

# 基礎研 レポート

## 介護保険改正の論点を考える

積み残された財源問題のほか、人材確保や有料老人ホームの見直しも論点に、参院選の影響は？

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～介護保険改正の論点を考える～

3年に一度の介護保険改正の議論が始まっている。介護保険制度は創設後、原則として3年に1回、見直されており、2027年度改正に向けた議論が2024年12月以降、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会で本格化している。

論点については、「持続可能な制度の構築、介護人材確保・職場環境改善」など5つが介護保険部会で提示されており、それぞれに関して今後、部会で詳細が検討され、2025年末までに結論が示される予定となっている。さらに、法改正が必要な案件については、2026年通常国会の関連法改正案に盛り込まれる見通しだ。

中でも、焦点になるのが前回の2024年度改正で先送りされた3つの案件である。具体的には、(1)一定以上の所得水準の利用者に課している2割負担の対象者拡大、(2)全額が保険給付で賄われているケアマネジメントの有料化、(3)要介護1～2の給付見直し——の3点である。

さらに、生産年齢人口が激減する2040年をターゲットに入れた「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」のほか、相次ぐ有料老人ホームを巡る過剰請求案件を踏まえた「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」という検討組織も発足しており、いずれも制度改正論議に反映されることになりそうだ。

このほか、物価や賃金の上昇を踏まえ、現場の人材不足や事業所の経営危機が深刻化しており、緊急性の高いテーマとして議論される見通しだ。2025年7月投開票の参院選で与党が惨敗したのを受けて、政局が一層、流動化する可能性がある中、制度改正論議の先行きは不透明になっているが、本稿では過去の経緯などを踏まえつつ、2027年度制度改正の論点を概観する。

### 2—制度改正の主な論点

#### 1 | 5つの論点

まず、制度改正で想定される論点を網羅する。2024年12月に開催された介護保険部会では、(1)地域包括ケアシステムの推進、(2)認知症施策の推進・地域共生社会の実現、(3)介護予防・健康づくりの推進、(4)保険者機能の強化、(5)持続可能な制度の構築、介護人材確保・職場環境改善——

という5つで整理された。

このうち、1番目で言及されている「地域包括ケア」とは、「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を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」と法律で定義<sup>1</sup>されており、人口のボリュームが大きい団塊世代が75歳以上になる2025年をターゲットに据え、介護予防や認知症支援策など様々な施策が展開されてきた。

だが、目標の年次が到来した上、後述する通り、医療分野では生産年齢人口が激減する「2040年」を見据えた施策の議論が始動し、介護でも「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」（以下、2040年検討会）の検討が始まった。2027年度改正では、これらの点を意識しつつ、多様なサービス提供や医療・介護連携などが主な話題になりそうだ。2040年検討会については、後述する。

次に2つ目の「認知症施策の推進・地域共生社会の実現」のうち、前半の認知症施策では2024年1月に施行された認知症基本法を踏まえた施策の展開が論点として考えられる。この法律では、「認知症＝何も分からなくなった人」という古い認知症観からの脱却を目指しており、政府は2024年12月に「認知症施策推進基本計画」を策定。これを踏まえつつ、認知症の人が安心して暮らせる地域を作るため、自治体も「認知症施策推進基本計画」の策定が求められている<sup>2</sup>。

2つ目の後半の「地域共生社会」では、厚生労働省は「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」と説明しており、生活困窮者に対する支援や孤独・孤立対策、住民同士の支え合いの強化など高齢者介護にとどまらない論点が想定されている。

3つ目の「介護予防や健康づくりの推進」では、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」の拡充に加えて、要支援者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業」のテコ入れなどが論点として考えられる。このうち、総合事業は3つの財源問題の一つに位置付けられており、経緯や論点を後述する。

4つ目の「保険者機能の強化」とは、介護保険の運営者（保険者）である市町村の機能強化を意味する。ここでは、介護保険の財政運営だけでなく、高齢者人口や専門職数の違いなど「地域の実情」を踏まえつつ、市町村が高齢者の外出支援や介護予防などの各種施策に当たられるような体制整備が論点になっている<sup>3</sup>。

最後の「持続可能な制度の構築、介護人材確保・職場環境改善」では、後述する2割負担の対象者拡大などの財政問題に加えて、現場の人材確保策とか、介護現場の生産性向上・職場環境改善が論点になっている。このうち、生産性向上・職場環境改善は2024年度介護報酬改定で焦点になったテーマであり、働きやすい職場づくりや少ない人員で現場が回るようなデジタル技術の導入などが目指され

<sup>1</sup> 2012年制定の医療介護総合確保推進法の定義。ただ、給付抑制策の説明なども含めて多義的に使われており、ここでは定義に立ち入らない。定義に関しては、介護保険20年を期した拙稿コラムの[第9回](#)を参照。

<sup>2</sup> 正式名称は共生社会の実現を推進するための認知症基本法。その経緯や内容などは2024年6月25日「[認知症基本法はどこまで社会を変えるか](#)」を参照。

<sup>3</sup> 近年の医療・福祉に関わる制度改正に関して、「地域の実情」という言葉が政府文書で多用されており、自治体の主体性が期待されている。詳細は「地域の実情」という言葉に着目した[コラム](#)を参照（全6回、リンク先は第1回）。

ている<sup>4</sup>。

## 2 | 過去の制度改正と比べると…

これらの論点は概ね過去の制度改正や報酬改定と概ね共通しており、特段の変化は見られない。例えば、前回の2024年度改正に向けて、2022年12月に示された介護保険部会意見書では、制度改正に関わる案件が「地域包括ケアシステムの深化・推進」「介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」の2つに大別されていた。

さらに、2024年度介護報酬改定に向けて、2023年12月に示された社会保障審議会介護給付費分科会の報告書でも「地域包括ケアシステムの深化・推進」のほか、身体的自立を促す「自立支援・重度化防止に向けた対応」、生産性向上を含む「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」、財源問題に関わる「制度の安定性・持続可能性の確保」、「その他」に類型化されていた。

敢えて違いを挙げるとすれば、認知症施策は従来、多義的な「地域包括ケア」に包摂されることが多かったが、個別項目として整理された形だ。

## 3 | 骨太方針の文言

さらに、経済財政政策の方向性を示す「経済財政運営と改革の基本方針」（骨太方針）が2025年6月に閣議決定された際にも、介護保険改正に関わる様々な文言が入った。

具体的には、物価上昇で介護現場の人材不足や事業所の経営危機が深刻化しており、「介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討」という文言が入るなど、2026年度診療報酬改定も見据えつつ、医療・介護・障害に渡って前向きな表現が数多く盛り込まれた<sup>5</sup>。賃上げに関する動向は本稿で後述する。

一方、今回のテーマの関係では、「介護保険制度について、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担の見直しに関する課題について、2025年末までに結論が得られるよう検討する」という方向性が示されており、ここで言う「給付と負担の見直しに関する課題」が前回の2024年度改正で積み残された論点である。

つまり、(1) 一定以上の所得水準の利用者に課している2割負担の対象者拡大、(2) 全額が保険給付で賄われているケアマネジメントの有料化、(3) 要介護1～2の給付見直し——という財源問題である。以下、3つの点に関して論点や経緯を説明する。

