

日医総研ワーキングペーパー

高齢者の医療費と介護費の分析

- 地域格差を中心に -

No. 76

平成 14 年 11 月 12 日

日医総研 前田由美子

高齢者の医療費と介護費の分析 - 地域格差を中心に -

日医総研 前田由美子

キーワード

高齢者	都道府県別	長寿
老人医療費	生きがい	寝たきり
介護費	健康	

1999 年度の老人医療費は 11.8 兆円。2000 年度の高齢者の医療・介護費は 14.8 兆円。うち患者（利用者）負担は 1.1 兆円（7.6%）であり、1 兆円市場となっている。

高齢者の医療費のうち薬剤の支給は前年比 20.0%増。

1999 年度の 1 人当たり老人医療費は 832 千円。2000 年度の高齢者 1 人当たり医療費は 758 千円、同介護費は 161 千円、合計 919 千円で、トータルでは前年比 10.4%増（それまでの潜在コストの顕在化分を含む）。

老人医療費の伸び率はバラツキが大きく、伸び率管理は現実的ではない。

首都圏や医療費がきわめて小さい地域では、居宅費用（ソフトの費用）が高い。ソフトがハードを補完している。

医療費の高い地域では、介護度の「軽い」人の認定率が高い。軽い人のニーズも充足できる体制にあるからである。

医療費のきわめて低い地域では、要介護 5（いわゆる寝たきり）の認定率が比較的高いところがある。それまで自宅介護であった人が、介護保険から費用が支給されることになり表に出てきているのではないか。

介護の認定率の高い沖縄県では、もともと家事のアウトソーシングが進んでいる。介護を受けるか受けないかは、その地域のものの考え方にもよる。

農業県では高齢者の就業率が高いが、高齢者の就業率と医療・介護費の間には直接的な関係はない。むやみに就業率を上げたところで、医療費が減るわけではない。

病気などの自覚症状が比較的高いにもかかわらず、医療費が低い地域がある。健康に不安があっても医療機関がないから医療機関にかかることができない（病床が少ない、アクセスが悪い）現実があることも否定できない。

目次

分析の目的と方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

・高齢者の医療・介護費の全体像

 1．老人医療費・介護費の総額・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

 2．高齢者の1人当たり医療・介護費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4

・都道府県別の高齢者医療・介護費

 1．都道府県別老人医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

 2．都道府県別介護費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

・地域格差についての考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

補遺．介護保険はなぜできたか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

分析の目的と方法

昨今の医療制度改革議論においては、特に老人医療費の高さと伸びが問題視されている。しかし、そもそも老人医療費だけを取り上げることに意味があるのか、介護や福祉などとトータルで見る必要があるのではないか、と考えてきた。そしてこれまでも、いくつかの分析において、老人医療費だけに着目することが不十分であることを検証してきた。また医療費の地域格差についても浪費ではなく、必然の結果であることを確認してきた。

「1人当たり老人医療費の意味合い - 老人医療費マップから - 」

日医総研ワーキングペーパーNo.57,平成14年1月10日

「福岡県の老人医療費はなぜ1位になったのか - 都道府県・市町村別の医療費要因分析事例 - 」

日医総研ワーキングペーパーNo.60,平成14年2月4日

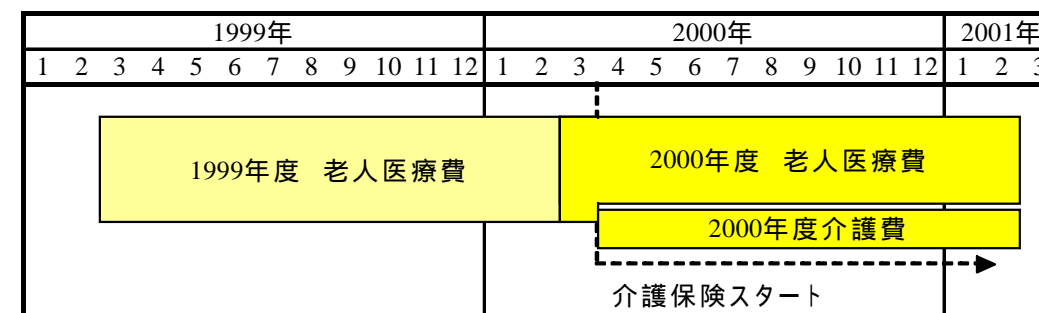
・・・以上、いずれも http://www.jmari.med.or.jp/index2.php?src=research_work

今回は、2000年度に導入された介護保険の費用を加えて医療費と介護費とについて分析した。目的は、以下の2点をあらためて検証することである。

- ・医療費だけをとりあげることは不十分であり、医療、介護別々に政策を議論すべきではない。
- ・医療費が高い地域が不健康なわけではない。コストに一喜一憂して健康政策の方向を誤るべきではない。

分析には、「平成12年度 老人医療事業年報」「平成12年度 介護保険事業状況報告（年報）」を用いた。ここでの年度とは、当該年の3月から翌年の2月までの期間である。2000（平成12）年度といたったときには、2000年3月から2001年2月までを指す。ただし介護保険は2000年4月にスタートしたので、2000（平成12）年度の数字は4月以降の11ヶ月分の値である。

つまり2000年度の数字は、介護保険スタート前の老人医療費1ヶ月分と、介護保険スタート後の老人医療費11ヶ月分および介護費11ヶ月分である。



・高齢者の医療・介護費の全体像

1. 老人医療費・介護費の総額

介護保険が導入されたことにより、それまで医療や福祉の枠組みの中でまかなわれていた費用の一部は、介護保険から支給されるようになった。

老人医療費は1999年度には11.8兆円であったが、2000年度には5.1%減少し、11.2兆円となった。介護費は2000年度には3.6兆円であった。医療・介護費をトータルで見ると、1999年度は11.8兆円、2000年度には14.8兆円となる。公的保険の下で、高齢者の医療・介護費は3.0兆円（前年比+25.6%）増えたことになる。

総額の増加にともない、患者（利用者）の自己負担も増加した。1999年度には、老人医療費に占める一部負担金割合は6.5%（0.8兆円）であった。2000年度には医療費の一部負担金割合が6.6%（0.7兆円）、介護費の利用者負担割合が11.0%（0.4兆円）であり、高齢者の医療・介護における患者（利用者）負担は7.6%（1.1兆円）に達している。

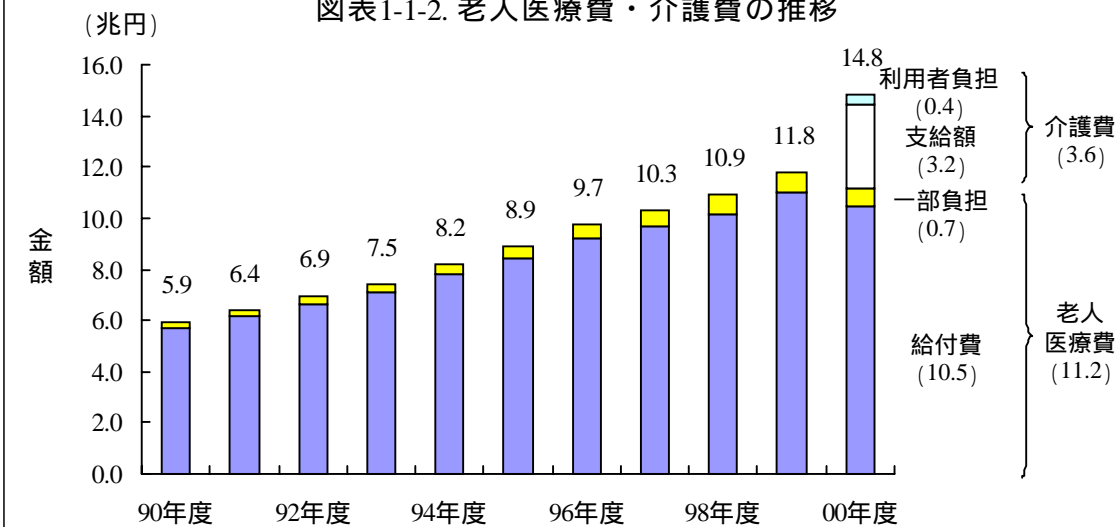
注）1999年度と2000年度には、薬剤臨時特例措置により、それまで患者が負担していた薬剤費用の一部を国が支給している。措置がない場合の老人医療費一部負担割合は7.6%になり、医療・介護費トータルでの患者（利用者）負担は8.4%となる。

高齢者の医療・介護費は前年に比べて3.0兆円増加し、14.8兆円となった。
 高齢者の医療・介護における患者（利用者）負担は7.6%（1.1兆円）に達している。高齢者の医療・介護自己負担は1兆円市場を形成している。

図表1-1-1. 老人医療費と介護費との関係

	1999年度	2000年度
施設系	老人医療費 11.8兆円	老人医療費 11.2兆円 施設介護（ハード） 2.4兆円
居宅系		居宅介護（ソフト） 1.2兆円
計	11.8兆円	14.8兆円

