

介護保険部会における検討状況

厚生労働省

目 次

〔介護保険制度の現状〕

- 介護保険制度の施行状況 1
- 介護保険制度に対する評価 2
- 社会保障審議会介護保険部会における検討 3

〔痴呆ケア〕

- 痴呆性高齢者の現状と将来推計 4
- 高齢者ケアを取り巻く近年の動向 5
- 痴呆性高齢者の特徴に応じた望ましいサービス 6

(参考) アルツハイマー病の段階別にみた痴呆の特徴と
痴呆の人自身が語る説明

〔介護予防〕

- 要支援者・軽度の要介護者の増加 9
- 軽度者のケアプランの現状 10
- 介護予防の在り方に関する調査研究事例 11
- 要介護状態の原因となる疾病 13

(参考) 介護保険部会における議論

〔在宅ケア〕

- 高齢者や家族の意識 16
- 在宅と施設の利用状況 17
- 在宅への復帰又は継続を可能にする条件 18

〔施設と在宅のバランス〕

- 施設入所希望者の状況 19
- 施設と在宅のバランス 20
- 施設居住環境の現状 21

【介護保険制度の現状】

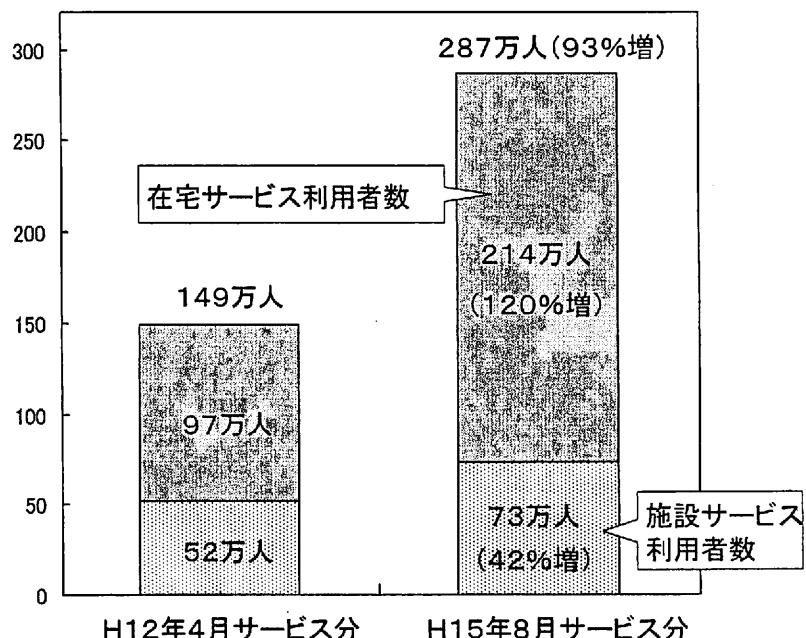
介護保険制度の施行状況

- 施行3年半でサービスの利用者が急増。

【被保険者数と要介護認定者数の推移】

	H12年4月末	H15年10月末
第1号被保険者数	2,165万人	2,420万人 (12%増)
要介護認定者数	218万人	371万人 (70%増)

【利用者数の推移】



- 利用者の増加に伴って、総費用、保険給付額も急増。
→ 納付費は年10%を超える伸びで増大

	12年度 (実績)	13年度 (実績)	14年度 (実績)	15年度 (補正後)	16年度 (予算案)
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.2兆円	5.7兆円	6.1兆円
保険給付費 (対前年度増加率)	3.2兆円	4.1兆円 (15.3%)	4.7兆円 (14.1%)	5.1兆円	5.5兆円

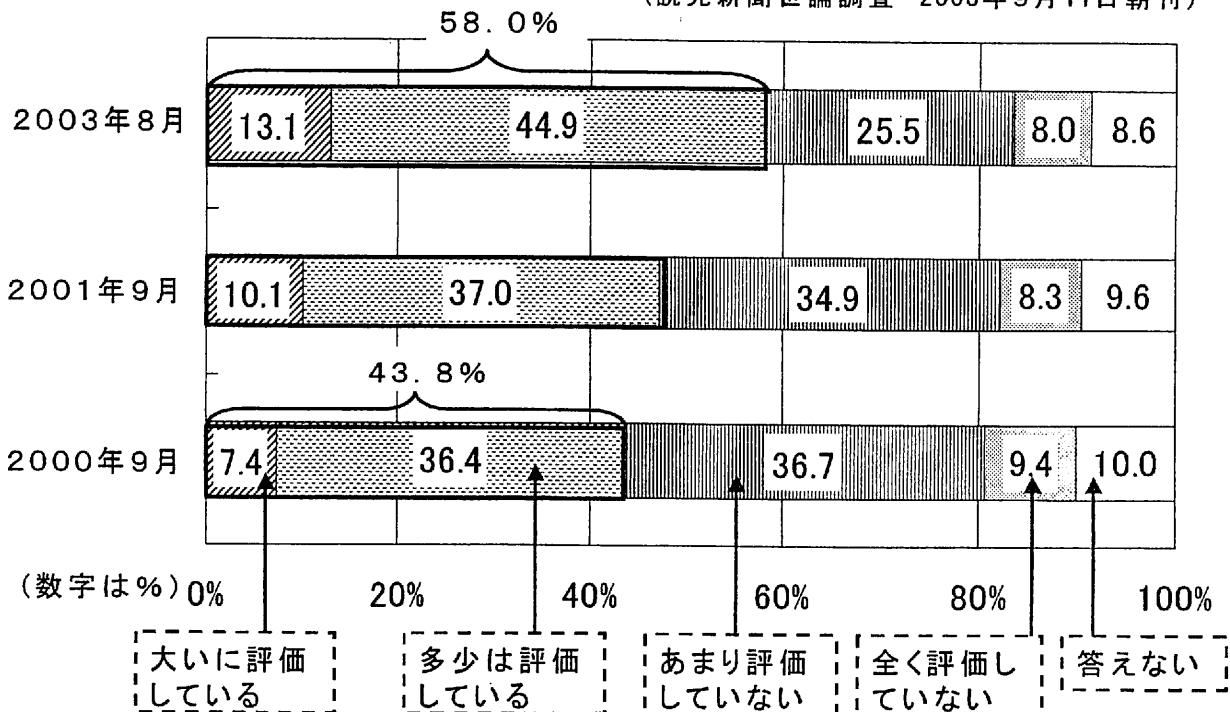
【第1号被保険者の保険料】

(第1期:2000年度～2002年度)	(第2期:2003年度～2005年度)
平均2,911円／月	→ 平均3,293円／月 (+13.1%の上昇)

介護保険制度に対する評価

《「介護保険制度を評価しているか」との問い合わせに対する回答》

(読売新聞世論調査 2003年9月11日朝刊)



2000年4月の導入から
まもなく3年半になる介護保
険制度について、「評価し
ている」が58%に上り、「評
価していない」(34%)を上
回った。同様の調査は、20
00年9月、2001年9月
に続いて3回目。制度導入半
年後の2000年調査では
「評価している」(46%)
が「評価している」(44%)
を小差で上回っていたが、2
001年には「評価している」
が47%に増え、今回さう
いふのアップとなつた。
介護サービスの利用者が増
え、制度の趣旨や仕組みにつ
いて国民の認知度がアップし
たためと見られる。

介護保険制度によって、高
齢者を介護する家族の負担が
軽くなつたと思うかどうか聞
いた質問では、「そう思う」
は29%となり、「そうは
思わない」が35%、「どちら
とも言えない」は29%だった。
ただ、2000年9月の前
回調査と比べて、「そう思う」
が12%増えるなど、評価は改
善されてくる。

介護保険「評価」58% 徐々に
信頼高まる

読売新聞：平成15年9月11日付け朝刊

社会保障審議会介護保険部会における検討

- 介護保険制度については、法律の附則で、施行後5年（平成17年4月）を目途として制度の全般に関して検討を加え、その結果に基づき必要な見直し等を行うこととされている。
- 見直しの検討に当たっては、社会保障審議会に介護保険部会を設置し、介護保険制度に関する課題及びその対応策等について議論を行っている。