### 3——積み残された3つの財政問題(1)～2割負担の対象者拡大～

#### 1 | 2024年度改正までの議論の経過

まず、2割負担の対象者拡大から検討する。これは少し込み入った案件<sup>6</sup>なので、経緯を簡単に説明

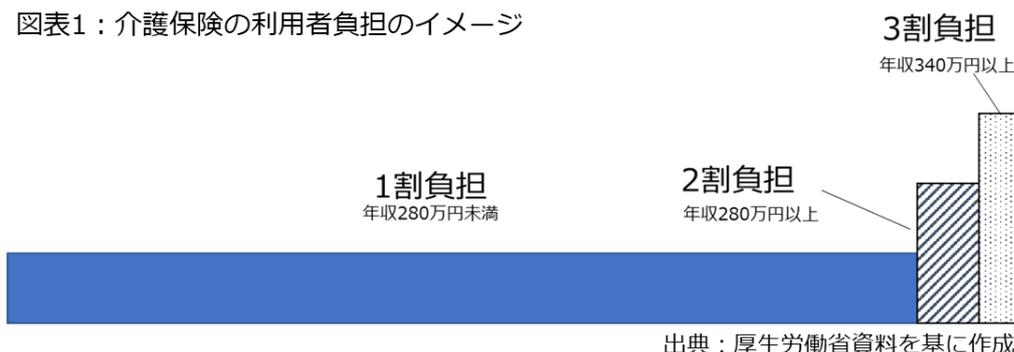
<sup>4</sup> 2024年度改正では、相談窓口を都道府県に義務付ける見直しに加えて、報酬面でもセンサーを導入した施設に対する加算（ボーナス）などが創設された。詳細は2024年5月23日拙稿「[介護の『生産性向上』を巡る論点と今後の展望](#)」を参照。

<sup>5</sup> 2025年版の骨太方針の文言については、2025年6月24日拙稿「[医療機関の経営危機、報酬改定と予算編成はどうなる？](#)」を参照。

<sup>6</sup> 2割負担の対象者拡大を巡る論点などについては、2024年3月1日拙稿「[介護保険の2割負担拡大、相次ぐ先送りの経緯](#)」

すると、介護保険制度が 2000 年度にスタートした際、所得とは無関係に 1 割負担を求める「応益負担」が採用されていた。

しかし、介護保険の給付費が増加しているため、保険料負担を抑える観点に立ち、能力に応じて負担を求める「応能負担」が徐々に強化されている。



出典：厚生労働省資料を基に作成

具体的には、2015 年 8 月から 2 割負担、2018 年 8 月から 3 割負担が導入され、現在は図表 1 の通り、「単身世帯で 280 万円以上」の人が 2 割負担、「単身世帯 340 万円以上」の人が 3 割負担となっている。

ここで 280 万円の基準を引き下げれば、国や自治体の公費（税金）や、40 歳以上の国民に課されている介護保険料の負担を軽減できるため、その是非が 2021 年度改正から議論の俎上に上っている。特に 2024 年度改正では、75 歳以上の後期高齢者の患者負担が 2 割になる水準（単身世帯で 200 万円以上）を一つの参考にしつつ、220 万円程度の引き下げが意識された。

しかし、介護保険部会では賛否の意見が割れ、2022 年 12 月の報告書では「利用者負担が増えれば、必要な介護サービスの利用控えにつながり、生活機能の悪化につながることから慎重に検討すべき」「現役世代の社会保険料負担は限界に達しており、介護は医療に比べて費用の伸びが大きいことも踏まえると、保険料の上昇抑制のためには利用者負担の見直しが必要」と両論を併記するとともに、2023 年夏に結論を先送りした。

その後、岸田文雄政権が重視した「次元の異なる少子化対策」の財源を確保するため、社会保障費の抑制論議が浮上したことなどで、2023 年 12 月に再び結論が先送りされた。それでも介護保険部会では議論がまとまらず、与党でも自民党政調会長代行だった田村憲久氏が 2023 年 11 月の民放番組で、「広げたとしても、ホントに若干 280 万円から下がるぐらいの話」「220 万円はかなり生活に影響が出る。我々はそれを反対」と述べる<sup>7</sup>など、消極的な雰囲気広がった。結局、結論は 2027 年度改正、つまり 2025 年から本格的に始まる論議に先送りされた。

ここでのポイントは「若干」という点だった。つまり、田村氏の発言は「220 万円」への引き下げを否定しつつも、引き下げ自体を全否定していたわけではなく、280 万円から少し引き下げる選択に含みを持たせていた。それでも負担増が先送りされた背景として、2023 年 12 月以降、自民党旧安倍派を中心とする裏金問題に対する注目が集まった影響が考えられる。

さらに、図表 2 を照らし合わせると、先送りを決めた当時の背景を想像できる。図表 2 は 2023 年 11 月、厚生労働省が示した試算であり、1 割負担と 2 割負担を線引きする「280 万円」を引き下げた

[と背景は？」](#)を参照。

<sup>7</sup> 2023 年 11 月 30 日放映の BS-TBS『報道 1930』における発言。

場合の影響が190万～270万円まで10万円刻みで示された。

それによると、もし田村氏が述べた通り、仮に270万円や260万円などの「若干」の引き下げに踏み切っても、給付抑制額は90～180億円程度にとどまる見通しだった。

これは約11兆円に及ぶ介護保険総予算の0.1～0.2%程度に満たず、これで浮く国費(国の税金)も約20～50億円にとどまる。

こうした状況で、もし介護保険部会などで出ている反対意見を押し切って制度改正に踏み切ったとしても、反対派の説得に必要な労力の割に、得られる抑制額が余りに小さいため、「費用対効果が悪い」と判断されたのであろう。

図表2：介護保険部会に示された2割負担対象者拡大の選択肢

所得・収入基準の 選択肢	被保険者の 数	影響を受ける人数 (被保険者の数 ×16%)	給付抑制額の 見直し
単身270万円以上 2人以上336万円以上 (合計所得150万円以上)	62万人	8万人	▲90億円
単身260万円以上 2人以上326万円以上 (合計所得140万円以上)	130万人	17万人	▲180億円
単身250万円以上 2人以上316万円以上 (合計所得130万円以上)	200万人	27万人	▲280億円
単身240万円以上 2人以上306万円以上 (合計所得120万円以上)	270万人	36万人	▲380億円
単身230万円以上 2人以上296万円以上 (合計所得110万円以上)	340万人	45万人	▲480億円
単身220万円以上 2人以上286万円以上 (合計所得100万円以上)	410万人	54万人	▲580億円
単身210万円以上 2人以上276万円以上 (合計所得90万円以上)	470万人	62万人	▲660億円
単身200万円以上 2人以上266万円以上 (合計所得80万円以上)	520万人	69万人	▲740億円
単身190万円以上 2人以上256万円以上 (合計所得70万円以上)	570万人	75万人	▲800億円

出典：厚生労働省資料を基に作成

## 2 | 改革工程で示された2つの見直しの方向性

しかし、2023年12月の先送りが決まる際には、2つの方向性が示された。ここで注目されるのは2023年12月、少子化対策の財源確保策として策定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」(以下、改革工程)である<sup>8</sup>。

ここでは約3.6兆円に及ぶ少子化対策の財源を確保するため、本稿で詳述する介護保険の3つの財源問題にとどまらず、医療・介護に関して、様々な歳出抑制策が列挙されている。特に、介護保険の2割負担対象者拡大については、下記の2つの方法が披歴されている(下線は筆者、読みやすいように表記を少し修正)。

(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。

<sup>8</sup> 改革工程の内容や論点などについては、2024年2月14日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う\(下\)](#)」を参照。なお、2023年12月5日の原案段階では、年末の2024年度予算編成で決定する方針が示されたが、結論が先送りされたことで、上記の(ア)(イ)の2つの方策が同月22日に閣議決定された版に盛り込まれた。

このうち、前者の（ア）では、線引きとなる 280 万円の基準を 220 万円とか、210 万円に引き下げるアイデアであり、従来の議論と同じである。これに対し、後者では線引きとなる基準を前者よりも引き下げる代わりに、負担上限額を設定する方法が示されている。例えば、「220 万円以上」よりも踏み込んで「190 万円」に引き下げた上で、サービスを多く利用する人の支出を抑えるため、利用者負担に上限を設定する手法である。このケースの場合、2028 年度から実施するとされている。

