

社会保障「国民会議」報告書を読み直す：高市内閣の動きを受けて ～介護の「21世紀(2025年)日本モデル」は実現したか？～

総合調査部 副主任研究員 須藤 智也

(要旨)

- 2013年8月、安倍内閣(当時)が設置した社会保障制度改革国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(以下、「報告書」という)を取りまとめた。この中では2025年を目安に社会保障を「21世紀(2025年)モデル」に「再構築」する必要性が説かれている。
- 本稿では「報告書」の内容を振り返り、特に介護分野について2025年までの改革の道程を整理する。また、高市内閣が2026年に税・社会保障一体改革を議論する国民会議を立ち上げるとの報道がある。この点についても私見を述べたい。
- 社会保障制度改革推進法に基づき設置された国民会議の使命は「社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず」「社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議すること」だ。年金・医療・介護・少子化対策といった幅広い分野について広範に議論され、「報告書」が取りまとめられている。
- 「報告書」で示された未来の介護像は大きく2つの軸で整理できる。1つは、医療分野等も包括する地域ケアの体制である「地域包括ケアシステム」の実現だ。そしてもう1つは、介護保険制度自体の構造的な改革である。
- 改革の道程を確認すると、「報告書」公表直後の2015年介護保険法改正で措置された事項も多い。また、その後の改正等により2025年までの間に広く改革が措置されてきたことも分かる。
- 2026年を迎えた今、これからの社会保障のあり方を考えるうえでは例えば、「21世紀(2025年)日本モデル」の先となる「2040年日本モデル」を掲げた包括的な議論があっても良いかもしれない。
- 新たな国民会議での審議は超党派で、いわゆる給付付き税額控除の制度設計が主になるという見方が強い。一方、2013年の国民会議は約8か月間かけて社会保障全体について網羅的な審議を行った。新たな国民会議が税・社会保障の広範な事項に関する未来志向な議論の場となることに筆者は期待を寄せている。