（介護保険部会の開催状況）

平成15年

5月27日（第1回）	介護保険部会の議事運営について
7月7日（第2回）	運営状況の検証の議論（保険給付、サービス利用の状況）
7月28日（第3回）	運営状況の検証の議論（市町村の保険財政、保険料の状況）
9月12日（第4回）	運営状況の検証の議論（保険給付、要介護認定の状況）
10月27日（第5回）	これまでの議論の整理、今後の進め方について
11月20日（第6回）	保険者在り方 給付の在り方（痴呆性高齢者ケア等）
12月22日（第7回）	給付の在り方 (給付水準、軽度要介護者、在宅と施設等)

（今後の予定）

1月～3月 各論点に沿って引き続き順次検討

（4月～6月 議論の取りまとめを目指し審議）

○介護保険法附則第2条（検討）

介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配意し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料又は掛金を含む。）の負担の在り方を含め、この法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。

【痴呆ケア】

痴呆性高齢者の現状と将来推計

- 要介護（要支援）認定者のおよそ2人に1人は、何らかの介護・支援を必要とする痴呆性高齢者。
- 痴呆性高齢者は、今後さらに増加する見込み。

痴呆性高齢者数（要介護・要支援認定者）の現状

単位 万人

要介護（要支援）認定者	認定申請時の所在（再掲）				
	居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設
総数	314	210	32	25	12
うち痴呆性老人自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10
うち痴呆性老人自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)
					11 (2)

(注) 1) 2002（昭14）年9月末についての推計（端数処理のため合計が合わない箇所あり）。数字は1号被保険者のうち要介護（要支援）認定を受けた者に係るもの。

2) 「その他の施設」は、ここでは、医療機関（療養病床（医療保険適用）、一般病床及び精神病床等）、グループホーム、ケアハウス等。

3) カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲（痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害老人自立度が「自立」、「J」又は「A」）。

痴呆性高齢者数（要介護・要支援認定者）の将来推計

単位 万人

西暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人自立度Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： 痴呆性老人自立度Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

(注) 1) 数字は第1号被保険者のうち要介護（要支援）認定を受けた者に係るもの。
カッコ内は65歳以上人口比（%）。

2) 2002（昭14）年9月末について推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」から算出したもの（治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない）。

高齢者ケアを取り巻く近年の動向

わが国の動き

1987年 寝たきり老人ゼロ作戦等普及啓発推進事業
都道府県に「寝たきりゼロ推進本部」の設置
老人寝たきり予防のための保健事業等

1990年 ゴールドプラン
(高齢者保健福祉推進十力年戦略、在宅福祉推進十力年事業、
ねたきり老人ゼロ作戦、施設対策推進十力年事業、長寿科学
研究推進十力年事業等)

1990年代 ゴールドプランに沿った計画的なサービスの基盤整備の推進

1994年 高齢者介護・自立支援システム研究会報告
(高齢者介護において「自立支援」の考え方を提示)

1995年 新ゴールドプラン(ゴールドプランの全面的見直し)

1996年 介護保険法案提出

1997年 グループホーム運営費の制度化

1997年 介護保険法成立

※98年 抑制廃止福岡宣言(以降、熊本等で宣言)
1999年 身体拘束禁止を明示(運営基準の制定)

2000年 介護保険法施行
(身体拘束禁止、自己評価等を規定した運営基準の施行)
ゴールドプラン21(2005年3月末まで)

2002年 小規模生活単位型特養ホーム(全室個室・ユニットケア)の制度化
痴呆性高齢者グループホームへの外部評価義務づけ

2003年 要介護認定の改定(痴呆状態の評価)

高齢者介護研究会報告
(痴呆ケア等尊厳を支えるケアの確立への提言)

外国の動き

1985年(スウェーデン)
グループホームの整備開始

1992年(スウェーデン)
エーデル改革

1995年(ドイツ)
介護保険法施行(施設)

1996年(ドイツ)
介護保険法全面施行(在宅)

2002年(ドイツ)
介護の質保障法、ホーム法、
介護給付補完法(痴呆対応)
の施行

痴呆性高齢者の特徴に応じた望ましいサービスのあり方

- 高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しながら、生活そのものをケアとして組み立てていくグループホーム的ケアのアプローチ（住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的なしつらえ・暮らし方、それらの環境条件を活かした個別ケア）は、痴呆性高齢者はもとより、これからの中高齢者の地域ケア全般に通じるものとして、発展させていくことが必要である。

痴呆性高齢者ケアの基本＝「尊厳の保持」

痴呆性高齢者の特性

- 記憶障害の進行と感情等の残存
- 不安、焦燥感等→徘徊等行動障害
- 環境変化への適応困難

生活そのものをケアとして組み立てる

- 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- 高齢者のペースでゆったりと安心して
- 心身の力を最大限に発揮した充実した暮らし

生活そのものをケアとして組み立てるためには、
日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築が必要

○小規模な居住空間

○家庭的な雰囲気

○なじみの人間関係

○住み慣れた地域での生活の継続

グループホーム

小規模・多機能サービス拠点

施設機能の地域展開

ユニットケアの普及

こうした痴呆性高齢者に対応するサービスを提供するためには
痴呆性高齢者と家族を支える地域の仕組みが必要

○家族や地域住民に対する痴呆についての正しい知識と理解の啓発

○住民による主体的な健康づくりと痴呆介護予防活動

○早期発見、相談機能の強化、専門的人材の育成

○地域の関係者のネットワークによる支援

高齢者介護研究会報告書を基に作成

アルツハイマー病の段階別にみた痴呆の特徴と痴呆の人自身が語る説明

○ 下表は、正常な人の視点から記述された段階別アルツハイマー病の特徴と、それらの特徴について、アルツハイマー病患者自らの視点からみると、実際どのように感じているのかを説明した記述の要約である。

＜第一段階－軽度＞

正常な人の視点からみた アルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツ ハイマー病協会の『手引き』より)	痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ボーテンさん他)
○ 無関心、生気がなくなる	○ これは、私たちがまわりのすべてのことについて行けなくなるからで、何が起こっているのかを理解できず、何かばかなことを言ったり、したりするのではないかと心配しているためなのだ。
○ 趣味や活動に興味がなくなる	○ これは、すぐに疲れてしまうようになるからで、今までなら簡単にやっていたことをするのにも、これまでより一所懸命に脳を働かさねばならなくなるからだ。
○ 新しいことをしたがらない	○ 何か新しいことを学ぶのはとても難しく、やり方を教えてくれる人に何回も繰り返してもらわなければならぬので、その人を煩わせてしまうだろうと思うからだ。
○ 変化についていけない	○ 物事の古いやり方は、残存する脳の中で記憶にしっかりと定着しているのに、新しく学んだものは次々と忘れられてしまうために、とても混乱しやすくなっている。
○ 決断したり、計画することができない	○ 一つの決断をするためには、心の中にたくさんの考えを同時に保ち、それらを検索し、決定するということがなされねばならない。ところが、私たちには考えを記憶しておく場所が少なくなっているので、これが簡単にはできないのだ。
○ 複雑な考えを理解するには時間がかかる	○ 決断する時と同じように、私たちは記憶する能力がなくなってしまっているので、複雑な考えを取り入れ、正しく理解することができない。
○ よく知っているものを求め、見知らぬものを避ける	○ 新しい仕事はどんなものであれ多くの努力を要するので、精神的にすぐに疲れてしまう。そして何か新しいことを試みるよう頼まれると、わからなくなったり、失敗するのではないかと心配する。

＜第二段階 ー 中度＞

正常な人の視点からみた アルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツ ハイマー病協会の『手引き』より)	痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ボーデンさん他)
○ 仕事には援助と監督が必要	○ 私たちはすぐに混乱してしまい、今までよく知っていたものでも、思い出せないことがしばしばある。
○ 最近の出来事をとても忘れやすい……遠い過去の記憶は概してよいが、細かい点は忘れられたり、混乱したりするかもしれない	○ 新しい記憶を覚えておくことは難しいが、古い記憶はまだかなり残っており、自分のまわりのさまざまなことをきっかけにして、過去の記憶を生活に呼び起こすことができる。こういう過去のことを話す方が、現在のことを話すよりずっと楽で、現在、起こっていることを理解するのはとても難しい。
○ 時と場所、一日のうちの時間について混乱する……夜に買い物に出かけるかもしれない	○ 私は、今日が何年、何月、何曜日かを思い出すために、一日に何回も日記を見る。以前は、自分の考えの背景となっているようなことはすぐに理解できたものだった。しかも、すべて自動的にわかっていたことだった。今では、日常の記憶を保つておく場所がなくなっていて、これらを心に留めておくにはとても努力がいる。
○ よく知らない環境では、すぐに途方にくれてしまう	○ よく知らない場所では私はうろたえてしまって、うまく対処できない。自分がどの道から来たのかというような、自分のいる場所についての見当識をもつためには、一連の出来事を覚えていなければならぬからだ。それに、どうしたものか前に進んでいる時と、振り返って見る時とでは、すべてがひどく違って見える。

