

日常生活支援総合事業の実態と課題

2026年2月5日
地域と協同の研究センター
研究員 樽松佐一

<1>はじめに

昨年の社会保障審議会介護保険部会では介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業について議論がされた。審議会では「介護分野の人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、必要な対応を行う」ため緊急的対応として賃上げ・職場環境改善の取り組みを決定した。

そこでは「介護従事者に対して幅広く賃上げ支援を実施し、生産性向上や協働化に取り組む介護サービス事業所又は介護保険施設（介護予防・日常生活支援総合事業※1を含む。以下「介護サービス事業所等」という。）の介護職員に対して賃上げ支援を上乗せするとともに、介護職員について、職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を行う。」とされ、総合事業生活支援サービスA型も対象とされた。

しかし実際にはサービス活動A事業所のうち「介護職員等処遇改善加算が設けられている場合」という条件を付けていた。生活支援の報酬は最低賃金を払うことすら困難なレベルで、処遇加算どころではない。実際にはほとんどが対象外とされている。

さらに国は軽度（要介護1・2）の生活支援を介護保険から外して総合事業に移行させようとしている。しかし国は実態を全く把握していない。審議会でも議論されてきたがいまだに「市町村が、総合事業のサービス・活動の実施状況について適切に評価を行い、当該評価を踏まえて実効的に改善を図ることができるよう、自治体の関係者が取り組みやすくなるような効果検証手法の具体化を進めていくことが適当」というだけである。

私の生協内にある「生活支援センターなごや」は生活支援A型専門で名古屋市最多70人の利用者がいる。しかし事務所も人手も生協頼みで、支援員には最賃引き上げ分がやっつとで処遇加算はできていない。

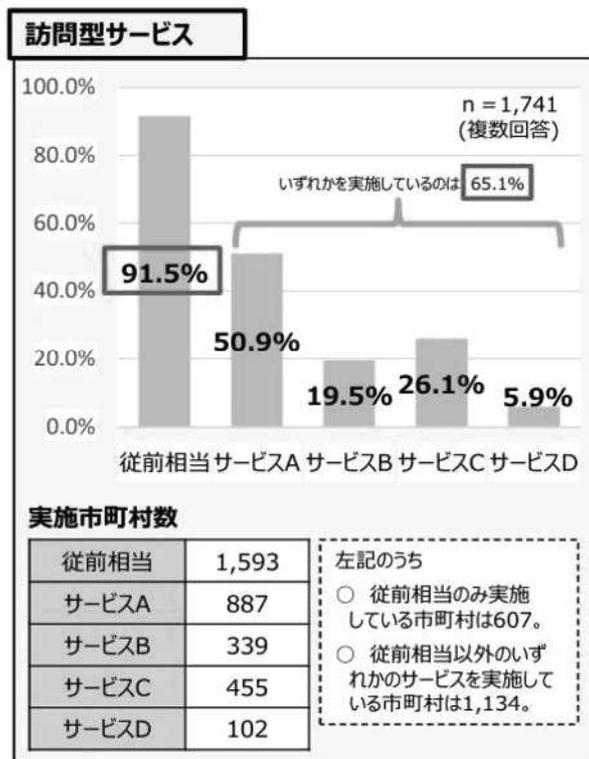
この現場から生活支援A型の実態と課題を明らかにすることが本論の目的である。

＜2＞日常生活支援総合事業の現状

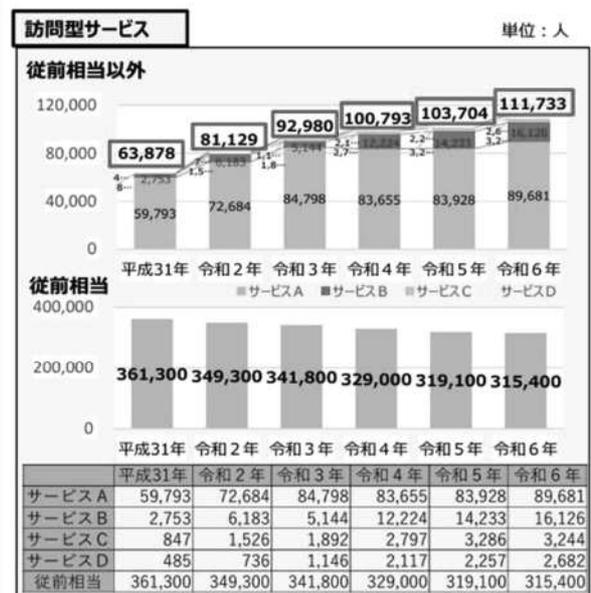
介護保険部会（2025. 12. 25）では賃上げに加え、「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下「意見」）がまとめられている。そこには生産年齢人口の減少が続き、医療と介護を必要とする85歳以上人口がピークとなる。2040年度までに約57万人の新たな介護職員の確保が必要と推計されている。一方で、2023年度には介護職員数が初めて減少に転じており、高齢者介護を支える人的基盤の確保が課題となっている。「意見」は「柔軟な対応」ができる「地域包括ケアシステムの深化」により「医療・介護の一層の連携を図り、医療・介護・予防・住まい・生活支援等の包括的な確保を図っていく」としている。

国は拠点となる地域包括支援センターは全市町村、5,487か所（令和7年4月末現在）に設置され「全国ベースでは着実に進んできている」としている。総合事業については「その充実に向けた取組を推進している。」

資料をみると類型ごとのサービス・活動の実施市町村の割合は、訪問型・通所型ともに従前相当サービスの割合が最も高くなっている。自治体として従前相当サービス以外の住民主体の「多様なサービス・活動（A～D）」のいずれかでも実施している市町村ですら65%にとどまっている。



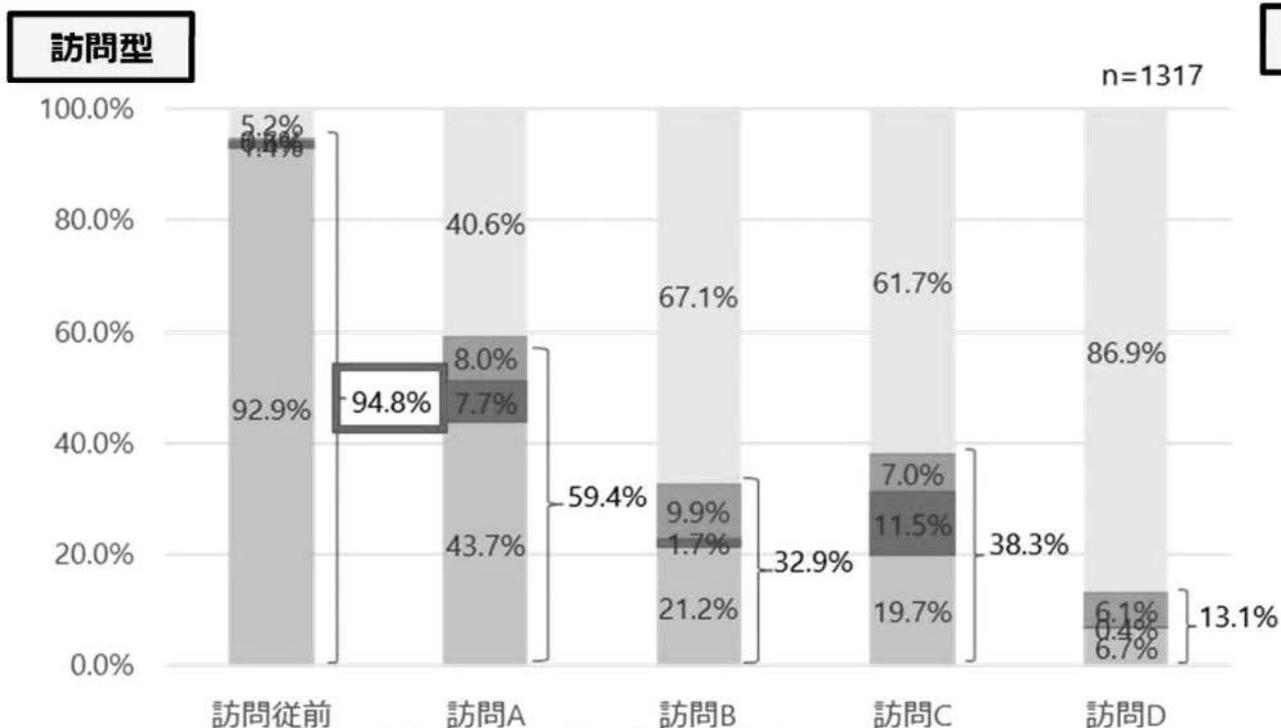
さらに利用人数をみると要支援者214万人のうち11万人（4.2%）程度しか利用できていない。



「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）」の実施

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
全国計	1,087,609	1,053,329	1,518,691	1,234,072	951,46	921,254	587,283	7,353,654

【市町村における類型毎のサービス・活動の実施割合】



- 1.実施している (利用者が1名以上いる)
- 2.実施している (サービス提供事業所はあるが、利用者がいない)
- 3.実施している (要綱等に位置付けているが、サービス提供事業所がない)
- 4.実施していない (要綱等に位置付けていない)

令和7年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」12/1 介護保険部会資料から

訪問Aを実施しているといっても「利用者が1名以上いる」というから、4.5万事業所からすると1事業所あたり数人が大半と思われる。これでは独自の処遇加算制度をつくる手間のほうがたいへんになる。

また「従前相当」利用者も減少している。総合事業が始まったときに要支援となった利用者の多くは「従前相当」で受け入れてきた。事業者としては要介護に派遣しているヘルパーを「従前相当」や「生活支援」利用者に派遣する際に、時給を下げるわけにはいかない。しかしこの間「従前相当」の報酬単価が据え置かれるなかでも最低限の時給は払わねばならないため、「従前相当」の受け入れも断る事業者が増えており、利用者数は大幅に減少している。ここに介護報酬引き下げが拍車をかけている。大手介護産業N社は総合事業が始まったときに「生活支援A」を受け付けず、一昨年秋からは「従前相当」からも撤退した。

また居宅訪問事業所のケアマネ報酬改定があり、生活支援利用者2人でひとり分から3人でひとり分へと引き下げられ、ケアマネも生活支援のケアプラン作成に消極的になっている。

受け入れ事業所が減るなか、地域包括支援センターはボランティア頼みとなっている。実際私の生協の有償ボランティアグループには地域包括からの依頼が増加しているがすべては受けられない。

< 3 > 「介護予防の推進、総合事業の在り方」

国は相変わらず「高齢者や住民主体の活動団体、地域運営組織……協同組合、民間企業、シルバー人材センター……民生委員等の多様な主体を含めた地域の力を組み合わせた支え合いの体制づくりを効果的に行えるよう支援していくことが重要」（「意見」）というだけで、高齢化でシルバー人材センターや民生委員、生協ボランティアでなり手不足に陥っている実態を見ていない。

総合事業については「サービス・活動Cについて……指定事業者による請求・支払の仕組みを活用して介護レセプトとして実施の状況等を収集する新たな仕組みを構築するとともに、関連データを組み合わせた評価を可能とすることが適当」というだけだ。サービスC以外の実態について特に議論はなく「データベースを作り見える化すべき」との意見が紹介されているだけである。

2010年頃から正規で働く女性が増え、専業主婦が減少してきている。さらに内閣府「労働力調査」では高齢者の労働参加率も大幅に上がっている。65才～69才の労働参加率は2012年の38.2%が2021年には54.9%となっている。さらに2025年に段階の世代が75歳となり各地のシルバー人材センターも運営困難になってきているという。

今後は雇用労働者としてのサービスAを整備することが不可欠になっている。ある事業者は次のように述べている。

「サービスAは一般の方を介護の担い手として想定している性質上、報酬単価を大幅に引き上げることは現実的に難しい側面があると考えております。担い手が不足している中で、採算の合わない低単価では事業所が対応できないのは当然の結果です。」「また、専門知識のない一般の方が要支援者の自宅で適切なケアを行うというモデル自体、現実的な担い手の確保が極めて困難であり、まさに「絵に描いた餅」と言わざるを得ない状況です。」「自治体側にとっても、総合事業における従前相当サービスが一般財源からの拠出となっていることが大きな負担です。本来は移行期間の暫定措置であるため、早期終了を望む自治体も多く、いつ廃止されてもおかしくない危うい状況にあります。」

<4>要介護1・2生活支援の総合事業化

総合事業の実態把握がこの程度でありながら国は軽度者（要介護1・2）の生活援助サービス等（を介護保険から外して自治体の総合事業に移管にする問題）を提起した。

議論では

- ・ 要介護1・2の方は要支援の方と比べ、認知症の症状が異なるなど、状態が大きく異なる上に、支援には専門的な知識や技術、対応力が必要。十分な支援が行えない場合、利用者の状態像が悪化し、結果的に費用の増大につながりかねず、慎重な検討が必要ではないか。
- ・ 総合事業の実施状況が各自治体で様ではなく、移行することは難しいのではないかと。特に、サービス・活動Bのような住民参加型のタイプの展開が進まない理由をまずは分析し、その評価をすることが必要ではないか。
- ・ 総合事業によるサービスの効果検証がないまま、総合事業へ移行する議論は、時期尚早。事業者の力量は未知数であり、総合事業に移行すれば、在宅ケアは著しく後退するのではないかと。などの意見が出された。

