

平成 15 年 11 月 11 日

高齢者医療・介護費の現状（2001 年度）

日医総研 前田由美子

本分析は、高齢者の医療・介護費の現状を把握する目的で、毎年まとめているものである。今年、厚生労働省がすすめようとしている地域ごとの老人医療費の適正化が現実的であるかどうかについても検討を加えた。

要 約

- ・ 2001 年度の老人医療費は 11.7 兆円、介護費は 4.5 兆円であった。
- ・ 医療・介護費の合計は 2000 年度 14.7 兆円、2001 年度 16.1 兆円であり、前年比 +9.4%¹であった。
- ・ 老人医療費の伸びは、高齢者数の伸びを下回ったため、2001 年度の 1 人当たり老人医療費は前年比 0.2%となった。 1 人当たり老人医療費の伸びは頭打ちになってきているのではないか。
- ・ 1 人当たり介護費は、施設サービスに比べて居宅サービスの伸びが大きい。特に、家族が主体的に取り組まなければならないもの（福祉用具購入、住宅改修）も増えてきている。
- ・ 市町村単位では、1 人当たり老人医療費はある年に増えたり、また別の年に減ったりする。前年比が ±5%程度増減するケースも少なくない。市町村単位で見ると、まとまった傾向というものは見られないのである。
- ・ また都道府県単位では相関が見られる指標も、市町村レベルに落とし込むと、何の関係も見えなくなるものもある。 市町村レベルで地域特性と医療費とを関連づけるのは非常に難しい。

¹ 以下、四捨五入差のため紙上の計算と合わないところがある。

- ・高齢者就業率が高い県で1人当たり老人医療費が低いのは事実である。とはいえ、高齢者就業率が高いのは、農林漁業就業者が多いところである。そもそも農林漁業が盛んではない地域で、高齢者の就業率を高めて医療費を減らそうという発想には無理がある。
- ・1人当たり医療費が低い市町村では介護費が高い。また1人当たり医療費が低い県では、かえって要介護5の人の比率が高い。医療費と介護費とは一体化して見るべきであり、医療費の適正化ばかりに着目することはバランスを欠いている。
- ・民間業者が都道府県や市町村に対して、医療費や介護費の分析システムを有料で提供しようとしている。厚生労働省は今のところ、医療費と関連のあるデータを示すにとどまっているが、まず、データをどのように使い、どうやって具体的なアクションに結びつけるかを示すべきである。
- ・ただし、それよりも前に行うべきは、医療費の適正化が医療、介護のあり方を歪ませないかを十分に検証することである。

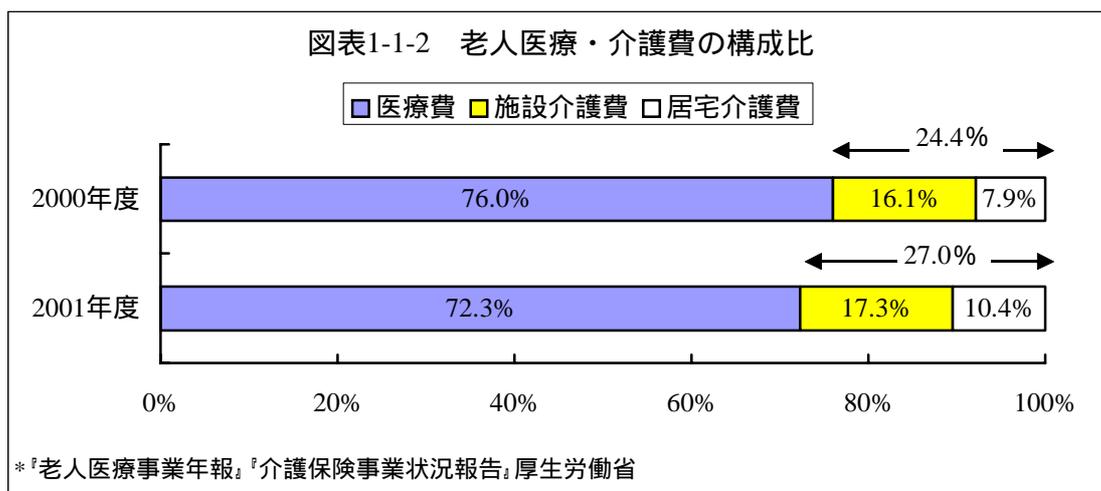
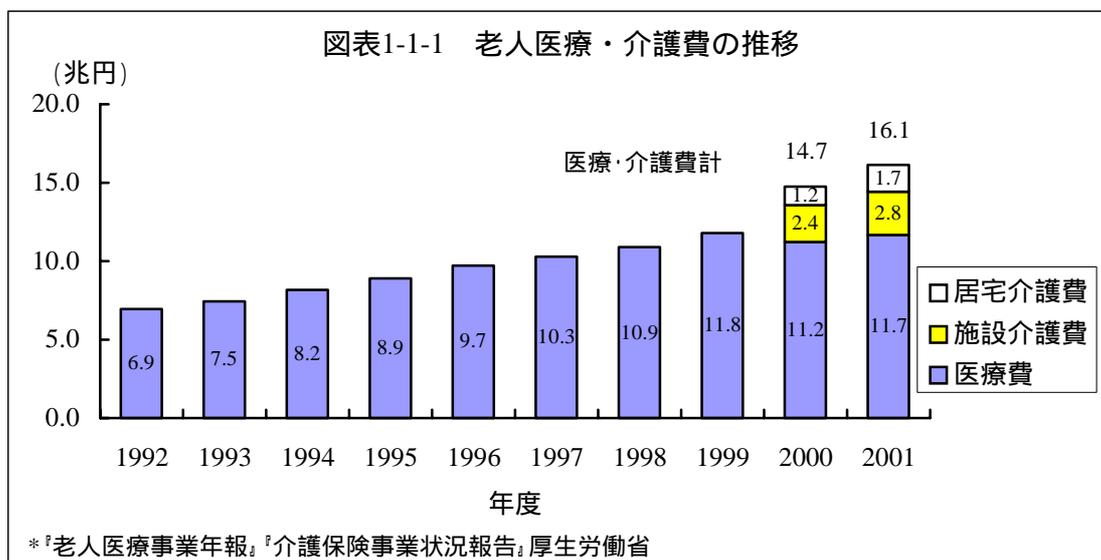
1. 全国の老人医療費・介護費

(1) 老人医療・介護費の総額

老人医療・介護費総額の推移

2001年度には、老人医療費 11.7兆円(前年比+4.1%)、施設介護費 2.8兆円(前年比+17.1%)、居宅介護費 1.7兆円(前年比+45.1%)となった。医療費と介護費との合計は 16.1兆円(前年比+9.4%)であった。

後述するが、老人医療費の伸びは、高齢者人口の伸びを下回っているため、1人当たり老人医療費は前年に比べて減少している。また、いまや老人医療・介護費の3割近くは介護費で占められている。厚生労働省は、老人医療費の「適正化」を諮ろうとしているが、医療費を抑制すれば介護費に流れるだけである。医療費と介護費とは一体で見なければならぬと考える。

