特養等	1,231円（3.7万円）	380円（1.2万円）	480円（1.5万円）	880円（2.7万円）	880円（2.7万円）
		老健・医療院等	1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）
	ユニット型個室の多床室		1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）
	ユニット型個室		2,066円（6.3万円）	880円（2.6万円）	880円（2.6万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）

(参考) 補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数(令和5年度末)

<万人>

	合計	第1段階		第2段階		第3段階①		第3段階②	
合計	87.4	7.7	9%	24.7	28%	18.9	22%	36.2	41%
介護老人福祉施設	26.7	1.9	2%	8.1	9%	6.1	7%	10.6	12%
介護老人保健施設	11.5	1.0	1%	3.2	4%	2.5	3%	4.8	5%
介護療養型医療施設	0.3	0.0	0%	0.1	0%	0.1	0%	0.1	0%
介護医療院	1.3	0.1	0%	0.3	0%	0.3	0%	0.5	1%
地域密着型老人福祉施設	2.1	0.1	0%	0.6	1%	0.4	0%	1.0	1%
短期入所生活介護等	45.5	4.5	5%	12.2	14%	9.6	11%	19.2	22%

(2) 給付費(令和5年度)

<百万円>

食費		128,239
	介護老人福祉施設	74,972
	介護老人保健施設	33,196
	介護療養型医療施設	454
	介護医療院	4,340
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	7,036
	短期入所生活介護	7,798
	短期入所療養介護(老健)	425
	短期入所療養介護(病院等)	14
	短期入所療養介護(介護医療院)	4
居住費(滞在費)		110,437
	介護老人福祉施設	80,119
	介護老人保健施設	7,651
	介護療養型医療施設	59
	介護医療院	648
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10,599
	短期入所生活介護	11,117
	短期入所療養介護(老健)	237
	短期入所療養介護(病院等)	4
	短期入所療養介護(介護医療院)	2
合 計		238,676

(注) 表の認定者数は居住費に係る認定者数。境界層認定の関係で、食費に係る認定数と居住費に係る認定数に若干の相違がある。

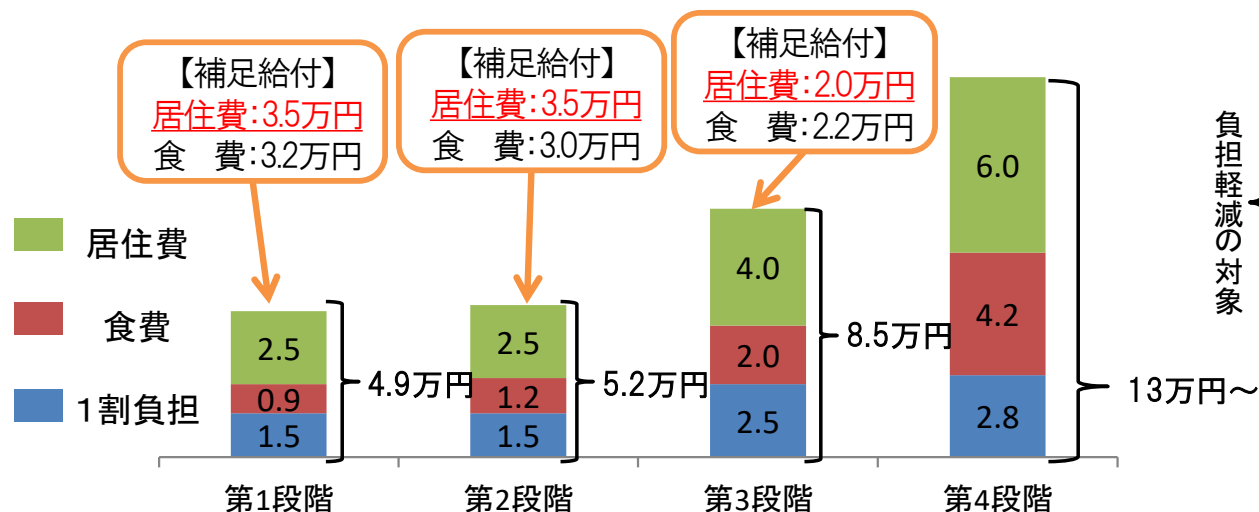
出典: 令和5年度介護保険事業状況報告年報

食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

平成27年8月施行
(一部平成28年8月)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※)認定者数:119万人、給付費:3338億円[平成26年度]

<要件の見直し>

①預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

②配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方①

社会保障審議会
介護保険部会

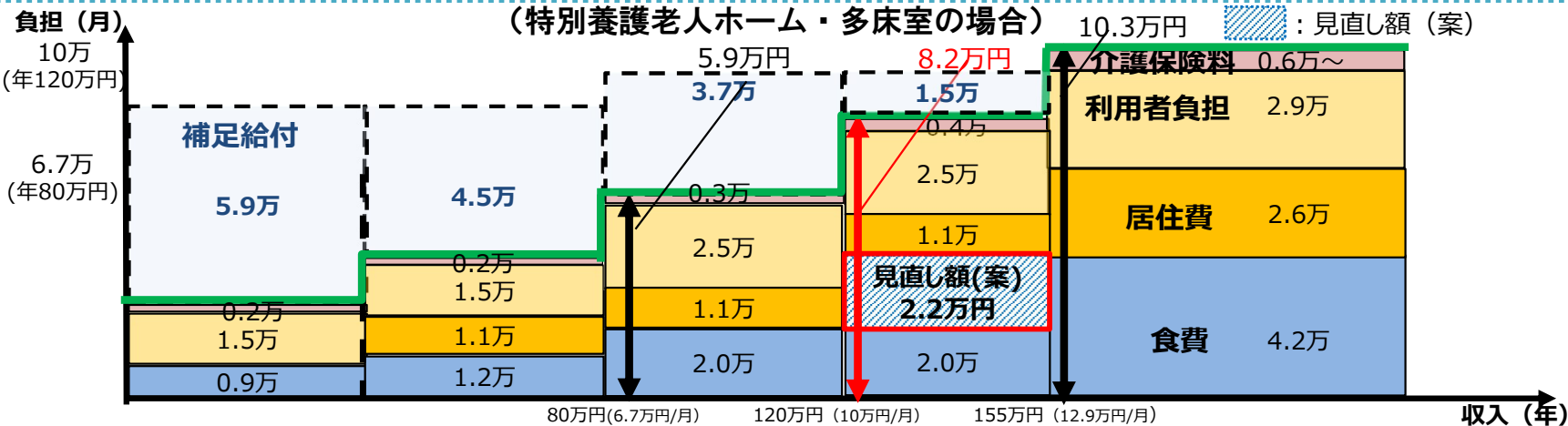
資料4

令和元年12月16日

考え方

- 食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、食費・居住費負担を含む本人の支出額について、所得段階間の均衡を図ることとしてはどうか。
- 具体的には、補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階と合わせて2つに分け（「第3段階①」・「第3段階②」。下図参照。）、その上で、介護保険三施設に係る第4段階と第3段階②の本人支出額の差額（介護保険三施設平均）の1/2を、第3段階②の本人負担に上乗せしてはどうか。

算出式：{（第4段階の本人支出額）－（第3段階②の本人支出額）} ÷ 2 = 2.2万円



保険料段階	第1段階	第2段階 本人年金収入等80万円超120万円以下	第3段階 本人年金収入等120万円超	第4段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（第4、5段階） ・本人が市町村民税課税（第6段階～）
補足給付段階（現行）	第1段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第3段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	第4段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税
補足給付段階（見直し案）	第1段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第3段階① 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	第3段階② 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等120万円超
				第4段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税

（参考）

- 医療保険料：H30・31全国平均の被保険者均等割額45,116円/年に、各保険料区分の乗率（令和3年度以降、軽減特例が無くなり本則7割軽減となった乗率）を乗じ、1,128円/月。153万円以上からは更に所得割が加算される。（153万円を超えた額の8.81%）
- 外来医療費：住民税非課税の場合、高額療養費の外来上限8,000円/月が最大。高額医療介護合算制度（※1）により、上乗せされる自己負担額は年間1万円（10年で10万円程度）
※1 第2段階の合算上限額は19万円/年、介護保険の利用者負担額は18万円/年のため、差し引き1万円/年の負担（第3段階の合算上限額31万円/年、介護保険30万円/年のため同額）
- 入院医療費：特養・ユニット・第2段階では月額7.5万円の負担に対して、一般病床では4.7万円（▲2.8万円）、療養病床では6.1万円（▲1.4万円）（※2）
※2 生活費は特養と同等と仮定。医療費は高額療養費と高額介護サービスの上限額が同じであるため、介護保険利用料と同額。
- 生活費：平成28年介護サービス施設・事業所調査における理美容費、教養娯楽費、洗濯費、預かり金の管理費等の合計 20,353円/月

