

この表は、新4対1、旧3対1、旧4対1を要介護度別に単純に比較したものである。新4対1を基本に考えると、旧4対1との比は、-27.2%、-20.5%、-3.7%の順となり、要介護4では、1.0%増、要介護5では4.7%増となっている。つまり新4対1は、要介護4以上では、引き下げでなく引き上げになっている。

つぎに、旧3対1と比較してみると、-31.3%、-24.9%、-9.1%、-4.7%、-1.2%となっており、要介護度が高くなるほど引き下げ率が少ないことがわかる。

つまり、旧3対1であった施設が、今後とも3対1の介護職員配置を続けたとしても、要介護度が高い（例えば、要介護度4と5の利用者だけであるといったような）施設では、全体としても引き下げ率は4%程度になる。しかし、要介護度の低い（例えば、利用者平均要介護度が3以上といったような）施設では、10%以上の引き下げということになるのである。

このようになったのは、介護療養施設の3対1介護職員の廃止が平成15年3月に決定していたからに他ならない。看護職員6対1、介護職員3対1というのは、利用者2人に1人の職員配置であり、長い老人医療制度の歴史の中で老人ケアの質の向上のために制度化されたものであったが、介護保険制度実施にあたり「病院の職員が多いのが問題である」という老人福祉施設団体の主張を受け入れるかたちで、3年後に廃止という方向が示されたものである。

介護療養型医療施設連絡協議会は、この3対1廃止について、この3年間、強い難色を示してきた。そのひとつの結果が、この新旧

比較であるといってもよいように思う。なぜならば、介護職員の3対1配置は廃止するものの、今後とも実質3対1を継続できるような措置がなされたことになるからである。つまり、要介護4や5といった利用者は、介護の手間がかかるのであるから、評価を高くするが、逆に1や2では大幅に報酬を引き下げるといふことにほかならない。その結果、要介護1に対する新4対1は、820単位であり、これは介護老人保健施設（I）の819単位より、僅か1単位だけしか高くないということになった。

これらのことは、介護療養施設とその他の介護保険施設を明確に区分し、要介護4と5の利用者を中心として、常時頻回な医療管理が必要な人やリハビリテーションが必要な利用者に対応することを求めたものといえるであろう。

介護療養施設の介護職員3対1は廃止されたが、制度上の遣り繰りで、実質的に3対1以上の配置を継続しても、経営上著しく不利にならないように配慮がなされた。このことは、今後の介護ケアのマンパワーを考えるにあたって、高く評価したい。介護給付費分科会の意見においても「介護報酬設定における人員配置の評価の在り方については引き続き検討することとする」という一文がある。個室・ユニットケアが、わが国の老人ケアの主流になれば、最低でも利用者2人に職員1人が必要であることは、わが国のケアの実践でも、そして高齢社会の先進国の例でも、すでに明らかである。この意味でも次回改定までに、人員配置の科学的根拠が必要であると思う。

この3年間で約2,700か所にまでなった「グ

グループホーム」をいくつか訪問してみれば、居室が個室の少人数ユニット化が、主観的に高く評価できることがわかる。痴呆対応型共同生活介護として介護保険給付の対象となったグループホームは、最大9名の利用者と2ユニットまでという規定があり、これが介護サービスの質に、どのような貢献をしているのかが詳細に検討されることになるであろう。ただ、今の私には、中等度までの痴呆性要介護者にとって従来の特養よりグループホームの方がはるかによいように思えてならないのである。

では、これから続々と建築されるであろう個室・ユニット化の特養とグループホームでは、どちらがよいのかとか、個室・ユニット化の介護療養型医療施設と新型特養との比較はどうなるのかといったことについては、前に述べたように、少なくとも業務革新やサービスの質を追求する過程上のものであると考えることが必要であると思う。そして、病院内で実施されるリハビリテーションなどのサービス内容、マンパワーとの関係および資金面や負担面に関して、老人病院の個室・ユニットケアがどのような影響を与えるかについて、研究的対応が求められると思うのである。

## 6. 歴史的社会的存在としての療養病床

療養病床は、2000（平成12）の第4次医療法改正の病床区分の見直しによって導入された制度であるが、それは1992（平成4）年の第2次医療法改正によって制度化された療養型病床群制度を改正したものであった。この療養型病床群制度は、いわゆる老人病院制度から派生したものである。現状の療養病床を

めぐる課題のいくつかを検証するためには、まず、現行制度がどのような過程で立案され、施行されてきたかについて最低限の歴史的社会的背景を確認しておく必要がある。

今から32年前の1973（昭和48）年に老人福祉法の一部が改正され、老人医療費無料化（老人医療費支給制度）が開始された。この制度は、一方で高齢者の受診促進という効果をあげながら、他方で無料による過剰な受診を生み出すきっかけともなった。当時、薬漬け医療、乱診乱療等の医療機関への社会的批判も指摘され、高齢化の伸展から医療費の高騰という事態も含めて、多くの問題を生み出す要因ともなった。また、無料で入院できることから、老人のみを入院させる病院が数多く新設された。特別養護老人ホームの整備が遅れ、在宅福祉サービスも普及していない当時の状況では、要介護老人の多くが病院へ入院せざるをえなかった。これらの問題への対応として老人医療費無料化そのものの見直しが検討されが、一度無料化した制度を変更することについては強い反対があり、制度の変更にはその後10年の歳月を要した。82（昭和57）年には老人医療費支給制度は廃止されることになり、新たに老人保健法が制定されることとなった。老人保健法は、①予防からリハビリテーションまでの包括的な医療を高齢者に提供すること、②高齢者の医療に係る費用を国、地方公共団体、医療保険制度の保険者で支出すること、③高齢者は受診をする際に一部費用を負担することにより、負担の公平化と適切な受診を促すこと、を目的として、83（昭和58）年2月から施行された。

この施行に伴い診療報酬に老人診療報酬が新設され、いわゆる老人病院制度が創設され

た。特例許可老人病院制度は、精神科病床に認められていた医療法上の医師および看護職員の特例（入院患者に対する医師数については約半数、看護職については患者6人に1人以上であればよいというもの）を高齢者の入院割合が6割以上の病院に与える代わりに、この低い人員基準にも満たない老人病院に対しては特例許可外老人病院として、診療報酬上の制裁措置を行うというものであった。この制度の考え方は、その後かたちを変えながらも、療養病床に引き継がれている。

老人保健制度は86（昭和61）年の改正で、①施設から家庭の中間、医療と福祉の中間という位置づけで新たな施設である老人保健施設の創設（施設の施行は88（昭和63）年4月）、②外来・入院の高齢者の一部負担の引き上げ、③各保険者間の老人医療費に関わる負担を公平化するための加入者按分率の引き上げ、が行われ、90（平成2）年には、各市町村が老人保健計画を定め、高齢社会への対応を計画的に実施することになったとともに、入院医療管理料の仕組みが導入された。

制度化された「特例許可老人病院入院医療管理料」（94（平成6）年10月以降は、老人病棟入院医療管理料、2000（平成12）年4月以降は老人療養病院入院基本料に変更）は、当初、特例許可老人病院のうち、病院の選択により、介護職員を入院患者4人につき1人か、5人につき1人配置した場合に一定の点数が加算される代わりに、投薬料、注射料、検査料および看護料が包括化されるというものであった。実際の算定については、厚生大臣の定める施設基準に適合していると都道府県知事が認めることが前提で、その承認には、6ヶ月間の試行期間が必要であったもの

