

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

① 総論	3
② 1号保険料負担の在り方	4
③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準	6
④ 補足給付に関する給付の在り方	16
⑤ 多床室の室料負担	18
⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方	20
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	26
⑧ 被保険者範囲・受給者範囲	29
⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）	31
⑩ その他（高額介護サービス費の在り方）	32

◇ 第125回・第127回介護保険部会における主なご意見 33

◇ 参考資料 46

今回ご議論いただく論点

- ① 総論
- ② 1号保険料負担の在り方
- ③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準
- ④ 補足給付に関する給付の在り方
- ⑤ 多床室の室料負担
- ⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方
- 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
- ⑧ 被保険者範囲・受給者範囲
- ⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）
- ⑩ その他（高額介護サービス費の在り方）

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。

論点② 1号保険料負担の在り方

論点に対する考え方

- 高齢化の進展に伴って、1号保険料水準の中長期的な伸びが見込まれる中で、前回の制度改正において、9段階から13段階へ見直した。
- 現在、この標準よりも多い段階設定を行っている保険者は約24%となっているが、被保険者の負担能力に応じた保険料設定についてどのように考えるか。

【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

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%	

標準よりも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

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%

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。また、第2号保険料の一人当たり平均月額は、平成27年度に5,532円だったところ、令和7年度には6202円（見込み）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。

論点③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

論点に対する考え方

【「一定以上所得」の判断基準の議論の対象となる世帯層の状況】

- 要介護者のいる75歳以上の単身世帯及び夫婦世帯（世帯主が75歳以上で配偶者も65歳以上）の消費支出をみると、消費と収入の分布をみると、収入水準と消費の差は様々であるものの、収入に応じて高くなる傾向はあることが見受けられる。（P 9～11）
- また、これらの家庭の貯蓄額の水準をみると、その水準は様々だが、貯蓄額の分布の水準は収入階級に応じて高くなっている傾向にあり、現在の2割負担の対象外の世帯でも、一定の預貯金を有する世帯はある。また、要介護世帯を含めた高齢者世帯の貯蓄水準は、第2号被保険者である40代～50代が世帯主である世帯と比較して高い。（P 12～13）
- なお、年金受給者の年金額と預貯金の関係をみても、概ね年金額に応じて世帯の預貯金の額が大きくなる傾向がみられる。（P 14）
また、直近の高齢者世帯の預貯金の状況をみると、平均貯蓄額は一部の世帯類型で2024年には減少しているが、2割負担を導入した2015年と比較して預貯金の額の水準は下がっていない。（P 15）

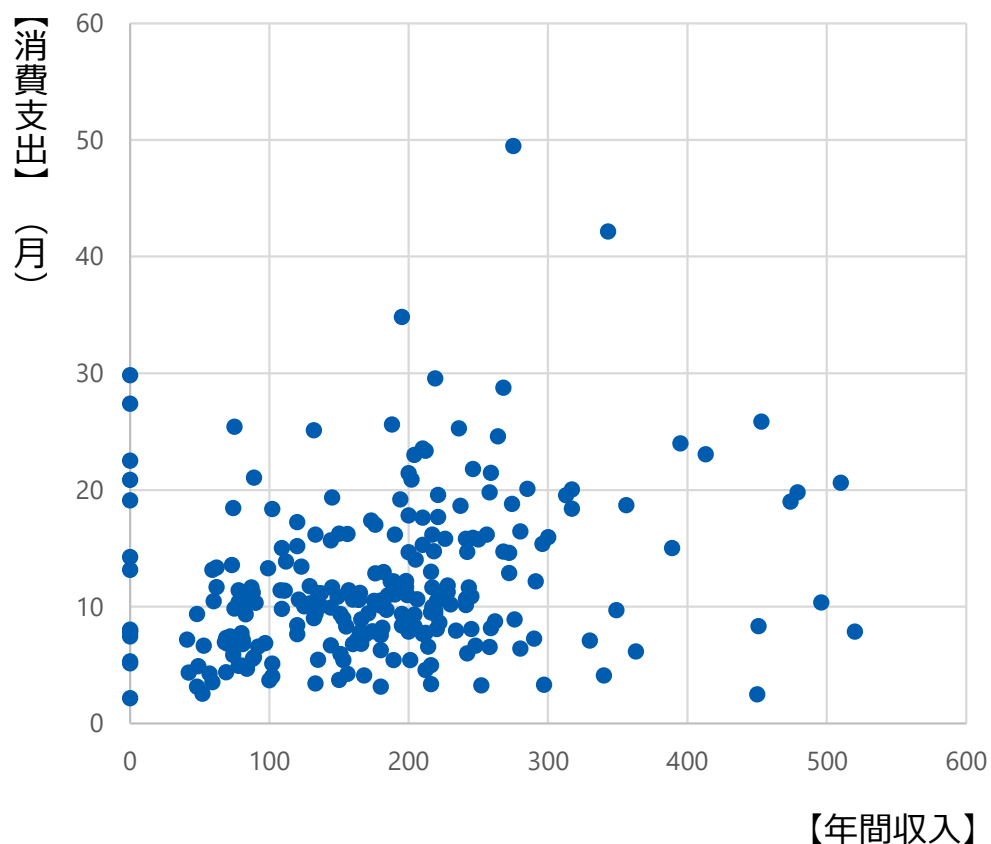
【論点に対する考え方】

- 能力に応じた負担という全世代型社会保障の基本的な考えに沿って、負担の公平化を図る必要があるのではないか。また、第1号被保険者・第2号被保険者の保険料水準が継続的に上昇するなかで、現役世代を含めた保険料水準の上昇をできる限り抑える必要があるのではないか。
- 要介護高齢者の消費支出の状況や、現役世代より高い傾向にある要介護世帯を含めた高齢者世帯の貯蓄額の状況を踏まえると、現在の2割負担対象者以外にも、相対的に負担能力があり、負担が可能と考えられる方に、2割負担の対象範囲を拡げることが考えられるか。
- この際、これまでの基準より収入が低い方に負担をお願いすること、また、医療と比べて利用が長期に渡り、一定の費用がかかり続ける介護サービスの特徴等を踏まえた配慮が必要ではないか。
- このため、令和5年12月に本部会にも報告された大臣折衝や同時期に閣議決定された改革工程において、2割負担の検討の方向性として①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ることや、②負担への金融資産の保有状況を反映すること等が掲げられていることを踏まえ、こうした配慮措置をとることが考えられるか。なお、②の場合には、例えば新たに所得基準により2割となる方については、預貯金等の額が一定の額未満の方は1割負担とすることが考えられるが、すでに預貯金等を勘案し、利用者負担段階を設定している補足給付の運用を踏まえると、自治体の事務負担に配慮する必要があるか。

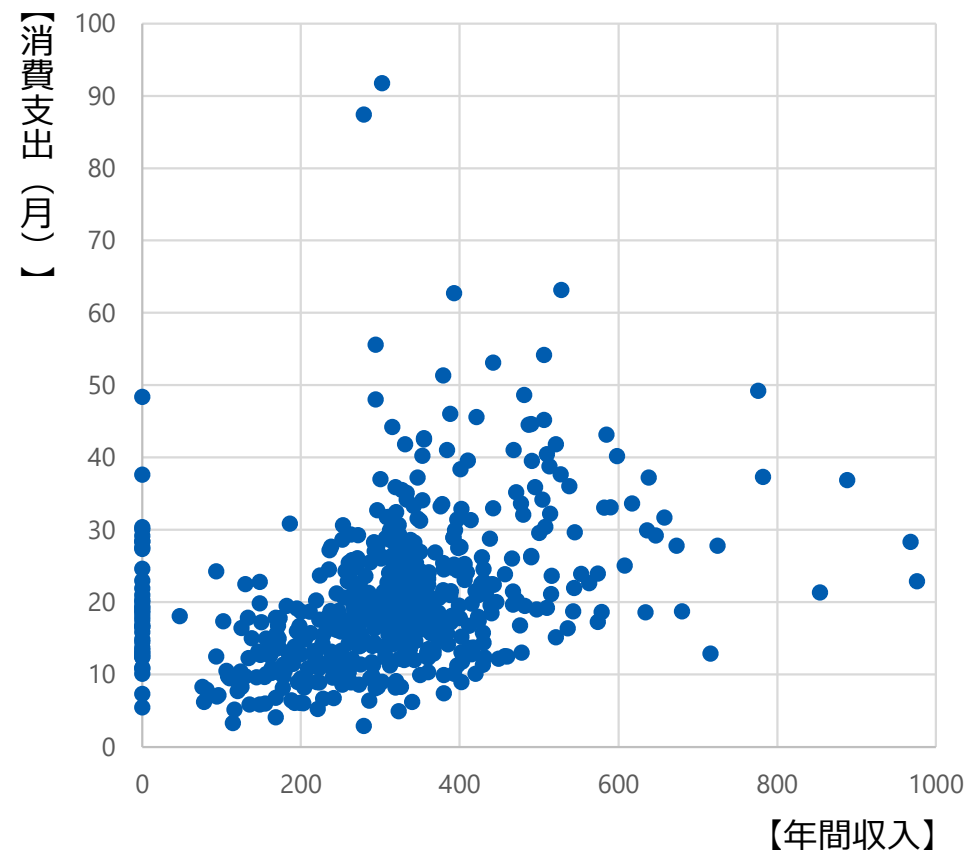
75歳以上の単身世帯及び夫婦世帯（要介護（要支援））の収入と消費支出の分布

- 要介護（支援）認定者のいる75歳以上の無職単身世帯及び世帯主が75歳以上の無職夫婦世帯（配偶者も65歳以上）について、横軸に年収、縦軸に消費支出（月）として分布をみたもの。

単身世帯（要介護（支援））



夫婦世帯（要介護（支援））



注）全国家計構造調査（2019年）の75歳以上単身・無職世帯及び65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。

75歳以上の単身世帯（要介護（支援））の収入と支出の状況（年収別モデル）

- 75歳以上の無職単身世帯（要介護（支援）認定者）について、各年収額の前後一定範囲のサンプルの消費支出の平均を算出し、それに現行制度を基に当該年収額に係る非消費支出（税・社会保険料）を推計して合算し、収入と支出の状況をみたもの



注1) 2019年全国家計構造調査を老健局において特別集計。

注2) 「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2019年全国家計構造調査上の「他の税10月分」の合計額。

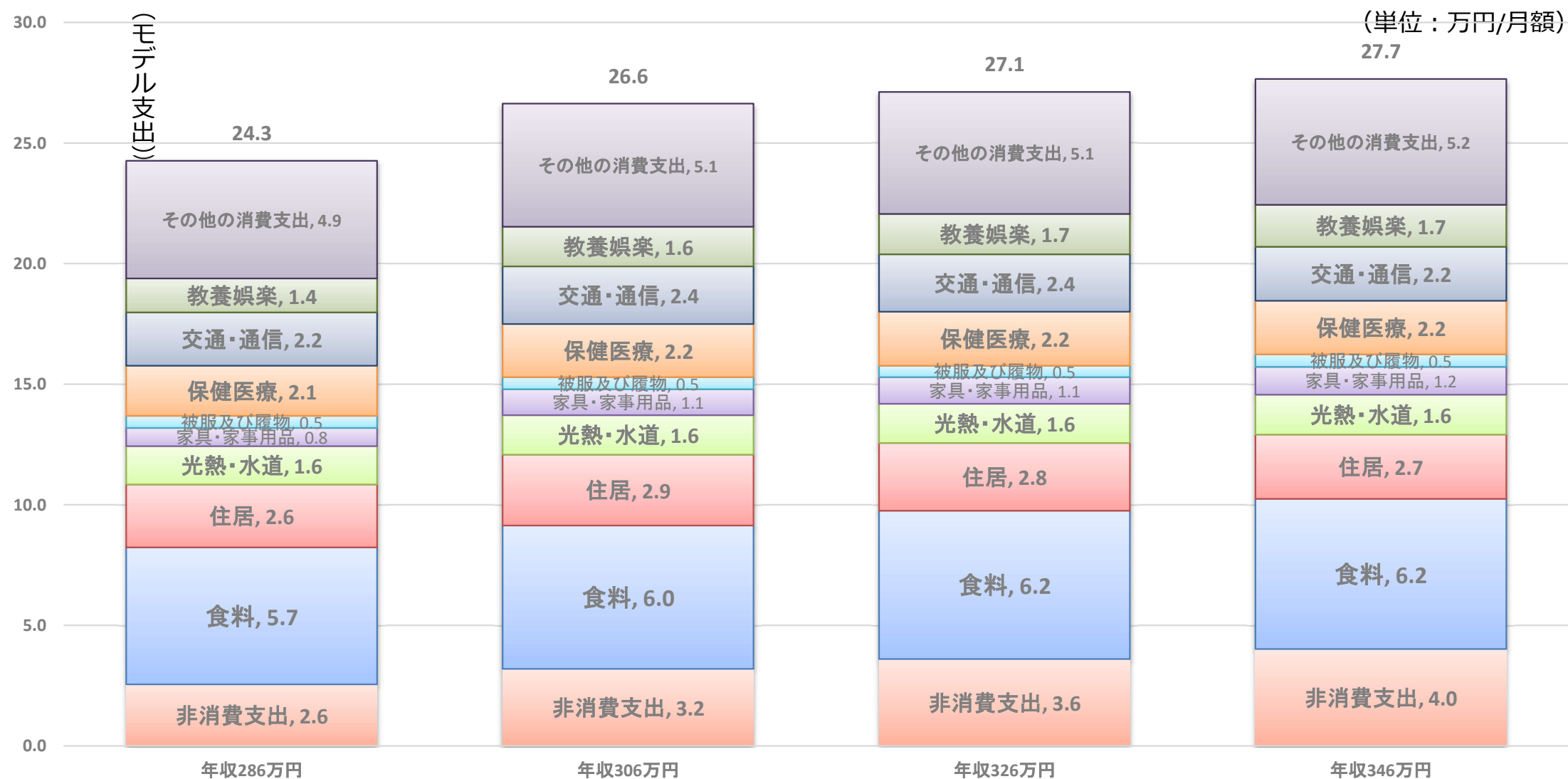
なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注3) 消費支出は、全国家計構造調査（2019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、220±50万円は95世帯、240±50万円は84世帯、260±50万円は67世帯、280±50万円は42世帯。

75歳以上の夫婦世帯（要介護（支援））の収入と支出の状況（年収別モデル）

- 要介護（支援）認定者のいる世帯主が75歳以上の無職夫婦世帯（配偶者も65歳以上）について、各年収額の前後一定範囲のサンプルの消費支出の平均を算出し、それに現行制度を基に当該年収額に係る非消費支出（税・社会保険料）を推計して合算し、収入と支出の状況をみたもの



注1) 2019年全国計構造調査を老健局において特別集計。

注2) 「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2019年全国計構造調査上の「他の税10月分」の合計額。

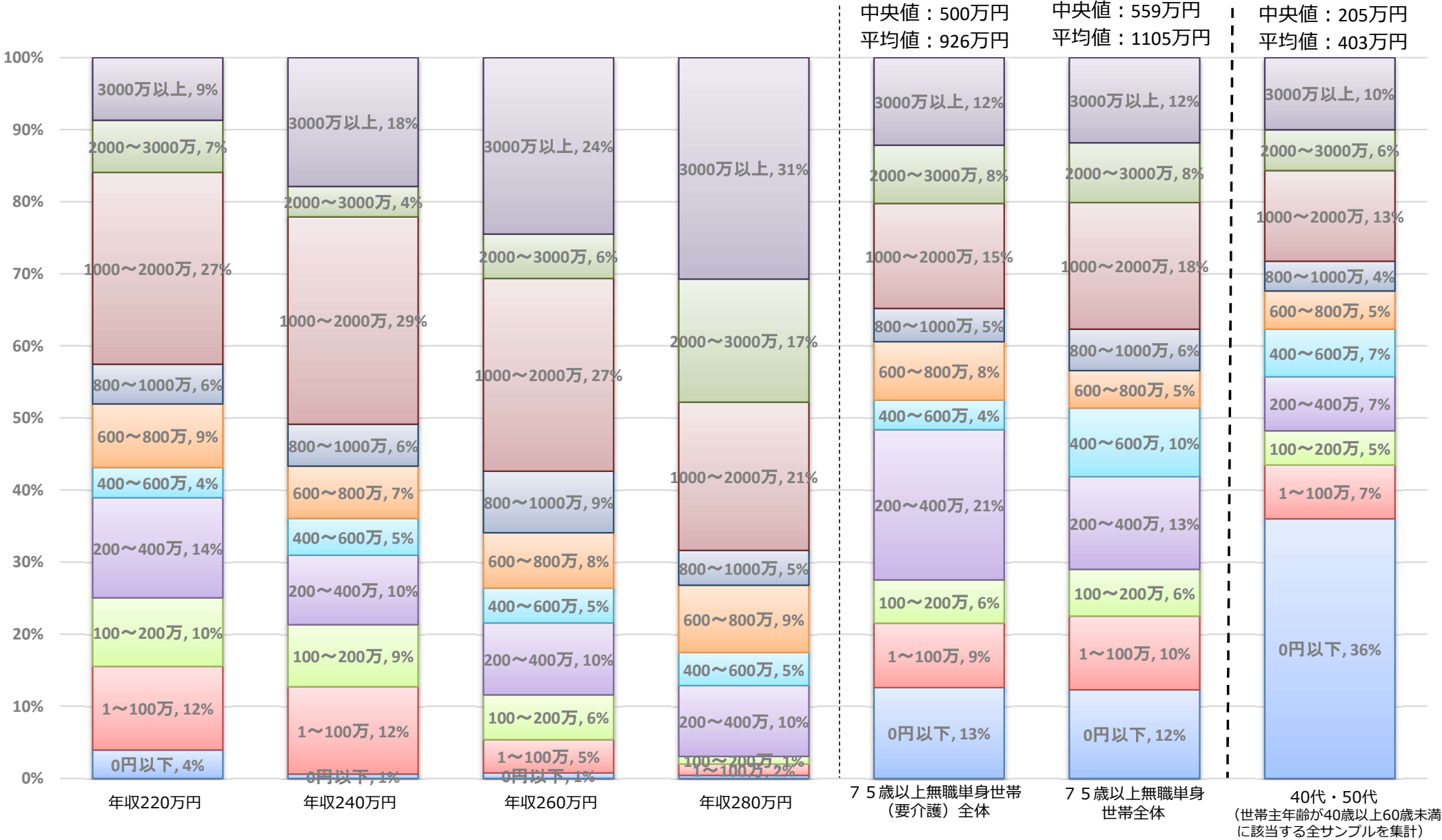
なお、「他の税」は固定資産税を含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

注3) 消費支出は、全国家計構造調査(2019年)の65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、286±50万円は199世帯、306±50万円は225世帯、326±50万円は208世帯、346±50万円は203世帯。

75歳以上の単身世帯（要介護（支援））の純金融資産の状況（年収別モデル）

75歳以上の無職単身世帯（要介護（支援）認定者）について、各年収額の前後一定範囲のサンプルの純金融資産の分布を集計したもの。

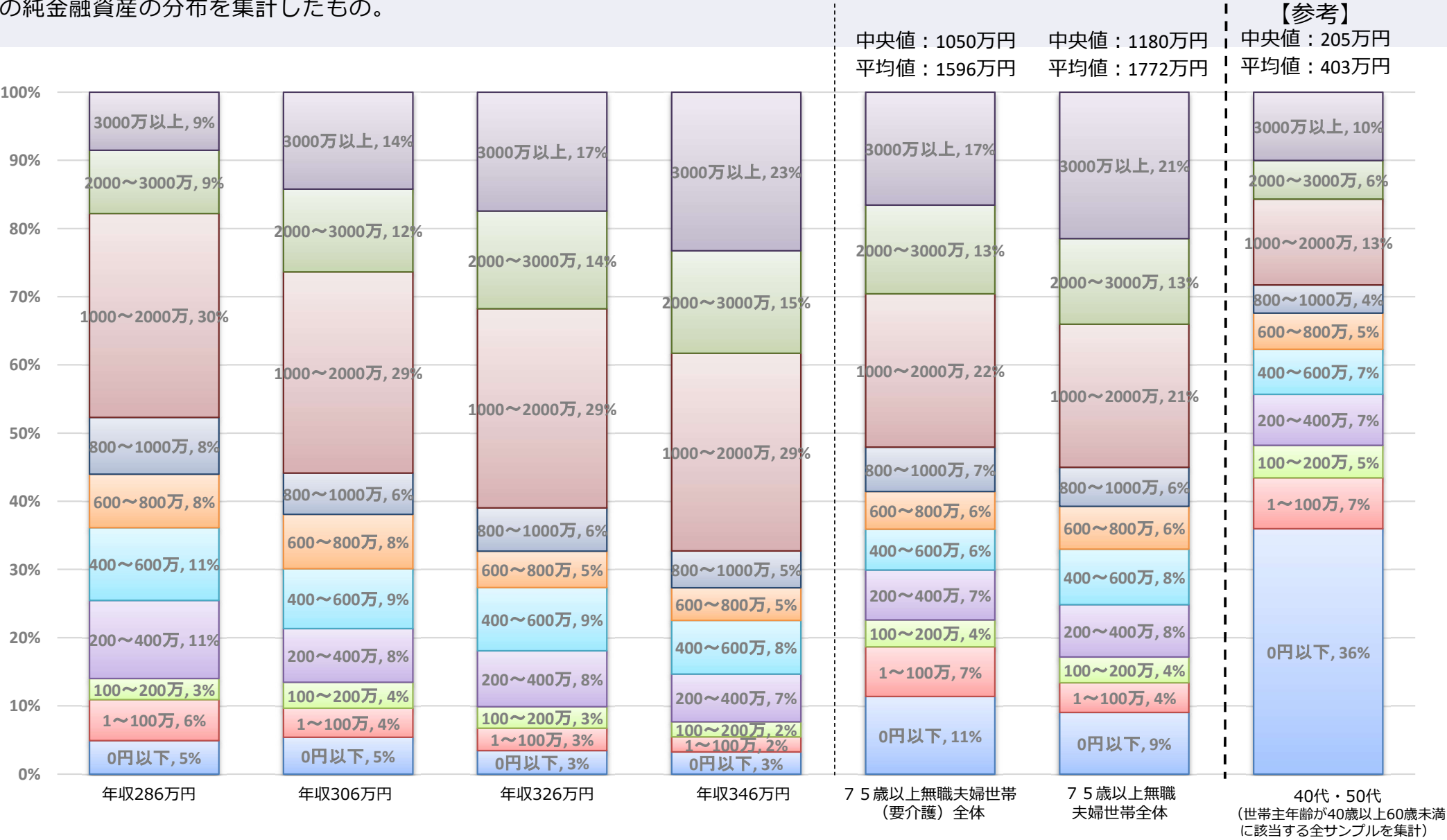
【参考】



出典：総務省「2019年・全国家計構造調査」 老健局特別集計 75歳以上単身・無職世帯。年収別は要介護（支援）認定を受けている世帯に限定した集計。
※1 それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルを集計しており、年収220万 661世帯、年収240万 559世帯、年収260万 438世帯、年収280万 313世帯。
※2 純金融資産は、貯蓄現在高から借入金残高を控除した値として集計している。
※3 「75歳以上無職単身世帯（要介護）全体」は75歳以上の単身世帯（要介護（支援）認定者）に該当する全サンプルを集計。「75歳以上無職単身世帯全体」は要介護（支援）認定者ではない75歳以上の単身世帯も含めた全サンプルを集計。「40代・50代」は世帯主年齢が40歳以上60歳未満に該当する全サンプルを集計。

75歳以上の夫婦世帯（要介護（支援））の純金融資産の状況（年収別モデル）

要介護（支援）認定者のいる世帯主が75歳以上の無職夫婦世帯（配偶者も65歳以上）について、各年収額の前後一定範囲のサンプルの純金融資産の分布を集計したもの。



出典：総務省「2019年・全国家計構造調査」 老健局特別集計 65歳以上夫婦のみ、無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯。年収別は要介護（支援）認定を受けている世帯に限定した集計。

※1 それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルを集計しており、年収286万 187世帯、年収306万 212世帯、年収326万 197世帯、年収346万 190世帯。

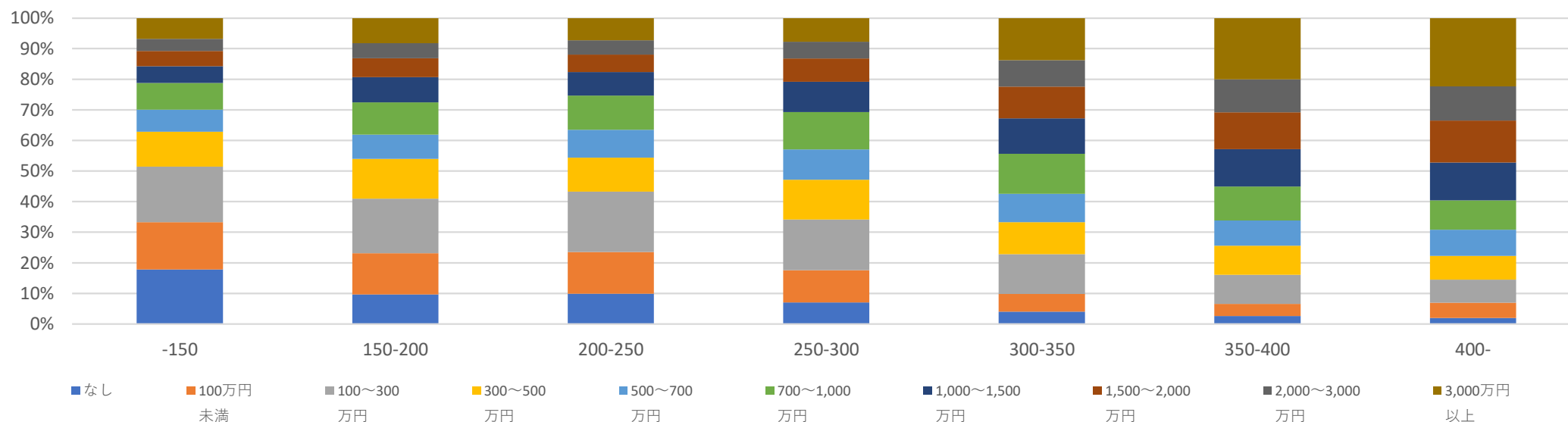
※2 純金融資産は、貯蓄現在高から借入金残高を控除した値として集計している。

※3 「75歳以上無職夫婦世帯（要介護）全体」は65歳以上夫婦のみ、無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯（要介護（支援）認定者）に該当する全サンプルを集計。「75歳以上無職夫婦世帯全体」は要介護（支援）認定者ではない65歳以上夫婦のみ、無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯も含めた全サンプルを集計。「40代・50代」は世帯主年齢が40歳以上60歳未満に該当する全サンプルを集計。

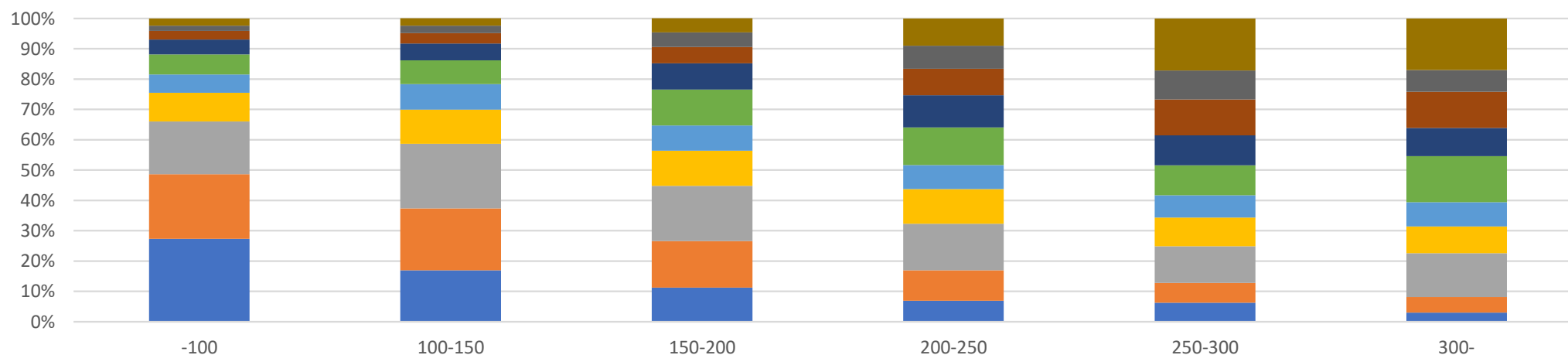
年金受給者の公的年金額と貯蓄額

○ 公的年金の年額と貯蓄額をみると、概ね年金額が大きいほど貯蓄額も大きい傾向にある。

【本人及び配偶者の公的年金年金額階級別・本人及び配偶者の貯蓄額】



【公的年金年金額階級別の貯蓄額（配偶者のいない世帯）】



高齢者の貯蓄の状況

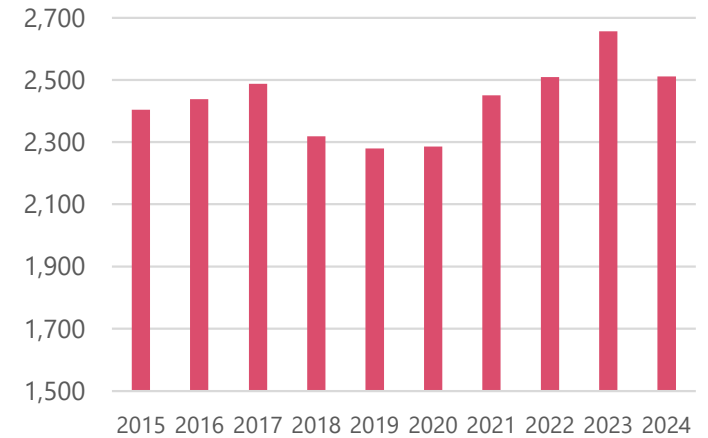
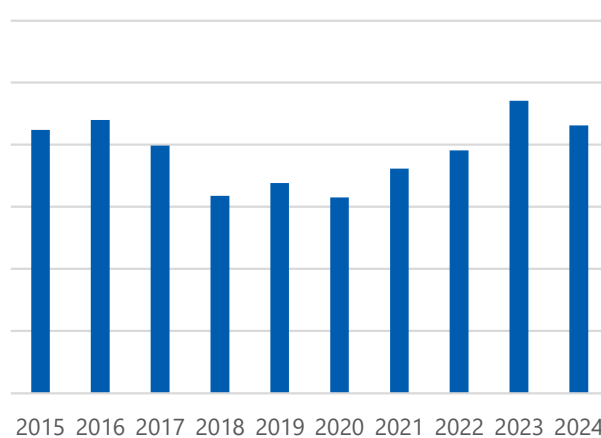
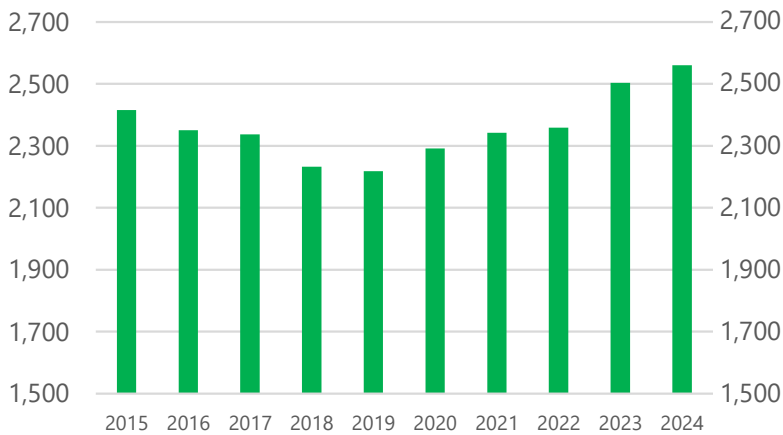
○ 高齢者無職世帯の平均貯蓄額は一部の世帯類型で2024年には減少したが、それ以前は増加傾向もみられる。

資料出所：各年の家計調査年報を基に作成

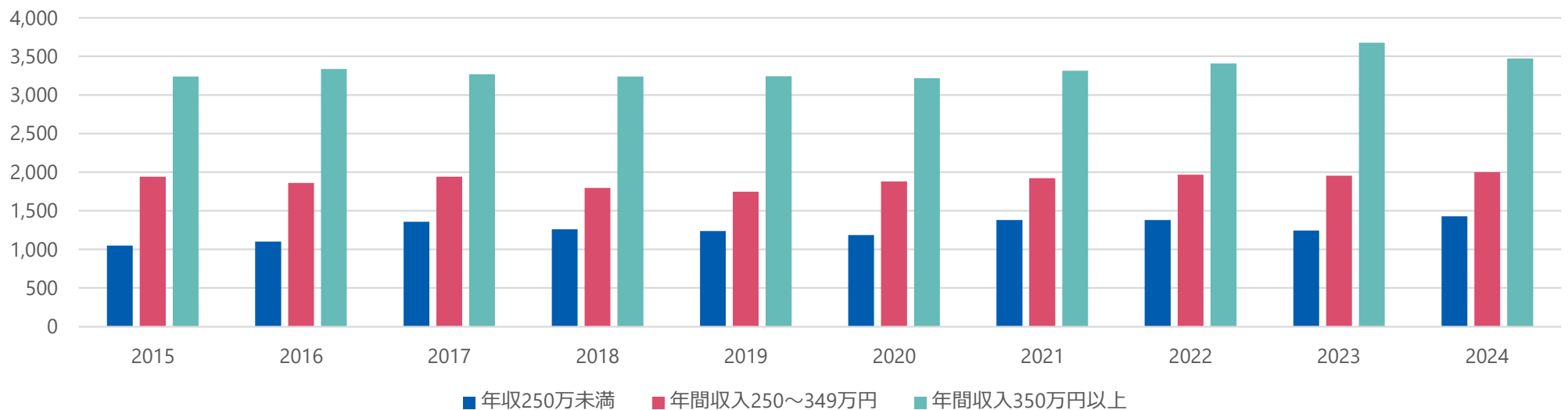
○世帯主が65歳以上の無職世帯（2人以上）

○世帯主が75歳以上の無職世帯（2人以上）

○65歳以上の夫婦一組の世帯(無職世帯)



