

持続可能性の確保

厚生労働省 老健局

◇ 現状・課題

① 総論	2
② 1号保険料負担の在り方	3
③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準	4
④ 補足給付に関する給付の在り方	6
⑤ 多床室の室料負担	7
⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方	8
⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方	9
⑧ 被保険者範囲・受給者範囲	11
⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）	12

◇ 論点

13

◇ 第125回介護保険部会における主なご意見

14

◇ 参考資料

20

現状・課題① 総論

現状・課題

- 介護保険制度は、加齢により生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった方が尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う制度として創設され、被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上64歳以下の第2号被保険者^(※)としている。

(※) 第2号被保険者の範囲については、40歳以上になれば、老化を原因とする疾病による介護ニーズの発生の可能性が高くなるとともに、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなることから介護保険制度により負担が軽減される等一定の受益があるため、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、定められている。

- 制度創設から24年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3.5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4.0倍の14.3兆円（令和7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、制度創設時の2,911円（第1期）から6,225円（第9期）に増加しており、今後、更に高齢化が進展することを踏まえると、更なる増加が見込まれる。

- 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、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。
- また、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、「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等「全世代型社会保障の基本理念」が整理された。
- 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、能力に応じた全世代の支え合いとして、利用者負担（2割負担）の範囲の見直し、負担への金融所得、金融資産の反映の在り方等が検討項目としてあげられている。

更に、2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対する取組として「人生100年時代を見据えた、持続可能で国民の満足度の高い社会保障制度の構築や世代間・世代内双方での公平性の観点から、負担能力に応じたより公平な負担の在り方の検討」があげられている。

- 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」とされている。

現状・課題② 1号保険料負担の在り方

現状・課題

- 介護保険制度においては、介護保険の給付費の50%を、65歳以上の被保険者（第1号被保険者）と、40歳～65歳の被保険者（第2号被保険者）の人口比で按分し、保険料をそれぞれ賦課している。
- このうち、第1号被保険者の支払う保険料（1号保険料）については、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、制度創設時より「所得段階別保険料」としており、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者の負担は所得に応じたものとしてきた（施行当初は5段階設定）。
 - （※）保険者ごとに柔軟に段階設定を変更することや、基準額に対する割合を変更することも可能としている。
- その後も、所得段階別保険料を原則としつつ、保険者負担の応能性を高める観点から、
 - ・ 平成18年改正において、標準の段階設定を5段階から6段階に見直した。
 - ・ 平成27年改正において、標準の段階設定を6段階から9段階に見直した。
- 前回の制度改正においては、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し、低所得者の保険料上昇の抑制を図る観点から、9段階から13段階への見直し、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の見直しを行った。

現状・課題③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

現状・課題

- 介護保険制度においては、制度創設時、利用者負担割合を所得にかかわらず一律1割としていたが、平成26年の介護保険法改正において、一割負担の原則を堅持しつつ保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、「一定以上所得のある方」（第1号被保険者の上位2割相当）について負担割合を2割とした。
（平成27年8月施行）
（※）自己負担2割とする水準は、「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）」。
- また、平成29年の介護保険法改正において、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担の能力に応じた負担を求める観点から、「現役並みの所得」を有する方の負担割合を2割から3割に引き上げた。（平成30年8月施行）
（※）自己負担3割とする水準は、「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）」。
- 平成27年8月（2割負担）の施行前後及び平成30年8月（3割負担）の施行前後において、サービス利用の傾向に顕著な差は見られなかった。
- また、制度の現状をみると、令和7年6月現在、第1号被保険者の要介護（支援）認定者7,153,545人のうち、
 - ・ 2割負担に該当するのは、約4.7%（335,240人）
 - ・ 3割負担に該当するのは、約4.2%（303,472人）であった。（介護保険事業状況報告（令和7年6月月報））
- 平成18年度に約7.7%だった実質負担率は、その後、制度改正等の影響によって増減しているが、令和3年度から令和5年度まで約7.6%で横ばいとなっている。
- 2割負担を導入した第6期計画期間（平成27～29年度）の全国平均の保険料は5,514円だったところ、直近の第9期（令和6～8年度）の全国平均の保険料は、6,225円となっている。

現状・課題③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

現状・課題（続き）

- 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準については、これまでも本部会において議論されてきており、直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、見直しに慎重な立場・積極的な立場、また負担能力等に関する意見が出され、「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とされた。
- さらに「一定以上所得」の判断基準については、令和5年にも本部会において議論され、同年12月22日の厚生労働大臣・財務大臣折衝において、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、とされたことが本部会に報告された。
- 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」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。

現状・課題④ 補足給付に関する給付の在り方

現状・課題

- 制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設（特養、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）及び短期入所生活・療養介護（ショートステイ）について、居住費・食費が給付に含まれていた。
- 平成17年改正により、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスの居住費・食費を給付の対象外とした（※）。併せてこれらの施設に低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、介護保険三施設について居住費・食費の負担軽減を行っている。
また、在宅サービスであるショートステイについても、サービス形態が施設入所に類似していることに鑑み、併せて同様の負担軽減を行っている。
（※）この際、通所介護及び通所リハビリテーションの食費についても、給付の対象外とした。
- 平成26年改正においては、こうした経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付について、在宅で暮らす方をはじめとする他の被保険者との公平性の確保の観点から、一定額超の預貯金等（単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超）や非課税年金（遺族年金・障害年金）等を勘案する見直しを行った。
- 令和2年改正においては、能力に応じた負担とし、制度の精緻化を図る観点から、以下の見直しを行った。
 - ・ 施設入所者に対する補足給付について、第3段階を保険料の所得段階と合わせて第3段階①と第3段階②の2つに区分。
 - ・ ショートステイの補足給付についても第3段階を2つの段階に区分。また、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、本人の負担限度額への上乗せ。
 - ・ 補足給付の支給要件となる預貯金等の基準について、所得段階に応じて設定することとし、第2段階、第3段階①、第3段階②の3つの所得段階それぞれに基準を設定。
- 補足給付に関する給付の在り方については、これまでも本部会において議論されてきており、直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、補足給付に係る給付の実態等も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当であるとされた。
- このような中、「経済財政運営と改革の基本方針2025」においては、「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」とされた。

現状・課題⑤ 多床室の室料負担

現状・課題

- 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した。
- その後、
 - ・ 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
 - ・ 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」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など、累次の見直しを行ってきた。
- この点、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」（令和5年12月22日閣議決定）において、「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。」と記載されている。

現状・課題⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方

現状・課題

- ケアマネジメントに要する費用については、10割給付となっている（利用者負担を求めている）ところ、これは介護保険制度創設時にケアマネジメントという新しいサービスを導入するにあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるようにすることを目的としたもの。
- ケアマネジメントは、利用者の心身の状況・置かれている環境・要望等を把握し、多職種と連携しながらケアプランを作成するとともに、ケアプランに基づくサービスが適切に提供されるよう事業者との連絡調整を行うものであり、介護保険制度創設から25年が経過し国民の間にも広く普及している。また、ケアマネジャーは、医療と介護の連携や、地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことが期待されている。
- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、これまでも本部会において議論されてきており、直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、見直し（利用者負担を導入すること）に慎重な立場・積極的な立場の両論が併記され、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、包括的に検討を行うこととされた。
 - （慎重な立場からの意見）
 - ・ 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。
 - （積極的な立場からの意見）
 - ・ 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。
- 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）においては、「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」こととされている。

現状・課題⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

現状・課題

- 要支援１・２の者の訪問介護及び通所介護については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含む多様な主体による柔軟な取組を行うことにより、効果的かつ効率的にサービスを提供することを目的として、平成26年改正において、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）へと移行された。
- 総合事業の実施状況を見ると、６～７割の市町村において従前相当サービス以外の多様なサービス・活動（サービス・活動Ａ～Ｄ）のいずれかが実施され、訪問型サービスと通所型サービスの実施事業所の２～３割がサービス・活動Ａ～Ｄ（通所型にあつてはＡ～Ｃ）を実施している。
 - （※）サービス・活動Ａ～Ｄ（通所型にあつてはＡ～Ｃ）のいずれかを実施している市町村は、訪問型で65.1%、通所型で71.3%。最も多くの市町村で実施されているサービスは、訪問型・通所型ともに、従前相当サービスである。訪問型サービス事業所のうちサービス・活動Ａ～Ｄを実施している事業所は32.8%、通所型サービス事業所のうちサービス・活動Ａ～Ｃを実施している事業所は24.6%。
- 軽度者（要介護１・２の者）の生活援助サービス等に関する給付の在り方について、令和４年12月の介護保険部会の意見書では、見直し（軽度者の生活援助サービス等の総合事業への移行）に慎重な立場・積極的な立場の両論が併記された上で、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、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とされた。
 - （慎重な立場からの意見）
 - ・ 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。
 - （積極的な立場からの意見）
 - ・ 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。

現状・課題⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

現状・課題（続き）

- また、令和4年12月の介護保険部会の意見書において、総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当とされた。
- これを受けて、総合事業の充実に向けた検討会を設置・検討し、とりまとめられた中間整理に基づき、令和6年8月に、市町村が中心となって、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できるよう、地域支援事業実施要綱等の改正を行った。
 - （※）令和7年度老人保健健康増進等事業等において、総合事業の実施状況として、実施主体、サービス提供内容、対象者の状況（要介護度の変化等を含む）などを調査しており、次回以降、速報値を提示する予定。
- 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）においては、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度）までの間に、包括的に検討を行い、結論を出すこととされている。

現状・課題⑧ 被保険者範囲・受給者範囲

現状・課題

- 介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とし、被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上64歳以下の第2号被保険者からなる。
- 制度創設以降、被保険者・受給者の範囲については、要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大する「制度の普遍化」を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた。
- 直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、下記の意見もあり、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とされた。
 - ・ 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
 - ・ 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

現状・課題⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）

現状・課題

- 介護保険では、保険料や窓口負担割合の算定について、合計所得金額等を用いているが、金融所得（株や債券などの譲渡、配当、利子所得）については、確定申告を行う場合は、合計所得金額等の算定においても勘案される。
また、補足給付においては、所得要件に加えて、預貯金等の資産を勘案し、利用者負担段階を設定している。
- こうした中で、全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）においては、
 - ・ 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。
 - ・ 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。とされている。

論点

- これまでの本部会での議論や全世代型社会保障改革の議論及び介護保険制度の現状を踏まえ、各テーマの今後の検討について、どう考えるか。

第125回介護保険部会における主なご意見

(① 総論)

- 改革工程や改革実行プログラムで第10期介護保険事業計画期間の開始や今年度末までに結論を出すことが求められており、これ以上先送りすることができない状況。現役世代の負担を抑制しつつ、介護保険制度の持続可能性を確保するためにも、スピード感を持った議論が必要。
- 給付と負担の項目について何ができるのか、まず本当にできることは全くないのかというところをよく議論すべき。もし全く難しいのであれば、それに代わって何をやらなくてはならないのかという代替策も考えていかななくては、全体の持続可能性は維持できないのではないか。
- 昨今、負担を増やすことも給付を減らすことも非常に難しい世論になってきているので、もう一度なぜこういった改革が必要なのかを分かりやすく丁寧に説明していくことに注力することがますます重要ではないか。
- 第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担の構成は人口比に応じて変化するが40歳以上人口の推移を見れば、人口減少と超少子高齢化が急速に同時進行する期間に限っては、現行は公費が50%とされている財源の構成比率を見直して、公費投入を増やすことを検討すべき。
- 課題や影響を十分に調査・分析し、利用者や都市自治体等の意見を十分に踏まえた上で丁寧な議論を行うべき。
- 物価高は決して高齢者だけではなく、若い人たちの生活を苦しめるものでもある。このため、年齢ではなくて能力に応じて負担を適切にいただくことが本来の筋。また、認知症を含めた大きなリスクは共助でしっかりと保険で支える、小さなリスクについてはできるだけ自助を求めていく、そのめり張りも求められてくるのではないか。

第125回介護保険部会における主なご意見

(③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準)

- 令和4年以降3回も見送りをされている。年末まで時間も限られており、早急に議論を重ね、見直しの方向で結論を得て確実に実施すべき。
- 現在の物価上昇は、高齢者の生活に不安が広がっている。また、家族介護力の脆弱性が顕著。それを踏まえると、高齢者の日常生活の継続は厳しい状態と言える。負担能力に応じた負担というものは否定はできないが、これによりサービスの利用控えが生じないような仕組みとすることが重要。
- 年齢に関係なく能力に応じた負担の見直しを行うことは不可欠だが、低所得者については利用者負担の見直しがサービスの利用抑制につながることはないよう、十分に留意する必要がある。
- 利用者負担の2割拡大は、物価高など生活が苦しい高齢者世帯の家計を直撃し、必要な介護サービスの利用控えに直結する。介護は、医療と異なり長期にわたり継続利用されるため、利用者負担増は健康状態の悪化や生活意欲の低下を招く。利用者負担2割の拡大は慎重な検討が必要。
- 負担割合を引き上げる基準を所得だけで判断すれば、介護を必要とする高齢者が過度に利用を抑制し、介護度が悪化するなどの悪影響が懸念される。能力に応じた負担を判断する基準は、分離課税の対象となっている利子所得や配当所得などや金融資産の保有状況なども含めて総合的に判断することが必要。
- 生活必需品、食費の物価が高騰している。そういった生活の中で実際の年金生活者の暮らしの実態も踏まえて、議論されなければならないのではないか。

第125回介護保険部会における主なご意見

(⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方)

- 近年、要介護認定を受けても居宅介護支援事業者が見つからず、サービスを利用できないという事例を聞く。ケアマネジメントは介護が必要な方を支える最も大切な給付の一つであり、その役割維持のため、現行の10割給付の堅持を強く求める。
- ケアマネジメントの利用者負担の導入によって、ケアマネジメントに求められる客観性や公平性、中立性の確保が難しくなることが懸念される。現在でも利用者や家族の要望、意見を調整しながら作られるケアプランが、自立支援と離れたものにならないか危惧しており、現行の仕組みを維持する方向が妥当。
- ケアマネジメントは、要介護状態の利用者に対し、個々の課題、心身の状況、置かれている環境等に応じて、指定居宅サービス等が多様なサービス提供主体により総合的・効率的に提供されるよう、10割給付として介護保険給付に位置づけられたもの。利用者の自立支援を目指すものであり、多様なサービス・制度が提供されるためのセーフティーネットとして、全ての利用者が公平に過不足なく支援を受けられる環境を維持することを重要としており、直接支援を提供する介護サービス等とは支援方法が異なる。自己負担の導入で、過不足ない中立公正な支援を行う介護支援専門員によるサービス調整に支障を来すほか、負担増により利用控えにつながり介護状態が重度化するリスクがある。ケアマネジメントを経ずに介護サービスを利用する動きにつながるほか、過度なサービス利用により逆に介護給付費が増加するリスクもある。慎重に検討すべき。
- ケアマネジメントにおける役割や機能を鑑みて、利用者負担の導入には反対。利用者側の意見も調べてほしい。
- ケアマネジメントの給付の在り方、軽度者への生活援助サービス、2割負担の範囲の見直しは、年内に結論を得ることになっている。高齢者の生活が破綻することはあってはならないが、これらについて何ができるのか、本当にできることはないのかよく議論すべき。もし全く難しいのであれば、代替策も考えなくては、全体の持続可能性は維持できない。
- 長年懸案事項となっているケアマネジメントに関する取扱いや、軽度者への生活援助サービス等々、給付の在り方についても検討する必要がある。

第125回介護保険部会における主なご意見

(⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方)

- 要介護1・2の人について、認知症を有する場合、身体的に元気で活動的な人ほど家族の負担が大きくなる。いざというときに給付を受けようと考えている認知症の本人や家族のために、訪問介護や通所介護など生活を維持するために重要な生活支援サービスは、介護保険給付として死守してほしい。
- 前回の制度改正で、地域支援事業は非常に使いやすく見直されたが、自治体での取組は整備の途上であり、全国的に十分構築できていない状況。要支援者と要介護1・2の方では、認知症の症状は明らかに異なっており、その対応には専門的な知識、技術、対応力が必要。また、自立支援ケアでいえば、身体介護が中心になるが、認知症の方の状態像によっては、一定期間、生活援助サービスを提供することも必要な場合があり得る。こうした必要な対応が十分行えない場合、利用者の状態像の悪化、結果的に費用の増大につながりかねず、慎重な検討が必要。
- 要介護度1・2の方は、要支援者と異なり、認知機能が低下し、介護給付サービスがなければ自立生活が困難。地域支援事業に移行すれば専門サービスが受けられず、自立を阻害し、重度化を招くおそれがある。認知症ケアにおいては、早期の関わりが重要であることから、事業移行により、重大な機能低下を引き起こす可能性も高い。また、総合事業によるサービスの効果検証がないまま、総合事業へ移行する議論は、時期尚早。事業者の力量は未知数であり、事業に移行すれば、在宅ケアの質・量を確実に低下させ、在宅ケアは著しく後退するのではないか。総合事業の実施市町村数の割合や、実施事業所数の推移もほぼ横ばいであり、このまま移行すれば、サービスの質の低下、供給量不足を招くことも懸念される。移行の検討は、慎重を期すべき。
- 要介護1・2の方は要支援の方とは状態が大きく異なり、総合事業の実施状況も各自治体で一様ではない。要介護1・2の方々の生活援助サービスを地域支援事業に移行することは難しいのではないか。

第125回介護保険部会における主なご意見

⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方（続き）

- ケアマネジメントの給付の在り方、軽度者への生活援助サービス、2割負担の範囲の見直しは、年内に結論を得るということになっている。高齢者の生活が破綻することはあってはならないが、これらについて何ができるのか、本当にできることはないのかよく議論すべき。もし全く難しいのであれば、代替策も考えなくては、全体の持続可能性は維持できない。（再掲）
- 長年懸案事項となっているケアマネジメントに関する取扱いや、軽度者への生活援助サービス等々、給付の在り方についても検討する必要がある。（再掲）
- 令和5年の総合事業の充実に向けた検討会に基づき、令和6年に新たな指針が発出され、多様な生活支援の充実に向けた見直しが行われた。他方で、市町村の状況を見ると、以前の状況とほとんど変わっておらず、軽度の認知症高齢者の自立生活を支えるための生活支援サービスを創出しようという動きがあるのかに疑義がある。独居の軽度の認知症高齢者の自立生活を支えるための生活支援サービスがどの程度整備されているのかといった観点から、総合事業の実態を評価するとともに、整備されていないならば、その障壁を分析する調査を行う必要があるのではないか。
- 総合事業における、要支援1・2の方へのサービスの提供について、自治体での取組が進んでいない。どのような理由で進まないのか、特にサービスBのような住民参加型のようなタイプがなかなか展開できないのはなぜか、分析が必要。その結果が出た上で、その次に要介護1・2の方に対してもそれが可能かどうかということを考える、という順番ではないか。
- 総合事業を育てる観点から、介護事業者の知識・技術・ノウハウについて、何を地域住民などに移転しつつ、マンパワーの確保や足りないところを補えるのか、何ができるかをしっかりと議論をしていくことが必要。総合事業を一度整理した上で、介護事業者、ケアマネ、専門職が後方支援する仕組みも含めて、総合事業の拡充により、誰しもが住みやすい、負担も増えていかない社会の構築につながるのが望ましい。そのために何をしていけばいいのかという、建設的な議論を期待したい。

第125回介護保険部会における主なご意見

(⑧ 被保険者範囲・受給者範囲)

- 受給者と被保険者の範囲を拡大する検討も中長期的な視点からは重要。介護は高齢者特有のニーズではないのにもかかわらず、被保険者でなければ介護給付を受けることができない状態を解消して、制度の普遍化を図るべき。
- 財源の確保の点とは別に、40歳未満でも介護が必要な方がいる。そうした方も対象にすべき。財源の確保の点では、一律に年齢引下げではなく、能力別で引き下げればよいのではないか。

参考資料

- ・ ① 総論
 - ・ 介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) (抄)
 - ・ 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)
(令和5年12月22日閣議決定) (抄)
 - ・ 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)
 - ・ 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)

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。

Ⅱ. 今後の取組

2. 医療・介護制度等の改革

＜③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組＞

- 人生100年時代を見据えた、持続可能で国民の満足度の高い社会保障制度の構築や世代間・世代内双方での公平性の観点から、負担能力に応じたより公平な負担の在り方の検討

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。

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。

参考資料

- ・ ② 1号保険料負担の在り方

介護給付、保険料等の推移

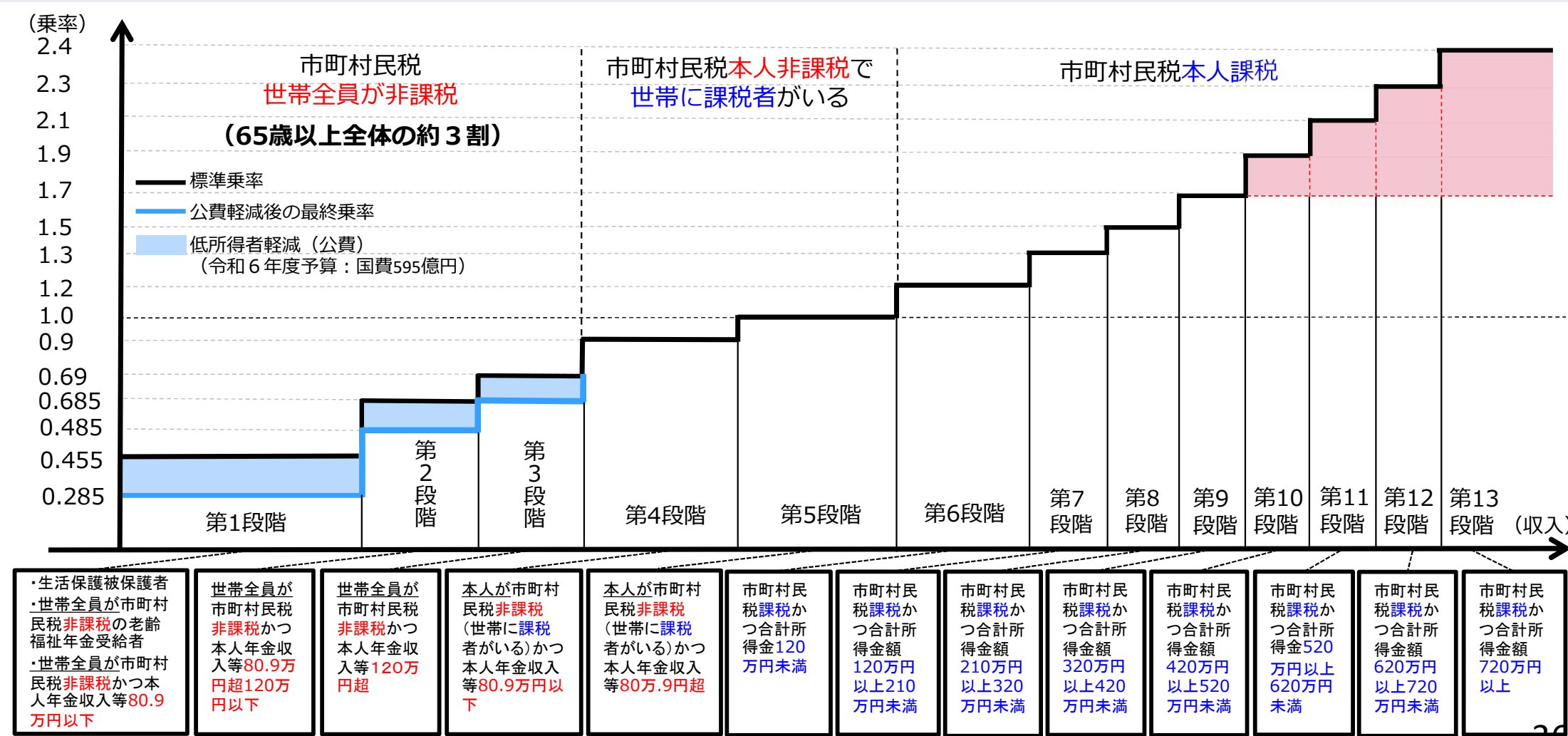
- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）	保険料	介護報酬 の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		9.8兆円	5,514円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2016年度				10.0兆円		
2017年度				10.2兆円		
2018年度	第七期	第七期		10.4兆円	5,869円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2019年度				10.8兆円		
2020年度				11.1兆円		
2021年度	第八期	第八期		11.3兆円	6,014円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%
2022年度				11.4兆円		
2023年度				11.7兆円		
2024年度	第九期	第九期		14.2兆円	6,225円 (全国平均)	H30年度改定 +0.54%
2025年度				14.3兆円		
2026年度						

