

介護人材不足解消を目指して¹

需給ギャップ縮小の定量的検証

慶應義塾大学
土居丈朗研究会
社会保障②

西村耕佑
岩村怜
茨木美子
篠塚颯斗
大林由茉
田村優里

2025 年 11 月

¹ 本稿は、2025 年 12 月 13 日、12 月 14 日に開催される ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2025」のために作成したものである。本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

日本の介護職員数は、長年の増加傾向から一転し、令和 5 年度に初めて減少に転じた。このまま対策が不十分であれば、介護職員の不足数は 2040 年には約 57 万人に達すると推計されており、介護サービス提供体制の持続可能性は危機的状況にある。この不足の最大の原因は、高い離職率ではなく、仕事内容に対する賃金の低さであり、「人手が足りない」「賃金が低い」ことが労働者の主な不満として挙げられている。政府は賃金向上策を打ち出しているものの、直近の職場定着率は 3 年ぶりに低下しており、現在の実質的な賃上げ幅は、労働者が求める水準に達していないことを示唆している。

政府が推進する賃金向上策は、その効果が限定的である。各種加算による賃上げが実施されているにもかかわらず、採用率の低下幅が離職率の低下幅を上回っている事実は、現在の政策パッケージが人材確保に決定的な効果をもたらしていないことを示している。また、介護テクノロジーの導入も進んでいるが、最も高いものでも介護ロボットの導入率は 8.4%と低迷しており、労働生産性の抜本的な向上には繋がっていない。さらに、事業所の大規模化・協業化を促す中で、2024 年の介護事業所の倒産件数は過去最多を記録しており、小規模事業所の淘汰が進むなど、サービス提供の基盤そのものが不安定化している。介護予防策としての健康寿命延伸への取り組みも重要だが、要介護（要支援）認定者数の増加傾向は止まっておらず、需要削減の効果は限定的である。

本稿の問題意識は、政府が問題を認識し、対策を講じているにもかかわらず、給与水準向上策、テクノロジー導入/大規模化、介護予防策のいずれもが、喫緊の需給ギャップを解消するほどの効果をあげられていない点にある。このままでは、介護が必要な高齢者に対するサービスが持続不可能になってしまうという危機感に基づき、既存の政策の不十分さを指摘するとともに、賃金水準と労働供給の関係を定量的に解明することで、政策の優先順位と必要な投資規模を明確にする。

本稿は、従来の「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の推計枠組みを基盤としつつ、最新の「将来推計人口」（2023 年推計）などのデータを反映することで、より現実的な需給推計を試みた。特に、健康寿命が平均余命の伸びの 50%だけ延びるというシナリオを仮定した場合、2040 年度の介護職員数（需要側）は 274.2 万人と推計される。供給側の推計では、現在の労働環境を考慮すると 266.9 万人にとどまり、健康寿命の延伸をもってしても約 7.3 万人の不足が生じることが明らかになった。この結果は、需要削減のみでは人材不足問題は解決しないことを示している。

この結果を踏まえ、本稿は賃金引き上げが介護人材の労働供給に与える影響、および事業所の協同化・大規模化による生産性向上度合いを定量的に分析した。前者については、2015 年から 2024 年までの 47 都道府県のパネルデータを用い、賃金と従事者数の変化率の関係を固定効果モデルで推定した。その結果、介護職員の労働供給の賃金弾力性を定量的に示す重要な知見が得られた。これは、賃金水準の向上が採用・定着に明確な効果を持つことを実証するものである。後者については、厚生労働省と同様の推計方法を用いて、健康寿命の延伸を考慮に入れることで、政府の仮定より少ない効果でも介護需給が一致すること、健康寿命を考慮に入れない場合、政府の置いた仮定ではギャップが依然存在することがわかった。

以上の結果を踏まえ、以下の政策提言を行う。

【政策提言Ⅰ】介護報酬の段階的な引き上げ措置

【政策提言Ⅱ】地域介護連携法人制度の創設と支援強化

提言Ⅰでは、全産業の賃上げに準じたベースアップ率で介護報酬を改定することで賃上げを図る。提言Ⅱでは、介護サービスの持続性を確保するために、複数の介護事業者が経営・人事・研修・ICT等を共同運営できる法人を設立可能にすることで、人材不足の緩和等職場改善を図る。

これらの政策提言によって、介護職員の人材不足が解消され、介護を需要する要介護者および要支援者は適切な介護サービスを享受できるようになる。そして、介護が必要な高齢者に対するサービスを持続可能なものとする政策が作られるという我々の目標が達成される。

目次

第1章	現状分析・問題意識	6
第1節	介護人材不足の現状と背景	6
第1項	介護人材不足の現状と推移・推計	6
第2項	人材不足の主な原因	7
第2節	人材不足解消に向けた政府の施策と評価	8
第1項	賃金向上施策の実施と採用・定着効果の検証	8
第2項	介護現場の生産性向上に向けた取り組み	9
第3項	介護テクノロジーの導入状況と課題	10
第4項	事業所の大規模化・協業化による経営基盤の強化	11
第3節	介護保険制度の構造と将来的な展望	12
第1項	介護保険制度とその財政的持続可能性	12
第2項	介護報酬の決定構造	14
第3項	介護報酬および処遇改善加算の課題について	14
第4項	健康長寿社会の実現に向けて	15
第4節	問題意識	17
第2章	先行研究および本稿の位置づけ	18
第1節	先行研究	18
第1項	介護需給の将来見通し	18
第2項	介護事業者の統合・連携効果	19
第3項	健康寿命延伸・介護予防の取り組み効果	19
第2節	本稿の位置づけ	19
第3章	分析	21
第1節	将来の介護需給推計の枠組み	21
第1項	推計の方向性	21
第2項	介護サービス利用者の推計	22
第3項	必要となる介護従事者（需要側）の推計	23
第4項	利用者当たり従事者数	25
第2節	健康寿命が延伸した場合の介護サービス利用者の推計	27
第3節	介護従事者（供給側）の推計	28

第4節 賃金の引き上げ	31
第1項 分析の意義	31
第2項 分析手法	32
第3項 データ	32
第4項 分析結果と考察	32
第5節 生産性向上による人的効果の検証	34
第1項 分析の意義	34
第2項 分析手法とデータ	34
第3項 分析結果と考察	34
第4章 政策提言	35
第1節 政策提言の方向性	35
第2節 提言Ⅰ 介護報酬の段階的な引き上げ措置	35
第3節 提言Ⅱ 地域介護連携法人制度の創設と支援強化	36
参考文献	37

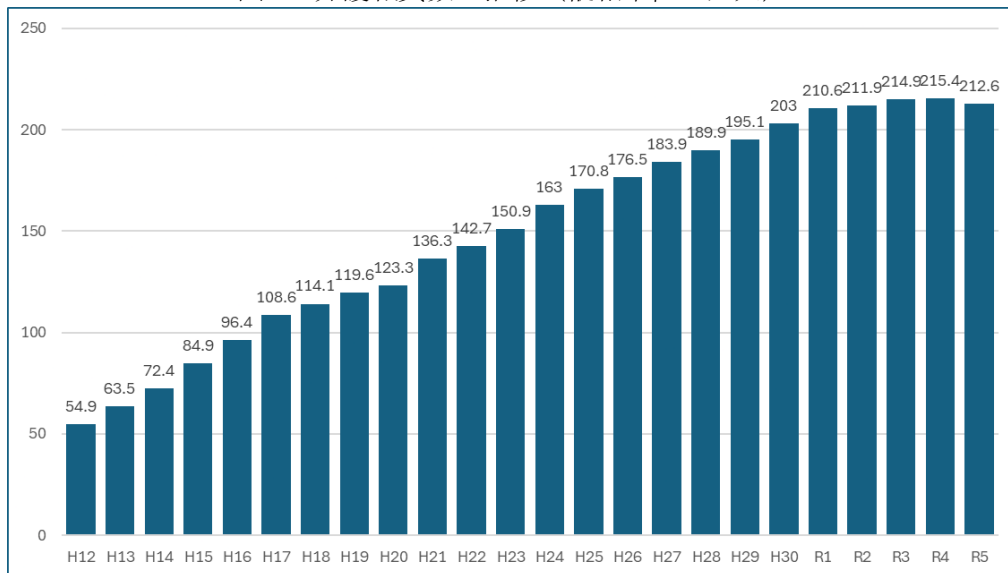
第1章 現状分析・問題意識

第1節 介護人材不足の現状と背景

第1項 介護人材不足の現状と推移・推計

日本の超高齢化社会は、世界でも類を見ないスピードで進行しており、それに伴って介護を必要とする高齢者の数は増加している。しかし、この高まる需要に対し、生産年齢人口の減少により²、介護職員の供給が追いついておらず、その需給ギャップの深刻さが現場に重くのしかかっている。介護労働安定センターの「介護労働実態調査」の事業所調査では、2024年において介護事業所の65.2%が介護職員不足を訴えていた³。厚生労働省の「介護人材確保の現状について」の資料では、この介護職員不足が継続した場合、2026年には約25万人、2040年には約57万人の介護者が不足すると推計されている⁴。また、厚生労働省の「介護サービス施設・事業所調査」によると、図1のように、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所および介護保険施設に従事する職員数は、令和4年度まで増加を続けていたが、令和5年度になって初めて減少に転じている⁵。

図1 介護職員数の推移（縦軸単位：万人）



出典：厚生労働省「介護職員数の推移の更新（令和5年分）について」より筆者作成

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）報告書」（2023）を参照

³ 介護労働安定センター「令和6年度 介護労働実態調査結果」事業所調査(2024)を参照

⁴ 厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」別紙1(2024)を参照

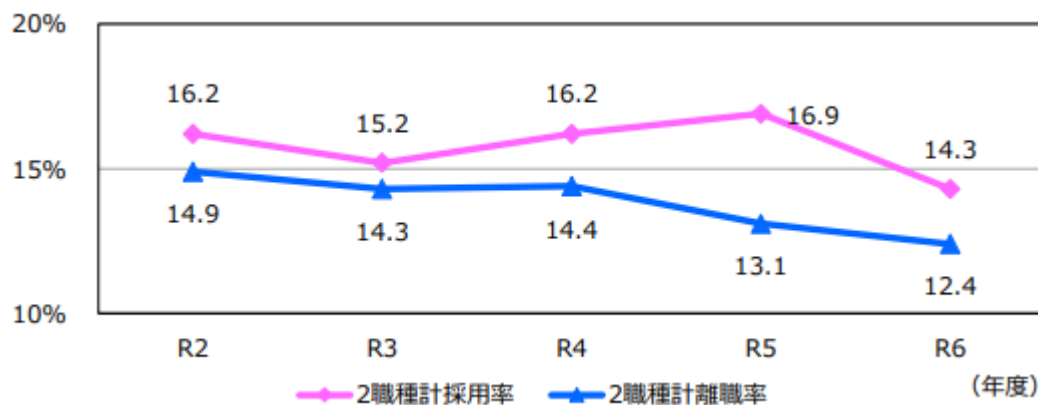
⁵ 厚生労働省「介護職員数の推移の更新（令和5年分）について」別紙(2023)を参照

さらに今年は「2025 年問題」に象徴される通り、団塊の世代が後期高齢者となる年であり、来る 2040 年頃には、団塊ジュニア世代が 70 代を迎え、介護需要がピークに達する。年々増加する需要に対し、介護業界は深刻な課題を抱えており、このままでは持続可能な介護サービスの提供が困難になる可能性が指摘されている。

第 2 項 人材不足の主な原因

介護人材不足の事業所側の原因として、図 2 からわかる通り、数年前までは介護現場における採用の難しさと高止まりする離職率の問題があったが、後者について、離職率は年々低下している。事業所で採用や職場定着・離職防止を目的として行われている方策として、第一位に「有給休暇等の各種休暇の取得や勤務日時の変更をしやすい職場づくり」、第二位に「人間関係が良好な職場づくり」、次いで「職場内での仕事上のコミュニケーションの円滑化」などがなされた²。その結果、令和 5 年度介護労働実態調査によると、離職率が改善した理由の第一位は、「職場の人間関係が良くなったから」となっており⁶、離職率の高さを認識した事業所による職場環境改善の成果が数字として出たと考えられる。