図表1-1-2. 老人医療費・介護費の推移



*データ：厚生労働省「老人医療事業年報」「介護保険事業状況報告」

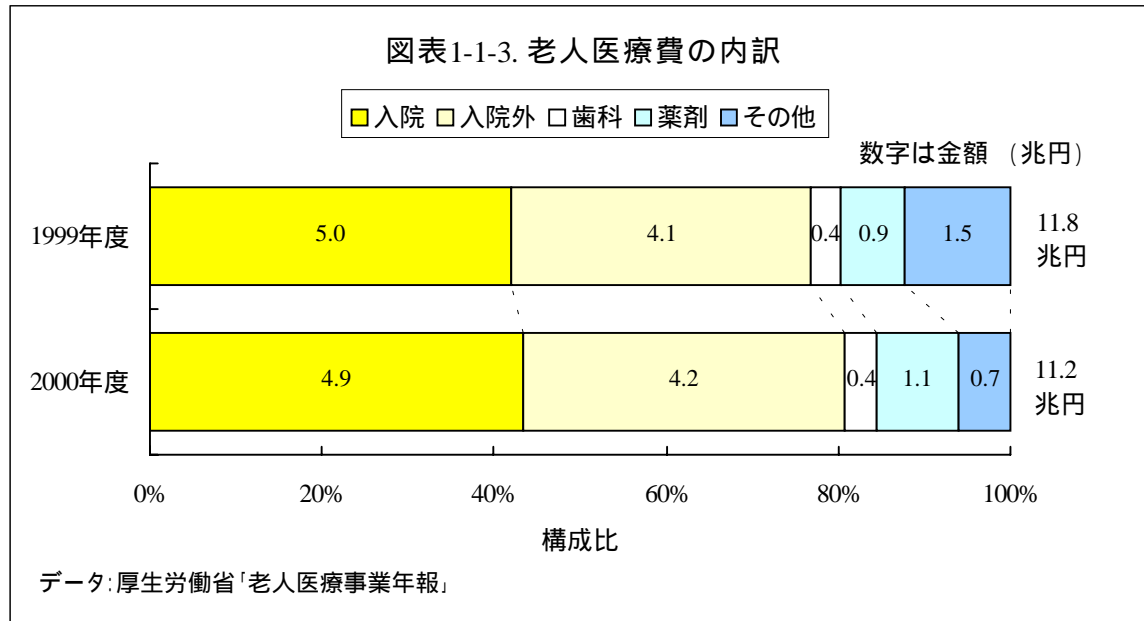
注）年度とは当該年の3月から翌年2月まで。2000年度の数字は、介護保険スタート前の老人医療費1ヶ月分と、介護保険スタート後の老人医療費11ヶ月分および介護費11ヶ月分。

【老人医療費の内訳】

老人医療費は、診療費（入院・入院外・歯科）、薬剤の支給、その他（食事療養、老人保健施設療養費、老人訪問看護、医療費の支給等）で構成されている。

2000年度には介護保険への移行にともない前年に比べて、老人施設療養費が91%、老人訪問看護が73%、入院が2%減少した。

仮に介護保険がなかった場合、入院・食事療養費が入院外と同じような伸びを示し、老人施設療養費・訪問看護が前年と同じような伸びを示したとする。これらの費用は合わせて65,313億円となるが、実際の費用は54,085億円であり、その差は約11,000億円である。したがって、2000年度の介護費は3.6兆円であるが、うち約1.1兆円が老人医療費からの移行分であると推計される。残り2.2兆円は、福祉からの移行分、家庭に埋没していたコストが表面化した分、新たに市場が創出された分などである。



図表1-2-4. 医療保険から介護保険への移行額（推計値）

金額単位: 億円

	98年度	99年度	00年度		介護保険がない 場合の00年度 (2)	移行額 推計 (1) - (2)	
			伸び率 (1)	伸び率			
老人施設療養費	6,426	7,436	16%	670	-91%	8,604	-7,934
老人訪問看護	657	858	31%	235	-73%	1,119	-885
入院	46,787	49,558	6%	48,568	-2%	50,388	-1,820
食事療養	4,967	5,115	3%	4,612	-10%	5,201	-589
小計	58,837	62,966	-	54,085	-	65,313	-11,228
入院外	38,584	41,181	7%	41,871	2%		
歯科	3,511	3,915	12%	4,200	7%		
薬剤	6,900	8,809	28%	10,569	20%		
医療費の支給等	1,101	1,169	6%	1,271	9%		
合計	108,932	118,040	8%	111,997	-5%		

介護費 3.6 兆円のうち、従来、老人医療がカバーしていた分は約 1.1 兆円と推計される。残りは自宅介護費が表面化したものや、福祉費から移行分である。

老人医療費のうち薬剤の支給が前年比 20.0% 増と、大きな伸びを示している。

注) 年度とは当該年の3月から翌年2月まで。2000年度の数字は、介護保険スタート前の老人医療費1ヶ月分と、介護保険スタート後の老人医療費11ヶ月分および介護費11ヶ月分。

【介護費の内訳】

介護費 3.6 兆円のうち、施設介護費が 2.4 兆円、居宅介護費が 1.2 兆円である。

施設介護費の内訳は以下のとおりである（カッコ内は施設介護費を 100 としたときの構成比）。

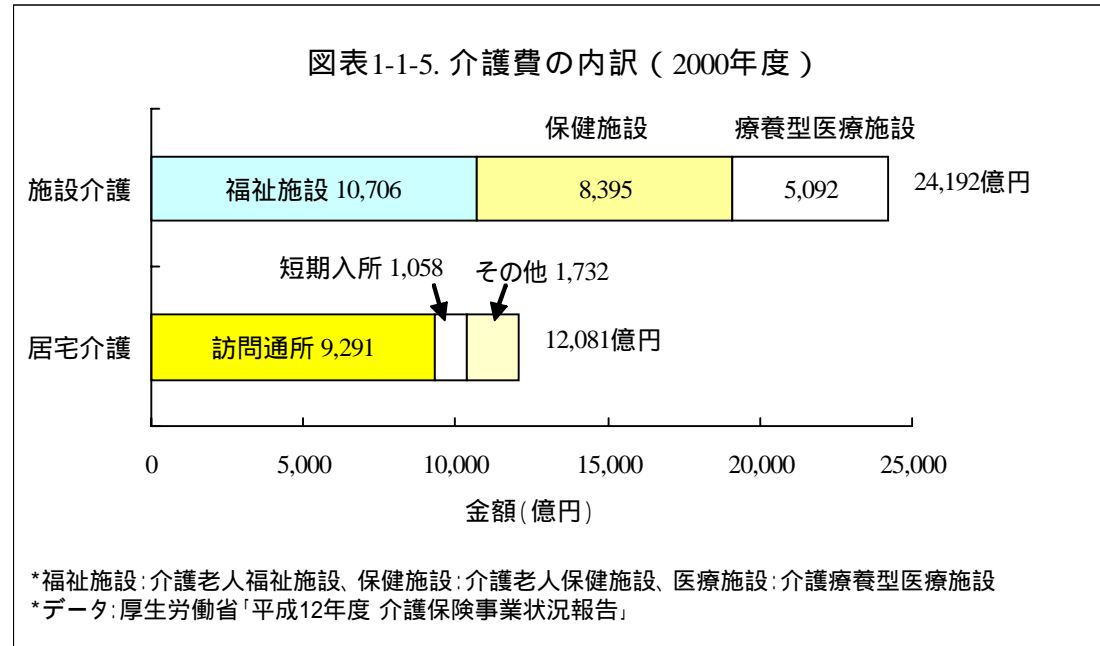
- ・介護老人福祉施設 10,706 億円（44%）
- ・介護老人保健施設 8,395 億円（35%）
- ・介護療養型医療施設 5,092 億円（21%）

どの施設の費用が多いかは、都道府県によって大きなバラツキがあった。今のところ、施設別の構成比は利用者ニーズを示すものではなく、供給量の差を表すものと推察される。

居宅介護費は、その 77% が訪問通所の費用で 9,291 億円である。図表 1-1-5 のその他には、福祉用具の貸与 61 億円や、住宅改修費 186 億円が含まれる。

訪問通所・・・訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護、訪問入浴介護、
通所リハビリテーション、通所介護

以下、施設介護をハードのサービス、居宅介護をソフトのサービスとカテゴリ化する。



2. 高齢者の1人当たり医療・介護費

【1人当たり医療・介護費の定義】

1人当たり老人医療費の分母は、受給対象者数である。すべての人が医療機関にかかっているわけではないが、「1人当たり」という場合にはこのように計算する。

介護費についても、老人医療費と比較するため分母を被保険者数とし、第1号被保険者（65歳以上）の費用・人数を用いて計算した。利用している人1人当たりでいくらかかっているのを見る場合には、分母を受給者にする必要がある。

注) 老人医療受給対象者は 2000 年度時点では 70 歳以上、介護保険の第 1 号被保険者は 65 歳以上である。65 歳以上と 70 歳以上とでは、1 人当たり介護費に差があると思われる。しかし、70 歳以上の介護費を示すデータはない。そこで、65 歳以上も 70 歳以上も 1 人当たり介護費は同じであるとみなして、老人医療費との合算を試みた。

図表 1-2-1. 高齢者 1 人当たり医療費・介護費（年間）の計算式（2000年度）

$$\text{1人当たり老人医療費} = \frac{\text{老人医療費 } 111,997 \text{ 億円}}{\text{老人医療受給対象者数 } 14,778 \text{ 千人}} = 758 \text{ 千円}$$

$$\text{1人当たり介護費 (第1号被保険者)} = \frac{\text{第1号被保険者介護費 } 35,396 \text{ 億円}}{\text{第1号被保険者数 } 21,996 \text{ 千人}} = 161 \text{ 千円}$$

* 老人医療受給対象者数は、各年度における各月末平均

* 第1号被保険者数は、前年度末現在と当年度末(3月)現在の平均

注) 年度とは当該年の 3 月から翌年 2 月まで。2000 年度の数字は、介護保険スタート前の老人医療費 1 ヶ月分と、介護保険スタート後の老人医療費 11 ヶ月分および介護費 11 ヶ月分。