その後、2025 年 5 月に公表された財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）の建議（意見書）では「2 割負担の対象者の範囲拡大について早急に実現すべき」との考え方が盛り込まれており、引き続き焦点になると見られる。

しかし、2024 年度改正で賛否両論を戦わせた介護保険部会のメンバーは大きく変わっておらず、調整は今回も難航しそうだ。

### 3 | 物価上昇の影響は？

ここで無視できないのは物価上昇の影響である。インフレが続くと、高齢者の年金収入は物価スライドで自動的に増える。この結果、図 1 で示した 2 割負担、3 割負担の所得基準を満たす高齢者も名目ベースでは自動的に増える。

こうした局面はデフレ下に創設された介護保険制度にとって初めての局面であり、2 割負担の対象者拡大を検討する際、念頭に置く必要がある。

## 4——積み残された 3 つの財政問題(2)～ケアマネジメント有料化～

### 1 | 2024 年度改正までの議論の経過

第 2 のケアマネジメント有料化も、2021 年度制度改正からの積み残し案件である。ケアマネジメントは元々、利用者の意向を聞きつつ、介護保険サービスの調整を含めた意思決定を支援する技法。介護保険制度では、創設時から「居宅介護支援」という名称でサービスの一つに組み込まれるとともに、利用者負担を無料、つまり全額を保険給付で賄う形が取られた。これは当時、「従来の医療保険にはない事務的サービスの給付であり、利用者に費用負担の対価であるという認識を持ってもらうには時間を要するのではないか」という配慮から、(略)利用者負担の対象外<sup>9</sup>とされた。

しかし、財務省は給付抑制の観点に立ち、「ケアマネジメントは相当程度、定着している」と主張。さらに、有料化を通じて、利用者の目が厳しくなることで、ケアマネジメントの質が上がると訴えた。

これに対し、2022 年 12 月の介護保険部会意見では「サービスの利用抑制の懸念や、質が高く適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点、障害者総合支援法における計画相談支援との整合性の観点から慎重に検討すべき」「介護費用が大幅に伸びていくなかで、サービス利用の定着状況や、ケアマネジメントの専門性の評価、利用者自身のケアプランに対する関心を高めることを通じた質の向上、施設サービスの利用者は実質的にケアマネジメントの費用を負担していることなどから、利用者負担を導入すべき」といった賛否両論を併記し、結論が 2027 年度改正に先送りされた。

これに対し、2025 年 5 月に公表された財政審建議では、引き続き「質の高い介護サービスを提供す

<sup>9</sup> 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p241 を参照。

る上で、利用者の立場に立ってケアプランを作成するケアマネジャーは重要な役割を果たしている。公正・中立なケアマネジメントを確保する観点から、質を評価する手法の確立や報酬への反映と併せ、ケアマネジメントに関する給付のあり方（利用者負担等）について、質の高いケアマネジメントが選ばれる仕組みとする観点から検討する必要がある」という意見が示されており、今回も同じような意見対立が交わされることになりそうだ。

## 2 | 業界団体の提案

ここで、注目されるのは業界団体の提案である。具体的には、ケアマネジメントを担うケアマネジャー（介護支援専門員）の全国組織、日本介護支援専門員協会（以下、日本ケアマネ協会）は制度以外のサービスも含めた支援を模索する「トータルケアマネジメント」の必要性を強調している点である<sup>10</sup>。これは高齢者や家族を取り巻く環境を踏まえつつ、介護保険のサービス調整にとどまらず、住民の支え合いや企業のサービスなど、様々な支援に繋げる考え方であり、有料化の是非という単なる財源論を乗り越えた点で、非常に重要である。

つまり、従来の議論は有料化の是非に終始していたが、ケアマネジメントは本来、介護保険サービス調整にとどまらず、住民主体の場合や自治体・企業のサービスなどを組み込むことを想定した幅広さを有しており、その対象は介護保険サービスにとどまらない。

それにもかかわらず、現在は介護保険サービスをケアマネジメントに組み込まないと、ケアマネジャーは介護報酬を受け取れない構造になっているため、日本ケアマネ協会はトータルケアマネジメントという概念を掲げつつ、この構造を見直す必要性に言及している。

こうした意見が財務省の有料化論議に対抗する狙いを有しているのは明らかであろう。既に触れた通り、財務省は「他のサービスとの均衡」を理由に挙げつつ、有料化の必要性を唱えている。

これに対し、日本ケアマネ協会はトータルケアマネジメントという考え方を前面に打ち出すことで、「ケアマネジメントは他のサービスと一線を画する存在なので、有料化は望ましくない」という論理構成に立ち、相談業務の重要性を訴えている。

## 3 | 高まる相談業務の重要性との整合性は？

実際、ケアマネジメントを含めた相談業務の重要性は高まりつつある。その一例として、2024年12月に公表された「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」（以下、ケアマネジメント検討会）の中間整理を挙げることができる。

ここで言うケアマネジメント検討会は2024年4月、厚生労働省が発足させた組織であり、ケアマネジャーの業務範囲や人材確保策、研修の在り方などを検討した<sup>11</sup>。結局、相談業務に関して、中間整理

<sup>10</sup> トータルケアマネジメントについては、2025年3月14日配信、同月13日『JOINT ニュース』配信記事を参照。トータルケアマネジメントは「介護保険制度の枠にとどまらず、日常生活全般にわたる多様な相談を受け、アセスメントでも居住環境や家族関係、地域社会での活動状況など広範囲の課題を分析し、介護保険制度の枠を超えた多様な支援につなげるための仲介・調整などを行う」と説明されている。

<sup>11</sup> ケアマネジメント検討会で話題になったテーマのうち、ケアマネジャーの業務範囲については、郵便・宅配便の発送や部屋の片付け、ゴミ出しなど法定業務以外の業務（いわゆるシャドウワーク）の整理が論点となり、市町村が地域課題として対応を協議する方向性が示された。一方、財務省や経済産業省は近年、介護保険以外の自治体・企業によるサービスである「保険外サービス」の充実を重視しているが、筆者自身としては、日本ケアマネ協会が指摘している通り、介護保険サービ

では「要介護者や要支援者に対し、単に介護保険サービスを積み上げる形でケアプランを作成するのではなく、日頃から市町村等の地域の社会資源をよく把握し、かかりつけ医等医療を含む地域の関係者と幅広く顔の見える関係を構築した上で、その利用者にとって適切な支援が総合的かつ効果的に提供されるよう配慮することが重要」という問題意識が披歴され、ケアマネジャーが介護保険サービスにとどまらない調整に当たる必要性が示された。

さらに、80歳代の高齢者と50歳代の引きこもりの子どもが同居する「8050問題」など複雑・困難なケースに対応するため、政府は分野・属性にこだわらず、幅広い相談を受け付ける「重層的支援体制整備事業」など相談体制の強化を目指している<sup>12</sup>。

このほか、大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っているこども・若者を指す「ヤングケアラー」への支援とか、仕事と介護の両立支援でも、現場での相談体制の強化が求められている。

こうした中、複雑・困難な事例も含めて、相談対応を担う存在として、ケアマネジメントとケアマネジャーは非常に重要であり、もし有料化に踏み切るのであれば、介護保険にとどまらない形で相談体制を強化しようとする最近の動向との整合性を整理する必要がある<sup>13</sup>。

