

当資料は、テキスト発行後9年の間に社会情勢の変化や医療・介護・福祉の制度を中心とした社会保障制度の見直しが行われてきたため、テキスト内容を補う形で新たな制度や国が目指す方向性について学ぶ機会を創出するために作成した。これを機に最新情報に関心を寄せ、今後のあり方を洞察する力を高めていただけるようお願いしている。なお、文中の図表は厚生労働省のホームページで公表されているので、各自で参照されたい。

## ●目次

1. 介護保険制度 現状と課題の理解
2. 2024年度 診療・介護・障害福祉サービス報酬改定
3. 高齢者の医療の確保に関する法律
4. 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進
5. 高齢者の住まい
6. 介護保険施設
7. 認知症基本法（誰もが認知症になり得る／自分ごととして考える時代へ）

### 1. 介護保険制度 現状と課題の理解

介護保険制度は利用者自身が介護サービスを選択できるなど、それまでの行政による措置から利用者自身が選択・契約することができるといった様々な便益をもたらした。

制度創設から24年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3.5倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。

一方、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約4.0倍の14.3兆円（令和7年度予算ベース）になる。介護保険制度の財源は、保険料が50%、残り半分は公費で賄われており、65歳以上の高齢者が納める1号保険料の全国平均は、制度創設時の2,911円（第1期）から6,225円（第9期）に増加しており、今後、更に高齢化が進展することを踏まえると、更なる増加が見込まれる。

こうした状況の中で、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっている。

（抜粋：厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会（第127回）資料3 持続可能性の確保より）

## 介護給付、保険料等の推移

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.8兆円	4,972円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2013年度		9.2兆円		
2014年度		9.6兆円		
2015年度	第六期	9.8兆円	5,514円 (全国平均)	消費税率上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2016年度		10.0兆円		
2017年度		10.2兆円		
2018年度	第七期	10.4兆円	5,869円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%
2019年度		10.8兆円		
2020年度		11.1兆円		
2021年度	第八期	11.3兆円	6,014円 (全国平均)	H30年度改定 +0.54%
2022年度		11.4兆円		
2023年度		11.7兆円		
2024年度	第九期	14.2兆円	6,225円 (全国平均)	R1年度改定 +2.13%
2025年度		14.3兆円		
2026年度		14.3兆円		

※2023年度までは実績であり、2024・2025年度は当初予算である。

35

## 2. 2024年度 診療・介護・障害福祉サービス報酬改定

令和6（2024）年度は、医療は介護・障害福祉サービスと共にトリプル改定として実施された。診療報酬改定（医療）の基本方針の概要として、全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応などが挙げられている。

この中で医療・介護・障害の同時報酬改定における対応として、コロナ禍の経験を踏まえた、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直す、などの改定項目が加えられた。

第8次医療計画では、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置が講じられることとなった。

一方、介護報酬改定では、人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」などが盛り込まれ、医療、障害福祉サービスと調和のとれた横断的な改定が行われた。

(抜粋：厚生労働省保険局医療課 令和6年度診療報酬改定【全体概要版】及び、厚生労働省 第98回社会保障審議会医療部会第8次医療計画(6事業目 2021年4月1日(新興感染症対応)) について(報告))

令和6年度介護報酬改定の概要	
<p>■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「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」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。</p>	
1. 地域包括ケアシステムの深化・推進	
<p>■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い公正中立なケアマネジメント</li> <li>地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組</li> <li>医療と介護の連携の推進               <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅における医療ニーズへの対応強化</li> <li>在宅における医療・介護の連携強化</li> <li>高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化</li> <li>高齢者施設等と医療機関の連携強化</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りへの対応強化</li> <li>感染症や災害への対応力向上</li> <li>高齢者虐待防止の推進</li> <li>認知症の対応力向上</li> <li>福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し</li> </ul>
2. 自立支援・重度化防止に向けた対応	3. 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
<p>■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等</li> <li>自立支援・重度化防止に係る取組の推進</li> <li>LIFEを活用した質の高い介護</li> </ul>	<p>■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員の処遇改善</li> <li>生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり</li> <li>効率的なサービス提供の推進</li> </ul>
4. 制度の安定性・持続可能性の確保	5. その他
<p>■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価の適正化・重点化</li> <li>報酬の整理・簡素化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「書面揭示」規制の見直し</li> <li>通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化</li> <li>基準費用額(居住費)の見直し</li> <li>地域区分</li> </ul>

