

要介護一次判定ロジックの分析結果について

川越 雅弘 上野 智昭

キーワード

- ◆ 要介護一次判定
- ◆ 平成 10 年度モデル事業
- ◆ 樹形モデル

ポイント

- ◆ 厚生省の樹形モデルは施設ケアをベースにしたもので、在宅ケアとの整合性がとれていない可能性が高い。
- ◆ 厚生省の基本樹形モデルは軽度の施設入所者のデータに基づいたもので、在宅および一般的な施設入所者に対しての本モデルの適用には問題がある。
- ◆ 「平均ケア時間」の算出方法に問題があり、結果として割り当てられた時間に臨床的矛盾が生じる可能性がある。
- ◆ 73 の調査項目の定義と評価基準が曖昧なため、評価にばらつきが生じ、割り当てられるケア時間が変わる可能性がある。
- ◆ モデル作成において統計的手法に終始し、介護現場の専門的意見が反映されていない。
- ◆ 5 項目のケア項目に区分した平成 10 年度モデル作成の方法では、合計ケア時間と高齢者の状態像を関係づけるのは非常に困難である。
- ◆ 一次判定ロジックの精度が向上するまで、二次判定重視の仕組み作りが必要である。

1. はじめに

介護保険制度下で、サービスを受給するためには、「要介護認定」という手順を踏まなければならない。その判定結果により、給付限度額が決定されることから、要介護認定は介護保険制度の要といえる。

要介護認定は、コンピュータが行う一次判定と、介護認定審査会が行う二次判定から構成される。一次判定は、二次判定を行う際の基本資料となることから、非常に重要な役割を担っている。

厚生省は、要介護認定方法や基準を確立するため、1996年（平成8年）度から3年間、高齢者介護サービス体制整備支援事業（要介護認定およびケアプラン作成）を実施し、一次判定ロジックの開発を行ってきた。

平成10年度モデル事業は、過去2年間の要介護認定方法に対して、

- (1) 「要介護認定基準時間」で一次判定を行うことの明示
- (2) 要介護認定基準時間の刻みの均等化
- (3) 「特別な医療12項目」の調査項目への追加

などの大幅な修正を加えた形で実施されたが、一次判定に対し、自治体や介護認定審査会委員から、多くの疑義・矛盾の指摘や情報開示を求める声が強く挙がっている。しかしながら、過去2回のモデル事業終了後にも要望してきたにもかかわらず、厚生省は、モラルハザードを理由に、具体的なロジックの開示を行っていない。

そこで、日医総研では、厚生省と同じ統計方法に基づき、具体的な一次判定ロジックの推定および問題点の検討を試みた。内容につき、ほぼ分析できたと判断したことから、その結果について以下に報告する。

2. ロジック分析を開始した動機

介護認定審査会では、一次判定結果とかがかりつけ医意見書、訪問調査の特記事項をもとに、二次判定が行われる。

平成10年度のモデル事業は、過去2年とは異なり、基本調査項目に修正が必要と判断された場合、介護認定審査会にて項目の修正入力を行い、新たに一次判定結果を得ることが可能な仕組みであった。その結果、現場レベルで、ある要介護者に対し、基本調査項目を一部入れ替えたところ、一回目の一次判定と矛盾するようなケースが多数指摘された。

そこで、日医総研において、地域医師会のご協力により、一次判定に疑義のある事例の収集を行った。その一部的事例を図1に示す。事例1は、一回目の一次判定結果は要介護4であったものが、「右上肢麻痺」と「その他の関節可動域制限」を「あり」と追加して、改めて一次判定を行ったところ、要介護3に下がったという事例、事例2は、「口腔清潔」「洗顔」「整髪」「つめ切り」が全て「自立」の状態であったものが、全て「一部介助」とすると自立になったという事例である。これらは、他の調査項目が同一の状態で行った結果である。

このように、説明がつかない疑義事例が多数指摘されたこと、情報開示のないままに、新たな修正を予定している状況を考え、「ブラックボックス」となっているコンピュータの一次判定ロジックの分析を試み、厚生省のロジックの抱える問題点を検討した。

3. 一次判定ロジックに関する基礎的事項

(1) 一次判定ロジック開発の変遷

一次判定ロジックは、各年度毎で様々な修正が行われている。その変遷を表1に示すが、一部解説を加える。

①. 調査対象者、対象施設

一次判定は、各高齢者の属性から計算された理論的ケア時間を、実際に提供されていたケア時間をもとに作成された統計モデルをもとに推計し、それを厚生省が認定基準として示した要介護基準時間と比較する形で行われている。

こうした統計モデルを構築するため、厚生省は、93年（平成5年）度には特養・在宅高齢者を対象に、94年（平成6年）度には特養15施設、老人保健施設17施設、介護力強化病院19施設の入院・入所者3,403名を対象に「厚生省老人保健健康増進等事業」補助事業を実施した。

ただし、96年（平成8年）度以降の統計モデル作成に使用されている基礎データには、93年（平成5年）度に測定された在宅高齢者のデータは採用されず、94年（平成6年）度に特養、老健、介護力強化病院の入院・入所者3,403例に対して測定されたデータしか採用されていない。

②. データの構成

データは、高齢者の特性に関する部分とケア時間に関する部分の2部で構成される。

1) 高齢者特性に関する調査項目

訪問調査項目については、平成9年度モデル事業においては、心身の状況に関する73項目（例えば「視力」「聴力」「褥瘡の有無」「ひどい物忘れの有無」など）であった。なお、平成10年度では、さらに「特別な医療に関する12項目（点滴の管理、在宅酸素療法、透析など）」が追加されているが、これら12項目に関する調査結果は、元々のデータには含まれていない。

2) ケア時間

平成6年度補助事業において、施設入院・入所者3,403名に対し、実際に提供されているケア時間が、ケア内容別に、2日間・24時間の1分間タイムスタディにより測定されている。ここで、行われたケア内容別ケア時間の測定の手順をまとめると、以下のようになる。

(ア) 施設で行われているケア内容を、特養をベースにコード化（312種類）

(イ) 対象者3,403名に対し、2日間にわたり、1分間毎に、実施されているケア内容をチェックする「1分間タイムスタディ」を実施し、上記の312のケアコード別にケア時間を収集（2日間の平均値を使用）。それと同時に、高齢者の属性に関する基本調査73項目の調査も実施。

(ウ) その測定結果を、高齢者毎に整理。

③. 推計方法

各年度とも、推計には樹形モデルが、要介護度判定基準にはケア時間が用いられている。

このうち平成9年度、98年（平成10年）度は、「問題行動なし」と「問題行動あり」の高齢者では、ケア提供時間が異なる（すなわち、問題行動のある方がケア時間は長くなる）と仮定し、施設入院・入所者3,403例中、「問題行動が全くなかった群」約20%（700例程度）のみを対象に、基本的な樹形モデルが構築されている。ここで、「問題行動なし群」とは、73の調査項目の中で、問題行動に関する質問21項目（たとえば、「ひどい物忘れ」「周りへの関心」など）が全て「問題ない」とチェックされた方のことである。

平成10年度は、312種類のケアコードを6つの分野、すなわち「直接生活介助」「間接生活介助」「機能訓練関連行為」「医療関連行為」「特別な医療関連行為」「問題行動関連介助」に分け、問題行動を除く5分野に該当するケアコード別ケア時間を合計することで、対象者別に、例えば

「直接生活介助に関するケア時間」を算出している（表2に分野別のケアコード例を、図2に実測データの構成イメージを示す）。

その上で、直接生活介助、間接生活介助、機能訓練関連行為、医療関連行為、問題行動関連介助、特別な医療の合計6分野別に樹形モデルを作成し、各々の分野別樹形モデルにて推計されるケア時間を合計し、要介護認定基準時間と比較して、一次判定を行っている。

4. 平成10年度一次判定ロジックとは

(1) 全体構成

98年（平成10年）度では、図3に示すように、合計6つの樹形モデルが作られている。基本となる樹形モデルは、直接生活介助、間接生活介助、機能訓練関連行為、医療関連行為の4つであるが、これらは施設入院・入所者で問題行動が全くなかった約700例をもとに作成されたものである。問題行動がなく、かつ、特別な医療が行われていない場合、この4つの樹形モデルで推計される時間の合計が、合計要介護時間となる。

対象者に、特別な医療が行われていた場合、同じく700例で作成された、特別な医療に関する樹形モデルから推計される時間が加算されることになる。

問題行動があった場合、問題行動があった約2,700例をもとに作成された、問題行動に関する樹形モデルから推計される時間がさらに加算され、その合計時間と一次判定基準時間とを比較した上で、例えば30分以上65分未満であれば要介護1と判定する訳である。

