

●● 新介護署名キックオフ集会 ☆ 中央社保協・全労連・民医連
●●● 2026年7月28日(火) 18:00~19:00 / 全面オンライン開催

介護保険をめぐる情勢と 新介護署名のポイント



39万3055筆

一介護保険制度・

介護報酬の抜本改善、

大幅な処遇改善を！

全日本民医連 林 泰則



衆議院議長 殿
参議院議長 殿

202 年 月 日

介護保険制度・介護報酬の抜本改善、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—

介護保険制度開始から26年が経過しました。利用料や施設の居住費・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。介護中心・介護殺人と称される痛ましい事件も減っていません。低く据え置かれた介護報酬のもとで、2025年の介護事業所の倒産・休業案件数は過去最多を更新しました。訪問介護の基本報酬引き下げで事業所がゼロになった自治体も増加しています。介護現場の人手不足が深刻化する一方で肝心の処遇改善は進んでおらず、全産業平均と月8万円以上の賃金格差があります。こうした中で、利用料の引き上げ、有料老人ホーム入居者のケアプランの有料化が実施されようとしています。さらに人口減少地域を対象に、介護サービスの基準緩和、保険給付は「ずい」が実施され、全国一律の介護保険制度が壊されようとしています。

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介護保険制度・介護報酬の抜本改善、介護職員の大規模な賃金の引き上げが不可欠です。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、以下を要望します。

【請願項目】

- 訪問介護の基本報酬をはじめ、介護報酬全体の大幅な底上げを行うこと、その際はサービスの利用に支障が生じないよう、利用料負担の軽減などの対策を講ずること
- 介護報酬の利用に困難をもたらす利用料2割負担の対象拡大、有料老人ホーム入居者のケアプランの有料化などの見直しを行わないこと、人口減少地域の介護サービスの基準緩和、保険給付は「ずい」を行わないこと
- 全国国庫負担により、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
- すべての地域において、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記「。」ではなく、フルネームでお書き下さい)

氏 名	住 所
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県

(2026年7月)

(敬称略)

中央社会保険労務士会(中央社保協) 〒110-0013 東京都港区赤坂9-5-5 日本労働弁護団 5階 TEL: 03-5808-5344
全国労働組合総連合(全労連) 〒113-8442 東京都文京区湯島2-4-4 平和会館センター4階 TEL: 03-5842-5611
全日本民主医療機関連合会(全日本民医連) 〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4 平和会館センター7階 TEL: 03-5842-6451

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

STOP! 介護崩壊

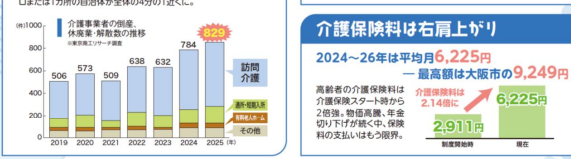
介護保険 — 必要な時に必要な介護を受けられない。必要な介護を提供できない — 保険料を払っているのに…これではまるで「国家的保険詐欺」!!

「保険あって介護なし」 利用制限の強化

介護保険開始26年、「給付削減」「負担引き上げ」の見直しが続けられ、今や「利用できない」「利用させない」介護保険に。
2005年 施設等の居宅代・食事代の全額自己負担化
2015年 利用料2割負担の導入
2018年 特養ホームの入所対象を原則3割以上以上限定
要支援者の訪問介護・通所介護を保険給付から除外
利用料3割負担の導入……等々

事業所の倒産・廃業件数は過去最多の829件 (2025年)

訪問介護の危機は介護崩壊のはじまり
介護報酬は低く据え置かれ、物価上昇分を全くカバーできず、特に基本報酬が下げられた訪問介護は倒産・休業の67%を占め、事業所がゼロになった自治体の割合は全体の4分の1近く。



政府は費用負担を増やす新たな見直しを計画

「利用料2割負担の対象拡大」を引き続き検討
→ 利用料原則2割負担への道

サービス利用に困難をもたらす新たな費用負担の引き上げを検討
→ 住宅型有料老人ホーム入居者のケアプランを有料化
→ すべてのケアプランを有料化する突破口に

介護保険制度の抜本改善、ケアが大切にされる社会の実現に向けて

署名にご協力ください

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新・介護請願署名＝2026秋の年臨時国会・2027年通常国会に提出

介護保険制度・**介護報酬の改善**・介護従事者の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—

- 1 訪問介護の基本報酬をはじめ、介護報酬全体の大幅な底上げを行うこと。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
…【**介護報酬の底上げ**】
- 2 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、有料老人ホーム入居者のケアプラン有料化などの見直しを行わないこと。人口減少地域の介護サービスの基準緩和、保険給付外しを行わないこと…【**制度改悪の中止・撤回**】
- 3 全額国庫負担により、すべての介護従事者の給与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
…【**大幅な処遇改善**】
- 4 すべての地域において、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
…【**制度の抜本改善＝国庫負担引き上げ**】

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護の現状、介護保険の見直しをめぐる情勢と 今回の請願項目

■ 介護の現状

■ 介護保険をめぐる情勢

● 3年に1度の介護保険の見直し実施(介護保険法の「改正」)

○ 「改正」の全体像

○ 「三大改悪」はどうなったか？ — 給付と負担の見直し

○ 2040年に向けた介護提供体制のあり方 — 給付体系の見直し

* 人口減少への対応

…「中山間・人口減少地域」、「一般市等」、「大都市部」に区分

* 「中山間・人口減少地域」に新たなサービス類型の導入

・ 人員配置基準の「緩和」 ・ 包括報酬の導入 ・ 「給付」から「事業」へ

＝人口減少を理由とする地域間の介護格差を制度化

(“2040年型介護保険”へのモデルチェンジ)

● 2027年度介護報酬改定－「2つのチャンネル」で検討開始

— 各自治体…「改正」改定を踏まえた第10期介護保険事業計画の策定へ

介護報酬底上げ

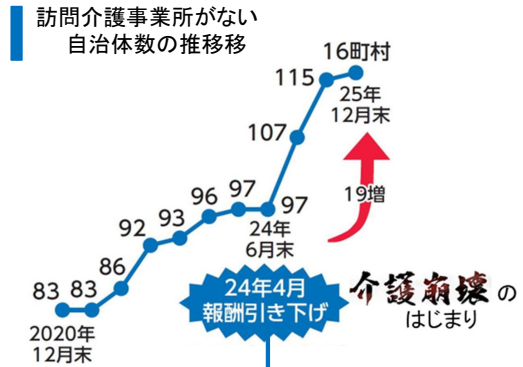
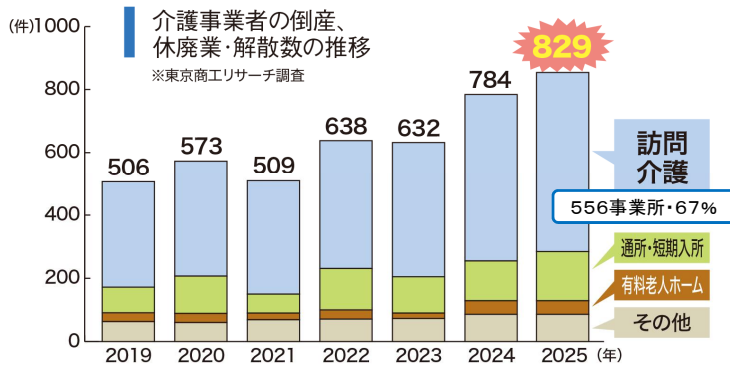
制度改悪の中止・撤回

大幅な処遇改善

制度の抜本改善

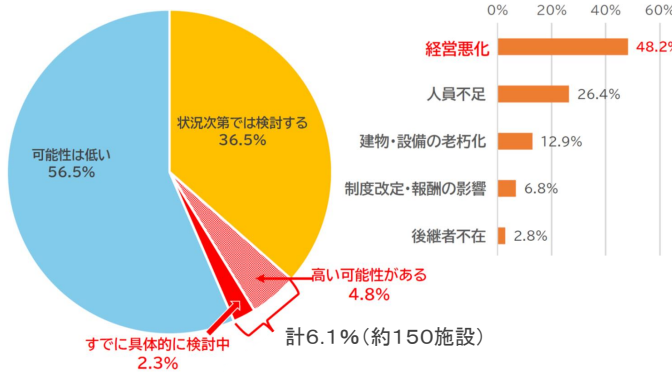
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

