

疾病別では、脳卒中患者かどうかで層別した場合ほとんど変わらないが、心臓病、糖尿病、高血圧患者かどうかで層別化した場合は、当該疾病患者の持続性が低い。これは若干パズリングであるが、脳卒中も心臓病も急性期を過ぎると安定し、1 四半期を超える持続性は特段なくなるということかもしれない。

「認知症あり」の人をサンプルとした係数は0.71、「なし」は0.52であり、認知症がある方が医療費の持続性はかなり高い。このように認知症の有無によって医療費の持続性が高まることは、医療費の負担のあり方に重要なインプリケーションを持つ。ただし、要介護度で層別化した場合、要介護度が3以上の場合の係数は2以下の場合とほとんど同じである。これは予想外の結果であったが、考えてみれば、介護と医療は元来、性質を異にするものであり、日常的な支援を必要とする介護度が高くても、疾病を治療する医療費が持続的に必要になるとは限らないであろう。

この他、親しい近所の人や友人が「いる場合」には、「いない場合」よりも医療費の持続性の程度は低い。同居人の「いない場合」にも、「いる場合」よりも持続性は高い。しかし、同居人の有無による差はそれほど大きいとは言えない。これは、家族等との同居を進めることにより医療費の削減を進めようとする政策が、かなり表面的なものである可能性を示唆している。

次に、月次データを使って医療費の持続性をさらに詳細に検討する。すべての層別のケースを表示することは煩雑なので、主要なケースを図によって示すこととする。

第4-1図は、月次の持続性を表す係数を示したものである。すなわち、1 か月ラグをとった医療費に係る係数が「L1」、2 か月ラグをとった医療費に係る係数が「L2」等々と表示されてい

る。この図は層別化していない推定での係数であるが、1 か月のラグをとった係数がかなり高いのに対して、2 か月目以降はかなり急速に低減していくことが分かる。これは、1 か月目は大きな影響を与えるが、2 か月を超えるとその影響は次第に小さくなることを示す。とは言え、最初に与えた影響は、医療費の水準として残っていくことになる。

第4-2図は、年齢を基準に層別化した推定結果である。76歳以上の場合、最初の2 か月は75歳以下よりもかなり強い影響を及ぼす。3 か月目以降は両者の係数はほぼ同じである。すなわち、76歳を超えると最初の2 か月間の影響が大きく、それ以降は差が一定にとどまるということになる。ここで注意すべきは、最初に開いた差は医療費の水準としては永続的な影響を及ぼすことになるということである。

第4-3図は医療費のランクごとの持続性を示したものである。興味深いことに、最初の1 か月は医療費ランクごとの持続性はほとんど変わらない。しかし、医療費の水準が高い場合、後々の医療費に対する影響が4 か月ほどは続くことになる。すなわち、最初のインパクトは同じでも、より長期の医療費に対するインパクトは、医療費の水準が低い場合にはすぐに減衰するのに対して、医療費が高いと持続し続ける。このように、医療費ランクが高いと、支出額が大きいだけでなく、それが他のランクに比べて拡大し続けるということになる。これも政策的には重要なインプリケーションを持つと思われる。

第4-4図は、認知症の程度ごとに層別した持続性の推定結果である。この場合にも医療費ランクごとの推定と同様のことが言えて、最初のインパクトは同じでも、より長期の医療費に対するインパクトは、認知症の程度が低い場合に

はすぐに減衰するのに対して、認知症の程度が高いとインパクトが持続し続ける。

第4-5図は、要介護度ごとに層別した場合である。推定結果がやや不安定であるが、要介護度ごとにそれほど大きな差は認められない。これは予想外の結果であったが、先に述べたように、元来、介護と医療は性質を異にするものであり、日常的な支援を必要とする介護度が高くても、疾病を治療する医療費が持続的に必要になるとは限らないことを示す。

第4-6図は、同居人の有無ごとの医療費の持続性である。最初の1か月の係数の違いは大きいですが、その差はすぐに解消する。したがって、同居人の有無により医療費の格差が長期的に拡大を続けるということはないと言えよう。

## (2) 介護費用の持続性の推定結果

同様に介護費用の持続性についても、四半期データを使って推定した結果が第5表の上のパネルに示されている。介護費用の持続性は医療費に比べて非常に高く、個人に固有の要因を含めた場合、0.898に達する。固有効果を除外した場合には0.764となり、引き続き高いものの、介護費用の持続性においても個人固有の効果が重要であることが分かる。第5表の下のパネルに月次データによる推定結果が示されている。時間とともに相対的なインパクトはかなり急速に減衰するものの、固有効果を含めた場合にはかなりの持続性がある。固有効果を除外した場合には、インパクトの減衰はさらに急速である。

第6表は属性による層別化をして四半期データにより推定した結果である。すべてのケースを通じて、層別化しても介護費用の持続性はほとんど変わらないことが注目される。年齢が76歳以上の場合は75歳以下と比べて持続性が高いとは言えるが、両者とも非常に高い持続性を持つ中での局地的な相違と言えよう。認知症の程

度や要介護度で層別化してもほとんど同じで、介護費用ランク別や同居人有無別では、ランクが高かったり同居人がいる場合の方が持続性が低い。後二者についてそうなるという積極的理由はないので、介護費用ランクや同居人有無は介護費用の持続性に影響しないと解釈するのが適当であろう。

第5-1図は、月次データを使った介護費用の持続性の推定結果である。第5-2図の年齢及び第5-5図の要介護度については、層別に持続性のパターンは変わらないと言える。第5-3図の介護費用ランク、第5-4図の認知症の程度、第5-6図の同居人の有無については、最初の月にインパクトが相対的に大きかった階層は次の1~2か月のインパクトが相対的に小さくなるという形で、相殺してしまっていると言える。全体的に、月次データを使っても、介護費用の持続性のパターンは層別にほとんど変わらないということが確認された。同居人の有無により介護費用の持続性が変わらないという結果は非常に興味深い。これは同居政策によって介護リスクを軽減することが必ずしも適切な政策と言えないことを示唆する。

## D. 結論

本年度の医療経済学的分析においては医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果や医療費・介護費用の持続性についての検討を行った。推定結果を確定的なものにとらえることは厳に慎むべきであるが、次のような興味ある3つの発見があった。

① 疾病等により認知症になるにしても、医療費をかけることは認知症の進行を避けることに役立つ。また、介護費用を増加させることは機能的自立度を上昇させる傾向がある。つまり、医療費や介護費用は、望ましいアウトカムをも

たらずのである。さらに、認知症の程度と介護費用は正の相関を持っている。したがって、医療費を増加させて認知症の程度を改善することにより介護費用を削減することができる。

② 医療費には相当の持続性があり、一旦病気になると継続的に医療費がかかるという長期的なリスクが高まる。この持続性には、純粋な状態依存性ととも、個人に固有の効果が大きな役割を果たしている。したがって、医療費の負担について、全体の平均値でもって議論することは大変危険である。

層別化して検討すると、特に、高齢者、医療費が高額な人、認知症の患者の持続性が高くっており、当該患者は、病苦に加えて継続的に医療費を支払わなければならないという二重の負担を背負っている。ただし、要介護度の高い人は特段医療費の持続性が高いわけではなく、これは医療と介護の性質が異なるためと考えられる。

