

意を要するのは、次に述べているように、各樹形図の小数点以下の取り扱いに差があるため、単純に9つの樹形図の合計時間が「要介護認定等基準時間」ではないということである。ただし「間接生活介助」は最低6分、最高18分、「機能訓練問題行為」は最低1分、最高33分、「問題行動関連介助」は、最低1分、最高11分というように整数値で示されているが、これら以外の6つの樹形図は、小数点1位までの時間が記入されている。したがって、合計時間の計算には注意を要することになる。

⑥直接生活介助時間

「直接生活介助」の5つの樹形図は合計した後切り上げて1分単位にする。

⑦特別な医療

「特別な医療」12項目があれば、1日あたり中央値（分）を計算する。

⑧医療関連行為

「医療関連行為」は、樹形図を追って得られた小数点1位の時間（最低2.6分、最高33.9分）に、点滴の管理（8.5分）、モニター測定（3.6分）等の12項目の特別な医療の時間を合計し、1分単位にする。

⑨要介護認定等基準時間

それぞれの要介護認定等基準時間を合計する。

⑩例外的事例処理

要介護認定の基準時間判定表に照らし、要介護度を判定する。

⑪例外事項の処理

まず、樹形モデルを用いた介護に要する時間の推計から、「要支援」または「要介護1」と判定された者のうち、心身の状況に関する調査結果（73項目）から見て、3項目以下の項目に該当がある者については、「自立」とする処理を行う。これは、10年度試行的事業において、二次判定で「要支援」等から「自立」に変更された者のうち、3項目以下に該当していたものが過半数であったためである。

同様に、時間推計上「自立」と判定される者のうち、10項目以上に該当がある者については、「要支援」とする処理を行う。これについては、10年度試行的事業において、二次判定で「自立」から「要支援」に変更された者のうち、10項目以上に該当していたものが過半数であったためである。

なお、これらの者についても、二次判定において、主治医意見書および特記事項の内容に基づき、要介護度別に示される「状態像の例」に照らして審査判定が行われることになっている。

3. 一次判定の課題

コンピュータによる一次判定の試行については、基礎的データを収集するための調査企画を含めれば、5年間以上の時間を要した。多くの人々の協力と、モデル地域に指定された市町村の努力の結果であり、およびこのシステムに関与した人々の情熱の成果であると思う。

一次判定に対する関係者の批判は、時に熾烈であり、システムとして機能するかどうかの問題視された時期もあった。このシステムが万全のものであるとか、最良のものであるとかいうようなことは、多分ありえないであろう。

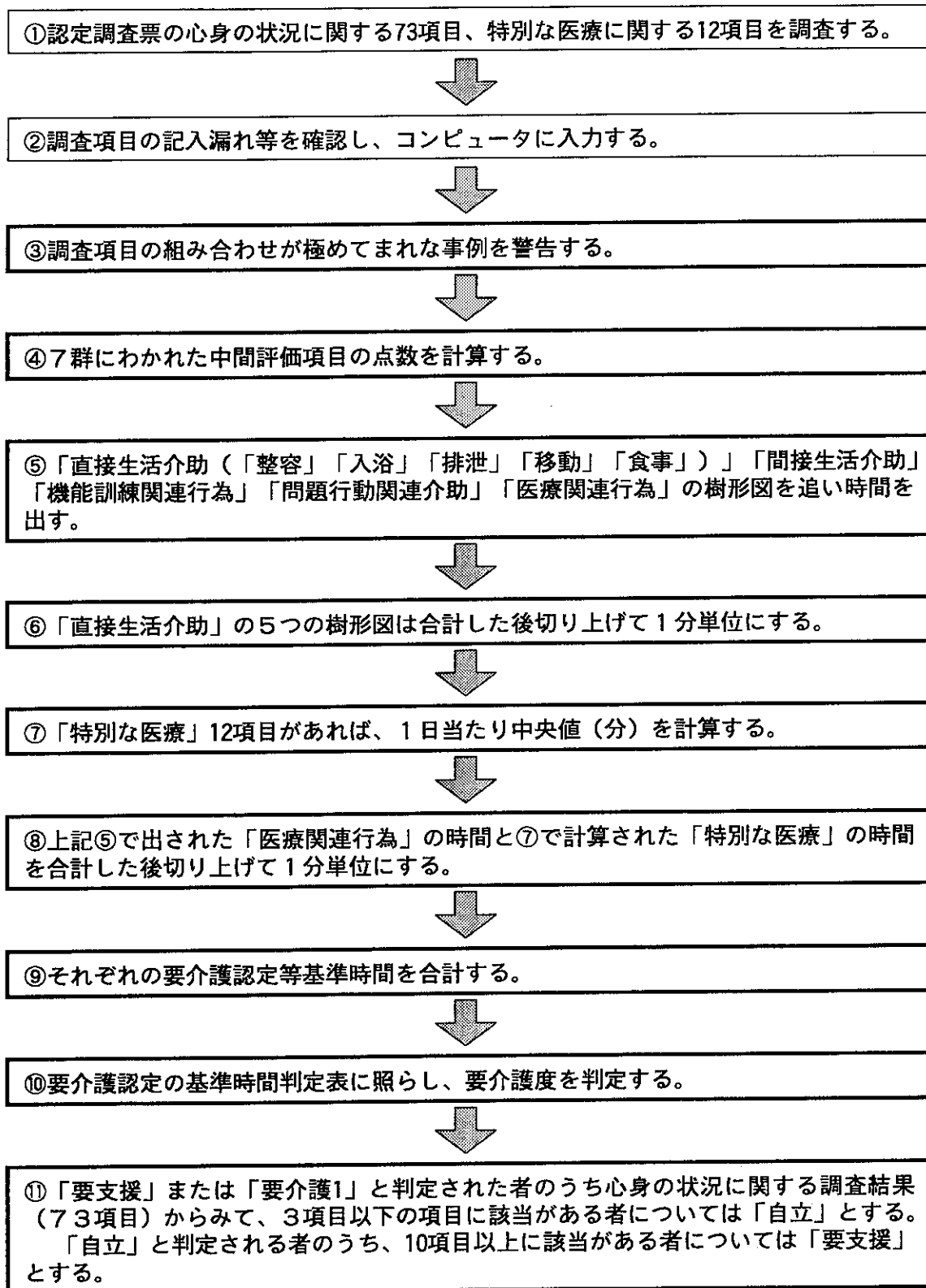
しかし、ドイツに次いで介護保険制度を実施するわが国として、何らかの「共通のものさし」を共有できることは、今後の改良や制度の発展のために貴重な貢献なのではないだろうか。また、要介護認定のための全国ネットワークシステムが、多くの人々の努力によって実現したことは、今後の行政システムに対しても多くの示唆を含んでいる。

介護保険制度施行準備室が中心となって進めた「要介護認定システム」は、連日時間との戦いであった。仮に、システムとして機能しなければ、制度全体の円滑な運営が達成できないばかりか、制度自体への信頼を得ることもできなかったであろう。コンピュータによる一次判定は、結果的に要介護者の要介護度という経済的決定を左右してしまうことから、今後とも批判的に検証を進める必要があるとともに、その基礎となるデータの更新や、新しい情報技術を駆使した方法論の技術開発が求められることになる。また、国民生活に直接・間接に影響を与えるという点から考えても、システムのわかりやすい説明方法の工夫や、疑義事例や不服事例を収集し、分析するという地道な作業が継続される必要もこれからあると思う。

