

介護保険制度を学ぼう

テキスト

2024 年度版 ver 1.0

もくじ

1<基本>	高齢化の現状と将来像	1
2<基本>	社会保障の制度と展望	4
3	介護保険制度	
	<発展>	
	介護制度創設前の老人福祉・老人医療	7
	<基本>	
	介護保険制度	9
	<発展>	
	介護認定の流れ	10
4<基本>	介護保険サービスの体系	11
5<発展>	介護保険の各種サービス	13

教材の使い方

I)知識習得の使用

「テキスト」をお使いください。聞き流しができるように動画(QRコード)を準備しています。

<教材・動画の特徴>

- ①知りたい項目だけ学習・視聴できるよう細かく分けています。
- ②動画は倍速で視聴できるように、ゆっくり解説をしています。
- ③概要が知りたいときは「基本」、詳しく理解したいときは「発展」を視聴してください。
- ④内容理解のために大切な数字や語句にマーカーをつけています。

II)後輩指導の使用

「ノート」をお使いください。「ノート」は内容理解のために大切な数字や語句を虫食いにしています。動画(QRコード)を視聴しながら虫食いを埋めていきながら学習を進め、「ノート」を提出してもらうことで視聴確認ができるようにしています。虫食いの答えは「テキスト」のマーカー部分です。

<教材・動画の特徴>

- ①必要な項目だけ学習・視聴できるよう細かく分けています。
- ②動画は学習者が倍速で視聴できるように、ゆっくり解説をしています。
- ③視聴のチェックはノートの提出で行えます。

III)福祉施設職員や外部研修の使用

「パワーポイント」と「ノート」をお使いください。スライドで説明しながら「ノート」に記入をしてもらうと研修ができます。研修に必要な部分のスライドやノートだけ使用したり、変更をしたりしてご活用ください。

<教材・動画の特徴>

- ①必要な項目だけ取り上げることができるように細かく分けています。
- ②受講者は研修後も動画視聴で学び直しができます。

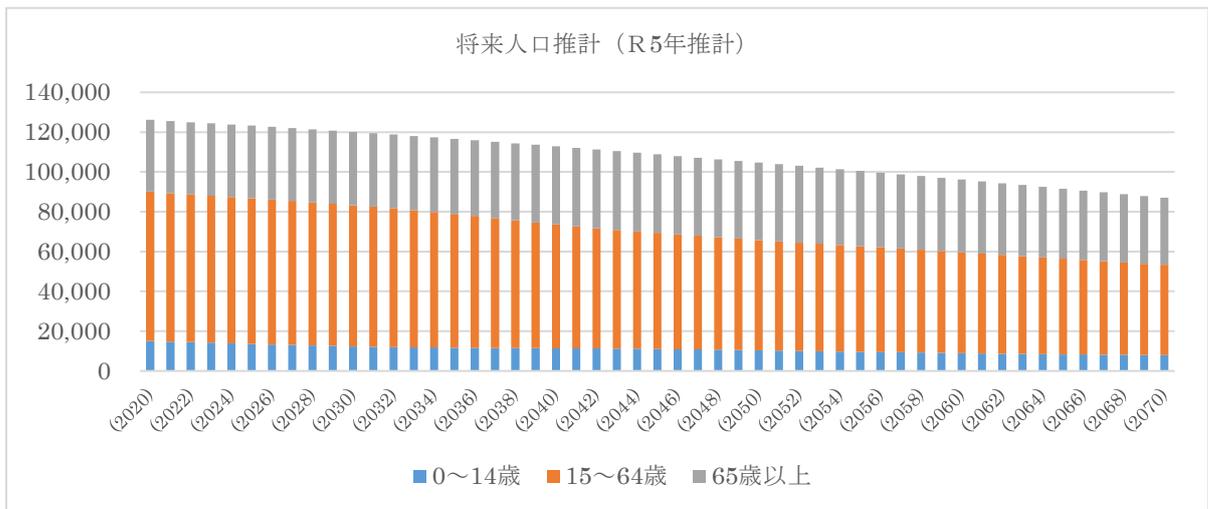
1 高齢化の現状と将来像



令和 5 年 10 月 1 日現在、わが国の総人口は **1 億 2,435 万人** で、12 年連続で減少幅が拡大しています。65 歳以上の高齢者数は、3623 万人となり総人口に占める割合(高齢化率)が **29.1%** になりました。

<45 年後(2070 年)の日本>

国立社会保障・人口問題研究所が令和 5 年に公表した「日本の将来推計人口」によると、2056 年に人口が 1 億人を下回り、2070 年には 8700 万人に減少します。2070 年の高齢化率は **38.7%** に上昇します。また、65 歳以上人口のピークは **2043** 年で 3953 万人になります。(出生中位、死亡中位推計)



国立社会保障・人口問題研究所:「将来人口推計令和 5 年」より作成

2070 年の高齢化率が 38.1%ということは、15~64 歳(生産年齢人口)の現役世代 **1.3** 人で 1 人の高齢者を支える時代の到来を意味します。また、75 歳以上の後期高齢者の総人口に対する割合は 25% になり、現役世代 2.1 人で 1 人の 75 歳以上の高齢者を支える社会になる見込みです。

	2030 年	2050 年	2070 年
0~14 歳人口(割合)	1240 万人(10%)	1041 万人(10%)	798 万人(9%)
15~64 歳人口(割合)	7076 万人(59%)	5540 万人(53%)	4535 万人(52%)
65 歳以上人口(割合)	3696 万人(31%)	3888 万人(37%)	3367 万人(39%)
75 歳以上人口(割合)	2261 万人(19%)	2433 万人(23%)	2180 万人(25%)
総人口	1 億 2012 万人	1 億 469 万人	8700 万人

国立社会保障・人口問題研究所:「将来人口推計令和 5 年」

<25 年後(2050 年)の地域>

2023 年(令和 5 年)の高齢化率は、最も高い秋田県で、39.0%、最も低い東京都で 22.8%ですが、2050 年には、最も高い秋田県は 49.9%、最も低い東京都で 29.6%に達すると見込まれています。