図 2 介護職員および訪問介護員の採用率と離職率の推移



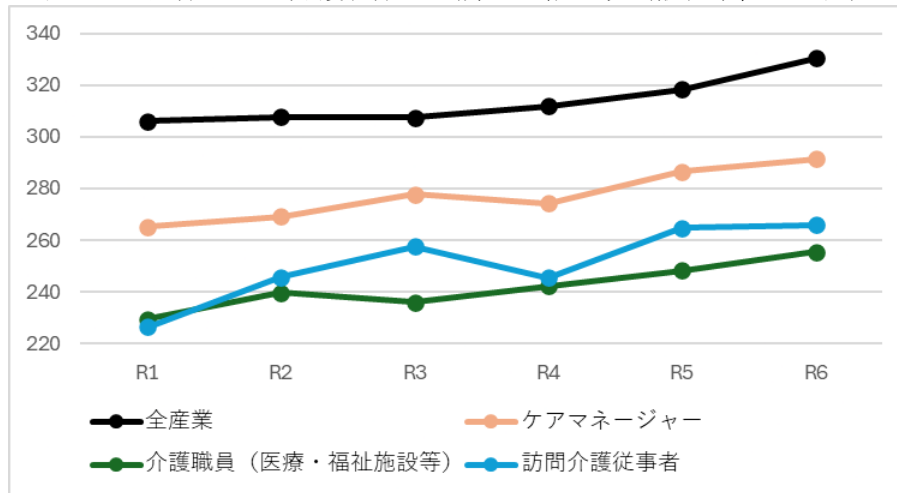
出典：公益財団法人介護労働安定センター「事業所における介護労働実態調査 結果報告書」より引用

また、図 3 を見ると、介護業界は業態問わず仕事内容に対して賃金が低いうえに、全産業と比較しても年収が低いことが、慢性的な人手不足の一因となっている。令和 6 年度の介護労働実態調査の労働者調査によると、介護職員の労働条件・仕事の負担についての悩み・不安・不満等の回答として第一位には「人手が足りない」が最も高く、第二位には「仕事内容のわりに賃金が低い」、次いで「身体的負担が大きい」などの不満が挙げられ

⁶ 介護労働安定センター「令和 5 年度 介護労働実態調査結果」事業所調査(2023)を参照

ている⁷。そのうえ、2024 年の日本医療労働組合連合会の統計によると、人手不足が常態化している現場では、一人当たりの業務量が増加し、非正規職員であっても夜勤を強いられる施設が約 4 割を占めているという実態がある⁸。生命に関わる重要な職業であるにも関わらず、その専門性と責任に見合った報酬が支払われていない現状が、新規参入を妨げている。

図 3 全産業および介護職業態別所定内給与額（縦軸単位：千円）



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」より筆者作成

第 2 節 人材不足解消に向けた政府の施策と評価

第 1 項 賃金向上施策の実施と採用・定着効果の検証

令和 6 年度の介護労働実態調査によると、採用や職場定着・離職防止の方策を実施した中で効果があったものとして、「賃金水準の向上」は、採用に関しては第一位、職場定着に関しても第二位に効果のある方策として挙げられていた²ことから、賃金向上が採用促進および職場定着に非常に効果的な方策であると言える。また、厚生労働省「介護人材確保の現状について」によると、介護人材を確保するために介護職員の経済的な処遇改善として具体的に行っている施策として、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の創設・拡充に加え、介護職員の収入を 2% 程度（月額平均 6,000 円相当）引き上げるための措置」が挙げられている⁹ものの、令和 6 年度介護労働実態調査の事業所調査には、採用率と離職率の動向として、図 4 のように「採

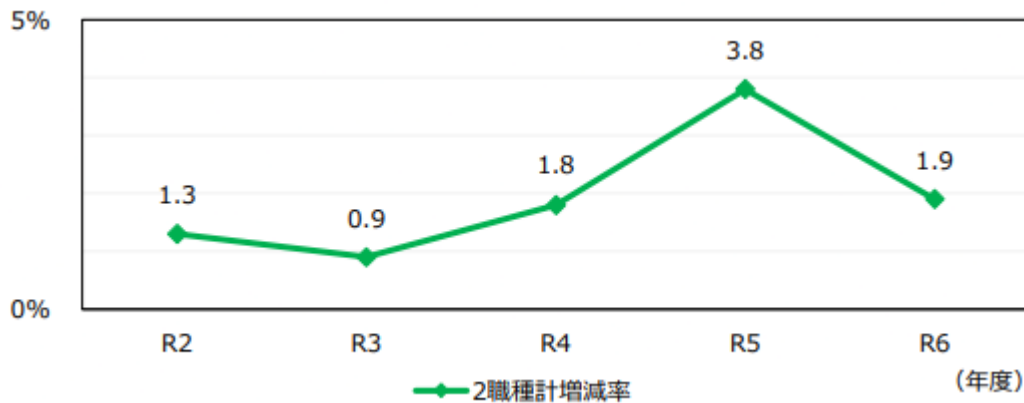
⁷ 厚生労働省「介護労働者の就業実態と就業意識調査 結果報告書」（2024）を参照

⁸ 日本医療労働組合連合会「2024 年介護施設夜勤実態調査結果」（2024）p22 を参照

⁹ 厚生労働省「介護人材確保の現状について」（2025）を参照

用率の低下幅は2.6ポイントと、離職率の低下幅（0.7ポイント）を上回り、増減率は1.9%と3年ぶりに低下した」とある²。既に述べたように離職率は年々低下しているが、それ以上に採用率および増減率つまり職場定着率が低下しているということが伺える。採用や職場定着のために賃金向上の施策が行われているにも関わらず、採用率や職場定着率が前年と比べ劇的に下がっていることから、現在政府により行われている施策による実質の賃金上昇幅が、各々の労働者が想定または要求するほどは引き上げられていないことがわかる。これこそ我々が、政府による施策の成果が出ないと主張する根拠であり、のちの第3章において給与と介護業界の就業者数との関係を分析する妥当性がこれによって担保されていると考える。

図4 訪問介護員および介護職員計の増減率



出典：介護労働実態調査「令和6年度介護労働実態調査」より引用

第2項 介護現場の生産性向上に向けた取り組み

令和3年度の介護報酬改定より、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE）というシステムが導入された。これは、全国の介護施設・事業所において記録されている利用者の状態やケアの計画・内容についてのデータを収集し、蓄積したデータに基づいてフィードバックを行う情報システムである。その目的は、介護分野における質の高いサービスの提供と、自立支援・重度化防止に向けた取り組みを推進することであり、これを活用することで、データに基づいた介護が実現し、介護業務負担の軽減と介護の質の向上が期待されている。また、LIFEでは全国の介護施設・事業所において同じ項目を用いてアセスメントや評価を行うため、自事業所や施設内の職員間のみならず他の事業所等と情報共有を行う際に、共通の認識をもつことに役立つ¹⁰ため、のちの第4項で取り上げる小規模事業所の大規模化・協業化により期待されることと共通する、事業所間での連携による業務効率化が同様になされている。

¹⁰ 厚生労働省「科学的介護情報システム（LIFE）第1回説明会（介護施設・事業所向け）」（2024）を参照

第3項 介護テクノロジーの導入状況と課題

今後人材不足の課題解決に期待を寄せられるのが、ロボット介護機器（介護ロボット）やICT技術である。移乗・見守り・排泄支援等のタスクをロボットが補助することで、利用者と介護者双方の身体負担と時間外労働の抑制、ケアの安全性の向上が見込まれる。経済産業省と厚生労働省では、ロボット技術の介護利用における重点分野を6つに特定し開発支援を行っている。経済産業省と国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）が進める一連のロボット介護機器事業により開発補助支援を受け製品化された機器は令和元年年末には32製品にのぼる¹¹。

しかしICT・介護ロボットの導入効果について、「効果がある」と「やや効果がある」の合計は、「昼間の業務負担の軽減」が49.4%、「夜間の業務負担の軽減」が44.6%と、それぞれ約半数の事業所が「効果がある」としている²。一方で、同資料のICT機器等・介護ロボットの導入状況について見ると、サービス系型別に「日常的に利用している」機器の種類をみると、「利用者情報（ケア記録・ケアプラン等）の入力・保存・転記の機能」が全体で75.4%となるなど、パソコンによる介護ソフトは、各サービス系型で多く利用されている。事業ごとに見ると、訪問系ではタブレット端末やスマートフォンの利用、入所型施設系、居住系ではセンサー等のICT機器の利用割合が相対的に高い。一方、介護ロボットの導入率は一番高いものでも入所型施設の入浴支援の8.4%であり、全体を見ても導入率は5%を下回っている²。

介護テクノロジー導入のための経済的支援として、地域医療介護総合確保基金を財源とする介護テクノロジー導入支援事業が令和6年度に行われている。この事業は、介護ロボットやICT等のテクノロジーを活用し、業務の改善や効率化等を進めることにより、職員の業務負担軽減を図るとともに、生み出した時間を直接的な介護ケアの業務に充て、介護サービスの質の向上にも繋げていく介護現場の生産性向上を推進すること、また、職場環境の改善等に取り組む介護事業者がテクノロジーを導入する際の経費を補助し、生産性向上による働きやすい職場環境の実現を推進することが目的である¹²。令和7年度にはこの事業による補助金を拡充しているが、公益財団法人テクノエイド協会によると、令和6年度にこの事業を「実施した」と回答した都道府県は9件であり、提出された計画の採択率はまちまちであった。一方「実施しなかった」という回答は38件あり、その理由は『令和5年度補正予算による「介護サービス事業者の生産性向上や協働化等を通じた職場環境改善事業」』、『「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」などの他財源による「介護ロボット導入支援事業」』を実施したというものであった¹³。ここで問題なのは、令和3年度および4年度ともにこの補助金は44都道府県において実施されているものの、令和5年度において実施した都道府県は5件まで落ち込んでいるという事実である。ここまで急激に減少した理由は、令和5年度に補正予算が組まれ、それを財源とした介護サービス事業者の生産性向上や協働化等を通じた職場環境改善事業が別で行われてい

¹¹ 経済産業省製造産業局「「ロボット介護機器開発・導入促進事業」研究開発プロジェクトの概要」（2019）を参照

¹² 厚生労働省老健局「介護テクノロジー導入支援事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））」（2025）を参照

¹³ 公益財団法人テクノエイド協会「福祉用具・介護ロボット実用化支援等一式 報告書」（2024）を参照

るからと考えられる。これは、『地域医療介護総合確保基金を財源とする介護テクノロジー導入支援事業』で補助金給付対象であった、ICTや介護ロボットといった介護テクノロジー一定着の支援事業以外に、地域における介護現場の生産性向上普及推進事業や、協働化・大規模化等による職場環境改善事業と、生産性向上や職場改善向上のための経済的な支援を行う事業である。その目的は、従来の方法や単独では必要な人材確保が難しい法人が、人手不足のうえに経営の効率も悪くなるという悪循環に陥ってしまわないように、介護現場の生産性向上の取組や、経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善に取り組む介護サービス事業者に対する支援をすることである¹⁴。こちらの補助金は、ICTや介護ロボットだけに焦点を合わせた補助金よりも包括的に問題に対処しているという特徴がある。また、こちらの補助金を受ける場合、介護テクノロジー事業と合わせて協働化・大規模化等による職場環境改善事業に取り組んだ場合、介護テクノロジー事業のみを行った場合と比べて補助率が上がるというメリットがある。零細事業所にしてみると、多くの事業に取り組むことだけでもメリットがあることに加え、介護テクノロジーと組み合わせることで相乗効果が生まれ、なおかつ補助率も上がる。以上のような理由で、こちらの支援事業を実施することを選択した都道府県が増加したと考えられる。

