

## 慢性期入院医療に係る調査・検証の進め方

中医協答申附带意見や、中医協に示された1号側意見、2号側意見においても、慢性期入院医療に係る調査・検証を行うこととなっていることから、「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」を開催し、以下の事項に沿って調査・検証を進めてはどうか。

### 1. 慢性期入院医療に関して、中医協答申附带意見や、中医協に示された1号側意見、2号側意見において示された事項

#### (1) 中医協答申附带意見

- ・ 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させる。

#### (2) 1号側意見

- ・ 一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価の導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方を検討

#### (3) 2号側意見

- ・ 各病期別機能分化の推進において、慢性期入院医療の在り方・機能を明確化
- ・ 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方

### 2. 具体的に検証すべき事項と検証の進め方

慢性期入院医療に関して、中医協答申附带意見や、中医協に示された1号側意見、2号側意見において示された事項を踏まえ、慢性期入院医療の包括評価調査分科会において、今後、以下の内容について、具体的に調査・検証を進めていくこととしてはどうか。

#### (1) 平成22年度改定で行った療養入院基本料変更の影響についての検証

平成22年度改定で行った算定要件と包括評価の区分の見直し等の影響を確認する。

(2) 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証

(一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方の検討に資する検証も含む)

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」において、本年6月の医療療養病棟、一般病棟（13対1, 15対1）、障害者病棟等における患者実態、施設特性を調査していることから、これらの詳細な検証を行う。

(3) 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証

今後の認知症患者の状態把握方法、適切な評価の在り方について検討を行う。  
なお、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」において、本年6月の医療療養病棟、一般病棟（13対1, 15対1）、障害者病棟等における認知症高齢者の日常生活自立度を調査していることから、これらも併せて検証を行う。

## 療養病床の転換意向等調査、医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の概要

- 療養病床再編成の今後の方針を検討するため、平成21年度から平成22年度にかけて以下の調査を実施。

**【療養病床の転換意向等調査】** 平成22年2月及び4月実施  
(診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後で2回実施)

→療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

○調査対象:調査時点で療養病床を有する医療機関

○内 容 :これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

**【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】** 平成22年6月実施

→療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握。

○調査対象:医療保険施設……………一般病棟:13対1・15対1(約2,000施設)

医療療養病棟(約4,000施設)

障害者施設・特殊疾患病棟(約1,000施設)

在宅療養支援病院・診療所(約3,000施設)

介護保険施設……………介護療養型医療施設(約2,000施設)

介護老人保健施設(約2,000施設)

介護老人福祉施設(約2,000施設)

○内 容 :患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

## 療養病床の転換意向等調査の結果について

- 医療療養病床のこれまでの転換先は、「一般病床」が多い。
- 介護療養病床のこれまでの転換先は、「医療療養病床」が多い。

### 【療養病床の転換意向等調査】(別添1)

#### 1. これまでの転換状況

- ①医療療養病床から転換等が行われた約11,000床の内訳は、一般病床への転換が約8,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床、廃止が約700床。
- ②介護療養病床から転換等が行われた約21,000床の内訳は、医療療養病床への転換が約18,000床、介護老人保健施設等の介護施設への転換が約1,000床<sup>(注)</sup>、廃止が約500床。

(注)平成18年7月から平成22年8月までに厚生労働省に報告のあった医療療養病床及び介護療養病床から介護老人保健施設等の介護施設への転換実績は約7,000床。今回の調査では、既に全病床を介護施設等に転換または廃止した医療機関は把握していない。

#### 2. 今後の転換意向

- ①医療療養病床からの転換意向は、「現状維持」が約70%、「未定」が約25%
- ②介護療養病床からの転換意向は、「未定」が約60%、「医療療養病床に転換」が約20%、「介護老人保健施設へ転換」が約10%

## 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の結果について

- 医療療養病床と介護療養病床の機能分担が進んでいる。
- 一般病床と医療療養病床の比較は、詳細な分析が必要。

### 【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】(別添2)

#### 1. 医療療養病床と介護療養病床

①介護療養病床の患者は、医療療養病床の患者よりも「医療区分1」の占める割合が高く、「医療区分2」及び「医療区分3」の割合が低い。

※平成17年度の中医協「慢性期入院医療実態調査」では、介護療養病床と医療療養病床の患者の医療区分には大きな差がなかった。

②介護療養病床で提供されている処置については、医療療養病床と比較して「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」などの高度な医療処置の割合が低く、明らかな差が見られた。

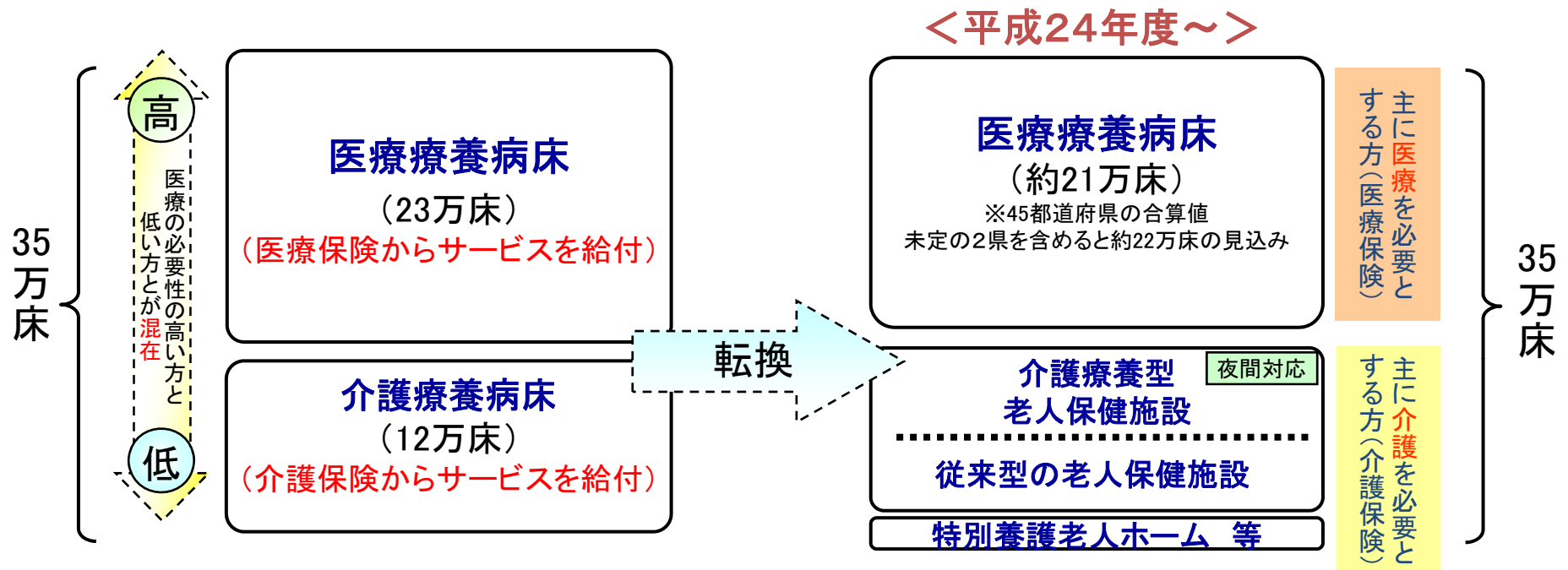
#### 2. 一般病床と医療療養病床

①医療療養病床の患者は、今後の病状の見通しは「不変」の割合が多いが、一般病床の患者については、「軽快」の割合が多い。

②ただし、両者の間には患者の平均年齢や平均在院日数等に違いがあり、比較のためにはより詳細な分析が必要。

## 療養病床再編成のこれまでの考え方

- 平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。  
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 現在の療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。  
⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

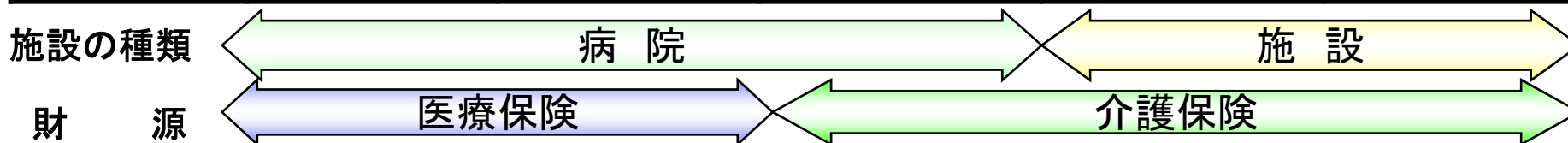


(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

# 医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約103万床	約26万床	約9万床	約3,770床 <sup>※4</sup> (H20.5創設)	約32万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額 <sup>※1</sup> (H21改定後)	( <sup>※2</sup> )	約49万円	約41.6万円	約37.2万円 <sup>※3</sup>	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員18人 介護職員18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人



※1 多床室 甲地 の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※2 算定する入院料により異なる。

※3 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※4 平成22年8月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

## 療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※1	263,742	120,700	384,442
平成19年4月※1	250,955	113,777	364,732
平成20年4月※1	255,483	103,705	359,188
平成21年4月※2	260,452	94,839	355,291
平成22年4月※2	262,665	87,142	349,807

※1 確定数

※2 概数

厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」より



## 「療養病床の転換意向等調査」結果概要

### 1. 調査目的

現在療養病床を有する医療機関のこれまでの転換の状況と今後の転換意向把握

### 2. 調査対象

調査時点で療養病床を有する医療機関

### 3. 調査時期

- 第1回：平成22年1月31日（平成22年度診療報酬改定前）

注：東京都を除く46道府県で実施

- 第2回：平成22年4月30日（平成22年度診療報酬改定後）

注：47都道府県で実施

### 4. 回答率

	第1回	第2回
調査票送付施設 [件]	5,345	5,551
回答施設数 [件]	5,013	5,041
医療療養病床を有する医療機関	4,519	4,526
介護療養病床を有する医療機関	1,954	1,954
回答率 (%)	94%	91%

注：第1回の調査票送付施設については、厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設動態調査」（平成22年1月末、東京都を除く46道府県）より推計

### 5. 回答施設の病床数

病床種別	第1回	第2回
一般病床	188,202	193,512
医療療養病床	229,919	239,055
（再掲）回復期リハビリテーション病床	30,805	31,691
介護療養病床	79,096	84,787
その他の病床	43,790	48,741

## 平成22年3月末までの転換状況（第1回調査で実施）

### (1) 医療療養病床からの転換状況【図1】

転換先	施設数[件]	病床数[床]	割合
一般病床	275	8,310	76%
その他の病床	4	162	1%
介護療養病床	34	578	5%
介護老人保健施設	35	1,087	10%
（再掲）介護老人保健施設（療養型）注	19	743	7%
（再掲）介護老人保健施設（従来型）	16	344	3%
その他の施設	5	134	1%
廃止	73	712	6%
計	—	10,983	100%

注：介護療養型老人保健施設

### ※ 医療療養病床の増床

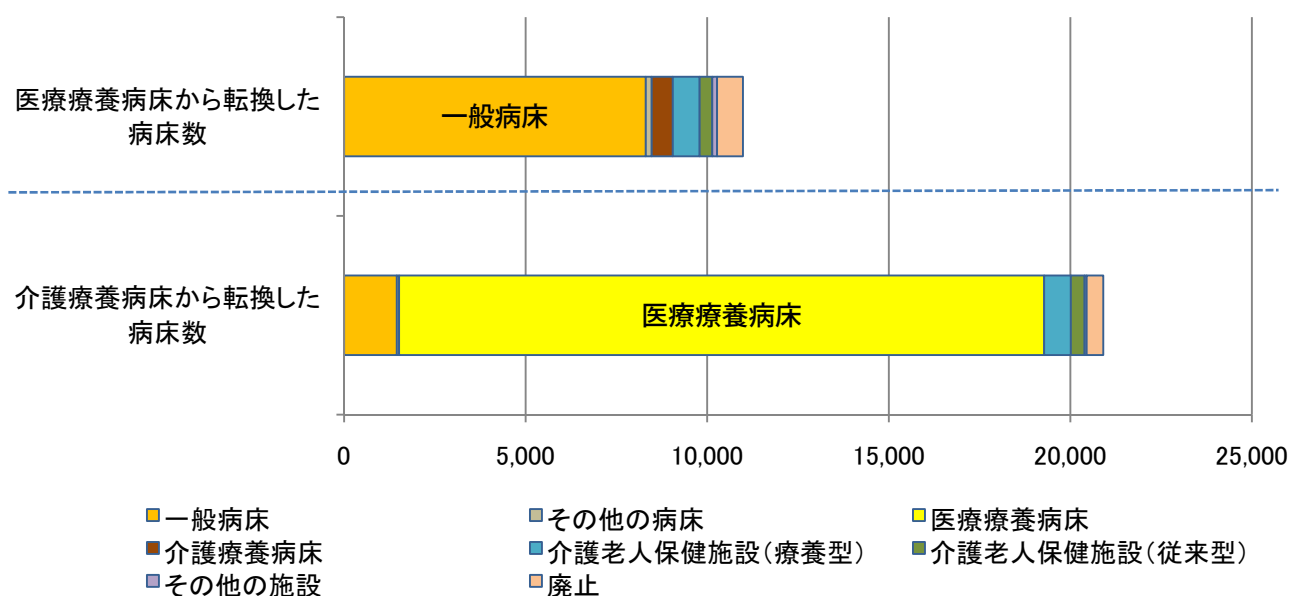
	施設数[件]	病床数[床]	割合
一般病床から	253	7,168	25%
その他の病床から	23	565	2%
介護療養病床から	575	17,765	61%
その他	116	3,559	12%
計	—	29,057	100%

### (2) 介護療養病床からの転換状況【図1】

転換先	施設数[件]	病床数[床]	割合
一般病床	65	1,451	7%
その他の病床	2	65	0%
医療療養病床	575	17,765	85%
介護老人保健施設	26	1,112	5%
（再掲）介護老人保健施設（療養型）	15	735	4%
（再掲）介護老人保健施設（従来型）	11	377	2%
その他の施設	5	56	0%
廃止	37	457	2%
計	—	20,906	100%

注：(1)、(2)については、平成22年2月時点で療養病床を有する医療機関に対し調査を行っているため、それまでに全病床を介護施設や一般病床に転換した医療機関又は廃止した医療機関は把握していない。

[図1] 平成18年4月から平成22年3月末までの療養病床の転換状況



### (3) 医療療養病床から介護施設へ転換した理由

注：「介護施設」…介護老人保健施設、介護老人福祉施設、特定施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護事業所等をいう（以下同じ）。

医療療養病床から介護施設へ転換した理由（複数回答）	件数	割合
転換前の医療療養病床入院患者の状態像に、介護施設が適していると判断しているため	18	45%
医師・看護職員の確保が困難であったため	18	45%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	16	40%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	13	33%
行政からの指導や後押しがあったため	8	20%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	7	18%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	5	13%
近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高かったため	5	13%
その他	7	18%
医療療養病床から介護施設へ転換した医療機関数	40	100%

#### (4) 介護療養病床から介護施設へ転換した理由

介護療養病床から介護施設へ転換した理由(複数回答)	件数	割合
転換前の介護療養病床入院患者の状態像に、介護施設が適していると判断しているため	15	48%
医師・看護職員の確保が困難であったため	12	39%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	10	32%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	9	29%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	6	19%
行政からの指導や後押しがあったため	4	13%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	3	10%
近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高かったため	3	10%
その他	4	13%
介護療養病床から介護施設へ転換した医療機関数	31	100%

#### (5) 介護療養病床から医療療養病床へ転換した理由

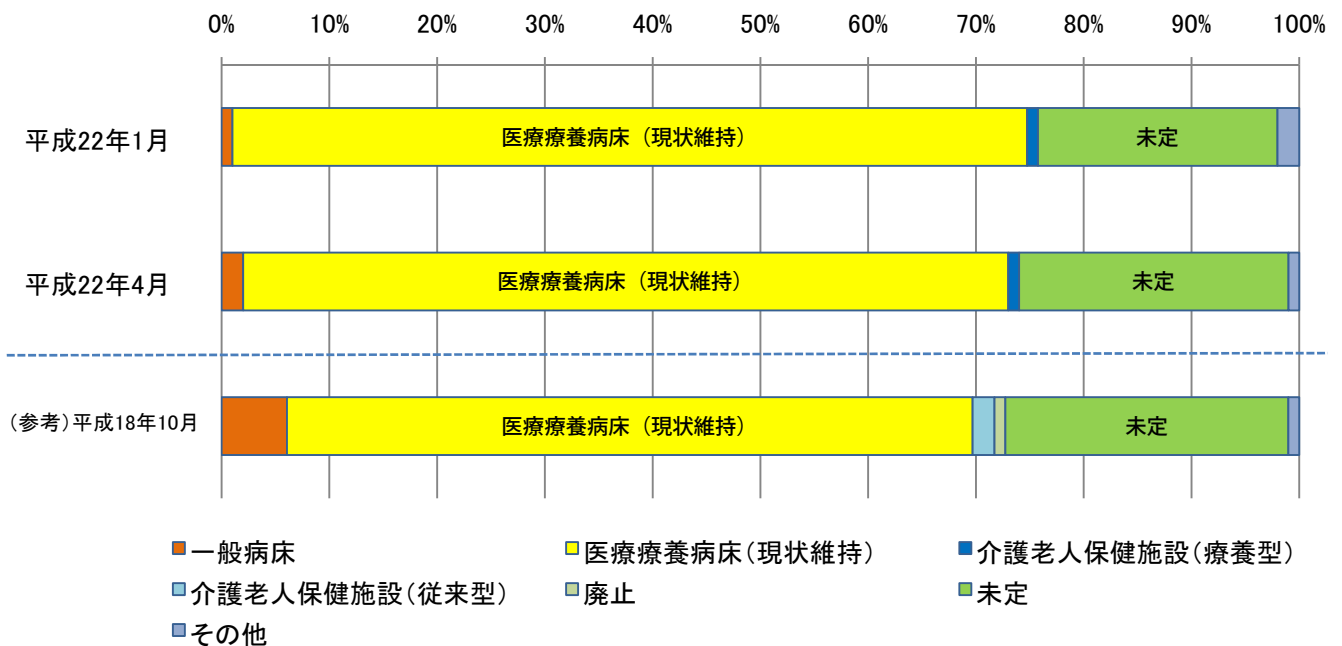
介護療養病床から医療療養病床へ転換した理由(複数回答)	件数	割合
転換前の介護療養病床の入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断したため	392	68%
医師、看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できたため	150	26%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	149	26%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	139	24%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	73	13%
行政からの指導や後押しがあったため	13	2%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	3	1%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	0	0%
その他	158	27%
介護療養病床から医療療養病床へ転換した医療機関数	575	100%

6. 今後（平成24年3月末まで）の転換意向  
 (1) 医療療養病床からの転換意向 [図2]

転換先	第1回(平成22年1月)			第2回(平成22年4月)			(参考)平成18年度 <sup>注</sup>	
	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	病床数 [床]	割合
一般病床	127	3,185	1%	160	3,660	2%	13,149	6%
その他の病床	5	148	0%	6	155	0%	66	0%
医療療養病床(現状維持)	2,965	166,875	73%	2,802	168,924	71%	140,623	63%
介護療養病床	8	163	0%	—	—	—	637	0%
介護老人保健施設	116	3,220	1%	101	3,180	1%	5,181	2%
(再掲)療養型	99	2,900	1%	81	2,727	1%	—	—
(再掲)従来型	17	320	0%	20	453	0%	5,181	2%
介護老人福祉施設	7	206	0%	13	362	0%	159	0%
その他の施設	24	314	0%	23	348	0%	395	0%
廃止	60	821	0%	63	933	0%	1,059	1%
未定	1,245	50,564	22%	1,457	58,729	25%	58,788	26%
その他	120	4,423	2%	57	2,764	1%	2,341	1%
回答数	4,519	229,919	100%	4,526	239,055	100%	222,398	100%

注:平成18年度:「療養病床アンケート」(平成18年10月1日時点、厚生労働省)より引用

[図2] 医療療養病床からの転換意向



(1) - 1 療養病床から介護施設への転換を予定している理由

療養病床から介護施設への転換を予定している理由（複数回答）	第1回		第2回	
	件数	割合	件数	割合
転換前の療養病床入院患者の状態像に、介護施設が適していると判断しているため	188	60%	201	63%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	94	30%	129	41%
医師・看護職員の確保が困難であるため	95	30%	105	33%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	75	24%	80	25%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断しているため	58	18%	63	20%
近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高いため	41	13%	38	12%
行政からの指導や後押しがあるため	32	10%	33	10%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	26	8%	28	9%
その他	66	21%	66	21%
療養病床から介護施設への転換を予定している医療機関数	315	100%	318	100%

