厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社会保障審議会 介護保険部会（第133回）	参考資料
令和７年12月25日	

介護保険制度の見直しに関する意見（案）（参考資料）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

Ⅰ　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築
1．地域の類型を踏まえたサービス提供体制・支援体制 …… 2
2．中山間・人口減少地域における柔軟な対応等 …… 10
3．大都市部・一般市等における対応 …… 31

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化
1．地域包括ケアシステムの深化に向けて …… 34
2．医療・介護連携の推進 …… 36
3．有料老人ホームの事業運営の透明性確保、高齢者への住まい支援 …… 49
4．介護予防の推進、総合事業の在り方 …… 64
5．相談支援等の在り方 …… 91
6．認知症施策の推進等 …… 131

Ⅲ　介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援
1．総合的な介護人材確保対策 …… 145
2．介護現場の職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、協働化等の推進 …… 153

Ⅳ　多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保
1．2040年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方 …… 169
2．給付と負担 …… 173
3．その他の課題 …… 227

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅰ　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

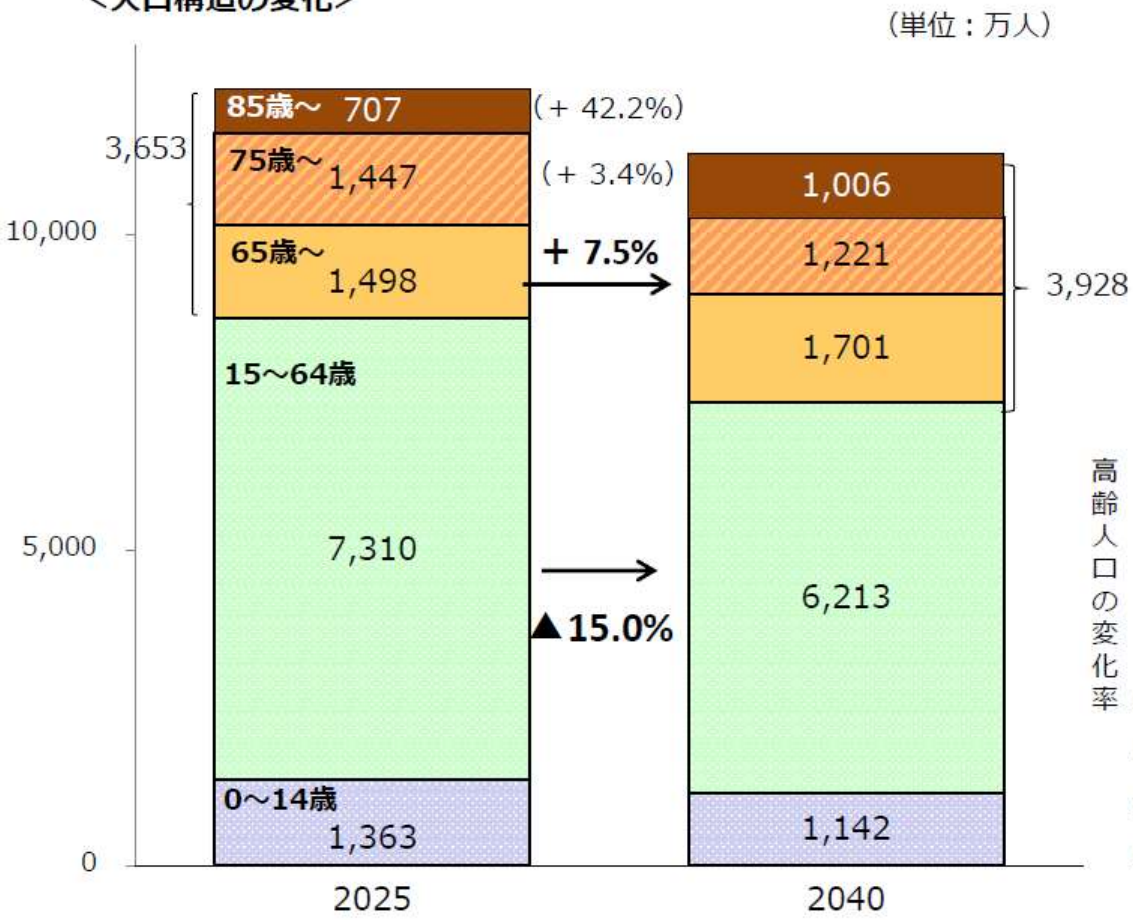
１．地域の類型を踏まえたサービス提供体制・支援体制

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年の人口構成

○　2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
○　地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する。

＜人口構造の変化＞

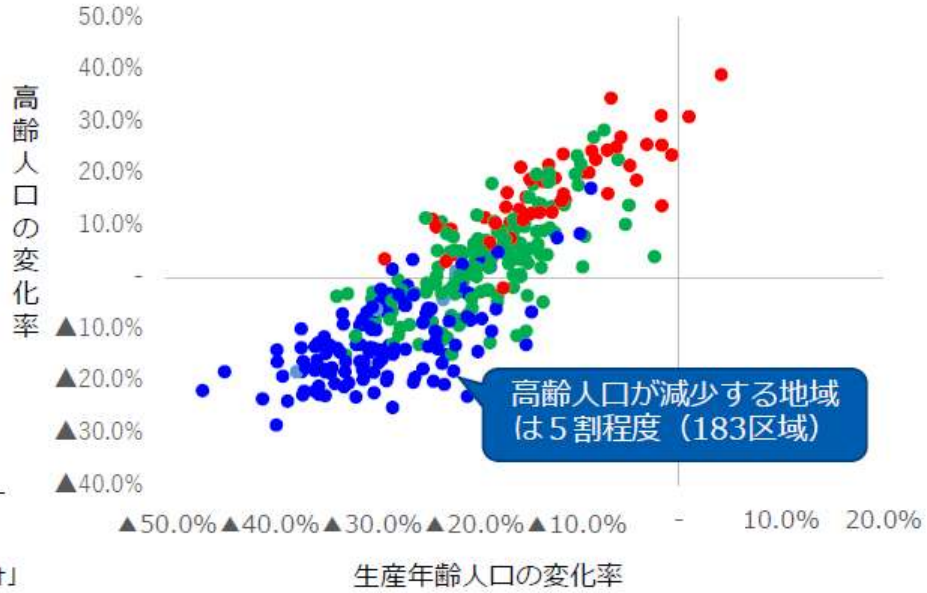


（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和５年推計」

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外

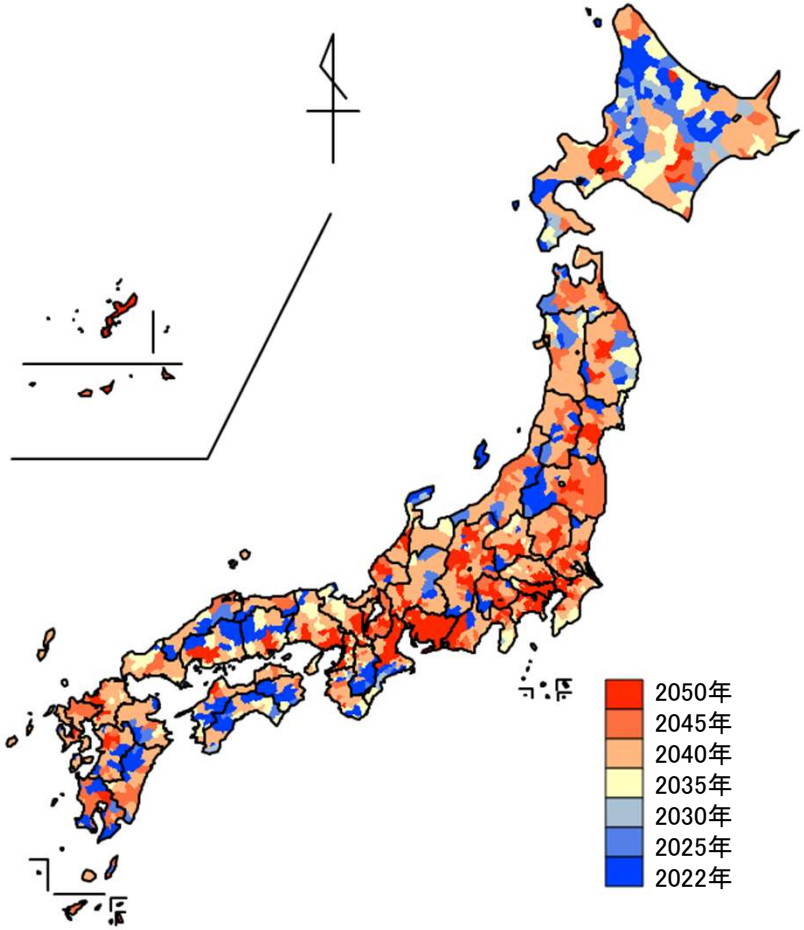


（資料出所）第７回　新たな地域医療構想等に関する検討会（令和６年８月）

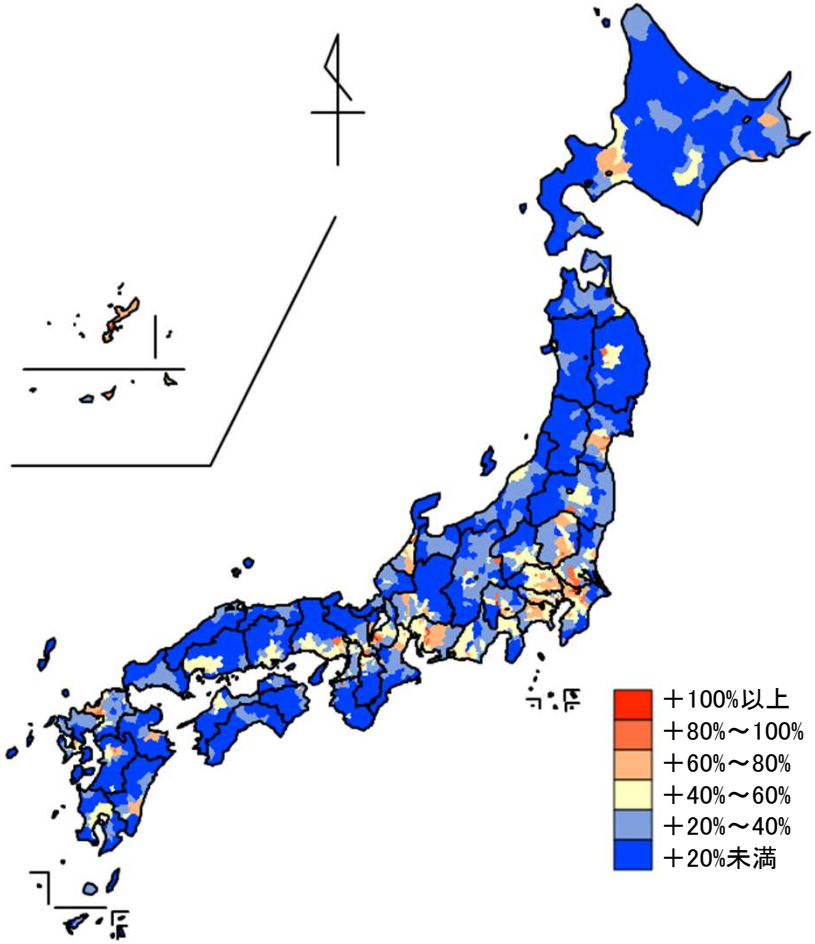
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

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

【保険者別　2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



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



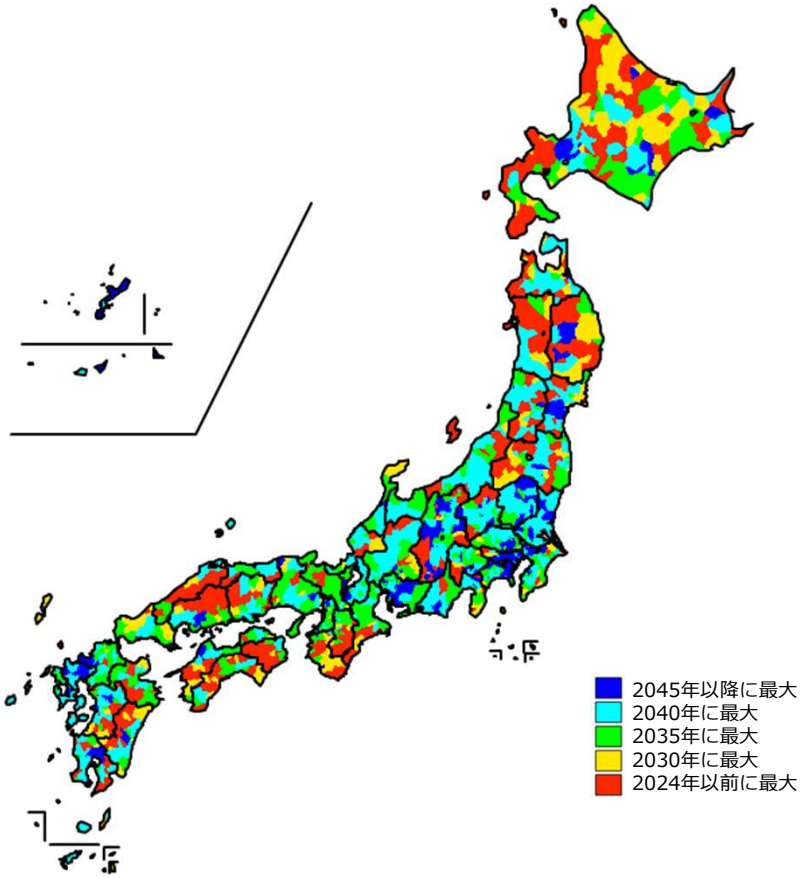
※　2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告（厚生労働省）、2022年度介護給付費等実態調査（厚生労働省・老健局特別集計）から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口（日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を乗じて、2022年以降5年毎に2050年までの保険者別の推計利用者数を作成。

介護サービス需要の変化①（在宅サービス）

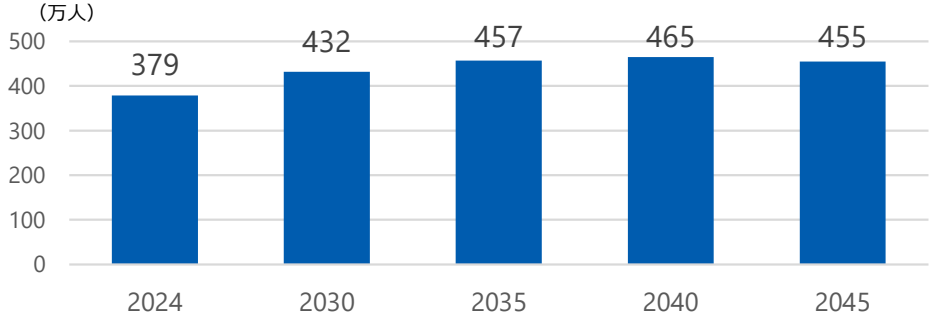
○　各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における在宅サービスの利用者数は2040年にピークを迎えると見込まれる。

○　保険者によって在宅サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに313（19．9%）の保険者がピークを迎え、2035年までに906（57．6%）の保険者がピークを迎えると見込まれる。

在宅サービス利用者数が最大となる年



在宅サービス利用者数の将来見込



在宅サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

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

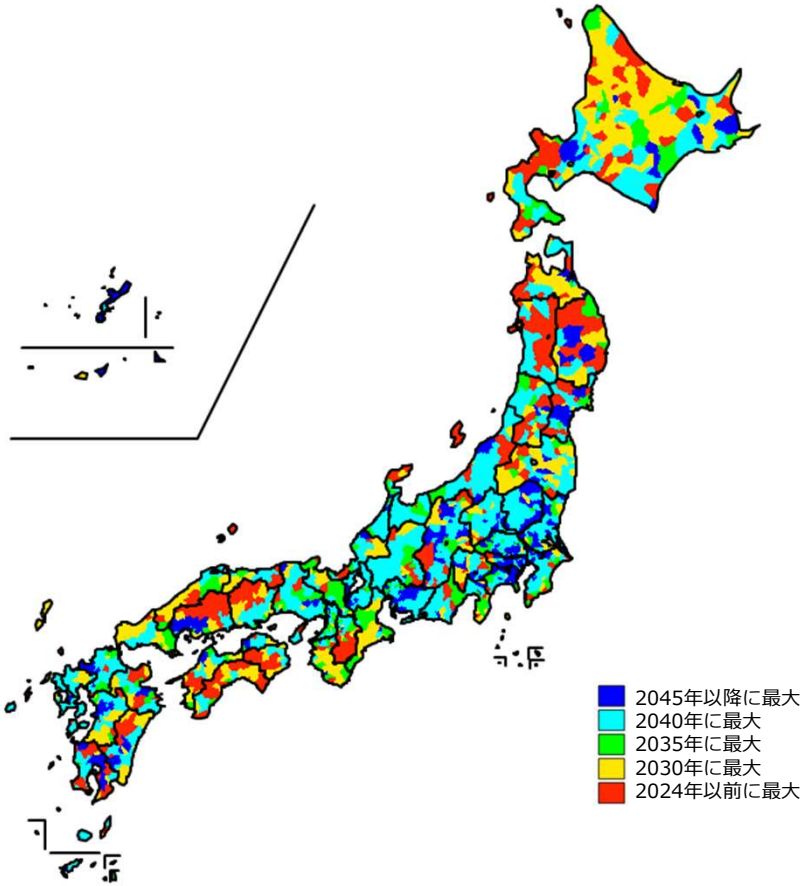
※「在宅サービス利用者」は、介護予防支援、居宅介護支援、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の１月あたり利用者数の合計
※「三大都市圏」は、東京圏（東京都特別区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、名古屋圏（名古屋市及び同市に対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、関西圏（京都市、大阪市、堺市、神戸市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）
（出典）第９期市町村介護保険事業計画において各市町村が算出した推計値に基づき作成

介護サービス需要の変化②（施設サービス）

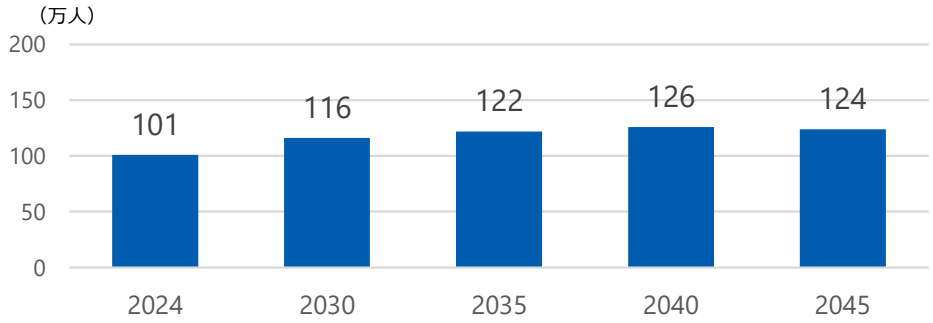
○　各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における施設サービスの利用者数は2040年にピークを迎えると見込まれる。

○　保険者によって施設サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに256（16．3%）の保険者がピークを迎え、2035年までに762（48．4%）の保険者がピークを迎えると見込まれる。

施設サービス利用者数が最大となる年



施設サービス利用者数の将来見込



施設サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

	2024以前	2030	2035	2040	2045以降	2040までの増減率	
						既にピーク	今後ピーク
政令市・特別区 県庁所在地	-	4 (5.4%)	8 (10.8%)	30 (40.5%)	32 (43.2%)	—	29.6%
市（上記を除く）	67 (9.8%)	92 (13.5%)	97 (14.2%)	296 (43.3%)	131 (19.2%)	△5.7%	27.8%
町村（広域連合含む）	189 (23.2%)	200 (24.5%)	105 (12.9%)	235 (28.8%)	87 (10.7%)	△10.1%	25.2%
(再掲)三大都市圏	3 (1.0%)	14 (4.6%)	71 (23.4%)	129 (42.4%)	87 (28.6%)	△2.4%	34.8%
(再掲)三大都市圏以外	253 (19.9%)	282 (22.2%)	139 (11.0%)	432 (34.0%)	163 (12.8%)	△7.7%	23.8%

※「施設サービス利用者」は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設の１月あたり利用者数の合計
※「三大都市圏」は、東京圏（東京都特別区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、名古屋圏（名古屋市及び同市に対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）、関西圏（京都市、大阪市、堺市、神戸市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村）
（出典）第９期市町村介護保険事業計画において各市町村が算出した推計値に基づき作成

特別地域加算の対象地域

○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）（抄）

別表　指定居宅サービス介護給付費単位数表

1　訪問介護費

イ～ハ　（略）

注13　**別に厚生労働大臣が定める地域**に所在し、かつ、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定訪問介護事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の訪問介護員等が指定訪問介護を行った場合は、特別地域訪問介護加算として、１回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、注10⑸を算定している場合は、算定しない。

○厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）（抄）

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費の注13、訪問入浴介護費の注７、訪問看護費の注９及び注16、訪問リハビリテーション費の注５、居宅療養管理指導費のイ⑴及び⑵の注３、ロ⑴から⑶までの注２、ハ⑴及び⑵の注４、ニ⑴及び⑵の注２並びにホ⑴から⑶までの注２並びに福祉用具貸与費の注３（中略）の厚生労働大臣が別に定める地域

一　離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により指定された**離島振興対策実施地域**

二　奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する**奄美群島**

三　山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により指定された**振興山村**

四　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する**小笠原諸島**

五　沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する**離島**

六　豪雪地帯対策特別措置法（昭和三十七年法律第七十三号）第二条第一項の規定により指定された**豪雪地帯**及び同条第二項の規定により指定された**特別豪雪地帯**、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和三十七年法律第八十八号）第二条第一項に規定する**辺地**、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和三年法律第十九号）第二条第二項の規定により公示された**過疎地域その他の地域のうち**、**人口密度が希薄であること、交通が不便であること等の理由により**、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス及び同法第四十二条第一項第二号に規定する基準該当居宅サービス並びに同法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援及び同法第四十七条第一項第一号に規定する基準該当居宅介護支援並びに同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス及び同法第五十四条第一項第二号に規定する基準該当介護予防サービスの**確保が著しく困難であると認められる地域**であって、厚生労働大臣が別に定めるもの

離島等相当サービス　対象地域の例

○東京都

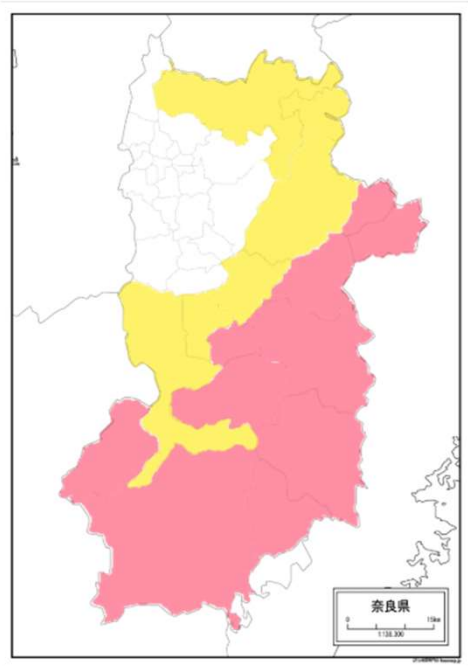
地域名	対象市町村
離島振興対策実施地域	伊豆諸島（利島村、神津島村、御蔵島村、大島町、新島村、三宅村、八丈町、青ケ島村）
振興山村	（全域が対象） 檜原村、奥多摩町
小笠原諸島	小笠原諸島

全域が対象の地域

一部が対象の地域

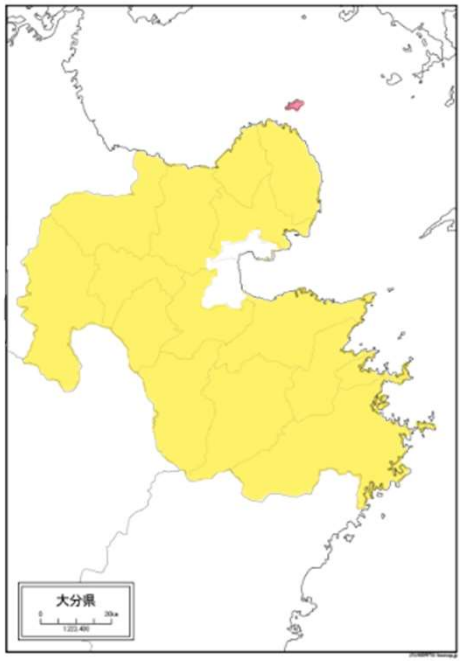
○奈良県

地域名	対象市町村
振興山村	（全域が対象） 曽爾村、御杖村、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村 、上北山村、川上村、東吉野村 （一部地域が対象） 奈良市、宇陀市、五條市、山添村、吉野町、下市町



○大分県

地域名	対象市町村
離島振興対策実施地域	姫島（姫島村）、豊後諸島（佐伯市、津久見市の一部地域）
振興山村	（一部地域が対象） 大分市、中津市、日田市、佐伯市、臼杵市、竹田市、豊後高田市、杵築市、宇佐市、豊後大野市、由布市、国東市、九重町、玖珠町
豪雪地帯及び特別豪雪地帯、辺地、過疎地域その他の地域のうち人口密度が希薄・交通が不便等によりサービス確保が著しく困難な地域で厚生労働大臣が定める地域	（一部地域が対象） 佐伯市、臼杵市、玖珠町



「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会　とりまとめ（概要）

令和７年７月25日

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

○　2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。

○　地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

○　人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**

○　**サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供

○　介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

①　**「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**

②　**地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**

③　**人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**

④　**地域の共通課題と地方創生**（※）

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

方向性

（１）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築　等

※サービス需要変化の地域差に応じて３分類

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討

（**配置基準等の弾力化**、**包括的な評価の仕組み**、**訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化**、**市町村事業によるサービス提供**　等）

・**地域の介護等を支える法人への支援**

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応

・包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保

将来の需要減少に備えた準備と対応

（２）人材確保・生産性向上・経営支援　等

・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上

※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発

・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築

・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（３）地域包括ケアシステム、医療介護連携　等

・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）

・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ

※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ

・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

（４）福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

・社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和

・地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

・地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）

・人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実

・福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

Ⅰ　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

２．中山間・人口減少地域における柔軟な対応等

特例介護サービス（基準該当サービス・離島等相当サービス）について

○　介護保険制度では、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準を満たした場合に、**指定サービス**としてサービスの提供を可能としている。

○　また、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準の一部を満たしていない場合においても、一定の基準を満たした場合に**基準該当サービス**としてサービスの提供を可能としている。

○　さらに、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域においても、市町村が必要と認める場合、これらのサービスに相当するサービス**（離島等相当サービス）**として柔軟なサービスの提供を可能としている。

名称		提供する事業者	指定の効力等	保険給付
居宅サービス	指定居宅サービス	指定居宅サービス事業者 ⇒　指定基準を満たす事業者	全国	居宅介護サービス費
	基準該当サービス	基準該当サービス事業者 ⇒　指定基準の一部を満たしていないが、指定基準をふまえ、都道府県が条例で定める基準に該当している事業者	市町村 （訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所介護、福祉用具貸与、居宅介護支援）	特例居宅介護サービス（計画）費
	離島等相当サービス	離島等相当サービス事業者 ⇒　市町村の判断により、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 （市町村の一部の場合あり）	
地域密着型サービス	指定地域密着型サービス	指定地域密着型サービス事業者 ⇒　指定基準（又は市町村の基準）を満たす事業者	原則として市町村 （利用者の経過措置あり）	地域密着型介護サービス費
	離島等の相当サービス	離島等相当サービス事業者 ⇒　市町村の判断により、一定の質を持つ地域密着型サービスに相当するサービスを提供する事業者	離島等 （市町村の一部の場合あり） （地域密着型介護老人福祉施設生活介護を除く）	特例地域密着型介護サービス費

基準該当サービスの実施状況

○　指定居宅サービス事業者の要件（法人格、人員基準、　設備・運営基準）の一部を満たしていない事業者のうち、一定水準を満たすサービス提供を行う事業者について、市町村がそのサービスを「**基準該当サービス**」として保険給付の対象とすることができることとしている。

○　基準該当サービスの指定・提供の流れは以下のとおりであり、実施保険者は、39都道府県・204保険者（全保険者の13.0%）。

基準該当サービスの提供までの流れ

①　都道府県等が条例で、基準該当サービスに関する基準を定める

→　条例内容は、国が厚生労働省令で定めている基準をもとに、各自治体の実情等を踏まえて定める。

【訪問介護の場合】（国が厚生労働省令で定めている基準）

	指定サービス	基準該当サービス
員数	・常勤換算方法で2.5以上 ・うちサービス提供責任者（原則常勤専従）は、利用者40人につき１人以上 (常勤のサービス提供責任者が３人以上等の諸条件を満たせば利用者50人につき１人)	・３人以上（勤務時間に関する要件なし） ・うちサービス提供責任者は、１人以上 (利用者数当たりの員数及び常勤専従要件なし)

②　都道府県等の条例を基に、緩和を希望する事業所に対して、市町村等が定める申請・登録等を経て、基準該当サービスの提供を開始。

基準該当サービスの実施保険者数

基準該当サービスとして保険給付の対象となる事業者があると保険者が回答したもの

実施保険者数		204（13.0%）
内訳	居宅介護支援	46
	訪問介護	87
	訪問入浴介護	28
	通所介護	34
	福祉用具貸与	18
	短期入所生活介護	99
	介護予防支援	23
	介護予防訪問入浴介護	6
	介護予防福祉用具貸与	14
	介護予防短期入所生活介護	54

（出典）令和５年度介護保険事務調査（厚生労働省介護保険計画課調べ）

離島等相当サービスの実施状況

○　指定居宅サービス・基準該当居宅サービスともに確保が著しく困難な離島等の地域では、人員基準、設備・運営基準を定めず、一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービスを、市町村等が「**離島等相当サービス**」として保険給付の対象とすることができることとしている。

○　離島等相当サービスの提供の流れや対象地域は以下のとおりで、実施保険者は、以下17都道県・27保険者（全保険1.7%）。

離島等相当サービスの提供までの流れ

① 市町村等(保険者)が地域独自の基準として、指定要件の内容を定める。

【離島等相当サービスにより緩和された指定基準の例】

訪問介護	・訪問介護員の配置基準を「任意」とする。
訪問看護	・看護職員の配置基準(常勤換算2.5人以上)を「常勤換算1.5人以上」とする。
短期入所生活介護	・医師、機能訓練指導員の配置基準を「任意」とする。 ・医務室の配置を「任意」とし、その他の設備は通所介護事業所の設備を活用することとする。

② 規則等に従い、希望する事業所からの申請・登録等を経て、離島等相当サービスの提供を開始

離島等相当サービスの対象地域

離島振興対策実施地域(離島振興法)	奄美群島(奄美群島振興開発特別措置法)
振興山村（山村振興法）	沖縄の離島(沖縄振興特別措置法)
小笠原諸島（小笠原諸島振興開発特別措置法）	
豪雪地帯及び特別豪雪地帯*1、辺地*2、過疎地域*3その他の地域のうち人口密度が希薄・交通が不便等によりサービス確保が著しく困難な地域で厚生労働大臣が定める地域	

*1 豪雪地帯対策特別措置法　*2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律
*3 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法

離島等相当サービスの実施保険者数、実施保険者

離島等相当サービスとして保険給付の対象となる事業者があると保険者が回答したもの

実施保険者数	27（1.7%）
うち、ホームヘルプサービス	10
うち、デイサービス	20
うち、ショートステイ	8
その他	3

北海道	奥尻町
	西興部村
秋田県	上小阿仁村
山形県	酒田市
福島県	鮫川村
東京都	檜原村
	小笠原村
新潟県	粟島浦村
滋賀県	近江八幡市
奈良県	下北山村
岡山県	笠岡市
	西粟倉村
広島県	三原市
山口県	萩市
	岩国市
香川県	高松市
高知県	いの町
長崎県	長崎市
	平戸市
	五島市
	西海市
熊本県	天草市
鹿児島県	十島村
沖縄県	多良間村
	竹富町
	与那国町
	沖縄県介護保険広域連合

（出典）令和２年度老人保健健康増進等事業「離島等における介護サービス確保に向けた人材育成や自治体による支援方策に関する調査研究事業」報告書及び令和５年度介護保険事務調査（厚生労働省介護保険計画課調べ）

基準該当・離島等相当サービス実施市町村における実際の運用状況①

○　基準該当・離島等相当サービスにおける導入のきっかけは、**職員の人員配置基準を満たさない**という理由が多い。
○　当該サービスに切り替えることで、中山間地域等においても必要なサービスが適切に提供できるようになり、更に、離島等相当サービスにおいては、導入に係る課題はあるものの、**地域の実情に合わせた運用ができているケースもあると考えられる。**

	基準該当サービス	離島等相当サービス
導入のきっかけ・理由	・指定居宅介護サービスだと職員の人員配置基準を満たさなかったため。 ・既に指定を受けていた事業所が、人員配置基準を満たすことが困難となったため。	・地域密着型通所介護を提供していたが、基準を満たす人員の確保が難しくなったため。 ・指定基準では配置が必要である看護師及び機能訓練指導員の確保が困難となったため。
配置基準の緩和例	【訪問介護】 ・訪問介護員：常勤換算2.5以上→職員3人以上（勤務時間に関する要件なし） ・管理者以外は全て非常勤 【通所介護】 ・管理者：常勤→常勤でなくて良い ・生活相談員、介護職員：生活相談員及び介護職員のうち1人以上は常勤でなくて良い	【訪問介護】 ・訪問介護員：常勤換算2.5以上→常勤換算1.0以上 ・サービス提供責任者：通所に配置する生活相談員を配置（条件として介護初任者研修の資格の者かつ、3年以上実務経験している者） ・サービス提供責任者：介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者又は<u>別に市町村長が認める者も含む</u> 【通所介護】 ・看護職員：単位ごとに専従１以上→配置を任意／専従でなくて良い ・機能訓練指導員：１以上→配置を任意 ※こうした内容について、要綱上規定しているケースも存在。
市町村における導入（条例等策定）における課題	・県の条例はあるものの、<u>介護保険設立時から改定されていない</u>ため<u>市の要綱作成や審査請求</u>について検討することの負担感があり、また、他自治体ごとに規則、要綱など位置づけの形や内容が様々なため参考にしづらく、市町村内の決裁に時間を要した。	・条例や規定等を策定する際には、参考にする資料がなかったため地域の実情に鑑みて細かい点（人員基準等）を策定することに時間を要した。 ・県や国保連合会に相談しても前例がない中、緩和要件の設定や審査請求の調整などを市町村で検討しなければならない負担感があった。 ・<u>他自治体の前例など情報がなく</u>進め方に不明点が多かった。

（出典）第123回介護保険部会（令和７年７月28日）における関係者ヒアリング及び令和7年度老人保健健康増進等事業「中山間地域等における安定的な介護サービス提供に資するための方策に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）のヒアリング資料を基に老健局認知症施策・地域介護推進課において作成

基準該当・離島等相当サービス実施市町村における実際の運用状況②

○　基準該当・離島等相当サービスを実施している自治体において、サービスの質の確保として以下の取組がみられる。
・ 常勤・非常勤の縛りを緩和したのみで必要な職員数は確保していること
・ 人員配置以外の基準は、通常の指定基準と同様にしていること
・ 常に連携がとれる状況で事業所に対して指導を実施すること
・ 他方、介護支援専門員や包括との連絡を密にし、利用者の情報や介護記録を居宅介護支援事業所と共有できる介護ソフトを導入する等、生産性を向上し少ない人員でもサービス需要に対応し質を確保する取組を行っている自治体も存在。
これらの取組により、中山間・人口減少地域に居住する高齢者に対して適切にサービスが利用できるよう対応している。
○　中山間・人口減少地域において抱える現状の課題としては利用者不足や居宅介護サービス費と同等の報酬で設定しているが、経営が厳しいという声が多くある。

	基準該当サービス	離島等相当サービス
サービスの質の確保	・常勤の人数は減ったが、職員自体に変更はないため、利用者との信頼関係に基づき丁寧なサービス提供を継続出来ている。 ・人員配置以外の基準は、通常の指定基準に準じて実施。 ・月1回、地域ケア会議を実施。 ※地域ケア会議：村内の全介護事業所、包括支援センター、村の保健福祉課、保健師、 障害担当、栄養士が参加して、介護事業所における困難事例や地域課題について、意見交換する場を設け、解決に向けて共通認識を図った。 ・少ない人員でもサービス需要に対応できるよう、利用者の情報や介護記録を居宅介護支援事業所と共有できる介護ソフトを導入し、生産性の向上にも努めている。	・医師1名、看護師1名配置の診療所が近隣（200m）に所在しており、利用者に異変があった場合には医療対応が可能な体制が整えられている。 ・社協が運営している事業所であるため、普段から村役場と常に連携し、必要時指導を実施している。
給付額の設定	・居宅介護サービス費と同様の基準額（90/100）	・居宅介護サービス費と同様の基準額（90/100）
支払いの仕組み等	・国保連経由で受領委任払い。 ・居宅介護サービス費と同様の額で設定。	・国保連経由で受領委任払い。／受領委任払いだが、離島等相当サービスのみ、別途異動管理表で自治体が直接対応。 ・居宅介護サービス費と同様の額で設定。
導入後のメリット	・人員不足でも一定の質を保ちサービスの提供ができる。 ・事業継続が可能となり、空き時間を別サービスの人員に当てることができ、シフトを組みやすくなった。	・市町村で基準を変えられるので、地域の実情に合わせた運用ができる。
現状の課題	・利用者数不足。 ・居宅介護サービス費と同等の報酬で設定しているがそれでも経営は厳しい。 ・人材確保（特に有資格者）が難しく若者の確保が難しい。離島へ移住しても定住はしない。 ・職員が高齢であること、採算性が悪く市からの補助が必要なことから、事業存続が危ぶまれている。	

（出典）第123回介護保険部会（令和７年７月28日）における関係者ヒアリング及び令和7年度老人保健健康増進等事業「中山間地域等における安定的な介護サービス提供に資するための方策に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）のヒアリング資料を基に老健局認知症施策・地域介護推進課において作成

R6～：既存の訪問介護事業所の継続支援（人員の柔軟な活用）

収益が不安定となる例　山間地の利用者が、**冬季にショートステイ等に移行**し収益が減少。ただ**冬季が過ぎれば利用者は戻ってくるため人員をすぐに減らすことはできず**、指定基準上も**最低限確保すべき人員数は必須**。基準上の最低人員は、**訪問介護以外の業務に従事できない**。

★市町村が定める「基準該当サービス」に登録して人員基準を緩和した上で、余剰人員となっている従業者をショートステイ等に派遣する等の人材の有効活用に取り組む事業者に対し、**必要な人件費の一部を支援**する仕組
※派遣元と派遣先の人件費の差や派遣料等による経費増が想定されるため。

＜補助対象＞ 過疎地域である平成合併前の市町村区域があり、当該区域内に訪問介護サービス事業所が２か所以下しかない市町村
＜補助対象経費＞ 時期的な繁閑に応じて人員の柔軟な活用を行う事業所に対し、派遣職員等の人件費の一部を市町村が支援する額
＜補助率＞ １／２、１事業所当たり上限100万円

■ショートステイ（短期入所）
○冬季の利用者のショートステイ移行により負担増。**利用者の増加は冬季限定**のため、追加人員の確保が困難。
○**利用者の状況や事情を把握している訪問介護事業所の職員を活用**することで、より**充実したサービス提供**が可能となる。

利用者が移行

余剰人員を派遣

■訪問介護事業所
○基準該当サービス事業者になることで、**余剰人員**を**訪問介護事業以外の業務に従事させる**ことが可能。
○**派遣料等の新たな収入を得ることも可能。**

R6～：新規参入支援

＜補助対象＞（上記と同じ）　**＜補助率＞** １／２、１事業所あたり上限100万円
＜補助対象経費＞ 通所介護事業者等が新たに訪問介護事業を開始しようとする場合、　初年度経費について市町村が支援する額（例：車両購入費など）

基準該当サービスの事例（五島市福江島） ※訪問介護事業所

福江島（ふくえじま）

※人口：31,744人 高齢化率：41.2%

- 訪問介護事業所A （基準該当サービス）
- 利用者　平均12人/月（実人数）※基準該当移行前は24人
- 職員数　3名

【施設の概要】

- サービス内容：
  ①身体介護（入浴介護、清拭、洗髪、食事の介助　等）
  ②生活援助（調理、衣類の洗濯、居住等の掃除　等）

※人口、高齢化率はR6保険者への県調査による

【基準該当サービス開始に至った経緯】

- 職員3名のうち2名が8時間勤務とすることにより指定基準の常勤2.5名を維持していたが、高齢のため訪問介護員1名の常勤が難しくなり基準該当サービスに移行。

※常勤2.5名→配置3名（職員の常勤要件が緩和）

【基準該当サービス実施による影響】

- 閉鎖も検討したが、要件を緩和する仕組みがあったことで常勤が難しい高齢職員の負担が軽減され事業継続につながった。
- 少ない人員でサービス需要に対応できるようケアマネや包括との連絡を密にし、利用者の情報や介護記録を居宅介護支援事業所と共有できる介護ソフトを導入した。
- 人員が少ないことでサービス提供責任者の負担が大きい。
- 常勤の人数が減ったことに伴い訪問件数が減少したが職員に変更はないため、サービスの質は保たれている。

【課題】

- 地域の需要は高いが、新規の受付ができず、既存の利用者で対応できないケースは、ケアマネや島内の指定訪問介護事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と調整しながらサービスを維持している。
- 現在、在籍している職員が50代、70代と高齢化しており、次の担い手確保が喫緊の課題となっている。
- 利用者宅が遠く、提供時間より移動時間の方がかかっている。

離島等相当サービスの事例（西海市江島、平島）※通所介護事業所

◎事業所の概要

毎週、月・水・金に1日1往復運航

江島（えのしま）※人口：86人　高齢化率：61.6％

- 江島デイサービスセンター（離島等相当サービス）
- 利用者　1名
- 職員数　2名

平島（ひらしま）※人口：103人　高齢化率：75.7％

- 平島デイサービスセンター（離島等相当サービス）
- 利用者　3名
- 職員数　3名

【施設の概要（江島・平島）】

- 事業者：西海市社会福祉協議会
- 利用時間：9:45～16:00
- 利用内容：食事・レクレーション・入浴

※人口、高齢化率はR6保険者への県調査による

【離島等相当サービス開始に至った経緯】

- 看護師および機能訓練指導員の確保が困難であったため、人員基準を緩和。

【離島等相当サービス実施の影響】

- 看護師不在の状況ではあるが、両島とも医師1名・看護師1名配置の診療所が近隣（約200m）に所在しており、利用者に異変があった場合には医療対応が可能な体制を整えている。また、機能訓練については、専門的な運動療法の提供が難しいものの、レクレーション活動を通じて身体機能の維持・向上を図る取り組みを行っている。
- 島内で介護サービスを利用できること、また、地域に精通し、身近な存在である職員が介護サービスを提供することから、島民は住み慣れた環境の中で安心してサービスを受けることができている。

【課題】

- 介護サービスの需要が限られていることから、介護事業単独での採算確保が困難なため、他事業も併せて展開しているが、経営は厳しい状況である。

  ・市支出（建物の指定管理委託）
  （年　江島：3,900千円　平島：3,600千円）
  ・通所型サービスA
  ・配食事業

- 現在、在籍している職員も60代～70代と高齢化しており、次の担い手確保が喫緊の課題となっている。

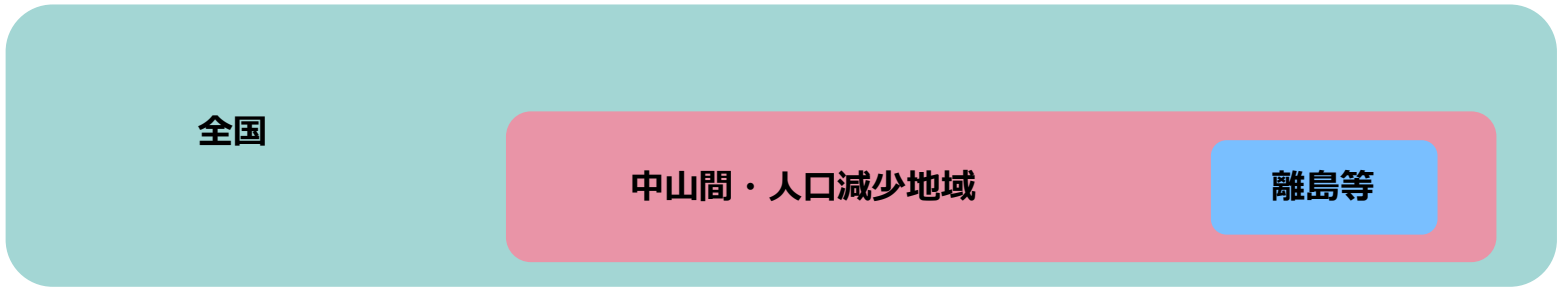
特例介護サービスの新たな類型案のイメージ

	指定サービス	特例介護サービス	
		基準該当サービス	離島等相当サービス
地 域	全国（地域限定なし）	全国（地域限定なし）	厚生労働大臣が定める地域（告示）
指 定・登 録	指定権者による指定	市町村等（保険者）に登録	市町村等（保険者）に登録
人員配置基準	国で定める基準に従い都道府県等が条例で規定	国で定める基準（指定サービスより緩和）に従い都道府県等が条例で規定	規定なし
報 酬	全国一律の介護報酬	全国一律の介護報酬を基準に市町村等で設定	全国一律の介護報酬を基準に市町村等で設定
類 型	居宅・施設サービス等	居宅サービス等	居宅サービス等

＋

新たな類型案
中山間・人口減少地域
市町村等（保険者）に登録
国で定める基準（基準該当サービスと同等又は緩和）に従い、都道府県が条例で規定 ※　**職員の負担や質の確保への配慮が前提**
地域の実情に応じた包括的な評価の仕組みの設定も可
居宅サービス等＋施設サービス

特例介護サービスごとの活用・運用のイメージ



		基準該当サービス	新たな類型案	離島等相当サービス
実施ルールの策定	都道府県の役割	・配置基準等に係る条例策定	・対象地域の設定 ・配置基準等に係る条例策定	（なし）
	市町村の役割	・実施要綱の策定 （登録手続き、報酬設定等）	・実施要綱の策定 （登録手続き、報酬設定等） ※包括的な評価の仕組みも設定可	・実施要綱の策定 （登録手続き、報酬設定等）
対象事業所の手続き		・事業所が市町村に登録	・事業所が市町村に登録	・事業所が市町村に登録

＜配置基準等＞

（厳格）　　（緩和）

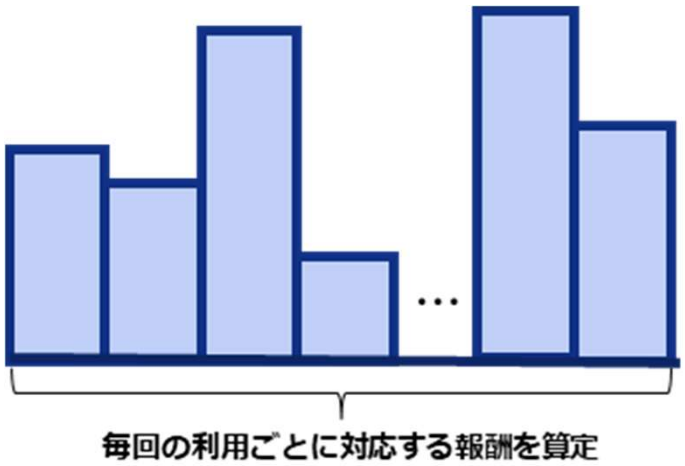
包括的な評価の仕組みのイメージ（案）

一例としては、以下のような方法が考えられるが、経営に与える影響、サービス提供に与える影響、利用者負担に与える影響、モラルハザードの抑制など、様々な観点を踏まえつつ、介護給付費分科会において議論。

（現行：出来高報酬）

✓サービス内容・提供時間に応じて**回数単位・出来高**で算定

✓**各種加算**は事業所の体制や利用者の状態に応じたサービス提供等を踏まえて**回数単位・出来高**で算定

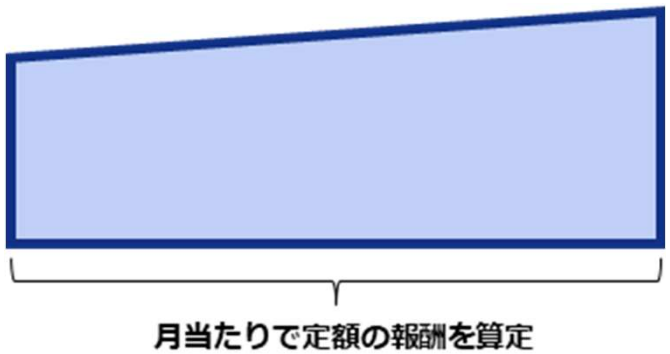


（包括報酬）

✓**月単位・定額**で算定（**要介護度**や**事業者の体制**を踏まえた多段階）

✓**各種加算**も**大くくりで包括化**、**簡素な仕組み**に

※　標準的な提供回数を超える分等は、別途算定



介護サービスを事業として実施する仕組み

新たな事業のポイント

○　**中山間・人口減少地域における介護サービス基盤の維持・確保**のため、給付の枠組みの中で、特例介護サービスの新たな類型や、当該類型を活用した包括的な評価の仕組みの創設を検討。今後、2040年を見据えると、サービスを提供する担い手だけでなく、**更なる利用者の減少が進む地域も想定される中**、こうした**給付による特例の仕組みを活用しても、なおサービス提供体制を維持することが困難なケースが想定**される。

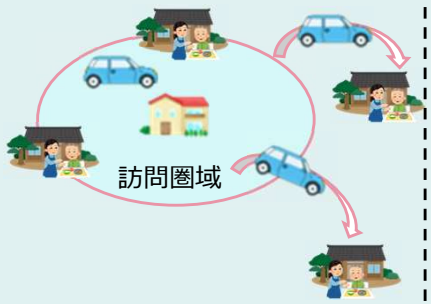
※　現在は、自治体がかかりましの移動コストを負担するケースや、自治体の後押しにより、介護ソフト等のＩＣＴの活用や、地域の診療所・ケアマネジャー・他の介護サービス事業所との連携を密に行うことにより対応している実態がある。

○　地域の選択肢の一つとして、**契約に基づき利用者本位でサービスを選択するという介護保険の制度理念を維持する**とともに、**利用者が住み慣れた地域を離れ、在宅での生活を継続することが困難となる状況を防ぐ**観点から、**給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業により、給付と同様に介護保険財源を活用し、事業者がサービス提供を可能とする**ことが考えられる。

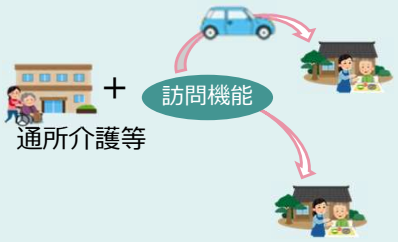
○　こうした観点を踏まえて、**中山間・人口減少地域において、市町村が、地域におけるサービス需要の状況やサービス提供体制の実情に応じて、柔軟にサービス基盤を維持・確保**していくことができるよう、特例介護サービスとあわせて、**市町村が、事業として、給付の仕組みと同様、介護保険財源を活用して柔軟に実施できる選択肢を設ける**ことが考えられないか。

＜事業による仕組みを活用することが想定されるケース＞

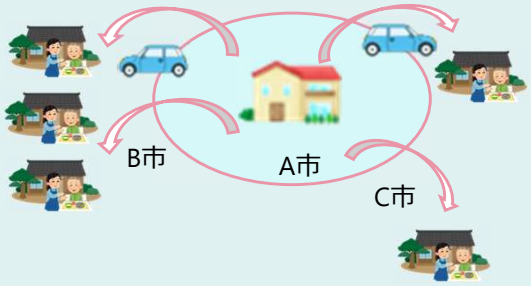
①通常の訪問圏域を越えて訪問



②他サービス事業所から訪問

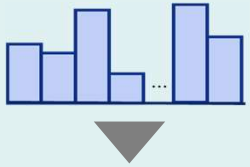


③複数近隣自治体にまたがる訪問

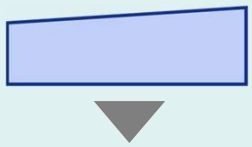


＜収入のイメージ＞

出来高の報酬（現行）



包括的な評価（特例介護サービスの新たな類型）



事業による仕組み　上記に加えて、中山間・人口減少地域における追加的な経費等を勘案

地域支援事業の上限額（介護保険法施行令第37条の13）

○　介護保険法第115条の45第４項より、地域支援事業は、政令で定める額（上限額）の範囲内で行うものとされている。
○　上限額は、各市町村ごと・事業の区分ごとに設定されている。
※　平成26年度までは介護給付費の額に連動して上限額が高くなる仕組みとしていたが、平成27年度以降は総合事業の創設等を踏まえ、各事業の実施に必要な経費を確保し、その円滑な実施を進める観点から、本取扱いへ移行した経緯がある。

地域支援事業

※地域支援事業全体の上限額は定めず、以下の①～③の区分ごとに上限額を管理

①介護予防・日常生活支援総合事業

サービス・活動事業（第一号事業）

一般介護予防事業

【上限額】（第１項～第４項）
移行前年度の予防給付等実績額
×　75歳以上高齢者の伸び率　など

※個別協議が可能

介護予防・日常生活支援総合事業以外　※②と③は融通不可

②包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）・任意事業

地域包括支援センターの運営
介護給付費適正化事業
家族介護支援事業　など

【上限額】（第６項・第７項のうち③以外）
平成26年度の上限額
×　65歳以上高齢者の伸び率　など

③包括的支援事業（社会保障の充実分）

在宅医療・介護連携推進事業
生活支援体制整備事業
認知症総合支援事業
地域ケア会議推進事業

【上限額】（第6項・第7項のうち特定包括的支援事業費額）
厚生労働大臣が認める額
（実際には交付要綱で事業ごとに金額を設定）
※③の合計額の中で柔軟な実施が可能

※個別協議が可能

介護事業者の連携強化の事例①

介護サービス事業所の経営の協働化の事例

※1　令和３年度老人保健健康増進等事業「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業事例集」をもとに作成
※2　各好事例は、小規模法人のネットワーク事業の補助金を活用して運営。

妻有地域包括ケア研究会 （12法人･88拠点･164事業所）	新潟県の提案に基づき、設立準備委員会を立ち上げて研究会を開設。 ・**人財育成の協働化**により、ケアの質向上、職員のやりがい・働きがいにつながり、離職率が２桁から１桁に落ち着いた。 ・**備品の共同購入**によりボリュームディスカウントを受けることができた。
一般社団法人福智町社会福祉連携協議会 （24法人･52事業所）	社会福祉協議会が推進役を担い、協議会を設立。令和３年４月に法人化。 ・**合同での人財募集**のチラシ作成や、専用ページの開設、外国人介護人材の受入体制等の整備を行った。**合同研修**により講師費用等を抑えることができた。 ・マスクや抗原検査キットなどの**共同購入**を実施。また、電力会社と交渉し**大規模特約割引契約**に至った。
やまがの介護協働推進ネットワーク （10法人･10事業所）	生活支援コーディネーターのいる法人が中心となり連携。 ・地域住民と施設職員との**共同研修を実施**。 ・山鹿市の全世帯に求人チラシを年２回配布。在宅を支援する職員が不足しているため、「働くことのできる高齢者」等へ働きかけ、**職員確保**。

介護事業者の連携強化の事例②

小規模な事業所間の連携事例

地域の中核法人主導の協働化

社会福祉法人東北福祉会
連携先：社会福祉法人 2法人
（３法人・５事業所）

取組内容

・法定研修の共同開催
・イベント開催による介護職の魅力発信

協働化の効果

・研修のマンネリ化や講師の固定化の解消
・他事業所の取組を知ることで、自事業所の業務振り返りのきっかけに

取組を進める上でのポイント

✓法人間のつながり
協働化前から、相談等ができるような法人間のつながりがあった

課題　**つながりのない他法人と連携していくこと**

自治体主導の協働化

社会福祉法人ふるさと
連携先：社会福祉法人 3法人、有限会社　1法人
（５法人・23事業所）

取組内容

・人材募集や研修の共同実施
・課題別セミナーの共同実施

協働化の効果

・事業所の課題に関する問題認識を共有できた
・研修・講義の満足度が高く、経営面への効果につながる実感を得られた

取組を進める上でのポイント

✓自治体の呼びかけ
自治体の呼びかけにより、地域のつながりが生まれた

課題
・賛同者を増やしていくこと
・継続した支援（財政的、専門的助言等）のための自治体との連携

※　「令和６年度「介護現場の働きやすい職場環境づくりに向けた経営の協働化・大規模化事例集」」をもとに作成

国庫補助により取得した財産の処分について（地方公共団体以外の場合／一般事項）

１．原則

○　国庫補助により取得した財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第22条により、その財産の処分（転用、譲渡、交換や貸付、取壊し等）が制限されている。

※処分制限期間を経過した財産を除く。
※補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）
（財産の処分の制限）
第２２条　補助事業者等は、補助事業等により取得し、又は効用の増加した政令で定める財産を、各省各庁の長の承認を受けないで、補助金等の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。ただし、政令で定める場合は、この限りでない。

２．一般的な財産処分の手続き

（１）**国庫納付が不要**となるケース：

①　法人による報告により認められるもの（個別の承認は不要）

・　災害等により使用できなくなった施設等または立地上若しくは構造上危険な状態にある施設の取壊し等

②　法人による承認申請手続により、承認を受ける必要があるもの

・　経過年数が10年以上である施設等で、転用、無償譲渡又は無償貸付の後に別に定める事業（社会福祉事業等）を実施する場合等
・　経過年数が10年未満である施設等で、転用、無償譲渡又は無償貸付の後に別に定める事業を実施する場合等のうち、市町村合併、地域再生等の施策に伴うものであって、厚生労働大臣等が適当であると個別に認めるもの等
・　同一事業を10年以上継続する場合の無償譲渡又は無償貸付
・　老朽化により代替施設を整備する場合の取壊し等

（２）**国庫納付が必要**となるケース：（１）以外の転用、譲渡、貸付、交換及び取り壊し
残存年数（処分制限期間－経過年数）に応じた額

国庫補助により取得した財産の処分について（地方公共団体以外の場合／施設特例）

3．介護分野における財産処分の手続き

老人福祉施設等については、**国庫納付が不要**となるケースについて、ほかに以下の特例が設けられている。

①地方公共団体以外の者が行う経過年数が10年以上の施設等の財産処分

- 転用、無償譲渡又は無償貸付の後に、重層的支援体制整備事業に使用する場合
- 重層的支援体制整備事業に使用する施設等を整備するために、取壊し等を行うことが必要な場合　等

②地方公共団体以外の者が行う経過年数が10年未満の施設等の一部転用 ※

- 転用後の用途が高齢者、障害者、児童等の福祉に関する施設等（厚生労働省所管の補助金等の対象となる事業に係る施設等又は企業主導型保育事業を行う施設に限る。）である場合

③介護療養型老人保健施設を介護医療院に転用又は介護療養型老人保健施設の運営のために必要な設備等を介護医療院の運営のために必要な設備等に転用する場合

4．障害分野における財産処分の手続き

社会福祉施設（障害福祉施設を含む）等については、**国庫納付が不要**となるケースについて、ほかに以下の特例が設けられている。

①地方公共団体以外の者が行う経過年数が10年以上の施設等の財産処分

- 転用、無償譲渡又は無償貸付の後に、重層的支援体制整備事業に使用する場合
- 重層的支援体制整備事業に使用する施設等を整備するために、取壊し等を行うことが必要な場合　等

②地方公共団体以外の者が行う経過年数が10年未満の施設等の一部転用 ※

- 転用後の用途が、高齢者、障害者、児童等の福祉に関する施設等（厚生労働省及びこども家庭庁所管の補助金等の対象となる事業に係る施設に限る。）である場合等

5．こども分野における財産処分の手続き

児童福祉施設等については、**国庫納付が不要**となるケースについて、ほかに以下の特例が設けられている。

①地方公共団体以外の者が行う経過年数が10年以上の施設等の財産処分

- 転用、無償譲渡又は無償貸付の後に、重層的支援体制整備事業に使用する場合
- 重層的支援体制整備事業に使用する施設等を整備するために、取壊し等を行うことが必要な場合
- 転用、無償譲渡又は無償貸付の後に、こども誰でも通園制度を行う事業所に使用する場合　等

②地方公共団体以外の者が行う経過年数が10 年未満の施設等の一部転用 ※

- 転用後の用途が、高齢者、障害者、児童等の福祉に関する施設等（厚生労働省及びこども家庭庁所管の補助金等の対象となる事業に係る施設等、企業主導型保育事業を行う施設又はこども誰でも通園制度を行う事業所に限る。）である場合

※ 一部の転用に当たるかどうかは、転用後も当初の補助対象事業等が継続されていることで判断される。

地域の実情に応じた既存施設の有効活用

現状・課題

○　社会福祉法人、医療法人等が所有する施設等の財産について、取得・改修の際に国庫補助がなされている場合においては、転用・貸付の後に社会福祉事業等を行う場合であっても、財産取得から10年未満の転用の場合（補助対象事業を継続した上で一部転用する等の承認要件を満たす場合を除く。）等には、原則、処分制限期間に対する残存年数等に応じた補助金の国庫返納が必要となっている（次頁）。このような制限の趣旨を踏まえつつ、柔軟な対応の検討を行っていく必要がある。

○　サービス需要が減少する中山間・人口減少地域において、介護保険施設の機能を柔軟に変化にさせながら、地域の関係者との協働のもとでサービスを確保していくため、経過年数10年未満の施設等であっても、

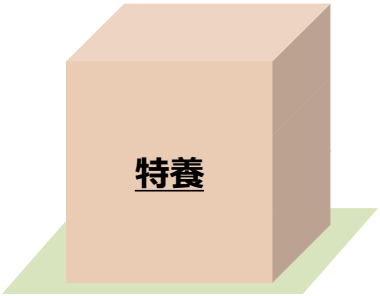
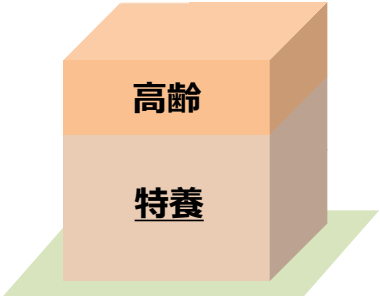
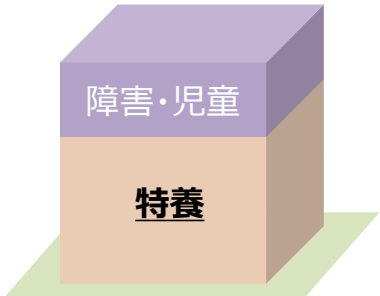
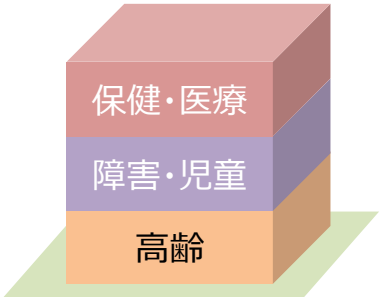
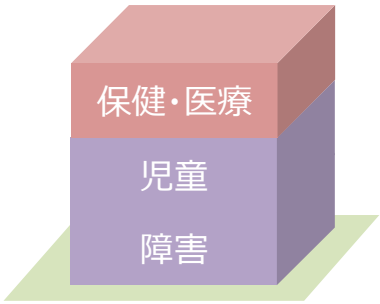
・　一定の条件下における全部転用（補助対象事業を継続した上で一部転用する等の場合を除く。）、

・　一定の条件下における廃止（計画的な統廃合に伴う一定の機能を維持した上での廃止に限る。）等

について、補助金の交付の目的に反するものとして返還を求められることのないよう、承認要件の見直しを検討することが考えられる。

その際、介護サービスのみならず横断的に福祉サービスを確保する観点から、介護保険施設から障害者施設・児童福祉施設等への転用や、複数施設の統合といった異なる分野も含めた横断的な検討が必要である。

＜参考＞現行制度で国庫納付を求めないこととしている転用のケース（承認要件を満たす場合）

	当初の補助施設を残した上での**一部転用**	当初の補助施設を廃止した上での**全部転用**
補助金で取得・改修	➡ **他の高齢者施設**　**障害・児童施設**	➡ **厚労省所管施設**
	 	 
経過年数**10年以上**	**国庫納付不要**	**国庫納付不要**
経過年数**10年未満**	**国庫納付不要**	市町村合併・地域再生等の施策に基づく場合**国庫納付不要**

厚生労働省所管一般会計補助金等に係る財産処分について（老健局長通知）の一部改正（令和７年９月４日）

一部改正の概要

○「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ」（令和７年７月25日）における「**特別養護老人ホームなど、地域密着の施設から広域型施設への転用について、補助金の国庫返納が不要という点、ルールを明確化の上、その運用を図るべきである。**」との指摘を踏まえ、「厚生労働省所管一般会計補助金等に係る財産処分について」（老健局長通知）について以下の改正を実施。

① 地域密着型（定員29人以下）の特別養護老人ホームの広域型（定員30人以上）への転用など、設置根拠法上は同一の施設であるが、介護保険法における基準・報酬上の取扱いが異なる場合などについて運用にバラツキが生じないよう**承認を要する財産処分には当たらない**旨の**明確化**

② **全国で統一的な運用が図られるよう、**地域医療介護総合確保基金により整備した施設についても、原則として老健局通知に準じた取扱いとするよう**明記**

＜転用が補助金等の交付の目的に反するものではないと解されるた財産処分の承認を要しないことを明確化したもの＞

定員 ― 30人 →

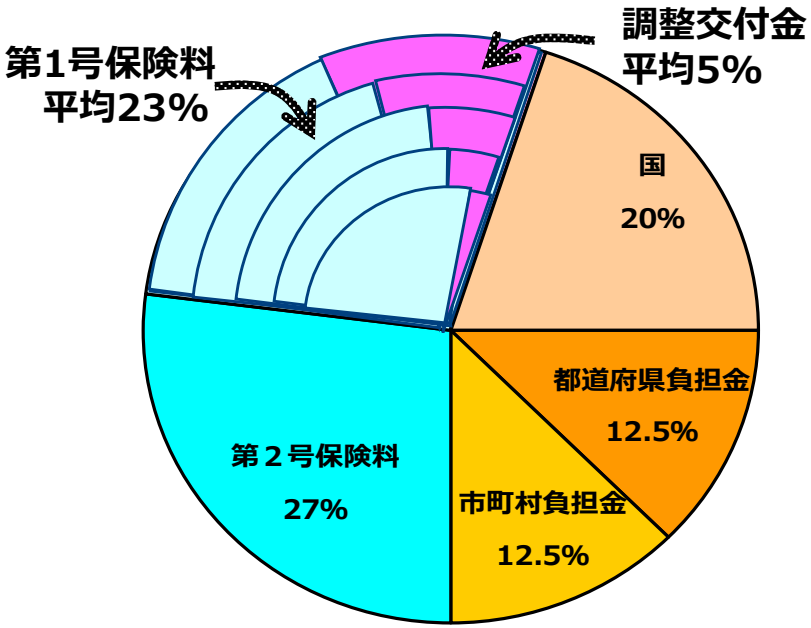
1	特別養護老人ホーム	転用	特別養護老人ホーム	介護給付としては異なる区分であるが、老人福祉法上は、いずれも特別養護老人ホーム
2	介護老人保健施設	転用	介護老人保健施設	基準上の特例はあるが、介護保険法上は、いずれも介護老人保健施設
3	介護医療院	転用	介護医療院	基準上の特例はあるが、介護保険法上は、いずれも介護医療院
4	養護老人ホーム	転用	養護老人ホーム	基準上の特例はあるが、老人福祉法上は、いずれも養護老人ホーム
5	ケアハウス（特定施設）	転用	ケアハウス（特定施設）	介護給付を受ける場合、条件によっては異なる介護給付となる場合があるが、老人福祉法上は、いずれも軽費老人ホーム
6	有料老人ホーム（特定施設）	転用	有料老人ホーム（特定施設）	介護給付を受ける場合、条件によっては異なる介護給付となる場合があるが、老人福祉法上は、いずれも有料老人ホーム

※ 上記のほか、地域包括支援センターや介護予防拠点を重層的支援体制整備事業の用に供する場合についても財産処分の承認を要しないことを明確化

※ 上記の転用については、財産処分に係る承認を要しないのみであり、指定・認可等に係る手続きについては所定の事務を行う必要がある

調整交付金について

「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と、「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を、国庫負担金２５％のうち５％分を用いて財政調整。市町村間の財政力の差を解消。



１．後期高齢者加入割合の違い

・前期高齢者（６５歳～７４歳）：一人当たり給付費　4,380円
・後期高齢者（７５歳～８４歳）：一人当たり給付費 17,606円
・後期高齢者（８５歳～）　　：一人当たり給付費 82,664円　**※令和６年度時点**

後期高齢者の構成割合が大きい市町村
→保険給付費が増大　→調整しなければ、保険料が高くなる

２．被保険者の所得水準の違い

所得の高い高齢者が相対的に多い市町村
→　調整しなければ、同じ所得でも、**保険料は低くてすむ**

所得の低い高齢者が相対的に多い市町村
→　調整しなければ、同じ所得でも、**保険料は高くなる**

【調整交付金の役割】
・　保険者の給付水準が同じであり、
・　収入が同じ被保険者であれば、
保険料負担額が同一となるよう調整するもの。

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い保険者
低所得の高齢者が多い保険者

調整交付金が5%であれば、11,200円

実際は 6,200円

調整交付金を多く（14.5%）支給

第１号保険料

B市

後期高齢者が少ない保険者
低所得の高齢者が少ない保険者

実際は、4,950円

調整交付金5%であれば、4,050円

第１号保険料

調整交付金なし

（※）調整交付金の計算方法
各市町村の普通調整交付金の交付額
＝　当該市町村の標準給付費額　×　普通調整交付金の交付割合（%）

普通調整交付金の交付割合（%）
＝　２８％　－　（２３％　×　後期高齢者加入割合補正係数
×　所得段階別加入割合補正係数）

Ⅰ　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築

３．大都市部・一般市等における対応

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

定義

○「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）

または

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）

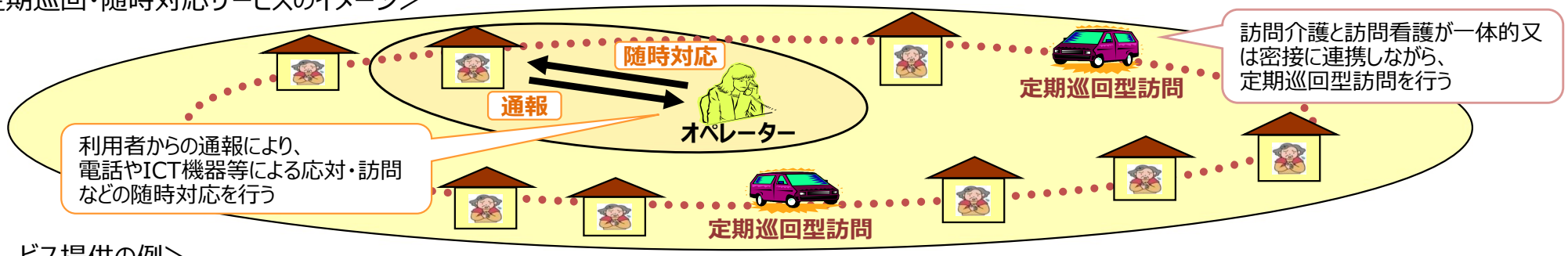
のうち、いずれかをいう。

経緯

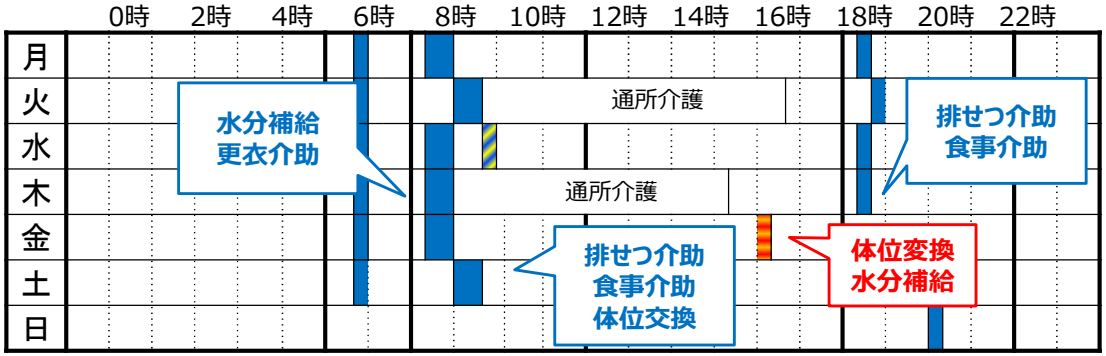
○　訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を２４時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。

○　このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う**「定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護」**を創設（平成24年４月）。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



＜サービス提供の例＞



定期巡回

随時訪問

訪問看護

・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能

・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能

・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

夜間対応型訪問介護の概要

定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を訪問介護員等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護等の提供を行うものをいう。

経緯

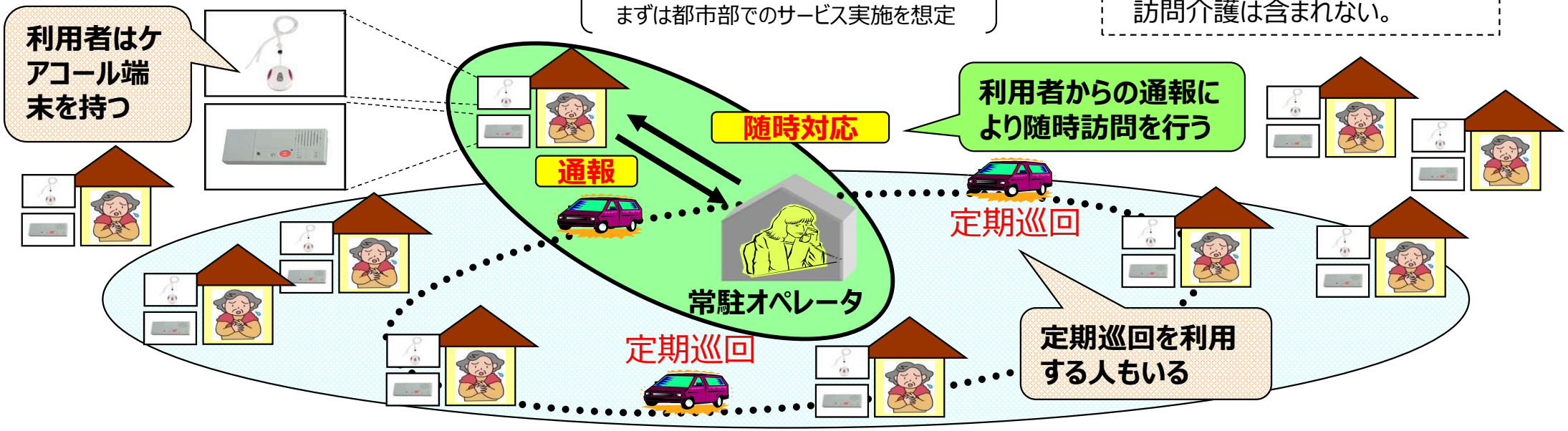
○在宅にいる場合も、夜間を含め２４時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成１８年４月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

＜夜間対応型訪問介護のイメージ図＞

基本的には、利用対象者３００人程度を想定

（人口規模にすれば２０万程度
まずは都市部でのサービス実施を想定）

※　夜間の訪問介護のみを実施するサービス類型であり、日中の訪問介護は含まれない。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

１．地域包括ケアシステムの深化に向けて

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

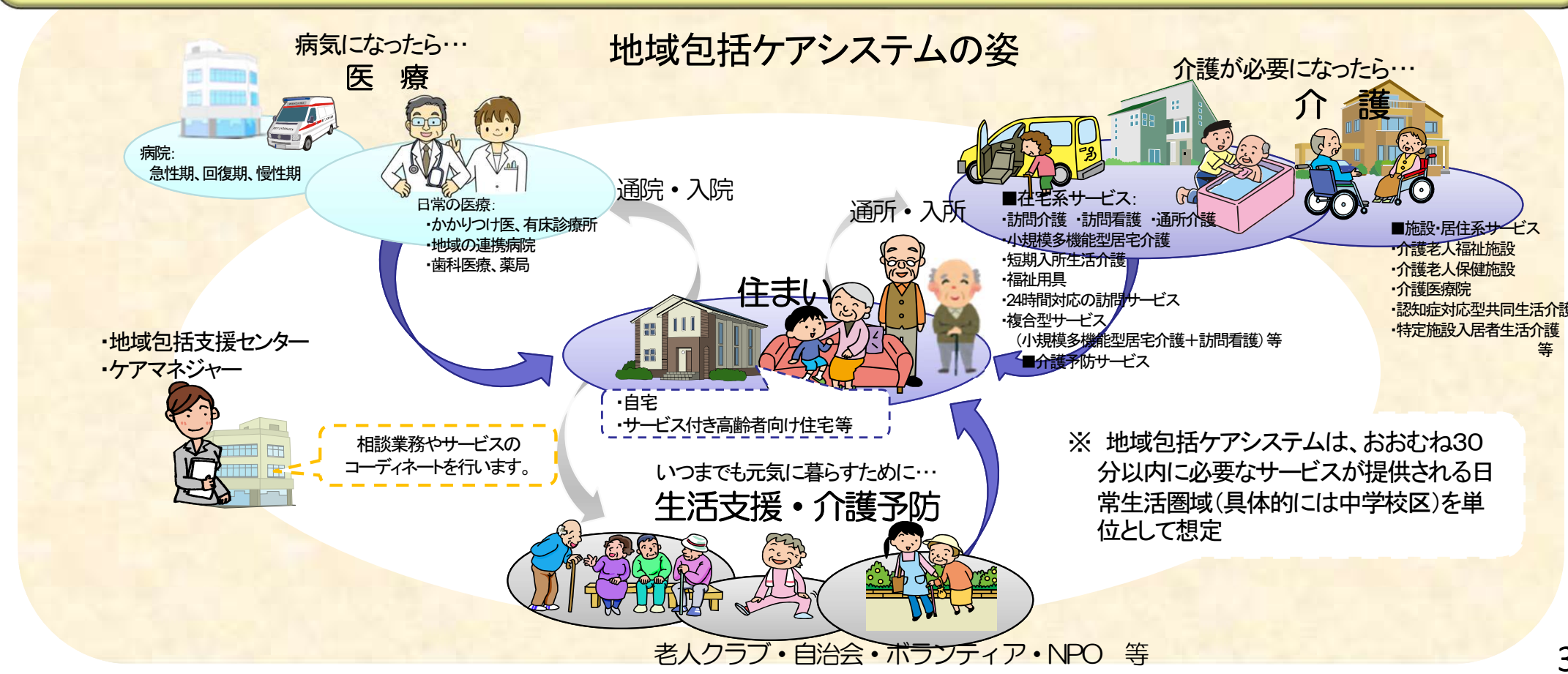
地域包括ケアシステムについて

○　住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を実現。**

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムが重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

２．医療・介護連携の推進

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

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

改正の概要

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

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

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

① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

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

等

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

施行期日

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は令和８年４月１日（１②並びに２①の一部、②及び③）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見
令和６年12月25日社会保障審議会医療部会

