

介護保険給付費の地域間較差の
要因についての調査研究報告(概要)

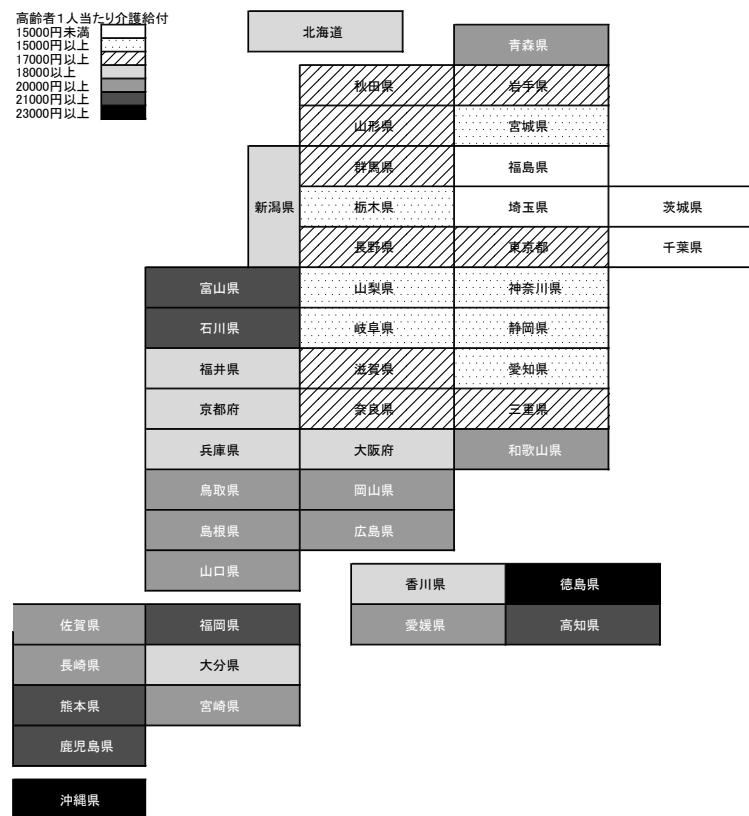
1. 介護保険給付費における地域間較差の実態

介護保険の給付較差は西高東低となっている。高齢人口1人当たり給付月額、都道府県レベルでは、茨城県の1万4012円から沖縄県の2万3865円まで1.7倍の較差があり、九州、四国、中国、北陸地方が高く、関東、東北地方が低いという地域的な特徴がみられる（平成15年10月分給付による）。

保険者レベルでは和歌山県花園村6649円から沖縄県粟国村の5万3300円まで、実に8倍の較差が生じている。被保険者5000人以上でみると沖縄県糸満市が2万9158円ともっとも高く、これに鹿児島県名瀬市、沖縄県豊見城村、徳島県小松島市、沖縄県名護市が続く（平成14年度平均）。