(1) - 2 医療療養病床からの転換予定が「医療療養病床(現状維持)」もしくは「未定」と選択した理由

医療療養病床からの転換予定が「医療療養病床(現状維持)」もしくは「未定」と選択した理由(複数回答)	第1回		第2回	
	件数	割合	件数	割合
近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため	1,725	41%	2,002	47%
医療機関の方針に、現状の体制が適しているため	—	—	1,675	40%
現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため	1,768	42%	1,573	37%
懸念事項があるため転換できない	—	—	1,384	33%
24年度の医療・介護報酬同時改定の方向性をみてから判断したいため	1,330	32%	1,107	26%
療養病床の経営が、現状で安定しているため	883	21%	832	20%
地域で軽症救急患者受入れの役割を担っているため	822	20%	707	17%
22年度の診療報酬改定の内容をみて判断したいため	694	17%	—	—
改築・改修に係る費用を工面できないため	431	10%	—	—
改築・改修を行ったばかりであるため	214	5%	—	—
回復期リハビリテーション病棟として運営していくため	—	—	517	12%
一部の病床を転換したところであるため	—	—	118	3%
その他	742	18%	303	7%
医療療養病床からの転換予定が「医療療養病床(現状維持)」もしくは「未定」と選択した医療機関数	4,183	100%	4,231	100%

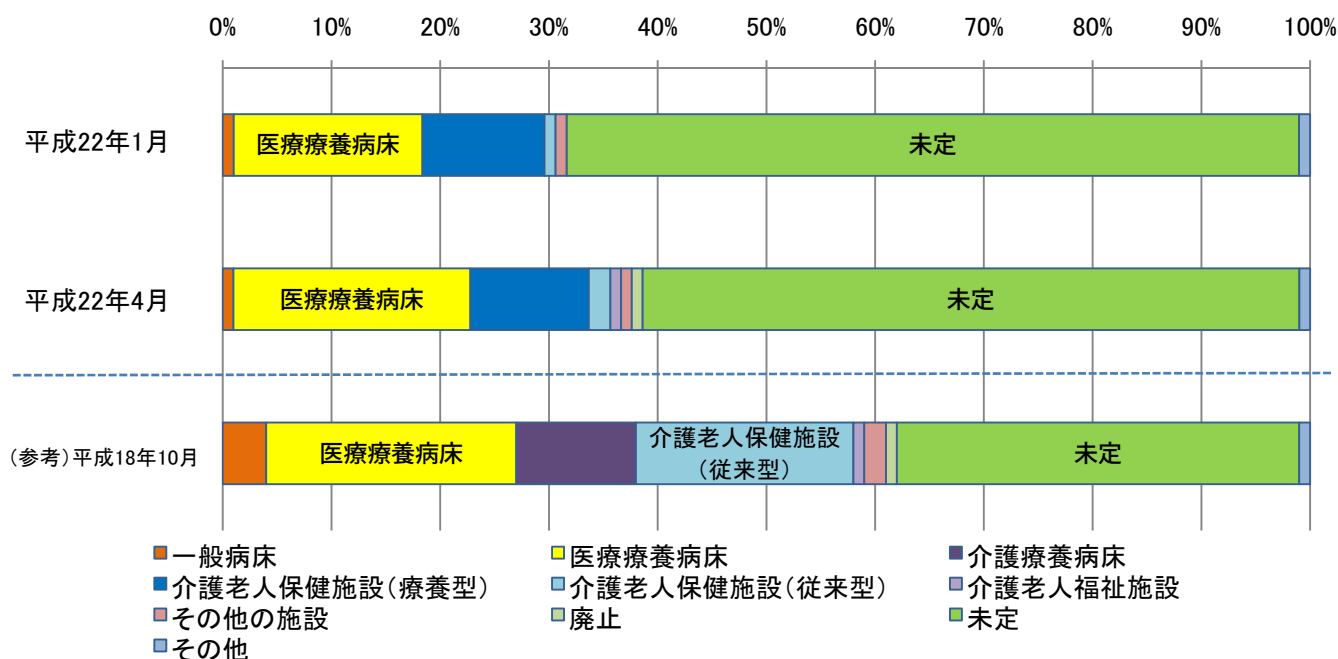
医療療養病床からの転換に係る懸念事項(複数回答)	件数	割合
地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難	969	70%
転換すると利用者の十分な医療的ケアができない	633	46%
転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難	519	38%
建物改修が必要(改修費用、改修時の患者の移動、面積等)	471	34%
転換後の資金繰りの目途が立たない	317	23%
職員の配置や確保が困難	351	25%
病院をやめる・転換することへの抵抗感(法人の理念、職員の意識等)	266	19%
介護施設の運営ノウハウがない(事務手続き、職員の意識改革等)	164	12%
患者や家族への説明が困難	125	9%
周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安	107	8%
近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難	63	5%
その他	134	10%
「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関数	1,384	100%

## (2) 介護療養病床からの転換意向 [図3]

転換先	第1回(平成22年1月)			第2回(平成22年4月)			(参考)平成18年度 <sup>注</sup>	
	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	病床数 [床]	割合
一般病床	63	1,066	1%	76	805	1%	4,492	4%
その他の病床	5	123	0%	4	168	0%	245	0%
医療療養病床	389	13,711	17%	506	18,515	22%	27,208	23%
介護療養病床	—	—	—	—	—	—	12,607	11%
介護老人保健施設	210	9,981	13%	214	11,034	13%	23,681	20%
(再掲)療養型	184	8,911	11%	181	9,571	11%	—	—
(再掲)従来型	28	1,070	1%	34	1,463	2%	23,681	20%
介護老人福祉施設	8	324	0%	17	587	1%	867	1%
その他の施設	36	746	1%	31	437	1%	2,241	2%
廃止	29	332	0%	37	467	1%	787	1%
未定	1,287	52,363	66%	1,190	51,736	61%	42,756	37%
その他	44	450	1%	25	1,038	1%	1,147	1%
回答数	1,954	79,096	100%	1,954	84,787	100%	116,031	100%

注：平成18年度：「療養病床アンケート」（平成18年10月1日時点、厚生労働省）より引用。

[図3] 介護療養病床からの転換意向





(2) - 1 療養病床から介護施設への転換を予定している理由 [再掲]

療養病床から介護施設への転換を予定している理由（複数回答）	第1回		第2回	
	件数	割合	件数	割合
転換前の療養病床入院患者の状態像に、介護施設が適していると判断しているため	188	60%	201	63%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	94	30%	129	41%
医師・看護職員の確保が困難であるため	95	30%	105	33%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	75	24%	80	25%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断しているため	58	18%	63	20%
近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高いため	41	13%	38	12%
行政からの指導や後押しがあるため	32	10%	33	10%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	26	8%	28	9%
その他	66	21%	66	21%
療養病床から介護施設への転換を予定している医療機関数	315	100%	318	100%

(2) - 2 介護療養病床から医療療養病床への転換を予定している理由

介護療養病床から医療療養病床への転換を予定している理由（複数回答）	第1回		第2回	
	件数	割合	件数	割合
転換前の介護療養病床入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断しているため	304	78%	303	60%
医療機関として存続させたいが、介護療養病床が廃止されるためやむなく	—	—	270	53%
医師・看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できるため	210	54%	197	39%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	92	24%	161	32%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断されるため	88	23%	102	20%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	79	20%	90	18%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	16	4%	—	—
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	14	4%	—	—
行政からの指導や後押しがあるため	6	2%	—	—
その他	75	19%	60	12%
介護療養病床から医療療養病床への転換を予定している医療機関数	389	100%	506	100%

(2) - 3 介護療養病床からの転換予定が「未定」の場合、念頭に置いている転換先

注：第1回のみ実施

介護療養病床からの転換予定が「未定」の場合、念頭に置いている転換先 (複数回答)	件数	割合
医療療養病床	857	67%
介護療養型老人保健施設	483	38%
一般病床	334	26%
一般病床・医療療養病床以外の病床	107	8%
従来型老人保健施設	89	7%
廃止	79	6%
介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の介護施設	72	6%
介護老人福祉施設	51	4%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,287	100%

(2) - 4 介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由

注：第2回調査のみ実施

介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由(複数回答)	件数	割合
24年度の医療・介護報酬同時改定の方向性をみてから判断したいため	687	58%
懸念事項があるため転換できない	620	52%
近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため	564	47%
現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため	384	32%
医療機関の方針に、現状の体制が適しているため	329	28%
療養病床の経営が、現状で安定しているため	255	21%
一部の病床を転換したところであるため	28	2%
その他	149	13%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,190	100%

介護療養病床からの転換に係る懸念事項(複数回答)	件数	割合
地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難	449	72%
転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難	339	55%
転換すると利用者の十分な医療的ケアができない	308	50%
建物改修が必要(改修費用、改修時の患者の移動、面積等)	247	40%
転換後の資金繰りの目途が立たない	192	31%
職員の配置や確保が困難	137	22%
病院をやめる・転換することへの抵抗感(法人の理念、職員の意識等)	116	19%
患者や家族への説明が困難	102	16%
周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安	56	9%
介護施設の運営ノウハウがない(事務手続き、職員の意識改革等)	57	9%
近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難	20	3%
その他	83	13%
「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関数	620	100%

## 8. 療養病床再編成に係る主なご意見（自由記載）

- 長期に渡り、医療が必要な患者が多く、今後も増加する事が考えられる。また、一般病床の在院日数が短縮している為、今後も療養病床は必要と考えられる。

＜他、同主旨のご意見＞第1回調査：299件、第2回調査：193件

（うち介護療養病床に言及したご意見は、それぞれ141件、61件）

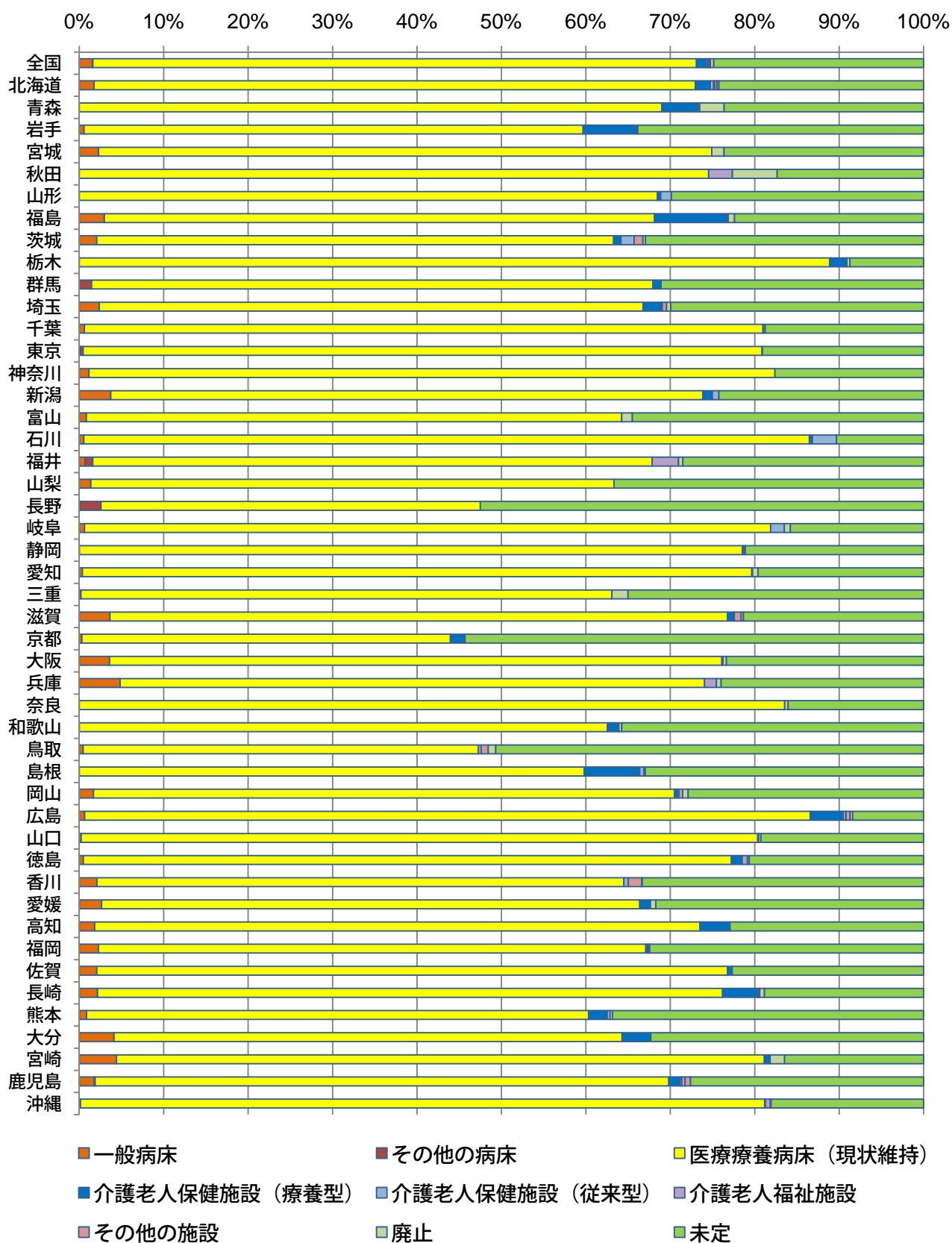
- 国の方針が明確でないため、病床転換の方向性が見出せずにいる医療機関も多い。医療や介護の現場の状況を的確に把握しながら、明確な国としての方向性を早急に示してほしい。

＜他、同主旨のご意見＞第1回調査：120件、第2回調査：87件

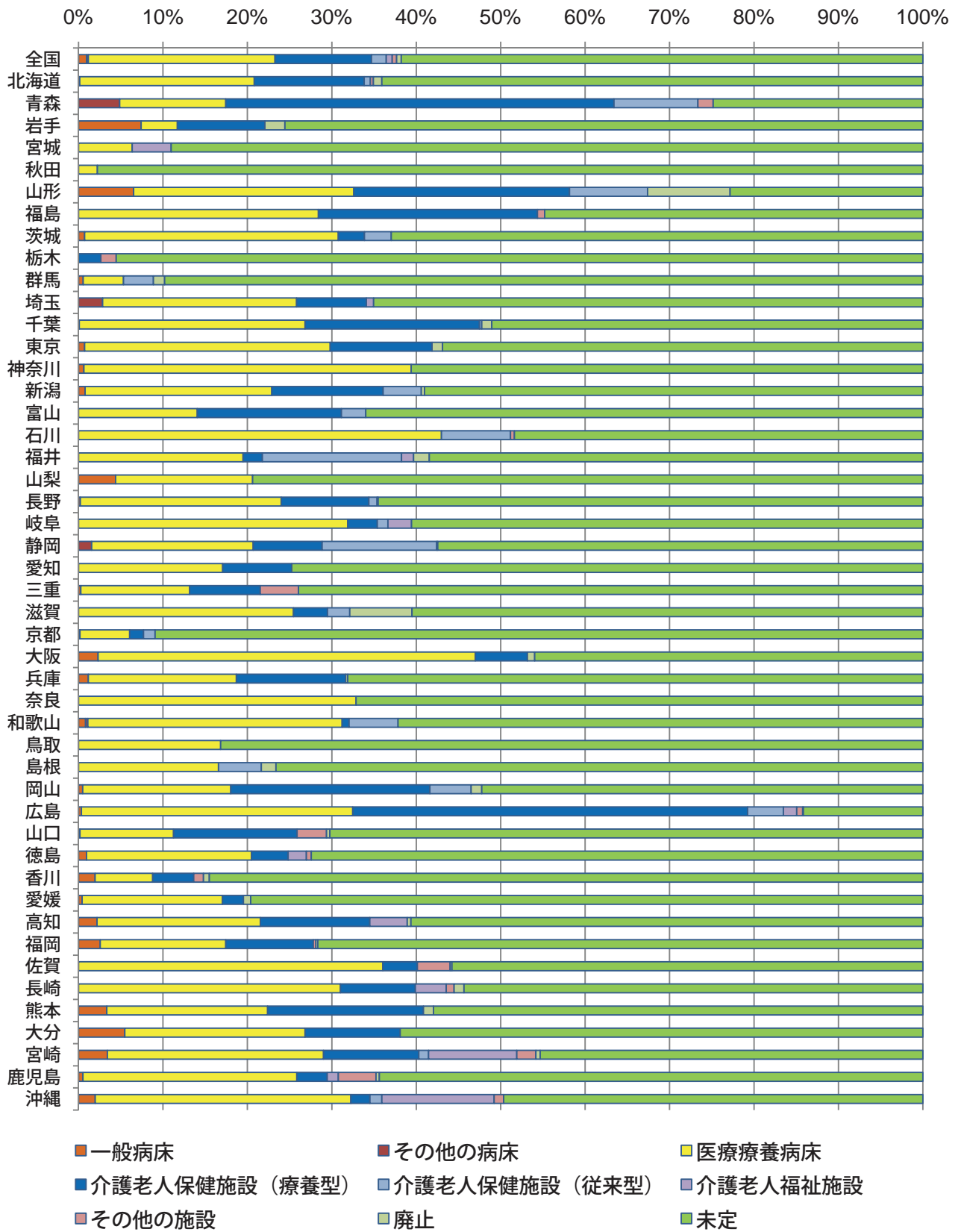
- 転換に要する費用が多額となる。改修に係る助成金はあるものの、交付は工事完了後、翌年3月となるため、事前に上記資金を準備しないといけない。転換計画の推進にあたり、定款の変更や老健施設の新設の申請書等の事務作業が大変。

＜他、同主旨のご意見＞第1回調査：94件、第2回調査：51件

### 都道府県別医療療養病床からの転換意向 (第2回調査)



### 都道府県別介護療養病床からの転換意向 (第 2 回調査)



## 「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値

### 1. 調査概要

○ 調査時点：平成 22 年 6 月 23 日

○ 調査対象と回収状況

平成 22 年 7 月 12 日（月）時点における回収状況は以下の通り。

調査対象施設	発送数	回収数 (施設票)	回収数 (患者票)	回収率※ <sup>1</sup>	平均年齢※ <sup>2</sup>
介護療養型医療施設（病院）※ <sup>3</sup>	1,597	840	16,603	52.6%	84.2 歳
介護療養型医療施設（診療所）	630	166	576	26.3%	86.2 歳
介護老人保健施設	2,000	853	24,449	42.7%	84.8 歳
介護老人福祉施設	2,000	854	19,785	42.7%	85.9 歳

※ 1. 施設票の回収数 ÷ 発送数

※ 2. 65 歳未満の患者・入所者も含む。

※ 3. 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院を含む。以下、「介護療養病棟」という

(参考) 医療保険適用の病床を有する医療機関等

調査対象施設	発送数	回収数 (施設票)	回収数 (患者票)	回収率※ <sup>1</sup>	平均年齢※ <sup>2</sup>
療養病棟入院基本料の算定病棟を有する病院（医療療養病棟） (1)看護配置 20:1(2)看護配置 25:1	2,744	1,400	27,993	51.0%	(1)79.2 歳 (2)81.2 歳
有床診療所療養病床入院基本料を算定している診療所	1,189	210	663	17.7%	83.9 歳
在宅療養支援病院の届出病院・診療所	3,026	507	3,741	16.8%	82.8 歳