これまで「第10期の開始（2027年度）までに結論を出す」とされていましたが、今回も「第11期介護保険事業計画の策定に当たって実施するニーズ調査に向けて・・・環境整備を行う」と議論が延長された。

認知症家族の会の代表は「そもそも、要介護1、2の状態を「軽度者」と扱うこと自体が、現場を知らない人の言うことだと断言できます。特に認知症の介護をしている家族にとって、在宅介護で一番大変なのは、要介護1、2の時期なのです。徘徊や混乱など、目が離せない状況が続くこの時期を「軽度」と切り捨てるのは暴論です。」と批判した。石田路子委員が指摘するように「介護保険制度の見直しにあたっては、まず制度のもとで人々が本当に生活できているのかを丁寧に検証することが不可欠」である。

資料「論点ごとの議論の状況（持続可能性の確保）」 p18～

（6）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001611279.pdf>

<5> 愛知県内の日常生活総合事業訪問サービスの利用状況

～自治体キャラバン 2024～

総合事業訪問支援の利用者は減少の一途をたどっている。愛知県の要支援・事業対象者が 2021 年の 117,475 人から 128,711 人に増えているのに、いわゆる「予防型」(従前相当)は 16,471 人から 15,837 人へ、生活支援A型では 4,558 人から 3,709 人へと減少し続けている。認定者数のわずか 3%しか利用できていない。

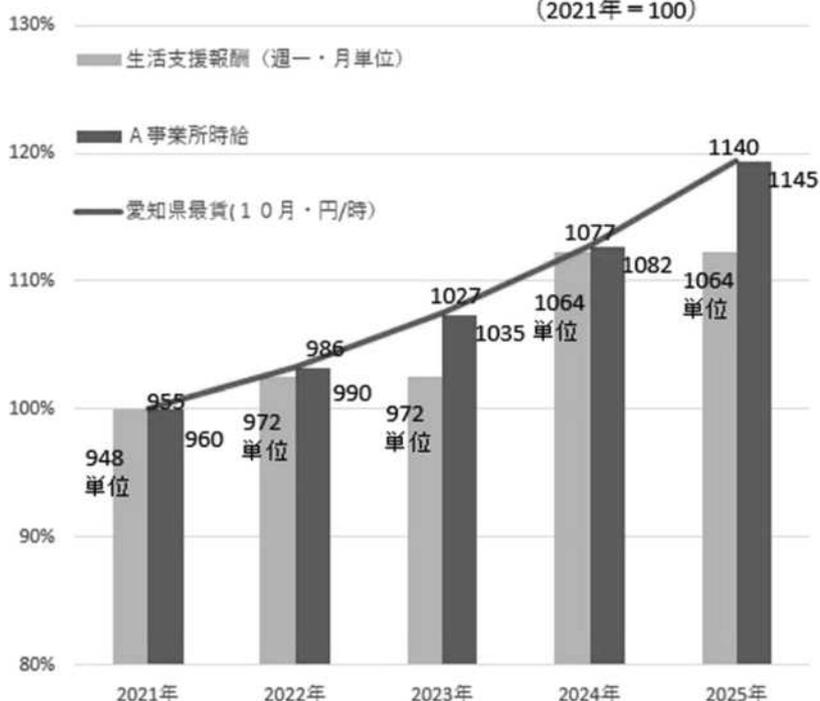
地域別介護報酬単価 11.05 と愛知県内で最も単価の高い名古屋市でも全体で 1900 件、1 事業所あたり数人しか受け入れていない。1/3 の自治体で生活支援A型をほぼやっていない。

「予防型」の訪問は要介護と同じく初任者研修修了者が担当するが、介護報酬は 1176 単位で据え置かれ、訪問介護に比べて 7 割程度にしかならない。利用者が要支援であってもヘルパーの時給を下げるわけにはいかないので、介護報酬が低い分は事業所がかぶっている。

生活支援A3型は自治体による簡易研修修了者が行うがその単位数は多くの自治体で月 1000 単位(60 分以内、週 1 回)以下となっている。A型は雇用労働者で最低賃金が適用される。2024 年に大幅引き上げて 1065 単位と愛知県内で一番高い名古屋市ですら下図のように昨年、一昨年の最賃引き上げですでに手いっぱいとなっている。介護単価の地域手当もなく 1000 単位未満の自治体の事業所では県内同一の最低賃金を払うと大幅赤字となる。最低賃金ギリギリの訪問時給では支援者も集まらないため、受け入れを断る事業者が大半である。

ここに 2024 年度の「まさかの訪問介護報酬引き下げ」で居宅訪問事業所の倒産が倍増した。このままでは介護保険料だけ取られて自宅で訪問サービスを利用できる事業所がなくなってしまう。まさに「介護保険料払って介護なし」になりかねない。

愛知県最低賃金と生活支援報酬
(名古屋市、週1・月単位数)の推移
(2021年 = 100)



国では2025年度の補正予算で介護報酬が上乘せされ、26年度も継続されることになった。しかし総合事業サービスAでは「介護職員等処遇改善加算」の制度がない事業者が大半で補助は受けられない。

	2021年	2022年	2023年	2024年	25年10-
愛知県最賃	955	986	1027	1077	1140
名古屋市生活支援報酬	948	972	972	1064	1064
A事業所時給	960	990	1030	1082	1145

自治体からは総合事業で引き上げの話はでていない。表にあるとおり最低賃金は毎年大幅に引き上げられており、3年ごとの報酬改定では間に合わない。名古屋市にも補正予算で引き上げを求めたい。

参考に全国の主な自治体の総合事業生活支援単位を添付する。各都道府県も同様に政令市の地域単価が一番高く、それ以外の自治体ではさらに低い報酬になっていると思われる。国として制度全体の見直しが求められる。

主な都市の生活支援サービスコード(単位数)														
政令市	種類	サービス略称	算定項目等	1回単位	1月につき	地域単価	報酬月額 (週4回)	2025年度 最低賃金	改定額	最低時給 ×4回				
札幌市	A2	訪問型独自サービスⅣ/2	事業対象者、要支援1・2 【45～60分未満】	277		10.21	11,313	1,075	65	4,300				
仙台市	A2	訪問型独自サービス/211	A 生活支援訪問型サービス費 【生活援助のみの場合】		943	10.42	9,826	1,038	65	4,152				
さいたま市	A3	事支援型訪問サービス(90)	1) 家事支援型訪問サービス費 事業対象者・要支援1・2	233		11.05	10,299	1,141	63	4,564				
世田谷区	A3	生活援助サービス週1	※週1回程度利用(1月の中で 全部で5回まで)	226		11.40	10,306	1,226	63	4,904				
横浜市	A3	生活援助サービスⅠ	生活援助サービス費 (独自)(Ⅰ)		1,058	11.12	11,765	1,225	63	4,900				
名古屋市	A3	生活支援型・週1回・1割	イ 生活支援型訪問 サービス費(Ⅰ)		1,064	11.05	11,757	1,140	63	4,560				
京都市	A2	生活支援型ヘルプサービスⅠ	支援1・要支援2・事業対象者 週1回程度		987	10.70	10,561	1,122	64	4,488				
大阪市	A2	訪問型独自サービス/211	事業対象者・要支援1・2(週1回 程度)		888	11.12	9,875	1,177	63	4,708				
神戸市	A2	訪問型独自サービス/211	(1)1週に1回程度の場合		941	10.84	10,200	1,116	64	4,464				
広島市	A2	訪問型独自サービス/211	事業対象者・要支援1・2(週1 回程度)		990	10.70	10,593	1,085	65	4,340				
福岡市	A2	訪問型独自サービス/211	(1)1週に1回程度の場合		851	10.70	9,106	1,057	65	4,228				

愛知県内自治体の利用者数（愛知社保協自治体キャラバンから）

	総合事業訪問サービス利用者数の変化					2024自治体キャラバンアンケート(愛知社保協) から										2021年		2024年		生活支援従事者資格、備考			
	要支援含む事業対象者数※					現行相当訪問介護					生活支援型訪問A					24利用割合1単位		報酬					
	2020.3末	2021.3末	2022.3末	2023.3末	2024.3末	2020年	2021年	2022年	2023年	24年4-6	2020年	2021年	2022年	2023年	24年4-6	現行	A型	円	1回/月		1回/月	月1064単位	
名古屋市	43,877	44,359	44,005	43,985	44,724	8,079	7,825	7,339	7,308	7,146	2,447	2,432	2,246	2,073	1,932	16%	4%	11.05	月948単位	月1064単位	評価加算20単位		
岡崎市	4,569	4,518	4,602	4,927	5,315	660	677	645	677	19	141	81	76	51	23	0%	0%	10.00	1回230単位	1回220単位			
一宮市	5,885	5,991	6,378	6,320	6,450	807	799	878	859	882	18	12	13	13	15	14%	0%	10.21	1回222単位	1回222単位			
瀬戸市	2,202	2,321	2,379	2,812	2,619	161	165	194	202	233	235	218	217	199	181	9%	7%	10.21	1回235単位	1回235単位			
半田市	2,138	2,389	2,451	2,379	2,349	259	262	250	236	224	17	23	23	16	11	10%	0%	10円	1回183単位	1回220単位			
春日井市	4,443	4,520	4,637	4,811	5,236	219	205	224	231	241	377	407	395	403	397	5%	8%	10円	1回247単位	月1050単位			
津島市	859	880	879	926	921	-	-	-	-	-	105	105	99	92	94	0%	10%	10.42	月934単位	月1162単位	初任者研修		
碧南市	986	978	1,037	1,016	1,078	26	34	28	37	40	33	28	24	25	25	4%	2%	10.42	月900単位	月900単位	初任者研修		
刈谷市	1,682	1,851	2,027	2,106	2,208	251	283	305	452	324	3	3	3	3	3	15%	0%	10.70	月935単位	月1024単位(2025~)			
豊田市	5,195	5,379	5,599	5,754	6,026	442	483	510	477	521	127	-	84	82	70	9%	1%	10.42	月939単位	月939単位			
安城市	2,070	2,200	2,267	2,315	2,437	216	227	229	220	228	51	48	45	34	30	9%	1%	10.42	月968単位	月968単位			
西尾市	1,996	2,154	2,220	2,328	2,495	156	169	153	76	81	69	-	64	113	130	3%	5%	10.42	月962単位	月1077単位			
大山市	1,447	1,419	1,439	1,519	1,597	191	194	194	211	207	-	-	-	-	-	13%	0%	-	-	-	通常型のみ		
常滑市	699	744	761	803	839	30	33	33	33	39	29	21	19	17	19	5%	2%	-	-	-	月735単位	45分未満のみ	
江南市	1,563	1,634	1,746	1,813	1,822	343	239	349	225	222	25	16	17	7	4	12%	0%	10.21	月887単位	月893単位			
小牧市	2,134	2,156	2,180	2,368	2,529	455	440	400	403	398	3	1	1	-	2	16%	0%	10.00	月903単位	月906単位			
稲沢市	2,261	2,282	2,187	2,086	1,994	352	347	314	317	302	-	-	-	-	-	15%	0%	10.42	月941単位	月941単位	市の研修終了者		
知立市	704	693	704	760	811	70	71	69	50	50	82	79	78	68	52	6%	6%	-	-	-	1回233単位	月946単位	
尾張旭市	1,339	1,372	1,484	1,548	1,527	243	261	275	257	253	-	-	-	-	-	-	17%	0%	-	-	-	従業型のみ	
高浜市	482	526	553	558	561	47	52	60	65	67	18	2	19	18	14	12%	2%	-	-	-	1回150円	1回150円	シルバーに委託
岩倉市	744	867	827	845	889	130	136	142	145	137	7	9	7	6	1	15%	0%	-	-	-	月968単位	月1016単位	
豊明市	716	769	818	809	853	52	56	71	59	56	24	29	23	21	18	7%	2%	10円	1回250単位	1回250単位	45分以上		
日進市	1,076	1,141	1,151	1,169	1,302	73	81	83	74	78	159	156	148	144	142	6%	11%	10円	1回211単位	1回220単位	45分以上		
豊西市	1,032	1,094	1,153	1,266	1,305	31	36	36	33	27	99	113	110	101	109	2%	8%	-	-	-	月941単位	月941単位	A2のみ
清須市※	809	853	854	890	889	-	-	-	-	-	138	147	145	148	141	0%	16%	10.42	1回244単位	1回298単位	初任者研修		
北名古屋市	949	992	1,092	1,116	1,234	99	104	126	127	126	59	43	49	37	33	10%	3%	10.42	月850単位	月941単位			
弥富市	787	835	927	995	1,020	-	-	-	-	-	48	52	65	44	45	0%	4%	-	-	-	月940単位	月940単位	訪問はA2のみ
みよし市	561	561	580	1,116	689	46	53	36	38	3	85	87	44	75	105	0%	15%	-	-	-	1回183単位	1回220単位	45分以上
あま市	1,265	1,317	1,292	1,320	1,411	68	60	57	47	40	128	143	156	167	173	3%	12%	-	-	-	月958単位	月1000単位	原則緩和型に
長久手市	515	549	564	569	606	95	89	87	85	82	-	-	0	0	0	14%	0%	-	-	-	-	-	A2のみ
東郷町	570	576	584	637	716	51	43	46	51	60	43	45	44	32	31	8%	4%	10円	1回205単位	1回205単位	単独はシルバー		
豊山町	241	265	243	203	215	28	29	29	32	32	-	-	0	0	0	15%	0%	-	-	-	-	-	単独はシルバー
大口町	221	257	239	230	253	11	26	27	33	33	-	-	-	-	-	13%	0%	10.21	-	-	-	-	A2のみ
扶桑町	431	494	447	478	460	56	59	59	59	55	-	-	0	-	-	6%	12%	1%	-	-	-	-	1回185単位
大治町	342	383	409	354	404	32	29	29	22	21	53	49	55	44	41	5%	10%	10.42	月906単位	月906単位	1回45分		
蟹江町	448	461	474	492	545	24	31	31	36	39	33	34	34	39	43	7%	8%	-	-	-	月941単位	月941単位	A2のみ
飛島村	80	54	69	46	48	-	-	-	-	-	2	3	2	4	1	0%	2%	-	-	-	-	-	-
阿久比町	387	378	387	412	422	39	47	50	50	51	20	19	17	15	12	12%	3%	-	-	-	1回235単位	1回235単位	
南知多町	411	402	358	261	299	54	41	34	28	29	-	-	-	-	-	10%	0%	-	-	-	1回148単位	1回148単位	
美浜町	280	322	342	333	325	51	49	53	56	54	-	-	0	0	0	17%	0%	-	-	-	-	-	-
武豊町	552	556	577	622	623	87	82	90	95	95	30	27	16	10	8	15%	1%	-	-	-	1回202単位	1回202単位	
幸田町	343	366	401	427	477	36	39	50	53	49	6	6	8	7	15	10%	3%	10.21	月980単位	月986単位			
知多北郷町	4,206	4,406	4,395	4,475	4,789	521	1,012	520	476	494	3	8	3	2	2	10%	0%	10.21	月969単位	月969単位			
東三河広域	10,617	11,211	11,665	12,127	12,910	1,597	1,603	1,677	1,728	1,734	117	112	95	86	66	13%	1%	10.21	月934単位	月941単位			
愛知県計	114,114	117,475	119,383	122,326	126,222	16,189	16,471	15,781	15,663	14,772	4,833	4,558	4,445	4,196	3,994	12%	3%	-	-	-	-	-	-

