

平成13年7月

介護保険制度施行1年の総括

—医療面からの評価と課題—

日医総研

日本医師会総合政策研究機構

はじめに

介護保険制度がスタートし1年が経過した。

介護保険制度導入に対する評価は様々であろうが、要介護認定一次判定ロジックの精度、介護報酬の設定などの制度設計上の問題、また、医療と福祉の連携、介護支援専門員の質といった現場における運用上の課題など、様々な問題・課題が噴出した1年であったといえる。

制度導入元年ということもあり、介護保険制度が成功したか否かの答えを出すのは現時点では困難であるが、制度改善・見直しに向けた検討は進めていく必要がある。ただし、それは、利用者や制度関係者からの不満や要望という抽象的なものに基づく検討ではなく、実績・実態に基づいた合理的かつ建設的なものでなければならない。

そこで、今後の制度改善・見直しに向けた検討に資するため、介護保険制度の1年間を具体的データに基づき多方面から検証・総括することとした。

これまで、介護サービスの提供は拡大したのか、介護にかかる費用負担はどのように変化したのか、要介護認定はうまく機能しているのか、などについて断片的に評価しようとする向きはあったが、本報告書では、各分野の問題・課題を横断的に総括し、かつ、それが介護保険制度全体に対してどのように作用するものであるかを明らかにしたつもりである。

本報告書において提示した課題等が、介護保険制度関係者の今後の様々な検討にあたっての一助となれば幸いである。

日医総研

川越 雅弘

阿部 崇

前田 由美子

森 宏一郎

目次

第1章 申請者／認定者／サービス受給者の状況	1
（1）申請者の状況	1
（2）要介護認定者の状況	2
（3）サービス受給者の状況	3
（4）第1号被保険者と第2号被保険者の構成割合	3
（5）まとめ	4
第2章 医療・介護サービスの提供体制	5
（1）施設サービスの提供体制	5
（2）在宅サービスの提供体制	10
（3）まとめ	14
第3章 保険給付の状況	15
（1）介護給付費の支払状況	15
（2）2000年度の介護給付費の推計	20
（3）2000年度の総費用の推計	22
（4）介護給付費の予算と実績比較	24
（5）サービス種類別にみた費用の推移	26
（6）まとめ	36
第4章 老人医療費への影響	38
（1）老人医療費の現状	38
（2）介護保険施行が老人医療費に及ぼした影響	44
（3）まとめ	54
第5章 財源負担構造の変化	55
（1）介護保険関連財源負担構造変化の予測	55
（2）給付実績からみた介護財源構造の実際	61
（3）老人保健特別会計に与える影響	65
（4）まとめ	67

第6章 医療系サービスの動向	69
(1) サービス種類別にみた利用者の要介護度分布	69
(2) 医療系在宅サービスの動向（訪問看護、通所リハ）	71
(3) 医療系施設サービスの動向（療養型病床群）	89
(4) 在宅介護支援センターの状況	108
(5) まとめ	109
第7章 制度運営の動向	113
(1) 保険者の状況	113
(2) 介護認定審査会の状況	113
(3) 介護保険への医師の関与状況	116
(4) 介護支援専門員の現状と課題	120
(5) 主治医と介護支援専門員の連携状況	130
(6) まとめ	137
第8章 要介護認定の現状	139
(1) 申請者／認定者の状況	140
(2) 更新認定の状況	140
(3) まとめ	143
第9章 まとめ	144
第10章 介護保険制度の課題と今後	151

第1章. 申請者／認定者／サービス受給者の状況

(1) 申請者の状況

図1-1に、1999年10月から2000年12月までの要介護認定申請者数の推移を示す。申請者累計は、要介護認定準備期間（1999年10月～2000年3月迄）で249.4万人、2000年12月迄で560.2万人となっている。なお、申請者数には新規申請分、更新申請分、変更申請分を全て含んでいる。

月間申請者数は、1999年10月が69.6万人と突出して高かったものの、更新申請が多くなってきた2000年10月以降は、約43～45万人で推移している。

ここで、2000年4～6月の申請率内訳をみると、4月では新規申請率86.3%、更新・変更申請率13.7%に対し、6月では新規申請率33.4%、更新・変更申請率66.6%となっている。因みに、2001年3月の認定者491,417人の新規認定者率は20.9%（102,503人）、更新・変更認定者率は79.1%（388,914人）であった。

図1-1. 要介護認定申請者数の推移

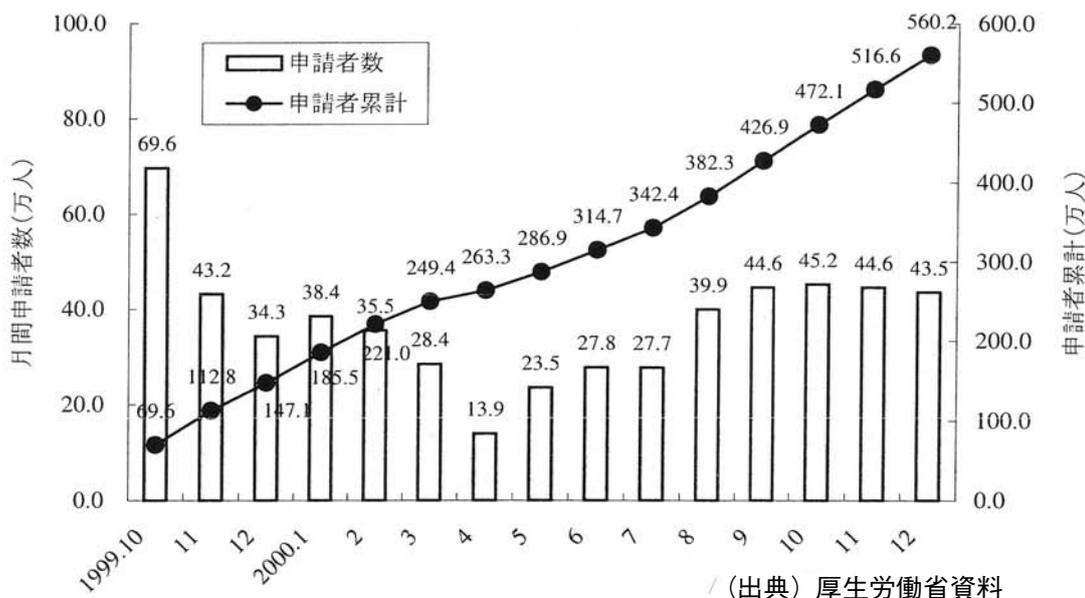


表1-1. 認定申請の状況

	2000.4	2000.5	2000.6
1. 申請者数	144,052 (100%)	240,082 (100%)	272,902 (100%)
—新規申請	124,283 (86.3%)	100,133 (41.7%)	91,189 (33.4%)
—更新申請等	19,769 (13.7%)	139,949 (58.3%)	181,713 (66.6%)

(出典) 全国介護保険担当課長会議資料（2000年7月31日、2001年5月28日）

注1. 図1-1と表1-1のデータは集計時期の関係で若干数字が異なっている。

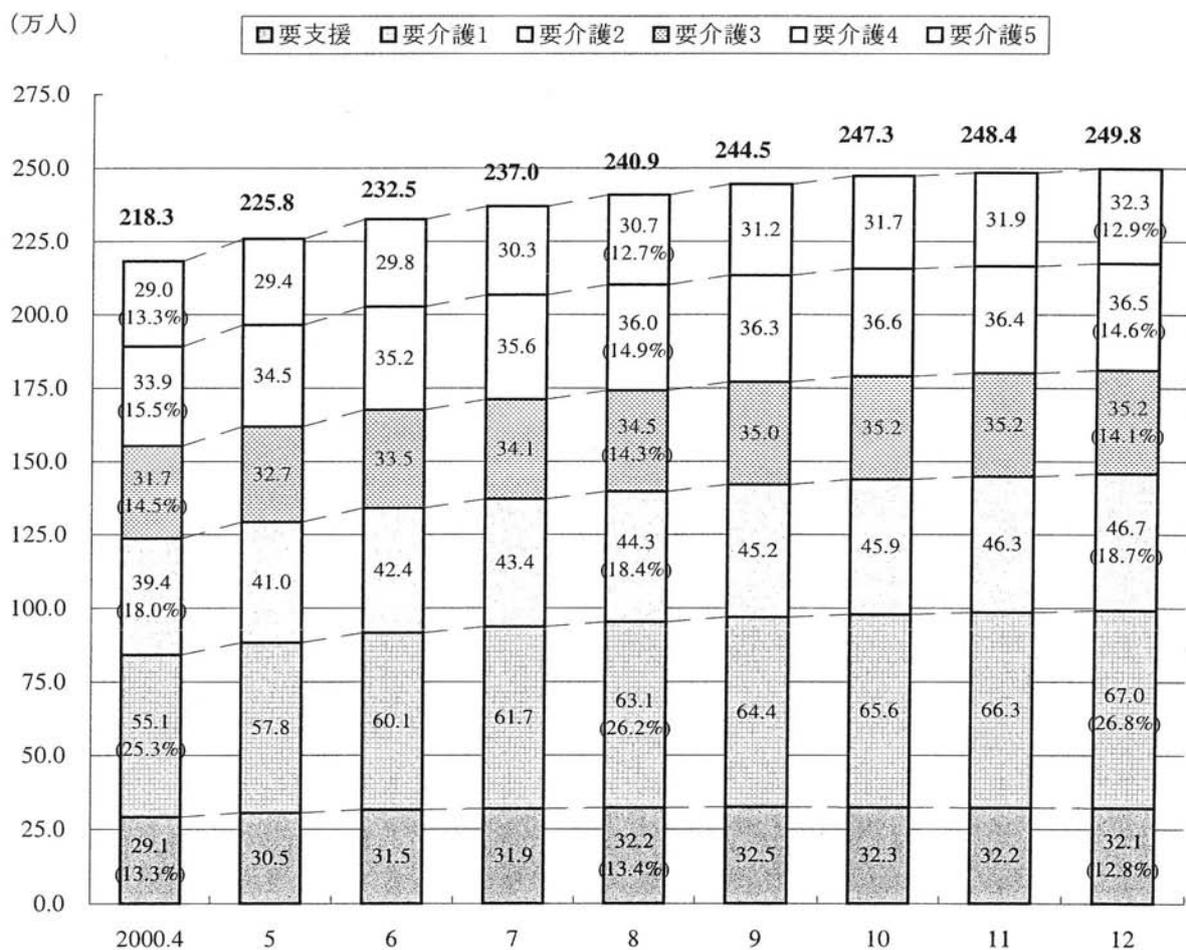
注2. 更新申請等には、更新申請と変更申請を含む。

(2) 要介護認定者の状況

図1-2に、2000年4～12月における、要介護度別にみた認定者数の推移を示す。認定者総数は、2000年4月の218.3万人から漸増し、8月には240.9万人、12月には249.8万人となっている。

次に、2000年12月の認定者249.8万人を要介護度別にみると、「要支援」32.1万人(12.8%)、「要介護1」67.0万人(26.8%)、「要介護2」46.7万人(18.7%)、「要介護3」35.2万人(14.1%)、「要介護4」36.5万人(14.6%)、「要介護5」32.3万人(12.9%)であった。

図1-2. 要介護度別にみた認定者数の推移



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報」

(3) サービス受給者の状況

表1-2に、2000年4～10月における、要介護認定者数、在宅・施設別サービス受給者数、未受給者数の推移を示す。

このうち、2000年10月をみると、認定者数247.3万人に対し、サービス受給者総数は192.1万人（対認定者77.7%）、うち在宅サービス受給者は129.7万人（52.4%）、施設サービス受給者は62.4万人（25.2%）であった。したがって、認定者からサービス受給者を除いた未受給者は55.3万人、認定者に対する未受給率は22.3%となっている。

表1-2. 要介護認定者とサービス受給者

	2000.4	5	6	7	8	9	10
認定者数	218.3	225.8	232.5	237.0	240.9	244.5	247.3
サービス受給者	149.0 (68.2%)	167.2 (74.0%)	178.3 (76.7%)	182.4 (77.0%)	187.4 (77.8%)	189.4 (77.5%)	192.1 (77.7%)
－在宅	97.1 (44.5%)	109.4 (48.5%)	117.8 (50.7%)	122.6 (51.7%)	125.5 (52.1%)	127.5 (52.1%)	129.7 (52.4%)
－施設	51.8 (23.7%)	57.8 (25.6%)	60.5 (26.0%)	59.8 (25.3%)	61.9 (25.7%)	61.9 (25.3%)	62.4 (25.2%)
未受給者	69.3 (31.8%)	58.6 (26.0%)	54.2 (23.3%)	54.6 (23.0%)	53.5 (22.2%)	55.1 (22.5%)	55.3 (22.3%)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報」

- 注1. 端数処理の関係で、一部合計が合わない部分あり。
 注2. 在宅サービス受給者の中には、償還給付（住宅改修、福祉用具購入）者も含む。
 注3. 各月とも、認定者及びサービス受給者に、一部未報告の保険者分が含まれていない。
 注4. 未受給者には、認定されたが、介護保険施設以外に入院／入所している者、在宅療養者でとりあえず認定は受けたが、家族介護等で他のサービスの必要がない者などが含まれている。

(4) 第1号被保険者と第2号被保険者の構成割合

表1-3に、日本医師会他がこれまで実施した、①訪問看護ステーション ②通所リハビリテーション ③療養型病床群 ④老人保健施設の各サービス利用者に関する実態調査結果を示す。なお、全老健が実施した調査における調査対象者は、1事業所当たり延べ入所者数（短期入所者を含む）である。

第2号被保険者の構成比は、療養型病床群6.4%、老人保健施設2.4%、訪問看護4.1～4.3%、通所リハ2.9%であった。

表1-3. 第1号／第2号被保険者の構成割合

	調査対象数	第1号被保険者	第2号被保険者
①訪問看護ステーション 調査（医師会立）	5,499人 (100%)	5,271人 (95.9%)	228人 (4.1%)
①'訪問看護ステーション 調査（全国）	25,801人 (100%)	24,683人 (95.7%)	1,118人 (4.3%)
②通所リハ調査	7,804人 (100%)	7,581人 (97.1%)	223人 (2.9%)
③療養型病床群調査	5,338人 (100%)	4,996人 (93.6%)	342人 (6.4%)
④老人保健施設調査	2,391.8人 (100%)	2,334.6人 (97.6%)	57.2人 (2.4%)

(出典)

- ① 日本医師会、「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（I）」、2000年11月。
- ① 社団法人全国訪問看護事業協会、「訪問看護ステーションの経営に関する調査」、2000年12月。
- ② 日本医師会・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」、2001年3月。
- ③ 日本医師会・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」、2001年3月。
- ④ 全老健、「介護保険制度開始直後実態調査結果の概要（単純集計）」、2000年10月。

(5) まとめ

① 申請者の状況

要介護認定準備期間（1999年10月～2000年3月）における申請者総数は249.4万人であった。2000年9月以降の申請者数は、月間40～50万人で推移している。なお、2001年3月の認定者491,417人のうち、更新・変更認定者数388,914人（79.1%）、新規認定者数102,503人（20.9%）であった。

② 認定者の状況

2000年12月迄の要支援・要介護認定者数は249.8万人であった。これを要介護度別にみると、「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。

③ サービス受給者の状況

2000年10月迄の認定者数は247.3万人であるが、このうち実際のサービス利用者は192.1万人（在宅129.7万人、施設62.4万人）であった。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者であるが、この中には、家族介護等でサービスの必要がない者や、介護保険施設以外の施設に入院・入所している者が含まれている。

④ 第1号／第2号被保険者の構成割合

日本医師会等が実施した各種調査結果より、主な医療系サービス利用者に占める第2号被保険者比率をみると、訪問看護4.3%、通所リハ2.9%、療養型病床群6.4%、介護老人保健施設2.4%であった。

第2章. 医療・介護サービスの提供体制

(1) 施設サービスの提供体制

① 指定介護療養型医療施設の状況

ア) 指定状況

表2-1に、2000年4月と11月における、介護療養型医療施設の指定状況を示す。2000年11月時点の療養型医療施設の総病床数は345,534床、うち介護保険適用は117,656床（構成比34.1%）、医療保険適用は227,878床（65.9%）である。なお、介護保険適用病床117,656床の内訳は、療養型（病院）89,568床（76.1%）、療養型（診療所）8,806床（7.5%）、介護力強化病棟15,503床（13.2%）、老人性痴呆疾患療養病棟3,779床（3.2%）であった。2000年4～11月の9ヶ月間で増加した病床数はわずか2,568床に過ぎない。

現行の介護保険適用病床数は、厚生省（当時）が提示した2000年度整備目標の19万床（この数字は予算上でも使用されている）、その後の都道府県介護保険事業支援計画数を積み上げた178,626床にも遠く及んでいない。

介護保険への移行が進んでいない要因としては、①診療報酬と介護報酬額の差 ②おむつ給付の取扱いの違い ③地方単独事業による自己負担免除対象者の取扱いの違いなどが考えられるが、介護保険への移行を進めるためには、今後これらの整合性を図る必要がある。

表2-1. 介護療養型医療施設の介護保険指定病床数の比較

	2000.4.1 現在		2000.11.1 現在		増減
	病床数	構成比	病床数	構成比	
総数	340,701	100.0%	345,534	100.0%	4,833
□介護保険適用	115,088	33.8%	117,656	34.1%	2,568
□医療保険適用	225,613	66.2%	227,878	65.9%	2,265
ア) 療養型（病院）	229,081	100.0%	255,460	100.0%	26,379
□介護保険適用	83,187	36.3%	89,568	35.1%	6,381
□医療保険適用	145,894	63.7%	165,892	64.9%	19,998
イ) 療養型（診療所）	23,489	100.0%	24,440	100.0%	951
□介護保険適用	8,659	36.9%	8,806	36.0%	147
□医療保険適用	14,830	63.1%	15,634	64.0%	804
ウ) 介護力強化病棟	77,146	100.0%	53,637	100.0%	△23,509
□介護保険適用	19,601	25.4%	15,503	28.9%	△4,098
□医療保険適用	57,545	74.6%	38,134	71.1%	△19,411
エ) 老人性痴呆疾患療養病棟	10,985	100.0%	11,997	100.0%	1,012
□介護保険適用	3,641	33.1%	3,779	31.5%	138
□医療保険適用	7,344	66.9%	8,218	68.5%	874

イ) 療養型病床群等の整備状況の推移

表2-2に、1994～2000年における療養型病床群等の病床数の推移を示す。総病床数は、1994年の115,468床から2000年には345,534床に急増している。この内訳をみると、療養型（病院）が10,735床⇒255,460床（244,725床増）、療養型（診療所）が0床⇒24,440床（24,440床増）、介護力強化病棟が103,548床⇒53,637床（49,911床減）、老人性痴呆疾患療養病棟が1,185床⇒11,997床（10,812床増）であり、療養型病床群への移行および痴呆患者の療養機関である老人性痴呆疾患療養病棟の整備が進んでいる状況がわかる。

表2-2. 療養型病床群等の病床数の推移（指定ベース）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000.11
総数	115,468 (100%)	156,905 (100%)	188,161 (100%)	204,912 (100%)	239,547 (100%)	305,705 (100%)	345,534 (100%)
療養型病床群 (病院)	10,735 (9.3%)	20,758 (13.2%)	37,872 (20.1%)	56,522 (27.6%)	99,171 (41.4%)	167,106 (54.7%)	255,460 (73.9%)
療養型病床群 (診療所)	— (0.0%)	— (0.0%)	— (0.0%)	— (0.0%)	599 (0.3%)	16,452 (5.4%)	24,440 (7.1%)
介護力 強化病棟	103,548 (89.7%)	133,920 (85.4%)	147,101 (78.2%)	144,350 (70.4%)	134,417 (56.1%)	113,382 (37.1%)	53,637 (15.5%)
老人性痴呆 疾患療養病棟	1,185 (1.0%)	2,227 (1.4%)	3,188 (1.7%)	4,040 (2.0%)	5,360 (2.2%)	8,765 (2.9%)	11,997 (3.5%)

(出典) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、厚生労働省資料

注1. 療養型病床群の病床数は、各年10月1日現在のデータ。

注2. 介護力強化および痴呆疾患療養病棟の病床数は、各年7月1日現在のデータ。

注3. 2000年のデータは全て11月1日現在のデータ。

さらに、一般病院数／一般病床数に対する療養型病床群を有する病院数／療養型病床群病床数の構成割合、および有床診療所数に対する療養型病床群を有する有床診療所数を表2-3に示す。1997年11月時点では、療養型病床群を有する病院数は一般病院の8.9%、病床数は一般病床の4.6%であったのに対し、2000年11月時点では、一般病院の39.0%が療養型病床群を有しており、一般病床に占める療養型病床群病床数の割合も19.3%となっている。

表2-3. 療養型病床群を有する病院／診療所の構成割合（実稼働ベース）

	1997.11.1	1998.11.1	1999.11.1	2000.11.1
一般病院数	8,336	8,261	8,217	8,201
療養型病床群を 有する病院数	745 (8.9%)	1,377 (16.7%)	2,276 (27.7%)	3,200 (39.0%)
一般病床数	1,262,083	1,260,589	1,261,368	1,264,050
療養型病床群 病床数	58,660 (4.6%)	106,244 (8.4%)	171,077 (13.6%)	244,390 (19.3%)
有床診療所数	19,761	19,349	18,789	17,811
療養型を有する 診療所数	— (0.0%)	110 (0.6%)	1,803 (9.6%)	2,517 (14.1%)

(出典) 厚生労働省「医療施設動態調査」

ウ) 療養型病床群への転換の状況

次に、療養型病床群への転換状況を見る。

表2-4に、1994～2000年における一般病床、療養型病床群、老人病床（介護力強化病床含む）の病床数の推移を示す。一般病床の総数は、1994～2000年4月（介護保険施行前）まで約126万床で推移しているが、内訳をみると、一般病床（療養型、老人病床以外）が1,064,441床⇒955,640床（108,801床減）、療養型病床群が10,735床⇒229,081床（218,346床増）、老人病床が184,572床⇒77,146床（107,426床減）となっている。

これより、1994年から介護保険施行前までの間、療養型病床群が21.8万床増加しているが、その内訳は、老人病床からの転換が約10.7万床（老人病床の減少分は全て療養型への転換と仮定）、一般病床からの転換（一般病床の減少分は全て療養型への転換と仮定）が約10.9万床であり、老人病床と一般病床から同程度移行していた時期（一般病床からの転換が盛んであった時期）とみることが出来る。

一方、介護保険施行後の2000年4～11月の状況を見ると、療養型病床群は26,379床増となっているが、これは、老人病床からの転換の約2.4万床とほぼ同じ水準であり、また、一般病床数は95.5万床で横這いとなっている。従って、介護保険施行後は、一般病床からの移行はほぼ休止し、老人病床からの移行がほとんどとなっている状況といえる。

表2-4. 一般病床、療養型病床群、老人病床の各病床数の推移

	1994	1996	1998	2000.4	2000.11
一般病床総数	1,259,748 (100%)	1,262,838 (100%)	1,260,849 (100%)	1,261,867 (100%)	1,264,050 (100%)
(1) 一般病床 (療養型・老人以外)	1,064,441 (84.5%)	1,045,114 (82.8%)	1,002,031 (79.5%)	955,640 (75.7%)	954,953 (75.5%)
(2) 療養型病床群	10,735 (0.9%)	37,872 (3.0%)	99,171 (7.9%)	229,081 (18.2%)	255,460 (20.2%)
(3) 老人病床	184,572 (14.7%)	179,852 (14.2%)	159,647 (12.7%)	77,146 (6.1%)	53,637 (4.2%)

(出典) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、厚生労働省資料

注1. 療養型病床群の病床数は、各年10月1日現在のデータ。

注2. 介護力強化および痴呆疾患療養病棟の病床数は、各年7月1日現在のデータ。

注3. 2000年のデータは全て11月1日現在のデータ。

② 介護老人保健施設の状況

表2-5に、1994～2000年における、施設数、入所定員数、在所要者数等の推移を示す。厚生労働省資料によると、2000年10月1日現在の施設数は2,683施設、入所定員は23万4千人、月末在所要者数は22万5千人となっている。

介護保険施行後、在所要率（＝月末在所要者数／入所定員）が約7%高くなっており、平均入所期間が長くなっている影響の可能性が示唆された。

表2-5. 介護老人保健施設の状況

	1994.10	1995.10	1996.10	1997.10	1998.10	1999.10	2000.10
施設数 (事業所)	1,004	1,195	1,517	1,853	2,184	2,420	2,683
対前年度 増加施設数	190	191	322	336	331	236	263
入所定員 (人)	85,635	103,017	132,446	162,180	190,457	211,395	234,000
対前年度 増加定員数	17,088	17,382	29,429	29,734	28,277	20,938	22,605
1施設当たり 入所定員(人)	85.3	86.2	87.3	87.5	87.2	87.4	87.2
月末在所要者数 (人)	76,103	92,220	114,468	137,721	165,705	188,413	225,000
在所要率 (%)	88.9	89.5	86.4	84.9	87.0	89.1	96.2

(出典) 厚生労働省「老人保健施設調査」、「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

③ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の状況

表2-6に、1994～2000年における、施設数、入所定員数、在所要者数等の推移を示す。厚生労働省資料によると、2000年10月1日現在の施設数は4,486施設、入所定員は29万9千人、月末在所要者数は29万4千人となっている。

表2-6. 特別養護老人ホームの状況

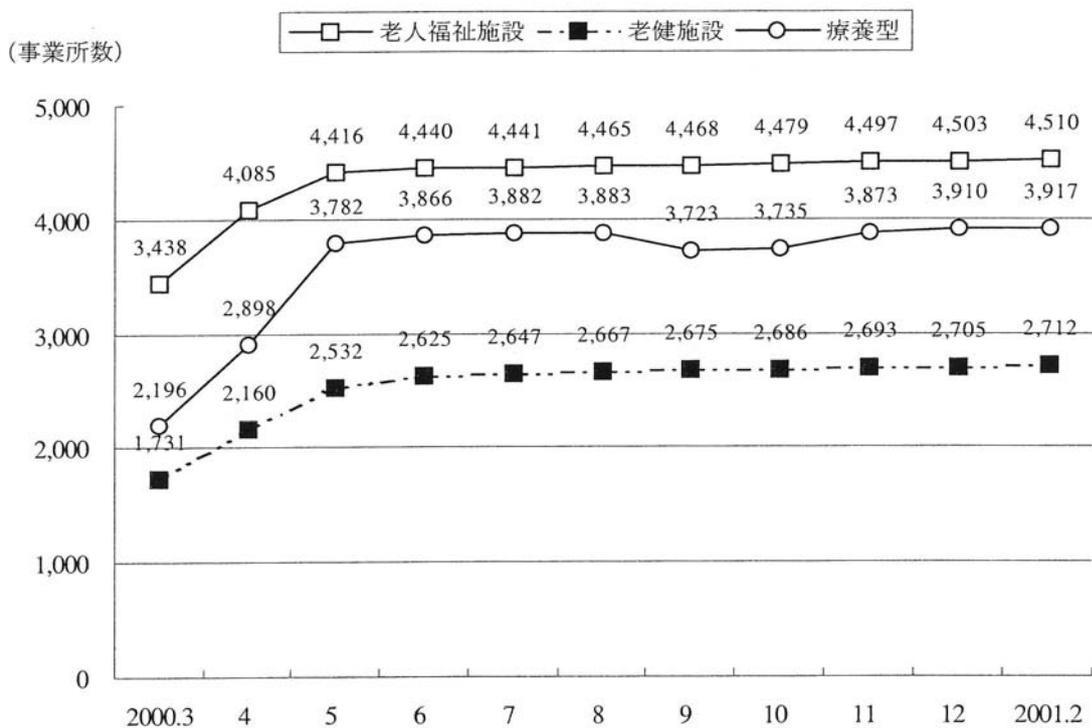
	1994.10	1995.10	1996.10	1997.10	1998.10	1999.10	2000.10
施設数 (事業所)	2,982	3,201	3,458	3,713	3,942	4,214	4,486
対前年度 増加施設数	212	219	257	255	229	272	272
入所定員 (人)	206,611	220,916	235,992	251,893	266,568	283,822	299,000
対前年度 増加定員数	12,520	14,305	15,076	15,901	14,675	17,254	15,178
1施設当たり 入所定員(人)	69.3	69.0	68.2	67.8	67.6	67.4	66.7
月末在所要者数 (人)	205,729	218,769	234,946	250,482	264,937	281,060	294,000
在所要率 (%)	99.6	99.0	99.6	99.4	99.4	99.0	98.3

(出典) 厚生労働省「社会福祉施設等調査報告」、「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

④ 介護保険施設の登録事業所数の推移

図2-1に、種類別にみた介護保険施設の登録事業所数の推移を示す。WAM NETによると、2001年2月現在で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）4,510事業所、介護老人保健施設2,712事業所、介護療養型医療施設3,917事業所となっている。なお、2000年3～5月迄は登録事業所数に大きな変動があるが、これは都道府県への届出、WAM NET上への掲載に関連したタイムラグの影響であり、実際のサービス事業所数を表したものではない。（なお、WAM NETの数値と、厚生労働省の平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報の数値は若干異なっている）

図2-1. 種類別にみた介護保険施設数の推移



(出典) WAM NET

(2) 在宅サービスの提供体制

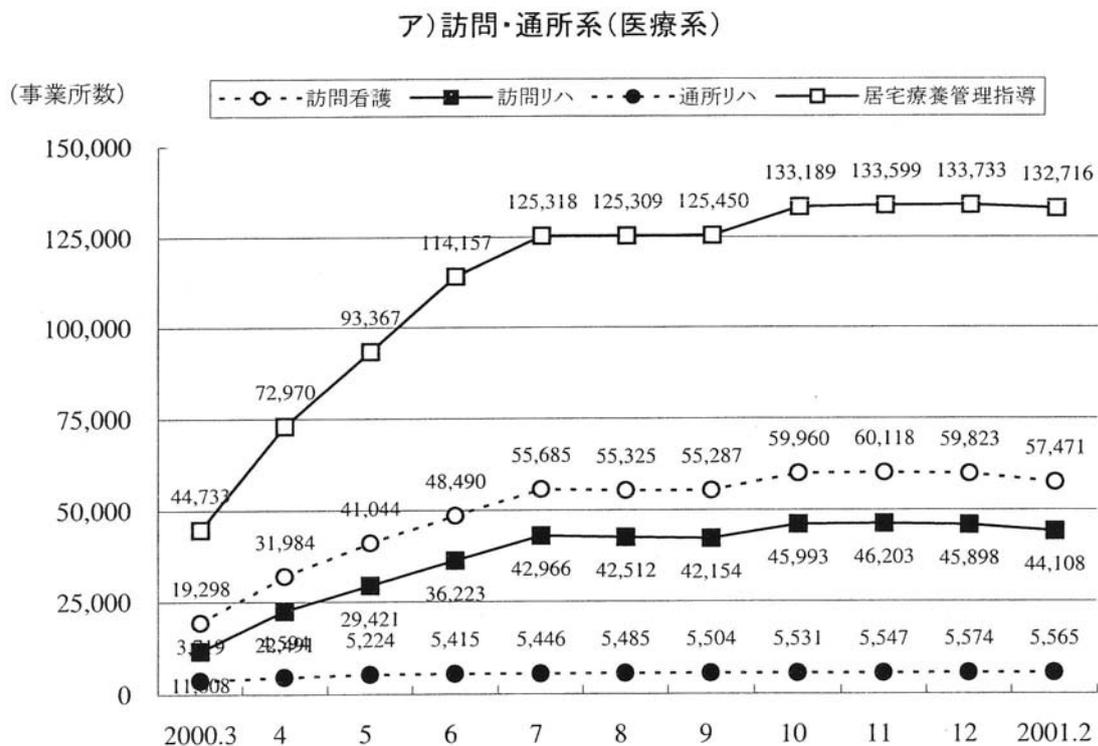
① サービス種類別にみた登録事業所数の推移

図2-2に、WAMNETに登録されている、サービス種類別事業所数の推移を示す。2001年2月末時点における登録事業所数は、「居宅療養管理指導」132,716事業所、「訪問看護」57,471事業所、「訪問リハ」44,108事業所、「訪問介護」13,410事業所、「訪問入浴介護」2,815事業所、「通所リハ」5,565事業所、「通所介護」8,506事業所、「短期入所療養介護」6,548事業所、「短期入所生活介護」4,748事業所、「痴呆対応型共同生活介護」852事業所、「特定施設入所者生活介護」304事業所、「福祉用具貸与」4,914事業所、「居宅介護支援」22,001事業所となっている。なお、医療系サービスの場合、みなし指定事業所数も含まれているため、実際にサービス提供を実施している事業所数とは異なっている可能性がある。

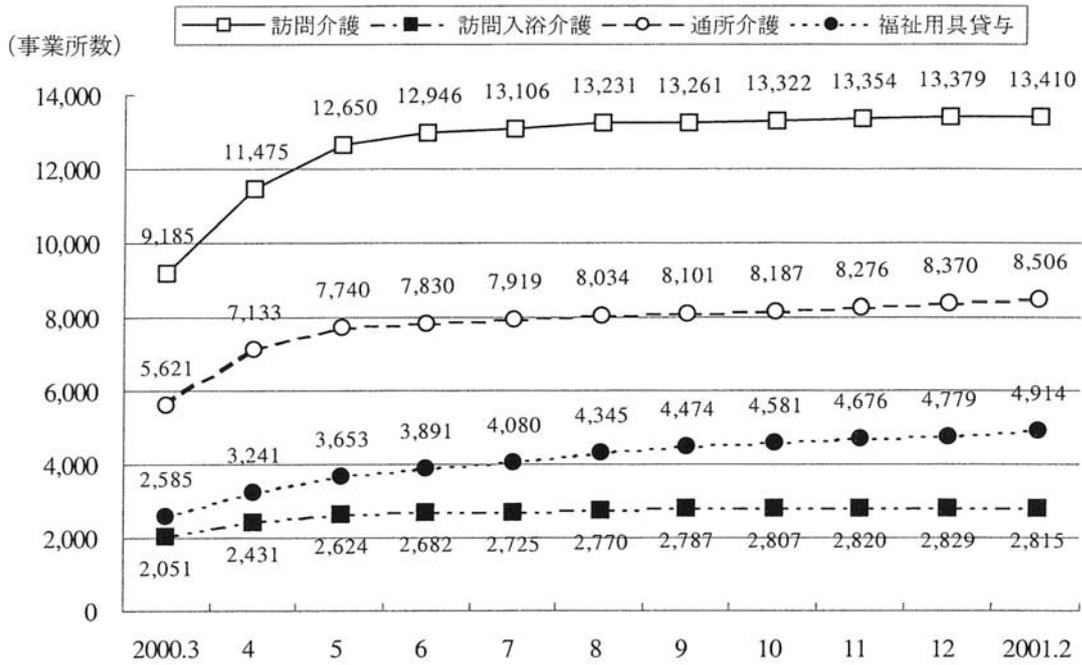
因みに、厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」によると、同年10月1日時点の「訪問看護事業所（ステーション）」は4,994事業所、「通所リハ事業所（医療機関）」は2,950事業所となっている。

登録事業所数の推移をみると、介護保険施行後も事業所数が増加傾向にあるのは訪問介護、通所介護、痴呆対応型共同生活介護、福祉用具貸与などであった。

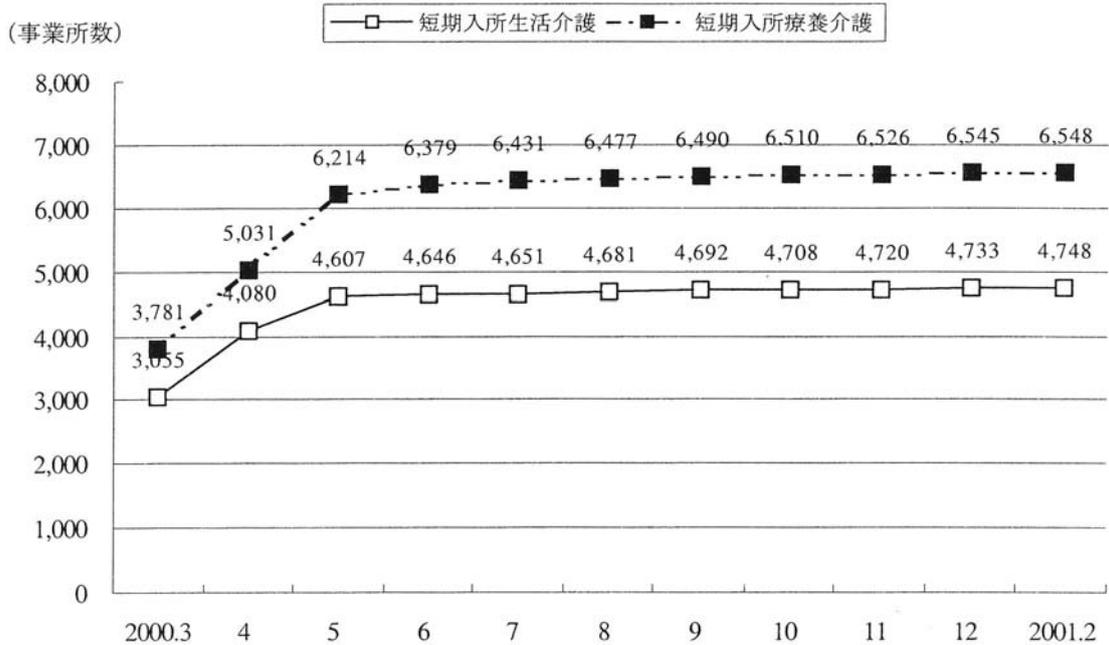
図2-2. 種類別にみた在宅系サービス事業所数の推移



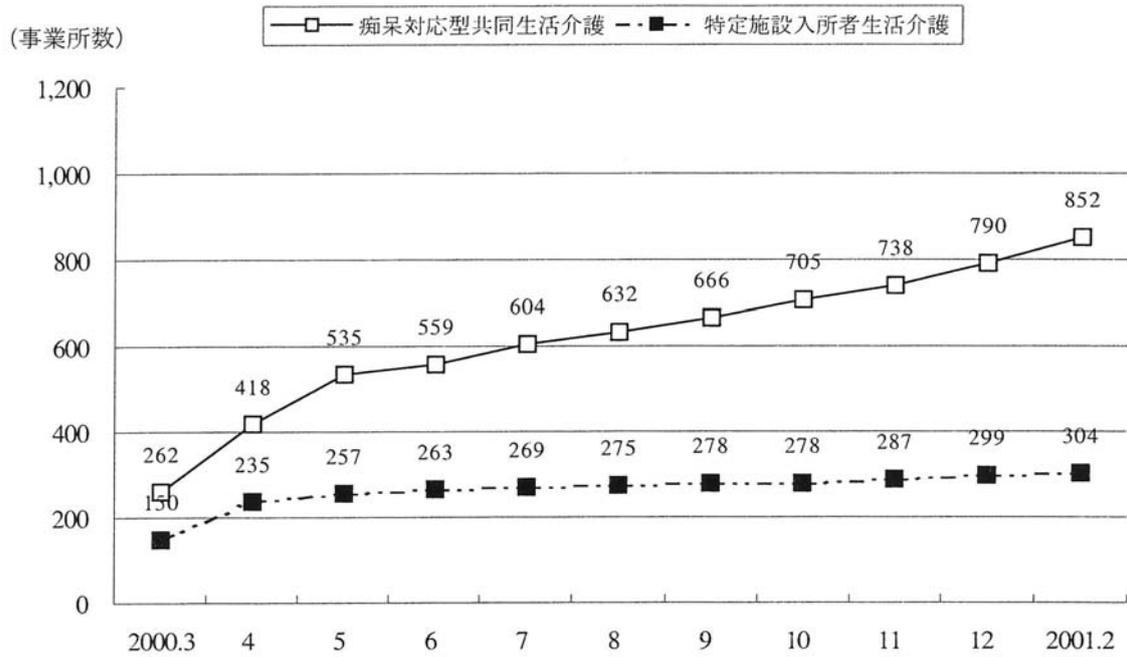
イ) 訪問・通所系(福祉系)



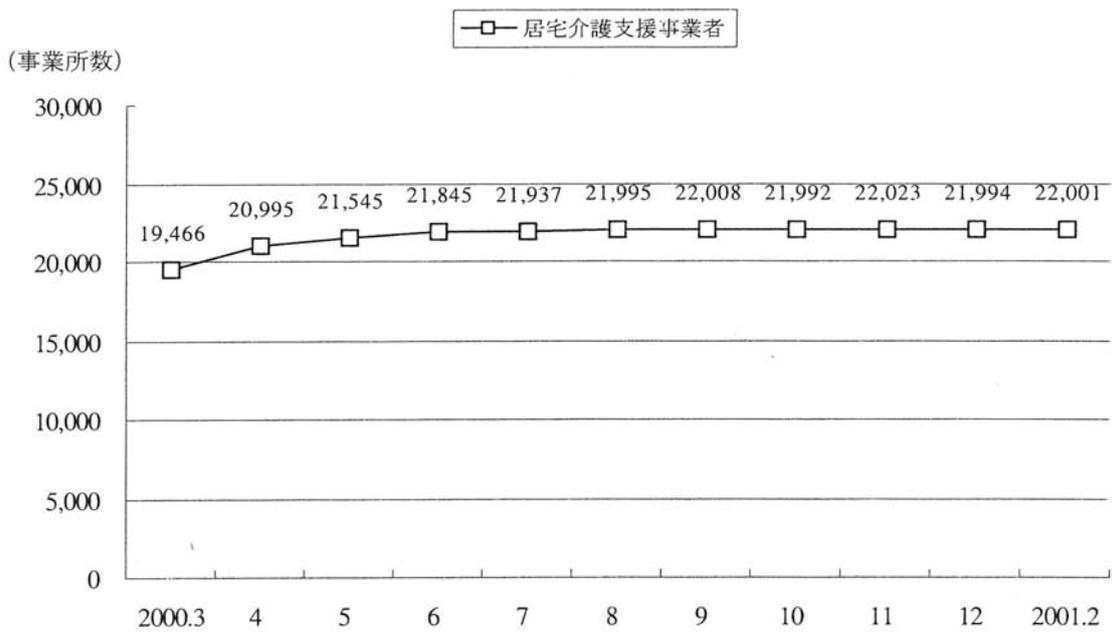
ウ) 短期入所系



エ) 在宅その他



オ) 居宅介護支援



② 設立法人種類別にみた登録事業所数

表2-7に、2000年7月1日時点における設立法人種類別指定事業者所数を示す。(なお、医療系サービス事業者に関しては、みなし指定分が登録されていないため、ここでは割愛している。)

「訪問介護」の事業所数をみると、「営利法人」が40.2%と最も多く、次いで「社会福祉法人(社協以外)」20.0%、「社会福祉協議会」18.1%、「医療法人」9.9%の順であった。

「通所介護」では、「社会福祉法人(社協以外)」が61.7%、「社会福祉協議会」16.3%と、8割程度を社会福祉法人で実施していた。

「痴呆対応型共同生活介護」では、「社会福祉法人(社協以外)」が37.5%と最も多く、次いで「医療法人」31.9%、「営利法人」20.2%の順であった。

「居宅介護支援」では、「医療法人」が26.1%と最も多く、次いで「営利法人」23.0%、「社会福祉法人(社協以外)」22.6%、「社会福祉協議会」10.6%の順であった。

営利法人は、「訪問介護(構成比40.2%)」、「訪問入浴介護(30.2%)」、「痴呆対応型共同生活介護(20.2%)」、「特定施設入所者生活介護(68.6%)」、「福祉用具貸与(87.1%)」、「居宅介護支援(23.0%)」に積極的に参入している様子がわかる。

表2-7. 設立法人種類別にみた指定事業所数(2000年7月1日現在)

	社福法人		医療法人	社団財団	営利法人	地方自治体	その他	合計
	社協	その他						
訪問介護	2,343 (18.1%)	2,587 (20.0%)	1,280 (9.9%)	244 (1.9%)	5,195 (40.2%)	294 (2.3%)	994 (7.7%)	12,937 (100%)
訪問入浴介護	915 (33.9%)	754 (27.9%)	72 (2.7%)	36 (1.3%)	815 (30.2%)	70 (2.6%)	38 (1.4%)	2,700 (100%)
通所介護	1,285 (16.3%)	4,858 (61.7%)	265 (3.4%)	85 (1.1%)	329 (4.2%)	851 (10.8%)	197 (2.5%)	7,870 (100%)
短期入所生活介護	15 (0.3%)	4,155 (89.5%)	10 (0.2%)	1 (0.0%)	26 (0.6%)	429 (9.2%)	8 (0.2%)	4,644 (100%)
痴呆対応型	8 (1.3%)	227 (37.5%)	193 (31.9%)	4 (0.7%)	122 (20.2%)	13 (2.1%)	38 (6.3%)	605 (100%)
特定施設入所者	1 (0.4%)	44 (16.2%)	2 (0.7%)	18 (6.6%)	186 (68.6%)	0 (0.0%)	20 (7.4%)	271 (100%)
福祉用具貸与	147 (3.6%)	113 (2.8%)	84 (2.1%)	15 (0.4%)	3,549 (87.1%)	15 (0.4%)	150 (3.7%)	4,073 (100%)
居宅介護支援	2,321 (10.6%)	4,934 (22.6%)	5,683 (26.1%)	1,170 (5.4%)	5,017 (23.0%)	1,504 (6.9%)	1,180 (5.4%)	21,809 (100%)
合計	7,035 (12.8%)	17,672 (32.2%)	7,589 (13.8%)	1,573 (2.9%)	15,239 (27.8%)	3,176 (5.8%)	2,625 (4.8%)	54,909 (100%)

(出典) 全国介護保険担当課長会議資料(2000年7月31日)

(3) まとめ

① 指定介護療養型医療施設の指定状況

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%）であった。なお、介護保険適用117,656床の内訳は、療養型病床群（病院）89,568床（構成比76.1%）、療養型病床群（診療所）8,806床（7.5%）、介護力強化病棟15,503床（13.2%）、老人性痴呆疾患療養病棟3,779床（3.2%）であった。介護力強化病棟は、2000年11月1日現在で53,637床残っている。

② 療養型病床群の整備状況

1997年11月1日時点では、療養型病床群を有する病院数は745施設（一般病院の8.9%）、療養型病床群病床数（実稼働ベース）は58,660床（一般病床の4.6%）であったのに対し、2000年11月時点では、一般病院の39.0%が療養型病床群を有しており、一般病床に占める療養型病床群病床数の割合も19.3%となっている。

③ 療養型病床群への転換状況

1994年から介護保険施行迄、療養型病床群は21.8万床増加しているが、その内訳は、老人病床（介護力強化病床）からの転換が約10.7万床、一般病床からの転換が約10.9万床であり、老人病床と一般病床から同程度移行していた時期とみることが出来る。一方、2000年4～11月の状況をみると、療養型病床群は26,379床増となっているが、そのほとんどは老人病床（介護力強化病床）からの転換であり、一般病床は95.5万床で横這いとなっている。

④ 介護老人保健施設／介護老人福祉施設の状況

2000年10月1日時点の介護老人保健施設数は2,683施設、入所定員は23.4万人、月末在所者数は22.5万人であった。また、同時点の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29.4万人となっている。

介護老人保健施設の在所率（＝月末在所者数／入所定員）は96.2%と、前年度より約7%上昇しており、平均入所期間が長くなっている影響と考えられた。

⑤ 介護保険関連の在宅サービス提供体制

2001年2月末日時点における主なサービス種類別登録事業所数は、「居宅療養管理指導」132,716事業所、「訪問看護」57,471事業所（訪問看護ステーション4,994事業所（2000年10月））、「訪問リハ」44,108事業所、「通所リハ」5,565事業所（医療機関2,950事業所（2000年10月））、「訪問介護」13,410事業所、「訪問入浴介護」2,815事業所、「通所介護」8,506事業所、「痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）」852事業所、「福祉用具貸与」4,914事業所「居宅介護支援」22,001事業所であった。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、福祉用具貸与などであった。

第3章. 保険給付の状況

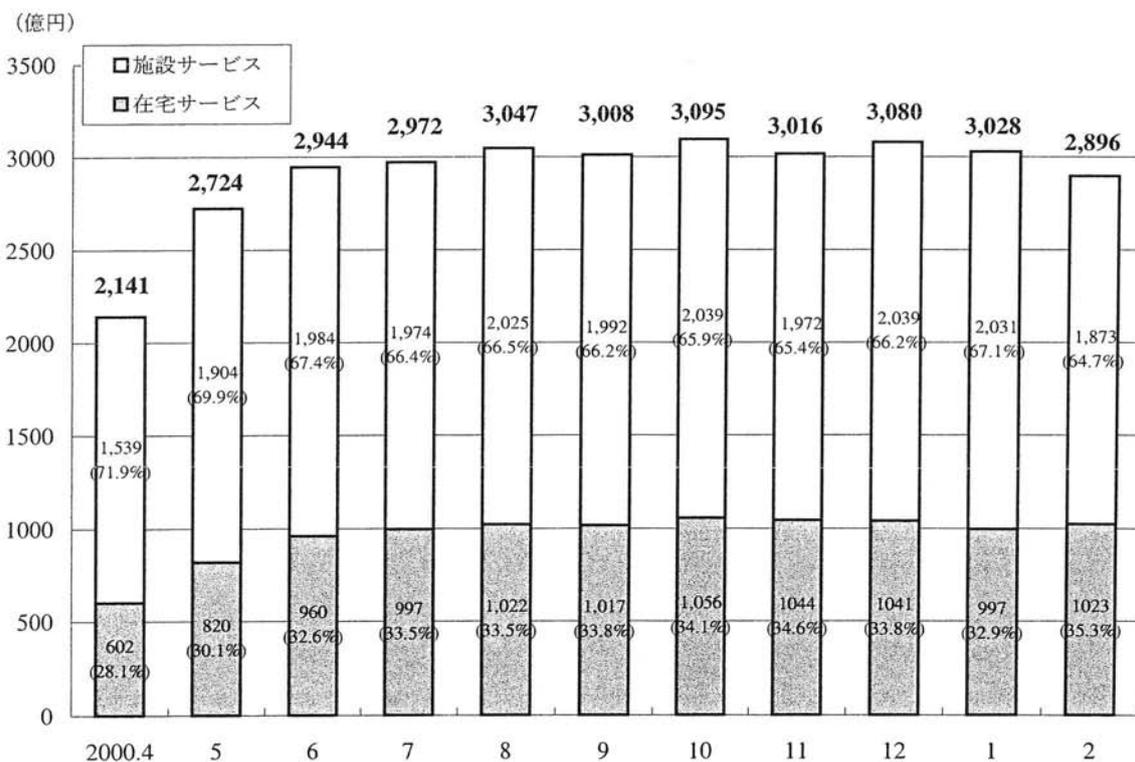
(1) 介護給付費の支払状況

① 在宅／施設別にみた支払状況

図3-1に、介護給付費（9割相当分）の支払額の推移を示す。2000年4月の2,141億円が6月には2,944億円まで増加した後は、約3,000億円で推移している。因みに、2000年4～2001年2月の総給付費は31,952億円（1ヶ月平均2,905億円）で、その内訳は在宅1兆579億円、施設2兆1,373億円である。

ここで、2001年2月の給付額2,896億円の内訳をみると、在宅サービス1,023億円（構成比35.3%）、施設サービス1,873億円（64.7%）と、約2/3の費用が施設サービス費に流れていることが分かる。なお、住宅改修費、福祉用具購入費などの保険者が直接支払う金額（償還払い分）はこの金額には含んでいない。

図3-1. 介護給付費支払額の推移



(出典) 国保中央会資料

図3-2に、在宅サービスに対する介護給付費支払額とその内訳を示す。2001年2月の給付額1,023億円の内訳をみると、「訪問通所サービス」796億円（77.8%）、「短期入所サービス」84億円（8.2%）、「その他の単品サービス」44億円（4.3%）、「居宅介護支援」100億円（9.8%）となっている。