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

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

医療DXの推進

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

オンライン診療の推進

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

その他、下記の措置を行う

・一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底

● 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）　等

医師偏在対策

＜医師確保計画の実効性の確保＞

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

＜地域の医療機関の支え合いの仕組み＞

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

＜経済的インセンティブ等＞

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

美容医療への対応

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

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

地域医療介護総合確保法と介護保険法等の関係性の整理

国

総合確保方針（法第3条）

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

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な指針

医療法で定める基本方針

介護保険法で定める基本指針

都道府県

整合性の確保

都道府県計画（事業計画）（法第4条）

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

医療計画

地域医療構想

介護保険事業支援計画

整合性の確保

市町村

市町村計画（事業計画）（法第5条）

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

整合性の確保

介護保険事業計画

＜医療＞提供体制の構築

＜介護＞提供体制の構築

連携が重要

※上記の「法」は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

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

医療・介護における地域レベルごとの各種計画の策定について

地域医療構想

国

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

都道府県

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

圏域

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

（※）

市町村

市町村

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

整合性の確保
（在宅医療等の整備目標や介護サービスの種類毎の量の見込み）

第10期介護保険事業（支援）計画（令和９年度～）

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

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

→ 基盤整備

広域的調整を図るために必要な支援

提出

老人福祉圏域

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

→ 基盤整備
保険料の設定等

新たな地域医療構想に係る経過措置の規定

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

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

○医療法等の一部を改正する法律案（令和７年２月14日閣議決定）（抄）

附　則

（医療法の一部改正に伴う経過措置）

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

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

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

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

二次医療圏と老人福祉圏域

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

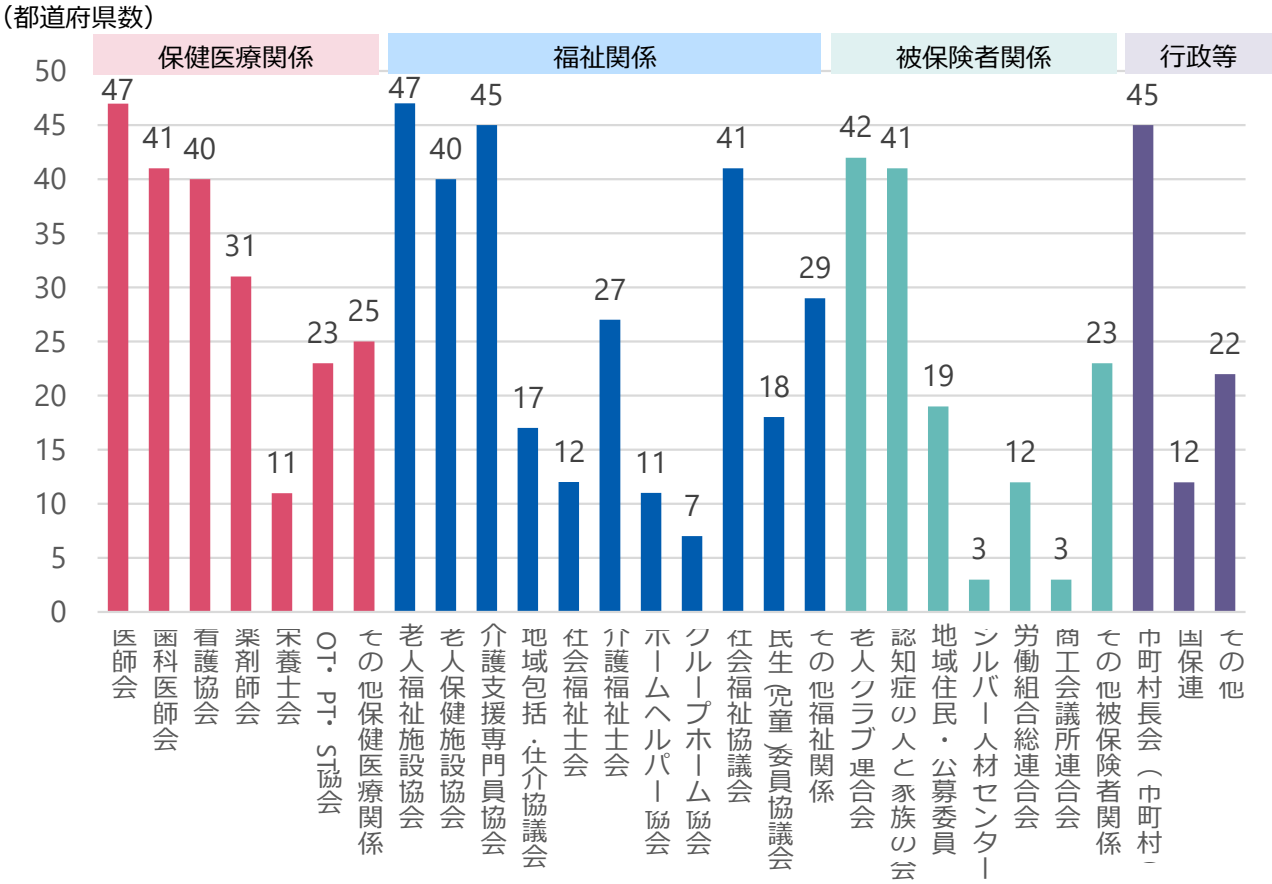
（二次医療圏と老人福祉圏域が異なる地域）

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

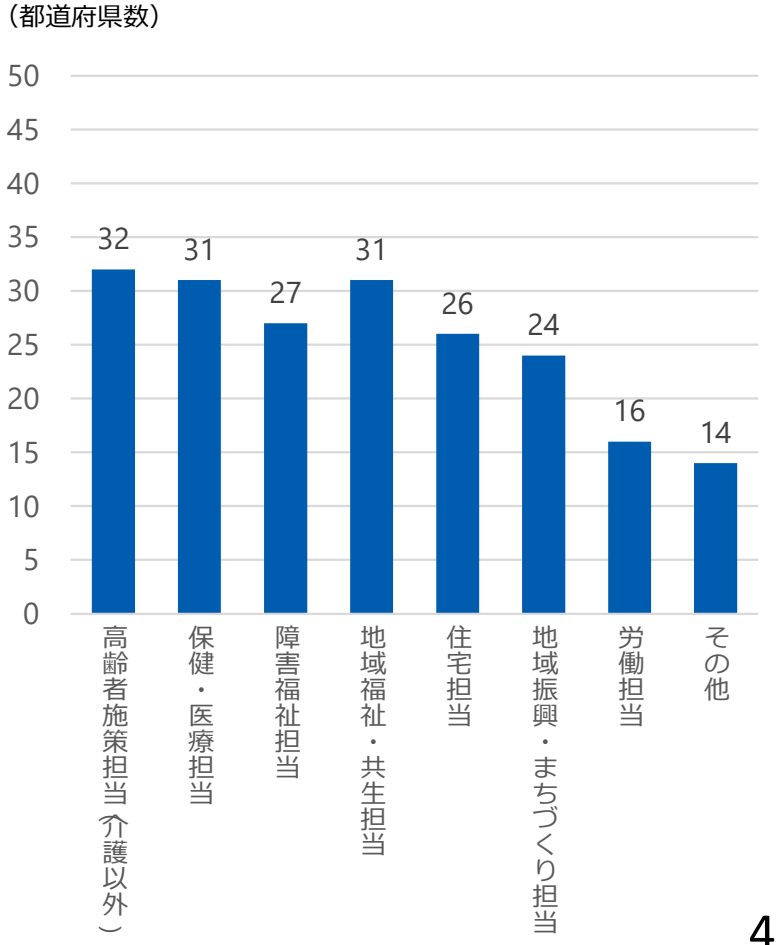
介護保険事業支援計画の作成に関する検討体制

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

介護保険事業支援計画の策定に関し都道府県に設置された会議体の構成員



介護保険事業支援計画の作成に向けた
県庁内の検討体制への参加部局

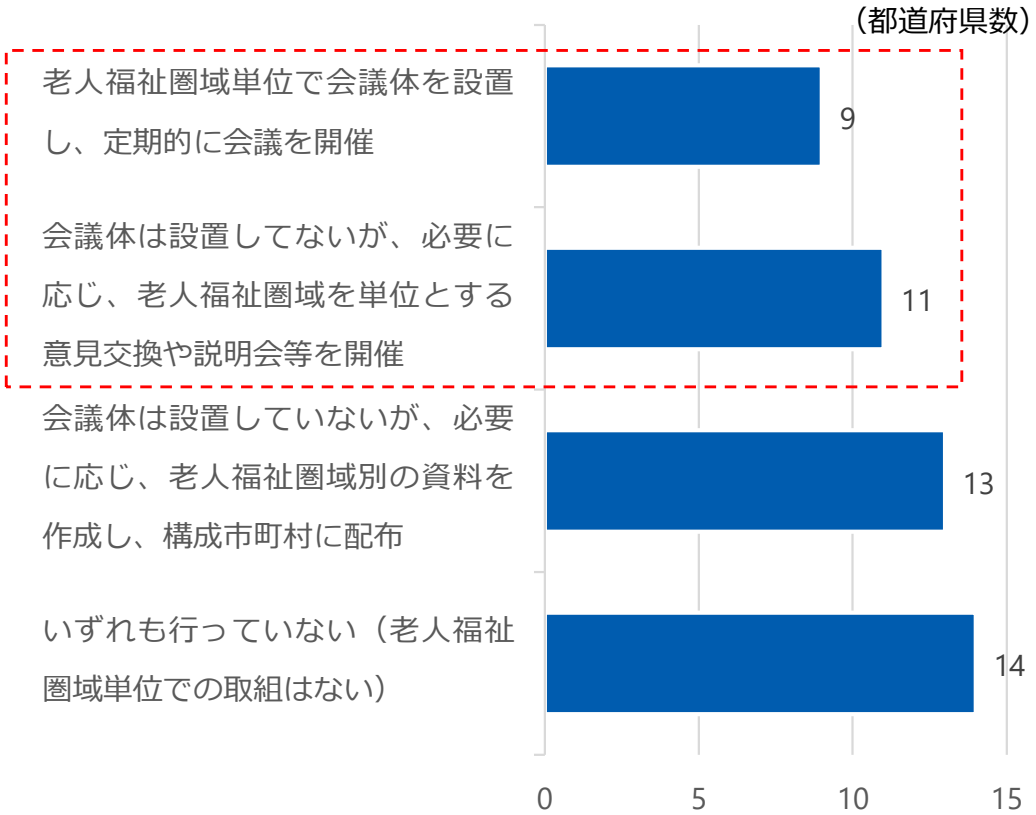


（出典）厚生労働省老健局介護保険計画課調べ（令和７年８月に各都道府県に対し調査を実施）

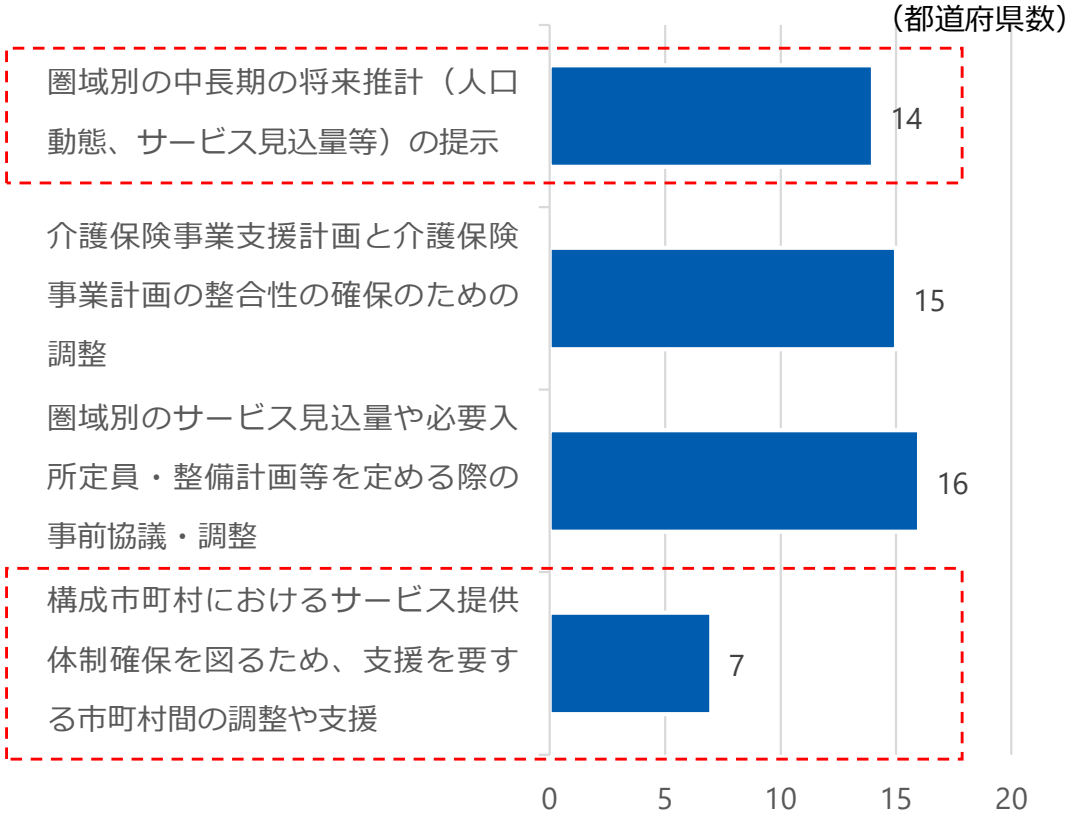
老人福祉圏域における議論の状況①

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

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



老人福祉圏域の構成市町村に対する指導・助言等の状況

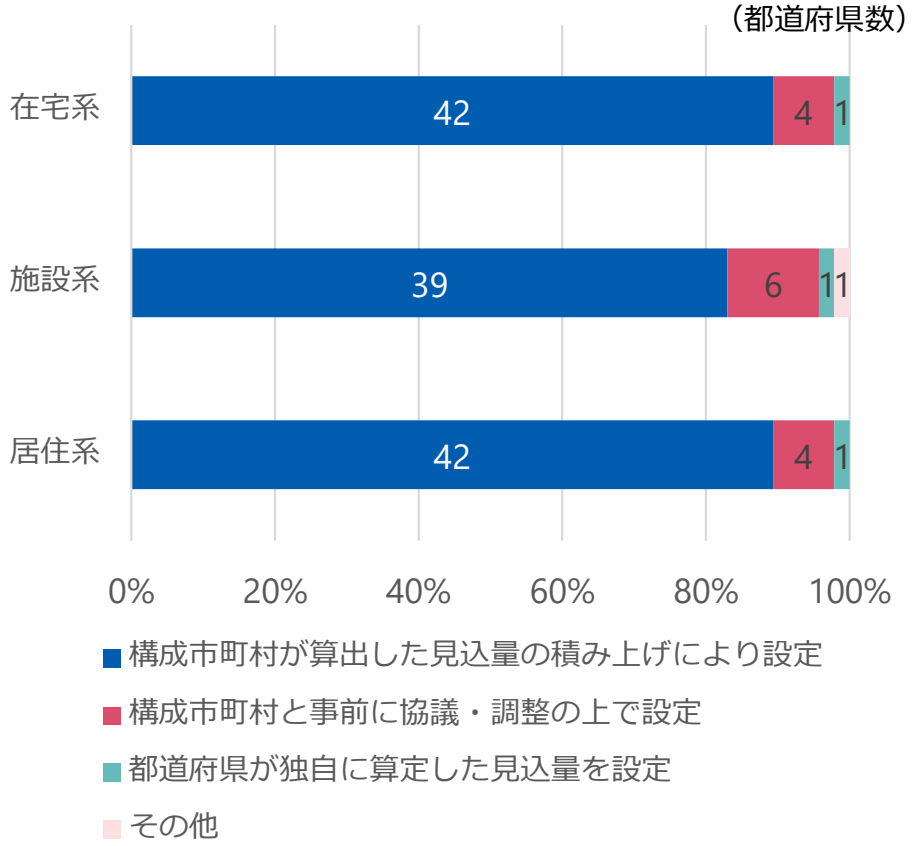


（出典）厚生労働省老健局介護保険計画課調べ（令和７年８月に各都道府県に対し調査を実施）

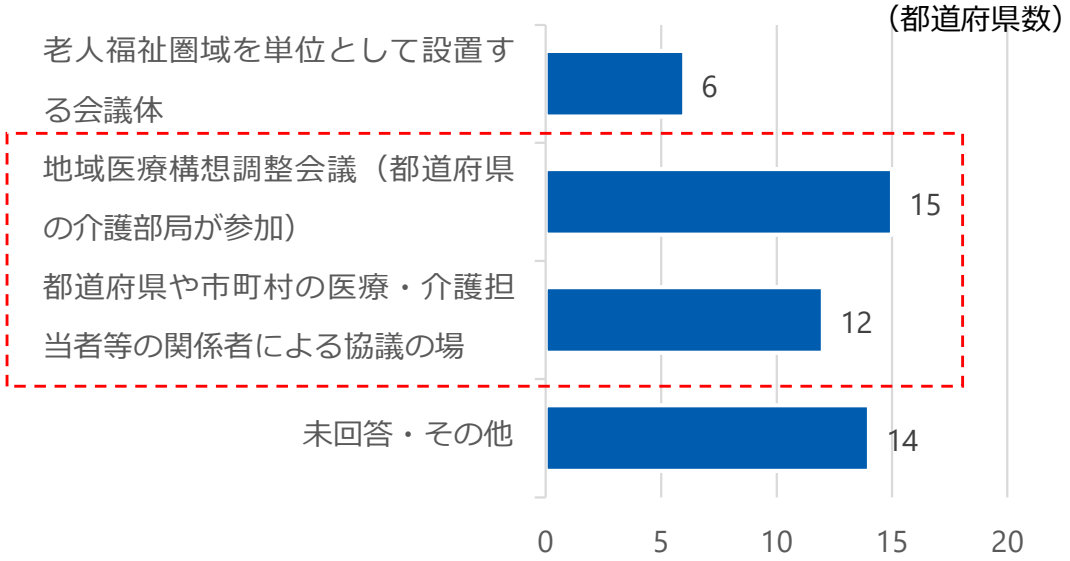
老人福祉圏域における議論の状況②

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

第９期計画における老人福祉圏域別のサービス見込量設定の考え方



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



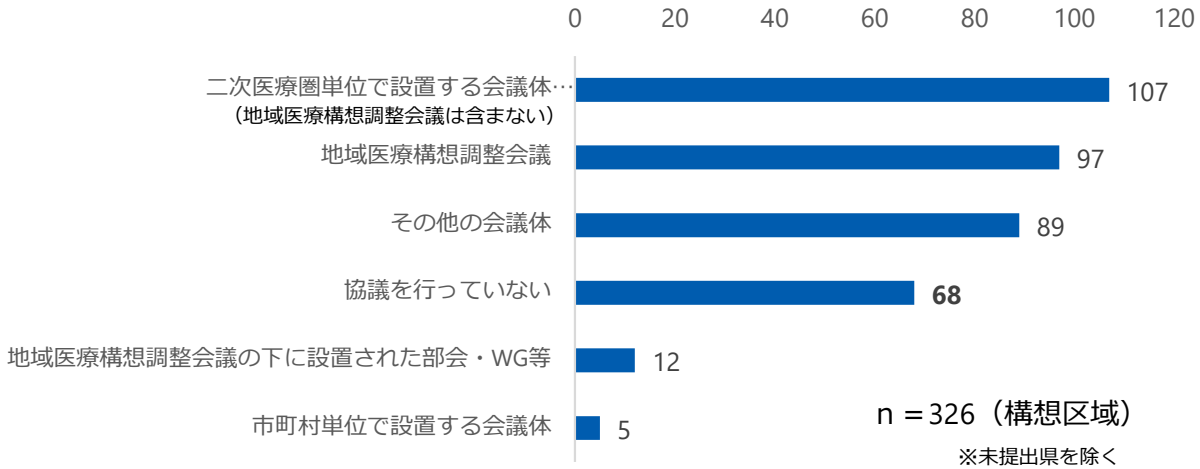
【「その他」の内容】
- 地域医療構想調整会議に市町村の介護保険担当部局が参加
- 都道府県介護保険事業支援計画の作成のために設置する会議体に医療部局が参加
- 圏域毎に市町村・医療関係者も含めた説明会を実施
- 文書等による調整
- 特段協議の場は設けていないが、計画策定にあたり、医療部局に適宜相談

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

医療及び介護の体制整備に係る協議について

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

医療及び介護の体制整備に係る会議の場の設置状況



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

（抜粋）

５ 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 位置付け

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

＜協議を行っていない理由＞

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

資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

在宅医療・介護連携の推進

○　**医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。**

（※）在宅療養を支える関係機関の例

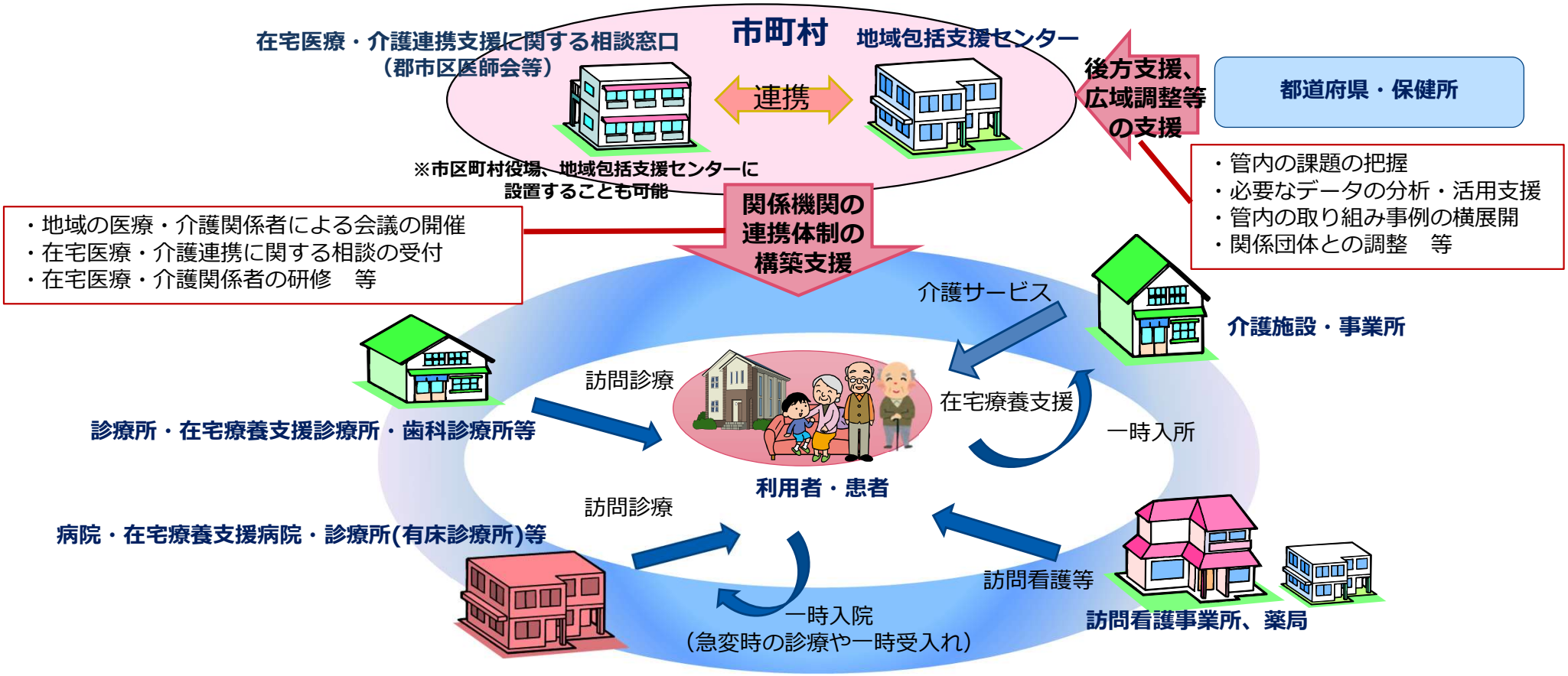
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）

・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）

・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）

・介護施設・事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

○　**このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。**



在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
（看取りや認知症への対応を強化）

地域のめざすべき姿

Act 改善

第８期介護保険事業計画期間からの
在宅医療介護連携推進事業の在り方図

Plan 計画

現状分析・課題抽出・施策立案

■　地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握

■　将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

■　情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要

Check 評価

対応策の評価の実施

Do 実行

対応策の実施

○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

■ コーディネーターの配置等による相談窓口の設置

■ 関係者の連携を支援する相談会の開催

○ 地域住民への普及啓発

■　地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催

■　周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

○ 医療・介護関係者の情報共有の支援

■　在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

○ 医療・介護関係者の研修

■　多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）

■　医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞　総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援　○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

○ 地域医療構想・医療計画との整合

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

3．有料老人ホームの事業運営の透明性確保、
高齢者への住まい支援

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会　開催経緯

令和７年11月５日公表

趣旨・目的

- 地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護等のサービスが包括的に提供される前提となる高齢者の住まいの確保は重要であり、そのニーズの高まりや多様化に伴い、有料老人ホーム(※)の数は増加するとともに、提供されるサービスも民間の創意工夫により多様化している。一方、**入居者に対する過剰な介護サービスの提供（いわゆる「囲い込み」）に加え、入居者保護や入居者紹介事業をめぐる事案など、有料老人ホームの運営や提供されるサービスに関する透明性・質の確保に関する課題**もある。
（※）サ高住の約96%は有料老人ホームに該当
- こうした状況を踏まえ、**有料老人ホームの多様な運営方法やサービスの提供実態を把握**するとともに、多様なニーズに対応しつつ、**運営やサービスの透明性・質の確保を図るための方策等**を検討。

構成員等

◎：座長、○：座長代理

○井上由起子　日本社会事業大学専門職大学院教授
植村　健志　一般社団法人 全国介護付きホーム協会副代表理事
江澤　和彦　公益社団法人 日本医師会常任理事
川田　力也　民間介護事業推進委員会代表委員
木本　和伸　大阪府福祉部高齢介護室介護支援課長
倉田　賀世　熊本大学法学部教授
◎駒村　康平　慶應義塾大学経済学部教授
高野　龍昭　東洋大学福祉社会デザイン学部教授
田母神裕美　公益社団法人 日本看護協会常任理事
中澤　俊勝　公益社団法人 全国有料老人ホーム協会理事長
（高齢者住まい事業者団体連合会副代表幹事）
濵田　和則　一般社団法人 日本介護支援専門員協会副会長
北條　雅之　横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課長
保木口知子　独立行政法人 国民生活センター理事
宮本　俊介　一般社団法人 高齢者住宅協会住宅・住生活部会部会長
矢田　尚子　日本大学法学部准教授
（オブザーバー）
里村　浩　公益社団法人 全国老人福祉施設協議会事務局長兼常務理事
村上かおる　一般社団法人 全国介護事業者連盟事務局長
田中　規倫　国土交通省住宅局安心居住推進課長

（11月５日時点）

これまでご議論・ご意見いただいた事項

（１）有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方

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

（ii）入居者による有料老人ホームやサービスの適切な選択
入居契約の性質や契約規則の必要性、望ましい情報提供のあり方、入居契約時において説明されるべき事項、高齢者や家族等への意思決定支援の必要性

（iii）入居者紹介業者の透明性や質の確保
入居者紹介事業者の役割と課題、入居者紹介事業の透明性や質の確保等について

（iv）有料老人ホームの定義について

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

（２）有料老人ホームの指導監督のあり方
届出制や標準指導指針による現行制度の課題、参入時の規制のあり方、標準指導指針や参入後の規制のあり方、行政処分の限界と対応の方策

（３）有料老人ホーム等における囲い込み対策のあり方

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

（ii）特定施設入居者生活介護
特定施設への移行や外部サービス利用型の活用促進等について

開催状況

（第１回）2025年 ４月14日　現状・課題について
（第２回）2025年 ４月28日　ヒアリング
（第３回）2025年 ５月19日　ヒアリング
（第４回）2025年 ６月20日　これまでの議論の整理案について
2025年 ７月25日　これまでの議論の整理
（第５回）2025年９月16日　これまでの議論の整理を踏まえた検討の方向性について
（第６回）2025年10月３日　とりまとめに向けた議論について
（2025年10月８日～10月21日　パブリックコメント実施）
（第７回）2025年10月31日　とりまとめ案について
2025年11月５日　とりまとめ

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会 とりまとめ（概要）

令和７年11月５日公表

- 多様なニーズを抱える高齢者が、希望と状態像に応じて住まいと介護サービスを選択できることが重要。
- このため、**入居する要介護者等の安全性の確保、住まい・介護サービスの選択プロセスの透明性の向上**、**ニーズに応じた介護サービスが提供可能な体制整備**に向けた対応の方向性を検討。

サービス選択における課題

- 住まいやサービスの種類が複雑で、**情報の非対称性**が高い
- 高額手数料など**入居者紹介事業の透明性**に疑念のある事例

サービスの質の確保における課題

- 緊急時の対応や、認知症等**の専門的ケアを必要とする要介護者の安全確保**に課題
- 住宅型有料老人ホームのケアプラン作成への関与等により、**併設事業者等への誘導**、**過剰サービス提供**のおそれ

自治体の指導監督・ニーズ把握における課題

- 届出制のもとでの自治体の**指導監督に限界**
- 自治体による有料老人ホーム入居者の介護サービス利用実態が把握困難
- **総量規制**により、特定施設の指定を受けられない

１．有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方

◆ **有料老人ホームにおける安全性及びサービスの質の確保**

○ **安全性の確保やサービスの適切な選択の確保の必要性**から、**中重度の要介護者や、医療ケアを要する要介護者、認知症の方などを入居対象**（※）**とする有料老人ホーム**について、**登録制といった事前規制**を導入する必要性

（※）実態としてこれらの者が入居している場合や、**中重度以上になっても住み続けられる場合**も含む

○ こうした一定以上の介護等を必要とする高齢者の住まいであることを踏まえた**人員・施設・運営等に関する基準を設ける**必要性

◆ **入居者による有料老人ホームやサービスの適切な選択**

○ 契約締結に際し**事前の重要事項説明の実施**や、**入居契約書の事前交付の義務付け**の必要性

○ 入居希望者や家族、ケアマネジャー、医療SW等が**活用しやすい情報公表システムの構築**の必要性

◆ **入居者紹介事業の透明性や質の確保**

○ 現行の事業者団体による届出公表制度を前提に、**公益社団法人等が一定の基準を満たした入居者紹介事業者を優良事業者として認定する仕組み**の必要性

○ 紹介事業者による**入居希望者への明確な説明**や、**紹介手数料の算定方法等（月当たり家賃・管理費等の居住費用がベース**となること）**の公表**の必要性

◆ **有料老人ホームの定義**（**「食事の提供」の明確化**の必要性）

◆ **介護保険事業(支援)計画の策定に向けた対応**（住宅型有料老人ホームの情報を**自治体が把握できる仕組み**の必要性）　等

２．有料老人ホームの指導監督のあり方

○ 事業運営の質の維持のため、**更新制**や、**一定の場合に更新を拒否する仕組み**の必要性

○ **行政処分を受けた事業者**について、**役員等の組織的関与が認められる場合には、一定期間、事業所の開設を制限**する仕組みの必要性

○ **事業廃止や停止等の場合**において、有料老人ホーム運営事業者が、**入居者の転居支援、介護サービス等の継続的な確保、関係機関や家族等との調整**について、**行政と連携しながら責任を持って対応**する必要性　等

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

○ **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確保**の必要性

○ **入居契約とケアマネジメント契約が独立**していること、**契約締結の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、**入居希望者に明示するとともに、行政が事後チェックできる仕組み**の必要性

○ 介護サービス等と同一・関連事業者の場合、**住まい事業**と**介護サービス等事業**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**できる必要性

○ 介護保険事業計画においてニーズに応じて適切に特定施設を含む各サービスの必要量を見込むことが重要であり、入居者が必要とする介護サービスが特定施設と変わらない場合等に**特定施設への移行を促す**必要性　等

高齢者住まい（有料老人ホーム及びサ高住）の入居者像と整備状況に関する変化や特徴　※「介護付き（特定施設）」、「住宅型」、「サ高住」のデータは重複していない

件数・定員数の変化		・高齢者施設が概ね横ばい・微増の中、有料、サ高住の件数・定員数の増加（**10年間で約２倍**）
入居者像の変化【2014年と2024年の比較】	入居年齢層	・10年前と比較し、**2024年では、いずれの類型も90歳以上の層が最も厚くなっている（約３～４割）** ・10年間で80歳未満の層が介護付き・サ高住で６％、住宅型有料で３％程度縮小。住宅型有料は80歳未満が全体の22%程度を占め、他の類型よりも年齢層が低い。
	要介護度	・**住宅型は要介護３以上が入居者の48.87%→55.9%に増加**。それ以外の類型では軽度者の割合が最多で推移
	月額費用	・幅広いが、最多は介護付き「30万円以上」、住宅型「10万円未満」、サ高住（非特定）「12～14万円」と各類型とも10年間傾向維持。平均月額費用は、介護付き・サ高住はやや上昇、住宅型は下降傾向
入居時の要介護度・認知症の程度【令和2年度調査のみ】		・いずれの類型も**要介護１が約2割と最も多い** ・介護付き、住宅型の**要介護３～５の占める割合が3割以上**。サ高住は**軽度者が３割以上** ・認知症自立度は いずれも「Ⅱa・Ⅱb」が最も多いが、サ高住は「自立」が28.4%と他よりも多い
入退去状況の変化【2014年と2024年の比較】	入居前の居場所	・「病院･診療所」から入居する方の割合はいずれの類型も概ね変化なし （介護付き：約３割、住宅型：約４割、サ高住：約３割）
	退居ルート	・**退去理由は、死亡が最も多く（介護付き:59%、住宅型:55%、サ高住:43%）、その割合もこの10年で増加。**特に住宅型有料の死亡による退去が**14%程度増加**　※特養は71.9%（2022年）
有料老人ホーム等の地域ごとの整備状況（都道府県別）【2019年と2024年の比較】／併設等の状況（2024年調査）		・**大都市圏（一都三県、大阪、愛知、福岡）の増加率が高く**（全国平均17%に対し22%）、県別では岐阜県が最多（45%）。沖縄県を除く全ての都道府県で増加傾向。施設数は大阪府が最多 ・高齢者人口当たりの定員数で見ても大都市圏の割合が高いが、九州地方の都道府県も高水準 ・併設･隣接の介護・医療サービス事業所がある住宅型は79.1%、サ高住は83.4%
有料老人ホーム等の地域ごと（都市部・中核市・町村）の整備状況【2016年と2024年の比較】		・**大都市部**において、自立・軽度者はサ高住、要介護者は住宅型有料が主な受け皿となっている ・**町村部**において、要介護度が高い人は地域の特養に入所していると考えられるところ、特養に入れない軽度の方は、介護付きや住宅型が受け皿となっていると考えられる

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(複数も可)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（複数も可）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

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）

「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。

サ高住（「住宅型」に該当）

- 施設数： 7,135棟
- 住戸数： 239,168戸

（有料老人ホーム非該当）
349棟
10,140戸

「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。

サ高住（特定施設に該当）

- 施設数： 817棟
- 住戸数： 38,379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、合計数には上記の類型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）。

有料老人ホームの類型に応じた報酬体系

介護度：要介護者 ― 要支援者・自立

「介護付き」有料老人ホーム

「特定施設入居者生活介護」の指定を受けた有料老人ホーム
入居者の介護度に応じ「介護専用型」又は「混合型」

サービス提供の方法

一般型

ホーム事業者 ／ 入居者

介護

・生活相談
・ケアプラン作成
・食事の提供　等

支払（居住費用、自己負担等）

外部サービス利用型

ホーム事業者 ／ 入居者

・生活相談
・ケアプラン作成
・食事の提供　等

支払（居住費用、自己負担等）

委託料

介護

介護サービス事業者

介護報酬体系

ホーム事業者から請求

包括報酬
［特定施設入居者生活介護費の一日当たり単価/人］×［日数］×［人数］

ホーム事業者から一括請求

包括報酬
［外部サービス利用型「基本サービス費」の一日当たり単価/人］×［日数］×［人数］

＋

出来高報酬
・外部サービス利用型の限度単位数が上限
［外部サービス利用型における各サービス一回当たり単価/人］×［回数］×［人数］

「住宅型」有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅

いわゆる「囲い込み」が生じるおそれ

サービス提供の方法

ホーム事業者 ／ 入居者

・生活相談
・食事の提供　等

支払（居住費用等）

介護

支払（自己負担）

ケアプラン作成

介護サービス事業者 A,B,C・・・

居宅介護支援（ケアマネ）事業所 A,B,C・・・

⇒ホームと同一・関連法人かつ併設等が多い

介護報酬体系

各介護サービス事業者から請求

出来高報酬
・区分支給限度基準額が上限
［各サービス一回当たり単価/人］×［回数］×［人数］

各ケアマネ事業所から請求

包括報酬
［居宅介護支援費の一件当たり単価/人］×［人数］

「住宅型」有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

介護保険サービスを利用する入居者　なし

・生活相談
・食事の提供　等

新規 有料老人ホーム等の入居紹介事業適正化推進事業

老健局高齢者支援課（内線3981）

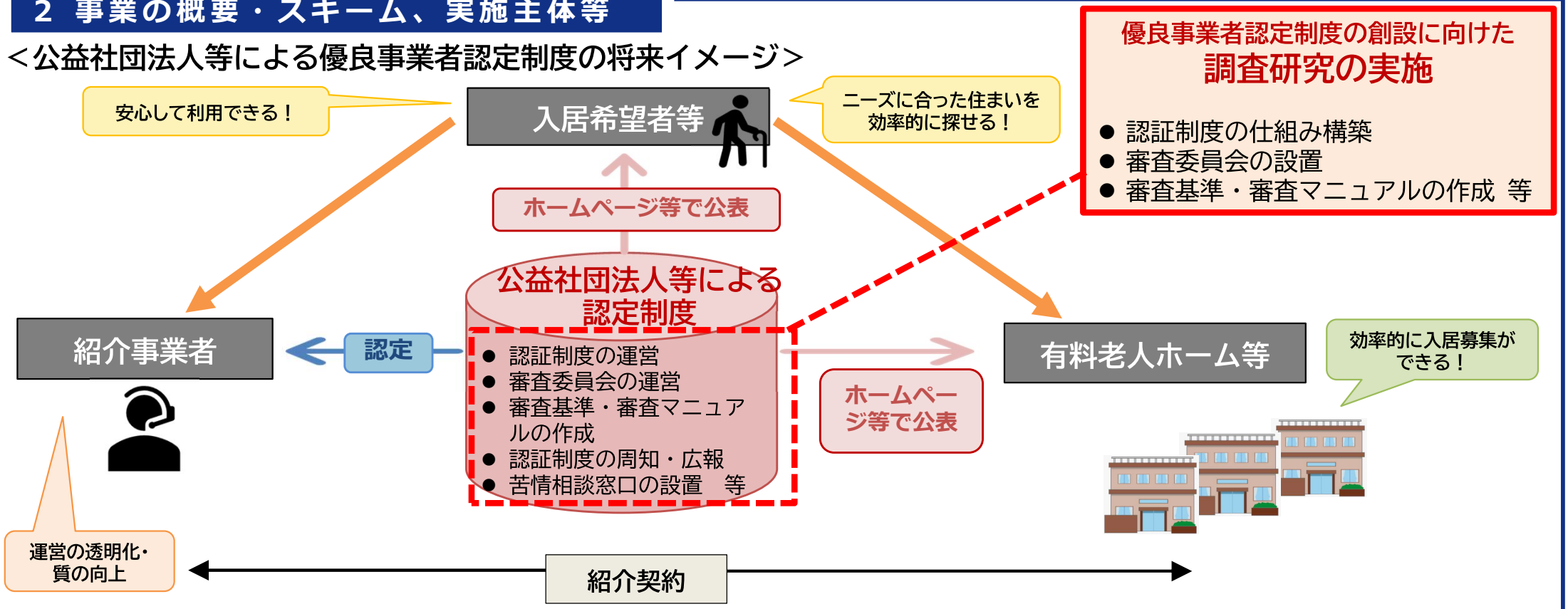
令和８年度概算要求額　28百万円　（　－　）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

- 有料老人ホーム等の入居紹介事業者は、高齢者本人を希望する「住まい」へ結び付ける役割を果たしている一方、公的な関与の仕組みがない状況において、入居希望者の要介護度等に応じた高額な紹介料の設定や、事業運営及び紹介の仕組みが不透明である等の課題が指摘されている。
- 入居希望者が安心して信頼できる入居紹介事業者を選択し、希望する有料老人ホームに円滑に入居することができる環境整備が求められている。
- このため、運営の透明性や質の向上を図る観点から、公益社団法人等が一定の基準を満たした事業者を優良事業者として認定する仕組み（優良事業者認定制度）の創設に向けた調査研究として、審査委員会の設置や認定基準の作成等を委託事業により実施する。

2　事業の概要・スキーム、実施主体等

＜公益社団法人等による優良事業者認定制度の将来イメージ＞



優良事業者認定制度の創設に向けた
調査研究の実施

- 認証制度の仕組み構築
- 審査委員会の設置
- 審査基準・審査マニュアルの作成　等

養護老人ホーム・軽費老人ホームの経営状況
（独立行政法人福祉医療機構　経営分析参考指標を基に作成）

施設種別		2021年度			2022年度			2023年度		
		施設数	サービス活動増減差額比率	赤字施設割合	施設数	サービス活動増減差額比率	赤字施設割合	施設数	サービス活動増減差額比率	赤字施設割合
養護老人ホーム	一般型	205	△0.9%	51.7%	194	△2.9%	57.7%	174	△2.4%	55.7%
	特定施設	122	△1.4%	58.2%	133	△3.1%	59.4%	148	△1.1%	51.4%
軽費老人ホーム（ケアハウス）	一般型	683	0.2%	44.8%	666	△2.4%	58.0%	592	△1.4%	51.0%
	特定施設	267	4.2%	36.7%	280	2.4%	42.1%	287	3.3%	35.9%
（参考）特別養護老人ホーム	従来型	1,756	1.4%	42.0%	1,856	0.3%	48.1%	1,888	1.6%	42.1%
	ユニット型	3,190	4.8%	30.5%	3,469	4.1%	34.5%	3,568	4.9%	31.1%

※サービス活動増減差額比率：本業であるサービス活動収益から得られた増減差額を示す指標。指標の値が高いほど、収益性が高い。

老人保護措置費に係る支弁額等の改定状況（地方自治体独自の改定）（令和６年４月１日時点）　出典：厚生労働省老健局高齢者支援課調べ

○　養護老人ホームが管内に施設が所在または広域連合等により運営している796市町村のうち、事務費は83市町村（10.4%）、生活費は51市町村（6.4%）において、地方自治体独自の支弁額等の改定を実施している。

○　軽費老人ホームの利用料等を定める128自治体（都道府県・指定都市・中核市）のうち、事務費は22自治体（17.2%）、生活費は15自治体（11.7%）において、地方自治体独自の利用料等の改定を実施している。

	養護老人ホーム（市町村）		軽費老人ホーム（都道府県等）	
	事務費	生活費	事務費	生活費
改定を実施していない	500（62.8%）	299（37.6%）	87（68.0%）	91（71.1%）
改定を実施している	83（10.4%）	51（6.4%）	22（17.2%）	15（11.7%）
厚生労働省が示した基準は用いず、当時より独自の基準にて実施	25（3.1%）	9（1.1%）	5（3.9%）	6（4.7%）
不明	88（11.1%）	42（5.3%）	11（8.6%）	12（9.4%）
当該項目未回答	100（12.6%）	395（49.6%）	3（2.3%）	4（3.1%）

地方自治体独自の改定の促進

「養護老人ホーム及び軽費老人ホームの適切な運営に向けた取組の促進について」
（令和６年11月22日付厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）より

○　消費税率の引上げや処遇改善等、厚生労働省より個別に通知等を発出し依頼した事項以外の、社会経済情勢や地域の実情等を勘案した地方自治体独自の改定については、７割以上の自治体で実施されていないとの回答があったところ。

○　施設の経営状況は年々悪化しているため、地方自治体に対して、以下の取組の実施・検討を求める。

地方自治体に求める事項

○　所在施設における収支差や介護保険サービスに従事する職員との給与額等の差といった経営状況を確認する。

○　次の①から③までに掲げる方法等により、収支の改善や職員の更なる処遇改善がされるよう、老人保護措置費に係る支弁額等の改定を行う。

①　普通交付税の算定における養護老人ホーム被措置者１人当たり算入単価について、平成18年時から改定を実施していない年時のものまでの増加率を踏まえて、事務費や生活費の引き上げを行う。

※　検討の参考として、普通交付税の算定における養護老人ホーム被措置者１人当たり算入単価をもとに計算した普通交付税上の措置額を財政部（局）とも連携して算出した上で、実際の支弁額等と比較を行うことも考えられる

②　消費者物価指数の増加率や人事院勧告等による人件費の増加率を参照して、事務費や生活費の引き上げを行う。

③　過去の介護報酬改定の改定率等を参照して、事務費等の引き上げを行う。

独自改定等を進めるための支援

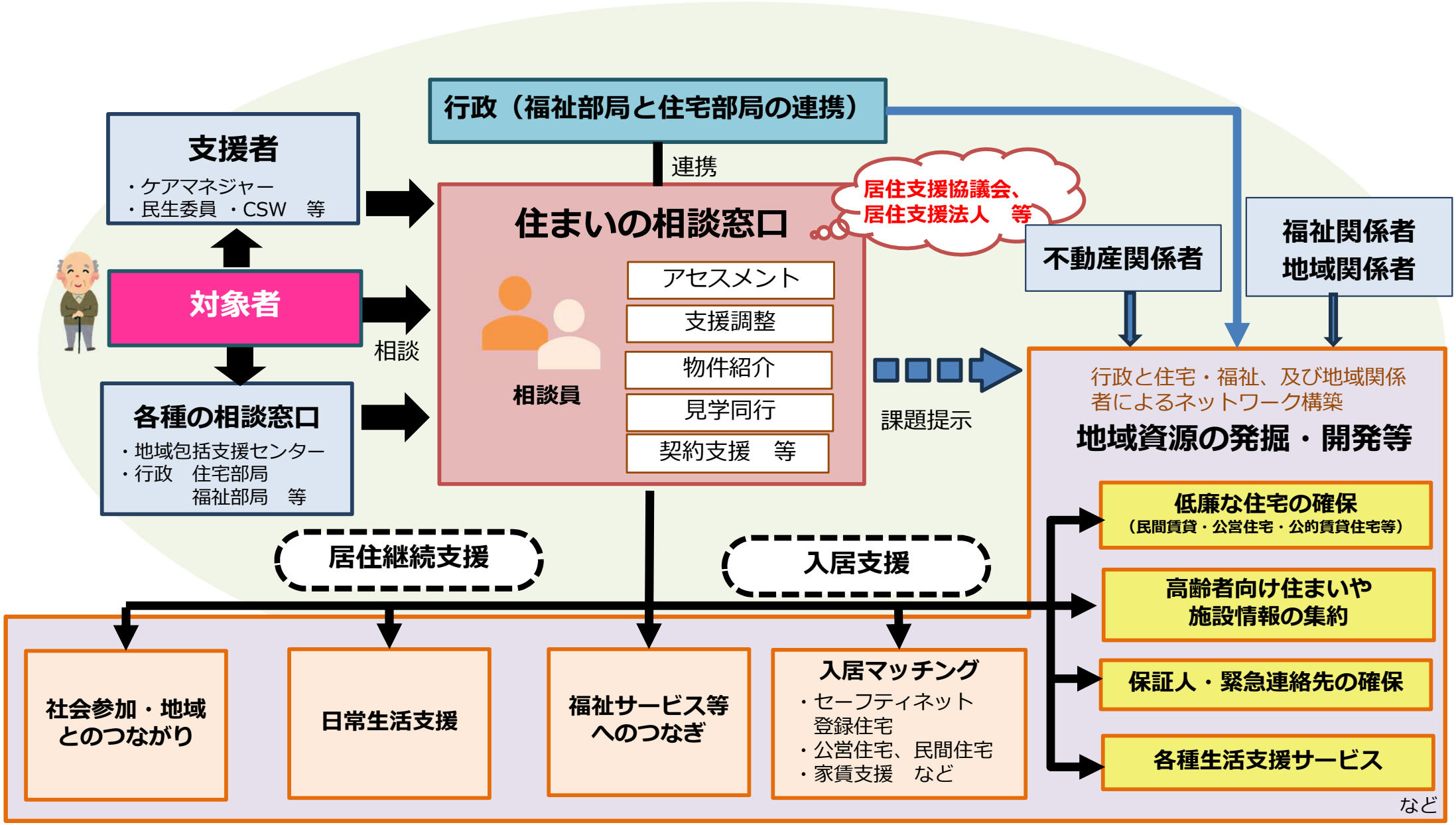
○　介護報酬改定、人事院勧告、消費者物価指数など、改定率を決定する際に参考となる情報を参照できる単価の改定計算シートを配布。
（普通交付税の算定における養護老人ホーム被措置者１人当たり算入単価をもとに計算した普通交付税上の措置額についても簡易的な計算、実際の支弁額等の比較も可能。）

【参考となる情報】（養護老人ホームの場合）

・介護報酬改定の平成21年度～令和３年度までの改定率の合計（3.94%）
・人事院勧告の平成18年度～令和５年度までの官民較差の合計（2.1%）
・賃金構造基本統計調査（全産業平均）の平成17年度～令和５年度までの伸び率（5.4%）　等

○　厚労省主催の担当者向け説明会を開催するとともに、都道府県に対しても管内市町村の担当者向け説明会の開催等を求める。

複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための住まいへのアクセス確保のイメージ



※令和５年度老人保健健康増進等事業「地域共生社会づくりのための「住まい支援システム」構築に関する調査研究」（北海道総合調査研究会）を改編

高齢者の安心な住まいの確保に資する事業（地域支援事業）

概要

○　高齢者の安心な住まいの確保と入居後の生活の安定を図る観点から、高齢者が民間賃貸住宅等に円滑に入居し安心して生活ができるよう、**不動産関係団体や地域の関係者、住宅部局・福祉関係部局等が連携して、入居前から入居中、退居時に至るまでの総合的な支援等の実施**や、シルバーハウジング等の高齢者が多数居住する集合住宅の入居者を対象に生活援助員の派遣を行う。

○　令和６年に改正住宅SN法が成立したことを踏まえ、取組の具体的な例示や居住支援法人等への事業委託が可能である旨を明確化するなどの実施要綱の見直しを行い、総合的・包括的な住まい支援の推進を図る。

支援の内容

市町村は、居住支援協議会や居住支援法人等の仕組みを積極的に活用し、地域の実情に応じて以下の事業を行う。

なお、事業実施にあたり、福祉施策に限らず、住宅施策やまちづくり施策、既存の相談支援窓口、地域のネットワーク、地域資源や民間活力も活かしながら、事業を実施いただくことを想定。

（１）総合的・包括的な「住まい支援」の実施

ア　入居前から入居後、退居時まで対応する総合的な相談支援の実施

・住宅情報の提供、入居相談の実施
・必要な支援のコーディネートの実施
・入居後の見守り等生活支援の実施　等

イ　住まい支援に必要な地域資源の情報収集や開発

・高齢者の入居を拒まない住宅や不動産事業者等の調査
・居住支援協議会の運営　等

ウ　住宅関係者と福祉関係者が連携した住まい支援体制の構築

・住まい支援に関する各種制度や地域の取組・資源を活用した総合的・包括的な地域連携・協働のネットワークの構築　等

（２）生活援助員の派遣事業

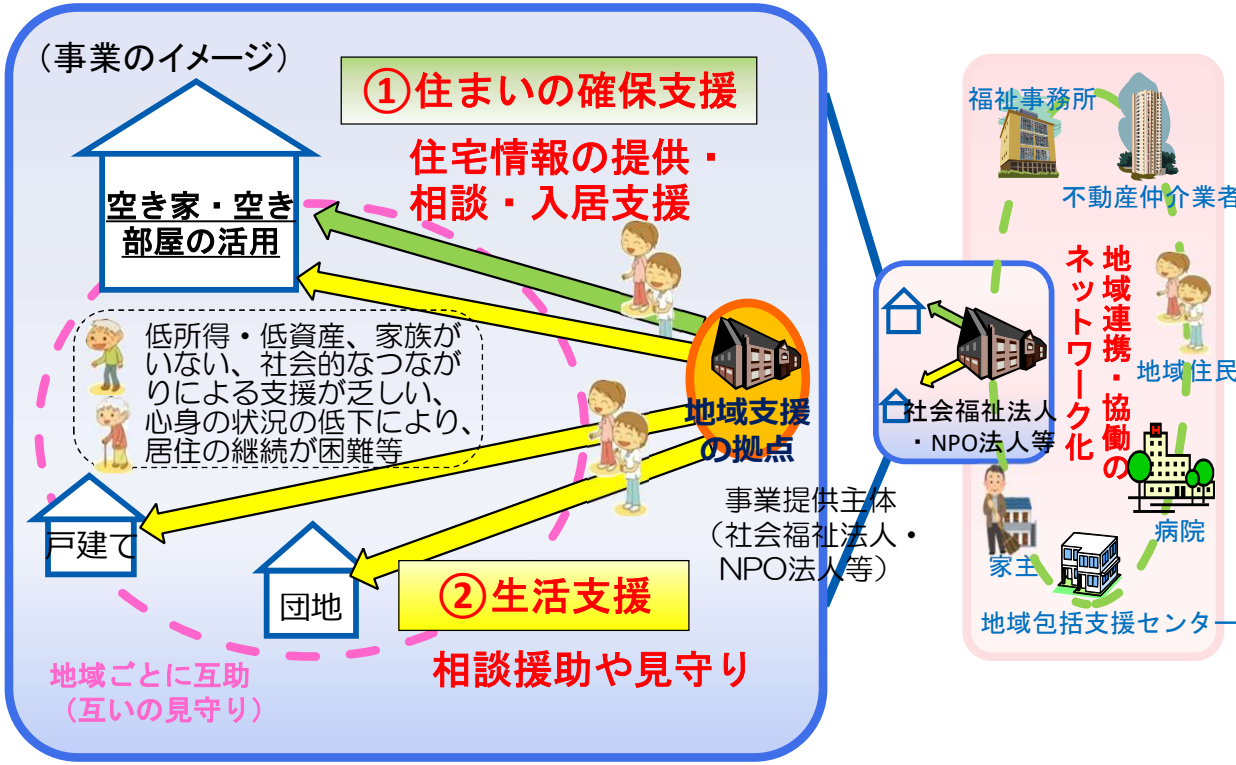
高齢者が多数居住する集合住宅等の入居者を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣する。

対象者

高齢者

実施主体

市町村※居住支援法人など、事業運営が適切に実施できる団体に委託可



拡充 高齢者住まい・生活支援伴走支援事業

1 事業の目的

令和７年度当初予算　25百万円（20百万円）※()内は前年度当初予算額

○　単身高齢者の増加、持ち家率の低下により、都市部を中心に住宅確保が困難な高齢者に対する支援ニーズが高まることが想定される。
○　一方、高齢者の住まい支援に対しては、地域支援事業交付金を活用して自治体が取組むことができるが、実施している自治体が少ない。その理由として、自治体が高齢者の住まいニーズの把握が十分でないこと、取組の実施にあたり、行政内の住宅部局と福祉部局、地域の社会福祉法人と不動産業者等といった多岐にわたる関係者との調整が困難であるため、検討が進まないとの意見がある。
○　令和7年度には、厚労省が共管となる改正住宅セーフティネット法の施行など、制度的枠組みが整うことから、特に高齢者福祉に関わる行政や支援機関の職員等に対して関連制度等の周知の徹底を図るとともに、課題が多い大都市部を中心に、住まい支援体制の構築を強力に推進する必要がある。
○　そこで、本事業においては、大都市部を中心に働きかけを行うとともに、特に、機運が高まった自治体に対してアウトリーチ的に伴走支援を行い、単身高齢者等に対する総合的・包括的な住まい支援の全国展開を図る。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

1．必要性が高い自治体に対する働きかけ・対象自治体の選定

①対象の設定
ニーズが高い大都市部中心に、住まい支援体制が未整備の自治体や、アンケートにより把握した取り組む意向がある自治体を抽出
＊居住支援協議会未設置（R6年9月末現在）
・政令指定都市：7市
・中核市：48市

②集合形式の研修会を開催
＊高齢者の住まい確保に関する現状と課題
＊活用可能な最新の制度・施策説明
＊取組のポイントの解説
＊グループワーク

③研修会を通じて取組の機運が高まった自治体を選定。
→　住まい支援の体制構築と事業実施に向けて伴走支援につなげる

2．事業実施に向けた伴走支援

有識者や厚労省職員等を派遣し、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整等の支援を実施

○　**事業の実施に向けた意見交換、課題に対する検討及びアドバイス**
・有識者や自治体職員等による支援チームを構成
・実態把握を行った上で、課題と取組の方向性等について意見交換や検討等を行うに当たり、有識者や自治体職員・厚生労働省職員・国土交通省職員等を派遣してアドバイスを行う。

3．全国展開に向けた取組

○　**取組事例と住まい支援の課題・解決策を考える事例集の作成、フォーラムの開催による普及**

○自治体における地域の実情を踏まえた対応方策の検討

・**実態把握**
大家の入居制限、支援機関と不動産事業者とのつながり　等
・**庁内外の関係者調整、ネットワーク構築**
庁内連携体制、行政と社会福祉法人・不動産団体等との協働体制
・**住まい支援の具体的な事業化を検討**
住まい支援の担い手発掘、住まい支援体制の検討　等

地域支援事業交付金等
支援

○事業の実施
・地域における住まい支援体制の構築
・住まいに係る相談対応
・社会福祉法人によるアセスメント、生活支援の実施　等

※ 下線箇所はR7拡充分　　**＜実施主体＞　国（民間事業者に委託）**　　**＜事業実績＞　令和５年度実施団体数：７**

住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する基本的な方針 1/2

国土交通省・厚生労働省共同告示

①住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する基本的な方向

地域における要配慮者の居住の実態等の把握
要配慮者の居住のニーズ・実態、住宅ストックの状況、福祉サービスの提供体制等を的確に把握／居住支援の関係者と適切に共有

住宅セーフティネットの整備
公的賃貸住宅の的確な供給と登録住宅・居住サポート住宅等の供給促進による重層的・柔軟なストック形成／総合的・包括的な地域の居住支援体制整備

国と地方公共団体の役割分担　地方公共団体による主体的な取組の実施／国による地方公共団体への支援

ストック活用　空き家・空き室の増加を踏まえ、既存住宅ストックの有効活用を図る

住宅施策・福祉施策等の連携、関係者相互の連携
複合的な課題に応じた住宅部局と福祉部局等の連携／居住支援協議会等の活用による地方公共団体・住宅関連事業者・福祉サービス事業者等の連携

コミュニティー　様々な属性の世帯が共生するバランスのとれたコミュニティー形成への配慮／地域における居場所（サードプレイス）づくりの推進

要配慮者の権利利益の不当な侵害の防止
貧困ビジネス等の防止のための適切な情報公開の推進／適切な指導・監督　等

②住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の目標の設定に関する事項

地方公共団体において公営住宅を含む公的賃貸住宅、登録住宅・居住サポート住宅の供給目標を設定

③住宅確保要配慮者に対する公的賃貸住宅の供給の促進に関する基本的な事項

公営住宅
- 住宅に困窮する低額所得者に供給（既存ストック活用・借上公営住宅制度の活用・建替え等も検討）／福祉行政と連携し居住環境の整備を推進
- 適切・柔軟な地域対応活用等によるストックの有効活用を推進（居住支援法人等が行うサブリースにより空き住戸を登録住宅・居住サポート住宅として提供）／空き住戸の状況や地域対応活用の方向性等について居住支援協議会等で共有・連携
- 特に住宅に困窮する者等に対する優先入居／高層階に居住する高齢者等の住替えのための特定入居／定期借家制度の活用

地域優良賃貸住宅制度等の推進

(独)都市再生機構が整備及び管理を行う賃貸住宅
- 地域ニーズに配慮した情報提供・連携、優先入居の実施／バリアフリー化・地域医療福祉拠点化等の推進　等

地方住宅供給公社が整備する賃貸住宅等の活用　等

④住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進に関する基本的な事項

登録住宅・居住サポート住宅
- 地方公共団体において、賃貸人等への働きかけ・支援措置の情報提供等により登録住宅・居住サポート住宅を積極的に確保
- 居住サポート住宅では、居住支援法人等と賃貸人が連携し安否確認・見守り・福祉サービスへのつなぎを行うことで賃貸人等の不安を軽減しつつ要配慮者の円滑入居・居住の安定確保を図る

居住支援協議会
- 地方公共団体・居住支援の関係者等の連携・協議の場
- 市町村において居住支援協議会の設立に努めるとともに、その運営を通じて居住支援のニーズ・実態の把握、要配慮者等への情報提供・相談対応体制の整備、関係者の連携促進等に関する具体的な協議を行う
- 都道府県において市町村における居住支援協議会の設立の支援等を行う

居住支援法人
- 地域ニーズに対応した効果的な居住支援／地方公共団体等との緊密な連携／人材育成

家賃債務保証の充実　家賃債務保証業者の登録制度・認定制度の周知・活用

生活保護受給者の入居円滑化
- 被保護入居者の状況把握／住宅扶助費等の代理納付等の適切な運用

(独)住宅金融支援機構による融資等／国・地方公共団体による支援措置　等

住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する基本的な方針 2/2

国土交通省・厚生労働省共同告示

⑤住宅確保要配慮者が入居する賃貸住宅の管理の適正化に関する基本的な事項

賃貸人等による、要配慮者が入居する賃貸住宅の**適正な管理／計画的な維持・修繕**の実施　等

⑥賃貸住宅に入居する住宅確保要配慮者に対する日常生活を営むために必要な援助その他の福祉サービスの提供体制の確保に関する基本的な事項

- 地方公共団体等は、居住サポート住宅に居住する**要配慮者が適切な福祉サービスを受けられるよう、認定事業者と密に連携の上、福祉サービスの提供を図らなければならない**
- 介護保険法・老人福祉法に基づき**介護保険サービス等**の提供体制を確保するとともに、今後の介護基本指針等の改正内容を踏まえながら、介護保険サービス等の充実を図る
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき**障害福祉サービス等**の提供体制を確保するとともに、今後の障害基本指針等の改正内容を踏まえつつ障害福祉サービス等の充実を図る
- 生活困窮者自立支援法に基づき**生活困窮者の居住の支援**を行う。生活困窮者居住支援事業等を居住支援法人等に委託すること等も含め、**地域資源との連携により実施**することが有効
- 生活保護法に基づき、保護の実施機関は、**居住に関する問題も含め生活保護受給者からの相談に応じる**ほか、被保護者地域居住支援事業等により居住地にかかわらず必要な支援を受けることが可能となるような体制を構築

⑦供給促進計画の作成に関する基本的な事項

都道府県・市町村は、基本方針等に基づき**賃貸住宅供給促進計画を作成することが望ましい**

1．要配慮者に対する賃貸住宅の供給の目標

住宅・福祉の連携により地域における要配慮者の居住のニーズ等を把握／公営住宅を含む**公的賃貸住宅**、**登録住宅・居住サポート住宅**の**供給目標**を設定

2．目標を達成するために必要な事項

公的賃貸住宅の供給の促進

- 住宅に困窮する要配慮者のために有効に利用されるよう、優先入居・特定入居・定期借家制度等の活用、高額所得者による適切な明渡し、登録住宅・居住サポート住宅等としての地域対応活用等の施策等について定める
- 地域優良賃貸住宅の供給等／都市再生機構や地方住宅供給公社等が整備及び管理を行う賃貸住宅の供給の在り方等について定める

民間賃貸住宅への円滑な入居の促進

- 登録住宅・居住サポート住宅の確保／要配慮者等への情報提供／指導監督の取組等について定める
- 居住支援協議会の設立や具体的な取組／居住支援法人の指定や具体的な活動等について定める

※**登録住宅・居住サポート住宅の基準の強化・緩和等**も可能

要配慮者が入居する賃貸住宅の管理の適正化　要配慮者が入居する賃貸住宅の適正な管理等について定める

福祉サービスの提供体制の確保　要配慮者の利用が想定される**福祉サービスの種類・提供体制の確保に向けた取組**等について定める

3．計画期間等

都道府県・市町村住生活基本計画等と併せて作成／計画期間の整合を取ること等が考えられる

※このほか**地域の実情に応じた独自の施策を積極的に位置づけることが望ましい**

＜その他事項＞中長期的見通しを踏まえた施策の推進／講じた施策の効果等の把握・分析とその結果の活用等

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

４．介護予防の推進、総合事業の在り方

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域支援事業（地域支援事業交付金・重層的支援体制整備事業交付金）

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医療と介護の連携体制、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。

地域住民の参加

生活支援・介護予防サービス

○ニーズに合った多様なサービス種別
○住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供

・地域サロンの開催
・見守り、安否確認
・外出支援
・買い物、調理、掃除などの家事支援
・介護者支援　等

高齢者の社会参加

○現役時代の能力を活かした活動
○興味関心がある活動
○新たにチャレンジする活動

・一般就労、起業
・趣味活動
・健康づくり活動、地域活動
・介護、福祉以外のボランティア活動　等

生活支援の担い手としての社会参加

バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ
都道府県等による後方支援体制の充実

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

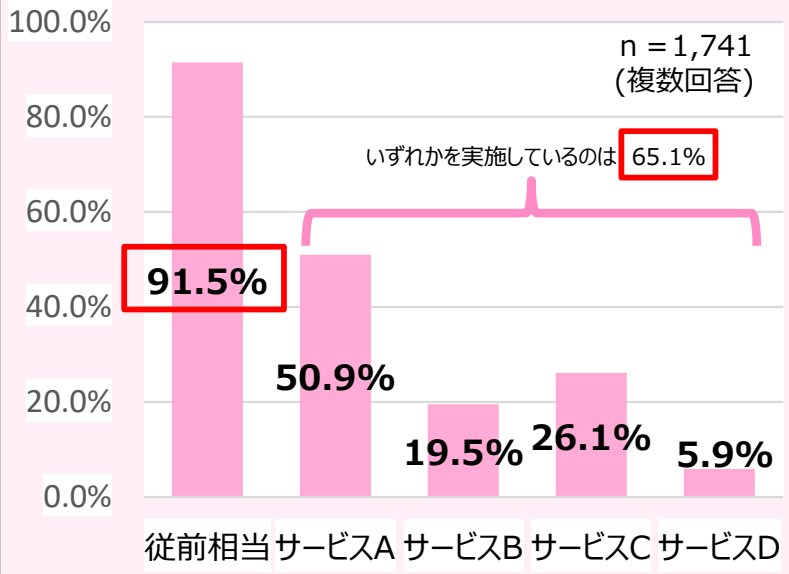
事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等による助言等を実施

介護予防･日常生活支援総合事業　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

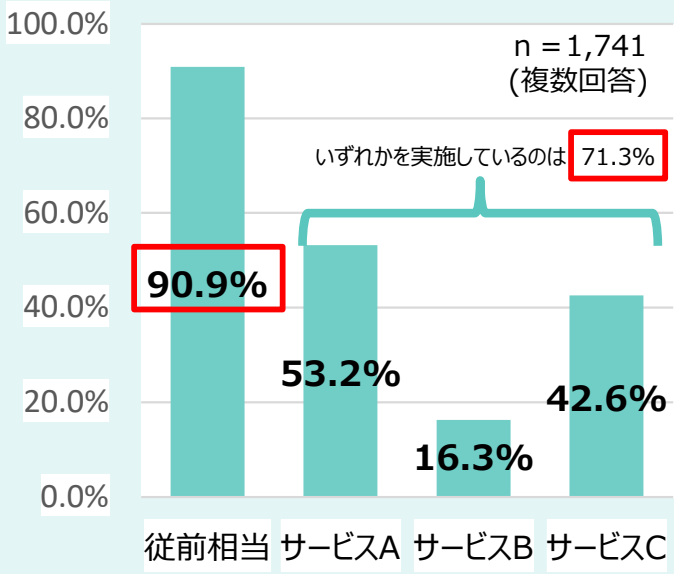


実施市町村数

従前相当	1,593
サービスA	887
サービスB	339
サービスC	455
サービスD	102

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。

通所型サービス

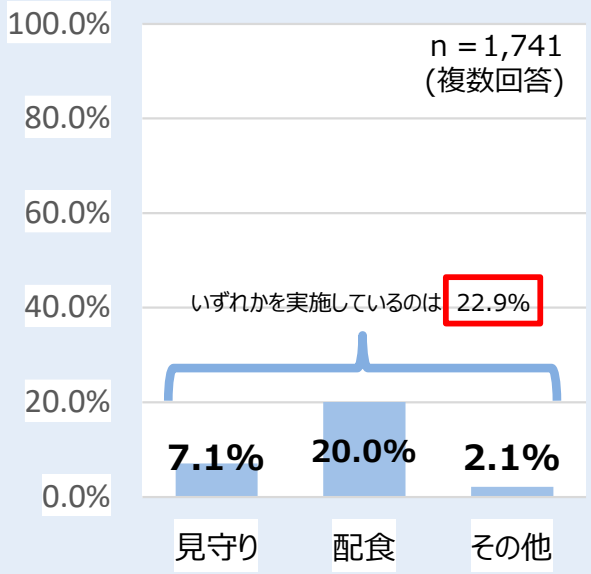


実施市町村数

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

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

その他サービス



実施市町村数

見守り	123
配食	349
その他	37

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

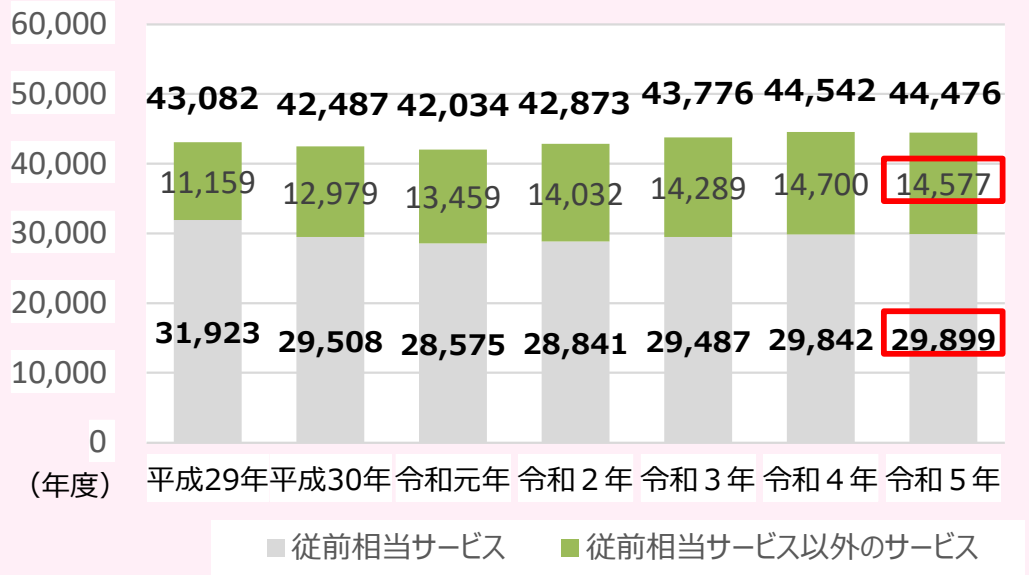
「介護予防･日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和５年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成

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。

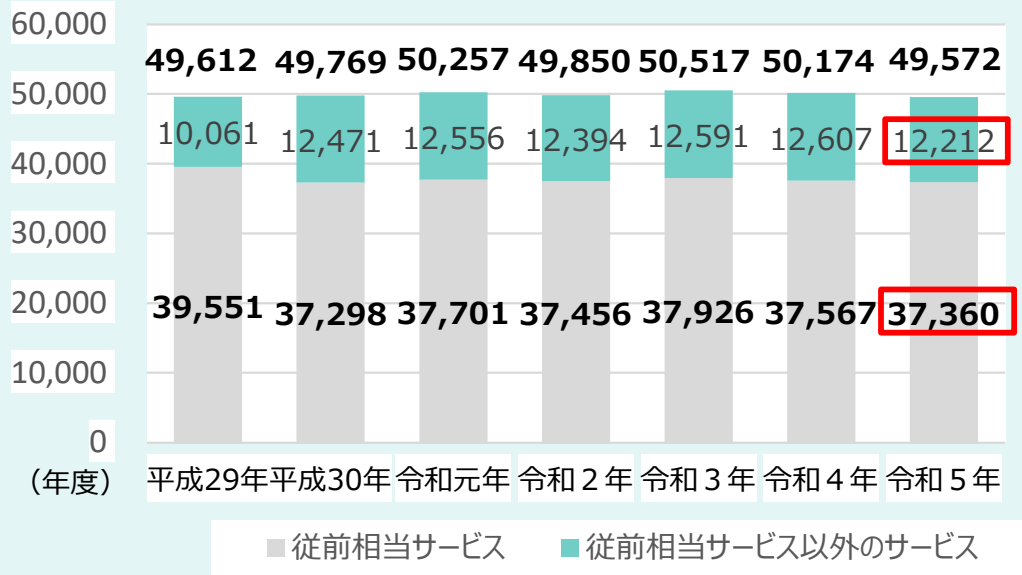
・訪問型サービス：従前相当サービスは29,899事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは14,577事業所(団体)
・通所型サービス：従前相当サービスは37,360事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは12,212事業所(団体)

訪問型サービス



事業所割合	29年	30年	元年	2年	3年	4年	5年
従前相当	74.1%	69.5%	68.0%	67.3%	67.4%	67.0%	67.2%
従前相当以外	25.9%	30.5%	32.0%	32.7%	32.6%	33.0%	32.8%

通所型サービス



事業所割合	29年	30年	元年	2年	3年	4年	5年
従前相当	79.7%	74.9%	75.0%	75.1%	75.1%	74.9%	75.4%
従前相当以外	20.3%	25.1%	25.0%	24.9%	24.9%	25.1%	24.6%

※　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。

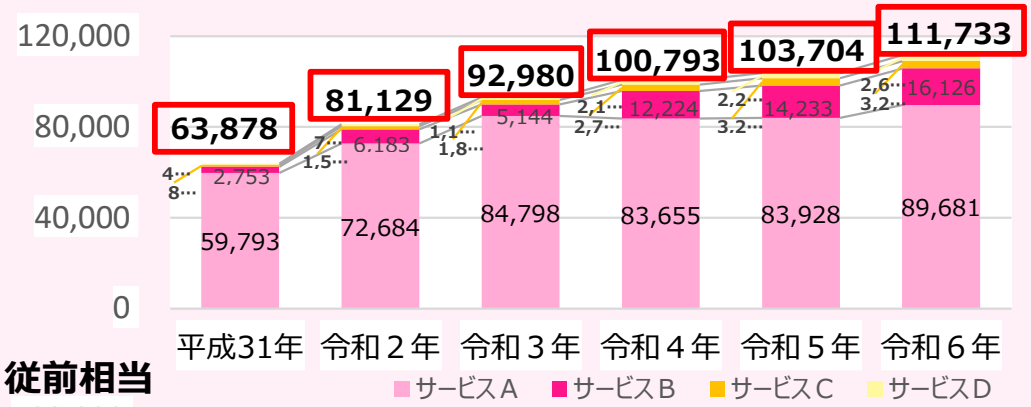
介護予防･日常生活支援総合事業　利用実人数

○　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



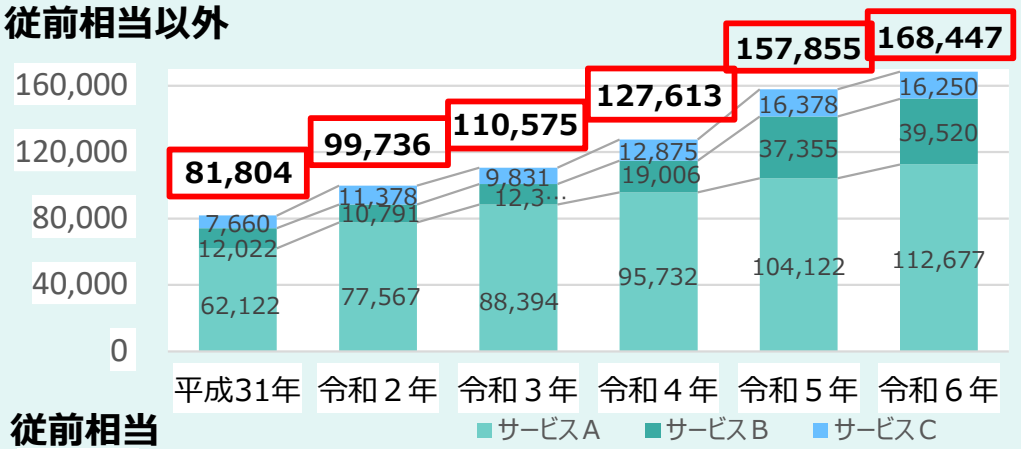
従前相当

	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。）

一般介護予防事業

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。

○　機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。

○　年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。

○　リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

○　市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下５つの事業のうち必要な事業を組み合わせて地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○　**地域介護予防活動支援事業**

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

○　**介護予防把握事業**

地域の実情に応じて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、住民主体の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。

○　**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の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

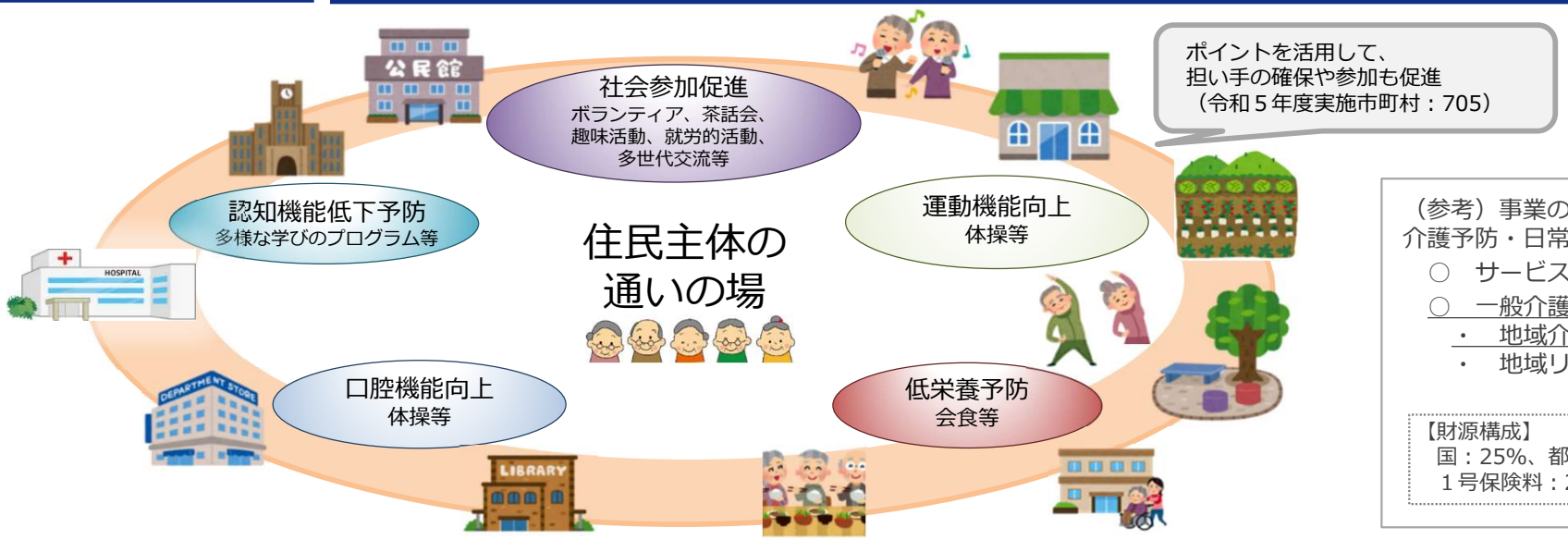
○　**地域リハビリテーション活動支援事業**

地域における介護予防の取組を機能強化するために、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の関与を促進する。

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

○　住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
○　通いの場の数や参加率は令和元年度まで上昇傾向であったが、令和２年度に低下し、令和３年度以降、再び上昇。
○　取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。

イメージ

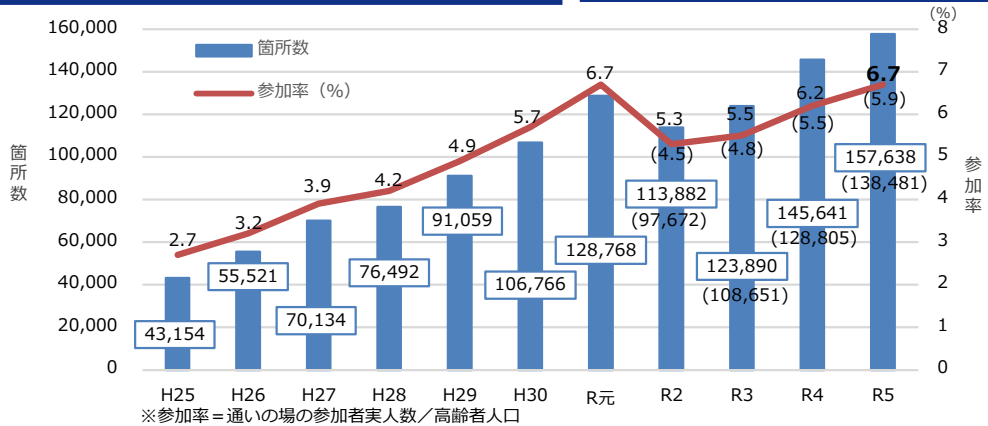


ポイントを活用して、
担い手の確保や参加も促進
（令和５年度実施市町村：705）

（参考）事業の位置づけ
介護予防・日常生活支援総合事業
○　サービス・活動事業
○　一般介護予防事業
・　地域介護予防活動支援事業
・　地域リハビリテーション活動支援事業
等