(2) 一次判定ロジックの推定手順

…厚生省は、一次判定で使用した6つの樹形モデルのうち、特別な医療に関する樹形モデルのみを開示した。そこで、厚生省と同じデータベースを入手し、同じ統計方法（S-P l u s の T r e e）を用いて、厚生省が作成した残り5つの樹形モデルの推定を行った。

推定に際しては、様々な設定条件（枝別れの終了条件など）を詰める必要がある。条件設定を詰める作業は、

- ①. 厚生省からのヒアリング内容
- ②. 厚生省から唯一提供を受けた「特別な医療」に関する樹形モデル（図4上）との照合

により行った。

図4下に示すのが、3,403例の生データをもとに、当方で推計した樹形モデルである。両者を照合したところ、分岐項目の4番目位までは、完全に一致しているのがわかる。また、図の右側の部分、すなわち、「嚥下ができない」「褥瘡あり」「浴槽出入り」「指示反応」の部分の3グループに対する推定ケア時間は、厚生省の樹形モデルでは、各々18分、27分、50分、当方の推計図では18.2分、27.4分、50.5分となっており、完全に一致している。

以上の点から、今回の推計モデルは、厚生省の樹形モデルとは若干異なるものの、非常に類似したものであり、問題点として指摘されている内容を説明するに十分足るものと考えた。以下、当方で推定した「直接生活介助」に関する樹形モデルに基づき、厚生省の一次判定方法について解説する。

(3) 樹形図の概要

①. 「直接生活介助」に関する樹形モデル

…図5に、厚生省が唯一提供した「特別な医療」に関する樹形図モデルを参考にして、最もよくあてはまる条件を決定し、それをもとに作成した「直接生活介助」に関する樹形モデルを示す。樹形モデルは、ある状態像の高齢者に対して必要なケア時間を、実測データをもとに推計するた

めのものであり、基本的に、

①. 対象者のグループ分け

②. 各グループに属する対象者に対する、必要なケア時間の割り当て

で構成されている。対象者がこの樹形モデルをたどっていくと、全ていずれかのグループに属することになる。また、分岐は、73の基本調査項目とその評価結果（たとえば“自立”、“一部介助”、“全介助”など）によって行われている。

例えば、第1分岐で用いられている「排便後の後始末」という項目が“自立”の群に属し、その次の「浴槽の出入り」も“自立”の群であれば、そこで分岐は終了する。これは、問題行動のなかった施設入所者約700例のうち、「排便後の後始末」「浴槽の出入り」がいずれも“自立”であった症例が少なかったためであるが、この場合、他のどの項目にチェックがあったとしても「直接生活介助」のケア時間は7.4分となる。

また、「排便後の後始末」が“自立”で、「浴槽の出入り」が“一部介助”、“全介助”、“行なっていない”の群であれば、さらに第3の分岐である「食事摂取」の項目に進み、もし「食事摂取」が“一部介助”、“全介助”であれば63.1分のケア時間が割り当てられることになる。この場合もここで分岐が終了しており、他のどの項目にチェックされていたとしても「直接生活介助」のケア時間は63.1分となる。

②. 対象者のグループ分けの基準と方法

ここでは、対象者のグループ分けの基準と方法について解説する。

まず、「排便後の後始末」が第1位になった理由は、評価項目の選択を“自立群”と“その他の群”に分けた場合に、2群のケア時間分布が、統計学的にみて、最も有意に区分けできたということであり、「居室の掃除」を“自立群”と“その他の群”に分けた場合、「排便後の後始末」に比べ、有意に区分けできなかったということの意味している。

要するに、直接生活介助に関する樹形モデルでは、問題行動のなかった施設入院・入所者約700例を、順に2つの群に分けていくが、その際に、2群のケア時間の分布を最も有意に分けられる項目および区分が何かを、73項目および区分全てに対してチェックし、統計的に最も有意なものを、その中から選択している訳である。

第2ステップでは、「排便後の後始末」が“自立の群（例えば300例）”と“その他の群（400例）”に対し、同様の事が繰り返される。すなわち、「排便後の後始末」が“自立群”に対しては、「浴槽の出入り」が“自立群”と“その他の群”で分けた場合、最も統計学的に有意に区分けできたということで、第2位の分岐条件として選択されているのである（図5右上参照）。

③. グループへのケア時間の割り当て方法

「排便後の後始末」「浴槽の出入り」が、いずれも“自立”であった場合を例に解説する。ここで、「施設入院・入所者で問題行動がなかった約700例」のうち、両条件がともに“自立”であった対象者が10名であったと仮定する。

この10名に対しては、図2に示すように、直接生活介助に関する実測ケア時間が算出されているが、その平均値が本グループへの割り当て時間となる。したがって、在宅高齢者に対しても、もし、訪問調査項目で、「排便後の後始末」「浴槽の出入り」がともに“自立”であれば、その方に必要なケア時間は7.4分と割り当てられるのである。

5. 一次判定ロジックの問題点

厚生省の一次判定ロジックの問題点を以下に指摘する。

(1) 基本樹形モデル構築は、あくまでも施設ケアをベースにしたものであり、在宅ケアとの整合性がとれていない可能性が高い。施設では問題とならない、あるいはケアに時間がかからないものの、在宅では時間のかかるケアも実際には多い。

統一した基準で要介護認定を行うという前提があるため、難しい面はあるが、施設のデータのみに基づいた場合、在宅と整合性のとれない部分が反映されないことになる。

また、施設ケアと在宅ケアの、ケア時間からみた整合性の検証もおこなわれていないため、在宅の高齢者に対する適応に妥当性があるか否かの問題がある。

(2) 基本樹形モデルは、施設入院・入所者3,043例のうち、「問題行動が全くなかった約700例(全体の約2割)」をもとに構築している。

問題行動が全くなかったとは、“ひどい物忘れ”“周りへの関心”“感情の不安定”“落ち着きがない”“収集癖”などの21項目がすべて問題がなかったことと定義されている。

これら21項目には、要介護高齢者の多くがいずれかに該当するような項目も含まれており、全てに問題のない高齢者は、かなり軽度の施設入所者と考えられる。

このようなかなり軽度の施設入所者のデータに基づいてモデルが構築されており、在宅の高齢者だけでなく、一般的な施設入所者に対しても、本モデルを適用できるのか否かといった問題がある。

(3) 基本樹形モデルを構築する際、非常に細かなグループ分けを行っている。したがって、最終的なグループは数例ないし十数例となり、これら少数の高齢者に提供されたケア時間をもとに計算した「平均ケア時間」を、一般的にそのグループに属する高齢者に対するケア時間として割り当てるには、客観的根拠が乏しすぎる。

このため、たとえば、図5の右下に見られるように

(ア) 皮膚疾患の「ある」群の平均ケア時間は84.6分、「ない」群は108.2分となっている。皮膚疾患のない方が20分以上長くなっている。

(イ) 座位保持(両足がついた状態)の「できる」「自分の支えでできる」「他人の支えで出来る」群の平均ケア時間は105.4分、「できない」群は85.3分となっている。

すなわち、座位保持のできない方が約20分も時間が短くなっている。

できる群には、施設ではそれだけケア時間が必要との解釈できないこともないが、在宅においては説明がつかない。

といった臨床的に説明のつかない現象が起こってしまう。

(4) 樹形モデルでは、高齢者の属性に関する73の調査項目とその区分に基づいて、グループ分けが行われる。その際、区分けが曖昧なために、割り当てられるケア時間が変わる可能性がある。たとえば、図5の第2分岐項目に挙がっている「浴槽の出入り」を考えてみる。「浴槽の出入り」は、“自立”、“一部介助”、“全介助”、“行っていない”の4つに区分されている。ここで、“行っていない”の定義をみると、“重度で行えない”から、“風呂嫌いや習慣等で行わない”までが含まれている。

仮に、「排便後の後始末」が“自立”の場合を考えてみる。もし、「浴槽の出入り」が“自立”であれば、直接生活介助に関するケア時間は7.4分となるが、一方、単なる風呂嫌いで、実際は“自立”であるのに、“行っていない”に区分けされた場合、さらに第3分岐に進むことになる。その結果、「食事摂取」が“一部介助”であれば、ケア時間は63.1分となり、同じ状態にもかかわらず、56分もの時間増、すなわち介護度が1ランクあがることになってしま

う。これは、統計解析上の問題ではなく、調査項目の欠陥である。

(5) モデルの作成が統計的手法に終始し、介護現場の専門的な意見が反映されていない。通常、臨床現場に、樹形モデルを応用する際、臨床的観点からの検証を行う必要がある。つまり、統計学的な妥当性を維持しつつ、さらに臨床的な理解や枠組みと一致するかどうか重要になるのである。

厚生省のモデル構築においては、この観点が全く欠落している。

(6) 98年(平成10年)度は、ケア項目を「直接生活介助」「間接生活介助」「機能訓練関連」「医療関連」「問題行動関連」の5項目に区分し、各々の樹形モデルから推定された時間を足し込んでいるが、この合計時間と高齢者の状態像を関係つけるのは非常に困難である。このような状況では、利用者に対して説明ができないことになる。これは、介護保険を円滑に運営する上での最も大きな問題と考える。

