

2040 年に向けて複雑化する介護の地域差への対応



(株)大和総研 政策調査部 主任研究員 石橋 未来

～要旨～

2000 年に創設された介護保険制度は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤として定着している。しかし、地域によって高齢者の年齢構成や高齢単身世帯の割合が異なるため、要介護認定率や 1 人当たり給付費に地域差が生じ、第 1 号保険料の差にもつながっている。こうした地域差は、人口動態や介護需要の変化という課題を伴いながら、さらに複雑化していくものと見込まれる。

このような状況下で必要なサービス基盤を維持していくためには、需要が縮小する過疎地域においては、人員配置基準等を柔軟化する一方、需要が拡大する都市部においては、サービスの集約・統合を進めることが求められる。さらに、いずれの地域においても、限られた介護資源の下で多様化するニーズに対応するため、地域包括ケアの深化と生産性の向上が不可欠である。

本稿では、地域ごとの需要変化に応じた提供体制の最適化と生産性向上、応能負担による制度の持続性確保の必要性を論じる。

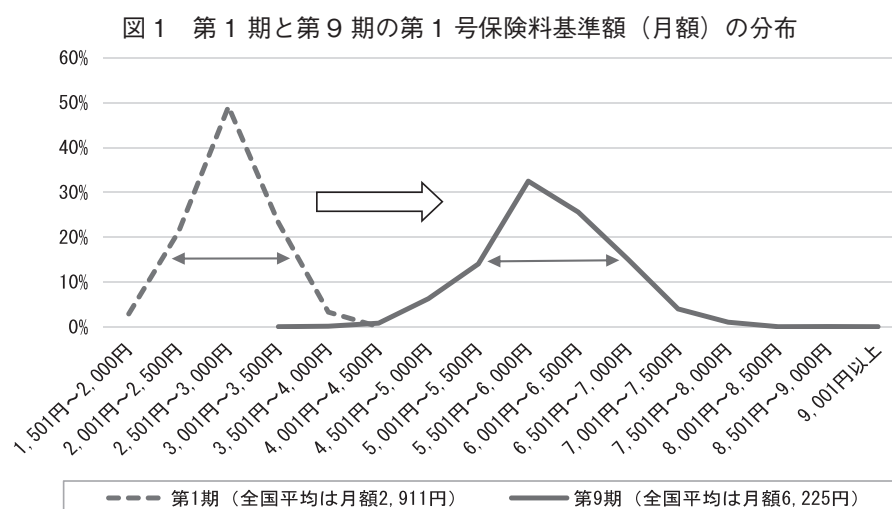
1 介護保険料の地域差とその要因

2000 年に創設された介護保険制度は、要介護認定の基準や給付内容などの基本的な枠組みが全国一律に定められている。一方、保険者である市区町村が地域に必要な介護費用を賄うために保険料を設定していることから、地域ごとの状況の違いを反映し、65 歳以上が負担する第 1 号保険料には地域差がある¹⁾。

第 9 期介護保険事業計画期間（2024 ～ 2026 年度）において、最も高い大阪府大阪市の保険料基準額が月額 9,249 円であるのに対し、最も低い東京都小笠原村は月額 3,374 円と、両者の

間には約 2.7 倍の差がある。つまり、同じ年金収入であっても、住んでいる自治体によって高齢者が負担する保険料には大きな差があるということだ。こうした地域差は長期的に拡大傾向にあり、制度創設時の第 1 期（2000 ～ 2002 年度）には月額 1,500 円から 4,500 円程度であった保険料水準の地域差が、現在では月額 3,000 円から 9,000 円程度にまで大幅に広がっている（図 1）。

さらに、保険料水準自体も全体的に上昇している。第 1 期の第 1 号保険料の全国加重平均は月額 2,911 円であったが、直近の第 9 期には 6,225 円まで上昇した。65 歳以上が負担する実際の保



（注）縦軸は各階級の保険者数の割合を表す。

（出所）厚生労働省「第9期計画期間における介護保険の第1号保険料について」、「第2期の第1号保険料について」第18回社会保障審議会介護給付費分科会 資料1（2003年月20日）より大和総研作成

保険料は、所得段階別にきめ細かく設定されているが、公的年金を主な収入源とする高齢者にとって、平均保険料水準のさらなる上昇への対応余地は限られるだろう。

では、介護保険料の地域差はなぜ生じるのだろうか。それは、自治体独自のサービスの有無による影響もあるが²⁾、多くは、要介護（要支援）認定率や第1号被保険者1人当たりの介護給付費といった指標の地域差に起因している。判定基準が全国一律であるにもかかわらず、性・年齢構成の違いを調整してもなお、要介護（要支援）認定率には大きな地域差があることが知られている。2024年は、最も低い宮崎県が15.9%、最も高い大阪府が24.1%である（全国平均は19.7%）（図2上）。特に要介護2以下の軽度者において地域間のばらつきが大きく、軽度認定率の違いが、全体の認定率の違いに大きく影響している。