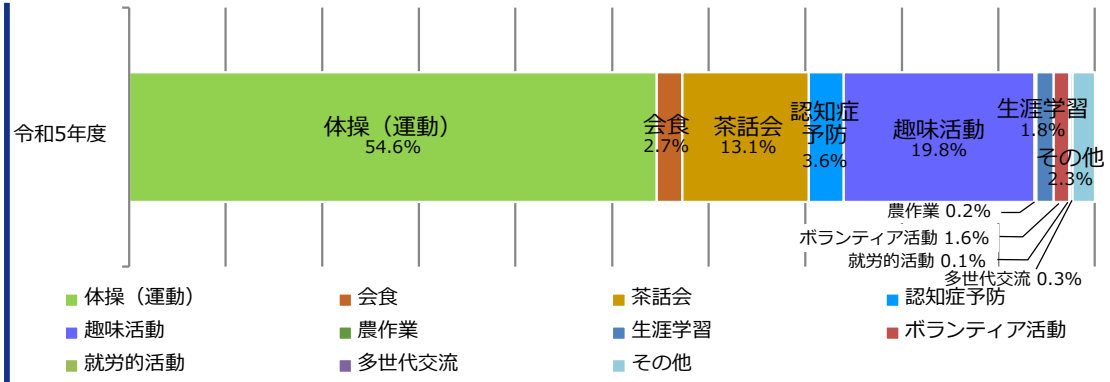
【財源構成】
国：25%、都道府県：12.5%、市町村：12.5%
１号保険料：23%、２号保険料：27%

通いの場の数と参加率の推移



※参加率＝通いの場の参加者実人数／高齢者人口
※（　）内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。

通いの場の主な活動内容



（介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和５年度実施分）に関する調査）

自治体における一般介護予防事業の実施状況について

介護予防把握事業

	実施数（市町村数）	実施率
介護予防把握事業	1695	97.4%

介護予防普及啓発事業

	実施数（市町村数）	実施率
介護予防普及啓発事業	1,698	97.5%
パンフレット等の作成・配布	1,455	83.6%
講演会や相談会の開催	913	52.4%
介護予防教室等の開催	1,588	91.2%
介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体の配布	650	37.3%
その他	220	12.6%

地域介護予防活動支援事業

	実施数（市町村数）	実施率
地域介護予防活動支援事業	1,463	84.0%
介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修	942	54.1%
介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援	1,122	64.4%
社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施	519	29.8%
介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与	705	40.5%
高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与	504	28.9%
自らの介護予防のため、介護予防に資する活動に参加する高齢者等へのポイントの付与	425	24.4%
その他	74	4.3%

一般介護予防事業評価事業

	実施数（市町村数）	実施率
一般介護予防事業評価事業	587	33.7%
一般介護予防事業評価事業を実施していない場合、介護予防・日常生活支援総合事業の事業評価の実施状況	636	36.5%

地域リハビリテーション活動支援事業

	実施数（市町村数）	実施率
地域リハビリテーション活動支援事業	1,302	74.8%

出典：令和５年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業を実施している市町村（1,302自治体）における専門職の派遣依頼の実績

派遣実績			医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他
実施市町村		市町村数	217	189	607	306	299	1,174	901	398	742	693	534
		割合※1	[12.5%]	[10.9%]	[34.9%]	[17.6%]	[17.2%]	[67.4%]	[51.8%]	[22.9%]	[42.6%]	[39.8%]	[30.7%]
市町村からの派遣依頼先種別	郡市区医師会等の職能団体	市町村数	113	128	405	14	53	409	339	163	292	374	75
		割合	52.1%	67.7%	66.7%	4.6%	17.7%	34.8%	37.6%	41.0%	39.4%	54.0%	14.0%
	医療機関	市町村数	114	64	106	5	91	576	397	172	108	62	67
		割合	52.5%	33.9%	17.5%	1.6%	30.4%	49.1%	44.1%	43.2%	14.6%	8.9%	12.5%
	介護サービス施設・事業所	市町村数	17	3	31	33	105	413	311	90	119	43	130
		割合	7.8%	1.6%	5.1%	10.8%	35.1%	35.2%	34.5%	22.6%	16.0%	6.2%	24.3%
	その他	市町村数	18	15	116	268	124	300	197	70	414	308	421
		割合	8.3%	7.9%	19.1%	87.6%	41.5%	25.6%	21.9%	17.6%	55.8%	44.4%	78.8%

派遣回数		医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他
合計※2		274 (1,768)	71 (1,292)	1,449 (7,035)	2,052 (9,614)	3,754 (12,741)	35,378 (56,154)	14,999 (25,676)	1,976 (3,495)	4,001 (14,322)	3,855 (12,970)	21,453 (61,368)
	個人宅※2	5 (5)	0 (7)	6 (37)	86 (481)	58 (541)	9,846 (14,228)	4,479 (6,714)	314 (346)	677 (1,251)	191 (809)	1,581 (7,118)
	事業所※2	2 (26)	0 (34)	0 (1)	15 (45)	469 (782)	2,294 (2,841)	555 (906)	125 (152)	93 (196)	171 (367)	475 (1,384)
	住民主体の通いの場※2	52 (86)	22 (63)	209 (602)	1,504 (6,685)	2,021 (6,561)	15,064 (21,945)	5,866 (8,441)	647 (870)	1,395 (4,993)	1,500 (5,281)	15,646 (38,069)
	地域ケア会議等※2	184 (1,453)	43 (1,049)	1,196 (6,270)	215 (1,747)	259 (1,859)	3,737 (9,496)	2,351 (6,370)	538 (1,579)	1,501 (6,295)	1,239 (4,701)	1,175 (6,360)
	その他※2	31 (197)	6 (138)	36 (122)	229 (651)	944 (2,993)	4,429 (7,607)	1,741 (3,225)	352 (547)	334 (1,584)	753 (1,809)	2,576 (7,937)
	把握していない※2	0 (1)	0 (1)	2 (3)	3 (5)	3 (5)	8 (37)	7 (20)	0 (1)	1 (3)	1 (3)	0 (500)

※1 全市町村に対する割合
※2 ()は地域リハビリテーション活動支援事業を活用していない場合も含む派遣回数である。

出典：令和５年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

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）①

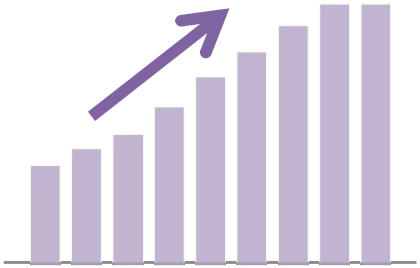
総合事業の充実に向けた基本的な考え方

○ 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。

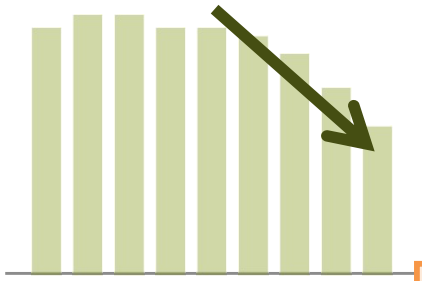
○ 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加



※ 85歳以上になると要介護認定率は上昇

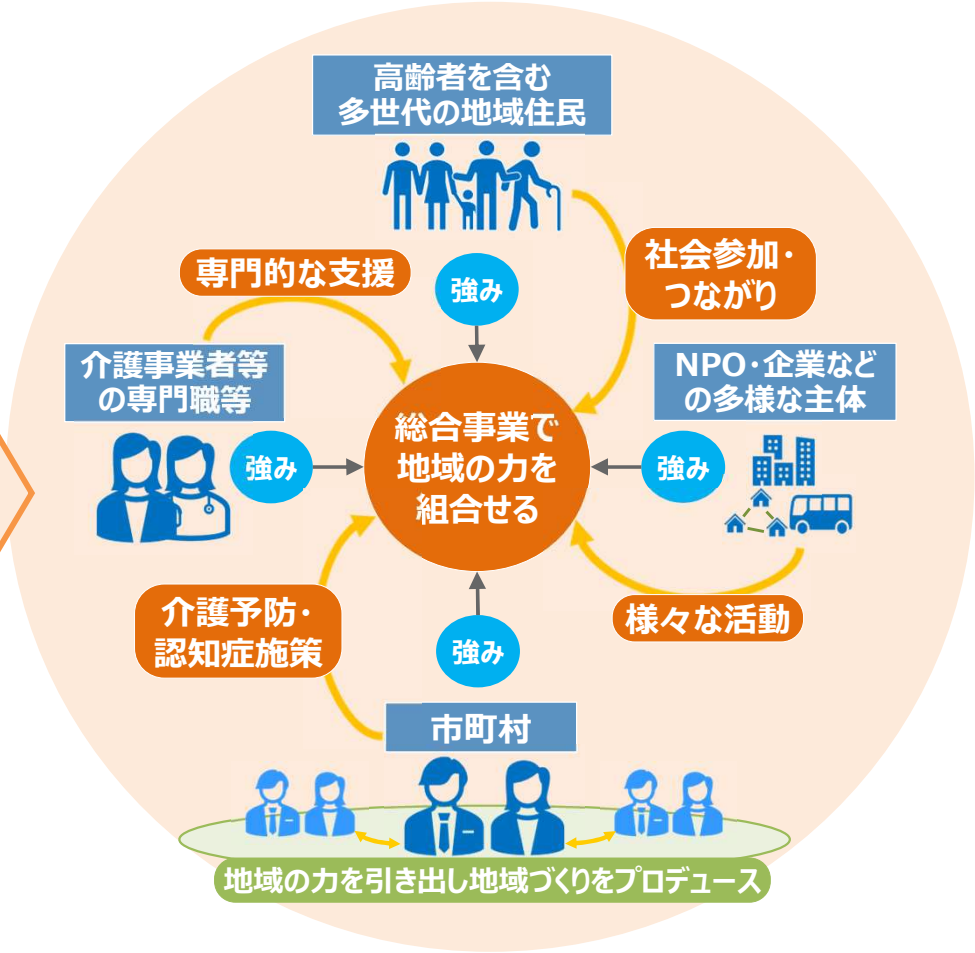
現役世代の減少



※ 専門人材等の担い手不足が進行

地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々

地域共生社会の実現



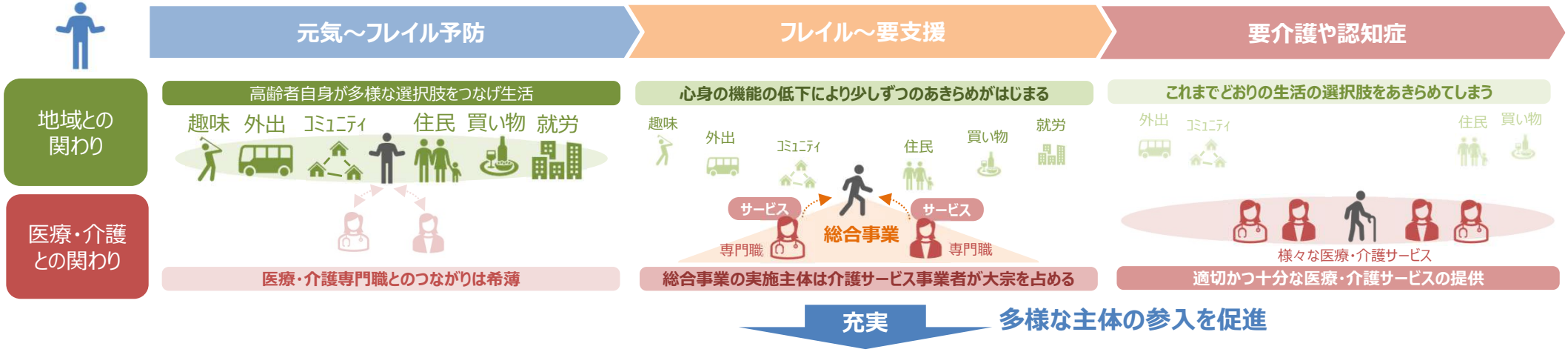
介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）②

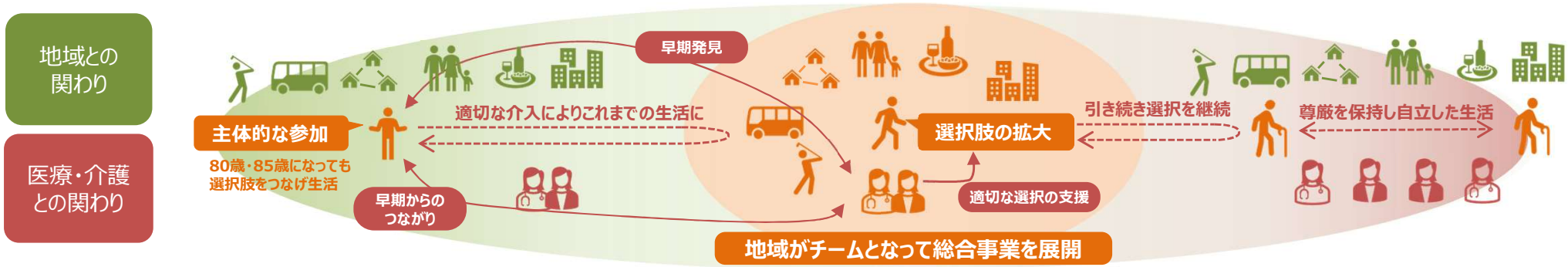
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

○ 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。

○ 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。

○ 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。





地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実に向けた工程表

国　都道府県　市町村

	第８期			第９期（集中的取組期間）			第10期
	2023(R5)			2024(R6)	2025(R7)	2026(R8)	2027(R9)
	６月～9月	10月～12月	1月～3月				
介護保険部会		部会報告（中間整理・工程表）					
検討会		中間整理					
多様なサービスの充実による利用者の選択肢拡大	対象者モデルと評価指標の検討（老健事業）		告示・ガイドライン改正	インセンティブ交付金・地域づくり加速化事業で支援			
				対象者モデルの検討	多様なサービスの見込み量	多様なサービスの計画的な整備の推進	10期計画に反映
継続利用要介護者の総合事業利用の促進			省令改正	継続利用要介護者がサービスAを利用可能に			
			サービスB按分ルール見直し	継続利用要介護者がサービスBをより一層使いやすく			
	認知症基本法公布			多様な主体の参画は認知症の人の地域とのつながりにも寄与			
多様なサービス充実のための運用面での見直し・予算の拡充等	多様なサービスの運営モデル検討（老健事業）		基準・報酬告示改正 ガイドライン改正	➡従前相当サービスの基準・報酬について改正 ➡多様な主体によるサービスに対応した基準・報酬モデルを提示			
	介護予防ケアマネジメント手法の検討（老健事業）		ガイドライン改正	➡介護予防ケアマネジメントの加算例を提示 例）孤立する高齢者をサービスにつなげた場合、サービス利用後に社会参加につなげた場合、地域のリハビリテーション専門職と連携した場合を評価			
	生活支援体制整備事業の基準単価の見直し		新たな地域づくり戦略	国・都道府県で生活支援体制整備事業のプラットフォーム構築			
効果の検証			取組の状況も踏まえ、総合事業の効果検証手法について具体化を検討				

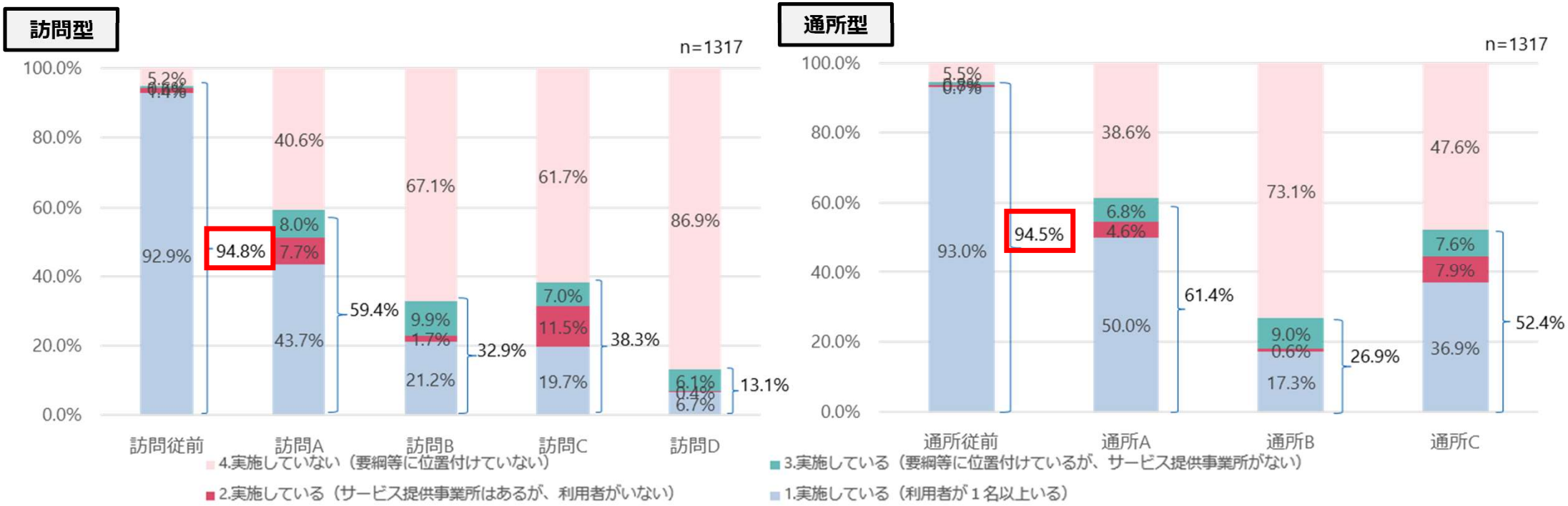
介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動事業等）の実施状況

○　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】



※　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。

サービス・活動事業の実施事業者・団体がある市町村

	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% ※1	3.2%	4.9%	4.3%	3.6%	7.2%	19.3% ※2
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%

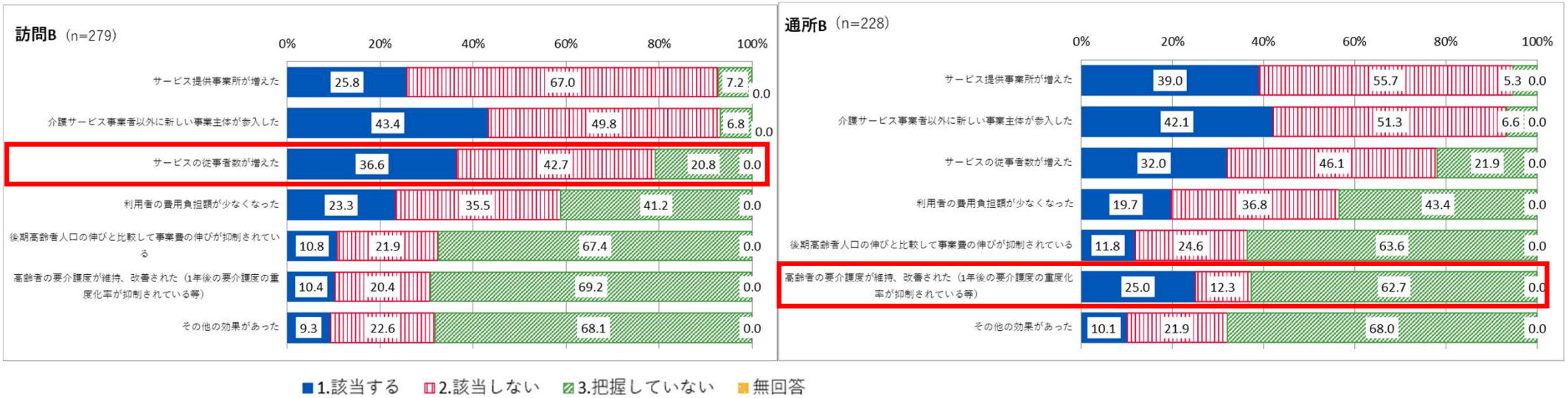
※１（具体的な内容：自由記載で回答があった例）市町村が直営、公立病院、リハビリ専門職に委託　　※２（具体的な内容：自由記載で回答があった例）市町村が直営、整骨院

（注）市町村内に１つ以上ある場合該当

※　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。

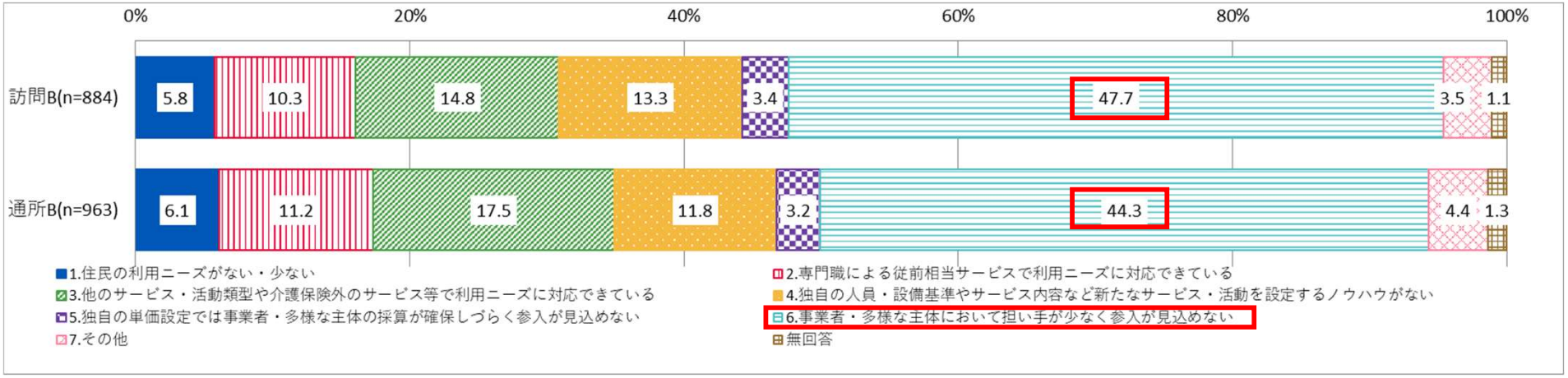
サービス・活動Ｂの実施状況等

【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】



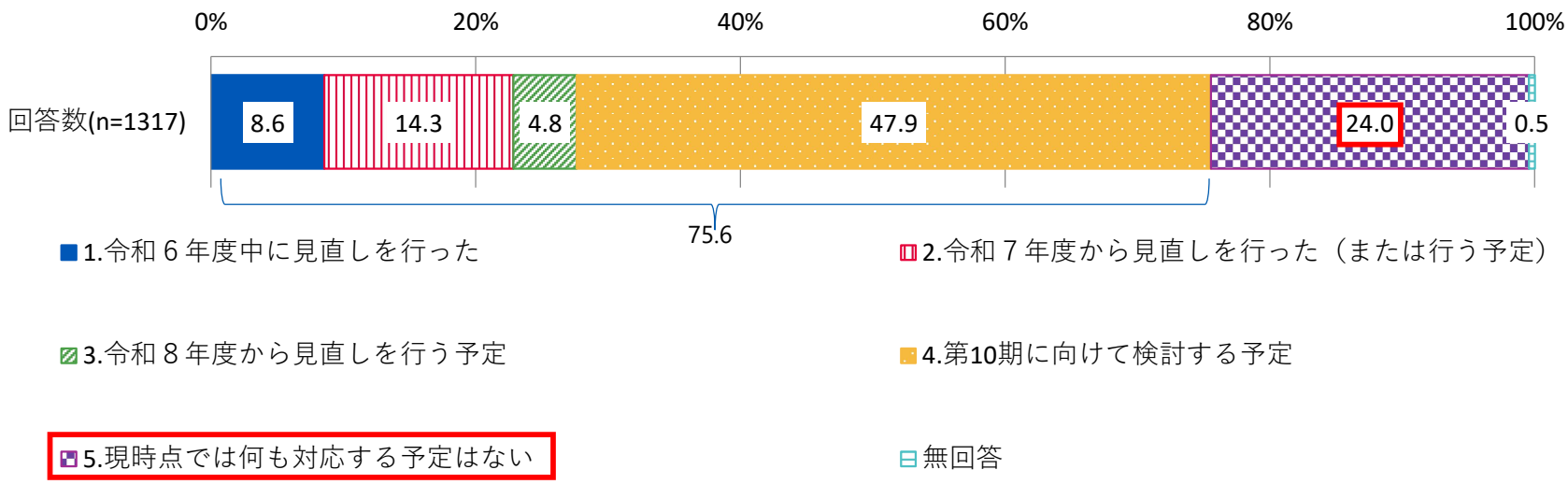
※　令和７年度老人保健健康増進等事業 「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所) より作成（令和７年９月８日時点速報集計）　※ 全市町村に対して調査し、 回答数1317。

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】



※　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。

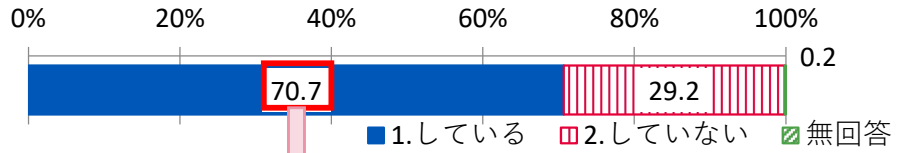
総合事業の評価の実施状況

○　介護保険法上、総合事業の実施状況についての分析・評価について、市町村の努力義務とされており、市町村では、国で示す評価指標の考え方等を踏まえ、それぞれの地域の実情を踏まえた評価指標を定めた上で事業評価を実施することとしている。

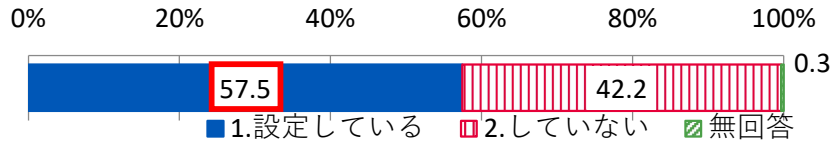
○　**市町村の約７割が総合事業の評価を実施**しており、そのうち**約６割が評価指標を設定**している（総合事業の充実に向けた評価指標を設定することも可能）。評価結果を踏まえて改善策を検討した市町村のうち約36%がサービス・活動の内容や進め方を改善したが、**約29%が改善は必要だが改善には至らなかったと回答しており、評価を踏まえた改善に十分に取り組めていない実態**がある。

○　また、市町村の約67%が、全部又は一部のサービス・活動事業利用者の要介護度を把握している。

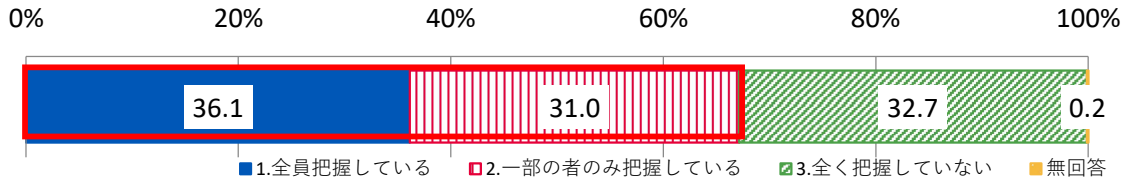
【総合事業の調査・分析・評価の実施の有無】（n=1317）



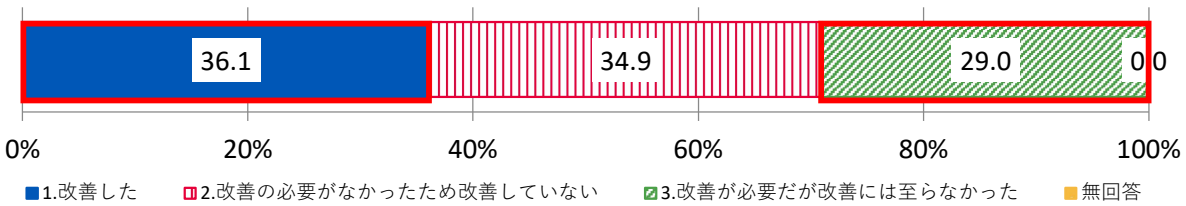
（うち評価にあたって指標を設定している市町村）（n=931）



【サービス・活動事業の利用者の年度ごとの要介護度の把握】（n=1317）



【改善策を検討した市町村について、会議体等での検討の結果、サービス・活動の内容や進め方を改善したか】（n =321）

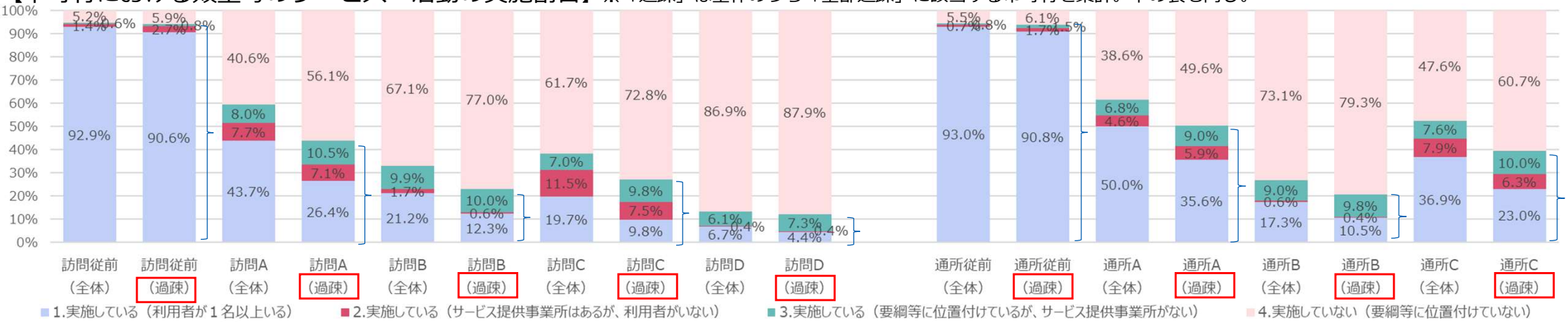


※　令和７年度老人保健健康増進等事業 「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所) より作成
（令和７年９月８日時点速報集計）※ 全市町村に対して調査し、 回答数1317。

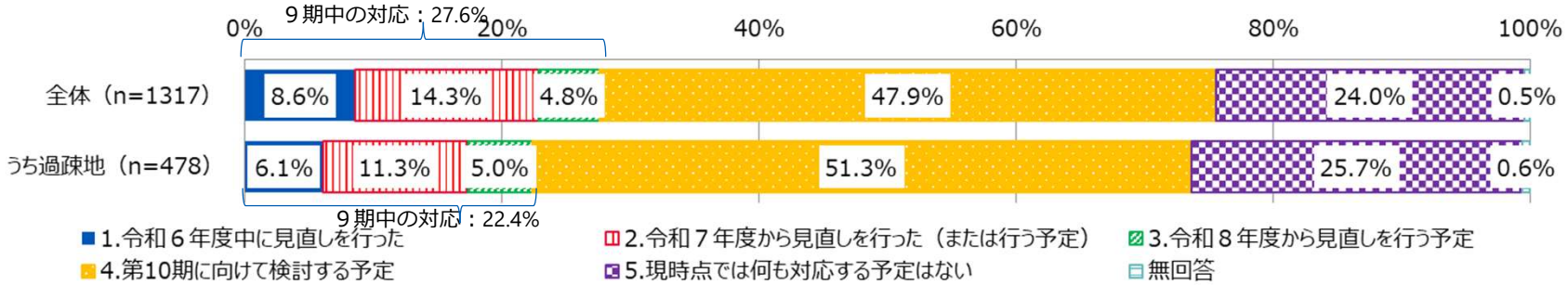
中山間・人口減少地域における総合事業の状況

○　中山間・人口減少地域では、担い手不足が進んでいることにより、要介護者を含めたサービス提供体制に課題が生じている。こうした中で、介護予防や重度化防止等に取り組むことがより一層重要となるが、総合事業への**多様な主体の参画や、地域支援事業実施要綱改正を踏まえた市町村における総合事業の見直しは進んでいない**状況である。

【市町村における類型毎のサービス・活動の実施割合】※「過疎」は全体のうち「全部過疎」に該当する市町村を集計。下の表も同じ。



【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】



※　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。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の状況

○　総合事業の評価については、日常生活圏域ごとに地域の抱える課題の特定（地域診断）等に資することを目的に実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下「ニーズ調査」という。）の活用もあり、第10期ニーズ調査においては、被保険者番号と照合可能な形式で配布できる調査票を提示する等、介護予防の取組を評価するための見直しを行ったが、現状においては、調査方法等は自治体に委ねられ、ばらつきがある。第９期ニーズ調査結果の見える化システムへの登録も一部の自治体にとどまっている。

＜実施目的＞　ニーズ調査は、保険者が、一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者を対象に、日常生活圏域ごとに、地域の抱える課題の特定（地域診断）に資することなどを目的に実施するもの。

＜対象者＞　要介護１～５以外の高齢者
（一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援１・２）

＜調査手法・項目＞

- 原則、郵送調査（市町村の事情によっては訪問調査）
- 要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況などを把握するという目的から、下記の調査項目数を選定
  - ・必須項目35問
  - ・オプション項目30問　（調査の目的や対象者等に応じて適宜、採用すべきかどうかを市町村が検討する項目）
- 第10期から被保険者番号と照合可能な形式で配布できる調査票を提示

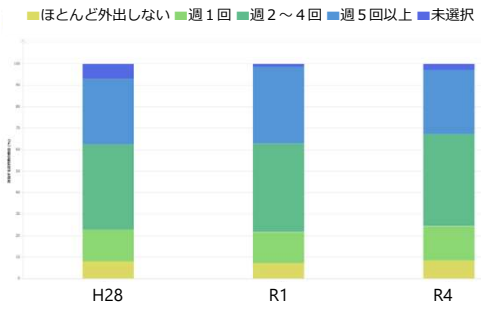
【主な調査項目】

	設問内容	設問内容の意図
問1	あなたのご家族や生活状況について	基本情報
問2	からだを動かすことについて	運動器機能の低下･転倒リスク･閉じこもり傾向を把握
問3	食べることについて	口腔機能の低下･低栄養の傾向を把握
問4	毎日の生活について	認知機能の低下、IADLの低下を把握
問5	地域での活動について	ボランティア等への参加状況･今後の参加意向
問6	就労について	就労の状況を把握
問7	たすけあいについて	たすけあいの状況･うつ傾向を把握
問8	健康について	主観的健康感･現在治療中の病気等を把握
問9	認知症に係る相談窓口の把握について	家族を含めた認知症の有無や、相談窓口の認知状況を把握

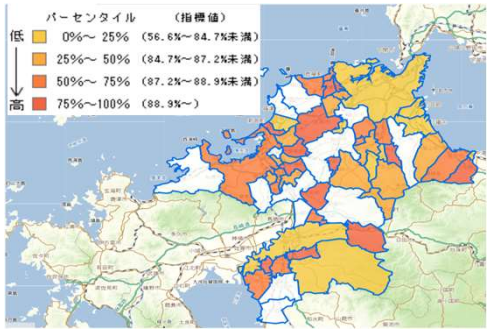
＜調査結果の活用＞

- 地域の抱える課題の特定（地域診断）
  ※地域包括ケア「見える化」システムに登録することで、自地域のデータの経年比較や他地域のデータとの地域間比較を行うことが可能
- ニーズ調査の他、各種データを整理・分析するとともに、地域ケア会議等で出た課題や議論を整理した上で、介護保険事業計画策定委員会等の関係者が集まる場で地域の課題を共有し、対応を検討することが可能。
- ニーズ調査結果を地域包括ケア「見える化」システムに登録している自治体数は802市区町村にとどまる。

【ニーズ調査を活用した例】



「外出頻度」の回答割合の経年変化の例
（久留米市）



「介護・介助は必要ない」と回答した人の割合の例
（福岡県内市区町村別）

介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集の現状の概要

元気高齢者 → 事業対象者、要支援 → 要介護

個人の情報

介護DB

基本チェックリスト
（要介護認定された者のみ） ※1

※1　要介護認定がなされた者の基本チェックリストは、要介護認定情報として介護レセプトとして把握できる（認定されていない者の情報は含まれない）

要介護認定情報
介護給付費請求書
介護レセプト情報
等

介護予防・日常生活支援総合事業請求書
（国保連に審査・支払が委託されている者のみ） ※2

※2　サービス・活動Aを実施し、国保連合会に審査・支払業務を委託している市町村（約700自治体）のデータは、レセプト情報として把握ができるが、**サービス・活動C等の実施状況等は、現状、把握が困難**。

集団の情報

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

被保険者番号を紐付けた情報（紐付けている市町村のみ）

格納

被保険者番号が紐付いていない情報（紐付けていない市町村）
→集団としての情報として活用

連結不可

介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

※　現状では、サービス・活動Cの実施状況や、被保険者番号が紐付いていない介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果は、個人の情報として収集することはできず、そのため、他の情報と連携して評価・分析もできない。

生活支援体制整備事業について

生活支援体制整備事業は、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置により、「市町村が中心となって」「多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していく」もの（地域支援事業実施要綱より）

○ 介護保険法（平成９年法律第123号）
（地域支援事業）
第百十五条の四十五　（略）
２　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、**地域支援事業として、次に掲げる事業を行う**ものとする。
五　**被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業**

（１）生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置　9,403人（R6.3）

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

資源開発	ネットワーク構築	ニーズと取組のマッチング
○地域に不足するサービスの創出（既存の活動と地域をつなげることを含む） ○サービスの担い手（ボランティアを含む）の養成 ○元気な高齢者をはじめとする多世代の住民が担い手として活動する場の確保　など	○多様な主体を含む関係者間の情報共有 ○サービス提供主体間の連携の体制づくり　など	○地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング　など

（２）協議体の設置　10,858箇所（R6.3）

地域の多様な主体間の連携･協働を推進し生活支援コーディネーターの活動を支援・補完。

住民主体の活動団体 ／ 地域運営組織 ／ NPO法人 ／ 社協・社会福祉法人 ／ 協同組合 ／ 民間企業 ／ 保険外サービス等の実施者　等

生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置）の標準額
■第１層（市町村区域）　**8,000千円 × 市町村数**（※1）
■第２層（日常生活圏域）　**4,000千円 × 日常生活圏域の数**

★左記のほか、以下の事業も生活支援体制整備事業として実施が可能
・生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業　**8,000千円**（※2）**× 市町村数**（※1）
・住民参画・官民連携推進事業　**4,000千円 × 市町村数**（※1）
・就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置　**8,000千円 × 市町村数**（※1）

（※1）指定都市の場合は行政区の数、一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数
（※2）地域包括支援センター以外の場所に配置した場合等は4,000千円

生活支援共創プラットフォームの構築

○　高齢者の地域での生活は、医療・介護のみならず、地域の交通・産業・商業などの経済活動や住民による取組など多様な主体との関わりの中で成立するもの。

○　市町村が、高齢者の尊厳ある自立した生活を支えるための地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、こうした介護保険制度の領域を越えた活動との連携を深めることが重要であり、国・都道府県にプラットフォームを置き、地域共生社会の実現に寄与。

市町村

地域包括ケアシステム
（地域の多様な主体）

- 介護保険制度における地域支援事業の実施等
- 同事業における生活支援体制整備事業において協議体を設置、令和６年度には更なる活性化のため「住民参画・官民連携推進事業」※を新設

※生活支援コーディネーターがタウンミーティング等を行い、地域の医療・介護関係者、多様な主体（民間企業や多世代の地域住民等）とともに地域課題の洗い出しと解決策の検討を行った上で、民間企業等を活用した地域での生活支援や介護予防活動・社会参加活動・就労的活動に資する事業の企画・立案～実装～運営（モデル的実施を含む）を行う事業

都道府県

都道府県版プラットフォームの構築
（関係部局・都道府県規模の団体）

- 国において地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の１メニュー※として位置づけ運用を支援

※「地域の支え合い・助け合い活動に係る担い手確保事業」のイ「助け合いによる生活支援の担い手の養成事業」（高齢者を含む生活支援の担い手の養成等を行うための経費に対し助成する事業）の一部

- 令和６年度の調査研究事業で都道府県向けプラットフォーム構築の手引きを整備し、令和７年度以降の構築を支援

令和７年度以降
順次構築を支援

国

全国版プラットフォームの構築
（府省庁・全国規模の団体）

- **HPの運用**による恒常的な情報発信・相互交流
- **定期的にシンポジウム等を開催**
- このほか、都道府県・市町村・生活支援コーディネーター向け研修を実施等

地域における多様な主体の共創の充実

掃除、洗濯、調理、買い物、見守り、移動（交通）、住まい、居場所、食事、健康、医療、介護、学び、文化・芸術、（多世代）交流
スポーツ・レクリエーション、まちづくり、ボランティア・地域活動、就労、後継者、防災・防犯、農地、環境保全

介護予防・地域ささえあいサポート拠点整備モデル事業（R６年度補正予算）

● 背景

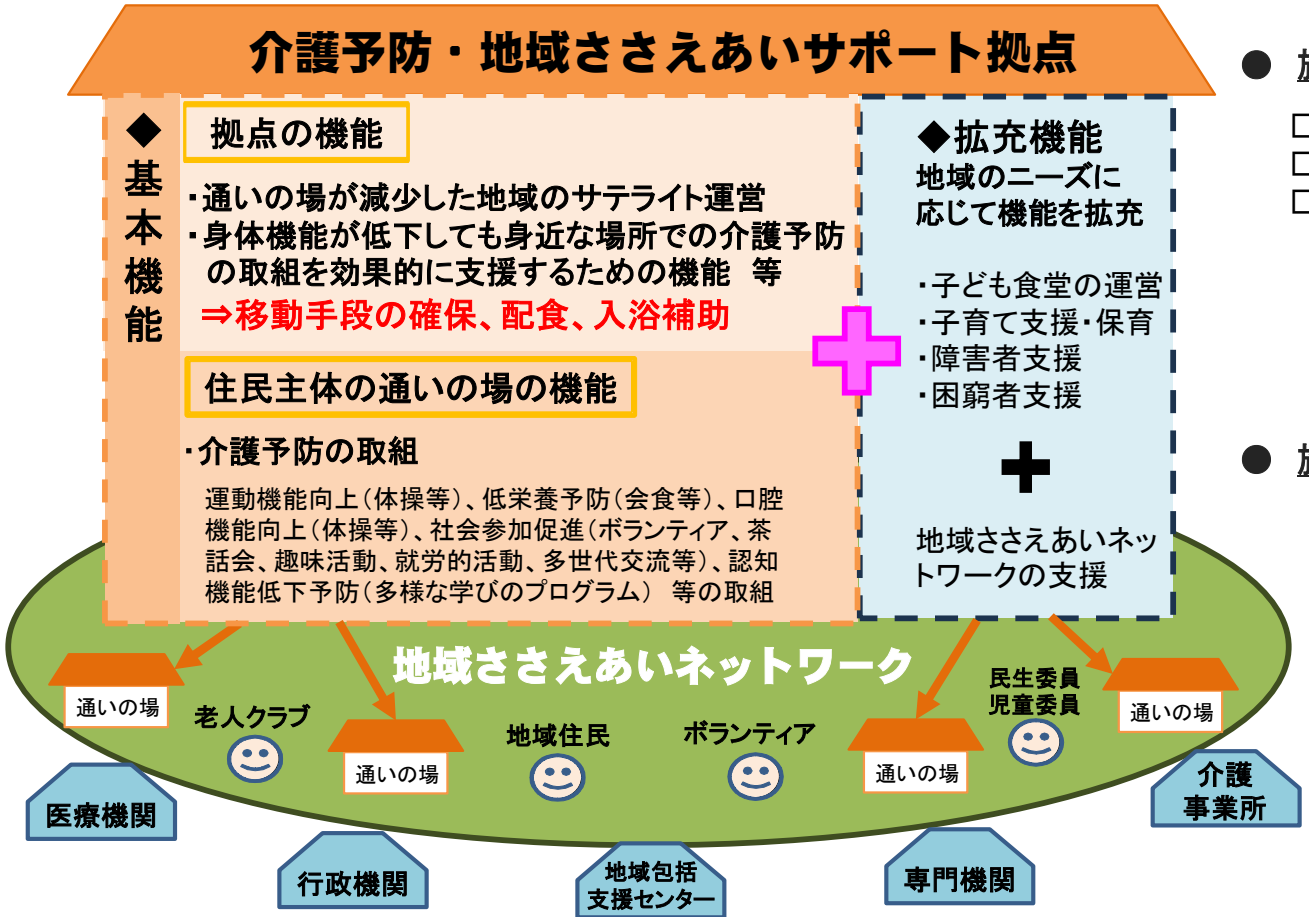
＜現在＞

通いの場は、住民主体の介護予防の取組を推進する場として、高齢者の社会参加を促すとともに、支え合い機能や多世代交流の場として地域共生社会の実現の一翼を担っている。

＜今後＞

・高齢者の健康寿命を延伸するために、更なる介護予防の取組が重要
・人口が減少している地域や中山間地域等を中心に、高齢者支援の担い手が減少
・身近な場所での介護予防の取組を効果的に支援するための拠点が必要
・人口減少等に伴い、地域のニーズに応じて、子育て支援や障害者支援等の機能も担う

● 介護予防・地域ささえあいサポート拠点（イメージ図）



● 施策の目的

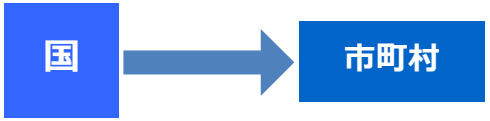
・身近な場所での介護予防の取組を効果的に支援するための拠点をモデル的に整備
・人口減少・中山間地域等において、あわせて地域のささえあいを効果的に下支えする機能をモデル的に実施

● 施策の概要

高齢者の健康寿命延伸に資する介護予防の取組を中心に、地域で支え合い、多様な機関や関係者が連携して取組を支援する拠点を、人口減少・中山間地域等に整備するモデル事業を行う。

● 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）

□ 実施主体：　市町村（10か所）
□ 補助率：　国10／10
□ 事業スキーム

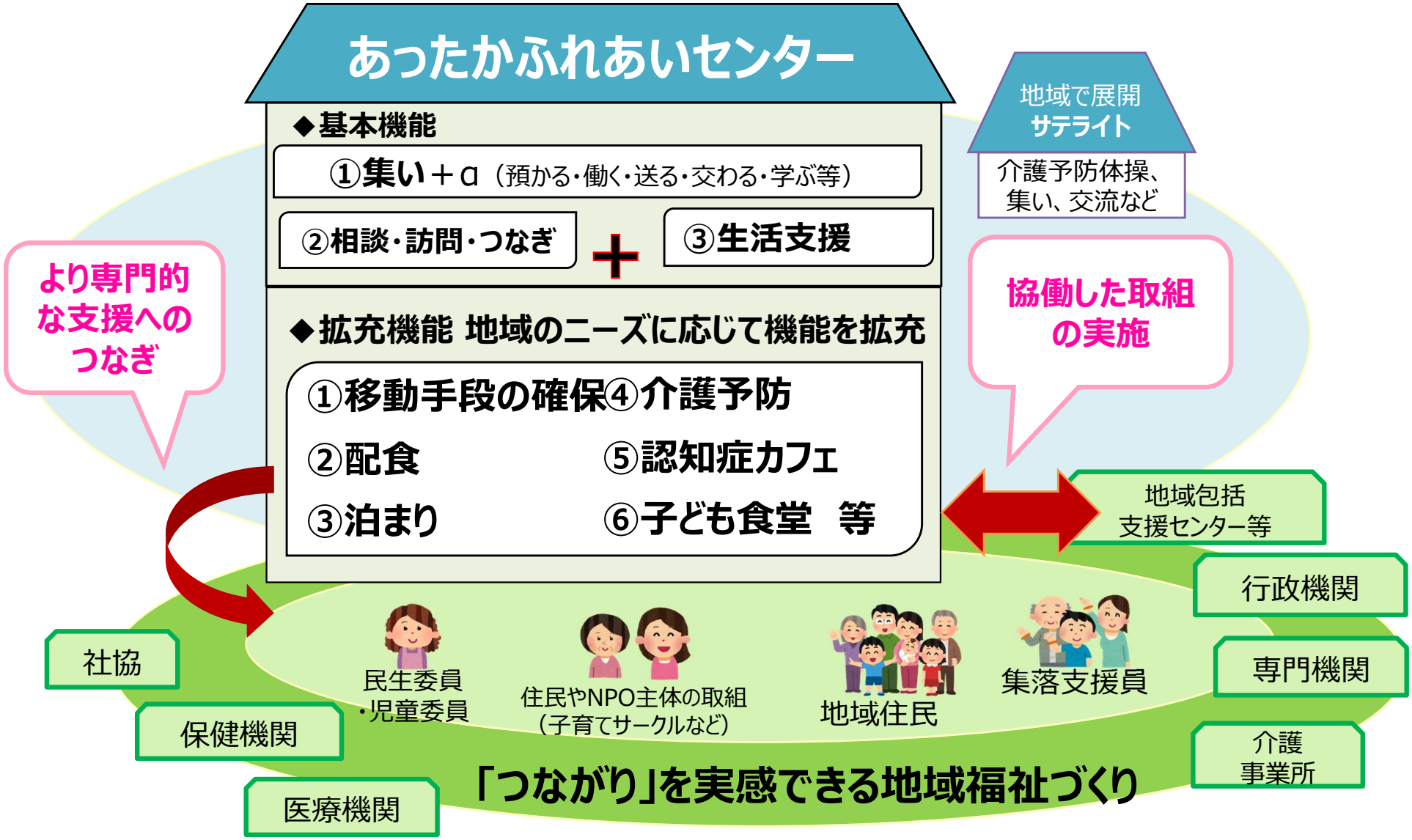


● 施策の対象経費

□ 施設の改修等に係る経費（工事費等）
□ 拠点の立ち上げに係る経費（人件費、消耗品費等）
□ 送迎等に係る経費（賃借料、燃料費、保険料等）
□ 研修等に係る経費（謝金、旅費、会場借料等）

あったかふれあいセンター事業概要

○　あったかふれあいセンターの活動は、センターだけで完結するものではなく、地域住民や関係機関と共に取り組んだり、より専門的な支援へつなぐ等、**地域住民（利用者）を取り巻くさまざまな人や資源と連携して取り組んでいます。**



保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和７年度当初予算額　（一般財源）　101　億円（100億円）
（消費税財源）200　億円（200億円）

1 事業の目的

○　平成29年の地域包括ケア強化法を踏まえ、平成30年度より、客観的な指標による評価結果に基づく財政的インセンティブとして**「保険者機能強化推進交付金」**を創設し、**保険者（市町村）による高齢者の自立支援、重度化防止の取組や、都道府県による保険者支援の取組を推進**。令和２年度からは、**「介護保険保険者努力支援交付金」**を創設（社会保障の充実分）し、**介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価**することにより、これらの取組を強化。

2 事業スキーム・実施主体等

○　各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村支援の取組に対し、**評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付**する。

※　これまで、アウトカムに関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の縮減などの見直しを随時実施

※　介護保険保険者努力支援交付金（消費税財源）は、介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）に使途範囲を限定。

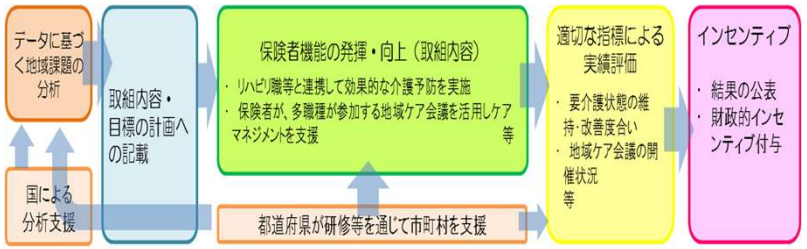
【実施主体】　都道府県、市町村

【交付金の配分に係る主な評価指標】

（保険者機能強化推進交付金）
①事業計画等によるPDCAサイクルの構築状況
②介護給付の適正化の取組状況
③介護人材確保の取組状況

（介護保険保険者努力支援交付金）
①介護予防日常生活支援の取組状況
②認知症総合支援の取組状況
③在宅医療介護連携の取組状況

〈交付金を活用した保険者機能の強化のイメージ〉



【交付金の活用方法】

○都道府県分：高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

○市町村分：　国、都道府県、市町村及び第２号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業など、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な事業を充実。

【補助率・単価】定額（国が定める評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を配分）

【負担割合】　国10/10　**【事業実績】**　交付先47都道府県及び1,573保険者（令和６年度）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

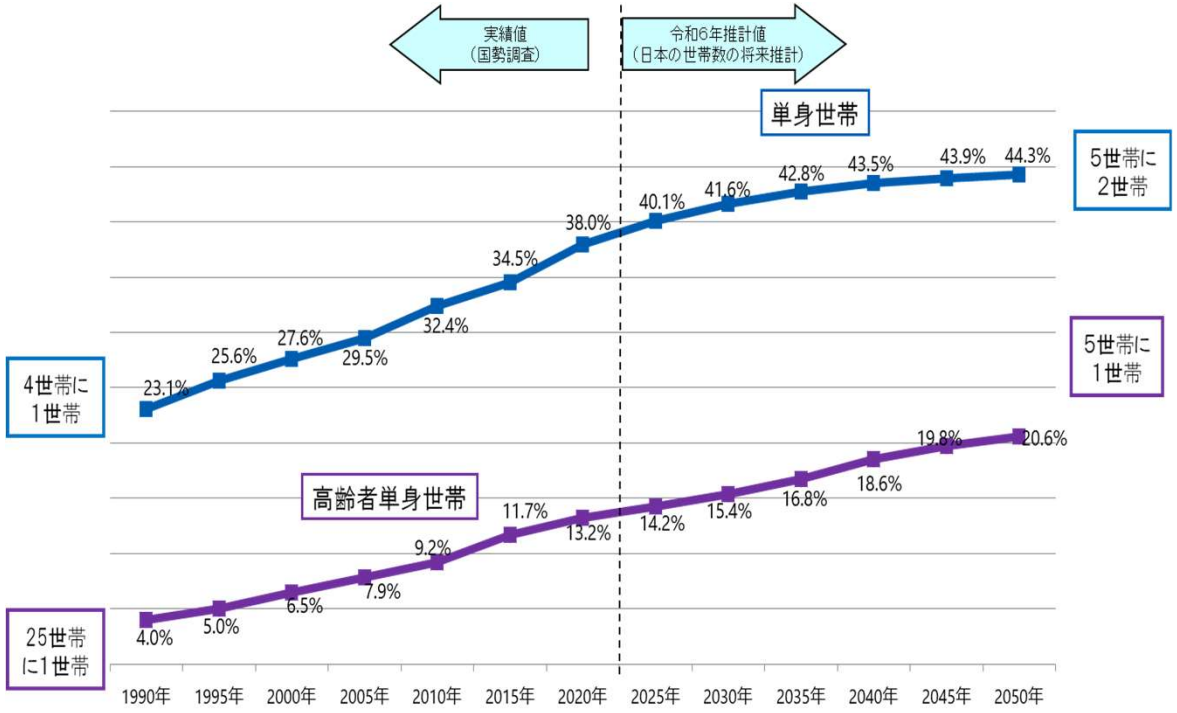
５．相談支援等の在り方

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

単身高齢世帯に関する推移・状況

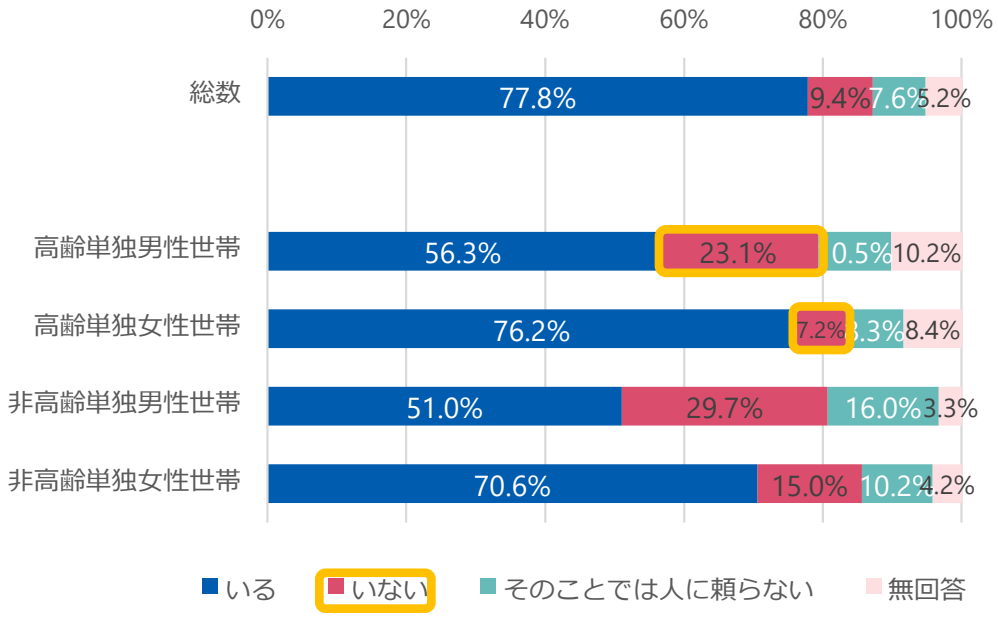
○　**<u>高齢者の単身世帯</u>**は増加しており、2050年には約20%となる見込み。
○　高齢者の単身世帯では、**<u>日頃のちょっとしたことの手助けを頼れる人がいない</u>**ことが課題として考えられ、国立社会保障・人口問題研究所が2022年に実施した生活と支え合いに関する調査では、高齢単独男性世帯の23.1%が「いない」と回答している。

＜世帯構成の推移と見通し＞



（出典）　総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和６年推計）」
（※）世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

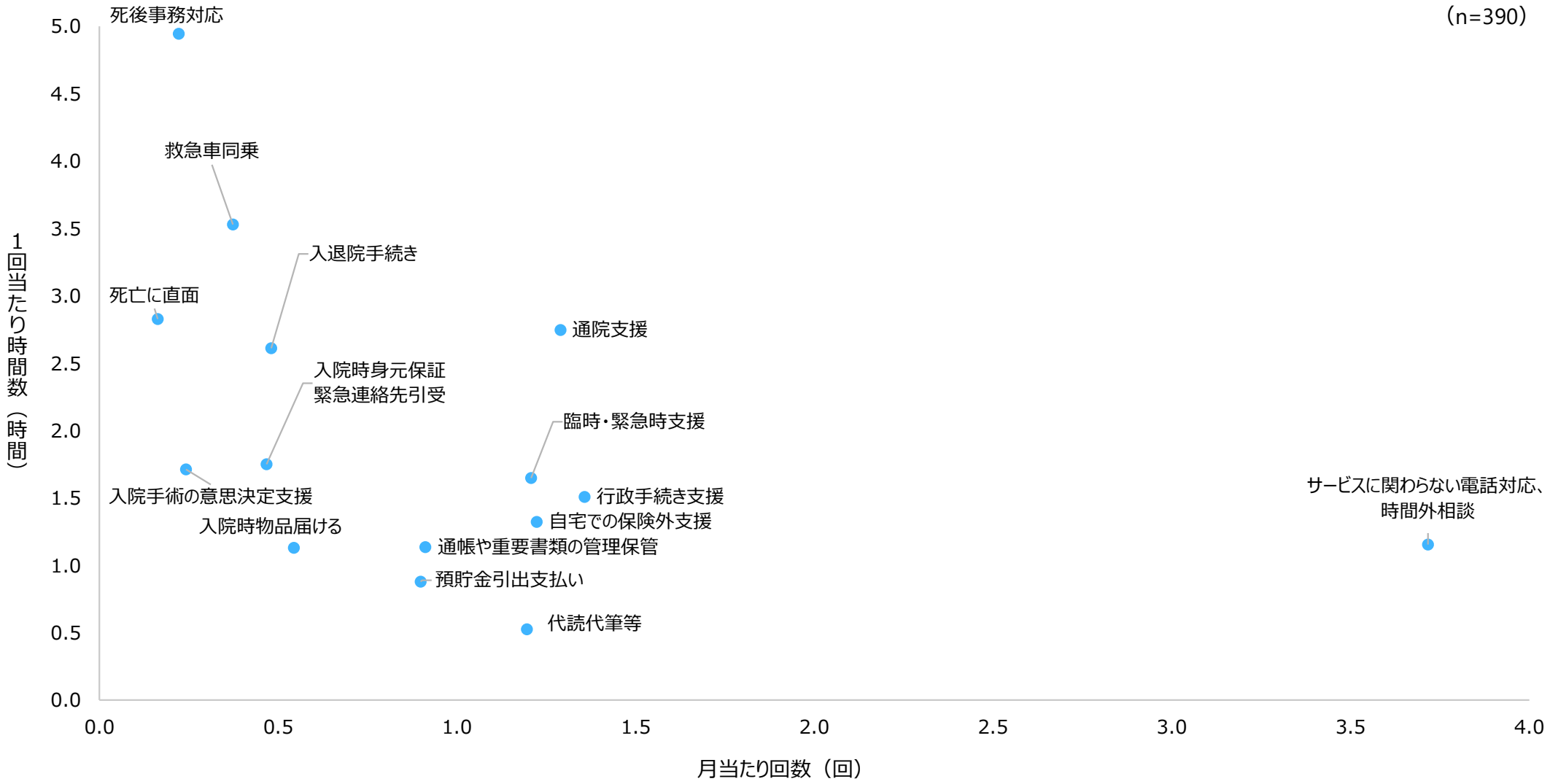
＜「日頃のちょっとしたことの手助け」で頼れる人の有無＞



（注）「総数」にはその他、不詳等を含む。
（出典）国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」（2022年７月）

居宅介護支援事業所における頼れる身寄りがいない高齢者等の生活上のニーズに対する対応状況①

○　生活上のニーズへの対応状況を種類別に見ると、「サービスに関わらない電話対応、時間外相談」は１回当たり時間数は少ないが、相応の頻度で対応が発生しているのに対して、「死後事務対応」「救急車同乗」等は、頻度は少ないものの１回当たり時間数は多く、ケアマネジャーへの負担のかかり方は異なっている。



（出典）令和６年度老人保健健康等増進事業「介護職員等における身寄りのない高齢者等に対する支援の実態に対する調査研究事業報告書」（日本総研）

※ 居宅介護支援事業所に対し、ここ１年で、事業所の利用者から、親族等による支援が難しいために要望やニーズがあり、対応を行った場合の「頻度」や「１回の対応にかかる時間として最も近いもの」についての調査結果について、平均をまとめたもの。

頼れる身寄りがいない高齢者等が抱える課題の解決に際して
つながるべき関係者・関連事業等の例

○　頼れる身寄りがいない高齢者等が抱える課題として、生活支援、財産管理、身元保証、死後事務などが挙げられる。

○　こうした課題の解決方法としては、**地域ケア会議などを活用して地域課題として必要な資源を整理する**ことに加え、**地域の多様な主体による取組**、**民間サービス**、**公的な制度・事業（頼れる身寄りがいない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（福祉部会報告書参照）、生活困窮者居住支援事業、成年後見制度）**など、必要な二ーズに対応した関係者・関連事業等につなげていくことが考えられる。

頼れる身寄りがいない高齢者等が抱える課題の例

生活支援	・通院の送迎・付き添い
	・買い物の同行、物品購入
	・日用品や家具の処分
	・介護保険サービス等に係る手続きの代行
財産管理	・定期的な収入（年金等）・支出（公共料金等）に係る手続き代行
	・生活費の管理
	・財産の保存、管理、売却等に係る手続き代行
身元保証	・入退院・入退所時の手続き支援
	・緊急連絡先の指定の受託、緊急時の対応
死後事務	・死亡や火葬に係る手続き代行
	・ライフラインの停止に関する手続き代行
	・残置物などの処理に係る手続き代行
	・墓地の管理・撤去に係る手続き代行

ケアマネジャーや地域包括支援センターの協力のもと
地域課題として必要な資源を整理

➡朝来市の例

つながるべき関係者・関連事業等の例

専門性（高）

生活支援コーディネーターと協働し、**地域の多様な主体**による社会資源の発掘・創出、ネットワーク構築

・NPO団体
・ボランティア団体
・互助組織（老人クラブ等）
・住民主体の取組　など

➡出雲市の例

民間のサービスにつなぐ

・高齢者等終身サポート事業
・信託銀行によるサービス
・保険外サービス　など

➡岡崎市の例

公的な制度・事業の活用

・頼れる身寄りがいない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（福祉部会報告書参照）
・生活困窮者居住支援事業
・成年後見制度　など

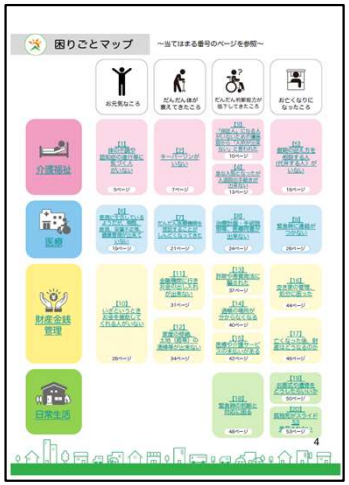
※「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理」（令和６年12月）及び 総務省行政評価局「身元保証等高齢者サポート事業における消費者保護の推進に関する調査結果報告書」（令和５年８月）もとに整理

頼れる身寄りがいない高齢者等を支える地域での取組例

○　頼れる身寄りがいない高齢者等を支えるための方策として、**地域包括支援センターやケアマネジャー**により抽出された地域課題を**地域ケア会議**で検討し資源を見える化・活用、**生活支援コーディネーター**が中心となり**住民団体のネットワーク構築**を促進、民間事業者等との**官民連携**を通して身元保証・生活支援・死後事務などのサービスを提供する事業を創出、といった取組が行われている。

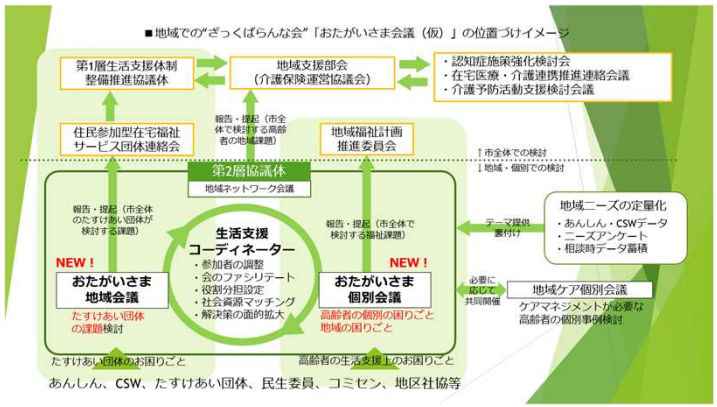
地域包括支援センター・ケアマネジャー主導型の取組（兵庫県朝来市）

- ケアマネジャーの困りごとの中から身寄りのない高齢者への支援が地域課題として挙がり、**地域包括支援センターや居宅介護支援事業所**が中核となって、身寄りのない高齢者に関する課題を検討するワーキングを**地域ケア会議**の中に設置。
- 主任ケアマネジャー、司法書士、医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等の多分野の関係者による議論を経て、「身寄りのない人を支える資源マップ」を作成。困りごとに応じた制度・資源の例や活用ポイントが整理されており、相談支援時に活用。



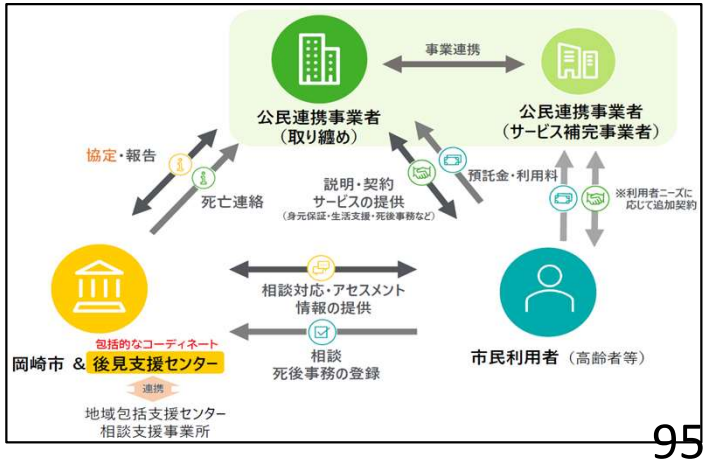
住民主体型の取組（島根県出雲市）

- 独居高齢者や身寄りのない高齢者の増加に伴い、生活支援ニーズに応えていくためのボランティアの役割の重要性や、たすけあい活動を通じた社会参加・介護予防としての効果にも着目。
- 地域の住民間で高齢者等を支え合う互助団体が市内に17団体存在し、家事支援や通院付添い等の活動を実施（利用料500～1400円／時）。
- こうした団体の強みを活かしつつ、今後の担い手確保などの課題に対応できるよう、市が団体の連絡会や地域ケア会議を連動させる体系を整備し、**住民主体団体**の取組を支援するとともに、**生活支援コーディネーター**を中心とした高齢者等にかかる個別課題解決の場づくりを推進。



官民連携型の取組　（愛知県岡崎市）

- 多様化する社会課題や市民ニーズに対応するため、公共サービスを行政のみでなく、**民間事業者等**を含めた多様な担い手との連携による良質かつ効率的なサービスの提供を目指し、金融機関をコアメンバーとする「岡崎市SDGs公民連携プラットフォーム」を設置。
- 終末期の支援をパッケージで提供するため、本プラットフォームのスキームを活用し、「終活応援事業」を創設。
- 居住支援法人や法律事務所、司法書士事務所母体の法人、葬儀社などの民間事業者と岡崎市とで協定を締結し、市民の求めに応じて必要なサービスの情報を提供。



地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、**保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員**等を配置して、**地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う**ことにより、その**保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する**ことを目的とする施設（介護保険法第115条の46第１項）

※指定居宅介護支援事業者等の地域の事業者等に一部委託可能

総合相談支援事業

地域の高齢者や家族介護者に対して、**初期段階から継続的・専門的に相談支援**を行い、**地域における様々なサービス等につなげる**。

※指定居宅介護支援事業者に一部委託可能

第一号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

要支援者等が、介護予防・日常生活支援を目的とした活動をその選択に基づき行えるよう支援する。

指定介護予防支援

※指定居宅介護支援事業者が直接指定を受けて、又はセンターから一部委託を受けて実施することが可能

包括的支援事業の実施

権利擁護事業

高齢者が尊厳ある生活を送ることができるよう、**成年後見制度の活用促進**や、**高齢者虐待への対応**等を行う。

全国で**5,487か所**※

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

個々の介護支援専門員への支援、**介護予防サービスの検証**等を通して、地域における高齢者の自立支援・介護予防を推進する。

地域ケア会議の実施

地域の関係者による、**地域づくりや政策形成**の場

地域包括支援ネットワーク

包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア、自立相談支援機関、障害福祉サービスに関する相談窓口、都道府県労働局（介護休業・介護休暇等に関する相談など）など地域のさまざまな関係者と連携する。

（※）厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ、令和７年４月現在。加えて、地域の実情に応じて在宅介護支援センターとも協働のもと、ブランチやサブセンターが設置されている。
・ブランチ　：1,567か所（本体のセンターとの連携のもと、地域住民の身近な所で相談を受け付け、センターにつなぐための窓口）
・サブセンター：320か所（本体のセンターと一体的に包括的支援事業を実施する支所）

地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、

〇地域包括支援センター等において、多職種協働による個別ケースの検討等を行い、ケアマネジメント支援、地域のネットワーク構築、地域課題の把握等を行い、

〇市町村は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけていく。

※地域ケア会議の実施にかかる費用については、包括的支援事業（社会保障充実分）に係る費用として計上

＜地域ケア会議の全体像＞

個別の ケアマネジメント

サービス担当者会議（全てのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討）

事例提供 →

← 支　援

地域ケア個別会議（主に地域包括支援センターが主催）

〇個別ケースの支援内容を通じた

①高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援

②地域支援ネットワークの構築

③地域課題の把握　などを行う。

※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

地域ケア推進会議（市町村が主催）

〇地域ケア個別会議等で集約した地域課題等を踏まえ、

④地域づくりや地域で必要な資源の開発

⑤政策の立案・提言　などを行う。

※介護保険事業計画等への位置づけなど

«主な構成員»

保健医療に関する専門的知識を有する者

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、（管理）栄養士、公認心理師　など

福祉に関する専門的知識を有する者

社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー　など

民生委員その他の関係者

民生委員、生活支援コーディネーター、就労的活動支援コーディネーター、協議体の構成員、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、ヤングケアラー・コーディネーター　など

関係機関・関係団体

市区町村社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会、介護サービス事業所、企業、農業協同組合、生活協同組合、公民館、自治会　など

※その他必要に応じて参加者を調整

緊密な連携

生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーター
協議体

在宅医療・介護連携推進事業

郡市区医師会等連携を支援する専門職等

認知症総合支援事業

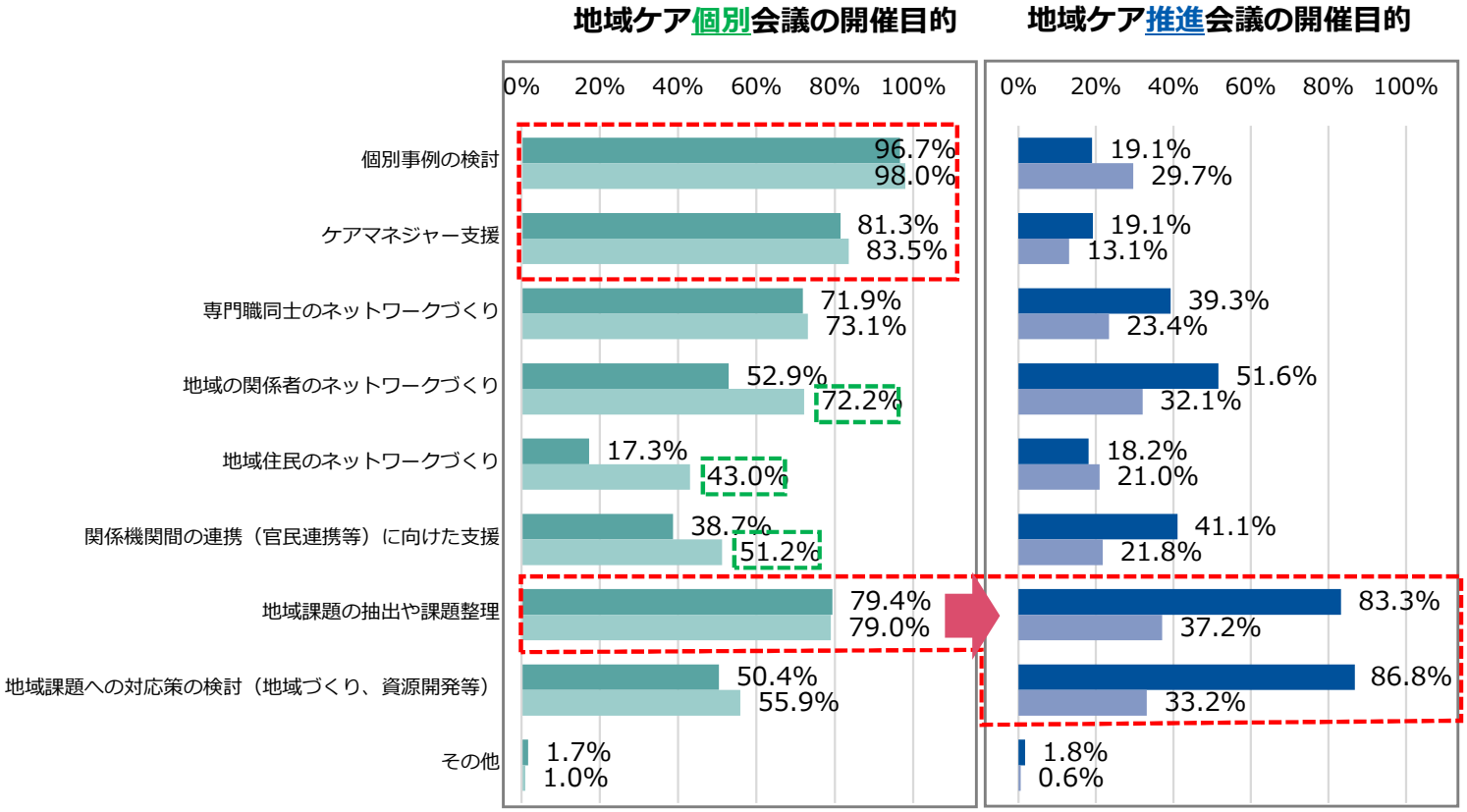
認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

地域ケア会議の現状と課題　～会議の開催目的、個別会議・推進会議の連携～

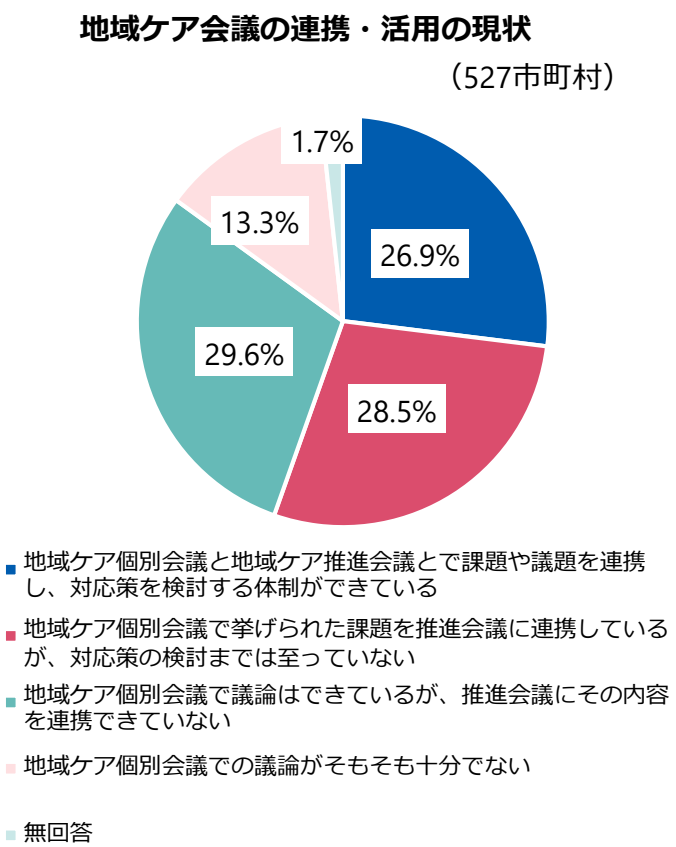
○　地域ケア個別会議では個別事例の検討やケアマネジャー支援を目的とした会議が多く開催されており、**地域課題の抽出・整理**も広く実施されている。そこから抽出された課題が地域ケア推進会議につながり、**対応策の検討**へつながっていることがうかがえる。

○　センター主催の地域ケア個別会議では、**住民を含めた地域のネットワークづくり**や**関係機関間の連携に向けた支援**を目的とするものも多く、より地域に根ざした会議が実施されていると考えられる。

○　地域ケア**個別会議と推進会議を連携させることができている市町村は半数程度**となっており、**さらに対応策を検討する体制ができていると回答したのはそのうちの半数**。



上段：市町村主催の会議があると回答した市町村（527中 個別：359市町村、推進：341市町村）
下段：センター主催の会議があると回答したセンター（2,217中 個別：2,016センター、推進：862センター）

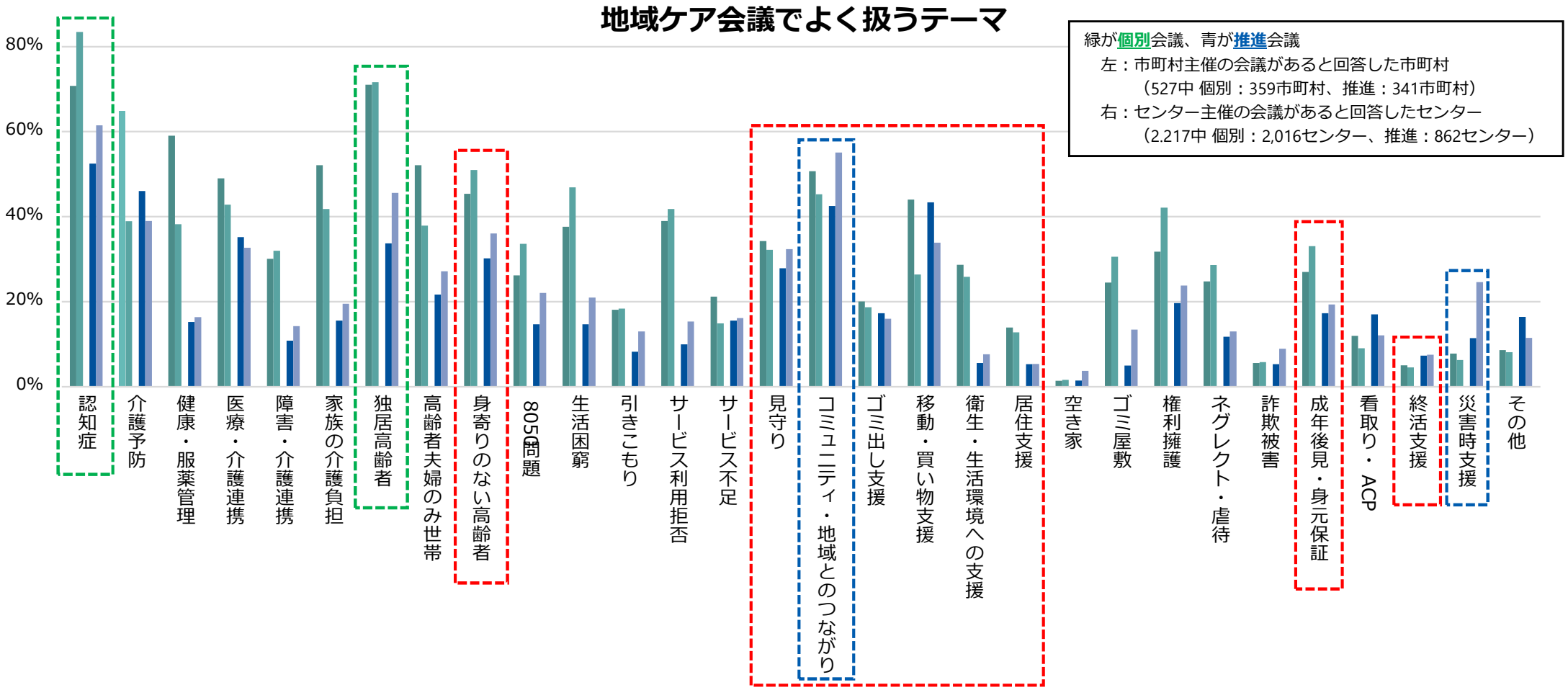


【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業及び地域ケア会議のあり方とそれを担う地域包括支援センター及び地域の関係者・関係機関の役割等に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※市町村票：1,741中527市町村が回答（回収率30.3%）、地域包括支援センター票：2,217センターが回答

