

介護保険制度の現状を確認し 制度施行15年間を振り返りたい

— 介護保険制度改正の方向性と抱える課題 —

参考資料(出典)

[公的介護保険制度の現状と今後の役割](#) 厚労省老健局総務課(平成27年度)

[社会保障「経済・財政再生計画」の着実な実施](#) 財務省2017年予算策定資料

[持続可能な介護に関する研究会](#) 財務省財務総合政策研究所

[グラフでみる所帯の状況](#) [国民生活基礎調査\(平成25年\)](#)の結果から 厚労省

[地域包括ケア研究会](#) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株) (厚労省支援)

[介護保険の基礎知識](#)(山口県薬剤師会)

その他

今回の取組みの考え方 & 目次

前回の昼食懇談会では、将来不安の背景は、財政危機にあるとし

日本経済を豊かにするための成長戦略は

社会保障支出の便宜の向上、増税措置による歳入増加、とされていたかと思います。

そこで、私は、今回は財政危機をもたらしてきた要因の一つとして、社会保障費、特に2000年から導入された「介護保険」に焦点をあて、今迄、国が介護保険費の増大に対しどのような施策をとってきたのか、また、今後どのような対応を考えているのか整理してみたいと思います。

<目次>



そのために、	ページ
①介護保険制度の生まれた背景	<u>03</u>
②介護保険制度の基本的な仕組み	<u>04</u>
③現行の介護保険制度に潜む構造的な課題	<u>10</u>
④この15年間で、改革に取り組んできた経緯	<u>21</u>
⑤今後、政府が取り組もうとしている施策	<u>23</u>

という順序でみてみたいと考えています。

<1> 介護保険制度の生まれた背景と考え方

【背景】 1960年には5.7%であった高齢化率は、1980年には9.1%、1990年には12.0%

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。

日本の社会福祉は措置制度(利用できる福祉サービスの内容、提供者を行政側が決定する)により福祉援助を行う。国や県及び市区町村(行政)によって、社会福祉施設の運営や在宅福祉サービスの提供が行われ、直接の支援や援助は、社会福祉法人だけに許されていた。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設
1997年介護保険法成立、2000年介護保険法施行

【基本的な考え方】

- 自立支援**…単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することを理念とする。
- 利用者本位**…利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式**…給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

制度創設当初の2000(平成12)年は218万人であった要介護・要支援認定者数は、2016(平成28)年9月末現在では629万人と約2.89倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている

◀ 目次へ <2> 介護の持続性を検討する上で基礎的事項の確認①

◆ 公的介護保険制度の現状

介護保険法は2000年4月に施行された。

目的: 加齢に伴う疾病等により介護などを要する状態となっても、尊厳を保持し、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療福祉サービスを提供すること。

<被保険者>: 40歳以上 <保険者>: 市町村(特別区を含む)による。

<現物給付の考え方>:

第1号被保険者(65歳以上)は原因を問わず。

第2号被保険者(40歳から64歳)は末期がん・関節リウマチなどの老化を原因とする病気の場合。

それぞれ要支援(1・2)・要介護(1～5)の区分に応じて、必要な介護サービスが現物給付される仕組み。

<介護サービスに対する利用者の自己負担額>: 所得にかかわらず1割。但し、2割も。残りは保険料と公費で1/2ずつ負担。原則として出来高払い制。

<保険料>:

第1号被保険者が支払う保険料: 保険制度運営者(市町村等)毎に設定。

3年毎の事業計画作成が義務付けられ、必要と見込まれる介護給付等の量と確保の方法など示しこれをもとに1号保険料算定。

第2号被保険者が支払う保険料: (健康保険組合等の)医療保険者毎に設定。

介護保険料: 3年を1期とする期間(事業運営期間)で収支が均衡するよう設定。

基礎的事項の確認②

<保険料>: 利用者の増加や1人当たり費用額の増加があれば上昇。

第1号被保険者の保険料の全国加重平均額:

発足時は3000円程度

2015-2017年度には5,500円程度

厚生労働省の将来推計: 2025年度には8,200円程度になる見通し。

<介護サービスの供給>:

介護サービス事業者による提供: 業務管理体制整備の届出を行い、都道府県(地域密着型サービスは市町村)から指定(介護老人保健施設は許可)を受ける。最低限の条件(=基準)を満たす必要がある。基準は政府・行政の責任で決める。

都道府県(市町村)の権限: 介護サービス事業者に対して、立入検査、是正命令、指定取消しなどを行う権限を持つ。

<提供されている介護サービスにかかる費用の割合>:

①居宅サービス: ②施設サービス: ③地域密着サービスが、夫々およそ5:4:1
制度創設以来、①居宅サービスの利用が大きく伸びてきている。

<施設サービスの規模>: 参考サイト([介護保険と老健施設](#))

介護老人福祉施設(いわゆる特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設(いわゆる介護療養病床)

これらが、それぞれ全国に概ね6800、4000、1600施設存在(2013年10月時点)。

定員: 約49万人、約36万人、約7万人となっている。

基礎的事項の確認③

＜施設とは別に＞：居宅サービスとして分類

高齢者向け住宅：有料老人ホーム（定員約35万人（2013年9月）

サービス付き高齢者向け住宅（約17万戸（2015年1月）

認知症高齢者グループホーム（約18万人（2014年10月）など

これら営利企業による運営が可能な形態によるものが増加。

＜介護保険の助成制度＞：

要介護者が住宅改修（手すり取り付け等）を行う場合の助成制度
なお、地域によって存在する施設や住宅の数は異なる。

＜要介護（支援）認定者数＞：

当初：2000年4月当初約218万人であった。

その後：制度創設以来一貫して増加し続け、2016年9月末時点で2.89倍の約629万人。

中でも要介護度が低い人々（要支援1・2及び要介護1・2）の増加が特徴

今後の見込み：2025年には、要介護認定者数は716万人程度になる見通し。

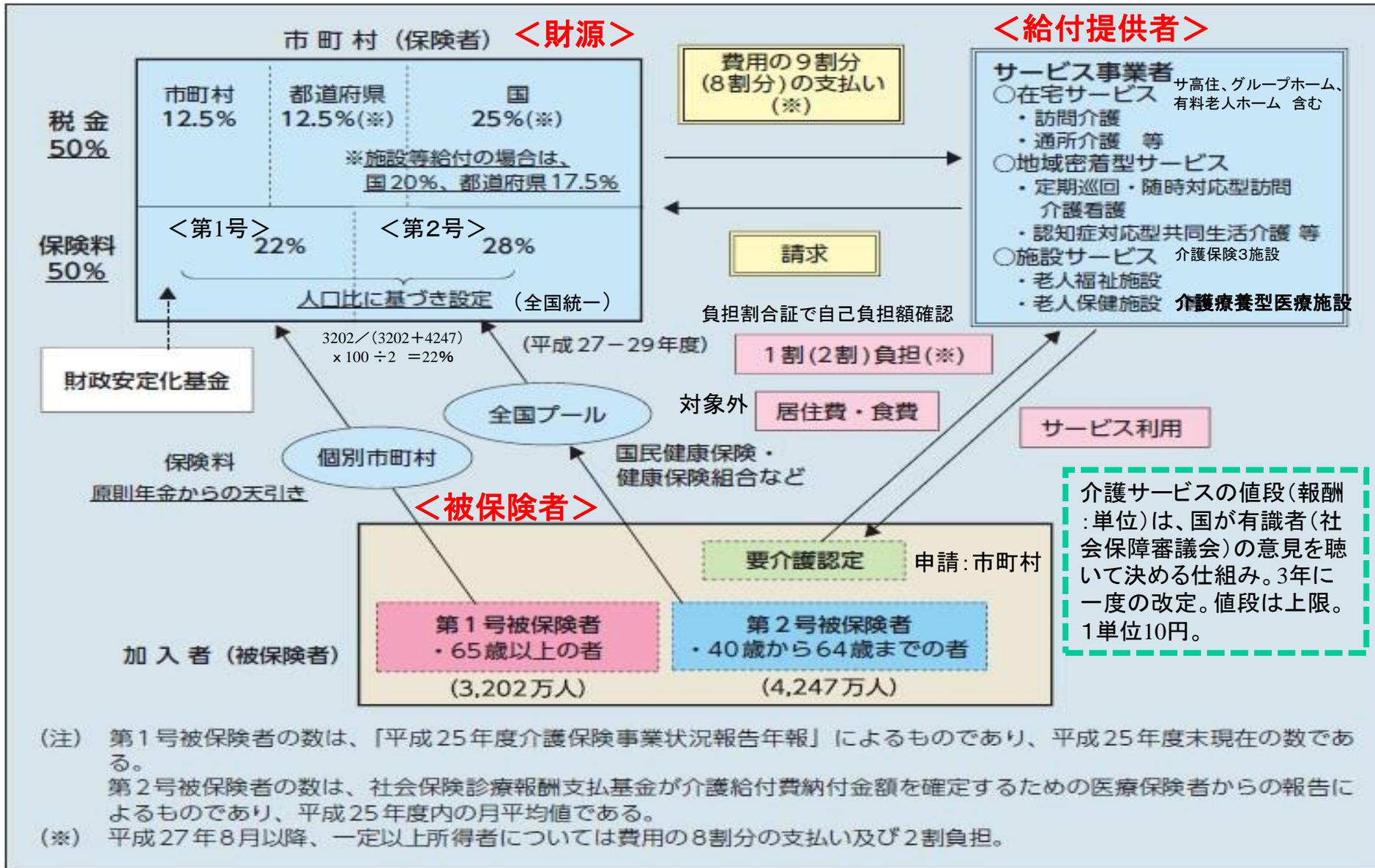
（出典：[大和総研 経済構造分析レポート – No.48 – \(2016-08-25\)](#)）

これを反映し、介護保険給付費用は、2013年に9兆円程度であったものが、2025年には20兆円程度に増加する見通し。

事業者の倫理観が要請される事業

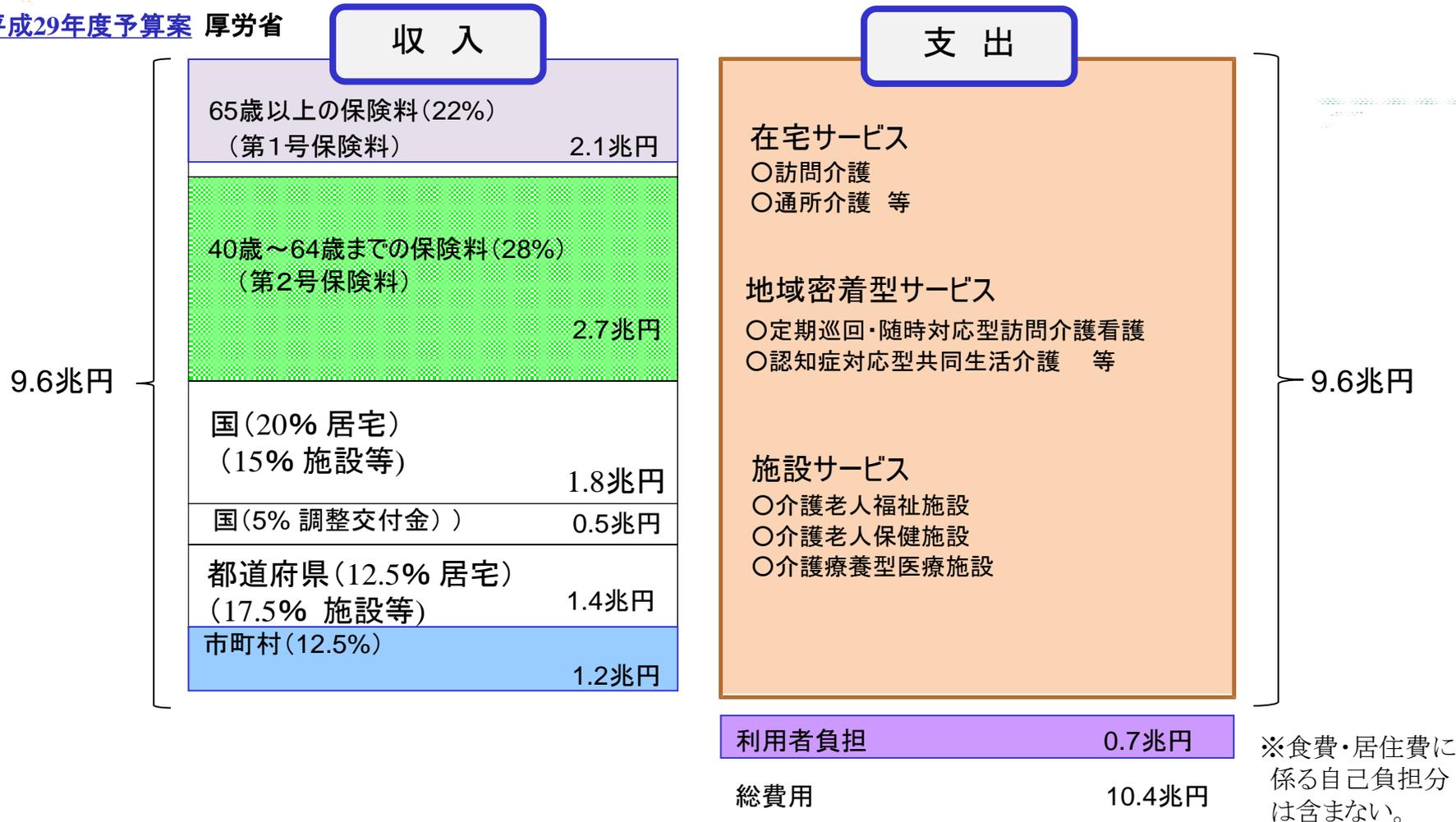
介護サービスの利用者は自己判断が困難な人々が多い分野。行政にも限界。このため、事業者自体の倫理観が強く求められる。