介護ロボットの導入および普及を阻害する要因を、多数の文献よりまとめた清水・田中(2024)によると、介護ロボットの普及を阻害する要因として、第一に、現場のニーズとのミスマッチとして機能の不十分さや費用対効果の課題、第二に、定着するまでの障壁として技術習得の難しさや効果の不明瞭さ、第三に、導入による負担の増加として使用による身体的負担や介護事業所の財源圧迫などが指摘されていた。やはりコスト面の観点から介護ロボットの導入が難しいこと、定着のための技術習得に時間を要することに加えて、介護ロボットができることと要介護者がしてほしいことおよび介護従事者がしたいこととのミスマッチがあるなどの指摘がなされているという点で示唆に富む。これらの先行事例が、介護事業所がロボットの導入に踏み切れない一因になっていると考えられる。

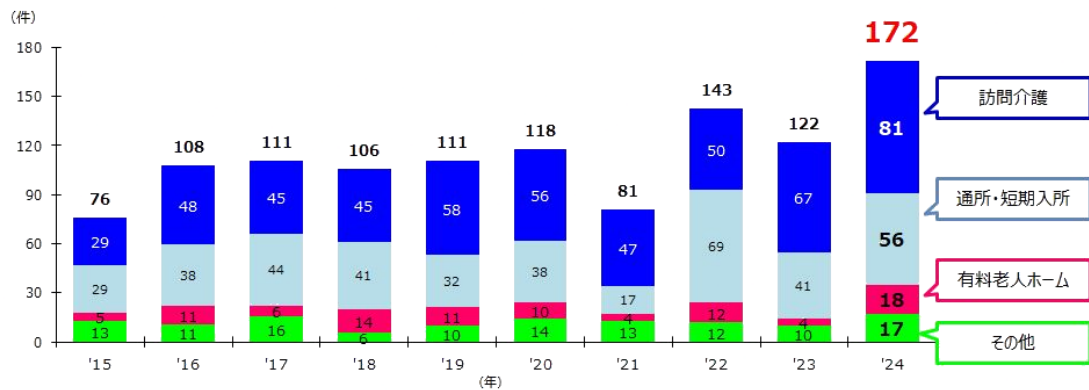
第4項 事業所の大規模化・協働化による経営基盤の強化

東京商工リサーチによると、図5に示されている通り、2024年の介護事業者（老人福祉・介護事業）の倒産が、過去最多の172件（前年比40.9%増）に達したことがわかった。これまで最多だった2022年の143件を29件上回った。ヘルパー不足や集合住宅型との競合、基本報酬のマイナス改定などが影響した「訪問介護」が過去最多の81件、多様化したニーズに対応できなかった「デイサービス」も過去2番目の56件、有料老人ホームも過去最多の18件と、いずれも増加した¹⁵。

¹⁴ 厚生労働省老健局「介護現場の生産性向上について 自治体の皆様に期待すること ケアプランデータ連携システムを中心に」（2024）を参照

¹⁵ 東京商工リサーチの調査による

図5 「老人福祉・介護事業」の倒産件数 年次推移



出典：東京商工リサーチより引用

小規模事業所が淘汰されているという現状の中、政府は事業の協業化・大規模化を推し進めている。前項で取り上げた『令和5年度補正予算による「介護サービス事業者の生産性向上や協働化等を通じた職場環境改善事業」』の具体的な施策の中に、「協働化・大規模化等による職場環境改善事業」が含まれている。これは、小規模法人を1以上含む複数の法人による事業者グループが協働化等を行う取組を支援するもので、事業者グループを構成する1法人毎に最大120万円を受け取ることができ、10以上の法人がグループになって事業者となる場合に補助金が最大満額の1,200万円受け取れる仕組みになっている。この補助金の対象となる経費に条件はあるものの、この事業に必要な費用であれば経費と認められ、この事業のみを取り組んだ場合でも補助率は4分の3となる。これは経営難に陥っている小規模事業所にとって協業化あるいは大規模化のインセンティブになり、経営改善に寄与する政策となる。

厚生労働省は、協業化または大規模化をしたい事業所に向けたメニューを公表している。経営課題を知る段階の事業所には、先行事例や相談窓口を紹介し、すでに検討をしている段階の事業所にはその手順をまとめたマニュアルを紹介し、実施をする段階の事業所には、ネットワーク化や社会福祉連携推進法人の立ち上げ、合併に必要な融資を受けるための案内や職場環境改善など、協業化・大規模化のためのあらゆるニーズに沿った案内をしている。政府はこのメニューを提示することで、小規模事業所の経営悪化を問題として認識し、適切に対処している。

第3節 介護保険制度の構造と将来的な展望

第1項 介護保険制度とその財政的持続可能性

社会保険制度とは、病気やケガ、失業、老齢、介護等のリスクに備え国民が相互に支え合う仕組みである。より具体的には、健康保険や厚生年金保険、介護保険等が挙げられる。

が、上記の3つは企業と労働者が保険料を折半して負担している。

介護保険制度は、介護保険法が2000年度に施行されて以来、介護サービス基盤の整備、介護従事者の確保などを通じて、日本の高齢化を支えている。介護従事者不足を賃金の面から解消するには、給与を引き上げることで解消できるが、その財源は介護保険料の引き上げに依存することになる。しかし、財政面で介護保険制度は非常に厳しい状況にある。介護保険料の引き上げは将来を担う現役世代にとって負担のさらなる増大を意味し、経済活動への悪影響も懸念される。現在、給付費の半分を公費（国、都道府県、市町村）で賄い、残り半分为40歳以上の国民が支払う介護保険料で賄っている。しかし、現役世代の人口減少により、保険料を負担する層が薄くなる一方で、高齢者人口は増加し続けるため、現役世代の一人あたりの保険料負担は今後さらに増加することが確実視されている。

現役世代の税と社会保険料負担が増大する理由は以下のとおりである。

(1) 医療費・介護費の膨張

国立社会保障・人口問題研究所の資料によると、2040年の日本では65歳以上の高齢者が3,929万人となり、全人口の34.8%を占めると予測されている。2040年は、1971年から1974年にかけて生まれた、いわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳を超える年であり、高齢化の進行によって現在の社会保障制度を維持できなくなることが見込まれている。厚生労働省の推計では、2040年の医療費が約70兆円、介護費は約25兆円という見通しがなされている¹⁶。これらの財源を確保するために、現役世代の社会保険料負担が増加することが避けられない状況となっている。

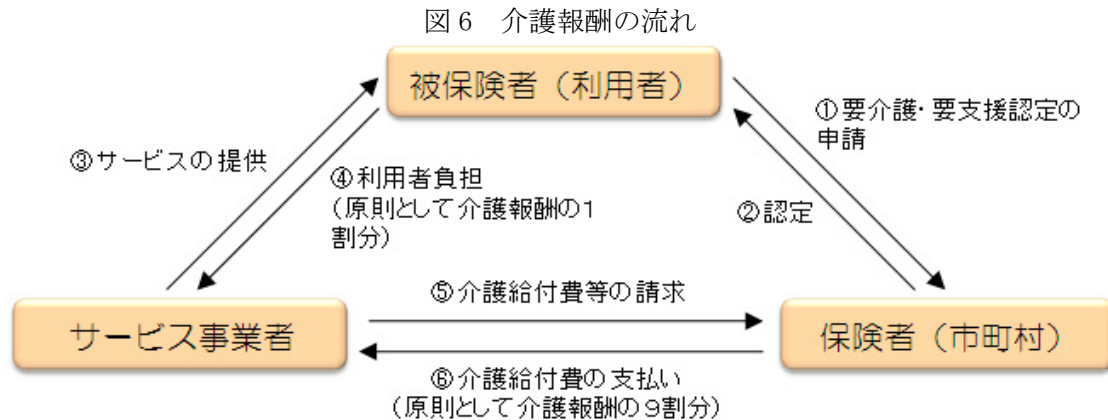
(2) 医療・介護給付費に充てられる税財源の増大

医療費と介護費の膨張は、現役世代の社会保険料負担のみならず、税負担も増えることになる。医療と介護の給付費は、税財源と保険料財源で概ね折半している。したがって、給付費が増えると相似拡大的に税財源の確保が必要となる。確かに、消費税は、2010年代に実施された「社会保障・税一体改革」によって、社会保障財源と位置づけられ、2019年10月には標準税率が10%に引き上げられたものの、今後の税率引上げはまったく予定されていない。それでいて、給付費が増えるとなると、税財源が不足する分は当座のところ赤字国債で賄わざるを得なくなる。（一対一で対応していないとはいえ、事実上社会保障の税財源の不足を補った）赤字国債の償還には、税財源が用いられる。老若を問わず世代間で負担の格差が小さいとされる消費税収が、税収の多くを占めていれば、現役世代ばかりでなく高齢世代も、そのための税財源を負担することになる。しかし、消費税率が10%まで引き上げられたとはいえ、これ以上の税率引上げが予定されていないと、依然として所得課税（個人所得課税と法人所得課税）にも税収を依存する構造が温存されることになる。日本の所得税制は、公的年金等控除があったり、高齢世代の所得が現役世代の所得より相対的に少ないという性質があったりすることから、現役世代に負担が変調する傾向があると指摘されている。そのため、医療・介護給付費に充てられる税財源の増大は、そのまま現役世代の税負担の増加につながることになる。

¹⁶ 厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通しについて」（2018）を参照

第2項 介護報酬の決定構造

介護報酬とは、事業者が利用者に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用である¹⁷。この介護報酬が、事業所が介護職員に支払う給料の原資となる。介護報酬支払いの流れは、以下の図6の通りである。



出典：厚生労働省「介護報酬について」より引用

第3項 介護報酬および処遇改善加算の課題について

(1) 介護報酬の課題について

介護報酬の価格は、「サービスごとに算定した単位」と「サービス別・地域別に設定した単価」の積で算定する。単価については、事業所が所在する市町村ごとに人件費等サービス提供に要する平均的な額を勘定して8段階の地域区分（級地）が設定されている。級地の設定は原則として公務員の地域手当に準拠し、隣接する地域との兼ね合いで特例も設けている。しかしながら、地域の実情が適切に反映されていないという指摘があがっている。介護報酬はそもそも単位当たりの単価が低水準であり、改定が三年に一度しか行われないため、他産業のように柔軟に価格を転嫁できないという課題がある。

(2) 処遇改善加算の課題について

国は、介護事業所が介護職員の賃金改善に取り組む場合に、介護報酬の一定の加算を行う介護職員処遇改善加算制度を平成24年度から本格的に導入し、介護従事者の賃金工場と職場環境の改善を図っている。処遇改善加算の支給額は、各サービスの「1か月の総単位数（基本報酬に加算・減算を加味したもの）」に加算率（事業所の規模や取り組み内容に応じて異なる）を乗じ、さらに地域区分単価（1単位あたりの円換算額）をかけて算出する。令和6年度介護報酬改定により、「介護職員等処遇改善加算」へ名称変更し、「加算率引上げ」「算定要件の明確化（キャリアパス、月額賃金改善、職場環境）」が導入された。処遇改善加算は稼働率ベースで支払われるため、働き手には明確な配分基準がな

¹⁷ 厚生労働省 HP より引用

い。人員が多ければ多いほど1人当たりの配分額が減る、あるいは、施設・事業所の持ち出しが増えてしまう。また、手続きの煩雑さにも課題が残る。

第4項 健康長寿社会の実現に向けて

介護業界の抱える課題を解決するために、事業所側の供給を増やすことも解決策として挙げられるが、需要側が要介護にならないよう介護予防に取り組むことも一つの手段である。現在、高齢化に伴い「フレイル」の状態となる高齢者が増加している。フレイルとは、健康な状態と要介護の中間の状態を指し、加齢によって心身や社会性などの面でダメージを負った時の回復力が低下し、これによって健康に過ごしていた状態から要介護状態へと変化していく¹⁸。フレイルは大きく「身体的フレイル」、「精神・心理的フレイル」、「社会的フレイル」の3種類に区分される。身体的フレイルは、運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態であるロコモティブシンドロームや、筋肉量の減少および筋力の低下を指すサルコペニアなどが代表的な例である。精神・心理的フレイルとは、鬱状態や軽度の認知症を指し、高齢になり定年退職やパートナーを失うことなどによって引き起こされる。社会的フレイルは、社会との繋がりが希薄化することによって生じる、独居や経済的困窮の状態などを指す。上記3つのフレイルが連鎖することによって老いが急速に加速する。一方で、フレイルには可逆性があり、予防に取り組むことによってその進行を緩やかにし、健康状態に戻すことが出来る。タンパク質を摂り、バランスよく食事する「栄養」、歩く・筋トレするなどの「身体活動」、ボランティア活動に取り組む「社会参加」の3種の観点から予防でき、フレイルの入口は人によって異なるため、一つの入口からドミノ倒しのようにならないよう各々の予防に努める必要がある。