大きく揺らぐ地域の介護サービス基盤－問われる「制度の持続可能性」



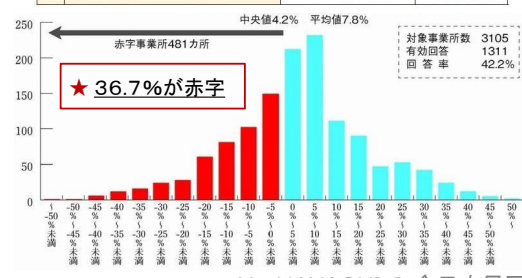
全国老人保健施設協会「経営実態・存続に関する緊急調査」
(2026年4月、回答:2438施設)

[廃業・事業縮小の検討の可能性]



★訪問介護基本報酬の引き下げ

	※ () は改定前	引下げ率
20分未満	163単位 (167)	▲2.40%
20分以上30分未満	244単位 (250)	▲2.40%
30分以上1時間未満	387単位 (396)	▲2.27%
1時間以上1時間30分未満	567単位 (579)	▲2.07%
以降30分を増すごとに	82単位 (84)	▲2.38%

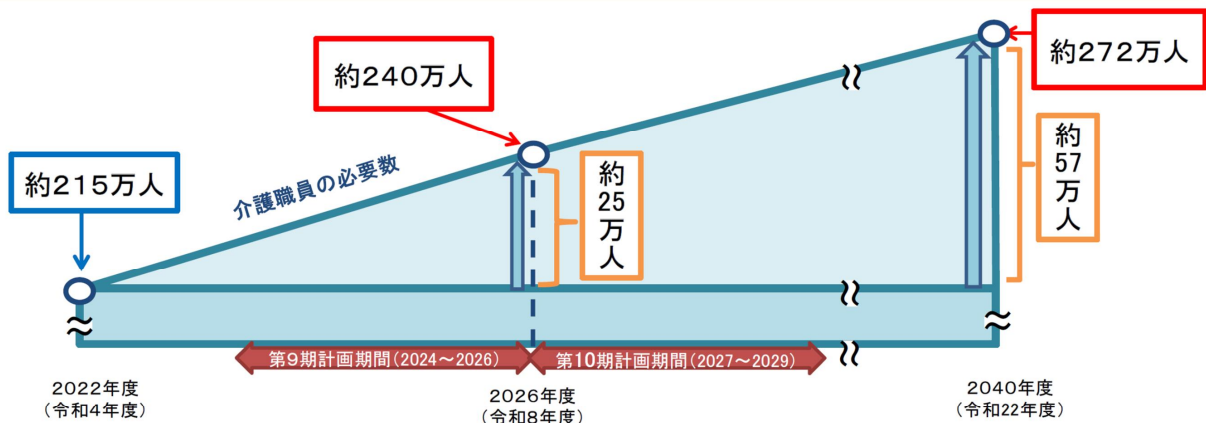


Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護職員の不足見込み－2026年度25万人、40年57万人

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

- 第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・ 2026年度には約240万人（+約25万人（6.3万人/年））
 - ・ 2040年度には約272万人（+約57万人（3.2万人/年））
 となった。 ※ () 内は2022年度（約215万人）比
- 国においては、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む。



注1) 2022年度（令和4年度）の介護職員数約215万人は、「令和4年介護サービス施設・事業所調査」による。

注2) 介護職員の必要数（約240万人・272万人）については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第9期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

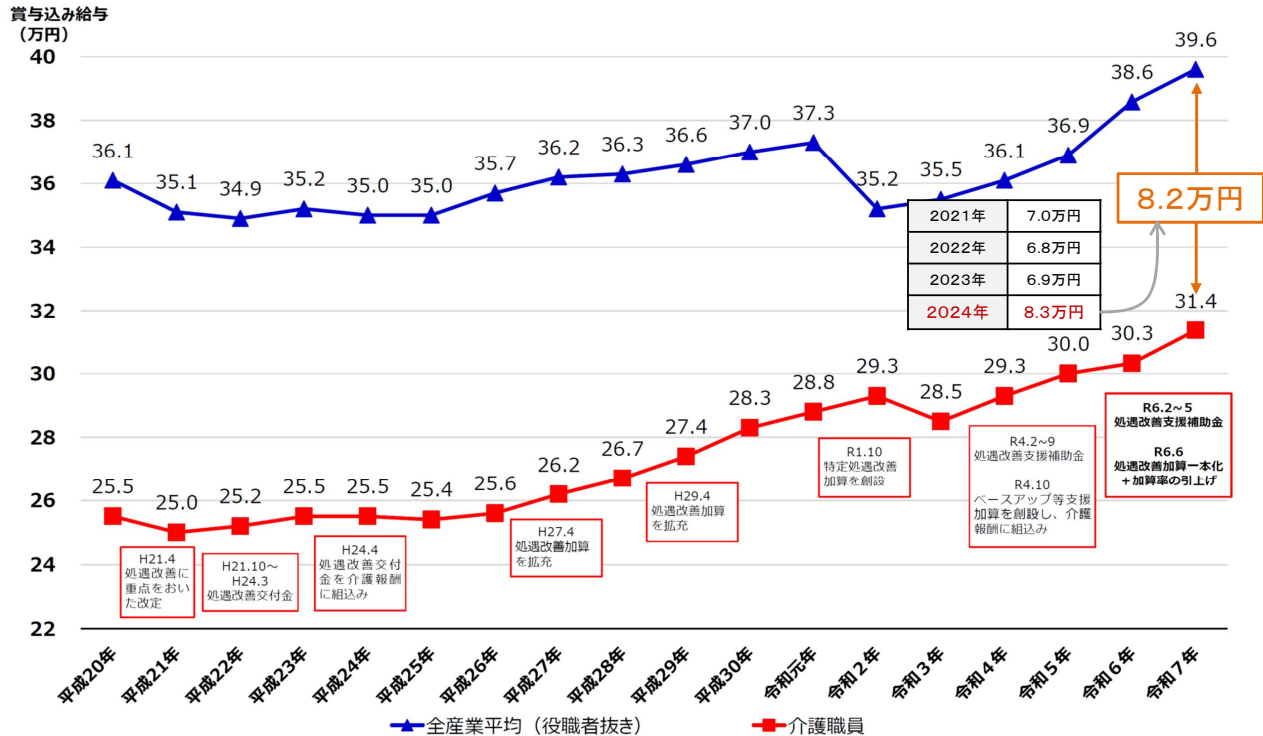
注3) 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

第120回介護保険部会(2025年5月19日)資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57936.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全産業平均との賃金差は埋まらず(2025年)ー前年からの改善額は1000円！

賃金構造基本統計調査による介護職員の賃金の推移



【出典】厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

※ 賞与込み給与は、調査年の6月分として支払われた給与に調査年の前年の1月から12月の賞与の1/12を加えて算出した額。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

重大な「機能不全」に陥りつつある介護保険制度

【利用者にとって】＝＜必要なサービスを利用できない・利用させない＞介護保険

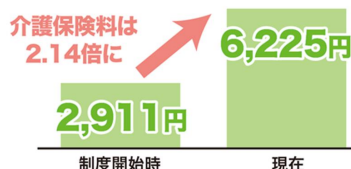
★介護保険26年、「制度の持続可能性」を掲げ、「給付削減」「負担引き上げ」の制度見直しを次々と実施

2005年	施設等の部屋代・食事代の全額自己負担化
2015年	利用料2割負担の導入 特養ホームの入所対象を原則要介護3以上に限定 要支援者の訪問介護・通所介護を保険給付から除外
2018年	利用料3割負担の導入……等々

【事業者にとって】＝＜必要なサービスを提供できない・地域の介護需要に応えきれない＞介護保険

★低く固定化されたままの介護報酬のもとでの経営困難、年々深刻さを増す職員不足

保険料を払っているのに必要な時に必要なサービスを受けられない
⇒これではまるで、「**国家的保険詐欺**」！

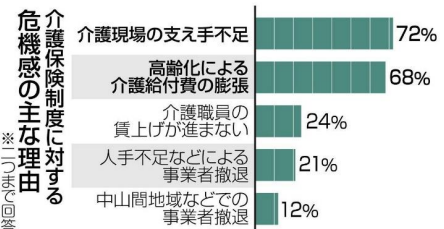
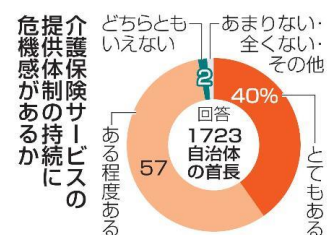


介護の社会化

介護の再家族化

介護の「互助」化

自治体首長の97%が「介護保険の持続可能性」に危機感
(共同通信調査、2025年6月～7月)



介護保険サービスの財源負担
引き上げに関して優先的な施策



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会福祉法等(介護保険法など)の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨 質の高い福祉サービスの確保と、社会福祉事業等の安定した経営基盤の確立を両立するため、多様で複雑な福祉ニーズに対応した包括的な支援体制を強化します。