6. まとめ

以上の結果を踏まえた上で、今後の対策として、以下の3項目を提案する。

(1) 一次判定と二次判定の位置づけについて

前述したように、厚生省の一次判定ロジックには多くの問題点がある。問題点の中には、基礎データの信頼性に係わる根本的な問題も含んでおり、現在の基礎データに基づいたロジックの推定には限界がある。

現在、厚生省は一次判定方法の修正案を提示しているが、その方法による推定精度が検証されるまで、当面、状態像に基づく二次判定を重視した要介護認定の仕組みを構築する。

(2) ケア時間の収集作業について

現在、厚生省からは、モデル事業で収集された約17万人のデータをもとに、モデルの修正を行うといった案が提案されている。しかしながら、ケア時間は、タイムスタディを行わない限り、収集されない訳である。したがって今後、推定精度を高めるため、特に在宅の高齢者に対するタイムスタディを行い、施設ケアと在宅ケアで整合性のあるロジックの構築を図る必要がある。

(3) 推定モデルの作成について

どの統計モデル、すなわち樹形モデルや今回修正案として提示されている重回帰モデルと樹形モデルを併用するにしても、モデル構築を行う際に、介護現場の臨床的な評価が反映される体制にしなければならない。統計的手法を臨床現場に応用する場合、当然のことである。

謝 辞

稿を終わるに臨み、御指導、御助言を賜った、東京都福祉機器総合センター土肥徳秀所長に心より感謝致します。

【参考資料】

- 1996 年度高齢者介護サービス体制整備支援事業報告書
- 1997 年度高齢者介護サービス体制整備支援事業報告書
- 1998 年度高齢者介護サービス体制整備支援事業報告書
- 1993 年度厚生省老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究事業」報告書
- 1993 年度厚生省老人保健健康増進等事業
「在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究事業」報告書
- 1994 年度厚生省老人保健健康増進等事業
「保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業」報告書

【図表のタイトル】

- 図 1. 問題と思われる一次判定結果の事例
- 図 2. 実測データの構成イメージ
- 図 3. 平成 10 年度一次判定ロジックの概要
- 図 4. 「特別な医療」に関する樹形モデル比較
- 図 5. 「直接生活介助」に関する樹形モデル
- 図 5. 対象者の分岐基準とその方法
- 表 1. 一次判定ロジックの変遷
- 表 2. 分野別の主なケアコード例

図1. 問題と思われる一次判定結果の事例

(事例1) ■ より重度と考えられる事例の方が、低い判定結果となる

麻痺の有無			
左上肢	: あり	要 介 護 4	→
右上肢	: なし		
左下肢	: あり		
関節可動域制限			
その他	: なし		
麻痺の有無			
左上肢	: あり	要 介 護 3	
右上肢	: あり		
左下肢	: あり		
関節可動域制限			
その他	: あり		

(事例2) ■ よりケアに時間がかかると考えられる事例の方が、低い判定結果となる

口腔清潔	: 自立	要 介 護 1	→
洗髪	: 自立		
整髪	: 自立		
つめ切り	: 自立		
口腔清潔	: 一部介助	自 立	
洗髪	: 一部介助		
整髪	: 一部介助		
つめ切り	: 一部介助		

※左側は1回目の一次判定、右側は同じ要介護者に対し、一部入れ替えて再度一次判定を行ったもの
ここに揚げられた項目以外は同一となっている。

表1. 一次判定ロジックの変遷

	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
(1)調査項目	71項目	73項目	85項目 (特別な医療12項目を含む)	85項目 (特別な医療12項目を含む)
(2)推計に使用したデータ	1分間タイムスタディデータ (施設入院・入所者：3,403例)	1分間タイムスタディデータ (施設入院・入所者：3,403例)	1分間タイムスタディデータ (施設入院・入所者：3,403例)	1分間タイムスタディデータ (施設入院・入所者：3,403例)
(3)推定方法				
①統計モデル	樹形モデル	樹形モデル	樹形モデル	樹形モデル
②ケアコード数	328項目	326項目	312項目	312項目
③モデルの数	328種類(ケアコード別)	以下の3種類	以下の6種類	以下の9種類
		1)ADL関連(問題行動なし)	1)ADL関連(問題行動なし)	1)直接生活介助5種類
		2)IADL関連(問題行動なし)	2)IADL関連(問題行動なし)	①整容 ②排泄 ③食事摂取
		3)問題行動関連	3)問題行動関連介助	④入浴 ⑤移動
			4)機能訓練関連行為	2)間接生活介助
			5)医療関連行為	3)問題行動関連介助
			6)特別な医療(問題行動なし)	4)機能訓練関連行為
				5)医療関連行為
④認定の尺度	合計要介護時間	合計要介護時間	合計要介護時間	合計要介護時間
⑤統計ソフト	SPSSのCHAID	SPSSのCHAID	S-PlusのTree	S-PlusのTree

表 2. 分野別の主なケアコード例

1. 直接生活介助(116コード)			
001	洗面所までの誘導	002	洗面動作の指示
004	洗面全介助	005	口腔清潔：歯みがき
007	入れ歯の手入れ	008	口唇の乾燥を防ぐ
099	体位変換全介助		
2. 関節生活介助(36コード)			
131	(夜間) 巡視、容態観察	147	寝具整頓、ベッドメイキング
154	ベッド柵つけはずし	155	換気・温度・窓の調整
168	洗濯物を干す：屋内外	169	洗濯物をたたむ・整理
404	行事の後かたづけ		
3. 機能訓練関連行為(67コード)			
118	起坐練習の援助	121	装具の装着介助・監視
302	筋力の評価・検査	304	関節可動域訓練
307	上肢・手指機能の訓練	312	動作・歩行の評価等
320	座位訓練：部分介助		
4. 医療関連行為(46コード)			
053	膀胱手圧排尿・叩打法	054	導尿、留置カテーテル交換
095	点滴中のケア、調整等	132	バイタルサイン・チェック
203	坐薬挿入：緩下・解熱剤	208	創処置：実施・前後
233	汚物・注射針等処理		
5. 特別な医療関連コード(16コード)			
054	導尿、留置カテーテル交換	056	膀胱留置カテ・尿量観察
093	点滴準備：含IVH・輸血	212	透析(HD CAPD)のケア
217	気管切開口ケア・交換		

図 2. 実測データの構成イメージ

ID	1分間タイムスタディデータ											73の調査項目				
	ケアコード番号				直接生活	間接生活	機能訓練	医療関連	特別な	問題行動	実測	73の調査項目				
	1	2	...	312	介助 ケア時間	介助 ケア時間	関連 ケア時間	行為 ケア時間	医療関連 ケア時間	関連 ケア時間	合計 ケア時間	視力	褥瘡	...	ひどい	異食
1	5.0分	3.5分	...	0.5分	65.9分	8.9分	15.0分	5.0分	1.0分	-	105.8分	普通	なし	...	ない	ない
2	4.2分	2.5分	...	...	51.0分	2.5分	3.5分	12.0分	0.9分	-	89.9分	普通	あり	...	時々ある	ない
:	:
:	:
:	:
:	:
3403	0.9分	1.5分	...	0.2分	2.0分	1.0分	1.2分	3.0分	0.9分	-	13.1分	普通	あり	...	ある	ある
平均	6.7分	4.7分	...	7.5分	40.6分	20.1分	10.1分	12.0分	3.0分	-	88.8分	-	-	-	-	-

注 1. 直接生活介助ケア時間とは、表 2 に示した 116 コードの合計時間のこと。
「間接生活介助ケア時間」「機能訓練関連行為ケア時間」「医療関連行為ケア時間」「特別な医療ケア時間」も同様に、該当するケアコードの合計時間のこと
問題行動関連ケア時間は、該当ケアコードの合計時間ではなく、問題行動群に対する実測時間と、問題行動なし群を基に作成された「直接生活介助」「間接生活介助」「機能訓練」「医療関連」の 4 樹形モデルから推定される時間の合計を差し引いたもの。
ただし、差し引いた時間がマイナスの場合、ゼロにリセットしている。

