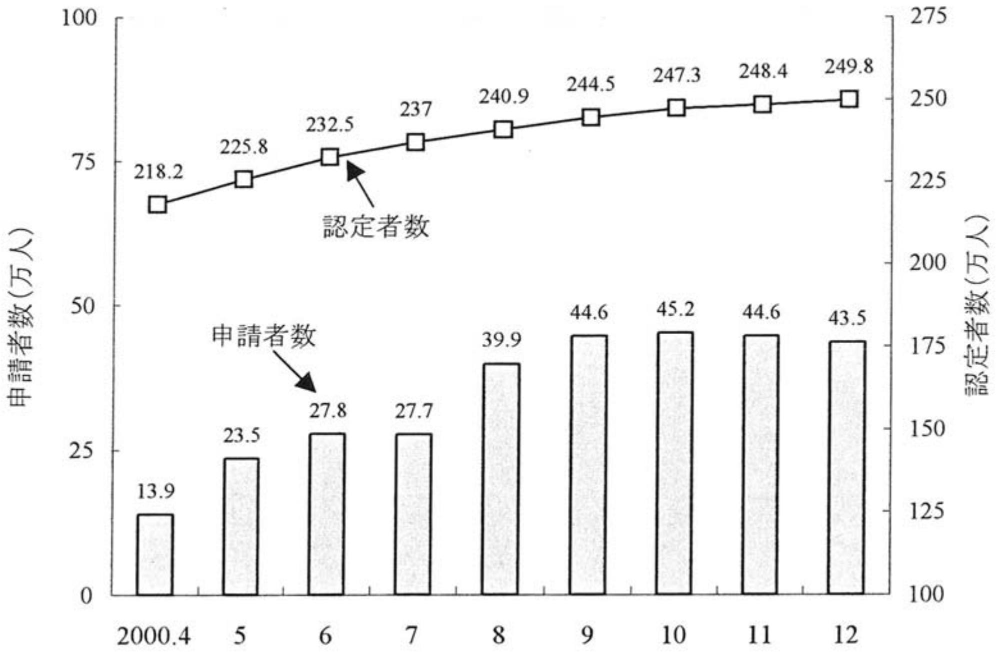
第８章 要介護認定の現状

（１）申請者／認定者の状況

図8-1に、2000年4～12月における申請者数と認定者数の推移を示す。第１章でも述べたように、介護保険施行準備期間（1999年11月～2000年3月）における申請者累計は249.4万人、同年4～7月はその影響で月間申請者数は20万人強のレベルであったが、9月以降は更新申請も増加し、平均約45万人で推移している。なお、厚生労働省調査によると、2001年3月の認定件数は491,417人で、内訳は新規認定102,503人（構成比20.9％）、更新認定378,860人（77.1％）、変更認定10,054人（2.0％）となっている。

一方、認定者数は、2000年4月の218.2万人から漸増し、同年12月で249.8万人となっている。なお、要介護度別内訳では、「要介護１」が67.0万人（26.8％）と最も多く、次いで「要介護２」46.7万人（18.7％）、「要介護４」36.5万人（14.6％）、「要介護３」35.2万人（14.1％）、「要介護５」32.3万人（12.9％）、「要支援」32.1万人（12.8％）の順であった。

図8-1. 申請者数と認定者数

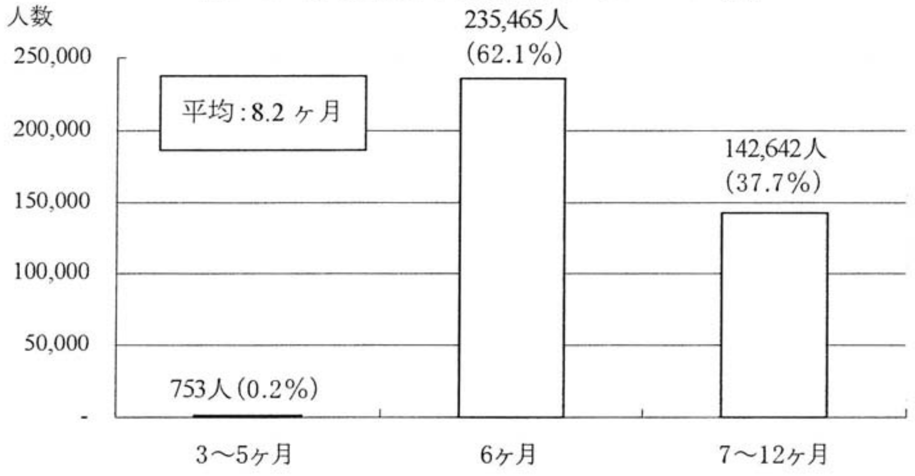


（出典）厚生労働省資料

（2）更新認定期間の分布状況

図8-2に、2001年3月の更新認定者378,860人の更新認定期間分布を示す。「6ヶ月」235,465人（62.1%）、「7～12ヶ月」142,642人（37.7%）、「3～5ヶ月」753人（0.2%）といった状況であった。なお、加重平均による平均更新認定期間は8.2ヶ月であった。

図8-2. 更新認定の期間分布（2001年3月）



（出典）「全国介護保険担当課長会議資料（2001年5月28日）」

（3）更新認定の状況

日本医師会では、更新認定の状況把握を目的に、2000年11月20日～12月20日審査分について、初回認定結果と更新認定結果等の調査を実施した。回答医師会数は303、審査会数は335、合議体数は2,291、対象者数は50,519人（初回・更新認定ともデータ欠損がなかった更新認定者）であった。同期間における審査件数は134,966人で、内訳は新規認定25,206人（構成比18.7%）、更新認定105,911人（78.5%）、変更認定3,849人（2.9%）であり、厚生労働省の2001年3月データとほぼ同じ構成比となっている。

① 前回認定の資料の利用について

「更新認定時に、前回認定時の資料を利用しているか」については、「利用している」90.9%、「利用していない」9.1%であった。利用している資料としては（複数回答）、「二次判定結果」69.7%、「一次判定結果」54.7%、「主治医意見書」34.9%、「認定調査特記事項」33.7%などであった。