この意味では、一次判定システムはささやかなスタートであり、今後のことのすべてが課題であり、その課題に対応することがシステムの精度を向上させる手段であると考えられるものである。

図2-1

要介護認定等における一次判定の流れ



第2節 ケアの基準ないし標準化としての1次判定

1. ケア標準化の必要性

要介護認定は、介護給付を受けようとするすべての高齢者が受けなければならないものである。申請者は、自立、要支援、要介護1～5までのいずれかの認定を受けることになる。認定は、保健・医療・福祉に関わる学識経験者らによって構成されている介護認定審査会で行われる。この介護認定審査会で資料とされるものは、コンピュータによる判定結果と主治医の意見書、特記事項などの資料である。

認定に際して、一次判定を行なう際に用いられるコンピュータシステムの開発は、平成7年度からのモデル事業（高齢者介護サービス体制整備支援事業等の調査研究事業）において毎年、改良を重ねてきたものである。

わが国で初めて介護保険制度における給付される介護サービスは、提供されるサービス自体が、標準化されていることが求められ、さらに、そのサービスの内容や方法あるいはケアも標準化されることが望まれる。しかし、現状では、ケアの体系化、そして、ケアの標準化への方法論については、これまで十分に検討されてきていないという状況である。そこで、一次判定で用いられているコンピュータシステムの開発とケアの標準化に関わる課題等を明らかにすることがまずもって必要である。

2. 介護サービスと「ケア」

介護保険制度で給付される介護サービスには、①居宅介護サービス②特例居宅介護サービス③居宅介護福祉用具購入④居宅介護住宅改修⑤居宅介護サービス計画⑥特例居宅介護サービス計画⑦施設介護サービス⑧特例施設介護サービス及び⑨高額介護サービスに要する費用に対する保険給付がある。このうち在宅で生活する高齢者が提供される居宅介護サービスで主要な内容となるのは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与、これらの居宅サービス等を適切な利用をすることができるよう計画や連絡調整を行う「居宅介護支援」である。施設給付としては、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において、施設サービスとして施設サービス計画に基づいて行われるサービスが給付される。このような、介護サービスの提供の有無やその内容は、要介護認定によって、その上限が決められる。

しかしながら、これらの介護サービスの名称から一般の人々がその内容を理解することは難しい。例えば訪問介護とは、「要介護者の居宅において介護福祉士等により行われる入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話（介護保険法第7条）」と規定されているが、ここに示されている入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活の世話という介護サービスの提供は、例えば「排泄の介護」といっただけでも多くの介助行為から構成されていることが明らかになっている。

このようにケアを考えてみると、ある高齢者が排泄をするという目的を達成するためには、例えば「ベッドへの移乗」が必要か否か、「衣服の着脱」が必要か否かといったように目的別、高齢者別の介助内容が明確になる。これらが明らかになれば、ケアとは、誰にでもわかる排泄という行為の遂行を目的として行なわれる行為であり、排泄あるいは排泄介助といった目的のことではないことがわかる。

なぜなら、「ベッドへの移乗」や「衣服の着脱」というケアは入浴という目的を達成するためにも行われる可能性があるからである。このようにケアを介護サービスとして成立する最小の単位としてみなすことで、他の食事や入浴と行った目的を遂行するための介護サービスを説明する際にも、ケアの概念を用いることが可能になった。

そして、排泄という行為を遂行するだけでもケアの組み合わせには様々なバリエーションがあり、入浴、食事という目的が組み合わせられればその組み合わせは、さらに複雑になる。介護サービスを標準化するということは、訪問介護を標準化することであるし、排泄という行為を遂行できることを目的に行われるケアの標準化が基礎となる。

排泄、入浴、食事はケアの目的である。したがって、これらの行為を遂行することが目的となり、この目的を達成するために必要な内容を具体的に細分化し、そのケアの種類とそのケアを行なうのに要する時間を表すということが考えられる。このようにケアと呼ばれる行為を体系化するために行なったのがケアのコード化であり、その結果、作成されたのが、T.C.C. (Total Care Code) と呼ばれるコード表である。このコード表を用いて、介護に関わる時間が測定できることになる。

3. ケアの有無を規定する要因

ある高齢者にとって日常生活を遂行するために必要なケアの組み合わせを検討することは複雑な問題を解くことに似ている。膨大な組み合わせの中からもっともよい組み合わせを選択する際の目安とは何だろうか。それは、高齢者の身体能力や知的能力等の情報であろう。つまり高齢者の状態によって介護サービスやケアは提供されており、換言すれば、介護サービスの内容やその提供される時間は、高齢者の状態に規定されると考えられている。このため、ケアを標準化するためには、まず高齢者の状態を把握するための指標が確立されなければならない。

要介護認定は、介護サービスの上限を示すために制度上、設定された規定である。制度上示されたこの規定は、介護サービスを構成するケアを規定するには、不十分である。この不十分さを、在宅では医療・保健・福祉の専門家による居宅介護支援という制度が補うことになっている。

居宅介護支援は、当初、ケアマネジメントとして紹介され、ケアマネジメントを行う専門家は介護支援専門員（ケアマネジャー）と呼ばれた。介護保険制度上は、専門家が介護サービスの内容やその組み合わせを検討し、介護サービス計画が作成されなければならないし、また介護サービス計画に従って介護サービスは提供される。

しかし、現状では、介護サービスを構成する様々なケアの必要性の有無を示した上での介護サービス計画が作成された例は、ほとんど見られない。いずれにしても、ケアの内容を決定するための最も重要な情報は、高齢者の心身状態の情報である。

4. ケアの標準と規準

標準化とは、文字通り標準にあわせることである。そのためには、ケアの標準自体を定義する必要がある。定義するためには、何らかの方法でケアを測定しなければならず、その測定のためには、いわばケアの規準とその評価尺度が規定されなければならない。要介護認定システムの開発にあたっては、ケアにおける何を測定するか、すなわちケアの規準作りが最も大きな課題となっていた。

ケアあるいは介護という用語は、多義的で、一人ひとりが理解している意味が異なっているようにさえ思える。ケアや介護という用語は、抽象的であり、いったいどこまでを指しているのかも定まっておらず、何を測定すべきかを決定するのは困難であるという状況がある。

最終的にケアがある一定時間以上提供されているかどうかをケアの規準とし、ケアが一定時間以上発生している人々の特徴を統計的に解析するという方法をとった。この結果、ケアの規準は、前に述べた1次判定の5つの樹形図ということになると考えられるのである。

要介護認定におけるコンピュータによる一次判定システムの開発は、わが国の介護の現場にケアの規準についての新たな考え方を持ち込んだ。ケア提供の有無を決定する規準を高齢者の特性の組み合わせに求めたのである。そして、この組み合わせは、統計的な手法により導かれ、あらかじめ設定されたものではないという特徴を持っている。

要介護認定システムの開発によって、提供された時間という客観的なデータとその際の高齢者の状態を解析することによって得られたケアの規準という考え方が示されたのである。