改正の概要

1. 地域の実情に応じた包括的な支援体制の拡充

- 小規模市町村における包括的な支援体制の整備**
小規模市町村における包括的な支援体制の整備を促進する事業を新設するとともに、地域住民の支援等を検討する会議を全市町村で設置できるようにします。
※ 福祉各分野の相談支援・地域づくり事業の配置基準を分野を超えた基準へ柔軟化し、地域住民の取組との協働を促進します。
- 特定地域サービス、特定地域居宅サービス等事業の創設／介護予防・地域の支え合いの推進に向けた拠点機能の強化**
中山間・人口減少地域において、地域の実情に応じた配置基準や包括的な評価の仕組みを導入できる特例介護サービスの類型（特定地域サービス）を新設します。また、地域のサービス提供主体が少ない場合に、市町村が事業として居宅介護サービス等を実施できる「特定地域居宅サービス等事業」を創設します。あわせて、事業者間の連携強化や事業継続の仕組みを構築、介護予防と地域の支え合いを一体的に実施する拠点事業を新設します。
- 頼れる身寄りがない高齢者等への支援の充実**
頼れる身寄りがない高齢者等に対する日常生活支援、入院等の手続支援、死後事務支援を第二種社会福祉事業に位置付けるとともに、相談体制の整備を図ります。
- 成年後見制度等の適切な利用の支援**
成年後見制度や地域の権利擁護事業の適切な利用を支援する中核機関として、市町村が「地域権利擁護相談支援センター」を設置できるようにします。
- 有料老人ホーム制度の見直し**
中重度等の要介護者を入居させる有料老人ホームについて、都道府県等への登録制度を導入します。また、その入居者に対する相談支援を行う「登録施設介護支援」を新設し、利用者負担を求めます。
- 介護保険事業（支援）計画の見直し**
介護サービス量等の中長期推計および医療・介護連携に関して介護保険事業（支援）計画を見直すとともに、電子資格確認の導入など、介護被保険者証に関する見直しを行います。

2. 福祉人材の安定的な確保および定着支援

- 福祉人材確保と介護現場の生産性向上等の推進**
福祉人材確保のための協議会の設置を都道府県の努力義務とするとともに、生産性向上や経営改善支援等の取組促進を国および都道府県の責務とし、当該取組の促進のため、関係者の連携を図る協議会を設置します。
- 介護福祉士養成施設卒業生の経過措置の見直し**
令和13年度までの介護福祉士養成施設卒業生については、経過措置として卒業後5年間は資格を持てることとします。また、准介護福祉士資格を廃止します。
- ケアマネジャー（介護支援専門員）の更新制の廃止**
介護支援専門員（ケアマネジャー）の更新制を廃止し、法定研修の見直しを行います。

3. 支援基盤の強化等

- 社会福祉連携推進法人制度の活用推進**
社会福祉連携推進法人が実施できる業務を追加します。また、社会福祉法人解散時の残余財産の帰属先に地方公共団体を追加します。
- 災害時に高齢者等を支える福祉支援体制の強化**
災害派遣福祉チーム（DWAT）として活動する人材登録制度を整備します。

第135回介護保険部会（2026・6・26）資料＜広報資料＞

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_74114.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「三大改悪」はどうなったか？－介護保険部会とりまとめ(12月25日)など



論 点	提 案	結 論
利用料の2割負担の対象拡大	① 基準額(「一定以上所得」)の引き下げ 現行「280万円」(単身の場合) ⇒「260万円」「250万円」「240万円」「230万円」 ② 配慮措置(負担軽減措置)の導入 (1) 負担増分に上限設定(月額7,000円) (2) 一定額の預貯金等がなければ1割に据え置き ＝資産要件の導入～300万円、500万円、700万円？	2025年内に決着せず。「第10期前まで(2026年度中)に結論」＝【審議継続】 ● 秋の臨時国会、2027年通常国家に法案提出？ ⇒ 大臣折衝合意 ★ 対象の拡大＋資産要件の導入 ＝「原則2割化」の下地
ケアプランの有料化	すべてのケアプラン(居宅介護支援)に利用料負担を導入(当初案) ⇒ 今回見送り ↓ 住宅型有料老人ホーム入居者のケアプラン有料化(登録施設介護支援を創設) 【一部有料化】	● 2027年度介護報酬改定で具体化(介護給付費分科会で審議) ★ 次期見直しで、ケアプラン全体(居宅介護支援)に有料化を広げる突破口に
要介護1、2の生活援助等の見直し(保険給付外)	要介護1、2の生活援助等を 総合事業(※)に移行 ※「保険給付」ではなく、市町村が地域の事情に合わせて実施する「事業」 ※ 簡易な研修を受けた職員によるサービス、ボランティアの対応などを組み込み ＜給付費の抑制＞	今回＝【実施見送り】 ★ 「中山間・人口減少地域」に、要介護5も対象にすることを想定した「給付に代えた仕組み」を創設 第2の総合事業

■ その他の論点

論 点	結 論
補足給付に関する給付の在り方	→ 一部の所得段階の負担限度額引き上げ
多床室の室料負担＝対象施設の拡大	→ 2027年度介護報酬改定の中で具体化を図る
金融所得・金融資産の反映の在り方	→ 「将来的な導入について、制度面・運用面等の総合的な観点から、引き続き検討を行う」…「預貯金等の確認でのマイナンバーの活用」について、引き続き検討を行う

★ 実施が見送られたもの－「第1号被保険者負担の在り方」「利用料3割負担の対象者の拡大」「被保険者・受給者の範囲」「高額介護サービス費の在り方」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

利用料2割負担の対象拡大 ⇒ 2026年度中に結論

■ 厚労省が介護保険部会(12月1日)に提案した内容

【Ⅰ】「一定以上所得」(負担上限額)の引き下げ

＜現在＞

年金収入等で280万円以上(単身の場合)
＝所得上位20%が対象

＜提案－4つの案＞

- ・ 260万円以上
- ・ 250万円以上
- ・ 240万円以上
- ・ 230万円以上(所得上位30%)

法「改正」不要

※ 政令「改正」⇒パブコメ

--- (2つの負担軽減措置(配慮措置)を導入) ---

【Ⅱ】配慮措置①＝負担増に上限を設定

- 「当分の間、1割負担からの増額分を月7,000円に抑える」

【例】 1割負担なら10,000円 ⇒ 2割負担になると 20,000円、実際の負担額: 17,000円

法「改正」不要

【Ⅲ】配慮措置②

- 預貯金が一定額以下の者は、申請により1割負担に戻す

◆ 預貯金額の例示(単身の場合)・・・「300万円以下」「500万円以下」「700万円以下」

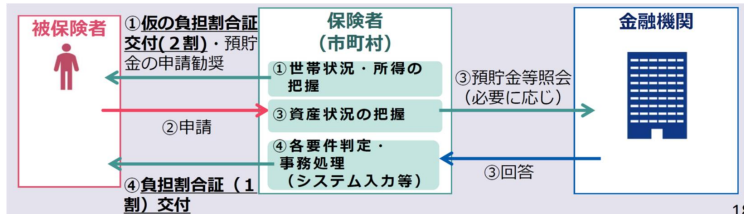
※ 補足給付と同様の仕組みを想定(通帳のコピーを添付して自己申告)

※ 対象＝預貯金、有価証券、投資信託、現金、負債(借入金、住宅ローン)

※ 必要に応じて金融機関に照会。不正受給の場合は給付額＋加算金を徴収

法「改正」が必要

★ 特別国会への法案提出
⇒ 見送り



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「介護保険制度における預貯金等の把握等に係る検討の場」の開催について (2026年5月27日)

1. 開催の趣旨

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)(令和5年12月22日閣議決定)において、能力に応じたより公平な負担を図る観点から、医療・介護保険における金融所得、金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行うとされており、介護保険部会においても、「一定以上所得」の判断基準の見直し等の議論の中で、預貯金等の勘案について議論が行われた。

介護保険制度の見直しに関する意見(令和7年12月25日社会保障審議会介護保険部会)において、「預貯金等の把握の正確性の担保と事務負担の観点が必要であり、まずは、現行の補足給付での預貯金等の確認事務の実態を把握するとともに、保険者との実務的な検討の場を設けるべき」とされた。

こうした経緯を踏まえ、預貯金等の確認事務の現状と課題を整理し、預貯金等の確認事務の負担軽減の具体的な方策に関して実務的な検討を行うため、検討の場を開催する。

2. 構成員 当会合の構成は次のとおりとする。

- ・ 市介護保険担当課長等 3名
- ・ 町村介護保険担当課長等 2名
- ・ 厚生労働省老健局介護保険計画課長他

○ 今後のスケジュール

第1回	5月27日	検討の場の設置、補足給付の現状について 自治体アンケート調査項目案
第2回・第3回	～夏頃	ヒアリング 自治体アンケート調査やヒアリングをふまえ、預貯金等の確認事務の負担軽減の具体的な方策について議論
第4回・第5回	夏頃～秋頃	中間とりまとめ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