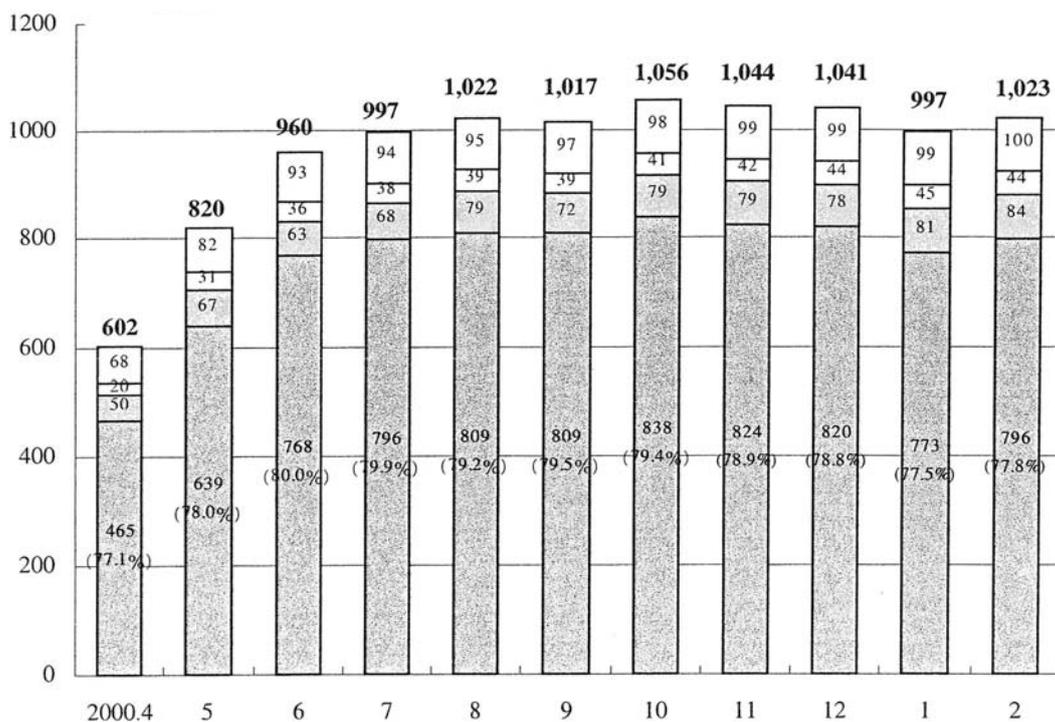
さらに、図3-3に、2001年2月給付分のサービス種類別給付額の内訳を示す。「訪問通所サービス」796億円の内訳は、「訪問介護」241億円（対在宅給付費23.6%）、「訪問入浴介護」30億円（2.9%）、「訪問看護」74億円（7.2%）、「訪問リハ」3億円（0.3%）、「通所介護」233億円（22.8%）、「通所リハ」179億円（17.5%）、「福祉用具貸与」35億円（3.4%）であった。

次に、「短期入所サービス」84億円の内訳は、「短期入所生活介護」65億円（6.4%）、「短期入所療養介護（老人保健施設）」16億円（1.6%）、「短期入所療養介護（病院等）」2億円（0.2%）であった。

次に、「その他の単品サービス」44億円の内訳は、「居宅療養管理指導」13億円（1.3%）、「痴呆対応型共同生活介護」15億円（1.5%）、「特定施設入所者生活介護」16億円（1.6%）であった。

在宅系のサービスに位置付けられているが、「通所サービス」「短期入所サービス」の給付額は、特別養護老人ホームや老人保健施設、病院や診療所などの施設に支払われている。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（総介護給付費の18.2%）程度となる。

図3-2. 介護給付費支払額の推移（在宅）



(出典) 国保中央会資料

図3-3.在宅サービスへの介護給付費支払内訳（2001.2月実績）

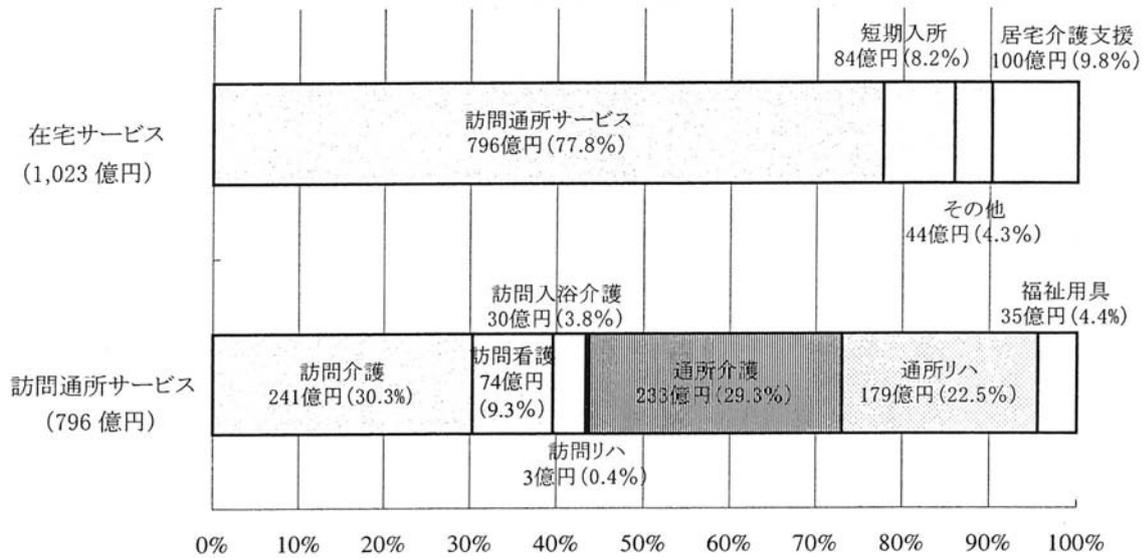
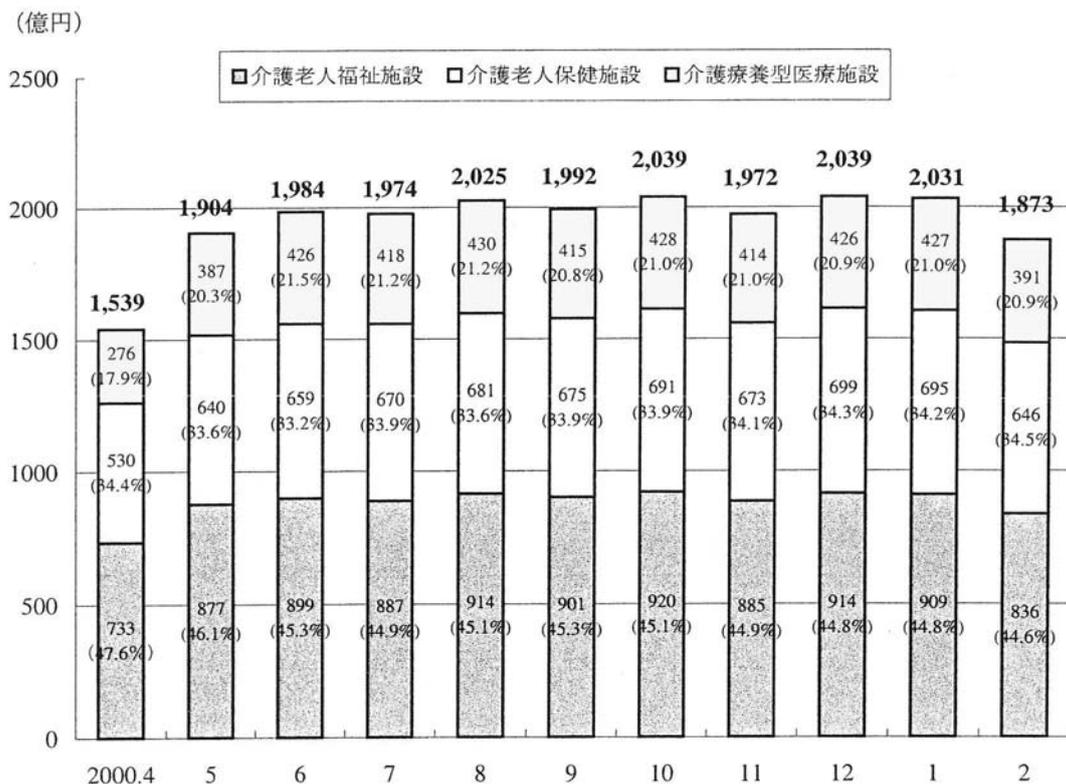


図3-4に、施設サービスに対する介護給付費支払額とその内訳を示す。2001年2月の給付費1,873億円の内訳をみると、「介護老人福祉施設（特養）」836億円（44.6%）、「介護老人保健施設」646億円（34.5%）、「介護療養型医療施設」391億円（20.9%）となっている。

同月の介護給付費は2,896億円であるから、介護老人福祉施設（特養）に給付費の28.9%が流れていることになる。

図3-4. 介護給付費支払額の推移（施設）

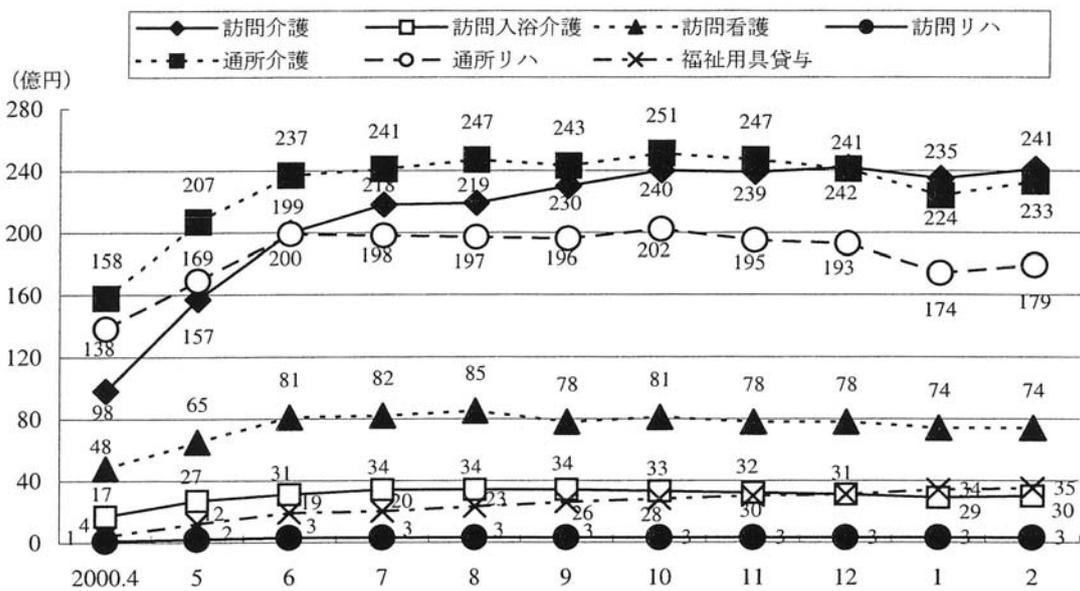


② 在宅サービス種類別にみた支払状況

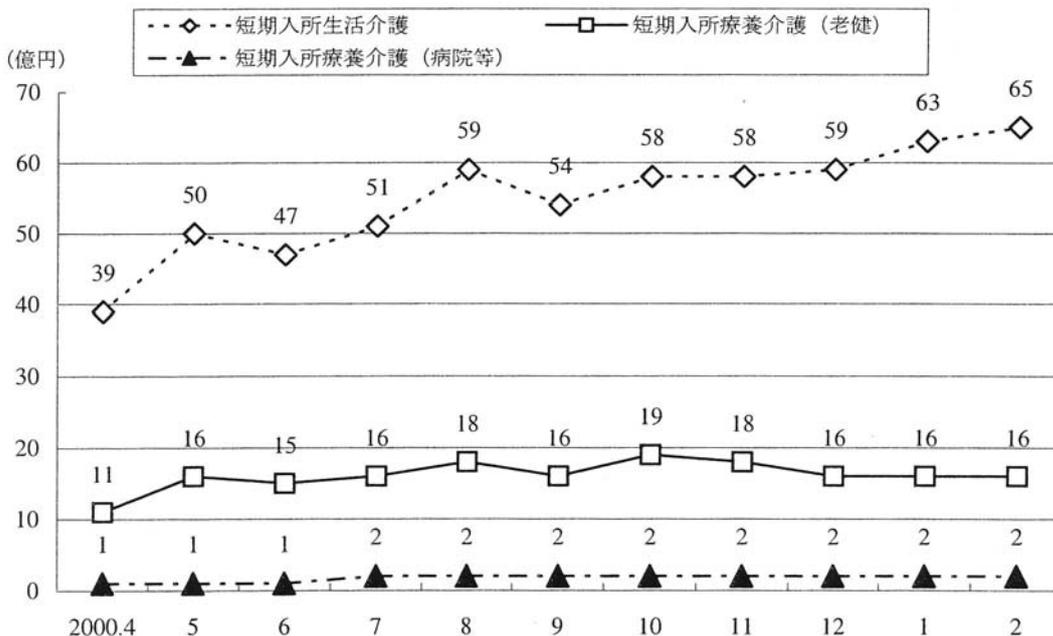
図3-5に、在宅サービス種類別にみた介護給付費の支払額の推移を示す。2000年7月以降も給付額が増加傾向にあるのは、「訪問介護」「福祉用具貸与」「短期入所生活介護」「痴呆対応型共同生活介護」「特定施設入所者生活介護」「居宅介護支援」などの福祉系サービスである。通所介護は、2000年10月までは順調に伸びていたが、その後は伸び悩んでいる。医療系サービス、特に訪問看護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションは、6月以降伸び悩み、2001年1月以降は減少傾向まで呈している。

図3-5. サービス種類別にみた支払状況

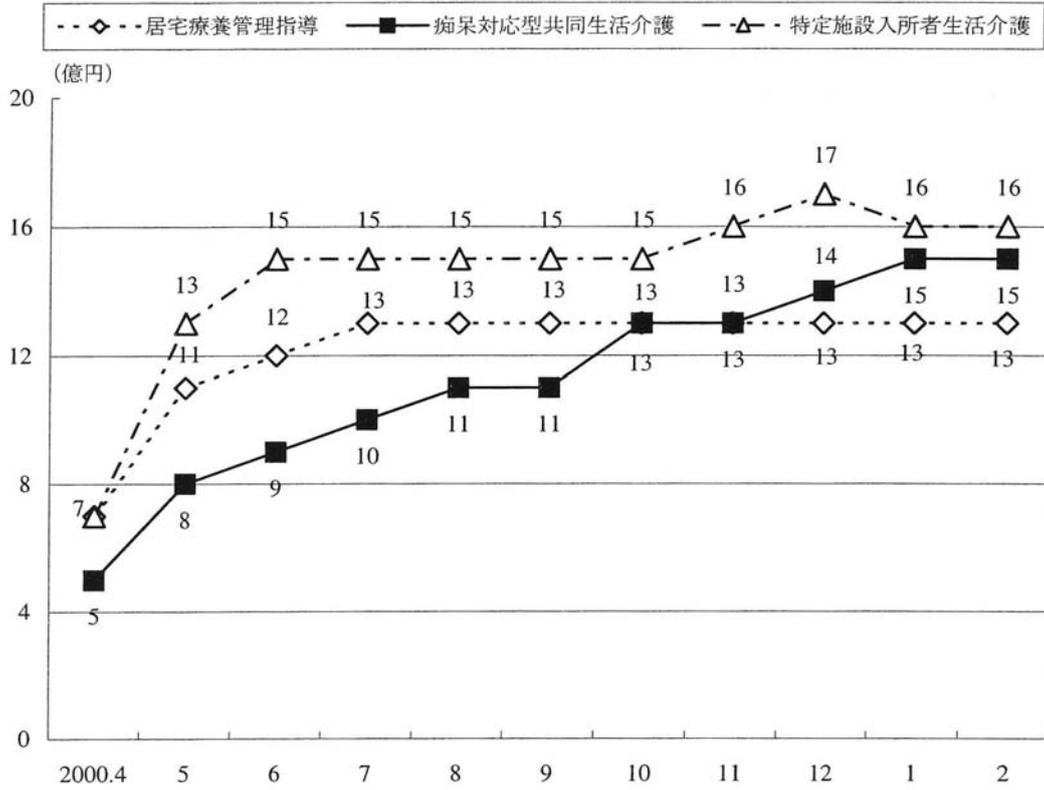
ア) 訪問・通所系



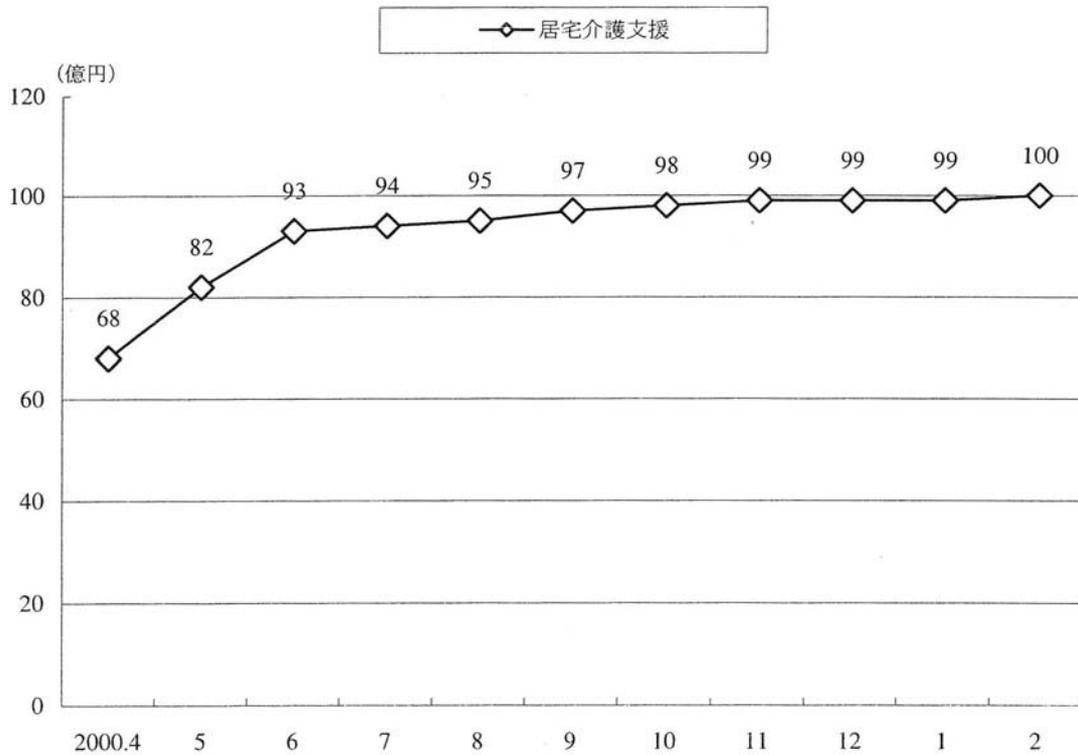
イ) 短期入所系



ウ)在宅その他



工)居宅介護支援



(2) 2000年度の介護給付費の推計

サービス種別別介護給付費支払額の推移をもとにした以下の仮定に基づき、2000年度介護給付費を35,274億円と推計した。

ア) 給付実績がほぼ一定あるいは若干の増減を繰り返している場合、2001年3月実績は2000年12月と同じ（訪問看護、訪問リハ、療養型病床群等）。

（1～2月データは、休日や実日数の関係で代表性に問題があるため）

イ) 給付実績が増加傾向にある場合、2000年12月～2001年2月間の平均伸び率で推移。

	11ヶ月ベース		年間ベース	
	給付費	構成割合	給付費	構成割合
在宅小計	9,555	29.7%	10,512	29.8%
①. 医療系サービス	3,225	10.0%	3,530	10.0%
－ 居宅療養管理指導	134	0.4%	147	0.4%
－ 訪問看護	824	2.6%	902	2.6%
－ 訪問リハ	30	0.1%	33	0.1%
－ 通所リハ	2,041	6.3%	2,234	6.3%
－ 短期入所療養介護	196	0.6%	214	0.6%
②. 福祉系サービス	6,330	19.7%	6,982	19.8%
－ 訪問介護	2,319	7.2%	2,561	7.3%
－ 訪問入浴介護	332	1.0%	363	1.0%
－ 通所介護	2,529	7.9%	2,770	7.9%
－ 短期入所生活介護	602	1.9%	670	1.9%
－ 福祉用具貸与	263	0.8%	300	0.9%
－ 痴呆対応型共同生活介護	125	0.4%	141	0.4%
－ 特定施設入所者生活介護	160	0.5%	177	0.5%
施設小計	21,373	66.5%	23,412	66.4%
①. 医療系サービス	11,698	36.4%	12,823	36.4%
－ 介護療養型医療施設	4,438	13.8%	4,864	13.8%
（再掲） 食事療養費	511	1.6%	560	1.6%
－ 介護老人保健施設	7,260	22.6%	7,959	22.6%
（再掲） 食事療養費	982	3.1%	1,077	3.1%
②. 福祉系サービス	9,675	30.1%	10,589	30.0%
－ 介護老人福祉施設	9,675	30.1%	10,589	30.0%
（再掲） 食事療養費	1,512	4.7%	1,655	4.7%
その他小計	1,224	3.8%	1,350	3.8%
－ 居宅介護支援	1,024	3.2%	1,125	3.2%
－ 福祉用具購入費	51	0.2%	57	0.2%
－ 住宅改修費	149	0.5%	168	0.5%
医療系合計	14,923	46.4%	16,353	46.4%
福祉系合計	16,005	49.8%	17,571	49.8%
総計	32,152	100.0%	35,274	100.0%

注1. 端数処理の関係で、合計額が合わない場合あり。

以上の結果を、在宅／施設サービス別、医療系／福祉系別に整理したものを表3-2に示す。なお、「その他」とは、居宅介護支援費、福祉用具購入費、住宅改修費のことである。

年間ベースの給付費総額35,274億円の内訳は、「医療系サービス」16,353億円（46.4%）、「福祉系サービス」17,571億円（49.8%）、「その他」1,350億円（3.8%）であった。

さらに、在宅／施設別にみると、医療系サービス16,353億円の内訳は、「在宅サービス」3,530億円（対給付費総額10.0%）、「施設サービス」12,823億円（36.4%）であり、福祉系サービス17,571億円の内訳は、「在宅サービス」6,982億円（19.8%）、「施設サービス」10,589億円（30.0%）であった。

表3-2. 在宅／施設別、医療系／福祉系別にみた2000年度介護給付費

ア) 11ヶ月ベース

	在宅サービス	施設サービス	小計	その他
医療系サービス	3,225 (10.0%)	11,698 (36.4%)	14,923 (46.4%)	1,224 (3.8%)
福祉系サービス	6,330 (19.7%)	9,675 (30.1%)	16,005 (49.8%)	
合計	9,555 (29.7%)	21,373 (66.5%)	30,928 (96.2%)	32,152 (100%)

イ) 年間ベース

	在宅サービス	施設サービス	小計	その他
医療系サービス	3,530 (10.0%)	12,823 (36.4%)	16,353 (46.4%)	1,350 (3.8%)
福祉系サービス	6,982 (19.8%)	10,589 (30.0%)	17,571 (49.8%)	
合計	10,512 (29.8%)	23,412 (66.4%)	33,924 (96.2%)	35,274 (100%)

(3) 2000年度の総費用の推計

各サービス別自己負担率に基づき、2000年度の総費用（介護給付費＋自己負担費用）を推計すると、11ヶ月ベースで3兆6,952億円（給付費3兆2,152億円、自己負担4,800億円）、年間ベースで4兆538億円（給付費3兆5,274億円、自己負担5,264億円）、自己負担率は13.0%であった。

表3-3.2000年度の総費用推計

	自己負担率 (%)	11ヶ月ベース(億円)		年間ベース(億円)	
		給付費	総費用	給付費	総費用
在宅小計	10.0%	9,555	10,617	10,512	11,680
①. 医療系サービス	10.0%	3,225	3,583	3,530	3,922
－ 居宅療養管理指導	10.0%	134	149	147	163
－ 訪問看護	10.0%	824	916	902	1,002
－ 訪問リハ	10.0%	30	33	33	37
－ 通所リハ	10.0%	2,041	2,268	2,234	2,482
－ 短期入所療養介護	10.0%	196	218	214	238
②. 福祉系サービス	10.0%	6,330	7,033	6,982	7,758
－ 訪問介護	10.0%	2,319	2,577	2,561	2,846
－ 訪問入浴介護	10.0%	332	369	363	403
－ 通所介護	10.0%	2,529	2,810	2,770	3,078
－ 短期入所生活介護	10.0%	602	669	670	744
－ 福祉用具貸与	10.0%	263	292	300	333
－ 痴呆対応型共同生活介護	10.0%	125	139	141	157
－ 特定施設入所者生活介護	10.0%	160	178	177	197
施設小計	－	21,373	25,090	23,412	27,483
①. 医療系サービス	－	11,698	13,664	12,823	14,979
－ 介護療養型医療施設	－	4,438	5,159	4,864	5,654
(再掲) 施設費のみ	10.0%	3,927	4,363	4,304	4,782
(再掲) 食事療養費	35.8%	511	796	560	872
－ 介護老人保健施設	－	7,260	8,505	7,959	9,324
(再掲) 施設費のみ	10.0%	6,278	6,976	6,882	7,647
(再掲) 食事療養費	35.8%	982	1,530	1,077	1,678
②. 福祉系サービス	－	9,675	11,425	10,589	12,505
－ 介護老人福祉施設	－	9,675	11,425	10,589	12,505
(再掲) 施設費のみ	10.0%	8,163	9,070	8,934	9,927
(再掲) 食事療養費	35.8%	1,512	2,355	1,655	2,578
その他小計	－	1,224	1,246	1,350	1,375
①. 居宅介護支援	0.0%	1,024	1,024	1,125	1,125
②. 福祉用具購入費等	10.0%	200	222	245	250
医療系合計	－	14,923	17,248	16,353	18,901
福祉系合計	－	16,005	18,458	17,571	20,262
総計	－	32,152	36,952	35,274	40,538
自己負担額	－	4,800 (13.0%)		5,264 (13.0%)	

注1. 食事療養費の自己負担率35.8%は、基本食事サービス費を2,120円/日、自己負担額を760円/日として計算した。

注2. 端数処理の関係で、合計が単純集計とは合っていない部分がある。

これを、在宅／施設サービス別、医療系／福祉系別に整理したものを表3-4に示す。医療系サービスは、11ヶ月ベースで1兆7,248億円、年間ベースで1兆8,901億円であるが、この費用には40～64歳の第2号被保険者、65～69歳の老人医療非受給者分も含んでいるため、老人医療費からの移行額とは一致しない。

表3-4. 在宅／施設別、医療系／福祉系別にみた2000年度介護総費用

ア) 11ヶ月ベース

	在宅サービス	施設サービス	小計	その他
医療系サービス	3,583 (9.7%)	13,664 (37.0%)	17,248 (46.7%)	1,246 (3.4%)
福祉系サービス	7,033 (19.0%)	11,425 (30.9%)	18,458 (50.0%)	
合計	10,617 (28.7%)	25,090 (67.9%)	35,706 (96.6%)	36,952 (100%)

イ) 年間ベース

	在宅サービス	施設サービス	小計	その他
医療系サービス	3,922 (9.7%)	14,979 (36.9%)	18,901 (46.6%)	1,375 (3.4%)
福祉系サービス	7,758 (19.1%)	12,505 (30.8%)	20,262 (50.0%)	
合計	11,680 (28.8%)	27,483 (67.8%)	39,163 (96.6%)	40,538 (100%)

(4) 介護給付費の予算と実績比較

表3-5に、2000年度介護給付費の予算（概算要求11ヶ月ベース）と実績を示す。介護給付費総額は、予算38,000億円に対し実績32,152億円と、実績が5,848億円下回っている。

表3-5. 2000年度介護給付費の予算と実績（11ヶ月ベース）

	予算ベース		実績ベース		予算-実績差
	給付費 (億円)	構成割合 (%)	給付費 (億円)	構成割合 (%)	給付費 (億円)
介護給付費総額	38,000	100%	32,152	100%	▲5,848
在宅サービス	13,400	35.3%	10,779	33.5%	▲2,621
施設サービス	24,500	64.5%	21,373	66.5%	▲3,127
－介護療養型医療施設	8,100	21.3%	4,438	13.8%	▲3,662
－介護老人保健施設	6,900	18.2%	7,260	22.6%	360
－介護老人福祉施設	9,500	25.0%	9,675	30.1%	175

(出典) 厚生労働省資料

注1. 端数処理の関係で、厚生省予算は合計があっていない。

これを在宅／施設別にみると、在宅サービスは予算13,400億円（対総予算35.3%）に対し実績10,779億円（居宅介護支援・福祉用具購入費・住宅改修費含む、対総実績33.5%）と、金額で2,621億円、構成比で1.8%下回っている。厚生省（当時）は、予算時点で、サービス受給者198.4万人、支給限度単位数に対する実利用単位数の割合（以下、実利用率）を32.73%としていたが、実際は、実利用率は約40%と高かったが、サービス受給者は129.7万人（2000年10月）と大きく下回った結果である。

一方、施設サービスでは、介護療養型医療施設で実績が3,662億円下回ったのに対し、介護老人保健施設では360億円、介護老人福祉施設では175億円、実績が予算を上回っている。

ただし、介護老人保健施設と介護老人福祉施設の実績が予算を上回った理由は全く異なっている。介護老人保健施設の予算額6,900億円は、月平均利用者数を20.5万人、1人当たり平均単価を30.1万円（利用者負担を除いた分）とした上で試算したものである。厚生労働省等の資料（2000年介護サービス施設・事業所調査結果速報、介護給付費支払状況）によると、2000年9月末の介護老人保健施設在所者は約22.5万人、介護給付費675億円である。したがって、1人当たり平均単価30.0万円であり、実績が上回っているのは、利用者数の増加に起因したものである。

一方、介護老人福祉施設の予算額9,500億円は、月平均利用者数を30.4万人、1人当たり平均単価を27.5万円（利用者負担を除いた分）とした上で試算したものである。厚生労働省等の資料によると、2000年9月のサービス受給者は約29.4万人、介護給付費901億円、1人当たり平均単価は約30.6万円である。利用者数が予算時の見込み数より下回っているにもかかわらず、給付費実績が予算を上回っているのは、1人当たり平均単価の増加（約3万円増）に起因したものである。

表3-6. 2000年度介護給付費予算時の前提条件と実績（11ヶ月ベース）

	予算ベース			実績ベース		
	介護給付費 (億円)	利用者数 (万人)	実利用率 (%)	介護給付費 (億円)	利用者数 (万人)	実利用率 (%)
在宅サービス	13,400	198.4	32.73	10,779	129.7	約40%

	予算ベース			実績ベース		
	介護給付費 (億円)	利用者数 (万人)	1人当たり費用 (万円)	介護給付費 (億円)	利用者数 (万人)	1人当たり費用 (万円)
施設サービス	24,500	70.5	—	21,373	62.2	—
—介護療養型医療施設	8,100	19.7	37.1	4,438	10.3	40.3
—介護老人保健施設	6,900	20.5	30.1	7,260	22.5	30.0
—介護老人福祉施設	9,500	30.4	27.5	9,675	29.4	30.6

注1. 1人当たり費用には、利用者負担は含んでいない。

注2. 施設利用者数（実績）は、厚生労働省「2000年介護サービス施設・事業所調査結果速報」による。

注3. 1人当たり費用は、2000年9月の介護給付費（国保中央会資料）を、9月末在所者数（厚生労働省「2000年介護サービス施設・事業所調査結果速報」）で割ったもの。

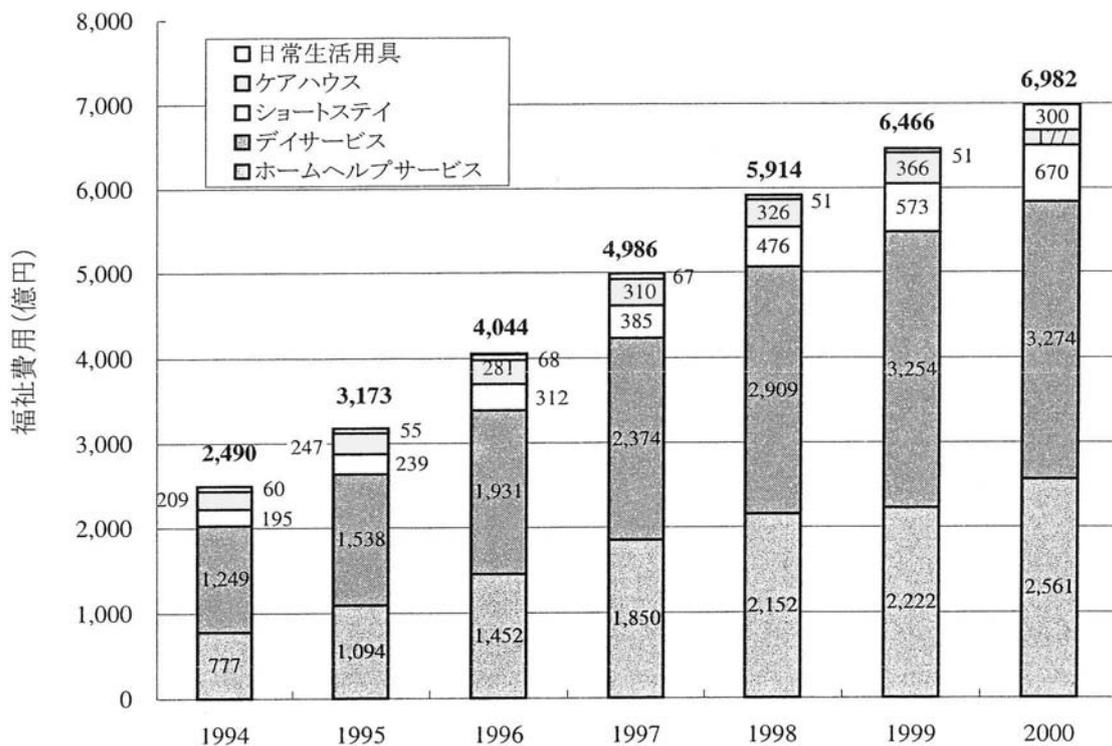
(5) サービス種類別にみた費用の推移

① 福祉系在宅サービス

図3-6に、在宅系老人福祉サービスの費用推移（自己負担は含まず）を示す。なお、2000年度の数字は、介護給付費の支払状況から推計した年間費用（表3-1参照）である。また、デイサービス費には、介護保険施行前の事業区分に従い、訪問入浴介護および痴呆対応型共同生活介護を含んでいる。

2000年度の在宅福祉系サービスの総給付費（40～64歳の第2号被保険者分も含む）は6,982億円で、前年の6,466億円に比べ516億円、8.0%の増加である。これをサービス種類別にみると、訪問介護（ホームヘルプサービス）が2,561億円（対前年度339億円、15.3%の増加）、デイサービス等が3,274億円（対前年度20億円、0.6%の増加）、短期入所生活介護（ショートステイ）が670億円（対前年度97億円、16.9%の増加）となっている。なお、事業所の収入に相当する総費用（自己負担含む）の推計額は7,758億円で、対前年度20.0%増となる。

図3-6. 老人福祉等費用の年次推移（在宅サービス、給付費ベース）



② 福祉系施設サービス

ア) 措置費相当額の推移

図3-7に、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下、特養）サービス費用の推移を示す。2000年度の、従来措置費に該当するサービス費用（自己負担、食事療養費を除いた分）は8,934億円で、前年の7,511億円に比べ1,423億円、18.9%増となっている。なお、1999年までの措置費は、国（1/2負担）の予算額を2倍したものであり、市町村等の単独補助等は含んでいない。

ここで、入所者1人当たり月額サービス費（措置費相当分）の推移をみると、平成11年10月時点の22.3万円に対し、2000年10月時点は25.9万円と、3.6万円増となっている。

図3-7. 特養の運営費用の年次推移（措置費ベース、食事療養費除く）

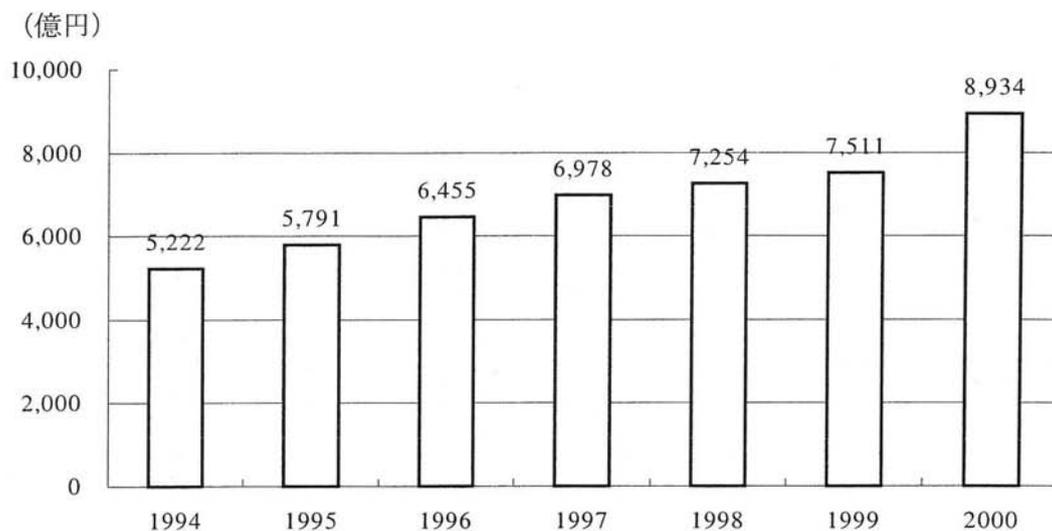


表3-7. 特養入所者1人当たりサービス費用の推移（措置費ベース）

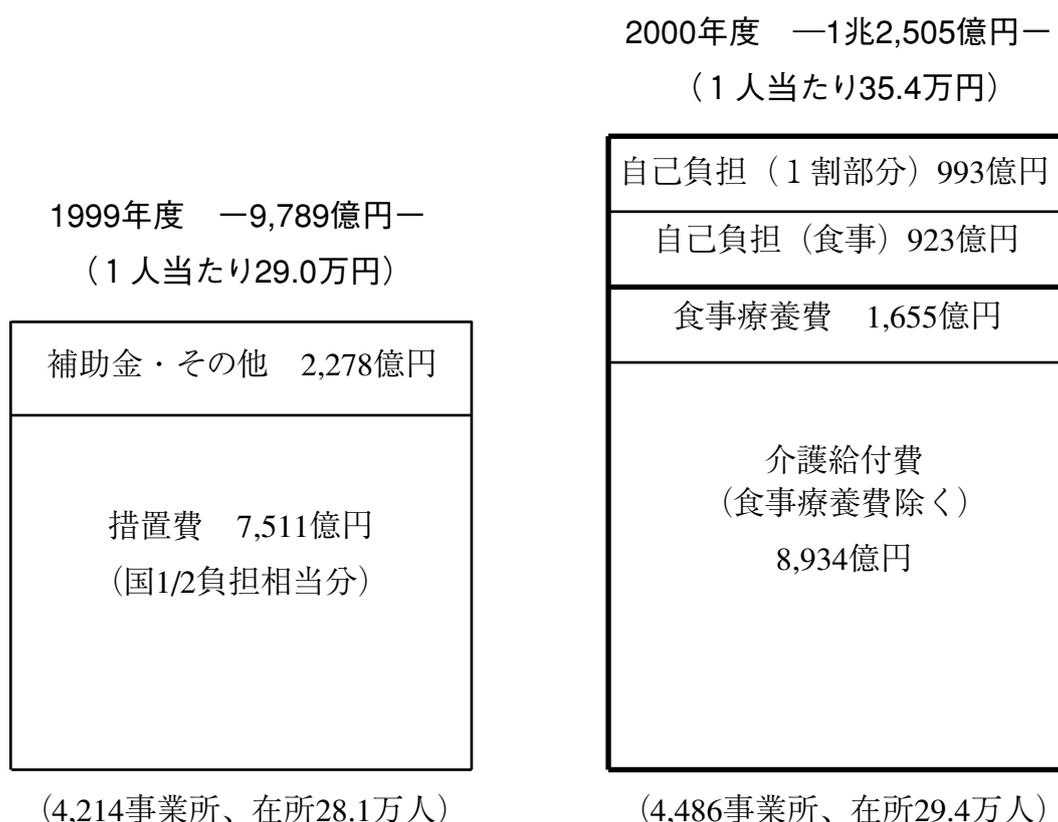
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
施設数 (事業所数)	2,982	3,201	3,458	3,713	3,942	4,214	4,486
入所定員 (人)	206,611	220,916	235,992	251,893	266,568	283,822	299,000
月末在所者数 (人)	205,729	218,769	234,946	250,482	264,937	281,060	294,000
サービス費用 (億円/年)	5,222	5,791	6,455	6,978	7,254	7,511	8,934
1施設当たり サービス費 (億円/年)	1.75	1.81	1.87	1.88	1.84	1.78	2.01
1入所者当たり サービス費 (万円/月)	21.2	22.1	22.9	23.2	22.8	22.3	25.9

注. 1入所者当たりサービス費（措置費相当額）は、2000年9月給付費（食事を除く）を月末在所者数で割ったもの。

イ) 総収入と地方単独補助の関係

表3-7に示した費用は、あくまでも従来措置費に相当する金額だけである。従来制度では、措置費以外に ①補助金収入（都道府県、市町村、その他） ②利用者負担金収入（私的契約入所者） ③その他収入 などが、介護保険では、措置費相当額以外に、①食事療養費（保険給付分） ②利用者負担分（食費+1割負担）が収入源となる。収入変化の概念図を図3-8に示す（1事業所当たり収入が20%増加のケース）。

図3-8.措置費等収入と介護保険総収入の概念図（1事業所20%収入増の場合）



2000年度の特養入所者に対する費用は1兆2,505億円（保険給付1兆589億円、自己負担1,916億円）で、入所者1人当たり月額35.4万円（保険給付分30.0万円、自己負担分5.4万円）と推計される（表3-3参照）。

一方、1事業所当たり収入が20%増収したと仮定すると、1999年度の措置費等総収入は9,789億円（1人当たり月額29.0万円）、1人当たり収入は月額で6.4万円増となる。なお、ここでの措置費は、国の1/2負担分を倍にした金額を指しており、都道府県や市町村が独自に行う措置費上乗せ分は、補助金・その他収入に含んでいる。

措置制度下の措置費補填分や地方単独補助は、全額市町村等の負担であったが、介護保険後は、これら補填や補助費はなくなり、介護保険費用に置き換わっている。つまり、従来市町村等が全額負担していた費用は、社会保険方式を導入した結果、約1/8負担に軽減された訳である。

表3-8に、1999年～2000年における、1事業所当たり収入増加率と、地方単独補助金額等、1人当たり月額収入のケース別試算結果を示す（介護保険施行後のその他収入を0と仮定）。1事業所当たり収入増が10%の場合、1人当たり月額収入は3.7万円の増加に止まるが、地方単独補助額等は3,168億円となる。逆に、1事業所当たり収入増が40%の場合、地方単独補助額等は880億円、1人当たり月額収入は10.5万円にもものぼることになる。

今後、介護報酬改定が議論されていくが、その際、厚生労働省は、介護保険施行前後で収入はどの程度増加したのか、介護保険施行により都道府県や市町村はどのくらい負担が減少したのかなど、収入構造の実態を明らかにする必要がある。

表3-8. 1事業所当たり収入増加率と1人当たり月額収入増

1事業所当たり収入増加率	1999年度総収入(億円)	補助金・その他金額(億円)	1人当たり月額収入		
			1999年(万円)	2000年(万円)	増減(万円)
10%増の場合	10,679	3,168	31.7	35.4	3.7
20%増の場合	9,789	2,278	29.0	35.4	6.4
30%増の場合	9,036	1,525	26.8	35.4	8.6
40%増の場合	8,391	880	24.9	35.4	10.5

ウ) 入所者の外来受診費用

療養型病床群の場合、他医療機関受診を行った場合、他医療機関で行った「包括に含まれる行為」に対する費用は別途保険請求できず、医療機関同士の協議に委ねられることになっている。

特養の場合、配置医師はいるが、配置医師で対応できない場合などは医療機関に外来受診することとなる。1999年6月14日の医療保険福祉審議会介護給付費部会の参考資料によると、1997年6月の社会医療診療行為別調査（政管、国保が対象）における特養や養護老人ホーム入所者の外来受診者数は13,499人、外来受診者1人当たり平均費用は17,620円（自己負担込み）、平均診療実日数は5日となっている。

なお、社会医療診療行為別調査の老人カバー率は、加入者数で按分すると89.6%であるから、老人全体での外来受診者は15,066人と推計される。1997年10月1日の特養、養護老人ホームの在り者総数は315,066人であるから、外来受診率は4.8%となる。したがって、入所者1人当たり846円が別途医療保険から支払われていることになる（受診率が4.8%の場合）。なお、全国老人福祉施設協議会が1997年に実施した実態調査（第5回全国老人ホーム基礎調査報告書）によると、特養の通院者の割合は、内科で21.1%（1992年調査でも22.3%）となっている。外来受診率の正確な調査が必要である。

現時点では、他医療機関の受診方法や支払方法などで、介護保険施設間で整合がとれていない面があるが、今後、これら外来費用の実態も反映された形での報酬設定の検討が必要となろう。

エ) 社会福祉法人における退職金の扱い

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、社会福祉・医療事業団（WAM）による共済制度が設けられている。その対象者の範囲は、①社会福祉施設等職員（特養、老人デイサービスセンター等） ②社会福祉法人が運営するその他の社会福祉施設の職員 ③公益事業の職員（訪問看護事業、居宅介護支援事業、介護老人保健施設、有料老人ホーム等） ④収益事業の職員（売店、出版事業、不動産賃貸等） となっているが、このうち社会福祉施設等職員の支給に要する費用に関しては、国が1/3、都道府県が1/3を補助する仕組みとなっている。因みに、社会福祉・医療事業団が1998年度に給付した退職手当金は総額484億円で、うち国が161億円、都道府県が164億円を、補助金の形で負担している。

従来、「福祉」の世界では、様々な形で公費が流れる様になっていたが、それが随所に形を残したまま、介護保険が施行された。

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、開設時の補助金なども含め、様々な条件を同じくした上での議論をすべきであろう。

③ 医療系在宅サービス（総費用ベース）

ア) 訪問看護

表3-9に、訪問看護ステーションに関する諸指標の推移を示す。1事業所当たりの年間医療費収入は、1997年で3,006万円となっている（なお、1999年の訪問看護療養費1,073億円は、支払基金と国保連の月報による推計値）。

厚生労働省資料によると、2000年10月1日時点の訪問看護ステーション数は4,994事業所、1事業所当たり利用者数は35人となっている。ここで、1事業所当たり医療費収入は利用者数に比例と仮定し、2000年度の訪問看護費を1,165億円（医療＋介護）と推計した。

ところで、支払基金と国保連の月報により、2000年度の訪問看護療養費（医療保険分）を推計すると313億円（一般82億円、老人140億円、公費39億円）となる。一方、2000年度の訪問看護費（介護保険分）は、1,002億円（医療機関の訪問看護費用も含む）であることから、訪問看護ステーションの介護保険分は852億円、医療機関の訪問看護費用（介護保険分）は150億円と推計した。

以上の結果を表3-9にまとめる。

表3-9. 訪問看護ステーションの諸指標の推移

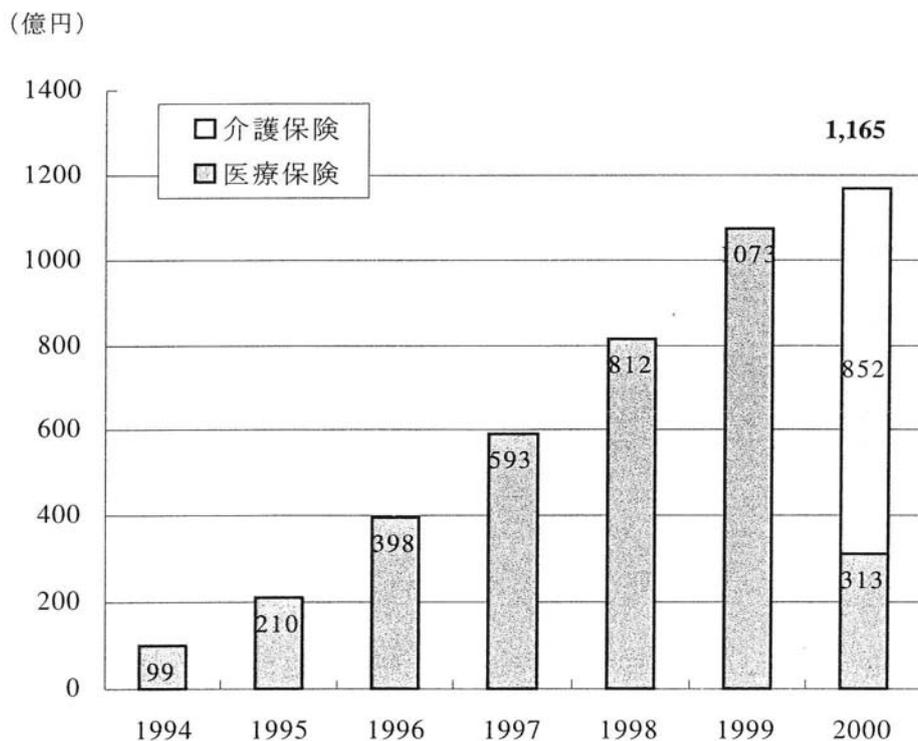
	1997.7	1998.7	1999.7	2000.10
施設数 (事業所数)	2,048	2,756	3,570	4,994
1事業所当たり 利用者数(人)	45.2	45.1	45.3	35
訪問看護療養費 (億円/年)	593	812	1,073	1,165
1事業所当たり 医療費収入(万円)	2,896	2,946	3,006	2,323

(出典)「国民医療費」、「平成11年訪問看護統計調査」、「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」、「支払基金月報」、「国保連合会支払業務統計」

表3-10. 2000年度における訪問看護費内訳

	訪問看護 ステーション	医療機関	合計
介護保険	852 億円 (73.1%)	150 億円	1,002 億円
医療保険	313 億円 (26.9%)	—	—
合計	1,165 億円 (100%)	—	—

図3-9. 訪問看護ステーション費用の推移



イ) 通所リハビリテーション（老人デイ・ケア）

a) 老人保健施設

支払基金および国保連の月報によると、1999年度の通所リハ相当額は1,131億円で、対前年度210億円、22.8%の増加となっている。ところで、老人保健施設数は1999年10月で2,420事業所、2000年10月で2,683事業所となっている。ここで、事業所数に比例する形で費用が伸びると仮定し、2000年度の通所リハ費用を1,254億円と推計した。

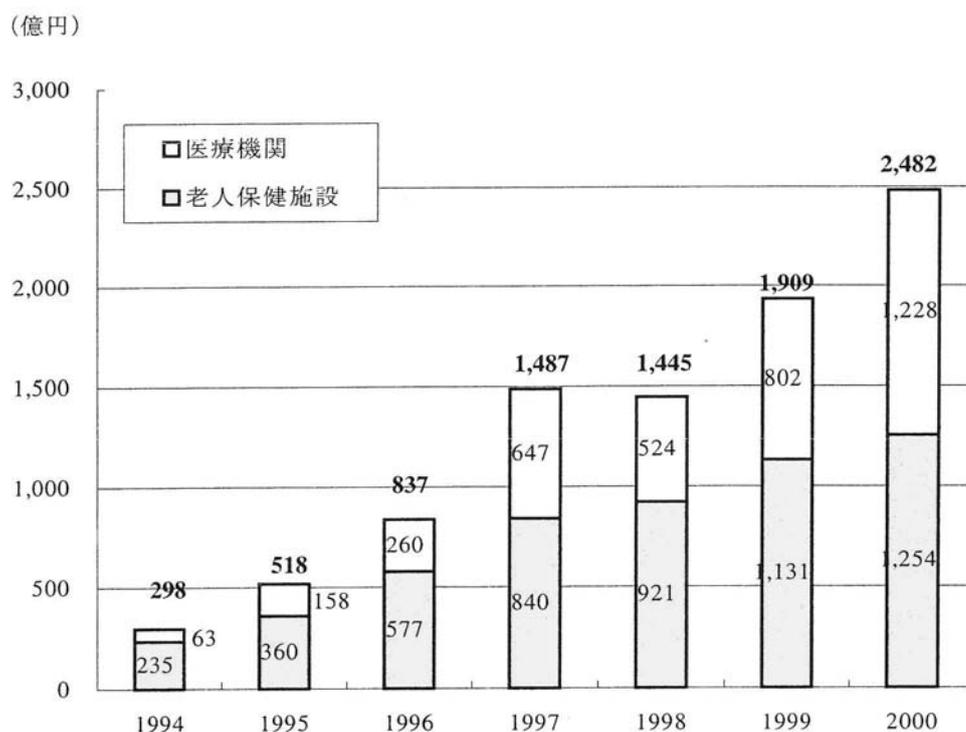
b) 医療機関

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関の通所リハ費用の推移をみると、1996年の260億円から97年は647億円（対前年度387億円、148.8%の増加）に急増している。98年度は、診療報酬の改定で、通所リハ回数制限等により524億円に減少しているが、その後も増加傾向にあると思われる。