※ 1. 施設票の回収数 ÷ 発送数

※ 2. 65 歳未満の患者・入所者も含む。

## 2. 患者・入所者の状態像の比較

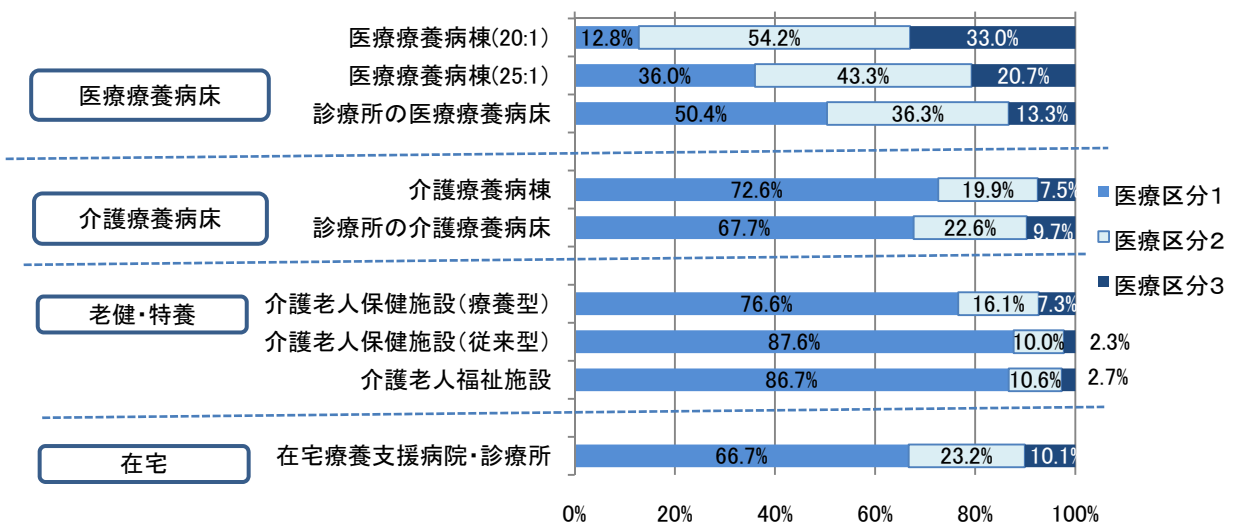
### 1) 医療区分について

- 施設毎の医療区分については、介護療養病床の患者では、医療療養病床の患者よりも「医療区分1」の占める割合が高く、「医療区分2」及び「医療区分3」の割合が低い（図1）。また、平成17年及び18年に実施された調査※を比較しても、近年は医療療養病床においては「医療区分3」の患者が増加しており、介護療養病床と医療療養病床の機能分担が進みつつあると言える（図2）。

※：「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」保険局医療課

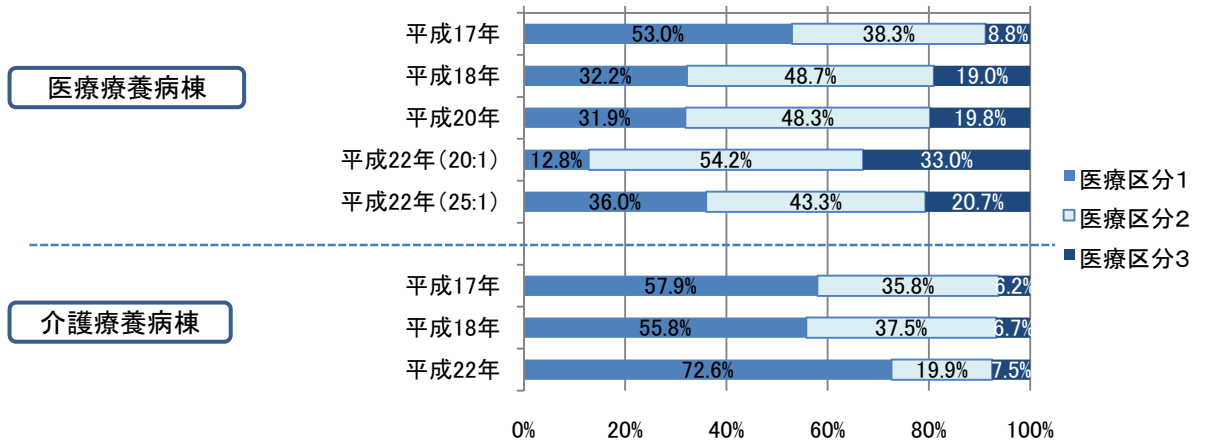
- 介護療養型老人保健施設（以下、「介護老人保健施設（療養型）」という。）の入所者と、介護療養病床の患者では医療区分の割合に大きな差がない（図1）。
- 在宅療養支援病院または診療所から医師の訪問診療等を受けている在宅療養患者（以下、「在宅療養患者」という。）と、介護療養病床、介護老人保健施設および介護老人福祉施設の患者及び入所者では、在宅療養患者で医療区分3の割合が高い（図1）。

[図1]施設類型別の医療区分





[図2] 医療区分の年次推移



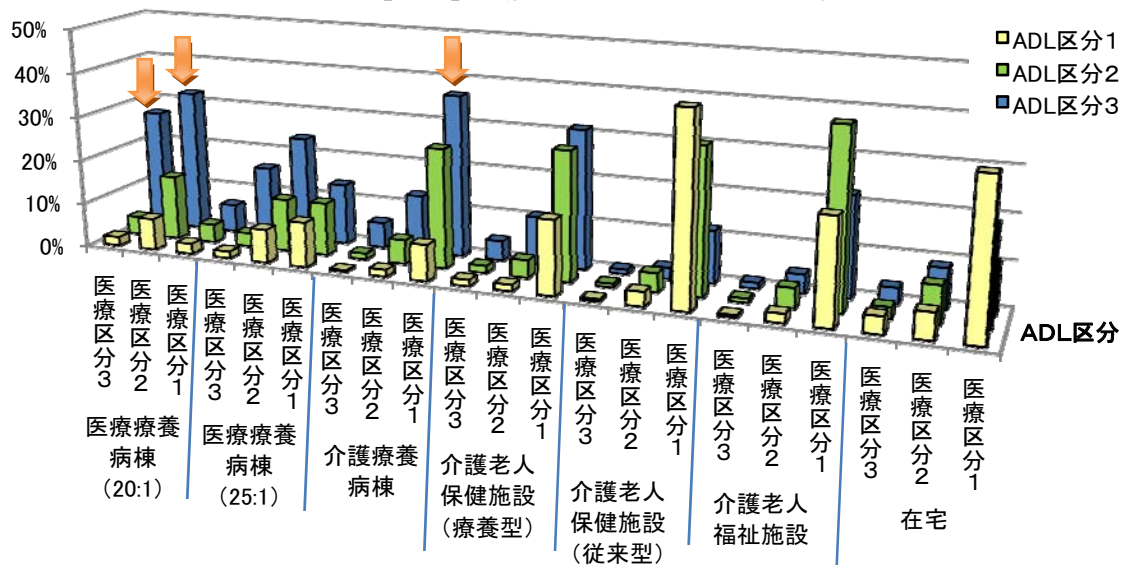
出典：平成18年度、平成20年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」

## 2) 医療区分とADL区分について

注：ADL区分…診療報酬上の「療養病棟入院基本料」を算定する際に、ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用に関する過去三日間の支援のレベルについて評価する指標。要介護認定における評価指標とは異なる。本調査では、調査時点の状態像を調査した。

- 医療区分毎のADL区分について比較した場合、医療療養病棟では、医療区分2もしくは3であってADL区分3の患者の割合が高く、介護療養病棟では、医療区分1かつADL区分3の患者が多く、介護療養病棟の患者と、医療療養病棟の患者では、分布に差が認められる傾向にある。

[図3] 医療区分とADL区分の分布



### 3) 医療の提供状況について

- 介護療養病棟においては、中心静脈栄養、人工呼吸器の使用、気管切開、酸素療法を行っている患者の割合が、医療療養病棟における割合より低い。

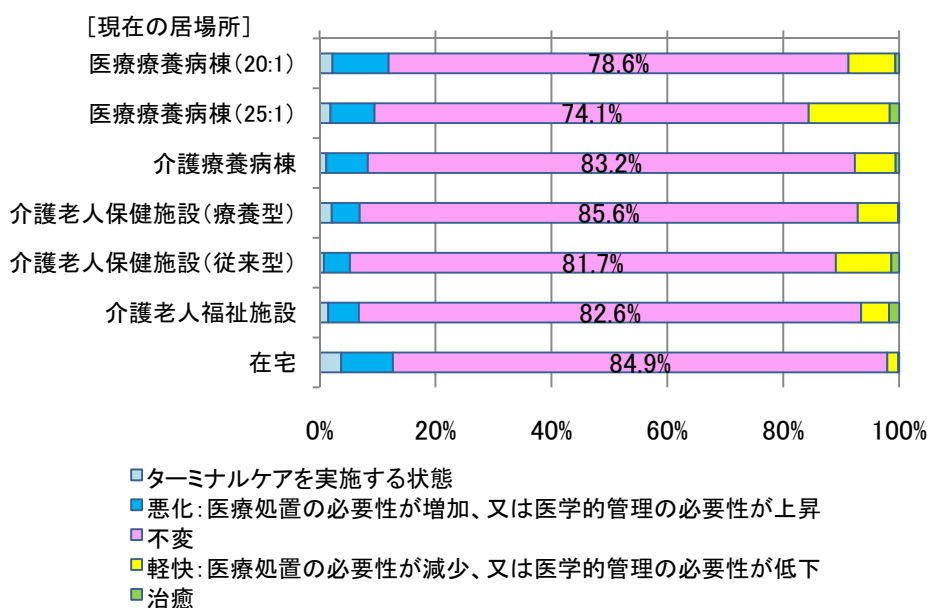
[表1]医療の提供状況

	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟	介護老人 保健施設 (療養型)	介護老人 保健施設 (従来型)	介護老人 福祉施設	在宅
総数	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開 ・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管 ・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

### 4) 今後の病状の見通しと適切な療養場所について

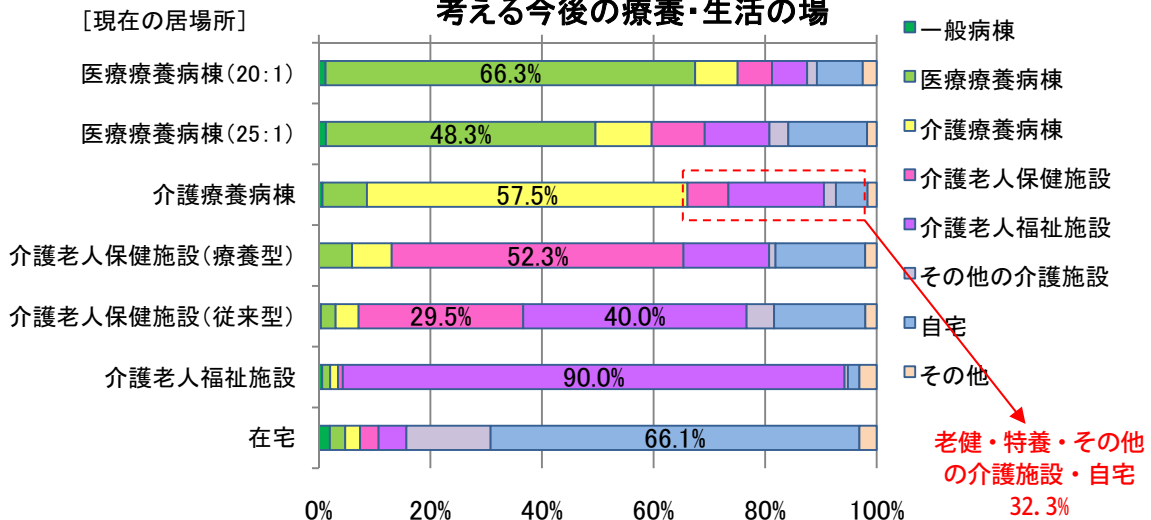
- 施設が判断した「今後の病状の見通し」については、「不変」を選択した割合が高い。

[図4]今後の病状の見通し



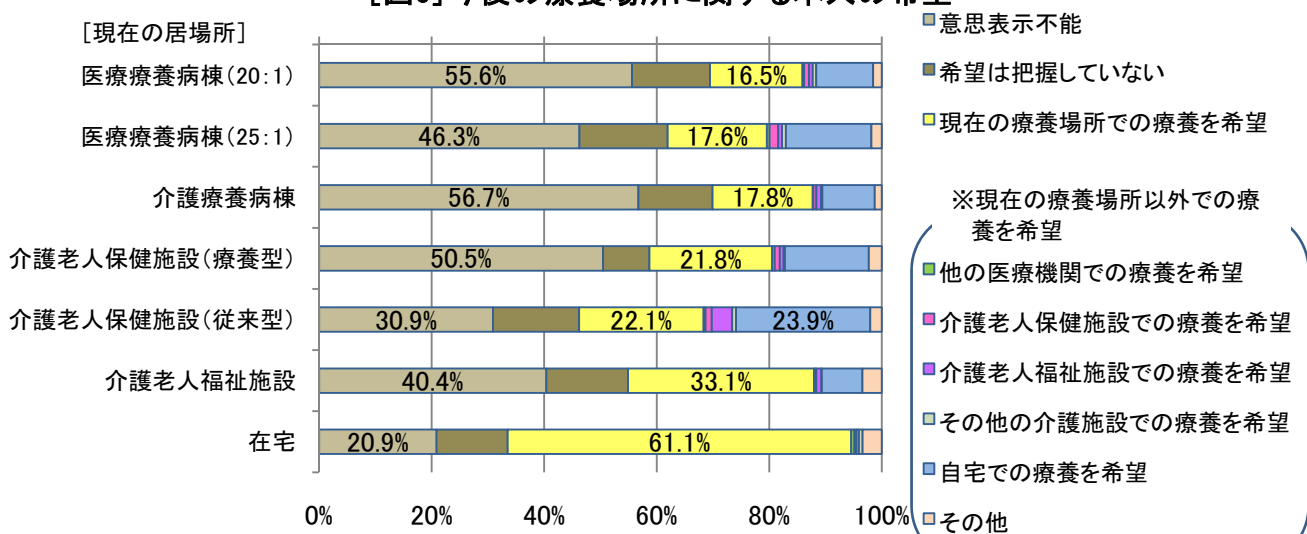
- 施設が今後の病状の見通しを踏まえて判断した「最も適切な生活・療養の場」については、現在の施設を選択した割合が高い。
- 介護療養病棟において、「医療療養病棟」または「一般病棟」が適切であると選択した割合は8.6%であったが、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、「その他の介護施設」及び「自宅」が適切であると選択した割合は、32.3%であった。

[図5] 病状の見通しを踏まえて、施設が最も適切と考える今後の療養・生活の場



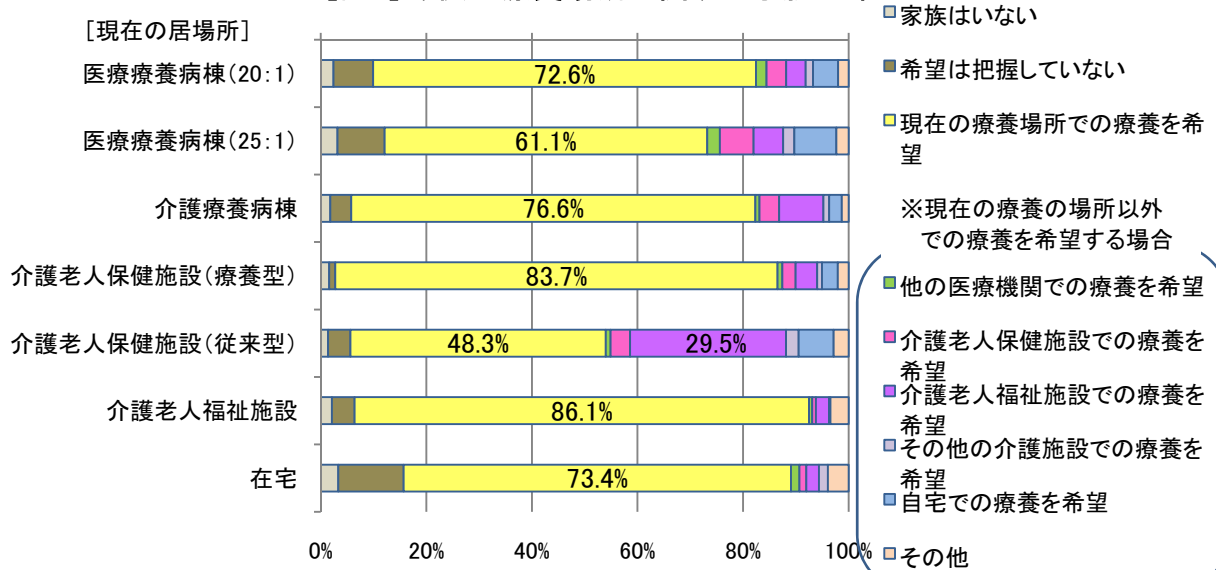
- 今後の生活・療養の場に関する本人の希望については、介護療養病棟では、医療療養病棟とともに、「意思表示不能」を選択した割合が高い。

[図6] 今後の療養場所に関する本人の希望



- 今後の生活・療養の場に関する家族の希望については、「現在の療養場所」を選択した割合が高いが、介護老人保健施設においては、「介護老人福祉施設」を選択した割合が高い。

[図7] 今後の療養場所に関する家族の希望



## 【参考】

### 一般病棟 13 対 1、15 対 1 入院基本料を算定する医療機関について

#### 1. 調査対象と回収状況

調査対象施設	発送数	回収数 (施設票)	回収数 (患者票)	回収率	平均年齢
一般病棟 13 対 1 入院基本料の算定病棟	651	226	3,999	34.7%	76.4 歳
一般病棟 15 対 1 入院基本料の算定病棟	1,334	486	7,874	36.4%	77.6 歳

#### 2. 患者の状態像の比較

##### 1) 医療区分とADL区分について

		一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
医療区分 3		30.4%	31.7%
	ADL 区分 3	15.2%	18.0%
	ADL 区分 2	6.0%	6.4%
	ADL 区分 1	7.5%	5.7%
	無回答	1.8%	1.6%
医療区分 2		36.0%	35.4%
	ADL 区分 3	7.1%	8.2%
	ADL 区分 2	8.5%	9.7%
	ADL 区分 1	19.9%	17.1%
	無回答	0.6%	0.5%
医療区分 1		33.6%	32.9%
	ADL 区分 3	4.1%	5.8%
	ADL 区分 2	6.0%	8.3%
	ADL 区分 1	20.6%	16.8%
	無回答	2.9%	2.0%

##### 2) 医療の提供状況について

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
中心静脈栄養	8.1%	10.6%
人工呼吸器	1.5%	1.6%
気管切開・気管内挿管	4.0%	4.8%
酸素療法	13.1%	14.5%
喀痰吸引	18.4%	21.7%
経鼻胃管・胃ろう	13.9%	17.1%

3) 医療機関が判断した今後の病状の見通しについて

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
ターミナルケアを実施する状態	3.9%	3.2%
悪化	5.3%	8.5%
不変	29.8%	38.8%
軽快	45.7%	40.4%
治癒	13.5%	7.0%

4) 医療機関が判断した今後の適切な療養場所について

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
一般病棟	11.2%	18.1%
医療療養病棟	11.3%	13.1%
介護療養病棟	4.8%	5.4%
介護老人保健施設	7.1%	7.7%
介護老人福祉施設	6.0%	8.4%
その他の介護施設	2.3%	3.4%
自宅	53.4%	40.2%
その他	1.6%	0.9%

5) 今後の療養場所に関する本人の希望

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
意思表示不能	25.5%	31.4%
希望は把握していない	12.6%	13.6%
現在の療養場所での療養を希望	4.4%	7.6%
他の医療機関での療養を希望	0.9%	0.9%
介護老人保健施設での療養を希望	1.7%	2.3%
介護老人福祉施設での療養を希望	1.5%	1.5%
その他の介護施設での療養を希望	0.9%	1.2%
自宅での療養を希望	49.9%	38.2%
その他	0.7%	1.2%

6) 今後の療養場所に関する家族の希望

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)
家族はいない	3.4%	4.6%
希望は把握していない	17.2%	14.7%
現在の療養場所での療養を希望	15.5%	24.8%
他の医療機関での療養を希望	3.5%	4.0%
介護老人保健施設での療養を希望	6.9%	8.1%
介護老人福祉施設での療養を希望	5.6%	6.4%
その他の介護施設での療養を希望	2.5%	3.0%
自宅での療養を希望	41.0%	29.6%
その他	2.0%	1.6%

# 介護保険制度の見直しに関する意見【課題と方向性】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

## 【地域における介護の課題】

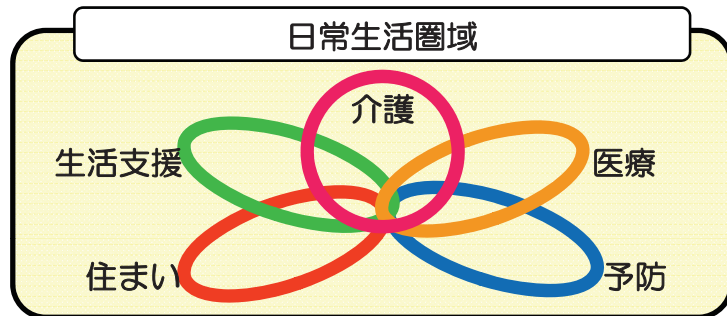
- ・介護になっても在宅で過ごしたい高齢者が多数
- ・高齢者のみ世帯や重度の要介護者に対する支援の不足
- ・介護人材の需要が今後増大、医療ニーズを担う人材確保が必要

