

1-①

介護保険制度を知ろう

2020 年度版

1 高齢者人口の見通し

65 歳以上の高齢者数は、2025 年には 3660 万人となり、2042 年にピークを迎え、3880 万人になる予測が立っています。また、75 歳以上の高齢者の全人口に対する割合は増加していき、2055 年には 25%を超える見込みです。（65 歳～74 歳を「前期高齢者」、75 歳以上を「後期高齢者」と区別しています。）

	2016 年	2030 年	2065 年
65 歳以上人口(割合)	3460 万人 (27%)	3720 万人 (31%)	3380 万人 (38%)
75 歳以上人口(割合)	1690 万人 (13%)	2290 万人 (19%)	2250 万人 (26%)
総人口	1 億 2600 万人	1 億 1900 万人	8800 万人

厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 30 年度」

<高齢者人口増加率の地域差>

75 歳以上の高齢者は都市部では急速に増加し、地方では緩やかに増加するため、地域の特性に応じた対応が必要になります。

	埼玉県	千葉県	神奈川県		秋田県	山形県	全国
2015 年	77 万人	71 万人	99 万人		19 万人	19 万人	1630 万人
2025 年	121 万人	107 万人	147 万人		21 万人	21 万人	2180 万人
増加倍率	1.56 倍	1.52 倍	1.48 倍		1.1 倍	1.1 倍	1.34 倍

厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 30 年度」

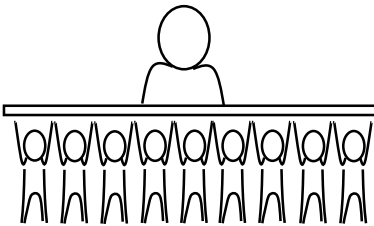
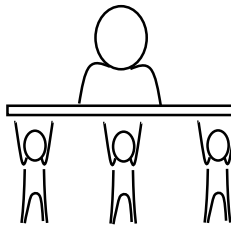
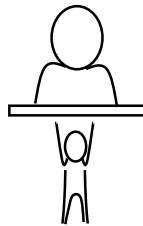
<高齢化スピードの国際比較>

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」に区分しています。わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しました。

	65 歳以上人口割合(到達年次(予測))			到達した (する) 年数
国	7%	14%	21%	7%→21%
日本	1970	1994	2007	37
中国	2001	2026	2038	37
ドイツ	1932	1972	2016	84
イギリス	1929	1975	2029	100
アメリカ	1942	2015	2050	108
フランス	1864	1979	2023	159

厚生労働省「地域包括ケアシステム」資料

<2050 年の社会保障負担>

1965 年	2012 年	2050 年
胴上げ型	騎馬戦型	肩車型
		
65 歳以上 1 人を 20～64 歳 9.1 人で支える	65 歳以上 1 人を 20～64 歳 2.4 人で支える	65 歳以上 1 人を 20～64 歳 1.2 人で支える
65 歳以上 620 万人	65 歳以上 3080 万人	65 歳以上 3770 万人
20～64 歳 5650 万人	20～64 歳 7420 万人	20～64 歳 4640 万人
0～19 歳 3650 万人	0～19 歳 2250 万人	0～19 歳 1300 万人
(1 年間の出生数：180 万人)	(1 年間の出生数：100 万人)	(1 年間の出生数：56 万人)

※厚生労働省「地域包括ケアシステム」資料より作成

2050 年には「1 人の若者が 1 人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。
 このため、高齢者が「健康で（病気の予防）」「長く働ける（高齢者の雇用）」環境をつくり、社会保障費を減らし、
 「子ども・子育て支援等」により社会保障を支える人を増やす努力が必要になってきます。

<介護保険制度以前>

<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までは、「老人福祉」と「老人医療」が分かれていました。

「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、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		英国人ソーン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。
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：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）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 1989 年：ゴールドプランの策定・消費税（3%）の創設 施設の整備と在宅福祉推進、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

2 介護保険制度

これらの問題を解決するため、介護保険制度を創設しました。40 歳になった月から介護保険料を徴収し介護サービス費用の 9 割（所得金額に応じて 8 割（H27 年 8 月施行）・7 割（H30 年 8 月施行））を公費で負担します。基本理念は、高齢者の身の回りの世話を超えて高齢者の自立を支援することにあります。また、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。その後の改正で以下の制度の新設や取り組みが導入されました。