ところで、2000年度の通所リハ費用は2,482億円（1割負担含む）である。このうち、介護老人保健施設の通所リハ費用が1,254億円であるから、2000年度の医療機関における通所リハ費用を1,228億円と推計した。

以上の結果を図3-10に示す。なお、1999年度の医療機関における通所リハ費用は、1998～2000年度の伸び率より算出した。

図3-10. 通所リハ費用の推移



ウ) 居宅療養管理指導

a) 寝たきり老人訪問薬剤管理指導料

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関における寝たきり老人訪問薬剤管理指導料の推移をみると、1996年4億円、97年3億円、98年11億円となっている。98年以降、年率30%増と仮定すると、2000年度の医療機関における寝たきり老人訪問薬剤管理指導料は19億円となる。

同指導は、保険薬局の薬剤師も行っている。96年度における保険点数は550点、実施回数は6,000回なので、96年の費用を約4億円と推計した。この金額は、医療機関の費用と同程度であり、その後も医療機関と同程度実施されているとすると、2000年度の保険薬局における費用も19億円となる。

b) 寝たきり老人訪問栄養食事指導料

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関における寝たきり老人訪問栄養食事指導料の推移をみると、96年1億円、97年2億円、98年1億円弱と伸びていない。98年以降も同様の推移と仮定すると、2000年度の医療機関における寝たきり老人訪問訪問栄養指導料は1億円となる。

c) 寝たきり老人訪問歯科衛生指導料

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関における寝たきり老人訪問歯科衛生指導料の推移をみると、96年17億円、97年28億円、98年28億円となっている。ここで、98年以降、10%程度の伸びと仮定すると、2000年度の医療機関における寝たきり老人訪問訪問歯科衛生指導料は34億円となる。

d) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導料

2000年度における上記費用を全て足すと73億円となる。ところで、2000年度の居宅療養管理指導料は163億円（利用者負担含む）である。したがって、医師・歯科医師による居宅療養管理指導料を90億円と推計した。

エ) 訪問リハビリテーション

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関における寝たきり老人訪問リハビリテーション料の推移をみると、96年13億円、97年17億円、98年14億円となっている。なお、2000年度の訪問リハビリテーション料は37億円（利用者負担含む）であり、金額的には大きくないものの、増加傾向にある。

オ) 短期入所療養介護

ア) 老人保健施設

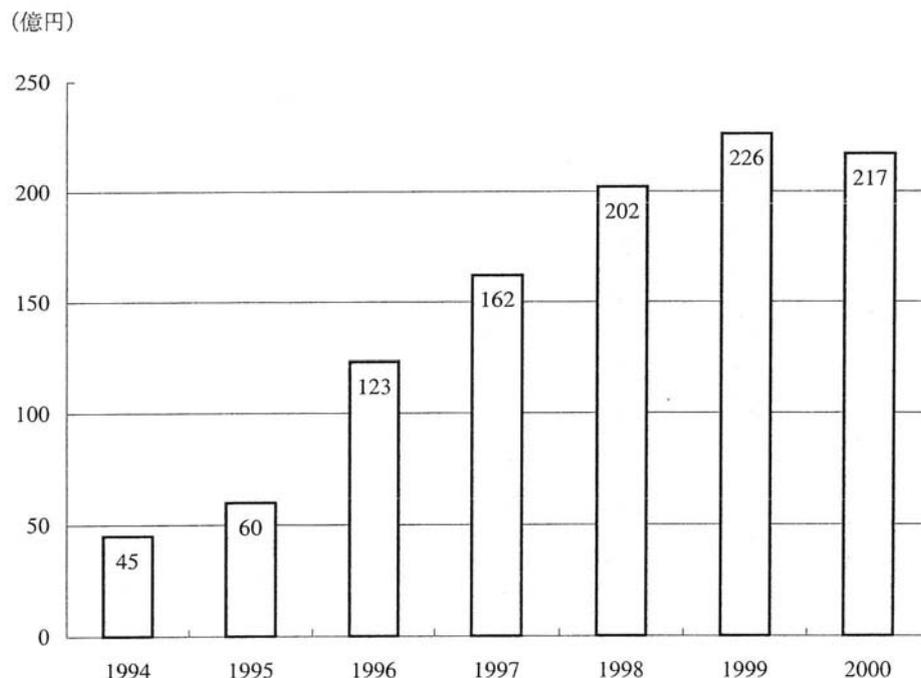
98年度老人保健施設調査によると、同年9月の短期入所者は21,038人、1人当たり平均短期入所日数は8.0日である。ここで、1日当たり費用を1万円（≒基本施設療養費／30日+1,300円）とし、月間短期入所費用17億円、年間202億円と推計した。同様の方法で、老人保健施設における短期入所療養介護費を推計した結果を図3-11に示す（なお、1999年度の費用は、1998年度費用に、短期入所ケア定員数の伸び率を掛けて算出した）。

2000年度の短期入所療養介護費（1割負担分含む）は238億円で、その内訳は老人保健施設217億円、医療機関21億円と推計した。老人保健施設の短期入所費用は前年度並みか若干の減少となっている。

イ) 医療機関

「社会医療診療行為別調査」より、医療機関の短期入所療養介護費の推移をみると、96年4億円、97年5億円、98年16億円となっている。2000年度の短期入所療養介護費は21億円（1割負担分含む）であり、金額的には少ないが、徐々に増加している。

図3-11. 短期入所療養介護（老健施設）費用の推移



④ 医療系施設サービス（老人保健施設、給付費ベース）

図3-12に、介護老人保健施設入所サービス費用の推移を示す。2000年度のサービス費用は7,959億円（推計）で、前年の6,534億円に比べ1,425億円、21.8%増となっている。

ここで、入所者1人当たり月額サービス費の推移をみると、1999年10月時点の28.9万円に対し、2000年10月時点は30.0万円と、約1.1万円の増加となっているが、これはおむつ代相当額であり、実質の1人当たり費用は変化していない。

図3-12. 老人保健施設入所費用の推移

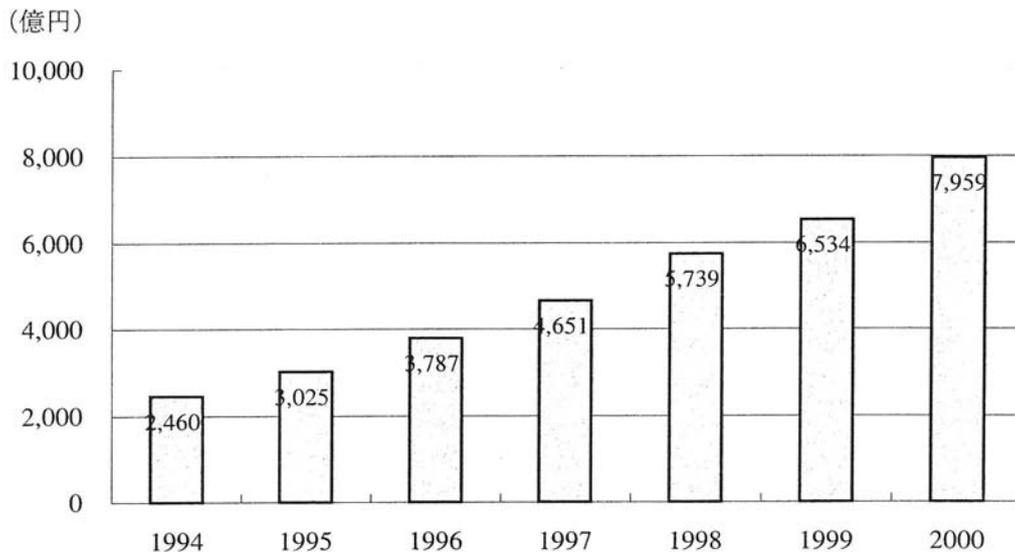


表3-11. 介護老人保健施設の入所者1人当たりサービス費用の推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
施設数 (事業所数)	1,004	1,195	1,517	1,853	2,184	2,420	2,683
入所定員 (人)	85,635	103,017	132,446	162,180	190,457	211,395	234,000
月末在所者数 (人)	76,103	92,220	114,468	137,721	165,705	188,413	225,000
サービス費用 (億円/年)	2,460	3,025	3,787	4,651	5,739	6,534	7,959
1施設当たり サービス費 (億円/年)	2.45	2.53	2.50	2.51	2.63	2.70	2.97
1入所者当たり サービス費 (万円/月)	26.9	27.3	27.6	28.1	28.9	28.9	30.0

注1. 入所者当たりサービス費は、2000年9月給付費を月末在所者数で割ったもの。

(出典) 厚生労働省「老人保健施設調査」、「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

(6) まとめ

① 介護給付費（自己負担、療養費払い除く）の支払状況

介護給付費は、2000年4月の2,141億円が6月には2,944億円に増加した後、約3,000億円で推移している。ここで、2001年2月の給付費2,896億円の内訳をみると、在宅サービス1,023億円（35.3%）、施設サービス1,873億円（64.7%）と、約2/3の費用が施設サービス費に流れていた。

在宅サービス費1,023億円の内訳をみると、訪問通所サービス796億円（対在宅サービス費77.8%）、短期入所84億円（同8.2%）、その他44億円（同4.3%）、居宅介護支援100億円（同9.8%）であった。在宅系サービスに位置付けられているが、通所サービス費および短期入所サービス費は、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%）に過ぎない。

また、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（対施設サービス費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%）であった。同月の介護給付費は2,896億円であるから、介護老人福祉施設に給付費の28.9%が流れていることになる。

② 在宅サービス種類別にみた支払状況

在宅サービス費のうち、2000年7月以降も給付額が伸びているのは、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の福祉系サービスであった。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、2001年1月以降は減少傾向まで呈していた。

③ 2000年度介護給付費／総費用の推計

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1,224億円）、年間ベースで3兆5,274億円（医療系1兆6,353億円、福祉系1兆7,571億円、その他1,350億円）であった。ここで、自己負担を含む総費用を推計すると、11ヶ月ベースで3兆6,952億円、年間ベースで4兆538億円であった。また、自己負担率は約13%であった。

④ 介護給付費支払予定と実績比較

当初の介護給付費予想額は11ヶ月ベースで3.8兆円であったことから、2000年度給付費は5,848億円下回った。これを在宅／施設別にみると、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）であった。

介護老人保健施設と介護老人福祉施設に対する給付費が予算を上回った要因は、前者は、1人当たり費用は予想通りだが入所者数が当初予想の20.5万人を約2万人上回ったこと、後者は1人当たり費用が約3万円増加したことによる。

⑤ サービス種類別にみた費用推移

2000年度の在宅系福祉サービスに対する給付費は6,982億円（40～64歳の第2号被保険者分を含む）で、前年度の6,466億円に比べ516億円の増加となっている。なお、2000年度の総費用（自己負担含む）は7,758億円で、対前年度20.0%増となる。

一方、介護老人福祉施設に対する2000年度の給付費を1兆589億円、自己負担分も含めると1兆2,505億円（1人当たり月額35.4万円）と推計した。なお、1999年度の措置費（国1/2負担額の2倍の金額）は7,511億円であるが、その他の都道府県や市町村の補助金収入、措置費補助分等の実額が不明であるため、対前年度の収入増額の実態ははっきりしない。仮に、1事業所当たり収入増加率を20%とした場合、1999年度総収入は9,789億円、1人当たり月額収入は29.0万円と、1人当たり6.4万円の増加となる。

社会福祉法人の場合、特養職員の退職金の約2/3に公費（国および都道府県）で賄われる制度が存在する点や、外来受診は医療保険請求となっている点など、療養型病床群等と不整合な部分が存在する。これら実態を明らかにした上で、介護報酬の検討が必要となろう。

第4章 老人医療費への影響

(1) 老人医療費の現状

① 老人医療受給者数

図4-1に1983～1998年における制度別老人医療受給者数の推移を、図4-2に制度別老人医療受給者数の対前年度伸び率の推移を示す。

1998年度の老人医療受給者数は1,360.5万人で、内訳は国保1,008.6万人（構成比74.1%）、社保351.9万人（同25.9%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で4.5%であるが、制度別では国保6.2%に対し社保0.1%であり、1990年以降、国保の老人医療受給者の増加傾向が顕著となっている。

図4-1. 老人医療受給者数の推移

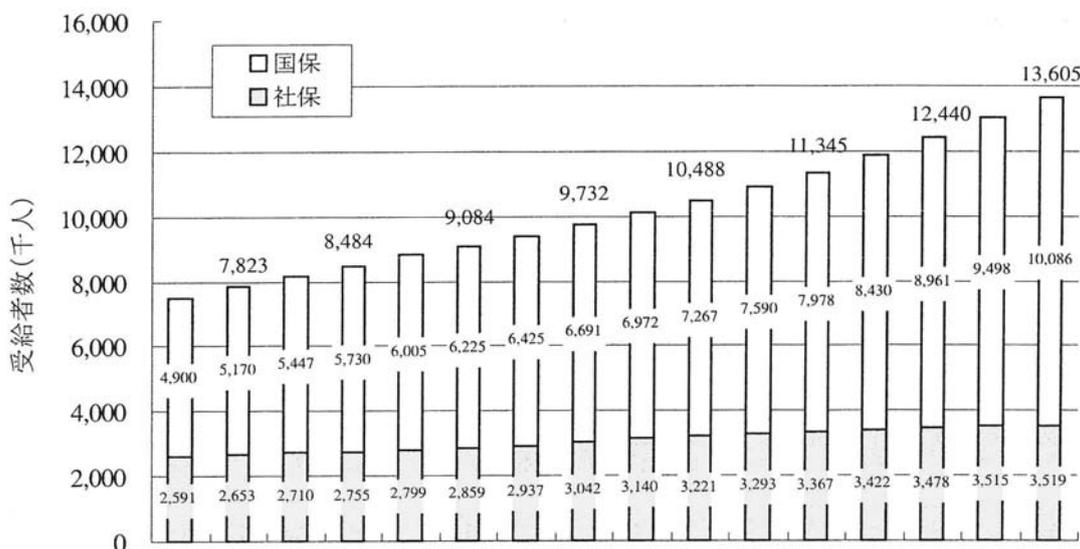
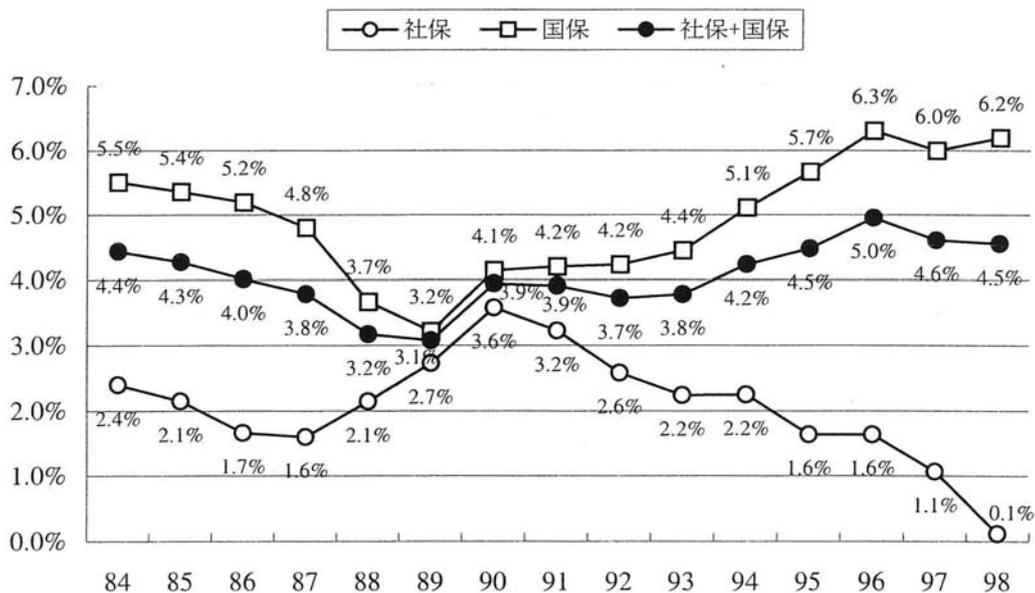


図4-2. 老人医療受給者数の対前年度伸び率の推移（制度別）



② 老人医療費の推移

表4-1に1994～1999年における制度別にみた老人医療費、老人医療受給者数、老人医療受給対象者1人当たり老人医療費の推移を示す。

1999年度の老人医療費は11兆7,854億円で、内訳は国保8兆8,797億円（構成比75.3%）、社保2兆9,057億円（同24.7%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で8.5%であるが、制度別では社保2.7%に対し国保10.5%であり、国保の老人医療受給者の増加（97-98年間で6.2%増）を反映した形となっている。なお、老人医療受給対象者1人当たりの老人医療費の対前年度伸び率は年々低くなっており、97-98年間で1.3%程度の伸びに止まっている。

表4-1. 老人医療費の年次推移（自己負担含む）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
(1) 老人医療費関連（医療費：億円、伸び率：%）						
－老人医療費	80,876	88,407	97,010	102,348	108,642	117,854
国保	56,718	62,748	69,759	74,542	80,352	88,797
社保	24,158	25,660	27,251	27,806	28,290	29,057
－対前年度増加額	7,363	7,531	8,603	5,338	6,294	9,212
国保	5,596	6,029	7,011	4,784	5,810	8,445
社保	1,767	1,502	1,592	554	484	767
－対前年度伸び率	10.0	9.3	9.7	5.5	6.1	8.5
国保	10.9	10.6	11.2	6.9	7.8	10.5
社保	7.9	6.2	6.2	2.0	1.7	2.7
(2) 老人医療受給対象者数関連（受給者数：万人、伸び率：%）						
－老人医療受給対象者数	11,345	11,853	12,440	13,013	13,605	－
国保	7,978	8,430	8,961	9,498	10,086	－
社保	3,367	3,422	3,478	3,515	3,519	－
－対前年度伸び率	4.2	4.5	5.0	4.6	4.5	－
国保	5.1	5.7	6.3	6.0	6.2	－
社保	2.2	1.6	1.6	1.1	0.1	－
(3) 受給対象者1人当たり老人医療費関連（医療費：万円、伸び率：%）						
－1人当たり老人医療費	7.1	7.5	7.8	7.9	8.0	－
国保	7.1	7.4	7.8	7.8	8.0	－
社保	7.2	7.5	7.8	7.9	8.0	－
－対前年度伸び率	4.4	5.6	4.0	1.3	1.3	－
国保	6.0	4.2	5.4	0.0	2.6	－
社保	5.9	4.2	4.0	1.3	1.3	－

（出典）国保中央会「国保連合会審査支払業務統計」、支払基金「基金統計月報」より試算

③ 診療種類別にみた老人医療費の推移

ア) 老人入院医療費

1999年度の老人入院医療費は4兆9,920億円で、内訳は国保3兆7,567億円（構成比75.3%）、社保1兆2,353億円（同24.7%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で5.9%であるが、制度別では社保0.1%に対し国保7.9%であり、入院医療費の増加のほとんどが国保増加分となっている。

表4-2. 老人入院医療費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 入院医療費	38,336	39,098	42,690	44,544	47,153	49,920
国保	26,734	27,630	30,583	32,353	34,808	37,567
社保	11,602	11,468	12,107	12,191	12,345	12,353
2) 対前年度増加額	1,341	762	3,592	1,854	2,609	2,767
国保	1,184	896	2,953	1,769	2,455	2,759
社保	157	▲134	639	84	154	7
3) 対前年度伸び率	3.6	2.0	9.2	4.3	5.9	5.9
国保	4.6	3.4	10.7	5.8	7.6	7.9
社保	1.4	▲1.2	5.6	0.7	1.3	0.1

注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

イ) 老人入院外医療費

1999年度の老人入院外医療費は4兆1,471億円で、内訳は国保3兆1,522億円（構成比76.0%）、社保9,949億円（同24.0%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で7.1%であるが、制度別では社保1.4%に対し国保9.0%となっている。

社保の老人入院外医療費は、1996年の1兆178億円をピークに2年連続で減少した後、1999年は対前年度135億円増加したものの、1兆円を下回る水準に止まっている。

表4-3. 老人入院外医療費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 入院外医療費	31,946	34,436	37,058	38,050	38,729	41,471
国保	22,581	24,647	26,880	27,964	28,914	31,522
社保	9,365	9,789	10,178	10,086	9,815	9,949
2) 対前年度増加額	2,209	2,490	2,622	992	679	2,742
国保	1,746	2,066	2,233	1,083	951	2,608
社保	464	424	389	▲92	▲272	135
3) 対前年度伸び率	7.4	7.8	7.6	2.7	1.8	7.1
国保	8.4	9.1	9.1	4.0	3.4	9.0
社保	5.2	4.5	4.0	▲0.9	▲2.7	1.4

注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

ウ) 老人歯科診療医療費

1999年度の老人入院医療費は3,955億円で、内訳は国保3,087億円（構成比78.1%）、社保868億円（同21.9%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で11.4%であるが、制度別では社保5.1%に対し国保13.3%であった。

表4-4. 老人歯科診療医療費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 歯科診療医療費	2,503	2,718	3,142	3,294	3,550	3,955
国保	1,817	1,996	2,341	2,489	2,724	3,087
社保	686	722	801	805	826	868
2) 対前年度増加額	268	215	424	152	256	405
国保	209	179	346	148	235	362
社保	59	35	80	4	21	42
3) 対前年度伸び率	11.2	8.6	15.6	4.8	7.8	11.4
国保	13.0	9.8	17.3	6.3	9.5	13.3
社保	9.5	5.1	11.1	0.5	2.6	5.1

注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

エ) 老人薬局調剤医療費

1999年度の老人薬局調剤医療費は9,011億円で、内訳は国保6,937億円（構成比77.0%）、社保2,074億円（同23.0%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で27.8%、制度別では社保21.9%、国保29.7%であり、非常に大幅な伸びを示している。

表4-5. 老人薬局調剤医療費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 薬局調剤医療費	3,092	3,964	4,692	5,712	7,051	9,011
国保	2,251	2,910	3,487	4,284	5,349	6,937
社保	841	1,054	1,205	1,428	1,702	2,074
2) 対前年度増加額	509	872	728	1,020	1,339	1,960
国保	390	659	577	797	1,065	1,589
社保	120	214	151	222	274	372
3) 対前年度伸び率	19.7	28.2	18.4	21.7	23.4	27.8
国保	20.9	29.3	19.8	22.8	24.9	29.7
社保	16.6	25.4	14.3	18.4	19.2	21.9

注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

オ) 老人食事療養費

1999年度の老人食事療養費は5,115億円で、内訳は国保3,815億円（構成比74.6%）、社保1,300億円（同25.4%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で3.2%であるが、制度別では社保が▲2.5%と減少しているのに対し、国保は5.3%であった。

表4-6. 老人食事療養費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 食事療養費	2,261	4,686	4,801	4,865	4,957	5,115
国保	1,564	3,274	3,401	3,497	3,624	3,815
社保	697	1,412	1,400	1,368	1,333	1,300
2) 対前年度増加額	2,261	2,425	115	64	92	158
国保	1,564	1,711	126	96	127	191
社保	697	715	▲12	▲32	▲35	▲33
3) 対前年度伸び率	—	—	2.5	1.3	1.9	3.2
国保	—	—	3.9	2.8	3.6	5.3
社保	—	—	▲0.8	▲2.3	▲2.6	▲2.5

注1. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

注2. 同費用は1994年10月から導入されたため、94年の金額は95年の約半分となっている。

カ) 老人訪問看護療養費

1999年度の老人訪問看護療養費は874億円で、内訳は国保660億円（構成比75.5%）、社保214億円（同24.5%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で29.7%、制度別では社保22.5%、国保31.9%であり、非常に大幅な伸びを示している。

表4-7. 老人訪問看護療養費の年次推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 訪問看護療養費	93	181	337	494	674	874
国保	66	129	243	360	500	660
社保	27	52	94	134	174	214
2) 対前年度増加額	61	88	156	157	180	200
国保	43	64	114	117	140	159
社保	18	25	42	40	41	39
3) 対前年度伸び率	200.0	94.6	86.2	46.6	36.4	29.7
国保	197.2	97.2	87.9	48.3	38.9	31.9
社保	199.8	93.3	79.9	42.0	30.3	22.5

注1. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

キ) 老人保健施設療養費

1999年度の老人保健施設療養費は7,508億円で、内訳は国保5,209億円（構成比69.4%）、社保2,299億円（同30.6%）であった。同年の対前年度伸び率は全体で15.0%、制度別では社保9.8%、国保17.5%であった。また、入所／通所別にみると、入所費用6,386億円（構成比85.1%）、通所費用1,122億円（同14.9%）であった。

表4-7. 老人保健施設療養費の年次推移（生保除く）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1) 老人保健施設療養費	2,645	3,324	4,288	5,389	6,527	7,508
入所費用	2,412	2,967	3,715	4,555	5,613	6,386
通所費用	233	357	573	835	914	1,122
国保	1,705	2,161	2,823	3,596	4,432	5,209
入所費用	1,560	1,937	2,458	3,056	3,827	4,447
通所費用	145	224	366	540	606	762
社保	940	1,163	1,465	1,793	2,095	2,299
入所費用	852	1,030	1,257	1,498	1,787	1,939
通所費用	88	133	208	295	308	360
2) 対前年度増加額	713	679	964	1,101	1,138	981
国保	461	456	662	773	836	777
社保	253	222	302	328	302	204
3) 対前年度伸び率	36.9	25.7	29.0	25.7	21.1	15.0
国保	37.0	26.7	30.6	27.4	23.2	17.5
社保	36.8	23.7	26.0	22.4	16.8	9.8

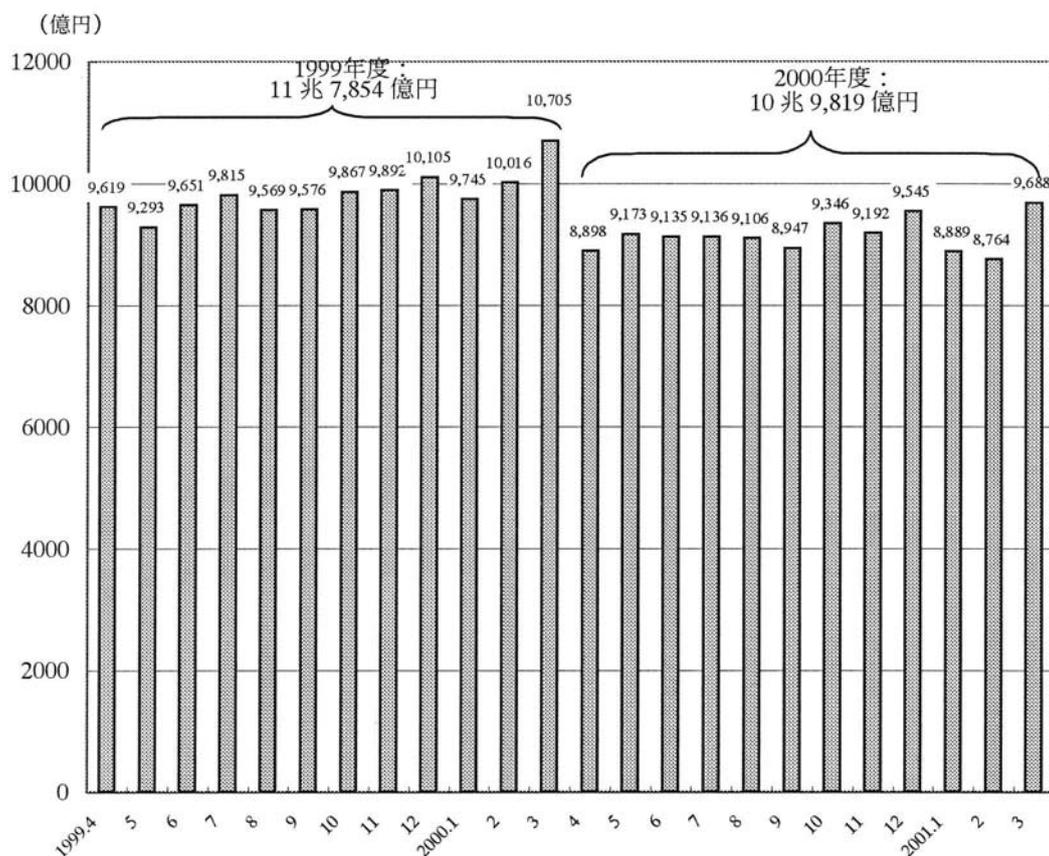
注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

(2) 介護保険施行が老人医療費に及ぼした影響

① 老人医療費月額推移

図4-3に、1999年4月～2001年3月における老人医療費月額推移を示す。介護保険施行直前の2000年3月の老人医療費1兆705億円は、4月には8,898億円に減少後、5月以降約9,100億円で推移している。なお、1999年度老人医療費11兆7,854億円（月平均9,821億円）に対し、2000年度の老人医療費は10兆9,819億円（月平均9,152億円）と、8,035億円（月平均669億円）の減少となっている。

図4-3. 老人医療費月額推移



(出典) 国保中央会「国保連合会審査支払業務統計」、支払基金「基金統計月報」

次に、老人医療費の月次推移を制度別にみた。

まず国保では、2000年3月の老人医療費8,113億円が、4月には6,822億円に減少後、5月以降も約7,000億円で推移している。なお、1999年度国保の老人医療費8兆8,797億円（月平均7,400億円）に対し、2000年度の国保の老人医療費は8兆4,852億円（月平均7,071億円）と、3,945億円（月平均329億円）の減少となっている。

一方、社保では、1999年3月における老人医療費2,592億円が、4月には2,076億円に減少後、5月以降も約2,100億円で推移している。なお、1999年度の社保の老人医療費は2兆9,057億円（月平均2,421億円）に対し、2000年度の社保の老人医療費は2兆4,968億円（月平均2,081億円）と4,089億円（月平均341億円）の減少となっている。

図4-4. 老人医療費月額推移（国保）

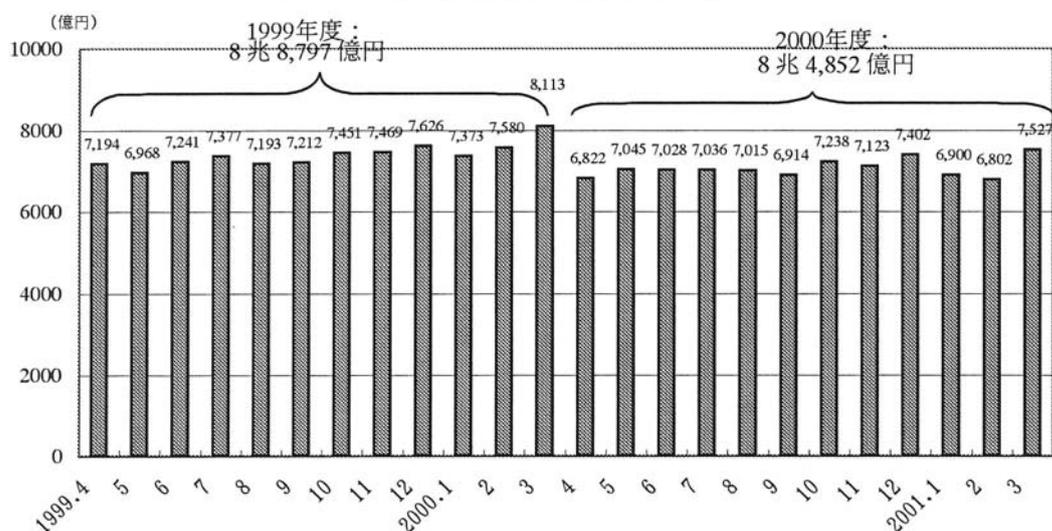
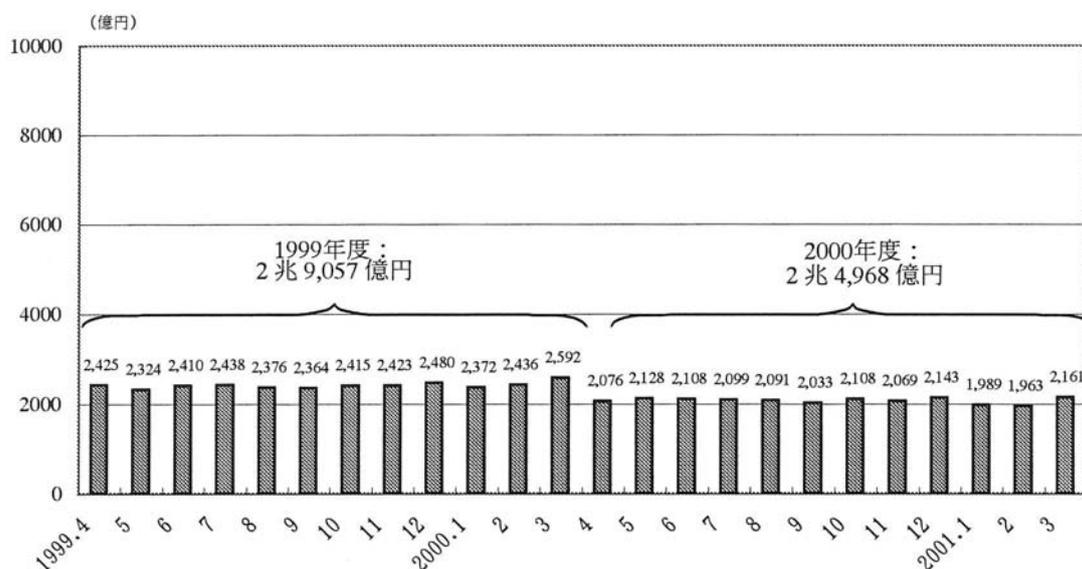


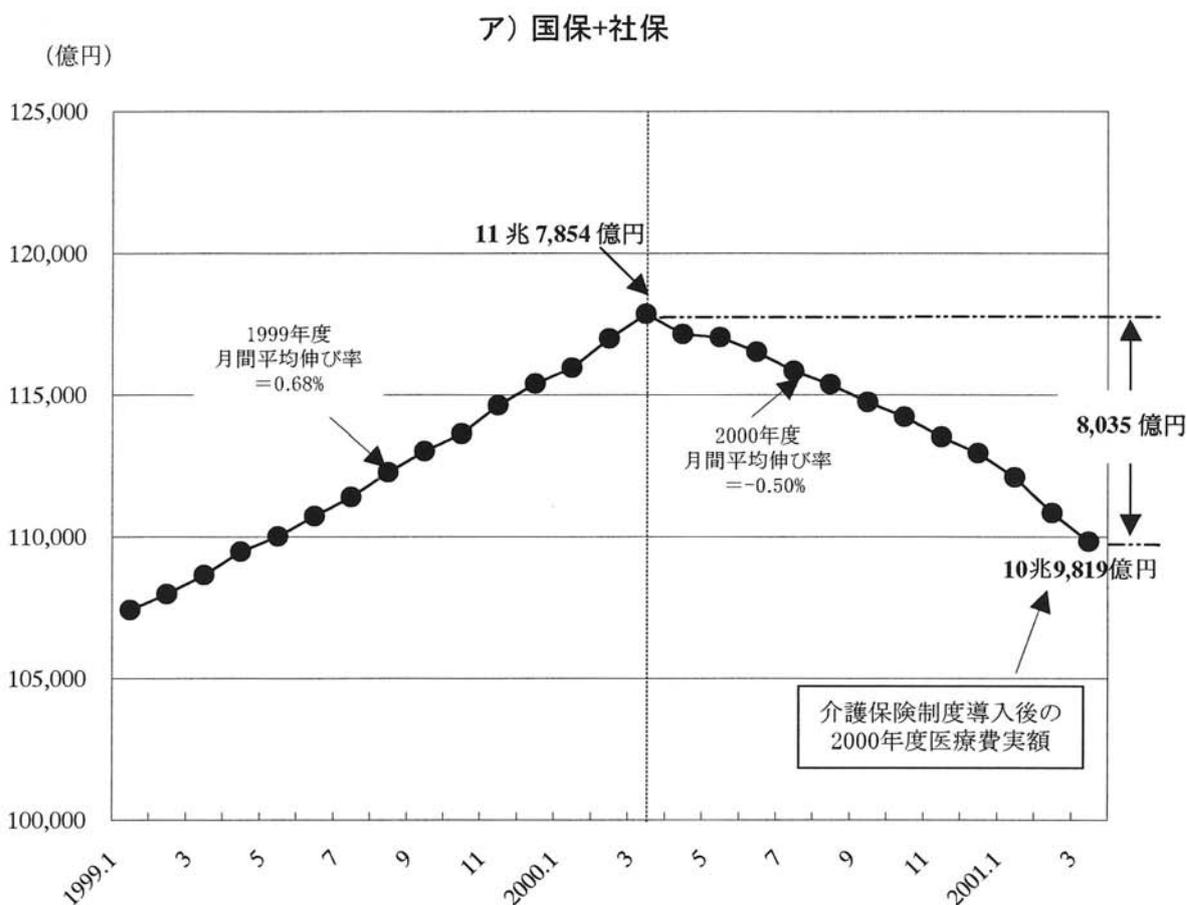
図4-5. 老人医療費月額推移（社保）



② 老人医療費年額の推移（移動年計）

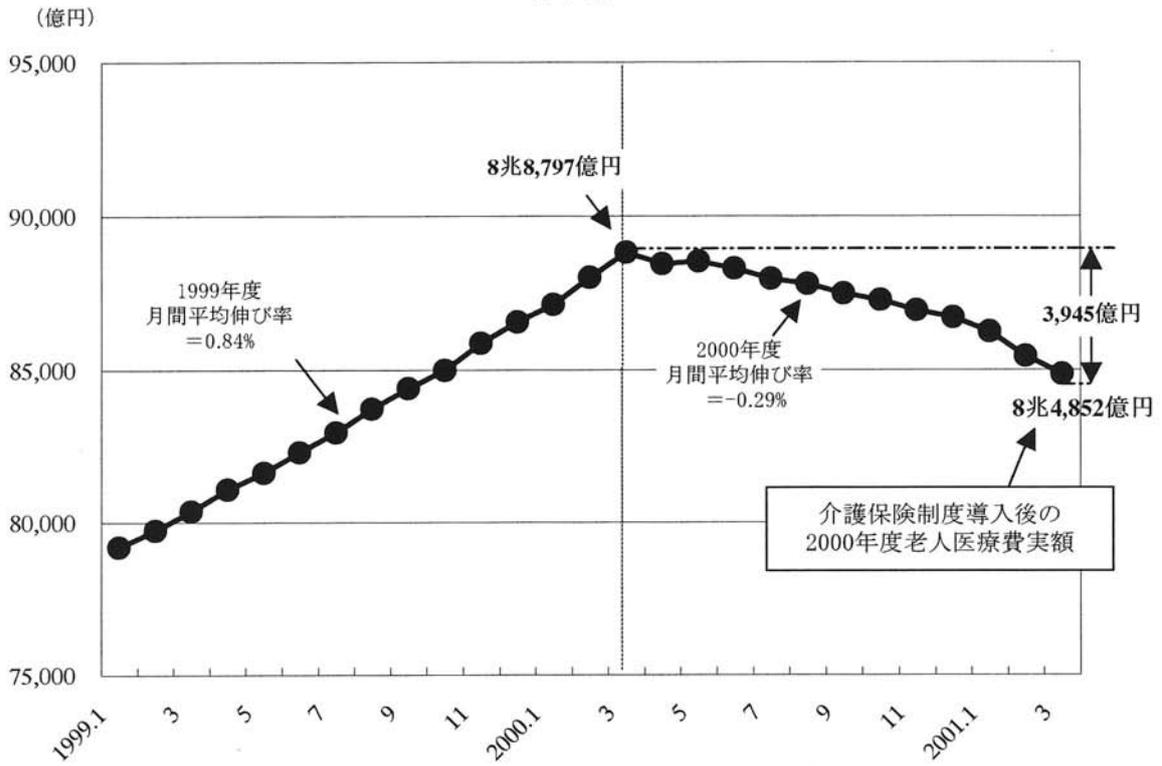
図4-6に、上野等が開発した「移動年計法による医療費推計方法」に基づく制度別老人医療費年額（移動年計）の推移を示す。1999年度老人医療費（1999年4月～2000年3月の月次医療費の年計）の11兆7,854億円が、対前年度同月差額分だけ毎月減少している様子がわかる。2001年2月および3月は、減少傾向が他の月より強くなっており、結果として2000年度老人医療費は10兆9,819億円（対前年度▲8,035億円）となっている。

図4-6. 制度別にみた2000年度老人医療費（移動年計）

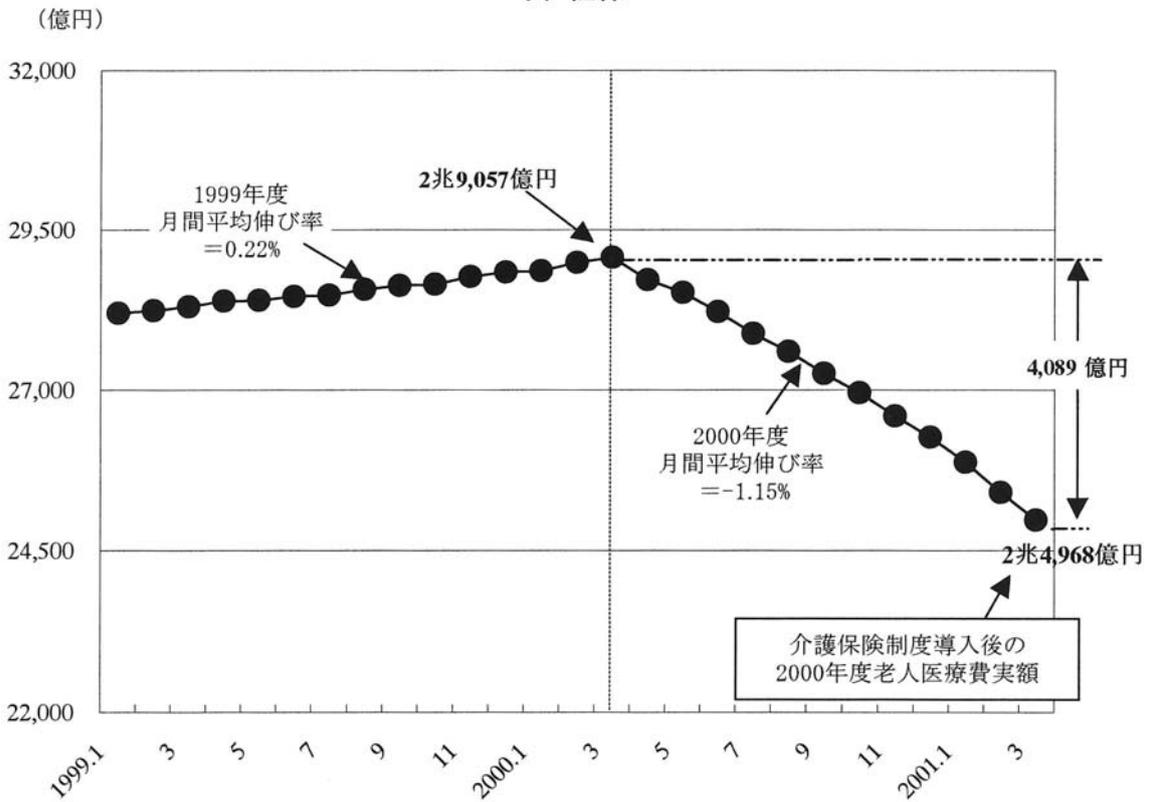


注1. 2001年1月の移動年計法による老人医療費年額とは、2000年2月～2001年1月の月次医療費を足し合わせたもの。同様に、2001年2月の医療費年額は、2000年3月～2001年2月の月次を足したものであるから、2001年1月から2001年2月の減少額は、2000年2月と2001年2月の月額差と見なすことができる。

イ) 国保



ウ) 社保



③ 介護保険への移行額推計

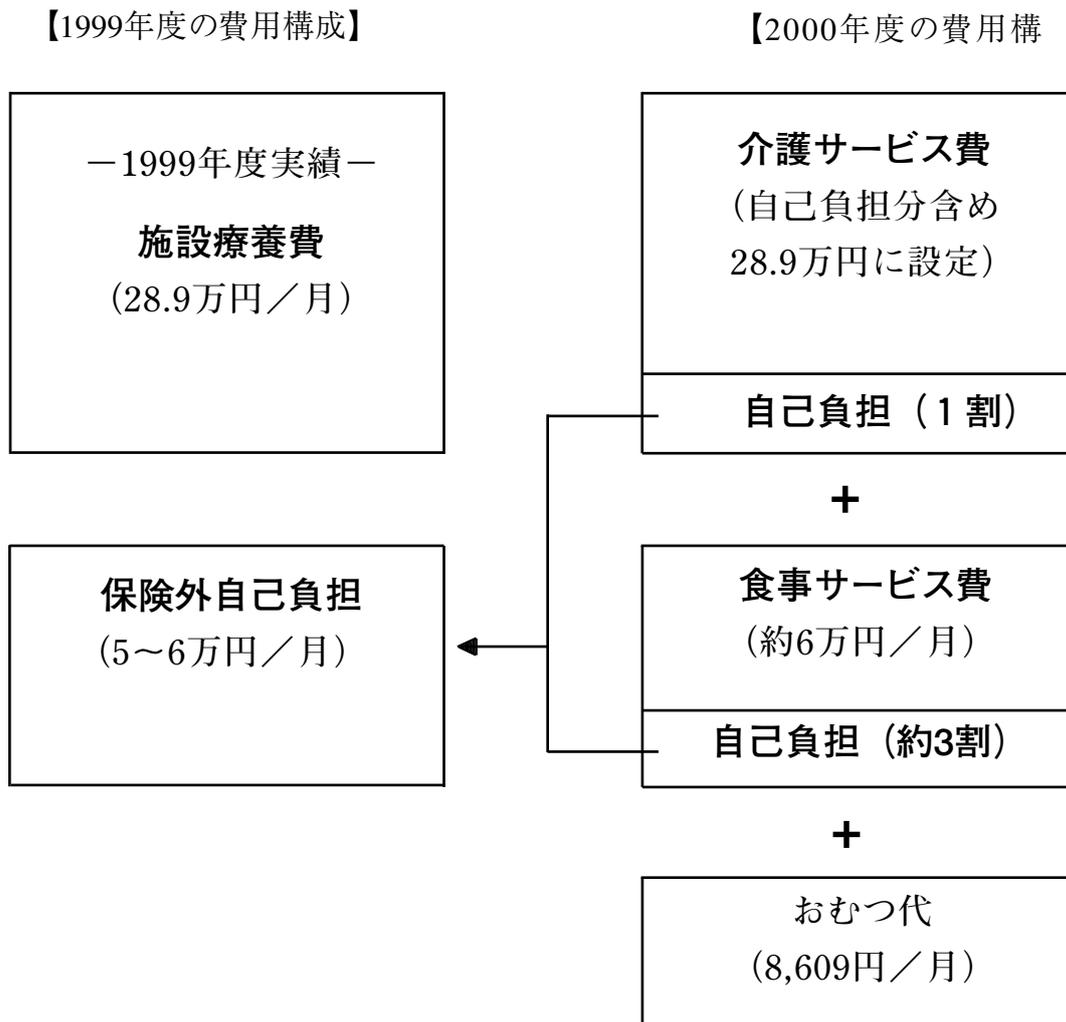
第3章の表3-3で示したように、2000年度の総介護費用を、年間ベースで4兆538億円（医療系1兆8,901億円、福祉系2兆262億円、その他1,350億円）と推計した。

医療系サービス1兆8,901億円の内訳は、在宅系3,922億円（20.8%）、施設系1兆4,979億円（79.2%）であるが、この金額は、従来の老人医療費から介護保険への移行相当額ではない。移行額を算出するには、従来の老人医療費には含まれていなかった下記項目、すなわち、

- ア) 40～64歳（第2号被保険者）の医療系サービス費
- イ) 65～69歳で老人医療受給対象者以外の医療系サービス費
- ウ) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導費
- エ) 介護療養型医療施設、介護老人保健施設入所者のおむつ代
- オ) 介護老人保健施設入所者の食事療養費（自己負担分含む）

の費用を差し引く必要がある。

図4-7. 介護老人保健施設の報酬設定の考え方



まず、総費用から、医師・歯科医師の居宅療養管理指導費および介護療養型医療施設、介護老人保健施設の入院・入所者のおむつ代、介護老人保健施設入所者に対する食事療養費を差し引く。

医師、歯科医師の居宅療養管理指導費は、前章で推計した通り90億円、また、介護老人保健施設入所者に対する食事療養費は1,678億円（自己負担含む）であった。次に、おむつ代であるが、次式により354億円（自己負担含む）と推計した。

<p>年間おむつ代</p> $= (\text{療養型} + \text{老健施設の月間入所者数}) \times (\text{1人あたりおむつ代}) \times 12\text{ヶ月}$ $= 30.8\text{万人} \times (9,566\text{円/月/人}) \times 12\text{ヶ月}$ $= 354\text{億円}$

なお、療養型と介護老人保健施設の月間入所者数は、厚生労働省の「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」の2000年10月1日データを使用した。また、1人あたりおむつ代9,566円は、給付分8,609円に1割自己負担分を加えたものである。総費用からこれら費用を差し引くと、1兆6,779億円となる。

次に、65歳以上（第1号被保険者）の者に対する総費用を求める。訪問系サービス（居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハ）の40～64歳構成比は、訪問看護ステーション調査（全国訪問看護事業協会調査）の実績値4.3%と同じ、短期入所療養介護の同構成比は、介護老人保健施設入所者の2.4%と同じと仮定し、65歳以上の総費用を1兆6,121億円と推計した。

表4-8. 第1号被保険者に対する医療系介護費用の推計

	年間費用 (億円)	40～64歳 構成率 (%)	65歳以上 年間費用 (億円)
総計	16,779	—	16,121
在宅系サービス	3,832	—	3,706
①居宅療養管理指導	73	4.3	70
②訪問看護	1,002	4.3	959
③訪問リハ	37	4.3	35
④通所リハ	2,482	2.9	2,410
⑤短期入所療養介護	238	2.4	232
施設系サービス（除くおむつ代）	12,947	—	12,415
①介護療養型医療施設	5,536	6.4	5,182
②介護老人保健施設	7,411	2.4	7,233

注1. 訪問系のサービスの40～64歳構成比は、訪問看護調査（全国）の実績値4.3%と同じと仮定。

注2. 短期入所サービスの同構成比は、老人保健施設入所者と同じと仮定。

注3. 介護療養型と老人保健施設、訪問看護は調査実績値を採用。

最後に、65～69歳で老人医療受給対象外の者に対する介護給付費を推計する。

まず、各種調査から、主な医療系サービス利用者（65歳以上）のうち、65～69歳の占める割合をみると、訪問看護6.7%、通所リハ5.6%、療養型病床群7.0%、介護老人保健施設2.5%であった。

1人当たり費用を同額と仮定し、各サービス別の構成比率から、65～69歳に対する医療系介護費用を756億円と推計した。ここで、「訪問看護ステーションの運営実態に関する調査研究（Ⅰ）（日本医師会）」によると、65～69歳の訪問看護利用者397人のうち、老人医療受給対象者は64人（16.1%）であった。この比率を使うと、65～69歳の医療系介護費用756億円のうち、従来の老人医療費からの移行相当額は122億円となる。

したがって、老人医療費から介護保険への移行相当額を、1兆5,999億円と推計した。

	調査対象者数 (65歳以上)	65～69歳	
		対象者数	構成割合
①訪問看護	5,946人	397人	6.7%
②通所リハ	7,581人	423人	5.6%
③療養型病床群	4,996人	348人	7.0%
④介護老人保健施設	187,667人	4,713人	2.5%

(出典：日本医師会 「訪問看護ステーションの運営実態に関する調査研究（Ⅰ）」
日本医師会等「通所リハビリテーションの運営実態に関する調査研究」
日本医師会等「療養型病床群の運営実態に関する調査研究」
厚生省「平成11年老人保健施設調査」)

表4-10. 65～69歳に対する医療系介護費用の推計

	65歳以上 年間費用 (億円)	65～69歳 構成率 (%)	65～69歳 年間費用 (億円)
総計	16,121	—	756
在宅系サービス	3,706	—	212
①居宅療養管理指導	70	6.7	5
②訪問看護	959	6.7	64
③訪問リハ	35	6.7	2
④通所リハ	2,410	5.6	135
⑤短期入所療養介護	232	2.5	6
施設系サービス（除くおむつ代）	12,415	—	544
①介護療養型医療施設	5,182	7.0	363
②介護老人保健施設	7,233	2.5	181

