

令和7年度 高齢者福祉・介護保険担当職員新任研修

介護保険制度について

愛知県福祉局高齢福祉課
介護保険企画・審査グループ



1. 介護保険制度の背景と理念

2. 介護保険制度の基本的な仕組み

3. 介護保険制度の現状と今後

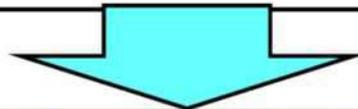
介護保険制度創設の老人福祉・老人医療政策

年 代	高齢化率	主 な 政 策
1960年代 <u>老人福祉政策の始まり</u>	5.7% (1960)	1962(昭和37)年 訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963(昭和38)年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設、 訪問介護法制化
1970年代 <u>老人医療費の増大</u>	7.1% (1970)	1973(昭和48)年 老人医療費無料化 1978(昭和53)年 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979(昭和54)年 日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 <u>社会的入院や 寝たきり老人の 社会的問題化</u>	9.1% (1980)	1982(昭和57)年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987(昭和62)年 老人保健法改正（老人保健施設の創設） 1989(平成元年)年 ゴールドプラン （高齢者保健福祉推進十か年戦略） ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 <u>ゴールドプランの推進</u> <u>介護保険制度の導入 準備</u>	12.0% (1990)	1990(平成2)年 福祉8法改正 1992(平成4)年 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994(平成6)年 21世紀福祉ビジョン 厚生省に高齢者介護対策本部設置（介護保険制度検討） 新ゴールドプラン策定（整備目標を上方修正） 高齢者介護・自立支援システム研究会 1997(平成9)年 介護保険法成立
2000年代 <u>介護保険制度の実施</u>	17.3% (2000)	2000(平成12)年 介護保険法施行

介護保険制度の導入の背景と基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

介護保険法

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、**国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け**、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

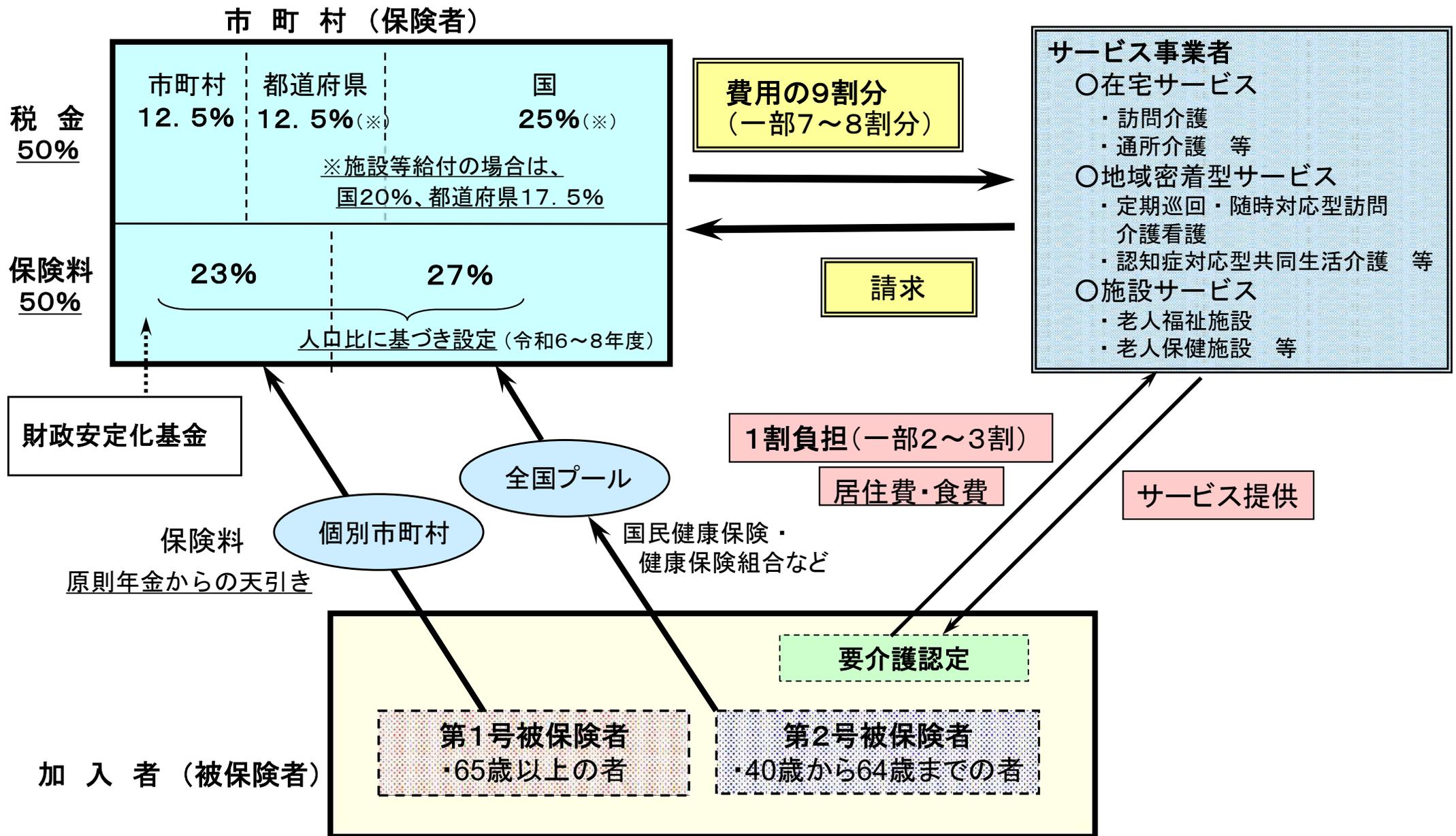
(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる**とともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、**被保険者の選択に基づき**、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつに効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**に配慮されなければならない。

1. 介護保険制度の背景と理念
- 2. 介護保険制度の基本的な仕組み**
3. 介護保険制度の現状と今後

介護保険の保険者と制度の仕組み



介護保険制度の被保険者（加入者）

	65歳以上の方（第1号被保険者）	40歳から64歳の方（第2号被保険者）
対象者	65歳以上の方 	40歳以上65歳未満の健保組合、全国健康保険協会、国保などの医療保険加入者 （40歳になれば自動的に資格を取得し、65歳になるときに自動的に第1号被保険者に切り替わります） 
受給要件	・要介護状態 ・要支援状態	・要介護（要支援）状態が、加齢に起因する疾病（特定疾病※）による場合に限定
保険料の徴収方法	・市町村と特別区が徴収（原則、年金からの天引き） ・65歳になった月から徴収開始	・医療保険料と一体的に徴収（健康保険加入者は、原則、事業主が1/2を負担） ・40歳になった月から徴収開始

※ 特定疾病とは

1 がん（医師が一般に認められている知見にもと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）	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症
7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病	15 慢性閉塞性肺疾患
8 脊髄小脳変性症	16 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

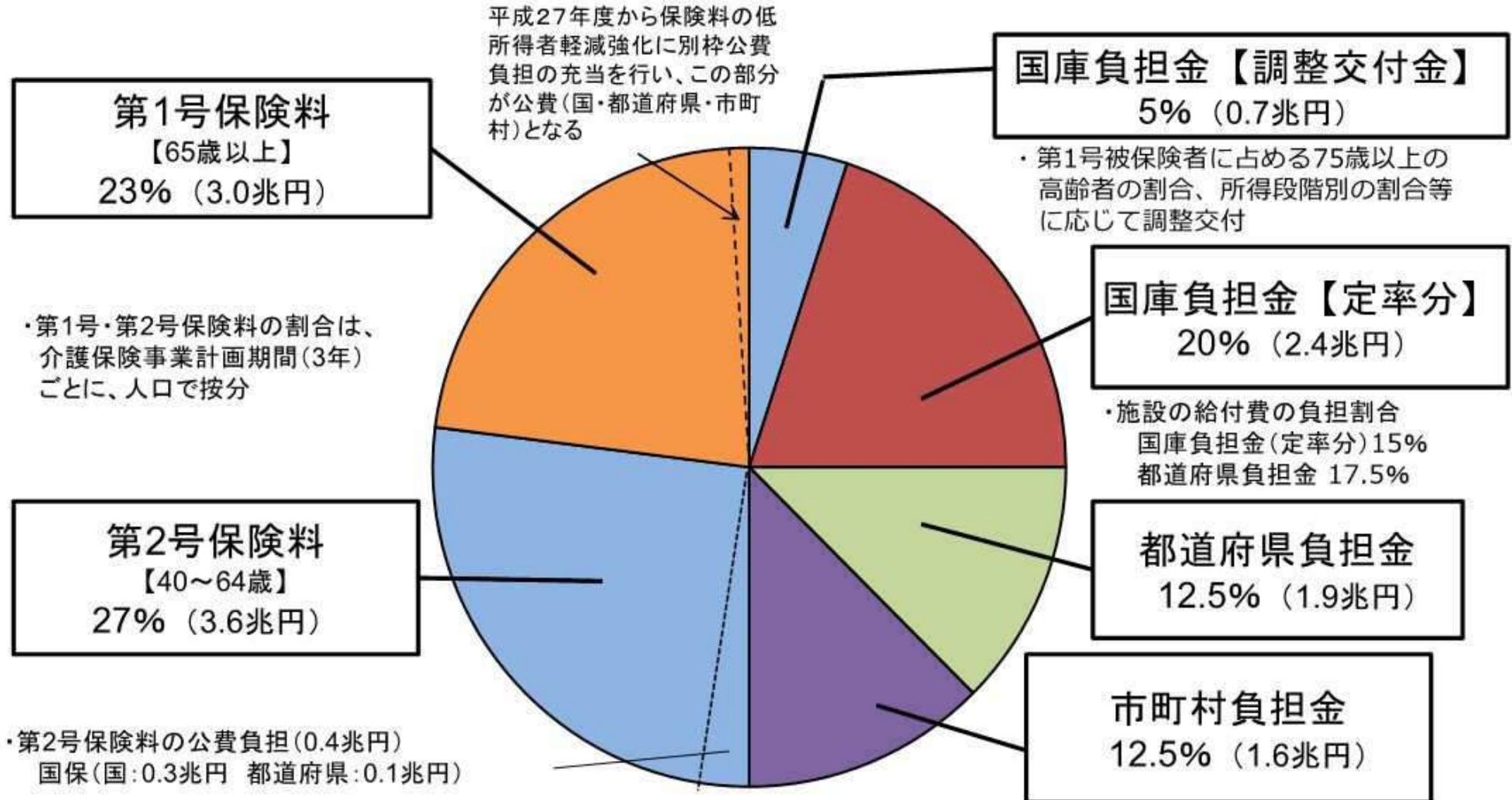
介護保険の財源構成と規模

資料:厚生労働省作成資料

(令和6年度予算ベース 介護給付費:13.2兆円 総費用ベース:14.2兆円)