図3. 平成10年度一次判定ロジックの概要

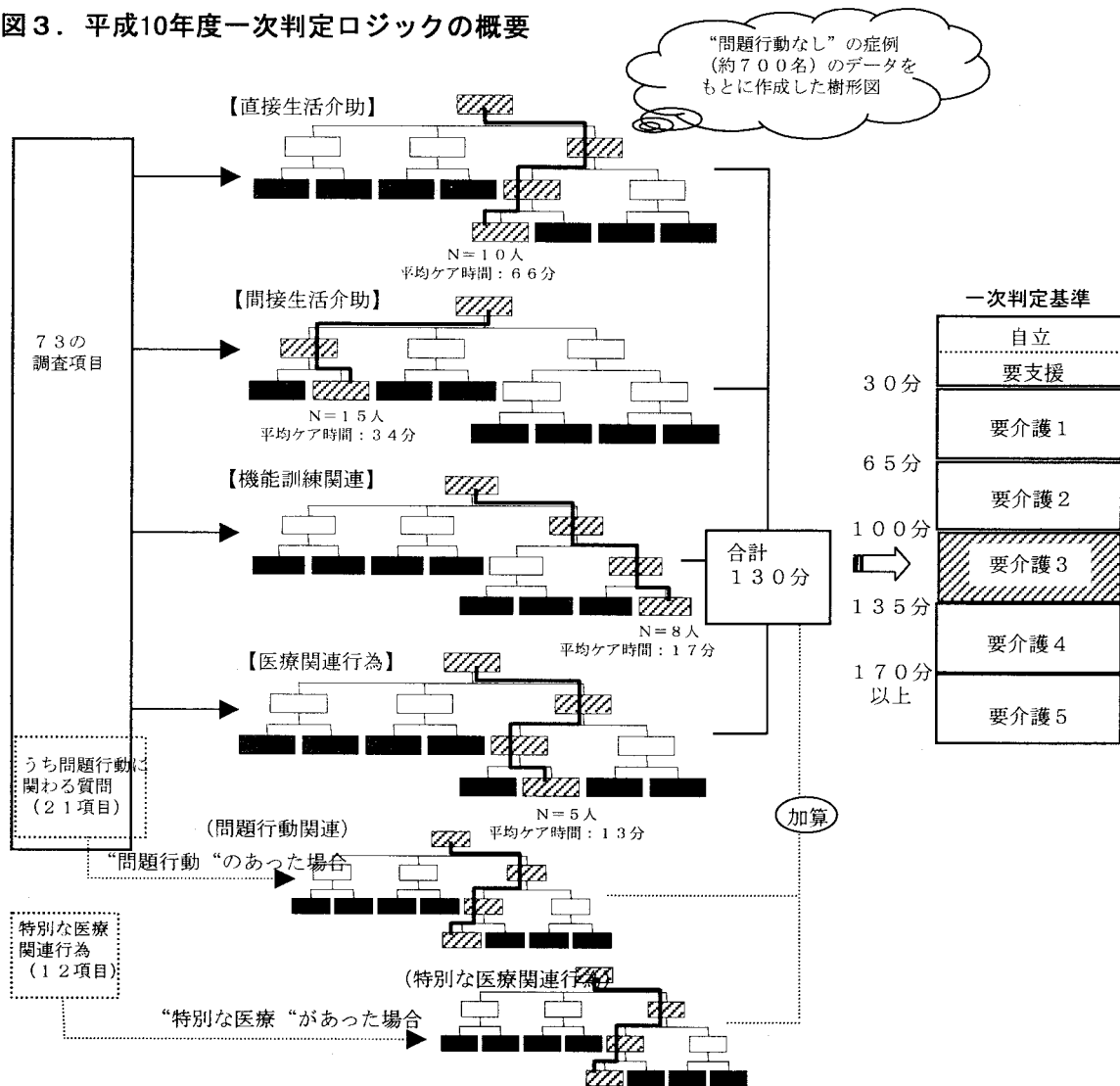
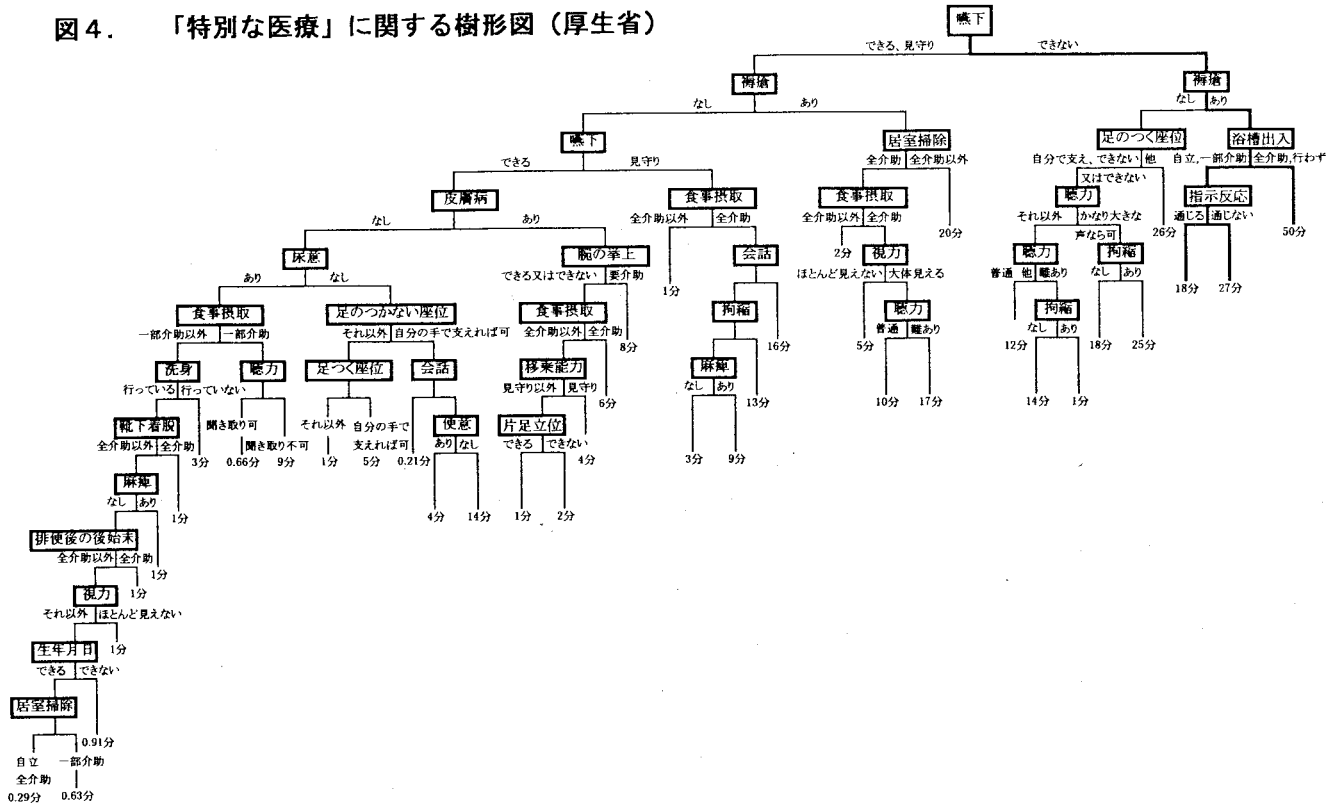