「給付」と「財源」の関係からみた介護保険制度の仕組み



介護保険財政の全体像（平成28年度予算（案）ベース）

参考：平成29年度予算案 厚労省



※数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計に一致しない。

※第1号保険料は、平成28年度の給付費に充てられる額を計上。

※第2号保険料(介護納付金)は、

この他に精算分として、▲450億円(国庫負担(再掲)▲376億円、都道府県負担(再掲)▲75億円)がある。

これまでの15年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来15年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.5倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2015年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,308万人	1.53倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2015年4月末	
認定者数	218万人	⇒	608万人	2.79倍

③サービス利用者の増加

認定率 10.1%

認定率 18.4%

	2000年4月末		2015年4月末	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	382万人	3.94倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	90万人	1.73倍
地域密着型サービス利用者数	—		39万人	
計	149万人	⇒	511万人	3.43倍

利用率 68.3%

利用率 84.0%

(出典：介護保険事業状況報告)

<3> 現行の介護保険制度に潜む構造的な課題

[← 目次へ](#)

1. 2025年までに急速に進む高齢化（介護保険制度を取り巻く環境）

2025年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる年であり、国立社会保障・人口問題研究所および厚生労働省の推計によれば、75歳以上の人口が2000万人を超え、国民の概ね5人に1人が75歳以上となる見通し（図表参照）。

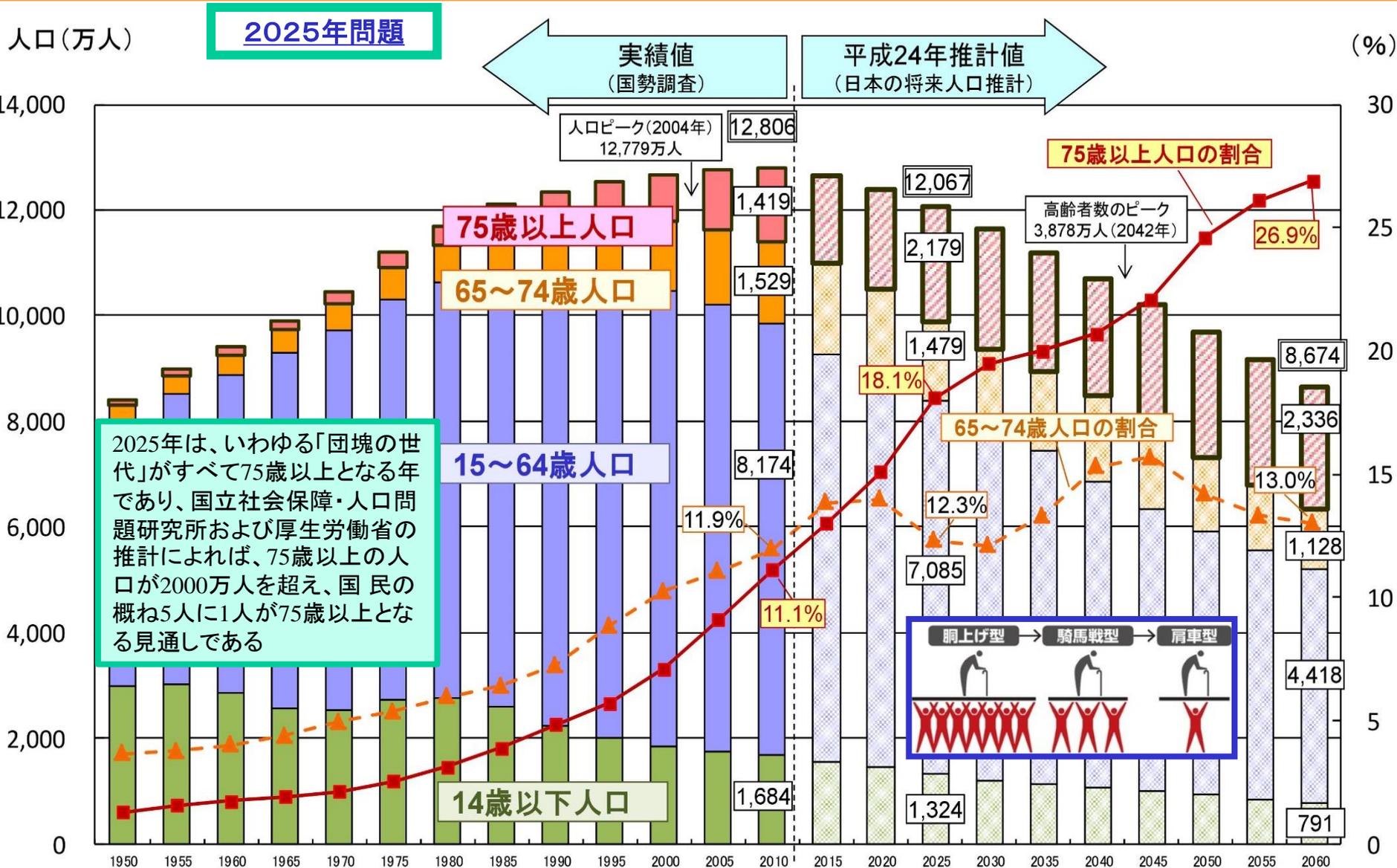
75歳以上の年齢層というのは、要介護認定率が高まる年齢層である（図表参照）。65-69歳の要介護認定率は約2.6%と低いが、75歳以上のそれは約13.7%以上に高まる。

75歳以上の年齢層の人口は、2025年以降も、実数、対総人口比ともに増加していくと推計されており、2055年には総人口の25%を超える見通し。

2025年について、厚生労働省は、認知症の人がおよそ700万人（65歳以上の5人に1人）、要介護認定者数は716万人程度となり、医療や介護の担い手である看護師が200万人前後、介護職員が240万人前後必要の見通し。

また、国立社会保障・人口問題研究所は年間死亡者数が150万人程度になると見通し。

75歳以上の高齢者数の急速な増加

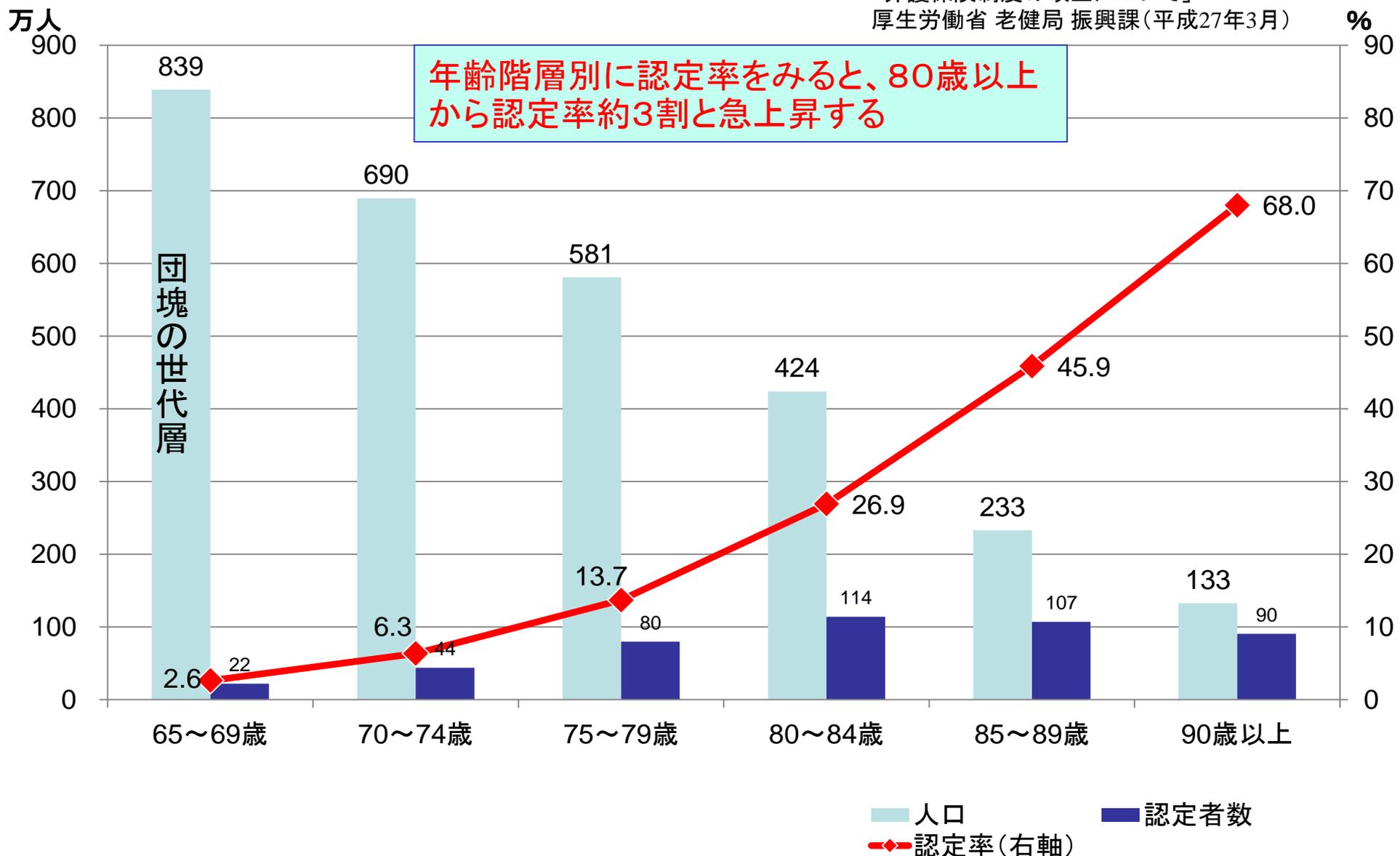


(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

高齢者人口と要介護認定率

【出典】介護保険事業状況報告

「介護保険制度の改正について」
厚生労働省 老健局 振興課(平成27年3月)



2. 今後大きく伸びる見通しの介護費用

[目次へ](#)

日本では、高い伸びを続ける社会保障給付費を公費負担で賄っている状態が続いており、公債残高(すなわち将来世代の負担)の増加の最大要因となっている。今後一層の高齢化が見込まれる中、財政を考える上で、社会保障は非常に大きな要素である。

財務省財務総合政策研究所では、社会保障関係費のうち、今後費用の伸びが最も高くなる見通しとなっている「介護」をテーマとして、2014年9月から2015年3月にかけて「**持続可能な介護に関する研究会**」を開催した。

研究会では、人口減少と高齢化が合わせて進む日本において、限られた財源の中、介護を持続的なものとするための方策について検討を行った。議論の骨子は以下の通り。

介護のあり方や持続性は、多くの国で共通のテーマとなっている。特に、日本においては、財政状況が厳しい中、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年までの今後10年間で、都市部を中心に急速に高齢化が進展すること。

さらに、高齢者のみの世帯が増加すること、認知症の人が増加することが、あわせて進む見通しとなっていることが特徴であり、介護の持続的体制の構築は喫緊の課題である。

そして、この課題に対して、今後、各地域において、医療・介護等の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築をあげている。

人口動態による給付と負担のアンバランス

出典:財務省

高齢者人口増加率 > 経済成長率

(3~4%)

(1~2%)

高成長への
取り組み

しかしながら、高成長は望むべき状況にはないのが現状



人口増加 経済成長

現実の姿は

給付の伸び > 負担の伸び

更に具体的に
みると

< 給付者数 × 給付単価 >

< 保険料 + 公費 >

高齢化進展に伴い年々急増する給付対象者増に対し、既存の保険料と公費だけでは追いつかない

改革の方向性

● 是正するには、給付単価 ↓ または 保険料 ↑ または 公費 ↑ が必要

改革

サービスレベル引き下げ

保険料負担増

特例公債等の発行

例

食費・住居費を給付対象外

1割 → 2割

混合介護

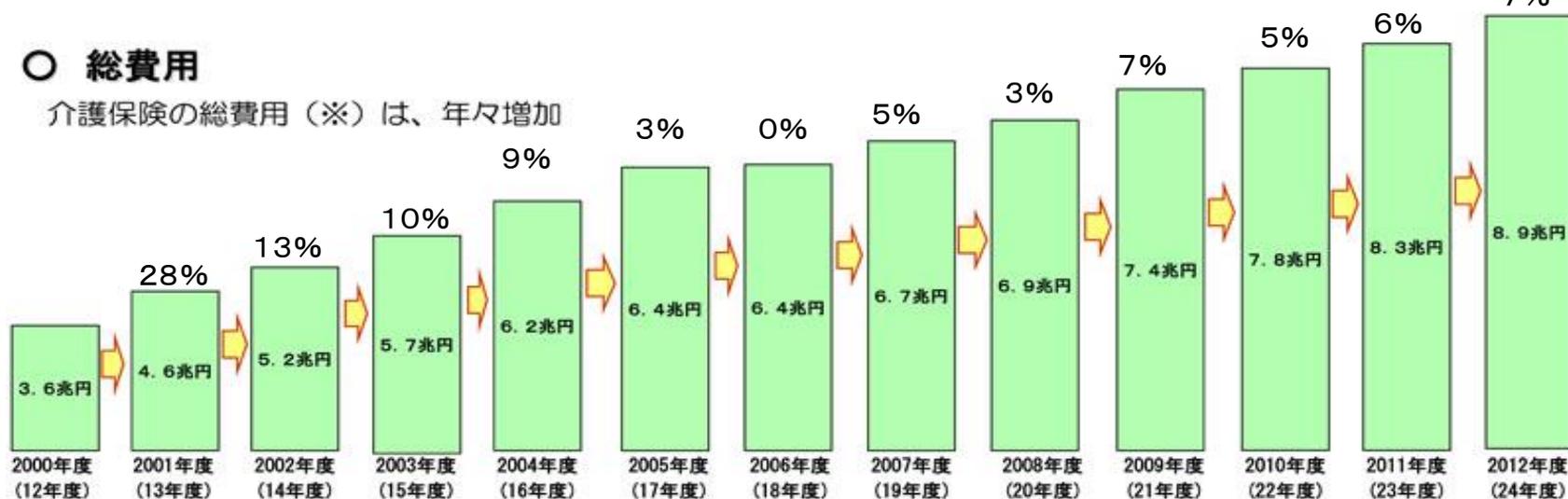
GDP と介護費用・介護保険料の推移

介護費用の推移

247%

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 2000～2010年度は実績、2011・2012年度は当初予算。ただし、2010年度の実績は、東日本大震災の影響により、福島県の5町1村を除いて集計。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 上段: GDPの推移(兆円/年:四捨五入) 下段: 介護保険料の推移(円/月:3年毎改定)