クリスティーン・ボーデン著

「私は誰になっていくの？ーアルツハイマー病者からみた世界ー」より引用

※ クリストイーン・ボーデン（クリスティーン・ブライデン）氏

1995年に46歳でアルツハイマー病の診断を受け、翌年、首相・内閣府第一次官補を最後にオーストラリア政府を退職。診断前後の自らの経験をまとめて、1998年に「Who will be when I die? (私は誰になっていくの?)」を出版する。1998年に再婚、クリスティーン・ブライデンとなる。

現在、国際痴呆症支援ネットワーク、オーストラリアアルツハイマー病国家プログラム運営委員会のメンバーとして活躍。

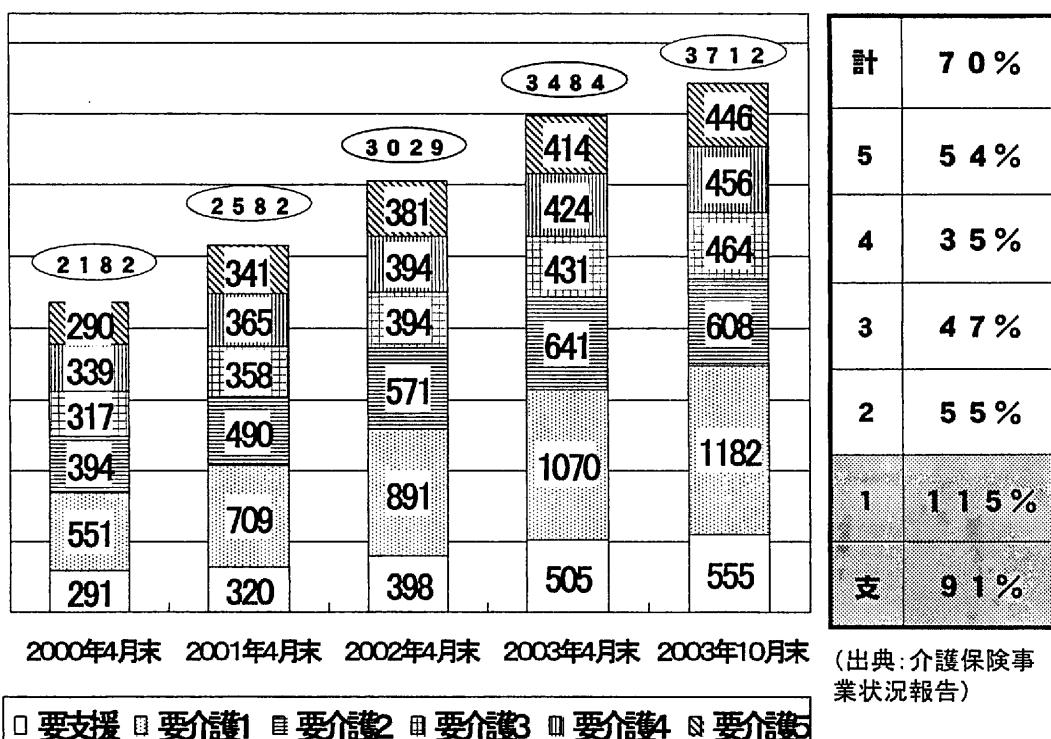
【介護予防】

要支援者・軽度の要介護者の増加

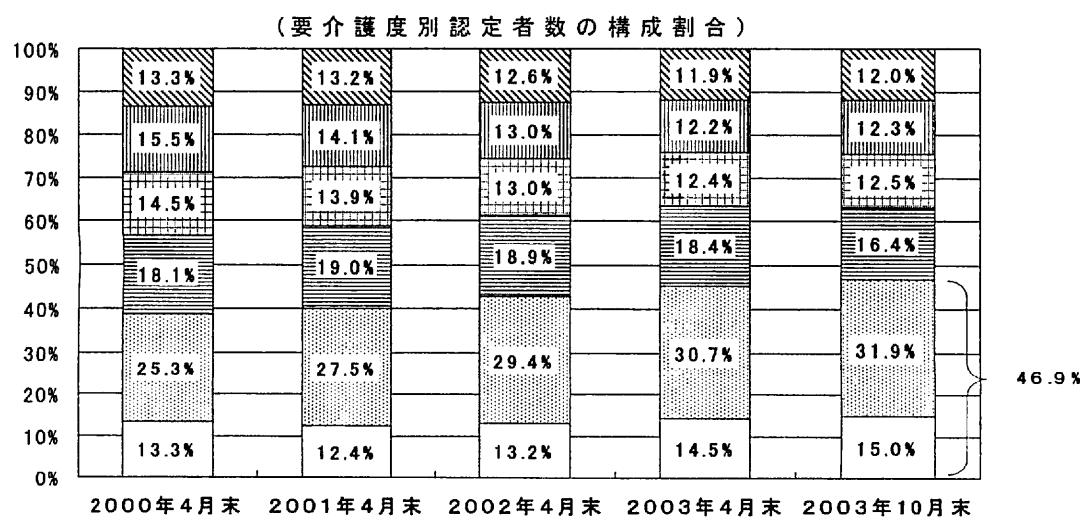
	2000年4月末	2003年10月末
要介護認定者数	218万人	371万人(70%増)
要支援+要介護1	84万人	174万人(106%増)

(単位:千人)

(要介護度別認定者数の推移) 2000年4月末からの増加率



(参考)



