

# 厚生労働省説明資料

## 介護保険制度の実施状況について（老健局総務課）

# 介護保険制度の実施状況

2003年3月11日

市町村職員を対象とするセミナー

老健局 総務課 宿里 明弘

## 介護保険制度の実施状況

○ 介護保険制度開始から3年近くが経過。

様々な課題はあるものの、概ね順調に推移

・ 被保険者数の推移

65歳以上の被保険者数は、2年半で約200万人増加(9%)

	2000年4月末	2001年4月末	2002年11月末
被保険者数	2,165万人	2,247万人	2,364万人

(出典:介護保険事業状況報告)

・ 要介護認定を受けた人数の推移

要介護認定を受けた者は、2年半で約115万人(52%)増加

	2000年4月末	2001年4月末	2002年11月末
要介護認定者数	218万人	258万人	333万人

(出典:介護保険事業状況報告)

・ 介護サービスの利用者数の推移

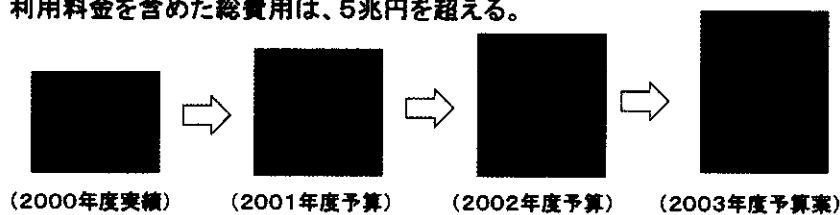
2年半で、居宅は93%、施設は36%、全体で73%の増加

	2000年4月	2001年4月	2002年9月
居宅サービス	97万人	142万人	188万人
施設サービス	52万人	65万人	70万人
合計	149万人	207万人	258万人

(出典:介護保険事業状況報告)

・ 総費用の推移

利用料金を含めた総費用は、5兆円を超える。

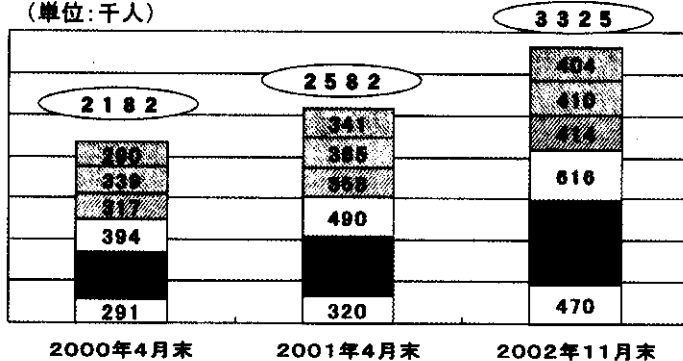


## 要支援・要介護1の増加

- 要介護認定を受けた人は2年半で約114万人増加(52%)
- 特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加(76%)  
(要介護度別認定者数の推移)

(単位:千人)

2000年4月末からの増加率



計	52%
5	39%
4	21%
3	31%
2	56%

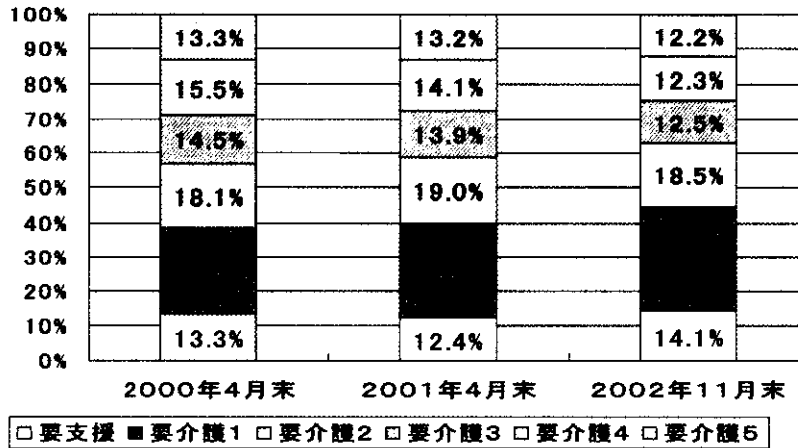
□ 要支援 ■ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5