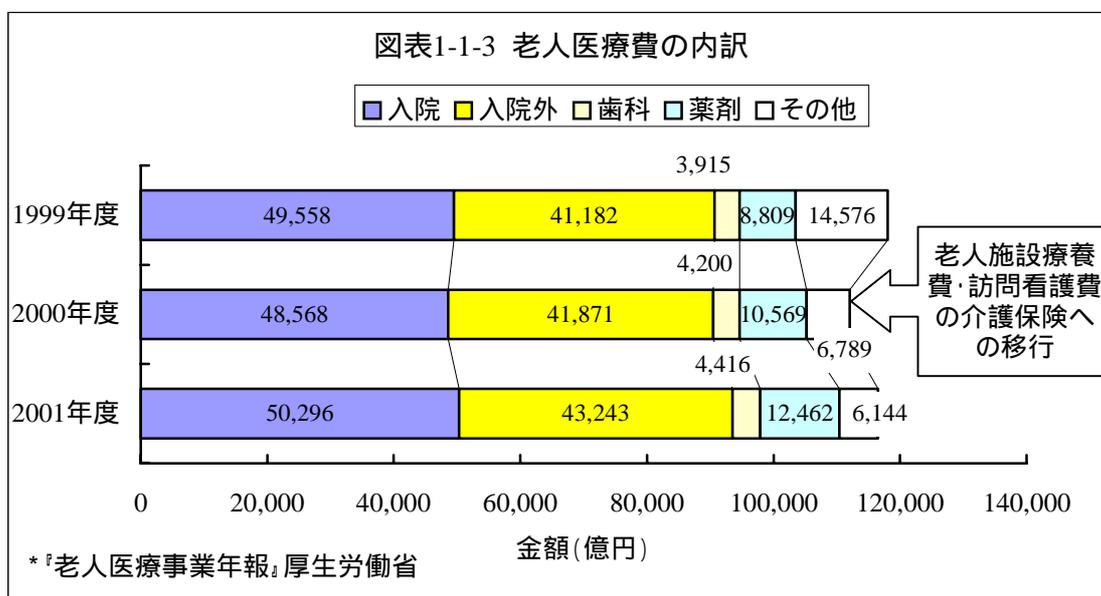


- 1) 老人医療費、介護費は3月～2月分で集計される。したがって、介護保険が導入された2000年度については2000年4月から2001年2月までの11ヶ月分の数字になっている。
- 2) ここで示した介護費は、介護保険第1号被保険者(65歳以上)の費用のみ。被保険者のうち2001年度末は、第1号被保険者2,877千人(96.5%)、第2号被保険者105千人(3.5%)であった。

老人医療費の内訳

2000 年度には介護保険が導入され、老人施設療養費、訪問看護費、入院費の一部が介護保険に移行した。その後、2001 年度にかけては入院費が増加し、1999 年度の水準を上回った。

入院外、歯科、薬剤は介護保険にかかわらず、増加をつづけている。このうち薬剤は過去 3 年間で 3,653 億円、毎年 1,000 億円を上回るペース、年率にすると 20% 近いペースで増加している。

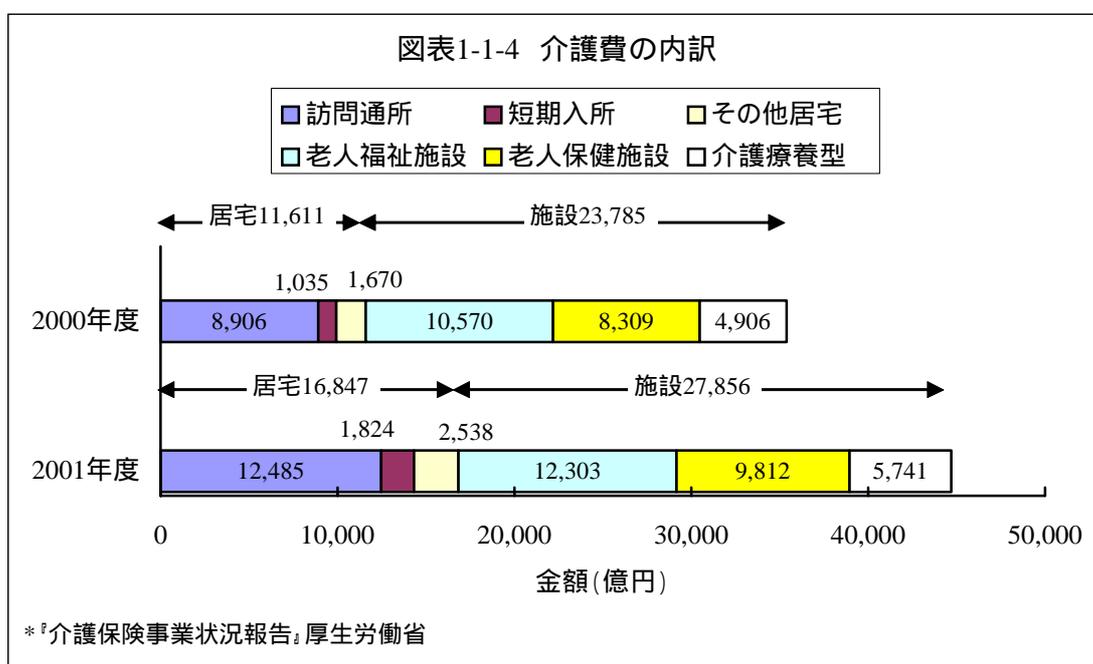


介護費の内訳

2000年度には居宅サービスと施設サービスの割合は1:2であった。しかし、2001年度にかけては居宅サービス費用の伸びが大きく、2001年度には居宅:施設=1:1.7にまで縮まっている。