③ 介護費用は医療費以上に高い持続性があり、個人の固有要因が大きな役割を果たしていることも同様である。

各種属性によって層別化しても介護費用の持続性はほとんど変わらない。特に注目すべきは、要介護度や同居人の有無によって持続性が変わらないということである。前者は、要介護度が軽ければ負担能力があるという通念は誤りであることを示唆し、後者は、同居政策により介護リスクを軽減しようとするものは的外れであることを意味する。

最後に若干の政策的インプリケーションを述べる。ただし、性急に政策提言に結び付けるのではなく、今後、さらにデータを蓄積して、より分析を進めることが望ましい。

① まずは、医療費や介護費用はアウトカムを改善させるものであり、財政事情ばかりを優先

してそれらの削減を主張することは誤りであることが指摘できる。

② 次いで、医療費や介護費用の持続性には個人的要因が大きく影響しており、高齢者の異質性を十分配慮した政策が必要である。特に医療費については、重症であるほど持続性が高くなるので、そうした人の負担は「重症プラス持続性」という二重の意味で大きい。そこでこうした負担を軽減させるような制度設計が望まれる。逆に、介護費用については属性ごとの持続性の相違はほとんどないので、軽度の要介護や同居人ありの場合には介護給付を少なくするという政策は危険である。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

第44回日本病院管理学会学術総会（名古屋）で行う予定。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 研究協力者

杉原 茂（大阪大学大学院国際公共政策研究科教授）

五十嵐 公（東京医科歯科大学大学院医療経済学分野助手）

第1表 医療費や介護費用の介護予防効果(半期データ)

(1) 認知症の程度

	係数	標準誤差	t値	p値
医療費	-1.61E-07	1.00E-07	-1.60	0.109
介護費用	3.68E-06	2.52E-06	1.46	0.143
年齢	-0.055	0.022	-2.46	0.014
脳卒中	(dropped)			
心臓病	0.304	0.131	2.33	0.020
高血圧	0.008	0.088	0.10	0.923
糖尿病	-0.113	0.141	-0.80	0.422
定数項	5.420	1.666	3.25	0.001
サンプル数	789			
患者数	417			

(2) 要介護度

	係数	標準誤差	t値	p値
医療費	-3.19E-07	6.36E-07	-0.50	0.616
介護費用	6.80E-07	7.26E-07	0.94	0.349
年齢	0.140	0.148		0.341
脳卒中	(dropped)			
心臓病	0.236	0.266	0.88	0.377
高血圧	-0.214	0.262	-0.82	0.414
糖尿病	(dropped)			
定数項	-10.192	12.013	-0.85	0.396
サンプル数	71			
患者数	32			

(3) 老研式活動能力指標得点(TMIG)

	係数	標準誤差	t値	p値
医療費	6.72E-06	8.25E-06	0.81	0.416
介護費用	9.78E-07	6.41E-06	0.15	0.879
年齢	-0.122	0.096	-1.27	0.204
脳卒中	(dropped)			
心臓病	-0.462	0.341	-1.36	0.175
高血圧	0.298	0.243	1.22	0.221
糖尿病	(dropped)			
定数項	18.828	6.173	3.05	0.002
サンプル数	2482			
患者数	909			

第2表 介護費用の決定要因(半期データ)

	係数	標準誤差	t値	p値
年齢	12707.5	2525.6	5.03	0.000
脳卒中	67332.2	24454.7	2.75	0.006
心臓病	13531.1	19551.2	0.69	0.489
高血圧	-2344.1	14431.9	-0.16	0.871
糖尿病	5174.3	25469.0	0.20	0.839
痴呆	56152.8	9317.3	6.03	0.000
定数項	-1013586.0	196489.0	-5.16	0.000
サンプル数	1890			
患者数	1156			

第3表 医療費の持続性の推定:個人に固有の要因の影響:医療費

	持続性 (係数)	標準誤差	t値	p値
1. 四半期データ				
(1) 個人に固有の要因を含めた場合 (純粋な状態依存性+個人の固有効果)	0.598	0.006	98.96	0.000
(2) 個人に固有の要因を除去した場合 (純粋な状態依存性のみ)	0.392	0.010	38.54	0.000
2. 月次データ				
(1) 個人に固有の要因を含めた場合 (純粋な状態依存性+個人の固有効果)				
1期ラグ	0.389	0.004	91.87	0.000
2期ラグ	0.157	0.005	34.55	0.000
3期ラグ	0.130	0.004	30.20	0.000
(2) 個人に固有の要因を除去した場合 (純粋な状態依存性のみ)				
1期ラグ	0.315	0.005	63.40	0.000
2期ラグ	0.085	0.005	17.67	0.000
3期ラグ	0.045	0.005	9.65	0.000

(注)個人に固有の要因を含めた場合は、単純な最小二乗法、それを除外した場合は、ダイナミック・パネル分析による推定値。

第4表 医療費の持続性の推定(四半期データ)

	持続性 (係数)	標準誤差	t値	p値	サンプル数	決定係数 (自由度修正済み)
1. 全サンプル	0.598	0.006	98.96	0.000	17328	0.361
2. 年齢別						
(1)76歳以上	0.620	0.007	86.67	0.000	11568	0.394
(2)75歳以下	0.555	0.011	50.20	0.000	5760	0.304
3. 性別						
(1)男性	0.598	0.011	55.87	0.000	5292	0.371
(2)女性	0.592	0.009	65.97	0.000	8052	0.351
4. 医療費ランク別						
(1)上位25%	0.646	0.014	45.99	0.000	2652	0.444
(2)上位25~50%	0.422	0.020	21.54	0.000	2592	0.152
(3)上位50~75%	0.466	0.018	25.72	0.000	2568	0.205
(3)下位25%	0.440	0.019	23.10	0.000	2508	0.175
5. 脳卒中						
(1)あり	0.554	0.041	13.42	0.000	540	0.249
(2)なし	0.533	0.008	63.21	0.000	10416	0.277
6. 心臓病						
(1)あり	0.375	0.022	16.86	0.000	1692	0.143
(2)なし	0.584	0.009	66.99	0.000	9264	0.326
7. 高血圧						
(1)あり	0.491	0.013	36.41	0.000	4500	0.228
(2)なし	0.584	0.010	56.29	0.000	6432	0.330
8. 糖尿病						
(1)あり	0.370	0.027	13.79	0.000	1248	0.132
(2)なし	0.542	0.009	62.30	0.000	9696	0.286
9. 認知症						
(1)重度	0.708	0.008	88.26	0.000	6756	0.536
(2)軽度	0.519	0.008	61.46	0.000	10572	0.263
10. 要介護度						
(1)3以上	0.596	0.006	97.15	0.000	16608	0.362
(2)2以下	0.584	0.031	18.69	0.000	720	0.326
11. 親しい近所の人						
(1)いる	0.501	0.009	53.20	0.000	9120	0.237
(2)いない	0.649	0.018	36.49	0.000	1848	0.419
12. 親しい友人						
(1)いる	0.528	0.009	59.18	0.000	9696	0.265
(2)いない	0.591	0.023	25.73	0.000	1284	0.340
13. 同居者						
(1)いる	0.241	0.015	16.49	0.000	4704	0.055
(2)いない	0.298	0.027	11.09	0.000	1308	0.085