## 5——積み残された3つの財政問題(3)～要介護1～2の給付見直し～

### 1 | 2024年度改正までの経過

3点目の要介護1～2の給付見直しでは、総合事業の対象者拡大が主な焦点になる<sup>14</sup>。総合事業の経緯や仕組みは非常に複雑なので、ここでは概要の説明にとどめる。

総合事業は2015年度の制度改正を通じて、要支援1～2の訪問介護と通所介護（デイサービス）が介護保険給付から切り離されるとともに、既存の介護予防事業と統合される形で発足した。さらに、住民同士の運動教室などにも財政支援できるようにするなど、市町村の判断で報酬や基準を独自に決められるようにした。

ここで期待されていたのは軽度者の身体的自立の促進と給付費の抑制である。具体的には、住民主体など従来の介護保険給付よりも単価が低いサービスの拡大とか、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」の拡大、高齢者の社会参加促進、介護予防ケアマネジメントの強化などを通じて、高齢者の身体的自立と重度化防止を図ることで、結果的に費用を減らせる経路が期待されていた。

---

スを組み込まないと、報酬を受け取れないケアマネジメントの見直しが欠かせないと判断している。保険外を巡る動向については、2024年8月28日拙稿「[介護の『保険外』サービスとは何を指すのか？](#)」を参照。

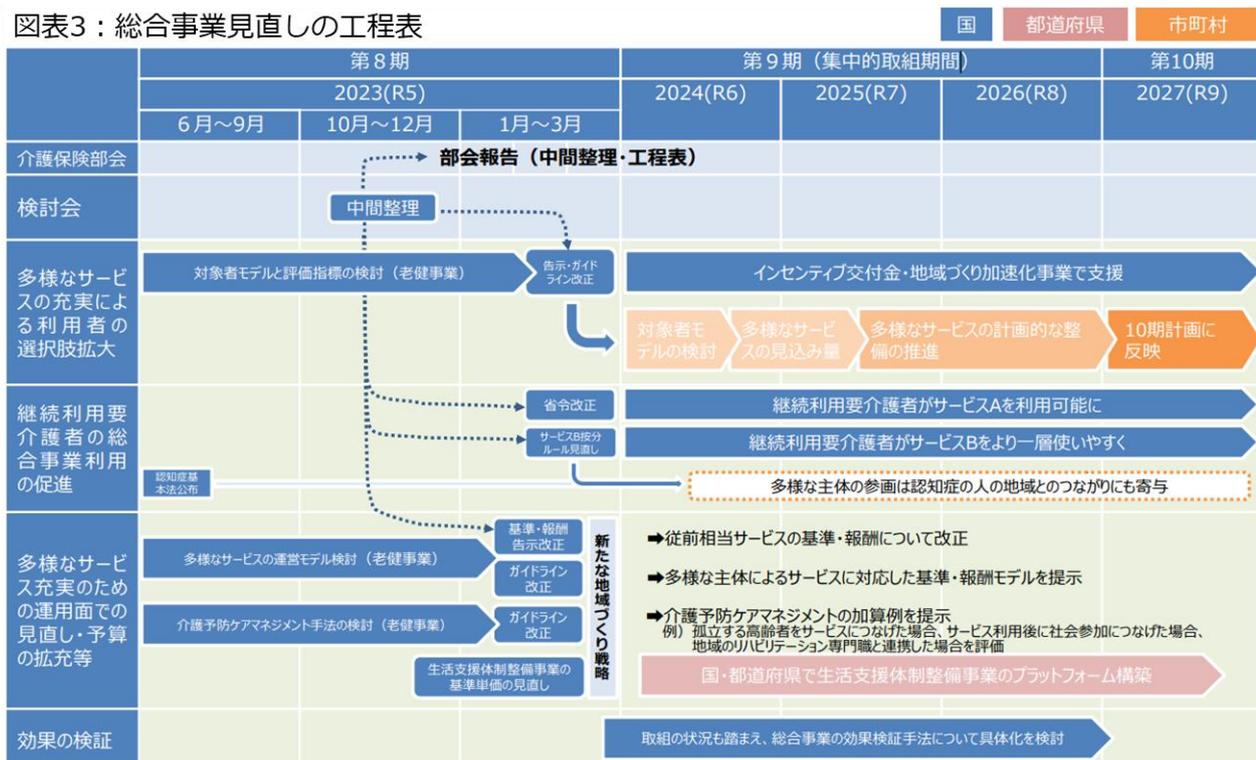
<sup>12</sup> 重層的支援体制整備事業では、▽属性や世代を問わない包括的な相談支援の体制整備、▽参加支援、▽住民同士の関係づくり（地域づくり支援）——という3つを進めることが想定されている。同事業を巡る論点については、医療・福祉分野で多用されている「地域の実情」という言葉に着目した拙稿コラムの[第6回](#)を参照。

<sup>13</sup> なお、筆者は「ケアマネジメントの対象は住民主体の支え合いや民間企業などのサービスも含んでおり、介護保険サービスの調整にとどまらない」と考えており、ケアマネジメントの有料化に一貫して反対の立場である。具体的には、2022年9月28日拙稿「[居宅介護支援費の有料化は是か非か](#)」、2020年7月16日拙稿「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」を参照。そもそも論を言えば、日本ケアマネ協会が掲げ始めた「トータルケアマネジメント」についても、その趣旨に賛同しつつも、新しい概念を持ち出すまでもなく、「本来のケアマネジメントに期待されている考え方」と認識している。むしろ、ケアマネジメントとケアマネジャーの役割を「介護保険のサービス調整」という狭い部分に限定してきたことの方が問題である。

<sup>14</sup> 総合事業検討会の報告書の内容や論点などについては、2023年12月27日拙稿「[介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？](#)」を参照。

その後、総合事業の対象者を要介護1～2に拡大する是非が論点として浮上。2022年12月の介護保険部会意見書では、「現在の要支援者に関する各地域での対応状況を踏まえると、保険者や地域を中核とした受皿整備を進めることが必要で、時期尚早」「今後、人材や財源に限りがある中で、介護サービス需要の増加、生産年齢人口の急減に直面するため、専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化することが必要であり、見直しを行うべき」といった賛否両論を併記しつつ、2027年度制度改正で結論が持ち越された。

図表3：総合事業見直しの工程表



出典：厚生労働省資料から抜粋

こうした経緯を踏まえ、厚生労働省は2023年4月、有識者や自治体関係者などで構成する「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」（以下、総合事業検討会）を設置し、テコ入れ策などを盛り込んだ中間整理が2023年12月に示された。

ここでは、住民のボランティアや企業も含めた多様な主体が参画することで、高齢者の社会参加を促したり、生活支援を強化したりする必要性が強調された。その上で、2024年度からの3年間を「集中的取組期間」と位置付けつつ、図表3の通り、市町村の伴走支援などに取り組む工程表が策定された<sup>15</sup>。これを踏まえて、新しいガイドラインなどが作られたほか、厚生労働省の職員や有識者が市町村を継続的に支援する「地域づくり加速化事業」などが展開されている。

これに対し、財務省は引き続き要介護1～2の総合事業移管を主張している。例えば、2025年5月の財政審建議では「今後も介護サービスの需要の大幅な増加が見込まれる中、限りある介護人材や財

<sup>15</sup> 総合事業検討会の動向については、2023年12月27日拙稿「[介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？](#)」を参照。

源を要介護者の中でもより専門的なサービスを必要とする重度者へ重点化していく必要がある」「生活援助型サービスについては、全国一律の基準ではなく、人員配置や運営基準の緩和等を通じて、地域の実情に合わせた多様な人材や資源の活用を図り、必要なサービスを効率的に提供することが肝要」との意見が披歴されている。このため、対象者を要介護1～2に広げる是非が2027年度改正でも論点になっている。

