

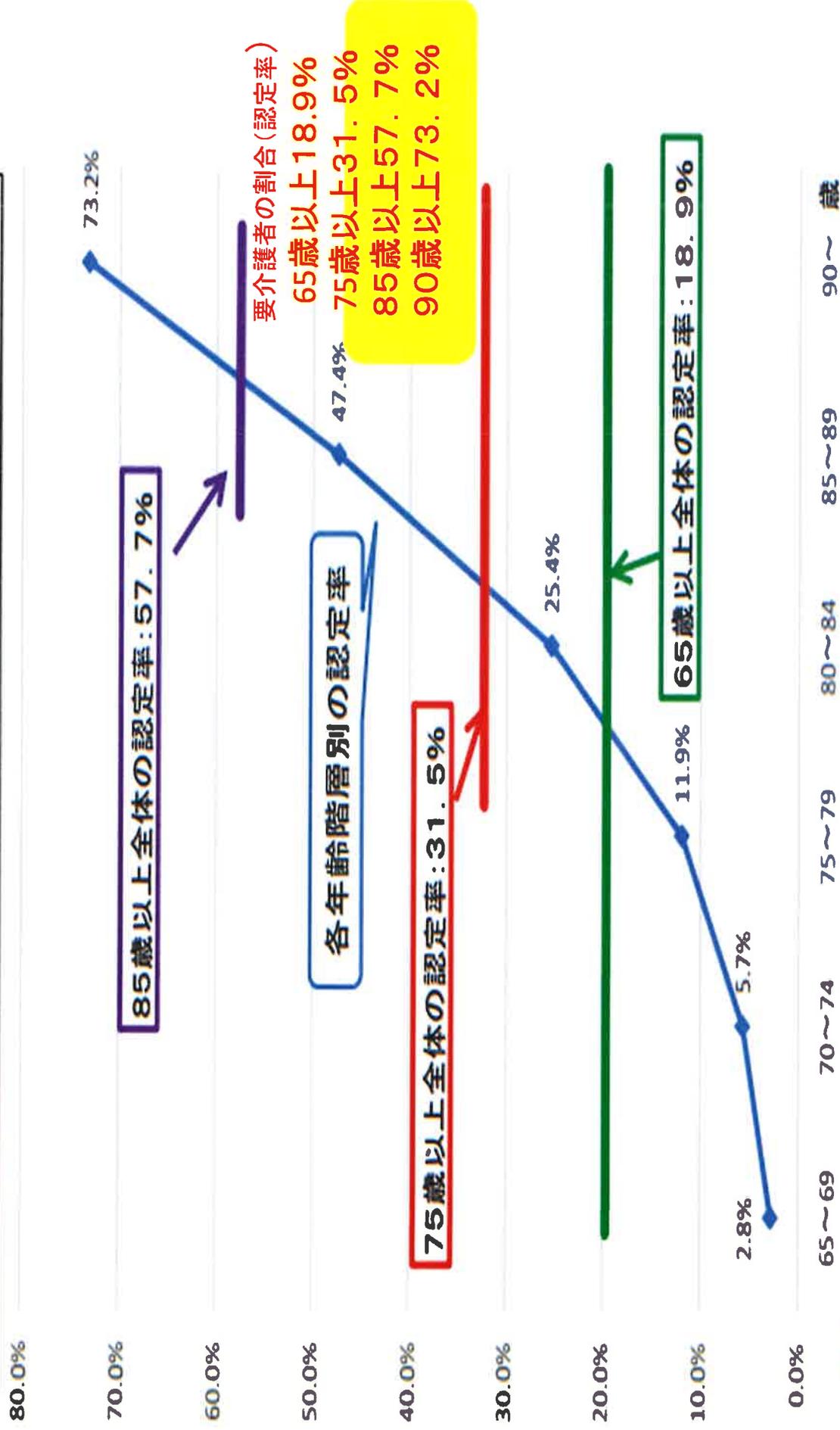
2026年、 介護保険とどうなる 市民の暮らしと事業者の未来

大阪社会保険推進協議会 介護保険対策委員長
下呂市社会保険推進協議会 会長

日下部 雅喜

年齢階級別の要介護認定率

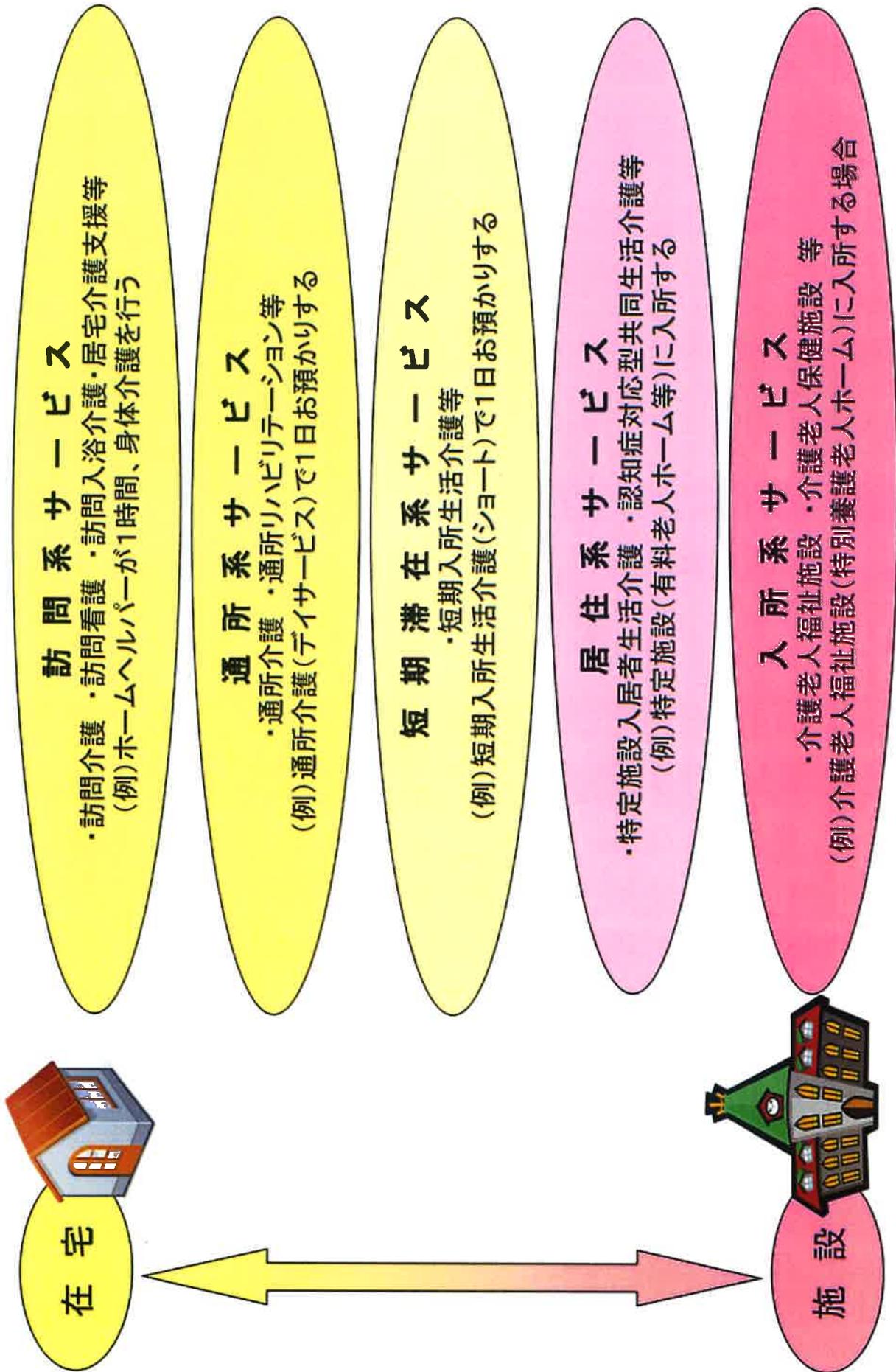
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典:

○ 2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)

介護保険サービスの体系



介護の費用負担(1割負担の場合)

デイサービス (9時~16時) 要介護3

1日 890円 + 昼食代500円 = 1,390円

週3日利用 1390円 × 3日 × 4週 = 月16,680円

ホームヘルパー 1日3回 身体介護 30分

280円 × 3回 × 週4日 × 4週 = 月13,440円

介護ベッド 月1600円

車いす 月 400円

合計 月 32,120円

外に 紙おむつ代月8,000円、通院タクシー代……

特別養護老人ホーム入所 要介護5 一般世帯

サービス費 1日 960円 × 30日 = 28,800円

食費 1日 1,445円 × 30日 = 43,350円

部屋代 1日 2,006円 × 30日 = 60,180円

計132,330円 + 諸費用

諸費用：日用品費3,000円、預り金管理料
3,000円、美理容代2,500円……（おむつ
代は原則不要）

毎月13～15万円程度負担

非課税世帯には軽減措置有り

京都府は47都道府県中4位

各都道府県別加重平均高い順

	第8期保険料	第9期保険料	伸び率
1大阪府	6,826	7,486	9.7%
2沖縄県	6,826	6,955	1.9%
3青森県	6,672	6,715	0.6%
4 京都府	6,328	6,608	4.4%
5秋田県	6,487	6,565	1.2%
6和歌山県	6,541	6,539	0.0%
全国平均	6,014	6,225	3.5%
47山口県	5,446	5,568	2.2%

京都府内市町村 介護保険料基準月額

順位	保険者名	第8期保険料	第9期保険料	伸び率	要介護認定率
1	和束町	7,600	7,200	-5.3%	23.7%
2	京都市	6,800	7,160	5.3%	25.0%
3	笠置町	6,970	7,140	2.4%	22.4%
4	南丹市	6,360	6,860	7.9%	22.9%
5	長岡京市	6,180	6,480	4.9%	22.2%
6	大山崎町	6,180	6,407	3.7%	20.1%
7	南山城村	6,200	6,400	3.2%	23.3%
8	伊根町	6,271	6,271	0.0%	27.2%
9	八幡市	5,567	6,250	12.3%	21.1%
10	綾部市	6,202	6,202	0.0%	21.5%
11	井手町	5,823	6,197	6.4%	23.0%
12	宇治田原町	5,317	6,194	16.5%	18.1%
13	宮津市	6,672	6,147	-7.9%	25.7%
14	向日市	5,821	6,125	5.2%	21.2%
15	与謝野町	6,000	6,000	0.0%	24.3%
16	福知山市	5,983	5,983	0.0%	21.7%
17	舞鶴市	5,986	5,981	-0.1%	21.3%
18	精華町	5,950	5,950	0.0%	17.7%
19	宇治市	5,669	5,900	4.1%	20.7%
20	京丹波町	6,117	5,875	-4.0%	19.1%
21	亀岡市	5,196	5,800	11.6%	17.1%
22	木津川市	5,800	5,800	0.0%	17.8%
23	久御山町	5,786	5,786	0.0%	20.0%
24	京丹後市	5,979	5,723	-4.3%	21.1%
25	京田辺市	5,394	5,513	2.2%	18.4%
26	城陽市	5,098	5,477	7.4%	18.9%

第1号被保険者の介護保険料

1 保険料算定の仕組み 介護保険制度は、国、地方自治体、40歳以上の市民のそれぞれの負担によって、社会全体で高齢者の介護を支える社会保険制度であり、第9期の計画期間(2024~2026年度)は、保険給付費・地域支援事業費のうち 第1号被保険者(65歳以上の方)の負担割合が約23%となります。



保険料基準額(年額)

市町村の介護保険にかか
る費用のうち
第1号被保険者負担分
(約 23%)

市町村の第1号被保険者数

介護保険の現状

「介護」の4文字熟語

介護心中・介護殺人⇒年間50～70件

介護退職⇒年間9万～14万人

介護貧乏・介護破産

⇒多大な自己負担

介護難民⇒特養だけでなく在宅でも

介護崩壊

⇒介護現場の人手不足は「絶望的」

介護保険制度は「危機的」状態

介護保険が直面している<3つの危機>

—「サービス」と「ヒト」と「おカネ」

①「保険あって介護なし」という 重大な機能不全

第1に、介護保険料を支払っているにも関わらず、制度上の様々な制約によって**利用者が必要なサービスを利用できない**という、公的サービスを提供する制度として**重大な機能不全**に陥っていることです。

※ 「保険料を納めた人には**平等に給付**を行うのが保険制度の大前提」 「**介護保険は国家的詐欺**になりつつあると思えてならない」 (堤修三・厚労省元老健局長、シルバー産業新聞2015年11月10日)

②打開の方向を見い出せない

深刻な担い手不足

第2に、介護現場の人手不足に起因する危機です。このままでは**必要な担い手を確保できず、事業を維持できなくなる事態**になりかねません。とりわけ有効求人倍率が14倍を超えて高止まりしているヘルパーの不足と高齢化は、きわめて深刻です。ケアマネジャー不足を理由とする事業所の廃業・閉鎖も相次いでいます。処遇改善をはじめ、現時点でそれを**打開する有効な施策は示されていません**。

③保険料の支払い困難が招く 財政危機

第3に、物価高騰や年金の切り下げによる高齢者の経済事情が悪化している中で、高齢者にとって**保険料の支払いが限界**にきている問題です。このままでは給付の増大に見合った**保険料の設定が困難**となる事態が招来しかねません。それを回避しようと思えば、いままの政府のやり方では**給付の徹底的な削減で保険料を抑える**しかなく、「制度残って介護なし」ともいうべき事態が生じかねません。

人手不足、費用膨張

介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。

全国首長アンケート

介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。



負担上げ検討必要85%

自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。

自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。自治体の財政状況は、介護保険料の負担が重くなる。

被災の能登人材難深刻

能登半島の被災地では、介護人材の確保が非常に困難な状況にある。被災地の自治体は、介護人材の確保に苦戦している。被災地の自治体は、介護人材の確保に苦戦している。被災地の自治体は、介護人材の確保に苦戦している。