(図表：厚生労働省老健局 令和6年度介護報酬改定の主な事項について)

### 3. 高齢者の医療の確保に関する法律

日本における高齢者の医療は、1982年に制定された老人保健法によって担われてきた。しかし、高齢化の進展とともに国民皆保険体制の維持や、医療制度を持続可能なものにするため、2008年から老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律(高齢者医療確保法)」に全面的に改正された。

この医療制度改革に伴い、「老人保健法」に基づく老人保健事業(健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練及び訪問指導)は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導と、「健康増進法」に基づき市町村が実施する健康増進事業(健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練及び訪問指導)となった。この法律では生活習慣病予防の観点から柱の一つに位置付けられ、医療費の適正化を図ることを目的とした。

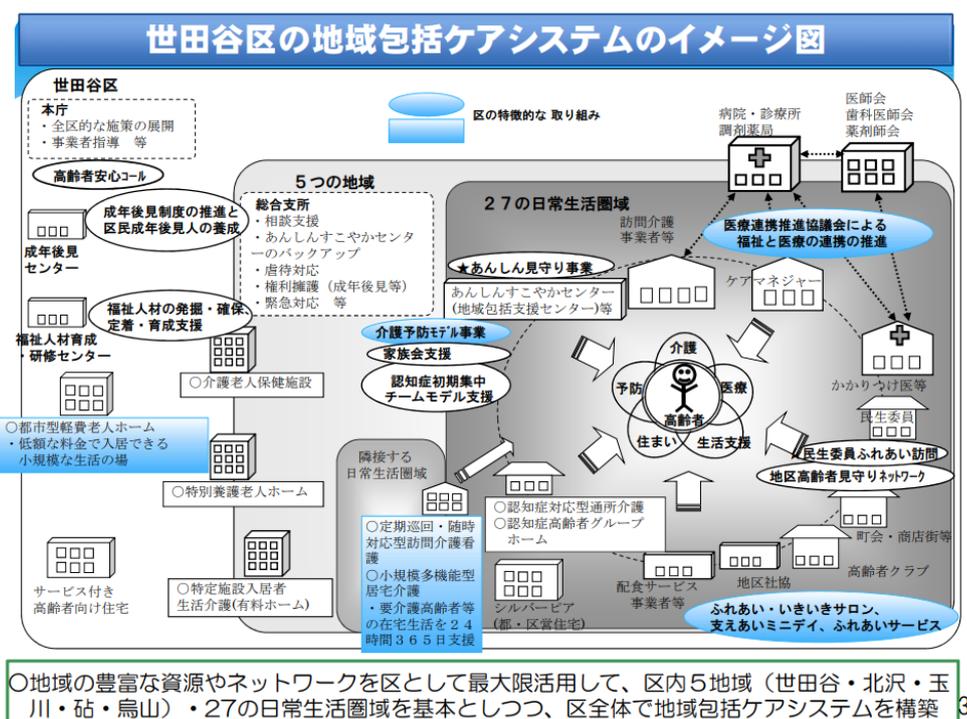
#### 4. 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

2025 年は全ての団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、その先の 2040 年にかけて 85 歳以上の人口が急増することが予想されている。また、2040 年にかけて生産年齢人口の急激な減少が生じ、介護を担う人の不足が深刻となる。

2024 年度の介護報酬改定の改定事項には「地域包括ケアシステムの深化・推進」が掲げられている。認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組の推進が期待される。

介護が必要となってもできる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けるために、介護や介護予防、医療、住まい、生活支援に加え**社会参加**までもが包括的に確保される地域を構築していく「地域包括ケアシステム」を今後更に深化・推進させていかなければならない。