また、2050 年の高齢化率が神奈川県 35.0%、大阪府 36.6%、愛知県 34.5%、埼玉県 35.5%になるなど、**高齢化は大都市圏を含めた全国的な広がり**を見ることになります。

	令和5年(2023)				令和32年(2050)		高齢化率の 伸び (ポイント)	
	総人口 (千人)	65歳以上 人口(千人)	75歳以上 人口(千人)	65歳以上 人口割合(%)	75歳以上 人口割合(%)	65歳以上 人口割合(%)		75歳以上 人口割合(%)
北海道	5,092	1,681	915	33.0	18.0	42.6	27.2	9.6
青森県	1,184	417	221	35.2	18.7	48.4	31.1	13.2
岩手県	1,163	407	221	35.0	19.0	45.9	29.1	10.9
宮城県	2,264	662	344	29.2	15.2	39.4	24.0	10.2
秋田県	914	357	194	39.0	21.2	49.9	32.2	10.9
山形県	1,026	361	194	35.2	18.9	44.3	28.1	9.1
福島県	1,767	586	303	33.2	17.2	44.2	27.8	11.0
茨城県	2,825	865	460	30.6	16.3	40.0	25.2	9.4
栃木県	1,897	573	297	30.2	15.6	39.6	24.8	9.4
群馬県	1,902	589	322	30.9	16.9	40.0	25.5	9.1
埼玉県	7,331	2,012	1,116	27.4	15.2	35.5	22.1	8.1
千葉県	6,257	1,756	980	28.1	15.7	35.5	22.0	7.4
東京都	14,086	3,205	1,823	22.8	12.9	29.6	17.5	6.8
神奈川県	9,229	2,390	1,358	25.9	14.7	35.0	22.1	9.1
新潟県	2,126	720	391	33.8	18.4	43.2	27.3	9.4
富山県	1,007	333	191	33.1	19.0	41.4	26.6	8.3
石川県	1,109	338	189	30.5	17.1	38.3	24.5	7.8
福井県	744	235	128	31.5	17.3	40.3	25.5	8.8
山梨県	796	253	138	31.7	17.4	41.7	27.2	10.0
長野県	2,004	655	374	32.7	18.7	41.6	26.9	8.9
岐阜県	1,931	603	335	31.2	17.4	40.6	25.9	9.4
静岡県	3,555	1,101	609	31.0	17.1	39.6	25.2	8.6
愛知県	7,477	1,923	1,078	25.7	14.4	34.5	21.4	8.8
三重県	1,727	529	296	30.6	17.1	39.6	25.3	9.0
滋賀県	1,407	380	205	27.0	14.6	36.7	22.8	9.7
京都府	2,535	753	436	29.7	17.2	38.5	24.6	8.8
大阪府	8,763	2,424	1,407	27.7	16.1	36.6	23.2	8.9
兵庫県	5,370	1,609	906	30.0	16.9	39.5	25.3	9.5
奈良県	1,296	423	239	32.6	18.5	43.3	28.6	10.7
和歌山県	892	305	172	34.2	19.3	43.7	28.5	9.5
鳥取県	537	179	97	33.3	18.1	40.9	25.6	7.6
島根県	650	227	128	35.0	19.7	39.7	24.8	4.7
岡山県	1,847	573	327	31.0	17.7	37.8	23.8	6.8
広島県	2,738	825	465	30.1	17.0	37.4	23.6	7.3
山口県	1,298	459	260	35.3	20.0	42.3	27.0	7.0
徳島県	695	246	134	35.3	19.3	44.8	28.8	9.5
香川県	926	301	169	32.6	18.2	39.7	24.9	7.1
愛媛県	1,291	441	244	34.2	18.9	43.0	27.4	8.8
高知県	666	242	138	36.3	20.7	45.6	29.5	9.3
福岡県	5,103	1,452	778	28.5	15.2	35.1	21.3	6.6
佐賀県	795	252	132	31.7	16.6	39.3	24.4	7.6
長崎県	1,267	435	231	34.3	18.2	43.4	27.9	9.1
熊本県	1,709	552	298	32.3	17.4	38.8	24.3	6.5
大分県	1,096	375	206	34.2	18.8	40.5	25.5	6.3
宮崎県	1,042	351	188	33.7	18.0	40.8	25.6	7.1
鹿児島県	1,549	524	275	33.8	17.8	41.2	25.8	7.4
沖縄県	1,468	350	166	23.8	11.3	33.6	20.4	9.8