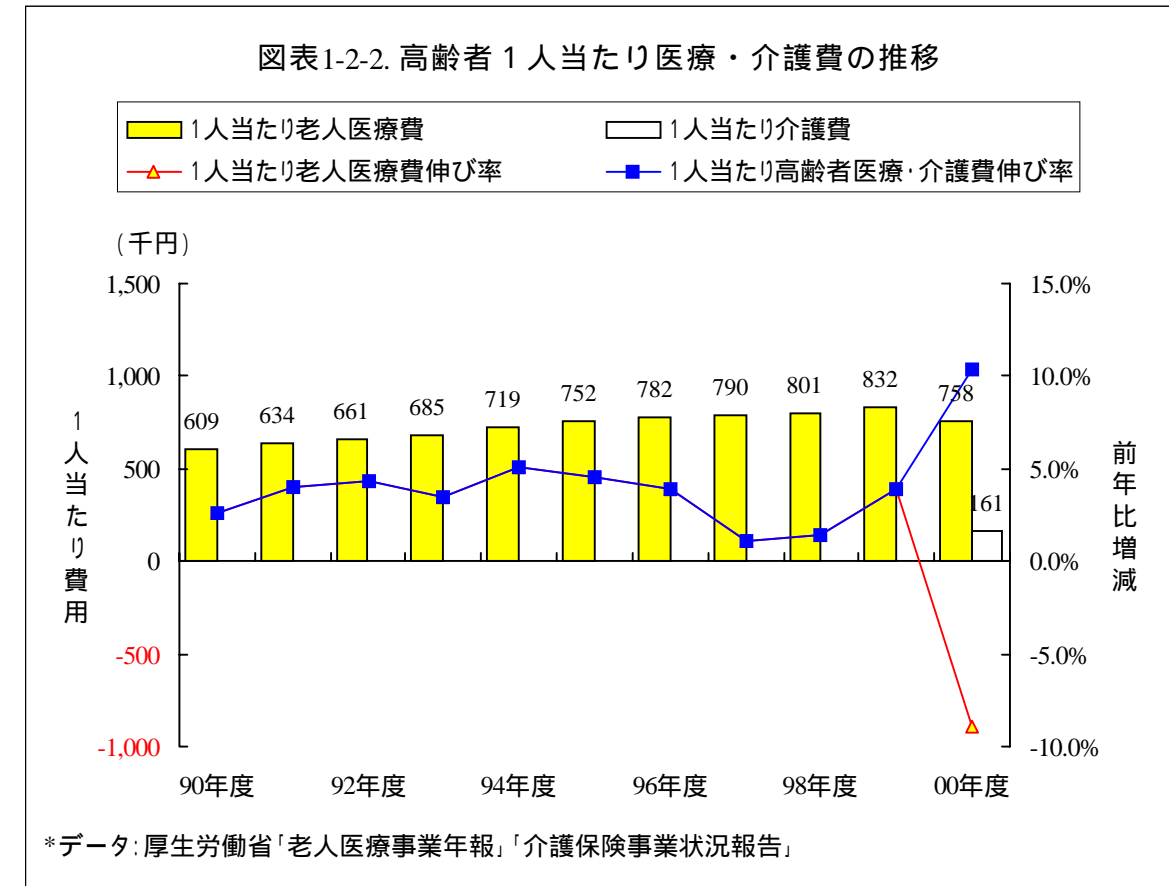
【1人当たり医療・介護費の推移】

2000年度の1人当たり老人医療費は758千円、1人当たり介護費は161千円であった。単純に合計すると高齢者の1人当たり医療・介護費は919千円である。1人当たり老人医療費は前年比8.9%の減少、医療・介護費トータルで見ると前年比10.4%の増加であった。

1人当たり老人医療費は1998年度から1999年度にかけて3.9%伸びている。1999年度から2000年度にかけて、同じ率で伸びたとすると、2000年度の1人当たり老人医療費は865千円と計算される。実際の1人当たり医療・介護費は919千円であったので、少なくとも介護保険により54千円が上乗せ(今ままであったものの表面化、今までなかったものの追加)されたこととみなすことができる。

第1号被保険者1人当たり介護費は、居宅介護で53千円、施設系介護で108千円、合計161千円であった。第1号被保険者受給者1人1ヶ月当たりでは、居宅介護が81千円、施設介護が333千円であった。

2000年度の1人当たり老人医療費は785千円、1人当たり介護費は161千円であった。
 2000年度の1人当たり老人医療費は前年比8.9%であるが、1人当たり医療・介護費トータルでは、前年比10.4%の増加である。
 介護保険が始まって少なくとも1人当たり54千円の介護費が上乗せ(今ままであったものの表面化、今までなかったものの追加)された。



・都道府県別の高齢者医療・介護費

図表2-1-1.都道府県別1人当たり老人医療費(2000年度)

金額単位:千円

1. 都道府県別老人医療費

1人当たり老人医療費がもっとも高いのは北海道で938千円、もっとも低いのが長野県で594千円である。

1人当たり老人医療費は人口当たり病床数との相関が高く、病床数が多い県ほど、医療費も高い¹。だからといって、老人医療費はその地域の健康を代表する指標ではないと考える。現在は、病床規制により、病床の拡大が制限されている。規制以前に、病床数を拡大できた地域は、需要(入院)を満たすことができる。一方、病床数が少ない地域では供給が需要を満たしておらず、潜在需要があることを否定できないからである。

このことを踏まえた上で、1人当たり老人医療費の前年比に着目すると、2000年度の減少率は、もっとも小さい県(宮城県)で4.3%、もっとも大きい県(沖縄県)で19.4%であった。沖縄県は1人当たり介護費が全国1位となっており、介護保険への移行分が大きかったことも一因であると推察される。

かつて厚生労働省は、老人医療費の伸び率管理を行い、超過分は診療報酬のペナルティーとする改革案を打ち出した。しかし、概観しただけでも老人医療費の前年比は都道府県間のバラツキが大きいことは明らかであり、現実味はない。

なお、原因は明らかにできなかったが、薬剤は都道府県間でのバラツキが大きく、4.7倍の格差があった。

都道府県間の老人医療費伸び率は非常にバラツキが大きく、医療費を人為的に管理するための指標として適切ではない。

	1999 年度	2000		診療費				薬剤	食事 療養	老健 療養	訪問 看護	医療費 の支給	
		年度	順位	前年比	入院	入院外	歯科						
北海道	1,066	938	1	-12.0%	793	474	286	32	87	45	5	1	6
青森県	828	710	28	-14.2%	582	306	257	19	82	29	9	2	7
岩手県	743	664	39	-10.7%	573	303	247	22	52	29	6	1	3
宮城県	723	692	33	-4.3%	579	283	272	24	80	24	4	1	4
秋田県	772	697	31	-9.8%	549	305	222	22	110	27	6	1	5
山形県	666	621	46	-6.8%	526	259	245	22	63	22	4	1	4
福島県	746	698	30	-6.5%	577	306	248	22	81	29	4	1	4
茨城県	701	650	43	-7.2%	535	270	244	21	79	24	5	1	6
栃木県	704	652	41	-7.5%	567	267	278	22	47	24	5	1	8
群馬県	734	665	37	-9.4%	577	289	266	22	46	26	5	2	9
埼玉県	745	702	29	-5.8%	586	292	268	25	73	27	4	1	10
千葉県	694	651	42	-6.3%	536	264	247	26	77	24	4	1	8
東京都	817	777	18	-5.0%	626	315	279	33	105	28	2	2	12
神奈川県	753	716	27	-5.0%	585	287	265	34	94	24	2	1	9
新潟県	702	630	45	-10.2%	535	257	252	27	62	21	5	1	5
富山県	857	742	22	-13.5%	648	362	264	22	39	35	6	1	14
石川県	950	842	6	-11.4%	755	424	308	23	28	43	6	1	9
福井県	822	737	24	-10.4%	662	352	287	22	24	35	7	3	7
山梨県	677	635	44	-6.2%	529	274	231	24	69	25	4	2	6
長野県	643	594	47	-7.6%	501	245	235	22	61	21	4	2	6
岐阜県	759	694	32	-8.5%	597	286	284	27	57	23	5	1	11
静岡県	712	660	40	-7.3%	557	267	265	26	69	23	3	1	7
愛知県	830	767	19	-7.6%	664	316	315	33	58	27	5	1	12
三重県	716	665	38	-7.2%	585	277	285	23	44	24	5	1	5
滋賀県	711	679	36	-4.4%	598	295	279	23	46	24	3	1	7
京都府	911	831	7	-8.8%	729	371	332	27	50	32	3	2	14
大阪府	974	900	3	-7.6%	772	359	374	39	61	34	4	2	27
兵庫県	811	759	20	-6.5%	648	304	312	31	71	28	4	2	7
奈良県	764	721	26	-5.6%	630	294	307	29	53	25	4	2	8
和歌山県	796	737	25	-7.5%	654	297	330	27	27	29	5	3	17
鳥取県	763	683	35	-10.5%	576	296	254	26	71	26	6	2	3
島根県	744	688	34	-7.5%	596	308	265	23	56	28	4	2	2
岡山県	870	777	17	-10.6%	669	350	290	29	61	34	6	2	4
広島県	930	850	5	-8.6%	722	353	334	35	81	36	5	2	4
山口県	922	796	15	-13.7%	666	371	270	25	78	41	5	2	5
徳島県	932	800	13	-14.2%	694	356	309	28	49	39	8	3	7
香川県	855	796	14	-6.9%	683	351	302	30	64	35	5	1	7
愛媛県	847	756	21	-10.7%	667	353	289	24	44	35	5	2	3
高知県	985	827	9	-16.0%	715	412	276	27	54	46	5	2	5
福岡県	1,078	934	2	-13.3%	786	438	308	41	85	48	6	2	7
佐賀県	941	825	10	-12.4%	669	364	273	32	101	42	6	1	6
長崎県	986	887	4	-10.1%	734	416	287	32	92	47	6	1	7
熊本県	965	823	11	-14.6%	699	397	275	28	67	45	7	2	4
大分県	889	802	12	-9.7%	685	386	275	24	66	39	6	2	4
宮崎県	856	737	23	-14.0%	614	328	262	23	75	36	6	1	5
鹿児島県	957	829	8	-13.4%	687	396	271	20	84	45	6	2	5
沖縄県	970	781	16	-19.4%	665	423	222	20	59	44	9	1	2
全国	832	758	-	-8.9%	640	329	283	28	72	31	5	2	9