2005 年改正：介護予防給付新設、地域包括支援センターの設置。

2008 年一部改正：介護従事者の待遇改善のため、介護報酬の引き上げ。

2011 年改正：地域包括ケアシステムの推進、在宅介護の推進、複合型サービスの導入。

2014 年改正：地域支援事業の充実。一定以上の所得のある利用者の自己負担割合を 2 割に引き上げ。

2017 年改正：介護医療院創設。現役並み所得の利用者の自己負担割合を 3 割に引き上げ。

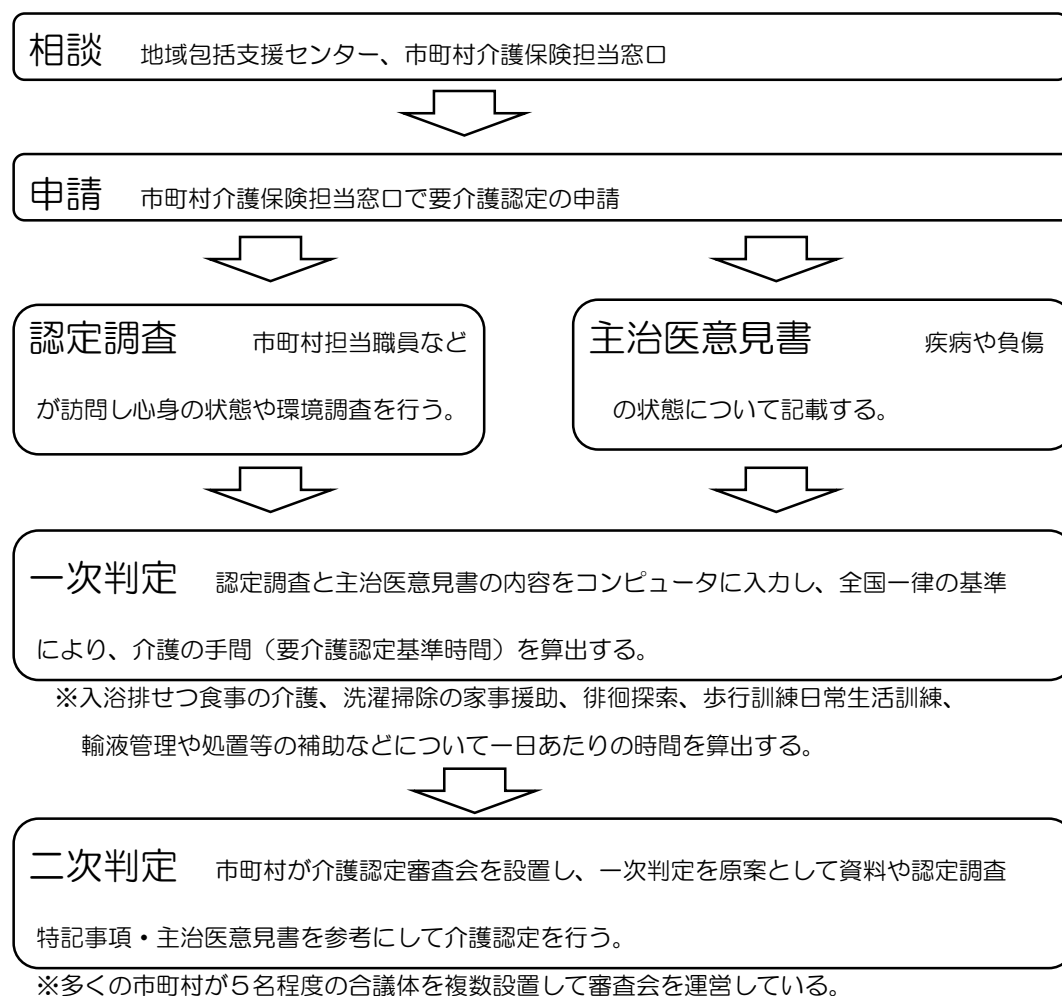
2020 年改正：障害福祉と介護サービスを提供する共生型事業所創設。

＜介護サービスの体系＞

介護保険の対象非対象に関わらず、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。（2020 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	
	認定審査会判定要支援 1・2 およびチェックリスト該当者	認定審査会判定 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	在宅介護ケアプラン 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 居住系サービス 住環境改善 地域密着型サービス 総合事業サービス	訪問系サービス 通所系サービス 短期入所系サービス 居住系サービス 住環境改善 地域密着型サービス	介護老人福祉施設（要介護 3 以上） （特別養護老人ホーム） 介護老人保健施設（要介護 1 以上） 介護医療院（介護療養型医療施設） （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			
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			

<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

<介護保険の各種サービス>

<自宅で利用するサービス（居宅介護サービス）>

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りハビリテーションのサービスを受けます。
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」「緊急通報にに応じた調整・対応」を組み合わせ利用できます。
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。
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。

<自宅から通って利用するサービス（通所介護サービス）>

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り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、介護療養型医療施設などに短時間入所し、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 カ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。

＜生活環境を整えるためのサービス＞

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。

＜生活の場を自宅から移して利用するサービス＞

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持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ヵ月毎に入所の継続が検討されます。(要介護1以上)
介護医療院	病状が安定した長期療養が必要な高齢者を入院させる医療施設です。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	日常生活圏域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。)
介護療養型医療施設	慢性疾患を有し、長期の療養が必要な方のために、介護職員が手厚く配置された医療機関(施設)です。病状は安定していても自宅での療養生活は難しいという方が入所して、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーションなどを受けることができます。特別養護老人ホームや介護老人保健施設に比べて、医療や介護の必要度が高い方を対象にしています。