※2023年度までは実績であり、2024・2025年度は当初予算である。

第9期計画期間における第1号保険料（標準13段階）

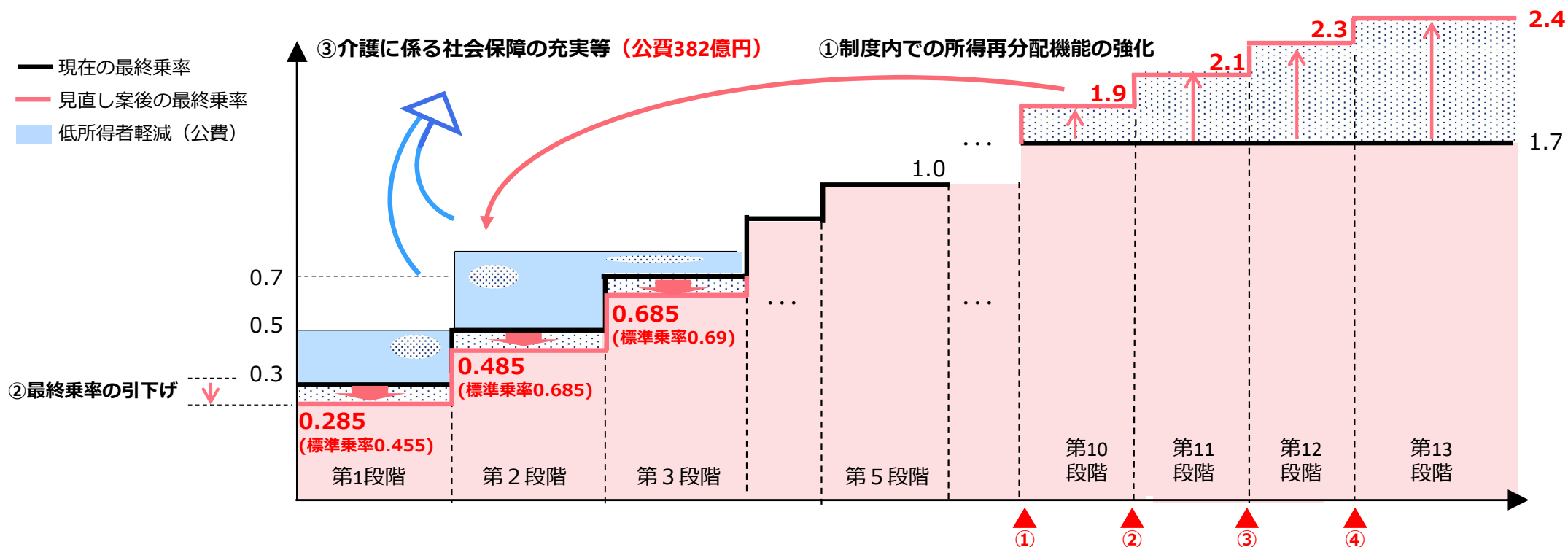
- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約23%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。（第9期（令和6～8年度）の保険料の基準額の全国平均は月額6,225円）
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。（標準は13段階）



- 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

標準段階の見直しについて（これまでの経緯）

■ 制度創設時の考え方

- 保険料算定に当たって市町村民税の課税状況を活用した上で、負担能力に応じた負担を求める観点から、制度創設時より「所得段階別保険料」をとっていた（**5段階設定**）
 - ※ 基準額に対する標準割合は、第1段階：0.5、第2段階：0.75、第3段階：1、第4段階：1.25、第5段階：1.5であった。
 - ※ 当時から、最高段階を1段階足して6段階設定とすることや、基準額に対する割合を柔軟に設定することは可能とされていた。

■ 平成18年改正の考え方

- 被保険者の負担能力をきめ細かく反映させる観点から、旧第2段階を新第2、第3段階に分ける（**標準は6段階制**）とともに、保険者によって、第7段階以上の多段階設定を可能とした。
- ※ 課税層の段階を増やし、標準割合よりも高い割合を設定することは、保険料基準額の算定上、保険財政の支え手の力を増やすことを意味し、結果として保険料基準額を下げることにつながる。

■ 平成27年改正の考え方

- 所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うとともに、多くの保険者において特例第3・特例第4段階の設置や、本人課税所得層の多段化を行っている状況を踏まえ、**平成27年4月より、標準の段階設定を6段階から9段階に見直した。**

■ 令和6年改正の考え方（第9期）

- 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）。
 - ・ 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、**標準9段階から標準13段階へ**の見直し。
 - ・ 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。

第1号被保険者の保険料の段階設定の状況（第9期）

（1）保険料段階数別の保険者数【第9期】

段階数	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	合計
保険者数	1196	87	123	63	45	35	12	9	1	0	1	0	1	1573
割合	76.0%	5.5%	7.8%	4.0%	2.9%	2.2%	0.8%	0.6%	0.1%	0%	0.1%	0%	0.1%	
累積割合	76.0%	81.6%	89.4%	93.4%	96.2%	98.5%	99.2%	99.8%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	100%	

標準より多い段階設定
の保険者：24%

（2）最上位の段階の基準額に対する乗率の分布【第9期】

割合	1.7未満	1.7	1.7超 ～1.9未 満	1.9以上 ～2.1未 満	2.1以上 ～2.3未 満	2.3以上 ～2.5未 満	2.5以上 ～2.7未 満	2.7以上 ～2.9未 満	2.9以上 ～3.0未 満	3.0以上 ～3.5未 満	3.5以上 ～4.0未 満	4.0以上
保険者数	0	0	2	15	60	1177	129	81	24	47	25	13
割合	0.0%	0.0%	0.1%	1.0%	3.8%	74.8%	8.2%	5.1%	1.5%	3.0%	1.6%	0.8%
累積割合	0.0%	0.0%	0.1%	1.1%	4.9%	79.7%	87.9%	93.1%	94.6%	97.6%	99.2%	100.0%

最高の乗率が2.4を超え
る保険者：20%

第1号被保険者の保険料の段階設定の状況（第9期）

（3）第5段階以下の各段階の基準額に乗じる割合別の保険者数【第9期】

○低所得者軽減を反映する前の乗率

			0.285未満	0.285	0.285超	0.4以上	0.455	0.455超	0.5以上	0.6以上	0.685	0.685超	0.69	0.69超	0.7以上	0.8以上	0.9	0.9超	1.0	1.0超
第1段階	世帯全員が 非課税	被保護者 老齢福祉年金受給者 本人年金収入80万円以下	1	2	26	120	標準 1404	16	4											
第2段階		本人年金収入 80万円超120万円以下				1	0	6	100	207	標準 1248	0	3	1	7					
第3段階		120万円超						1	8	101	20	0	標準 1417	4	22					
第4段階	本人非課税	80万円以下													10	244	標準 1308	10	1	
第5段階		80万円超														2	0	1	標準 1569	1

○低所得者軽減を反映した後の乗率

			0.285未満	0.285	0.285超	0.4以上	0.485	0.485超	0.5以上	0.6以上	0.685	0.685超	0.69	0.69超	0.7以上	0.8以上	0.9	0.9超	1.0	1.0超
第1段階	世帯全員が 非課税	被保護者 老齢福祉年金受給者 本人年金収入80万円以下	132	標準 1406	33	2														
第2段階		本人年金収入 80万円超120万円以下	4	0	97	188	標準 1262	8	13						1					
第3段階		120万円超				1	0	0	9	119	標準 1411	5	6	4	18					

介護保険計画課調べ（令和6年4月1日現在の全1573保険者を対象）

第9期計画期間における各都道府県第1号被保険者 平均保険料基準額（令和6～8年度）

	第8期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第9期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （％）
全国 1,573保険者	6,014	6,225	3.5%
北海道	5,693	5,738	0.8%
青森県	6,672	6,715	0.6%
岩手県	6,033	6,093	1.0%
宮城県	5,939	6,098	2.7%
秋田県	6,487	6,565	1.2%
山形県	6,110	6,058	-0.9%
福島県	6,108	6,340	3.8%
茨城県	5,485	5,609	2.3%
栃木県	5,656	5,773	2.1%
群馬県	6,136	6,203	1.1%
埼玉県	5,481	5,922	8.0%
千葉県	5,385	5,885	9.3%
東京都	6,080	6,320	3.9%
神奈川県	6,028	6,340	5.2%
新潟県	6,302	6,412	1.7%
富山県	6,301	6,327	0.4%
石川県	6,349	6,354	0.1%
福井県	6,242	6,223	-0.3%
山梨県	5,783	5,744	-0.7%
長野県	5,623	5,647	0.4%
岐阜県	5,931	6,094	2.8%
静岡県	5,681	5,810	2.3%
愛知県	5,732	5,957	3.9%

	第8期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第9期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （％）
三重県	6,174	6,295	2.0%
滋賀県	6,127	5,979	-2.4%
京都府	6,328	6,608	4.4%
大阪府	6,826	7,486	9.7%
兵庫県	6,001	6,344	5.7%
奈良県	5,851	6,034	3.1%
和歌山県	6,541	6,539	0.0%
鳥取県	6,355	6,219	-2.1%
島根県	6,379	6,432	0.8%
岡山県	6,271	6,364	1.5%
広島県	5,985	6,098	1.9%
山口県	5,446	5,568	2.2%
徳島県	6,477	6,515	0.6%
香川県	6,204	6,219	0.2%
愛媛県	6,409	6,438	0.5%
高知県	5,814	5,809	-0.1%
福岡県	6,078	6,295	3.6%
佐賀県	5,984	5,983	0.0%
長崎県	6,254	6,222	-0.5%
熊本県	6,240	6,190	-0.8%
大分県	5,956	6,235	4.7%
宮崎県	5,955	6,038	1.4%
鹿児島県	6,286	6,210	-1.2%
沖縄県	6,826	6,955	1.9%

※ 端数処理等の関係で、各自治体の公表している額と一致しない場合がある。

参考資料

- ・ ③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

- 2割負担の一定所得以上の判断基準のあり方については、負担能力に応じた給付と負担の不断の見直しの観点から、現場の従事者の処遇改善をはじめ、地域におけるサービス提供体制の確保に係る介護報酬改定での対応と合わせて、予算編成過程で検討を行った。

※その際、以下の点に留意しつつ、検討を実施した。

- ・ 介護サービスは、医療サービスと利用実態が異なるため、単純な比較は困難であること
- ・ 判断基準の見直しの検討に当たっては、見直しによるサービスの利用への影響について、留意すること
- ・ 仮に、判断基準の見直しを行う場合には保険者の実務への影響や利用者への周知期間に十分に配慮する観点から、十分な準備期間を設けること

- 大臣折衝において、以下の事項を確認した。

- ・ 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）の検討にあたっては、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。

65歳以上の者のいる世帯の平均所得金額

平均所得金額（月額）	平成25年調査	平成28年調査	令和元年調査	令和4年調査
夫婦のみ世帯	34.7万円	34.2万円	35.6万円	36.1万円
単身世帯	15.9万円	16.1万円	17.1万円	17.3万円

注1）平均所得金額（月額）は、年額の公表値を12で除して月額換算した。

注2）夫婦のみ世帯では、夫婦のうち少なくとも一方が65歳以上であり、必ずしも夫婦の両者が65歳以上とは限らない。

注3）調査の所得は、調査前年の1月1日から12月31日までの1年間の所得である。

注4）平成25年、平成28年、令和元年、令和4年調査は3年ごとの大規模な調査。

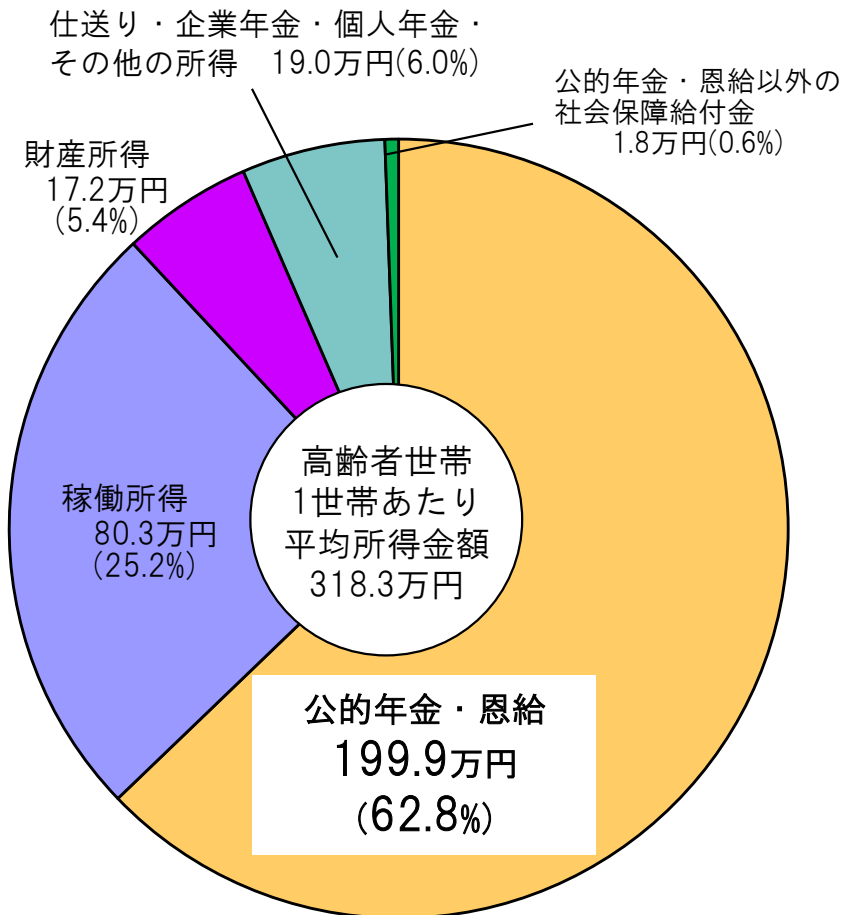
資料出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」

高齢者世帯の所得の内訳

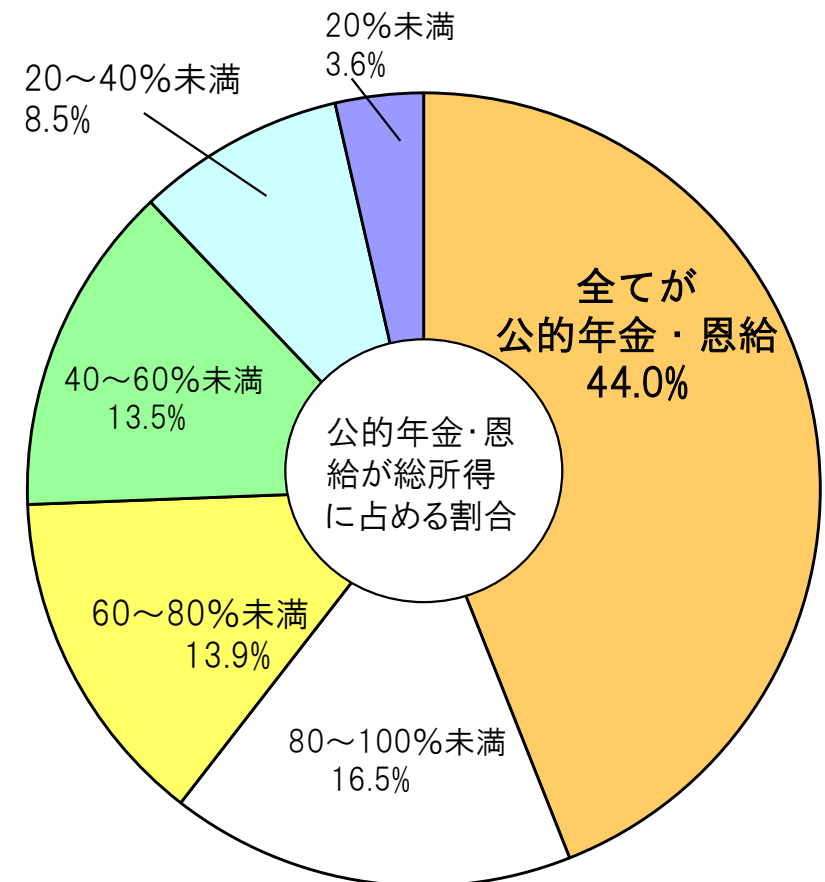
- 高齢者世帯の収入の約6割を公的年金等が占める。
- 約6割の高齢者世帯で、所得の80%以上が公的年金等となっている。

資料出所：令和4年国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

● 高齢者世帯の所得の種類別 1世帯あたり平均所得金額



● 公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合



高齢者（世帯主75歳以上世帯）の貯蓄の状況

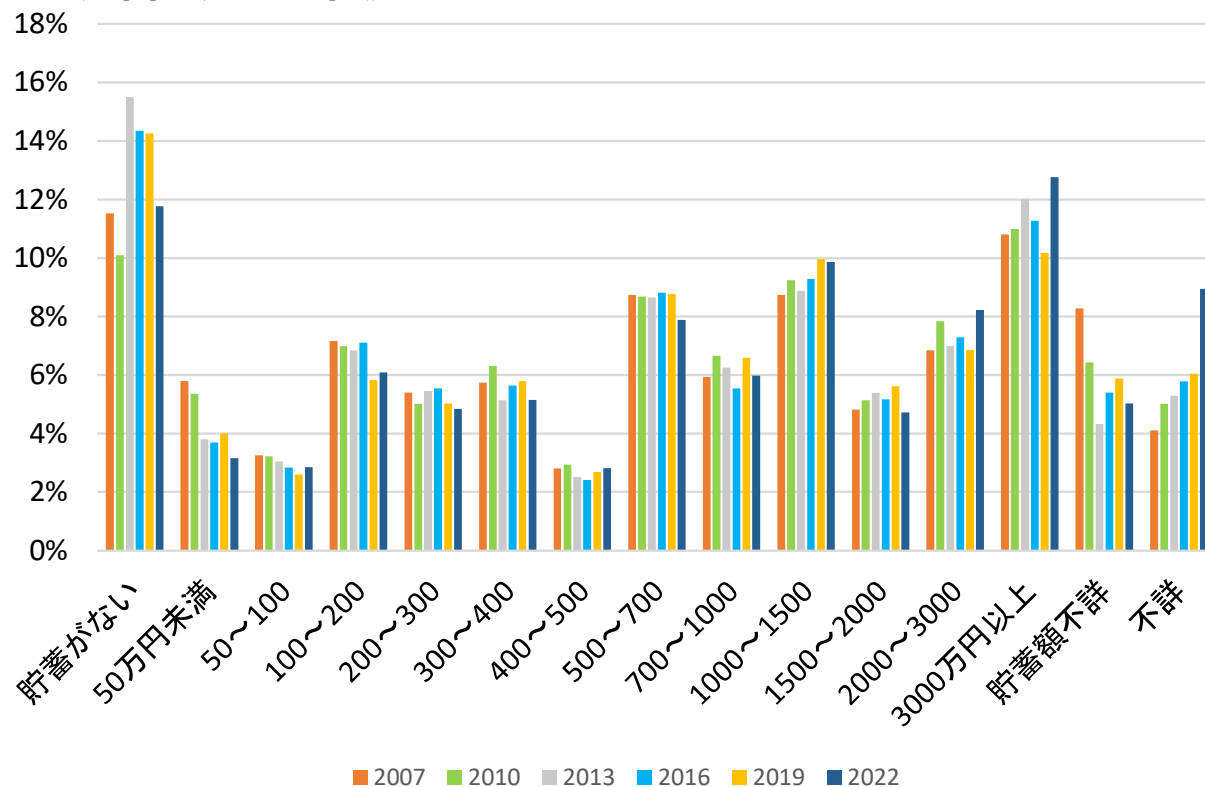
- 世帯主年齢75歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,300万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,500万円台へと増加。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

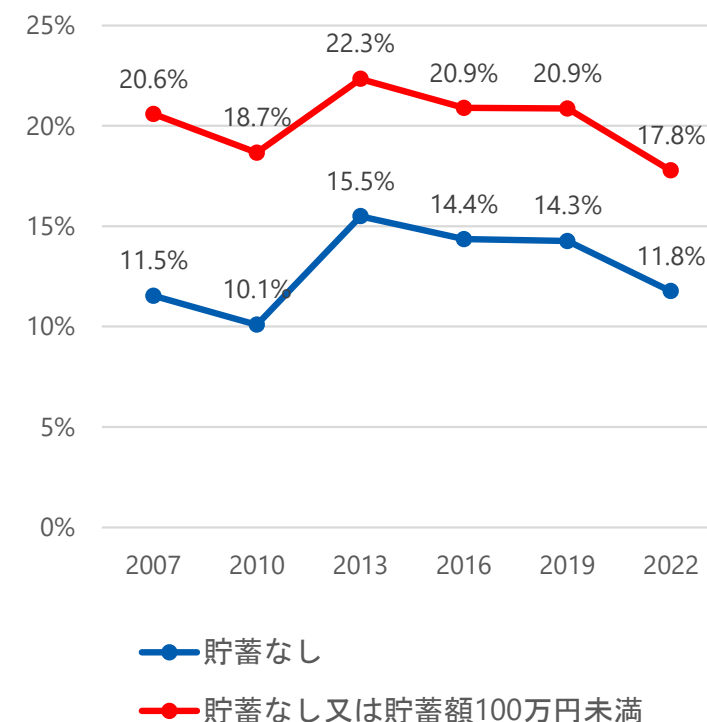
●平均貯蓄額 ※千円単位で四捨五入

	2007年	2010年	2013年	2016年	2019年	2022年
平均貯蓄額（万円）	1,308	1,290	1,303	1,239	1,185	1,508