## 【介護保険財政の課題】

- ・介護費用の上昇(2025年に19~23兆円)
- ・第5期(平成24~26年度)に5000円を超える介護保険料
- ・介護職員の処遇改善の継続のために必要な財源確保

## 【地域包括ケアシステムの構築】

- 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制整備
  - ・単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備(24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等)
  - ・軽度の要介護者へのサービス、地域支援事業
  - ・住まいの整備、施設サービスのあり方
  - ・認知症高齢者への対応、家族支援のあり方
  - ・地域包括支援センターの運営の円滑化
- たんの吸引、人材の確保
- 保険者が果たすべき役割



## 【給付と負担のバランス】

- 給付の充実等
  - ・給付の充実
  - ・低所得者への配慮
  - ・平成24年度以降の介護職員処遇改善の継続
  - ・保険料の軽減
- 給付と負担の見直し(検討事項)
  - ・給付範囲の見直し
  - ・利用者負担の見直し
  - ・総報酬割への移行
  - ・被保険者範囲の見直し



- 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現
- 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築



# 介護保険制度の見直しに関する意見【概要版】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

## ◎見直しの基本的考え方

- 地域包括ケアシステムの実現 : 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供
- 持続可能な介護保険制度の構築 : 給付の効率化・重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

## ◎見直しの方向

(※):異なる意見や反対意見も併記

- 単身・重度の要介護者等に対応しうるサービスの整備
  - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
  - ・複合型サービスの導入(小規模多機能型居宅介護と訪問看護等)
  - ・介護福祉士等の介護職員による日常の医療的ケアの実施を可能に
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
  - ・給付の効率化・重点化と自立支援の観点からの検討(※)
- 地域支援事業
  - ・保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化

- 住まいの整備
  - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ
- 施設サービスのあり方
  - ・社会医療法人が特養を開設することを可能とする
  - ・介護療養病床の廃止を一定の期間に限り猶予(※)

- 認知症を有する人への対応
  - ・認知症のケアモデル構築と地域の実情に応じたケアパスの作成
  - ・市民後見人活用による支援のための体制整備
  - ・認知症の人や家族への支援について地域支援事業の活用検討
- 家族支援のあり方
  - ・仕事と介護の両立支援(介護休暇制度の利用促進等)
  - ・デイサービス利用者の宿泊ニーズへの対応を慎重に検討
  - ・地域支援事業における家族支援事業の推進
- 地域包括支援センターの運営の円滑化

- ケアマネジメント
  - ・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の推進
- 要介護認定
  - ・認定の有効期間の延長などの事務の簡素化
- 情報公表制度と指導監督
  - ・手数料によらず、利用しやすい情報公表制度への変更
  - ・都道府県における指導監督体制

- 介護人材の確保と資質の向上
  - ・介護報酬改定による処遇改善の取組の継続(※)
  - ・労働法規遵守、キャリアアップの取組の推進

- 給付と負担のバランス
  - ・処遇改善継続と給付拡充のための財源確保(ペイアスユーゴー原則)
  - ・被用者保険間の負担の公平性を図るため総報酬割導入の検討(※)
  - ・財政安定化基金の取り崩しによる保険料の軽減の検討(※)
  - ・ケアプランに係る利用者負担の導入の検討(※)
  - ・一定以上所得者の利用者負担の引き上げの検討(※)
  - ・家族の負担能力等を考慮した補足給付の支給の検討(※)
  - ・多床室における給付範囲の見直し(低所得者は維持)(※)
  - ・被保険者範囲の見直しの検討(※)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者の役割
  - ・介護保険事業計画策定の際の地域ニーズの的確な把握
  - ・医療サービスや高齢者の住まいに関する計画との調和
  - ・地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

- 低所得者への配慮
  - ・低所得者に対する保険料負担の配慮、ユニット型個室の負担軽減



# 介護保険制度の見直しに関する意見

平成22年11月30日

社会保障審議会介護保険部会

## 目次

### はじめに

- I 介護保険制度の現状と課題
- II 見直しの基本的考え方
- III 介護保険制度の見直しについて
  - 1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備  
(地域包括ケアシステムの構築)
    - (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
    - (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
    - (3) 地域支援事業
    - (4) 住まいの整備
    - (5) 施設サービス
    - (6) 認知症を有する人への対応
    - (7) 家族支援のあり方
    - (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化
  - 2 サービスの質の確保・向上
    - (1) ケアマネジメントについて
    - (2) 要介護認定について
    - (3) 情報公表制度と指導監督
  - 3 介護人材の確保と資質の向上
  - 4 給付と負担のバランス
  - 5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割
  - 6 低所得者への配慮
- IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来13回にわたって審議を行った。  
はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。
- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。
- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経てきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要なことが明らかになってきた。
- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

## I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。
- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年11月に内閣府が公表した「介護保険制度に関する世論調査」で

は、制度導入による効果として、「良くなったと思わない」者が29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

#### (前回の改正)

- 平成17年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。
  
- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

#### (介護保険制度の課題)

- このように、介護保険は制度が始まって10年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

#### (地域における介護の課題)

- 現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。
  
- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないこ

とへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが必要である。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一步を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかなように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。
- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活

支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

#### （介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

#### （給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。
- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額の保険料は、第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）で 4,160 円であるのに対し、第 5 期（平成 24～

26年度)には月額5,000円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は19~23兆円に膨張すると推計(平成20年社会保障国民会議推計)されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額5,000円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が5,000円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

なお、その際、現行制度の当初の姿から大きく乖離しないよう配慮する必要があるとの意見があった。

## II 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、
  - ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、

- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ること  
とで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること  
を基本的考え方とすべきである。

### Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

#### 1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

##### （1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

###### （24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに応えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみでのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分対応できていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度 1 を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の



一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかと指摘があった。

#### (複合型のサービス)

○ 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

○ 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、さらなる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進するべきである。

○ また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

#### (介護福祉士等によるたんの吸引などの実施)

○ 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。

今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

#### (リハビリテーションの推進)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。  
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

## (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。  
平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。  
また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が生活援助に割かれている現状が指摘されている。
- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。
- 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。
  - ・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであ

り、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは反対である。

- ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

### (3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。

- また、地域支援事業については、第 2 号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料のあり方を見直すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第 2 号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかとこの意見があった。

- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援 1、2 と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネート

ートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

#### (4) 住まいの整備

- 緊急時の見守りがないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)
- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。
- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携を図っていくことが必要である。具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。
- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に

関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という 2 本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成 16 年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。
- 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

## （5）施設サービス

### （介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は 42.1 万人（平成 21 年 12 月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護 4、5 で在宅にいる者は 6.7 万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。
- また、特養の入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握のあり方について議論があったところである。今後の施設の整備のあり方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。

- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とするべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

#### (介護療養病床の取扱い)

- 介護療養病床については、本年 9 月に公表された調査によれば、医療二ニズの低い者（医療区分 1）の割合が 7 割を超えており、5 年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。
- 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は 7000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要である。
- なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないかとの意見があった。
- 一方、現在ある介護療養病床については、長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設

における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

## (6) 認知症を有する人への対応

(現状とこれまでの対応)

- 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。
- 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっている。
- 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。
- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。

- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量をもちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

(今後の対応)

- 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。
- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置し、認知症サポート



医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。
- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまで多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

#### (7) 家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせず在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせて、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応

できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。

- 地域支援事業における家族支援事業については、現在 911 市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

#### (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056 箇所設置され、ランチ等を合わせると 7003 箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1 万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。
- このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべきであるとの意見があった。

## 2 サービスの質の確保・向上

### (1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

(利用者負担の導入)

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が

増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。

- 一方、制度創設から 10 年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もある。

なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

(施設のケアマネジャーの役割)

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

## (2) 要介護認定について

- 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。利用者が必要とするサービスが提供されるよう、要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、利用者に必要なサービス量については、ケアマネジャー、利用者、家族、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もある。

- しかしながら、要介護認定の廃止は、
  - ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
  - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
  - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
  - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者からみれば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがあるといった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

- 当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。
- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

#### (区分支給限度基準額)

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。
- その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、
  - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
  - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
  - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか
 などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。
- なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがあるとの指摘があった。

#### (3) 情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられてい

る。

- 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。
- また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。
- 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができることと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。  
事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていなかったり、自治体間で指導内容に不整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保するとともに、事業者を育む姿勢が必要である。

### 3 介護人材の確保と資質の向上

- 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

(処遇改善の取組について)

- 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了す

ることから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、

- ・ 給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること
- ・ 交付金の対象者が介護職員に限定されていること
- ・ 現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、介護職員の処遇改善が継続できるよう、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

- この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。
- なお、平成 24 年度以降については、当該交付金を継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。
- また、介護労働市場をみると、
  - ・ 有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
  - ・ 事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。
- 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。
- また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるような環境整備も重要である。

(雇用管理)

- 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

- 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納している事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、利用者宅を移動して行われたりする形態であるために、労働基準法等の遵守が強く求められている事業であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検討する必要があるとの意見があった。

#### (キャリアアップの取組)

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成するために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

#### (医療的ケア)

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。

なお、これによって、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待されるとの意見があった。

## 4 給付と負担のバランス

#### (給付と負担の見直し)

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善



交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には全国平均で 5,000 円を超えることが見込まれている。

サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月 5,000 円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。
- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第 5 期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請に応えるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応したさらなる負担を、制度を支えるそれぞれの方においてお願いせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の 40～64 歳が負担する第 2 号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決められている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第 2 号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとするに対して、強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

#### (財政安定化基金)

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるような見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどの法整備を検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に対応すべきとの意見があった。

#### (公費負担のあり方)

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。
- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。
- しかし、一方では、
  - ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
  - ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保

険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないかと、との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、

- ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
- ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか

といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

- なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

(給付の見直し)

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げること検討すべきである。

一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

※ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。

※ 補足給付については後述のとおり。

(被保険者範囲)

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

## 5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(介護保険事業計画)

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。

- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。

- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。

- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。

- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。

こうした制度を導入する際、事業者の指定にあたっての調整事項や事務負担の増大も見込まれることから、事業者の指定事務を含め、都道府県と市町村の権限の見直しも併せて検討していく必要があるとの意見があった。

- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために

有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

(保険者独自の介護報酬の設定)

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働大臣の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

(地域主権)

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月 28 日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

## 6 低所得者への配慮

(補足給付)

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきと

の意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。

- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約 4 分の 3 が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

(ユニット型個室の負担軽減等)

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

(多床室の給付範囲の見直し)

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費

相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。

- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

(高齢者の保険料負担の軽減)

- 65歳以上の第1号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。
- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第4期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金の適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

#### IV 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第5期に向けて、
  - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
  - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画とのさらなる連携
  - ・ 利用者負担や保険料の見直し



などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実効あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。
- さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論するべきとの指摘があった。
- また、介護保険制度が創設されて 10 年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分かりにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

## 慢性期入院医療の包括評価調査分科会の進め方について

### 1. 検証すべき事項について

中医協で承認された以下の（１）～（３）について調査・検証を行うこととする。

#### （１）平成22年度改定で行った療養病棟入院基本料変更の影響についての検証

平成22年度改定で行った算定要件と包括評価の区分の見直し等の影響を確認する。

##### <具体的な検討内容>

●医療区分×ADL区分の9分類ごとの収支差を見るため、「レセプト調査」、「コスト調査」を行うこととしてはどうか。

●また、中医協総会で指摘のあった、医療区分1の実態についての検証を行うこととしてはどうか。

\*レセプト調査：患者調査で対象となった患者のレセプトを収集し、基本料、加算、出来高分等を調査。病院の収入が分かる。（「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」で調査対象となった患者の6月診療分のレセプトは収集済み）

\*コスト調査：施設調査で対象となった医療機関の人件費、施設整備費、材料費等を調査。病院の支出が分かる。

#### （２）慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証

（一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方の検討に資する検証も含む）

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」において、医療療養病棟、一般病棟（13対1、15対1）、障害者病棟等における患者実態、施設特性を調査していることから、これらの詳細な検証を行う。

＜具体的な検討方法＞

- 在院日数や地域特性等を考慮した「横断調査」の詳細な分析を行うこととしてはどうか。
- 併せて、レセプト調査等を用いて特定除外患者の分析等を行ってはどうか。

(3) 認知症患者の状態像に応じた評価の在り方についての検証

今後の認知症患者の状態把握方法、適切な評価の在り方について検討を行う。

なお、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」において、医療療養病棟、一般病棟（13 対 1, 15 対 1）、障害者病棟等における「認知症高齢者の日常生活自立度」を調査していることから、これらも併せて検証を行う。

＜具体的な検討方法＞

- 認知症患者の状態把握方法、適切な評価の在り方について、（認知症の専門家からヒアリングを実施する等）検討を行うこととしてはどうか。
- 「横断調査」において「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いた調査を行っていることから、可能な範囲で分析を行うこととしてはどうか。

## 2. 今後のスケジュールについて

今後は、順次調査、分析、ヒアリングの設定ができれば実施し、来年の夏頃を目途に中  
医協基本問題小委員会に検討結果（本分科会を月1回程度開催）を報告することとしては  
どうか。

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)

1,283施設  
434,231床

H22.7.1

病床数 906,830床  
病床利用率 74.9%  
平均在院日数 17.9日  
(H21.7末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ

病床数 337,293床  
病床利用率 91.1%  
平均在院日数 180.6日  
(H21.7末医療施設動態・病院報告)

DPC

1,391施設  
458,707床

特定機能病院

83施設  
64,883床※1  
(+360床)  
※1 一般病床に限る

専門病院  
21施設  
7,587病床  
(+1,436床)

一類感染症 20施設  
131床(+52床)

救命救急 211施設  
6,925床  
(+472床)

特定集中治療室 616施設  
4,673病床  
(+366床)

新生児特定 194施設  
集中治療室 1,417床  
(+88床)

総合周産期特定集中治療室  
79施設 母体・胎児549床(▲51床)  
新生児 913床(+132床)

広範囲熱傷 24施設 52床(±0床)

脳卒中ケアユニット 74施設  
456病床(+101床)

ハイケアユニット 73施設  
798床(+22床)

一般病棟

5,425施設  
690,884床  
(▲9,474床)

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	計
836施設 47,903床 (+36,301床)	195施設 8,429床 (▲30,637床)	1,031施設 56,332床 (+5,664床)

亜急性期

入院料1	入院料2
1,084施設 12,596床 (+645床)	101施設 2,010床 (+1,110床)

障害者施設等

757施設  
57,768床  
(▲4,348床)

特殊疾患

入院料1	入院料2
110施設 5,541床 (+1,290床)	79施設 5,459床 (▲2,280床)

療養病棟

3,560施設  
212,638床  
(+1046床)

介護療養病床

2,252施設  
(H20.10.1)  
101,695(床)  
(H21.7末病院報告)

有床診療所一般

7,842施設、99,914床(▲2,150床)

診療所後期高齢者  
330施設 2,460床(+1,066床)

有床診療所療養

1,193施設  
10,094床(▲349床)

精神科救急

64施設  
3,347床  
(+732床)

精神科急性期治療病棟

入院料1	入院料2
241施設 11,965床 (+998床)	21施設 1,077床 (+61床)

精神科救急・合併症

3施設  
124床  
(+124床)

精神病棟

1,344施設  
184,873床(▲3,923床)

精神療養

827施設  
103,025床(+12,643床)

認知症病棟

入院料1	入院料2
404施設 27,756床	46施設 3,534床

施設基準届出  
平成21年  
7月1日現在  
(カッコ内は  
前年比較)

結核病棟

205施設、7,850病床(▲327床)

# 平成22年診療報酬改定における療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の再編成

### ➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

#### 【改訂前】

【算定要件】25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



#### 【改定後】

#### 療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

#### 療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

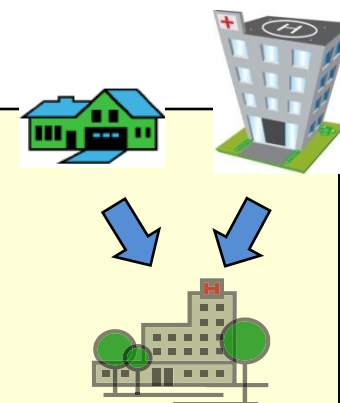
### ➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

## 初期加算の創設

### ➤ 後方病床機能の評価

#### ⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



# 医療区分

医療区分3

## 【疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態

## 【医療処置】

- ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理
- ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)

医療区分2

## 【疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患
- ・その他の難病(スモンを除く)
- ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)
- ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態
- ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
- ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)

## 【医療処置】

- ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)
- ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査
- ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者

# ADL区分

0	自立	手助け、準備、観察は不要又は1～2回のみ
1	準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4	広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(及び本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計  
各項目について

項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24



# 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等



診調組 別添 (慢-4)

22.12.21

中医協 診-1

21.9.18

## 平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査

### 報告書

平成21年9月

診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会  
分科会長 池上直己

# 目 次

I. 分科会での検討の経緯	
1. 背景等	1
2. 平成 20 年度診療報酬改定後の医療課による調査の実施	1
3. 当分科会における検討	1
II. 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の概要	
1. 調査の目的	3
2. 調査対象及び手法	3
3. 結果の概要	4
(1) 分析対象	4
(2) 主な調査結果	5
①患者分類の状況	5
②医療区分採用項目の該当状況に関する経年変化	6
③入院基本料算定の状況	8
④患者 1 人 1 日当たり費用等の状況	11
⑤職員配置等の状況	15
⑥病床転換の状況	17
⑦入退院患者の状況	18
⑧提供されている医療サービスの質に関する状況	23
III. 一般病棟で提供される医療の実態調査の概要	
1. 目的	25
2. 調査対象及び手法	25
3. 主な調査結果	25
(1) 在院期間の状況	26
(2) 医療区分の状況	27
(3) 医療区分採用項目の該当状況	28
(4) その他の患者状態像（医療区分採用項目以外）	29
(5) 検査・投薬の実施状況	30
IV. 調査結果のまとめ	
1. 「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」について	31
(1) 調査手法について	31
(2) 調査結果の分析	31
①患者分類と診療報酬請求について	31
②病院と診療所の医療療養病床における機能について	32
③病院の収支について	33
④提供されている医療サービスの質について	33

2. 「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」について	34
(1) 調査手法について	34
(2) 調査結果の分析	34
①在院日数による患者像の比較	34
②在院日数による医療サービス提供状況の比較	34
③在院日数と診療報酬請求の関係	35

## V. 今後の課題

1. 短期的課題とされた事項について	36
(1) 患者分類の妥当性について	36
(2) 各医療機関における分類の適切性について	36
(3) 提供されている医療サービスの質について	37
2. 中・長期的な課題とされた事項について	38

## I. 分科会での検討の経緯

### 1. 背景等

#### (1) 分科会の位置づけ

当分科会は、中医協基本問題小委員会における慢性期入院医療に関する議論に資する調査及び検討を行うため、平成 15 年に調査専門組織の一つとして発足したものである。

#### (2) 平成 18 年度診療報酬改定における患者分類の導入と検証

① 当分科会は、調査データに基づき、医療区分とADL区分からなる 9 区分の患者分類を提案した。その結果は、中医協基本問題小委員会に報告され、平成 18 年度診療報酬改定における包括支払制度の導入にあたって、5 区分に再編された上で採用された。

② 改定後、当分科会は「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(以下、「18 年度慢性期調査」という。)を実施し、患者分類の妥当性を再確認した。併せて、一部の医療区分の要件見直しと、医療の質に係る評価の必要性を提言した(平成 19 年 8 月 8 日「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書」)。その結果は、平成 20 年度診療報酬改定において、一部の医療区分の要件が厳格化され、また「治療・ケアの内容の評価表」として医療の質の評価が採用された。

### 2. 平成 20 年度診療報酬改定後の医療課による調査の実施

(1) 平成 20 年度診療報酬改定を踏まえ、改定後の医療療養病床の実態を把握する必要があったことから、厚生労働省保険局医療課は、平成 20 年度末に、医療療養病床に関する「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に係る調査」(以下、「20 年度慢性期調査」という。)を実施した。

(2) 続いて、医療課は、一般病棟入院基本料のうち、13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟(以下、それぞれ「13:1 病棟」「15:1 病棟」という。)を対象として「平成 20 年度 一般病棟で提供される医療の実態調査」を実施した。その際、当分科会が実施した「18 年度慢性期調査」の調査項目が用いられた。

### 3. 当分科会における検討

#### (1) 中医協基本問題小委員会に対する付託事項の確認

平成 21 年 5 月に当分科会が再開された。その冒頭、「当分科会の役割を明確化すべき」「一般病床等との関係を含め、慢性期医療に係る中・長期的な課題についても幅広く議論すべき」との議論があった。