同様に、第1号被保険者1人当たり介護給付費（性・年齢調整後）も、地域差が大きい。2023年は、最も低額な千葉県が月額18,388円であるのに対し、最も高額な青森県は月額23,890

円と幅がある（全国平均は月額20,681円）（図2下）。特に訪問介護や通所介護などの在宅サービスにおいて地域差が目立っており、これらのサービスの在り方や利用頻度の違いが、給付費水準の差に影響していると考えられる。

このように、軽度認定率や在宅サービスを中心とした給付費の違いが、保険料の地域差として表れている可能性がある。

2 人口動態や介護需要の変化を伴いながら複雑化する地域差

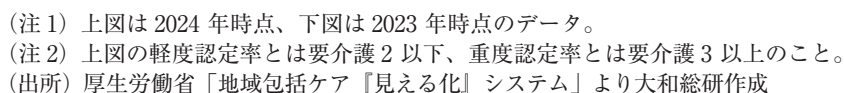
さらに、こうした地域差は人口動態や介護需要の変化に伴い、一層複雑化していくものと見込まれる。

日本全体で見れば、2040年頃には65歳以上人口がピークを迎えるとともに、85歳以上人口が1,000万人（2020年は613万人）を超えるなど³⁾、高齢者の中でさらに高齢化が進むとみられる。介護と医療の両方を必要とする者や認知症高齢者、高齢単身世帯の増加によりニーズが多様化・複雑化する一方、生産年齢人口は減少していくため、高齢者をどのように支えていく

(%pt)

調整済み軽度認定率 調整済み重度認定率 合計調整済み認定率

都道府県	調整済み軽度認定率 (%pt)	調整済み重度認定率 (%pt)	合計調整済み認定率 (%pt)
大阪府	4.2	0.0	4.2
京都府	3.2	0.0	3.2
兵庫県	2.3	0.0	2.3
北海道	1.4	0.0	1.4
和歌山県	1.1	0.0	1.1
東京都	0.9	0.0	0.9
岡山県	0.8	0.0	0.8
奈良県	0.7	0.0	0.7
愛媛県	0.6	0.0	0.6
神奈川県	0.5	0.0	0.5
福岡県	0.4	0.0	0.4
宮城県	0.3	0.0	0.3
徳島県	0.2	0.0	0.2
香川県	0.1	0.0	0.1
広島県	0.0	0.0	0.0
長崎県	0.0	0.0	0.0
三重県	0.0	0.0	0.0
滋賀県	0.0	0.0	0.0
富山県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0	0.0
長野県	0.0	0.0	0.0
新潟県	0.0	0.0	0.0
石川県	0.0	0.0	0.0
福井県	0.0	0.0	0.0
山梨県	0.0	0.0</	



グは地域ごとに大きな差があり、おのずと必要な対応にも違いが出てくるということだ。一層複雑化していく地域差を乗り越えるためには、地域ごとの需要変化に応じて介護サービス提供体制を再構築する必要がある。

次節では、こうした需要の変化を踏まえたサービス基盤の在り方についてみていく。なお、厚生労働省は、全国を「中山間・人口減少地域」「大都市部」「一般市等」の3類型に分類しているが（「介護保険制度の見直しに関する意見」）、本稿では、「中山間・人口減少地域」を「過疎地域」、「大都市部」および「一般市等」を合わせて「都市部」として整理する。

3 地域ごとの需要変化に応じたサービス提供体制の再構築

（1）過疎地域

過疎地域では、高齢者人口の減少に伴うサービス需要の縮小を背景とした、介護事業所の倒産・廃業や撤退が大きな課題となる。需要縮小局面においてもサービス基盤を維持・確保するためには、人員配置基準等の柔軟な対応が必要である。

① 特定地域サービスの新設

2027年度より、既存の「基準該当サービス」や「離島等相当サービス」といった特例介護サービスに、新たな類型の「特定地域サービス」が新設されることとなった⁵⁾。

現行の特例介護サービスには、「基準該当サービス」と「離島等相当サービス」がある。これらは、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準の一部を満たしていない場合であっても、地域の実情に応じた一定の基準を満たし市町村等が必要と認めたときに、保険給付の対象としてサービス提供を可能とする仕組みである。この仕組みにより、人材不足などで基準を満たせない場

合でも、必要なサービスの確保が図られている。

新設される「特定地域サービス」は、生産年齢人口の減少により介護人材や専門職の確保が困難な地域で、特例的なサービス提供を可能とする類型である。国が示す基準の下、都道府県が市町村の意向を踏まえて決定する「特定地域」において、事業所・施設の管理者や専門職の配置基準、常勤・専従要件、夜勤要件等に関して一定の緩和を認める方針が示されている。対象サービスは、現行の「基準該当サービス」や「離島等相当サービス」の対象である居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援等）に加え、施設サービスや、居宅サービスである特定施設入居者生活介護、地域密着型サービスにおける同様のサービスにも拡大される見込みである。