(注)1. サンプル数は、患者数に患者ごとの欠測値でない観測値の数を掛けたもの。  
2. 医療費ランク別の下位25%は、サンプル期間中の総医療費がゼロの患者を除外してある。

第5表 医療費の持続性の推定:個人に固有の要因の影響:介護費用

	持続性 (係数)	標準誤差	t値	p値
1. 四半期データ				
(1) 個人に固有の要因を含めた場合 (純粋な状態依存性+個人の固有効果)	0.898	0.003	267.99	0.000
(2) 個人に固有の要因を除去した場合 (純粋な状態依存性のみ)	0.764	0.011	69.62	0.000
2. 月次データ				
(1) 個人に固有の要因を含めた場合 (純粋な状態依存性+個人の固有効果)				
1期ラグ	0.686	0.004	161.98	0.000
2期ラグ	0.169	0.005	33.29	0.000
3期ラグ	0.082	0.004	19.45	0.000
(2) 個人に固有の要因を除去した場合 (純粋な状態依存性のみ)				
1期ラグ	0.567	0.005	117.79	0.000
2期ラグ	0.127	0.005	25.74	0.000
3期ラグ	0.023	0.004	5.42	0.000

(注)個人に固有の要因を含めた場合は、単純な最小二乗法、それを除外した場合は、ダイナミック・パネル分析による推定値。

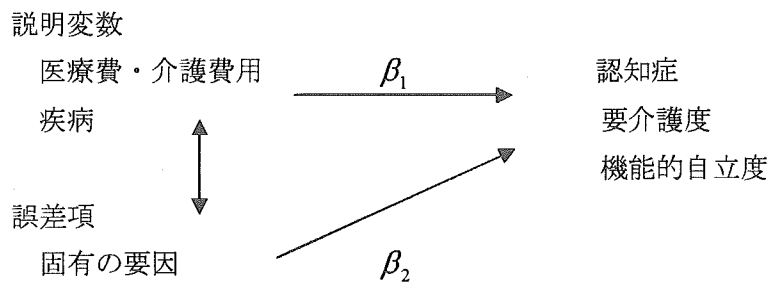
第6表 介護費用の持続性の推定(四半期データ)

	持続性 (係数)	標準誤差	t値	p値	サンプル数	決定係数 (自由度修正済み)
1. 全サンプル	0.898	0.003	267.99	0.000	17328	0.806
2. 年齢別						
(1)76歳以上	0.904	0.004	223.89	0.000	11568	0.813
(2)75歳以下	0.854	0.007	130.64	0.000	5760	0.748
3. 性別						
(1)男性	0.862	0.007	130.61	0.000	5292	0.763
(2)女性	0.907	0.005	184.18	0.000	8052	0.808
4. 医療費ランク別						
(1)上位25%	0.872	0.026	33.04	0.000	408	0.728
(2)上位25~50%	0.845	0.030	28.30	0.000	420	0.656
(3)上位50~75%	0.852	0.029	29.25	0.000	420	0.671
(3)下位25%	0.924	0.026	35.56	0.000	420	0.751
5. 脳卒中						
(1)あり	0.914	0.021	43.61	0.000	540	0.779
(2)なし	0.901	0.005	180.67	0.000	10416	0.758
6. 心臓病						
(1)あり	0.922	0.011	81.77	0.000	1692	0.798
(2)なし	0.897	0.005	166.74	0.000	9264	0.750
7. 高血圧						
(1)あり	0.934	0.006	145.39	0.000	4500	0.825
(2)なし	0.879	0.007	126.82	0.000	6432	0.714
8. 糖尿病						
(1)あり	0.885	0.014	64.43	0.000	1248	0.769
(2)なし	0.909	0.005	177.94	0.000	9696	0.766
9. 認知症						
(1)重度	0.894	0.005	175.13	0.000	6756	0.820
(2)軽度	0.906	0.005	184.46	0.000	10572	0.763
10. 要介護度						
(1)3以上	0.892	0.003	257.76	0.000	16608	0.800
(2)2以下	0.899	0.018	50.26	0.000	720	0.778
11. 親しい近所の人						
(1)いる	0.897	0.005	164.48	0.000	9120	0.748
(2)いない	0.908	0.011	80.67	0.000	1848	0.779
12. 親しい友人						
(1)いる	0.903	0.005	172.91	0.000	9696	0.755
(2)いない	0.901	0.014	66.21	0.000	1284	0.774
13. 同居者						
(1)いる	1.003	0.005	191.63	0.000	4704	0.887
(2)いない	0.844	0.017	50.91	0.000	1308	0.665

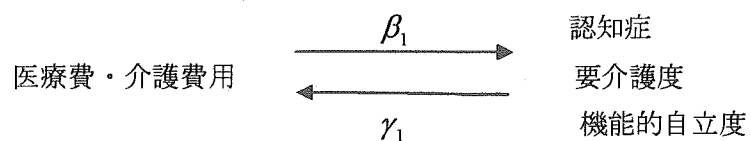
(注)1. サンプル数は、患者数に患者ごとの欠測値でない観測値の数を掛けたもの。  
2. 医療費ランク別の下位25%は、サンプル期間中の総医療費がゼロの患者を除外してある。