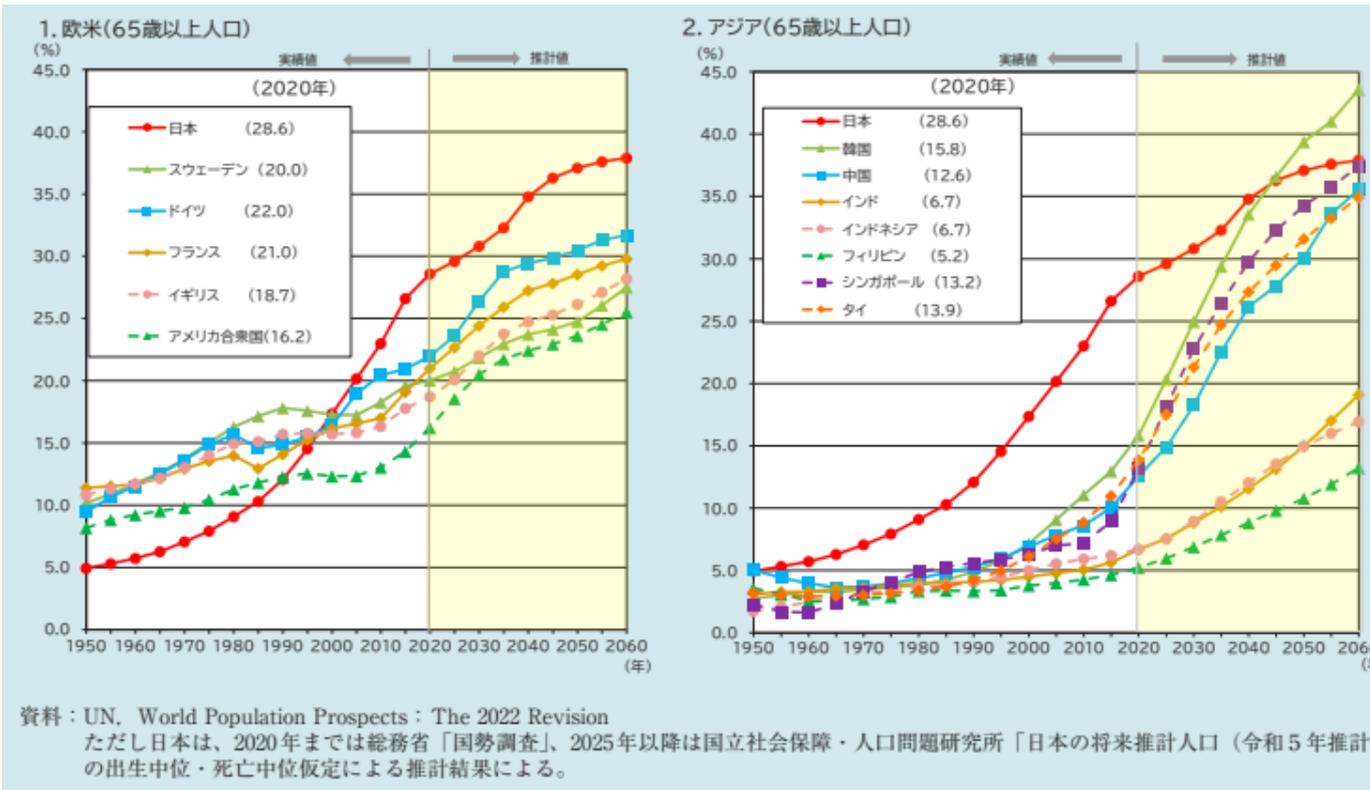
資料：令和5年は総務省「人口推計」、令和32年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

内閣府「高齢社会白書令和6年度版(地域別に見た高齢化 表1-1-10)」

<世界の高齢化>

高齢化率7%~14%未満を「高齢化社会」、14%~21%未満を「高齢社会」、21%以上を「超高齢社会」に区分すると、日本は、2007年に例をみないスピードで超高齢社会になりました。

2020年に78億4000万人だった世界人口は、2060年に100億6800万人になると見込まれています。また、世界総人口に占める高齢化率は2020年に9.4%でしたが、2060年に18.7%になると見込まれています。これまで高齢化が進行してきた先進地域だけでなく、開発途上国においても高齢化が急速に進展します。



内閣府「高齢社会白書令和6年度版(高齢化の国際的動向 図1-1-6)」

2 社会保障の制度と展望



<社会保障制度概要>

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットです。

「社会保険(年金、医療、介護、労働)」、「社会福祉(障害者、母子家庭支援)」、「公的扶助(生活保護)」、「保健医療・公衆衛生」からなり、子どもから子育て世代、お年寄りまで、全ての人の生活を生涯にわたって支えます。

役割分担

国	「年金」や「労働保険」
都道府県	「健康保険」「国民健康保険(財政運営)」「後期高齢者医療」「生活保護(郡部)」
市町村	「国民健康保険(資格管理、保険給付など)」「介護保険」「児童手当」「生活保護(市部)」