保険料 50%

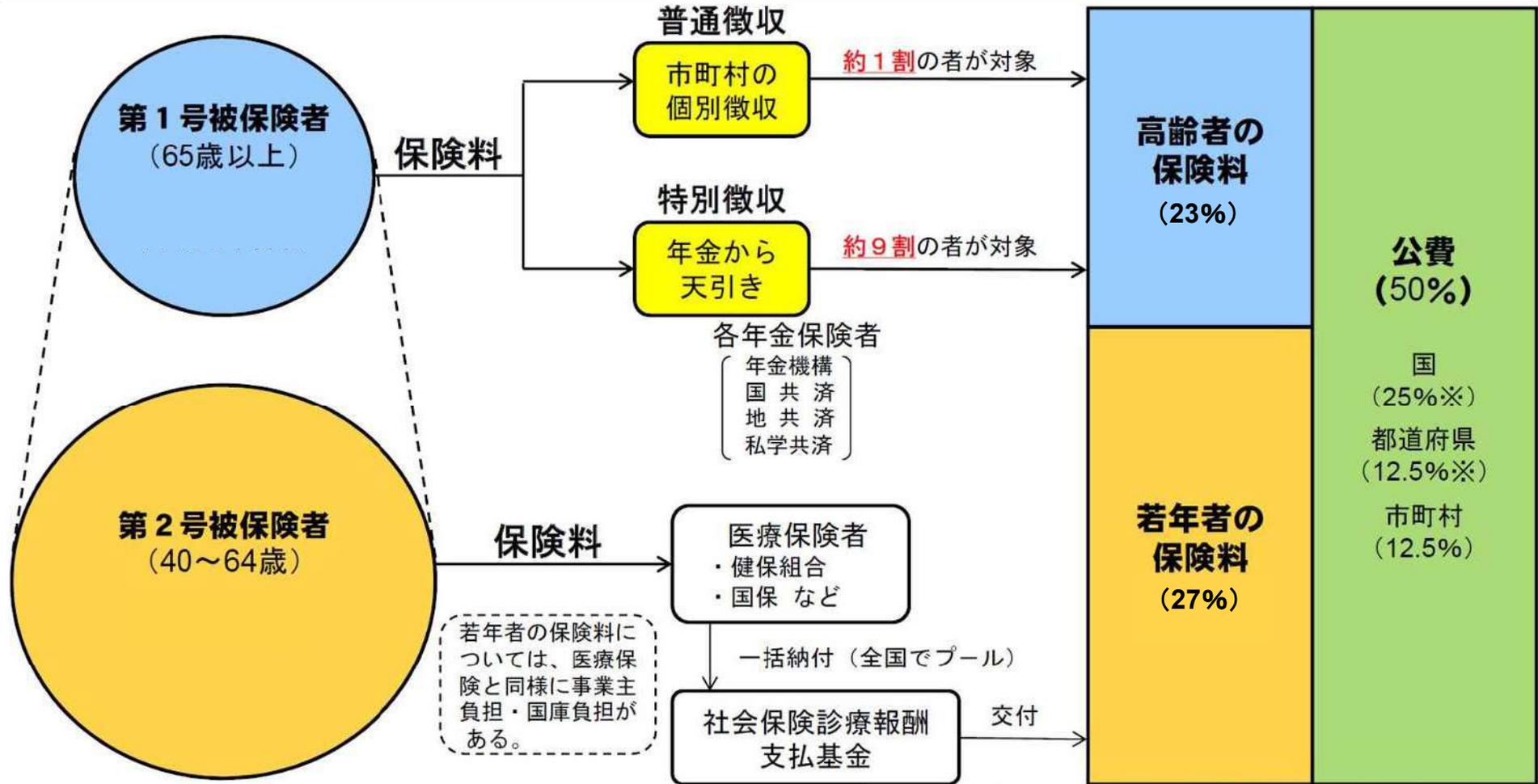
公費 50%



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

保険料徴収の仕組み

○ 介護保険の給付費の50%を65歳以上の高齢者(第1号被保険者)と40~64歳(第2号被保険者)の人口比で按分し、保険料をそれぞれ賦課。

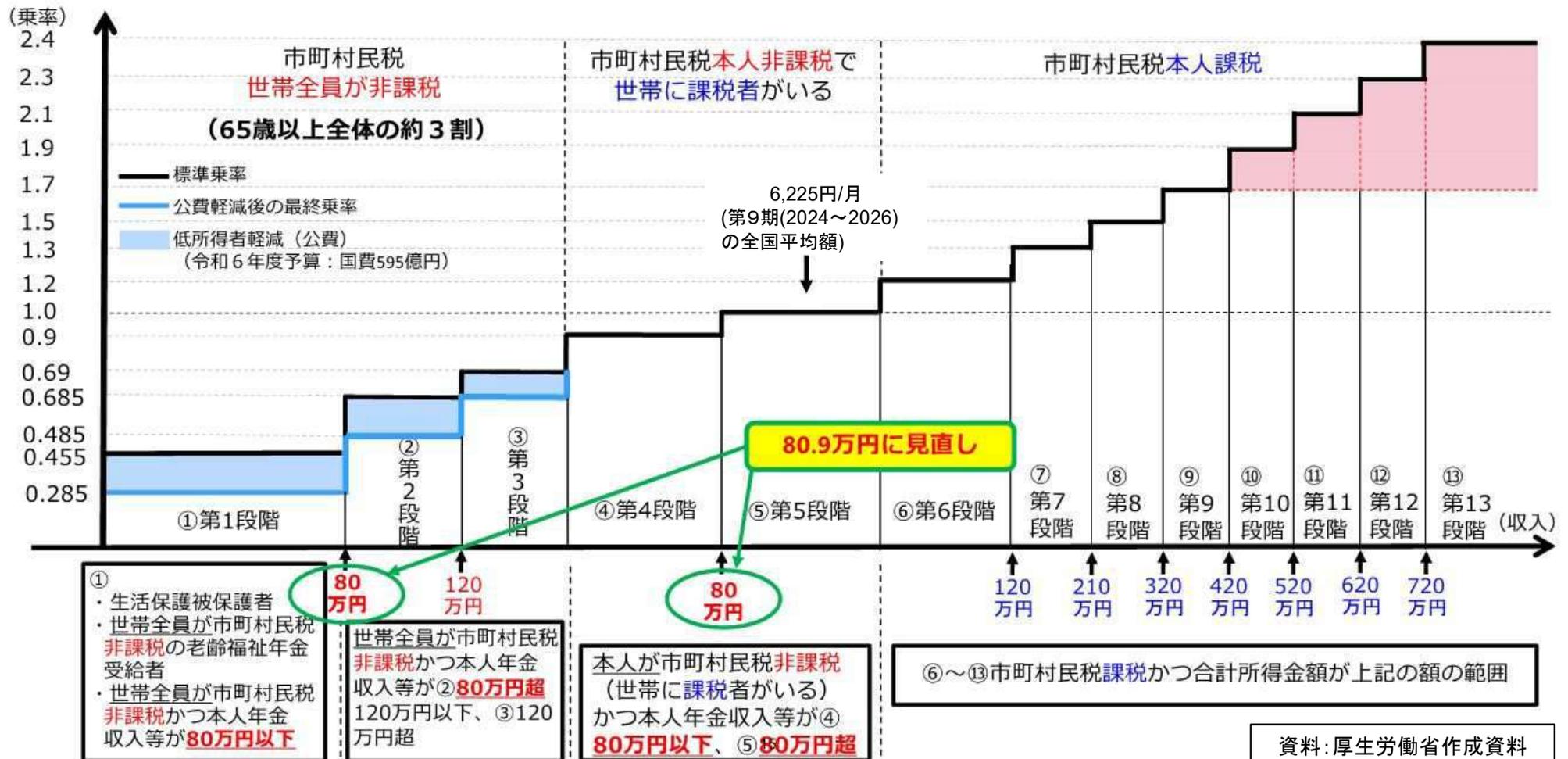


※国の負担分のうち5%は調整交付金であり、75歳以上の方の数や高齢者の方の所得の分布状況に応じて増減。
 ※施設等給付費(都道府県が指定券を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設に係る給付費)は国20%、都道府県17.5%

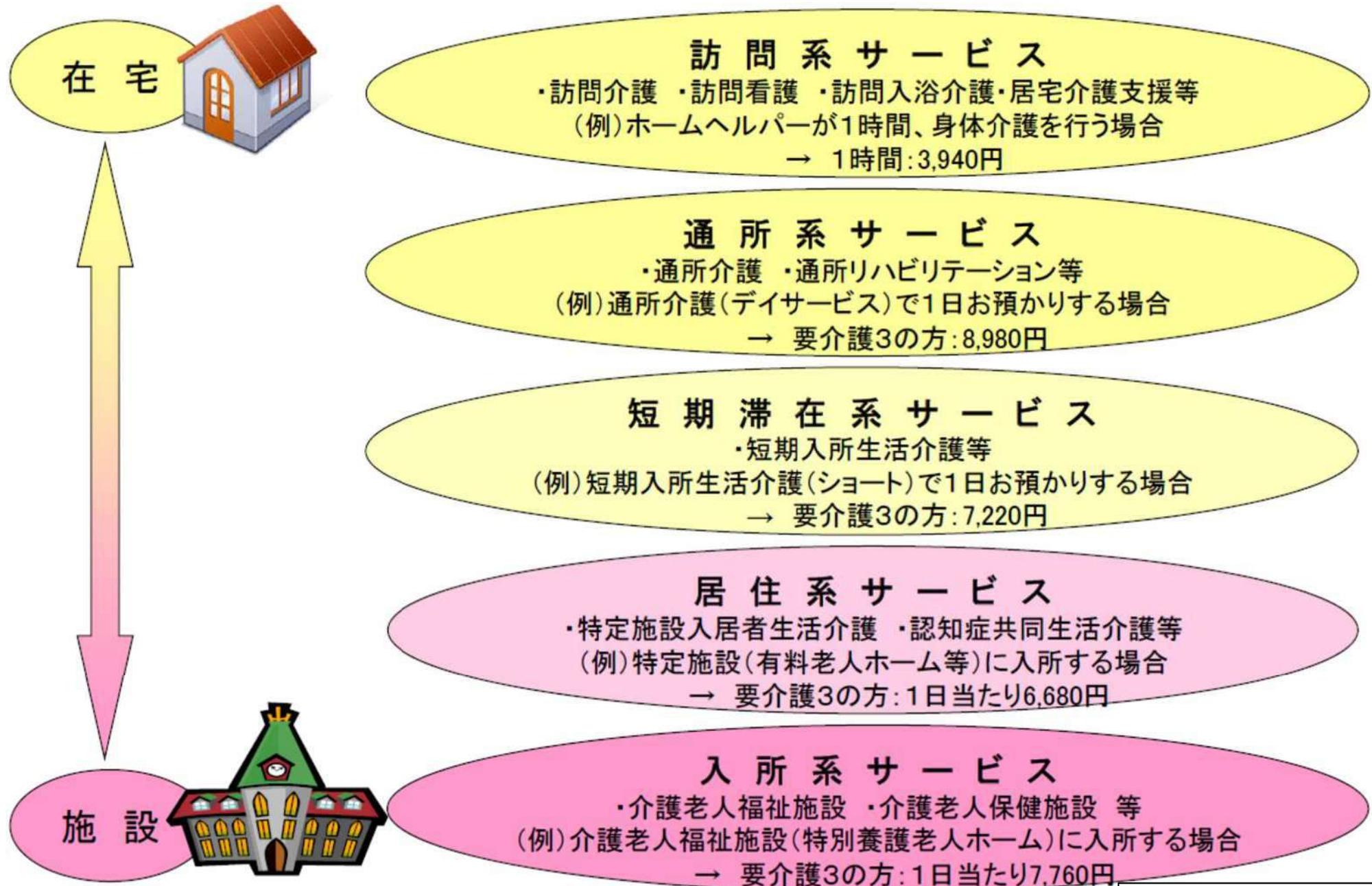
資料:厚生労働省作成資料を一部加工

第1号被保険者の保険料

- 介護保険事業計画期間(3年)ごとに、保険者ごとに、期間中の介護保険給付費見込額の23%(2024~2026)に相当する額を、第1号被保険者の保険料として設定。
- 個人の保険料は、低所得者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に応じて、段階別に賦課される。(標準は13段階。14段階以上の弾力設定可)