こうした給付較差は、第1号保険料の較差につながり、高給付—高保険料の保険者は介護保険運営にあたって困難に直面している。

高齢人口1人当たり介護保険サービス給付月額 平成15年10月



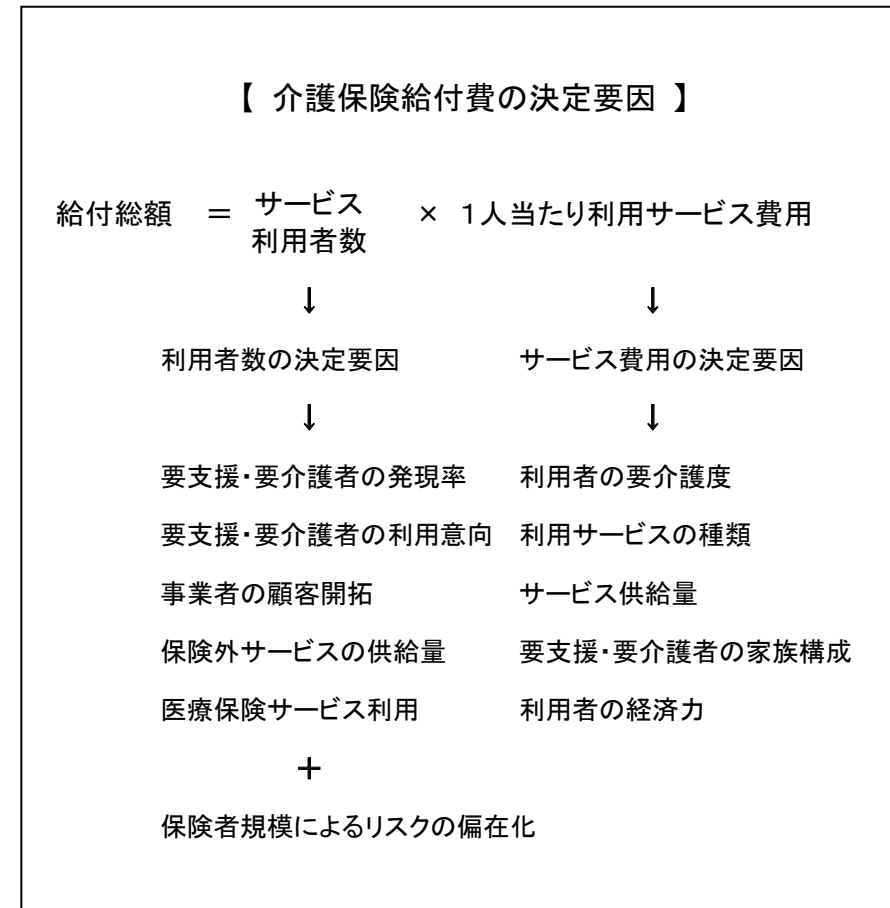
2. 給付費較差分析の視点

本研究事業では、介護保険給付費の地域間較差について、較差の要因をサービス利用者数と利用者1人当たりサービス利用費用に求め、右に示したような観点から、給付額への影響の仮説を立て、分析と検証を行った。

基礎的なデータとしては、都道府県については、国民健康保険中央会が発表した平成15年10月分の給付、保険者については厚生労働省「平成14年度 介護保険事業状況報告」、国民健康保険中央会「平成14年度 国民健康保険の実態」を用いた。

また、地域の特性を分析するために、2000年国勢調査、総務省「2003 社会生活統計年報」、国土地理協会「平成15年住民基本台帳人口要覧」をはじめとする各種統計を利用した。

比較指標としては、高齢人口1人当たりの給付月額（給付額を第1号被保険者数で除した数値）を用い、都道府県別、保険者別の試算を行っている。比較時点は、得られる直近のデータを用い、都道府県については平成15年10月、保険者については平成14年度決算となっている。



注：上記のうち、事業者の顧客開拓、保険外サービス供給量、サービス供給量については、都道府県別、保険者別のデータが存在しないため、分析はできなかった。

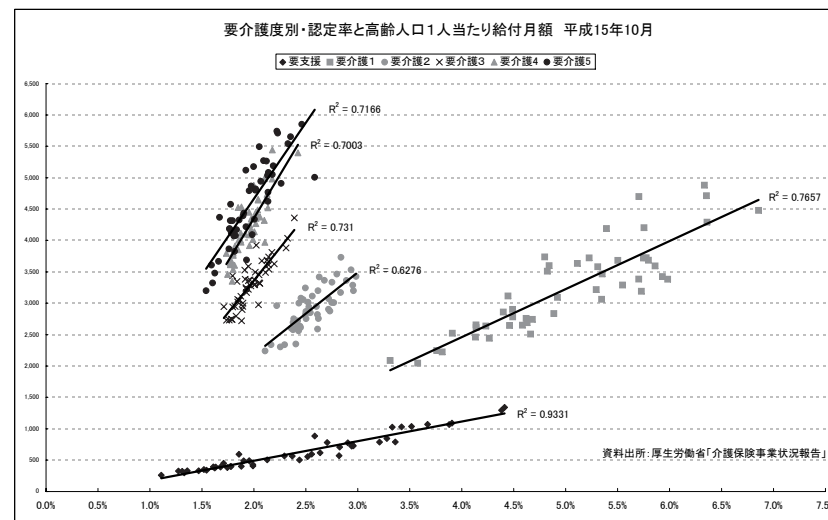
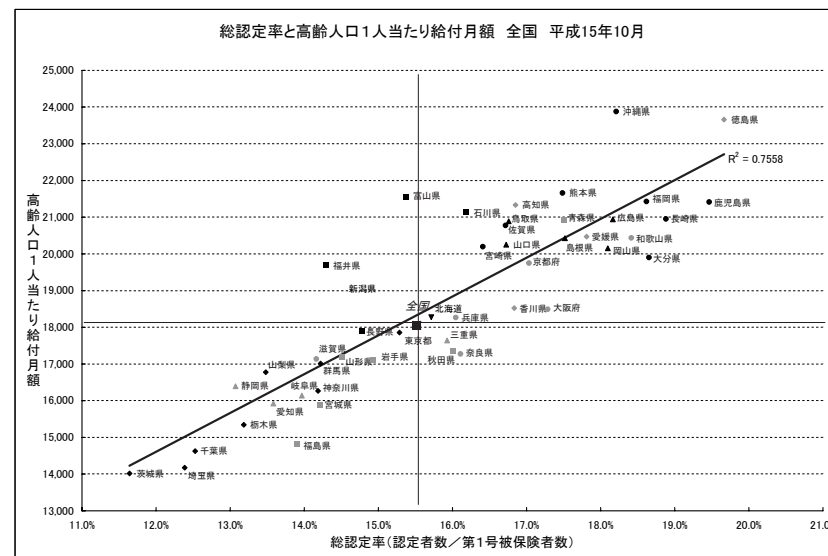
3. 認定率と給付較差