(抜粋：厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会（第 101 回）資料 2)



(図表：厚生労働省 地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～東京都世田谷区 の取組～ <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001236368.pdf>)

## 5. 高齢者の住まい

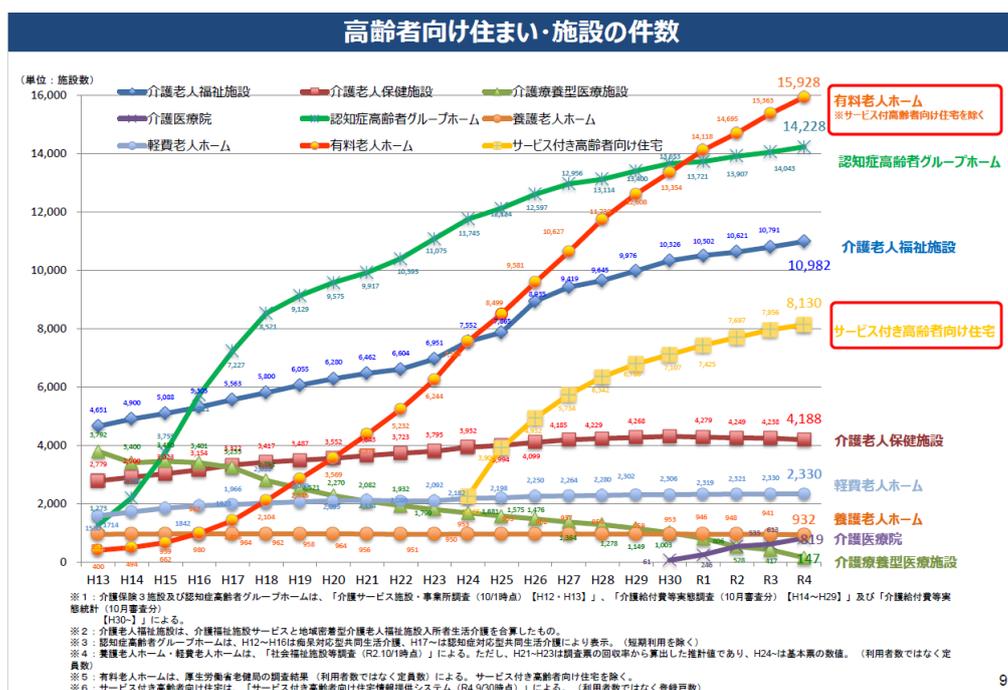
地域包括ケアシステムでは、高齢者の生活ニーズに応じて様々な形態の住まいが選択できるようになった。2011年に高齢者の居住の安定確保に関する法律（通称＝高齢者住まい法）改正に伴い、創設された住まいが「サービス付き高齢者向け住宅」である。状況把握サービスや生活相談サービスが提供され、創設以降から住まい数、利用者数共に急増している。この内、約9割以上は有料老人ホームの機能を有していると推計されている。

国民の住生活の安定の確保及び向上の促進に関する目標や基本的な施策などを定める住生活基本計画（全国計画）には、目標4「多様な世代が支え合い、高齢者等が健康で安心して暮らせるコミュニティの形成とまちづくり」が掲げられている。ここでは、高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合を2030（令和14）年に4.0%と供給目標値を定めており、今後も増加傾向となることが見込まれる。

住まいの確保が困難な高齢者の住まいの確保に期待が高まる一方で、入居者に対する過剰な介護サービスの提供（いわゆる「囲い込み」）への実効性のある対応や地域ごとのサービス需要を踏まえた整備などが課題として挙げられている。

多種多様な高齢者住まいが存在している中で、高齢者向け住まいについての十分かつ正確な情報に基づき、高齢者自身が、自らのニーズに合った高齢者住まいを適切に選択できるようにするためには、どのような方策が求められるか、今後の動向に着目したい。