図4. 「特別な医療」に関する樹形図（厚生省）



「特別な医療」に関する樹形図（日医総研の推定モデル）

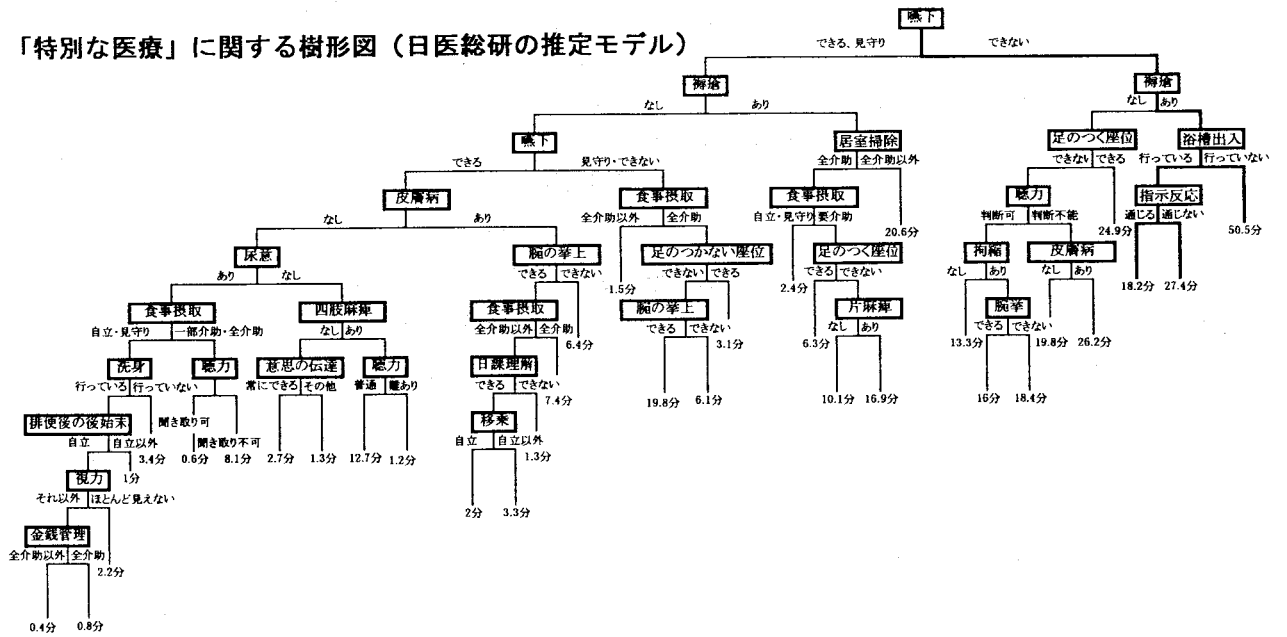
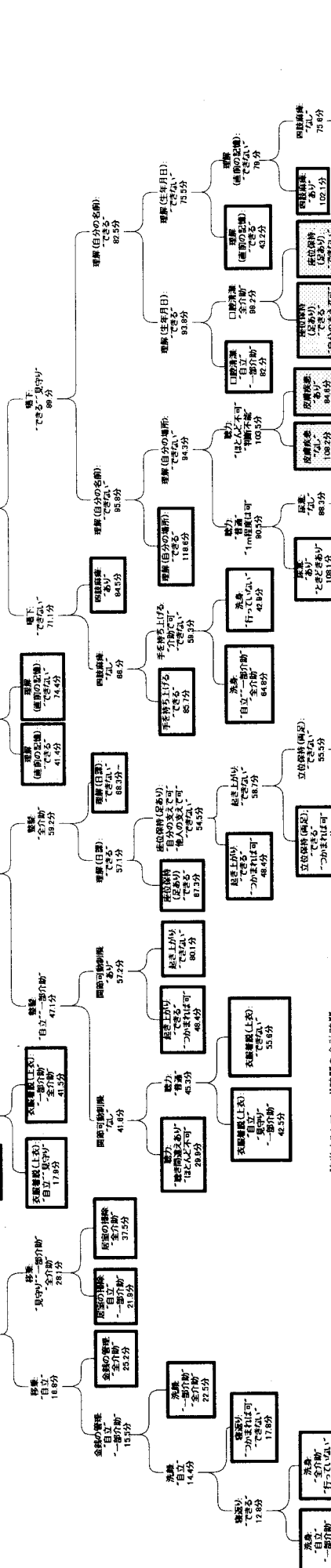
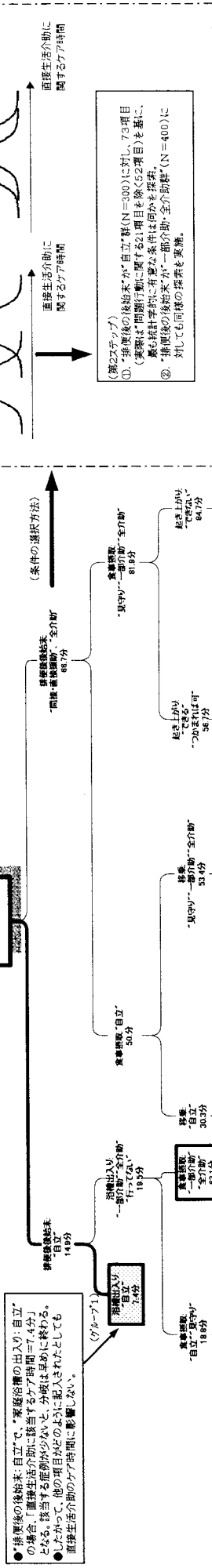


図5. 「直接生活介助」に関する樹形図
(日医総研推計モデル)

(樹形モデルを作成する際の課題)
 ① 分岐の条件をどのように選ぶか?
 ② 分岐の条件が、臨床的な観点から妥当と言えるのか?
 ③ 分岐をどこで終了させるか? → データの「N値」が小さくなる
 (終了条件: N数が規定値以下(例えばN≤5)の分岐の意味がなくなる)

●対象症例(問診行動なし)の約700例: 全て補綴入所者
 ●直接生活介助に該当するケアコード等の時間の和を算出
 ("洗面所までの歩行: 1分" "洗面介助: 5分" 116コード分)
 ●40.6分とは、直接生活介助に属するケア時間の平均値



高齢者ID	該当するケアコード時間の合計時間						
	排便後 後始末	浴槽の 出入り	直接生活 介助時間	間接生活 介助時間	機能訓練 関連行為 ケア時間	医療関連 ケア時間	合計時間
005	自立	自立	10.5分	1.5分	2.5分	22.3分	48.8分
010	自立	自立	5.2分	12.0分	2.3分	5.2分	34.7分
101	自立	自立	7.5分	3.5分	3.2分	15.0分	39.2分
105	自立	一部 介助	9.3分	1.2分	12.0分	12.0分	44.5分
110	自立	一部 介助	15.0分	18.2分	21.3分	12.3分	76.8分
700	全介助	行っていない	25.0分	16.3分	26.1分	16.9分	84.3分

注: 「問診行動」の時間は、直接、間接、機能訓練、医療の東部時間と各々の樹形モデルからの樹計時間の和をもとに作成した。問診行動に関する樹形モデルの推定時間、東部時間と推定時間がマイナスの場合、その人の差はゼロにロケット(推定値差なし)している。

●これまでの条件も満たした補綴の症例: N=10 (約700例中)
 ●直接生活介助に該当するケアコード等の時間を算出
 ("洗面所までの歩行: 1分" "洗面介助: 5分" 116コード分)
 ●117.6分とは、直接生活介助に属するケア時間の平均値

米国医療業界における最近の話題

江口 成美

キーワード

- ◆ Y 2 K（西暦 2000 年）問題
- ◆ ロビー活動

ポイント

- ◆ Y 2 K（西暦 2000 年）問題における官の対応では、高齢者向けの医療保険（メディケア）を管轄する医療財政庁（HCFA）の遅れが目立つ。民間医療機関においても情報システムへの対応が準備段階の施設が多い。
- ◆ 米国医師会のロビー活動費は、米国の全産業ランキング中 1 位で 21 億円にのぼる。
- ◆ 医療関係団体のロビー活動は、メディケアの診療報酬に焦点をおいたものが多い。

1. はじめに

米国医療業界のトピックスとして、今回はコンピュータ西暦 2000 年問題（以下「Y 2 K」という）への対応及びロビー活動の状況をレポートする。

○Y 2 K問題は、世界的に進展するコンピュータ社会の盲点をつくかたちで一挙に表面化した。2000 年 1 月 1 日を前に、あらゆる産業がどのような事態が発生するかの予測も十分でないままに、被害を最小限に食い止めるべく対応に追われているのが現状である。とりわけ、国民の生命をあずかる医療機関においては、医療機器などの誤作動が起きた場合の対応などが懸案となっており、米国医療業界、とくに関係省庁と医療機関の対応を調べた。

○近年、日本においても、さまざまな業界によるロビー活動の展開がその是非を含めて論じられている。しかし、このようなロビー活動が政府に対して一定の影響力を持っていることは否定できず、医療業界についても例外ではないと思われる。米国医療業界のロビー活動を「費用」の面から追ってみた。

2. Y 2 K問題について

(1)医療財政庁 (HCFA) の対応状況

西暦 2000 年が目前に迫っている現在、Y2K 問題は米国の官民の医療関連機関にとって逼迫した課題となっている。官については、高齢者向け医療保険(メディケア)を管轄する医療財政庁(HCFA)で対応の遅れが目立っている。メディケアは受給者が約 3,900 万人で、西暦 2000 年には請求処理が 10 億件、支払い総額が 2,900 億ドルにのぼると見られている。

米国厚生省が行った調査では、昨年 11 月時点で、HCFA の内部システムのうち Y2K の対象となるものは 25 システムで、うち完了済みが 7 システムであった。また、HCFA と接続される外部の請求処理システムで対象となるのは 82 システムで、うち対応済みは 0 であった。遅れの原因としては、Y2K の開始時期の遅れや管理機能の不足などが挙げられるが、いずれにしても、今年中に全てを終了させることは不可能という予想が一般的である。

(2)民間医療機関の対応状況

一方、民間医療機関においても対応の遅れがみられる。1998 年 10 月から 12 月の間に、301 の医療機関を対象に行った調査によると、Y2K 問題は情報システムの最優先課題であるが、対応が完了していると回答した医療機関は全体のわずか 4%で、試行段階も 19%であった(図 1)。また、変更部分の検証を行っているのが 11%でしかない。従って、回答医療機関の 3 分の 2 はまだ準備段階ということになる。