○高齢者世帯(男65歳以上,女60歳以上の者のみから成る世帯で少なくとも一人は65歳以上)の無職世帯の平均貯蓄額（収入階級別）



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。

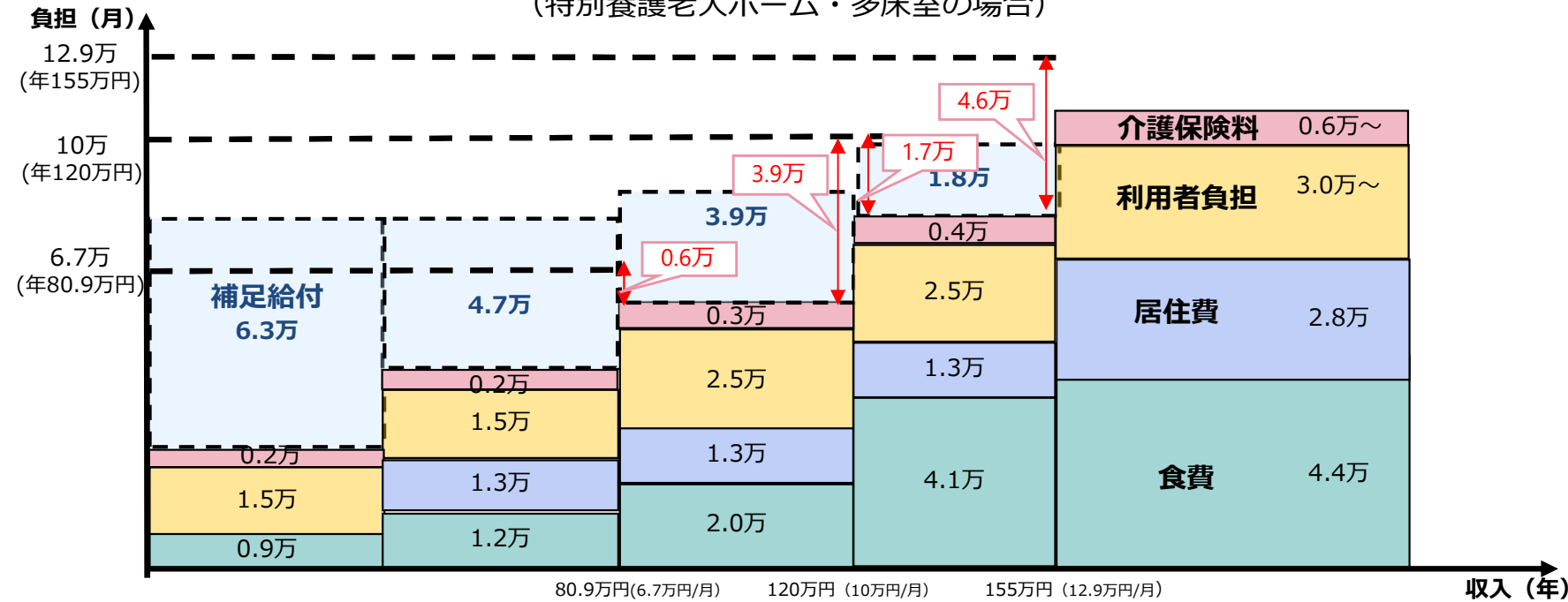
論点④
 補足給付に関する給付の在り方

論点に対する考え方

- 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対して、能力に応じた負担とする観点から見直す点はあるか。
- 下図に示すとおり、令和3年度の見直しによる細分化後においても、想定される収入と支出の差に差があるが、令和3年度の見直しのよう、制度の精緻化による負担の公平化を図ることが考えられないか。

【食費・居住費等と年金収入等との関係性】

(特別養護老人ホーム・多床室の場合)



補足給付段階	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
預貯金額	要件なし 1,000万円以下	650万円以下	550万円以下	500万円以下	
保険料の段階	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～）	

(参考)

- 医療保険料：R6・7全国平均の被保険者均等割額50,389円/年に、低所得者の均等割7割軽減を乗じ、1,260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10.21%）
- 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（※）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)
- ※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）
- 生活費：令和4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20,181円/月

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。

論点⑤ 多床室の室料負担

論点に対する考え方

- これまでの部会の議論（10/27）において、
 - ・ 介護保険法上は、老健施設は住まいではなく在宅復帰支援、在宅療養支援施設と位置づけられている。住まいではないところから室料負担を求めるところは適切ではないのではないか
 - ・ 多床室の室料負担については、今年8月から新たな見直しが始まったばかり。介護保険は財源が厳しいから自己負担を取るといっただけでは説得力に欠ける部分があるのではないかとの慎重な意見が見られた。
- これまでの見直しや、議論の経緯を踏まえ、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在り方について、今後の検討についてどのように考えるか。

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。

論点⑥ ケアマネジメントに係る給付の在り方

論点に対する考え方

- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、以下の観点等も踏まえて、包括的な検討が必要とされているところ。
 - ・ 制度創設時に10割給付とされた趣旨及び現在のケアマネジメントの定着状況
 - ・ 導入することにより利用控えが生じうる等の利用者への影響や、セルフケアプランの増加等によるケアマネジメントの質への影響
 - ・ 利用者負担を求めている他の介護保険サービスや、施設サービス利用者等との均衡
 - ・ ケアマネジャーに期待される役割と、その役割を果たすための処遇改善や事務負担軽減等の環境整備の必要性等
- また、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、「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」とされている。
- こうした内容も踏まえて、これまでの部会（9/29、10/27）において御議論いただいたところ、給付の見直し（利用者負担の導入）に慎重な立場からは、
 - ・ 高齢者にとっての負担増に伴い、サービスの利用控えが生じることになり、介護状態が重度化するリスクが生じるのではないかな。
 - ・ 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り、自立支援を行うのが困難になるのではないかな。
 - ・ 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り、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のではないかな。
 - ・ 単に現役世代の負担に配慮する必要があるから、というだけで議論を進めるべきではないのではないかな。といった意見が見られ、積極的な立場からは、
 - ・ 長年の懸案であり、介護保険制度全体の持続可能性の観点も踏まえて、年内に結論を出すことが必要
 - ・ 本当にできることはないかどうか、全く難しいのであれば、代替案や、段階的な導入の案も含めて、検討することが必要といった意見が見られた。

論点⑥ ケアマネジメントに係る給付の在り方

論点に対する考え方（続き）

- **ケアマネジメントについて、他のサービスと同様、幅広い利用者に利用者負担を求めることについて、どのように考えるか。** 利用控えの懸念に配慮する観点から、**ケアマネジメントの利用者負担の判断に当たって、利用者の所得状況を勘案することについて、どのように考えるか。**
- また、ケアマネジメントに係る課題としては、別途、以下のような論点についても議論をしているところ、こうした課題への解決策の一つとして、前ページの検討の視点や留意点も踏まえつつ、利用者の所得の如何に関わらず、以下のような対応を行うことについて、どのように考えるか。

【有料老人ホームに係る対応】

- ・ 有料老人ホームは、実質的な機能が施設サービスと同様になっており、自宅等の一般的な在宅とは性格が異なっているところ、要介護者が入居することを踏まえた安全かつ適正な事業運営やサービス提供を確保する観点から、一定の有料老人ホームへの事前規制の強化とあわせて、ケアマネジメントのプロセスの透明化の必要性が提起されている。その上で、一定の独立性が担保されない形での事業運営を行っている「住宅型」有料老人ホームがある現状を踏まえ、「住宅型」有料老人ホームにおけるケアマネジメントとの関係性について整理することが必要とされたところ。（有料老人ホーム検討会とりまとめを踏まえ、11/10部会において議論）
- ・ 併せて、住宅型有料老人ホーム等は、利用者の住まいでありながら、同一・関連法人等の居宅介護支援事業所を通じ、ホームで提供される居宅サービスの提供内容の決定に事実上関与しているケースが見られる。
→ 拠点運営、ケアプラン作成、介護サービス提供が一体的に実施され、それぞれについて一体的に利用者負担の対象としている**施設サービスや特定施設入居者生活介護との均衡の観点から、特定施設入居者生活介護以外の「住宅型」有料老人ホーム（該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む。）の入居者に係るケアマネジメントについて、利用者負担を求めることについてどのように考えるか。**

【業務負担のあり方】

- ・ ケアマネジャーが、専門性を一層発揮できる環境を整備する観点から、個々の利用者へのケアマネジメント業務に注力できるような取組が必要。特に、法定業務の中でも、給付管理を始めとする事務的な業務については、ケアマネジャーに求められる役割との関係等も踏まえて、生産性向上や適切な業務分担のための環境整備等を推進することが考えられる。（10月27日部会において議論）
→ 給付管理に係る業務については、現場の負担感がある一方、必ずしもケアマネジャーが行わなければならない業務ではないと考えられることから、**I C Tによる効率化を図るとともに、介護サービス事業所の請求事務の代替としての性格が強いことを踏まえ、例えば、I C Tによる業務効率化が十分に進展するまでの間、事務に要する実費相当分を利用者負担として求めることについてどのように考えるか。**

住まいの種類別のケアプラン作成



(参考) 介護支援専門員1人あたり1ヶ月間の労働投入時間(居宅介護支援事業所)

- **法定業務のうちケアプラン作成等の業務**については、ケアプランデータ連携システム等のICTの活用による効率化を一層推進することが必要。
- 法定業務の中でも、**給付管理を始めとする事務的な業務**について、ケアマネジャーに求められる役割との関係等も踏まえて、生産性向上や適切な業務分担のための環境整備等を推進することが重要。
- **法定外業務(シャドウワーク)**については、地域ケア会議も活用しながら地域課題として議論し、実効的な課題解決につながるような取組を推進することが重要。
(10月27日の本部会において議論)

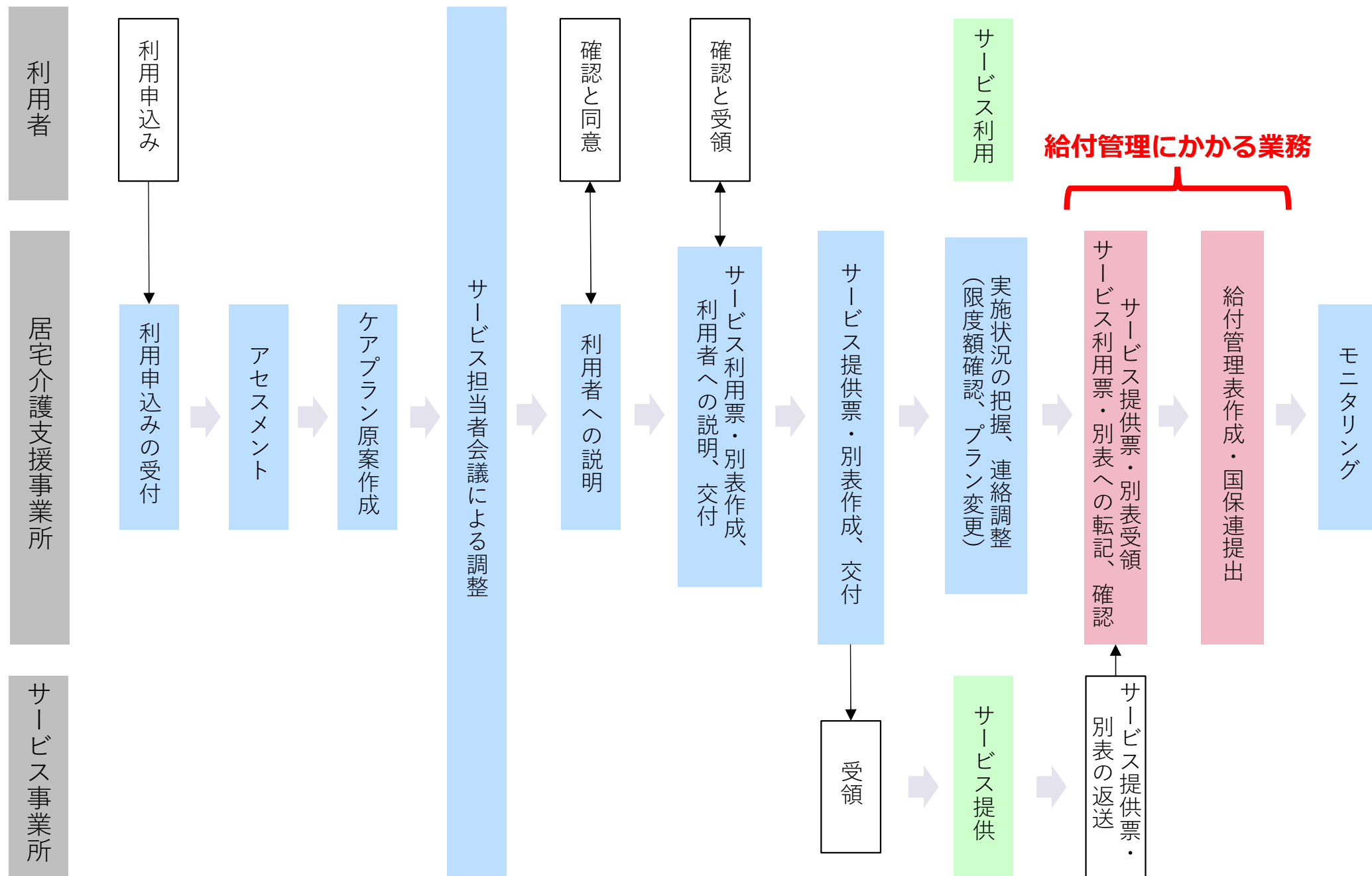
個別利用者のケアマネジメントと直接関わる業務																					
	利用者宅への訪問						その他の訪問		来所対応	連絡		会議・照会				オンラインモニタリング	ケアプラン作成	事業所内の報告・連絡・ケースカンファレンス	介護保険に関する各種申請書の作成等	介護保険外のインフォーマルサービス等に関する支援	災害時の警戒呼びかけ、避難支援、緊急訪問
	初回訪問（契約等）、アセスメント、ケアプランの説明	要介護認定更新、区分変更時の説明、手続き	モニタリング	相談・見守り等	担当以外（代理等）	移動・待機	訪問診療立ち会い、通院同行、主治医・医療機関等	地域包括支援センター、その他関係機関		地域包括支援センター・サービス利用者・家族	居宅サービス担当者（サードサービス担当者会議）	オンラインでのサービス担当者会議	医療機関・入所施設（退院・退所カンファレンス）	オンラインカンファレンス	オンラインモニタリング	ケアプラン作成	事業所内の報告・連絡・ケースカンファレンス	介護保険に関する各種申請書の作成等	介護保険外のインフォーマルサービス等に関する支援	災害時の警戒呼びかけ、避難支援、緊急訪問	
時間（時間）	2.1	0.8	19.4	2.7	0.4	11.3	2.2	3.1	0.7	8.6	6.7	5.5	0.0	1.1	0.1	0.1	37.9	3.6	2.3	0.7	0.0
割合	1.2%	0.5%	11.4%	1.6%	0.2%	6.6%	1.3%	1.8%	0.4%	5.0%	3.9%	3.2%	0.0%	0.6%	0.1%	0.1%	22.2%	2.1%	1.3%	0.4%	0.0%

	介護保険以外の手続き・書類の受け取り等	金融機関の手続きや申請の代行・支援	家事支援	徘徊時の搜索、搜索依頼の対応	その他（連絡調整を超えた対応等）	緊急時の救急車の同乗、入院手続き	入院に伴う着替えや必要物品の調達等	入退院・通院時の付き添い・送迎、入退院手続き	関連業務					研修・講演、その他委員会等への出席、OJT等	その他業務・移動・待機（出張含む）	兼務業務	合計	
									地域ケア会議や地域連携に関わる会合出席等	事業所内の打ち合わせ・指導	管理者業務	事務作業						
												書類の印刷・複写・整理・ファイリング・発送等	利用者情報の転記等の反復入力作業					報酬請求に関わる事務作業
時間（時間）	0.4	0.1	0.2	0.0	0.5	0.1	0.0	0.4	2.7	5.6	4.9	9.4	4.7	8.2	8.0	11.3	4.6	170.4
割合	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.2%	1.6%	3.3%	2.9%	5.5%	2.8%	4.8%	4.7%	6.6%	2.7%	100.0%

※確報時点の回答状況

	発送数	回答数
事業所数	194	170
ケアマネ数	— 対象事業所のケアマネに配布	543

(参考) ケアマネジャーの業務フロー



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。

論点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

論点に対する考え方

- 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%。
- 総合事業については、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にする観点から、総合事業の充実に向けた検討会の中間整理に基づき、令和6年に地域支援事業実施要綱等の改正を行った。
現在、当該改正要綱等を踏まえて、各市町村において、軽度の認知症の方も含めた要支援者の自立生活を支える生活支援サービスの受け皿の確保など、総合事業の見直しに向けた取組が進められている途上であり（※）、国としても、こうした取組を推進することが必要。（※11月10日部会において議論）
（※）当該改正要綱等を踏まえた、集中的取組期間（第9期計画期間）における見直し状況等については、令和10年秋頃までに一定の取りまとめを行うことを検討。
- 特に、要介護1・2の方には、認知症の方も一定数見られるところであり、こうした方々に対する専門職の関わりの必要性についての指摘があり、また、地域の実情に応じて、専門職によるサービスと、地域住民を始めとする多様な主体による支え合いの仕組みが適切に連携する体制づくりを整備することの必要性も指摘されている。
- こうした状況も踏まえて、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、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、**専門職と地域の支え合いの仕組みの連携の取組状況も含めた総合事業の実施状況や、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、引き続き、包括的に検討を行うこと**についてどのように考えるか。

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

論点⑧ 被保険者範囲・受給者範囲

論点に対する考え方

- これまでの部会の議論（9/29、10/27）においても、
 - ・ 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との意見があった。
 - ・ その一方で、第2号被保険者の対象年齢を引き下げること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が見られた。
- これまでの議論の経緯を踏まえ、介護保険制度における被保険者・受給者の範囲について、どのように考えるか。

論点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。
- また、骨太の方針2025においては、「医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。」とされており、医療保険における負担への金融所得の反映についての議論が医療保険部会でも開始されている。

論点に対する考え方

- 金融所得については、確定申告を行う場合は課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されるが、確定申告を行わない場合（源泉徴収で課税が終了する場合）は課税所得に含まれず、保険料や窓口負担等の算定においても勘案されない不公平な取扱いとなっており、その是正に取り組む必要があるのではないか。
- 一方で、法定調書のオンライン提出義務化、法定調書へのマイナンバーの付番・正確性確保、システムの整備、関係者の事務負担等の留意点が考えられるところ、保険料や窓口負担等の仕組みにどのように反映するかについて、医療保険での対応も踏まえ、まずは、制度面・運用面等総合的な観点からの検討を進める必要があるのではないか。

※ 金融資産については、「③「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準」の論点を参照。

論点⑩ その他（高額介護サービス費の在り方）

現状・課題

- 介護保険制度においては、所得の段階に応じて利用者負担額に一定の上限を設け、これを超えた場合には、超えた額が高額介護サービス費として利用者に償還されることとなっており、過大な負担とならない仕組みとしている。
- 高額介護サービス費の所得段階及び上限額は、制度創設時には、生活保護受給者等について15,000円（個人）、住民税非課税世帯の者について24,600円（世帯）、これ以外の者について37,200円（世帯）と設定していたところ。また、上限額については、制度創設時から医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されてきた。
- 平成29年改正においては、一般区分の負担上限額を37,200円（世帯）から医療保険の一般区分の多数回該当と同じ水準である44,400円（世帯）とされたところ。また、長期利用者に配慮し、一割負担のみの世帯については、年間の負担額が現行の年間の最大負担額を超えることのないよう44万6,400円（37,200円×12ヶ月）の年間上限を設けた（3年間の時限措置）。
- また、令和3年改正においては、医療保険における自己負担額の上限額に合わせ、現役並み所得区分については細分化した上で、年収約770万円以上の者と年収約1,160万円以上の者については、世帯の上限額を現行の44,400円からそれぞれ93,000円、140,100円とされたところ。

論点に対する考え方

- これまでの見直しの経緯や制度の運用状況等を踏まえ、今後の検討についてどのように考えるか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見①

(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。
- 高齢化が進む我が国において、介護保険制度は高齢者が尊厳を持って暮らすための社会的な支え。介護保険制度が持続できなければ、介護を必要とする高齢者の生活の質の低下や介護の負担が家族に重くのしかかることで介護離職などの問題が生じ、個人の生活だけでなく、社会全体にも深刻な影響を及ぼす。
- 要介護度を改善させると、リハビリや栄養問題が改善して元気になるが、それに伴い施設の収入が下がるのであれば、インセンティブは働かない。そういう点から見直す必要があるのではないか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見②

(② 1号保険料負担の在り方)

- 現在、医療においても負担の在り方に関する議論が同時並行で行われているので、医療と介護も必要な高齢者に与える影響を十分に勘案しながら、丁寧かつ慎重に議論を進めていくことが重要。
- 1号被保険者のほとんどは年金から介護保険料を天引きされている。また、最近の食費や水道光熱費の物価高騰、後期高齢者医療保険の患者負担の引上げなど、介護が必要な人の家計は圧迫され続けている。認定者の増加に比例して給付費も増えるが、高齢者の所得は比例して増えていかない。第1号介護保険料の負担段階の設定が適切なのか、年金生活者の所得水準に応じた適切な見直しをすべき
- 介護保険料と公費負担の分担について、保険料をこれ以上増やすことは難しいと思う。公費負担割合を増やすべき。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見③

(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、議論されなければいけないのではないか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見④

（③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準）（続き）

- 年金額の引き上げに伴い、最近自己負担割合をが2割に上がった方から、受けているサービスを減らすしかなく途方に暮れているという声を聞いた。物価高騰により年金暮らしの方々の生活が苦しい状況でもあり、物価対策の政策により、高齢者の生活を安定させた上で、検討を進めていくべき。
- 現在、医療においても負担の在り方に関する議論が同時並行で行われているので、医療と介護も必要な高齢者に与える影響を十分に勘案しながら、丁寧かつ慎重に議論を進めていくことが重要。
- 高齢者の平均貯蓄額が上がっている点について、直近のデータまでこうした傾向が続いているのか、よく見る必要があるのではないかな。
- 年齢にかかわらず負担能力のある方には一定程度負担していただくということが必要。低所得者の方には配慮しながらも、利用者負担は原則2割とするといった踏み込んだ見直しも図るべき。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑤

(⑤ 多床室の室料負担)

- 介護保険法の法律上は、老健施設は住まいではなく在宅復帰支援、在宅療養支援施設と位置づけられており、住まいではないところから室料負担を求めるというところは適切ではないのではないか。
- 多床室の室料負担については、今年8月から始まったばかり。なかなか老健や介護医療院のカーテンで仕切っただけの4人部屋で居住費というものは職員も説明に苦慮しているところもある。介護保険は財源が厳しいから自己負担を取るというだけでは説得力に欠ける部分があるのではないか。もともとの最初の介護保険創設の経緯から、いろいろと丁寧に見ていかないと、いきなり自己負担というものはなかなか国民にも容認されないのではないか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑥

（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。
- 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・第127回介護保険部会における主なご意見⑦

⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方（続き）

- ケアマネジメントの役割・機能や、もともと公正・中立性が重視されているということを踏まえて、現行給付、10割給付を維持すべき。
- ケアマネジメントは、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や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に保険給付に位置づけたものであり、その重要性に鑑み、10割給付としているもの。中立・公正の観点や利用者控えなどの懸念に加え、ケアマネジャーは利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実践はもちろんのこと、家族介護者の離職防止、ヤングケアラーのための相談支援、8050問題などの世帯全体への支援、災害時の被災者支援、地域福祉の増進など、その役割は年々大きくなっている。さらに近年、一人暮らしによる家族機能の低下や認知症等に起因する生活課題の顕在化に伴い、入院時のサポートや見守り、介護保険以外の相談支援など、介護サービスだけでは支えられない、生活を支えるケアマネジメントをしなければならないケースも増加している。負担増に伴う利用者控えが起きないように、居宅介護支援費、介護予防支援費に関して、現行給付を継続すべき。
- 利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントを受ける機会を確保することが重要。利用者負担を導入した場合、サービスの利用控えにつながり、必要な支援を受けにくくなるおそれがある。障害者総合支援法における計画相談支援との整合性などの観点からも、利用者負担については導入すべきでない。
- 介護が必要な本人・家族にとって、ケアマネジメントは相談支援の要であり、不可欠な給付。利用者負担が生じるとケアプランを断る、つまり、認定を受けてもサービスを利用しない人が増加することが懸念される。認定者の多くは80歳以上の高齢者であり、複雑な制度の説明を受け、納得できるケアプラン、サービス利用につなげるため、10割給付を守るべき。
- これまでも繰り返し先送りされてきているという経緯もあり、第10期までの間には結論を出さなければいけない項目となっている。検討項目を整理した上で議論を進めていただきたい。利用者負担を導入すべきと考えており、一定の定額負担から始めるなど、段階的な導入も検討すべきではないか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑧

（⑥ ケアマネジメントに関する給付の在り方）（続き）

- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、人材確保が困難な中で、現在の法定外業務の増加や主任ケアマネジャーの業務の明確化、多様な課題を解決しケアマネジメントに集中できる環境整備が優先。
- 制度の持続可能性を確保するためには、これ以上先延ばしできない課題。改革工程に記載のとおり、次期介護保険計画の開始に間に合うように議論を進める必要がある。
- 今回の議論を通じて、見直しを確実に前に進めていくべき。年内に結論を出していただきたい。
- 介護保険は財源が厳しいから自己負担を取るというだけでは説得力に欠ける部分があり、もともとの最初の介護保険創設の経緯から丁寧に見ていかないと、いきなり自己負担というものはなかなか国民にも容認されないのではないか。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑨

(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・第127回介護保険部会における主なご意見⑩

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・第127回介護保険部会における主なご意見⑪

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）

- 総合事業について、多くの市町村では、従前相当のサービスが基本の状況。各市町村の努力で展開を進めているが、総合事業によってどのぐらいの成果があったか、いわゆるアウトカムの評価など、しっかり調査して検証する必要があるのではないかと。こうしたことにはまだ時間もかかるものであり、要介護1・2を対象に総合事業を考えるということは反対する。
- 現在の総合事業においては、例えば認知症の高齢者に必要な生活支援が提供できるのかという問題はあるが、離島などの人口減少地域では、それに近い取組を先取的に始めなければならない状況にあるという事例が存在する。地域支援事業の任意事業の枠組みで訪問サービスを行っており、要介護状態に相当する高齢者であったとしても、社会福祉協議会に勤務する介護福祉士が訪問している事例である。これは居宅サービスを市町村の事業として維持しようとする工夫であり、全国の自治体に適用できるとは思わないが、このような方法が最適だと考えられている地域もある。軽度者の生活援助サービスについては、それぞれの地域の実情に応じて、給付サービスでも、あるいは地域支援事業でも、いずれでも選択できるような仕組みを考えていくというのが現実的なのではないか。
- 特に要介護1・2の人については、認知症の方など、対応に専門的な知識・技術が必要なケースは少なくない。ADLはほぼ自立しているが、認知機能の低下などによって、服薬支援、排せつ支援、洗濯、ごみ出し、見守りなどが必要であり、その支援を担保する方々が重要。このため、要介護1・2の方々の生活援助サービスを一律に総合事業へ移行すべきでない。
- 市町村の財政状況により、必要な生活援助サービスを提供する事業者を確保できず、サービス給付や利用者負担額に格差が生じるとともに、生活援助サービスが利用できなくなることで利用者の重度化が進み、家族などの介護者の離職増につながるという懸念があり、移行すべきではない。
- 要支援者へのホームヘルプサービスとデイサービスを既に総合事業に移されている。要支援認定者は増え続けているのに、総合事業の利用者は比例的に増えているとはいえない。要介護認定者の訪問介護・通所介護まで総合事業に移すことは反対。認定を受けた人には全国共通の給付を保障・維持すべき。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑫

(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)

- 地域の支え合いの仕組みづくりをベースに置くべき。地域住民による助け合い・互助の仕組みを広げ、地域で生活支援サービスを展開する介護以外の事業者に力を発揮していただく。都市部や一般市では、多様なサービスが存在しており、中山間・人口減少地域でも、残された資源の活用が可能。こうした連携の取組の中で介護保険財政の改善も行っているケースもあると聞いており、こうした取組を評価する必要。介護サービスは、こうした地域づくりの取組と連携し、専門性のあるサービスとして提供するということが、こうした地域住民の中から専門性を備えた介護職員となる方も生まれたり、介護サービスの業務分解をする中で、専門性が比較的高くない業務を担う方やユニバーサル就労の取組につなげることも期待できる。総合事業については、地域住民の参加を促し、地域全体で高齢者を支える体制づくりのきっかけとして位置づける必要。前回改正の要件緩和を活用して、自治体が各地域に合った事業設計を行うことが期待される。一方で、地域づくりの取組を総合事業だけで賄うということは不可能であり、限られた財源の中でどう設計していくか、関係省庁と併せて展開していくことが必要。
- これまでも繰り返し先送りされてきているという経緯もあり、第10期までの間には結論を出さなければいけない項目となっている。検討項目を整理した上で議論を進めていただきたい。総合事業の実施状況を踏まえながら、例えばまず要介護1の生活援助サービスから移行していくなど、段階的な見直しも検討いただきたい。
- 総合事業における要支援1・2の方へのサービス提供について、自治体の取組が進まない理由や現状の把握、検証の結果を公表した上で、今後、慎重な検討を行う必要がある。
- 制度の持続可能性を確保するためには、これ以上先延ばしできない課題。改革工程に記載のとおり、次期介護保険計画の開始に間に合うように議論を進める必要がある。
- 今回の議論を通じて、見直しを確実に前に進めていくべき。年内に結論を出していただきたい。
- 総合事業のデータベースの構築を以前から要望している。総合事業の利用者、サービス内容、状態像が全く見えない中で、要介護1・2の方を移行してサービスするというは、誰もが容認できないのではないかと。こうした課題も踏まえながら、中長期的に大きく見る部分と、足元で何ができるのかというものをしっかり分けて考える必要がある。

第125回・第127回介護保険部会における主なご意見⑬

（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。
- 若年層における受益と負担の関係性が希薄であることに加え、負担増の対象が若者、育て世代となる。少子化対策を含む全世代型社会保障構築や持続的な経済成長と社会保障の好循環に向けた動きの維持のためにも、対象年齢の引下げを現時点で行うべきではない。

（⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方））

- 能力に応じた負担の方向性は必要である一方、国民の状況を正確に把握するためには、まずはマイナンバーの活用基盤を整備していくことが不可欠ではないか。

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当たっての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

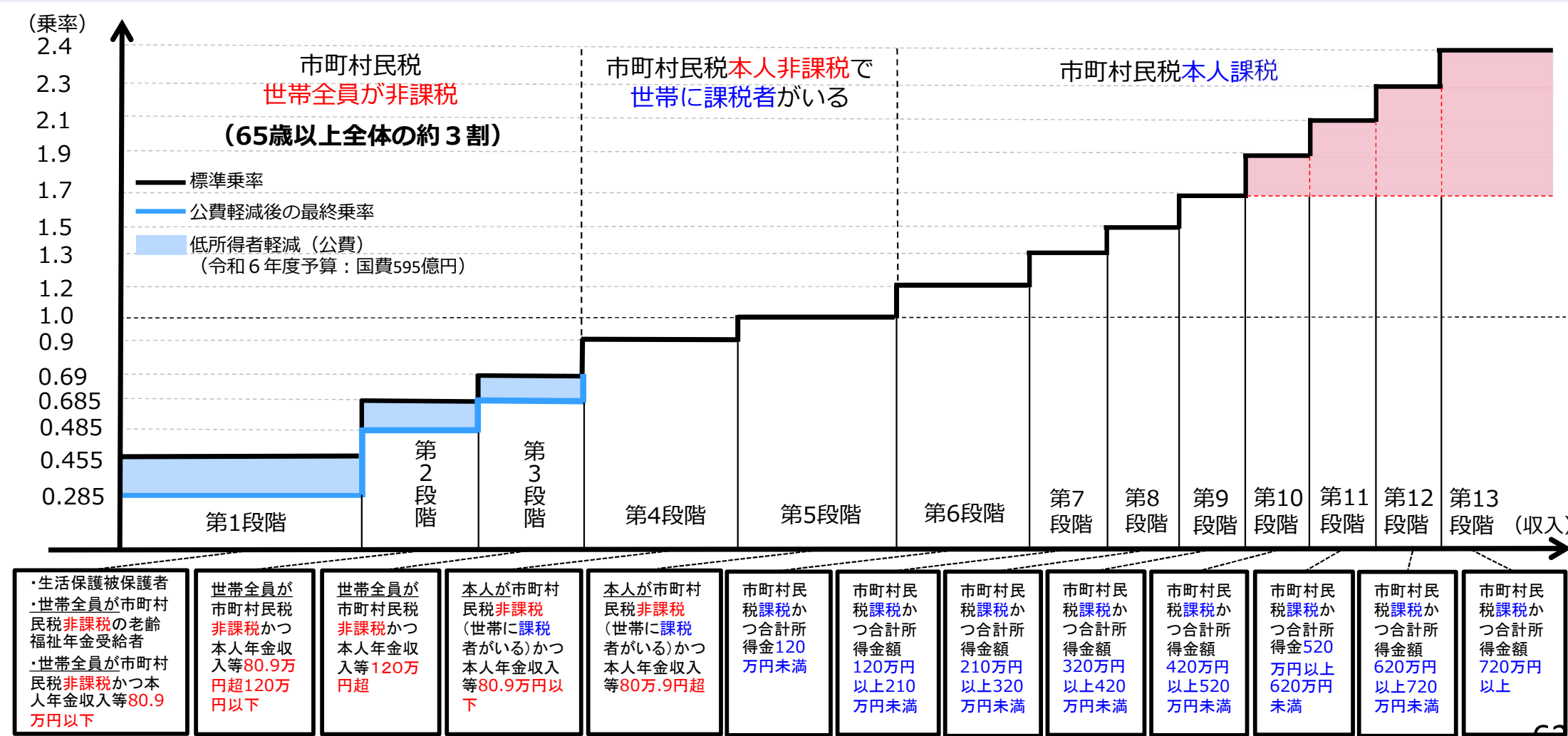
- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