（一部抜粋：厚生労働省 地域包括ケアシステムにおける高齢者向け住まいについて 社会保障審議会介護保険部会（第118回）資料）



## 高齢者向け住宅の供給目標

住生活基本計画(全国計画)(令和3年3月19日閣議決定)

### 目標4 高齢者が自立して暮らすことができる住生活の実現

(1) 高齢者が健康で安心して暮らせる住まいの確保

(基本的な施策)

○ サービス付き高齢者向け住宅等について、自立度に応じた生活を営める住まいとしての性格を重視して、地域の需要や医療・介護サービスの提供体制を考慮した地方公共団体の適切な関与を通じての整備・情報開示を推進

(成果指標)

・ 高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合  
【 2.5%(平成30) ⇒ 4.0%(令和12) 】

### 成果指標の設定の考え方

(成果指標の算出式)

● 指標=A/B

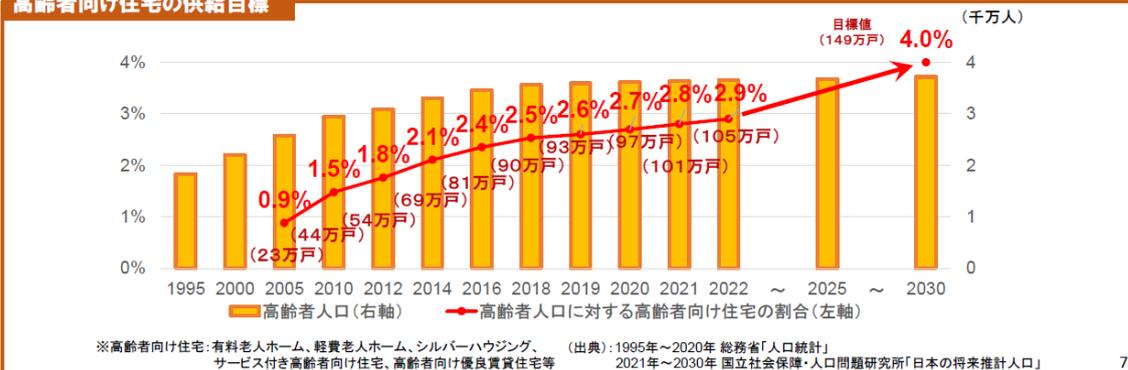
A=高齢者向け住宅の供給量

B=高齢者人口【出典：国立社会保障・人口問題研究所推計】

(目標設定の考え方)

● 高齢者の居住の安定確保を図るため、見守り等のサービスが必要となる高齢者世帯に対して十分な高齢者向け住宅が供給されるよう、高齢者人口の4%に設定。

### 高齢者向け住宅の供給目標



## 6. 介護保険施設

これまでの介護を必要とする介護保険施設入所者にも、医療の必要性の高低にかかわらず、病態によっては容体が急変するリスクを抱える方もあり、そうしたニーズに完全に対応可能な介護保険サービスが存在せず、そうした高齢者の増加が想定されているため新たな選択肢を検討する必要があるのではないかという問題意識があった。

こうした方のニーズを満たす療養病床等の利用者像の整理と、それに即した機能の明確化が必要という意見などがあり、これまで療養病床を設置していた介護療養型医療施設に代わる新たな選択肢の検討が進められた。

その後、議論を経て「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が2017年6月2日に公布され、介護保険法が改正されたことに伴い、介護療養型医療施設は経過措置期間延長を経て2024年3月をもって廃止され、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。

(抜粋：厚生労働省 介護医療院とは？)

<https://www.mhlw.go.jp/kaigoiryuin/about/>

## 療養病床等の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。
- 要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)

	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		I型	II型		
概要	病院・診療所の病床のうち、主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者の長期療養・生活施設		要介護者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者のための生活施設
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型：約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(医療提供施設)						
	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	48対1 (3名以上、宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (35年度末まで、6対1で可 <sub>(予定)</sub> )	2対1	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)
	介護職員 ※4	4対1 (35年度末まで、6対1で可 <sub>(予定)</sub> )	(3対1)	6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1	
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあっては看護補助者。  
※5 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