注1. 訪問系のサービスの65～69歳構成比は、訪問看護調査（全国）の実績値と同じと仮定。

注2. 短期入所サービスの同構成比は、老人保健施設入所者と同じと仮定。

注3. 介護療養型と老人保健施設、訪問看護は調査実績値を採用。

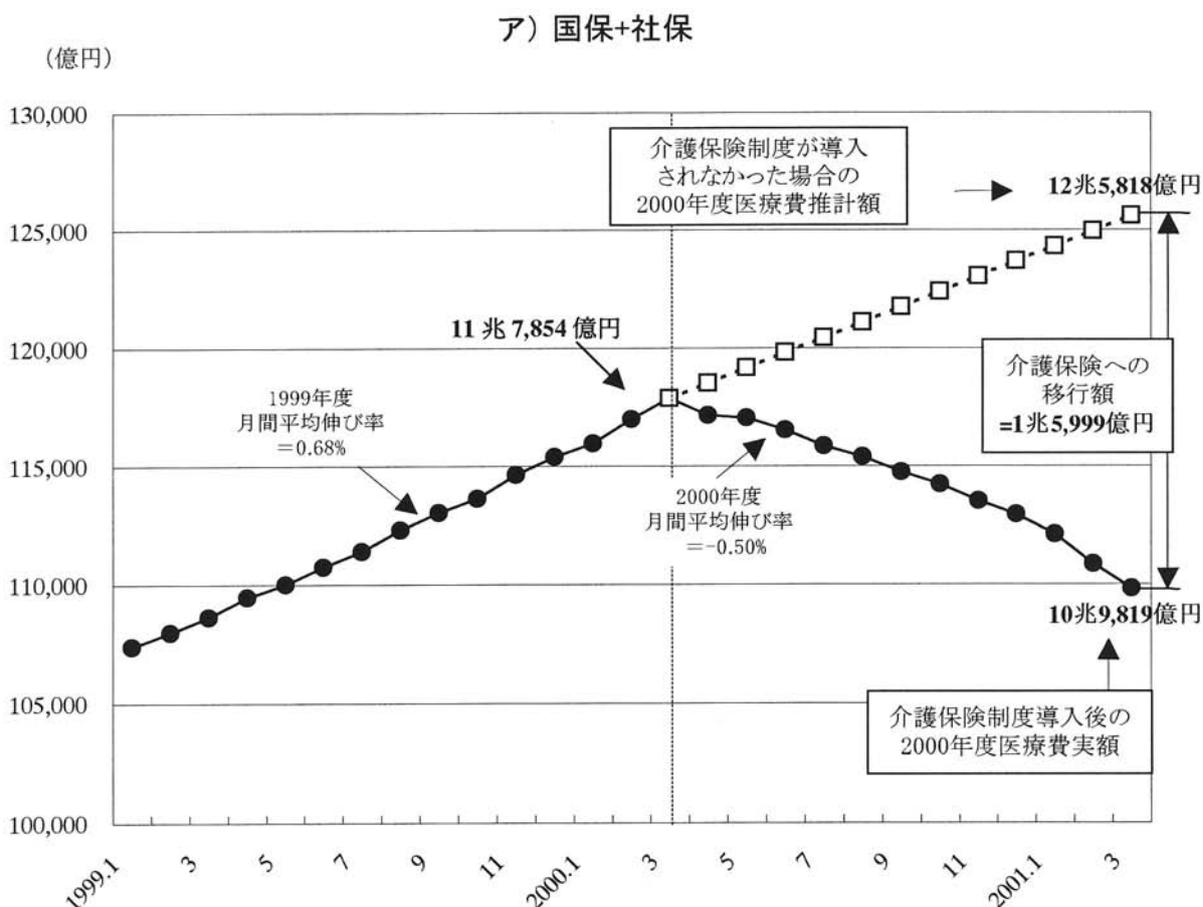
④ 2000年度老人医療費推計（介護保険制度が導入されなかった場合）

従来の老人医療費から介護保険への移行相当額は1兆5,999億円、2000年度老人医療費は10兆9,819億円（国保8兆4,852億円（構成比77.3%）、社保2兆4,968億円（22.7%））であった。したがって、介護保険制度が導入されなかった場合の、2000年度老人医療費は12兆5,818億円（対前年度7,964億円の増加）と推計される。

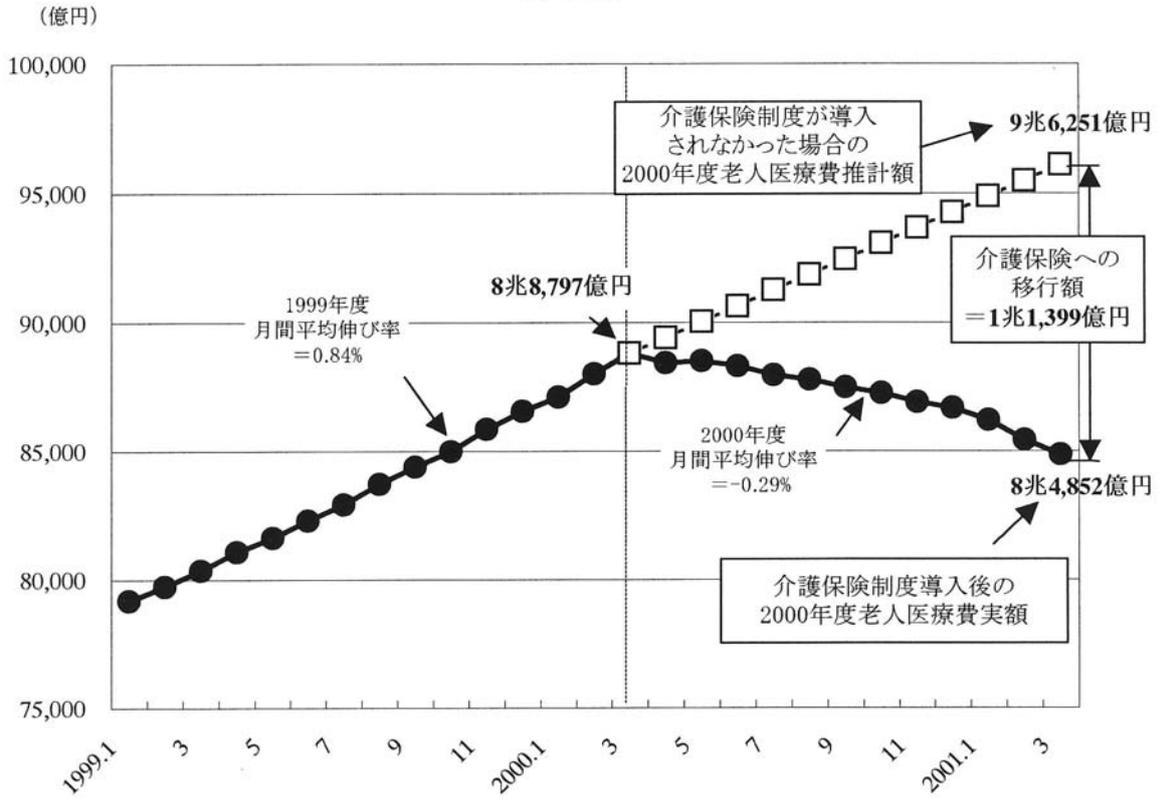
ここで、介護保険が導入されなかった場合の国保・社保別老人医療費の構成割合を、過去の推移より国保76.5%、社保23.5%と仮定すると、介護保険が導入されなかった場合の制度別老人医療費は、国保9兆6,251億円、社保2兆9,567億円となる。

図4-8に、介護保険が導入／非導入時の2000年度老人医療費と、介護保険への移行相当額の関係を示す。介護保険が導入されなかった場合、前年度から7,964億円老人医療費が増加し、12兆5,818億円になる予定が、介護保険導入により1兆5,999億円分の老人医療費が介護保険に移行した結果、2000年度老人医療費は10兆9,819億円となったと解釈することが出来る。

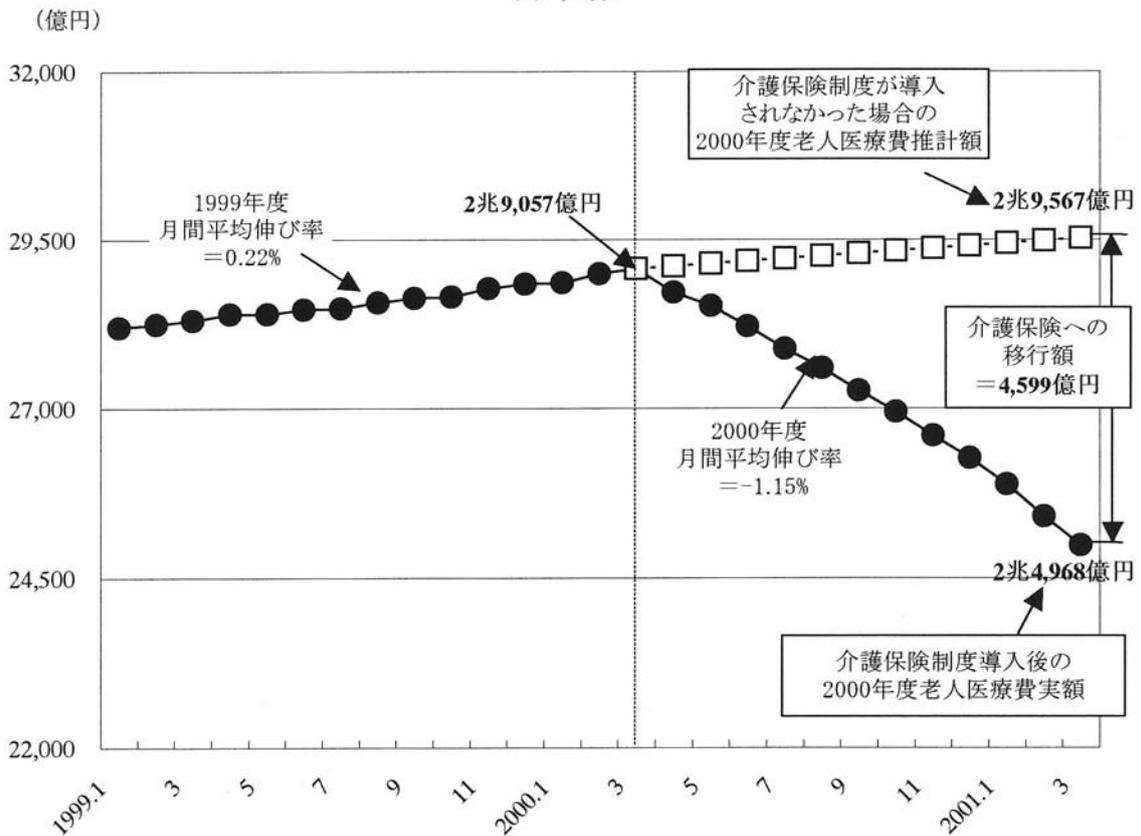
図4-8. 制度別にみた2000年度老人医療費と介護保険への移行額の関係



イ) 国保



ウ) 社保



以上の結果を表4-11に整理する。

介護保険制度導入により、国保の老人医療費は3,945億円、社保の老人医療費は4,089億円減少すると推計したが、国保の場合、介護保険が非導入の場合、7,454億円増加する予定が、介護保険に1兆1,399億円移行したため、結果として3,945億円減少したと、また、社保も同様で、介護保険が非導入の場合、510億円増加する予定が、介護保険に4,599億円移行したため、結果として4,089億円減少したとみることが出来る。

表4-11. 制度別にみた老人医療費の年次推移予測

	1998	1999	2000		介護保険 への 移行額
			介護保険制度 実施後	非導入	
1) 老人医療費	108,642	117,854	109,819	125,818	15,999
国保	80,352	88,797	84,852	96,251	11,399
被用者保険	28,290	29,057	24,968	29,567	4,599
2) 対前年度増加額	6,294	9,212	▲8,035	7,964	—
国保	5,810	8,445	▲3,945	7,454	—
被用者保険	484	767	▲4,089	510	—
3) 対前年度伸び率	6.15	8.48	▲6.82	6.76	—
国保	7.79	10.51	▲4.44	8.39	—
被用者保険	1.74	2.71	▲14.07	1.76	—

注. 四捨五入の関係で、合計があわない部分あり。

(3) まとめ

① 老人医療受給対象者の状況

老人医療受給者対象者数は1998年度で1,360.5万人（国保1,008.6万人（構成比74.1%）、社保351.9万人（25.9%））となっているが、年次推移をみると、1990年以降、社保は伸びが鈍化している一方、国保の老人医療受給者は顕著に増加している。

② 老人医療費の推移

1999年度の老人医療費は11兆7,854億円で、対前年度9,212億円の増加となっている。制度別内訳をみると、国保8兆8,797億円（構成比75.3%）、社保2兆9,057億円（24.7%）となっている。また、対前年度からの増加額9,212億円の内訳をみると、国保8,445億円、社保767億円であり、老人医療受給対象者数が増加している国保で、老人医療費が急増している状況にある。

③ 2000年度老人医療費

2000年度老人医療費は10兆9,819億円（国保8兆4,852億円、社保2兆4,968億円）であった。全体では、対前年度▲8,035億円となっているが、その内訳は国保▲3,945億円、社保▲4,089億円となっている。

④ 介護保険への移行額

2000年度の総介護費用を、年間ベースで4兆538億円（医療系1兆8,901億円、福祉系2兆262億円、その他1,350億円）と推計したが、医療系1兆8,901億円の中には、40～64歳に対する医療系介護費用や介護老人保健施設の食事療養費、おむつ代などが含まれている。これら費用を除き、実質の老人医療費から介護保険への移行相当額を、1兆5,999億円と推計した。また、移行額の内訳は、国保1兆1,410億円、社保4,589億円であった。

⑤ 介護保険が導入されなかった場合の老人医療費

介護保険制度が導入されなかった場合の、2000年度老人医療費を12兆5,818億円、対前年度7,964億円の増加と推計した。その内訳は、国保9兆6,251億円、社保2兆9,567億円であった。

介護保険が導入されなかった場合、2000年度老人医療費は12兆5,818億円になる予定が、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10兆9,819億円となったと解釈できる。

第5章. 財源負担構造の変化

介護保険制度では、1999年度まで老人医療費、福祉措置費等で賄われていた「医療」「福祉」サービスが統合され、それに伴い財源面も統合されている。

介護保険財源は、「公費」、「保険料」、「利用者負担」に大別されているが、保険料の中には、「公費補助」や「事業主負担」も含まれており、ここでは、「負担の主体」の明確化のため、「公費」、「家計」（保険料および利用者負担）、「事業主」（第2号保険料の事業主負担部分）の区分を用い、制度施行前後で、財源構造がどのように変化したかを検証する。

(1) 介護保険関連財源構造の変化の予測

① 従来制度下での費用負担構造

厚生省（当時）は、2000年度も現行制度を維持した場合の、介護保険サービス関連費用を3兆7,600億円（医療部分2兆2,700億円、福祉部分1兆4,900億円）、2000年度に介護保険が施行された場合の介護費用を4兆3,000億円と推計していた（いずれも概算要求11ヶ月ベース）。介護保険施行により、介護関連費用が5,400億円増加しているが、これは主に、制度施行による福祉費用の拡大を想定したものと考えられる。本節では、まず、従来制度下での費用負担構造を制度別にみる。

ア) 医療部分

療養型病床群や老人保健施設の入院／入所費用、老人訪問看護、老人デイ・ケア費用など、介護保険に移行するサービス費を厚生省は22,700億円と推計しているが、その負担構成は、拠出金10,800億円（公費2,200億円含む）、公費9,000億円、利用者負担2,900億円である。なお、拠出金の内訳は、国保3,800億円（35%）、政管3,300億円（31%）、組合健保等3,700億円（34%）、公費の内訳は、国庫6,000億円、都道府県1,500億円、市町村1,500億円となっている（厚生省資料では、都道府県1,400億円となっているが、都道府県と市町村の負担率は同じであることから、都道府県負担を1,500億円とした）。

ただし、拠出金には国保および政管拠出部分について、国庫負担がある点に注意を要する。つまり、拠出金の35%を占める国保では、拠出金の約50%が国庫負担であり、同じく31%を占める政管では、拠出金の16.4%が国庫負担である。具体的には、拠出金10,800億円のうち国庫負担が2,200億円含まれていることから、実質の拠出金は8,600億円となる。したがって、実際の負担構成は、拠出金（公費除く）8,600億円、公費11,100億円、利用者負担が2,900億円である。

ここで、公費・事業主・家計の区分別負担構成割合に組替えてみる。組合健保等の拠出金3,700億円のうち、1998年健康保険組合連合会「決算概況報告」による事業主比率56%、被保険者比率44%を用いると、事業主負担2,100億円、家計負担1,600億円と推計される。政管の場合、公費分16.4%の除く分を労使折半（各41.8%）となっていることから、事業主負担1,400億円、家計負担1,400億円、公費負担500億円となる。

厚生省資料では、拠出金分に含まれる公費を2,200億円と見込んでいることから、国保に対する公費負担は1,700億円となる。したがって、国保3,800億円の内訳は、家計負担2,100億円、公費負担1,700億円となる。

以上の結果より、各構成割合は、公費49.3%、事業主15.4%、家計35.7%となる。

表5-1. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（医療部分）

介護関連医療 部分費用構成	費用 (億円)	割合 (%)		介護関連医療 部分費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	22,700	100.0	➔	総計	22,700	100.0
公費負担	9,000	39.6		公費負担	11,200	49.3
－国庫負担	6,000	26.4		－国庫負担	8,200	36.1
－都道府県負担	1,500	6.6		－都道府県負担	1,500	6.6
－市町村負担	1,500	6.6		－市町村負担	1,500	6.6
拠出金(公費含む)	10,800	47.6		事業主負担	3,500	15.4
－国保	3,800	16.7		－政管	1,400	6.2
－政管	3,300	14.5		－健保等	2,100	9.3
－健保等	3,700	16.3		家計負担	8,000	35.7
利用者負担	2,900	12.8		－保険料	5,100	22.9
				－利用者負担	2,900	12.8

注. 100億円以下は四捨五入

(参考：中医協、「介護保険導入に伴う費用負担構造の変化、99年11月17日」)

イ) 福祉部分

特別養護老人ホーム入所費用、訪問介護、デイサービス費など、介護保険に移行するサービス費を厚生省は14,900億円と推計しているが、その負担構成は、公費12,900億円、利用者負担2,000億円である。福祉部分には拠出金等の負担はなく、利用者負担を除く約9割の費用が公費で賄われている。

なお、公費の内訳は、国庫6,400億円、都道府県2,000億円、市町村4,500億円である。

表5-2. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（福祉部分）

介護関連福祉 部分費用構成	費用 (億円)	割合 (%)		介護関連福祉 部分費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	14,900	100.0	➔	総計	14,900	100.0
公費負担	12,900	86.6		公費負担	12,900	86.6
－国庫負担	6,400	43.0		－国庫負担	6,400	43.0
－都道府県負担	2,000	13.4		－都道府県負担	2,000	13.4
－市町村負担	4,500	30.2		－市町村負担	4,500	30.2
利用者負担	2,000	13.4		家計負担	2,000	13.4

(参考：中医協、「介護保険導入に伴う費用負担構造の変化、99年11月17日」)

ウ) 全体

以上の結果をまとめると、「医療」と「福祉」を併せた費用総額は37,600億円で、その費用内訳は、公費24,100億円（64.1%）、事業主3,500億円（9.3%）、家計1兆円（26.6%）となる。

表5-3. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（全体）

介護関費用構成	費用 (億円)	割合 (%)		介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	37,600	100.0	→	総計	37,600	100.0
公費負担	21,900	58.2		公費負担	24,100	64.1
－国庫負担	12,400	33.0		－国庫負担	14,600	38.8
－都道府県負担	3,500	9.3		－都道府県負担	3,500	9.3
－市町村負担	6,000	16.0		－市町村負担	6,000	16.0
拠出金(公費含む)	10,800	28.7		事業主負担	3,500	9.3
－国保	3,800	10.1		－政管	1,400	3.7
－政管	3,300	8.8		－健保等	2,100	5.6
－健保等	3,700	9.8		家計負担	10,000	26.6
利用者負担	4,900	13.0		－保険料	5,100	13.6
				－利用者負担	4,900	13.0

② 2000年度予算における費用負担構造

厚生省（当時）の2000年度における介護保険費用予算額は43,000億円（介護給付費38,000億円、利用者負担5,000億円、概算要求11ヶ月ベース）である。

介護保険の費用負担構成は、費用総額の原則1割が利用者負担（施設サービスの食事標準負担等の関係で実際には約13.0%の負担）、残りの9割（介護給付費）を公費と保険料で折半というのが基本的なルールである。介護給付費の負担内訳は、国庫25%、都道府県、市町村が各12.5%、また、保険料の内訳は、被保険者の人口比率に基づき、満65歳以上の第1号被保険者が17%、40～64歳の第2号被保険者が33%となっている。

これを、費用総額43,000億円にあてはめると、公費19,000億円（国庫9,500億円、都道府県・市町村が各4,750億円）、保険料19,000億円（第1号保険料6,500億円、第2号保険料12,500億円）、そして利用者負担が5,000億円となる。

ただし、医療保険者が徴収する第2号被保険者保険料（介護納付金）は、拠出金と同様の考え方から、国保および政管健保徴収分について国庫負担が存在する。厚生省資料によると、第2号保険料総額1兆2,500億円（内訳：政管3,900億円、健保等4,200億円、国保4,400億円）のうち国庫負担2,900億円となっている。したがって、実際の負担構成は、保険料9,600億円、公費2,900億円である。

ここで、公費・事業主・家計の区分別負担構成割合に組替えてみる。組合健保等の保険料4,200億円は、労使折半により、事業主負担2,100億円、家計負担2,100億円となる。政管の保険料3,900億円については、公費分16.4%で残りを労使折半（各41.8%）となっていることから、事業主負担1,650億円、家計負担1,650億円、公費負担600億円となる。厚生省資料では、拠出金分に含まれる公費を2,900億円と見込んでいることから、国保に対する国庫負担は2,300億円となる。したがって、国保4,400億円の内訳は、家計負担2,100億円、公費負担2,300億円となる。

以上の結果より各構成割合は、公費50.9%、事業主8.7%、家計40.3%となる。

表5-4. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（2000年度概算要求）

介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)	介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	43,000	100.0	総計	43,000	100.0
公費負担	19,000	44.2	公費負担	21,900	50.9
－国庫負担	9,500	22.1	－国庫負担	12,400	28.8
－都道府県負担	4,750	11.0	－都道府県負担	4,750	11.0
－市町村負担	4,750	11.0	－市町村負担	4,750	11.0
保険料(公費含む)	19,000	44.2	事業主負担	3,750	8.7
－第1号	6,500	15.1	－政管	1,650	3.8
－第2号	12,500	29.1	－健保等	2,100	4.9
－国保	4,400	10.2	家計負担	17,350	40.3
－政管	3,900	9.1	－保険料	12,350	28.7
－健保等	4,200	9.8	－利用者負担	5,000	11.6
利用者負担	5,000	11.6			

③ 予算策定上の費用負担構造変化の予測

福祉サービスの利用拡大、新規サービスの導入等を主な要因として、2000年度予算策定上、5,400億円もの大幅な総費用の増額を厚生省（当時）は予定していた。

これを、費用負担割合という視点でみると、まず、従来制度では64.1%を占めていた公費が13.4%減の50.7%になっているのが特徴的である。内訳としては、国庫負担が38.8% ⇒ 28.8%と10.0%減（2,200億円減）、市町村負担が16.0% ⇒ 11.0%と5.0%減（1,250億円減）、都道府県負担が9.3% ⇒ 11.0%と1.7%増（1,350億円増）となっている。

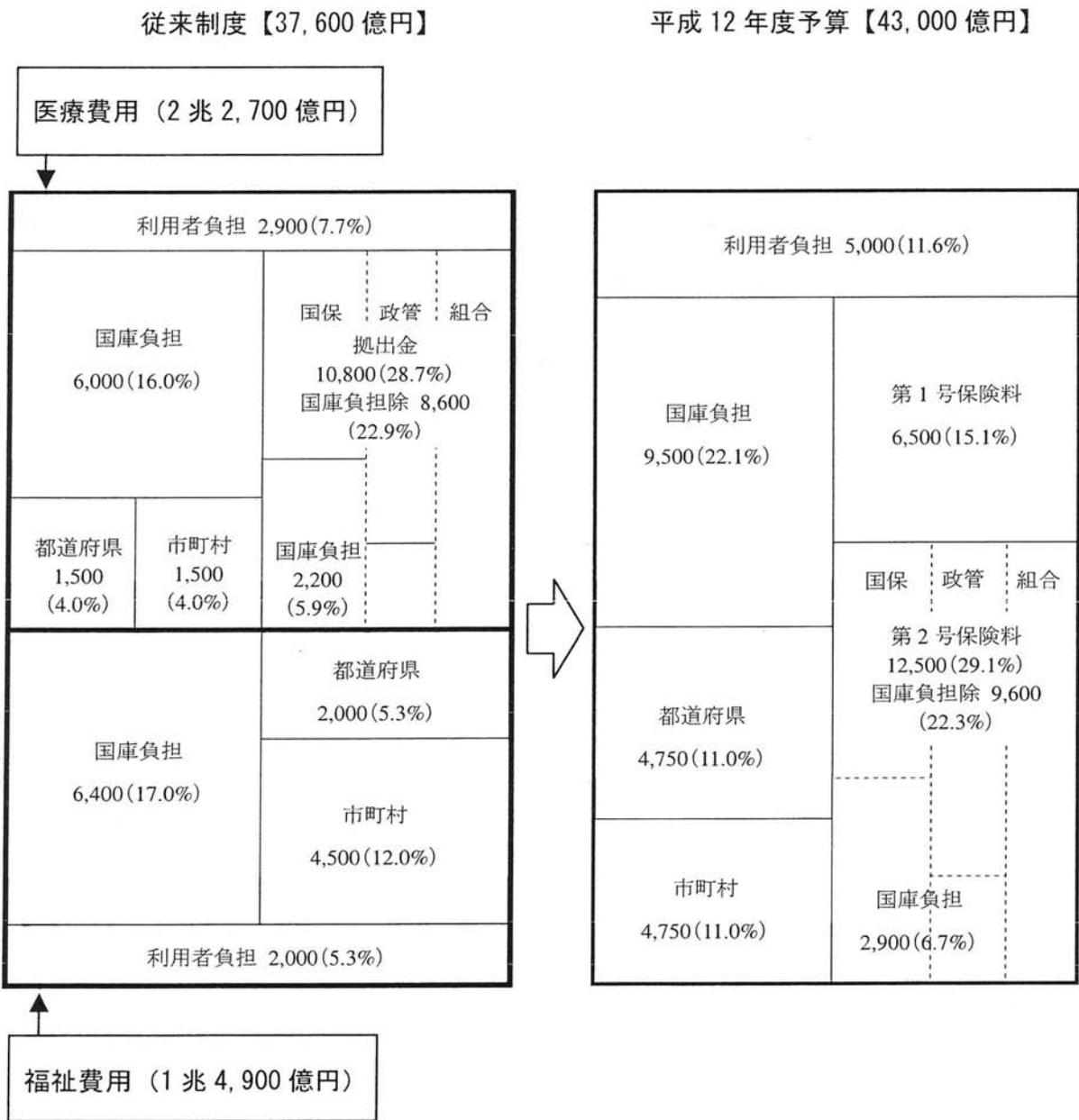
一方、家計負担は26.6% ⇒ 40.6%と14.0%の大幅増（7,350億円増）、特に保険料は13.6% ⇒ 29.0%とほぼ倍増（7,250億円増）となっている。総費用における5,400億円の増加を上回って、保険料負担割合が大きく伸びていることがわかる。一方、事業主負担は9.3% ⇒ 8.7%と微減している（額は250億円増）。

厚生省は、介護保険制度はサービス利用の拡大等による費用増大を応益負担の原則で対応する制度というが、費用負担構造の変化の面からは、家計負担の大幅増により費用財源を確保しつつ、結果として国庫負担を抑えることが予定されていたとみることが出来る。

表5-5. 費用負担構成の比較①

費用負担 構成	従来制度		平成 12 年度予算		増 減
	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)
総費用	37,600	100.0	43,000	100.0	+ 5,400
公費	24,100	64.1	21,900	50.7	▲ 2,200
国庫負担	14,600	38.8	12,400	28.8	▲ 2,200
都道府県	3,500	9.3	4,750	11.0	+ 1,250
市町村	6,000	16.0	4,750	11.0	▲ 1,250
事業主	3,500	9.3	3,750	8.7	+ 250
政管	1,400	3.7	1,650	3.8	+ 250
組合等	2,100	5.6	2,100	4.9	± 0
家計	10,000	26.6	17,350	40.6	+ 7,350
保険料	5,100	13.6	12,350	29.0	+ 7,250
利用者負担	4,900	13.0	5,000	11.6	+ 100

図5-1.費用負担構成図①（従来制度→平成12年度予算）



注1. 従来制度における3兆7,600億円とは、2000年に介護保険制度が施行されなかった場合の、介護保険サービス費用相当額を意味する。一方、2000年度概算要求（11ヶ月ベース）は、介護保険施行に伴う福祉費用の拡大等を想定し、介護費用総額を4兆3,000億円と推計していた。

(2) 給付実績からみた介護財源構造の実際

① 実費用相当財源（以下 実費財源）の負担構成

次に、介護給付費実績から推計した平成12年度費用総額をベースに実費財源の負担構成をみた。

2000年費用総額（11ヶ月ベース）を36,952億円と推計した（表3-3参照）が、費用負担構成の基本ルールに沿って各々の負担額を算出すると、公費16,076億円（うち国庫8,038億円、都道府県・市町村が各4,019億円）、保険料（公費含む）16,076億円（うち第1号保険料5,466億円、第2号保険料10,610億円）、利用者負担が4,800億円となる。なお、国保と政管に含まれる国庫負担は、予算と同様のルールから2,410億円となる。また、第2号保険料の内訳は、各構成比（国保35.2%、政管31.2%、健保等33.6%）より、国保3,735億円、政管3,310億円、健保等3,565億円と算出される。

ここで、前節と同様の方法で、国保、政管、健保等の費用を、公費負担、事業主負担、家計負担に組替えると、各々の負担額・構成割合は、公費18,486億円（50.0%）、事業主3,166億円（8.6%）、家計15,299億円（41.4%）となる。

表5-6. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（2000年度実績・推計）

介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)		介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	36,952	100.0	➔	総計	36,952	100.0
公費負担	16,076	43.5		公費負担	18,486	50.0
－国庫負担	8,038	21.8		－国庫負担	10,448	28.3
－都道府県負担	4,019	10.9		－都道府県負担	4,019	10.9
－市町村負担	4,019	10.9		－市町村負担	4,019	10.9
保険料(公費含む)	16,076	43.5		事業主負担	3,166	8.6
－第1号	5,466	14.8		－政管	1,384	3.7
－第2号	10,610	28.7		－健保等	1,783	4.8
－国保	3,735	10.1		家計負担	15,299	41.4
－政管	3,310	9.0		－保険料	10,499	28.4
－健保等	3,565	9.6		－利用者負担	4,800	13.0
利用者負担	4,800	13.0				

② 特別対策等を含む実徴収財源（以下 徴収財源）の負担構成

次に、介護保険制度円滑導入施策として行われた「特別対策」および保険料徴収スキームを踏まえ、実際の徴収額をベースに実財源の負担構成をみた。

高齢者を対象として行われた「特別対策」とは、制度施行から2000年9月までの半年間第1号保険料を徴収しない、かつ、10月以降1年間（2001年9月まで）は半額徴収に止め、その差額部分は国庫から充当するというものである。「特別対策」の費用は、1999年度補正予算で計上済みであり、2000年度の具体的な投入額は5,812億円¹⁾と推計される。

1) (予算7,850億円－100億(システム費))×3/4

次に、「特別対策」に伴って、2000年10月～2001年3月間に徴収された第1号保険料（半額徴収分）は、1999年度中に厚生省（当時）が公表した全国平均月額保険料2,885円を基準に考え、1,895億円²⁾と推計した。

第2号保険料については、徴収スキーム上、2000年度予算上の第2号保険料相当額12,500億円を基準として支払基金への納付総額が決定されるため、給付実績に関わらず12,500億円（国庫負担を除くと9,600億円）が徴収されている。

従って、「特別対策」および実際の保険料徴収を踏まえた実財源をみると、総費用41,083億円、その内訳は、公費21,888億円（うち国庫13,850億円（特別対策5,812億円を含む）、都道府県・市町村が各4,019億円）、保険料（公費含む）14,395億円（第1号保険料1,895億円、第2号保険料12,500億円）、利用者負担が4,800億円となる。なお、第2号保険料に含まれる国庫負担は当初予算上の額と同じく2,900億円である。

以上から、公費、家計、事業主の負担額・構成割合は、公費24,788億円（60.3%）、事業主3,750億円（9.1%）、家計12,545億円（30.5%）となる。

表5-7. 公費・事業主・家計の各負担構成割合（特別対策等含む）

介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)		介護費用構成	費用 (億円)	割合 (%)
総計	41,083	100.0		総計	41,083	100.0
公費負担	21,888	53.3		公費負担	24,788	60.3
－国庫負担	13,850	33.7		－国庫負担	16,750	40.8
（再掲 特別対策）	5,812			（再掲 特別対策）	5,812	
－都道府県負担	4,019	9.8		－都道府県負担	4,019	9.8
－市町村負担	4,019	9.8		－市町村負担	4,019	9.8
保険料(公費含む)	14,395	35.0		事業主負担	3,750	9.1
－第1号	1,895	4.6		－政管	1,650	4.0
－第2号	12,500	30.4		－健保等	2,100	5.1
－国保	4,400	10.7		家計負担	12,545	30.5
－政管	3,900	9.5		－保険料	7,745	18.9
－健保等	4,200	10.2		－利用者負担	4,800	11.7
利用者負担	4,800	11.7				

2) 2,885円×1/2×6ヶ月×22,138千人×収納率98.9%

③ 実費財源と徴収財源の比較

給付実績から推計した平成12年度の必要財源は36,952億円、一方、保険料徴収等による実財源は41,083億円と各々推計され、その差額（過徴収分）は4,131億円となる（表5-8）。

内訳は、第1号被保険者保険料部分で2,241億円、第2号被保険者保険料部分で1,890億円となっている。

表5-8. 費用負担構成の比較②

費用負担 構成	介護保険実費		徴収費用		徴収－実費
	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)
総費用	36,952	100.0	41,083	100.0	+ 4,131
公費	18,486	50.0	24,728	60.2	+ 6,242
国庫負担 －特別対策	10,448	28.3	16,690	40.6	+ 6,242
			5,812	14.1	
都道府県	4,019	10.9	4,019	9.8	± 0
市町村	4,019	10.9	4,019	9.8	± 0
事業主	3,166	8.6	3,730	9.1	+ 564
政管	1,384	3.7	1,630	4.0	+ 246
組合等	1,783	4.8	2,100	5.1	+ 317
家計	15,299	41.4	12,625	30.7	▲ 2,674
保険料	10,499	28.4	7,825	19.0	▲ 2,674
利用者負担	4,800	13.0	4,800	11.7	± 0

ただし、第1号保険料については3ヶ年平均保険料として設定されるため、次年度以降2ヶ年の給付増分をカバーしうる余剰分を生じさせることが予定されていた。平均月額保険料2,885円を基準とした本来の第1号保険料徴収額は7,025億円（11ヶ月ベース）であり、予算上の第1号保険料6,500億円を差し引くと525億円となる。これは、次年度以降の給付費支払に当てるために予定された余剰であるので、単純な余剰からは除いて考える。

従って、特別対策5,812億円と実徴収額1,895億円の合計から実費用相当額の第1号保険料部分5,466億円および予定余剰分525億円を差し引いた1,716億円が単純な過徴収分と考えられる。

【予定余剰分】

$$\begin{array}{rcl}
 2,885\text{円} \times 11\text{ヶ月} \times 22,138\text{千人} \times 98.9\% & = & 7,025\text{億円} \\
 \text{月額保険料} & & \text{第1号被保険者数} \quad \text{予定収納率} \\
 7,025\text{億円} - 6,500\text{億円} & = & 525\text{億円} \\
 \text{本来徴収額} & & \text{予算上の第1号保険料} \quad \text{予定余剰分}
 \end{array}$$

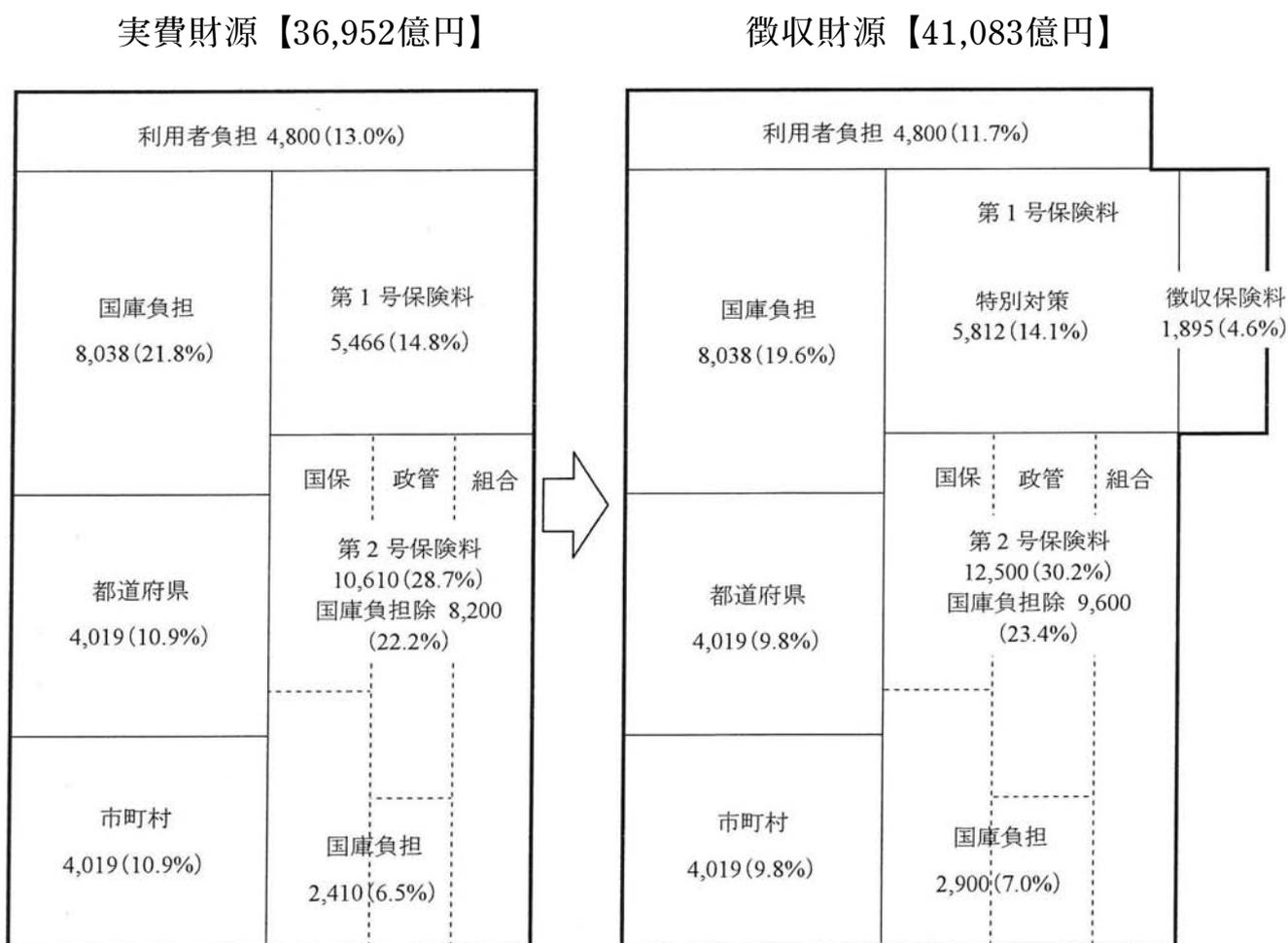
また、第2号保険料については、支払基金と各保険者間で精算交付が行われることから、介護給付費納付金12,500億円から10,610億円を差し引いた1,890億円が過徴収分と推計される。

以上より、介護保険制度初年度の単年度会計としては実質「3,606億円」（第1号保険料部分1,716億円、第2号保険料部分1,890億円）が過徴収となっていると推計した。

なお、公費部分については、実際の給付費支払額に基づく精算が国および地方公共団体間で行われるため単純な余剰は生じていない。

今後は、給付実績や事業者・施設の伸び率等に基づき給付費見込額が算出し易くなることもあり、ブレは縮小すると思われるが、給付費見込の推計が高齢者保険料に直結する以上、さらに緻密な検討に基づく慎重な推計および保険料の設定が求められるといえる。

図5-2.費用負担構成図②（実費用相当→実徴収）



(3) 老人保健特別会計に与える影響

① 介護保険と老人医療費の会計上の関係

厚生省(当時)は医療保険から介護保険に移行するサービス費を22,700億円と推計していた(60頁参照)。そしてこれに従って、介護保険の保険料を徴収した。しかし、実際には介護保険サービスの利用は十分拡大しなかつたため、介護保険料は過徴収となってしまう(64頁参照)。

介護保険移行額の見込みが違ったため、その煽りを食らったのが老人医療費の経理を管理する老人保健特別会計である。介護保険の導入により、老人医療費は削減できると考えられていた。老人保健特別会計においても、この計画の下で各保険者から拠出金の拠出を受けた。しかし、現実には、予定を超える老人医療費がかかったため、拠出金が大きく不足してしまったのである。

② 老人保健特別会計の予算と決算見込み

老人医療費の流れを確認しておこう。保険者(政管健保、組合健保、国保など)が社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)に拠出金を拠出する。支払基金では拠出金をとりまとめて、市町村に交付金として交付する。市町村では、支払基金からの交付金と公費負担分とを財源として医療を給付する。このほか、患者一部負担金を加えたものが老人医療費である。

老人医療費はここ数年、年率6~8%の伸びを示しており、1999(平成11)年度には117,854億円に達している。そして、老人医療費の伸びに連動して、支払基金からの交付金も増加してきた。

2000(平成12)年4月、介護保険がスタートした。老人医療から介護保険への移行が進み、老人医療費は減少すると考えられ、老人保健特別会計の予算も縮小された。2000年度の支払基金の当初予算では、保険者からの拠出金収入は68,325億円、交付金支出は65,095億円となっている。交付金についていえば、1999年度の73,422億円に比べて8,327億円少なく見積もられたのである。しかし、実際には老人医療費は計画どおりには減らなかった。2000年度の交付金は、当初予算より約8,000億円多い72,898億円となっている。

なお、交付金が増えても、その年に限っていえば保険者の財政に対する影響はない。老人保健の拠出金は、年度初めの概算額で保険者に請求される。交付金が増えたからといって、年度中に追加徴収されることはない。概算額と確定額との精算は2年後である。

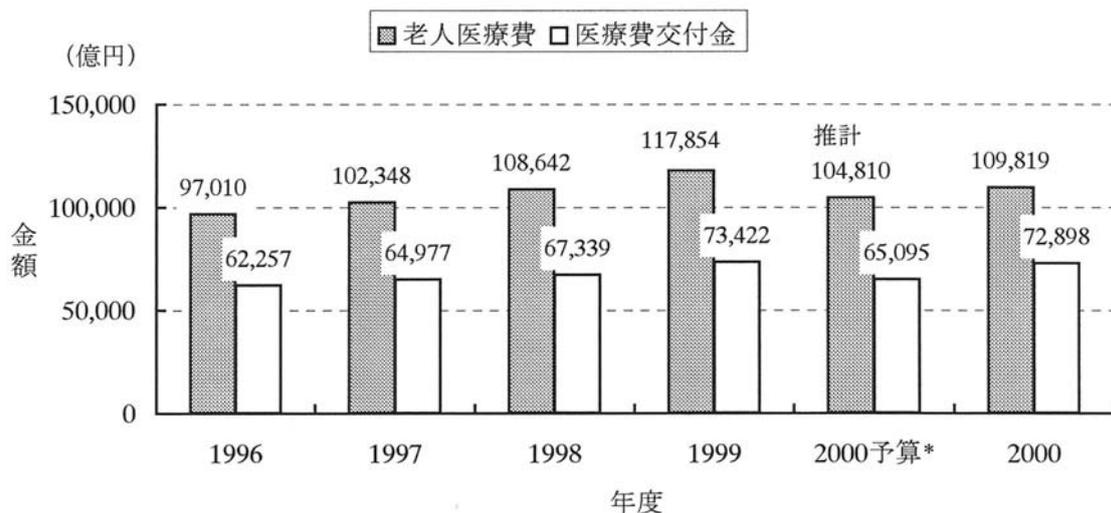
③ 老人保健特別会計における借入金

では、予算時よりも膨らんだ約8,000億円の交付金はどう手当てされたのだろうか。このケースのように交付金が不足する場合、支払基金が厚生労働大臣の認可を得て、不足財源を借り入れることになっている。借入金と借入利子相当額は2年後に保険者から追加徴収される。

2000（平成12）年度の当初予算における借入金は8,100億円であったが、予備費を取り崩しても交付金に不足したため、結局11,540億円を借り入れるにいたっている。また、これにともなって、借入金利息も97億円に上っている。この利息は、介護保険移行額の見込みが正しければ、発生しなかったコストである。保険者は、2年後にはその年の拠出金予算額に加え、借入金利息も含む2年前の精算額である約1.2兆円を合わせて拠出しなければならないのである。雇用環境がますます厳しくなる中、2年後に回されたツケは小さくない。

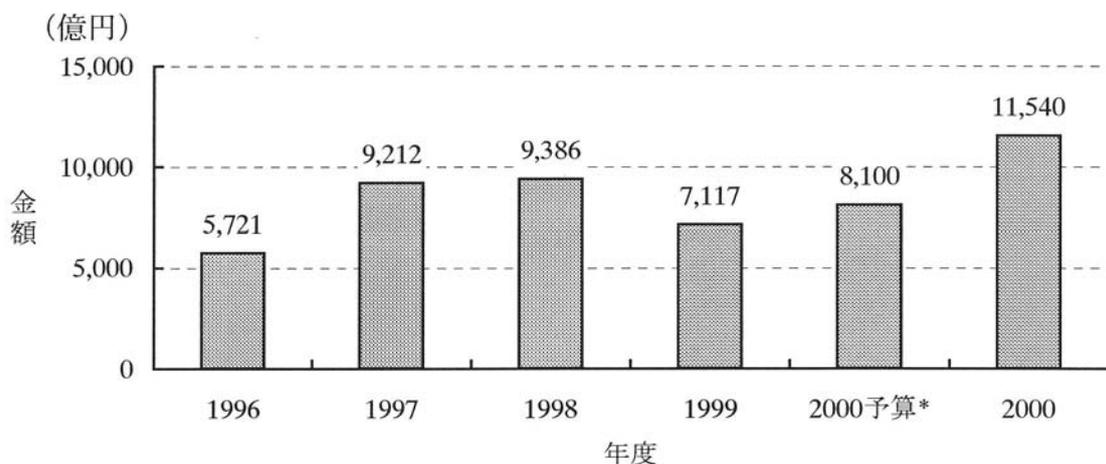
また、2年後の2002年、政府は医療制度改革を断行するという。これにむけて、各団体が制度改革の試案を発表している。その中で、健保連では「現行拠出金の下で発生している未払い債務を公費負担により解消することが必要である」と述べている。2000年度の老人保健特別会計の借入金は、1兆円を越えている。民間サイドの保険者である健保連はこれを公費で解消しなければ、新制度へのスタートは切れないと言っているわけである。介護保険への移行の見込み違いは、医療制度改革にむけても大きな課題を残したといえるであろう。

図5-3. 支払基金老人保健特別会計の交付金



* 支払基金平成12事業年度予算書に記載されている当初予算

図5-4. 支払基金老人保健特別会計：借入金の推移



* 支払基金平成12事業年度予算書に記載されている当初予算

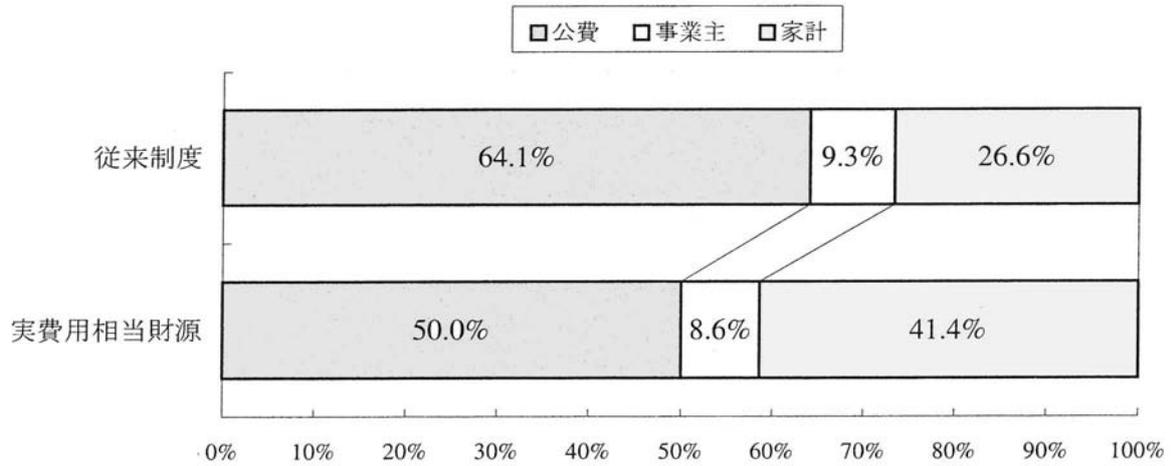
(4) まとめ

最後に、負担構成割合の変化について、従来制度と実費用相当財源における公費、事業主、家計の各負担に分け表5-9に示す。負担構成割合は、従来制度における、公費64.1%、事業主9.3%、家計26.6%から、公費50.0% (14.1%減)、事業主8.6%(0.7%減)、家計41.4% (14.8%増) となり、公費が縮小、事業主微減、家計が大幅増と変化した。公費の内訳は、国庫負担は14,600億円 ⇒ 10,448億円と大幅縮小し、また、市町村も6,000億円 ⇒ 4,019億円となった。逆に都道府県では3,500億円 ⇒ 4,019億円と増加している。事業主負担も3,500億円 ⇒ 3,166億円に微減した一方、家計は、10,000億円 ⇒ 15,299億円へと大幅増加している。社会保険方式の導入により、保険料が5,100億円 ⇒ 10,499億円に跳ね上がった結果であるが、公費負担および事業主負担の減少分を、家計が負担させられる構造となっていることがわかる (特別対策費は一過性の補正予算措置であり、実費財源の負担割合では考慮していない)。

表5-9. 費用負担構成割合比

	従来制度①		実費用相当財源②		差額 (②-①)
	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)	構成割合 (%)	費用 (億円)
総額	37,600	100.0	36,952	100.0	▲ 648
公費	24,100	64.1	18,486	50.0	▲ 5,614
国庫	14,600	38.8	10,448	28.3	▲4,152
都道府県	3,500	9.3	4,019	10.9	+519
市町村	6,000	16.0	4,019	10.9	▲1,981
事業主	3,500	9.3	3,166	8.6	▲ 334
政管	1,400	3.7	1,384	3.7	+16
組合	2,100	5.6	1,783	4.8	▲317
家計	10,000	26.6	15,299	41.4	+ 5,299
保険料	5,100	13.6	10,499	28.4	+5,399
利用者負担	4,900	13.0	4,800	13.0	▲100

図5-5. 費用負担構造の変化



以上の通り、介護保険制度の施行に伴い、費用負担構造は大きく変化している。すなわち、公費負担が64.1% ⇒ 50.0%に大幅減少、事業主負担は微減の一方で、家計負担が26.6% ⇒ 41.4%に大幅増加し、家計に大きな負担を強いる結果となっているのである。

今後は、かかる費用負担構造の変化を十分踏まえた上で、浮いた公費財源、特に国庫負担を、いかに介護保険関連施策の推進、介護報酬の適正な設定等に活かしていくか、公費負担：事業主負担：家計負担の構成割合を今後どうするのが課題となるであろう。

