

介護保険制度実施 1年をふりかえって

平成 13 年 7 月 18 日

新宿区福祉部高齢者福祉推進室介護保険課

介護保険制度実施1年をふりかえって

目 次

1	保険料の収納状況	1
(1)	保険料の納付実績	2
2	サービス給付実績	3
	保険給付の実績	4
(1)	サービス利用者数	5
	認定者数	5
	旧制度との比較	8
	認定結果の状況	11
(2)	サービスの利用状況	13
	受給資格者数とサービス利用の傾向	13
	施設の利用率	13
	居宅の利用割合	16
	サービスを利用しない理由	20
(3)	サービスの供給量	23
	サービスの給付量	23
	サービス提供可能量と需要量	28
	サービス量の確保策	29
	事業者の参入と撤退状況	32
(4)	利用料負担	34
	利用者負担額とサービス利用の関係	34
	低所得者の自己負担金	36
(5)	制度周知と相談体制	37

相談体制	37	
事業者選択の指針	38	
(6) 制度（手続き）上の問題		39
認定申請時からのサービス利用	39	
手続きの煩雑さ	40	
(7) 家族介護		43
(8) 医療との役割分担		44
社会的入院	44	
医療と介護サービス	45	

3 サービスの質 47

(1) サービスの質		48
サービスの質が問われる理由	48	
サービスの内容と満足度	49	
サービスの質の向上	50	
(2) ケアマネジャー		51
ケアマネジャーの質	51	
ケアプラン	53	
ケアマネジャーの選択	54	

4 認定審査 55

(1) 認定調査		56
(2) 主治医意見書		58
(3) 介護認定審査会		59
(4) 認定申請から結果通知までに要する日数		60

1 保 険 料 の 収 納 状 況

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 1			
検証項目 保険料の納付実績			
計画の内容・予算			
介護保険事業計画による収納見込み 99.33%			
実績と説明			
平成12年10月から保険料の半額の納付が始まり、98%を超える収納率となった。所得階層別では第2段階が若干低い、それでも96%を超えている。			
保険料段階別収納状況（平成13年度5月31日現在）			
（単位：円）			
段階	調定額 A	純収入額 B	収納率（%） C = B / A
全体	508,623,420	498,747,904	98.06%
第1段階	9,529,754	9,381,800	98.45%
第2段階	119,178,296	114,623,056	96.18%
第3段階	115,129,438	113,391,174	98.49%
第4段階	105,812,910	104,027,752	98.31%
第5段階	158,973,022	157,324,122	98.96%
課題			
<ul style="list-style-type: none"> ・平成13年10月からの保険料本来額納付に向けての周知活動と理解の促進が必要である。 ・滞納者対策の促進が必要である。 			

2 サービス給付実績

(1)	サービス利用者数	5
(2)	サービスの利用状況	13
(3)	サービスの供給量	23
(4)	利用料負担	34
(5)	制度周知と相談体制	37
(6)	制度（手続き）上の問題	39
(7)	家族介護	43
(8)	医療との役割負担	44

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2
 検証項目 保険給付の実績

実績と説明

平成12年度保険給付実績

	予算額(円)	給付額(円)	執行率
保険給付費計	9,842,394,000	7,016,963,532	71.3%
居宅サービス給付費	4,992,628,000	3,176,578,680	63.6%
施設サービス給付費	4,717,628,000	3,804,592,225	80.6%
高額サービス給付費	88,418,000	25,655,842	29.0%
審査支払手数料	43,720,000	10,136,785	23.2%

保険給付費の執行率は予算額(計画)の71.3%に留まっている。この理由としては、

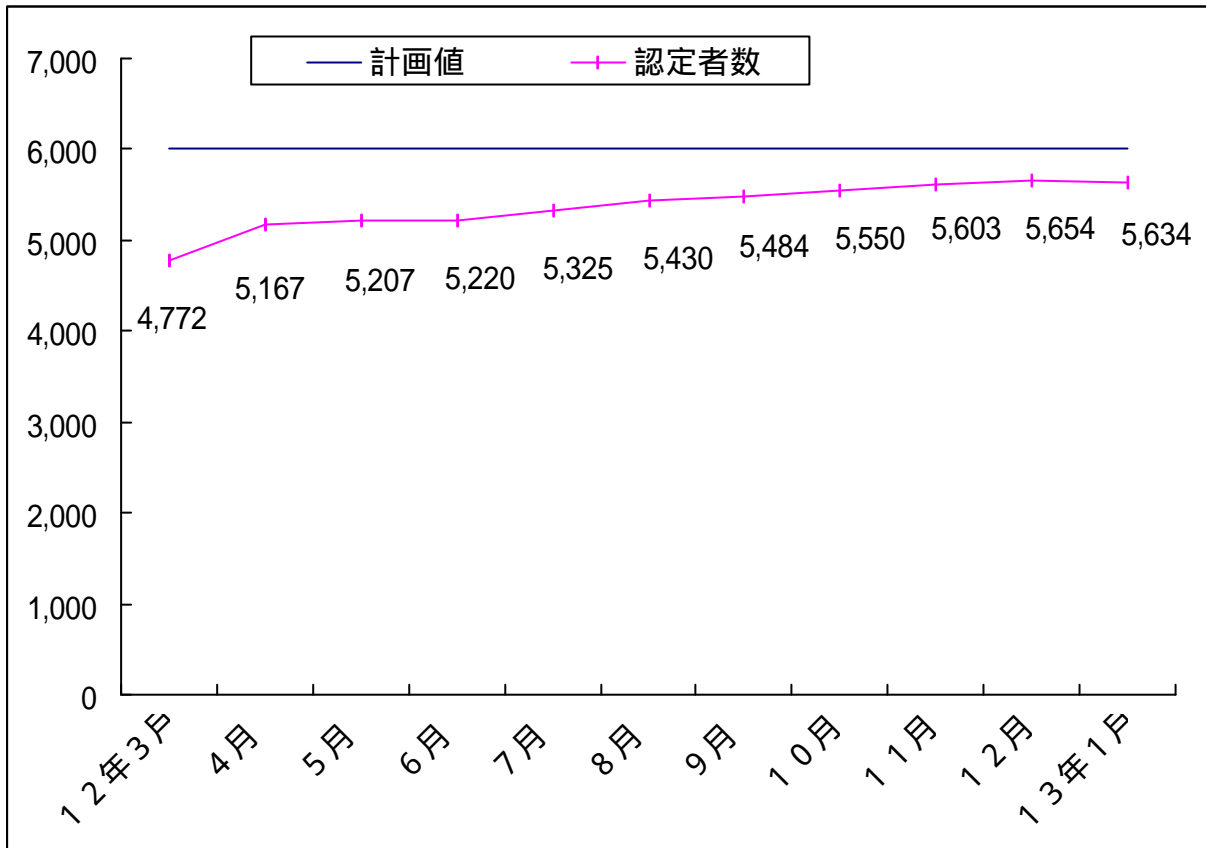
- 1 制度開始当初の要介護認定者数が計画と比べて少なかった(2-(1)-)
- 2 療養型医療施設(療養病床等)の介護保険への転換が進まなかった(2-(2)-)
- 3 居宅サービス利用者の利用割合が低かった(2-(2)-)
- 4 要介護認定を受けながらサービスを利用しない人がいた(2-(2)-)

などが考えられる。

介護保険制度実施1年をふりかえって

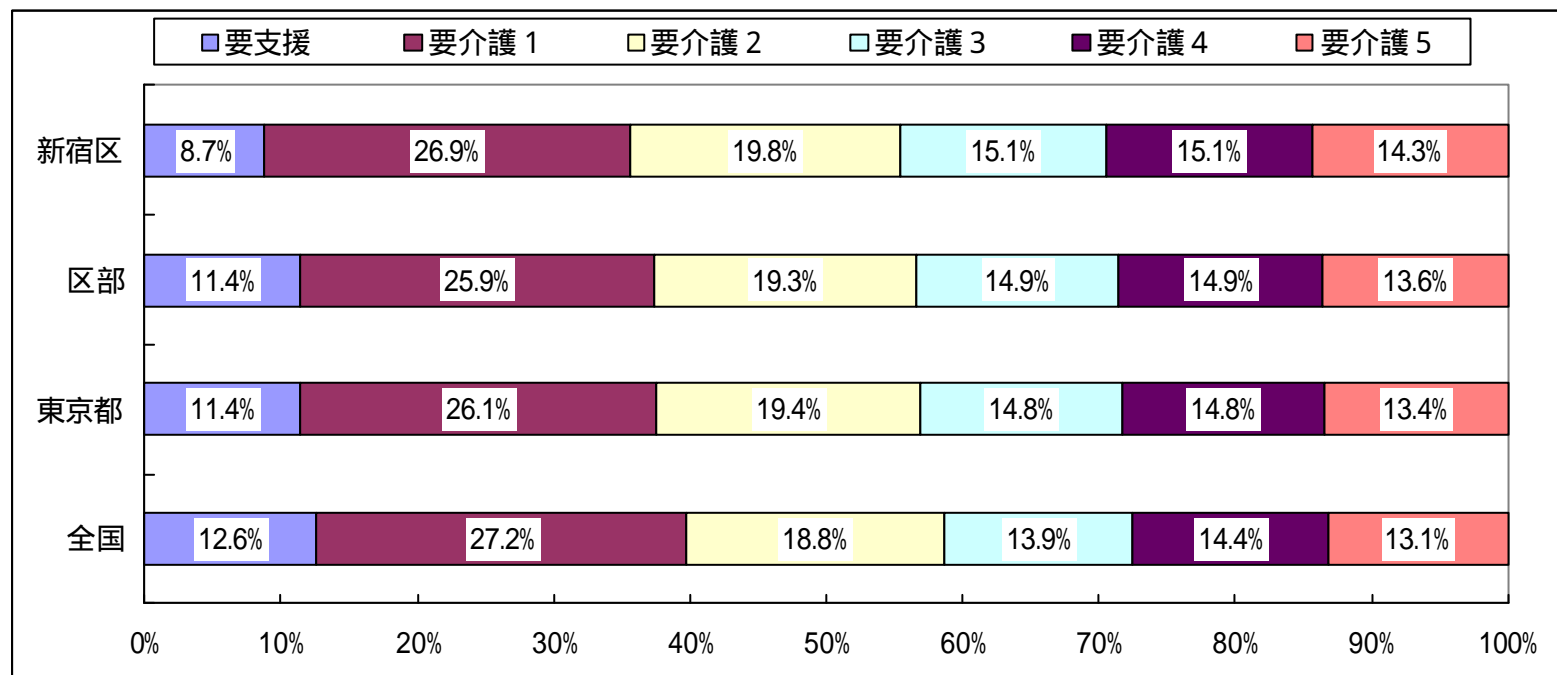
番号 2 - (1) - 検証項目 認定者数 認定者数は計画値と比べてどうだったか
計画の内容・予算 認定者数 6002人
実績と説明 平成12年3月末現在から13年1月末までの11ヶ月間（介護保険会計年度3月～2月にあわせた集計による）の月平均認定者数は5,368人で計画値の89%である。 年度当初は11年度（旧制度）サービス利用者を中心に勧奨し、平成11年10月からの準備要介護認定の結果、4,772人でスタートした。 その後、新規認定者が順調に増加して、年度末には計画値に近づいてきたが、年間を通しての平均値は計画を1割下回った。 認定者数の推移（別紙 1 - ） 全国等との比較表（別紙 1 - の2）

要介護・要支援認定者数（月末現在）



平成13年2月末現在要介護（要支援）認定者数（人）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	第1号被保険者数	出現率
全国	318,959	689,001	475,563	350,593	364,061	331,651	2,529,828	22,334,229	11.3%
	12.6%	27.2%	18.8%	13.9%	14.4%	13.1%			
東京都	24,960	57,189	42,529	32,434	32,443	29,403	218,958	1,936,904	11.3%
	11.4%	26.1%	19.4%	14.8%	14.8%	13.4%			
区部	17,932	40,812	30,318	23,444	23,522	21,371	157,399	1,363,901	11.5%
	11.4%	25.9%	19.3%	14.9%	14.9%	13.6%			
新宿区	497	1,539	1,133	865	863	819	5,716	49,950	11.4%
	8.7%	26.9%	19.8%	15.1%	15.1%	14.3%			



介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (1) - 検証項目 旧措置制度との比較 旧措置制度と比較して利用は増加したか
背景 制度が異なるため、前年度との単純比較は困難がある
実績と説明 ・主要サービス3種（ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ）について、介護保険になってからの利用が増加している。 ・平成11年度にサービスを利用していた人を中心とする平成12年3月末現在の要介護・要支援者数が4,772人であったのに対し、13年3月末現在では5,870人と介護保険制度になってから1,000人近く増えている。 ・サンプル調査としての「介護保険導入時サービス利用状況調査」によると介護保険導入時にサービスを利用し始めた人が18.1%、サービス量が増加した人が30.7%いる。 (資料) ・サービス利用比較 11年度と介護保険の比較 (別紙 1 - ・「介護保険導入時サービス利用状況調査結果について」(別紙 1 - の2) *調査件数 590件

(別紙 1 -)

		平成 1 1 年度実績	平成 1 3 年 1 月実績 *2	単位
訪問介護	高齢者 *1 計	5,861.8	14,152.7	(時間/週)
	身体介護	2,552.3	3,171.2	
	家事援助	3,309.5	4,060.0	
	複合型		6,921.5	
訪問看護	計	693.7	721.4	(回/週)
訪問入浴	計	243.6	319.8	(回/週)
通所介護	計	170.1	223.7	(人/日)
	一般通所	154.0	188.8	
	痴呆通所	16.1	34.8	
短期入所	計	23.9	28.5	(床/日)
	生活介護		21.1	
	療養介護		7.4	

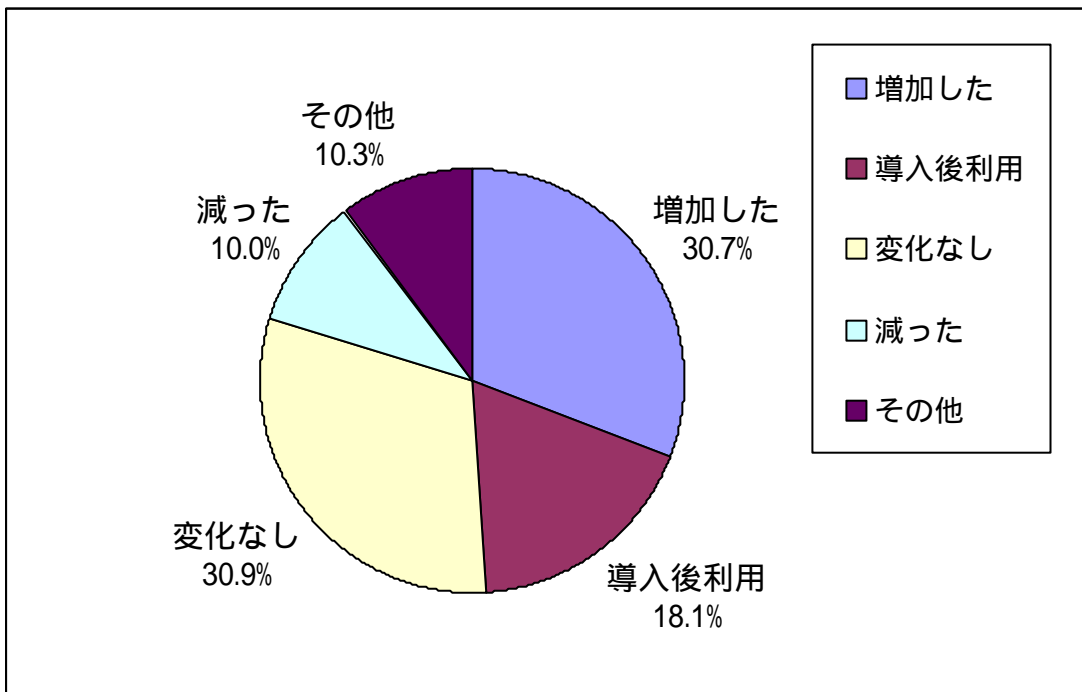
* 1 1 1 年度の訪問介護については高齢者（65歳以上）の年間の実績を週単位に換算した。

* 2 1 2 年度の実績については平成 1 3 年 1 月分の実績による。

介護保険導入時サービス利用状況調査

- 1 調査期間 平成12年6月20日～平成12年8月31日
- 2 対象者 590件
 - ア 従来介護サービスを利用して、引き続き介護保険サービスを利用
 - イ 介護保険導入後、はじめて介護保険サービスを利用した人

サービス量が増加した	181件 (30.7%)
介護保険導入後サービスを利用した	107件 (18.1%)
サービス量に変化なし	182件 (30.9%)
サービス量が減った	59件 (10.0%)
その他分類不可	61件 (10.3%)



介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (1) -
 検証項目 認定結果の状況
 細項目

- ア 要介護度別分布は計画と比べてどうか
- イ 要介護度別分布は1年間でどう変化したか
- ウ 更新によって要介護度はどう変化したか

実績と説明

ア 平成13年3月末の在宅介護者（認定調査時に在宅および入院している人）の要介護度別を比較すると、要介護度3以上の方が計画値では全体の32.2%であるのに対し実際は37.5%と重度の方向にシフトしている。