18

(図表：厚生労働省 介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000204431.pdf>)

## 7. 認知症基本法(誰もが認知症になり得る/自分ごととして考える時代へ)

急速な高齢化の進展に伴い、我が国の認知症の人の数は増加している。2022年の認知症の高齢者数は約443万人、軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)の高齢者数は約559万人と推計され、その合計は1,000万人を超え、高齢者の約3.6人に1人が認知症又はその予備群といえる状況にある。2022年時点の厚生労働省の推計では約443万人(12.3%)ですが、これは有病率の低下傾向を反映しつつも、将来的な増加予測がされている。

認知症の人が増え続けているという状況を踏まえ、厚生労働省は、2015年に「新オレンジプラン」、2019年に「認知症施策大綱」を発表し、認知症の人の生活を支える体制を整えるための施策を示した。そして2023年「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(通称「認知症基本法」)が制定されることとなった。

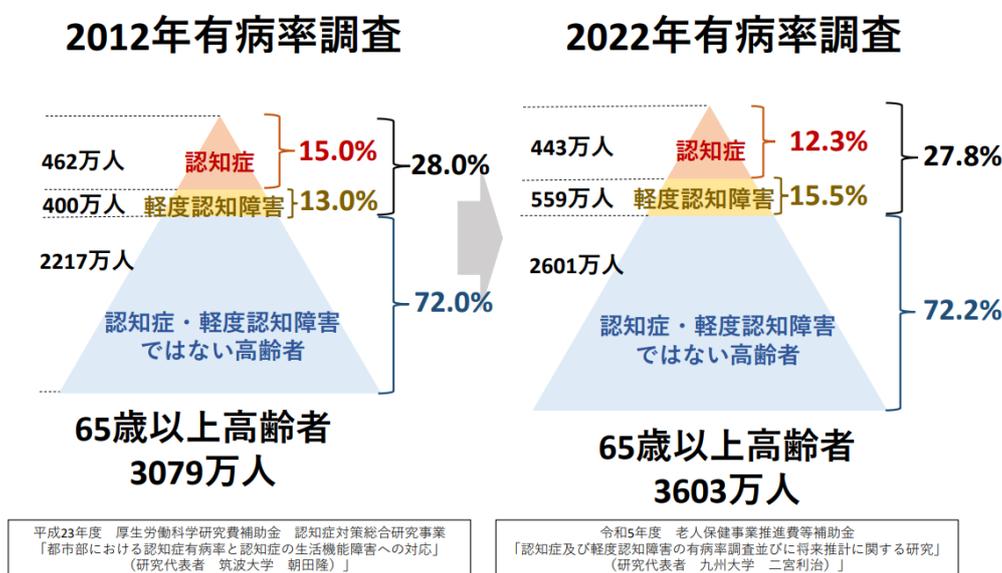
この認知症基本法は、認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(共生社会)の実現を推進することを目的としている。この法律で掲げた基本理念は次のとおりである。

－認知症基本法の基本理念－

- ① 認知症の人が住み慣れた地域で自らの意思で日常生活や社会生活を営むことができる
- ② 国民が認知症に関する正しい知識や理解を深めることができる
- ③ 認知症の人が生活しづらいと感じる障壁（バリア）を除去し、社会の一員として地域で安心して日常生活を営めることや、自分で意見を表明できる機会や参画できる機会を確保することができる
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重し、良質な保健医療サービスや介護を含む福祉サービスが提供される
- ⑤ 認知症の人の家族も安心して日常生活を営むことができる
- ⑥ 共生社会の実現に向け、認知症の予防や診断、介護方法などの研究を進めその成果を国民へ広めることができるよう環境を整備していく
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野において協力しながら総合的な取組みとして行われること

認知症になっても社会の中で希望を持って暮らせるような共生社会、皆で支えあう仕組みづくりを社会全体で推し進めていくことが大切である。

（抜粋：厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会（第107回） 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について）



（図表：認知症および軽度認知障害（MCI）の高齢者数と有病率の将来推計

<https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>

以上