第3節 一次判定システム（コンピュータシステム）の概要

1. 要介護度の認定（要介護認定）までのプロセス

介護保険法第19条は、『介護給付を受けようとする被保険者は、要介護者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について、市町村の認定（「要介護認定」）を受けねばならない』と規定しており、また、同法第27条の規定により、申請書に被保険証を添付して市町村で行なうと規定されている。ただし、この申請は、申請事業者に代行させることができるとなっており、外出が困難な被保険者らに配慮した内容となっている。

この申請からはじまる要介護認定が決定されるまでのプロセスは、申請を受けた市町村は申請者に対して訪問調査を行ない、申請者の身体的、精神的、その他、概況調査、そして特記事項とよばれる内容に関するデータを収集する。身体的、精神的内容等の心身の状況を把握するための具体的な項目（85項目）は、基本調査と呼ばれ、このデータのみがコンピュータ判定の資料となる。

要介護認定は、基本調査の他に主治医の意見書と呼ばれる資料が提出される。主治医の意見書には、1. 傷病に関する意見（1）診断名、（2）症状としての安定性、（3）介護の必要の程度に関する予後の見直し、（4）障害の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容、2. 特別な医療、3. 心身状態に関する意見（1）日常生活の自立度、（2）理解及び記憶、（3）問題行動の有無、（4）精神、神経症状の有無、（5）身体の状態、4. 介護に関する意見（1）現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針、（2）医学的管理の必要性、（3）介護サービス（入浴サービス、訪問介護等）における医学的観点からの留意事項、（4）感染症の有無、5. その他特記すべき事項といった内容が示されることになっている。

以上のように、訪問調査によって得られた基本調査から示された一次判定、特記事項、主治医の意見書に示された内容を基に、介護認定審査委員会によって要介護認定がなされる。この介護認定審査会は、介護保険法第14条に規定されており、保健・医療・福祉の学識経験者により構成されることになっている。

2. 中間評価項目開発の方法

要介護認定における73の調査項目に対する選択肢は、最も状態像が良い回答から最も状態像の悪い回答まで数段階のいずれかになっている。そこで、それぞれの選択肢に対して、原則として状態像が悪くなるほど低くなるような点を与えることで、カテゴリースコアは決定する。

カテゴリースコアは、モデル事業の際に集められた約16万人の高齢者の回答パターンから、質問群ごとに類似した回答パターンには近い点を与えられるように統計的な処理(双対尺度法、数量化III類とも呼ばれる)を経て計算されたものである。さらに、一般に分かりやすくするために、7つの中間評価項目は、状態像が最も良い時には100点、最も悪い時に0点になるように基準化し、少数第1位までの数値になるように統計的な処理がなされている。このような指標は、分析した結果、樹形モデルから求められる介護量の推定結果をできるだけ安定した数値。言い換えれば、要介護認定基準時間の算出に用いる樹形モデルにおいて、安定した推定値を求めるための方法として、心身状態が類似した高齢者なら回答が少々異なっても同じような値を与えられている7つの心身状態指標、つまり高齢者の心身状態をあらわした総合指標(中間評価項目)を利用した方がよいと考えられたものといえる。

たとえば、収集されたタイムスタディデータや高齢者の状況のデータは、病院や施設のある2日間を調査しているため、その日に特別におこった事象や何らかの事故な

どが大きく影響を及ぼすことが予測できる。こういった特別な状況を反映しすぎると統計的なモデルとしては、安定したモデルにならないと考えられる。このため、モデルは、ある回答が何らかの事情で不適当な回答が示されたとしても中間評価項目を用いることで特殊な誤差が少なくしようとして考えたモデルであるともいえる。

この他に、これらの指標の値を用いることで、ある高齢者とある高齢者の比較や各高齢者の相対的な心身状況を把握や介護内容を考えるための資料を得ることができるという別のメリットもある。ある要介護度3の高齢者の場合、別の要介護度3の高齢者の各指標の平均値と比較することで同じ要介護度3の高齢者であっても、心身状態のどの面で重点的な介護が必要かを考える際の参考資料となる。つまり、この高齢者は「複雑な動作等に関連する項目」から求められた指標値が他の人に比べて低いから、入浴に関するケアに配慮しなければならない、などといった介護サービス計画の検討にも利用できると考えられるということである。

ただし、7指標は独立した解析で求められ、さらに100点満点に基準化されているため、7指標相互での値の大小関係には意味がないということには、十分に留意すべきである。

第4節 樹形図に関する検討

1. 樹形図の作成方法

要介護度認定における一次判定では、要介護認定基準時間の長さによって要介護度が判定されている。例えば、コンピュータによって算出された要介護認定基準時間が100分であれば、一次判定は、要介護度4になる。これは、一次判定システムが高齢者の「介護に関わる手間」を予測するというシステムだからである。このように、判定は介護に関わる手間を「時間」という単位を用いて表現されることになる。ただし、ここで用いている時間の概念は、いわゆる日常的に用いられる時間の概念とは異なり、手間を表すいわば「記号」として用いているにすぎない。

したがって、ある高齢者の要介護認定基準時間が「60分」と判定された場合に、その高齢者に実際に提供されている日常生活上の介護時間を測定して60分になると考えるものではない。このことは、要介護認定における一次判定システムを理解する上できわめて重要な留意点である。

一次判定システムは、「①どのような特徴を持った高齢者（高齢者グループ）」には、「②どのような介護（介護内容）」が、「③どのくらい（提供時間）」必要か示したモデルから構成されている。この①②③の関係を明らかにすることが、一次判定システム開発の研究であったともいえる。

高齢者に対する介護は、高齢者の持つ様々な特性によって、提供される介護内容や時間が変化するため、高齢者と介護者間の極めて相互的な行為であるともいえる。介護が現場のデータを収集し、そのデータと高齢者の情報との関係を調べることによっ

て、介護を提供するにあたっての一定のルールを見つけることは、統計的には可能となった。しかし、このルールは、誰にでもわかるということが求められたため、数式で表現するという方法ではなく現状のような樹形図に示すという方法が採られ、広く公表された。

2. 施設における問題行動高齢者へ提供される介護時間

施設の介護においては、一般に「問題行動がある高齢者は手がかかる」と経験的に言われてきた。しかし、これを実証するデータは、ほとんどなく、どの程度の差異がみられるかといった数量的な把握は、行われていなかった。

そこで、具体的に療養型病床群（以下：療養型と略）、老人保健施設（以下：老健）、特別養護老人ホーム（以下：特養）の入院、入所者 3,403 名に提供されているケア内容とその時間について、24 時間の 1 分間タイムスタディ調査を 2 日間、行なった結果を基に問題行動有り群と無し群に提供されている時間を比較した結果を示す。なお問題行動の有無については、19 種類の具体的な問題行動について回答を求め、このうち 1 つでも該当していた場合には、問題行動有り群とした。