（資料）在宅介護の要介護度別の計画値との比較表（別紙ア ）

*平成13年3月末の認定調査時の居場所が在宅あるいは入院中の人

イ 全体の構成比にあまり大きな変化はない。

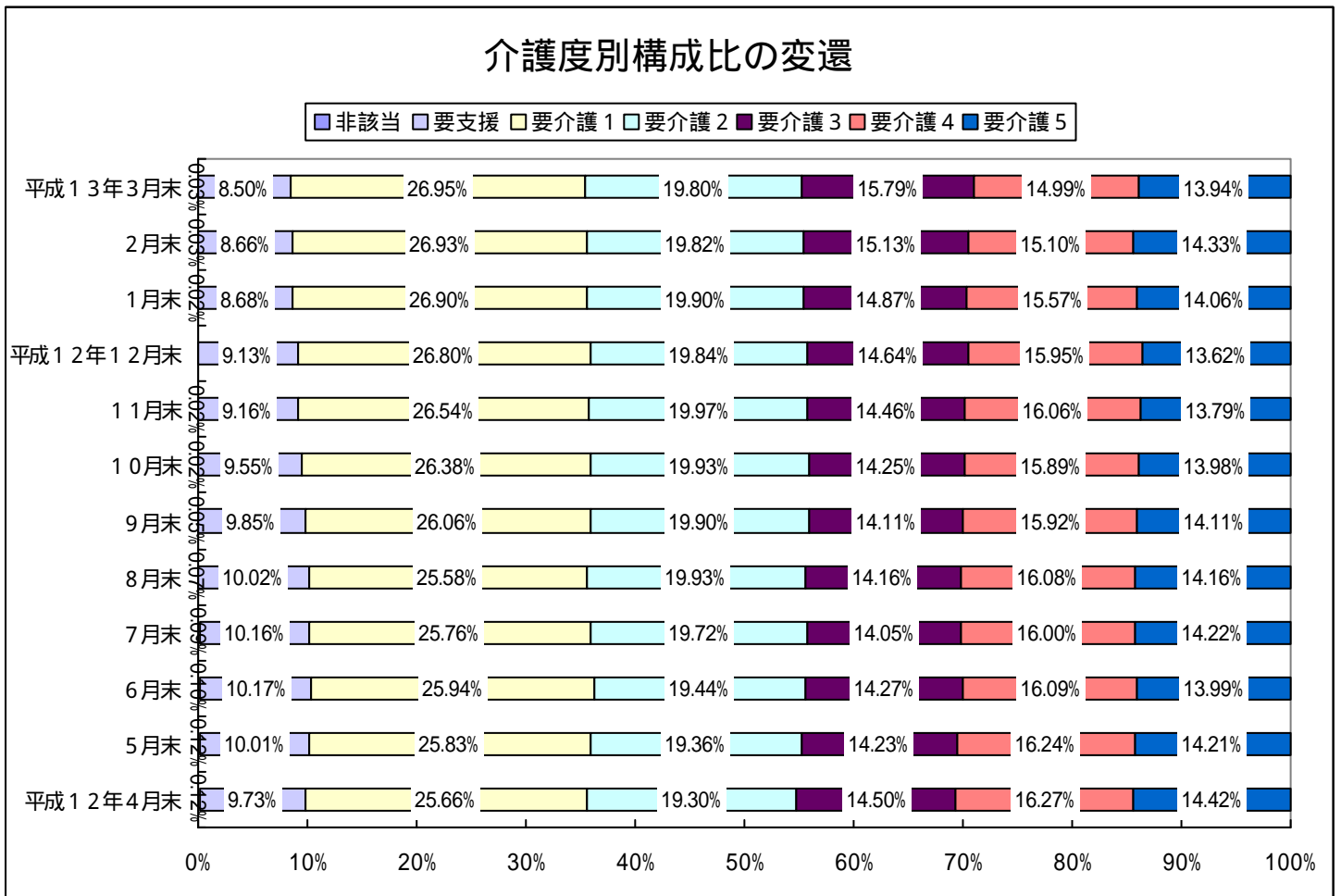
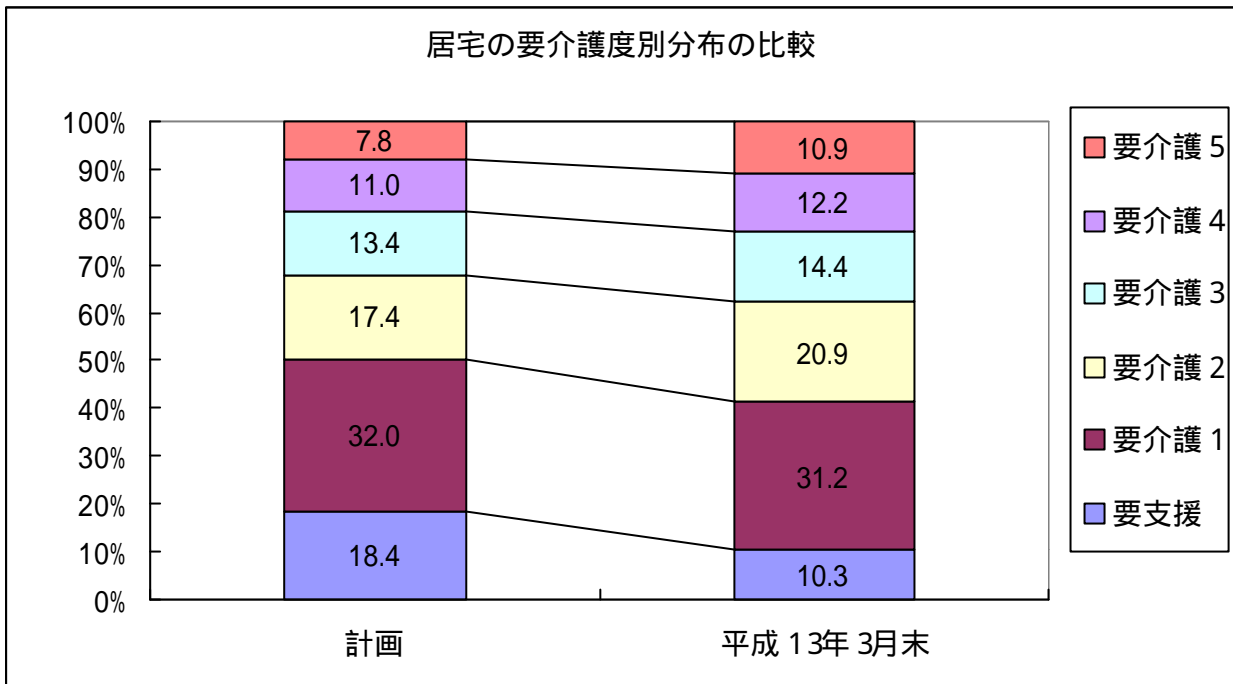
（資料）介護度別構成比の変遷（別紙イ ）

ウ 要介護度については、継続の場合約3割の方が前回より重度に、6割近くが前回と同じ、1割が軽度の認定結果を受けている。これは、入院中に要介護認定を受け、その後状態が良くなり退院しリハビリをした結果元気になったケースなどが考えられる。

更新申請に伴う更新前・更新後介護度の比較

（H12年5月からH13年3月の11ヶ月間の集計、二回目以降の更新認定者を含む）

項目	(申請時) 合計	変更率 = 変更数 ÷ 合計		変更後		
		変更数(件)	変更率	重くなった	前回と同じ	軽くなった
前回介護度						
要支援	541	304	56.2%	55.3%	43.8%	0.9%
要介護1	1,574	599	38.1%	31.1%	61.9%	6.9%
要介護2	1,204	593	49.3%	31.4%	50.7%	17.9%
要介護3	879	423	48.1%	30.8%	51.9%	17.3%
要介護4	1,001	397	39.7%	26.2%	60.3%	13.5%
要介護5	841	138	16.4%		83.6%	16.4%
(認定後)合計	6,040	2,454	40.6%	28.1%	59.4%	12.5%

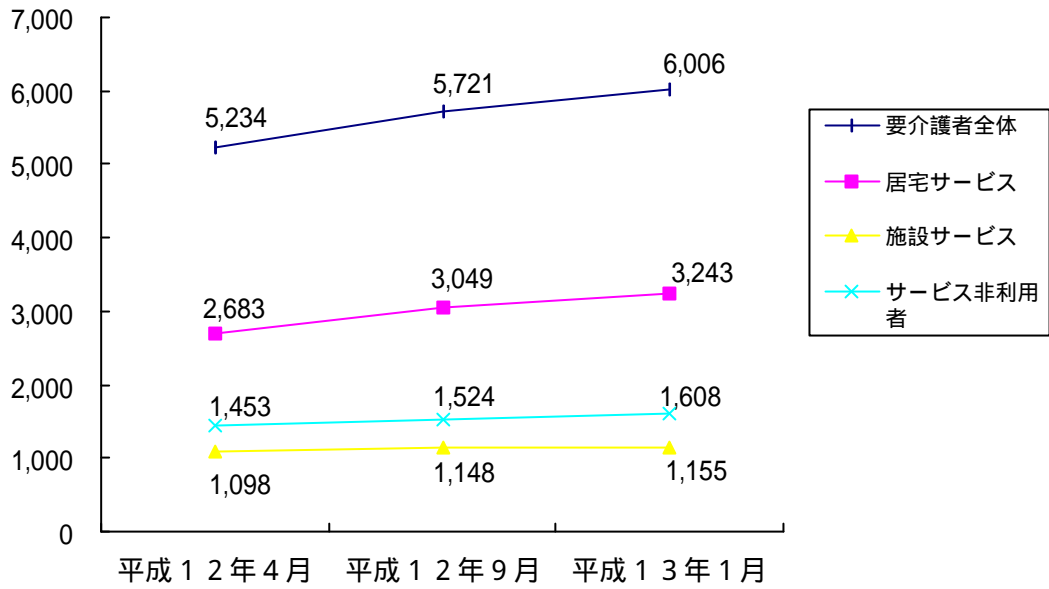


介護保険制度実施1年をふりかえって

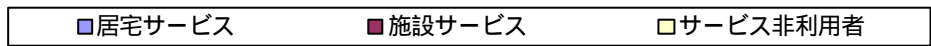
番号	2 - (2)
検証項目	サービスの利用状況について
細目	受給資格者数とサービス利用の傾向 施設の利用率
背景	<p>全国的な傾向としてサービスの利用が進まなかったといわれている中で、新宿区のサービス利用率はどうだったのか把握したい。</p> <p>施設サービスについては、居宅以上に高い需要があること、また、介護保険の導入で改善されるとされていた社会的入院との関係はどうなったのかという関心が持たれている。</p>
実績と説明	<p>・ 受給資格者(認定を受けている者)の数は4月(5,234人)、9月(5,721人)、1月(6,006人)と着実に増加している。</p> <p>・ 対象者のサービス利用について見ると、居宅サービス利用者は徐々に増えているが、施設サービス利用者はほぼ横ばい、認定を受けていながらサービスを利用していない者は年度を通して常に全体の27%程度を占めている。</p> <p>(資料 別図 受給資格者の推移、 受給資格者サービス区分ごとの構成比)</p> <p>・ 施設利用者を施設の種類別で見ると、特別養護老人ホーム利用は、若干減少傾向にある。この減少傾向は、区内施設と区外のベッド確保施設はともかく、これら以外の区外施設は、入所者が退所(死亡・緊急入院)しても新規に新宿区の被保険者を優先して入所させてはくれないため、その分の減少があると思われる。ただ、この減少傾向は将来続くものとは考えにくい。</p> <p>・ 老人保健施設は割合・利用者数とも伸びている。これは12年8月にフォレスト西早稲田ができたことによる影響が大きく出ている。</p> <p>・ 療養型医療施設は、割合・利用者数とも増えてきてはいるが、医療保険から介護保険への転換が進んでいないためその推移は低迷している。転換しなかった病床に入院している人が、サービスの非利用者の中に多く含まれていると思われる。</p> <p>(資料 別図 施設サービス利用者の推移、 都の療養型医療施設整備状況)</p>
課題	<p>・ 非利用者の理由の把握が必要である。</p> <p>・ 施設需要の把握と社会的入院の実態把握が必要である。</p>

受給資格者の推移（各月中に有効認定を持つ者の延べ数）

（人）

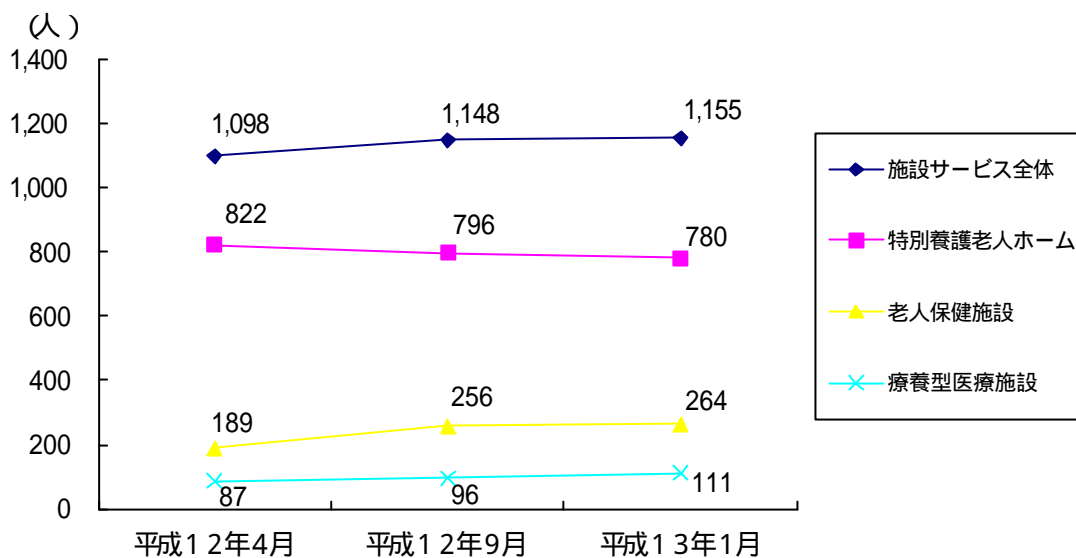


受給資格者サービス区分ごとの構成比

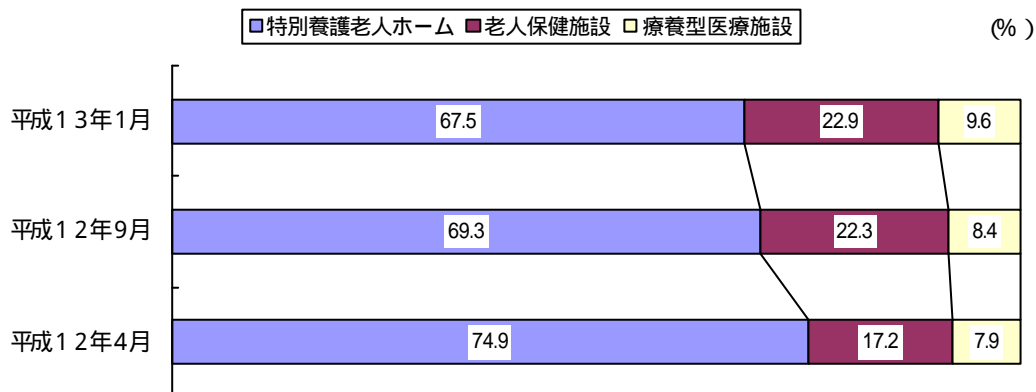


(%)

- 1 施設サービス利用者の推移



- 2 施設サービス利用者 - 施設種類別の割合



都の療養型医療施設整備状況

平成12年度

目標量 14,965 床

都外利用 4,900 床

整備目標 10,065 床 平成12年3月

平成12年度事業者指定

87 件 3,866 床 平成13年4月1日現在

整備率 38.4 %

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号	2 - (2)
検証項目	サービスの利用状況
細目	居宅の利用割合
背景	居宅サービス（訪問通所サービス）の限度額に対する利用割合はどうか。新宿の状況を知りたい。
計画	訪問通所サービス支給限度額に対する利用割合 46.98%
実績と説明	<p>実績と説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービスの利用者数は増加の傾向にある。 ・限度額に対する利用割合は4月（37.2%）、9月（40.6%）、1月（39.1%）となっており、12年度の計画値46.98%に対して、やや低い値になっている。 ・国が12年度に、12年7月のサービス利用分について複数の保険者に調査して出した利用割合は43.2%であった。 ・要介護度別に見ると、要支援では（A）限度額に対して60%以上利用している割合は減少傾向にあり、限度額に対して40%以下の利用で済ませている割合が増えてきている。 ・それに対して、要介護4、要介護5では（B・C）逆の傾向で、限度額に対して60%以上利用している割合が増加傾向にあり、限度額に対して40%以下の利用で済ませている割合は減っている。実際に必要な対象者はサービスを利用していると言える。 ・各要介護度別の限度額の定義は、高齢者夫婦二世帯で、どちらか一人が要介護状態になった場合に必要となる平均的なサービスの積み上げによるものであり、家族が多い世帯や非常に重い要介護状態には、もともと当てはまるものではない。また、実際の利用割合は、本人の希望やサービスの提供量によって決まってくるものであり、今後の制度の定着状況やサービス提供量の増加によって将来的には増えていくと見込まれる。 <p>資料 別表 限度額に対する利用割合（新宿区実績、全国平均） 居宅サービス利用者の推移 訪問通所サービス利用者 - 支給限度額に対する利用割合（要介護度別）</p>
課題	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用率が低い原因の把握が必要である。