の、91（平成3）年3月末で141病院、23,370床が承認を受けた。この制度による病床がピークとなった96（平成8）年7月時点の老人病棟入院医療管理料を算定している病院数は、1,284病院、147,101床であったことから、特例許可老人病院の82.0%、病床の83.2%が承認を受けたことになる。この5年3ヶ月の間に病院数で9倍、病床数で6.3倍になった。つまり、医師と看護職の人数に単に特例を与えていた制度から、定額払い施設への転換を図ったことになる。

話が前後するが、91（平成3）年に老人保健制度は、①在宅の要援護高齢者のための老人訪問看護ステーションが開設され、老人訪問看護制度が創設され、②老人医療に要する費用のうち、介護に関わる部分は極めて公共性が高いことから公費の負担割合を3割から5割に引き上げた。また、③外来・入院の一部負担をさらに引き上げ、今後一部負担の額については消費者物価の変動率に応じて改定する仕組みとし、④65歳未満であっても初老期痴呆の場合は老人保健施設が利用できるようにした。

そして、92（平成4）年の第2次医療法改正によって療養型病床群制度が導入されたのである。この制度は、老人保健施設の療養環境を参考に4人部屋、中廊下2.7メートル以上、1床当たり6.4平方メートル以上というような療養環境を確保するとともに、職員配置については特例許可老人病院入院医療管理料の配置基準を準用し、診療報酬上は「療養型病床群入院医療管理料」が新設された。その後、この点数は、老人病棟入院医療管理料とともに、診療報酬改定毎に増点された。その結果、出来高払いの入院料より、定額払い病

床の方が、老人病棟入院医療管理料より療養型病床群入院医療管理料の方が、収支率が向上するという傾向が顕著になり、一般病床から療養型病床群へという流れが加速した。

94（平成6）年改正では、医療保険の診療報酬改正によって、付添看護・介護に係る給付改革、新看護体系の創設が行われ、老人の医療についても影響を及ぼした。また、入院時の食事の費用について、新しく「入院時食事療養費」が導入された。その後、95（平成7）年改正を経て、97（平成9）年改正では、①一部負担金の引き上げ、②外来の薬剤に対する一部負担の創設（高齢者については経過措置として免除された）、③一部負担額の医療費スライド（外来医療費額の変動率に応じて99（平成11）年度より2年に1回改定）が行われ、98（平成10）年度改正の後に、2000（平成12）年4月から介護保険制度が施行されたのである。

介護保険制度が介護療養型医療施設という名称で入院医療管理料の病床を利用する被保険者に対する給付を行うという考え方は、制度の立案段階で決定していた。ちなみに95（平成7）年の特例許可老人病棟の合計病床数は約18万床であった。それゆえ、この全数が介護保険に移行しても対応できるように制度上の配慮をした。しかし、99（平成11）年の段階では、特例許可老人病棟の病床と療養型病床群の病床を加えると、27万床近くまでになっていた。この全てを介護保険の給付対象にすることは保険財源的に困難であるため、医療機関の判断で介護保険適用か医療保険適用かを判断してもらうことにしたのである。

## 7. 介護保険か医療保険かの選択

以上、みてきたように老人医療費無料化によって急増した老人病院の課題は、①薬漬け、検査漬け医療の是正であり、これを解決するために包括化や定額制が導入された。②付添外し。付添婦などのプライベートなケアを施設内で蔓延させると施設ケアの質は向上しないため、これを廃止した。③病室の個室化等を含めた療養環境の改善。④リハビリテーションの充実。⑤在宅ケアの推進などによる長期入院の是正などである。これらの課題への対応策が特例許可老人病院入院医療管理料の導入であったことは、歴史の事実である。

この制度の誕生の陰には、老人病院の適正化に関する広範な議論と88（昭和63）年4月から実施された老人保健施設制度の影響があった。特例許可老人病院入院医療管理料のその後の発展は、わが国の医療制度改革の牽引車として、療養型病床群制度を生み、介護保険制度の創設に貢献し、一般急性期入院医療の定額支払制度の施行にまで影響を与えたといえる。

入院医療管理料を採用した病院が介護保険制度実施後、介護療養型医療施設に移行した病床と医療保険の療養病床に移行した病床があるが、どのような理由で病床選択をしたかの公式な調査は無い。中には「県の指導で半数ずつにした」というものから「双方の報酬を見比べて判断した」というものまで千差万別である。そして、療養病床のうち全床を介護保険にした病院もあれば、逆に全床を医療保険にした病院もあった。2000（12）年4月実施の診療報酬と介護報酬を比較してみると、療養病床に入院6か月以内では全て診療報酬上の療養病床等の方が報酬が高く、6か

月以上でも要介護3以下では医療保険の方が高いという診療報酬改定がなされた。このことが、要介護4と5だけの入院患者を介護保険の適用とする病院が増加するという事態を招いたといつてよいであろう。

要介護度自体は、介護に必要な時間を推定することによって区分されていることから、要介護4と5の入院患者だけの病棟は、看護や介護の職員を増加しない限り、以前よりも患者1人当たりの介護時間が減少することになったはずである。全国の全ての療養型病床群がこのようなことになったわけではないが、「医療保険でも介護保険でも、どちらでもよい」といわれれば、報酬の総額が多くなる方を選択するのは、当然といえば当然であったといえよう。

療養病床について、介護保険適用か医療保険適用かということが、あたかも二律背反的な課題であるかのように考えられているが、以上の経過を冷静に観察すれば、「たまたまどちらかを判断した」といった程度であろう。しかし、介護療養型医療施設としての療養病床と医療保険適応の療養病床は、名称も違うし制度も別であり、入院している患者の状態も別であるということにならなければならないのであろう。ただし、制度が違うために多少利用者層に差があるということまでしか説明はできないはずであるし、両者のケア方法が別だということになれば、それはそれで大問題となろう。

今後の対応として別々な道を進むことになるとか、どちらか、あるいは双方に別の役割を付加して、機能分化を図るべきだというような議論が成立する余地は多い。「医療保険の療養病床には医療機能も付加して重点的に

評価すべきである」というような議論は、少なくともこの10年間繰り返し進めてきた。しかし、平均的な療養病床で行われている治療行為は、急性期病床との比較ではあまりにかけ離れている。むしろ、老人保健施設の治療行為にプラス・アルファなものと理解した方が分かりやすい。ただし、リハビリテーションの関係については、療養病床以外の一般病院との比較で、療養病床の方が取り組みに熱心であるといえよう。このように考えてみると、もともとと同じものであったものを制度的に区分したから、実態も別のはずだという議論より、介護療養型医療施設の将来像が明らかになりつつある現状において、医療保険の療養病床を今後どのようにするかといったことを検討することがベターであると思う。ただし、検討されているという新しい高齢者医療制度によって、介護保険の介護療養型医療施設を全廃し、新制度に一本化するというのであれば、話の展開は別ということになる。

なお、医療保険か介護保険かといった議論よりも、入院医療管理料を採用し完全型の療養病床の基準を比較的早い時期にクリアした病院のその後について、若干検討しておきたい。療養病床を運営してみると、治療行為が老人保健施設の治療行為にプラス・アルファであることに気づく。ただし、治療行為は少なくなっても退院できるわけでないので、何とかリハビリテーションに取り組むか、それとも比較的治療行為も多く手間のかかる患者を診ようとする病院が少なくない。

まず前者のリハビリテーション医療については、これまで診療報酬上の経済誘導によって、一貫して量的整備が進められてきたとい

える。その一方で、リハビリテーション医療の効果についても、広く一般に理解されていたと考えられてきたが、ただ漫然とリハビリテーションを進めても、効果が乏しい症例が少なくないと指摘されていた。例えば、一週間に2日程度の療法では効果がないとか、発症後6か月以内の患者に対する効果と発症後6か月以上たってからリハビリテーションを開始した患者に対する効果を比較すると、後者が前者より見劣りするということである。そこで、リハビリテーション医療は、傷病の発症後なるべく早期に、そして総合的集中的に療法を進めれば効果が大きくなるはずであるという考え方が成立する。このような考え方を突き詰めると、療養病床から早期リハビリテーション加算を算定する患者、外来移行加算を算定可能な患者を対象としたり、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟への転換が進められている。