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）

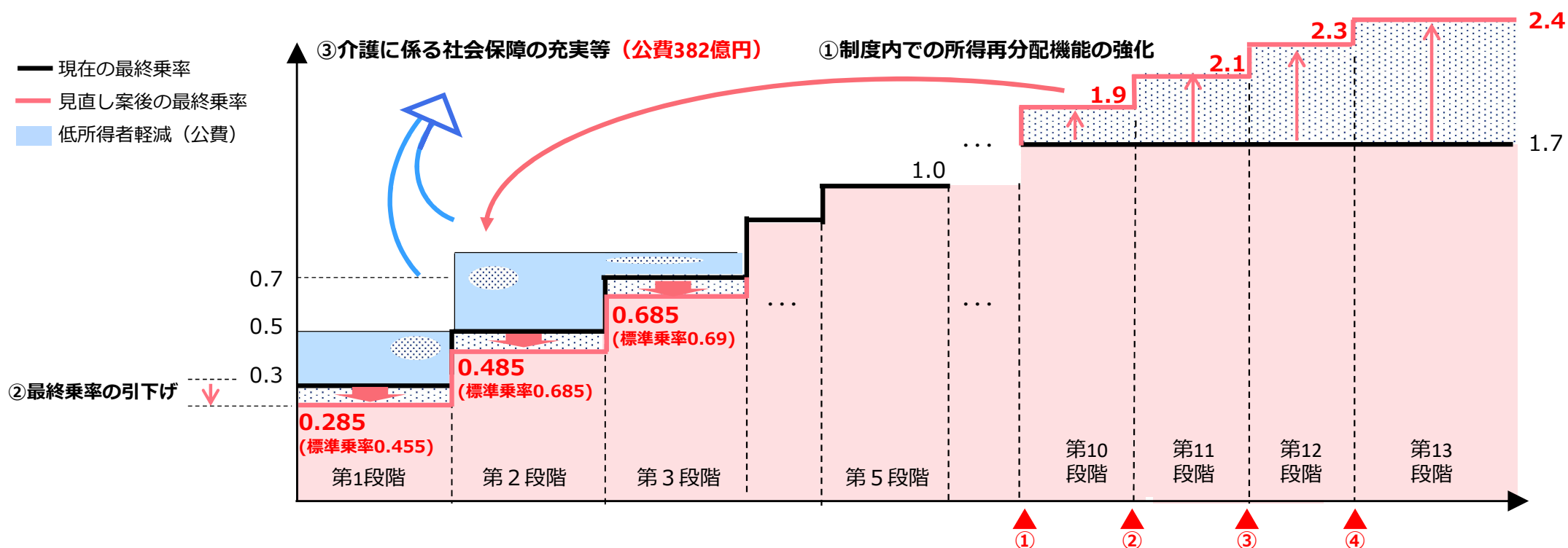
- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約23%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。（第9期（令和6～8年度）の保険料の基準額の全国平均は月額6,225円）
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。（標準は13段階）



- 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。

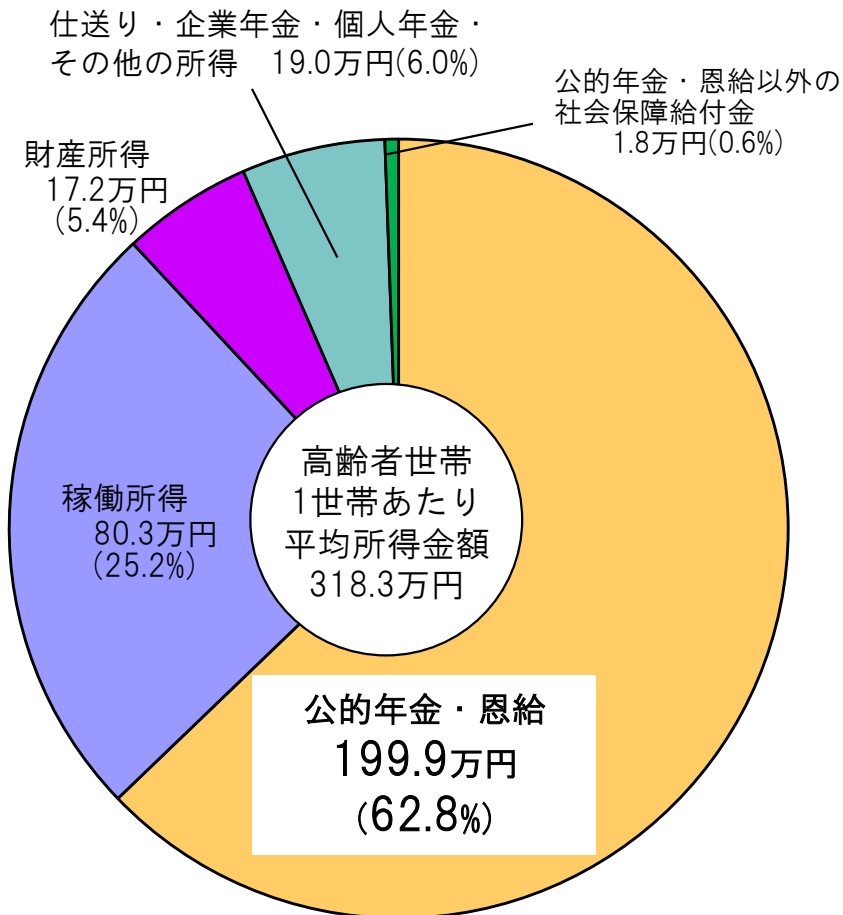
資料出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」

高齢者世帯の所得の内訳

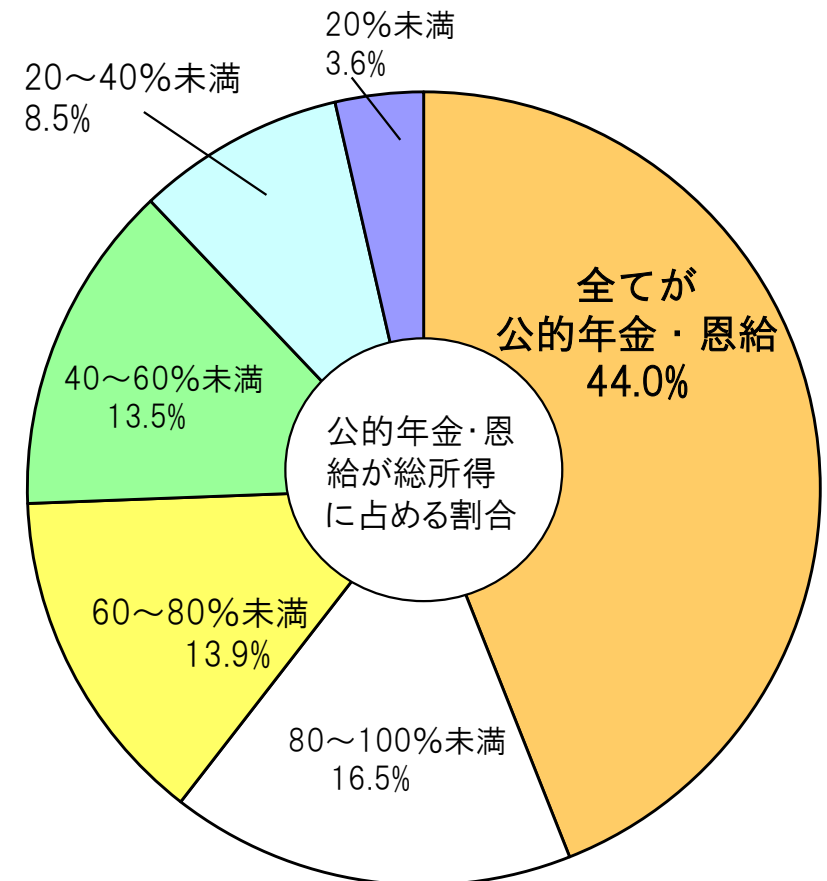
- 高齢者世帯の収入の約6割を公的年金等が占める。
- 約6割の高齢者世帯で、所得の80%以上が公的年金等となっている。

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

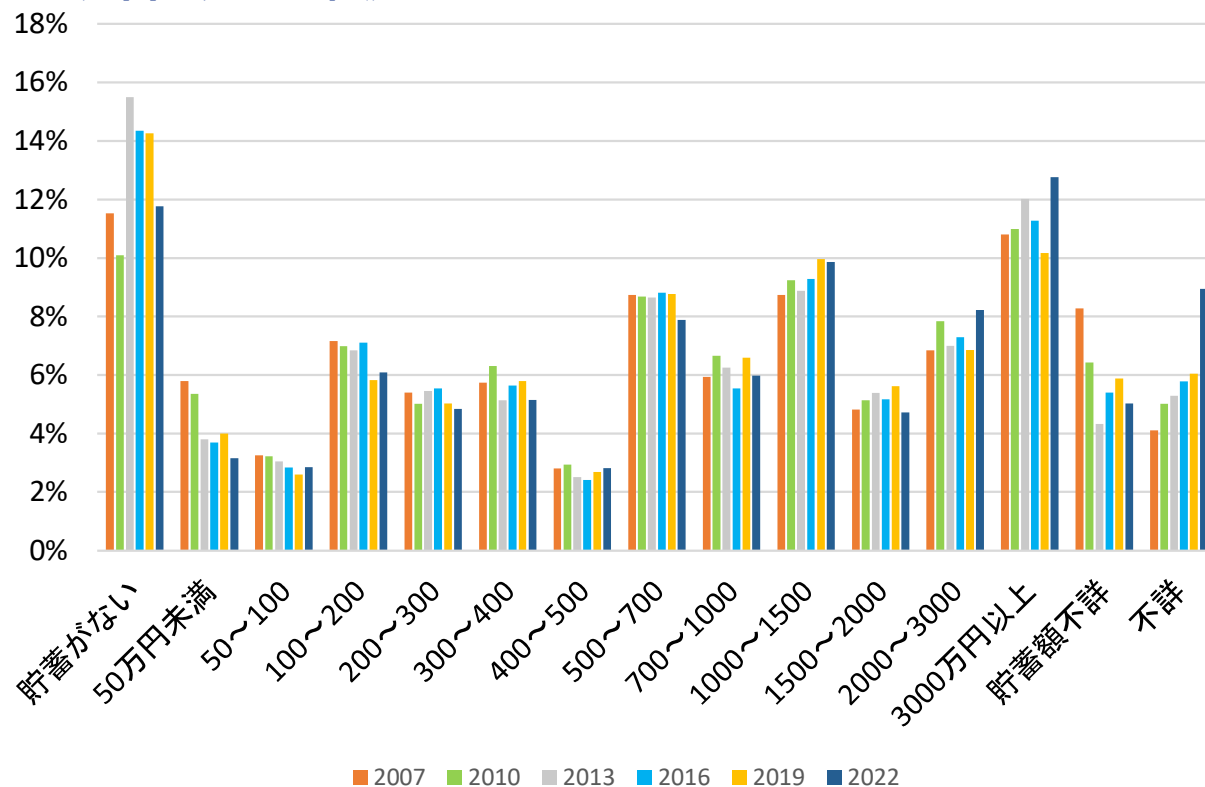
- 世帯主年齢75歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,300万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,500万円台へと増加。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

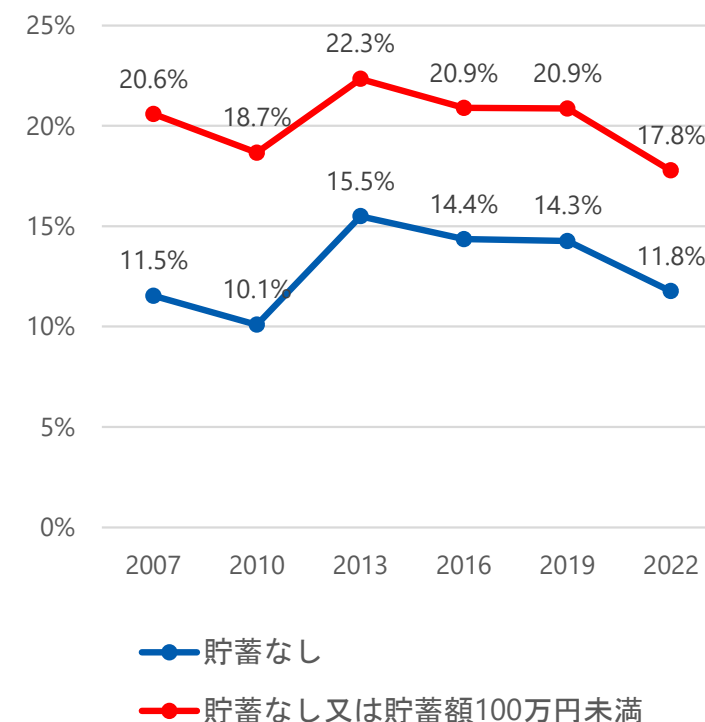
●平均貯蓄額 ※千円単位で四捨五入

	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

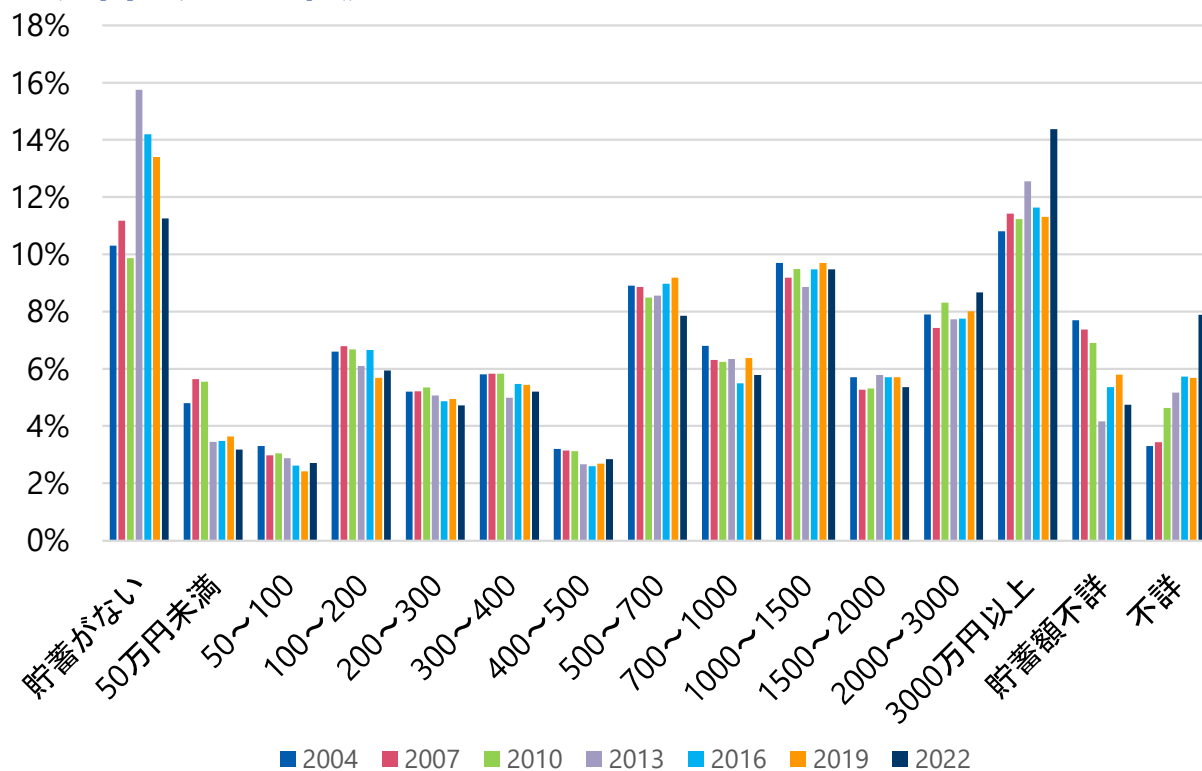
- 世帯主年齢65歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,400万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,600万円台へと増加。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

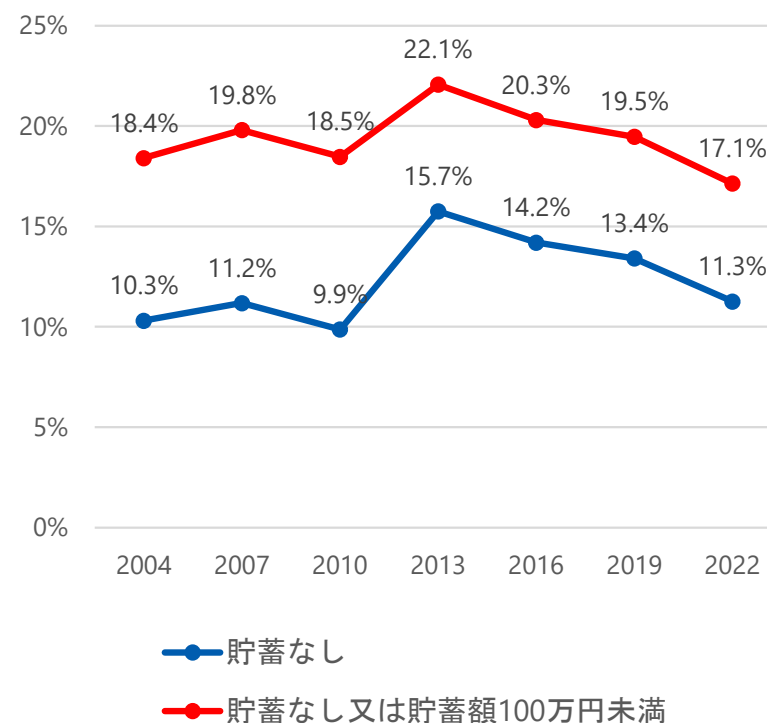
●平均貯蓄額 ※千円単位で四捨五入

	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



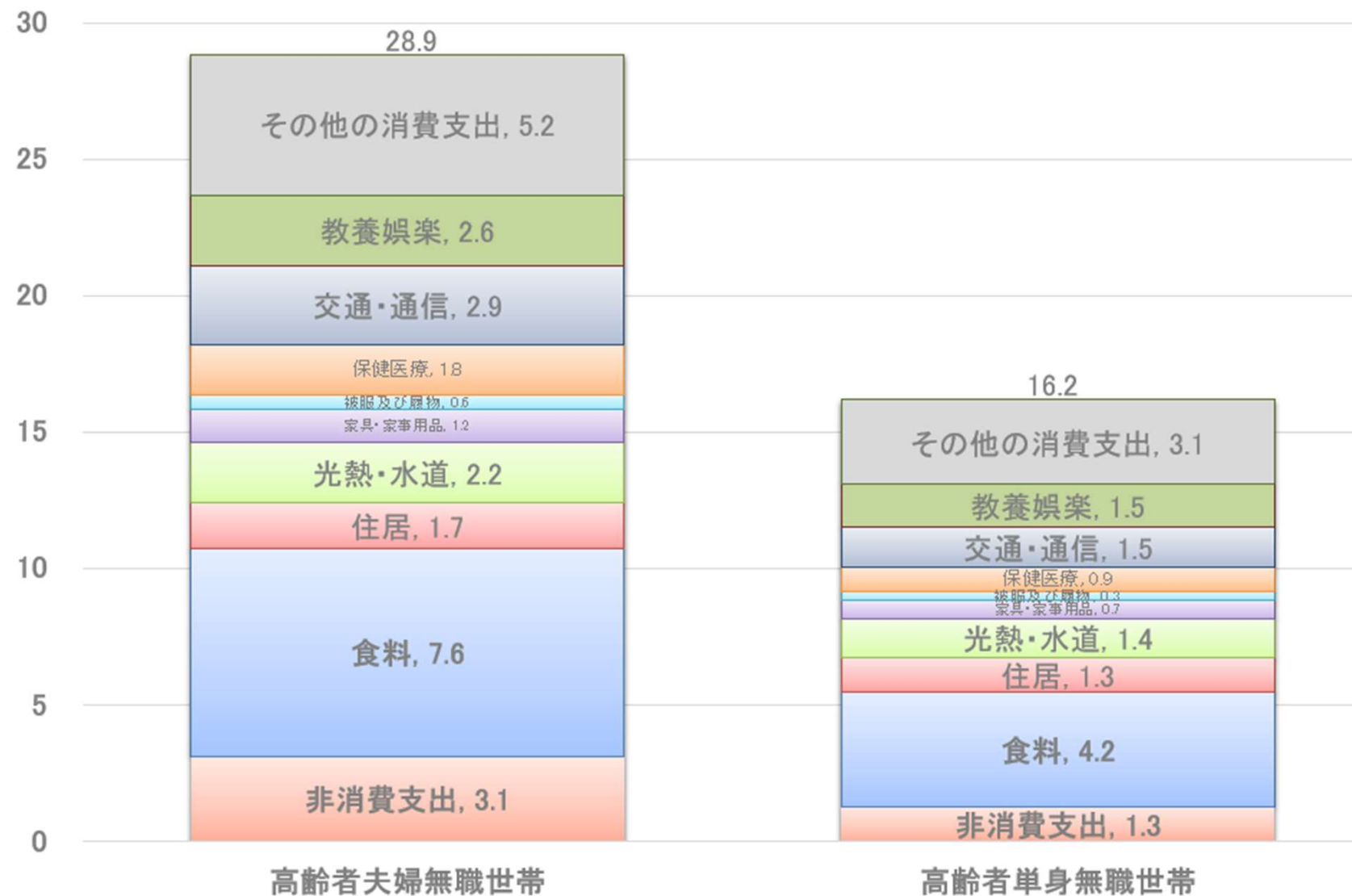
●貯蓄なし又は100万円未満の世帯数推移



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。

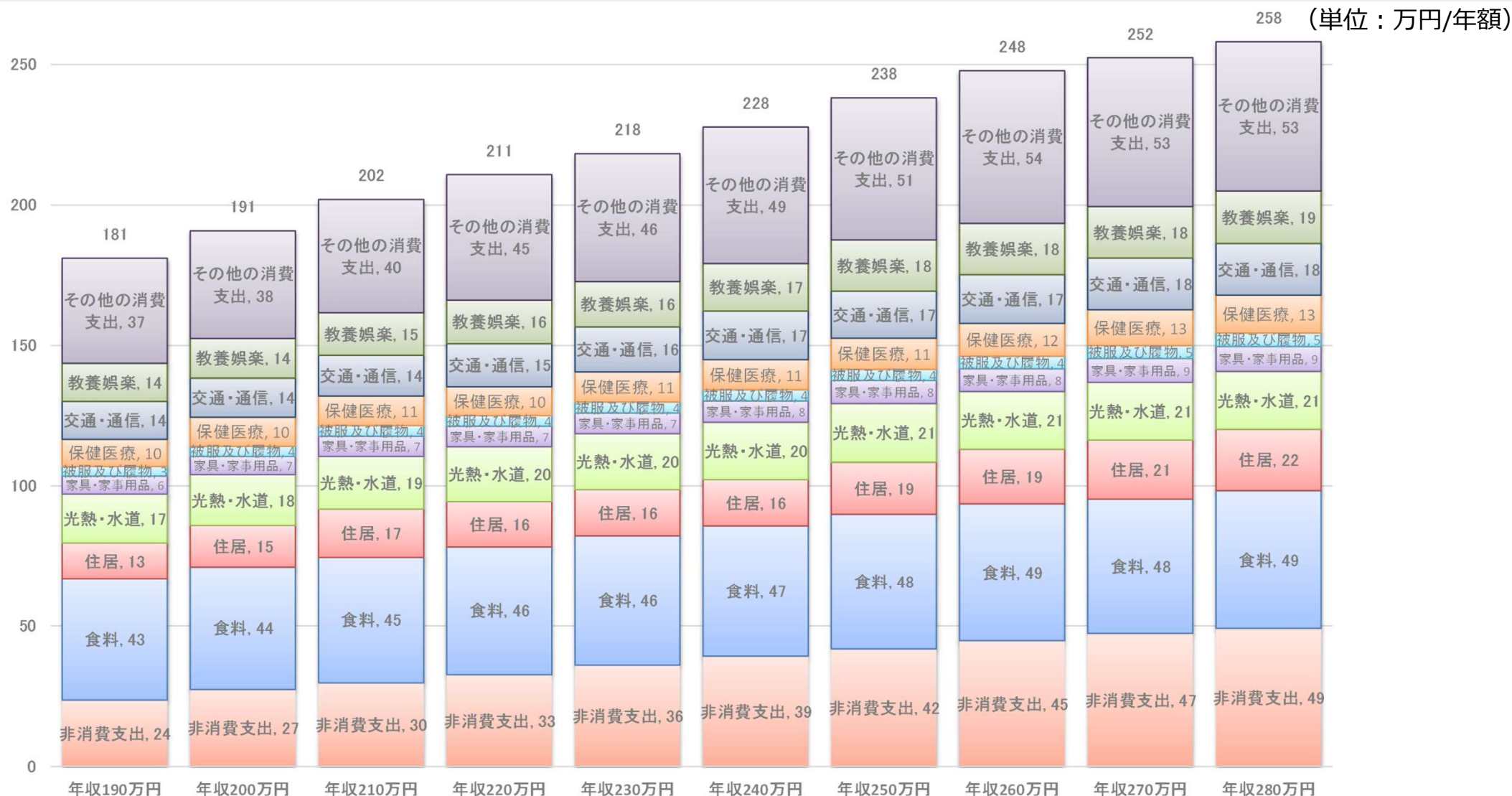
※消費支出には、内訳を表章している保健医療支出、その他消費支出の他に、食料、住居、光熱・水道、家具・家事用品、被服及び履物、交通・通信、教育・教養娯楽に係る費用が含まれる。

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

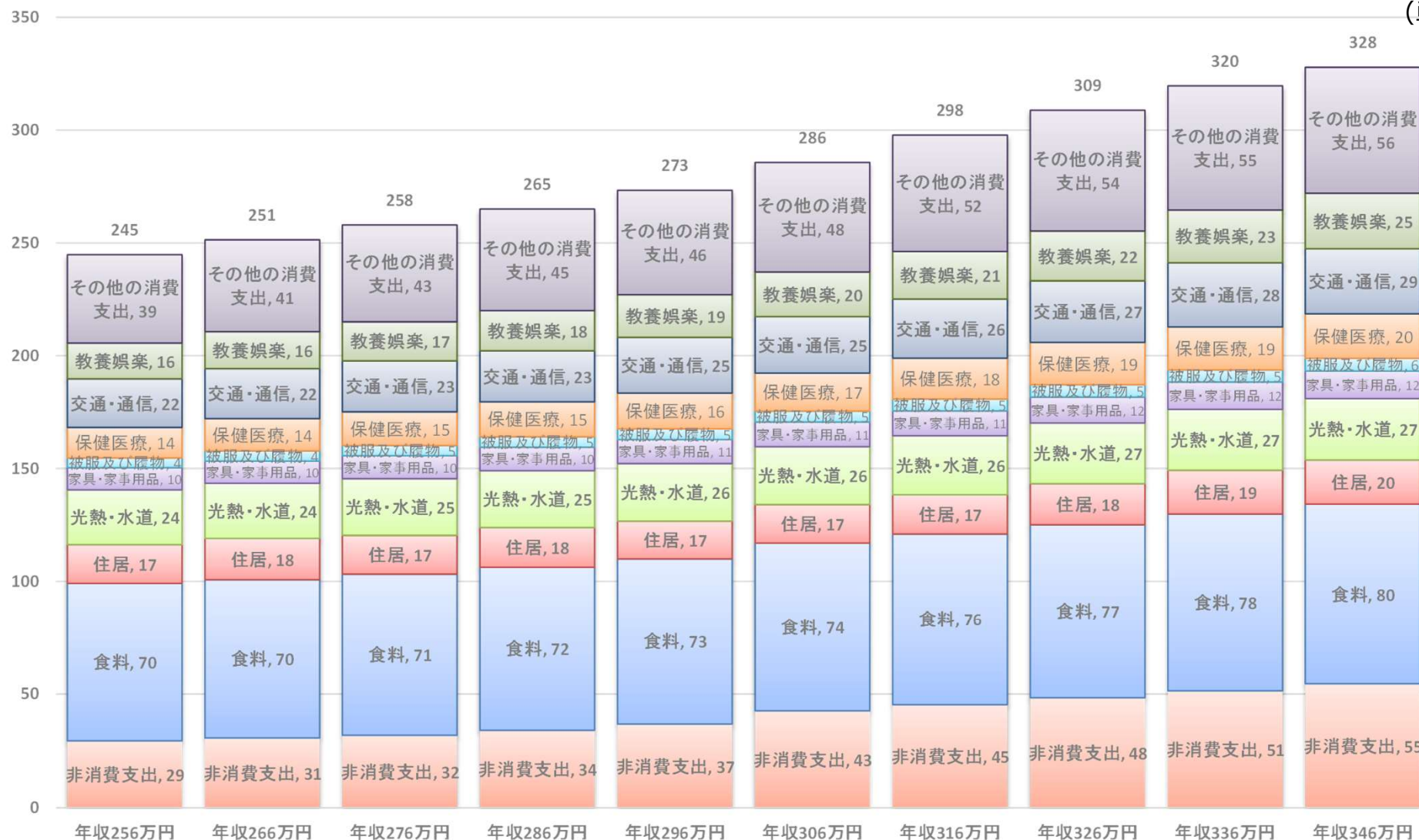
75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

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。

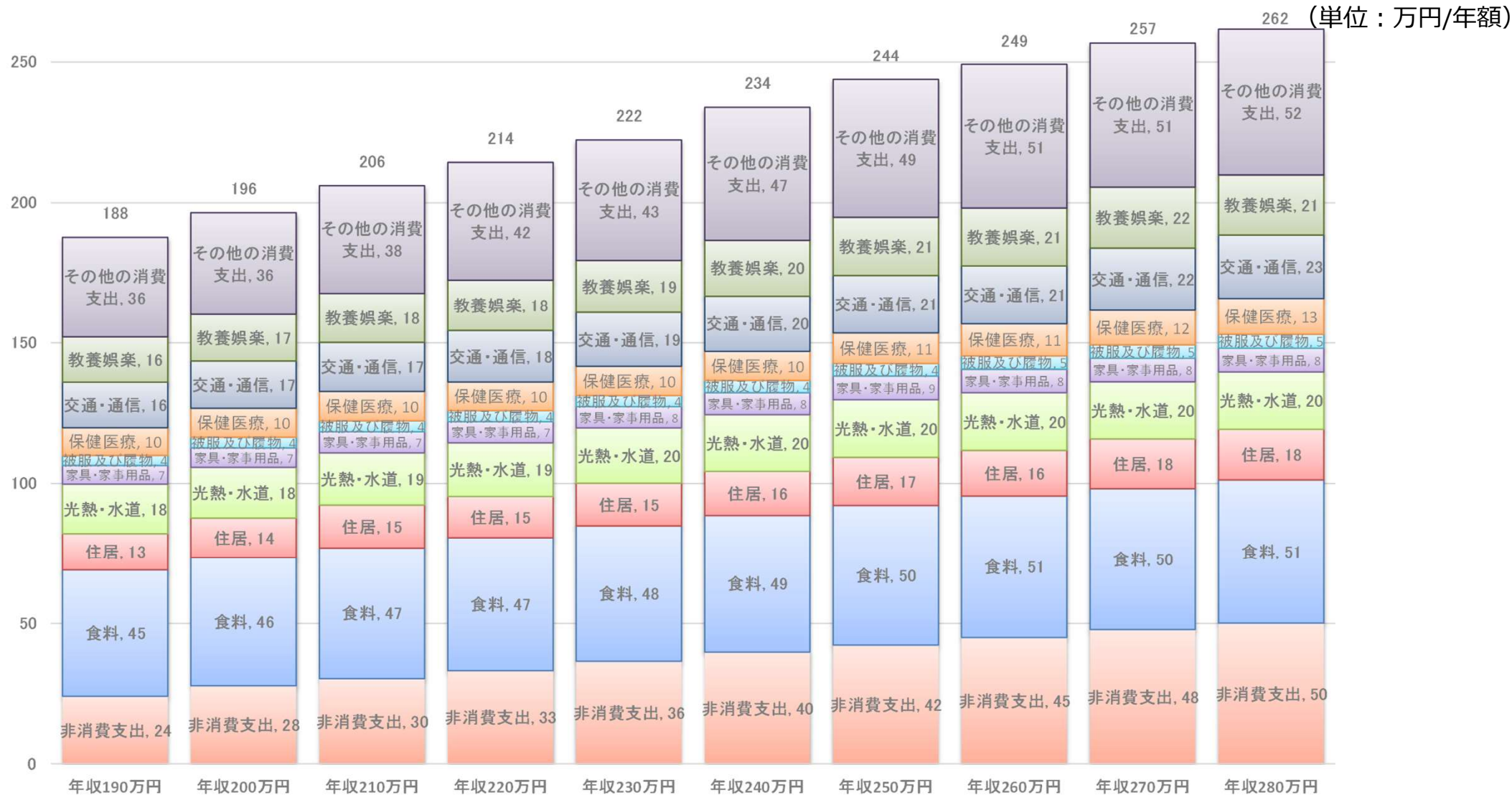
注2) 消費支出は、家計調査（2022年）の75歳以上夫婦のみ・無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯により厚生労働省老健局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値をとっている。
それぞれのサンプル数は、256±50万円は290世帯、266±50万円は325世帯、276±50万円は352世帯、286±50万円は372世帯、296±50万円は390世帯、306±50万円は399世帯、316±50万円は402世帯、326±50万円は399世帯、336±50万円は385世帯、346±50万円は368世帯。