## 2 | 今回も困難？

しかし、全体として総合事業は市町村に浸透しているとは言えず、2024年度改正論議の時と大して状況は変わっていない<sup>16</sup>。この背景には、市町村職員の認識不足があると考えられる<sup>17</sup>。

そもそも制度の趣旨に照らすと、総合事業の推進では、住民や関係団体と連携しつつ、市町村が「地域の実情」に応じて、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」などを整備したり、高齢者の外出意欲やリハビリテーションに対する関心を引き出す介護予防ケアマネジメントを徹底したりすることが求められる。ここで求められるのは、国のガイドラインを引き写すような対応ではなく、市町村が関係者と連携しつつ、「地域の実情」に応じて自ら課題を設定し、自ら行動することである。こうした対応を実現する上では、市町村職員の意識・行動変容が欠かせず、かなりの手間暇と時間を要するため、3年程度で簡単に解決できるわけではない。

さらに、総合事業の対象者拡大の是非を考える上では、要介護と要支援の違いも意識する必要がある。そもそも、総合事業は「予防」の枠組みであり、だからこそ法律上は「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する」とされる要支援者を総合事業の枠組みに移すことができた。

これに対し、要介護者は回復可能性を前提としておらず、要介護1～2の人を総合事業の対象に加えるのであれば、論理的には要介護認定の考え方や、予防を前提とした総合事業の枠組みを見直す必要がある。以上の理由で、筆者自身は「要介護1～2への拡大は現時点で困難」と見ている。

このほか、3つの積み残された論点に加えて、制度改正に繋がる案件として、既に触れた2040年検討会の議論も踏まえる必要がある。さらに、住宅型有料老人ホームを巡る過剰請求の案件が相次いだため、「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」（以下、有料老人ホーム検討会）という検討会も発足しており、以下、2つの検討会が発足した経緯のほか、想定される論点などを考察する。

## 6——2040年検討会の動向

### 1 | 中間とりまとめでは、地域を3つで区分

2つの検討会のうち、2040年検討会では、生産年齢人口が減少する2040年を想定しつつ、介護だけでなく、障害福祉や保育も含めた住民の暮らしを支援するための方策が模索されている。ここでの議論も必要に応じて、2027年度制度改正に反映されることが予想される。

<sup>16</sup> ここでは総合事業の詳細には立ち入らないが、住民の支え合いなど「多様な主体」を作り出すことが期待されていたが、その類型（訪問B型、通所B型）の実利用人数は2024年3月の実績で、全体の3.9%、5.3%に過ぎない。

<sup>17</sup> 総合事業が浸透しない理由については、藤田医科大学を中心とする市町村支援プログラム（厚生労働省老人保健健康増進等事業）に2020年度から関わっている経験を加味している。プログラムの詳細は下記のリンク先を参照。

<https://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/index.html>

この関係では、いわゆる「地域包括ケア」の目標年次だった 2025 年が到来したタイミングに加えて、医療制度改革との関連性を意識する必要がある。医療制度改革では、2025 年をターゲットに見据え、病床再編などを目指す「地域医療構想」が展開されてきた<sup>18</sup>が、その期限が到来したため、厚生労働省は目標年次を 2040 年に再設定する「ポスト地域医療構想」の検討を本格化させた。2024 年 12 月には医師偏在是正を含めて、「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」（以下、総合的な改革意見）が公表されており、2025 年の通常国会で医療法等改正案が提出された（法案は衆院で継続審査扱い）。一方、地域医療構想で重視されている在宅医療に関しては、医療・介護連携などが問われる。

こうした背景の下、介護に関しても、2040 年を想定した検討会が 2025 年 1 月に発足した。その後、2025 年 4 月に公表された中間とりまとめでは図表 4 の通り、医療・介護連携の深化や介護予防の強化、テクノロジーの導入を含めた生産性の向上などの方向性が改めて示された。さらに、人材不足に関しては、都道府県単位で関係者が協議する「プラットフォーム」の構築も打ち出された。

ここで注目されるのは「サービス需要の変化に応じた提供体制の構築」という部分である。具体的には、人口動態やサービスの需要の変化に応じて、地域を「中山間・人口減少地域」「都市部」「一般市等」の 3 つに大別した上で、それぞれの論点と方向性を示した。

このうち、中山間・人口減少地域では、人員の配置基準の緩和に加えて、「包括的な評価の仕組み」「訪問・通所等サービス間の連携・柔軟化」「市町村基準によるサービス提供」「地域の介護を支える法人への支援」「社会福祉連携推進法人の活用促進」などの施策が列挙された。つまり、中山間・人口減少地域では、介護人材の不足が一層、深刻化するため、人員基準の緩和や事業者間の連携などを通じて、少ない人員でもサービスを提供できる体制の方向性が盛り込まれたわけだ。

もう少し細かく制度改正の方向性を論じると、ここで言う社会福祉連携推進法人とは、社会福祉法人が持ち株会社のような形態の下、「連携以上、統合未満」で関係性を強化する仕組み。2022 年 4 月から順次、各地で法人が設立されており、2025 年 3 月現在で 30 法人が自治体の認定を受けている。中間とりまとめでは、「事務の簡素化のみならず、制度的な要件の弾力化を図ることも検討すべき」という方向性が示された。

さらに、包括的な評価の部分では、訪問介護を特記しつつ、中山間・人口減少地域を対象に、「回数」を単位に算定している報酬体系の部分的な見直しが示唆された。具体的には、訪問介護では訪問先までの移動時間を少なくするほど、訪ねる回数を増やせるため、事業所は採算を確保しやすい。これに対し、中山間・人口減少地域など人口密度が薄い地域では、ヘルパーの移動時間が長くなるため、事業所の採算が悪化する。このため、2040 年に人口が減少する地域では、訪問介護の存続が一層、危う

<sup>18</sup> ここでは詳しく触れないが、地域医療構想とは 2017 年 3 月までに都道府県が作成した文書を指す。具体的には、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が 75 歳以上になる 2025 年をターゲットに、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分しつつ、都道府県が医療需要を病床数で推計。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにした。その結果、全国的な数字では、高度急性期、急性期、慢性期が余剰となる一方、回復期は不足するという結果が出ており、高度急性期や急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期の削減と在宅医療の充実が必要と理解されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017 年 11～12 月の拙稿「[地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く \(1\)](#)」（全 4 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 5～6 月の拙稿「[策定から 2 年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全 2 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 10 月 31 日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

くなる危険性がある。

そこで、中間とりまとめでは、「介護保険全体の報酬体系との整合性や自己負担の公平性等にも配慮しながら、介護報酬の中でこれに対応できる包括的な評価の仕組みを設けることの検討も」という考え方を盛り込んだ。つまり、回数ごとに評価する出来高払いではなく、例えば人口や対象者を配分基準とする包括払いの可能性である。

ただ、人員基準の弾力化について、介護保険部会の議論では「介護労働の配置数を減らすことにつながり、今でも足りないのに弾力化してどうなるのだろうかという懸念があります」<sup>19</sup>、「ケアの質や職員の労働負担の観点からも慎重に検討する必要があるのではないか」<sup>20</sup>などの慎重論が出ており、実行に移すためのハードルは高いと言えそうだ。

図表4：2040年検討会の中間取りまとめ概要

2040年に向けた課題	基本的な考え方
<p><b>方向性</b></p> <p><b>(1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等</b></p> <p>※サービス需要変化の地域差に応じて3分類</p> <p><b>【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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討</li> <li>・ <b>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</b></li> <li>・ <b>地域の介護を支える法人への支援</b></li> <li>・ 社会福祉連携推進法人の活用促進</li> </ul>	<p><b>① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化</b></p> <p><b>② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保</b></p> <p><b>③ 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援</b></p> <p><b>④ 地域の共通課題と地方創生</b></p> <p>※ 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</p> <p><b>【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p><b>【一般市等】サービスを過不足なく提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>
<p><b>(2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における人材確保のプラットフォーム機能の充実等</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>	<p><b>(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>