② 二次判定変更事例集の利用について

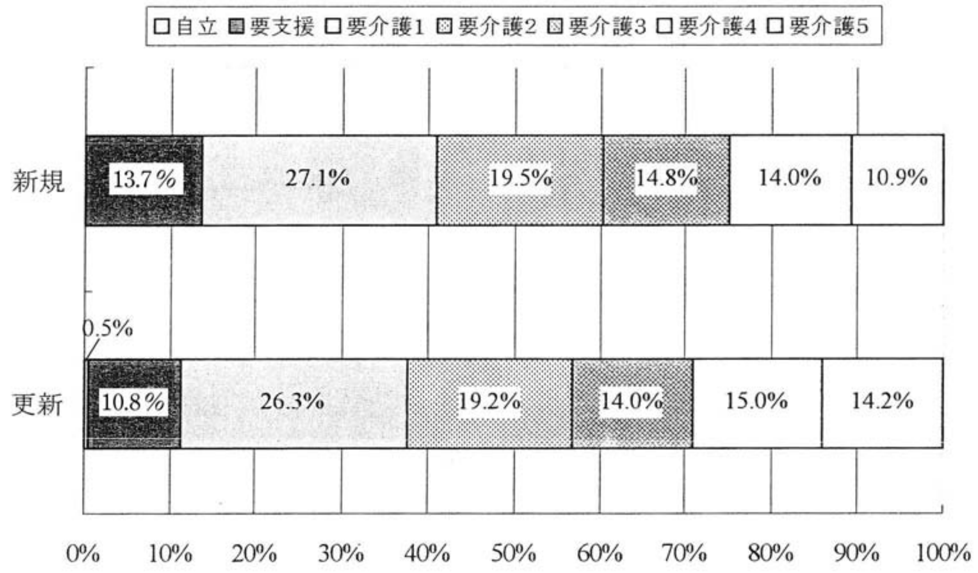
厚生省が2000年8月に作成した「要介護認定二次判定変更事例集」については、「利用している」65.2%、「利用していない」34.8%であった。利用しない理由としては「特に必要を感じない」や「変更事例集に合致するケースが少なく、また、事例によっては判断の妥当性に疑問あり」「短い時間で認定業務を行うため、参照する時間的余裕がない」などが挙げられていた。

③ 初回／更新認定の要介護度分布比較

有効回答50,519人の初回認定および更新認定結果の比較を図8-3に示す。

更新認定では、初回認定に比べ、要支援から要介護３の全区分で構成比が減少した一方、要介護４は1.0％、要介護５は3.3％の増加となっており、要介護度の重い方にシフトしている様子がわかる。

図8-3. 新規認定／更新認定における要介護度分布比較



（出典）日本医師会、更新認定に関する実態調査（2001.3）

④ 初回／更新認定における変更率

ア）対象者別にみた変更率（一次判定結果を二次判定で変更した率）

対象者50,519人に対する新規／更新認定時の変更率の比較を表8-1に示す。新規認定時の変更率は25.4％（上昇変更19.0％、下降変更6.4％）、更新認定時の変更率は30.1％（上昇変更23.3％、下降変更6.7％）と、更新時の方が変更率は高くなっている。下降変更率はほぼ同じであるが、上昇変更率は19.0％から23.3％へと大きく増加している。

表8-1. 新規／更新申請における変更率比較

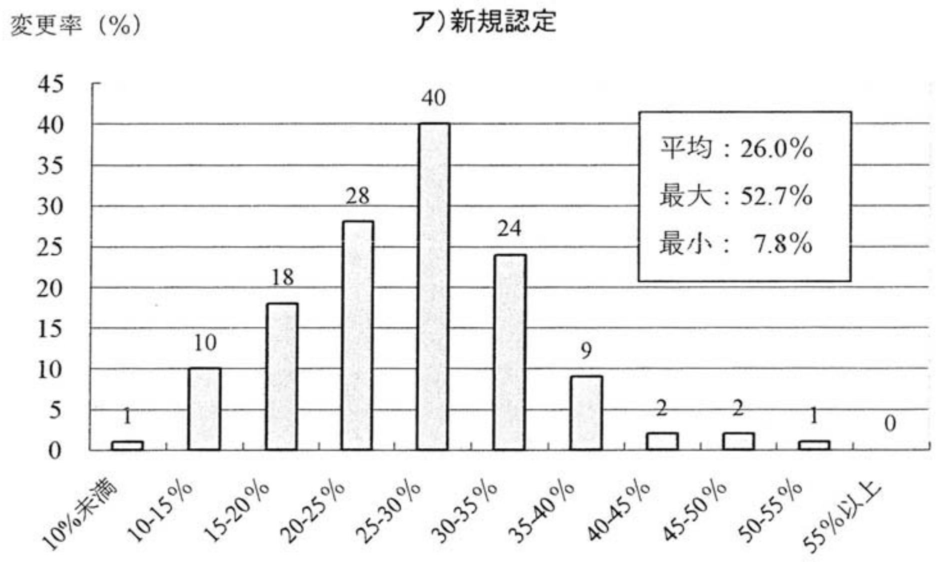
	変更率		
		上昇変更率	下降変更率
新規認定	25.4%	19.0%	6.4%
更新認定	30.1%	23.3%	6.7%