食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方②

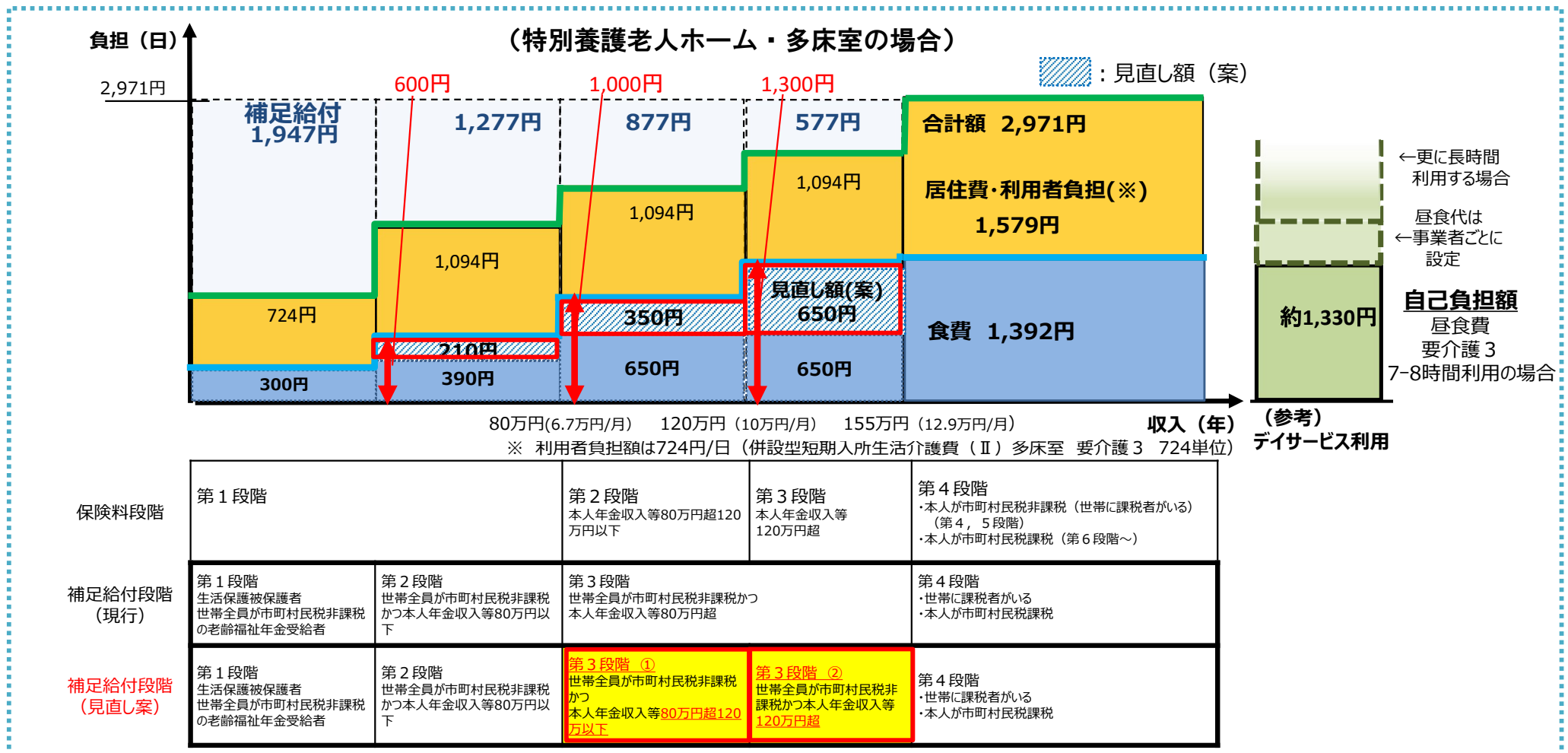
社会保障審議会
介護保険部会

資料4

令和元年12月16日

考え方

- ショートステイの食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、食費の本人支出額について、所得段階間の均衡を図ることとしてはどうか。
- 具体的には、以下のようにしてはどうか。
 - ・ 補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階に合わせて2つに分け（「第3段階①」「第3段階②」。下図参照。）、その上で、第3段階②の補足給付について、介護保険三施設と同額に設定（▲710円/日）。
 - ・ 食費が給付外となっているデイサービスとの均衡等の観点から、第3段階①、第2段階の助成額についても、負担能力に配慮しつつ、見直し。
 - ・ 各所得区分毎の段差が300円から400円となるように調整。



食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方③

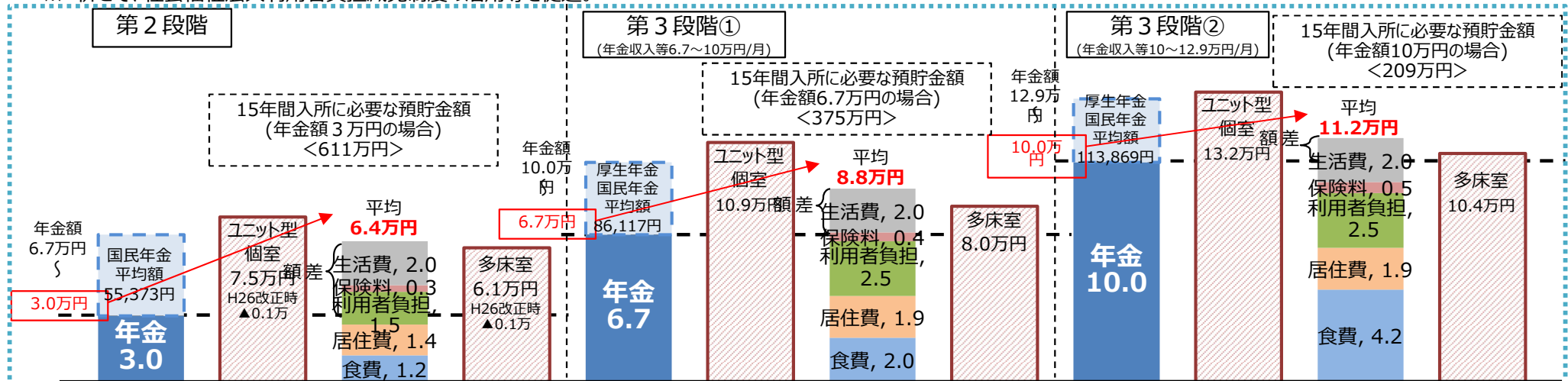
社会保障審議会
介護保険部会

資料4

令和元年12月16日

考え方

- 食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、資産（預貯金）基準について、所得段階に応じた設定としてはどうか。
- 具体的には、補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階と合わせて2つに分け（「第3段階①」、「第3段階②」）、その上で以下の観点から、単身者「1,000万円以下」、第2段階は「650万円以下」、第3段階①は「550万円以下」、第3段階②は「500万円以下」としてはどうか。
 - ・ 介護保険三施設いずれの場合も約98%の入所者が15年以内に退所している。
 - ・ 介護保険三施設の本人支出額の平均と年金収入を比較し、補足給付を受けながら本人の年金収入で15年入所することができる水準とする。
 - ・ 居宅サービス利用者や保険料を負担する方との公平性の観点から、基準額との差額の見直し。ただし、いずれの所得段階でもユニット型個室に10年入所することができる水準とする。
- ※ 第2号被保険者は、若年性認知症等により長期入所が考えられるため、現行の1,000万円を維持。
- ※ 夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は、現行の1,000万円を維持（第2段階の場合、本人650万円＋配偶者1,000万円）。
- ※ 併せて、社会福祉法人利用者負担減免制度の活用等を促進。



※ 保険料：介護保険料に加え、医療保険料を含んでいる。出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成（年金額は平成28年度厚生年金保険・国民年金事業報告）

【介護保険施設入所者の退所年数、退所割合】（特養の値を前回から修正） 出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成

退所までの年数	10年未満	11年未満	12年未満	13年未満	14年未満	15年未満	16年未満	17年未満	18年未満	19年未満	20年未満
特養	94.0% (H26:91.1%)	95.4%	96.4%	97.0%	97.5%	97.9%	98.2%	98.4%	98.6%	98.7%	98.8%
老健	98.8%	99.1%	99.3%	99.4%	99.4%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%
療養	97.1%	97.9%	98.4%	98.7%	99.0%	99.2%	99.3%	99.5%	99.5%	99.6%	99.6%
介護施設計	96.0%	96.9%	97.6%	98.0%	98.3%	98.5%	98.7%	98.9%	99.0%	99.0%	99.1%

(参考)

- 外来医療費：住民税非課税の場合、高額療養費の外来上限8,000円/月が最大。高額医療介護合算制度（※1）により、上乘せされる自己負担額は年間1万円（10年で10万円程度）
 - ※1 第2段階の合算上限額は19万円/年、介護保険の利用者負担額は18万円/年のため、差し引き1万円/年の負担（第3段階の合算上限額31万円/年、介護保険30万円/年のため同額）
- 入院医療費：特養・ユニット・第2段階では月額7.5万円の負担に対して、一般病床では4.7万円（▲2.8万円）、療養病床では6.1万円（▲1.4万円）（※2）
 - ※2 生活費は特養と同等と仮定。医療費は高額療養費と高額介護サービスの上限額が同じであるため、介護保険利用料と同額。
- 老齢年金生活者支援給付金：補足給付第2段階相当以下（※3）の者等に対し、最大月額5,000円の支給がある ※3 公的年金等の収入金額と給与所得等の合計額が老齢基礎年金満額相当（約78万円）

高額介護（介護予防）サービス費の概要について（令和7年8月～）

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する制度。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で〔公的年金等収入金額＋その他の合計所得金額〕が80.9万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	①市町村民税課税世帯～課税所得約380万円（年収約770万円）未満 ②課税所得約380万円（年収約770万円）以上～同約690万円（同約1,160万円）未満 ③課税所得約690万円（年収約1,160万円）以上	①世帯44,400円 ②世帯93,000円 ③世帯140,100円