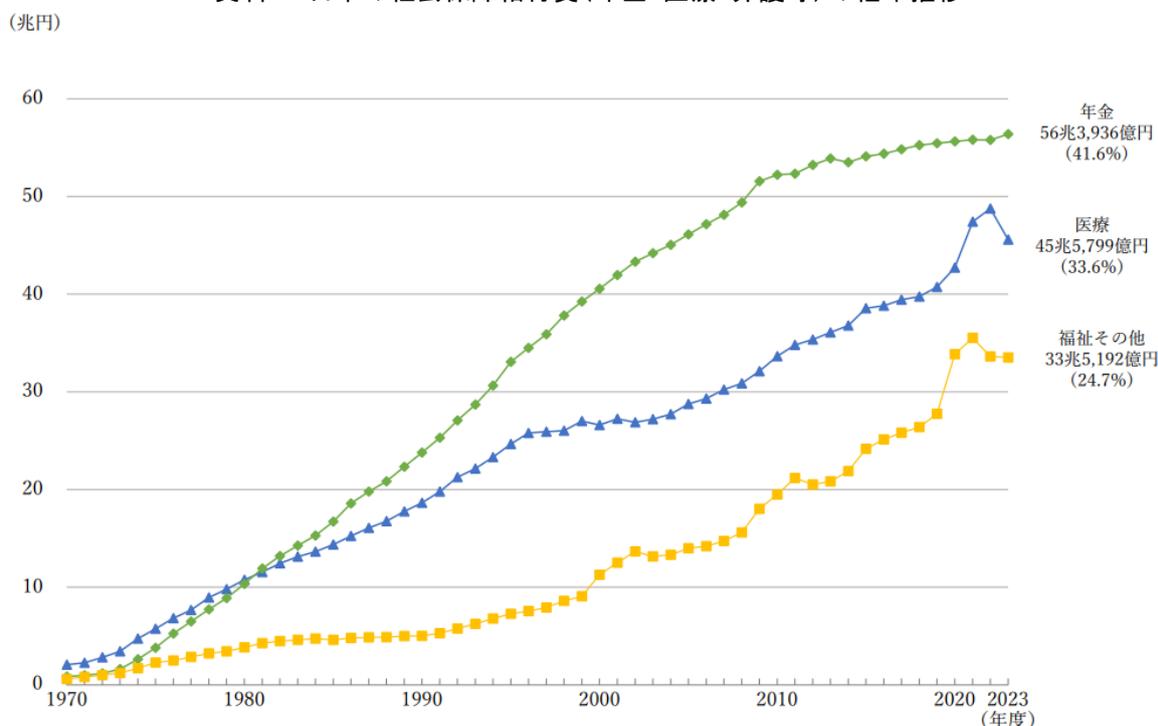
1. 社会保障制度改革国民会議:「報告書」は 2025 年を目安に据えた

2013 年 8 月、安倍内閣（当時）が設置した社会保障制度改革国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(以下、「報告書」という)を取りまとめた(注 1)。ここでは 2025 年の未来を展望し、「21 世紀(2025 年)日本モデル」と称する社会保障制度の将来像が提言されている(注 2)。2025 年が目安に据えられたのは、団塊の世代(1947 年～1949 年に生まれた世代)が 75 歳以上となり、社会保障費用の増加や医療・介護等のニーズ拡大が不可避だと予測されたためだ(注 3)。

日本の社会保障給付費(年金・医療・介護等)は 2023 年度に 135.5 兆円となった(資料 1)。「報告書」が公表された 2013 年度(110.8 兆円)から約 24.7 兆円増加したことになる。社会保障の給付・負担をめぐっては 2026 年の現在でも様々な議論が継続しており、社会的な関心が高い状況も続いている(注 4)(注 5)。

本稿では 2025 年が過ぎ 2026 年を迎えた今、「報告書」を改めて読み直し、特に介護分野に焦点を当てて内容を振り返る。そのうえで、「報告書」が描いた「21 世紀(2025 年)日本モデル」にある介護の未来像に向けて、2025 年までにどのような改革が行われてきたのかを整理する。また、高市内閣が 2026 年に税・社会保障一体改革について国民会議の開催を検討している旨の報道があるが、この点についても私見を述べたい。

資料 1 日本の社会保障給付費(年金・医療・介護等)の経年推移



(出所)国立社会保障・人口問題研究所「令和 5 年度社会保障費用統計」(2025)より抜粋

2. 社会保障制度改革国民会議と「21世紀(2025年)日本モデル」

社会保障制度改革国民会議は2012年に「社会保障・税一体改革」に関連する法律が成立したことを受けて設置された政府(当時)の有識者会議である(注6)。当時の与野党三党(自由民主党・公明党・民主党)の合意に基づき発足し、社会保障制度改革推進法に定められた基本方針(注7)に基づき、幅広い観点から社会保障改革の全体像を議論した。メンバーは学識者や関係団体の代表等から構成された。約8か月間の審議を経て2013年8月6日に「報告書」が取りまとめられ、公表されている。

この国民会議の使命は、「社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず」「社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議すること」だった。日本の社会保障を持続可能な形に再設計するための議論において、一定程度の役割を果たしたともいえるだろう。「報告書」では、年金・医療・介護・少子化対策といった幅広い分野の改革について方向性等が示された。また、消費税率の引き上げに伴う増収分について、活用の方向性が意見されている。

政府(当時)は、この内容も踏まえて2013年の秋に社会保障制度改革プログラム法(正式名称:持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)を国会に提出し成立させた(注8)。これ以降、「報告書」の提言内容も踏まえた個別分野の施策が進められることとなった(資料2)(注9)。

資料2 社会保障・税一体改革で目指す将来像(2012年度)



「報告書」のキーワードとなった「21世紀（2025年）日本モデル」は、1970年代に確立された旧来の社会保障の枠組みである「1970年代モデル」を、21世紀の社会経済状況を加味したものへと「再構築」する構想である。