居宅：訪問通所、短期入所、その他居宅（その他単品、福祉用具購入、住宅改修）

施設：老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設



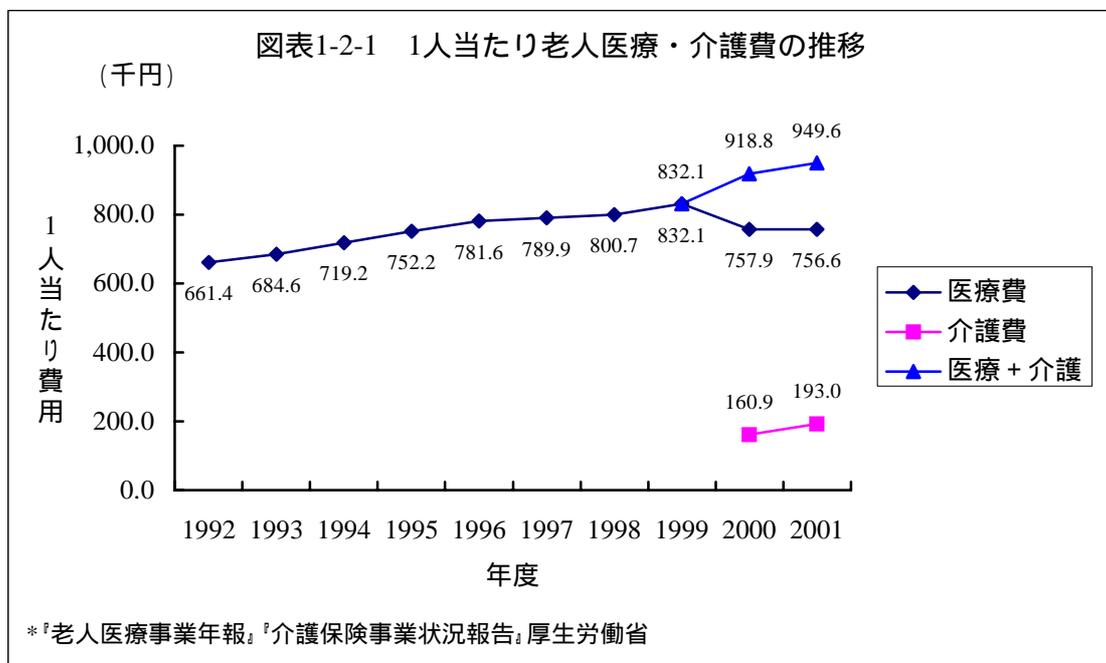
(2) 1人当たり老人医療・介護費

1人当たり老人医療・介護費の推移

2001年度の1人当たり老人医療費は756.6千円、1人当たり介護費は193.0千円、医療・介護費の合計は949.6千円となった。

1人当たり老人医療費は、2000年度に介護保険に移行したため前年比 8.9%となり、引き続き 2001年度も前年比 0.2%となっている。

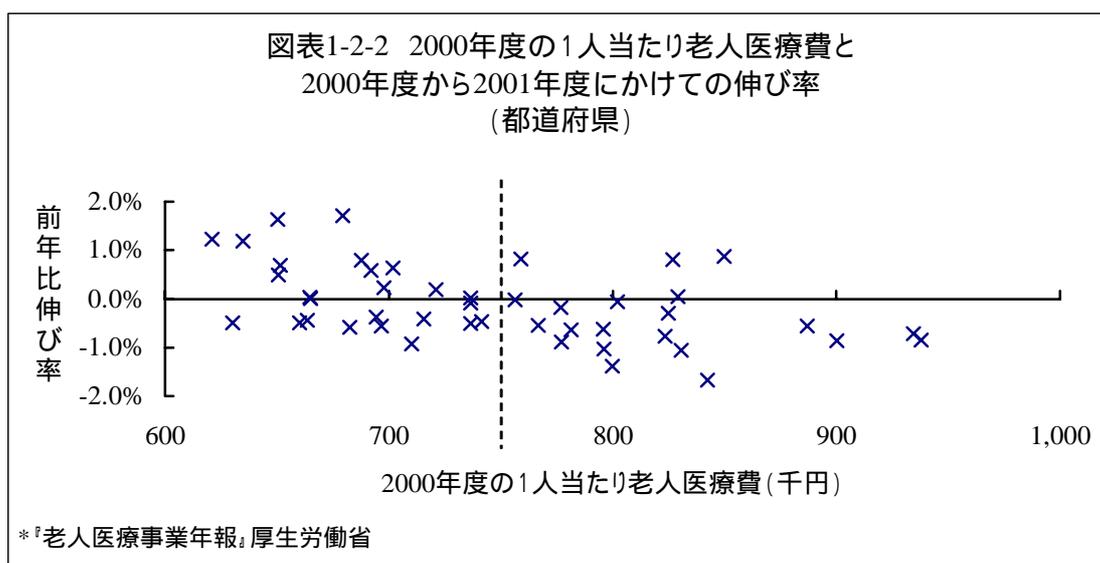
医療・介護費合計では前年比 + 3.4%の949.6千円になった。



1人当たり老人医療費の前年比

前述したように1人当たり老人医療費の全国平均は、2000年度から2001年度にかけて減少した。

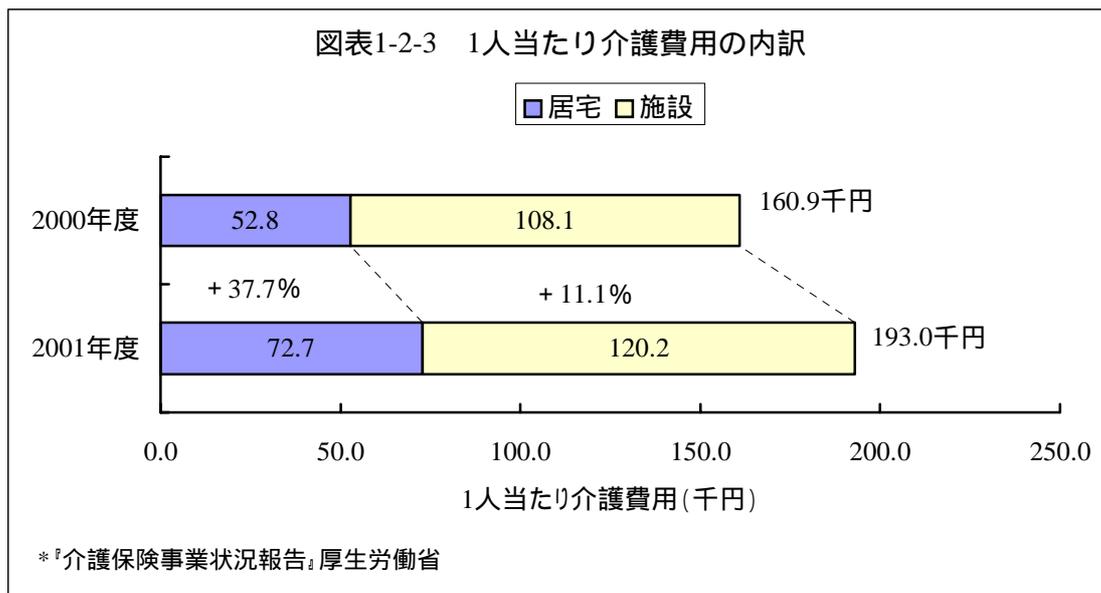
特に前年の1人当たり老人医療費が750千円以上の県の多くでは減少し、750千円未満の県では増加するという傾向が見られた。