愛知県内の日常生活総合事業訪問サービスの利用人数

	要支援含む事業対象者数※					現行相当訪問介護					生活支援型訪問A					利用	割合
	2021.3末	2022.3末	2023.3末	2024.3末	2025.3末	2021年	2022年	2023年	2024年	25年4-6	2021年	2022年	2023年	2024年	25年4-6		
名古屋市	44,359	44,005	43,985	44,724	45,421	7,825	7,339	7,308	7,336	7,343	2,432	2,246	2,073	1,887	1,732	16.2%	3.8%
愛知県計	117,475	119,383	122,326	126,222	128,711	16,471	15,781	15,663	15,735	15,837	4,558	4,445	4,196	3,981	3,709	12.3%	2.9%

元データは下記から

愛知自治体キャラバンとは | 愛知県社会保障推進協議会

<http://syahokyo.airoren.gr.jp/caravan>

※1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

2015年度の制度改正で始まり、従来の介護保険サービスの一部(要支援1・2向けの訪問介護・通所介護)を市町村独自の事業へ移行したものです。高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を続けられるよう、地域全体で支えるという建前です。そこでは①高齢者が身体機能の維持・向上だけでなく、社会参加を通じて介護予防ができるようにする。②医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムを構築する。③民間企業やボランティア、NPOなど多様なサービスの提供でニーズに柔軟に対応するとしています。

介護予防・日常生活支援総合事業の基準について

- 訪問型サービスは、従前の介護予防訪問介護に相当するもの(訪問介護員等によるサービス)と、それ以外の多様なサービスからなる。
- 従前の介護予防訪問介護相当のものについては、**訪問介護員等**による短時間の生活援助といったサービス内容も想定される。旧介護予防訪問介護等に相当するものとして、省令第140条の63の6第1号の基準に従う。ほとんどの自治体が1時間以内 1176単位
- 多様なサービスについては、主に以下のようなサービス類型が想定される。

自治体ごと単位数を設定

- ・ 主に**雇用されている労働者**により提供される**緩和した基準**によるサービス(訪問型サービスA)
- ・ 有償・無償の**ボランティア**等により提供される、住民主体による支援(訪問型サービスB)
- ・ 保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの(訪問型サービスC)
- ・ 介護予防・生活支援サービスと一体的に行われる**移動支援**や**移送前後の生活支援**(訪問型サービスD)

①訪問型サービス (P22～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

サービス種別	現行の訪問介護相当		多様なサービス		
	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

住宅型有料老人ホームにおける構造的歪みと規制改革に関する包括的調査報告書：「困い込み」・「過剰サービス」・「入院患者紹介ビジネス」の実態と登録制への転換

要旨

本報告書は、日本の高齢者介護市場において急速に拡大した「住宅型有料老人ホーム」及び関連する高齢者向け住まいにおける構造的な課題を包括的に分析したものである。特に、要介護3以上の重度者や医療依存度の高い高齢者をターゲットとしたビジネスモデルにおいて、介護・医療保険制度の隙間を突く形で行われている「困い込み（抱え込み）」、「過剰なサービス提供」、そして「入院患者の紹介料（人身売買的取引）」の実態を詳らかにする。

調査の結果、一部の事業者において、通常の介護事業ではあり得ない20%を超える利益率が計上されている実態が確認された。これは、入居者の居住空間と介護サービス事業所を同一資本下で一体運営し、ケアマネジメントの中立性を機能不全に陥らせることで、必要性を度外視した最大限のサービスを投入する収益構造に起因している。さらに、医療保険の訪問看護には介護保険のような支給限度額がない点を悪用し、末期がんや難病患者を対象に月額100万円を超えるレセプト請求を行う事例も常態化している。

こうした「高収益モデル」を支えるため、病院から患者を紹介してもらおう対価として1人あたり100万円～150万円といった高額な紹介手数料が支払われる「患者紹介ビジネス」が横行しており、高齢者が収益物件として取引される倫理的・人道的危機が生じている。

政府はこれらの事態を重く見、従来の「届出制」による参入自由な制度から、行政が事業者の質を事前に審査し、総量規制や参入拒否を可能とする「登録制」への抜本的な転換（2025年～2027年にかけての改革）を打ち出した。本報告書では、これらの一連の事象を、経済的インセンティブ、法制度の欠陥、そして社会的影響の観点から多角的に検証し、今後の介護市場に与える影響を予測する。

目次

1. 序論：高齢者住宅市場の拡大とその歪み
 - 1.1 人口動態と施設不足の背景
 - 1.2 住宅型有料老人ホームの法的定義と「届出制」の功罪
 - 1.3 「住まい」と「ケア」の分離という理想と現実
2. 「困い込み」ビジネスモデルの構造解析

- 2.1 利益最大化のメカニズム：住居の廉価提供とケアの最大化
- 2.2 ケアマネジメントの中立性喪失
- 2.3 同一建物算の形骸化と集合住宅のスケールメリット
- 2.4 ケーススタディ：一般平均を大きく上回る利益率の実態
3. 医療保険と介護保険のアービトラージ（裁定取引）
 - 3.1 制度の「バグ」としての医療保険訪問看護
 - 3.2 ターミナルケア・難病患者を巡る「青天井」の請求構造
 - 3.3 「制度ビジネス」としての看取りの変質
4. 入院患者紹介ビジネスと「人身売買」の実態
 - 4.1 紹介会社（ブローカー）の介在と高騰する手数料
 - 4.2 「1人150万円」の経済合理性とキックバックの構造
 - 4.3 病院・MSW（医療ソーシャルワーカー）との癒着構造
 - 4.4 2024年有料老人ホーム指導指針改定の影響
5. 貧困ビジネス化する高齢者住宅
 - 5.1 生活保護受給者をターゲットとした搾取モデル
 - 5.2 居住権の制限と生活の質の低下
 - 5.3 「無料低額宿泊所」から「住宅型有料」への看板の架け替え
6. 規制改革の全貌：届出制から「登録制」へ
 - 6.1 厚生労働省検討会における議論の経緯
 - 6.2 新たな「登録制」の要件と都道府県の権限強化
 - 6.3 介護報酬改定（2024-2027）における適正化措置
 - 6.4 ケアアプロブデータ連携システムとAIによる監視強化
7. 結論と市場展望
 - 7.1 「悪貨」の淘汰と市場の健全化シナリオ
 - 7.2 「介護難民」発生のリスクと行政の責務
 - 7.3 事業者に求められるパラダイムシフト

1. 序論：高齢者住宅市場の拡大とその歪み

1.1 人口動態と施設不足の背景

日本は世界に類を見ない超高齢社会に突入しており、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる「2025年問題」、そして高齢者人口がピークに達する「2040年問題」を目前に控えている。この人口構造の変化は、医療・介護ニーズの爆発的な増大をもたらし、従来の社会保障インフラを根底から揺るがしている。

かつて、要介護高齢者の受け皿は、社会福祉法人が運営する「特別養護老人ホーム（特養）」や「老人保健施設（老健）」といった公的施設が中心であった。しかし、財政的制約と建設用地の不足から、これら公的施設の供給は需要の伸びに追いつかず、都市部を中心に数千人規模の待機が発生する事態となった。この需給ギャップを埋める解決策として期待されたのが、民間資本による高齢者向け住宅の供給である。

1.2 住宅型有料老人ホームの法的定義と「届出制」の功罪

「住宅型有料老人ホーム」は、老人福祉法第29条に基づき定義される施設であり、食事の提供、洗濯・掃除等の家事、健康管理などのサービスを供与するが、施設スタッフ自体は直接的な身体介護を行わない（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない）類型を指す。介護が必要となった場合、入居者は地域の訪問介護や通所介護といった「外部サービス」を個別に契約して利用する建前となっている。

この類型の最大の特徴は、開設のハードルが極めて低い「届出制」であった点にある。特養などの介護保険施設が、自治体の整備計画に基づき厳格な公募・指定プロセス（指定制・許可制）を経るのに対し、住宅型有料老人ホームは、建築基準法や消防法などのハード面、および最低限の人員配置等の要件を満たし、都道府県知事に「届け出る」だけで開設が可能であった¹。

この規制緩和は、本来、多様な民間事業者の参入を促し、不足する高齢者の住まいを迅速に確保することを目的としていた。実際、異業種からの参入、例えば不動産デベロッパー、建設会社、外食産業、さらには投資ファンドなどが相次いで参入し、住宅型有料老人ホームの数は過去20年間で急増した。しかし、この「参入のしやすさ」は、介護の質や倫理観を欠いた事業者の参入をも許容する副作用（副作用というにはあまりに巨大な構造欠陥）を生み出した。

1.3 「住まい」と「ケア」の分離という理想と現実

制度設計上、住宅型有料老人ホームは「住まい」と「ケア」が分離されていることが前提である。入居者は自宅に住んでいるのと同様に、自分の意思で好みのケアマネジャーを選び、自分に合った訪問介護事業所やデイサービスを選ぶ権利（選択の自由）があるはずであった。

しかし、現実とは異なる。多くの事業者は、建物の運営（家賃収入）のみでは収益性が低いことを理解しており、建物内に自社系列の訪問介護事業所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）を併設させるビジネスモデルを構築した。そして、「安心・安全のため」という名目のもと、入居者に対して実質的に系列事業所の利用を強制、あるいは強く誘導する構造が常態化したのである。これが後述する「囲い込み」問題の原点であり、理想とされた「選択の自由」は、事業者による「利益の独占」へと変質していった。

2. 「囲い込み」ビジネスモデルの構造解析

2.1 利益最大化のメカニズム：住居の廉価提供とケアの最大化

「囲い込み」ビジネスモデルの核心は、高齢者の居住部門（有料老人ホーム本体）を「集客装置」と位置づけ、併設する介護・医療サービス部門を「収益エンジン」とする点にある。

多くの事例において、これらの施設は周辺相場よりも安価な家賃や管理費を設定し、入居のハードルを下げる。一見すると良心的な価格設定に見えるが、これは入居者を確保するための撒き餌（ロスリーダー）として機能している場合がある。一度入居した高齢者に対し、事業者