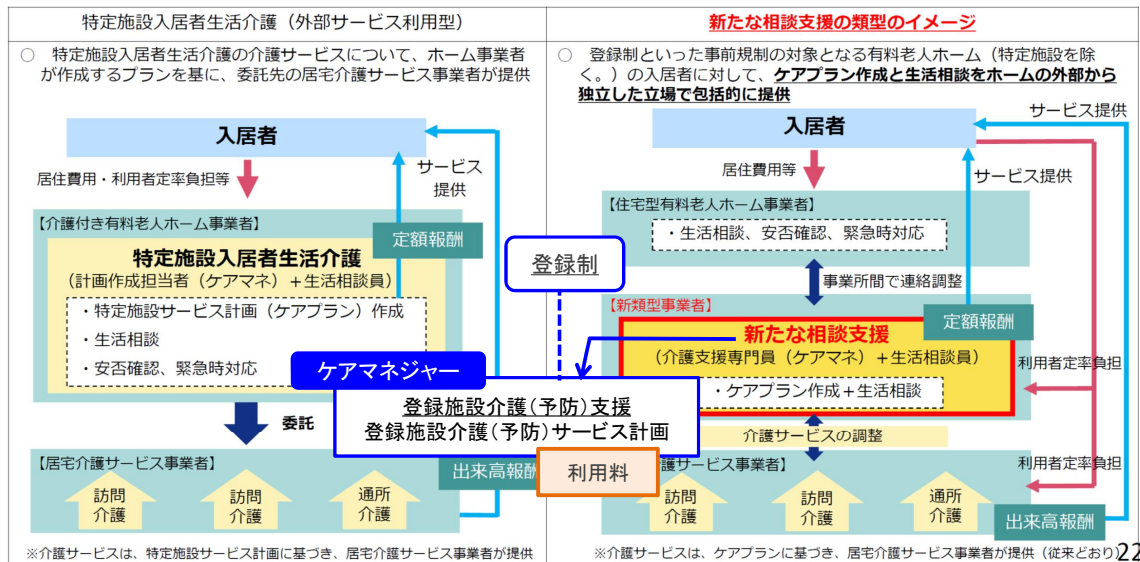
ケアプランの有料化＝住宅型有料老人ホーム・サ高住入居者に導入

- 「住宅型有料老人ホーム」＝中重度者、要医療、認知症高齢者の増加など、「介護型有料老人ホーム」と入居者の状況に差がなくなっている（※「住宅型」:12,668棟・392,346名、「介護型」:4,559棟・280,801名）

「介護報酬の仕組み上、自ら介護サービスを提供する（包括報酬）よりも、関連法人が外付けで介護サービスを提供した方（出来高払い）がより多くの報酬を得ることが可能となっており、…利用者に対する囲い込み・過剰サービスの原因になっている」



- 「登録制」の導入…要介護者等が多く入居している「住宅型」有料老人ホーム、サ高住が対象
- 新たに相談支援の仕組みを創設…「登録施設介護（予防）支援」
＝ケアマネジャーが「登録施設介護（予防）サービス計画」を策定 <定率（原則1割）>の自己負担

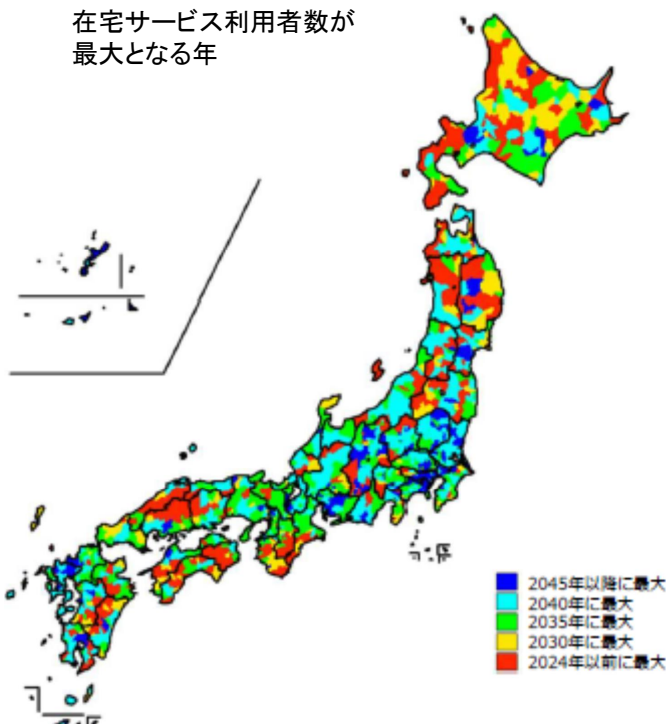


22 民医連

2040年に向けた介護サービス提供体制の整備

- 2040年に向けて人口構造の急速な変化が見込まれる
 - …生産年齢人口は15.0%減、85歳以上人口は42.2%増
 - …588市町村（全体の3割）が人口半数未満（うち21市町村が25%未満）、人口半減は中山間地で多い

在宅サービス利用者数が最大となる年



■ 「中山間・人口減少地域」

＝サービス需要が減少する地域

- サービス提供の維持・確保を前提として、新たな柔軟化のための枠組みを設ける
- 特別地域加算の対象地域を基本としつつ、高齢者人口の減少に着目した地域の範囲について国において一定の基準を示す
（※市町村内の一部エリアを特定することも可能）
- 対象地域は、計画策定プロセスにおいて市町村の意向を確認し、都道府県が決定する

■ 「大都市部」

＝2040年にかけてサービス需要が増加し続ける地域

- 多様なサービスを提供。ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤を整備

■ 「一般市等」

＝2040までの間にサービス需要が増加から減少に転じる地域

- 現行制度の枠組みを活用したサービス基盤の維持・確保が求められる。将来の需要減少に備えた準備と対応

「中山間・人口減少地域」(特定地域)で「柔軟なサービス」提供を可能に

- 高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する中山間・人口減少地域においては、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。必要なサービスを維持するため、**地域の実情に応じて柔軟なサービス提供を可能とする仕組み**を設けることが必要。
- 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」のとりまとめ(2025年7月25日)を土台に

【見直し内容】

＜「**特定地域サービス**」の創設＞

- 中山間・人口減少地域において、柔軟にサービス基盤を維持・確保できるようにするため、地域の実情に応じて、**管理者や専門職常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等の配置基準の弾力化**や**包括的な評価の仕組み(月単位の定額報酬)**の導入。

※ 国が一定の基準を示し、都道府県が市町村の意向を確認して対象地域(＝特定地域)を決定。

＜「**特定地域居宅介護サービス等事業**」の創設＞

- こうした給付による特例の仕組みを活用しても、なおサービス提供体制の維持が困難なケースに対応するため、**市町村が地域支援事業として、介護保険財源を活用して、給付に代えて居宅サービス等を実施可能な仕組み創設。**

見直し内容

中山間・人口減少地域(※1)の事業所の実情を踏まえて、**選択可能な新たな給付や事業を創設**します。

① 特定地域サービス(※2)

- ・ 包括的な評価(月当たり定額報酬)の導入
- ・ 人員配置基準の弾力化(※3)
(管理者・専門職、夜勤職員の要件の緩和等)

② 特定地域居宅サービス等事業

- ・ 市町村が、給付に代えて、介護保険財源を活用して(地域支援事業として)事業費で委託

★「給付」ではなく「事業」＝第2の総合事業

(※1) 国において、高齢者の人口密度や高齢者人口の減少などに着目し、一定の客観的な基準を設定

(※2) 障害福祉分野においても同様の見直しを、要介護1～5も対象

(※3) 職員の負担や質の確保への配慮を前提。

地域	現行(指定サービス)	新たに創設	
		特定地域サービス(介護(予防)給付)	特定地域居宅サービス等事業(地域支援事業)
地域	全国	中山間・人口減少地域	中山間・人口減少地域
人員配置基準	国の基準に従い、都道府県等が条例で規定	国の基準(※)に従い、都道府県等が条例で規定	国の基準(※)をもとに市町村が決定
報酬等	全国一律の介護報酬	中山間・人口減少地域の事業所の実情を踏まえた介護報酬	事業費(市町村が委託)
報酬等イメージ	出来高 1回○○円	包括的な評価を選択可能 月○○○円/人(包括的な評価)	特定地域サービス(介護給付)における報酬分に加えて、通常の圏域を超える移動経費等を含めて、事業費として支払い
類型	居宅・施設サービス等	居宅・施設サービス等	居宅サービス等
対象事業所の手続き	指定	市町村に登録	市町村から委託等