調査対象となった 3,403 名の対象者のうち、問題行動有り群は、2,194 名（64.4%）で、このうち療養型 54.4%、老健 68.3%、特養 70.7%であり、特養入所者において問題行動がみられる高齢者の割合が高かった。高齢者一人当たり平均的に提供される総介護時間は、問題行動無し群が 1 日当たり 4898.3 秒であるのに対し、有り群は 5229.0 秒で 330.7 秒、有り群の方が有意に提供時間が長い。この傾向は、療養型、老健、特養も同様である。平均値の差は、療養型で 476.7 秒、老健で 555.4 秒、特養で 258.8 秒、問題行動有り群の提供時間が長い。

このように問題行動が見られる高齢者の割合が最も高い特養の提供時間の差が少なくなる傾向がみられた。この結果からは、特別養護老人ホームにおいては、すでに問題行動高齢者に適応した介護システムが機能しているため、他の種類の機関ほどの差異が表出しないものと推測された。

提供されているケアの内容は、全般的には、問題行動があり群の高齢者には、直接介護や間接的介護は有意に提供時間は長く、看護専門的ケアやリハビリテーション関連、会議、連絡、記録等といった運営管理に関するケアには、有意な差はみられなかった。また提供されたケア内容をさらに詳細に分析すると問題行動有り群において、すべてケアの提供時間が長いわけではなく、逆に提供時間が短くなるケアも混在していることがわかった。ケアの発生率と問題行動の有無には顕著な差は見られなかった。これは、問題行動の有無だけでケアの内容が異なるわけではなく、他の身体状況等との複雑な影響が反映されているためであると推測される。

そこで、身体的な状況を条件として統一して、問題行動の有無別の提供時間について検討を行なった。たとえば、機能レベルは高いが、徘徊等の問題行動が予測される群として、「視力・聴力が良好」、「移乗、嚥下、両足での立位保持が自立」であるとい

う特徴を持った群をとりだし、この群の中で問題行動がある群とない群での介護提供時間の比較を行なった。この結果、問題行動がある群は、平均 6290 秒で、問題行動が無い群は、平均 5628 秒で問題行動がある群の平均値は、約 10 分程長いことが示された。

次いで、機能レベルが低い群として、「視力・聴力が低下」、「移乗、嚥下、両足での立位保持に介助が必要」という特徴を持った群をとりだし、同様に解析を行なった。この結果は、問題行動がある群が 15,287 秒、なし群が 16,753 秒で問題行動がある群のほうが提供時間は短いことが示された。

さらに、この二群の比較からは、機能レベルが低く問題行動がない高齢者の提供時間は、徘徊行動を行なうような高齢者の提供時間の 2.6 倍もの時間を要することがわかった。これは、問題行動の有無の影響は、高齢者の他の機能レベルとの関係の中で検討すべき内容であること。とくに提供時間の多少の程度と「問題行動を持った高齢者は、手がかかる」といった臨床的な評価と同様と考えることは難しく、問題行動を持った高齢者の機能レベルや環境といった複合した要因を鑑みた上で、検証される内容であることを示している。

換言すれば、問題行動があるという事実のみでは、必ずしも提供時間が長くなるとは言えないことを示すものと考えられる。

3. 在宅における問題行動高齢者の介護の現状

在宅の高齢者については、これまで 704 名の高齢者およびその介護者の面接調査を行なっている。704 名の高齢者で何らかの問題行動があると回答されたのは、施設と同じ調査票を用いた結果、389 名で半分以上であった。問題行動としての発生率が最も高いのは、夜間不眠や昼夜逆転の問題行動を持った高齢者で 256 名、全体の 36.4% を占めていた。怒りっぽく興奮し暴力的も多く 23% の高齢者がこういう問題行動を持っていた。徘徊を行なう高齢者は、51 名で全体の 7.3% であった。問題行動の発生率については、表 1 に示した通りで、火の不始末 (1.9%)、不潔行為 (9.6%)、収集癖 (3.6%)、異食行動 (3.8%) などの行為は、全体の 10% 未満であったという。

なお、在宅の問題行動を持った高齢者に提供されたもっとも多い介護は、「日常会話・連絡・伝言」で 73.3% に提供され、その 24 時間における提供回数の平均値は 7.03 回を示していた。次いで、多い介護として「行動を見守る、安全等の確保」が 57.9% に提供され、平均値は 4.01 回である。「食事・おやつの後始末」が 74.8% に提供され、平均 2.60 回であった。問題行動がない高齢者への提供回数の、上位 3 つの介護は、問題行動を持った高齢者と同様で、「日常会話・連絡・伝言」が 59.6% に提供され、その 24 時間における提供回数の平均値は 5.94 回を示し、「行動を見守る、安全等の確保」は、46.9% に提供され、平均値は 3.49 回である。「食事・おやつの後始末」の発生率は、58.2% (2 回) と示された。

以上のように問題行動を持った高齢者と問題行動が無い高齢者を比較した結果から

は、介護提供内容に著しい差異は観察できない。ただし、提供回数は、いずれも問題行動を持った高齢者のほうが高い傾向がみられたことが明らかにされている。

ところで、この調査結果から示された重要な点の一つに、問題行動があり、介護が必要とされているにも関わらず、全く介護を提供されていない高齢者が少なくないということがあげられた。つまり、徘徊や異食、不潔行動が起きているにも関わらず、介護が全く行なわれていないという実態について、第1章第3節で述べた高齢者の人権との関係で、どのような方策をとるべきかという課題が生じた。

4. 在宅における介護給付水準の基本的考え方

在宅での介護は家族関係、住宅環境などの影響を受けるだけでなく、多様な要因が複雑にからみ合っているため、標準としての介護のありようを規定することは出来なかった。また、そのような多様な前提条件を無視しての平均的な介護時間という概念も統計的な妥当性を保証しきれないという結果が示されたともいえよう。

現在の在宅介護の9割は家族が担い、公的な介護サービスは、いかに多くても24時間の生活すべてをカバーすることはない。在宅における24時間のケアを専門的に行なう民間事業者もほとんど存在せず、専門家による介護を保障するデータは、現状では存在しない。そして、問題行動高齢者に対する家族の介護放棄は、決して少なくないという実態は、在宅の高齢者に対する介護のあり方を検討する上で現在でも大きな問題であろう。

基本的に、わが国の介護保険制度における介護給付は、専門家による介護サービスの給付を前提としており、嫁や娘といった家族介護を介護給付として認める制度ではない。これは「家族の介護」を「社会による介護」へという理念を介護保険制度の基本的理念としたことによるともいえよう。専門家による介護サービスの給付を社会的に保障しようとした社会保険制度であることが、介護保険制度の基本であり、家族介護の負担を軽減することが制度実施の目的の一つでもあった。

また介護保険制度は、在宅で介護を行なう家族への給付を行なうのではなく、本人に対する給付であることから、家族をはじめとする介護者の介護負担の程度を保険給付に反映するという仕組みは、採用されていない。結局、要介護認定システムは、在宅の問題行動高齢者の介護水準を施設の介護と同様であるという考え方を採用している。それは、在宅での介護は、施設のような24時間を見通した介護を専門家が提供するという実態からあまりに遠かったためであろう。

システムが、施設データを用いた在宅の問題行動高齢者の要介護度が低いという指摘は、施設のレベルがきわめて不十分であるということを示すことなのか、在宅の家族の介護負担の重さを反映していないということなのか、あるいは、全く別の要因なのか現時点では、判断できない。