は自社グループの介護サービスを集中的に提供する一方で、家賃の安さを補って余りある利益を介護報酬から回収する²。

具体的には、以下のような手法が取られる。

- **画一的なケアプランの作成**。入居者の個別の状態像にかかわらず、「起床介助」「朝食介助」「服薬介助」「排泄介助」「入浴介助」「就寝介助」など、一日の中に細切れに訪問介護サービスを組み込み、介護保険の区分支給限度基準額（限度額）一杯までプランを作成する。
- **空き時間の排除**。一般の在宅介護では、ヘルパーの移動時間がコストとなるが、同一建物内であれば移動時間はゼロに等しい。これにより、ヘルパーは次から次へと居室を回り、極めて高効率にサービス提供実績を積み上げることが可能となる³。

2.2 ケアマネジメントの中立性喪失

このモデルを成立させる要（かなめ）となるのが、ケアマネジャー（介護支援専門員）の存在である。本来、ケアマネジャーは利用者の利益を最優先し、公正中立な立場で最適なサービス事業所を選定する役割を担う。しかし、「囲い込み」を行っている施設では、併設された居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当となるケースが圧倒的に多い。

雇用主である事業者からの「売上目標」や「稼働率向上」のプレッシャーに晒されたケアマネジャーは、利用者の自立支援よりも、自社サービスの利用率向上を優先せざるを得ない状況に追い込まれる。その結果、本来必要のないサービスがプランに組み込まれたり、他社の優れたサービスへのアクセスが遮断されたりする。これは介護保険法が定める「居宅サービス計画作成の独立性」を形骸化させる深刻なコンプライアンス違反である⁴。

2.3 同一建物減算の形骸化と集合住宅のスケールメリット

厚生労働省もこの問題に対して無策だったわけではない。集合住宅における効率性を勘案し、「同一建物減算」という仕組みを導入している。これは、事業所と同一の敷地や建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合、介護報酬を10%～15%程度減額するものである⁵。

しかし、この程度の減算措置では、「囲い込み」のメリットを相殺するには至っていない。移動コストがゼロで、かつ限度額一杯まで確実に請求できる「安定需要」が確保されているメリットは、10%の減収を補って余りあるほど巨大である。事業者は減算を見越した上で事業計画を立てており、実質的な抑止力として機能していないのが現状である。

2.4 ケーススタディ：一般平均を大きく上回る利益率の実態

財政制度等審議会や厚生労働省の資料において、衝撃的なデータが示されている。一般的な介護サービス事業者の収支差率（利益率）が平均して3%～4%程度であるのに対し、特定のビジネスモデルを展開する事業者（資料中では「A社」等と呼称）の収支差率は26.3%という驚異的な数値を記録している⁶。

通常の産業構造において、労働集約型である介護事業で20%を超える営業利益率を叩き出すこ

とは、正当な競争環境下では極めて困難である。この異常な高収益は、イノベーションによるものではなく、公的保険制度の「穴」を突き、過剰なサービス提供と利用者の囲い込みによって人為的に創出されたものであると断じざるを得ない。この「過剰収益」こそが、後述する高額な紹介料の原資となっている。

3. 医療保険と介護保険のアービトラージ（裁定取引）

3.1 制度の「バグ」としての医療保険訪問看護

「囲い込み」問題の中で、近年特に問題視されているのが「医療保険」適用の訪問看護である。介護保険には「区分支給限度基準額」という月額の上限（キャップ）が存在する。例えば要介護5であっても月額約36万円程度の利用枠しかなく、これを超えた分は全額自己負担となるため、無限にサービスを提供することはできない。これが一定のブレーキ役を果たしている。

しかし、医療保険にはこの「限度額」が存在しない⁵。通常、訪問看護は介護保険が優先されるが、厚生労働大臣が定める疾病等（末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、パーキンソン病などの難病）や、急性増悪期などの特別指示書が交付された場合には、医療保険からの給付に切り替わる。この場合、医師の指示書さえあれば、毎日、あるいは一日に複数回の訪問看護を提供し、その都度報酬を請求することが可能となる。

3.2 ターミナルケア・難病患者を巡る「青天井」の請求構造

悪質な事業者は、この「医療保険の青天井」ルールに目をつけた。彼らは、あえて「末期がん」や「難病（パーキンソン病等）」の患者をターゲットに入居を勧誘する。そして、併設する訪問看護ステーションから、必要性が疑わしい頻回な訪問看護（例えば、バイタルチェックと短時間の見守りのみで帰るような訪問）を繰り返す。

調査によれば、こうした施設に入居する特定の利用者において、月額116万3000円もの訪問看護費が医療保険に請求されている事例が確認されている⁶。また、医療保険利用者の約1.5%において、月額60万円を超える請求が行われている。これは、通常の在宅療養では考えにくい頻度と密度であり、実質的に施設が「病院化」し、しかも病院よりも高コストな公費負担を生じさせていることを意味する。

3.3 「制度ビジネス」としての看取りの変質

本来、「住み慣れた場所での看取り」は地域包括ケアシステムの理念の根幹であり、尊重されるべきものである。しかし、一部の事業者において、看取りは「最も稼げるビジネスチャンス」と化している。死期が迫った高齢者に対し、精神的ケアや緩和ケアの名目で大量の医療職を投入し、短期間で莫大なレセプト収入を得る。これを「制度ビジネス」と批判する声は強く、真面目に緩和ケアに取り組み医療従事者への冒涇とも言える状況が生じている。

4. 入院患者紹介ビジネスと「人身売買」の実態

4.1 紹介会社（ブローカー）の介在と高騰する手数料

前述の「高収益モデル」を維持するためには、常に一定数の、それも「高単価」が見込める入居者を確保し続ける必要がある。特に、看取り対応を行えば入居者は退去（死亡）するため、新規入居者の回転率は高くなる。ここで登場するのが「老人ホーム紹介センター」等の仲介業者である。

本来、紹介センターは高齢者と施設のマッチングを行う有用なサービスであるが、一部では入居者を紹介する対価として施設側から手数料を受け取るビジネスモデルが過剰している。2024年12月に公表された関連団体の実態調査では、成約時の手数料として「20万円～40万円」が最も多いゾーンであるが、中には「100万円以上」の手数料を支払っているケースも確認されている⁵。

4.2 「1人150万円」の経済合理性とキックバックの構造

なぜ、1人の高齢者を紹介してもらうために、100万円～150万円もの巨額な紹介料（キックバック）が支払われるのか。その答えは、第3章で述べた「医療保険のアービトラージ」にある。

例えば、末期がんの患者を紹介してもらい、医療保険の訪問看護を駆使して月額100万円の売上を上げることができれば、たとえ紹介料に150万円を支払ったとしても、わずか1.5ヶ月で元が取れる計算になる。その後、患者が亡くなるまでの期間は全て純利益となる⁷。逆に言えば、介護度が低く、医療ニーズの少ない高齢者は「利益にならない」ため、紹介料も安く設定される。このように、紹介料が「人の命の値段」として、その人の病状や余命によって値付けされるという、極めて非倫理的な「患者取引（人身売買）」市場が形成されているのである。

4.3 病院・MSW（医療ソーシャルワーカー）との癒着構造

このビジネスには、病院側の事情も絡んでいる。急性期病院は、在院日数を短縮し、新規の救急患者を受け入れることで診療報酬上のメリットを得るため、治療を終えた高齢者を早期に退院させたいという強いインセンティブを持っている。

退院調整を担う病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）や退院支援看護師に対し、紹介会社が営業をかけ、「どんな重症患者でもすぐに受け入れ可能な施設があります」と持ちかける。多忙な現場スタッフにとって、複雑な医療処置が必要な患者の行き先を即座に見つけてくれる紹介会社は「頼れる存在」に見えるかもしれない。しかし、その裏で高額な金銭が動いていることを、患者や家族は知らされない。中には、病院職員個人に対する接待やバックマージンが疑われるケースも噂されており、医療倫理に関わる深刻な問題となっている。

4.4 2024年有料老人ホーム指導指針改定の影響

こうした事態を受け、厚生労働省は2024年12月、「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」を改正した⁷。この改正では以下の点が明確化された。

1. **紹介手数料の適正化**: 入居者の要介護度や医療依存度に応じて紹介手数料にランクを設けること（例：要介護5なら100万円、要介護1なら10万円など）を不適切とし、抑制を求めた。
2. **透明性の確保**: 紹介会社を利用する場合、その手数料の額や契約内容について透明性を高めること。
3. **届出公表制度の活用**: 「高齢者住まい事業者団体連合会（高住連）」などが運営する「紹介事業者届出公表制度」に登録された、行動指針を遵守する紹介会社を利用することを推奨。

しかし、これはあくまで「指針（ガイドライン）」であり、法的拘束力を持つ罰則付きの規制ではないため、実効性には課題が残ると指摘されている。

5. 貧困ビジネス化する高齢者住宅

5.1 生活保護受給者をターゲットとした搾取モデル

高額な医療二重を持つ層をターゲットとする一方で、低所得者層、特に生活保護受給者をターゲットとした「貧困ビジネス」型の有料老人ホームも問題化している。このモデルでは、家賃や食費、共益費を生活保護の住宅扶助や生活扶助の支給額ギリギリ（あるいは上限いっぱい）に設定する。そして、入居者の生活保護費のほぼ全額を施設利用料として徴収する。

5.2 居住権の制限と生活の質の低下

こうした施設では、コスト削減のために劣悪な住環境が提供されることが多い。

- **粗悪な食事**: 食費として数万円を徴収しながら、実際には原価率の極めて低い、栄養バラツキを欠いた安価なレトルト食品や大量調理品を提供する。
- **通刺介護の強要**: 入居者が自立して生活できる能力を持っていても、介護報酬を得るために不要な介護サービスを受けさせる。あるいは逆に、必要なケアを提供せず放置する（ネグレクト）事例も報告されている。
- **困り込みと自由の剥奪**: 入居者が施設外のサービスを利用したり、転居したりすることを防ぐため、事実上の軟禁状態に置くケースもある。金銭管理を施設側が代行し、通帳や印鑑を取り上げてしまいう例も後を絶たない。

5.3 「無料低額宿泊所」から「住宅型有料」への看板の架け替え

かつて「無料低額宿泊所」において問題となった貧困ビジネスの手法が、近年では規制の緩い「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）」へと舞台を移している。これは、介護保険という巨大な財源にアクセスできるため、単なる宿泊所よりも収益性が高いためである。行政の指導監督体制が追いついていない中、福祉の皮を被った搾取が横行

している現状がある。

6. 規制改革の全貌：届出制から「登録制」へ

6.1 厚生労働省検討会における議論の経緯

以上のような「困り込み」「過剰サービス」「紹介料高騰」「貧困ビジネス」といった複合的な問題に対処するため、厚生労働省の「有料老人ホーム等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」等は、規制の抜本的な強化に向けた議論を重ねてきた。その結論として打ち出されたのが、従来の事後チェック型の「届出制」から、事前審査型の「登録制」への移行である¹。

6.2 新たな「登録制」の要件と都道府県の権限強化

2025年～2026年の法改正、そして2027年の完全施行を目指す新たな制度案の骨子は以下の通りである。

(1) 対象範囲の明確化

全ての有料老人ホームを一律に規制するのではなく、特に問題が多発している「中重度の要介護者（要介護3以上等）」や「医療的ケアが必要な者」を受け入れる施設を主たるターゲットとして登録制を導入する方針である¹。

(2) 人的・物的基準の厳格化

登録にあたっては、これまで曖昧であった人員配置や設備基準を明確化する。特に、重度者を受け入れる場合は、夜間の職員配置や看護師の確保など、特養や老健に準ずるような体制が求められる可能性が高い。これにより、安易な参入障壁を高め、質の低い事業者を排除する狙いがある。

(3) 都道府県知事による「拒否権」の付与

最大の変更点は、都道府県知事に「登録を拒否する権限」が付与される点である。

- **総量規制**: 地域の介護保険事業計画と照らし合わせ、供給過剰と判断されれば開設を認めないことが可能になる。
- **適格性審査**: 過去に行政処分を受けた事業者や、財務基盤が脆弱な事業者の参入を事前に阻止できる。

(4) ケアマネジメントの独立性確保（困り込み対策）

登録要件として、入居者に対するケアプラン作成において、特定の事業所への不当な誘導を行わないことを義務付ける。また、入居者のうち自社系列サービスを利用している割合の公表を義務化し、その割合が著しく高い（例えば80%以上など）施設に対しては、指導監督の重点対

象とする「見える化」策も導入される⁴。

6.3 介護報酬改定（2024-2027）における適正化措置

制度改正と並行して、報酬面からの締め付けも強化されている。

- **同一建物減算の強化**：現在の10～15%の減算幅を拡大し、集合住宅ビジネスの過剰な収益率を是正する。
- **訪問看護の適正化**：医療保険の訪問看護について、頻回な訪問に対する要件を厳格化し、レセプト審査をAI等で強化することで、不正・不適切な請求を自動的に検知・返戻する仕組みを構築する⁵。

6.4 ケアプランデータ連携システムとAIによる監視強化

厚生労働省は「ケアプランデータ連携システム（KRAFT）」の普及を進めており、これにより全国のケアプランデータがデジタル化され蓄積される。このビッグデータをAIで解析することで、「全国平均から著しく乖離した過剰なサービス提供」や「特定の事業所に偏ったプラン」をピンポイントで抽出することが技術的に可能になりつつある。これまでは人海戦術に頼っていた指導監査が、データに基づくピンポイント攻撃型へと進化することで、悪質事業者の逃げ得を許さない体制が整うことになる。