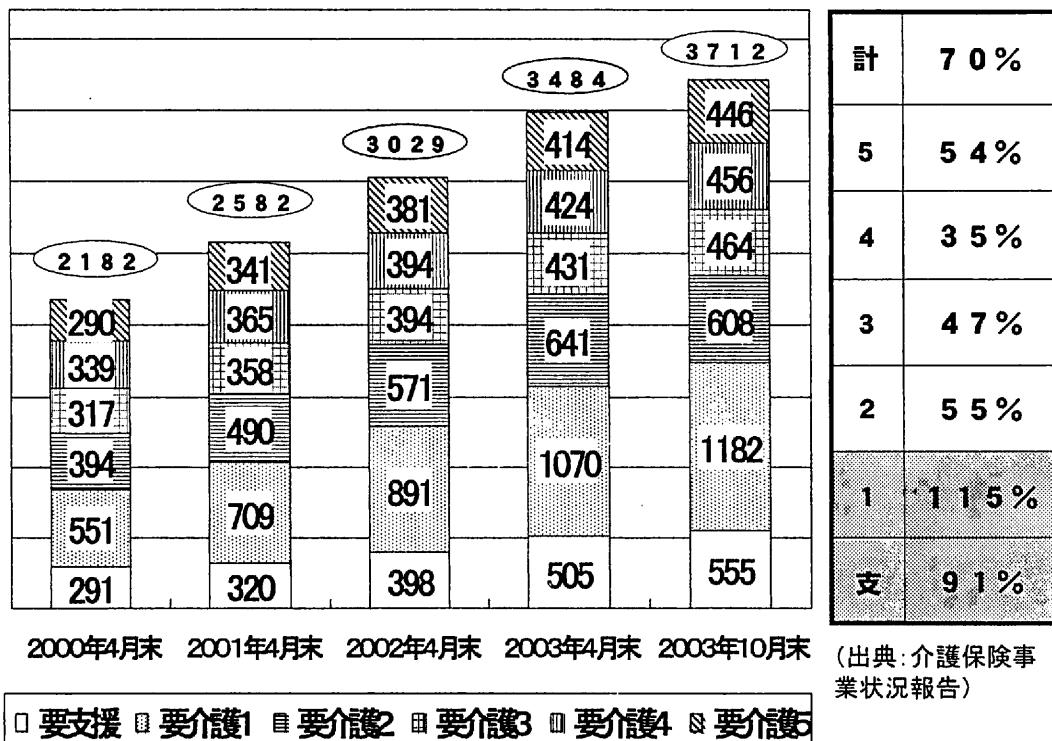
【介護予防】

要支援者・軽度の要介護者の増加

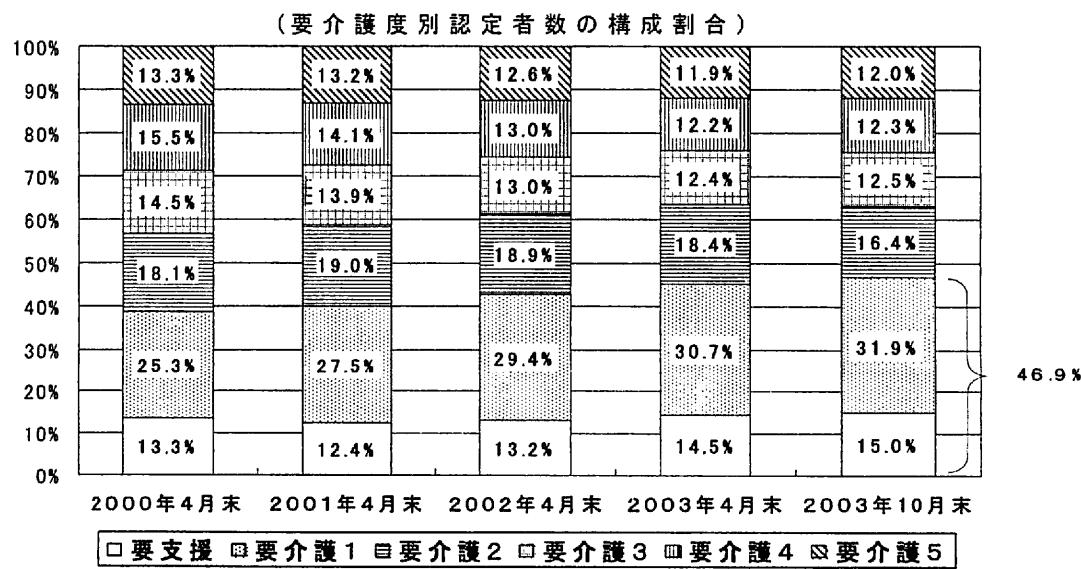
	2000年4月末	2003年10月末
要介護認定者数	218万人	371万人(70%増)
要支援+要介護1	84万人	174万人(106%増)

(単位:千人)

(要介護度別認定者数の推移) 2000年4月末からの増加率



(参考)



介護予防の在り方に関する調査研究事例①

介護サービスの有効性評価に関する調査研究

(日本医師会総合政策研究機構・島根県健康福祉部高齢者福祉課)

- 島根県内的一部地域の 12,479 名（累計）の平成 12 年 10 月～14 年 10 月までの要介護認定に関して解析。
- 平成 12 年度に要支援であった者のうち、約 6 割の要介護度が悪化。要介護 1 も含めた軽度の要介護者で、要介護度が比較的悪化しやすくなっていた。（全体では改善 10.8 %、悪化 39.9%）
- 寝たきり度（障害老人の日常生活自立度）の経時変化を見ると、平成 12 年でランク A のうち、約 3 割の者が 2 年後にはランク B, C（寝たきり状態）になっていた。また、痴呆度（痴呆老人の日常生活自立度）の経時変化を見ると、比較的軽度な者が悪化しやすいという傾向が伺えた。

要介護度の変化の状況（継続認定者：5,654 人）

		H14 要介護度						横計
		要支援 (425)	要介護1 (1,294)	要介護2 (994)	要介護3 (849)	要介護4 (950)	要介護5 (1,142)	
H12 要介護度	要支援 (755)	39.6%	43.2 %	10.1 %	3.7%	2.1 %	1.3%	100%
	要介護1 (1,559)	7.4 %	49.5 %	23.1 %	10.5 %	6.9 %	2.8 %	100%
	要介護2 (1,027)	0.7 %	15.3 %	41.7 %	23.6 %	13.4 %	5.4 %	100%
	要介護3 (847)	0.4 %	3.5 %	13.1 %	37.8 %	31.2 %	14.0 %	100%
	要介護4 (786)	0.1 %	1.1 %	2.2 %	10.9 %	46.1 %	39.6 %	100%
	要介護5 (680)	0.0 %	0.1 %	0.3 %	1.5 %	9.3 %	88.8 %	100%
総計		7.5 %	22.9 %	17.6 %	15.0 %	16.8 %	20.2 %	100%

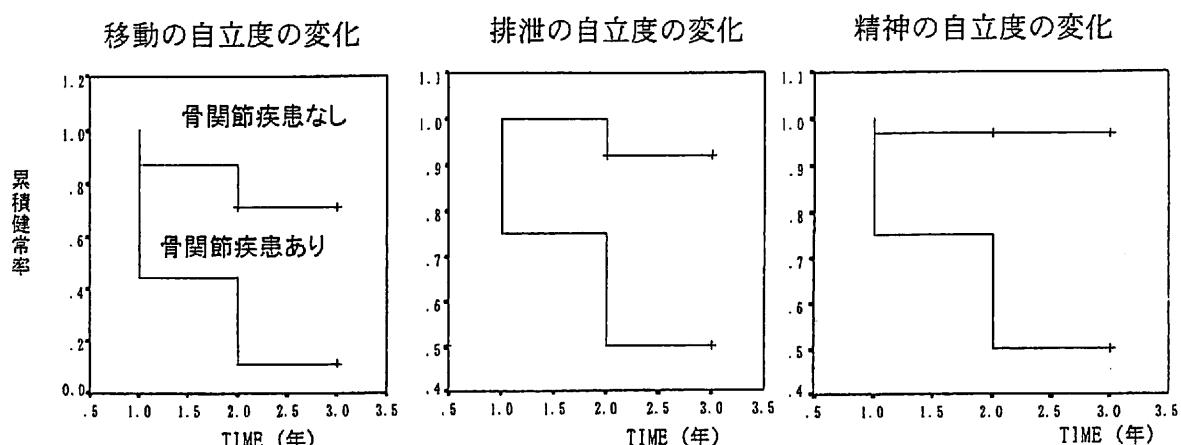
介護予防の在り方に関する調査研究事例②

介護予防事業のための調査票の開発と効果判定に関する研究

(産業医科大学教授 松田晋哉)

- 福岡県内の自治体を対象とした調査結果によれば、要介護認定で非該当（自立）となった者の原因疾患は骨関節系疾患が最も多く、また、骨関節系疾患がある者は、こうした疾患を持たない高齢者と比較して、移動能力、排泄、精神機能の低下が早いことがわかった。
- 要介護認定で非該当と判定された高齢者 199 名に、生活機能向上の訓練等を実施した一自治体の調査結果によれば、自立度低下の進行と介護保険対象者への移行を抑制する効果がみられた。

虚弱老人の自立度の経時的分析結果

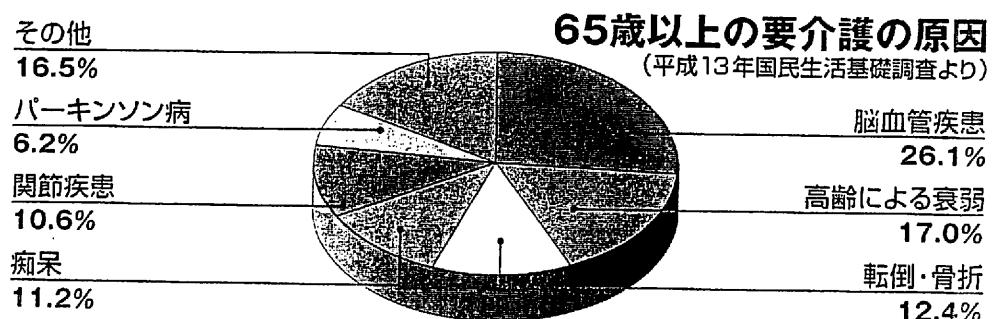
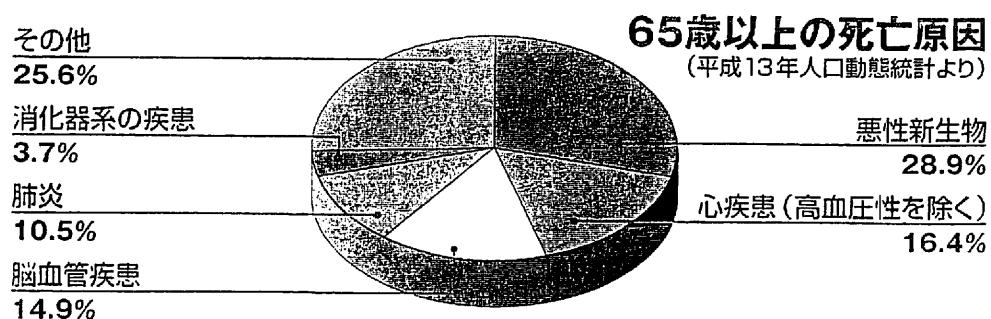