高齢化ピークの40年

県内大半「サービス不安定」。高齢化ピークの40年。県内大半「サービス不安定」。高齢化ピークの40年。県内大半「サービス不安定」。高齢化ピークの40年。県内大半「サービス不安定」。

自治体首長97% 介護保険に危機感

共同通信社が全国の都道府県知事と市区町村長に実施したアンケートで、介護保険サービスの提供体制の持続に危機感を抱く首長が97%に上った。

理由は、現場の人手不足や費用の膨張が目立った。国や利用者などの負担引き上げを検討すべきだとの回答は85%を占めた。2000年度に介護保険制度が始まってから25年。団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる中、介護サービスの維持に向けた抜本的な改革が必要となりそうだ。

調査は6～7月、47都道府県知事と1741市区町村長にインターネットを通じて行い、96%に当たる1723人から回答を得た。30日までに集計した。質問は複数回答可を含む選択式や、自由記述で構成した。

相次ぐ給付削減と負担増

— 利用しづらい・利用できない制度へ

介護保険は、**介護保険料**、**自治体の事業計画**、**事業所に支払われる介護報酬**の3つが**3年に1度**に**改定**される、**3年を一期として運用**される制度です。それに加えて介護保険法が**定期的**に「**改正**」されます。第4期まで「**改正**」は**6年に一度**に**負担と給付の見直し**が**実施**されてきました。**第5期以降（第2次安倍政権以降）は3年に一度行われ、矢継ぎ早に負担と給付の見直しが実施**されてきました。

【図表1】 介護保険25年の経過 — 「制度の持続可能性の確保」を掲げて

時期区分	負担＝利用者負担	給付＝介護サービス	介護保険料 (基準額平均)
第1期 2000～02年度			2,911円
第2期 2003～05年度	<ul style="list-style-type: none"> 施設等での居住費・食費徴収 (2005年10月～) 	<ul style="list-style-type: none"> 基盤整備の総量規制 給付「適正化」対策スタート 	3,293円
第3期 2006～08年度	※2005年 介護保険法「改正」→ 2006年度施行		
第4期 2009～11年度		<ul style="list-style-type: none"> 「新予防給付」創設～要支援1・2を新設 処遇改善交付金制度創設 認定制度の全面見直し(軽度判定化が加速) 	4,060円
第5期 2012～14年度	※2011年 介護保険法「改正」→ 2012年度施行		
第6期 2015～17年度	<ul style="list-style-type: none"> 利用料2割負担導入 補足給付に資産要件等を導入 (以上2015年8月～) 	<ul style="list-style-type: none"> 処遇改善交付金を介護報酬に編入(＝処遇改善加算) 「総合事業」スタート 特養対象原則要介護3以上に 	4,972円
第7期 2018～20年度	<ul style="list-style-type: none"> 利用料3割負担導入 高額介護費の上限額引き上げ (以上2018年8月～) 	<ul style="list-style-type: none"> 財政インセンティブの導入 生活援助「届出制」導入 (2018年10月～) 	5,514円
第8期 2021～23年度	<ul style="list-style-type: none"> 補足給付の要件厳格化(2021年8月～) 		
第9期 2024～26年度	<ul style="list-style-type: none"> 多床室料負担の対象施設を拡大 (2025年8月～) 		

低く固定化された介護報酬

—事業所の経営難が続く

介護報酬改定の経過—厳しい改定続く

介護保険スタート以降、介護報酬は低く据え置かれ続けてきました。
2003、2006年の2%を超える連続マイナス改定を皮切りに、2015年改定では基本報酬が全体で4%以上引き下げられました。

図表2 介護報酬改定の経過（※は臨時改定）

	改定率	内訳等
2003年	▲2.3%	
2006年	▲2.4%	施設等の食費・居住費の自己負担化分 (05年10月～)をふくむ
2009年	+3.0%	
2012年	+1.2%	処遇改善補助金(報酬2.0%相当)を組み 入れ、実質▲0.8%
※2014年	+0.63%	消費税への対応—区分支給限度額の引き上げなど
2015年	▲2.27%	基本報酬で▲4.48% (全サービ スで引き下げ)
※2017年	+1.14%	処遇改善(1万円相当)
2018年	+0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
※2019年	+2.13%	処遇改善(1.67%)、消費税対応 (0.39%)、補足給付(0.06%)
2021年	+0.70%	うち+0.05%はコロナ対策(～2021年9 月)。第8期通算+0.67%
※2022年	+1.13%	処遇改善(9,000円相当)
2024年	+1.59%	うち処遇改善+0.98%、その他(基本報酬 分など)0.61%

2024年度 一 訪問介護基本報酬の引き下げ

訪問介護の危機は「介護崩壊」の始まり

2024年度介護報酬改定は、1.59%と全体として不十分な引き上げにとどまる中、政府は**訪問介護基本報酬の引き下げ**を強行。改定によって訪問介護事業所の倒産と廃業が加速し、**2024年の倒産数は81件、休業・解散数と合わせると529件と**いずれも過去最多となりました。

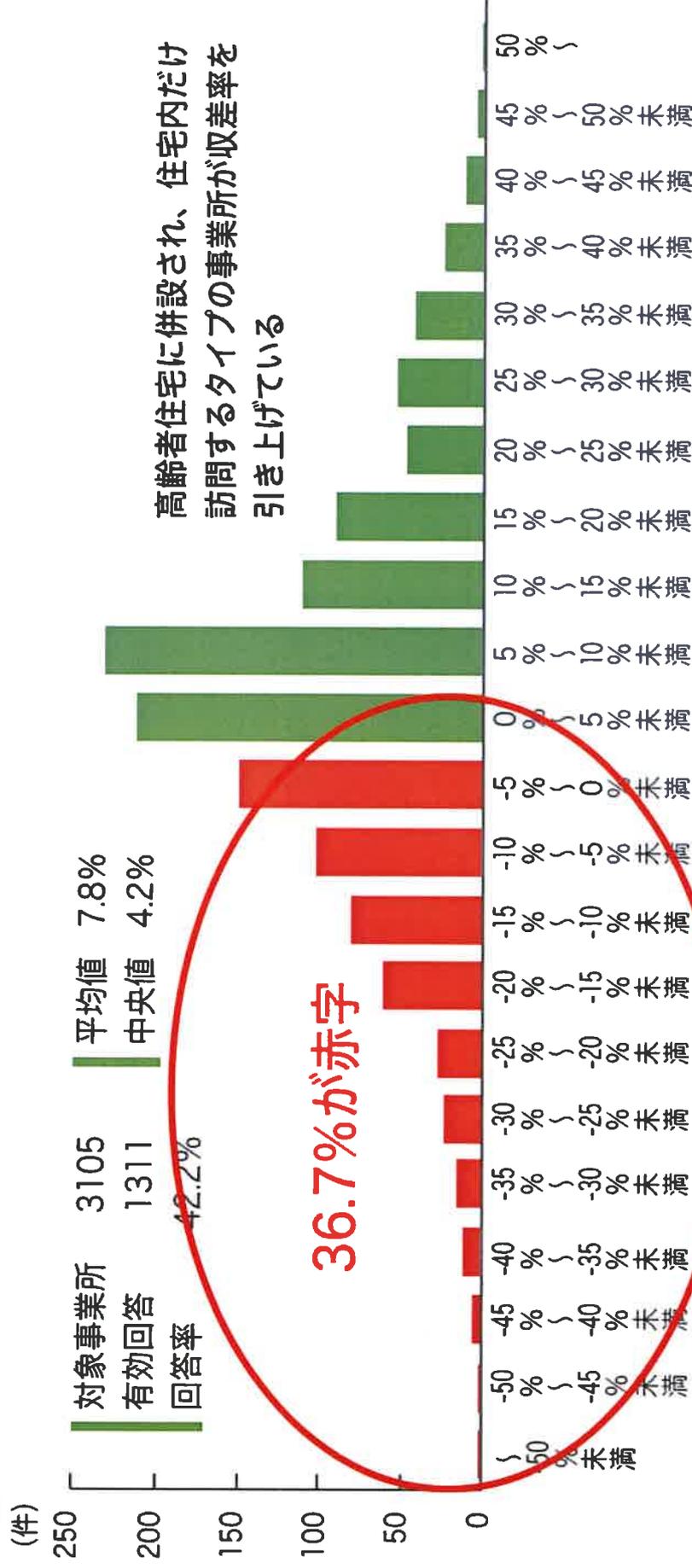
図表5 訪問介護基本報酬を軒並み引き下げ

	※()は改定前	引下げ率	()は改定前	引下げ率
20分未満	163単位(167)	▲2.40%	179単位(183)	▲2.19%
20分以上30分未満	244単位(250)	▲2.40%	220単位(225)	▲2.22%
30分以上1時間未満	387単位(396)	▲2.27%	65単位(67)	▲2.99%
1時間以上1時間30分未満	567単位(579)	▲2.07%	97単位(99)	▲2.02%
以降30分を増すごとに	82単位(84)	▲2.38%		

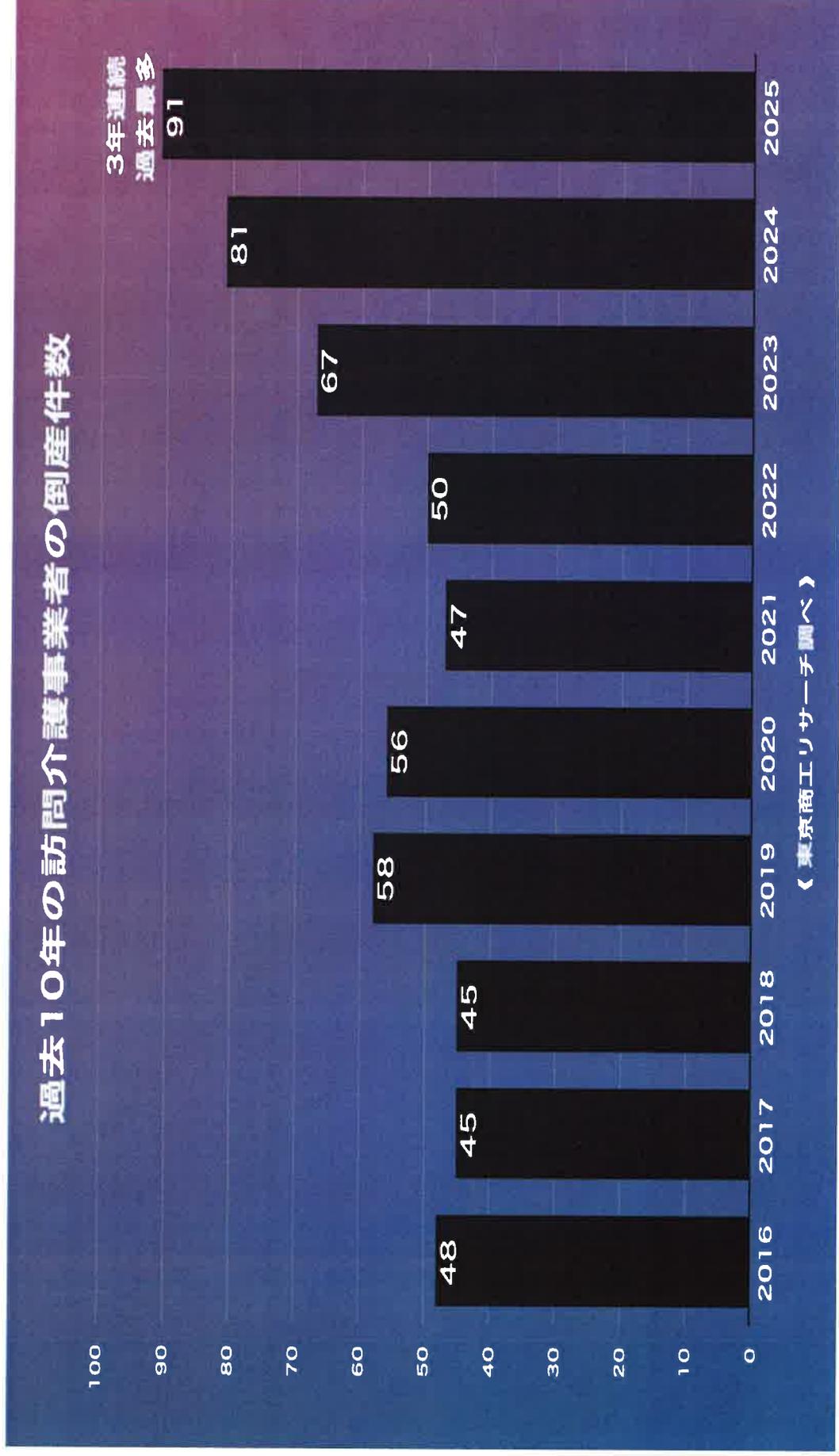
生活援助	
20分以上45分未満	20分以上45分未満
45分以上	45分以上
身体介護に引き続き生活援助を行う場合	身体介護に引き続き生活援助を行う場合
通院等乗降介助	通院等乗降介助

引き下げの理由は、訪問介護事業所の収支差率が7.8%と全サービス事業の平均値（2.4%）より高かったこと。しかし、赤字の事業所が4割近く（36.7%）を占めており、その一方で、高齢者住宅に併設され、その住宅内の利用者だけを効率的に訪問することで高収益を挙げている一部の事業所が全体の収支差率を引き上げている実態も明らかになりました。こういった無視した一律の引き下げに道理はありません。

図表6 訪問介護の4割近くが赤字



訪問介護事業者倒産件数過去最多 2025年



東京商工リサーチは8日、昨年の訪問介護事業者の倒産状況に関する調査レポートを新たに発表した。倒産件数は91件で、前年から12.3%増加した。介護保険制度が始まった2000年以降で最も多く、3年連続で過去最多を更新した。基本報酬の引き下げや深刻なヘルパー不足、物価高騰に加え、競合他社との競争の激化などが重くのしかかっている