1人当たり老人医療費の伸びは頭打ちになってきているのではないか。

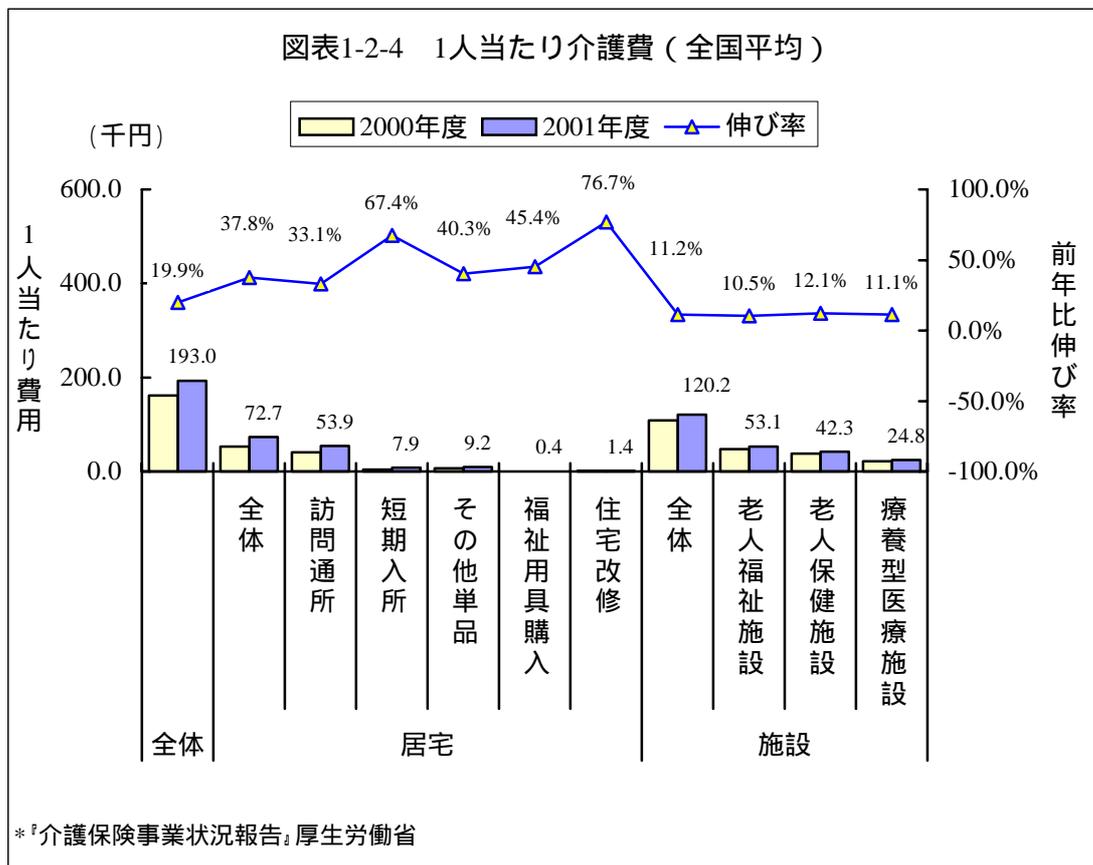
1人当たり介護費の内訳

2001年度の1人当たり介護費193.0千円の内訳は、居宅サービス72.7千円、施設サービス120.2千円であった。2000年度に比べ、居宅サービスの構成比が高くなった。



施設に依存する費用の伸びは緩やかであり、そうでない費用は伸びつつけている。

居宅サービスは前年比+40.3%、施設サービスは前年比+19.9%となった。
居宅サービスのうち、福祉用具購入、住宅改修なども伸びてきている。



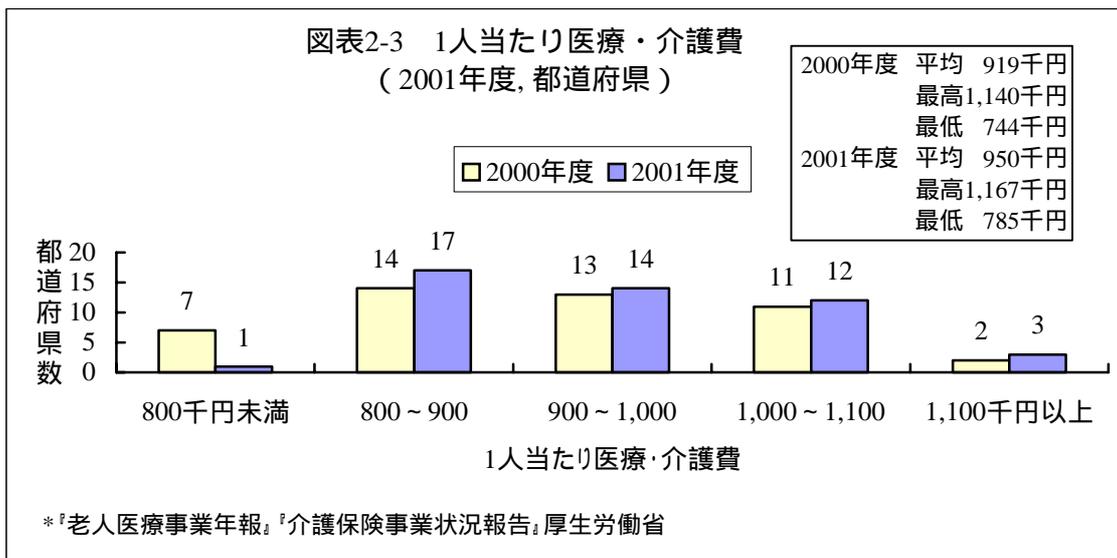
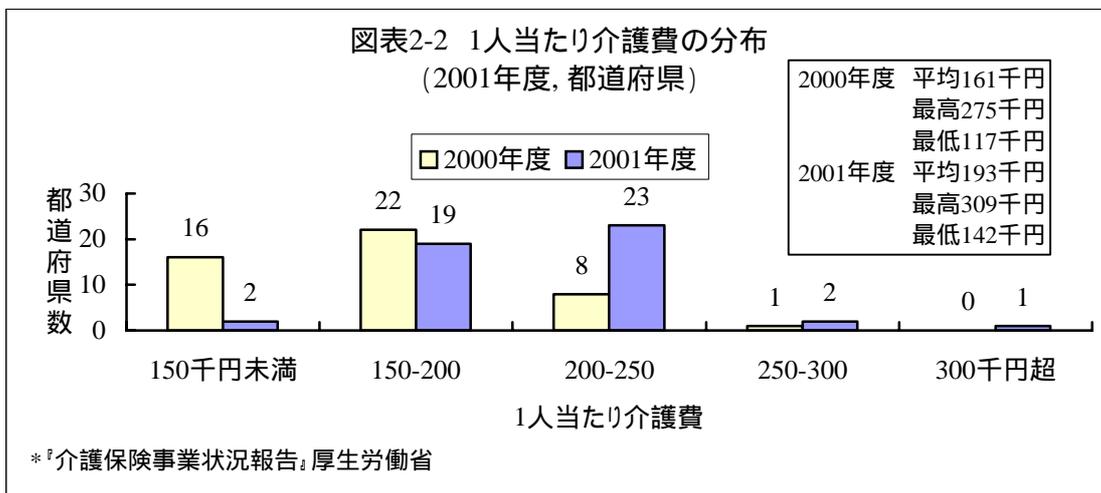
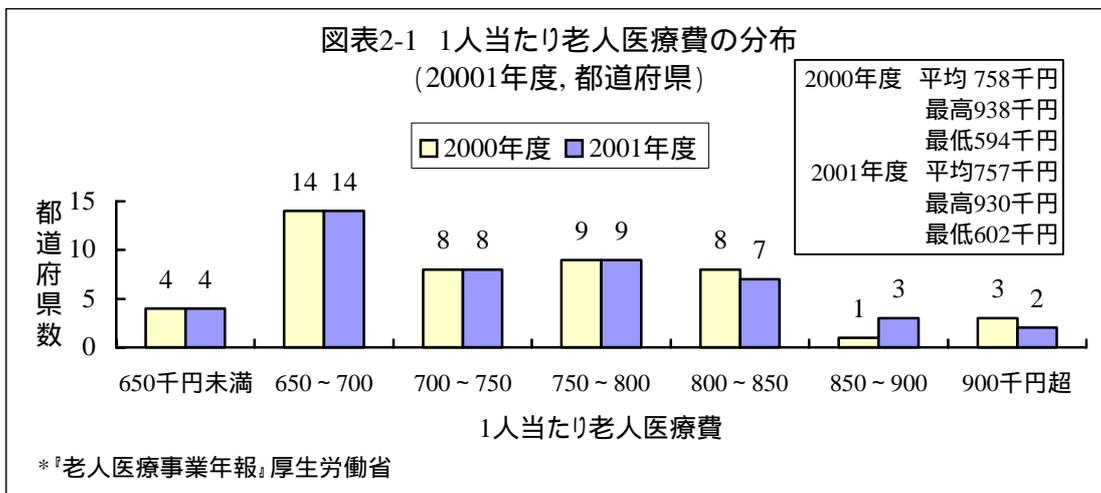
同じ居宅でも第三者に依存できるもの（訪問通所など）の金額が圧倒的に大きい
が、家族が主体的に取り組まなければならないものも伸びてきている。