*データ:厚生労働省保険局「平成12年度老人医療事業年報」

¹ 病床を増やすと医療費が増えるのではなく、もともとニーズがあった地域の病床数が増えてきたと考える。詳しくは、「福岡県の老人医療費はなぜ1位になったのか - 都道府県・市町村別の医療費要因分析事例 - 」前田由美子, 福岡県医師会医療・保健・福祉研究機構, 日医総研ワーキングペーパーNo.62, 平成14年2月4日

【地域格差の背景】

厚生労働省は、「老人医療事業年報」において、1人当たり老人医療費を都道府県別に順位をつけて示している。個人的には、医療費をランキングすることは適当ではないと考える。しかし、例年マスコミで順位がとりあげられることもあり、あえて順位を用いて分析する。

1人当たり老人医療費の地域格差には、以下のような事実がみられる。

長野県は老人医療費が低いことで知られている。入院(病床が必要)は全国47位であるが、入院外(病床は不要だが医療機関は必要)は44位、歯科40位、薬剤(薬局があればよい)29位となっている。

沖縄県は1人当たり老人医療費全体では16位である。しかし内訳を見ると、入院4位(上位)、入院外47位(最下位)である。島嶼部が多く、通院が容易ではないという地理的特徴に影響されている。

以上のことから、次のように考察する。

たとえば長野県では、施設に依存しない費用ほど高くなっている。仮に医療費の低い県で施設や病床が増えた場合、健康だから使われないのではなく、潜在需要が顕在化し、医療費が上がるのではないか。
医療費の地域間格差は、医療機関へのアクセスビリティのあらわれでもある。

図表2-1-2.都道府県別1人当たり老人医療費順位(2000年度)

	合計	診療費			薬剤	食事療養	老健療養	訪問看護	医療費の支給	
		入院	入院外	歯科						
北海道	1	1	1	16	8	6	4	25	24	25
青森県	28	33	26	36	47	9	25	2	10	20
岩手県	39	38	29	40	38	36	22	14	46	43
宮城県	33	34	38	26	29	12	40	37	40	38
秋田県	31	41	27	46	43	1	31	12	45	35
山形県	46	46	45	42	37	25	45	33	43	36
福島県	30	35	25	39	36	11	24	35	30	37
茨城県	43	44	41	43	44	13	39	30	33	24
栃木県	41	39	42	21	42	39	41	28	47	13
群馬県	37	36	35	30	41	40	32	21	23	11
埼玉県	29	30	34	29	24	17	29	42	28	8
千葉県	42	42	44	41	21	15	37	41	37	14
東京都	18	25	23	20	6	2	27	47	9	5
神奈川県	27	31	36	33	4	4	42	46	31	10
新潟県	45	43	46	38	20	26	46	23	36	30
富山県	22	22	13	34	35	44	17	15	44	3
石川県	6	4	3	8	34	45	8	10	35	9
福井県	24	20	18	14	39	47	16	5	3	17
山梨県	44	45	40	45	27	20	34	32	15	26
長野県	47	47	47	44	40	29	47	34	8	28
岐阜県	32	28	37	18	17	32	43	20	39	7
静岡県	40	40	43	32	22	21	44	43	42	19
愛知県	19	19	22	5	5	31	30	31	32	6
三重県	38	32	39	17	33	43	36	22	34	31
滋賀県	36	27	32	19	32	41	38	44	27	22
京都府	7	6	11	3	19	37	21	45	7	4
大阪府	3	3	14	1	2	28	20	36	12	1
兵庫県	20	23	28	6	10	19	28	39	16	18
奈良県	26	24	33	10	12	35	35	40	18	12
和歌山県	25	21	30	4	16	46	23	24	1	2
鳥取県	35	37	31	37	23	18	33	13	21	45
島根県	34	29	24	31	31	33	26	38	22	47
岡山県	17	15	20	12	13	27	19	7	6	40
広島県	5	7	17	2	3	10	14	29	14	41
山口県	15	17	10	28	25	14	10	27	20	34
徳島県	13	10	15	7	14	38	12	3	2	21
香川県	14	13	19	11	11	24	15	18	41	15
愛媛県	21	16	16	13	28	42	18	19	13	44
高知県	9	8	6	22	18	34	3	26	11	29
福岡県	2	2	2	9	1	7	1	9	5	16
佐賀県	10	14	12	25	9	3	9	6	25	27
長崎県	4	5	5	15	7	5	2	11	38	23
熊本県	11	9	7	24	15	22	6	4	19	42
大分県	12	12	9	23	26	23	11	8	17	39
宮崎県	23	26	21	35	30	16	13	16	26	33
鹿児島県	8	11	8	27	46	8	5	17	4	32
沖縄県	16	18	4	47	45	30	7	1	29	46

データ:厚生労働省保険局「平成12年度老人医療事業年報」

2. 都道府県別高齢者介護費

1人当たり介護費用は、最も高い沖縄県で275千円、最も低い埼玉県で117千円であった。

介護費の3分の2は、施設介護費であるので、施設介護費が高い県ほど、1人当たり介護費用の合計額も高い。施設介護において、特に療養型医療施設で提供される介護は、1999年度までは医療機関で医療保険から給付されていた。医療機関は病床数と読み替えてもよいだろう。病床数の多い県では老人医療費が高い。ゆえに、現在のところ、1人当たり医療費が高い県ほど、1人当たり介護費も高い。

また、これまでにハード（施設）を持っていたところが、ソフト（居宅サービス）も提供していることもあり、どちらかという、都道府県別に見ると居宅費用も施設費用も両方高い、あるいは両方低いという傾向にある。

しかし、個別には、ハード（施設）で提供できないものを、ソフト（居宅）が補完しているところ、およびその逆がある。代表例は以下の都道府県である。

【ソフト補完型（居宅費用の順位が施設費用の順位よりかなり高い）】

東京都、神奈川県、滋賀県、長野県、静岡県
首都圏（東京・神奈川）は民間の進出が大きい（？）。長野・静岡は地理的に隣接。

【ハード先行型（施設費用の順位が居宅費用の順位よりかなり高い）】

北海道、山口県、秋田県、富山県、高知県、福井県、徳島県
北海道・山口・高知・徳島は医療費も高い医療機関先行型。福井・富山は地理的に隣接、介護施設先行型。

介護費は、もともと医療機関が提供するサービスが移行したので、今のところ医療費（病床数）との関係が強い。
ソフトがハードを補完している地域（今後、このケースはより拡大すると思われる）やその逆もみられる。

図表2-2-1.（第1号被保険者）1人当たり介護費

金額単位：千円

	1人当たり 老人医療費	1人当たり介護費					
		居宅		施設		合計	
		順位	順位	順位	順位	順位	順位
北海道	938	40	46	145	10	185	19
青森県	710	68	3	128	17	195	12
岩手県	664	42	41	119	24	161	27
宮城県	692	48	36	83	42	130	43
秋田県	697	41	44	131	15	172	25
山形県	621	53	24	100	31	153	29
福島県	698	46	39	81	44	127	44
茨城県	650	36	47	85	41	121	46
栃木県	652	42	43	92	35	134	40
群馬県	665	52	26	98	32	150	31
埼玉県	702	40	45	76	46	117	47
千葉県	651	42	42	82	43	124	45
東京都	777	60	13	86	40	146	34
神奈川県	716	57	17	75	47	132	41
新潟県	630	53	23	120	22	173	23
富山県	742	48	35	149	6	197	10
石川県	842	60	12	140	11	200	9
福井県	737	49	33	147	9	195	11
山梨県	635	46	40	90	36	136	39
長野県	594	57	18	93	34	150	32
岐阜県	694	50	30	89	37	140	37
静岡県	660	51	29	80	45	131	42
愛知県	767	49	32	87	38	136	38
三重県	665	49	34	101	29	150	33
滋賀県	679	55	22	87	39	141	36
京都府	831	66	4	112	26	178	21
大阪府	900	52	28	101	30	152	30
兵庫県	759	52	27	104	28	155	28
奈良県	721	52	25	93	33	146	35
和歌山県	737	61	9	111	27	173	24
鳥取県	683	62	7	127	18	189	16
島根県	688	59	14	122	21	181	20
岡山県	777	61	10	128	16	190	15
広島県	850	63	6	124	20	187	18
山口県	796	47	37	155	5	201	8
徳島県	800	56	20	166	3	222	3
香川県	796	46	38	118	25	164	26
愛媛県	756	58	15	119	23	178	22
高知県	827	50	31	175	2	225	2
福岡県	934	58	16	148	7	206	6
佐賀県	825	57	19	147	8	204	7
長崎県	887	64	5	131	14	195	14
熊本県	823	55	21	159	4	214	4
大分県	802	62	8	126	19	188	17
宮崎県	737	61	11	134	13	195	13
鹿児島県	829	72	2	137	12	209	5
沖縄県	781	73	1	202	1	275	1
全国	758	53	-	108	-	161	-