●個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

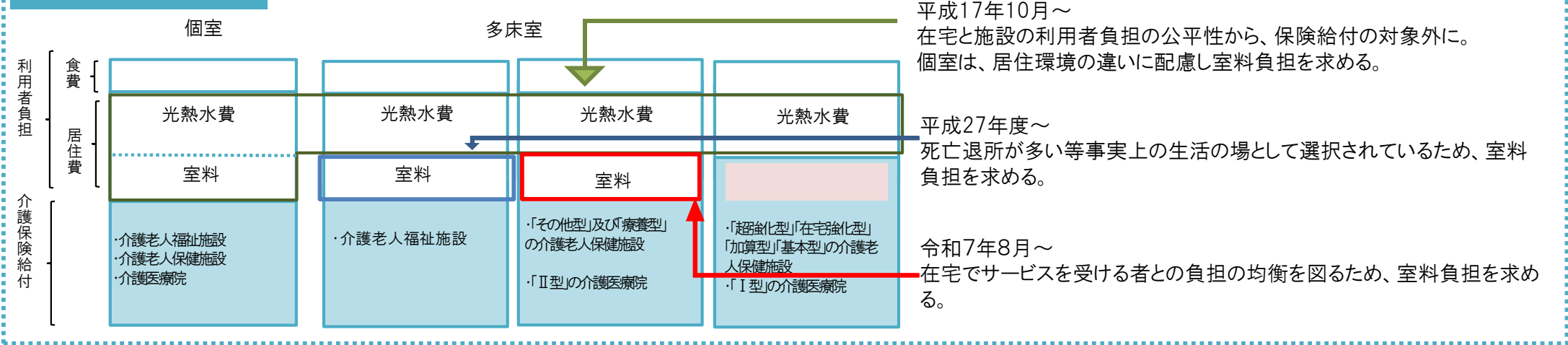
$$(\text{利用者負担世帯合算額} - \text{世帯の上限額}) \times \frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$$

⇒ 高額介護サービス費の支給：保険給付の1割（または2割・3割）負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

多床室の室料負担の経緯と現状

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等における居住費については、平成17年10月より、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として負担することとされた。
その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等事実上の生活の場として選択されていることから、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）
- さらに、令和7年8月より、在宅でサービスを受ける者との負担の均衡を図るため、「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「Ⅱ型」の介護医療院について、新たに室料負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可	8.0㎡以上 大規模改修まで6.4㎡以上で可

室料相当額控除（令和7年8月～）

概要

- 令和7年8月より、「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「Ⅱ型」の介護医療院について、新たに室料負担（月額8千円相当）を導入する。

算定要件等

○対象サービス

（介護予防）短期入所療養介護、介護老人保健施設、介護医療院

○対象者

以下の①及び②のいずれにも該当する者であること。

① 以下のいずれかに該当する施設に入所している者であること。

- ・「その他型」及び「療養型」（※）の介護老人保健施設の多床室

※ 算定日が属する計画期間の前の計画期間の最終年度（令和7年8月から令和9年7月までは令和6年度の実績）において、「その他型」又は「療養型」として算定した月が7か月以上であること。

- ・「Ⅱ型」の介護医療院の多床室

② 入所している療養室における一人当たりの床面積が8㎡以上である者であること。

○単位数

対象者について、室料相当額控除として▲26単位/日

（該当する施設の多床室の利用者における基準費用額（居住費）について+260円/日）

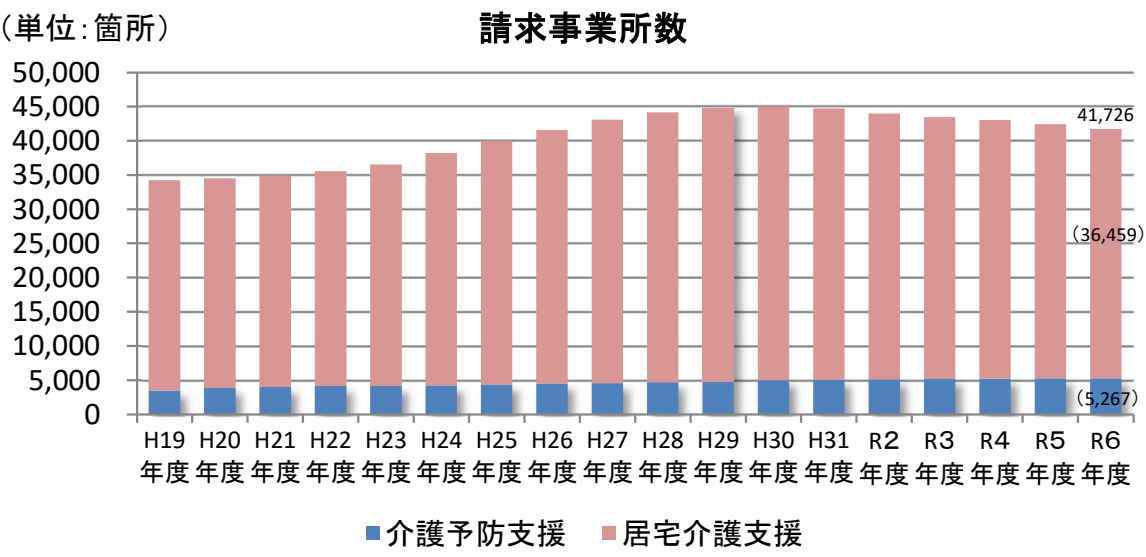
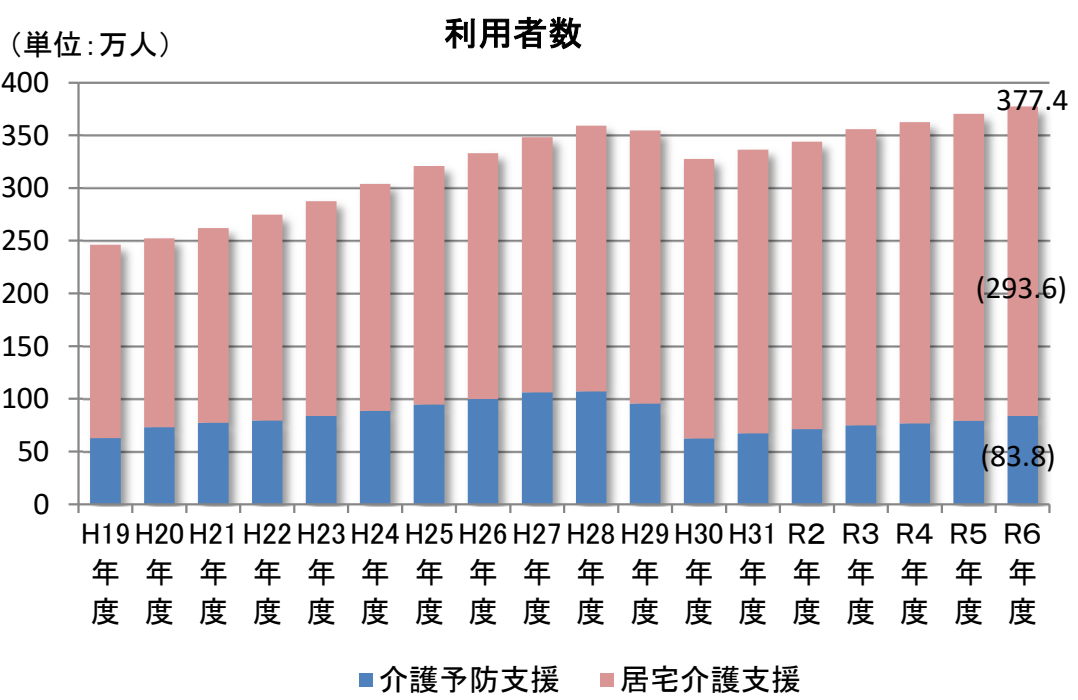
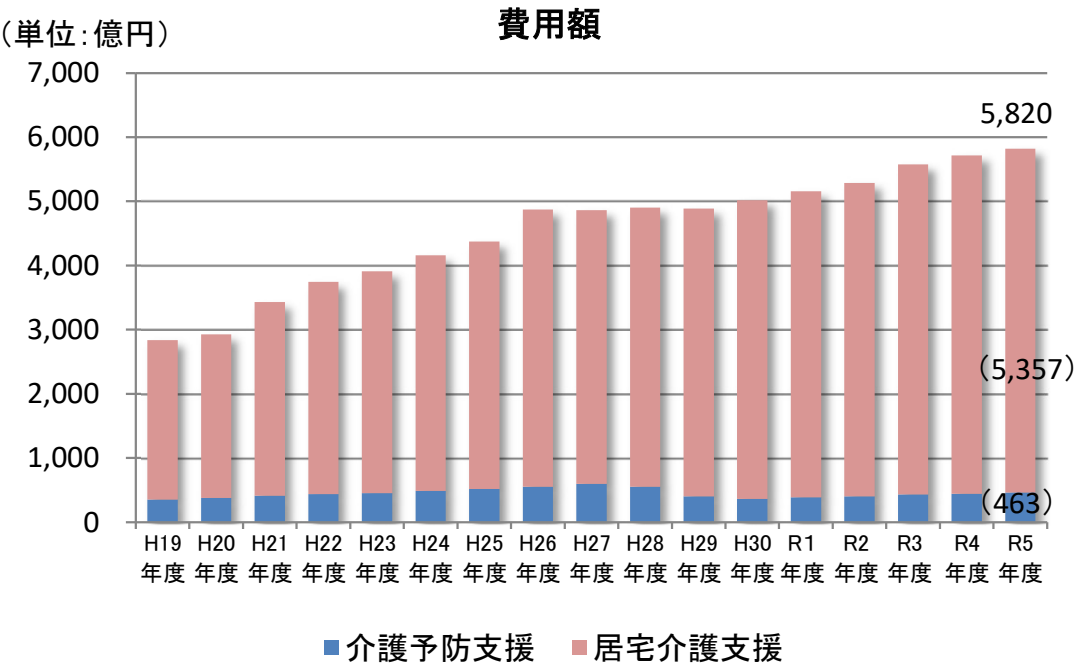
※ ただし、基準費用額（居住費）を増額することで、利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。