これとは逆に、医療行為を伴いながらケアに手間がかかり他の施設では引き取り手がない重度の障害者等者のために、特殊疾患療養病棟入院料や特殊疾患入院医療管理料あるいは障害者施設等入院基本料に移行している病床もある。このことは、療養病床がすでに分化しつつあるということであり、このことは医療保険か介護保険かといったことよりも、療養病床の将来にとって重要であると思う。

## 8. 居住費用・食費の見直し

平成17年の介護保険法の改正により、介護療養型医療施設の進む方向が見えてきた。施設給付の見直しとしては、介護保険3施設の居住費用や食費を保険給付の対象外とするこ

とになった。見直しの理由として、介護保険と年金給付の重複の是正の必要性、在宅の利用者負担の公平性の観点があげられている。利用者負担については、現行でも介護保険料の段階別に5段階に設定されており、1段階が生活保護受給者等、第2段階が市町村民税・世帯非課税、第3段階が市町村民税・本人非課税、第4段階が市町村民税・本人課税で合計所得金額が一定額（05（平成17）年では200万円）未満、第5段階がそれ以上、となっている。現行の利用者負担については、第2段階以下で減額制度があり、食費についても第1段階で1日300円、第2段階で500円となっている。このような減額制度は、低所得者への政策的配慮であるが、一方では年金生活者の年金額の格差を反映してしまう結果となった。

高齢世帯で年金以外の収入がないとしても、年間140万円以下の年金であれば、所得金額はゼロとされ、260万円未満であれば140万円控除した残りが所得とみなされる。それ以上であっても一定の所得控除がある。また、所得金額があっても、老年者控除50万円や特別障害者控除40万円、基礎控除38万円などを組み合わせると、年金のみの収入で年間約260万円以下であれば、市町村民税の非課税世帯ということになる。

そこで、この見直しでは、第2段階を2区分として6段階に変更し、新2段階は、世帯非課税の上、高齢者本人の年金収入が80万以下であって、年金以外に所得がない者として、新3段階は、それ以上の収入がある非課税世帯とした。また、新4段階では、年金のみの収入であった場合で、266万円を超えた所得の者（04（平成16）年度の地方税法を適

用)ということになる。

見直しにより、居住費と食費を介護保険の給付の対象外とし、新3段階まで利用者負担の上限を設定することになった。このことは、第4段階以上の居住費及び食費については「利用者と施設の契約により設定」ということを認めることになる。居住費については、様々な議論があったものの在宅の要介護者や介護保険施設以外の施設の格差を是正するという方向と、介護施設の個室ユニット化という方針から水道・光熱費相当分の負担と、介護老人福祉施設をモデルとして個室の減価償却相当分の負担が設けられることになった。

食費については、月4万8千円程度の食費負担ということになった。現在の基本食費サービス費は1日につき2,120円であり、特別食を提供した場合に350円の加算がある一方で、管理栄養士が配置されていない場合等における減算がある。問題は、月4万8千円を30.4日で割ると、1日当たり約1,580円となるが、2,120円の差額540円をどうするのかということである。これについては、介護報酬の中で栄養管理の費用として介護保険施設に支払うことになると考えられる。

見直しにおけるもう1つの論点として、個室・ユニット化への対応があげられる。個室・ユニット化については、これまでも多くの議論があったが、介護保険サービスの質的向上として、介護保険施設の個室・ユニット化を強力に進めることになった。計画では、25(平成37)年までに、介護保険施設の5割程度、介護老人福祉施設では7割程度を個室ユニット化する予定である。また、低所得者にも利用可能にするための「補足的給付」を導

入することになった。

見直しにあたって、ユニットでない個室については、新たに「準個室」という名称として、個室ユニットであれば、6万円、準個室なら5万円、多床室なら1万円という補足的給付の上限を設定した。このことは、年数がかかっても、いずれ個室ユニットを介護保険施設のスタンダードにすることを意図しており、個室ユニット化しないと地域における競争力を失う恐れがあることを暗示しているように思えてならない。

個室ユニット化した特養や老健施設あるいは、介護療養型医療施設は、個室ユニットすることによって、生活の場としての質が向上することは確かである。しかし、職員の増員なども不可欠で、ケアの質全体の見直しを伴う場合が多い。それでも個室ユニット化への方針が決定された以上、長期的経営目標として、個室ユニット化が選択肢となったといえるとともに、補足的給付の設定において、比較的所得の低い利用者の多い地域でも選択可能となったことは評価できる。

しかしながら、これにより問題になるのが、現在ある介護療養型医療施設の個室の取り扱いとの関係である。補足的給付を設定したので、月6万円以上の個室・ユニットではない個室を禁止することは実質的に困難である。大都市部の個室希望は、高所得者ばかりではない。個人の選択と希望で個室利用の意向がある場合、居住費に対する規定とは別であると考えの方が自然である。

また、個室・ユニットの上限6万円ということで、どこでも同じような施設が建築されるのも考えものであろう。それゆえ、従来の個室の料金設定と、個室・ユニットにおける

居住費は、別のものとも考えることも可能であるが、住民税非課税世帯の者でも、個室・ユニットが利用可能である制度設計がなされたと理解した方がわかりやすい。つまり、個室・ユニットが介護療養型にも導入されたとはいえ、従来の利用者の選択による個室については現在のままということであり、近い将来個室ユニットであり、なおかつ利用者の選択に応じる個室という形態もありえるだろう。

## E. 結論

個室・ユニット化をはじめとした平成17年の介護保険制度の見直しから読み取るべきこととして、今後のわが国の病院制度自体がどのように展開するのか、そして、要介護高齢者が形成する地域の介護保険市場における変化を十分に検討する必要性を指摘することができる。ここでまず考えられるのは、この見直しで、介護保険制度は医療保険制度から完全に独立した制度へと向かいはじめたかと思ふ。つぎに、医療保険制度や高齢者医療保険制度の議論は、これからも時間がかかり、その間介護保険が社会保障制度に占める割合が増加すると考えられる。このような展開となると、医療保険分野より、介護保険分野の方が、いかなる点においても有利であるという時代に向かっているといえよう。

今年10月1日の施設給付の見直しは、利用者負担の強化ということで、施設経営に多少の影響を与えるであろう。しかし、その影響は、介護療養型医療施設ごとに差があると考えられる。なぜならば、どのような施設形態であるのかということ、そして入所者の所得階層の分布によって差が生じるからである。

全体としては、数が僅かである個室ユニットを除けば、第1段階の負担は変化なく、新しい2と3段階では1万5千円の負担増、年金のみの所得であれば266万円超の人々で3万2千円の負担増ということになる。また、現在の利用者数を考えると、介護保険施設全体では、4割強が4段階以上ということであり、残りの6割は負担に変更がないか、1万5千円程度の増額ですむことになる。

介護保険施設の利用者で、年金のみの年間所得266万円以上の人々は、厚生年金や各種共済などの被用者年金受給者本人である。逆に、年金のみの収入では、80万円以下というケースは、ほとんどが国民年金の基礎年金のみという場合である。つまり、介護保険施設での食費負担は1日当たり1,580円負担するか、それとも500円以下ですむかという2極化するということである。