国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度

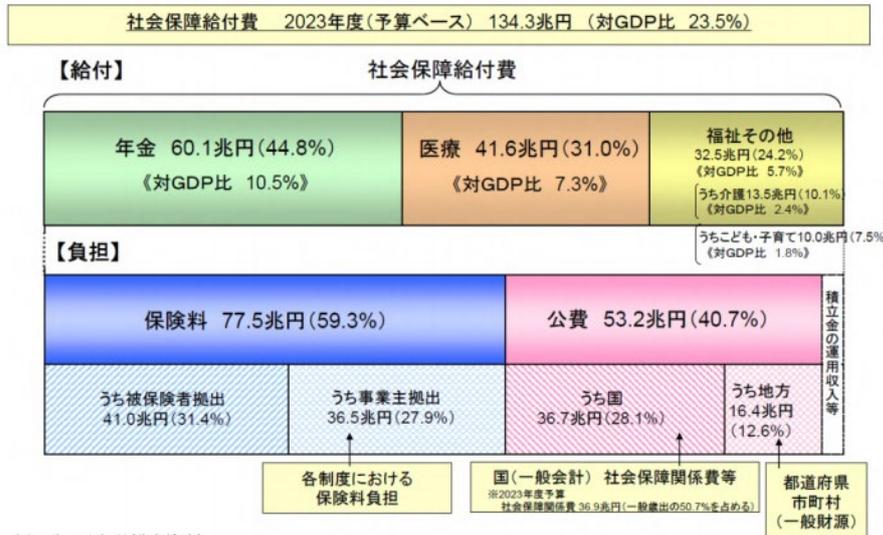


厚生労働省:「社会保障とは何か」

< 社会保障費の現状 >

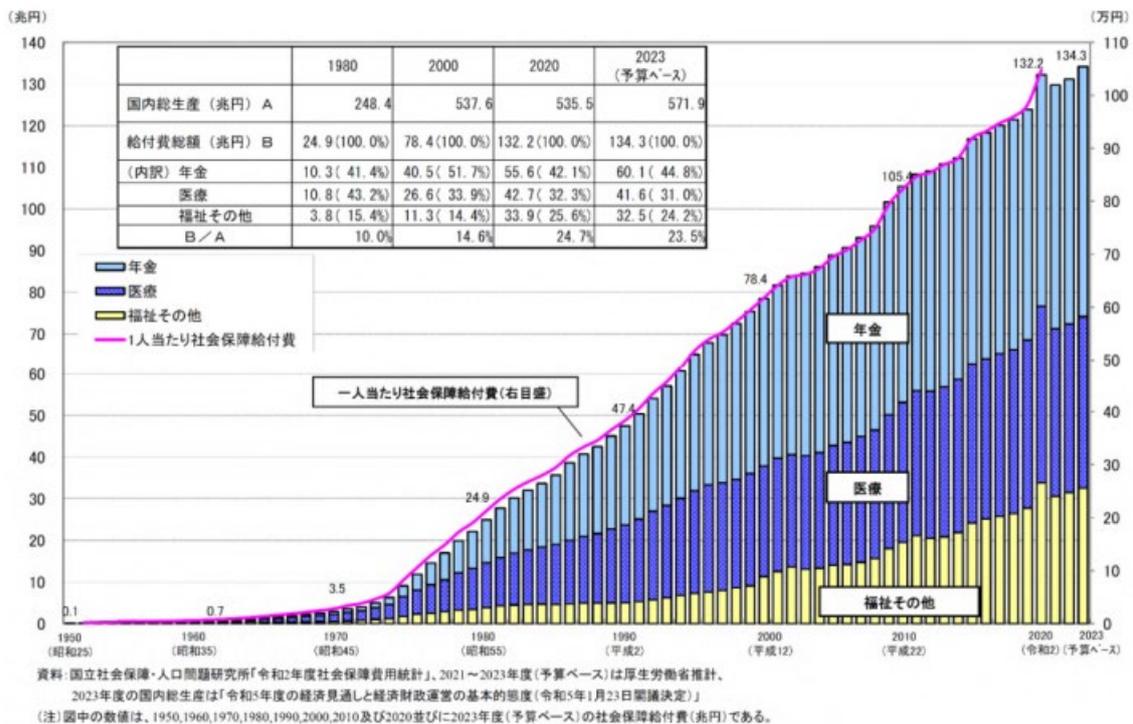
2023年の社会保障給付金は134兆円で、**年金が45%**で最も多く、**介護は13.5兆円で全体の10%**です。今後、高齢化の進展で増加することが見込まれています。

社会保障の給付と負担の現状（2023年度予算ベース）



(出所) 厚生労働省資料

社会保障給付費の推移



厚生労働省:「社会保障制度を取り巻く環境と現在の制度」

<全世代社会保障構築会議>

このような現状を踏まえ、政府は給付と負担のバランスを確保しつつ全ての世代で安心できる社会保障の構築をめざして、「全世代型社会保障構築会議」を開催しています(2024年現在)。2022年12月に発表された、全世代型社会保障の基本的考え方と方向性(報告書)の概要は以下の通りです。医療介護制度は、詳しく取り上げています。

○目指すべき社会保障の方向性

「少子化・人口減少」の流れを変える

「超高齢社会」に備える

「地域の支え合い」を強める

○各分野の改革方向性

「こども・子育て支援の充実」:全ての妊産婦・子育て世帯支援と、仕事と子育ての両立支援

「働き方に中立的な社会保障制度」:勤労者皆保険の実現と、労働市場や雇用の在り方の見直し

「医療介護制度改革」

①医療保険制度:後期高齢者保険料負担の見直しと、前期高齢者自己負担見直し(報酬調整)

②医療提供体制:都道府県による地域医療の推進と、かかりつけ医制度の整備

③介護

地域包括ケアシステムの深化・推進

・ケアマネジメントの質の向上

・在宅介護サービス基盤の整備と強化

・市町村が中心になる介護予防・日常生活支援総合事業の活性化

・認知症の方や家族の包括的な支援を行う地域包括支援センターの整備

介護現場における生産性の向上と働きやすい職場環境づくりの促進

④医療・介護分野等におけるDXの推進

医療介護分野の関連データの利活用の推進

・EBPM(エビデンスに基づいた支援)の実現

・マイナンバー制度との連携推進

「地域共生社会の実現」:ひとりひとりへの支援とつながりの創出と、住まいの確保

3 介護保険制度



<介護制度創設前の老人福祉・老人医療>

介護保険制度が創設される 2000 年までは、1963 年にスタートした「老人福祉」と 1973 年にスタートした「老人医療」が分かれ、様々な施策が展開されていました。

「老人福祉」分野のサービスは、ホームヘルプ、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス等です。市町村がサービスの種類や提供機関を決めるため利用者がサービスの選択ができず、利用者本人と扶養義務者の収入に応じた負担になるため、中高所得者層にとって負担が重くなる問題点がありました。

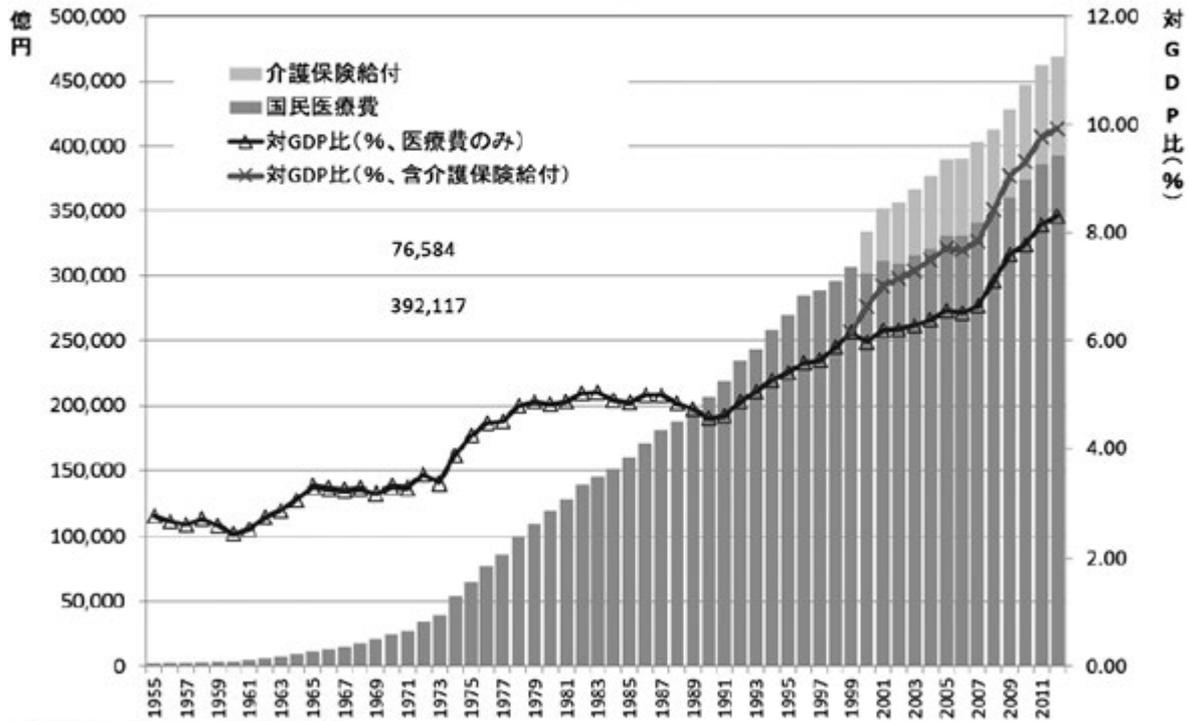
「老人医療」分野のサービスは、老人保健施設、療養型病床、一般病院、訪問看護、デイケア等です。中高所得者層にとって負担が低くなり、介護を理由とする一般病院の長期入院(社会的入院)が発生しました。このため医療費が増加する問題点が生じました。