2 . 医療・介護費の都道府県別分布

2001年度の1人当たり老人医療費の分布は、2000年度と比べ大きな変化はなかった。

1人当たり介護費は、2000年度から2001年度にかけて分布の山が高いほうへ移動し、かつ150千円から250千円への集中度が高まった。

1人当たり老人医療費・介護費の合計も、分布の山が高いほうへ移動するとともに、最大値と最小値の格差が若干せばまった。



3 . 地域特性と医療費

厚生労働省は『老人医療費の伸びを適正化するための指針』を公表した¹。

この中では、「市町村における老人医療の特性を把握する必要がある」「市町村別のデータを集約し、(中略)市町村の間での比較を行う」などと述べられている。

さて、市町村単位での、データの比較分析は現実的なのだろうか。

老人医療費の伸びは地域ごと年ごとにバラバラである

次頁には、福岡県下 97 市町村のうち、2001 年度の 1 人当たり老人医療費が前年比 $\pm 5\%$ 以上となった市町村 16 を示している。10% 以上増えている町もあれば、前年比 10% よりさらに下がった市町村もある(これでも医療保険医療費の多額の返戻があった町を除いて示している)。

1 人当たり老人医療費は毎年同じように伸びたり、減ったりするものではない。福岡県下を例に見ても、2000 年から 2001 年度にかけては増えたが、1998 年度から 1999 年度にかけては減っているというところが多い。ある年は増え、ある年は減る。

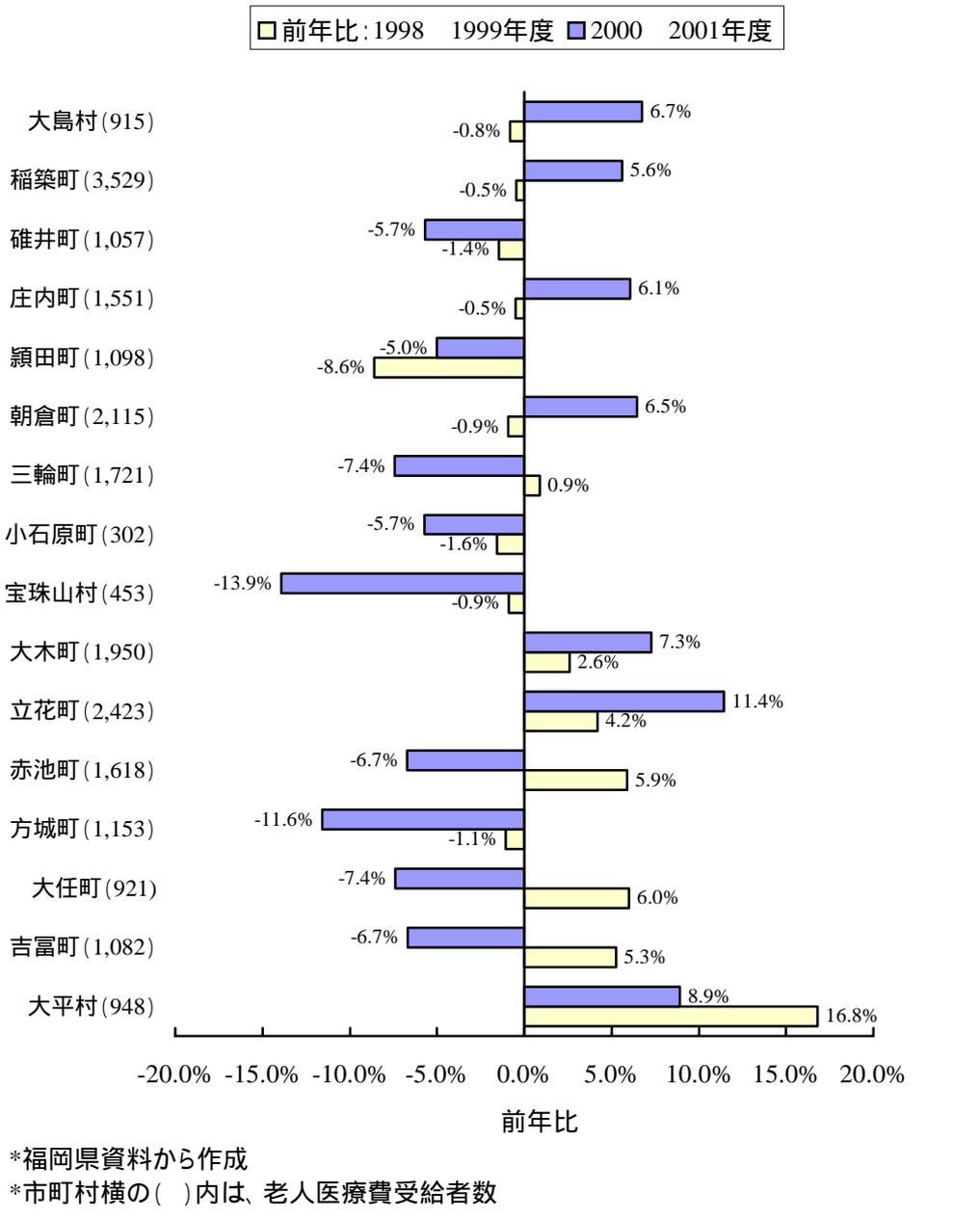
また、被保険者数の少ない町では、医療費が高額に上る人が数人出ただけで、平均値に大きく影響を与える。

毎年医療費が増え続けているという町ならともかく、多くの町では増えたり減ったりしているのであるから、市町村単位で医療費の傾向をつかむのはきわめて困難である。まともに把握しようとするれば偶然の事象はすべて排除しなければならない。そうでなければ、毎年一喜一憂する結果に終わるだろう。

¹ 厚生労働省告示, 平成 15 年 9 月 11 日

- ・市町村 1 人当たり老人医療費は、増加傾向、減少傾向はなく、年によって増えたり減ったりする。
- ・前年比 5% 以上変動する市町村も少なくない。

図表3-1 1人当たり老人医療費の前年比
2001年度の医療費が前年比増減±5%以上の市町村



厚生労働省の参考値

厚生労働省は、医療費と相関が高いものとして次のものをあげている。

- ・ 1人当たり老人医療費と70歳以上の1人暮らしの割合（正の相関）
- ・ 1人当たり老人医療費と70歳以上の就業率（負の相関）

これらの点については、我々もかねてから指摘したが²、確かに相関は高い。しかし、そうになっている背景も含めて読み取らなければならない。また、都道府県単位では相関があるものも、市町村単位で見るとまったく相関がなくなるものもある。ただちに市町村の医療費適正化の参考指標になるものではない。

都道府県単位では相関があるものでも市町村単位では相関はない

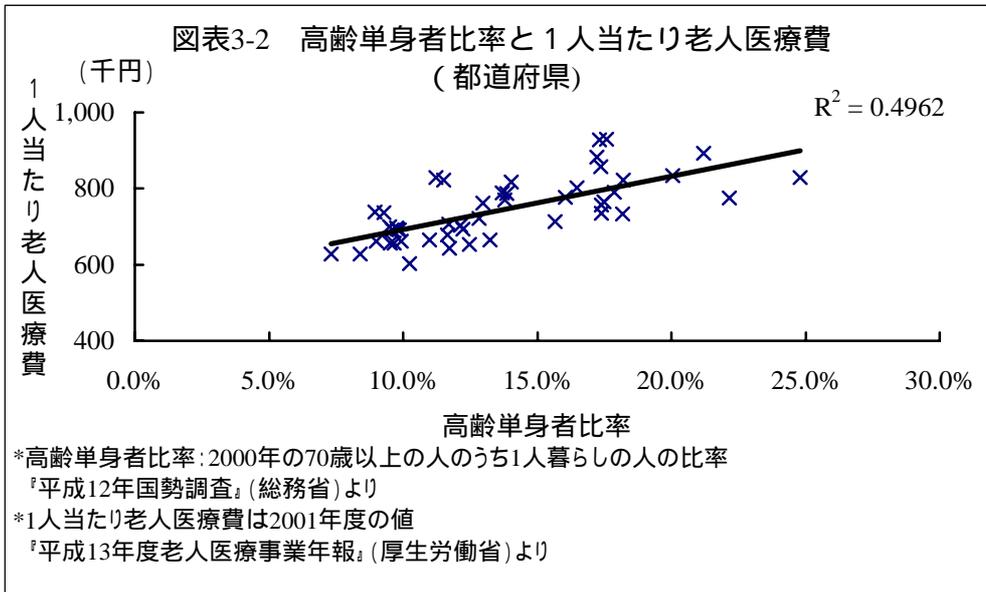
1人当たり老人医療費と70歳以上の1人暮らしの比率は、都道府県レベルでは相関が高い。これについて、我々は家族の看護・介護が不可能であること、また1人暮らしの不安感から医療機関に頼りがちなのではないかと考えている。だからといって、1人暮らしをやめさせる政策が打てるはずもない。