食事内容もなにもかも同様のサービスの負担が6割弱は、500円以下、4割強が3倍以上支払うことになる。そして、この2極化は、国民年金の受給者が厚生年金の受給者なのかとうことで起こる。現在の介護療養型医療施設が、院内でどのようにになっているかによって、このような問題はさらに複雑になる。病棟の全てが介護保険適用ならば影響は最小限ですむが、医療保険適用の療養病床や、特殊疾患病棟などが混在するとかなりややこしいことになる。なぜならば、医療保険での食事負担は、現行の780円の負担であったため、介護保険と医療保険の患者が混在する食堂などでは、同一の食事に対していくつもの料金が生じることになる。このことを利用者に充分説明するのは、それほど簡単ではない。

例えば、自院の一般病棟から介護保険適用

病床に転棟し、その後さらに特殊疾患病棟に転棟した新第4段階以上のケースでは、780円、1,580円、そして再度780円ということにならざるを得ないのである。

このようなことから、利用者が一時的であれ介護療養型医療施設の利用を差し控えるたり、あるいは病院が介護保険適用から医療保険適用へ移行することも考えられる。しかし、このようなことが今後どのようになるかについては、まったく不明であるといわざるを得ないが、目先の利益のみに施設経営を進めることは、推奨しない。むしろ、介護保険制度の見直しの方向をしっかりと理解し、介護予防への取り組みや、療養環境の質について、一層の向上をめざしつつリハビリテーション機能の向上や、管理栄養士や、医療ソーシャルワーカーなど職員の配置などに努力し、質を確保・向上することが今、求められていると思う。

介護保険制度における施設給付の見直しは、療養病床全体に一時的に影響を与えるだろう。しかし、医療保険財政の危機的状況を考えれば、介護保険の施設給付見直しと同じ方向で医療保険の給付が見直さざるをえないように思う。この意味では、この施設給付の見直しに一喜一憂することはないし、介護療養型医療施設は介護施設としての性格をより鮮明にすることになろう。結局、問題は医療保険適用の療養病床で、リハビリテーションの機能が低かったり、長期で重度の障害者の専門的ケアを提供できなかったりする病床が取り残されるのである。それでも、認知症の患者に質の高い療養環境や緻密な生活ケアを提供しているとか、常時の医療管理が必要で安定的な状況でない患者を積極的に受け入れ

ているというのであれば、地域医療の一環として存在価値がある。ただし、一般病床として維持できなくなった病床を単に転換しただけで、ケアらしいケアはほとんど無く、目的もなくただ長期入院させているような療養病床は、今後、存在意義があるのだろうか。もし仮に存在意義があるとすれば、介護保険施設の一時的な不足を補う代替的施設という役割以外考えられない。それゆえ、現在特色のない単なる療養病床は、いずれ生き残るのが困難な時代を迎えることになるのであろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

特になし

##### 2. 実用新案登録

特になし

##### 3. その他

特になし

資料1 (介護療養型施設に関する統計データ)

収集された施設の概要

(1) 所在地

収集された施設について、その所在地を都道府県別に見てみると、最も収集が多かった都道府県は、北海道で96施設 (5.6%)、次に東京都が90施設 (5.2%)、福岡県が90施設 (5.2%)、熊本県が85施設 (5.0%)、大阪府が77施設 (4.5%)、広島県が68施設 (4.0%)、愛知県が64施設 (3.7%)、兵庫県が62施設 (3.6%)、鹿児島県が57施設 (3.3%)、と続いた。一方、少ない都道府県をみてみると、千葉県が2施設 (0.1%)、静岡県が2施設 (0.1%)、秋田県が8施設 (0.5%)、山梨県が8施設 (0.5%)、奈良県が9施設 (0.5%)、鳥取県が9施設 (0.5%) と続いた。

表 収集された施設の所在地 (都道府県別)

	N	%		N	%
北海道	96	5.6	滋賀県	16	0.9
青森県	19	1.1	京都府	45	2.6
岩手県	18	1.0	大阪府	77	4.5
宮城県	16	0.9	兵庫県	62	3.6
秋田県	8	0.5	奈良県	9	0.5
山形県	12	0.7	和歌山県	17	1.0
福島県	27	1.6	鳥取県	9	0.5
茨城県	38	2.2	島根県	24	1.4
栃木県	10	0.6	岡山県	39	2.3
群馬県	24	1.4	広島県	68	4.0
埼玉県	38	2.2	山口県	42	2.4
千葉県	2	0.1	徳島県	42	2.4
東京都	90	5.2	香川県	27	1.6
神奈川県	49	2.9	愛媛県	36	2.1
新潟県	33	1.9	高知県	54	3.1
富山県	39	2.3	福岡県	90	5.2
石川県	27	1.6	佐賀県	32	1.9
福井県	25	1.5	長崎県	47	2.7
山梨県	8	0.5	熊本県	85	5.0
長野県	42	2.4	大分県	41	2.4
岐阜県	24	1.4	宮崎県	46	2.7
静岡県	2	0.1	鹿児島県	57	3.3
愛知県	64	3.7	沖縄県	14	0.8
三重県	25	1.5	合計	1715	100

## (2) 病院区分

病院区分をみると、病院が1448施設（84.4%）、診療所が211施設（12.3%）、在宅療養支援診療所施設が56施設（3.3%）であった。

都道府県別に病院区別をみると、収集されたデータで病院の割合が最も多かった県は、富山県39施設（100%）、埼玉県38施設（100%）、石川県27施設（100%）、奈良県9施設（100%）、千葉県2施設（100%）が全て病院のデータであり、次に東京都が89施設（98.9%）、大阪府が76施設（98.7%）、高知県が53施設（98.1%）と続いていた。

診療所の割合が高い県は、山形県で8施設（66.7%）、静岡県が1施設（50.0%）、大分県が17施設（41.5%）、宮崎県が14施設（30.4%）、岐阜県が7施設（29.2%）、沖縄県が4施設（28.6%）、長崎県が13施設（27.7%）と続いていた。

在宅療養支援診療所施設については、和歌山県が2施設（11.8%）、岩手県が2施設（11.1%）、長崎県が5施設（10.6%）、青森県が2施設（0.5%）、栃木県が1施設（10.0%）、大分県が4施設（9.8%）と続いていた。