ただ、このような考え方が国民のコンセンサスであるとすれば、認定審査会において、一次判定を変更し、さらに施設水準ではない、問題行動を持った高齢者に対して、

あるべき介護水準を示すべきであろう。例えば、現在、療養型病床などで課題となっている、「抑制をしない介護」には、人手と時間を要すといわれている。このため現行のデータが示す介護時間は、「抑制をした介護」時間であり、あるべき介護と大きく離れている。したがって、今後は、「抑制をしない介護」の現場の実証的なデータによって要介護認定の一次判定システムを構築すべきだという考え方も、当然、成立する可能性はあろう。

5. 結びにかえて

要介護認定システムは、わが国で行われている施設の介護実態データを反映したシステムである。この実態データは、専門家の提供している 24 時間の介護提供データであり、質が高い老人介護を行なっているといわれている病院や施設の上位から選定された施設のデータであった。

在宅のデータは、施設のデータとは異なり、専門家による提供がなされたデータではない。しかも、その在宅介護で高齢者が問題行動を呈していた場合の介護の実態は、献身的な介護もある一方、介護放棄もあり、きわめて多様である。

この介護の提供に関する平均像を提示するためには、介護サービス市場が充実し、あるべき介護の方法やその内容が整備されることが必須であろう。そして、その姿が国民のコンセンサスを得られるのであれば、こういう社会の実現のためには、世代をこえた保険料の負担について、さらに詳細な検討が必要であろう。

「ある高齢者に介護サービスがどのくらい必要か」を判定するめやすを提供するひとつの方法として、介護認定システムの樹形図が開発されてきたとともにシステムの改善の余地は決して少なくないが、改善のためには膨大な作業と個別の高齢者ごとにケア現場のサービスが、標準化され、その質が確保されていることが求められているといえよう。

参考文献

- 1) 在宅福祉サービスの基礎的効果に関する研究,社会福祉法人、全国社会福祉協議会 1994年3月
- 2) 筒井孝子(国立医療・病院管理研究所):「障害老人の日常生活自立度判定基準」及び「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」別ケア内容・ケア量に関する検討,社会福祉法人、全国社会福祉協議会,1995年3月
- 3) 保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業報告書(在宅版訪問看護、ホームヘルプサービス),社会福祉法人全国社会福祉協議会高年福祉部,1998年2月
- 4) 筒井孝子(厚生省国立公衆衛生院). 保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業—デイサービスにおける業務量調査—報告書、社会福祉法人全国社会福祉協議会発行、1998年11月

- 5) 筒井孝子(厚生省国立公衆衛生院):「問題行動の有無がケアに与える影響 一療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホーム入院、入所者を対象として 一」第57回日本公衆衛生学会総会抄録集,pp571,岐阜,1998.10.29

第3章 介護保険報酬基準

第1節 介護保険報酬基準の考え方

1. 介護保険報酬基準の答申結果

全国の介護保険制度関係者から注目されてきた介護報酬基準については、医療保険福祉審議会介護給付費部会においてこれまで検討が続けられてきた。その結果、平成12年1月17日に審議会に諮問、28日に原案とおりの答申された。2月10日に告示が予定されている。

今回の答申が介護報酬基準を規定することになるので、この内容を正確に理解することが求められているが、事前にこれまでの経緯を理解しておくことが有効であろう。

介護報酬の考え方の全体像が示されたのは、昨年7月2日の医療保険福祉審議会介護給付費部会同部会の席上である。その後同月26日の第15回部会で「介護報酬の基本骨格案等について」が審議され、8月3日の「全国介護保険担当課長会議」において公表された。ただし「この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後医療保険福祉審議会の審議等に伴い変更があり得る」ということわり書きがある。骨格案は「指定居宅サービス介護給付費点数」「指定居宅介護支援介護給付費点数」「指定施設サービス等介護給付費点数」の3部分の案からなり、これに加えて「食事の提供に要する費用の額の算定表(案)」と「介護報酬における地域差の勘案方法等について」考え方が示された。

8月23日の医療保険福祉審議会老人保健福祉・介護給付費合同部会に厚生省は「介護報酬の仮単価及びそれを踏まえた平均利用額について」を提出した。ここでも「事業者の事業参入の検討、市町村における給付費の見込み検討等の関係者の準備に資するために、厚生省の責任において公表するものであり、今後の関係審議会の議論等により、変更がありうるものである」ということわり書きがある。また、原則として、現行診療報酬、措置費等の単価を前提にしていることと、訪問系サービスについては、事業者の参入を確保するための政策的配慮から、仮単価を設定したとしている。

介護報酬の議論を正確に理解するためにもこれらの前提は、重要な意味を持った。つまり、現行の各施設あるいは経営実態を踏まえるとともに、事業者の参入を促進するという政策的配慮から報酬が検討されたことになるとともに、今年の仮単価の設定が各種の議論の前提となったと考えられる。今回の介護報酬基準の概要をを整理し一覧にした図3-1, 2を作成してみた。

この図から、明らかなように報酬の骨格は、仮単価とほぼ同一である。ただし、実際の報酬額にあたる点数は、今回から「単位」と呼ばれることになった。これは、全国統一的な診療報酬と異なり、地域単価であることから「点」でなく「単位」という

表現が採用されたことを意味する。地域別単価は、単位数に地域別単価 10 円から 10.72 円を乗じて算定されることになる。

報酬基準の第 1 に算定方法には①サービス提供時間別のもの、②要支援・要介護度別のもの、③均一点数の 3 種類が混在している。

①の時間別は、訪問介護と訪問看護のみであり、身体介護が中心である訪問介護は 30 分未満、30 分以上 1 時間未満、1 時間以上の場合、1 時間以上 30 分を増すごとに 584 単位に 219 単位を加算することになっている。今回新設された身体介護と家事援助の複合型は 30 分以上 1 時間未満で 278 単位 1 時間以上 30 分を増すごとに 403 単位に 151 単位を加算する。この両者について訪問介護員（ヘルパー）養成研修事業 3 級修了者に対しては、5%の減額基準があるが家事援助のみの場合はこの限りではない。体重が重い利用者等については、2 人の訪問介護員でサービスしている場合には 2 人分の点数が算定でき、夜間、早朝 25%、深夜の加算 50%、離島、振興山村、豪雪地帯での特別地域訪問介護加算 15%がある。

訪問看護についても、提供時間別に算定され、訪問介護と同様の加算がある。さらに、現行の訪問看護ステーション療養費とほぼ同様の算定内容となっている。末期の悪性腫瘍等厚生大臣の定める難病および急性憎悪時で医師が頻回な訪問看護を指示している場合は、全て医療保険から給付される。

②の介護度別のものは、施設サービス費の全てと、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所、痴呆対応型共同生活介護費、特定施設入所者生活介護費である。注意を要するのは、通所介護、通所リハビリテーションが要支援、要介護 1・2、要介護 3・4・5 の 3 段階となっていることと、すでに特別養護老人ホームに入居した旧措置入所者に対しては、自立・要支援・要介護 1、要介護 2・3、要介護 4・5 の 3 段階となっていることである。