これを中医協基本問題小委員会に報告し、当分科会の付託事項を確認した。

## (2) 当分科会に付託された検討事項

### ① 短期的課題

平成 22 年度診療報酬改定に向け、医療療養病床に関して以下の項目を検討することとなった。

- 患者分類の妥当性の検証
- 各医療機関における分類の適切性の検証
- 提供されている医療サービスの質の検証

### ② 中・長期的課題

医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期医療に係る調査・分析を行うこととなった。

## (3) 具体的な検討事項

① 当分科会は、上記付託事項を踏まえ、まず、医療療養病床において提供されている医療の実態について、医療課が実施した「20 年度慢性期調査」を用いて検討した。詳細はⅡ参照。

② 同様に、一般病床の一部において提供されている医療の実態について、「平成 20 年度 一般病棟で提供される医療の実態調査」を用いて検討した。

この調査は、13:1 病棟及び 15:1 病棟で提供されている医療に関する実態調査であり、当分科会が実施した「18 年度慢性期調査」の方法を踏襲し、かつ中  
医協基本問題小委員会の付託事項((2)②参照)に即していたので、その結果を分析した。詳細はⅢ参照。

## II. 平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の概要

### 1. 調査の目的

本調査は、医療療養病床における医療の実態を調査し、中医協基本問題小委員会における診療報酬改定の検討資料とすることを目的としたものである。

### 2. 調査対象及び手法

「18 年度慢性期調査」の方法を踏襲しつつ、患者分類に基づく包括評価導入に伴う患者構成、コストの変動等、医療療養病床の実態に関する調査を、平成 21 年 1 月から 3 月にかけて実施した。

調査施設数は、医療療養病床を有する全国の病院及び診療所から原則として無作為抽出を行い、病院 700 施設、診療所 650 施設とした。

#### (1) 施設特性調査

平成 21 年 3 月 1 日時点で療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している保険医療機関を対象に、病床数、入院基本料等加算の算定状況、職員配置の変動、入退院患者数、入退院患者の患者分類、入院元・退院先等について調査を実施した。

#### (2) 患者特性調査

平成 21 年 3 月 1 日時点で施設特性調査を行う医療機関に入院している患者に対し、年齢・入院期間等の基本属性、医療区分採用項目の該当状況、提供されている医療サービスの内容等について調査を実施した。

#### (3) コスト調査

平成 20 年 10 月 1 日時点で療養病棟入院基本料を算定している保険医療機関を対象に、調査対象医療機関の人件費、減価償却費、医薬品費、材料費等の払い出し量等について調査を実施した。

#### (4) 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査

患者特性調査を実施した病院及び有床診療所において療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料が算定されている入院患者の平成 21 年 1 月診療分の診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)を用い、療養病棟入院基本料 A～E 等の算定状況等について調査を実施した。

#### (5) 国保支払分レセプト調査

療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の算定状況を全国的に把握するため、国民健康保険からの支払いに係る者のうち約 12,500 件(平成 21 年 1 月診療分)のレセプトを収集し、療養病棟入院基本料 A～E 等の算定状況等について調査を実施した。

### 3. 結果の概要

#### (1)分析対象

「20年度慢性期調査」に含まれる各種調査の分析対象は次表の通り。

図表1 分析対象数(病院)

調査票	「20年度慢性期調査」	【参考】 「18年度慢性期調査」
1. 施設特性調査	136 施設	85 施設
2. 患者特性調査	136 施設	85 施設
3. 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査	66 施設	69 施設
4. 国保支払分レセプト調査	12,561 件	115,409 件
5. コスト調査	44 施設	69 施設

図表2 分析対象数(診療所)

調査票	「20年度慢性期調査」	【参考】 「18年度慢性期調査」
1. 施設特性調査	97 施設	—
2. 患者特性調査	96 施設	—
3. 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査	640 件	—
4. 国保支払分レセプト調査	935 件	—

(注)「18年度慢性期調査」では、診療所(109施設)における患者分類の構成比を尋ねる調査のみ実施。

## (2) 主な調査結果

### ① 患者分類の状況

患者特性調査の対象となった全 136 病院における調査対象患者の患者分類の構成比は、医療区分1に該当する患者が 31.9%、医療区分2が 48.3%、医療区分3が 19.8%（医療区分1・医療区分2・医療区分3の構成比がほぼ3:5:2）となっており、これらは「18 年度慢性期調査」とほぼ同様の傾向であった（図表3）。

一方、平成 18 年度と平成 20 年度の両方の調査に参加した病院（以下、「共通病院」という。）である 24 病院において、調査対象患者の患者分類の構成比をみると、平成 20 年度では医療区分1に該当する患者が 26.7%、医療区分2が 48.6%、医療区分3が 24.7%であり、平成 18 年度に比して、医療区分1の割合が減少し（30.3%→26.7%）、医療区分3の割合が増加する（20.9%→24.7%）という傾向が認められた（図表4）。

図表3 患者特性調査対象病院(全病院)における患者分類の状況

	20 年度調査(136 病院)				【参考】18 年度調査(85 病院)			
	医療区分1 (n=2,498)	医療区分2 (n=3,781)	医療区分3 (n=1,550)	全体 (n=7,829)	医療区分1 (n=1,805)	医療区分2 (n=2,726)	医療区分3 (n=1,066)	全体 (n=5,597)
ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%	51.8%	10.4%	27.9%	15.3%	53.7%
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%	25.8%	11.2%	12.8%	2.6%	26.7%
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%	22.4%	10.6%	7.9%	1.1%	19.6%
全体	31.9%	48.3%	19.8%	100.0%	32.2%	48.7%	19.0%	100.0%
無回答(n)	(45)	(39)	(13)	(97)	(5)	(6)	(0)	(11)

【備考】「20 年度慢性期調査」の集計対象は、「20 年度慢性期調査」の対象病院(136 病院)で療養病棟入院基本料を算定している患者(7,829 人)。「18 年度慢性期調査」の集計対象は、「18 年度慢性期調査」対象病院(85 病院)の療養病棟入院基本料2を算定している患者(5,597 人)。

図表4 患者特性調査対象病院(共通 24 病院)における患者分類の状況

	20 年度調査(共通 24 病院)				18 年度調査(共通 24 病院)			
	医療区分1 (n=515)	医療区分2 (n=937)	医療区分3 (n=477)	全体 (n=1,929)	医療区分1 (n=770)	医療区分2 (n=1,240)	医療区分3 (n=532)	全体 (n=2,542)
ADL区分3	10.0%	27.9%	19.0%	56.9%	10.9%	29.0%	17.0%	56.9%
ADL区分2	7.9%	13.3%	4.0%	25.2%	10.0%	13.0%	2.8%	25.7%
ADL区分1	8.8%	7.4%	1.7%	17.9%	9.4%	6.7%	1.2%	17.4%
全体	26.7%	48.6%	24.7%	100.0%	30.3%	48.8%	20.9%	100.0%
無回答(n)	(4)	(1)	(2)	(7)	(1)	(3)	(0)	(4)

【備考】集計対象は、「18 年度慢性期調査」と「20 年度慢性期調査」の共通病院(24 病院)における療養病棟入院基本料を算定している患者。「20 年度慢性期調査」は、病院によって対象とした病棟数が少なかったため対象患者数は少ない。



診療所については、患者特性調査に基づく患者分類を初めて実施した。

96 診療所における調査結果を病院と比較すると、医療区分1の割合が多く医療区分3の割合が少ないという特徴があった(図表5)。

図表5 患者特性調査対象診療所における患者分類の状況

	20 年度調査 (96 診療所)				【参考】18 年度調査 (109 診療所)			
	医療区分1 (n=352)	医療区分2 (n=371)	医療区分3 (n=51)	全体 (n=774)	医療区分1 (n=1,247)	医療区分2 (n=885)	医療区分3 (n=78)	全体 (n=2,210)
ADL区分3	6.2%	14.0%	3.6%	23.8%	9.9%	27.7%	3.5%	-
ADL区分2	9.3%	13.8%	1.0%	24.2%	46.6%			
ADL区分1	30.0%	20.2%	1.9%	52.1%				
全体	45.5%	47.9%	6.6%	100.0%	56.4%	40.0%	3.5%	100.0%
無回答(n)	(19)	(4)	(0)	(23)	(0)	(0)	(0)	(0)

【備考】「20 年度慢性期調査」の集計対象は、20 年度慢性期調査対象診療所(96 施設)で有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者。「18 年度慢性期調査」については、患者分類の構成比を尋ねる調査であった平成 18 年度有床診療所患者分類分布調査(平成 18 年 9 月末日、10 月末日、11 月末日)の集計結果を合計したものの。

## ②医療区分採用項目の該当状況に関する経年変化

医療区分採用項目の該当状況を平成18年度と比較すると、「尿路感染症に対する治療を行っている状態」「経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態」「1日3回以上の血糖検査を実施」について、3%以上の増加傾向を示した(図表6)。

また、医療区分2及び3の採用項目のうち、平成20年度診療報酬改定の際に要件が厳格になったものが一部あるが、当該項目の該当状況に著しい変化はなかった。

【参考】平成20年度診療報酬改定による医療区分の見直し  
(要件が厳格になった項目及びその改定内容)

ア) 「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。

イ) 「うつ状態」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ) 「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

図表6 患者特性調査対象病院(共通 24 病院)における医療区分採用項目の状況

医療区分採用項目	20 年度調査(共通 24 病院)				18 年度調査(共通 24 病院)				
	医療区分 1 (n=519)	医療区分 2 (n=938)	医療区分 3 (n=479)	合 計 (n=1,936)	医療区分 1 (n=771)	医療区分 2 (n=1,243)	医療区分 3 (n=532)	合 計 (n=2,546)	
1. 24 時間持続して点滴を実施	0.0%	0.0%	42.0%	10.4%	0.0%	0.0%	50.2%	10.5%	
2. 尿路感染症に対する治療	0.0%	16.0%	20.9%	12.9%	↑	0.0%	11.8%	11.5%	8.2%
3. 傷病等によりリハビリテーションを必要とする状態	0.0%	5.2%	5.4%	3.9%		0.0%	3.8%	3.2%	2.5%
4. 脱水に対する治療	4.4%	7.7%	20.9%	10.1%		0.0%	10.0%	15.0%	8.0%
脱水に対する治療[×発熱]*	0.0%	2.8%	15.7%	5.2%		0.0%	3.5%	9.0%	3.6%
5. 消化管等の体内から出血が反復継続	0.0%	1.2%	1.5%	0.9%		0.0%	1.0%	2.6%	1.1%
6. 頻回の嘔吐に対する治療	0.2%	0.5%	1.3%	0.6%		0.0%	0.6%	1.5%	0.6%
頻回の嘔吐に対する治療[×発熱]*	0.0%	0.2%	1.0%	0.4%		0.0%	0.2%	0.9%	0.3%
7. せん妄に対する治療	0.0%	1.9%	2.5%	1.5%		0.0%	2.3%	1.9%	1.5%
8. 経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態	0.0%	12.4%	34.0%	14.4%	↑	0.0%	11.3%	26.9%	11.1%
9. 頻回の血糖検査を実施(1 日 3 回以上)	0.0%	17.8%	16.1%	12.6%	↑	0.0%	7.7%	7.5%	5.3%
10. スモンに罹患	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%		0.0%	0.0%	0.8%	0.2%
12. 医師及び看護師により、常時、監視・管理	0.0%	0.0%	4.0%	1.0%		0.0%	0.0%	6.2%	1.3%
13. 中心静脈栄養を実施	0.0%	0.0%	27.6%	6.8%		0.0%	0.0%	32.0%	6.7%
14. 人工呼吸器を使用	0.0%	0.0%	8.8%	2.2%		0.0%	0.0%	8.5%	1.8%
15. ドレーン法・胸腹腔の洗浄	0.0%	0.0%	1.7%	0.4%		0.0%	0.0%	0.6%	0.1%
16. 気管切開・気管内挿管(発熱を伴う)	0.0%	0.0%	20.9%	5.2%		0.0%	0.0%	16.0%	3.3%
17. 酸素療法*	0.0%	0.0%	48.6%	12.0%		0.0%	0.0%	46.4%	9.7%
18. 感染隔離室での管理	0.0%	0.0%	9.8%	2.4%		0.0%	0.0%	6.8%	1.4%
19・21 筋ジストロフィー症・筋萎縮性側索硬化症	0.0%	3.0%	1.0%	1.7%		0.0%	3.6%	3.6%	2.5%
20. 多発性硬化症	0.0%	1.0%	0.0%	0.5%		0.0%	0.6%	0.2%	0.3%
22. パーキンソン病関連疾患	0.0%	15.1%	6.1%	8.8%		0.0%	16.7%	8.3%	9.9%
23. その他の難病	0.0%	2.5%	0.6%	1.3%		0.0%	4.9%	1.3%	2.7%
24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする四肢麻痺)	0.0%	1.6%	0.6%	0.9%		0.0%	2.2%	0.2%	1.1%
25. 慢性閉塞性肺疾患(V 度)	0.0%	1.1%	7.1%	2.3%		0.0%	1.6%	4.5%	1.7%
26. 透析を実施	0.0%	0.7%	0.2%	0.4%		0.0%	2.3%	0.0%	1.1%
29. 悪性腫瘍(疼痛コントロール必要)	0.0%	2.0%	1.3%	1.3%		0.0%	0.8%	0.9%	0.6%
30. 肺炎に対する治療	0.0%	10.1%	20.5%	10.0%		0.0%	11.3%	21.6%	10.1%
31. 褥瘡(2 度以上又は 2 箇所以上)	0.0%	2.9%	4.2%	2.4%		0.0%	4.1%	5.8%	3.2%
32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創	0.0%	1.2%	0.8%	0.8%		0.0%	0.9%	0.8%	0.6%
33. うつ症状*	0.0%	8.8%	4.2%	5.3%		0.0%	9.1%	3.4%	5.1%
34. 他者に対する暴行が毎日認められる*	0.0%	2.9%	0.8%	1.6%		0.0%	2.2%	1.1%	1.3%
35. 1 日 8 回以上の喀痰吸引	0.0%	28.9%	55.1%	27.6%		0.0%	30.6%	51.5%	25.7%
36. 気管切開・気管内挿管(発熱を伴わない)	0.0%	11.8%	31.9%	13.6%		0.0%	12.0%	26.9%	11.5%
37. 創傷、皮膚潰瘍、下腿、足部の蜂巣炎、膿等	0.0%	19.9%	24.0%	15.6%		0.0%	17.6%	19.0%	12.6%

【備考】\*は、20 年度改定の際に要件が厳格化された項目。↑は、「18 年度慢性期調査」と比べて 3%以上増加したのもの。

### ③入院基本料算定の状況

患者特性調査対象施設請求分レセプト調査の結果では、医療区分1に該当するレセプトが20.4%、医療区分2が54.5%、医療区分3が25.0%であった(図表7)。

一方、平成18年度と平成20年度の両方のレセプト調査・コスト調査に参加した共通10病院が請求したレセプトを用いて各医療区分の割合の経年変化をみると、平成20年度は平成18年度に比して、医療区分1及び医療区分3の割合が減少し(それぞれ26.5%→15.5%、37.7%→31.1%)、医療区分2が増加する(35.8%→53.3%)という傾向が認められた(図表8)。

また、国保支払分レセプト調査では、医療区分1、2、3の割合がそれぞれ20.9%、48.8%、30.2%であり、医療区分3の割合が比較的高い結果となった(図表9)。

患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査、国保支払分レセプト調査の3調査における医療区分の構成比をみると、患者特性調査よりもレセプト調査の方が医療区分3の割合が高い傾向にあることが分かる(図表10)。

図表7 患者特性調査対象病院請求分レセプト調査(全病院)

	20年度調査 (66病院、2,980人)			【参考】18年度調査 (83病院、3,126人)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	8.0%	46.2%	25.0%	7.3%	37.3%	30.7%
ADL区分2	12.4%			18.3%		
ADL区分1		8.3%		6.5%		
計	20.4%	54.5%	25.0%	25.5%	43.8%	30.7%

【備考】「20年度慢性期調査」では、患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成21年1月分)のレセプトコピーを収集した。「18年度慢性期調査」では、タイムスタディ調査・患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成18年11月分)のレセプトコピーを収集した。医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A～Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた。

図表8 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査(共通10病院)

	20年度調査 (共通10病院、834件)			18年度調査 (共通10病院、645件)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	5.6%	44.6%	31.1%	6.4%	30.5%	37.7%
ADL区分2	9.9%			20.1%		
ADL区分1		8.7%		5.3%		
計	15.5%	53.3%	31.1%	26.5%	35.8%	37.7%

【備考】「20年度慢性期調査」では、患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成21年1月分)のレセプトコピーを収集した。「18年度慢性期調査」では、タイムスタディ調査・患者特性調査を実施した病棟(医療療養病棟)の1ヶ月分(平成18年11月分)のレセプトコピーを収集した。医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A～Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた。

図表9 国保支払分レセプト調査(病院)

	20年度調査 (12,561件)			【参考】18年度調査 (115,409件)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	6.7%	41.1%	30.2%	10.5%	40.1%	16.3%
ADL区分2	14.2%			24.9%		
ADL区分1		7.7%		8.2%		
計	20.9%	48.8%	30.2%	35.4%	48.2%	16.3%

【備考】「20年度慢性期調査」では、全国の医療療養病床の入院患者における平成21年1月の国保支払分のレセプトについて原則として1/18の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。

「18年度慢性期調査」では、全国の医療療養病床の入院患者における平成18年10月の国保支払い分のレセプトについて原則として1/2の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。

医療区分及びADL区分の割合は、各レセプトに記載のある1ヶ月間の療養病棟入院基本料(A~Eの5分類)を、日数で加重平均した値を用いた

図表10 各調査における医療区分の構成比(病院)

	20年度調査			【参考】18年度調査		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
患者特性調査 (H20: 136病院、7,829人) (H18: 85病院、5,597人)	31.9%	48.3%	19.8%	32.2%	48.7%	19.0%
患者特性調査対象施設 請求分レセプト調査 (H20: 66病院、2,980件) (H18: 83病院、3,126件)	20.4%	54.5%	25.0%	25.5%	43.8%	30.7%
国保支払分レセプト調査 (H20: 12,561件) (H18: 115,409件)	20.9%	48.8%	30.2%	35.4%	48.2%	16.3%

【参考】療養病棟入院基本料の所定点数(病院)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点 (入院基本料D)	1,320点 (入院基本料B)	1,709点 (入院基本料A)
ADL区分2	750点 (入院基本料E)		
ADL区分1		1,198点 (入院基本料C)	

診療所におけるレセプト調査(患者特性調査対象施設請求分レセプト調査及び国保支払分レセプト調査)について、患者分類の構成比を病院と比較すると、医療区分1が多く医療区分3が少ないという特徴があった(図表 11、図表 12)。

また、患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査及び国保支払分レセプト調査における医療区分の構成比は、ほぼ同様の傾向を示した(図表 13)。

図表 11 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査(72 診療所、640 件)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	8.2%	37.1%	5.3%
ADL区分2	34.5%		
ADL区分1		14.9%	
計	42.7%	52.0%	5.3%

【備考】患者特性調査を実施した医療療養病床における平成 21 年 1 月分のレセプトコピーを収集した。

図表 12 国保支払分レセプト調査(診療所、935 件)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	8.3%	32.6%	7.8%
ADL区分2	39.5%		
ADL区分1		11.8%	
計	47.8%	44.4%	7.8%

【備考】全国の有床診療所の療養病床における入院患者の平成 21 年 1 月国保支払分のレセプトについて、原則として 1/16 の無作為抽出を行い、レセプトコピーの収集を行った。

図表 13 各調査における医療区分の構成比(診療所)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
患者特性調査 (H20: 96 診療所、774 人)	45.5%	47.9%	6.6%
患者特性調査対象施設 請求分レセプト調査 (H20: 72 診療所、640 件)	42.7%	52.0%	5.3%
国保支払分レセプト調査 (H20: 935 件)	47.8%	44.4%	7.8%

【参考】有床診療所療養病床入院基本料の所定点数(診療所)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	602 点 (入院基本料D)	871 点 (入院基本料B)	975 点 (入院基本料A)
ADL区分2	520 点 (入院基本料E)		
ADL区分1		764 点 (入院基本料C)	

#### ④患者1人1日当たり費用等の状況

##### (ア) 患者1人1日当たり費用

コスト調査対象44病院における医療療養病棟の患者1人1日当たり費用は17,735円であり、「18年度慢性期調査」とほぼ同様であった(図表14)。

一方、平成18年度と平成20年度の両方のレセプト調査・コスト調査に参加した10病院(共通10病院)で患者1人1日当たり費用をみると、平成20年度では17,840円であり、平成18年度より増加傾向ではあるものの、大きな変動は認められなかった。内訳では、人件費及び材料費が増加し、委託費が減少していた(図表15)。