▲7%

GDP
対前年
伸長率

保険料
対前年
伸長率

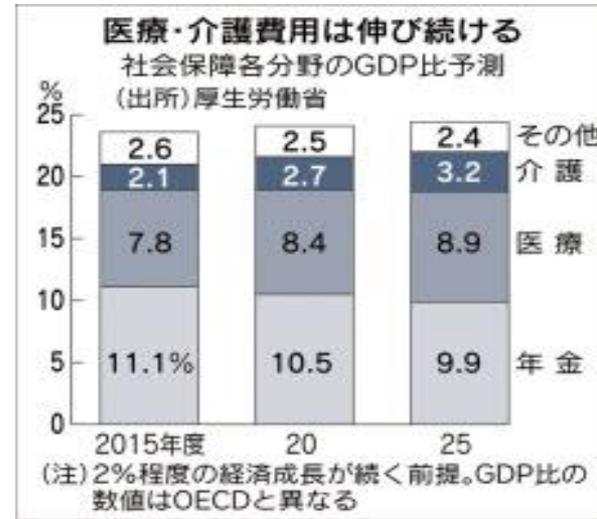
510	506	499	499	504	505	507	513	501	471	483	472	475
	10	▲1	0	1	0	0	1	▲2	▲6	3	▲2	1
2911	2911	2911	3293	3293	3293	4090	4090	4090	4160	4160	4160	4972

171%

介護費10年で2倍 経済成長ペース超え膨張

出典:160821日経

団塊世代が75歳以上になる2025年度に向け、医療と介護の費用は経済成長のペースを超えて膨らみ続ける見通し。



厚生労働省の試算によると、健康保険などが負担する医療費(社会保障給付費ベース)は15年度の39.5兆円から25年度には1.4倍の54兆円に増える。介護費は10.5兆円から約2倍の19.8兆円になる。

仮に15~25年度に2%程度の経済成長が続いたとしても医療と介護を合わせた費用の増加ペースはそれを上回り、国内総生産(GDP)比が2ポイント以上高まる。

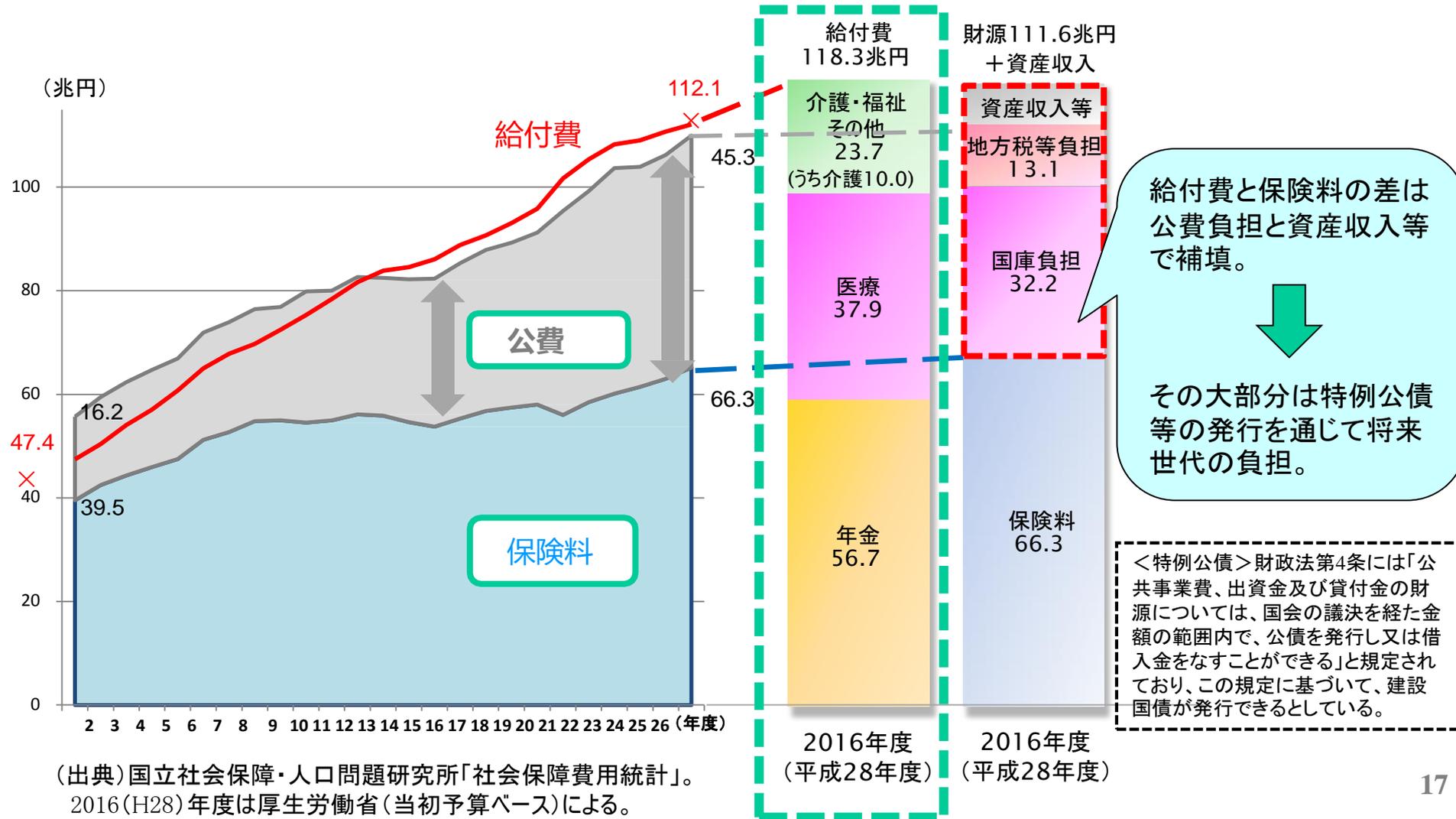
医療費の高騰は公費投入で国の財政を悪化させ、企業や個人が負担する保険料の引き上げにつながる。高額薬の価格抑制や過剰な診療・投薬の防止など、医療の「単価」と「量」の双方を抑える改革が欠かせない。

一方、年金は受給者の急増が一服することもあり、国からの支給額の増加は経済成長の範囲に収まる見通しになっている。

ただし、これは経済情勢に合わせて支給額を抑える「マクロ経済スライド」を発動するのが前提だ。実際はデフレの継続などで、これまで1年分しか実施しておらず、試算通りに推移するかは不透明だ。

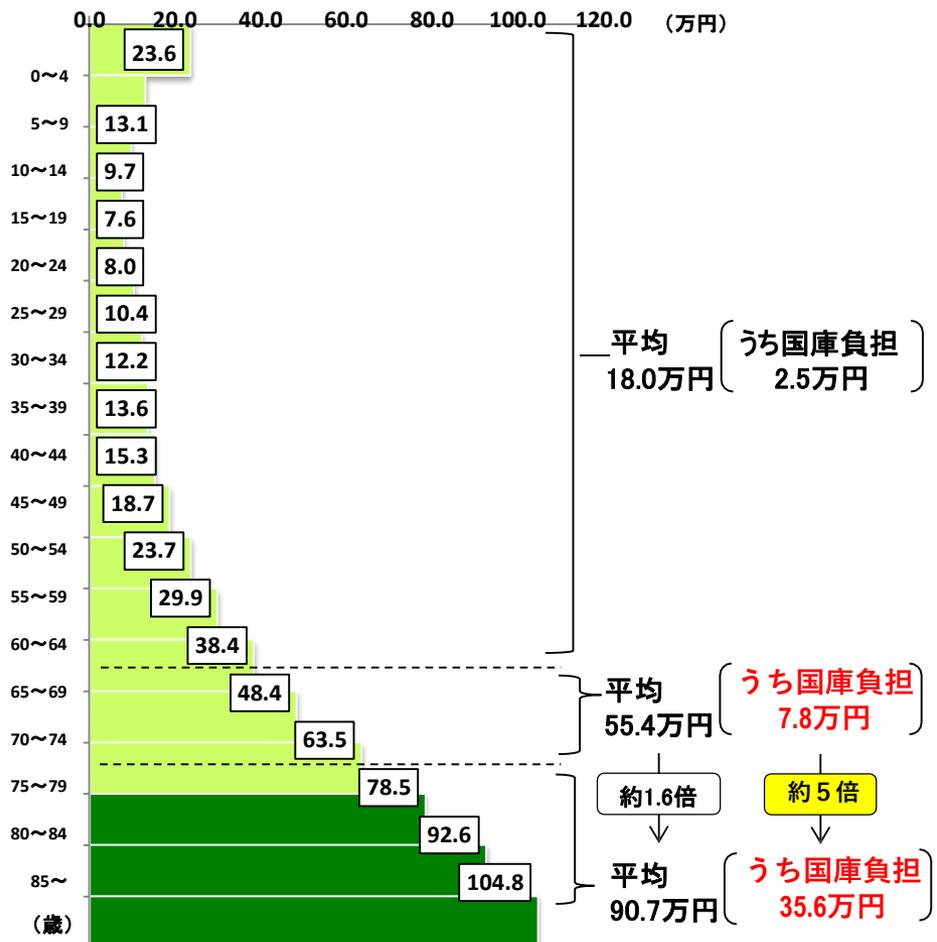
社会保障給付費の増に伴う公費負担の増

- わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存。
- その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中。これを賄う財源を確保出来ていないため、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送り（= **財政悪化の要因**）

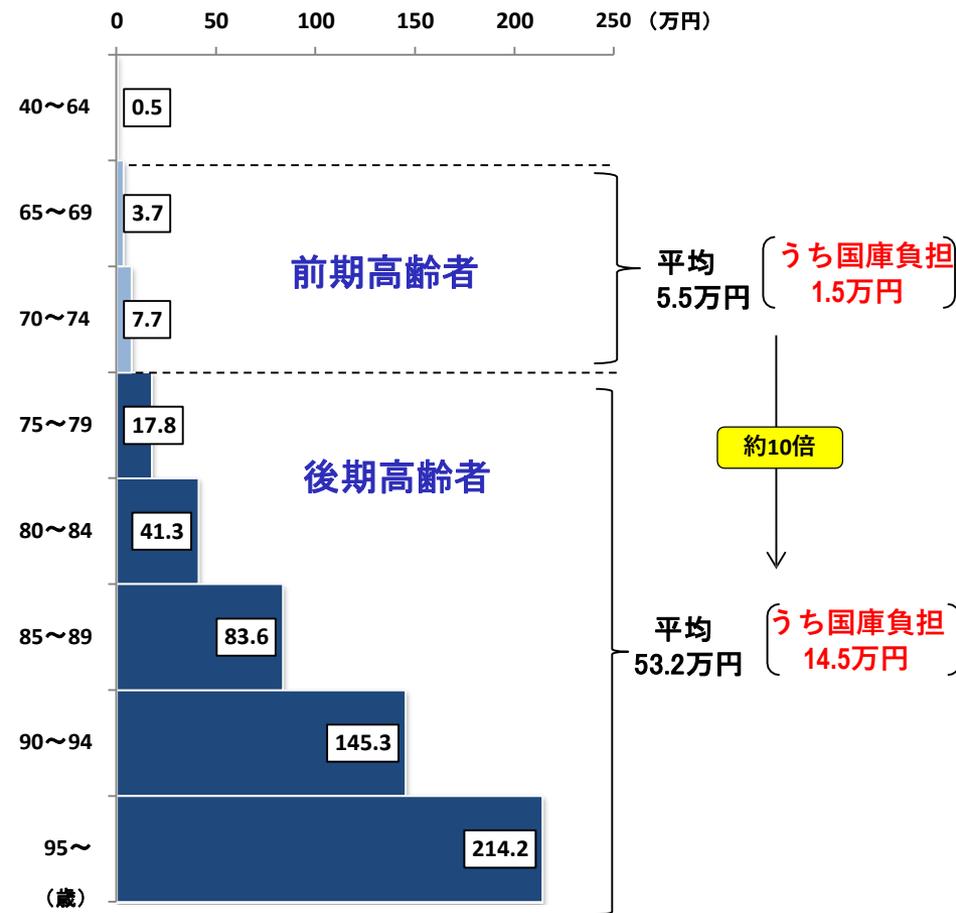


年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2014年)



年齢階級別1人当たり介護費
(2014年)