介護保険サービスの体系



介護サービスの種類

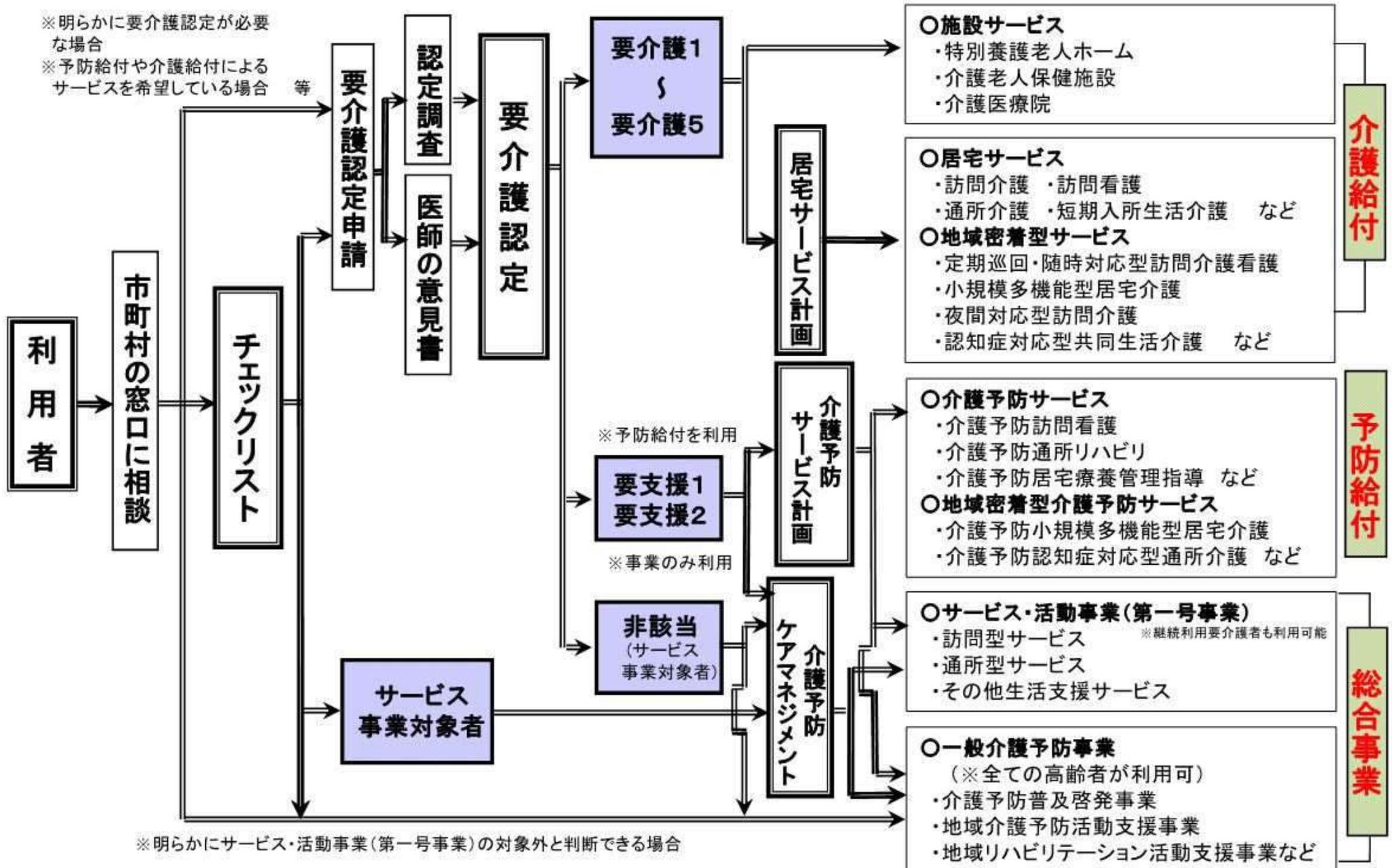
	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

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

介護給付・地域支援事業の全体像

【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%	介護給付（要介護1～5）	
	予防給付（要支援1～2）	
	地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者） <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス・活動事業（第一号事業） <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ 生活支援サービス（配食等） ・ 介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業
包括的支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実） ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 （認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等） ○ 生活支援体制整備事業 （コーディネーターの配置、協議体の設置 等） 		
任意事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護給付費適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業 		
【財源構成】 国：38.5% 都道府県：19.25% 市町村：19.25% 1号保険料：23%		

介護サービス利用の手続き

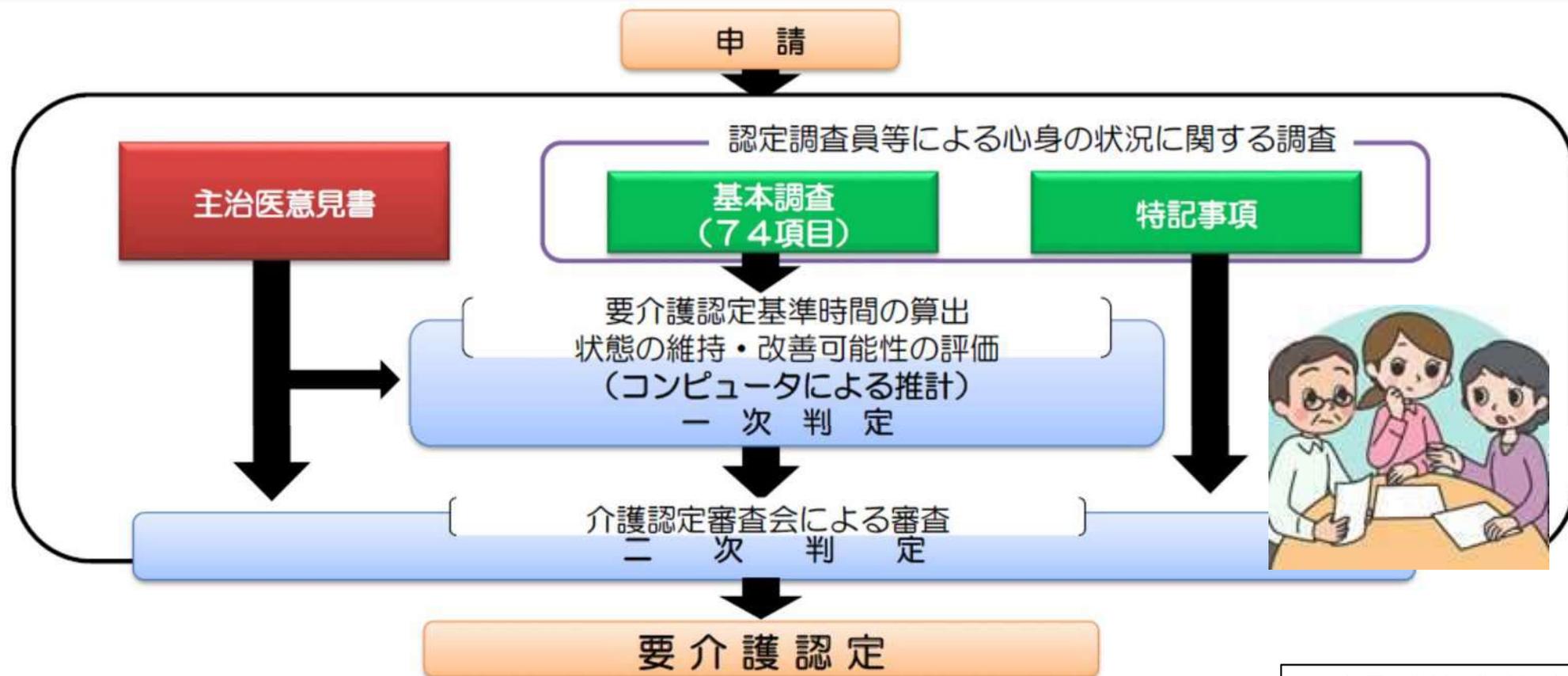


要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



要介護認定区分とサービス利用

要介護（要支援）認定の区分と利用できるサービス



状態	ケアプランの作成
事業対象者 要支援1~2	地域包括支援センター
要介護1~5	居宅サービス(居宅介護支援事業者) 施設サービス(介護保険施設)



利用限度額(月額)	
要支援1	50,320円
要支援2	105,310円
要介護1	167,650円
要介護2	197,050円
要介護3	270,480円
要介護4	309,380円
要介護5	362,170円

主な介護施設・事業所の概要①

① 特別養護老人ホーム

資料：厚生労働省作成資料を一部加工

<施設数／利用者数>

参考：愛知県（施設数：約430か所／利用者数：約3.8万人）

施設数：約11,000か所 / 利用者数：約83万人

<特色>

- ・ 要介護高齢者のための生活施設。
- ・ 終の棲家（すみか）であり、低所得者の最後の砦。

<共用スペースでの談笑>



<食事介助の様子>



<スマートフォン等やインカムを利用し、業務を効率化>



<外観>



主な介護施設・事業所の概要②

② 通所介護（デイサービス）

資料：厚生労働省作成資料を一部加工

<事業所数／利用者数>

参考：愛知県（事業所数：約2400か所／利用者数：約11.3万人）

事業所数：約47,000か所／利用者数：約235万人

<特色>

- ・ 自宅から送迎などでデイサービスセンターに通い、機能訓練や食事・入浴等をして日中過ごす。

<事業所内での体操の様子>



<機能訓練の様子>



<事業所内でのイベントの様子>



主な介護施設・事業所の概要③

③ 訪問介護（ホームヘルパー）

資料：厚生労働省作成資料を一部加工

<事業所数／利用者数>

参考：愛知県（事業所数：約1,900か所／利用者数：約7.8万人）

事業所数：約37,000か所／利用者数：約159万人

<特色>

- ・ 訪問介護職員（ホームヘルパー）が利用者のお宅に訪問し、食事や着替えなどの身体介護、あるいは調理、洗濯などの生活援助を行う。

身体介護

<食事介助の様子>

<排泄介助の様子>

<移動介助の様子>



生活援助

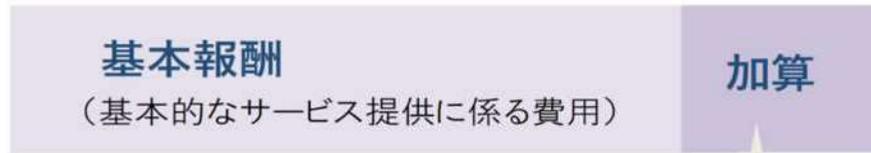
調理や洗濯、掃除など身体介護以外の日常生活の援助

（ただし、直接本人の援助に該当しない行為（本人以外の調理、居室以外の掃除等）や、日常生活の援助に該当しない行為（庭の草むしり、ペットの世話、植木の水やり、家具等の移動等）は頼めません。）

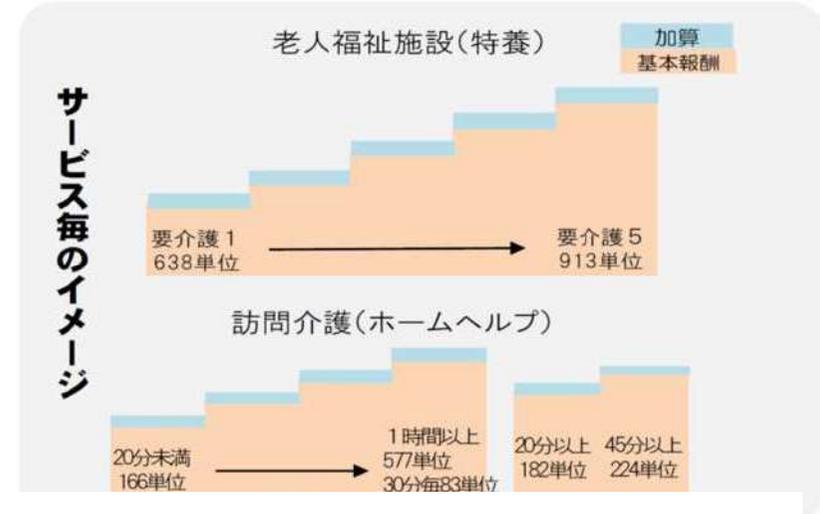
介護報酬の基本的な構造

資料:厚生労働省作成資料を一部加工

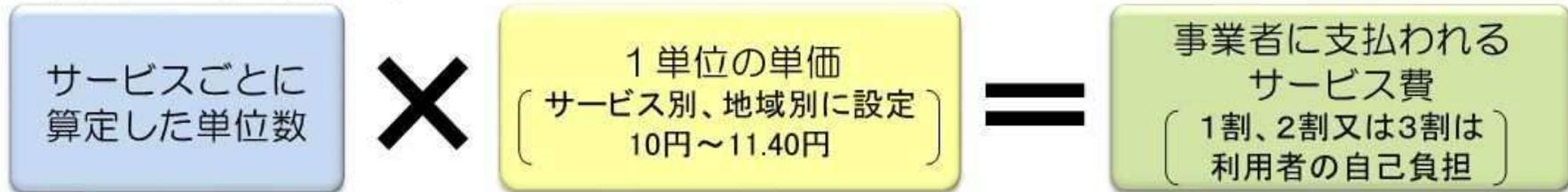
介護報酬の構造



事業所のサービスの提供体制や
利用者の状況に応じて評価



■介護報酬の基本的な算定方法



(根拠) 指定居宅サービスの費用の額の算定に関する基準(告示)等

(根拠) 厚生労働大臣が定める一単位の単価(告示)

(参考)

■1単位の単価(サービス別、地域別に設定)

3級地(名古屋市、刈谷市、豊田市)
5級地(知立市、豊明市、みよし市)、その他市町村(6級地~)

		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合		20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	①70%	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	②55%	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	③45%	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円

- ① 訪問介護/訪問入浴介護/訪問看護/居宅介護支援/定期巡回・随時対応型訪問介護看護/夜間対応型訪問介護
- ② 訪問リハビリテーション/通所リハビリテーション/認知症対応型通所介護/小規模多機能型居宅介護/看護小規模多機能型居宅介護/短期入所生活介護
- ③ 通所介護/短期入所療養介護/特定施設入居者生活介護/認知症対応型共同生活介護/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/地域密着型通所介護