*データ：厚生労働省「平成12年度介護保険事業状況報告」「平成12年度老人医療事業年報」

【地域格差の背景（要介護度）】

要支援・要介護別に地域格差を見ていきたい。介護状態に軽いも重いもないが、分析上、

- ・要支援 - 要介護 2 を比較的軽い人
- ・要介護 3 以上を重い人

とする。図表 2-2-3 は、いずれも第 1 号被保険者 1,000 人当たりそれぞれの認定を受けた人が何人いるかを示している。認定を受けた人であって、必ずしも実数ではない。特に、要支援 - 要介護 2 では、その状態であっても認定を受けていない人は数多くいると推察される。

ここから明らかになった傾向は以下のとおりである。

医療費が高い九州地区では、他の地域にくらべて"軽い"うちに認定を受ける人が多い。福岡県では 1 人当り老人医療費は 2 位、長崎県では 4 位と高いが、要介護 5 (いわゆる"寝たきり"状態) の認定を受けた人はあまり多くない。

1 人当り老人医療費が低く、俗に「PPK (ピンピンコロリ)」といわれる長野県では、"寝たきり"状態の人 (あくまで認定率ベース) が少ないわけではない。

隣接する新潟県・富山県は、いずれも"軽い"うちはあまり認定を受けないが、"重く"なると認定を受ける傾向にある。

沖縄県では、要介護度にかかわらず、認定率が高い。

これらの点について、以下のように考察する。

九州地区は、(医療機関から派生したものを中心に) ハードが充実しており、"軽い"人の需要も充足できている。要介護 5 の認定率が低いことについては、医療機関が老人医療で引き受けており、介護認定を受ける必要がないケースも考えられる(介護療養型医療施設を除く)。長野県では、それまで自宅介護の人が多かったが、介護保険から費用が支給されるなら、ということで自宅介護の人が表に出てきているのではないかと推察される。

認定率は、健康状態や介護状態以前に、地域の社会的背景(特にものの考え方)にも影響を受けているものと思われる。つまり介護を受けるか受けないか、医療を受けるか受けないかのレベルは、その地域のものの考え方にも左右されていると考える(次頁参照)。

図表 2-2-2. 要介護別認定率 (第 1 号被保険者 1,000 人当たり)

	1人当たり 介護費 順位	認定率(人:1,000人当り)							
		全体		要支援-要介護2		要介護3-5		(再掲)要介護5	
		順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位
北海道	19	117.1	22	73.9	19	43.2	39	14.9	25
青森県	12	134.1	9	82.4	11	51.6	8	17.4	5
岩手県	27	114.2	25	67.3	25	46.9	22	15.4	22
宮城県	43	97.8	40	55.6	39	42.2	44	14.9	24
秋田県	25	118.9	21	63.6	27	55.3	2	19.8	2
山形県	29	110.3	29	62.1	30	48.1	18	16.6	12
福島県	44	99.6	38	56.2	38	43.4	35	15.5	21
茨城県	46	84.1	47	43.3	47	40.8	45	11.9	46
栃木県	40	93.9	44	50.9	44	43.0	41	14.1	31
群馬県	31	101.5	37	57.3	36	44.2	33	12.9	41
埼玉県	47	86.5	45	46.4	45	40.1	47	11.3	47
千葉県	45	86.4	46	46.3	46	40.1	46	12.5	44
東京都	34	107.3	34	61.7	31	45.6	27	14.2	30
神奈川県	41	102.0	36	58.6	35	43.3	38	14.2	29
新潟県	23	108.7	31	57.0	37	51.8	7	18.4	4
富山県	10	110.8	28	59.2	33	51.6	9	17.2	6
石川県	9	122.0	20	71.1	21	50.9	13	15.8	18
福井県	11	111.7	27	66.7	26	45.0	29	13.9	35
山梨県	39	95.6	42	53.2	42	42.5	43	14.3	27
長野県	32	108.9	30	62.2	29	46.7	24	16.4	14
岐阜県	37	98.2	39	54.8	40	43.4	37	13.5	40
静岡県	42	94.8	43	51.6	43	43.2	40	13.9	36
愛知県	38	96.9	41	53.5	41	43.4	36	12.7	43
三重県	33	107.9	33	62.3	28	45.6	28	13.7	37
滋賀県	36	102.5	35	59.0	34	43.6	34	13.5	39
京都府	21	123.9	19	70.6	22	53.3	4	15.9	17
大阪府	30	114.4	24	69.8	23	44.6	32	12.5	45
兵庫県	28	113.0	26	68.5	24	44.6	31	13.6	38
奈良県	35	108.3	32	61.7	32	46.7	25	12.9	42
和歌山県	24	125.2	14	73.9	17	51.3	11	16.0	15
鳥取県	16	127.7	13	74.5	16	53.2	5	17.0	11
島根県	20	131.5	10	77.2	13	54.3	3	18.5	3
岡山県	15	135.2	8	83.6	10	51.6	10	17.2	10
広島県	18	135.6	7	85.1	8	50.5	14	16.5	13
山口県	8	124.6	17	76.6	14	48.1	19	14.6	26
徳島県	3	141.9	4	89.7	5	52.2	6	17.2	8
香川県	26	116.1	23	73.3	20	42.8	42	14.1	32
愛媛県	22	125.2	15	75.2	15	49.9	16	17.2	7
高知県	2	123.9	18	73.9	18	50.0	15	17.2	9
福岡県	6	130.0	12	84.0	9	46.1	26	14.0	33
佐賀県	7	130.2	11	85.2	7	45.0	30	14.0	34
長崎県	14	145.9	3	99.0	2	46.9	23	14.3	28
熊本県	4	136.0	6	88.2	6	47.9	20	14.9	23
大分県	17	140.2	5	91.0	4	49.2	17	15.7	19
宮崎県	13	125.1	16	77.6	12	47.5	21	16.0	16
鹿児島県	5	154.6	2	103.4	1	51.2	12	15.6	20
沖縄県	1	166.8	1	97.3	3	69.5	1	23.9	1
全国	-	112.3	-	66.3	-	46.0	-	14.6	-

*データ:厚生労働省「平成12年度介護事業報告」

沖縄県の介護認定率が高い背景

認定率が地域の社会的背景（特にものの考え方）に影響されると考える理由は、以下のとおりである。

たとえば沖縄県は、「健康長寿」と考えられており、「寝たきり」をはじめ介護が必要な人は少ない、というのが一般論であろうかと思う。そこで、介護保険の認定率が高いときくと、自宅介護の手が足りないのではないかと、とも思うが、そうでもない。

- ・沖縄県の自営業主比率は全国平均 11% に対して 15% とやや高い²。
- ・しかし沖縄県の専業主婦比率（主婦人口に占める非労働力人口）は全国平均の 52% を上回る 54%³ である。

次に、介護と同様、家事のアウトソーシングともいえるものに着目した⁴。

- ・沖縄県の人口 1,000 人当たりクリーニング店は 1.9 件（全国平均 1.3 件）で全国 3 位である。
- ・沖縄県の人口 1,000 人当たり飲食店は 18.7 件（全国平均 12.2 件）で全国 1 位である。

このように、観光地という特性もあるが、介護認定率の高い沖縄県は、もともと家事のアウトソーシングが進んでいる、といえる。

認定率が低い県の背景

被保険者 1,000 人当たりの認定率が 100 人未満の県は、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、山梨県、岐阜県、静岡県、愛知県である。

これらの県には、他の県と比べて全体的にサービス供給量が不足している（図表 2-2-3）。施設と居宅系のサービスが補完しあってもいない。たとえば、長野県では老人保健施設など長期滞在型施設は少ないが、日帰り介護施設や訪問看護ステーションは充実しているが、認定率がきわめて低い県ではこのようなこともない。

認定率が低い県では、認定の必要がないという面もあるが、「認定を受けたところで（サービスを受けられないので）しかたがない」と考えられている面があることも否定できない。