③均一点数は、これら①と②以外ということになる。なお、このほかに人員配置別や機能別、あるいは施設基準別の加算、減額点数がある。また、通所系には、3 時間以上 4 時間未満、4 時間以上 6 時間未満、6 時間以上 8 時間未満の 3 区分の点数が示されているほか、入浴介助加算（介助浴 39 単位、特別浴 60 単位）が新設された。

2. 介護療養施設サービスの単位

介護療養施設サービスは、療養型介護療養施設サービス、診療所型介護療養施設サービス、痴呆疾患型介護療養サービス、介護力強化型介護療養サービス費の 4 区分となっており、それぞれ人員配置別点数が示されている。このような単価配分は、基本的に現行診療報酬を踏襲していると考えてよい。ただし、いくつかの点においては現行制度と考え方を変更している部分があり、これらを中心に考えてみたい。

第 1 に、現行の入院時医学管理料の逡減制は廃止されている。このことについては、介護給付費部会でも議論が進められてきたが、老人保健施設の逡減制廃止の影響を受けたものと考えられる。なお、現行点数と比較検討してみると老人入院時医学管理料

は、6ヶ月から1年以内で140点、1年超が108点ということから、その中間で120単位算定されたものと考えられる。昨年の仮単価で「報酬水準については、介護を主たる目的とした長期療養を前提としたものとし、在院期間が6ヵ月を超える患者を念頭に設定する」という一文があったが、介護報酬は6ヶ月以上の入院患者を想定して算定されたことになる。

療養型介護療養施設サービス費については、一時46万1千円という試算のための金額が示されたが、その後下方修正された経緯がある。今回の報酬を試算してみると、要介護3で療養型病床群に1年以上入院している老人患者は、現行点数と大差ない単位設定になっていることがわかる。現行診療報酬では、療養2群入院医療管理料(I)で療養環境(I)の平均額は42万円程度にすぎない。ちなみに、療養2群入院医療管理料(II)で療養環境(II)、4種地域(5点)、1年以上の場合、31日間で366,420円である。これが介護力強化病院での単なる老人病棟入院医療管理料の最低では、309,690円にすぎないことを考慮して、今回の報酬単位を理解することが求められる。

第2に、療養型の場合、環境加算(105点から10点)が廃止されている。これは、完全型の療養型を基本に算定するという考え方に基づいており、II、III、IVについては一定額が減額されるしくみに変更されることになった。

第3に、特養や老健施設との横並びで1月に6日を限度として外泊が444単位算定できりことになった。肯定的にみれば、在宅サービスへの移行措置として高く評価できるであろう。

第4に、3対1の施設サービス費(I)については「平成12年3月31日において6ヶ月以上、老人医科点数表第1章に掲げる療養1群入院医療管理料(IV)、療養第2群入院医療管理料(I)又は老人病棟入院医療管理料(I)が算定されていた病棟のみにおいて、平成15年3月31日までの間に限り算定するものとする」という規定がある。このことは、3対1施設は、いずれ廃止するが、すでに3対1の場合に限り、当分の間認めるということである。

第5に、介護療養型医療施設の介護報酬における特定診療費項目がある。その内容は①感染対策指導管理料、②特定施設管理料、③初期入院診療管理料、④重傷皮膚潰瘍指導管理料、⑤栄養食事指導料、⑥薬剤管理指導料、⑦医療情報提供料、⑧単純エックス線診断・撮影料、⑨理学療法I～IV、⑩作業療法I～II、老人リハビリテーション総合計画評価料、老人リハビリテーション計画評価料、入院生活リハビリテーション管理指導料、⑪言語療法、⑫摂食機能療法、⑬精神科作業療法、⑭痴呆性老人入院精神療法料の14種類である。これらは、計画料等を含めて原則として現行点数がそのまま算定できるが、理学療法I～IV⑩作業療法I～IIは、簡単なもの以外算定できない。さらに、入院期間による減額は廃止された。

第6に、いわゆる「おむつ代」については、介護療養施設サービス費に含まれており、個別に病院等が徴収することはできない。なお、基本食事サービス費は2,120円である。

最後に、介護療養型医療施設では、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員が、

基準を満たさない場合は、一定割合介護給付費がカットされる。その比率は、医師の場合で1割、その他で3割といわれている。なお、介護老人保健施設の場合は、このほかに理学療法士と作業療法士の数も対象になるが、。ただし、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を50人対1人以上配置した場合は、1日当たり12単位の加算が認められた。

図3-1 介護報酬基準額(その1)