表 病院区分

	N	%
病院	1448	84.4
診療所	211	12.3
在宅療養支援診療所	56	3.3
合計	1715	100

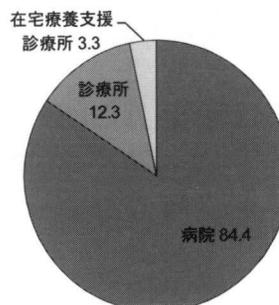


表 都道府県別病院区分

	病院		診療所		在宅療養支援診療所		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
北海道	80	83.3	9	9.4	7	7.3	96	100
青森県	13	68.4	4	21.1	2	10.5	19	100
岩手県	13	72.2	3	16.7	2	11.1	18	100
宮城県	12	75.0	4	25.0	0	0	16	100
秋田県	6	75.0	2	25.0	0	0	8	100
山形県	3	25.0	8	66.7	1	8.3	12	100
福島県	22	81.5	4	14.8	1	3.7	27	100
茨城県	32	84.2	5	13.2	1	2.6	38	100
栃木県	7	70.0	2	20.0	1	10	10	100
群馬県	23	95.8	1	4.2	0	0	24	100
埼玉県	38	100	0	0	0	0	38	100
千葉県	2	100	0	0	0	0	2	100
東京都	89	98.9	0	0	1	1.1	90	100
神奈川県	46	93.9	3	6.1	0	0	49	100
新潟県	29	87.9	4	12.1	0	0	33	100
富山県	39	100	0	0.0	0	0	39	100
石川県	27	100	0	0.0	0	0	27	100
福井県	22	88.0	1	4.0	2	8	25	100
山梨県	6	75.0	2	25.0	0	0	8	100
長野県	34	81.0	7	16.7	1	2.4	42	100
岐阜県	15	62.5	7	29.2	2	8.3	24	100
静岡県	1	50.0	1	50.0	0	0	2	100
愛知県	57	89.1	6	9.4	1	1.6	64	100
三重県	19	76.0	6	24.0	0	0	25	100
滋賀県	14	87.5	2	12.5	0	0	16	100
京都府	43	95.6	2	4.4	0	0	45	100
大阪府	76	98.7	1	1.3	0	0	77	100
兵庫県	49	79.0	10	16.1	3	4.8	62	100
奈良県	9	100	0	0	0	0	9	100
和歌山県	12	70.6	3	17.6	2	11.8	17	100
鳥取県	7	77.8	2	22.2	0	0	9	100
島根県	19	79.2	5	20.8	0	0	24	100
岡山県	31	79.5	7	17.9	1	2.6	39	100
広島県	58	85.3	8	11.8	2	2.9	68	100
山口県	36	85.7	4	9.5	2	4.8	42	100
徳島県	40	95.2	2	4.8	0	0	42	100
香川県	20	74.1	5	18.5	2	7.4	27	100
愛媛県	28	77.8	8	22.2	0	0	36	100
高知県	53	98.1	1	1.9	0	0	54	100
福岡県	84	93.3	4	4.4	2	2.2	90	100
佐賀県	27	84.4	4	12.5	1	3.1	32	100
長崎県	29	61.7	13	27.7	5	10.6	47	100
熊本県	67	78.8	13	15.3	5	5.9	85	100
大分県	20	48.8	17	41.5	4	9.8	41	100
宮崎県	30	65.2	14	30.4	2	4.3	46	100
鹿児島県	52	91.2	3	5.3	2	3.5	57	100
沖縄県	9	64.3	4	28.6	1	7.1	14	100
合計	1448	84.4	211	12.3	56	3.3	1715	100

表 都道府県別各施設別数（割合降順）

	病院			診療所			在宅療養支援診療所	
	N	%		N	%		N	%
富山県	39	100	山形県	8	66.7	和歌山県	2	11.8
埼玉県	38	100	静岡県	1	50.0	岩手県	2	11.1
石川県	27	100	大分県	17	41.5	長崎県	5	10.6
奈良県	9	100	宮崎県	14	30.4	青森県	2	10.5
千葉県	2	100	岐阜県	7	29.2	栃木県	1	10.0
東京都	89	98.9	沖縄県	4	28.6	大分県	4	9.8
大阪府	76	98.7	長崎県	13	27.7	岐阜県	2	8.3
高知県	53	98.1	宮城県	4	25.0	山形県	1	8.3
群馬県	23	95.8	秋田県	2	25.0	福井県	2	8.0
京都府	43	95.6	山梨県	2	25.0	香川県	2	7.4
徳島県	40	95.2	三重県	6	24.0	北海道	7	7.3
神奈川県	46	93.9	愛媛県	8	22.2	沖縄県	1	7.1
福岡県	84	93.3	鳥取県	2	22.2	熊本県	5	5.9
鹿児島県	52	91.2	青森県	4	21.1	兵庫県	3	4.8
愛知県	57	89.1	島根県	5	20.8	山口県	2	4.8
福井県	22	88.0	栃木県	2	20.0	宮崎県	2	4.3
新潟県	29	87.9	香川県	5	18.5	福島県	1	3.7
滋賀県	14	87.5	岡山県	7	17.9	鹿児島県	2	3.5
山口県	36	85.7	和歌山県	3	17.6	佐賀県	1	3.1
広島県	58	85.3	長野県	7	16.7	広島県	2	2.9
佐賀県	27	84.4	岩手県	3	16.7	茨城県	1	2.6
茨城県	32	84.2	兵庫県	10	16.1	岡山県	1	2.6
北海道	80	83.3	熊本県	13	15.3	長野県	1	2.4
福島県	22	81.5	福島県	4	14.8	福岡県	2	2.2
長野県	34	81.0	茨城県	5	13.2	愛知県	1	1.6
岡山県	31	79.5	佐賀県	4	12.5	東京都	1	1.1
鳥根県	19	79.2	滋賀県	2	12.5	宮城県	0	0
兵庫県	49	79.0	新潟県	4	12.1	秋田県	0	0
熊本県	67	78.8	広島県	8	11.8	群馬県	0	0
愛媛県	28	77.8	山口県	4	9.5	埼玉県	0	0
鳥取県	7	77.8	北海道	9	9.4	千葉県	0	0
三重県	19	76.0	愛知県	6	9.4	神奈川県	0	0
宮城県	12	75.0	神奈川県	3	6.1	新潟県	0	0
秋田県	6	75.0	鹿児島県	3	5.3	富山県	0	0
山梨県	6	75.0	徳島県	2	4.8	石川県	0	0
香川県	20	74.1	福岡県	4	4.4	山梨県	0	0
岩手県	13	72.2	京都府	2	4.4	静岡県	0	0
和歌山県	12	70.6	群馬県	1	4.2	三重県	0	0
栃木県	7	70.0	福井県	1	4.0	滋賀県	0	0
青森県	13	68.4	高知県	1	1.9	京都府	0	0
宮崎県	30	65.2	大阪府	1	1.3	大阪府	0	0
沖縄県	9	64.3	埼玉県	0	0	奈良県	0	0
岐阜県	15	62.5	千葉県	0	0	鳥取県	0	0
長崎県	29	61.7	東京都	0	0	島根県	0	0
静岡県	1	50.0	富山県	0	0	徳島県	0	0
大分県	20	48.8	石川県	0	0	愛媛県	0	0
山形県	3	25.0	奈良県	0	0	高知県	0	0
合計	1448	84.4	合計	211	12.3	合計	56	3.3

### (3) 病床数

収集された事業所の病床数の分布について、全体の病床数と介護保険の療養病床数を病院区分別に調べた。

その結果、病院では全体の病床数の平均値は159.0床で、その範囲は最小で20床、最大で1547床であった。

また、介護保険の介護療養病床については、平均値は57.3床で、その範囲は最小で0床、最大で612床であった。

表 病床数の分布 (病院)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
全体－病床数	159.0	131.4	20	1547	1448
介護保険－療養病床数	57.3	56.1	0	612	1446