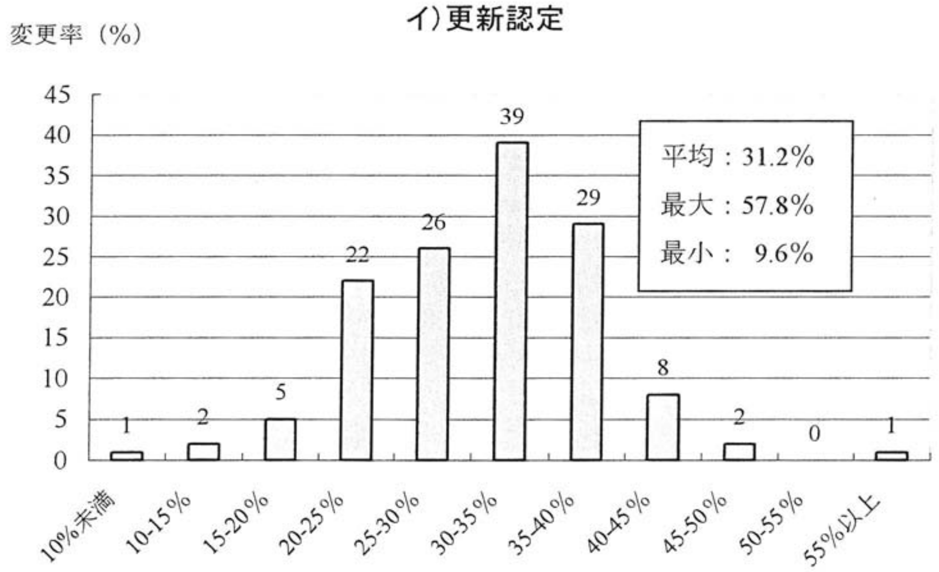
イ）審査会別にみた変更率分布比較

回答のあった335審査会のうち、審査対象者が100人以上あった135審査会について、新規／更新認定別の変更率の分布をみた。新規認定における変更率の平均は26.0％、最大は52.7％、最小は7.8％であった。また、変更認定における変更率の平均は31.2％、最大は57.8％、最小は9.6％であった。

審査会平均でみても、更新認定の方が約5％変更率の高い状況であったが、ここで問題視すべき点は、同一の一次判定ソフトを用いながら、二次判定において審査会（≒保険者）間で、変更率に6倍以上の格差が存在することである。

図8-4. 審査会別にみた変更率分布状況





（4）まとめ

① 申請者／認定者の状況

2000年9月以降、申請者数は約45万人で推移しているが、その内訳は約8割が更新・変更申請、約２割が新規申請となっている。

認定者数は、2000年4月の218.2万人から漸増し、同年12月で249.8万人となっている。

② 更新認定の状況

更新認定者の有効期間をみると、「6ヶ月」62.1％、「7～12ヶ月」37.7％、「3～5ヶ月」0.2％、平均更新認定期間8.2ヶ月という状況であった。

次に、同一対象者の新規認定と更新認定結果を比較すると、要介護度の重い方にシフトしていた。

また変更率を対象者別にみると、新規認定25.4％に対し、更新認定30.1％と、約5％更新認定の方が変更率、特に上昇変更率が高かった。これは、新規認定の場合、申請者の状態像と一次判定結果を比較するといった視点で行われていたものが、更新申請では、このような視点に加え、利用者の状態変化と前回／今回の認定結果の変化が妥当か否かの視点が加わったためと考えられる。現行の一次判定ソフトでは、状態が悪くなった（より手間がかかるような状態になった）場合でも、一次判定結果が逆に軽く出てしまうケースがみられることも影響していると思われる。

審査会別に変更率の分布状況をみると、新規認定で、変更率平均26.0％、最大52.7％、最小7.8％、変更認定で変更率平均31.2％、最大57.8％、最小9.6％であった。同一の一次判定ソフトを用いながら、二次判定において審査会（≒保険者）間で、変更率に６倍以上の格差が存在することは大きな問題である。

このような格差が生じる原因は、現行の一次判定ソフトの限界をきちんと提示していないこと、また、それを補うための共通の二次判定基準が存在しないことであろう。審査会間、あるいは合議体間で認定結果が特にばらつく事例を抽出し、具体的な二次判定での変更基準を作ることが、当面の短期的対策である。現在、日本医師会では、在宅の痴呆患者に対する認定基準作りに着手しており、出来るだけ早急に具体的基準を提示したいと考えている。

第９章 まとめ

（１）申請者／認定者／サービス受給者の状況

●介護保険施行迄の申請者総数は249.4万人で、2000年9月以降の申請者数は、月間40～50万人で推移。このうち約２割が新規申請。

●2000年12月末時点の要支援・要介護認定者数は249.8万人。要介護度別構成割合は、「要介護１」26.8％と最も多く、次いで「要介護２」18.7％、「要介護４」14.6％、「要介護３」14.1％、「要介護５」12.9％、「要支援」12.8％の順。

●2000年10月末時点の認定者数は247.3万人。うち実サービス利用者は192.1万人（在宅129.7万人、施設62.4万人）で、残り55.3万人（認定者の22.3％）は、認定は受けているが介護保険サービスは利用していない状況であった。

（２）医療・介護サービスの提供体制

●2000年11月1日現在の療養型医療施設（療養型病床群、介護力強化病棟、老人性痴呆疾患療養病棟）の総病床数は345,534床。うち介護保険適用117,656床（構成比34.1％）、医療保険適用227,878床（65.9％）。

●介護保険適用117,656床の内訳は、療養型病床群（病院）89,568床、療養型病床群（診療所）8,806床、介護力強化病棟（老人病床）15,503床、老人性痴呆疾患療養病棟3,779床。

●2000年11月時点で、一般病院の39.0％が療養型病床群を所有。また、一般病床の19.3％が療養型病床群病床。

●1994年から介護保険施行迄は、老人病床と一般病床から同程度、療養型病床群に移行していた時期。2000年4～11月では、そのほとんどは老人病床からの転換。一般病床は95.5万床で横這い状況。

●2000年10月1日時点の介護老人保健施設数は2,683施設、入所定員23.4万人、月末在所者数22.5万人、また、介護老人福祉施設数は4,486施設、入所定員29.9万人、月末在所者数29.4万人。

●2000年10月1日時点における主な在宅サービス事業所数は、「訪問看護（ステーション）」4,994、「訪問介護」13,410、「通所リハ（医療機関）」2,950、「訪問入浴介護」2,790、「通所介護」8,198、「痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）」702、「居宅介護支援」22,127。このうち事業所数が増加傾向にあるのが訪問介護、通所介護、痴呆対応型共同生活介護、福祉用具貸与の4事業。