現在政府は健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、地域保険者間の格差解消に向け「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」などの手法を用い、①次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、②疾病予防・重症化予防、③介護予防・フレイル対策、認知症予防の3分野を中心に健康寿命延伸プランに取り組んでいる¹⁹。これによって2040年までに健康寿命を男女共に3年以上延伸し、75歳以上となることを目指している。中でも、介護予防は高齢者が要介護状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものであり、介護需要の低減に密接に関わっている²⁰。介護予防は機能回復訓練といった高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスの取れたアプローチを行う。住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進している。通いの場の数と参加率は令和元年まで上昇していたが令和2年度にどちらも減少し、その後再び上昇傾向にあり、数は157,368箇所と過去最高となっている²¹。また、市町村についての通いの場の有無を見ると、令和5年度には

¹⁸ 公益財団法人長寿科学振興財団「フレイルとは」(2021)より引用

¹⁹ 厚生労働省「健康寿命延伸プランの概要」(2019)を参照

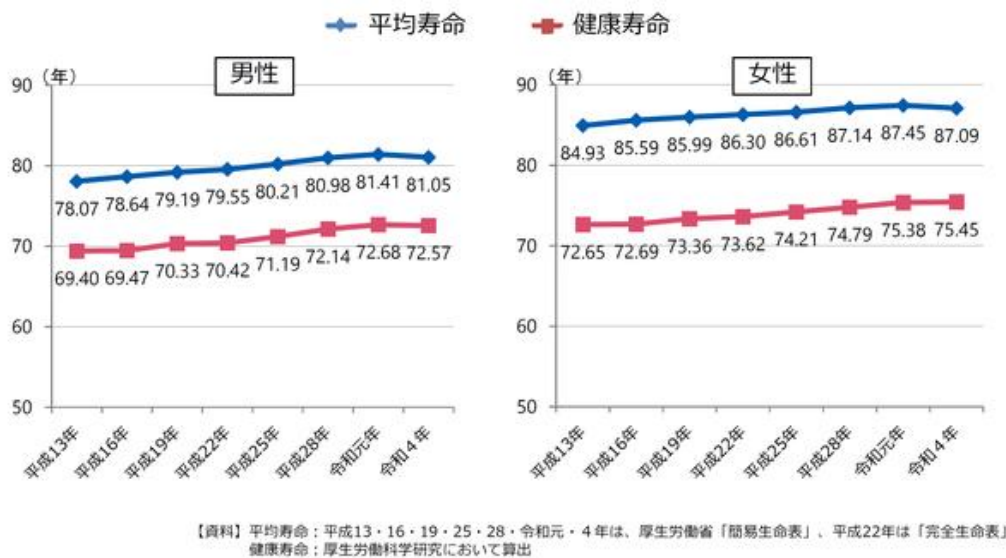
²⁰ 厚生労働省「介護予防について」(2021)を参照

²¹ 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和5年度実施分)に関する調査結果(概要)」(2024)を参照

1,741 市町村のうち 1,710 市町村で活動実績があり、実に 98.2%の市町村で広く行われていることがわかる。通いの場の主な活動の構成比では、体操(運動)が 54.6%、趣味活動が 19.8%、茶話会が 13.1%の順に高くなっており、身体活動や社会参加においてフレイル予防に効果的である。一方、通いの場への参加率を見ると、実人数は 2,418,838 人、高齢者人口の 6.7%であり、ほぼ全ての市町村で開催していても多数の参加には至っていない現状がある²⁰。

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことである。平成 12 年度に介護保険が創設されて以来、介護予防に関する議論が行われ、以後介護保険法改正や一般介護予防事業の創設などによって介護予防の取組に関する抜本的な強化が図られている¹⁹。以上のような政府の様々な取り組みにより、平均寿命および健康寿命がいずれも伸びている。厚生労働省の資料によると、平均寿命と健康寿命の推移は図 7 に示される通りである。男女ともに、令和元年と比較して統計的な有意差はなかったとされた²²。平均寿命と健康寿命の差は不健康である期間を意味するが、これは図 8 に示される平成 13 年から令和 4 年の推移をみると、男性では 8.67 年から 8.48 年、女性では 12.28 年から 11.64 年まで縮まっていることから、徐々に縮小傾向にあることがわかる。なお、厚生労働省によると、令和元年から令和 4 年の平均寿命および健康寿命の減少は、新型コロナウイルスによる影響が大きいとしている²³。

図 7 平均寿命と健康寿命の推移

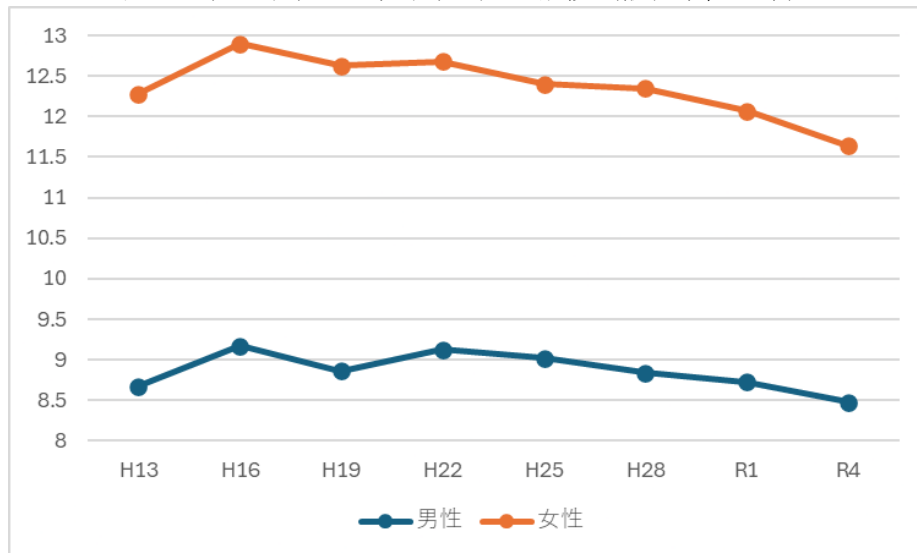


出典：厚生労働省「平均寿命と健康寿命」より引用

²² 厚生労働省「平均寿命と健康寿命」より引用

²³ 厚生労働省「健康寿命の令和 4 年値について」(2024)を参照

図8 平均寿命と健康寿命の差の推移（縦軸単位：年）

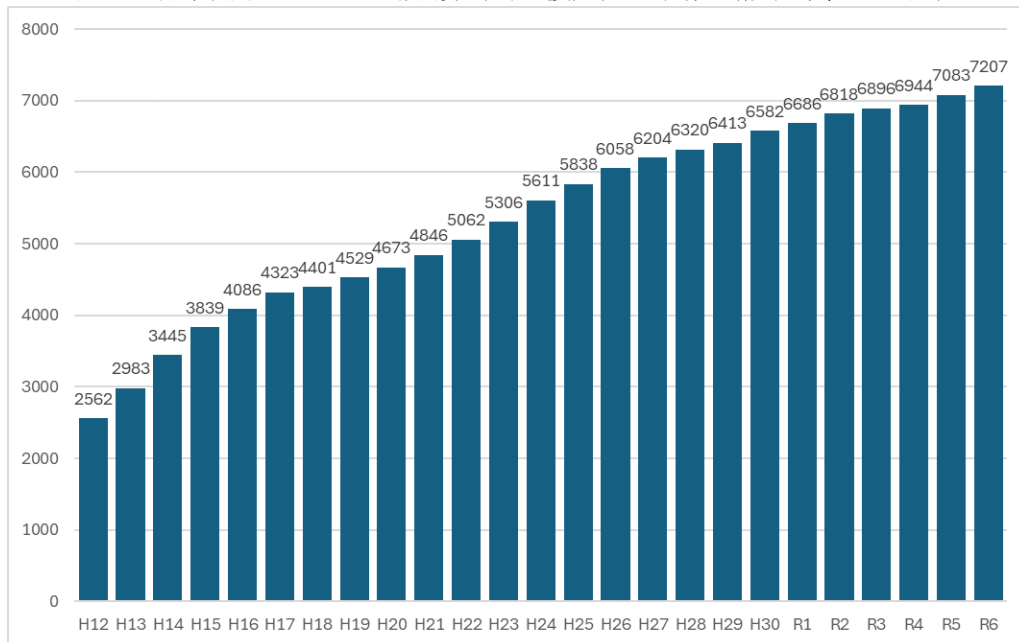


出典：厚生労働省「平均寿命と健康寿命」より筆者作成

第4節 問題意識

前述のように、政府は介護報酬改定や給与水準を上げる政策を打ち出していて、給与水準の向上は採用にも職場定着にも効果があるにも関わらず、令和5年度において、介護職員は初めて減少に転じたのち、令和6年度において、採用率は離職率を上回る形で下がった。また、介護テクノロジー推進と抱き合わせで大規模化・協業化のインセンティブを与えているにも関わらず、図5の通り小規模事業所の倒産数は過去最高を記録している。それに加えて、要支援になる前の虚弱状態であるフレイルの予防にも対策を打ち出しているにも関わらず、図9のように要介護（要支援）認定者数は増える一方である。総じて言えるのが、政府は確かに問題を認識していて対策を打ち出しているものの、効果が出ていないという現状がある。

図9 各年度末における要介護（要支援）認定者数（縦軸単位：千人）



厚生労働省「令和5年度 介護保険事業状況報告（年報）」および厚生労働省「介護保険事業状況報告の概要（令和7年3月暫定版）」より筆者作成

これらの現状と課題を踏まえて、「政府による人材不足対策の成果が出ず、介護が必要な高齢者に対するサービスが持続不可能になってしまうこと」を本稿の問題意識とする。

第2章 先行研究および本稿の位置づけ

第1節 先行研究

第1項 介護需給の将来見通し

介護需給に関する先行研究として、2040年度における医療福祉分野の就業者数を推計した

厚生労働省(2018、2025)及び労働政策研究・研修機構(2024)がある。
 厚生労働省(2018)は介護分野全体の就業者数が2018年時点の334万人からさらに増加し、2040年には505万人に達すると推計した。また、現状から5%の業務効率化が行われた場合には、2040年度の介護需要は479万人まで抑えることができるとの結果も報告している。一方、厚生労働省(2025)は第1章で前述のとおり、第9期介護保険事業計画に基づき、介護職員供給不足数を2040年時点で57万人と推計している。
 また労働政策研究・研修機構(2024)も同様に医療福祉分野の就業者数増加を予測しており、2040年時点で介護医療合わせて966万人とさらなる需要増加を示している。

第2項 介護事業者の統合・連携効果

介護事業者の協働に関する先行研究として、経営統合・事業譲渡・法人連携の三手法の効果をアンケート調査によって定性的に示したPwCコンサルティング(2020)及びMS&ADインターリスク総研(2022)が挙げられる。

PwCコンサルティング合同会社(2020)は、上述の介護事業者協働化の三手法について、取り組み内容・効果・成功要因についてアンケート調査を行った結果を示し、地域や事業者の特性の違いが協働化の持続性に影響を及ぼすという課題を指摘している。

さらにMS&ADインターリスク総研(2022)は、事業者のファイナンスの土台強化や人材確保の必要性についても強調している。

第3項 健康寿命延伸・介護予防の取り組み効果

介護予防事業の効果に関する先行研究として、加藤ら(2020)の研究では、介護が必要になるリスクの高い人に焦点を当てた従来のやり方から、地域全体を対象にするやり方(ポピュレーション戦略)に介護予防事業の進め方を変えたところ、事業に参加する人の数が有意に増加することを認めた。本研究では、分析の範囲をより多くの対象者に広げることや、各市町でのポピュレーション戦略の内容の差異についても検討する必要性が挙げられている。