図表14 医療療養病棟における患者1人1日当たり費用(全病院)

(単位:円/人)

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20年度調査 (44病院)	10,841	1,885	1,399	1,742	51	1,527	290	17,735
	61.1%	10.6%	7.9%	9.8%	0.3%	8.6%	1.6%	100.0%
【参考】 18年度調査 (69病院)	10,343	1,706	1,554	2,037	63	1,463	185	17,351
	59.6%	9.8%	9.0%	11.7%	0.4%	8.4%	1.1%	100.0%

【備考】コスト調査結果に基づき、医業費用の各費目(給与費、材料費、委託費等)を「階梯式配賦」により病棟別費用として算定し、その後、当該病棟の延べ患者数で除して患者別1人当たり費用を求めたもの。平成20年度は平成20年10月、平成18年度は平成18年11月1ヶ月のデータに基づく。

各費目に分類される費用は以下の通り。

- ・「人件費」: 給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給与費用など(病院長、役員含む)
- ・「材料費」: 医薬品費、診療材料費、医療消耗器具備品費、給食用材料費
- ・「委託費」: 検査委託費、給食委託費、寝具委託費など
- ・「設備関係費」: 減価償却費、地代家賃、修繕費など
- ・「研究研修費」: 研究費、研修費
- ・「経費」: 光熱水費、福利厚生費、旅費交通費、職員被服費、通信費など
- ・「その他」: 控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額

図表15 医療療養病棟における患者1人1日当たり費用(共通10病院)

(単位:円/人)

	人件費	材料費	委託費	設備 関係費	研究 研修費	経費	その他	合計費用
20年度調査 (共通10病院)	9,780	2,068	1,451	2,492	32	1,803	214	17,840
	54.8%	11.6%	8.1%	14.0%	0.2%	10.1%	1.2%	100.0%
18年度調査 (共通10病院)	8,675	1,471	2,267	2,652	75	1,778	200	17,118
	50.7%	8.6%	13.2%	15.5%	0.4%	10.4%	1.2%	100.0%



(イ)患者分類毎の患者1人1日当たり費用の状況

平成20年度のコスト調査から求めた医療療養病棟における患者1人1日当たり費用を、患者の状態に応じて変化する変動費(人件費、材料費)と患者の状態に係わらず一定である固定費(委託費、設備関係費、経費等)とに分け、患者分類毎の患者1人1日当たり費用を推計した(図表16)。

これによると、患者1人1日当たり費用は、平成18年度と同様、医療区分及びADL区分の順序と対応していた。また、平成18年度と比較すると、全体的に増加していた。

図表 16 患者分類毎の患者1人1日当たり費用

(上段:費用差最大の場合～下段:費用差最小の場合)

(単位:円)

〈費用〉	20年度調査 (共通 10 病院)			18年度調査 (共通 10 病院)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	17,249 ～17,264	18,276 ～18,066	21,907 ～20,872	16,627 ～16,641	17,500 ～17,323	20,772 ～19,862
ADL区分2	16,061 ～16,559	17,781 ～17,861	21,134 ～20,345	15,522 ～15,952	17,020 ～17,081	20,117 ～19,412
ADL区分1	13,856 ～14,979	15,412 ～16,138	17,054 ～17,490	13,560 ～14,550	14,945 ～15,581	16,488 ～16,866

【備考】医療療養病棟における患者1人当たりの費用を、患者の状態に応じて変化する変動費(人件費、材料費)と、患者の状態に係わらず一定である固定費(委託費、設備関係費、経費等)とに分け、患者分類(9区分)毎の患者1人1日当り費用を推計したもの。

この際、職種別人件費重み付けケア時間を算出し、これに基づいて患者分類毎の費用の配賦を行うが、平成20年度にはタイムスタディ調査を実施していないため、この職種別人件費重み付けケア時間については「18年度慢性期調査」の値を外挿した。また、薬剤費や特定保険医療材料費等も平成20年度の患者特性調査では実施していないため、「18年度慢性期調査」の値を用いた。

人件費は、「重み付けケア時間算出対象人件費」と「リハスタッフの人件費」、「その他の人件費」の和として算出している。このうち、「その他人件費」については、「18年度慢性期調査」と同様に、患者分類に応じて変化する人件費と仮定して配賦した場合(「費用差最大」と、患者分類と無関係に必要な人件費と仮定して配賦した場合(「費用差最小」)の2通りで推計した。

なお、「その他人件費」には、「重み付けケア時間算出対象人件費」の対象となる医師・看護師・看護補助者・薬剤師・MSW等の間接業務(直接ケア以外の業務)部分の人件費、中央診療部門の医療技術員の人件費、事務職員の人件費、技能労務員の人件費などが含まれる。

(ウ)患者分類毎の患者1人1日当たり収入

医療療養病床の患者分類毎の収入(図表17)は、療養病棟入院基本料の所定点数(p.9【参考】参照)に、平成20年度の患者特性調査対象施設請求分レセプト調査から推計した入院基本料以外の収入(図表18)を加えて算出した。

平成18年度と比較すると、入院基本料は減少しているものの、入院基本料等加算・出来高部分・リハビリテーション等の収入が増加していたため、各区分において収入は増加していた。

図表 17 患者分類毎の患者1人1日当たり収入推計

(単位:円)

<収入>	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	14,377	18,727	22,617	13,684	18,274	22,234
ADL区分2	13,027			12,474		
ADL区分1		17,507		17,034		

図表 18 患者特性調査対象施設請求分レセプト調査における患者1人1日当たり収入金額

(単位:円)

	入院 基本料	入院基本料 等加算	出来高 部分	リハビリ テーション等	レセプト 請求金額	入院時食事療 養費を加えた 場合の収入
20年度調査 (共通10病院)	13,431	1,608	625	1,374	17,037	18,957
18年度調査 (共通10病院)	13,756	1,463	572	879	16,670	18,590

【備考】入院時食事療養費は、1食につき640円とし、1日当たり1,920円とした。なお、上記の収入には、差額ベッド代などの保険外収入は含まれていない。



(エ)患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差

患者分類毎の患者1人1日当たり費用(図表16)及び患者分類毎の患者1人1日当たり収入推計(図表17)を用いて、患者分類毎の収入・費用差を推計したところ、患者分類毎の収支差における経年変化として明らかなものは認められなかった(図表19)。

図表 19 患者分類毎の患者1人1日当たり収入・費用差

(上段:費用差最大の場合～下段:費用差最小の場合)

(単位:円)

＜収支差＞	20年度調査 (共通10病院)			18年度調査 (共通10病院)		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	-2,872～ -2,887	451～ 661	710～ 1,745	-2,944～ -2,958	775～ 952	1,463～ 2,373
ADL区分2	-3,034～ -3,532	946～ 866	1,483～ 2,272	-3,049～ -3,478	1,255～ 1,194	2,118～ 2,823
ADL区分1	-829～ -1,952	2,095～ 1,369	5,563～ 5,127	-1,086～ -2,076	2,089～ 1,453	5,746～ 5,368

## ⑤職員配置等の状況

### (ア)看護職員及び看護補助者1人1日当たりの患者数

施設特性調査において、18年11月、20年2月、21年2月を通じて医療療養病棟を有した22病院の看護職員及び看護補助者1人1日当たりの患者数は、ほぼ横ばいであった(図表20)。

一方、診療所では、20年2月と比較して21年2月では減少しており、職員配置がやや手厚くなる傾向にあった(図表21)。

図表 20 職員1人1日当たり患者数の変化(共通 22 病院)

(単位:人)

		18年11月	20年2月	21年2月
看護職員 1人当たりの 患者数	平均値	15.3	15.9	15.8
	中央値	15.8	14.9	15.2
	最小値	8.9	6.9	7.0
	最大値	20.4	33.0	23.8
	標準偏差	3.5	4.8	3.5
看護補助者 1人当たりの 患者数	平均値	15.2	16.9	16.8
	中央値	14.9	17.0	16.3
	最小値	8.5	9.4	8.1
	最大値	24.5	23.5	38.0
	標準偏差	3.6	4.0	5.0

【備考】各項目の算出式は以下の通り。

- ・看護職員1人1日当たりの患者数  

$$= 1 \text{ 日平均患者数} / \{ \text{看護師と准看護師の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤)} / (\text{月の日数} \times 24 \text{ 時間}) \}$$
- ・看護補助者1人1日当たりの患者数  

$$= 1 \text{ 日平均患者数} / \{ \text{看護補助者の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤)} / (\text{月の日数} \times 24 \text{ 時間}) \}$$

図表 21 職員1人1日当たり患者数の変化(13 診療所)

(単位:人)

		20年2月	21年2月
看護職員 1人当たりの 患者数	平均値	8.8	8.1
	中央値	9.6	8.5
	最小値	2.0	2.3
	最大値	16.0	14.9
	標準偏差	3.8	3.4
看護補助者 1人当たりの 患者数	平均値	17.8	14.9
	中央値	17.7	14.3
	最小値	7.8	9.0
	最大値	26.7	24.9
	標準偏差	5.9	5.0

【備考】有床診療所療養病床入院基本料のみを算定している診療所(13施設)の集計。

(イ)職種別賃金の変化

コスト調査において、平成 20 年度と平成 18 年度の両方の調査に参加し、かつ一般病床を有しない5病院における職種別賃金は、全体的に増加傾向にあった。特に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の賃金の増加が顕著であった(図表 22)。

図表 22 職種別賃金の変化(共通5病院)

職 種	20 年 10 月		18 年 11 月	
	賃金 (円/時間)	相対比	賃金 (円/時間)	相対比
医師	7,741 円	2.62	7,601 円	2.89
看護師	2,959 円	1.00	2,628 円	1.00
准看護師	2,770 円	0.94	2,364 円	0.90
看護補助者	1,461 円	0.49	1,359 円	0.52
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2,416 円	0.82	1,650 円	0.63
その他職種(MSW、薬剤師、栄養士、他)	2,109 円	0.71	1,983 円	0.75

【備考】平成 18 年度は平成 18 年 11 月の 1 ヶ月のデータ、平成 20 年度は平成 20 年 10 月の 1 ヶ月のデータに基づくもの。「相対比」は、看護師の賃金を 1.00 とした時の他職種の賃金の比。

## ⑥病床転換の状況

施設特性調査において、平成20年3月と平成21年3月を比較して、医療療養病床の病床数が増減した30病院の状況をみた(図表23)。

まず、医療療養病床が減少した12病院では、医療療養病床(計275床)を療養病床の回復期リハビリテーション病床(183床)や特殊疾患病床(111床)に転換するが多かった。

また、医療療養病床が増加した18病院では、介護療養病床(446床)から医療療養病床(計487床)に転換している例が目立った。

図表23 医療療養病床の病床数が増減した病院における状況 (20年3月→21年3月)

	医療療養病床の病床数 が減少した病院		医療療養病床の病床 数が増加した病院	
	病院数	延べ病床数	病院数	延べ病床数
① 医療療養病床の増減数	12	-275	18	542
② 上記のうち、病床数全体純増減分	0	0	3	55
③ 差し引き(①-②): 病床数全体の増減を 除いた医療療養病床の増減数	-	-275	-	487
内訳)一般病床の特殊疾患病床	2	111	1	1
内訳)一般病床の障害者施設等入院基本 料算定病床	3	62	3	113
内訳)その他一般病床	5	7	9	-139
内訳)療養病床の回復期リハビリテーション病床	7	183	2	-20
内訳)精神病床	0	0	0	0
内訳)医療保険その他	0	0	1	-50
内訳)介護療養病床	3	-100	11	-446
内訳)介護保険その他	1	12	2	54

図表24 医療療養病床の病床数が増減した診療所における状況 (20年3月→21年3月)

	医療療養病床の病床 数が減少した診療所		医療療養病床の病床 数が増加した診療所	
	診療所数	延べ病床数	診療所数	延べ病床数
① 医療療養病床の増減数	2	12	1	6
② 上記のうち、病床数全体純増減分	0	0	0	0
③ 差し引き(①-②): 病床数全体の増減を 除いた医療療養病床の増減数	-	12	-	6
内訳)有床診療所入院基本料算定病床	2	12	1	1
内訳)介護療養病床	0	0	1	6

### ⑦入退院患者の状況

施設特性調査において、平成21年2月中の医療療養病棟への新入院(転棟)患者の入院元をみると、一般病床から医療療養病棟に転院・転棟してきた患者が全体の約65%を占める一方で、自宅からの入院も約16%認められた(図表25)。

また、診療所については、自宅からの入院(36%)、自院の一般病床(29%)が高い割合を示した(図表26)。

図表25 医療療養病棟の入院元別100床当り新入院(転棟)患者数および構成比  
(平成21年2月中、129病院)

入院(転棟)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	1.66	12.3%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.51	3.8%
	有料老人ホーム等*	0.26	2.0%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.37	2.7%
	介護老人保健施設	0.49	3.6%
	他の医療機関の一般病床	5.28	39.1%
	他の医療機関の医療療養病床	0.31	2.3%
	他の医療機関の介護療養病床	0.03	0.2%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.25	1.9%
	他の医療機関のその他の病床	0.03	0.2%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.09	0.7%
	有料老人ホーム等*	0.09	0.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.02	0.1%
	介護老人保健施設	0.37	2.7%
	他の医療機関の一般病床	1.46	10.9%
	他の医療機関の医療療養病床	0.06	0.4%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.07	0.5%
	他の医療機関のその他の病床	0.00	0.0%
院内	自院の一般病床	3.42	25.4%
	自院の回復期リハビリテーション病棟	0.16	1.2%
	自院の亜急性期病床	0.00	0.0%
	自院の特殊疾患病棟(入院医療管理料)	0.00	0.0%
	自院の障害者施設等入院基本料算定病棟	0.29	2.2%
	自院の介護療養病床	0.35	2.6%
	自院のその他の病床	0.07	0.5%
不明	0.04	0.3%	
合計	13.52	100.0%	

【備考】有料老人ホーム等:グループホーム、ケアハウス(軽費老人ホーム)を含む。

図表 26 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の入院元別 100 床当り新入院(転床)患者数および構成比(平成 21 年 2 月中、86 診療所)

入院(転床)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	10.48	31.8%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.38	4.2%
	有料老人ホーム等	0.58	1.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.23	0.7%
	介護老人保健施設	0.81	2.4%
	他の医療機関の一般病床	5.88	17.8%
	他の医療機関の医療療養病床	0.69	2.1%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.12	0.3%
	他の医療機関のその他の病床	0.92	2.8%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.00	0.0%
	有料老人ホーム等	0.23	0.7%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.12	0.3%
	介護老人保健施設	0.69	2.1%
	他の医療機関の一般病床	0.12	0.3%
	他の医療機関の医療療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
院内	自院の一般病床	9.56	29.0%
	自院の介護療養病床	0.46	1.4%
不明		1.84	5.6%
合計		32.95	100.0%

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

また、同じく施設特性調査を用いて、平成 21 年 2 月中の医療療養病棟からの退院(転棟)患者の退院先を調査したところ、最も多いものとしては自宅退院(約 26%)であり、続いて多いのが死亡退院(約 22%)であった(図表 27)。加えて、約 20%が介護施設(介護老人保健施設、自院の介護療養病床等)に移っていた。

診療所については、自宅退院が約 50%と最多であり、死亡退院は約 14%、自院の一般病床への転床が約 12%であった(図表 28)。

図表 27 医療療養病棟の退院先別 100 床当り退院(転棟)患者数及び構成比  
(平成 21 年 2 月中、129 病院)

退院(転棟)先		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	2.54	18.0%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.12	8.0%
	有料老人ホーム等	0.35	2.5%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.58	4.1%
	介護老人保健施設	1.16	8.2%
	他の医療機関の一般病床	1.86	13.2%
	他の医療機関の医療療養病床	0.20	1.5%
	他の医療機関の介護療養病床	0.03	0.2%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.02	0.1%
	他の医療機関のその他の病床	0.12	0.8%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.20	1.5%
	有料老人ホーム等	0.06	0.4%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.06	0.4%
	介護老人保健施設	0.65	4.6%
	他の医療機関の一般病床	0.51	3.6%
	他の医療機関の医療療養病床	0.04	0.3%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.01	0.1%
院内	自院の一般病床	0.61	4.4%
	自院の回復期リハビリテーション病棟	0.05	0.3%
	自院の亜急性期病床	0.00	0.0%
	自院の特殊疾患病棟(入院医療管理料)	0.00	0.0%
	自院の障害者施設等入院基本料算定病棟	0.05	0.3%
	自院の介護療養病床	0.63	4.5%
	自院のその他の病床	0.05	0.3%
不明	0.05	0.3%	
死亡退院	3.15	22.3%	
合計	14.10	100.0%	

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

図表 28 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の退院先別 100 床当り退院(転床)患者数及び構成比(平成 21 年 2 月中、86 診療所)

退院(転床)元		患者数(人)	構成比
院外	自宅(訪問診療、訪問看護等 なし)	10.25	42.6%
	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	1.84	7.7%
	有料老人ホーム等*	0.69	2.9%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.46	1.9%
	介護老人保健施設	1.50	6.2%
	他の医療機関の一般病床	1.84	7.7%
	他の医療機関の医療療養病床	0.12	0.5%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
	他の医療機関のその他の病床	0.12	0.5%
(再掲) 院外のうち 同一法人内 の場合	自宅(訪問診療、訪問看護等 あり)	0.46	1.9%
	有料老人ホーム等	0.00	0.0%
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.00	0.0%
	介護老人保健施設	0.58	2.4%
	他の医療機関の一般病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の医療療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の介護療養病床	0.00	0.0%
	他の医療機関の回復期リハビリテーション病棟	0.00	0.0%
他の医療機関のその他の病床	0.00	0.0%	
院内	自院の一般病床	2.76	11.5%
	自院の介護療養病床	0.12	0.5%
不明		0.00	0.0%
死亡退院		3.34	13.9%
合計		24.08	100.0%

【備考】「有料老人ホーム等」の中には、グループホームやケアハウス(軽費老人ホーム)が含まれる。

施設特性調査に基づき、入院時点の患者及び退院直前の患者について医療区分の構成比をみると、入院時点では、医療区分2の患者が4割以上を占めている(図表 29)が、退院又は転棟する時点では医療区分1及び3の割合の方が高かった。医療区分3に着目すると、入院時点よりも退院直前の方が相対的に多くなっていた(図表 30)。

一方、診療所においては退院又は転棟する時点で医療区分1の割合が高まる傾向にあった(図表 31、図表 32)。



図表 29 医療療養病棟の入院時点の状態別 100 床当り新入院(転棟)患者数及び構成比  
(130 病院、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	3.2	25.4%
医療区分2	5.3	42.5%
医療区分1	4.0	32.0%
合計	12.6	100.0%

図表 30 医療療養病棟の退院直前の状態別 100 床当り退院(転棟)患者数及び構成比  
(130 病院、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	3.9	33.3%
医療区分2	3.5	29.9%
医療区分1	4.3	36.8%
合計	11.7	100.0%

図表 31 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の入院時点の状態別 100 床当り  
新入院(転床)患者数及び構成比(39 診療所、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	2.1	9.3%
医療区分2	7.1	31.4%
医療区分1	13.5	59.3%
合計	22.8	100.0%

図表 32 有床診療所療養病床基本料を算定している病床の退院直前の状態別 100 床当り  
退院(転床)患者数及び構成比(39 診療所、平成 21 年 2 月)

	患者数(人)	構成比
医療区分3	1.6	8.3%
医療区分2	5.3	27.8%
医療区分1	12.2	63.9%
合計	19.0	100.0%

## ⑧提供されている医療サービスの質に関する状況

### (ア)QI (Quality Indicator) (後注)の算出

平成 18 年度と平成 20 年度の両方の患者特性調査に参加した 25 病院のデータを用いてQIを算出したところ、全体的な傾向として大きな変動を認めなかった(図表 33、図表 34)。個別の項目では、「身体抑制」の低下(24.7%→19.6%)、「留置カテーテル」の上昇(11.0%→14.6%)、「尿路感染症」の上昇(8.3%→11.2%)を認めた。