※ 外泊時には室料相当額控除は適用しない。

（参考）多床室の利用者の居住費に係る基準費用額及び負担限度額（令和7年8月～）

	基準費用額 （月額（月額））	負担限度額（月額（月額））			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
老健・医療院 （室料を徴収する場合）	697円（2.1万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
老健・医療院等 （室料を徴収しない場合）	437円（1.3万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
特養等	915円（2.8万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）

居宅介護支援・介護予防支援の事業所数・利用者数等



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(令和5年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
181	281	1,714	1,444	1,037	732	431	5,820
3.1%	4.8%	29.5%	24.8%	17.8%	12.6%	7.4%	100%

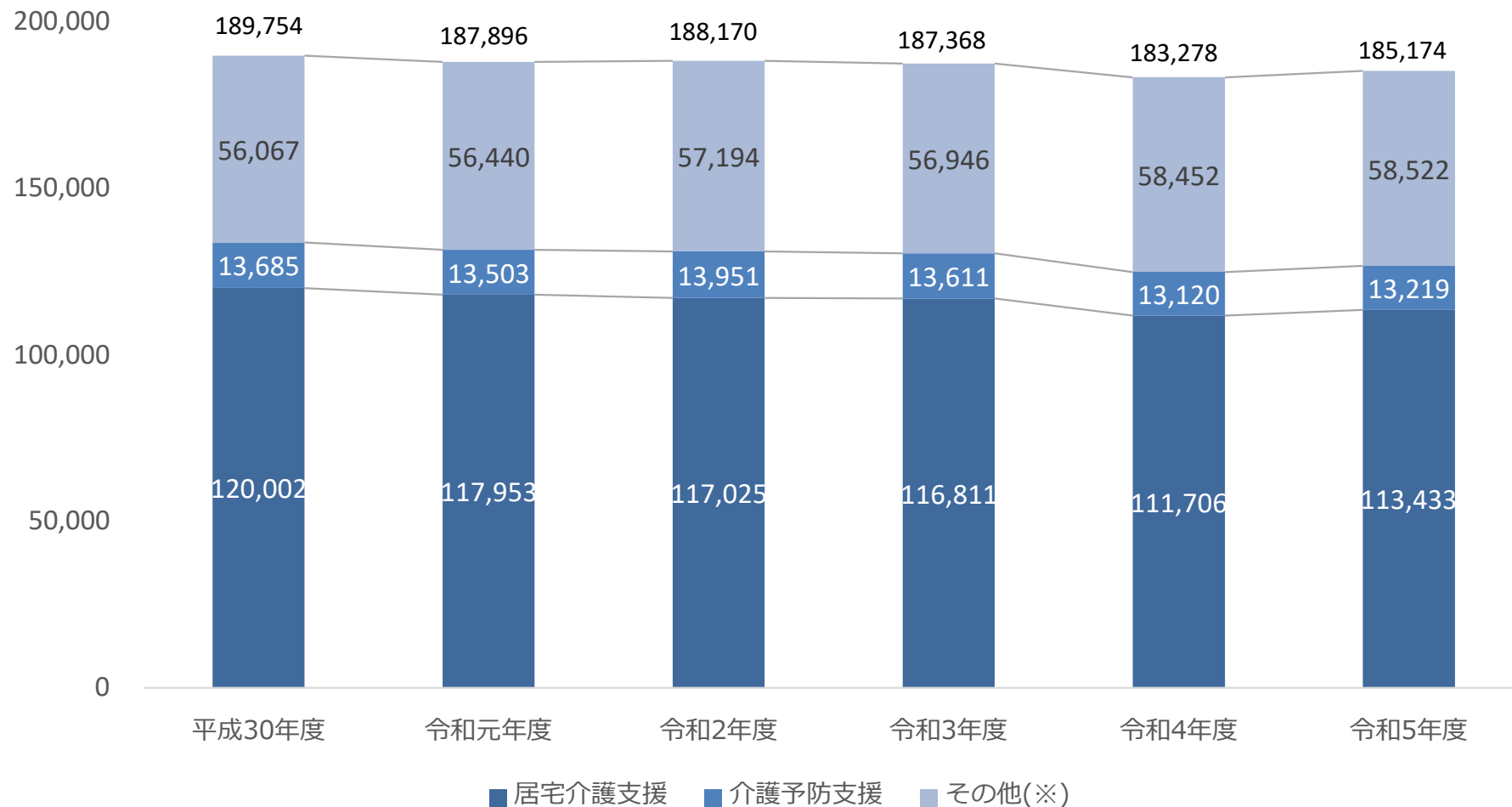
【出典】令和5年度介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)

注1) 費用額の値は、5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、4月審査分である。

介護支援専門員の従事者数（実数）の推移

（単位：人）



（※）特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院

【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年度10月1日時点）

- 複合的な課題を抱える高齢者の増加等により、ケアマネジャーの役割の重要性は増大する一方で、ケアマネジャーの従事者数は横ばい・減少傾向。
- 利用者のために質の高いケアマネジメントを実現する観点から、ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力することができるよう、業務の整理やICT等の活用により負担を軽減しつつ、なり手を確保していくことが喫緊の課題。以下に沿って制度改正や報酬改定等に向けて引き続き検討。

1. ケアマネジャーの業務の在り方

～ケアマネジャーが専門性を生かし、個々の利用者に対するケアマネジメント業務に注力するための負担軽減等の環境整備～

- ケアマネジャーは、在宅の介護サービスの要。利用者に寄り添い、尊厳の保持と自立支援を図る一連のプロセスを担う。かかりつけ医等医療を含む地域の関係者と顔の見える関係を構築し、利用者に適切な支援を行うことが重要。いわゆるシャドウワークも含めケアマネジャーの業務が増加する中、ケアマネジャーが専門性を生かして利用者へのケアマネジメント業務に注力できる環境整備が必要。
- 利用者にとってより質の高いケアマネジメントを実現しつつ、ケアマネジャーの業務負担を軽減する観点から、居宅介護支援事業所は個々の利用者に対するケアマネジメントに重点、地域包括支援センターは社会資源への働きかけを含めた地域全体の支援に重点を置くことが適当。この役割を中心に据えつつ、業務の在り方を考えていくことが重要。
- ➡ 居宅介護支援事業所におけるケアマネジャーが実施する業務については、以下の考え方に沿って、負担の軽減を図る。
 - ・ 法定業務は、ケアマネジャーに求められる役割との関係から、事業所内での業務分担を検討することが必要。特に、利用者と直接関わる業務は、更なる質の向上を図るとともに、その位置づけを整理。
 - ・ 法定業務以外の業務については、ケアマネジャーの業務上の課題というだけではなく地域課題として地域全体で対応を協議すべきものであり、基本的には市町村が主体となって関係者を含めて協議し、利用者への切れ目ない支援ができる地域づくりを推進。
- ➡ 業務効率化の観点から、ケアプランデータ連携システムの更なる普及促進やAIによるケアプラン作成支援の推進。

業務の種類	主な事例
①法定業務	・利用者からの相談対応、関係機関との連絡調整、ケアプラン作成
②保険外サービスとして対応しうる業務	・郵便・宅配便等の発送・受取、書類作成・発送、代筆・代読、救急搬送時の同乗
③他機関につなぐべき業務	・部屋の片付け・ゴミ出し、買い物などの家事支援 ・福祉サービスの利用や利用料支払いの手続き ・入院中・入所中の着替えや必需品の調達 ・預貯金の引出・振込、財産管理 ・徘徊時の搜索 ・死後事務
④対応困難な業務	・医療同意

基本的には市町村が主体となり関係者を含めて地域課題として協議
相談体制の整備や地域の関係者からなる協議の場での検討、生活支援コーディネーターなど既存の仕組み、職能団体による事業化やインフォーマルな資源の活用等

～主任ケアマネジャーの役割の明確化や位置付けの検討～

- 主任ケアマネジャーは居宅介護支援事業所・地域包括支援センターいずれでも他のケアマネジャーへの指導・育成の役割を有する。
- ➡ 役割に応じた専門性を発揮するため、制度的位置付けの明確化、研修の在り方、役割に応じた評価の在り方、柔軟な配置等を検討。

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 中間整理概要②

2.人材確保・定着に向けた方策

～質の確保を前提とし、幅広い世代に対する人材確保・定着支援の取組の総合的な実施～

- 現在のケアマネジャーの年齢構成等を踏まえると、10年以内には、ケアマネジャーの担い手は急激に減少していくことが見込まれ、幅広い世代に対する人材確保・定着支援に向けて、様々な取組を総合的に実施することが必要。

➡現在働いている方々の就労継続支援

- ・ 他産業・同業他職種に見劣りしない処遇の確保や様式の見直しによる書類作成の負担軽減、カスタマーハラスメント対策等の働く環境の改善。
- ・ シニア層が働き続けることができる環境の整備。

➡新規入職の促進

- ・ ケアマネジャーの受験要件（※）について、新たな資格の追加・実務経験年数の見直しを検討。
- ・ 若年層に重点を置きながら、魅力発信等の取組を促進。

（※）現在は、保健・医療・福祉の法定資格に基づく業務や一定の相談援助業務に従事した期間が、通算5年以上である者となっている。

➡潜在ケアマネジャーの復職支援

- ・ 再研修を受けやすい環境や、柔軟な勤務体制の設定など、復帰しやすい環境の整備

3.法定研修の在り方

～ケアマネジャーの資質の確保・向上を図りつつ、受講者の負担軽減を図るための法定研修の見直し～

- 利用者にとって適切な介護サービスを提供するためには、ケアマネジャーの資質の確保・向上が重要。一方で、受講者の経済的・時間的負担が大きいということが課題。このため、ケアマネジャーの資質の確保・向上を前提としつつ、可能な限り経済的・時間的負担の軽減を図ることが適当。その際、更新研修については、利用者への支援に充当する時間の増加につなげる観点から大幅な負担軽減を図るとともに、あわせてその在り方を検討。
- ➡ 研修の質の確保・費用負担の軽減の観点から、全国統一的な実施が望ましい科目について、国レベルで一元的に作成する方策の検討。
- ➡ 都道府県は、研修の実施状況や受講者の満足度等の丁寧な把握に努めながら、地域の実情も踏まえつつ、真にケアマネジャーの資質の確保・向上につながる研修を実施。また、都道府県の研修向上委員会等について、在り方を検討。
- ➡ 研修受講に当たっての負担を軽減するため、オンライン受講の推進や分割受講の仕組みなど、柔軟な受講が行えるようにする方策を検討するとともに、地域医療介護総合確保基金の活用や教育訓練給付制度等の制度について、引き続き周知。