「報告書」では「1970年代モデル」を「右肩上がりの経済成長と低失業率」「正規雇用・終身雇用の男性労働者の夫と専業主婦の妻と子どもという核家族」が前提の社会で確立された『現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障』という生活保障モデルだと示している。これに対して「21世紀（2025年）日本モデル」は、「切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換」と示された。従来の「高齢者世代は社会保障」とする考え方では、1990年代以降の日本の少子高齢化の進展、雇用の不安定化、夫婦共働きの増加といった社会経済状況の変化に適応できないため、「国民生活の安心を確保していく」ために「社会保障の機能強化を図らなければならない」という筋立ての説明がされている。「21世紀（2025年）日本モデル」は、いわゆる「全世代型」の社会保障制度の実現を指した言葉だといえるだろう。

3. 「21世紀（2025年）日本モデル」で示された未来の介護像

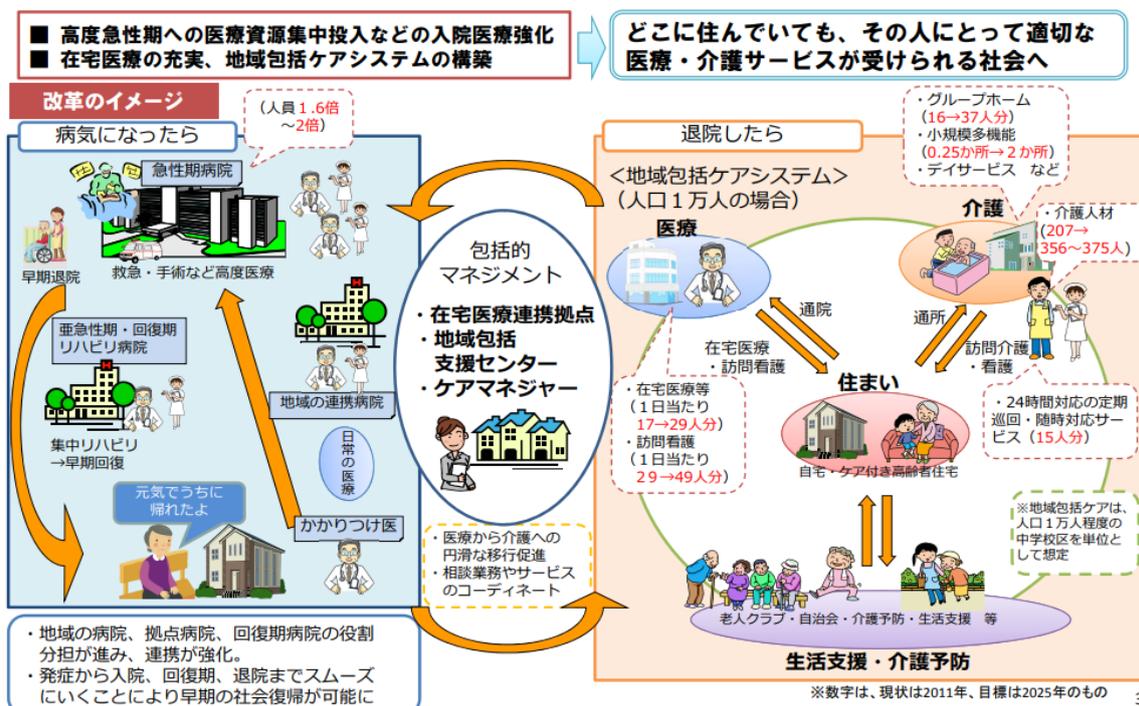
では、「報告書」は介護についてどのように記述しているだろうか。

示された未来の介護像は大きく2つの軸で整理できる。1つは、医療分野等も包括する地域ケア体制である「地域包括ケアシステム」の実現だ。そしてもう1つは、介護保険制度自体の構造的な改革である。