(出典:介護保険事業状況報告)

○ 要支援・要介護1の認定を受けた者の構成割合も増加

(2000年4月末:38.6% → 2002年11月末:44.5%)

(要介護度別認定者数の構成割合)

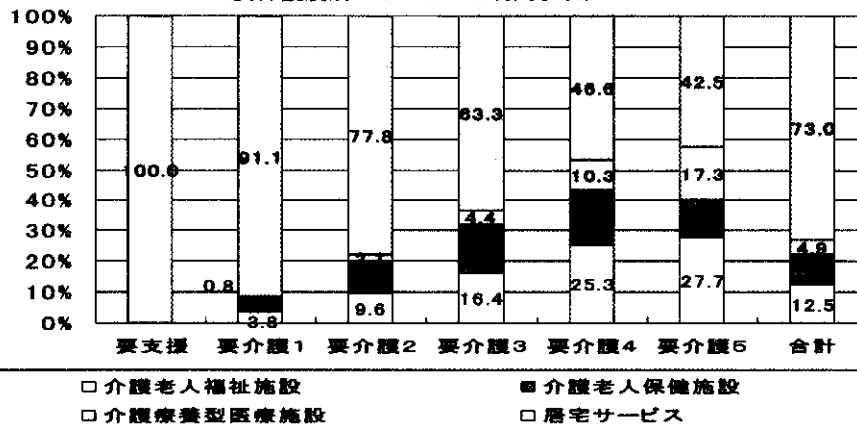


(出典:介護保険事業状況報告)

## サービスの利用状況

○ 要介護度が高いほど、施設サービスを利用する割合が高い。要介護4・5については、サービス利用者の半数以上が施設サービスを利用。

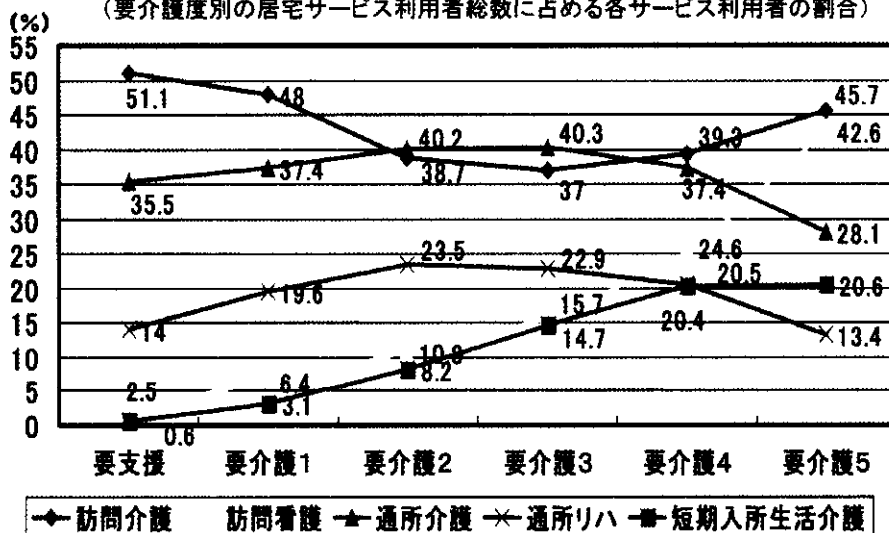
(要介護度別のサービスの利用状況)



(出典:介護給付費実態調査月報(11月分審査分))