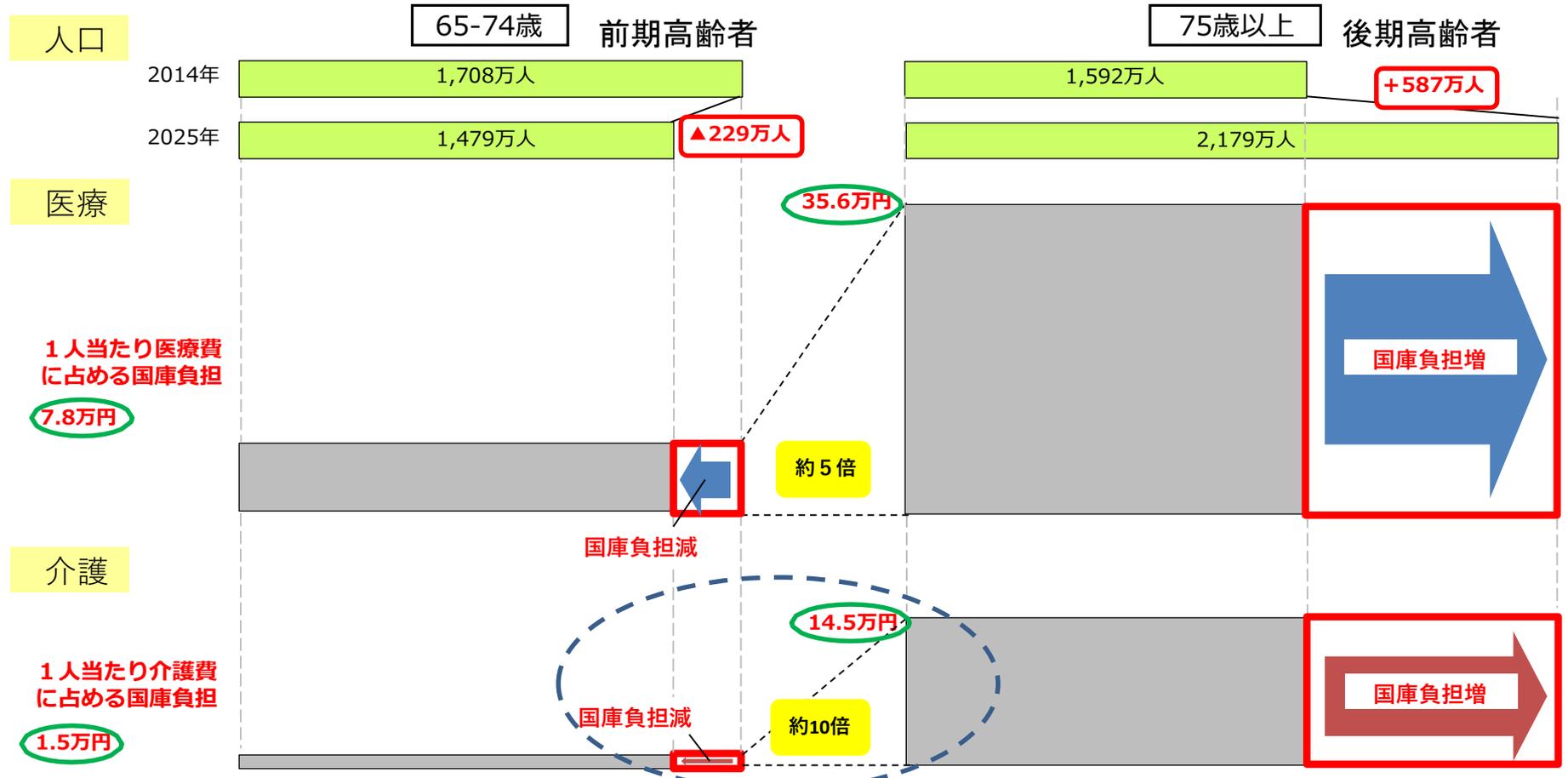
(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費実態調査」

高齢化の進展が財政に与える影響 (2014 → 2025)

○75歳以上になると、医療・介護に係る 1人当たり国庫負担額が急増する。

このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。

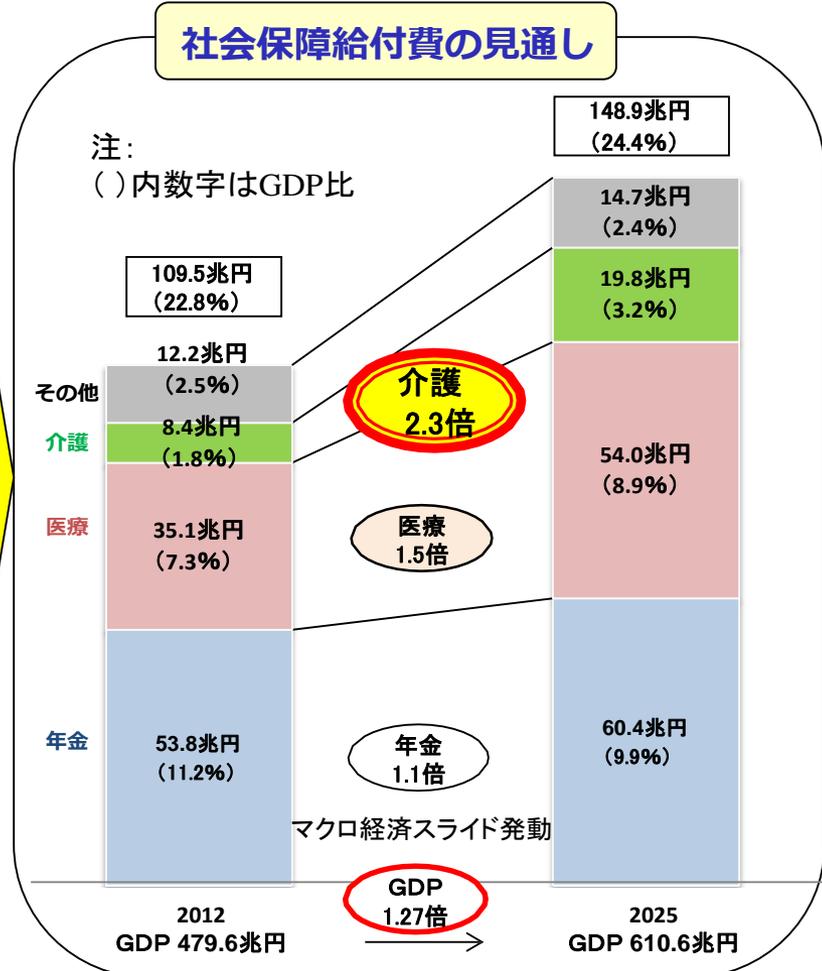
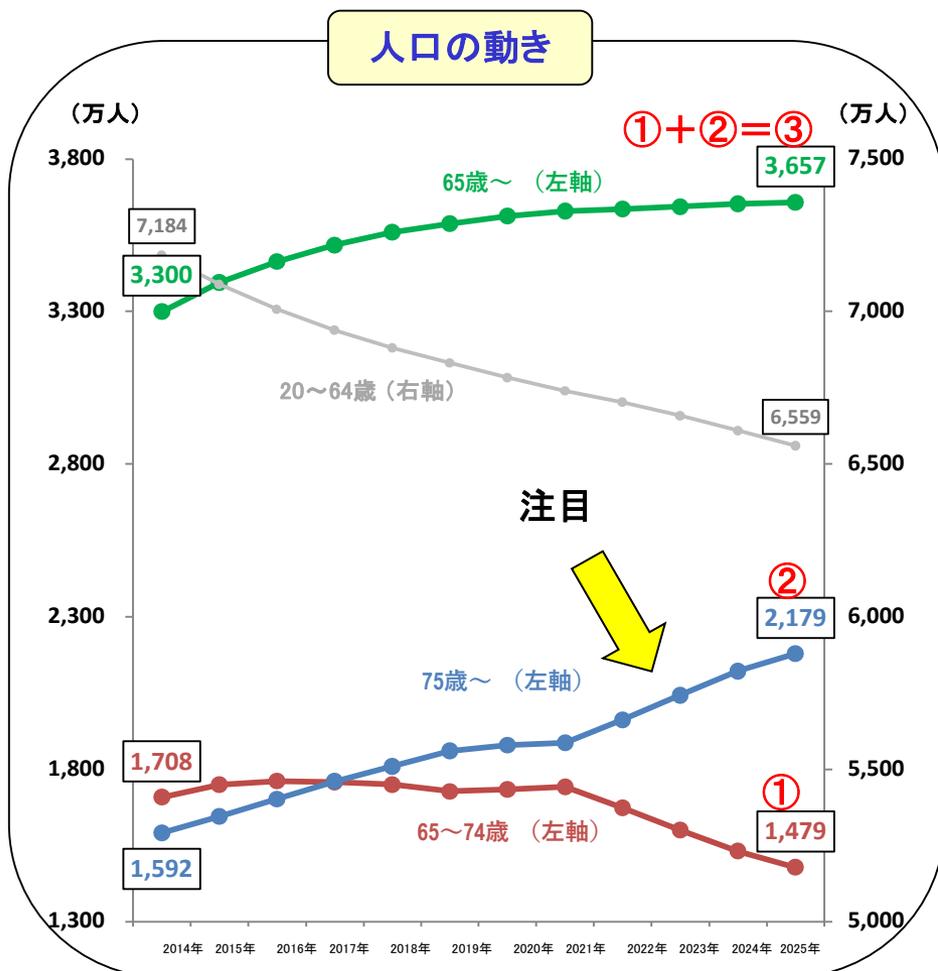
※実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。



(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費実態調査」

将来人口の見通しと医療・介護費について(給付総額でみる)

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる**2025年に向けて、65～74歳人口は微減となる一方、75歳以上の後期高齢者人口は大きく増加**する。後期高齢者になると1人当たり医療・介護費は急増するため、2025年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。
- なお、この間、20～64歳の現役世代は一貫して減少する。



(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(24年3月)」(第6回社会保障改革国民会議添付資料4)

<4>この15年間で、改革に取り組んできた経緯

← [目次へ](#)

介護保険制度の改正の経緯

3年毎の改正
地域包括ケア推進に注力

第1期
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

第2期
(平成15年度～)

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) (新設:原則3名体制)
- 施設給付の見直し(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付)(平成17年10月)
- 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

第3期
(平成18年度～)

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など

第4期
(平成21年～)

平成23年改正(平成24年4月等施行) 強調されたのは、医療と介護の連携強化

- 地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日) 高齢者スマイル法(サ高住)の登録制度
- 介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
- 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し など

第5期
(平成24年～)

平成26年改正(平成27年4月等施行)

地域包括支援センターの強化

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)
- 全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- 低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月) など

第6期
(平成27年～)

明細

市町村の独自サービスへ((義務的(予算確保の責務) → 裁量的(予算切れ可))。その結果、地域差が生まれるか

我が国の最大の政策課題は、社会保障制度改革

年金、医療・介護の仕組み

少子高齢化と厳しい財政状況から、これに対応して見直す必要

これを実現するべく、「[社会保障制度改革推進法](#)」が成立

平成24年(2012年)8月22日に議員立法

[社会保障制度改革国民会議](#)(1年間)の設置

上記に基づき設置された

平成24年11月から平成25年8月にかけて20回にわたり会議

その結果、改革の方向性が出された

・全世代が受益を実感できる全世代対応型社会保障制度の構築

・国民負担の増加は不可避
社会保障の必要性、経済成長を上回る給費の伸びを踏まえたもの

・最小の費用での実現を目指し、徹底した給付の効率化・重点化

[持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律](#)

閣議決定(平成25年8月21日) 12月に成立

介護保険制度や医療保険制度の改革の項目とその時期が明示された

介護保険制度改革(平成27年度以降に実施)

このように今回の介護保険制度改革は、社会保障制度全体の見直しの流れの中で行われたもの

ベビブーム世代がすべて後期高齢者になる2025年問題への対応を急いだもの

特に下記を重視(詳細は[別紙参照](#))

- ・地域包括ケアシステムの推進
- ・費用負担の見直し
- ・義務的(国) → 裁量的経費負担(自治体)へ

<5> 介護保険制度の課題と改革の方向性

[目次へ](#)

持続可能な介護に関する課題

出典：財務省財務総合政策研究所
「持続可能な介護に関する研究会」
2014年9月19日
超高齢化社会の介護制度（中央経済社）

（財政面の課題）

- 他の社会保障支出の拡大の速度以上に増加する介護需要にすべて応じることは、財政的に厳しい。
- 医療との連携、地域との連携（**地域包括ケア**）は介護保険財政の持続可能性にどれだけ貢献できるのか。

（需要と供給のミスマッチ）

- 高齢化とともに介護に需要はさらに増加する一方、供給には制約がある。
- 供給者（介護産業就業者）の賃金は、市場メカニズムが働かない。
（介護報酬の引き上げには限界がある。）
- 地域的なミスマッチが拡大・顕在化する懸念がある。

狙い： 支え合いによる地域包括ケアシステムの構築

★ 真意は、医療保険や介護保険に依存してしまうと、制度の持続可能性が危うくなる可能性を危惧し、地域内の「互助」、高齢者自身の「自助」を促すことで、2020年問題を**低コスト化**で乗り切ろうとするものと捉えることができる。地域包括ケアシステムとは(動画) 具体的な事例(武蔵野市:動画)