訪問通所サービスの支給限度額に対する利用状況

平成12年4月利用分

	人数	限度額	実績額	限度額に対する利用割合
要支援	299	18,388,500	8,161,050	44.4 %
要介護1	755	125,179,000	39,344,340	31.4 %
要介護2	518	100,906,400	36,388,640	36.1 %
要介護3	317	84,797,500	30,949,750	36.5 %
要介護4	295	90,270,000	34,486,200	38.2 %
要介護5	320	114,656,000	49,373,740	43.1 %
平均	2,504	534,197,400	198,703,720	37.2 %

平成12年9月利用分

	人数	限度額	実績額	限度額に対する利用割合
要支援	322	19,803,000	9,102,000	46.0 %
要介護1	907	150,380,600	49,192,860	32.7 %
要介護2	639	124,477,200	47,628,600	38.3 %
要介護3	354	94,695,000	38,252,500	40.4 %
要介護4	354	108,324,000	48,103,200	44.4 %
要介護5	326	116,805,800	56,969,700	48.8 %
平均	2,902	614,485,600	249,248,860	40.6 %

平成13年1月利用分

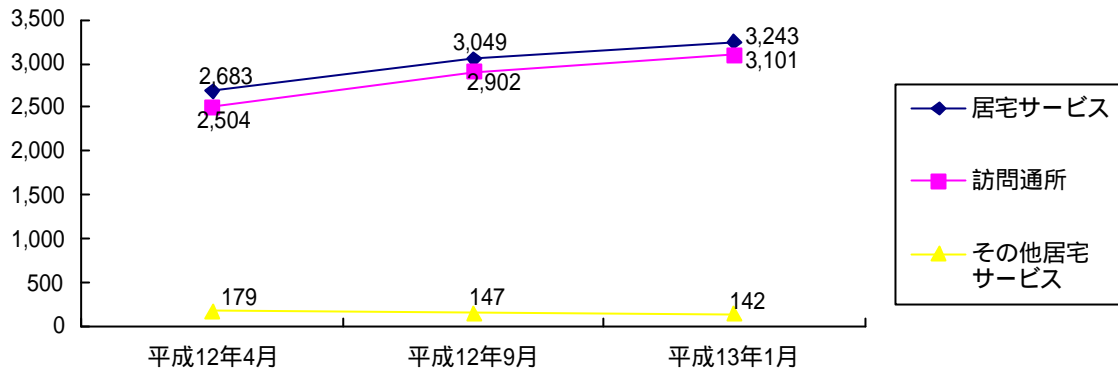
	人数	限度額	実績額	限度額に対する利用割合
要支援	294	18,081,000	7,293,900	40.3 %
要介護1	999	165,634,200	51,646,700	31.2 %
要介護2	686	133,632,800	49,323,360	36.9 %
要介護3	415	111,012,500	42,238,250	38.0 %
要介護4	364	111,384,000	49,082,400	44.1 %
要介護5	343	122,896,900	59,441,970	48.4 %
平均	3,101	662,641,400	259,026,580	39.1 %

使用した要介護状態区分ごとの実績額は、限度額に対する利用割合を0 - 20%、20 - 40%、40 - 60%、60 - 80%、80 - 100%というように20%刻みで分けられたそれぞれの中間値(10%、30%、50%、70%、90%)で計算した額の積み上げである。

全国ベースでの利用割合(国が106保険者に対し、平成12年7月利用分の調査を行った結果)

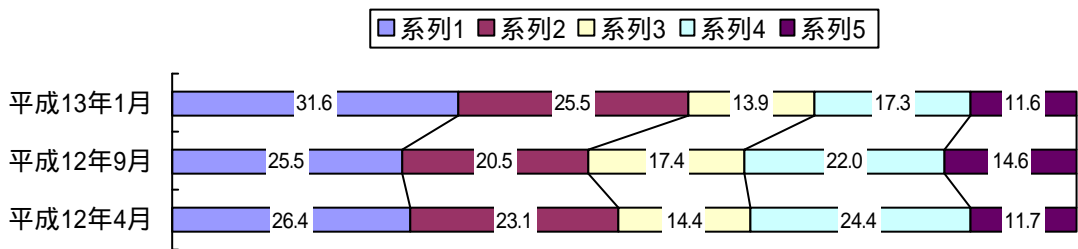
要支援	54.2%
要介護1	37.5%
要介護2	42.6%
要介護3	43.7%
要介護4	43.9%
要介護5	44.6%
平均	43.2%

居宅サービス利用者の推移

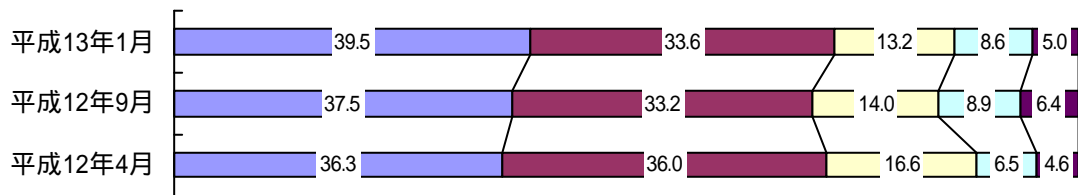


訪問通所サービス利用者 - 支給限度額に対する利用割合

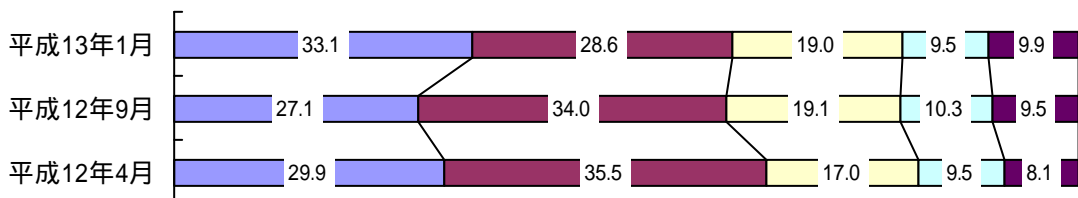
要支援



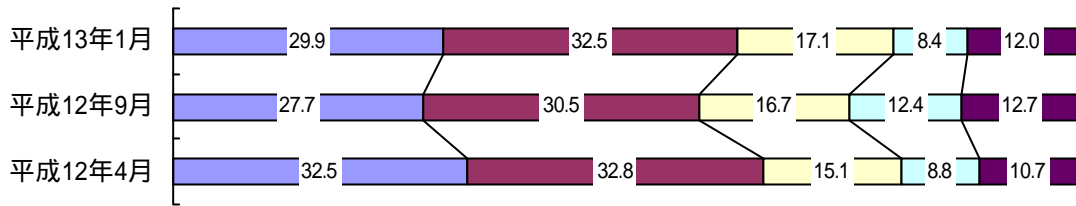
要介護 1



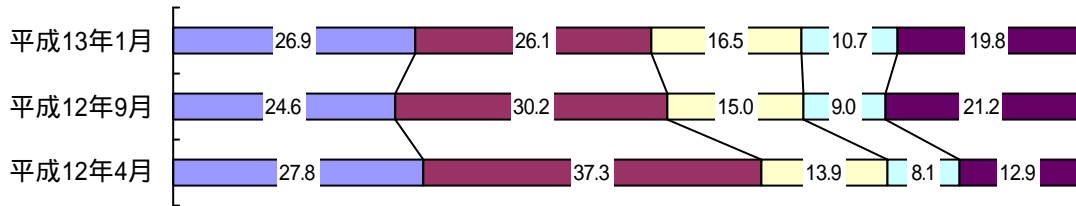
要介護 2



要介護 3

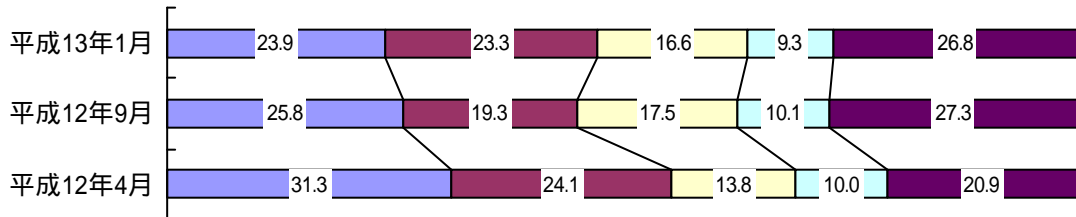


要介護 4



B

要介護 5



C

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

番号	2 - (2)
検証項目	サービスの利用状況
細目	サービスを利用しない理由 認定を受けていながらサービスを利用していない対象者が 27%程度出現しているのはなぜなのか。
実績と説明	<p>実績と説明</p> <ul style="list-style-type: none">・平成 12 年度、別に行った満足度調査で、サービスを受けていない方にその理由を聞いたところ、「家族介護のため」が最も多く（30.4%...256/843）、次が「入院中」で（29.8%...251/843）であった。サービスを利用しない理由は、この場合の対象者に当てはめても妥当であると考えられる。・「入院中」と答えた回答者は要介護度の高い人が多く、身体の状態が不安定で医療の関わりが欠かせない高齢者の実態も伺える。・また、入院先の病院が療養型医療施設へなかなか転換しないこともサービス非利用者の数に影響を及ぼしていると思われる。・「家族介護」と答えた回答者は要介護度が低い人が多い。介護を家族で支えようとする意識は、サービス利用の抑制に作用していると思われる。 <p>資料 介護保険サービス利用者満足度調査からの抜粋（サービスを利用しない理由）</p>
課題	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none">・サービス非利用者の原因調査と分析が必要である。

介護保険サービス利用者満足度調査からの抜粋

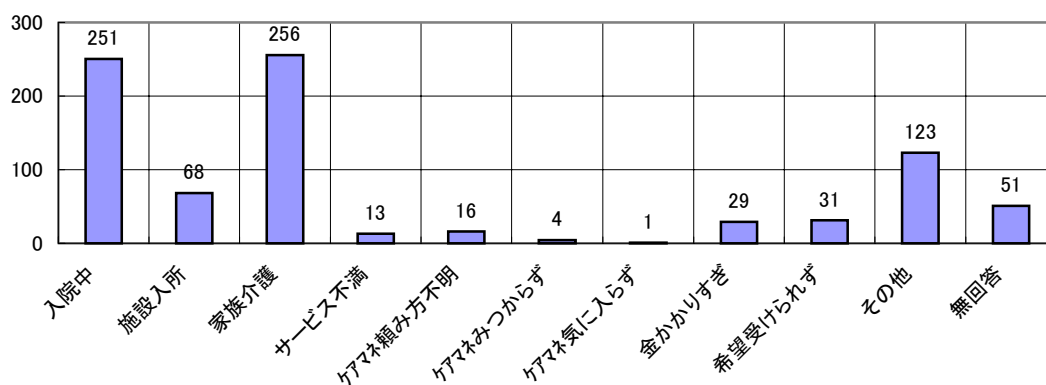
調査対象者 平成 12 年 11 月 29 日現在被保険者で、要介護認定を受け、平成 12 年 4 月 1 日以降施設サービス（介護保険施設）を 1 回も利用していない方

調査期間 平成 12 年 12 月 4 日～平成 12 年 12 月 22 日

サービスを受けていない方の理由（問 6 . で「いない」と回答した 843 件中）

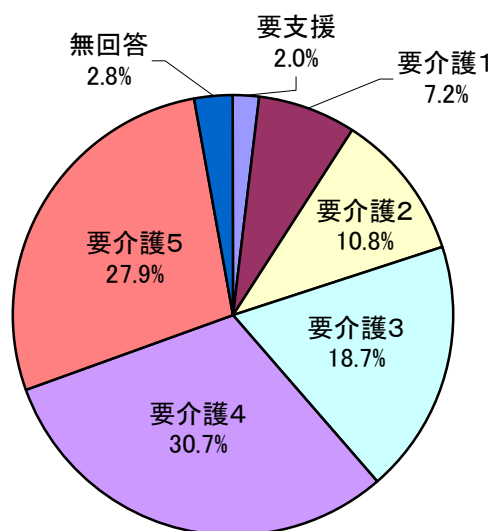
	入院中	施設入所	家族介護	サービス不満	ケアマネ頼み方不明	ケアマネみつからず	ケアマネ気に入らぬ	金かかりすぎ	希望受けられぬ	その他	無回答
回答件数	251	68	256	13	16	4	1	29	31	123	51

いない理由として最も多かったのは、「家族介護」で 256 件（30.4%）、続いて「入院中」の 251 件（29.8%）、「その他」123 件（14.6%）となっている。「その他」は「本人が利用を拒んでいる」「まだサービスを受けなくても大丈夫」「社会福祉協議会のサービスを利用している」などである。



* サービスを受けていない理由が「入院中」の場合の介護度の分析（251 件）

	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	無回答
回答件数	5	18	27	47	77	70	7

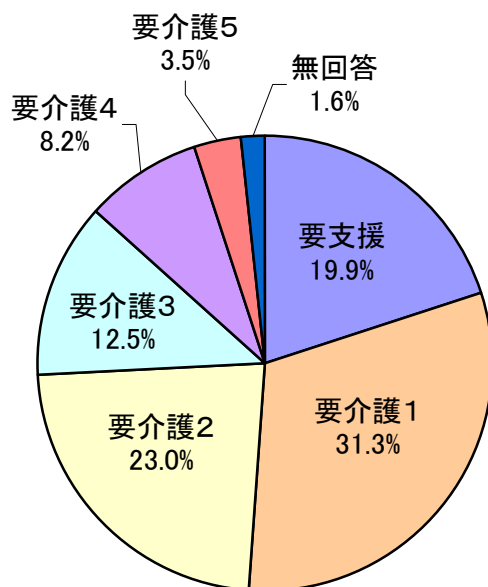


「要介護 4」77 件（30.7%）
 「要介護 5」70 件（27.9%）
 「要介護 3」47 件（18.7%）
 の順で合わせて約 8 割となり、介護度の高い方の入院の割合が多かった。

介護保険サービス利用者満足度調査からの抜粋

* サービスを受けていない理由が「家族介護」の介護度分析（256件中）

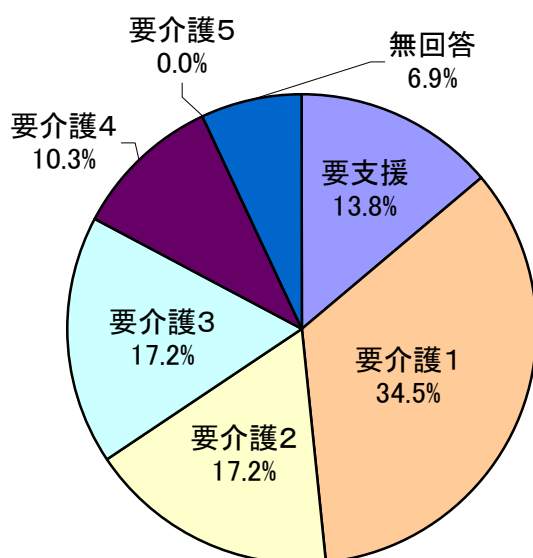
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
回答件数	5	80	59	32	21	9	4



「要介護1」80件（31.3%）
 「要介護2」59件（23.0%）
 「要介護」51件（19.9%）
 と、介護度の低い方の家族介護の割合が多かった。

* サービスを受けていない理由が「金がかかりすぎる」の介護度分析（29件中）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
回答件数	4	10	5	5	3	0	2



「要介護1」が最も多く10件（34.5%）
 「要介護2」と「要介護3」が各々5件（17.2%）
 ずつあった。

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号	2 - (3) -
検証項目	サービスの供給量
細目	各サービスの給付実績量は計画と比べてどうだったか？
実績と説明 <ul style="list-style-type: none">・12年度の給付実績から平成13年1月給付分を抽出し、各サービスの給付量と計画における量とを比較したものが別表である。・各サービスの給付量を、計画における供給見込量と単純に比較すると、訪問入浴・訪問リハビリを除いて少ない数になっている。(表中のB:D)・また、計画上の要介護者数と平成13年1月の実態との差を勘案した補正後の目標量を仮定し、その目標量に対する充足率を、計画上の供給率と比べると、訪問入浴・訪問リハビリは別として、訪問介護...計画100% 実績88%、訪問看護...44% 32%、通所介護...78% 43%など、低いパーセンテージにとどまっている。これは受給資格者(要介護認定者)の中にサービス非利用者が常に27%前後現われていることや訪問通所サービスの限度額に対する利用割合が低めであったサービス利用の傾向が反映していると思われる。・訪問入浴は、計画での供給率(100%)が実績での充足率が273%となっており、計画の目標量をはるかに上回る利用が行われた。さらに年間の推移を見ると、季節的な要因で給付量に変化が見られ充足率はもっと高くなる。・訪問リハビリについては、目標量に対する充足率は10%と低いものの、計画で見込まれていた供給率2%と比較すると大きく伸びている。計画段階では予想されなかった供給が行われた結果である。・施設サービスでは、計画と大きく開きがあるのが療養型医療施設であり、当初計画の366床に対し105床であった。これは医療保険から介護保険への転換が進んでいないことが原因と思われる。・12年度の給付月11ヶ月の推移をサービス別にみると、8月にフォレスト西早稲田が開設されたことにより、老人保健施設、通所リハビリの量が8月以降増えている。 <p>(資料 別表 給付量の計画値との比較、サービスの利用月別給付量)</p>	
課題 <ul style="list-style-type: none">・給付実績(新宿区の地域特性)からみた国の標準モデルの検証が必要である。	