○ 訪問看護・ショートステイは、要介護度が高い利用者ほど多く利用

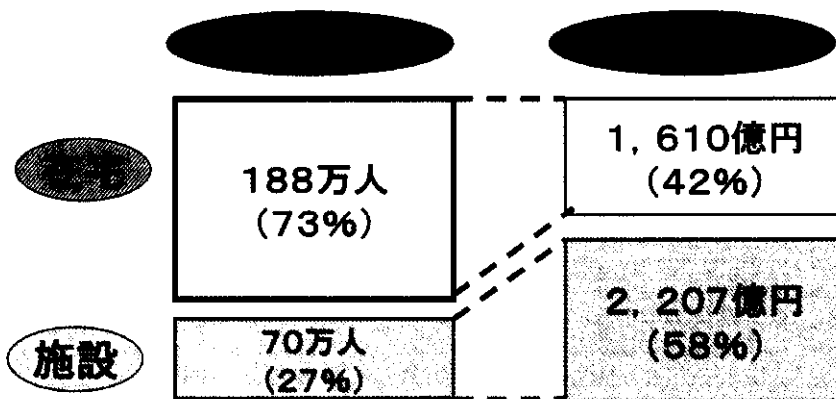
(要介護度別の居宅サービス利用者総数に占める各サービス利用者の割合)



(出典:介護給付費実態調査月報(11月分審査分))

利用者及び介護給付費の構成割合

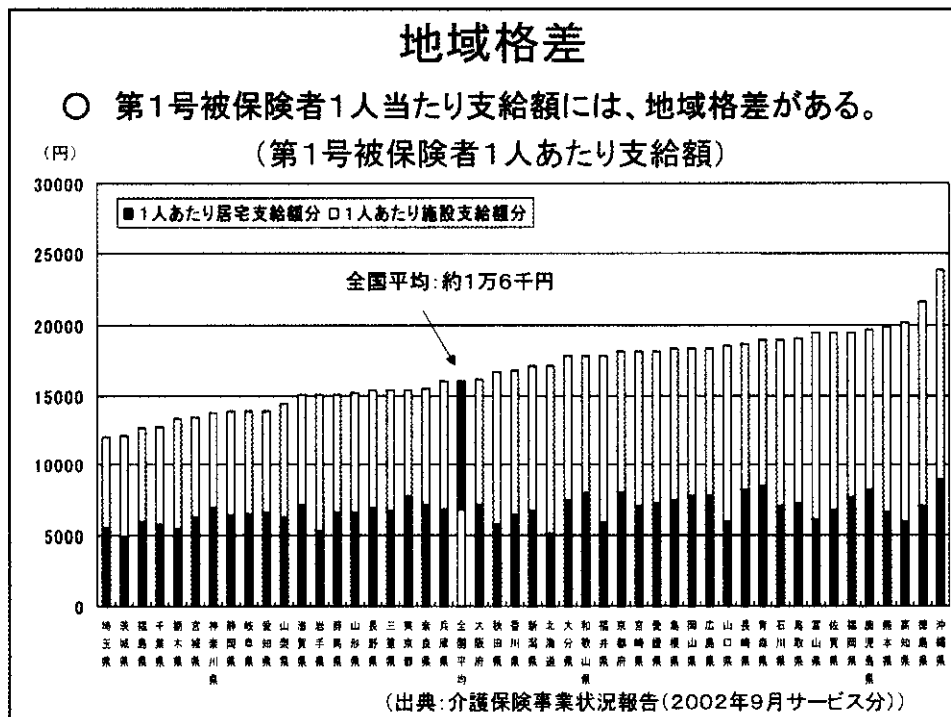
○ 利用者総数の約30%の施設サービス利用者が、  
介護給付費の約60%を使用



(出典:介護保険事業状況報告(平成14年9月サービス分)、  
国民健康保険中央金調べ(平成14年9月サービス分))