年代	高齢化率	政策
1895 年		英国人ソートンが聖ヒルダ養老院(女性老人のみ)設立
1932 年		救護法で老衰・疾病・貧困で生活不能者を公的救護するが、養老院の主体は民間。
		1937 年:日中戦争、1941 年:太平洋戦争、1945 年:終戦
1950 年		救護法に代わって生活保護法制定。養老院を養老施設に名称変更。
1960 年代 老人福祉政策始まる	5.7% 1960 年	1961 年:国民皆保険達成。軽費老人ホームの国庫補助 1962 年:老人家庭奉仕員派遣(訪問介護・ ホームヘルパー)事業の創設 1963 年: 老人福祉法 制定 老人福祉施設を、養護老人ホーム(生活困窮高齢者)、軽費老人ホーム(低額入所)、特別養護老人ホーム(要介護高齢者)の3種類とした。
1970 年代 老人医療費の増大	7.1% 1970 年	1973 年: 老人(70 歳以上)医療費無料化(福祉元年) 1974 年:特養の不足解消と有料老人ホームの育成。施設から在宅福祉への転換 1978 年:短期入所介護(ショートステイ)事業の創設 1979 年:通所(日帰り)介護(デイサービス)事業の創設
1980 年代 高齢者長期入院・寝たきり老人の社会問題化	9.1% 1980 年	1982 年: 老人保健法 制定 老人医療費の一定額負担 1986 年:老人保健法改正 老人保健施設(老健)の創設 1987 年:介護福祉士 1989 年:ゴールドプランの策定・消費税(3%)の創設 施設の整備とヘルパー10 万人推進、地域での機能訓練、寝たきり予防策実施
1990 年代 ゴールドプランの推進	12.0% 1990 年	1990 年 福祉 8 法改正 福祉サービスの市町村への一元化 1992 年 老人福祉法改正 老人訪問看護制度の創設 1994 年:新ゴールドプラン策定 整備目標の引き上げ、人材養成、グループホーム創設 1997 年:介護保険法成立・消費税の引き上げ(5%)
2000 年代	17.3% 2000 年	2000 年: 介護保険法 施行

厚生労働省 「地域包括ケアシステム」「公的介護保険制度の現状と今後の役割」資料

より作成

図3-1 医療費、介護保険給付費の推移



(厚生労働省発表データより作成)

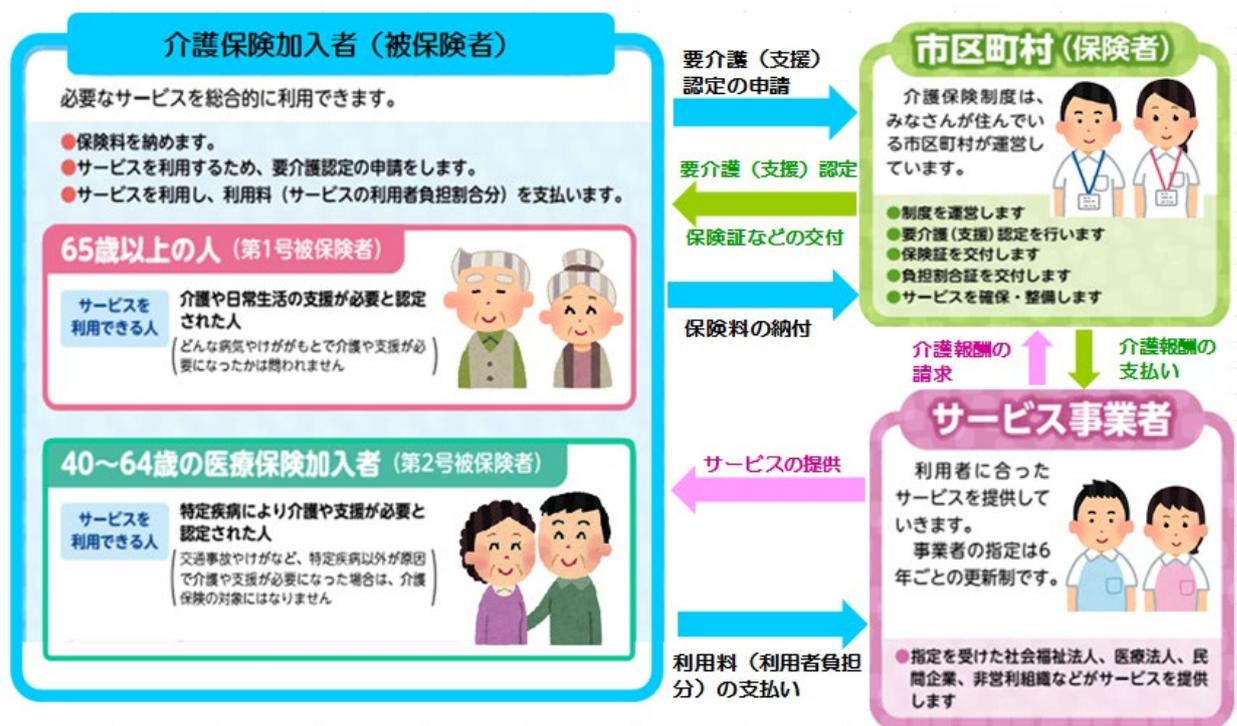
全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書 2015-2016 年版(医療費の現況)」より