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

（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。

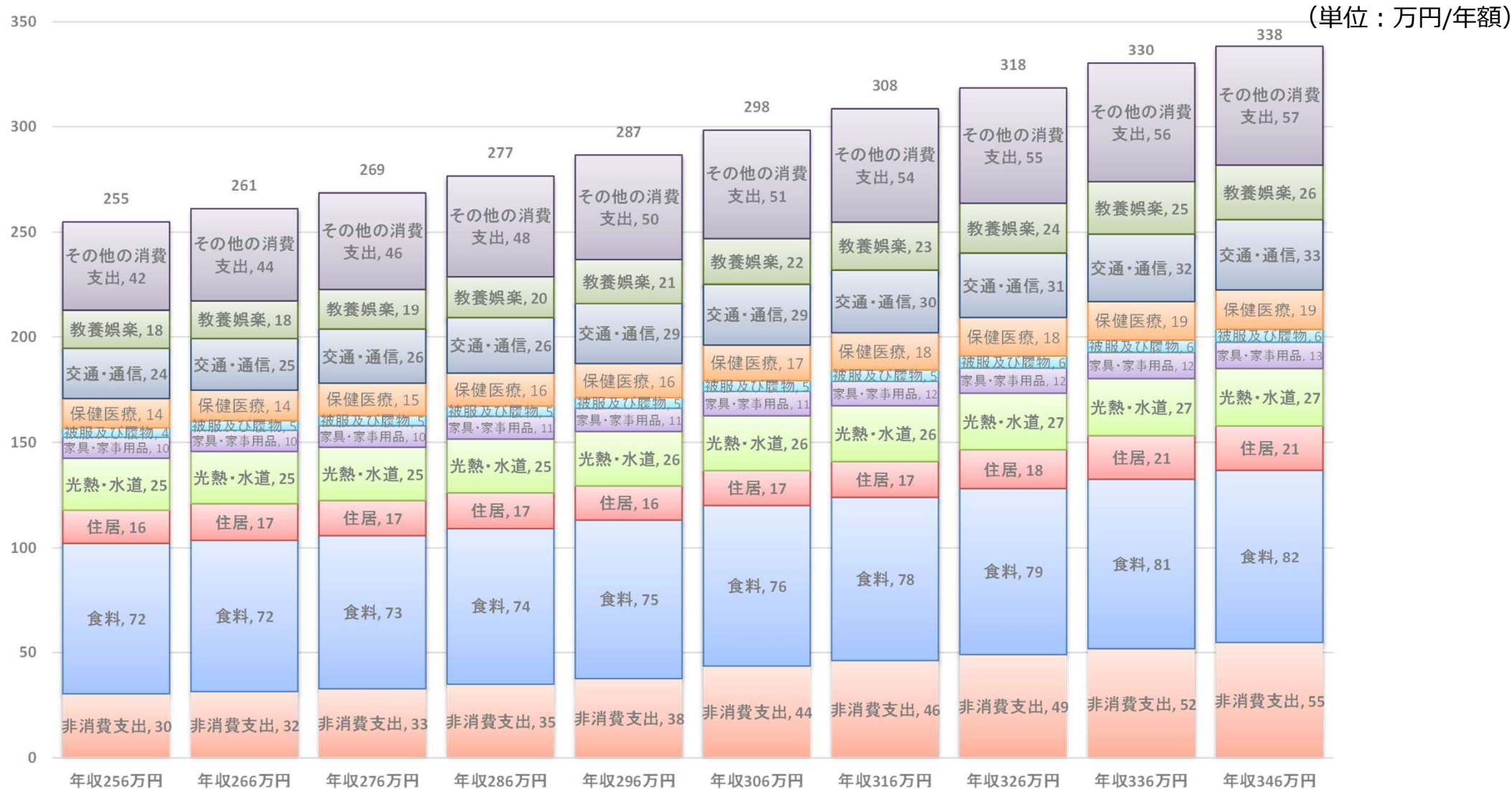
それぞれのサンプル数は、190±50万円は184世帯、200±50万円は184世帯、210±50万円は177世帯、220±50万円は163世帯、230±50万円は151世帯、240±50万円は133世帯、250±50万円は117世帯、260±50万円は100世帯、270±50万円は86世帯、280±50万円は74世帯

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）

○ 2024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）

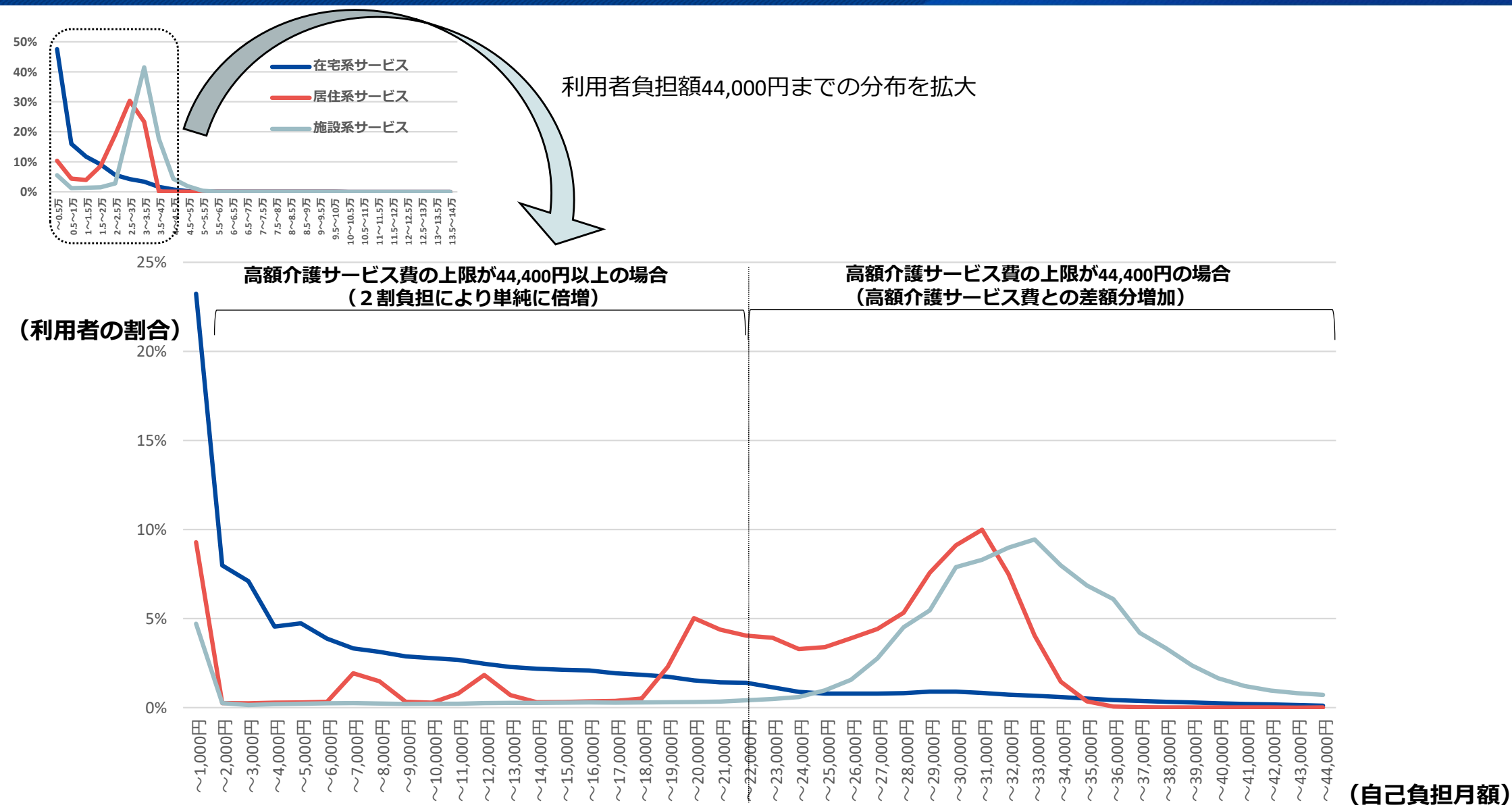
注1）介護について、利用者数は介護DB（2022年度分）、介護費や自己負担額は令和3年事業状況報告年報・介護DB(2021年度分)より作成。

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

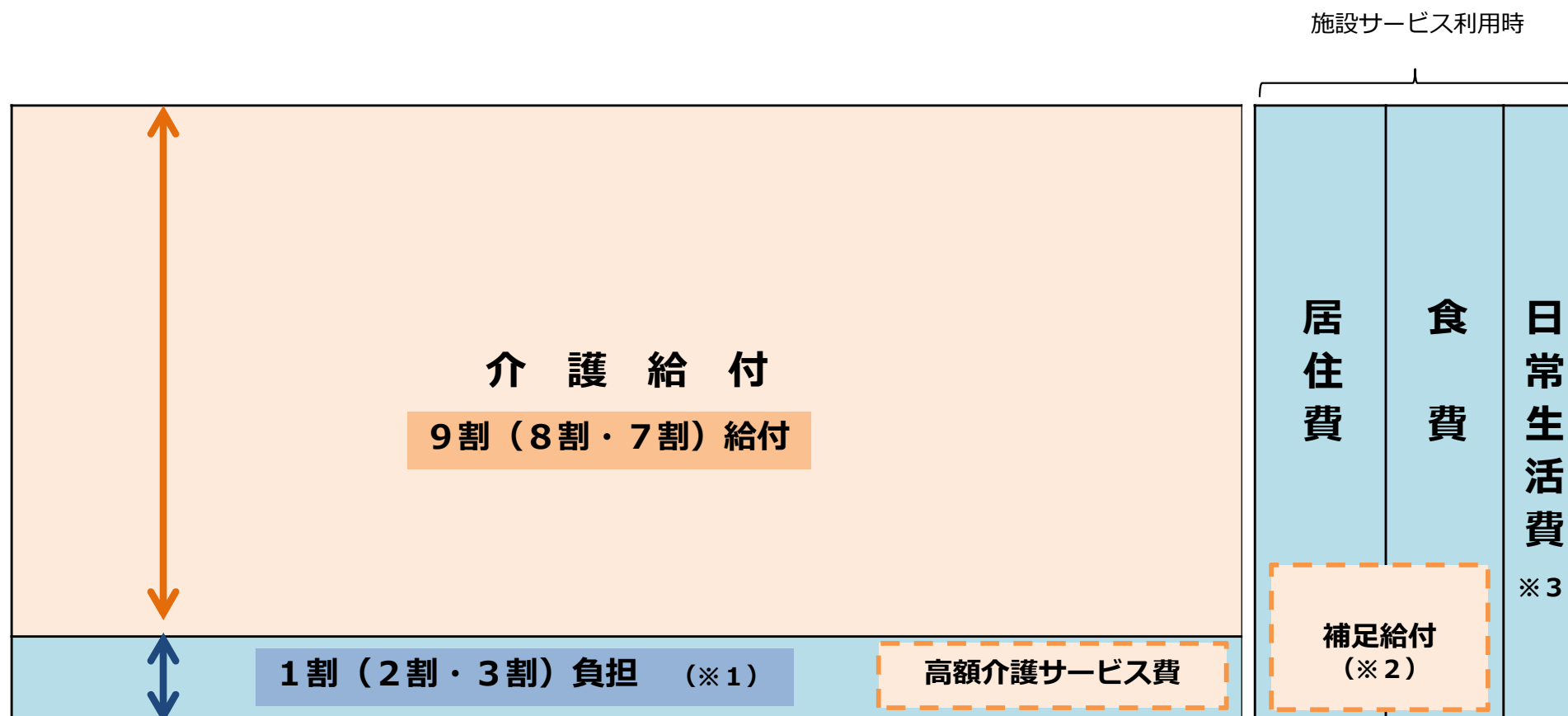
注4 「在宅」には、「施設」「居住」以外の訪問介護、通所介護、短期入所介護、小規模多機能、看護小規模多機能等を集計

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、月の途中での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

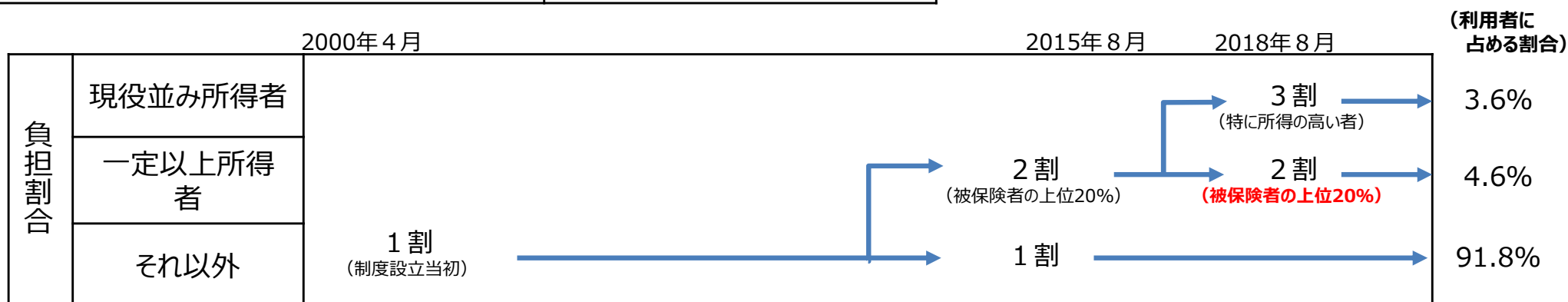
- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担

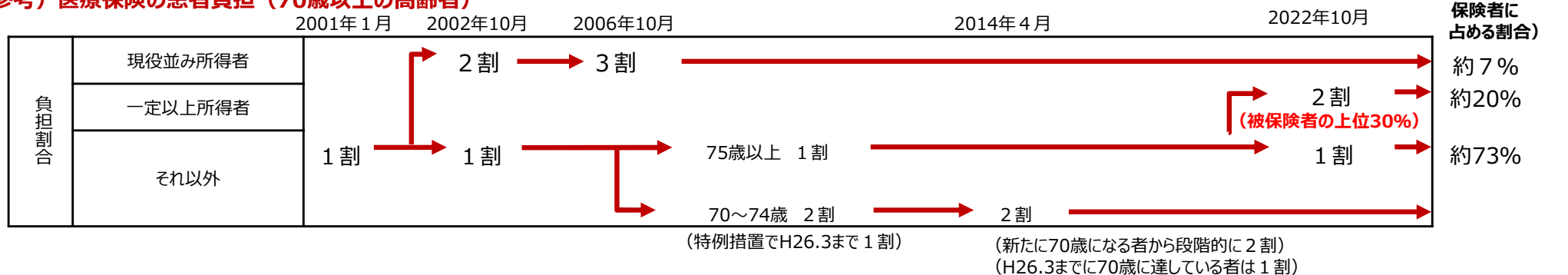
	負担割合
現役並み所得者 年金収入等 340万円以上（※1）	3割
一定以上所得者（被保険者の上位20%） 年金収入等 280万円以上（※2）	2割
それ以外 年金収入等 280万円未満	1割

※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）

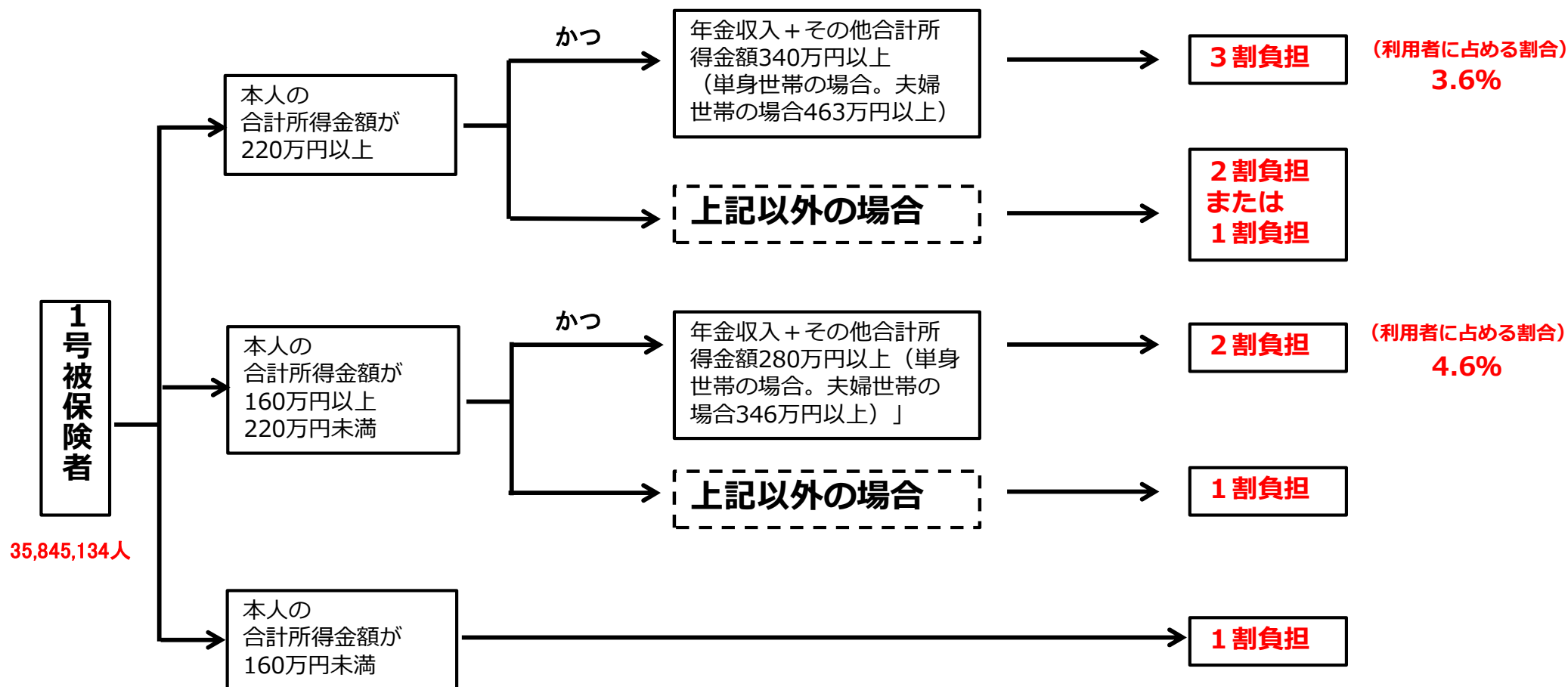
○ 年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除等（120万円程度）（※）

○ 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**。

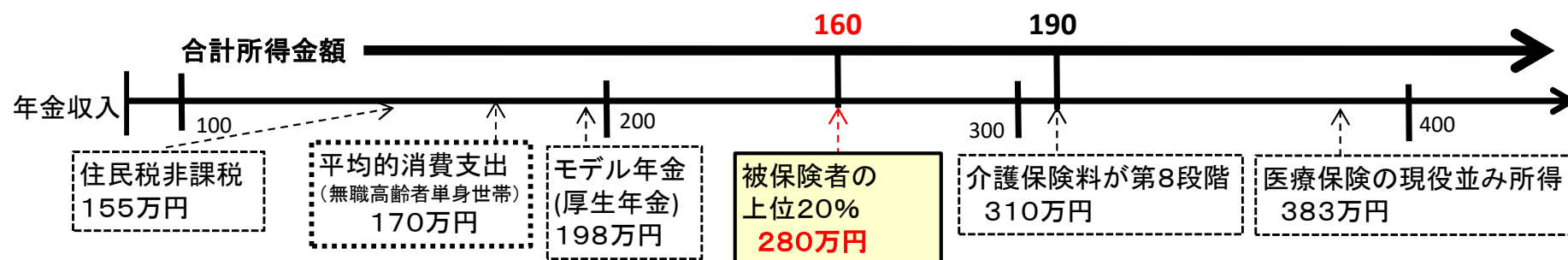
※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

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

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

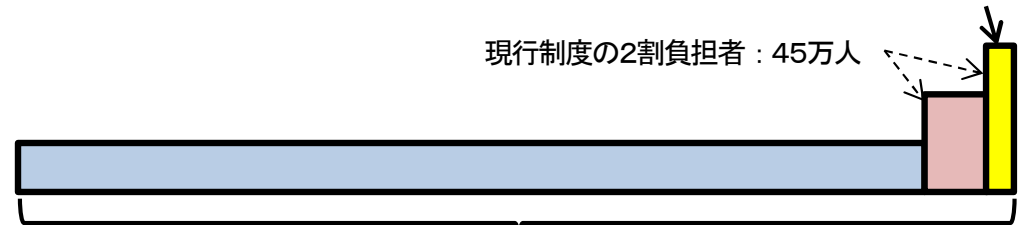
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※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。

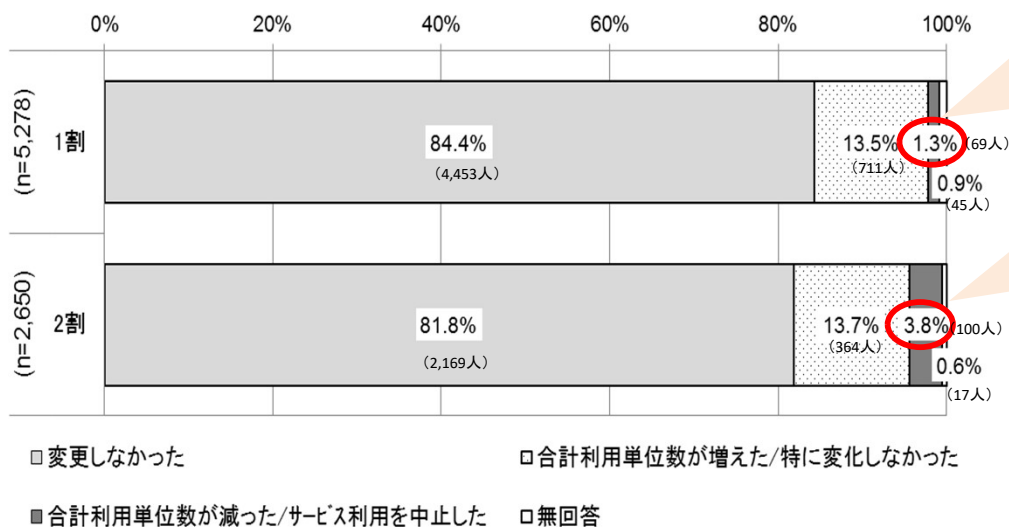
【限度額】

	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

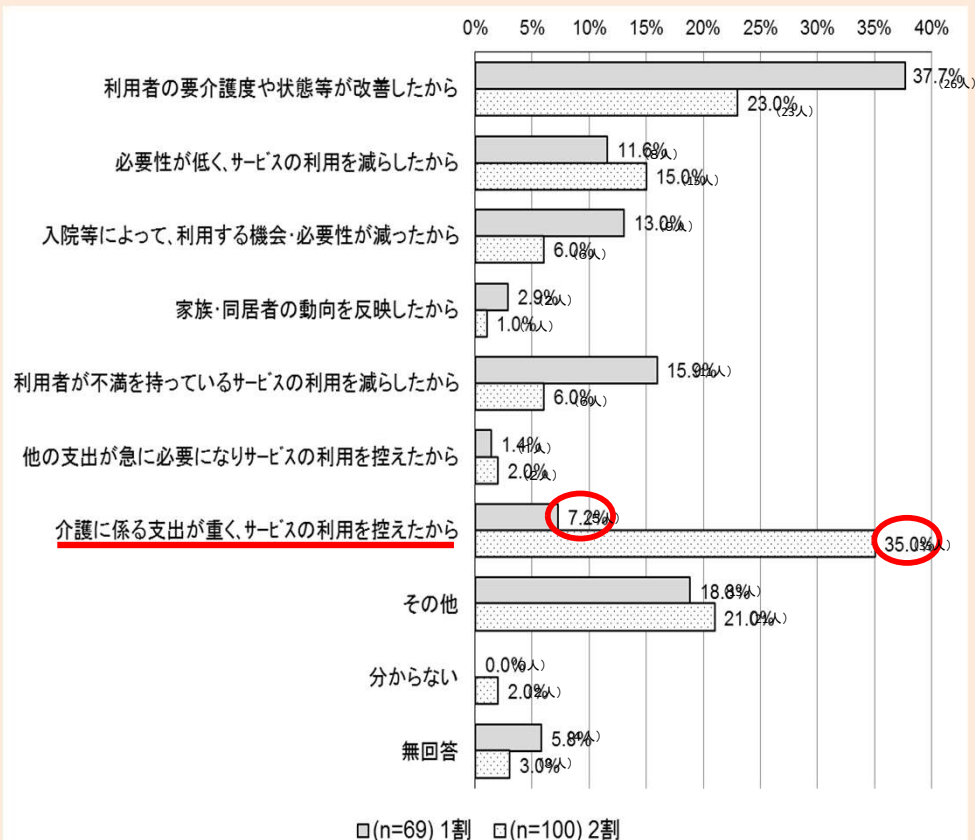
- 2割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
 - ・「変更しなかった」割合は、1割負担の利用者で84.4%、2割負担の利用者で81.8%であり、1割負担の利用者の方がやや高かった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、1割負担の利用者で13.5%、2割負担の利用者で13.7%であった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、1割負担の利用者で1.3%、2割負担の利用者で3.8%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者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

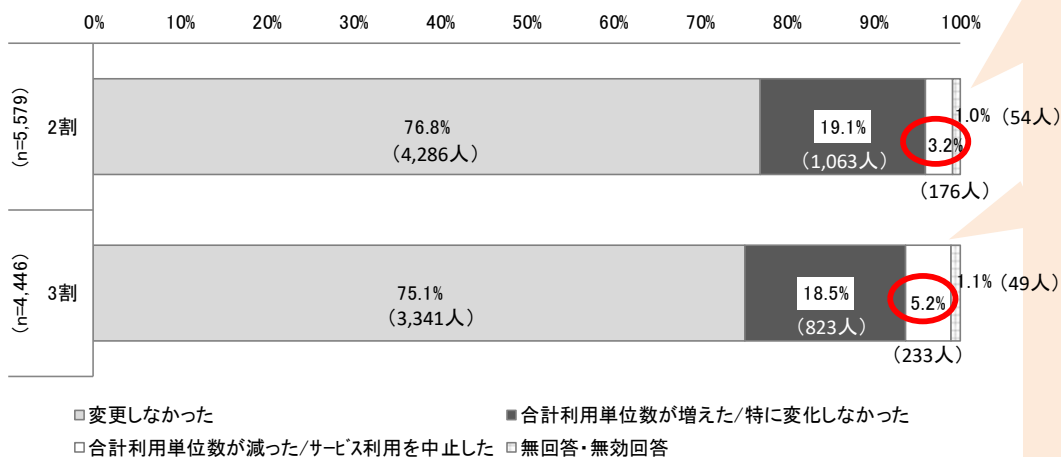
利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



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

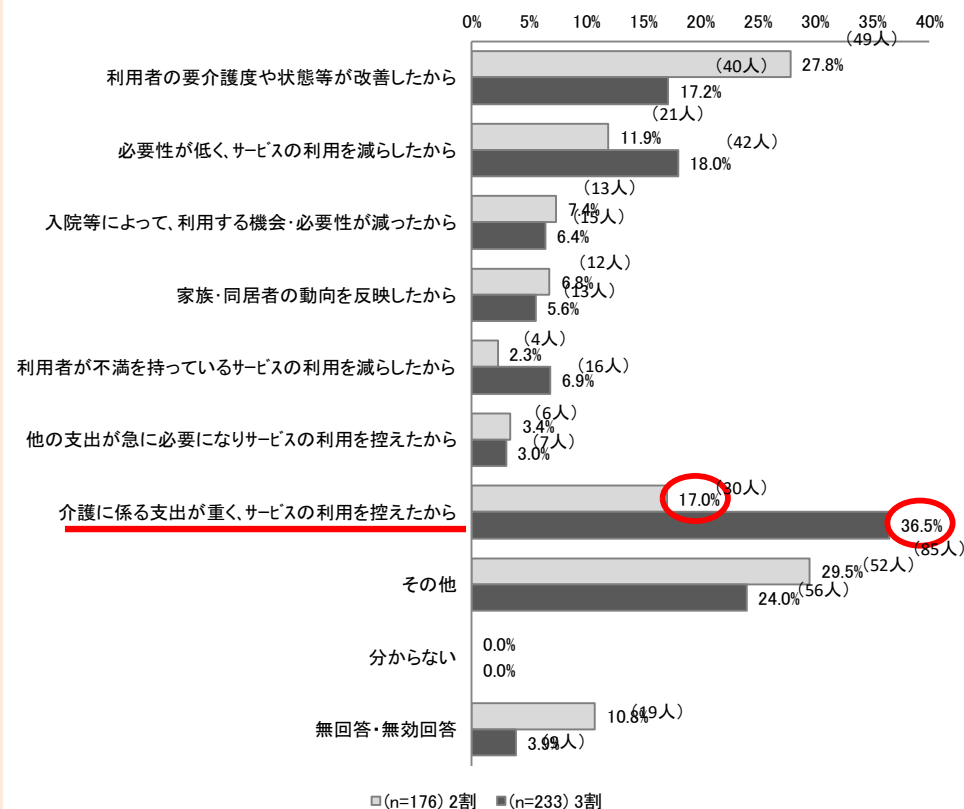
- 3割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
 - ・「変更しなかった」割合は、2割負担の利用者で76.8%、3割負担の利用者で75.1%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、2割負担の利用者で19.1%、3割負担の利用者で18.5%であった。
 - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、2割負担の利用者で3.2%、3割負担の利用者で5.2%であり、3割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者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

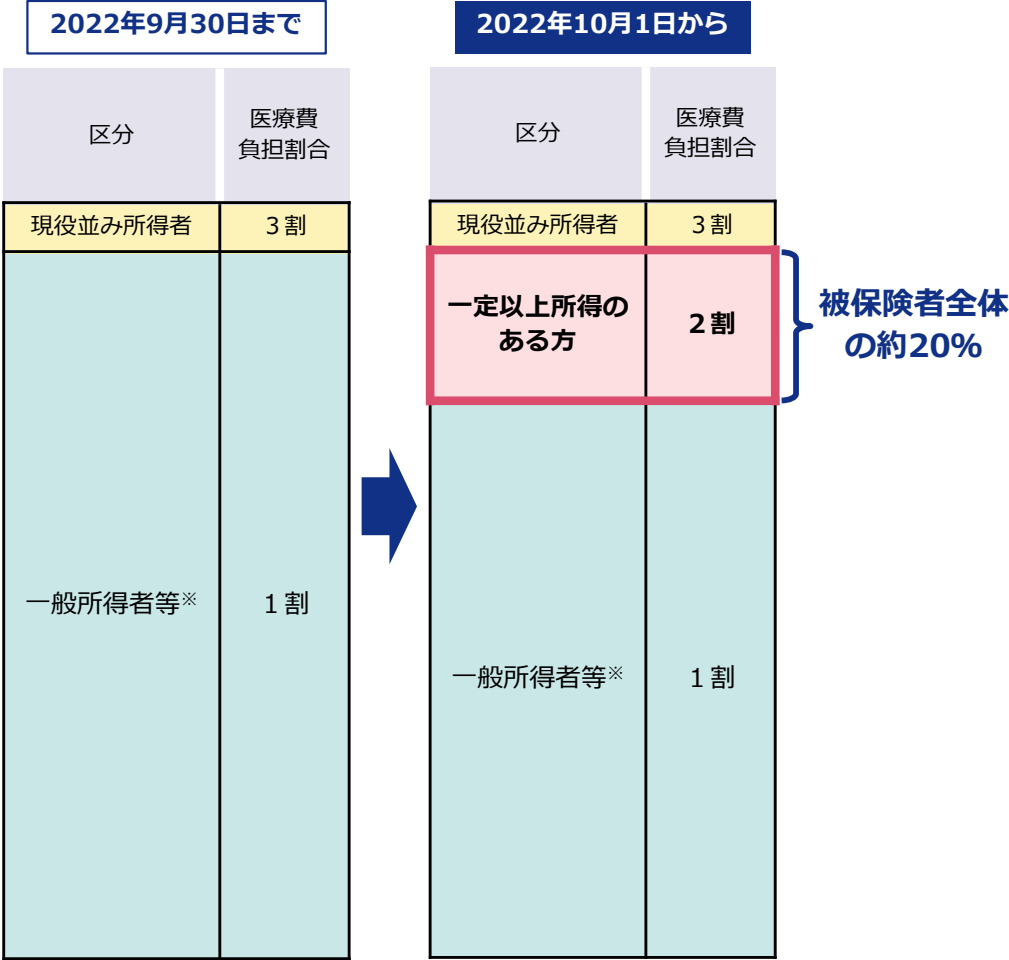
[① 2割負担の所得基準]