地域ケア会議の現状と課題　～よく扱うテーマ～

○　地域ケア個別会議では、市町村と地域包括支援センターのいずれの主催であっても、**認知症**や**独居高齢者**に関する課題が多く扱われている。地域ケア推進会議では、**つながりづくり**や**災害時支援**についても取り組まれている。

○　**頼れる身寄りがいない高齢者**の課題とも関連する、**見守りやつながり**、**生活・居住支援**、**身元保証や終活支援**といったテーマも取りあげられている。

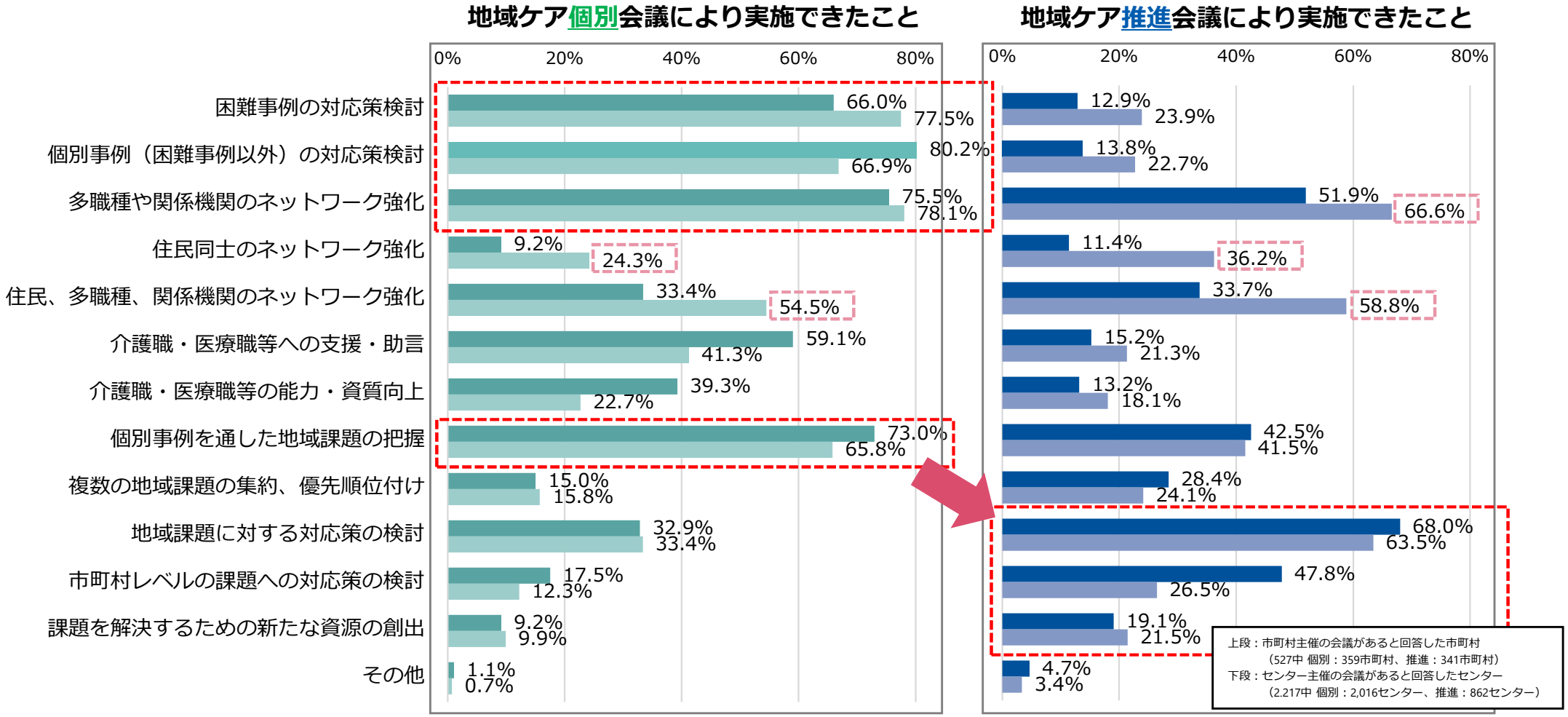


【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業及び地域ケア会議のあり方とそれを担う地域包括支援センター及び地域の関係者・関係機関の役割等に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※市町村票：1,741中527市町村が回答（回収率30.3%）、地域包括支援センター票：2,217センターが回答

地域ケア会議の現状と課題　～会議の成果～

○　地域ケア個別会議において**困難事例を含め個別事例の対応策検討**、**地域におけるネットワーク強化**、**地域課題の把握**が行われ、地域ケア推進会議において**地域課題に対する対応策の検討**が行われている。**新たな資源の創出**につながっているケースもあるものの、さらなる推進が必要と考えられる。

○　センター主催の会議では市町村主催と比べ、**住民を含めたネットワーク強化**が多く成果として挙げられている。



【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業及び地域ケア会議のあり方とそれを担う地域包括支援センター及び地域の関係者・関係機関の役割等に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※市町村票：1,741中527市町村が回答（回収率30.3%）、地域包括支援センター票：2,217センターが回答

6 個別課題から地域課題解決へ ～地域ケア会議～

つづくを、つなぐ。

令和6年度会議開催実績

	会議名	主催	実施回数	検討事例数	延べ参加者数
個別課題解決	地域ケア個別会議	地域包括支援センター	25回	25件	268人
	介護予防個別会議	柏市	24回	24件	164人
政策立案・地域づくり・資源開発	地域ケア推進圏域会議	地域包括支援センター	12回	—	354人
	地域ケア推進会議	柏市	1回	—	26人

包括	令和6年地域ケア推進圏域会議テーマ
柏北部	老障世帯への支援でできること
柏北部第2	8050世帯と親亡き後の子の生活を地域でどのように支えていくか
北柏	地域全体で高齢者を見守る意識を醸成する方法について考える
北柏第2	孤立化させない地域の見守りや支えあいについて
柏西口	認知症にやさしい地域について考える
柏西口第2	老いじたくの不安についてできること～老いじたくの不安解消ツールを作成してみよう
柏東口	見守りの輪を広げる
柏東口第2	ケアマネジャーと民生委員のネットワークを作る
光ケ丘	光ケ丘・酒井根ミラクル（地域資源活用を意識し協働できることを考える）
柏南部	地域と考えるオーラルフレイル
柏南部第2	高齢者虐待を未然に防ぎ，支援が行き届く地域づくり
沼南	高齢障害世帯における権利擁護の現状と課題について

柏市 KASHIWA CITY

6 個別課題から地域課題解決へ ～地域ケア会議～

つづくを、つなぐ。

◇地域ケア会議を通じて，地域包括支援センターと民生委員が具体的に連携を図るための「見守りチェックシート」を作成し，運用開始した（R6）

地域包括支援センターの支援から気付いたこと

地域のデータ（高齢者のみ世帯の割合）

地域包括支援センターが支援を開始した事例において，近隣住民から「高齢者の変化に気付いていたが，相談のタイミングが分からなかった」「相談のハードルが高い」と話があり，早期に支援できる可能性があったことが判明した。

今後も高齢者のみ世帯が増加していく中，高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくためには，地域による気付きと相談が不可欠

地域ケア個別会議の内容

第1回

- **ケース**：商店からの相談により多機関連携につながったケース
- **目的**：見守りにおける気付きのポイントや対応方法，地域包括支援センターへ相談する目的や効果を共有する。
- **結果**：
  - 地域包括支援センターの介入による関係機関の変化を確認したことで，地域包括支援センターへ相談するという意識が高まった。
  - 高齢者と関わる中で気になる様子や対応方法について共有したことで，見守りに取り組みやすい関係づくりができた。

“何か気になる”が可視化されると相談しやすくなりそう！

第2回

- **ケース**：日常的な連携により早期に対応できたケース
- **目的**：地域包括支援センターを含めた支援者が連携することにより，高齢者に対して効果的な関わりができることを共有する。
- **結果**：それぞれの立場で行っている見守り活動について共有することで，地域包括支援センターを中心とした連携や関係者同士のコミュニケーションが大切という共通認識を持つことができた。

相談しやすい関係づくりと日頃からの連携が大切！

12

見守りチェックシートについて

見守りチェックシート作成の経緯

- **令和４年度地域ケア個別会議**
  高齢者の変化に気付いても相談するタイミングが分からなかった事例について検討
- **令和４年度地域ケア推進圏域会議**
  支援が必要な高齢者の状態像について意見交換
- **令和５年度地域ケア個別会議**
  高齢者の変化に気付くポイントや相談先が確認できるチェックシートを作成することを共有
- **令和５年度地域ケア推進圏域会議**
  見守りチェックシートの説明及び意見交換

★令和６年度民生委員による声かけ訪問で利用開始

民生委員

このチェックシートの項目で，２～３個チェックがついたら，地域包括支援センターへ相談しようというめやすになります。

15

今後の取り組み

- 見守りチェックシートについて，まずは民生委員による声かけ訪問や高齢者サロン等の地域活動で利用し，より使いやすいツールとなるように意見交換を行いながら更新していく。
- 相談先である地域包括支援センターの周知を行う。また，相談しやすい場所となるよう地域住民や他機関との関係を構築する。
- 見守りの輪を広げるため，今まで見守りを意識していなかった方たちへ働きかける啓発方法を検討したい。

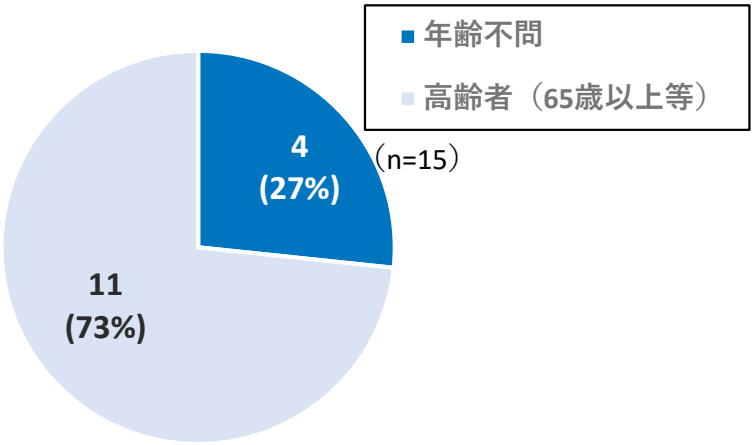
16

柏市 KASHIWA CITY

緊急連絡先等の登録事業を行っている先進的な自治体の取組状況①

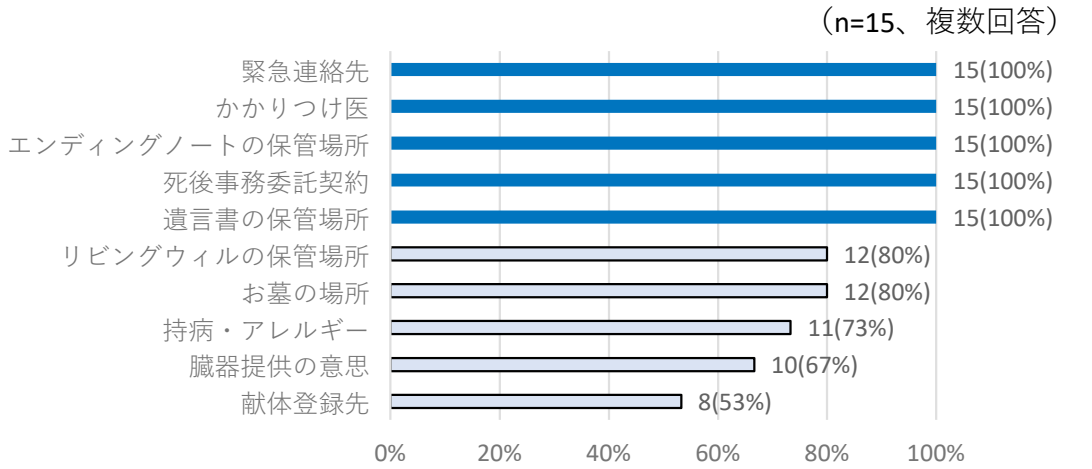
＜１．事業の対象者＞

- 調査対象自治体の約７割で高齢者（65歳以上等）を対象としていたが、年齢を不問としている自治体も一定数見られた。



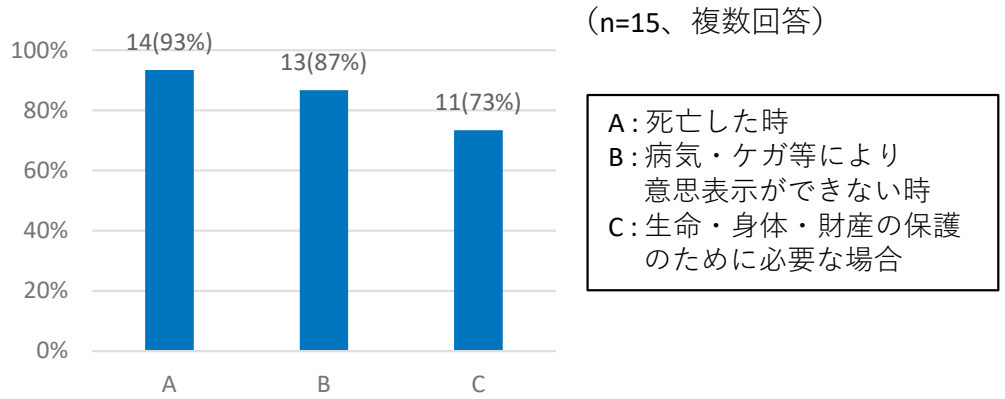
＜２．登録されている情報項目＞

- 調査対象の全ての自治体で、「緊急連絡先」「かかりつけ医」「エンディングノートの保管場所」「死後事務委託契約」「遺言書の保管場所」が登録されていたほか、医療関係の情報が登録されている自治体も多く見られた。



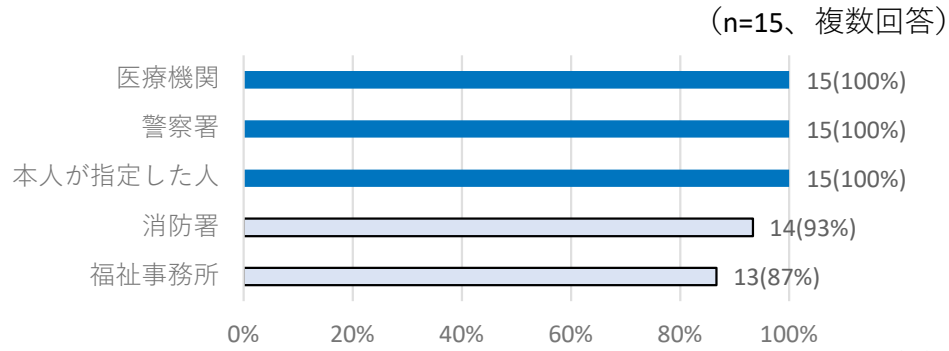
＜３．情報共有の条件＞

- 多くの自治体において、「死亡した時」「病気・ケガ等により意思表示ができない時」「生命・身体・財産の保護のために必要な場合」を情報共有の条件とされていた。



＜４．情報共有範囲＞

- すべての自治体において、情報の共有範囲は「医療機関」、「警察署」、「本人が指定した者」としているほか、「消防」、「福祉事務所」を共有範囲としている自治体も多く見られた。
- また、情報項目ごとに共有範囲を分けている自治体もあった。

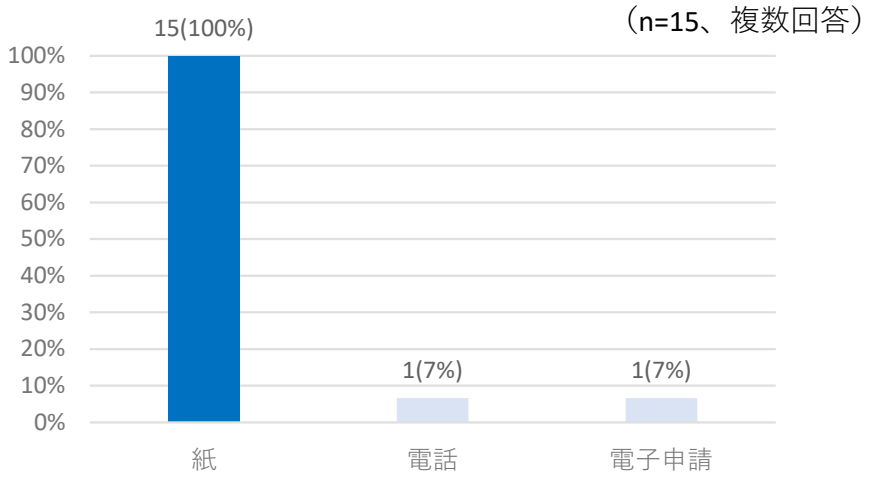


（出典）令和６年度厚生労働省委託事業「成年後見制度利用促進・権利擁護支援方策調査一式」における自治体ヒアリング結果をもとに厚生労働省において作成

緊急連絡先等の登録事業を行っている先進的な自治体の取組状況②

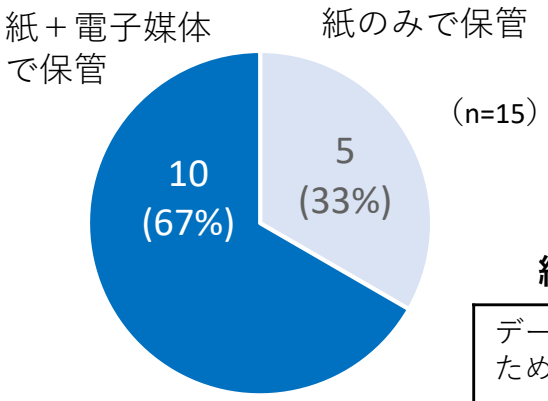
＜５．利用者からの情報の登録方法＞

- 調査対象のすべての自治体において、紙媒体にて受け付けられていた。



＜６．自治体における情報の保管方法＞

- 調査対象の自治体においては、紙と電子媒体を併用して管理している自治体が多かったが、約３割の自治体では、紙のみで保管されていた。
- 紙のみで管理している自治体にその理由を聞くと、「機微な個人情報を取り扱うため」との意見が見られた。



紙のみで管理している理由等

データだと誤って消去することもあるため、紙のみでの保管とした
想定登録件数及び個人情報管理体制上紙管理とした

【各自治体の取組における主な課題】

情報の更新	約半数の自治体では本人からの申し出がない限り情報が更新されず、長期間登録されていた電話番号につながらなかったり、かかりつけ医が変わっている等、必要な際に活用できない情報となっているケースがある
情報共有時期	自治体側から情報をプッシュ型で通知する仕組みを取っている自治体はほとんどなく、基本的に情報照会があった際に回答するという制度設計となっている

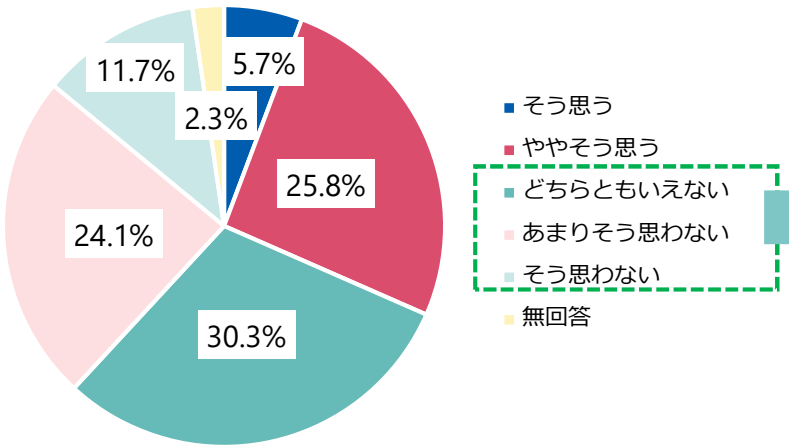
（出典）令和６年度厚生労働省委託事業「成年後見制度利用促進・権利擁護支援方策調査一式」における自治体ヒアリング結果をもとに厚生労働省において作成

地域包括支援センターの資源開発・業務状況

○　約３割の地域包括支援センターが、地域ケア会議の議論を踏まえて、センターとして適切な資源開発を行えていると思うと回答した。
○　資源開発が行えない理由としては、**センター職員の業務量過多、人員不足、地域資源の不足**が多く挙げられた。
○　地域包括支援センターの業務のうち、**介護予防支援と介護予防ケアマネジメントにかけている時間が約３割**を占めている。一方、地域における活動に割く時間は約２割である。

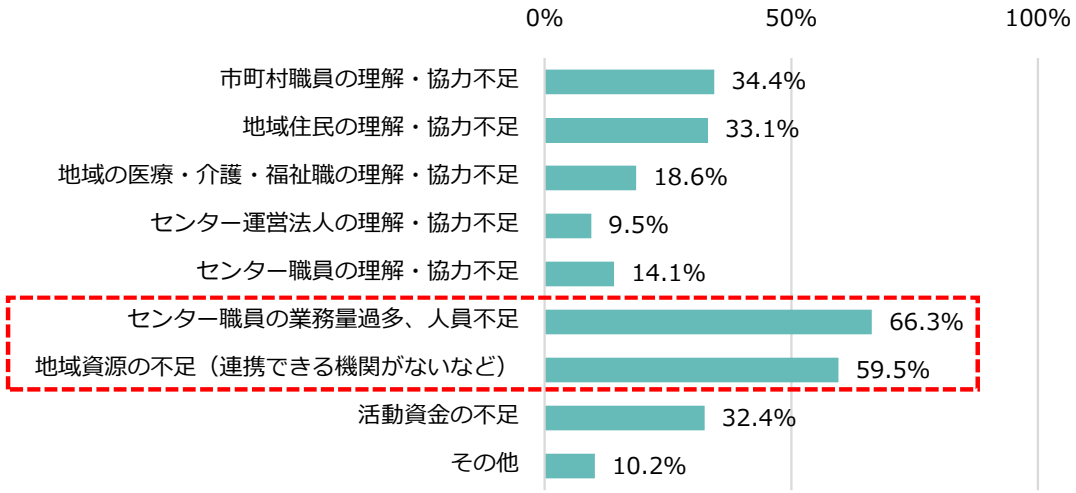
地域ケア会議の議論を踏まえて センターとして適切な資源開発を行えているか

（2,217センター）



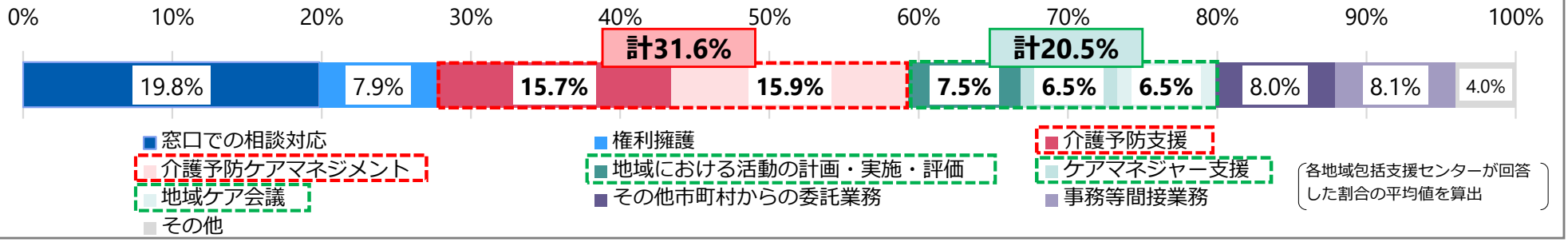
資源開発が行えない理由

（1,466センター※）



※左図でどちらともいえない、あまりそう思わない、そう思わないと回答したセンター

センター職員が各業務にかけている時間



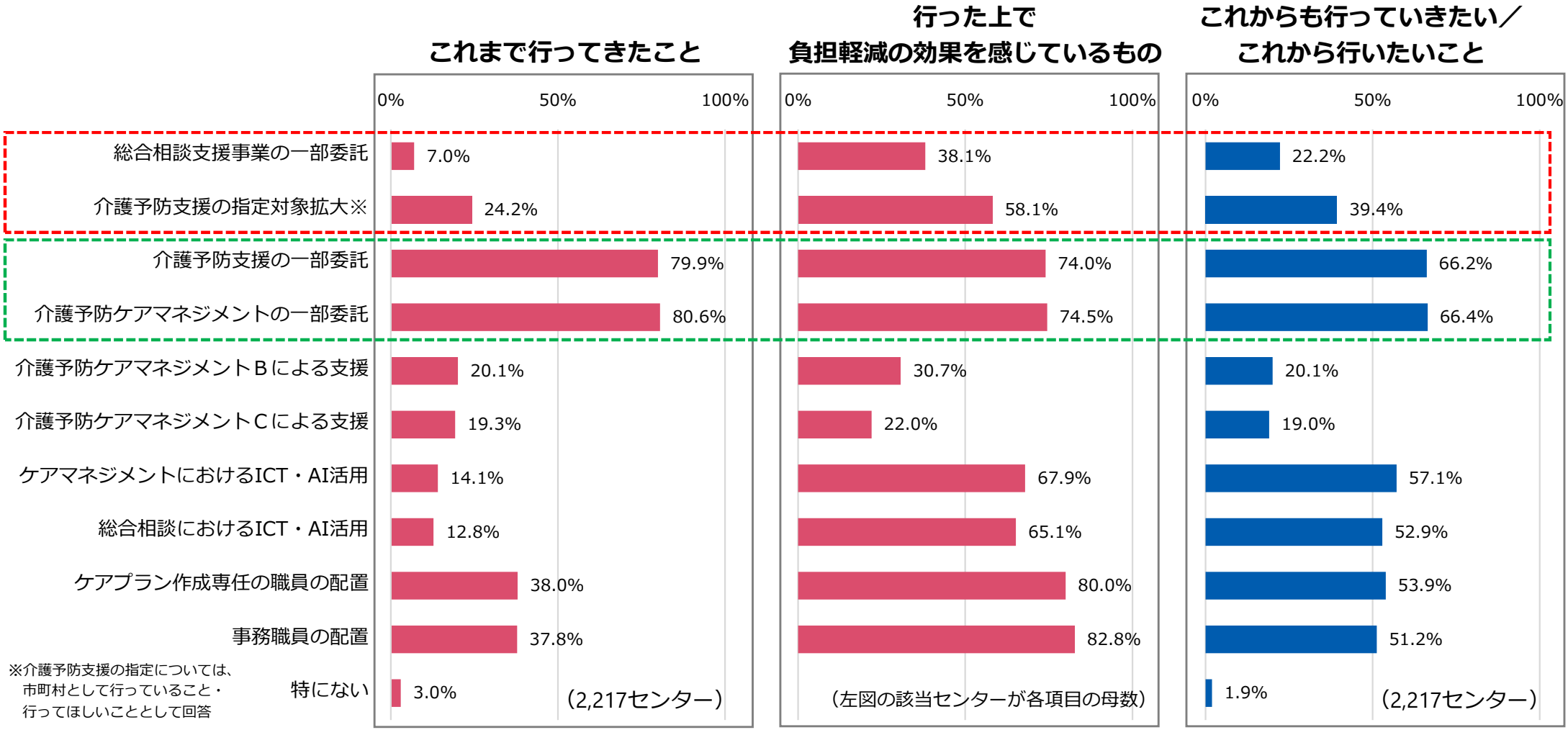
（各地域包括支援センターが回答した割合の平均値を算出）

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業及び地域ケア会議のあり方とそれを担う地域包括支援センター及び地域の関係者・関係機関の役割等に関する調査研究事業」/「高齢者自身の意思決定と多様な選択を支援するための介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援のあり方に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※地域包括支援センター票：2,217センターが回答

地域包括支援センターにおける業務負担軽減の取組

○　地域包括支援センターにおける業務負担軽減の取組として、令和５年改正で可能となった**総合相談支援事業の一部委託や介護予防支援の指定対象拡大**は該当する割合はまだ高くないものの、**一定の負担軽減の効果はみられている**。

○　従来より行ってきている**介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの一部委託については、負担軽減に大きく寄与**している。



※介護予防支援の指定については、市町村として行っていること・行ってほしいこととして回答

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「高齢者自身の意思決定と多様な選択を支援するための介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援のあり方に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）
※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※地域包括支援センター票：2,217センターが回答

介護予防ケアマネジメントの一部委託を行うにあたっての課題

○　要支援者に対するケアマネジメントについては、利用者が予防給付を受けるかどうかによって居宅介護支援事業所の取扱いが変わる。

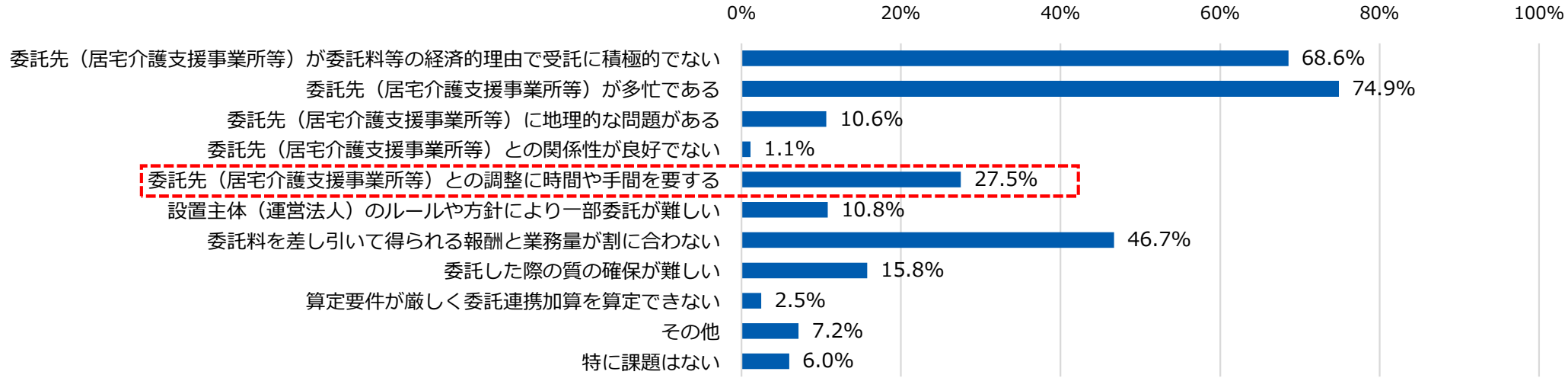
○　地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への介護予防ケアマネジメントの一部委託に際して、委託先での委託料や業務量に関する課題の他、**センターと委託先との間での調整に係る手間**についても一定の課題がある。

＜ケアマネジメントの実施体制＞

		実施の類型	実施主体
要介護者（注2）		居宅介護支援（保険給付）	居宅介護支援事業所
要支援者（注2）	予防給付を利用 ※総合事業併用の場合を含む	介護予防支援（保険給付）	地域包括支援センター（注1） 居宅介護支援事業所（R6.4～）
	総合事業のみを利用	介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ（総合事業）	地域包括支援センター（注1）
事業対象者（注3）		介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ（総合事業かつ包括的支援事業）	地域包括支援センター（注1）

注1　地域包括支援センターは介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託することができる。
注2　介護保険施設、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、（介護予防・地域密着型）特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者等に関しては、当該施設等に従事する介護支援専門員等がケアマネジメントを行う。
注3　いわゆる基本チェックリスト該当者をいい、予防給付を受けることはできない。

＜介護予防ケアマネジメントの一部委託を行うにあたっての課題＞

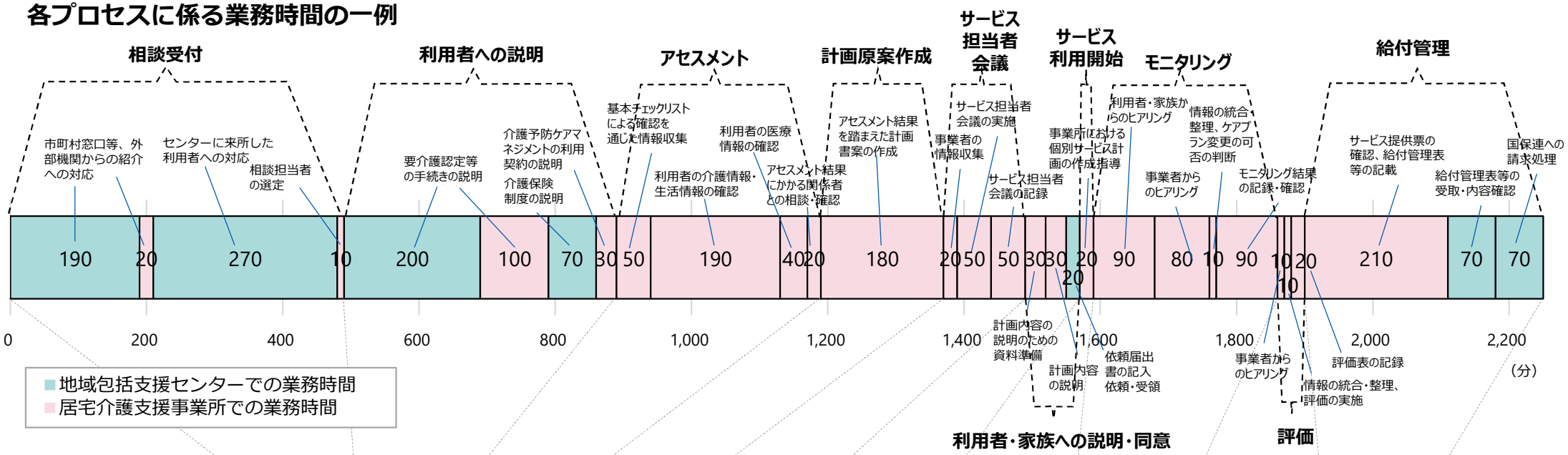


【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「高齢者自身の意思決定と多様な選択を支援するための介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援のあり方に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）
※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※地域包括支援センター票：2,217センターが回答

介護予防ケアマネジメントの一部委託にかかる業務時間

○　介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に一部委託している場合であっても、**<u>はじめの相談受付や利用者への説明、給付管理といったプロセスで地域包括支援センターの業務負担が一定存在</u>**する。

介護予防ケアマネジメントを一部委託している場合の各プロセスに係る業務時間の一例



	相談受付	利用者への説明	アセスメント	計画原案作成	サービス担当者会議	利用者・家族への説明・同意	サービス利用開始	モニタリング	評価	給付管理	合計
地域包括支援センターでの業務時間	470	300	0	0	0	20	0	0	0	140	930 分
居宅介護支援事業所での業務時間	20	100	300	180	120	60	20	270	40	210	1,320 分

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「高齢者自身の意思決定と多様な選択を支援するための介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援のあり方に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）
※プレスタディ結果をもとに厚労省にてグラフ作成

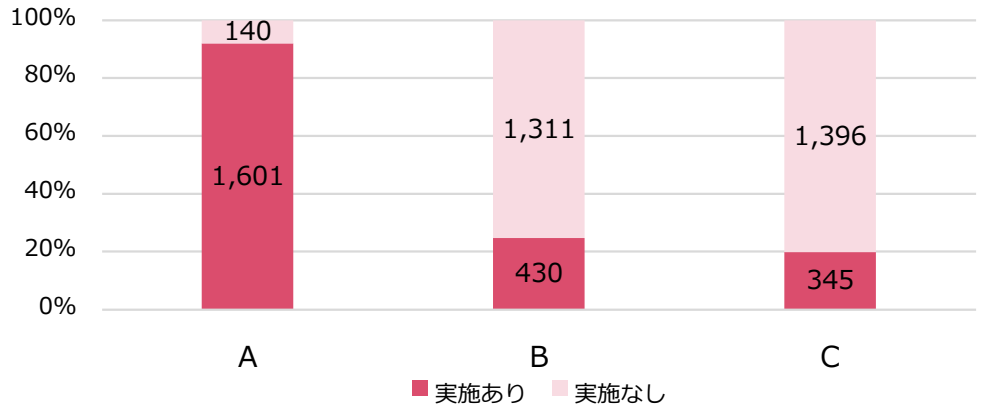
地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの実施状況

○　介護予防ケアマネジメントでは、アセスメントの結果、多様なサービス・活動の利用がふさわしいと判断された場合に、一部のプロセスを省略・変更する介護予防ケアマネジメントＢ・Ｃを設けている。

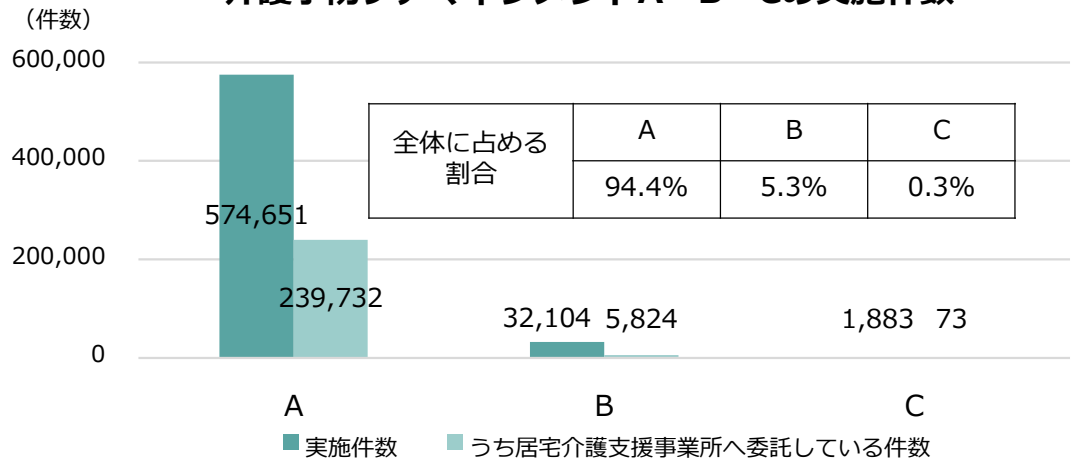
○　介護予防ケアマネジメントＢ・Ｃを実施している市町村は２割前後。介護予防ケアマネジメントのうちほとんどは介護予防ケアマネジメントＡが占めているが、Ｂ・Ｃの実施実績もみられる。

介護予防ケアマネジメントA・B・Cの実施状況

（グラフ内数字は市町村数（1,741市町村））

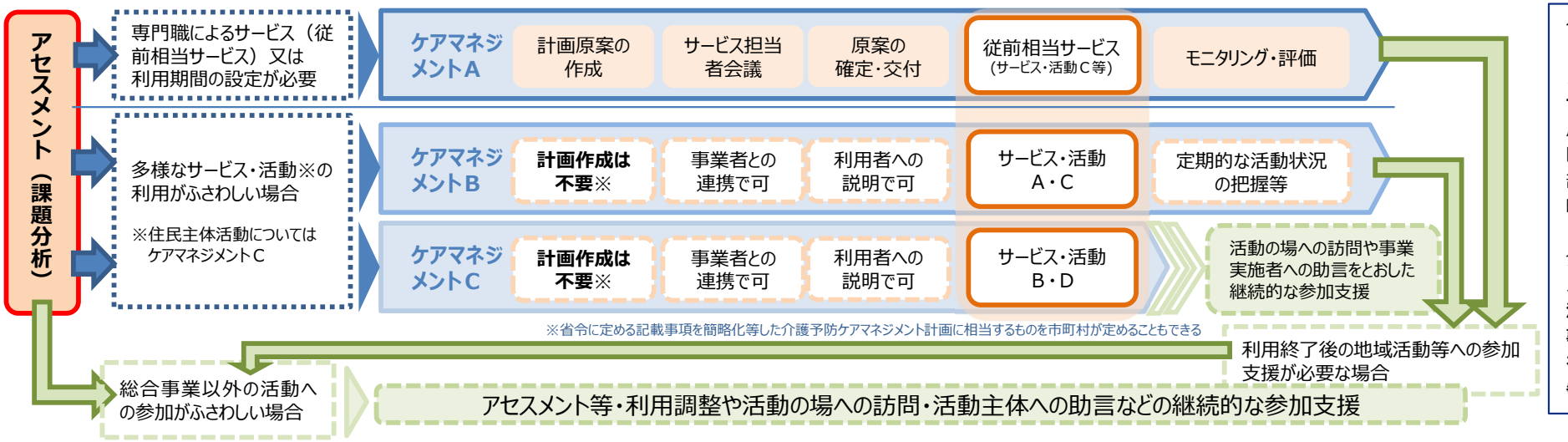


介護予防ケアマネジメントA・B・Cの実施件数



全体に占める割合	A	B	C
	94.4%	5.3%	0.3%

参考：介護予防ケアマネジメントA・B・Cのプロセス



ケアマネジメントＢ・Ｃは、アセスメントの結果、**多様なサービス・活動**の利用がふさわしいと判断された場合に、一部のプロセスを省略・変更するもの。Ｃでは、初回のみの介護予防ケアマネジメントとして実施し、**活動の場への訪問や事業実施者への助言をとおした継続的な参加支援**を行う。

【出典】介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和５年度実施分）に関する調査結果

5 個別課題への対応 ～介護予防支援・ケアマネジメント～

つづくを、つなぐ。

【実施内容】

当市は，介護予防支援・介護予防ケアマネジメントマニュアルにて類型を以下の通り示し，利用者の状態や置かれている環境に応じて，適切なセルフケア・セルフマネジメントを推進することとしている。具体的には

・フレイルチェックや健康アプリ「ワニFit」を活用したフレイル予防事業

・助け合い活動や通いの場など生活支援体制整備事業

などとの連携・活用により，自立支援・重度化防止に取り組んでいる

	要支援者			事業対象者	
ケアマネジメントの種類	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
対象のサービス	予防給付＋サービス事業	サービス事業のみ	サービス・活動B 一般介護予防事業	サービス事業のみ	サービス・活動B 一般介護予防事業
実施するもの	指定介護予防支援事業者	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
居宅介護支援事業所への一部委託	○	○	×	△ ※要支援からの移行者は可能 新規については応相談	×

柏市 KASHIWA CITY

複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための相談体制・ケアマネジメント体制の整備

頼れる身寄りがいない高齢者等に対する相談窓口の明確化等

（※）頼れる身寄りのない高齢者や独居の認知症高齢者等を総称して「頼れる身寄りがいない高齢者等」という。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの在り方の見直し

頼れる身寄りがいない高齢者等への支援に資する地域ケア会議の活用推進

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会

開催の趣旨

○　ケアマネジャーは、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として、介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っている。
○　一方、現場で従事するケアマネジャーの人数が減少する中、ケアマネジャーが現場で対応している利用者像は多様化、複雑化しており、ケアマネジャーに求められる能力や役割はさらに増している。
○　こうした中で、「介護保険制度の見直しに関する意見」において、「ケアマネジメントの質の向上及び人材確保の観点から、第９期介護保険事業計画期間を通じて、包括的な方策を検討する必要がある。」とされたところ、ケアマネジメントに係る課題を包括的に検討し、具体的な方策を講じるための検討会を開催する。

開催実績

第1回	R6/4/15	ケアマネジメントに係る現状・課題
第2回	R6/5/9	関係者に対するヒアリング、ケアマネジメントに係る現状・課題
第3回	R6/6/24	ケアマネジメントの在り方
第4回	R6/9/20	これまでの議論を踏まえて更に議論すべき論点
第5回	R6/11/7	中間整理に向けた議論
第6回	R6/12/2	中間整理（案）
	R6/12/12	中間整理　公表

構成員

※◎は座長

構成員名	所属
相田里香	（同）青い鳥代表社員
石山麗子	国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻教授
江澤和彦	日本医師会常任理事
落久保裕之	広島県介護支援専門員協会会長
川北雄一郎	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長
工藤英明	青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科教授
柴口里則	日本介護支援専門員協会会長
染川朗	日本介護クラフトユニオン会長
田中明美	生駒市特命監
◎田中滋	埼玉県立大学理事長
常森裕介	東京経済大学現代法学部准教授
内藤佳津雄	日本大学文理学部心理学科教授
花俣ふみ代	認知症の人と家族の会常任理事

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①

令和6年12月12日公表

○ 複合的な課題を抱える高齢者の増加等により、ケアマネジャーの役割の重要性は増大する一方で、ケアマネジャーの従事者数は横ばい・減少傾向。

○ **利用者のために質の高いケアマネジメントを実現する観点から、ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力することができるよう、業務の整理やICT等の活用により負担を軽減しつつ、なり手を確保していくことが喫緊の課題**。以下に沿って制度改正や報酬改定等に向けて引き続き検討。

1.ケアマネジャーの業務の在り方

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

○ ケアマネジャーは、在宅の介護サービスの要。利用者に寄り添い、尊厳の保持と自立支援を図る一連のプロセスを担う。かかりつけ医等医療を含む地域の関係者と顔の見える関係を構築し、利用者に適切な支援を行うことが重要。いわゆるシャドウワークも含めケアマネジャーの業務が増加する中、ケアマネジャーが専門性を生かして利用者へのケアマネジメント業務に注力できる環境整備が必要。

○ **利用者にとってより質の高いケアマネジメントを実現**しつつ、**ケアマネジャーの業務負担を軽減**する観点から、**居宅介護支援事業所は個々の利用者に対するケアマネジメント**に重点、**地域包括支援センターは社会資源への働きかけを含めた地域全体の支援**に重点を置くことが適当。この役割を中心に据えつつ、業務の在り方を考えていくことが重要。

➡ **居宅介護支援事業所におけるケアマネジャー**が実施する業務については、以下の考え方に沿って、**負担の軽減**を図る。

- 法定業務は、ケアマネジャーに求められる役割との関係から、事業所内での業務分担を検討することが必要。特に、利用者と直接関わる業務は、更なる質の向上を図るとともに、その位置づけを整理。
- **法定業務以外の業務については、**ケアマネジャーの業務上の課題というだけではなく**地域課題として地域全体で対応を協議すべき**ものであり、**基本的には市町村が主体となって関係者を含めて協議**し、利用者への切れ目ない支援ができる地域づくりを推進。

➡ 業務効率化の観点から、**ケアプランデータ連携システムの更なる普及促進やＡＩによるケアプラン作成支援**の推進。

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

介護支援専門員の概要

1　介護支援専門員の定義

○　要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第７条第５項】

2　資格取得･研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

○受験要件【法第69条の２第１項、規則第113条の２】

保健･医療･福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して５年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、管理栄養士、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

<介護支援専門員実務研修>

○受講要件【法第69条の２第１項、規則第113条の４第１項】

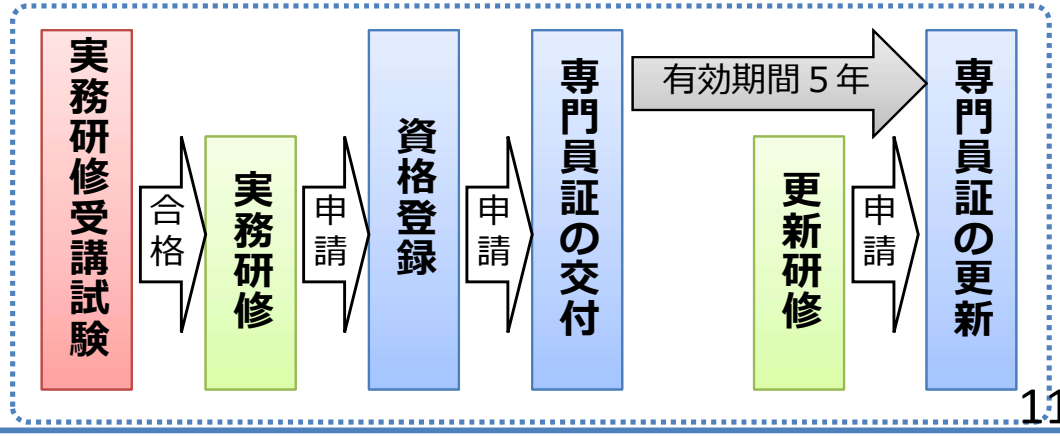
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

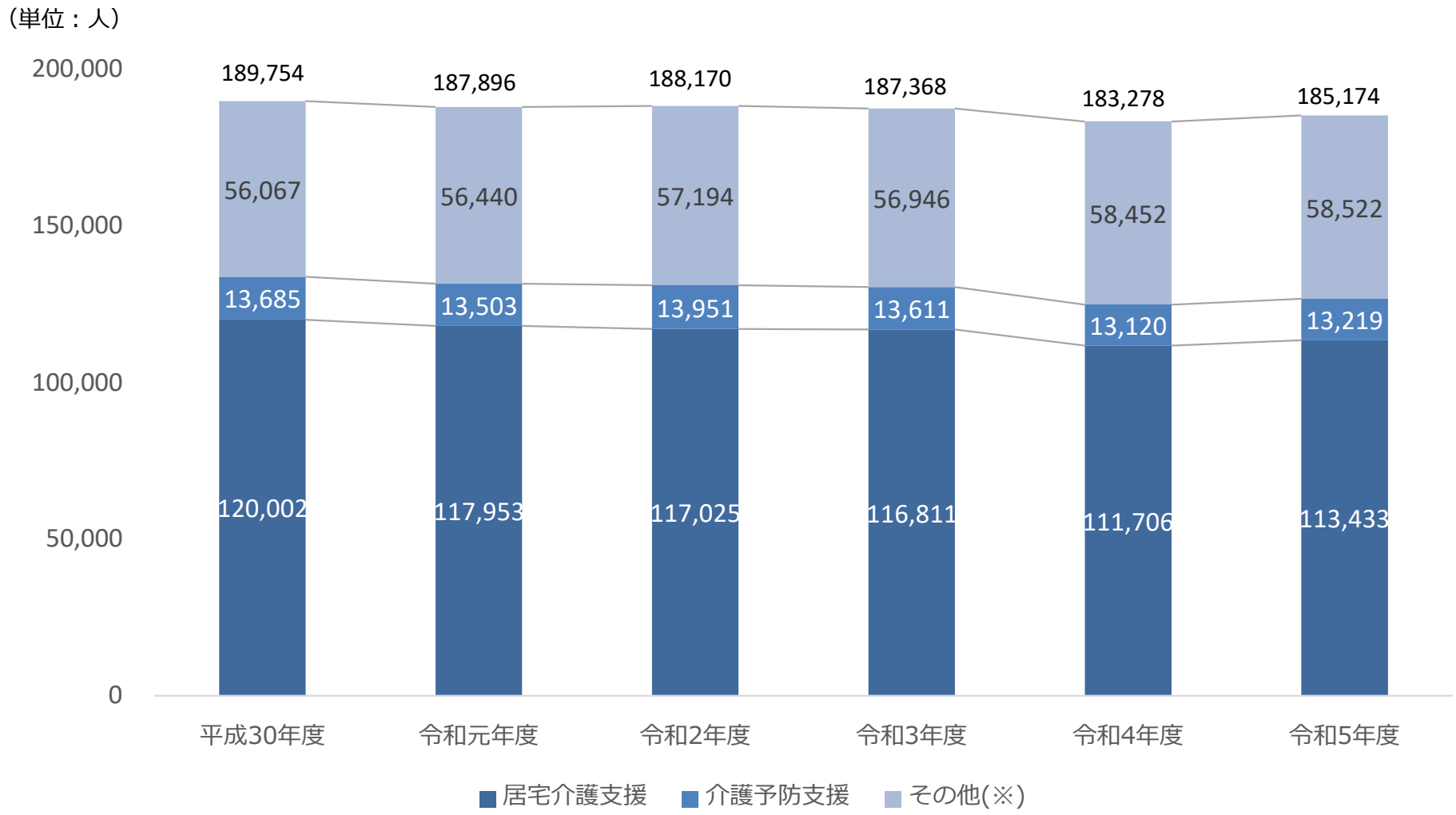
○受講要件【法第69条の８第２項、規則第113条の18項第１項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得･更新の流れ】



介護支援専門員の従事者数（実数）の推移

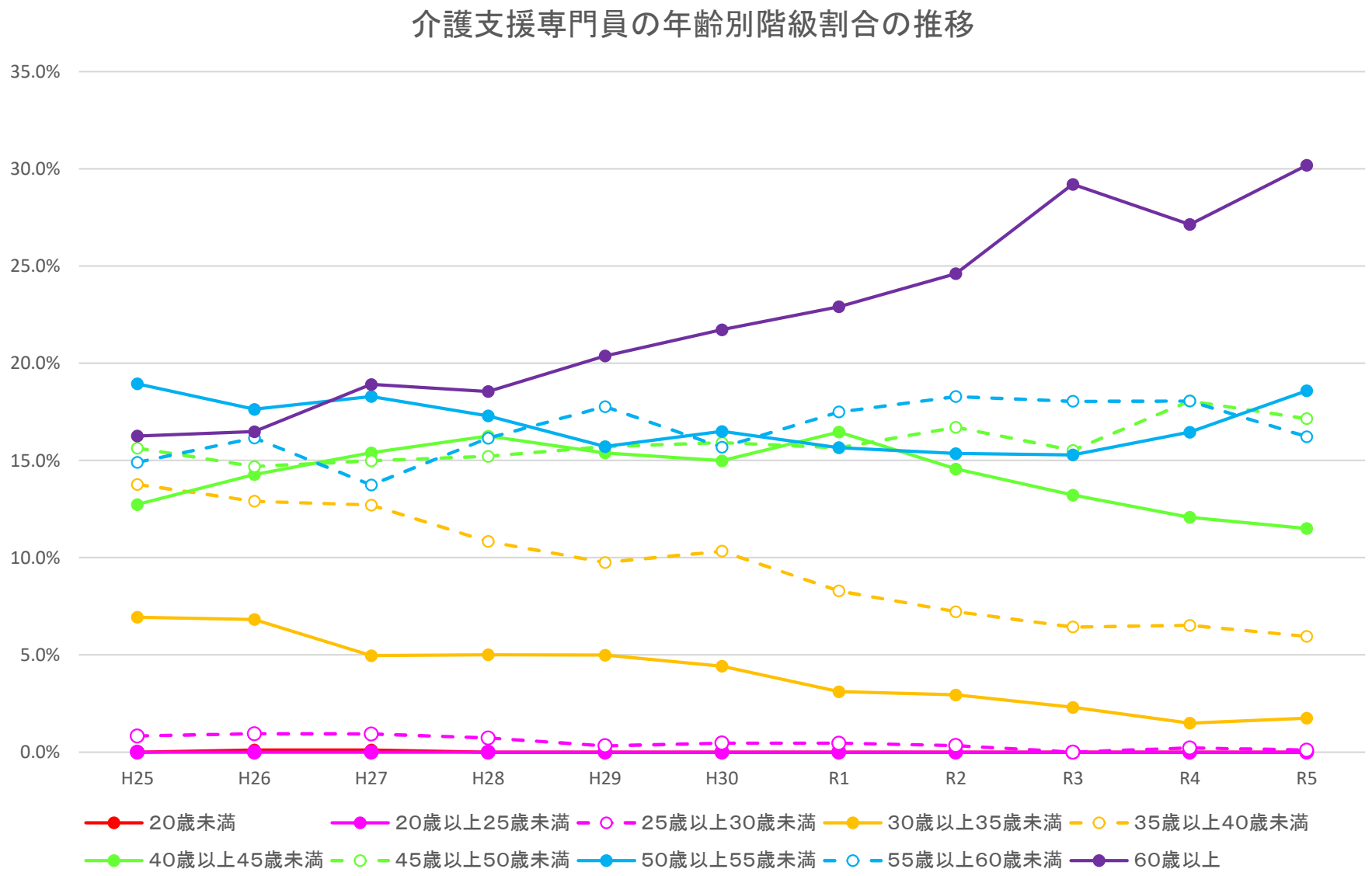


（※）特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院

【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年度10月１日時点）

介護支援専門員の年齢状況の推移

○　60歳以上の者の割合が増加傾向にある一方で、45歳未満の者の割合は低下傾向にある。



（出典）介護労働実態調査

ケアマネジメントの流れ

アセスメント

- 利用者の置かれている状況の把握
- 生活上の支障・要望などに関する情報を収集
- 心身機能の低下の背景・要因を分析
- 解決すべき生活課題（ニーズ）と可能性を把握

生活の将来予測

ケアプラン（原案作成）

- 総合的な援助方針、目標（達成時期等）を設定
- 目標達成のために必要なサービス種別、回数等を設定

サービス担当者会議等

- ケアプラン原案に関して各サービス提供事業者から専門的な視点で検討調整、認識を共有（多職種協働）し、利用者への説明・同意を得てプラン決定

サービス提供

給付管理

モニタリング評価

- 生活の将来予測に基づく再アセスメント

ケアマネジャーの業務の在り方

○　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、頼れる身寄りがい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か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	0.8	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	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

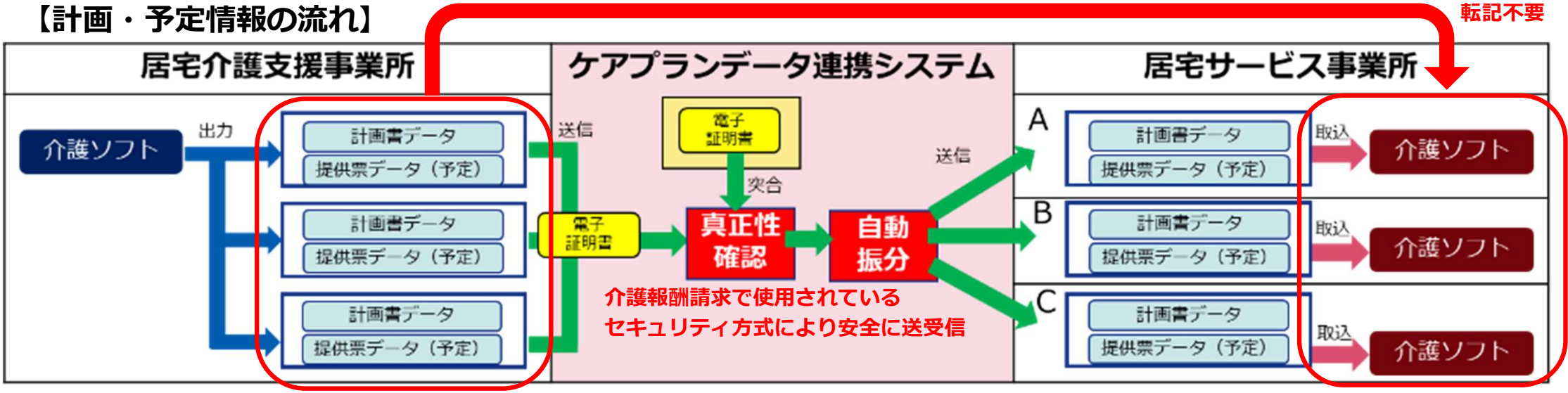
	発送数	回答数
事業所数	194	170
ケアマネ数	－ 対象事業所のケアマネに配布	543

【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」　（確報値）　（（株）三菱総合研究所）

ケアプランデータ連携システムについて
（令和５年度より国民健康保険中央会にて本格稼働）

これまで毎月紙でやり取りされ、介護事業所の負担が大きかったケアプラン（計画・予定・実績の情報）をオンラインで完結するシステムを提供。
「データ連携標準仕様」に対応した介護ソフトとの連携により、ケアマネ・サービス事業所共に転記不要による事務負担の軽減を実現。

【計画・予定情報の流れ】



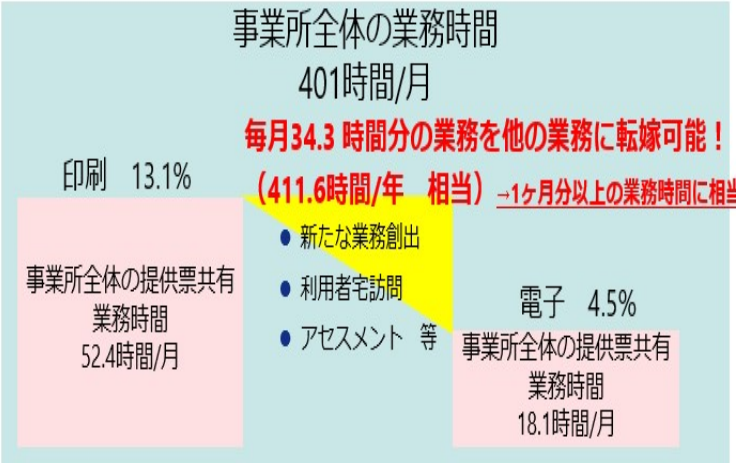
※実績情報は逆の流れ（居宅介護支援事業所←居宅サービス事業所）となり、予定情報と同様、真正性確認の上、振分けられる。

ケアプランデータ連携システムで期待される効果

- ●手間、時間の削減による**事務費等の削減**
- ●データ自動反映による従業者の**「手間」の削減・効率化**
- ●作業にかける**「時間」の削減**
- ●従業者の「**心理的負担軽減**」の実現
- ●従業者の「**ライフワークバランス**」の改善
- ●事業所の**「ガバナンス」、「マネジメント」の向上**

イメージキャラクター
ケアプー

ヘルプデスクサポートサイト



介護支援専門員養成研修の概要

1．実施主体

○ 都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関

2．研修内容

	主な対象者（受講要件）	研修時間
介護支援専門員の資格取得を希望する場合		
実務研修	実務研修受講試験の合格者	87時間以上
介護支援専門員の資格継続を希望する場合		
専門研修	専門Ⅰ課程：就業後６月以上の実務従事者 専門Ⅱ課程：専門Ⅰ修了者であって、就業後３年以上の実務従事者	Ⅰ：56時間以上 Ⅱ：32時間以上
更新研修	介護支援専門員の有効期間が概ね１年以内の者	実務経験者：88時間以上 ※２回目以降は32時間以上 実務未経験者：54時間以上
介護支援専門員の資格再取得を希望する場合		
再研修	介護支援専門員証の再交付を希望する者	54時間以上
主任介護支援専門員の資格取得･資格継続を希望する場合		
主任研修	更新研修又は専門Ⅰ・Ⅱ研修の修了者	70時間以上
主任更新研修	主任介護支援専門員の有効期間が概ね２年以内の者	46時間以上

3．研修の費用

○ 地域医療介護総合確保基金の活用が可能（※ ただし、研修教材等の実費相当分や受講者の旅費･宿泊費は受講者が負担）

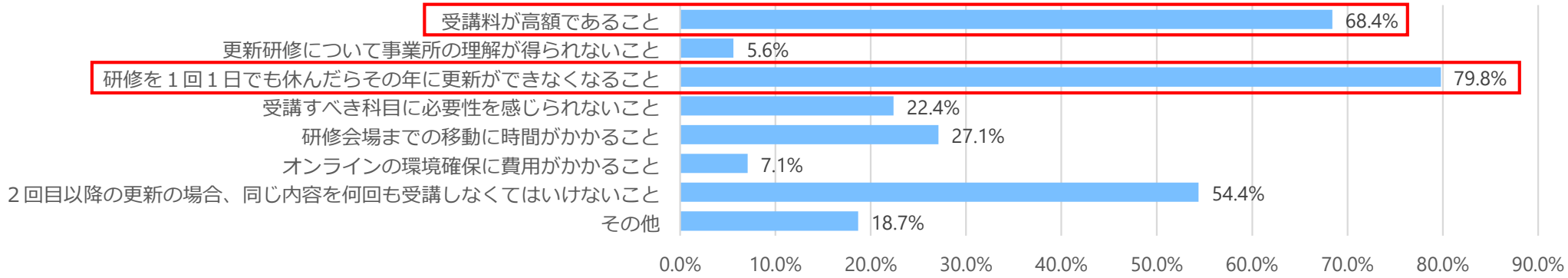
ケアマネジャーの法定研修に関する認識

○　ケアマネジャーの更新制は、**５年ごとの更新の際の研修の機会を通じて、専門知識の向上を図る**ため、平成17年の介護保険法改正により法定化されたものであり、**介護支援専門員証の有効期限の更新により研修の受講を担保**しているもの。

○　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、研修を通じたケアマネジャーの資質の確保・向上が重要であり、**更新研修を含めた法定研修の意義は今後も変わるものではない**が、一方で、時間的・経済的負担が大きいとの声があるところ。**ケアマネジャーの資質の確保・向上を前提としつつ、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、可能な限りこうした負担の軽減を図ることが重要**。

【法定研修の負担についての認識】

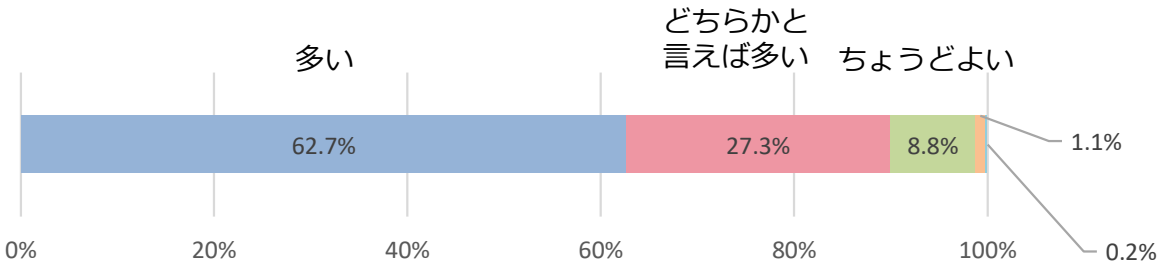
法定研修について負担に感じること（時間的なものを除く）を選んでください。（n=798）



【出典】令和７年度第２回情報収集システムモニター調査「介護支援専門員法定研修に関する実態調査」（（一社）日本介護支援専門員協会）

【法定研修の時間数に対する認識】

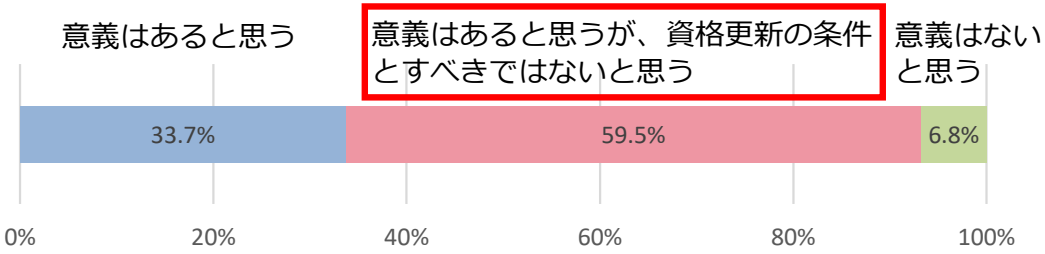
あなたは現在の法定研修の時間数についてどのように感じていますか。（n=1,122）



【出典】令和４年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員の資質向上に資する研修等のあり方に関する調査研究事業」（（株）日本総合研究所）

【法定研修の定期的な受講に対する認識】

介護支援専門員が、定期的に研修を受講することの意義について、どのように考えていますか。（n=798）



【出典】令和７年度第２回情報収集システムモニター調査「介護支援専門員法定研修に関する実態調査」（（一社）日本介護支援専門員協会）

令和5年度介護支援専門員の法定研修受講者負担

※地域医療介護総合確保基金を活用している場合は赤字としている。

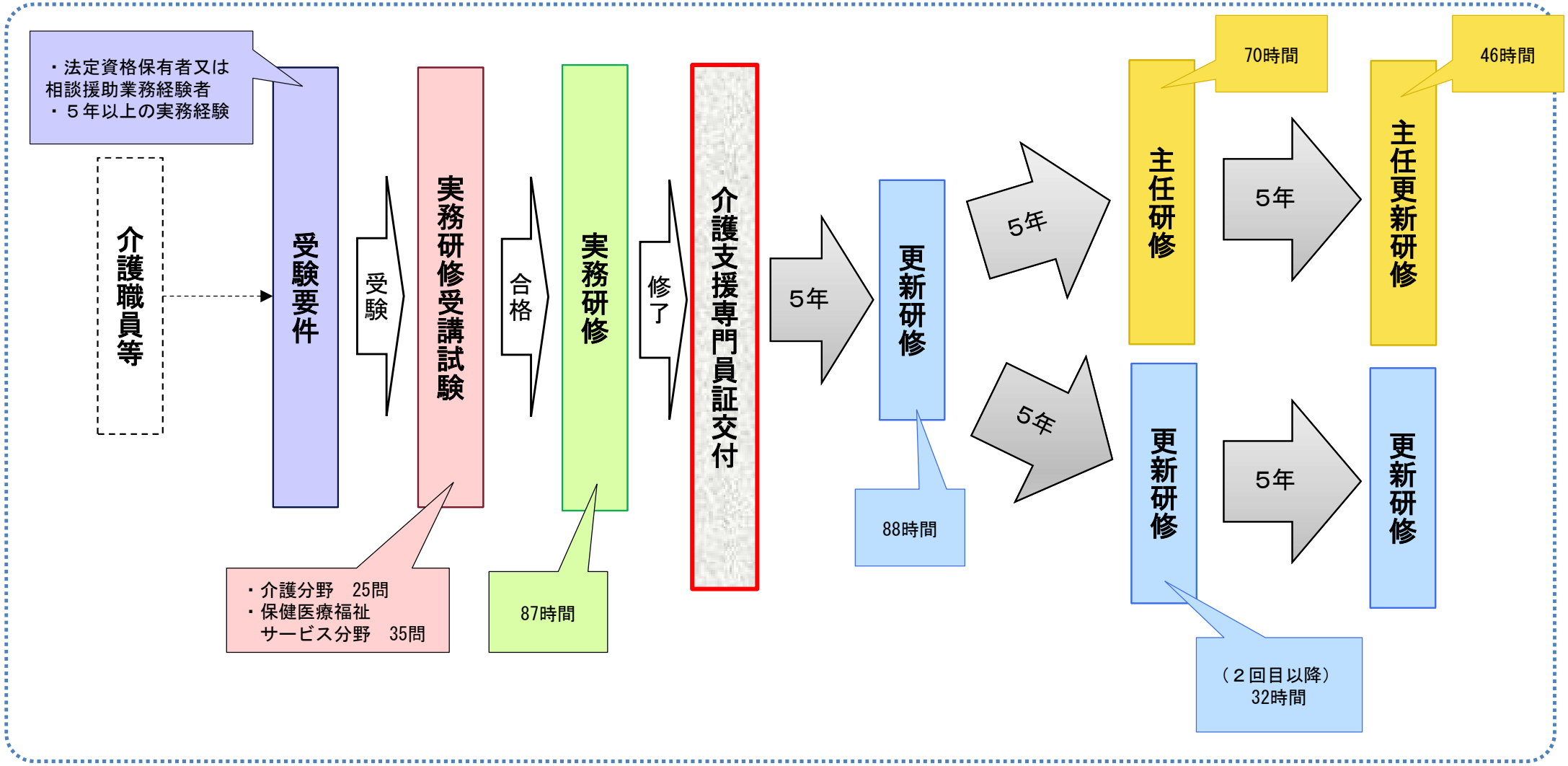
都道府県名	実務研修	専門研修（Ⅰ）	専門研修（Ⅱ）	再研修	更新研修（未経験者）	更新研修（経験者【初回】）	更新研修（経験者【2回目以降】）	主任介護支援専門員研修	主任介護支援専門員更新研修
北海道	74,750円	31,000円	23,000円	51,950円	51,950円	54,000円	23,000円	57,000円	43,000円
青森県	41,500円	25,700円	20,200円	37,200円	36,200円	45,900円	20,200円	47,000円	46,000円
岩手県	52,600円	26,980円	26,080円	43,700円	43,700円	53,060円	26,080円	38,300円	25,080円
宮城県	46,800円	32,500円	22,400円	31,500円	31,500円	54,900円	22,400円	42,000円	33,000円
秋田県	57,140円	20,280円	20,500円	31,800円	31,800円	40,780円	20,500円	34,400円	34,400円
山形県	80,280円	30,280円	19,180円	46,780円	46,780円	49,460円	19,180円	41,400円	28,680円
福島県	56,780円	33,280円	23,180円	39,800円	39,800円	56,460円	23,180円	50,400円	36,180円
茨城県	61,500円	39,200円	27,000円	43,800円	43,800円	66,200円	27,000円	54,450円	35,200円
栃木県	54,000円	42,000円	27,000円	34,000円	33,000円	69,000円	27,000円	52,000円	35,000円
群馬県	58,780円	38,280円	26,400円	43,780円	43,780円	64,680円	26,400円	51,400円	41,180円
埼玉県	60,000円	48,280円	36,180円	42,000円	42,000円	84,460円	36,180円	49,000円	46,000円
千葉県	77,800円	43,280円	32,400円	50,800円	50,800円	75,680円	32,400円	57,400円	47,400円
東京都	56,936円	34,500円	23,800円	28,500円	28,500円	58,300円	23,800円	52,600円	38,000円
神奈川県	60,390円	43,200円	32,200円	42,700円	42,700円	75,400円	－（※３）	50,900円	40,700円
新潟県	59,000円	44,000円	27,000円	42,000円	42,000円	71,000円	27,000円	48,000円	40,000円
富山県	（※５）40,000円	（※５）27,000円	（※５）19,000円	（※５）25,000円	（※５）25,000円	－（※３）	－（※３）	（※５）44,000円	（※５）28,000円
石川県	52,800円	28,280円	16,180円	38,780円	38,780円	44,460円	16,180円	47,000円	40,180円
福井県	57,780円	38,280円	29,400円	40,780円	40,780円	67,680円	29,400円	55,000円	39,000円
山梨県	53,000円	35,000円	20,000円	38,000円	38,000円	－（※３）	－（※３）	54,000円	45,000円
長野県	59,400円	34,060円	18,340円	41,600円	41,600円	52,400円	18,340円	47,200円	56,400円
岐阜県	68,300円	34,200円	24,400円	38,700円	38,700円	58,600円	24,400円	60,900円	43,000円
静岡県	65,380円	36,280円	30,100円	47,800円	47,800円	66,200円	30,100円	（※５）50,000円	（※５）40,000円
愛知県	68,400円	43,480円	32,780円	45,400円	45,400円	76,260円	32,780円	67,000円	60,500円
三重県	62,780円	40,880円	28,700円	44,780円	44,780円	69,580円	28,700円	34,800円	24,400円
滋賀県	54,460円	32,160円	19,540円	37,180円	37,180円	51,700円	19,540円	38,000円	26,480円
京都府	66,950円	－（※３）	－（※３）	43,880円	43,880円	70,670円	28,160円	49,480円	44,990円
大阪府	74,750円	42,950円	－（※３）	47,070円	47,070円	73,750円	30,800円	60,000円	36,500円
兵庫県	66,440円	40,500円	21,400円	32,640円	32,640円	61,900円	21,400円	57,000円	39,500円
奈良県	59,000円	37,000円	24,000円	40,000円	40,000円	61,000円	24,000円	（※４）51,400円 （45,400円）	（※４）44,400円 （40,400円）
和歌山県	67,000円	42,000円	30,000円	46,000円	46,000円	72,000円	30,000円	67,500円	46,000円
鳥取県	52,780円	37,280円	－（※３）	36,780円	36,780円	59,680円	22,400円	40,000円	30,400円
島根県	22,780円	15,280円	12,400円	16,800円	16,800円	27,680円	12,400円	24,400円	22,400円
岡山県	44,200円	25,400円	16,000円	30,700円	30,700円	41,400円	16,000円	39,250円	26,950円
広島県	71,800円	39,280円	28,400円	44,800円	44,800円	67,680円	28,400円	62,000円	42,400円
山口県	62,700円	35,280円	26,400円	35,500円	35,500円	61,680円	26,400円	50,000円	40,000円
徳島県	54,780円	33,280円	20,400円	37,780円	37,780円	53,680円	20,400円	39,400円	27,400円
香川県	63,800円	32,000円	28,000円	61,800円	61,800円	60,000円	28,000円	40,000円	42,000円
愛媛県	66,800円	43,000円	25,000円	53,800円	53,800円	68,000円	25,000円	52,000円	46,000円
高知県	57,800円	29,000円	23,000円	38,800円	38,800円	52,000円	23,000円	42,000円	33,000円
福岡県	58,000円	38,000円	28,000円	38,000円	38,000円	66,000円	－（※３）	30,000円	40,000円
佐賀県	50,000円	30,000円	30,000円	50,000円	50,000円	60,000円	30,000円	40,000円	30,000円
長崎県	59,000円	35,280円	27,400円	36,000円	36,000円	62,680円	27,400円	46,400円	39,400円
熊本県	67,800円	25,000円	22,000円	35,000円	35,000円	47,000円	22,000円	38,000円	32,000円
大分県	50,000円	35,000円	23,000円	38,800円	38,800円	58,000円	23,000円	44,400円	36,400円
宮崎県	56,780円	29,280円	24,400円	42,780円	42,780円	53,680円	24,400円	40,400円	34,400円
鹿児島県	62,780円	33,280円	25,400円	44,800円	44,800円	－（※３）	－（※３）	42,400円	35,400円
沖縄県	38,800円	27,280円	24,400円	38,800円	38,800円	－（※３）	－（※３）	40,400円	28,400円
平均	58,623円	34,516円	24,649円	40,401円	40,359円	60,108円	24,803円	47,208円	37,732円

※1：自治体内で複数の研修実施事業者が実施している場合は、その平均値としている。　※2：小数点以下は四捨五入。
※3：専門研修（Ⅰ）（Ⅱ）に振り替えて実施している等の理由により未実施。　※4：括弧内はオンラインの場合の金額。
※5：指定のテキストを受講者各自で用意するため、教材費を含んでいない。

【出典】厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ

ケアマネジャーの質の確保・向上に関する取り組み①

○　ケアマネジャーの質の確保のため、試験と研修を実施するとともに、5年ごとの更新制としている。



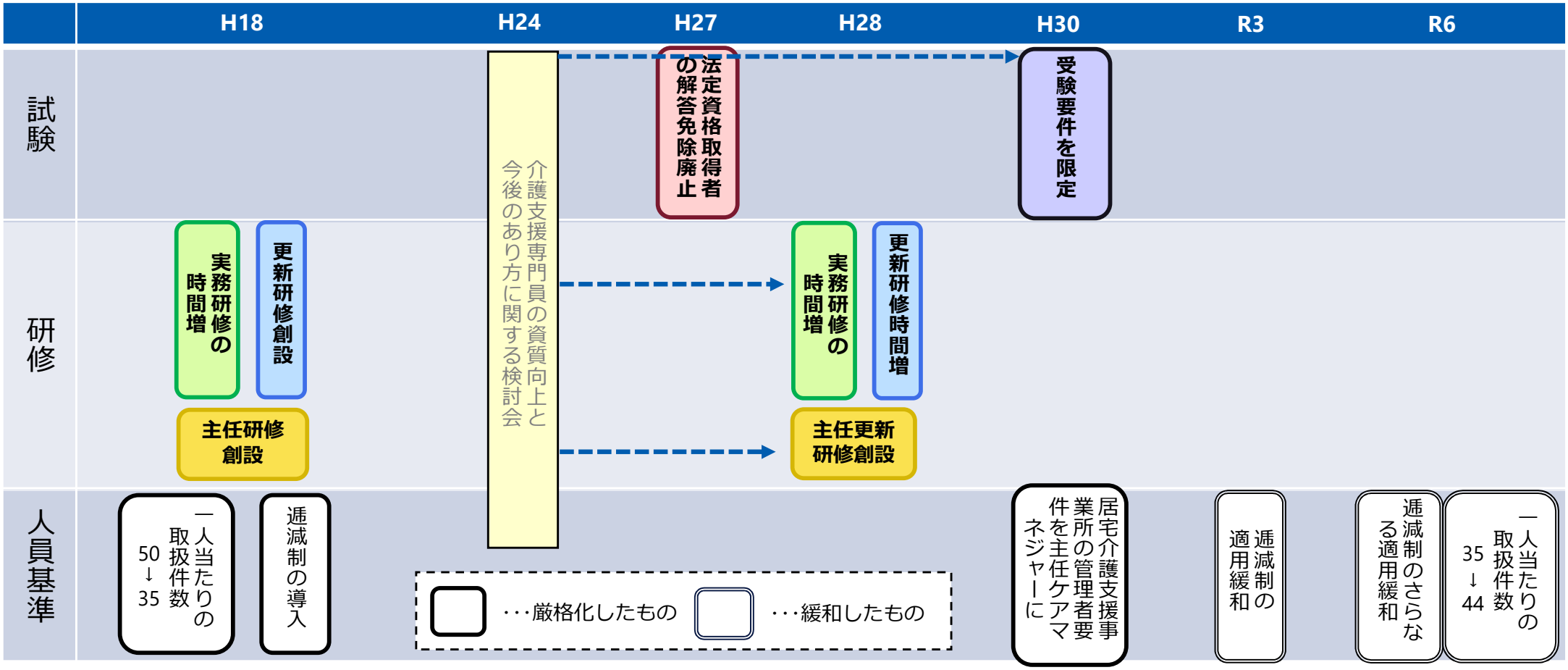
ケアマネジャーの質の確保・向上に関する取り組み②

○　ケアマネジャーの質の向上のため、これまで累次の見直しを行ってきているところ。

○　平成18年度には、研修時間の拡充や更新制の導入、主任介護支援専門員研修の創設、1人当たりの取扱件数の縮小と逓減制の導入を行い、さらに、平成27年度以降、試験科目の一部免除の廃止、研修時間の拡充、主任介護支援専門員の更新制の導入、受験要件の限定といった見直しを行ってきた。