まず1つ目の「地域包括ケアシステム」は、厚生労働省の定義では「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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」体制を指す（資料3）。2025年を目途とする実現が企図され、「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」体制だとされた。

「報告書」では『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となっ
て行わなければならない」と提言されている。介護に関する具体的な提言内容としては、「在宅医療と介護の連携を推進すること」といった記述がみられる。例えば、医療機関への入退院と在宅生活を分断させず、病床機能分化（急性期・回復期・慢性期等の役割明確化）が進む中でも医療機関での療養と在宅ケアをシームレスに繋げる体制づくりの重要性が説かれていた。

資料3 社会保障・税一体改革で目指す「医療・介護サービス保障の強化」(2012年度)



(注) 本稿の趣旨に照らし 2012 年度時点の資料を掲載している。最新の資料ではない点には留意されたい。
 (出所) 厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(2012)より抜粋

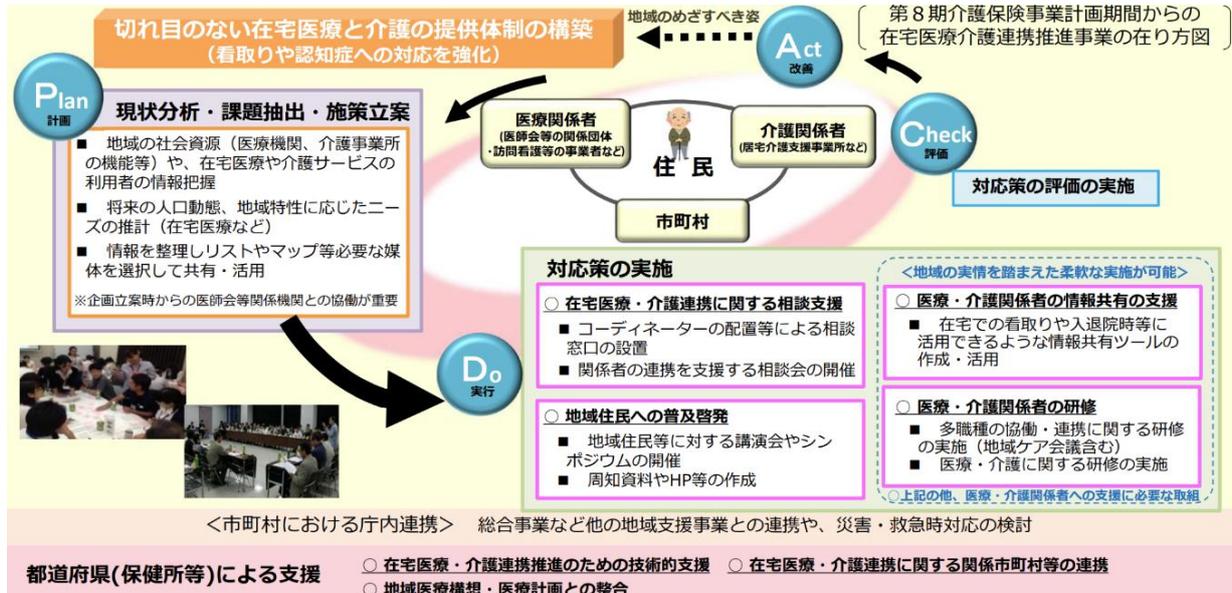
2つ目の介護保険制度自体の構造的な改革については、「報告書」では「介護保険制度の持続可能性を高める」ことを目指し大きく2点が提言されている。1点目は、介護保険サービスの「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化」を図ることだ。具体的には「要支援者に対する介護予防給付を新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていく」「利用者負担等の見直し（一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げる）」「補足給付に当たっては資産（ストック）も勘案」「特別養護老人ホームは中重度者に重点化」といった記述がみられる。2点目は、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することだ。具体的には「低所得者の第1号保険料について基準額に乗ることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべき」「第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金について…（中略）…被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべき」といった記述がみられる。結びの文では、「負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要がある」と総括されていた。