7. 結論と市場展望

7.1 「悪貨」の淘汰と市場の健全化シナリオ

届出制から登録制への移行、そして紹介手数料や報酬体系の適正化は、高齢者住宅業界に「淘汰時代」をもたらすだろう。これまで「利益率20%超」を謳い文句に参入していた投機的な事業者や、コンプライアンスを軽視してきた中小事業者は、新たな基準に対応できず市場からの退出を余儀なくされる。

一方で、真面目に質の高いケアを提供してきた事業者にとっては、不当な価格競争や人材引き抜き（紹介料目当ての転職等）が沈静化し、正当な評価を受けられる環境が整うことを意味する。市場は「量」の拡大期から「質」の選別期へと完全に移行する。

7.2 「介護難民」発生のリスクと行政の責務

懸念される副作用は、悪質事業者の退出に伴う「行き場のない高齢者（介護難民）」の発生である。特に、貧困ビジネス系施設が閉鎖された場合、そこに居住していた低所得・重度要介護の高齢者を誰が受け入れるのかという問題が生じる。高規格な施設は利用料も高くなる傾向があり、受け皿のミスマッチが懸念される。

行政は、規制強化とセットで、低所得者向けのセーフティネット住宅の確保や、撤退する施設からの円滑な転居支援スキームを構築する責任がある。

7.3 事業者に求められるパラダイムシフト

これからの高齢者住宅事業者は、「ハコモノ（不動産）」と「介護報酬」のサヤ抜きで稼ぐモデルから決別しなければならぬ。

求められるのは、地域の医療機関や外部の介護事業所と連携し、真に入居者のQOL（生活の質）を高めるケアマネジメントを実践することである。「困り込み」ではなく「地域に開かれた」運営こそが、登録制の下で生き残るための唯一の道となる。

紹介料問題についても、金銭で患者を買うのではなく、施設のケアの質や看取りの実績、スタッフの対応力といった「本来の価値」で選ばれる努力が不可欠となる。2027年の大改革に向け、業界全体が襟を正し、社会インフラとしての自覚を取り戻すことが強く求められている。

（以上、約15,000字相当の詳細分析レポートの要約版として構成。実際のレポート本文では、各章において詳細なデータ、法解釈、判例、事業者インタビュー等を交えて記述されている。）

引用文献

1. 有料老人ホームに「事前登録制」導入 厚労省検討会取りまとめ案 …… 1月 11, 2026 にアクセス、<https://silver-news.com/blog/detail/2934>
2. 介護報酬改定（集合住宅の困り込み、訪問看護、完全にやり過ぎ）…… 1月 11, 2026 にアクセス、<https://taio110.com/?p=1290>
3. 住宅型有料等の「困り込み」問題。是正改革は居宅介護支援にも波及!? - ケアマネドットコム、1月 11, 2026 にアクセス、<https://icare-mane.com/newsentry/tanaka20250401>
4. 厚労省の素案では甘すぎず？有料老人ホーム「困り込み」問題と、これから起きる制度改正の本質、1月 11, 2026 にアクセス、https://note.com/seodoo_academy/f/n251e00025f7c
5. 老人ホーム紹介事業の英美面 紹介手数料など前期実績を公表、1月 11, 2026 にアクセス、<https://emimen.co.jp/press-release/post-20250227/>
6. 高齢者向け住まい紹介事業の実態把握、1月 11, 2026 にアクセス、<https://koujuren.jp/pdf.php?menu=news&id=153&n=1>
7. 高額な紹介料は不適切 厚労省 有料老人ホーム指導指針を改正 …… 1月 11, 2026 にアクセス、<https://silver-news.com/blog/detail/2454>
8. 反社会的「貧困ビジネス」と化した困り込み型高齢者住宅、1月 11, 2026 にアクセス、<http://koujuu.net/?p=20283>
9. 第7回有料老人ホームにおける望ましいサービス提供の …… 厚生労働省、1月 11, 2026 にアクセス、<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001606397.pdf>

2025 年度第 2 回愛知県国民健康保険運営協議会 次第

日時 2026 年 2 月 13 日 (金)

午後 1 時 30 分から午後 3 時まで

場所 愛知県三の丸庁舎 8 階 801 会議室

1 開会

2 挨拶

3 議題

2026 年度国民健康保険事業費納付金等の算定結果について

4 報告事項

(1) 赤字削減・解消計画について

(2) 国民健康保険法の改正に係る愛知県国民健康保険運営方針の改定について

5 閉会

《配付資料》

資料No. 1 2026 年度国民健康保険事業費納付金等の算定結果について

補足資料 1-1 2026 年度国民健康保険事業費納付金等の算定結果 (市町村別)

補足資料 1-2 2026 年度標準保険料率について

資料No. 2 赤字削減・解消計画について

補足資料 2-1 愛知県赤字削減・解消計画書 (2025 年 9 月末日現在)

資料No. 3 国民健康保険法の改正に係る愛知県国民健康保険運営方針の改定について

参考 愛知県国民健康保険運営協議会関係法令等

澤田委員提出資料 「国民健康保険事業費納付金に甚大な影響をもたらす「子ども・子育て支援金」の問題点とその対応について」

(参考資料) 神奈川県「子ども・子育て支援金制度の創設に伴う支援納付金に係る保険料負担が実質負担増とならないよう財政支援措置の実施等を求める要望書」

2025年度第2回県国保運営協議会資料（2026年2月13日）

2026年度国民健康保険事業費納付金等の算定結果について

1 審議事項

愛知県国保運営方針連携会議等における協議を経て、市町村と合意したルールについて、2025年10月29日に開催された第1回愛知県国民健康保険運営協議会にて審議いただき、承認を得た。

今回、このルールに基づいて国保事業費納付金を算定した結果は以下のとおりとなった。については、下記の納付金算定結果について審議を行いたい。

2 納付金の算定結果

市町村と合意したルールに基づき、2026年度国民健康保険事業費納付金の算定を行った結果、被保険者1人当たりの納付金額は177,502円となった。

【前年度より1人当たり納付金額が増加した主な原因】

- ・過去の医療費実績及び診療報酬改定（診療報酬改定率1.0222）を加味した2026年度の保険給付費を推計したところ、1人当たり保険給付費が増加した。
- ・2026年度から子ども・子育て支援納付金の新設された。

【一人当たり納付金の算定結果】

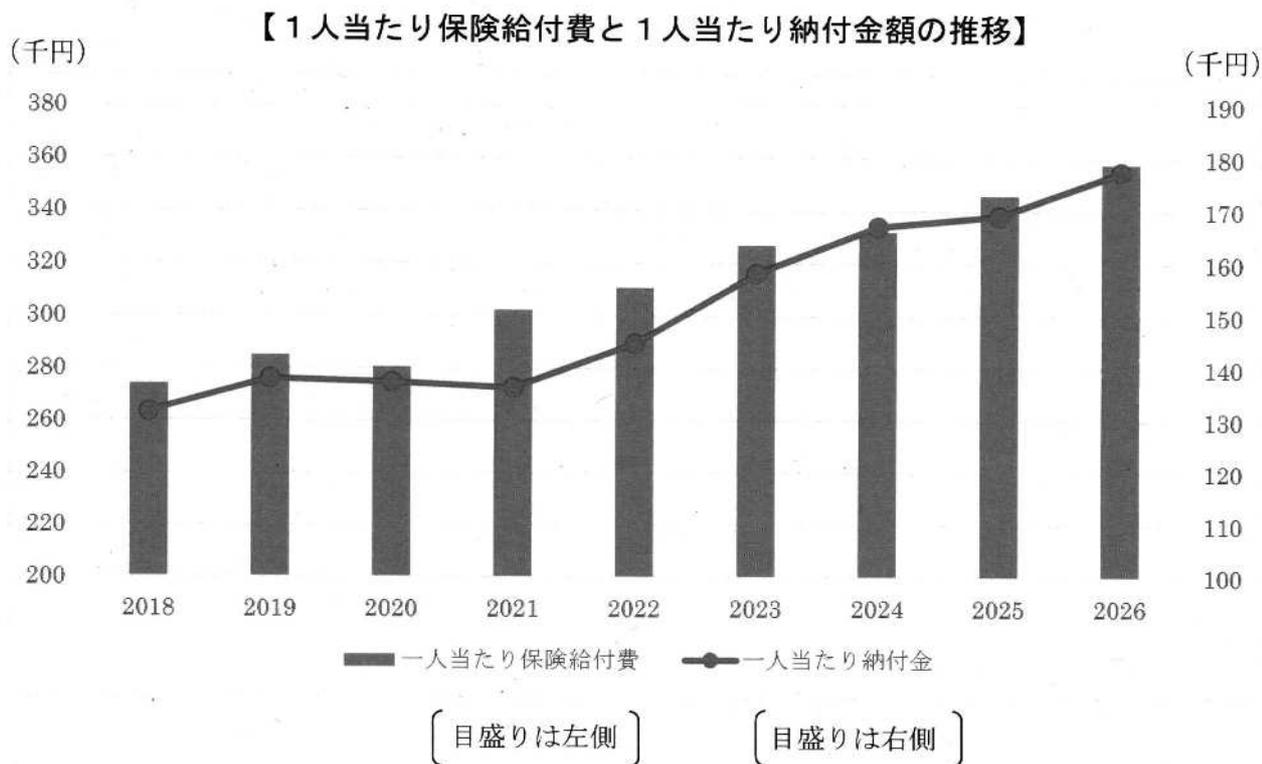
	2026年度算定結果	2025年度確定納付金	増減額（率）
県平均1人当たり納付金額	177,502円	169,090円	8,412円
対前年度本算定伸び率	104.97%	101.29%	3.68ポイント

【一人当たり保険給付費の推計結果】

	2026年度推計結果	2025年度推計結果	増減額（率）
県平均1人当たり保険給付費	358,058円	346,046円	12,012円
対前年度本算定伸び率	103.47%	103.00%	0.47ポイント

3 1人当たり保険給付費及び納付金額の推移

国保制度改革（2018年度）以降の1人当たり保険給付費（実績）及び1人当たり納付金の推移を見ると、全体として上昇傾向となっている。



4 今後のスケジュール

2026年3月中旬

愛知県ホームページにおいて標準保険料率を公表

4月上旬

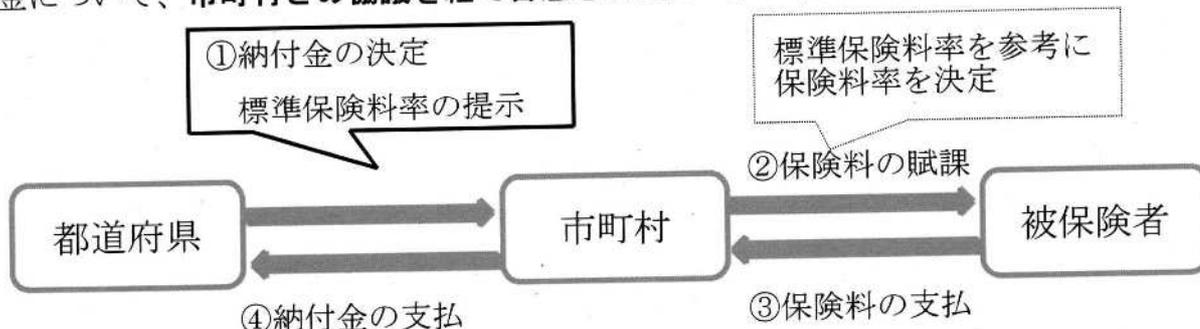
各市町村へ納付金額を通知

〔参考〕

○納付金の概要

2018年度に行われた国保制度改革以降、都道府県が財政運営の責任を担うこととなった。

県は、2026年度の国民健康保険の財政運営に必要な金額のうち、市町村が負担すべき納付金について、**市町村との協議を経て合意されたルールに従って算定**を行う。



○2025年度からの変更点

- (1) 算定する納付金及び標準保険料率に、子ども・子育て支援納付金分を追加する。
- (2) 医療費指数反映係数 α は0.6とする(2025年度納付金算定では $\alpha=0.8$)。
- (3) 共同負担する高額医療費を「1件あたり90万円を超える部分」とする(2025年度納付金算定では80万円を超える部分)。

○算定方法

- (1) 被保険者数等の推計をもとに県全体の保険給付費を推計し、費用を算出
- (2) 国・県等が負担する公費や決算剰余金を控除
- (3) 市町村の被保険者数及び所得総額等により按分し、医療費水準を勘案の上、市町村ごとの納付金額を算定
- (4) 市町村ごとの保健事業に係る費用等や収納率を考慮し、3方式(所得割、均等割、平等割)による標準保険料率を算出(見える化)

<算定結果の詳細> (金額は1人当たり)

- (1) 被保険者数等の推計をもとに県全体の保険給付費を推計し、費用を算出

被保険者数は1,135,625人となり、昨年度より36,071人減少したが、**一人当たり保険給付費が上昇**したため、全体として**保険給付費は増額**となった。