また、過疎地域では、特に訪問介護等で、利用者の事情による突発的なキャンセルや利用者宅間の移動に係る負担の大きさ、高齢者人口の減少に伴う需要の縮小、季節による繁閑の激しさなどから、安定的な経営が困難となっている課題もある。このため、「特定地域サービス」については、事業所が利用回数に左右されない包括的な評価（例えば月単位の定額報酬）を選択できる仕組みとする方向性も示されている。

② 特定地域居宅サービス等事業の創設

しかし、「特定地域サービス」等を活用しても、なおサービス基盤の維持が困難なケースも想定される。そこで、市町村が介護保険財源を活用して実施する「特定地域居宅サービス等事業」が創設される。これは、市町村が主体となり、要介護者等に対する訪問介護、通所介護、短期入所生活介護などやそれらを組み合わせた介護サービスを、実情に応じて柔軟に提供するよう

事業者に委託するものである。事業者にとっては利用実績ではなく事業費で報酬が支払われるため、不採算になりやすい地域でもサービスを継続しやすくなると期待されている。

このように、過疎地域では、介護需要の縮小を上回る速さでサービス基盤が失われるおそれがあることから、地域の実情に応じた柔軟な対応により、サービス基盤の維持・確保を図る必要がある。

(2) 都市部

一方、都市部では、2040 年に向けて高齢者人口が急増し、サービス需要の大幅な拡大が見込まれる。そのため、限られた人材が類似・重複するサービスに分散している非効率を見直し、サービスの集約・統合を通じて効率的な提供体制を構築することが求められる。

① 類似サービスの統合

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的に提供し、要介護者の在宅生活を 24 時間体制で支えるサービスである。特に、今後、都市部で増加が見込まれる高齢単身世帯において、需要の拡大が予測される。他方、夜間対応型訪問介護は、夜間における類似のサービスであり、両者の統合・整理の必要性が指摘されてきた。背景には、深刻なヘルパー不足がある。

こうした中、両サービスの統合に向け、以下の意見が挙がっている。第一に、夜間対応型訪問介護は日中の訪問介護と併用されることが多く⁶⁾、同一事業所による 24 時間の一体的なサービス提供が利用者のメリットとなる。第二に、夜間対応型訪問介護事業者の多くが定期巡回・随時対応型訪問介護事業所も運営していることから、両サービスの統合は事務の効率化や地域

資源の有効活用につながる⁷⁾。第三に、2024 年度介護報酬改定により定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に新設された夜間対応型の区分の導入後も、利用者に大きな不利益（以前よりもサービス内容の相談をしにくくなった等）は生じていないと考えられる⁸⁾。これらを踏まえ、夜間対応型訪問介護は廃止され、定期巡回・随時対応型訪問介護看護へ集約・統合されることとなった（「社会福祉法等の一部を改正する法律」（2026 年 6 月 19 日成立））。

限られた人材で都市部の急増する介護需要に対応していくためには、類似するサービスを見直し、提供体制を効率化することが必要だ。

4 地域包括ケアシステムの深化

サービス提供体制の再構築が求められる背景は地域ごとに異なるが、いずれの地域においても、限られた介護資源の下で多様化・複雑化する高齢者のニーズに対応する必要があることに変わりはない。特に今後は、医療や介護にとどまらない多様なサービスを地域において一体的に確保していくことが求められる。すなわち、地域包括ケアシステムの構築が急務ということだ。

地域包括ケアシステムとは、要介護状態や認知症となっても、住み慣れた地域において自分らしい暮らしを人生の最期まで継続できるよう、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である。同システムは、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に構築が進められてきたが、85 歳以上人口や高齢単身世帯の増加が見込まれる中で、2040 年を見据えた深化が求められている。

2040 年に向けては、医療・介護連携の強化や、高齢者が安心して暮らせる住まいの確保が、特に重要な課題に位置付けられている。

（１）医療・介護連携の強化

介護と医療の複合ニーズを有する高齢者が、地域で安心して暮らし続けるためには、医療・介護サービスが切れ目なく提供される体制整備が必要である。

2024年度の診療報酬・介護報酬の同時改定では、この必要性を踏まえ、医療機関と介護保険施設等との連携強化が図られた。介護報酬改定においては、高齢者施設等に対し、要件を満たす協力医療機関⁹⁾との連携状況について自治体への届出を求めるなど運営基準が強化されるとともに、新たに「協力医療機関連携加算」が創設された¹⁰⁾。本加算を算定するには、入所者情報を協力医療機関と共有するための定期的な会議の実施¹¹⁾が要件とされた。これは、以前から協力医療機関の確保が求められていたものの、急変時の連携体制が必ずしも十分に機能していなかったことを踏まえた対応である。

しかし、2025年時点でも周辺に医療機関が少ないことなどを理由に、要件を満たす協力医療機関を定めていない施設が残っている¹²⁾。これらの未対応施設へのマッチングについては、協議の場において積極的に議論していくことが重要だ。