また市町村ごとに見ると、1人当たり老人医療費と70歳以上の1人暮らしの比率には何の相関もない。先に述べたように、市町村の医療費は年によってバラツキが大きいからである。

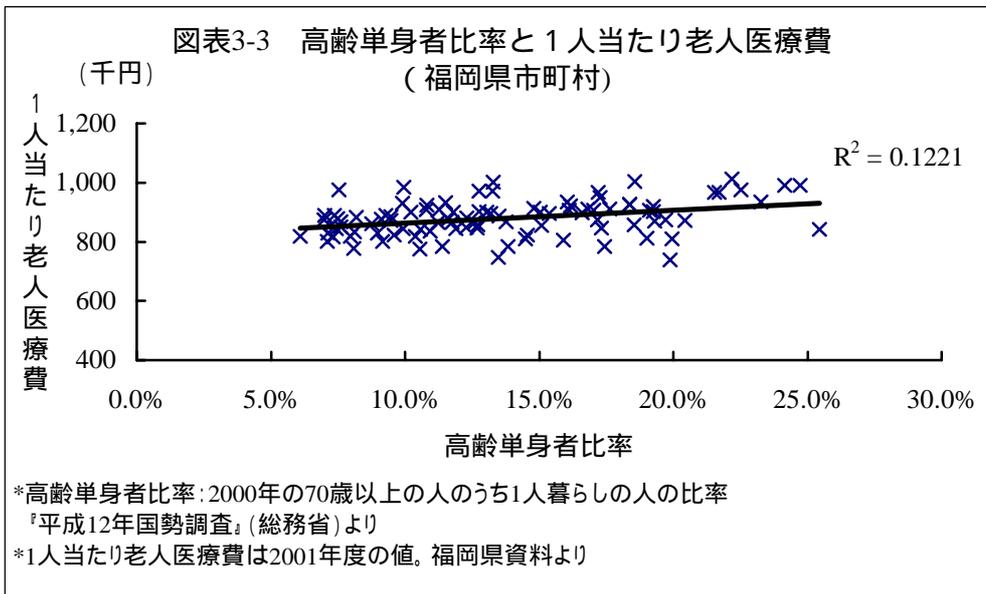
したがって、1人当たり老人医療費と70歳以上の1人暮らしの比率との間に高い相関があるといっても、それはひとつの事実を過ぎず、厚生労働省が期待する医療費適正化のアクションに結びつくものではない。むしろ医療費の高さから、この点を割り引いて考えるという材料にすぎない。

² 『国民健康保険医療費マップの分析 - なぜ山口県の1人当たり医療費は1位になるのか、なぜ鹿児島県の医療費は高騰しているのか - 』前田由美子，日医総研ワーキングペーパーNo.39，平成12年12月

・都道府県単位では相関があるといえるものも・・・



・市町村単位では相関が見えなくなる



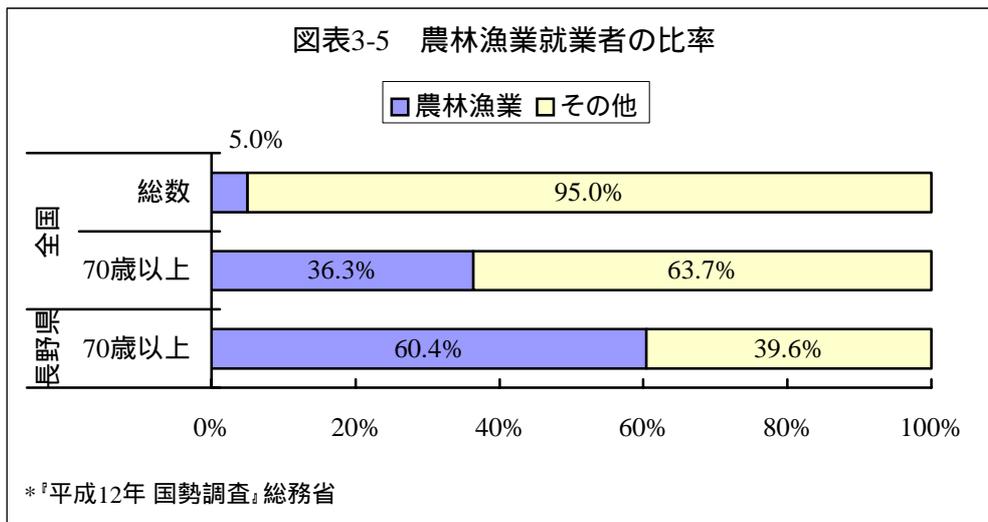
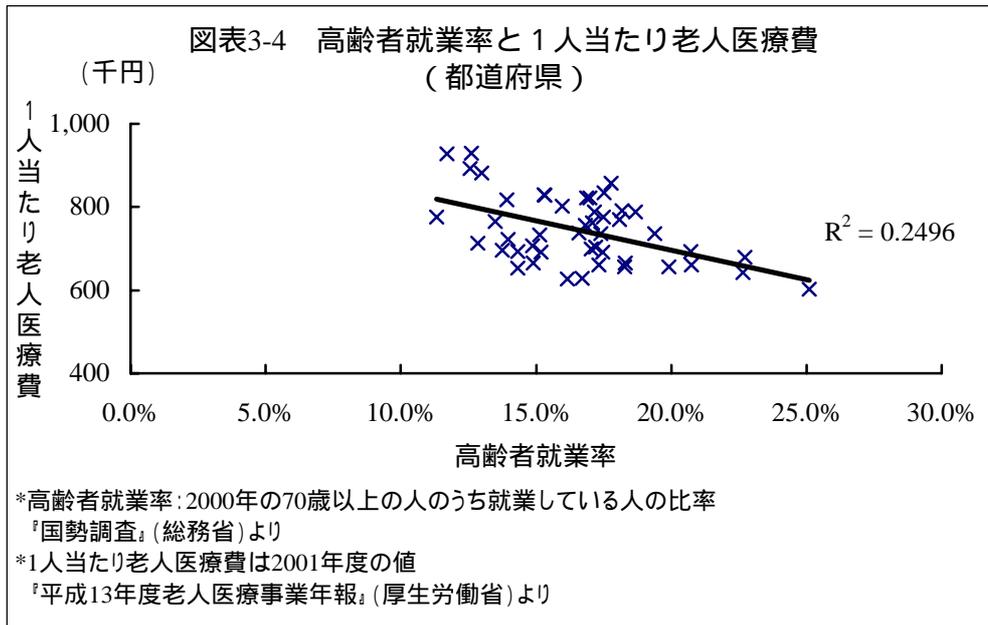
定年のない農林漁業従事者が多い県では、高齢者の就業率も高い