第2号被保険者の認定者も含めた総認定者数の高齢人口に占める割合は、全国平均が15.5%。徳島県の19.7%から茨城県の11.6%まで、1.7倍の較差がある。九州の認定率が高く、関東が低いという地域特性がみられる。都道府県レベルでみると、総認定率と給付月額の関係は決定係数が0.7558と、かなり強い相関関係があることを示している。

要介護度ごとに認定率をみると、要支援は3.3ポイント、要介護1は3.6ポイント、要介護2は0.9ポイント、要介護3は0.7ポイント、要介護4は0.7ポイント、要介護5は1.1ポイントの差がみられる。

認定率が1ポイント増加すると、高齢人口1人当たり給付は、要支援は247円、要介護1は629円、要介護2は1120円、要介護3は1654円、要介護4は2139円、要介護5は2316円増加することになる。

軽度認定者の急増は給付額を押し上げてはいるが、むしろ要介護3以上の重度認定率の上昇のほうが影響は大きく、重度認定率の推移にも目を配る必要がある。

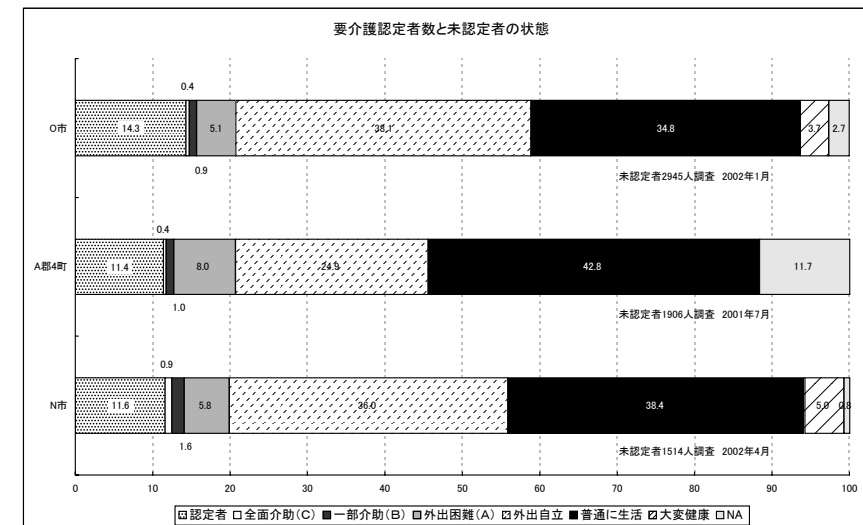
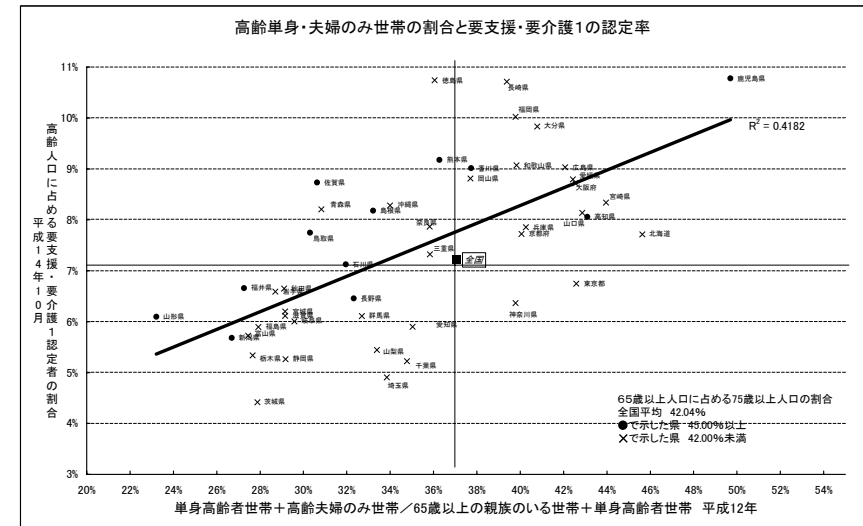