- **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。

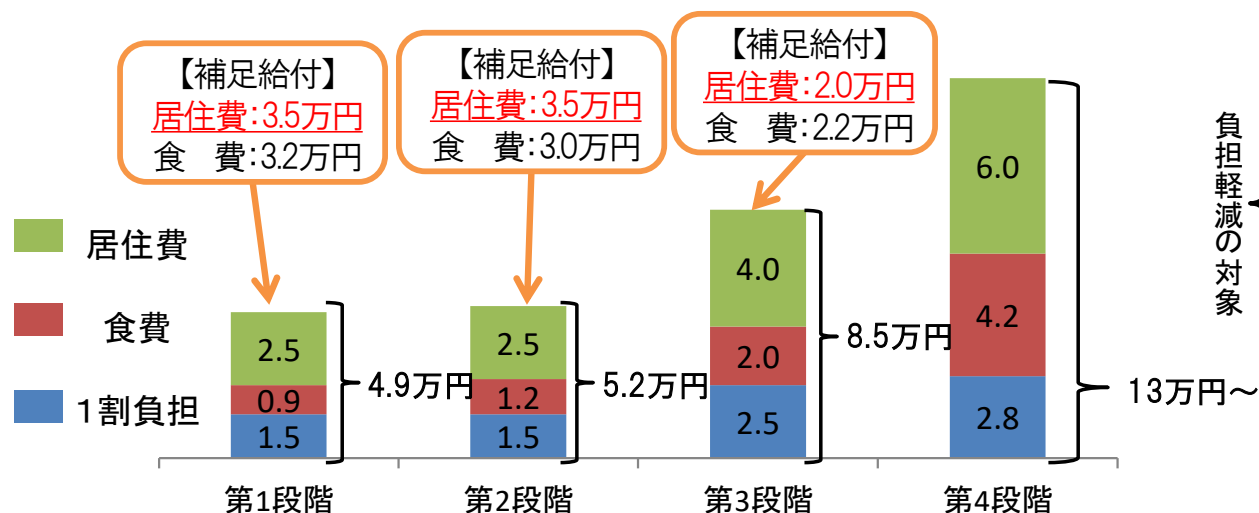
出典: 令和5年度介護保険事業状況報告年報

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

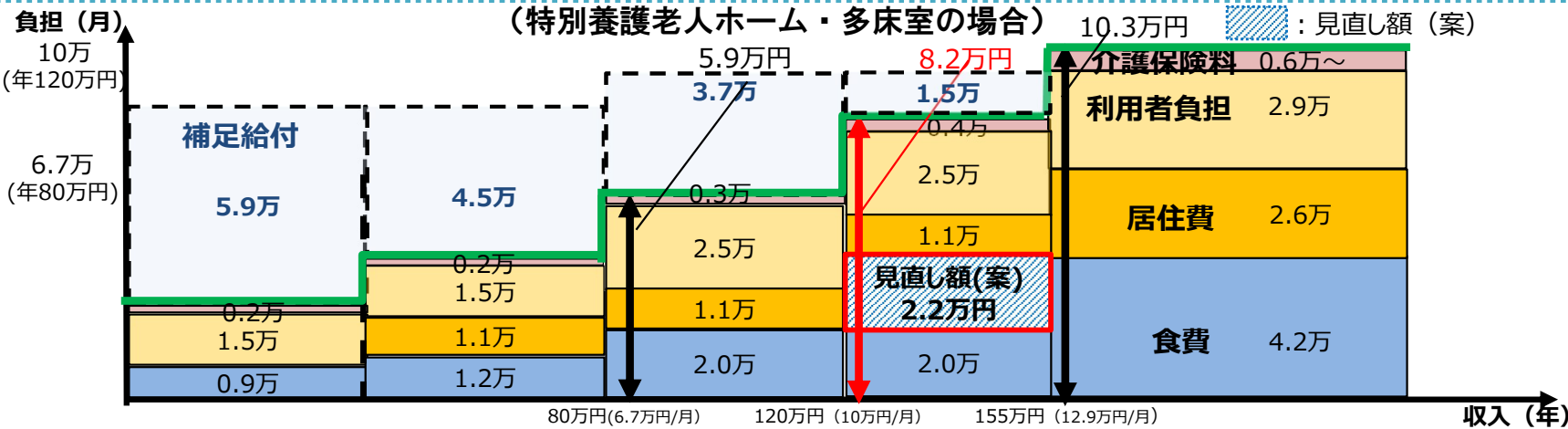
資料4

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

（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

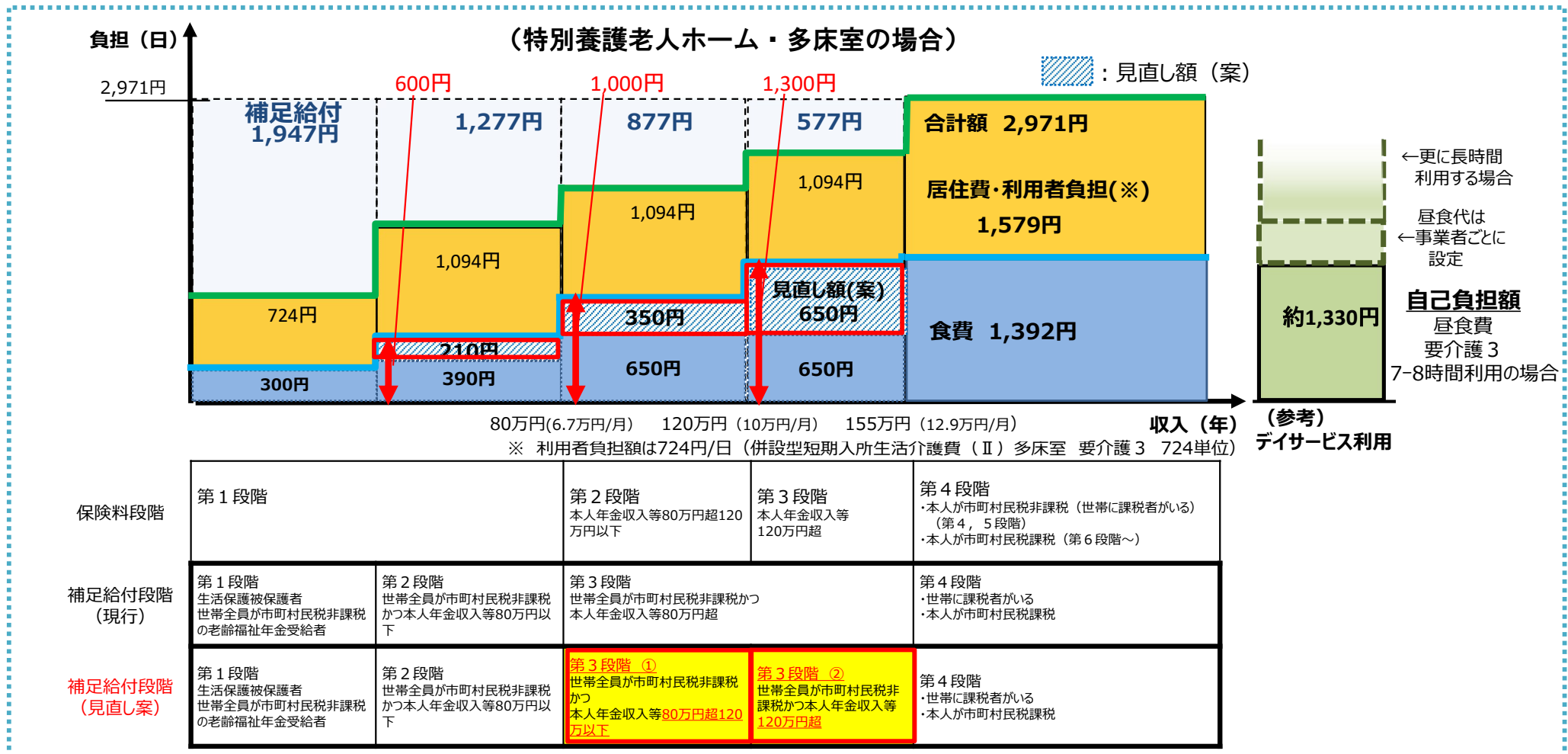
社会保障審議会
介護保険部会

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

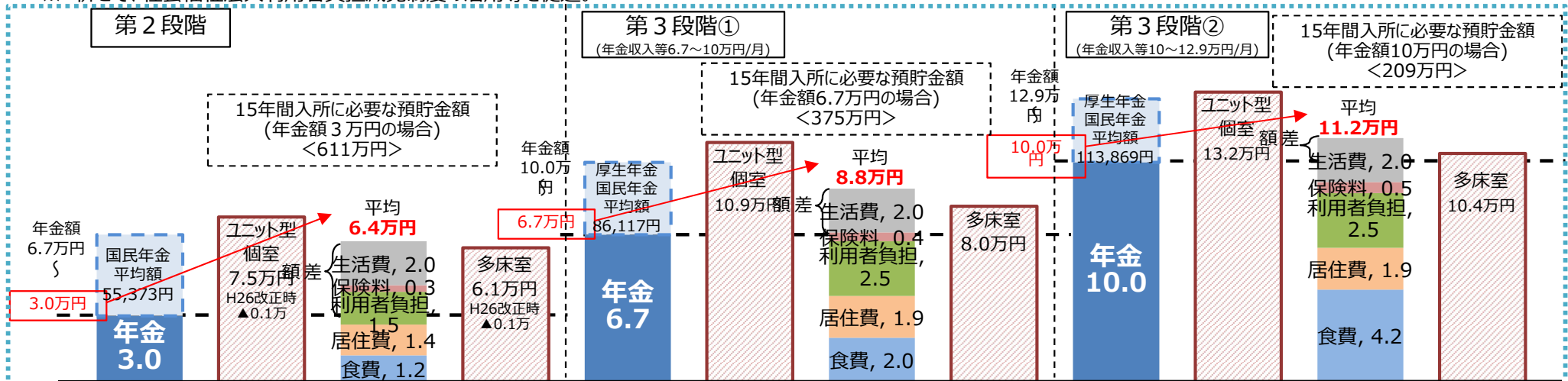
社会保障審議会
介護保険部会

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乗せ分は、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%

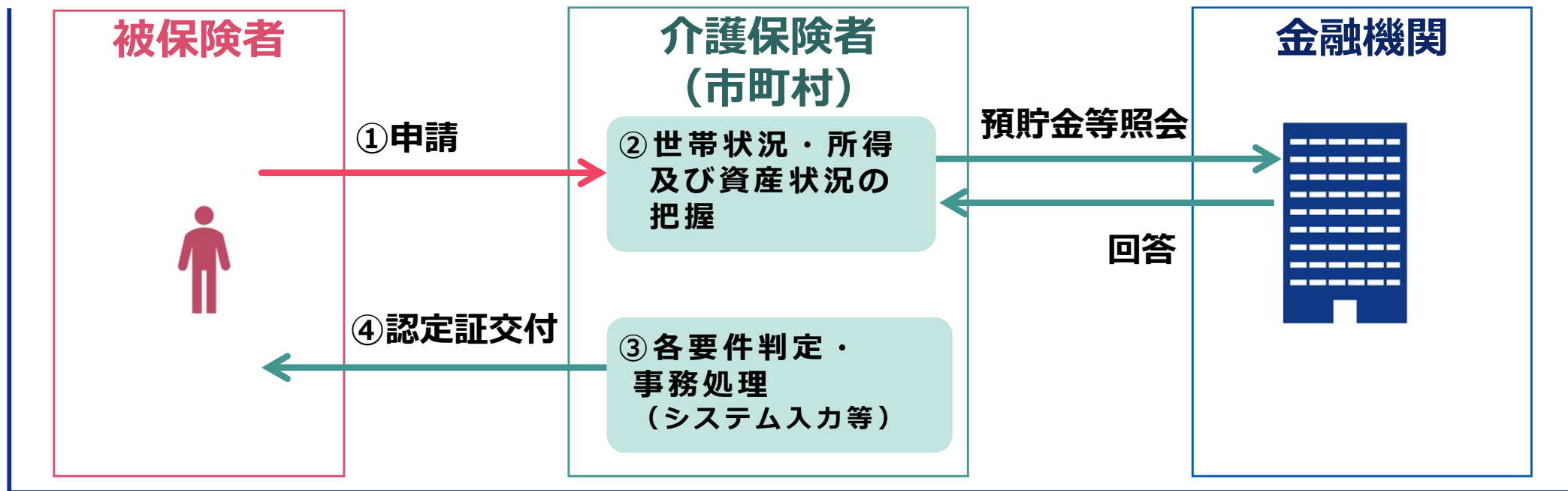
(参考)

- 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。
- 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发出（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发出（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。さらに通知の发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发出（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发出（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发出（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。さらに通知の发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发出（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）发出（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发出（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（民業圧迫の回避を含む）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。

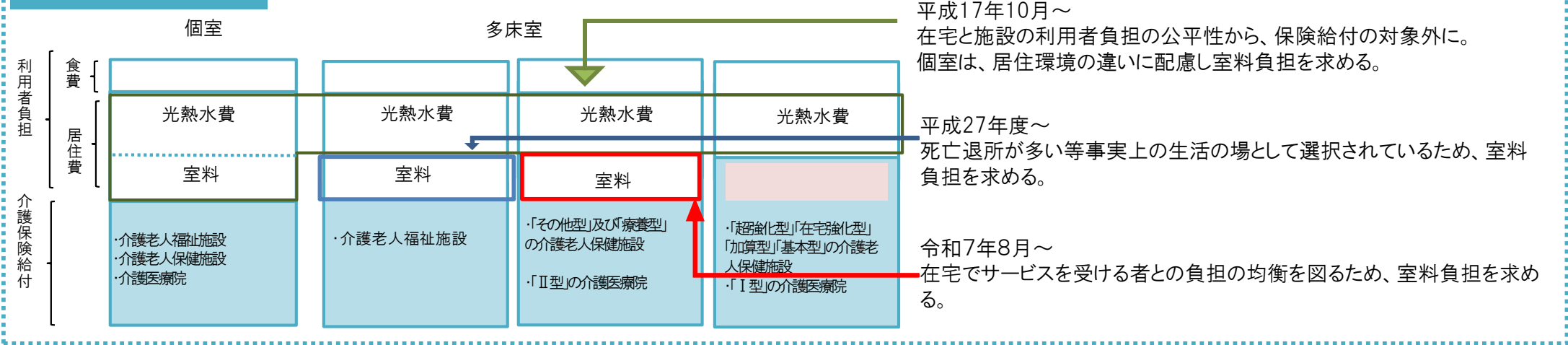
参考資料

- ・ 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。

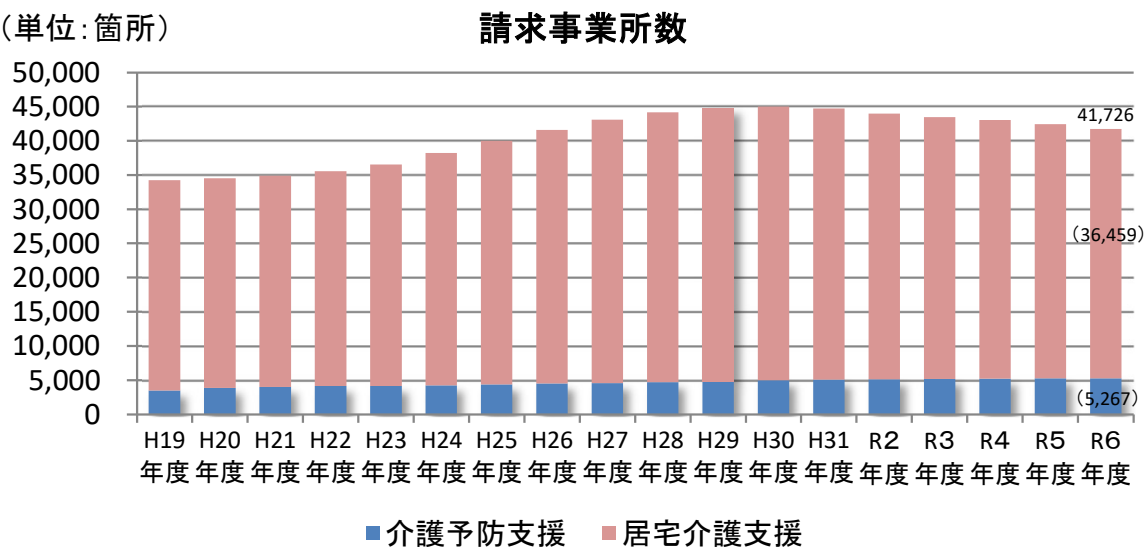
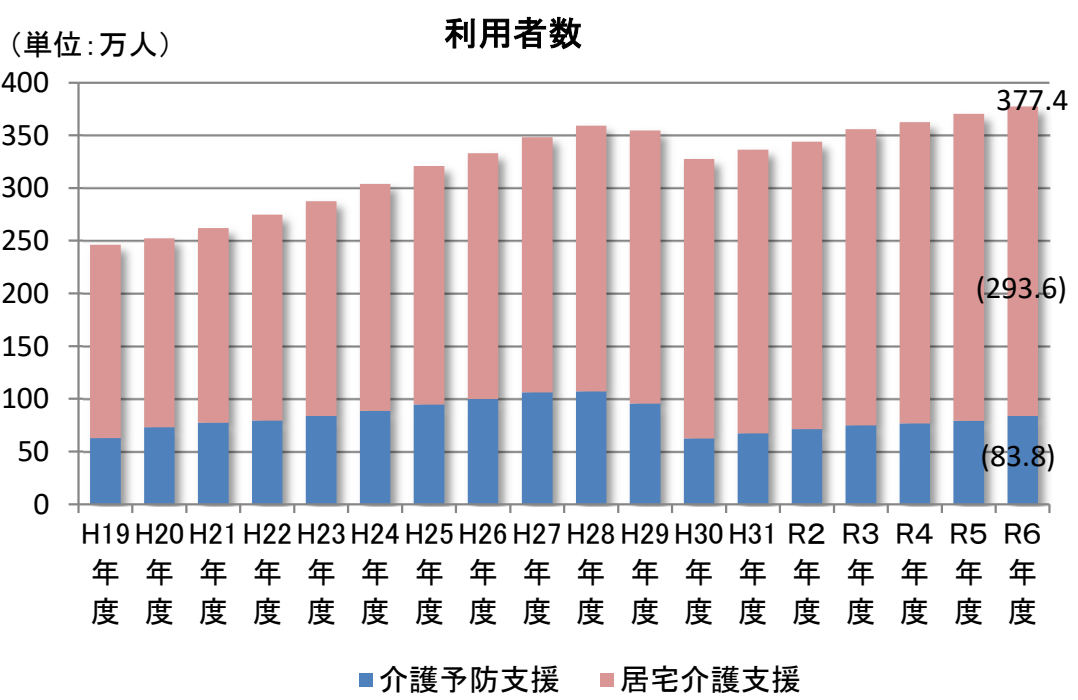
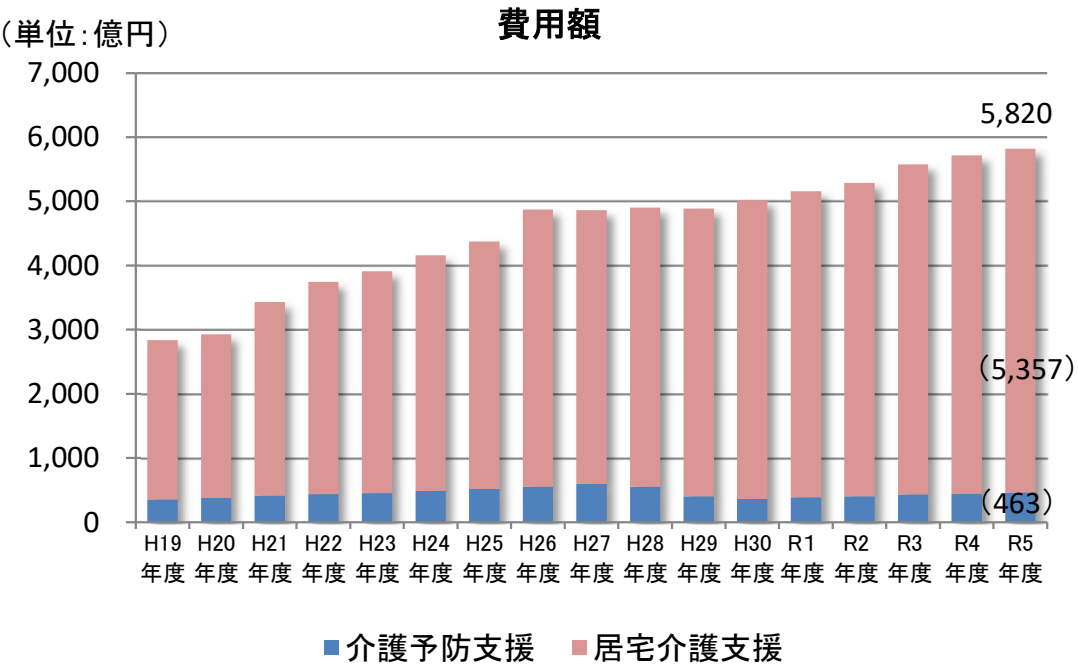
（参考）多床室の利用者の居住費に係る基準費用額及び負担限度額（令和7年8月～）

	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%

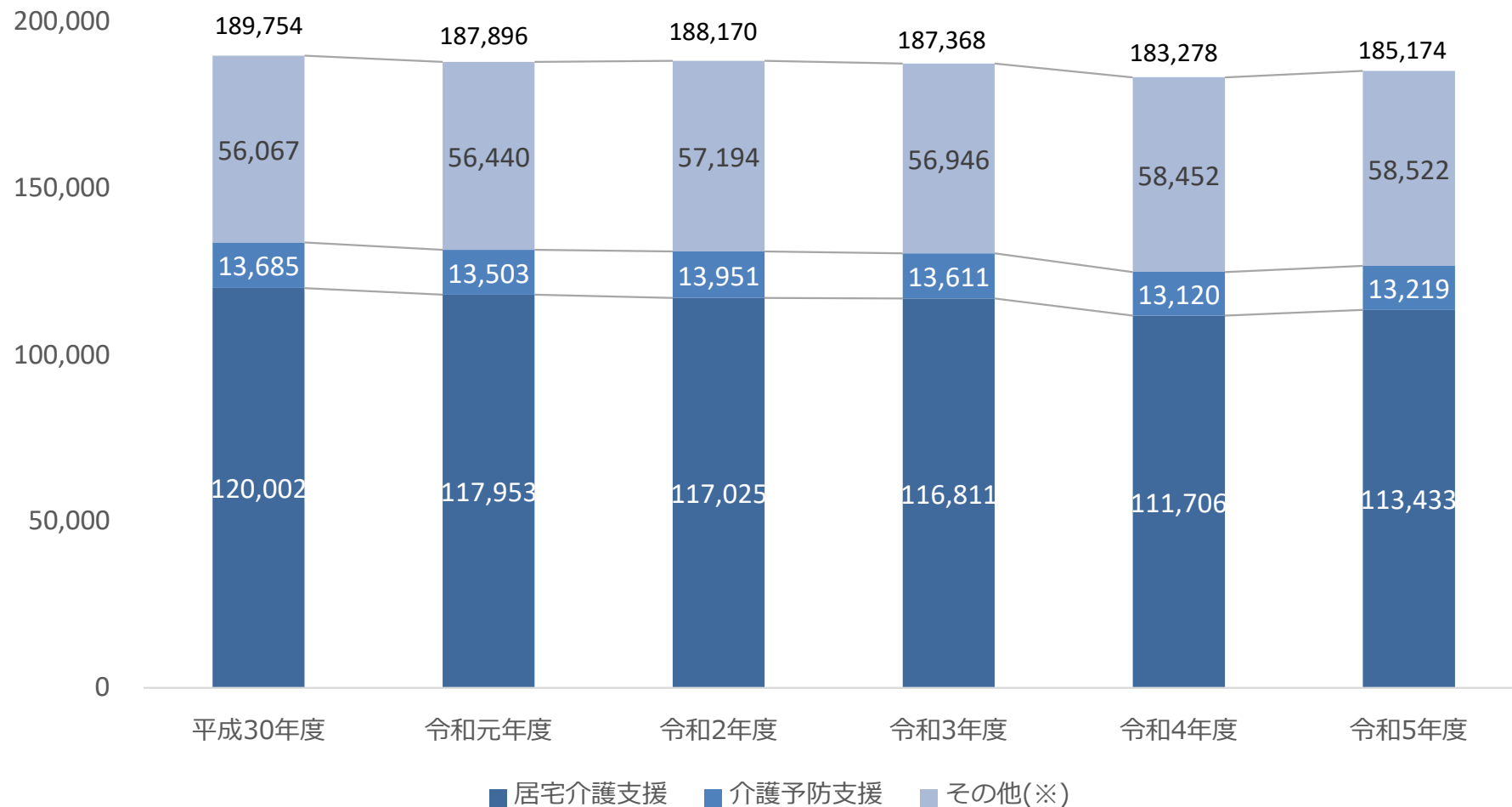
【出典】令和5年度介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)

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。

論点② ケアマネジャーの業務の在り方の整理

現状・課題

- ケアマネジャーの業務は、ケアプランの作成のほか、利用者と直接関わるアセスメントやモニタリング等の業務、事務的な性質を有する給付管理等の業務など、様々な業務が存在。
- 実際にケアマネジャーそれぞれが、各業務を実施している時間を見ると、**ケアプラン作成にかかる時間が最も多く、モニタリングや書類の印刷・給付管理等の事務作業、地域包括支援センター等との連絡にかかる時間も多い。**
- また、こうした業務のほか、身寄りのない高齢者等への生活課題について、地域の適切なつなぎ先が明確化されていないことなどにより、ゴミ出し、通院時等の送迎、死後事務といった業務を、**法定外業務（いわゆるシャドウワーク）として実施せざるを得ないケースも一定数生じているところ。**

介護支援専門員1人あたり1ヶ月間の労働投入時間（居宅介護支援事業所）

個別利用者のケアマネジメントと直接関わる業務																					
	利用者宅への訪問						その他の訪問		来所対応	連絡		会議・照会				オンラインモニタリング	ケアプラン作成	事業所内の報告・連絡・ケースカンファレンス	介護保険に関する各種申請書の作成等	介護保険外のインフォーマルサービス等に関する支援	災害時の警戒呼びかけ、避難支援、緊急訪問
	初回訪問（契約等）、アセスメント、ケアプランの説明	要介護認定更新、区分変更時の説明、手続き	モニタリング	相談・見守り等	担当以外（代理等）	移動・待機	訪問診療立ち会い、通院同行、主治医・医療機関等	地域包括支援センター、その他関係機関		地域包括支援センター・サービス事業所・他機関	利用者・家族	居宅サービス担当者（サービス担当者会議）	オンラインでのサービス担当者会議	医療機関・入所施設（退院・退所カンファレンス）	オンラインカンファレンス						
時間（時間）	2.1	0.9	19.4	2.8	0.3	11.9	2.2	3.2	0.7	8.7	6.8	5.5	0.0	1.1	0.1	0.1	38.2	3.7	2.4	0.7	0.0
割合	1.2%	0.5%	10.8%	1.6%	0.2%	6.6%	1.2%	1.8%	0.4%	4.8%	3.8%	3.1%	0.0%	0.6%	0.1%	0.1%	21.2%	2.1%	1.3%	0.4%	0.0%

	介護保険以外の手続き・書類の受け取り等	金融機関の手続きや申請の代行・支援	家事支援	徘徊時の捜索、捜索依頼の対応	その他（連絡調整を超えた対応等）	緊急時の救急車の同乗、入院手続き	入院に伴う着替えや必要物品の調達等	入退院・通院時の付き添い・送迎、入退院手続き	関連業務					研修・講演、その他委員会等への出席、OJT等	その他業務・移動・待機（出張含む）	兼務業務	合計	
									地域ケア会議や地域連携に関わる会合出席等	管理者業務	事務作業							
											事業所内の打ち合わせ・指導	書類の印刷・複写・整理・ファイリング・発送等	報酬請求に関わる事務作業					
																		利用情報等の転記等の反復入力作業
時間（時間）	0.4	0.1	0.2	0.0	0.5	0.1	0.0	0.4	2.9	5.3	4.4	9.4	4.6	8.1	7.2	21.0	4.6	180.0
割合	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.2%	1.6%	2.9%	2.4%	5.2%	2.6%	4.5%	4.0%	11.7%	2.6%	100.0%

※速報時点の回答状況

	発送数	回答数
事業所数	194	136
ケアマネ数	－ 対象事業所のケアマネに配布	429

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援事業所における介護支援専門員等の業務実態に関する調査研究事業」（速報値）（株）三菱総合研究所

論点② ケアマネジャーの業務の在り方の整理

社会保障審議会
介護保険部会（第127回）

資料 2

令和 7 年10月27日

論点に関する考え方（検討の方向性）

- ケアマネジャーが、その専門性を一層発揮できるような環境を整備する観点から、個々の利用者に対するケアマネジメント業務に注力できるよう、以下のような取組を進めていくことが考えられるのではないかと。
- ・ 法定業務のうちケアプラン作成等業務については、ケアプランデータ連携システム等の I C T の活用による効率化をより一層推進すること
- ・ 法定業務の中でも、給付管理を始めとする事務的な業務について、ケアマネジャーに求められる役割との関係等も踏まえて、生産性向上や適切な業務分担のための環境整備等を推進すること
- ・ 身寄りのない高齢者等への生活課題への対応として、ケアマネジャーが担うことの多い法定外業務（シャドウワーク）については、地域ケア会議も活用しながら地域課題として議論し、実効的な課題解決につながるような取組を推進すること（10月9日に本部会において議論）
 - （※）法定外業務（シャドウワーク）については、業務の発生頻度が事業所により偏りがあるため、タイムスタディ調査による全体の平均では時間数が少なく出ていることに留意する必要がある。

（注）上記の取組と合わせて、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの在り方（10月9日に本部会において議論）も検討。

高齢者向け施設・住まいの全体像（イメージ）

要介護

5

4

3

2

1

要支援

2

1

介護不要

特別養護老人ホーム
（従来型）

特別養護老人ホーム
（ユニット型）

養護老人
ホーム

軽費老人
ホーム

認知症対応型
グループホーム

「住宅型」
有料老人ホーム

「介護付き」
有料老人ホーム

※要介護者が入居
※有料老人ホームに該当する
サービス付き高齢者向け住宅を含む

（特定施設：一般型、
外部サービス型）

〔公営住宅〕
（シルバーハウジン
グ等）

「住宅型」有料老人ホーム・「健康型」有料老人ホーム

※有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む

サービス付き高齢者向け住宅 ※有料老人ホームに該当しないもの

〔公的賃貸住宅（UR、公社）〕

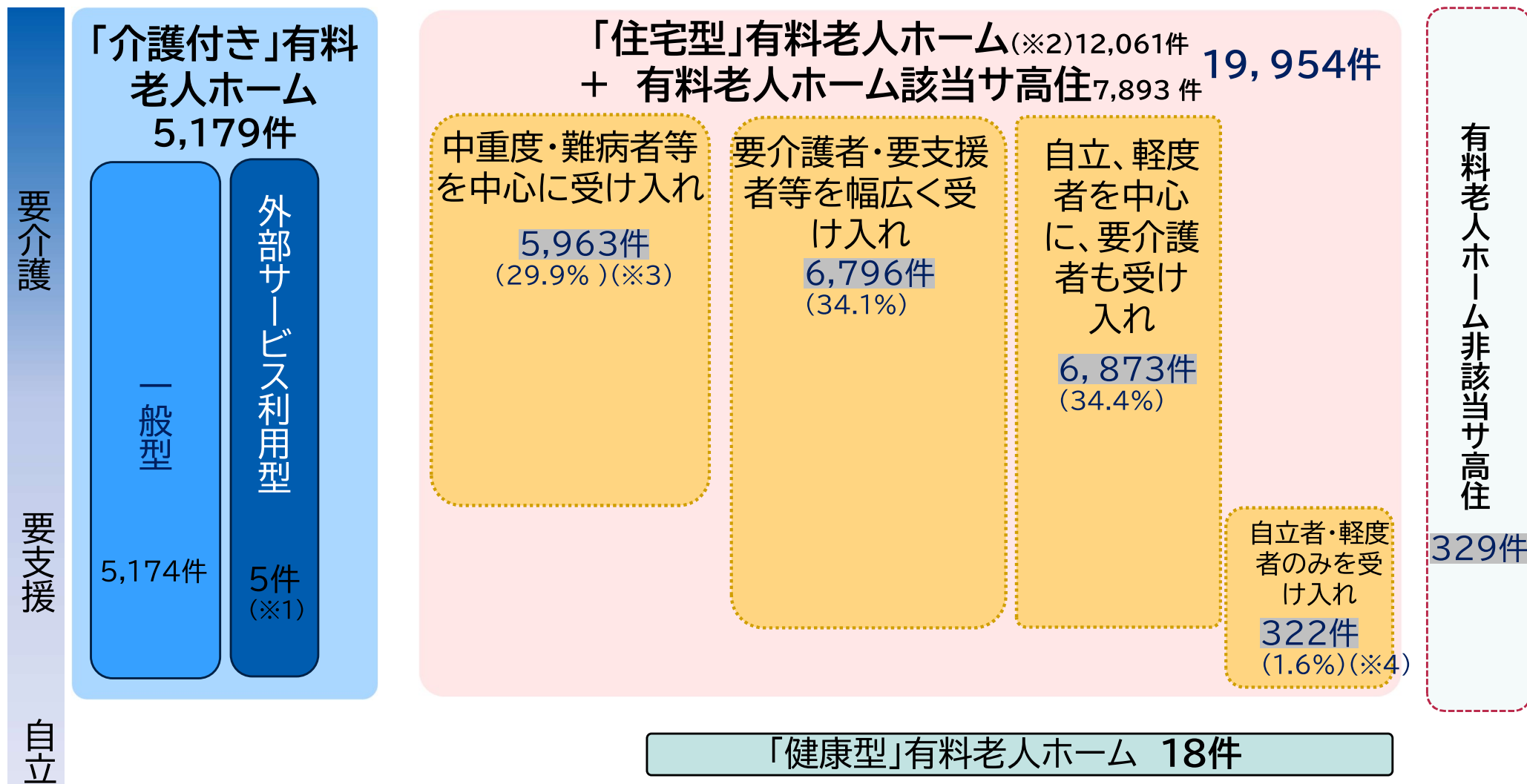
〔民間賃貸住宅〕

低い

入居者の所得水準

116

有料老人ホームの類型と入居者像



(※1) この他、養護老人ホーム・軽費老人ホームにおいて、推計200件程度が外部サービス利用型特定施設の指定を受けている。
(令和4年度老健事業「養護老人ホーム及び軽費老人ホームに勤務する職員の処遇改善の在り方に関する調査研究事業」)