4. 介護の「21世紀(2025年)日本モデル」は実現したか？

ここまで、「報告書」が提言する「21世紀(2025年)日本モデル」および未来の介護像を確認してきたが、「地域包括ケアシステム」の実現と介護保険制度自体の構造的な改革は、2025年までの間にどのように進展してきたのだろうか。それぞれ確認していく。

まず、「報告書」に記述された「在宅医療と介護の連携を推進すること」についてであるが、在宅医療と在宅介護の連携については、2015年度介護保険法改正において、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」(以下、「事業」という)として位置付けられることになった(注10)。「事業」の運営について、例えば飯島ら(2016)は2016年の時点で「地域包括ケアシステム構築を各自治体において展開することが国の方針として定められ、在宅医療自体もかなり底上げされ、在宅医療介護連携推進も数年前よりも各地域で進捗を遂げていることは間違いない」と評している(注11)。その後、2017年度には「地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう」に「事業」のプロセスが見直され(注12)、2018年度には全ての市町村で「事業」が実施されることとなった(注13)。2021年度の介護保険法改正では、PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携の具体的な在り方が示された(資料4)。切れ目のない連携体制を構築するため、認知症の対応や災害・感染症発生時の対応といった具体的なケースでの連携強化についても推進が図られている(注14)。

資料4 2021年度以降の在宅医療・介護連携推進事業の在り方



(注)2017年度以降に取り入れられた「PDCAサイクルに沿った取組」の考え方も追加されている。

(出所)厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の取組について」(2024)より抜粋

次に、「報告書」に記述された介護保険サービスの「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化」についてであるが、2015年度の介護保険法改正では要支援者に対する訪問介護・通所介護等が地域支援事業へ移行されることとなった（注15）。また、利用者負担等の見直しについては、2015年8月から合計所得金額に応じて一部利用者の負担割合が2割に変更され（注16）、その後2018年8月からは一部利用者の負担割合が3割に引き上げられている（注17）。

他にも、2015年4月から特別養護老人ホームでは原則、新規入所者が要介護3以上の高齢者に限定されることとなった（注18）。また、施設入居者の食費・居住費等の負担軽減制度である補足給付への預貯金等の勘案については、2015年8月から本人の申告を前提とする資産要件が追加されている（注19）。

最後に、「報告書」に記述された「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する対応についてであるが、第1号被保険者（65歳以上）については2015年4月、第1段階保険料率（注20）の適用者を対象に、保険料負担の軽減措置が講じられた（注21）。その後、2019年4月には第1～第3段階保険料率（注22）の適用者に軽減措置の対象者が拡大している（注23）。2024年度の介護保険法改正では第1号被保険者の保険料が9段階から13段階へと拡大されたが、第1～第3段階保険料率の適用者については、保険料上昇の抑制を図る措置が講じられている（注24）。

また、第2号被保険者（40～64歳）については2017年8月、加入する被用者保険の保険者が負担する介護納付金が加入者割から総報酬割（注25）へ段階的に移行することとなった（注26）。2020年度以降は全面的に総報酬割が施行され（注27）、医療保険者ごとの第2号被保険者数の多寡に関わらず、被保険者負担の公平性が確保されるよう配慮されている（注28）。

5. 「21世紀（2025年）日本モデル」の改革は道半ば

本稿ではここまで2013年の社会保障制度改革国民会議で取りまとめられた「報告書」を読み直し、特に介護分野に焦点を当てて内容を振り返った。そのうえで、「報告書」が描いた「21世紀（2025年）日本モデル」に基づく介護の改革を整理した。

「報告書」で記述された介護に関する提言については、「報告書」公表直後の2015年介護保険法改正（資料5）で措置されている事項も多く、2025年までの間に広く着手されてきたことが分かった。

資料 5 2015 年介護保険法改正(2015 年 6 月施行)のポイント

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○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

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

* 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
* 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①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