第2節 本稿の位置づけ

厚生労働省(2025)は、この推定値は推計時点での職員数が2040年まで維持されると仮定しているため供給サイドの正確性にかかる点や、業務効率化を行うための施策の実際の効果が不明瞭な点で課題が残る。PwCコンサルティング(2020)、MS&ADインターリスク総研(2022)は、アンケート調査に基づいた定性分析にとどまっており、回答者の主観的なバイアスについて考慮されていないという限界を持つ。また、PwCコンサルティング(2020)、加藤ら(2020)はいずれの研究においても、介護業務効率化の取り組みに関して、少数の市区町村や個別の介護事業者を対象とした限定的な分析にとどまっているという限界を持つ。さらに、介護事業者の大規模化・協業化の人的効果がどの程度あれば介護人材不足が緩和できるか(あるいは解消できるか)を検証した文献が、今日現在存在しない。

以上の限界を鑑み、本分析の新規性は、(1)健康寿命の延伸度合いを考慮して、2040 年においてどの程度の介護職員数が不足しているかを詳細に示している点、(2)賃金水準の向上による生産性の向上度合いを定量的および全国的に示している点、(3)介護事業者の大規模化・協業化等による生産性の向上によって（利用者 100 人当たり従事者数に換算して）どの程度効果を出せばよいかを示している点とする。

(3)に関しては、あくまで仮定した値が実現すれば介護従事者の需給が均衡する、という度合いを示すにとどまるので、どのようにして仮定した値を実現できるかは分析していないゆえに不明であるという点には留意する必要がある。これは我々の研究の限界であるので、課題として残しておくことにする。

第3章 分析

第1節 将来の介護需給推計の枠組み

第1項 推計の方向性

介護サービスの需要に関する 2040 年度までの推計は、内閣官房等「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」（2018 年 5 月）に基づく。2018 年推計時の現状投影シナリオを 2025 年から 5 年ごとにまとめたのが表 1-1 である。

表 1-1 2018 年推計時の現状投影シナリオでの介護サービスの利用者数・
従事者数・介護職員数（単位：万人）（筆者作成）

利用者数	2018	2025	2030	2035	2040
（総計）	502.2	602.3	666.4	717.9	743.0
特養	61.6	76.9	86.7	96.0	103.4
老健	36.8	45.4	50.9	56.0	59.6
介護医療院／介護療養	5.3	6.5	7.2	8.0	8.5
特定施設	24.7	30.8	34.9	39.0	41.3
GH	20.8	25.7	29.0	32.0	33.4
居宅計	353.0	417.0	457.7	486.9	496.8

従事者数	2018	2025	2030	2035	2040
（総計）	333.8	405.9	450.1	486.1	504.7
特養	52.2	62.5	70.5	78.0	84.0
老健	27.1	30.5	34.2	37.6	40.0
介護医療院／介護療養	5.0	6.1	6.9	7.6	8.1
特定施設	19.4	25.5	28.9	32.3	34.2
GH	25.1	30.2	34.1	37.5	39.2
居宅計	205.0	251.1	275.5	293.1	299.1

介護職員数	2018	2025	2030	2035	2040
（総計）	200.2	244.9	271.8	293.8	305.2
特養	32.8	39.3	44.4	49.1	52.9
老健	14.2	16.0	17.9	19.7	21.0
介護医療院／介護療養	2.0	2.4	2.7	3.0	3.2
特定施設	12.2	16.0	18.2	20.3	21.5
GH	20.5	24.7	27.9	30.7	32.1
居宅計	118.5	146.5	160.8	171.1	174.5

政府は、2018 年 5 月のこの推計以降、更新した推計を公表していない。そこで、本稿での推計では、その更新とともに、独自に改善を行って、介護サービスの需要に関する 2040 年度までの推計を行った。以下では、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の推計

の枠組みを概説するとともに、本稿での推計で独自に改善を行った部分の詳細を説明する。

「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の推計は、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」の 2017 年推計を用いている。その後、「将来推計人口」は 2023 年推計が更新されているため、本稿での推計は、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」と同じ推計の枠組みを用いつつも、「将来推計人口」は 2023 年推計に更新する。また、介護サービスの利用状況や介護従事者数も、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「介護保険事業状況報告」、「介護給付費等実態統計」の 2023 年度版を用いて、実績値を更新する。

そこで、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の推計の枠組みを概説する。介護保険制度におけるサービス種類を以下のように分類している。介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設サービスを「特養」、介護保健施設サービスを「老健」、介護療養施設サービスを「介護療養」、介護医療院サービスを「介護医療院」、特定施設入居者生活介護と地域密着型特定施設入居者生活介護を「特定施設」、認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）を「GH（グループホーム）」、介護予防支援と居宅介護支援を「介護予防支援・居宅介護支援」とし、これら以外の在宅サービスはすべて「居宅系」としている。機能別分類では、「特養」と「老健」と「介護療養」と「介護医療院」が「施設系」で、「特定施設」と「GH」が「居住系」である²⁴。

第 2 項 介護サービス利用者の推計

まず、各機能の利用者は、以下のように推計する。厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（2023 年度）に基づき、「施設系」と「居住系」の各機能と「介護予防支援・居宅介護支援」における要介護度別年度累計受給者数を 12（月数）で除することで、その全年齢階級合計の要介護度別月平均利用者数とする²⁵。「居宅系」の利用者数は、介護予防支援、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の要介護度別年度累計受給者数の合計として、同様に要介護度別月平均利用者数を推計する²⁶。

これを基に、機能ごとに各年齢階級の要介護度別月平均利用者数を、次のように按分計

²⁴ 「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」では、介護医療院の要件等が公表当時未確定だったため、介護療養病床として推計されていた。また、「介護予防支援・居宅介護支援」を独立して推計していなかった。本稿での推計では、機能別分類において、これらの点が「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」と異なる。

²⁵ 以下、本稿では、要介護（支援）区分や要介護（支援）認定者といった要介護者と要支援者の両方を表す表現は、特に断らない限り、簡略化のため「要介護」とだけ表記することとする。また、介護サービスと介護予防サービスについても、特に断らない限り、簡略化のため「介護サービス」とだけ表記することとする。

²⁶ 本稿では、「介護予防支援・居宅介護支援」の利用者は、それ単体の利用者としても推計するが、「居宅系」の利用者にも含まれる形で推計している。なお、本稿での「居宅系」の利用者の推計方法は、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」と同じである。そして、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」では、「介護予防支援・居宅介護支援」の利用者を別建てで推計はしていない。

算する²⁷。「施設系」と「居住系」の各機能と「介護予防支援・居宅介護支援」の年齢階級別利用者数は、厚生労働省「介護給付費等実態統計」（2023 年度）に基づき、年齢階級別機能別要介護度別の介護サービス受給者数の実績値（年度計）から得る²⁸。「居宅系」の年齢階級別要介護度別利用者数は、同統計の受給者総数から、前掲の「施設系」と「居住系」の全機能の利用者数合計を差し引いた人数として、同様に推計する²⁹。これらを基に、全年齢階級合計に占める各年齢階級別の構成比を、機能別要介護度別に求める。

ただ、機能ごとの、全年齢階級合計の要介護度別利用者数と、年齢階級別の要介護度別利用者数は、出典となる統計が異なる。そのため、そのまま実績値を用いるのではなく、全年齢階級合計の要介護度別月平均利用者数に、前掲した年齢階級別の構成比を乗じること、各年齢階級の月平均利用者数を、機能別要介護度別に推計する。これを、2023 年度の機能ごとの年齢階級別要介護度別月平均利用者数とする。

2023 年度の要介護認定者数は、「介護保険事業状況報告」の 2023 年度末現在の性別年齢階級別要介護度別要介護（要支援）認定者数を用いる。ただ、この要介護認定者数（年度末）の男女計は、先に推計した全機能合計の月平均利用者数を下回る可能性がある。そのため、年齢階級別要介護度別にみて、要介護認定者数と全機能合計の月平均利用者数のどちらが多い方を要介護認定者数とみなす調整を行う。この要介護認定者数を、2023 年 10 月 1 日現在人口は総務省「推計人口（2023 年 10 月 1 日現在）」の年齢階級別人口で除した比率が、要介護認定率として、性別に求まる。

2025 年度以降の要介護認定者数は、2023 年度の性別年齢階級別人口に対する要介護認定者数の割合（要介護認定率）を用いて、これに当該年度の性別年齢階級別人口を乗じて、要介護認定者を性別年齢階級別要介護度別に求める。

2025 年度以降の各機能の利用者数は、これまでに推計した当該年度の要介護認定者数に、2023 年度における要介護認定者に対する各機能の利用者数の割合（利用率）を乗じて推計する。この利用率が、2025 年度以降 2040 年度まで不変であるシナリオを「現状投影シナリオ」と呼ぶこととする。

第 3 項 必要となる介護従事者（需要側）の推計

次に、各機能の従事者は、前掲した利用者に応じて以下のように推計する。この従事者は、介護サービス利用者に対応するために必要となる従事者という意味で、介護サービス需要を従事者に換算した量ともいえる。

まず、「介護サービス施設・事業所調査」（2023 年度）から、職種ごとに従事者数の総

²⁷ 「介護保険事業状況報告」には、要介護度別の年度累計受給者数があるが、年齢階級別の受給者数は掲載されていない。

²⁸ 以下では、年齢階級のうち 40～64 歳については、第 2 号被保険者の数値や比率しかとれないため、40～64 歳の年齢 5 歳刻みの全ての階級でその同じ値を用いる。もちろん、40～64 歳の各年齢階級では人口が異なるため、その差異は推計に反映する。そして、65 歳以上は 5 歳刻みとし、90 歳以上はまとめている。

²⁹ したがって、前述の通り、「介護予防支援・居宅介護支援」の利用者は、それ単体の利用者としても、「居宅系」の利用者としても重複して含まれる。ただし、受給者総数は、同統計からとっているから、この受給者総数および不利用者（＝人口マイナス受給者総数）

数（常勤と非常勤）の全国計を 2023 年度の人数として得る。そして、機能ごとに医師、看護師、介護職員（訪問介護員を含む）、その他に分類する。その際、認知症対応型通所介護、通所介護、短期入所生活介護に従事する医師はほとんどが別に勤務地を有するものと仮定して従事者には含めない。また、通所リハビリテーションの従事者は、老健や医療機関の従事者に含まれているものと仮定して従事者には含めない。ただし、この従事者数は、同調査の回収率の影響を受けている。そのため、この従事者数を回収率で除した人数を、各機能の職種ごとの従事者の 2023 年度の実績値とする。以上の仮定や回収率補正は、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」と同じである。

これを前掲の利用者数で除すと、利用者（100 人）当たり従事者数が求められる。この利用者 100 人当たり従事者数が 2025 年度以降も 2023 年度と同じであると仮定して、2040 年度までの従事者数を推計することができる。特に、ここでの焦点は介護職員である。介護職員だけを区別して、利用者 100 人当たり従事者数も算出している。

以上で推計された、介護サービス利用者の需要に基づき必要となる介護従事者および介護職員の人数を 2025 年から 5 年ごとにまとめたのが表 1-2 である。

表 1-2 現状投影シナリオ(2023 年度実績の利用者当たり従事者数で固定)での介護サービスの利用者数・従事者数・介護職員数（単位：万人）（筆者作成）

利用者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	529.8	556.4	613.7	663.8	693.5
特養	63.5	67.5	75.6	83.7	90.5
老健	34.2	36.3	40.6	44.9	48.1
介護医療院／介護療養	4.9	5.2	5.8	6.4	6.8
特定施設	27.5	29.3	33.1	37.1	40.7
GH	21.3	22.5	25.3	27.9	29.3
居宅計	378.3	395.6	433.3	463.8	478.1