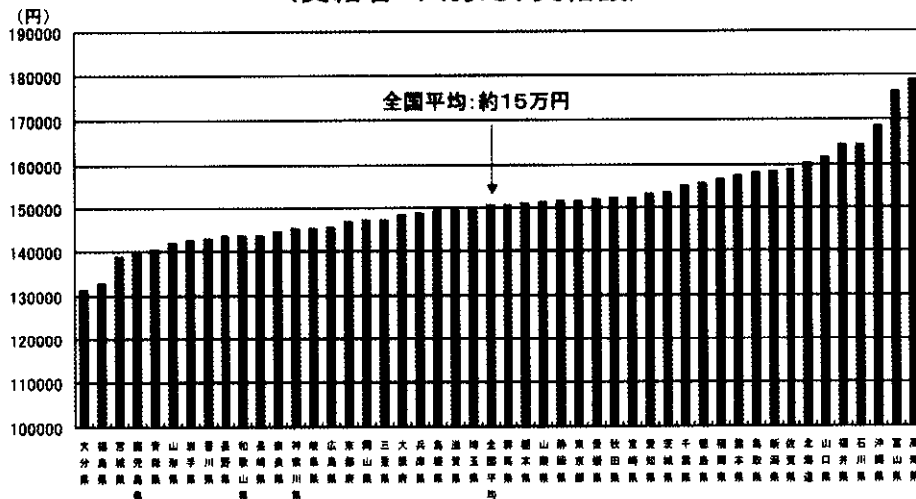
サービス名	2002年9月	対前年同月比	構成割合
在宅サービス	1,610億円	29.0%	42.2%
訪問介護	401億円	30.2%	10.5%
訪問入浴介護	39億円	12.2%	1.0%
訪問看護	87億円	9.2%	2.3%
訪問リハビリテーション	4億円	16.1%	0.1%
通所介護	361億円	25.6%	9.5%
通所リハビリテーション	226億円	10.9%	5.9%
福祉用具貸与	82億円	53.2%	2.1%
ショートステイ(特養)	136億円	78.8%	3.6%
ショートステイ(老健)	34億円	53.2%	0.9%
ショートステイ(病院等)	5億円	56.0%	0.1%
居宅療養管理指導	16億円	13.9%	0.4%
グループホーム	53億円	93.6%	1.4%
特定施設入所者生活介護	30億円	42.1%	0.8%
居宅介護支援	137億円	19.5%	3.6%
施設サービス	2,207億円	7.5%	57.8%
特別養護老人ホーム	971億円	5.1%	25.4%
老人保健施設	742億円	5.0%	19.4%
療養型医療施設	494億円	16.9%	12.9%
合計	3,817億円	15.6%	100.0%

(国民健康保険中央会調べ(平成14年9月サービス分))