虚弱高齢者の自立度を3年間追跡調査した。

骨関節疾患がある人は、無い人に比べて移動、
移動、排泄、精神の自立度が低下しやすい。いずれも統計学的にも
有意の低下を認めた(Log rank 検定; $p < 0.01$)

要介護状態の原因となる疾病①

- 65歳以上の「死亡原因となった疾病」と、「要介護の原因となった疾病」を比較すると、前者では「悪性新生物」、「心疾患」などが上位を占めるのに対し、後者では、「脳血管疾患」、「高齢による衰弱」、「転倒・骨折」などが多く、介護予防には疾病予防とは別の観点が必要。



要介護状態の原因となる疾病②

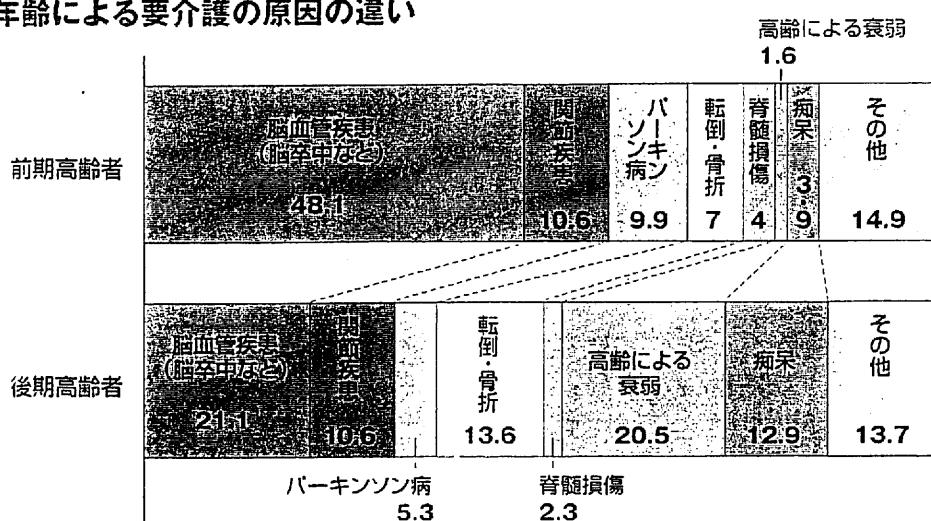
- 要介護状態の原因となる疾病を介護度別にみると、在宅の軽度の要介護者には骨関節系疾患が多いのに対し、比較的重度の介護者には脳梗塞や痴呆が多く見られる。
- 要介護状態の原因となる疾病は、年齢や性別によっても違いがあり、介護予防には個々の特性を踏まえたプログラムが必要。

主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

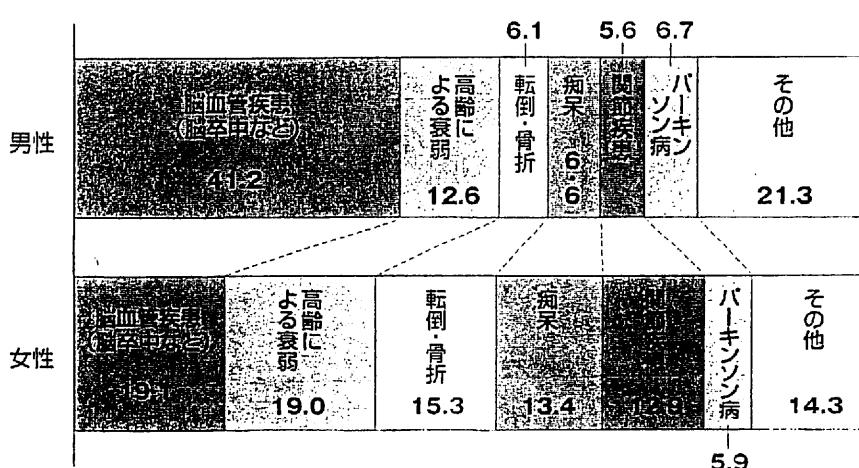
在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

出典：産業医科大学 松田教授作成資料

年齢による要介護の原因の違い



性別による要介護の原因の違い



(平成13年国民生活基礎調査より)

社会保障審議会 第4回介護保険部会議事録（抜粋）

1 日時及び場所

平成15年9月12日（金） 15時から17時
東条インペリアルパレス

2 出席委員

貝塚、上田、市川、漆原、大村、小川、木村、見坊、潮谷、下村、田近、永島、中村、
秦、花井、矢野、山崎、の各委員
喜多、京極、西島、山本、の各委員は欠席

3 議題

（1）介護保険制度の運営状況等の検証（その3）

保険給付・要介護認定の状況等について

（2）その他

（見坊委員）

ケアマネージャーについてしっかり検討し対策が進められない限り、介護保険制度の内容は楽観できるものではないと思っている。ケアマネージャーの現在の実態は非常に複雑であり、今後方向づけをするのは難しいものがあるだろう。非常に質のよい事業所に所属するケアマネージャーとそうでない者とがはっきりしている。

制度発足時は、繰り返し説明会や学習会が行われたが、3年たってみるとチラシ一つも配布されないという状況になってきた。最近、アンケート調査をやって問題意識を探っているが、保険料に関する関心は非常に高くなっている。

要支援と要介護1は、ちょっと勧められて認定を受けると要支援になるのは難しくない。要支援、要介護1になると、お迎えの車が来て、おやつ付き、昼食付き、入浴サービス付き、ボランティアの方が大変親切にしてくれる。これではリハビリテーションになっているのかどうか分からぬ。月6万円の収入を狙って入り込んでくる業者もいる。いわゆる悪徳商法だ。これが現在、だんだん広がりつつある。貴重な介護保険の財源が不正に使われており、これが制度に対する信頼感を失わせる大きな要因になっている。これを放置してはならない。

京都府では、十数件の不正請求事件によって8億円の財源が不当に使われた。指定事業所の規制について何か対策が必要。請求がおかしいと思ったときに調査権限が県にはっきり法律上ない。わざわざ裁判を起こさないと返還請求ができないという実態だ。指定を取り消されても他の県で指定の申請する作戦を立てているそうだ。指定取消の実態については、先般の課長会議において、かなりのデータが発表されている。どの県でどういう事業者が取り消されたか。当然これらの対策については、新しい制度見直しの段階でやる必要がある。このためのプロジェクトチームが必要ではないかと思っている。できれば資料の提供を次回お願いしたい。