4. サービスの利用意向

要支援、要介護1レベルの軽度認定率は、該当者の発現率ではなく、在宅サービスの利用意向によって規定されると考えられる。軽度の要介護高齢者は、基本的に居宅内での生活は自立しており、三世同居などの場合は、家族の家事、世話があれば、介護保険給付のサービスを必ずしも必要とせず、認定申請を行わないケースが少なくない。高齢単身世帯、高齢夫婦のみ世帯は、生活援助（家事援助）、通所系サービスの利用意向が高く、その割合が高い地域は軽度認定率が高い傾向にある。要介護2以上の認定率については、較差は大幅に縮小している。

また、介護保険施行以前から在宅サービスを積極的に提供してきた市町村においては、住民のサービス利用意識が成熟しており、軽度認定率が高い傾向にある。介護保険施行に伴い、利用意識は成熟しつつあり、軽度の認定率は上昇し続けているが、なお大きな較差がみられる。

なお、未認定者のなかにも軽度要介護高齢者がかなり存在し、中・重度要介護者も一部存在することから、全高齢者が認定申請を行えば、総認定率は20%を超えることが示されている。



5. 施設サービスと給付

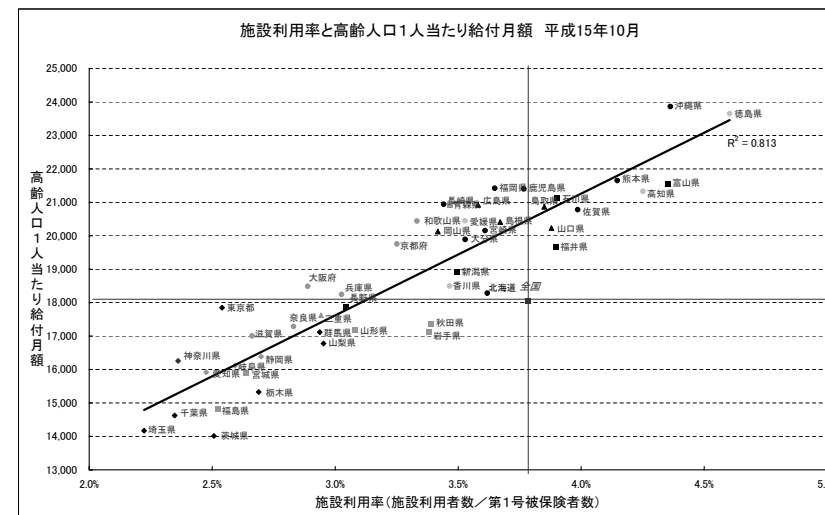
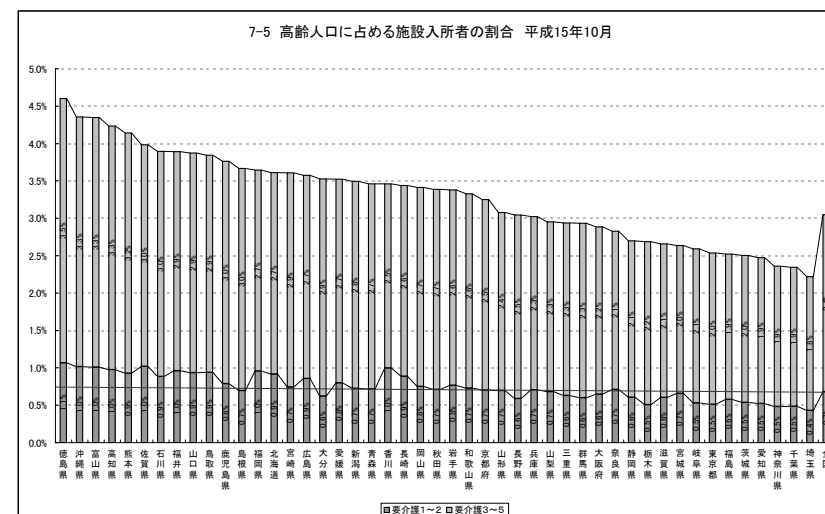
施設サービス利用率（高齢人口に占める入所者の割合）は、埼玉県の 2.2% から徳島県 4.6% まで、2.4 ポイントの較差があり、給付較差の最大の要因となっている。

施設サービスは、首都圏を除いて、ほとんどが保険者圏域、道府県圏域内での利用となっており、地域の介護保険 3 施設の定員状況によって、給付額も規定される。したがって、施設定員数の多い地域は給付が上昇する。

施設サービスは、基本的に要介護 3 以上の認定者にニーズがあると考えられるが、要介護 2 以下の認定者が施設入所者の 4 分の 1 程度を占めており、これを在宅生活に復帰させられるような在宅サービス、居住政策の充実が必要である。