＜介護予防のためのサービス＞

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、健康状態の確認、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。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「貸与になじまないもの」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見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 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、その他日常生活上の世話、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＞

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・生活支援サービス事業」>

(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。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者など。
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う。
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う。活動には補助や助成を行う。
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 か月の短期間で行う。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。
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う。活動には補助や助成を行う。

(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等。通所型サービスA～Cの利用が困難な場合。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・維持が見込まれるケース向け。通所介護事業所が行う。
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ない）を事業者や委託事業者やボランティアなどが行う。
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う。活動には補助や助成を行う。
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 か月の短期間で行う。

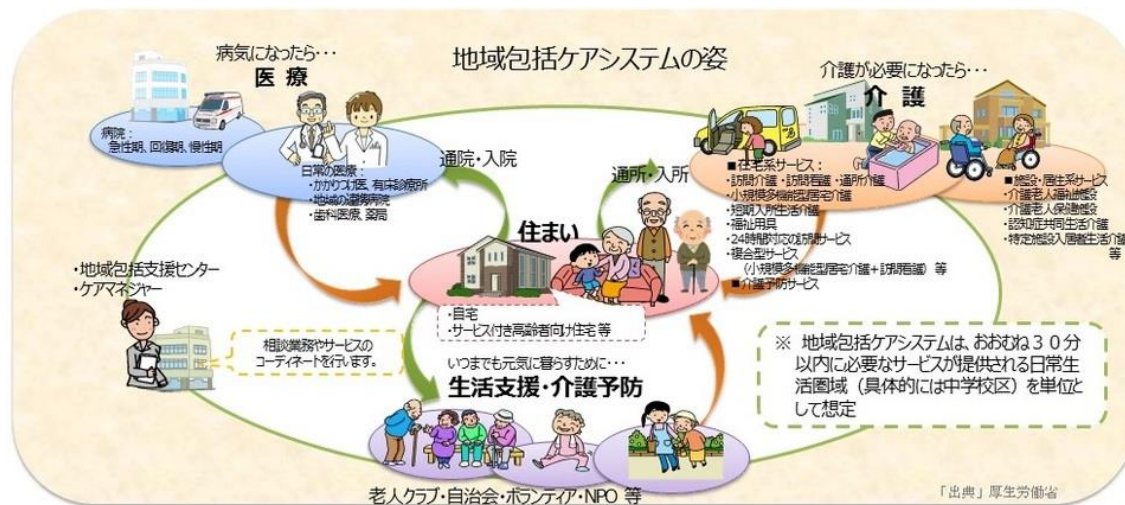
(その他の生活支援サービス)

栄養改善	栄養改善を目的とした配食
見守り	住民ボランティア等が行う見守り
生活支援	訪問型サービス、通所型サービスに準じる、自立支援に資する生活支援

<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を要するものを把握する
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発
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
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う
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する

3 地域包括ケアシステム ＜地域包括ケアシステム＞



厚生労働省では、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「介護予防」「医療」「介護」「生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しています。

＜住まいの確保＞

今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務です。市町村と都道府県は介護や住まいに関するニーズを共有し住宅整備をしなければなりません。また、低所得・低資産高齢者を対象とした住まいの場の確保に向けて、民間事業者の協力も必要です。また、居住支援と生活支援を組み合わせる事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用を検討が求められます。

＜医療・介護の連携による介護予防＞

個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」の専門職の連携で介護予防が提供されます。予防的視点に立ったリハビリテーション職や看護職が、ケアマネや介護職に対して行う助言が重要になってきます。必要に応じて生活支援と一体になって提供されます。

＜生活支援・福祉サービス＞

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるように生活支援を行います。生活支援には、現在行われている食事の準備や掃除のお手伝い（ホームヘルプ）などの支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマル（公的でない）な支援まで幅広く、支援をする人もさまざまです。生活困窮者などには、福祉サービスとしても生活支援が提供されます。

＜費用負担と役割＞

高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加することから、「自助」「互助」が必要になります。

自助	自らの健康管理や市場サービス購入	自分のことは自分でする活動
互助	互いに助け合うことで、自発的な活動	老人クラブ・ボランティア・住民活動
公助	税金による国・地方自治体の負担	生活保護・一般高齢者福祉事業・虐待防止
共助	介護保険による被保険者の負担	社会保険制度

○都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能です。

○都市部以外の地域は、民間市場は小さく、「互助」の役割が大きくなります。

○今後、少子高齢化や財政状況から「共助」「公助」の大幅な拡充は難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなります。

＜地域ケア会議＞

地域ケアシステムの構築のため、地域包括支援センター等が主催して地域ケア会議が各地で開催されています。

○医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図り、介護支援専門員の自立支援を目的としたケアマネジメント力を高めます。

○個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域に共通した課題を明確にします

○共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画へ反映させ、地域独自の政策づくりにつなげていきます。