(※) 省令等に規定する予定

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「特定地域」(中山間・人口減少地域)の考え方(素案)

特定地域の考え方(素案)②

指標・基準(イメージ)

「75歳以上人口密度＝5人/k㎡未満」または「75歳以上人口＝1,000人未満 かつ 減少」

① 「75歳以上人口密度＝5人/k㎡未満」とする考え方

- ・ 特に居宅サービスにおける介護サービス提供の困難さに着目し、**75歳以上人口密度を基本指標**とする
- ・ 特別地域加算の対象市町村(全域指定)における75歳以上人口密度の分布を踏まえると、**中央値(3.8人/k㎡)**を捉えることが適当であり、同様の現状にある地域を含む基準設定とする観点から、**平均値(7.2人/k㎡)**も踏まえ、**5人/k㎡未満**とすることが適当

② 「75歳以上人口＝1,000人未満 かつ 減少」とする考え方

- ・ ①に該当しない場合(75歳以上人口密度＝5人/k㎡以上の地域)であっても、**地域の人口規模や利用者の減少によって事業所の維持に課題を抱える地域**への対応として、**75歳以上人口及び75歳以上人口変化率**を指標とする
- ・ 特別地域加算の対象市町村(全域指定)における75歳以上人口の分布を踏まえると、**中央値(725人)**を捉えることが適当であり、同様の現状にある地域を含む基準設定とする観点から、**平均値(1,146人)**も踏まえ、**1,000人未満**とすることが適当
- ・ さらに、現に介護サービスの需要が減少しており、**介護サービスの事業継続に課題が生じている地域**を捉える観点から、**75歳以上人口が減少**していることを要件とする

(参考) この場合、基準に該当するのは356市町村(20.5%)

- ・ 特別地域加算の対象市町村(全域指定)：299市町村
- ・ 「75歳以上人口密度＝5人/k㎡未満」で新たに該当する
- ・ 「75歳以上人口＝1,000人未満 かつ 減少」で新たに該当する

(参考) この場合、基準に該当するのは、**356市町村(20.5%)**

特別地域加算の対象市町村(全域指定)	299市町村
「75歳以上人口密度＝5人/k㎡」で新たに該当	40市町村
「75歳以上人口＝1,000人未満かつ減少」で新たに該当	17町村

2027年度介護報酬改定に向けた 2つのチャンネル

- 「2040年」への対応 ①「高齢化」65歳以上人口ピークに、85歳以上人口増加(医療・介護ニーズ増大)
②「人口(生産年齢人口)減少」(…少子高齢化)

分野横断的テーマ

- 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
- 地域包括ケアシステムの深化
- 介護人材確保に向けた処遇改善等と職場環境改善やケアの質の向上に向けた生産性向上等
- 制度の安定性・持続可能を確保する報酬の在り方

改定内容の審議・決定(介護給付費分科会)

- 4月 ~夏頃
 - 個別サービス事業＋分野横断的テーマ
＜1巡目＞審議…「現状と課題」「論点」
5・25 地域密着型サービス
6・15 通所系サービス
6・29 訪問系サービス
7・9 施設系サービス
● 事業者団体ヒヤリング
- 10月 ~12月
 - 個別サービス事業＋分野横断的テーマ
＜2巡目＞の審議…「具体的な方向性」
● 介護事業経営実態調査結果公表
- 12月
 - ★ 介護給付費分科会とりまとめ
「令和9年度介護報酬改定に関する審議報告」
- 1月
 - 諮問・答申

改定率の審議・決定(予算編成作業)

- 5月
 - 財務省・財政審「春の建議」
- 7月
 - 「骨太方針2026」閣議決定
- 8月
 - 概算予算案提出
(各省庁→財務省)
- 12月
 - ★ 改定率の決定…大臣折衝合意
● 27年度政府予算案閣議決定
- 1月
 - ＜通常国会開会＞ 予算案審議

2027年度予算編成作業

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬改定の経過(本改定＋臨時改定)

	改定率	内訳等
2003年	▲2.3%	
2006年	▲2.4%	施設等の食費・居住費の自己負担化分(05年10月～)をふくむ
2009年	▲3.0%	
2012年	＋1.2%	処遇改善補助金(報酬2.0%相当)を組み入れ、実質▲0.8%
※2014年	＋0.63%	消費税への対応－区分支給限度額の引き上げなど
2015年	▲2.27%	基本報酬で▲4.48%(全サービスで引き下げ)
※2017年	＋1.14%	処遇改善(1万円相当)
2018年	＋0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
※2019年	＋2.13%	処遇改善(1.67%)、消費税対応(0.39%)、補足給付(0.06%)
2021年	＋0.70%	うち＋0.05%はコロナ対策(～2021年9月)。第8期通算＋0.67%
※2022年	＋1.13%	処遇改善(9,000円相当)
2024年	＋1.59%	うち処遇改善＋0.98%、その他(基本報酬分など)＋0.61%
※※2026年(6月～)	＋2.03%	処遇改善分＋1.95% 基準費用額(食費)引き上げ分＋0.09%

● 財務省は中小企業の利益率まで引き下げるよう提言(▲6%)

● 基本報酬が上がらず、「加算偏重」の改定が続く
⇒ 加算算定が困難な小規模事業所を直撃

※ 処遇改善加算
＝ 事業所の増収にはならない
＜賃金微増・赤字拡大＞



老人福祉・介護事業所の倒産件数推移(各期集計)

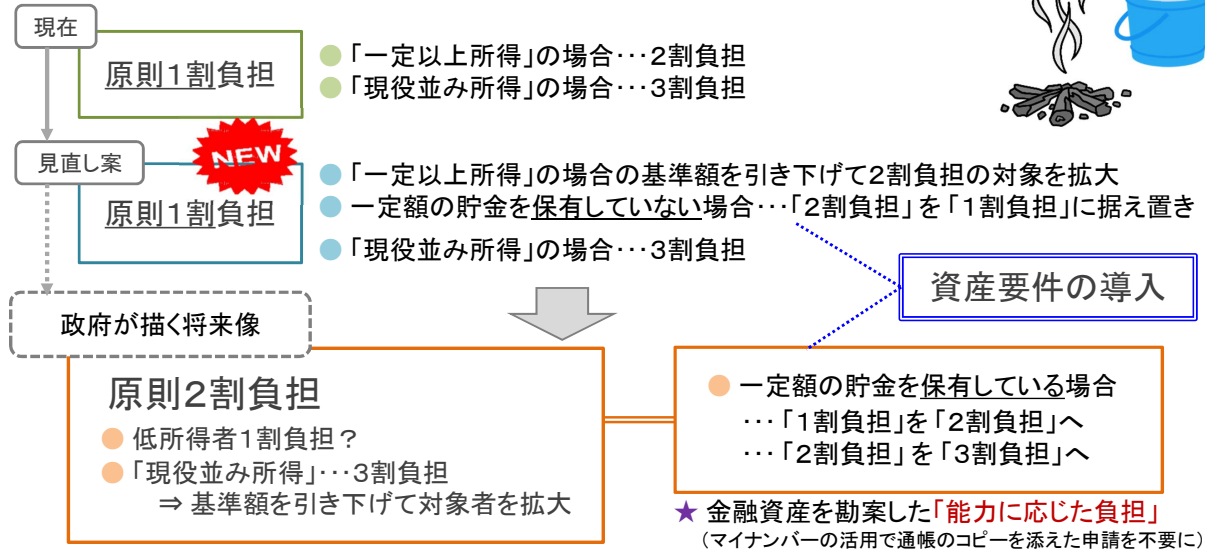
第1期	2000年	3	計14	第6期	2015年	76	295
	2001年	3			2016年	108	
	2002年	8			2017年	111	
第2期	2003年	4	30		2018年	106	
	2004年	11			2019年	111	335
	2005年	15			2020年	118	
	2006年	23			2021年	81	
第3期	2007年	35	104		2022年	143	346
	2008年	46			2023年	122	
	2009年	38			2024年	172	
第4期	2010年	27	84		2025年	176	(348)
	2011年	19			2026年	?	
	2012年	33					
第5期	2013年	54	141				
	2014年	54					

…本改定実施年

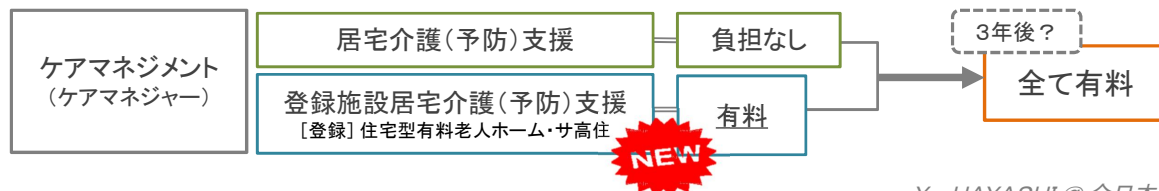
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