従事者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	410.1	431.1	476.2	516.2	540.5
特養	59.6	63.4	71.0	78.6	85.0
老健	28.4	30.1	33.6	37.2	39.9
介護医療院／介護療養	4.1	4.3	4.8	5.3	5.7
特定施設	23.4	24.9	28.1	31.5	34.6
GH	28.2	29.8	33.5	36.9	38.7
居宅計	266.4	278.6	305.2	326.7	336.7

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	231.1	243.1	268.8	291.8	305.8
特養	36.9	39.3	44.0	48.7	52.7
老健	13.6	14.4	16.1	17.8	19.1
介護医療院／介護療養	1.7	1.8	2.0	2.2	2.3
特定施設	14.3	15.2	17.1	19.2	21.1
GH	23.3	24.7	27.7	30.6	32.0
居宅計	141.3	147.8	161.8	173.2	178.6

第4項 利用者当たり従事者数

利用者100人当たり従事者数については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」で使用した値と、2023年度実績に基づいて算出した値には、表2にある通り、かなりの差異がある。

表2 利用者100人当たり従事者数（いずれも筆者作成）
(1) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」で使用した値

2025年度以降	計	うち介護職員
特養	85	53.5
老健	73.7	38.6
介護医療院／介護療養	96.2	37.9
特定施設	78.6	49.4
GH	120.6	98.8
居宅計	58.8	34.3

(2) 2023年度実績値

2023年度	計	うち介護職員
特養	93.9	58.2
老健	82.8	39.8
介護医療院／介護療養	82.8	34.2
特定施設	85	51.8
GH	132.2	109.4
居宅計	70.4	37.4

これらの表をみると、介護医療院/介護療養を除く全ての機能において、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」で使用した値よりも2023年度実績に基づいて算出した値の方が高くなっている。それだけ、利用者に比して介護従事者が多くなっていることを意味する。なお、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」で使用した値は、2015年度の実績値に近い値として算出されている。

その理由を考えると、確かに、2015年度よりも2023年度の方が高齢化が進んでおり、要介護度が高い高齢者が人数として増えており、それだけ利用者当たりの従事者数が増える要因がある。また、特養や老健のユニット化が進んだことにより、多床室より従事者を増員したことも要因として挙げられる。がさらに、コロナ禍で求められた感染予防対策等により、要介護者に対応する従事者を増やさなければならなかったという事情があり、2023年度は利用者当たり従事者を増やしたままとなっていることが考えられる。

2023 年度の実績値をそのまま用いて、介護従事者の将来推計を行うと、利用者が減ったとしても、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の値を用いて将来推計を行うときよりも、必要となる介護従事者が多くなる可能性がある（当然ながら、同人数の利用者であれば必要とする介護従事者は多くなる）。

そこで、本稿での推計では、2025 年度までの利用者 100 人当たり従事者数は 2023 年度の実績値と同じとするが、2040 年度には「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の値となるところまで利用者 100 人当たり従事者数が段階的に変化すると仮定する³⁰。そのように推計し直して 2025 年から 5 年ごとにまとめたのが表 1-3 であり、これをベースとして議論を進める。

表 1-3 現状投影シナリオ（利用者当たり従事者数が 2040 年度までに 2015 年度実績に回復）での介護サービスの利用者数・従事者数・介護職員数（単位：万人）（筆者作成）

利用者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	529.8	556.4	613.7	663.8	693.5
特養	63.5	67.5	75.6	83.7	90.5
老健	34.2	36.3	40.6	44.9	48.1
介護医療院／介護療養	4.9	5.2	5.8	6.4	6.8
特定施設	27.5	29.3	33.1	37.1	40.7
GH	21.3	22.5	25.3	27.9	29.3
居宅計	378.3	395.6	433.3	463.8	478.1

従事者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	410.1	431.1	454.2	468.5	531.5
特養	59.6	63.4	68.5	73.1	76.0
老健	28.4	30.1	32.1	33.7	39.9
介護医療院／介護療養	4.1	4.3	5.0	5.8	5.7
特定施設	23.4	24.9	27.4	29.9	34.6
GH	28.2	29.8	32.5	34.7	38.7
居宅計	266.4	278.6	288.7	291.4	336.7

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	231.1	243.1	263.9	281.0	288.8
特養	36.9	39.3	42.6	45.5	47.5
老健	13.6	14.4	15.7	16.8	17.4
介護医療院／介護療養	1.7	1.8	2.0	2.3	2.5
特定施設	14.3	15.2	16.8	18.5	19.9
GH	23.3	24.7	26.8	28.5	28.8
居宅計	141.3	147.8	160.1	169.4	172.7

³⁰ 利用者当たり従事者数としては、より多い方が介護サービスの供給がより容易に可能となり、サービスの質も高められる。だから、実現不可能なほどにまで利用者当たり従事者数を下げることは、推計上でも非現実的である。しかし、そもそも 2015 年度には実績としてその程度の利用者当たり従事者数だったことと、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」で 2040 年度までその値で推計することが現実的と当時は判断されていたことから、本稿での推計でもそれを用いることに何ら支障はないと考える。

第 2 節 健康寿命が延伸した場合の介護サービス利用者の推計

「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」では、健康寿命が延伸した場合に介護サービス利用者がどう変化するかについても推計している。本稿での推計でも、同じ推計方法で健康寿命が延伸した場合の影響を分析できる。

「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」では、健康寿命が延伸した推計の起点となる年から平均余命の伸びの分だけ健康寿命を延びると仮定しているが、本稿では他の施策と組み合わせて考慮するために控えめで認知的に処理しやすい数字として、平均余命の伸びの 50% だけ健康寿命が延びると仮定して、伸びた年齢分だけ各年齢階級での要介護認定率が低下すると想定し、その効果を推計する。例えば、75～79 歳で、起点となる年から 10 年後に平均余命が 1 年伸びると、起点となる年の 75～79 歳の要介護認定率はその年齢階級の中位年齢（階級値なる年齢）である 77.5 歳から 0.5 歳若い 77 歳相当の要介護認定率に、10 年後の 75～79 歳の要介護認定率が低下する、ということである。推計上は、年齢階級ごとにしか要介護認定率はわからないから、起点となる年の各年齢階級の要介護認定率は、その年齢階級の中位年齢で実現している要介護認定率とみなして線形補間する。先の例でいえば、起点となる年の要介護認定率が 70～74 歳で 5%、75～79 歳で 10% だったとすると、10 年後に平均余命が 1 年伸びると、10 年後の 75～79 歳の要介護認定率は 9.5% になるということである。

「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」と同様の推定方法で、健康寿命が延伸したときの要介護認定率を推計し、当該年度の性別年齢階級別人口を乗じることで、要介護認定者を性別年齢階級別要介護度別に求めることができる。そして、2025 年度以降の各機能の利用者数は、2023 年度における要介護認定者に対する各機能の利用者数の割合（利用率）が 2025 年度以降 2040 年度まで不変であるとして、この要介護認定者数に利用率を乗じて推計する。このシナリオを「健康寿命延伸シナリオ」と呼ぶこととする。

健康寿命延伸の影響で介護サービスの利用者数が減少すれば、それだけ必要となる介護従事者数も少なくなることが考えられる。そこで、前述のように、2025 年度までの利用者 100 人当たり従事者数は 2023 年度の実績値と同じとするが、2040 年度には「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の値となるところまで利用者 100 人当たり従事者数が段階的に変化すると仮定すると、健康寿命延伸の影響で減少した介護サービスの利用者数に合わせて、必要となる介護従事者数が減るという推計結果となる。2025 年から 5 年ごとにまとめたのが表 1-4 である。

表 1-4 健康寿命延伸シナリオでの介護サービスの利用者数・従事者数・介護職員数（単位：万人）（筆者作成）

利用者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	529.8	556.4	599.9	635.9	652.5
特養	63.5	67.5	74.1	80.6	85.7
老健	34.2	36.3	39.8	43.2	45.6
介護医療院／介護療養	4.9	5.2	5.7	6.1	6.5
特定施設	27.5	29.3	32.4	35.8	38.6
GH	21.3	22.5	24.8	26.8	27.7
居宅計	378.3	395.6	423.2	443.4	448.4

従事者数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	410.1	431.1	445.4	451.7	442.5
特養	59.6	63.4	67.3	70.7	72.5
老健	28.4	30.1	31.5	32.6	32.7
介護医療院／介護療養	4.1	4.3	4.9	5.6	6.2
特定施設	23.4	24.9	26.9	28.9	30.5
GH	28.2	29.8	31.9	33.5	33.5
居宅計	266.4	278.6	282.9	280.4	267.2

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	231.1	243.1	258.9	270.9	274.2
特養	36.9	39.3	41.8	44.0	45.3
老健	13.6	14.4	15.4	16.2	16.6
介護医療院／介護療養	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4
特定施設	14.3	15.2	16.6	18.0	19.1
GH	23.3	24.7	26.3	27.5	27.4
居宅計	141.3	147.8	156.8	163.0	163.5

第 3 節 介護従事者（供給側）の推計

2 節までで必要となる介護従事者数を推計することができた。しかし、それだけの人数が確保できる保証はない。労働供給側の環境によって、確保できる介護従事者が決まってくる。介護従事者の供給の将来推計については、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」では推計されていない。そこで、ここでは、日本総合研究所「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」の考え方を援用しつつ、公開情報で推計可能な方法に改めた上で、確保可能な介護従事者数の将来推計を行う。なお、「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」には、都道府県が、3 年間で 1 期とする介護保険事業支援計画を策定する際などに用いる手法が説明されている。

以下では、ここでの独自の推計方法を説明する。「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」では、都道府県ごとに推計できるように設定されており、本稿での推計では使用できないデータも使われている。したがって、「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」での考え方、つまり、今年度の従事者数は、前年度の従事者数

から離職者数を差し引き、新規入職者数が加わった人数とする枠組みと、介護労働安定センター「介護労働実態調査（事業所）」のデータを用いることを援用したが、それ以外はここで独自に設定したものである。

まず、推計の起点となるのは、2023 年度の介護従事者の実績値である。この人数は、前述したとおり「介護サービス施設・事業所調査」（2023 年度）から得ている。ただ、「介護サービス施設・事業所調査」（2023 年度）からは、性別年齢階級別（5 歳刻み）の介護従事者数はわからない。そこで、介護労働安定センター「介護労働実態調査（事業所）」の個票データを用いて、性別年齢階級別の介護従事者（介護職員とその他）の構成比を算出した³¹。このデータは、利用可能な最新年が 2022 年のものであると、標本調査であるため、あくまでも性別年齢階級別の構成比を求めるまでにとどめる。

この職種（介護職員とその他）ごとの構成比を、前掲した 2023 年度の介護従事者の実績値に乗じて、2023 年度における介護従事者の性別年齢階級別人数を推計した。

また、2025 年度の介護従事者数については、需給の乖離がないと仮定し、前述のように推計した 2025 年度の介護従事者総数を基に、2025 年の「介護労働実態調査」が利用可能でないことから、性別年齢階級別構成比が 2022 年度のもと同じであると仮定して、介護従事者に 2025 年度の職種ごとの性別年齢階級別人数を推計した。

2026 年度以降は、2025 年度の人数を起点として、男女別に次のように推計した。まず、推計には各年度における離職者数と新規入職者数が推計できなければならない。離職者と新規入職者については、介護労働安定センター「介護労働実態調査（事業所）」の個票データから、調査年度における調査対象日の従事者数と調査対象日までの 1 年間の採用者数と離職者数が得られる。これらの人数を、有効回答であるすべての標本について職種ごとに合計して、それぞれの総数を算出する。これにより、前年度における従事者総数を、調査対象日の従事者総数－調査対象日までの 1 年間の採用者総数＋調査対象日までの 1 年間の離職者総数、として算出できる。これらから、

採用率＝調査対象日までの 1 年間の採用者総数÷前年度の従事者総数

離職率＝調査対象日までの 1 年間の離職者総数÷前年度の従事者総数

と定義して職種ごとに算出する。

ただし、介護労働安定センター「介護労働実態調査」では、採用者や離職者の性別や年齢はわからない。したがって、上記の採用率と離職率は、両性全年齢階級で同じであると仮定する³²。