| | 要支援 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| I. 指定居宅サービス介護給付費単位数 | | | | | | |
| 1-イ. 訪問介護費(身体介護が中心) | ①210、②402、③584、+219(30分毎)*注1 | | | | | |
| 1-ロ. 訪問介護費(家事援助が中心) | ①153、②222、+83(30分毎)*注2 | | | | | |
| 1-ハ. 訪問介護費(身体・家事同程度) | ①278、②403、+151(30分毎)*注2 | | | | | |
| 2. 訪問入浴介護費 | 1,250 | | | | | |
| 3-イ. 訪問看護費(指定訪問看護ステーション) | ①425、②830、③1,198*注3 | | | | | |
| 3-ロ. 訪問看護費(病院または診療所) | ①343、②550、③845*注3 | | | | | |
| 4. 訪問リハビリテーション費 | 550 | | | | | |
| 5-イ. 居宅療養管理指導費(医師、歯科医師) | I 940、II 510 | | | | | |
| 5-ロ. 居宅療養管理指導費(薬剤師) | 550 | | | | | |
| 5-ハ. 居宅療養管理指導費(管理栄養士) | 530 | | | | | |
| 5-ニ. 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等) | 500 | | | | | |
| 6-イ(1). 単独型通所介護費(3時間以上4時間未満) | 332 | 383 | | 514 | | |
| 6-イ(2). 単独型通所介護費(4時間以上6時間未満) | 474 | 547 | | 734 | | |
| 6-イ(3). 単独型通所介護費(6時間以上8時間未満) | 664 | 766 | | 1,028 | | |
| 6-ロ(1). 併設型通所介護費(3時間以上4時間未満) | 280 | 331 | | 462 | | |
| 6-ロ(2). 併設型通所介護費(4時間以上6時間未満) | 400 | 473 | | 660 | | |
| 6-ロ(3). 併設型通所介護費(6時間以上8時間未満) | 560 | 662 | | 924 | | |
| 6-ハ(1). 痴呆専用単独型通所介護費(3時間以上4時間未満) | 443 | 511 | | 687 | | |
| 6-ハ(2). 痴呆専用単独型通所介護費(4時間以上6時間未満) | 633 | 730 | | 981 | | |
| 6-ハ(3). 痴呆専用単独型通所介護費(6時間以上8時間未満) | 886 | 1,022 | | 1,373 | | |
| 6-ニ(1). 痴呆専用併設型通所介護費(3時間以上4時間未満) | 373 | 441 | | 616 | | |
| 6-ニ(2). 痴呆専用併設型通所介護費(4時間以上6時間未満) | 533 | 630 | | 880 | | |
| 6-ニ(3). 痴呆専用併設型通所介護費(6時間以上8時間未満) | 746 | 882 | | 1,232 | | |
| 7-イ(1). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(3~4時間) | 331 | 387 | | 532 | | |
| 7-イ(2). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(4~6時間) | 490 | 575 | | 789 | | |
| 7-イ(3). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(6~8時間) | 661 | 774 | | 1,063 | | |
| 7-ロ(1). 通所リハビリテーション費II(診療所)(3~4時間) | 333 | 390 | | 535 | | |
| 7-ロ(2). 通所リハビリテーション費II(診療所)(4~6時間) | 480 | 562 | | 772 | | |
| 7-ロ(3). 通所リハビリテーション費II(診療所)(6~8時間) | 665 | 779 | | 1,070 | | |
| 7-ハ(1). 通所リハビリテーション費(老健施設)(3~4時間) | 324 | 379 | | 521 | | |
| 7-ハ(2). 通所リハビリテーション費(老健施設)(4~6時間) | 463 | 542 | | 744 | | |
| 7-ハ(3). 通所リハビリテーション費(老健施設)(6~8時間) | 648 | 758 | | 1,041 | | |
| 8-イ(1). 単独型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1) | 948 | 976 | 1,021 | 1,065 | 1,110 | 1,154 |
| 8-イ(2). 単独型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1) | 872 | 897 | 937 | 977 | 1,017 | 1,057 |
| 8-イ(3). 単独型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1) | 828 | 851 | 889 | 926 | 964 | 1,001 |
| 8-ロ(1). 併設型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1) | 914 | 942 | 987 | 1,031 | 1,076 | 1,120 |
| 8-ロ(2). 併設型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1) | 838 | 863 | 903 | 943 | 983 | 1,023 |
| 8-ロ(3). 併設型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1) | 794 | 817 | 855 | 892 | 930 | 967 |
| 9-イ(1)(一). 老健施設短期入所療養介護費I(看・介3:1) | 994 | 1,026 | 1,076 | 1,126 | 1,176 | 1,226 |
| 9-イ(1)(二). 老健施設短期入所療養介護費II(看・介3.6:1) | 928 | 956 | 1,003 | 1,049 | 1,095 | 1,141 |
| 9-イ(2)(一). 緊急時施設療養費 | 500 | | | | | |
| 9-ロ(1)(一). 病院療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1、介3:1) | 1,331 | 1,359 | 1,405 | 1,451 | 1,497 | 1,543 |
| 9-ロ(1)(二). 病院療養型病床群短期入所療養介護費II(看6:1、介4:1) | 1,265 | 1,292 | 1,336 | 1,379 | 1,422 | 1,465 |
| 9-ロ(1)(三). 病院療養型病床群短期入所療養介護費III(看6:1、介5:1) | 1,219 | 1,245 | 1,286 | 1,328 | 1,369 | 1,411 |
| 9-ロ(1)(四). 病院療養型病床群短期入所療養介護費IV(看6:1、介6:1) | 1,188 | 1,214 | 1,254 | 1,294 | 1,334 | 1,375 |
| 9-ハ(1)(一). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1、介6:1) | 1,037 | 1,048 | 1,066 | 1,084 | 1,101 | 1,119 |
| 9-ハ(1)(二). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費II(看・介3:1) | 939 | 948 | 964 | 980 | 996 | 1,011 |
| 9-ニ(1)(一). 痴呆疾患型短期入所療養介護費I(看6:1、介4:1) | 1,263 | 1,289 | 1,331 | 1,373 | 1,415 | 1,457 |
| 9-ニ(1)(二). 痴呆疾患型短期入所療養介護費II(看6:1、介5:1) | 1,233 | 1,259 | 1,300 | 1,340 | 1,381 | 1,422 |
| 9-ニ(1)(三). 痴呆疾患型短期入所療養介護費III(看6:1、介6:1) | 1,214 | 1,239 | 1,279 | 1,319 | 1,359 | 1,399 |
| 9-ニ(1)(四). 痴呆疾患型短期入所療養介護費IV(看6:1、介8:1) | 1,186 | 1,210 | 1,249 | 1,288 | 1,327 | 1,366 |
| 9-ホ. 基準適合診療所短期入所療養介護費 | 889 | 899 | 913 | 928 | 943 | 958 |
| 9-ヘ(1)(一). 介護力強化病院型短期入所療養介護費I(看6:1、介3:1) | 1,233 | 1,259 | 1,301 | 1,343 | 1,385 | 1,427 |
| 9-ヘ(1)(二). 介護力強化病院型短期入所療養介護費II(看6:1、介4:1) | 1,168 | 1,192 | 1,232 | 1,271 | 1,310 | 1,350 |
| 9-ヘ(1)(三). 介護力強化病院型短期入所療養介護費III(看6:1、介5:1) | 1,121 | 1,145 | 1,182 | 1,220 | 1,258 | 1,295 |
| 9-ヘ(1)(四). 介護力強化病院型短期入所療養介護費IV(看6:1、介6:1) | 1,091 | 1,114 | 1,150 | 1,186 | 1,223 | 1,259 |
| 10-イ. 痴呆対応型共同生活介護費 | なし | 809 | 825 | 841 | 857 | 874 |
| 10-ロ. 初期加算 | 30 | | | | | |
| 11. 特定施設入所者生活介護 | 238 | 549 | 616 | 683 | 750 | 818 |
| 12. 福祉用具貸与 | 均一数 | | | | | |

図3-2 介護報酬基準額(その2)