図表 33 平成 20 年度患者特性調査 QI 算出結果

QI 項目	平成 20 年度患者特性調査 QI 算出結果									
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数
痛み	25	2,047	4.3%	3.7%	0.0%	15.2%	2.7%	5.2%	11.7%	2
褥瘡ハイリスク	25	1,615	13.0%	7.7%	0.0%	31.4%	8.7%	16.4%	28.5%	1
褥瘡ローリスク	24	432	2.7%	5.7%	0.0%	25.0%	0.0%	2.6%	14.1%	1
身体抑制	25	2,047	19.6%	24.1%	0.0%	100.0%	2.5%	24.0%	67.8%	2
留置カテーテル	25	2,047	14.6%	9.6%	3.0%	35.3%	6.8%	20.2%	33.7%	2
尿路感染症	25	2,047	11.2%	14.4%	0.0%	60.3%	1.7%	14.8%	40.1%	2
ADL の低下①	24	1,649	7.5%	6.1%	0.0%	24.7%	2.0%	10.0%	19.7%	1
ADL の低下②	22	253	10.7%	11.0%	0.0%	33.3%	0.0%	13.4%	32.7%	2

【備考】平成 20 年度・18 年度調査ともに療養病棟入院基本料を算定している患者(入院後 14 日以内の患者を除く)を算出対象とした。「はずれ値」とは、当該病院のデータが「平均値+2 標準偏差」よりも大きいことを指す。

図表 34 平成 18 年度患者特性調査 QI 算出結果

QI 項目	平成 18 年度患者特性調査 QI 算出結果									
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数
痛み	25	2,244	7.7%	7.7%	0.0%	26.7%	2.6%	8.8%	23.1%	3
褥瘡ハイリスク	25	1,710	16.3%	7.8%	3.1%	28.6%	8.3%	23.0%	31.9%	0
褥瘡ローリスク	24	534	3.7%	6.1%	0.0%	25.0%	0.0%	5.0%	15.9%	1
身体抑制	25	2,244	24.7%	30.1%	0.0%	100.0%	1.0%	30.9%	84.8%	1
留置カテーテル	25	2,244	11.0%	8.0%	0.0%	27.4%	5.3%	15.6%	27.0%	1
尿路感染症	25	2,244	8.3%	6.8%	0.0%	23.3%	3.4%	12.5%	22.0%	1
ADL の低下①	24	1,648	7.6%	7.1%	0.0%	28.1%	0.0%	9.6%	21.8%	2
ADL の低下②	22	468	12.8%	21.5%	0.0%	100.0%	0.0%	11.6%	55.9%	1

【備考】図表 33 の備考を参照。

(イ)はずれ値を示した病院に対する確認

平均値から標準偏差の2倍以上離れた値(「はずれ値」)のデータを提出した医療機関のうち、特にその傾向が強かった4病院に対してヒアリングを行ったところ、提出データの誤りではなく、ケアの実態であることが確認された(図表 35)。

図表 35

はずれ値を示した施設		施設側の回答(概要)
事例1	身体抑制が 80%の病院	ベッド柵を使用している。調査票記入に間違いはない。
事例2	身体抑制が 100%の病院	患者の安全を考慮して4連のベッド柵を使用している。調査票記入に間違いはない。
事例3	尿路感染症が 60%の病院	発熱時に必ず検尿をしている。1 度でも症状が認められると調査票上カウントしている。調査票記入には間違いはない。
事例4	尿路感染症が 41%の病院	オムツの利用が多いからかもしれない。調査票記入に間違いはない。

【参考】図表 33 及び図表 34 におけるQIの定義

項目名	分子 (該当する患者の状態等)	分母 (該当する患者の状態等)
痛み	中程度の痛みが毎日あるか、耐え難い痛みがある	全患者*
褥瘡ハイリスク	I 度以上の褥瘡がある	全患者*のうち、寝返りか移乗の広範な障害、昏睡状態、栄養障害のいずれかに該当する患者に限る
褥瘡ローリスク	I 度以上の褥瘡がある	全患者*のうち、褥瘡ハイリスクの該当患者を除外
身体抑制	毎日身体抑制している  注)患者特性調査において、下記の項目のいずれかを「毎日使用した」場合に、「毎日身体抑制している」に該当するものとした。 A) すべてにベッド柵 B) 体幹部の抑制 C) 四肢の抑制 D) 起き上がれない椅子	全患者*
留置カテーテル	留置カテーテルを挿入している	全患者*
尿路感染症	尿路感染症である	全患者*
ADL の低下①	過去 90 日間における ADL 自立度の悪化	在院 90 日以上患者のうち、昏睡・末期・緩和ケアに該当する患者を除外
ADL の低下②	入院時と比較しての ADL 自立度の悪化	在院 15 日以上 90 日未満の患者のうち、昏睡・末期・緩和ケアに該当する患者を除外

【備考】「全患者\*」では、入院 14 日以内の患者を除いた患者数を用いた。

### Ⅲ. 一般病棟で提供される医療の実態調査の概要

#### 1. 目的

本調査は、13:1 病棟及び 15:1 病棟について、医療の実態を調査し、中医協基本問題小委員会における診療報酬改定の検討資料とすることを目的としたものである。

#### 2. 調査対象及び手法

13:1 病棟及び 15:1 病棟を有する施設に対し、「18 年度慢性期調査」と同様の調査票を用いて調査を行った。

当初、無作為抽出(1/2)により 13:1 病棟 362 施設、15:1 病棟 706 施設に調査協力依頼状を発送したところ、受諾のあった施設数が過少であったため、協力依頼を追加した。最終的には、ほぼ全数調査に匹敵する 13:1 病棟 724 施設、15:1 病棟 1,421 施設に調査協力依頼状を発送した。そして調査を受諾した 13:1 病棟 61 施設、15:1 病棟 96 施設に調査票を発送した。

このうち、回答が得られたのは 13:1 病棟 46 施設(回収率 75%)、15:1 病棟 62 施設(回収率 65%)であったが、データとして分析できなかった施設を除くと、最終的な分析対象は 13:1 病棟 33 施設、15:1 病棟 47 施設であった。これは、調査協力依頼を行った施設数の、それぞれ約 5%、3%に相当した。

(図表36)

	13:1 病棟を有する施設	15:1 病棟を有する施設
A: 調査協力依頼状発送施設数	724 施設	1,421 施設
B: 調査協力受諾施設数 (調査票発送施設数)	61 施設	96 施設
C: 回答数 (C/B)	46 施設 (75%)	62 施設 (65%)
D: 有効回答数(分析対象数) (D/A)	33 施設 (4.6%)	47 施設 (3.3%)

#### 3. 主な調査結果

13:1 病棟及び 15:1 病棟の両方において、入院期間が 91 日以上である患者(以下、「91 日以上入院患者」という。)が約 2 割認められたので(図表 37)、当分科会では、これらの患者に着目して検討を行うこととした。

「91 日以上入院患者」は、医療療養病棟の患者と比較して、医療区分を適用した場合、医療区分 2 が多いという点では類似していたが、医療区分 3 の割合は 32.3%であり、医療療養病棟の 19.7%に比して高い値であった(図表 38)。それと同時に、24 時間持続点滴や中心静脈栄養等を実施している患者は医療療養病棟よりも相対的に多くみられた(図表 39)。

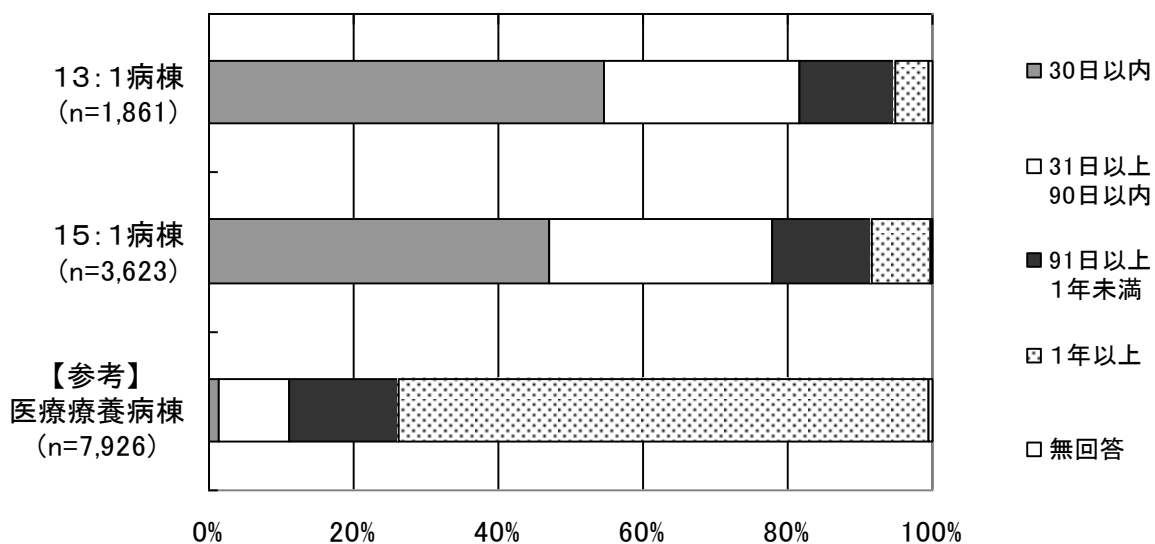
一方で、検体検査とエックス線単純撮影の実施率や多種類の投薬頻度においては、「91 日以上入院患者」の方が比較的高い値を示した(図表 41)。

(1) 在院期間の状況 (図表 37)

	13:1 病棟 (n=1,861)			15:1 病棟 (n=3,623)			【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
	人数	割合	変動	人数	割合	変動	人数	割合
30 日以内	1,017	54.6%	↑	1,704	47.0%	↑	102	1.3%
31 日以上 90 日以内	503	27.0%	↑	1,116	30.8%	↑	783	9.9%
91 日以上 1 年未満	246	13.2%		502	13.9%		1,195	15.1%
1 年以上	86	4.6%	↓	287	7.9%	↓	5,812	73.3%
無回答	9	0.5%		14	0.4%		34	0.4%

【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。

なお、図表 38 以降では、13:1 病棟と 15:1 病棟における在院日数の無回答(23 件)を除いた 5,461 件を「在院は、13:1 病棟と 15:1 病棟における在院日数の無回答(23 件)を除いた 5,461 件を「在院日数 90 日以内」(n=4,340 件)と、「在院日数 91 日以上」(n=1,121 件)とに分けて集計。

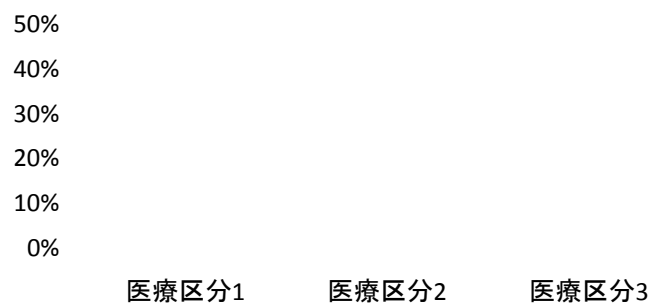


(2)医療区分の状況 (図表 38)

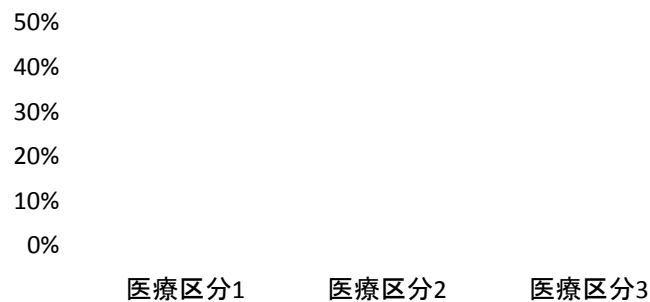
	13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 90 日以内 (n=4,340)			13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 91 日以上 (n=1,121)			【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
医療区分 1	1,893	43.6%	↑	301	26.9%	↓	2,543	32.1%
医療区分 2	1,554	35.8%	↓	458	40.9%	↓	3,820	48.2%
医療区分 3	893	20.6%	↓	362	32.3%	↑	1,563	19.7%

【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。

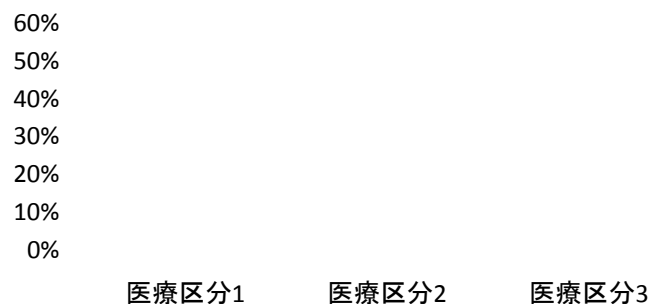
13:1及び15:1病棟、  
かつ在院90日以内 (n=4,340)



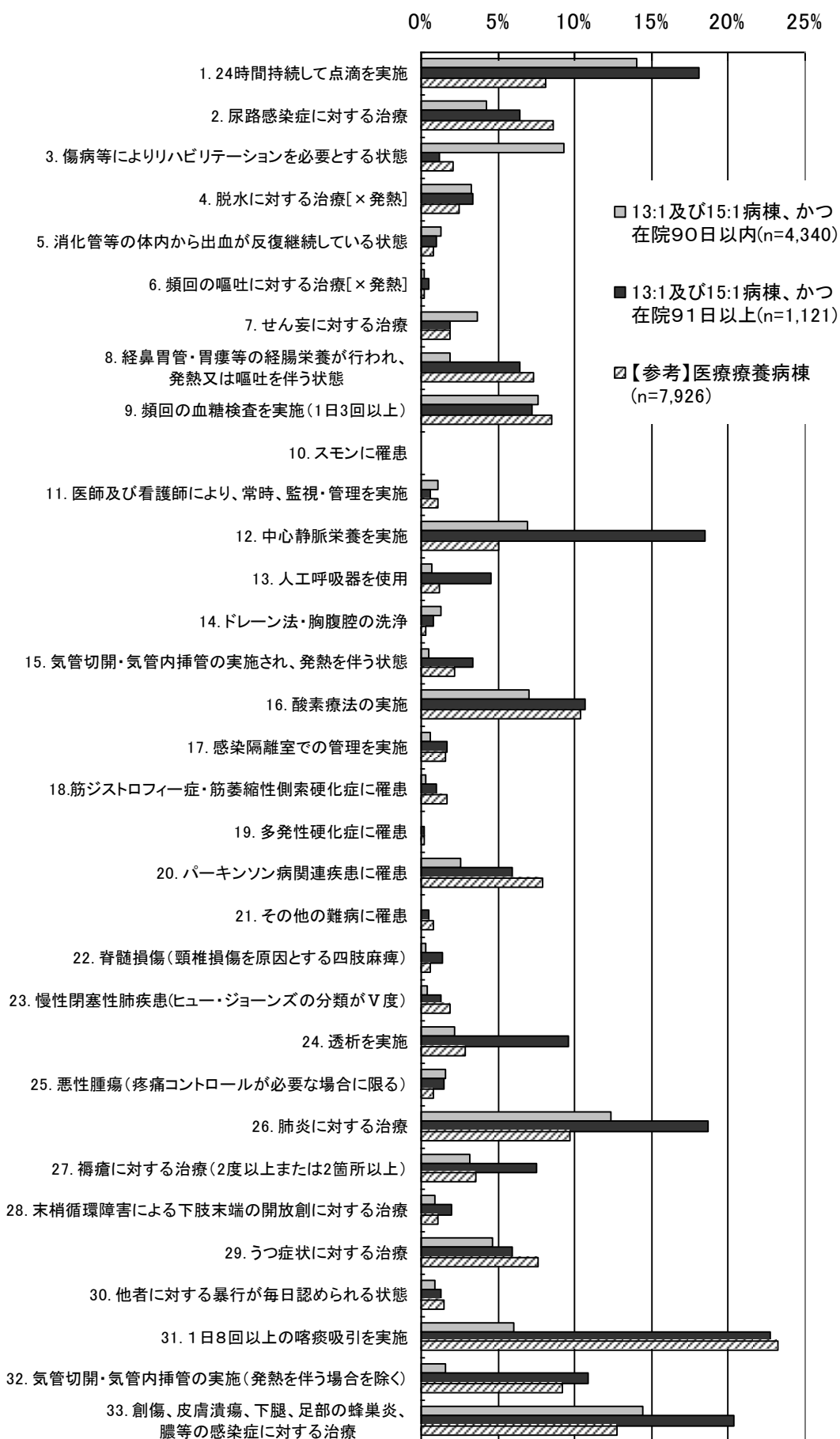
13:1及び15:1病棟、  
かつ在院91日以上 (n=1,121)



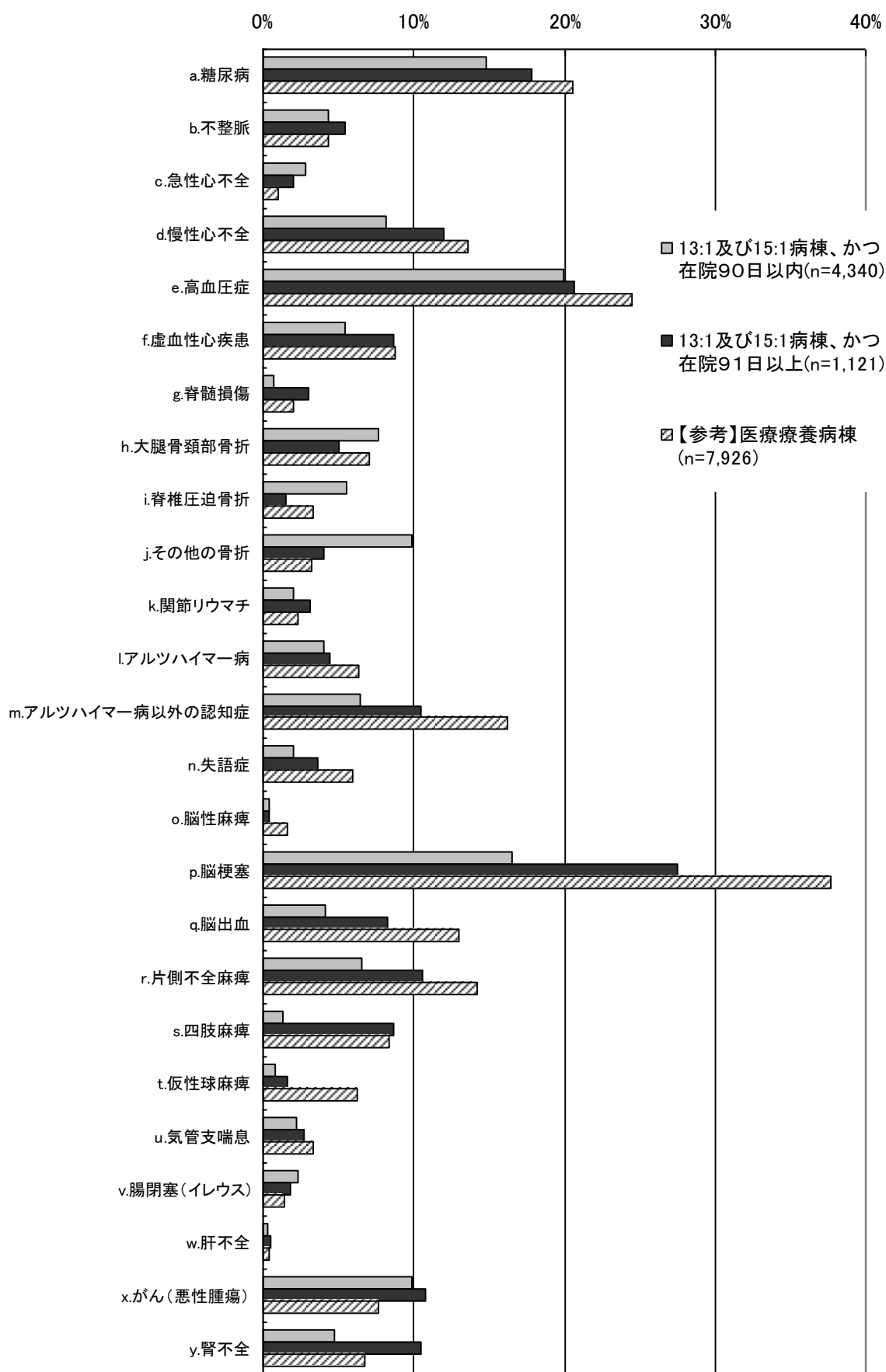
【参考】医療療養病床  
(n=7,926)



(3) 医療区分採用項目の該当状況 (図表 39)



(4)その他の患者状態像(医療区分採用項目以外) (図表 40)