（3）保険給付の状況

●2001年2月の介護給付費は2,896億円。内訳は、在宅サービス1,023億円（35.3%）施設サービス1,873億円（64.7%）。

●在宅サービス費1,023億円の内訳は、訪問通所サービス796億円（77.8%）、短期入所84億円（8.2%）、その他44億円（4.3%）、居宅介護支援100億円（9.8%）。通所および短期入所サービス費は、実質介護保険施設等に支払われるためこれらを除くと、実際の在宅系サービスに支払われているのは527億円（18.2%）のみ。

●施設サービス費1,873億円の内訳は、介護療養型医療施設391億円（20.9%）、介護老人保健施設646億円（同34.5%）、介護老人福祉施設836億円（同44.6%）。同月の介護給付費2,896億円のうち、介護老人福祉施設の入所費用は給付費の28.9%を占める。

●在宅サービス費のうち、2000年7月以降も給付額が増加傾向にあるのは、訪問介護、福祉用具貸与、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護など。福祉系サービスが伸びているのに対し、医療系サービスは6月以降伸び悩み、特に訪問看護、通所リハは、2001年1月以降減少傾向まで呈している。

●2000年度の介護給付費は、11ヶ月ベースで3兆2,152億円（医療系1兆4,923億円、福祉系1兆6,005億円、その他1,244億円）、年間ベースで3兆5,274億円（医療系1兆6,353億円、福祉系1兆7,571円、その他1,350億円）。自己負担を含む総費用（推計）は、11ヶ月ベースで3兆6,952億円、年間ベースで4兆538億円。自己負担率は13.0%。

●当初の介護給付費予想額は11ヶ月ベースで3.8兆円であり、2000年度給付費は5,848億円下回る。うち、在宅サービスは、予算1兆3,400億円に対し実績1兆779億円（▲2,621億円）、介護療養型医療施設は、予算8,100億円に対し実績4,438億円（▲3,662億円）、介護老人保健施設は、予算6,900億円に対し実績7,260億円（360億円増）、介護老人福祉施設は、予算9,500億円に対し実績9,675億円（175億円）。介護老人保健施設と介護老人福祉施設で給付費が予算を上回った要因は、前者は、入所者数が当初予想を約2万人上回ったことに対し、後者は1人当たり費用が約3万円増加したことによる。

●特養に対する措置費相当額は、1999年度 7,511億円（厚生省予算（1／2負担）を2倍したもの、都道府県・市町村の単独助成は含まず）に対し、2000年度は8,934億円と、1,423億円の増加となっている。介護保険施行後の収入としては、これ以外に、食事療養費（保険給付分）、自己負担（1割負担+食事負担）があるが、これらを合計すると、2000年度の特養における総収入は1兆2,505億円、1人当たり月額収入35.4万円となる。1999年度の総収入は不明であるが、仮に1事業所当たり収入増加率を20%とすると、

1999年度の総収入は9,789億円（措置費7,511億円、補助金・その他2,278億円）、１人当たり月額収入29.0万円となる。都道府県および市町村の補助金は、従来全額負担であったが、介護保険導入により、約1/8負担に軽減されている。1999年度における総収入および介護保険導入にともなう地方公共団体の負担減の実態を明らかにする必要がある。

（４）老人医療費への影響

●2000年度老人医療費は10兆9,594億円（国保8兆4,699億円、社保2兆4,925億円）で、対前年度▲8,260億円（国保▲4,128億円、社保▲4,132億円）。

●実質の老人医療費から介護保険への移行相当額（推計）は1兆5,999億円。内訳は、国保1兆1,410億円、社保4,589億円。

●介護保険制度が導入されなかった場合の、2000年度老人医療費（推計）は12兆5,593億円、対前年度7,739億円の増加。内訳は、国保9兆6,079億円、社保2兆9,514億円。介護保険が導入されなかった場合、2000年度老人医療費は12兆5,593億円になる予定が、介護保険導入により、老人医療費の1兆5,999億円分が介護保険に移行したため、結果として2000年度老人医療費は10兆9,594億円となったと解釈できる。

（５）財源負担構造の変化

●従来制度下での介護保険サービス費用（3兆7,600億円）に対する財源負担構成は、公費64.1%（国庫38.8%、都道府県9.3%、市町村16.0%）、事業主9.3%（政管3.7%、健保等5.6%）、家計26.6%（保険料13.6%、利用者負担13.0%）。

　一方、2000年度実サービス費（推計）3兆6,952億円に対する費用負担は、公費50.0%（国庫28.3%、都道府県10.9%、市町村10.9%）、事業主8.6%（政管3.7%、健保等4.8%）、家計41.4%（保険料28.4%、利用者負担13.0%）であり、公費負担率が14.1%、事業主負担が0.7%減少した一方で、家計負担は14.8%もの大幅増となっている（特別対策除く）。

●2000年度の必要財源3兆6,952億円に対し、実徴収費用（特別対策費含む）は4兆1,083億円で、4,131億円の黒字。内訳は、１号保険料（特別対策費含む）分が2,241億円、２号保険料分が1,890億円。

●支払基金では、第２号保険料の過徴収分1,890億円が残る一方、老人医療費の移行額が想定より少なかったため、拠出金徴収不足が生じ、借入金の増加で対応しており、今後の医療保険制度改革に向けて課題を残す結果となっている。

（６）医療系サービスの動向

●通所系（通所リハ、通所介護）と訪問介護は、要介護１を中心とした比較的ＡＤＬの保たれている方が、一方、訪問入浴介護や訪問看護は、要介護５を中心とした、寝たきり者や準寝たきり者が主対象。