<介護保険制度>



40 歳になった月から介護保険料を納め、介護や支援が必要になったときに、施設や在宅で介護サービスを受けることができます。発生した費用の 1～3 割は自己負担します。この制度により、利用者が自ら医療・福祉サービスの種類を選んで、ケアプランに従って利用できるようになりました。

なお、40～64 歳の医療保険加入者(第 2 号被保険者)は報酬や賞与の 1.6%(2024 年)が医療保険に上乘せられて天引きされますが、65 歳以上の高齢者(第 1 号被保険者)が支払う保険料は、住んでいる地域によって利用する人数や必要とするサービスに違いがあるので、介護保険料は地域によって異なります(2024 年 4 月時点の最高額は大阪市 9249 円、最低額は小笠原村 3374 円)。

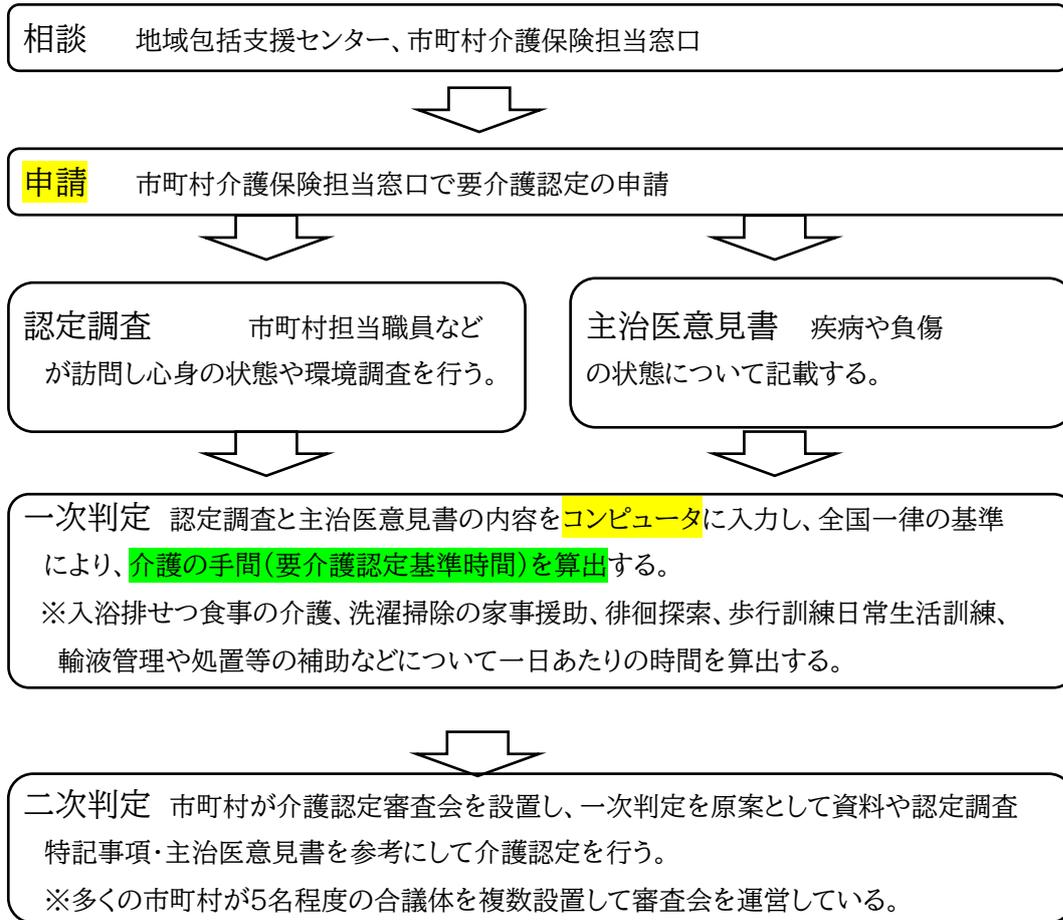


青森県平川市:「介護保険制度のしくみ」より



読売新聞オンライン:2024.5.14 記事より

<介護認定の流れ>



<要介護度判定結果後の流れ>

要介護認定	居宅介護支援事業者のケアマネが「ケアプラン」を作成し介護サービスを利用
要支援認定	地域包括支援センターの保健師等が「介護予防ケアプラン」を作成し予防サービスを利用
事業対象者	要介護認定制度を通さず、「基本チェックリスト」を実施し該当した場合に認定される。要支援1とほぼ同等だが、総合事業サービス以外の給付は受けることができない。
非該当	○健康診査の結果1年以内に介護のおそれがある高齢者(特定高齢者)は、地域包括支援センターの保健師等が「介護予防プラン」を作成し、介護予防プログラムに参加 ○元気な高齢者(一般高齢者)は、市町村が行う「高齢者サービス」を利用

4 介護保険サービスの体系



介護保険の対象非対象(介護認定の有無)に関わらず、全ての介護サービスを体系化した概略が下図になります。(2024年現在)