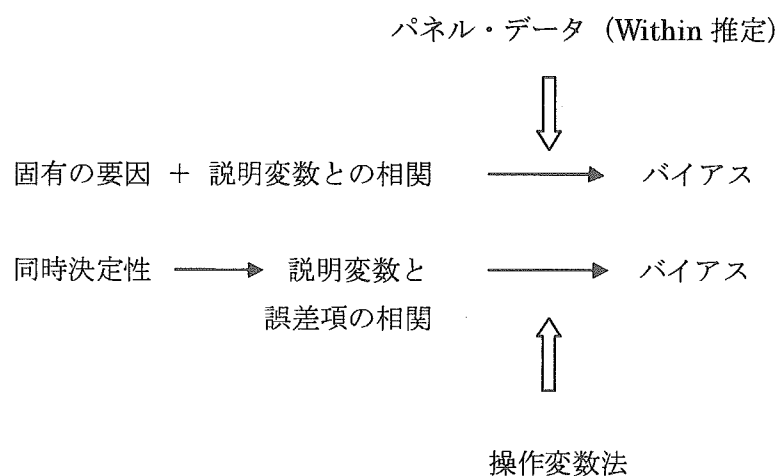
第1図 説明変数と誤差項の相関



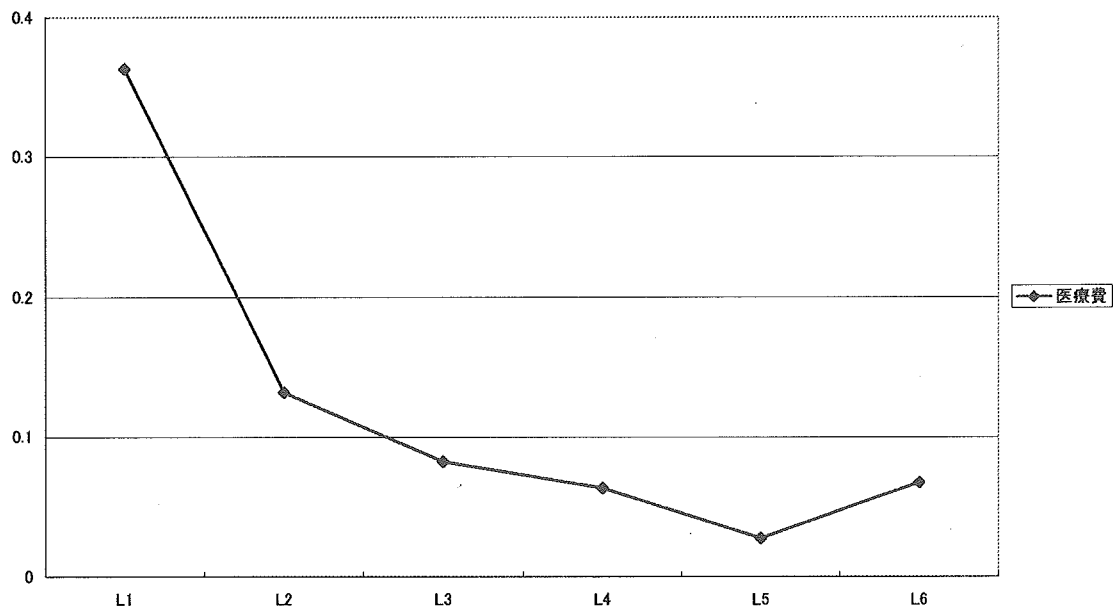
第2図 同時決定性



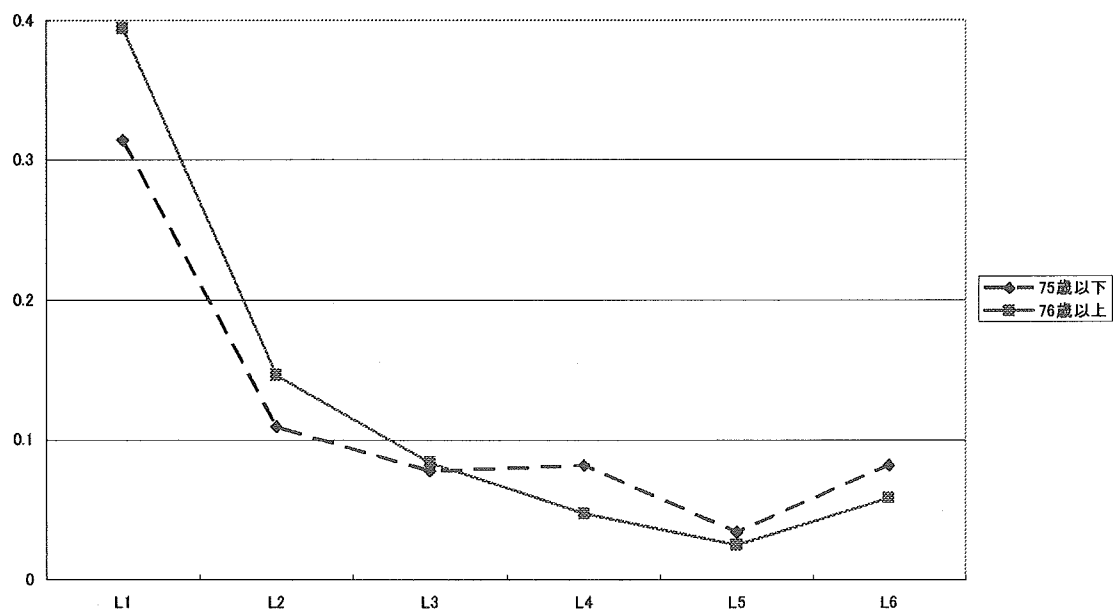
第3図 推定上の問題と対処



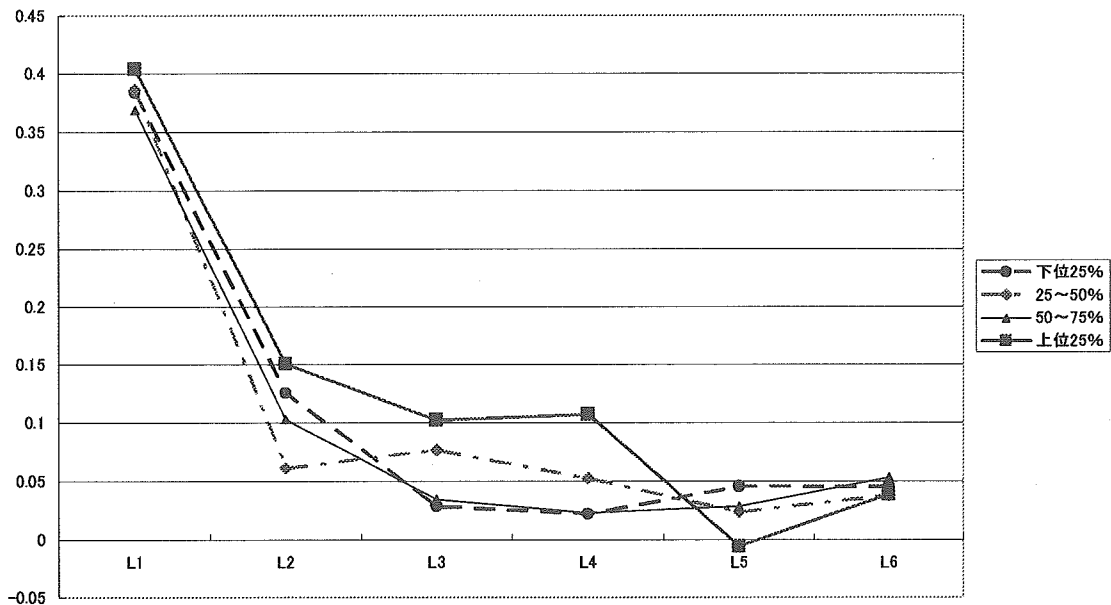
第4-1図 医療費の持続性: 月次データ



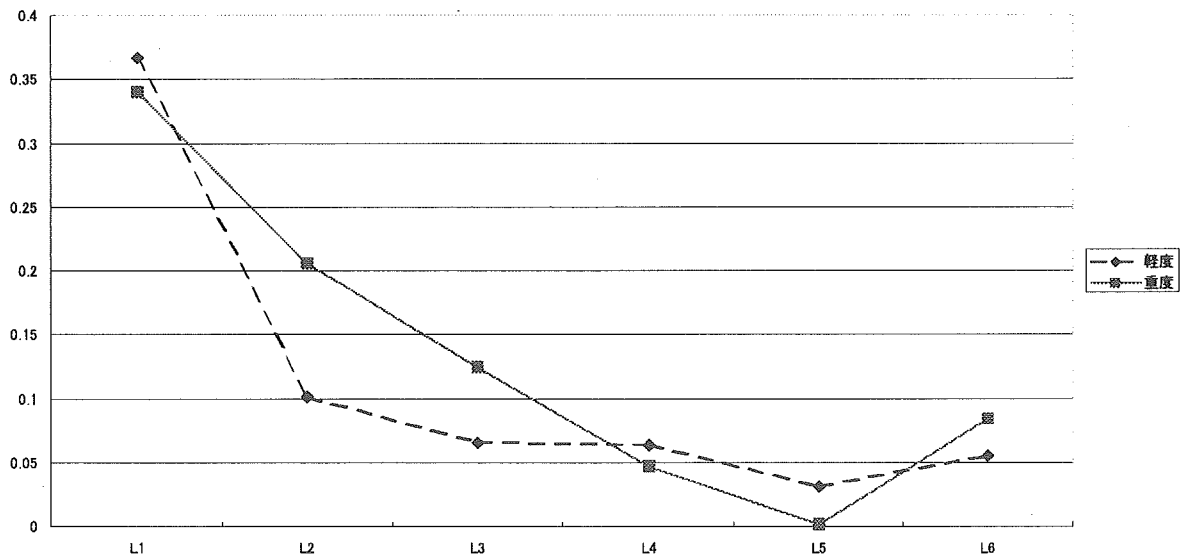
第4-2図 年齢と医療費の持続性



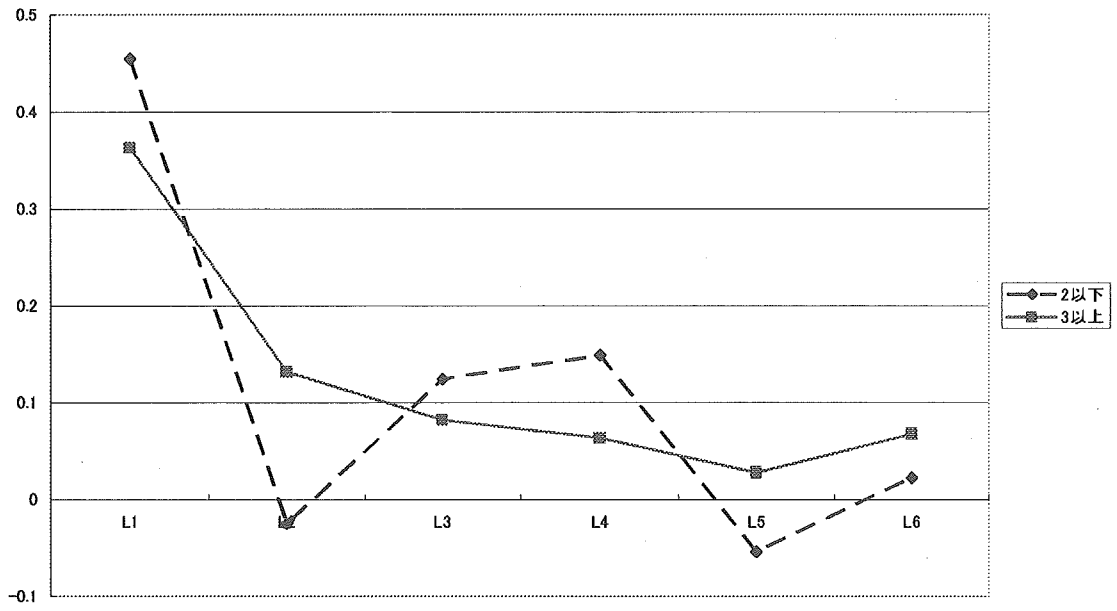
第4-3図 医療費ランクと持続性