○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、

先ず土台となるべき「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。

○自助・互助に共助・公助をつなぎあわせる(総合的且つ有機的に、体系化・組織化する)役割必要。

○とりわけ都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」の構築は期待できない。

包括ケアシステムの狙い



植物が育つ

植木鉢と土壌

共助：・介護保険・医療保険制度による給付

公助：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

下記の土台を前提にして

自助：・介護保険・医療保険の自己負担
・市場サービスの購入（自費）
・自身や家族による対応（老々介護、単身者）
・健康管理（セルフケア）

互助：・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み

地域包括支援センターはどの程度設置されたか

＜原則3名の体制＞
 社会福祉士、保健師、
 主任介護支援専門員

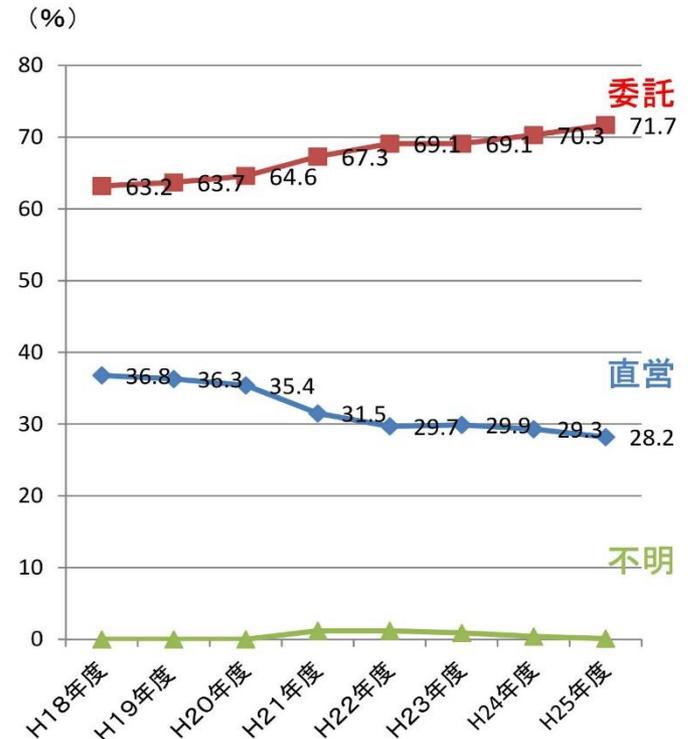
地域包括支援センターの設置状況

総合相談、介護予防ケアマネジ
 メント、包括的継続的ケアマネジ
 メント支援事業

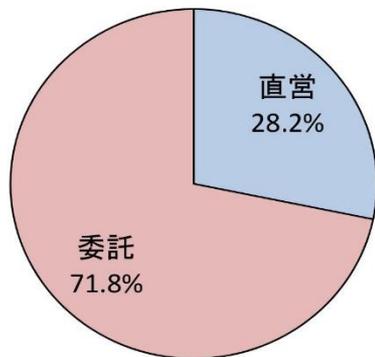
- 地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,484カ所
- ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,196カ所となる。
- 前年比で、センターは156カ所増え、ブランチ・サブセンターが32カ所減り、全体では124カ所増加
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割で、委託が増加している。

◎地域包括支援センターの設置数

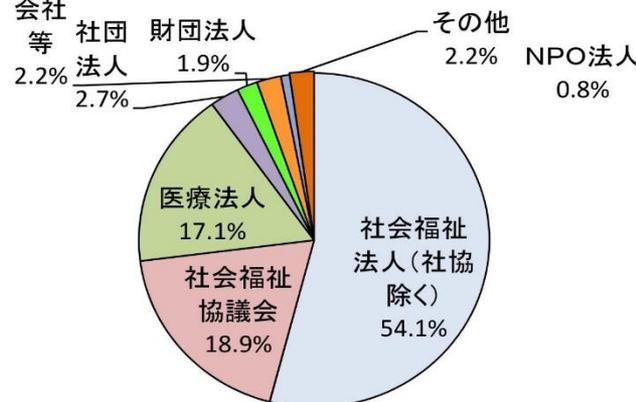
地域包括センター設置数	4,484カ所
ブランチ設置数	2,368カ所
サブセンター設置数	344カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,196カ所



◎直営・委託の割合



◎委託法人の構成割合



御調(みつぎ)町で地域包括ケアが始まったキッカケとその後の経緯

広島県御調町(2005年3月28日尾道市に編入)

人口 7,177人 (2015年7月31日)

手がけたこと

- 御調町における「**地域包括ケアシステム**」の構築
- 当初は医療を切り口にした発想
- 寝たきりゼロ作戦、「保健・医療・福祉」の統合
- 「保健・医療・介護・福祉」と生活の連携



「キッカケ」 何があったのか？

地域包括ケアという概念をはじめて提起したのは1970年代に、**広島県御調町の公立みつぎ病院の山口昇医師**。

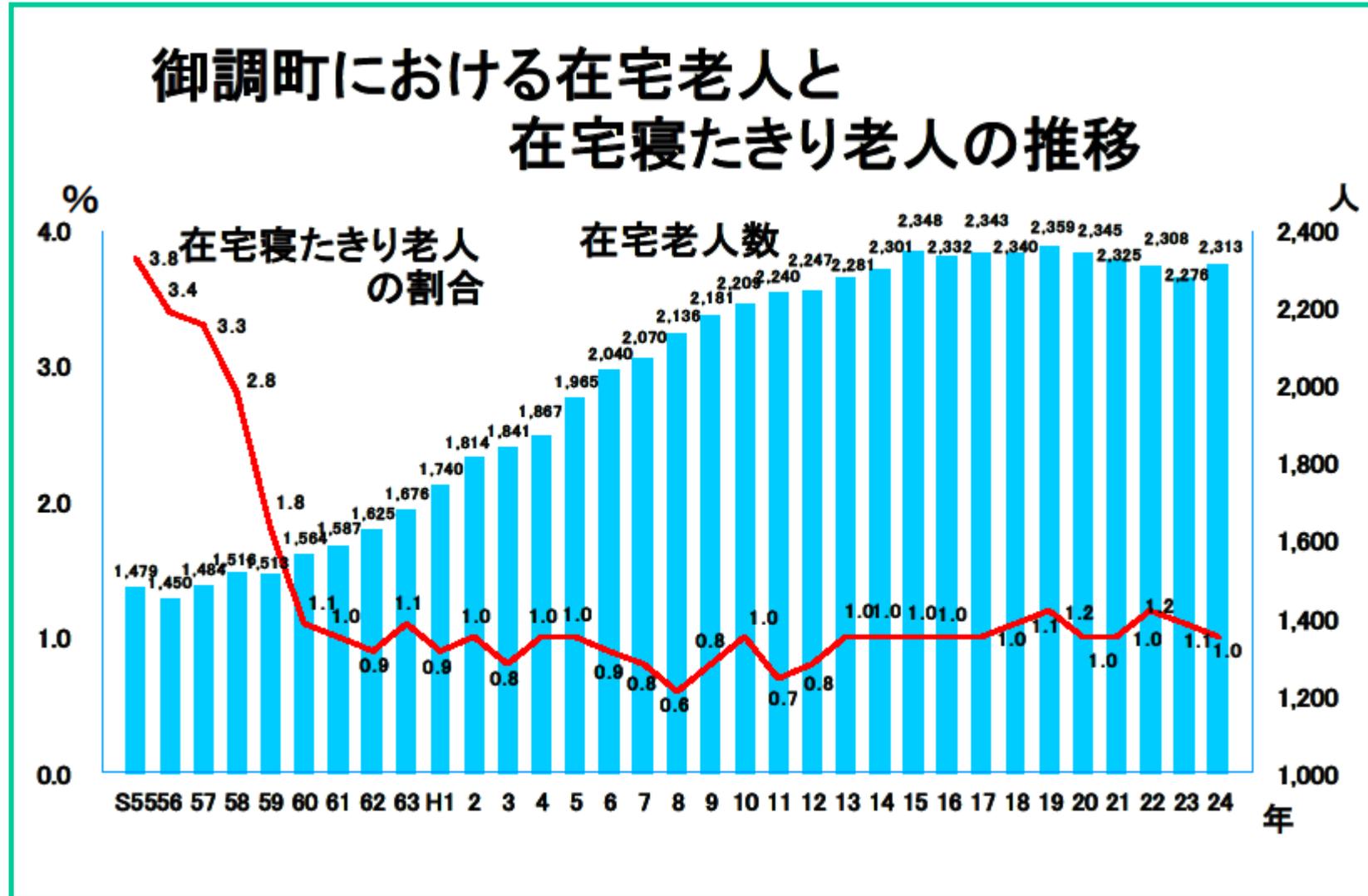
山口医師によると、脳血管疾患等で救急搬送され、緊急手術で救命し、リハビリによって退院した患者さんが、1、2年後に寝たきり状態になって、再入院してくるケースが目立つようになった。

その多くが褥瘡(じょくそう:床ずれのこと)をつくり、また、おむつをあてた状態。しかも痴呆症症状が進んだ状態になっていることが多かった。

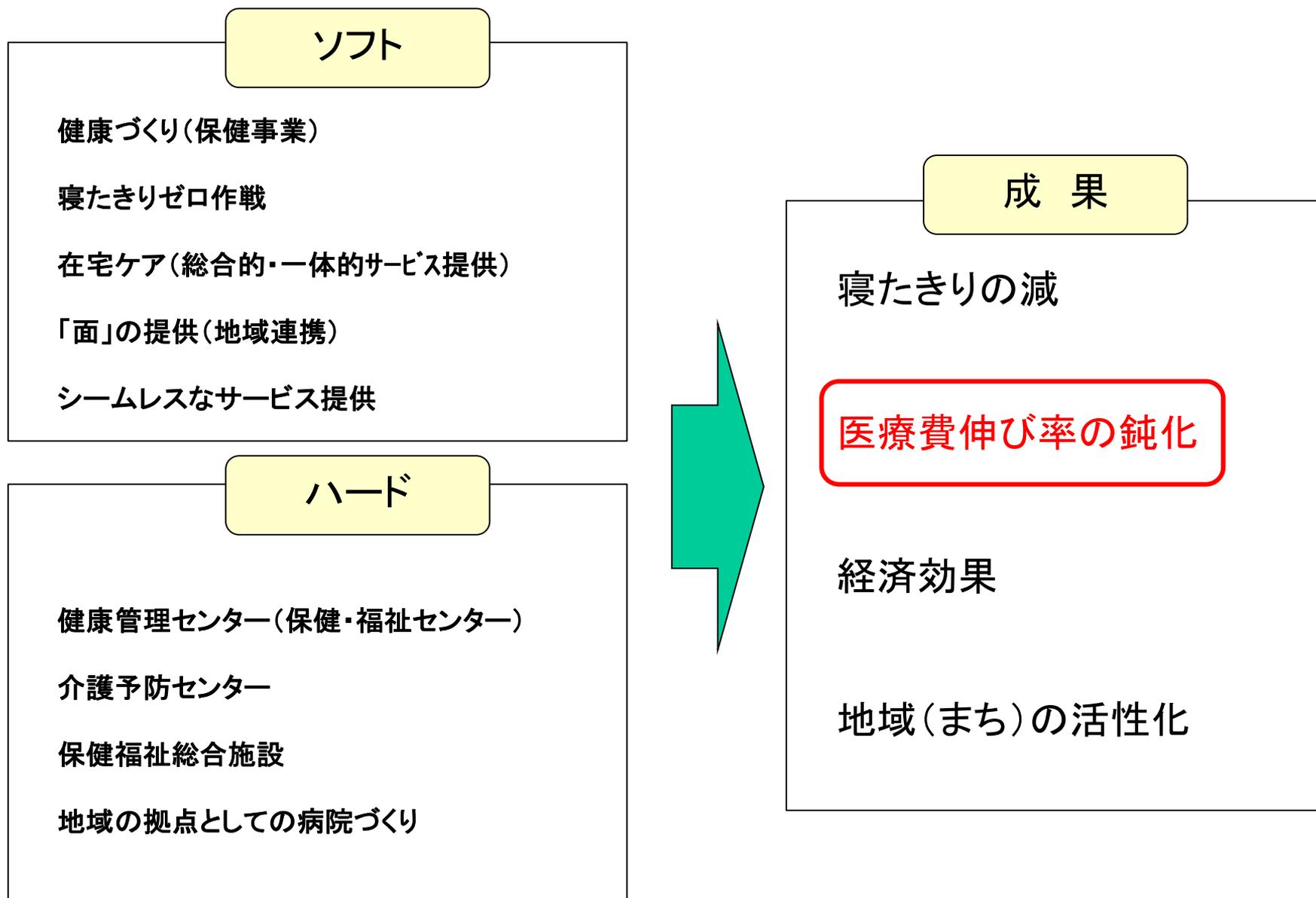
その原因は共稼ぎ等による家族介護力の低下、おむつ失禁を余儀なくされる不適切な介護、自宅の療養環境の問題。さらに日中の家族不在により家に閉じこもりがちになるため認知能力の低下などがみられることなどの**複合的な要因によるものであったと分析**されている。

地域包括ケア導入で何がどのように変わったのか

人口 7, 177人 (2015年7月31日)