高齢者の就業率が高いほど、1人当たり老人医療費が少ないのも事実である。では、どういうところが高齢者の就業率が高いのか。それは定年のない農林漁業就業率が高いところである。たとえば、高齢者の就業率が最も高い長野県（25.1%）では、高齢者の6割以上が農林業に従事している。

高齢者の就業は生きがいのようにも見られている。医療費との相関（負の相関）も高い。しかし、そもそも農林漁業ができる環境にない地域で就業率を高めようとするのは無理がある。仮に、企業が雇用延長をしたところで、逆に若年層の雇用が失われ、ひいては社会保険の財源も縮小してしまうであろう。

高齢者の就業率が高いのは、農林漁業ができる地域である。企業の雇用延長としてまで就業率を高めたほうが良いというのだろうか？

（そもそも、就業率が高いことと医療費が高いことに因果関係があるわけではないが・・・。）



医療費だけに着目してもダメである

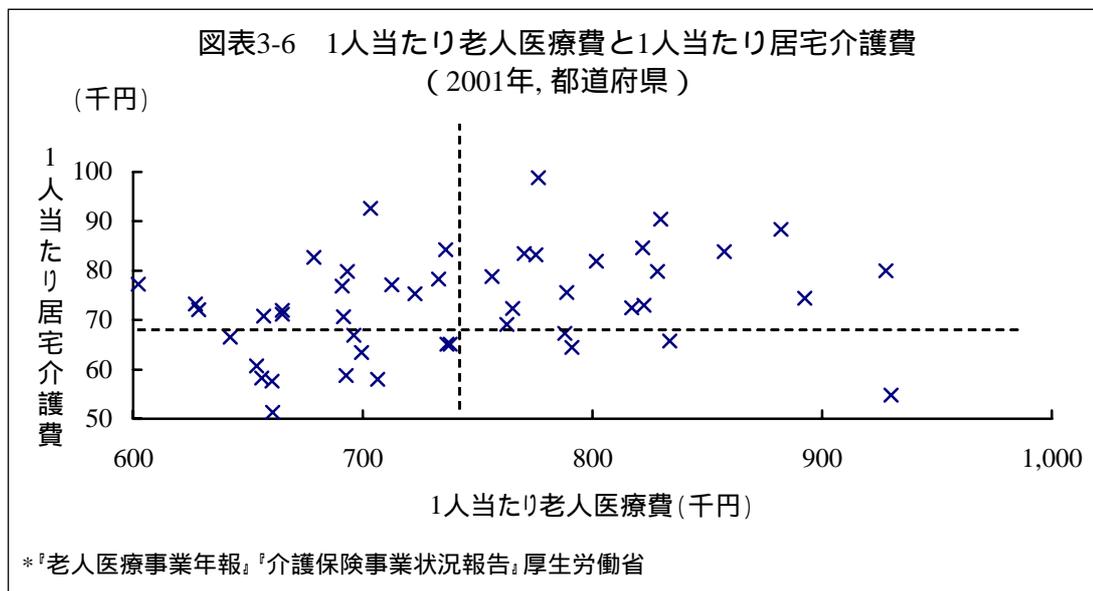
1人当たり老人医療費だけに着目するのも詮無い話である。

先に述べたように、1人当たり老人医療費がある程度高かった県では、伸び率は頭打ちになっている。その一方で、老人医療費が低い県の中には、介護費が比較的高いところもある。

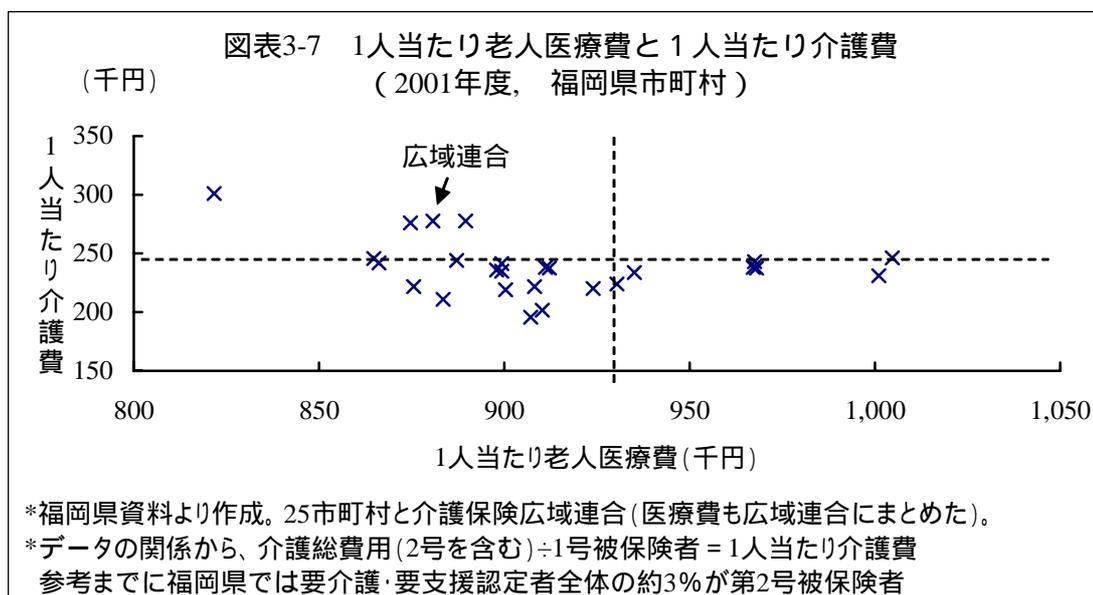
) 施設介護費の高低は、現在、医療機関などの「施設」があるかどうかに関係する。医療機関が併設するケースが多いからである。医療費と医療機関数(病床数)は比例する。したがって、医療費が高いところでは、施設介護費も高くなる。ここでは、施設に依存しない居宅介護費と医療費との相関を見た。居宅介護も医療機関など従来の施設を持つところが提供するケースが多いので、傾向としては、医療費と比例している。しかし、医療費が低い県の中に、居宅介護費が高い県があることは注目に値すると考える。