4.ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進

～ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の総合的な実施～

- ケアマネジメントの質の向上を図る観点からは、様々な取組を総合的に実施していくことが重要。
- ➡ 適切なケアマネジメント手法の更なる普及、ケアマネジャーの自主的な気づきを促すためのケアプラン点検の適切な実施の促進。
- ➡ 業務の在り方の整理を進めた上で、ケアマネジメントの質を評価するための手法等について、引き続き検討することが適当。

地域支援事業の概要

1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。



咲かそう、地域包括ケアの花！

2 事業費・財源構成

事業費

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

【事業費の上限】

① 介護予防・日常生活支援総合事業

「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」

※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能

② 包括的支援事業・任意事業

「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」
+「社会保障の充実分」

財源構成

① 介護予防・日常生活支援総合事業

1号保険料、2号保険料と公費で構成
(介護給付費の構成と同じ)

② 包括的支援事業・任意事業

1号保険料と公費で構成
(2号は負担せず、公費で賄う)

	①	②
国	25%	38.5%
都道府県	12.5%	19.25%
市町村	12.5%	19.25%
1号保険料	23%	23%
2号保険料	27%	-

3 実施主体・事業内容等

実施主体

市町村

事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

ア サービス・活動事業（第一号事業）

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、
介護予防ケアマネジメント

イ 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、
一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

ア 地域包括支援センターの運営

介護予防ケアマネジメント、総合相談支援事業、権利擁護事業、
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、
地域ケア会議の開催

③ 任意事業

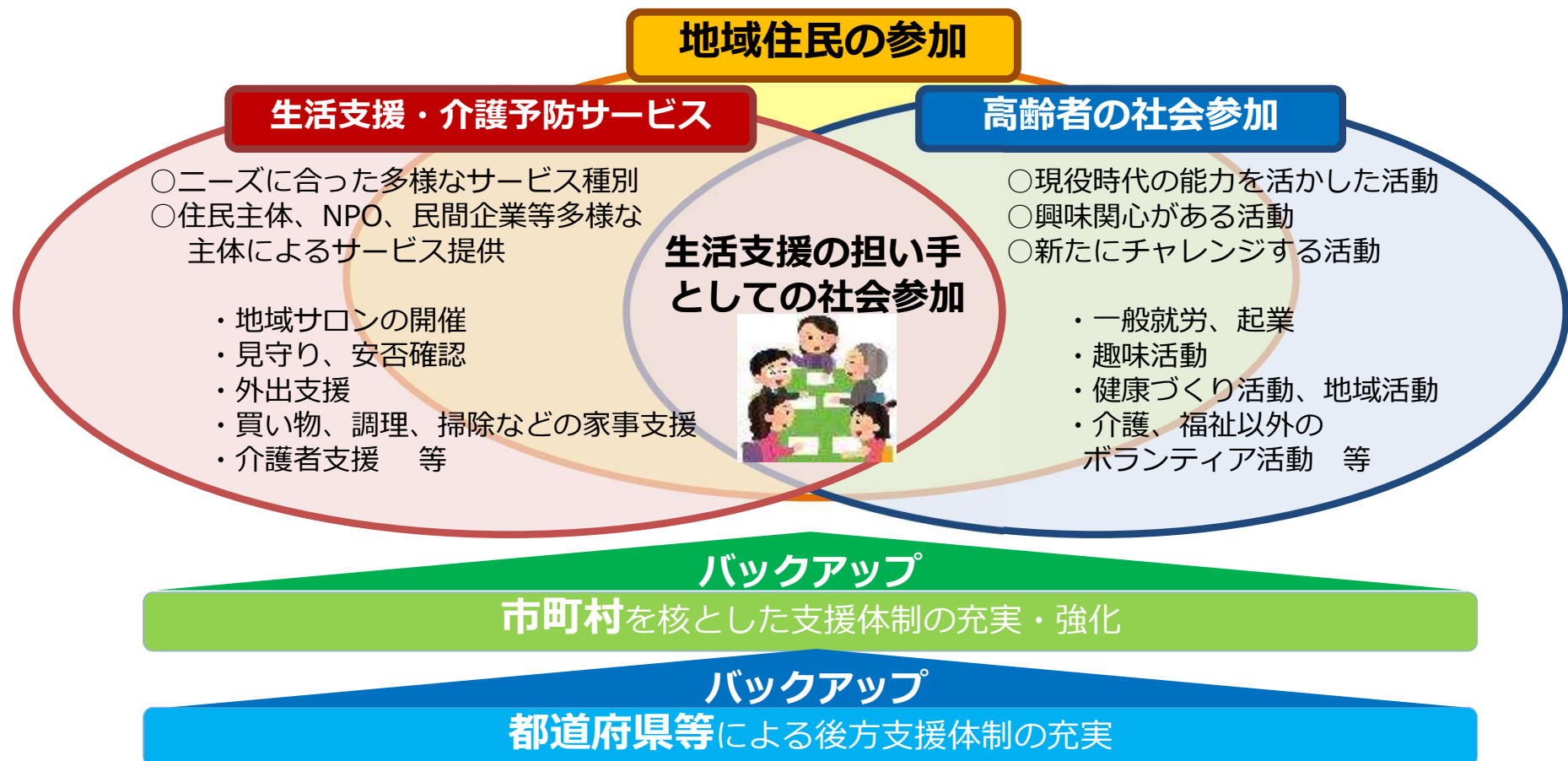
地域の実情に応じて必要な取組を実施。

介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

～生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加～

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。
ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、**社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防**につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような**地域づくりを市町村が支援すること**について、**制度的な位置づけの強化**を図る。



介護予防・日常生活支援総合事業の概要

(1) サービス・活動事業（第一号事業）

- 対象者（施行規則第140条の62の4）
 - ①要支援認定を受けた者
 - ②基本チェックリスト該当者（事業対象者）
 - ③継続利用要介護者（一部サービスに限る）

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 介護予防訪問看護や介護予防福祉用具貸与等の介護予防サービスを利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

- 対象者
第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等による助言等を実施

介護予防・日常生活支援総合事業の構成

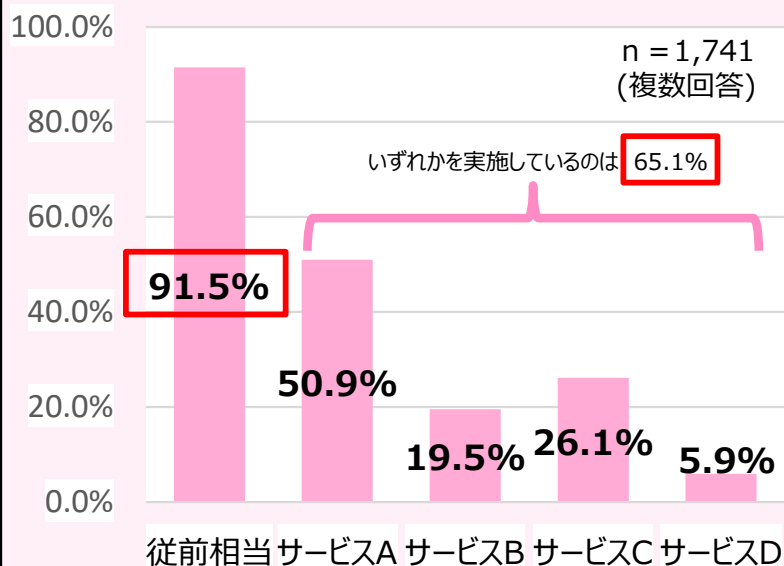
介護予防・日常生活支援総合事業

サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者※サービス・活動A・B・Dのみ	訪問型サービス（第1号訪問事業）	従前の訪問介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス） ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）
	通所型サービス（第1号通所事業）	従前の通所介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
	その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）		①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）
	介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）		①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業		※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和5年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,593市町村(91.5%)・1,582市町村(90.9%))。またその他生活支援サービスを実施している市町村は399市町村（22.9%）であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,134市町村（65.1%）、通所型サービスにあっては1,242市町村（71.3%）であった。

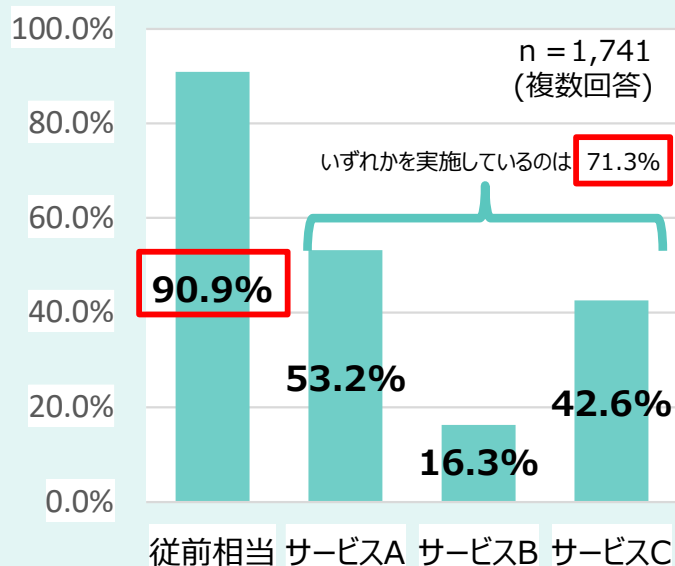
訪問型サービス



実施市町村数

従前相当	1,593	左記のうち ○ 従前相当のみ実施している市町村は607。 ○ 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,134。
サービスA	887	
サービスB	339	
サービスC	455	
サービスD	102	