●貯蓄の分布の状況



●貯蓄なし又は100万円未満の世帯数推移



高齢者（世帯主65歳以上世帯）の貯蓄の状況

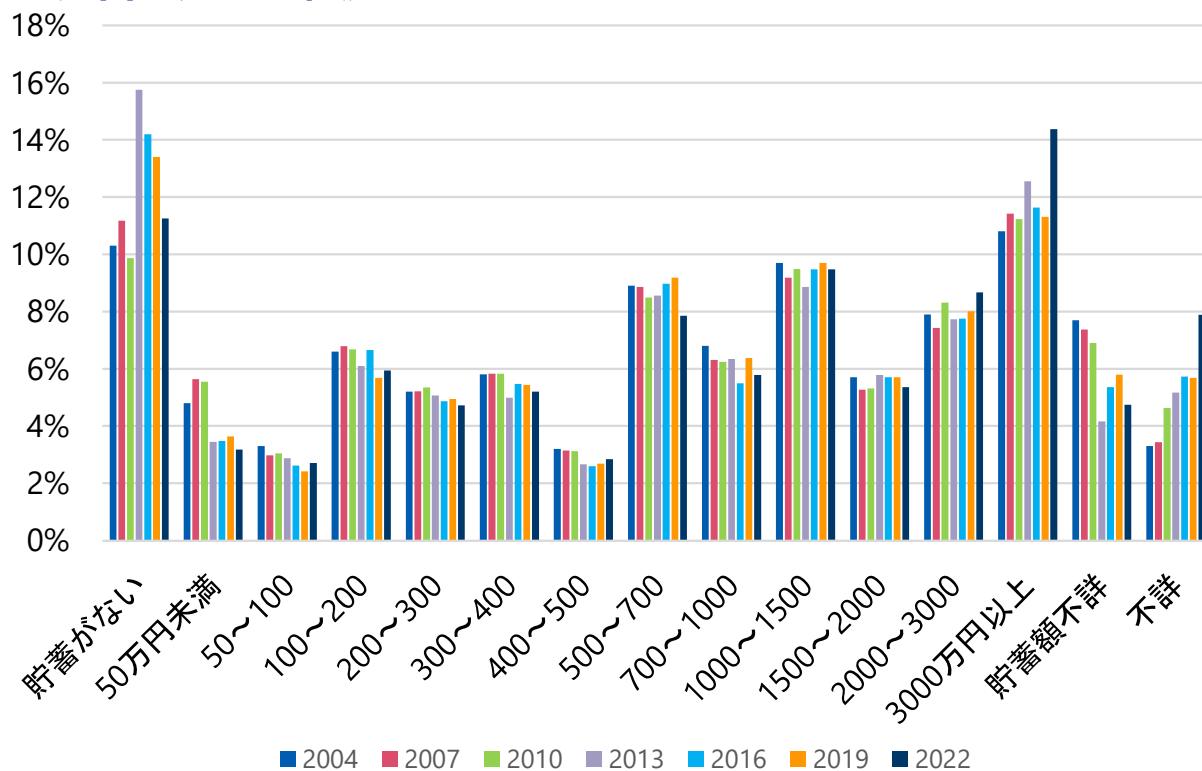
- 世帯主年齢65歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,400万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,600万円台へと増加。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

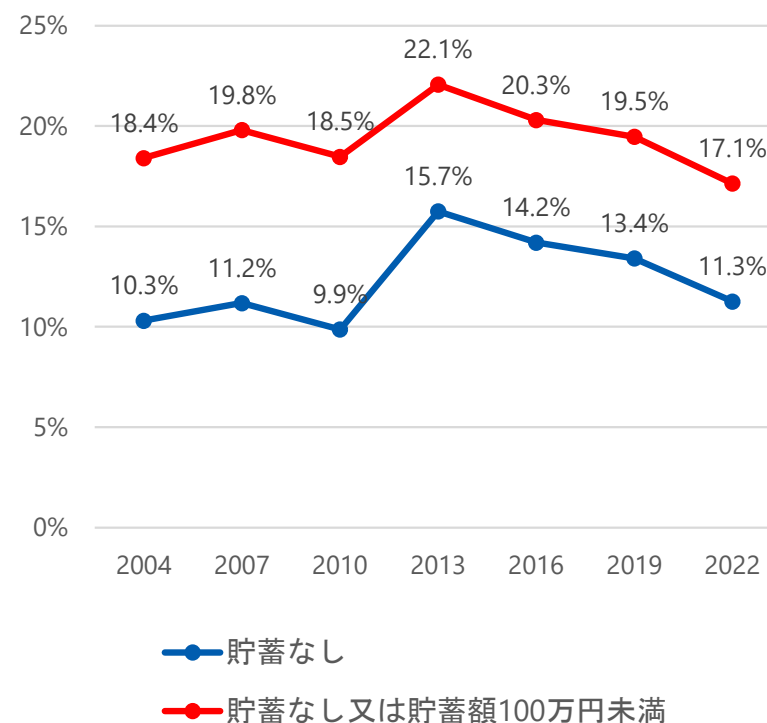
●平均貯蓄額 ※千円単位で四捨五入

	2004年	2007年	2010年	2013年	2016年	2019年	2022年
平均貯蓄額（万円）	1,432	1,334	1,300	1,339	1,284	1,277	1,625

●貯蓄の分布の状況



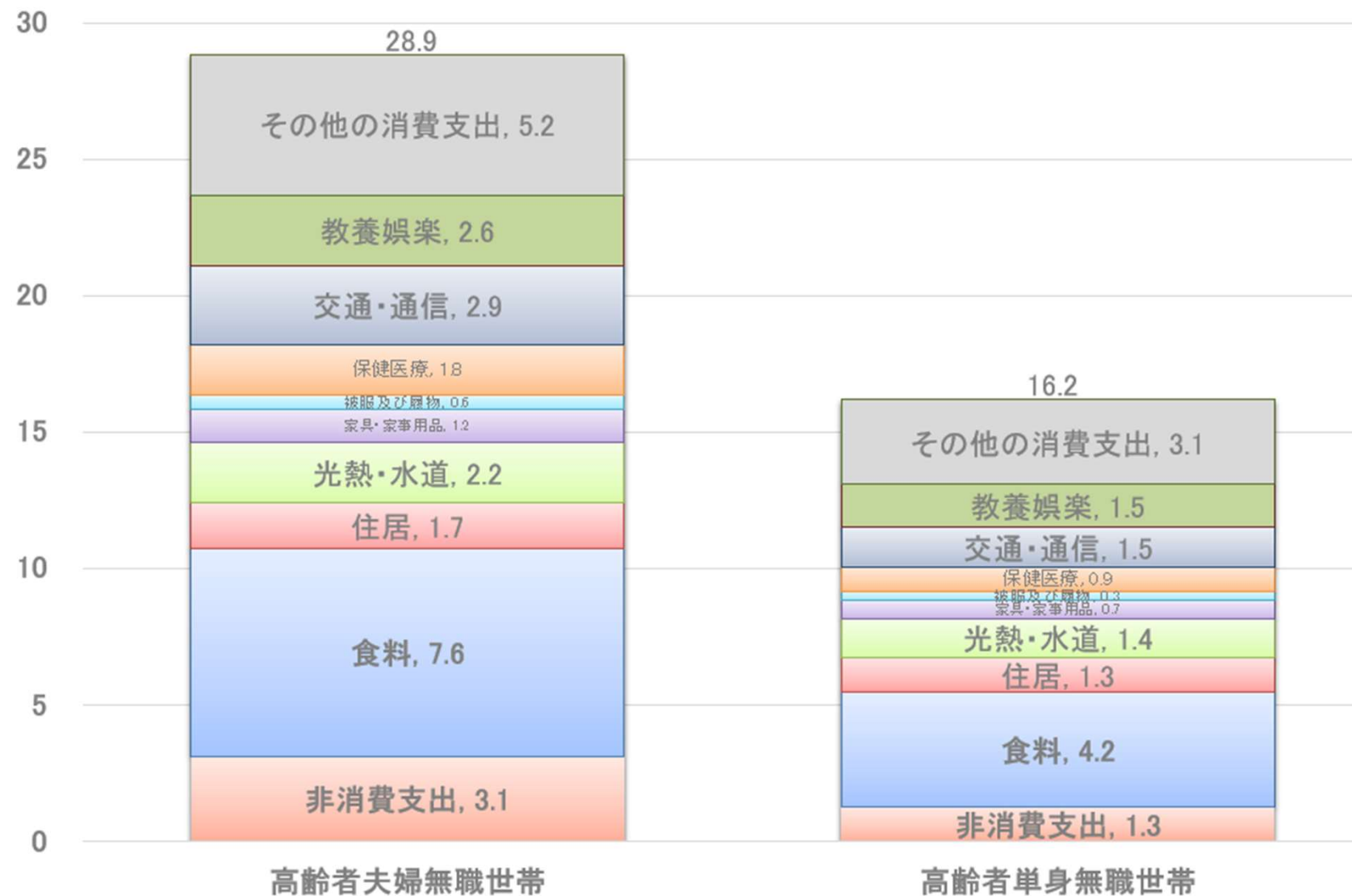
●貯蓄なし又は100万円未満の世帯数推移



家計における支出（消費支出・非消費支出）について

資料出所：令和6年家計調査年報

（単位：万円）



※ 高齢者夫婦無職世帯：男65歳以上、女60歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は65歳以上の無職世帯を集計。

※ 高齢者単身無職世帯：65歳以上の単身無職世帯を集計。

※ 数値は月額平均。保健医療支出は医薬品、健康保持用摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービスに係る費用からなる。介護サービスの自己負担分は「その他の消費支出」に含まれる。

家計における支出（消費支出・非消費支出）について

○高齢者夫婦無職世帯

（単位：円）

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
消費支出	235,987 (-1.10%)	237,083 (+0.46%)	241,421 (+1.83%)	230,243 (-4.63%)	229,348 (-0.39%)	240,845 (+5.01%)	253,285 (+5.17%)	257,355 (+1.61%)
（内）保健医療支出	15,615 (+4.00%)	15,310 (-1.95%)	16,160 (+5.55%)	16,329 (+1.05%)	16,484 (+0.95%)	16,169 (-1.91%)	17,060 (+5.51%)	18,263 (+7.05%)
（内）その他消費支出	54,098 (-4.72%)	53,937 (-0.30%)	55,134 (+2.22%)	48,220 (-12.54%)	47,251 (-2.01%)	50,288 (+6.43%)	50,888 (+1.19%)	51,678 (+1.55%)
非消費支出	28,030 (-4.25%)	29,011 (+3.50%)	30,744 (+5.97%)	32,007 (+4.11%)	31,492 (-1.61%)	32,220 (+2.31%)	31,830 (-1.21%)	31,184 (-2.03%)

○高齢者単身無職世帯

（単位：円）

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
消費支出	141,529 (-1.35%)	149,685 (+5.76%)	138,623 (-7.39%)	133,146 (-3.95%)	132,476 (-0.50%)	143,139 (+8.05%)	145,432 (+1.60%)	149,272 (+2.64%)
（内）保健医療支出	7,918 (-1.53%)	8,343 (+5.37%)	8,469 (+1.51%)	8,246 (-2.63%)	8,429 (+2.22%)	8,128 (-3.57%)	7,981 (-1.81%)	8,640 (+8.26%)
（内）その他消費支出	31,446 (-11.24%)	33,935 (+7.92%)	30,586 (-9.87%)	29,549 (-3.39%)	29,185 (-1.23%)	31,872 (+9.21%)	30,821 (-3.30%)	30,956 (+0.44%)
非消費支出	12,723 (+5.28%)	12,342 (-2.99%)	11,910 (-3.50%)	11,541 (-3.10%)	12,271 (+6.33%)	12,356 (+0.69%)	12,243 (-0.91%)	12,647 (+3.30%)

※資料出所：家計調査年報（平成29年～令和6年） ※数値は月額平均。括弧内は前年からの伸び率

※高齢者夫婦無職世帯は、男65歳以上、女60歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は65歳以上の無職世帯を集計。高齢者単身無職世帯は65歳以上の単身無職世帯を集計。

※保健医療支出は医薬品、健康保持用摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービスに係る費用からなる。介護サービスの自己負担分は「その他の消費支出」に含まれる。

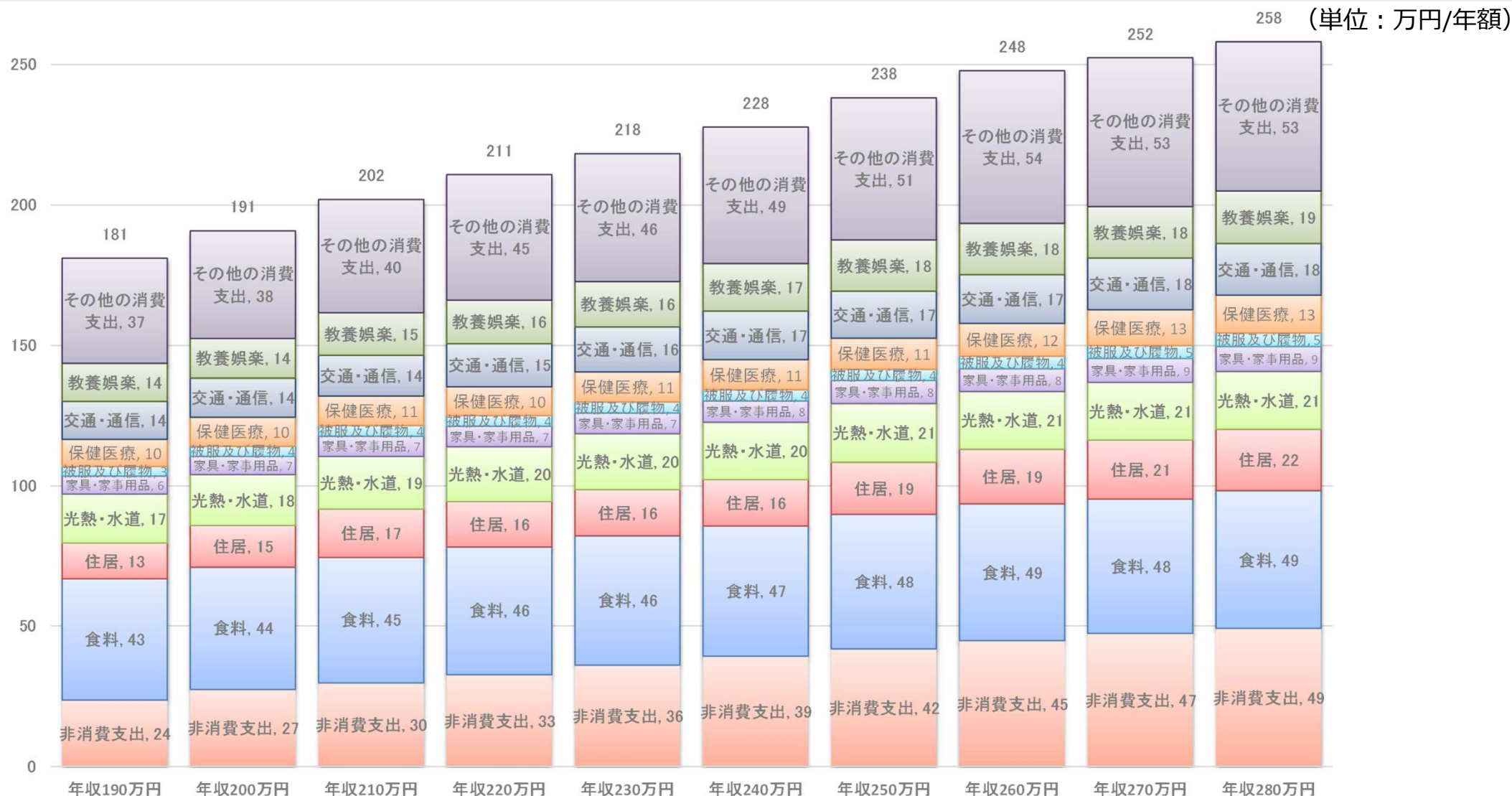
※消費支出には、内訳を表章している保健医療支出、その他消費支出の他に、食料、住居、光熱・水道、家具・家事用品、被服及び履物、交通・通信、教育・教養娯楽に係る費用が含まれる。

75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

単身世帯 2022年

- 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの

（モデル支出）



注1) 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12カ月の合計額。

なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注2) 消費支出は、家計調査（2022年）の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。

それぞれのサンプル数は、190±50万円は114世帯、200±50万円は114世帯、210±50万円は110世帯、220±50万円は103世帯、230±50万円は98世帯、240±50万円は86世帯、250±50万円は75世帯、260±50万円は66世帯、270±50万円は56世帯、280±50万円は49世帯

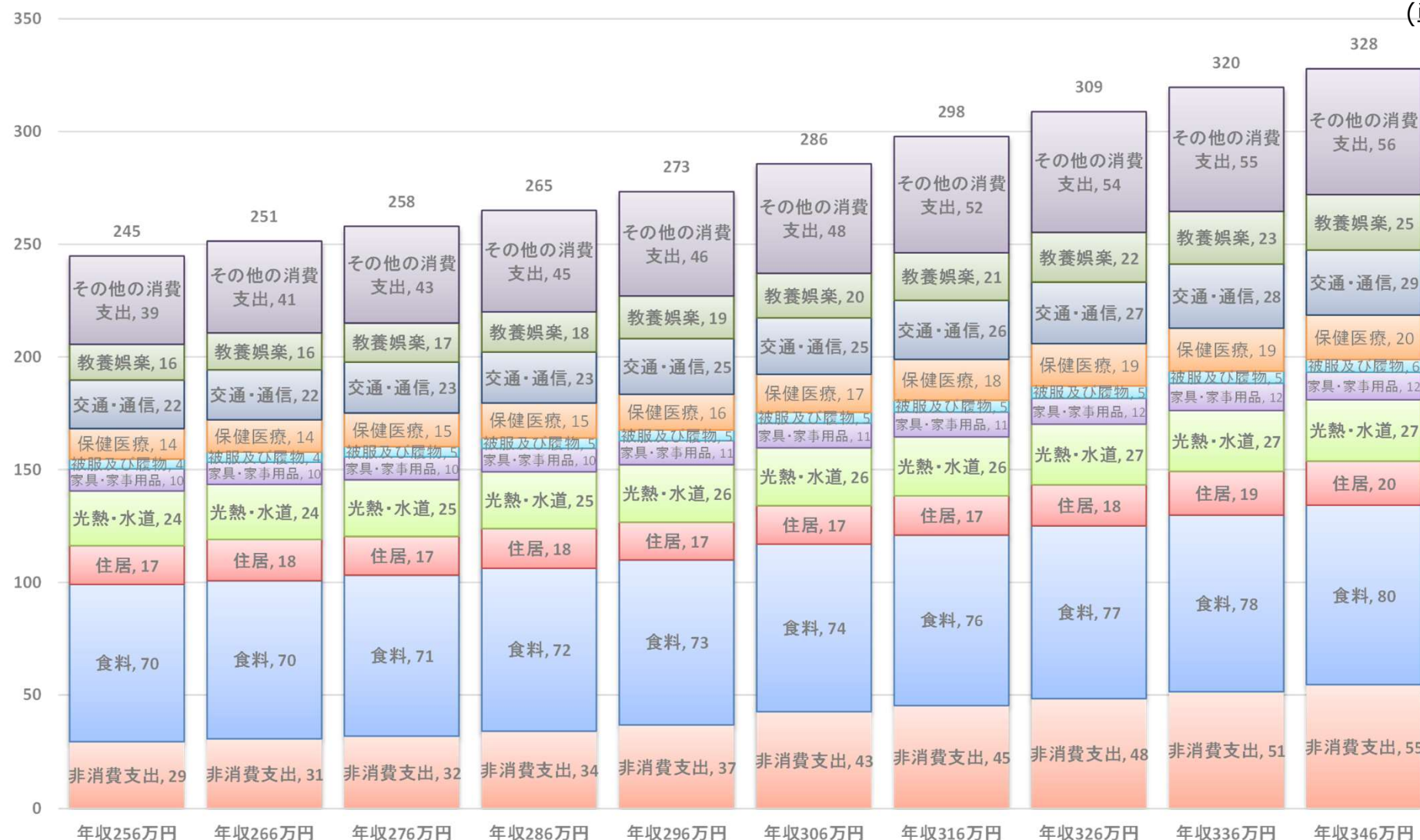
75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

夫婦世帯 2022年

- 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの

（モデル支出）

（単位：万円/年額）



注1) 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12カ月の合計額。

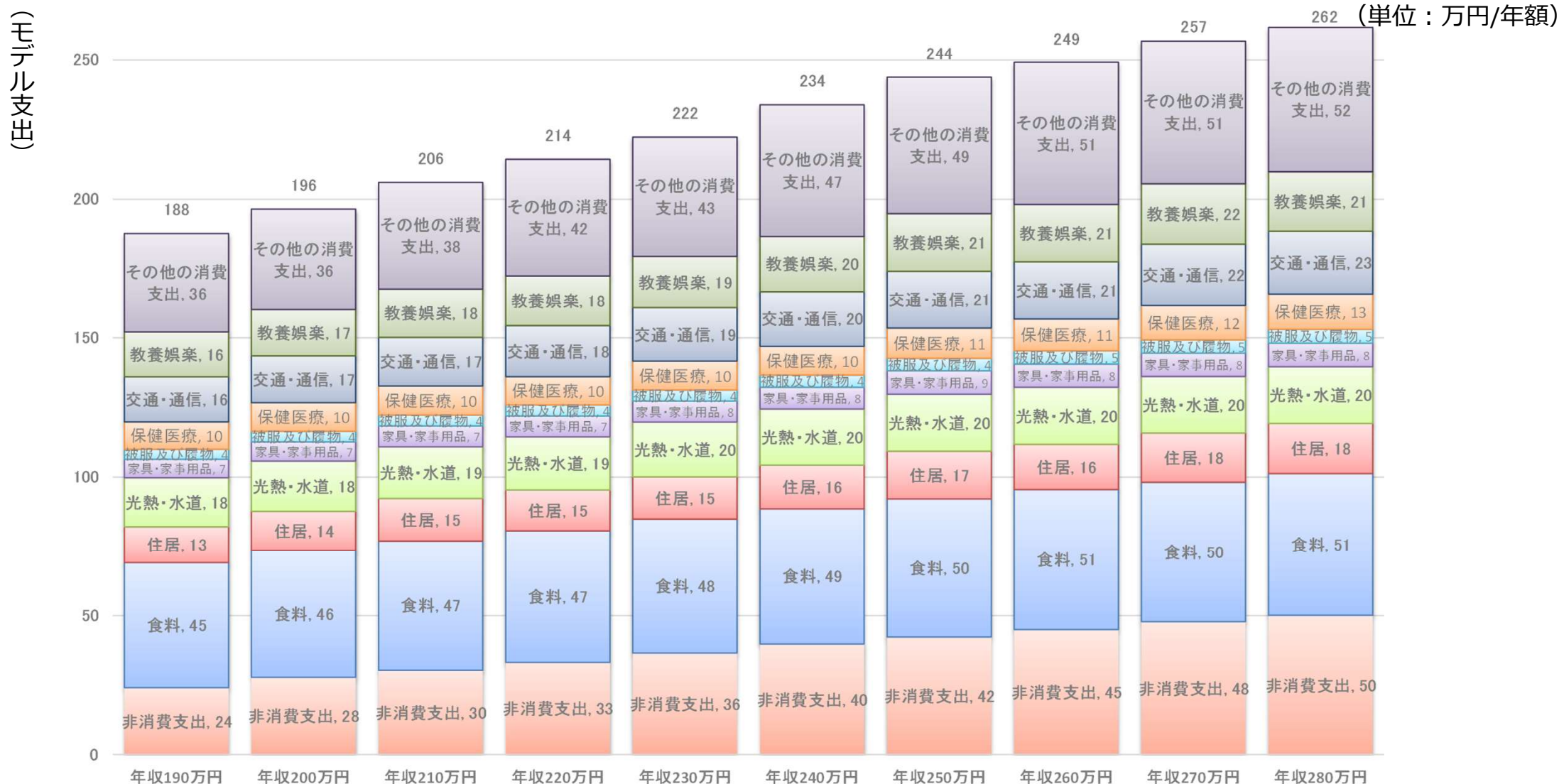
なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注2) 消費支出は、家計調査（2022年）の75歳以上夫婦のみ・無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。
 それぞれのサンプル数は、256±50万円は290世帯、266±50万円は325世帯、276±50万円は352世帯、286±50万円は372世帯、296±50万円は390世帯、306±50万円は399世帯、316±50万円は402世帯、326±50万円は399世帯、336±50万円は385世帯、346±50万円は368世帯。

65歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

単身世帯 2022年

- 65歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの



注1) 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12カ月の合計額。

なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注2) 消費支出は、家計調査(2022年)の65歳以上単身・無職世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。