主な介護サービス利用に要する自己負担の目安（例）

サービス	区分	単位	自己負担(1割負担の場合) (基本分+ α (加算分))	その他の主な費用(平均) +日用品
①介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	多床室 (相部屋)	月額	要介護3~5 2.2万円~2.7万円+ α	居住費(2.8万円) 食費(4.4万円)
	ユニット (個室)	月額	要介護3~5 2.5万円~2.9万円+ α	居住費(6.3万円) 食費(4.4万円)
②通所介護 (デイサービス) <通常規模>	4時間~5 時間	半日	要介護1~5 388円~617円+ α	食費(500円~1,000円)
	7時間~8 時間	1日	要介護1~5 658円~1,148円+ α	食費(500円~1,000円)
③訪問介護 (ホームヘルパー)	身体介護 20~30分	1回	要介護1~5 244円+ α	(参考)その他の時間区分あり 1時間以上区分は、 30分増すごとに82円加算
	生活援助 20~45分	1回	要介護1~5 179円+ α	(参考)その他時間区分あり
	通院等 乗降介助	1回	要介護1~5 97円+ α	(参考)片道

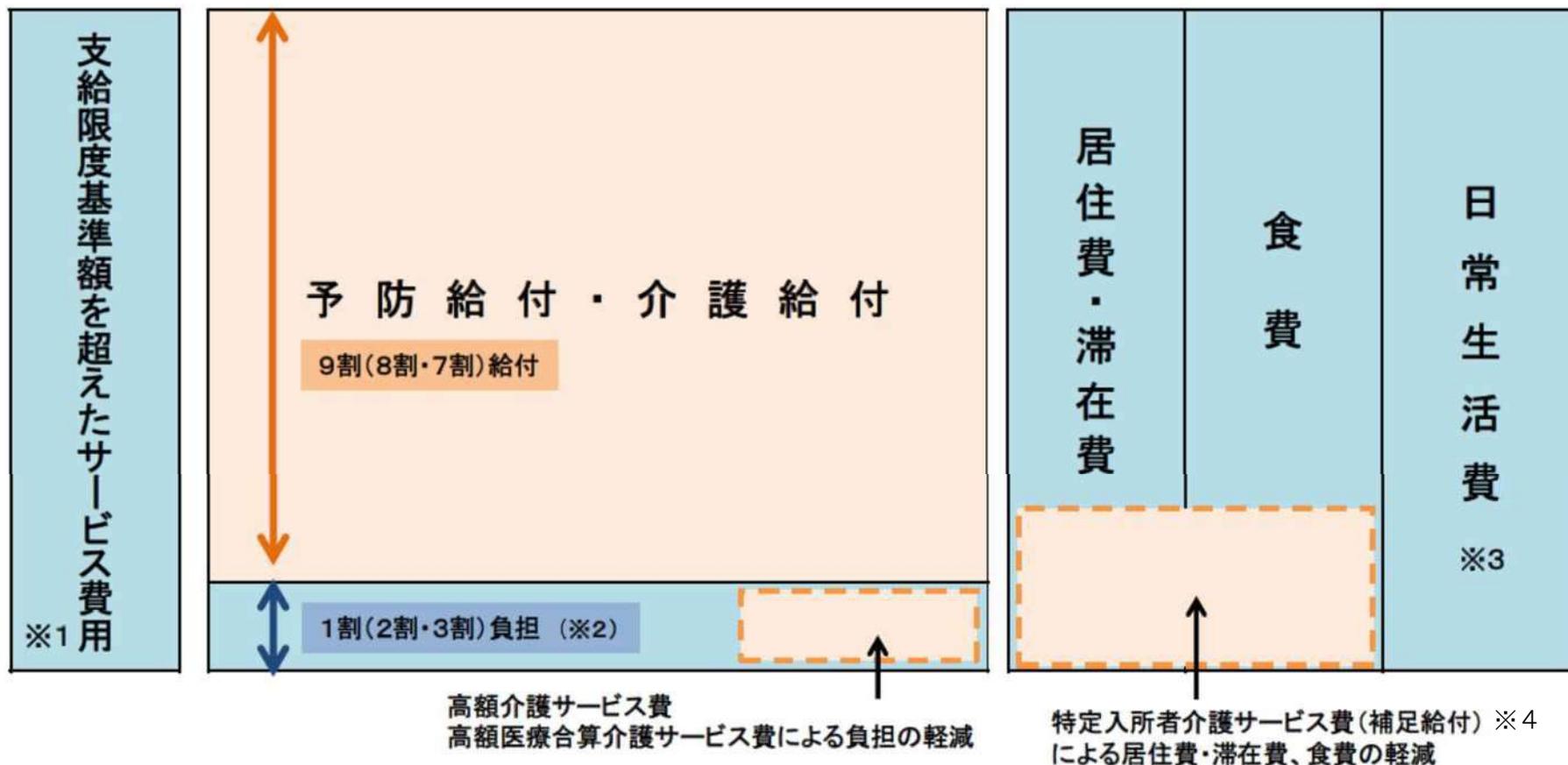
(注)1 基準費用(1単位10円の場合)及び自己負担は目安であり、実際に要する費用はお住いの市町村や御利用になる事業所ごとに異なります。

- 2 施設における1日あたりの居住費・食費の平均的な費用の額(基準費用額)
 ・居住費(多床室(特養915円、ユニット型個室2,066円) ・食費1,445円(日額)

資料:愛知県高齢福祉課作成資料

利用者負担

- 介護サービス費の9割分(一定以上所得者は8割又は7割)は保険給付され、要介護者は、原則として残りの費用の1割分(一定以上所得者は2割又は3割)のほか、施設サービスを利用した場合の食費及び居住費を負担する。



- ※1 居宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額（保険対象費用の上限）が設定されている。
 ※2 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。
 ※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）
 ※4 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

資料：厚生労働省作成資料一部加工

高額介護（介護予防）サービス費（R6.8改正）

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、その超えた分が払い戻されます。

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＋合計所得金額]が 80万円以下である場合 80.9万円(R7.8改正予定)	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～所得約380万円(年収約770万円)未満 ②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所得約690万円(年収約1,160万円)以上	①世帯44,400円 ②世帯93,000円 ③世帯140,100円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

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

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

食費・居住費の基準費用額・負担限度額 (R6.8改正)

- 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。

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		

と負担軽減の対象となる低所得者

		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・医療院等	437円 (1.3万円) ※	0円 (0万円)	430円 (1.3万円)	430円 (1.3万円)	430円 (1.3万円)
	従来型個室	特養等	1,231円 (3.7万円)	380円 (1.2万円)	480円 (1.5万円)	880円 (2.7万円)	880円 (2.7万円)
		老健・医療院等	1,728円 (5.3万円)	550円 (1.7万円)	550円 (1.7万円)	1,370円 (4.2万円)	1,370円 (4.2万円)
	ユニット型個室の多床室		1,728円 (5.3万円)	550円 (1.7万円)	550円 (1.7万円)	1,370円 (4.2万円)	1,370円 (4.2万円)
ユニット型個室		2,066円 (6.3万円)	880円 (2.6万円)	880円 (2.6万円)	1,370円 (4.2万円)	1,370円 (4.2万円)	

※: R7.8～ 室料を徴収する場合: 697円(2.1万円)、室料を徴収しない場合: 437円(1.3万円)

資料: 厚生労働省作成資料

住所地特例

○ 被保険者が**介護保険施設等へ入所又は入居**することにより施設の所在地に市町村の区域を超えて住所を移転した場合は、保険者の異動は行わず、**引き続き従前市町村(住所移転前に保険者であった市町村)の被保険者のままとする。**(介護保険法第13条)

【住所地特例対象施設】

- ・定員30人以上の特別養護老人ホーム ・老人保健施設 ・介護医療院
- ・特定施設(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、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)のうち、地域密着型特定施設(介護保険法第8条第21項)でないもの

＜住所地特例の概念図＞

事例	概略	保険者
(例1) 居宅から施設に入所する場合		A市
(例3) 施設を退所し、他の市町村に居住する場合		C市
(例3) 2つ以上の施設に入所する場合 (他市町村への入所)		A市
(例4) 養護老人ホームの措置入所者が 住所地特例対象施設等に入所		A市

1. 介護保険制度の背景と理念
2. 介護保険制度の基本的な仕組み
- 3. 介護保険制度の現状と今後**

これまでの25年間の対象者、利用者の増加（全国）

○介護保険制度は、制度創設以来25年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者は約3.6倍に増加。高齢者の介護になくてはならないものとして定着・発展している。

① 65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2024年3月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,589万人	1.7倍

② 要介護(要支援)認定者の増加

	2000年4月末		2024年3月末	
認定者数	218万人	⇒	708万人	3.2倍

③ サービス利用者の増加

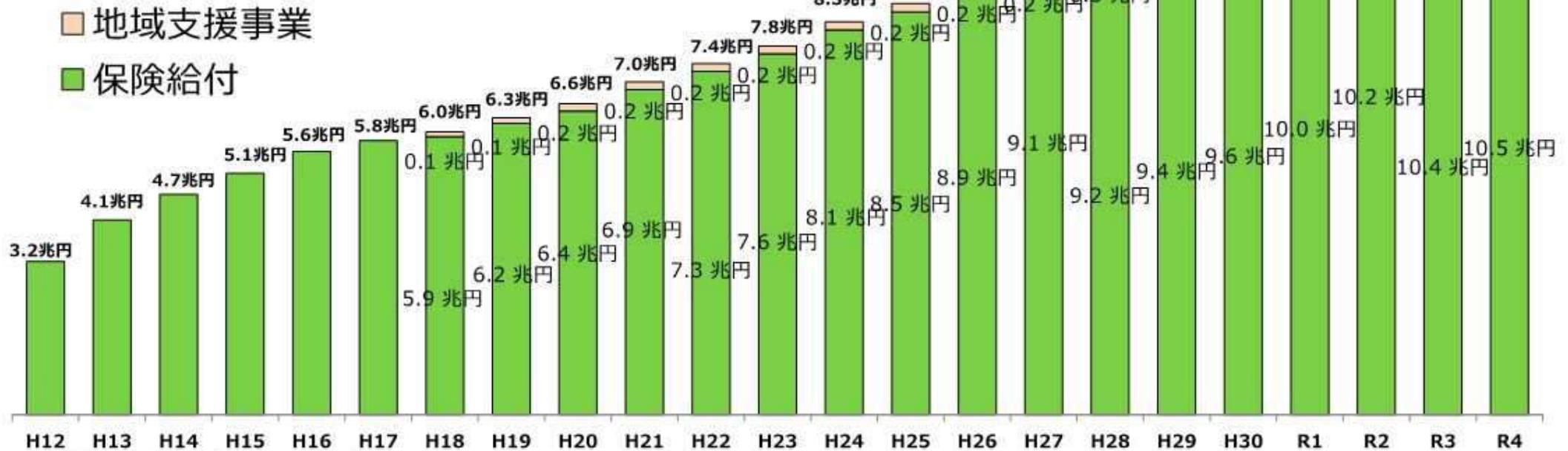
	2000年4月		2024年3月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	425万人	4.4倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		91万人	
計	149万人	⇒	532万人	3.6倍

介護給付費の増加、保険料の上昇（全国）

資料：厚生労働省作成資料を一部加工

○ 給付費・事業費

介護保険の保険給付費・地域支援事業費（※）は、年々増加



【出典】介護保険事業状況報告年報

- ※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。
- ※2 保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

参考：愛知県（給付費）
H13(1,656億円) ⇒ R4(5,103億円)

65歳以上が支払う保険料(全国平均・愛知県)

月額・加重平均	第1期 (H12-14年度) (2000-2002)	第2期 (H15-17年度) (2003-2005)	第3期 (H18-20年度) (2006-2008)	第4期 (H21-23年度) (2009-2011)	第5期 (H24-26年度) (2012-2014)	第6期 (H27-29年度) (2015-2017)	第7期 (H30-R2年度) (2018-2020)	第8期 (R3-5年度) (2021-2023)	第9期 (R6-8年度) (2024-2026)
全国 (対前期比)	2,911円 (-)	3,293円 (+13.1%)	4,090円 (+24.2%)	4,160円 (+1.7%)	4,972円 (+19.5%)	5,514円 (+10.9%)	5,869円 (+6.4%)	6,014円 (+2.5%)	6,225円 (+3.5%)
愛知県 (対前期比)	2,737円 (-)	2,946円 (+7.6%)	3,993円 (+35.5%)	3,941円 (-1.3%)	4,768円 (+21.0%)	5,191円 (+8.9%)	5,526円 (+6.5%)	5,732円 (+3.7%)	5,957円 (+3.9%)