非介護保険サービス	介護保険サービス		
元気な高齢者	介護予防が必要な高齢者	介護が必要な高齢者	
一般高齢者	要支援 高齢者	要介護 高齢者	
	要支援 1・2、介護予防対象者	要介護 1～5	
一般介護予防事業	介護予防生活支援サービス (予防給付)	介護サービス(介護給付)	
	介護予防ケアプラン 地域包括支援センター ※自分で計画作成可	居宅介護ケアプラン 居宅介護支援事務所 ※自分で計画作成可	施設介護ケアプラン 居宅介護支援事務所 ※自分で計画作成可
介護予防把握・普及啓発・地域介護予防活動支援・一般介護予防事業評価・地域リハビリテーション活動支援	訪問系サービス 通所系サービス 短期入所系サービス 福祉用具貸与・販売	訪問系サービス 通所系サービス 短期入所系サービス 福祉用具貸与・販売	①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)【要介護 3 以上】 ②介護老人保健施設 【要介護 1 以上】
市町村サービス 予防人材育成や地域活動の育成支援、住民主体の通いの場への支援	住宅改修 地域密着型サービス(市町村) 日常生活支援総合事業サービス	住宅改修 地域密着型サービス(市町村)	③介護医療院 【要介護 1 以上】
福祉施設 養護老人ホーム(生活困窮者) 軽費老人ホーム(援助困難者) 健康型有料老人ホーム 高齢者賃貸住宅など			

主なサービスをまとめると次のようになります。(2024 年現在)

	サービス	要介護	要支援
ケアプランを立てる	居宅介護支援	○	
	介護予防支援		○
自宅に訪問	訪問介護(ホームヘルプ)	○	
	訪問入浴	○	○
	訪問看護	○	○
	訪問リハビリ	○	○
	夜間対応型訪問介護	○	○
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	○
施設に通う	通所介護(デイサービス)	○	
	通所リハビリ	○	○
	地域密着型介護	○	
	療養通所介護	○	
	認知症対応型通所介護	○	○
短期間の宿泊	短期入所生活介護(ショートステイ)	○	○
	短期入所療養介護	○	○
訪問・通い・宿泊の組合せ	小規模多機能型居宅介護	○	○
	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	○	
施設で生活	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	○	
	介護老人保健施設(老健)	○	
	介護医療院	○	
	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、軽費老人ホーム等)	○	○
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	○	○
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○	
福祉用具を使う	福祉用具貸与	○	○
	特定福祉用具販売	○	○

地域包括支援センターが行うサービス

見守り・安否確認、配食、家事援助、交流の場通いの場、介護者支援、外出支援、多機能型拠点、その他

5 介護保険の各種サービス(2024年現在)



<自宅で利用するサービス(居宅介護サービス)>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

訪問介護 (ホームヘルプ)	介護福祉士やホームヘルパーなどの介護専門職が訪問し、身体介護(食事、入浴、排せつ介助、オムツ交換・着替え介助)サービス、生活援助(調理、掃除、洗濯などを利用者とともにできるだけ一緒に行う)サービスを受けます。
訪問看護	医師の指示にもとづき、看護師などが自宅を訪問し、療養上の世話や必要な診療補助のサービスを受けます。 2012年より同一の事業者による訪問介護と組み合わせた「24時間定時巡回・随時対応訪問介護看護サービス」が受けられるようになりました。
訪問入浴介護	自宅に設置された介護専用の浴槽で入浴サービスを受けます。
訪問リハビリテーション	医師の指示に基づき理学療法士(PT)などが自宅を訪問し、筋力の維持回復や日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションのサービスを受けます。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが自宅を訪問し、療養上の管理や指導の他、栄養状態管理や口腔衛生維持などのサービスを受けます。診療や投薬・検査・処置を受けた場合は、別途医療費用がかかります。
夜間対応型訪問介護	夜間、自宅に定期的な巡回を行なう訪問サービスで、緊急時の通報にも対応します。「定期巡回」「随時対応」「緊急通報に応じた調整・対応」を組み合わせて利用できます。
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	同一の事業所、または緊密に連携の取れた事業所同士による訪問介護・看護サービスを、日中および夜間を通じての短時間の定期巡回訪問と、利用者からの要請による随時対応訪問を行ないます。
看護小規模多機能型居宅 介護(旧・複合型サービス)	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるサービスの提供を行ないます。要介護度が複数の異なるサービスを同一の事業所から提供される為、サービスの利用に際して、各サービス間の調整がスムーズに行なわれます。

<自宅から通って利用するサービス(通所介護サービス)>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

通所介護 (デイサービス)	利用者がデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事など日常生活上の世話や簡単な機能訓練サービスを受けます。
通所リハビリテーション (デイケア)	医師の指示に基づき、介護老人保健施設、病院、診療所などに通い、介護予防を目的として一定期間にわたり、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを受けます。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)などに短時間入所して、入浴、排せつ、食事の介護などの日常生活上の世話や機能訓練などを受けます。ただし、宿泊費、食費、日常生活費は自己負担になります。
短期入所療養介護 (ショートステイ)	医師の指示に基づき、介護老人保健施設、介護医療院などに短期間入所し、医師・看護師の管理の下で介護や機能訓練、必要な医療を受けます。
認知症対応型通所介護	従来のデイサービスに加えて、認知症高齢者グループホームのリビングなどの共有スペースも利用できます。
地域密着型通所介護(小規模 デイサービス)	日中、利用定員18人以下の小規模のデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事など日常生活上の世話や簡単な機能訓練サービスを受けます。
小規模多機能型居宅介護	利用登録した1か所のサービス事業所で訪問介護、デイサービス、短期宿泊などを取り入れた複合的なサービスが受けられます。