(※2) 住宅型有料老人ホームの**79.6%**が、併設・隣接の介護サービス事業所ありと回答。
(令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する調査研究事業」)

(※3) カッコ内の%は、住宅型有料・有料該当サ高住19,954件に対して占める割合

(※4) 地方の町村部等に立地し、一人暮らしが不安な自立高齢者向けの小規模なホームが多数。

有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

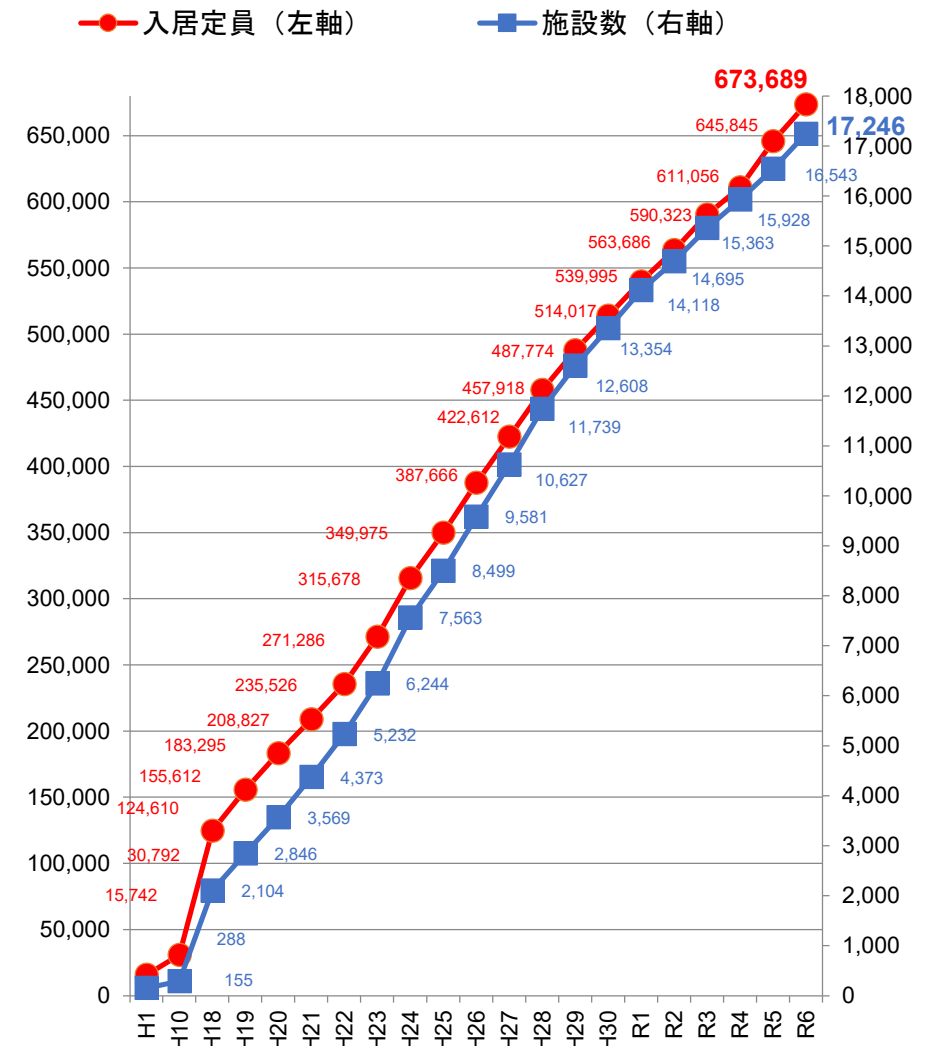
- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。



3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事・指定都市市長・中核市市長の指定を受けなければならない。

有料老人ホーム施設数・定員数の推



※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている（例：個室で1人あたり13㎡以上等）

サービス付き高齢者向け住宅の概要

1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

高齢者の居住の安定確保に関する法律 (改正法 施行H23.10.20)

- 《ハード》
- ・床面積は原則25㎡以上
 - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
 - ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）
- 《サービス》
- ・サービスを提供すること（少なくとも**状況把握・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》
- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること
(初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

登録戸数287,151戸
(令和6年3月31日現在)

2. 登録事業者の義務

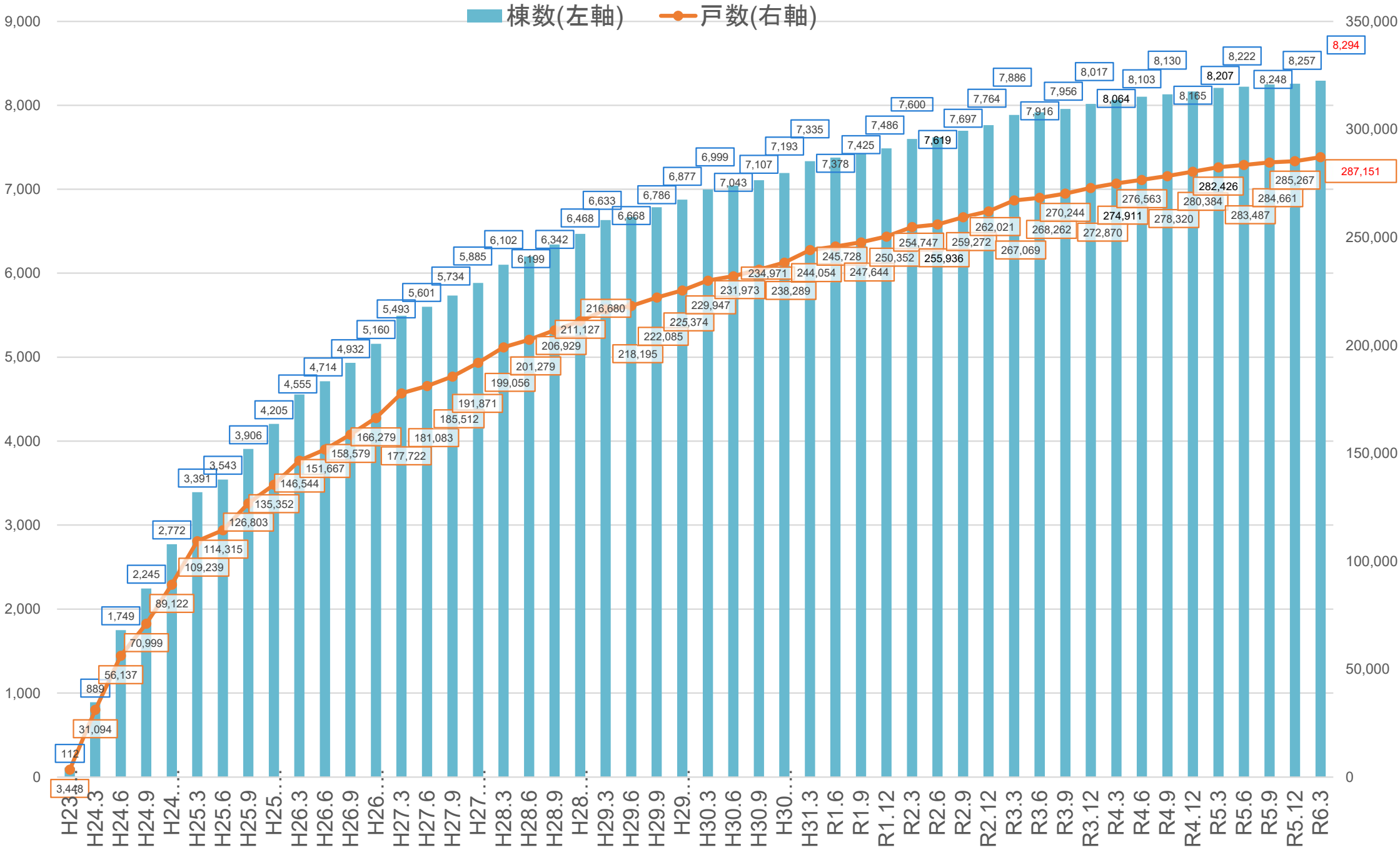
- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移



有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅について

有料老人ホーム

- 老人福祉法に基づき、老人の福祉を図り、その心身の健康保持及び生活の安定を図るための居住施設
- 老人を入居させ、①～④のいずれかのサービス(複数可)を提供
 - ① 食事の提供
 - ② 介護（入浴・排泄・食事）の提供
 - ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
 - ④ 健康管理
- 都道府県等への事前届出
- 指導指針（ガイドライン）に基づき指導監督

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

- 高齢者住まい法に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供し、ハード面の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅
 - ・左記①～④のいずれかのサービス（複数可）を提供する場合、有料老人ホームに該当
 - ・サ高住の登録を受けている場合、有料老人ホームの届出は不要
 - ・サ高住の約96%は有料老人ホームにも該当
- 都道府県等への事前登録
- 法律上の登録基準等に基づき指導監督

有料老人ホーム

（施設数：25,198棟、定員数：951,236名）

※有料老人ホームに該当するサ高住を含む

「住宅型」有料老人ホーム

- 施設数： 12,668棟
- 定員数： 392,346名

※サ高住の登録を受けているものは含まない。

「介護付き」有料老人ホーム（特定施設*）

- 施設数： 4,559棟
- 定員数： 280,801名

※サ高住の登録を受けているものは含まない。

サービス付き高齢者向け住宅

（施設数：8,301棟、住戸数：287,687戸）

サ高住（「住宅型」に該当）

- 施設数： 7,135棟
- 住戸数： 239,168戸

サ高住（特定施設に該当）

- 施設数： 817棟
- 住戸数： 38,379戸

（有料老人ホーム
非該当）

349棟
10,140戸

*特定施設

- 介護保険法に基づき、介護保険サービスを有料老人ホームが直接提供することについて都道府県・市町村の指定を受けた施設。居宅サービス、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話について包括的に介護報酬が給付される

※有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ（R6.6.30時点）。なお、合計数には上記の種類のほか健康型有料老人ホーム（19棟、542名）を含む。

※サ高住の施設数・定員数は、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムによる（R6.6.30時点）。

論点① 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方等

社会保障審議会
介護保険部会（第128回）

令和7年11月10日

資料3

現状・課題（続き）

3. 有料老人ホームにおけるいわゆる「囲い込み」対策のあり方について

（いわゆる「囲い込み」の背景と実態について）

- 特定施設（「介護付き」有料老人ホーム）においては、有料老人ホームが入居者との間で入居契約及び特定施設入居者生活介護サービス利用契約を結び、有料老人ホームが配置するケアマネジャーがケアプランを作成した上で、一般型の場合は有料老人ホーム自らが、外部サービス利用型の場合は有料老人ホームと委託契約を締結した介護事業所（委託事業者）が、入居者に対して介護サービスを提供する関係にある。
- 一方、「住宅型」有料老人ホームの場合は、有料老人ホームが入居者との間で入居契約を結んだ上で、ケアプランの作成や介護サービスについては、入居者が地域の介護事業所と自由に契約し、それぞれの介護事業所がサービスを提供する関係にある。しかし、有料老人ホームと介護事業所が形式上は別個に運営されているものの、実態としては有料老人ホームと同一・関連法人等の介護事業所が併設され、有料老人ホーム運営事業者が入居者に対して介護も事実上一体的に提供している形態が多い。
- 「住宅型」有料老人ホームやサ高住において入居者に対し過剰な介護サービスの提供（いわゆる「囲い込み」）が生じる背景として、「住宅型」有料老人ホームやサ高住の入居者に介護サービスを提供する場合は出来高報酬であり、かつ、介護報酬の利用上限額が特定施設よりもやや高いこと、また、有料老人ホームと同一・関連法人が事業所を併設・隣接するなどして、居宅系サービスを展開している場合が多いという実態が指摘されている。
- 令和6年度に実施した調査研究事業における複数市を対象とした調査において、「住宅型」有料老人ホーム及びサ高住の平均要介護度と平均区分支給限度額利用割合に正の相関が見られ、要介護度が高くなるにつれ、支給限度額利用割合も高くなる傾向が確認された。

（ケアマネジメントのプロセスの透明化について）

- 特定の介護事業所によって高齢者住まいの入居者に対して介護サービスが集約的に提供されることや、要介護度の高い方について適切なケアプランに基づき支給限度額の上限に至るサービス利用自体は当然にあり得るが、入居者の選択の自由が保障されているか、個々の高齢者の状態に応じた適切なアセスメント等のプロセスに基づいてケアマネジメント及びサービス提供が行われているかが重要と考えられる。そのうえで入居者が適切にサービス等を選択できる状況であれば、併設の介護サービスが安定的に確保される状態自体は望ましいことと考えられるが、一律の過剰サービス提供によって不利益を受ける入居者があってはならないと考えられる。
- 入居者自身の選択及び決定による、入居者本位のサービス利用を担保するためには、ケアマネジメントの中立性の確保が重要と考えられる。かかりつけ医やケアマネジャーは入居者本人が選択することが基本であり、入居者がそれを変更したくない意思を持っているのであれば尊重されるべきであり、ケアマネジャーの変更が実質的な入居要件になっているとすれば是正する必要があると考えられる。
- また、高齢者が高齢者住まいに入居する際に、本人の希望に応じて、それまでに使っていたケアマネジャーあるいは介護サービスを入居後も利用できることが法令に基づき担保されるべきことを、地域包括支援センター、地域のケアマネジャーや医療ソーシャルワーカーといった専門職が認識を深めることが必要であり、高齢者本人やその家族等の選択が周囲の専門職に適切にサポートされる体制づくりが必要と考えられる。

論点① 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方等

社会保障審議会
介護保険部会（第128回）

資料3

令和7年11月10日

論点に対する考え方（検討の方向性）（続き）

＜有料老人ホーム検討会とりまとめ「検討の方向性」より抜粋＞

3. 有料老人ホームにおけるいわゆる「囲い込み」対策のあり方について

（ケアマネジメントのプロセスの透明化について）

- 介護事業所と提携する有料老人ホームにおいて、ケアマネ事業所やケアマネジャーの独立性を担保する体制の確保として、**指針の公表、施設長・管理者への研修、相談担当者の設置等の措置**を行うこととしてはどうか。
- 併せて、一定の独立性が担保されない形での事業運営を行っている「住宅型」有料老人ホームがある現状を踏まえ、こうした「**住宅型**」有料老人ホームにおけるケアマネジメントとの関係性について整理することも考えられるのではないかな。
- 入居契約において、有料老人ホームと資本・提携関係のある介護サービス事業所やケアマネ事業所の利用を契約条件とすることや、利用する場合に家賃優遇といった条件付けを行うこと、かかりつけ医やケアマネジャーの変更を強要することを禁止する措置を設けてはどうか。
- 有料老人ホームにおいて、入居契約とケアマネジメント契約が独立していること、契約締結やケアプラン作成の順番といったプロセスにかかる手順書やガイドラインをまとめておき、入居希望者に対して明示することや、契約締結が手順書やガイドライン通りに行われているかどうかを行政が事後チェックできる仕組みが必要ではないかな。

（自治体による実態把握について）

- 有料老人ホームがケアマネ事業所や介護サービス事業所と提携する場合は、有料老人ホームが事前に当該提携状況を行政に報告・公表し、ケアマネ事業所や介護サービス事業所の契約に関して中立性が担保されるための体制を行政がチェックできる仕組みが必要ではないかな。

（住まい事業と介護サービス等事業の経営の独立について）

- 有料老人ホーム運営事業者が介護サービス等と同一・関連事業者である場合は、当該有料老人ホームの事業部門の会計と、介護サービス等部門の会計が分離独立して公表され、その内訳や収支を含めて確認できることが必要ではないかな。

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

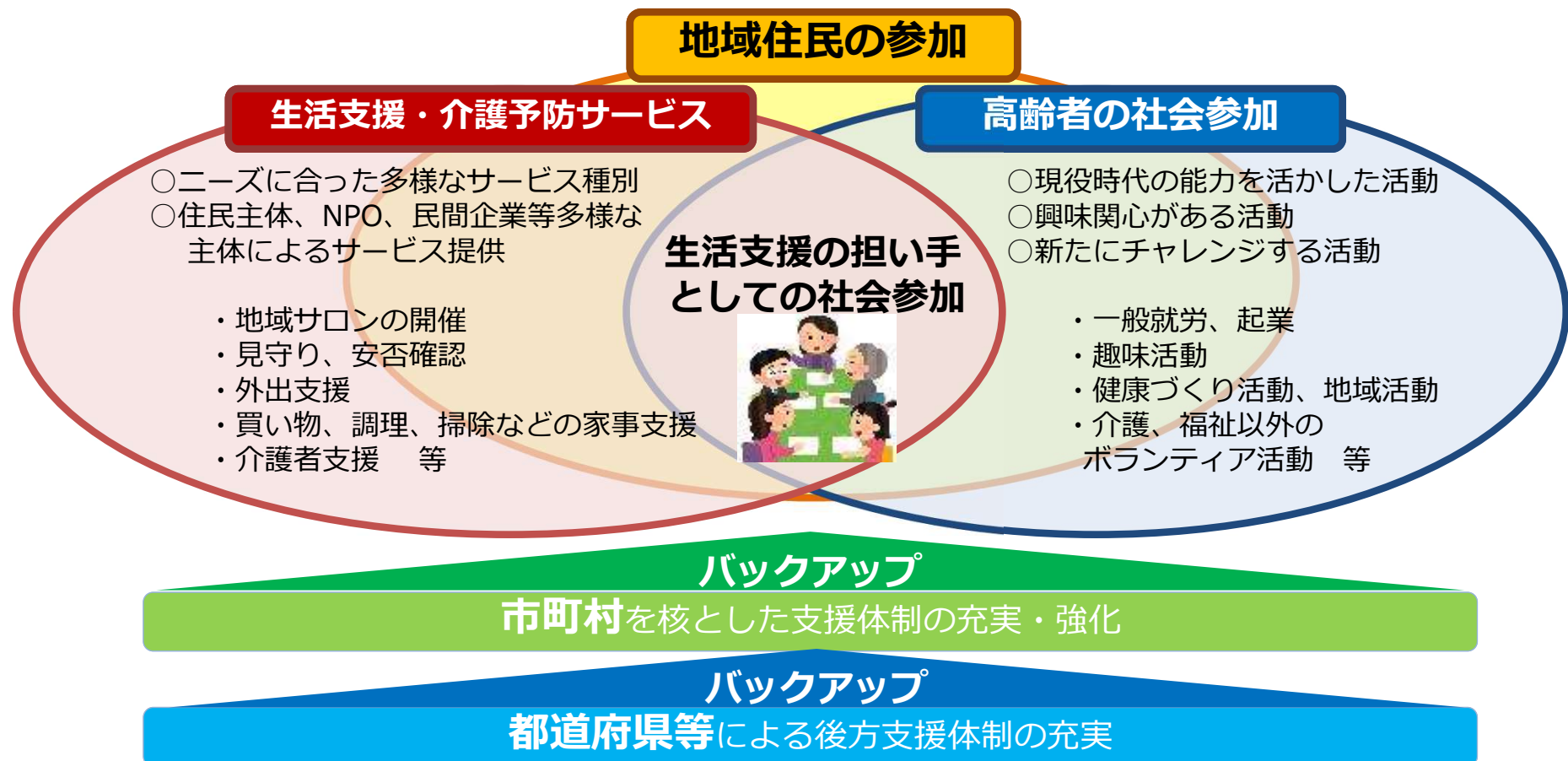
地域の実情に応じて必要な取組を実施。

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

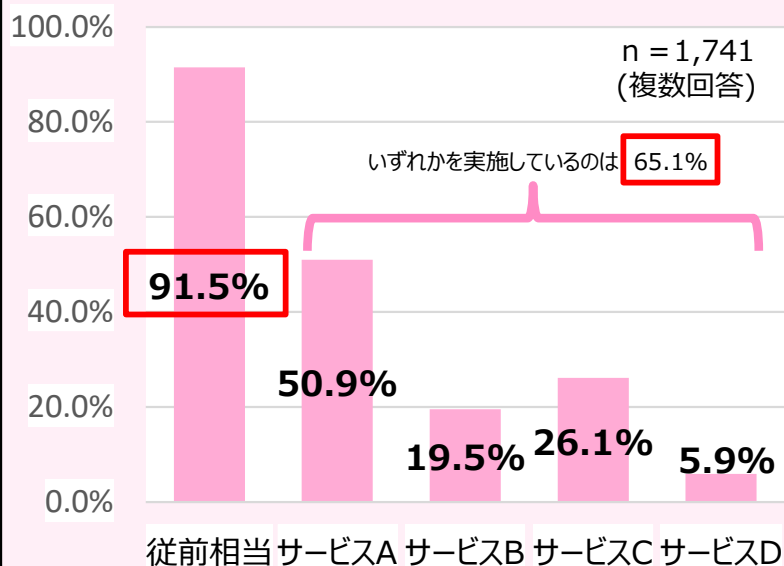
介護予防・日常生活支援総合事業

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。

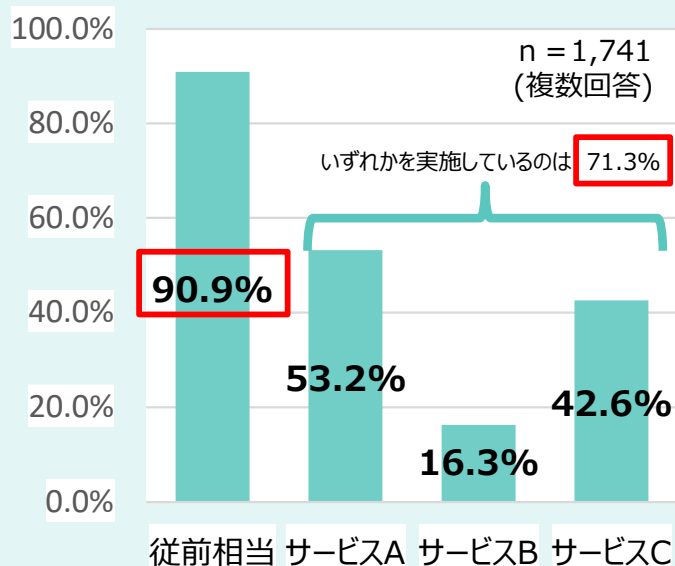
訪問型サービス



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	

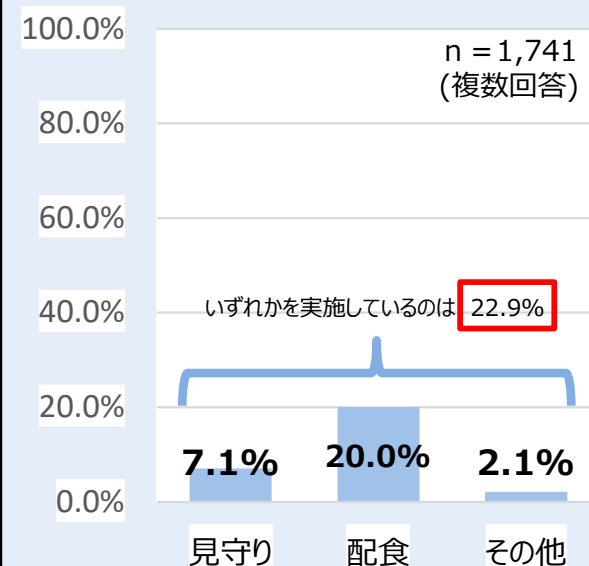
通所型サービス



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



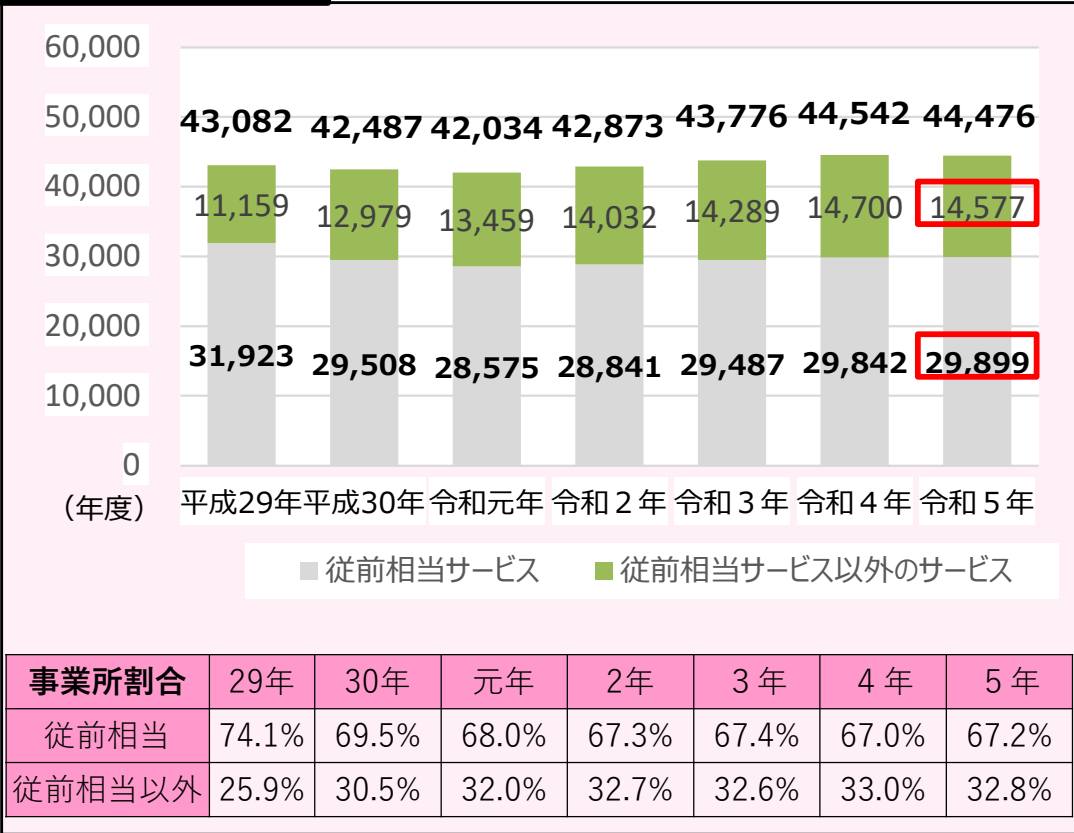
実施市町村数

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	

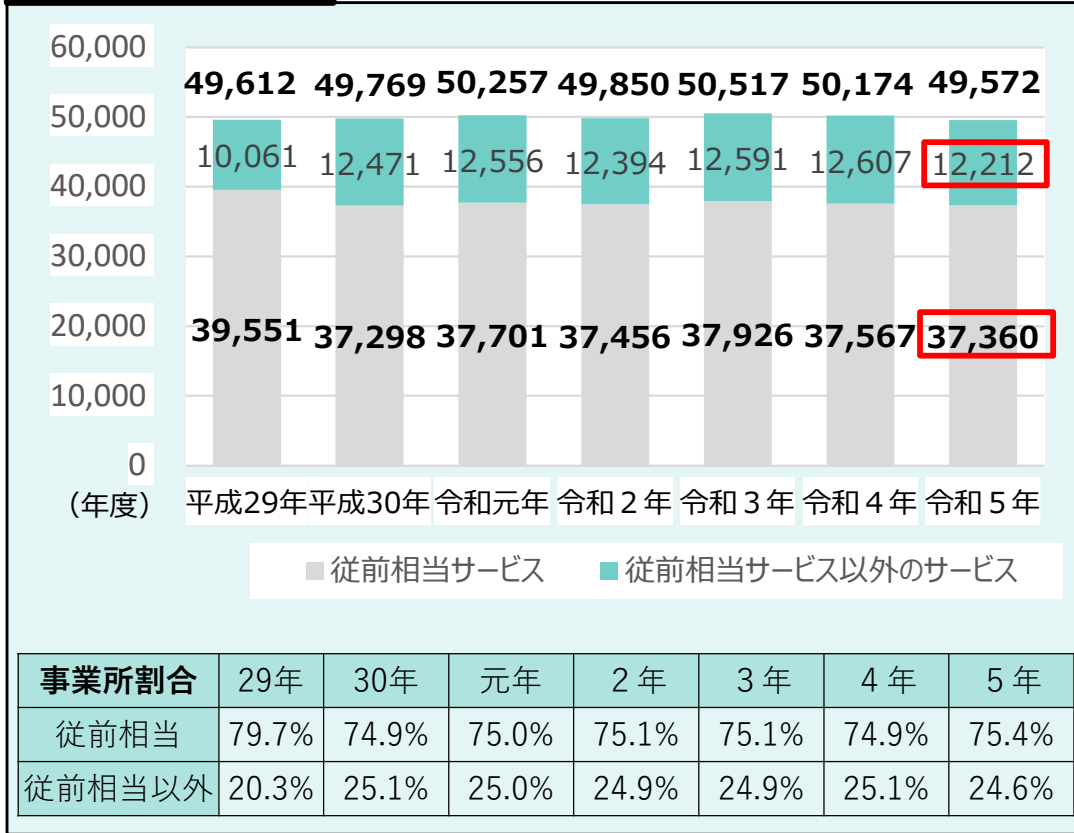
介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

- 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。

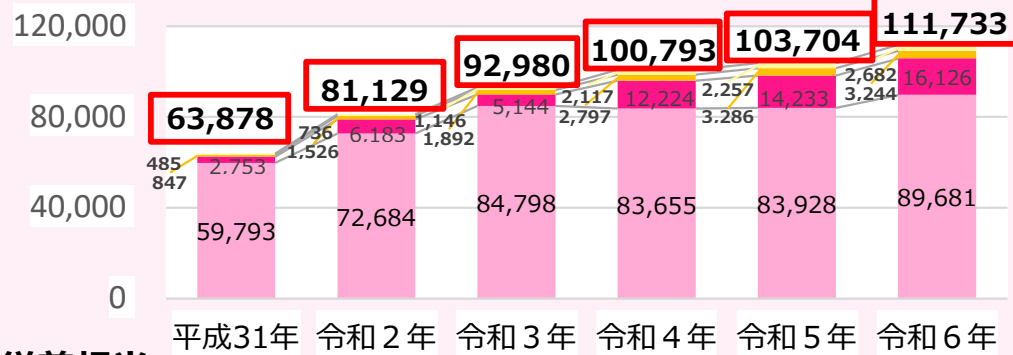
介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 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

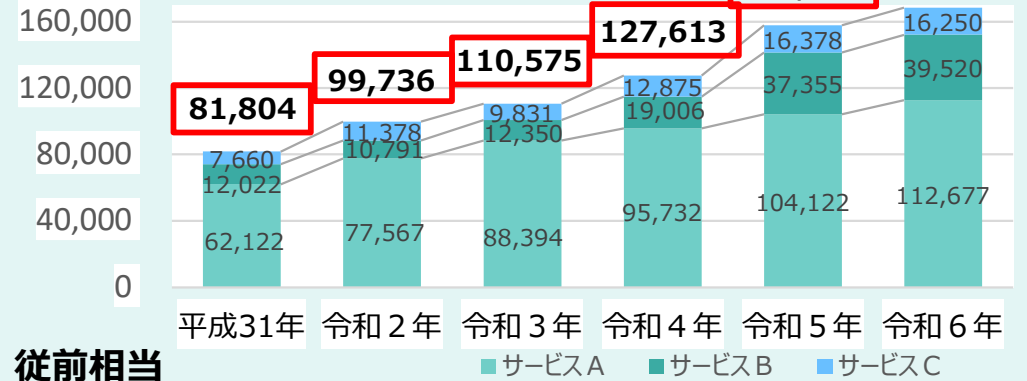


	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	59,793	72,684	84,798	83,655	83,928	89,681
サービスB	2,753	6,183	5,144	12,224	14,233	16,126
サービスC	847	1,526	1,892	2,797	3,286	3,244
サービスD	485	736	1,146	2,117	2,257	2,682
従前相当	361,300	349,300	341,800	329,000	319,100	315,400