●施設別平均要介護度は、介護療養型医療施設3.84、介護老人福祉施設3.29、介護老人保健施設2.98で、要介護度は介護療養型医療施設が最も重い。

●訪問看護ステーション利用者数の保険種類別割合は、介護保険80.5％、医療保険19.5％（内訳：老人58.2％、一般41.8％）。

●介護保険利用者の56.4％が循環器系疾患に対し、医療保険利用者では、神経系疾患が39.7％を占める。

●訪問看護ステーションの、2000年7月1日時点の１事業所当たり利用者数、訪問回数、医業収支は前年度並みであったが、7月以降、介護給付費が伸び悩んでおり、１事業所当たり収支は悪化している可能性が高い。

●79.5％の訪問看護ステーションが、居宅介護支援事業を併設実施。また、「ステーション従事者が居宅介護支援事業所の介護支援専門員を兼務」は全事業所の73.3％、「専任の介護支援専門員を配置」は39.7％、「事務職員を配置」は52.5％。

●通所リハビリテーション利用者の要介護度分布状況では、「要介護１」が31.4％と最も多く、次いで「要介護２」23.9％の順。寝たきり度も「Aランク」が58.5％を占めており、比較的ＡＤＬの保たれている方が主対象。

●通所リハ利用者の主傷病では、循環器系疾患が47.7％（うち脳血管疾患38.6％）、精神および行動の障害16.9％を占める。また、日常生活動作状況では、「何らかの介助を要する人（一部介助または全介助）」の割合では、「入浴」が68.9％と最も高く、次いで「更衣」50.4％、「階段昇降」47.0％の順。自宅での入浴介助の大変さを伺わせる結果であった。

●2000年10月1日時点の１事業所当たり通所リハビリ事業収入は、対前年度で病院や介護老人保健施設は増収しているのに対し、その他診療所は若干の減収、通常規模診療所は大きく減収している状況。病院の場合、1人当たり通所回数は支給限度額管理の影響で減少しているが、利用者数は増加し、1回当たり単価も前年度並みであるため、結果的には4％程度の増収。通常規模診療所の場合、利用者数の減少を上回る形で収入水準が低下していたが、これは１回当たり単価の下落が大きく影響。

●従来の外来収入（老人デイケア費含む）と、現在の外来収入+通所リハ費合計額は、病院ではほぼ前年度並みで推移しており、介護保険導入に伴う影響はほとんどない。一方、診療所では、通所リハ費は減少したものの、外来収入が増加しているため、結果として合計金額は影響を受けていない状況。

●療養型病床群における65歳未満の利用者割合は、医療保険利用者の15.0％（40歳未満1.0％、40～64歳14.0％）、介護保険利用者の6.4％であり、医療保険病床が一般の長期療養者の受け皿となっている。

●介護保険適用者の要介護度分布状況では、「要介護５」が38.3％と最も多く、次いで「要介護４」31.6％の順。一方、医療保険病床の要介護認定者では、「要介護５」が29.9％と最も多く、次いで「要介護４」20.8％の順であったが、「要介護１～２」の方も32.5％を占めていた。これは、現行の要介護認定が、身体機能評価中心であるため、ADLに問題が少ないと要介護度が高くならないロジックのため、ADL上は問題ないが医療的処置やリハビリテーションの必要性から入院している方の場合、要介護度としては低くでているためと推察される。

●医療処置の実施率では、ほとんどの処置行為において、医療保険利用者の方が実施率は相対的に高かったが、経管栄養や胃瘻等のケア、褥瘡の処置など、長期療養に影響を受ける処置行為は、介護保険病床の方が高い実施率。リハビリテーションも、医療保険適用者の方が、実施率、個別指導の実施率も高く、医療保険にリハビリテーションの必要性の高い方が入院している状況を反映した結果。

●おむつの使用状況をみると、使用者率は医療保険利用者の60.6％、介護保険利用者の80.4％、おむつ種類は、全体で「紙おむつのみ」52.3％、「布おむつのみ」13.4％、「併用」30.0％であった。医療保険利用者の月間負担額は「紙おむつのみ」16,492円、「布おむつのみ」22,200円、「併用」27,973円であり、現行の介護報酬に含まれるおむつ費（8,609円）では全く賄えておらず、１人当たり8千円程度の持ち出し状況。

●医療保険療養型の入院者は、30.2％の「非申請者」、58.4％の「要介護者」、3.5％の「自立・要支援者」、7.9％の「非対象者（若年者）」で構成。非申請者の特性は、①63.1％が寝たきり者、②処置受療率は要介護者に比べ高い、③リハビリテーションでは、要介護者に比べ、個別指導の受療率が高い　など、非申請者は、寝たきり者や医療の必要性の高い方で構成されていた。

●介護病棟の看護／介護基準では、6：1／3：1が全体の79.8％を占めていた。また、外来患者／入院患者比率は、一般病院平均が1.9に対し0.5であり、入院を中心とした運営であった。

●介護保険施行前の平均在院日数247.9日が、施行後の2000年9月には、医療保険病棟175.0日、介護保険病棟441.6日となっており、医療保険病棟では入院期間の短縮化、介護保険病棟では入院期間の長期化傾向が示されていた。

●介護保険適用病床入院者の7.7％が、他医療機関を受診していたが、その受診科目は「歯科」29.8％、「皮膚科」21.9％、「眼科」16.0％であり、専門科でしか対応できないケースを他医療機関に依頼している様子が伺える結果であった。

●2000年9月中の１病院当たり医業収入は120.2百万円（外来12.3百万円、入院106.1百万円、その他1.8百万円）であった。対前年度同時期の115.3百万円に比べ4.2％増となっているが、標準偏差は拡大しており、平均額は増加しているものの、病院間格差は広がる傾向を示していた。一方、医業費用は108.8百万円（うち人件費64.2百万円）と、人件費が59.0％を占めていた。医業収支率（＝医業収支／医業収入）をみると、介護保険施行間円の6％程度から9％程度に増加傾向を示していた。