○　令和3年度以降は、質を維持しつつ、逓減制の緩和や１人当たりの取扱件数の緩和等の見直しを行っている。

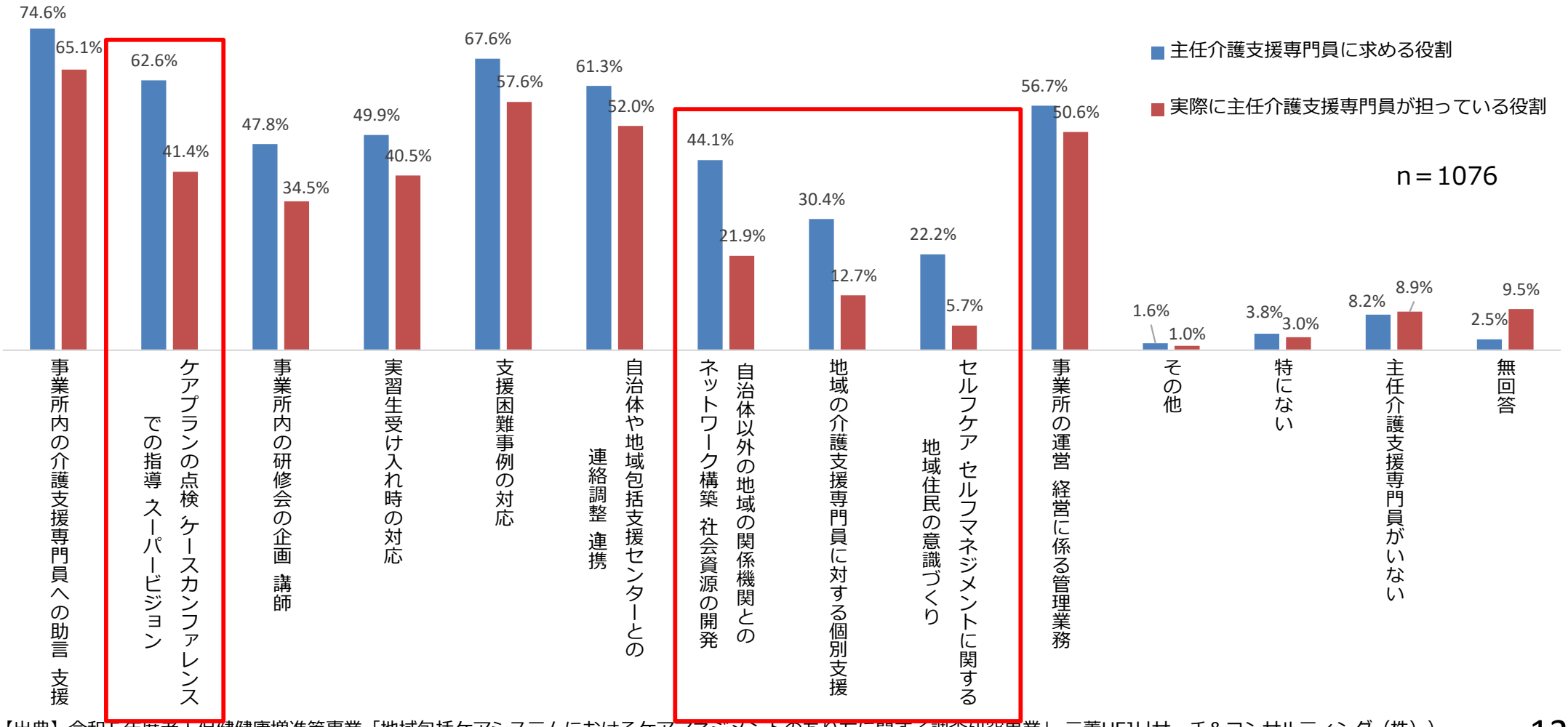
【見直しの経緯】



主任ケアマネジャーに求める役割と実際に事業所内で担っている役割（居宅介護支援事業所調査）

○　主任ケアマネジャーに求める役割は「事業所内の介護支援専門員への助言・支援」が74.6%で最も高く、次いで「支援困難事例の対応」が67.6%となっている。

○　一方、実際に事業所内で担っている役割との差をみると、「ケアプラン点検での点検、ケースカンファレンスでの指導・スーパービジョン」「自治体以外の地域の関係機関とのネットワーク構築・社会資源の開発」「地域の介護支援専門員に対する個別支援」「セルフケア・セルフマネジメントに関する地域住民の意識づくり」については、求める割合に対して実際に事業所内で担っている割合が低い傾向がみられる。



【出典】令和５年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントのあり方に関する調査研究事業」 三菱UFJリサーチ＆コンサルティング（株））

新たな相談支援の類型のイメージ

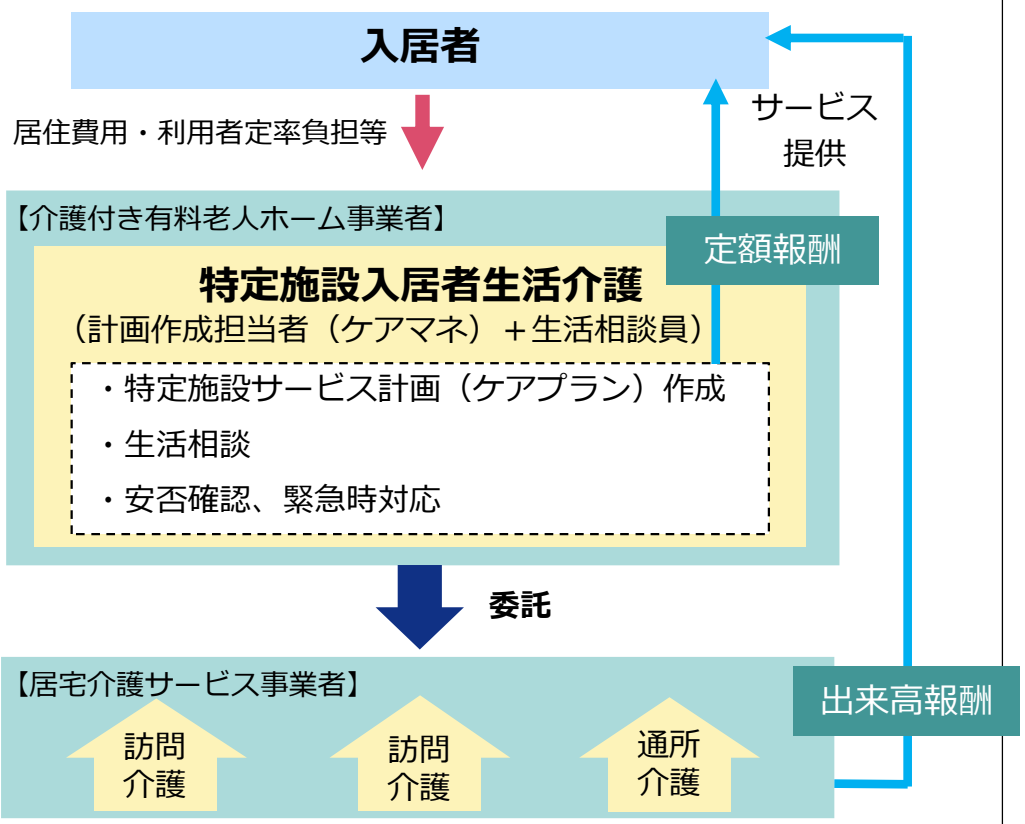
○　有料老人ホームについては、今後、**登録制といった事前規制の導入**を検討している。こうしたホームにおける介護サービスの提供の場としての体制確保と併せて、**要介護者が集住しているという特性**に鑑み、それと密接に関わる**ケアマネジメント側の体制確保も必要**。

○　このため、入居者への**ケアマネジメントの独立制の担保や相談支援の機能強化**の観点から、**居宅のケアマネジメントとは別に、登録制といった事前規制の対象となる有料老人ホーム（特定施設を除く。）の入居者に係るケアプラン作成と生活相談のニーズに対応する新たな相談支援の類型を創設**する。

○　この場合において、新たな相談支援を担う事業者の報酬については、現行の**特定施設入居者生活介護と同様、定額報酬**(ケアプラン作成と生活相談を評価)とするとともに(今後、介護給付費分科会で議論)、利用者への給付についても、ケアプラン作成を含めて定率負担の対象としている特定施設入居者生活介護との均衡の観点から、**定率(原則１割)の利用者負担を求める**ことが考えられる。

特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型）

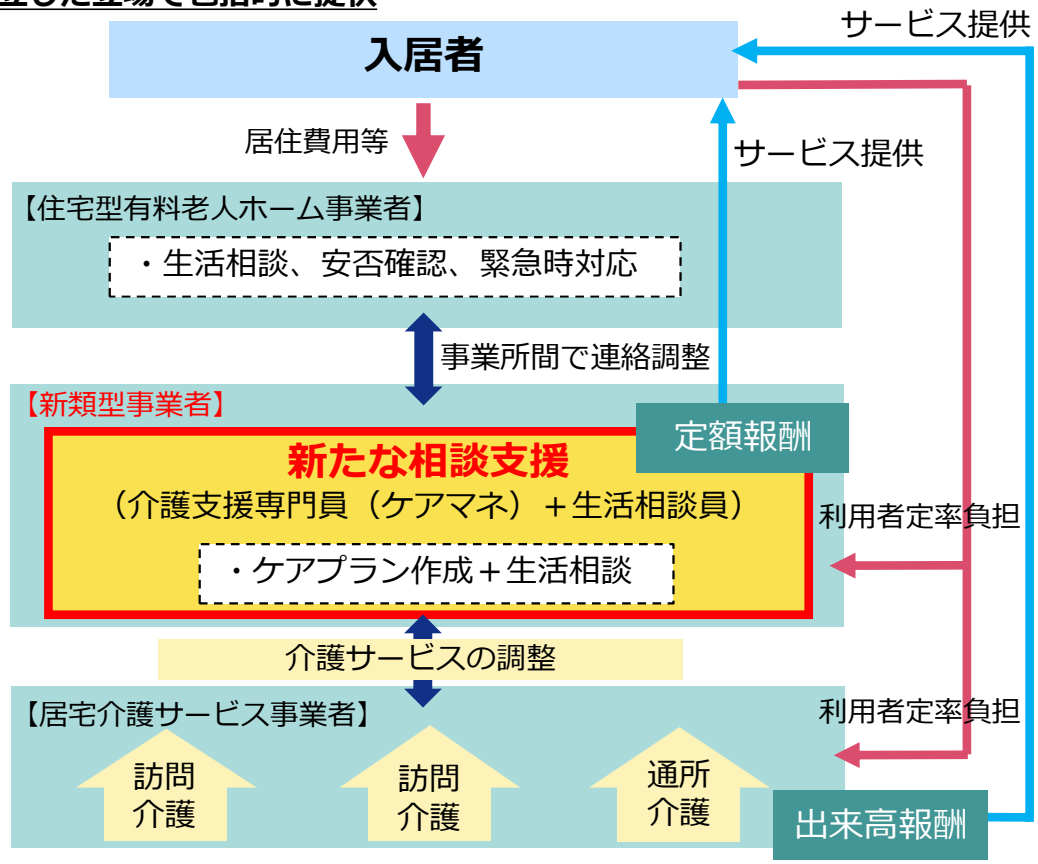
○　特定施設入居者生活介護の介護サービスについて、ホーム事業者が作成するプランを基に、委託先の居宅介護サービス事業者が提供



※介護サービスは、特定施設サービス計画に基づき、居宅介護サービス事業者が提供

新たな相談支援の類型のイメージ

○　登録制といった事前規制の対象となる有料老人ホーム（特定施設を除く。）の入居者に対して、**ケアプラン作成と生活相談をホームの外部から独立した立場で包括的に提供**

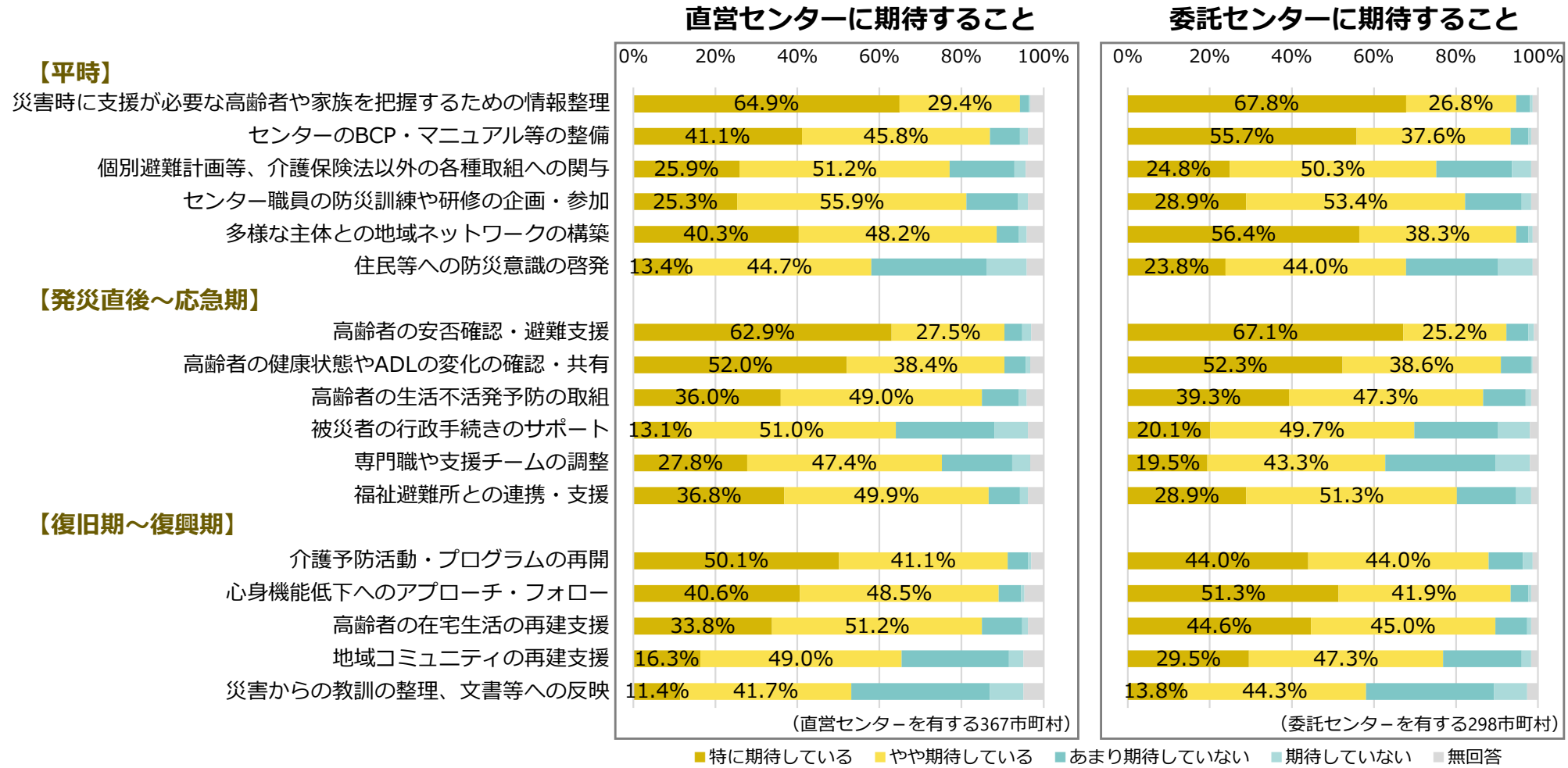


※介護サービスは、ケアプランに基づき、居宅介護サービス事業者が提供（従来どおり）

市町村から見た災害等の有事に向けた地域包括支援センターへの期待

○　直営・委託にかかわらず、９割以上の市町村が地域包括支援センターに対して**平時からBCPやマニュアル等の整備**を行うことを期待しており、**地域における関係構築**に対しても高い期待が示されている。

○　災害発生時には、高齢者の安否や健康状態の確認、福祉避難所との連携・支援をはじめとして幅広い役割が期待されていることから、**平時から市町村及び関係機関とともに有事に備えた連携・関係構築**を行うことが重要であるとうかがえる。

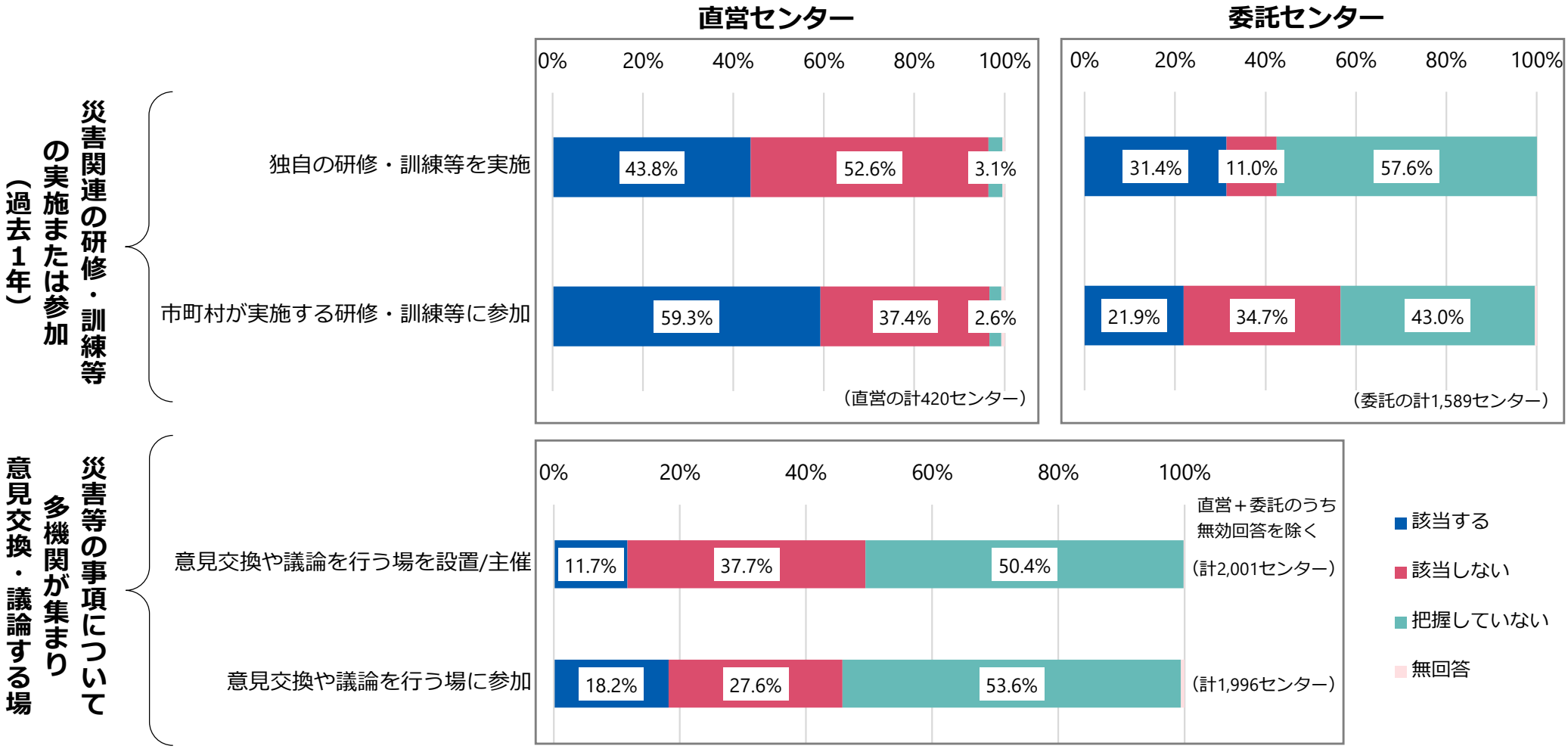


【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの役割を踏まえた業務継続計画（BCP）にもとづいた災害等に対する市町村の体制整備に係る調査研究事業」（株式会社野村総合研究所）
※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※1,741中609市町村が回答（回収率35.0%）

災害等の有事に備えた地域包括支援センターの取組

○　直営では約半数、委託では２～３割の地域包括支援センターが、**災害等の有事に備えた研修・訓練**を実施していたり、市町村が実施する研修・訓練に参加している。

○　１～２割のセンターが、**災害関連の事項について多機関で意見交換・議論を行う場**を主催または参加している。



【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの役割を踏まえた業務継続計画（BCP）にもとづいた災害等に対する市町村の体制整備に係る調査研究事業」（株式会社野村総合研究所）
※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成　※1,741中609市町村が回答（回収率35.0%）

能登半島地震における地域包括支援センターの役割・課題

○　能登半島地震の経験では、地域包括支援センターとしてのBCPは策定できていたものの、被災想定のリアリティや訓練等が不足しており、**現場での運用上の課題があった**ことが挙げられていた。

○　有事にセンターが役割を果たすことができるよう、平時から**地域において顔の見える関係を構築する**ことや、**近隣市町村や都道府県**ともネットワーク・連携体制づくりを進めることの重要性について示唆された。

	地域包括支援センターの立場から	市町村の立場から	県の立場から
震災時の経験・課題	• 策定済みのBCPは存在していたが、被災状況が想定を超え、職員自身も被災者となり、業務継続に限界があった。訓練等の不足から、現場での運用に課題があった。 • 外部支援チームとの連携方策の準備不足を痛感する一方で、地元リソースと外部リソースをつなぐ役割を発揮できた。	• 行政間・地域包括支援センター間で調整や情報共有をするパイプが不足していた。 • 日頃から支援の必要な高齢者の把握に取り組んでいた地区は安否確認や支援優先度の判断が早かった。 • 広域避難の受け入れに際して、サービスの提供差など混乱があった。	• メールや電話がつながらないなど、必要な情報を現場に届けにくく、情報の時間的なギャップが生じた。 • 地域包括支援センター同士の横連携の仕組みが不足していた。被災度合いや、地域の実情（協力体制や自治力の違い）に応じた支援調整が必要だった。
平時の備えへの気付き	• **地域で期待されるセンターの役割**を踏まえ、**災害時を想定した職員の業務手順や役割分担・優先度の明確化**等の**実効性の高い訓練**を平時から行うことが必要。 • 有事にも活かせるネットワークとして機能するために、ケアマネ、自治会、民生委員、介護事業者等と、平時から**地域において顔の見える関係構築**が重要。	• 平時から**圏域・地区単位**で支援が必要な高齢者を適切に把握し、関係者で共有しておくことが重要。 • 地域包括支援センターと、**市町村単位での地域の支え合い体制**と、共同で訓練等を定期的に行えると、有事における連携がスムーズ。	• 県内の地域包括支援センター同士のつながりを構築できるよう、会議や研修といった**ネットワーク形成に資する場づくり**を平時から定期的に行えるとよい。 • 有事における情報収集・発信のシステム・運用ルールづくりが必要。

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの役割を踏まえた業務継続計画（BCP）にもとづいた災害等に対する市町村の体制整備に係る調査研究事業」（株式会社野村総合研究所）
※石川県関係者へのインタビュー（令和７年９月実施）をもとに厚労省にて資料作成

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅱ　地域包括ケアシステムの深化

６．認知症施策の推進等

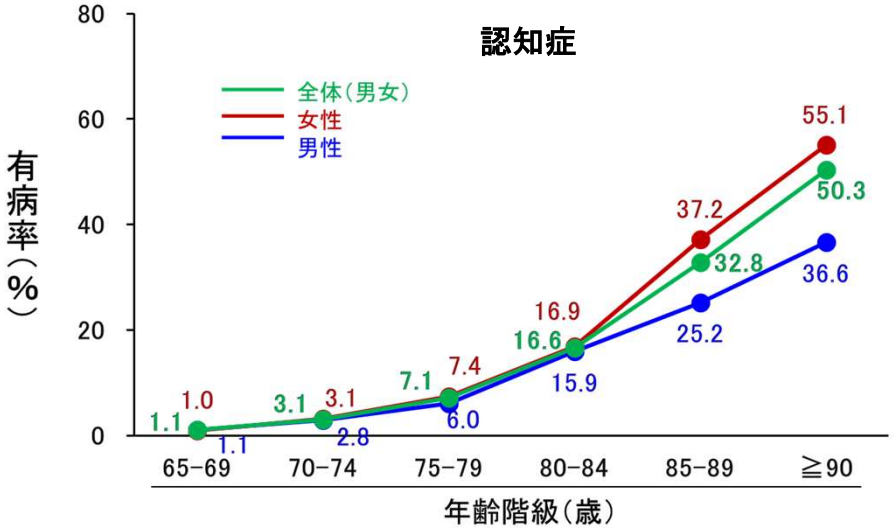
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

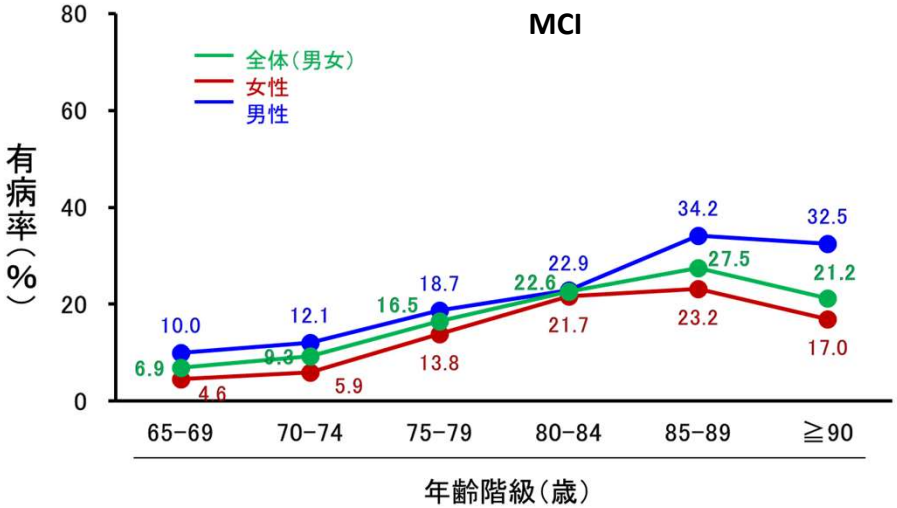
認知症および軽度認知障害（ＭＣＩ）の高齢者数と有病率の将来推計

- 2022年に認知症の地域悉皆調査（調査率80%以上）を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率（性年齢調整後）は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率（性年齢調整後）は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害（MCI）：もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

年齢階級別の有病率（2022年時点）





高齢者数と有病率の将来推計

年	令和４年（2022）	令和７年（2025）	令和12年（2030）	令和22年（2040）	令和32年（2050）	令和42年（2060）
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年（2022）	令和7年（2025）	令和12年（2030）	令和22年（2040）	令和32年（2050）	令和42年（2060）
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者におけるMCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金　九州大学 二宮利治教授）より厚生労働省にて作成

認知症施策のこれまでの主な取組

① 2000年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。

・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。

・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、
・要介護となった原因の第1位は認知症。

② 2004年に**「痴呆」→「認知症」へ用語を変更。**

③ 2005年に**「認知症サポーター」の養成開始。** ※90分程度の講習を受け、認知症への理解を深める。

2012年に**オレンジプランを策定。**

④ 2014年に**認知症サミット日本後継イベントの開催。**

※総理から新たな戦略の策定について指示。

⑤ 2015年に**新オレンジプランを策定。**

⑥ 2017年に**介護保険法の改正。**

※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。

・認知症に関する知識の普及・啓発
・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
・認知症の人及びその家族の意向の尊重　等

⑦ 2018年に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**

⑧ 2019年に**認知症施策推進大綱を関係閣僚会議にて決定。**

⑨ 2020年に**介護保険法の改正。**

・国・地方公共団体の努力義務を追加（介護保険法第５条の２）
・「認知症」の規定について、最新の医学の診断基準に則し、また、今後の変化に柔軟に対応できる規定に見直す。

⑩ 2022年　**認知症施策推進大綱中間評価**

⑪ 2023年　**共生社会の実現を推進するための認知症基本法 成立**

⑫ 2024年　**認知症施策推進基本計画 閣議決定**

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

令和５年６月14日成立
令和６年１月１日施行

１.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒　認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

２.基本理念

① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
② 共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
③ 日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものの除去。地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保する。
④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
⑥ 共生社会の実現に資する研究等の推進。予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法など科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備する。
⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

３.国・地方公共団体等の責務等

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

４.認知症施策推進基本計画等

政府は、**認知症施策推進基本計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ**都道府県計画・市町村計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**の意見を聴く。）　（努力義務）

５.基本的施策

①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定・権利擁護、⑤保健医療･福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

６.認知症施策推進本部

内閣に**内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等により構成される関係者会議**を設置し、意見を聴く。

認知症施策推進基本計画の概要

【計画の位置付け】共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第65号。以下「基本法」という。）に基づく国の認知症施策の基本計画。これに基づき、地方自治体は推進計画を策定（努力義務）。

前文／Ⅰ 認知症施策推進基本計画について／Ⅱ 基本的な方向性

- 基本法に明記された共生社会の実現を目指す。
- 認知症の人本人の声を尊重し、**「新しい認知症観」**※に基づき施策を推進する。
  ※**①誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。②個人としてできること･やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。**

⇒ ①「新しい認知症観」に立つ、②自分ごととして考える、③認知症の人等の参画･対話、④多様な主体の連携･協働

Ⅲ 基本的施策

- 施策は、**認知症の人の声を起点とし、認知症の人の視点に立って、認知症の人や家族等と共に推進**する。

⇒ 以下の12項目を設定：①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療･福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

Ⅳ 第１期基本計画中に達成すべき重点目標等

- 次の４つの重点目標に即した評価指標を設定：①「新しい認知症観」の理解、②認知症の人の意思の尊重、③認知症の人・家族等の地域での安心な暮らし、④新たな知見や技術の活用
- 評価指標は、重点目標に即して、**プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標**を設定

Ⅴ 推進体制等

- 地方自治体において、地域の実情や特性に即した取組を創意工夫しながら実施
- 地方自治体の計画策定に際しての柔軟な運用（既存の介護保険事業計画等との一体的な策定など）
- ①行政職員が、認知症カフェ等様々な接点を通じて、認知症の人や家族等と出会い･対話する、②ピアサポート活動や本人ミーティング等の当事者活動を支援する、③認知症の人や家族等の意見を起点として、施策を立案、実施、評価する

都道府県・市町村における計画策定①大阪府

名称	大阪府認知症施策推進計画2024 ※「大阪府高齢者計画2024」と併せ、一体的に策定	**人口**	8,771千人 （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
策定期間	令和５年８月着手～令和６年３月策定完了	**高齢化率**	26.8% （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
計画期間	令和６年度～令和８年度（３か年）		

計画策定におけるポイント

基本法の趣旨を踏まえ、認知症の人本人６名（若年性認知症の人を含む）、家族７名から計画案の概要に対する意見を伺ったうえで、高齢者保健福祉計画推進審議会において、審議を行った。

計画策定の効果

府において策定した計画に掲げた課題や施策の方向性等を共有したことで、市町村と連携した取組が順調に実施されている。

事例１）認知症サポーター養成数は、目標達成に向け順調に推移している。計画目標：令和８年度末 100万人
実績：令和６年３月末時点 84.9万人→令和７年６月末時点 90.2万人

事例２）地域版希望大使と協働し、本人による発信等が加わることで、より充実した認知症啓発の推進ができている。

計画改訂に向けて

- 令和９年度からの第10期の府の介護保険事業支援計画の策定に併せ、改訂を検討している。
- 職員が地域で行われている認知症のご本人や家族等の方の活動の場（本人ミーティング、認知症カフェなど）に出向き、日常生活での何気ない内容の会話などを重ねていくなかで、互いの関係性を高めている。
- 地域版希望大使「おおさか希望大使」（４名）と啓発活動等で行動をともにするなかで良好な関係性をつくることができており、これまでのご自身の経験や今後の希望や現在の生きがいなど一歩踏み込んだ内容のお話についても伺っている。

その他（府の重点政策の抜粋）

- 「新しい認知症観」の普及をはじめとする「認知症への理解増進」の推進

事例）「新しい認知症観」をテーマとした講演会や啓発資材の作成。認知症サポーターの養成促進。

- 認知症の人が安心して生活できるよう、日常生活における障壁を減らす「認知症バリアフリー」の取組の推進

事例）民間事業者を対象とした認知症理解増進セミナーの開催。認知症の本人による発信支援の強化。

都道府県・市町村における計画策定②山形県

名称	山形県認知症施策推進計画	**人口**	1,012千人 （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
策定期間	令和６年７月着手～令和７年３月策定完了	**高齢化率**	35.3% （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
計画期間	令和７年度～令和11年度（５か年）		

計画策定におけるポイント

- 山形県認知症施策推進協議会（ハイブリッド形式２回）にて、認知症の人と家族の会の山形県支部より、会員に実施した基本法の施行を踏まえたアンケート結果の報告を受けた。
- 認知症カフェ運営者等情報交換会（現地４回、オンライン１回）や若年性認知症の人と家族のつどい（現地１回）に参加し、認知症本人及び家族、支援者、初期集中支援チーム員等より意見を聴取した。
- 地域版希望大使の活動希望者との面談を行い、県内初の任命につながった。

計画策定の効果

- 県で計画を策定したことでそれを基に計画策定に着手する市町村が出始めている。
- 認知症基本法の趣旨を踏まえた市町村の認知症ケアパスの更新・周知の推進につながっている。
- 県内で初めて就任した地域版希望大使が、市町村で開催するイベントや山形放送の番組出演等で活躍しているため、認知症本人の声を県民に広める普及啓発につながっている。

地域版希望大使の任命経緯

- 米沢市より、認知症カフェを運営している認知症の当事者が、地域版希望大使としての活動を希望しているという情報が寄せられた。令和６年11月に面談し、大使の活動内容を説明した。また、本人が希望する活動（他の認知症本人やその家族の相談に応じるピアサポート活動に力を入れたい）の聞き取りをした。
- 令和７年２月に米沢市から正式に大使の推薦があり、再度面談をし、最終意思確認をした上で３月に任命式を行った。
- 任命後は市町村のイベントに参加していただき、普及活動を担っていただいている。参加者より「認知症になってもできること、楽しむことを意識したいと思った。」等の新しい認知症観に沿った感想が寄せられている。

その他（県の重点政策）

高齢化が進む本県では、まずは、「新しい認知症観」や早期診断・重症化予防の重要性を県民に周知することに重点的に取り組む。

その後は、毎年開催している「山形県認知症施策推進協議会」にて県計画全体の進捗状況について評価を行い、年度ごとに重点的に取り組む施策を検討する。

都道府県・市町村における計画策定③鳥取市

名称	鳥取市認知症施策推進計画	**人口**	179千人 （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
策定期間	令和６年３月着手～令和７年３月策定完了	**高齢化率**	31.1% （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
計画期間	令和７年度～令和11年度（５か年）		

計画策定に向けたポイント

○計画策定に着手した当初は、進め方が全くわからなかったが、認知症基本法の基本理念等に立ち戻り、本人の声を丁寧に聴き、声をもとに本人や本人の暮らしに関わる多様な立場の者とともに計画策定に向けて検討するため、認知症本人やその家族、介護サービス事業者や医療機関などのメンバーで構成された「認知症施策推進計画策定ワーキンググループ」（全６回開催）を設置。会議の初回では、対話しやすい環境をテーマに、認知症本人たちの声をしっかりと聴き、その後の会議のテーマや内容、資料等に反映した。

○従来の支援者視点・事業提供の発想から、認知症の本人視点・暮らしの継続の発想に転換するために、認知症の本人の話を起点にし、自分自身の暮らしをもとに自分ごととして考え、話し合うという計画づくりのプロセスを重視し、計画策定後の取組につなげる動きとなった。

○ワーキンググループの中には、日頃から関係があった介護事業所の利用者・職員も参画し、事業所内の他利用者の意見も聴くように調整したことで多様な意見が集まり、一人ひとりが主体的に参画する本人参画を形成。

○計画策定中の段階で市民向けのフォーラムも開催し、「新しい認知症観」や認知症の本人参画による計画策定を進めていることを伝えるとともに、アンケートを実施して市民の声を集め、こうした内容も計画に反映した。

計画策定の効果

○地域密着型通所介護の運営推進会議に参加していた民生委員から、協議の内容について「新しい認知症観をもって本人のやりたいことがどうしたら実現できるか考える必要がある。施設職員も考え方を変えていかないといけない時代なんだ」という発言があり、「新しい認知症観」が浸透してきていることを実感した。

○人権教育推進員（※）が地域で人権啓発を実施するにあたり、「新しい認知症観」の理解を深めたいとのことから、研修会の開催や啓発資料等について意見や相談を求められるようになった。計画を策定し目指す姿が明確になったことで、皆が同じ方向に向かって対話し、活動できるようになってきている。

※　職場や地域等において人権教育の推進を図ることを目的として設置、人権施策担当部署に配置

都道府県・市町村における計画策定④羽後町

名称	―（今後策定予定のため）	**人口**	13千人 （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
策定期間	令和７年10月着手～令和９年３月策定完了予定	**高齢化率**	42.9% （総務省HP 住民基本台帳年齢階級別人口 令和７年１月１日時点）
計画期間	令和９年度～令和11年度（３か年）		

計画策定に向けたポイント

○「誰もが、そして認知症になっても、安心して暮らせる」そんな羽後町にしていくために、認知症本人の参画も必要ではあるものの、羽後町で暮らす認知症本人たちの本当の思いや必要なことをどうしたら掴めるのかということを考え、自治体担当者や認知症地域支援推進員等が認知症の人の「本人参画」をみんなで話し合った。

○その結果、羽後町では、認知症本人たちが集っている場に担当者や推進員らが『出向き』、『ともに過ごす』ことを大切にしていくこととし、日頃の業務における窓口相談対応や買い物支援等を行う有償ボランティア・うごおたすけ隊の定期ミーティングといった場面以外でも、

・キャラバン火曜サロン（月２回）・・・認知症の人・家族・こども、誰でも自由に立ち寄れるサロンとして住民キャラバンメイトが運営

・おさんぽオレンジかふぇ（月１回）・・・地域に昔からある食堂で医療・福祉の専門職をゲストに迎えランチを楽しみながら認知症について学び語らう場

・うごまちハッピー運転教室＆Dカフェ（年３回）・・・認知機能や運転能力に不安を抱え運転免許の更新を待つ方に向けて、自動車学校・交通安全協会・地域包括支援センター共催で開催

といった認知症カフェの活動の中で常時、認知症の人の声を「聴くこと」を意識している。

○認知症の人とともに過ごすことで、これまでの介護保険事業計画や事業等では足りなかったり、行き届いていなかった住民の具体的な生活課題や望み、本音がたくさん浮かび上がってきている。

その他

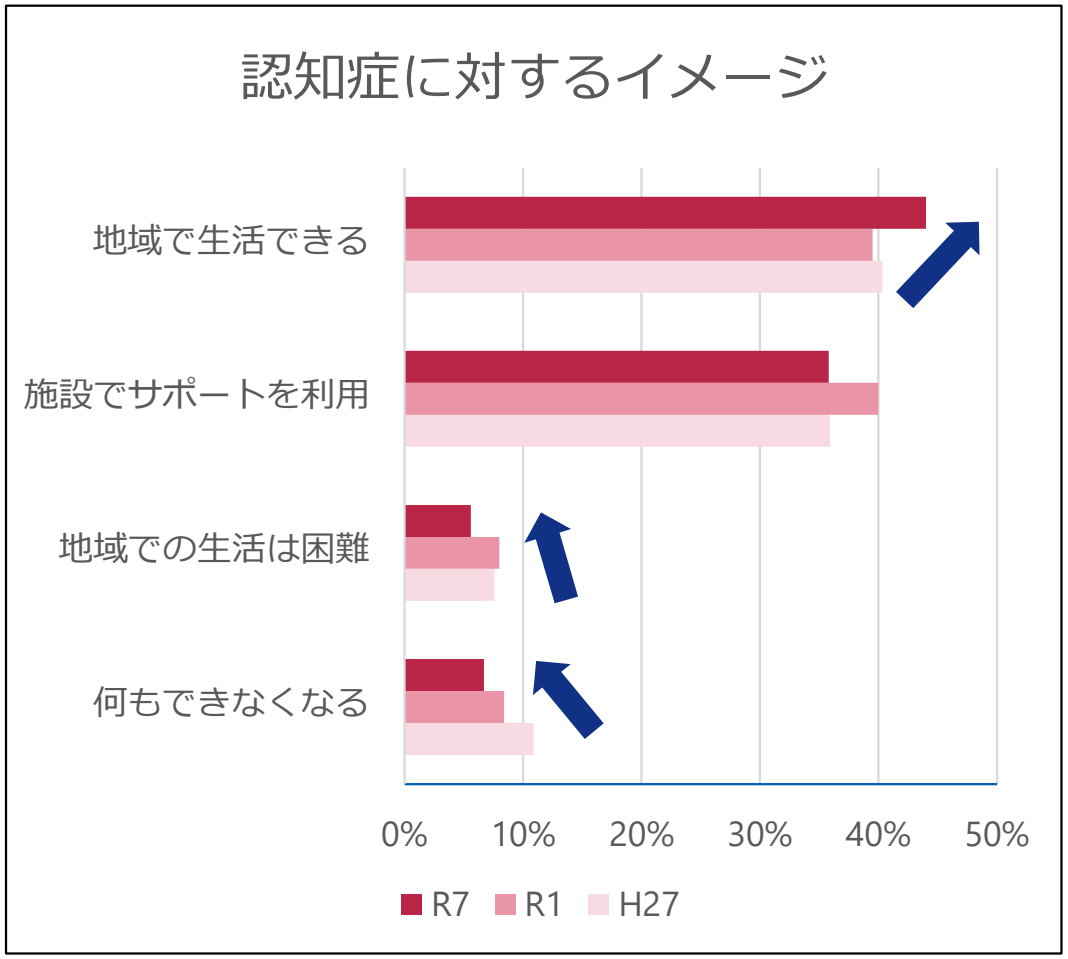
○自治体担当者等が実際に現場に『出向き』、『ともに過ごす』ことで、認知症本人たちの本音がたくさん浮かび上がり、対話していくことの重要性を再認識することができた。

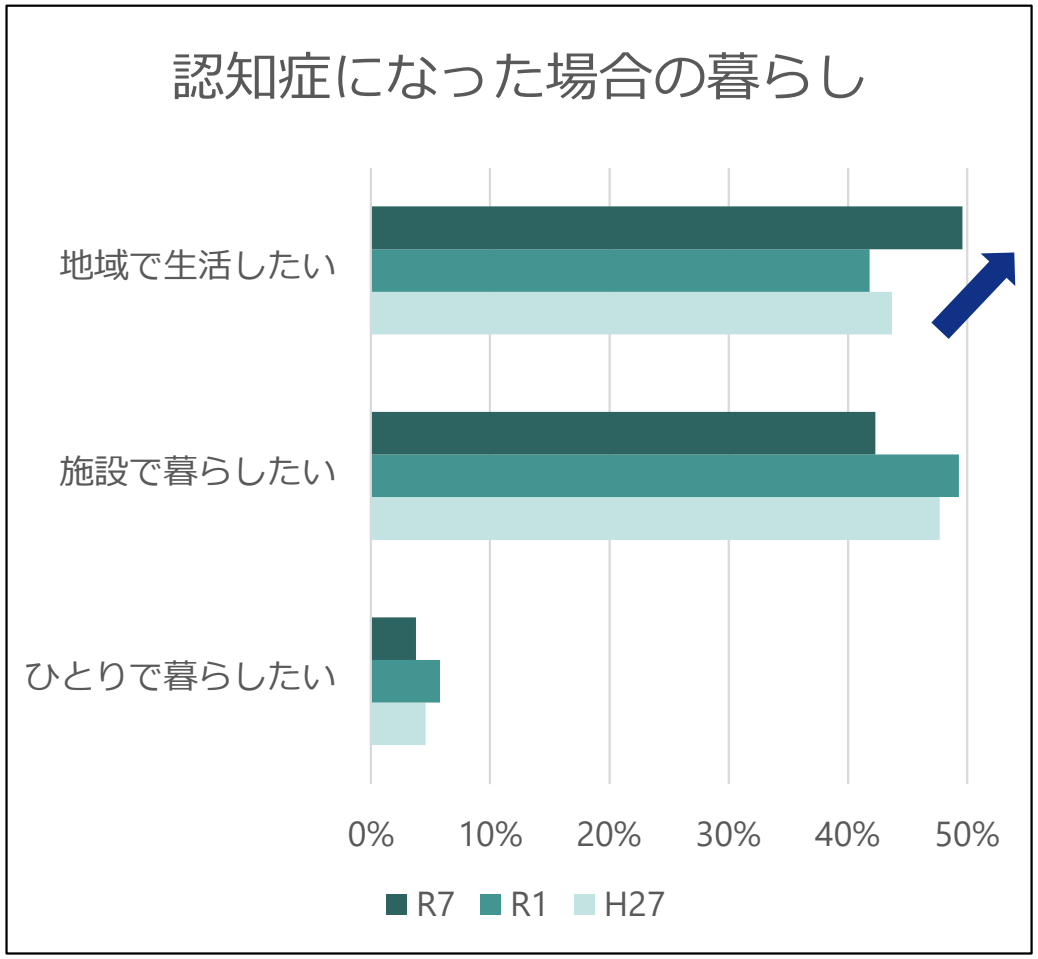
○日常の中で本人の声を聴き、本人とともに考え、まずは動いてみる羽後町なりのやり方で、認知症施策推進計画策定の準備を進めている。

令和７年度　「認知症に関する世論調査」結果

調査結果概要

○　前回、前々回調査と比較し、
- 「認知症に対するイメージ」として、「地域で生活できる」という回答が約５％増える一方、「何もできなくなる」等の否定的な回答が減少
- 「認知症になった場合の暮らし」について、地域で生活することを希望するとの回答が約８％増加





家族介護者支援マニュアルの作成・周知

- 平成29年度「**介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備事業**」（委託先：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社）により、地域包括支援センターが地域の相談ニーズにもとづいて適切に家族介護者支援を行うための手法を整備することを目的として、**地域類型別の事例収集**、**ニーズ把握のための実態調査**、**支援マニュアルの作成**を実施。

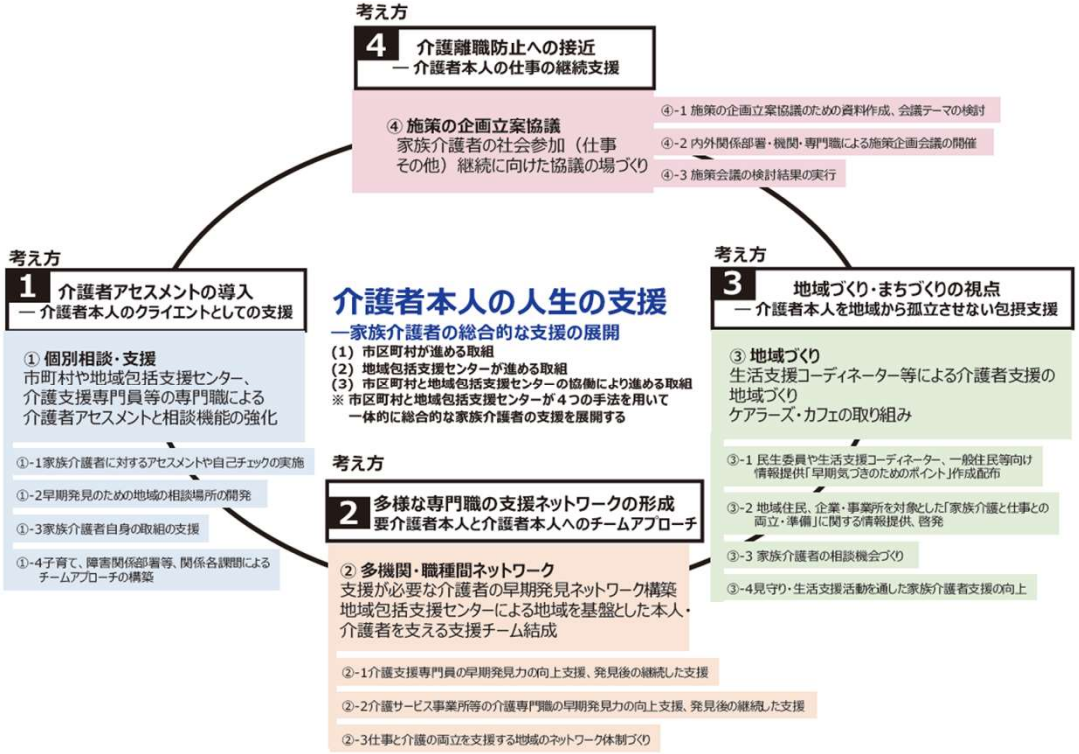
▶家族介護者支援マニュアル

「**介護者本人の人生の支援**」をキーワードに、４つの過程に沿って標準的な支援手法を整理し、先進的に取り組む自治体の事例や活動団体による支援用フォーマットも掲載。

１．介護者アセスメントの導入	仕事と介護の両立支援、虐待等リスクの早期発見などのポイントを整理。ケアラー支援団体作成のアセスメントツールも掲載。
２．多様な専門職の支援ネットワークの形成	個別の相談対応につなげるためのネットワークとして、医介連携、総合事業による側面支援、地域ケア会議の活用に加え、企業・事業所の人事労務担当者や社労士なども含めた検討についても例示。
３．地域づくり・まちづくりの視点	介護者が地域から孤立しないような支援として、生活支援コーディネーターなどによる地域づくり、見守りネットワーク、庁内連携による仕事と介護の両立に関する講座の事例などを掲載。
４．介護離職防止への接近	行政、包括、居宅介護支援事業所等が協働して施策を企画・立案するにあたって、地域における世帯のニーズ把握のための調査項目例や、企画会議の開催例を紹介。

▼大阪府堺市でのダブルケア相談窓口（基幹型包括に、介護と子育てのいずれも相談できる窓口を設置）

▼福岡県での休日街かど相談（商業施設を活用し、仕事と介護の両立支援のための相談会を株式会社に委託して実施）



地域包括支援センターの土日開所等の促進

- 地域包括支援センターの事業評価指標に、**夜間・早朝・平日以外の窓口（連絡先）設置に係る指標**を設定。
- 夜間・早朝・平日以外の窓口（連絡先）を設置している地域包括支援センターは**９割以上**へ増加。

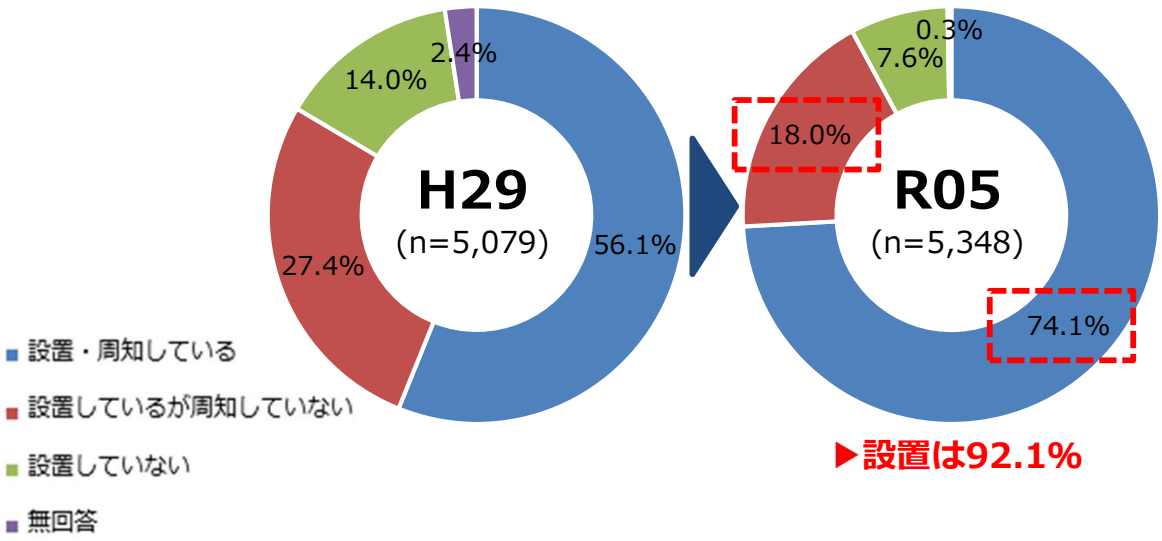
▶地域包括支援センターの事業評価指標

「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について（通知）」（平成30年７月４日振興課長通知、最終改正：令和６年６月７日）より。令和６年度に指標の見直しを行ったが、同様の指標を引き続き設定している。

市町村指標	10. センターに対して、**夜間・早朝**の窓口（連絡先）の設置を義務付けているか。	11. センターに対して、**平日以外**の窓口（連絡先）の設置を義務付けているか。
センター指標	10. **夜間・早朝**の窓口（連絡先）を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知しているか。	11. **平日以外**の窓口（連絡先）を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知しているか。

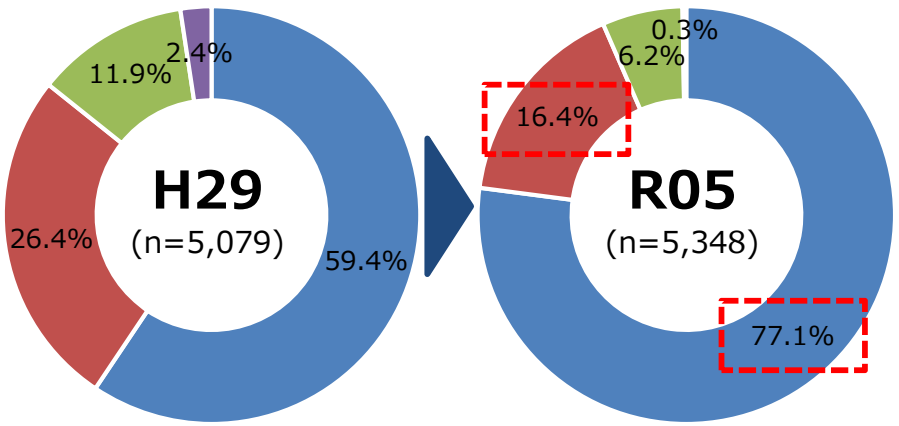
▶地域包括支援センターにおける土日開所等の状況

夜間・早朝の窓口（連絡先）の設置・周知



▶設置は92.1%

平日以外の窓口（連絡先）の設置・周知



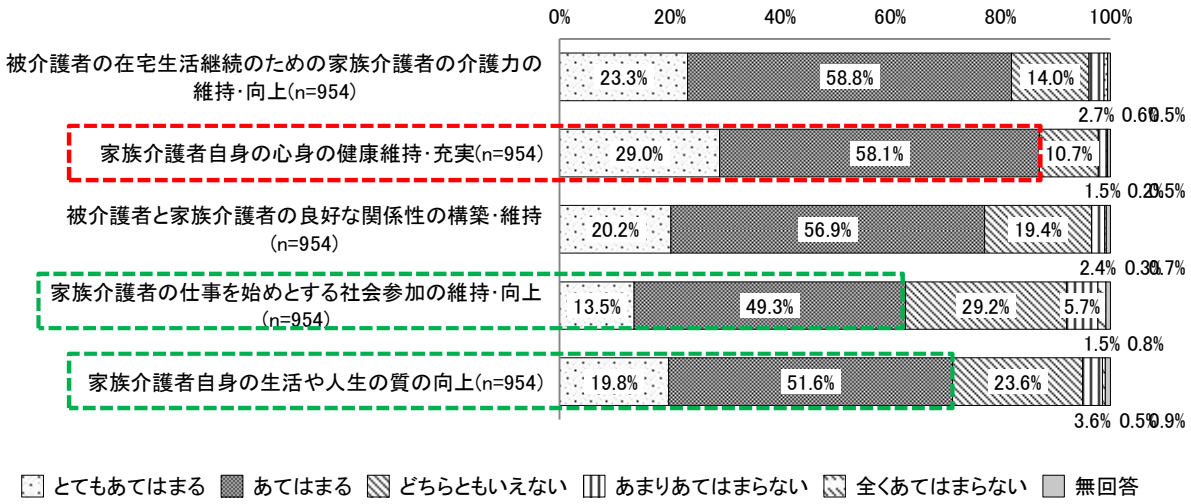
▶設置は93.5%

【出典】平成30年度・令和６年度地域包括支援センター運営状況調査

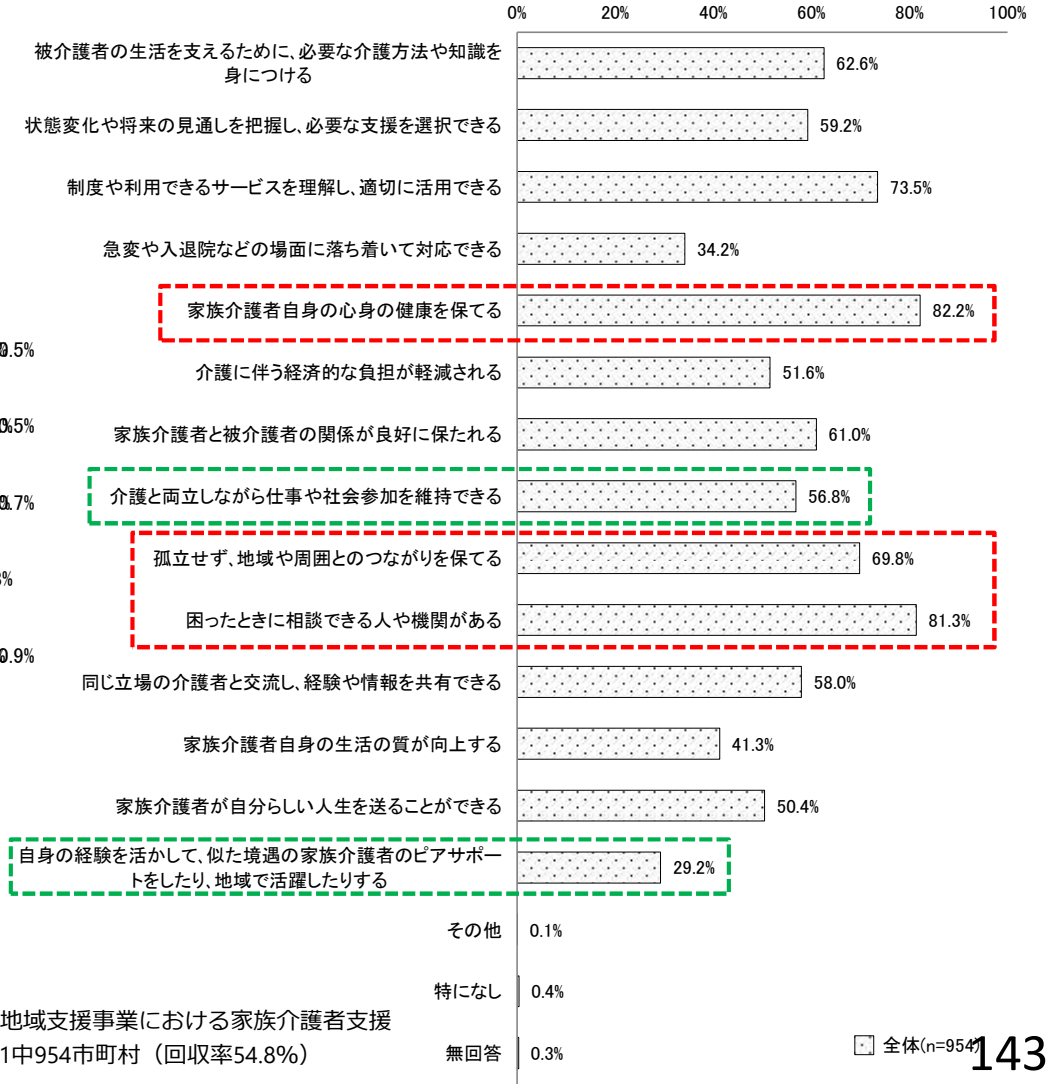
家族介護者支援にあたって市町村が目指すこと

- **家族介護者自身の健康維持・充実**や、**地域の関係者・関係機関とのつながりづくり**を重視している市町村が多い。
- **家族介護者自身の生活や人生の質の向上**に向けて、**仕事と介護の両立や社会参加**や**ピアサポートを含む地域での活躍**といった目標を目指している市町村もみられる。

市町村の家族介護者支援の目標・考え方



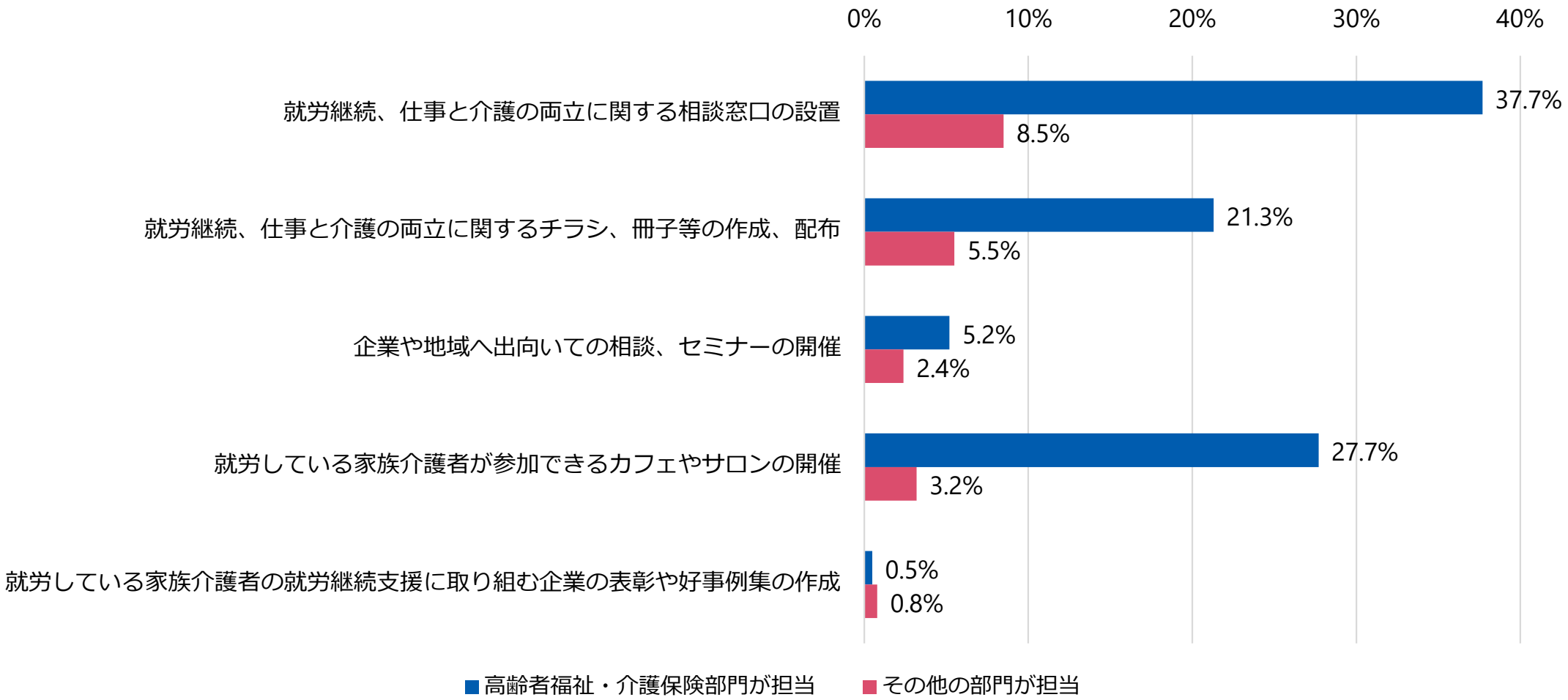
市町村が家族介護者支援で目指していること



【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「複雑化・複合化した課題を抱える高齢者とその家族を支えるための地域支援事業における家族介護者支援のあり方に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社）※速報データ　※1,741中954市町村（回収率54.8%）

就労している家族介護者に対する支援

- 就労している家族介護者に対する支援として、２～３割の市町村が、**就労継続や仕事との両立に関する相談窓口の設置**、**チラシや冊子等による普及啓発**、**就労している家族介護者が参加できるカフェ・サロンの開催**といった取組を行っている。
- **企業や地域へ出向いての相談やセミナー**を実施している市町村もみられる。



【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「複雑化・複合化した課題を抱える高齢者とその家族を支えるための地域支援事業における家族介護者支援のあり方に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社）※速報データをもとに厚労省にてグラフ作成　※1,741中954市町村（回収率54.8%）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅲ　介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援

１．総合的な介護人材確保対策

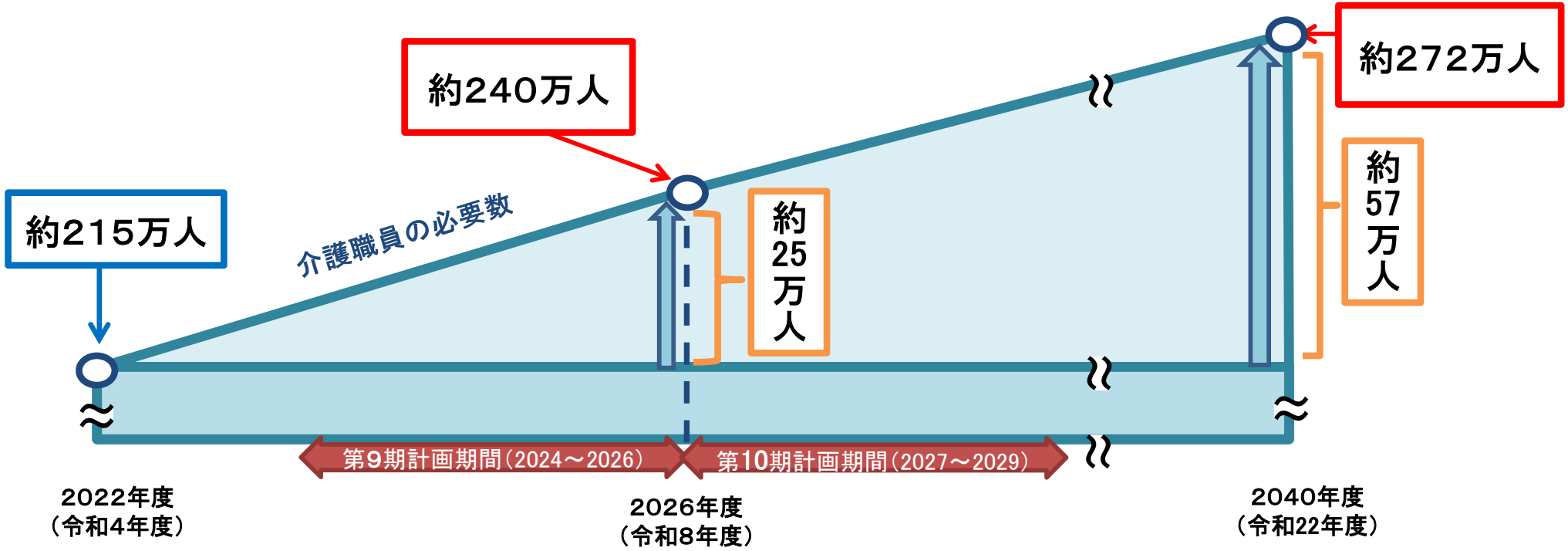
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第９期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

○　第９期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
- 2026年度には**約２４０万人（+約２５万人（6.3万人/年））**
- 2040年度には**約２７２万人（+約５７万人（3.2万人/年））**

となった。　※（）内は2022年度（約215万人）比

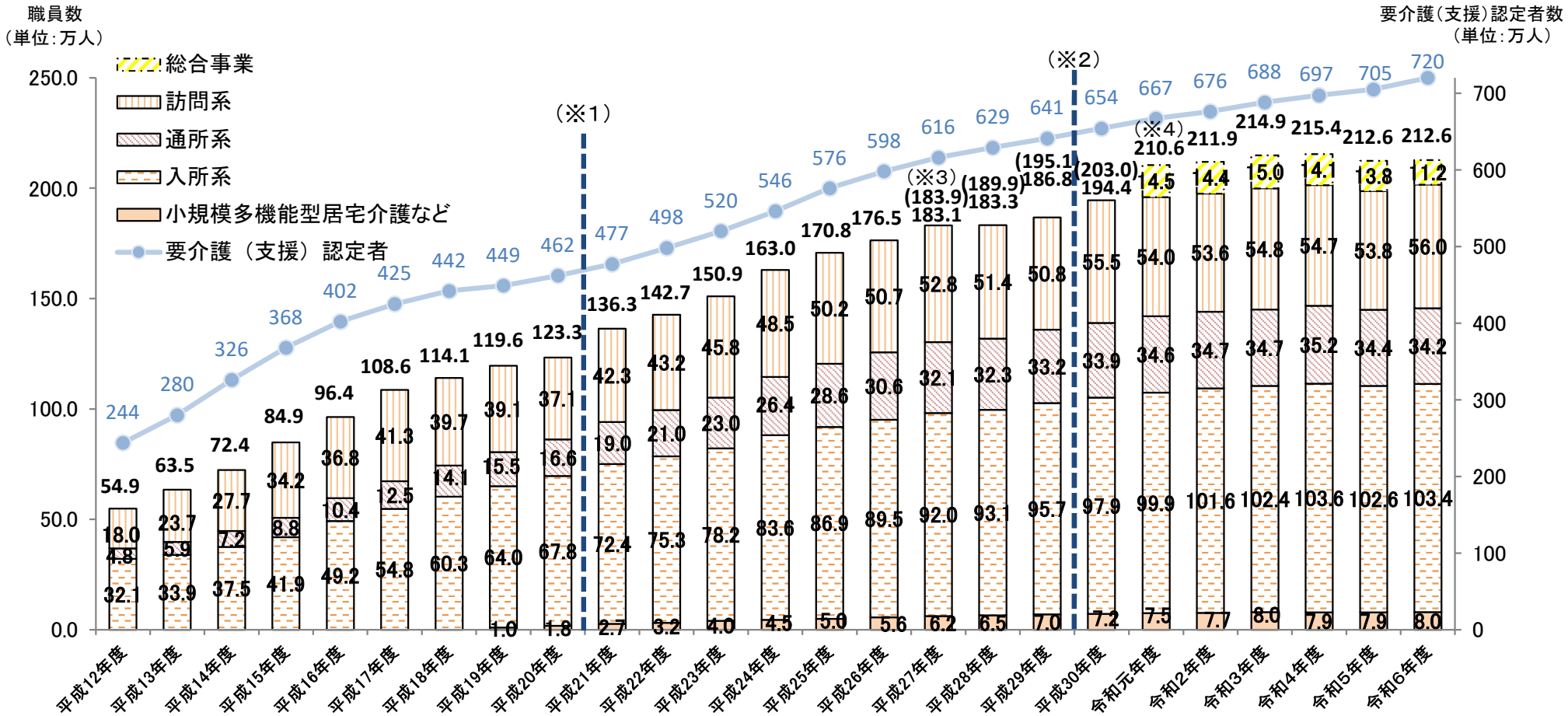
○　国においては、①**介護職員の処遇改善**、②**多様な人材の確保・育成**、③**離職防止・定着促進・生産性向上**、④**介護職の魅力向上**、⑤**外国人材の受入環境整備**など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注１）2022年度（令和４年度）の介護職員数約215万人は、「令和４年介護サービス施設・事業所調査」による。
注２）介護職員の必要数（約240万人・272万人）については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第９期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
注３）介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

介護職員数の推移

○ 本表における介護職員数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する職員数。



注1） 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数。（各年度の10月1日現在）
注2） 調査方法の変更に伴い、推計値の算出方法に以下のとおり変動が生じている。

【出典】 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（介護職員数）、「介護保険事業状況報告」（要介護（要支援）認定者数）

平成12～20年度	「介護サービス施設・事業所調査」（介サ調査）は全数調査を実施しており、各年度は当該調査による数値を記載。
平成21～29年度	介サ調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となったことから、社会・援護局において全数を推計し、各年度は当該数値を記載。（※1）
平成30年度～	介サ調査は、回収率に基づき全数を推計する方式に変更。（※2）

注3） 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の取扱い

平成27～30年度	総合事業（従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービス）に従事する介護職員は、介サ調査の対象ではなかったため、社会・援護局で推計し、これらを加えた数値を各年度の（ ）内に示している。（※3）
令和元年度～	総合事業も介サ調査の調査対象となったため、総合事業（従前の介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスを本体と一体的に実施している事業所に限る）に従事する介護職員が含まれている。（※4）

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

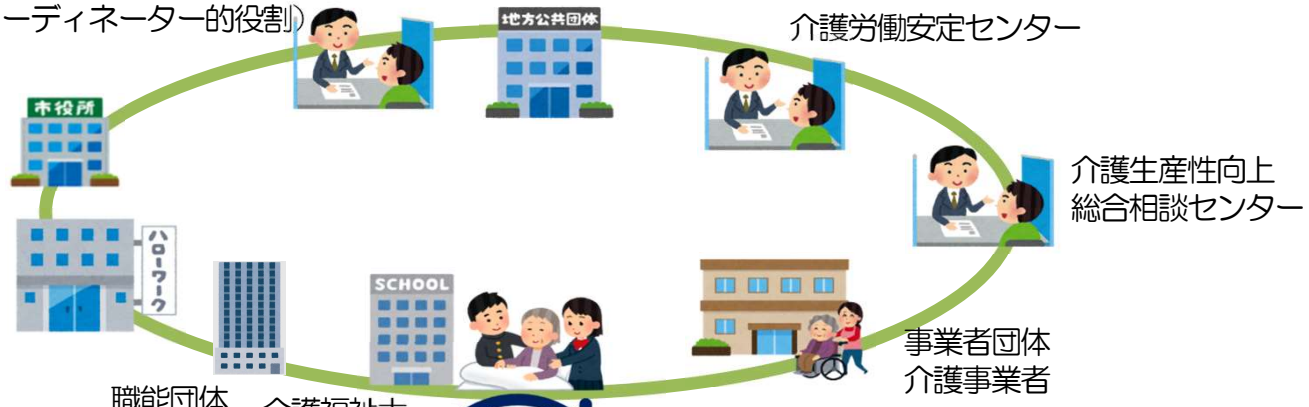
①介護職員の処遇改善	○ 介護人材の確保のため、これまでに累次の処遇改善を実施。介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の創設・拡充に加え、介護職員の収入を2％程度（月額平均6,000円相当）引き上げるための措置を、2024年2月から5月まで実施。	○ 令和6年度報酬改定では、以下の改正を実施。 ・ 介護職員の処遇改善のための措置をできるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、3種類の加算を一本化。 ・ 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5％、令和7年度に2.0％のベースアップへと確実につながるよう、加算率を引き上げ。
②多様な人材の確保・育成	○ 介護福祉士修学資金貸付、実務者研修受講資金貸付、介護・障害福祉分野就職支援金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援	○ 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援 ○ 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施
③離職防止 定着促進 生産性向上	○ 介護ロボット・ICT等テクノロジーの導入・活用の推進 ○ 令和6年度介護報酬改定による生産性向上に係る取組の推進（介護報酬上の評価の新設等） ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援	○ 生産性向上ガイドラインの普及、生産性向上の取組に関する相談を総合的・横断的に取り扱うワンストップ相談窓口の設置 ○ 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進 ○ オンライン研修の導入支援、週休3日制、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施
④介護職の魅力向上	○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進	○ 民間事業者によるイベント、テレビ、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施
⑤外国人材の受入れ環境整備	○ 介護福祉士を目指す留学生等の支援（介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等） ○ 介護福祉士国家試験に向けた学習支援（多言語の学習教材の周知、国家試験対策講座の開催）	○ 海外13ヵ国、日本国内で特定技能「介護技能評価試験」等の実施 ○ 海外向けオンラインセミナー等を通じた日本の介護についてのPR ○ 働きやすい職場環境の構築支援（国家資格の取得支援やメンタルヘルスのケアのための経費助成、eラーニングシステム等の支援ツールの導入費用の助成、介護の日本語学習支援、巡回訪問等）

プラットフォームについて（介護人材確保の例）

- 地域の関係者のネットワークで「プラットフォーム」を構築し、関係者間で地域の現状の共有を図るとともに、各地域や事業所における課題を認識し、協働して課題解決に取り組む。※介護人材だけでなく、広く福祉人材の確保の観点から捉えることも必要

【第１層レベル】

既存の協議会等と一体的に運営するなど、地域の実情に応じて適切な連携・役割分担



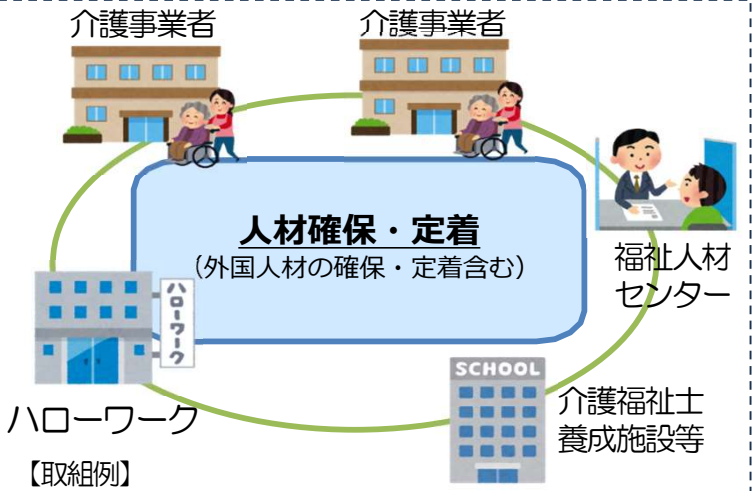
第１層・第２層の構成メンバーは地域の実情に応じてさまざまな関係者が参画することを想定

（役割・機能）
地域の実情に応じてプロジェクトを創設、ＰＤＣＡを回して評価
意欲のある関係者が集い、介護人材に関わる実践的な取組等を推進

PDCA

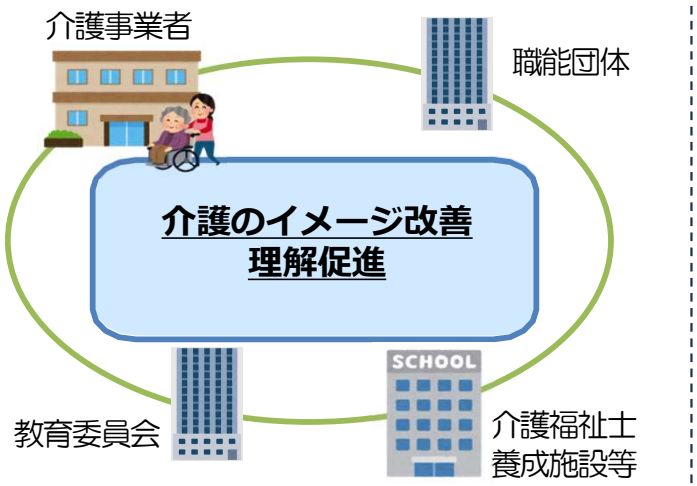
【第２層レベル（※）】県よりも狭い圏域等

※地域の実情に応じて、第3層レベルなど、より重層的な取組も可能



【取組例】
介護職員が介護福祉士養成施設のゲストスピーカーに
介護事業者が共同で採用プロジェクトを推進
外国人材のマッチングから定着までの一体的支援

【取組例】
介護助手等への業務のタスク・シフト／シェアを図るための業務整理・切り出し支援
介護労働安定センターによる雇用管理改善・能力開発支援
生産性向上総合相談センターによるテクノロジー導入支援