第6章. 医療系サービスの動向

(1) サービス種類別にみた利用者の要介護度分布

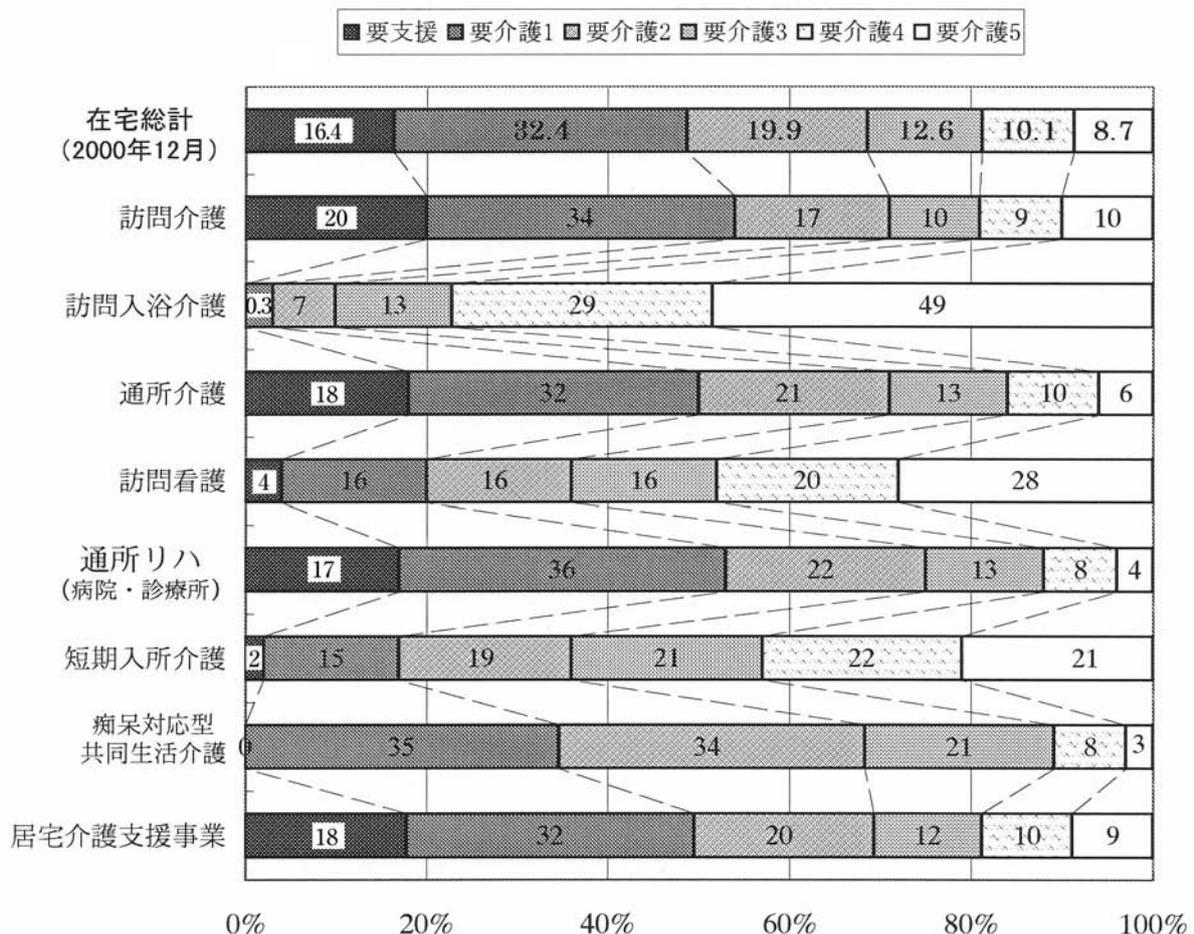
① 在宅サービス

図6-1に、在宅サービス種類別にみた要介護度分布を示す。2000年12月の在宅療養者全体の要介護度分布では、「要介護1」が32.4%と最も多く、次いで「要介護2」19.9%、「要介護4」16.4%の順であった。

これをサービス種類別にみると、まず訪問通所系では、「訪問介護」「通所介護」「通所リハ」で「要介護1」が各々34.0%、32.0%、36.0%と最も多いのに対し、「訪問入浴介護」「訪問看護」で「要介護5」が各々49.0%、28.0%と最も多い状況であった。短期入所系では、「要介護1～5」がほぼ20%の割合で均等に分布、その他サービスの痴呆対応型共同生活介護では「要介護1～2」が全体の69%を占めていた。

通所系と訪問介護が比較的A D Lの保たれている方を中心にサービスを提供しているのに対し、訪問入浴介護や訪問看護は、寝たきりや準寝たきり者を中心にサービスを提供している状況といえる。

図6-1. 在宅サービス種類別にみた要介護度分布



(出典) 厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)、2001年2月分」

全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションの経営に関する調査研究報告書」

② 施設サービス

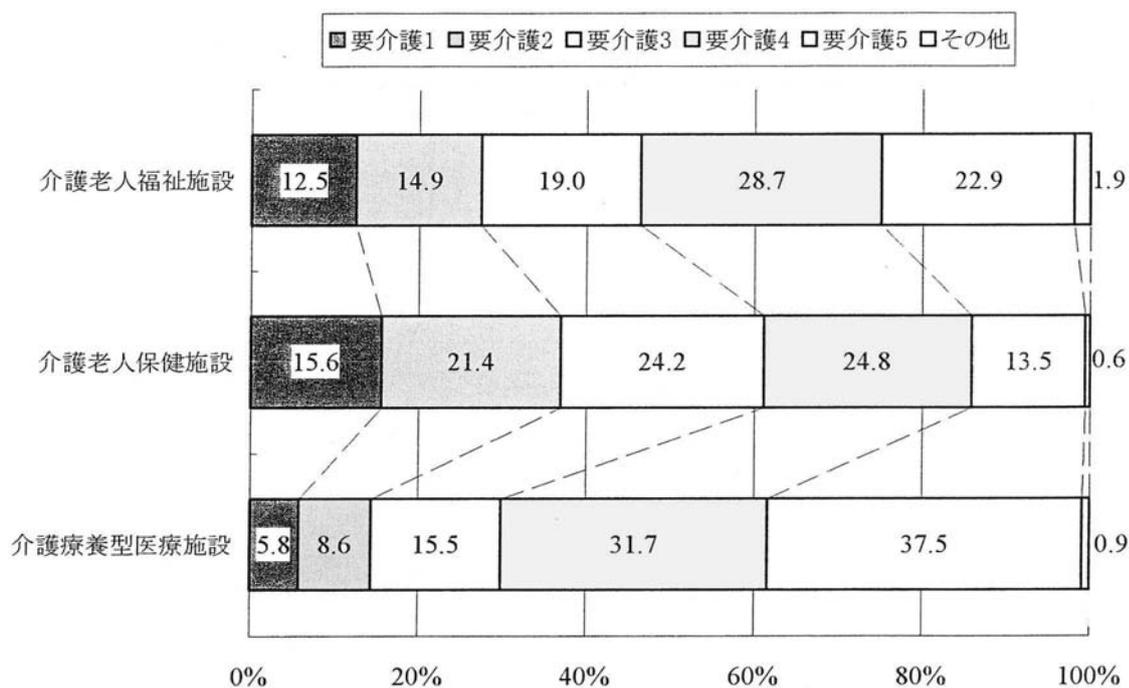
図6-2に、施設サービス種類別にみた要介護度分布を示す。介護療養型医療施設では、「要介護5」が37.5%と最も高く、次いで「要介護4」31.7%の順であった。要介護4以上で全体の69.2%を占め、平均要介護度は3.84であった。

次に、介護老人福祉施設では、「要介護4」が28.7%と最も高く、次いで「要介護5」22.9%の順であった。要介護4以上の割合は51.6%、平均要介護度は3.29であった。

最後に、介護老人保健施設では、「要介護4」が24.8%と最も多く、次いで「要介護2」24.2%、「要介護1」21.4%の順であった。要介護4以上の割合は49.0%、平均要介護度は2.98と、介護保険施設の中で最も要介護度が低い状況であった。

介護報酬設定時（1999年12月末時点）における平均要介護度は、介護療養型医療施設3.64、介護老人福祉施設3.23、介護老人保健施設2.85であり、2000年10月時点の平均要介護度は、3施設とも重くなっていた。

図6-2. 施設種類別にみた要介護度分布



(出典) 厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

(2) 医療系在宅サービスの動向（訪問看護、通所リハ）

医療系の在宅サービスとしては、①居宅療養管理指導、②訪問看護、③訪問リハビリテーション、④通所リハビリテーション、⑤短期入所療養介護の5種類がある。ここでは訪問系の訪問看護（ステーション）と通所系の通所リハに関する調査結果を示す。

① 訪問看護ステーション

日本医師会が実施した調査（対象102事業所、6,604人）及び全国訪問看護事業協会が実施した調査（対象771事業所、32,043人）のポイントを以下に示す。

ア) 利用者の状況

a. 保険種類別にみた利用者数（事業協会調査）

2000年6月中の訪問看護利用者32,043人を保険種類別にみると、「介護保険利用者」が25,801人（80.5%）、「医療保険利用者」が6,242人（19.5%）であった。また、医療保険利用者の内訳は、老人58.2%、一般41.8%であった。

b. 要介護度分布（事業協会調査）

要支援・要介護者27,382人の要介護度分布をみると、「要介護5」が28.1%と最も多く、次いで「要介護4」20.4%、「要介護2」16.1%の順であった。これを保険種類別にみると「要介護5」の割合は、介護保険利用者27.0%に対し、医療保険利用者は45.2%を占めており、医療保険利用者の方が、要介護度が高かった。

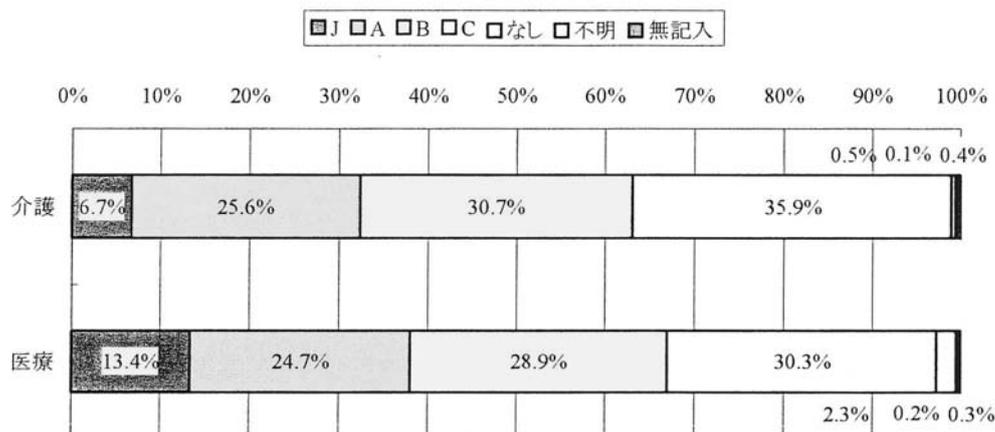
表6-1.要介護度分布比較

	全体 (N=27,382)	介護保険利用者 (N=25,801)	医療保険利用者 (N=1,581)
要支援	4.1%	4.3%	2.2%
要介護1	15.8%	16.2%	8.6%
要介護2	16.1%	16.4%	11.7%
要介護3	15.5%	15.6%	12.7%
要介護4	20.4%	20.5%	19.7%
要介護5	28.1%	27.0%	45.2%

c. 寝たきり度／痴呆度（医師会調査）

寝たきり度の状況では、「ランクJ」の割合は介護保険利用者6.7%に対し医療保険利用者13.4%と、医療の方が高かった。一方「寝たきり者（ランクBとCを合わせたもの）」の割合は介護66.6%に対し医療59.2%であり、介護の方が若干寝たきり者の割合が高い傾向にあった。

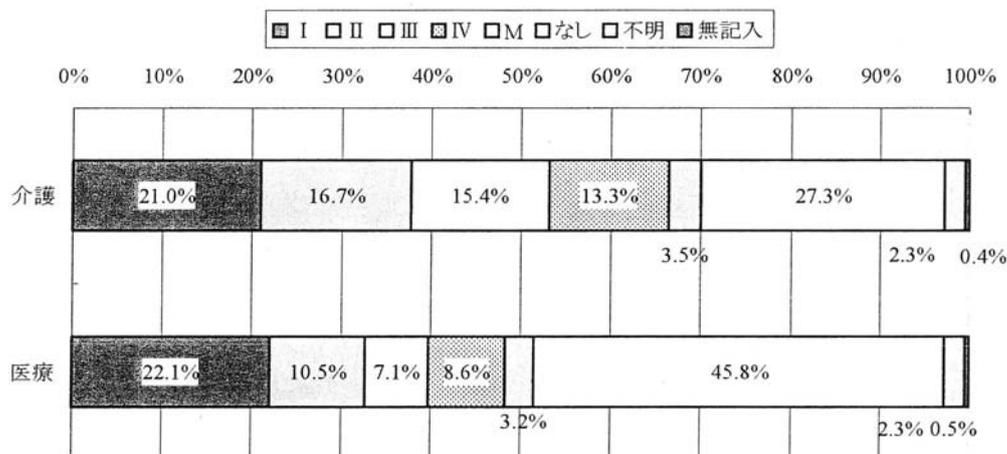
図6-3. 寝たきり度の分布状況



痴呆の状況を見ると、「痴呆あり」が医療保険利用者は51.5%であるのに対し、介護保険利用者は70.0%も占めており、大きな違いがみられた。

また「痴呆あり」の中でも「ランクⅢ」以上の割合は医療が18.8%であるのに対し、介護は32.3%を占めていた。

図6-4. 痴呆度の分布状況



d. 主傷病（医師会調査）

主傷病構成割合をみると、全体で最も多かったのが「Ⅸ循環器系の疾患」で50.0%（うち脳血管疾患35.8%）、次いで「Ⅵ神経系の疾患」11.5%、「ⅩⅢ筋骨格系および結合組織系の疾患」9.0%であった。

これを保険種類別にみると、介護保険利用者の割合が相対的に高かったのは「Ⅸ循環器系の疾患」で、介護56.4%に対し、医療17.9%であった。中でも特に「脳血管疾患」の占める割合の違いが大きく、介護40.8%に対し、医療10.8%であった。同様に「ⅩⅢ筋骨格系および結合組織系の疾患」は介護9.9%に対し、医療4.5%であった。

逆に医療保険利用者の割合が相対的に高かったのは「Ⅵ神経系の疾患」で、介護5.9%に対し、医療39.7%であった。同様に「Ⅱ新生物」は介護3.2%に対し、医療12.5%であった。

表6-2.主傷病別にみた利用者の構成割合

ICD-10 分類	全体	介護 保険	医療 保険
II 新生物	4.7%	3.2%	12.5%
－悪性新生物（再掲）	3.9%	2.6%	10.7%
VI 神経系の疾患	11.5%	5.9%	39.7%
－パーキンソン病（再掲）	4.7%	2.7%	15.2%
－アルツハイマー（再掲）	1.1%	1.3%	0.5%
IX 循環器系の疾患	50.0%	56.4%	17.9%
－高血圧性疾患（再掲）	8.1%	9.0%	3.8%
－心疾患（再掲）	5.2%	5.6%	3.1%
－脳血管疾患（再掲）	35.8%	40.8%	10.8%
X III 筋骨格系および結合組織系の疾患	9.0%	9.9%	4.5%
－骨の密度及び構造の障害（再掲）	1.4%	1.7%	0.4%

e. 医療処置（医師会調査）

医療処置にかかる管理援助の実施率をみると、「服薬管理」が23.1%と最も多く、次いで「浣腸・摘便」17.4%、「緊急時の対応や指示」14.0%、「褥瘡の処置」13.8%の順であった。

さらに、これを保険種類別にみると、「創傷部の処置」、「検査補助」を除くすべての行為で医療保険利用者の割合が高かった。中でも「点滴の管理」、「ターミナルケア」、「気管カニューレの交換・管理」、「がんの在宅（緩和）ケア」などは実施率に大きな違いがあった。

表6-3.医療処置にかかる管理援助の実施率（複数回答）

管理援助項目	全体	介護保険	医療保険
服薬管理	23.1%	22.5%	26.1%
浣腸・摘便	17.4%	17.3%	18.2%
褥瘡の処置	13.8%	13.7%	14.2%
緊急時の対応や指示	14.0%	13.4%	16.9%
創傷部の処置	9.6%	9.7%	8.7%
検査補助	1.9%	1.9%	1.9%
点滴の管理	2.1%	1.4%	5.2%
ターミナルケア	1.5%	0.7%	5.7%
気管カニューレの交換・管理	1.5%	0.6%	5.9%
がんの在宅（緩和）ケア	1.4%	0.4%	6.2%

イ) 事業所の活動状況 (事業協会調査)

a. 1事業所当たり従事者数

2000年6月中 事業所771ヵ所の従事者数は5,303人で、そのうち常勤は2,729人 (51.5%)、非常勤は2,574人 (48.5%) であり、常勤換算従事者数は4,016.6人であった。

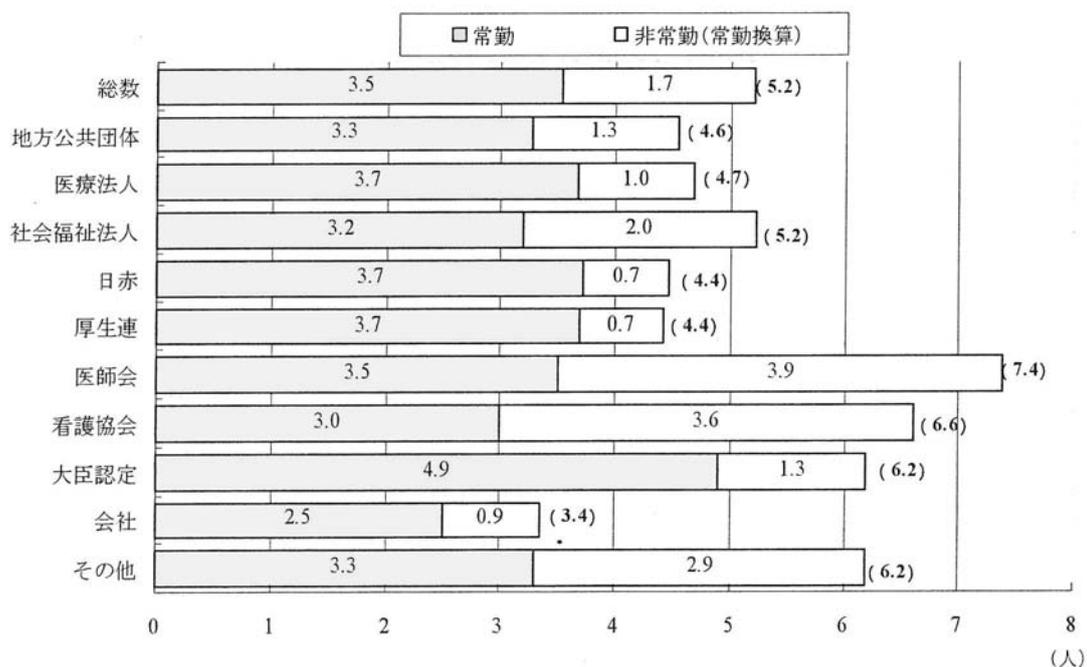
常勤換算従事者数を職種別にみると、「看護婦 (士)」が2,915.5人 (72.6%) と最も多く、次いで「准看護婦 (士)」471.1人 (11.7%)、「保健婦 (士)」158.1人 (3.9%) であった。また、1事業所当たりの常勤換算従事者数は5.2人であり、1999年7月1日 (厚生省：「訪問看護統計調査の概況」) の4.6人と比べ増加傾向にあった。

表6-4. 職種別従事者数

	従事者数			常勤換算 従事者数	1事業所当たり	
	総数	常勤	非常勤		従事者	常勤換算 従事者数
総数	5,303	2,729	2,574	4,016.6	6.9	5.2
保健婦(士)	183	135	48	158.1	0.2	0.2
助産婦	8	4	4	5.6	0.0	0.0
看護婦(士)	3,687	1,985	1,702	2,915.5	4.8	3.8
准看護婦(士)	606	324	282	471.1	0.8	0.6
理学療法士	342	68	274	133.0	0.4	0.2
作業療法士	121	29	92	55.2	0.2	0.1
その他	356	184	172	278.1	0.5	0.4

また、設置主体別に1事業所当たり常勤従事者数をみると、「医師会」が7.4人と最も多く、次いで「看護協会」6.6人の順であった。

図6-5. 設置主体別にみた1事業所当たりの常勤従事者数



b. 緊急時訪問看護加算

「緊急時訪問看護加算」の届出状況を見ると、全体では68.7%であった。これを設置主体別にみると、「会社」が100.0%と最も高く、次いで「大臣認定」90.0%、「看護協会」89.5%、「その他」72.7%、「社会福祉法人」74.0%、「医療法人」69.0%の順であった。逆に、届出率が低いのは「市町村等」の54.2%、「医師会」57.0%であった。

c. 1事業所当たり利用者数／訪問回数

2000年6月における1事業所当たり利用者数は46.4人、訪問回数は255.8回、1人当たり訪問回数は5.7回であった。なお、厚生省「1999年訪問看護統計調査の概況」の平均利用者数は45.3人、訪問回数は259.6回、1人当たり訪問回数は5.4回であり、ほぼ同様の結果であった。これを設置主体別にみると、平均利用人数では「医師会」が63.8人と最も多く、次いで「大臣認定」63.4人であった。

平均訪問回数では「医師会」が376.4回と最も多く、次いで「大臣認定」340.2回、「その他」311.3回、「看護協会」302.4回の順であった。さらに訪問時間の内訳をみると、「1時間以上1時間30分未満」の割合が、「会社」が42.4%と最も多く、次いで「看護協会」33.8%であった。

表6-5.設置主体別にみた1事業所当たり月間利用者数／月間訪問回数

	平均利用 人数 (人)	平均訪問 回数 (回)	(訪問時間の構成割合：%)		
			30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満
総数	46.4	255.8	14.6%	69.1%	16.3%
医療法人	40.9	226.0	17.4%	68.8%	13.8%
医師会	63.8	376.4	10.6%	68.8%	20.7%
社会福祉法人	43.4	256.6	13.5%	70.0%	16.5%
地方公共団体	42.2	214.1	16.1%	73.9%	10.0%
看護協会	52.4	302.4	8.3%	57.9%	33.8%
厚生連	57.3	279.6	13.3%	83.2%	3.5%
日赤	56.0	251.0	15.2%	73.2%	11.6%
大臣認定	63.4	340.2	9.5%	79.2%	11.3%
会社	14.7	89.7	7.1%	50.5%	42.4%
その他	60.9	311.3	11.0%	67.3%	21.7%

ウ) 経営の状況（事業協会調査）

2000年6月の1事業所当たり事業収入は2,608.7千円、事業費用は2,300.2千円、事業収支は308.5千円であった。

事業収支を設置主体別にみると、「看護協会」が最も高く792.9千円、次いで「社会福祉法人」553.6千円、「医師会」477.8千円の順であった。「会社」は訪問件数が少ないことが影響し、388.8千円の赤字であった。

収支率（＝事業収入／事業費用）を設置主体別にみると、最も収支率が高いのが「看護協会」で128.8%、次いで「社会福祉法人」124.0%、「医師会」116.7%、「その他」115.0%の順であった。

1回当たり訪問単価を設置主体別にみると、「会社」が最も高く10,789円、次いで「看護協会」10,691円、「その他」10,155円、「日赤」9,841円の順であった。逆に、「1回当たり訪問単価」が低かったのが「地方公共団体」で9,223円、次いで「医師会」9,390円、「厚生連」9,436円の順であった。

表6-6.設置主体別にみた事業収支の状況

開設者	事業 収入 (千円)	事業 費用 (千円)	事業 収支 (千円)	収支率 (%)	1回当たり 訪問単価 (円)
総数	2,608.7	2,300.2	308.5	113.4	9,583
地方公共団体	1,931.6	1,916.4	15.3	100.8	9,223
医療法人	2,289.8	2,082.7	207.1	109.9	9,452
社会福祉法人	2,861.5	2,307.9	553.6	124.0	9,544
日赤	2,526.8	2,384.1	142.7	106.0	9,841
厚生連	2,764.7	2,464.8	299.9	112.2	9,436
医師会	3,344.4	2,866.6	477.8	116.7	9,390
看護協会	3,550.7	2,757.7	792.9	128.8	10,691
大臣認定	3,502.2	3,118.0	384.1	112.3	9,800
会社	1,790.9	2,179.8	▲388.8	82.2	10,789
その他	3,226.3	2,806.6	419.7	115.0	10,155

エ) 居宅介護支援事業の実施状況

ア. 実施体制（医師会調査、事業協会調査）

医師会立ステーション従事者と居宅介護支援事業所従事者の兼務状況をみると、「居宅介護支援事業所従事者は、全て訪問看護ステーションの従事者が兼務」が59.0%と最も多く、次いで、「従事者の一部が兼務」33.0%、「兼務者なし」8.0%であった。

また、事業協会調査によると、39.7%の事業所が専任の介護支援専門員を、52.5%の事業所が事務職員を設置していた。

図6-6.居宅介護支援事業との兼務の状況

	全部兼務(59%)		一部兼務(33%)		兼務なし(8%)
	訪問看護ステーション 居宅介護支援事業		訪問看護ステーション 居宅介護支援事業	居宅介護支援事業	訪問看護ステーション 居宅介護支援事業
管理者	同一	別	同一	別	別
割合(%)	53	6	18	15	8

イ. 居宅サービス計画作成件数（事業協会調査）

1事業所当たり作成件数は、「社会福祉法人」が69.4件と最も多く、次いで「厚生連」69.3件、「医師会」64.5件の順であった。また、1事業所当たり事業収入（訪問調査費含む）は、「医師会」が65.8万円と最も高く、次いで「厚生連」54.0万円、「社会福祉法人」53.2万円の順であった。

表6-7.設置主体別にみた作成件数／事業収入の状況

開設者	対象事業所数	1事業所当たり作成件数（件）				1事業所当たり事業収入（万円）	
		うち St 利用者		うち St 利用者外			
		件数	割合	件数	割合		
総数	423	52.4	26.9	51.3%	25.5	48.7%	51.1
地方公共団体	18	48.8	24.0	49.1%	24.8	50.9%	41.7
医療法人	226	51.1	24.5	48.0%	26.6	52.0%	52.9
社会福祉法人	31	69.4	30.1	43.3%	39.4	56.7%	53.2
日赤	5	53.4	33.0	61.8%	20.4	38.2%	44.7
厚生連	10	69.3	19.9	28.7%	49.4	71.3%	54.0
医師会	55	64.5	34.2	53.0%	30.3	47.0%	65.8
看護協会	26	37.2	26.7	71.6%	10.6	28.4%	27.8
大臣認定	9	45.8	36.6	79.9%	9.2	20.1%	38.5
会社	2	5.0	5.0	100.0%	0.0	0.0%	5.5
その他	41	41.4	29.2	70.5%	12.2	29.5%	46.6

② 通所リハビリテーション

日本医師会と全国老人デイ・ケア連絡協議会が実施した運営実態調査（回答数92事業所、内訳は病院23、診療所19、介護老人保健施設50）のポイントを以下に示す。

ア) 事業所のプロフィール

a. 1事業所当たり従事者数

1事業所当たり総従事者数は16.3人（常勤12.8人、非常勤3.6人）、常勤換算従事者数14.4人であった。総従事者数を施設種類別にみると、病院20.0人、通常規模診療所15.3人、その他診療所12.0人、介護老人保健施設15.3人であった。

	従事者 総 数	常勤（人）			非常勤（人）		
		小 計	専従	兼務	小 計	専従	兼務
総 数	16.3	12.8	9.1	3.7	3.6	2.6	1.0
病 院	20.0	17.6	12.7	4.9	2.3	2.1	0.3
通常規模診療所	15.3	11.1	7.9	3.3	4.1	3.5	0.6
その他診療所	12.0	9.0	6.5	2.5	3.0	3.0	0.0
老人保健施設	15.3	11.3	8.0	3.3	4.0	2.5	1.5

b. 病床数／定員数

調査対象施設の平均病床数／入所定員数は、病院205.3床、有床診療所16.8床、介護老人保健施設100.2人であった。

c. 併設事業実施率

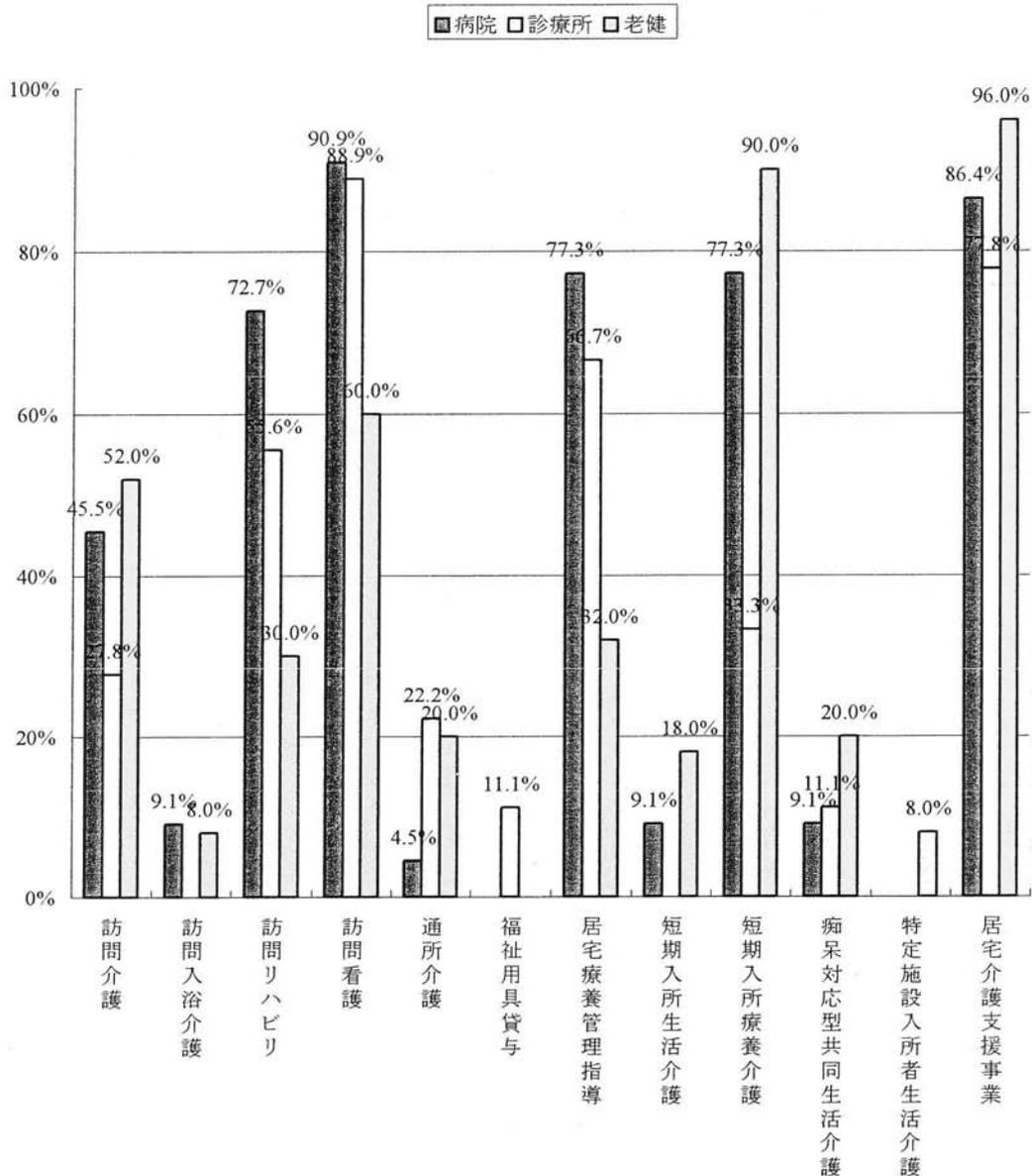
同一法人による併設事業実施率を施設種類別にみると、病院では「訪問看護」が90.9%と最も高く、次いで「居宅介護支援事業」86.4%、「居宅療養管理指導」77.3%、「訪問リハ」72.7%、「訪問介護」45.5%の順であった。

次に診療所では、病院同様「訪問看護」が88.9%と最も高く、次いで「居宅介護支援事業」77.8%、「居宅療養管理指導」66.7%、「訪問リハ」55.6%、「短期入所療養介護」33.3%の順であった。

老人保健施設では、「居宅介護支援事業」が96.0%と最も高く、次いで「短期入所療養介護」90.0%、「訪問看護」60.0%、「訪問介護」52.0%、「居宅療養管理指導」32.0%の順であった。また、20.0%の施設で「痴呆対応型共同生活介護」を実施していた。

なお、病院4.5%、診療所の22.2%、老人保健施設の20.0%が、「通所リハ」と「通所介護」を併用実施していた。

図6-7.施設種類別にみた同一法人での併設事業の実施率（N=90、複数回答）



イ) 事業所の活動状況

a. サービス提供体制

事業所のサービス提供体制をみると、「送迎」は全事業所で、「食事」「入浴」は97.8%の事業所で整備されていた。

b. 定員数

定員数は「40人以上50人未満」が31事業所（33.7%）と最も多かった。なお、平均定員数は39.3人であった。

c. 実施時間

標準実施時間は「6～8時間」74事業所（80.4%）、「4～6時間」18事業所（19.6%）であった。

d. 利用者数

1 事業所当たり利用者数を施設種類別にみると、病院では1999年11月の86.8人から2000年10月100.2人と増加傾向にあった。他施設の利用者数をみると、介護老人保健施設と通常規模診療所は若干の増加、その他診療所はほぼ横這いであった。

1 事業所当たり延べ利用者数を施設種類別にみると、病院では1999年11月の746.8人から、2000年10月780.0人と増加傾向にあった。他施設の延べ利用者数をみると、介護保険施行後の2000年4月以降はほぼ横這いであった。

表6-9.施設種類別にみた利用者数、延べ利用者数

	1999年11月		2000年10月	
	利用者数	延べ利用者数	利用者数	延べ利用者数
病院	86.8人	746.8人	100.2人	780.0人
通常規模診療所	77.3人	580.5人	81.3人	558.5人
その他診療所	31.5人	229.1人	31.0人	199.0人
老人保健施設	87.5人	737.1人	86.9人	731.4人

e. 通所回数

1 事業所1人当たり平均通所回数を施設種類別にみると、病院では1999年11月の8.6回から、2000年10月7.8回と減少傾向にあった。他施設の3月以降の利用者数をみると、介護老人保健施設はほぼ横這いであるが、診療所は病院同様、回数は減少傾向であった。訪問通所系に対する支給限度額管理の影響と思われる。

表6-10.施設種類別にみた1人当たり平均通所回数

	1999年11月	2000年10月
病院	8.6回	7.8回
通常規模診療所	7.5回	6.9回
その他診療所	7.3回	6.4回
老人保健施設	8.4回	8.4回

ウ) 利用者の状況

a. 年齢／性別

利用者7,813人の年齢をみると、「40～64歳（第2号被保険者）」は223人（2.9%）、「65～74歳」1,146人（14.7%）、「75歳以上」6,435人（82.4%）で、平均年齢は80.8歳であった。また、性別では、女性が67.5%を占めていた。

b. 要介護度分布

要介護度分布状況をみると、「要介護1」が31.4%と最も多く、次いで「要介護2」23.9%、「要介護3」16.8%、「要支援」11.0%の順であった。これを施設種類別にみると、病院や介護老人保健施設に比べ、診療所の要介護度は軽い傾向にあった。

表6-11.施設種類別にみた要介護度分布（単位：％）

	総計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明
総数	100.0	11.0	31.4	23.9	16.8	9.9	6.8	0.2
病院	100.0	10.7	33.5	22.7	17.4	9.1	6.2	0.4
診療所	100.0	13.9	38.6	22.7	12.3	7.1	5.2	0.1
老人保健施設	100.0	10.4	28.5	25.1	17.2	11.1	7.4	0.2

c. 主傷病

有効回答7,339人の主傷病をみると、「循環器系の疾患」が47.7%と最も多く、次いで「精神及び行動の障害」16.9%、「筋骨格系及び結合組織の疾患」13.2%の順であった。「循環器系の疾患」の中でも特に脳血管疾患が全体の38.6%を占めていた。

表6-12.主傷病別にみた利用者の構成割合

ICD10 分類	構成割合
IX 循環器系の疾患	47.7%
－高血圧性疾患（再掲）	4.6%
－心疾患（再掲）	3.4%
－脳血管疾患（再掲）	38.6%
V 精神及び行動の障害	16.9%
－痴呆（再掲）	15.7%
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	13.2%

d. 寝たきり度／痴呆度（不明者等除く）

寝たきり度をみると、「障害あり」98.8%で、「障害なし」1.2%であった。「障害あり」をランク別にみると、ランクAが全体の58.5%を占めていた。

また、痴呆度をみると、「痴呆あり」72.4%、「痴呆なし」26.6%で、「痴呆あり」をランク別にみると、ランクⅡが全体の24.7%、ランクⅠが23.6%を占めていた。

図6-8.寝たきり度の分布状況（不明者等除く）

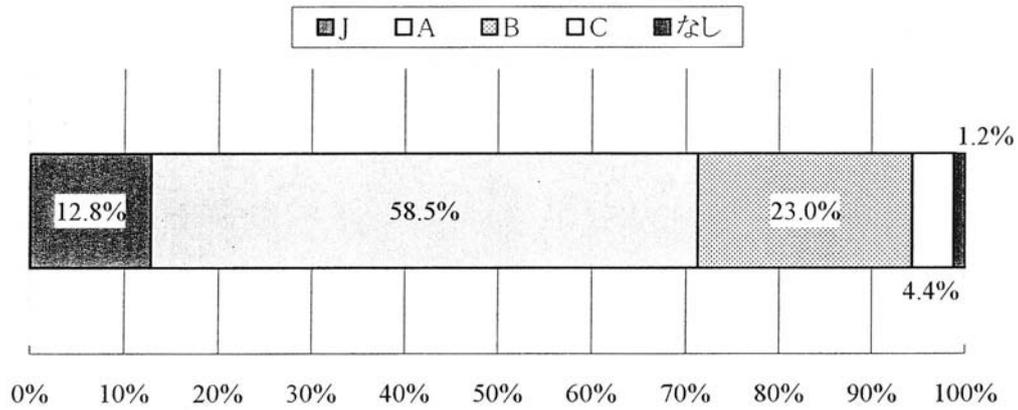
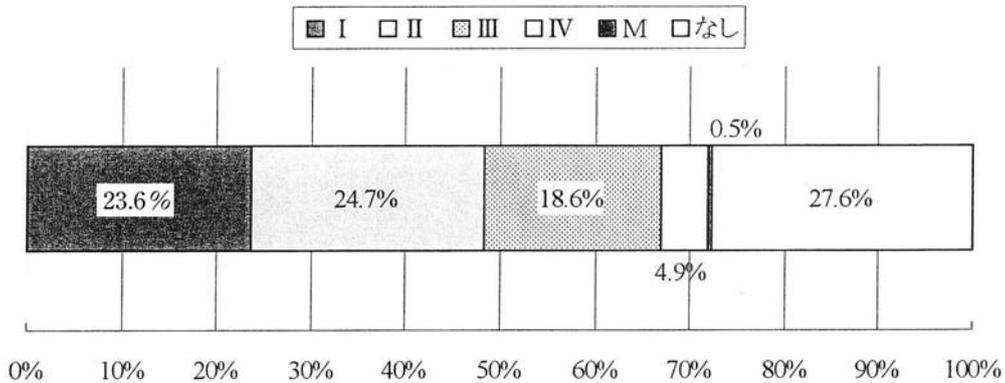


図6-9.痴呆度の分布状況（不明者等除く）



e. 日常生活動作状況

日常生活動作別に「何らかの介助を要する人（一部介助または全介助）」の割合をみると、「入浴」が68.9%と最も高く、次いで「更衣」50.4%、「階段昇降」47.0%の順であった。これら機能の低下された方が、通所リハビリを主に利用している状況が伺えた。

図6-10.日常生活動作状況



f. 1人当たり通所回数と利用時間

1人当たり通所回数と利用時間では、回数では「5～8回」が31.8%と最も高く、平均で8.4回であった。また、利用時間では「6～8時間」が73.8%であった。

g. 外来受診状況

病院／診療所の通所リハビリ利用者の外来受診状況をみると、「外来受診あり」は84.7%で、これを提供別にみると「自院のみ」64.5%、「自院と他院」17.1%、「他院のみ」2.4%であった。自院が診療に関与している割合は、利用者の81.6%であった。

エ) 経営の状況

ア. 事業収入

1 事業所当たり通所リハビリ事業収入の推移を施設種類別にみると、病院では1999年11月の729.8万円から2000年3月には750.2万円へと増加、介護保険施行後4月では一旦677.9万円に減少したものの、10月では758.7万円と施行直前の水準に戻っている。

他施設では、介護老人保健施設が若干の増加、その他診療所が若干の減少、通常規模診療所は大きく減少といった傾向を示していた。

表6-13.事業収入比較

	1999年11月	2000年10月
病院	729.8万円	758.7万円
通常規模診療所	600.3万円	479.3万円
その他診療所	233.6万円	197.9万円
老人保健施設	671.8万円	711.4万円

イ. 平均通所単価

1事業所1回当たり平均通所単価を施設種類別にみると、病院では、2000年2月を除いて約9,700円で推移しており、介護保険導入の1回当たり単価への影響はほとんどなかった。次に、通常規模診療所では、1999年11月の9,458円から2000年10月8,189円と下落している。これは、要介護度の低い方に対する介護報酬は、従来の「老人デイ・ケア料(Ⅱ)：送迎有り、(4～6時間：768点、6時間以上1,028点)」に比べ相対的に低いこと、4～6時間の利用者が他機関に比べ多いことなどが影響していると思われる。通常規模診療所では、4月以降、延べ利用者の減少を上回る形で収入水準が低下していたが、これは通所単価の下落が大きく影響していると考えられる。

次に、その他診療所では、介護保険施行前は約10,200円で推移していた単価が、施行後の2000年6月までは約8,500円まで下落した後、約10,000円近くに戻している。これは6時間以上の利用者の割合が増えたためと推定される。

また、介護老人保健施設では、介護保険施行前は8,900円前後で推移していた単価が、施行後は徐々に増加し、約9,600円となっていた。

表6-14.1回当たり平均通所単価

	1999年11月	2000年10月
病院	9,693円	9,726円
通常規模診療所	9,458円	8,189円
その他診療所	10,198円	9,947円
老人保健施設	8,962円	9,606円

c. 外来患者数／外来収入

老人デイ・ケア料が介護保険へ移行することによる外来収入への影響度をみるため、1999年11月～2000年10月における医療機関の外来患者数、外来収入、患者1人当たり外来収入の月次推移を病院／診療所別にみた。まず、病院では、1事業所当たり平均外来患者数は1999年11月の1,719人が、介護保険施行後の4月には1,657人に減少しているものの、10月には1,774人となっており、減少傾向は見られない。これは老人保健対象者でも同様であった。一方、1事業所当たり平均外来収入は、1999年11月の3,975万円が、4月で3,072万円、10月で3,204万円と減少している（1999年11月と2000年10月の比較で減少額は771万円、減少率19.4%）。老人保健対象者でも、1999年11月の1,666万円から、2000年10月の959万円へと減少している（減少額707万円、減少率42.4%）。これは診療所でも同じ傾向であった。

表6-15.1 事業所当たり外来患者数／外来収入／患者1人当たり外来収入

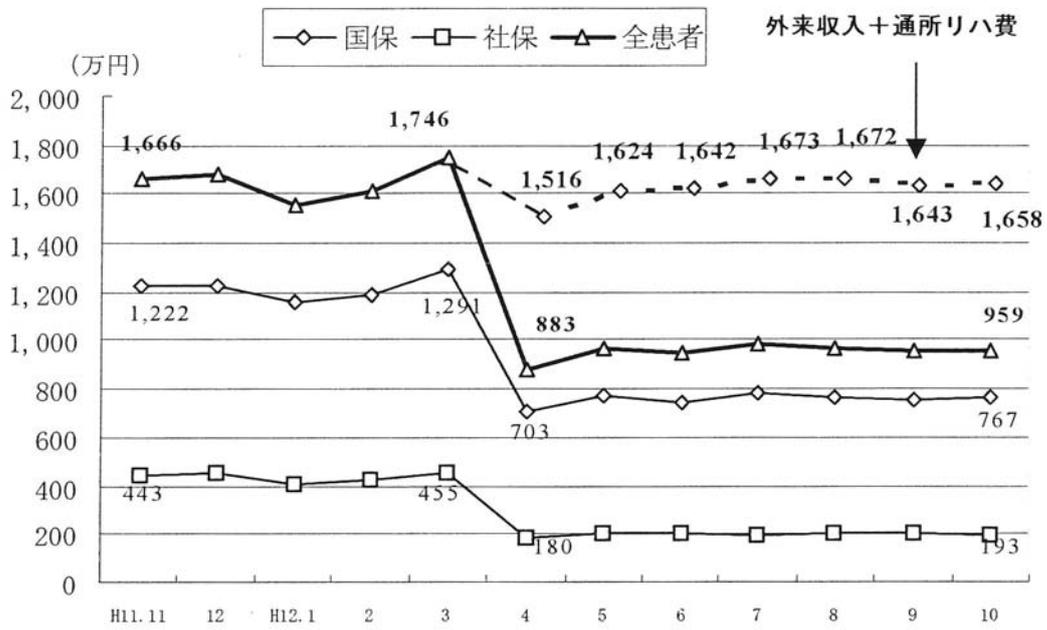
	1999年11月			2000年10月		
	外来患者数 (人)	外来収入 (万円)	患者1人 当たり 外来収入 (円)	外来患者数 (人)	外来収入 (万円)	患者1人 当たり 外来収入 (円)
病院	1,719	3,975	23,119	1,774	3,204	18,067
－老人保健対象（再掲）	337	1,666	49,476	361	959	2,6547
診療所	674	1,465	21,757	693	1,253	18,092
－老人保健対象（再掲）	260	1,110	42,651	277	759	27,438

外来収入と通所リハ費の合計額の推移をみると、病院の場合、2000年3月の1,746万円から介護保険施行後の4月に1,516万円に減少したものの、その後約1,600万円前後で推移しており、総収入の落ち込みはみられない。また、外来収入（老人デイ・ケア除く）は、ほぼ同額で推移していることから、病院の場合、従来の老人医療の「老人デイ・ケア料」が、単に介護保険の「通所リハビリ費」に移行した構造となっていることがわかった。

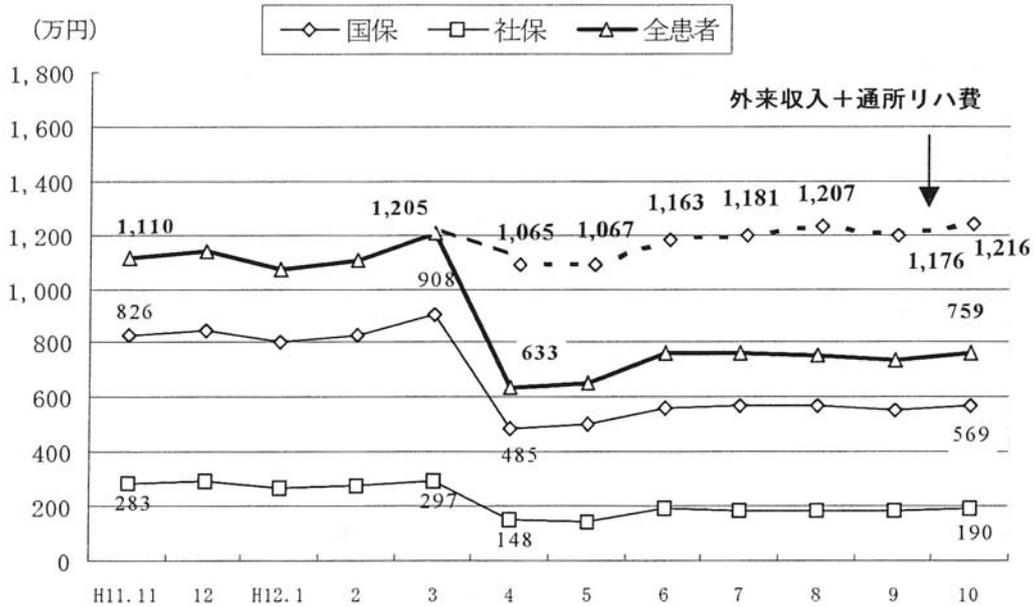
一方、診療所では、外来収入と通所リハ費の合計額はほぼ同程度で推移しているが、これは、通所リハ収入の減少分を、外来収入増で補った結果と考えられる。

図6-11.外来収入と通所リハ費合計額の月次推移（老人保健対象者）

ア) 病院



イ) 診療所



③ 訪問看護／通所リハ利用者の特性比較

ここで、訪問看護ステーションおよび通所リハビリテーション利用者の特性を比較する。

ア) 要介護度

両サービス利用者の要介護度分布比較を図6-12に示す。訪問看護利用者では、「要介護5」が27.0%と最も高く、次いで「要介護4」20.5%、「要介護2」16.4%の順で、要介護3以上が全体の63.1%を占めていた。

一方、通所リハ利用者では、「要介護1」が31.7%と最も高く、次いで「要介護2」24.0%、「要介護3」16.7%の順で、要支援～要介護2で全体の66.7%を占めていた。

これより、通所リハが要介護度の軽い方（ADL機能が維持されている方）を中心に、訪問看護は、要介護度の重い方（寝たきり者や準寝たきり者等）を中心にサービスを提供している状況といえる。

図6-12.要介護度分布状況



注) 構成割合は不明者を除いたものである。

イ) 寝たきり度／痴呆度

次に、両サービス利用者の寝たきり度を比較する。「障害なし」の割合は、訪問看護利用者の0.5%、通所リハ利用者の1.2%に過ぎず、ほとんどの利用者が、日常生活を自立する上で、何らかの障害を有していることがわかる。障害の程度をみると、訪問看護利用者の66.9%がランクBまたはCと、障害程度の高い方を中心としているのに対し、通所リハ利用者ではランクAが58.5%を占めており、通所リハはADL機能が維持されている方を中心に、訪問看護は寝たきり者を中心にサービスを提供している状況を裏付ける結果となった。

一方、痴呆度については、「痴呆なし」の割合は両サービス利用者とも約28%とほぼ同じ割合であった。痴呆度の程度を比較すると、「ランクIV」の割合が通所リハ4.9%に対し訪問看護13.7%、「ランクM」の割合は通所リハ0.5%に対し訪問看護3.6%となっており、訪問看護利用者の方が若干痴呆度の高い傾向にあった。

図6-13.寝たきり度分布比較

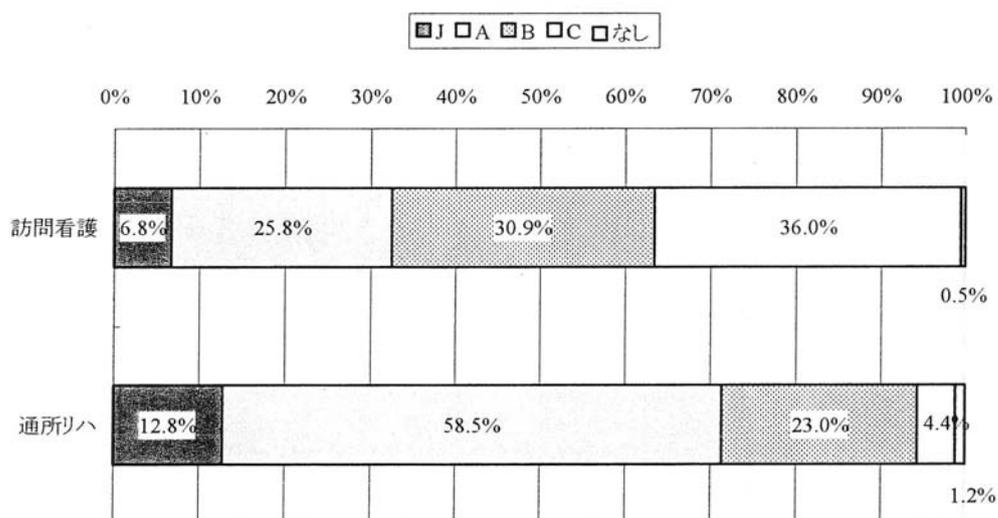


図6-14.痴呆度分布比較



(3) 医療系施設サービスの動向（療養型病床群）

医療系施設サービスとしては、①介護老人保健施設、②介護療養型医療施設があるが、ここでは、介護療養型医療施設連絡協議会の会員を対象に実施した「療養型病床群の運営実態調査（回答数66病院）」の調査結果のポイントを示す。

① 事業所のプロフィール

ア) 病棟種類の組合せ

病棟種類の組合せをみると、「療養型病床群のみ」が39病院（59.1%）と最も多く、次いで「一般+療養型病床群」18病院（27.3%）であった。療養型病床群のみ39病院中、38病院が介護保険と医療保険適用病棟（または病室）を併用していた。