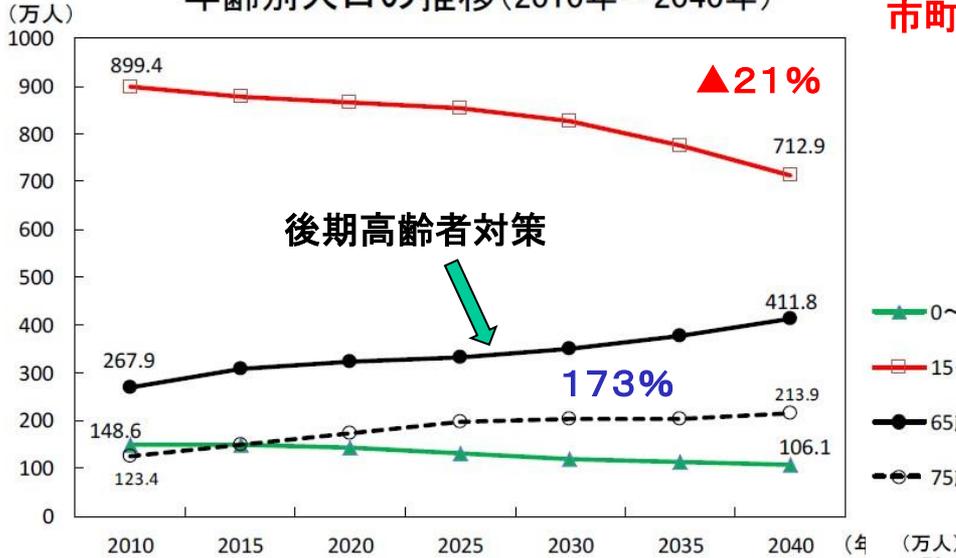
成果を整理すると、地域包括ケアシステムの導入で



人口動態は、地域により異なる 香川県と東京都

東京都

年齢別人口の推移(2010年~2040年)



地域により人口動態が異なるため地域包括ケアシステムの取組み方も木目細かく実施してゆく必要がある

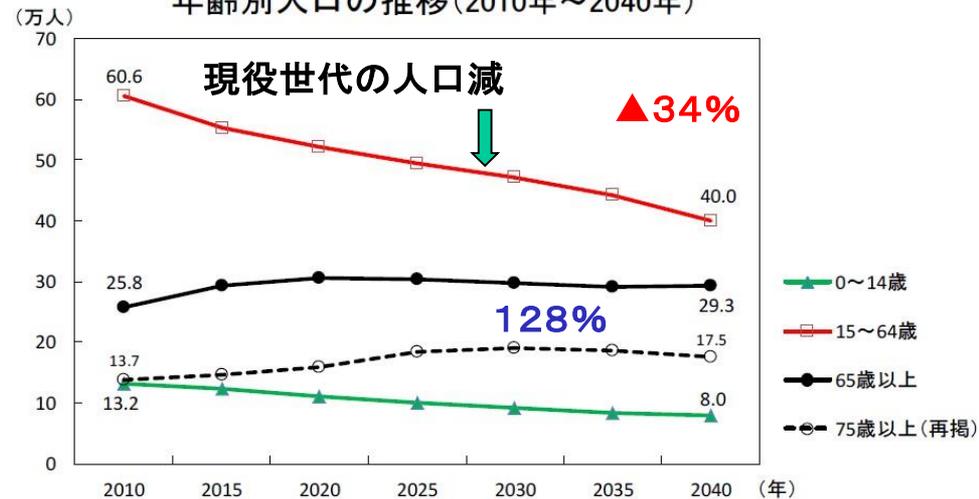
市町村独自の政策立案が必要になる

東京都:後期高齢者対策は喫緊の課題

香川県:働き手不足による介護体制維持に赤信号
香川県全体としては、まだ危機感は見られないが個別の自治体で考えた場合、仮に過疎化が進むと高齢者数自体の減少から、介護サービス業者施設の利用者確保も難しくなり、サービス基盤の維持すら難しくなる可能性も出てくる。

香川県

年齢別人口の推移(2010年~2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

地域包括ケアシステム・事例集

取組の経緯

(背景・地域の課題)

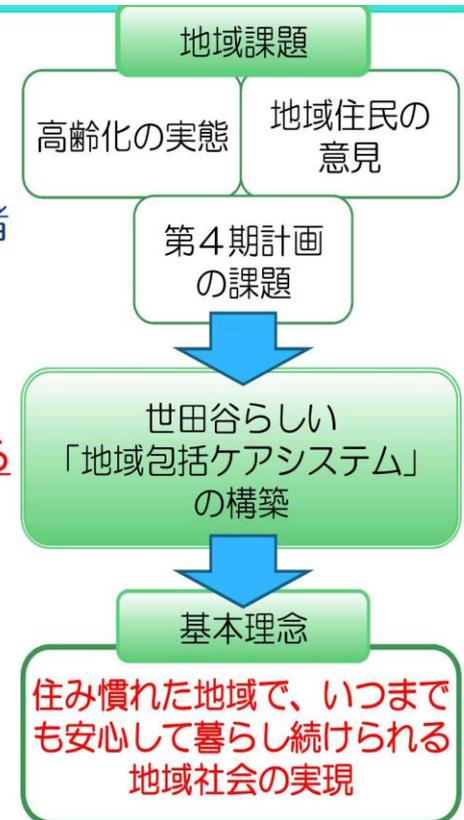
人口 866千人
65歳以上 19%
75歳以上 10%

23区で大田区の次

- 区独自に全高齢者実態把握調査を実施。その中で一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の合計が**約半数を超えている実態**が明らかに
- **第4期介護保険事業計画での課題**を抽出
- 第5期介護保険事業計画の策定に向けたパブリックコメントで、身近な地域での健康づくりや介護予防の重要性等について、**住民からの多くの意見**

(取組のポイント)

- 地域包括ケアシステムの5つの要素をバランスよく取込んだ特徴的な取組み
 - ①医療 ⇒世田谷区医療連携推進協議会による在宅医療推進の取組
 - ②介護 ⇒定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用・事業展開の推進
 - ③予防 ⇒社会参加を通じた介護予防による高齢者の居場所と出番の創出
 - ④住まい⇒認知症高齢者GHや社会資源等を有効活用した都市型軽費老人ホーム等の整備
 - ⑤生活支援⇒住民団体・社会福祉協議会主体の地域活動の推進 …等
- NPO・事業者・大学・行政等約70団体が連携・協力して、高齢者の社会参加の場や機会づくり、応援を行う「せたがや生涯現役ネットワーク」を作るなど、社会参加を促進





戻る

第6期・介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」（中長期的なサービス量、保険料の推計等も行う）

「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

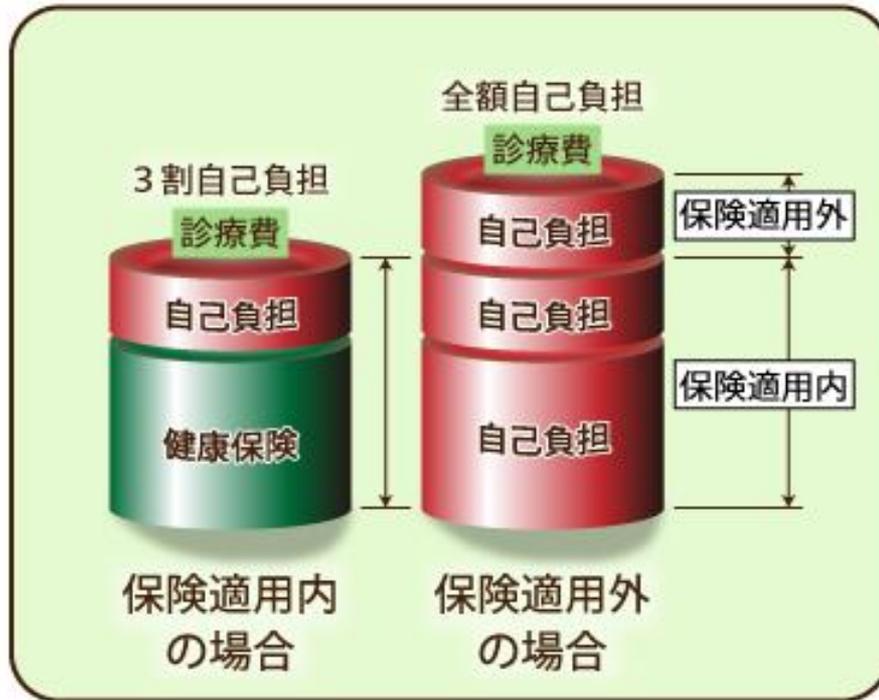
- * 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
- * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

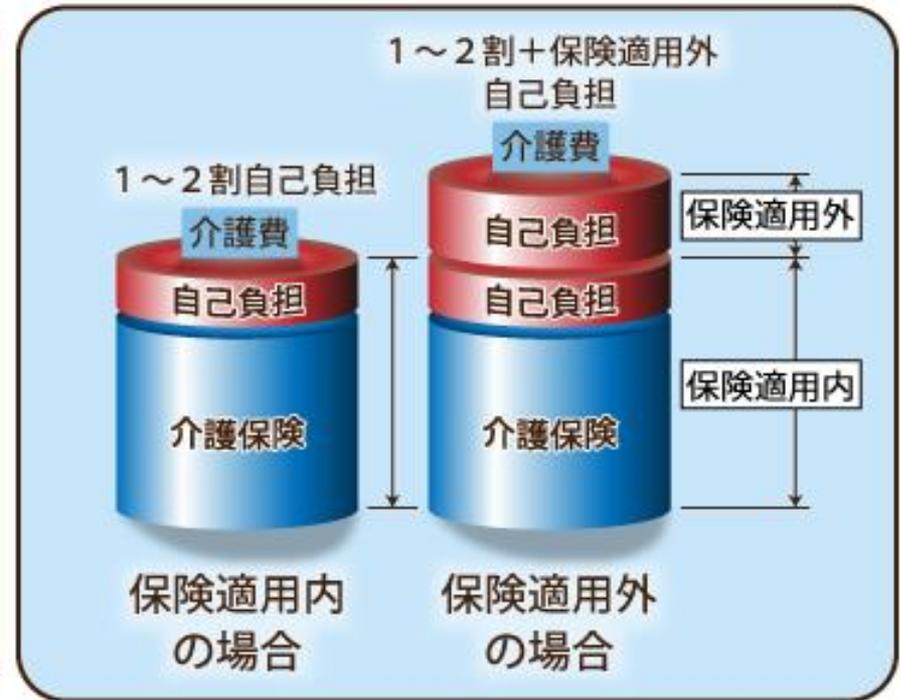
- ①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
 - ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
 - ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ
- ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
 - ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
 - ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
 - ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
 - * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

混合介護と混合診療

混合診療



混合介護

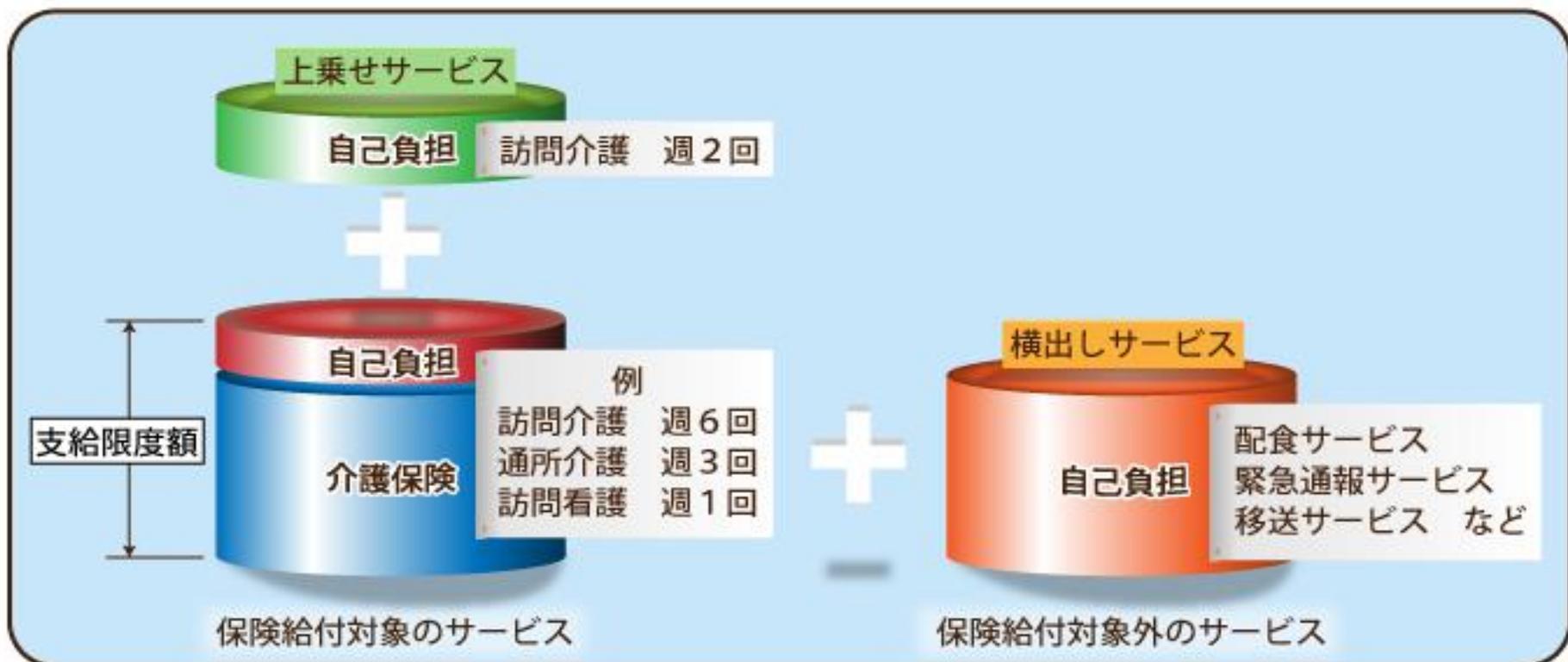


介護保険には「支給限度基準額」が設定されています。また、要介護者にとっては、庭の草むしりや新年を迎えるにあたっての大掃除など、介護保険適用外のサービスも必要としています。