以上を踏まえて、2026 年度以降の性別年齢階級別介護従事者数は、各年齢階級において前年度より 1 つ歳が増えることを考慮しつつ、前年度の従事者数から、離職者数（＝前年度の従事者数×離職率）を差し引き、新規入職者数（＝前年度の従事者数×採用率）を足した人数として推計できる。

³¹ ここで、性別年齢階級別に従事者の推計を行う理由を示すと、将来の従事者は、前年度までの従事者の多くがそのまま従事し続けるとは限らないからである。しかも、年齢や男女によって就業率がかなり異なるし、介護従事者は女性が多いという特徴がある。また、現在、介護従事者の高齢化も指摘されている。これらを反映した形で供給面から介護従事者の将来推計を行うには、性別と加齢の効果が表しやすい性別年齢階級別に推計することが適当と考えられる。

³² なお、この仮定は、「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」でも、採用されている仮定である。

ただ、総務省「労働力調査」によると、介護従事者として、前職がなく学校を卒業後に新たに入職してくる者も毎年度存在している。前職がない学校卒業後の新規就業者数は、「労働力調査」では調査対象となっているが、「介護労働実態調査」からはわからない。そこで、「労働力調査」を用いて、前職がない学校卒業後の新規就業者数を、性別年齢階級別に把握することとする。その際、「労働力調査」では、介護従事者が含まれる社会保険・社会福祉・介護事業という産業分類だけを純粹に対象とした前職がない学校卒業後の新規就業者数は公開されていない。社会保険・社会福祉・介護事業以外に、医療、公衆衛生をも含む、医療・福祉という産業分類では「労働力調査」で性別年齢階級別にこれが毎年度把握できる。

そこで、性別年齢階級別に、当年度における「労働力調査」における医療・福祉の就業者に占める社会保険・社会福祉・介護事業の就業者の構成比を用いて、医療・福祉の前職がない学校卒業後の新規就業者となる人数を按分して、その人数を社会保険・社会福祉・介護事業の前職がない学校卒業後の新規就業者数とみなすこととする。しかし、この人数は、前掲した前年度の従事者に比した構成比で捉えるのはふさわしくない。なぜならば、学校を卒業する対象年齢の人口は、今後少子化の影響で減少するが、その年齢の者が含まれる年齢階級の介護従事者数は、介護従事者への就業率の高低にも依存するからである。例えば、前年度の従事者に対する前職がない学校卒業後の新規就業者数の比率を把握して、将来推計に用いると、少子化が進んで学校卒業者数が急減しても、前年度の従事者が多ければ引き続き前職がない学校卒業後の新規就業者数も多く推計されてしまう。これを避けるため、本稿での推計では、性別年齢階級別に人口に占める社会保険・社会福祉・介護事業の前職がない学校卒業後の新規就業者数の構成比を把握する。そして、その構成比について、分析に用いることができる最新の3年間である2022～2024年度の最低値を、2026年度以降の介護従事者の推計に用いることとする³³。

なお、前職がない学校卒業後の新規就業者数の構成比は、現実的には15～24歳と25～34歳が大半なので、本稿での推計では15～34歳の年齢階級ごとに、当年度における人口に、先に求めた人口に占める社会保険・社会福祉・介護事業の前職がない学校卒業後の新規就業者数の構成比を乗じて、前職がない学校卒業後の新規就業者数を男女別に推計した³⁴。2026年度以降の性別年齢階級別人口は、「将来推計人口」2023年推計を用いた。そして、この新規就業者数を当該性・年齢階級の従事者に加えた³⁵。

また、介護従事者には高齢者も少なからずいる。高齢の介護従事者が前年度から今年度にどう就業するかも、推計上加味しなければならない。ただ、「介護労働実態調査」や「労働力調査」では、介護従事者に限定して、高齢の介護従事者の就業状態が年度間でどう変わったかについて明らかにされていない。

そこで、本稿での推計では、介護従事者に限らず、全産業での60歳以上の性別年齢階

³³ 最低値を用いる理由は、今後の介護人材確保において、確保がより困難になる状況でどのように対処すればよいかを量的に把握するためである。この構成比を高くすれば、それだけより多く介護従事者が供給されることを意味する。したがって、最低値をとることによって、2026年度以降の介護従事者の推計をより保守的に行うことができる。

³⁴ 35歳以上にも前職がない学校卒業後の新規就業者数のごくわずかにいるが、これは無視する。

³⁵ 厳密に言うと、前職がない学校卒業後の新規就業者数は、前掲の新規入職者に含まれると考えられる。しかし、統計の制約から、採用率を両性全年齢階級で同一であるという仮定を置かざるを得なかった。

級別労働力人口比率（人口に占める就業者と完全失業者を合わせた構成比）が「労働力調査」から得られるため、これを用いて、加齢に伴い非労働力化することで介護従事者が離職する効果を表すこととする。まず、前年度に64歳の従事者が当年度に65歳となり、前年度は60～64歳の従事者としてカウントされていたが、当年度は65～69歳の従事者としてカウントされる対象となる。しかし、65歳に定年がある場合が多いなどの理由で、65～69歳の労働力人口比率は、60～64歳の労働力人口比率よりも（それよりも若い年齢階級での差よりも大きな差で）低くなっており、一部の従事者が非労働力化している。非労働力化する割合は、65～69歳の労働力人口比率を60～64歳の労働力人口比率で除した比率である。ここでの推定では、60～64歳から65～69歳に移行する従事者については、男女別にこの非労働力化する割合（の2022～2024年度の3カ年平均）を追加的に乘じることとする。同様に、65～69歳から70歳以上の年齢階級に移行する従事者についても、70～74歳の労働力人口比率を65～69歳の労働力人口比率で除した比率（の2022～2024年度の3カ年平均）を乗じる。ただし、「労働力調査」では、70～84歳の5歳刻みの年齢階級と85歳以上の年齢階級について性別に労働力人口比率が得られるが、「介護労働実態調査」では、標本数が限られているため、年齢階級を70歳以上と区切らざるを得ない。そこで、70歳以上に属する従事者については、前年度から当年度にかけて非労働力化することを加味して、75～79歳の労働力人口比率を70～74歳の労働力人口比率で除した比率と、80～84歳の労働力人口比率を75～79歳の労働力人口比率で除した比率と、85以上の労働力人口比率を80～84歳の労働力人口比率で除した比率の平均（の2022～2024年度の3カ年平均）を、前年度の70歳以上の従事者に乗じることとした。

こうして、15歳以上の5歳刻みの年齢階級で、男女別従事者を、2025年度を起点にして2040年度まで推計し、5年ごとにまとめたのが表3-1である。最終的には、この供給側で確保できる介護従事者は、男女計の総数として、需要側の必要となる介護従事者と比較することで、需給の乖離を測ることとなる。

表 3-1 介護職員数
供給推計（単位：万人）（筆者作成）

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	231.1	243.1	247.2	257.2	266.9

第4節 賃金の引き上げによる介護従事者供給推計

第1項 分析の意義

前節までで、健康寿命が延伸した場合に必要な介護従事者数と、確保できる介護従事者数の間には、このままでは乖離があることが示された。本節では賃金の引き上げを行った場合にどの程度確保できる介護従事者数が改善されるかを分析する。

第2項 分析手法

統計ソフトRを用いて、2015年から2024年における47都道府県でのパネルデータ分析を行う。被説明変数は「介護職員」の従事者数の変化率、説明変数は「介護職員」の賃金の変化率とし、個体方向の一元配置固定効果モデルで推定する。推定式は以下の通りである。

$$lroc_{i,t} = \alpha_i + \beta_1 wroc_{i,t} + \beta_2 d2021_{i,t} * wroc_{i,t} + \beta_3 ur_{i,t} + u_{i,t}$$

ただし、 i は都道府県、 t は年度(2015～2024)を表す。

ここで、それぞれの変数について説明する。

$lroc$ は「介護職員」の従事者数の変化率を表し、 $l_{i,t}$ を都道府県 i における t 年の「介護職員」の従事者数として、 $lroc_{i,t} = \frac{l_{i,t} - l_{i,t-1}}{l_{i,t-1}}$ と計算される。

$wroc$ は「介護職員」の賃金の変化率を表し、同様に $w_{i,t}$ を都道府県 i における t 年の「介護職員」の賃金として、 $wroc_{i,t} = \frac{w_{i,t} - w_{i,t-1}}{w_{i,t-1}}$ と計算される。

$d2021 * wroc$ は $wroc$ に、係数ダミーとして2021年度以降を1とするダミー変数 $d2021$ を乗じたものである。

また、 ur は完全失業率を表す。

β はそれぞれの係数を表し、 $u_{i,t}$ は誤差項である。

第3項 データ

地域区分は47都道府県、期間は分析で2015年から2024年の従業者数、賃金それぞれの変化率を用いるため、2014年から2024年のデータを使用する。

データは、主に厚生労働省が行なっている賃金構造基本統計調査を用いる。この調査は主要産業の労働者について、その賃金の実態を明らかにする統計調査で、労働者の属性別の賃金の結果を、産業、企業規模別などで提供し、国や地方公共団体だけでなく民間企業や研究機関でも広く利用されている。

ここでは、都道府県別年度別で見た、短時間労働者に該当しない通常の所定労働時間・日数の労働者である一般労働者の介護職員（医療・福祉施設等）、2019年以前は福祉施設介護員について、所定内実労働時間数、超過実労働時間数、きまって支給する現金給与額、年間賞与その他特別給与額、労働者数を利用する。分析するにあたり、

$\frac{\text{きまって支給する現金給与額} \times 12 + \text{年間賞与その他特別給与額}}{(\text{所定内実労働時間数} + \text{超過実労働時間数}) \times 12}$ を計算し、時給換算した賃金とする。

完全失業率には、総務省が行なっている労働力調査を用いる。

第4項 分析結果と考察

分析結果をまとめたのが以下の表4である。

表 4 分析結果（筆者作成）

	推定値	標準誤差	P値
<i>wroc</i>	0.783583	0.388558	0.04437 **
<i>d2021*wroc</i>	-0.83517	0.646804	0.19734
<i>ur</i>	0.098639	0.064116	0.12469

*, **, ***は、それぞれ 10%有意水準, 5%有意水準, 1%有意水準を示している。

コントロール変数として完全失業率も入れたが有意ではなかった。65 歳以上人口比率や最低賃金など他の変数を入れても同様に有意ではなかった。

分析で推定された β_1 は、5%水準で統計的に有意であることが示されたが、これは、介護職員の労働供給の賃金弾力性であり、賃金が 1%上昇したとき、労働者数は 0.783583% だけ増加することを意味する。

つまり、賃金の伸び率がわかれば、それに応じた労働者数の伸び率を計算することができ、そこから供給側の介護職員数を推定できる。そこで、介護における経済の伸び率に従い介護報酬が改定されるものと想定して、介護職員の賃金も同率で伸びると仮定し、介護における経済の伸び率については、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」の仮定を採用し、賃金上昇率と物価上昇率を 65:35 で加重平均した伸び率とする。

また、賃金上昇率と物価上昇率は、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2025 年 8 月試算）の過去投影ケースを用いることとする。同試算では、2034 年度までについてこれらの賃金上昇率と物価上昇率が示されている。ただ、2035 年度以降の試算はなされていない。そこで、2035 年度以降は、「中長期の経済財政に関する試算」を活用して賃金上昇率と物価上昇率の経済前提を置いている厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し－2024 年財政検証結果」を用いる。2024 年財政検証では、内閣府の過去投影ケースに接続するものとして過去 30 年投影ケースを設定しており、2035 年度以降は、そのケースの賃金上昇率と物価上昇率の前提を用いる。

2026 年度以降は、これらに従い介護報酬改定が行われるものと想定して、介護職員の賃金上昇率も同率で伸びると、賃上げの効果が作用してどれだけ供給側で介護職員が増えるかを、2025 年の介護職員数を基準に推計した。5 年ごとにまとめたものが以下の表 3-2 となる。