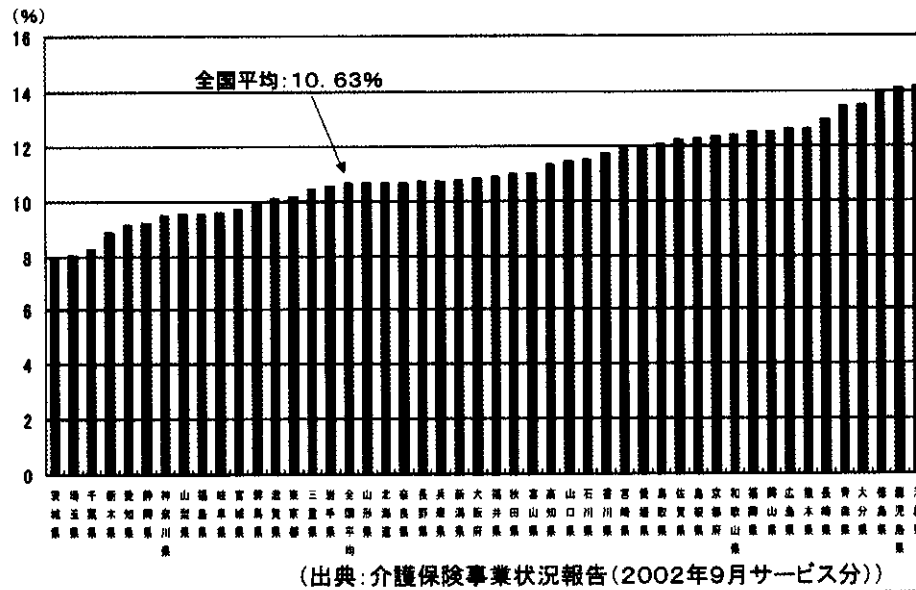


○ 支給額の高い都道府県には、受給者1人あたり支給額の高いもの、受給者割合が高いもの、両方の傾向があるものがある。

(受給者1人あたり支給額)



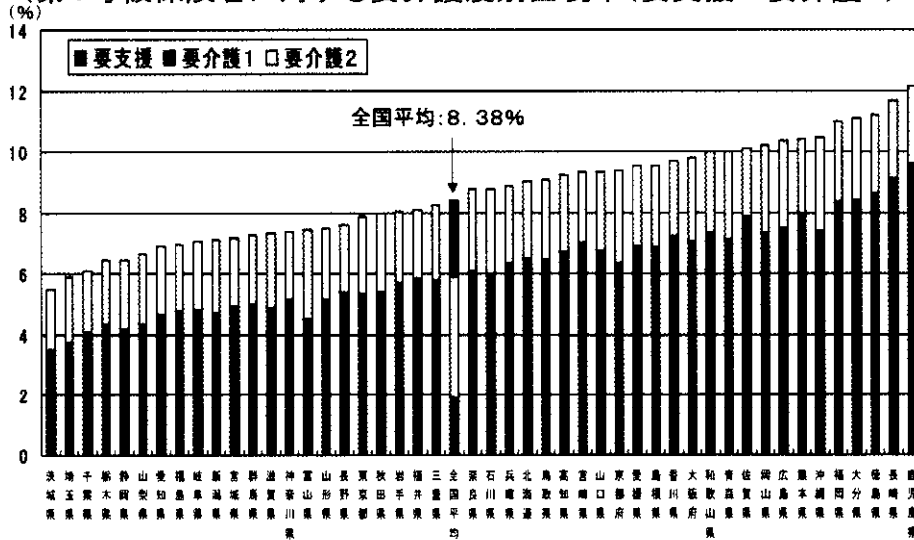
(第1号被保険者に対する受給者割合)





○ 要介護度の低い認定者の出現率にも、地域格差がある。

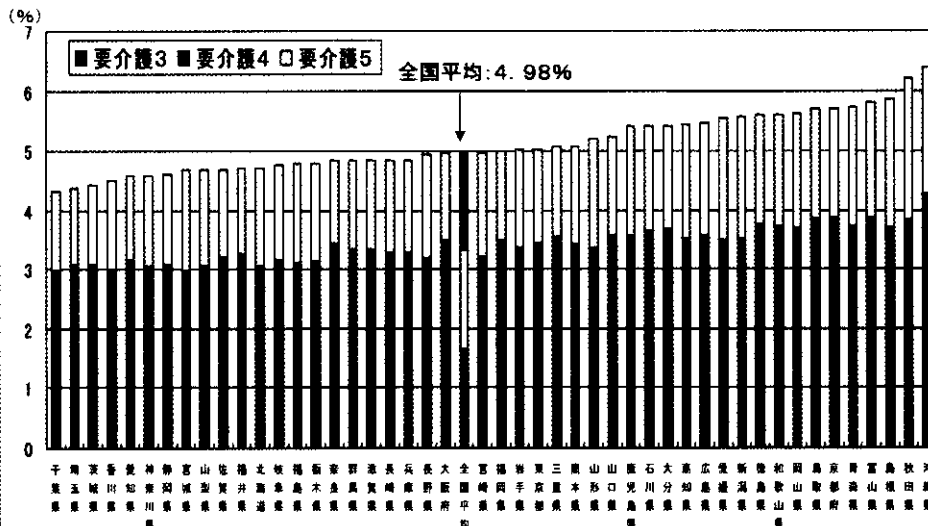
(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要支援～要介護2))