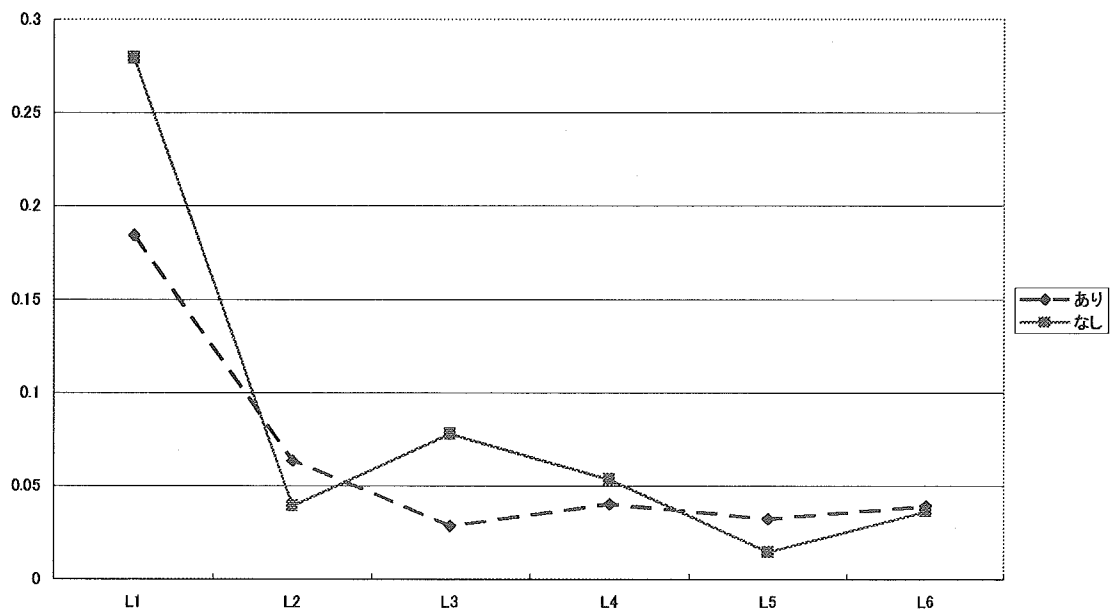
第4-4図 認知症の程度と医療費の持続性



第4-5図 要介護度と医療費の持続性



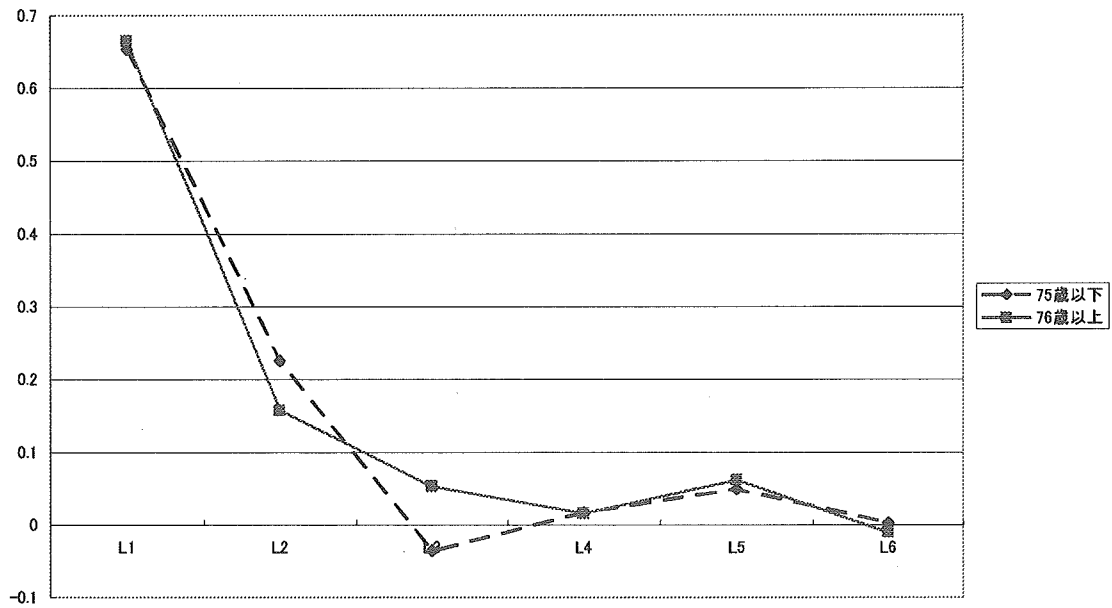
第4-6図 同居と医療費の持続性



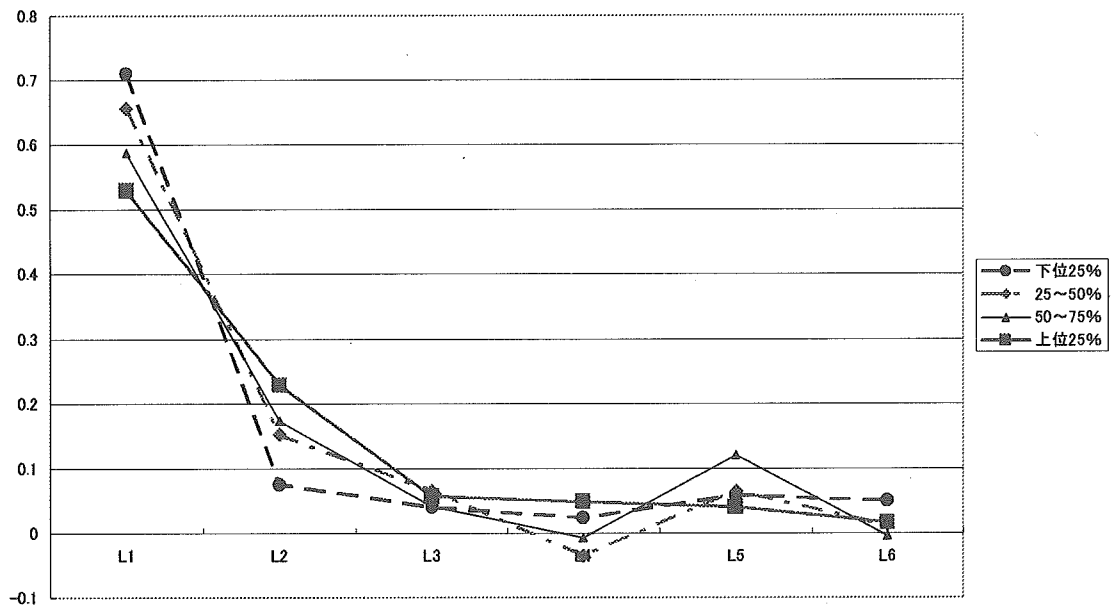
第5-1図 介護費用の持続性:月次データ



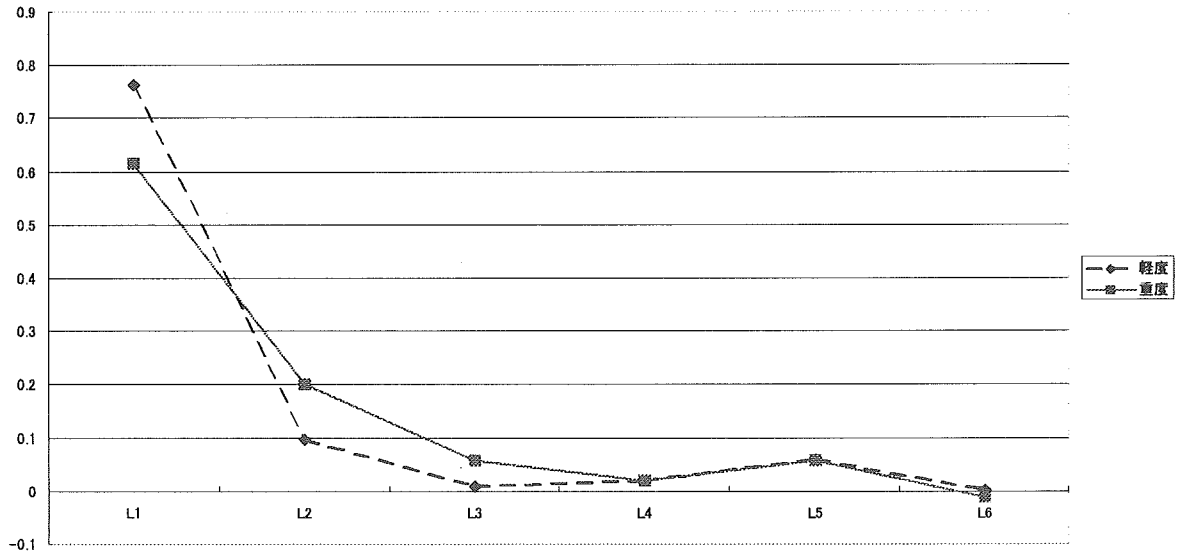
第5-2図 年齢と介護費用の持続性



第5-3図 介護費用ランクと持続性



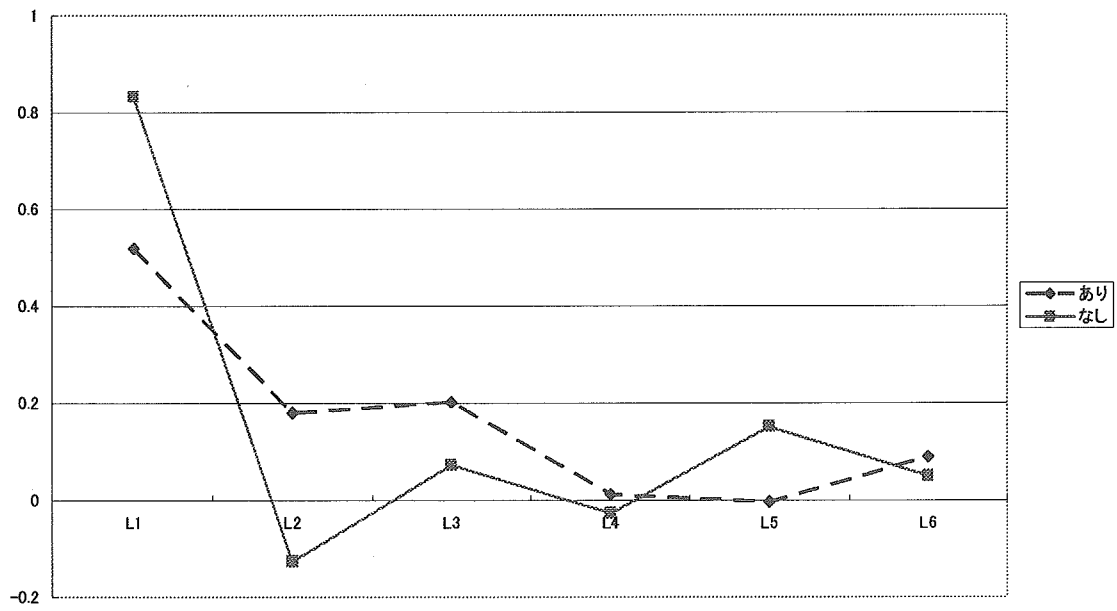
第5-4図 認知症の程度と介護費用の持続性



第5-5図 要介護度と介護費用の持続性



第5-6図 同居と介護費用の持続性



## 訪問介護モニタリングシステムの導入に伴う介護保険利用状況の変化 および財政効果

分担研究者 渡辺修一郎 桜美林大学大学院国際学研究科 助教授

介護サービスにおける「利用者保護」と「介護費用適正化対策」を主な目的として、2004年7月に、訪問介護事業に対するモニタリングシステムを導入したK町において、訪問介護事業に対するモニタリングシステムの導入に伴う訪問介護利用状況への影響を検討した。2000年5月～2005年3月の介護給付費請求内訳書に対して、本人の同意を不可能とした連結不可能匿名化処理が行われたデータベースにより、訪問介護モニタリングシステム導入による介護保険利用状況の変化および財政効果を分析し、以下の結果を得た。