そういった支給限度額を超えたサービスや保険外サービスを保険内サービスと併せて利用することを「混合介護」と言います。

つまり、「限度額超過分については、全額自費負担することにより、量も種類も自由に介護サービスを利用できる」というものが「混合介護」の仕組みです。

介護保険の「上乗せサービス」と「横出しサービス」



「混合介護」は、大きく「上乗せサービス」と「横出しサービス」の2種類に分けることができます。

「上乗せサービス」とは、訪問看護や通所介護などの保険給付対象の介護サービスを支給限度額以上利用した場合に発生する状況を言います。図からもわかるように、上乗せサービスで追加した介護サービスの介護費は全額自己負担となります。

これに対して「横出しサービス」とは、そもそも介護保険の給付対象ではないサービス(配食サービス・緊急通報サービス・移送サービスなど)で、市区町村が独自に行っているサービスを追加することです。

介護保険給付対象外のサービスは、費用の一部を自治体で補助してくれる場合があります。例えば、住宅改修で介護保険対象の改修と同時に、介護保険対象外の改修を行う場合、介護保険が適用される改修は介護保険サービス、適用外の部分は市町村の基準に応じた補助、どちらにも当てはまらない場合は自己負担となります。

混合介護のメリットとデメリット



戻る

<メリット>

【利用者(高齢者)】

- ・サービスの多様化により、自分に合ったサービスを受けられる。
- ・市町村の介護保険と組み合わせることにより、更に多様なサービスを受けられる。
- ・介護保険では受けられないサービスである「犬の散歩」、「家族分の食事の調理」など、家政婦のようなサービスを受けられる。

【業界・事業主】

- ・経営者にとって儲ける手段が増え、競争するようになるので、サービスの質が向上する。
- ・仕事能力の高いヘルパーの利用料を1時間あたり100～200円高くするだけで、ヘルパーの時給は十分に上がるので、退職や他の職場に転職するなどの人材の流出を防げる。
- ・サービスの成長期は採算のとれる価格を設定することにより、大きな利益を生む大規模事業者が生まれる。
- ・厚生労働省の制度改革、国(政府)の規制・方向性、利用者のニーズに合わせたサービスをするため、現場で新しいサービスを調査・判断することにより、現状に合わせたサービスを提供できるようになる。

<デメリット>

【利用者(高齢者)】

- ・価格の自由化により、介護サービスの価格が全体的に上昇する恐れがある。
- ・サービスが複雑化することにより、よくわからなくなってしまう。
- ・導入時、急激に価格が上昇するおそれがある。

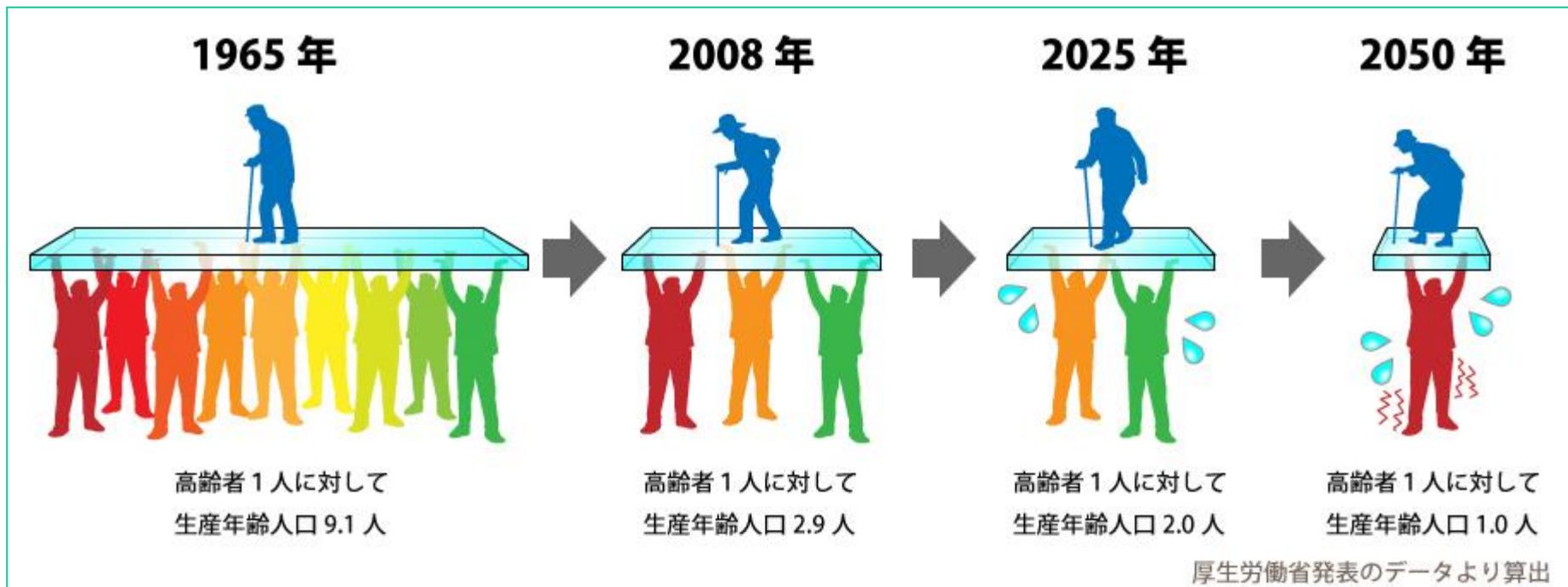
【業界・事業主】

- ・「基本的な部分」は保険が担うことになっていますが、それが財政状況に影響されてしまう。国が財政に困ったら「基本的な部分(最低ライン)を減らそう」という動きができてしまう。
- ・「このサービスは保険内か、保険外か」と決定するルールが自治体によって線引きがバラバラで、評価基準が定まっていない。



戻る

2025年問題とは



第二次世界大戦後のベビーブームに生まれた団塊の世代(1947~1949年生まれ)は、約800万人いると言われています。2015年(平成27年)、これまで日本の経済成長を支えて来たその団塊の世代は、前期高齢者(65~74歳)になります。これは「2015年問題」と言われ、日本の4人に1人が高齢者(65歳以上)になると言われています。

そして2025年(平成37年)には、この団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)になります。厚生労働省の報告書によると、2025年には高齢者人口は3,500万人、後期高齢者人口は2,000万人以上になると推計されています。2005年以降、日本の総人口は減少し、高齢者の人口は増え続け、2025年には人口の約30%が高齢者、約17%が75歳以上の超高齢化社会になると言われています。これが「2025年問題」です。

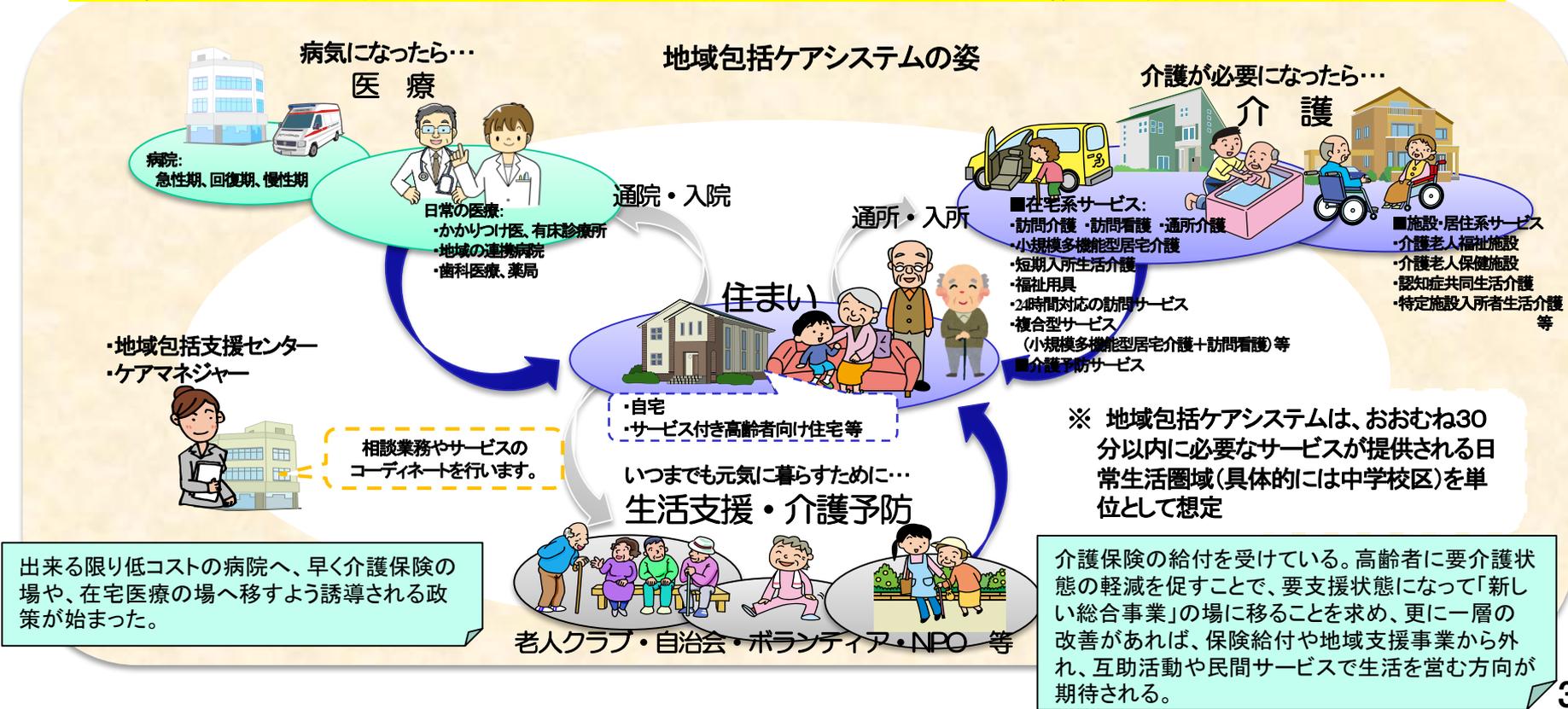
しかし、この超高齢化社会の何が問題なのでしょうか。

地域包括ケアシステムの構築の狙い・方向性 → 低コスト化志向

戻る

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれ、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**。

……給付費が相対的に高額になる医療から、相対的に低額になる介護に、更に自宅に移す方向性……



要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護

- ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・通所リハビリテーション
 - ・短期入所療養介護
 - ・居宅療養管理指導
 - ・特定施設入所者生活介護
 - ・短期入所者生活介護
 - ・訪問入浴介護
 - ・認知症対応型通所介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・福祉用具貸与
 - ・福祉用具販売
 - ・住宅改修
- など



訪問介護、通所介護
について事業へ移行

従来通り
予防給付で行う

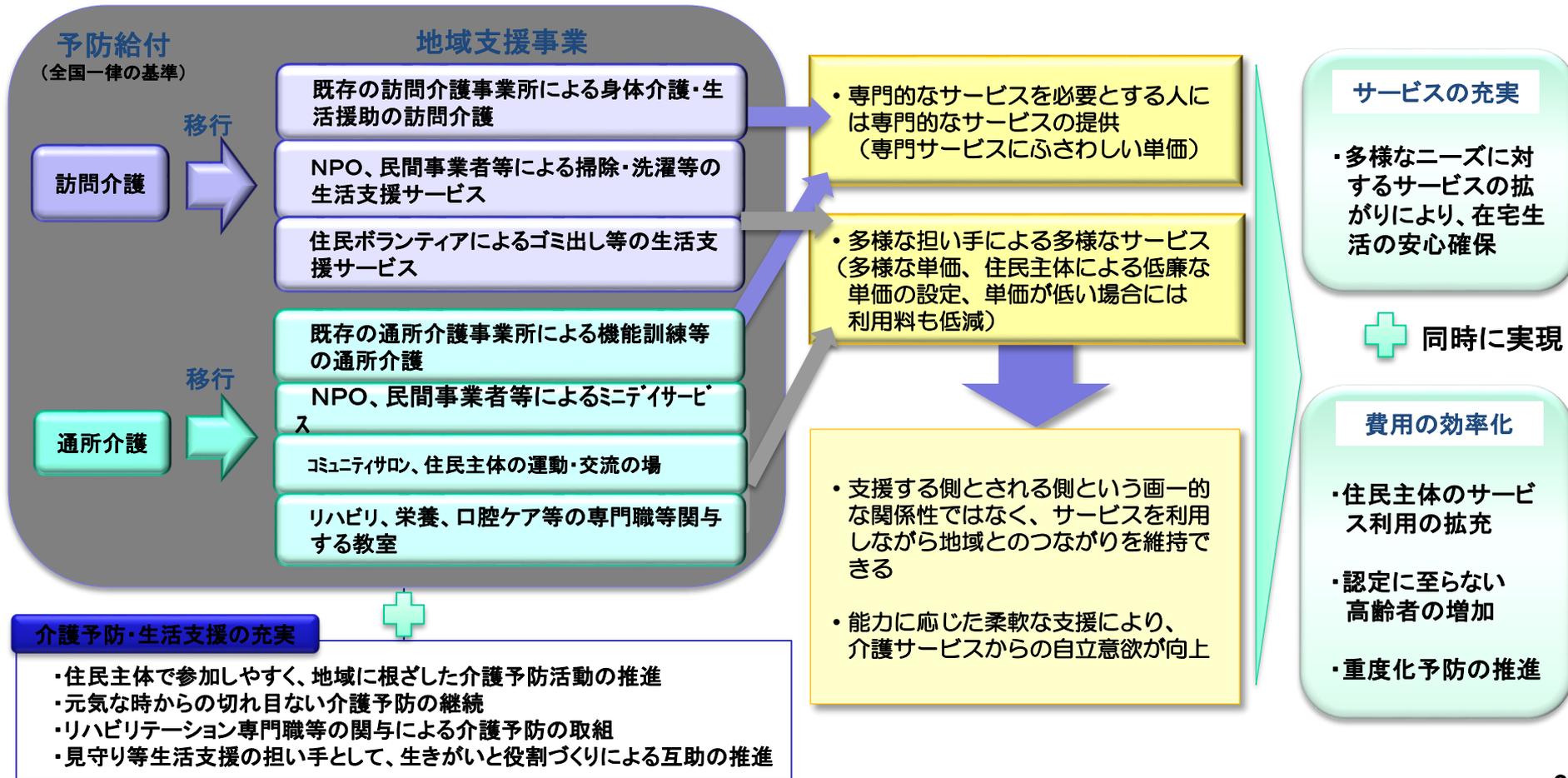
新しい総合事業によるサービス (介護予防・生活支援サービス事業)