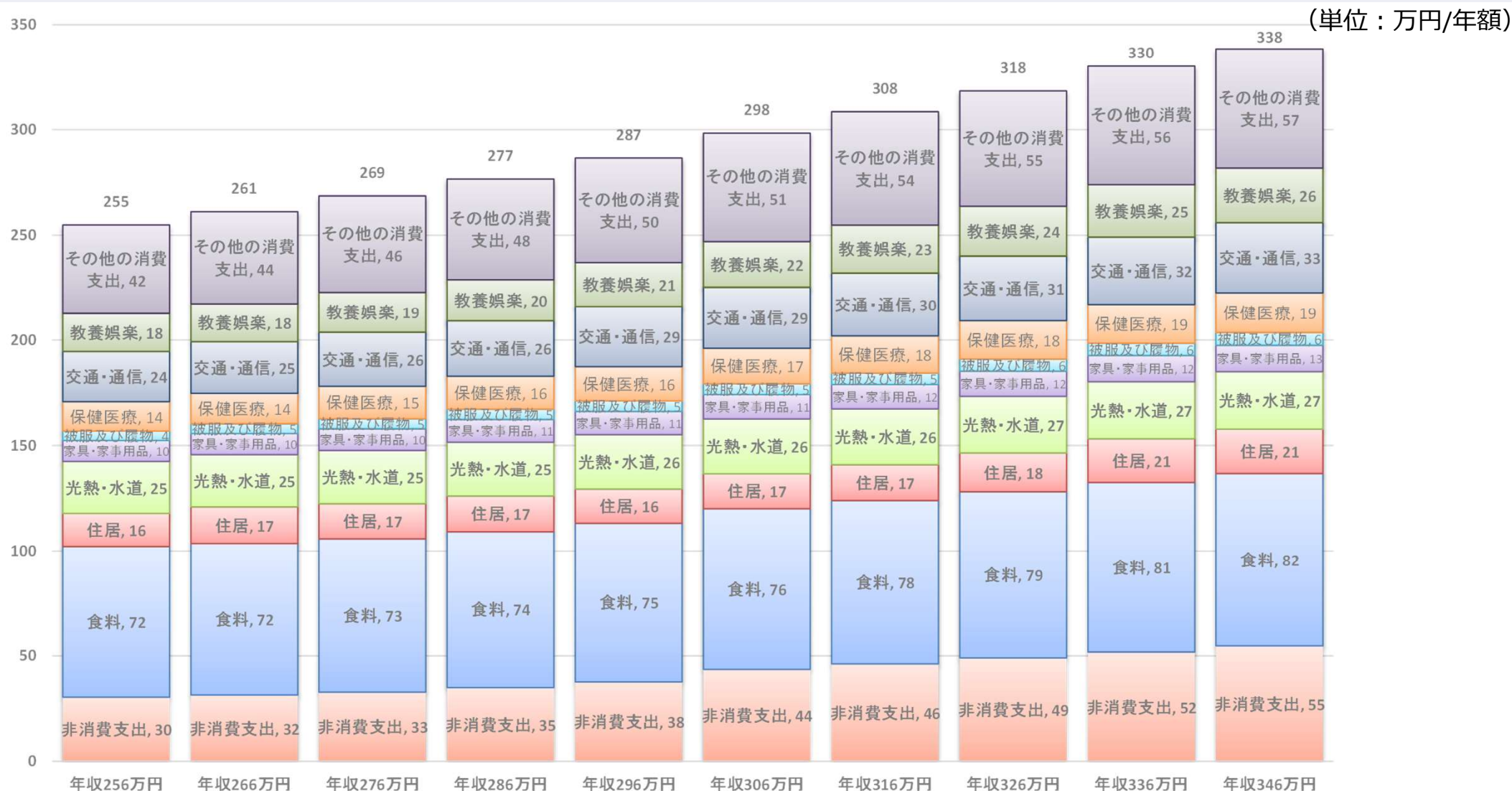
それぞれのサンプル数は、190±50万円は184世帯、200±50万円は184世帯、210±50万円は177世帯、220±50万円は163世帯、230±50万円は151世帯、240±50万円は133世帯、250±50万円は117世帯、260±50万円は100世帯、270±50万円は86世帯、280±50万円は74世帯

65歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

夫婦世帯 2022年

- 65歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの

（モデル支出）



注1）「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12カ月の合計額。

なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注2）消費支出は、家計調査（2022年）の65歳以上夫婦のみ・無職世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。

それぞれのサンプル数は、256±50万円は452世帯、266±50万円は507世帯、276±50万円は555世帯、286±50万円は587世帯、296±50万円は618世帯、306±50万円は631世帯、316±50万円は634世帯、326±50万円は628世帯、336±50万円は603世帯、346±50万円は573世帯。

介護保険における実質的な自己負担率

平成27年8月～
2割負担の一部導入

平成30年8月～
3割負担の一部導入

年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度	30 年度	元 年度	2 年度	3 年度	4 年度	5 年度
実質 自己 負担 率	約 7.6 %	約 7.5 %	約 7.2 %	約 7.2 %	約 7.2 %	約 7.2 %	約 7.2 %	約 7.5 %	約 7.6 %	約 7.5 %	約 7.7 %	約 7.6 %	約 7.4 %	約 7.6 %	約 7.6 %	約 7.6 %

実質的な自己負担率 = 利用者負担額 / 費用額

※ 利用者負担額 = 費用額 - 給付費額

※ 費用額は、保険給付費用額（利用者負担分を含む介護報酬の総額）に特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）

※ 給付費額は、保険給付額に高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費及び特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）ただし、高額介護サービス費の支給は数ヶ月遅れている可能性がある点に留意。

※ 介護保険事業状況報告年報の数値を元に算出。

利用者数及び利用者 1 人あたりの自己負担額（サービス別）

○ 2022年度の介護サービス利用者数及び、介護サービス利用者 1 人あたりの自己負担額を集計したもの。
※ 自己負担額については、高額介護サービス費の適用前の額。

○ 利用者数 (万人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
利用者計	36	53	121	108	87	83	52	541
施設	0	0	5	8	26	38	26	103
居住	2	2	11	11	10	9	5	51
在宅	34	52	105	88	51	36	21	386

○ サービス利用者 1 人あたりの自己負担額 (万円/月)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
利用者計	0.2	0.3	1.1	1.5	2.4	2.9	3.3	1.7
施設	－	－	2.9	3.1	3.2	3.4	3.6	3.3
居住	0.9	1.5	2.4	2.7	2.9	3.0	3.2	2.7
在宅	0.2	0.3	0.9	1.2	1.9	2.3	2.9	1.2

注 1 「施設」には、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設を集計
注 2 「居住」には、特定施設入所者生活介護、認知症高齢者グループホームを集計
注 3 「在宅」には、「施設」「居住」以外の訪問介護、通所介護、短期入所介護、小規模多機能、看護小規模多機能等を集計
注 4 65歳以上の者に限った集計
出典) 介護給付費等実態統計報告(2024年度)

医療・介護のサービス利用状況

- 医療の場合、被保険者の多くが医療サービスを受けているが、
介護の場合、特定の者が継続して介護サービスを利用しているという違いがある

	後期高齢者医療（75歳以上） ※被保険者数1,807万人	介護（65歳以上＝第1号被保険者） ※被保険者数3,589万人
患者数・利用者数	1,763万人（97.6％：対被保険者比） ・入院：408万人（22.6％） ・外来：1,704万人（94.3％）	521.9万人（約14.5％：対被保険者比） ・施設系：102万人（2.8％） ・居住系：49万人（1.4％） ・在宅系：371万人（10.3％） (参考) 75歳以上利用者数471万人（約24.6％対被保険者比） 85歳以上利用者数311万人（約48.2％対被保険者比）
1人当たり 医療費or介護費	92万円（年額/被保険者） 94万円（年額/患者）	30万円（年額/被保険者） 211万円（年額/利用者）
1人当たり 自己負担額	7.4万円（年額/被保険者） 7.6万円（年額/患者）	2.3万円（年額/被保険者） 16.2万円（年額/利用者）

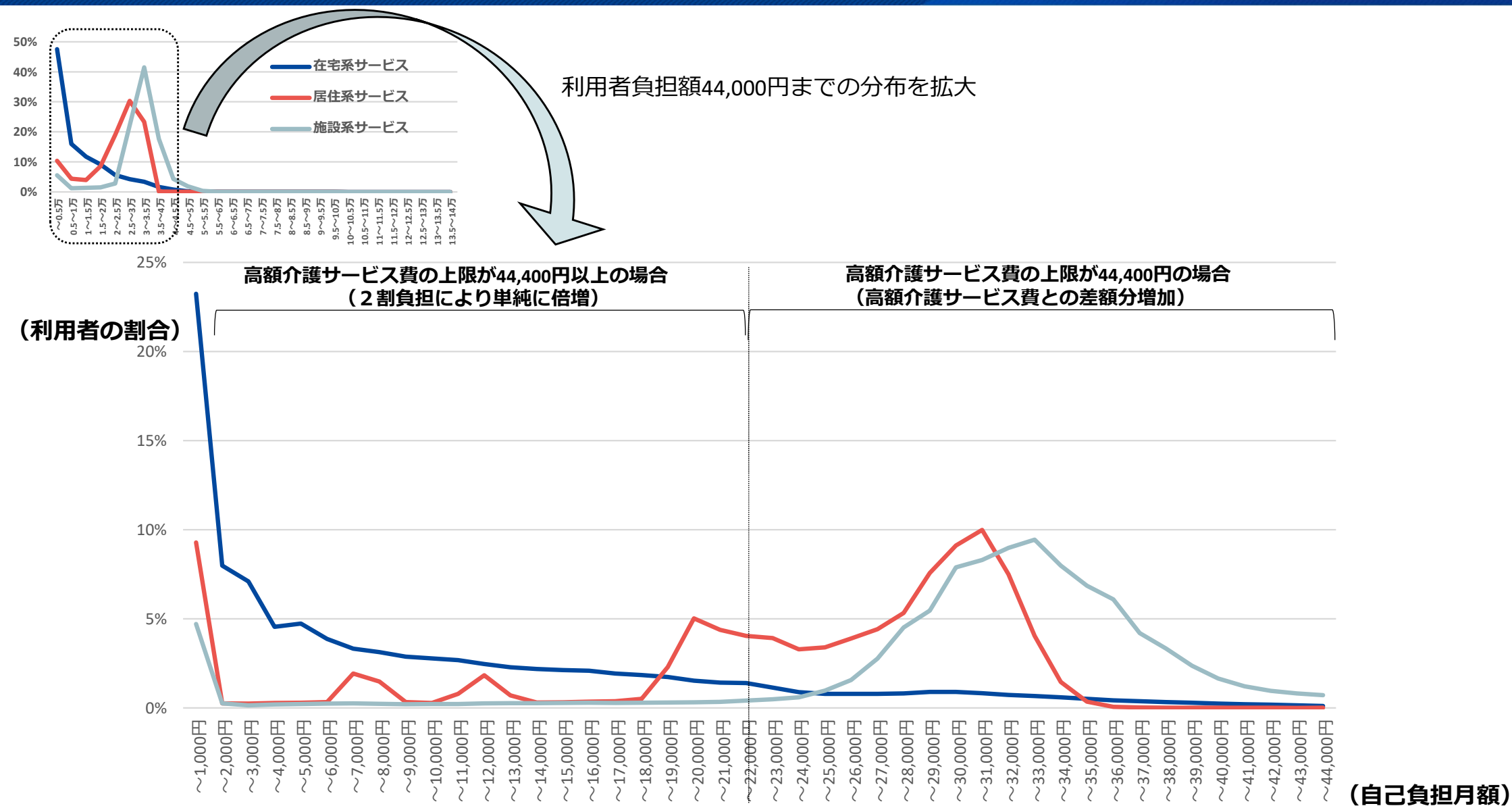
注1）介護について、利用者数は介護DB（2022年度分）、介護費や自己負担額は令和3年事業状況報告年報・介護DB(2021年度分)より作成。

注2）後期高齢者医療については、医療給付実態調査、医療保険に関する基礎資料（いずれも2020年度）より作成。

注3）患者数（全体、入院、外来）は、後期高齢者医療保険の年度平均被保険者数と、1年度間において1医療機関以上で診療を受けた者の割合（全体、入院、外来）から推計。

注4）年額/患者の1人あたりの金額は、年額/被保険者の値を0.976で除して機械的に算出した値。

現行の一人あたり利用者負担額分布 サービス別



注1 高額介護サービス費の上限額(月額)について、世帯内に課税所得690万円以上の第1号被保険者がいる世帯は140,100円、世帯内に課税所得380万円以上690万円未満の第1号被保険者がいる世帯は93,000円、それ以外の市町村民税課税世帯は44,400円となっている。平均自己負担月額は、44,400円を前提として作成したもの。なお、上記を作成する際に用いたデータは千円単位の集計であることから、44,000円までの範囲を拡大している。

注2「施設」には、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設を集計

注3「居住」には、特定施設入所者生活介護、認知症高齢者グループホームを集計

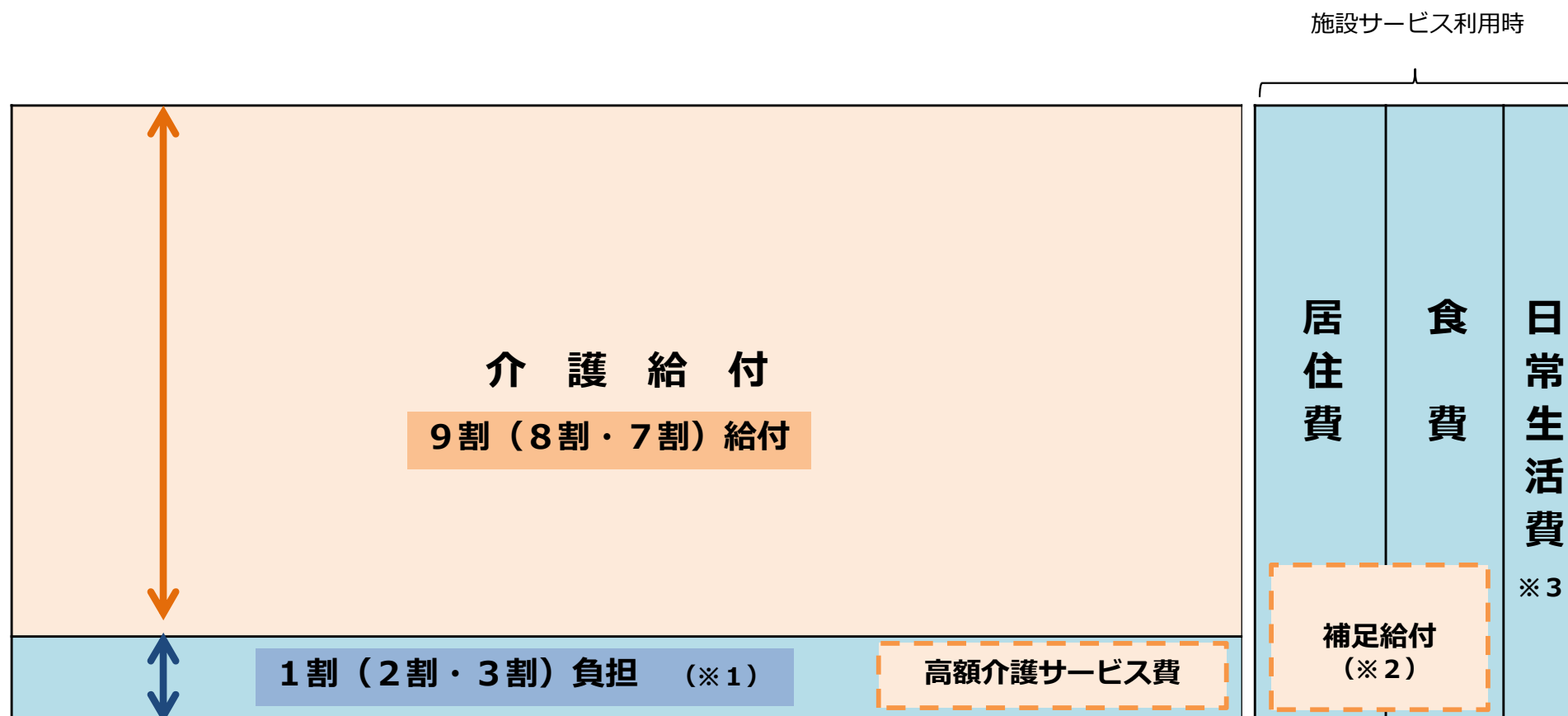
注4「在宅」には、「施設」「居住」以外の訪問介護、通所介護、短期入所介護、小規模多機能、看護小規模多機能等を集計

注5 月初めから月末まで継続的に利用する者以外に、月の途中からの利用者や、月の途中で利用を止めた者も含む。

出典) 介護DB特別集計(2022年7月データ)

介護保険制度における利用者負担

※肌色＝保険給付、水色＝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

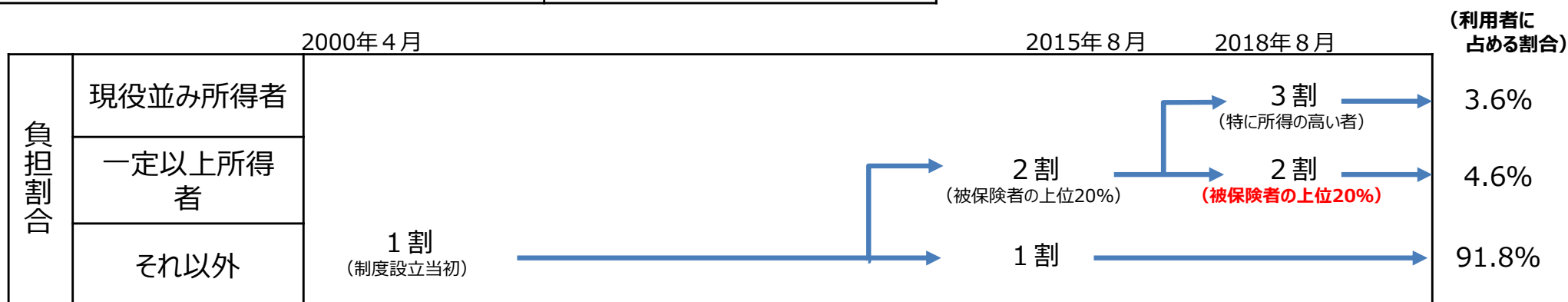
- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担

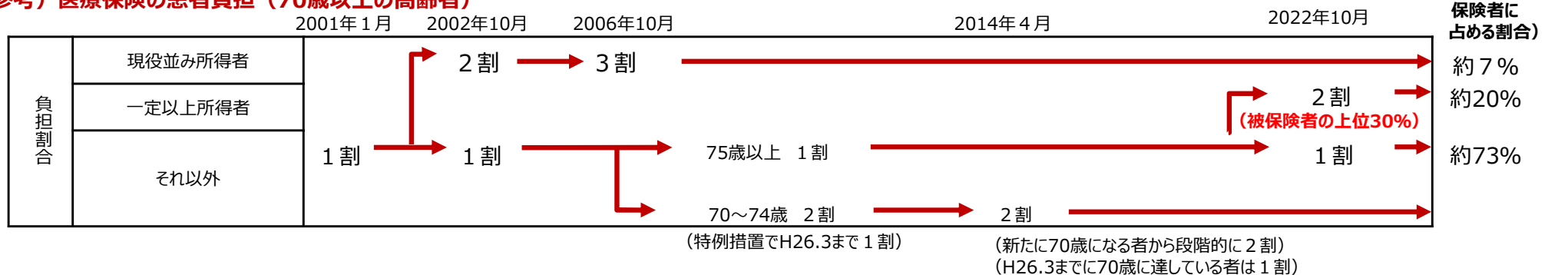
	負担割合
現役並み所得者 年金収入等 340万円以上（※1）	3割
一定以上所得者（被保険者の上位20%） 年金収入等 280万円以上（※2）	2割
それ以外 年金収入等 280万円未満	1割

※1 「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

※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）」の場合



(参考) 医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



1号被保険者の所得分布（2割負担・3割負担の水準）

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】

【2割負担】
一定以上所得（被保険者の上位20%）
年金収入等（1人世帯）：280万円
合計所得金額：160万円

※利用者ベース累計割合…8.2%

【3割負担】
現役並み所得
年金収入等（1人世帯）：340万円
合計所得金額：220万円

※利用者ベース累計割合…3.6%

モデル年金(厚生年金)
年金収入等189.9万円

後期高齢者医療の2割負担
となる層と同じ所得水準
年金収入等200万円

年金収入 +その他合計所得金額	～200 万	200～ 210	210～ 220	220～ 230	230～ 240	240～ 250	250～ 260	260～ 270	270～ 280	280～ 290	290～ 300	300～ 310	310～ 320	320～ 330	330～ 340	340～ 350	350～ 360	360～ 370	370万 ～
合計所得金額 (○円以上～○円未満)	～80万	80～ 90	90～ 100	100～ 110	110～ 120	120～ 130	130～ 140	140～ 150	150～ 160	160～ 170	170～ 180	180～ 190	190～ 200	200～ 210	210～ 220	220～ 230	230～ 240	240～ 250	250万 ～
被保険者数 (千人)	2,277	504	603	690	705	705	714	674	617	552	479	422	379	338	303	277	255	230	3,402
割合の累計値 (上位○%)	39.4%	33.1%	31.6%	30.0%	28.0%	26.1%	24.1%	22.1%	20.2%	18.5%	17.0%	15.6%	14.5%	13.4%	12.5%	11.6%	10.8%	10.1%	9.5%

所得分布は令和5年4月1日現在（介護保険計画課調べ）

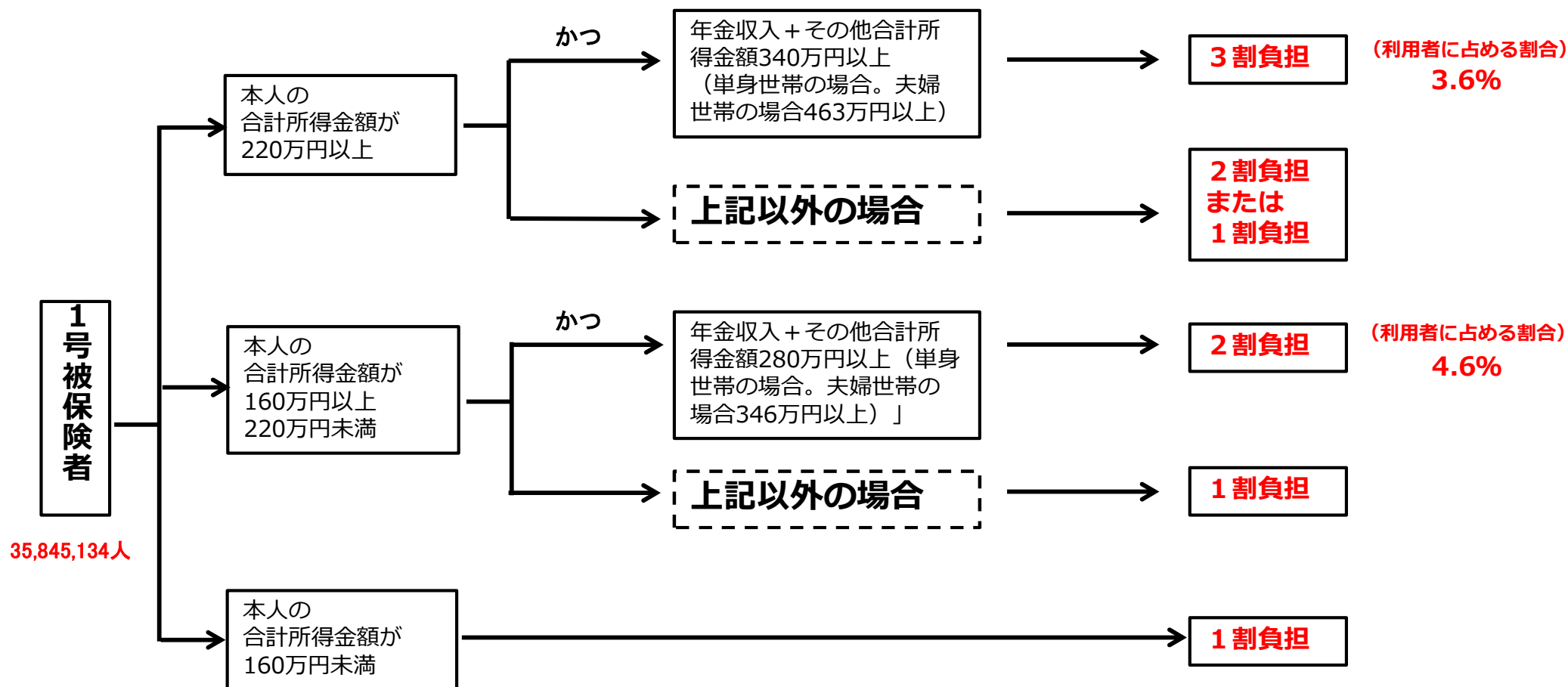
○ 年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除等（120万円程度）（※）