図表 2-2-3. 65歳以上人口1,000人当たり介護施設 定員数・施設数

	老人保健施設		軽費老人ホーム(ケアハウス)		日帰り介護施設		短期入所生活介護(ショートステイ)		在宅介護支援センター		訪問看護ステーション		療養型病床数	
	定員数	順位	定員数	順位	施設数	順位	定員数	順位	施設数	順位	事業所数	順位	病床数	順位
北海道	11.6	27	2.3	22	0.4	35	2.2	43	0.4	26	0.3	9	24.2	9
青森県	16.0	3	1.0	44	0.6	3	2.3	41	0.5	2	0.3	12	10.4	34
岩手県	15.0	7	1.5	34	0.5	8	3.1	18	0.5	1	0.2	41	9.9	36
宮城県	9.9	34	1.4	37	0.4	39	2.8	25	0.3	39	0.2	27	7.1	43
秋田県	15.7	5	1.9	27	0.4	23	3.5	9	0.3	27	0.1	46	8.4	38
山形県	9.5	36	1.1	42	0.4	34	3.5	8	0.4	16	0.1	45	6.0	46
福島県	10.2	32	1.6	33	0.5	18	2.5	36	0.4	10	0.2	15	8.0	41
茨城県	12.2	22	2.8	12	0.3	46	2.1	44	0.3	42	0.2	33	11.0	28
栃木県	12.2	24	1.7	31	0.5	16	3.0	19	0.3	30	0.2	40	10.7	32
群馬県	12.0	25	3.3	6	0.4	31	2.5	35	0.3	31	0.2	30	11.0	27
埼玉県	8.6	42	2.9	10	0.3	44	2.3	39	0.3	38	0.2	32	11.9	25
千葉県	10.0	33	2.7	14	0.3	47	2.6	32	0.2	43	0.2	28	10.8	30
東京都	4.1	47	0.3	47	0.3	45	1.1	47	0.2	47	0.2	35	8.7	37
神奈川県	6.8	46	0.7	45	0.4	36	2.5	34	0.2	45	0.2	29	5.9	47
新潟県	14.7	9	1.9	25	0.5	10	4.2	1	0.4	18	0.2	36	8.0	40
富山県	13.8	13	1.1	43	0.4	20	3.2	16	0.3	34	0.1	47	21.7	11
石川県	14.4	10	2.4	20	0.5	15	3.3	13	0.4	13	0.2	34	20.0	14
福井県	15.8	4	1.7	30	0.5	17	3.1	17	0.4	15	0.2	18	15.8	16
山梨県	11.4	28	2.9	11	0.5	19	2.3	40	0.3	36	0.2	20	13.2	21
長野県	9.8	35	1.1	41	0.6	2	2.9	24	0.3	32	0.3	8	6.9	45
岐阜県	12.8	19	1.6	32	0.4	21	2.8	26	0.4	14	0.2	38	6.9	44
静岡県	7.7	44	1.4	36	0.4	33	2.6	33	0.3	40	0.1	44	10.4	33
愛知県	10.3	31	2.4	21	0.4	40	1.9	45	0.2	44	0.2	39	11.4	26
三重県	13.3	17	2.1	23	0.4	24	3.7	4	0.4	8	0.2	37	10.9	29
滋賀県	8.7	41	1.4	35	0.6	7	2.7	28	0.4	21	0.2	31	7.7	42
京都府	7.6	45	2.6	15	0.4	25	2.4	38	0.4	25	0.2	17	10.1	35
大阪府	9.4	38	2.6	17	0.4	42	2.4	37	0.3	41	0.2	22	12.7	23
兵庫県	9.0	39	2.5	19	0.4	41	3.4	11	0.3	35	0.2	25	13.8	18
奈良県	8.5	43	3.1	8	0.4	37	3.7	3	0.3	28	0.2	16	8.3	39
和歌山県	11.8	26	1.2	40	0.5	14	3.9	2	0.4	22	0.4	1	12.2	24
鳥取県	14.0	12	4.2	1	0.6	6	2.9	23	0.4	5	0.3	10	13.2	22
島根県	8.8	40	1.8	29	0.7	1	3.5	10	0.4	11	0.3	2	10.7	31
岡山県	14.0	11	4.2	2	0.4	27	3.7	5	0.4	23	0.3	3	13.6	19
広島県	11.1	30	2.6	16	0.4	30	3.3	14	0.4	24	0.3	7	20.3	12
山口県	11.3	29	2.8	13	0.5	12	3.3	15	0.3	29	0.2	23	29.8	2
徳島県	21.3	1	4.2	3	0.5	9	3.0	21	0.5	3	0.3	11	28.7	4
香川県	13.5	16	3.8	5	0.4	38	3.6	6	0.3	37	0.1	42	15.2	17
愛媛県	12.4	20	2.5	18	0.4	28	2.7	29	0.4	17	0.2	26	20.1	13
高知県	9.5	37	1.8	28	0.5	11	2.2	42	0.4	12	0.3	6	39.1	1
福岡県	14.8	8	3.0	9	0.3	43	2.7	30	0.2	46	0.2	19	26.5	6
佐賀県	15.3	6	4.0	4	0.4	26	3.6	7	0.4	7	0.2	24	24.5	7
長崎県	13.5	15	3.3	7	0.6	5	3.3	12	0.4	4	0.1	43	23.5	10
熊本県	13.7	14	1.9	26	0.4	22	3.0	20	0.4	20	0.3	14	29.3	3
大分県	13.0	18	2.0	24	0.6	4	2.7	27	0.4	9	0.3	5	13.4	20
宮崎県	12.2	23	1.3	38	0.5	13	2.6	31	0.4	19	0.3	13	17.9	15
鹿児島県	12.2	21	1.2	39	0.4	29	2.9	22	0.4	6	0.3	4	27.4	5
沖縄県	20.6	2	0.6	46	0.4	32	1.5	46	0.3	33	0.2	21	24.5	8
全国	10.7	-	2.0	-	0.4	-	2.6	-	0.3	-	0.2	-	14.0	-

* データ：(財)長寿社会開発センター「平成12年度版 老人保健福祉マップ」

² 総務省「平成12年国勢調査 産業(大分類), 従業上の地位(7区分), 年齢(5歳階級), 男女別15歳以上就業者数及び平均年齢」より就業者総数に占める事業主の比率。

³ 総務省「平成12年国勢調査 夫の労働力状態(3区分), 夫の産業(大分類), 妻の労働力状態(3区分), 妻の産業(大分類)別夫婦数」より妻のうち非労働力人口の比率。

⁴ いずれも厚生労働省「平成12年度衛生行政報告例」より

．地域格差についての考察

一般に、健康で長寿であると医療・介護費が低いと考えられている。また高齢者は"生きがい"をもつことで、健康に暮らせるとも考えられている。医療・介護費が低い県では健康な人が多いという見方もある。

こういった通説を図式化するともっともらしく見えるが(図表 3-1)、この段階では、"生きがい"と医療費との間に相関があるかどうかは判定できない。

相関があるかどうかを判断するときには、相関係数を用いる。介護保険導入前の 5 年間、老人保健受給者と 1 人当たり医療費との相関係数は 0.973 である。数字だけみればきわめて高い相関がある。しかし、受給者総数と 1 人当たり医療費(医療費総額ではない、1 人当たりである)に直接的な関係がないことは誰でもわかることである。

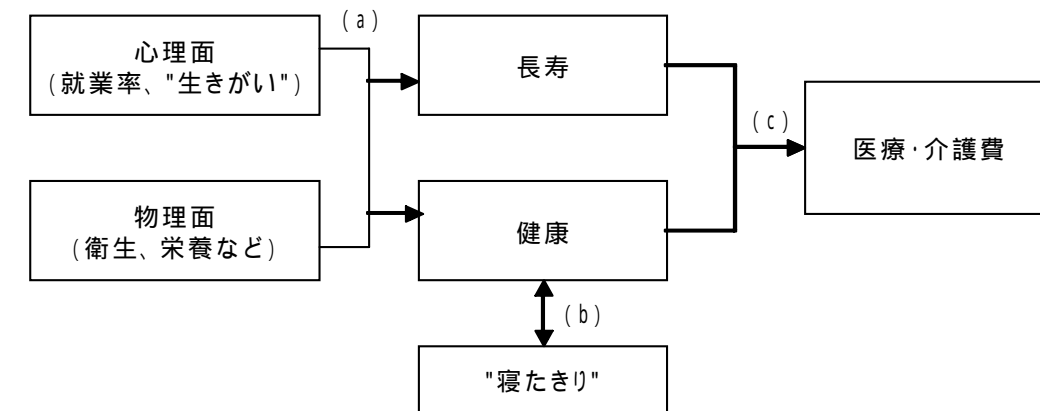
これは、相関係数としては優位であるが、意味のない相関であることの典型例である。見かけの相関ともいわれている。他の変数が介在する場合、擬似相関ともいう。

ここでは一般に考えられている健康と医療費との関係およびその地域格差について、意味のある相関が存在するのかどうかを検証した。検証の視点は次の 3 つである。

- (a) 高齢者の生きがいは仕事にあるのか、就業率の高い地域は"健康長寿"なのか
- (b) "健康長寿"の地域では"寝たきり"の人は少ないのか
- (c) "健康長寿"の地域だから医療・介護費が低いのか