協議の場とは、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保するために、関係者が調整・協議を行う場である。しかしながら、326構想区域のうち68区域で協議が行われていないなど¹³⁾、開催の有無を含め、その運用には課題がある。2040年に向けては、医療・介護連携に係る提供体制等について、都道府県と市町村が共通の課題認識を持ち、市町村の枠を越えた広域的な議論を進めるなど、協議の場の実効性を高めることが求められる。

（２）安心して暮らせる住まいの確保

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、基盤となる住まいの確保も欠かせない。中でも、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は、多様なニーズに対応する居住の場として重要な役割を担っている。有料老人ホームには、特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付き」と、指定を受けていない「住宅型」があるが、「住宅型」については、運営の透明性に関して課題が指摘されている。実際、賃金未払いに伴う職員の一斉退職によりサービス提供が停止し、入居者が短期間で転居を余儀なくされた事案も発生している。そうした事態を踏まえ、入居者の安全性やサービスの質を確保するため、登録制を導入し、一定の基準を満たす施設に限り開設を認める事前規制が実施されることとなった（「社会福祉法等の一部を改正する法律」(2026年6月19日成立)）。あわせて更新制が採用され、運営の質を定期的に確認する仕組みも設けられた。登録制の対象については、中重度等の要介護者を主な入居対象とする有料老人ホームが検討されている。だが、時間の経過とともに入居者の高齢化・重度化が進むケースもあるため、対象については、一定の幅を持たせて設定することが大切だろう。

加えて、住宅型有料老人ホームには、サービス提供の在り方に関する課題もある。住宅型有料老人ホームでは、介護が必要となった場合、入居者が外部のサービス事業所と個別に契約する仕組みとなっている。しかし実際には、ホームに併設・隣接する関連法人のサービスが選択されるケースが少なくない。こうしたケースでは、入居者に対して過剰な介護サービスが提供される、いわゆる「囲い込み」の問題が指摘されている（サ高住を含む）。これは、介護付き有料老人ホームが包括報酬であるのに対し、住宅

型有料老人ホームやサ高住は出来高払いであり、関連法人が外付けの介護サービスを多く提供するほど収益が増加する構造となっていることが一因と考えられる。

厚生労働省は「囲い込み」対策として、居宅介護支援事業所やケアマネジャーの独立性の確保、特定事業者の利用を前提とした契約条件の禁止、さらに有料老人ホームの事業部門と関連介護サービス部門との会計の分離などを示している（「介護保険制度の見直しに関する意見」）。しかし、これらはサービスを多く提供するほど収益が増加するという構造そのものを変えるものではない。「囲い込み」の抑制に向けては、外付けの介護サービスを利用する場合についても、介護付き有料老人ホーム等の包括報酬を基準とする仕組みへ見直すことが必要だろう。

5 深刻な介護人材不足への対応

地域包括ケアシステムの深化が求められる一方で、担い手となる人材は限られている。テク

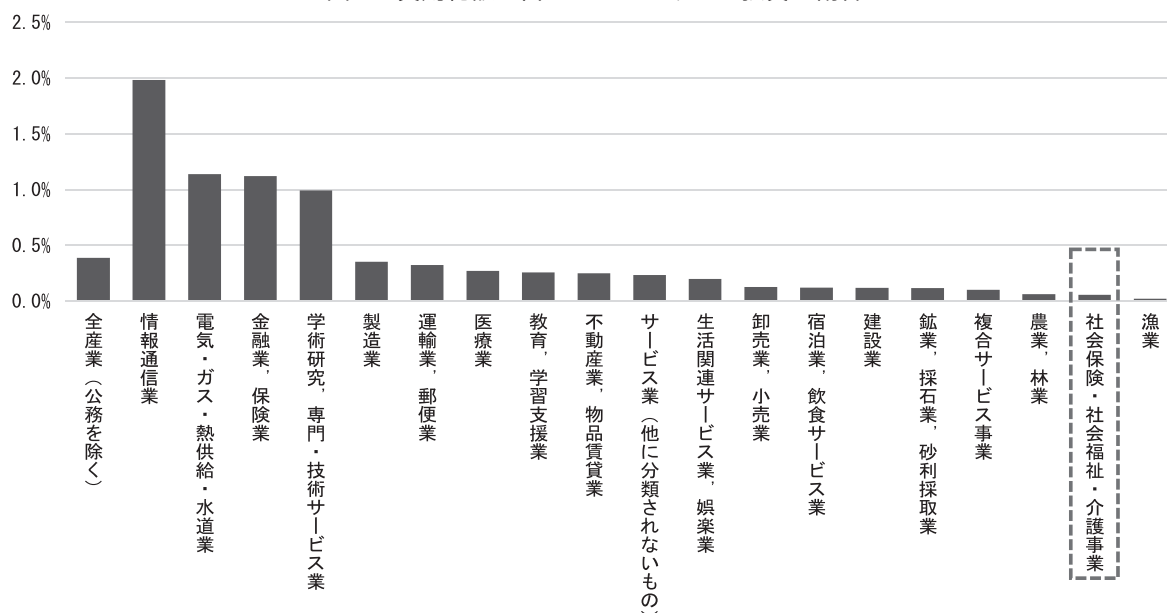
ノロジーの活用や経営の協働化・大規模化等を通じた生産性向上と業務効率化の徹底が不可欠である。