市町村単位で見ても、1人当たり介護費が平均より高い市町村は、1人当たり老人医療費が低い。

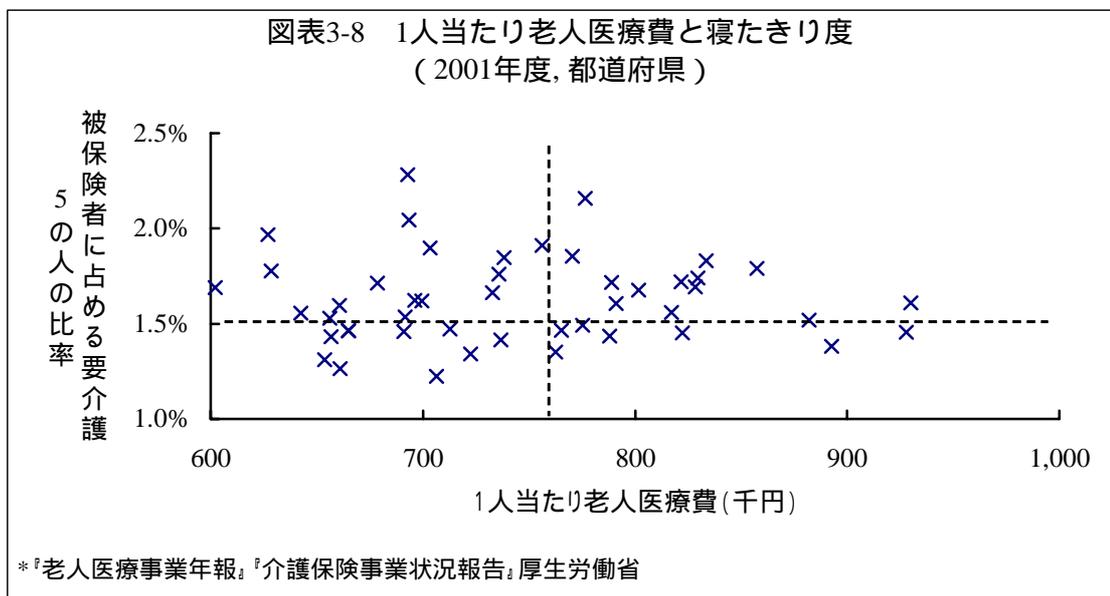
- ・医療費が低くても居宅介護費が結構高いところがある。



- ・1人当たり介護費が平均より高い市町村は、1人当たり老人医療費が低い。



また、1人当たり老人医療費が低い都道府県の中には、要介護5の人の比率が高いところがある。医療が介護度に対して予防的な役割を果たしていたといえなくもない。この点からも、医療費だけ介護費だけを取りあげるのではなく、医療費と介護費とを一体で見えていく必要があると思われる。



4 . 高齢者医療・介護費の見方について

これまで述べてきたように医療費と介護費には補完する関係も見られる。医療費だけを採りあげるとはバランスを欠く。

以下のグラフは、1人当たり老人医療費と保健医療に関する家計支出の関係を示している。保健医療家計支出には医療費の一部負担金を含むが、老人医療費が高いところの保健医療支出が高いわけではない。むしろ逆のケースもある。老人医療費は低くても、医薬品や健康保持用摂取品などにかかる金額が大きいところもあると思われる。

また別のところで述べたが³、福祉もあわせて医療・介護・福祉トータルで見ると、都道府県格差はあまり大きくない。

医療費だけに適正化をはかろうとせずに、医療、介護、できれば福祉も一体で見えていくべきである。

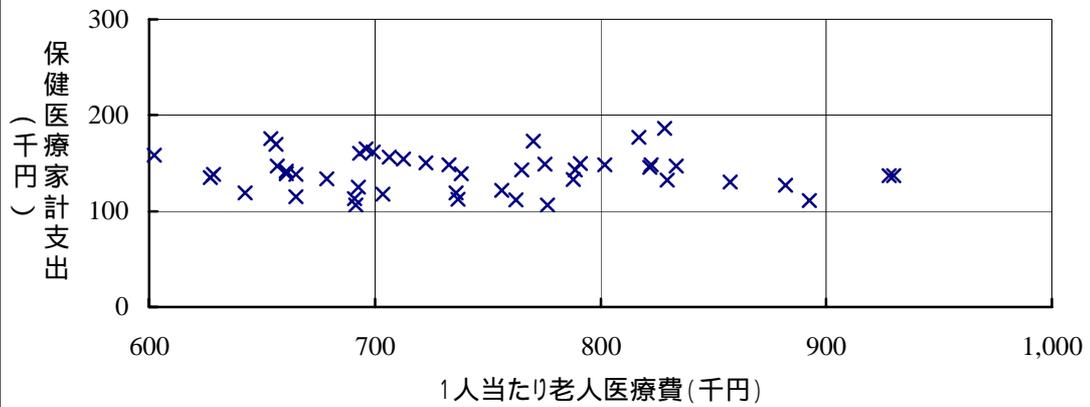
またその地域範囲は、都道府県単位でも十分である。市町村合併が進めばまだしも、福岡県のように97市町村もあるところでは、「傾向」といえるものは出てこない。近隣市町村との比較はできないことはないが、毎年の医療費の増減はバラバラである。比較分析の結果を具体的なアクションにまで結びつけることはきわめて難しい。

折りしも、民間業者が都道府県や市町村に対して、医療費や介護費の分析システムを有料で提供しようとしている。厚生労働省は今のところ、医療費と相関のあるデータを示すにとどまっているが、まず、データをどのように使い、どうやって具体的なアクションに結びつけるかを示すべきである。その上で、医療費、介護費には地域の特殊事情がかなり影響しているのであるから、自治体の職員自らがデータを分析、活用できるよう育てていくべきである。さもなければ、都道府県や市町村は費用対効果が確かとはいえないのに、予算を費消して民間の分析に頼ってしまうだろう。

なお、それよりも前に行うべきは、医療費の適正化が医療、介護のあり方を歪ませないかを十分に検証することと考える。

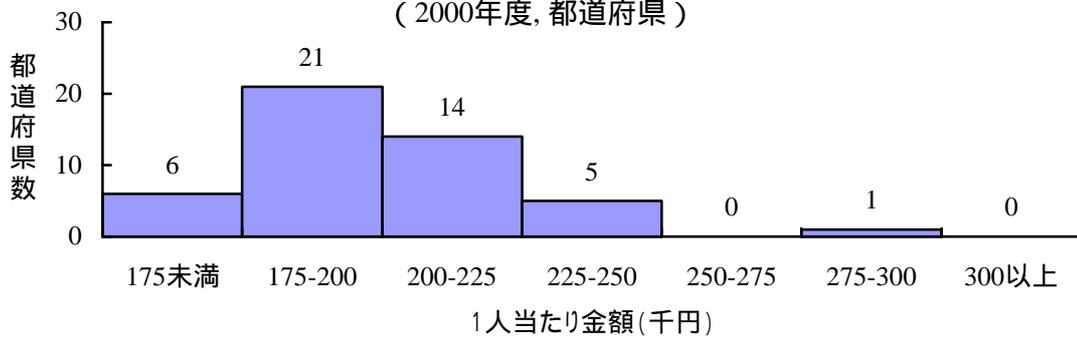
³ 『トータルで見たい高齢者の医療・介護・福祉費』前田由美子，日医総研リサーチエッセイ No.23, 平成14年11月19日

図表4-1 1年間の1人当たり老人医療費と
保健医療家計支出
(都道府県)



*『平成13年度 老人医療事業年報』厚生労働省、『平成14年度 家計調査』総務省
*家計調査は1ヶ月の調査。ここでは12倍して年換算した。

図表4-2 1人当たり医療・介護・福祉費自治体負担分
(2000年度, 都道府県)



*『老人医療事業年報』厚生労働省、『地方財政統計年報』総務省
*詳細は『トータルで見た高齢者の医療・介護・福祉費』日医総研リサーチエッセイNo.23

参考資料

*年の記載のないものは複数年にわたって使用したもの

『老人医療事業年報』厚生労働省

『介護保険事業状況報告』厚生労働省

『平成 12 年国勢調査』総務省

『平成 14 年度家計調査年報』総務省

福岡県資料

『地方財政統計年報』財務省

『トータルで見たい高齢者の医療・介護・福祉費』前田由美子, 日医総研リサーチエッセイ No.23

『国民健康保険医療費マップの分析 - なぜ山口県の 1 人当たり医療費は 1 位になるのか、なぜ鹿児島県の医療費は高騰しているのか - 』前田由美子, 日医総研ワーキングペーパーNo.39