○ 年金収入＋その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

※ 公的年金等控除については、平成30年度税制改正大綱（平成29年12月22日閣議決定）に基づき、控除額が一律で10万円引き下げられているが、介護保険料や保険給付の負担水準に関して、意図せざる影響や不利益が生じないように、所得指標の見直しを実施している。

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**。

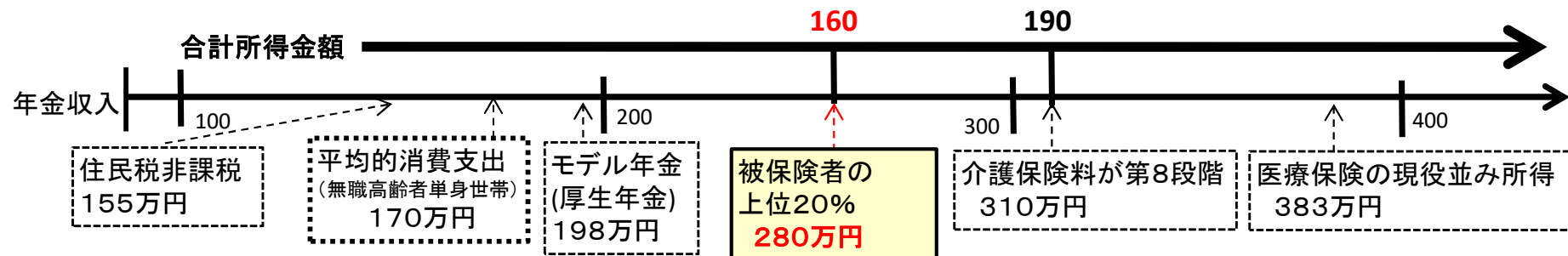
※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

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

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

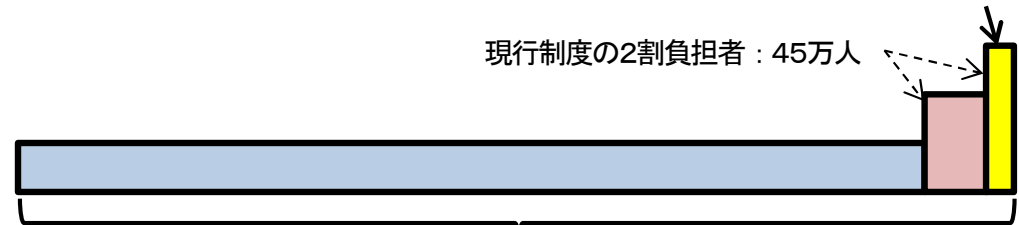
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※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。

高額介護（介護予防）サービス費の概要について

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。

高額医療合算介護サービス費の概要について

○ 医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療・介護の自己負担の合算額が高額となり、限度額を超える場合に、被保険者に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する制度。

① 支給要件：医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額 から限度額を超えた額を支給。

② 限度額：被保険者の所得・年齢に応じて設定。

③ 費用負担：医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて支給額を按分して負担。

※医療保険においては、同様の制度を「高額介護合算療養費制度」としている。

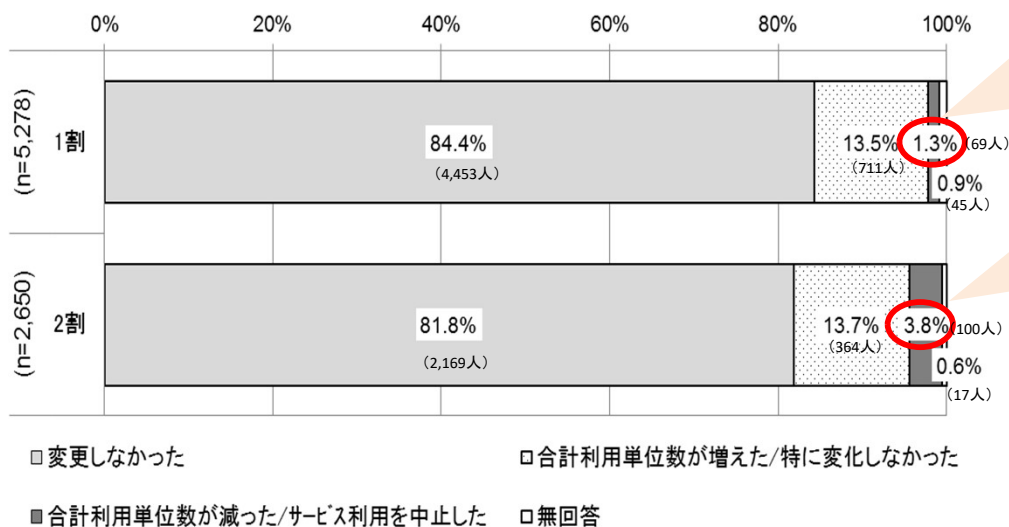
【限度額】

	75歳以上	70～74歳	70歳未満
	介護保険＋後期高齢者医療	介護保険＋被用者保険または国民健康保険	
年収約1,160万円～	2 1 2 万円		
年収約770～約1,160万円	1 4 1 万円		
年収約370～約770万円	6 7 万円		
～年収約370万円	5 6 万円		6 0 万円
市町村民税世帯非課税等	3 1 万円		3 4 万円
市町村民税世帯非課税 (年金収入80万円以下等)	本人のみ	1 9 万円	
	介護利用者が複数	3 1 万円	

介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査について

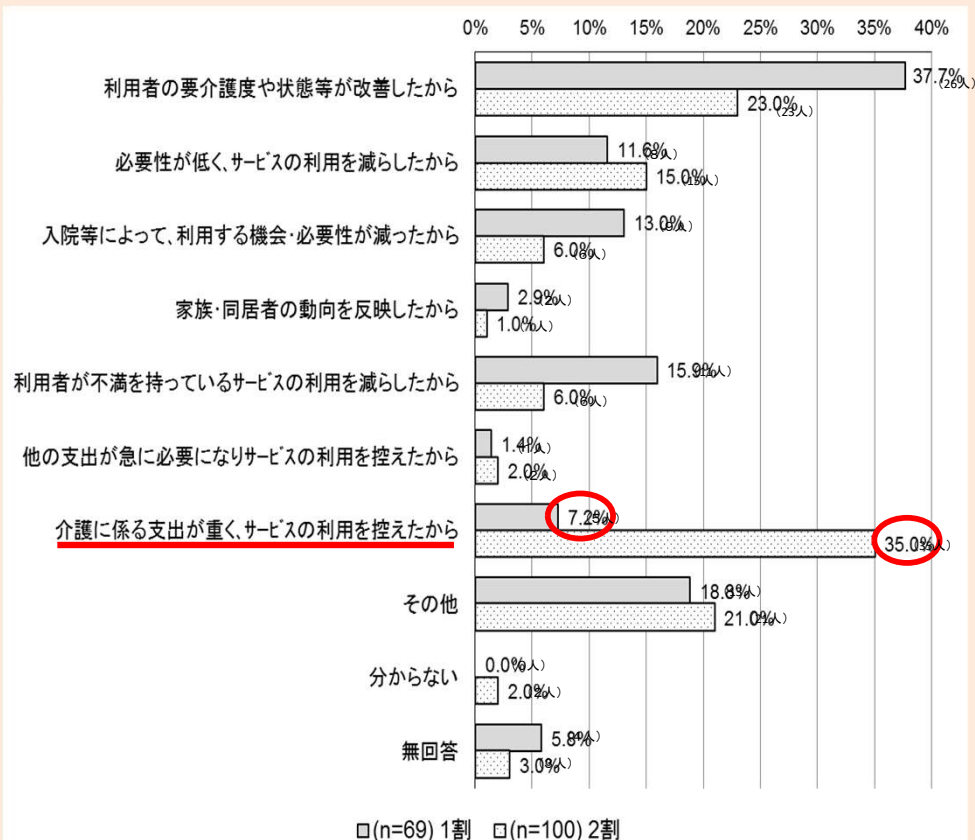
- 2割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
 - ・「変更しなかった」割合は、1割負担の利用者で84.4%、2割負担の利用者で81.8%であり、1割負担の利用者の方がやや高かった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、1割負担の利用者で13.5%、2割負担の利用者で13.7%であった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、1割負担の利用者で1.3%、2割負担の利用者で3.8%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、1割負担の利用者全体の0.1%、2割負担の利用者全体の1.3%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの
利用単位数の合計値の変化



※ 調査の対象者は、平成27年10月1日時点で回答事業所の居宅介護支援(介護予防支援)サービスを利用しており、平成29年12月末時点も回答事業所のサービスを利用している者とした。
 ※ 平成27年10月1日時点の利用者負担割合別に集計を行っている。
 ※ 平成27年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

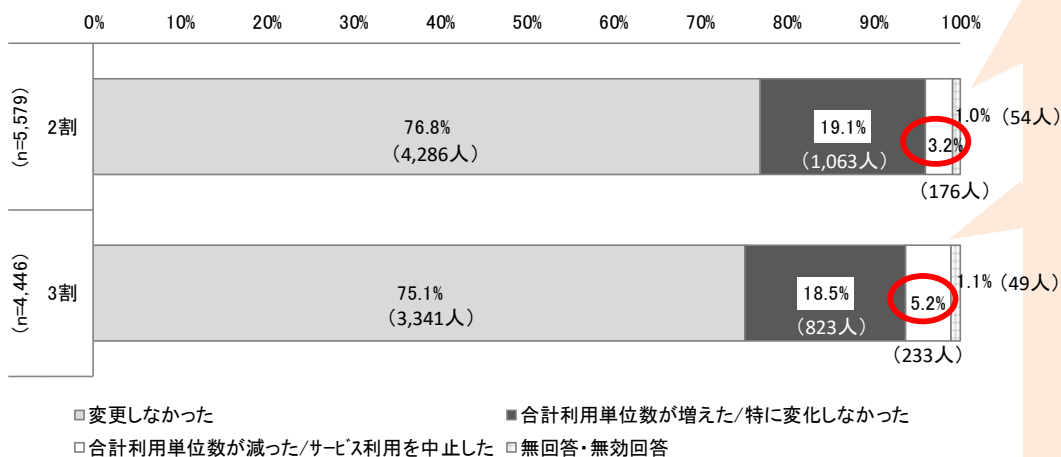
利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



介護保険における3割負担の導入による影響に関する調査について

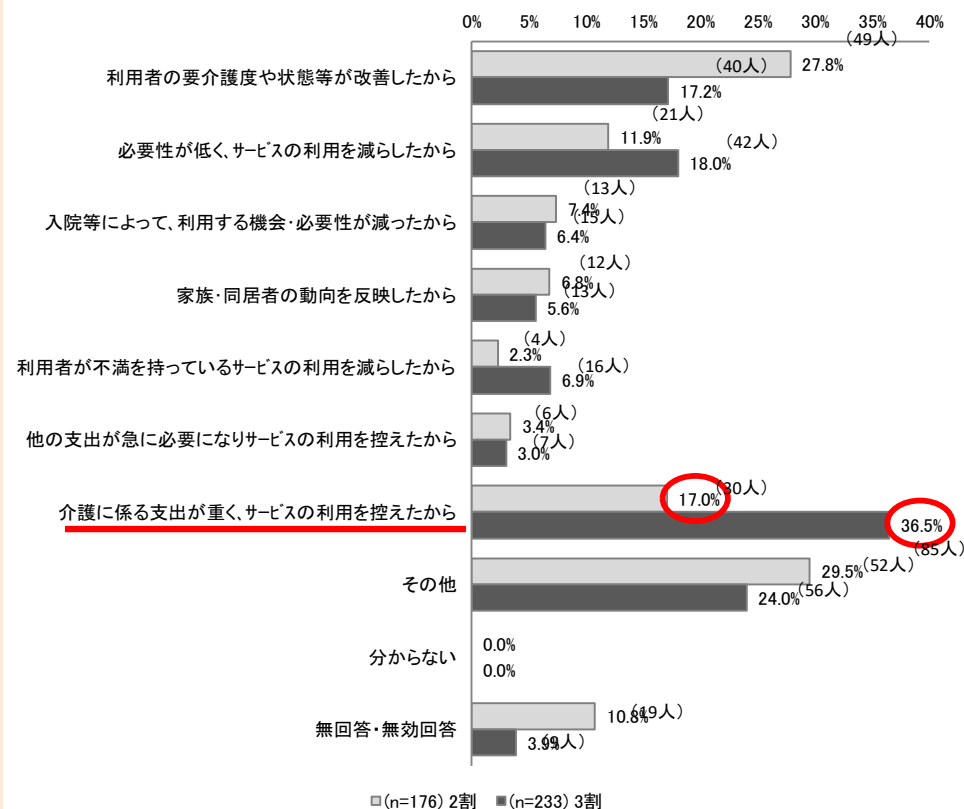
- 3割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
 - ・「変更しなかった」割合は、2割負担の利用者で76.8%、3割負担の利用者で75.1%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、2割負担の利用者で19.1%、3割負担の利用者で18.5%であった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、2割負担の利用者で3.2%、3割負担の利用者で5.2%であり、3割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、2割負担の利用者全体の0.5%、3割負担の利用者全体の1.9%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの
利用単位数の合計値の変化



※ 対象となる利用者は、平成30年12月末時点で回答事業所の居宅介護支援(介護予防支援)サービスを利用している者とした。
 ※ 平成30年12月末時点の利用者負担割合別に集計を行っている。
 ※ 平成30年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- 現役世代の保険料負担の上昇を抑制するため、後期高齢者の患者負担割合への一定の所得がある方への2割負担の導入については、**令和4年10月1日**から施行する。

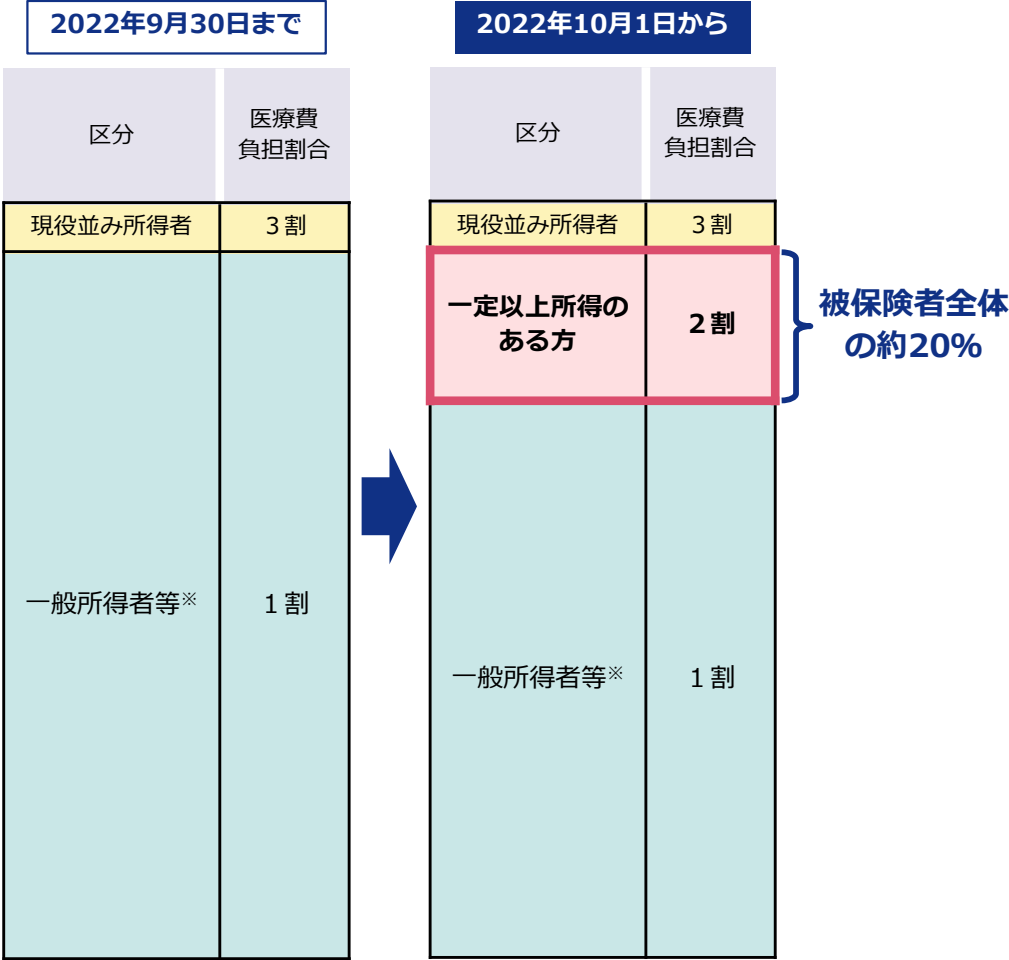
[① 2割負担の所得基準]

- **課税所得が28万円以上かつ「年金収入＋その他の合計所得金額」が200万円以上**(※)の方が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。
※ 対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

[② 配慮措置]

- **長期頻回受診患者等への配慮措置**として、
2割負担への変更により影響が大きい**外来患者**について、
施行後**3年間**、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、
最大でも**3,000円に抑えるような措置**を導入。
 - 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、
施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。
- ※ 同一の医療機関での受診については、現物給付化(上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い)。
※ 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算したひとつき当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日償還される。



※住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります。

(参考) 財政影響 (※令和4年10月1日施行ベース。括弧内は満年度ベース。)

給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費		
				国費	地方費
▲790億円 (▲1,880億円)	▲300億円 (▲720億円)	▲80億円 (▲180億円)	▲410億円※ (▲980億円)	▲260億円 (▲630億円)	▲150億円 (▲350億円)