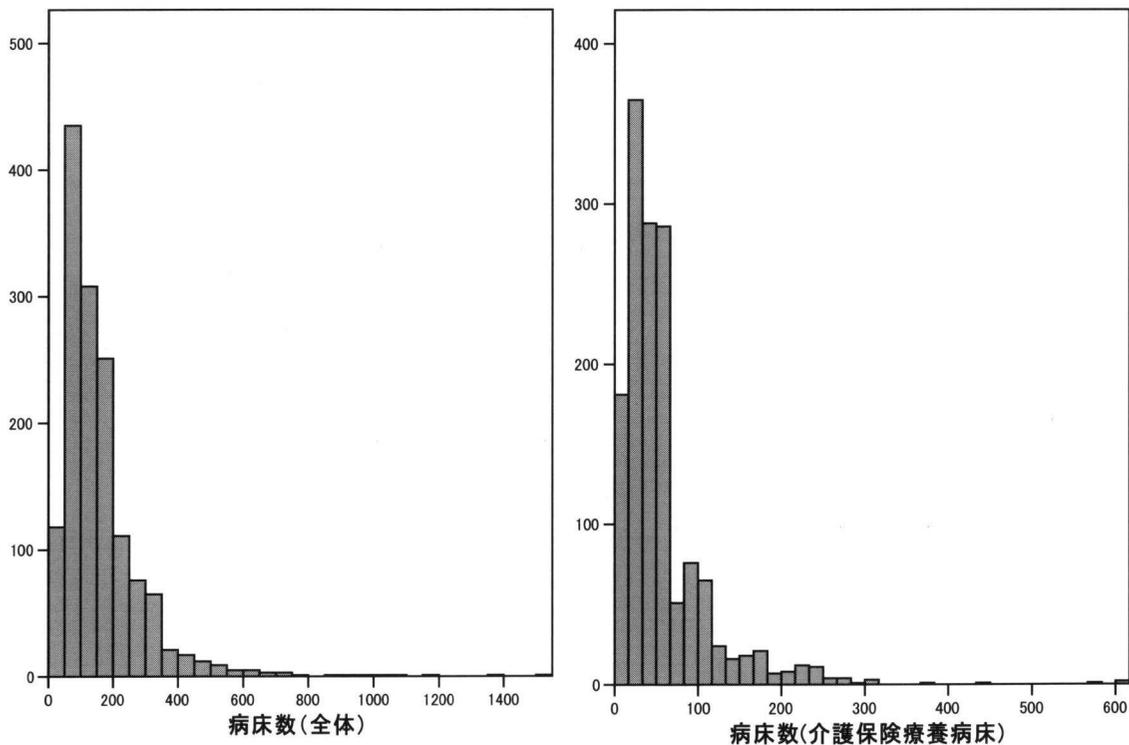


図 病院の病床数の分布 (病院全体と介護療養病床)

一方、診療所では、全体の病床数の平均値は159.0床で、その範囲は最小で20床、最大で1547床であった。

また、介護保険の介護療養病床については、平均値は57.3床で、その範囲は最小で0床、最大で612床であった。

在宅療養支援診療所では、全体の病床数の平均値は159.0床で、その範囲は最小で20床、最大で

1547床であった。

また、介護保険の介護療養病床については、平均値は57.3床で、その範囲は最小で0床、最大で612床であった。

表 病床数の分布（診療所）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
全体－病床数	18.0	2.2	0	19	211
介護保険－療養病床数	12.4	3.6	2	19	211

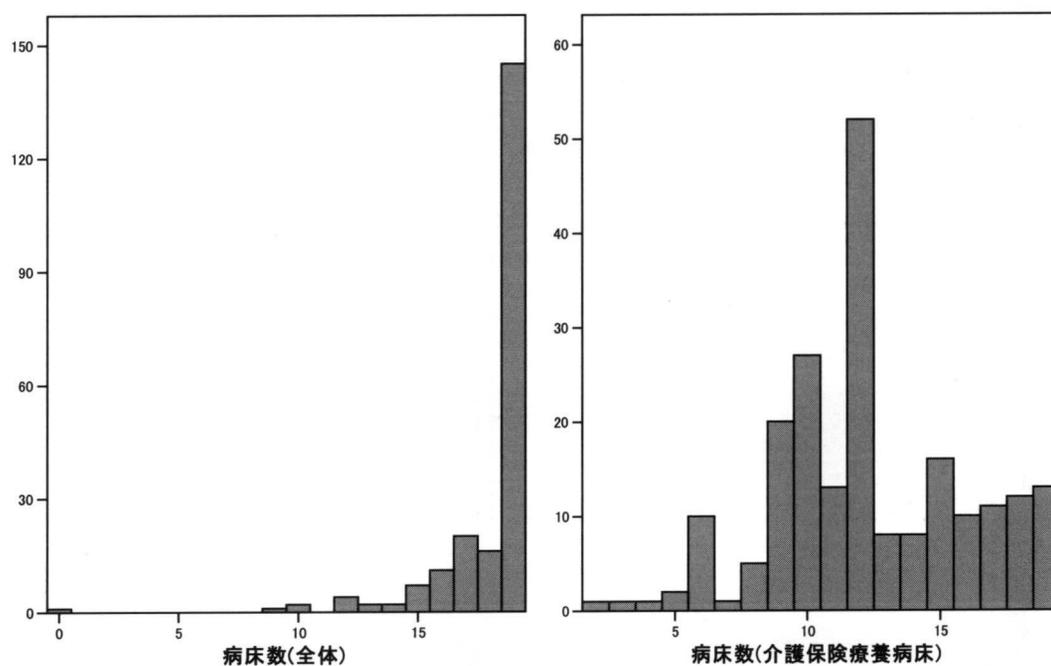


図 在宅療養支援診療所の病床数の分布（病院全体と介護療養病床）

表 病床数の分布（在宅療養支援診療所）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
全体－病床数	18.2	1.6	12	19	56
介護保険－療養病床数	12.5	3.4	2	19	56

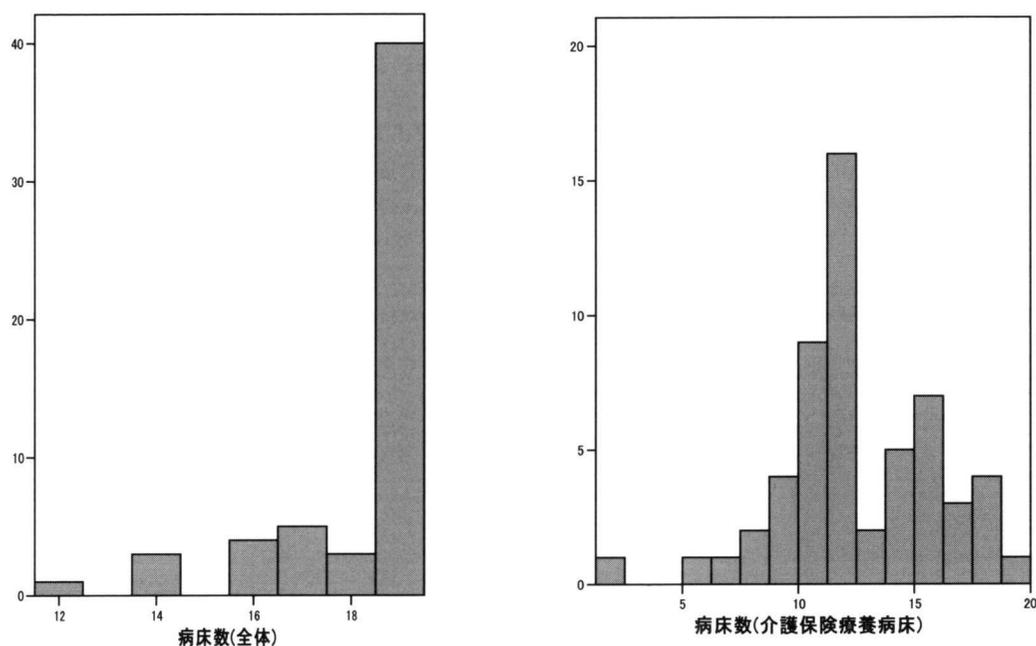


図 在宅療養支援診療所の病床数の分布（病院全体と介護療養病床）

次に収集された事業所の病床数について、全体の病床数と介護保険の療養病床数を都道府県別病院区分別に調べた。都道府県別に病院病床数の介護療養病床数の割合をみると、その平均値が最も高かった都道府県は、病院では千葉県が最も高く68.1%、秋田県が66.4%、東京都が57.8%、栃木県が52.9%、愛知県が48.2%、富山県が47.7%、三重県が46.1%、北海道が45.4%、大阪府が45.2%、兵庫県が45.1%と続いていた。