保険料（月額・加重平均）《都道府県・県内（第9期：R6～8）の状況》

高い順		単位：円	
都道府県名	保険料	順位	
大阪府	7,486	1	
沖縄県	6,955	2	
青森県	6,715	3	
京都府	6,608	4	
秋田県	6,565	5	
全国平均	6,225	—	

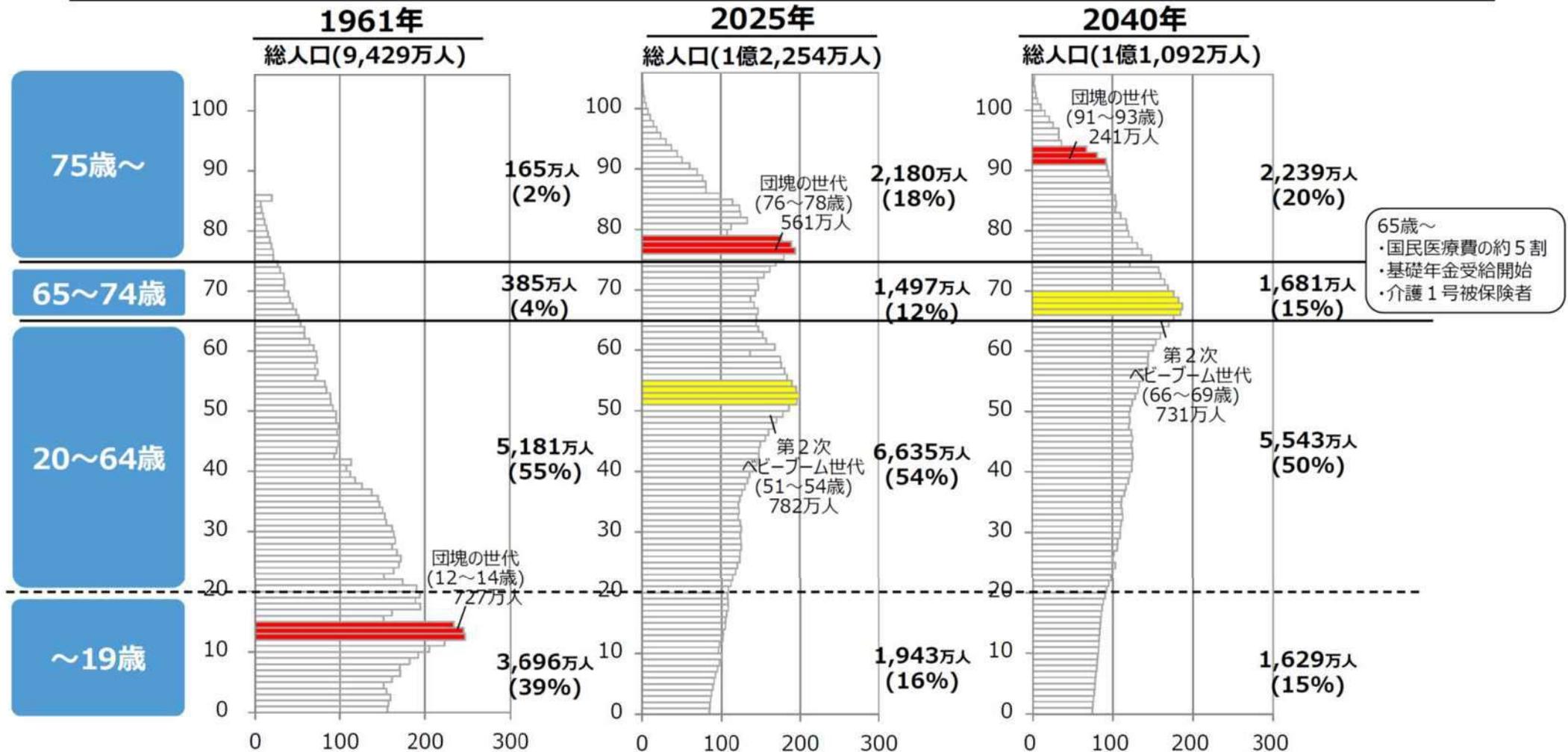
低い順		単位：円	
都道府県名	保険料	順位	
山口県	5,568	1	
茨城県	5,609	2	
長野県	5,647	3	
北海道	5,738	4	
山梨県	5,744	5	
愛知県	5,957	11	

市町村名	保険料	順位	
名古屋市	6,950	1	
豊山町	6,864	2	
一宮市	6,317	3	
半田市	6,294	4	
知多北部 広域連合	6,283	5	

市町村名	保険料	順位	
美浜町	4,600	1	
犬山市	4,783	2	
みよし市	4,900	3	
小牧市	4,906	4	
東三河 広域連合	4,930	5	

少子高齢化の進行（全国）

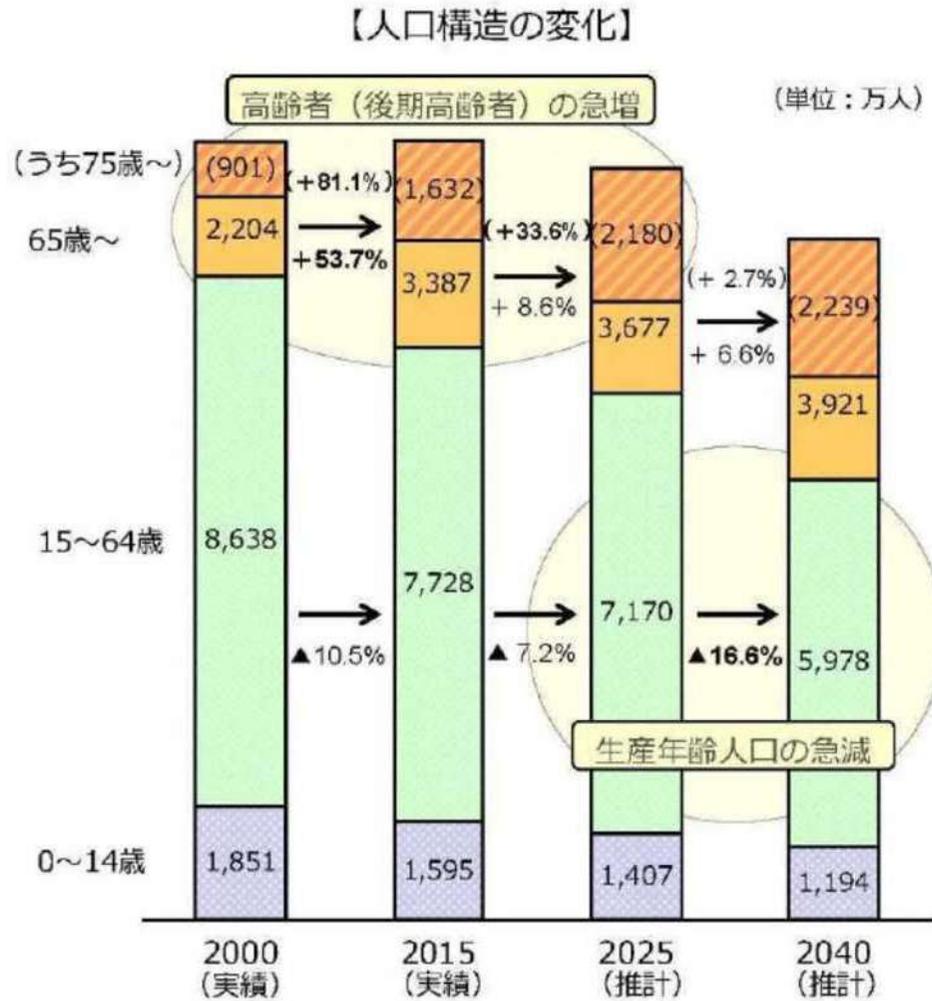
○ 2025年には団塊の世代（1947～49年生まれ）全員が後期高齢者（75歳～）に移行し、75歳以上人口割合が増加していく。さらに2040年には、第2次ベビーブーム世代（1971年～74年生まれ）全員が65歳以上になる。他方で、その間、20～64歳人口は急速に減少し、2040年以降も減少が続くことが見込まれている。こうした中、医療・介護分野の給付の効率化・重点化が必要である。



(出所) 総務省「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（平成29年4月推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
 (注) 団塊の世代は1947～49(S22～24)年、第2次ベビーブーム世代は1971～74(S46～49)年生まれ。1961年は沖縄県を含まない。
 グラフにおいて、1961年の85歳人口、2025年と2040年の105歳人口は、それぞれ85歳以上人口、105歳以上人口の合計。