給付量の計画値との比較（1月利用分）

（1）居宅サービス

		当初計画（平成12年度）			平成13年1月給付実績			B : D	
		目標量(A)	供給見込量(B)	供給率(B/A*100)	目標量(C)	給付量(D)	充足率(D/C*100)		
要介護認定者数		6,002			5,634				
	係数	1			0.93				
訪問介護	計 (時間/週)	17,357	17,357	100%	16,142	14,152.7	88%	1.0	0.8
	身体介護					3,171.2			
	家事援助					4,060.0			
	複合型					6,921.5			
訪問入浴	(回/週)	126	126	100%	117	319.8	273%	1.0	2.5
訪問看護	計 (回/週)	2,442	1,064	44%	2,271	721.4	32%	1.0	0.7
	訪問看護ステーション					653.5			
	医療機関					67.8			
訪問リハビリ	(回/週)	247	5	2%	230	22.6	10%	1.0	4.5
通所介護	計 (人/日)	559	438	78%	520	223.7	43%	1.0	0.5
	痴呆					34.8			
	それ以外					188.8			
通所リハビリ	計 (人/日)	76	20	26%	71	18.3	26%	1.0	0.9
	医療機関					4.8			
	診療所					0.3			
	老人保健施設					13.2			
短期入所介護合計	(床/日)	220	39	18%	205	28.5	14%	1.0	0.7
(短期入所生活介護)	(床/日)					21.1			
(短期入所療養介護)	計 (床/日)					7.4			
	老人保健施設					7.0			
	それ以外					0.4			
痴呆対応型共同生活介護	(人)	46	46	100%	43	0.0	0%	1.0	0.0

（2）施設サービス

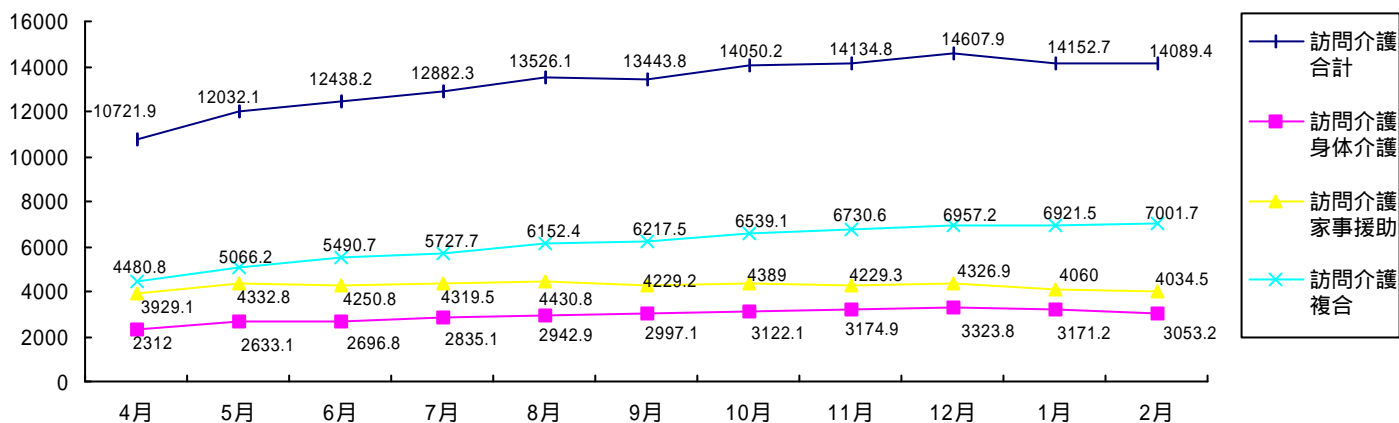
		当初計画（平成12年度）			平成13年1月給付実績			B : D	
		目標量(A)	供給見込量(B)	供給率(B/A*100)	目標量(C)	給付量(D)	充足率(D/C*100)		
要介護認定者数		6,002			5,634				
	係数	1			0.93				
施設サービス合計		1,577	1,449	128	1,467	1,096.1	371	1.0	0.8
介護老人福祉施設	(床)		833			760.1			
介護老人保健施設	(床)		250			230.9			
介護療養型医療施設	(床)		366			105.1			

（ ） 12年度の実績と比較する目標量は計画の要介護人数と実態との差を勘案した補正後の目標量になっている。

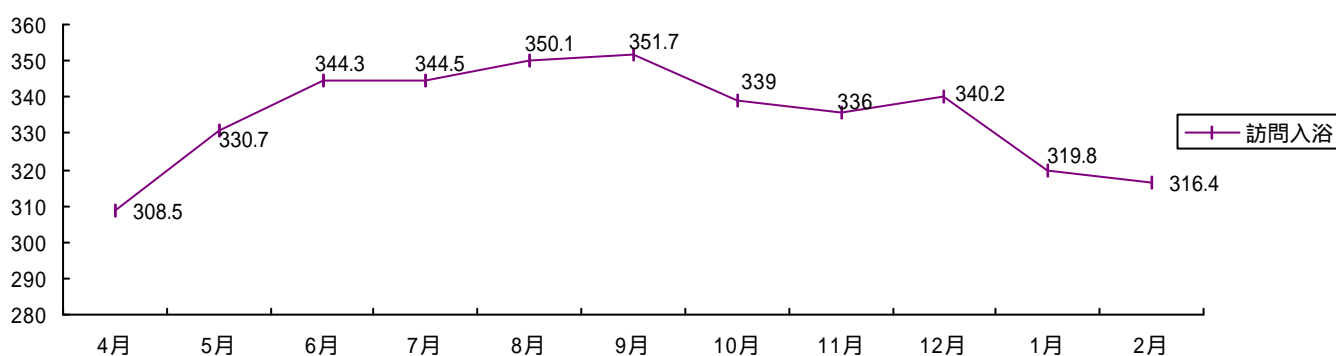
（注） 13年1月の給付実績は国保連合会からのレセプト情報（平成12年5月審査分から平成13年5月審査分まで）を用い集計した。そのため月遅れ請求等により今後変動する可能性がある。

- 1 サービスの利用月別給付量（在宅サービス）

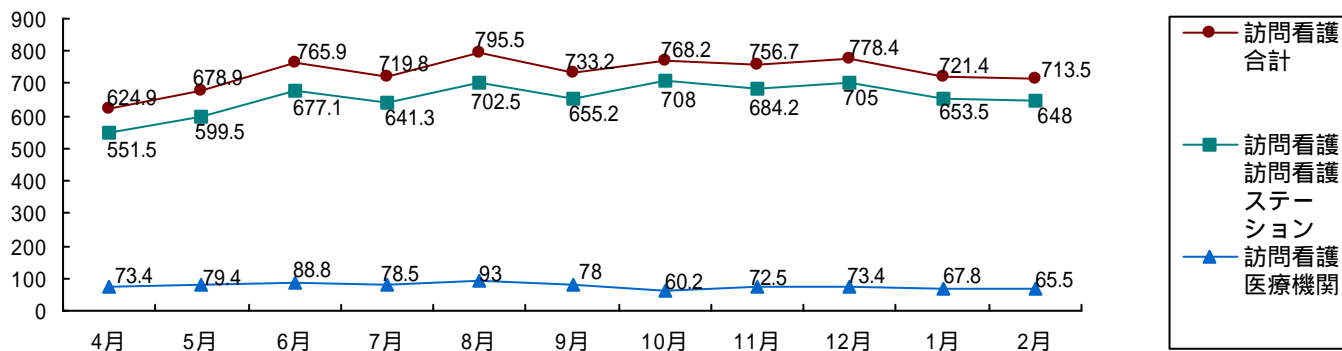
訪問介護（時間／週）



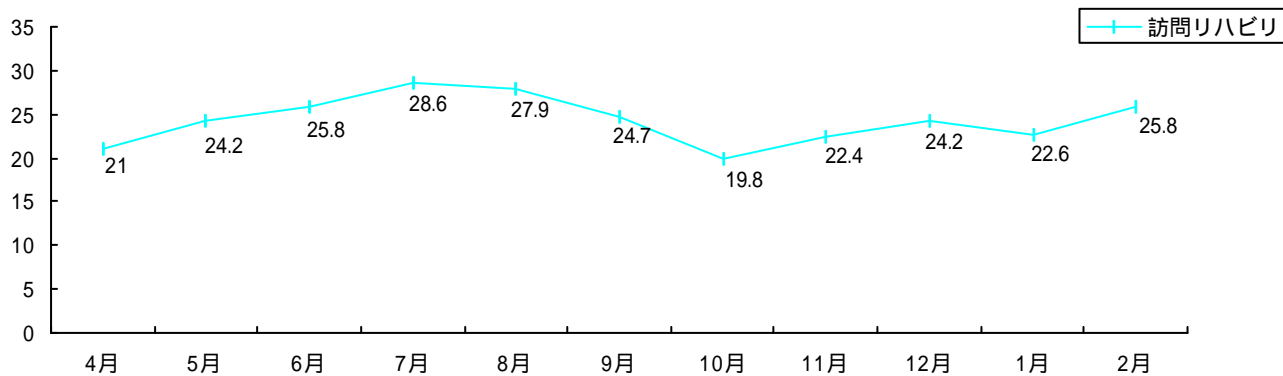
訪問入浴（回／週）



訪問看護（回／週）

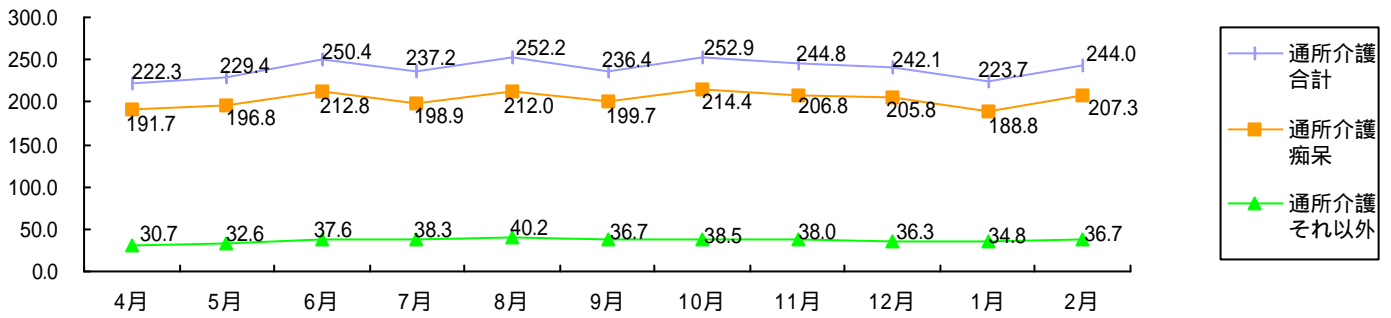


訪問リハビリテーション（回／週）

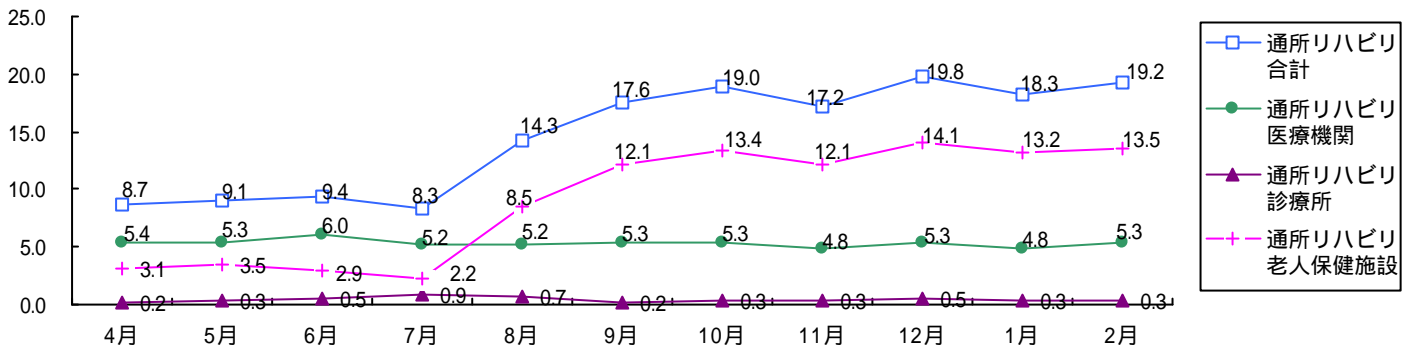


注) 集計データは国保連合会からのレセプト情報（平成12年5月審査分から平成13年5月審査分まで）を使用した。最近の利用月のレセプト情報は月遅れ請求等により変動する可能性がある。

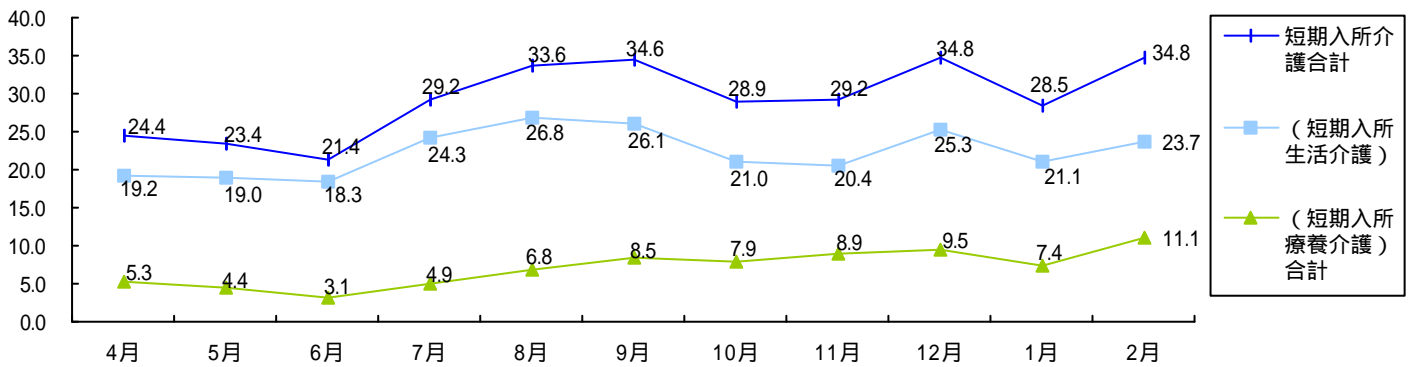
通所介護（人／日）



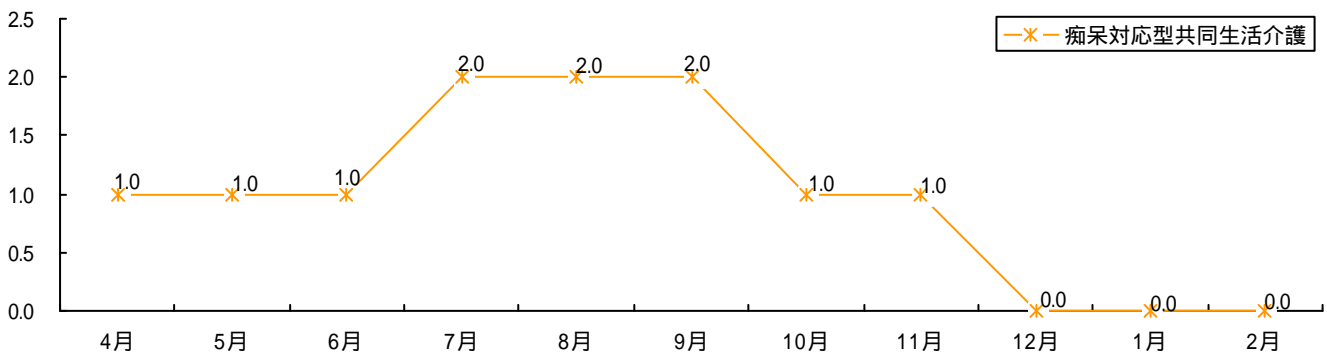
通所リハビリテーション（人／日）



短期入所介護（床／日）



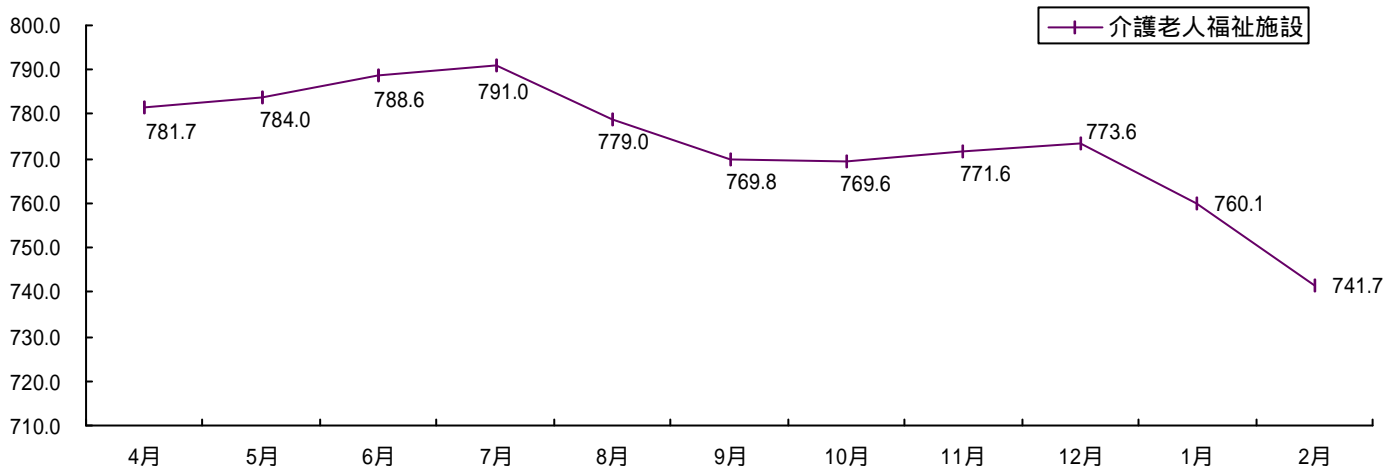
痴呆対応型共同生活介護（人）



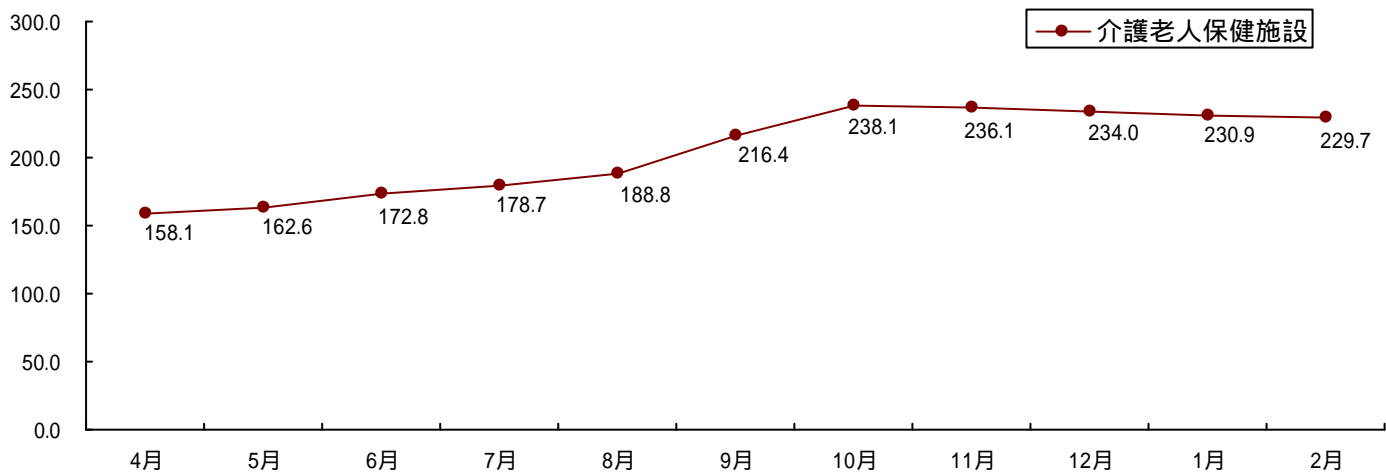
注) 集計データは国保連合会からのレセプト情報（平成12年5月審査分から平成13年5月審査分まで）を使用した。最近の利用月のレセプト情報は月遅れ請求等により変動する可能性がある。