通所型サービス

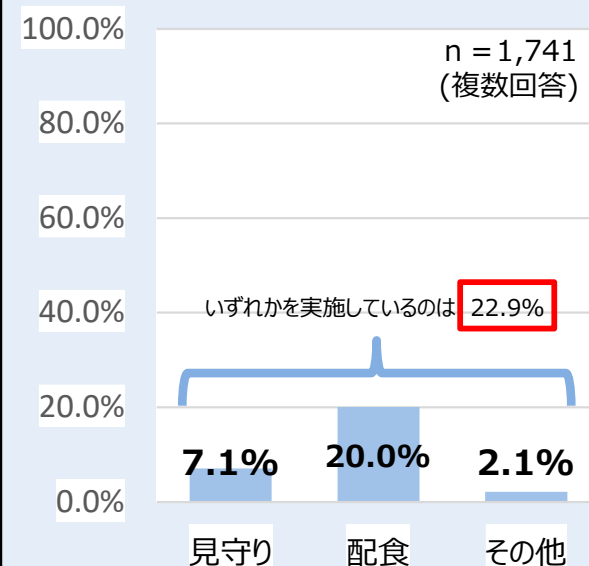


実施市町村数

従前相当	1,582
サービスA	926
サービスB	283
サービスC	741

- 左記のうち
- 従前相当のみ実施している市町村は499。
 - 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,242。

その他サービス



実施市町村数

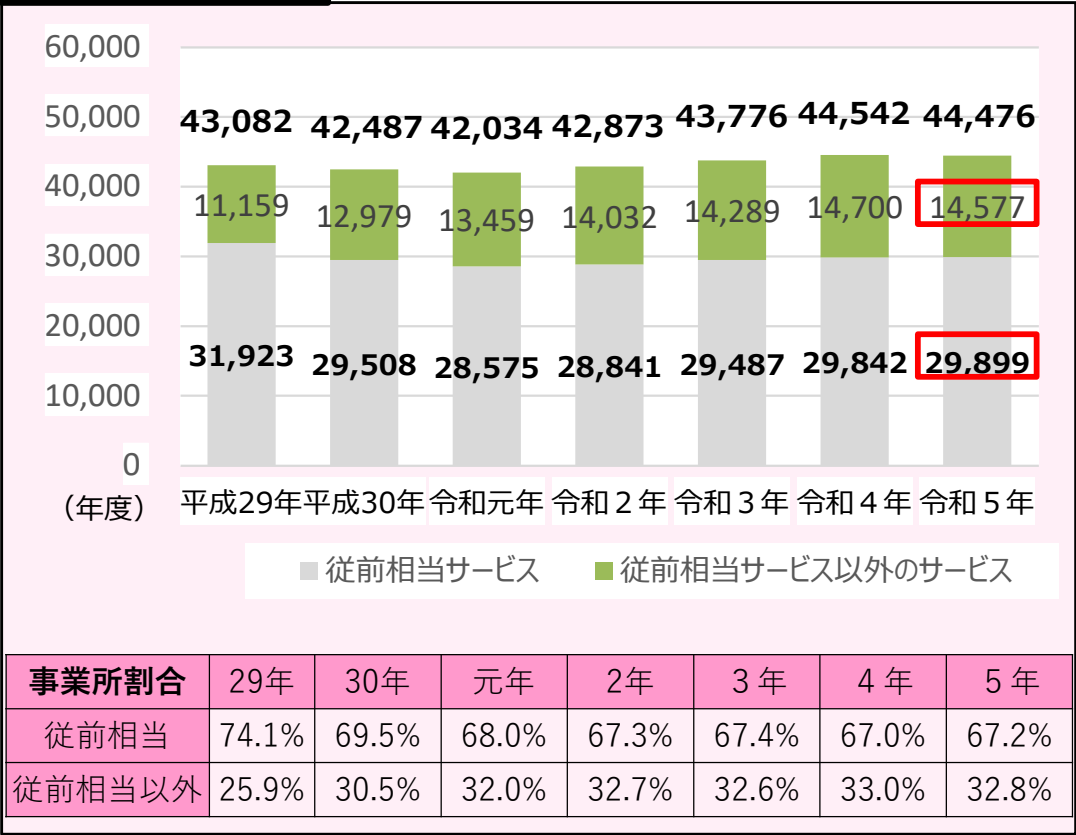
見守り	123
配食	349
その他	37

- 左記のうち
- いずれも実施していない市町村は1,342。
 - いずれかを実施している市町村は399。

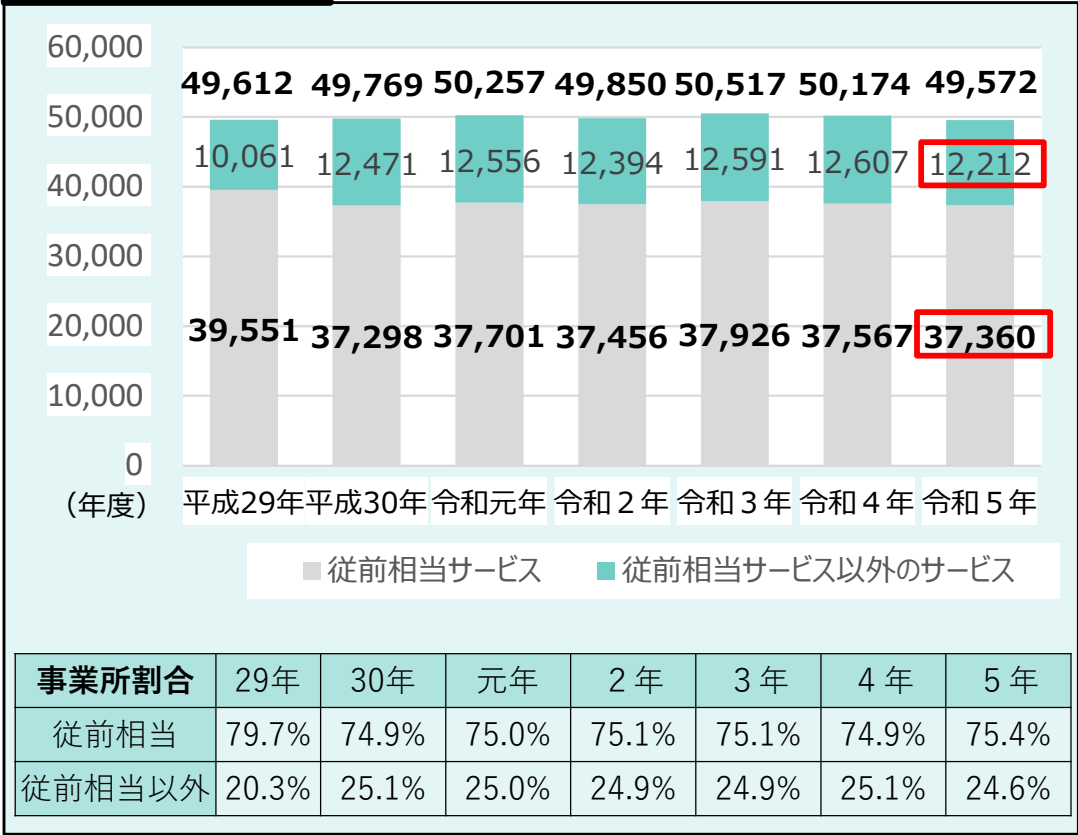
介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の訪問型サービス・通所型サービスの実施事業所(団体)数をみると、令和5年度にあっては以下のとおりであった。
- ・ 訪問型サービス：従前相当サービスは29,899事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは14,577事業所(団体)
 - ・ 通所型サービス：従前相当サービスは37,360事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは12,212事業所(団体)

訪問型サービス



通所型サービス



※ 令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査」（NTTデータ経営研究所）報告書及び「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2・3・4・5年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成。

※ 各年のn数は、平成29年：1,644、平成30年：1,686、令和元年：1,719、令和2年～：1,741。
（平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては、調査未回答自治体（それぞれ97市町村、55市町村、22市町村）あり。）

※ 重複を避けるため、各市町村内に所在する事業所のみ計上している。また、訪問型サービス・通所型サービスのうち「その他」は除いている。

※ 調査時点は、平成29年度～令和元年度のデータにあっては各年の6月1日、令和2～5年度のデータにあっては各年度末。

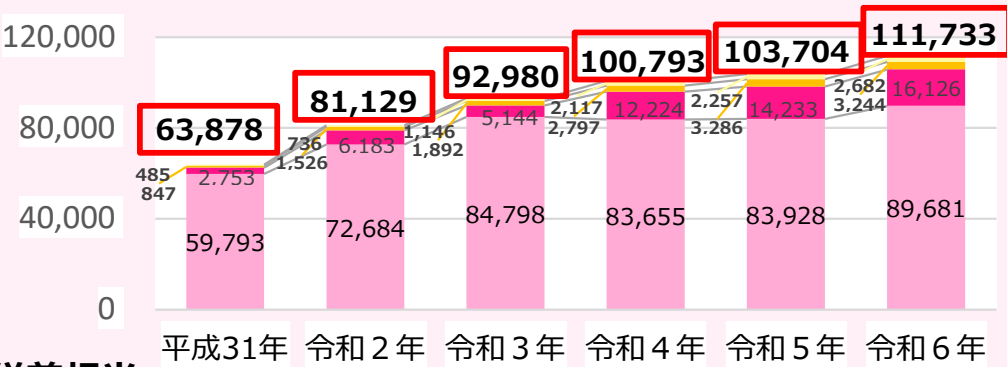
介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の訪問型サービス・通所型サービスの利用実人数の推移をみると、いずれも従前相当サービス以外のサービスの利用者数は増加している。