診療所では、大阪府が最も高く100%、長野県が97.0%、岩手県が93.0%、滋賀県が91.7%、宮城県が86.8%、茨城県が86.3%、愛媛県が79.4%、福井県が78.9%、三重県が78.9%、山形県が78.5%と続いていた。

在宅療養支援診療所では、山形県が最も高く94.7%、東京都が89.5%、佐賀県が89.5%、和歌山県が89.5%、愛知県が85.7%、長崎県が82.1%、岐阜県が78.9%、広島県が78.9%、北海道が75.0%と続いていた。

表 病院病床数（全体）および介護療養病床数とその割合（病院）

都道府県	病院病床数（全体）					介護保険_介護療養病床数					介護療養病床数 / 病院病床数 （全体）（%）
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	
北海道	159.7	123.7	35	875	80	71.2	65.8	0	310	80	45.4
青森県	143.5	108.0	50	407	13	33.3	20.6	0	64	13	35.8
岩手県	153.8	59.0	78	259	13	43.9	23.4	12	96	13	30.4
宮城県	140.6	75.9	38	288	12	34.4	16.8	9	59	10	31.0
秋田県	109.7	30.4	76	151	6	71.8	37.4	36	134	6	66.4
山形県	260.7	56.6	200	312	3	22.7	24.1	0	48	3	9.3
福島県	166.2	178.6	50	930	22	37.5	23.3	8	98	22	31.2
茨城県	138.9	92.8	35	493	32	40.4	26.2	0	146	32	32.6
栃木県	148.1	76.9	55	286	7	81.1	70.3	16	226	7	52.9
群馬県	159.5	138.0	20	560	23	48.5	33.3	8	107	23	37.8
埼玉県	189.7	123.2	35	480	38	74.9	58.4	0	270	38	44.0
千葉県	103.5	64.3	58	149	2	56.0	2.8	54	58	2	68.1
東京都	156.2	119.2	34	736	89	80.3	66.0	8	369	89	57.8
神奈川県	203.9	121.7	30	591	46	73.2	58.0	0	240	46	42.1
新潟県	202.4	109.8	39	497	29	67.0	45.3	0	173	29	38.2
富山県	129.6	69.4	29	301	39	60.9	38.3	16	170	39	47.7
石川県	167.6	126.4	35	500	27	50.9	39.6	12	152	27	34.7
福井県	86.1	51.0	23	196	22	33.3	32.7	0	137	22	39.2
山梨県	208.2	75.0	118	304	6	35.7	17.6	20	60	6	20.1
長野県	164.9	133.0	31	727	34	39.4	32.0	0	152	34	32.1
岐阜県	115.1	77.5	42	316	15	41.1	31.0	10	117	15	40.1
静岡県	170.0		170	170	1	57.0		57	57	1	33.5
愛知県	152.4	102.5	28	487	57	66.9	54.9	12	233	57	48.2
三重県	158.7	110.4	30	390	19	55.9	35.5	15	118	19	46.1
滋賀県	265.9	220.8	45	719	14	58.7	43.3	22	180	14	31.2
京都府	223.7	253.8	29	1547	43	83.1	123.3	0	600	43	43.2
大阪府	201.3	207.8	52	1196	76	75.1	86.5	0	612	76	45.2
兵庫県	179.6	124.6	30	681	49	73.0	63.9	0	240	49	45.1
奈良県	235.9	95.6	45	348	9	77.8	81.1	18	249	9	31.9
和歌山県	118.0	65.7	47	270	12	50.8	32.8	1	100	12	43.8
鳥取県	198.9	105.2	78	360	7	41.0	14.1	26	60	7	26.0
島根県	177.1	115.4	40	394	19	31.9	17.8	0	80	19	28.2
岡山県	132.5	67.2	39	269	31	30.5	24.9	0	106	31	28.2
広島県	150.2	97.9	42	511	58	55.7	52.2	0	231	58	39.0
山口県	207.6	193.4	37	1080	36	88.8	92.0	12	444	36	41.4
徳島県	93.8	72.8	30	326	40	37.0	27.3	9	120	40	40.8
香川県	119.7	74.8	36	253	20	34.3	25.9	0	100	20	36.1
愛媛県	116.7	82.9	32	353	28	44.4	41.4	16	233	28	42.6
高知県	128.8	102.0	33	624	53	46.3	36.6	9	197	53	40.7
福岡県	194.1	175.3	36	1354	84	66.9	57.4	0	293	84	40.5
佐賀県	122.5	140.9	37	770	27	45.9	40.5	0	172	27	44.3
長崎県	144.9	88.9	32	334	29	40.7	21.3	13	110	29	33.9
熊本県	133.2	85.2	36	641	67	49.0	32.4	2	150	67	39.2
大分県	116.5	68.1	47	285	20	28.0	13.9	0	53	20	29.9
宮崎県	128.5	114.8	28	500	30	42.2	36.4	0	176	30	42.5
鹿児島県	120.3	80.6	30	400	52	31.6	21.9	10	117	52	30.4
沖縄県	187.4	52.2	100	239	9	63.0	38.0	0	121	9	34.3
合計	159.0	131.4	20	1547	1448	57.3	56.1	0	612	1446	40.9

表 病院病床数（全体）および介護療養病床数とその割合（診療所）

都道府県	病院病床数（全体）					介護保険—介護療養病床数					介護療養病床数／病院病床数（全体）（%）
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	
北海道	17.2	3.0	12	19	9	12.9	4.0	6	19	9	76.5
青森県	19.0	0.0	19	19	4	11.8	3.2	9	15	4	61.8
岩手県	13.7	4.7	10	19	3	12.3	2.5	10	15	3	93.0
宮城県	19.0	0.0	19	19	4	16.5	3.0	13	19	4	86.8
秋田県	18.0	1.4	17	19	2	11.0	1.4	10	12	2	61.6
山形県	15.9	3.3	10	19	8	12.3	4.7	6	18	8	78.5
福島県	18.5	1.0	17	19	4	12.8	4.6	8	19	4	69.1
茨城県	19.0	0.0	19	19	5	16.4	3.0	12	19	5	86.3
栃木県	18.0	1.4	17	19	2	13.5	3.5	11	16	2	74.5
群馬県	19.0		19	19	1	5.0		5	5	1	26.3
神奈川県	17.7	1.2	17	19	3	10.3	7.6	2	17	3	58.3
新潟県	16.8	2.9	13	19	4	11.3	3.5	7	15	4	66.7
福井県	19.0		19	19	1	15.0		15	15	1	78.9
山梨県	18.5	0.7	18	19	2	13.0	7.1	8	18	2	71.1
長野県	18.3	1.3	16	19	7	17.7	1.4	16	19	7	97.0
岐阜県	17.4	1.8	15	19	7	13.3	2.8	9	18	7	76.7
静岡県	19.0		19	19	1	8.0		8	8	1	42.1
愛知県	18.3	1.6	15	19	6	12.5	3.2	9	18	6	68.1
三重県	19.0	0.0	19	19	6	15.0	3.7	9	18	6	78.9
滋賀県	18.5	0.7	18	19	2	17.0	2.8	15	19	2	91.7
京都府	16.5	2.1	15	18	2	9.0	1.4	8	10	2	55.6
大阪府	9.0		9	9	1	9.0		9	9	1	100.0
兵庫県	18.1	1.4	15	19	10	12.3	3.4	10	19	10	68.1
和歌山県	18.7	0.6	18	19	3	12.7	4.6	10	18	3	68.4
鳥取県	19.0	0.0	19	19	2	9.5	7.8	4	15	2	50.0
島根県	18.8	0.4	18	19	5	11.0	1.2	9	12	5	58.4
岡山県	19.0	0.0	19	19	7	8.6	3.1	3	12	7	45.1
広島県	18.8	0.5	18	19	8	11.3	3.4	6	18	8	60.3
山口県	18.3	1.5	16	19	4	10.0	2.8	6	12	4	55.6
徳島県	19.0	0.0	19	19	2	12.0	0.0	12	12	2	63.2
香川県	18.4	0.9	17	19	5	12.0	2.1	9	15	5	65.0
愛媛県	17.3	2.8	12	19	8	13.5	1.8	12	16	8	79.4
高知県	15.0		15	15	1	9.0		9	9	1	60.0
福岡県	18.3	1.5	16	19	4	12.8	2.2	11	16	4	71.1
佐賀県	13.5	9.0	0	19	4	12.3	2.1	10	14	4	70.9
長崎県	17.9	1.3	16	19	13	12.0	3.4	6	19	13	66.6
熊本県	18.9	0.3	18	19	13	12.0	3.6	6	19	13	63.5
大分県	18.5	0.9	16	19	17	11.8	3.1	6	18	17	63.6
宮崎県	18.3	1.3	15	19	14	11.3	3.6	5	17	14	61.9
鹿児島県	18.7	0.6	18	19	3	13.7	3.8	11	18	3	73.1
沖縄県	17.8	1.5	16	19	4	13.3	2.8	10	16	4	74.1
合計	18.0	2.2	0	19	211	12.4	3.6	2	19	211	69.0