（１）テクノロジーの活用

介護職員は2022年度の約215万人に対して、2040年度には約272万人と、新たに約57万人の確保が必要と見込まれている¹⁴⁾。政府は、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んできた。しかし、介護関係職種の有効求人倍率は2025年度で3.98倍と依然として高い水準にあり（全職業平均は1.10倍）、人手不足の状況が続いている¹⁵⁾。

このような状況下で増大する介護需要に対応するためには、生産性の向上が不可欠である。その一環として、介護ロボットやICT等の活用による業務効率化や省力化を進めていく必要がある。介護分野は、他産業に比べて費用総額に

図3 費用総額に占めるソフトウェア投資の割合



（注）費用総額は売上原価と販管費及び一般管理費の合計。

（出所）経済産業省「令和3年経済センサス - 活動調査」より大和総研作成

占めるソフトウェア投資の比率が低く、介護ロボットやICT等の活用による省力化・省人化投資の余地が大きいと考えられる（図3）。

ただし、個々の事業者の自助努力だけでは限界があることから、2023年5月12日に成立した「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」では、介護ロボットやICTの導入等を通じた介護現場の生産性向上の取組を促進することが、都道府県の努力義務に位置付けられた。

さらに、「デジタル行財政改革 中間とりまとめ」（2023年12月20日、デジタル行財政改革会議決定）では、2040年までにICT・介護ロボット等の導入事業者割合を90%以上とするなどのKPIが設定され、それらの達成を通じて、2040年には施設系サービスにおいて約3割の業務効率化（人員配置の柔軟化）を目指すとされた。

この方針を踏まえ、2024年度の介護報酬改定では、見守り機器等のテクノロジーを導入し、継続的に業務改善に取り組む施設を評価する「生産性向上推進体制加算」が新設された。また、見守り機器等のテクノロジーを複数活用していることを要件とした、特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化（利用者:介護職員を3:1から3:0.9へと緩和）が実施されるなど、報酬面からの後押しが行われた。

しかし、介護現場におけるテクノロジー活用は依然として十分には進んでいない。2025年6月末時点で、介護ロボットやICT等を導入している事業者割合は全国で31.2%にとどまっている¹⁶⁾。導入が進まない背景としては、「導入コストが高い」（64.8%）、「現場職員が技術的に使いこなせない可能性が高い」（36.5%）、などが指摘されている（複数回答）¹⁷⁾。導入費用の一部を補助する「介護テクノロジー導入支援事業」はあるものの、小規模事業者が多い介護分野で

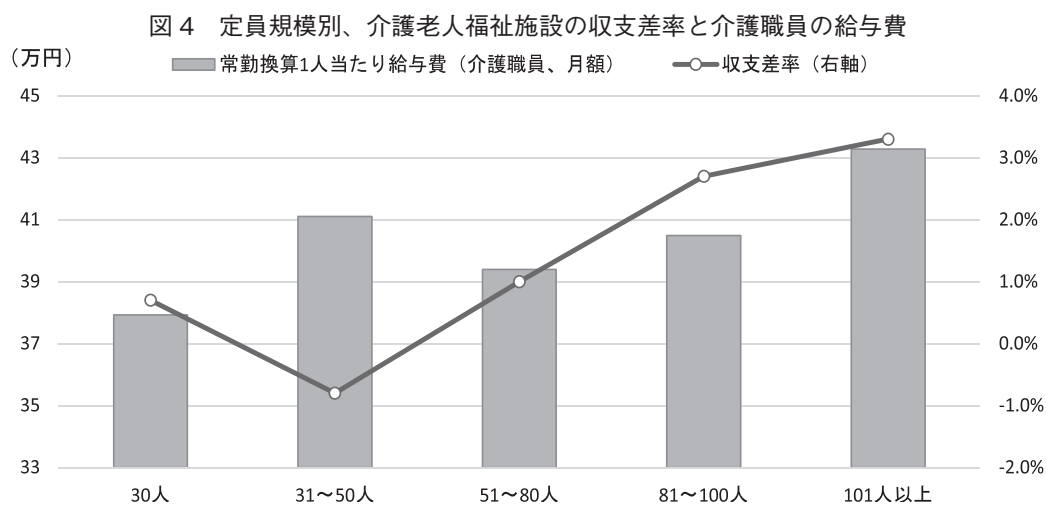
は、高額な機器導入コストが普及のハードルとなっている。将来的には、利用者の状態変化に柔軟に対応するフィジカルAIの活用も期待されており¹⁸⁾、テクノロジーの導入・活用をいかに促進していくかが課題である。