訪問型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当

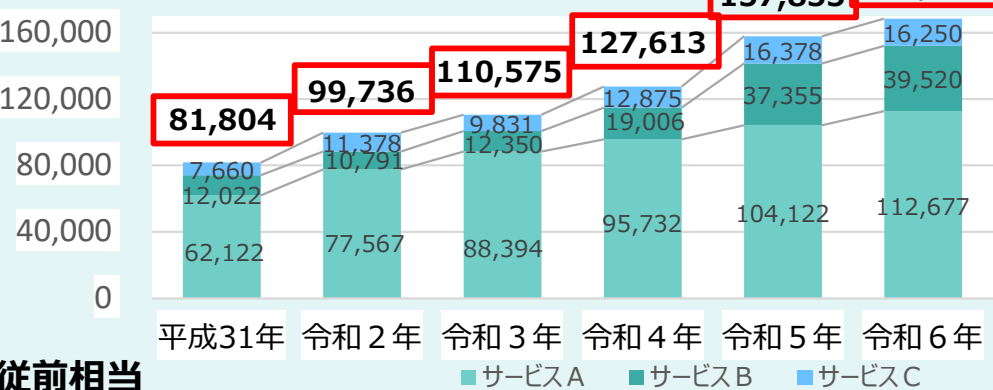


	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	59,793	72,684	84,798	83,655	83,928	89,681
サービスB	2,753	6,183	5,144	12,224	14,233	16,126
サービスC	847	1,526	1,892	2,797	3,286	3,244
サービスD	485	736	1,146	2,117	2,257	2,682
従前相当	361,300	349,300	341,800	329,000	319,100	315,400

通所型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当



	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	62,122	77,567	88,394	95,732	104,122	112,677
サービスB	12,022	10,791	12,350	19,006	37,355	39,520
サービスC	7,660	11,378	9,831	12,875	16,378	16,250
従前相当	566,100	534,100	536,400	526,000	551,000	575,300

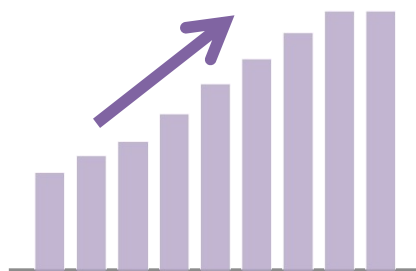
※ 従前相当サービス利用者数：介護給付費等実態統計（各年4月審査分）における「訪問型サービス（独自）」「通所型サービス（独自）」の区分を集計したもの。（令和3年度までは「みなし」の区分を含む。）
※ サービスA・B・C・D・利用者数：以下調査より引用（いずれも調査時点は各年3月、調査回答自治体の利用者数のみを積み上げたもの。）
・令和元年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）（令和2年3月）
・「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和3・4・5・6年3月）
※ 参考：平成29年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は24,230人、従前相当は416,700人／通所型サービスの従前相当以外は46,434人、従前相当は564,700人
平成30年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は49,729人、従前相当は376,000人／通所型サービスの従前相当以外は77,335人、従前相当は562,300人
（いずれも平成31年以降とは調査時点が異なり、各年6月の数値であることから、グラフには表示していない。）

総合事業の充実に向けた基本的な考え方

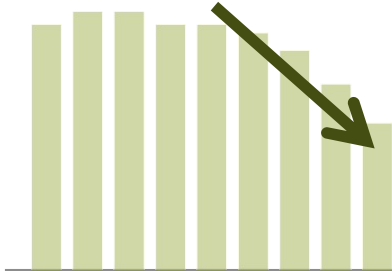
- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加

現役世代の減少



※ 85歳以上になると要介護認定率は上昇

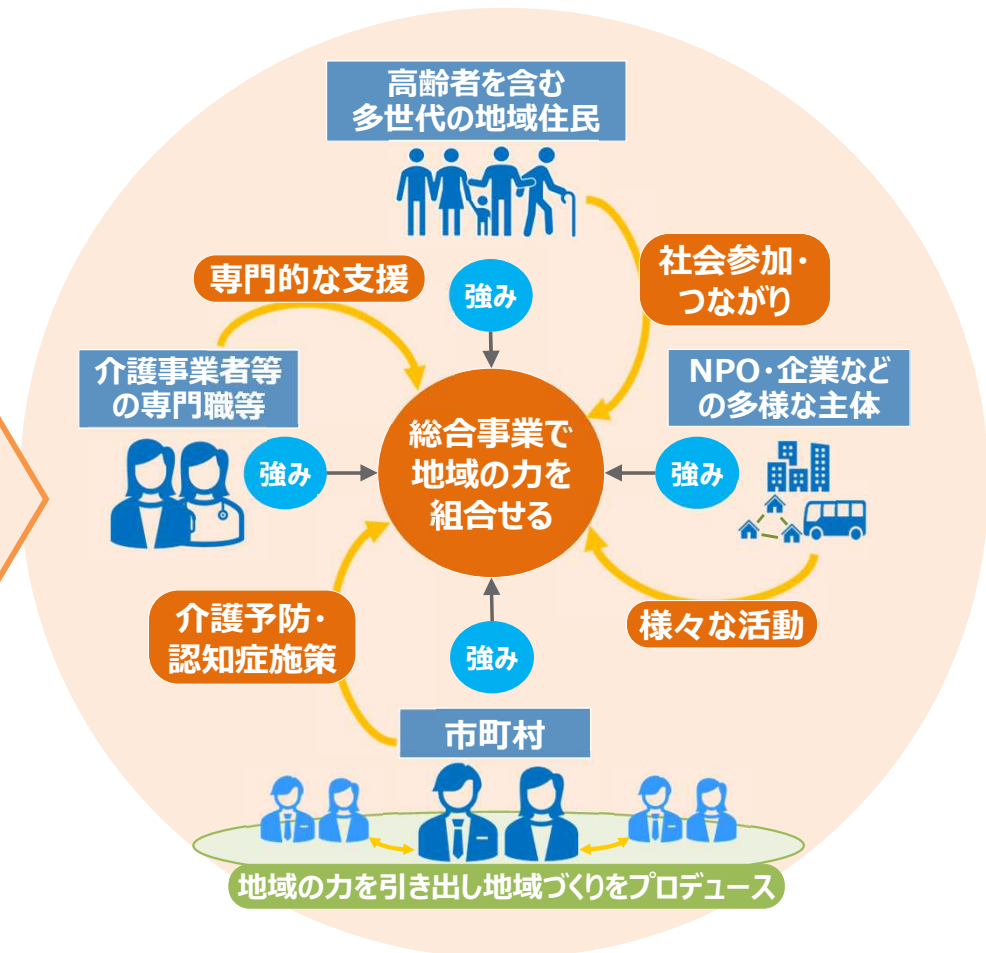


※ 専門人材等の担い手不足が進行

地域共生社会の実現



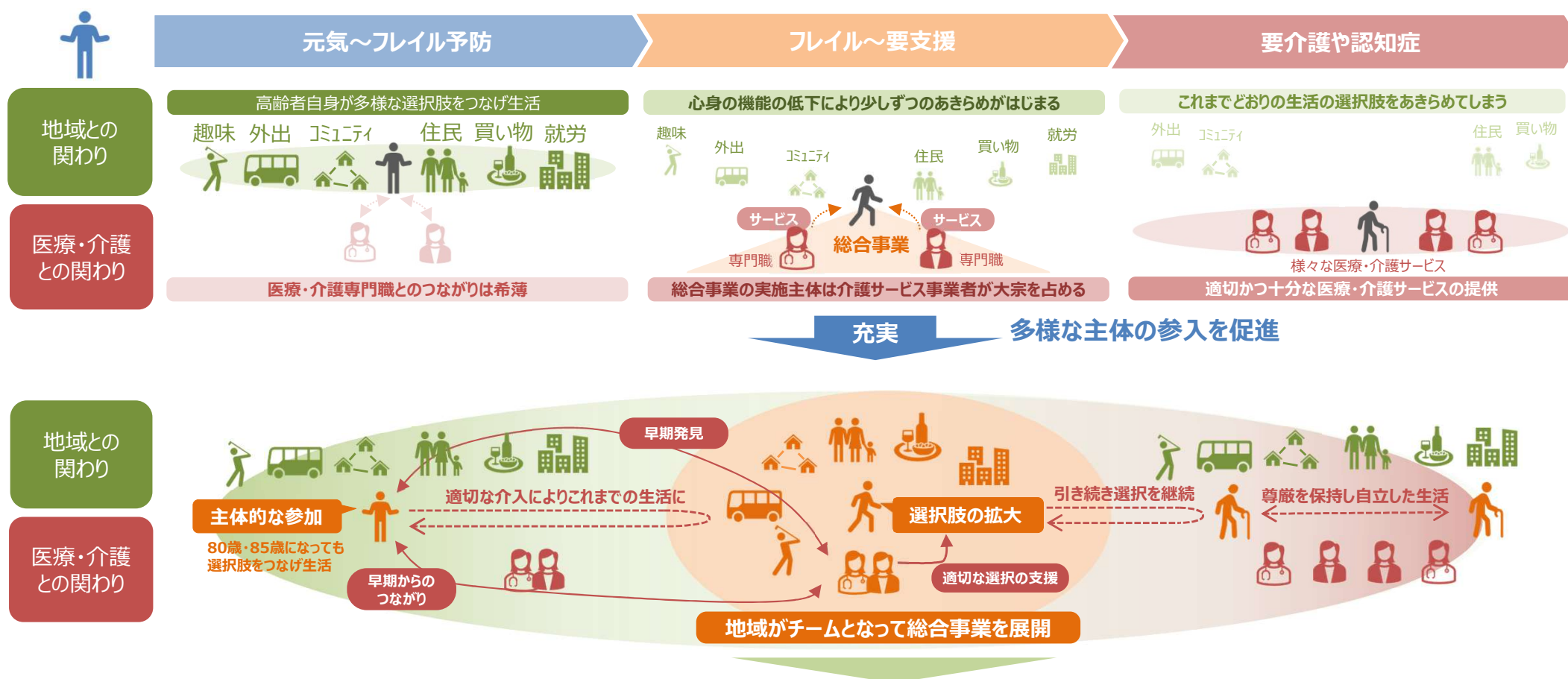
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々