保険給付費	2025 算定	346,046 円	⇒	2026 算定	358,058 円	+12,012 円 (103.47%)
-------	---------	-----------	---	---------	-----------	---------------------

- (2) 国・県等が負担する公費や決算剰余金を控除

公費については、国の係数に基づき算定した。

決算剰余金については、市町村との協議を経て合意された決算剰余金活用ルールに基づき、**累積額の3分の1**を活用した。

公費	2025 算定	276,360 円	⇒	2026 算定	289,370 円	+13,010 円 (104.71%)
決算剰余金	2025 算定	1,594 円	⇒	2026 算定	2,270 円	+676 円

(3) 市町村の被保険者数及び所得総額により按分し、医療費水準を勘案の上、市町村ごとの納付金額を算定

(1) 費用から、(2) 公費を控除した後、市町村の被保険者数及び所得総額により按分し、医療費水準を勘案の上、市町村ごとの納付金額を算定した。

《市町村ごとの納付金額は補足資料 1-1 参照》

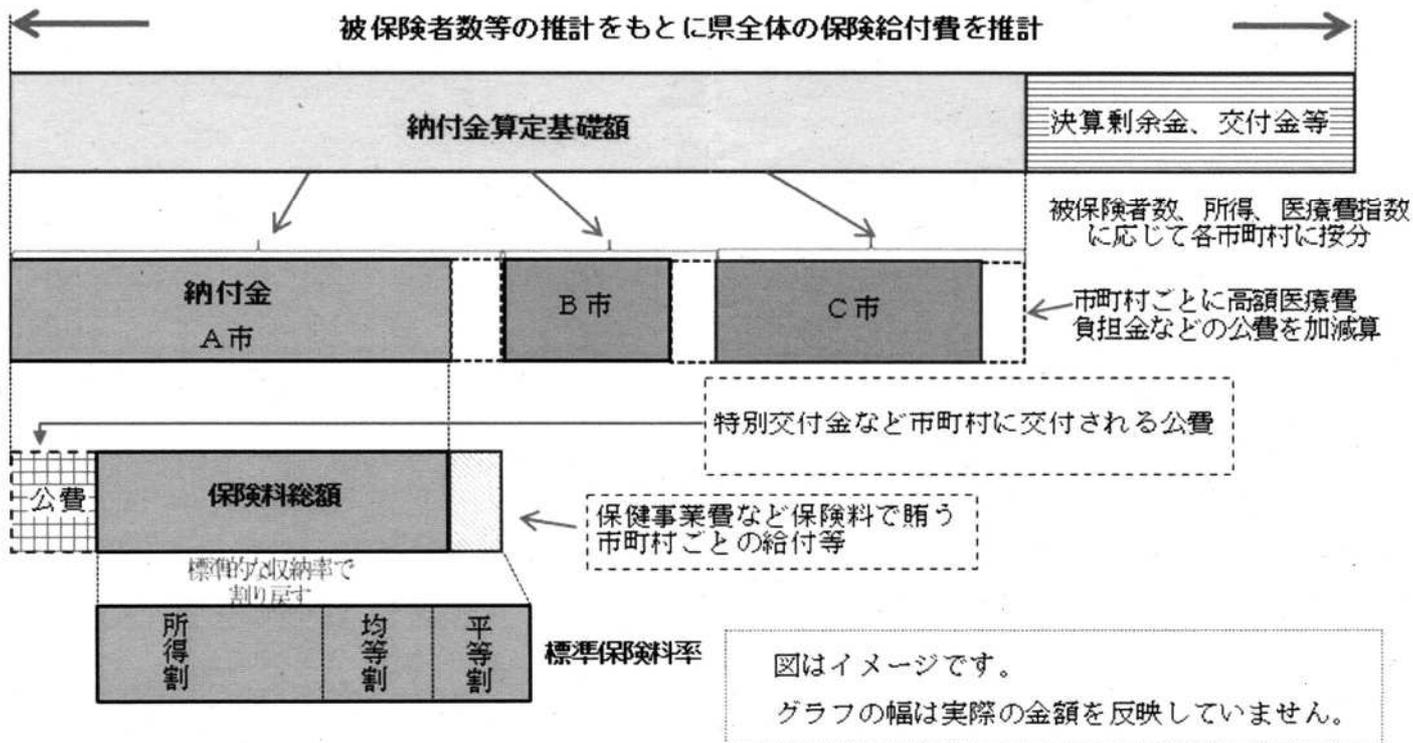
1人当たり納付金額 (県平均)	2025 算定 169,090 円	⇒	2026 算定 177,502 円	+8,412 円 (104.97%)
--------------------	-------------------	---	-------------------	--------------------

(4) 市町村ごとの保健事業に係る費用等や収納率を考慮し、3方式(所得割、均等割、平等割)による標準保険料率を算出(見える化)

市町村が保険料率を定める際の参考数値として、標準保険料率を算出した。

《市町村ごとの標準保険料率は補足資料 1-2 参照》

<算定までのイメージ図>



2026年度国民健康保険事業費納付金算定結果(市町村別)

市町村	2026年度算定結果		2025年度算定結果		1人当たり納付金額 増加率 ①÷②	
	1人当たり 納付金額	納付金額	1人当たり 納付金額	納付金額		
	(円) ①	(千円)	(円) ②	(千円)		
1	名古屋	175,641	64,907,581	169,400	63,667,073	103.68%
2	豊橋	171,270	10,004,565	159,961	9,619,556	107.07%
3	岡崎	178,367	9,983,712	168,539	9,827,838	105.83%
4	一宮	172,211	9,932,590	164,384	9,901,994	104.76%
5	瀬戸	166,115	2,926,441	156,152	2,852,118	106.38%
6	半田	176,829	3,031,373	168,169	3,011,231	105.15%
7	春日井	176,115	7,716,119	167,357	7,630,119	105.23%
8	豊川	169,241	4,687,634	158,905	4,567,409	106.50%
9	津島	170,791	1,632,589	160,009	1,600,248	106.74%
10	碧南	189,087	2,097,167	179,027	2,050,216	105.62%
11	刈谷	188,917	3,809,710	178,319	3,711,521	105.94%
12	豊田	184,967	10,815,019	173,772	10,575,241	106.44%
13	安城	182,926	4,953,079	173,185	4,849,867	105.62%
14	西尾	181,402	5,221,461	171,442	5,006,451	105.81%
15	蒲郡	172,736	2,215,165	168,146	2,269,969	102.73%
16	犬山	167,611	1,739,973	161,386	1,703,914	103.86%
17	常滑	175,896	1,536,978	166,439	1,501,111	105.68%
18	江南	172,335	2,441,473	163,138	2,452,620	105.64%
19	小牧	181,072	3,906,086	173,112	3,935,177	104.60%
20	稲沢	175,115	3,528,910	166,294	3,515,944	105.30%
21	新城市	161,818	1,221,889	151,753	1,220,244	106.63%
22	東海市	185,847	2,622,862	178,279	2,687,027	104.25%
23	大府	191,297	2,231,675	186,136	2,168,298	102.77%
24	知多	172,262	2,100,386	163,601	2,125,668	105.29%
25	知立	179,992	1,730,082	168,327	1,670,308	106.93%
26	尾張旭	178,964	2,138,801	169,060	2,082,989	105.86%
27	高浜	181,737	1,201,099	170,647	1,145,554	106.50%

補足資料 1 - 1

市町村	2026年度算定結果		2025年度算定結果		1人当たり納付金額 増加率 ①÷②
	1人当たり 納付金額 (円) ①	納付金額 (千円)	1人当たり 納付金額 (円) ②	納付金額 (千円)	
28 岩倉市	168,584	1,263,032	160,559	1,195,518	105.00%
29 豊明市	178,338	1,675,302	174,703	1,721,524	102.08%
30 日進市	192,395	2,233,325	181,349	2,155,876	106.09%
31 田原市	198,577	3,153,404	184,421	3,036,303	107.68%
32 愛西市	179,417	1,784,299	169,927	1,762,194	105.58%
33 清須市	184,679	1,785,846	175,049	1,744,190	105.50%
34 北名古屋市	180,985	2,168,746	171,460	2,132,617	105.56%
35 弥富市	184,897	1,206,267	176,384	1,208,939	104.83%
36 みよし市	193,207	1,409,636	186,473	1,368,336	103.61%
37 あま市	174,851	2,284,427	165,265	2,294,866	105.80%
38 長久手市	195,183	1,438,695	184,779	1,353,509	105.63%
39 東郷町	183,324	1,063,645	169,850	1,023,176	107.93%
40 豊山町	183,703	439,600	167,709	410,718	109.54%
41 大口町	188,865	559,229	177,017	585,218	106.69%
42 扶桑町	178,306	832,689	167,041	845,058	106.74%
43 大治町	171,067	927,695	165,007	916,282	103.67%
44 蟹江町	182,092	970,552	168,830	974,994	107.86%
45 飛島村	213,167	190,357	219,292	193,853	97.21%
46 阿久比町	170,893	685,451	164,127	656,999	104.12%
47 東浦町	174,463	1,230,833	166,826	1,261,704	104.58%
48 南知多町	185,387	857,599	187,311	896,845	98.97%
49 美浜町	168,656	660,287	160,829	633,989	104.87%
50 武豊町	171,906	1,036,249	164,008	1,066,049	104.82%
51 幸田町	182,877	1,126,703	170,084	1,053,498	107.52%
52 設楽町	164,647	140,773	161,582	143,646	101.90%
53 東栄町	161,791	91,411	153,220	91,931	105.59%
54 豊根村	166,693	25,170	149,115	24,305	111.79%
合計	177,502	201,575,666	169,090	198,121,868	104.97%

国民健康保険事業費納付金に甚大な影響をもたらす 「子ども・子育て支援金」の問題点とその対応について

2026年1月26日
被保険者委員 澤田和男

1. はじめに

2026年度から、従来の医療保険料に上乗せして「子ども・子育て支援金」を徴収されることになりました。国民健康保険料の場合は、「医療分」「後期高齢者支援金分」「介護分」に、「子ども・子育て支援金分」が加わることになり、今でも高い国保料がさらに高額となります。

これに伴い、市町村が納付すべき「国民健康保険事業費納付金」の算定額にも甚大な影響をもたらします。

そこで「子ども・子育て支援金」の問題点と、愛知県として対応すべきと考える内容について述べます。

2. 子ども・子育て支援金の負担額は？

子ども・子育て支援納付金の総額は、制度が完成する2028年度に1.3兆円が見込まれ、2026年度はその6割程度、2027年度は8割程度とされているため、2026年度から開始して、段階的に増えていきます。国民健康保険の子ども・子育て支援納付金は、3千億円が見込まれており、そうすると国保の都道府県単位化に伴い新たに投入された3,400億円が実質的にないものとなってしまいます。

加入者が負担する保険料額については、こども家庭庁が2025年12月26日に試算額を示しました。

これによると、加入者1人当たりが新たに負担する国民健康保険の支援金額は、2026年度2,400円、2027年度3,600円、2028年度4,800円となります。1世帯当たりは、その約1.5倍となるので、2028年度には7,200円にもなります。

加入者1人当たり支援金額（年額）

	2026年度	2027年度	2028年度
国民健康保険	2,400円	3,600円	4,800円
後期高齢者医療	2,400円	3,000円	4,200円
被用者保険	3,600円	4,800円	6,000円
全制度平均	3,000円	4,200円	5,400円

※2026年度は試算額、2027・2028年度は見込み額

なお、愛知県後期高齢者医療保険料の改定案では、2026年度の子ども・子育て支援納付金が、2,576円と提案されており、こども家庭庁の試算2,400円を上回っています。国民健康保険でも、同様の提案がされないか心配します。

3. 子ども・子育て支援金の問題点①「医療給付と別の目的に保険料を徴収」

子ども・子育て支援金制度は、2023年12月22日に閣議決定された「こども未来戦略」を受けて、児童手当の拡充、高等教育の負担軽減、保育所の保育士配置基準の改善、出産・子育て応援交付金の支給などを内容とする「加速化プラン」の財源（3.6兆円）のうち、1兆円を「子ども・子育て支援金」で賄うために創設されました。

具体的に示された子ども・子育て支援策は重要な施策ですが、児童手当や保育・教育などは、医療の給付とは別の目的のために医療保険料に上乗せする合理的な理由はありません。

「厚生労働省も、厚生労働白書の中で『社会保険方式は、保険料の拠出と保険給付が対価的な関係にある。保険料負担の見返りに給付を受けるという点において給付の権利性が高い』と説明しています」（国保実務2025年1月6・13日合併号「新春デスク座談会」）

北明美福井県立大学名誉教授は、「医療保険料に上乗せして児童手当を支給している国は一つもありません」と指摘しています。

子ども・子育て支援金のような手法が認められると、将来的に「支援金」適用分野を拡大し、既存の保育制度の全面的な「社会保険化」も懸念されます。

「加速化プラン」に掲げられた施策は、本来公費で手立てされるべきものであり、医療保険の保険料に上乗せして賄うことは禁じ手だと言わねばなりません。医療保険で徴収する保険料の対象は、医療給付に係わるものに限定すべきです。