イ) 病床数/病棟数

平均病床数は220.1床、平均病棟数は4.6棟、総病棟数は305棟であった。病棟の内訳は「療養型（介護）」101棟（33.1%）、「療養型（医療）」100棟（32.8%）、「一般病棟」65棟（21.3%）、「療養型（混合）」13棟（4.3%）、「介護力強化（介護）」11棟（3.6%）などであった。

ウ) 看護基準等

医療保険適用の療養型病棟（混合含む）113棟では、「6：1/3：1」が59病棟（52.2%）と最も多く、次いで「5：1/4：1」の37棟（32.7%）であった。一方、介護保険適用療養型病棟114棟では、「6：1/3：1」が91棟（79.8%）を占めていた。

また療養環境加算では、「完全型」の割合が、療養型（医療）で66.4%、療養型（介護）で74.6%であった。

表6-16. 看護/介護基準

ア) 医療病棟(113 病棟)

看護基準	介護基準	病棟数	割合
3:1	6:1	2	1.8%
5:1	4:1	37	32.7%
6:1	3:1	59	52.2%
6:1	4:1	13	11.5%
6:1	5:1	2	1.8%
合 計		113	100.0%

イ) 介護病棟(114 病棟)

看護基準	介護基準	病棟数	割合
6:1	3:1	91	79.8%
6:1	4:1	21	18.4%
6:1	5:1	2	1.8%
合 計		114	100.0%

エ) 従事者数

1 病院当たり総従事者数は212.2人（常勤182.8人、非常勤29.4人）、常勤換算従事者数193.4人であった。総従事者数を職種別にみると、「介護職員」が60.9人（対総従事者数28.7%）と最も多く、次いで「看護婦（士）」37.4人（17.6%）、「准看護婦（士）」32.9人（15.5%）、「医師（院長含む）」21.8人（10.3%）の順で、看護・介護職員で約62%を占めていた。

表6-17. 1事業所当たり職種別従事者数

	従事者数				常勤換算 従事者数 (人)
	総数		常勤 (人)	非常勤 (人)	
	人数 (人)	割合 (%)			
総数	212.2	100.0	182.8	29.4	193.4
医師	21.8	10.3	9.3	12.4	11.6
看護婦（士）	37.4	17.6	34.4	3.0	35.8
准看護婦（士）	32.9	15.5	29.4	3.5	31.0
介護職員	60.9	28.7	56.3	4.6	59.2

オ) 特別な室料

特別な室料の平均設定額は、「1人部屋」で6,398円/日、「2人部屋」で4,553円/日であった。

② 外来／入院等の状況

ア) 外来患者数

1病院当たりの1日平均外来患者数は、2000年9月で108.5人であった。厚生省「1999年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」では、1病院当たりの1日平均外来患者数は264.4人となっており、今回の調査対象病院（療養型病床群中心の運営）では外来数が半数以下であった。

また、1日当たりの外来患者数／入院患者数の比率をみると、同調査では、一般病院で1.9となっているが、今回の調査対象病院では、外来／入院比が0.5であり、入院を中心とした運営を行っていることがわかる。

イ) 病床利用率／在院日数

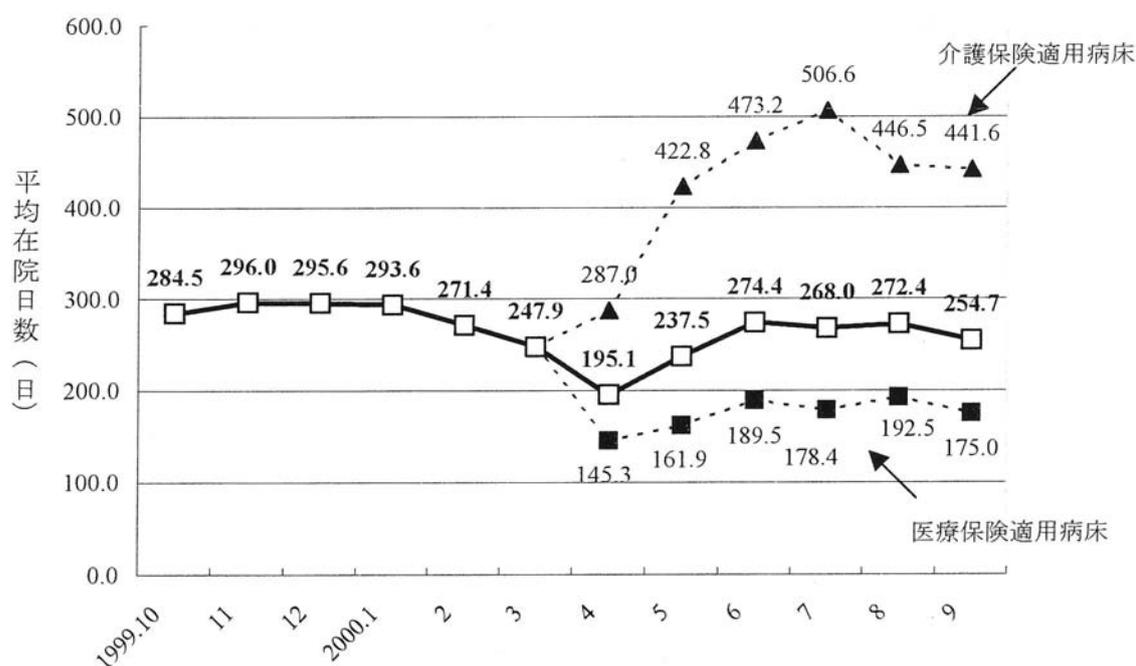
2000年9月における月末病床利用率は、病院全体で91.2%、療養型病床群で96.4%であった（N=46）。療養型の月末病床利用率を保険種類別にみると、介護96.5%、医療96.4%と、ほぼ同じ利用率であった。

ウ) 平均在院日数

2000年9月における平均在院日数は、病院全体で122.3日（N=65）、療養型病床群で254.7日であった（N=46）。療養型の平均在院日数を、保険種類別にみると、介護441.6日、医療175.0日であった。

2000年3月における療養型病床群全体の平均在院日数は247.9日であり、介護保険施行後、医療保険適用病床では平均在院日数の短縮化傾向が、介護保険適用病床では長期化傾向が示されている。

図6-15. 保険種類別にみた療養型病床群の平均在院日数の推移



③ 入院患者の状況

ア) 性別

性別では、「男性」32.4%、「女性」67.6%であった。これを保険種類別にみると、男性の割合は、介護保険利用者28.2%、医療保険利用者36.8%と、医療保険利用者の方が男性の割合が高かった。

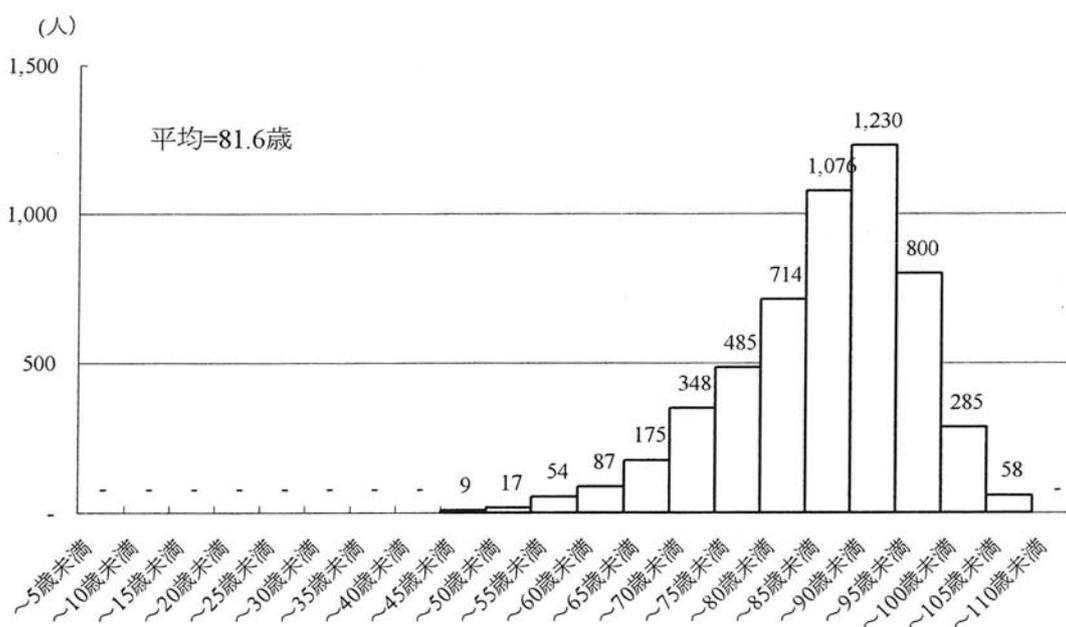
イ) 年齢

有効回答10,447人の年齢をみると、「85歳以上90歳未満」が2,133人（20.4%）と最も多く、次いで「80歳以上85歳未満」2,021人（19.3%）、「75歳以上80歳未満」1,504人（14.4%）、平均年齢79.3歳であった。

これを保険種類別にみると、医療保険利用者5,109人では、「80歳以上85歳未満」が945人（18.2%）と最も多く、次いで「85歳以上90歳未満」903人（17.4%）、「75歳以上80歳未満」790人（15.2%）の順であった。なお、平均年齢77.0歳、「40歳未満」の介護保険非対象者は50人（1.0%）、「40歳以上65歳未満」は716人（14.0%）であった。

一方、介護保険利用者5,338人では、「85歳以上90歳未満」が1,230人（22.7%）と最も多く、次いで「80歳以上85歳未満」1,076人（19.8%）、「90歳以上95歳未満」800人（14.7%）の順であった。なお、平均年齢81.6歳、「40歳以上65歳未満」は342人（6.4%）であった。介護保険利用者の方が、医療保険利用者に比べ、平均年齢で4.6歳高かった。

図6-16. 年齢階級別入院患者数（介護保険利用者）



ウ) 保険種類別にみた入院患者数

介護保険利用者5,338人のうち、「第1号被保険者」は4,996人（93.6%）、「第2号被保険者（40~64歳の特定疾病該当者）」は342人（6.4%）であった。

一方、医療保険利用者5,109人のうち、「老人保健」3,899人（76.3%）、「健康保険」1,210人（23.7%）であった。

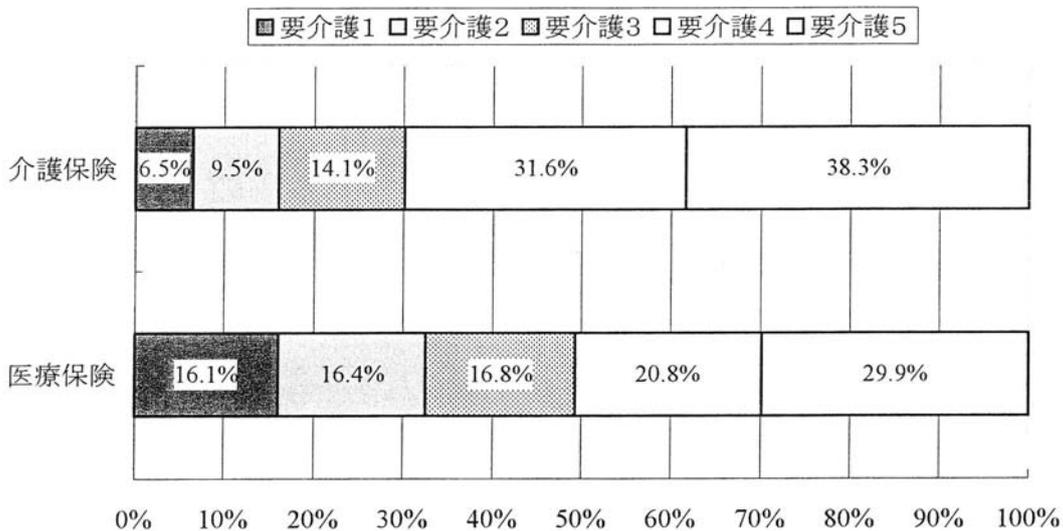
エ) 認定申請／要介護度分布状況

有効回答10,011人の認定申請／要介護度分布状況を見ると、「要介護5」が2,864人(28.6%)と最も多く、次いで「要介護4」2,258人(22.6%)、「非申請」1,405人(14.0%)、「要介護3」1,209人(12.1%)の順であった。

次に、これを保険種類別にみると、医療保険利用者4,649人では、「非申請」が1,405人(30.2%)と最も多く、次いで「要介護5」810人(17.4%)、「要介護4」565人(12.2%)、「要介護3」455人(9.8%)の順であった。一方、介護保険利用者5,362人では、「要介護5」が2,054人(38.3%)と最も多く、次いで「要介護4」1,693人(31.6%)、「要介護3」754人(14.1%)の順であり、要介護4以上で全体の69.9%、要介護3以上で全体の83.9%を占めていた。

次に、図6-17に、要介護者を対象とした場合の、保険種類別にみた要介護度分布状況を示す。要介護者全体に占める要介護1～2の割合は、介護保険利用者では16.0%であるのに対し、医療保険利用者では32.5%を占めており、要介護度の観点から見れば医療保険利用者の方が軽い。これは医療保険対象者の中に、日常生活動作(ADL)上は問題がないが、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が多いためと推察される。現行の要介護認定では、ADLに問題が少ないと、要介護度は高くないというロジックの影響を受けていると考えられる。

図6-17.要介護度分布比較



オ) 主傷病

有効回答10,590人の主傷病をみると、「循環器系の疾患」が55.6%（うち脳血管疾患が49.5%）と最も多く、次いで「神経系の疾患」11.9%、「精神及び行動の障害」11.2%（うち痴呆が10.2%）の順であった。このうち、介護保険利用者では、「循環器系疾患」が59.1%（うち脳血管疾患54.5%）、「精神及び行動の障害」13.8%、「神経系の疾患」12.4%であり、これら3疾患群で全体の85.3%を占めていた。

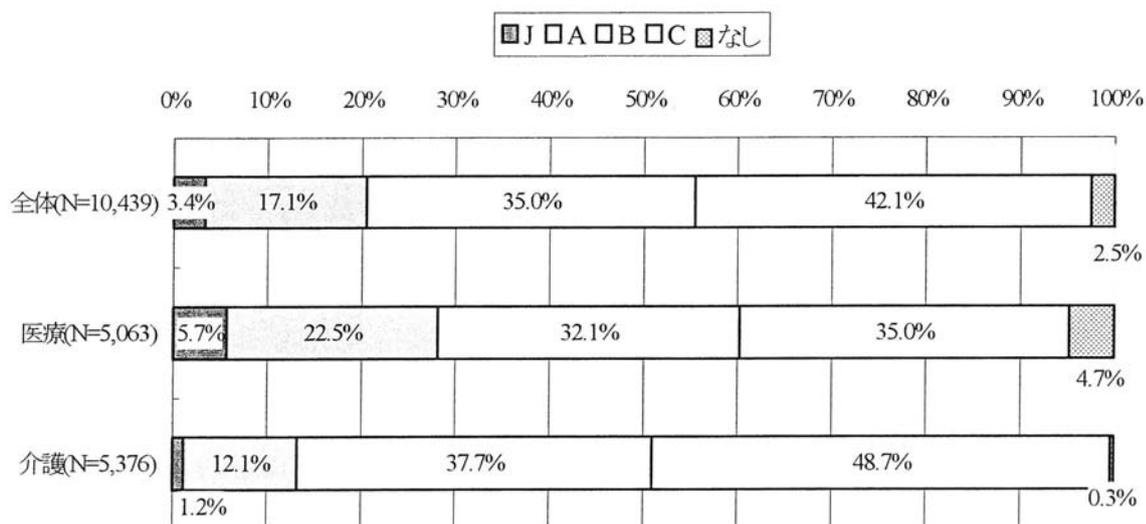
表6-18.主傷病別にみた利用者の構成割合

	全体	介護保険	医療保険
V 精神及び行動の障害	11.2%	13.8%	8.6%
－痴呆（再掲）	10.2%	13.1%	7.1%
VI 神経系の疾患	11.9%	12.4%	11.4%
IX 循環器系の疾患	55.6%	59.1%	52.1%
－高血圧性疾患（再掲）	1.8%	1.2%	2.4%
－心疾患（再掲）	4.0%	5.1%	3.0%
－脳血管疾患（再掲）	49.5%	54.5%	44.3%

カ) 寝たきり度／痴呆度

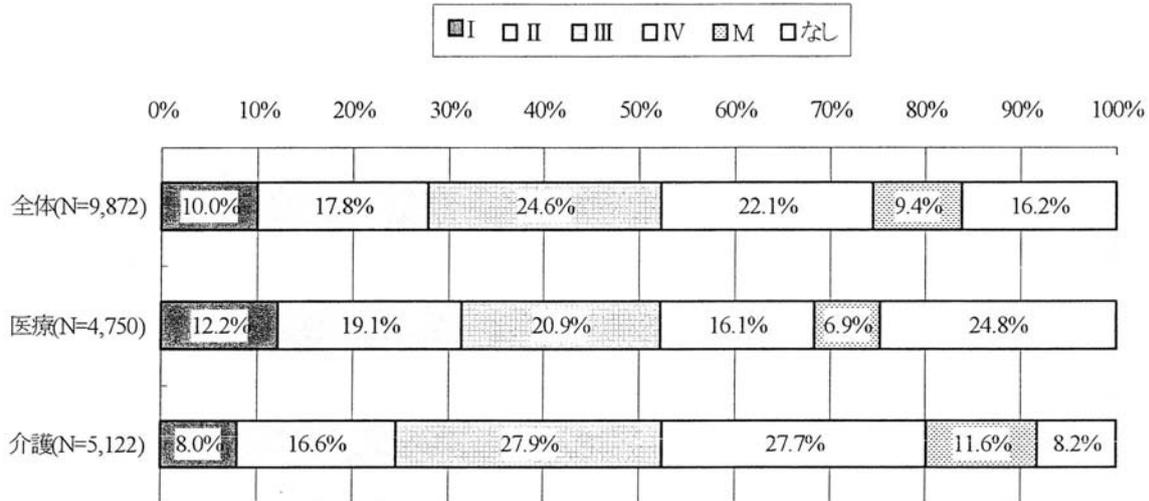
寝たきり度では、「障害なし」256人（2.5%）、「ランクJ」351人（3.4%）、「ランクA」1,789人（17.1%）、「ランクB」3,652人（35.0%）、「ランクC」4,391人（42.1%）と、ランクB以上が全体の76.5%を占めていた。これを保険種類別にみると、寝たきり度がランクB以上の割合が、医療保険では67.1%に対し、介護保険では86.4%と、寝たきり者が多いことがわかる。

図6-18.寝たきり度の状況



痴呆度の状況を見ると、「痴呆なし」1,597人（16.2%）、「ランクⅠ」990人（10.0%）、「ランクⅡ」1,756人（17.8%）、「ランクⅢ」2,424人（24.6%）、「ランクⅣ」2,181人（22.1%）、「ランクⅤ」924人（9.4%）と、ランクⅢ以上が全体の56.0%を占めていた。これを保険種類別にみると、痴呆度がランクⅢ以上の割合が、医療保険では43.9%に対し、介護保険では67.2%と、痴呆の程度が高いことがわかった。

図6-19.痴呆度の状況



キ) ADL得点とCPS尺度

ADL関連（更衣、移動、食事等）では、全項目で「自立／できる」の割合は医療保険利用者の方が高く、逆に「全介助／できない」の割合は介護保険利用者の方が高かった。

認知能力／問題行動関連（短期記憶、徘徊、暴言・暴行など）では、全項目で「自立／できる／問題なし」の割合は医療保険利用者の方が高く、逆に「全介助／できない／問題あり」の割合は介護保険利用者の方が高かった。

有効回答10,549人について、ADL得点別にみた入院患者数の分布状況を見た。MDSのADL関連4項目全てが全面依存である「24点」が1,875人（17.8%）と最も多く、次いで「0点」1,350人（12.8%）、「18点」938人（8.9%）の順であった。保険種類別にみると、医療保険利用者(N=5,138)では「0点」が994人（19.3%）と最も多く、次いで「24点」684人（13.3%）、「18点」373人（7.3%）の順であった。一方、介護保険利用者(N=5,411)では、「24点」が1,191人（22.0%）と最も多く、次いで「18点」565人（10.4%）、「0点」356人（6.6%）の順であった。

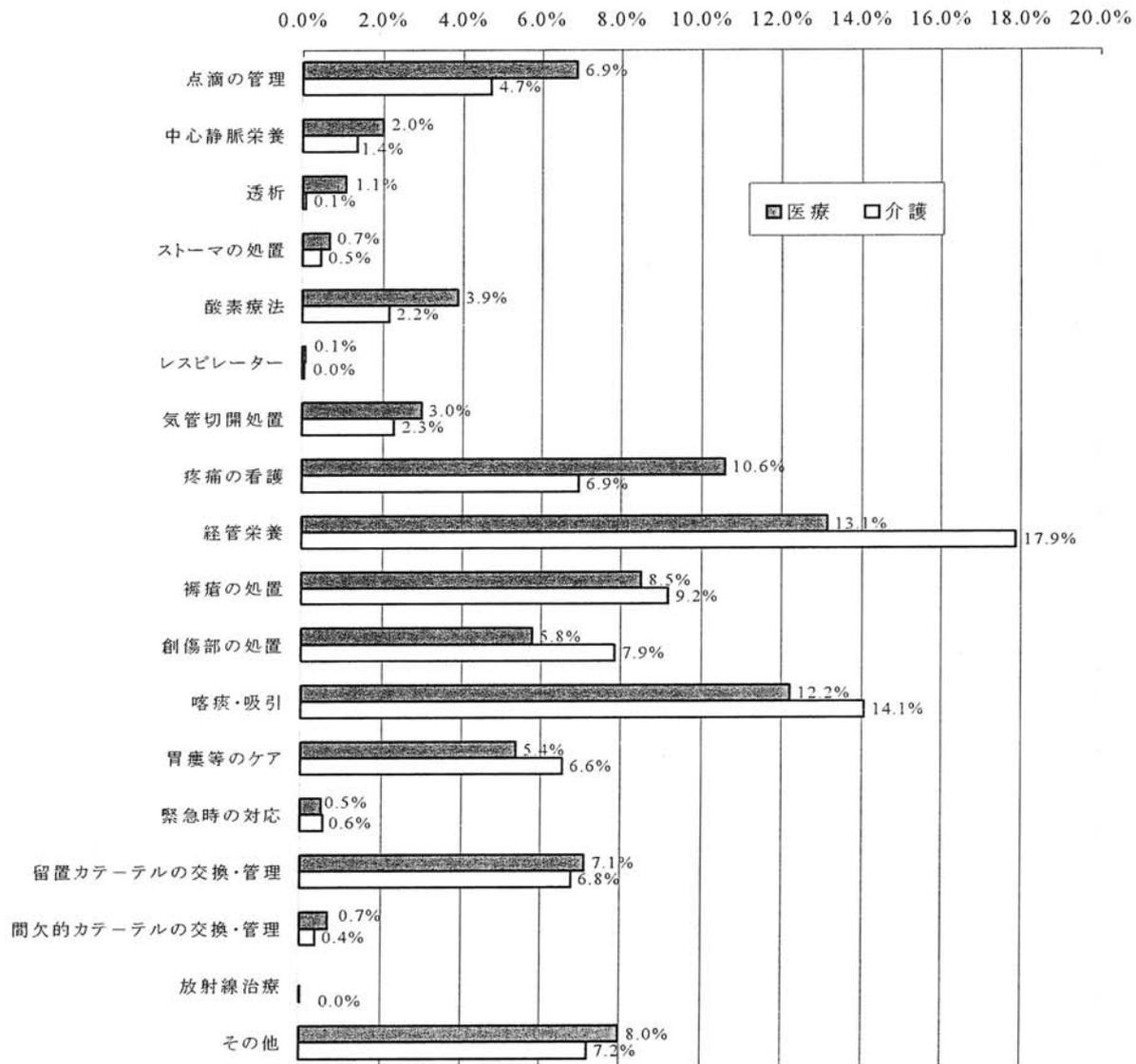
次に、有効回答10,214人についてCPS尺度を求めたところ、「0（障害なし）」が2,113人（20.7%）と最も多く、次いで「6（最重度）」2,031人（19.9%）、「2（軽度）」1,970人（19.3%）の順であった。保険種類別にみると、医療保険利用者(N=4,938人)では、「0（障害なし）」が1,487人（30.1%）と最も多く、次いで「2（軽度）」992人（20.1%）、「6（最重度）」734人（14.9%）の順であった。

一方、介護保険利用者(N=5,276人)では、「6（最重度）」が1,297人（24.6%）と最も多く、次いで「2（軽度）」978人（18.5%）、「5（重度）」929人（17.6%）の順であった。

ク) 医療処置

医療処置の実施状況をみると、「経管栄養」が1,619人(15.3%)と最も多く、次いで「喀痰・吸引」1,371人(12.9%)、「褥瘡の処置」922人(8.7%)、「疼痛の看護」913人(8.6%)の順であった。これを、保険種類別にみると、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」、「創傷部の処置」、「喀痰・吸引」、「胃瘻等のケア」などでは、逆に介護保険利用者の方が相対的に実施率は高かった。

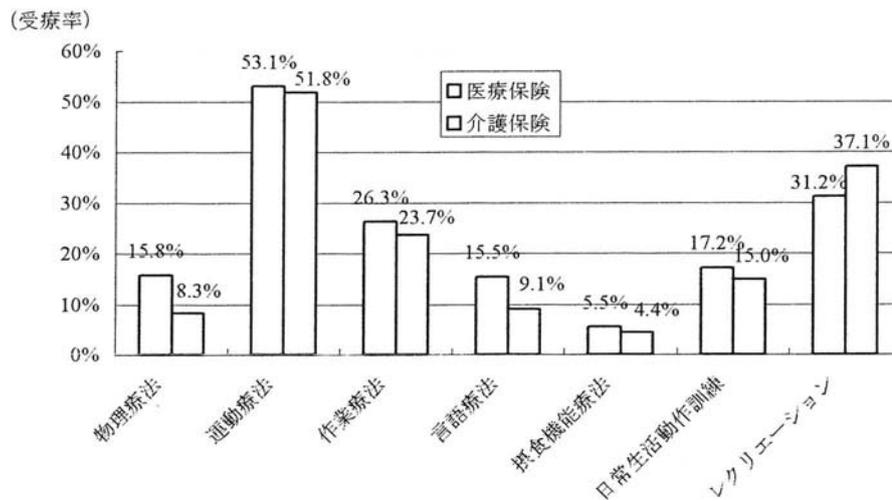
図6-20.保険種類別にみた医療処置の実施率



ケ) リハビリテーション／機能訓練

リハビリテーション／機能訓練関連では、「レクリエーション」を除く全項目（物理療法、運動療法、作業療法、摂食機能療法、日常生活動作訓練）で、医療保険利用者の受療率が高かった。また、理学・作業・言語の各療法における個別訓練の実施率をみると、理学療法では、介護保険3.4%に対し医療保険26.7%、作業療法では、介護保険8.3%に対し医療保険39.3%、言語療法では、介護保険17.0%に対し医療保険37.0%であることから、医療保険利用者に対し、個別的訓練が相対的に高い割合で実施されていることがわかった。

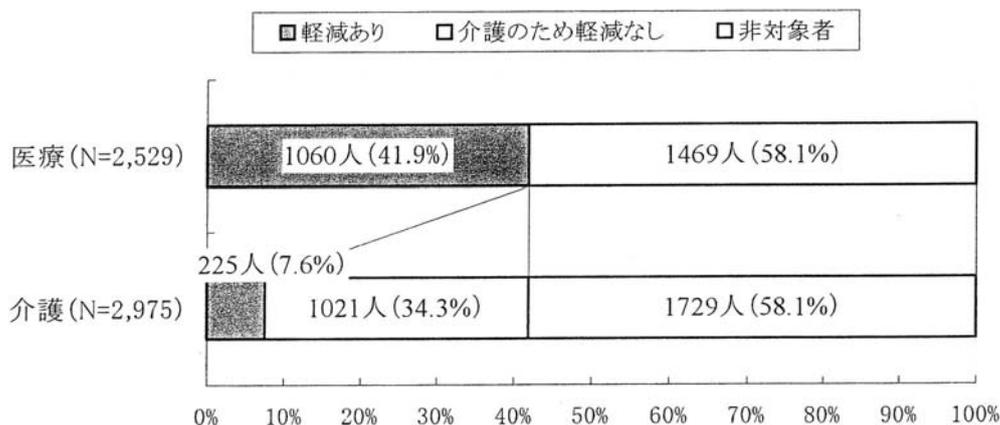
図6-21. リハビリテーション／機能訓練の受療率



コ) 公費負担

有効回答5,504人について、保険種別負担軽減状況をみると、医療保険利用者では、2,529人中1,060人（41.9%）が「負担軽減あり」であった。一方、介護保険利用者では、2,975人中1,246人（41.9%）が、本来は対象者に該当するが、一部の地方自治体では介護保険利用者に対する助成事業を中止しているため、実際の「負担軽減あり」は225人（7.6%）に過ぎず、「対象ではあるが介護保険病床のため軽減なし」が1,021人（34.3%）となっていた。介護保険病床では、従来の助成制度の対象に該当するが、そのうち約4/5は負担軽減が行われていない状況であった。

図6-22. 保険種別に見た地方単独助成制度による負担軽減の状況



サ) おむつの使用状況

おむつ使用者の割合は、全体で70.7%であった。これを保険種類別にみると、医療保険利用者で60.6%、介護保険利用者で80.4%と、介護保険利用者で高い割合でおむつが使用されていた。

おむつ使用者に対して、おむつの種類を聞いたところ、全体で「紙おむつのみ」52.3%、「布おむつのみ」13.4%、「紙と布を併用」30.0%、「無記入」4.3%であった。

また、おむつの使用枚数は、1日平均7.9枚、1人当たり利用者負担額（医療保険対象者のみ）は、月平均で21,057円であった。おむつの種類別にみた1人当たり平均利用者負担額は、「紙おむつのみ」16,492円、「布おむつのみ」22,200円、「紙と布を併用」27,973円であった。

介護保険利用者も、1人当たり同額の費用が実際にかかっているとすると、おむつ使用率が80.4%であることから、未使用者も含めた1人当たり負担額は1万6,930円と推計される。現在の包括点数には、1人当たり8,609円分しか含まれていないが、差額の1人当たり8,321円は病院の持ち出しとなっており、何らかの形での実態にあった補償が必要であろう。

表6-19.おむつ使用者の割合

	使用	全く未使用	無記入
全体	70.7%	24.2%	5.0%
医療	60.6%	33.9%	5.5%
介護	80.4%	15.0%	4.6%

表6-20.おむつの種類別にみた利用者負担額

	紙おむつのみ	布おむつのみ	併用
平均額	16,492 円	22,200 円	27,973 円
最大	50,000 円	84,756 円	54,000 円
(金額：円)	(利用者数：人)		
0～5,000	294	49	73
～10,000	212	48	75
～15,000	168	52	72
～20,000	176	26	93
～25,000	93	41	67
～30,000	41	63	116
～35,000	128	82	101
～40,000	5	52	32
～45,000	7	7	15
～50,000	113	6	147
～55,000	1	2	89

④ 医療保険適用の療養型病床群の入院患者特性

介護保険施行後、療養型病床群は介護保険と医療保険の適用病床に分かれているが、

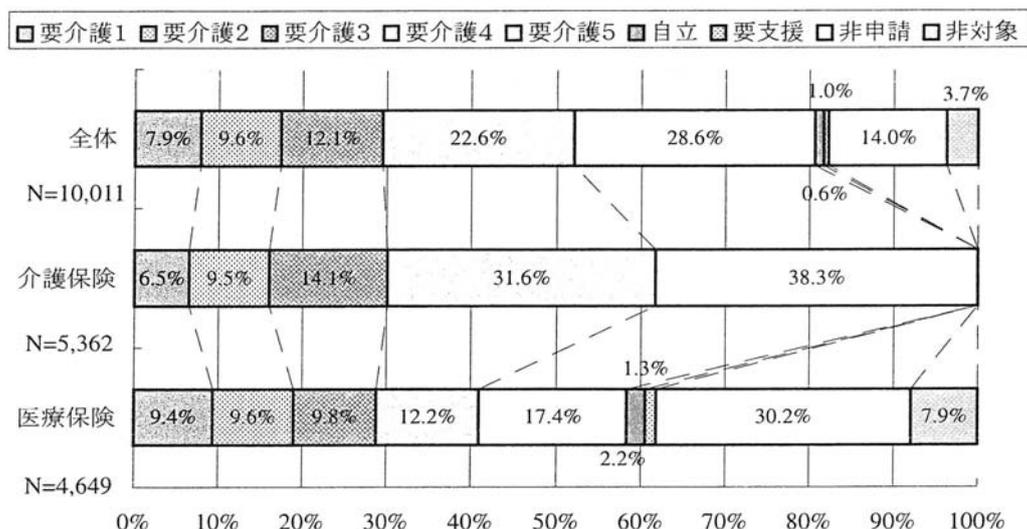
- (1) 医療保険適用病床の入院患者の約3割が「非申請者」であるが、これらの方は俗に言う「社会的入院者」ではないか
- (2) 医療保険適用病床には、介護保険適用病床に比べ、状態の軽い方が入院しているのではないか

といった指摘がある。そこで、以下にこれら指摘が妥当か否かを検証した。

ア) 認定申請／要介護度分布状況

図6-23に、有効回答10,011人の保険種類別にみた認定申請／要介護度分布状況を示す。医療保険病床入院患者4,649人の内訳は、「非申請（介護保険対象者であるが認定申請は行わず）」30.2%、「要介護者（要介護1～5）」58.4%、「自立・要支援」3.5%、「非対象者（若年者）」7.9%であった。

図6-23.保険種類別にみた認定申請／要介護度分布状況

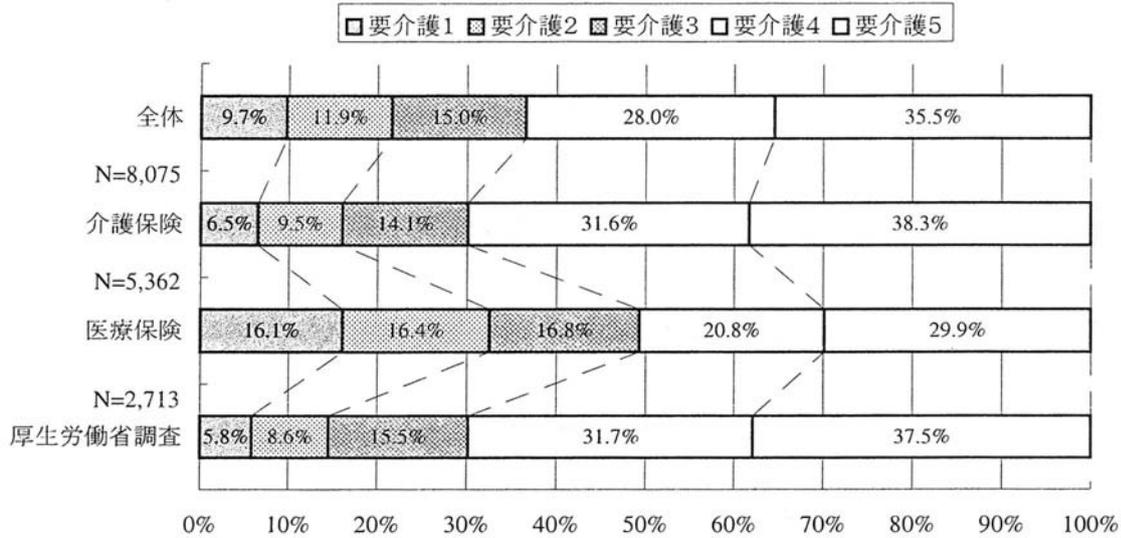


イ) 要介護者の要介護度分布比較

次に、要介護者の要介護度分布状況を、保険種類別に比較した結果を図6-24に示す。介護保険病床入院患者5,362人の構成割合では、「要介護5」が38.3%と最も多く、次いで「要介護4」31.6%、「要介護3」14.1%の順であった。これは、厚生労働省調査「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報（平成12年10月1日調査）」の介護療養型医療施設の要介護度分布とほぼ同じ結果であった。

一方、医療保険病床入院者で、要介護と認定された2,713人の内訳をみると、「要介護5」が29.9%と最も多く、次いで「要介護4」20.8%、「要介護3」16.8%の順であったが、「要介護1～2」の構成割合では、介護保険利用者15.0%に対し、医療保険利用者32.5%であり、要介護度という観点から比較すれば、医療保険利用者の方が相対的に要介護度は軽いと言える。

図6-24. 保険種類別にみた要介護者の要介護度分布状況



ウ) 「非申請者」の寝たきり度分布状況

医療保険病床の入院者は、「要介護者」「非申請者」「非対象者」「自立・要支援者」の4区分に大別される。ここでは、非申請者の利用者特性を把握するため、「非申請者」と「要介護者」・「非対象者」間の寝たきり度分布を比較した。

まず、非申請者（有効回答1,375人）の寝たきり度をみると、「Cランク」が35.5%と最も多く、次いで「Bランク」27.6%の順であり、寝たきり者（B+Cランク）が63.1%を占めていた。

「障害なし～Jランク」の構成割合では、要介護者（有効回答2,674人）5.1%に対し非申請者13.3%であり、非申請者の方が、要介護者（医療保険）に比べ障害の程度の軽い方の割合が若干高い傾向であったが、寝たきり度の分布状況全体は似通ったものであった。

図6-25. 区分別にみた寝たきり度分布比較
(医療保険適用療養型病床群入院患者、N=4,413)

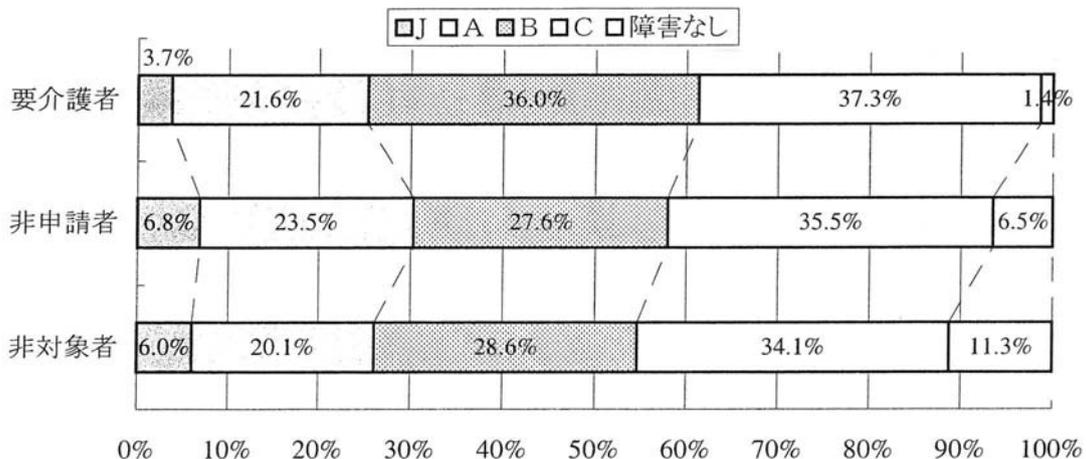
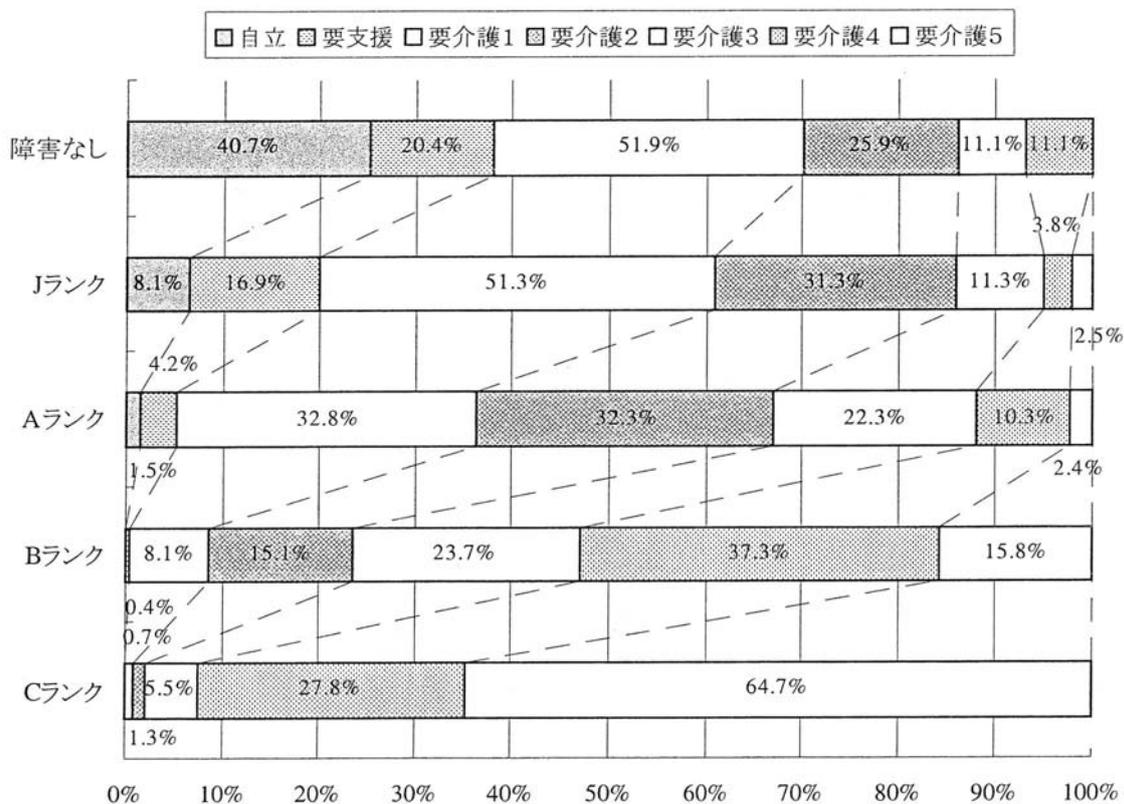


図6-26に、寝たきり度と要介護度の関係を示す。障害の程度が重くなるにしたがい要介護度は重度にシフトし、要介護3以上の割合がBランクでは76.8%、Cランクでは98.0%にも達している。

非申請者では、63.1%がBランク以上であること、寝たきり度分布が要介護者（医療保険）と似通っていることから、仮に認定申請を行った場合、その要介護度分布状況は、図2の要介護者（医療保険）に対する要介護度とほぼ同じか若干軽度であると考えられる。

非申請者は、要介護認定されない程度の軽い状態であるから申請をしていないのではなく、その多くは寝たきり者であり、実際に認定申請をしたとしても、6割程度は要介護3以上に認定されるレベルと認識すべきである。

図6-26. 寝たきり度と要介護度の関係



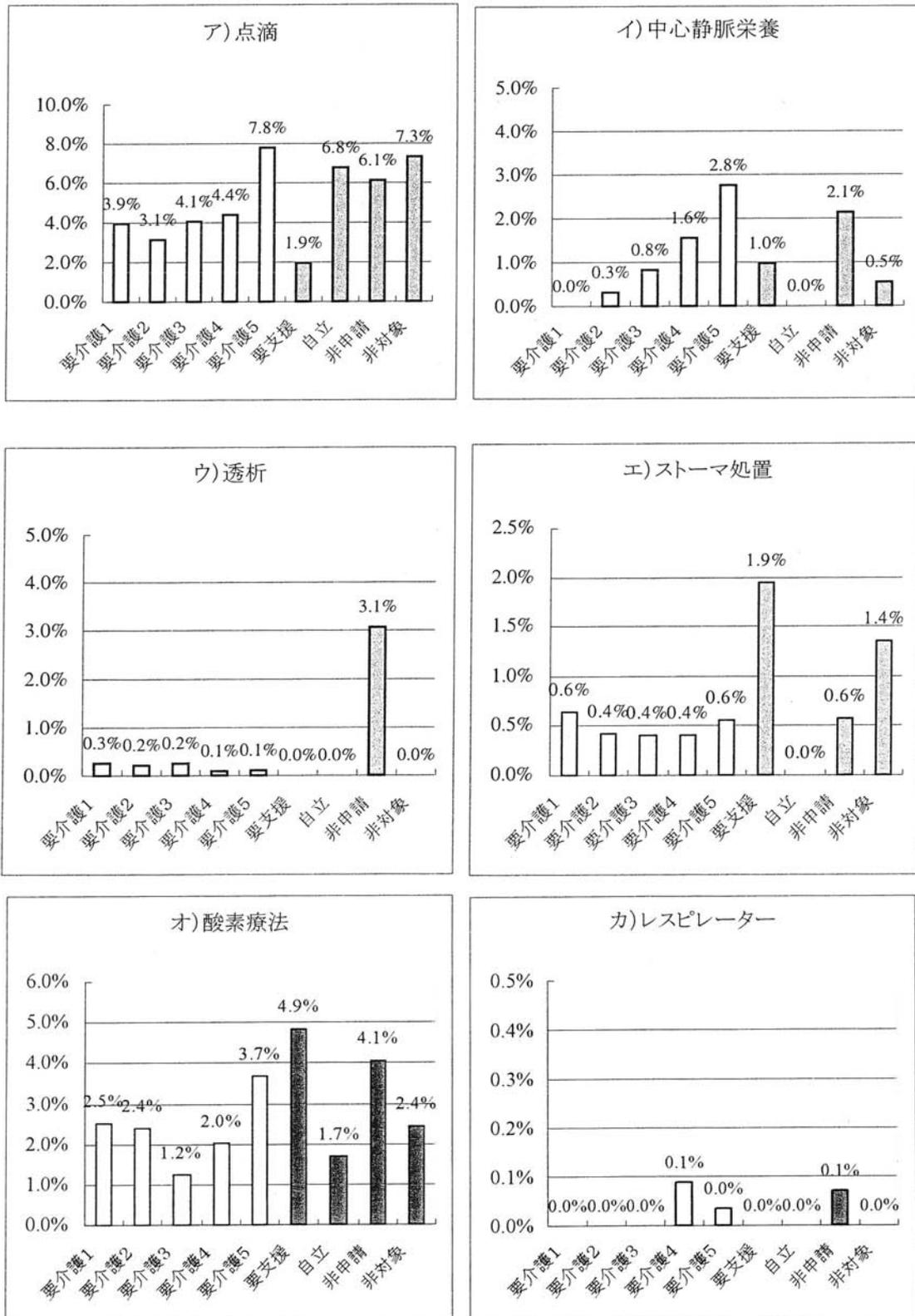
エ) 申請区分／要介護度別にみた処置の実施状況

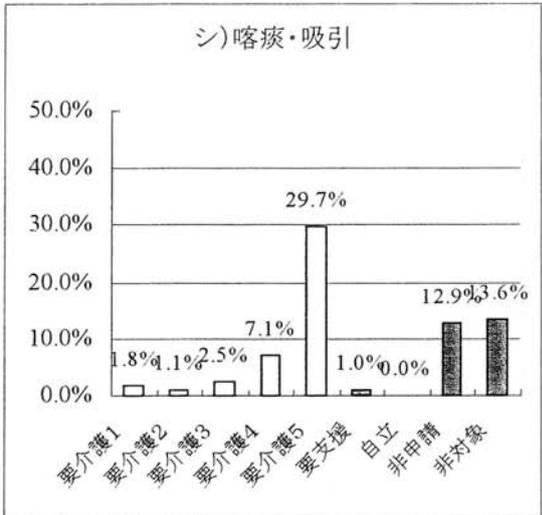
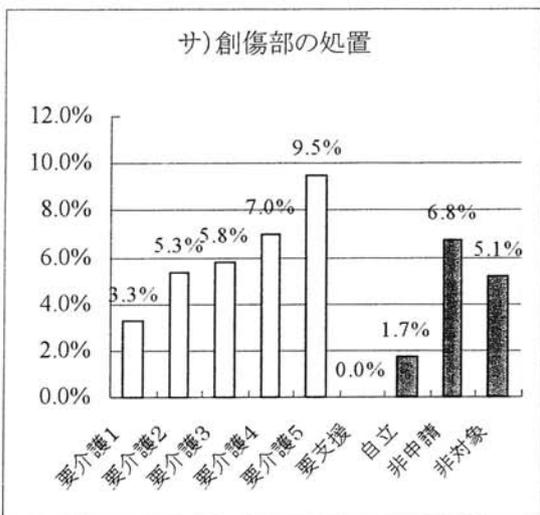
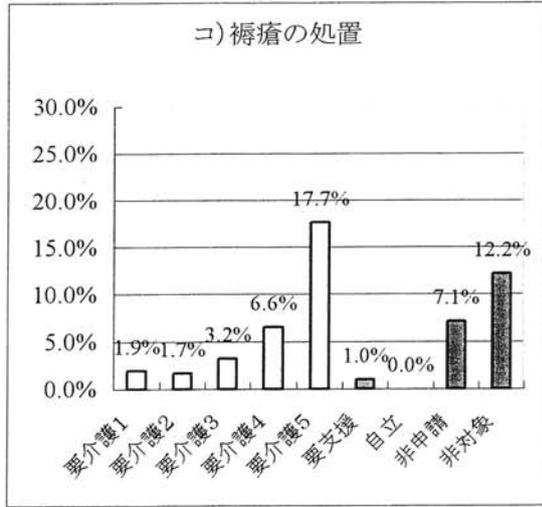
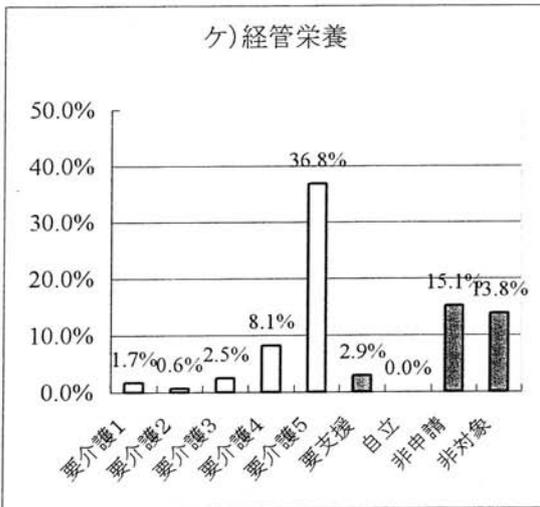
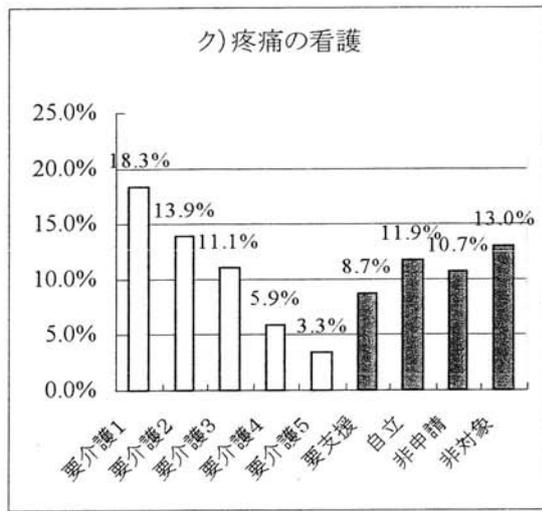
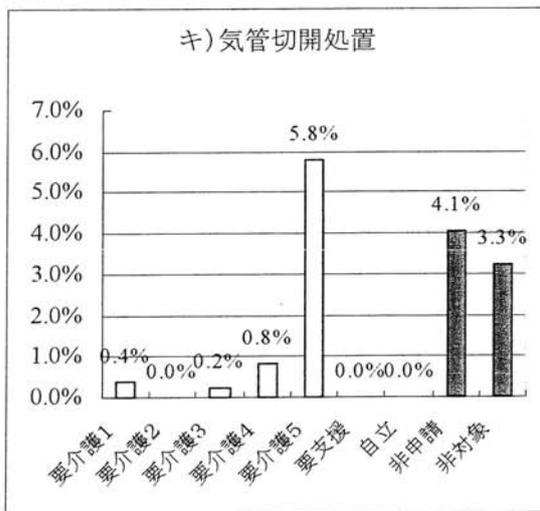
次に、「点滴の管理」「中心静脈栄養」など16項目に関し、療養型病床群入院者の「要介護者」「非申請者」「非対象者」「自立・要支援者」別にみた処置の受療率（＝処置受療者／区分該当者）を比較した結果を図6-27に示す。