- 2 サービスの利用月別給付量（施設サービス）

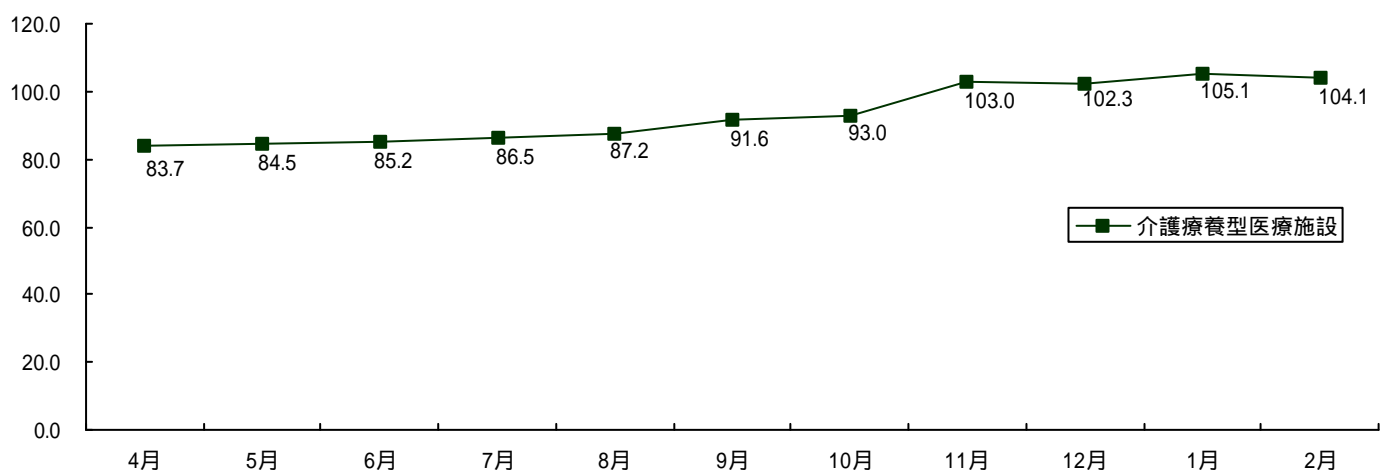
介護老人福祉施設（床／日）



介護老人保健施設（床／日）



介護療養型医療施設（床／日）



注) 集計データは国保連合会からのレセプト情報（平成12年5月審査分から平成13年5月審査分まで）を使用した。
最近の利用月のレセプト情報は月遅れ請求等により変動する可能性がある。

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (3) - 検証項目 サービス提供可能量と需要量
背景 給付実績が計画を下回った場合に理由を分析する必要がある。
実績と説明 <p>サービス提供可能量、利用者の需要量ともに正確な数字をつかんでいない。 今後の計画量および基盤整備の方法を決める上で、サービス種類ごとにそれぞれの事業者がどれくらい提供可能な量を持っているか（サービス提供可能量）、今後どれくらいの参入事業者を見込めるか（事業者参入意向）、利用者がどのサービスにどのようなニーズを持っているのか（利用意向）を把握することは非常に重要である。</p> <p>サービス提供可能量調査は、調査の対象が新宿区に所在する事業者だけでなく、新宿区を営業範囲に考えている事業者も含める必要がある。また、新宿区を営業地域にしている場合でもサービスの提供先は新宿区民とは限らず他区の被保険者を対象とする場合もある。そういった営業地域や事業者のオープンマーケット性を考慮しなければならないことがこの調査の難しさである。サービス提供可能量の把握および事業者参入意向調査については区だけでなく、都レベルでの調整も有効だと考える。</p> <p>利用者の利用意向について、ホームヘルプの利用も利用者負担の減額措置がなくなった後でも利用希望があるか、また、施設の需要についても、今議論になっているホテルコストが付加されても利用したいのかなど、想定される条件をふまえた需要の把握が必要である。</p> <p>ここで同時に考えたいのが、ケアマネジャーがアセスメントを行い本人の自立支援のために立てたケアプランに基づくサービスニーズと、本人・家族の希望という意味でのニーズとの関係である。本来必要なサービスニーズとして、このような視点も必要なのではないか。</p>
課題 <ul style="list-style-type: none">・事業者の営業・参入等に関する意向の把握が必要である。・制度開始前後の変動も考慮した利用者の意向調査が必要である。

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (3) -
検証項目 サービス量の確保策

背景

介護保険事業計画・老人保健福祉計画で上げている介護保険サービスの基盤整備の現状を知りたい。

実績と説明

- 1 区独自に施設整備費の助成制度を設け誘致（通所介護、老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム）
- 2 区有地を有効活用し誘致（老人保健施設及び併設の短期入所、通所リハビリ）
- 3 区立施設の定員増（通所介護）
- 4 余裕教室を活用し、施設数を増加（通所介護）

（資料 別表 基盤整備の状況、 高齢者介護施設整備状況 ）

基盤整備の状況 (計画との比較)

種類		平成12年度		平成13年度	
		整備計画	年度末状況	整備計画	予定
施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	-	0 (床)	80 (床)	80 (床)
	介護老人保健施設 (老人保健施設)	80 (床)	80 (床)	-	0 (床)
居宅	短期入所生活介護 短期入所療養介護 (ショートステイ)	21 (床)	10 (床)	20 (床)	20 (床)
	通所介護 (デイサービス)	328 人/日	350 人/日	100 人/日	(40) 人/日
	通所リハビリテーション (デイケア)	20 人/日	20 人/日	0 人/日	0 人/日
	痴呆対応型共同生活介護 (グループホーム)	46 人/日	0 人/日	8 人/日	33 人/日

この数字には、区が助成等を行ったもの(288人/日)と民間が設置したもの(62人/日)と両方が含まれている。

高齢者介護施設整備状況

1 区立高齢者在宅サービスセンターの定員増

北山伏 (25⇨60) ・細工 (15⇨45) ・若葉 (15⇨45) ・中落合 (15⇨45) 北新宿 (25⇨55) ・百人町 (15⇨45)	計 (110⇨295)	12年4月 実施済
--	-------------	--------------

2 新たに区が設置し、委託により運営するもの。

名 称	定 員	場 所	委託先 (予定)	開 設
原 町 高 齢 者 在宅サービスセンター	10人/日	新宿区原町 3-84	社会福祉法人恩賜財団 東京都同胞援護会	12年4月
東 戸 山 高 齢 者 在宅サービスセンター	25人/日	新宿区戸山 2-34-2 余裕教室活用型	社会福祉法人 アゼリヤ会	13年2月

3 民間が設置し、区が施設整備について助成を行うもの

(1) 居宅サービス

設 置 主 体	定 員	場 所	開 設 (予 定)
痴呆性高齢者グループホーム			
社会福祉法人サン	15人 (6+9)	新宿区高田馬場 1-20-16	(13年 6月)
(株)大起エンゼルヘルプ	18人 (9+9)	新宿区西落合 4-8-19	(13年 7月)
通所介護施設			
(NPO) ほっとステーション	10人/日	新宿区新宿 6-27-49	12年 4月
(株)日本生科学研究所	30人/日	新宿区原町 3-61	12年 8月
(株)日本アビリティーズ	28人/日	新宿区早稲田鶴巻町 531-5	12年 10月
(株)大起エンゼルヘルプ	30人/日	新宿区西落合 4-8-19	(13年 7月)

(2) 施設サービス

名 称	設 置 主 体	定 員	住 所	開 設 (予 定)
介護老人保健施設 フォレスト西早稲田	医療法人社団 恵 樹 会	80床 ショート10床 通所 20人/日	新宿区西早稲田 3-27-22	12年8月
特別養護老人ホーム 聖 母 ホ ー ム	社会福祉法人 聖 母 会	80床 ショート20床 通所 10人/日	新宿区中落合 2-5-21	(13年9月)

民間が設置したもの (助成できずにできた通所介護施設)

新大久保駅前デイサービス「ゆうゆう」	10人/日	新宿区百人町 1-10-12	五味クリニック 2階
やわらぎ指定通所事業所	15人/日	新宿区中落合 2-24-13	
東京YWCA ケアサポート通所介護	8人/日	新宿区市谷砂土原町 3-1-1	
(株)ゼンシン東京ケアセンター	5人/日	新宿区四谷 3-12	
(有)東興ケアサービスセンター第2	24人/日	新宿区西新宿 4-4-6	駒ヶ嶺医院 2階

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (3) -
検証項目 事業者の参入と撤退状況

背景

マスメディア等で、サービス提供事業者の撤退がかなり発生していることが良く取り上げられているが、新宿区（東京都）大都市部ではどうなのか、実状を知りたい。

実績と説明

- ・都が行った居宅支援事業者およびサービス提供事業者の指定・廃止の12年度実績を見ると、各サービス事業者の廃止数は少なく、年間を通じて指定事業者の数は伸びている。
- ・個々の事業者の供給可能量は把握できていないが、全体として供給量としてのサービスは増えてきていると言える。

（資料 別表 都の12年度介護保険事業者の指定・廃止状況）

居宅介護支援事業者数及び居宅介護サービス事業者数の推移

都福祉局資料から
各月1日現在の指定事業者数

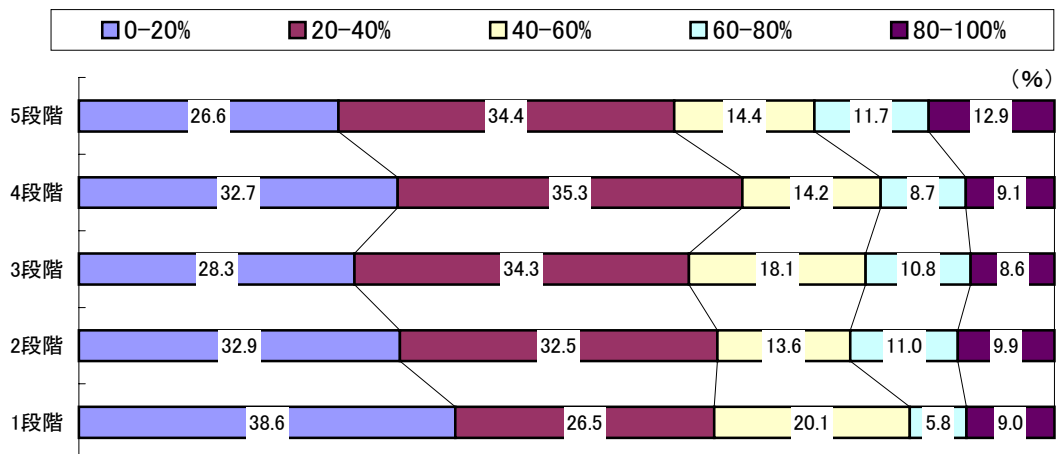
	平成12年												平成13年						合計
	3月まで	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月			
居宅介護支援事業者																			
指定	1449	143	52	44	28	30	18	19	10	10	17	13	21	48	21	33	1956		
辞退・取消等		4	1	14	8	5	3	4	11	3	6	3	4	27	10	6	109		
累計	1449	1588	1639	1669	1689	1714	1729	1744	1743	1750	1761	1771	1788	1809	1820	1847	1847		
居宅サービス事業者 計																			
指定	1603	463	127	103	73	79	58	50	42	42	32	41	51	117	422	79	3382		
辞退・取消等		5	0	17	4	16	3	8	18	8	12	13	17	29	14	21	185		
累計	1603	2061	2188	2274	2343	2406	2461	2503	2527	2561	2581	2609	2643	2731	3139	3197	3197		
(居宅サービス事業者の内訳)																			
訪問介護																			
指定	735	176	77	58	28	32	26	23	20	13	13	11	26	43	29	31	1341		
辞退・取消等		3		14	2	7	2	7	16	5	7	10	13	13	11	12	122		
累計	735	908	985	1029	1055	1080	1104	1120	1124	1132	1138	1139	1152	1182	1200	1219	1219		
訪問入浴介護																			
指定	61	13	2	8	7	4	0	3	3	1	1	1	2	3	3	3	115		
辞退・取消等				3							2	1		1	1	2	10		
累計	61	74	76	81	88	92	92	95	98	99	98	98	100	102	104	105	105		
訪問看護																			
指定	41	18	6	6	7	6	6	4	4	6	3	3	5	10	354	6	485		
辞退・取消等					1	1				1	1	2		1	2	4	13		
累計	41	59	65	71	77	82	88	92	96	101	103	104	109	118	470	472	472		
訪問リハビリテーション																			
指定	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	5		
辞退・取消等																	0		
累計	0	1	1	1	1	1	1	2	3	3	4	4	4	4	5	5	5		
居宅療養管理指導																			
指定	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	2	1	0	1	1	11		
辞退・取消等																	0		
累計	0	0	0	0	0	0	2	4	5	6	6	8	9	9	10	11	11		
通所介護																			
指定	329	95	12	4	8	7	7	5	4	2	2	10	6	25	10	11	537		
辞退・取消等													7				7		
累計	329	424	436	440	448	455	462	467	471	473	475	485	491	509	519	530	530		
通所リハビリテーション																			
指定	49	37	1	3	2	0	1	2	0	1	0	1	3	0	1	1	102		
辞退・取消等		1			1	1			1	1	1		3				9		
累計	49	85	86	89	90	89	90	92	91	91	90	91	91	91	92	93	93		
短期入所生活介護																			
指定	224	63	1	3	4	0	1	0	0	2	0	0	0	12	4	3	317		
辞退・取消等														5	1	6	6		
累計	224	287	288	291	295	295	296	296	296	298	298	298	298	305	309	311	311		
短期入所療養介護																			
指定	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8		
辞退・取消等																	0		
累計	1	3	4	5	6	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8		
痴呆対応型共同生活介護																			
指定	0	6	0	1	1	1	2	1	0	2	0	1	0	2	3	5	25		
辞退・取消等							1										1		
累計	0	6	6	7	8	9	10	11	11	13	13	14	14	16	19	24	24		
特定施設入所者生活介護																			
指定	27	9	1	0	1	0	0	0	3	3	0	0	2	2	2	2	52		
辞退・取消等									1								1		
累計	27	36	37	37	38	38	38	38	40	43	43	43	45	47	49	51	51		
福祉用具貸与																			
指定	136	43	26	19	14	28	13	9	6	11	12	12	5	20	14	16	384		
辞退・取消等		1				7		1		1	1		1	2		2	16		
累計	136	178	204	223	237	258	271	279	285	295	306	318	322	340	354	368	368		