（2）経営の協働化・大規模化

対策の一つとして、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化が挙げられる。複数の事業所が連携し、介護ロボット等の導入に係る初期費用や運用費を分担すれば、コストを抑えつつ導入を進めることが可能となる。また、介護ロボットの導入研修等を合同で実施することで、効率的に技術や運用ノウハウを共有できる。研修の共同実施による教育体制の強化は、職員の育成・キャリアアップなどにもつながり、人材の確保・定着にも貢献するだろう。実際、介護サービス事業者の規模が大きいほど、介護ロボット・ICT等の導入率は高まる傾向がみられる¹⁹⁾。

さらに、経営の協働化・大規模化は、介護事業者の収支差率（利益率に相当）の改善や、介護職員の処遇改善にも一定程度寄与する。例えば、介護老人福祉施設では、定員規模が大きいほど収支差率が高く、また、常勤換算の介護職員1人当たりの給与費が高い傾向が見られる（図4）。規模が大きくなるほど経営効率が上がり、それを原資に職員の給与を引き上げることができからだろう。

2024年6月、政府は介護施設や事業所の協働化・大規模化を通じて経営を効率化し、安定的に事業を継続できるよう支援する「協働化・大規模化による介護経営の改善に関する政策パッケージ」をとりまとめた。2026年1月には、協働化・大規模化の進め方を全国の先行事例とともに示した「介護現場の働きやすい職場環境づくりに向けた経営の協働化・大規模化の進め方



（注）令和6年度決算のデータ。収支差率は（収入－支出）／収入×100（%）で算出。
（出所）厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査結果」より大和総研作成

ガイドライン」も策定され、社会福祉連携推進法人制度の活用も紹介されている。

2022年4月に創設された社会福祉連携推進法人制度は、小規模事業者が多い社会福祉法人等が複数で連携して、規模の大きさを活かした経営の効率化などを可能とする制度である。2026年5月時点で、全国に40の社会福祉連携推進法人が設立されている²⁰⁾。また、小規模法人のネットワーク化による連携・協働化を支援することで、推進社会福祉連携推進法人への移行を見据えた基盤づくりも推進されている（令和8年度当初予算額2.2億円²¹⁾）。人材不足が深刻な介護分野で生産性の向上を図っていくためには、テクノロジー導入を支える経営の協働化・大規模化の加速が不可欠である。

6 持続可能性の確保に向けた給付と負担の見直し

見てきたように、多様化・複雑化しながら拡大する介護需要への対応が求められる一方、支え手である現役世代の負担は限界に近づいている。協会けんぽに加入する現役世代の場合、年金・医療・介護の社会保険料率が、2026年度には労

使合計で29.82%に達した²²⁾。介護給付費は年金や医療の給付費を上回るペースで増加している。介護保険制度の持続可能性を確保するためには、負担能力に応じた適切な負担を求めつつ給付を重点化し、介護給付費の伸びを抑制する視点が必要である。以下では、全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）において、2027年度から始まる第10期介護保険事業（支援）計画に向けて結論を出すと言われている重要事項についてみていく。

（1）利用者負担の2割負担の範囲拡大

介護サービスの利用者負担は制度創設時には1割であったが、2015年8月に所得上位20%（単身世帯では年金収入等280万円以上）を対象に2割負担が導入され、さらに2018年8月には、特に所得の高い層（同340万円以上）に対して3割負担が導入された。2025年6月時点で利用者の内訳は、3割負担が4.2%、2割負担が4.7%、1割負担が91.1%となっている²³⁾。これに対し、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度の同時期における患者窓口負担は、3割負担が8.0%、2割負担が20.6%、1割負担が

71.5%であり²⁴⁾、2割負担以上の範囲が介護と比べて広い。

こうした中、現在の2割負担の対象者に加え、相対的に負担能力のある層への対象拡大が議論されてきた。実際、要介護者のいる75歳以上の単身世帯および夫婦世帯について見ると、年金収入といったフローの面で2割負担の対象外となる世帯であっても、純金融資産のストックを一定程度保有する世帯が存在している²⁵⁾。また、高齢者世帯（要介護世帯を含む）の貯蓄水準は、第2号被保険者である40～50代世帯主の世帯と比べて相対的に高い傾向にある²⁶⁾。負担能力に応じた負担を求める観点からは、2割負担の範囲拡大について検討の余地があると考えられる。

（2）ケアマネジメントに関する給付の在り方

制度創設時には、要介護者等がサービスを積極的に利用できるよう、居宅での介護サービスに関するケアマネジメントの費用は全額給付（利用者負担なし）とされた。その後25年以上が経過し、ケアマネジメントは国民に広く普及している。こうした状況を踏まえると、利用者負担を導入することは、むしろ利用者のサービスへの関心を高め、ケアマネジメントの質の向上につながるとみられる。