<生活の場を自宅から移して利用するサービス>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護度 3 以上 の方で、在宅での生活が困難な状態にある寝たきりや認知症の高齢者のための入所施設です。一般的には「特養」と呼ばれています。食事・排泄・入浴などの介護や機能訓練などがサービスの中心となります。ほとんどの自治体で申込者が多く順番待ちという状況です。
介護老人保健施設	病状が慢性期にある高齢者に対してリハビリテーションを中心に、看護・介護や限定的な医療を行なう施設です。一般的には「老健」と呼ばれています。入所は、リハビリテーションの必要性や特病の程度などから入所が可能かどうか判定されます。入所後は 3ヶ月毎に入所の継続が検査されます。(要介護1以上)
介護医療院	I型:重篤な身体疾患がある人や身体合併症のある認知症高齢者などが対象になります。 II型:病状が安定した長期療養が必要な高齢者が対象になります。 医師・看護師による「日常的な医療ケア」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えています。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスなどに入居している利用者が、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上の世話や機能訓練および療養上の世話を受けます。
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症高齢者 5人～9人を1つのグループとして、一緒に居住し共同生活を送りながら介護を受けます。家庭的な生活環境の中で、日常生活上の介護を受けながら生活できます。疾患が急性状態の場合は対象外です。
地域密着型特定施設入居者 生活介護	定員 29 人以下の小規模有料老人ホームに入居している方へのサービスです。内容は、食事・入浴・排泄・リハビリテーション・療養上の世話などです
地域密着型介護老人福祉施設 入居者生活介護	日常生活圏内に住む高齢者のみが利用でき、入所者が 定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホーム です。(原則要介護3以上。特例的に要介護1・2でも認められる場合があります。)

<生活環境を整えるためのサービス>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

福祉用具貸与	事前にケアマネに相談が必要です。手すり、歩行補助杖、歩行器、スロープを月々の利用限度額内でレンタルできます。 車いす・体位変換器・移動用リフト・認知症高齢者徘徊検知機器・特殊寝台・床ずれ予防器具・自動排泄処理装置は利用条件が決められています。
特定福祉用具販売	福祉用具のうち、腰掛便座、入浴補助用具、自動排泄処置装置、簡易浴槽、移動用リフトの吊り具部分は、年間 10 万円まで1～3割の自己負担額で購入できます。
住宅改修費支給	住居での生活をしやすいするために、自宅への手すりの取り付けや段差解消、すべり止め、扉の取り替え、便器の取り替えなど、住宅改修に対して費用が支給されます。

<介護予防のためのサービス>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

介護予防訪問看護	医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスです。
介護予防居宅療養管理指導	在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導助言等を行うサービスです。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行います。
介護予防訪問入浴介護	自宅の浴槽での入浴が困難な方に対して、浴槽を積んだ入浴車が利用者の居宅を訪問し、看護職員や介護職員が入浴の介護を行うサービスです。
介護予防訪問リハビリテーション	医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。
介護予防認知症対応型通所介護	老人デイサービスセンターなどにおいて、通所してきた軽度の認知症の利用者に対して、入浴、排せつ、食事の介護、生活等に関する相談、康状態の確認、機能訓練(リハビリテーション)等を行います。
介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設や診療所、病院において、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るサービスです。
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所して、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行うサービスです。定期間家族の介護負担軽減が図れます。また利用者家族の病气や冠婚葬祭、出張などで一時的に在宅介護が困難な時にも役に立ちます。
介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)	介護老人保健施設や診療所、病院などに短期間入所してもらい、医師や看護職員、理学療法士等による医療や機能訓練、日常生活上の支援などを行うサービスです。一定期間家族の介護負担軽減が図れます。また利用者家族の病气や冠婚葬祭、出張などで一時的に在宅介護が困難な時にも役に立ちます。
介護予防福祉用具貸与	利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るためのサービスです。また在宅での介護を行っていくうえで福祉用具は重要な役割を担っています。
特定介護予防福祉用具販売	利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るためのサービスです。福祉用具販売では、その用途が「貸与になじまない」のである用具の販売を行っています。
介護予防住宅改修	在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービスです。利用者だけではなく回りで支える家族の意も踏まえて改修計画を立てていきます。
介護予防小規模多機能型居宅介護	通いによるサービスを中心にして、利用者の希望などに応じて、訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活の世話、機能訓練(リハビリテーション)を行います。
介護予防特定施設入居者生活介護	介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが、入居している利用者に対して入浴・排せつ・食事等の介助、その他必要な日常生活上の支援を行います。
介護予防認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)	認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。少人数(5人～9人)の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせて、できる限り自立した生活が送れるようになることを目指します。

<計画をつくるサービス>

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

居宅介護支援	介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー(介護支援専門員)が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプランを作成したり、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行います。
介護予防支援	要支援1・2の認定を受けた方が、自宅で介護予防のためのサービスを適切に利用できるよう、ケアプラン(介護予防サービス計画)の作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行います。住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者も利用します。

<市町村が地域の実情に応じた取り組みを行う、「介護予防・日常生活支援総合事業」>

(訪問型介護予防サービス)

訪問介護	訪問介護員による身体介護と生活援助をします。認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う人や、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人が対象になります。
訪問型サービスA	生活援助(掃除・洗濯・食事の準備・買い物・薬の受取などで身体介護は行わない)を事業者や委託事業者が行います。
訪問型サービスB	生活援助(掃除・洗濯・食事の準備・買い物・薬の受取など)を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。
訪問型サービスC	保健師等の専門職が、居宅での相談指導等を3~6か月の短期間で行います。体力の改善に向けた支援が必要なケースや、ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース向けです。
訪問型サービスD	移送前後の生活支援を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。

(通所型介護予防サービス)

通所介護	介護予防サービスの通所介護と同じですが、通所型サービスA~Cの利用が困難で、集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれる人向けのサービスです。通所介護事業所が行います。
通所型サービスA	生活機能維持向上のための機能訓練(ミニデイサービス、運動・レクリエーションで、短時間で入浴や食事の提供などが無い)を事業者や委託事業者やボランティアなどが行います。
通所型サービスB	通いの場(介護予防体操教室、レクリエーション)を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。
通所型サービスC	保健師等の専門職が、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3~6か月の短期間で行います。

(その他の生活支援サービス)

栄養改善	栄養改善を目的とした配食です。
見守り	住民ボランティア等が行う見守りです。
生活支援	訪問型サービス、通所型サービスに準じる、自立支援を目的として行う生活支援です。

<介護保険外のサービス>

<すべての高齢者が対象の「一般介護予防事業」>

介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援が必要な人を把握します。
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行います。
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を強化するため、通所・訪問・地域ケア会議・サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。