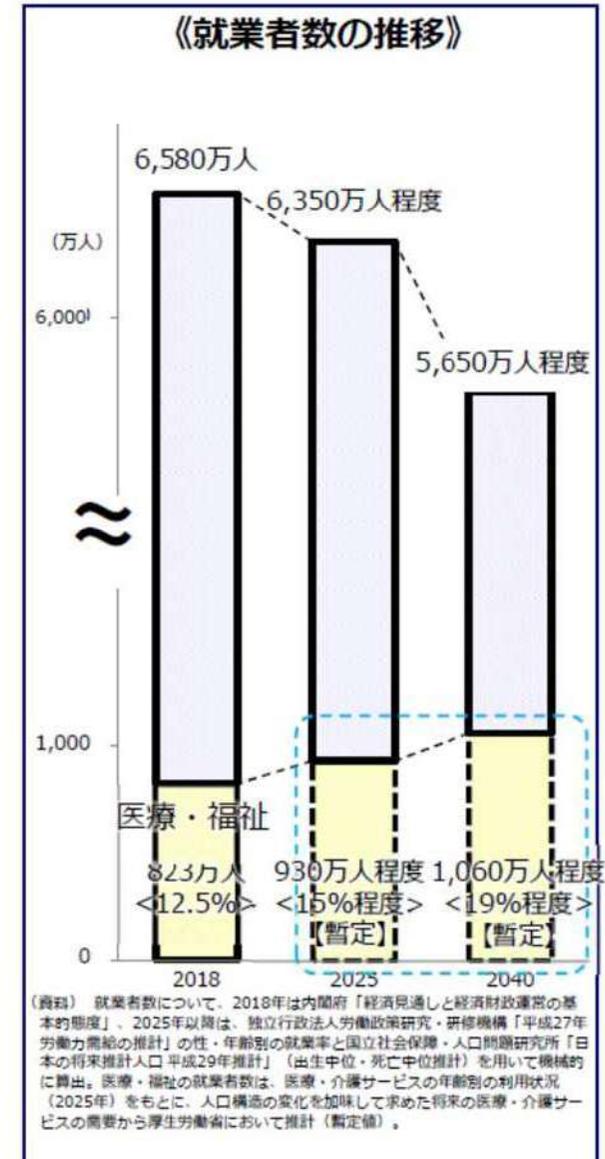
人口構造の推移（全国）

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



〔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 平成29年推計」

〔出典〕平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料（厚生労働省）

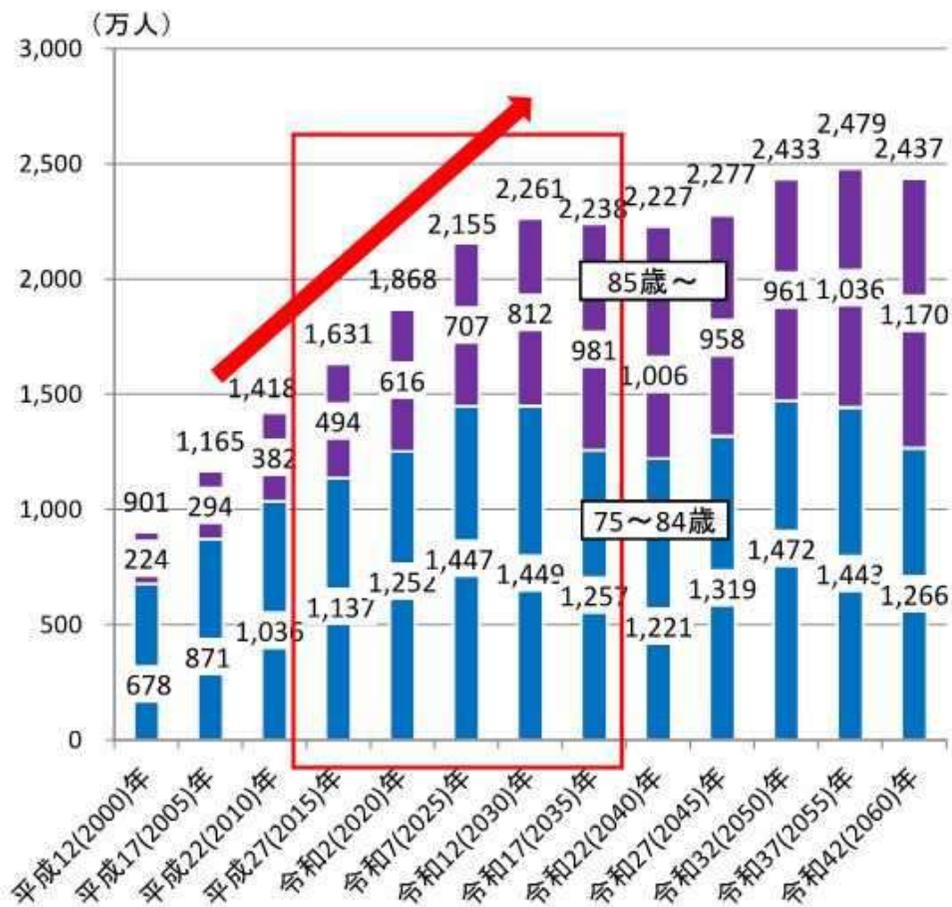


〔資料〕 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

75歳以上人口の推移、85歳以上人口の推移（全国）

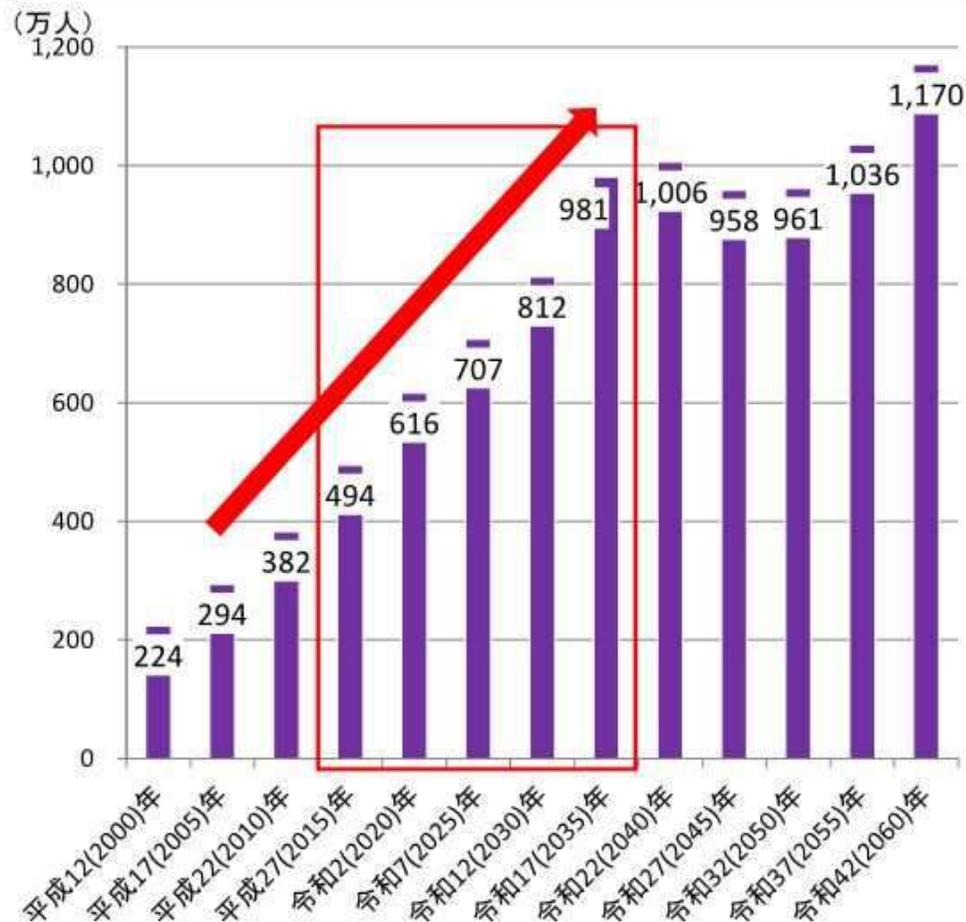
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



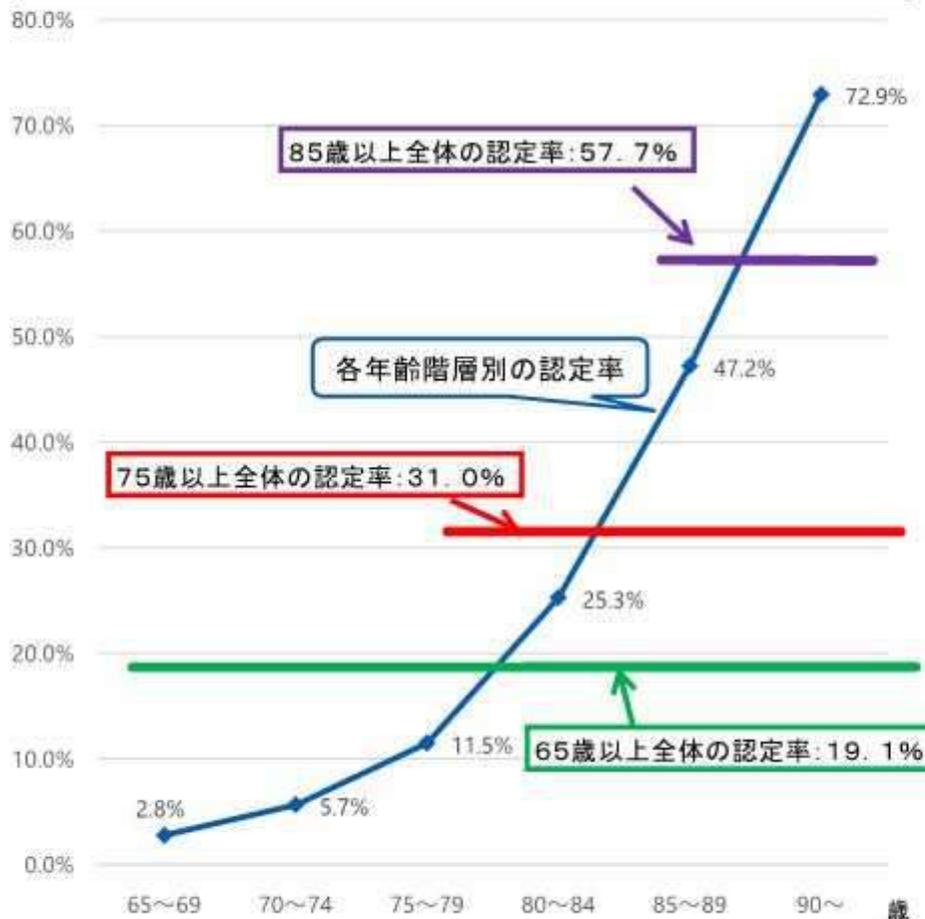
(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

資料:厚生労働省作成資料

年齢階級別の認定率、1人当たり介護給付費（全国）

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。

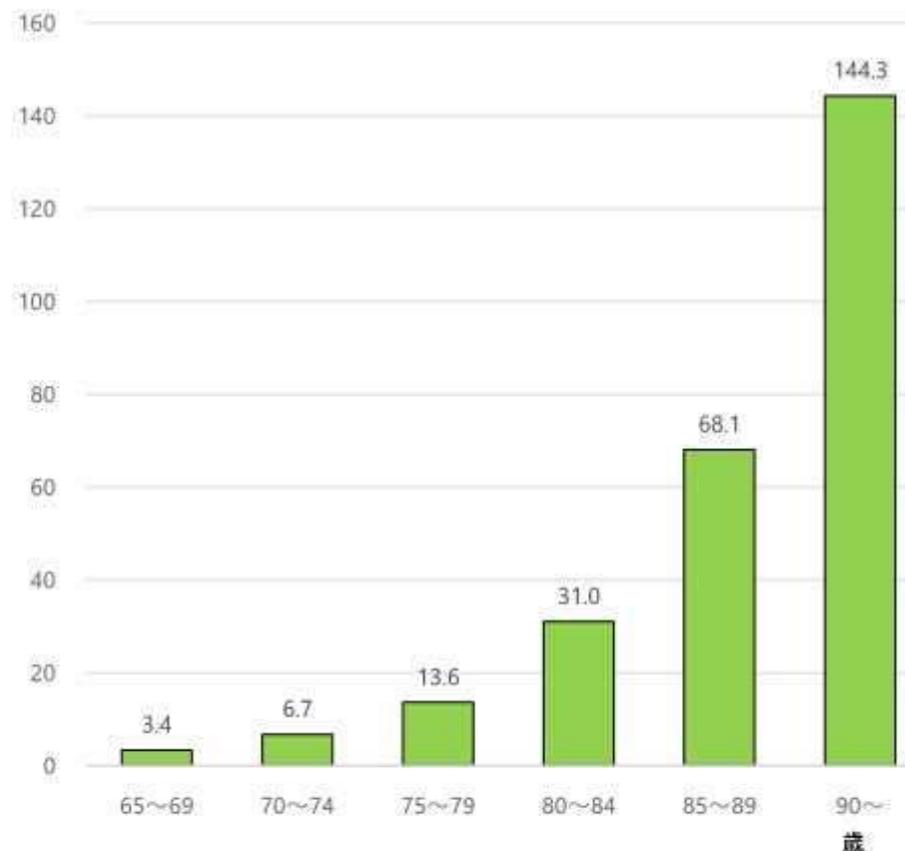


出典：2023年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
注）要支援1・2を含む数値。

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

（万円/年）



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

注）高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補給給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

介護が必要になった主な原因（全国：上位3位）

- 要支援者では「関節疾患」が19.3%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が17.4%となっている。
- 要介護者では「認知症」が23.6%で最も多く、次いで「脳血管疾患(脳卒中)」が19.0%となっている。

(単位:%)

2022年

現在の要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	16.6	脳血管疾患(脳卒中)	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患(脳卒中)	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患(脳卒中)	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患(脳卒中)	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

注:「現在の要介護度」とは、2022年6月の要介護度をいう。

高齢者人口、認知症高齢者等の増加（全国）

資料：厚生労働省作成資料

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

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

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

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



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 二宮治教授)より厚生労働省にて作成



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(2024)年推計)」より作成

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

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

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

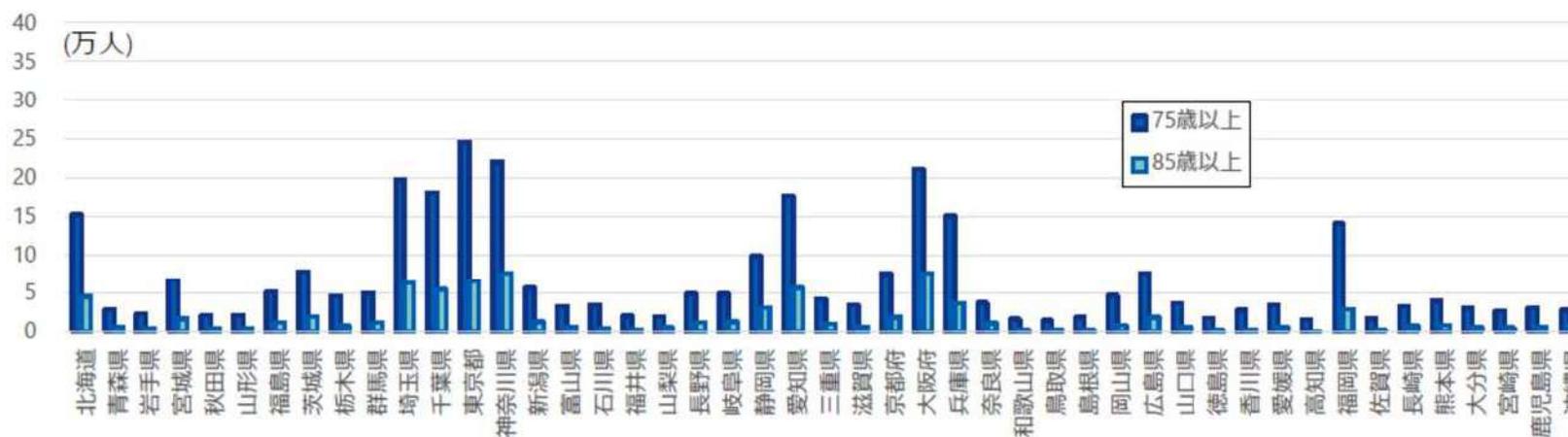
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」より作成