(出典: 介護保険事業状況報告(2002年9月末))

○ 要介護度の高い認定者の出現率は、地域格差が小さい。

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要介護3～要介護5))



(出典: 介護保険事業状況報告(2002年9月末))

## 介護報酬の見直しについて（老健局老人保健課）

## 平成 15 年度介護報酬見直しの概要

### I 基本的考え方

- 平成 15 年度介護報酬の見直しは、第 2 期介護保険事業計画期間の介護サービスの増大及びこれに伴う保険財政への影響が大きいことや、近年の賃金・物価の下落傾向、介護保険施行後の介護事業者の経営実態を踏まえ、保険料の上昇幅をできる限り抑制する方向で、 $\Delta 2.3\%$ （在宅 $0.1\%$ 、施設 $\Delta 4.0\%$ ）の改定を行う。
- 今回の見直しにおいては、限られた財源を有効に活用するため、当初の設定が実態に即して合理的であったかどうかの検討を踏まえながら、効率化・適正化と並行して、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、必要なものに重点化する。
- 具体的には、在宅重視と自立支援の観点から、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続することができるよう、所要の見直しを行う。また、いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう、所要の見直しを行う。
- また、個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、サービスの質の向上に重点を置いた見直しを行う。

### II 主な見直しの内容

#### 1 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立

##### ① 利用者の要介護度による評価の廃止

居宅介護支援(ケアマネジメント)の業務の実態等を踏まえ、利用者の要介護度に応じた評価を廃止し、居宅介護支援の評価を充実、全体として引き上げ。

要支援	650 単位	／月		
要介護1・2	720 単位	／月	→	850 単位
要介護3・4・5	840 単位	／月		

## ② 質の高い居宅介護支援の評価

居宅介護支援の質の向上を図る観点から、居宅介護支援の体制や居宅サービス計画(ケアプラン)に応じた評価の見直しを行う。

i) 4以上の種類の居宅サービスを定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成する場合の加算を導入。

(新設) → 100単位 /月

ii) 一定の要件を満たさない場合に所定単位数の70%を算定する仕組みを導入。

※一定の要件

イ:居宅サービス計画を利用者に交付すること

ロ:特段の事情のない限り、少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し、かつ、少なくとも3月に1回、居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録すること

ハ:要介護認定や要介護認定の更新があった場合等において、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について、担当者から意見を求めること

iii) 1単位の単価に係る地域差(訪問介護等と同様)を導入。

## 2 自立支援を指向する在宅サービスの評価

### (1) 訪問介護

#### ① 訪問介護の区分の体系的な見直し

訪問介護の適正なアセスメントを図る観点から、身体介護と家事援助が混在した複合型を廃止。

また、「家事援助」から「生活援助」に名称を改めるとともに、短時間のサービス提供や生活援助について、自立支援、在宅生活支援の観点から重点的に評価。

身体介護については、30分未満は引き上げ、1時間、1時間半までは現状維持、1時間半以上は引き下げ(生活援助と同じ単位を30分ごとに加算)。

身体介護中心型 30分未満	210 単位	→	231 単位
30分以上1時間未満	402 単位	→	402 単位
家事援助中心型 30分以上1時間未満	153 単位	→	208 単位
1時間以上	222 単位		291 単位

#### 訪問介護における減算の算定範囲等の見直し

訪問介護の質の向上の観点から、3級訪問介護員によるサービス提供の場合の減算の算定範囲に生活援助等を追加し、評価を見直す。

算定割合 95% → 90%

#### ② いわゆる介護タクシーの適正化

(現行)