※ 国保からの後期高齢者支援金に公費が含まれるため、後期高齢者支援金に係る公費を合わせると▲440億円(うち、国費▲290億円、地方費▲160億円)。

参考資料

- ・ ④ 補足給付に関する給付の在り方

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。

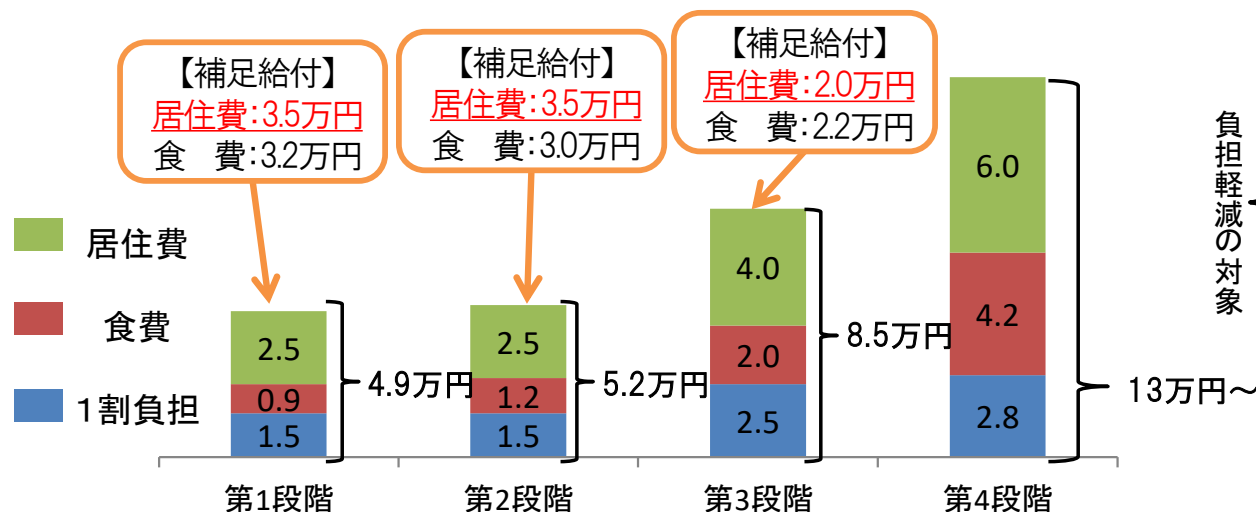
出典: 令和5年度介護保険事業状況報告年報

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

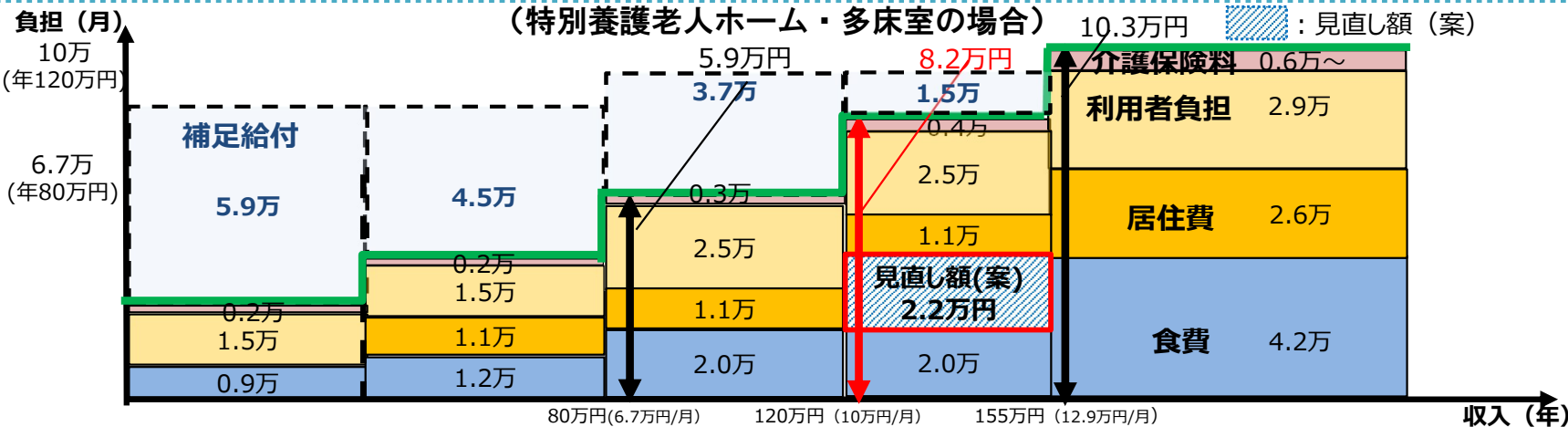
資料4

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

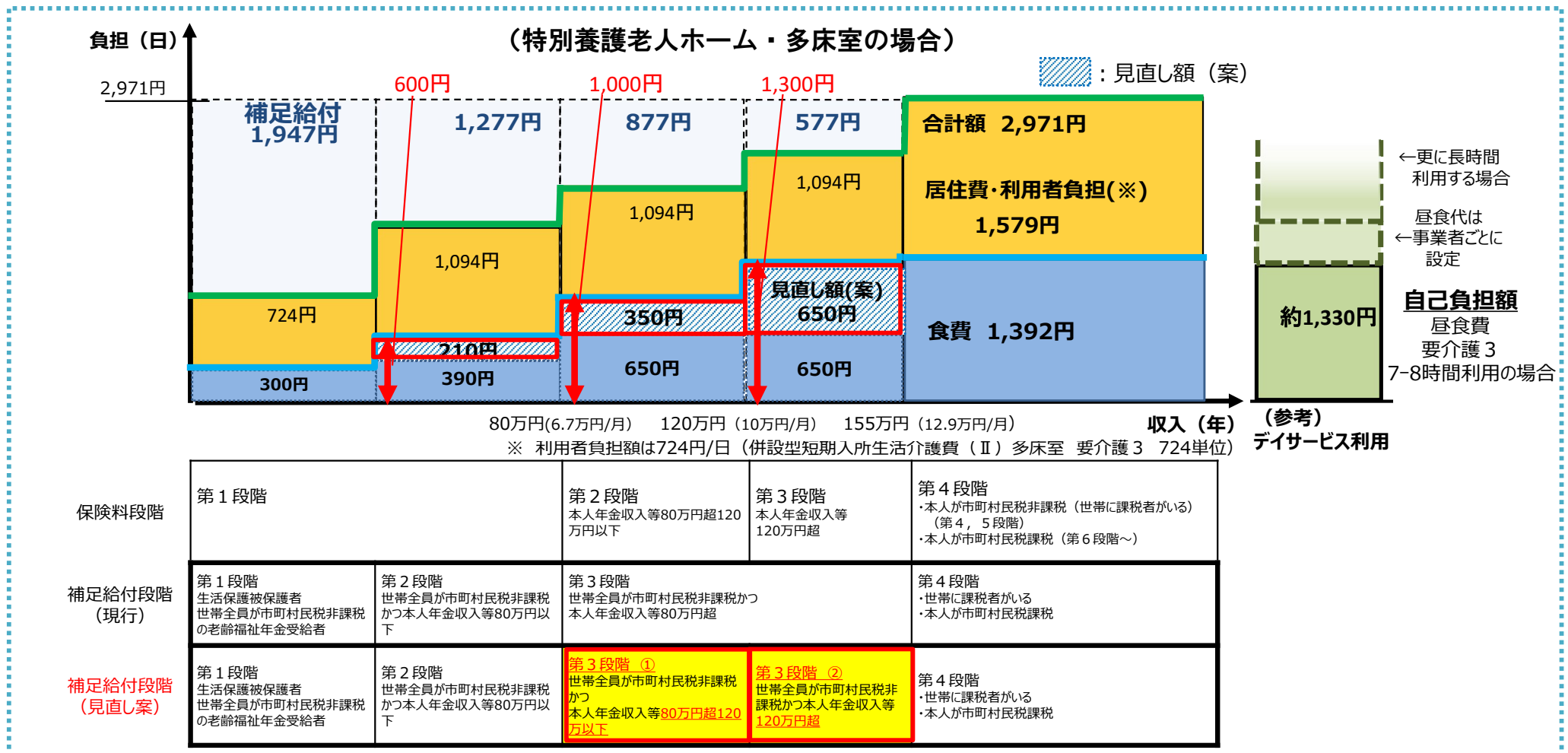
社会保障審議会
介護保険部会

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

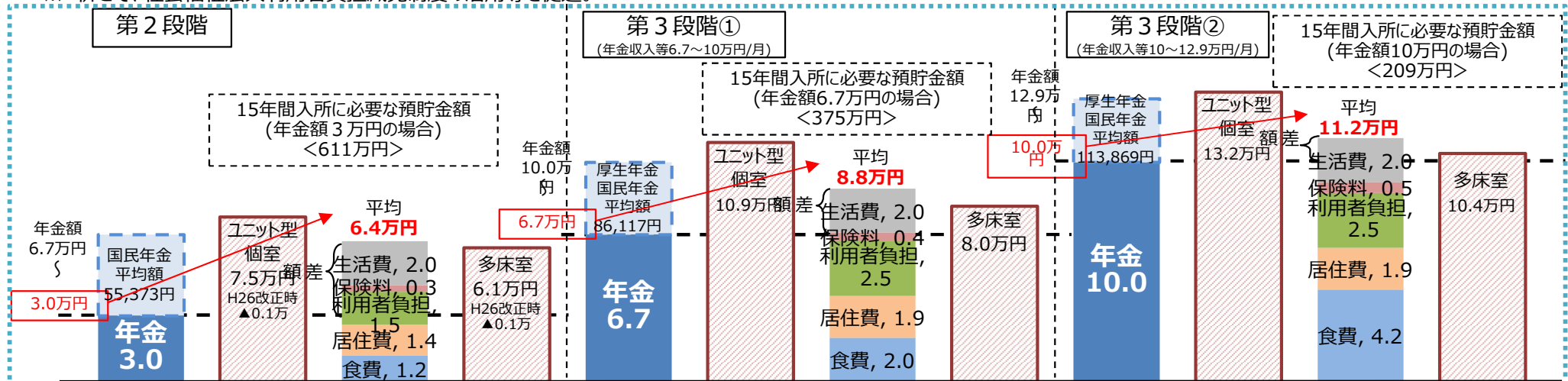
社会保障審議会
介護保険部会

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%

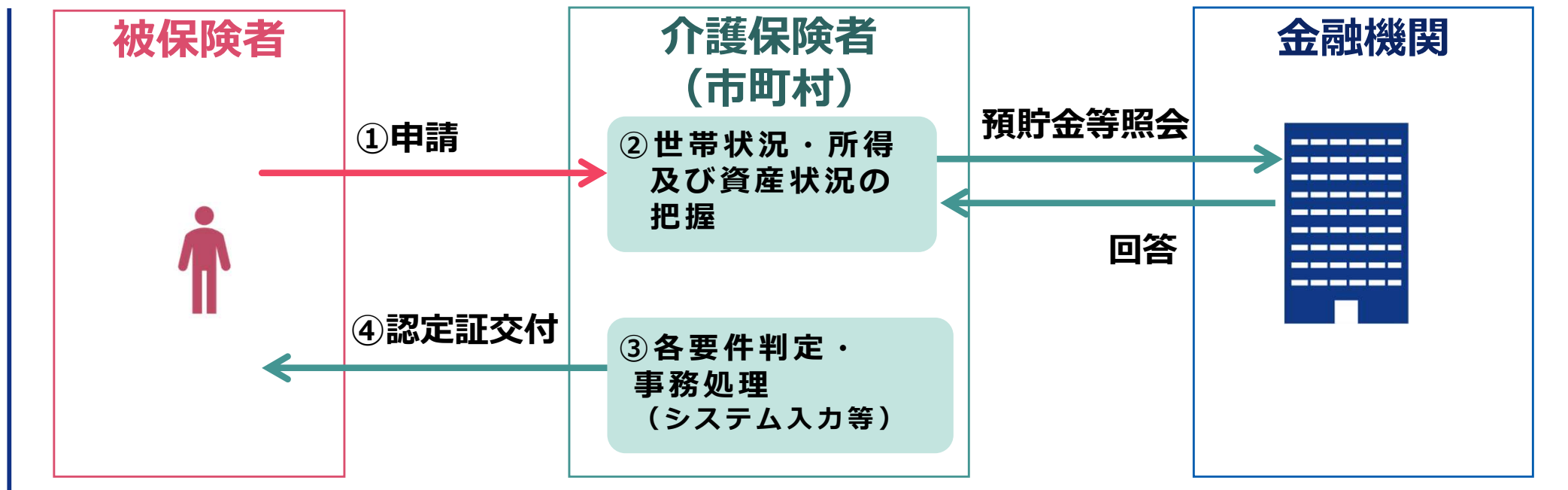
(参考)

- 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）

補足給付について

- 補足給付は、低所得者を対象とした福祉的な給付との位置づけであり、認定者数は、約90万人（令和5年度）。
- 事務フローとしては、被保険者からの申請を受け、保険者（市町村）において世帯状況・所得及び資産状況の把握を行い、各要件（世帯の課税状況・年金収入金額及び合計所得の合計額・預貯金額）を満たすかの判定を実施。預貯金等の額が真正なものか確認するため、必要に応じて、金融機関への照会を実施。要件を満たしている場合に、認定証を作成・交付。
- ※ 自己申告をベースとして、不正が検知された場合にはペナルティを課すことで実効性を担保

補足給付事務の主な流れ



預貯金等情報の照会・回答業務のオンライン化のこれまでの取組 ①

- 法令に基づく財務調査等を目的として金融機関に対して行う預貯金等情報の照会・回答は、2018年度調査によると年間約6,000万件あり、その内訳は、国税が約1割、地方税が約6割、生活保護・国民健康保険・介護保険が約2割、年金・警察・その他が約1割となっている。書面により行っている行政機関・金融機関も依然として多く、双方にとって負担となっている。
- 2019年には、内閣官房情報推進技術（IT）総合戦略室と金融庁を事務局とする「金融機関×行政機関の情報連携検討会」において、民間事業者によるオンライン照会サービス等を活用してデジタル化を推進する方針が示されている。
- これを受け、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」においても、2021年度以降、「行政機関は、積極的にデジタル化を先導し、金融機関はシステムの整備計画等を踏まえながら、段階的にデジタル化を推進することで、更に技術的・実務的な検討を協働して進め、書面を前提とした照会・回答内容や業務フローを見直し、金融機関の負担軽減及び行政機関による迅速かつ適正な行政事務の遂行を図る。」こととされている。

○ 行政機関からの預貯金等照会の割合

（全体：約6,000万件）



「金融機関×行政機関のデジタル化にむけた取組の方向性とりまとめ」（2019年11月公表）を基に、概算割合を算出。

○ 「金融機関×行政機関の情報連携検討会」報告書 抜粋

<目指す将来像>

預貯金等の照会・回答業務について、民間事業者によるサービス等を活用し、金融機関・行政機関の双方において原則として預貯金等の照会・回答業務をデジタル化することとし、また、デジタル化の取組を普及させることにより、省力化・迅速化を実現する。

<将来像を実現するための課題と取組の方向性>

①デジタル化を前提とした照会・回答内容や業務フロー等の見直し、②個人情報の保護、セキュリティの確保、③利便性向上と導入コストの比較検討、④複数のサービス事業者との相互連携

○ デジタル社会の実現に向けた重点計画（2024年6月21日閣議決定） 抜粋

Ⅱ オンライン化を実施する行政手続等

1. 国民等、民間事業者等と国等との間の手続

1. 金融機関に対する預貯金等の照会・回答（○デジタル庁、警察庁、金融庁、総務省、法務省、財務省、厚生労働省）

（2）取組

（1）に記載した67手続を始めとする金融機関への預貯金等の取引状況に係る照会・回答業務について、その多くは書面により行われている。2019年11月に金融機関×行政機関の情報連携検討会（事務局：内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室、金融庁）において公表した「金融機関×行政機関のデジタル化に向けた取組の方向性とりまとめ」を踏まえ、当該照会・回答事務のデジタル化に向けて、具体的なデータ項目や本人確認の粒度等について検討した。

今後、デジタル化の実現に向けた課題を解消し、行政機関と金融機関が足並みを揃えながら、取組を推進していくことが重要である。行政機関は、積極的にデジタル化を先導し、金融機関はシステムの整備計画等を踏まえながら、段階的にデジタル化を推進することで、更に技術的・実務的な検討を協働して進め、書面を前提とした照会・回答内容や業務フローを見直し、金融機関の負担軽減及び行政機関による迅速かつ適正な行政事務の遂行を図る。

預貯金等情報の照会・回答業務のオンライン化のこれまでの取組 ②

- また、事業者のデジタル化等に係る関係省庁等連絡会議においては、2023年度以降、国税庁からの提案を踏まえ、行政機関・金融機関双方の事務負担の軽減・事務効率化を図るため、①金融機関団体に対するオンライン照会サービスへの対応の呼びかけ、②地方自治体等に対するオンライン照会サービス利用の呼びかけを行うなどの取組を行っているところ。
- 2024年10月、国・地方デジタル共通基盤推進連絡協議会において共通化候補に選定され、デジタル庁は、警察庁、金融庁、総務省、法務省、財務省、厚生労働省の協力を経て、2025年3月末までに預貯金照会のオンライン化の拡大について、今後のスケジュールを記した推進方針案を策定することとされている。

○事業者のデジタル化等に係る関係省庁等連絡会議における取組（国税庁提案）

事業者のデジタル化等に係る関係省庁等連絡会議（第4回）国税庁説明資料

公的手続等のデジタル化に関する対応状況等について（令和6年5月29日時点）（2/2）

赤字が前回（※6.2.29）
からの更新部分

✓申請における納税情報の添付自動化の推進（申請者の利便性向上・事務の効率化）

- 各府省庁等において納税情報が必要な申請システムの改修の可否・時期等を検討。
 - ⇒各府省庁等へ作業依頼を発出（12月14日（木））
 - ⇒各府省庁等から回答を受領。優先度の高いシステムについては個別に国税庁からの相談を予定
 - ⇒関係省庁に対して個別に国税庁から相談を実施し、次期システム更改時での対応について検討を依頼
- 関係省庁から地方自治体及び金融機関団体に対し、システム連携を呼びかける通知を国税庁と連名で発出（and/or説明の実施）。
 - ⇒関係省庁と対応を検討中
 - ⇒金融機関団体へ取組の説明を実施。さらに通知の発出などに向けて準備・調整中
 - 地方自治体への周知に向けて関係省庁と準備・調整中
 - ⇒デジタル庁、金融庁と連名で全国銀行協会へ通知文書を発出（3月21日付）
 - 税務省の協力を得て地方自治体への周知文書を発出（3月29日付）

✓預貯金等照会のオンライン化の拡大（金融機関及び行政の事務の効率化・迅速化）

- 関係省庁から、金融機関団体に対し、会員の金融機関にオンライン照会への対応を呼びかける通知を国税庁と連名で発出（and/or説明の実施）。
 - ⇒関係省庁と対応を検討中
 - ⇒金融機関団体へ取組の説明を実施。さらに通知の発出などに向けて準備・調整中
 - ⇒デジタル庁、金融庁と連名で生命保険協会、全国銀行協会、日本証券業協会へ通知文書を発出（生命保険協会 3月6日付、全国銀行協会 3月21日付、日本証券業協会 3月21日付）
- （利用していない）地方自治体等に対し、オンライン照会の利用を呼びかける通知を（国税庁と連名で）発出（and/or説明の実施）。
 - ⇒関係省庁と対応を検討中
 - ⇒地方自治体への周知に向けて関係省庁と準備・調整中
 - ⇒総務省の協力を得て周知資料を発出（3月25日付）

3

○国・地方デジタル共通基盤推進連絡協議会における取組

事業者のデジタル化等に係る関係省庁等連絡会議（第6回）デジタル庁説明資料

○共通化の対象選定に向けた令和6年度の作業依頼について
（令和6年10月29日 国・地方デジタル共通基盤推進連絡協議会）

4. 預貯金照会のオンライン化の拡大

- (1) 制度所管府省庁
デジタル庁（警察庁、金融庁、総務省、法務省、財務省、厚生労働省）

(2) 選定の理由

現在、生活保護を始め、地方税、国税、国民健康保険等、様々な行政事務の執行上の必要性から、金融機関に対し預貯金等の取引状況を確認する業務がある。

預貯金照会のオンライン化の拡大については、地方自治体及び金融機関双方の事務負担が軽減されるほか、迅速かつ適正な行政事務の遂行が図られるものであると認識しているが、既に普及拡大が進んでいる民間事業者が提供する当該照会サービスについては、**導入金融機関が一部に限定されていることや、当該照会サービスの利用に関して、地方自治体から課題があると指摘されている。**

本業務については国及び地方自治体にとって共通のものであり、それぞれの地方自治体がシステムを構築するよりも共通化した方がトータルコストを最小化できると考えられるため、預貯金照会システムのオンライン化の拡大を共通化の対象候補とする。

<参考>令和6年地方分権提案（管理番号56、79）

(3) 依頼事項

デジタル庁は、警察庁、金融庁、総務省、法務省、財務省、厚生労働省の協力を得て、令和7年3月末までに、オンライン化の拡大について、今後のスケジュールを記した推進方針案を策定されたい。

その際、地方自治体におけるサービス導入・コスト負担の意向が共通化の取組を通じて一定程度判明することを前提に、**預貯金オンライン照会サービスを提供する事業者と対話し、競争環境上の課題（民衆圧迫の回避を含む）を検討されたい。**
検討状況については、令和6年12月に国・地方連絡協議会に対し、中間報告されたい。

3

預貯金照会のオンライン化の拡大に係る共通化推進方針

(令和7年6月2日決定 デジタル庁、警察庁、金融庁、総務省、法務省、財務省、厚生労働省)

4. 今後の対応策

(1) 地方自治体におけるオンライン照会サービス等の利用促進 令和元年に、「金融機関×行政機関の情報連携検討会」において、民間事業者によるオンライン照会サービス等を活用してデジタル化を推進する方針が示され、この方針を踏まえ、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」においても「書面を前提とした照会・回答内容や業務フローを見直し、金融機関の負担軽減及び行政機関による迅速かつ適正な行政事務の遂行を図る」こととされたことを受け、関係機関が連携して取組を進め、一定の業務効率化の効果を出していることから、引き続き、民間事業者によるオンライン照会サービス等を活用して、自治体における照会ニーズ及び政策効果が高い分野から順次、デジタル化を推進することとする。その上で、これらの進捗を踏まえ、その他業務での当該サービス等の利用の必要性について、デジタル庁は制度所管省庁と連携し検討する。

この際、預貯金照会業務のデジタル化に関する情報やオンライン照会サービスに関する情報の不足を理由に地方自治体における利用の検討が着手できない、進まないといった課題があることから、デジタル庁と制度所管省庁が連携し、地方自治体に対し、令和3年(2021年)に、金融機関×行政機関の情報連携検討会の下課題検討ワーキング・グループにおいて整理した事項や金融機関への照会ルールの対応を省力化できるサービスの活用などを含め、必要な情報提供を行うこととする。あわせて、地方自治体からのサービス機能改善を求める声を丁寧に聞くとともに、預貯金照会サービスの利用拡大に向けて、ベンダと対話を重ねていく。

また、オンライン照会サービスの利用率が高い地方税については、総務省が預貯金照会業務のデジタル化の推進に関する通知を発出し、これを契機にオンライン照会サービスの利用を開始した地方自治体が多数あり、制度所管省庁からの通知が非常に有効であることが確認できている。このため、デジタル庁と制度所管省庁が連携し、地方自治体に対し、預貯金照会業務におけるデジタル化やデジタル化を前提とした BPR の検討の呼びかけを行うこととする。生活保護及び介護保険分野では、厚生労働省と一般社団法人全国銀行協会等が協議し、地方自治体及び金融機関双方の事務負担に配慮するため、預貯金照会を行う際に金融機関の支店ごとに照会するのではなく、本店等へ一括で照会することを基本とすることを合意し、地方自治体に対しその実施要領の通知を実施している。当該通知においてはデジタル化には言及がないものの、地方自治体及び金融機関双方の事務負担軽減のために関係者が協働した好事例であり、預貯金照会業務のデジタル化についてもこれを参考に取り組むこととする。

また、特に小規模の地方自治体においては、単独では費用対効果の観点からオンライン照会サービスの利用を断念せざるを得ない場合もあるところ、介護保険分野においては、広域連合を組成して介護保険制度の運用を行っている地方自治体もある。オンライン照会サービスの共同利用についてもこれを参考に検討を行う。

(2) 金融機関等におけるオンライン照会サービス活用促進 金融機関がシステムの整備計画等を踏まえながら、段階的に預貯金照会業務のデジタル化を推進することで、金融機関の負担軽減を図るため、デジタル庁と金融庁は、業界団体と連携し、金融機関に対し、令和3年(2021年)に、金融機関×行政機関の情報連携検討会の下課題検討ワーキング・グループにおいて整理した事項を含め、必要な情報提供を継続して実施する。

(3) フォローアップ

デジタル庁は、各府省庁 DX 推進連絡会議や事業者のデジタル化等に係る関係省庁等連絡会議等において、「3. 今後の対応策」に記載の取組を関係省庁等と共有するとともに、その進捗の確認(フォローアップ)を行うこととする。