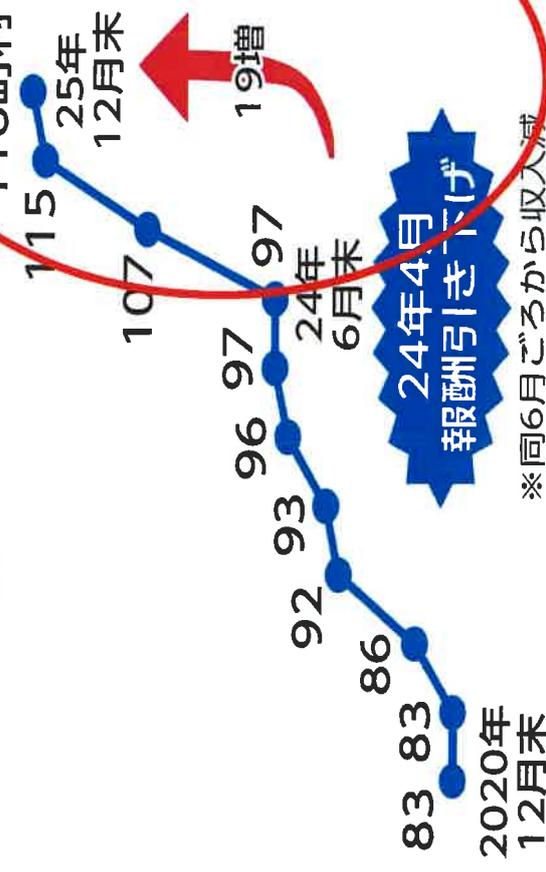
そもそも訪問介護の基本報酬は、**2000年の制度スタート時から3.7%**（30分以上1時間未満。身体介護の場合）も**減額**されています。

図表7 訪問介護(身体介護)基本報酬の推移

(改定年度)	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021	2024	2024 / 2000
30分以上1時間未満	402	402	402	402	402	388	394	396	387	▲ 3.7%
1時間以上	584	584	584	584	584	564	575	579	567	▲ 2.9%

経営難と人手不足の中、すでに訪問介護事業所が**ゼロ**になっている**市町村**もあります。**在宅生活**を支える**基本サービス**である訪問介護事業所がなくなっていくことは、政府が進めている**地域包括ケア**にも**逆行**するものです。

訪問介護事業所がない自治体が増加
(半年ごとの推移)

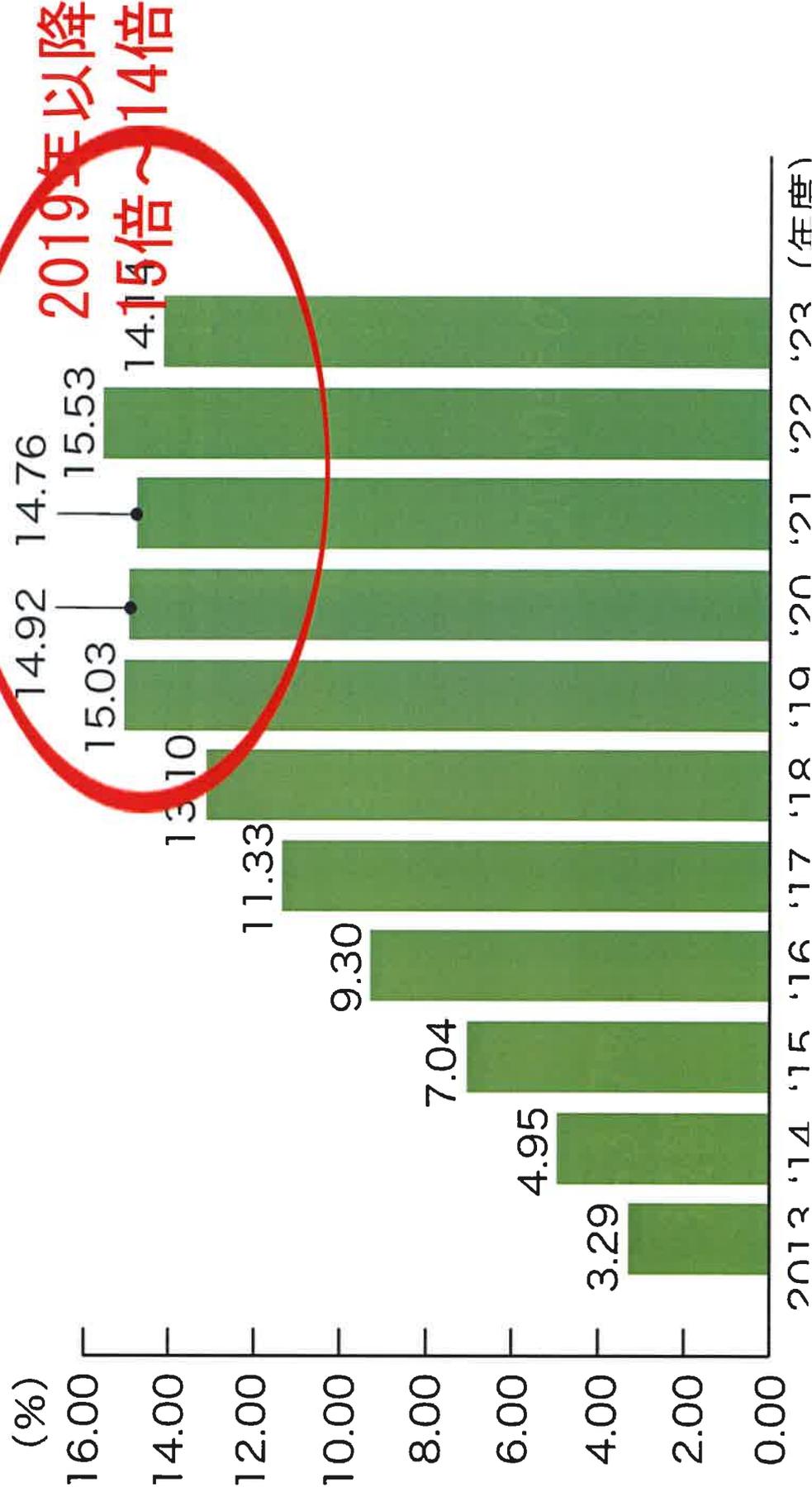


厚生労働省が公表した全国の事業所一覧(介護サービス情報公表システムのオープンデータ)をもとに作成

1.4倍～1.5倍の求人倍率 訪問介護員の「絶望的」状況

ヘルパーの有効求人倍率は1.4倍を超えて高止まりの状態です。

図表9 ヘルパーの有効求人倍率



訪問介護「虐待」25年史

2000年11月 生活援助「不適切事例」通知（老振第76号）

2003年5月 通院での「院内介助は院内スタッフ」通知（老振第0508001号）
通院介助での院内介助否定が横行

2004年8月 登録制ヘルパーへの労基法適用通知（介護報酬改善は無し）

2006年4月 新予防給付 要支援1.2の訪問介護は「月額」報酬

ヘルパーの家事援助が「自立を阻害」と宣伝される

2007年 コムスン事件 給付適正化事業本格化 ローカルルールが蔓延

同居家族が居る場合の生活援助一律排除、散歩介助否定など横行

2008年 ケアプラン点検マニュアル ケアマネ通じたヘルパー締め付け

2012年 生活援助 60分⇒45分 短時間・コマ切れ化に拍車

2015年 総合事業開始 予防訪問介護廃止、無資格者・ボランティア移行

2018年 生活援助利用回数に制限（ケアプランの届出制度化）

一日複数回の生活援助ができなくなる

2021年「区分支給限度基準額の利用割合が7割以上」かつ「利用サービスのうち6割以上が訪問介護サービス」のケアプラン届出・検証制度化

2024年 訪問介護報酬引下げ

訪問介護の「危機」の要因

①2000年介護保険スタート時点から「登録制」を前提とした低介護報酬

⇒コムシン型サービスモデルの急拡大と終焉（2007年）

②労働基準法適用通知（2004年）後も介護報酬は改善無し

③一貫している生活援助の軽視・蔑視

④給付抑制のターゲットになり、締め付けと短時間コマ切れ化を繰り返す

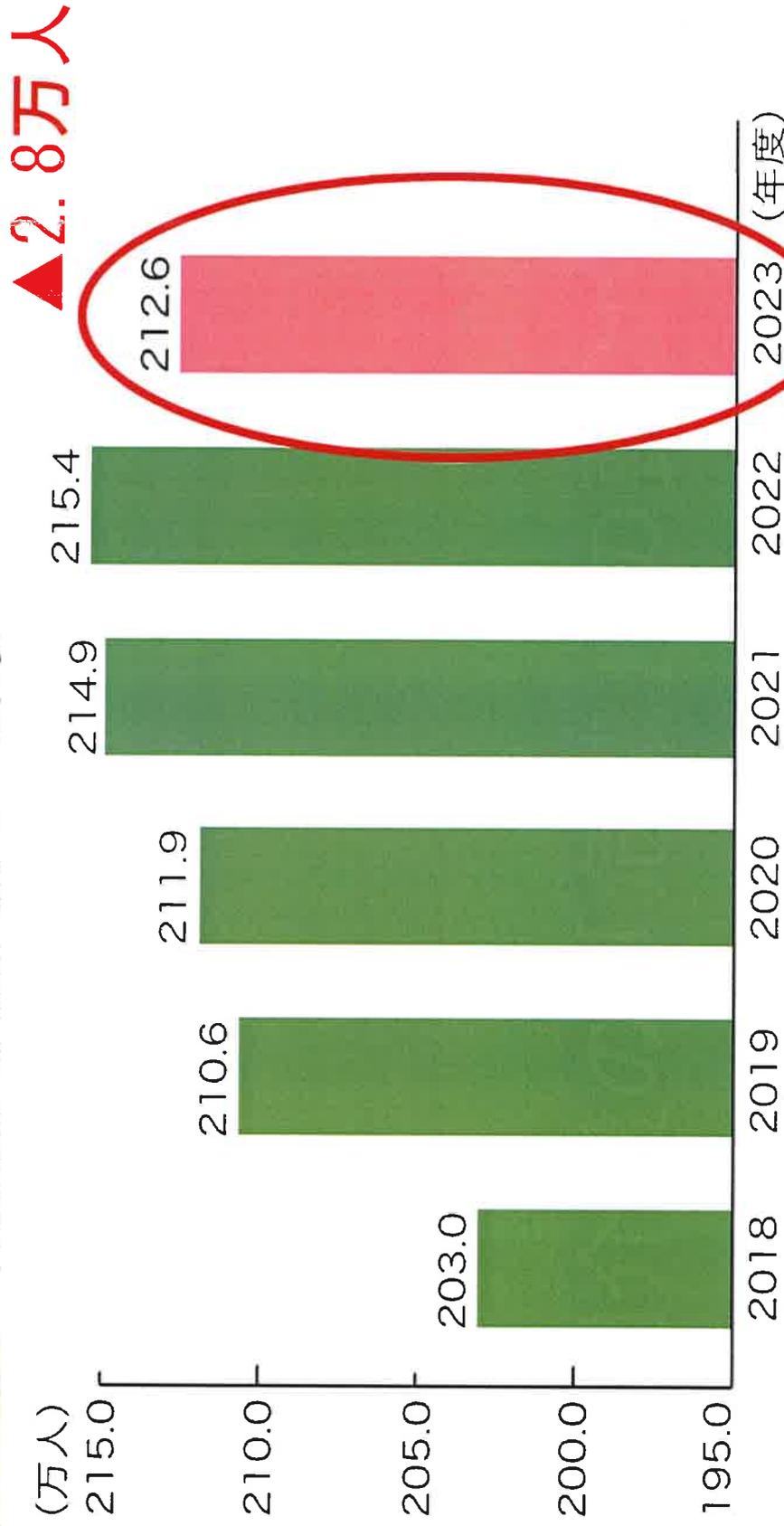
⑤総合事業移行によるサービス対象縮小・無資格者・ボラシテイア化

深刻さを増す人手不足

— 現在も・将来も

介護現場の人手不足は、年々深刻さを増しています。募集しても応募がいつさいな
い事態が各地で常態化しており、一人夜勤などの問題も解消されていません。2023
年の介護従事者数は、介護保険創設以来はじめて前年を下回りました。