結論からいうと、医療・介護費が低い地域が健康で、医療・介護費の高い地域が不健康とはいえない。

図表 3-1. 医療・介護費決定要因の一般的仮説



(a) 高齢者の"生きがい"は仕事にあるのか、就業率の高い地域は"健康長寿"なのか

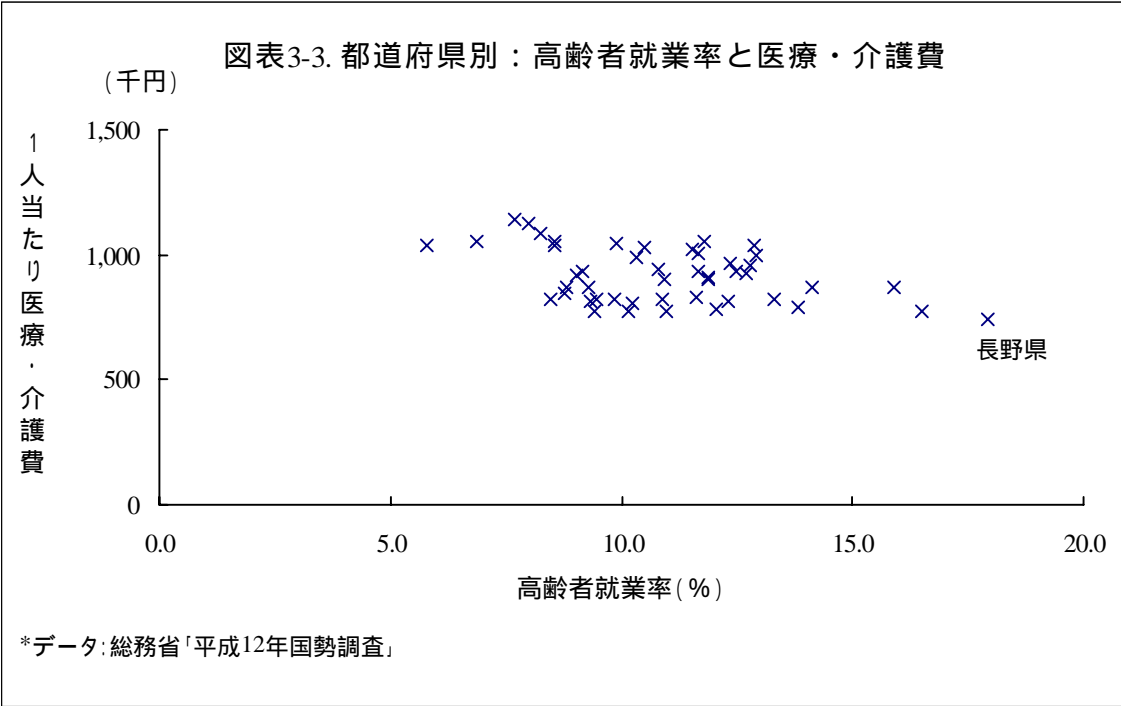
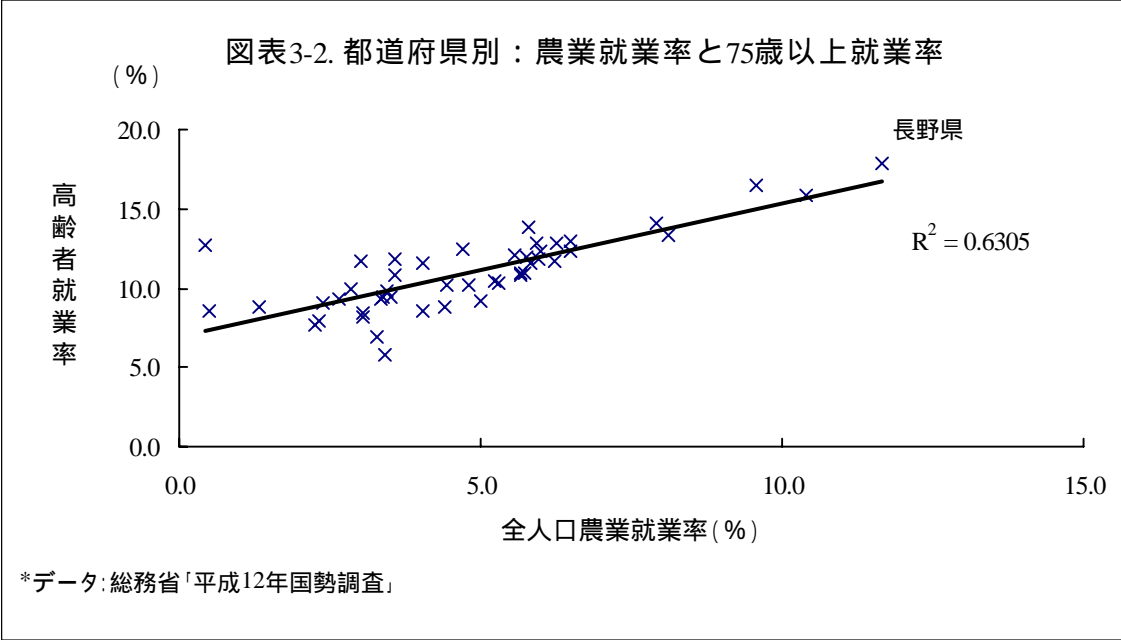
健康長寿であるのは、「高齢者が働くことで生きがいをもっているからだ」という声がある。これに呼応して、高齢者の就業率向上を検討しているところもあるという。

医療費がもっとも低い長野県は、農業就業率全国 1 位である。農業には、サラリーマンのような定年はない。無理をしなければ、高齢になってもつづけることができる。長野県に限らず、高齢者の就業率が高い県は、もともと農業就業率が高い。

一方、高齢者の就業率の高さと高齢者 1 人当たり医療・介護費との間にはまったく相関はない。あくまで、1 人当たり医療・介護費の低い長野県では、高齢者の就業率が高いというだけの話である。また働くことが生きがいであるというエビデンスもない。

それでも、生きがいのために就業率を上げたほうがよい、とする意見もあるかもしれない。しかし、企業に依存する地域で、高齢者の就業率を上げようとすることは問題である。農業や自営業ではなく、雇用される場合は、規程にそって勤務しなければならない。体調や家計と相談しながら働く自由度はなく、もしそうしたら雇用主はその損害をこうむることになる。そのため雇用者に対する補てんも必要になるだろう。そうすると、医療費引き下げ効果（実際に下がる保証はどこにもないが）と雇用主対策費用とのバランスも検証されなければならない。

高齢者就業率が高いと、医療・介護費が低くなることのエビデンスは何もない。
農業県ではない地域で、就業率向上により"生きがい"を追求しても、医療費削減効果があがる保証はどこにもない。むしろ雇用主対策が必要になる。
"生きがい"は就業率に限らず、地域の実態に応じた視点で検討されるべきである。



(b) "健康長寿"の地域では"寝たきり"の人は少ないのか

沖縄県や長野県は、健康長寿の県として知られている。しかし、要介護5(いわゆる"寝たきり"の人)の認定率は、沖縄県が1位、長野県が14位である。逆に1人当たり老人医療費の高い福岡県は、要介護5の認定率は低いほうに位置している。

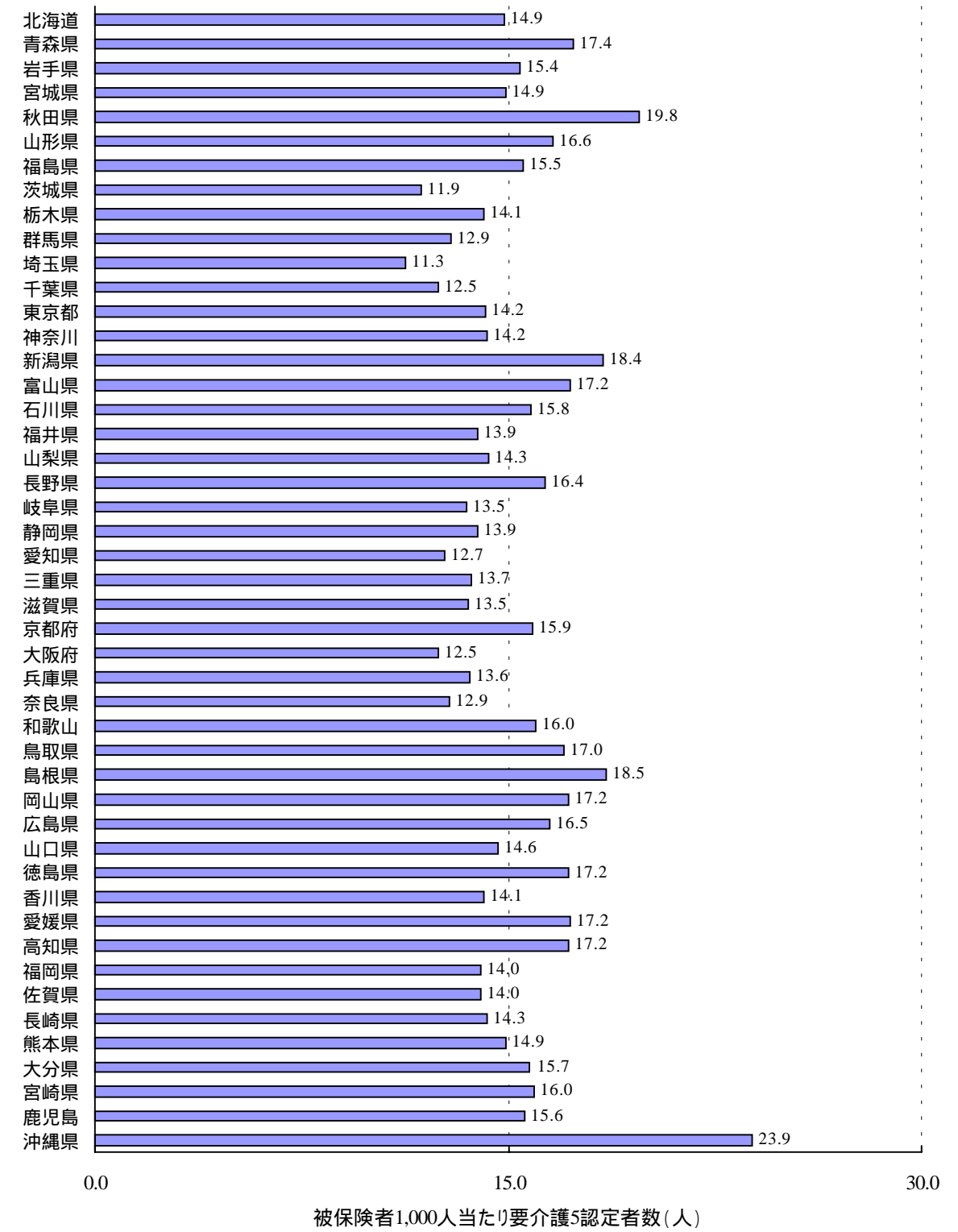
要介護状態が軽いうちは、認定を受ける人も受けない人もいる。ではなぜ要介護5というきわめて重い状態で、これほどまでに認定率が違うのだろうか。この点について、次のように考える。