【取組例】
介護福祉士による小中高への出前講座の実施
養成施設の学生による地域づくりへの協力

福祉のお仕事紹介
静岡県社会福祉人材センター

例：福祉人材確保・定着実践研究会（R5~6実績）

県内福祉施設採用担当者の有志のネットワークを令和元年度から立ち上げ、本音で語り合える関係を構築。Zoomや対面での意見交換会をベースとしているが、「大学への出前事業」など実働面においても、連絡一本で多数の協力申し出があるなど、**県域の人材確保のために動けるネットワーク組織**となっている。

- ✓ 県内の福祉施設採用担当者、介護福祉士養成施設（大学、専門学校等）教員、静岡県社会福祉人材センターが連携し、**それぞれが主体的に参画するネットワーク**組織。
- ✓ 登録法人は45法人、各回10~20法人が参加。人材確保という共通課題に対して、自法人だけでなく**福祉業界全体の問題として問題意識を持った法人が参加**している。
- ✓ 各法人の「人材確保・定着」についての情報交換と併せ、県域で取り組めるアイデアなど、**「静岡県全体の福祉人材確保・定着」のために何ができるのかを協議**している。

＜令和５年度に実施した会議＞
〇夜勤（啓発マンガの企画会議）
〇福祉系養成校（大学教員）と施設の意見交換会
〇ダイレクトリクルーティング／学生へのWEBアプローチ
（※ゲスト　FACE to FUKUSHI）
〇求職者の動向・紹介会社の戦略編
＜令和６年度に実施した会議＞
〇福祉系養成校（大学教員）と施設の意見交換会（別紙）
〇中核推進会議（次年度方針）

「事務局案に意見をもらう」ではなく
現場目線で一緒に考える場
県単位でのネットワークだけでなく、地域単位でのネットワークを柔軟に組み合わせ、市町社会福祉協議会との連携を強化させながら地域課題の議論や活動を具体化している点に注目。

広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会の取組

広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会

- 質の高い福祉・介護人材の育成及び安定的な確保を目的として、関係者の役割分担と連携・協働により、計画的かつ一体的に事業を推進するため、平成24年2月に行政や関係団体で構成する推進組織 広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会 を設置（全国初）
- 平成24年度から、事業の3本柱（人材のマッチング、イメージ改善・理解促進、職場改善・資質向上）に沿って、3つの部会で事業を推進
- 令和6年度から、福祉介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上に取り組むため、協議会を広島県介護現場革新会議としても位置付け、介護職場サポートセンターひろしま（通称：介サポひろしま）を開設し、介護生産性向上総合相談センター事業を開始し、3つの柱と2つの部会について見直しを実施

3つの柱で取組を推進

魅力発信　　人材のマッチング・資質向上　　職場改善・生産性向上

【構成員】
県、教育委員会、県市長会、県町村会、労働局、介護労働安定センター、県社協、福祉・介護・看護・障害の関係団体、職能団体等が幅広く参加

マッチング・魅力発信・資質向上部会

確保　育成　定着

- ●社会福祉人材育成センターによる無料職業紹介、就職フェア　等
- ●ホームページ（ふくしかいごネットひろしま）による情報発信　等
- ●学校訪問出前講座、魅力発信イベント、再就職支援、人材育成研修　等
- ●**地域協議会**※ による地域人材確保
  ※市町ごとの地域人材確保等推進協議会

職場改善・生産性向上部会

育成　定着　生産性向上

- ●生産性向上に係る取組支援　等
  介護職場サポートセンターひろしま
  （令和6年7月開設）
- ●魅力ある福祉・介護の職場宣言
  ひろしまの認証　等
- ●合同入職式、介護テクノロジー
  定着支援　等

介護の理解促進等に係る連携の例

広島県福祉・介護人材確保等
総合支援協議会

1 概要

- 行政や職能団体、事業者団体で構成される「広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会」を設置。
- 人材のマッチング、職場改善・資質向上、イメージ改善・理解促進を3本柱としてさまざまな取組を実施。
- 平成24年度から令和元年度まで、介護の日イベントとして、**介護の日フェスタ**を８年連続開催（令和２・３年度はコロナで中止）。
- 令和４年度は、介護の日フェスタをリニューアルし、若者の福祉・介護分野への参入促進を目的に、若者が未来に向けて福祉・介護の魅力を発信していくイベント**「カイゴのガッコウ」**を実施。
- イベントワーキングを設置し、大学生を含めた若いメンバーで検討し、県内の高校を回って校長先生に話をしながら、高校生の参加者を集めた。
- 当日は、**福祉系高校の生徒による介護実習体験発表会**、現役の職員が介護という仕事について語る**「現役職員のカタリバ」**、介護職員・**住職・棺屋が共に看取りについて語る「異色のクロストーク」**、来場者がお棺に入れる、**納棺体験**など工夫した内容に。

2 カイゴのガッコウが生まれるまで

広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会

＜事業の３本柱＞

人材のマッチング
（事業例）
- 無料職業紹介
- 就職フェア
- 再就職支援

職場改善 資質向上
- 経営セミナー
- 自己点検ツール
- 魅力ある職場宣言（認証制度）

イメージ改善 理解促進
- 介護の日フェスタ
- 小中高大学出前講座
- 若者向け情報誌 Gentle 発行

広島県介護福祉士会では10年前から実施する出前講座座で関係を築いた学校に「カイゴのガッコウ」を案内

リニューアル

カイゴのガッコウ

若者の意見を取り入れ、「介護の学校」から「カイゴのガッコウ」へ名称変更

イベントワーキング
- 広島県及び市の老人施設連盟から若手の介護職員
- 県立高等学校教諭・広島国際大学４年生
- 広島県職員（医療介護基盤課）・広島県介護福祉士会員

若手を中心に構成

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅲ　介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援

2．介護現場の職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、協働化等の推進

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

省令改正

■　介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。＜経過措置３年間＞

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

告示改正

■　介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

【単位数】

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　100単位/月（新設）
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　10単位/月（新設）

【算定要件】

＜生産性向上推進体制加算（Ⅰ）＞

○　（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。
○　見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
○　職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

＜生産性向上推進体制加算（Ⅱ）＞

○　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
○　見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。
○　１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

【○介護における介護テクノロジーの導入、協働化等の支援】

令和6年度補正予算額　200億円

老健局高齢者支援課
（内線3997）

施策名：介護人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策（介護テクノロジー導入・協働化等支援事業）

①　施策の目的

・介護サービス需要の増加への対応や介護人材の確保が喫緊の課題となっており、サービス提供の存続にも関わる重要な問題である。特に小規模法人を中心に、従来の方法や単独では必要な人材確保が難しい法人も多く、経営の効率も悪くなるという悪循環に陥りがちである。
・また、デジタル行財政改革会議において、デジタル（中核）人材育成数や、ICT・介護ロボットの導入事業者割合、ケアプランデータ連携システム普及の割合等のKPIを設定しており、都道府県におけるワンストップ窓口と連携しつつ、介護現場の生産性向上に向けてテクノロジー導入等の支援を行う必要がある。
・こうした状況を踏まえ、介護現場の生産性向上の取組や、経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善に取り組む介護サービス事業者に対する支援を行う。

②　対策の柱との関係

Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
○		

③　施策の概要

・生産性向上の取組を通じた職場環境改善について、ICT機器本体やソフト等の導入や更新時の補助に加え、それに伴う業務改善支援や地域全体で取り組む機器導入等に対する補助を行う。また、小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う経営や職場環境の改善の取組に対して補助を行う。

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

（1）生産性向上の取組を通じた職場環境改善

①生産性向上に資する介護ロボット・ICTの導入や更新

・事業所の業務効率化に向けた課題解決を図るための業務改善支援及びこれと一体的に行う介護ロボット・ICTの導入や更新に対する支援

②地域全体で生産性向上の取組を普及・推進する事業の実施

・地域の複数事業所における機器の導入に向けた研修や、地域のモデル施設の育成など、都道府県等が主導して面で生産性向上の取組を推進
・都道府県等が主導して、ケアマネ事業所と居宅サービス事業所の間でのケアプランデータ連携システム等の活用を地域で促進し、データ連携によるメリットや好事例を収集

（2）小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善

・人材募集や一括採用、合同研修等の実施、事務処理部門の集約、協働化・大規模化にあわせて行う老朽設備の更新・整備のための支援　等

【事業スキーム】

⑤成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

・生産性向上の取組や経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善を推進することにより、介護人材の確保や介護サービスの質の向上に繋げていく。

【実施主体】
都道府県　（都道府県から市町村への補助も可）

【負担割合】
（1）①、（2）・・・国・都道府県3／4、事業者1／4
（要件によっては国・都道府県1／2、事業者1／2 ）
（1）②・・・国・都道府県　10／10
（1）①及び（2）を実施する場合・・・
国・都道府県4／5、事業者1／5
※国と都道府県の負担割合は以下のとおり
（1）①、（2）・・・国4／5、都道府県1／5
（1）②・・・国9／10、都道府県1／10

介護生産性向上推進総合事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

老健局高齢者支援課（内線3875）

令和７年度当初予算額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）97億円の内数（97億円の内数）

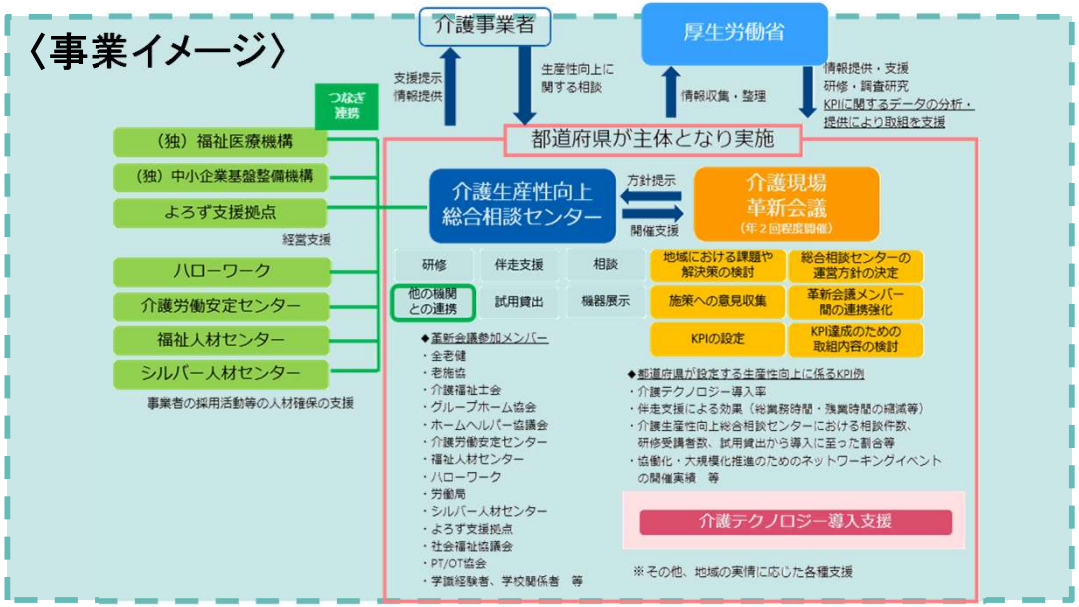
1 事業の目的

- 都道府県が主体となった介護現場の生産性向上を推進する取組の広がりは限定的であり、また、既存の生産性向上に係る事業は数多くあるものの、実施主体や事業がバラバラであり、一体的に実施する必要がある。
- このため、都道府県の主導のもと、介護人材の確保・処遇改善、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入、介護助手の活用など、介護現場の革新、生産性向上に関する取組について、ワンストップ型の総合的な事業者への支援を可能とする「介護生産性向上推進総合事業」を実施し、様々な支援・施策を一括して網羅的に取り扱い、適切な支援につなげる。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

- 都道府県が主体となり、「介護生産性向上総合相談センター」を設置。介護現場革新会議において策定する基本方針に基づき、介護ロボットやICTの導入その他生産性向上に関する支援・施策を実施するほか、人材確保に関する各種事業等とも連携の上、介護事業者等に対し、ワンストップ型の相談支援を実施する。

【実施事項(必須)】
（１）介護現場革新会議の開催
（２）介護生産性向上総合相談センターの設置
（介護ロボット･ICT等に係る相談窓口事業）
（３）人材確保、生産性向上に係る各種支援業務との連携
【実施事項(任意)】
（４）介護事業所の見える化に関する事業
（５）その他地域の実情に応じた各種支援事業



令和５年度センター設置実績：５道県

※改正介護保険法により、都道府県が介護現場の生産性向上を推進する努力義務規定が令和６年４月から施行

介護テクノロジー開発等加速化事業（旧：介護ロボット開発等加速化事業）

老健局高齢者支援課（内線3875）

令和７年度当初予算額 3.2億円（4.9 億円） ※（）内は前年度当初予算額　※令和6年度補正予算額 5.8億円

1 事業の目的

- 介護現場の業務効率化を進めるため、テクノロジーの活用を推進しているところであるが、このためには、介護現場に対する導入資金の支援だけでなく、介護現場におけるテクノロジーへの理解を促進し、開発企業が介護テクノロジー市場に参入しやすい環境を整備する必要がある。
- 本事業では(1)Ｒ６年度補正予算において実施するCARISO（CARe Innovation Support Office）を運営し、研究開発から上市に至るまでの各段階で生じた課題等に対する総合的な支援を行うとともに、(2)介護ロボットに関するフォーラム等による情報発信等を行う。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

（１）介護テクノロジーの開発・実証・普及広報のプラットフォーム事業

○　相談窓口の整理（全国15→10箇所）
○　地域における介護生産性向上総合相談センター(基金事業)の支援事業(中央管理事業)
○　介護現場における実証フィールドの提供

（２）福祉用具・介護ロボット実用化支援事業

○　介護ロボット等に係る生産性向上の取組の情報発信等を行う。

・下線は令和７年度拡充分
・右記の（※）書き事業は令和６年度補正予算により実施

実施主体

国 → 委託先（委託） → 介護施設等／開発企業等（事業展開）

介護テクノロジーの開発・実証・普及広報のプラットフォーム事業

中央管理事業：介護生産性向上総合相談センター（基金事業）の運営支援

連携

CARISO

- **相談窓口【全国10ヵ所】**：介護テクノロジーに関する介護施設等からの導入相談、開発企業等からの実証相談対応
- **スタートアップ支援窓口（※）**：スタートアップ等の開発企業からの相談対応
- **ニーズ・シーズマッチング支援（※）**：介護現場における課題やニーズを収集・公開し、企業同士等のマッチング支援等を実施
- **スタートアップ支援（※）**：助言、支援策・投資家へのつなぎや表彰等、MEDISOに準じた支援を実施
- **介護現場における実証フィールド**：全国の介護施設の協力による大規模実証フィールドを提供
- **リビングラボ（※）**：開発企業等の研究開発から上市に至るまでの各段階で生じた課題等にきめ細かく対応
- **使いやすい機器の提供に向けた支援（※）**：UIやUDXに配慮した使いやすい機器の提供に向けた助言等の支援を実施

福祉用具・介護ロボット実用化支援事業

プラットフォーム事業の機能を補完し、介護ロボットの開発・普及の各段階にて必要となる各種支援を実施

① 地域フォーラムの開催
② 介護ロボット開発企業連絡会・全国フォーラムの実施
③ 介護ロボット開発・導入の助成金調査、介護ロボット選定の選定に資する表示項目の策定・周知

効果測定事業（※）

大規模実証：実証フィールド施設等の協力を得て、 介護ロボット導入の大規模実証を実施、検証

省力化投資促進プラン（介護分野）概要

省力化投資促進プラン（介護分野）
令和７年６月13日

１　実態把握の深堀

○　今後、介護サービス需要が更に高まる一方、生産年齢人口が急速に減速していくことが見込まれる中、介護人材の確保が喫緊の課題であり、2040年には約57万人の介護職員が新たに必要と推計

○　介護テクノロジー等を活用し、介護職員の業務負担の軽減及び介護サービスの質の向上に資する生産性向上の取組を一層推進することが重要

○　国の実証事業等から、介護記録ソフトやケアプランデータ連携システムを活用した情報の収集・蓄積・活用による情報の転記や実績の入力などの事務作業を効率化する取組や、見守り支援機器を活用した夜間の訪室タイミングを最適化する取組等が効果的と分析

○　都道府県における支援体制や予算確保の状況にばらつきがあることから、取組の進展状況にも差がある。

２　多面的な促進策

○　ケアプランデータ連携システム利用を含む介護テクノロジーの導入費用に対する補助（令和６年度補正予算、７年度当初予算）の利用促進・各都道府県の予算確保状況の見える化の検討

○　主に介護職員以外の職員の業務負担軽減に資する汎用機器について、中小企業庁の省力化投資補助金の補助対象に追加

○　介護テクノロジーを活用した継続的な業務改善の取組を評価する加算の取得促進

○　協働化・大規模化ガイドラインの作成・普及（７年度）、生産性向上ガイドラインの見直し（７年度）

○　働きやすい職場環境づくりの総理大臣・厚生労働大臣表彰の実施（５年度～）、事例の横展開

○　電子申請による事業者の負担軽減（８年度から全自治体で電子申請・届出システムの利用開始）

○　介護現場におけるAI技術の活用促進に向けて、AIを活用した介護記録ソフトの実証を行う等の取組を進める。急速に進歩するAI技術の成果を介護分野に取り込むため、先駆的な実践を進める現場と連携して取り組んでいく。

３　サポート体制の整備・周知広報

○　介護テクノロジーの導入・導入後の継続的な取組を支援する観点から、国や自治体が講じる様々な支援メニューを事業者に紹介・提供し、必要に応じ適切な支援機関につなぐ、ワンストップ型の相談窓口を全都道府県に設置促進

※令和８年度末までに全都道府県への設置予定。令和６年度末時点で31都道府県に設置済み。令和７年度に14府県に設置予定。

○　ワンストップ型の相談窓口の機能強化を検討

※相談窓口の機能強化は、Ｒ８年度からモデル事業を実施し、10年度から全国展開することも検討

【ワンストップ窓口の機能強化の方策案】

・　相談窓口において、生産性向上ガイドライン等も活用し、介護テクノロジー導入の伴走支援を実施するとともに、国のセミナーで養成したデジタル中核人材をアドバイザーとして介護現場に派遣・活用することも検討

・　協働化・大規模化ガイドラインも活用し、小規模事業者の協働化等のマッチングやバックオフィス事務（請求・書類作成）など間接業務を効率化するための支援を実施

○　スタートアップ支援の窓口（CARISO）を早期に立ち上げ、開発事業者に対し研究開発から上市までを総合的に支援

※CARe Innovation Support Officeの略。国の委託事業としてオンラインサービスにより支援を実施。

４・５　目標、KPI、スケジュール

○　デジタル行財政改革会議の議論を踏まえて策定した「介護現場のＫＰＩ」（令和５年12月）及び経済財政諮問会議において決定した「EBPMアクションプラン2024」（６年12月）において設定したＫＰＩ(※)の達成に向け取り組む

(※)介護テクノロジー導入率、平均残業時間、有給休暇の取得率、離職率、人員配置の柔軟化等をＫＰＩとして設定。例えば、生産性向上の効果として、全介護事業者の1か月の平均残業時間は、2022年度で6.4時間であるところ、2026、2029、2040年においてそれぞれ直近の３年間の平均値が前回数値より減少または維持されていることをＫＰＩとして設定。

介護分野におけるKPI①

○ デジタル行財政改革会議の議論を踏まえて策定した「介護現場のＫＰＩ」（令和５年１２月）及び経済諮問会議において決定した「ＥＢＰＭアクションプラン２０２４」（令和６年１２月）において設定したＫＰＩの達成に向けて、取り組む。

○ 本KPIは、介護保険事業計画に基づき推計した2040年度までに新たに必要とされる介護職員数を前提に、2040年までに介護分野全体で20%以上の業務効率化（労働時間等）が必要（※）となることを踏まえ、取組の各段階におけるKPIを設定。生産性向上の取組が先行する老健、特養、特定については、2029年までに8.1%、2040年までに33.2%の業務効率化（人員配置の柔軟化）を目標として設定。また、2020年代に最低賃金1500円という政府目標はもとより、持続的な賃上げにつなげていく。

（※）機械的に計算すると、2029年には介護分野全体で５%以上の業務効率化が必要

○ デジタル庁ホームページの「介護現場の生産性向上に関するダッシュボード」にてデータの収集・可視化をし、生産性向上に関する取組状況をモニタリングすることで、定常的に改善方法を検討していく。

介護分野におけるKPI

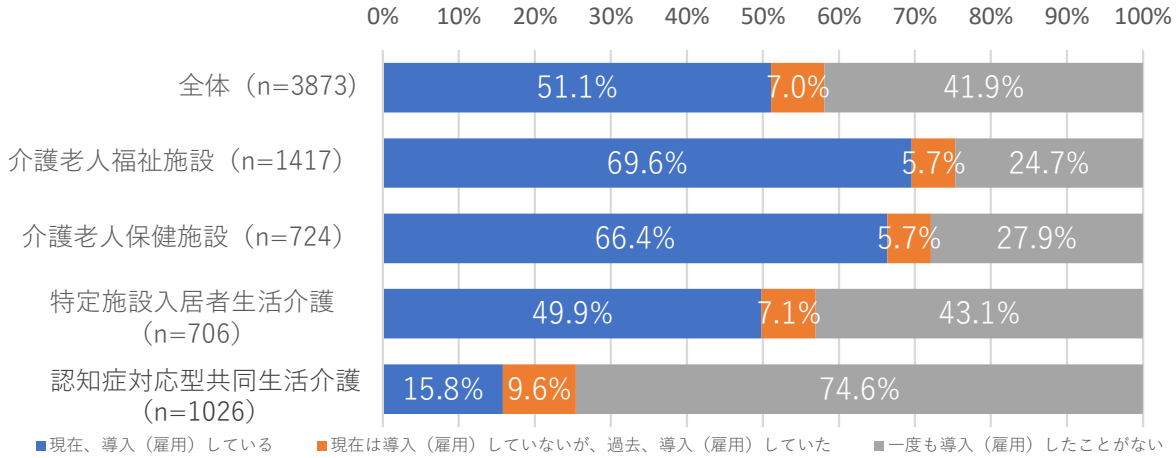
		2023年	2026年	2029年	2040年	定義等
Environment 基盤・環境の整備	生産性向上方策等周知件数	2,570件（R5暫定値）	増加	増加	―	（単年度）セミナー、フォーラム、都道府県窓口セミナーへの参加件数、動画再生回数の増加
	デジタル（中核）人材育成数（2023年度より実施）	500名	5,000名	10,000名	―	（累計）デジタル（中核）人材育成プログラム受講人数（国が実施するもので、自治体や民間が実施する研修等の数は含んでいない）
	都道府県ワンストップ窓口の設置数（2023年度より実施）	5	47	47	47	（累計）各都道府県における設置数
	委員会設置事業者割合※　（2024年度より実施）	―				（累計）入所・泊まり・居住系サービスは3年後義務化予定、KPIは全サービスを対象とする（一部サービスを除く）
	ケアプランデータ連携システム普及自治体の割合（2023年度より実施）					
	事業者が活用している自治体の割合	40%	80%	100%	100%	（累計）管内事業者が利用している市区町村の割合
	複数の事業者が活用している自治体の割合	―	50%	90%	100%	（累計）管内事業者が3割以上利用している市区町村の割合
	ICT・介護ロボット等の導入事業者割合※	29%	50%	90%	90%以上	処遇改善加算の職場環境要件の算定状況を集計
	介護現場のニーズを反映したICT・介護ロボット等の開発支援件数	52件（R5暫定値）	60件以上	60件以上	―	（単年度）介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム事業における開発企業とニーズのマッチング支援件数を集計
Use Case 基盤・環境の活用	生産性向上の成果（対象：加算取得事業者及び補助対象事業者）※					デジタルを活用した報告（年１回）を原則とし、都道府県及び厚生労働省が確認できること
	①全介護事業者					
	１ヶ月の平均残業時間の減少	6.4h	減少又は維持	減少又は維持	減少又は維持	3年間の平均値が前回数値より減少又は維持（令和４年全産業平均13.8h）
	有給休暇の取得状況（年間平均取得日数）	7.4日	8.4日	10.9日	全産業平均以上	3年間の平均値が目標値又は前回の数値より増加又は維持（令和４年（又は令和３会計年度）平均取得日数10.9日）
	②加算取得事業者及び補助金を利用して機器を導入した事業者（2024年度より実施）					
	１ヶ月平均残業時間が①の群より減少する事業者の割合	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
	有給休暇の取得状況（年間平均取得日数）が①の群より増加する事業者の割合	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
	③上位加算取得事業者及び特例的な柔軟化を実施する事業者（2024年度より実施）					
	総業務時間の減少割合	―	25%	25%	25%	タイムスタディの実施（令和４年度実証事業並の変化率）
	１ヶ月平均残業時間が②の群より減少する事業者の割合	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
	有給休暇の取得状況（年間平均取得日数）が②の群より増加する事業者の割合	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
Outcome 効果をはかる	年間の離職率の変化※					
	①全介護事業者	15.7%（R4調査）	15.3%	15.0%	全産業平均以下	3年間の平均値が目標値又は前回の数値より減少又は維持（令和４年産業計15.0%）
	②加算取得事業者及び補助金を利用して機器を導入した事業者（①の群より減少した事業所の割合）	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
	③上位加算取得事業者及び特例的な柔軟化を実施する事業者（②の群より減少した事業所の割合）	―	30%	50%	90%以上	事業者からの報告
	人員配置の柔軟化（老健、特養、特定（注2））※	―	1.3%	8.1%	33.2%	令和５年度の介護事業経営実態調査を始点とし、人員配置の変化率を確認

注１）※をつけたものはサービス類型毎にデータを集計・分析し公表する予定としており、サービスが限定されていないものは原則全サービスとする
注２）職員一人あたりに対する利用者の人数は、老人保健施設で2.2対１、介護老人福祉施設で2.0対１、特定施設入居者生活介護指定施設（介護付きホーム）で2.6対１となっている
（令和5年度介護事業経営実態調査結果より算出）　注３）参考指標として介護職員全体の給与（賞与込みの給与）の状況を対象年毎に確認　注４）本KPIは、必要に応じて随時に見直しを行うものとする
出所）デジタル行財政改革会議中間とりまとめ（令和５年12月20日）

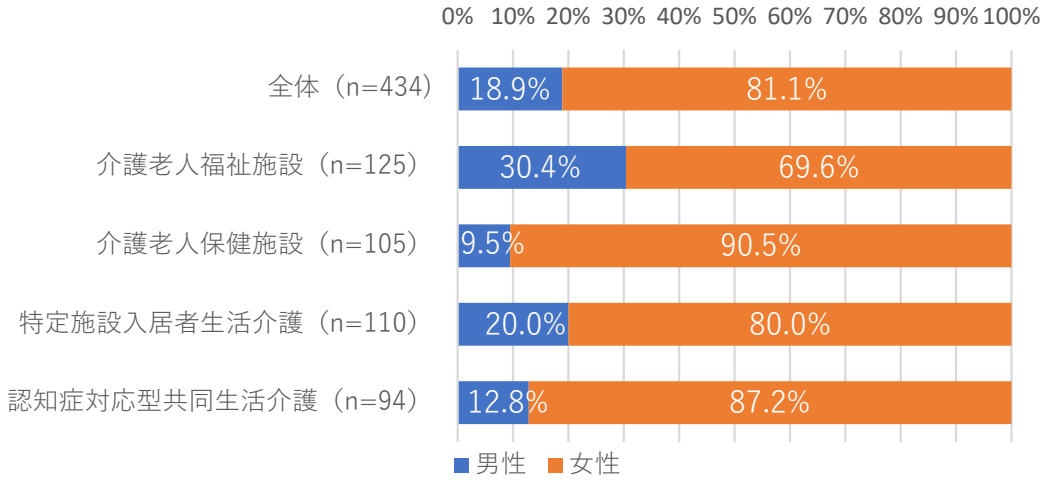
介護助手活用の現状について

○　現在、介護助手等を導入（雇用）している介護施設・事業所は全体の約51％を占めており、介護助手等として活躍されている方は、女性が全体の約81％、年齢は60歳以上が全体の約57％、保有している介護系の専門資格は「いずれの資格も保有していない」が全体の約59％を占めていた。

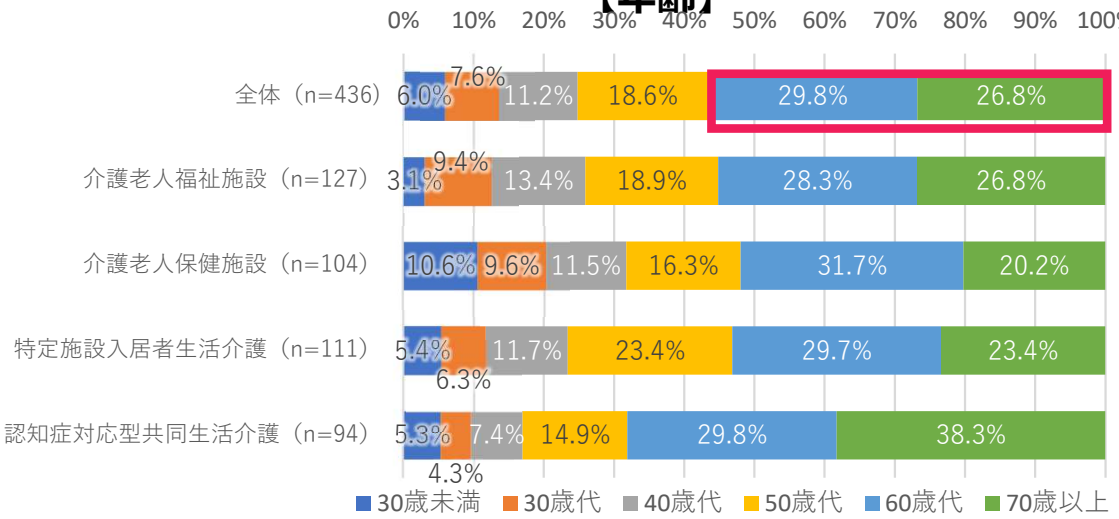
【介護助手等の導入（雇用）の有無】



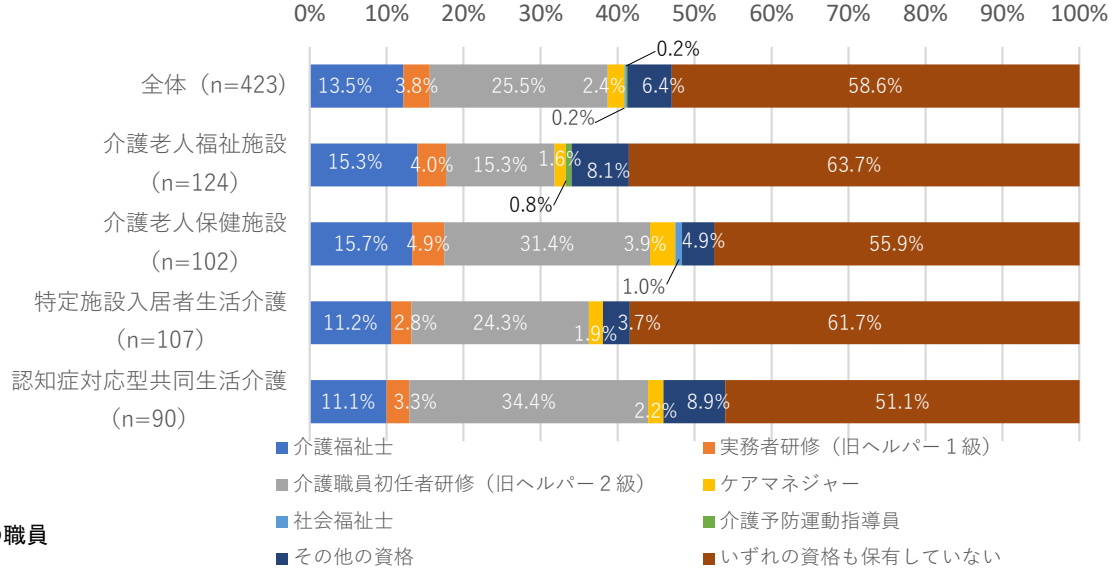
【性別】



【年齢】



【保有している介護系の専門資格（複数回答）】



※　本調査において、「介護助手等」を以下のいずれの項目を満たした方と定義している。

1.介護施設・事業所もしくは介護施設・事業所を運営する法人と雇用関係にある（有償ボランティアや委託事業者の職員は除く）

2.掃除や食事の配膳・片付け、ベッドメイキング、利用者の会話の相手、移動の付き添い、レクレーションの実施や補助、送迎等、専門的な業務（身体介護等）以外の業務を主に行う。

【出典】令和4年度老健事業「介護助手等の導入に関する実態及び適切な業務の設定等に関する調査研究事業報告書」

介護助手の活用（タスク・シフト/シェア） 主な実証結果

導入目的

介護職員の身体的・精神的な業務負担の軽減：介護助手を導入することにより、役割分担・機能分化を行い、介護職員が実施すべき本来業務（利用者へのケア）に注力できる体制や時間を創出する。

主なオペレーションの変更

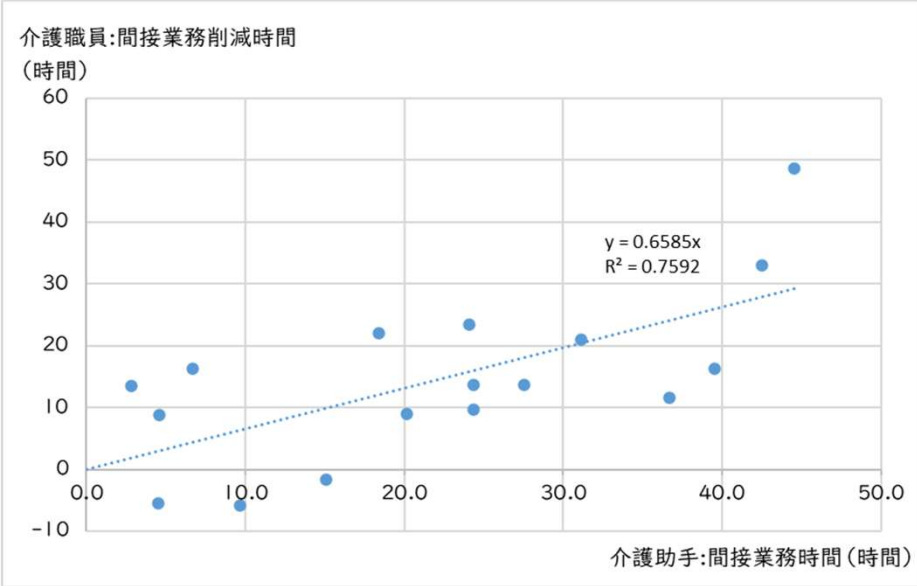
・介護職員が時間の余裕を持って入居者に関わり、個々の入居者の希望やタイミングに合わせた対応や、気持ちにゆとりを持った言葉や介護の実践につなげる。

【本実証で介護助手が担った主な間接業務】
食事・おやつに関連する準備・片付け（配膳・下膳、お茶の準備等）、リネン交換 ・ベッドメイク、居室清掃・片付け、等

主な実証結果

➢ 介護助手が間接業務を担う時間に応じて、介護職員の間接業務時間が削減する傾向が把握できた。

職員タイムスタディ調査結果

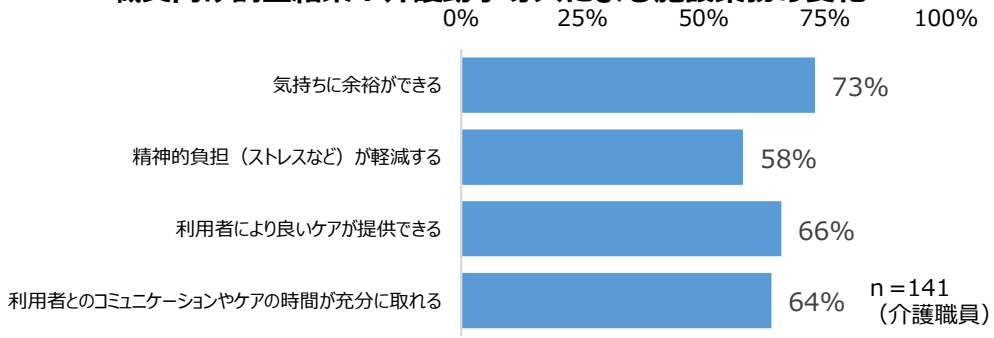


施設数：17施設

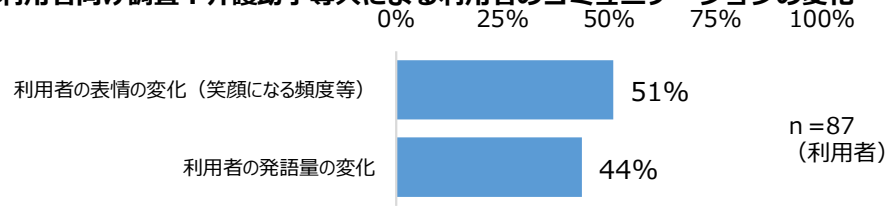
・各5日間の自記式による業務量調査（タイムスタディ）を実施した。
・介護職員間接業務削減時間は、「事後①・間接業務時間の合計」-「事前・間接業務時間の合計で算出した。
・介護助手間接業務時間は、調査期間中の間接業務時間の合計を使用した。
・上記集計は、実証パターン④（事前・介護助手０人）の施設のみ対象に実施した。

➢ 介護職員が利用者のケアに注力することで、介護職員に余裕ができ、結果として利用者の発語量や笑顔になる頻度等が増加する傾向が把握できた。

職員向け調査結果：介護助手導入による施設業務の変化※1



利用者向け調査：介護助手導入による利用者のコミュニケーションの変化※2



※１：-3(そう思わない）～＋３（そう思う）の7段階で評価した。+1~+3のいずれかに回答した職員の割合を示している。（いずれも事後②）

※２：-3(減少したと感じる）～＋３（増加したと感じる）の7段階で評価した。+1~+3のいずれかに該当すると回答された利用者の割合を示している（回答は職員が実施）。（いずれも事後②）

現行のハラスメント法制

	雇用管理上の措置義務	法制化した年
セクシュアルハラスメント	○ **男女雇用機会均等法** 第11条　事業主は、職場において行われる性的な言動に対するその雇用する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受け、又は当該性的な言動により当該労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。	平成９年改正： 事業主の配慮義務 ↓ 平成18年改正： 事業主の措置義務
パワーハラスメント	○ **労働施策総合推進法** 第30条の２　事業主は、職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりその雇用する労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。	令和元年改正： 事業主の措置義務
妊娠・出産に関するハラスメント	○ **男女雇用機会均等法** 第11条の３　事業主は、職場において行われるその雇用する女性労働者に対する当該女性労働者が妊娠したこと、出産したこと、労働基準法第65条第１項の規定による休業を請求し、又は同項若しくは同条第２項の規定による休業をしたことその他の妊娠又は出産に関する事由であつて厚生労働省令で定めるものに関する言動により当該女性労働者の就業環境が害されることのないよう、当該女性労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。	平成28年改正： 事業主の措置義務
育児休業等に関するハラスメント	○ **育児・介護休業法** 第25条　事業主は、職場において行われるその雇用する労働者に対する育児休業、介護休業その他の子の養育又は家族の介護に関する厚生労働省令で定める制度又は措置の利用に関する言動により当該労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。	平成28年改正： 事業主の措置義務

基準省令において、介護事業者が講ずべき措置を明確化
（令和3年度介護報酬改定）

カスタマーハラスメント：　**法律上の義務なし**。指針において、事業主が行うことが**望ましい取組として位置付け**。

就活等セクシュアルハラスメント：　**法律上の義務なし**。指針において、事業主が行うことが**望ましい取組として位置付け**。

基準省令の解釈通知において、介護事業者が講ずることが望ましい措置を明確化
（令和3年度介護報酬改定）

介護現場におけるハラスメント対策マニュアル等の作成

○　介護現場における利用者・家族等による暴力・ハラスメント対策として、ハラスメント対策マニュアル、研修の手引き（管理者向け・職員向け）、職員向け研修動画、事例集等を作成し、厚生労働省のホームページにて公開している。

●介護現場におけるハラスメント対策マニュアル

介護現場におけるハラスメント対策マニュアル

令和４（20２２)年３月改訂

株式会社 三菱総合研究所

※　平成30年度老人保健健康増進等事業
（令和３年度老人保健健康増進等事業で改訂）

●研修手引き（管理者・職員向け）

MRI

管理者向け研修資料

１．　ハラスメント対策の必要性とその考え方

Copyright (C) Mitsubishi Research Institute, Inc.

職員向けチェックシート（様式 A）

チェック日（　　年　　月　　日）

下記項目に対する自分の理解度について、当てはまる選択肢（1.知っている／2.少し知っている／3.知らない）を記入してください。

サービスを提供する前のチェック項目	番号記入欄
例）介護現場では、何がハラスメントのきっかけや原因になるか、知っていますか。	2
①介護現場では、何がハラスメントのきっかけや原因になるか、知っていますか。	
②介護保険制度に基づくサービスの提供範囲や契約書・重要事項説明書の内容（サービスの提供範囲の他、ハラスメントに関わる事項を含む）を知っていますか。	
③サービス提供に係る施設・事業所の各種規程やマニュアルの内容を知っていますか。	
④適切なケアを行うために必要な、利用者の諸情報を知っていますか。	
⑤適切なケアを行うために必要な、利用者の家族等に係る情報の収集に努めていますか。	

※　令和元年度老人保健健康増進等事業
（令和３年度老人保健健康増進等事業で改訂）

●介護現場におけるハラスメント事例集

令和2年度 厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

介護現場におけるハラスメント事例集

令和３年３月

株式会社三菱総合研究所

※　令和２年度老人保健健康増進等事業

協働化・大規模化等による介護経営の改善に関する政策パッケージ

令和６年６月18日　第７回デジタル行財政改革会議
厚生労働大臣提出資料より抜粋

○介護サービス市場において人材確保が困難となる中、介護施設・事業所が安定的に必要な事業を継続し、地域におけるサービスを確保し、複雑化したニーズに対応するためには、１法人１拠点といった小規模経営について、**協働化・大規模化等による経営改善の取組**が必要。

○こうした経営改善の取組を推進するため、**経営課題への気づき**、**協働化・大規模化等に向けた検討**、**協働化・大規模化等の実施の各段階に即した対策**を講じる。

○すべての介護関係者に**協働化・大規模化等の必要性とその方策を認識してもらえるよう、厚生労働省としてあらゆる機会を捉えて、積極的に発信**する。
（厚生労働省HP上に特設ページを開設、関係団体への説明・周知依頼、関係団体機関誌等への寄稿、その他各種説明会の実施等）

①「経営課題への気づき」の段階における支援（選択肢の提示）

- **経営課題や施設・事業所の属性別の協働化・大規模化に係る取組例の作成・周知**
- **社会福祉連携推進法人の先行事例集の作成・周知**
- **都道府県別の社会福祉法人の経営状況の分析・公表・周知**
- **各都道府県に順次**（R5～）**設置されるワンストップ窓口における相談対応**（生産性向上の観点から経営改善に向けた取組を支援）
- **よろず支援拠点**（中小企業・小規模事業者のための経営相談所）**や（独）福祉医療機構の経営支援の周知徹底**

②「協働化・大規模化等に向けた検討」段階における支援（手続き・留意点の明確化）

- **第三者からの支援・仲介に必要な経費を支出できることの明確化**（※１）（合併手続きガイドライン等の改定・周知）
- **社会福祉法人の合併手続きの明確化**（合併手続きガイドライン等の周知）
- **社会福祉連携推進法人の申請手続きの明確化**（マニュアルの作成・周知）
- **役員の退職慰労金に関するルールの明確化**（※２）（事務連絡の発出）

※１　社会福祉法人において合理性を判断の上支出
※２　社会福祉法人について支給基準の客観性をより高めるために算定過程を見直し、支給基準を変更することは可能

③「協働化・大規模化等の実施」段階における支援（財政支援）

- **小規模法人等のネットワーク化に向けた取組への支援**
- **事業者が協働して行う職場環境改善への支援**（人材募集、合同研修等の実施、事務処理部門の集約等への支援）
- **社会福祉連携推進法人の立上げに向けた取組への支援**
- 社会福祉法人の**合併の際に必要な経営資金の優遇融資**（（独）福祉医療機構による融資）

介護サービス事業所の経営の大規模化・協働化について

令和４年12月１日　第15回経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料より抜粋

地域や事業者の実情やニーズを踏まえ、介護サービスの経営の大規模化・協働化が進んでいくことは、生産性向上の観点からも重要であり、各地域・事業者においても様々な取組が行われている。

コラム８　協同組合による取組
～専門性の高い介護職のキャリアパス構築と物品の共同購入～

背景

みちのく社会福祉協同組合は、外国人技能実習生の受入れを目的として、規模の異なる県内外の4つの社会福祉法人により、2019年6月に設立された。

協同組合として行う取組のうち、「物品調達」「人材の有効活用」を実施した。

みちのく社会福祉協同組合の体制

分野	品目
物品調達	・おむつ等の消耗品、固定資産、エネルギー等の共同購入
人材育成	・(テレビ会議システム等の利用による)各種研修の協催 ・研修講師(法人職員)の相互派遣 ・(少人数向けの)専門性の高い研修の共同開催
外国人技能実習生	・外国人技能実習生の確保、受入れ等に関する手続き ・外国人技能実習生の教育
人材の有効活用	・専門性の高い介護職の育成 ・専門性の高い介護職等の相互派遣
事業継続計画	・災害等の緊急時における相互支援
福利厚生	・団体扱いによる職員向け各種保険の優遇 ・旅行手配や物品購入、サービス利用における団体割引サービスの利用
事務の共同化	・介護報酬請求、人事労務関連の事務等の共同化

協同組合として想定される取組み（例）

※「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」より抜粋

■経営の大規模化の実例

法人	社会福祉法人　小田原福祉会 （小田原市）
概要	自治体の介護保険計画に沿って、新規事業を新たに展開する形で事業を拡大
内容	● 40事業所（うち介護保険事業所35事業所）、従業員数約500名。 ● 自治体の介護保険事業計画の公募にエントリーし、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特別養護老人ホーム等を設置。 ● 複合型施設として、通所介護や、在宅支援クリニック、サ高住等を併設。さらに、自治体の依頼を受け、地域包括センターも運営。配食サービス等も実施。 ● 複合的な展開はリスクが分散され、経営的に安定という考え。 ● 事業展開は、圏域の社会資源の充足状況等から地域の高齢者への支援拡充は必須と判断したこと等から整備に至る。

※介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業報告書（令和３年度）等をもとに作成

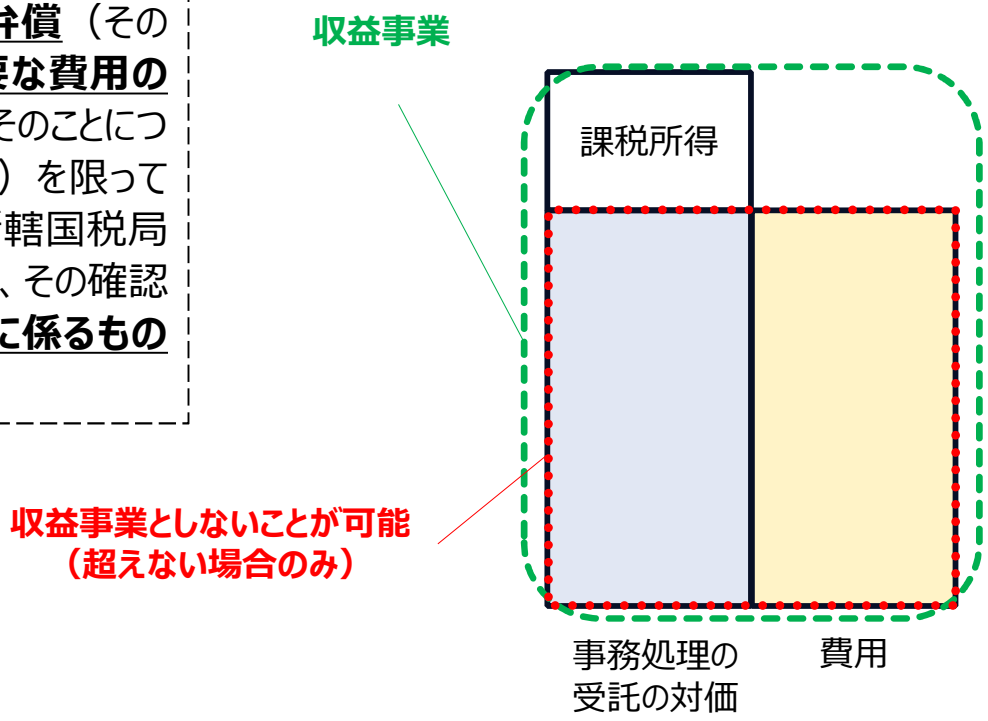
介護事業者間の連携、協働化

- 介護事業者間の協働や連携については、報酬の請求や記録・書類作成事務といったバックオフィスの業務など間接業務の効率化等を進めていくことが重要。
- こうした連携において、現行税制のもとでも、社会福祉法人等の公益法人等（※）が他法人から実費の範囲内で事務処理の受託を行うことは、所定の手続を経た期間については収益事業としないものとする取扱いにより法人税の申告を不要とすることも可能である。

（※）社会医療法人、一般財団法人（非営利型法人に限る。）、一般社団法人（非営利型法人に限る。）、日本赤十字社などを含む

○法人税基本通達（昭和 44 年５月１日直審（法）25）
（実費弁償による事務処理の受託等）
15－1－28　**公益法人等が、事務処理の受託の性質を有する業務を行う**場合においても、**当該業務が法令の規定、行政官庁の指導又は当該業務に関する規則、規約若しくは契約に基づき実費弁償**（その委託により委託者から受ける金額が**当該業務のために必要な費用の額を超えないことをいう。**）により行われるものであり、かつ、そのことにつきあらかじめ一定の期間（おおむね5年以内の期間とする。）を限って所轄税務署長（国税局の調査課所管法人にあっては、所轄国税局長。以下15－1－53において同じ。）の確認を受けたときは、その確認を受けた期間については**、当該業務は、その委託者の計算に係るものとして当該公益法人等の収益事業としないもの**とする。

→委託の対価がその事務処理のために必要な費用を超えないことについて確認を受けた期間は請負業（収益事業）としない



科学的介護の推進に向けたこれまでの取組について

2017年
- VISIT（monitoring& eValuation for rehabIlitation ServIces for long-Term care）の運用を開始

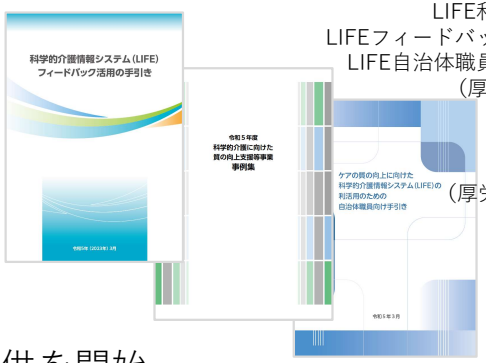
2019年
- 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ（2019年７月16日）

2020年
- CHASE(Care, HeAlth Status & Events)の運用を開始

2021年
- LIFE(Long-term care Information system For Evidence)の運用を開始し、令和３年度介護報酬改定において、新たな評価を創設

令和３年度▶
介護報酬改定
- 動画マニュアル、LIFEの利活用を推進するための手引き、好事例集の作成や自治体職員向けのマニュアルの作成

2022年



LIFE利活用の好事例集
LIFEフィードバック活用の手引き
LIFE自治体職員向けマニュアル
（厚労省HPで公開）

動画マニュアル
（厚労省YouTubeチャンネルにて公開）

2023年
- 匿名介護情報等の提供において、匿名LIFE情報の提供を開始
- フィードバックの拡充に伴い、介護事業所向けにフィードバックの利活用の手引きを作成
- フィードバックを活用した介護事業所向け科学的介護の取組に係る研修、事業所を支援する自治体職員向けの研修、LIFEデータを活用する研究者向けの研究会の実施

2024年
- 令和６年度介護報酬改定において入力項目等の見直しを実施

令和６年度▶
介護報酬改定
- 順次、令和６年度介護報酬改定版LIFEシステム、フィードバックをリリース
- 引き続き、研修会や研究会を実施

LIFE操作ガイド（LIFE上で公開）

LIFE利活用の手引き（厚労省HPで公開）

科学的介護情報システム（LIFE）を活用した取組

・LIFE関連加算を算定する介護事業所においては、LIFEへのデータ提出を行い、LIFEからのフィードバックの活用等により、介護の質向上に向けてLIFEを活用したPDCAサイクルを推進する。
※科学的介護推進体制加算等のLIFE関連加算においては、LIFEへのデータ提出を行うこと及びPDCAサイクルによるサービスの質向上に努めることを要件としている。

【LIFE関連加算（※）を算定する介護施設・事業所】

目標の設定と計画の作成

計画（Plan）

実行（Do）

計画等に基づいたケアの実施

PDCAサイクル

改善（Action）

フィードバックと計画書等の情報を組み合わせて、取組の評価や見直しを実施

評価（Check）

利用者および施設・事業所の現状や、取組によって生じた変化を確認

※LIFE関連加算（一部抜粋）
-科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）
-個別機能訓練加算（Ⅱ）（Ⅲ）
-ADL維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）
-リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）（Ⅱ）
-短期集中リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）
-リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（ハ）
-褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）
-褥瘡対策指導管理（Ⅱ）
-排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）
-自立支援促進加算
-かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）（Ⅲ）
-薬剤管理指導
-栄養マネジメント強化加算
-栄養アセスメント加算
-口腔衛生管理加算（Ⅱ）
-口腔機能向上加算（Ⅱ）

フィードバックの確認

■ **フィードバック（例）**
- 利用者や事業所のBMI等を時系列に見るグラフ
- 事業所のADL平均値が都道府県内の事業所と比較してどの位置か示すグラフ

LIFEへのデータ登録

■ **LIFEデータ項目（例）**
- ADL
- 身長・体重
- 口腔の健康状態　等

【厚生労働省】

フィードバックの提供

データ収集

LIFE
科学的介護情報システム

- **エビデンスに基づく施策の立案**
  – 施策の効果や課題の把握、アウトカム評価の検討
  – 介護情報基盤運用開始に向けた、介護事業所等の関係者間における情報共有の検討
- **エビデンス創出に向けた取組**
  – 研究者等への匿名LIFE情報提供の推進
  – 医療保険等の他の公的DB等との連結による詳細な解析の推進

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅳ　多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保

１．2040年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護保険事業（支援）計画について

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

国の基本指針（法第116条、９期指針：令和６年厚生労働省告示第18号）

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

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

○ 区域（日常生活圏域）の設定

○ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）

○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

○ 各年度における地域支援事業の量の見込み

○ 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標　　○ その他の事項

保険料の設定等

○保険料の設定

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

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

○ 区域（老人福祉圏域）の設定

○ 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）

○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）

○ 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標　　○ その他の事項

基盤整備

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

地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備（全体像）

市町村介護保険事業計画
（需要量の算定等）

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

調整

都道府県介護保険事業支援計画
（基盤整備）

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

新たに計画への位置付け

- **市町村**に加えて、**都道府県においても2040年に向けた中長期的な推計**を実施

⇒　都道府県と市町村が共通の課題認識をもつ

- 中長期的な推計を踏まえ、**地域における2040年に向けたサービス提供の在り方**について**都道府県・市町村及び関係者間で議論**

⇒　中山間・人口減少地域対応、高齢者向け住まいなど、**中長期的な推計を踏まえた地域課題への対応**

⇒　医療介護連携、人材確保・生産性向上など、市町村を越えた広域的な議論が必要な課題については、**圏域単位等での議論**も実施

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

<table>
<tr><th></th><th>検討の観点</th><th>検討のためのデータ</th></tr>
<tr><td>大都市部
・
一般市等</td><td>【大都市部】
● 高齢者人口が2040年にかけて増加し続け、介護サービス需要の増加が見込まれるが、一方で、生産年齢人口の減少により介護人材の確保が更に困難となる中、需要に対応するため、新たな介護サービス事業者や担い手となる人材を持続的に確保し続けることができるか。等

【一般市等】
● 高齢者人口やサービス需要の増減率やピークとなる時期は多様であり、同一市町村内には、「大都市部」や「中山間・人口減少地域」に相当する特色を有する地域もある等、丁寧に議論の単位となる地域を設定し、介護サービス提供体制の議論を行うことが必要。住民の理解のもと、地域の実情に応じ、柔軟な対応を講じていくことができるか。　等</td><td rowspan="2">○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討。
● 人口推計（2040、2050）
● 認定者数、受給者数
● 介護サービス見込量
● 介護サービス事業所、医療機関数
● 高齢者向け住まい（有料、サ高住、軽費、養護等）の戸数、入居者の状況　等
● 介護人材確保の状況
● 医療介護連携・在宅医療の状況
● 介護保険施設、居住系サービスの医療ニーズへの対応状況

○区域内にアクセスの課題がある地域が含まれる場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討。
● 当該地域に居住する利用者へのサービス提供に関する支援
● 隣接市町村等を通じた介護・医療サービスの確保　　等</td></tr>
<tr><td>中山間・
人口減少地域</td><td>● 高齢者人口が増減し、介護サービス需要の状況が2040年までの間に増加から減少へ転じることが見込まれ、既に、中山間や人口減少エリアを抱えている地域もあるが、このような地域において、2040年やその先に向けても持続可能な介護サービス提供体制や介護人材を確保・維持できるか。
● 介護サービスや介護人材が既に相対的に極めて少ない中で、中山間・人口減少地域を対象とした新たな取組の活用や周辺自治体からの介護サービスや介護人材確保や異なる法人・サービス種別も含めた事業者間連携等を通じて、必要な介護サービスの提供が継続される体制を確保することを議論してはどうか。</td></tr>
</table>

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ⅳ　多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保

２．給付と負担

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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）

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>

（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上）

◆　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。

（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。

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）。

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）

◆　**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）**（続き）

・　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。

（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）

◆　**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。

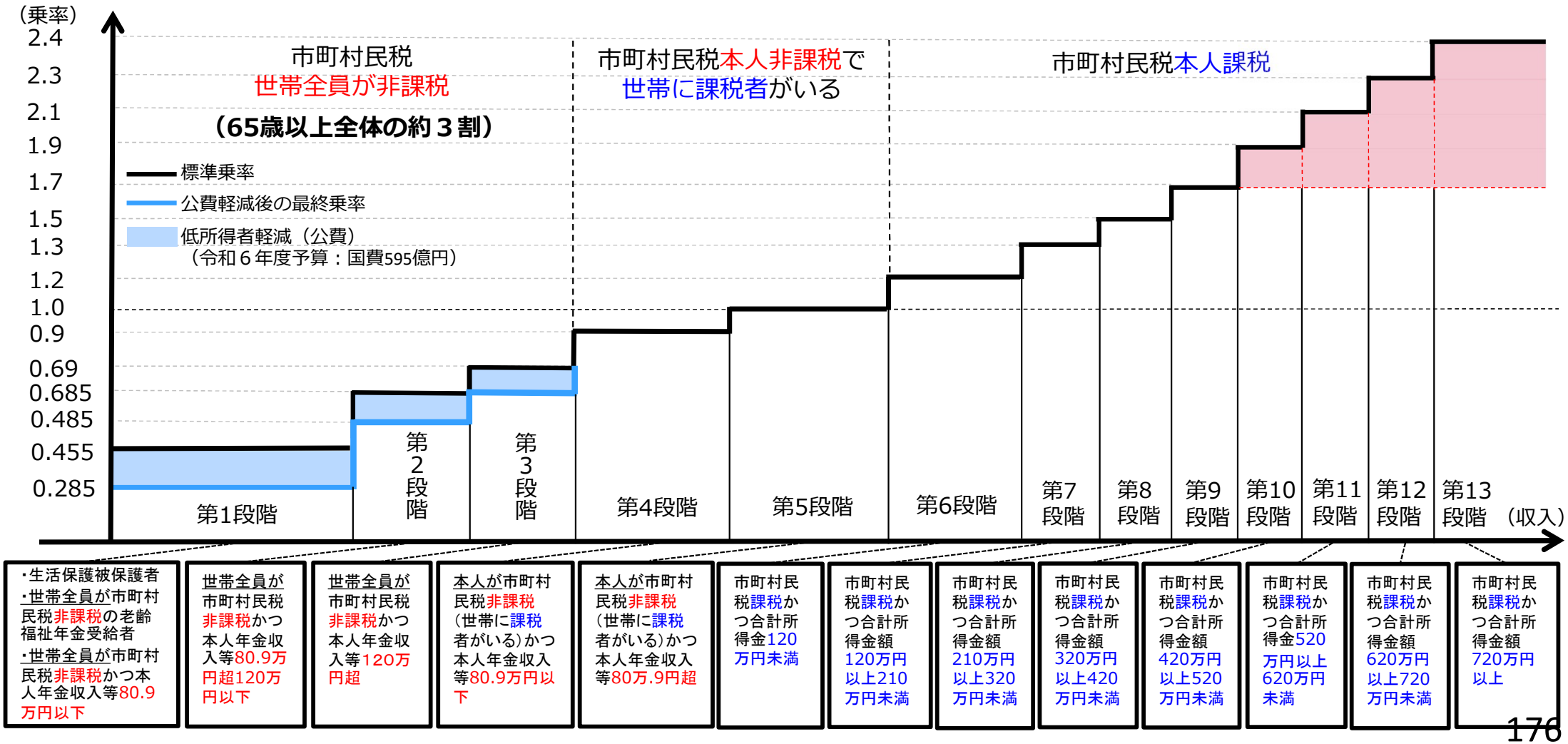
・　介護における「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。

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）



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号保険料に関する見直しの成案（標準９段階から標準13段階への見直し）

○　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。

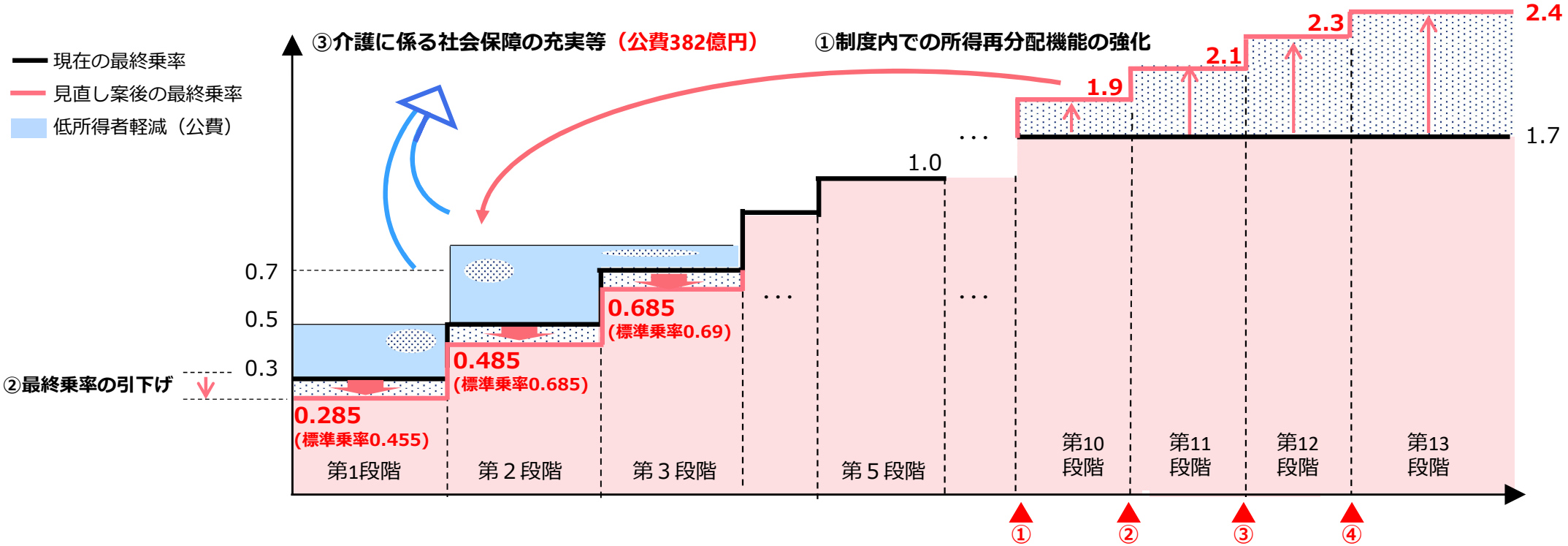
※　介護保険制度においては、調整交付金によって、保険者ごとの所得分布状況に係る調整を行っているところ、この所得調整機能を強化するため、標準９段階を用いている現行の調整方法についても、保険料設定方法の見直しに併せて、標準13段階を用いた調整方法に改める。

○　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

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%

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）

（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	世帯全員が非課税	本人年金収入 ８０万円超１２０万以下				1	0	6	100	207	標準1248	0	3	1	7					
第３段階	世帯全員が非課税	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	本人非課税	８０万円超														2	0	1	標準1569	1

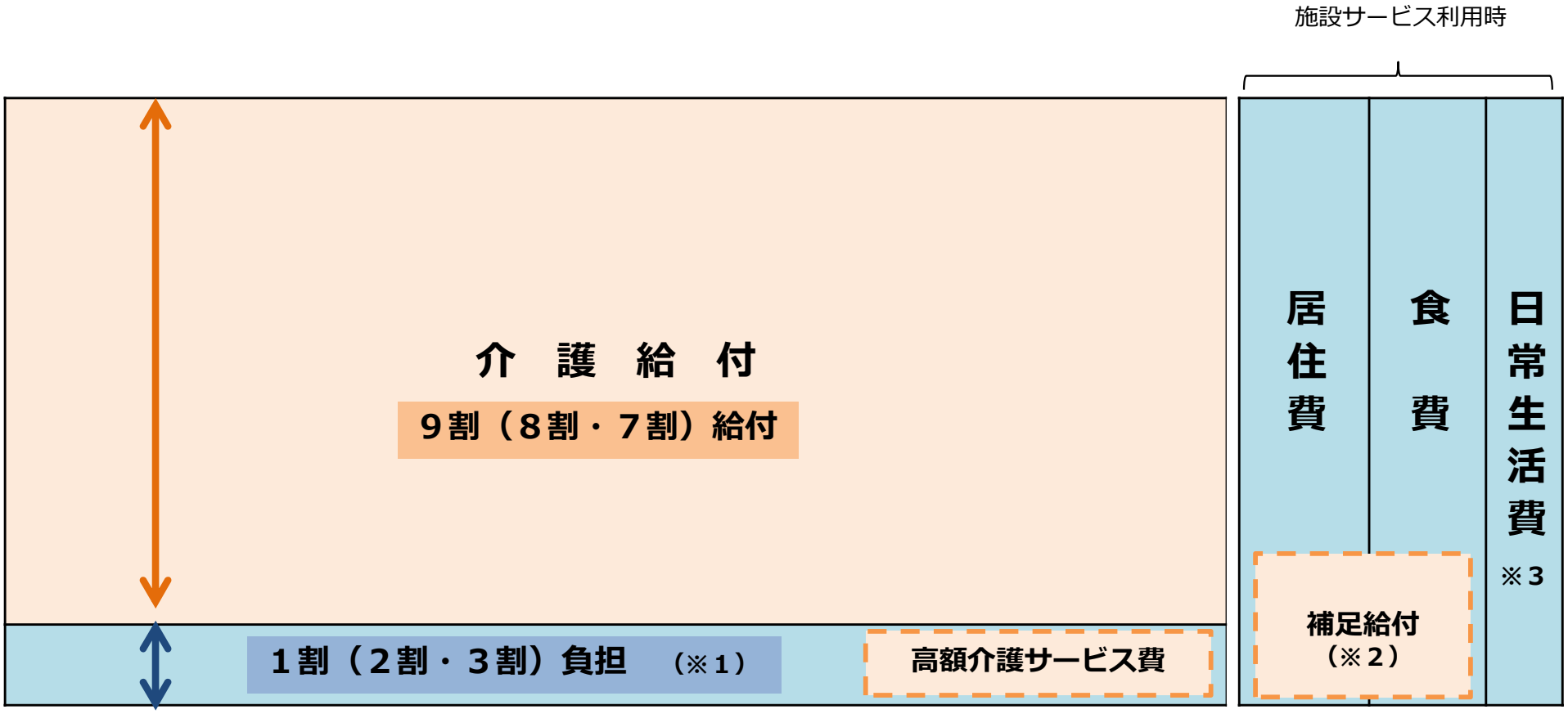
○低所得者軽減を反映した後の乗率

			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	世帯全員が非課税	本人年金収入 ８０万円超１２０万以下	4	0	97	188	標準1262	8	13						1					
第３段階	世帯全員が非課税	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）

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

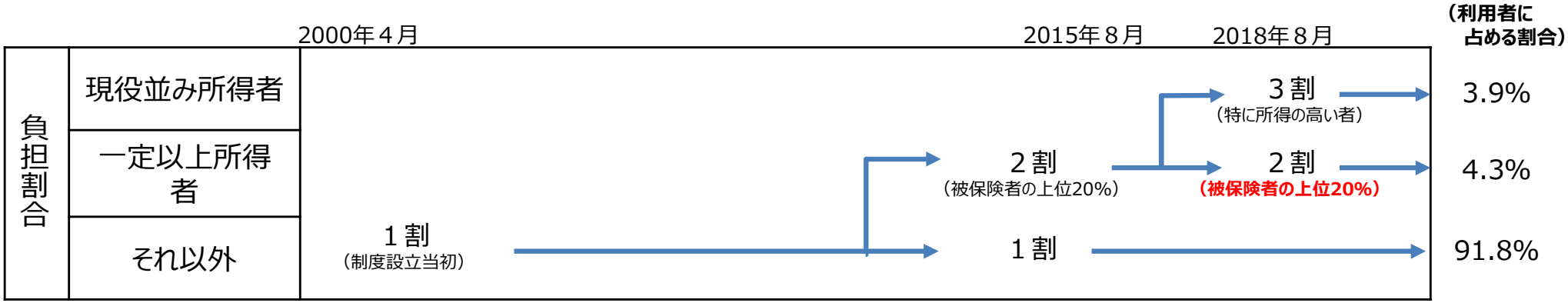
○介護保険の利用者負担は、制度創設以来１割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
○介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担

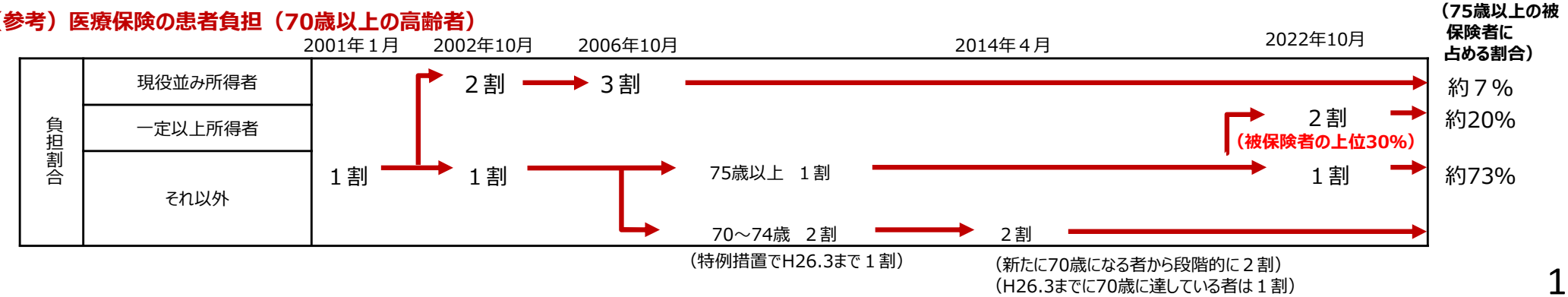
	負担割合
現役並み所得者 年金収入等　340万円以上（※１）	３割
一定以上所得者（被保険者の上位20%） 年金収入等　280万円以上（※2）	２割
それ以外 年金収入等　280万円未満	１割

※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（令和７年）

モデル年金(厚生年金)
年金収入等196万円

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

上位30%

上位25%

【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…3.９%

年金収入 ＋その他合計所得金額	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～
合計所得金額 （○円以上～○円未満）	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～
被保険者数 （千人）	557	662	725	709	749	765	703	655	561	500	435	402	354	332	4712
割合の累計値 （上位○%）	35.8%	34.2%	32.4%	30.3%	28.4%	26.3%	24.1%	22.2%	20.4%	18.8%	17.4%	16.2%	15.1%	14.1%	13.1%

所得分布は令和７年４月１日現在
利用者ベースの累計割合は、介護保険事業報告（令和７年７月）による

○　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、利用者負担に関して、意図せざる影響や不利益が生じないよう、所得指標の見直しを実施している。

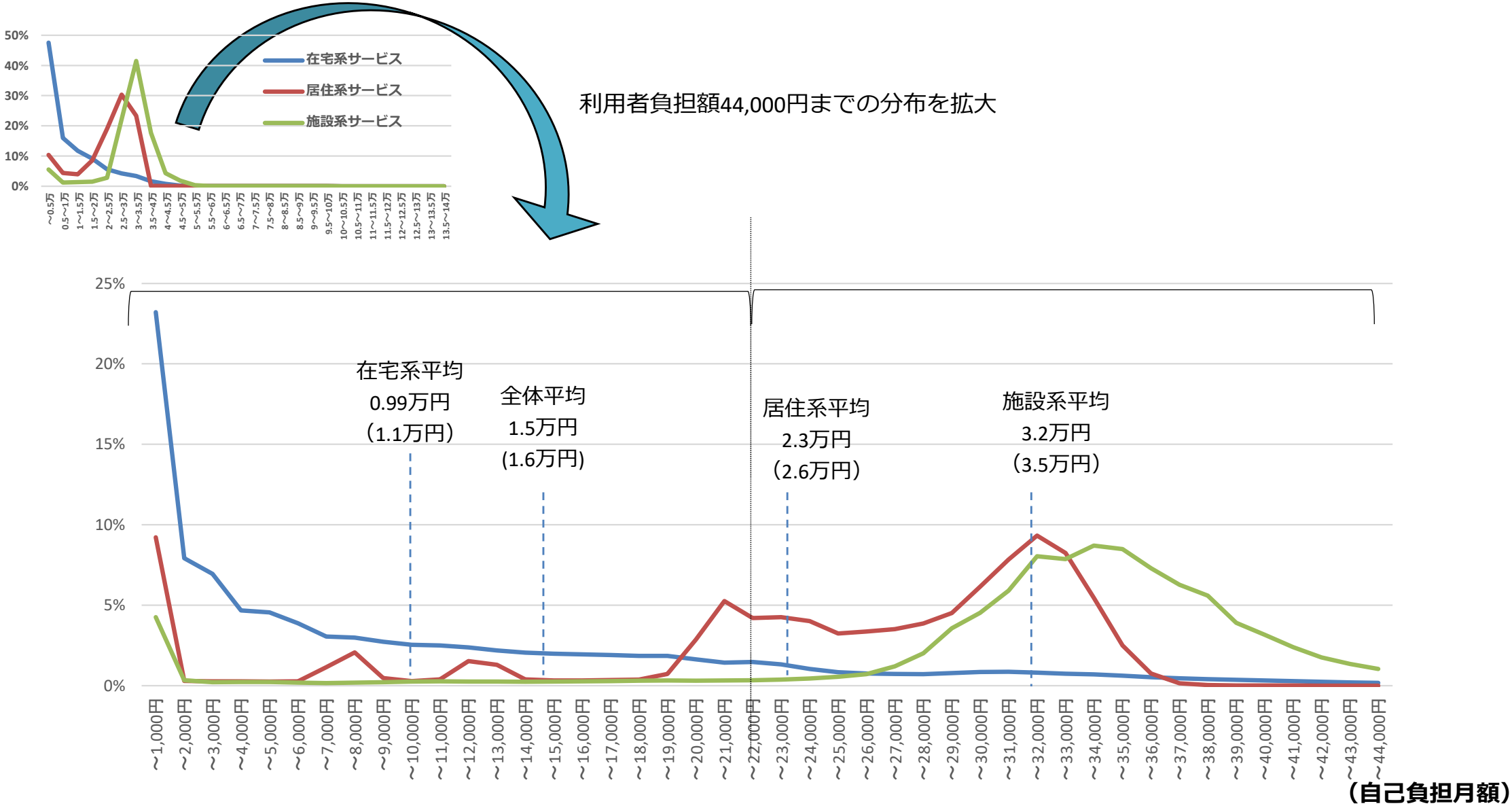
医療・介護のサービス利用状況

○　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　平均自己負担月額は、高額介護サービス費の限度額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　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。これを踏まえ、下位10%を除いた場合の平均値を括弧内に記載している。
注３「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４「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５「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
出典）介護DB特別集計（2025年７月データ）

「一定以上所得」の判断基準の見直しについて

○　拡大する場合の想定されるパターンについての機械的な選択肢と財政試算（粗い試算）は次のとおり。これを踏まえ、見直し後の基準について、どのように考えるか。

配慮措置①：当分の間、新たに負担増になる者に、負担増加の上限（月7,000円）を設定

	財政影響			影響者数
	給付費	保険料	国費	
260万円（夫婦326万円）	▲約80億	▲約40億	▲約20億	約13万人
250万円（夫婦316万円）	▲約120億	▲約60億	▲約30億	約21万人
240万円（夫婦306万円）	▲約170億	▲約80億	▲約40億	約28万人
230万円（夫婦296万円）	▲約210億	▲約100億	▲約50億	約35万人

配慮措置②：預貯金が一定額以下の者は申請により１割負担に戻す

【単身：700万円、夫婦1,700万円の場合】

	財政影響			影響者数	申請により１割に戻る人数
	給付費	保険料	国費		
260万円	▲約80億	▲約40億	▲約20億	約7万人	約6万人
250万円	▲約110億	▲約60億	▲約30億	約11万人	約10万人
240万円	▲約140億	▲約70億	▲約40億	約14万人	約14万人
230万円	▲約170億	▲約80億	▲約40億	約16万人	約19万人

【単身：500万円、夫婦1,500万円の場合】

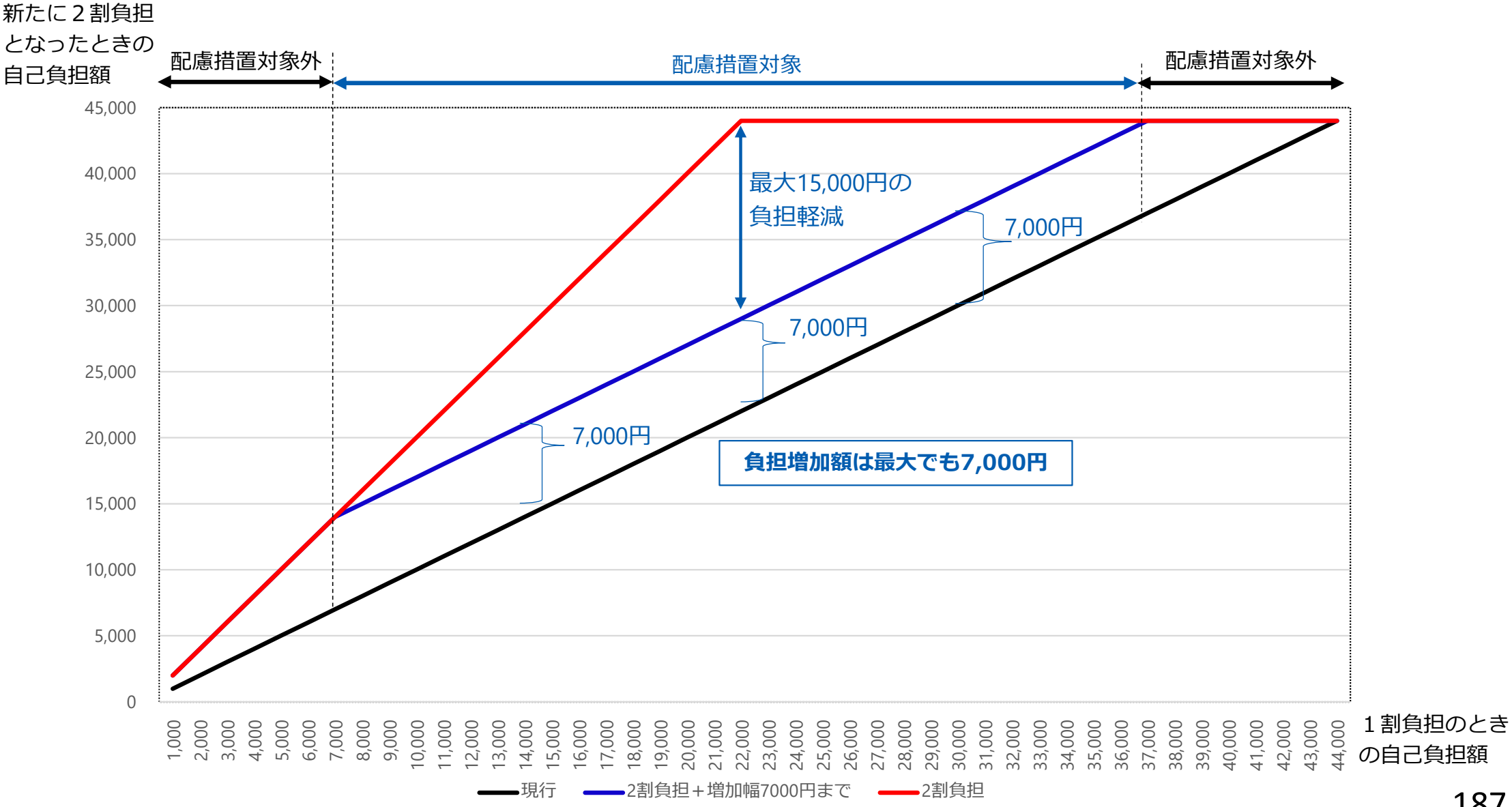
	財政影響			影響者数	申請により１割に戻る人数
	給付費	保険料	国費		
260万円	▲約90億	▲約40億	▲約20億	約8万人	約5万人
250万円	▲約140億	▲約70億	▲約40億	約13万人	約8万人
240万円	▲約160億	▲約80億	▲約40億	約16万人	約13万人
230万円	▲約190億	▲約100億	▲約50億	約19万人	約17万人