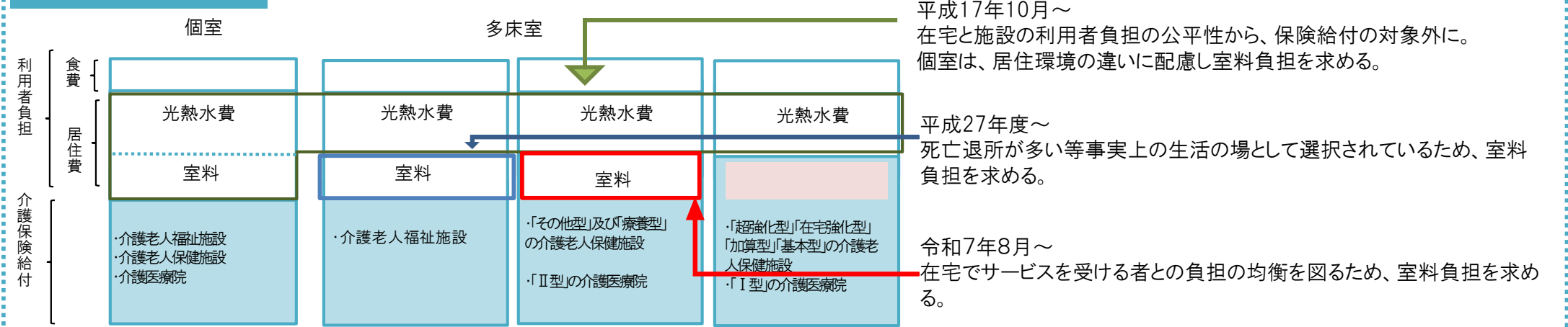
参考資料

- ・ ⑤ 多床室の室料負担

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。

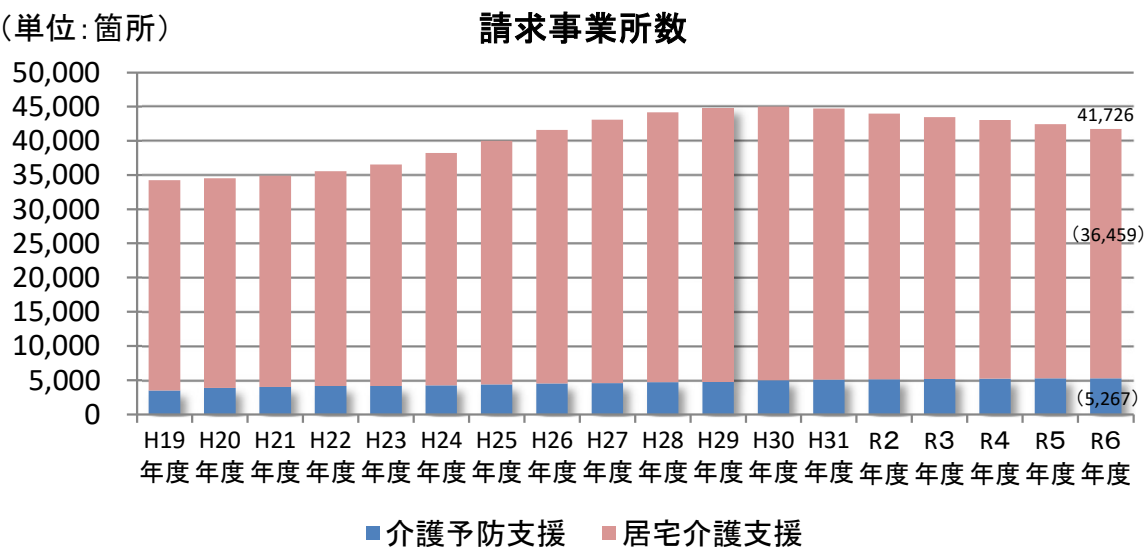
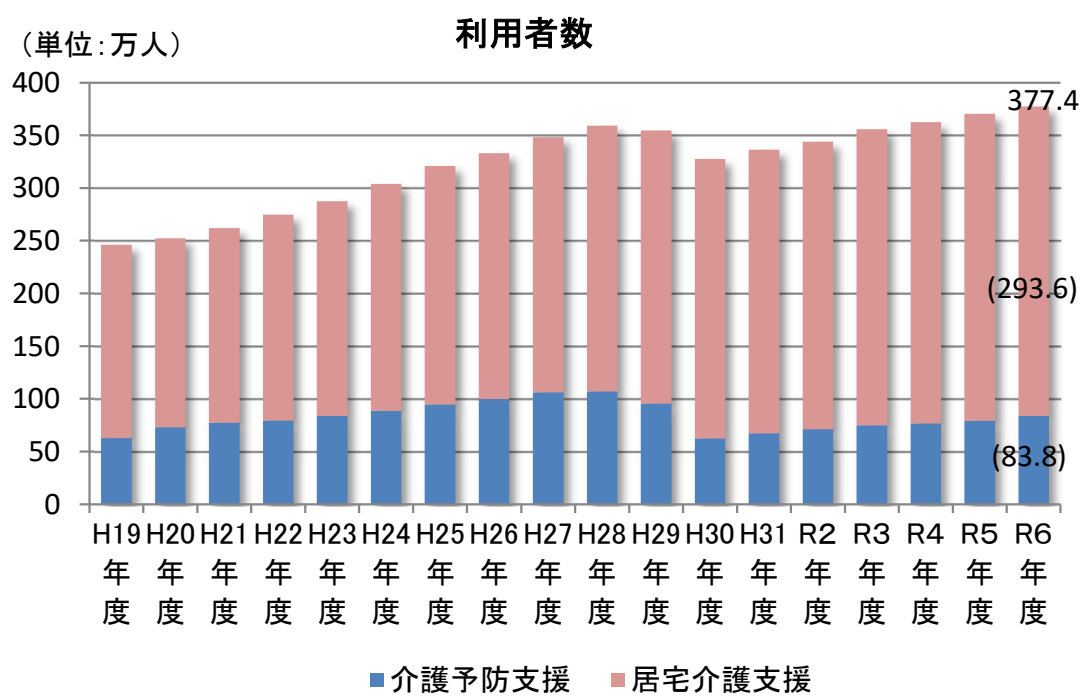
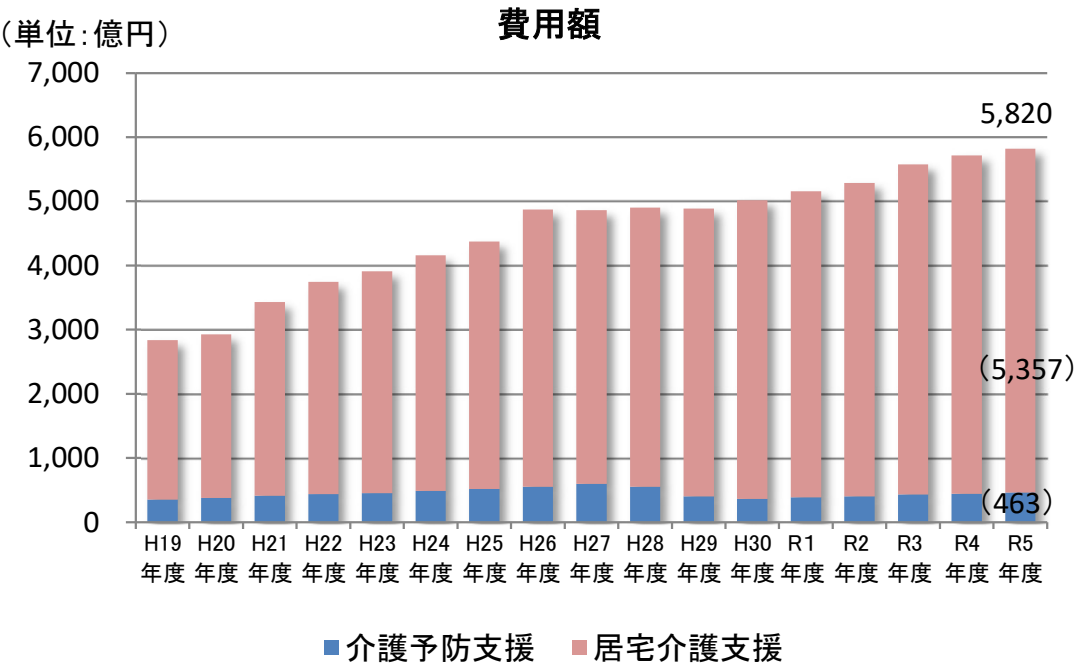
（参考）多床室の利用者の居住費に係る基準費用額及び負担限度額（令和7年8月～）

	基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（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）

参考資料

- ・ ⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方

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%

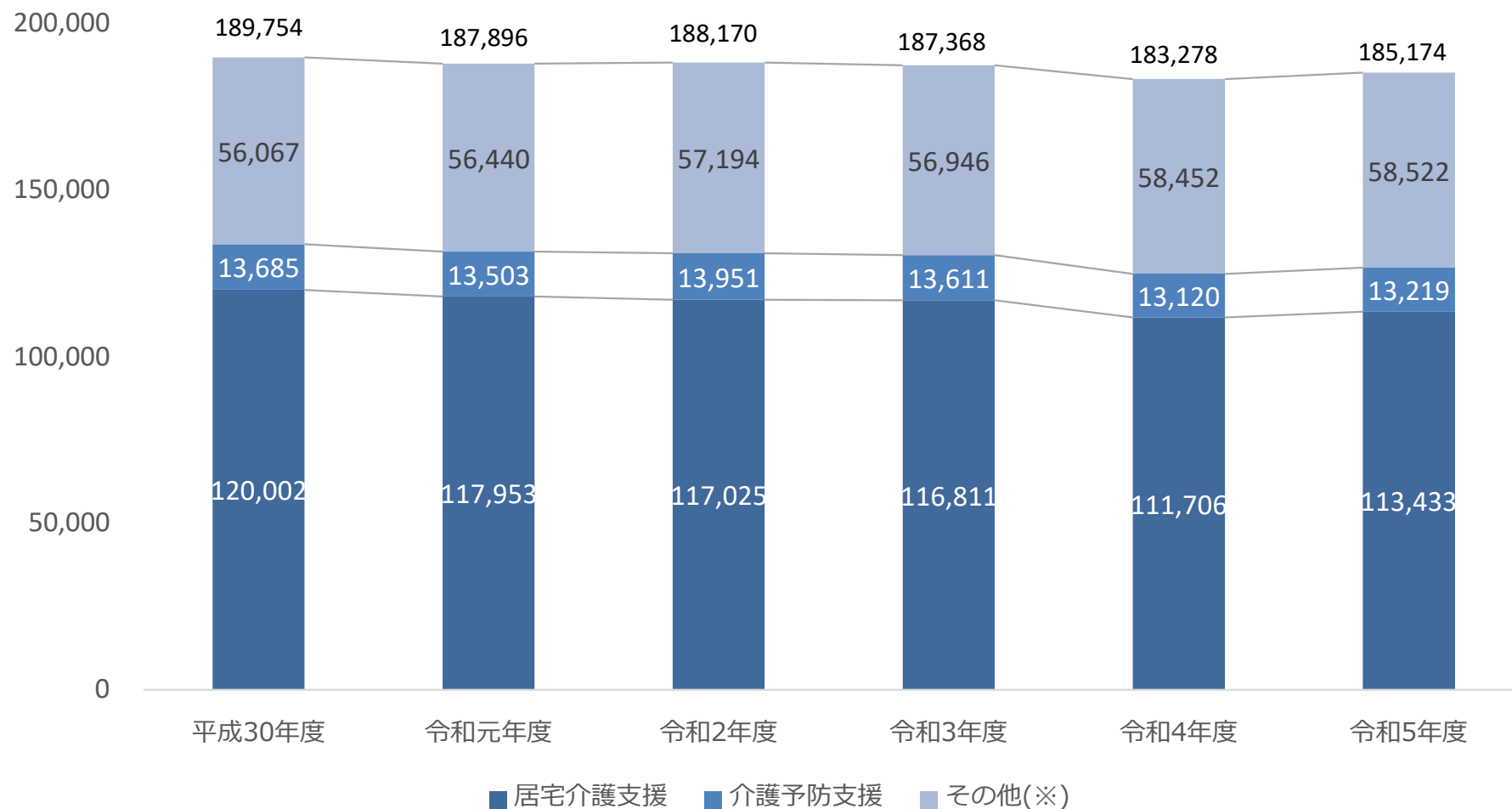
【出典】令和5年度介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)

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。

業務の類型	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。

参考資料

- ・ ⑦ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

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

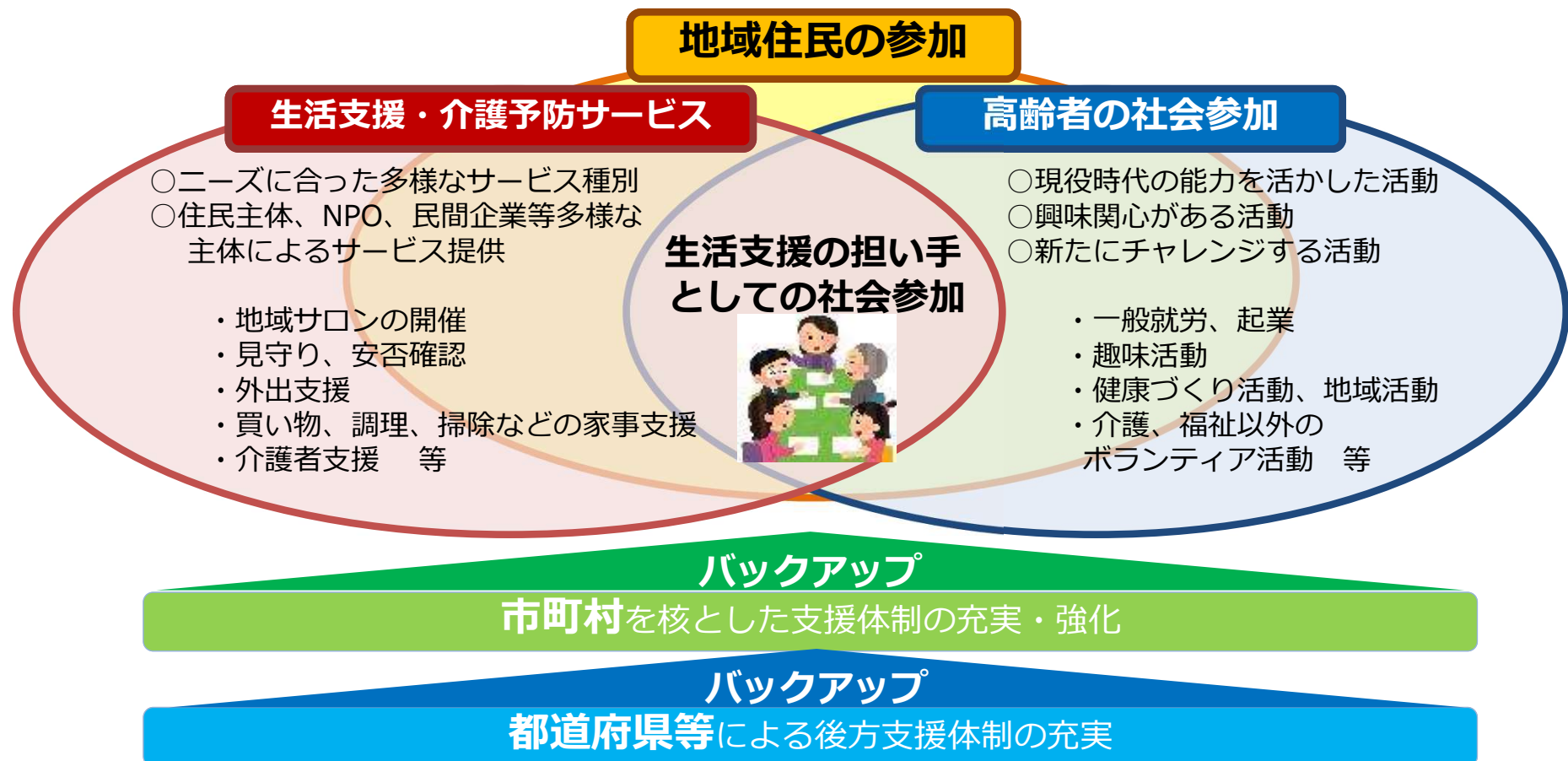
地域の実情に応じて必要な取組を実施。

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

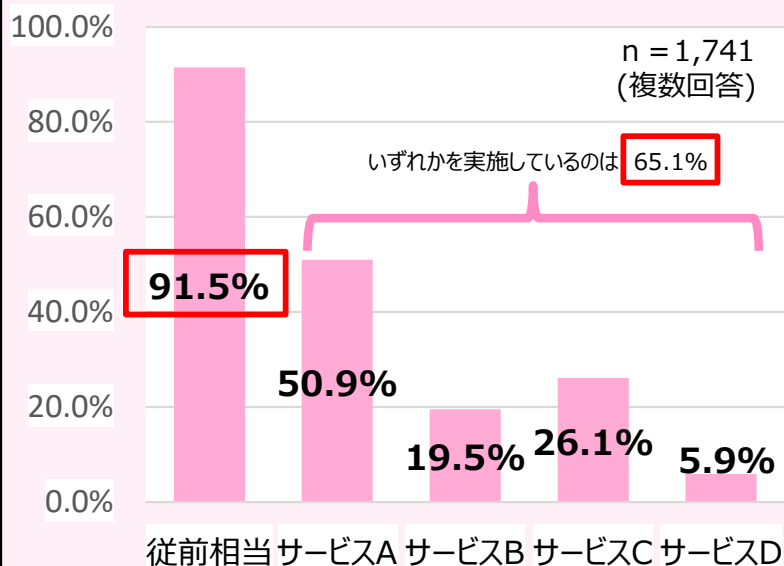
介護予防・日常生活支援総合事業

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。

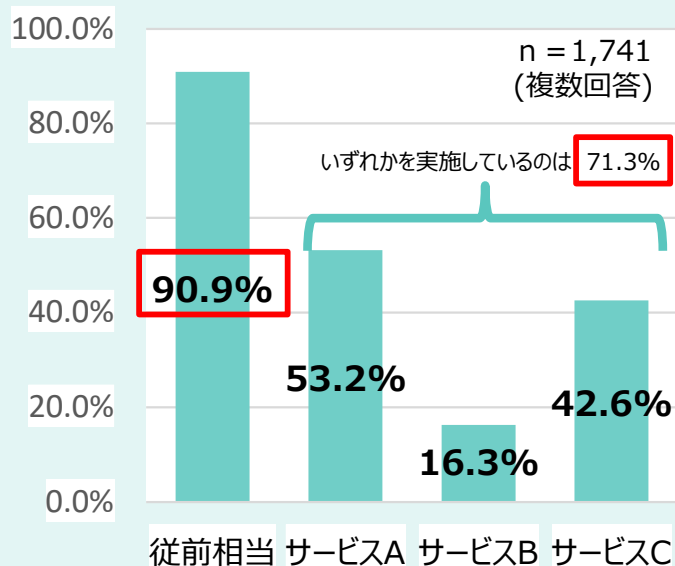
訪問型サービス



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	

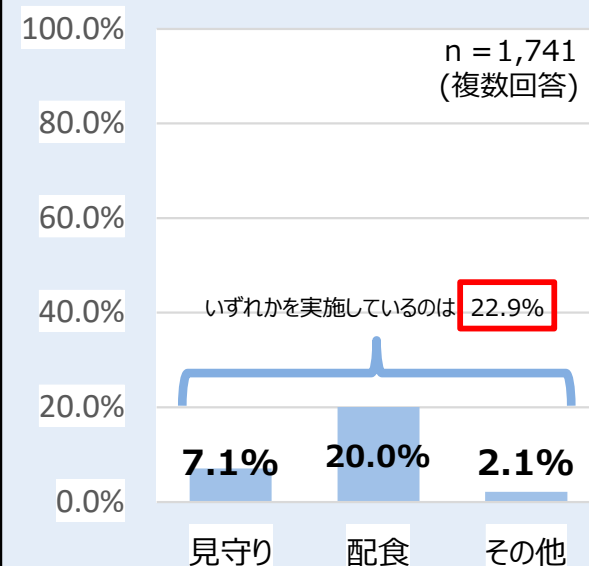
通所型サービス



実施市町村数

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

その他サービス



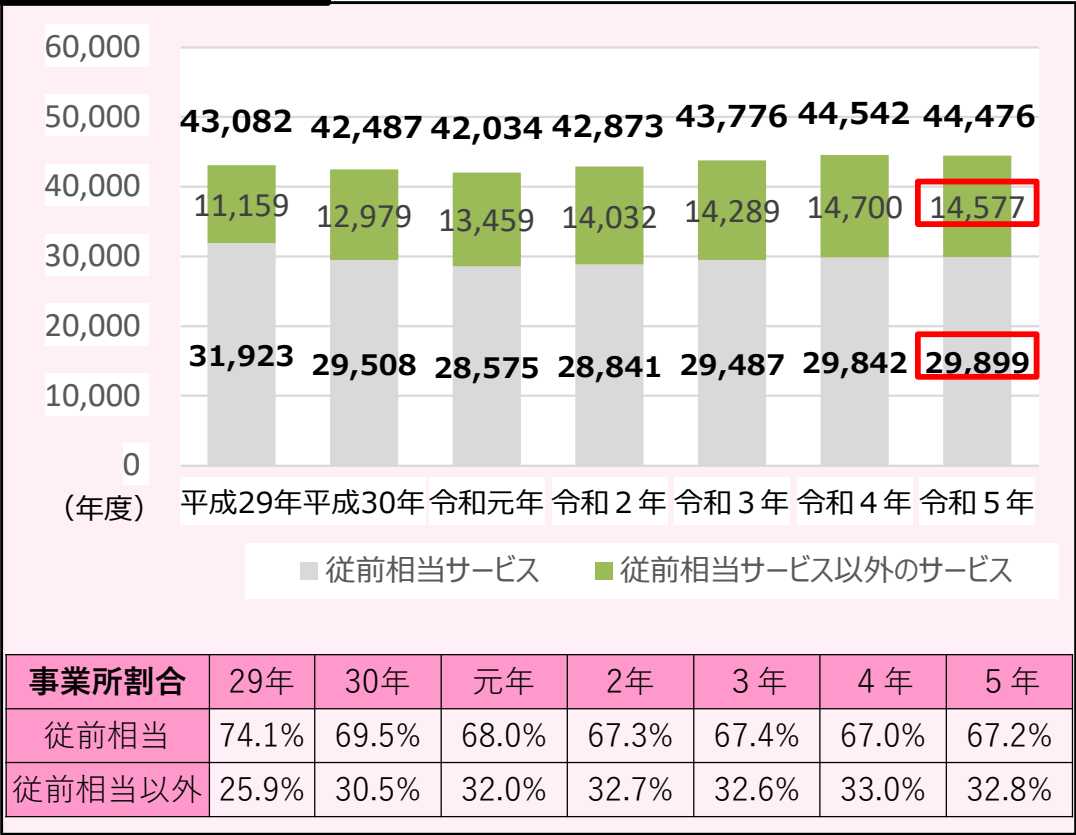
実施市町村数

見守り	123	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。
配食	349	
その他	37	

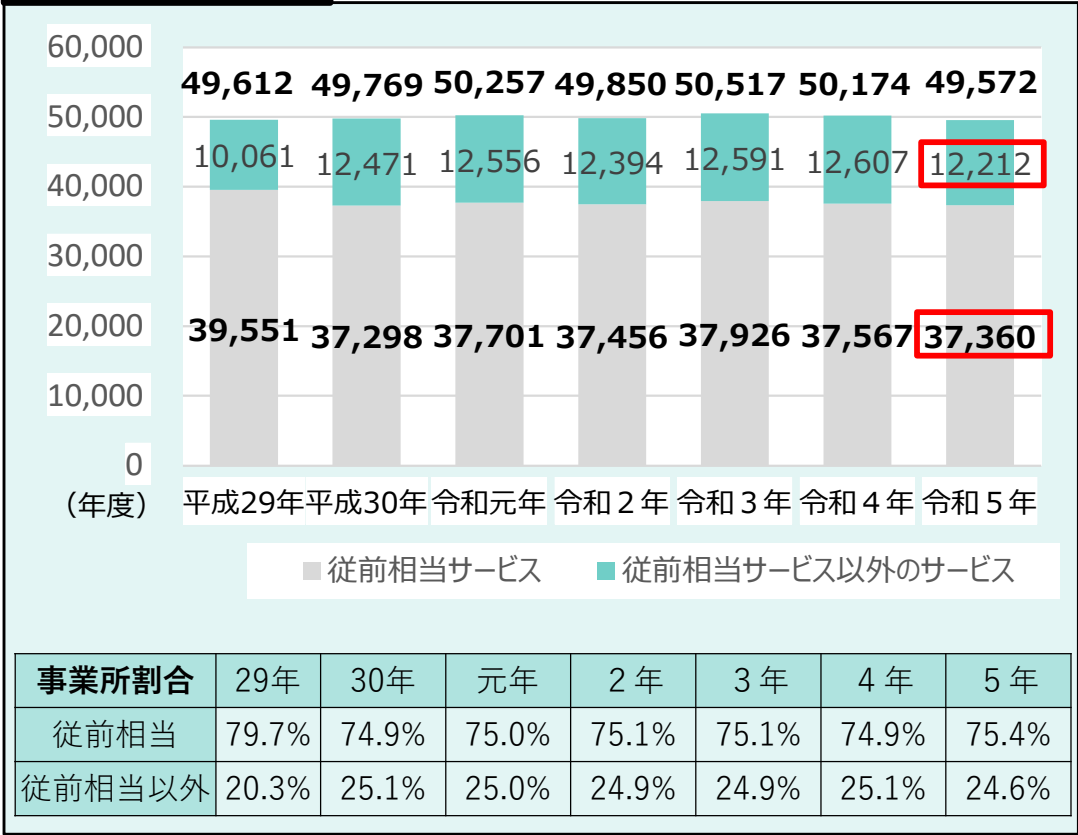
介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

- 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。

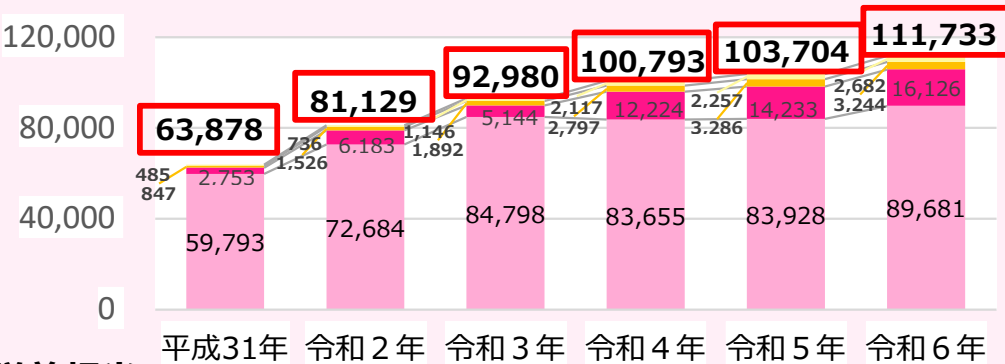
介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 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