- ・医療費の高い県では、"寝たきり"の人は、医療機関に入院している。つまり医療保険から給付を受けており、あらためて介護認定を受ける必然性がない(介護療養型医療施設以外の場合)。
- ・一方、病床数が少なく医療保険を使えないところでは、介護保険で認定を受け、在宅で介護を受ける人が多い。

これまで老人医療費だけで議論されてきたが、老人医療費が高いとされてきた県は、供給体制が整っており、医療の中で"寝たきり"の人を見ていた、とも考えられる。逆にこれまで自宅介護であった人が、公的保険が適用されるなら、ということによって表面化してきたとも推察される。

健康長寿で知られる地域でも、要介護5(いわゆる"寝たきり")の認定率が高いところがある。医療保険下では自宅に埋没していたニーズが、介護保険導入により顕在化している(ニーズそのものにはあまり地域格差はないのではないか)。

図表3-4. 都道府県別 要介護5認定率



(c) "健康長寿"の地域だから医療・介護費が低いのか

認定率だけでは、実際の健康状態は把握できない。そこで国民生活基礎調査から有訴率ほかをとりあげる。

有訴者・・・人口 1,000 人当たりの病気やけが等で自覚症状(腰痛、肩こり、せきたん、鼻汁、かゆみ、体のだるさ、目のかすみなど)のある者の数
日常生活への影響・・・日常生活動作、外出、仕事・家事、運動など

この調査は、医療・介護から見て興味深い結果を示している。代表的なものをあげておこう(カッコ内は筆者の仮説)

老人医療費がもっとも低い長野県では、有訴者も通院者も日常生活に支障のある者も比較的多い。(病床数が少なく入院ができないため、医療費が低い。病気の人自体が少ないわけではない。)

老人医療費 1 位の北海道では、有訴者・通院者ともに少ない。(医療費は自然環境に影響を受けている。)

老人医療費 2 位の福岡県では、有訴者は多いが通院者は少ない。(医療費は医療機関への入院に影響を受けている。)

はっきりしているのは、病気などの自覚症状が少ないから医療費が低いわけではない、ということである。逆に医療費の高い地域が不健康なわけでもない。

病気などの自覚症状が少ないから医療費が低いわけではない。
医療費の低い地域の人には健康に不安があるのに、医療機関がないために医療機関にかかることができている可能性もある。そういった現実を目を向けるべきである。

図表3-5. 有訴者率・通院者率・日常生活に影響のある者(2001年)
人口1,000人対(人)

	有訴者率		通院者率		日常生活に影響のある者率	
	率	順位	率	順位	率	順位
北海道	314.3	35	315.6	22	102.4	30
青森県	309.0	37	297.7	39	97.4	39
岩手県	320.1	27	336.4	7	113.2	13
宮城県	316.7	31	324.3	15	102.6	29
秋田県	329.6	17	354.7	1	113.9	11
山形県	307.1	39	338.9	4	106.1	23
福島県	282.2	45	309.1	27	99.5	38
茨城県	276.5	46	291.2	45	81.1	47
栃木県	299.8	42	300.0	35	93.3	42
群馬県	291.8	44	302.6	32	99.7	37
埼玉県	317.9	30	297.4	40	96.0	40
千葉県	309.8	36	302.8	31	88.4	45
東京都	327.0	21	324.7	14	107.6	21
神奈川県	305.8	40	297.8	38	91.4	43
新潟県	302.1	41	329.0	11	102.2	32
富山県	320.1	27	320.9	19	108.6	19
石川県	331.8	15	307.7	29	112.4	15
福井県	318.9	29	292.0	44	104.1	26
山梨県	296.8	43	282.0	46	102.8	28
長野県	334.9	13	326.5	12	115.9	8
岐阜県	339.7	8	322.6	18	101.9	34
静岡県	324.1	22	312.9	24	95.9	41
愛知県	336.4	10	313.0	23	91.2	44
三重県	322.0	25	308.9	28	103.8	27
滋賀県	331.0	16	298.6	36	101.9	34
京都府	334.1	14	317.8	20	112.5	14
大阪府	342.3	7	334.8	9	108.1	20
兵庫県	346.5	4	336.0	8	113.7	12
奈良県	323.7	24	302.5	33	102.4	30
和歌山県	327.3	20	338.6	5	117.8	6
鳥取県	329.4	18	312.2	25	116.4	7
島根県	349.7	3	347.3	2	127.3	2
岡山県	324.0	23	317.1	21	111.3	16
広島県	354.0	1	325.6	13	115.6	9
山口県	335.3	12	331.0	10	106.6	22
徳島県	336.9	9	311.3	26	118.3	5
香川県	352.9	2	337.5	6	120.4	3
愛媛県	343.9	5	323.5	17	115.2	10
高知県	329.1	19	323.6	16	129.3	1
福岡県	335.8	11	294.8	42	104.9	25
佐賀県	314.7	33	302.9	30	110.7	18
長崎県	342.7	6	345.4	3	118.4	4
熊本県	320.5	26	295.1	41	101.8	36
大分県	315.9	32	302.0	34	111.2	17
宮崎県	314.6	34	298.1	37	106.1	23
鹿児島県	307.6	38	293.7	43	102.2	32
沖縄県	254.4	47	226.6	47	82.0	46

*データ：厚生労働省「平成13年国民生活基礎調査の概況」

補遺．介護保険はなぜできたか

介護保険は2000年4月に始まった。介護保険法からその目的を抜粋する。

「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等にこれらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」

ここで、重要なポイントは介護とは、医療でもあり、福祉でもあるということである。

たとえば、訪問看護を受けるとする。これは医療だろうか、介護だろうか。結論はどちらでもよい。介護保険の適用を受けるためには要介護認定（介護の必要性の状態がどのくらいかを判断し、決めること）を受けておかなければならない。まったく同じように訪問看護を受けても、要介護認定を受けていなければ医療保険から医療が給付される。

医療と介護とは何が違うかと問われれば、医療保険か介護保険か、つまり制度が違うとしか説明しようがない。もともと、現在の介護のうち医師や看護師が行うものは医療であった。

では、なぜあらためて、介護を医療と切り離す必要があったのだろうか。

介護保険が創設された建前はこうだ。高齢化が進むことによって介護が必要な高齢者も急増し、既存の老人ホームなどでは対応しきれなくなる。老人ホーム（特別養護老人ホームの場合）の費用は公費で負担されるが、老人ホームに入ることができなければ、自己負担で介護サービスを受けるか、家族の介護に頼らざるを得ない。そこで、あらかじめ国民が広く薄く負担する公的保険が適当だと考えられた。

しかし、そうであれば、老人ホームや病院を増やしてもよかつたはずである。そうならなかったのは、老人ホームをつくる福祉財源や病院にかかる医療費の財源を確保することが難しくなっていたからだ。

たとえば、病院を増やし入院患者が増えると医療費が増える。介護保険制度の案が浮上した当時（1995年頃）、高齢者が病院で払う一部負担金は外来で月800円、入院で月400円であった。残りの費用のうち3割が公費（国、都道府県、市町村）で負担されていた。また特に看護・介護体制の整った老人病棟の入院医療費や、訪問看護の費用については、その5割が公費負担となっていた。

高齢化が進めば、当然公費負担も増大する。これに足る予算を「医療費」として確保するのは困難である。予算を確保できなければ、当時の制度はガタガタになる。そこで、介護保険をという新たな制度に財源の一部を転嫁させることによって、それまでの制度を温存しようとしている、という見方が当時からあった。

現行の介護保険では、利用者はかかった費用の1割を負担する仕組みである。家族が介護していた場合、金銭的負担も家族が負っていたが、これが他者のサービスを受けることによって1割負担で済

むようになった。介護保険は医師だけでなく、民間の事業者も提供でき、多様なサービス形態が生まれ、利用者の選択肢が広がった。新たな雇用も創出された。そういう見方もある。

介護保険創設以降、関連する資格が注目されるようになってきた。ホームヘルパー1級・2級、ケアマネジャー（介護支援専門員）などである。資格を取得しようとする人が増えれば、自治体や民間事業者が行う講習会や通信教育が活気を帯びる。資格を取得した人が増えれば、協会、協議会のような業界団体があちこちに設立される。自治体も含めてこういった組織はポスト、そのうち少なからず天下りポストを生む。官僚の立場からみれば、介護保険はかつての制度（とそれに付随するポスト）を守り、新たなポストを開いた点では成功したといえるだろう。

参考資料

「老人医療事業年報」厚生労働省保険局

「平成12年度介護保険事業状況報告」厚生労働省老健局
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_7_1.html

「平成12年国勢調査」総務省 <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/index.htm>

「平成12年度衛生行政報告例」厚生労働省
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ipcart/scm_k_Ichiran

「平成13年国民生活基礎調査の概況」厚生労働省統計情報部
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/>

「平成12年度版 老人保健福祉マップ」(財)長寿社会開発センター <http://www.nenrin.or.jp/>

「福岡県の老人医療費はなぜ1位になったのか - 都道府県・市町村別の医療費要因分析事例 - 」
前田由美子, 福岡県医師会医療・保健・福祉研究機構, 日医総研ワーキングペーパーNo.62, 平成14年2月4日