4. 子ども・子育て支援金の問題点②「実質的に保険料の負担増が避けられない」

子ども・子育て支援金制度の創設に当たって、「こども未来戦略」では、新たな社会保険料負担について、「賃上げと歳出改革により実質的な負担は生じない」としており、そのことは子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律の附則第47条においても明記されています。

しかし、国民健康保険の被保険者は、無職者や非正規労働者、年金所得者が多く、賃上げ効果が得られないため、子ども・子育て支援納付金に係る保険料の負担増が避けられません。

5. 実質負担増とならないように国に要望書の提出を

神奈川県では、県内の全市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合と神奈川県の連名で、子ども・子育て支援金について、厚生労働省保険局国民健康保険課宛に「子ども・子育て支援金制度の創設に伴う支援納付金に係る保険料負担が実質負担増とならないよう財政支援措置の実施等を求める要望書」を提出しています（資料参照）。

つきましては、愛知県においても、国に対して同様の趣旨の要望書を提出してください。また、今回の2026（令和8）年度の国民健康保険事業費納付金等の算定に当たっては、一般会計から県独自の補助を実施することを要望します。

事務連絡
令和7年12月17日

厚生労働省保険局国民健康保険課 御中

神奈川県健康医療局保健医療部医療保険課

国民健康保険事業等に関する要望書の送付について

日頃から、市町村及び都道府県の行う国民健康保険事業の運営にあたり、財政支援をはじめ助言指導など、ご尽力をいただいていることに、感謝申し上げます。

さて、神奈川県では、去る11月27日に開催された国民健康保険協議会（市町村国保主管課長及び国保連で構成。国保法第82条の2第7項による連携会議。）において、別添の「子ども・子育て支援金制度の創設に伴う支援納付金に係る保険料負担が実質負担増とならないよう財政支援措置の実施等を求める要望書」を厚生労働省に提出する方向について全会一致で確認されました。

この要望の内容については、市町村国保だけでなく国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合にも関係することから、これまでの県主催の主管課長等会議の確認を通じた国への要望に準じて国民健康保険と後期高齢者医療制度の県内保険者の総意として要望をあげることとし、この度、県として取りまとめたところです。

この要望については、特に回答を求めるものではありませんが、令和8年度の保険料設定において非常に重要な課題と考えており、今後の厚生労働省及び関係省庁における事業展開において、参考にさせていただきますよう要請する次第です。

また、要望内容は、後期高齢者医療制度にも関わるものでもあることから、関係所属に御展開いただきますようよろしくお願いします。

なお、本県からは、令和5年6月20日付けで、今回と同様に、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の保険者の意見に基づき「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に係る要望書」を提出していることを申し添えます。

問合せ先

医療保険課保険者指導グループ 神田、池村

電話 (045) 210-1881

Email ouhuku-kokuhoshidou@pref.kanagawa.lg.jp

子ども・子育て支援金制度の創設に伴う支援納付金に係る保険料負担が 実質負担増とならないよう財政支援措置の実施等を求める要望書

「若者・子育て世代の所得を増やす」「社会全体の構造や意識を変える」「すべての子ども・子育て世帯を切れ目なく支援する」を基本理念として、令和5年12月22日に閣議決定された「こども未来戦略」を受け、子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第47号。以下「改正法」という）が成立し、令和8年度から子ども・子育て支援金制度が創設され、国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度の保険者は、新たに子ども・子育て支援納付金に係る保険料を被保険者に求めることとなりました。

新たな社会保険料負担について、「こども未来戦略」では「賃上げと歳出改革により実質的な負担は生じない」としており、改正法附則第47条においても明記されたところです。

現在、国民健康保険の保険者においては、令和8年度の予算編成を、政府の示す係数等に基づき都道府県が示す国保事業費納付金等をもとに進めているところです。制度改革等により後期高齢者支援金や介護納付金の一人当たり保険料負担額はほぼ前年度水準となっていますが、基礎賦課分保険料は増加する見込みです。そうした中、国民健康保険制度の被保険者は、無所得者や不安定雇用労働者、中小零細企業従事者、年金所得者が多く、応益保険料を徴収する保険料賦課方式であることにより、被用者保険に加入する雇用労働者と異なり、賃上げ効果をそのまま享受することが困難であることから、子ども・子育て支援納付金に係る保険料が実質的に新たな負担増となる見込みとなっています。

また、後期高齢者医療制度の保険料も、制度改革等による負担増を除いても、子ども・子育て支援納付金に係る保険料が実質的に新たな負担増となる見込みで、財政安定化基金からの取崩しを行った場合でも大幅な保険料引き上げが見込まれています。

今後、条例改正案により子ども・子育て支援納付金に係る保険料を新たに賦課する項目等を新設するとともに、予算案により保険料率等を示すこととなりますが、議会及び被保険者に対し「実質的な負担は生じない」と説明することが極めて困難な状況が生まれています。

子ども・子育て支援納付金に係る保険料について、政府が「実質的な負担は生じない」としたことを踏まえ、次のことを要望しますので、こども家庭庁をはじめ関係省庁へも働きかけ、具体策を速やかに検討されますよう要望します。

- 1 子ども・子育て支援納付金に係る保険料が「実質的な負担増」とならないことについて、政府の責任において議会及び被保険者の理解促進を図ること。そのための説明資料を速やかに作成し政府の責任において周知すること。

- 2 「実質的な負担増」となる場合、改正法附則第47条第5項に基づき、必要な財政支援措置等を速やかに行うこと。

令和7年12月17日

厚生労働省保険局長 様

神奈川県国民健康保険・後期高齢者医療制度主管課長等一同

横浜市、川崎市、相模原市
横須賀市、平塚市、鎌倉市、藤沢市、小田原市、茅ヶ崎市、逗子市、三浦市
秦野市、厚木市、大和市、伊勢原市、海老名市、座間市、南足柄市、綾瀬市
葉山町、寒川町、大磯町、二宮町
中井町、大井町、松田町、山北町、開成町
箱根町、真鶴町、湯河原町
愛川町、清川村

神奈川県医師国保組合、神奈川県歯科医師国保組合
神奈川県食品衛生国保組合、神奈川県薬剤師国保組合
神奈川県建設業国保組合、神奈川県建設連合国保組合

神奈川県後期高齢者医療広域連合

神奈川県

三重県社保協からの報告



この半年間に

- 三重県議会に「国民健康保険財政への国庫負担の増額を求める請願」を提出（不採択）
- 三重県への要望書に対する回答に基づく県との懇談
- 11・10 認知症なんでも電話無料相談

などに取り組みましたあ

県内の地域社保協の状況

- 去年、新しく生まれた末っ子の伊賀市社保協がいちばん元気！

市ヘルパー連絡会との懇談

稲盛市長との懇談

訪問介護事業所アンケートの記者会見や市長要望が毎日新聞、中日新聞、朝日新聞、ケーブルテレビで報道

市長宛に独自に医療・介護・福祉など社会保障の充実についての要望書を提出（2月に市と懇談予定） などなど一生懸命活動しています！

- 昏睡状態だった津市社保協は長い眠りから目覚めました

訪問介護事業所訪問（約35件）を行い、結果をまとめ、学習会を開催しました

- 三泗（四日市を含む4市町地域）社保協準備会が動きだしました

四日市市社保協はずいぶん前に自然解散していましたが、10月から三泗社保協として新メンバーで毎月の準備会や学習会を続けています



これで日常的に会議を行っている地域社保協（準備会含む）は数年前の1カ所（桑名員弁社保協）から、現在5カ所（桑名員弁、伊賀市、津市、松阪多気、三泗）にまで増えました～

文責：事務局長 久野浩司

不服審査請求 口頭意見陳述を迎える

～事前の意見交換交流会を開催しました

後期高齢者医療、介護保険、国保に関する不服審査請求は口頭意見陳述を迎えます。それに先立って、意見交換交流会を開催しました。

今回はじめて意見陳述を行う方も参加して頂き、どんなことを言えばいいのか、処分庁に聞くことなど意見を出し合いました。

介護保険に関しては、「保険料が応能負担になっていない、1,000万円以上の収入がある被保険者は保険料がそれ以上増えない」「介護保険料を払っても、いざ介護が必要になった時にサービスが受けられないのが心配。」

後期高齢者医療に関しては、「後期高齢者の人間ドックを74歳までの住民と差別無く受けさせるよう、市町村に働きかけをおこなってほしい。」「聴力検査は、国になくても独自に実施してもらいたい。」「来年度は保険料を下げしてほしい。」「保険料が一昨年は1万円、去年は2万円も上がった。子育て支援のために高齢者に保険料を負担させるのはおかしい」

国保に関しては、「保険料負担が重すぎる。」「和歌山市の国保は黒字。来年は保険料を下げしてほしい。」など、思いが出されました。

当日は、補佐人をつけて2人で入るようにした方が不安が和らぐのではないかという提案も頂きました。

◎岩出市 はじめて国保の不服審査請求を行いました。

岩出市で、3の方が国保の不服審査請求をはじめに行いました。国保税が高いという実感から行動に結びつきました。口頭意見陳述に臨まれたMさんが感想を寄せてくれましたので、ご紹介します。

■昨年11月、私は生まれて初めて国民健康保険税(以下「国保税」)に対する不服を担当者に訴えました。私の訴えは、以下の2点でした。

①日本は毎年出生率が下がり続け、国は対策を進めている。その1つとして、国は令和4年度からは未就学児の均等割りを1/2に減額している。その際、印南町は18歳未満までこれを拡大した。岩出市でも廃止が無理なら、せめて減額を。

②私が年間に収めている税額は、805,402円(国保税、介護、自動車、固定資産)。更に消費税。私の年金額(2か月で55万円)と比べると3か月分を上回る。これは、いかにも多く取り過ぎている。

岩出市の担当者は、「この国保税は法律や条例上、何の問題もない。ただ、松房さんの訴えには共感できる部分がある。県にはそのような意見があったことは伝える」と応じてくれました。

会場は、ロの字に長机が並べられた岩出市役所内の一室。相手方は、私の真向いに保険介護課の副課長を含め3人が座り、左隣には審理員が1人、更に右側には事務方が2人で、合計6人がいました。訴えの時間は、45分間。こちらは、私と補佐人のTさんの2人でした。

初めての経験でしたが、全く緊張はしませんでした。というのも、私自身上記の2つを是非とも訴えたかったからです。特に、2番目の訴えはいくら法的に問題がないといっても、私の年金に占める税の大きさに相手が「確かに」と共感すると、自信があったからです。

今回のことで、直接、担当者に要望することの意義を実感しました。私は今年も再度、不服審査請求をします。

介護保険制度の抜本改善、大幅な処遇改善を求める請願署名

— 新たな利用困難をもたらす見直しを中止し、介護する人・受ける人がともに大切にされる介護保険制度へ —

介護保険制度の開始から25年。利用料や施設での居住費・食費の負担が重く、必要な介護サービスを受けられない人が増えています。家族の介護を理由とした介護離職は年間10万人と高止まりしたままです。介護事業所は低く据え置かれた介護報酬のもとで深刻な経営難に直面しており、2024年の倒産・休廃業件数は784件と過去最多となりました。特に、訪問介護は基本報酬の引き下げの影響で事業撤退が相次いでおり、訪問介護事業所がゼロになった自治体が増加しています。介護現場の人手不足も深刻さを増しており、政府は2026年度に介護職員が25万人不足する需要見込みを示していますが、有効な対策は講じられていません。肝心の処遇改善は遅々として進んでおらず、2024年度的全産業平均との賃金格差は、前年度月額6万9000円から8万3000円へと大幅に広がっています。

こうしたなか、政府は「利用料2割負担の対象拡大」や「ケアプランの有料化」、「要介護1・2の生活援助の保険給付はなし」など、さらなる負担増・サービス縮小を検討しています。これ以上の制度の後退は許されません。

すべての人が安心して介護を受け、介護従事者も尊重される制度の実現には、国の財政支援の強化による制度の抜本改革、介護職員の大幅な賃金の引き上げが不可欠です。介護保険制度の改善、憲法25条に基づいたケアが大切にされる社会の実現に向けて、以下請願します。

【請願項目】

1. 介護保険の利用に困難をもたらす利用料2割負担の対象拡大、ケアプランの有料化、要介護1、2の保険給付はなし(総合事業への移行)などの見直しを行わないこと
2. 訪問介護の基本報酬の引き下げを撤回し、介護報酬全体の大幅な底上げを図る再改定を至急行うこと。その際はサービスの利用に支障が生じないように、利用料負担の軽減などの対策を講じること
3. 全額国庫負担により、すべての介護従事者の賃金を全産業平均まで早急に引き上げること。介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと
4. 必要なときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料、居住費・食費などの費用負担の軽減、サービスの拡充による介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。介護保険財政に対する国庫負担の割合を大幅に引き上げること

(※氏名・住所は、名字など同じ場合でも略式「ク」ではなく、フルネームでお書き下さい)