介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）②

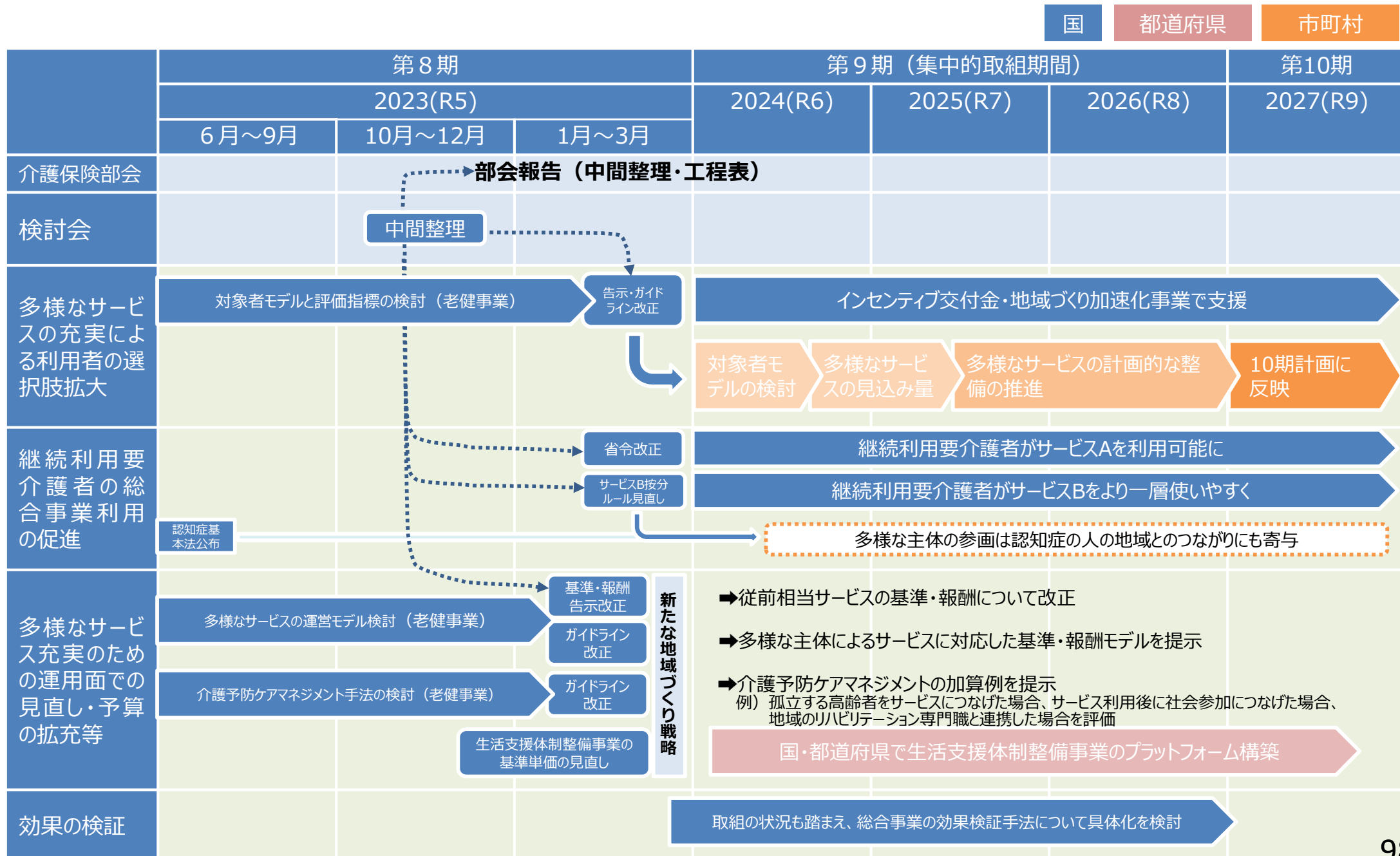
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動をし続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実に向けた工程表



介護保険制度の被保険者（加入者）

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対 象 者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人 数	3,585万人 (65～74歳：1,636万人 75歳以上：1,949万人)	4,188万人
受 給 要 件	・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)	要介護、要支援状態が、 末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援） 認定者数と被保険 者に占める割合	681万人（19.0%） 〔 65～74歳： 71万人（4.3%） 75歳以上： 610万人（31.3%） 〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和4年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。

特定疾病

1. 特定疾病とは

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

- 1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
- 2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

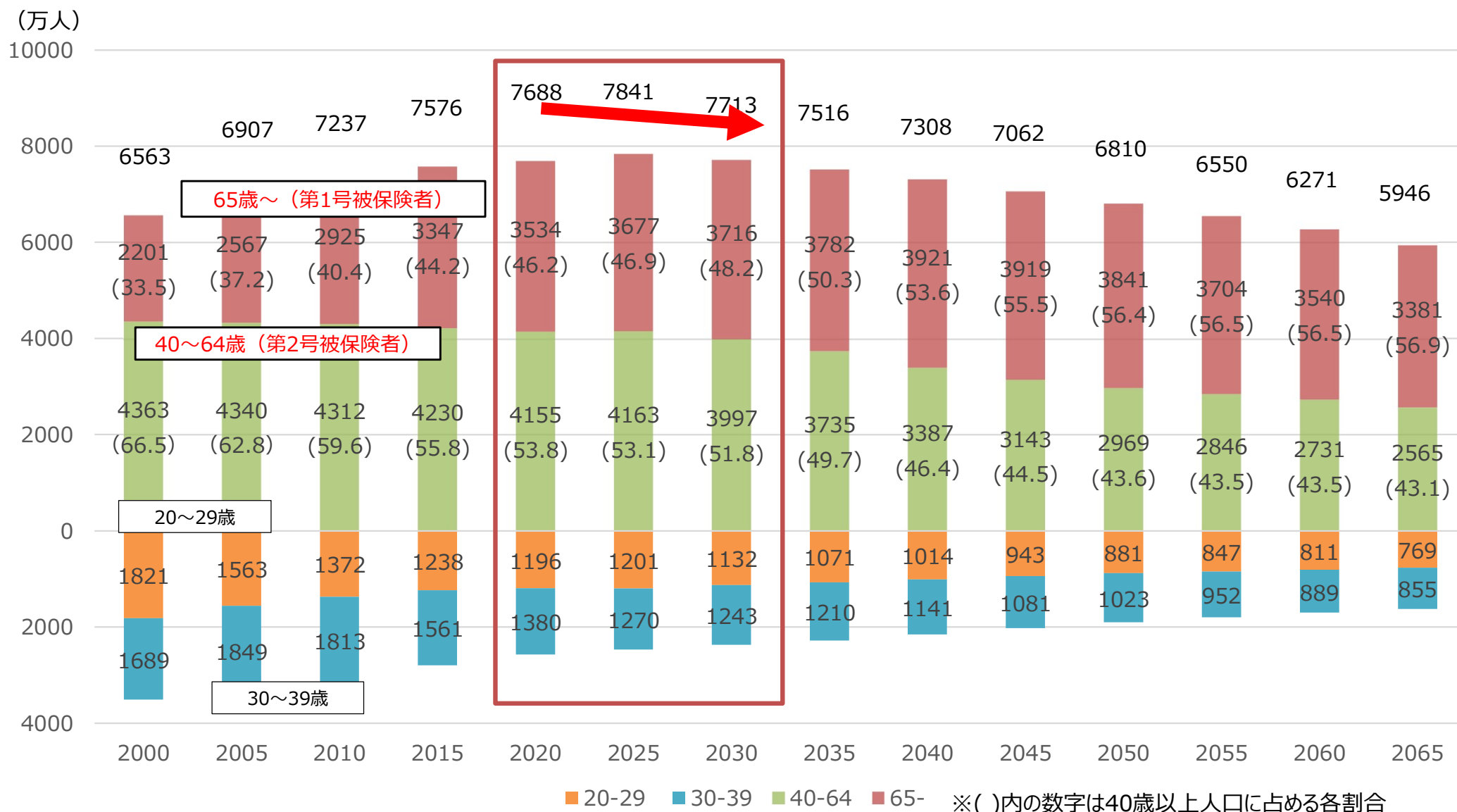
2. 特定疾病の範囲

● 介護保険法施行令第2条（平成10年政令第412号）（抄）

- 1 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靱帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

40歳以上人口の推移

保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2020年代後半から減少に転じる見込み。



出典：2020年以前は国勢調査、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（出生中位（死亡中位）推計）