【単身：300万円、夫婦1,300万円の場合】

	財政影響			影響者数	申請により１割に戻る人数
	給付費	保険料	国費		
260万円	▲約90億	▲約50億	▲約20億	約9万人	約4万人
250万円	▲約140億	▲約70億	▲約40億	約14万人	約7万人
240万円	▲約190億	▲約90億	▲約50億	約18万人	約10万人
230万円	▲約220億	▲約110億	▲約60億	約22万人	約14万人

配慮措置案１（負担上限額の設定）のイメージ

○　急激な負担増を抑制するため、新たに２割負担になる者の負担増加額について、当分の間、一月分の１割負担の場合と比べた負担増を最大の場合（月22,200円）の約1/3である、月7,000円に抑える。



配慮措置案２（預貯金要件）のイメージ

○　新たに２割負担の対象となる方について、預貯金等が一定額以下の者は申請により１割負担に戻す仕組みを想定。

※　介護保険制度内に既にある、補足給付（申請により施設の食費・生活費の負担軽減）と同様の仕組みを想定。

- 対象となる預貯金等は、補足給付と同様に、預貯金（普通・定期）、有価証券（株式、国債、地方債、社債など）、投資信託、現金、負債（借入金・住宅ローン等）とし、通帳の写し等の疎明資料を添付し、自己申告。
- 各保険者は、あらかじめ同意を得た上で、預貯金の状況について、必要に応じて、金融機関に照会。
- 補足給付と同様に、不正受給が発覚した場合の給付額の返還に加えた加算金の徴収規定を設ける。

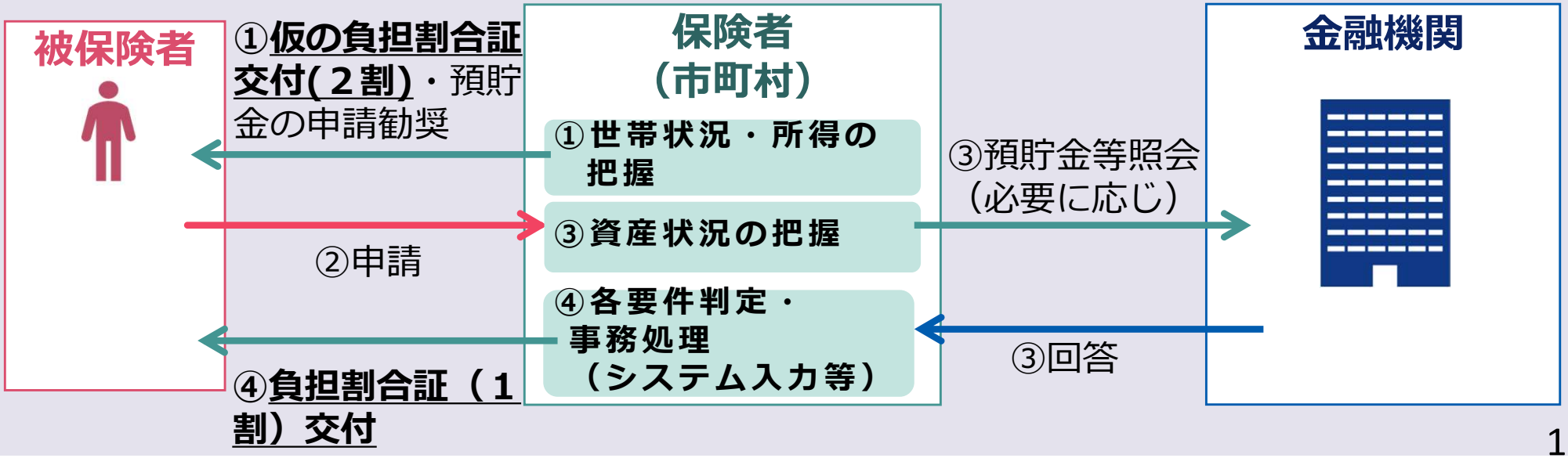
預貯金要件の確認の主な流れ

①　要介護･要支援認定を受けている方に対して、毎年、保険者（市町村）において世帯状況･所得状況の把握を行い、利用者負担割合の判定を実施し、新２割負担に該当し得る者にその旨を記載した仮の負担割合証を発行し、預貯金の申請を勧奨する。

②　勧奨を受けた被保険者のうち、預貯金が一定額以下の者は、申請。

③　保険者において、預貯金等の額を確認し、要件を満たすかの判定を実施。その際、預貯金等の額が真正なものかを確認するため、必要に応じて金融機関への照会を実施。

④　要件を満たしている場合には、１割負担の認定証を作成･交付。



配慮措置案２（預貯金要件）における保険者事務の負担の軽減について

仮に、新たに2割負担の対象となる方について、預貯金の額が一定額の以下の場合に1割負担とする場合、以下の様な事務処理の軽減が必要と考えられる。

１．負担割合の切り替え時期の後ろ倒し

○　現在、利用者負担の割合は、毎年市町村が6月に所得を把握し、負担割合証を発行して8月から切り替えているが、預貯金等の申告により1割負担に戻す事務を行う場合、このスケジュールでは対応が困難と考えられる。

○　このため、例えば、負担割合の切り替え時期を10月とし、7～8月頃に負担割合証を発行し、預貯金の勘案により1割負担となる可能性のある対象者にはその旨を記載した負担割合証を発行して申請を勧奨した上で、10月までに新たな負担割合を適用することが考えられるのではないか。

○　この場合、高額介護サービス費や補足給付の切り替え時期も合わせることにより、全体的な認定事務の処理期間に余裕を持つことにより、負担の平準化を図ることが考えられるのではないか。

２．預貯金要件の確認事務

○　預貯金等の申告事務は、現在の補足給付の事務をベースにしつつ、事務負担の軽減の観点から、預貯金の基準に係る確認は、例えば２年に１度とし、その間に預貯金の変動があった場合には申告すること、また、必要に応じ保険者が金融機関に照会を行うことについて同意を得ることとしてはどうか。

○　併せて、補足給付の預貯金事務についても、事務負担の軽減を検討してはどうか。

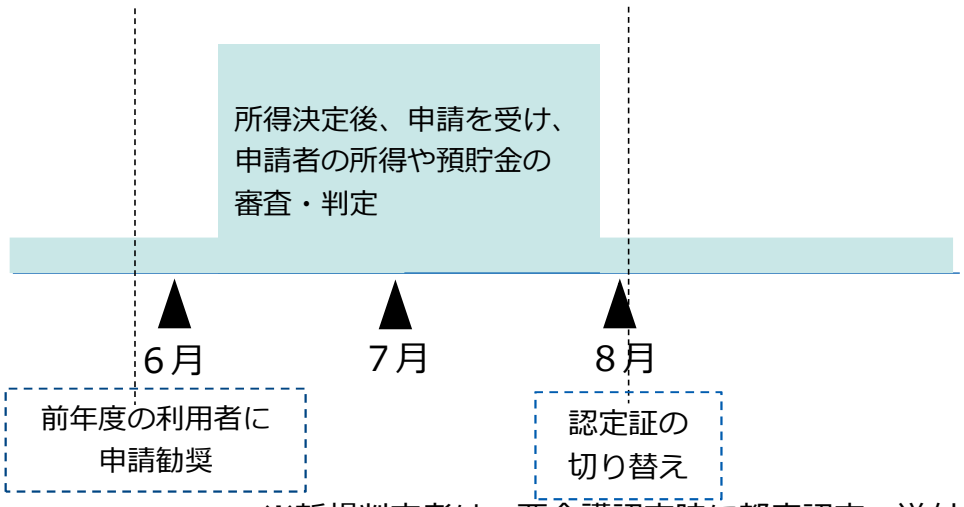
※　具体的な運用については、市町村や関係者の意見を聞きつつ、さらに検討。

補足給付における保険者事務の負担の軽減について

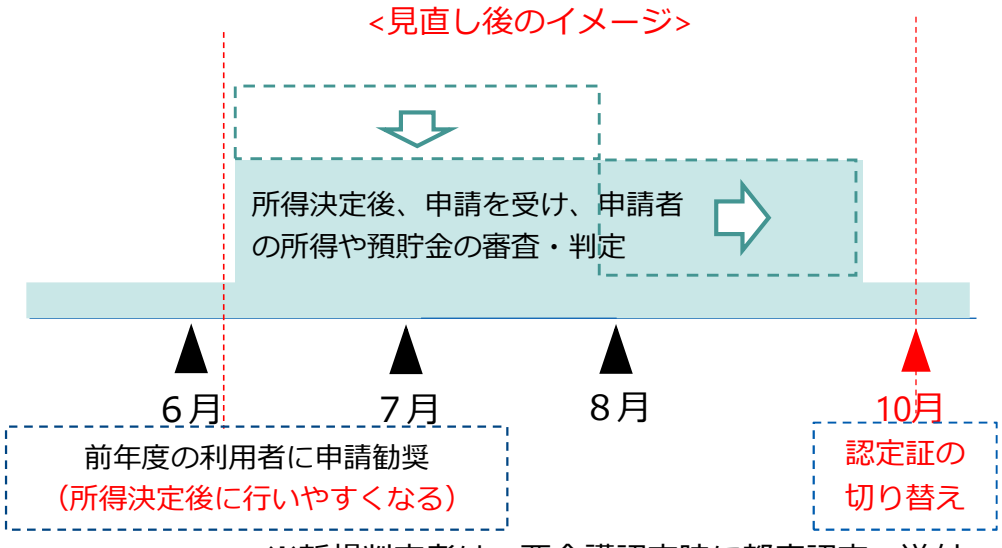
1．負担限度額認定証の切り替え時期の後ろ倒しによる事務負担の平準化

○　補足給付の事務では、毎年、前年度の利用者に申請勧奨を行い、前年度の所得が判明する６月から負担限度額認定証が切り替わる８月までの間に、申請を受け付け、所得や預貯金額等の審査・判定を行っており事務が集中。

○　このため、例えば、負担限度額認定証の切り替え時期を10月とし、所得や預貯金額等の審査・判定事務の負担を平準化することが考えられるのではないか。



※新規判定者は、要介護認定時に都度認定・送付



※新規判定者は、要介護認定時に都度認定・送付

2．預貯金等の確認事務の効率化

○　令和３年の地方分権提案にて、預貯金等の変動により対象外となる件数が少ない一方、毎年の確認が申請者及び保険者の大きな負担になっていることから、負担限度額認定証の有効期間を２年とする提案がなされている。

○　これを受け、令和３年度に、地域の実情に応じて市区町村の判断により有効期限の設定が可能であること等を明確化したが、こうした経緯を踏まえ、例えば、預貯金等の確認を２年に１度とすることや、新規判定と定期判定とで確認事務の内容を変える等により、預貯金等の確認事務の効率化が考えられるのではないか。ただし、見直しによって事務が複雑化し、かえって事務負担の増加につながることがないよう留意する必要がある。

上記１及び２の内容を念頭に、市町村や関係者の意見を丁寧に聞きつつ、補足給付における保険者事務の負担軽減について、今後も検討事項とすることが必要ではないか。

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

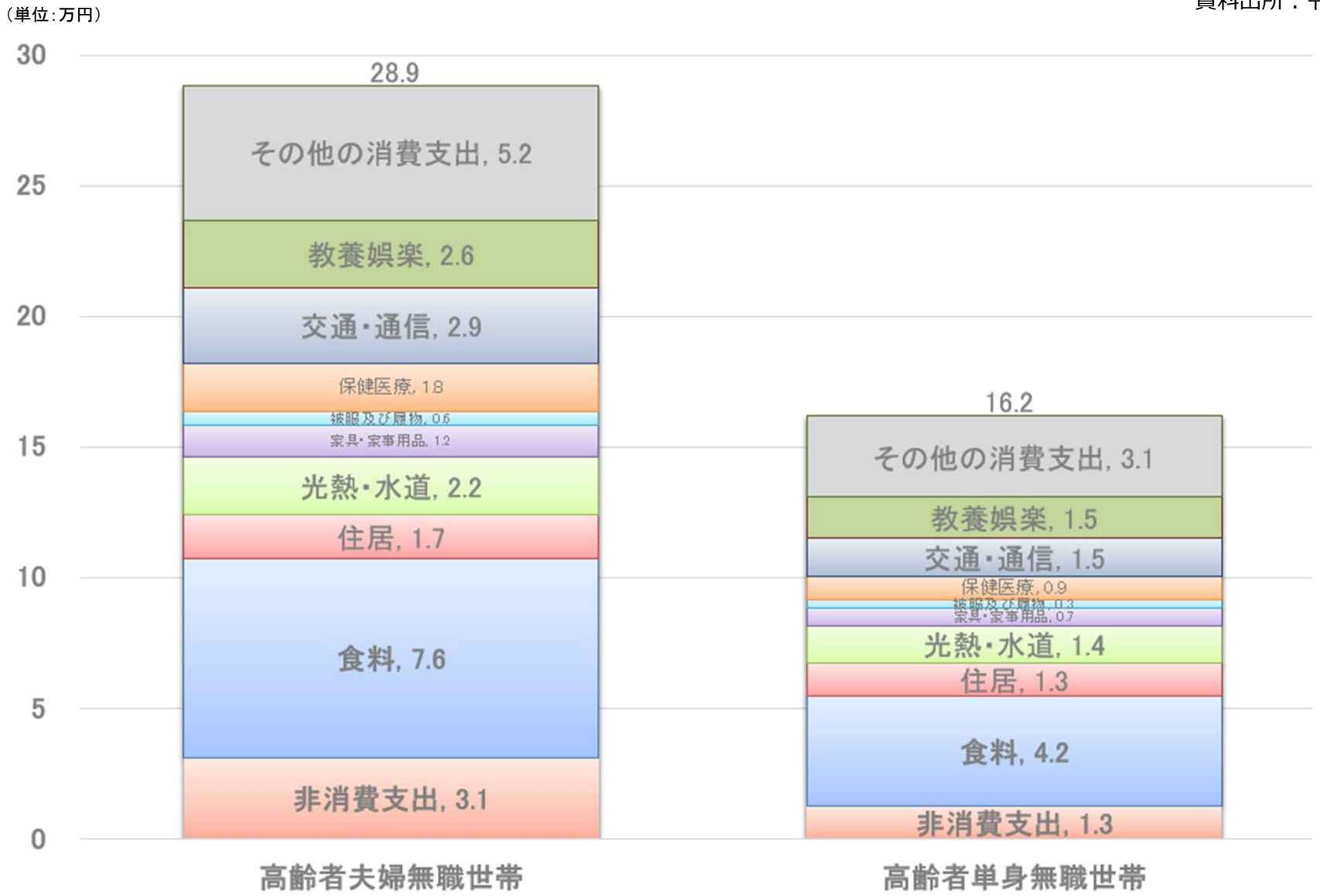
（単位：円）

	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。

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

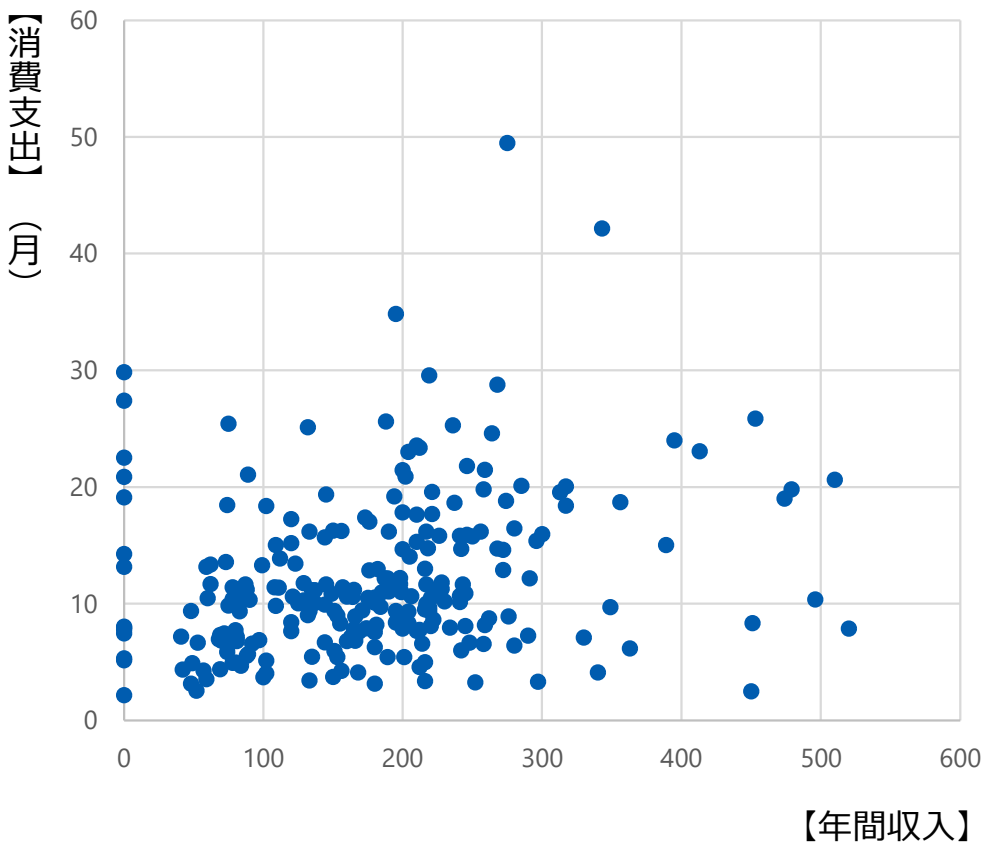


※　高齢者夫婦無職世帯：男65歳以上,女60歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は65歳以上の無職世帯を集計。
※　高齢者単身無職世帯：65歳以上の単身無職世帯を集計。
※　数値は月額平均。保健医療支出は医薬品、健康保持用摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービスに係る費用からなる。介護サービスの自己負担分は「その他の消費支出」に含まれる。

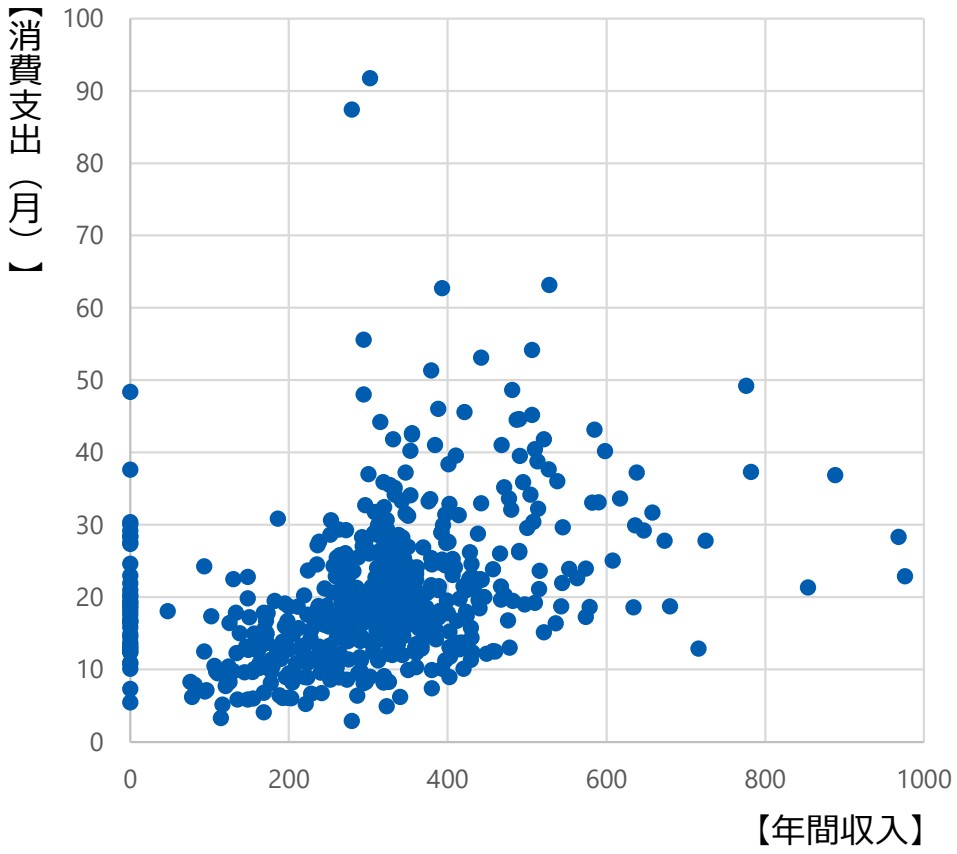
７５歳以上の単身世帯及び夫婦世帯（要介護（要支援））の収入と消費支出の分布

- 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、200±50万円は104世帯、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、266±50万円は157世帯、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。

高齢者（世帯主75歳以上世帯）の貯蓄の状況

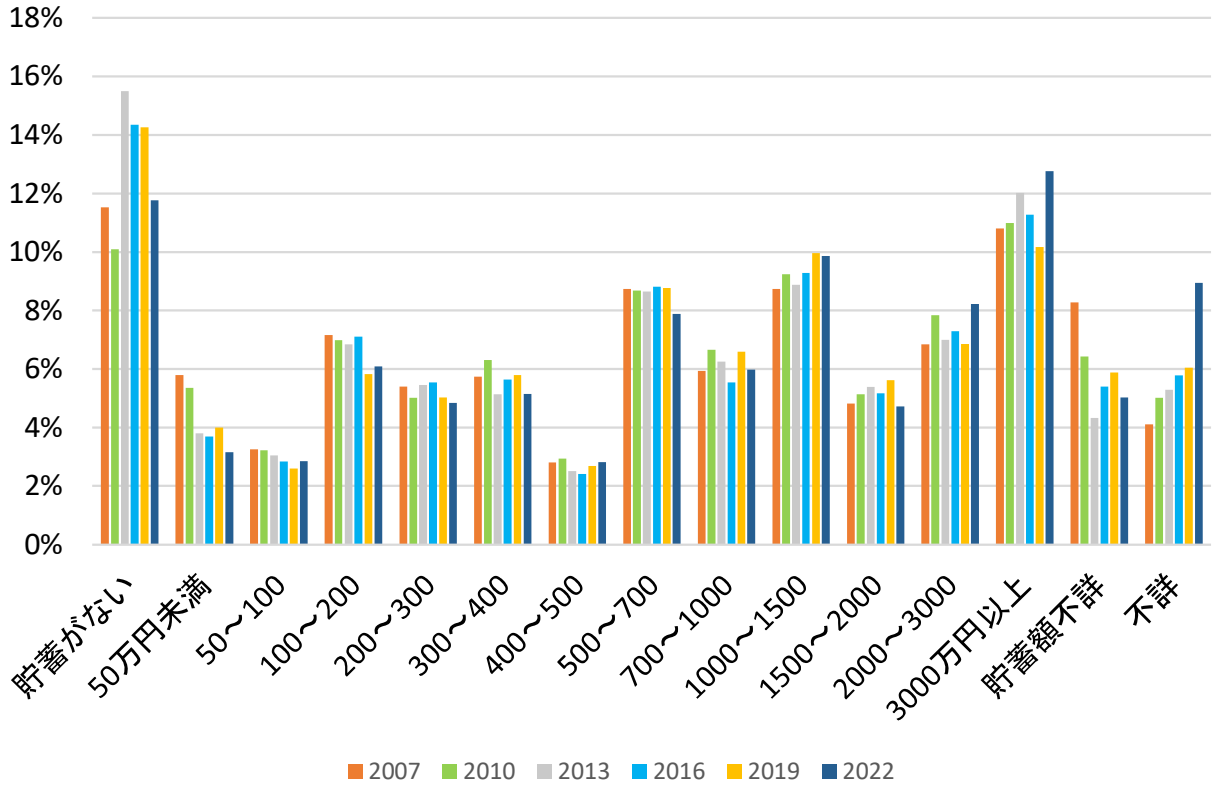
○　世帯主年齢７５歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,300万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,500万円台へと増加。
○　分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

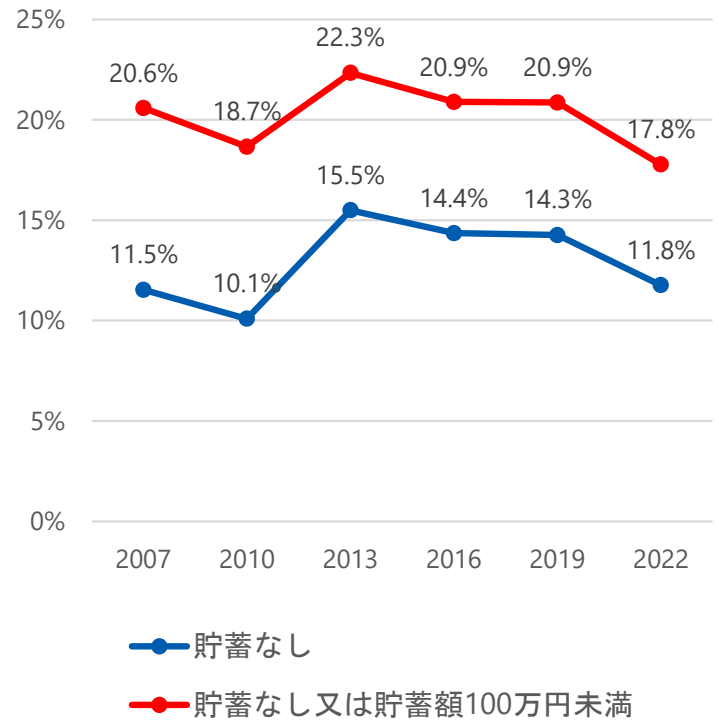
●平均貯蓄額　※千円単位で四捨五入

	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

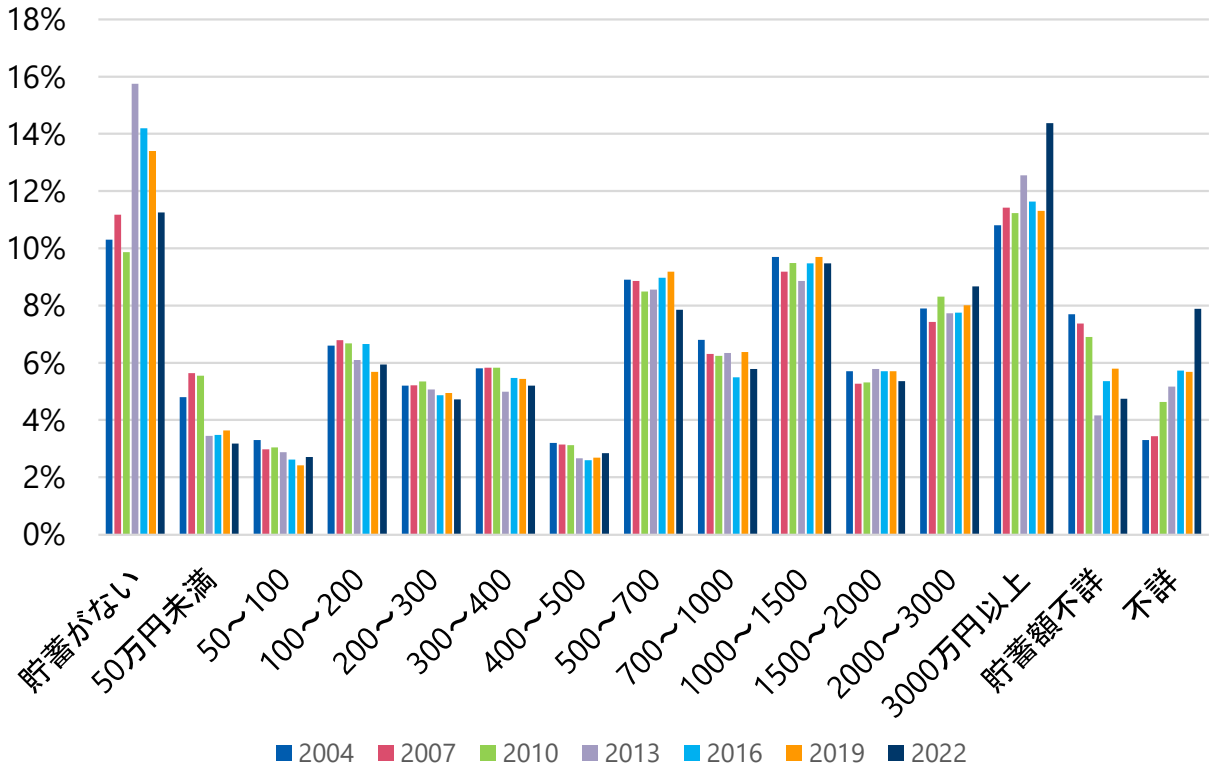
○　世帯主年齢６５歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,400万円台からやや減少傾向で推移していたところ、2022年に約1,600万円台へと増加。
○　分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

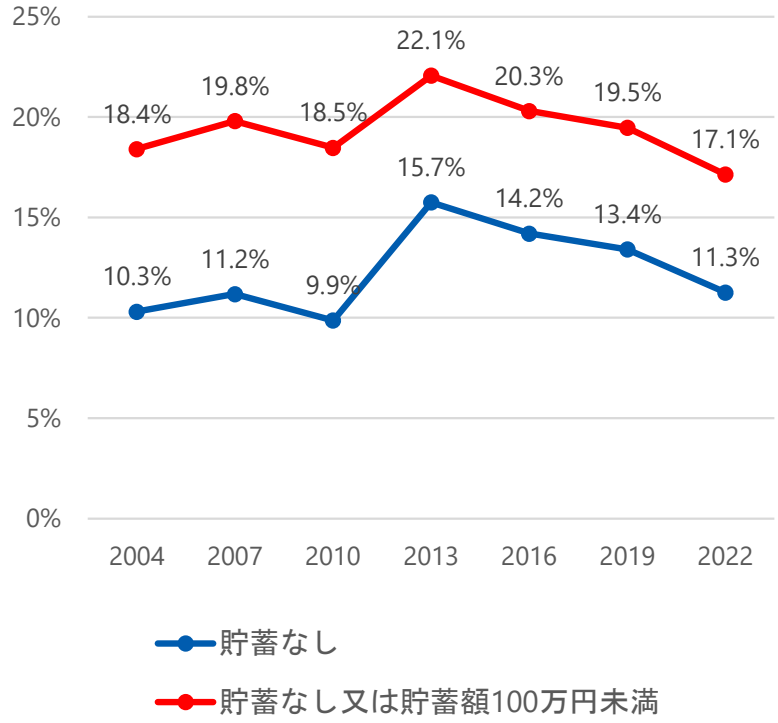
●平均貯蓄額　※千円単位で四捨五入

	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

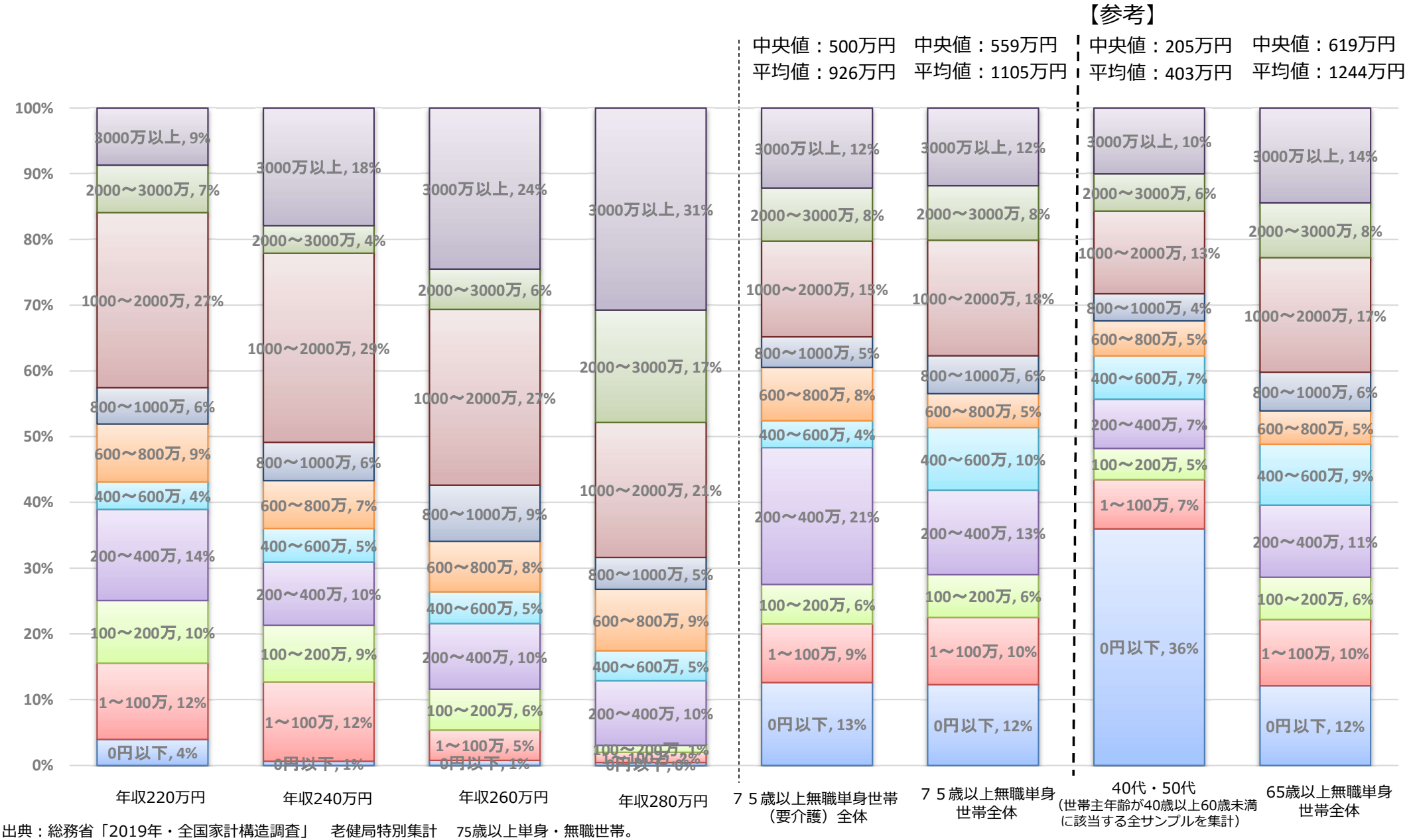


●貯蓄なし又は100万円未満の世帯数推移



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。



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。

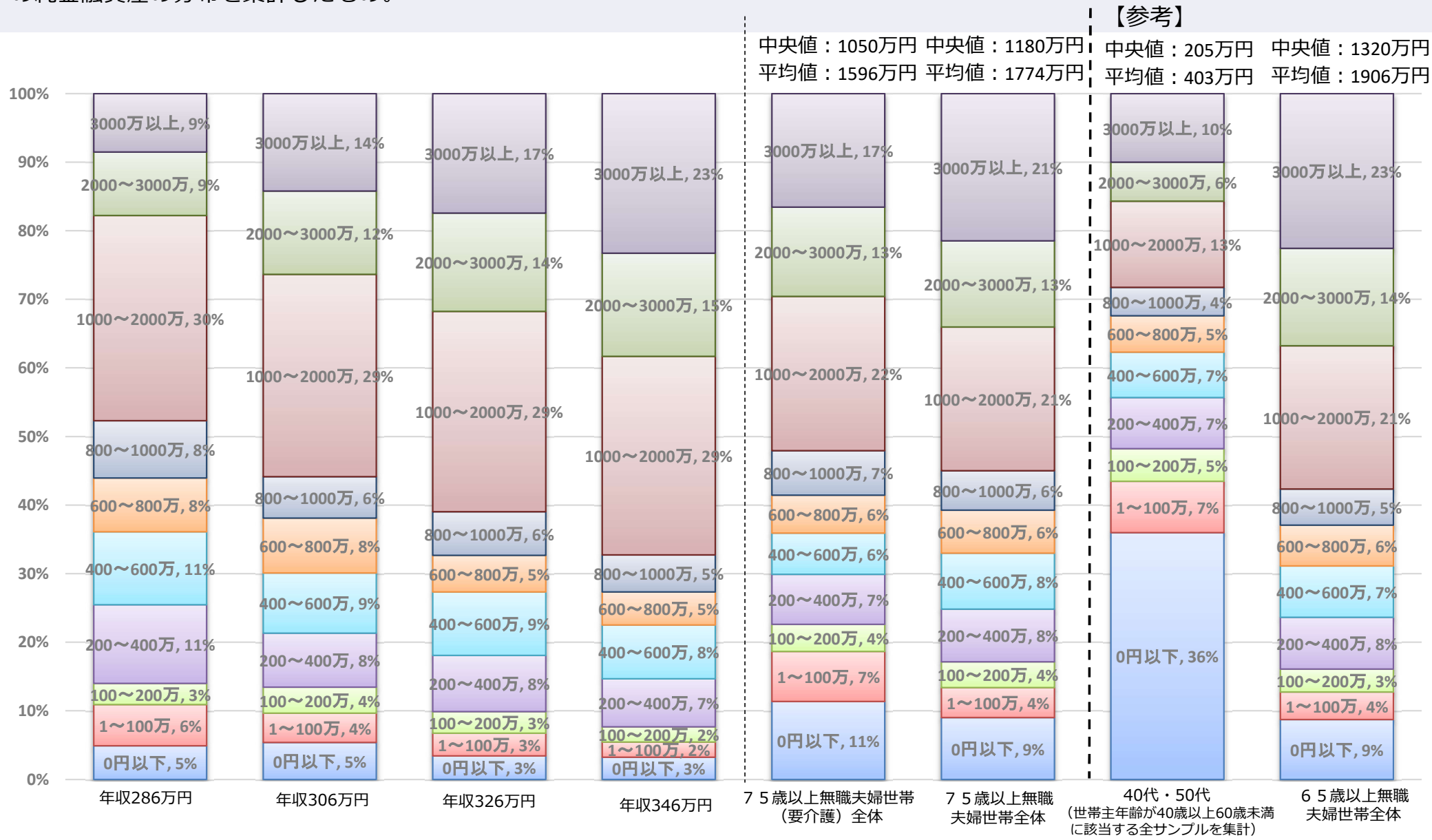
※1　それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルを集計しており、年収200万 716世帯、年収220万 661世帯、年収240万 559世帯、年収260万 438世帯、年収280万 313世帯。

※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　「全体（要介護あり）」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。「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。



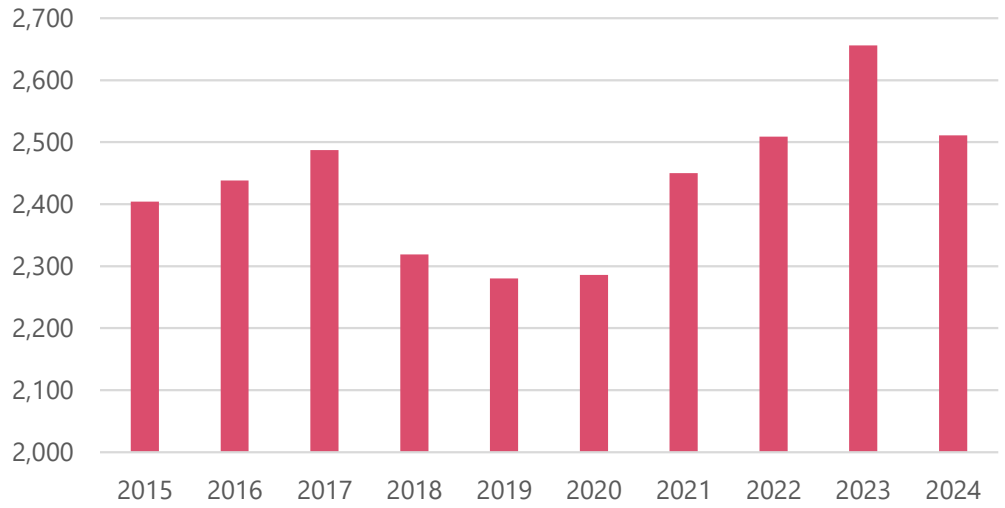
出典：総務省「2019年・全国家計構造調査」　老健局特別集計　65歳以上夫婦のみ,無職世帯かつ世帯主が75歳以上の世帯。介護認定を受けている世帯に限定した集計。
※1　それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルを集計しており、年収266万 146世帯、年収286万 187世帯、年収306万 212世帯、年収326万 197世帯、年収346万 190世帯。
※2　純金融資産は、貯蓄現在高から借入金残高を控除した値として集計している。
※３　「全体（要介護あり）」は75歳以上の夫婦世帯（要介護（支援）認定者）に該当する全サンプルを集計。「全体」は要介護（支援）認定者ではない75歳以上の夫婦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。

高齢者の貯蓄の状況

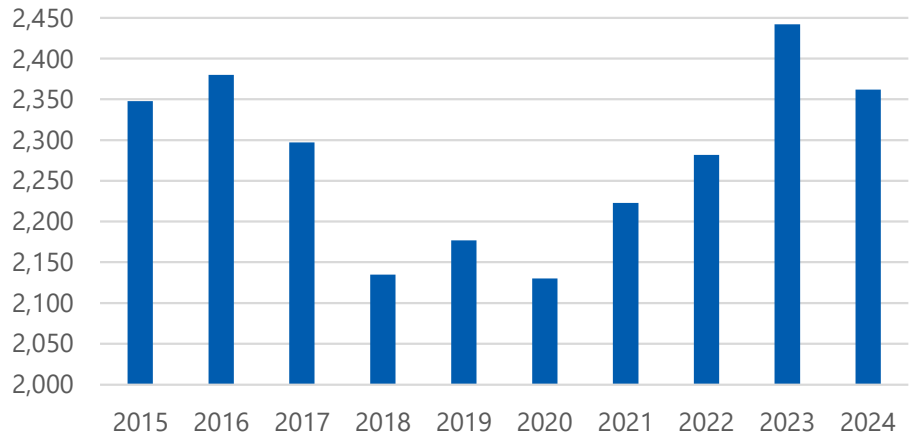
○　高齢者世帯の平均貯蓄額は2024年には減少したが、それ以前は増加傾向。2024年の水準は2022年以前と比較して低いものではない。

資料出所：各年の家計調査年報を基に作成

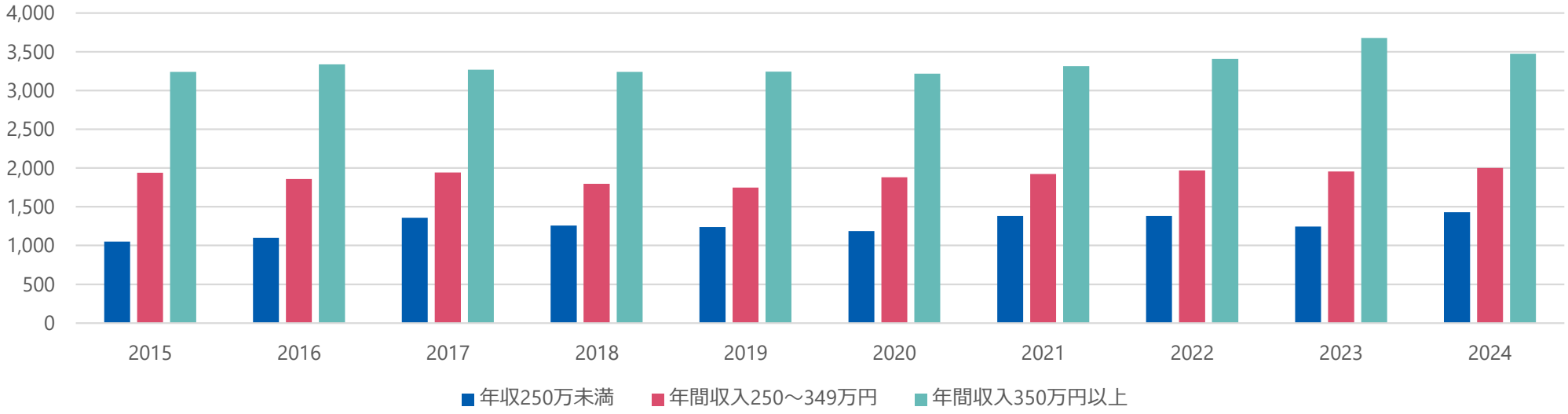
○世帯主が75歳以上の無職世帯の平均貯蓄額



○65歳以上の夫婦一組の世帯(無職世帯)の平均貯蓄額



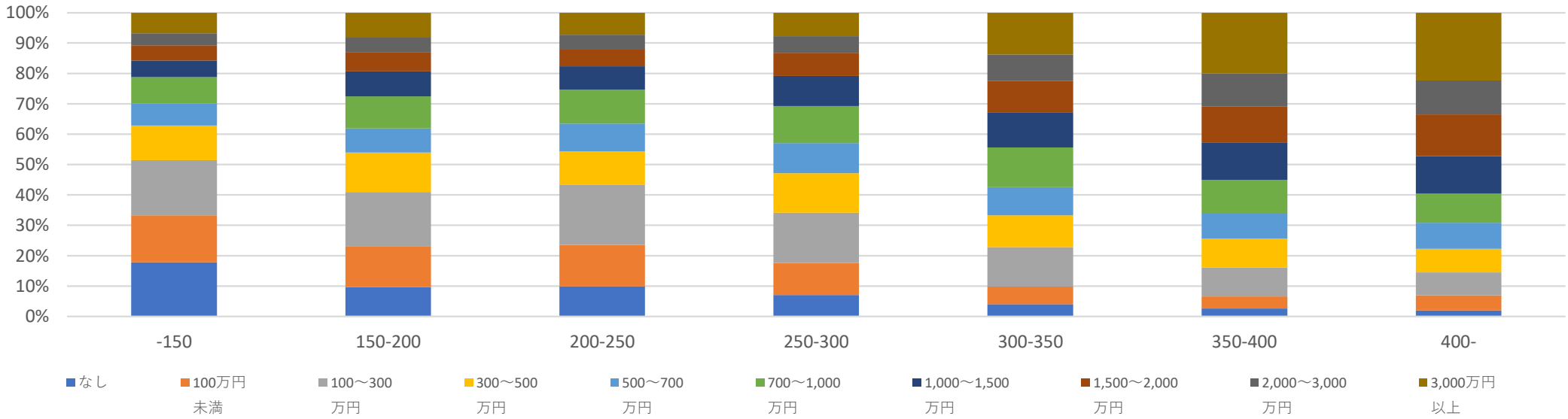
○高齢者世帯(男65歳以上,女60歳以上の者のみから成る世帯で少なくとも一人は65歳以上)の無職世帯の平均貯蓄額（収入階級別）



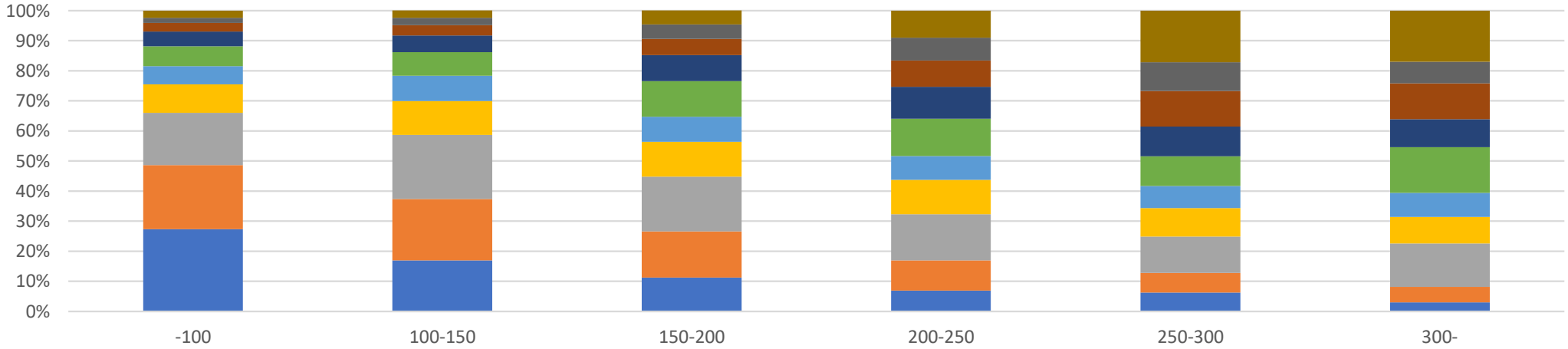
年金受給者の公的年金額と貯蓄額

○　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）】



資料出所：年金制度基礎調査（老齢年金受給者実態調査）令和4年より貯蓄額不詳を除いて作成

生涯平均年収と公的年金額（機械的試算）※単身世帯

○　公的年金額（厚生年金＋基礎年金）について、以下の前提を置いて、生涯平均年収に応じた年金額の機械的試算を行った。（※単身世帯を想定）

<試算の前提>

- 40年間会社員として働き、厚生年金（報酬比例部分）＋基礎年金を受給すると仮定。生涯の平均年収を仮定した上で、平均標準報酬額を算出。
- この平均標準報酬額と、令和７年度の昭和21年４月２日以降生まれの者に係る乗率（5.481/1000）と再評価率（0.922）を用いて報酬比例部分を機械的に計算。（平均標準報酬額×0.922×5.481/1000×480月）
- 基礎年金額は69,308円（月額、令和７年度）と仮定し、報酬比例部分と合算。

年金額（万円）	平均標準報酬額（万円）	平均生涯年収（万円）
200	48	577
210	52	627
220	56	676
230	60	726
240	65	775
250	69	825
260	73	874
270	77	924
280	81	973

今回の検討の対象となっている所得層について、収入がすべて公的年金と仮定した場合、この機械的な試算では、生涯平均年収は約730万円～約870万円の範囲となる。

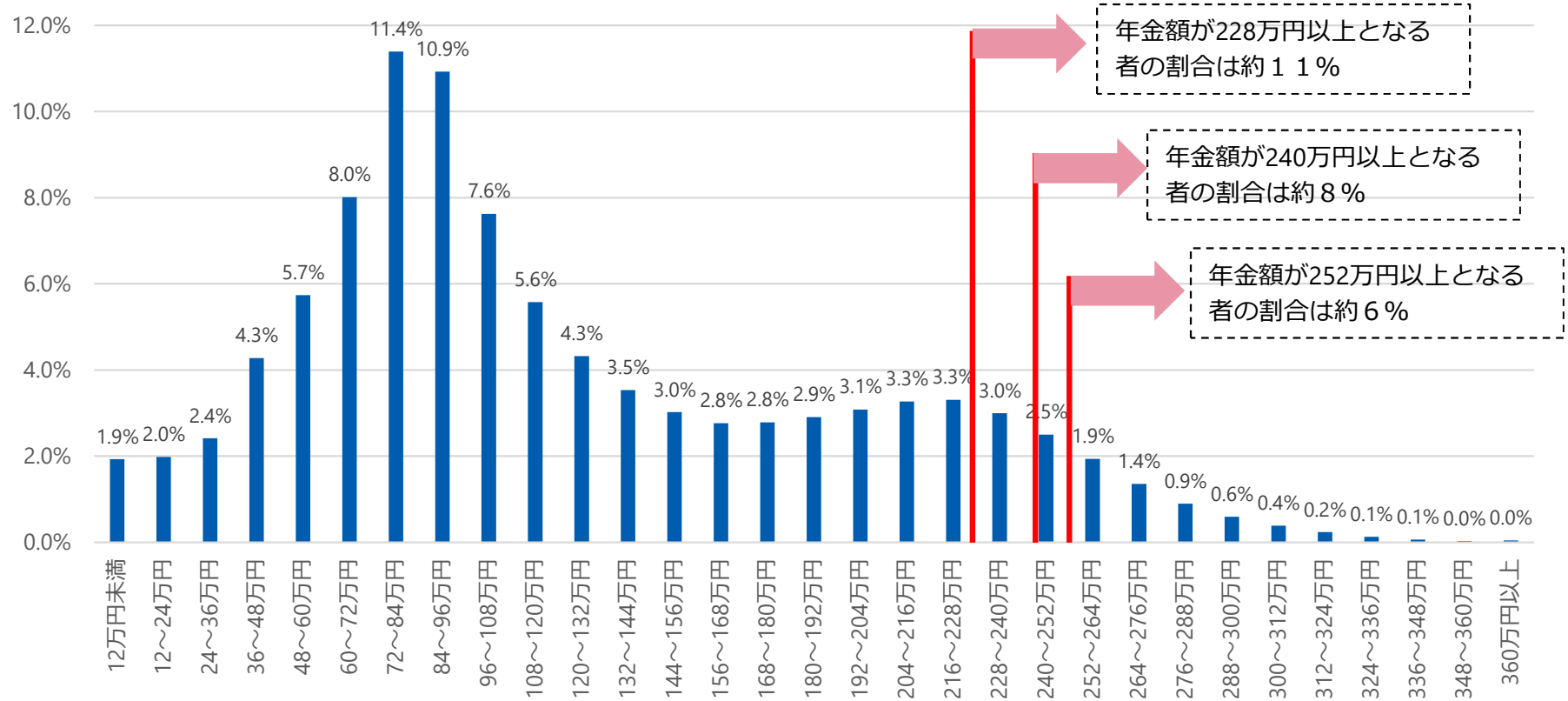
【参考】

- 企業規模1000人以上の①初任給は297万円、②部長級の年収は約1317万円（令和6年賃金構造基本統計調査）。20歳時点の年収を①、55歳時点の年収を②として、20～55歳までは賃金は線形で増加し、55歳以降は一定で推移する賃金カーブを仮定すると生涯平均年収は約870万円であり、本試算による公的年金額は約259万円。
- 企業規模1000人以上の①初任給は297万円、②課長級の年収は約1026万円（令和6年賃金構造基本統計調査）。20歳時点の年収を①、55歳時点の年収を②として、20～55歳までは賃金は線形で増加し、55歳以降は一定で推移する賃金カーブを仮定すると生涯平均年収は約706万円であり、本試算による公的年金額は約226万円。

厚生年金、国民年金の受給額の分布

○　厚生年金、国民年金を受給している者で、年金額が２２８万円以上となる者は全体の約１１％。
○　厚生年金、国民年金を受給している者で、年金額が２４０万円以上となる者は全体の約８％。
○　厚生年金、国民年金を受給している者で、年金額が２５２万円以上となる者は全体の約６％。

<厚生年金、国民年金の受給額の分布>



※　厚生年金（老齢年金・通算老齢年金）の年金月額階級別受給権者数と国民年金（基礎のみ共済なし・旧国年、老齢年金・通算老齢年金）の年金月額階級別受給権者数から分布を作成。

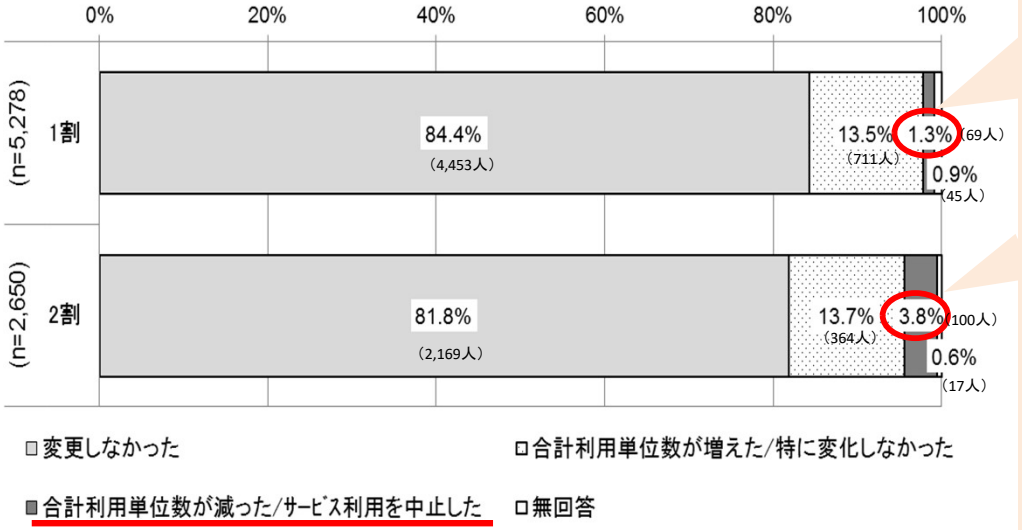
（資料出所）厚生労働省「厚生年金保険・国民年金事業統計（令和５年度）」を基に老健局で作成。

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

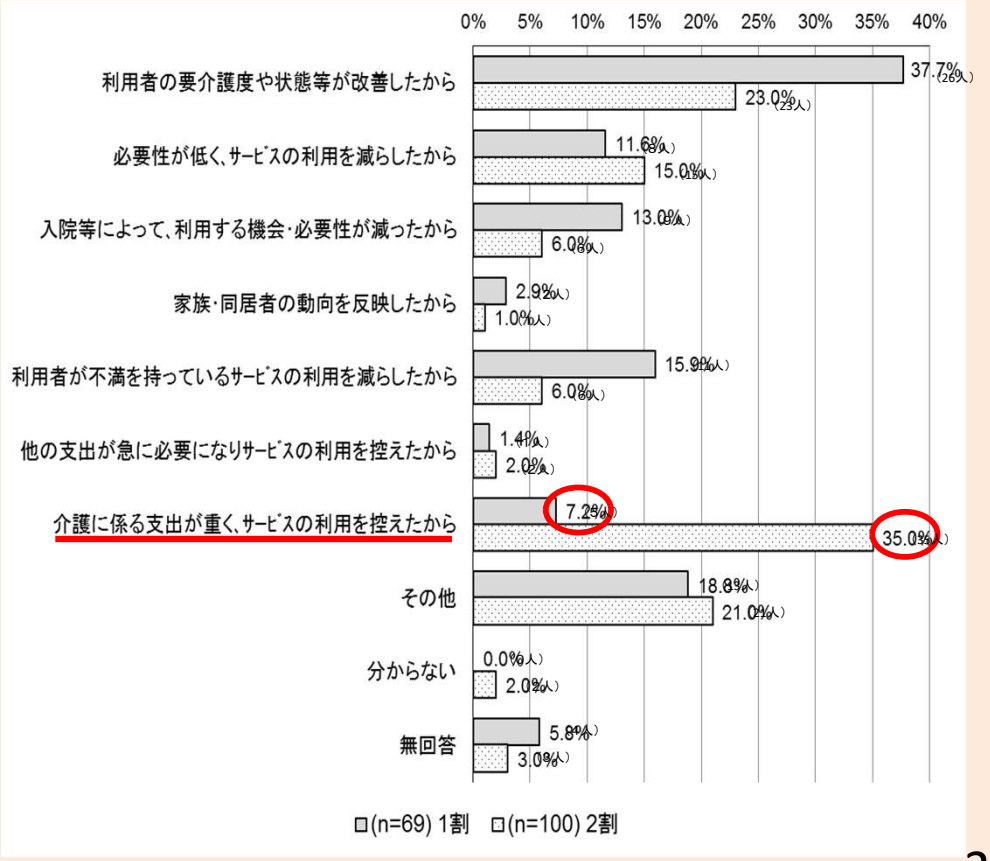
○ 2割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
- 「変更しなかった」割合は、1割負担の利用者で84.4%、2割負担の利用者で81.8%であり、1割負担の利用者の方がやや高かった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、1割負担の利用者で13.5%、2割負担の利用者で13.7%であった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が減った/ｻｰﾋﾞｽ利用を中止した」割合は、1割負担の利用者で1.3%、2割負担の利用者で3.8%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった 。

○ 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



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



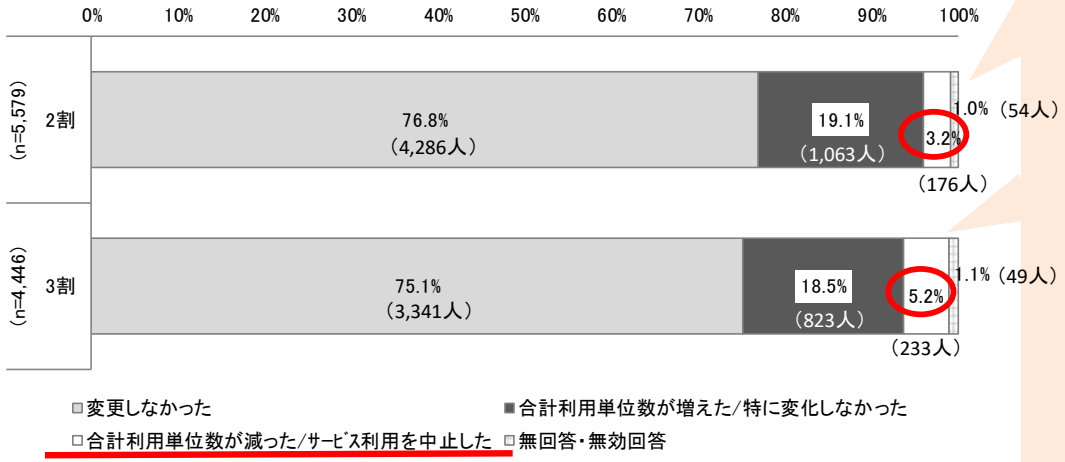
※ 調査の対象者は、平成27年10月1日時点で回答事業所の居宅介護支援（介護予防支援）サービスを利用しており、平成29年12月末時点も回答事業所のサービスを利用している者とした。
※ 平成27年10月1日時点の利用者負担割合別に集計を行っている。
※ 平成27年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

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/ｻｰﾋﾞｽ利用を中止した」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 。

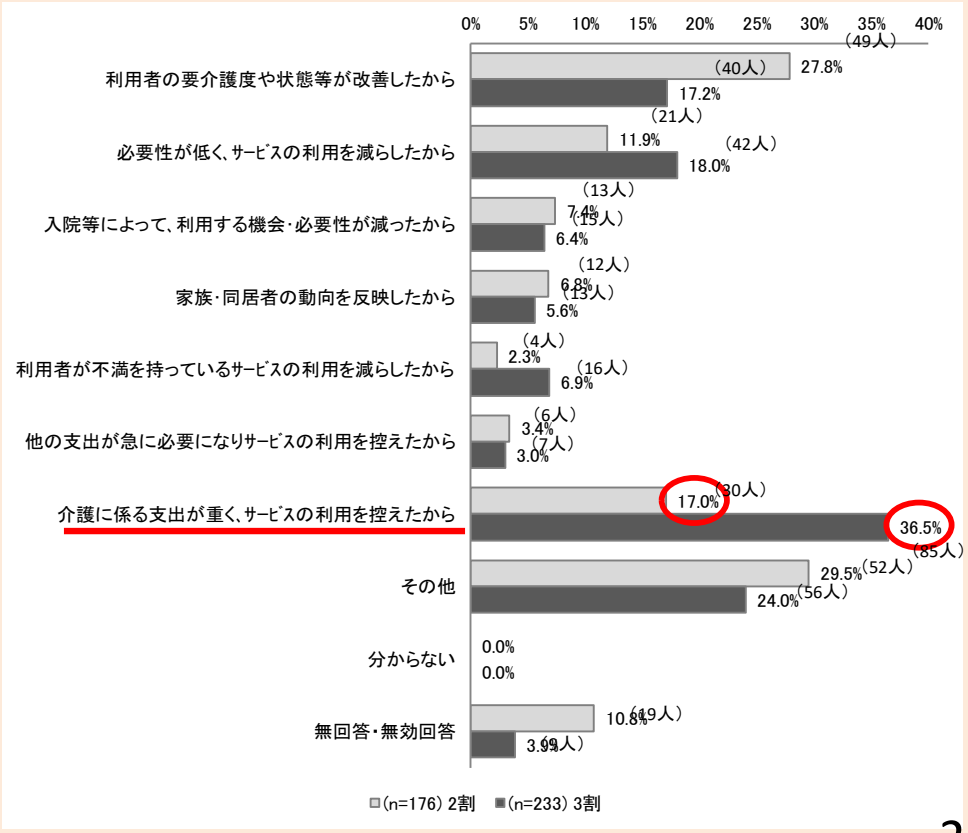
○ 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、2割負担の利用者全体の0.5%、3割負担の利用者全体の1.9%であった。

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



補足給付に関する給付の在り方

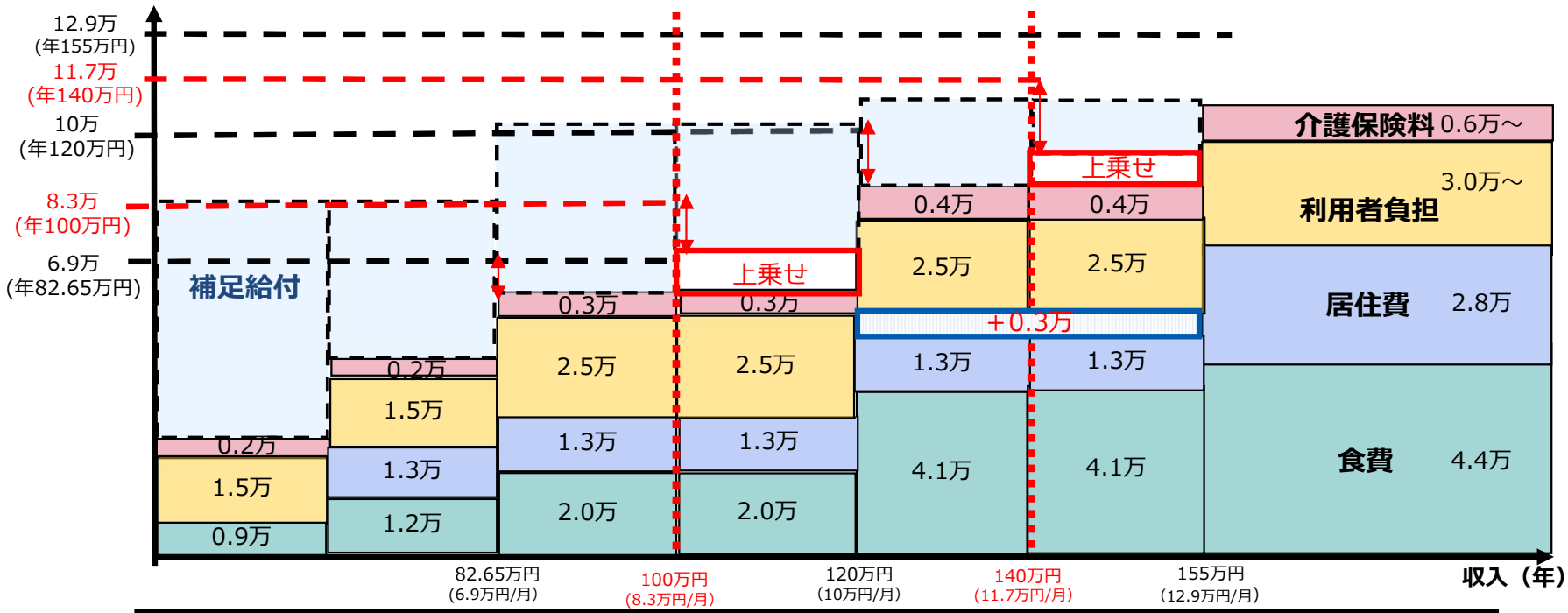
○　能力に応じた負担とする観点から精緻化し、所得段階間の均衡を図る観点から、**第３段階①及び第３段階②を更に２つに分けた上で、「第３段階①イ」、「第３段階②ア」「第３段階②イ」の負担限度額を引き上げ**、各段階の負担の公平化を図ることとする。

○　見直しに当たっては、**各段階の年金収入等と食費・居住費、利用者負担等との差額の差の均衡を図る範囲で負担限度額を引き上げる**。

○　具体的には、**令和８年８月から、「第３段階②（年金収入等120万円超）」の居住費の負担限度額を月0.3万円引き上げる**（下図の青枠）。**令和９年度中に、所得段階の設定を精緻化し、「第３段階①イ（年金収入等100万円超120万円以下）」及び「第３段階②イ（年金収入等140万円超）」**の所得段階について、**負担限度額を引き上げる**（下図の赤枠）。

※　上記の給付と負担の見直しのほか、令和８年８月から、基準費用額（食費）を１日当たり100円引き上げることに伴い、食費の負担限度額について、第３段階①は１日当たり30円、第３段階②は１日当たり60円の引き上げを予定。（第１段階及び第２段階は、負担限度額を据え置き。）

【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（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ア** 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100万円以下**	**第３段階　①イ** 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等**100万円超120万円以下**	**第３段階　②ア** 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140万円以下**	**第３段階　②イ** 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等**140万円超**	第４段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税

（参考）
○医療保険料：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

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み　（令和８年８月～）

○　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		

			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）【】はショートステイの場合			
				第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②
食費			1,545円　（4.7万円）	300円　（0.9万円） 【300円】	390円　（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	680円　（2.1万円） 【1,030円（3.1万円）】	1,420円（4.3万円） 【1,360円（4.1万円）】
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）	530円　（1.6万円）
		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）	530円　（1.6万円）
		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）	980円　（3.0万円）
		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）	1,470円　（4.5万円）
	ユニット型個室的多床室		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）	1,470円　（4.5万円）
	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）	1,470円　（4.5万円）

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み　（現行）

○　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		

			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）【】はショートステイの場合			
				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）
	ユニット型個室的多床室		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%

（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。

（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

出典：令和5年度介護保険事業状況報告年報

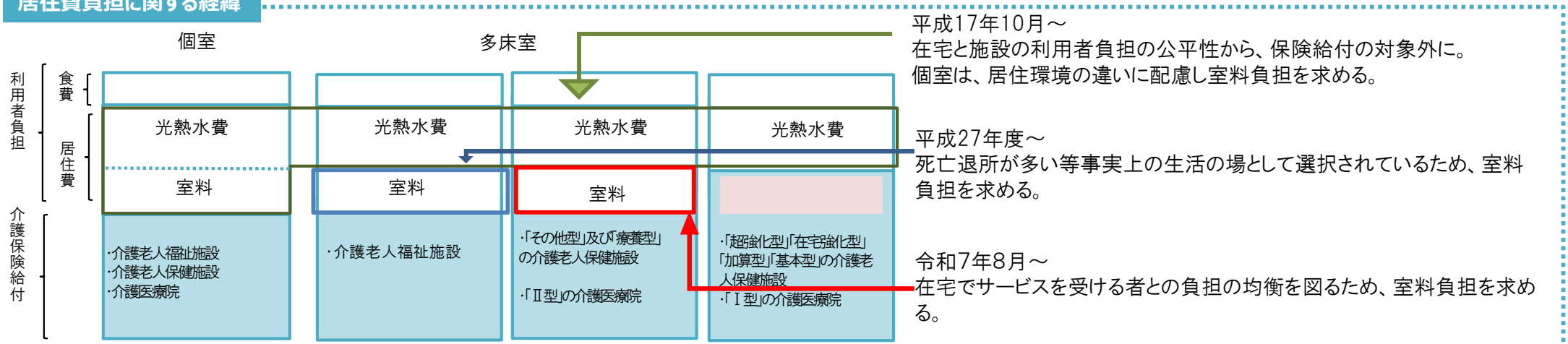
多床室の室料負担の経緯と現状

○　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）
		医療法（医療提供施設）	
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）

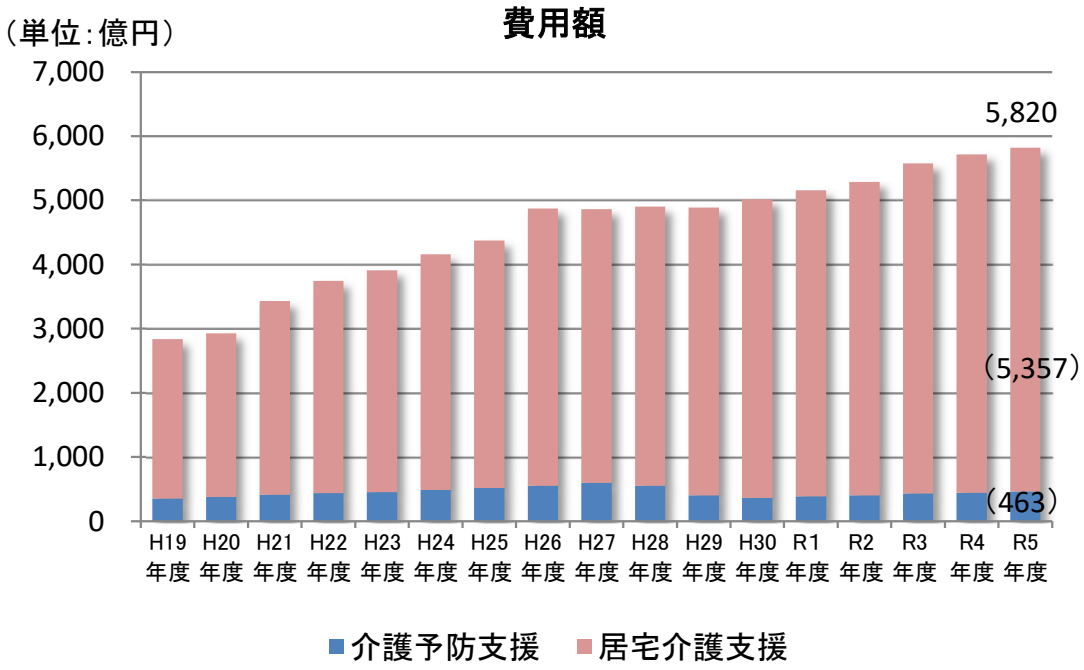
※　ただし、基準費用額（居住費）を増額することで、利用者負担第１～３段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。

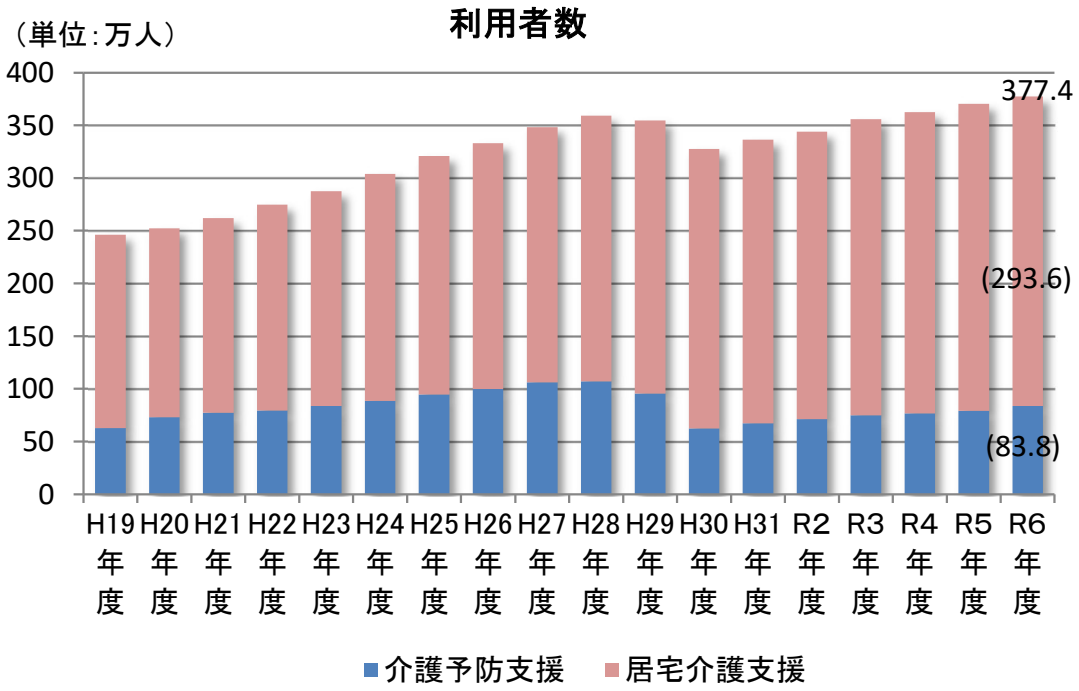
※　外泊時には室料相当額控除は適用しない。

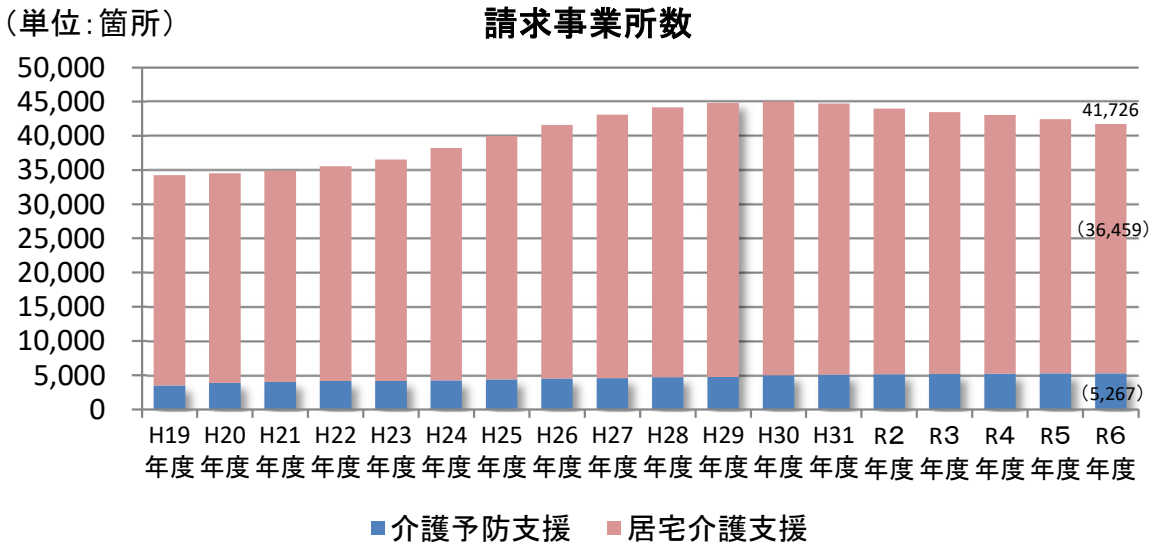
（参考）多床室の利用者の居住費に係る基準費用額及び負担限度額（令和７年８月～）

	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）

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%）） （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。