施設サービス、とりわけ医療系施設については、保険者に許可権限が与えられておらず、保険者としての責任をとることができない。なんらかのコントロールが必要である。

施設サービスが給付の過半数を超えている保険者については、施設定員数を凍結し、高齢人口の増加による高齢人口 1 人当たり給付の減少を図ることが急務である。

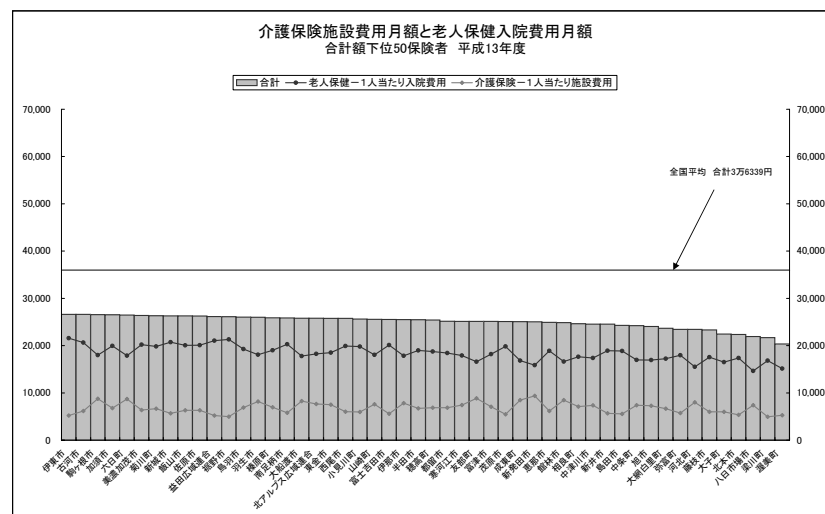
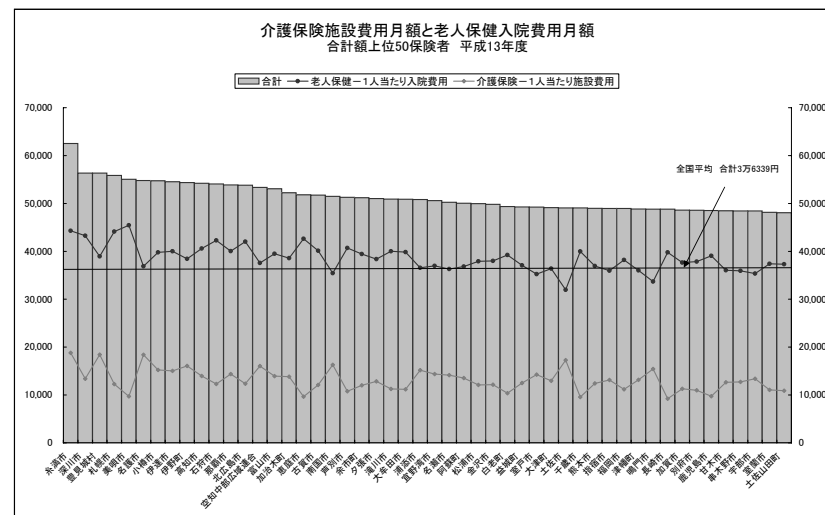


6. 介護保険施設入所と老人保健による入院

都道府県別にみると、介護保険3施設の高齢人口1人当たり給付月額と老人保健の加入者1人当たりの入院費用の合計額は全国平均が3万6339円。もっとも高い地域は沖縄県の5万1218円、もっとも低い地域は静岡県内の2万8463円となっている。その較差は1.8倍である。

都道府県別にみても、保険者別にみても、介護保険における施設サービス費用と老人保健における入院費用は、鏡像対称を示しており、いずれの地域においても、施設費用が低いと入院費用が高く、施設費用が高いと入院費用は低い。

これは、施設サービス利用意向を入院が吸収しているものと考えられ、介護保険施設だけのコントロールでは、本質的な問題解決にはならない。社会的入所・入院に対する施策を総合的に考える必要がある。施設費用と入院費用の合計額は大きな較差があり、施設・入院費用は、基本的に施設定数と医療ベッド数で決定されていることから、施設・病院の適正定数を考えるべきであろう。



7. サービス利用類型

介護保険サービスを、訪問系サービス、通所系サービス、その他在宅サービス（短期入所、福祉用具貸与、特定施設、グループホーム等）、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床の6つに区分して、それぞれの給付をみると、地域の特性に応じて次のような類型化が可能である。