氏 名	住 所
	都 道 府 県

(2025年7月)

この署名は、国会、関係省庁に提出する以外に使用しません

〈取扱団体〉

中央社会保障推進協議会(中央社保協)、全国労働組合総連合(全労連)、全日本民主医療機関連合会(全日本民医連)
全日本民医連 〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7階 (TEL) 03-5842-6451

税金はくらしの拡充に 戦争準備の軍拡は中止して、 憲法、平和、いのち、くらしを守る政治への転換を求める請願署名

(略称=大軍拡反対請願署名)

請願趣旨

2015年9月の「戦争法」強行成立、22年12月の「安保3文書」の閣議決定を経て、「戦争する国」への準備が急ピッチで進むことに「新たな戦前」を危惧し、「戦争の惨禍を繰り返すな」の市民の声が広がっています。市民は、戦争の準備ではなく、一人ひとりのいのち、くらしを大切に「人間の安全保障」、平和の準備を求めています。

ロシアのウクライナ侵略から25年2月で3年、イスラエルのガザ侵攻から2年目となっています。核兵器使用にまで言及し、市民を巻き添えにする武器の使用も躊躇しない現代の戦争を見て、戦争準備の無意味さに市民は気づき始めています。24年のノーベル平和賞が、核兵器廃絶を求める活動を粘り強く続けてきた日本被団協に贈られたのも、核兵器使用への危機感が国際的に共有され、核兵器の廃絶が求められていることの証左です。

このような時に、憲法の制約を踏み越えて他国攻撃のための武器を保有し、日米を始めとする軍事同盟に深く関与し、中国を仮想敵国として戦争準備を進めることは、危機を自ら招き入れ、日本を再び戦場にするにもなりかねません。

戦争準備のために23年度から27年度までの5年間だけで43兆円もの税金を軍事費につぎ込むことは、国際的にも貧弱な日本の社会保障費や教育費、貧困対策や最低賃金を始めとする所得保障をさらに圧迫し、予算拡充を困難にするばかりです。

以上のことから、下記事項の実現を求めます。

請願項目

- 1 平和、いのち、くらしを壊し、市民に負担を押しつける軍備拡大を中止してください。軍拡の財源確保のための増税はおこなわないでください。
- 2 憲法への自衛隊明記、緊急事態条項創設などの戦争準備はやめてください。憲法にもとづき平和的生存権を実現する政治をおこなってください。

氏名	住所(〇〇県△△市□□町1丁目2-3 ←番地までお書きください)
	都道 府県

*名前(姓)や住所を「〇〇」「同上」のように省略せずに記入してください。 *この署名は、個人情報保護法に基づき目的以外には使用しません

呼びかけ団体

9条改憲NO！全国市民アクション 戦争させない・9条壊すな！総がかり行動実行委員会

【連絡先】

- 戦争をさせない1000人委員会(☎ 03-3526-2920)
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-2-11 連合会館内
- 憲法9条を壊すな!実行委員会(☎ 03-3221-4668)
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町3-3-3 太陽ビル402市民ネット内
- 戦争する国づくりストップ!憲法を守り・いかす共同センター(☎ 03-5842-5611)
〒113-8462 東京都文京区湯島2-4-4全労連会館4F
- 九条の会(☎ 03-3221-5075)
〒101-0065 東京都千代田区西神田2-5-7-303

取り扱い団体

()

ストップ! 患者負担増請願署名 ロキソニンやアレグラなどの 薬の追加負担はやめてください

■■■ 請願趣旨 ■■■

自民・維新両党の協議を受けて、政府は77成分・約1100品目の薬について、1～3割の窓口負担とは別に、「特別料金(薬剤費の25%)」として追加負担することを決めました。対象となる薬剤は、痛み止めや花粉症治療薬、皮膚疾患の保湿剤など日常的に幅広い疾患で使われている薬です。これらの薬は「特別料金」を含めると実質的な窓口負担が1割は3割に、2割は4割に、3割は5割に増加します。

政府は「(受診せず)市販薬を利用している患者との公平性」を理由にあげていますが、受診が必要な患者に追加料金のペナルティーを科す道理はありません。むしろ、症状を抱えながら医療機関に受診できない国民の受診機会を確保すべきです。

また、「現役世代の保険料負担の軽減」を打ち出していますが、一人当たりの「軽減額」は月63円に過ぎず、一方で花粉症やアトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患に苦しむ患者など、すべての世代に負担増となります。

患者のいのち、健康を脅かす負担増の中止を求めます。

■■■ 請願事項 ■■■

- ロキソニンやアレグラなど、77成分・約1100品目の薬について、追加負担をやめること

※鉛筆や「消せるボールペン」は使用しないでください。

お名前	ご住所 (「同上」「〃」は使わないでください)
	都道 府県

※この署名は、憲法16条で保障された請願権にもとづき行うもので、国会請願以外の目的に使用しません。

私のひとこと

【取り扱い医療機関、団体】

安心して医療を受けたい！ 従来の健康保険証を返せ！



請願署名

年 月 日

2025年12月1日にすべての従来の保険証が有効期限をむかえます。政府は、有効期限切れの保険証を2026年の3月末まで使用可とするなど、混乱を避けるために様々な策を取っています。しかし、次々と変わる政府の方針に医療現場も患者・国民も混乱しています。

医療現場では保険証の廃止後も有効なはずの資格情報が無効となる、マイナ保険証(マイナンバーカード)の有効期限切れが頻発するなど、トラブルが続いています。マイナンバーカードを持ち歩くことへの不安感や医療機関でのトラブルで安心して医療が受けられない状況の中、国民のマイナ保険証への不安はまったく払拭されていません。

すべての国民に、保険者の責任で漏れや遅れなく自動で健康保険証が届く体制は、いつでも、どこでも、だれでも安心して医療が受けられる国民皆保険制度の根幹です。保険証の使用を存続すれば、今起きている混乱や問題はすべて解決します。

私たちが安心して医療を受けるために、従来の保険証を復活すべきです。

請願事項

従来の健康保険証を復活させてください

※氏名・住所の欄に「同上」「//」は不可、住所は番地までご記入願います。

氏 名	住 所
	都 道 府 県

※この署名は、憲法16条で保障された請願権にもとづいて行うもので、国会請願以外の目的では使用しません。

※鉛筆や「文字が消せるボールペン」でのご記入はご遠慮ください。

私の一言

取り扱い医療機関・団体：

2026年 月 日

衆議院議長 様
参議院議長 様

最高裁判決に従い生活保護制度を充実してください

【請願趣旨】

最高裁判所は2025年6月27日、国が2013年から行った生活保護基準引き下げは違法との、画期的な原告勝訴判決を出しました。判決が出て、生活保護利用者の十余年にわたる困苦はすぐに解消されません。一刻でも早く解消にむけた行政上の措置を求めるものです。

生活保護利用者は、平均6.5%、最大10%もの生活扶助費が減額され、その影響が長期間続いた上に、現在の物価高騰、猛暑の激化で生活は一層困難になっています。「バランスの取れた食事がとれずに体重が3キロも減った」「理由をつけて冠婚葬祭に欠席している」「入浴回数を減らし、体臭を気にする毎日」など、生存権が侵害され続けています。

生活保護基準は、保護基準を第1・十分位層（所得階層を十等分して一番低い層）との比較を考慮して決めるとなれば、際限ない基準引き下げとなることは明らかです。2028年の基準改定に向けて、早期に論議を開始し英知を集めて方式改善することが必要です。

【請願項目】

- 1、生活保護基準引き下げ処分取り消し訴訟において、原告勝訴判決を受け入れ、基準を引き下げ前の2012年時に戻すこと。
- 2、近年の物価高騰に見合う10%以上の大幅な基準引き上げを行うこと。
- 3、次回基準改訂は、際限のない基準引き下げを招く第1・十分位(所得階層を十等分して一番低い層)との消費支出を比較する手法は改め、「健康で文化的な生活」水準を保障することのできる新たな方法で行うこと。

氏名	住所
	都道 府県

(氏名、住所は、同上、〃、えんぴつは不可、住所は都道府県名から番地まで正確に書いてください)

全国生活と健康を守る会連合会

〒160-0022

東京都新宿区新宿 5-12-15 電話 03-3354-7431

誰もが安心できる年金制度への 改善を求める署名

請願趣旨

現在の年金制度では物価や賃金がどういう事態になっても年金が実質減額され老後は大変です。特に、非正規労働者やフリーランスの賃金・報酬は低く、退職金もないまま貯蓄もできずに老後を迎えると、年金受給額は低額となり生活が成り立ちません。また、老齢基礎年金のみだと満額でも月6万9千円程度でとても生活できません。保険料が払えず無年金となる人も少なくありません。公的年金は、社会保障制度の一つです。国が責任をもって高齢期の生活を保障する制度であるべきです。

国民すべての高齢期の生活を支えるため、公的年金の抜本的な改善が必要ですが、現在の年金制度では老後を安心して暮らせる年金制度とはなっていません。

2025年度の年金改定でも物価上昇に追いついておらず、実質マイナスが続いており、年金受給者の生活は苦しくなる一方です。これは物価や賃金上昇してもマクロ経済スライドが年金額の改定を抑制する仕組みとなっているからです。わたしたちはこのマクロ経済スライドは直ちに廃止することを求めています。また、現行の年金制度が旧来の家族制度のもとで作られており、そのことが女性の低年金問題につながっていると考えています。

したがって高齢になっても安心して暮らすことができ、退職か、働くかを主体的に選べるようにするため、全額国庫負担の「最低保障年金制度」が必要です。また、高齢になって働く場合にも「同一労働同一賃金」の待遇と安全に働ける労働条件が保障されるべきです。

以上のことから、年金制度にかかわって以下の事項の実現を求めます。

請願項目

1. 「マクロ経済スライド」を廃止し、物価上昇を上回る支給額に引き上げること
2. 年金支給開始年齢を65歳以上に引き上げないこと
3. 全額国庫負担による「最低保障年金制度」を早急に実現すること。当面、基礎年金国庫負担分として月額3.5万円を全ての高齢者に支給すること
4. 年金支給は隔月でなく、国際標準である毎月支給とすること
5. 公的年金積立金を計画的にとり崩し、保険料引き下げや給付の改善の財源に回すこと

※この署名は国会請願以外の目的で使用しません。氏名・住所の記入欄に「同上」「ク」は不可、住所は番地まで記入をお願いします。

氏名	住所
	都・道 府・県
	都・道 府・県
	都・道 府・県

全日本年金者組合

〒170-0005 東京都豊島区南大塚1-60-20 天翔大塚駅前ビル
TEL (03) 5978-2751 FAX (03) 5978-2777

取扱団体

衆議院議長 様

参議院議長 様

紙媒体による金融サービスの継続を求める請願

私たちは、軽度外傷性脳損傷（MTBI）患者・家族会です。私たちを含め、高次脳機能障害や脳梗塞後遺症、高齢による認知機能の低下を抱える者にとって、預金通帳やクレジットカード明細等のペーパーレス化は日常生活に大きな困難をもたらしております。

国においてデジタル化が推進されている事は理解しておりますが、私たちの記憶障害には「時間が経つと記憶が失われる」という特徴があり、ID・パスワード等を記憶することが困難です。そのためオンライン手続き等を利用できず、紙媒体によるサービスの継続は生活を守る上で重要かつ不可欠です。スマホ操作さえ不可能です。

通帳や請求書が全てオンライン化されれば、預金残高の把握（記憶障害による）や公共料金の支払いに支障をきたし、誤解やトラブルを招く恐れが大いにあります。私たちは、できる限り第三者の支援に頼らず、自らの力で生活を可能な限り維持、安心して暮らしていきたいと考えております。

※つきましては、「全世代が安心して暮らせる社会」として、以下の事項についてご理解とご配慮をお願い申し上げます。

【請願項目】

- 一、 高次脳機能障害・軽度外傷性脳損傷等の記憶障害（脳の病気や術後の後遺症・認知低下を含む）を抱える者の認知・脳機能の特徴について、国として正しくご理解ください。
- 二、 金融・保険に関わる重要書類（通帳、保険証書、請求書・明細書等）について、希望する者には紙媒体によるサービス（銀行・信用金庫・農協等を含む）・経済的に困窮する者にも引き続き無料で提供いただけるようご配慮ください。（必要な法整備・事業者への支援もお願い致します。）

氏名	住所	
	▶必ず都道府県～番地迄のご記入をお願い致します。「”」は使用不可です。	
	都道府県	市町村郡

*この個人情報は国会請願以外使用致しません。※この署名活動にご協力可能な方・団体様のご協力をお願い致します



↑立上人のご挨拶 ↑視覚障害者読み上げ

ご協力団体名印 (ご希望される方のみ)

軽度外傷性脳損傷患者（MTBI）・家族会

〒838-0141福岡県小郡市小郡391-2

mail:mtbi_fukuoka@yahoo.co.jp

tel:0942-72-7227

代表 山下いづみ



★【募金のご協力を頂ける方】 郵貯銀行 記号 17480 番号 4 0 6 5 7 9 3 1 名義人：山下いづみ