【在宅ケア】

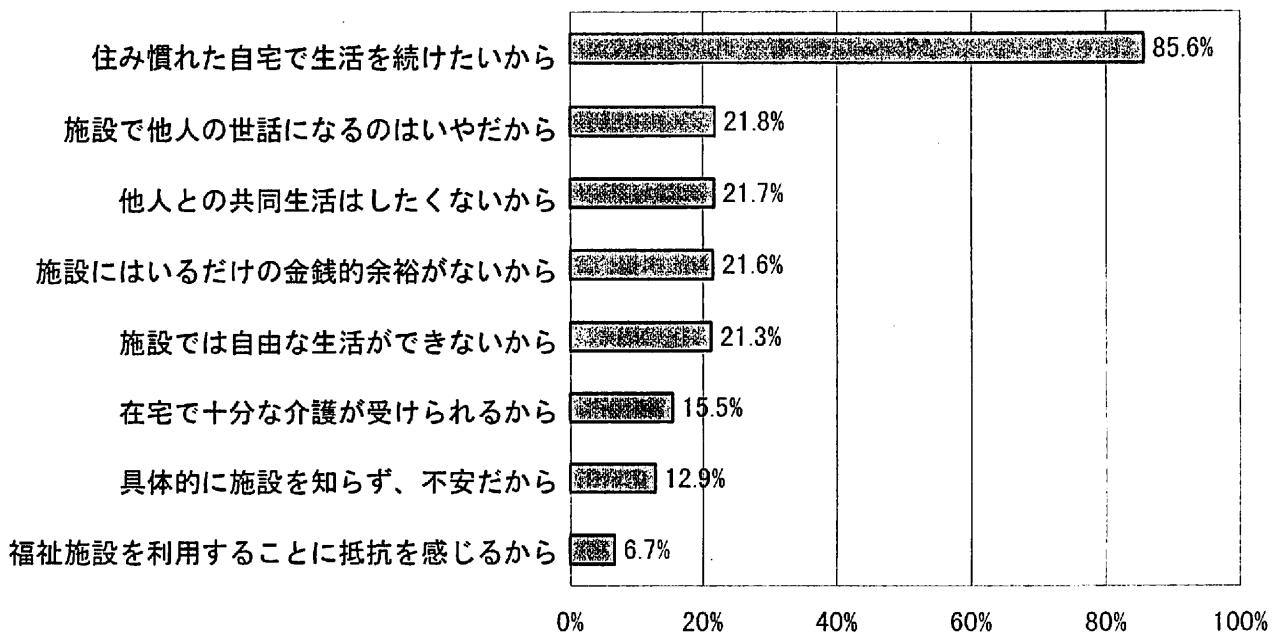
高齢者や家族の意識

【介護を受けたい場所】

- 世論調査では、可能な限り自宅で介護を受けたいとする者が4割強で最も多く、その理由については、8割以上が「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」としている。
- 可能な限り自宅で介護を受けたい 44.7%
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい 33.3%
- 介護付きの有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホームなどに住み替えて介護を受けたい 9.0%

【自宅で介護を受けたい理由】

N=1593 複数回答



【家族に介護を受けさせたい場所】

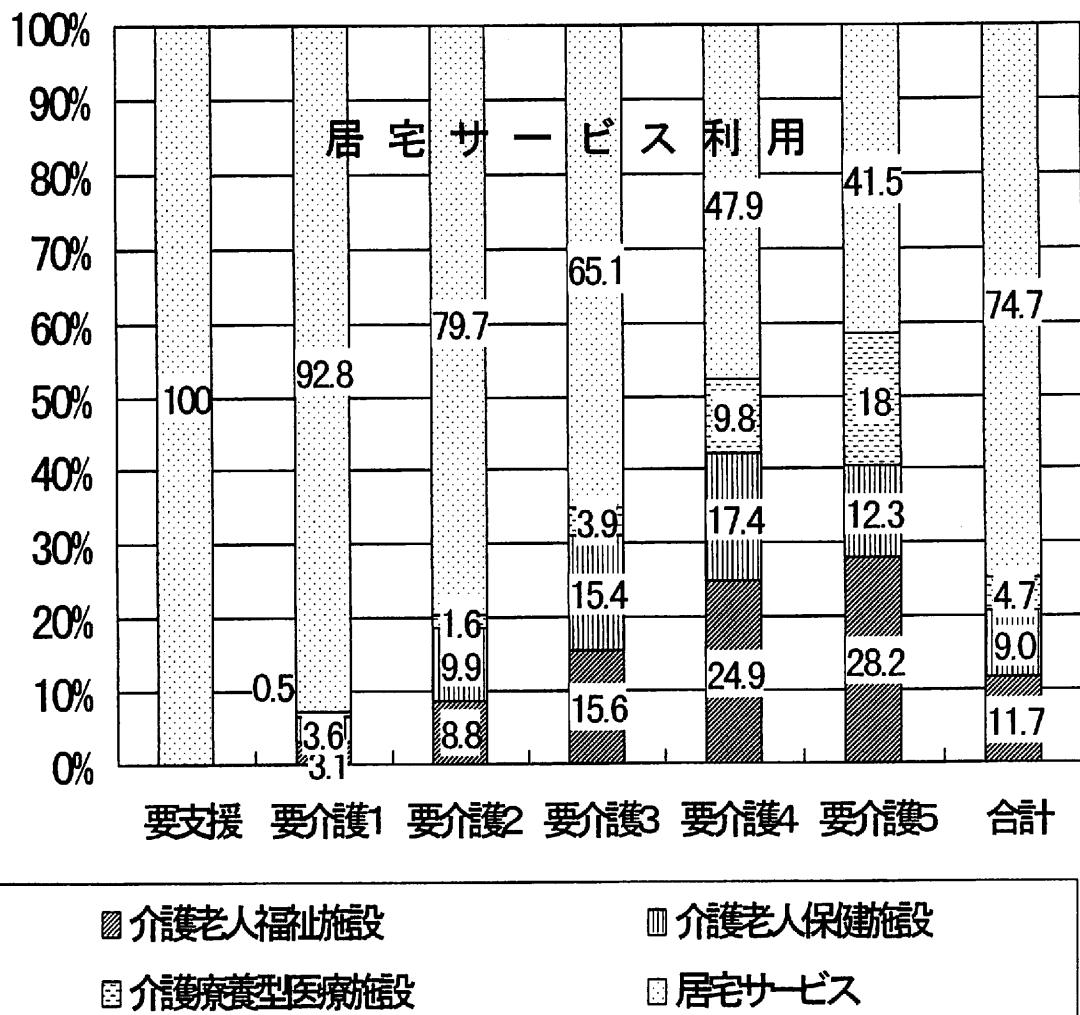
- 自分の家族が介護が必要となった場合にどこで介護を受けさせたいかという問い合わせに対しては、6割弱が「可能な限り自宅（実家又は自分の家）で介護を受けさせたい」としている。
- 可能な限り自宅で介護を受けさせたい 57.7%
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所させたい 23.9%
- 介護付きの有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホームなどに住み替えて介護を受けさせたい 5.0%
- 家族はいない 2.1%

高齢者介護に関する世論調査（内閣府：平成15年9月）
全国20歳以上の者を対象（有効回答3,567人）
調査期間：平成15年7月24日～8月3日

在宅と施設の利用状況

- 要介護度が重度であるほど、介護サービス利用者のうち施設利用者の割合が増え、要介護4・5では50%を超える。

(要介護度別のサービスの利用状況)