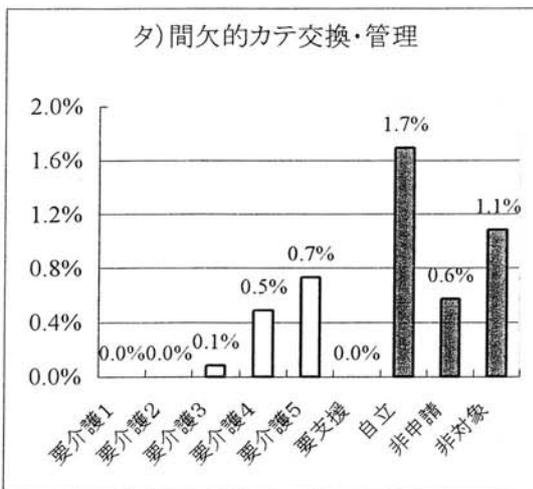
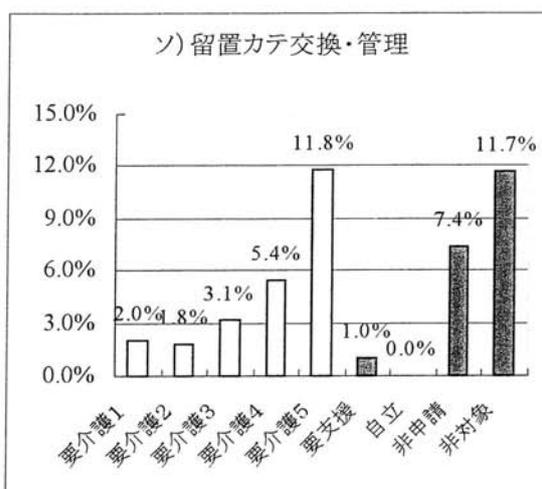
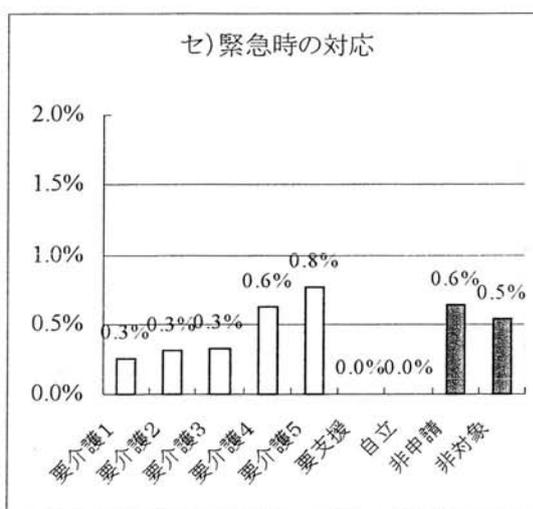
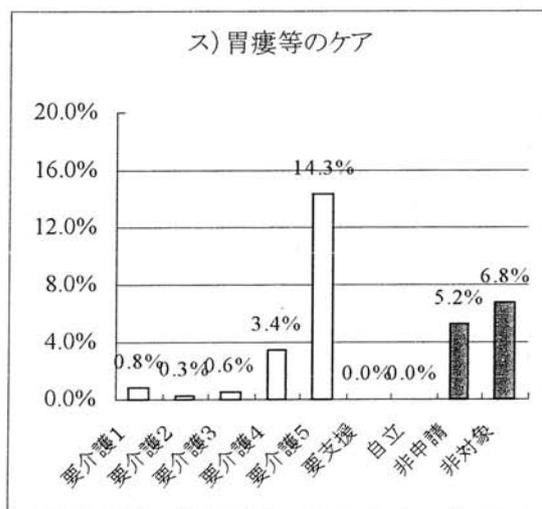
「非申請者」の処置の受療率を「要介護者」と比較すると、ほぼ全項目で、「要介護1～要介護4」よりも受療率が高いことがわかる。「要介護5」の方は処置の受療率が総じて高いが、これは、寝たきり状態かつ医療依存度も高い方が多いためと推察される。16項目の中でも特に「透析」は、「非申請者」の受療率が3.1%に対し、「要介護者」では0.1～0.3%程度と大きな違いがあるが、これは透析患者の多くが医療保険病床に入院している現実を反映したものといえる。

「自立・要支援者」「要介護1～2」でも、「点滴の管理」「ストーマの処置」「酸素療法」「疼痛の看護」「間欠的カテーテル交換・管理」などは受療率が高くなっているが、これは、「身体機能には障害はない／軽度であるが、医療依存度の高い方」の場合、現行の一次判定ロジックは身体機能の評価が中心であるため、軽く判定されてしまう結果を反映したものといえる。

図6-27. 申請区分／要介護度別にみた処置の受療状況







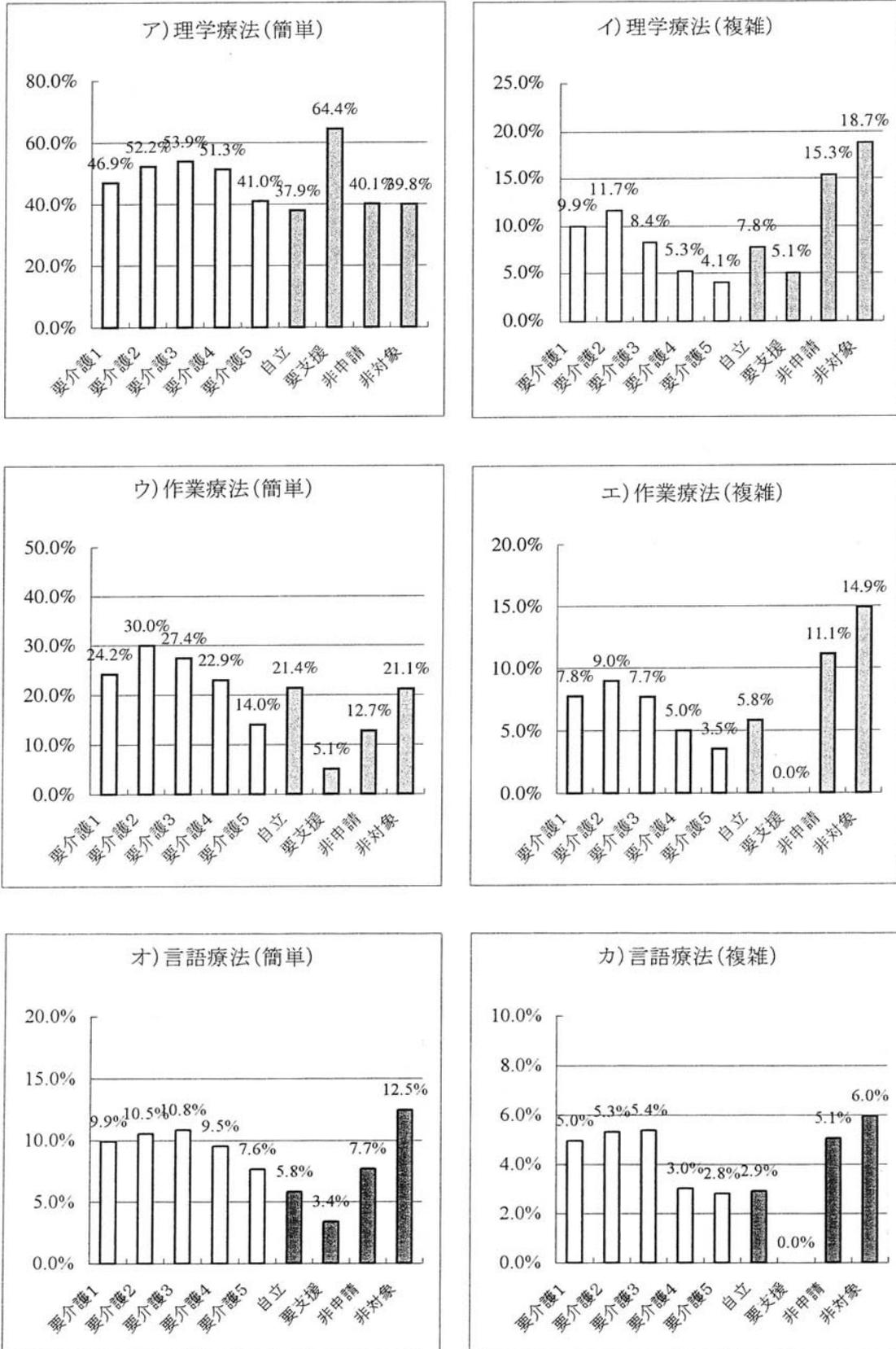
オ) 申請区分／要介護度別にみたりハビリテーションの実施状況

次に、療養型病床群入院者の「要介護者」「非申請者」「非対象者」「自立・要支援者」別にみたりハビリテーションの受療率（＝リハ受療者／区分該当者）を比較した結果を図6-28に示す。

「非申請者」のリハの受療率を「要介護者」と比較すると、「理学療法（簡単）」、「作業療法（簡単）」「言語療法（簡単）」では「要介護者（言語療法では要介護5を除く）」の方の受療率が高い一方で、「理学療法（複雑）」「作業療法（複雑）」では「非申請者」の方の受療率が高かった。「言語療法（複雑）」に関してはほぼ同程度の受療率であった。これは、非申請者は要介護者に比べ、個別指導の必要な方が相対的に多いことを表した結果といえる。

また、要介護者の要介護度別受療率をみると、全項目で、「要介護1～3」が「要介護4～5」に比べ受療率が高い傾向を示している。つまり、要介護度という視点からは軽度であるが、リハビリテーションの必要性は逆に要介護1～3の方が高いことを意味しているといえる。

図6-28. 申請区分／要介護度別にみたりハビリテーションの受療状況



⑤ 経営の状況

ア) 医業収入

2000年9月の1病院当たり医業収入は120.2百万円で、うち「入院収入」106.1百万円（構成比88.3%）、「外来収入」12.3百万円（10.2%）、「その他収入」1.8百万円（1.5%）であった。1999年10月の医業収入は115.3百万円であり、若干の増加となっている。1999年10月と2000年9月の比較では、確かに平均額は増加しているものの、中央値は105.2百万円から95.0百万円に減少していること、標準偏差も増加していることから、病院間の格差は広がる傾向にあることが示唆された。

表6-21.1病院当たり医業収入

	1999年10月	2000年9月
医業収入	115.3百万円 (100.0%)	120.2百万円 (100.0%)
入院	99.6百万円 (86.3%)	106.1百万円 (88.3%)
外来	13.9百万円 (12.1%)	12.3百万円 (10.2%)
その他	1.8百万円 (1.6%)	1.8百万円 (1.5%)

イ) 医業費用

2000年9月の1病院当たり医業費用は108.8百万円で、うち「給与費」が64.2百万円（構成比59.0%）、「経費」17.5百万円（16.1%）、「医薬品費」7.2百万円（6.6%）、「委託費」6.7百万円（6.2%）、「材料費（給食材料+診療材料）」5.3百万円（4.9%）、「減価償却費」5.2百万円（4.8%）であった。1999年9月の医業費用は107.7百万円で、若干の増加となっている。

表6-22.1病院当たり医業費用

	1999年10月	2000年9月
医業費用	107.7百万円 (100.0%)	108.8百万円 (100.0%)
給与費	62.9百万円 (58.3%)	64.2百万円 (59.0%)
経費	17.6百万円 (16.4%)	17.5百万円 (16.1%)
医薬品費	7.4百万円 (6.9%)	7.2百万円 (6.6%)
委託費	6.7百万円 (6.2%)	6.7百万円 (6.2%)
材料費	5.5百万円 (5.1%)	5.3百万円 (4.9%)
減価償却費	5.2百万円 (4.8%)	5.2百万円 (4.8%)
その他	2.6百万円 (2.4%)	2.6百万円 (2.4%)

ウ) 医業収支

1999年10月～2000年9月の1病院当たり医業収支の推移をみると、1999年10月の7.6百万円から、12月に3.9百万円に減少したものの、その後は2000年2月まで同程度で推移した後、同年3月に12.7百万円へ増加している。4月に6.5百万円まで減少後は増加傾向を示し、9月には11.4百万円となっている。また、医業収支率（＝医業収支／医業収入）も、介護保険施行前の6%前後から、2000年7月以降、9%前後となっている。

⑥ 療養型病床群入院患者の他医療機関受診状況

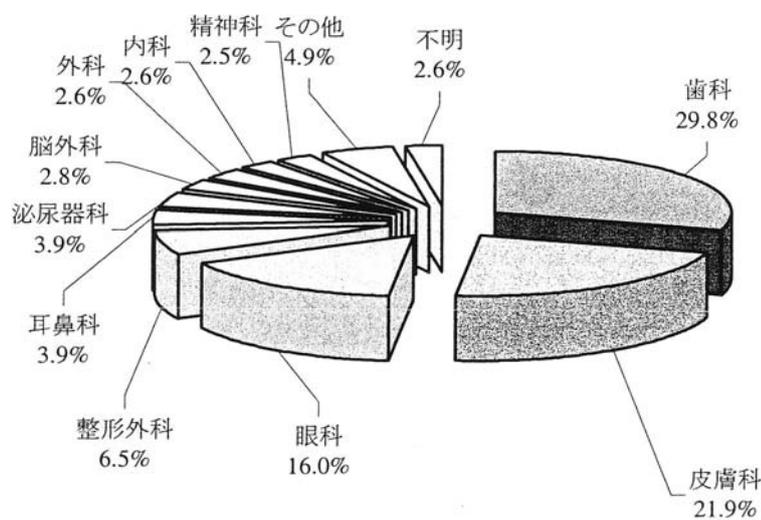
ア) 受診率

他医療機関の受診率を病院単位、病棟単位、患者単位でみると、病院の84.0%、病棟の72.6%、入院患者の7.7%で、他医療機関受診が行われていた。

イ) 受診科目

他医療機関受診ありの570人を、受診科目別にみると、「歯科」が170人（29.8%）と最も多く、次いで「皮膚科」125人(21.9%)、「眼科」91人(16.0%)の順であった。

図6-29.受診科目別にみた他医療機関受診患者の割合



ウ) 標榜科目と他医療機関受診科目との関係

内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、歯科の6診療科について、標榜科目と同一科目に関する他医療機関受診状況をみると、「標榜あり」で他医療機関の同一科目を受診している病院の割合は、「眼科」が33.3%と最も高く、次いで「整形外科」12.5%であった。「歯科」を標榜している場合、他医療機関の歯科を受診しているケースはなかった。

(4) 在宅介護支援センターの状況

① 実施状況

介護保険施行に伴い、在宅介護支援センターに対する補助基準単価が大幅に削減された。特に、地域型の場合は、基本事業289万円に実態把握加算（1件2,700円）や福祉用具展示紹介業務加算（79.6万円）などが付くだけであり、補助金が不十分なことから従来常勤2人で構成されたものを1人でも可とするなど、規模とその役割が縮小している。

しかしながら、一旦業務として位置付けた医師会では、その業務の重要性に鑑み、従来通りの2人体制を継続しているところも多く、大きな赤字事業となっている。ここでは、まず、焼津市、北九州市小倉区、長崎市の各医師会における地域型在宅介護支援事業の実施状況をみる。

表6-23に、各医師会における在宅介護支援事業の実施状況を示す。各医師会とも2人体制を維持しながら、訪問による相談対応や実態把握を中心に活動しているのがわかる。

表6-23. 在宅介護支援事業の諸データ比較（2000年10月時点）

	長崎市医師会			小倉 医師会	焼津市 医師会
	市医師会	浦上	かたふち		
1.利用者数（人）	50	82	94	25	—
2.相談延べ 件数（件）	71	95	174	181	44
—電話対応	20	12	69	—	12
—来所	7	0	10	—	11
—訪問対応	44	83	95	55	21
3.実態把握	34	62	64	10	30
4.従事者数	2	2	2	2	2
—専任	2	2	2	2	1
—兼務	0	0	0	0	1

注.小倉医師会のデータは、年間件数を12で割ったもの。

② 経営の状況

職員2人を配置している小倉医師会では、補助金収入等368.6万円（一部、居宅介護支援費含む）に対し、費用が848.1万円かかっており、479.5万円もの赤字事業となっている。

利用者に不利益を与えないため、各医師会は赤字覚悟で事業を継続実施している状況にあるが、今後の在宅介護支援センターの役割の明確化と、適切な補助金額が必要であろう。

(5) まとめ

① サービス種類別にみた要介護度分布状況

在宅療養者の要介護度分布（2000年12月）をみると、「要介護1」が26.8%と最も多く、次いで「要介護2」18.7%、「要介護4」14.6%の順であった。サービス種類別の特徴としては、通所系（通所リハ、通所介護）と訪問介護が、要介護1を中心とした、比較的ADLの保たれている方を主対象としているのに対し、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を主対象としていることである。

施設別では、平均要介護度が、介護療養型医療施設で3.84、介護老人福祉施設で3.29、介護老人保健施設で2.98であり、介護療養型医療施設が最も要介護度の重い利用者を対象とされていた。

② 訪問看護ステーションの動向

ア) 利用者の状況

保険種類別利用者数は、2000年6月時点で、介護保険80.5%、医療保険19.5%（内訳：老人58.2%、一般41.8%）の構成割合であった。

主傷病では、循環器系疾患が50.0%（脳血管疾患35.8%）、神経系の疾患が11.5%を占めていた。介護保険利用者では、56.4%を循環器系疾患が占めるのに対し、医療保険利用者では、神経系疾患が39.7%を占めるなど、大きな違いがみられた。

イ) 事業所の活動状況／経営状況

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いることから、1事業所当たり収支は悪化している可能性が高い。

ウ) 居宅介護支援事業の実施状況

訪問看護事業協会調査によると、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している。また、「訪問看護ステーションの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%であった。

③ 通所リハビリテーションの動向

ア) 利用者の状況

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%の順であった。また、寝たきり度も「Aランク」が58.5%を占めており、比較的ADLの保たれている方を主対象としているのがわかった。

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%を占めていた。

日常生活動作状況をみると、「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%の順であった。自宅での入浴介助の大変さを伺わせる結果であった。

イ) 事業所の活動状況／経営状況

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を対前年度同時期と比較すると、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であった。

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%程度の増収となっている。

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していると考えられた。

従来外来収入（老人デイケア費含む）と、現在の外来収入+通所リハ費をみると、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といえる。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となっている。

④ 療養型病床群の動向

ア) 利用者の状況

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様子が伺えた。

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%の順で、要介護4以上が全体の69.9%を占めていた。また、医療保険病床の入院者のうち、要介護認定を受けた方の要介護度分布状況をみると、「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。一方、「要介護1～2」の方も32.5%占めていたが、これは、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が多いためと推察される。現行の要介護認定では、ADLに問題が少ないと、要介護度は高くないというロジックの影響を受けていると考えられる。

次に、医療処置の実施率をみると、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であった。リハビリテーションについても、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であった。

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（8,903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といえる。

イ) 医療保険適用の療養型病床群の入院患者特性

医療保険および介護保険適用の療養型病床群の入院者特性を比較検証した結果、以下のことがわかった。

- a) 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）」で構成されていた。
- b) 医療保険と介護保険療養型入院者の要介護者の要介護度分布状況を比較すると、介護保険病床では「要介護4～5」69.9%、「要介護1～2」16.0%に対し、医療保険病床では「要介護4～5」50.7%、「要介護1～2」32.5%であり、医療保険病床入院者の方が相対的に要介護度は軽い傾向であった。
- c) 「非申請者」の63.1%は、寝たきり度Bランク以上の寝たきり者であった。
- d) 医療保険病床入院者のうち、「非申請者」と「要介護者」の寝たきり度を比較すると、非申請者の方が、障害の程度の軽い方の割合が高い傾向にはあったが、寝たきり度の分布状況全体は似通ったものであった。
- e) 「非申請者」と「要介護者」の処置の受療率を比較すると、「点滴の管理」等の16項目のほぼ全てで「要介護1～4」よりも受療率が高かった。
- f) 「自立・要支援者」「要介護1～2」でも、「点滴の管理」「ストーマの処置」「酸素療法」「疼痛の看護」などでは受療率が高い傾向にあった。これは、現行の一次判定が身体機能中心の評価であるため、軽く判定されている結果を反映したものと考えられた。
- g) 「非申請者」と「要介護者」のリハビリテーションの受療率を比較すると、「理学療法（簡単）」、「作業療法（簡単）」、「言語療法（簡単）」では「要介護者」の方の受療率が高い一方で、「理学療法（複雑）」、「作業療法（複雑）」では「非申請者」の方の受療率が高かった。これは、非申請者は要介護者に比べ、個別指導の必要な方が相対的に多いことを表した結果と考えられた。

結論として「非申請者」の特性を整理すると、①63.1%は寝たきり者 ②処置の受療率も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、特に個別指導の受療率が高い であった。要介護者に認定されないレベルであるから認定申請を行っていないのではなく、仮に認定申請を行ったとしても、寝たきり度から判断すると、そのほとんどは要介護と認定され、かつ6割程度は要介護3以上と推測される。

以上のことから、「非申請者」は処置やリハビリテーションなどの医療依存度の高い方、寝たきり者で構成されており、俗に言う「社会的入院者」では決してないといえる。

また、要介護度別にみた処置およびリハビリテーションの受療率比較では、①「要介護1～3」の方が、「要介護4～5」に比べリハビリテーションの受療率が高い ②「要介護1～2」でも、「点滴の管理」「ストーマの処置」「酸素療法」「疼痛の看護」などでは受療率が高い などの状況であった。

医療保険病床に「状態の軽い方が多く入院している」といった意見があるが、これは医療保険と介護保険病床の要介護度分布を比較し、医療保険病床の方が「要介護1～2」の構成割合が17.5%ほど高いことを指摘しているのであろう。しかし、この現象は身体機能の側面からみた場合の評価であり、処置やリハビリテーションなどの医療依存度も含めた全人的評価をした場合は、決して軽い状態とは言えないのではないかと。

現行の一次判定ロジックは、「身体機能の評価」が中心であり、医療を適正に評価判定できるものではない。「状態の軽い方が医療保険病床に多く入院している」のではなく、「医療保険病床入院者のうち、身体機能がある程度保たれている方の割合が介護保険病床入院者よりも多いため、現行の方式では軽く判定されてしまった結果、介護保険病床よりも要介護度は軽い方の構成割合が高くなっている」と捉えるべきであろう。

ウ) 事業所の活動状況

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を行っていた。

介護保険施行前は、平均在院日数は247.9日であったが、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。

他医療機関の受診状況をみると、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。

エ) 事業所の経営状況

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、介護保険施行間年の6%程度から9%程度に増加傾向を示していた。

⑤ 在宅介護支援センターについて

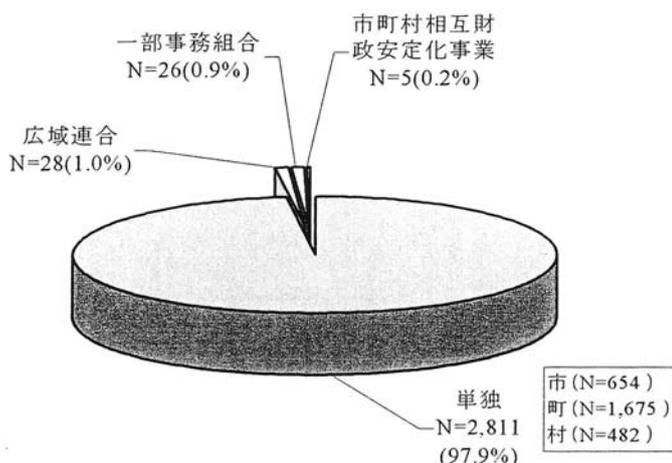
地域型の場合、現在の補助金単価ではその多くが赤字事業となっている。従来からの事業実施主体では、サービスの質を下げないように、2人体制を維持しながら各種相談業務等に対応しているところも多い。今後、在宅介護支援センターの役割をどのように位置付けるのかを明確にするとともに、適切な補助金額の支給が必要である。

第7章 制度運営の状況

(1) 保険者の状況

保険者の状況を見ると、「単独」が2,811（97.9％）と最も多く、次いで「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％）の順であった。なお、「単独」の内訳は市654、町1,675、村482であった。

図7-1.保険者の状況（N=2,870）



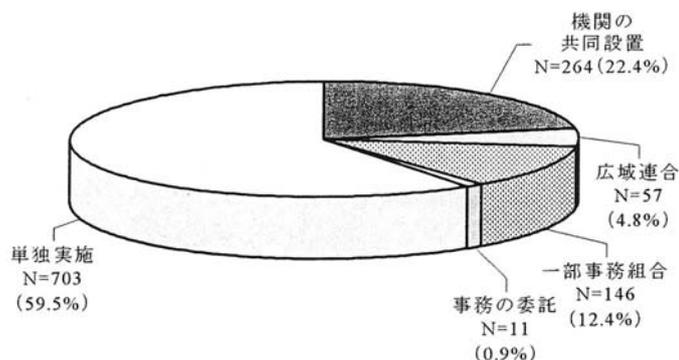
（出典）「全国介護保険担当課長会議資料（2001年2月14日）」

(2) 介護認定審査会の状況

① 設置形態

厚生労働省の調査（2000年11月1日現在）によると、全国の介護認定審査会の総数は1,181であった。その設置形態を見ると、「単独実施」が703（59.5％）と最も多く、次いで「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％）、「事務の委託」11（0.9％）の順であった。

図7-2.設置形態（N=1,181）



（出典）「全国介護保険担当課長会議資料（2001年2月14日）」

② 実施体制

次に、厚生労働省の調査で有効回答を得た1,121の審査会について、2000年11月中の実施体制をみた。

ア) 会長の職種

会長の職種の状況をみると、「医師」1,055人(94.1%)、「歯科医師」6人(0.5%)、「理学療法士」4人(0.4%)、「保健婦(士)」「社会福祉士」がそれぞれ3人(0.3%)、「看護婦(士)」1人(0.1%)、「その他」49人(4.4%)という状況であった。

イ) 委員の職種

介護認定審査会の委員数は合計44,775人であった。その職種の状況をみると、「医師」が18,094人(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%)、「薬剤師」2,733人(6.1%)の順であった。

表7-1.介護認定審査会委員の職種

介護認定審査会委員の職種		人	割合
総数		44,775	100.0%
1	医師	18,094	40.4%
2	歯科医師	4,797	10.7%
3	薬剤師	2,733	6.1%
4	保健婦(士)	2,659	5.9%
5	助産婦	32	0.1%
6	看護婦(士)	4,142	9.3%
7	准看護婦(士)	129	0.3%
8	理学療法士	1,546	3.5%
9	作業療法士	726	1.6%
10	社会福祉士	1,773	4.0%
11	介護福祉士	2,362	5.3%
12	視能訓練士	1	0.0%
13	義肢装具士	0	0.0%
14	歯科衛生士	17	0.0%
15	言語聴覚士	9	0.0%
16	あん摩マッサージ指圧師	6	0.0%
17	はり師	20	0.0%
18	きゅう師	7	0.0%
19	柔道整復師	70	0.2%
20	栄養士(管理栄養士を含む)	61	0.1%
21	精神保健福祉士	93	0.2%
22	その他	5,498	12.3%

ウ) 合議体数

介護認定審査会の有する合議体総数は7,430、1審査会あたり平均合議体数は6.6であった。また1合議体当たり平均委員数は6.0人であった。

③ 実施状況（2000年11月時点）

ア) 合議体の開催回数

2000年11月における合議体の開催回数は15,515回／月、1 審査会当たり平均13.8回／月、1合議体当たり平均2.1回／月であった。

イ) 審査件数

2000年11月における1合議体1回当たり審査件数は35.0件／回であった。これを1合議体当たり平均にすると73.1件／月、1 審査会当たり平均にすると484.4件／月であった。また、認定審査会全体では543,025件／月であった。

以上まとめたものを表7-2に示す。

表7-2.介護認定審査会の状況

	認定審査会 全体	1 審査会 当たり	1合議体 当たり	1合議体 1回当たり
数	1,121	—	—	—
合議体数	7,430	6.6	—	—
委員数	44,775	39.9	6.0	—
合議体開催回数/月	15,515	13.8	2.1	—
審査件数/月	543,025	484.4	73.1	35.0

(3) 介護保険への医師の関与状況

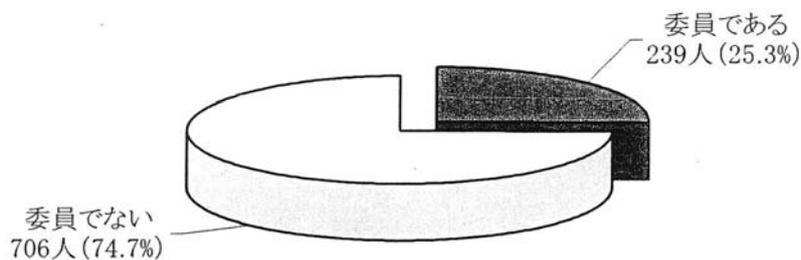
わが国の介護保険制度は、医療と介護とが一体的に提供される仕組みであるため、医師・医療の役割が要となる。介護保険制度の中で、医師の果たす制度上の業務としては、実際の医療・介護サービスの他に、主治医意見書の作成や介護認定審査会における審査業務、介護支援専門員による居宅サービス計画書作成やサービス提供における適切な指示・指導や助言など多岐に亘るが、利用者のQOL向上に向け、医師の積極的な関与が必要である。

本節では、日本医師会が内科系医師を対象に実施した「介護保険への医師の関与度実態調査（2000年7月1日調査、有効回答990）」の結果を中心に、介護保険制度に対する医師の関与状況を整理する。

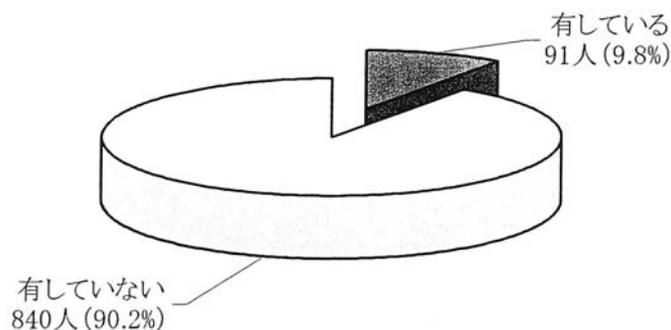
① 介護保険制度への参画状況

介護認定審査会の委員の委嘱状況では、有効回答945医師中、「委員である」が239人（25.3%）であった。また、月間の出席回数は平均1.5回であった。

図7-3.医師の審査会委員委嘱状況（N=945）



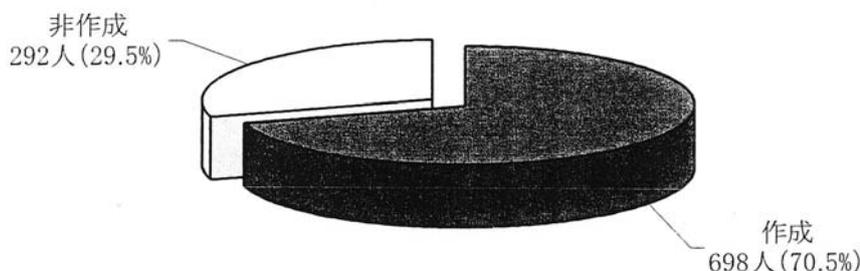
また、介護支援専門員の資格取得状況では、有効回答931医師中、「資格あり」が91人（9.8%）であった。



② 主治医意見書の作成状況

1999年10月～2000年6月の期間中における主治医意見書の作成状況をみると、有効回答990医師中、「作成あり」が698人（70.5%）であった。

図7-5. 意見書作成状況（N=990）



次に、主治医意見書の作成状況を、年齢階級別にみると、「40歳代」が196人（対意見書作成医師28.2%）と最も多く、次いで「50歳代」173人（同24.9%）、「70歳以上」157人（同22.6%）であった。また、各年齢階級別医師数に対する意見書作成率でみると、「50歳代」が79.4%と最も高く、次いで「40歳代」「60歳代」75.7%の順であった（N数の少ない20歳代は対象から除外した）。なお、医師1人当たり意見書作成件数は、作成者平均で8.6件であった。

表7-3. 年齢階級別にみた意見書作成状況（N=984）

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳～	合計
対象者数	3人	44人	259人	218人	181人	279人	984人
意見書 作成医師数	3人 (100.0)	29人 (65.9)	196人 (75.7)	173人 (79.4)	137人 (75.7)	157人 (56.3)	695人 (70.6)

注1. 年齢不詳が6人いるため、総数984人、意見書作成医師695人となっている。

注2. 括弧内は、各年齢階級別医師数に対する意見書作成医師の割合である。

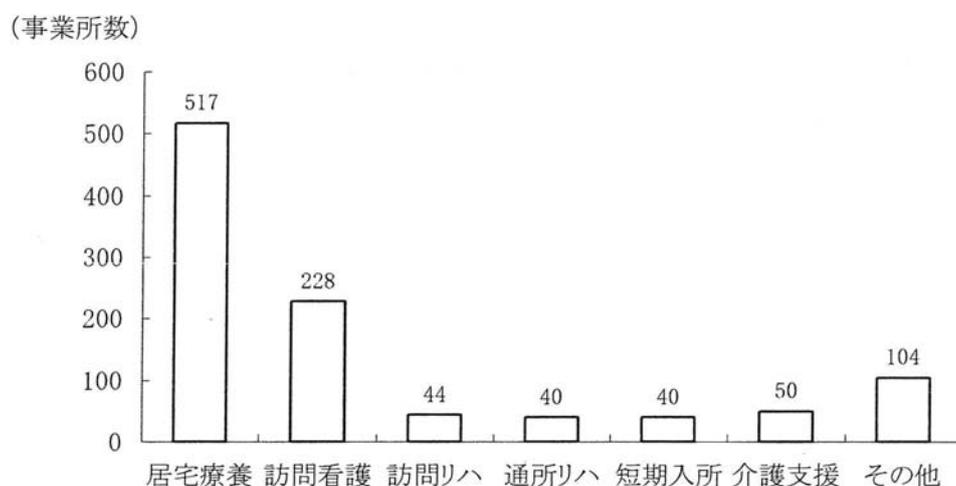
③ 介護保険関連サービスの実施状況

ア) 介護保険関連事業の指定状況

介護保険関連サービスの指定事業所数をみると、有効回答990医師中、「指定事業あり」655人（66.2%）、「指定事業なし（事業未実施）」335人（33.8%）であった。指定事業数では「1事業」が443人（44.7%）と最も多く、次いで「2事業所」125人（12.6%）の順であった。

さらに、指定事業を有する655人に対し、サービス別指定事業の状況をみると、「居宅療養管理指導」が517人（78.9%）が最も多く、次いで「訪問看護」228人（34.8%）の順であった。

図7-6. サービス別にみた指定事者数（N=655 複数回答）

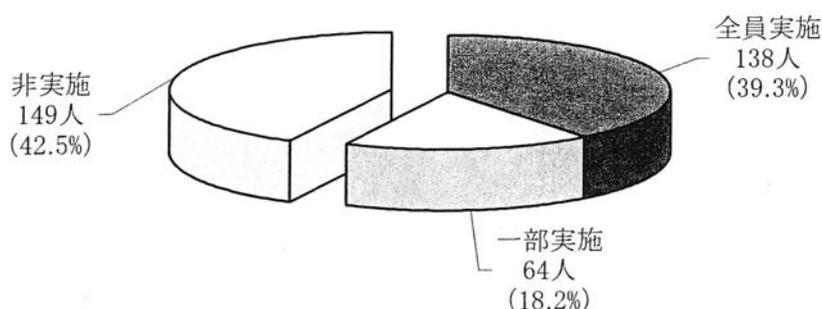


イ) 居宅療養管理指導の実施／算定状況

居宅療養管理指導の算定要件は、「事業所の指定を受け、かつ、訪問診療等で居宅での療養状況を把握していること」である。この条件を満たす医師351人に対し、居宅療養管理指導の実施状況／算定状況をみた。

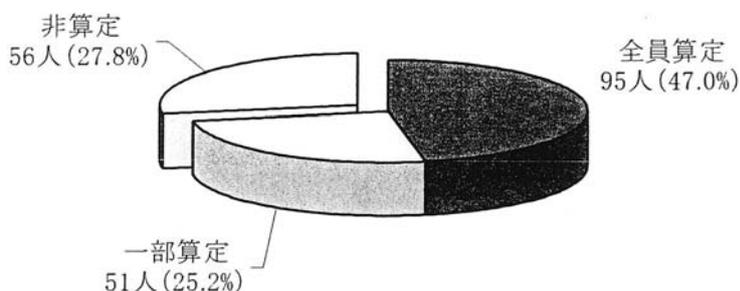
まず、実施状況では、「対象者全員に対し実施」が138人（39.3%）、「対象者の一部に対して実施」64人（18.2%）、「非実施」149人（42.5%）であった。

図7-7. 居宅療養管理指導の実施状況（N=351）



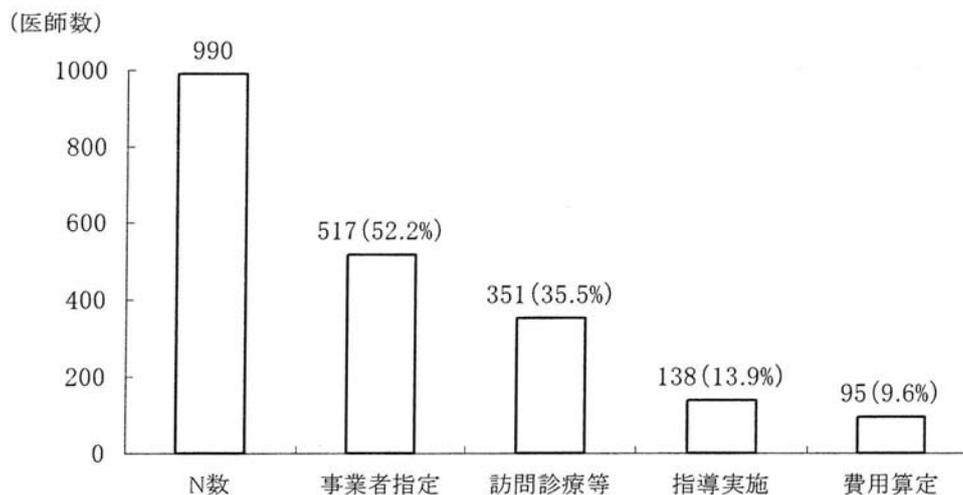
次に、居宅療養管理指導を実施した医師202人に対し、同費用の算定状況を見ると、「指導実施者全員分を算定」が95人（47.0%）、「指導実施者の一部について算定」が51人（25.2%）、「指導は実施した全員分を算定せず」が56人（27.8%）であった。

図7-8.居宅療養管理指導実施医師の同費用の算定状況（N=202）



以上の結果を図7-9にまとめるが、有効回答990人のうち、「事業所指定があり、かつ訪問診療等を実施」が351人（35.5%）、「居宅療養管理指導を対象者全員に実施」が138人（13.9%）、「同費用を、指導実施者全員に対し算定」95人（9.6%）といった状況であった。

図7-9.医師別にみた居宅療養管理指導の実施/算定状況（N=909）



(4) 介護支援専門員の現状と課題

介護保険制度では、介護支援専門員に対して多くの業務が期待されている。中でも特に重要な業務が、様々なニーズを有する利用者に対し、適切な各種サービスを組み合わせることにより、利用者が安全で安心した日常生活が営まれるよう支援するケアマネジメント業務である。この業務を有効かつ適切に行うには、①利用者ニーズ／特性の的確な把握 ②サービスマネジメント ③継続的モニタリングの各機能が円滑に循環する必要がある。そのためには、特に、医師と介護支援専門員の連携が必要不可欠な要素となるが、現時点では、両者の連携が十分図られているとは言えないとの指摘が多い。

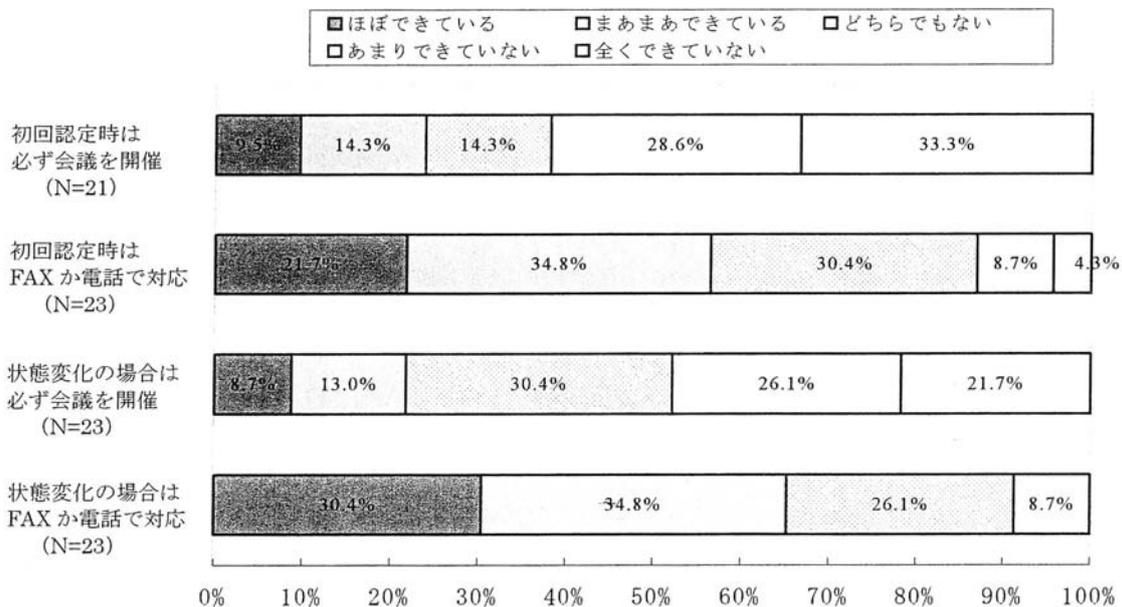
本節では、日医総研と北九州市小倉医師会の共同研究報告書「介護支援専門員の現状と現任研修のあり方に関する調査研究」の結果を中心に、介護支援専門員の現況と課題について整理する。

① ケアマネジメント関連業務の現状

ア) サービス担当者会議の開催状況

サービス担当者会議の開催状況をみると、「会議をほぼ開催している」と回答した専門員は、「初回認定時」で9.5%、「状態変化時」で8.7%に過ぎず、逆に「全く開催していない」と回答したのは、「初回認定時」で33.3%、「状態変化時」で21.7%であった。これに「あまり開催していない」を加えると、実質会議を開催していない専門員の割合は、「初回認定時」で61.9%、「状態変化時」で47.8%にも達していた。一方、「FAXか電話でほぼ対応している」と回答した専門員は、「初回認定時」で21.7%、「状態変化時」で30.4%であった。これに、「まあまあ対応できている」を加えると、FAX等での対応ができている専門員の割合は、「初回認定時」で56.5%、「状態変化時」で65.2%と、会議開催は難しいが、FAXや電話では対応している様子が伺えた。

図7-10. サービス担当者会議の開催状況



イ) 精神疾患症例への対応状況

介護支援専門員50人について、痴呆等の精神疾患症例への対応状況をみると、「対応あり」34人（68.0%）、「対応なし」16人（32.0%）であった。

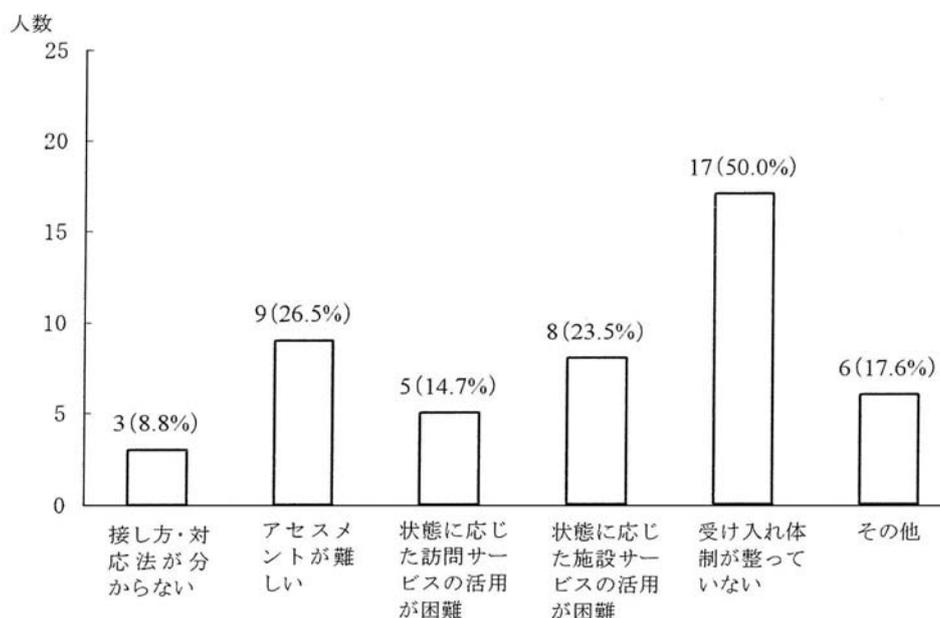
また、対応に苦勞する理由としては、「精神疾患症例の受け入れ体制が整っていない」が17人（50.0%）と最も多く、次いで、「アセスメントが難しい」9人（26.5%）、「状態に応じた施設サービスの活用が困難」8人（23.5%）の順であった。

「受け入れ体制が整っていない」という回答が多かったが、これは介護支援専門員が受け入れ先となる痴呆疾患療養病棟や痴呆疾患治療病棟、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）の実態を把握しきれていないことを反映した結果と思われる。

表7-4. 精神疾患症例への対応状況

	対応あり		対応なし	
	人数	構成割合	人数	構成割合
精神疾患対応 (N=50)	34人	68.0%	16人	32.0%

図7-11. 精神疾患症例の対応に苦勞する理由（N=34 複数回答）



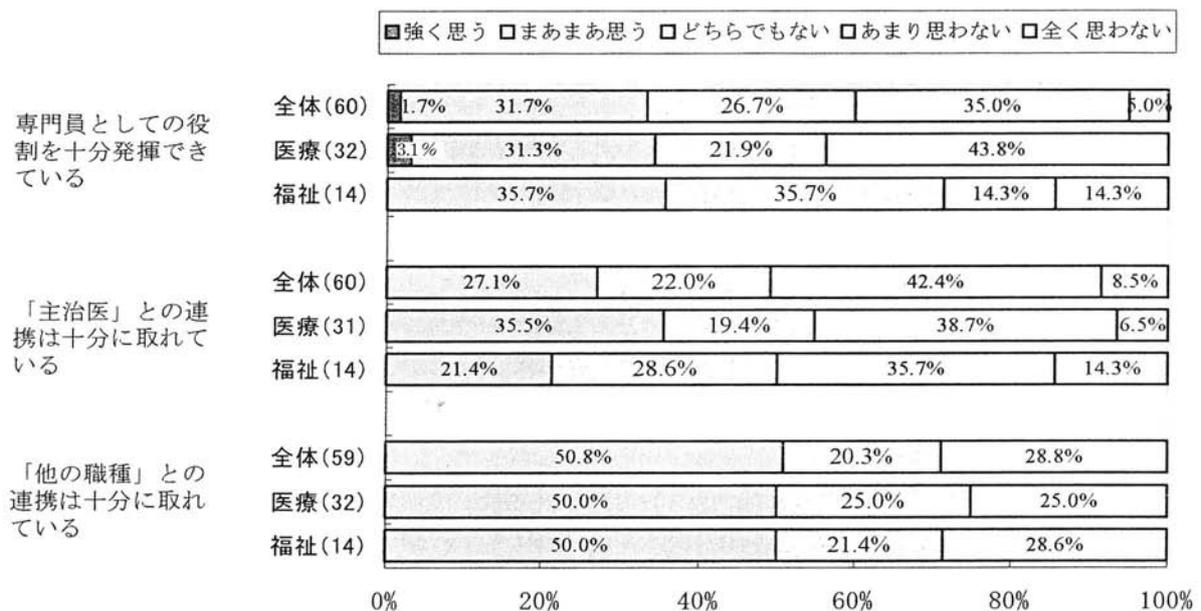
② ケアマネジメントに対する自己評価の現状

ア) 介護支援専門員の位置付けの理解／役割の発揮度

「専門員としての役割」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で3割を超えていたが、医療職・福祉職で特に違いはみられなかった。しかし、「あまり思わない」「全く思わない」と回答した率では、医療職43.8%、福祉職28.6%であり、医療職の方が厳しく自己評価している傾向がみられた。

一方、「主治医との連携」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は、医療職35.5%、福祉職21.4%であり、医療職が福祉職を14.1ポイント上回った。一方、「主治医との連携」が「あまりとれていない」「全くとれていない」と回答した率は、医療職45.2%、福祉職50.0%にもものぼることから、主治医との連携が不十分である実態を裏付ける結果となった。「他職種との連携」については、両職種の差異は特にみられなかった。

図7-12.専門員の位置付け

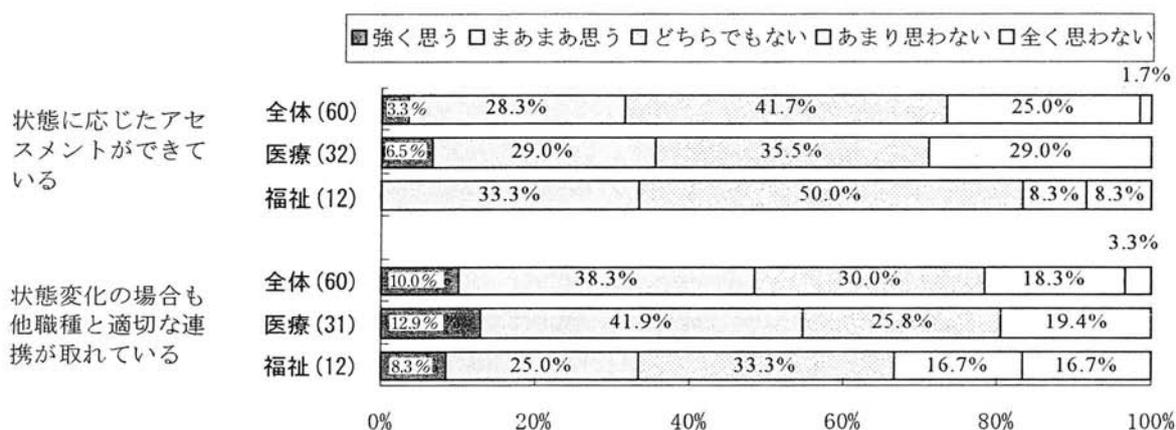


注) 各グラフにおいて「全体」には医療職、福祉職の他、職種不明が含まれているため合計が一致しない

イ) 高齢者の病態とケアに対する理解

まず、「状態に応じたアセスメント」について、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体の約3割であった。医療職では「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率が35.5%と福祉職を上回ったものの、一方で「あまり思わない」「全く思わない」についても29.0%と福祉職16.6%を12.4ポイント上回っており、厳しく自己評価している傾向がここでもみられた。「状態変化の場合の他職種連携」では、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は、医療職が54.8%と福祉職33.3%を大きく上回った。

図7-13.高齢者の病態とケア

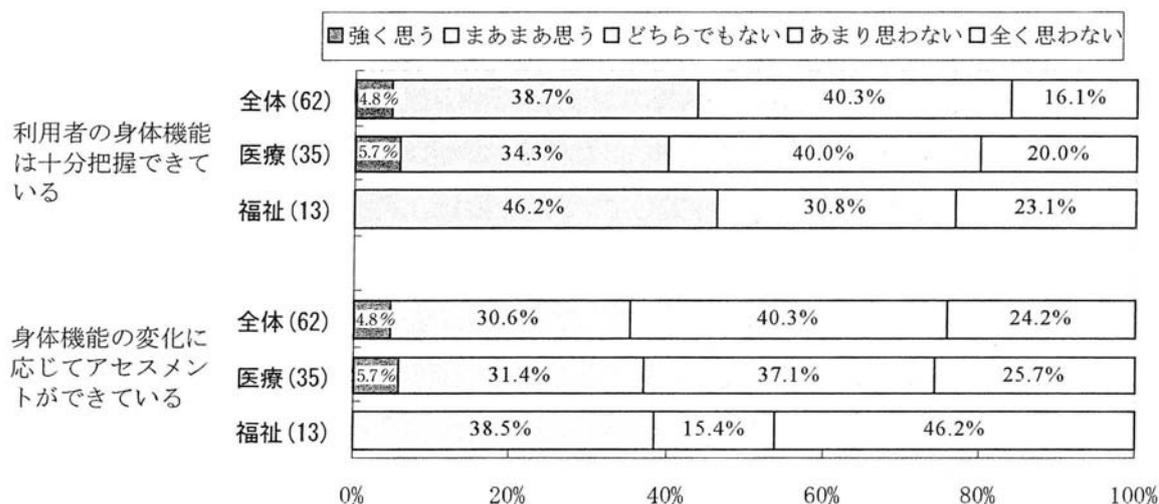


ウ) 身体機能等の評価レベル

「身体機能の把握」について、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で43.5%であり、職種別では福祉職が若干医療職を上回った。