費用負担(利用料・ケアプラン)の見直し撤回を！－「火種」を根絶やしに

■「利用料2割負担の対象拡大」は、「利用料原則2割負担」化への道

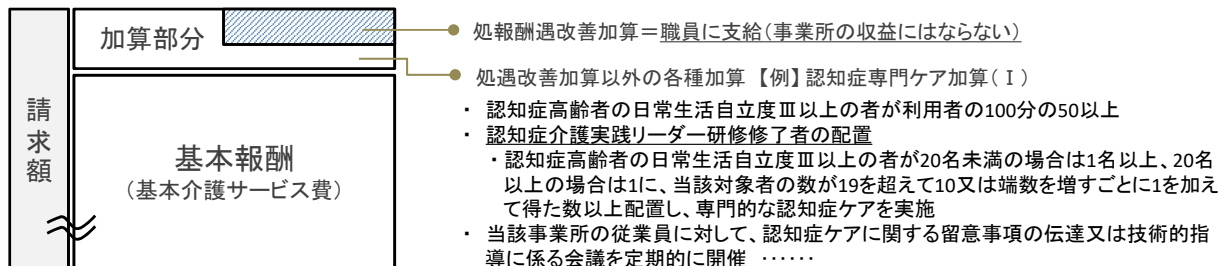


■ ケアプランの「一部有料化」は、すべてのケアプラン有料化の突破口に



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬改定＝加算の偏重はやめて、基本報酬の引き上げ(底上げ)を



	平成12年 (当初)		平成29年	令和2年	令和5年	令和8年 (R8.6時点)
訪問介護	3種類	…	17種類	20種類	24種類	23種類
通所介護	5種類	…	22種類	29種類	37種類	36種類
認知症GH	1種類	…	21種類	28種類	30種類	40種類
介護老人福祉施設(注2)	8種類	…	39種類	55種類	65種類	78種類
介護老人保健施設(注3)	8種類	…	50種類	55種類	65種類	77種類

年間算定実績なし(26種類(延べ178種類))

〇リハ、口腔、栄養関係		〇認知症関係		〇体制加算関係	
加算名	該当サービス等	加算名	該当サービス等	加算名	該当サービス等
生活機能向上連携加算	予防GH(短期Ⅰ・Ⅱ), 予防小多機(短期Ⅱ)	認知症専門ケア加算	訪問入浴(Ⅱ), 短期療養(病床Ⅱ 診療Ⅰ・Ⅱ 院Ⅱ), 予防短期療養(病床Ⅱ 診療Ⅰ・Ⅱ 院Ⅰ・Ⅱ), 予防訪問入浴(Ⅱ), 夜間訪問(Ⅰ・Ⅱ・Ⅱ)	サービス提供体制強化加算	予防短期療養(病床Ⅱ 診療Ⅱ, 夜間対応(Ⅱ・Ⅲ))
個別機能訓練加算	予防特定(外部・認知症通所)			生産性向上推進体制加算	短期療養(病床Ⅰ・Ⅱ 診療Ⅰ), 予防短期療養(病床Ⅰ・Ⅱ 診療Ⅰ, 院Ⅰ), 地密特定(短期Ⅰ), 予防GH(短期Ⅰ), 予防小多機(短期Ⅰ)
口腔連携強化加算	予防短期療養(病床 診療院)				
口腔機能向上加算	予防特定(外部・認知症通所/通所/通所リハ)	若年性認知症利用者(入居者)受入加算	短期療養(健2, 病床1・2, 診療1・2, 院2), 予防短期療養(健, 病床 診療院), 特定(短期), 地密特定(短期), 予防GH(短期)	生活相談員配置等加算	予防短期生活
一体的サービス提供加算	予防特定(外部・通所/通所リハ)	重度認知症疾患療養体制加算	短期療養(院Ⅰ・Ⅱ・Ⅱ)	看護体制加算	地密特養(Ⅱ口)
栄養改善加算	予防特定(外部・通所/通所リハ/認知症通所/通所介護)	認知症緊急対応加算	短期療養(病床 診療), 予防短期療養(病床 診療), 老健2, 地密特養	夜間勤務等看護加算	短期療養(病床Ⅰ・Ⅱ 院Ⅱ), 予防短期療養(病床Ⅰ・Ⅱ 院Ⅱ)
〇その他		〇在宅復帰関係		夜間支援体制加算	予防GH(短期Ⅰ)
加算名	該当サービス等	加算名	該当サービス等	夜間職員配置加算	地密特養(Ⅰ口・Ⅲ口・Ⅳ口)
障害者生活支援加算	地密特養(Ⅱ)				
遠隔死亡診断補助加算	訪問看護多機(短期)	在宅復帰支援機能加算	地密特養		

全日本民医連

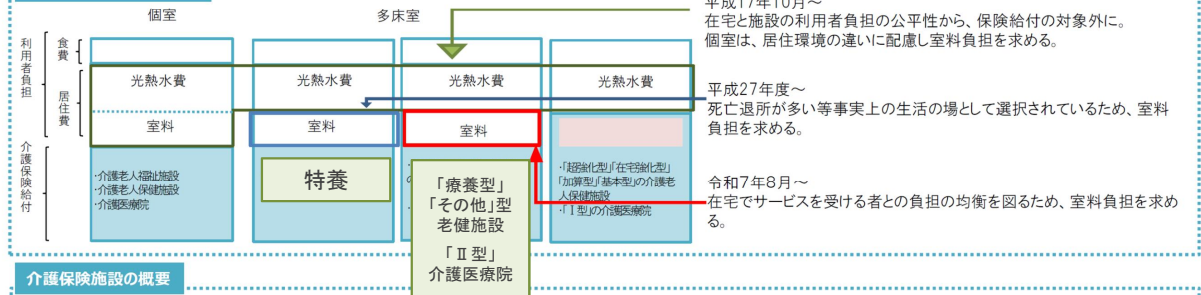
報酬改定による制度改悪を許さない！－多床室室料負担・対象施設の拡大

多床室の室料負担の経緯と現状

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等における居住費について、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用負担を軽減することとした。）
- さらに、令和7年8月より、在宅でサービスを受ける者との負担の均衡を図るため、新たに室料負担を求めることとした。

- ＜経過・現状＞
- 個室 2005年10月～ 全ての施設で居住費を徴収
 - 多床室 2015年10月～ 特養ホームで徴収開始
 - 2025年8月～ 一部の老健、介護医療院で徴収開始
 - ・「療養型」「その他型」の老健
 - ・「Ⅱ型」の介護医療院
 - ※ 未実施 老健…「超強化型」「在宅強化型」「加算型」「基本型」
介護医療院…「Ⅰ型」

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す 在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養 ・生活施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	医療法(医療提供施設) 8.0㎡以上 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可	8.0㎡以上 大規模改修まで6.4㎡以上で可

210

第131回介護保険部会(2025年12月13日)資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001611238.pdf> Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険の制度理念に反する「特定地域」構想

- 今回の「改正」は介護保険法2条違反！……小島美里さん(NPO法人暮らしネット・えん)



衆院厚生労働委員会(5月20日)で参考人として意見を述べる小島美里さん

(介護保険法・第2条)

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

- 介護保険法「改正」案への緊急要望書(5月11日)……認知症の人と家族の会

- 1 「特定地域」を創設し、事業所の介護職員を減らすのではなく、必要な介護職員を確保するための見直しを行ってください
- 2 どの地域に住んでいても、どんな場所で暮らしていても、全国の認定者に、公平、平等な給付を維持するため見直しをしてください

介護保険の根幹は、誰もがが必要なサービスを平等かつ公平に受けられること

●「地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で高齢者自身が自立して日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築は引き続き進めていく必要がある。2040年に向けて、85歳以上の医療と介護の複合ニーズを抱える方、認知症高齢者、独居高齢者の増加を踏まえた上で、地域の状況にあわせて深化させていくことが必要である。」(6ページ)

●「介護は、地域密着の産業であり、雇用創出力もあることから、地域の高齢者のみならず、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要な地方のインフラである。地域づくりやまちづくりの視点で、自治体と事業所が連携し、取り組みを進めていく必要がある。」(14ページ)

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」のとりまとめ(2025年7月25日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「特定地域」導入による給付体系の大転換（「2040年型介護保険」へのモデルチェンジ）