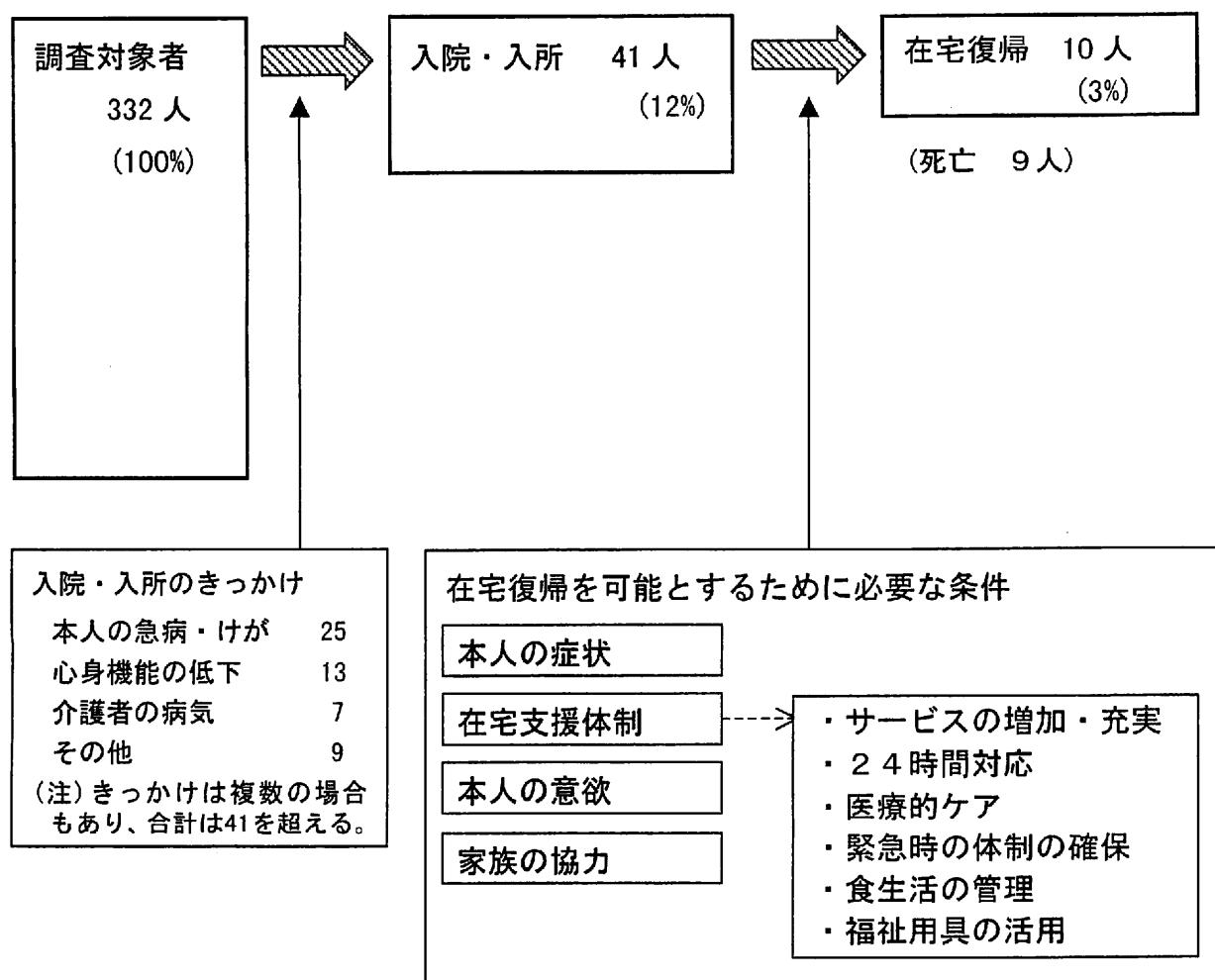
(出典: 介護給付費実態調査月報(平成15年9月分審査分))

在宅生活への復帰又は継続を可能にする条件

- 在宅の要介護者が入院又は入所に至るきっかけとしては、本人の急病・けが、心身機能の低下といった事情が多い。
- 在宅介護を継続できる条件として、家族・介護者の協力、サービスの増加・充実といった課題が指摘されている。また、サービス提供のあり方としては、24時間対応、医療との連携が確保されていること等が課題として指摘されている。

「在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究」（医療経済研究機構・平成12年度～14年度）

- 入院・入所に至った者の在宅復帰を可能とするために必要な条件として、担当ケアマネジャーは、家族・介護者の協力やサービスの増加・充実、サービス提供のあり方としては24時間対応・医療的ケア等を挙げている。



【施設と在宅のバランス】

施設入所希望者の状況

- 介護老人福祉施設への入所希望者のうち、早期に施設入所が望ましいとされるもの（入所緊急型）が約21%であり、一方、家族・施設スタッフともに在宅生活が可能としているもの（入所予約型）は全体の約33%である。