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

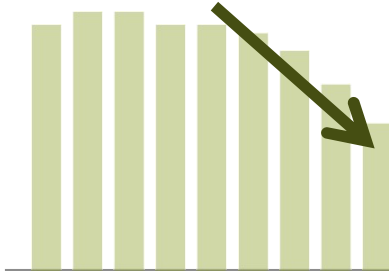
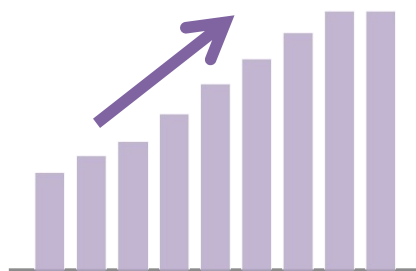
〔いずれも平成31年以降とは調査時点が異なり、各年6月の数値であることから、グラフには表示していない。〕

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

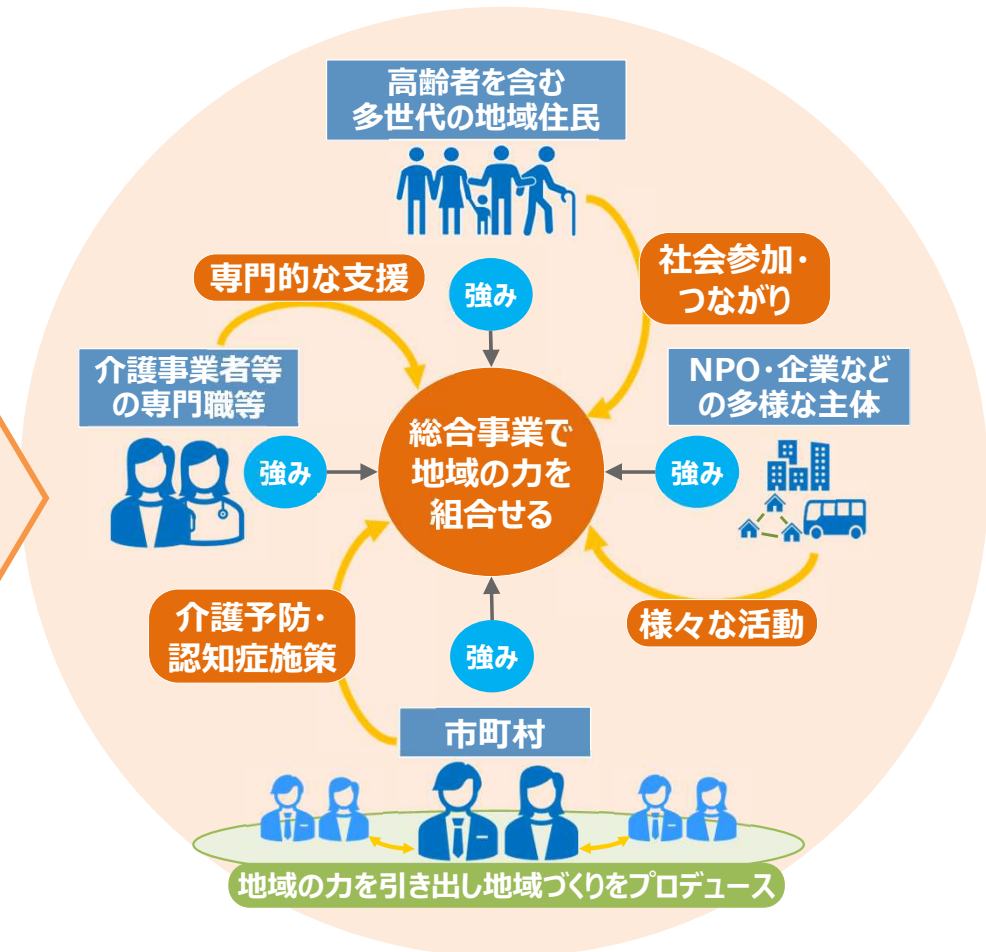
現役世代の減少



地域共生社会の実現



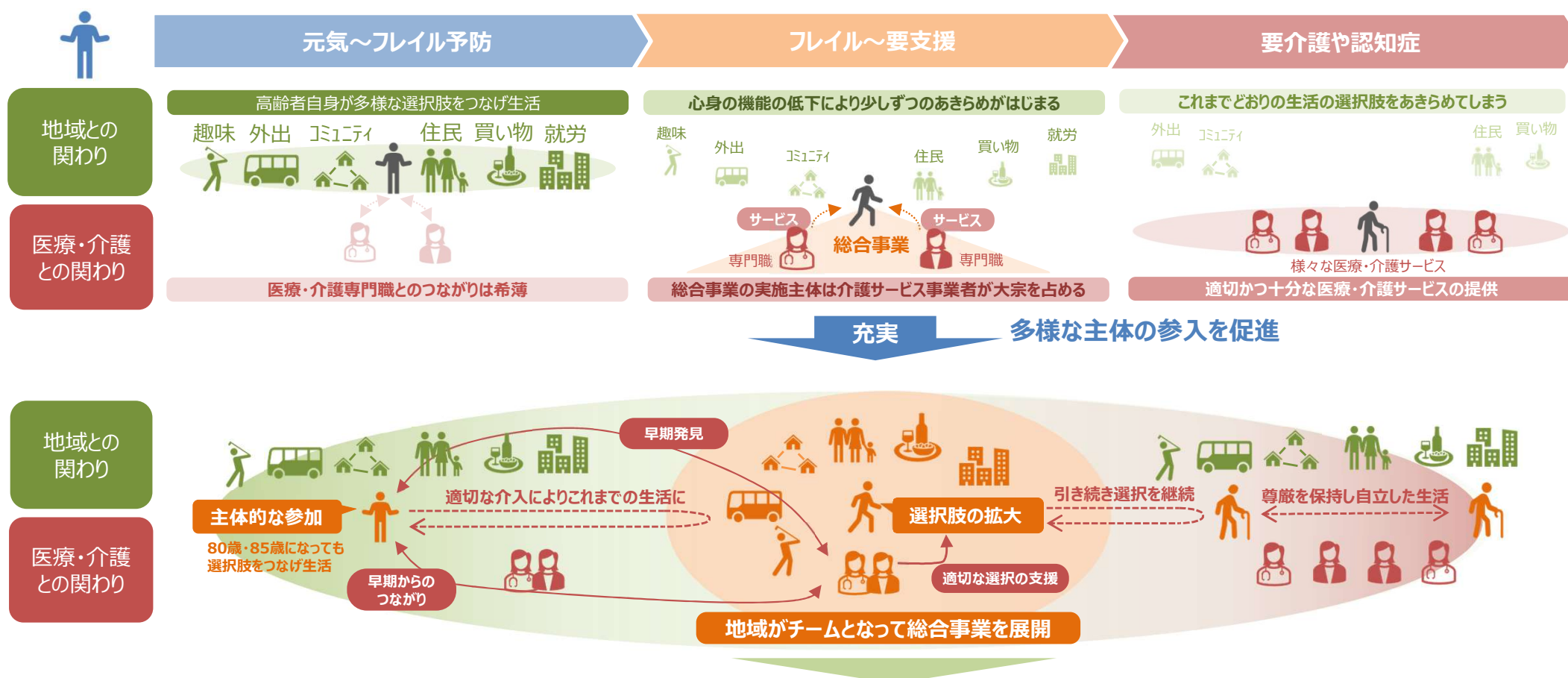
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々



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

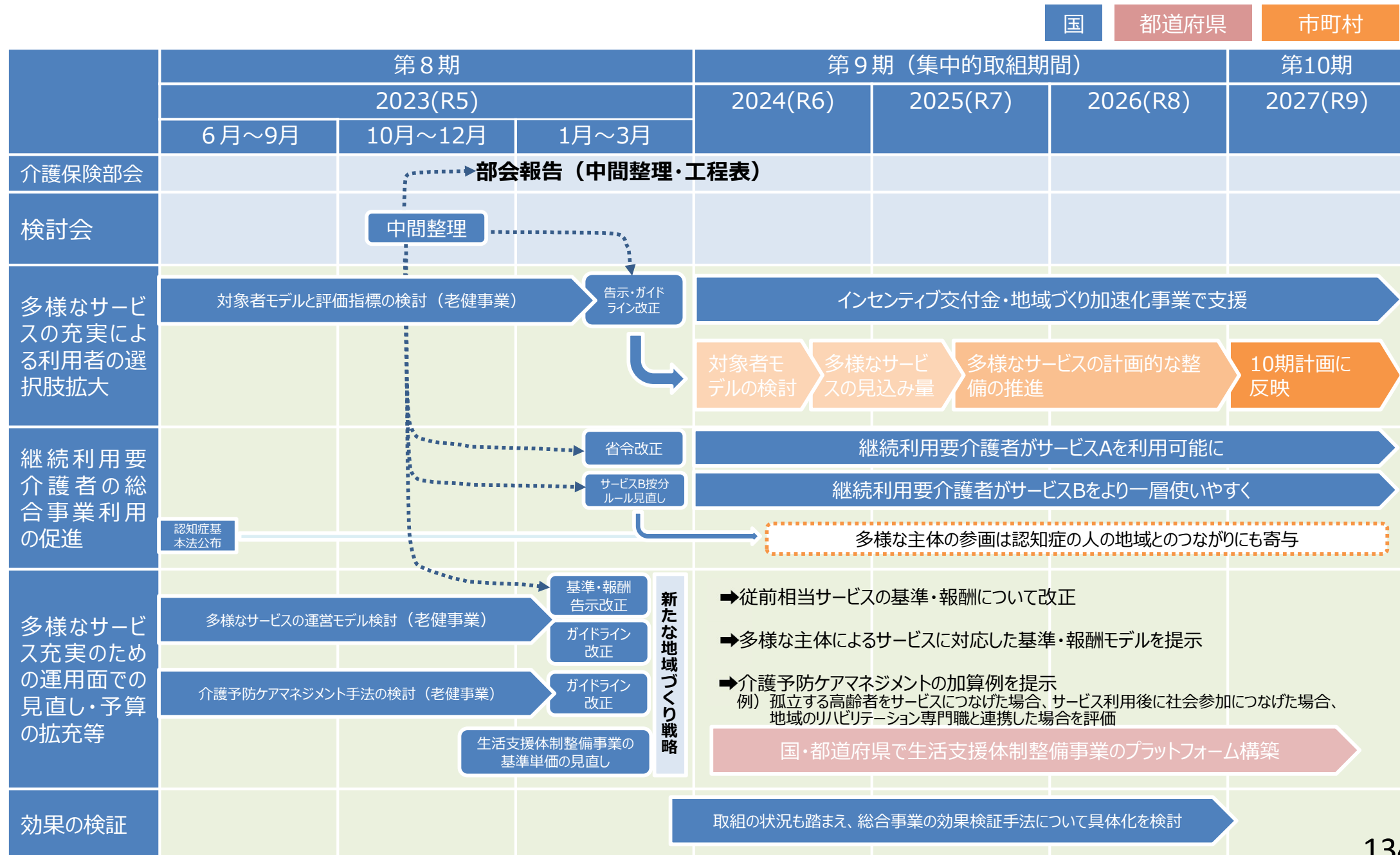
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 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



論点① 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進

現状・課題（続き）

社会保障審議会
介護保険部会（第128回）

資料 2

令和 7 年11月10日

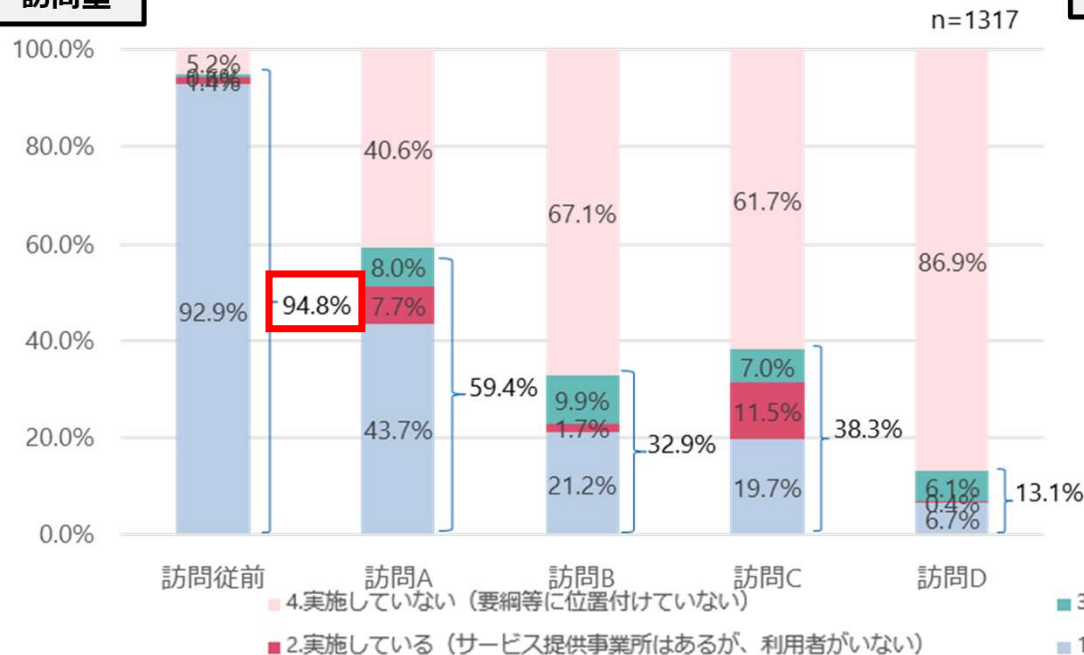
＜サービス・活動事業等の実施状況＞

- 地域支援事業実施要綱等の改正後の、令和 7 年 5 月末時点における、各市町村の総合事業のサービス・活動事業等の実施状況を見ると、類型毎のサービス・活動の実施市町村の割合は、訪問型・通所型ともに**従前相当サービスの割合が最も高くなっている**。
- また、訪問 B・通所 B（※）はNPO法人、地縁組織（町内会・自治会）、任意団体等の多様な主体が参画しており、訪問 B はサービス従事者数が増える効果があるとした市町村の割合が高くなっている。一方で、訪問 B・通所 B を実施していない市町村において、その 4 割以上が、担い手が少なく参入が見込めないことをあげており、**事業者・多様な主体が参画しやすい環境づくりが重要**。

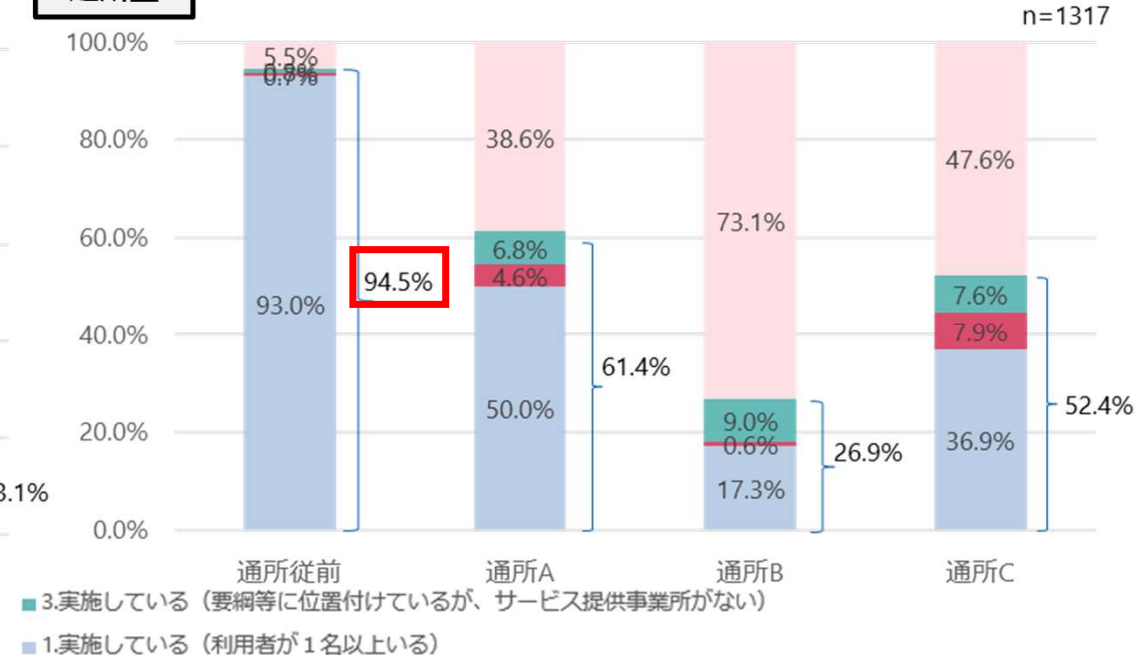
（※）サービス・活動 B は、居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、居宅において日常生活上の支援を行う事業（訪問型）又は施設において日常生活上の支援若しくは機能訓練を行う事業（通所型）であって、市町村が補助・助成を行うことで地域の人材や社会資源の活用を図るもの。

【市町村における類型毎のサービス・活動の実施割合】

訪問型



通所型



論点① 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進

【サービス・活動事業の実施事業者・団体がある市町村（市町村内に1つ以上ある場合該当）】

社会保障審議会 介護保険部会（第128回） 令和7年11月10日	資料2
--	-----

	訪問従前 (n=1241)	訪問A（指定） (n=542)	訪問A（委託） (n=209)	訪問B (n=302)	訪問C (n=412)	訪問D (n=93)	通所従前 (n=1234)	通所A（指定） (n=585)	通所A（委託） (n=168)	通所B (n=236)	通所C (n=590)
社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）	68.7%	61.8%	7.2%	3.3%	11.2%	19.4%	84.4%	64.8%	39.3%	8.1%	22.7%
社会福祉協議会	59.4%	45.9%	22.0%	27.2%	2.9%	19.4%	39.8%	23.9%	44.0%	10.2%	7.5%
医療法人	43.8%	33.9%	1.4%	0.0%	37.1%	4.3%	48.8%	31.5%	13.1%	2.1%	41.7%
協同組合	23.1%	18.3%	2.9%	4.0%	2.7%	0.0%	17.7%	9.6%	1.2%	4.2%	2.7%
株式会社・有限会社・合同会社等の民間企業（介護給付・予防給付の事業者指定あり）	81.4%	78.0%	10.0%	0.7%	21.4%	7.5%	82.7%	74.2%	25.6%	1.7%	29.0%
株式会社・有限会社・合同会社等の民間企業（介護給付・予防給付の事業者指定なし）	4.8%	5.9%	4.3%	0.7%	10.2%	2.2%	5.3%	12.0%	17.3%	3.0%	17.8%
シルバー人材センター	1.8%	12.0%	71.3%	29.8%	0.0%	1.1%	0.2%	0.3%	1.8%	0.8%	0.0%
社団法人・財団法人（シルバー人材センターを除く）	23.1%	11.4%	1.4%	2.0%	17.2%	2.2%	12.0%	6.0%	1.8%	4.2%	10.3%
家政婦（夫）紹介所	1.0%	0.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
地域運営組織（RMO・まちづくり協議会）	0.0%	0.0%	0.0%	4.6%	0.0%	6.5%	0.1%	0.0%	0.6%	7.6%	0.0%
NPO法人	28.6%	32.1%	4.8%	19.2%	4.4%	32.3%	26.0%	19.7%	15.5%	19.9%	4.1%
地縁組織（町内会・自治会等）	0.2%	0.0%	0.5%	16.9%	0.0%	9.7%	0.0%	0.0%	0.6%	24.6%	0.2%
老人クラブ	0.1%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%
任意団体（老人クラブ・地縁団体を除く）	0.0%	0.0%	0.0%	26.2%	3.4%	25.8%	0.1%	0.2%	1.8%	60.6%	0.7%
その他	3.2%	2.4%	0.5%	5.0%	39.1%	3.2%	4.9%	4.3%	3.6%	7.2%	19.3%
無回答	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%

※1（具体的な内容：自由記載で回答があった例）市町村が直営、公立病院、リハビリ専門職に委託

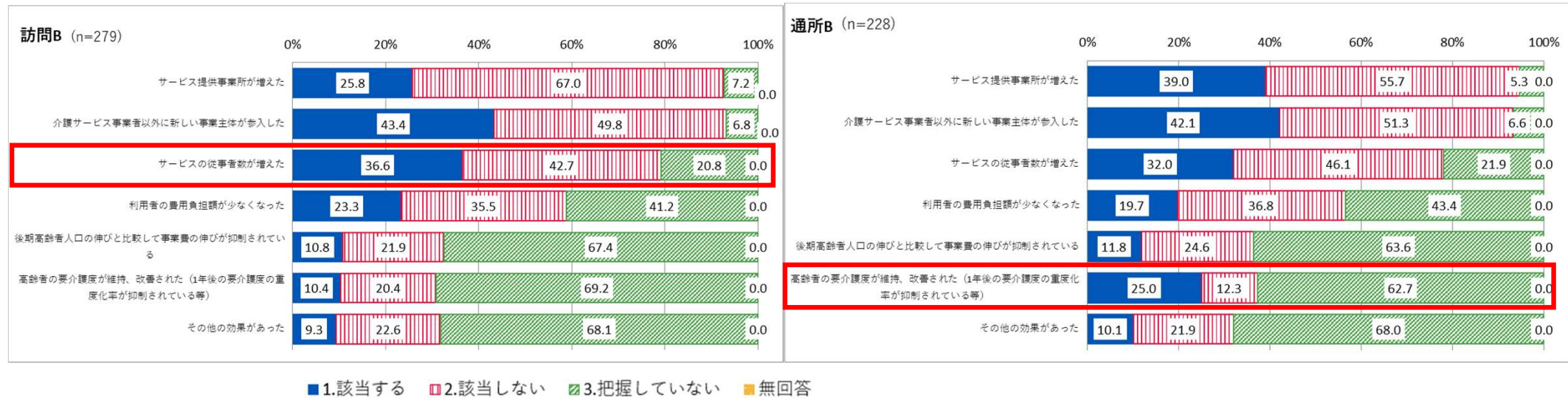
※2（具体的な内容：自由記載で回答があった例）市町村が直営、整骨院

※ 令和7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）より作成（令和7年9月8日時点速報集計）※ 全市町村に対して調査し、回答数1317。

論点① 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進

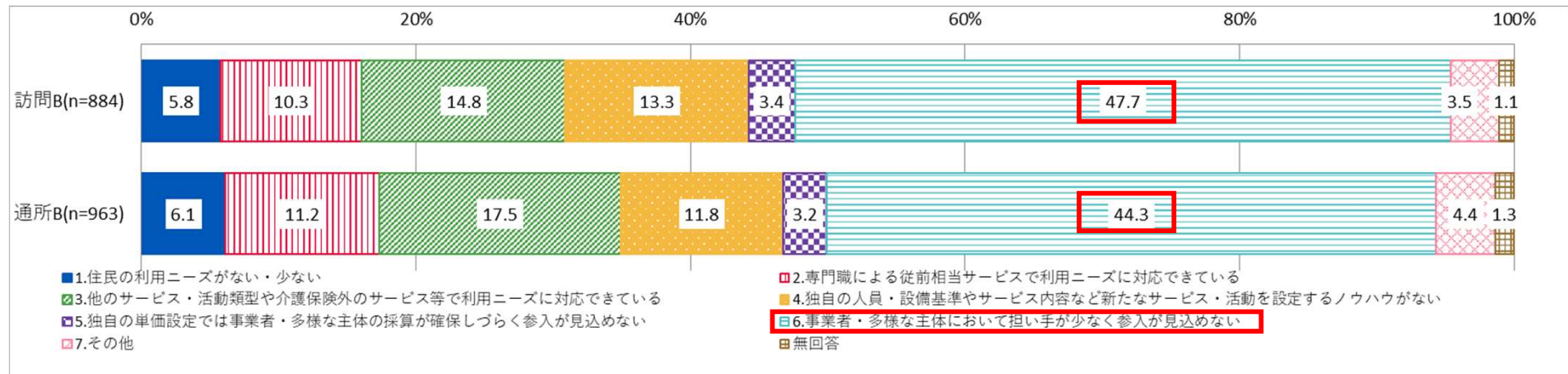
社会保障審議会 介護保険部会（第128回） 令和7年11月10日	資料2
--	-----

【サービス・活動Bを実施している市町村における効果】



※「該当する」の割合から「該当しない」の割合を引いた値が最も大きい項目を赤枠で囲んでいる。

【サービス・活動Bを実施していない市町村における、実施していない主な理由】



論点① 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進

現状・課題（続き）

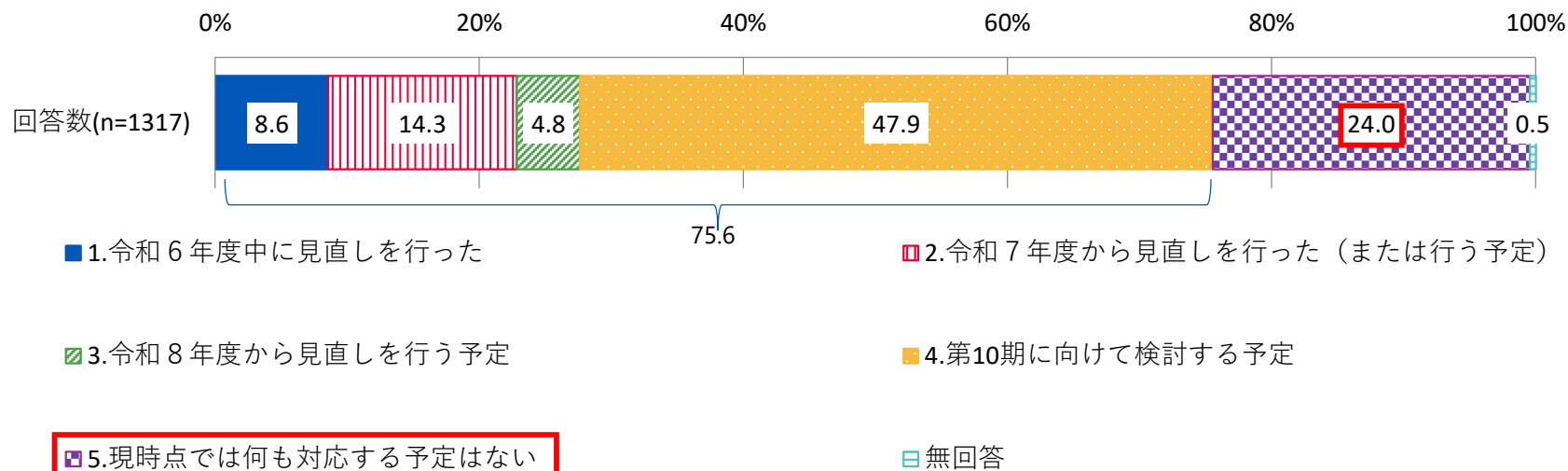
社会保障審議会
介護保険部会（第128回）
令和7年11月10日

資料2

＜総合事業の充実に向けた市町村の見直しの状況＞

- 令和6年8月の地域支援事業実施要綱の改正を踏まえた総合事業の見直しについて、令和6年度中に実施した市町村は約9%にとどまっている。今後、**約4分の3の市町村が集中的取組期間である第9期計画期間中に検討を行う予定であるが、現時点では何も対応する予定はない市町村が約4分の1**となっている。
- **こうした市町村においては、今後対応すべき課題を明確化していくことが重要。**厚生労働省では、各市町村の関係者が、今後直面する課題や総合事業の目的の理解を含め、必要な検討を進めることができるよう、本年7月に「総合事業の充実に向けたワークシート」（※）を配布するなど、更なる支援を行っている。
（※）各市町村における現状や課題を見える化し、課題に対して何をすればよいかを関係者間で議論をする際の基礎資料となるもの。

【総合事業の充実に向け、令和6年8月の地域支援事業実施要綱の改正を踏まえた総合事業の見直しを行ったか】



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。

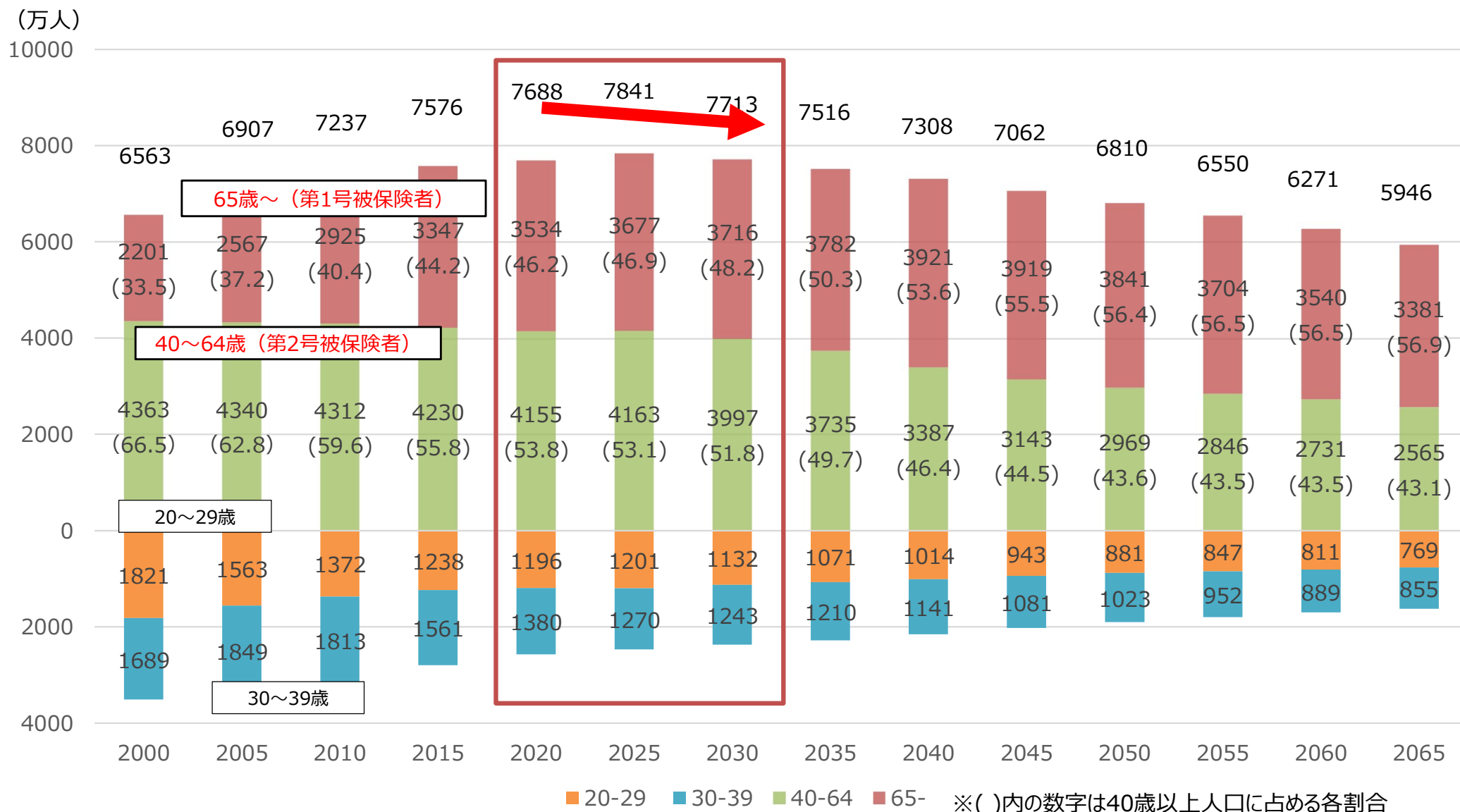
2. 特定疾病の範囲

● 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年度を目途として所要の措置を講ずる旨の<u>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の意見や、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	

参考資料

- ・ ⑨ その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）

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

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、O T C類似薬の保険給付の在り方の見直し²⁰⁸や、地域フォーミュラリの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療D Xを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

²¹¹ 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底

医療・介護保険における負担への金融所得の反映の在り方について、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、税制における確定申告の有無により負担等が変わる不公平な取扱いを是正する必要がある。保険者が金融機関等からの情報を基に確定申告されていない金融所得を負担の公平性の観点から反映させる方法などが考えられるが、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担等の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、どのように金融所得の情報を反映させるかを含め、具体的な制度設計を進める。年齢に関わらず負担能力に応じた負担を目指す観点から、現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減に配慮する。

保険料・負担割合等に勘案される所得

- 介護保険や後期高齢者医療・国民健康保険においては、市町村民税の所得情報を基に保険料や負担割合等の計算を行っている。
- 非課税所得や源泉徴収で課税関係が終了する金融所得、金融資産等は勘案されていない。

勘案される所得の種類	具体例
事業所得	小売業・卸売業・製造業・サービス業など農業以外の事業からの所得
農業所得	農業からの所得
不動産所得	家賃・地代、船舶や航空機などの不動産の貸付による所得
利子・配当所得	非上場株式の配当・譲渡益、公社債の利子、確定申告した場合の上場株式の配当・譲渡益、特定公社債の利子（総合課税分）など
給与所得	給与
雑所得	公的年金（遺族年金、障がい年金など非課税年金を除く）、私的年金、原稿料・印税・講演料・謝礼など
譲渡・一時所得	土地・建物などの資産を譲渡した際の所得、生命保険の受取金、当選金など
山林所得	山林を伐採したこと等により生ずる所得
他の所得と区別される所得	分離課税として確定申告された土地・建物や株式等の譲渡所得など