出典：厚生労働省資料から抜粋

## 2 | 集住の選択肢、市町村の機能低下をどうするか？

しかし、筆者自身としては、2040年における人口減少を展望する中で、踏み込んだ対応が必要になると考えている。例えば、訪問系サービスでは既に触れた配置基準の弾力化や包括的な評価の仕組みに加えて、地域の状況次第では集住の選択肢を検討することも必要があると思われる。一例として、市町村が中心部などにサービス付き高齢者向け住宅を建設するとともに、医療・介護サービスを提供

<sup>19</sup> 2025年5月19日に開催された介護保険部会における認知症の人と家族の会の和田誠理事の発言。

<sup>20</sup> 同上における日本看護協会の山本則子副会長の発言。

できる基盤も整備することで、人口減少地域に住む高齢者に移り住んでもらうオプションを提示する方法である。

確かに中間整理では、「地域の交通、住まい等の施策と連携した横断的な対応も必要となってくる」という問題意識が示されているが、もう少し具体的に踏み込む必要があるように感じられる。実際、2024年12月に公表された医療提供体制に関する総合的な改革意見では「人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、D to P with N等のオンライン診療の積極的な活用等に加えて、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて体制を構築していくことが求められる」という形で少し踏み込んだ文言が盛り込まれている<sup>21</sup>。

このほか、市町村の機能低下にも留意する必要がある。介護保険では制度創設の際、住民に身近な市町村を保険者に位置付けることで、市町村が住民などと協議しつつ、負担と給付の関係を調整する役割を担うことが期待されていた。さらに、既に触れた通り、近年は総合事業の推進とか、高齢者の外出支援や介護予防、在宅医療・介護連携<sup>22</sup>なども含めた総合的な「保険者機能」の発揮も重視されている。

しかし、近年は人口規模の大きな自治体も含めて、保険料の算定などで市町村の事務執行ミスが相次いでいる<sup>23</sup>。この背景には財政難、職員定数の抑制など市町村を取り巻く厳しい環境に加えて、頻繁な制度改正に現場が追い付いていない可能性が想定される。この状況は人口減少で一層、悪化する可能性が高く、「市町村の機能をどう維持するか」という点が問われる。

この点について、2040年検討会の中間とりまとめでは、「人口減少局面にある地域を中心に、複数の市町村が合同で広域的に介護保険の運営を行う広域化も有用」という文言が入っており、論点の一つに組み込まれている。さらに、総務省の持続可能な地方行財政のあり方に関する研究会が2025年6月に示した報告書でも、要介護認定の広域化などに言及しつつ、国一都道府県一市町村の役割分担見直しも含めて、市町村への支援策を強化する重要性が示唆されている。

ただ、ここで難しいのは市町村合併、あるいは広域化だけでは十分とは言えない点である。例えば、一つのアイデアとして、広域連合や一部事務組合など既存の仕組みを活用することで、市町村の機能を代替することが考えられるが、対人支援業務は住民に身近な部門で担う必要があり、単なる合併や広域化では対人支援業務が不十分になる可能性がある。さらに、要介護認定事務などに限って広域化する場合、行政機構の複雑化という問題も起きる。この問題は厚生労働省だけでなく、総務省や地方団体も絡むテーマであり、2040年検討会にとどまらず、早急かつ広範な検討が求められる。

## 7——有料老人ホーム検討会の動向

### 1 | 検討会の背景と動向

もう1つの有料老人ホーム検討会は2025年4月に発足した。この検討会の動向を検討する上では、

<sup>21</sup> ここで言う「D to P with N」とは、患者の横に看護師などが詰める状態でオンライン診療を受ける方法を指す。必要に応じて、患者の状態を看護師がチェックできるほか、医師の医学的なアドバイスを看護師から説明できるメリットがある。

<sup>22</sup> 医療・介護連携の経緯や現状、論点については、2024年12月24日拙稿『[『地域ケア会議』はどこまで機能しているのか](#)』、2024年10月22日拙稿『[『在宅医療・介護連携推進事業』はどこまで定着したか?](#)』を参照。

<sup>23</sup> 相次ぐ市町村の事務執行ミスを取り上げた新聞記事として、2023年11月14日『朝日新聞デジタル』配信記事、同年9月30日『中日新聞』を参照。

有料老人ホームの制度的な位置付けを整理する必要がある。

元々、有料老人ホームは老人福祉法に基づいており、介護保険サービスの特定施設入居者生活介護の指定を受ける「介護付き」と、外からサービスを受け入れる「住宅型」などに分かれる。さらに、前者は介護保険制度の適用を受けるため、「要介護者：看護・介護職員＝3：1」など人員・施設基準が厳格に設定されている。これに対し、後者は介護保険の外に位置付けられているため、「要介護者：介護職員＝10：1」などの要件が定められているとはいえ、介護付きよりも全体として規制や基準が緩やかである。このほか、介護付きに関しては、自治体による総量規制も設定されているが、住宅型は対象外という違いがある。

こうした状況の下、住宅型が急ピッチで拡大しており、2012年度現在の定数が31万5,678人だったのに対し、2022年度には61万1,056人まで増えた。さらに、高齢者向け賃貸住宅であるサービス付き高齢者向け住宅も2011年度の創設後、利用者数が急増しており、都道府県に登録された戸数は2011年度の7万999戸から2022年度で27万8,320戸に増加した。要するに、介護保険以外の住まい系サービスが広がっており、高齢者の居住保障を支えている。

しかし、入居者に過剰な介護サービスなどを提供する「囲い込み」や過剰請求案件が次々と報道で明るみになった<sup>24</sup>。さらに、一部の有料老人ホームでは、介護の必要度に応じて高額な紹介手数料を支払われているケースも判明した。

これを受けて、厚生労働省は2025年4月、業界や自治体の関係者、有識者で構成する有料老人ホーム検討会を発足させた。同年6月に示された「課題と論点に対する構成員の意見・ヒアリング内容を踏まえたこれまでの議論の整理（案）」（以下、議論の整理案）では、▽安全性確保など有料老人ホームにおけるサービスの質確保、▽情報提供の充実など利用者による有料老人ホームやサービスの適切な選択、▽行政による指導勧告の強化、▽出来高払いの報酬見直しなど事業経営モデルの問題点、▽ケアマネジャーの中立性強化、▽建物事業と医療・介護事業の区分明確化——といった論点が列挙されており、詳細な検討が進む見通しだ。

このうち、質向上や透明性の確保については、骨太方針に「有料老人ホームの運営やサービスの透明性と質を確保する」と記載されており、こうした方向性で具体策の検討が進む可能性が想定される。

さらに、出来高払いの報酬見直しについては、介護付きでは要介護度に応じて1日当たりの報酬を設定する包括報酬が採用されているのに対し、住宅型では出来高払いとなっており、中間整理案でも出来高払いを見直す可能性が示唆されている。

## 2 | 解決策は難しい？

しかし、解決策は容易ではないと見られる。従来、「囲い込み」対策については、同一建物に入居する高齢者に在宅サービスを提供した場合の診療報酬、介護報酬を引き下げる方策が取られてきた。例えば、2012年度診療報酬改定の際、サービス付き高齢者向け住宅など同一建物に住む高齢者を20人以上に訪問診療を提供した場合、単価を最大4分の1に引き下げたほか、現在は訪問介護、ケアマネ