2025年末の予算編成における大臣折衝では、住宅型有料老人ホームの入居者に対し、ケアプラン作成と生活相談を一体的に提供する新たなサービス類型を創設した上で、利用者負担を導入する方針が示された。この方針は「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に盛り込まれ、2026年6月19日に成立した。新類型のサービス事業者が、利用者情報を十分に把握してケアプランを作成することになるため、「囲い込み」対策となることも期待されている。

今回の住宅型有料老人ホームの入居者に係るケアマネジメントの利用者負担は、利用者負担を求めている介護付き有料老人ホーム等とのバランスを図る観点から導入されることとなった小さな一歩である。公平性を確保するためには、住む場所によって利用者負担が異なる状況を、介護サービス全体について是正していくことが必要である。

（3）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

要支援1・2の訪問介護・通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による柔軟なサービス提供を図るため、2018年3月末までに全市町村で総合事業への移行が完了した。2023年度時点で、6～7割の市町村が従前相当以外のいずれかのサービス（基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施するなど、取組は着実に広がっている²⁷⁾。

この総合事業への移行対象を、要介護1・2の訪問介護・通所介護にも広げることが検討されている。背景として、訪問介護は要介護1・2の介護費用の10.1%を占めるが²⁸⁾、その多くが調理・掃除・洗濯等の生活援助であることが挙げられる。また、同19.4%を占める通所介護は総合事業に移行させることで、地域の実情に応じた効果的な重度化予防を効率的に実施できるとの期待もある。

しかしながら、要介護1・2は要支援と比べて認知症の状態など個人差が大きいことから、受け皿整備や専門職と地域の支え合いとの連携状況等について十分な情報収集・分析を行った上で、引き続き包括的に検討を進めることが適当であるとの方向性が示されている（「介護保険制度の見直しに関する意見」）。介護人材不足が深刻化する中、給付を重度の高齢者に重点化する

ためには、まずは、要介護1の生活援助型サービスを総合事業に移行させるなど、段階的な見直しも検討できるのではないかな。

(4) 介護老人保健施設等の多床室の室料負担

介護老人福祉施設（特養）や介護老人保健施設（老健施設）等の居住費（室料・光熱水費）については、2005年10月以降、施設入所者と在宅生活者との公平性を確保するため、個室利用者の室料と光熱水費、多床室利用者の光熱水費を、保険給付の対象外とする見直しが行われた。さらに、2015年度には、特養における多床室に係る室料相当分を基本サービス費から除き、利用者負担とする見直しが実施された。

加えて、2024年度の介護報酬改定では、これまで室料相当分が基本サービス費に含まれていた老健施設や介護医療院についても、一部類型の多床室（8㎡／人以上）を対象に、新たに室料負担（月額8,000円相当）が導入された。

もっとも、この見直しの対象となったのは老健施設の約6%、介護医療院の約32%にとどまる。老健施設の平均在所日数が長期化²⁹⁾していることや、介護医療院が実質的には生活の場として機能している実態³⁰⁾を踏まえると、さらなる見直しを進め、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性を一層確保していくことが求められる。

おわりに 一提供体制・生産性・給付と負担を一体的に見直す一

足もとでは、高齢者の年齢構成や高齢単身世帯の割合、サービス提供体制の違い等を背景に、要介護認定率や1人当たり給付費に地域差が生じており、それが第1号保険料の差にもつながっている。こうした地域差は、今後、人口動態や介護需要の変化という課題を伴いながら、さら

に複雑化していくものと見込まれる。

このような状況下において各地域でサービスの維持・確保を図るためには、提供体制の再構築が不可欠である。需要が縮小する過疎地域では人員配置基準等の柔軟化が求められる一方、需要が拡大する都市部では介護人材の分散を抑制するため、サービスの集約・統合が必要である。

さらに、いずれの地域においても、医療・介護連携の強化や安心して暮らせる住まいの確保等を通じ、地域包括ケアシステムの深化を図ることが急務である。その際、テクノロジーの活用や、経営の協働化・大規模化等により、生産性向上と業務効率化を徹底することが重要となる。あわせて、負担能力に応じた適切な負担を求めつつ給付の重点化を進め、介護給付費全体の伸びを抑制していく視点も欠かせない。

2040年に向けて増大する介護需要に対応するため、人員や施設を全国一律の基準で増やし続けることには限界がある。各地域の人口動態やニーズの変化を踏まえ、サービス提供体制の再構築、生産性向上の取組、給付と負担の見直しを一体的に進めることが、過疎地域・都市部のいずれにおいても、持続可能な介護サービス基盤を確保する上での基本戦略である。

【注】

- 1) 高齢者に占める後期高齢者（75歳以上）の割合や、高齢者の所得状況の差に起因する介護保険財政の不均衡を是正するため、全国ベースで給付費の5%相当分を配分する調整交付金が設けられているが、第1号保険料の地域差は依然として大きい。
- 2) 地域のニーズを踏まえ、市町村の選択により、法定を超えるサービスを実施することができる。
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位（死亡中位）推計。