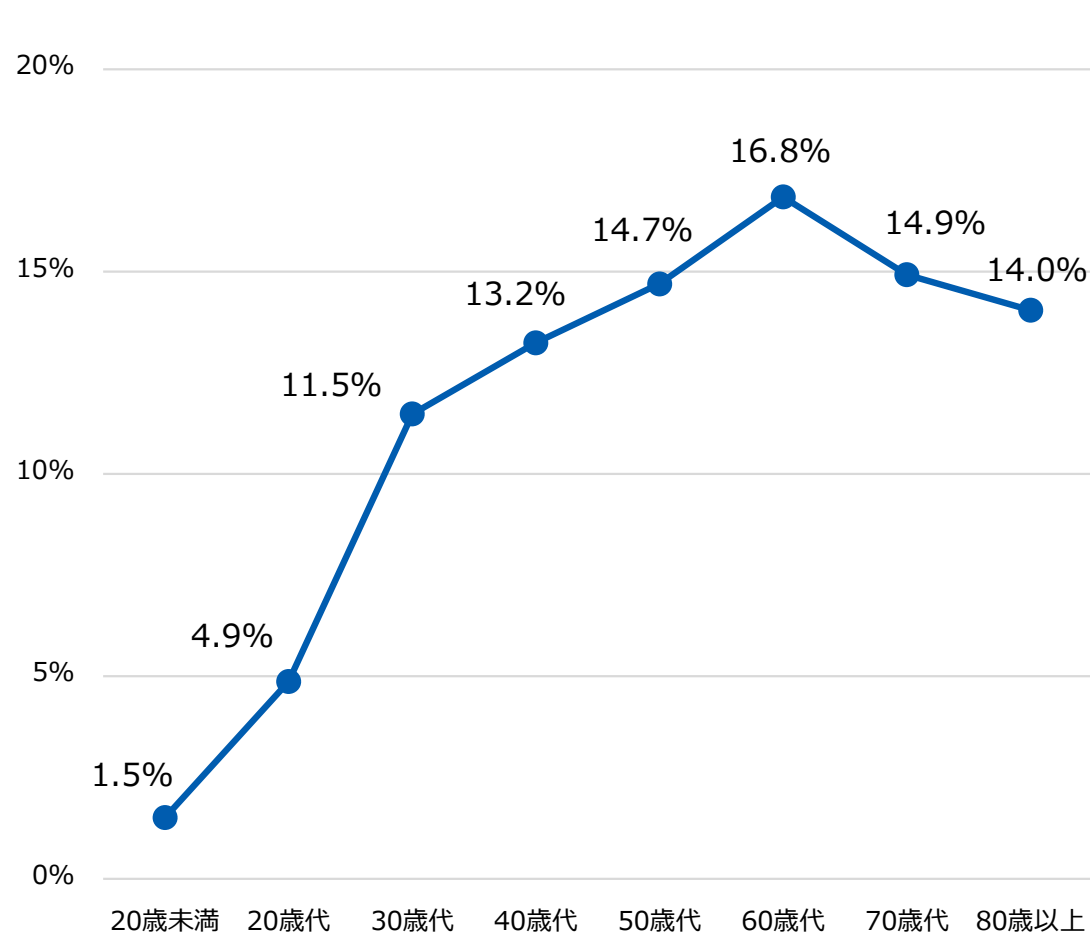
- 保険料・負担割合等に勘案されない所得等として、
 - ・ 源泉徴収で課税関係が終了する上場株式の配当・譲渡益、特定公社債の利子など
 - ・ 源泉分離課税の預貯金利子など
 - ・ 非課税（NISA）口座の金融所得
 - ・ 金融資産（預貯金、有価証券等）
 - ・ 遺族年金・障害年金などの非課税年金などがある。

※ これらの所得や資産は、市町村民税の所得情報を用いる医療保険や介護保険では原則として把握・勘案されていないが、介護保険の補足給付においては、本人からの自己申告により預貯金等の資産を確認し給付の判定に用いる仕組みを設けている（非課税年金は年金保険者から市町村への情報連携により確認）。

個人株主の状況

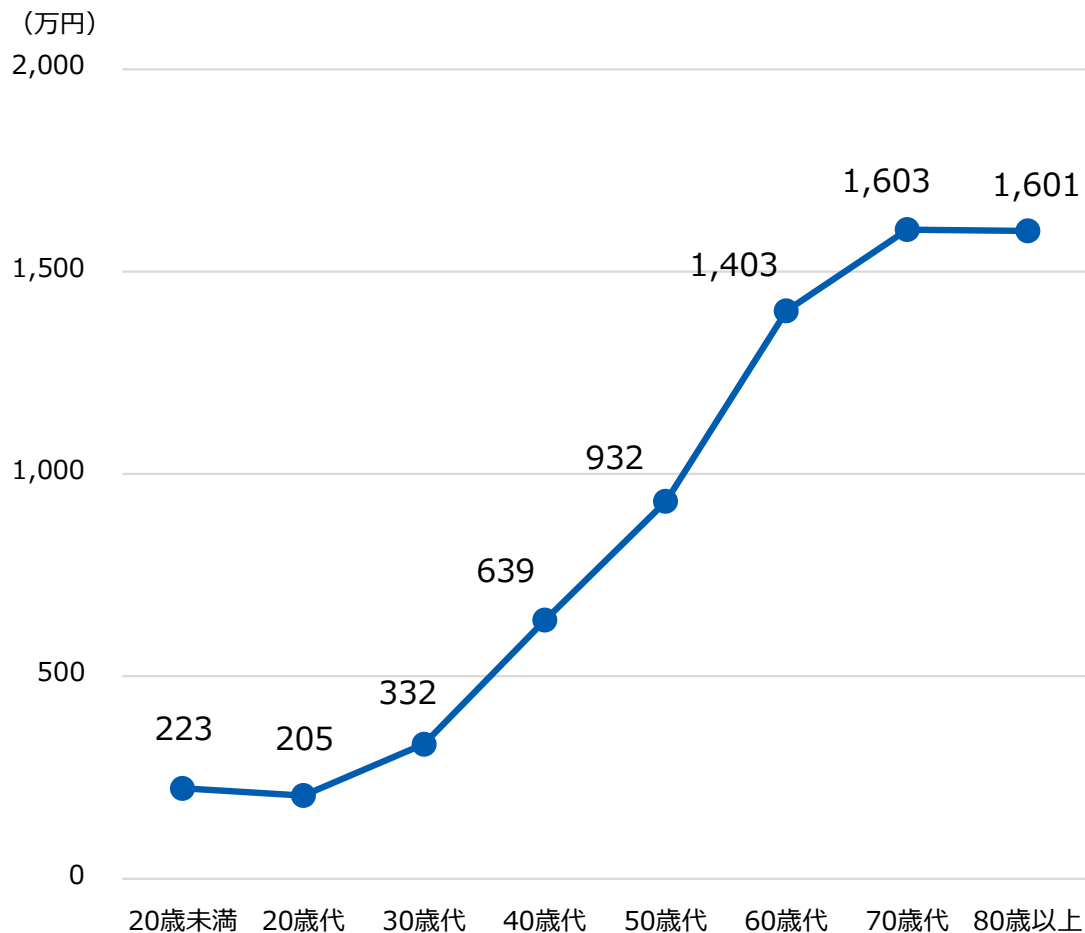
- 人口に占める個人株主の割合は、30代以上で10%を超えるが高い年代でも10%台半ば程度にとどまる。
- 一人当たり上場株式保有額は年齢に比例して増加し、70歳代以上になると1600万円程度となる。

年齢階級別の人口に占める個人株主の割合



出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）、
総務省統計局「人口推計」（2025年4月確定値）
より厚生労働省保険局において作成

株式保有者の年齢階級別一人当たり上場株式保有額

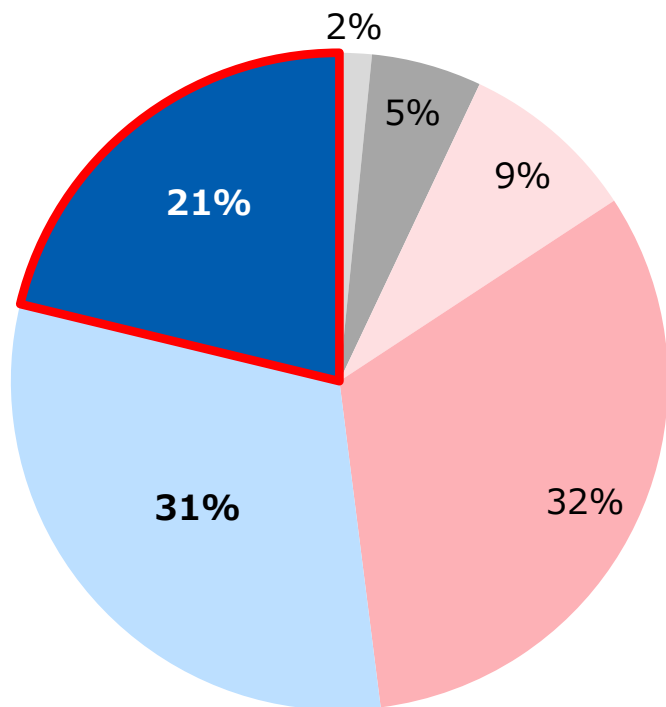


出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況、
年齢別株式保有金額分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）
より厚生労働省保険局において作成

世帯主の年齢階級別 利子・配当金シェア（2人以上の世帯）

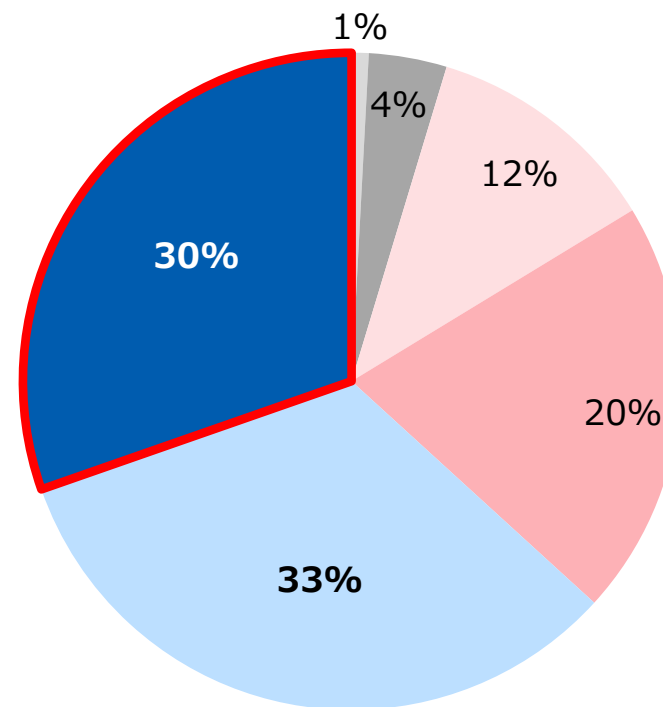
- 世帯主の年齢階級別の利子・配当金シェアは、2009年と比較して2019年は65歳以上の高齢者で増加（52%→63%）。
- 特に75歳以上において増加している（21%→30%）。

利子・配当金シェア（2009年）



■ 35歳未満 ■ 35～44歳 ■ 45～54歳
■ 55～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳以上

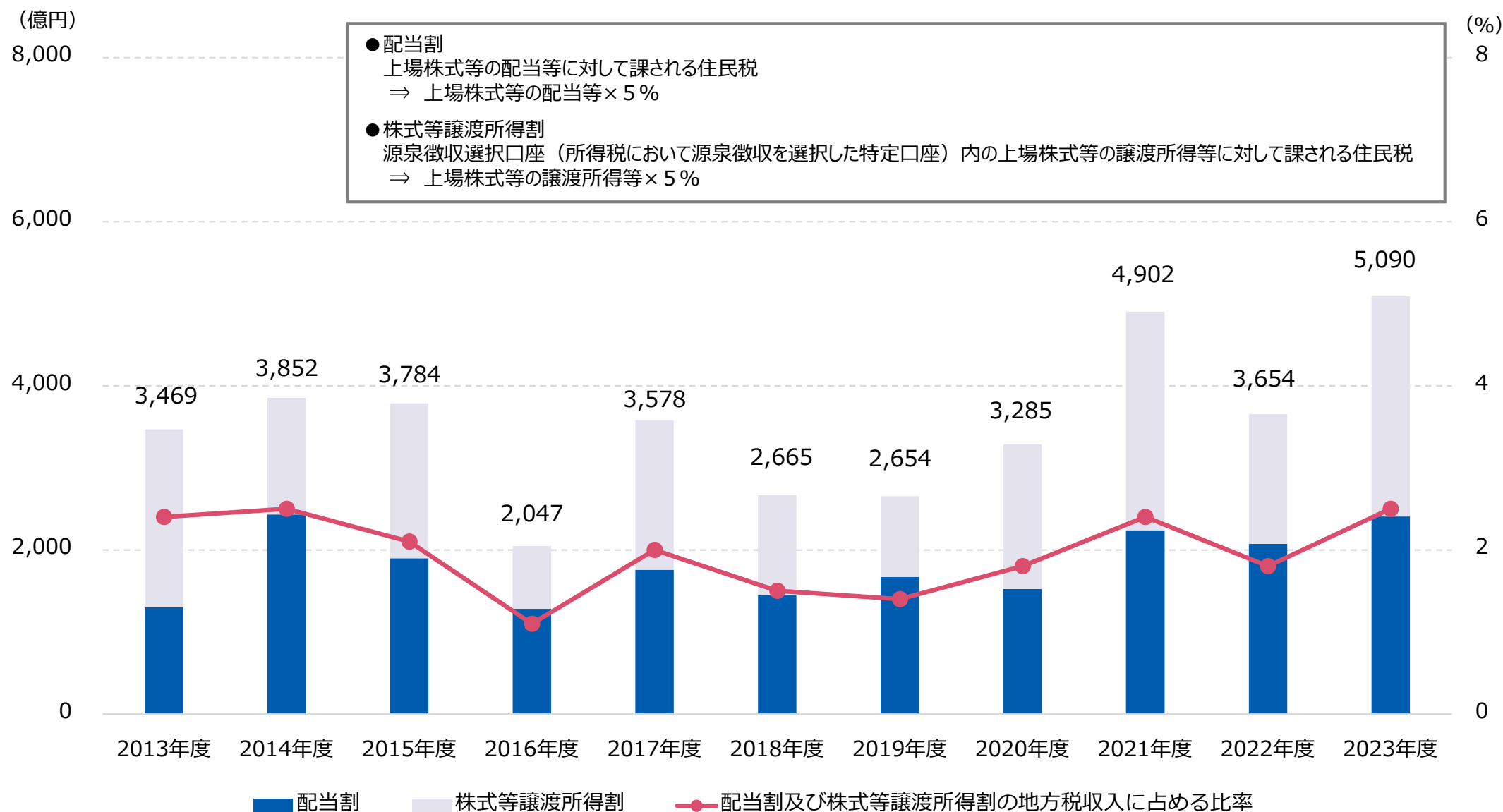
利子・配当金シェア（2019年）



■ 35歳未満 ■ 35～44歳 ■ 45～54歳
■ 55～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳以上

個人住民税（配当割、株式等譲渡所得割）の推移

○ 年によって変動があるが、2023年度における配当割、株式等譲渡所得割の合計は5,000億円を超えた。



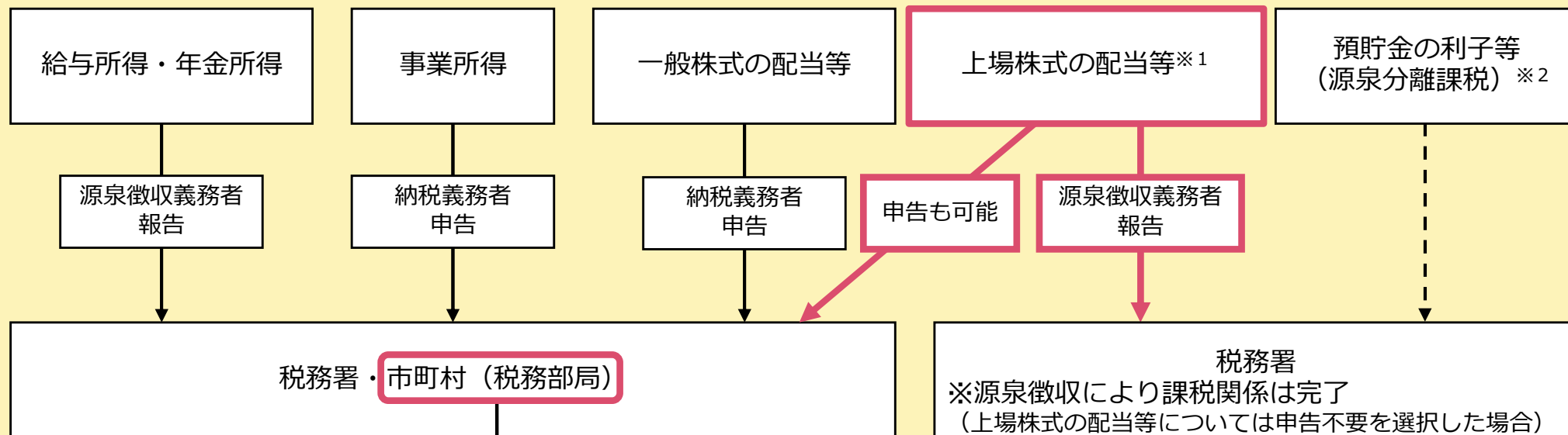
現行制度における保険料賦課、徴収の仕組みについて

	賦課・徴収主体	賦課方式	保険料負担主体
国民健康保険 (市町村国保)	市区町村	- 応益負担による均等割 → 定額 - 応能負担による所得割 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u>	世帯主
後期高齢者医療制度	- 賦課：後期高齢者医療広域連合 - 徴収：市区町村	- 応益負担による均等割 → 定額 - 応能負担による所得割 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u>	被保険者（個人単位）
介護保険	- 第1号被保険者（65歳～） → 市区町村 - 第2号被保険者（40～64歳） → 事業主（医療保険料と一体的に徴収）	- 第1号被保険者 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u> - 第2号被保険者 → 加入する医療保険制度（国保/健康保険）の賦課方式によって賦課	- 第1号被保険者 → 被保険者（個人単位） - 第2号被保険者 → 加入する医療保険制度の保険料負担主体と同じ
健康保険	事業主	賃金（標準報酬、標準賞与）に応じて賦課	被保険者・事業主で折半

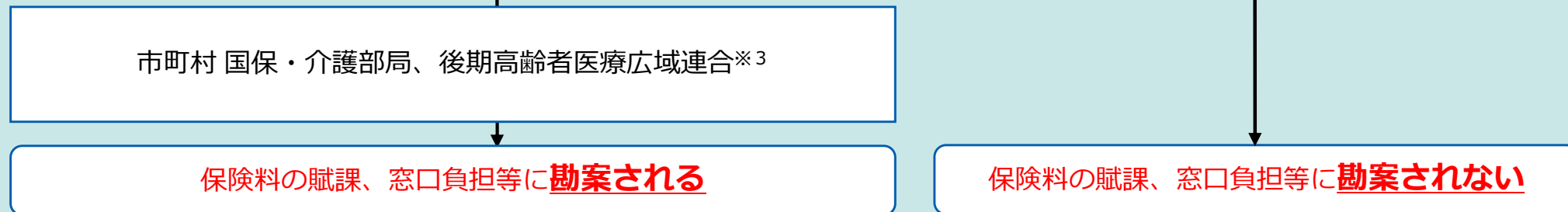
金融所得と課税所得との関係（イメージ）

金融所得のうち、確定申告を行うかどうか本人が選択できる上場株式配当等の所得は、確定申告の有無により医療・介護における保険料や窓口負担等の多寡が変わる構造となっている。

○所得税・市町村民税



○保険料・窓口負担等



※ 1）上場株式等の譲渡益について、源泉徴収口座（源泉徴収を選択した特定口座）を通じて取引が行われた場合は申告不要を選択可。

※ 2）源泉分離課税となる特定公社債以外の公社債や預貯金の利子等については、支払調書の提出義務がない。

※ 3）健康保険については、事業主が支払う賃金（標準報酬月額と標準賞与額）によって保険料を算出。

金融所得と課税及び保険料等への勘案の状況について（課税種別）

課税方式を選択できる金融所得の場合、申告の有無により保険料や窓口負担等の多寡が変わる。

※現状でも、源泉分離課税である預貯金の利子等や非課税（NISA）口座の金融所得は保険料や窓口負担等には勘案されない

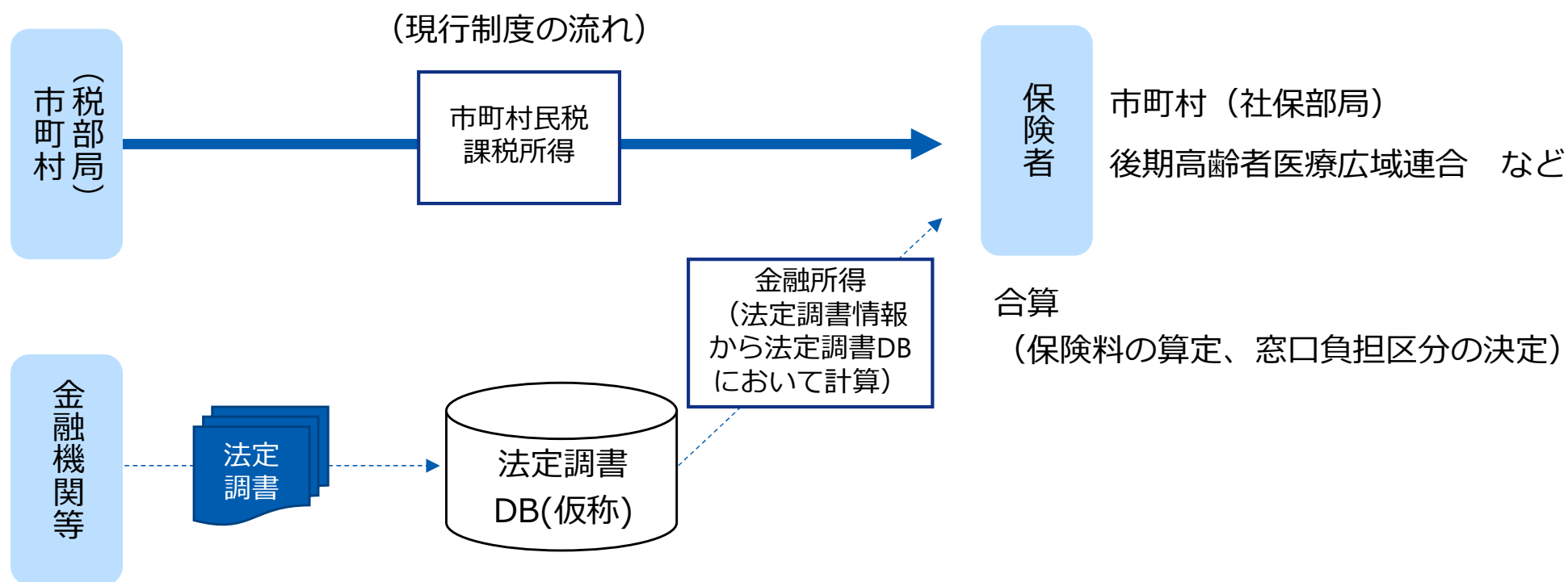
	課税種別	口座	主な金融所得	課税	保険料等への勘案	
					国保・後期・介護	被用者
1	総合課税 【確定申告必須】	一般	・ 利子：公社債の利子で源泉徴収の規定が適用されないもの（外国預貯金・証券など） ・ 配当：一般株式等（上場株式等以外の株式等）の配当所得、非上場株式のみなし配当 ※大口株主の配当所得は、源泉徴収されても総合課税の対象となる	対象	対象	対象外
2	申告分離課税 【確定申告必須】	一般	・ 譲渡 ：上場株式等、一般株式等に係る譲渡所得	対象	対象	
		特定	・ 特定口座（源泉徴収なし）に上場株式等に係る譲渡所得がある場合。			
3	課税方式を選択可能 【申告不要を選択できる（※1）】	一般	・ 利子：特定公社債の利子、国外一般公社債等の利子等以外の国外公社債等の利子等 ・ 配当：上場株式等の配当等（特定株式投信の収益の分配を含む）、国外投資信託の配当等、上場株式のみなし配当、特定投資法人の投資口の配当、オープン型証券投資信託等、公募投資信託の分配金等（公募公社債投資信託等を含む）等	対象	申告あり ⇒対象	
		特定	・ 特定口座（源泉徴収あり）内の所得。		申告なし ⇒対象外	
4	源泉分離課税 【確定申告不可】	一般	・ 利子：預貯金の利子等、特定公社債以外の公社債の利子等、国外一般公社債等の利子等 ・ 配当：特定目的信託の社債的受益権の剰余金の配当等（私募に限る）、私募公社債等運用投資信託の収益の分配（※上場株式等以外）等	対象	対象外	
5	非課税	NISA	・ 非課税（NISA）口座の金融所得	対象外	対象外	

※1 原則源泉徴収されるが、その後に自らの選択で確定申告を行うことが可能

- 高齢者人口がピークを迎える2040年頃も見据え、全世代が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継ぐためには、制度の持続可能性をより高める観点からも、負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直しが必要。こうした中で、**負担への金融所得の反映の在り方についても、課題の一つ**とされている。
- 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課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されるが、後期高齢者の金融所得が増加している中、確定申告を行わない場合（源泉徴収で課税が終了する場合）は課税所得に含まれず、保険料や窓口負担等の算定においても勘案されない**不公平な取扱いとなっており、その是正に取り組む必要**があるのではないかと。
- 金融所得を勘案する場合、税制における法定調書を活用して、社会保険における保険料や窓口負担等の勘案に活用することが考えられるのではないかと。その場合に、法定調書のオンライン提出義務化、法定調書へのマイナンバーの付番・正確性確保、システムの整備、関係者との調整など実務面と、コストとスケジュールの検討が必要ではないかと。なお、特に国民健康保険制度については、地方公共団体の基幹業務システムの統一・標準化のスケジュールに留意する必要があるのではないかと。
- 金融所得を勘案する場合、後期高齢者医療制度は一律に75歳以上の高齢者が対象となるが、一方で、国民健康保険制度は後期高齢者医療制度と同じく市町村の税情報をベースに賦課するものの、賃金をベースに保険料等を賦課する被用者保険とのバランスについてどう考えるか。

(参考) 法定調書方式のイメージ

【金融所得勘案方法のイメージ】



※金融機関等の事務負担に配慮し、税制上の法定調書の提出とのワンストップ化を図る

参考資料

- ・ ⑨ その他（高額介護サービス費の在り方）

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。

【参考】 高額介護サービス費の見直し（平成29年8月～）

見直し内容

- 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、高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。【平成29年8月施行】
- 1割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定(37,200円×12か月:446,400円) (3年間の時限措置)

	自己負担限度額(月額)
現役並み所得相当(※1)	44,400円
一般	37,200円 ⇒ 44,400円 + 年間上限額の設定 (1割負担者のみの世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

(参考)医療保険の負担限度額(70歳以上・月額・多数回該当)(現行)
44,400円
44,400円
24,600円
15,000円

※1 世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であって、世帯年収520万円以上(単身世帯の場合は383万円以上)

1割負担者に対する年間上限額の設定

1割負担者(年金収入280万円未満)のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。(3年間の時限措置)

年間上限額： 446,400円 (37,200円×12)

高額介護サービス費

社会保障審議会
介護保険部会
令和元年12月16日

資料4
(一部
改)

考え方

- 高額介護サービス費の上限額について、医療保険における自己負担額の上限額に合わせ、年収約770万円以上の者と年収約1,160万円以上の者については、世帯の上限額を現行の44,400円からそれぞれ93,000円、140,100円としてはどうか。

介護保険の自己負担限度額 (月額)		医療保険の負担限度額 (H30.8~) (70歳以上・月額・多数回該当)	
収入要件	世帯の上限額	収入要件※3	世帯の上限額
現役並み所得相当 (年収約383万円以上) (注：平成29年見直し前の基準※1)	44,400円 (※2) 第二号被保険者を含む同一世帯 の者のサービス自己負担額の合計	①年収約1,160万円以上	140,100円
		②年収約770万～約1160万円	93,000円
		③年収約383万～約770万円	44,400円
一般	44,400円	一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円	市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円	年金80万円以下等	15,000円

見直しの
イメージ

※1

- 世帯内の第一号被保険者の課税所得が145万円以上であり、かつ、第一号被保険者が一人のみの場合は年収約383万円以上（世帯内に他の第一号被保険者がいる場合は合計520万円以上）
- 現役並み所得者は、被保険者ベースで約320万人（全一号被保険者の約9.1%）。さらに、サービス受給者数ベースでは約16万人（全一号被保険者の約0.5%）。うち、自己負担額が44,400円を超えるサービスを利用する者は約10万人（全一号被保険者の約0.3%）。※3と同じ割合と仮定すると、年収770万円以上の者は約1.4万人、年収1,160万円以上の者は約1.7万人。

※2

- 実際には、高額介護サービス費の上限に到達するのは、例えば以下のケースが想定される。
- ・ 3割負担者本人が介護サービスを利用しているケース
⇒ 介護状態でありながら現役並み所得を得ている（不動産収入等がある）場合
 - ・ 3割負担者本人は介護サービスを利用しておらず、その配偶者（2割負担）が介護施設に入所しているケース
⇒ 本人が就労し高収入を得ており、かつ、配偶者が年額280万円以上の厚生年金の受給等がある場合

※3

- 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%
このうち、
- ① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
 - ② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
 - ③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

高額介護サービス費の利用件数

○ 高額介護サービス費の利用件数の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
年間件数 (件)	16,067,697	17,319,488	18,843,136	19,348,120	19,536,713	20,299,42	21,041,896	21,323,927	21,885,633	21,818,612
月平均件数 (件)	1,338,975	1,443,291	1,570,261	1,612,343	1,628,059	1,691,619	1,753,491	1,776,994	1,823,803	1,818,218
給付費 (百万円)	164,979	180,980	203,720	210,136	225,542	250,342	267,281	267,079	263,782	274,176

○ 高額介護サービス費利用件数の内訳（令和5年4月～令和6年3月支出決定分）

(単位：件)

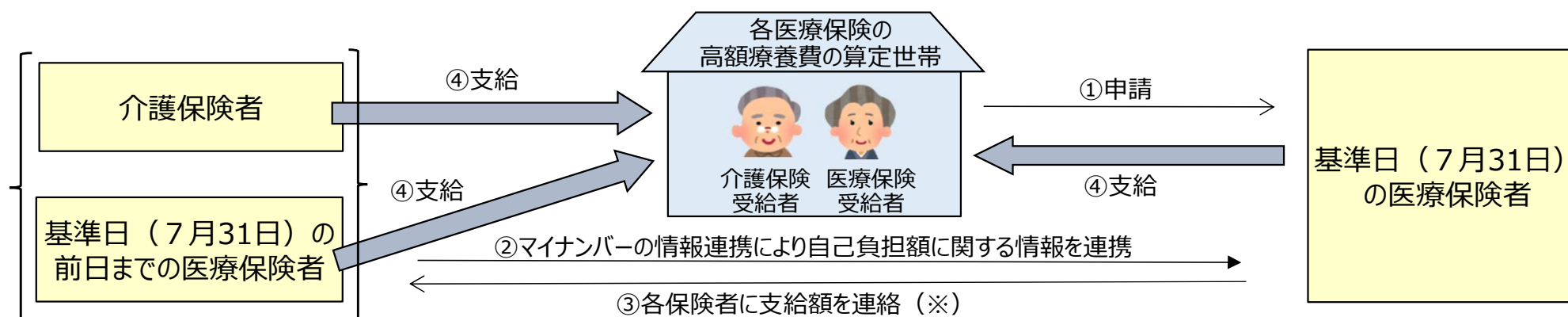
所得区分		令和5年4月～令和6年3月支出決定分	
		自己負担限度額 (月額)	月平均件数 (割合)
現役並み 所得相当	①課税所得690万円以上	140,100円	1,052 (0.1%)
	②課税所得380万円以上690万円未満	93,000円	11,167 (0.6%)
	③課税所得380万円未満	44,400円	221,859 (12.2%)
一般		44,400円	
市町村民税世帯非課税等		24,600円	1,584,120 (87.1%)
	年金収入80万円以下等	15,000円	

高額医療合算介護サービス費のイメージについて

- 高額介護合算療養費制度（高額医療介護合算サービス費）とは、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。（平成20年4月施行）
 - 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。

＜支給実績＞553.8億円（令和3年度） ※医療保険、介護保険のそれぞれの給付額の合計額

【制度のイメージ】



(※) ①は、同一市町村内で連携して、自己負担額を把握して実施

(※) ②により取得した自己負担額に関する情報から、年間の自己負担額の合計額を算出し、高額介護合算療養費等の支給額を算定する。
この算定された支給額を、自己負担額の比率に応じて保険者間で按分し、各保険者が支給すべき金額を連絡する。

(※) ③により取得した自己負担額に関する情報から、年間の自己負担額の合計額を算出し、高額介護合算療養費等の支給額を算定する。
この算定された支給額を、自己負担額の比率に応じて保険者間で按分し、各保険者が支給すべき金額を連絡する。

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	