- * 段階的に移行(～29年度)
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施 8

(注)「報告書」に記述された「在宅医療と介護の連携を推進すること」は①地域包括ケアシステムの構築の「サービスの充実」が該当箇所。「報告書」に記述された介護保険サービスの「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化」は①地域包括ケアシステムの構築および②費用負担の公平化の「重点化・効率化」が該当箇所。「報告書」に記述された「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する対応は、②費用負担の公平化の「低所得者の保険料軽減を拡充」が該当箇所。なお、本稿の趣旨に照らし 2016 年度時点の資料を掲載している。最新の資料ではない点には留意されたい。

(出所)厚生労働省「地域支援事業の推進(参考資料)」(2016)より抜粋

一方、「報告書」が提言する介護に関する内容には、今でも継続的に検討されている事項も多い。「地域包括ケアシステム」については、2025年の社会保障審議会介護保険部会等で2040年に向けた「深化」が議論されている(注29)。具体的には例えば、全国を大都市部、一般市等、中山間・人口減少地域の3類型(注30)に分類し、類型に応じたサービス提供体制を構築していくことで、人口減少やサービス需要の変化に柔軟に対応できる仕組みに発展させる考え方等が示された(注31)。また、介護保険制度自体の構造的な改革については、「要介護1・2の訪問介護・通所介護等の地域支援事業への移行」(注32)、「ケアマネジメントの利用者負担の導入」(注33)、「利用者負担(2割負担)の拡大・資産要件の導入」(注34)といった事項に対して、様々な立場から多様な意見が示されている(注35)。本稿では特に介護分野に焦点を当ててきたが、社会保障をめぐる議論はこれに限らず広範な観点からも継続されているし(注36)、社会的な関心が高い事項であり、引き続き検討が必要だ。

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大(※軽減例・対象は完全実施時のイメージ)
- * 保険料見直し: 現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例: 年金収入80万円以下 5割軽減→7割軽減に拡大
- * 軽減対象: 市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

6. 高市内閣が社会保障「国民会議」を設置か:「2040年日本モデル」への期待

2026年1月5日、高市首相が年頭記者会見で社会保障・税一体改革を議論する新たな国民会議を立ち上げる意向を示した(注37)。会見では「税・社会保険料負担で苦しむ中・低所得者の負担を軽減し、所得に応じて手取りが増えるよう」にするための招集である旨が述べられた。審議は超党派で、いわゆる給付付き税額控除の制度設計が主だという見方が強いが、介護を含めた社会保障全体の給付・負担の在り方について、踏み込んだ議論が行われることも想定され得るだろう。

この場合、中長期的な視点を持って社会保障のあり方を考える審議が望まれる。介護については、拙稿「[大阪・関西万博「介護エキスポ」から未来の介護保険を考える～「介護の2040年問題」に介護予防が出来ることはあるか?～](#)」でも指摘したとおり、2040年には「団塊の世代」が90歳以上となり、要介護(要支援)認定者数は約900万人に達するとも推計される(注38)。90歳以上の要介護(要支援)認定率が2024年時点で73.2%であり、他の年齢階級と比べて著しく高い割合となるためだ。

2026年を迎えた今、これからの社会保障のあり方を考えるうえでは例えば、2013年の社会保障改革国民会議が掲げた「21世紀(2025年)日本モデル」の先となる「2040年日本モデル」を掲げた包括的な議論があっても良いかもしれない。

2013年の国民会議が約8か月間かけて社会保障全体について網羅的な審議を行ったように、新たな国民会議が税・社会保障の広範な事項に関する未来志向な議論の場となることに筆者は期待を寄せている。