図表8 介護職員数が初めて減少

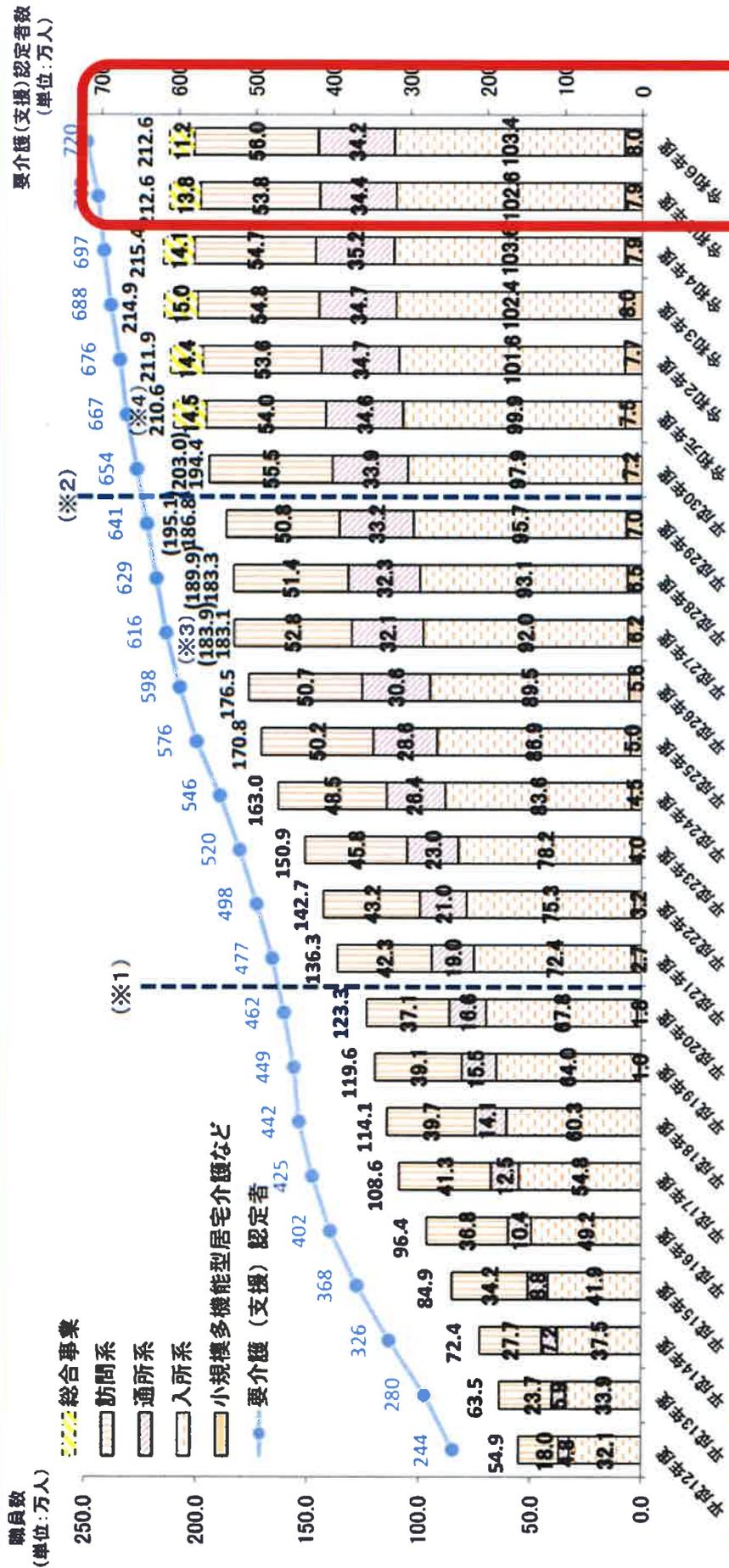


出典：厚労省「介護サービス施設・事業所調査」

別紙

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」(介護職員数)

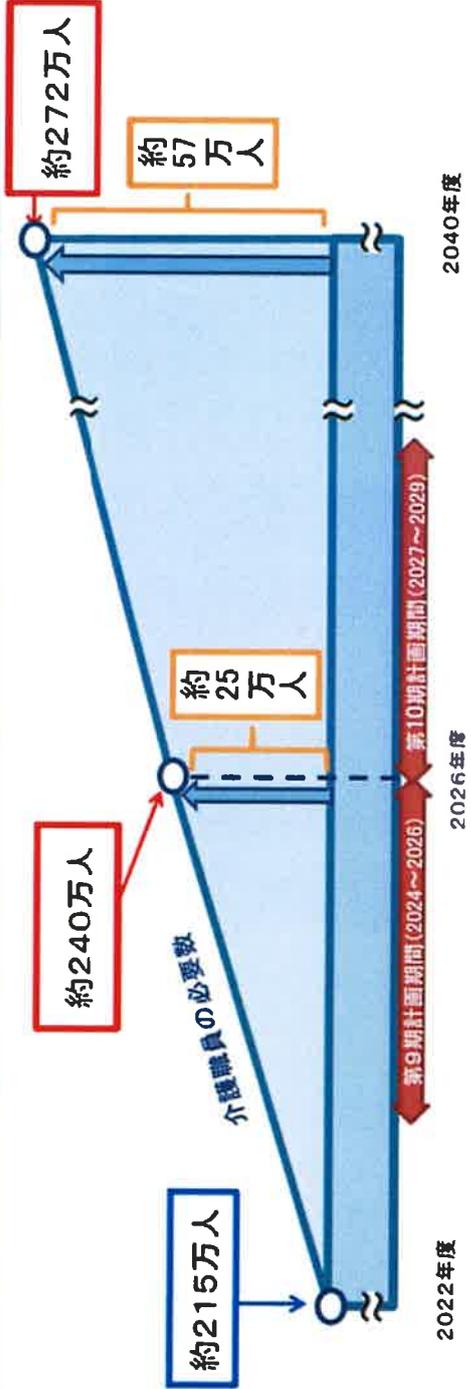
平成12~20年度 「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)は全数調査を実施しており、回収された調査票のみの集計となっており、各年度は当該調査による数値を記載。
 平成21~29年度 介護調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となっており、各年度は当該調査による数値を記載。
 平成21~29年度 介護調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となっており、各年度は当該調査による数値を記載。(※1)

2024年10月1日時点の全国の介護職員数は212万6227人。前年と比べて、たった487人の増加。介護職員は2022年215.4万人をピークに頭打ち?!

第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数(推計)

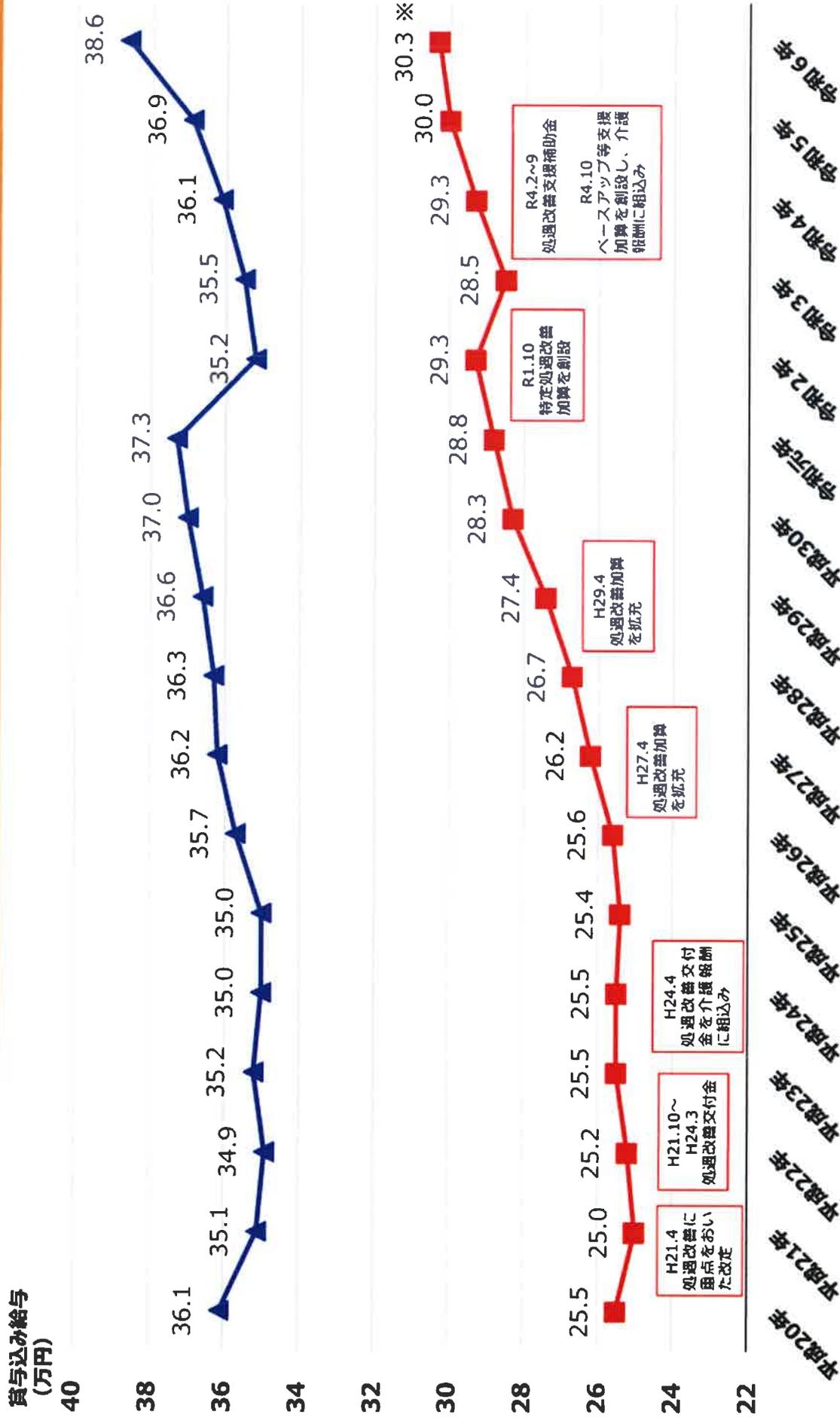
- 第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・ 2026年度には約240万人 (+約25万人 (6.3万人/年))
 - ・ 2040年度には約272万人 (+約57万人 (3.2万人/年))
 となった。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。

※ ()内は2022年度(約215万人)比



年度	介護職員数	必要数	介護職員数	充足率
2022年度	2,154,498人			
2026年度	2,402,433人	2,180,120人		90.7%
2040年度	2,722,313人	2,106,023人		77.4%

賃金構造基本統計調査による介護職員の賃金の推移



【出典】厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

- ※ 1 賃与込み給与は、調査年の6月分として支払われた給与に調査年の前年の1月から12月分の賞与の1/12を加えて算出した額。
- ※ 2 令和6年度介護報酬改定における処遇改善加算の見直しは令和6年6月施行（事業者への支払いは8月以降）

第219回国会における高市内閣総理大臣所信表明演説

国民の皆様の一のちを守り、安心して必要なサービスを受けていただくためにも、赤字に苦しむ医療機関や介護施設への対応は待たなす。診療報酬・介護報酬については、賃上げ・物価高を適切に反映させていきますが、報酬改定の時期を待たず、経営の改善及び従業者の処遇改善につながる補助金を措置して、効果を前倒します。

施策名：医療・介護等支援パッケージ(介護分野)

令和7年度補正予算案 2,721億円

① 施策の目的

- 国民のいのちと暮らしを守り、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備するため、「医療・介護等支援パッケージ」を緊急措置する。
- 介護分野においては、
 - ・ 他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。
 - ・ 介護事業所・施設が、物価上昇の影響がある中でも、必要な介護サービスを円滑に継続するための支援等を行う。
 - ・ ICT等のテクノロジーの導入や経営の協働化、訪問介護・ケアマネジメントの提供体制の確保に向けた取組を支援する。

③ 施策の概要

ア 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業

- ・ 介護従事者に対して幅広く月1万円の賃上げ支援を実施し、生産性向上や協働化に取り組む事業者の介護職員に対して月0.5万円を上乗せ。
 - ・ 併せて、介護職員の職場環境改善を支援。人件費に充てた場合、介護職員に対して月0.4万円の賃上げに相当。
- ※いずれも半年分

1,920億円

ウ 介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等支援事業

- ・ 介護記録ソフト等の介護テクノロジーの導入・定着や、経営の協働化、経営改善を支援するとともに、これらの支援を行う都道府県相談窓口等の機能強化を図り、伴走支援を充実。

220億円

② 対策の柱との関係

I		II					III		
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
○	○						○		

イ 介護事業所・施設のサービス継続支援事業

- ・ 物価上昇の影響がある中でも、必要な介護サービスを円滑に継続できよう、訪問系サービスの訪問・送迎に必要な経費、災害発生時に必要な設備・備品、介護保険施設の食料品の購入費等を支援。
- ※この他、施設の大規模修繕等に対する支援を実施

510億円

エ 訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保支援事業

- ・ 経験年数が短いホームヘルパーへの同行支援や、中山間地域等における通所介護事業所の訪問機能追加、訪問介護事業所のサテライト(出張所)の設置、居宅介護支援(ケアマネ)事業所の人材確保、シャドウワーク等の業務負担軽減、協働化等を支援。

71億円

④ 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)

「医療・介護等支援パッケージ」の実施により、介護分野において、必要な人材確保、円滑なサービス継続、効率的かつ安定的な介護サービス提供が可能となる。

25年度補正予算⇒26年度報酬改定

25年度補正予算12月16日成立

介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業

- ①介護従事者に対する幅広い賃上げ支援月 **1.0万円**
- ②協働化等に取り組む事業者の介護職員に対する上乗せ月 **0.5万円**
- ③職場環境改善の支援 人件費に充てた場合、介護職員月 **0.4万円**の賃上げに相当

合計で**最大月1.9万円**の賃上げ

対象期間：2025年12月～2026年5月の賃上げ相当額を支給

国庫補助率：10/10 国費 **1,920億円**

26年度介護報酬改定 12月24日 26年度予算に関する大臣折衝

改定率 +2.03% 国費 **+518億円** (国の負担は1/4)

①介護分野の職員の処遇改善 +1.95% (2026年6月施行)

・介護従事者を対象に、幅広く月**1.0万円** (3.3%)の賃上げを実現する措置

・生産性向上や協働化に取り組む事業者の介護職員を対象に、月**0.7万円** (2.4%)の上乗せ措置 ※合計で、介護職員について**最大月1.9万円** (6.3%)の賃上げ (定期昇給0.2万円込み) が実現する措置

②食費の基準費用額の引上げ +0.09% (2026年8月施行) ・1日当たり100円引上げ

たった月1万円～1.9万円賃上げ 焼け石に水

令和8年度介護報酬改定の概要

概要

○ 「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）において、「介護分野の職員の処遇改善については、（中略）他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行う」とされたことを踏まえて、令和9年度介護報酬改定を待たずに、期中改定を実施する。改定率は+2.03%（処遇改善分+1.95%、基準費用額（食費）の引上げ分+0.09%）となる。

令和8年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和7年12月24日）（抄）

「強い経済」を実現する総合経済対策において、「介護分野の職員の処遇改善については、（中略）他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行う」とされたことを踏まえて、**令和9年度介護報酬改定を待たずに、期中改定を実施する**。具体的には、政府経済見通し等を踏まえた介護分野の職員の処遇改善、介護サービス事業者の生産性向上や協働化の促進等のため、以下の措置を講じる。なお、これらの措置による改定率は+2.03%（国費+518億円（令和8年度予算額への影響額））となる。