乗車・降車の介助行為につき身体介護の報酬(30分:210単位)を算定

(改正案)

適切なアセスメントに基づく居宅サービス計画(ケアプラン)上の位置付けがあることを前提に、要介護1以上の者に対し、通院等のために乗車・降車の介助を行った場合に算定対象を限定して、適正化を図る。

通院等のための乗車・降車  
の介助 (新設) → 100 単位 /回

#### (2) 通所サービス

要介護者の在宅生活を支援し、利用者の利便性の向上や家族介護者の負担の軽減を図るため、6～8時間の利用時間を超えてサービスを提供する場合や入浴サービス等を評価するとともに、全体として適正化。

#### (3) リハビリテーション

##### ① 訪問リハビリテーションの評価

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、退所(退院)後6月以内の利用者に対して具体的なリハビリテーション計画に基づきADLの自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合を評価。

日常生活活動訓練加算 (新設) → 50 単位 /日

② 通所リハビリテーションの評価

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを評価。

個別リハビリテーション加算 (新設)

退院・退所日から起算して1年以内の期間	130 単位 /日
退院・退所日から起算して1年を超えた期間	100 単位 /日

(4) 居宅療養管理指導

きめ細かく個別的な指導管理の充実を図り、利用者の在宅生活における質の長期的な維持・向上を目的として、居宅療養管理指導を再編。

医師又は歯科医師(月1回に限る)		医師又は歯科医師(月2回に限る)
居宅療養管理指導費(I)	940 単位 /回	→ 500 単位 /回
薬剤師(月2回に限る)	550 単位 /回	→ 医療機関の薬剤師(月2回に限る)
		550 単位 /回
		→ 薬局の薬剤師(月4回に限る)
		初回 500 単位 /回
		2回目以降 300 単位 /回
歯科衛生士等(月4回に限る)	500 単位 /回	→ 初回 550 単位 /回
		2回目以降 300 単位 /回

(5) 訪問看護

利用者又は家族等に対して 24 時間連絡体制にあつて、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合の訪問看護の評価の適正化。

緊急時訪問看護加算

訪問看護ステーションの場合	1,370 単位 /月	→	540 単位 /月
病院・診療所の場合	840 単位 /月		290 単位 /月

(6) 痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)

痴呆性高齢者が安定的に自立した生活を営むことができるよう夜間の介護内

容や介護体制を確保したグループホームにおける夜間のケアを評価。

夜間ケア加算 (新設) → 71 単位 / 日

※算定要件

- イ: 適切なアセスメントに基づき、夜間のケア内容を含む介護計画を作成すること
- ロ: 夜勤職員を配置していること
- ハ: 過去1年以内に実施したサービスの質の自己評価結果(平成 17 年度以降は外部評価結果)が公開されていること

### 3 施設サービスの質の向上と適正化

#### (1) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近い日常の生活を通じたケアを行う観点から、入所者の自立的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できるスペースを備えた小規模生活単位型特別養護老人ホームで行われるユニットケアを評価(従来型施設よりも高く設定)。

小規模生活単位型 介護福祉施設サービス費 (新設) →	要介護1	784 単位 / 日
	要介護2	831 単位 / 日
	要介護3	879 単位 / 日
	要介護4	927 単位 / 日
	要介護5	974 単位 / 日

これに伴い、居住費について自己負担を導入し、低所得者対策を講じた上で在宅との費用負担の均衡を図る。

※低所得者については居住費負担の軽減のため、保険料区分第1段階の場合 66 単位/日、保険料区分第2段階の場合 33 単位/日を加算。

また、従来型の施設については、要介護度の高い者に配慮しつつ、全体として適正化。

介護福祉施設サービス費 (I)				
要介護1	796 単位 / 日	→	要介護1	677 単位 / 日
要介護2	841 単位 / 日		要介護2	748 単位 / 日
要介護3	885 単位 / 日		要介護3	818 単位 / 日
要介護4	930 単位 / 日		要介護4	889 単位 / 日
要介護5	974 単位 / 日		要介護5	959 単位 / 日