●地域型在宅介護支援センターの場合、現在の補助金単価ではその多くが赤字事業。

（７）制度運営の状況

●介護保険の保険者数は2,870で、その内訳は「単独」2,811（構成比97.9％、654市、1,675町、482村）、「広域連合」28（1.0％）、「一部事務組合」26（0.9％）、「市町村相互財政安定化事業」5（0.2％）であった。

●介護認定審査会の総数は1,181で、その内訳は「単独実施」703（構成比59.5％）、「機関の共同設置」264（22.4％）、「一部事務組合」146（12.4％）、「広域連合」57（4.8％）、「事務委託」11（0.9％）であった。有効回答1,121審査会の総委員数は44,775人で、うち「医師」が18,094人（構成比40.4％）と最も多く、次いで「歯科医師」4,797人（10.7％）、「看護婦（士）」4,142人（9.3％）の順であった。１審査会当たりの合議体数は6.6、１合議体当たり委員数は6.0人、合議体開催数は2.1回／月、１合議体１回当たり審査件数は35.0件。

●内科系医師990人に対する調査結果では、「認定審査会委員委嘱」239人（25.3％）「主治医意見書作成」698人（70.5％）、「訪問診療等実施」351人（35.5％）、「居宅療養管理指導実施」138人（13.9％）という状況（率は各質問に対する有効回答に対する割合）。主治医意見書は記載しているが、居宅療養管理指導はあまり実施されていない状況。

●小倉地区での調査結果によると、サービス担当者会議（ケア会議）が2～3割程度しか実施されていないことや、精神疾患症例に対する対応で苦慮している様子が伺えた。また、アセスメントに関して、特に介護支援専門員間のレベル差が見受けられると同時に、医療系と福祉系出身者で、ケアマネジメント過程（医療系と福祉系サービスの組合せやアセスメントの視点など）に違いがあることが示唆された。

●担当者全員分の意見書の入手状況を職種別に比較すると、福祉職57.1％に対し医療職19.2％と、福祉職の方が積極的に主治医意見書を入手している状況であった。ただし、日常的な主治医との相談や居宅サービス計画書（ケアプラン）の提供状況になると、福祉職の方が実施率は低かった（全く相談せず：医療系3.8％、福祉系19.0％、ケアプランを全く提供せず：医療職14.8％、福祉職42.9％）。福祉職の場合、医療との連携が必要とは強く思っているが、「連絡のタイミングがわからない」「医師と接する機会がない」「連絡がつかない」「提供すべき内容がわからない」などの理由から、現実には主治医と連絡・相談等が行えていない状況といえる。

（８）要介護認定の現状

●2000年9月以降、申請者数は約45万人で推移しているが、その内訳は約8割が更新・変更申請、約２割が新規申請。

●更新認定者の有効期間では、「6ヶ月」62.1％、「7～12ヶ月」37.7％、「3～5ヶ月」0.2％、平均更新認定期間8.2ヶ月という状況。

●同一対象者の新規認定と更新認定結果比較では、要介護度の重い方にシフト。

●変更率は、新規認定25.4％に対し、更新認定30.1％と、約5％更新認定の方が変更率、特に上昇変更率が高かった。

●審査会別に変更率の分布状況をみると、新規認定で、平均26.0％、最大52.7％、最小7.8％に対し、変更認定で平均31.2％、最大57.8％、最小9.6％であった。審査会（≒保険者）間で、変更率に６倍以上の格差が存在していた。

第10章 介護保険制度の課題と今後

（1）基盤整備について

① 施設／在宅、介護保険施設間のバランスある整備

●介護保険制度では、在宅重視を謳ったものの、在宅サービス受給者は130万人程度と、当初予定の200万人を大きく下回る一方、施設入所待ちが増加する現象が各地から報告されている。従来から、医療費削減のため、厚生省は病床数削減を目指してきたが、これら事実は、利用者や家族にとっては、施設入院／入所に対するニーズは高いと認識すべきである。ただし、今後増加が予想される要介護者に対する受け皿を全て施設整備でまかなうことは非現実的である。やはり、在宅サービスの充実と施設整備をバランスよく行う形が望ましいと考える。

●厚生省は、ゴールドプラン２１の中で、2001年度も特養10,000人分、老人保健施設7,000人分整備すると謳っている。元々、介護保険施設は、特養・老健・療養型病床群を8：7：5の比率で整備する目標であった。一部の自治体では、療養型病床群が介護保険に移らない目標減分を、特養や老健の整備を増やす形で埋め合わせようとしているが、３施設の入所者特性、医療依存度などは大きく異なっている。そのような現実を理解せず、単に目標達成を目指すのは言語道断であろう。利用者のニーズや特性を配慮する形での整備が必要である。

② 在宅サービス整備の強化

●介護給付額の配分をみると、約82％は施設サービス、または施設が併設実施する通所系サービスに流れている。一方、訪問系のサービス、特に訪問看護や訪問リハは給付額も頭打ち状態であり、サービス量の低下が懸念される。

●特に訪問リハは深刻で、介護給付費は月３億円程度と金額も少なく、また、サービス量も増えていない。高齢者の場合、経時的に各種機能（身体機能、精神機能など）が低下していく。要介護者をできるだけ作らない（要介護２位までの方を要介護３以上にしない）ためにも、地域におけるリハビリテーション体制の充実が必要と考える。この場合、回復期リハビリテーション病棟などの連携のあり方、地域でのリハビリテーションに対するかかりつけ医や訪問看護婦などの役割の明確化も重要となるであろう。

③ 老人病床（介護力強化病床）の転換への配慮

●2003年3月31日までに、老人病床は療養型病床群への転換が必要となる。2000年11月1日現在でも、約5.3万床が残っているが、療養型病床群へ転換したくても、都会では資金的な問題で転換が行いにくい状況もある。スムーズな転換への支援が必要であろう。