- ・ 介護職員のみならず、介護従事者を対象に、幅広く月1.0万円（3.3%）の賃上げを実現する措置を実施する。
- ・ 生産性向上や協働化に取り組み事業者の介護職員を対象に、月0.7万円（2.4%）の上乗せ措置を実施する。
- ※ 合計で、介護職員について最大月1.9万円（6.3%）の賃上げ（定期昇給0.2万円込み）が実現する措置。
- ・ 上記の措置を実施するため、今回から、処遇改善加算の対象について、介護職員のみから介護従事者に拡大するとともに、生産性向上や協働化に取り組み事業者に対する上乗せの加算区分を設ける。また、これまで処遇改善加算の対象外だった、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援等について、新たに処遇改善加算を設ける。
- ・ また、令和9年度介護報酬改定を待たずに、介護保険施設等における食費の基準費用額について、1日当たり100円引き上げる（低所得者については、所得区分に応じて、利用者負担を据え置き又は1日当たり30～60円引上げ）。

なお、令和9年度介護報酬改定においては、介護分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保を図る必要があるとの認識のもと、「介護事業経営実態調査」等において、介護サービス事業者の経営状況等について把握した上で、物価や賃金の上昇等を適切に反映するための対応を実施する。同時に、介護保険制度の持続可能性を確保するため、介護給付の効率化・適正化に取り組みが必要がある。一般の有料老人ホームに関する制度改正の内容も踏まえつつ、サービスの提供形態に応じた評価の在り方について所要の措置を講じることを検討する。

介護職員等処遇改善加算の拡充①

概要

- 介護職員のみならず、介護従事者を対象に、幅広く月1.0万円（3.3%）の賃上げを実現する措置を実施するとともに、生産性向上や協働化に取り組み事業者の介護職員を対象に、月0.7万円（2.4%）の上乗せ措置を実施する。
※合計で、介護職員について最大月1.9万円（6.3%）の賃上げ（定期昇給0.2万円込み）が実現する措置。
- 具体的には以下の措置を講じることとする。（あわせて、申請事務負担等を考慮した配慮措置を講じる。）
 - ①今回から、処遇改善加算の対象について、介護職員のみから介護従事者に拡大する（加算率の引上げ）。
 - ②生産性向上や協働化に取り組み事業者に対する上乗せの加算区分を設ける（加算Ⅰ・Ⅱの加算率の上乗せ）。
 - ③処遇改善加算の対象外だった訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援等に処遇改善加算を新設する。

現行の処遇改善加算の対象サービス



新たに処遇改善加算の対象となるサービス (訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援等)



- 注) 令和8年度特別要件：ア～ウのいずれかを満たすこと。
- ア) 訪問、通所サービス等
→ ケアプランデータ連携システムに加入 (※) + 実績報告
イ) 施設サービス等
→ 生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡの取得 (※) + 実績報告
※ 事務負担への配慮措置として、加算の申請時点では、加入又は取得の誓約で算定可とする。
- ウ) 社会福祉連携推進法人に所属していること。

介護職員等処遇改善加算の拡充②

加算率

サービス区分	介護職員等処遇改善加算						
	I		II		III	IV	
	Iイ	Iロ	IIイ	IIロ			
訪問介護	27.0%	28.7%	24.9%	26.6%	20.7%	17.0%	
夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26.7%	27.8%	24.6%	25.7%	20.4%	16.7%	
訪問入浴介護★	12.2%	13.3%	11.6%	12.7%	10.1%	8.5%	
通所介護	11.1%	12.0%	10.9%	11.8%	9.9%	8.3%	
地域密着型通所介護	11.7%	12.7%	11.5%	12.5%	10.5%	8.9%	
通所リハビリテーション★	10.3%	11.1%	10.0%	10.8%	8.3%	7.0%	
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	14.8%	15.9%	14.2%	15.3%	13.0%	10.8%	
認知症対応型通所介護★	21.6%	23.6%	20.9%	22.9%	18.5%	15.7%	
小規模多機能型居宅介護★	17.1%	18.6%	16.8%	18.3%	15.6%	12.8%	
看護小規模多機能型居宅介護	16.8%	17.7%	16.5%	17.4%	15.3%	12.5%	
認知症対応型共同生活介護★	21.0%	22.8%	20.2%	22.0%	17.9%	14.9%	
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護★	16.3%	17.6%	15.9%	17.2%	13.6%	11.3%	
介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護老人保健施設）★	9.0%	9.7%	8.6%	9.3%	6.9%	5.9%	
介護医療院・短期入所療養介護（介護医療院）★・短期入所療養介護（病院等）★	6.2%	6.6%	5.8%	6.2%	4.7%	4.0%	
介護職員等処遇改善加算（新設）							
訪問看護★							1.8%
訪問リハビリテーション★							1.5%
居宅介護支援・介護予防支援							2.1%

※介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。加算率はサービス毎の常勤換算の職員数に基づき設定。
 ※介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記

介護職員等処遇改善加算の拡充③

取得要件

	未取得	加算Ⅳ	加算Ⅲ	加算Ⅱ	加算Ⅰ
		・賃金体系等の整備及び研修の実施等（キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ） ・加算Ⅳ相当額の2分の1以上を月額賃金で配分			
職場環境の改善 (職場環境等要件)		○	○	◎	◎
昇給の仕組み (キャリアパス要件Ⅲ)			○	○	○
改善後賃金年額440万円 (キャリアパス要件Ⅳ)				○	○
経験・技能のある介護職員 (キャリアパス要件Ⅴ)					○

令和8年度特例要件

生産性向上や協働化の取組

キャリアパス要件Ⅰ～Ⅳ及び職場環境等要件は
令和8年度中の対応の誓約で可。

加算Ⅰ・Ⅱを取得した
事業者の介護職員分の
加算率を上乘せ

注1) 新たに対象となる訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援等は、加算Ⅳに準ずる要件（キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ及び職場環境等要件）又は令和8年度特例要件により算定可能。
※ただし、加算Ⅳに準ずる要件は、加算の申請時点では、令和8年度中の対応の誓約で算定可能とする。

注2) 令和8年度特例要件：以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
ア) 訪問、通所サービス等：ケアプランデータベース連携システムに加入（※）し、実績の報告を行う。
イ) 施設サービス等：生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを取得（※）し、実績の報告を行う。
※事務負担への配慮措置として、加算の申請時点では、加入又は取得の誓約で算定可能とする。
ウ) 社会福祉連携推進法人に所属していること。

介護保険3大改悪とは

利用料2割負担の対象者の拡大



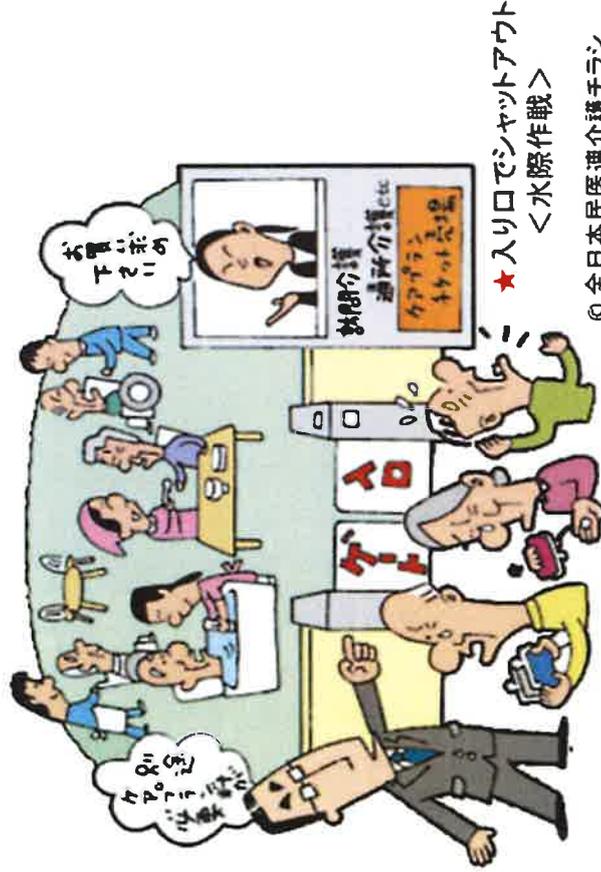
© 全日本民医連介護チラシ

要介護1、2の生活援助サービス等を地域支援事業に移行



© 全日本民医連介護チラシ

ケアマネジメントの有料化



© 全日本民医連介護チラシ

【三大改悪にとどまらず……】

- 利用料3割負担の対象拡大(「現役なみ所得」の基準額引き上げ)
- 金融所得の勘案や金融資産等の取扱い

介護保険見直し

当初のスケジュール

2025年12月 結論

2026年 国会で法改正

詳細検討・施行準備

2027年4月 実施 (第10期介護保険事

業計画スタート)

介護保険3大改悪 2025年末の局面

(2025年12月24日 大臣折衝事項、12月25日 介護保険部会「意見」)

項目	内容	評価
利用料2割負担の対象拡大	第10期介護保険事業計画開始(2027年度)の前までに結論を得る	2025年末結論は先送りされたが、 2027年度実施に向けて検討 ※負担増上限の経過措置など「配慮措置」案検討 ※申告制による預貯金要件の導入狙う
ケアマネジメントの有料化	住宅型有料老人ホームの入居者に係る新たな相談支援の類型を設けた上で利用者負担を導入する	・ <u>居宅介護支援の有料化</u> は見送り ・ ケアマネジメント有料化の第1歩
要介護1、2の生活援助等の総合事業移行・保険給付外し	引き続き、包括的な検討を行う(介護保険部会「意見」) 不断の見直しに向けた検討を行う(大臣折衝事項)	・ 今回は見送り ※「中山間・人口減少地域」について、基準緩和・包括報酬導入とともに新たな地域支援事業実施を検討(第2の総合事業の危険性あり)

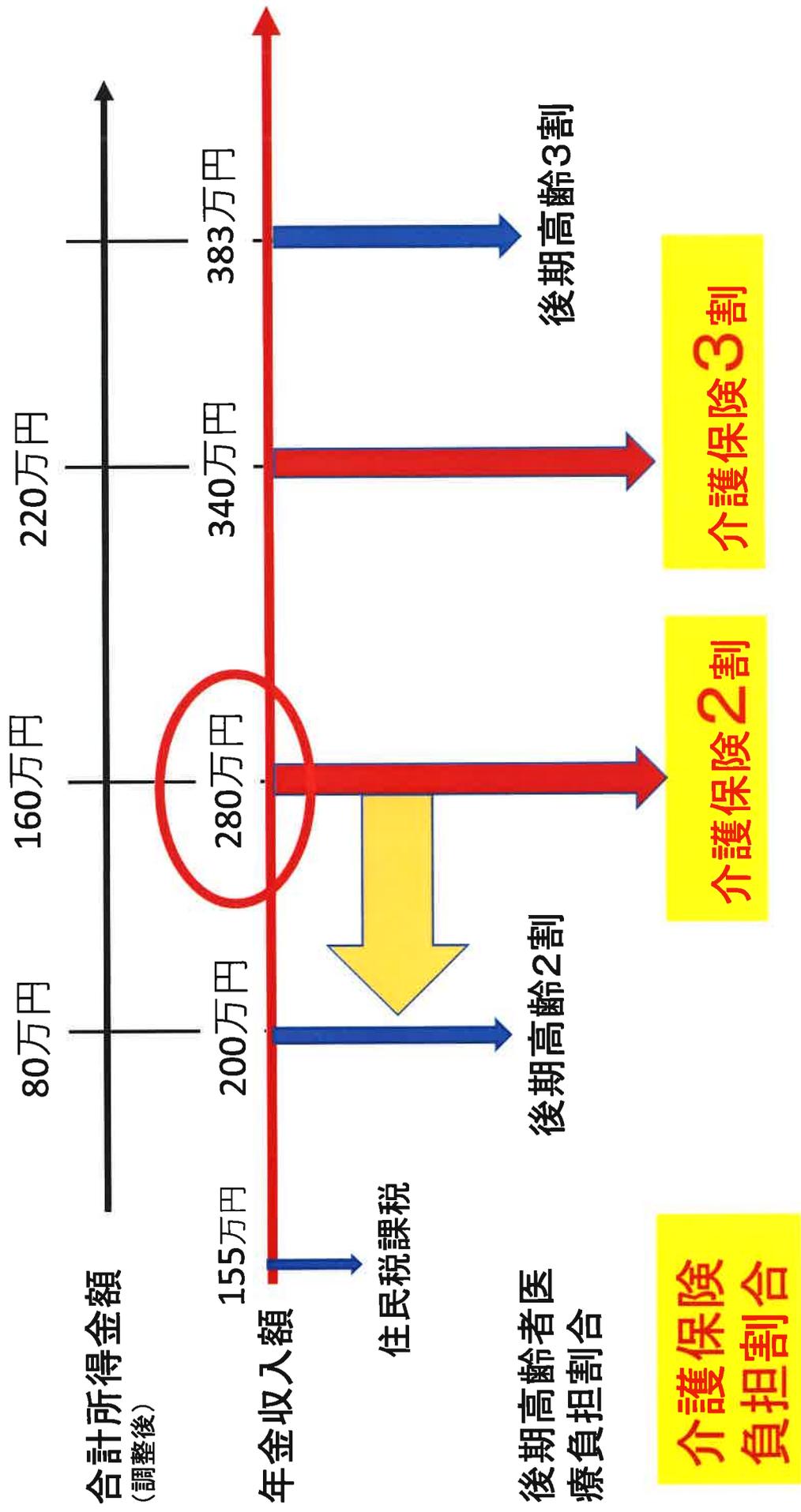
介護保険の利用者負担

現行は大半が1割負担

負担割合	所得等の基準		要介護認定者に占める割合
1割負担	本人の合計所得金額が160万円未満 年金収入＋その他合計所得金額280万円未満		91.1%
2割負担	本人の合計所得金額が160万円未満	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）」	4.7%
3割負担	本人の合計所得金額が220万円以上	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)	4.2%

2割負担対象者及び3割負担対象の利用者割合は「介護保険事業状況報告（令和7年6月月報）」から厚生労働省が計算したものの

合計所得金額、年金収入額と負担割合 (イメージ)