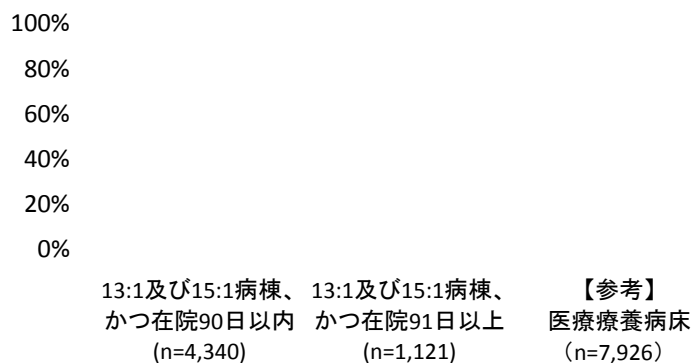


(5) 検査・投薬の実施状況 (図表 41)

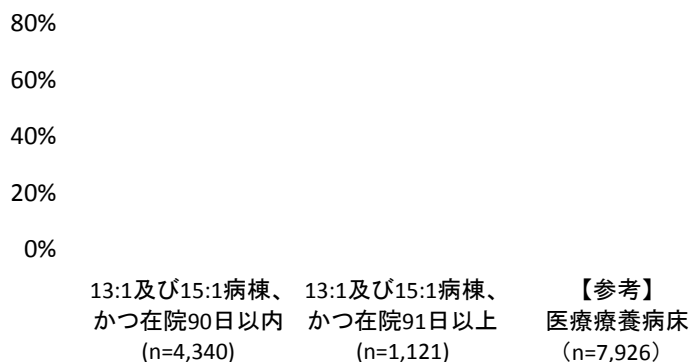
	13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 90 日以内 (n=4,340)			13:1 及び 15:1 病棟、 かつ在院 91 日以上 (n=1,121)			【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)	
検体検査(尿検査、血液検査等)	3,684	84.9%	↑	944	84.2%	↑	4,919	62.1%
エックス線単純撮影	3,212	74.0%	↑	700	62.4%	↑	2,582	32.6%
過去 7 日間に 9 種類以上与薬	840	19.4%		272	24.3%	↑	1,292	16.3%

【備考】↑(↓)は、13:1 及び 15:1 病棟での値が医療療養病棟での値と比較して 5%以上多い(5%以上少ない)もの。

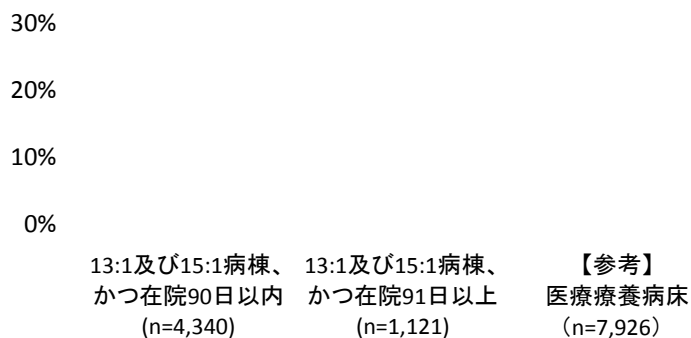
検体検査(尿検査、血液検査等)



エックス線単純撮影



過去7日間に9種類以上与薬



## IV. 調査結果のまとめ

### 1. 「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」について

#### (1) 調査手法について

##### ①施設特性調査・患者特性調査

「20 年度慢性期調査」は、「18 年度慢性期調査」の手法を踏襲した調査票を用いて実施された。全体のサンプル数は「18 年度慢性期調査」と同規模であったが(図表1)、経年変化の検討に必要な、平成 18 年度と平成 20 年度の両方の調査に参加した病院数は、24 病院にとどまった(図表4)。また、「18 年度慢性期調査」と比べて病棟数が若干減少した。これらの共通病院は、調査対象病院全体と比較すると総病床数(平均 185 床)・医療療養病床(平均 84 床)がともに多いものの、それ以外の要素に明らかな偏りはなく、比較的規模の大きい医療療養病床を有する病院を代表していると考えられた。

##### ②レセプト調査・コスト調査

平成 18 年度と同様に、レセプトの収集とコストの階梯式配賦を行った。経年変化の検討に必要な共通病院数は、10 病院にとどまった(図表 15)。これらの病院は、総病床数(平均 204 床)・医療療養病床(平均 122 床)ともに大規模な施設を調査したデータと言える。

なお、コスト調査は、医療機関側の事務的負担が特に大きい調査であるため、小規模病院では調査協力が得ることが容易ではなかった。

##### ③タイムスタディ調査等

調査に関する時間的・費用的制約があったこと、また、調査協力病院に対する負担軽減の観点から、タイムスタディ調査や、薬剤費及び特定保険医療材料費の調査は実施していない。コスト調査の費用の推計については、これらのデータを必要とするが、「18 年度慢性期調査」の結果を外挿することで対応しており(図表 16 の【備考】参照)、平成 20 年度の費用推計としては参考値である。

#### (2) 調査結果の分析

##### ①患者分類と診療報酬請求について

###### (ア) 医療区分・ADL区分の構成比と経年変化

病院の医療療養病床では医療区分1・医療区分2・医療区分3の構成比がほぼ3:5:2であったが(図表3)、経年変化をみると、医療区分1が約5%減少し、医療区分3が約4%増加していた(図表4)。

この結果については、急性期病院の平均在院日数短縮傾向を反映した重症化の証左であるとの意見がある。

###### (イ) 評価項目の該当状況の経年変化

平成18年度と比較すると、「尿路感染症に対する治療を行っている状態」及び「経鼻胃管・胃瘻等の経腸栄養が行われ、発熱又は嘔吐を伴う状態」に

については医療区分3において増加が著しく、「1日3回以上の血糖検査を実施」については医療区分2及び3のいずれも明らかな増加を認めた(図表6)。なお、医療区分2及び3の採用項目のうち、平成20年度診療報酬改定により要件が厳格になったものが一部あるが、当該項目の実施頻度に著しい変化はなかった(図表6)。

#### (ウ)患者特性調査とレセプト調査における医療区分の構成比の比較

患者特性調査、患者特性調査対象施設請求分レセプト調査、国保支払分レセプト調査の3調査(図表1の「調査票」の項参照)における医療区分の構成比を比較すると、患者特性調査よりもレセプト調査の方が医療区分3の割合が高い傾向にあった(図表10)。なお、診療所ではこうした傾向を認めなかった(図表13)。

これについては、患者特性調査の対象時期(平成21年3月)とレセプト調査の対象時期(同1月)のずれを考慮する必要があるものの、患者特性調査におけるアセスメントと診療報酬請求時の分類に差が生じる理由の一つとして、データの質に問題がある可能性が示唆された。

### ②病院と診療所の医療療養病床における機能について

#### (ア)病院の医療療養病床の機能

医療療養病棟への入院(転入)については患者の約3分の2が一般病床からの転院・転棟であり(図表25)、また、退院(転棟)については自宅退院と死亡退院がそれぞれ約4分の1を占めた(図表27)。退院(転棟)時点では入院(転入)時点よりも医療区分1及び3の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表29、図表30)、病院の医療療養病床は、一般病床から受け入れた患者について看取る一方で、それとほぼ同数の患者を自宅退院させていることを示唆する結果となった。

但し、この結果の分析においては、1ヶ月間の入退院(転棟)患者が100床当たり約14人に過ぎず、サンプル数の少ないデータであることに留意する必要がある。

#### (イ)診療所の医療療養病床の機能

有床診療所については、入院患者の約3分の1が自宅からの入院であり(図表26)、退院患者の約半数が自宅に退院するという結果であった(図表28)。

これに加え、診療所は病院と比較して、医療区分1の割合が多く医療区分3の割合が少ないことや(図表5)、退院(転床)時点で入院(転入)時点よりも医療区分1の割合が高まる傾向にあることを踏まえると(図表31、図表32)、診療所の医療療養病床が、地域住民にとって身近な入院施設として機能していることを示唆すると考えられる。また、死亡退院も14%を占めており(図表28)、診療所の医療療養病床が看取りまで対応していることを示している。

### ③病院の収支について

#### (ア)費用の経年変化

患者1人1日当たり費用については、人件費及び材料費が増加する一方で委託費が減少した結果、平成18年度より微増し、「20年度慢性期調査」の共通10病院の集計結果は17,840円であった(図表15)。

但し、患者分類毎の患者1人1日当たり費用は、前述のとおり「18年度慢性期調査」の結果を外挿しており、参考値である(図表16)。

また、この患者分類毎の患者1人1日当たり費用の算出においては、「18年度慢性期調査」の結果を外挿しているために、全体として費用を過小に推計している可能性があることに留意する必要がある。

具体的には、平成20年度は平成18年度に比して、医療区分3の割合が増加していること(図表4)、またリハビリテーション等に係る算定が増加していること(図表18)を考慮すると、仮に平成20年度にもタイムスタディ調査を実施していた場合、各職種のケア時間が平成18年度に比して延長し、それを反映して費用が増加している可能性がある。

#### (イ)収入の経年変化

医療療養病床の患者分類毎の収入の推計を平成18年度と比較すると、入院基本料は減少しているものの、入院基本料等加算・出来高部分・リハビリテーション等の収入が増加し(図表18)、結果として各区分において収入は増加していた(図表17)。

なお、この収入には保険外収入が含まれていないことに注意を要する。

また、この推計においては、平成20年度診療報酬改定で導入された褥瘡評価実施加算(ADL区分3にのみ15点加算)が、入院基本料等加算の一部として全体に配賦されているため、ADL区分3の収入を過小に推計している可能性があることにも留意する必要がある。

#### (ウ)収支差の状況と経年変化

患者分類毎の収入・費用差を推計したところ、平成18年度に比較して患者分類毎の収支差に大きな変化は認められなかった(図表19)。しかし、上記(ア)(イ)の通り、費用・収入それぞれについて過小に推計している可能性があり、それらが費用・収支差に影響を与え得ることに留意する必要がある。

平成20年度診療報酬改定で療養病棟入院基本料が引き下げられたものの、入院基本料等加算やリハビリテーション等に係る費用を積極的に請求する傾向がみられることから、医療機能を向上させようとする姿勢を示唆する結果となった。

### ④提供されている医療サービスの質について

経年変化を確認できた25病院(平成18年度と平成20年度の両方の調査に参加した病院)において、全体的な傾向としてはQI(Quality Indicator)<sup>(後注)</sup>に大きな変動を認めなかった(図表33、図表34)。個別の項目では、身体抑制のQIは低

下したものの、留置カテーテルや尿路感染症の QI は上昇していた(図表 33、図表 34)。

医療療養病床全体の医療サービスの質の向上や低下をより正確に把握していくためには、重症者を多く受け入れている医療機関についてはそれを考慮した QI とする等の調整を要すること等から、患者データを蓄積する仕組みを設けた上で、さらに多くのサンプル数による調査結果に基づく検討を行う必要があると考えられる。

## 2. 「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」について

### (1) 調査手法について

施設特性調査・患者特性調査について、「20 年度慢性期調査」とほぼ同様の調査票を用いた。実質的に全数調査に相当する規模で調査協力依頼を行ったものの、最終的に分析対象を行き得たのは 13:1 病棟を有する施設が約 5%(724 病院中、33 病院)、15:1 病棟を有する施設が約 3%(1,421 病院中、47 病院)であった(図表 36)。

調査協力依頼を積極的に行ったにも関わらず、対象施設の協力が十分に得られなかったことについては、13:1 病棟や 15:1 病棟においてこのような実態調査の経験が未だかつてなかったこと、調査協力自体が医療機関側に大きな負担をかけるものであったこと、年度末の実施であったこと等により協力が得られにくかったこと等によると考えられる。

### (2) 調査結果の分析

#### ① 在院日数による患者像の比較

13:1 病棟及び 15:1 病棟において、「91 日以上入院患者」は約 2 割おり(図表 37)、医療療養病床の患者と比較して、医療区分を適用した場合、医療区分 2 が多いという点では類似していたが、医療区分 3 の割合は 32.3%であり、医療療養病床の 19.7%に比して高い値であった(図表 38)。また、医療区分採用項目については、24 時間持続点滴や中心静脈栄養等を実施している者の割合が医療療養病床よりも相対的に高かった(図表 39)。

#### ② 在院日数による医療サービス提供状況の比較

「91 日以上入院患者」に係る検体検査や単純 X 線写真撮影の実施状況は、医療療養病床に比して多かった(図表 41)。むしろ、在院 90 日以内の患者の実施状況に近い頻度で実施されていた。また、過去 7 日間に当該病棟において 9 種類以上の薬剤を使用した患者の頻度についても、同様の結果であった(図表 41)。

これは、前者が出来高払いの病床であり、後者が包括払いの病床であることを反映していると考えられる一方で、包括払いである医療療養病床においても検査や薬剤を一定程度使用していることを示すデータであると言える。

但し、高齢者における多剤併用には問題点が多いとの指摘もある(日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2005」等)。

### ③在院日数と診療報酬請求の関係

一般病棟入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院している75歳以上の患者(以下、「特定患者」という。)は、後期高齢者特定入院基本料を算定することとなっている。一方、「一定の基準」を満たす患者(以下、「特定除外対象患者」という。)の場合はその対象とならず、引き続き一般病棟入院基本料を算定することとなる。

本調査において、「91日以上入院患者」1,121名のうち、75歳以上の患者は741名(66%)であり、さらにそのうちの特定患者は16名(2%)、特定除外対象患者は716名(98%)であった。

上記の①～③を総合すると、13:1病棟及び15:1病棟において91日以上入院している患者のうち、継続して一般病棟入院基本料を算定している患者は99%(1,105名/1,121名)であり、これらの患者は、医療区分2が多いという点では医療療養病棟の患者と類似している一方で、医療区分3の割合が相対的に高く、また、在院90日以内の患者と同程度の検査や投薬が行われていると考えられる。

【参考】特定除外対象患者となる場合の「一定の基準」(平成20年3月5日厚生労働省告示第62号より)

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 三 重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- 四 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- 六 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。)
- 七 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- 八 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- 十 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- 十一 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。)にある患者
- 十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

## V. 今後の課題

### 1. 短期的課題とされた事項について

前述の通り、当分科会は、中医協基本問題小委員会から医療療養病床について、「患者分類の妥当性」「各医療機関における分類の適切性」「提供されている医療サービスの質」の3点につき検討するよう付託されている。

#### (1) 患者分類の妥当性について

患者分類は、医療区分及びADL区分を組合わせた9のケースミックス分類であり、慢性期入院医療の包括評価に採用されている。もともと、当分科会の提案により平成18年度診療報酬改定で導入され、平成20年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われたものである。

その妥当性について、当分科会は以前に、「18年度慢性期調査」の結果に基づいて「概ね妥当である」<sup>※1</sup>と評価した。

「20年度慢性期調査」ではタイムスタディ調査を実施していないが、平成20年度診療報酬改定の際に医療区分採用項目にほとんど変更を加えていないことから、現在においても9分類の基本骨格の妥当性は維持されていると考えられる。

いずれにしても、高齢化の進展や医療技術の進歩等を勘案しながら、医療区分採用項目の該当状況、その経年変化や、多項目該当<sup>※2</sup>の場合等に関する調査を今後も引き続き実施していく必要がある。

※1 「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 報告書」(平成19年8月8日)の「4. (2)①概括的評価」において、「医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人1日当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。」と記載。

※2 現行の診療報酬では、1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分で療養病棟入院基本料を算定することとされている。

#### (2) 各医療機関における分類の適切性について

各医療機関が、療養病棟入院基本料A～E又は有床診療所療養病床入院基本料A～Eを請求する際に、患者毎の分類を適切に行っているかどうかを、「20年度慢性期調査」のうち患者特性調査を用いて検証を試みた。

しかしながら、「20年度慢性期調査」では、診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件<sup>※3</sup>に関する資料の提出を求めておらず、患者特性調査に基づく分類の結果と診療報酬請求時の分類の結果とが合致しているかどうかの確認ができないため、現行の調査内容では検証できないと判断した。

今後、本課題を検証するにあたっては、例えば診療報酬請求時に求められる種々の細かな要件に関する資料の提出を別途求め、レセプトと照合するといった方法が考えられるが、その検討にあたっては、協力医療機関の事務的負担にも配慮する必要がある。

※3 診療報酬請求にあたっては、患者毎に療養病棟入院基本料A～Eのいずれかに分類することになるが、その際には、厚生労働省保険局医療課長通知で定められている留意点等に合致しているか否かを確認しておく必要がある。

### (3) 提供されている医療サービスの質について

- ① 当分科会は平成19年に、慢性期入院医療の包括評価に関する調査のうち患者特性調査を用いて、治療・ケアに問題のある可能性の高い褥瘡等のある患者を把握し、分野毎のQI<sup>(後注)</sup>として評価する方法を提言した。

この提言に基づき、平成20年度診療報酬改定において、QIのうちの4分野が、一部修正のうえ採用された。すなわち、QIを「治療・ケアの内容の評価表」として、病棟ごとに継続的に測定・評価することになった。

- ② 一方、「20年度慢性期調査」においては、患者特性調査を用いて、その全体的な傾向や個別項目の変動、及び経年変化を確認した。今後QIに関してさらに正確な評価を行うためには、サンプル数を増加させて患者の重症度を考慮した評価を行う必要がある。

しかし、患者特性調査は、調査協力施設に対して多大な負担をかけること、また任意のアンケート調査であるために精度が必ずしも担保されていないことから、現行の方式のままでは限界がある。また、①の「治療・ケアの内容の評価表」を収集して分析する方法も考えられるが、そもそも病棟単位の資料であるため、個々の患者の重症度を考慮して評価することができない。

- ③ そこで、正確かつ簡便な調査手法の開発を目指して、試行的に、レセプト調査において収集したレセプトに任意で添付されていた「医療区分・ADL区分に係る評価票」(以下、「評価票」という。)の分析を行った。

その結果、「評価票」に基づく分析は、患者特性調査のように調査協力施設に多大な負担をかけることがなく、かつ個々の患者の状態やケアの内容について日毎に把握可能であるということが分かった。

但し、現行の「評価票」については、(ア)診療報酬請求に際して医療区分及びADL区分を確認するチェックリストとして用いられているため、必ずしも該当する項目全てに記載がなされているわけではないこと (イ)レセプトへの添付が任意となっていること、の2点に留意する必要がある。

- ④ 以上より、当分科会は、本課題の検証にあたり、患者特性調査を用いるよりはむしろ、レセプトに添付された「評価票」を利用する方が有効であるとする。

その際には、(ア)該当項目への記載を必須とする (イ)レセプトへの添付を必須とする、の2点について、「評価票」の運用の変更を提案する。なお、レセプトオンライン請求に対応する際には、上記(イ)の実効性を担保するため、「評価票」についてもレセプトと同様、CSV形式<sup>※4</sup>で記載できるようにする必要がある。

さらに、上記(ア)(イ)に関する医療現場の負担については、今後の調査及び検討を要する。

※4 CSV形式(Comma-Separated Value format)とは、データをカンマで区切って並べたデータ形式を指す。レセプトオンライン請求の際には、医療機関はこのデータ形式で作成したファイルを審査支払機関に送付する必要がある。



## 2. 中・長期的課題とされた事項について

本課題の検討にあたっては、慢性期医療の定義・範囲を明確にしておく必要があるが、現時点では、さしあたり一般病床の一部から介護保険施設の一部までが想定される。当面は、このうちの一般病床に係る部分から検討することとした。

本年度の分科会においては、医療課が平成 20 年度末に実施していた「平成 20 年度一般病棟で提供される医療の実態調査」を利用して分析した。この調査によると、13:1 病棟及び 15:1 病棟における「91 日以上入院患者」は、現在の医療療養病棟に入院している患者と比べて、医療区分3の割合が相対的に高いこと等については異なっていたが、医療区分2が多いという点では類似していた。

対象施設の協力が十分に得られなかった等の問題点はあるものの、13:1 病棟及び 15:1 病棟の入院患者や提供されている医療サービスに関する実態調査はこれまでに実施されておらず、今回の調査によって初めて一定の結果が得られたものと考えられる。

来年度以降、医療療養病床と機能が近接している病床等を含め、慢性期の状態像が描けるよう、新たな横断的調査を実施する必要があり、その際には、中医協基本問題小委員会と相談しながら、調査設計の段階から慎重に議論を進めていくべきである。

〔後注〕

QI(Quality Indicator)とは、ケアの内容として問題となる褥瘡患者の割合といったプロセスを評価したり、ケアの結果として生じるADLの低下といったアウトカムを評価したりするために提唱された指標。対象病院や病棟毎に、こうしたケアの質に問題のある可能性のある患者を分子に、その状態に至る可能性のある患者全体を分母として、病院全体や病棟全体としての割合を算出する。QI の値は 0%~100%に分布し、100%に近いほど、当該施設や病棟のケアの質に問題のある可能性がある。