人口減少を理由に地域間の介護格差を法制化

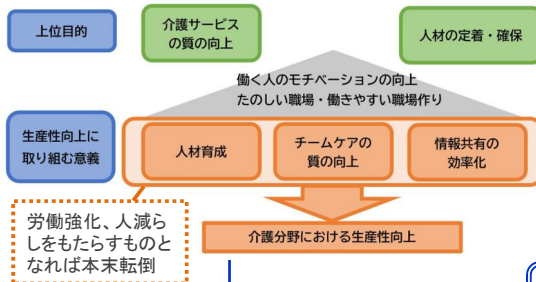
地域単位

- 「中山間・人口減少地域」に、「特定施設サービス」などを創設
 - ・ 人員配置の「柔軟化」＝当面の打開策（法令基準をクリアして事業存続が可能に）
 - ・ 新たな介護需要に対応できるのか、介護の質の維持・向上が可能なのか、職員の労働強化をもたらさないかーなどの疑問
- こうした方法（＝介護事業の恒久的なダウンサイジング）で将来を見通せるか
 - ・ 職員の新規確保の困難、民間事業所の新たな参入も期待できない
 - ・ 現在の介護事業所の閉鎖・廃業＝地域の介護サービス基盤が壊れていく
 - ・ 介護を必要とする人が住み慣れた地域に住み続けられない事態になることは明らか

介護困難地域の切り捨て策

「特定地域」拡大・「生産性向上」による配置基準の「緩和」推進 介護保障のダウンサイジング＝人手不足「解消」策

中山間・人口減少社会
住民の理解のもと、サービス提供の維持・確保を前提として、 柔軟な対応を構じていく
一般市等
近い将来「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 柔軟な対応を行っていく
大都市部
多様なニーズに対応した多様なサービスを提供するとともに、ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤を整備



★「生産性の向上」は介護事業運営の大前提（厚労省幹部）

- <特定施設>の人配置基準の引き下げ（特例的な柔軟化）
 - … 見守り機等のテクノロジーを活用することなどが要件

利用者	介護職員	利用者	介護職員
3	1	3	0.9

⇒「引き続き、その他の介護施設（特養等）についても、今後の実証事業によって、介護ロボット・ICT機器の活用等による人員配置基準の特例的な柔軟化が可能である旨のエビデンスが確認された場合は、期中でも、人員配置基準の特例的な柔軟化を行う」
 ＜2023年12月20日、財務・厚労大臣折衝合意＞

「生産性の向上」の追求

事業所単位

★★「人配置基準＝介護保険のナショナル・ミニマム」の切り下げ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「骨太方針2026」と同日に閣議決定された規制改革実施計画 ①

規制改革実施計画 実施事項

地方を伸ばし、暮らしを守る

措置 済 等

特例介護サービスの枠組み拡張を踏まえた人員配置基準の緩和等

（介護保険法、指定居宅サービス等の事業の人員・設備及び運営に関する基準）

概要

介護サービスの質の確保に留意しつつ、人口減少やサービス需要の変化に応じた介護サービス提供体制を構築するため、中山間・人口減少地域における人員配置基準の緩和など地域の実情に応じた柔軟な対応が可能となるよう、制度・運用の整備・見直しを行う。

特例介護サービスの枠組みの拡張と留意すべき事項

地域の実情に応じてサービス提供体制を維持・確保するため、柔軟なサービス提供が可能となるよう、特例介護サービスに新たな類型を設定。新たな類型の適用に当たっては要件・対象が過度に限定されることがないよう留意することが重要。

枠組み拡張の方向性

	特例介護サービス	
	基準該当サービス	準拠等相当サービス
地域	全国（地域限定なし）	厚生労働大臣が定める地域（告示）
指定・登録	市町村等（80%）に登録	市町村等（60%）に登録
人員配置基準	国で定める基準（指定サービスより緩和）に従い、都道府県等が条例で規定	規定なし
報酬	全国一律の介護報酬を基準に市町村等で設定	全国一律の介護報酬を基準に市町村等で設定
サービス	居宅サービス等	居宅サービス等

具体的検討に当たって留意すべき主な事項

・ 対象地域の設定について、大都市部や一般市等にも既に介護サービスの提供が困難となるエリアを有する地域があることから、対象を過度に限定しないことや、市町村の意向が反映されるプロセスとする。

・ 中山間・人口減少地域においては介護サービスの担い手不足が深刻であり、新たな類型の適用要件の設定に当たっては、過度な負担とならないよう、必要最小限の適用要件とすることとする。

（備考）第133回社会保険審議会介護保険部会（令和7年12月25日）参考資料により作成。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「骨太方針2026」と同日に閣議決定された規制改革実施計画 ②

規制改革実施計画 実施事項

地方を伸ばし、暮らしを守る

令和7年度検討開始、令和8年度結論等

特定施設等における人員配置基準の特例的な柔軟化等の推進

(介護保険法、指定居宅サービス等の事業の人員・設備及び運営に関する基準、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準)

概要

介護の質の維持・向上や介護職員の負担軽減に資する生産性向上を図る観点から、特定施設等における人員配置基準の特例的な柔軟化(要介護者:看護・介護職員=3:1⇒3:0.9)等の制度運用のため、要件の在り方の見直しや業務時間を計測するタイムスタディ調査等に要する事務負担の軽減を行う。

直接介護業務時間に関する要件の在り方の見直し

テクノロジー導入によって総業務時間に占める直接介護業務時間の割合が増加することが要件となっているが、介護用シャワーや自動体位交換機など直接介護業務時間の減少につながるテクノロジーが存在。直接介護業務の生産性向上に資するテクノロジーの活用を図るため、直接介護業務時間に関する要件の見直しを検討するなど、介護現場の実態に合う方向で見直し。

直接介護業務時間の減少につながるテクノロジーの例



(備考) 左図: 関モルテン ウェブページより引用。右図: エア・ウォーター・メディカル ウェブページより引用。

タイムスタディ調査の簡素化

ロボットやICTなどのテクノロジーの導入前後の職員の業務時間を計測するタイムスタディ調査において、業務項目の簡素化・柔軟化など、事務負担の軽減が必要。

分類	NO	項目	0-9分	10-19分
直接介護	1	移動・移乗・体位交換		
	2	排泄・移動・支援		
	3	入浴・着脱・更衣		
	4	利用者のコミュニケーション		
	5	日常生活自立支援		
	6	行動上の問題への対応		
	7	食事支援		
	8	褥瘡処置・リハビリテーション・医療的処置		
	9	その他の直接介護		
	10	巡回・移動		
間接業務	11	記録・文書作成・連絡調整等		
	12	利用者のアセスメント・情報収集・介護計画の作成・見直し		
	13	見守り機器の使用・確認		
	14	介護ロボット・ICT機器の準備・調整・片付け		
	15	他の職員に対する指導・教育		
	16	食事・おやつの配膳・下膳等		
	17	入居業務の準備等		
	18	入居・退居・ベッドメイク		
	19	居室清掃・片付け		
	20	褥瘡などの感染症対応		
休憩	21	休憩・食事・仮眠		
その他	22	その他		
合計時間	23	合計時間 (実働でのケア対応が可能な状態)		

10分単位の記録が煩雑

項目が必ずしも業務実態に合っておらず過多

(備考) 健康・医療・介護ワーキング・グループ (令和7年12月3日) 資料1-1により作成。391 Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新・介護請願署名＝「特定施設」の導入に対して

介護保険制度・介護報酬の改善、介護従事者の処遇改善を求める請願署名
一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

- 訪問介護の基本報酬をはじめ、**介護報酬全体の大幅な底上げを行うこと**。その際はサービスの利用に支障が生じないよう、利用料負担の軽減などの対策を講じること
…【介護報酬の底上げ】 ★ 事業所の所在地に関わらず、すべての事業所が事業を存続できる基本報酬の設定を
- 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、有料老人ホーム入居者のケアプラン有料化などの見直しを行わないこと。**人口減少地域の介護サービスの基準緩和、保険給付外しを行わないこと**…【制度改悪の中止・撤回】 ★ 「特定地域」制度化の撤回を
- 全額国庫負担により、すべての介護従事者の給与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**
…【大幅な処遇改善】 ★ 「人口減少」「生産性向上」を根拠とする配置基準「緩和」の中止・撤回
- すべての地域において、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
…【制度の抜本改善＝国庫負担引き上げ】

介護保険制度の緊急改善・抜本改善を求める



介護保険制度の 抜本改革提言

中央社会保険推進協議会
2023年5月発行

■ 介護保険「25年」の経過と現状

- 相次ぐ給付削減と負担増
- 低く固定化された介護報酬
- 広がり続ける怒り
 - －訪問介護基本報酬の引き下げ
- 深刻さを増す人手不足
- 進まない処遇改善
- 介護困難の広がりの中で、
介護保険料は右肩上がり
- コロナ禍のもとで