表 3-2 介護職員数
賃金の引き上げを考慮した供給推計（単位：万人）（筆者作成）

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
（総計）	231.1	243.1	257.0	267.5	279.5

表 1-4 と比較すると、2040 年における供給側で確保できる介護従事者は、平均余命の伸びの 50% だけ健康寿命が延びると仮定した場合の需要側の必要となる介護従事者を上回った。仮定を満たす状態が維持されるならば、2040 年には介護人材不足は解消できると言える。

第5節 生産性向上による人的効果の検証

第1項 分析の意義

厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」（2018）では、生産性向上による人的効果を5%と仮定して必要労働数の変化を推計している。本稿では、同じ推計方法を用いて、生産性向上の人的効果がいくらであれば介護人材不足を解消できるかを明らかにする。

第2項 分析手法とデータ

「現状投影シナリオでの介護職員数」（表1-3）及び「健康寿命延伸シナリオでの介護職員数」（表1-4）に生産性による人的効果を加味した需要数を試算し、「介護職員数」（表3-1）で求めた2040年における供給数266.9万人を下回るために必要な人的効果を計算する。

第3項 分析結果と考察

分析結果は以下の表5となった。

表5 シナリオ別・将来の介護職員数

介護職員数	2023	2025	2030	2035	2040
現状投影シナリオ *8%の人的効果	212.6	223.7	242.8	258.6	265.7
健康寿命延伸シナリオ *3%の人的効果	224.2	235.8	251.1	262.8	266

したがって、政府が仮定する約2倍の生産性向上を行うことで需給の乖離を解消することが可能となり、それに加え健康寿命が延伸した場合には政府仮定よりも少ない効果でも需給が一致することが明らかになった。

第4章 政策提言

第1節 政策提言の方向性

これまでの分析で、健康寿命の延伸による介護職員需要の減少、介護職員の処遇改善による介護職員供給の増加、そして生産性の向上による必要介護職員の減少を通じて、介護職員不足を補うことが可能であることが明らかになった。すでに第1章の第3節で述べたように、年々平均寿命と健康寿命の差が縮まっている傾向にあることから、現在のペースで差が縮まれば、2040年までに増加する介護需要を減らすことができ、介護職員の供給の必要数は抑制される。よって本稿では健康寿命の延伸よりも介護職員の処遇改善に重点を置いた上で政策提言することにする。これは、健康寿命延伸のための政策は必要ないということではなく、あくまでも現在の健康寿命延伸のための政策を引き続き行うことを想定するものであり、追加して何らかの政策を行う必要はないという意味である。

第2節 提言Ⅰ 介護報酬の段階的な引き上げ措置

【提言対象】

厚生労働省

【提言の理由】

分析では、賃金が上昇すると労働者数が増加するという結果が得られた。健康寿命の延伸によって介護職員需要が現状投影ケースより減少しても、必要数は現在と比して増えることは言うまでもない。従って、介護職員の供給を図るため賃金水準を上昇させ、新規採用、定着促進等による介護サービスの持続的提供が必要である。

【提言内容】

全産業の賃上げ率に準じたベースアップ率で介護報酬を改定する。改定率の算定は次の式によって行う。

介護報酬改定率=基本改定率+a*全産業ベースアップ率

この式のaは連動係数を指し、財政状態に応じて調整する。また、基本改定率は物価動向や介護需要増加に対応する基礎上昇分を指す。段階を5年以内の短期・10年以内の中期・10年以降の長期に区分し、短期では、全産業の7-8割程度(a<1.0)の賃上げ率を採用し制度定着を図る。中期では、全産業水準と完全に連動させ(a=1.0)、他産業との格差是正を図る。最後に、長期では介護業界の生産性向上を反映し、全産業を上回る(a>1.0)上昇率を目指す。また、改定分のうち一定割合を職員給与に充当することを義務化することにより賃金反映の確実化を図る。

【期待される効果】

第1章で述べた通り、介護業界の参入障壁の一つには低賃金が挙げられるため、給与改善によって介護事業の魅力向上に繋がる。また、前職が介護人材である人の離職理由には

収入面や将来への不安が挙げられたため、改定によって定着促進が見込まれる。更に、この定着促進によって熟練職員が増加し、より高い質のサービスを利用者に提供できるようになる。また、賃上げによる介護職員数増加によって、人手不足による劣悪な労働環境が改善されることも期待される。

【実現可能性】

介護報酬改定は原則 3 年サイクルで行われるが、近年は処遇改善関係の加算を通じて賃上げを図っており、令和 6 年度の報酬改定では処遇改善加算の一本化・加算率引上げを行い、令和 6 年に 2.5%、7 年に 2.0%のベースアップ目標を掲げている³⁶。よって長期的には段階的、補正的な連動制度による賃上げが現実的である。ただし、大規模な恒常的加算は公費や保険料が増加するため、長期実現には恒常的財源の確保が課題として残る。

また、全産業の賃上げ率に連動させると、公平性と競争力の確保の利点がある。しかし、インフレ上昇や賃金低下を介護報酬に反映すると、需給や財政の不安定化を招くおそれがある。従って、賃上げ率の連動は完全自動ではなく目安連動として、全産業の賃上げ状況を参考指標とし、財政・社会保障の持続可能性を検討した上で行う必要がある。

第 3 節 提言Ⅱ 地域介護連携法人制度の創設と支援強化

【提言対象】

厚生労働省、地方自治体、介護事業者団体

【提言の理由】

分析から、事業所の大規模化・協働化等による生産性向上によって介護需給が安定することが分かった。介護サービスの持続性を確保するためには、事業所の大規模化・協働化を促進し、地域単位での経営体制を強化することが必要である。

【提言内容】

複数の介護事業者が経営・人事・研修・ICT 等を共同運営できる「地域介護連携法人」を設立可能にする。各法人は独立性を保ちながら、人材採用・研修の共同化、経理・労務・ICT の共通化、介護報酬請求・物資調達の共同実施などを行う。また、大規模化・協働化を進めた法人には、「介護基盤強化加算（仮称）」の新設、ICT・人材育成投資への補助金、合併・連携に伴う税制優遇などのインセンティブを与える。

【期待される効果】

職員の相互融通が可能となり欠員不足が分散され、人材不足の緩和に繋がる。また、適切な人事異動によって職場環境が改善され、離職率が低下する。また、業務においては事務や経理、研修などの教育が共同化されることにより業務効率が改善される。更に、スケ

³⁶ 厚生労働省「介護職員の処遇改善について」を参照

ールメリットにより経費が削減され、削減分を職員の処遇改善に充当できる。

【実現可能性】

制度においては医療分野ではすでに「地域医療連携推進法人」制度が存在するため、その枠組みを介護版に転用すれば法制度上の整備は比較的容易である。ただし、介護特有の生活支援領域における責任所在の明確化や事業者の独立性確保などは制度設計上の調整をしなければならない。また、財政面では、その法人設立や人材整備などの初期費用は国や自治体の補助が必要である。一方で中長期的には共同運営による経営の効率化や人件費の最適化が期待でき、財政的持続性は確保可能であると考察できる。地域的に見ると、都市部では事業者間の競争が強く、連携のインセンティブが弱い。しかし、地方部では人材不足が深刻であり連携のニーズは高いため、地方圏から段階的に導入するモデルが現実的である。更に、運用面で考えると、連携法人の中立性と透明性を確保するため、合議制の運営を基本とし、代表法人の利益偏重を防ぐガバナンス設計が求められる。また、中立的な運営は、医療・介護・行政の三者の協同体制によって行われることが望ましい。

参考文献

主要参考文献

- ・介護労働安定センター「令和6年度 介護労働実態調査結果 事業所における介護労働実態調査 結果報告書」(<https://www.kaigo-center.or.jp/report/jittai/>) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・厚生労働省「介護人材確保の現状について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001485589.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

参考文献

- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）報告書」(https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41379.html) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・介護労働安定センター「令和5年度 介護労働実態調査結果 事業所における介護労働実態調査 結果報告書」(https://www.kaigo-center.or.jp/report/jittai/2024r05_chousa_01.html) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・厚生労働省「介護職員数の推移の更新（令和5年分）について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/001362534.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・厚生労働省「介護労働者の就業実態と就業意識調査 結果報告書」(https://www.kaigo-center.or.jp/content/files/report/R6_jittai_chousa_roudousya_honpen1.pdf) (最終閲覧日 2025/11/7)
- ・日本医療労働組合連合会「2024年介護施設夜勤実態調査結果」(<http://irouren.or.jp/publication/2ccd2c568282ebf492b117ddb22f32f5c6635d86.pdf>) (

最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「科学的介護情報システム（LIFE）第1回説明会（介護施設・事業所向け）」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/001310045.pdf>) (最終閲覧日

2025/11/7)

・経済産業省製造産業局「「ロボット介護機器開発・導入促進事業」研究開発プロジェクトの概要」

(https://www.meti.go.jp/policy/tech_evaluation/c00/C0000000R01/191211_robot_1st/robot_1st_05.pdf) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省老健局「介護テクノロジー導入支援事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001476528.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・公益財団法人テクノエイド協会「福祉用具・介護ロボット実用化支援等一式 報告書」(<https://www.techno-aids.or.jp/robot/report2024book/index.html>) (最終閲覧日

2025/11/7)

・厚生労働省老健局「介護現場の生産性向上について 自治体の皆様に期待すること ケアプランデータ連携システムを中心に」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/20240626-cp-mhlw.pdf>) (最終閲覧日

2025/11/7)

・東京商工リサーチ「2024年「介護事業者」倒産が過去最多の172件 「訪問介護」が急増、小規模事業者の淘汰加速」(https://www.tsr-net.co.jp/data/detail/1200835_1527.html) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通しについて」

(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「介護報酬について」

(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/housyu.html>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・公益財団法人長寿科学振興財団「フレイルとは」

(<https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/about.html>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「健康寿命延伸プランの概要」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000607837.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「介護予防について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001245241.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和5年度実施分）に関する調査結果（概要）」

(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/R5survey_gaiyou.pdf) (最終閲覧日

2025/11/7)

・厚生労働省「平均寿命と健康寿命」

(<https://kenet.mhlw.go.jp/information/information/hale/h-01-002>) (最終閲覧日

2025/11/7)

・厚生労働省「健康寿命の令和4年値について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001363069.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「令和5年度 介護保険事業状況報告（年報）」

(https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/23/dl/r05_gaiyou.pdf) (最終閲覧

覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「介護保険事業状況報告の概要（令和7年3月暫定版）」

(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m25/dl/2503a.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・独立行政法人労働政策研究・研修機構「2023年度版 労働力需給の推計 労働力需給モデルによるシミュレーション」

(<https://www.jil.go.jp/institute/siryo/2024/284.html>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・PwC コンサルティング合同会社「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の実態とそれを担う主任介護支援専門員の役割に関する調査研究事業 報告書」

(<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/assets/pdf/health-promotion-business2025-13.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・MS&AD インターリスク総研株式会社「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業 報告書」

(https://www.irric.co.jp/pdf/reason/research/2021_elderly_health_report.pdf) (最終閲覧日 2025/11/7)

・加藤清人・竹田徳則・林尊弘・平井寛・鄭丞媛・近藤克則（2020）「介護予防制度改正による二次予防対象者割合の変化：複数市町データによる検討」『地域リハビリテーション』15（5）pp.382-388(最終閲覧日 2025/11/7)

・日本総合研究所「介護人材需給推計 本推計ワークシート活用の手引き」

(https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20210412_9_01.pdf) (最終閲覧日 2025/11/7)

・内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2025年8月試算）

(<https://www5.cao.go.jp/keizai2/keizai-syakai/shisan.html>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「介護職員の処遇改善について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001457963.pdf>) (最終閲覧日 2025/11/7)

・厚生労働省「賃金構造基本統計調査」

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>) 2025/10/14 データ取得

・総務省「労働力調査」(<https://www.stat.go.jp/data/roudou/index.html>)

2025/10/21 データ取得

・清水・田中(2024)「介護ロボットの普及を阻害する要因についての文献検討」『福祉と看護の研究誌』第11巻 p. 26-32