都道府県別の75歳以上高齢者の状況（2021→2040）

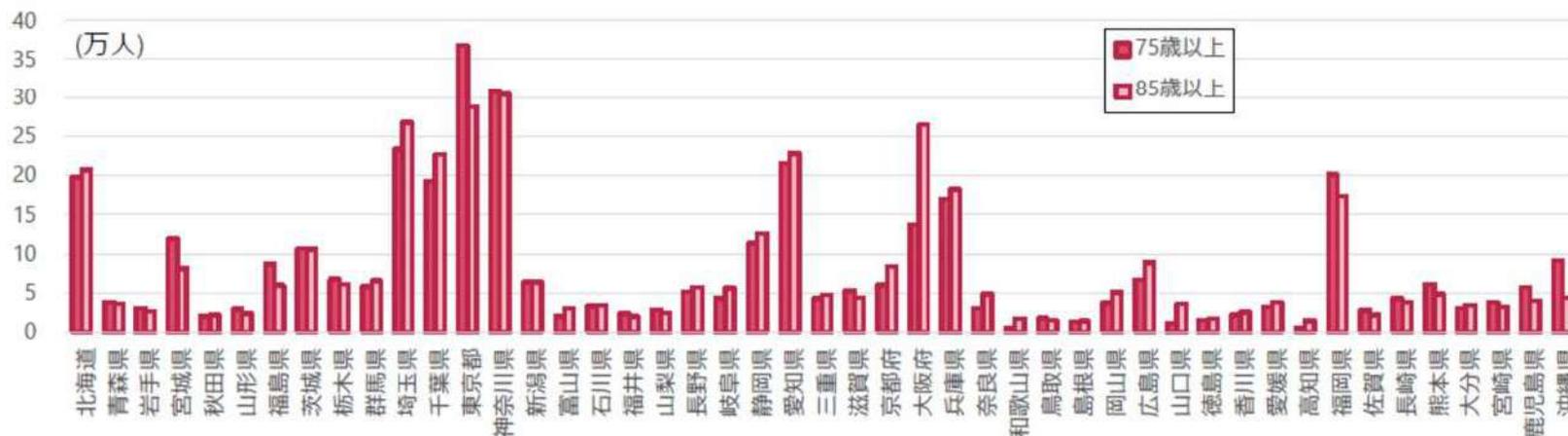
- 75歳以上人口の増加は東京、愛知、大阪圏において特に大きく、各地方の中心地域においても大きい。
- 2021年から、2025年の増加数と2040年の増加数を比較すると、2040年の増加数が大きい。
- 2021年から2040年の増加数については、85歳以上人口の伸びが大きい。

2021年から2025年の増加数

資料：厚生労働省作成資料

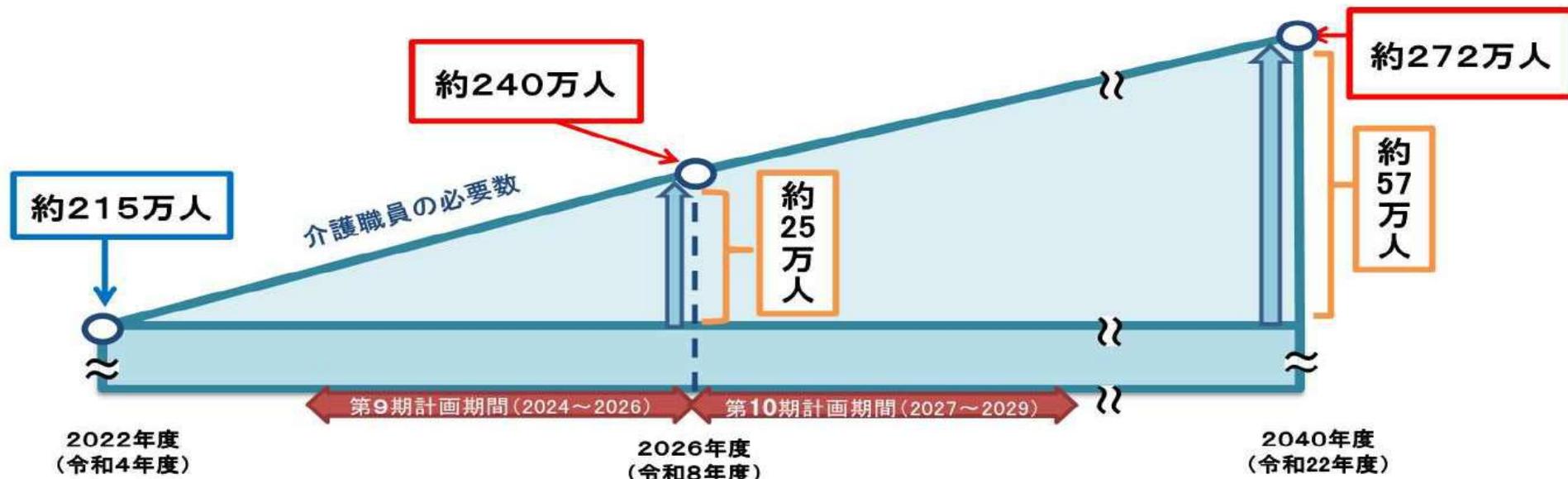


2021年から2040年の増加数



第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数

- 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))
- ※()内は2022年度(215万人)比



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。

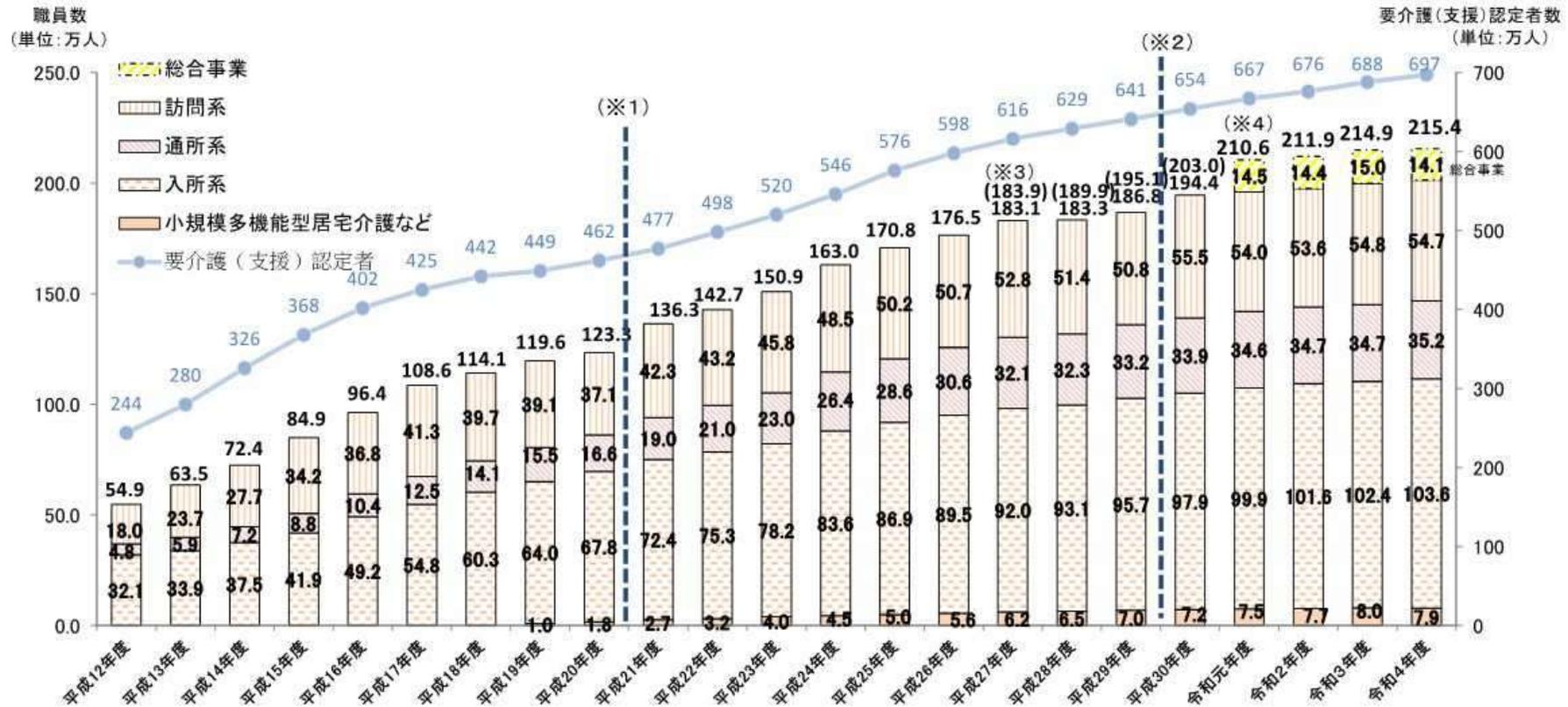
注2) 介護職員の必要数(約240万人・272万人)については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第9期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したものの。

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。

介護職員の必要数	2022年度	2026年度	2040年度
全国	約215万人	約240万人	約272万人
愛知県	約10.5万人	約12.8万人	約14.5万人

介護職員数の推移

○ 介護保険法の施行以来、要介護(要支援)認定者数は増加しており、サービス量の増加に伴い介護職員数も約3.9倍に増加している。



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)

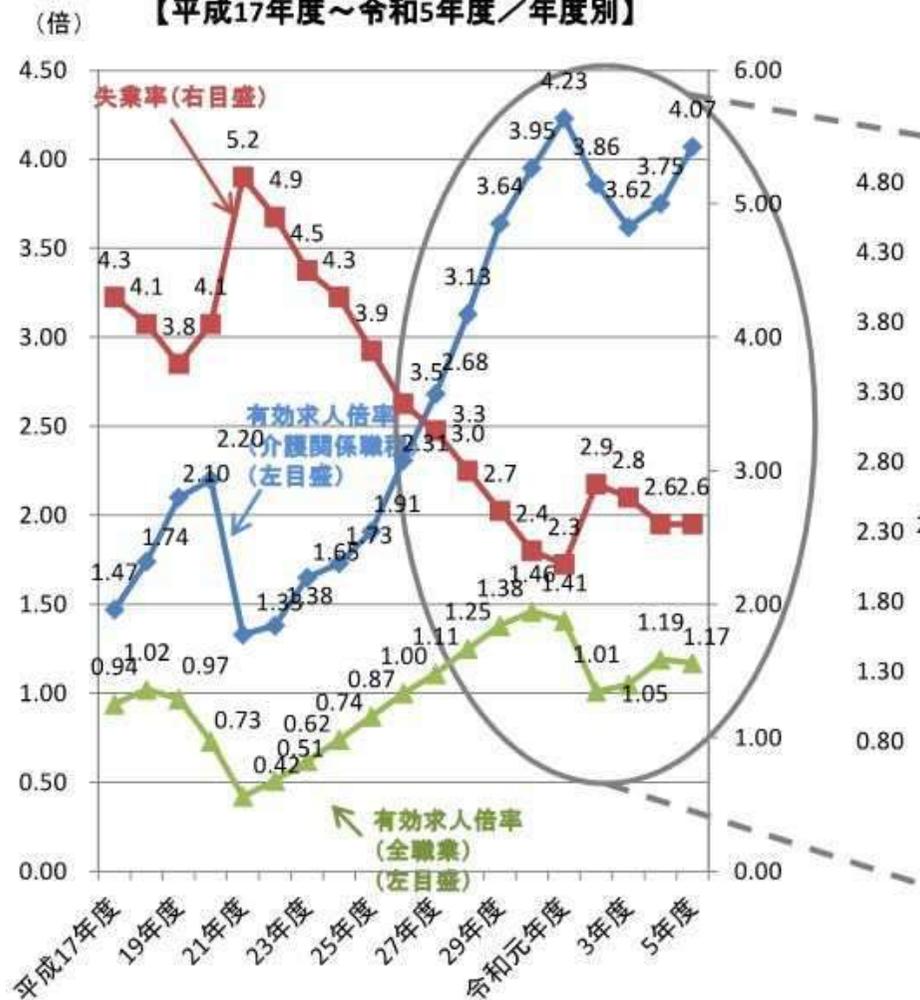
注3) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の取扱い