■ 介護保険が直面している<3つの危機>

■ 政府が準備しているさらなる改悪メニュー

■ 介護保険制度の緊急改善・抜本改善を求める

- 制度改革の焦点
- 介護保険制度、高齢者介護補償のあり方、
めざすべき方向について、議論を呼びかけます

【当面の「緊急改善」案】

【介護保険制度の「抜本改善」案】

★ 政府の制度改革のスピードは早く、利用者と家族はそのたびに翻弄され、介護現場は目の前の対応に日々追われています。しかし、そうした状況だからこそ、介護保険制度、高齢者介護保障の本来のあり方について多くの人たちと議論し、共有を図り、声を上げていくことが大切になっているのではないのでしょうか。

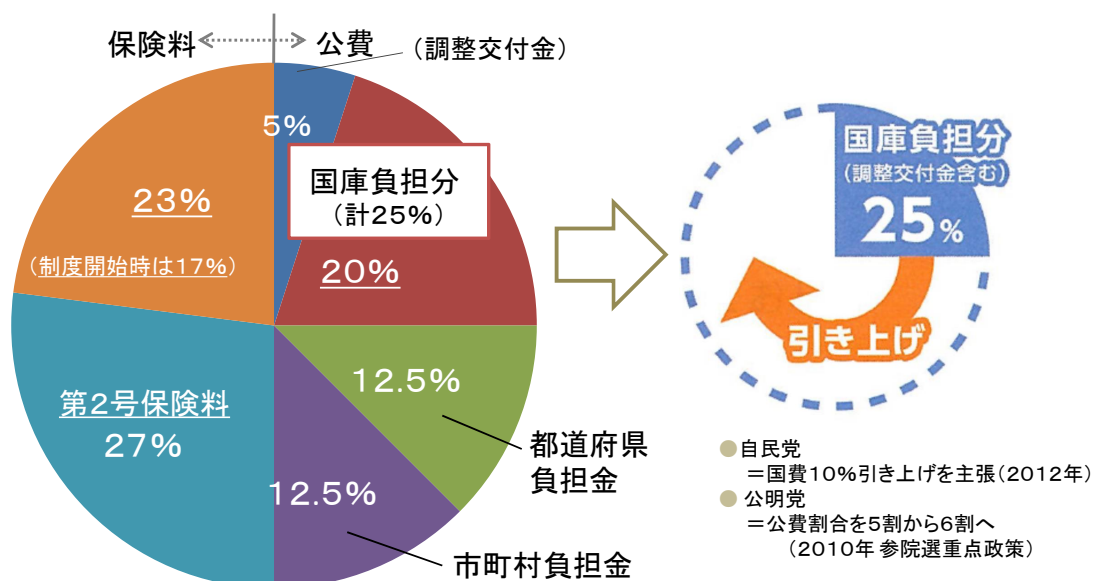
【介護保険制度の抜本改善案(5)】「利用者・事業者の個別契約に基づくサービス費補償方式(現金給付)から現物給付方式に切り替え、**国・自治体(保険者)が介護サービス保障に最終責任を負う制度に転換する**」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

制度改革の政策的焦点－制度の「公正性」と「持続可能性」の確保

【1】国庫負担割合の引き上げは不可欠

- このままでは、財政破綻は避けられない <介護給付費の増大 ⇒ 保険料高騰 ⇒ 支払い困難(年金の目減り・生活困難) ⇒ 保険料の引き上げ困難>…残るのは徹底的なサービスの削減＝**「制度残って介護なし」!**
- ①高齢化の進展に伴う介護需要の拡大への対応、②制度の改善によるサービスの充実、③払える水準の介護保険料設定－のためには、国庫負担割合の大幅な引き上げ(高齢者保険料割合の圧縮)が不可欠



【2】処遇改善＝利用料に連動する介護報酬ではなく、全額国費で全産業平均水準賃金を実現

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障は国の責任で一ミサイルではなくケアを！

★ ケアを顧みようとしない新自由主義政治が続く中、日本は公的ケアが大きく不足する社会に！
 新自由主義政治の転換、防衛費の削減、社会保障拡充で、誰もが安心して暮らせる社会に！

＜日本国憲法第25条＞

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない

必要充足原則

「給付」は（「負担」に応じてではなく）、「必要」に応じて

応能負担原則

「負担」は（「給付」に応じてではなく）、「（負担可能な）能力」に応じて

★「給付」と「負担」の切り離し＝社会保障の本質

真の「介護の社会化」を！－「介護の再家族化」「介護の市場化」を許さない

(どこに住んでいても……)

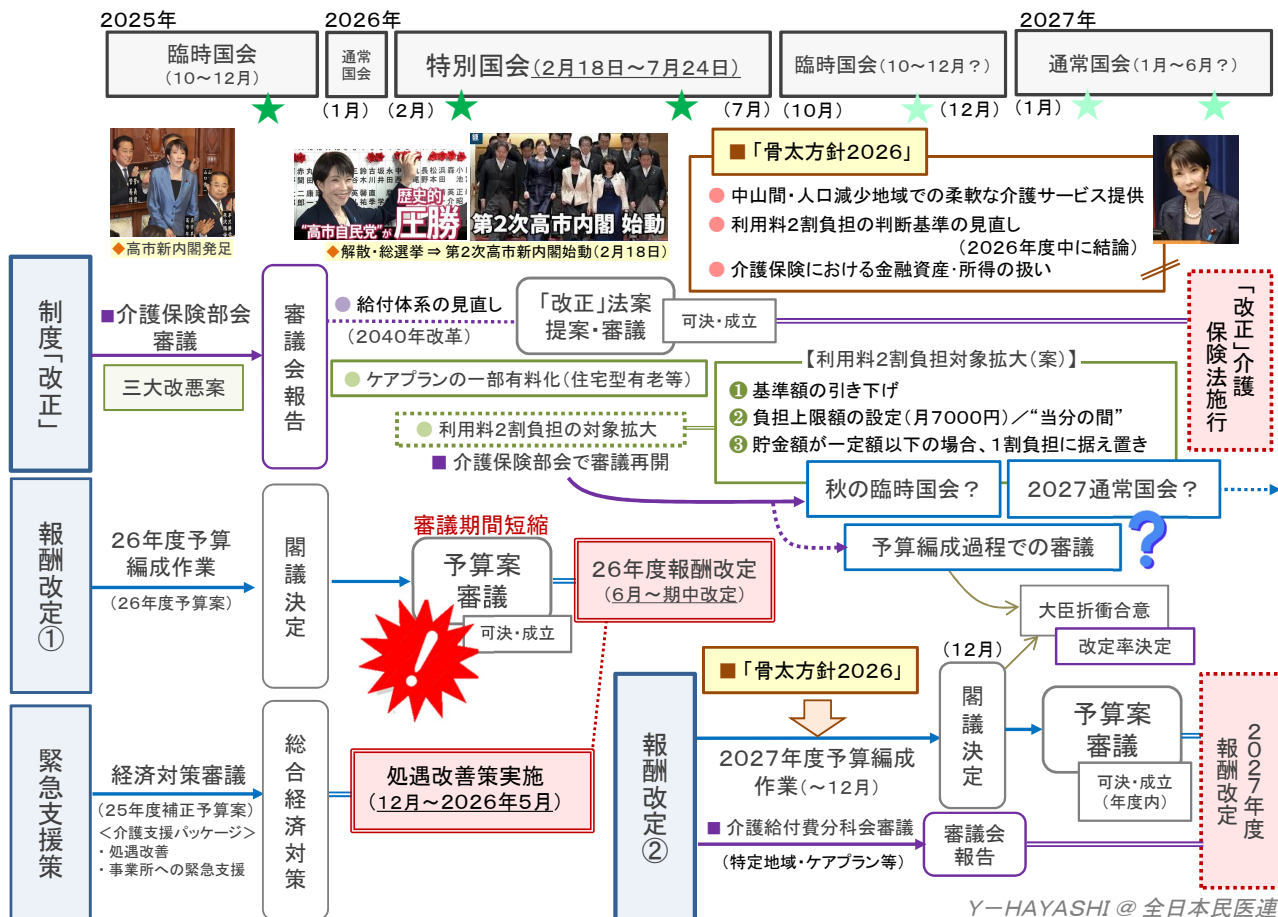
介護する人・受ける人がともに大切にされる制度へ

「人権としてのケア」の実現

★★ 2040年を展望するのであれば、従来型の給付抑制策を続けるのではなく、公的給付を拡大する方向に政策全体を転換させることが不可欠（…人口が減っても住み慣れた地域で暮らし続けることを実現）

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険見直しをめぐる動き（2025→2026→2027）



Y-HAYASHI @ 全日本民医連