表 病院病床数（全体）および介護療養病床数とその割合（在宅療養支援診療所）

都道府県	病院病床数（全体）					介護保険_介護療養病床数					介護療養病床数 / 病院病床数 （全体）（%）
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	
北海道	17.9	2.0	14	19	7	13.6	4.2	8	19	7	75.0
青森県	18.5	0.7	18	19	2	9.5	0.7	9	10	2	51.3
岩手県	16.0	2.8	14	18	2	12.0	2.8	10	14	2	74.6
山形県	19.0		19	19	1	18.0		18	18	1	94.7
福島県	16.0		16	16	1	10.0		10	10	1	62.5
茨城県	19.0		19	19	1	12.0		12	12	1	63.2
栃木県	19.0		19	19	1	8.0		8	8	1	42.1
東京都	19.0		19	19	1	17.0		17	17	1	89.5
福井県	18.0	1.4	17	19	2	11.0	1.4	10	12	2	61.6
長野県	19.0		19	19	1	12.0		12	12	1	63.2
岐阜県	19.0	0.0	19	19	2	15.0	1.4	14	16	2	78.9
愛知県	14.0		14	14	1	12.0		12	12	1	85.7
兵庫県	17.3	1.5	16	19	3	10.3	2.9	7	12	3	59.8
和歌山県	19.0	0.0	19	19	2	17.0	1.4	16	18	2	89.5
岡山県	19.0		19	19	1	10.0		10	10	1	52.6
広島県	19.0	0.0	19	19	2	15.0	4.2	12	18	2	78.9
山口県	19.0	0.0	19	19	2	12.0	0.0	12	12	2	63.2
香川県	19.0	0.0	19	19	2	10.0	1.4	9	11	2	52.6
福岡県	17.5	0.7	17	18	2	12.5	4.9	9	16	2	72.1
佐賀県	19.0		19	19	1	17.0		17	17	1	89.5
長崎県	18.0	1.4	16	19	5	14.6	1.9	12	17	5	82.1
熊本県	17.6	3.1	12	19	5	9.0	4.8	2	13	5	54.7
大分県	19.0	0.0	19	19	4	12.5	3.1	9	16	4	65.8
宮崎県	19.0	0.0	19	19	2	14.0	2.8	12	16	2	73.7
鹿児島県	18.0	1.4	17	19	2	11.0	1.4	10	12	2	61.0
沖縄県	19.0		19	19	1	13.0		13	13	1	68.4
合計	18.2	1.6	12	19	56	12.5	3.4	2	19	56	69.2

#### （４）入院患者の要介護度

入院患者の状況を要介護度でみるため、1事業所あたりの入院患者数から要介護度別にその割合を算出し、その平均値を病院区分別に比べてみた。その結果、病院では要介護5の割合が高く58.5%、要介護4が26.4%、要介護3が10.9%、要介護2が3.3%、要介護1が0.9%であり、要介護4以上の重度の患者が8割を超える状況であることがわかった。

一方、診療所においては、同じく要介護5の割合が高く44.4%、要介護4が26.7%、要介護3が15.0%、要介護2が9.1%、要介護1が4.8%であり、要介護4以上の重度の患者が7割を超える状況であることがわかった。

在宅療養支援診療所においても、同じく要介護5の割合が高く46.6%、要介護4が24.2%、要介護3が14.5%、要介護2が8.9%、要介護1が5.7%であり、要介護4以上の重度の患者が7割を超

える状況であることがわかった。

病院では、要介護5の患者の割合が診療所や在宅療養支援診療所に比べて高く、逆に診療所や在宅療養支援診療所では要介護1や要介護2など比較的軽度の要介護者が含まれていることが明らかになった。

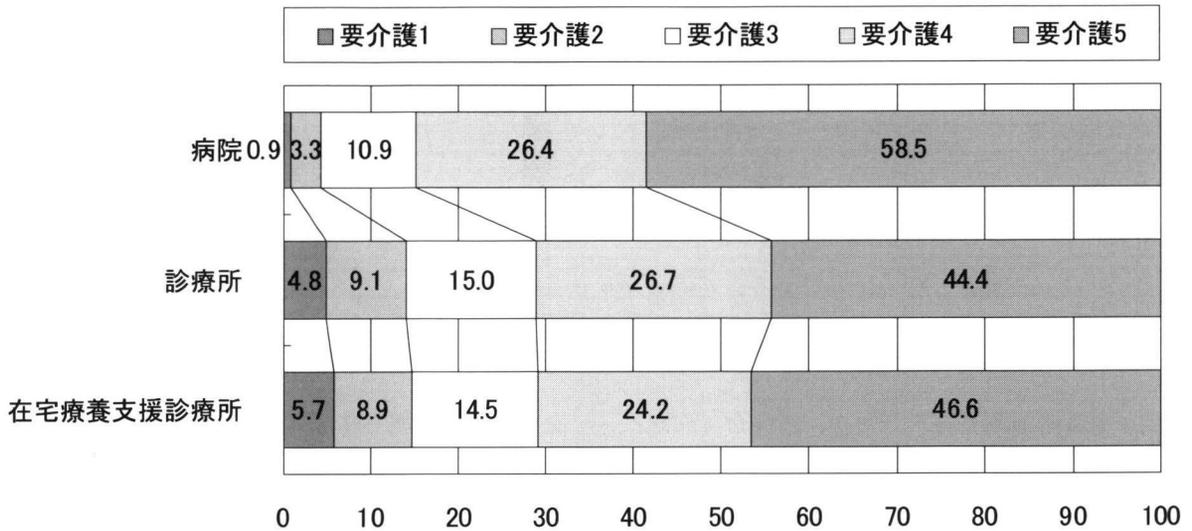


図 病院区分別にみた1事業所あたりの要介護度割合（平均）

次に、病院区分別要介護度別1事業所あたりの要介護度割合をみると、どの病院区分でも要介護1や2といった要介護度が低い患者の割合については、0から5%未満の間が最も多く、割合が高くなるにしたがって事業所数は減少する傾向が見られたが、要介護5といった要介護度が高い患者の割合についての事業所数の分布は、30%から50%である事業所が最も多く、左右対称にその数が減少する傾向が見られ、要介護度によって分布が異なることが明らかになった。