<sup>24</sup> この関係では近年、住宅型有料老人ホームを舞台にした訪問看護の過剰請求の疑いなどを共同通信が次々と報じている。2025年6月から『JOINT ニュース』で連載が始まった同社の市川亨氏による記事も参照。

ジャーの居宅介護支援費にも同様のルールが採用されている。この方法では、いわゆる「囲い込み」の案件など収益極大化を狙う不適切な事業者を一掃できるメリットがある半面、全国一律のルール変更になるため、良質なケアを提供している事業者も影響を受ける。

一方、理論的には「質」の高い事業者の報酬を高く設定することは可能だが、これも決して容易ではない。定型化しにくい暮らしを支える介護・福祉では、「質」の評価が困難なためである。

もう少し具体的に検討すると、ケアの質の評価では、▽「どうやってケアを提供したか」という点を重視する「プロセス」、▽「何人の専門職でケアを提供したか」などを評価する「ストラクチャー」、▽「どんな成果が出たか」をチェックする「アウトカム」——の3つで評価される（一般的に「ドナベディアンモデル」と呼ばれる）。

しかし、複雑な暮らしを支える介護の場合、数字で計測するアウトカムの評価は極めて困難である。さらに、ストラクチャーやプロセスだけで質の良し悪しを判断しにくい。例えば、良質な事業者の事例を見ていると、住宅を運営する事業者と、外から訪問診療や訪問看護・介護サービスを提供する事業者が連携し、高齢者の生活を支えている。

これに対し、不正受給や過剰請求を手掛けている事例でも、住宅を運営する会社と、訪問サービスを提供する事業者が連携している点では外形的に何ら変わりがない。このため、「質の高い事業者」「質の悪い事業者」を何らかの基準で選別し、前者の報酬を手厚くする選択肢は極めて難しい。2025年末までに制度改正の検討では、こうした難しい状況の下、不正請求や過剰請求の事例について、どう対応するのが問われることになる。

## 8——賃上げや報酬改定の動向

### 1 | 賃上げを巡る経緯

上記で挙げた介護保険改正や2つの検討会の動向のほか、介護職員の賃上げや現場の人材確保策も重要な論点になりそうだ。介護職員の賃上げについては、2009年度以降、処遇改善加算などの仕組みで段階的に整備されてきた。

しかし、最近のインフレを受けて他の産業への人材流出が起きるなど、人材確保が難しくなっている。具体的には、他の産業の場合、インフレ局面では値上げを通じて物価・賃金の上昇分を転嫁できるが、介護業界の場合、収入の大半を介護報酬に頼っている上、公的価格の変更には時間を要するため、いくら処遇改善加算や報酬を引き上げても、物価上昇や他の産業の賃上げのスピードに追いつかない面がある。

さらに、2024年度改定で訪問介護の基本報酬を下げたことで、訪問介護の倒産・廃業が相次いでいる<sup>25</sup>。しかも、2024年度介護報酬改定では、賃上げ対応が争点になったが、2024年度と2025年度の2年分しか財源が確保されておらず、2026年度分では何らかの形で加算を継続するための財源の手当てが必要となっていた<sup>26</sup>。

<sup>25</sup> 2025年7月7日の東京商工リサーチ公表によると、2025年上半期（1～6月）の「訪問介護」の倒産が45件（前年同期比12.5%増）に達し、2年連続で過去最多を更新した。

<sup>26</sup> 賃上げを重視した2024年報酬改定については、2024年6月12日拙稿「[2024年度トリプル改定を読み解く（上）](#)」を参照。

こうした中、骨太方針の策定に向けて、業界団体や与党から報酬引き上げを求める声が相次いだ。例えば、2025年4月に開催された医療・介護関係団体の緊急集会では、日本医師会の松本吉郎会長が「私たちは毎日24時間、国民の命と健康、生活を一生懸命守っているにも関わらず、医療機関は非常に厳しい状態にあり、それは介護や福祉の現場も同じ」と発言。介護団体からも「大幅なプラス改定がなければ現場は持たない」などの声が相次いだ<sup>27</sup>。

## 2 | 賃上げに関わる骨太方針の文言

その結果、2025年6月に閣議決定された骨太方針では、介護職員の給与引き上げに繋がる文言が多く入った。主な該当箇所を列挙すると、下記の通りである<sup>28</sup>。

- ▽ 医療・介護・保育・福祉等の人材確保に向けて、保険料負担の抑制努力を継続しつつ、公定価格の引上げを始めとする処遇改善を進める。
- ▽ 医療・介護・障害福祉の処遇改善について、過去の報酬改定等における取組の効果を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。
- ▽ 医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。
- ▽ 介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。

特に、最後の「他職種と遜色のない処遇改善」という言葉は6月6日時点の原案に盛り込まれておらず、6月13日の閣議決定版で追加された。このため、2026年度予算編成に向けて、介護現場の賃上げに繋がる方向性が強く示された形だ。以上のような経緯を踏まえると、今後は介護職の賃上げは秋にも編成される経済対策の議論とか、2026年度予算編成に向けた論点の一つになりそうだ。

## 3 | 財源問題の優先順位は低い？

筆者の意見では、2024年度で先送りされた財政問題よりも、人材確保の緊急度が高いと考えている。

<sup>27</sup> 2025年4月18日に開かれた会合での発言。2025年5月5日・12日『週刊社会保障』No. 3316、同年5月1日『週刊社会保障』No. 2962、同年4月25日『シルバー新報』を参照。介護業界のコメントは全国老人保健施設協会の東憲太郎会長による発言。

<sup>28</sup> 医療・介護・福祉の賃上げに関わる骨太方針の文言については、2025年6月24日拙稿「[医療機関の経営危機、報酬改定と予算編成はどうなる？](#)」を参照。

少し極端な言い方かもしれないが、他業界への人材流出を含めて、介護現場の人材確保が解決できなければ、事業所の撤退や縮小が相次ぎ、結果的に給付費が適正化される可能性さえあると認識している。つまり、「介護業界からの人材流出→事業所の撤退・縮小→給付額の減少」という経路になる可能性である。

しかし、上記のような状況の下では、40歳以上の国民は介護保険料を支払っても、反対給付としてのサービスを受け取れないことになり、制度の根幹が揺らぎかねない。そもそも、介護保険が創設された時にも、サービス基盤が整備されず、保険料負担だけが先行するという「保険あってサービスなし」の状況が懸念されていた<sup>29</sup>。結局、株式会社の参入などを通じて、この懸念は杞憂に終わったが、人材不足の深刻化に伴って、今や形を変えて同様の状況が生まれる危険性が高まっていると言える。現に新潟県村上市や東京都品川区では、訪問介護の報酬を上乗せする自治体独自の取り組みも始まっている<sup>30</sup>。

以上のような状況を踏まえると、積み残されている財源問題よりも、人材不足に対する手当を急ぐ必要がある。

## 9—参院選後の政局の影響は？

### 1 | 介護職の賃上げを巡る政治の動向

最後に、参院選後の政局の影響も論じたい。2024年10月の総選挙で、自民、公明両党は衆院で過半数を失った（いわゆる少数与党）。このため、2025年度当初予算を含めて、予算や法律の審議に際しては、野党の協力を仰ぐ必要に迫られた。

こうした中、自民、公明両党と日本維新の会（以下、維新）は2025年2月、衆院の予算通過に際して、OTC類似薬の保険適用見直しなどの社会保障改革に乗り出すことで合意。その後、3党は通常国会会期末の同年6月、病床削減などの歳出抑制策を進めることでも一致した。この6月の合意文で、介護職員の賃上げに関して、「機動的に必要な対応を行う」という文言が盛り込まれた。