介護保険制度実施1年をふりかえって

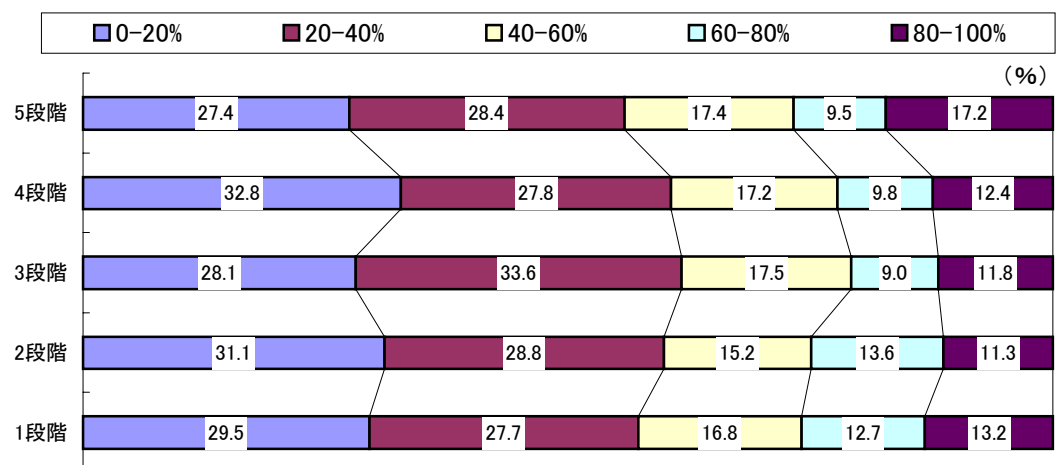
番号	2 - (4) -
検証項目	利用者負担額とサービス利用の関係
細目	介護保険になって利用者負担額が多くなり、サービスを使えない、あるいはサービスが減った対象者が多いのではないか
実績と説明	<p>(サービスを利用しなかった対象者について)</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者満足度調査において、サービスを利用しなかった方の理由は、「家族介護」、「入院中」が多く、「自己負担が高い」は全体の3.4%にとどまっている。 <p>(サービスを利用した対象者について)</p> <ul style="list-style-type: none">・居宅の訪問通所サービス支給限度額に対する利用割合を保険料の所得段階別に見ると、限度額に対して50%(40-60%)以上使っている割合は、第5段階において他の段階と比べてやや比率が高いものの、それ以外の段階ではあまり差は見受けられない。・区が制度導入時に行った「介護保険導入時サービス利用状況調査」では、導入前と導入後で利用するサービス量が「減った」と回答した人は(10% 59/590)であり、「変化なし」および導入後に「増加した」、「導入後サービスを利用した」、この3区分を併せて(79.7%)と約8割は導入前と同じ量もしくはそれ以上のサービス利用しているという結果がでている。・また、介護保険以前の制度下では、ホームヘルプや特別養護老人ホームのように、本人や扶養者の所得に応じて利用者負担が決まるしくみのサービスもあったので、中高所得者にとっては利用しにくい実態もあった。介護保険になってこの1年で対象者が確実に増えているが、総数だけではなく利用者の層が広がっていると考えられる。 <p>(資料 別図 限度額に対する所得段階別利用割合)</p>

所得段階別訪問通所サービス支給限度額に対する利用割合

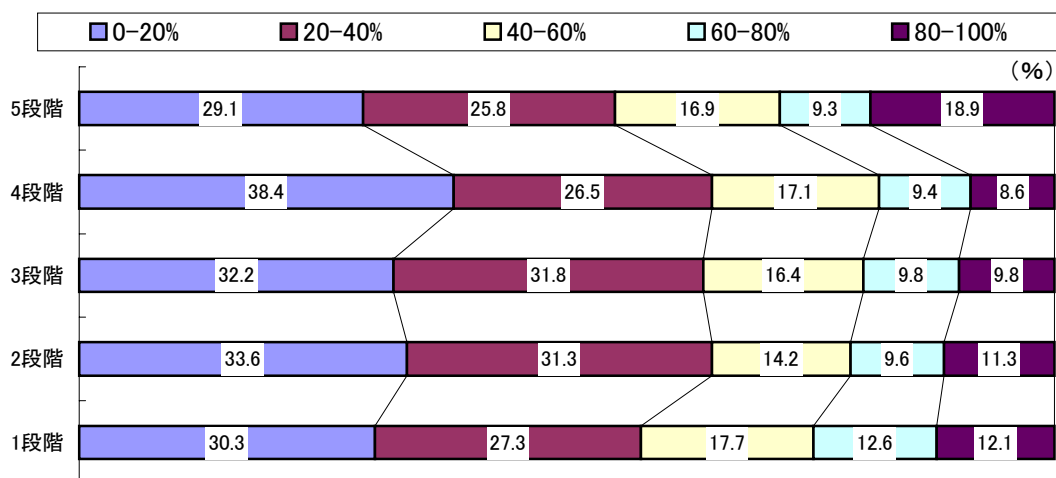
平成12年4月



平成12年9月



平成13年1月



介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (4) -
 検証項目 低所得者の自己負担金

背景
 利用者負担について、低所得者への対応・考え方はどうなっているのか。

実績と説明

- ・介護保険以前に利用者負担が無料または低額でサービスを利用していた方（低所得者）にとって定率の負担金は高いと感じるのは理解できる。
- ・ホームヘルプサービス、特養の旧措置入所者については、国の特別対策として示された低所得者への利用者負担の減額の制度を区でも実施している。
- ・また、減免の対象を社会福祉法人だけでなく民間事業者まで拡大する制度を都が現在検討している。

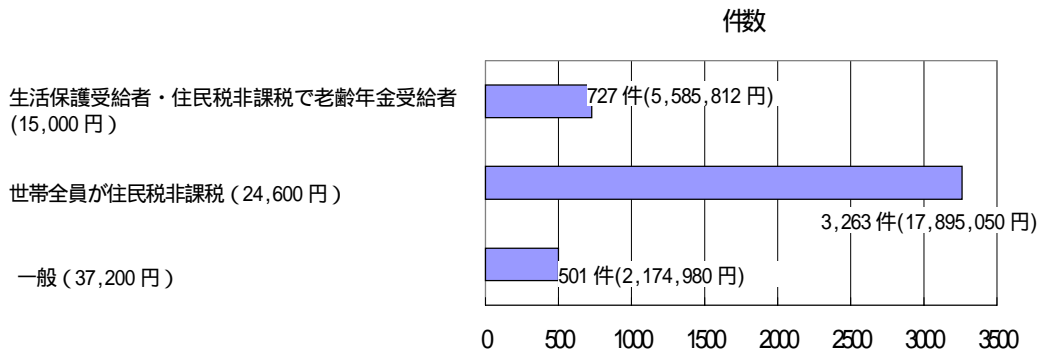
(参考)

<平成12年度ホームヘルプの減額実績>
 (減額証発行数 1139件 内訳 高齢者691件、障害者448件)

<平成12年度特養旧措置入所者の減額実績>
 (特定標準負担額 食費負担)
 対象者791人、承認749人、非承認42人(制度開始時)
 対象者663人、承認634人、非承認29人(H13.5月更新時)

(利用者負担額)
 対象者791人、承認406人、非承認385人(制度開始時)
 対象者663人、承認339人、非承認324人(H13.5月更新時)

高額サービス費支給件数(平成12年度実績)



課題
 生計費に占める自己負担額の割合はどのくらいなのかという検証が必要である。

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

<p>番号 2 - (5) - 検証項目 相談体制 細項目 相談窓口は身近な問い合わせ先として整備されていたか</p>									
<p>背景</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の在宅生活を支えるためには、個々の状況に応じたサービスの利用導入について総合的な相談や調整に対応できる体制づくりが重要になる。 									
<p>計画の内容</p> <p>平成 1 4 年度までの整備計画</p> <table> <tr> <td>基幹型在宅介護支援センター</td> <td>1 か所</td> </tr> <tr> <td>地域型在宅介護支援センタ</td> <td>1 0 か所</td> </tr> </table>	基幹型在宅介護支援センター	1 か所	地域型在宅介護支援センタ	1 0 か所					
基幹型在宅介護支援センター	1 か所								
地域型在宅介護支援センタ	1 0 か所								
<p>実績と説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センターを高齢者を支える中心的機関として位置付け総合相談、サービスの連絡調整の拠点として展開している。 整備数は 1 2 年度までに、基幹型 1 か所、地域型 6 か所となっている。 ・在宅介護支援センターは高齢者福祉に関するすべての相談を受けサービスに繋げている。 今後はさらに、身近な相談窓口として総合的・一体的・効率的な活動が行えるよう整備・充実を図る。 <p>要介護者の 1 人あたりの相談件数 (年)</p> $\frac{\text{相談件数}}{\text{高齢者人口} \times \text{出現率 (1 2 年度値)}}$ <table> <tr> <td>1 0 年</td> <td>$\frac{4,677}{44,991 \times 0.125} = \frac{4677}{5,624}$</td> <td>0.8 回</td> </tr> <tr> <td>1 1 年</td> <td>$\frac{16,024}{46,282 \times 0.125} = \frac{16,024}{5,785}$</td> <td>2.8 回</td> </tr> <tr> <td>1 2 年</td> <td>$\frac{31,494}{47,118 \times 0.125} = \frac{31,494}{5,889}$</td> <td>5.3 回</td> </tr> </table>	1 0 年	$\frac{4,677}{44,991 \times 0.125} = \frac{4677}{5,624}$	0.8 回	1 1 年	$\frac{16,024}{46,282 \times 0.125} = \frac{16,024}{5,785}$	2.8 回	1 2 年	$\frac{31,494}{47,118 \times 0.125} = \frac{31,494}{5,889}$	5.3 回
1 0 年	$\frac{4,677}{44,991 \times 0.125} = \frac{4677}{5,624}$	0.8 回							
1 1 年	$\frac{16,024}{46,282 \times 0.125} = \frac{16,024}{5,785}$	2.8 回							
1 2 年	$\frac{31,494}{47,118 \times 0.125} = \frac{31,494}{5,889}$	5.3 回							
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業計画に則った在宅介護支援センターの設置、及び箇所数、人員体制の強化の検討が必要である。 ・介護予防を含む総合化に向けての保健センターとの連携強化が必要である。 									

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (5) -
検証項目 事業者選択の指針

背景

- ・ サービス事業者をどのように選んだらいいのかわからない。
- ・ 担当のケアマネと対等に話し合いができるように利用者側もある程度の情報は必要である。

実績と説明

- ・ 現在居宅介護支援事業者一覧を配布している。
- ・ ホームページでサービス事業者情報を公開している。
- ・ 居宅介護支援事業者の特徴等を紹介するガイドブック（マップ付）を作成する予定。

課題

- ・ サービス評価制度の導入と、評価の公表方法の検討が必要である。
- ・ 情報提供の内容充実と手段の多様化が必要である。

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (6) -
検証項目 認定申請時からのサービス利用

背景

- ・制度としては、認定結果が申請時にさかのぼって適用されるとなっているが、実際には十分なサービスを受けるのは困難である。

実績と説明

- ・認定結果によっては、自己負担の発生が考えられるため、ケアマネが十分な暫定プランを作成することに躊躇している。

課題

- ・暫定ケアプランを有効にするためには、制度立ち上げ時の期間は区の関与が必要である。
- ・認定結果が出るまでの保険外のサービスを含めて総合的に対応する必要がある。
- ・介護予防施策を展開することによって、申請以前から、その人の状態にあった支援策を行う必要がある。

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

<p>番号 2 - (6) - 手続きの煩雑さ</p>
<p>背景</p> <ul style="list-style-type: none">・ サービス利用における契約手続きの煩雑さによって利用が妨げられることはなかったか
<p>実績と説明</p> <ul style="list-style-type: none">・ 手続きの煩雑さを指摘する声はあげられているが、サービスを利用しない理由に直接関係するかはわからない。(満足度調査など)・ 利用者満足度調査によると在宅サービスを利用している人がサービス事業者と契約書と取り交わした率はかなり高い。(別紙 6 -)・ 在介センターの窓口で、サービス利用に関しての具体的相談に応じている
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none">・ 判断能力が衰えている高齢者に対する支援が必要である。(成年後見制度等)

介護保険サービス利用者満足度調査からの抜粋

調査対象者 平成 12 年 11 月 29 日現在被保険者で、要介護認定を受け、平成 12 年 4 月 1 日以降施設サービス（介護保険施設）を 1 回も利用していない方

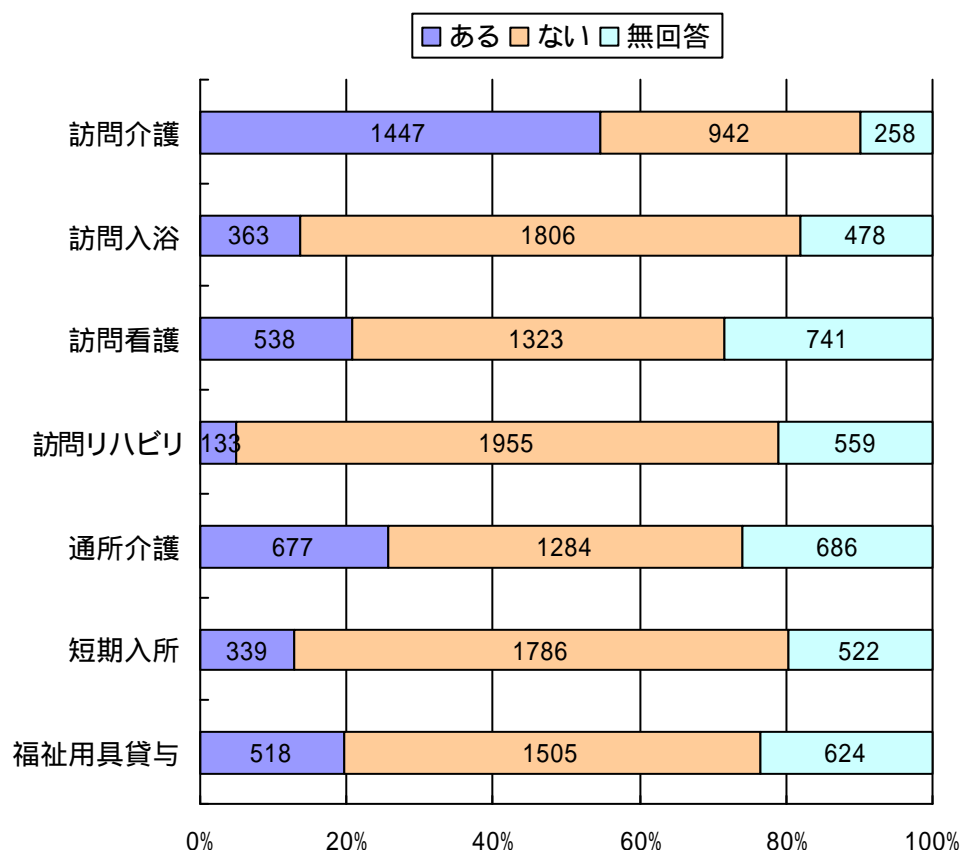
調査期間 平成 12 年 12 月 4 日～平成 12 年 12 月 22 日

問 14 . 介護保険の各サービスについてお伺いします。

利用したことがありますか？（全回答 2647 件中）

	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	通所介護	短期入所	福祉用具貸与
ある	1147	363	583	133	677	339	518
ない	942	1806	1323	1955	1284	1786	1505
無回答	258	478	741	559	686	522	624

各サービスの利用状況については表のとおりである。利用の割合が最も高いのが「訪問介護」1447 件（54.7%）で 5 割を超えており、続いて「通所介護」677 件（25.6%）、「訪問看護」583 件（22.0%）となっている。逆に利用率の低いのは「訪問リハビリ」133 件（5.0%）で、全回答者中 20 人に 1 人の割合しか利用していない。

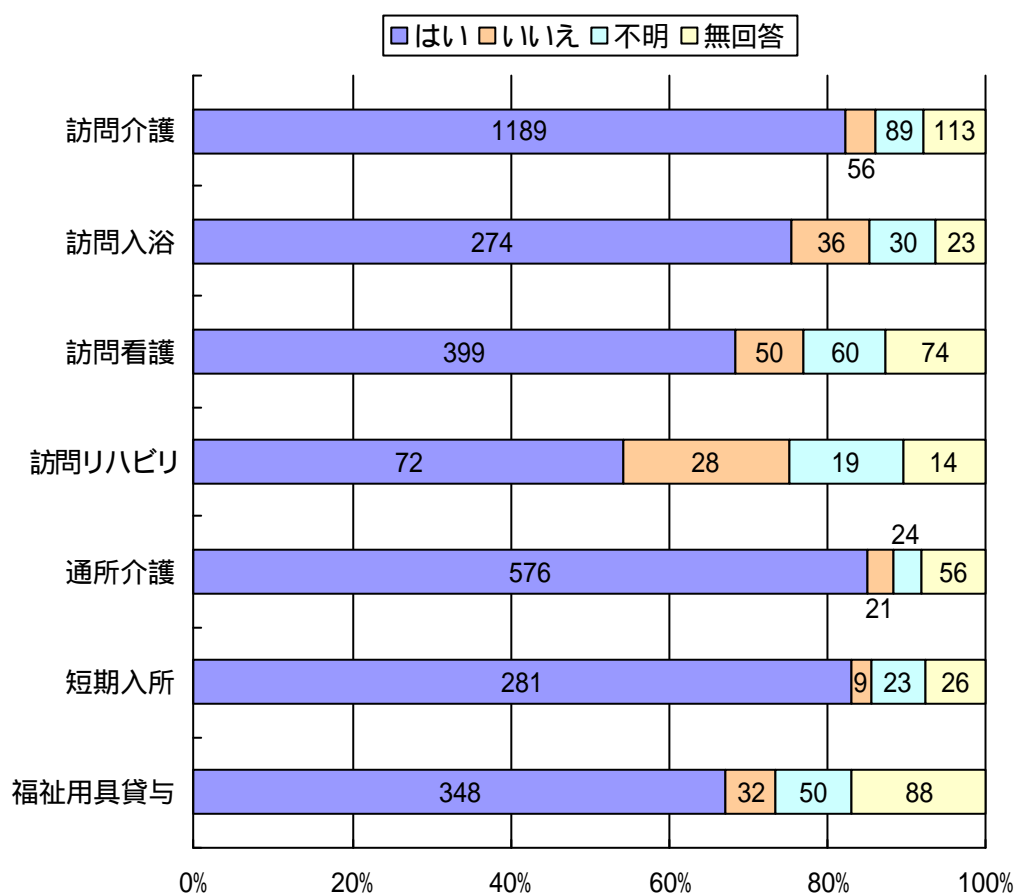


問 14. 契約書を取り交わしましたか？

(問 6. で在宅サービス利用して「いる」と回答した 1781 件中)