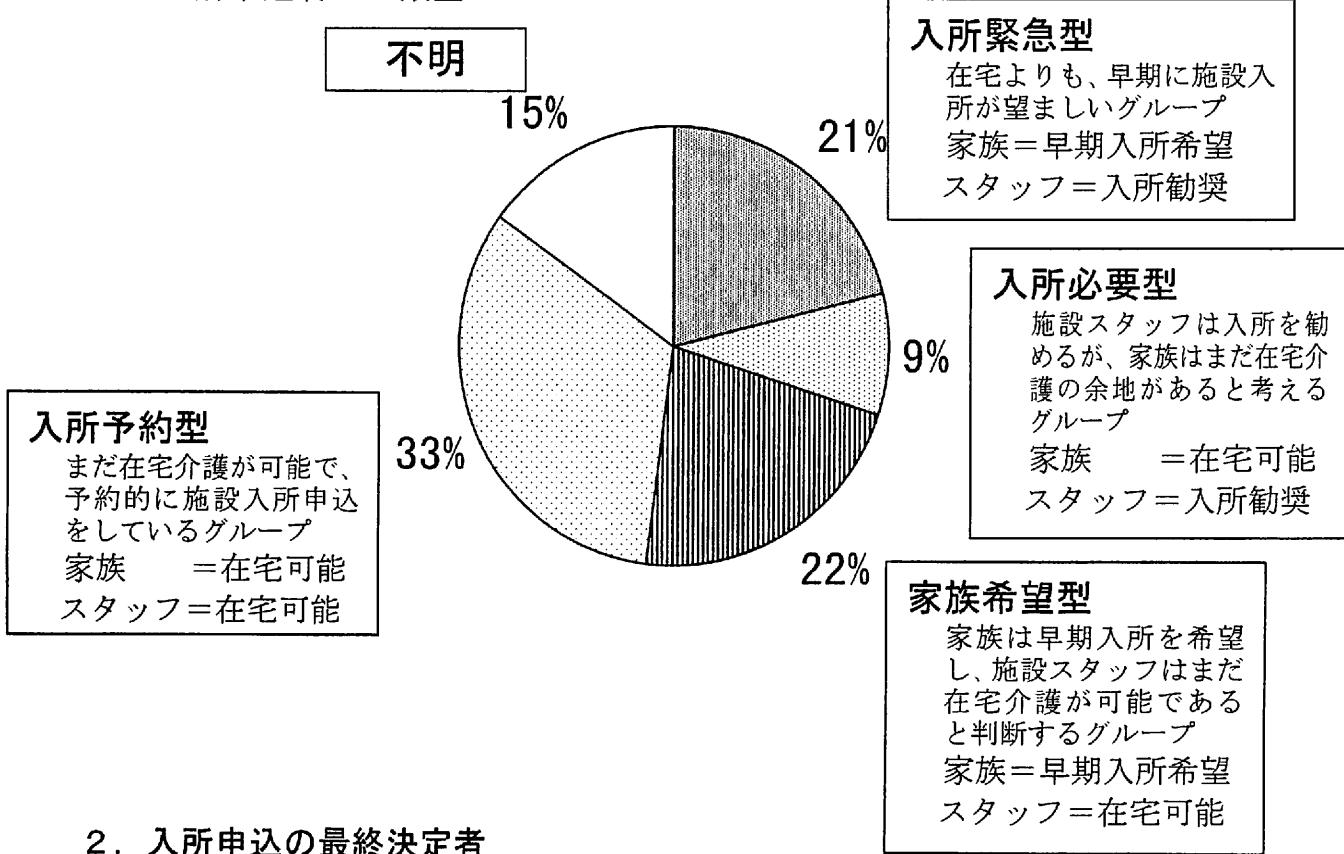
また、家族が入所申込みを最終的に決定したケースが大半である。

資料：「介護円滑導入のための在宅サービス普及阻害要因に関する研究」

（平成14年3月 健康保険組合連合会）

（協力施設：26施設 有効回答数：401名）

1. 入所申込者の4類型

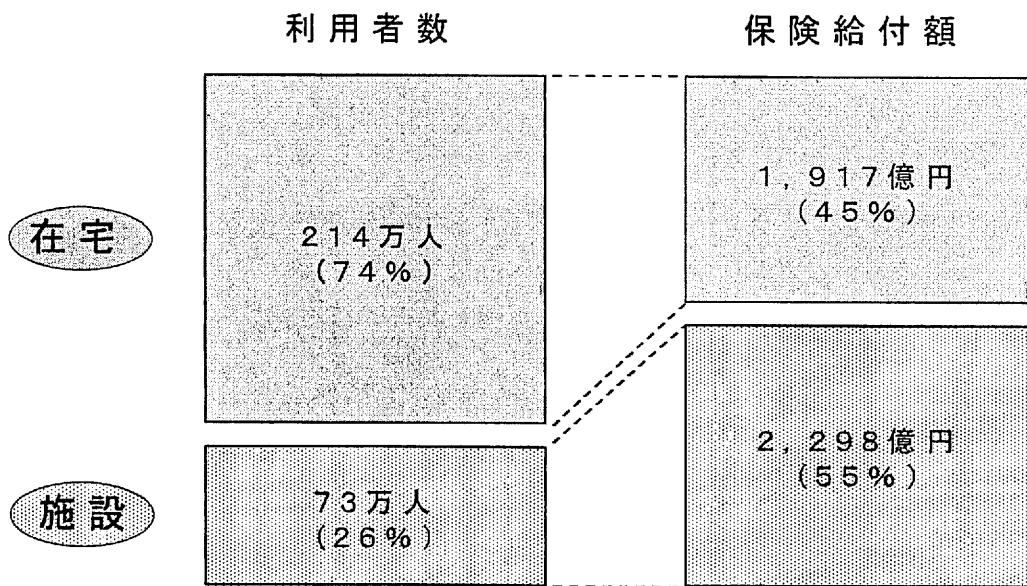


2. 入所申込の最終決定者

	本人	家族	ケアマネ	その他	不明, NA
全 体	13.7%	75.1%	6.2%	4.0%	
入所緊急型	13.1%	75.0%	5.3%		
入所必要型		77.8%	22.2%		
家族希望型	13.6%	86.4%			
入所予約型	21.5%	70.4%	5.2%		

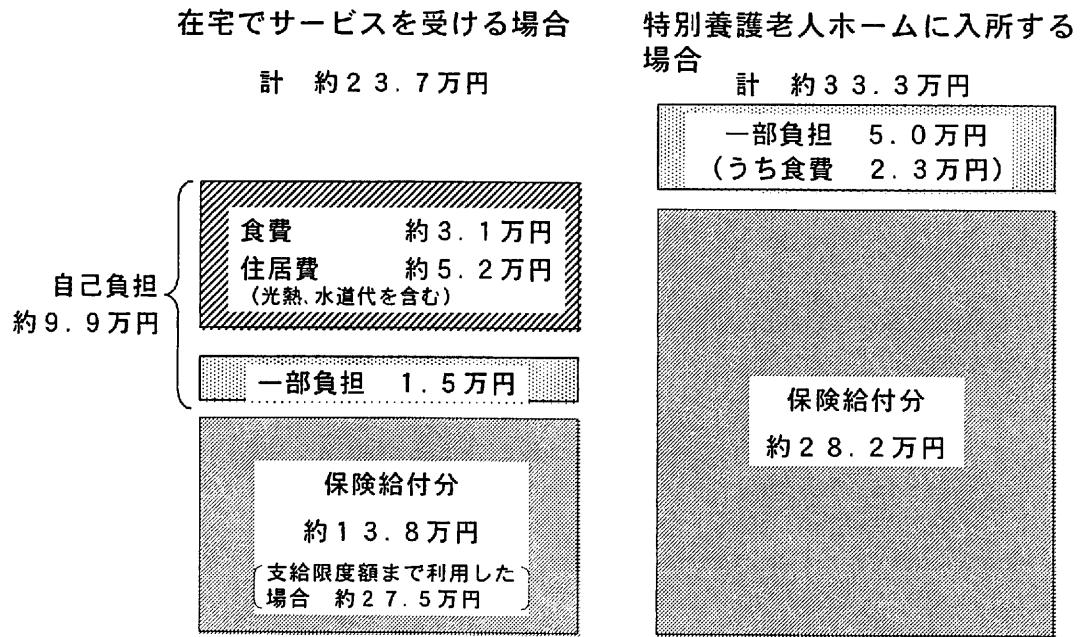
施設と在宅のバランス

○ 利用者数と保険給付額の比較



(出典: 介護保険事業状況報告 2003年8月サービス分)

○ 1人当たりの給付と負担の比較



(注1)単身の要介護4の高齢者について比較したもの。

(注2)「保険給付」及び「一部負担」は、2003年4月～8月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。

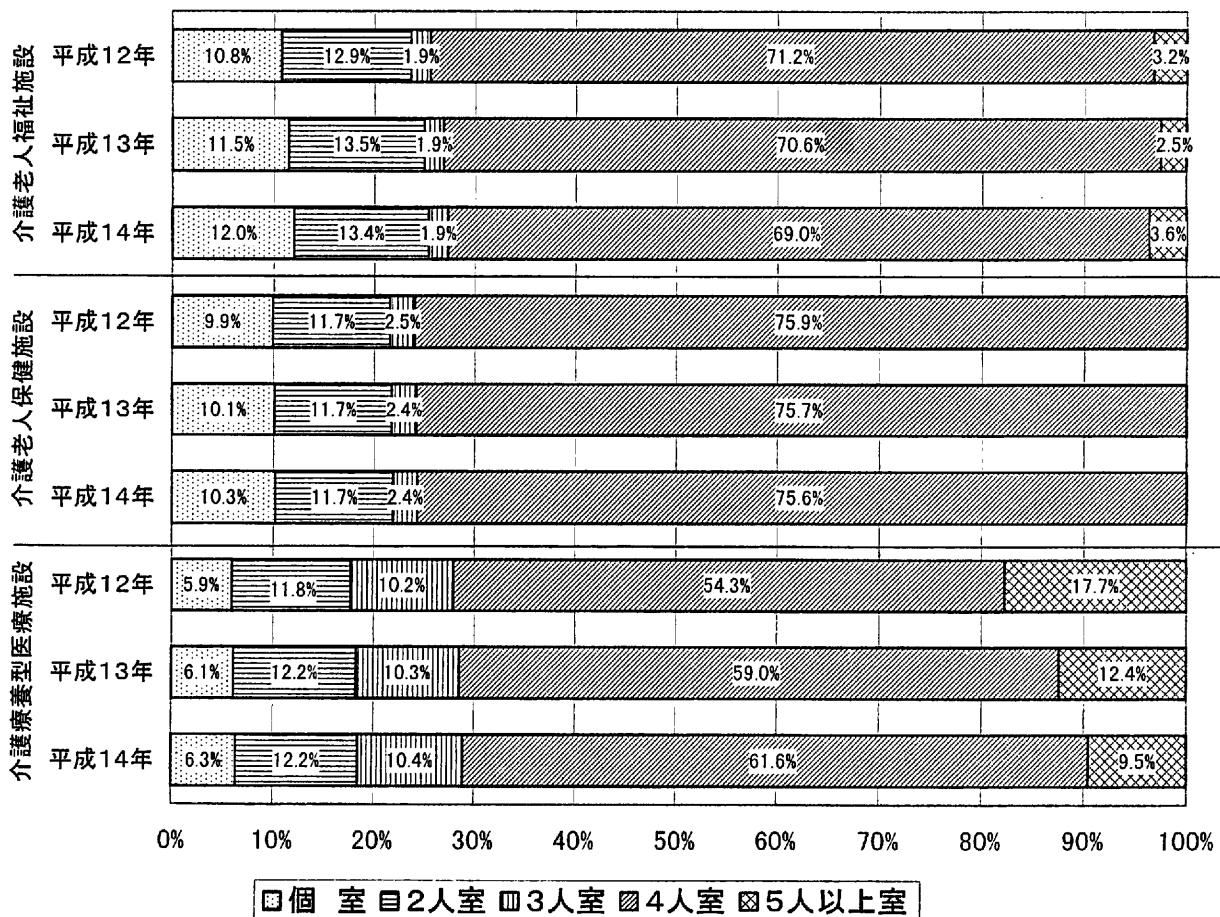
(注3)在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成14年家計調査年報」の単身の高齢者(65歳以上)のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は持家世帯を除いて推計した。

(注4)要介護4の在宅サービスの支給限度額は、306,000円(保険給付分275,400円、一部負担30,600円)である。

施設居住環境の現状

- 特別養護老人ホームの個室は、昭和60年代から増加。
- 平成14年10月現在においても、介護保険施設の入所者の約6割～7割が4人室を利用。

施設の種類別にみた室定員別定員数割合



(注1) 各年10月1日現在。(介護サービス施設・事業所調査)

(注2) 各施設における各室の定員数は、それぞれの室の定員数に室数を乗じた数。また、「5人以上室」の定員数は、全体の定員数からその他の室の定員数の合計を減じた数。