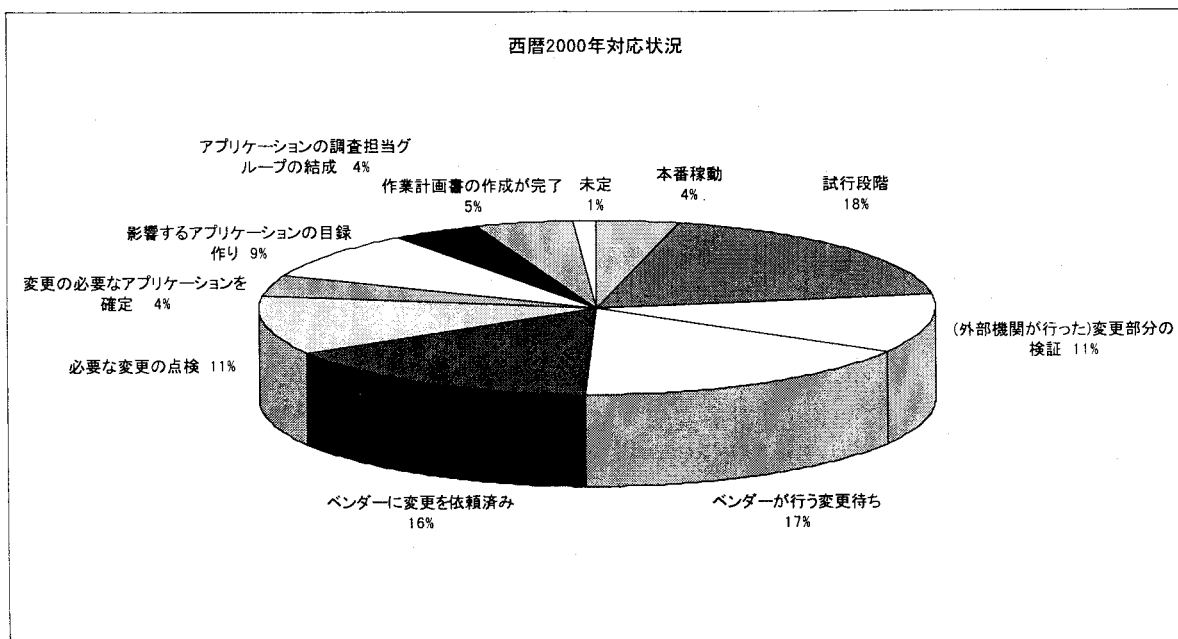


図1 医療機関の西暦2000年問題対応状況 出所: PricewaterhouseCoopers, Zinn Enterprises

さらに、バックアップシステムなどの危機管理計画は60%が策定未了であった。このようなデータが示すように、Y2Kの対応には今後かなりの作業と投資が必要とみられるが、99年のY2Kへの投資額は全予算の5%以下という回答が66%であった。

このような対応の遅れの背景には、米国の医療機関において情報システム化が近年急速に進められてきたことや、数多くのベンダー・ソフトが積極的に導入されたことがあるとみられる。言うまでもなく、対応が完了しなかった場合の懸念は大きい。特に、医療計測機器の影響やオーダリング関連ソフトの影響に医療管理者は強い懸念を示している(図2)。

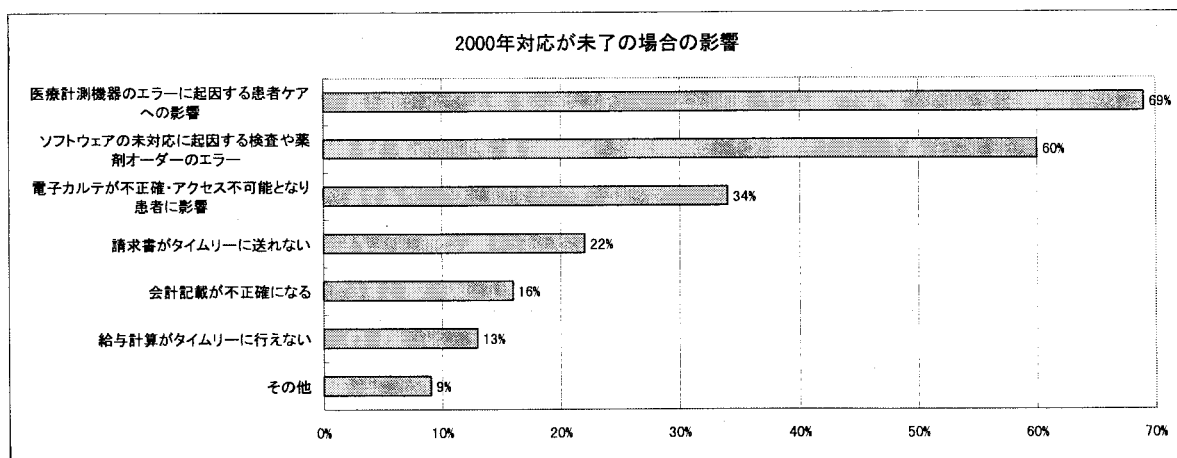


図2 西暦2000年対応が未了の場合に予想される影響(2つまでの複数回答) 出所: 同上

3. 医療関連団体におけるロビー活動内容とその費用

米国ではロビー活動、いわゆる議案通過陳情活動が政策に関与するためのひとつの重要な手段となっている。ワシントン DC の監視団体の調査によると、97 年にロビー活動費が 5 千万ドルを超えた医療関連利益団体(製薬会社は除く)は 23 機関であった。ロビー活動費のランキングでトップの座を占めるのは米国医師会(AMA)で、その額は 1710 万ドル(約 21 億円)にのぼる。米国医師会のロビー活動費は米国の全産業のランキングにおいても 1 位の座を占める。医療関連団体で医師会に続くのは、保険連合のブルークロス・ブルーシールド協会、病院協会、医療機器メーカー協会(HIMA)、救急医学会、そしてヘルスプラン協会である(表 1)。

また、大手 HMO のパシフィケアやカイザーも 100 万ドル以上をロビー活動に支出している。いずれにしても、医療関連団体の中の医師会のロビー活動費は群を抜いており、その是非はともかく、議員を介した立法への影響力の強さを示している。ちなみに、医師会はロビイングのみならず、各種政治活動委員会や政党への献金も約 300 万ドル行っている。

団体名	ロビー活動費(単位:万ドル)
米国医師会	1712
ブルークロス・ブルーシールド協会	876
米国病院協会	720
医療機器メーカー協会	339
米国救急医学会	200
米国ヘルスプラン協会	180
米国内科学会	170
パシフィケア	120
カイザー	110
米国家庭医学会	95
米国ヘルスシステム協会	88
ユナイテッド・ヘルスケア	84

表 1 医療関連団体のロビー活動費 出所: モダンヘルスケア誌 12/14/98

医療関連団体のロビー活動の内容をみると、1999 年は特に高齢者向け公的保険のメディケアの診療報酬を焦点においたものが多い。例えば、医師会は、個々の医師の翌年度の支払いに影響する「費用増率目標値」の増加をひとつの大きな目標としている。

一方、ヘルスプラン協会はマネジドケア機関の活動に対する規制法令化の阻止と、メディケア会員への支払いに対するリスク調整の遅延を焦点に、ロビー活動を行っている。

4. まとめ

日本と比較して、Y 2 K 問題への対応が進んでいると言われている米国でも、こと医療業界においては、監督官庁を含めて対応の遅れが目立つ。医療業界においては、情報シス

テム化が急速に発展したための影響等がその背景にある。これは、日本とも共通の状況といえる。

ロビー活動費用については、米国医師会の年間 1,712 万ドルという 2 位以下を圧倒的に引き離れた金額が際立っている。とくに、この費用とは別に年間 300 万ドルの政党等への献金を行っていることを考え合わせると、ロビー活動の重要性に対する米国医師会の認識の強さがうかがえる。日本と米国の違いとして、ロビー活動の成果としての議員立法化の可能性の違いが、米国の費用額の大きさに関連していると思われる。

【引用文献】

- ProcewaterhouseCoopers,Zinn Enterprise
- モダンヘルスケア誌（1998 年 12 月 14 日号）

**1996年(平成8年)度分
老人医療・福祉費から介護保険への移行額推計**

川越雅弘

キーワード

- ◆介護保険財源
- ◆老人医療費
- ◆老人福祉費

ポイント

- ◆1996年(平成8年)度における、老人医療費・老人福祉費から介護保険財源への移行相当額は、合計2兆3,283億円と推計された。
- ◆96年度推計額は、厚生省の95年度推計額(2.1兆円)より約2,300億円増加している。
- ◆96年度における老人医療費からの介護保険への移行推計額は1兆2,784億円。96年度の老人医療費は9.7兆円(厚生省資料)であるから、老人医療費の約13.2%が介護保険に移行する。
- ◆推計額を老人医療費と老人福祉費で分けると、両者はほぼ1対1である。
- ◆推計額を居宅サービスに関する費用と施設サービスに関する費用で分けると、居宅が5,656億円(24%)、施設が1兆7,627億円(76%)である。