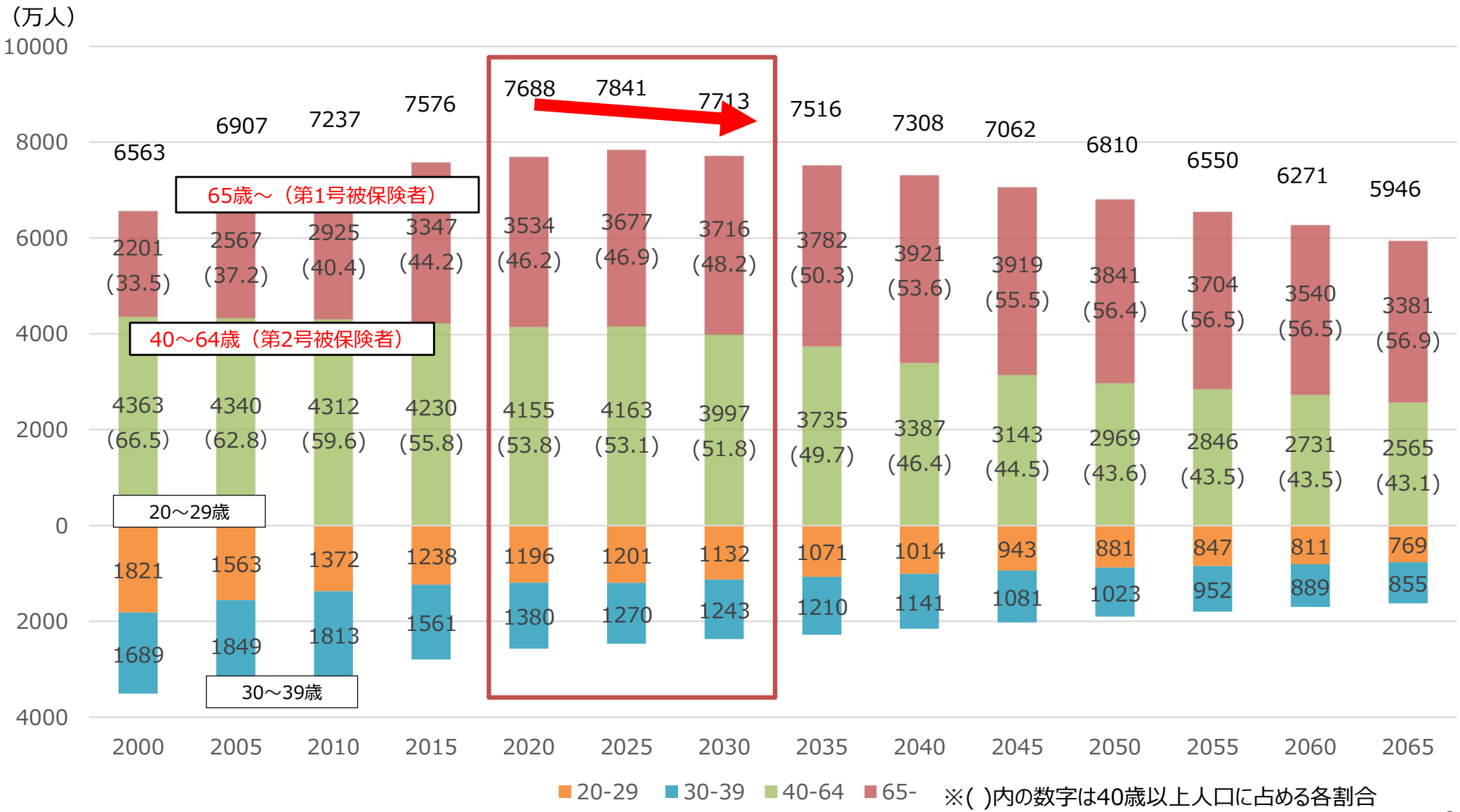
２．特定疾病の範囲

● 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。



※( )内の数字は40歳以上人口に占める各割合

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）

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 →　市町村民税の所得を基に賦課	• 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 →　市町村民税の所得を基に賦課	• 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 →　市町村民税の所得を基に賦課 • 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

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

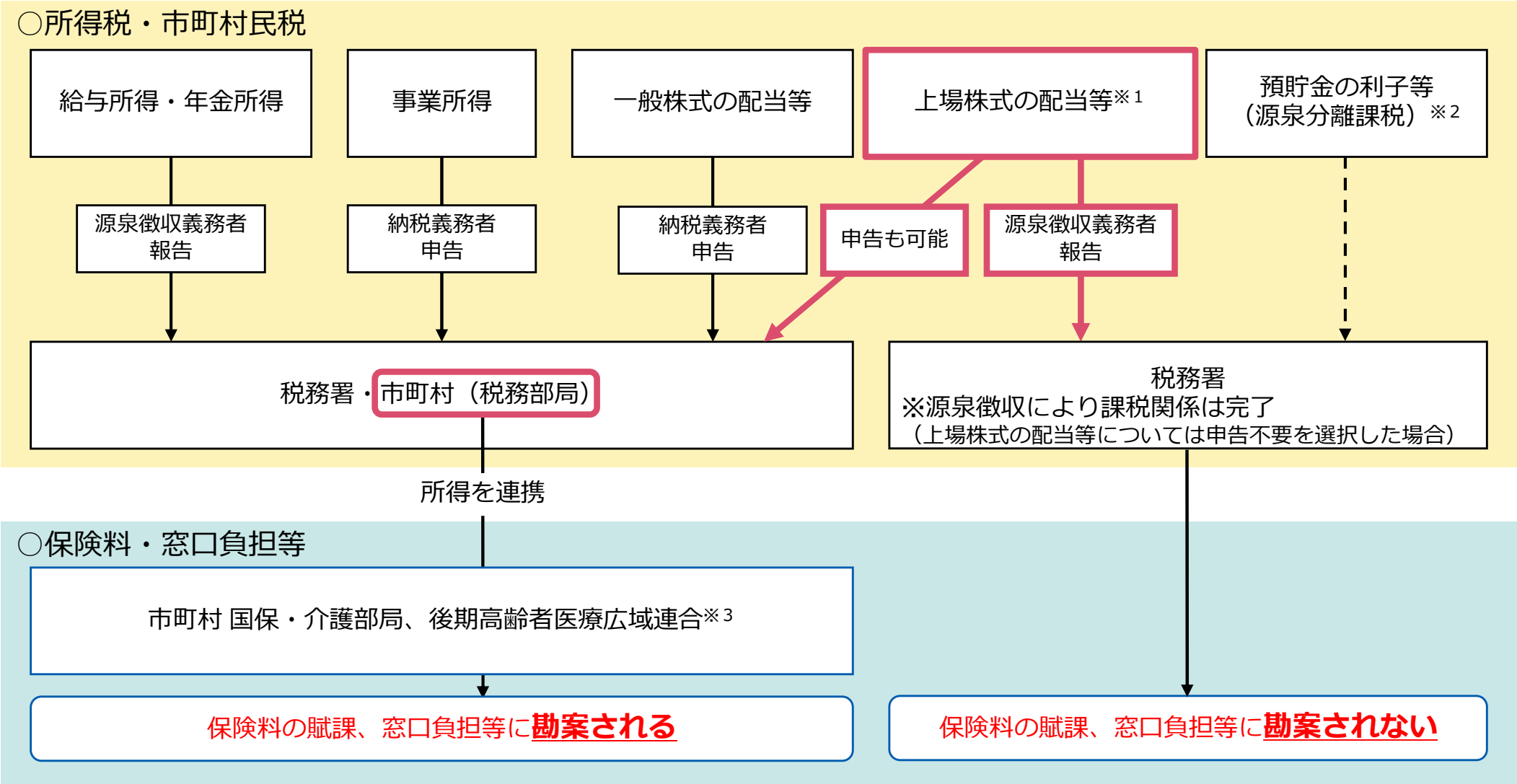
- 保険料・負担割合等に勘案されない所得等として、
  - 源泉徴収で課税関係が終了する上場株式の配当・譲渡益、特定公社債の利子など
  - 源泉分離課税の預貯金利子など
  - 非課税（NISA）口座の金融所得
  - 金融資産（預貯金、有価証券等）
  - 遺族年金・障害年金などの非課税年金

  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）。

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。



※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

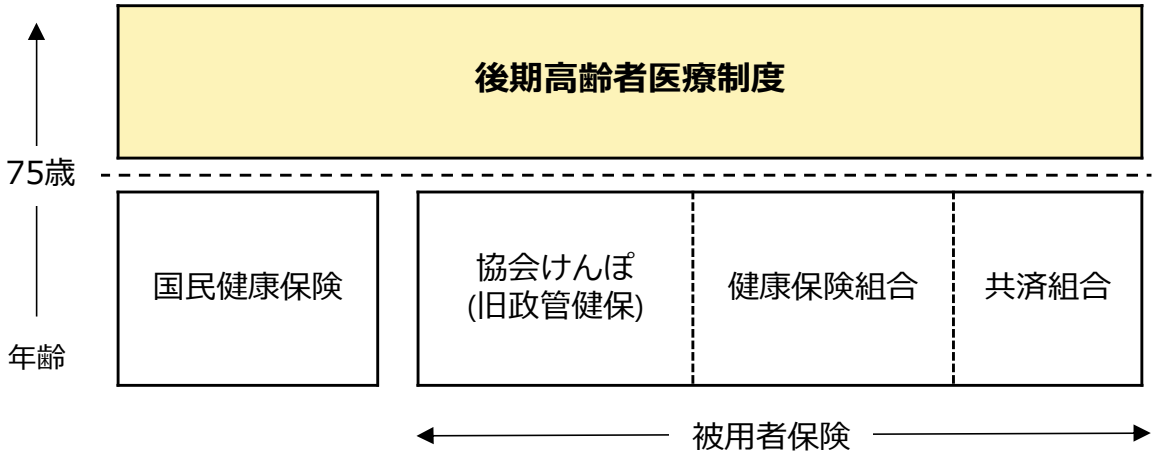
	課税種別	口座	主な金融所得	課税	保険料等への勘案	
					国保・後期・介護	被用者
1	総合課税 【確定申告必須】	一般	• **利子**：公社債の利子で源泉徴収の規定が適用されないもの（外国預貯金・証券など） • **配当**：一般株式等（上場株式等以外の株式等）の配当所得、非上場株式のみなし配当 ※大口株主の配当所得は、源泉徴収されても総合課税の対象となる	対象	対象	対象外
2	申告分離課税 【確定申告必須】	一般	• **譲渡**：上場株式等、一般株式等に係る譲渡所得	対象	対象	
		特定	• 特定口座（源泉徴収なし）に上場株式等に係る譲渡所得がある場合。			
3	課税方式を選択可能 【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 申告なし ⇒対象外	
		特定	• 特定口座（源泉徴収あり）内の所得。			
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

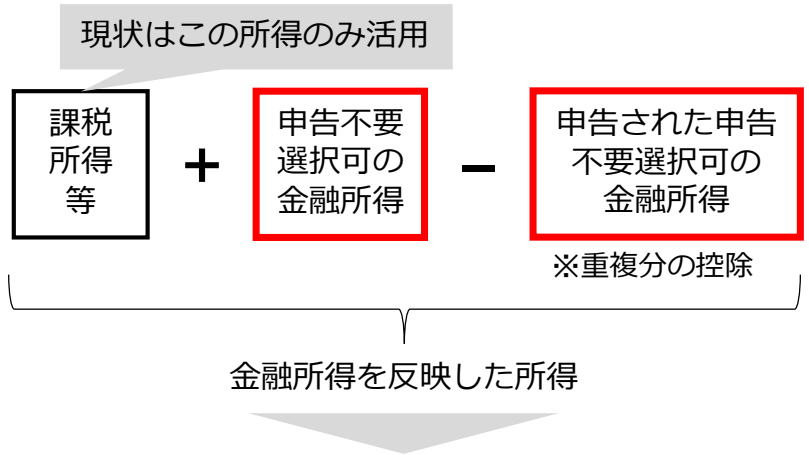
金融所得勘案の論点

- 税制による確定申告の有無により負担が変わる不公平を早期に是正する観点から、医療保険制度における金融所得の勘案を進めるべきではないか。
- 対象となる医療保険制度としては、市町村の税情報をベースとする後期高齢者医療制度と国民健康保険が挙げられるが、後者については、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や被用者保険とのバランスをどう考えるか等の論点があること、また、先般閣議決定された経済対策の記載等を踏まえ、まずは後期高齢者医療制度から検討を行ってはどうか。
- 確定申告されていない上場株式の配当等の金融所得について、法定調書方式に基づき所得把握し後期高齢者医療制度で勘案する場合、市町村民税の情報に加え、金融所得を合算して所得を計算することになるが、金融所得のある者の所得が増加し、金融所得のある後期高齢者の窓口負担等や保険料負担が変わることになる。
- 窓口負担等については、経済対策（R7.11.21閣議決定）において「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について「令和７年度中に具体的な骨子について合意し、令和８年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」項目とされていることから、両党の議論を踏まえつつ検討してはどうか。

●医療保険制度の構成



●所得の計算式（イメージ）

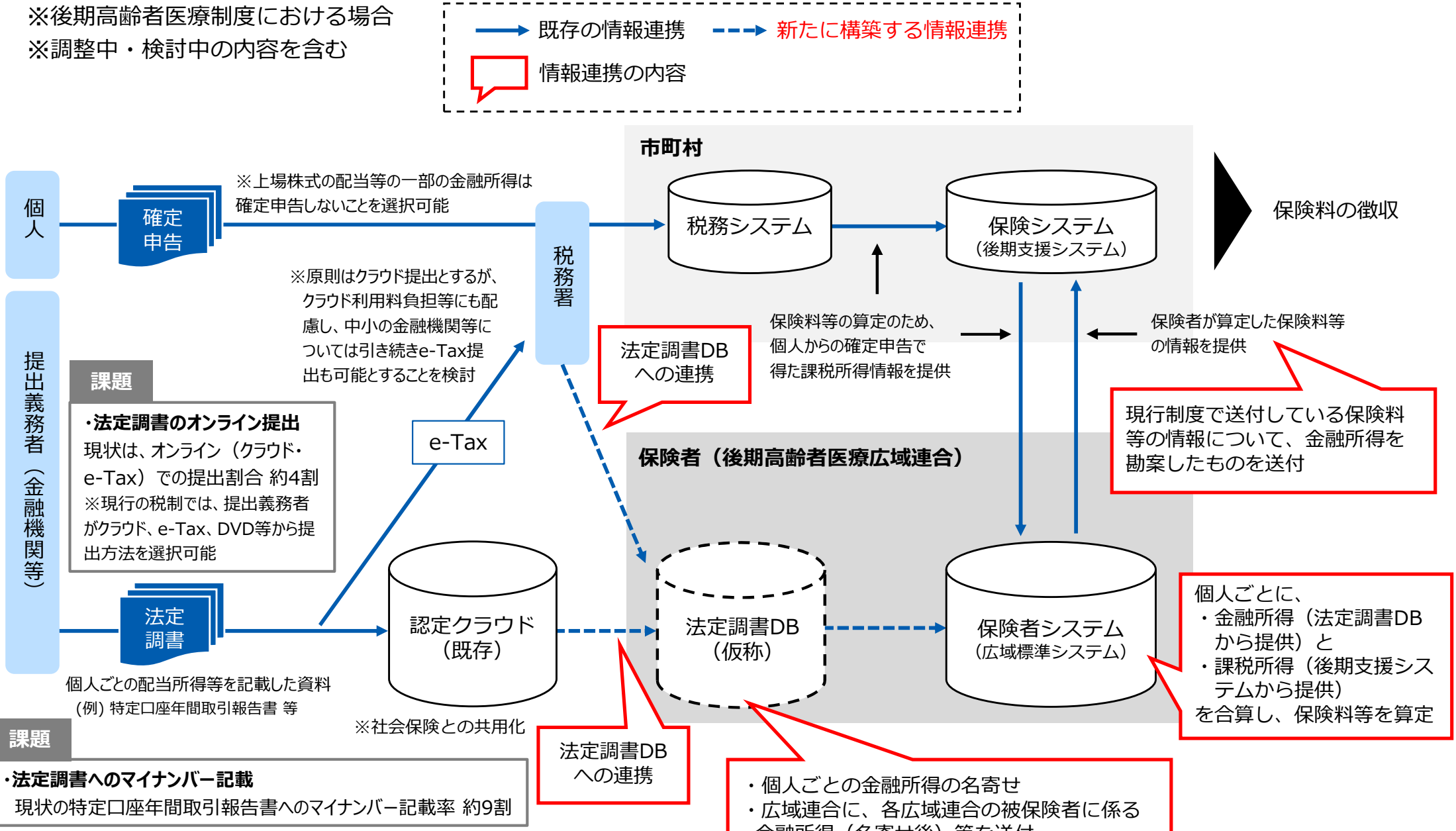


窓口負担区分、保険料等へ反映

金融所得に係る法定調書を活用したスキーム（案）

医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係府省庁会議	資料２ 一部改
令和７年11月26日	

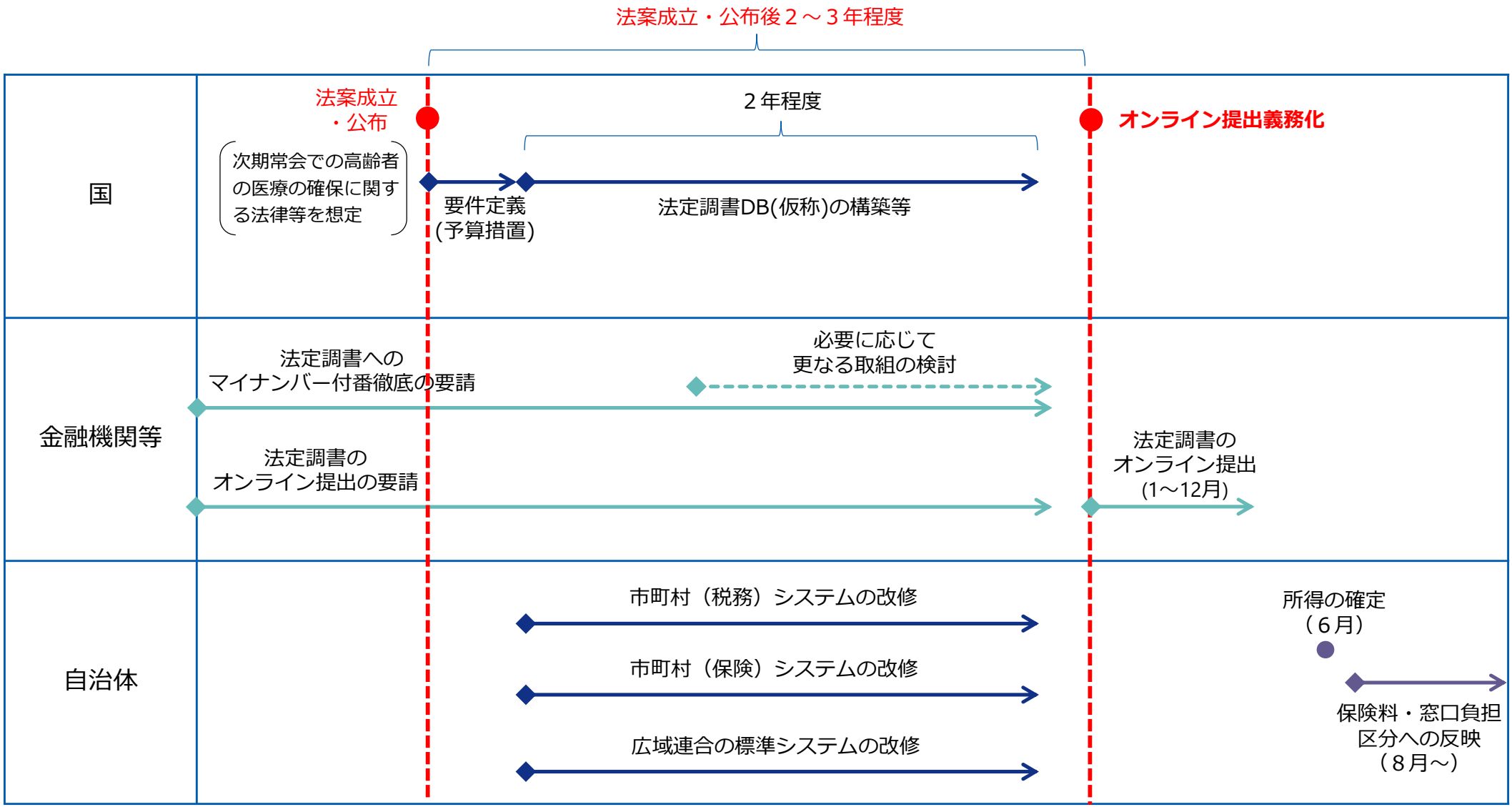
※後期高齢者医療制度における場合
※調整中・検討中の内容を含む



（注）法定調書については、社会保険法令（「高齢者の医療の確保に関する法律」を想定）で提出義務を課した上で、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

想定される金融所得の勘案の実施までのスケジュール（見込み）
※後期高齢者医療制度における場合

医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係府省庁会議	資料２ 一部改
令和７年11月26日	



公布後４～５年程度
（オンライン提出義務化後
1年8ヶ月程度）

※システム改修等に２年程度かかるため、それを前提に機械的に組んだスケジュールを書いたもの

※他の要因でスケジュールが後ろ倒しになる可能性があることに留意

※「高齢者の医療の確保に関する法律」とあわせて「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」及び「住民基本台帳法」の改正を想定

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

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

⇒ 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	

出典：介護保険事業状況報告

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】

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">75歳以上</td><td colspan="2">70～74歳</td><td>70歳未満</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険＋後期高齢者医療</td><td colspan="3">介護保険＋被用者保険または国民健康保険</td></tr>
<tr><td>年収約1,160万円～</td><td colspan="5">２１２万円</td></tr>
<tr><td>年収約770～約1,160万円</td><td colspan="5">１４１万円</td></tr>
<tr><td>年収約370～約770万円</td><td colspan="5">６７万円</td></tr>
<tr><td>～年収約370万円</td><td colspan="4">５６万円</td><td>６０万円</td></tr>
<tr><td>市町村民税世帯非課税等</td><td colspan="4">３１万円</td><td rowspan="3">３４万円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市町村民税世帯非課税
（年金収入80万円以下等）</td><td colspan="2">本人のみ</td><td colspan="2">１９万円</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護利用者が複数</td><td colspan="2">３１万円</td></tr>
</table>

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）

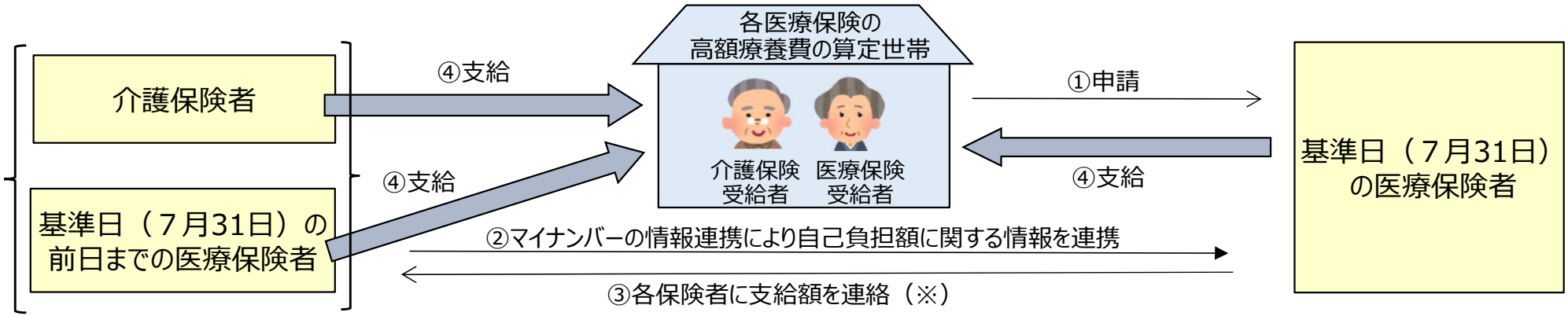
① 支給要件：医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額から限度額を超えた額を支給。

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＞552.6億円（令和４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。

Ⅳ　多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保

３．その他の課題

介護被保険者証の事務や運用等の見直しについて①（案）

概要

現在構築を進めている介護情報基盤には、被保険者証（負担割合証・負担限度額認定証）に記載されている被保険者番号等の最新情報が登録される。当該情報にアクセスすることにより、**利便性の向上や事務負担の軽減を図る**。あわせて、現行の介護被保険者証に係る事務や運用等の見直しを行い、**事務コストの軽減を図る**。

＜介護被保険者証の事務・運用等の見直し＞

①介護被保険者証の交付

現在、介護被保険者証については、**65歳到達時に全被保険者に対して交付**しているが、要介護認定申請時に紛失しているケースがある。この点について、**要介護認定申請時に介護被保険者証を交付**する対応に変更してはどうか。

②介護被保険者証に係る事務の取扱い

現在、介護被保険者証に加え、**負担割合証と負担限度額認定証を別途発行**しており、複数の証の管理が必要となっている。この点について、**取扱いの利便性向上等**の観点から、被保険者番号や氏名等、基本的に変更が行われない情報と、要介護度や負担割合、負担限度額等、定期的に変更がありうる情報と分ける方向で整理してはどうか。

定期的に変更がありうる情報については、マイナポータルで最新の情報を確認することが可能となるが、利用できない者もいることから、**定期的に情報を確認できるものを配布**してはどうか。

③サービス利用時の本人確認

現在、介護サービスの利用においては、毎回被保険者証の確認を行うことを必要としている。この点について、初回（介護サービス利用開始時）は被保険者証やマイナンバーカードによる本人確認を必要とする一方、**２回目以降**については、**事業者および利用者の負担軽減を図る**ため、**簡素化することを可能**としてはどうか。

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要（令和5年度）

○　国においては、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、全国の市町村・都道府県で発生した高齢者に対する虐待への対応状況に関する調査を、平成19年度より毎年度実施している。

○　直近の令和5年度調査結果によると、

・**「養介護施設従事者等（※1）による虐待」は、相談・通報件数が3,441件（対前年度比646件増）、虐待判断件数が1,123件（同比267件増）**であり、いずれも過去最多で3年連続増加、

※1　介護サービスの業務に従事する者

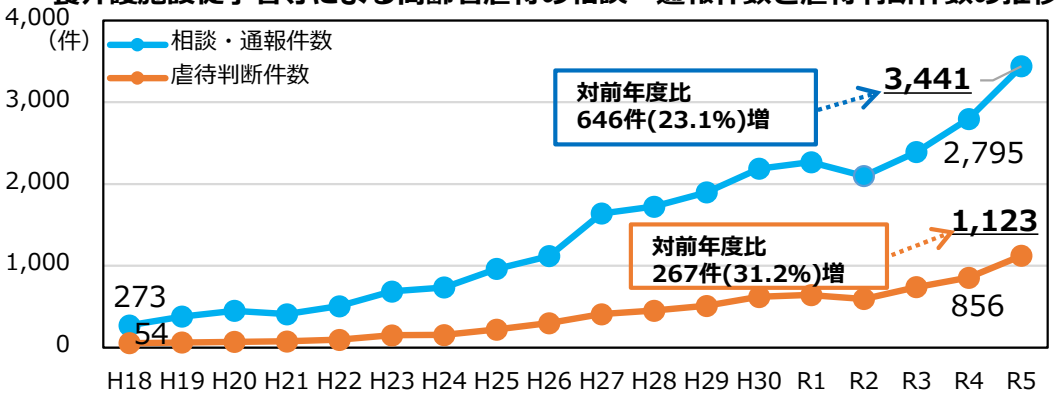
・**「養護者（※2）による虐待」は、相談・通報件数が40,386件（同比2,095件増）、虐待判断件数が17,100件（同比431件増）**であり、相談・通報件数は過去最多で11年連続増加、虐待判断件数は横ばい傾向となっている。

※2　高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等

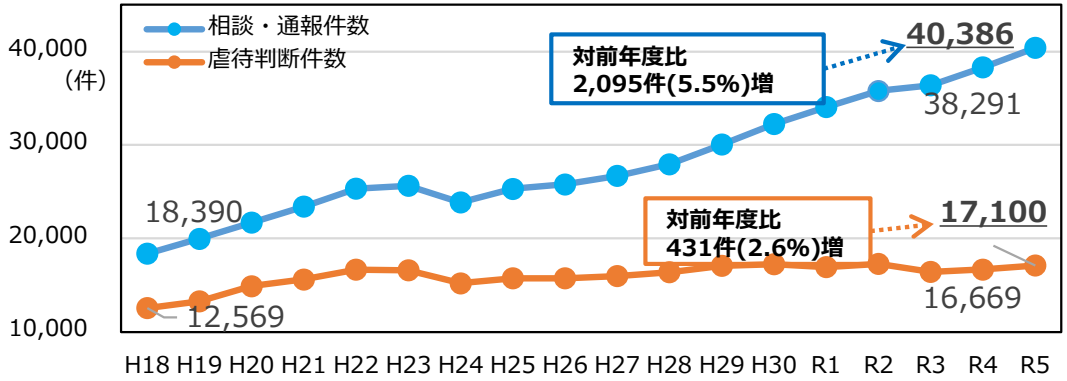
○　相談・通報及び施設等の虐待判断件数の増加要因については、令和３年度の運営基準改正における高齢者虐待防止措置（委員会の設置、指針の整備、研修の定期的な開催、担当者の配置）の義務付けによる取組の進展や、自治体による相談・通報窓口の周知により通報の必要性が定着してきていること、介護施設等での虐待事案の増加などが考えられる。

○　全虐待事案が通報に至るよう、潜在化している虐待を早期に発見する取組と、虐待を未然に防止する取組が重要。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移

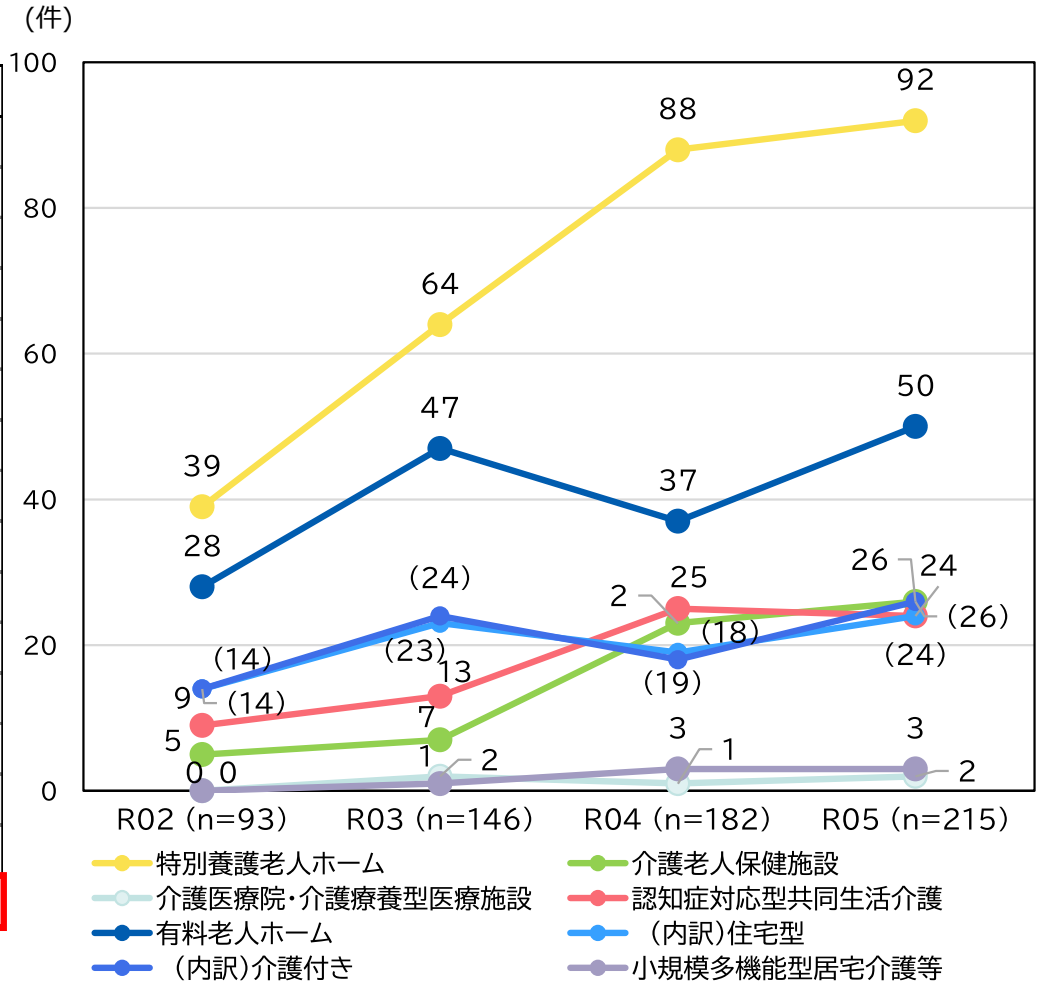


	養介護施設従事者等による虐待	養護者による虐待
相談・通報者	当該施設職員（28.7%）、当該施設管理者等（16.7%）、 家族・親族（15.2%）	警察（34.3%）、介護支援専門相談員（24.8%）、 家族・親族（7.5%）
虐待の種別	身体的虐待（51.3%）、心理的虐待（24.3%）、介護等放任（22.3%） 経済的虐待（18.2%）、性的虐待（2.7%） ※被虐待高齢者のうち身体拘束あり（25.6%）	身体的虐待（65.1%）、心理的虐待（38.3%）、介護等放棄（19.4%） 経済的虐待（15.9%）、性的虐待（0.4%）
虐待の発生要因	職員の虐待や権利擁護、身体拘束に関する知識・意識の不足（77.2%）、 職員のストレス・感情コントロール（67.9%）、 職員の倫理観・理念の欠如（66.8%）	被虐待者の認知症の症状（56.4%）、 虐待者側の介護疲れ・介護ストレス（54.8%）、 虐待者側の理解力の不足や低下（47.7%）
虐待等による死亡事例	5件（5人）	27件（27人）
その他	（主な施設・事業所種別） 特別養護老人ホーム（31.3%）、有料老人ホーム（28.0%）、 認知症対応型共同生活介護（13.9%）	（主な虐待者の続柄） 息子（38.7%）、夫（22.8%）、娘（18.9%）

サービス種別ごとの養介護施設従事者等による虐待再発件数

○　養介護施設従事者等による虐待再発件数が増えており、特に、**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）における再発件数伸び率が増加**している。

	R02 (n=93)	R03 (n=146)	R04 (n=182)	R05 (n=215)
特別養護老人ホーム	39	64	88	92
介護老人保健施設	5	7	23	26
介護医療院･介護療養型医療施設	0	2	1	2
認知症対応型共同生活介護	9	13	25	24
有料老人ホーム	28	47	37	50
（内訳)住宅型	(14)	(23)	(19)	(24)
（内訳)介護付き	(14)	(24)	(18)	(26)
小規模多機能型居宅介護等	0	1	3	3
軽費老人ホーム	0	2	0	3
養護老人ホーム	0	2	1	2
短期入所施設	3	4	2	7
訪問介護等	1	0	1	1
通所介護等	4	3	1	3
居宅介護支援事業所等	0	0	0	0
その他	4	1	0	2
合計	93	146	182	215

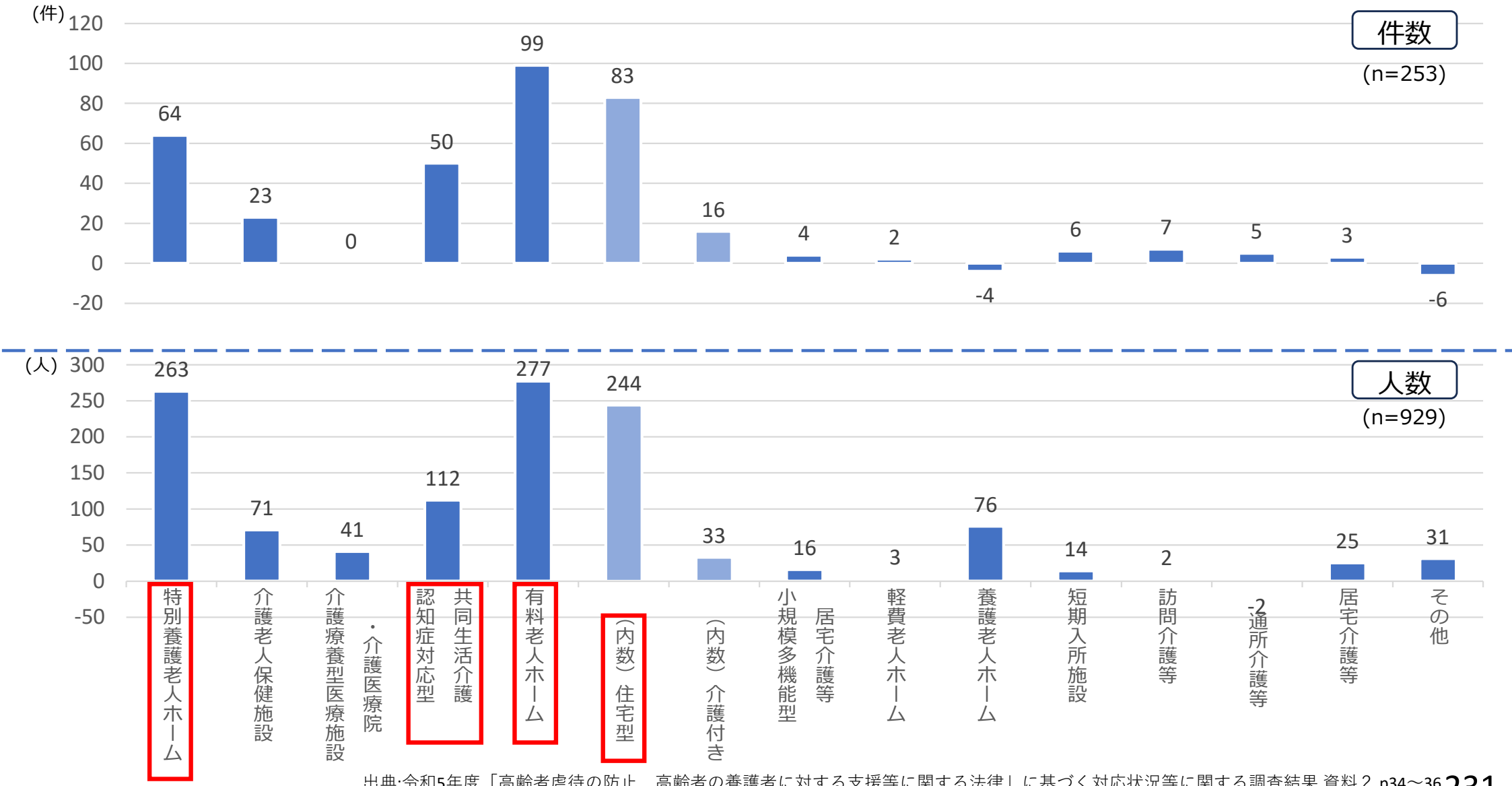


（参考）サービス種別ごとにみた虐待判断件数・被虐待者数の前年度との比較

○　前年度との比較において、**虐待判断件数・被虐待者数ともに増加**したサービス種別については、**有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護の順**に多かった。

○　**有料老人ホームの内数**においては、**住宅型有料老人ホームが多い**。

※被虐待者が特定できなかった件数を除く、
令和５年度-４年度間の増減計253件及び929人の内訳



出典:令和5年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果,資料２,p34～36.

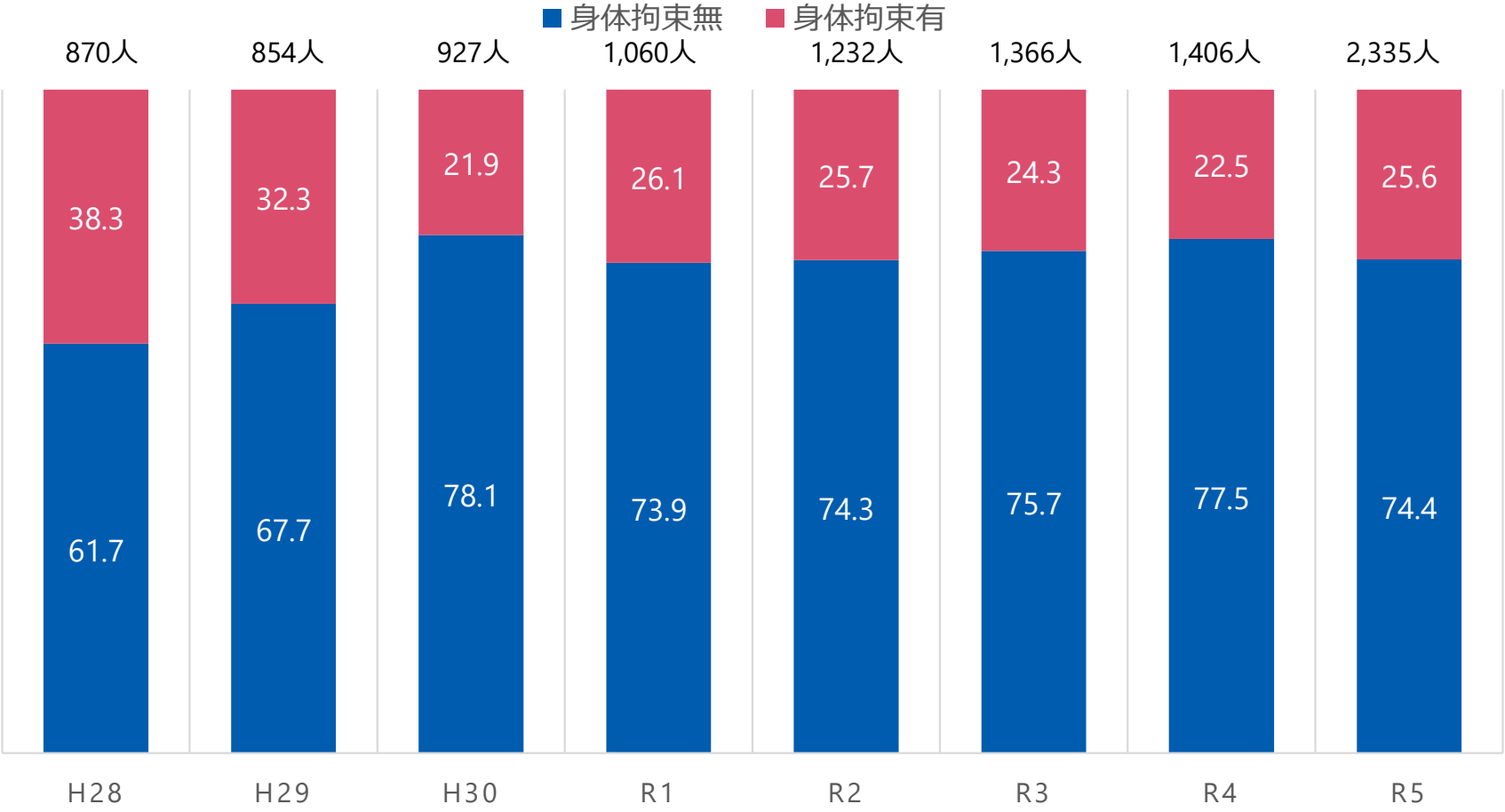
養介護施設従事者等による適正な手続きを経ていない身体的拘束等について

従事者

人数

○　養介護施設従事者等による虐待を受けている高齢者のうち、緊急やむを得ない場合に規定されている手続きを経ていない養介護施設従事者等による身体的拘束等（身体的虐待）が、例年2割から3割発生し続けており、令和5年度の調査結果においても25.6%と同様の結果であった。

養介護施設従事者等による身体拘束の有無の割合（%）



出典:高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書,平成28年度～令和4年度.
令和5年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果,資料２,p８.

令和６年度　介護報酬改定

高齢者虐待防止の推進

■　**虐待の発生又はその再発を防止するための措置（高齢者虐待防止措置）が講じられていない場合に、基本報酬を減算（所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算）する。**

※居宅療養管理指導、特定福祉用具販売を除く。福祉用具貸与については、３年間の経過措置期間を設ける。

（参考）高齢者虐待防止措置

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
②　虐待の防止のための指針を整備すること。
③　従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
④　上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

身体的拘束等の適正化の推進

■　**短期入所・多機能系サービスに対し、身体的拘束等の適正化のための措置を義務付け、これらの措置が講じられていない場合は、基本報酬を減算（所定単位数の100分の１に相当する単位数を減算）する。**

※１年間の経過措置期間を設ける。

（参考）身体的拘束等の適正化のための措置（新たな義務付けは下線部）

①　身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のの心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録すること。
②　<u>身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</u>
③　<u>身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</u>
④　<u>従業者に対し、身体的拘束等の適正化ための研修を定期的に実施すること。</u>

■　**訪問・通所系サービス等に対し、身体的拘束等の原則禁止と身体的拘束等を行う場合の記録について義務付ける。**

（参考）指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）

第23条　訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。
1・2（略）
<u>3　指定訪問介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。</u>
<u>4　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。</u>
5・6（略）

養護、被養護の関係にない６５歳以上の高齢者への虐待

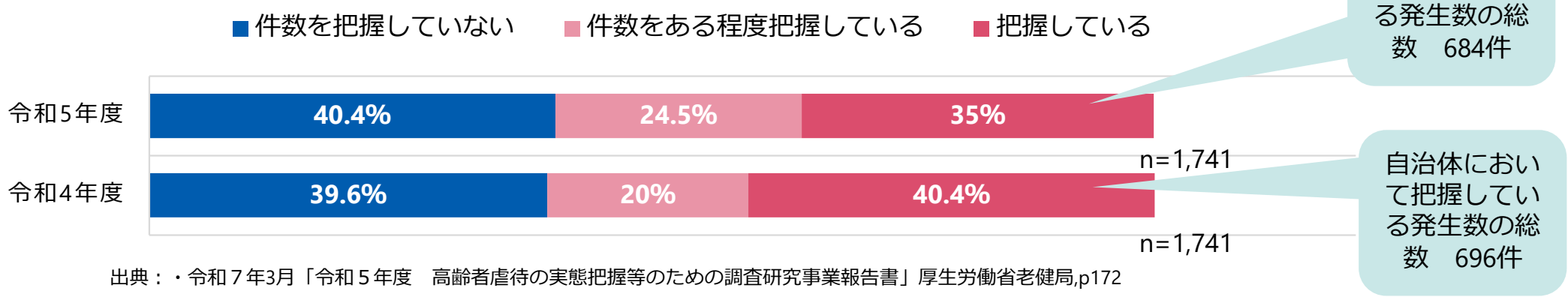
- 高齢者虐待防止法（以下「法」という。）に規定する虐待かどうか判別しがたい事例であっても、市町村は、高齢者の権利侵害や支援が必要な場合には、地域支援事業の権利擁護事業（介護保険法第 115 条の45）として必要な援助を行う必要がある。
- 法に規定する虐待ではないが権利擁護事業の対象となりうる、**養護・被養護の関係にない※６５歳以上への虐待の発生件数**の把握状況について市町村に調査したところ、全市町村のうち、**「把握していない」市町村が約４割**に及んでいる。

※中高年の子どもの世話をしている親と、その子ども（8050問題）など

- また、通報を受け、市町村が権利擁護事業における援助を行った場合であっても、法の「養護者による虐待」には該当しないため、そうしたケースにおいては高齢者虐待防止法に基づく自治体の権限行使（立入調査や面会制限）が行えず、十分な支援が実施できていないケースがあると考えられる。

市町村における「養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待」に関する発生件数の把握状況

＊お互いに自立した６５歳以上の夫婦間のドメスティックバイオレンスを除く



出典：・令和７年3月「令和５年度　高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書」厚生労働省老健局,p172

・令和６年3月「令和４年度　高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書」厚生労働省老健局,p166

【参考】R7年3月「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（国マニュアル）」抜粋

「地域支援事業（包括的支援事業）の一つとして、市町村に対し権利擁護業務の実施が義務付けられています（介護保険法第115 条の45）。 こうしたことから、市町村は、高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判別しがたい事案であっても、高齢者の権利が侵害されていたり、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、高齢者虐待防止法の取扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要があります。」

都道府県における体制整備

○高齢者権利擁護等推進事業等を活用した都道府県による介護サービス事業所等及び市町村への支援において、**研修等の実施率は半数を超える一方で、再発防止に資する事例検証や事業所指導等に係る体制整備については、低調である**

		実施済数	（割合）
高齢者権利擁護等推進事業関連 ※同様の事業を独自に実施している場合を含む	介護施設・サービス事業所への支援（身体拘束ゼロ作戦推進会議または類する会議等の開催）	15	（31.9%）
	介護施設・サービス事業所への支援 （権利擁護推進員養成研修のうち「介護施設・サービス事業従事者向け研修」、もしくはこれに類する研修）	35	（74.5%）
	介護施設・サービス事業所への支援（権利擁護推進員養成研修のうち「講師養成研修」、もしくはこれに類する研修）	16	（34.0%）
	介護施設・サービス事業所への支援（看護職員研修、もしくはこれに類する研修）	30	（63.8%）
	市町村への支援（福祉・法律専門職等による権利擁護相談窓口の設置）	37	（78.7%）
	市町村への支援（市町村職員等の対応力強化研修）	44	（93.6%）
	市町村への支援（虐待対応実務者会議の開催）	14	（29.8%）
	市町村への支援（虐待の再発防止・未然防止策等検証会議）	6	（12.8%）
	市町村への支援（指導等体制強化）	9	（19.1%）
	市町村への支援（ネットワーク構築等支援）	19	（40.4%）
	地域住民への普及啓発・養護者への支援（シンポジウム等の開催）	16	（34.0%）
	地域住民への普及啓発・養護者への支援（制度等に関するリーフレット等の作成）	19	（40.4%）
	地域住民への普及啓発・養護者への支援（養護者による虐待につながる可能性のある困難事例での専門職の派遣）	13	（27.7%）

出典:高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書,令和７年３月,厚生労働省老健局,p149より抜粋

【都道府県による市町村への支援強化を求める意見（例）】

○ 圏域を超えた居室の確保：県が各特養に通知を出し、各市町村の圏域を越えて、措置入所ができるような体制整備が必要。

○ 支援体制の必要性：市の人的体制及び専門性が不十分、他市との情報交換の場が乏しくノウハウや情報収集ができる機会がない。事例対応における県によるバックアップやスーパーバイズの体制がほぼない。

○ 施設における事案対応にあたっての連携の必要性：

・指定権限のある都道府県が主体的に対応し、施設所在自治体が同行するという形が望ましい。

・虐待対応は市町村が行うが、指定権限者である県に実際の虐待対応の指導や不足している知識等についてフォローがほしい。

・施設の中に潜在している「虐待の芽」となる要因は個の従業員の行動だけでなく、施設の組織そのものが要因となっている現状も多いため、施設の運営管理をする立場としての県市の介護保険担当課の積極的な協力を期待したい。

出典:高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書,令和７年３月,厚生労働省老健局,p142～147「市町村が挙げた課題」より作成

高齢者権利擁護等推進事業（介護保険事業費補助金）

1 事業の目的

令和７年度予算115,138千円

「高齢者の尊厳の保持」の視点に立って、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の被害の防止や救済を図り、高齢者の権利擁護を推進

2 事業の概要・スキーム

■事業主体　：　都道府県　　■補助率　：　１／２
■補助対象経費：高齢者権利擁護等推進事業の実施に必要な賃金、報償費、報酬、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金

1．【未然防止】のための支援

①地域住民向けのシンポジウム等の開催（2017年～）

高齢者虐待防止法や身体的拘束等の適正化に関する普及促進、介護保険の適切な利用推進などを目的としたシンポジウム等の開催

②地域住民向けリーフレット等の作成（2017年～）

・高齢者虐待防止法や身体的拘束等の適正化に関する理解、通報・窓口の周知徹底、適切な利用などを推進するためのリーフレット等の作成

・民生委員、自治会・町内会等の地域組織や保健医療福祉関係機関等との協力連携を図るため、高齢者虐待が発生した場合の地域連携体制の構築のためのマニュアルを作成

③養護者による虐待等（セルフ・ネグレクト含む）につながる可能性のある困難事例での専門職の派遣（アウトリーチ）（2019年～）

養護者による虐待等（セルフ・ネグレクト含む）につながる可能性があるものの、市町村での対応が難しい事例について、市町村・介護支援専門員等と連携の下、必要時専門職を派遣し、介護負担・ストレスの軽減に向けた精神的・医療的な支援や、関係機関・団体へのつなぎ等を実施

2．【早期発見、迅速且つ適切な対応（悪化防止）】のための支援

①身体拘束ゼロ作戦推進会議（2007年～）

身体拘束廃止に向けた関係機関との連絡調整・相談機能の強化を図るための会議

②権利擁護推進員養成研修（2007年～）

・施設長など介護施設内において指導的立場にある者等を対象に、職員のストレス及びハラスメント対策や利用者の権利擁護の視点に立った実践的介護手法の修得等に関する研修

・介護施設等における虐待防止研修を実施する講師を養成するための研修

③看護職員研修（2007年～）

介護施設等の看護指導者・実務者を対象に、利用者の権利擁護等を推進するための研修プログラムの作成方法の習得や高齢者の権利擁護に必要な援助等を行うための実践的な知識・技術の修得等に関する研修

④市町村職員等の対応力強化研修（2017年～）

市町村職員等を対象にした管内市町村等の効果的な取組事例の紹介等による横展開により対応力の強化を図るための研修

⑤権利擁護相談窓口の設置（2007年～）

困難事例への対応に対する市町村等の助言・支援、養護者や介護職員等からの相談を受け適切な関係機関へのつなぎ支援、成年後見制度の手続きに対する高齢者等に対する相談等を行うため、弁護士・社会福祉士等の専門職を配置した権利擁護相談窓口の設置

⑥ネットワーク構築等支援（2017年～）

高齢者虐待防止及び身体拘束等の適正化に関するネットワークが未整備の市町村に対するアドバイザー派遣や措置に伴うシェルター等居室確保等に係る広域調整等

3．【再発防止】のための支援

虐待対応実務者会議等の設置（2020年～）

・**虐待対応実務者会議**～都道府県の指導監督部局や市町村の虐待対応部局の実務者等で構成される会議を開催し、虐待の発生・増減要因の精査・分析や連絡・対応体制の構築などのため、連携強化を図る

・**虐待の再発防止・未然防止策検証会議**～死亡等重篤事案の虐待が発生した事案の要因分析及び相談・通報から終結までの虐待対応を評価・検証を行い、虐待防止に関する調査計画策定（再発・未然防止策等）の検討を行うために、専門職等のアドバイザーの派遣等の実施

・市町村等の指導等体制強化～介護施設等における高齢者虐待防止及び身体的拘束等の適正化に係る指導等のための専門職の派遣

第９期計画の基本的な指針における高齢者虐待防止に関する基本的事項

第9期計画の基本指針では、高齢者虐待が増加傾向であるなか、高齢者虐待防止対策の推進が急務であり、地方公共団体におけるPDCAサイクルを活用した高齢者虐待防止の体制整備が求められている。

第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項
一　地域包括ケアシステムの基本的理念と地域共生社会の実現
八　高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待については、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成十七年法律第百二十四号。以下「高齢者虐待防止法」という。）が施行された平成十八年度以降、増加傾向にあり、対策が急務となっている。このため、次に掲げる**地方公共団体におけるPDCAサイクルを活用した高齢者虐待防止の体制整備が重要**である。

１　高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化

（一）　広報・普及啓発

高齢者虐待の対応窓口となる部局（相談通報窓口）の住民への周知徹底、地方公共団体や地域包括支援センター等の関係者への虐待防止に資する研修の実施、虐待防止に関する制度等についての住民への啓発、介護事業者等への高齢者虐待防止法等についての周知、地方公共団体独自の対応マニュアル等の作成等を行うこと。

（二）　ネットワーク構築

早期発見・見守り、保健医療サービス及び福祉サービスの介入支援、関係機関介入支援等を図るためのネットワークを構築すること。

（三）　庁内連携、行政機関連携

成年後見制度の市町村長申立て、警察署長に対する援助要請等並びに措置を採るために必要な居室の確保等に関する関係行政機関等との連携及び調整を図ること。

２　養護者による高齢者虐待への対応強化

適切な行政権限行使により、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導、助言等を行い、発生した**虐待の要因等を分析し、再発防止**に取り組むことが重要である。また、**養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止**にも取り組むことが重要である。

３　養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

都道府県と市町村が協働して養介護施設従事者等による虐待の防止に取り組むことが重要である。養介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などとなっており、養介護施設等に対して、老人福祉法や法による権限を適切に行使し、養介護施設従事者等への教育研修や管理者等への**適切な事業運営の確保を求めることが重要**である。また、令和三年度介護報酬改定によって、法に規定する介護サービス事業者においては、①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が令和六年四月一日から義務化されたところであり、これらの事業者だけでなく、**サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等も含め、虐待防止対策を推進していくことが重要**である。

死亡事案及び受傷に関する報告対象の範囲の違い

・死亡事故の報告について、国と同じ基準のみを定めている自治体がある一方で、報告を義務付ける死亡事故について、死因や死亡に至る過程、死亡時の状況等を定義している自治体もある。

・治療を要する受傷事故の報告についても、国の基準通りとしている自治体もあれば、擦過傷や打撲等の比較的軽度のものは報告を要しないとしている自治体もある。

死亡事故の報告対象から除外する事由（病気、老衰、自然死等）を設けている自治体

A市	ア 死亡事故（**病気によるものを除く。**）
B区	ア　利用者が死亡、けが等、身体的又は精神的被害を受けた場合 2　**次の各号のいずれかに該当する場合**は、前項に該当する場合を含め、**報告を要しない**ものとすることができる。 (1)　比較的軽易なけがの場合 (2)　**老衰等により死亡した場合**
C県	一 介護サービス提供中に、利用者が死亡または負傷した場合。 イ **死亡には、自然死または病死は含まないものとする。**
D市	介護サービスの提供に伴い発生した事故により、利用者が死亡した場合 **※介護サービスの提供に伴い発生した事故によらない 病死の場合は「感染症の発生」 を 除いて報告不要**

病気等による死亡を報告対象外とした上で、死因等に疑義が生じる可能性がある場合は報告を義務付けている自治体

F市	(1) サービスの提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生 （注４）　利用者が病気等により死亡した場合であっても、**死因等に疑義が生じる可能性のあるとき（トラブルになる可能性があるとき）は、所管課へ報告**すること。 （注５）　利用者が、事故によるケガが原因で**後日死亡に至った場合**は、事業者は速やかに、所管課へ連絡し、報告書を**再提出**すること。

治療を要する事故の中でも比較的軽度なものを報告対象外としている自治体

G市	1.サービス提供中に利用者が死亡、又は負傷した場合（**けがの程度**は、医師の保険診療を要したものを報告対象とし、**比較的軽度な擦過傷や打撲等、日常生活に支障のないものは除く。**）

事前に情報を得ていなかった病気等による死亡を報告対象としている自治体

E区	(8) 利用者がサービス提供中に**病気等により死亡した場合** ただし、看取り対応中である場合や持病が原因である場合を除く （注）自治体へ確認したところ、看取り、疾患（事前の診療情報等）が明らかである場合であれば、対象外だが、情報のない病気（心不全、脳梗塞等）に起因して亡くなった場合は、事故報告書の提出を求めている。

報告対象とするサービス提供時の事故に「送迎」や「通院」を明示的に示している自治体

H区	⑴ 介護保険サービスや宿泊サービス（**送迎、通院等を含む。**）の提供中に生じた利用者の怪我又は死亡事故
I区	（１）介護サービス等提供（**利用者の送迎及び通院を含む。**）時における死亡事故及び医師（施設の勤務医及び配置医を含む。）の診断を受け投薬、処置その他の治療が必要となった事故

介護保険施設等における標準的な事故報告様式の主な課題

現行の事故の標準報告様式は、「発生場所」が全ての介護保険サービスを網羅できていない、「事故の種別」が少ない、「事故の原因分析」及び「再発防止策」の記載内容にルールがないといった課題があるため、各自治体における**原因分析や再発防止に必要な検討のための材料が乏しい**との指摘がある。

事故報告書　（事業者→○○市（町村））

※第１報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発
※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複

□ 第1報　□ 第＿＿報　□ 最終報告　　提出日：西暦　年　月　日

1事故状況	事故状況の程度	□ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置　□ 入院　□ 死亡　□ その他（　）
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦　年　月　日
2 事業所の概要	法人名	
	事業所（施設）名	事業所番号
	サービス種別	
	所在地	
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏
	サービス提供開始日	西暦　日　保険者
	住所	□ 事業所所在地と同じ　□ その他（　）
	身体状況	要介護度：□ 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　□ 自立
		認知症高齢者日常生活自立度
4 事故の概要	発生日時	西暦　年
	発生場所	□ 居室（個室） □ 食堂等共用部 □ 敷地外　□ その（　）
	事故の種別	□ 転倒　□ 異食　□ 不明 □ 転落　□ 誤薬、与薬もれ等　□ その他（　） □ 誤嚥・窒息　□ （チューブ抜去等）
	発生時状況の詳細	
	その他 特記すべき事項	

事故報告の目的や、事故報告の対象が明示的に示されていない

・事故に関連したケアの方針や入所時の契約内容がどうだったのかが不明（こうした情報は原因分析・再発防止の検討に必要ではないか）

・居宅サービスにも適用できる項目になっていない可能性
・送迎中の事故の選択肢がない　等

事故種別が少なく、効果的な集計・分析を行うことが難しい

5 事故発生時の対応	発生時の対応	
	受診方法	（外来･往診）
	受診先	医療機関名　連絡先（電話番号）
	診断名	
	診断内容	□ 切傷・擦過傷　□ 打撲・捻挫・脱臼　□ 骨折(部位：　) □ その他（　）
	検査、処置等の概要	
6 事故発生後の状況	利用者の状況	
	家族等への報告	報告した家族等の続柄：□ 配偶者　□ 子、子の配偶者　□ その他（　）
		報告年月日：西暦　年　月　日
	連絡した関係機関（連絡した場合のみ）	
	本人、家族、関係先等への追加対応予定	
7 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）		（できるだけ具体的に記載すること）
8 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）		（できるだけ具体的に記載すること）
9 その他 特記すべき事項		

事故発生時の状況や対応も自由記述であり、時系列で何が起きたのかが分かりにくい場合がある。

自由記載であるため、原因分析・再発防止に資する内容が記載されていない場合がある

R6老健事業

事業所における事故防止・再発防止に資する分析に用いる事故情報（項目）

- 令和６年度老健事業「介護保険施設等におけるリスクマネジメントの推進に資する調査研究事業」において、介護事業所における事故情報の分析・活用についてヒアリングを実施。同事業において現行の標準様式の課題と改訂の方向性について議論を行い、下記の示唆を得た。

事業所における事故・再発防止に資する事故情報

事故発生

- 発生場所、時間
- 事故類型
- 身体機能、認知機能
- 事故の発生状況　等

事業所単位での要因分析

- 利用者毎、発生時間帯毎に、どんな事故が多いのかを分析
- ヒューマンエラー、環境の観点から事故要因を分析
- 事実を記載する箇所、推論を記載する箇所を明確に区分した上で分析
- 身体機能、認知症の症状、行動パターン等を踏まえて複合的に要因分析

再発防止策の実施

- 事業所内周知
- 利用者の行動予測、危険回避
- マニュアル・ルールの改訂　等

事業所内PDCAサイクルを展開

事故報告標準様式の課題と改訂の方向性

課題

- 「事故の発生状況」「原因分析」「再発防止策」の記載欄：施設により記載状況の濃淡が出やすく、完全自由記述であるため集計・分析しにくい。
- 「発生場所」「事故の種別」の記載欄：居宅サービス特有の事故が選択肢になく、居宅サービス事業所で使用しにくい。

見直しを検討すべき点	改訂の方向性
原因分析・再発防止策の自由記載欄	選択式の回答ができる欄を追加しつつ、完全フリーの記載欄を観点別の記載欄へと見直すことを検討 ➢ **原因分析の観点に関する選択式の項目を追加し、その観点に対応した記述をするような項目**を検討するべき
事故の発生状況の記載欄	選択式の項目を組み合わせ、事故発生前の状況や時系列順での記載ができるよう見直すことを検討 ➢ 事業所負担を踏まえ、選択式の項目を活用しつつ、**事故発生前の状況（利用者の状態、リスク評価、職員体制等）や時系列順の対応を記載できるような項目**を検討するべき
上記以外の記述式の項目	行政報告として重要な項目等を除き、可能な限り選択式の項目へと見直すことを検討 ➢ 今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据え、行政への情報共有として必要な項目以外を可能な限り選択式に見直し、集計・分析しやすい形式に見直していくことが望ましい
「発生場所」および「事故の種別」の選択肢	**居宅サービス事業所でも使いやすいものとするため、居宅サービス特有の選択肢の追加**を検討 ➢ 「発生場所」には、「移乗中」や「利用者宅内」等の居宅サービス特有の発生場所の追加を検討するべき ➢ 「事故の種別」には、「送迎中の事故」や「直接介助時の衝突・激突」等の追加を検討するべき

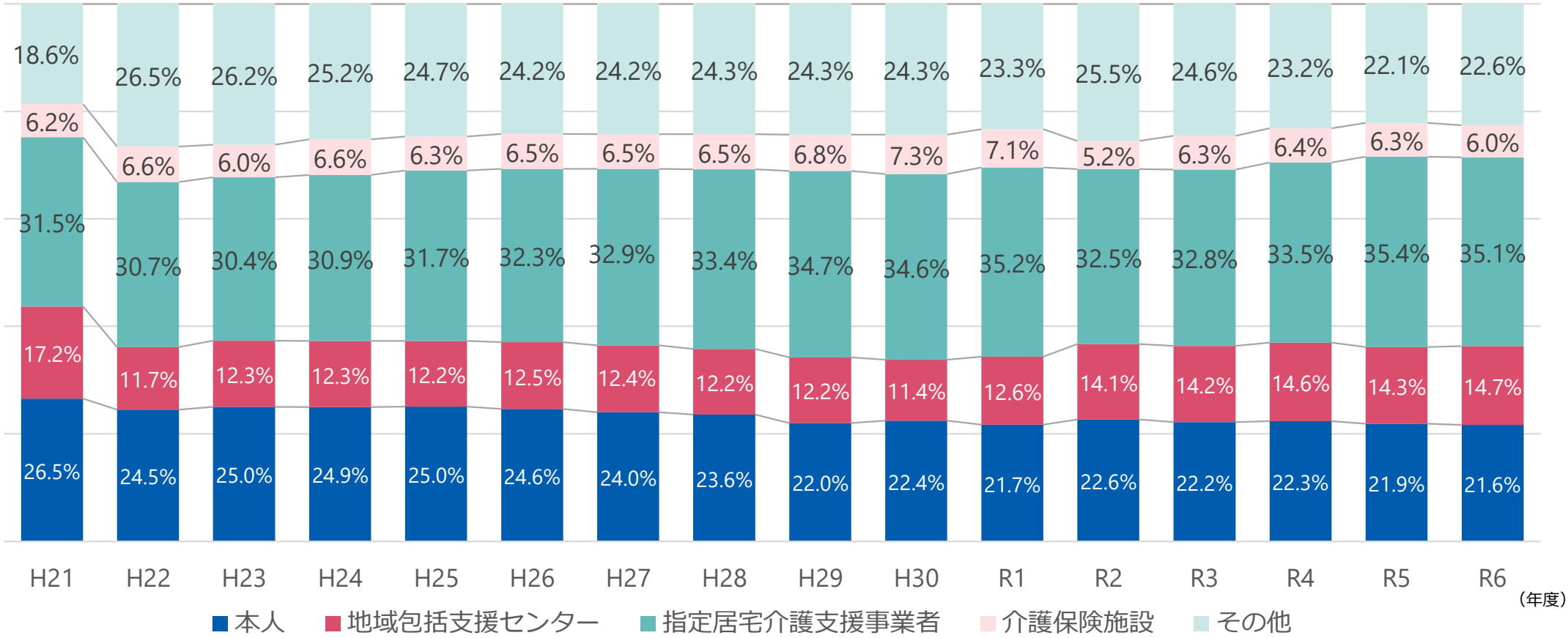
出典：令和６年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等におけるリスクマネジメントの推進に資する調査研究事業」

申請代行の推移

要介護認定における申請代行の利用状況の推移

（単位：件）

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
代行件数	87,047	3,332,087	3,536,700	3,829,612	4,246,613	4,422,820	4,528,244	4,470,211	4,466,328	4,174,841	4,534,697	3,189,860	3,508,016	3,877,201	4,256,543	4,104,827
申請件数	118,480	4,410,969	4,717,010	5,102,126	5,663,975	5,865,112	5,957,898	5,849,485	5,726,138	5,381,551	5,791,136	4,123,177	4,507,812	4,992,451	5,447,420	5,238,865
代行割合	73.5%	75.5%	75.0%	75.1%	75.0%	75.4%	76.0%	76.4%	78.0%	77.6%	78.3%	77.4%	77.8%	77.7%	78.1%	78.4%



＊１：申請代行者に係る情報が介護保険総合データベースに入力されているデータに限り集計。
＊２：平成21年４月より市町村から厚生労働省に対して要介護認定に係るデータを送信することとしたため、データ送信体制が整っていない等の理由で平成21年度のデータは少ない。
また、平成30年３月まではデータの送信は努力義務。
＊３：令和元年度から令和４年度は、新型コロナウイルス感染症の発生に係る措置として、有効期間を最大12ヶ月延長できる特例を設けていたため更新申請の件数が減った。

出典：介護保険総合データベース（令和７年５月集計）

介護サービス受給者数

区分		受給者数（人）
居宅介護(介護予防)サービス 現物給付（12月サービス分）	訪問介護	1,079,604
	訪問入浴介護	65,063
	訪問看護	806,950
	訪問リハビリテーション	149,487
	居宅療養管理指導	1,161,660
	通所介護	1,180,966
	通所リハビリテーション	601,399
	短期入所生活介護	300,845
	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	39,548
	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	482
	短期入所療養介護（介護医療院）	390
	福祉用具貸与	2,753,871
	特定施設入居者生活介護	**280,587**
	介護予防支援・居宅介護支援	3,779,389
地域密着型（介護予防）サービス 現物給付（12月サービス分）	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	44,488
	夜間対応型訪問介護	6,894
	地域密着型通所介護	423,298
	認知症対応型通所介護	46,876
	小規模多機能型居宅介護	**110,571**
	認知症対応型共同生活介護	**216,266**
	地域密着型特定施設入居者生活介護	**8,449**
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	65,038
	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	**22,708**
施設介護サービス 現物給付（12月サービス分）償還給付（1月支出決定分）	介護老人福祉施設	579,225
	介護老人保健施設	341,893
	介護療養型医療施設	9
	介護医療院	50,582

赤字：介護支援専門員の配置が指定基準となっているが、要介護認定の申請代行が可能とされていないサービス区分　**青字：現在、要介護認定の申請代行が可能とされているサービス区分**

※１　居宅介護（介護予防）・地域密着型（介護予防）サービスについては、サービス現物給付分のみのサービス別受給者数であり、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基にしたものである。
※２　訪問介護、通所介護には、介護予防・日常生活支援総合事業として行う訪問型サービス、通所型サービスは含まない。
※３　特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービスには、短期利用を含む。
※４　施設介護サービスについては、同一月に２施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を１人と計上する。
※５　介護療養型医療施設については、過誤請求等により、廃止前の実績が計上される場合がある。

出典：介護保険事業状況報告（月報）令和７年２月分

主治医意見書の入手に係る規定

介護保険法においては、市町村が主治の医師に対し意見を求める旨を規定しているのみであるため、申請者が申請前に主治医意見書を入手することは妨げられていないが、要介護認定の事務処理手続きについて示している通知（老健局長通知）においては、市町村が主治医意見書への意見の記載を求め、回収する旨が記載されている。

【介護保険法】

第二十七条　要介護認定を受けようとする被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、申請書に被保険者証を添付して市町村に申請をしなければならない。この場合において、当該被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設であって厚生労働省令で定めるもの又は第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターに、当該申請に関する手続を代わって行わせることができる。

２（略）

３**市町村は、第一項の申請があったときは、当該申請に係る被保険者の主治の医師に対し、当該被保険者の身体上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等につき意見を求める**ものとする。ただし、当該被保険者に係る主治の医師がないときその他当該意見を求めることが困難なときは、市町村は、当該被保険者に対して、その指定する医師又は当該職員で医師であるものの診断を受けるべきことを命ずることができる。

【要介護認定等の実施について（平成21年９月30日老健局長通知※1,2）

３　主治医の意見の聴取

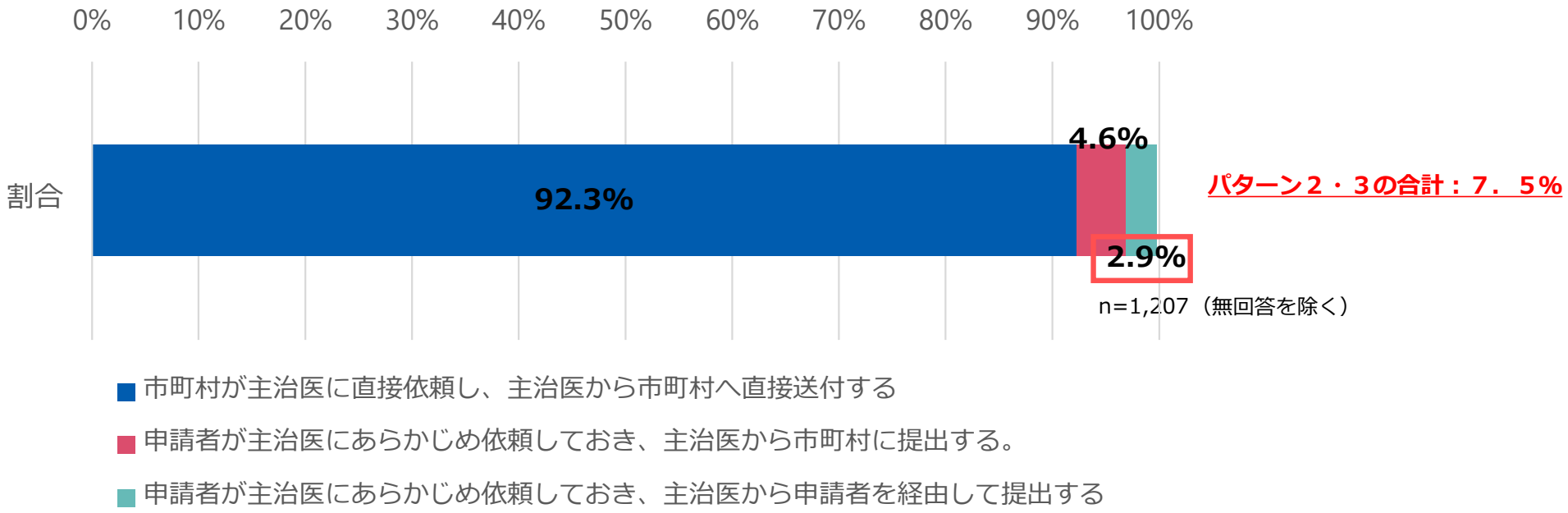
要介護認定申請を受理した市町村は、審査対象者の主治医(当該調査対象者の主治医がいない場合は、市町村の職員たる医師又は市町村が指定する医師。以下同じ。)**に対し**、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添3に示す**主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収する**。

※1　本通知は、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百四十五条の四第一項に基づく技術的助言に該当する。
※2　介護保険法施行当初の通知（平成11年7月26日老健局長通知）にも同様の記載がある。

市町村が採用している主治医意見書の提出方法

主治医意見書が保険者に提出される際の方法について調査を行ったところ、92.3%の市町村が主治医へ直接依頼し回収する方法を採用していたが、7.5%の市町村において、申請者があらかじめ主治医へ意見書の作成を依頼しており、さらに2.9%の市町村では申請者から意見書を提出していた。

■主治医意見書が保険者に提出される際のフロー



出典：令和５年度老人保健健康増進等事業「要介護認定情報のデジタル化・電送化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）

介護保険における福祉用具

○　介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、居宅要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものを、保険給付の対象としている。

【厚生労働大臣告示において以下のものを対象種目として定めている】

対象種目

【福祉用具貸与】＜原則＞

- 車いす（付属品含む）
- 床ずれ防止用具
- 手すり
- 歩行器(※２)
- 認知症老人徘徊感知機器
- 移動用リフト（つり具の部分を除く）
- 特殊寝台（付属品含む）
- 体位変換器
- スロープ(※２)
- 歩行補助つえ(※２)
- 自動排泄処理装置

【特定福祉用具販売】＜例外＞

- 腰掛便座
- 排泄予測支援機器
- 簡易浴槽
- 自動排泄処理装置の交換可能部品
- 入浴補助用具（※１）
- 移動用リフトのつり具の部分

（※１）入浴用いす、 浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト

（※２　固定用スロープ、歩行器(歩行車は除く)、歩行補助つえ(松葉杖は除く)は、選択制の対象福祉用具となる。）

【給付制度の概要】

①貸与の原則：利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、介護保険給付の対象となる福祉用具は貸与を原則としている。

②販売種目　：貸与になじまない性質のもの（他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態・品質が変化し、再利用できないもの）と、選択制（③）の対象福祉用具のうち、利用者が販売を選択したものは福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。

③選択制　：利用者負担の軽減、制度の持続可能性の確保と福祉用具の適時・適切な利用や安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入している。

④現に要した費用：福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付上の公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付（原則９割、所得に応じて８割・７割支給）する仕組み。なお、貸与件数が月平均100件以上の商品については、貸与価格の上限設定（※）を実施しており、これを超えて貸与を行った場合は給付対象としない。また、販売は原則年間10万円を支給限度基準額としている。

※上限価格は当該商品の「全国平均貸与価格＋１標準偏差(１SD)」（正規分布の場合の上位約16%）に相当する。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

省令・告示・通知改正

■　利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明と多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★

【選択制の対象とする福祉用具の種目・種類】

○ 固定用スロープ　　○ 歩行器（歩行車を除く）
○ 単点杖（松葉づえを除く）　　○ 多点杖

【対象者の判断と判断体制・プロセス】

利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行うこととする。

【貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方】

※ 福祉用具専門相談員が実施

＜貸与後＞

○　利用開始後少なくとも６月以内に一度モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討する。

＜販売後＞

○　特定福祉用具販売計画における目標の達成状況を確認する。
○　利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める。
○　利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。

１．（８）①　一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

概要　【福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★】

○　利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入する。具体的には、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖を対象とする。【告示改正】

○　福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、貸与と販売の選択制の導入に伴い、以下の対応を行う。

ア　選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員（※）が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこととする。　【省令改正、通知改正】

※　介護支援専門員については、居宅介護支援及び介護予防支援の運営基準の解釈通知を改正。

イ　福祉用具貸与について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後６月以内に少なくとも１回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。【省令改正】

ウ　特定福祉用具販売について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認することとする。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めることとする。【省令改正】

【貸与と販売の選択に伴う判断体制・プロセス】

○　選択制の対象福祉用具の提供に当たり、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員は、利用者に対し、以下を行う。

- 貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることの説明
- 利用者の選択に当たって必要な情報の提供
- 医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ提案

【貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等】

＜貸与後＞　※ 福祉用具専門相談員が実施

・利用開始後少なくとも６月以内に一度モニタリングを実施し、貸与継続の必要性を検討。

＜販売後＞

・福祉用具サービス計画の目標の達成状況を確認。
・利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める
・商品不具合時の連絡先を情報提供

国民健康保険団体連合会の業務の拡充

○　地方自治法第243条の規定により、地方自治体は、法律又は政令に定めがある場合を除いて、公金の支出の権限を私人に委託することができないとされているが、**介護報酬の支払事務は、介護保険法第176条の規定に基づき、国民健康保険団体連合会への委託が認められている**。

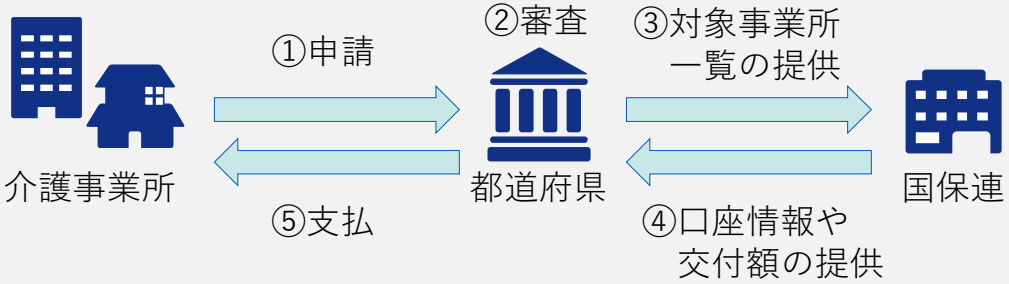
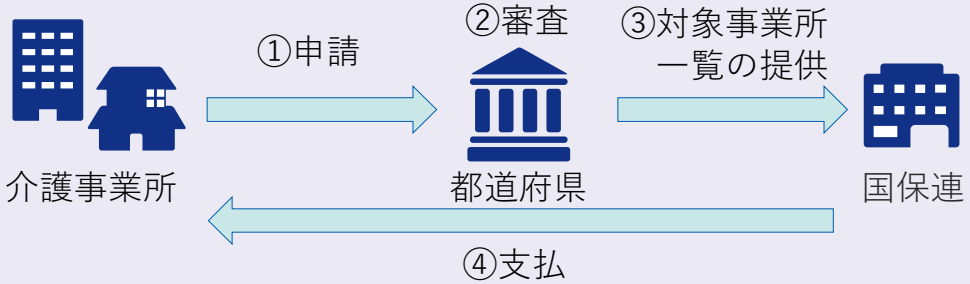
○　他方、**補助金の支払事務については、介護保険法に特段の定めはなく、国民健康保険団体連合会が担うことはできない**。このため、**介護報酬に紐付けて交付される補助金であっても、原則**（※１）**、実施主体の都道府県が支払事務を担ってきた**（※２）。この際、都道府県は、交付額の算出及び通知等の事務を国民健康保険団体連合会に委託している 。

（※１）令和３年度介護職員処遇改善支援補助金には、新型コロナウイルス感染症に関連する経費として地方自治体法上の非常災害に係る特例が適用されたため、国民健康保険団体連合会が支払事務を担うことができた。

（※２）令和６年度介護人材確保・職場環境改善等事業など

○　こうした状況も踏まえ、令和７年の地方分権改革に関する提案募集において、都道府県の事務負担の軽減及び支払事務の効率化の観点から、**介護報酬に紐付けて交付される補助金については国民健康保険団体連合会への支払事務の委託が可能となるよう見直しを求める提案がされている**。

【現状】（例）令和６年度介護人材確保・職場環境改善等事業



【見直し後】