以上

【注釈】

- 1) 厚生労働省(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(P1～13、P21～37)より。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052615_1.pdf
- 2) 「21世紀(2025年)モデル」については2章以降において詳説を加えている。
- 3) 厚生労働省(2012)「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(P11)によると、例えば介護保険サービスの利用者数は2012年度の452万人が2025年度には657万人に増えると試算されている。一方、介護職員数は2012年度の149万人が2025年度には237万～249万人に増えると試算されている。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/s-houraizou_120702.pdf
- 4) 例えば岸田内閣(当時)が設置した「全世代型社会保障構築会議」では2021年から2024年までに計18回の議論が行われており、それを引き継いだ石破内閣(当時)は、2024年と2025年に計3回の会議を開催している。
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/index.html
- 5) 例えば介護については、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会が2027年度の介

護報酬改定に向けた「介護保険制度の見直しに関する意見」を2025年12月25日にまとめたが、この中にも「給付と負担」の議論や意見に関する記載がある。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001622725.pdf>

- 6) 2012年8月22日に議員立法により成立し、同日施行された社会保障改革推進法第九条の規定に基づき、内閣に設置された。
- 7) 基本方針は社会保障改革推進法第二章（第五条～第八条）の規定のとおり。
- 8) 厚生労働省（2013）「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（P1）より。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/251226_02.pdf
- 9) 厚生労働省（2014）「社会保障・税一体改革による社会保障の充実に係る実施スケジュールについて」（P1～2）より。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/1501schedule.pdf>
- 10) 厚生労働省（2015）「在宅医療・介護連携推進事業について」（P2～9）より。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/2015072203.pdf>
- 11) 飯島勝矢・堀田聡子（2016）「在宅看取りに関する研究からの考察」（P9）より。
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/161011/201601019A_upload/201601019A004.pdf
- 12) 厚生労働省（2017）「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2」（P3～8）より。
<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2017/1027105714119/ksvol.610.pdf>
- 13) 厚生労働省（2019）「医療と介護の連携の推進等＜参考資料＞」（P3～4）より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608545.pdf>
- 14) 厚生労働省（2025）「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4」（P74～82）より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf>
- 15) 厚生労働省（2016）「地域支援事業の推進（参考資料）」（P9～10）より。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125468.pdf
- 16) 厚生労働省（2016）「利用者負担（参考資料）」（P3～4）より。2015年度時点で自己負担割合が2割となる水準は合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）の者とされた。なお、合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額を指す。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000140158.pdf
- 17) 厚生労働省（2017）「1. 介護保険制度の見直しについて」（P30～31）より。2018年度時点で自己負担割合が3割となる水準は合計所得金額220万円以上（単身で年金収入のみの場合、340万円以上）の者とされた。なお、負担割合が2割となる水準は合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。

- <https://www.mhlw.go.jp/topics/2017/01/dl/tp0117-k01-05-02p.pdf>
- 18) 厚生労働省 (2017) 「介護老人福祉施設 (参考資料)」 (P11~12) より。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf
- 19) 内閣府 (2016) 「介護保険の食費・居住費の軽減 (補足給付) の見直し (資産等の勘案)」 (P21) より。
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wgl/281013/sankou1-3.pdf>
- 20) 第1段階保険料率は、9段階の第1号保険料区分 (当時) のうち、最も保険料率が低い区分。生活保護被保護者である場合、世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者である場合、世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下である場合に適用された。
- 21) 厚生労働省 (2015) 「介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化」 (P1) より。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/iryokaigo06.pdf>
- 22) 第1~第3段階保険料率は、9段階の第1号保険料区分 (当時) のうち、世帯全員が市町村民税非課税である場合に適用される区分。
- 23) 厚生労働省 (2019) 「介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化」 (P1) より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/001471474.pdf>
- 24) 厚生労働省 (2023) 「給付と負担について」 (P2~3) より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001182065.pdf>
- 25) 被用者保険の保険者とは、主に企業等に雇用される者 (被用者) が加入する健康保険等の運営組織・団体のこと。加入者割とは、被用者保険の保険者に加入する被保険者の数に応じて各被用者保険者の介護納付金を負担する仕組みのこと。総報酬割は、被用者保険の保険者がそれぞれの総報酬額に応じた介護納付金を負担する仕組みのこと。
- 26) 厚生労働省 (2016) 「費用負担 (総報酬割) (参考資料)」 (P7~8) より。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000143993.pdf
- 27) 厚生労働省 (2019) 「事案の概要」 (P1) より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12303500/000581789.pdf>
- 28) 厚生労働省の試算では、2016年の実績ベースで負担減となる被保険者は約1,700万人、負担増となる被保険者は約1,300万人とされており、被保険者ごとの負担格差を抑制する配慮が講じられていることが分かる。
- 29) 厚生労働省 (2025) 「地域包括ケアシステムの深化、持続可能性の確保」 (P3~8) より。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001581945.pdf>
- 30) 「大都市部」は「高齢者人口が2040年にかけて増加し続け、サービス需要が急増する地域」とされ、増加する介護ニーズに応える仕組みを検討する必要があるとされる。「一般市等」は「高齢者人口が増減し、サービス需要の状況が2040年までの間に増加から減少へ転じる地域」とされ、近い将来に「中山間・人口減少地域」になることを見越して早い段階から準備を進め、必要に応じた柔軟な対応を図る必要があるとされる。「中山間・人口減少地域」は「高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する地域」とされ、利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、