1. はじめに

2000年4月からの介護保険制度実施に伴い、現行の老人医療費、老人福祉費（公費）から介護保険財源に相当の金額が移行することになる。厚生省はこの額について、1995年（平成7年）度時点で約2.1兆円（第2号被保険者の特定疾病を含めると2.2兆円）になると示しているが、その内訳などは明示されていない。

本稿は、最新の1996年（平成8年）度のデータに基づいてこの額を推計し、かつ内訳を明らかにしたものである。推計の方法は、（A）老人医療費から介護保険財源への移行額、（B）老人福祉費から介護保険財源への移行額をそれぞれ算出したうえで、両者を合計した。

なお、介護保険の第2号被保険者（40～64歳）の特定疾病にかかる費用や介護保険導入に伴う新規項目である医師・歯科医師の居宅療養管理指導料については算出していない。

2. 移行額の推計

(1) 老人医療費からの移行額

老人医療費から介護保険財源への移行額については、居宅サービスと施設サービスに分けて算出した。

① 居宅サービス

老人医療費のうち、介護保険の居宅サービスに該当するものは、居宅療養管理指導、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（デイケア）、短期入所療養介護（ショートステイ）の5項目である。

居宅療養管理指導とは、要支援・要介護者に対し、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士により行われる療養上の管理および指導と定義されている。現行の寝たきり老人に対する訪問薬剤管理指導料、訪問栄養食事指導料、訪問歯科衛生指導料などがこれに該当する。ここで、医師、歯科医師に対する居宅療養管理指導とは、

- イ 居宅介護支援事業者等に対する、ケアプラン策定等に必要な情報の提供
- ロ 介護サービスを利用する上での留意事項、介護方法等についての利用者や家族に対する指導・助言

であり、介護保険導入により新たに生じる業務を評価する新規項目である。そこで、薬剤、栄養、歯科のそれぞれの費用を算出した（表1）。

歯科（訪問歯科衛生指導料）は16億円。薬剤（寝たきり老人訪問薬剤管理指導料）は、医療機関の薬剤管理指導料が6億円、保険薬局の薬剤管理指導料が4億円で計10億円。栄養（寝たきり老人訪問栄養食事指導料）は1億円。歯科、薬剤、栄養を合わせて27億円である。

訪問看護については、医療機関の訪問看護料、訪問看護ステーションの訪問看護療養費を算出した（表2）。医療機関の訪問看護料は184億円、訪問看護ステーションの訪問看護療養費が347億円。両者を合わせて531億円である。

訪問リハビリテーションについては、医療機関の訪問リハビリテーション料を算出した（表3）。医療機関の老人訪問リハビリテーション料は17億円である。

通所リハビリテーション（デイケア）については、医療機関の老人デイケア料、老人保健施設の老人デイケア料を算出した（表4）。医療機関の老人デイケア料は355億円。老

表1. 居宅療養管理指導

- (1) 医科（新規項目のため算出していない）
 (2) 歯科

項目名	H8	出典
① 訪問歯科衛生指導料 保険点数	500	(9)
② その他在宅医療算定回数	26,036	(9)

(衛生指導料) = 5,000円 × 26,036回/月 × 12ヶ月 = 16億円

- (3) 薬剤（寝たきり老人訪問薬剤管理指導料）

項目名	H8	出典
(医療機関)		
① 一般診療医療費	229,790	(1)
② 医科診療総点数	121,118,738,684	(2)
③ 訪問薬剤管理指導料点数	3,150,345	(2)
(保険薬局)		
① 訪問薬剤管理指導料保険点数	550	(9)
② 訪問薬剤管理指導算定回数	6,000	(9)

(医療機関の薬剤管理指導料) = 6億円

(保険薬局の薬剤管理指導料) = 5,000 × 6,000回/月 × 12ヶ月 = 4億円

小計 10億円

- (4) 栄養（寝たきり老人訪問栄養食事指導料）

項目名	H8	出典
① 一般診療医療費	229,790	(1)
② 医科診療総点数	121,118,738,684	(2)
③ 訪問栄養食事指導料点数	652,695	(2)

(栄養食事管理指導料) = 5,300円 × 1,232回/月 × 12ヶ月 = 1億円

● 居宅療養管理指導 計 27億円

表2. 訪問看護

- (1) 医療機関の訪問看護料

項目名	H8	出典
① 一般診療医療費	229,790億円	(1)
② H8.6. 点数総計	121,118,738,684	(2)
③ 老人訪問看護料 点数計	97,236,084	(2)

(老人訪問看護料)

= 22兆9,790億円 × (97,236,084 / 121,118,738,684) = 184億円

- (2) 訪問看護ステーションの訪問看護料

項目名	H8	出典
① 事業所数	1,374事業所	(4)
② H8.6. 月間利用者数	54,312人	(4)
③ 訪問看護療養費	347億円	(4)

(訪問看護ステーションの訪問看護料) = 347億円

● 訪問看護 計 531億円

人保健施設の老人デイケア料は548億円。両者を合わせて903億円である。

短期入所療養介護（ショートステイ）については、医療機関（診療所）の短期入所料、老人保健施設の短期入所料を算出した（表5）。医療機関の短期入所料は5億円。老人保健施設の短期入所料は、1日当たり短期入所料（平均基本施設療養費（月額）／30日＋短期入所ケア加算額）に1人当たり平均短期入所日数、短期入所利用者数を掛けることで算出され128億円となる。両者を合わせて133億円である。

上記5項目を合計すると、1,612億円となる。（四捨五入により、各サービスの単純合計とは値が異なっている。）

② 施設サービス

老人医療費のうち、介護保険施設に該当するものは、療養型病床群、介護力強化病院、老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設の4施設である。

療養型病床群については、療養型病床群を有する病院の老人入院医療費のうち、療養型病床群のみにかかる費用を算出した（表6）。その額は、療養型病床群を有する病院の老人入院医療費3,126億円（老人入院医療費2,889億円、入院時食事療養費237億円）に、療養型病床群比率51.5%を掛けて算出したもので、1,610億円である。

介護力強化病院については、介護力強化病棟における入院医療費のうち、老人入院医療費の占める割合に基づいて、その費用を算出した（表7）。その額は、1件当たりの月額点数39万4,615円（食事療養費込）に、入院医療管理料を届け出ている病床数14万7,101床、入院医療費に対する老人入院医療費の割合83.4%を乗じた数値であるから、5,809億円である。

老人性痴呆疾患療養病棟については、老人入院医療費のうち老人性痴呆疾患療養病棟のみにかかる費用を算出した（表8）。老人性痴呆疾患療養病棟入院料が98億円、入院時食事療養費が22億円で、計120億円である。

老人保健施設については、年間の老人保健施設療養費を算出した（表9）。老人保健施設調査結果によると、96年（平成8年）9月請求実績で、月額313億4,296万円、年間で3,761億円である。この額には、短期入所ケア費用が含まれており、その額を差し引くと3,633億円となる。

上記4施設分を合計すると、1兆1,172億円となる。したがって、居宅、施設サービス両者を合計すると、1兆2,784億円となる（この値をAとする）。これが、1996年（平成8年）度の老人医療費から介護保険財源に移行する額の推計値である。

(2) 老人福祉費からの移行額

老人福祉費（公費）から介護保険財源への移行額についても、居宅サービスと施設サービスに分けて算出した（表10下段）。

① 居宅サービス

老人福祉費のうち、介護保険の居宅サービスに該当するものは、訪問介護（ホームヘルプサービス）、訪問入浴介護、デイサービス、痴呆対応型共同生活介護、短期入所生活介護（ショートステイ）、特定施設入所者生活介護、日常生活用具貸与の7項目である。

厚生省資料によると、老人福祉費用は、予算ベースで訪問介護が1,452億円、デイサービスは合わせて1,931億円（訪問入浴介護、デイサービス、痴呆対応型共同生活介護含む）、短期入所生活介護が312億円、特定施設入所者生活介護が281億円（有料老人ホーム除く）、日常生活用具貸与が68億円。これらを合計すると、4,044億円となる。

② 施設サービス

老人福祉費のうち、介護保険施設に該当するものは、特別養護老人ホームのみである。その額は、予算ベースで6,455億円である。

居宅、施設サービス両者を合わせると、1兆499億円となる（この値をBとする）。

これが、96年（平成8年）度の老人福祉費（公費）から介護保険財源に移行する額の推計値である。

3. まとめ

AとBの合計、すなわち老人医療費から介護保険財源に移行する額1兆2,784億円と、老人福祉費（公費）から介護保険財源に移行する額1兆499億円との合計額2兆3,283億円が、1996年（平成8年）度における、老人医療費・老人福祉費から介護保険財源に移行する額の推計値である（表10）。