	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	通所介護	短期入所	福祉用具貸与
はい	1189	274	399	72	576	281	348
いいえ	56	36	50	28	21	9	32
不明	89	30	60	19	24	23	50
無回答	113	23	74	14	56	26	88

全体としてはかなり高い契約率であった。その中で、「訪問リハビリ」については 72 件 (54.1%) と目立って低かった。



介護保険制度実施1年をふりかえって

<p>番号 2 - (7)</p> <p>検証項目 家族介護</p>
<p>背景</p> <p>もし一人暮らしであればおそらく介護保険を使っているような状態でも、家族がいるために介護を家族に任せ、介護保険のサービスを使っていないと思われることがある。</p>
<p>実績と説明</p> <p>家族介護に頼る理由としては、次のようなことが考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 保険による介護が社会的に認知されていないために周囲の視線を気にして介護保険を使っていない。・ 「介護度5だがサービスは受けていない。できることは家族でがんばりたいし、本人の意思もそうであり、これが理想の方法と思う。」(満足度調査の自由意見から抜粋、家族の意見)・ 家族介護で済ませて保険を使わないケースの中には(特に高齢者夫婦のみの世帯)いざというときに介護保険を使うための安心感を得るために要介護認定を受けている場合がある。(聞き取り)・ 家族介護慰労金(支給要件概要=1年以上サービスを使わず、要介護度4・5で住民税非課税)については、7月10日現在の登録者は5名であり、支給実績は2名20万円(10万円×2名)である。 <p>このような心情的な要因によってサービスが利用されにくい状況にあるかどうかは数値によるデータでは実証が難しいが、利用度が低い原因の一つに考えられるほか、家族介護に頼る現状があるのなら要介護者と家族を社会全体で支えるという理念が実現されていないおそれがある。別途聞き取り等による調査が必要である。</p>
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none">・ 制度の周知と理解の促進が必要である。・ 家族介護の実態把握が必要である。・ 介護者へのサポート体制の充実が必要である。

介護保険制度実施1年をふりかえって

<p>番号 2 - (8) -</p> <p>検証事項 社会的入院</p> <p>細目 入院を必要とした要介護者が多かったのか？ 社会的入院（介護のための入院）は解消されたか？</p>												
<p>計画の内容・予算</p> <p>366床/日</p>												
<p>実績と説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・93.3床/日（平成12年4月から平成13年2月までの平均） ・この病床数の違いによる給付額の差はおおむね11億円程度と見込まれる。 ・都の状況からも、療養型医療施設の介護保険への転換は進んでいないため、医療ベッドに残っている要介護者は多い。 <p>（都の状況）</p> <p>療養型医療施設の整備目標</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>12年度</th> <th>13年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整備目標 a</td> <td>10,065</td> <td>12,900</td> </tr> <tr> <td>都外施設利用者 b</td> <td>4,900</td> <td>2,700</td> </tr> <tr> <td>目標数 a+b</td> <td>14,965</td> <td>15,600</td> </tr> </tbody> </table> <p>H13年4月1日現在の利用数（介護保険への請求分） 3,866床（指定介護療養型医療施設 都資料より）</p>	区分	12年度	13年度	整備目標 a	10,065	12,900	都外施設利用者 b	4,900	2,700	目標数 a+b	14,965	15,600
区分	12年度	13年度										
整備目標 a	10,065	12,900										
都外施設利用者 b	4,900	2,700										
目標数 a+b	14,965	15,600										
<p>課題</p> <p>医療保険と介護保険の制度的整合と役割分担の明確化が必要である。</p>												

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 2 - (8) -

検証項目 医療と介護サービス

細目 退院から介護サービスに連続してつながったか？

背景

- ・退院後、介護保険サービスを受ける際の事務処理手続きが煩雑であったり、時間がかかるなどで医療から介護保健のサービスへの移行が円滑にいかない場合が考えられる。
- ・退院後にはどのような介護サービスを受けるべきか等の介護保険利用に関する医療機関からの紹介・案内等が十分行われなかった場合、適切な介護サービスを受けにくい場合が考えられる。

実績と説明

退院直後から介護保険のサービスを受ける場合は、退院前に要介護認定を受ける必要があるが、病状が安定しない場合は調査を行うことができないほか、主治医も意見書を書きにくいいため、退院にあわせて要介護認定を受けられない場合があるのが実態である。

一方で、利用者満足度調査によれば、要介護認定を受けながらサービスを受けていない理由として「入院」を挙げた割合は、サービスを受けていない方全体の約3割となっている。言い換えれば、要介護認定を受けながら入院している方が一定割合存在し、これらの対象者は退院直後から介護サービスを利用することができるということである。

課題

医療機関と介護サービスの連携の仕組みが必要である。

3 サービスの質

- (1) サービスの質 48
- (2) ケアマネジャー 51

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 3 - (1) -
検証項目 サービスの質が問われる理由

背景

「措置から契約」という「サービス利用のしくみ」の変化に伴い、サービスの質を考える場合の基本的な共通認識として今回記入した。

実績と説明

措置の時代はサービスの質より量をいかに確保するかが求められた。
質に関しては、行政が実施するサービスのため公平性や画一性が要求され、その内容も定められている最低限の基準を満たしていることが問われた。
契約の時代は、給付と負担の関係や権利としてのサービス利用から、サービスの質は負担に見合ったもの、利用者の自立支援につながるもの、安心して利用できるものなど、個別性や柔軟性、快適性が要求され、利用者が求める多様な満足を実現することが求められている。
また、多様な供給主体による競争（市場原理）で、量の確保と質の向上を目指すとした介護保険制度のしくみからも問われると言える。

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

番号 3 - (1) -
 検証項目 サービスの内容と満足度

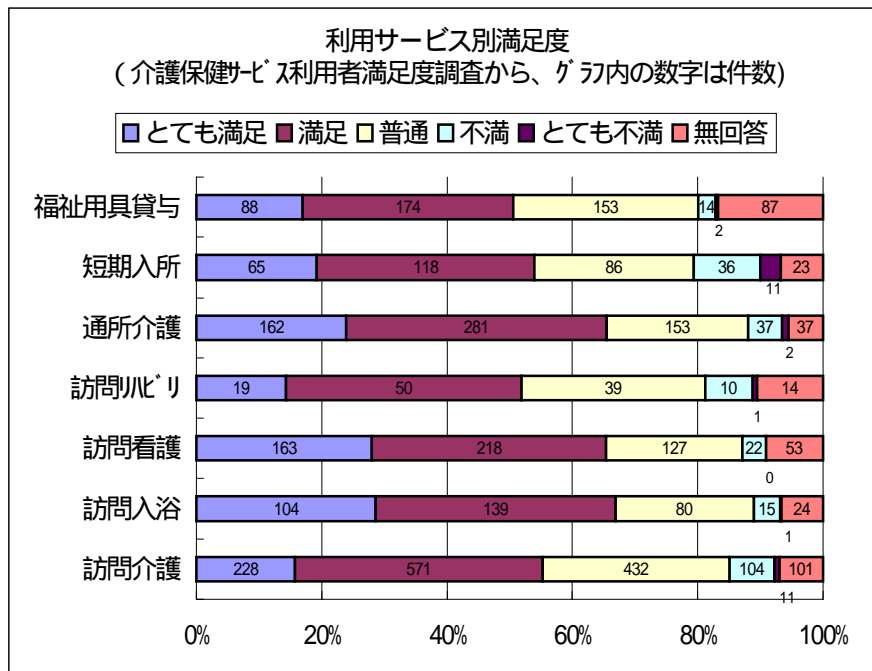
細目 利用者の希望にかなうサービス内容だったか

背景

利用者がサービスを利用しての満足度は、制度の良否を判断する一つの材料である。

実績と説明

昨年実施した満足度調査によると、調査した 7 種類のサービスすべてについて、半数以上の人が「とても満足」「満足」としている。特に「訪問入浴」「訪問看護」「通所介護」については 65% 以上の方が満足との評価をしている。一方、「不満」「とても不満」としている人はすべてのサービスで 1 割に満たない。この結果からおおむね利用者は満足していると現状を評価できる。しかし、現実にはサービス利用者は自分が利用しているサービスを他と比較検討できない。サービス提供者と相性が合うとか、馴染んでいるなどの関係性が満足度に繋がっている。お世話してもらっているなどの受け身の気持ちから不満を言いづらいなど主観的な尺度により満足度を考えているため、この満足度調査による評価が質の確保・向上とは必ずしも一致しないであろう。



課題

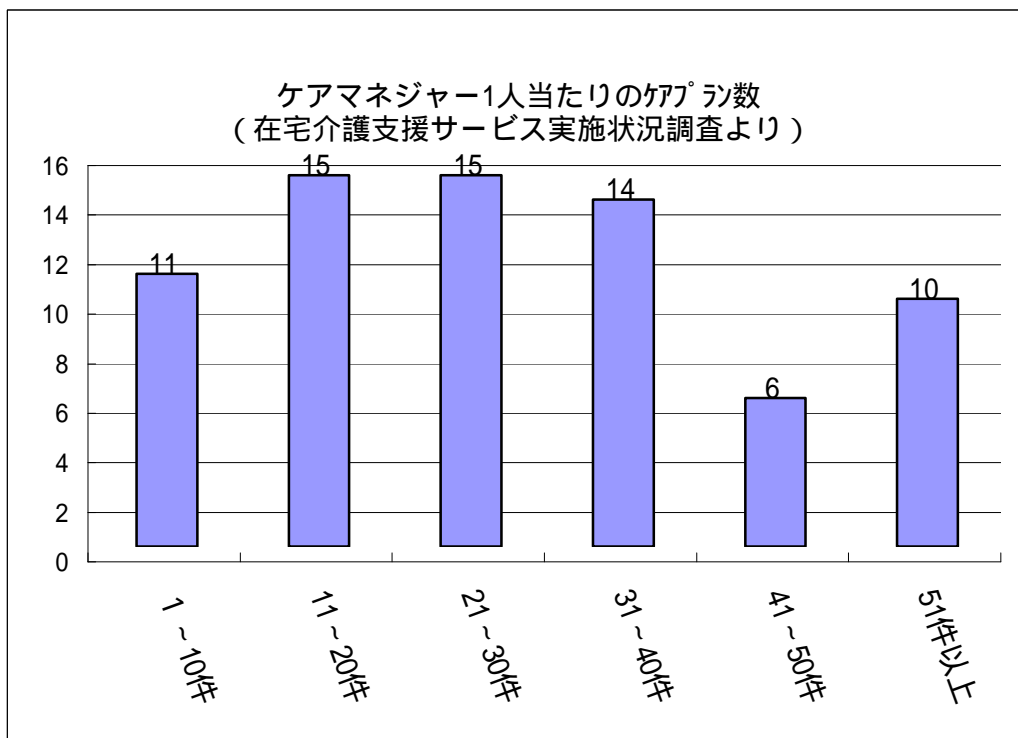
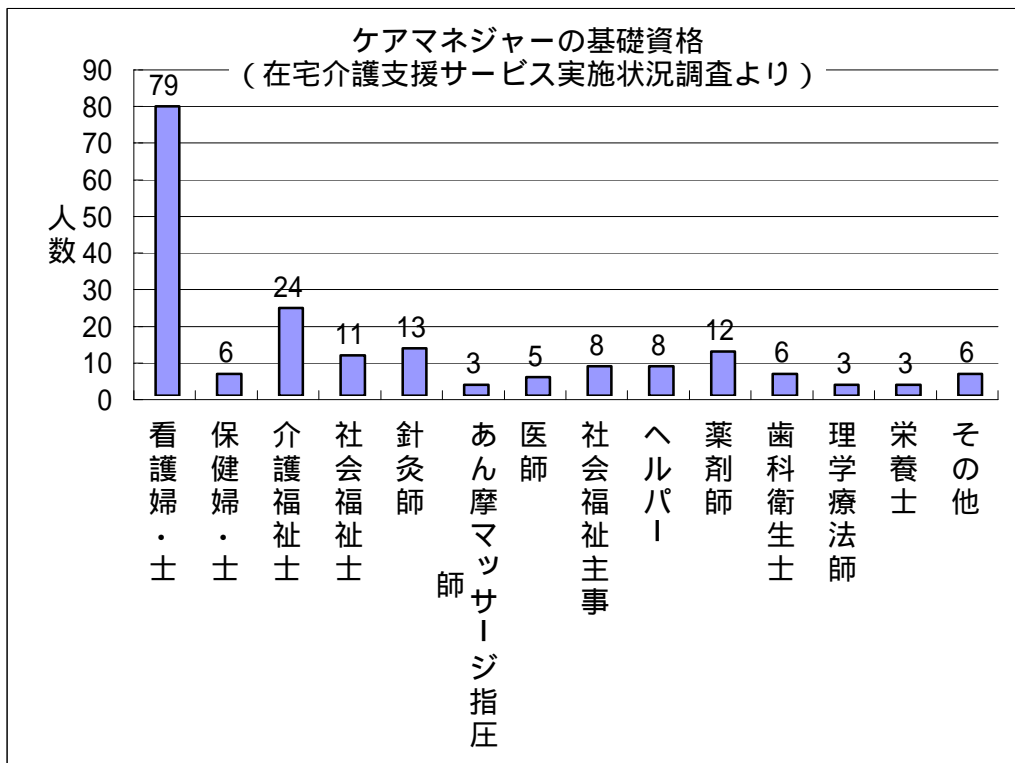
- ・ サービス評価制度の導入と、評価の公表方法の検討が必要である。
- ・ 情報提供の内容の充実と手段の多様化が必要である。

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

<p>番号 3 - (1) - 検証項目 サービスの質の向上</p>
<p>背景 権利としてのサービス利用や負担に見合ったサービスなど、権利意識やコスト意識から利用者はよりよいサービスに関心が向く</p>
<p>実績と説明</p> <p>現在提供しているサービスの質については、次のような傾向を指摘できる。 満足度調査によると、不満の理由は、訪問介護では「レベルが低い」「言葉・対応が悪い」など、サービスの質に関するものが一番多く、その他のサービスでも「レベルが低い」がもっとも多かった。都全体でもこの傾向が顕著にある。これは提供されているサービスの質に問題がある反面、利用者がサービスの質に対しての要求水準が高くなったことや利用者が意見を表明するようになった結果とも言える。こうしたことから事業者自身も質の向上に関心を持たざる負えない状況にある。</p> <p>介護サービスは人的なサービスの占める割合が高いことから、人材の確保・育成は急務であるが、特に訪問介護については、ヘルパーの就業形態が常勤ではない登録型といわれる不安定な形態や賃金のやすさが言われており、ヘルパーの置かれている労働環境の調査検討が必要である。</p> <p>施設サービスとの比較で言うと、施設への要求は高く、判明している施設入所希望者だけでも、(区でベッドを確保する特別養護老人ホーム待機者) 500 名近くに上る。これは利用者や家族の利用料等の負担感からくるものもあると思うが、利用者が在宅生活を選択できないサービスの質の問題でもある。</p> <p>一方、変化の兆しもある。利用者からは専門職による介護の有効性(満足度調査の自由意見欄による)について語られ、さらに民間事業者によるデイサービスでは従来の画一的なサービスではなく、個々の利用者のニーズに合った柔軟なサービスの提供などが行われている。このように、専門職(介護のプロ)による質の高いサービスの提供や利用者の多様な満足を充足するサービスの開発など、新しい試みは徐々にではあるが芽生えて来ていると言える。</p> <p>なお、サービスの質を考える場合、選べるだけのサービスの量と選択権の保障がなされているかが問題となるが制度導入 1 年を経て、区内を活動区域とする事業者は措置時代から比較すると増えてはいる。選択に関しては、居宅介護支援事業者やサービス事業者を選ぶ際の判断材料となる情報が不足している現状がある。また満足度調査によると「複数のサービス事業者から選べた」と回答している人は利用者の約 52% であり、利用者の選択が必ずしも満足に行われているとは言えない状況である。</p>
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーの労働環境の調査が必要である。 ・事業者選択の判断材料となる情報の提供が必要である。

介護保険制度実施 1 年をふりかえって

番号 3 - (2) - 検証項目 ケアマネジャーの質
背景 制度の根幹をなす役割を担い、ケアマネの質が利用者の生活の質を左右してしまうなど、利用者の関心は高い
実績と説明 ケアマネジャーの現状については、昨年の実施した在宅介護支援サービス実施状況調査によると民間の事業者が 187 名、在宅介護支援センター等の公的なケアマネは 32 人で合計 219 名のケアマネが区内で活動している。民間のケアマネ 187 名の内訳は非常勤 51 名、兼任している者 74 名で専任のケアマネは約 3 分の 1 の 62 名で、調査した 71 事業者のうち 27 事業者はケアマネが 1 名しかいない。ケアマネ一人当たりのケアプラン作成件数が 41 件以上の事業者が 16 個所もある。自由意見欄では、「仕事が多くケアプランを受けられない」「事務処理が多く、訪問する時間がない」「仕事が多く、利用者の要求にタイムリーに動けない」などの意見が多数寄せられている。 これらのことから、次のような点を挙げるができる。 ケアマネの業務が複雑多岐に渡り、繁忙を極め、余裕を持って相談にのれない実態が明らかになった。 ケアマネの基礎資格を見ると今までに高齢者の相談援助を行ったどうか疑問の資格もあり、社会資源や相談援助の知識や技術についての不安がある。 ケアマネは系列のサービス事業者に所属するため、事業者の影響を受けずに、公正・中立にケアマネジメント業務を出来るかどうかという懸念も否定できない。
課題 ・ケアマネジャーの運用基準改正への働きかけが必要である。 ・ケアマネジャーのスキルアップのための技術的支援が必要である。 ・ケアマネジャーの中立性を確保するための方策の検討が必要である。