1. 2003年3月以降増加傾向にあった、一カ月あたり訪問介護給付費、一カ月あたり訪問介護件数は、モニタリングシステム導入後、減少傾向となった。
2. 一件一カ月あたり訪問介護回数、一件一カ月あたり訪問介護給付費は、横ばいからやや減少傾向となった。
3. 一カ月あたり介護給付費総額は、2003年6月以降増加傾向を示していたが、モニタリングシステム導入後はほぼ横ばい状態となっていた。
4. 一件一カ月あたりの訪問介護給付費の推移および一回あたり訪問介護給付費の推移から、モニタリングシステム導入による財政効果を試算した結果、モニタリングシステム導入により、おおそ一件一カ月あたり4,783円(8.17%)訪問介護給付費が減少したと推定され、また、訪問介護サービス一回あたり144円(3.35%)訪問介護給付費が減少したと推定された。
5. 一件一カ月あたり訪問介護給付費に及ぼす財政効果から財政効果を推計した結果、K町では毎月約100件の訪問介護サービスの利用がみられるため、町全体では一カ月あたり約48万円、一年間あたり約570万円の財政効果がみられるものと考えられた。

### A. 研究目的

高齢化の進行による要介護者の絶対数の増加や住民の介護ニーズの増大に伴い介護保険認定者数は、要支援者、要介護度1および要介護度2の認定者を中心に急増している<sup>1)</sup>。介護サービスの内訳では、とくに居

宅介護・支援サービスの受給者数が急増している。このような状況のもと、厚生労働省では、今後取り組むべき具体的施策として、介護サービス基盤の整備と生活支援対策等を車の両輪として実施する観点から、介護サービス基盤の整備、認知症高齢者支



援対策の推進、元気高齢者づくり対策の推進、地域生活支援体制の整備、利用者保護と信頼できる介護サービスの育成、高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立に関わる事業の適切な実施に努力し、また、地方公共団体の自主事業を支援することとしている<sup>2)</sup>。このうち利用者保護と信頼できる介護サービスの育成に関しては、情報化と利用者保護の推進、多様な事業者の参入促進、福祉用具の開発・普及に重点をおいている。しかしながら市区町村においては認定業務等におかれ、介護予防対策の評価のためのデータベースの構築などの情報化が遅れている。また、利用者保護の現状では、介護サービスが利用者とサービス業者とによるケアプランを実行することを前提とした契約に基づいて成立しているにもかかわらず、その実施状況の把握がほとんどなされていない。厚生労働省の調査では2000年4月の介護保険施行から2004年12月までに180事業者、287事業所が介護報酬の不正受給などで指定を取り消されたことが明らかとなっている。不正のサービス別では、訪問介護事業が最も多く、次いでケアプランを作成する居宅介護支援事業、通所介護事業、福祉用具貸与事業などと、訪問介護事業および居宅介護支援事業における不正が突出している。不正内容では、架空サービスや時間・回数の水増し請求が圧倒的に多い。訪問介護事業ではケアの現場での第三者の監視がないことが多いためこのような不正が見逃されているものと考えられている<sup>3)</sup>。

G県K町では、2004年7月より、介護サービスにおける「利用者保護」と「介護費用適正化対策」を主な目的として、訪問介

護事業に対するモニタリングシステムを導入した。本研究は、この訪問介護モニタリングシステムの導入に伴う訪問介護利用状況の変化と財政効果を評価することを目的とした。

## B. 研究方法と対象

### 1. K町の概要

K町は内陸山間部にある温泉観光地である。2005年3月31日現在のK町の人口統計は、総人口7,490人、高齢者1,934人（高齢化率25.8%）、人口密度153.3人/平方km、世帯数3,224世帯、一世帯あたり2.4人/世帯である。

### 2. 訪問介護モニタリングシステムの概要

訪問介護事業に対するモニタリングシステムは、(株)新社会資本情報開発センターが開発した「介護監視システム」（特許第3299213号）を用いた。

本システムの概要は以下の通りである。

- 1) サービス利用者宅にモニター端末機を設置する。
- 2) 町が発行する磁気カードをサービス提供事業所のケア提供者に持参させる。磁気カードには、事業所、ケアマネージャー、ヘルパー番号とサービスの種類番号が記録されている。
- 3) ケア提供者は、訪問介護サービス利用者宅に入室した時とサービスが完了した時にそれぞれ端末機に磁気カードを通す。
- 4) 端末機で読み取られた入退室情報は、公衆回線を通して役場側に設置されたサーバーコンピュータに記録される。

### 3. 分析方法

K町が作成した、介護給付費請求内訳書から、個人氏名、住所、生年月日を消去し

本人の同定を不可能とした連結不可能匿名化処理を行ったデータベースを分析に用いた。データベースから訪問介護に関わる事項（件数、回数、介護給付額）のみを抽出し、モニタリングシステム導入前後の介護利用状況の推移を検討した。町全体の介護サービス提供量、一件一カ月あたり介護サービス提供状況、一回あたり介護給付費について、それぞれの推移を比較した。

モニタリングシステム導入による財政効果については、一件一カ月あたりの訪問介護給付費の推移および一回あたり訪問介護給付費の推移から試算した。すなわち、一件一カ月あたりの介護給付費の変動が小さくなった2003年5月から、モニタリングシステムが導入される3カ月前の2004年4月までの1年間の一件一カ月あたり訪問介護給付費および一回あたり訪問介護給付費の平均値と、モニタリングシステムが導入された2004年7月から2005年3月までの9カ月間の一件一カ月あたり訪問介護給付費および一回あたり訪問介護給付費の平均値を比較し、モニタリングシステム導入による財政効果を推定した。

また、モニタリングシステムの関与が少ないと考えられる通所介護についても同様に前年度との変化を検討し、モニタリングシステムの導入がない場合の変化について検討した。

すべての統計学的処理はSPSS 13.0Jを用いた。有意水準0.05以下を有意差ありとした。

## C. 結果および考察

### 1. 介護保険サービス提供状況の推移

#### 1) 月平均訪問介護および通所介護サー

### ビス状況の推移

#### (1) 一カ月あたり介護サービス提供件数の推移

一カ月あたり介護サービス提供件数は、モニタリングシステム導入前まで、訪問介護サービス、通所介護サービスとも増加傾向がみられていた。しかし、モニタリングシステム導入後、訪問介護件数は減少傾向となった（図1）。