- 4) 厚生労働省「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制について」第120回社会保障審議会介護保険部会（2025年5月19日）
- 5) 2026年4月3日に閣議決定された「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に盛り込まれ、同年6月19日に成立した。
- 6) 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）が算定されている利用者のうち、75.6%が訪問介護を併用している（厚生労働省「定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護（改定の方向性）」第228回社会保障審議会介護給付費分科会（2023年10月23日））。
- 7) 約8割の夜間対応型訪問介護事業者が定期巡回・随時対応型訪問介護事業所の指定を併せて受けている（厚生労働省「定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護（改定の方向性）」第228回社会保障審議会介護給付費分科会（2023年10月23日））。
- 8) 厚生労働省「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築等」第128回社会保障審議会介護保険部会（2025年11月10日）
- 9) 介護老人福祉施設等には、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることが、3年の経過措置を設けた上で義務化された（③については病院に限る）。
①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること、②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること、③入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- 10) 診療報酬改定においては、協力医療機関が施設入所者を受け入れた場合に算定できる「協力対象

施設入所者入院加算」や、当該医療機関の医師が往診を行った場合に算定できる「介護保険施設等連携往診加算」が新設された。

- 11) 会議の開催頻度については、2024年度介護報酬改定時にはICTによる情報共有を行う場合は年3回以上、行わない場合は概ね月に1回以上とされたが、負担の重さなどを背景に、2026年6月分より、ICTによる情報共有を行う場合は年1回以上、行わない場合は原則年3回以上に見直された。
- 12) 介護老人福祉施設の32.1%、介護老人保健施設の16.7%が要件を満たす協力医療機関を定めていない（厚生労働省「高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業（結果概要）」第255回社会保障審議会介護給付費分科会（2026年3月30日））。
- 13) 厚生労働省「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方）」第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（2025年8月27日）
- 14) 厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」（2024年7月12日）
- 15) パートタイムを含む常用（厚生労働省「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」）。
- 16) デジタル庁「介護現場の生産性向上に関するダッシュボード」（最終閲覧日：2026年6月3日）
- 17) 公益財団法人介護労働安定センター「令和6年度介護労働実態調査結果」
- 18) 内閣府「強い経済を作るための社会保障改革」第7回経済財政諮問会議（2026年5月22日）
- 19) 法人格規模別にみた介護ロボットの導入状況は、概ね300人～499人規模で最も高い傾向が見られる（公益財団法人介護労働安定センター「令和6年度介護労働実態調査結果」）。
- 20) 厚生労働省ウェブサイト「社会福祉連携推進法人一覧」（2026年6月2日閲覧）
- 21) 厚生労働省「令和8年度当初予算の概要」第33

- 回社会保障審議会福祉部会（2026 年 4 月 23 日）
- 22) 日本年金機構ウェブサイト「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ウェブサイト「協会けんぽの保険料額表・保険料率の推移」（2026 年 3 月 6 日）より大和総研作成
- 23) 厚生労働省「持続可能性の確保」第 129 回社会保障審議会介護保険部会（2025 年 11 月 20 日）
- 24) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」
- 25) 厚生労働省「持続可能性の確保」第 129 回社会保障審議会介護保険部会（2025 年 11 月 20 日）
- 26) 要介護（支援）認定者のいる世帯主が 75 歳以上の無職夫婦世帯（配偶者も 65 歳以上）における純金融資産の中央値は 1,050 万円である一方、世帯主が 40 歳以上 60 歳未満の世帯の純金融資産の中央値は 205 万円にとどまる（厚生労働省「持続可能性の確保」第 130 回社会保障審議会介護保険部会（2025 年 12 月 1 日））。
- 27) 厚生労働省「持続可能性の確保」第 129 回社会保障審議会介護保険部会（2025 年 11 月 20 日）
- 28) 厚生労働省「令和 5 年度 介護保険事業状況報告（年報）」
- 29) 2019 年の平均在所日数は老健 309.7 日、介護医療院 189.1 日だったが、2022 年には老健 404.2 日、介護医療院 344.6 日と延びた（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）。
- 30) 家庭への復帰は 3.8%と限定的であり、死亡を理由とした退所が 60.1%を占める（厚生労働省「令和 4 年介護サービス施設・事業所調査」）。

いしばし みく

2002 年株式会社大和総研入社。企業調査部、投資戦略部を経て 2013 年から現職。医療・介護分野に関する中長期的な視点からの構造分析を担当。

日本証券アナリスト協会検定会員。

【最近の主な論文・レポート】

『医療等情報の一次利用を広げるには』大和総研レポート、2026 年

『女性特有の健康課題にどう向き合うか』（大和総研調査季報 2026 年新春号）

『必要な社会保障給付の維持と保険料率の安定化を両立せよ』（共著）大和総研レポート、2025 年

『大介護時代における介護の両立支援』（大和総研調査季報 2025 年春季号）等。