一方、立憲民主党（以下、立民）や国民民主党（以下、国民）、維新は2025年1月、「介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案」を衆院に提出した。この法案自体は閉会中審査扱いとなっているが、説明資料では1人当たり平均月額1万円を引き上げることを目指すとしている。

上記のような事情を踏まえると、2025年7月投開票の参院選で与党が惨敗したのを受け、政局の先行きは一層、不透明になったとはいえ、介護職員の給与引き上げは与党だけでなく、野党も含めたコンセンサスになりつつあると言える。

<sup>29</sup> 当時、「保険あってサービスなし」に対する懸念が強く、介護保険法が1997年に成立した際、「国が講ずべき措置」として、サービス提供体制の確保を図る条文が参院の審議で追加された。当時、小泉純一郎厚相も「我々としてもこの制度を導入するからには、多くの方に、やっぱり保険に入ってよかったな、あるいは必要だと思われるような、できるだけ低い保険料そして適切なサービスをどうやって提供していくかということが非常に重要だと考えまして、今後今言われたような心配（筆者注：「保険あってサービスなし」の状況を指す）がないように、事前の準備、そして導入されてからも各地方自治体関係者の意見をよく聞いて、この制度が定着するように、また多くの方から協力が得られるような体制を整備していきたい」と述べていた。1997年11月13日、第141回国会参議院厚生委員会会議録を参照。当時の議論や経緯については、2021年7月6日拙稿「[20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る](#)」も参照。

<sup>30</sup> 両自治体の事例については、2025年6月11日『東京新聞』、同年2月22日『新潟日報』、同月19日『新潟日報』などを参照。

## 2 | 介護職の賃上げに関する参院選公約の言及

介護職の賃上げに向けて、与野党でコンセンサスが見られるという傾向は参院選の公約や政策集などでも把握できる<sup>31</sup>。

例えば、自民党の公約では、「物価高や他産業の賃上げに負けない公定価格（医療・介護など）の引上げ」を規定。公明党も「介護・保育等、社会保障を支える担い手の給料を全産業平均（月額 38.6 万円）まで引き上げることをめざし、段階的な取り組みを進めます」などと定めた。

さらに、両党が昨年から政策協議を打診した野党の公約などを見ても、「介護職の賃上げ」が何らかの形で言及されている。例えば、立民は訪問介護の基本報酬引き上げを訴えるとともに、「医療、介護、福祉サービスを誰もが必要な時に受けられるよう、医療機関や事業者を支援し、従事する人の処遇改善を推進します」と規定した。さらに、維新は「介護現場で働くすべての方の待遇・職場環境改善」、国民は「政府が引き下げた訪問介護の基本報酬を引き上げ」「全ての介護職員の賃金を引き上げ」にそれぞれ言及している。

このほかの野党でも、れいわ新撰組は「年間 3 兆円の財政投資で介護従事者の給与を月 10 万円引き上げ、介護の現場で働きたい人を増やす」、共産党は「国庫負担を 10%増」「介護職の賃金を全産業平均並みに引き上げ」、社民党は「臨時の報酬改定で介護報酬を引き上げ、介護従事者の賃上げや処遇改善」といった文言を公約に盛り込んでいる。

以上のような状況を踏まえると、介護職の給与引き上げについて、与野党を問わず、各党間の足並みは一致しているため、参院選後に政局の流動化が進んでも、その方向性は継続する可能性が高い。むしろ、与党と野党の政策協議の素材に取り上げられることで、こうした動きが加速する可能性すら考えられる。

ただ、引き上げ幅や財源対策については、詳細が示されておらず、秋にも編成される経済対策や 2026 年度予算編成に向けて具体論に入った段階で調整が難航する可能性もありそうだ。

## 3 | 制度改正の行方は？

一方、本稿の前半で触れた財政問題に関しては、自民、公明両党の公約に示されていないし、両党が政策協議を進めた野党の公約や政策集にも関係する文言は見られない。

しかし、政府は毎年の予算編成で、社会保障費の伸びを 5,000 億円程度に抑える対応（いわゆる「目安」対応）を続けており、骨太方針でも「目安」対応を続ける方向性が示された<sup>32</sup>。さらに、岸田文雄内閣が掲げた「次元の異なる少子化対策」では財源確保の観点に立ち、最大で約 2 兆円の社会保障給付を抑制する方向性が明記されており、政府として何らかの対応を求められている。

こうした中、先送りされた 3 つの案件のうち、「ケアマネジメントの有料化」「要介護 1~2 の給付見直し」については、法改正を伴うため、もし実施する場合、政府・与党は衆参両院で野党の了解を取る必要に迫られる。しかも、上記で触れた通り、実施に向けたハードルは高く、今回も見送られる可

<sup>31</sup> 一部の党は「公約」に加えて、政策集や重点政策などを別に公表している。それぞれの党で意味合いに違いがあるが、今回は煩雑さを避けるため、必ずしも区分せず、「公約」と表記するとともに、関係する部分を記述した。介護や高齢者福祉に関連する部分が極端に少ない政党の記述は省略した。

<sup>32</sup> ただし、「目安」対応を継続しつつ、2025 年 6 月に閣議決定された「骨太方針」では、インフレに伴う税収増を別枠で「加算」する方針も盛り込まれた。

能性が高いと言えるのではないか。

これに対し、2割負担の対象を線引きする所得基準は政令に委任されており、閣議決定で変更できる。このため、国会審議のハードルの高さで言うと、取りやすい選択肢と言える。

それでも国の社会保障費の抑制に繋がる場合、予算案の審議対象になるため、政権の枠組みあるいは国会の勢力図が変わらない限り、野党の協力が必要になることに変わりはない。実際、今年の通常国会で紛糾した「高額療養費」の見直し論議<sup>33</sup>を振り返っても、所得基準や限度額は全て政令事項であり、法改正は不要だった。それでも見直しに伴って、2025年度予算で国費（国の税金）を200億円程度、削減できるとされていた<sup>34</sup>ため、年初から国会で野党の迫及を受けることになった。

以上の点を踏まえると、2割負担の対象者拡大は実行しやすい選択肢かもしれないが、今年の通常国会のように、予算案の審議が立ち往生するリスクを孕んでいる。

## 10—おわりに

本稿では、2025年12月に決着する見通しの介護保険制度改正の論点や動向を考察した。今回の制度改正では、2割負担の対象者拡大やケアマネジメント有料化など、前回の2024年度改正で先送りされた案件が引き続き焦点になっているが、実は論点は大きく変わっていない。例えば、総合事業の移行問題では、現場を担う市町村職員の意識・行動変容が求められる以上、そんなに短時間で解決できるはずがない。こうした中で、実施するまたは実施しないに関わらず、方向性は早目に決める必要がある。

むしろ、筆者自身としては、現場の人材不足への対応とか、2040年を見据えた制度改正の議論、高齢者の居住保障を含めた有料老人ホームの問題の方が深刻と考えている。さらに、本稿では触れなかったが、増加する独居認知症高齢者へのケアや身元保証の充実とか、複雑化・困難化するケースへの対応などの問題も控えており、国レベルの施策強化と自治体での対応を本格化させる必要がある。こうした中、誤解を恐れずに言うと、同じような問題を繰り返し議論するのは時間と労力の空費である。

一方、介護職の賃金引き上げは与野党を問わず、合意しやすいテーマであり、秋にも編成される経済対策や2026年度予算案に必要経費が組み込まれることになりそうだ。ただ、引き上げ幅や財源は決まっておらず、政党間の協議の対象になる可能性がある。

<sup>33</sup> 高額療養費の見直しに関する動向については、2025年4月10日拙稿「[異例づくめの高額療養費の見直し論議を検証する](#)」を参照。

<sup>34</sup> 2025年度社会保障予算に関しては、2025年2月6日拙稿「[2025年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。