論点③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

論点に対する考え方（検討の方向性）（続き）

【「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19万人
240万円 (夫婦306万円)	約▲200億	約▲100億	約▲50億	約26万人
230万円 (夫婦296万円)	約▲240億	約▲120億	約▲60億	約33万人

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▲120億	約▲60億	約▲30億	約10万人	約9万人
240万円	約▲160億	約▲80億	約▲40億	約13万人	約13万人
230万円	約▲160億	約▲80億	約▲40億	約15万人	約18万人

【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▲80億	約▲40億	約▲20億	約8万人	約5万人
250万円	約▲160億	約▲80億	約▲40億	約12万人	約7万人
240万円	約▲200億	約▲100億	約▲50億	約14万人	約12万人
230万円	約▲200億	約▲100億	約▲50億	約17万人	約16万人

【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▲80億	約▲40億	約▲20億	約8万人	約5万人
250万円	約▲160億	約▲80億	約▲40億	約13万人	約6万人
240万円	約▲200億	約▲100億	約▲50億	約17万人	約9万人
230万円	約▲240億	約▲120億	約▲60億	約20万人	約13万人

狙われる改悪案

強行されれば 2027年8月or10月実施

- 年金230万円以上を2割負担に
- 経過措置として**負担増上限を月7000円に抑える**⇒2028年までの1年限り？
- 預貯金等が一定額（300万円？）未満の者は**申請により1割負担に戻す**

これは「配慮」ではない。
重大な狙いがある！

「所得だけでなく預貯金等も勘案すべき」と言うが、**実際に預貯金反映することは困難**

○自治体は、所得（収入）は把握できている（税情報）市町村は固定資産も把握できている（税情報）

○金融資産（現金、預貯金、有価証券など）は把握できていない

※預貯金を利用者負担に反映させようとするば、

- ・全高齢者の預貯金口座にマイナンバーを紐づけ
- ・法改正、システム整備により市町村の介護保険担当課が預貯金等情報を把握できる体制構築が必要

⇒**金融資産反映の仕組みは何年もかかる**

現時点で預貯金等を把握できる唯一の方法 ⇒ 申告させること

介護保険施設利用者の食費・部屋代自己負担

⇒ 申請により住民税非課税世帯は「補足給付」で軽減される

⇒ 2015年8月から、資産要件追加（預貯金1000万円以下。現在は所得段階によっては預貯金500万円以下）

申請には

- ① 預貯金通帳写し等を添付した「申告書」
- ② 金融機関等調査の「同意書」

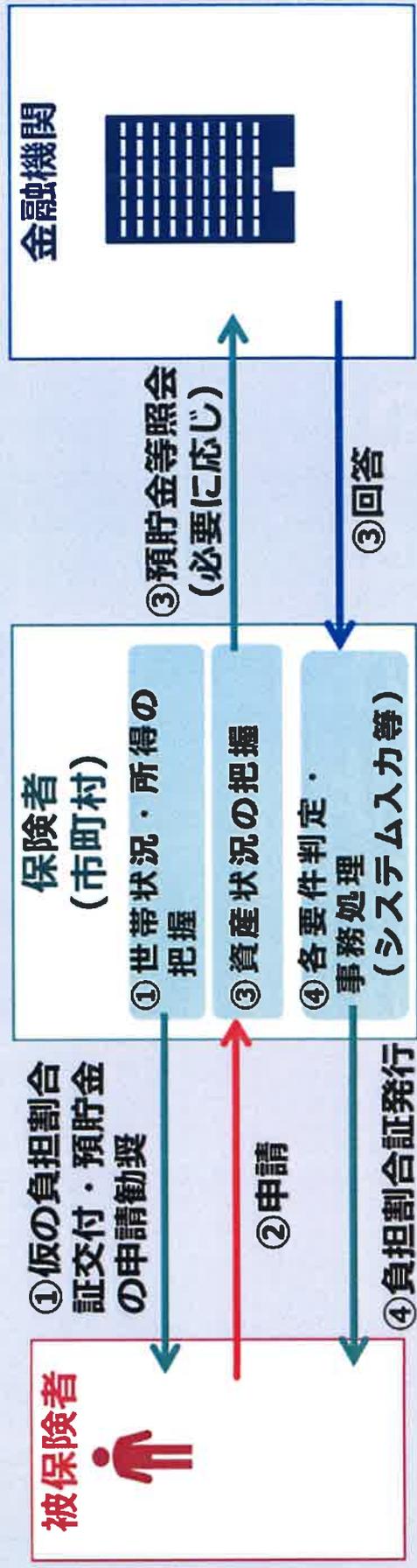
※虚偽申告の場合は、ペナルティ「3倍返し」！

配慮措置案 2（預貯金要件）のイメージ

- 預貯金等が一定額未満の者は申請により 1 割負担に戻すこととする。
- 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。



近い将来 原則2割負担化へ

- まず全員（または住民税非課税世帯以外全員）「2割負担」へ
- 「預貯金等〇〇円以下は1割に戻す」⇒申告してください
- ・この方法ならば、全員2割負担化することも可能
- ・金融資産も把握できる

※一石二鳥の仕組み

1割負担⇒2割負担 月23,689円⇒47,373円

ある在宅サービス利用者のケース

● 要介護2、1人暮らし

利用サービス	利用時間・日数	現在の利用料(円)	2割になったら(円)
・ 訪問介護	11:30～13:30	8,286	→ 16,570
・ 訪問看護	11:30～12:00	4,031	→ 8,061
・ デイケア	9:10～15:50、9:35～16:00・	9,098	→ 18,194
・ 福祉用具レンタル		2,274	→ 4,548
		23,689	→ <u>47,373</u>

(ケアプラン)

1(日)	2	3	4	5	6	7
	訪問介護	訪問看護	デイケア・	訪問介護	訪問介護	デイケア
8	9	10	11	12	13	14
	訪問介護	訪問看護	デイケア・	訪問介護	訪問介護	デイケア
15	16	17	18	19	20	21
	訪問介護	訪問看護	デイケア・	訪問介護	訪問介護	デイケア
22	23	24	25	26	27	28
	訪問介護	訪問看護	デイケア・	訪問介護	訪問介護	デイケア
29	30	31				
	訪問介護	訪問看護				

利用料2割負担がもたらす危険

①施設入所や在宅サービス利用の継続に深刻な困難が生じ施設退所、利用中止・利用回数削減などが出現する

利用者の身体的・精神的状態の悪化、家族の介護負担・経済負担増などにより、放置・虐待など重大な事態につながる

②現時点で「負担可能」でも、加齢とともにサービスを増やしたり、施設に入所することになった場合、利用料負担ができるのか将来に強い不安

③利用料が2割になっても、「施設を退所できない」「在宅サービスの利用を減らせない」方が相当数おり、本人・家族の生活を切り詰めることで利用料を捻出し、入所・利用を継続せざるを得ない。利用サービスの増減などの外見では測れない、「顕在化しない困難」が広がる

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

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(サ高住)

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

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。

*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)。

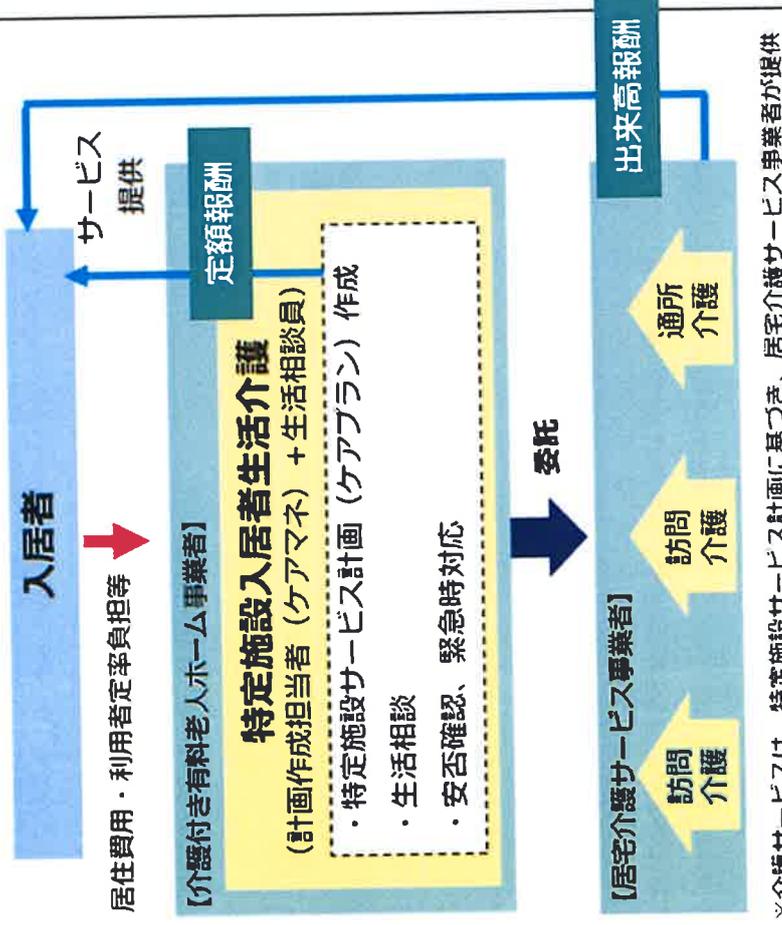
新たな相談支援の類型のイメージ

- 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**

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応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）

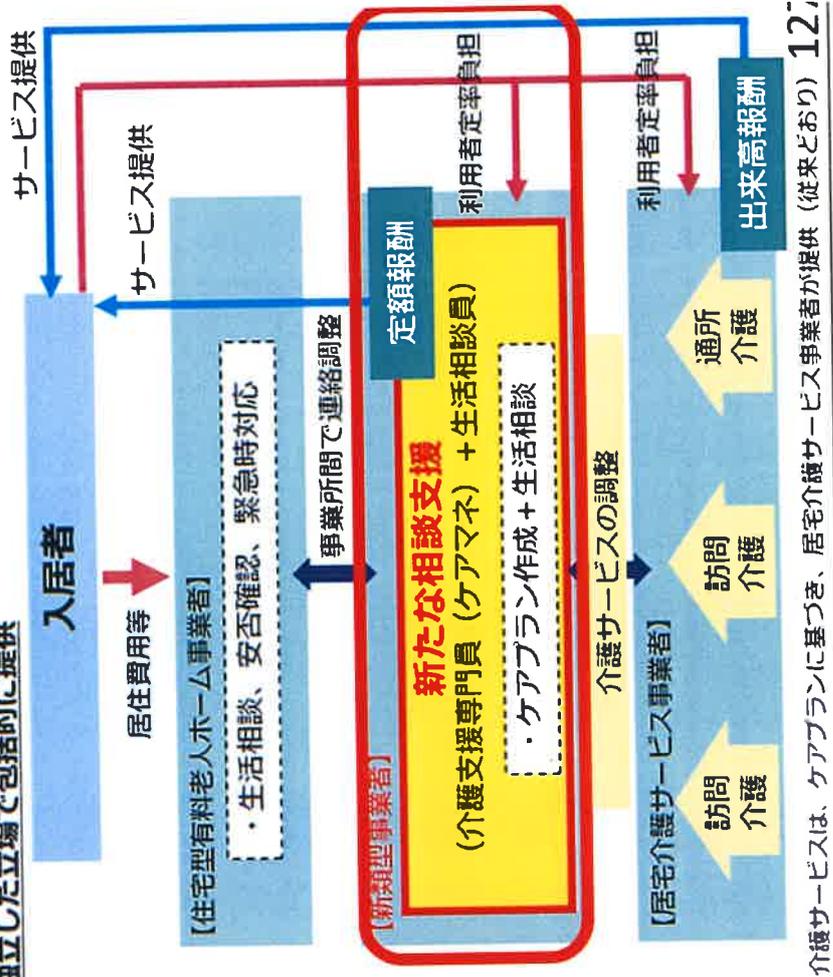
- 特定施設入居者生活介護の介護サービスについて、ホーム事業者が作成するプランを基に、委託先の居宅介護サービス事業者が提供



※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） 12

中山間・人口減少地域の介護サービスに、基準緩和・月単 位報酬・地域支援事業化 導入

中山間・人口減少地域における柔軟な対応等

○特例介護サービスの枠組みの拡張

・中山間・人口減少地域において、職員の賃金の改善に向けた取組、ICT機器の活用や、サービス・事業所間の連携等を前提に、職員の負担への配慮やサービスの質の確保の観点も踏まえ、管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等を行うため、**特例介護サービスに新たな類型を設ける**（施設サービスや特定施設入居者生活介護も対象）

○地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み

・特例介護サービスの新たな類型の枠組みにおいて、例えば訪問介護について、**現行のサービス提供回数に応じた出来高報酬と別途、包括的な評価（月単位の定額払い）を選択可能とする**

○介護サービスを事業として実施する仕組み

・中山間・人口減少地域における柔軟なサービス基盤の維持・確保の選択肢の一つとして、**給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業（地域支援事業の一類型）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仕組みを設ける**