現在、訪問介護報酬単価は時間単位で決められているにもかかわらず、利用票の実施欄チェック以外、訪問介護現場にはサービス履行のチェック機構が実質上ないことが大きな問題となっており、訪問介護サービスの不正請求が数多くみられている。本研究でみられた訪問介護件数のみの減少傾向は、モニタリングシステムの導入により、訪問介護サービスの不適切な提供または不正な請求に一定の歯止めがかかったことによるものではないかと考えられる。

#### (2) 一件一カ月あたり介護サービス提供回数の推移

一件一カ月あたり訪問介護サービス提供回数は、2002年2月をピークに減少～横ばい傾向にあった。モニタリングシステム導入後もやや減少～横ばい傾向が続いていた。一方、一件一カ月あたり通所介護サービス提供回数は介護保険制度開始後ほぼ横ばい状態が続いていた（図2）。

#### (3) 一カ月あたり介護給付費の推移

一カ月あたりの介護給付費の合計額は介護保険制度施行後2003年の2月まで急増した後、やや減少し、その後モニタリングシステム導入前まで漸増傾向にあった。モニタリングシステム導入後は、一カ月2500万円弱でほぼ横ばい状態となっていた（図3）。

訪問介護給付費および通所介護給付費の月別合計額は2003年3月以降モニタリングシステムを導入した2004年7月まで増加傾向にあった。しかし、モニタリングシステム導入後は、訪問介護給付費は減少傾向となった(図4)。

介護費給付費は介護サービスの提供件数により大きく影響される。そこで、次に、一件一カ月あたりの介護給付費の推移を検討した。

## 2) 一件一カ月あたり訪問介護および通所介護サービス状況の推移

### (1) 一件一カ月あたり介護給付費の推移

一件一カ月あたりの月平均訪問介護給付費の推移をみると、2003年3月以降、通所介護給付費、訪問介護給付費とも横ばい傾向にあった。モニタリングシステム導入後は、一件一カ月あたり訪問介護給付費のみやや減少した(図5)。

### (2) 一件一回あたり介護給付費の推移

一件一回あたりの訪問介護給付費および通所介護給付費は、ほぼ横ばい状態を示していた(図6)。訪問介護給付費は、モニタリングシステム導入後はやや減少していた。一件一カ月あたりの介護サービス提供回数には大きな変化はみられていないことから、一件一カ月あたり訪問介護給付費の減少には、一件一回あたりの訪問介護給付費の減少が影響しているものと考えられる。現在、訪問介護報酬単価は時間単位で決められているため、一件一回あたりの訪問介護給付費が減少した背景には、訪問介護時間が減少したことがあげられる。訪問介護に要する時間が実際に短縮したとは考えにくく、不正な請求に一定の歯止めがかかったためではないかと考えられる。

## 2. モニタリングシステム導入が訪問介護給付費におよぼす影響

一件一カ月あたりの訪問介護給付費の推移および一回あたり訪問介護給付費の推移から、モニタリングシステム導入による財政効果を試算した。

### 1) 一件一カ月あたり訪問介護給付費に及ぼす財政効果

一件一カ月あたりの訪問介護給付費の変動が小さくなった2003年5月から、モニタリングシステムが導入される3カ月前の2004年4月までの1年間の一件一カ月あたりの訪問介護給付費の平均値は58,523円であった。一方、モニタリングシステムが導入された2004年7月から2005年3月までの9カ月間の一件一カ月あたりの訪問介護給付費の平均値は53,740円であった。

したがって、モニタリングシステム導入により、おおよそ一件一カ月あたり4,783円(8.17%)訪問介護給付費が減少したと推定された。

なお、同時期の一件一カ月あたり通所介護給付費の推移をみると、2003年5月から2004年4月までの1年間の一件一カ月あたりの通所介護給付費の平均値は37,667円に対し、2004年7月から2005年3月までの9カ月間の一件一カ月あたりの通所介護給付費の平均値は40,191円と、2,524円(6.70%)増加していた。

### 2) 一回あたり訪問介護給付費に及ぼす財政効果

2003年5月から2004年4月までの1年間の一回あたり訪問介護給付費の平均値は4,299円であった。一方、モニタリングシステムが導入された2004年7月から2005年3月までの9カ月間の一回あたり訪問介護給

付費の平均値は4,155円であった。

したがって、モニタリングシステム導入により、おおよそ一回あたり144円(3.35%)訪問介護給付費が減少したと推定された。

なお、同時期の一回あたり通所介護給付費の推移をみると、2003年5月から2004年4月までの1年間の一回あたり通所介護給付費の平均値は6,895円に対し、2004年7月から2005年3月までの9カ月間の一回あたり通所介護給付費の平均値は7,437円と、542円(7.86%)増加していた。

### 3. モニタリングシステム導入による財政効果

一件一カ月あたり訪問介護給付費に及ぼす財政効果から、訪問介護モニタリングシステム導入による財政効果を推計した。

K町においては毎月約100件の訪問介護サービスの利用がみられている。訪問介護モニタリングシステム導入により一件一カ月あたり4,783円(8.17%)訪問介護給付費が減少したことから、町全体では一カ月あたり約48万円、一年間あたり約570万円の財政効果がみられたものと考えられた。

## E. 結論

K町における介護給付費通知データより、2000年5月～2005年3月の訪問介護利用状況の推移を検討し、訪問介護モニタリングシステムの導入による影響を検討した。

以下の介護保険利用状況の変化および財政効果がみられた。

#### 1. 一カ月あたり訪問介護給付費、一カ月あたり訪問介護件数の減少

2003年3月以降増加傾向にあった、一カ月あたり訪問介護給付費、一カ月あたり訪問介護件数は、訪問介護モニタリングシス

テム導入後、減少傾向となった。

#### 2. 一件一カ月あたり訪問介護回数、一件一カ月あたり訪問介護給付費の増加傾向の停止

一件一カ月あたり訪問介護サービス提供回数は、2002年2月をピークに減少～横ばい傾向にあった。モニタリングシステム導入後もやや減少～横ばい傾向が続いていた。また、一件一カ月あたり訪問介護給付費はモニタリングシステム導入後やや減少した。モニタリングシステム導入により、おおよそ一件一カ月あたり4,783円(8.17%)訪問介護給付費が減少したと推定された。

#### 3. 一カ月あたり介護給付費総額の増加傾向の停止

訪問介護給付費および通所介護給付費の月別合計額は2003年3月以降モニタリングシステムを導入した2004年7月まで増加傾向にあった。しかし、モニタリングシステム導入後は、訪問介護給付費は減少傾向となったため、一カ月あたり介護給付費総額の増加傾向は抑制された。

#### 4. 訪問介護サービス一回あたりの給付費の減少

モニタリングシステム導入により、訪問介護サービス一回あたりおおよそ144円(3.35%)訪問介護給付費が減少したと推定された。

## 文献

- 1) 渡辺修一郎：生活機能からみた介護予防活動。生活教育, 47(8): 44-51, 2003.
- 2) 厚生統計協会：国民の福祉の動向・厚生 の指標 臨時増刊. 50(12), 厚生統計協会, 東京, 2003.
- 3) 厚生労働省老健局：全国厚生労働関係部 局長会議資料, 厚生労働省, 東京, 2004.