| | 要 支 援 | 要 介 護 1 | 要 介 護 2 | 要 介 護 3 | 要 介 護 4 | 要 介 護 5 |
|--|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| II. 指定居宅介護支援介護給付費単位数 | | | | | | |
| 居宅介護サービス計画費(1月当たり) | 650 | 720 | | | 840 | |
| III. 指定施設サービス等介護給付費単位数 | | | | | | |
| 1-イ(1)(一). 介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1) | なし | 796 | 841 | 885 | 930 | 974 |
| 1-イ(1)(二). 介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1) | なし | 717 | 757 | 797 | 837 | 877 |
| 1-イ(1)(三). 介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1) | なし | 671 | 709 | 746 | 784 | 821 |
| 1-イ(2)(一). 小規模介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1) | なし | 907 | 958 | 1,009 | 1,059 | 1,110 |
| 1-イ(2)(二). 小規模介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1) | なし | 760 | 802 | 844 | 887 | 929 |
| 1-イ(2)(三). 小規模介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1) | なし | 730 | 771 | 812 | 852 | 893 |
| 1-ロ(1)(一). 旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1) | 796(自立を含む) | | 866 | | 950 | |
| 1-ロ(1)(二). 旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1) | 717(自立を含む) | | 779 | | 855 | |
| 1-ロ(1)(三). 旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1) | 671(自立を含む) | | 730 | | 801 | |
| 1-ロ(2)(一). 小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1) | 907(自立を含む) | | 986 | | 1,082 | |
| 1-ロ(2)(二). 小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1) | 760(自立を含む) | | 826 | | 906 | |
| 1-ロ(2)(三). 小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1) | 730(自立を含む) | | 794 | | 871 | |
| 1-ハ. 初期加算 | | | 30 | | | |
| 1-ニ(1). 退所前後訪問相談援助加算 | | | 460 | | | |
| 1-ニ(2). 退所時相談援助加算 | | | 570 | | | |
| 2-イ(1). 介護保健施設サービス費Ⅰ(看・介3:1) | なし | 880 | 930 | 980 | 1,030 | 1,080 |
| 2-イ(2). 介護保健施設サービス費Ⅱ(看・介3.6:1) | なし | 810 | 857 | 903 | 949 | 995 |
| 2-ロ. 初期加算 | | | 30 | | | |
| 2-ハ(1)(一). 退所前後訪問指導加算 | | | 460 | | | |
| 2-ハ(1)(二). 退所時指導加算 | | | 1,070 | | | |
| 2-ハ(2). 老人訪問看護指示加算 | | | 300 | | | |
| 2-ニ. 緊急時施設療養費 | | | 500 | | | |
| 3-イ(1)(一). 療養型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1) | なし | 1,193 | 1,239 | 1,285 | 1,331 | 1,377 |
| 3-イ(1)(二). 療養型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1) | なし | 1,126 | 1,170 | 1,213 | 1,256 | 1,299 |
| 3-イ(1)(三). 療養型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1) | なし | 1,079 | 1,120 | 1,162 | 1,203 | 1,245 |
| 3-イ(1)(四). 療養型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1) | なし | 1,048 | 1,088 | 1,128 | 1,168 | 1,209 |
| 3-イ(2). 初期加算 | | | 30 | | | |
| 3-イ(3)(一)a. 退院前後訪問指導加算 | | | 460 | | | |
| 3-イ(3)(一)b. 退院時指導加算 | | | 1,070 | | | |
| 3-イ(3)(二). 老人訪問看護指示加算 | | | 300 | | | |
| 3-ロ(1)(一). 診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 6:1) | なし | 902 | 920 | 938 | 955 | 973 |
| 3-ロ(1)(二). 診療所型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介併せて3:1看含む) | なし | 802 | 818 | 834 | 850 | 865 |
| 3-ロ(2). 初期加算 | | | 30 | | | |
| 3-ロ(3)(一)a. 退院前後訪問指導加算 | | | 460 | | | |
| 3-ロ(3)(一)b. 退院時指導加算 | | | 1,070 | | | |
| 3-ロ(3)(二). 老人訪問看護指示加算 | | | 300 | | | |
| 3-ハ(1)(一). 痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅰ(看6:1, 介4:1) | なし | 1,123 | 1,165 | 1,207 | 1,249 | 1,291 |
| 3-ハ(1)(二). 痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅱ(看6:1, 介5:1) | なし | 1,093 | 1,134 | 1,174 | 1,215 | 1,256 |
| 3-ハ(1)(三). 痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅲ(看6:1, 介6:1) | なし | 1,073 | 1,113 | 1,153 | 1,193 | 1,233 |
| 3-ハ(1)(四). 痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅳ(看6:1, 介8:1) | なし | 1,044 | 1,083 | 1,122 | 1,161 | 1,200 |
| 3-ハ(2). 初期加算 | | | 30 | | | |
| 3-ハ(3)(一)a. 退院前後訪問指導加算 | | | 460 | | | |
| 3-ハ(3)(一)b. 退院時指導加算 | | | 1,070 | | | |
| 3-ハ(3)(二). 老人訪問看護指示加算 | | | 300 | | | |
| 3-ニ(1)(一). 介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1) | なし | 1,093 | 1,135 | 1,177 | 1,219 | 1,261 |
| 3-ニ(1)(二). 介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1) | なし | 1,026 | 1,066 | 1,105 | 1,144 | 1,184 |
| 3-ニ(1)(三). 介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1) | なし | 979 | 1,016 | 1,054 | 1,092 | 1,129 |
| 3-ニ(1)(四). 介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1) | なし | 948 | 984 | 1,020 | 1,057 | 1,093 |
| 3-ニ(2). 初期加算 | | | 30 | | | |
| 3-ニ(3)(一)a. 退院前後訪問指導加算 | | | 460 | | | |
| 3-ニ(3)(一)b. 退院時指導加算 | | | 1,070 | | | |
| 3-ニ(3)(二). 老人訪問看護指示加算 | | | 300 | | | |
| 基本食事サービス費 | | | | | 2,120円 | |
| 住宅改善 | | | | | | 支給限度額 20万円 |

*注1 ①30分未満、②30分以上1時間未満、③1時間以上1時間30分未満、以降30分毎に219単位加算

*注2 ①30分以上1時間未満、②1時間以上1時間30分未満、以降30分毎に151単位加算

*注3 ①30分未満、②30分以上1時間未満、③1時間以上1時間30分未満

第2節 介護報酬と診療報酬の関係

1. 保険報酬と診療報酬の連動

介護保険制度化の介護施設や事業者のマネジメントを考える場合、介護保険報酬は、重要な意味を持つ。介護報酬については、医療保険福祉審議会介護給付費部会で審議が続けられ、1月28日に答申、2月10日に告示された。この日、医療審議会に第四次医療法改正要綱案が諮問され、21日に答申された。その日、中央社会保険医療協議会協の支払い側委員が会合を持ち、23日に予定されていた総会を欠席すると伝えられた。結局、中医協は3月1日に諮問を受け、3日に答申した。診療報酬改定は、17日に告示され、関連の告示は31日に官報に掲載された。あわただしい年度末にあって、介護保険制度に関連する制度改正のための手続きは、全て完了した。

医療法改正要綱では、病床区分の見直し、病床面積の引き上げ、情報提供の推進、医療従事者の資質の向上などが明文化してある。今回の改正要綱が、直接間接に介護保険制度からの影響を受けたことは、間違いない。今後の病床面積は、療養型病床群の基準であった6.4平方メートルに、一般病床の看護職員は、入院患者3人に対し1人に引き上げられた。介護保険施設が平成15年度までに全て療養病床の最低基準を満たし、看護・介護職員も3対1施設が増加する中で、一般病床が介護保険施設以下では、整合性を確保することができない。

時間的には医療法改正要綱の答申を挟むかたちで決定された介護保険報酬と診療報酬はかなりの部分で連動していると考えられる。今回の診療報酬改定は、改定に必要な財源が比較的少ない中で、大幅な改定となった。最も注目すべきことは、病棟種類別に入院基本料を設定したことである。今後、病院は、一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟、老人病棟および特定機能病院、専門病院の8種類に、有床診療所は、療養病床とそれ以外に区分されることになった。また、老人診療報酬では、平成12年10月から一般病棟に90日以上入院する老人患者で人工呼吸器を使用している場合など「厚生大臣が定める状態等にある者以外の者（特定患者）」について、診療報酬の包括化が実施される。

医療機関の病床を機能区分することは、医療法改正が必要になるが、診療報酬が先行することになった。また、原則として長期入院患者には包括化した点数が強制されるが、これは介護保険施設が定額払いであることとの調整であろう。

このように医療法改正要綱を受けて介護保険報酬と診療報酬は、明らかに連動している。それゆえ、療養型病床や介護力強化病院の病床を介護保険適用にするか、あるいは医療保険にするかといった経営上の判断は、介護保険報酬と診療報酬を熟知する必要がある。昨年の介護報酬仮単価の設定が、診療報酬、措置費等の単価を前提にしていることと、訪問系サービスについては事業者の参入を確保するための政策的配慮から設定されたものであったことを思い起こせば、介護保険施設の介護報酬は、介護