- その需要に応じて計画的にサービス基盤の維持・確保を図る必要があるとされる。
- 31) 厚生労働省（2025）「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」（P3～4）より。<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001556760.pdf>
 - 32) 「要介護1・2の訪問介護・通所介護等の地域支援事業への移行」については、例えば、「介護の人材や財源に限りがある中で、要介護者の中でも専門的なサービスをより必要とする重度の方へ給付を重点化していくとともに、生活援助等は地域の実情に応じて効率的に提供していく必要がある」といった意見が示されている。
 - 33) 「ケアマネジメントの利用者負担の導入」については、例えば、「質の高い介護サービスを提供する上で、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おり、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、居宅介護支援に利用者負担を導入することで、質の高いケアマネジメントが選ばれる仕組みとする必要がある」といった意見が示されている。
 - 34) 「利用者負担（2割負担）の拡大・資産要件の導入」については、例えば、「負担能力に応じて、増加する介護費をより公平に支え合う観点」で、「所得だけでなく金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて検討した上で、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」といった意見が示されている。
 - 35) 財務省（2024）「財政制度分科会（令和6年11月13日）資料 社会保障」（P90～107）より。
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20241113/01.pdf
 - 36) 注釈34でも参照した財務省（2024）「財政制度分科会（令和6年11月13日）資料 社会保障」には、介護に限らず「少子化対策・子育て」「医療」「年金」「障害福祉」「生活保護」「雇用」についても様々な観点から課題が提示されている。
 - 37) 首相官邸HP「高市内閣総理大臣年頭記者会見」より（2026年1月15日閲覧）。
<https://www.kantei.go.jp/jp/104/statement/2026/0105kaiken.html>
 - 38) 詳細は拙稿「[大阪・関西万博「介護エキスポ」から未来の介護保険を考える～「介護の2040年問題」に介護予防が出来ることはあるか？～](#)」も参照されたいが、ここでは2024年の要介護（要支援）認定率が今後も同率で推移した場合の2040年の要介護（要支援）認定者数を2040年の年齢別推計人口に照らし推計している。

【参考文献】

- ・ 飯島勝矢・堀田聡子（2016）「在宅看取りに関する研究からの考察」
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度社会保障費用統計」
- ・ 厚生労働省（2012）「社会保障・税一体改革で目指す将来像」
- ・ 厚生労働省（2016）「地域支援事業の推進（参考資料）」
- ・ 厚生労働省（2024）「在宅医療・介護連携推進事業の取組について」
- ・ 星野卓也（2025）「高市新政権と社会保障改革～「高圧経済政策」との親和性を考える～」（<https://www.dlri.co.jp/report/macro/530695.html>）

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。