- ・訪問型サービス
 - ・多様な担い手による生活支援
- ・通所型サービス
 - ・ミニデイなどの通いの場
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- ・生活支援サービス(配食・見守り等)
 - ・介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可

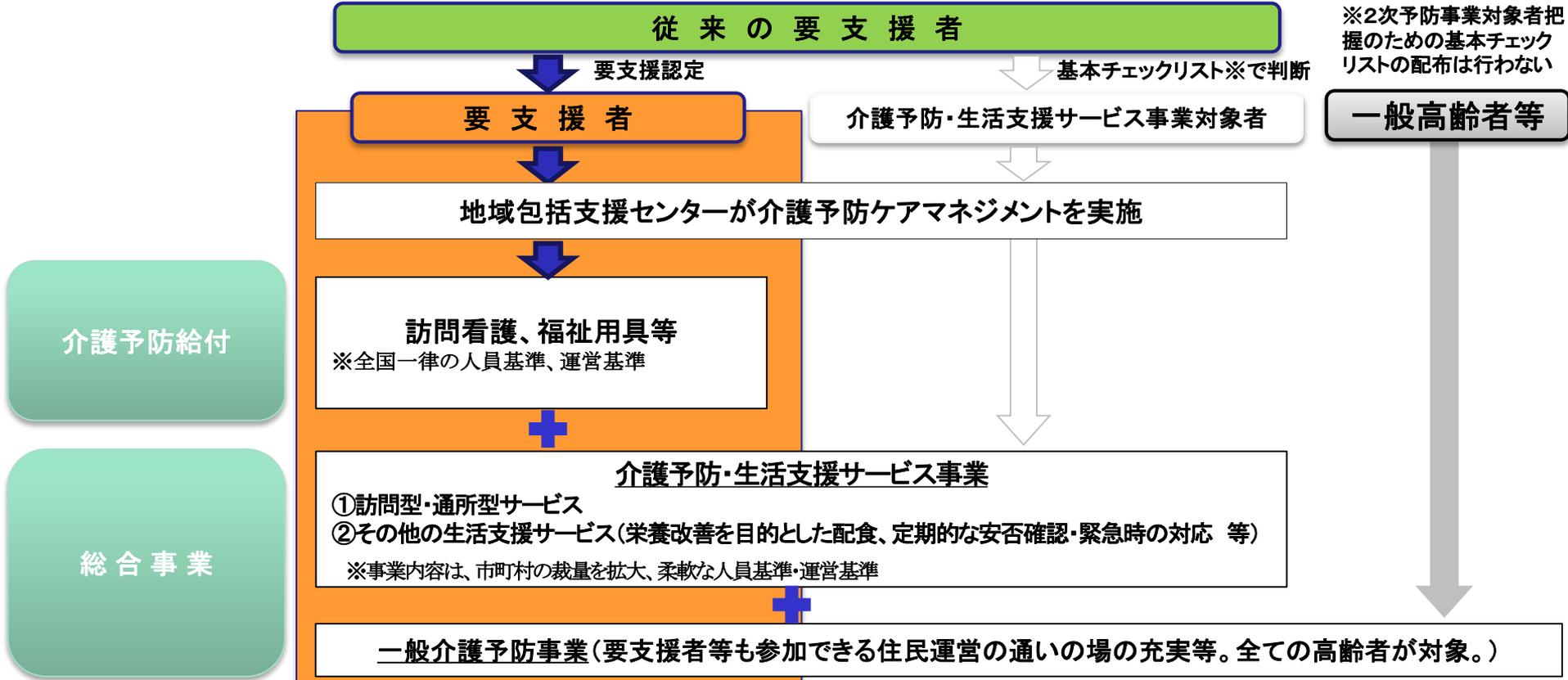
総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



サービスの利用の流れ

周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明(サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明)。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。
※予防給付(訪問看護や福祉用具貸与等)を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。
※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。



② 基本チェックリストの活用・実施

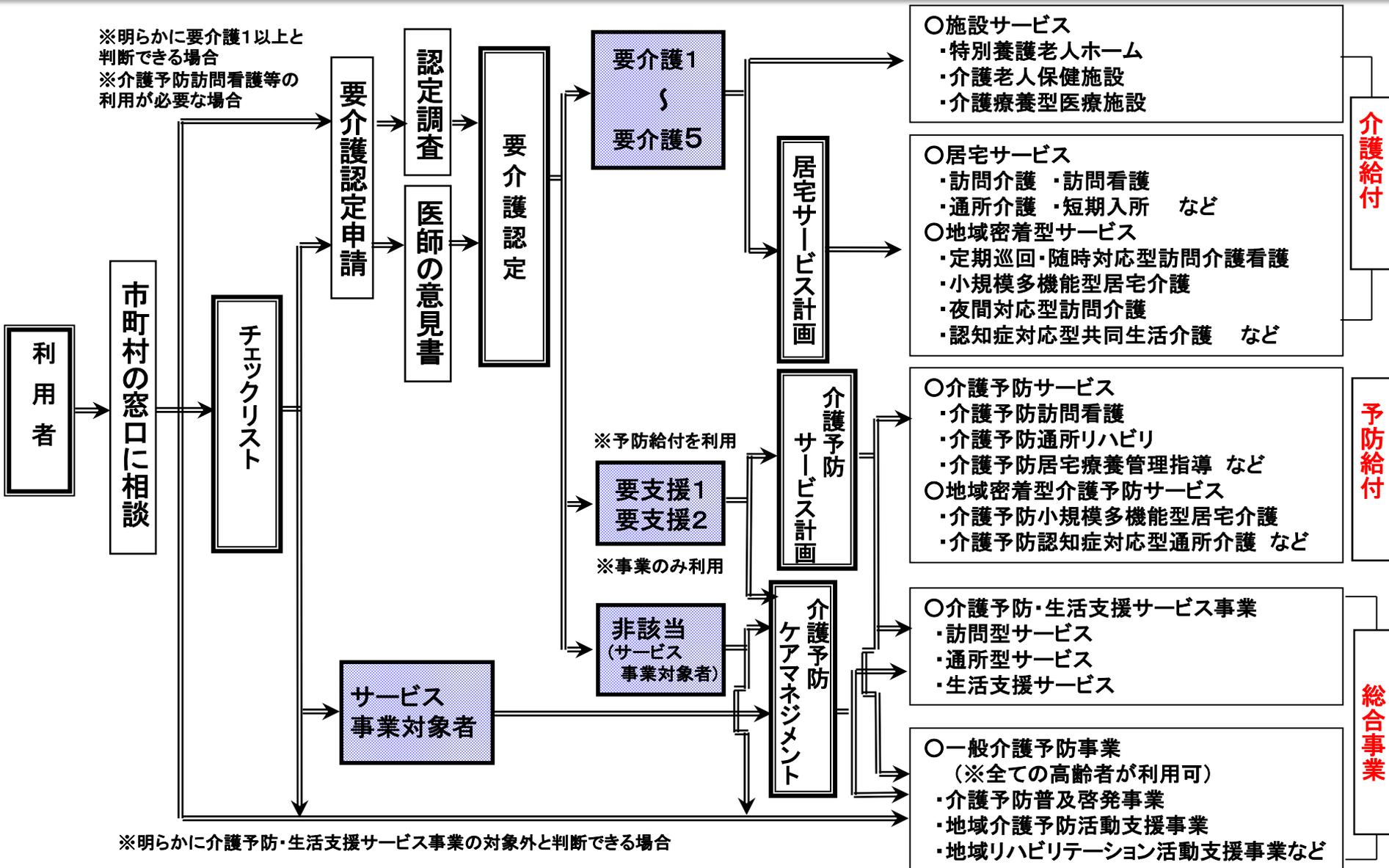
- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、サービス事業及び給付)の振り分けを実施。



③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。
 - ① 原則的な介護予防ケアマネジメント
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント(サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略)
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント(アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで)

介護サービスの利用の手続き



具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントA)

- ・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合
- ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

アセスメント
→ケアプラン原案作成
→サービス担当者会議
→利用者への説明・同意
→ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ)
→サービス利用開始
→モニタリング(給付管理)

②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントB)

- ・ ①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)

アセスメント
→ケアプラン原案作成
(→サービス担当者会議)
→利用者への説明・同意
→ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ)
→サービス利用開始
→モニタリング(適宜)

③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントC)

- ・ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合
(※必要に応じ、その後の状況把握を実施)

アセスメント
→ケアマネジメント結果案作成
→利用者への説明・同意
→利用するサービス提供者等への説明・送付
→サービス利用開始

※ ()内は、必要に応じて実施

総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

	要支援者					サービス事業対象者			
	給付	事業				事業			
	指定事業者	直接実施	委託	指定事業者	補助	直接実施	委託	指定事業者	補助
訪問型サービス	【現行】 指定介護予防サービス事業者(第41条)	市町村※1	厚生労働省令に規定する基準に適合する者(第115条の47)	指定事業者(第115条の45の5*)	政令で規定	市町村※1	厚生労働省令に規定する基準に適合する者(第115条の47)	指定事業者(第115条の45の5)	政令で規定
通所型サービス									
その他の生活支援サービス									
介護予防ケアマネジメント	指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター設置者が申請)(第115条の22)	地域包括支援センター(第115条の46第1項) 委託については、第115条の47において、その一部をできることとしている。		—※2	—	地域包括支援センター(第115条の46第1項)		—	—

※1 直接実施の場合も、給付と同様のサービスを提供する場合には、指定事業者制度に基づき実施することを想定。

※2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託による実施を想定。

関係者間での意識の共有と効果的な介護予防ケアマネジメント

～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

1 関係者間での意識の共有(規範的統合の推進)

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性・基本方針を定め、その方向性・基本方針を介護事業者・住民等の関係者で共有(規範的統合)し、地域資源を統合していくことが重要。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

総合事業の効果的な実施のためには、この高齢者自身を含めた幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要。

(3) ケアプランの作成

介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。

(4) モニタリング・評価

必要に応じて事業の実施状況を把握し、目標と乖離した場合にケアプランを変更し、順調に進行した場合は事業を終了。その際、高齢者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、アドバイスを行う。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

高齢者自身が、自らの機能を維持向上するよう努力するには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言等とともに、成果を実感できる機会の増加が必要。そのため、専門機関、専門職による働きかけやツールの提供が効果的。

(6) 「介護予防手帳(仮称)」等の活用

セルフマネジメントの推進等のため、母子保健にて活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用。

2 効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

総合事業の制度的な枠組み

1 介護予防・生活支援サービス事業

1 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法

	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接要支援者等に支援等を実施	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	NPO・民間事業者等に、要支援者等への支援等を委託	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供	市町村長が指定した事業者が、要支援者等にサービスを提供した場合に、その費用を支給(現行と同様の仕組み)※	既存の事業者が行う介護予防訪問介護等に相当するサービス
④NPOやボランティア等への補助	NPOやボランティア等に、要支援者等へのサービス提供などを条件として、立ち上げ経費や活動経費を補助(助成)	ボランティア等による生活支援や通いの場

※総合事業への円滑な移行を図るため、予防給付の指定事業所(訪問介護・通所介護)を総合事業の指定事業所とみなす経過措置がある。

2 サービスの基準

市町村における総合事業の円滑な実施のため、以下のようなサービスの基準の例を示す。

＜(例)通所型サービスの基準＞ ※下線は、市町村や指定事業者等が事業を実施する際に、法令上必ず遵守すべき事項。それ以外は参考例。

	①現行の通所介護相当	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)
人員	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 ・機能訓練指導員 1以上 <small>※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 専従1以上 ・従事者 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に必要数 <small>※ 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者 必要数
設備	<ul style="list-style-type: none"> ・食堂・機能訓練室 (3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを提供するために必要な場所 (3㎡×利用定員以上) ・必要な設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを提供するために必要な場所 ・必要な設備・備品
運営	<ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・<u>従事者の清潔の保持・健康管理</u> ・<u>秘密保持等</u> ・<u>事故発生時の対応</u> ・<u>廃止等の届出と便宜の提供</u> 等 <small>(現行の基準と同様)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・<u>従事者の清潔の保持・健康管理</u> ・<u>従事者又は従事者であった者の秘密保持</u> ・<u>事故発生時の対応</u> ・<u>廃止等の届出と便宜の提供</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>従事者の清潔の保持・健康管理</u> ・<u>従事者又は従事者であった者の秘密保持</u> ・<u>事故発生時の対応</u> ・<u>廃止等の届出と便宜の提供</u>

介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 21%
2号保険料 29%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

【財源構成】

国 39.5%
都道府県 19.75%
市町村 19.75%
1号保険料 21%

地域支援事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
 - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

→

充実

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- **生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

→

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

介護保険 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。