また、福祉職では「変化に応じたアセスメント」について「あまり思わない」「全く思わない」と回答した率が46.2%にも達しており、“機能把握はできているが変化に応じたアセスメントができていない”“不安がある”という意識が高い可能性が示唆された。

図7-14.身体機能等の評価

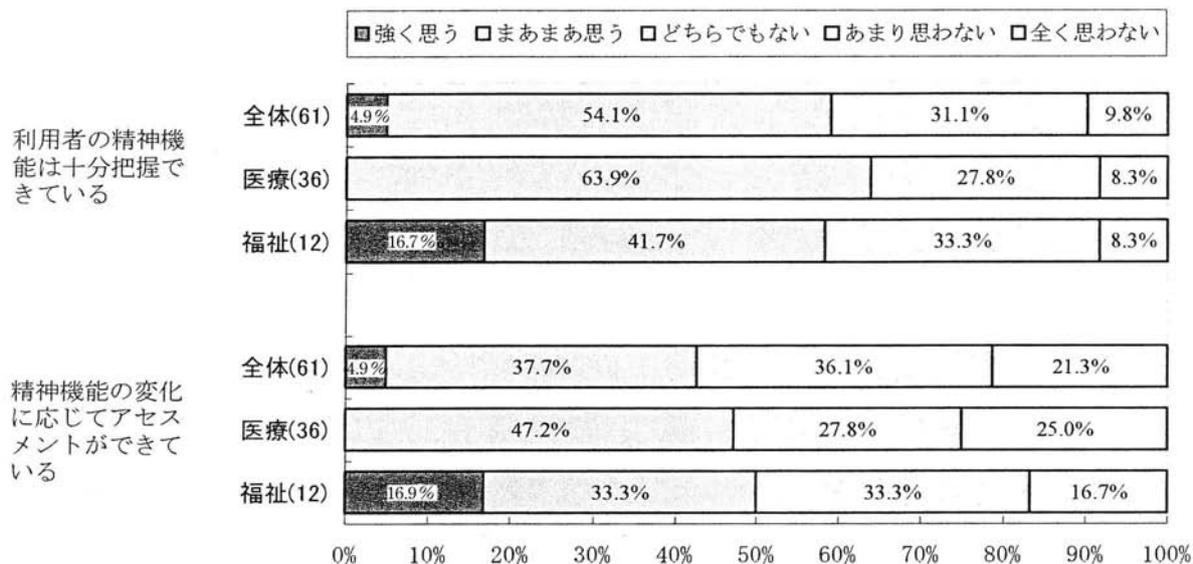


エ) 精神機能等の評価レベル

「精神機能の把握」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で59.0%と「身体機能の把握」に比べ相対的に高い自己評価であった。

また、「変化に応じたアセスメント」については、身体機能の評価の場合と異なり、自己評価に職種間の差異はみられなかった。福祉職について「身体機能面」に比べ「精神機能面」については“アセスメントできている”という意識が高いことが伺えた。

図7-15.精神機能等の評価



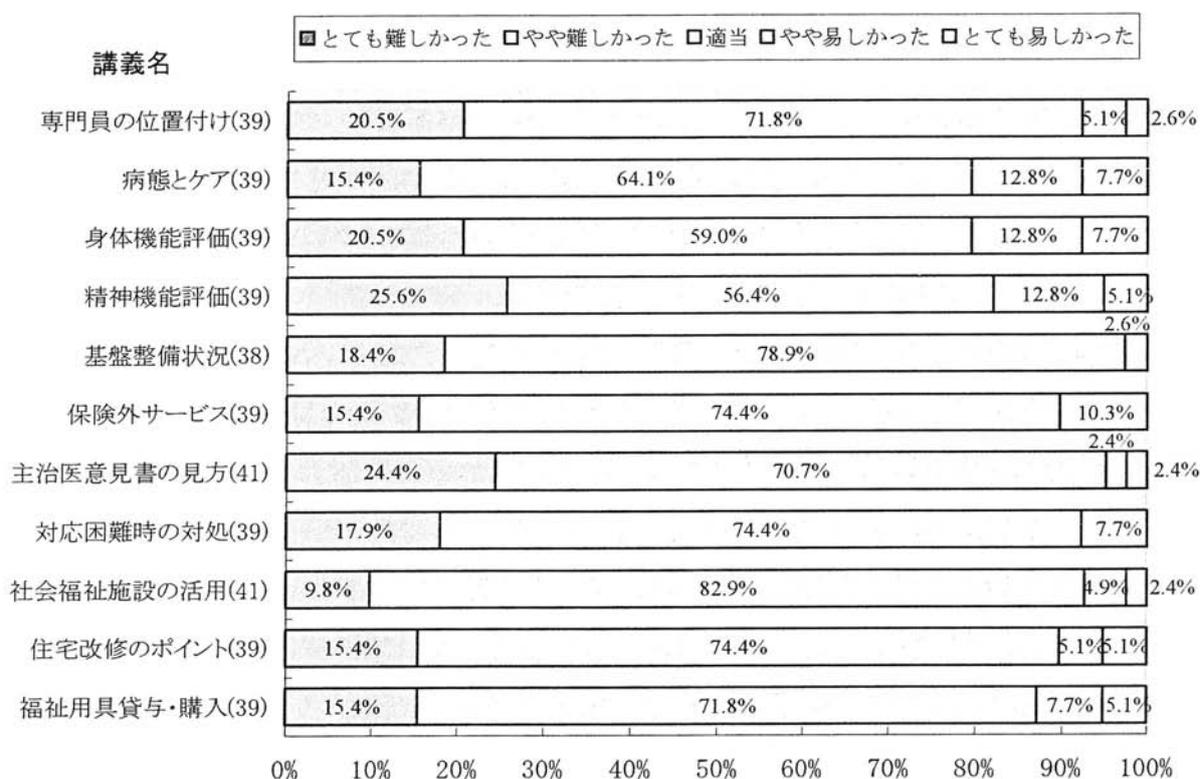
③ ケアマネジメントの課題

ア) アセスメントのレベル差

今回、現任の介護支援専門員に対するモデル研修を実施した。構成は、「講義（7テーマ、11講義）」「演習（ケアマネジメント関連）」「実習（施設見学等）」であるが、うち講義に対するレベル評価結果を図7-16に示す。

ほとんどの講義に対し、「講義のレベルは適当」と回答した率が高くなっているが、「高齢者の病態とケア」「身体機能評価」「精神機能評価」のアセスメント関連の3講義に関しては、「やや難しかった」群が15～25%程度、「やや易しかった」「易しかった」群が20%程度と分かれており、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強いと思われる。

図7-16.講義のレベルは適当であつた



イ) ケアマネジメント過程の職種間の差異

今回の研修では、演習の一環として、各自のケアマネジメント事例の提出を依頼し、医療職25人（うち看護婦23人）、福祉職6人（うち介護福祉士4人）から合計31事例が提出された。本節では、この31事例に対して、職種間のケアマネジメント過程の差異を検証した。

a. 要介護度分布

医療職25人の提出事例の要介護度をみると、「要介護2」が9人（36.0%）と最も多く、次いで「要介護1」5人（20.0%）、「要介護3」4人（16.0%）の順であった。一方、福祉職6人では「要介護1」が4人（66.7%）と最も多く、次いで「要介護2」「要介護4」が各1人（16.7%）の順であった。提出事例の代表性の問題はあるが、医療職の方が福祉職に比べ、相対的に要介護度の重い症例を対象としている可能性が示唆された。

これは、医療系の在宅サービス（訪問看護など）利用者の要介護度は、福祉系の在宅サービス（訪問介護など）利用者の要介護度に比べ、相対的に重くなっていることの影響と考えられた。

表7-5. 提出事例の要介護度分布比較

	提出事例の要介護度分布					
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
医療職 25 人の事例	2 人 (8.0%)	5 人 (20.0%)	9 人 (36.0%)	4 人 (16.0%)	2 人 (8.0%)	3 人 (12.0%)
福祉職 6 人の事例	0 人 (0.0%)	4 人 (66.7%)	1 人 (16.7%)	0 人 (0.0%)	1 人 (16.7%)	0 人 (0.0%)

b. サービスの組合せ

サービス利用状況を、訪問系・通所系・短期入所系にわけてみた。

まず訪問系サービスでは、「訪問介護または訪問入浴介護」の利用率は、医療職80.0%、福祉職100%に対し、「訪問看護または訪問リハ」の利用率は、医療職68.0%、福祉職33.3%であった。

次に、通所系サービスでは、「通所介護」の利用率は、医療職8.0%、福祉職33.3%に対し、「通所リハ」の利用率は、医療職60.0%、福祉職33.3%であった。

また、短期入所系サービスでは、「短期入所生活介護」の利用率は、医療職8.0%、福祉職0.0%に対し、「短期入所療養介護」の利用率は、医療職12.0%、福祉職33.3%であった。

表7-6. サービス利用状況の比較

ア) 訪問系サービス

	訪問介護または訪問入浴介護		訪問看護または訪問リハ	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	20人 (80.0%)	5人 (20.0%)	17人 (68.0%)	8人 (32.0%)
福祉職 (N=6)	6人 (100.0%)	0人 (0.0%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	26人 (83.9%)	5人 (16.1%)	19人 (61.3%)	12人 (38.7%)

イ) 通所系サービス

	通所介護		通所リハ	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	2人 (8.0%)	23人 (92.0%)	15人 (60.0%)	10人 (40.0%)
福祉職 (N=6)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	4人 (12.9%)	27人 (87.1%)	17人 (54.8%)	14人 (45.2%)

ウ) 短期入所系サービス

	短期入所生活介護		短期入所療養介護	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	2人 (8.0%)	23人 (92.0%)	3人 (12.0%)	22人 (88.0%)
福祉職 (N=6)	0人 (0.0%)	6人 (100.0%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	2人 (6.5%)	29人 (93.5%)	5人 (16.1%)	26人 (83.9%)

ここで、医療系と福祉系サービスの組み合わせ状況を見ると、医療職の80.0%が医療系と福祉系サービスを組み合わせているのに対し、福祉職ではその率は33.3%であった。残りの福祉職は、福祉系サービスのみで居宅サービス計画を作成していた。

表7-7. サービスの組み合わせ状況比較

	医療系サービス のみ	福祉系サービス のみ	医療系と福祉系 サービスの組合せ
医療職 (N=25)	3人 (12.0%)	2人 (8.0%)	20人 (80.0%)
福祉職 (N=6)	0人 (0.0%)	4人 (66.7%)	2人 (33.3%)
合計 (N=31)	3人 (9.7%)	6人 (19.4%)	22人 (71.0%)

因みに、主治医との連携状況を見ると、医療職25人のうち、「主治医と連携がとれている」17人（68.0%）、「連携がとれていない」8人（32.0%）に対し、福祉職6人は全て主治医との連携はとれていなかった。

c. アセスメントの視点

ここで、福祉職6人が挙げた事例のうち、福祉系サービスのみで居宅サービス計画を作成していた4事例（いずれも主治医との連携なし）を検証する。以下、4事例の概要を紹介する。

（事例1）要介護度1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

80歳代女性。病名は高血圧、腎臓病等。通院は月2回。身体機能低下あり。
サービスは訪問介護のみ。

（事例2）要介護度1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

80歳代男性。病名は高血圧、糖尿病、老人性痴呆。通院は週1回。
主治医意見書にて、入浴時の血圧チェックや低血糖の可能性が指摘されている。
サービスは通所介護、訪問介護。

（事例3）要介護度1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

90歳代男性。病名は高血圧、老人性痴呆。通院は月1回。痴呆は進行中。
転倒により2回の入院歴あり。
サービスは通所介護、訪問介護。

（事例4）要介護度1、寝たきり度：A1、痴呆度：正常

70歳代女性。病名は慢性関節リウマチ。通院は月1回。
サービスは訪問介護のみ。

上記4事例はいずれも要介護度1であるが、痴呆度は3事例でIであった。この3事例について、医療職によるケアプランの検証を行った結果、「身体機能のセルフコントロール不足が予測され、主治医との連携は必要」との指摘であった。主治医による通院管理で対応十分か否かの確認は必要であり、もし、在宅での管理が必要な場合は、訪問看護などのサービスを組み込む必要があると思われる。

因みに、医療職の25事例のうち、「福祉系サービスのみで計画作成」が2事例あったが、いずれも要介護度1、寝たきり度はAランク、痴呆は正常というケースであり、かつ、主治医との連携も図られており、医療系サービスは特には必要としないことを確認した上で、計画を作成していると思われた。また、「医療系サービスのみで計画作成」の3事例では、痴呆度がⅢa、Ⅱa、記載なし（ただし著明な短期記憶障害あり）と、いずれも認知や記憶に障害がみられる事例であった。家族構成をみると、いずれも家族が同居しており、現時点では、福祉系サービスが必要ないと判断したのではないかとと思われる。

以上の結果から、医療職では、医療系サービス導入の判断の際、認知や記憶障害がみられる場合に、身体機能のセルフコントロールができるかどうか、また介護者が対応可能かどうかを総合的に判断している可能性が示唆された。

今回の検証では、事例が少ないため明確な事は言えないが、福祉職の場合、

- 医療職に比べ、相対的に要介護度の軽い方を対象としていること（次表）
- 精神機能の現状のアセスメントに関しては、「ある程度できている」と自己評価していること（医療職に比べ自己評価は高い）

などから、主治医との連携の必要性は感じながら、様々な理由により主治医との連携ができていない可能性が示唆された。また、利用者の現状のアセスメントは出来るものの、主治医からの指示や病名をもとに、今後の状態変化を認識する（予測する）部分や危機意識の面で不十分な点があるのではないかと思われた。

今後、より多くの事例に基づく検証を行い、これらの実態を把握していく必要がある。

表7-8. サービス種類別にみた要介護度分布比較

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅全体 ¹⁾	12.8%	26.8%	18.7%	14.1%	14.6%	12.9%
訪問介護 ²⁾	20%	34%	17%	10%	9%	10%
通所介護 ²⁾	18%	32%	21%	13%	10%	6%
訪問看護 ³⁾	4.1%	15.8%	16.1%	15.5%	20.4%	28.1%

(出典)

- 1) 厚生労働省「介護保険事業状況報告、平成12年12月月報」
- 2) 厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」
- 3) 全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションの経営に関する調査研究報告書」

(5) 主治医と介護支援専門員の連携状況

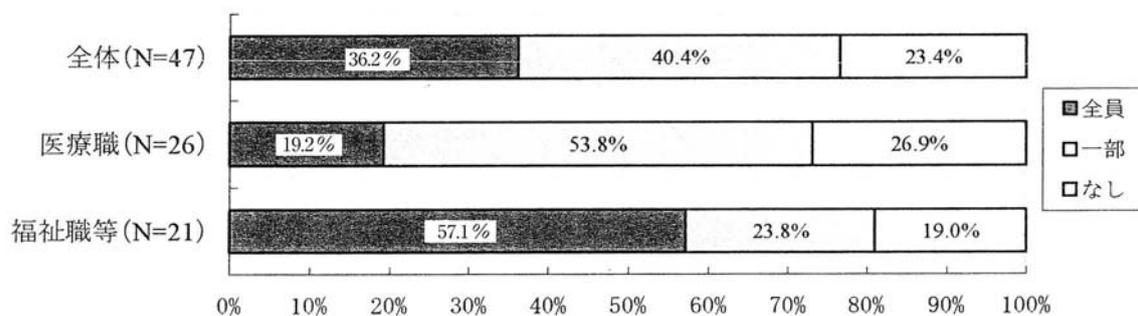
介護保険制度を円滑に運営するためには、職種間、特に主治医と介護支援専門員の連携が重要となる。以下、介護支援専門員と主治医意見書作成医師の連携に着目し、両者の視点から「連携」の現状をみる（小倉地区での調査結果より）。

① 介護支援専門員からみた主治医との連携

有効回答47人について、居宅サービス計画作成時における主治医意見書入手状況をみると、「一部の利用者分を入手している」が19人（40.4%）と最も多く、次いで、「全員分入手している」17人（36.2%）、「全く入手していない」11人（23.4%）の順であった。

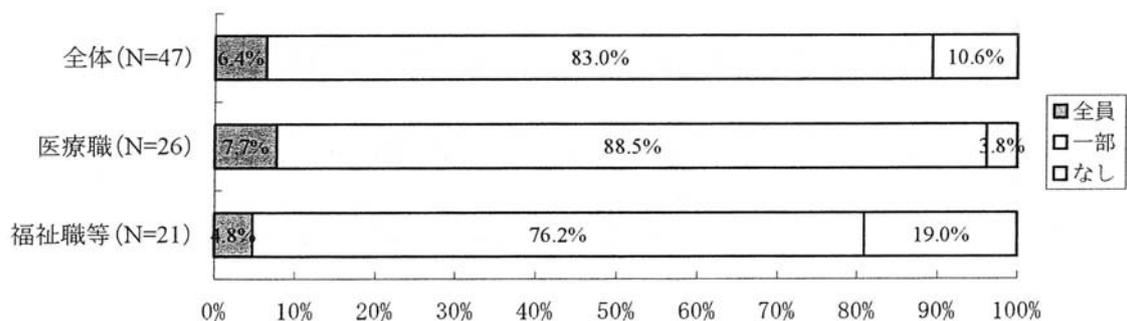
これを医療職・福祉職等に分けてみると、医療職では「全員分入手」19.2%、「一部入手」53.8%に対し、福祉職では「全員入手」57.1%、「一部入手」23.8%と、福祉系の介護支援専門員の方が、主治医意見書を入手している割合が高かった。

図7-17. 主治医意見書入手状況



次に、有効回答47人について、日常的な主治医への相談状況をみると、「一部の利用者について相談している」が39人（83.0%）と最も多く、次いで、「全く相談していない」5人（10.6%）、「全員について相談している」3人（6.4%）の順であった。

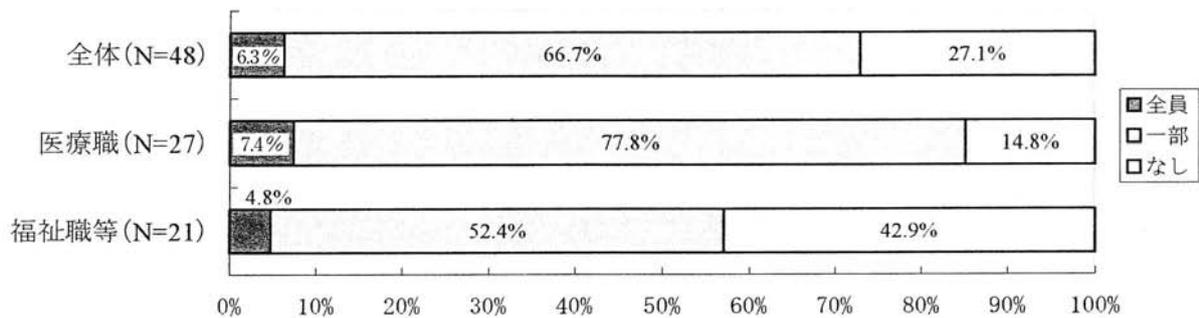
これを職種別にみると、医療職では「全員について相談している」7.7%、「全く相談なし」3.8%に対し、福祉職等では「全員について相談している」4.8%、「全く相談なし」19.0%と、医療職に比べ、主治医との相談が相対的に不十分な状況にあった。



有効回答48人について、主治医への居宅サービス計画提供状況を見ると、「一部の利用者について提供している」が32人（66.7%）と最も多く、次いで、「全く提供していない」13人（27.1%）、「全員について提供している」3人（6.3%）の順であった。

これを職種別にみると、医療職では「全員について提供している」7.4%、「全く提供していない」14.8%に対し、福祉職等では「全員について提供している」4.8%、「全く提供していない」42.9%と、医療職に比べ、主治医への情報のフィードバックが相対的に不十分な状況にあった。

図7-19. 居宅サービス計画提供状況



ここで、有効回答35人について、居宅サービス計画の提供方法をみると、「持参」が14人（40.0%）と最も多く、次いで「FAX」13人（37.1%）、「電話」8人（22.9%）の順であった。また、提供時期としては、「初回時」が22人（62.9%）と最も多く、次いで「プラン変更時」18人（51.4%）、「医師の要請があった時」7人（20.0%）の順であった。

図7-20. 居宅サービス計画の提供方法（N=90 複数回答）

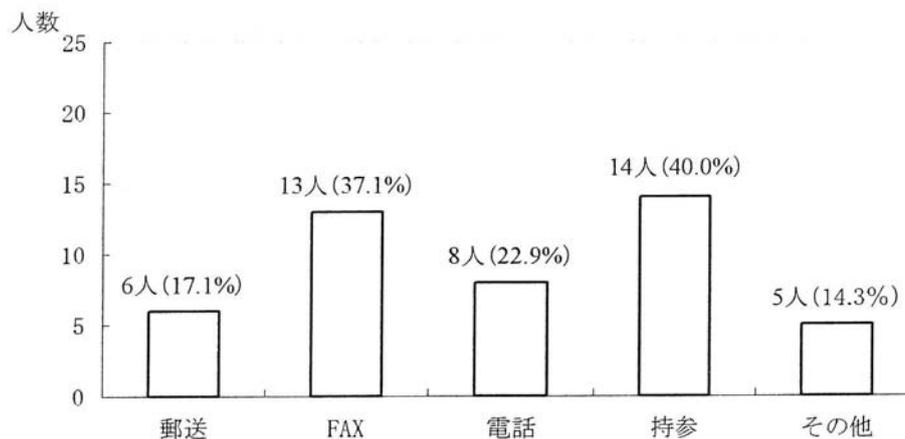
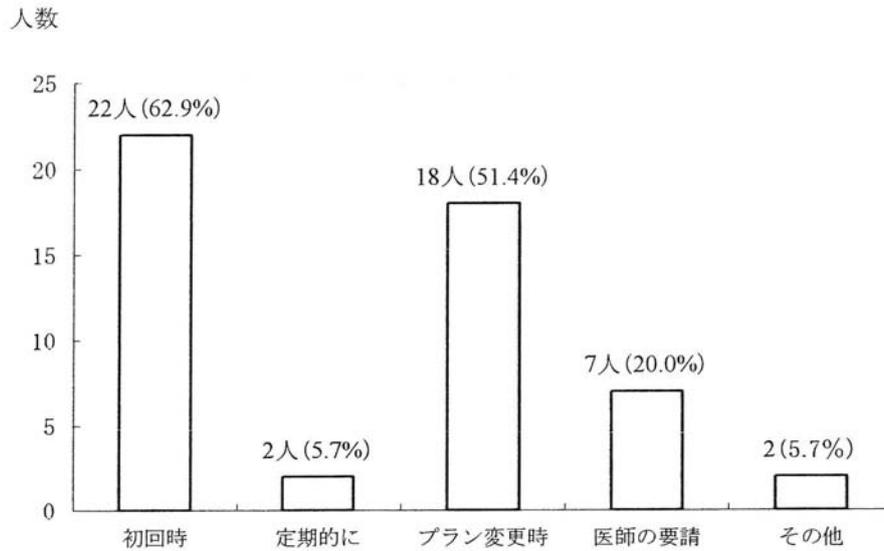
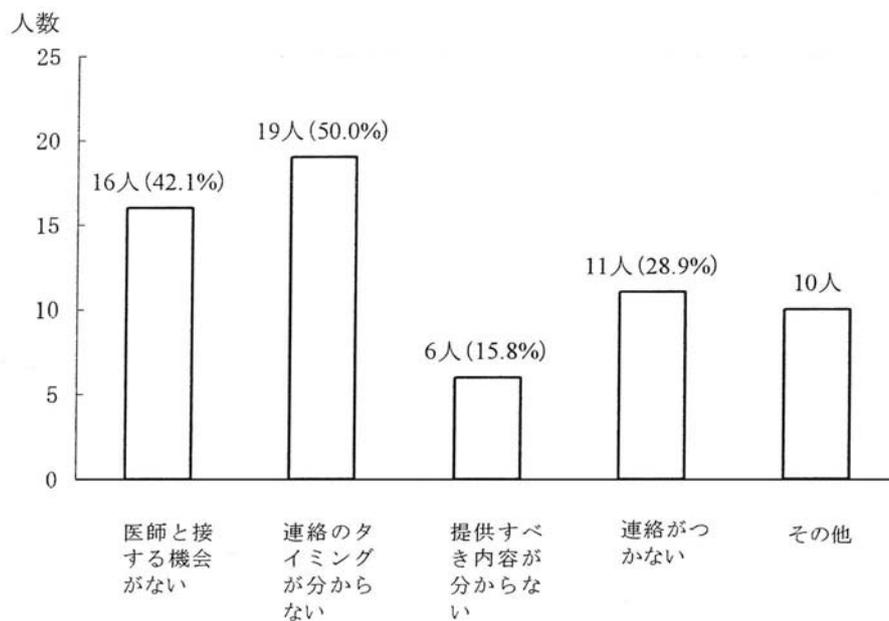


図7-21.居宅サービス計画の提供時期（N=35 複数回答）



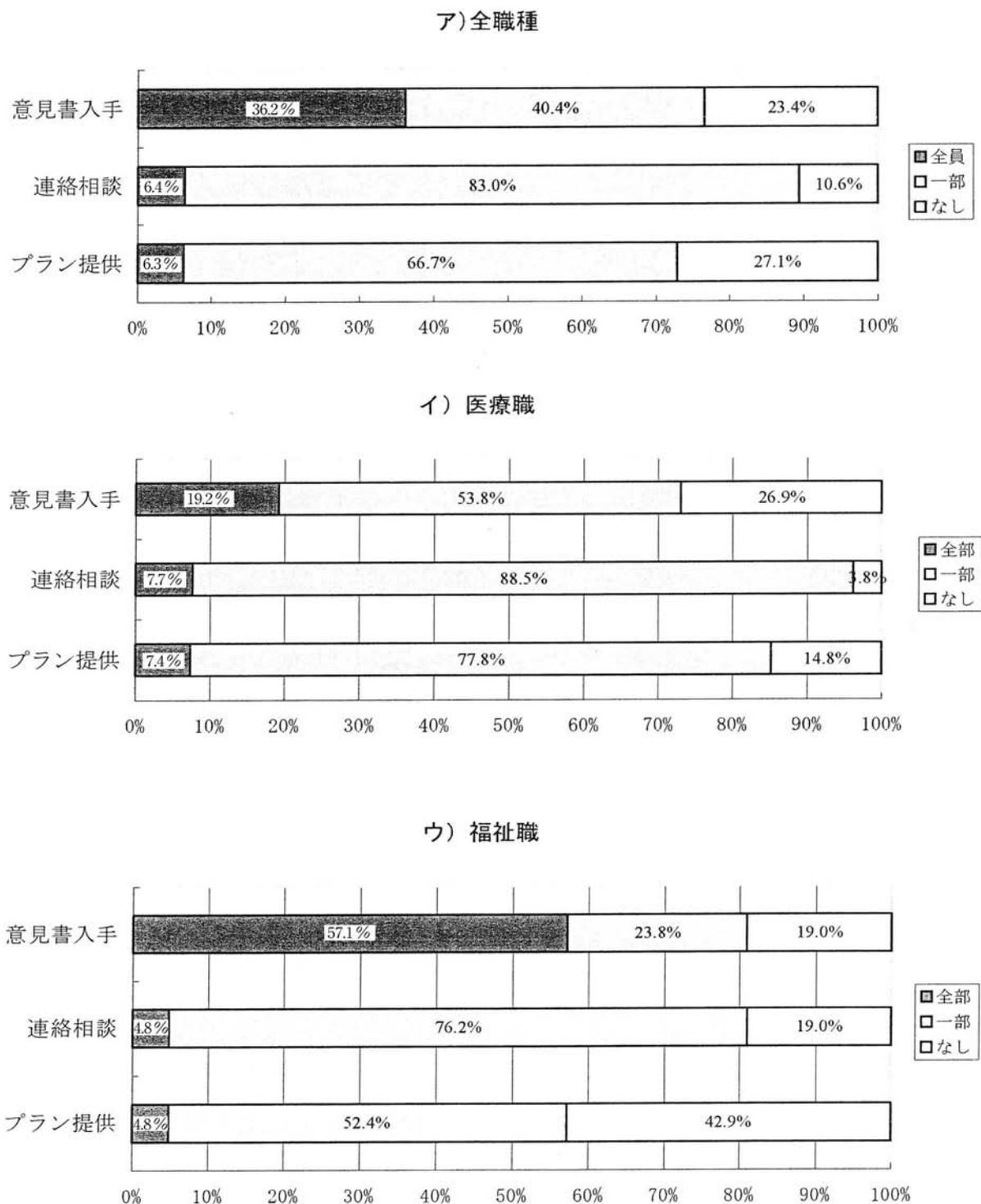
次に、有効回答38人について、主治医との連携で困っている原因・理由についてみると、「連絡のタイミングが分からない」が19人（50.0%）と最も多く、次いで「医師と接する機会がない」16人（42.1%）、「連絡がつかない」11人（28.9%）の順であった。

図7-22. 連携で困っている原因・理由（N=38 複数回答）



介護支援専門員から見た主治医との連携の状況を図7-23にまとめる。意見書入手やプラン提供に関しては、個人情報保護の観点から運用上の制約はあるものの、主治医との連携は不十分な状況といえる。これを職種別にみると、福祉職等は医療職に比べ、意見書はよく入手しているものの、主治医との日常的な相談や主治医への居宅サービス計画の提出状況が相対的に不十分な状況といえる。

図7-23. 介護支援専門員からみた連携の状況まとめ



② 医師からみた介護支援専門員との連携

医師からみた介護支援専門員との連携状況をみるため、小倉医師会のご協力を得て、「介護支援専門員との連携の状況（平成13年1月末時点）」に関するアンケート調査を実施し、151の回答を得た。なお、このうち、平成12年4月以降に意見書を作成した医師は113人（74.3%）であった。

以下、医師からみた介護支援専門員との連携状況を示す。

ア) 主治医意見書の提供依頼

有効回答医師91人について、介護支援専門員からの意見書提供依頼の状況を見ると、「依頼なし」が61人（67.0%）と最も多く、次いで「一部の利用者について依頼あり」20人（22.0%）、「全員分依頼あり」10人（11.0%）であった。これを患者ベースで見ると、有効回答591人のうち、「提供依頼あり」は113人（19.1%）であった。

イ) 主治医への相談

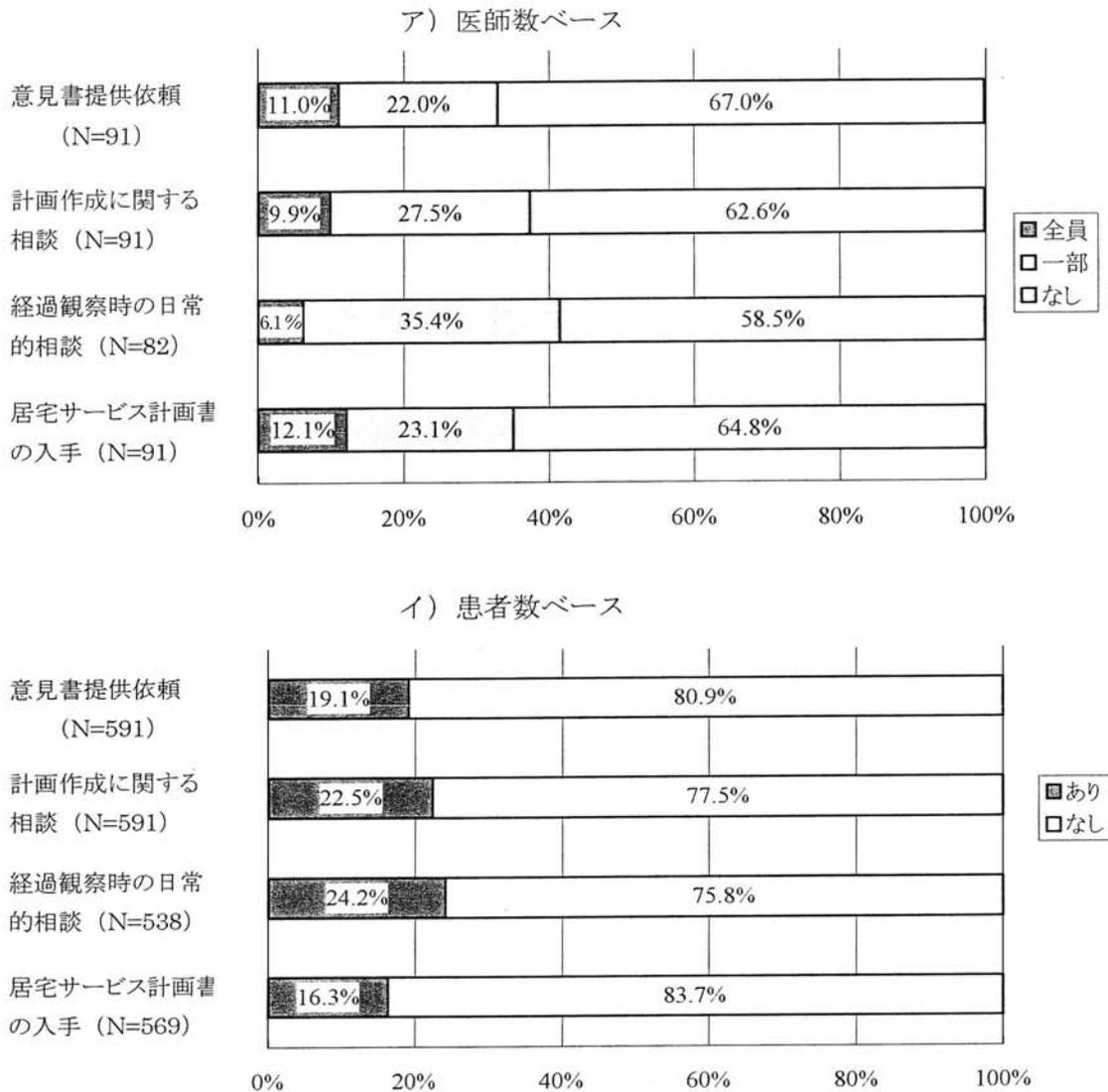
有効回答医師91人について、主治医への相談の状況を見ると、計画作成に関する相談では、「相談なし」が57人（62.6%）と最も多く、次いで「一部の利用者について相談あり」25人（27.5%）、「全員分相談あり」9人（9.9%）であった。これを患者ベースで見ると、有効回答591人のうち、「相談あり」は133人（22.5%）であった。

また、有効回答医師82人について、経過観察時の日常的相談状況を見ると、「相談なし」が48人（58.5%）と最も多く、次いで「一部利用者について相談あり」29人（35.4%）、「全員分相談あり」5人（6.1%）であった。これを患者ベースで見ると、有効回答538人のうち、「相談あり」は130人（24.2%）であった。

ウ) 居宅サービス計画の入手

有効回答医師91人について、居宅サービス計画の入手状況を見ると、「入手なし」が59人（64.8%）と最も多く、次いで「一部利用者について入手」21人（23.1%）、「全員分入手」11人（12.1%）であった。これを患者ベースで見ると、有効回答569人のうち、「介護支援専門員から居宅サービス計画を入手」は93人（16.3%）であった。

図7-24. 主治医からみた介護支援専門員との連携状況



また、居宅サービス計画入手希望の意見書への記載状況をみると、有効回答医師90人のうち、「全員分について入手希望の記載をした」3人（3.3%）、「一部利用者について記載した」6人（6.7%）、「記載しなかった」81人（90.0%）であった。居宅サービス計画の入手に関する意思表示は10.0%に止まっており、主治医側からのアプローチが消極的であることも明らかになった。ただし、この背景としては、北九州市では、個人情報保護の観点から、主治医意見書に居宅サービス計画入手希望を記載したとしても、自動的に主治医に計画書が送付される仕組みになっていないことが考えられた。

ここで、入手希望と実際入手できたか否かをみると、「全員ないし一部の利用者について入手希望の記載をした」医師9人のうち、「実際に全員ないし一部入手した」は4人（44.4%）で、残り5人（55.6%）の医師は、入手希望を記載したにもかかわらず、居宅サービス計画が入手出来ていなかった。また、「記載しなかった」医師81人のうち、「全員ないし一部入手した」は27人（33.3%）であった。

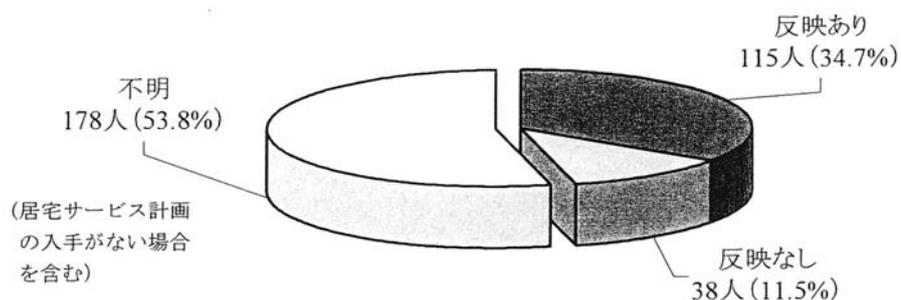
表7-9. 居宅サービス計画入手に対する希望と実績

	全員分入手	一部入手	非入手	計
全員分希望	1 (33.3%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
一部希望	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	6 (100.0%)
希望記載なし	9 (11.1%)	18 (22.2%)	54 (66.7%)	81 (100.0%)
計	11 (12.2%)	20 (22.2%)	59 (65.6%)	90 (100.0%)

エ) 意見書における指示内容の反映

意見書に、医療系居宅サービス（訪問看護、訪問リハ、通所リハ）の必要性の指示をした381人（患者ベース）について、居宅サービス計画への反映状況をみると、「反映あり」が115人（34.7%）、「なし」38人（11.5%）、「不明」178人（53.8%）であった。

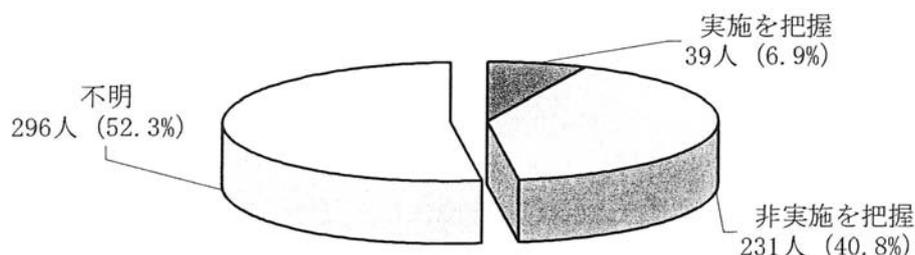
図7-25. 主治医意見書への指示内容の反映状況（N=381）



オ) サービス担当者会議開催の把握

有効回答566人（患者ベース）について、サービス担当者会議（会議形式に限る）開催の把握状況をみると、「実施を把握」が39人（6.9%）、「非実施を把握」231人（40.8%）、「不明」296人（52.3%）であった。

図7-26. サービス担当者会議開催の把握状況（N=566）



カ) 比較

ここで、「主治医意見書の入手」「主治医への日常的な相談」「居宅サービス計画の提供」の3項目について、介護支援専門員からみた状況と意見書作成医師からみた状況を比較した。

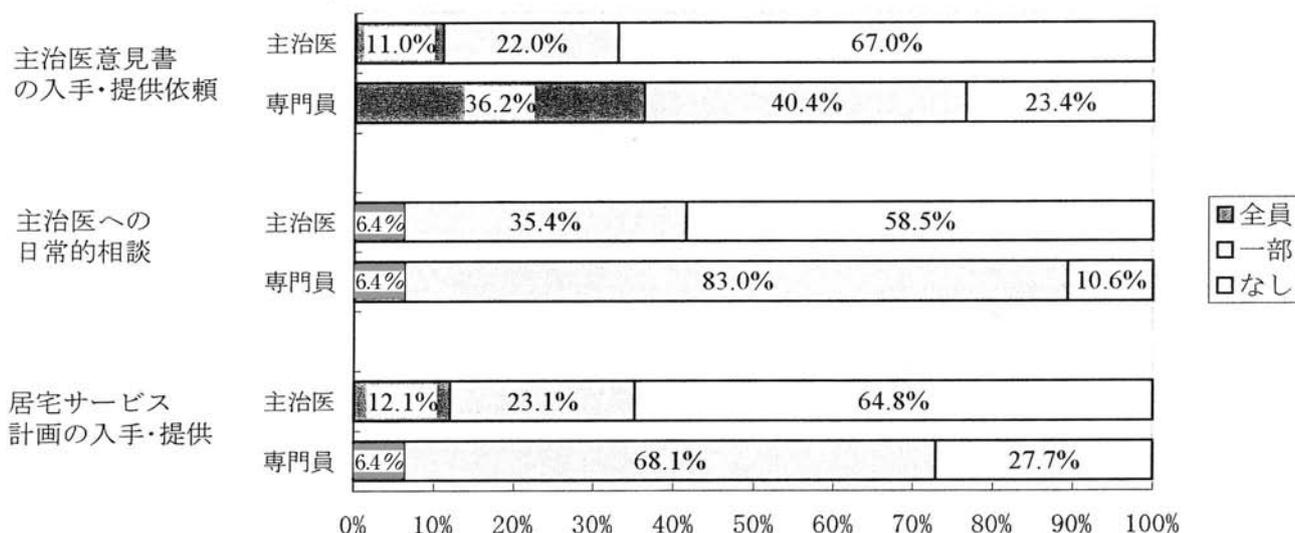
主治医意見書の入手では、主治医としては「全員ないし一部依頼」が33.3%に止まっているが、専門員としては、「全員ないし一部入手」で76.6%であった。

主治医への日常的な相談では、主治医としては「全員ないし一部相談」が41.5%であるが、専門員としては、「全員ないし一部相談」で89.4%であった。

居宅サービス計画の入手・提供についても、ほぼ同様の状況であり、主治医が「全員ないし一部入手」としたのは34.1%に止まっているが、専門員が「全員ないし一部提供」としたのは74.5%であった。

これらは、主治医と介護支援専門員は1対1対応ではないため、複数の介護支援専門員と連携が取れている医師がいれば、このような結果となり得る。いずれにしろ、主治医からみれば、介護支援専門員が思っている以上に、連携が不十分とする意識が強い傾向にあった。

図7-27. 連携に関する比較



(6) まとめ

① 保険者／介護認定審査会の状況

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。

また、介護認定審査会については、総数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件であった。

② 医師の関与状況について

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%）という状況であった（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といえる。

③ 介護支援専門員の現状と課題について

小倉地区での調査結果でも、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。福祉系の場合、医療系よりも相対的に要介護度の軽い症例を扱うケースが多く、このことが主治医との連携の必要性に対する切実感を弱めている可能性がある。福祉系の場合、状態変化に対する予測やモニタリングの視点が弱い可能性があることから、どのような場合に医療との連携が必要なのか、利用者の状態はどのように変化する可能性があるのか、また、どのような点をモニタリングすべきかなどを、医療側から具体的に提示していく必要がある。

④ 主治医と介護支援専門員の連携について

受け持っている利用者全員分の意見書の入手状況を比較すると、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が低かった（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。今後、連携を図るためには、利用者に関する情報の共有化、サービス提供者間の情報の共有化が図れるような帳票等の作成も必要ではなかろうか。

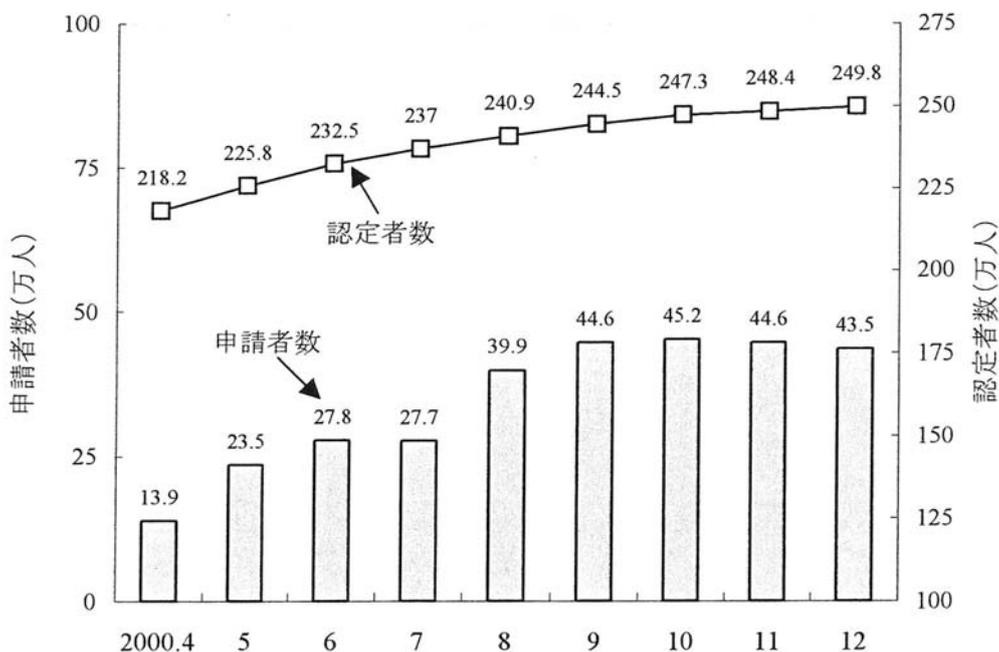
第8章 要介護認定の現状

(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

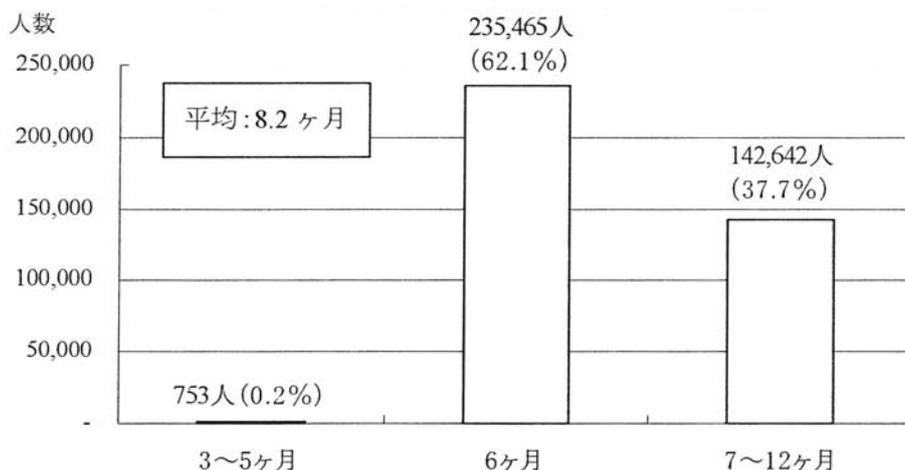


(出典) 厚生労働省資料

(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

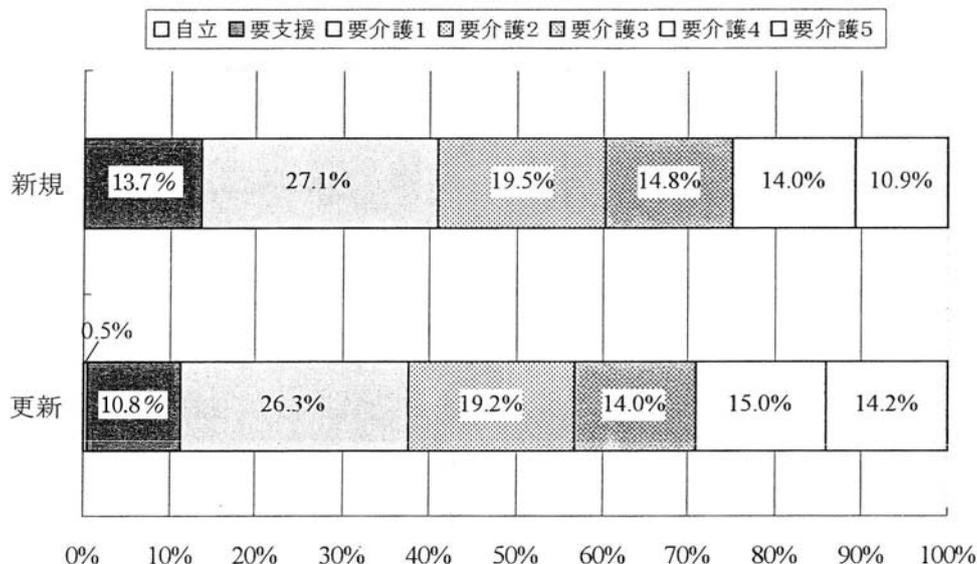
厚生省が2000年8月に作成した「要介護認定二次判定変更事例集」については、「利用している」65.2%、「利用していない」34.8%であった。利用しない理由としては「特に必要を感じない」や「変更事例集に合致するケースが少なく、また、事例によっては判断の妥当性に疑問あり」「短い時間で認定業務を行うため、参照する時間的余裕がない」などが挙げられていた。

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

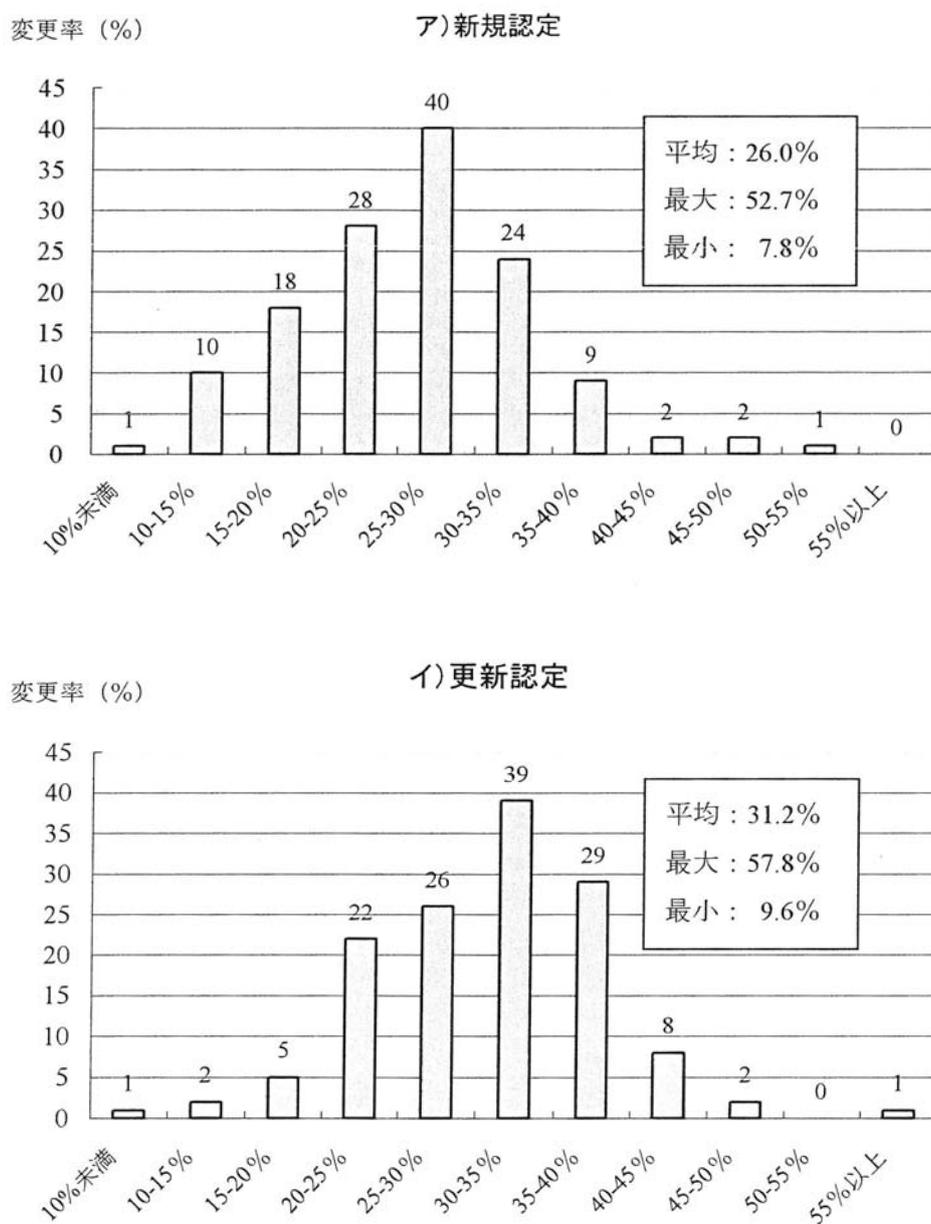
	変更率	
	上昇変更率	下降変更率
新規認定	19.0%	6.4%
更新認定	23.3%	6.7%

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、介護保険施行間年の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2 1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、報酬額だけを見て参入しているケースも散見される。介護保険では、第三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る。

(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)