(2) 介護老人保健施設(老人保健施設)

入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、日常生活動作等の維持・向上を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを評価するとともに、全体として適正化。

介護保健施設サービス費(Ⅰ)

要介護1	880 単位 /日		要介護1	819 単位 /日
要介護2	930 単位 /日		要介護2	868 単位 /日
要介護3	980 単位 /日	→	要介護3	921 単位 /日
要介護4	1,030 単位 /日		要介護4	975 単位 /日
要介護5	1,080 単位 /日		要介護5	1,028 単位 /日

リハビリ機能強化加算 12 単位 /日 → 30 単位 /日  
(リハビリ体制加算の再編)

また、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションを評価。

(3) 介護療養型医療施設(病院・診療所)

- ① 介護と医療の役割分担、他の介護保険施設との機能分化を図る観点から、長期にわたる療養の必要性が高く、要介護度の高いものの入院を評価するとともに、全体として適正化。

療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)

(看護配置6:1/介護配置3:1)

要介護1	1,193 単位 /日		※経過措置に従い、廃止
要介護2	1,239 単位 /日		
要介護3	1,285 単位 /日	→	
要介護4	1,331 単位 /日		
要介護5	1,377 単位 /日		

療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)

(看護配置6:1/介護配置4:1)

要介護1	1,126 単位 /日	
要介護2	1,170 単位 /日	
要介護3	1,213 単位 /日	→
要介護4	1,256 単位 /日	
要介護5	1,299 単位 /日	

療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)

(看護配置6:1/介護配置4:1)

要介護1	820 単位 /日
要介護2	930 単位 /日
要介護3	1,168 単位 /日
要介護4	1,269 単位 /日
要介護5	1,360 単位 /日



② 重度療養管理の新設

介護保険適用病床と医療保険適用病床の機能分化を図る一方で、介護保険と医療保険の制度の狭間で患者の受け入れ先がなくなることを防ぐため、要介護4または要介護5であって、常時頻回の喀痰吸引を実施している状態など常時医師による医学的管理が必要な状態にあるものに対して、療養上の適切な処置と医学的管理を行った場合を評価。

重度療養管理 (新設) → 120 単位 /日

③ リハビリテーションの体系的な見直し

従来の集団療法を中心とした評価は、基本報酬に包括化し、個別的なリハビリテーションを加算で評価。

理学療法(Ⅰ)	200-175 単位 /日		理学療法(Ⅰ)	250 単位 /回
理学療法(Ⅱ)	185-160 単位 /日		理学療法(Ⅱ)	180 単位 /回
理学療法(Ⅲ)	100 単位 /日		理学療法(Ⅲ)	100 単位 /回
理学療法(Ⅳ)	65 単位 /日	→	理学療法(Ⅳ)	50 単位 /回
作業療法(Ⅰ)	200-175 単位 /日		作業療法(Ⅰ)	250 単位 /回
作業療法(Ⅱ)	185-160 単位 /日		作業療法(Ⅱ)	180 単位 /回
言語療法	135 単位 /日		言語聴覚療法(Ⅰ)	250 単位 /回
			言語聴覚療法(Ⅱ)	180 単位 /回

ADL 加算 (新設) → 30 単位 /回

※病棟等においてADLの自立等を目的としたリハビリテーションを行った場合に算定。

(4) 施設入所者の在宅復帰の促進

施設入所(入院)者の在宅復帰を指向したサービスを評価し、在宅復帰を促進するため、退所(退院)前の施設と居宅介護支援事業所の連携を積極的に評価する観点から、退所(退院)時指導加算を再編し、退所(退院)前の連携について必要な加算を新設。

退所(退院)前連携加算 (新設) → 500 単位 /回