介護保険制度実施 1 年をふりかえって

番号 3 - (2) -

検証事項 ケアプラン

細目 ケアマネジャーは良質なケアプランを作成したか？

実績と説明

ケアプランの作成については、次のようなことが言える。従来から利用していたサービスを引き続き利用する。調達できる既存の福祉サービスを振り分ける。利用者（家族）の要望をそのままプランにする。逆にケアマネ側だけの意向で作成などといった傾向を全てとは言えないが指摘でき、課題分析（アセスメント）やサービス担当者会議等を経て利用者が抱える課題を明らかにし、それを解決・達成できるサービスの選択や利用といった状況にはない。

これは、ケアマネの仕事が多岐に渡り繁忙を極めること。サービス量の不足。ケアマネジメント技法が発展途上にある。本人の自立支援となる介護や在宅生活を改善する介護など科学的な介護の有効性や家族介護に対する優位性などが不明確なことなどが背景としてある。また、ケアマネ自身がケアマネジメントをどう行ったら良いかとまどっているということも伺える。

課題

- ・ケアマネジャーのスキルアップのための技術支援が必要である。

介護保険制度実施1年をふりかえって

番号 3 - (2) - 検証事項 ケアマネジャーの選択 細目 利用者はケアマネジャーを容易に見つけることができたか
背景 どうやって選んだら良いかという苦情は多数寄せられている。
実績と説明 ケアマネジャーの選択については、新規申請及び要介護認定の結果通知の際に居宅介護支援事業者の名簿を渡し、要介護認定調査に来た委託事業者がプランを作成する事業者でもあることを示唆し、相談機関として在宅介護支援センターがあることを説明している。しかし、ケアマネジャーの供給が十分でない状況や適切な選択を行う際の情報の不足、さらには利用者自身が自己選択という新しいしくみへの戸惑いから、容易にケアマネジャーを見つける状況ではない。
課題 ・利用者支援情報提供の推進が必要である。 ・サービス評価制度の導入と、評価の公表の方法の検討が必要である。 ・情報提供の内容の充実と手段の多様化が必要である。

4 認 定 審 査

(1)	認 定 審 査	56
(2)	意 見 書	58
(3)	審 査 会	59
(4)	認定申請から結果通知までに要する 日数	60

番号 4- (1)

検証項目

認定調査

- (1) 認定調査員の確保について
- (2) 調査員の質の向上について
- (3) 調査委託事業者への正確性の担保について

背景

要介護認定を適正なものとするためには、申請した被保険者への適正な調査が重要であり、そのためには認定調査員の人員の確保とその職務に必要な知識と経験を持って調査に取り組むことが求められる。区は認定調査員の確保や質の向上についてどうしているのか？

また、保険者として調査委託事業者の実施した認定調査が適正に行われているか等、調査の正確性の担保方法が求められる。区は調査の正確性の担保についてどうしているのか？

実績と説明

・民間委託を主体とする調査と調査員に対する研修

区は、原則として、民間委託を主体とする認定調査を実施している。委託方法は、被保険者が在宅者で、居宅サービス計画作成依頼届出をしている場合は、そのケアプランを作成している指定居宅介護支援事業者へ委託し、介護保険施設入所者の場合は、その施設へ委託している。理由は、介護サービスを受けている被保険者の介護状態を普段からよく見ている介護支援専門員（指定居宅介護支援事業者）又は施設の介護支援専門員による認定調査が被保険者の状態をより適切に調査に反映できると考えるためである。また、制度発足時から指定居宅介護支援事業者数及び介護支援専門員は増加傾向にあり、区の認定調査機関及び認定調査員については概ね確保されている。

なお、認定調査に従事する区職員及び介護支援専門員に対しては、東京都が研修を実施し調査員の質の向上を図っているが、区も保険者として都の研修とは別に、在宅調査を行う委託事業者の調査員、区職員及び新任調査員に研修を実施し、調査が的確に行われるように図っている。また、定期的に調査員の質の向上やスキルアップ・レベルアップのための研修（特記事項の記入方法、痴呆等の講演）を実施している。

・公務員による点検調査の実施

更新認定申請者に関する認定調査について居宅介護支援事業者 介護保険施設に委託した場合、調査の正確性を担保する目的で、一定期間に一度（3年に1度程度）、定期的に介護保険課利用者支援係が直接、認定調査を実施している。

・認定調査を委託した事業者の不適切事例への対応

個別の申請者に関する調査結果に疑義がある場合は、調査員への問い合わせを行い、その都度指導している。また、ケースによっては再調査を実施している。なお、不適切な調査が実施されている事実が明らかとなった場合には、調査委託契約の解除を行う等厳正な措置を講じる。悪質な事例の場合には、委託契約の解除の上、都への連絡（指定取消）を行う。

資料、実例等

調査件数約 10500件 / 委託件数 約 9000件 / 調査機関数在宅 186 / 公務員調査 約 1600件 / 契約解除はなし
(参考)

(法第 27 条第 2 項後段) ..市町村は、当該調査を指定居宅介護支援事業者等に委託することができる。

(法第 27 条第 3 項)..... ・委託を受けた指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設は介護支援専門員に調査を行わせるものとする。

(法第 27 条第 4 項、第 5 項) 委託を受けた指定居宅介護支援事業者等の役員及び介護支援専門員については、被保険者の秘密の保持、要介護認定等の業務の公平性の確保の観点から「保守義務」が課されており、刑法その他の罰則の適用に関しては「公務員」とみなされる。

(課題) 精神疾患等特別な事情のある被保険者の場合、衛生部保健センターの（地区担当）保健婦との連携を前提とした調査の方法を確立する必要がある。（認定調査員に同行 情報提供等） 遠隔地、僻地の場合の調査機関の確保が必要である。

適切な認定調査実施のための対処方針のイメージ図

平成 13年度資料

申請

新宿区の実施内容

調査を委託する場合 (主体は民間委託)

調査を委託する場合の正確性の担保

公務員による調査

点検調査

保険者として認定調査員への研修の実施

介護保険課の職員による調査

更新認定申請者 (介護サービス受給者) に関する認定調査について、**一定期間に一度 (3年に1度程度)** 定期的に介護保険課利用者支援係が直接調査を行う

高齢者サービス課 (含、基幹型在宅介護支援センター) の職員による調査

調査訪問時に介護サービスの提供に対する苦情等のモニター調査を兼ねて実施する。

(在宅の者)

(介護保険施設入所者)

原則として、調査の委託事業者は被保険者が在宅者で、居宅サービス計画作成依頼届出を提出している場合は、その指定居宅介護支援事業者へ

介護保険施設入所者の場合は、その施設へ委託する。

施設調査不可の場合

他の指定居宅介護支援事業者

公務員 (調査)

認定調査員が所属する事業者 (施設) が、主治医が所属する事業者 (施設) と同一にならないように委託する。

在宅介護支援センター (地域型) 区立訪問看護ステーション 含む

個別の申請者に関する調査結果に疑義がある場合は再調査の実施

認定審査会において、調査結果に疑義がある場合は**介護保険課の職員等**が再調査を実施する。

区内事業者対象

区内施設対象

保険者として認定調査員への研修の実施

認定調査に従事するものに対して研修 (会) を実施する。

不適切な調査実施の疑いある事業者に対する検査実施する。
不適切な調査実施の場合は事業者情報の開示及び事業者指定の取り消しを行う

都道府県

不適切事例への対応

不適切な調査が実施されている事実が明らかとなった場合には、(保険者は) 調査委託の解除を行う等厳正な措置を講じる。悪質な場合には都道府県への連絡 (指定取消) を行う
介護保険課認定係

番号 4- (2)

検証項目

主治医意見書

細項目

- (1)意見書の記載について
- (2)区指定医について

背景

主治医の意見書は、認定調査と同様に、介護認定審査会で被保険者の要介護度を審査判定するために重要な資料であることから、適正な記入が求められる。また、審査判定の資料であるため、意見書記載の遅れが認定の遅れの原因とならない様に迅速な依頼と提出が求められる。区は意見書の適正な記入や迅速な提出について医療機関に対し、どうしているのか？

なお、主治医を持たない申請者に対しては、区はどうしているのか？

実績と説明

(説明) 区は、適正な審査が行われるように保険者として、区医師会及び区内大病院を対象に、制度説明、意見書の役割の重要性、適正な記入についての説明会を準備認定期間中に5回実施している。また、記入依頼時に「主治医意見書記入の手引き」を配布し適正な記入についての協力をお願いした。

また、主治医の意見書は、審査判定に不可欠な資料であるため、意見書記載の遅れが認定の遅れにならない様に、区は医療機関への記載依頼、催促、回収の進捗管理を行っている。ケースによっては職員が医療機関に直接回収する等迅速な審査が行えるように努力している。(現在、申請時にしおりを配布し認定手順を説明している。また、受診の勧め・主治医への協力依頼・健康状態が安定してからの申請、家族の協力等についてお願いしている。)

なお、主治医を持たない申請者に対しては、区が区医師会を通して委託契約をした最寄りの「指定医」への受診により「指定医」による意見書記載を実施している。現在、指定医は区内42医療機関である。

平成12年度の主治医医療機関、登録件数 約1000医療機関。
平成12年度の指定医への受診は、約60人。

意見書件数 約10500件

(課題) 申請時に認定までの手順を、本人及び家族に良く理解してもらい、申請者側からも主治医に対して早めの記載を依頼する必要がある。

番号 4- (3)

検証項目

介護認定審査会

- (1)公平・公正、迅速な審査判定について
- (2)合議体(審査会)の審査判定レベルの均一化について
- (3)コンピュータの一次判定について(痴呆による介護の手間の判定について)

背景

介護保険制度について、区民の理解と協力を得るためには、認定審査会の審査判定に基づく要介護認定が客観的かつ公平・公正に行われなければならない。そのためには、認定審査会の委員の構成のバランスを考慮する必要がある。

また、昨今、一次判定で痴呆の対象者に対する介護の手間が軽く判定される傾向があるなどマスコミ等を通じて報道され、コンピュータの判定ソフトの見直しや、一次判定の公平・公正さが求められている。区は要介護認定を客観的かつ公平・公正に行うために、どのようにしているのか？

実績と説明

(説明) 区は、保険者として、要介護認定を客観的かつ公平・公正に行うため、保健・医療・福祉の専門の委員の構成バランスを考慮して認定審査会を運営している。また、1万件を超える審査判定を迅速、正確に行うために、12年度は10審査会(合議体)、今年度は20審査会(合議体)の体制で、月に30回開催し運営している。審査判定に当たっては、1審査会(合議体)2時間程度で30件程ご審査頂いている。各委員には、審査資料を審査会開催日の3日前までに事前送付し、予め精査して頂いている。

なお、合議体については、定期的に合議体の長の会議を開催し審査判定方法の確認、課題等検討している。また、年1度合議体を構成し直し、合議体による審査判定の不均衡が生じることがないようにしている。

コンピュータによる一次判定については、昨今、痴呆の対象者に対する介護の手間が軽く判定される傾向があるなどマスコミ等を通じて報道され、コンピュータの判定ソフトの見直しや、一次判定の公平・公正さが求められているところである。審査判定の仕組みとしては、コンピュータによる一次判定を原案とし、審査会(合議体)による判定が最終判定(二次判定)となる。当区の審査会委員には痴呆や神経内科の専門医等がおり、痴呆の対象者についても適正な審査判定が実施されるようにしている。

なお、国は判定ソフトの見直しについて、昨年の夏に検討委員会を設け見直しに着手している。

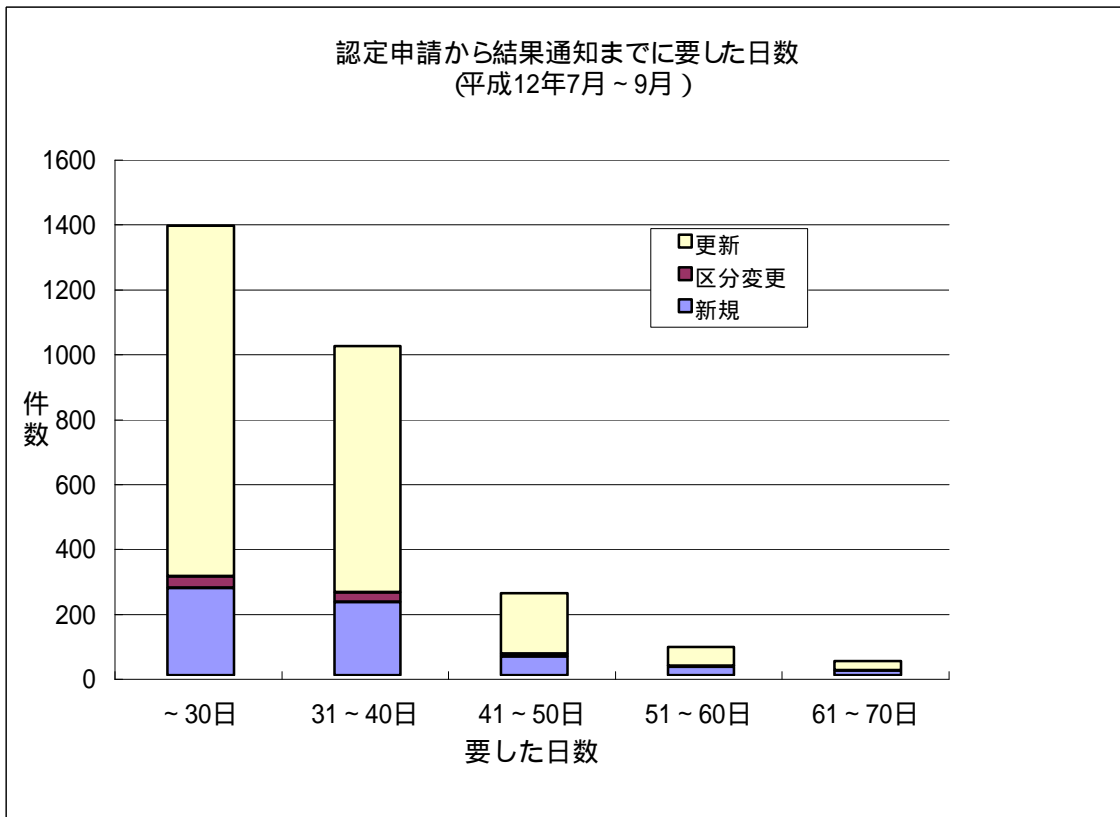
(参考) 12年度実績

- (1) 認定審査会委員数 定数 120名 109名委嘱
(委員構成) 医療関係 60名、保健関係 17名、福祉関係 32名
- (2) 合議体数 10合議体 1合議体 7名構成(過半数4名で開催可能)
- (4) 委員研修
都の研修(新任 現任) 2回 合議体の長の研修 区によるもの 2回

介護保険制度実施1年をふりかえって

<p>番号 4 - (4)</p> <p>検証項目</p> <p>認定申請から結果通知(認定)までに要する日数</p>
<p>背景</p> <p>申請者の半数近くが、申請から結果通知(認定)までに30日以上要していた。実態としては、申請から結果通知(認定)までに要する日数が30日までの方が約50%、40日までが約90%という状況である。他区も似たような状況である。</p> <p>また、申請者が高齢の場合が多く、本人の疾病状況や医療機関への受診状況等、申請者自身に原因がある場合がほとんどのため、すべての申請に対して30日以内に結果を通知することには限界がある。</p>
<p>実績と説明</p> <p>30日以上要する理由は審査判定資料の遅れである。大きく分けて2つあり、まず、主治医の意見書の遅れ。次に認定調査の遅れである。</p> <p>意見書提出の遅れの理由は、主治医が意見書を記入できない場合で大きく分けて4つある。まず第一に、申請後本人が重篤になり医療を受けているとき。第二に、本人が長期にわたり主治医に受診せず、受診を促してもすぐに応じないとき。第三に、大病院の勤務医等の診察日(勤務日)が週1回程度のため意見書記載そのものが遅れるとき。第四として、第二と第三の理由が重複した時等である。</p> <p>認定調査の遅れの理由は、申請後本人の健康状態が悪い、あるいは家族の立会いが必要だが調査日の調整がつかないとき、又は本人が重篤になり入院しているとき等、申請者側の理由で認定調査が実施できない場合である。</p> <p>現在、申請時に、受診の勤め、健康状態が安定してからの申請、家族の協力等についてのおしおりを配布し手順を説明しているが、申請者が高齢な場合が多く、申請者自身に原因がある場合がほとんどのため、上記の遅れの理由が飛躍的に改善されることは困難である。</p>
<p>課題</p> <p>申請時に、認定までの手順を本人及び家族に良く理解してもらう必要がある。</p>

別紙 4- (4)



(この期間中最も日数を要した認定申請は61日でした)