今回の分析により、次のことがわかった。

- (1) 1996年（平成8年）度推計額は、厚生省の95年（平成7年）度数値（2.1兆円）より約2,300億円増加している。
- (2) 老人医療費からの介護保険への移行推計額は1兆2,784億円。1996年（平成8年）度の老人医療費は9.7兆円（厚生省資料）であるから、老人医療費の約13.2%が介護保険に移行する。
- (3) 推計額を老人医療費と老人福祉費で分けると、両者はほぼ1対1である（表11）。
- (4) 推計額を居宅サービスに関する費用と施設サービスに関する費用で分けると、居宅が5,656億円（24%）、施設が1兆7,627億円（76%）である（表11）。

今後、平成9年度以降の実績についての継続調査を行うと同時に、介護保険導入以降の財源についても検証を行う所存である。

【参考資料】

- (1) 国民医療費（平成8年度）
- (2) 社会医療診療行為別調査報告（平成8年度）
- (3) 訪問看護統計調査報告（平成8年度）
- (4) 老人保健施設調査報告（平成8年度）
- (5) 社会福祉施設等調査報告（平成8年度）
- (6) 社会福祉行政業務報告（平成8年度）
- (7) 厚生省調査（平成8年7月）
- (8) 医科点数表の解釈（平成8年4月版）
- (9) 医療保険福祉審議会 老人保健福祉審議会資料（平成10年5月25日）

表3. 訪問リハビリテーション

(1) 医療機関の訪問リハビリテーション料

項目名	H8	出典
① H8 一般診療医療料	22兆9,790億円	(1)
② H8. 6. 点数総計	121,118,738,684	(2)
③ 老人訪問リハ料 点数計	9,122,360	(2)

(老人訪問リハ料) = 22兆9,790億円 × (9,122,360/121,118,738,684) = 17億円

● 訪問リハビリテーション 計 17億円

表4. 通所リハビリテーション (デイケア)

(1) 医療機関の老人デイケア料

項目名	H8	出典
① H8 一般診療医療料	22兆9,790億円	(1)
② H8. 6. 点数総計	121,118,738,684	(2)
③ 老人デイケア料 点数計	187,317,935	(2)

(老人デイケア料) = 22兆9,790億円 × (187,317,935/121,118,738,684) = 355億円

(2) 老人保健施設の老人デイケア料

項目名	H8	出典
① H8. 9. デイケア関連請求額	456,624万円	(2)

(老人デイケア料) = 45億6,624万円 × 12ヶ月 = 548億円

● 通所リハビリテーション (デイケア) 計 903億円

表5. 短期入所療養介護 (ショートステイ)

(1) 医療機関 (診療所) の短期入所料

項目名	H8	出典
① H8 一般診療医療料	22兆9,790億円	(1)
② H8. 6. 点数総計	121,118,738,684	(2)
③ 老人短期入所料 点数計	2,578,788	(2)

(老人短期入所料) = 22兆9,790億円 × (2,578,788/121,118,738,684) = 5億円

(2) 老人保健施設の短期入所ケア料

項目名	H8	出典
① 平均基本施設療養費 (円/月)	272,165	(5)
② 短期入所ケア加算請求者数 (人/月)	10,930	(5)
③ 短期入所ケア加算 (円/日)	1,300	(5)
④ 1人当たり平均短期入所日数 (日)	9.4	(5)
⑤ 短期入所ケア費 (億円/年)	128	(5)

(老人短期入所料) = (272,165円/30 + 1,300円) × 9.4日 × 10,930人 = 128億円

(注1) ショートステイ費は、1日当たり費用 (平均基本施設療養費/30 + 平均短期入所加算) に、平均短期入所日数と短期入所ケア加算請求者数を掛けて算出した。

● 短期入所療養介護 (ショートステイ) 計 133億円

表6.療養型病床群

項目	H8	出典
① 病院数	865病院	(7)
② 全病床数	132,966床	(7)
③ 療養型病床群の病床数	68,534床	(7)
④ 療養型病床群の病床数比率	51.5%	③÷②×100
⑤ H8 一般診療医療費	22兆9,790億円	(1)
⑥ H8.6.点数総計	121,188,738,684	(2)
⑦ H8.6.老人入院医療費点数計	1,289,169,893	(2)
⑧ 老人入院医療費(全病床)	2,889億円	⑤×(⑦÷⑥)
⑨ H8.6.入院時食事療養費点数計	197,163万円	(2)
⑩ 入院時食事療養費(全病床)	237億円	⑨×12ヶ月
⑪ 入院時食事療養費(療養型のみ)	1,610億円	(⑧+⑩)×④

(注)療養型病床群を持つ病院は一般病床と療養型病床群を有しているが、その1床当たりの売り上げは同じと考え、療養型病床群のみの老人入院医療費を推計した。

● 療養型病床群 計 1,610億円

表7.介護力強化病院

項目	H8	出典
① 病院数	1,284病院	(7)
② 全病床数	147,101床	(7)
③ 1件当たり点数(食事含む)	394615.0点	(2)
④ 一般入院医療費 点数	923,567,665	(2)
⑤ 老人入院料 点数	4,638,404,698	(2)
⑥ 老人入院料の割合	83.4%	⑤÷(④+⑤)×100

(介護力強化病院の入院医療費)

$$=394,615/月 \times 147,101床 \times 12ヶ月 \times 0.834 = 5,809億円$$

● 介護力強化病院 計 5,809億円

表8.老人性痴呆疾患療養病棟

項目	H8	出典
① 病院数	54病院	(7)
② 全病床数	3,188床	(7)
③ 老人性痴呆疾患療養病棟入院料	98億円	(2)
④ 入院時食事療養費	22億円	(2)
⑤ 老人入院費(痴呆病棟のみ)	120億円	③+④

(注)入院時食事療養費は下式による。

$$入院時食事療養費 = 3,188床 \times 1,920円/日 \times 30日 \times 12ヶ月 = 22億円$$

● 老人性痴呆疾患療養病棟 計 120億円

表9.老人保健施設

項目	H8	出典
① 入所者費用総額(億円/月)	313億4,296万円	(5)
② 入所者費用総額(億円/年)	3,761億円	(5)
③ 短期入所ケア費(億円/年)	128億円	(5)
④ 入所者費用(短期入所以外)(億円/年)	3,633億円	(5)

(老人保健施設療養費) = 3,633億円

● 老人保健施設 計 3,633億円

表10. 老人医療費・老人福祉費から介護保険財源への移行額推計①

		項目名	金額
老人医療費	居宅サービス	1) 居宅療養管理指導	27億円
		(1) 医科	未定
		(2) 歯科	16億円
		(3) 薬剤	10億円
		(4) 栄養	1億円
		2) 訪問看護	531億円
		(1) 医療機関	184億円
		(2) 訪問看護ステーション	347億円
		3) 訪問リハビリテーション	17億円
		(1) 医療機関	17億円
	4) 通所リハビリテーション (デイケア)	903億円	
	(1) 医療機関	355億円	
	(2) 老人保健施設	548億円	
	5) 短期入所療養介護 (ショートステイ)	133億円	
(1) 医療機関 (診療所)	5億円		
(2) 老人保健施設	128億円		
在宅サービス			1,612億円
施設サービス	1) 療養型病床群	1,610億円	
	2) 介護力強化病院	5,809億円	
	3) 老人性痴呆疾患療養病棟	120億円	
	4) 老人保健施設	3,633億円	
	施設サービス 小計			11,172億円
老人医療費 合計			12,784億円
老人福祉費	居宅サービス	1) 訪問介護	1,452億円
		(1) 市町村等	
		2) 訪問入浴介護	
		(1) 市町村、デイサービスセンター	
		3) デイサービス	1,931億円
		(1) デイサービスセンター等	
		4) 痴呆対応型共同生活介護	
	(1) 市町村等		
	5) 短期入所生活介護 (ショートステイ)	312億円	
	(1) 特別養護老人ホーム		
	6) 特定施設入所者生活介護	281億円	
(1) ケアハウス等	281億円		
(2) 有料老人ホーム	-		
7) 日常生活用具貸与	68億円		
(1) 市町村等			
在宅サービス 小計			4,044億円
施設サービス	1) 特別養護老人ホーム	6,455億円	
	老人福祉費 合計			10,499億円
計	老人医療費+老人福祉費 合計		23,283億円

表11. 老人医療費・老人福祉費から介護保険財源への移行額推計②

	老人医療費	老人福祉費	合計
居宅サービス	1,612億円	4,044億円	5,656億円
施設サービス	11,172億円	6,455億円	17,627億円
合計	12,784億円	10,499億円	23,283億円

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第13号

日医総研ワーキングペーパー '98

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

日本医師会館内

TEL 03(3942)7215

平成11年10月 発行

会員価格 1,000円 (本体 952円)

一般価格 2,000円 (本体 1,905円)