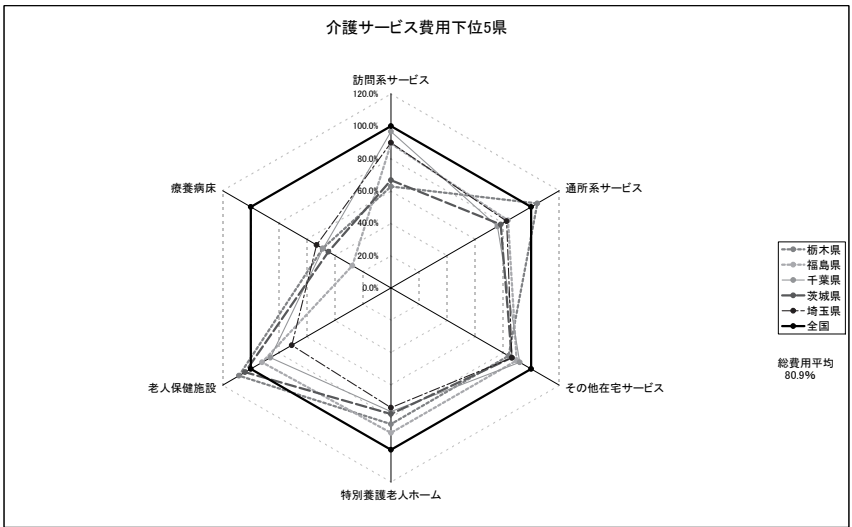
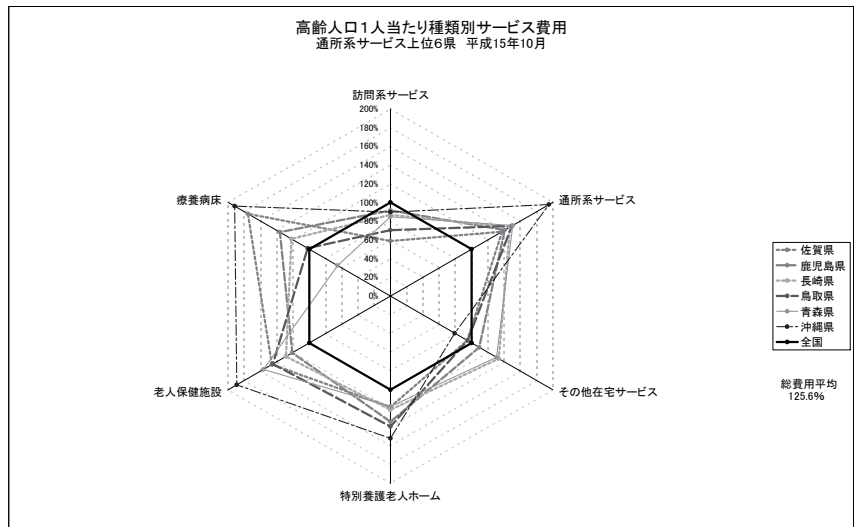
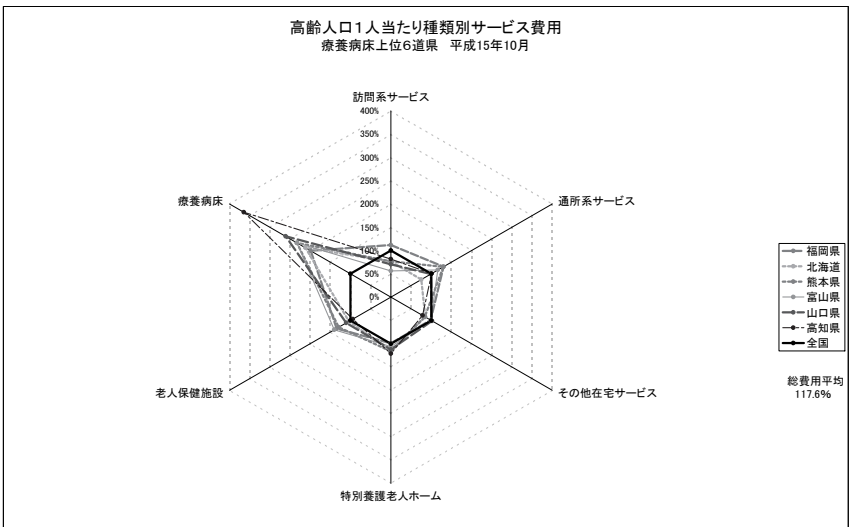
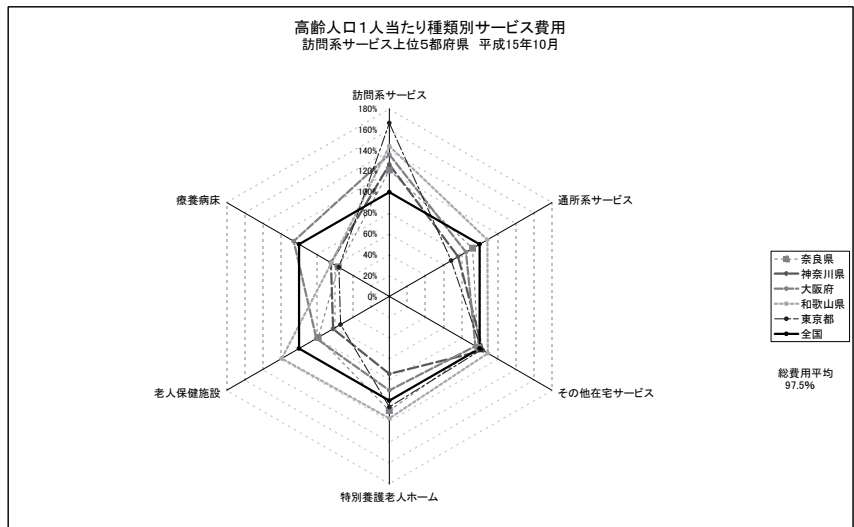
第1類型は、「大都市——訪問型」である。東京都、和歌山県、大阪府、神奈川県、奈良県は、訪問系サービスがもっとも利用されている地域であるが、通所系サービス利用は全体に低調であり、3施設への入所者も少ない傾向にある。大都市部が中心であるが、地価の高いこともあって、ハードの必要な施設、通所系サービスの整備が遅れているとみることができよう。総給付水準は全国平均を100%とすると、97.5%でほぼ平均的である。