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

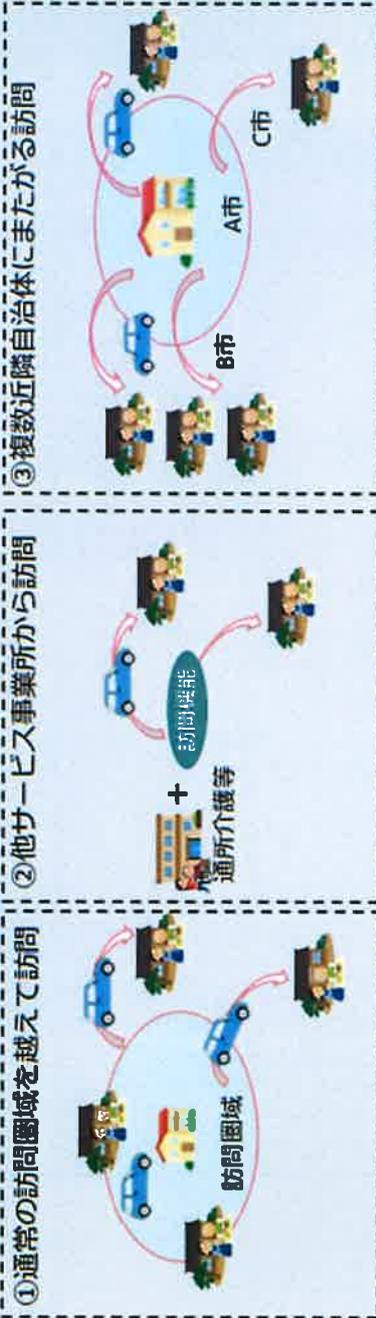
- 中山間・人口減少地域における介護サービス基盤の維持・確保のため、特例介護サービスの中での新たな類型や、当該類型を活用した包括的な評価の仕組みの創設を検討。今後、2040年を見据えると、サービスを提供する担い手だけでなく、更なる利用者の減少が進む地域も想定される中、こうした給付による特例の仕組みを活用しても、なおサービス提供体制を維持することが困難なケースが想定される。

※ 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。

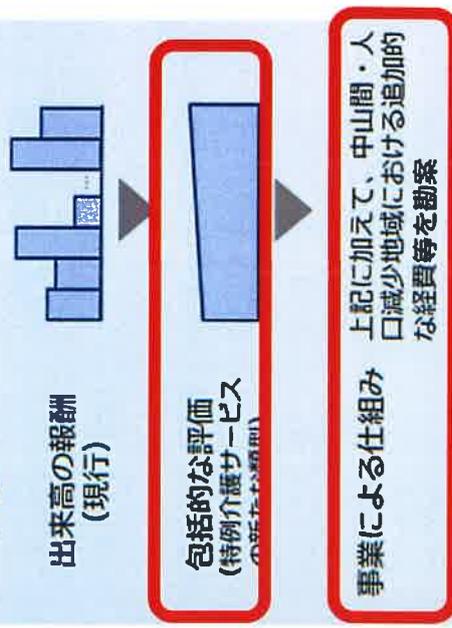
- 地域の選択肢の一つとして、契約に基づき利用者本位でサービスを選択するという介護保険の制度理念を維持するとともに、利用者が住み慣れた地域を離れ、在宅での生活を継続することが困難となる状況を防ぐ観点から、給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業により、給付と同様に介護保険財源を活用し、事業者がサービス提供を可能とすることが考えられる。

- 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>



<収入のイメージ>



介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善を求めめる請願署名

—新たな利用困難をもたらす見直しを中止し、介護する人、受ける人がともに大切にされる介護保険制度へ—

- 1 介護保険の利用に困難をもたらす利用率2割負担の対象拡大、ケアプランの有料化、要介護1、2の保険給付はなし(総合事業への移行)など、介護保険の利用に重大な困難をもたらす新たな制度見直しを検討しないこと…【改悪阻止】
- 2 訪問介護の基本報酬引き下げを撤回し、介護報酬全体の大幅な底上げを図る再改定を至急行うこと。その際はサービスの利用に支障が生じないよう、利用料負担の軽減などの対策を講じること…【介護報酬】
- 3 全額国庫負担により、すべての介護従事者の給与を全産業平均まで早急に引き上げること。介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと…【処遇改善】
- 4 必要ときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料などの費用負担の軽減、サービスの拡充による介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。介護保険財政に対する国庫負担の割合を大幅に引き上げること…【制度改善】

総選挙後の日本と介護

介護保険に関する政党アンケート

(ケア社会をつくる会)

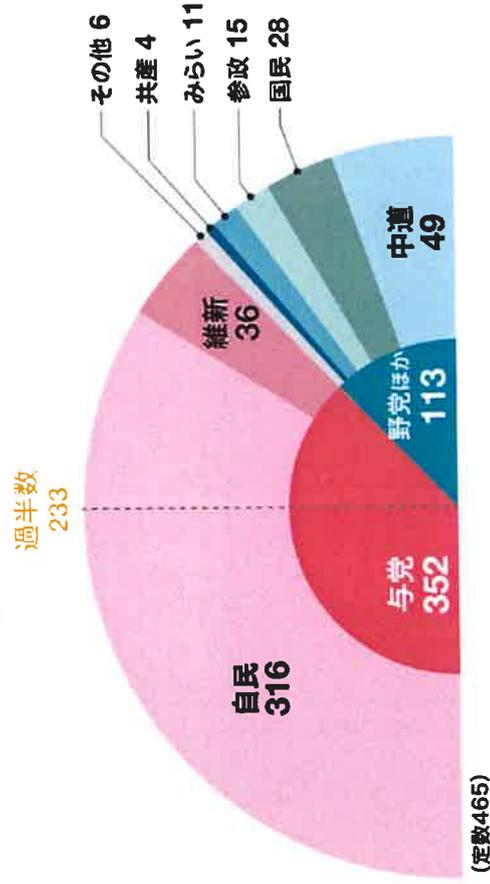
○ はい △どちらとも言えない
 一 無回答または該当する具体回答なし

※ 国民は応答はあつたが総論のみで質問項目への回答はなし

	自民	中道	維新	国民	共産	れいわ	参政	保守	社民
訪問介護の基本報酬減額の影響に賛成	△	○	—	—	○	○	—	—	○
ケアプラン作成の有料化に反対	△	△	—	—	○	○	—	—	○
利用者負担率を標準1割から2割にすることに反対	△	○	—	—	○	○	—	—	○
要介護1,2の訪問介護を市区町村の総合事業に移行する案に反対	△	○	—	—	○	○	—	—	○
介護保険の公費負担増に賛成	△	△	—	—	○	○	—	—	○

- ### 高市政権の政策方向
- 「責任ある積極財政」
 - 消費税食品ゼロ、社会保障改革国民会議
 - 安全保障政策の抜本的強化
 - 憲法改正
 - その他

衆院選の党派別獲得議席数



2月12日 厚生労働省要請での回答

中央社保協 要請事項	厚生労働省老健局口頭回答 メモ
<p>1. 介護保険の利用に困難をもたらす 利用料2割負担の対象拡大、 ケアプランの有料化、 要介護1、2の保険給付は ずし(総合事業への移行) などの見直しを行わないこと</p>	<ul style="list-style-type: none">■ 2割負担の対象拡大<ul style="list-style-type: none">・ 介護保険部会意見で継続検討となった。第10期開始(令和9年度)前までに結論得られるよう議論を進める■ ケアプランの有料化<ul style="list-style-type: none">・ 介護保険部会で複数のパターンを検討し、意見書では、新たに登録制の対象となる有料老人ホーム入居者対象の新たな類型を創出し利用者負担を導入することとされた。困い込みを指摘されているので解決に資するよう検討する。利用者負担の導入にあたっては、経済的に厳しい人への配慮を行うなど、影響は十分に配慮する。必要な法改正に向けて検討する■ 要介護1、2の総合事業への移行<ul style="list-style-type: none">・ 介護保険部会では、様々な意見があり、「引き続き包括的に検討」とされたので、今後も丁寧に検討する

2割負担の対象拡大問題

2月12日 質問事項への厚生労働省回答

中央社保協 質問事項	厚生労働省老健局口頭回答メモ
<p>①「一定以上所得」の判断基準の見直し、及び「当分の間、新たに負担増になる者に、負担増加の上限(月7000円)を設定」「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」配慮措置は、それぞれ介護保険法の改正事項となるか</p>	<ul style="list-style-type: none">・令和9年度前に結論を得ることになっている。・現時点では決まっていない
<p>②負担増加の上限月額7000円の根拠は何か</p>	<ul style="list-style-type: none">・22000円の約3分の1。後期高齢者医療の2割負担導入時の経過措置(3分の1)を前例とした・現時点では決まっていない
<p>③負担上限額を設けることは「当分の間」と記載されているが、どの程度の期間が想定されているのか(2023年12月の財務・厚労大臣折衝の合意では、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」とされているが、その見込みでよいか)</p>	<ul style="list-style-type: none">・現時点では決まっていない
<p>④「高齢者の生活実態や生活への影響等」について、厚生労働省として、今後どのような方法・内容で把握し、審議会に示す予定か</p>	<ul style="list-style-type: none">・現時点では決まっていない
<p>⑤「一定以上所得」の判断基準について、第10期介護保険事業計画期間の開始(令和9年度～)の前までに結論を得ることが適当」とされているが、今後どのようなスケジュールで検討されていくか</p>	<ul style="list-style-type: none">・現時点では決まっていない

介護保険制度の財政的狙い 高齢者への公費負担の抑制

介護保険以前の高齢者福祉制度(2000年3月まで)公費100%

国50%	都道府県 25%	市町村 25%
------	-------------	------------

介護保険制度(第9期 2024~26年度)

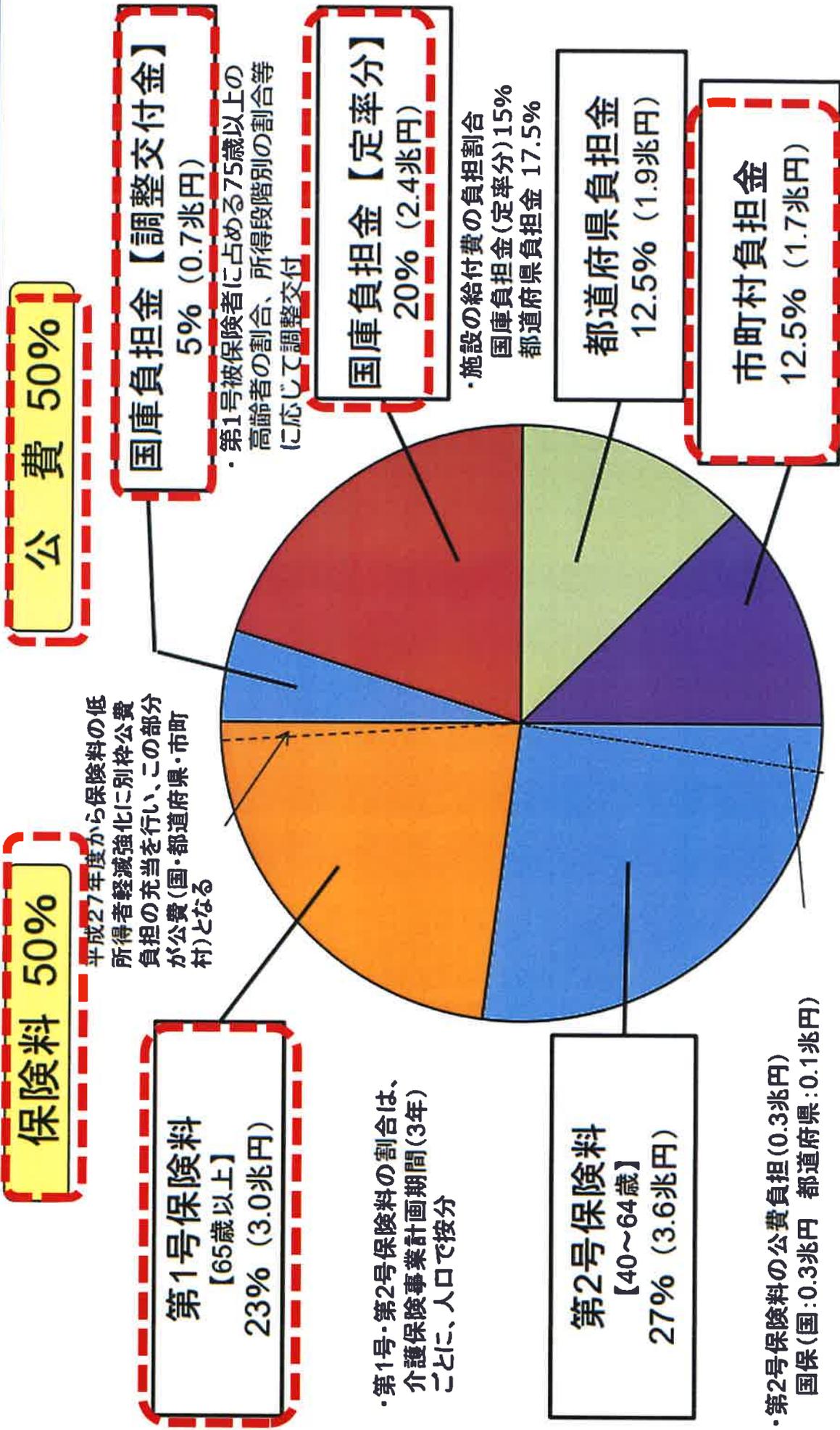
保険料50%

公費50%

65歳~ 23%	40歳~64歳 27%	国25% 国庫負担金20% 調整交付金5%	都道府県 12.5%	市町村 12.5%
-------------	----------------	-----------------------------	---------------	--------------

介護保険の財源構成と規模

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



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

介護保険給付費の「財政規模」

全国 介護保険給付費 総額 約13.2兆円 (2025年度)

2026年度政府予算案

国庫負担額 3兆1,507億円 ……A

内訳 給付費負担金 2兆4,736億円 + 給付費財政調整交付金 6,771億円

2026年度予算案一般会計歳出総額 122兆3,092億円…B

介護給付への国庫負担額の政府一般会計歳出に占める割合

$$\underline{A/B = 2.57\%}$$

介護給付への国庫負担の伸び率(当初予算比較)