④ 民間参入の是非の検証

●介護保険制度では、訪問看護や痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）などへの民間参入を認めている。現在、特養や病院運営に関しても民間参入の声が挙がっているが、まず、グループホームなどに民間参入させたことの是非を検証すべきであろう。民間が全て悪いという訳では勿論ないが、社会保障制度に参画している意味を理解せずに、また、利用者のQOL向上への寄与を考えずに、報酬額だけをみて参入しているケースも散見される。介護保険では、第３者評価も重視されているが、その中で体制評価だけでなく、サービスの質の評価も行いながら、民間の参入の是非を検証すべきであろう。

（２）保険給付について

① 在宅サービスの充実

●保険給付額の配分の中で、実質在宅系に支払われる金額は、居宅介護支援費等も入れて、給付費の18.2％に過ぎない。サービス提供の効率性から考えれば、施設系サービスの方が効率的かつ安価な面もあるが、今後増加していく要支援・要介護者への対処を鑑みれば、在宅系サービスの充実を実質的に図るべきである。介護保険では、「在宅重視」を唱えていたが、その理想を少しでも実現するための政策的配慮をすべきであろう。

② 介護給付費の配分の是正

●全国老人福祉施設協会のアンケート調査によると、特養の１人当たり入所収入は、措置費相当分（介護費用から食事療養費（保険給付分）、利用者負担分（約５万円）を除く）の比較で、7.5％増と報告されている。措置費以外の収入としては、都道府県や市町村の補助金等があり、この額と利用者負担分と食事療養費（保険分）を加えた額では、後者の方が高いことが予想され、実際には１事業所当たり２０％程度は増収になったのではないかと推定される。この場合の１人当たり収入の増加額は6.4万円であるが、本来、介護報酬の単価設定の基本的考え方は、「原則、現行の診療報酬、措置費等の単価を前提とする」であった。今後の介護報酬改定に向け、過去からの実態を明らかにした上で、全体のバランスに配慮した介護給付費の配分を行うべきである。

（３）医療／介護サービス、介護保険施設間の整合性について

① 医療サービスと介護サービスの整合性

●医療系／介護系で同様のサービスが併存するものとしては、「訪問看護」と「療養型病床群等」が挙げられる。「訪問看護」については、医療保険と介護保険からの訪問看護の整合性、訪問看護ステーションと医療機関からの訪問看護の整合性を図る必要がある。まず、医療保険と介護保険の訪問看護については、ア）利用者負担　イ）利用回数制限　ウ）特別な関係の扱い（同一日算定の可否）　エ）地域差の設定の有無　オ）交通費

の扱い　などの整合が必要となる。また、訪問看護ステーションと医療機関の訪問看護については、ア）報酬単価設定の妥当性（管理療養費相当額の妥当性）　イ）利用者負担　などの整合が必要であり、次回の介護報酬改定では、診療報酬改定との内容を同期させた形での検討が必要である。

●医療保険適用と介護保険適用の療養型病床群であるが、整合性を図るべき点は、ア）おむつ費用の扱い　イ）地方単独事業による自己負担減免対象　ウ）自己負担の取り扱い（特定診療費以外の出来高行為が発生した場合、介護保険の負担以外に、医療保険の外来自己負担が発生）などである。介護保険では、おむつ費用は介護報酬の中に含まれている（１人8,609円）が、この方式では、おむつを使用しない方も費用を徴収されることになる。また、金額設定も実態からかけ離れたものとなっている。「使用した人から費用徴収する」のが原則であり、包括費用からは外出しにすべきであろう。また、介護保険の対象者の場合、医療保険では対象となる地方単独事業助成制度（自己負担分が減免される制度）から外れるケースが多い。これら対象者の方は、自己負担の観点から、医療保険の療養型病床群に残るケースが多く、介護保険に移行できない足かせにもなっている。地方自治体が決定することではあるが、利用者への説明は困難であり、出来るだけ整合性を図るべきであろう。

② 介護保険施設間の整合性

●介護保険施設間の整合性を図るべき問題としては、

ア）他医療機関への受診と算定制限のあり方

イ）介護保険以外からの費用実態も含めた介護報酬の妥当性の検証

ウ）おむつ代の扱い（利用率や使用枚数などの実態を反映した報酬設定）

などが挙げられる。特養入所者でも外来受診しているケースは多く、実際にかかっている費用も含め、介護報酬の妥当性を検証すべきである。

●社会福祉法人職員の退職手当に関しては、「社会福祉施設職員等退職手当共済法」に基づき、WAMによる共済制度があり、施設職員に対する退職金の約2/3に対し、国および都道府県の補助金が入っている。介護保険施設に対する報酬の検討に当たっては、退職金手当だけでなく、開設時の補助金、他医療機関受診にかかる費用なども含め、様々な条件を同じくした上での議論とすべきである。

（４）通所リハ対象者に対する診療報酬算定制限のあり方について

① 通所リハ非実施医療機関に対する算定制限の撤廃

●現行の制度では、通所リハ算定者に対し、医療機関側は、自院で通所リハを実施しているか否かにかかわらず、「老人慢性疾患外来総合診療料」「慢性疾患生活指導料」「外来管理加算」を算定できない仕組みになっている。通所リハ実施機関であれば、併算定不可は致し方ない点もあるが、全く通所リハを実施していない医療機関が行った慢性疾患生活指導等の費用まで算定できないことには無理があり、是正が必要であろう。

（５）支給限度額管理の妥当性について

① 支給限度額管理による不利益を被る症例の検証と対処

●利用者のQOLを考えた場合、支給限度額によってサービス量が制限されることで、不利益を被ることが考えられる。現在、サービス量の制限を緩和すべく、訪問看護では、「厚生大臣の定める疾病」該当者や精神障害者に対する訪問看護は医療保険から給付される仕組みが設けられている。また、重度痴呆患者や精神障害者に対するデイケアも、医療保険から給付される仕組みである。これらは、いずれも、頻回な訪問看護やデイケアを提供しなかった場合に、利用者の状態が悪化する可能性が示唆されることへの配慮であり、今後、同様の観点から、サービス制限が不利益をもたらすような対象者群に対し、「厚生労働大臣の定める疾病」の対象拡大などの方法等で対応すべきである。