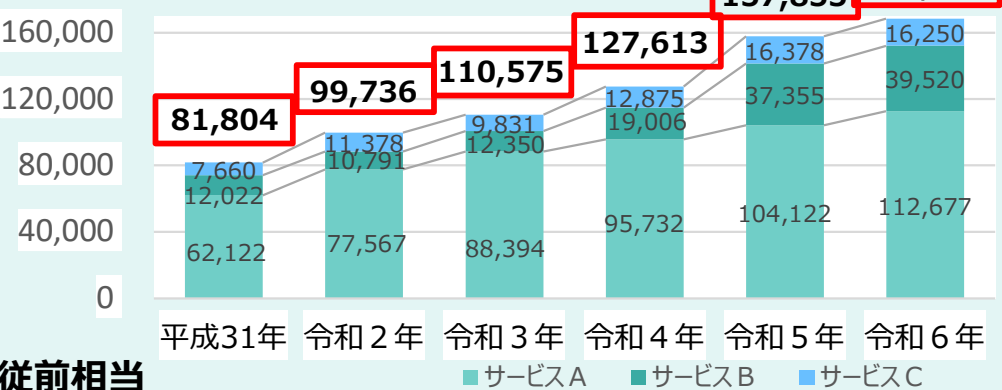


	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	59,793	72,684	84,798	83,655	83,928	89,681
サービスB	2,753	6,183	5,144	12,224	14,233	16,126
サービスC	847	1,526	1,892	2,797	3,286	3,244
サービスD	485	736	1,146	2,117	2,257	2,682
従前相当	361,300	349,300	341,800	329,000	319,100	315,400

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

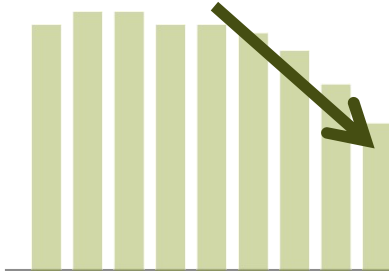
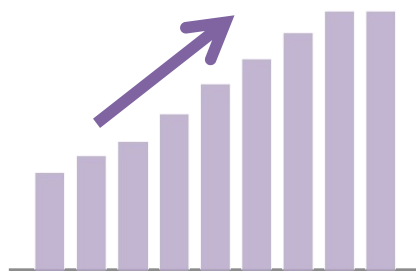
（いずれも平成31年以降とは調査時点が異なり、各年6月の数値であることから、グラフには表示していない。）

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

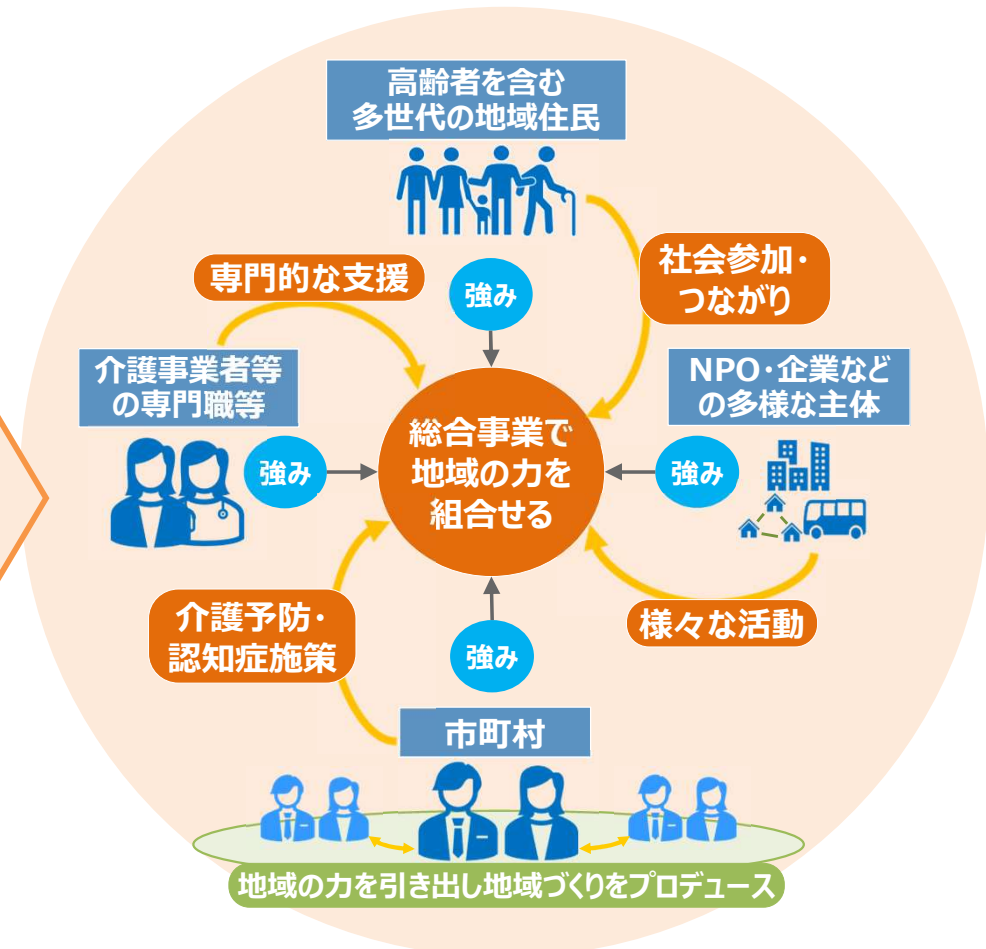
現役世代の減少



地域共生社会の実現



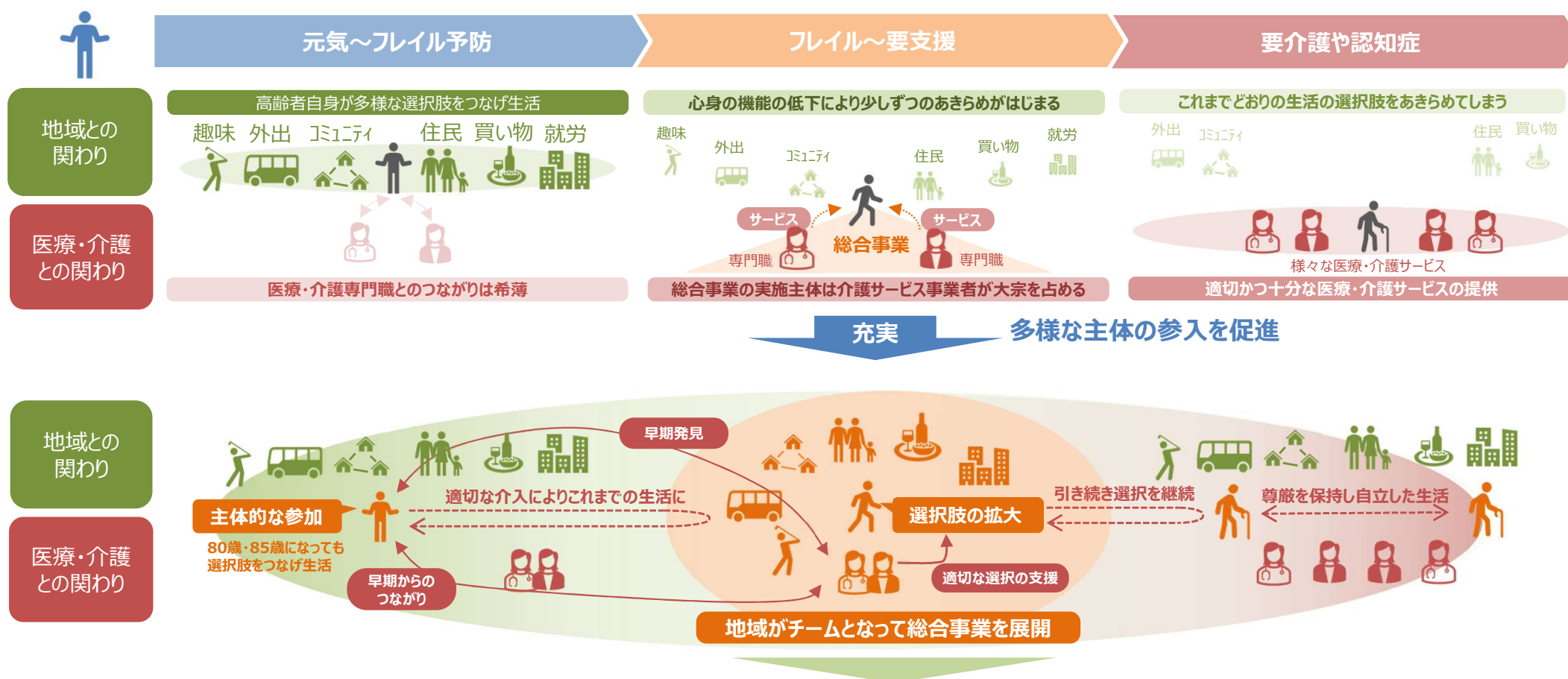
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々



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

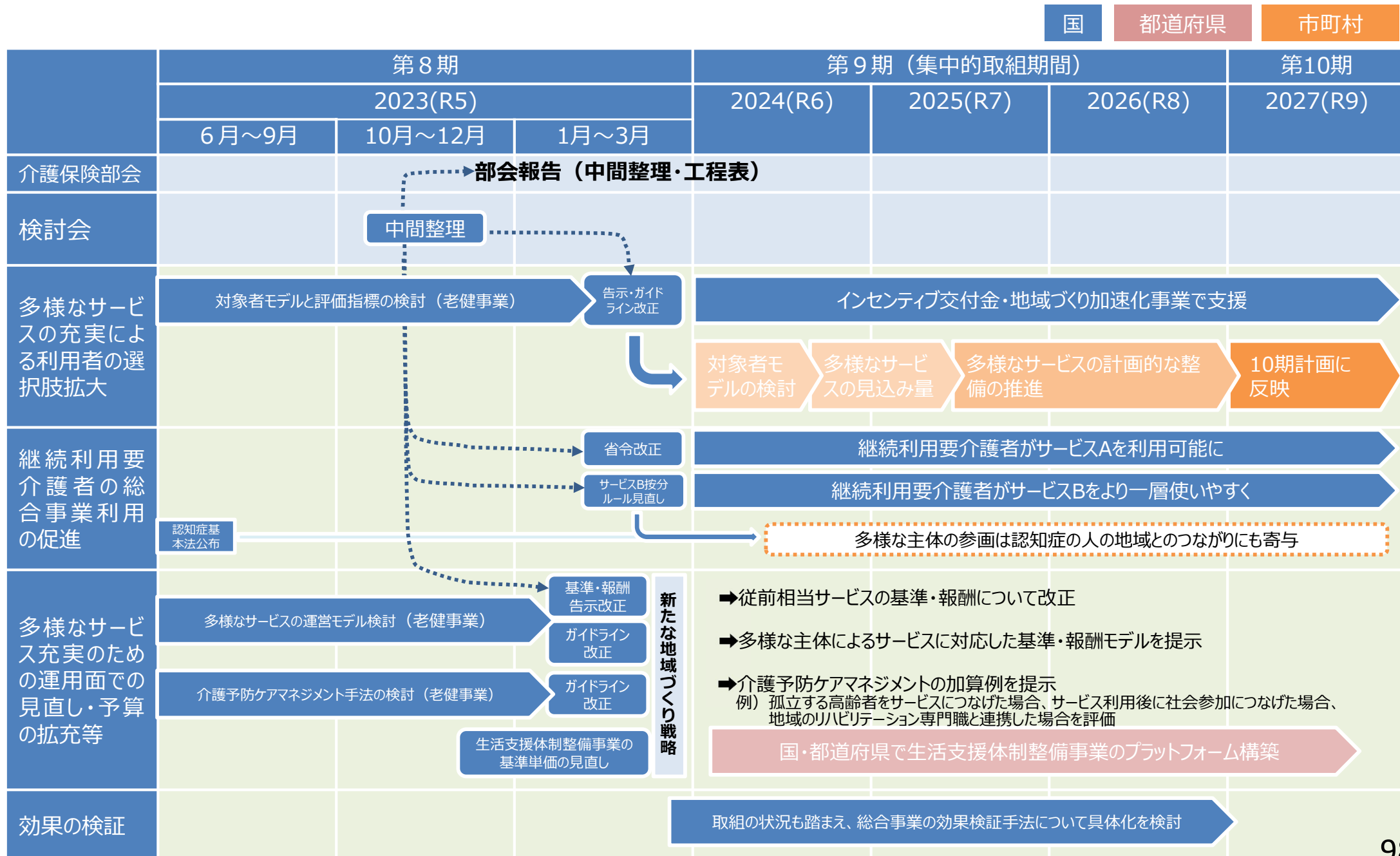
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 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



参考資料

- ・ ⑧ 被保険者範囲・受給者範囲

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。

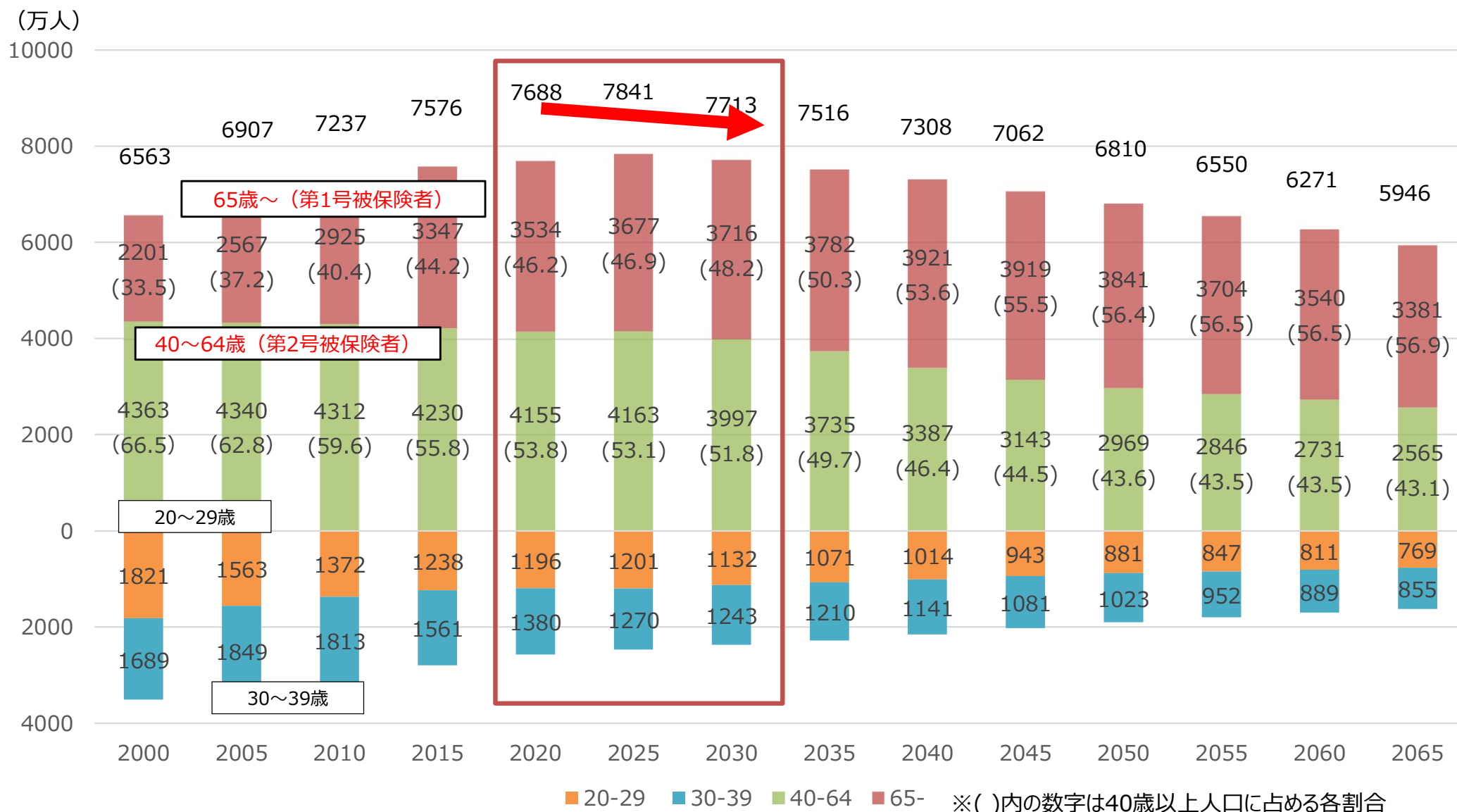
2. 特定疾病の範囲

● 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）

第1号保険料と第2号保険料の推移

		第 1 号保険料（65歳～）の 1 人当たり月額 （基準額の全国加重平均）	第 2 号保険料（40歳～64歳）の 1 人当たり月額 （事業主負担分、公費分を含む）	
第 1 期	平成 12 年度	2， 9 1 1 円	2， 0 7 5 円	
	平成 13 年度		2， 6 4 7 円	
	平成 14 年度		3， 0 0 8 円	
第 2 期	平成 15 年度	3， 2 9 3 円	3， 1 9 6 円	
	平成 16 年度		3， 4 7 4 円	
	平成 17 年度		3， 6 1 8 円	
第 3 期	平成 18 年度	4， 0 9 0 円	3， 5 9 5 円	
	平成 19 年度		3， 7 7 7 円	
	平成 20 年度		3， 9 4 4 円	
第 4 期	平成 21 年度	4， 1 6 0 円	4， 0 9 3 円	
	平成 22 年度		4， 2 8 9 円	
	平成 23 年度		4， 4 6 3 円	
第 5 期	平成 24 年度	4， 9 7 2 円	4， 6 2 2 円	
	平成 25 年度		4， 8 7 1 円	
	平成 26 年度		5， 1 2 5 円	
第 6 期	平成 27 年度	5， 5 1 4 円	5， 0 8 1 円	
	平成 28 年度		9 月まで	5， 1 9 2 円
			10月以降	5， 1 9 0 円
	平成 29 年度		5， 3 9 7 円	
第 7 期	平成 30 年度	5， 8 6 9 円	5， 3 5 3 円	
	令和 元 年度		5， 5 3 2 円	
	令和 2 年度		5， 6 6 9 円	
第 8 期	令和 3 年度	6， 0 1 4 円	5， 7 8 8 円	
	令和 4 年度		5， 8 2 5 円	
	令和 5 年度		6， 0 0 5 円	
第 9 期	令和 6 年度	6， 2 2 5 円	6， 2 7 6 円（見込額）	
	令和 7 年度		6， 2 0 2 円（見込額）	

被保険者の範囲に関するこれまでの議論

	介護	障害
平成8	4月 老人保健福祉審議会 最終報告 「<u>高齢者介護問題が最大の課題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。この場合、高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることなどから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる</u>」 「<u>若年世代の要介護状態については、公費による障害者福祉施策で対応するが、初老期痴呆などのような処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適当なケースについては特例的に介護保険から給付すべきとの意見が有力であった</u>」 「<u>介護サービスの必要性は年齢を問わないことや負担についての若年者の理解を得る観点から、若年者の介護サービスも社会保険化し、被保険者を20歳以上あるいは40歳以上とする意見</u>」もあったとしている。 6月 老人保健福祉審議会 介護保険制度案大綱 - 介護保険が対象とする<u>老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。</u> 11月 介護保険法案・閣議決定 法案に被保険者範囲も含む制度全般に関する<u>検討規定</u>を設ける。	6月 身体障害者福祉審議会 (意見具申)障害者施策 介護ニーズへの対応について介護保険 制度に移行することについては、 ① <u>障害者施策が公の責任として公費で実施すべきとの関係者の認識が強い点</u> ② <u>身体障害者以外の障害者施策が一元的に市町村で行われていない点</u> ③ <u>障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様であり、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要であること</u> ④ <u>保険移行に当たっては、障害者の介護サービスをはじめとして現行施策との調整が必要と思われる点</u> 等、<u>なお検討すべき点も少なくなく、また、これらの点についての関係者の認識も必ずしも一致していない。</u>
平成16	7月 社会保障審議会介護保険部会 介護保険制度の見直しに関する意見 12月 社会保障審議会介護保険部会 「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見	7月 障害者部会中間報告
平成17	2月 介護保険法等の一部を改正する法律案・閣議決定 法案に被保険者範囲について検討を行い、平成21年度を目途として<u>所要の措置を講ずる旨の検討規定</u>を設ける。	

	介護	障害
平成18	4月 2号被保険者の特定疾病に末期がんを追加 5月 社会保障の在り方に関する懇談会(内閣官房)報告書 介護保険制度の将来的な在り方としては、介護ニーズの普遍性の観点や、サービス提供の効率性、財政基盤の安定性等の観点から、<u>年齢や原因を問わず、すべての介護ニーズに対応する「制度の普遍化」を目指すことが方向として考えられる</u>。他方で、これについては、若年層に負担を求めることについての納得感が得られるかどうか、<u>保険料の滞納や未納が増加しないか、また、若年層の介護リスクを保険制度で支えることに理解が得られるかといった点にも留意する必要がある</u>。このため、こうした個別の論点を精査し、プロセスと期限を明確化しつつ、関係者による更なる検討を進める必要がある。	
平成19	介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議(厚労省) 「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」 介護保険制度の被保険者・受給者範囲については、今後の社会保障制度全体(介護保険制度を含む。)の動向を考慮しつつ、将来の拡大を視野に入れ、その見直しを検討していくべきである	
平成22	11月 社会保障審議会介護保険部会意見取りまとめ - 今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、<u>被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった</u>。 - 一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。 - 被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。 - 現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、<u>今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることに</u>ついて、十分な議論を行い結論を得るべきである	1月 障害者自立支援法違憲訴訟団と国との基本合意 国(厚生労働省)は、「障がい者制度改革推進本部」の下に設置された「障がい者制度改革推進会議」や「部会」における新たな福祉制度の構築に当たっては、<u>現行の介護保険制度との統合を前提とはせず、上記に示した本訴訟における原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、(略)しっかり検討を行い、対応していく</u>。

	介護	障害
平成 23		8月 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会 提言 - 障害者総合福祉法は、障害者が等しく基本的人権を享有する個人として、障害の種別と程度に関わりなく日常生活及び社会生活において障害者のニーズに基づく必要な支援を保障するものであり、介護保険法とはおのずと法の目的や性格を異にするものである。この違いを踏まえ、それぞれが別個の法体系として制度設計されるべきである。 - 介護保険対象年齢になった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けることができるものとする。
平成 25	12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、<u>被保険者範囲の拡大</u>(略)などについて<u>検討を行っていく必要がある。</u>	障害者総合支援法で難病を追加
平成 28	12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかと意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、<u>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。</u>	

	介護	障害
令和元年	12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 - 被保険者範囲・受給者範囲については、介護保険制度創設時の考え方は現時点においても合理性があり、基本的には現行の仕組みを維持すべきとの意見、第2号被保険者の対象年齢を引き下げることにについては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との意見、第1号被保険者の年齢を引き上げることにについては他の制度との整合性を踏まえて慎重に検討することが必要との意見、被保険者範囲・受給者範囲の拡大の議論の前に給付や利用者負担の在り方について適切に見直すことが先決との意見があった。 - その一方で、将来的には、被保険者範囲を40歳未満の方にも拡大し介護の普遍化を図っていくべきとの意見、60歳代後半の方の就業率や要介護認定率も勘案し第1号被保険者の年齢を引き上げる議論も必要との意見、65歳以上の就業者の増加や40歳以上の生産年齢人口の減少を踏まえ、中長期的な見通しを踏まえて方向性を決めていくことが必要との意見もあり、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。	
令和4年	12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 ○ 被保険者範囲・受給者範囲については、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、 - 現実には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	