第2類型は、「老健——通所型」であり、これは介護保険施行以前から在宅サービスが充実しているといわれてきた地域が目立つ。沖縄県、青森県、鳥取県、長崎県、鹿児島県、佐賀県が通所系サービス利用上位6県であるが、老人保健施設、療養病床の医療系施設の多さが目立つ。ただし、沖縄県と長崎県を除けば、

老人保健施設と通所系サービスが多いのが特徴である。これは、老人保健施設における大規模な通所リハビリがひとつの要因といえよう。療養病床の多さもあって、給付水準は125.6%ときわめて高いものとなっている。

第3類型は、「療養病床突出型」である。療養病床の給付の上位6県は、高知県、山口県、富山県、熊本県、北海道、福岡県である。在宅サービスはさほど利用されておらず、特別養護老人ホームの利用も平均的であるが、療養病床の利用だけが突出している地域である。介護サービス利用者自体は少ないが、利用者が療養病床に集中するため、給付額は上昇するという点では、もっとも問題の多い地域といえよう。給付も117.6%と相当高い水準を示している。

第4類型は、すべてのサービス給付が少ない「在宅・施設サービス少利用型」であり、埼玉県、茨城県、千葉県、福島県、栃木県と、関東を中心に連端した地域である。これらの地域は認定率が低く、そのためサービス給付が小さい。要支援・要介護高齢者の発現率が低い「元気高齢者地域」であるならば、もっとも理想的な地域といえることができるが、単に認定申請率が低いことが理由であるとも考えられる。



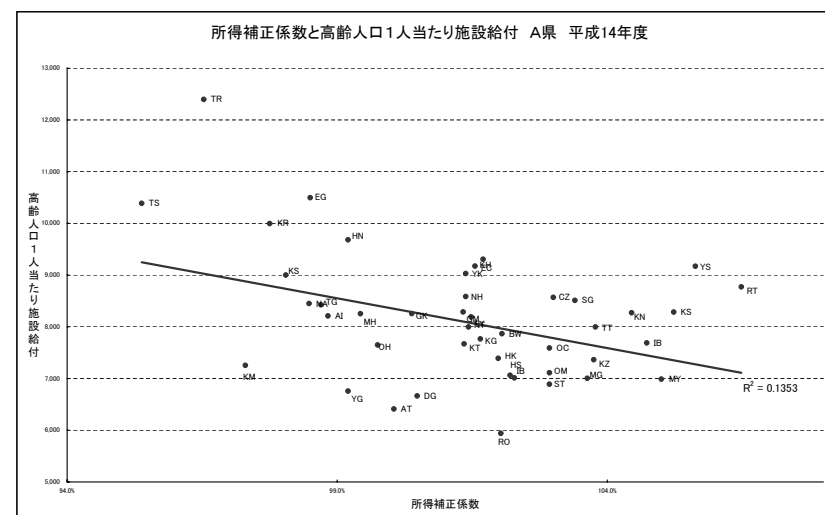
8. 利用者・家族の経済力とサービス利用

各都道府県の住民の所得水準と在宅サービス利用水準を比較した結果、東日本においては、所得指標が高くなるにつれて在宅サービス利用もやや増加する傾向がみられ、西日本においては、個人所得指標が低いほど在宅サービス利用が増加するという傾向がみられた。このほか、県民所得、非農家世帯・農家世帯の消費支出額を用いて、比較してみたが、所得や消費支出が低いほど、在宅サービスの利用水準が高いという方向を示していた。ただし、いずれも相関関係が明確にあるというわけではない。