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、総合事業に従事する介護職員(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)が含まれている。(※4)

介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向

有効求人倍率(介護関係職種)と失業率
【平成17年度～令和5年度/年度別】



有効求人倍率(介護関係職種)(原数値)と失業率(季節調整値)
【平成26年3月～令和6年9月/月別】



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率は、パートタイムを含む常用の原数値。

月別の失業率は季節調整値。

(※2)常用とは、雇用契約において、雇用期間の定めがない、又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。

資料：厚生労働省作成資料

介護職員の現状（就業形態・年齢構成）

- 介護職員の年齢構成は、介護職員（施設等）については30～59歳が多く、訪問介護員については40～59歳が多い状況となっている。
- 男女別に見ると、介護職員（施設等）、訪問介護員いずれも女性の比率が高く、男性については30～49歳が多いが、女性については40歳以上の割合が多くなっている。

1 就業形態

	正規職員	非正規職員
介護職員（施設等）	60.2%	39.8%
訪問介護員	30.0%	70.0%

注）正規職員：雇用している労働者で雇用期間の定めのない者。非正規職員：正規職員以外の労働者（契約職員、嘱託職員、パートタイム労働者等）。

注）介護職員（施設等）：訪問介護以外の指定事業所で働く者。訪問介護員：訪問介護事業所で働く者。

【出典】平成30年度介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）結果より、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において集計

2 年齢構成（性別・職種別）

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70歳以上
介護職員（施設等）	0.2%	8.7%	20.3%	28.2%	25.0%	8.9%	5.2%	2.5%
男性（27.2%）	0.1%	11.8%	29.5%	32.6%	16.5%	4.8%	3.0%	1.3%
女性（72.4%）	0.2%	7.5%	16.9%	26.7%	28.3%	10.5%	6.1%	2.9%
訪問介護員	0.2%	5.9%	13.9%	25.2%	28.4%	13.1%	6.9%	5.7%
男性（16.6%）	0.2%	14.0%	26.8%	29.6%	17.1%	5.9%	3.2%	2.7%
女性（83.0%）	0.2%	4.2%	11.4%	24.4%	30.8%	14.5%	7.6%	6.3%

注）調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。

【出典】令和5年度介護労働実態調査（公益財団法人介護労働安定センター）結果より、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において集計。

資料：厚生労働省作成資料

介護等分野における賃金・離職の状況

■ R 6 年度の賃金引上げの状況

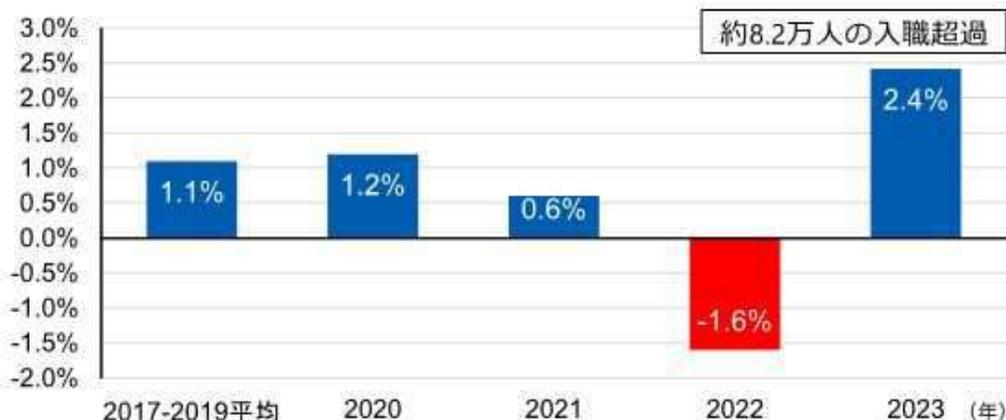
春闘の全産業平均賃上げ率 **5.10%**

(出典：2024年春闘 連合回答集計結果)

介護事業所の平均賃上げ率 **2.52%**

(出典：介護現場における物価高騰・賃上げ等の状況調査 (団体調査))

■ 介護等分野の入職超過率 (入職率 - 離職率) の推移



出典：厚生労働省「雇用動向調査」より作成
注：「介護等分野」は、「社会保険・社会福祉・介護事業」

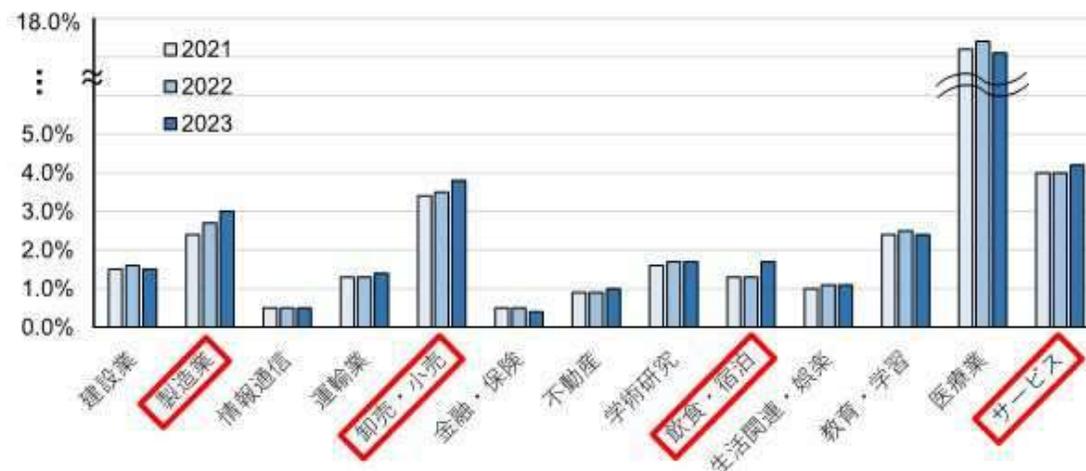
○入(離)職率

1月1日現在における常用労働者数に対する入(離)職者の割合をいう。

○入職超過率

入職率から離職率を引いたものをいう。プラスであれば入職率が離職率を上回っている(入職超過)。マイナスであれば離職率が入職率を上回っている(離職超過)。

■ 介護等分野から他産業への入職内訳



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」より作成
注：「介護等分野」は、「社会保険・社会福祉・介護事業」

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

- 2040年度には約272万人の介護職員が必要と見込まれる中（※）、将来にわたって必要な介護サービスを安心して受けられるよう、その担い手を確保することは重要な課題。

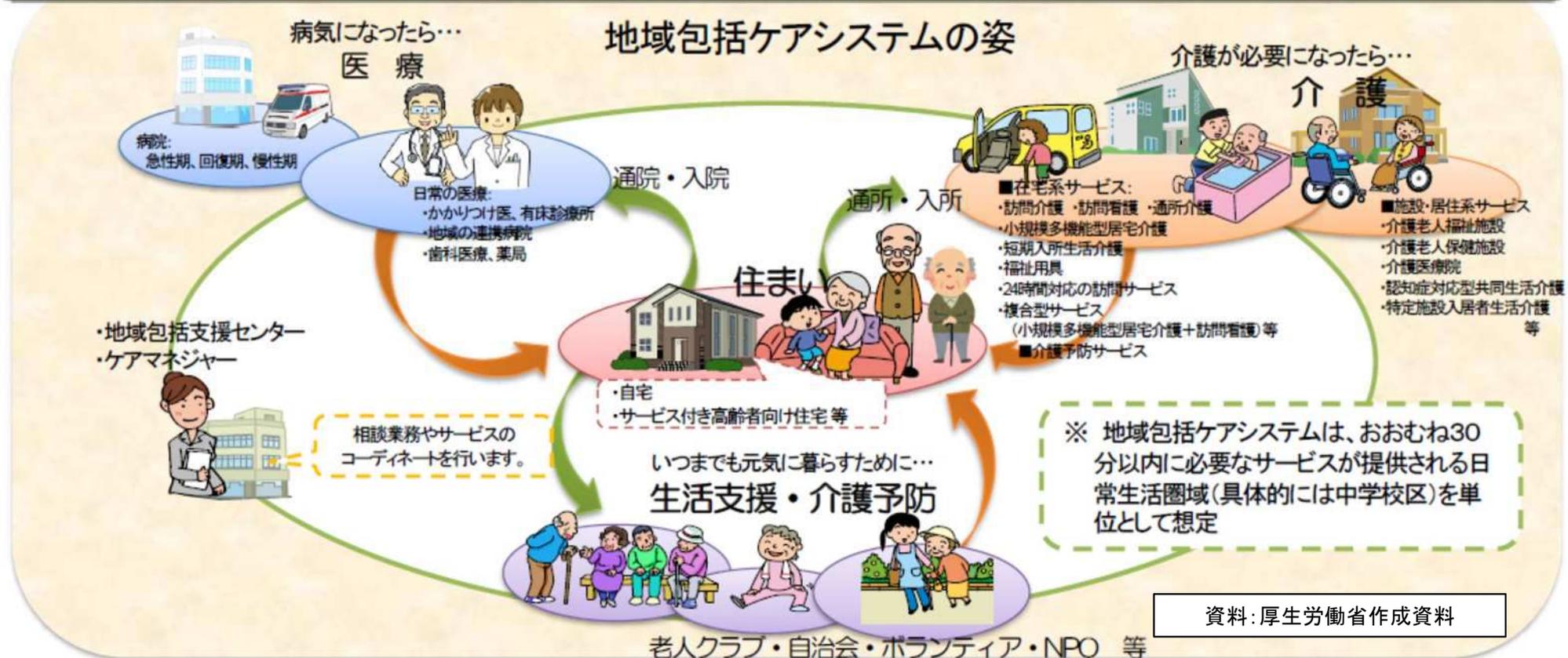
※第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計。2022年度（215万人）比で+約57万人（3.2万人/年）

- 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。

<p>①介護職員の処遇改善</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 令和6年度報酬改定では、以下の改正を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
<p>②多様な人材の確保・育成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>③離職防止 定着促進 生産性向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>④介護職の魅力向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>⑤外国人材の受入環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 海外12カ国、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）

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年を目途に、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。**



今後の介護保険制度改革の全体像

地域共生社会の実現と2040年への備え

社会福祉・介護保険制度改革

社会福祉制度改革

1. 包括的な支援体制の構築

- ① 相談支援
- ② 参加支援
- ③ 地域づくりに向けた支援

～ 一体的に実施するための体制整備 ～

2. 社会福祉連携推進法人の創設

社会福祉法人の経営基盤強化、連携強化により、人材確保や地域貢献活動を後押し

介護保険制度改革

1. 介護予防・地域づくりの推進

～健康寿命の延伸～

／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新

～人材確保・生産性の向上～

保険者機能の強化



データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

介護保険制度の主な改正の経緯

第1期
(平成12年度～)

第2期
(平成15年度～)

第3期
(平成18年度～)

第4期
(平成21年度～)

第5期
(平成24年度～)

第6期
(平成27年度～)

第7期
(平成30年度～)

第8期
(令和3年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施)
- 小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等

平成23年改正(平成24年4月等施行)

- 地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日)
- 医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護

平成26年改正(平成27年4月等施行)

- 地域医療介護総合確保基金の創設
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)
- 全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- 低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月) 等
- 特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化

平成29年改正(平成30年4月等施行)

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- 「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設
- 特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など

令和2年改正(令和3年4月施行)

- 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援
- 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律 における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備

- **介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施**
 - 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- **介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備**
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- **介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進**
 - 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- **看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める**
 - 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

- **地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備**
 - 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

まとめ

○ 介護保険制度は、2000年の創設から25年を迎える

⇒ サービス利用は3倍を超え、介護が必要な高齢者やその家族の生活を支えるものとして、着実に定着・発展してきた

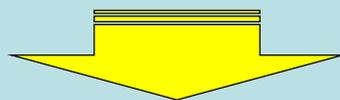
○ 団塊世代が75歳以上となる2025年を迎える

⇒ 地域包括ケアシステム(高齢者等が、住み慣れた地域で、人生の最後まで暮らし続けられることを可能にする仕組み)の進化・推進を図る

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年を見据え

⇒ 85歳以上人口の急増、高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加により、介護サービス需要の更なる増加・多様化・複雑化が見込まれる一方、生産年齢人口の急減が見込まれることから、これまで以上に中長期的な視点による高齢者を支える人的基盤の強化・生産性の向上は喫緊の課題

今後2040年に向けて、介護保険制度が果たす役割は一層大きくなる



制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施
同時に介護保険制度への国民の信頼を高めていくことも重要