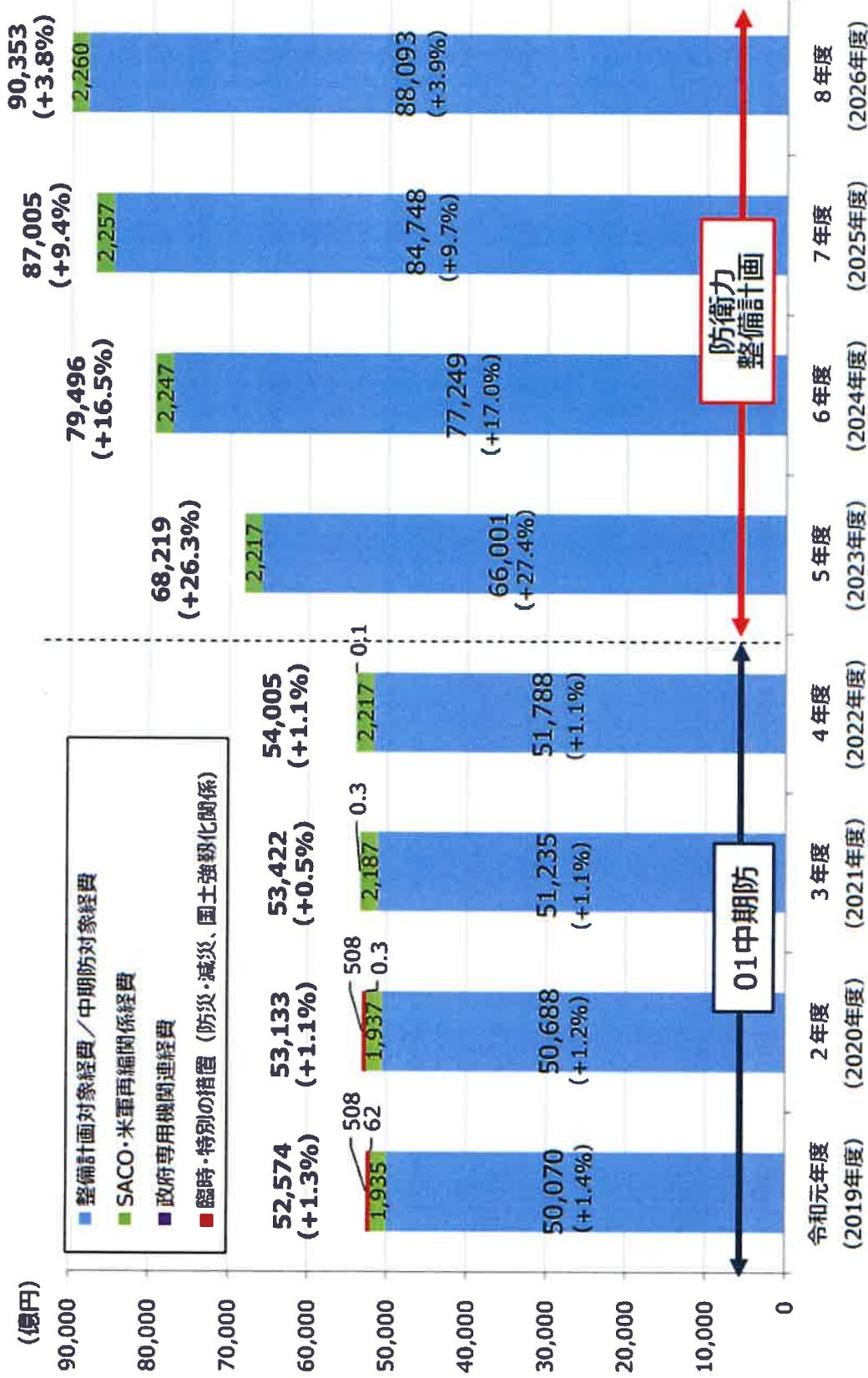
2025年度予算 2026年度予算案 増加額 (率)

3兆1,002億円 ⇒ 3兆1,507億円 +505億円 (1.62%増)

※一般会計歳出総額は

115兆5,415億円 ⇒ 122兆3,092億円 (5.86%増)

防衛関係予算の推移



(注1) 当初予算ベース

(注2) ()内は対前年度比

(注3) 令和元年度及び2年度は、消費税影響分を含む。

(注4) 令和3年度は187億円、令和4年度は318億円、令和5年度は339億円、令和6年度は324億円、令和7年度は314億円、令和8年度は510億円のデジタル庁計上分を含む。令和8年度のデジタル庁計上分を除いた防衛省所管の防衛関係費は、8兆9,843億円。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後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)の構築を実現。**
- 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の構築が重要。
- 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。**



2025年構築目標

地域包括ケアシステムは?

要介護度ごとのサービス水準と限度額(イメージ)

介護度	状態のイメージ	サービス水準のイメージ	限度額(月)
要支援 1	基本的な日常生活は、ほぼ自分で 行うことができるが、要介護状態 とならないように一部支援が必要。	通所サービス、週1回のヘルパーの 訪問、月2日の短期入所サービスが 利用できる水準。	50,030円
要支援 2	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、 入浴などで一部介助が必要であ るが、身体の状態の維持または 改善の可能性がある。	通所サービス、週2回のヘルパーの 訪問、週1日の訪問看護、月2日の 短期入所サービスが利用できる水 準。	104,730円
要介護 1	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、 入浴などで一部介助が必要。	毎日何らかのサービスが利用できる 水準。	166,920円
要介護 2	起き上がりが自力では困難。排泄、 入浴などで一部または全介助が 必要。	週3回の通所リハビリ又は通所介護 を含めて、毎日何らかのサービスが 利用できる水準。	196,160円
要介護 3	起き上がり、寝返りが自力ではで きない。排泄、入浴、衣服の着脱 などで全介助が必要。	夜間のヘルパーの訪問を含め、1日 2回のサービスが利用できる水準。	269,310円
要介護 4	排泄、入浴、衣服の着脱など多く の行為で全介助が必要。	夜間のヘルパーの訪問を含め1日 2～3回のサービス利用が可能。認 知症では週5回の通所リハビリを含 め毎日利用できる水準。	308,060円
要介護 5	生活全般について全介助が 必要。	早朝、夜間のヘルパーの訪問を含 め、1日3～4回のサービスが利用で きる水準。	360,650円

限度額は1単位10円で計算。サービス種類と地域によっては額は異なります。

週間サービス利用計画

83歳、要介護3男性、妻と二人暮らし

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00		ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー	ヘルパー
10:00	デイサービス		デイサービス		デイサービス		
11:00							
12:00		ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー	ヘルパー
13:00							
14:00							
15:00							
16:00		ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー	ヘルパー
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							

限度額
オーバー!

介護用ベッド・付属品、車椅子 レンタル

介護保険の「限界」に挑戦し続けた自治体 長野県泰阜村

データで見る泰阜村

(1)人口等状況(R7.3末現在)

総人口:1,422人

高齢者数:609人(42.8%)

要介護認定者数:111人(18.2%)

→村民の10人中4人は65歳以上で、そのうち5-6人に1人は介護が必要。

(2)財政(令和4年度決算より)

財政力指数:0.15(全国平均0.49)

→村の行政運営の費用を賄うために、村は自力で15%しか調達できず、国から交付税や補助金で残り85%を補填してもらっている。



泰阜村から学ぶこと ①行政の責任を明確に 「幸せな老後と最期を提供するのは行政の責任・使命」

【泰阜村HPから】

泰阜村在宅福祉事業の理念



行政の責任・使命

社会の発展、村の発展に尽くした高齢者に、幸せな老後と最期を提供するのは、行政の責任・使命(村の責任)である

泰阜村では、高齢者福祉の中心に『在宅福祉』という考え方を据えています。

村では、これまで村を支え、守り続けてくれた私達の先輩である高齢者の皆さんに、「この村に生まれてよかった」「ここで最期まで暮らせて幸せだった」と思ってもらえるような最期を提供するのは、あくまで行政(村)の責任であると考えています。

泰阜村から学ぶこと ②「老い」と正面から向き合う 「誰でもが老い死んでいく」という現実を認め、障害もあり のまま受け入れる」

在宅福祉事業推進のための確認事項

【泰阜村HPから】

- 誰でもが老い死んでいく現実を認める
- 障害をありのまま受けとめ、受け入れる
- 人として 高齢期をどう生きるか

今までの人生の延長として、幸せな最期を在宅で昭和60年の初め頃の村の保健や医療分野では、人は元気で長生きすることのみが素晴らしいというような考え方が主流であり、特に保健分野は検診に明け暮れ、「老化」「病気」や『死』からは少々目を背けるような傾向ありました。

しかし、網野医師から提起された『老いること、障害をもつこと、病気に罹る、死ぬことはさけられない』『老いに対して医療は限界』『高齢者を支え、救うのは福祉』が、泰阜村の保健福祉医療を大きく変えていくことになりました。

誰でもが老い死んでいくという現実を認め、障害もありのまま受け入れること。その中で生きていく人としての価値を見出しながら、人生最後の重要な高齢期を村全体で支えること。それは当然住み慣れた自宅を迎えられることなどが在宅福祉事業をすすめる上での、当時の保健福祉医療スタッフ間の思いと確認事項でした。

泰阜村から学ぶこと ③介護保険を乗り越える施策 「必要なサービスは、介護保険の限度額などにしぼられることなく、十分に提供」

【泰阜村HPから】

泰阜村の在宅福祉事業には、いくつかの特色があります。

1. 在宅で暮らし続けるために必要なサービスは、介護保険の限度額などにしぼられることなく、十分に提供します。必要な方には必要だけということです。
たとえば、独居で寝たきりに近い高齢者の方には、1日に5-7回ほどの訪問介護、デイサービス、入浴介助等々が必要な場合がありますが、サービスに制限は設けません。村で暮らし続けてほしいという思いから、在宅で暮らすために必要かサービスは必要だけ提供します。
2. とかくサービスをうける時には、まず役所へ申請書を提出するところから始まりますが、泰阜村では、とにかく困ったことがあれば役場、包括支援センター、社協へ電話を1本いただければすぐさま対応し、サービスの提供が行えます。申請書は後ほど。
3. 高齢者本人や家族が希望するならば、一人暮らしであっても、終末まで自宅での暮らしを応援するための医療や看護、介護などのサービスを充分提供できるシステムを整えています。
4. 在宅福祉推進のための保険福祉医療の連携

● 泰阜村の独自施策（1）

介護保険利用料 自己負担分の肩代わり

利用料の1割を本人負担が負担しなければならぬ

国民年金受給者には大きな負担



自己負担分の6割を村が負担

平成12年から介護保険がスタートし、今まで村で行ってきたヘルパーの派遣事業や訪問看護、デイサービスなどが、介護保険のもとで提供されるようになりました。

村はそれまで無料でサービスを提供してきましたが、介護保険下では利用料を徴収しなければならないことになりました。しかし、サービスを受ける高齢者のほとんどが国民年金の受給者であり、年金全部を利用料に充てなければならぬようなケースが想定されました。たとえば要介護5で限度額一杯のサービスを受けると、月々35000円の利用料を負担しなければなりません。国民年金でこれを負担していくことは、とても難しく、生活ができなくなってしまいます。

泰阜村では、必要なサービスを充分受けて、自宅で暮らし続けてほしいと願い、本人が負担しなければならぬ在宅サービスの利用料のうち、6割を村で負担しています。これで最高でも15000円ぐらいの利用料を負担すれば限度額一杯のサービスを受けられます。

● 泰阜村の独自施策（2）

限度額上乘せ分全額村負担

介護度に応じた限度額設定されたが・・・

独居、老々介護世帯の高介護度者の介護費用

一日に5-6回の訪問介護 + 通所介護 約60-80万円/月



限度額超過分は全額村が負担

介護保険には、認定を受けた方の介護度に応じた限度額が設定されています。つまり、ひと月にその限度額までしかサービスを受けることができないということです。ですが、高齢者世帯や一人暮らしの方の中には、1日に5-6回の訪問介護で生活が支えられている方がいます。さらにデイサービスなどを組み合わせるとひと月の介護費用が60-80万円にも上ります。一番重い介護度は要介護5ですが、この限度額でも月に358,000円です。この限度額を超えてサービスを受けると、その分は全額自己負担しなければなりません。

泰阜村では、必要な介護サービスは充分に受けて、自宅で暮らし続けてほしいとの願いから、限度額を超えたサービスは全額村が負担することとしています。

泰阜村から学ぶこと④チームケアで終末まで在宅で支える 「行政・診療所・包括支援センター・社会福祉協議会が常に 連携、連絡を取り合い、高齢者を終末まで在宅で支える」

【泰阜村HPから】

- 保険福祉医療の連携と包括ケア会議
- 在宅福祉推進のための保険福祉医療の連携
行政・診療所・包括支援センター・社会福祉協議会が常に連携、連絡を取り合い、高齢者を終末まで在宅で支える
- 包括ケア会議の開催
必要に応じて随時包括ケア会議を開催
各種の地域課題、ケースの支援法、サービスの在り方の検討
- 地域包括支援センターの活動
- 保健師、看護師、介護士、ケアマネージャーにより構成
- 毎日地域への訪問、服薬指導、生活相談、入浴介助等
高齢者全般、様々な障害者をもつ方、子供、中国帰国者の皆さん 等支援が必要な方
- 緊急対応 電話連絡により自宅へ訪問

村では、25年以上より地域包括ケア体制を組み、在宅での福祉推進に取り組んでいます。診療所の医師はじめ看護師(医療)、行政(福祉、保健)、社会福祉協議会(福祉サービス)がチームとなって、村内の高齢者や障害を持つ方々の暮らしや生活の質をよりよいものにするために努力しています。

泰阜村からの学び

- ①行政の責任を明確にさせる
- ②「若い」と正面から向き合う
- ③介護保険を乗り越える施策
- ④チームケアで終末まで在宅で支える

日下部雅喜のケアマネジャー7か条

- ①要介護認定は【**受給権**】獲得の場。必要なら要介護度を獲得するのはケアマネの仕事
- ②ケアマネジメントは本人の【**可能性**】【**予後**】を共に考えること
- ③「利用者本位」は本人の**意向・主張・人生に「共感」**しない限り実現しない
- ④「制度」に人を合わせるのではなく、**人のために制度を【活用】**する
- ⑤理不尽な事務負担、無意味な「自立支援」には距離を置いて、**行政からの「自立」**をめざす
- ⑥介護の費用負担はあらゆる方法で**軽減**させる
- ⑦「介護」には必ず**終わり**がある。より良い【**最期のため**に**今日の介護**】がある

ご清聴ありがとうございました