さらに、サービスを利用する高齢者自身の所得水準を示すものとして、介護保険制度の所得補正係数を用いた検討も行ってみたが、相関関係は全くみられず、もっとも高齢者の所得が低い保険者においてもっとも在宅サービス利用水準が高く、もっとも所得の高い保険者は県内平均にとどまるというようにばらつきを示している。

以上のデータから、1割自己負担が在宅サービス利用の抑制の原因となっているという根拠は発見できなかった。もちろん、特定の低所得者が利用抑制していることは十分考えられるが、むしろ、

こうしたケースでは、要介護状態が重度化した場合、居住や生活そのものが困難となり、施設入所に向かうことが考えられる。A県のデータでは、低所得地域の特別養護老人ホーム入所傾向の高さがみられた。



9. 保険者規模とリスク分散機能

介護保険者は、第1号被保険者32人の東京都青ヶ島村から54万160人の横浜市まで2865保険者あり、うち第1号被保険者5000人未満が1986保険者と全体の69.3%を占め、1000人未満も291保険者存在する（平成15年3月現在）。

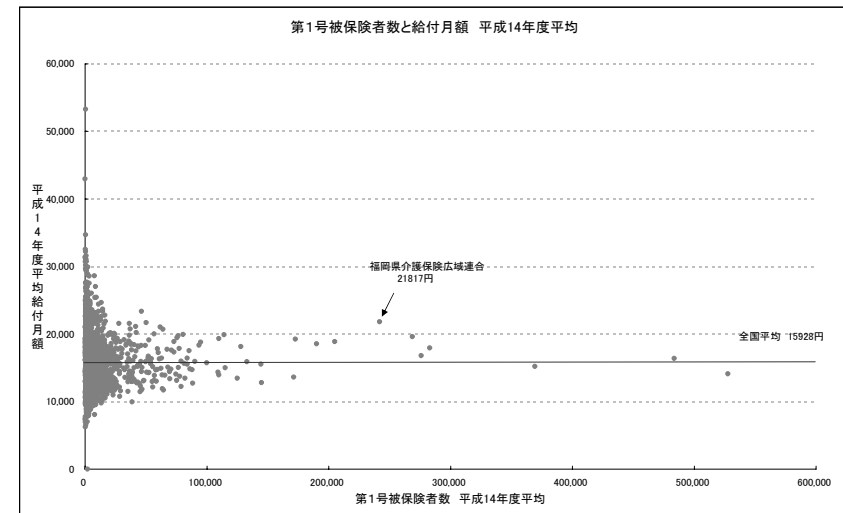
第1号被保険者4万6312人の那覇市の給付月額が2万3367円となっており、保険者規模を拡大しても、この程度の給付は避けられないと考えられる。第1号被保険者数が1万5000人を下回ると那覇市の給付額を超える保険者が出現しはじめ、3500人未満になると給付較差は顕著となってくる。つまり、小規模保険者はリスク分散機能が働かず、給付額が大きくばらついている。

したがって、リスク分散という観点だけからみれば、保険者はできれば第1号被保険者5000人以上、少なくとも3000人以上の母集団となる必要がある。

ただし、在宅サービスは比較的ばらつきは小さく、施設サービスのコントロールが可能であれば、ある程度の小規模保険者の運営も可能である。

広域連合、一部事務組合の保険者についても、市町村ごとの給

付管理が疎かになることなどから、給付の高い保険者がかなり存在している。市町村を保険者としたのは、介護保険を基礎に地域の社会資源を動員して、コミュニティケア・システムの構築を図ることを目指したものであり、市町村の責務を放棄した「もたれ合い広域運営」は基本的に避けるべきである。



10. 「元気老人地域」の調査と介護予防施策

年齢による要介護状態の発現率の較差を考慮し、年齢階層別人口によって要介護認定率を補正した結果、都道府県別、保険者別の認定率にはかなりの較差が見いだされた。

軽度（要支援～要介護2）の認定率は、西高東低の分布となっているが、これは要介護高齢者の発現率というよりも認定申請率によるものと考えられ、かならずしも高齢者の自立度を示すものではないと考えられる。

しかし、重度要介護高齢者はほとんどが認定申請を行っており、重度（要介護3～5）の認定率については、発見率とほぼ重なるものと考えられる。したがって、高齢者の自立度をかなり反映した数値ととらえることができる。

この観点からみると、青森県、秋田県、大阪府、沖縄県の高齢者自立度が低く、逆に茨城県、福井県、香川県、佐賀県、長崎県の高齢者自立度が高いことが推定される。

今後、膨大な認定データにより、要介護高齢者の発現率の低い地域、高い地域の特徴を調査分析し、その結果に基づいた介護予防施策の本格的な推進が図られることが期待される。

都道府県別重度認定率指数 平成15年3月