（６）経過措置関連への対応について

① 療養型病床群の看護／介護基準の6：1／3：1の存続

●日本医師会が行った療養型病床群の実態調査によると、介護保険適用病棟の79.8％が6：1／3：1の体制でサービスを提供している。現在、利用者特性に応じた報酬設定を提案すべく、療養型病床群におけるタイムスタディ調査を行っているが、その中で

ア） 基本的ケア時間はADL状態に比例すること

イ） 問題行動のある症例では、見守り等でより多くの時間が割かれること

ウ） 処置の必要な症例では、ケア時間が延長すること。ただし、経管栄養の場合は、逆に、ケア時間は短いこと

などが知見として得られている。

介護保険適用の療養型病床群では、特養や老健に比べ、要介護度の重い症例が多い。また、介護保険適用病床の入院患者のうち、87.1％が痴呆性日常生活自立度（痴呆度）に障害があり、また、そのうち63.8％は「ランクⅢ以上」であった。以上の入院患者特性から考えれば、手厚い人員配置を適切に評価すべきであり、6：1／3：1の基準は存続させることが望ましいであろう。

（７）介護支援専門員の質の向上について

① 主治医との連携の強化

●居宅介護支援事業者の運営基準省令では、「主治医意見書に医療系サービスが指示されていた場合、医療系サービス以外でも主治医の医学的観点からの留意事項が示されている場合、主治医の意見を求めること」となっている。ところが、現時点の介護支援専門員は、業務の多忙さなどを理由に、意見書も参照していない場合や主治医に連絡・相談を行っていない場合が多い。意見書に医学的サービスの必要性を指示しても、居宅サービス計画に反映されていないケースもあり、明らかに運営基準違反である。ケアマネジメント業務では、「連携」が強く謳われているが、これは、１人ではすべての機能を果たすことができないことの裏返しでもある。最終的に、利用者の医療・介護両面でのリスクを負うことの出来るのは主治医のみであり、介護支援専門員はこれらを認識し、主治医ときちんと連携をとらせるような仕組みを構築する必要がある。きちんと連携がとれている場合は、介護支援専門員、主治医ともに、報酬上評価される仕組みの検討も必要と考える。

（８）介護認定審査会の運営について

① スクリーニング方法の開発等による効率化運営

●介護認定審査会にかかる費用は、年間約500億円である。１年間の審査件数が約500万件であるから、１件の処理に１万円かかっている計算となる。国は永久的に現在の方法を踏襲するのであろうか。現在の審査／判定は、更新認定が主となっている。更新認定では、状態像が変わったのか否かという視点が重要である。状態に変化がなく、介護の手間の観点からも同じであるかどうかを事前にチェックし（スクリーニング）、認定審査会では、疑義事例を中心に処理を行うような体制にした上で、処理件数を増やす方法や、認定有効期間の延長化を図るなどの方法を試みる必要があろう。

（９）要介護認定方法について

① 二次判定基準の早期構築

●審査会別に変更率の分布状況をみると、新規認定で、変更率平均26.0％、最大52.7％、最小7.8％、変更認定で変更率平均31.2％、最大57.8％、最小9.6％であった。同一の一次判定ソフトを用いながら、二次判定において審査会（≒保険者）間で、変更率に６倍以上の格差が存在することは大きな問題である。このような格差が生じる原因は、現行の一次判定ソフトの限界をきちんと提示していないこと、また、それを補うための共通の二次判定基準が存在しないことであろう。審査会間、あるいは合議体間で認定結果が特にばらつく事例を抽出し、具体的な二次判定での変更基準を作ることが、当面の短期的対策である。現在、日本医師会では、在宅の痴呆患者に対する認定基準作りに着手しており、出来るだけ早急に具体的基準を提示する予定である。

（10）財源負担について

① 公費・事業主・家計負担の公平性／妥当性

●「老人保健制度」「老人福祉制度」に分立する形で、介護保険サービス費用を賄う場合の費用負担構成は、公費64.1％、事業主9.3％、家計26.6％であった。ところが、2000年度介護費用の推計値3兆6,952億円に対する費用負担構成は、公費50.0％、事業主8.6％、家計41.4％である（特別対策がなかった場合）。介護保険制度は、利用者の自己決定権、サービス選択権などを与える代わりに、今後膨らむ介護関連費用に対する公費負担（特に国庫負担）を、保険料で肩代わりさせた構造となっている。また、負担者の一翼を担う事業主の負担は、構成比で減少しているのである。これら事実を明らかにした上で、公費・事業主・家計負担の構成割合を、諸外国の状況なども加味しながら、より公平／妥当な水準とすべきであろう。

（11）低所得者対策について

① 低所得者対策の継続／拡大を図るべき

●介護保険施行以前からのサービス利用者に対しては、訪問介護の利用者負担減免や特養の旧措置入所者に対する特例措置（収入３４万円以下の場合、１割負担免除など）などが設けられている。ただし、2005年度にはこれらの措置が解消されてしまうことや、家計負担が増大していくことを鑑み、低所得者層に対する負担軽減措置の範囲拡大等を検討すべきであろう。

謝 辞

末筆ではありますが、本報告書の作成にあたりまして、介護保険サービスに関する実態調査等にご協力いただきました会員の先生方をはじめ、「都道府県・郡市区医師会」（医師会立訪問看護ステーションの運営実態に関する調査研究）、「全国老人デイ・ケア連絡協議会」（通所リハビリテーション事業所の運営実態に関する調査研究）、「介護療養型医療施設連絡協議会」（療養型病床群の運営実態に関する調査研究）、「社団法人 北九州市小倉医師会」（介護支援専門員の現状と現任研修のあり方に関する調査研究）（収載順）に深謝申し上げます。

日医総研

日本医師会総合政策研究機構　報告書　第30号

介護保険制度施行1年の総括

―医療面からの評価と課題―

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13年7月　発行（15）H

会員価格　1,500円（本体1.429円）

一般価格　3,000円（本体2,858円）