

### (3) 後期高齢者医療費・介護費の集計から見えること

武田 公子

#### 研究の目的

本研究は、羽咋市から提供された匿名データを用いて、後期高齢者医療費と介護保険給付費の動向と地域特性を見出そうとするものである。このデータは、後期高齢者医療費における診療報酬データと、介護保険における給付費データとを個人ごとに突合可能にした状態で匿名化したものの提供を受けた。使用可能なデータは2013～16年度の4年間分である。

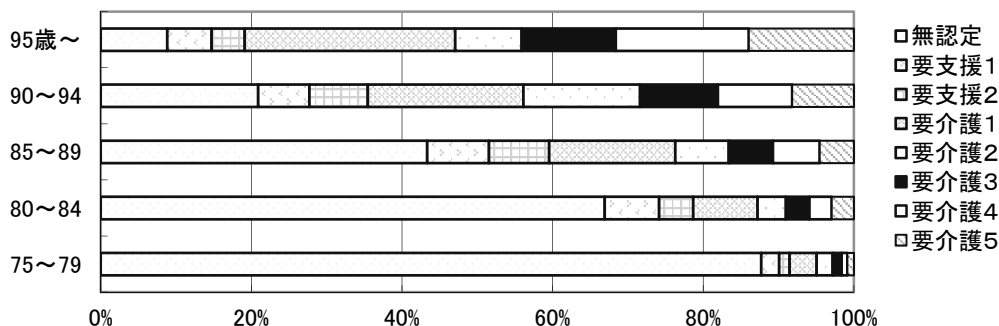
後期高齢者医療被保険者は原則として75歳以上であるが、65歳以上75歳未満でも障害認定のある人や後期高齢者医療の方が保険料が安い人は後期高齢者医療に加入できる。羽咋市の場合、後期高齢者医療被保険者の5%弱が75歳未満であるが、ここではさしあたり分析対象を75歳以上に限定する。75歳未満の後期高齢者医療被保険者は相対的に介護リスク・医療リスクが高めであり、地区単位のような母数の小さいデータには大きな影響をもたらしやすいと考えるためである。また、介護保険第一号被保険者は65歳以上であり、上記対象に含まれる。75歳以上に限定することによって、医療と介護の関係について何らかの知見が得られることが期待される。

なお、羽咋市内の10の地区を単位として医療費・介護費を比較するが、地区によって年齢構成が異なることを考慮して、年齢補正の上で比較を行う。ここでいう年齢補正とは、各区の5歳階級別人口構成が市全体の構成に等しいと仮定した場合の医療費・介護費である。

#### 1. 要支援・要介護の年齢別、地域別分布

まず、市内の75歳以上住民の要支援・要介護認定者の年齢別の分布を見てみよう(図1)。75歳以上であっても介護サービスを受けずに生活する人々は多く、80歳代前半でも67%は無認定、90歳以上でも2割弱が無認定である。

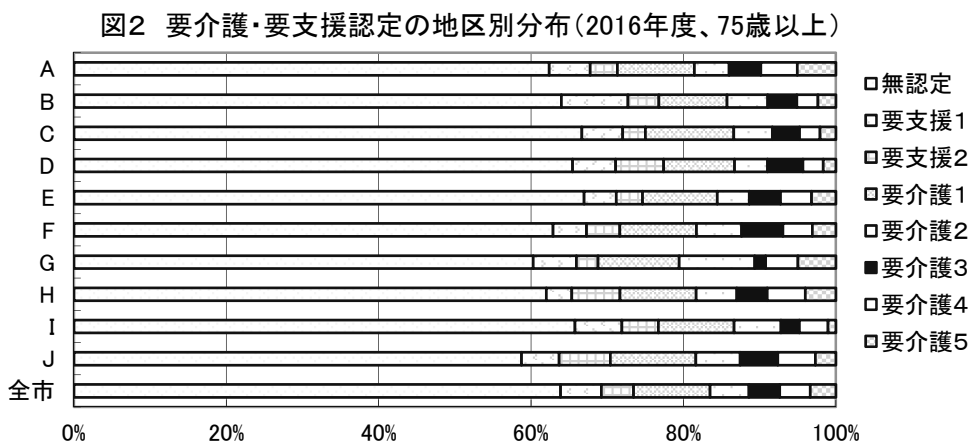
図1 年齢階層別要介護・要支援認定比率(2016年度平均)



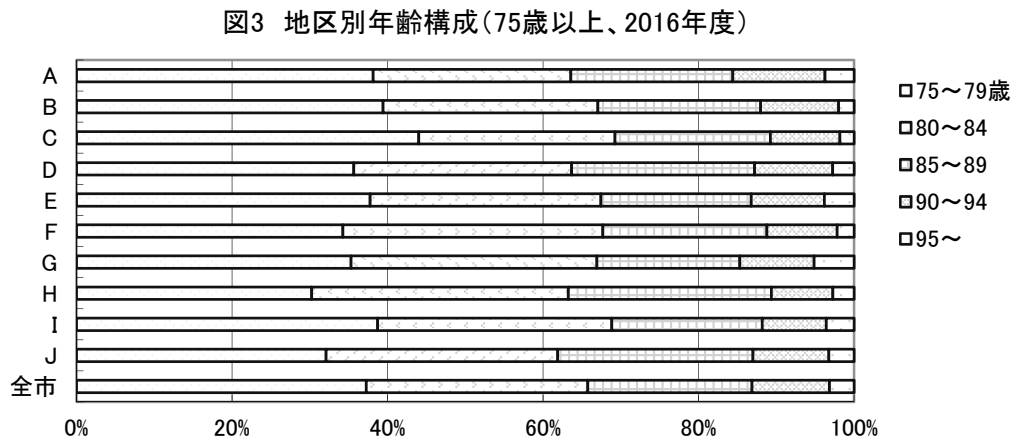
要支援まではおおむね独力で日常生活が送れる状態と考えれば、95歳以上でも2割がその水準にあるというのは筆者としても意外であった。無論、家族との同居や農村地域におけ

る高齢世代特有のスティグマ等の要素もあり得る。とはいえ、相当な高齢でも畑仕事に精を出す方もみられるなか、このような自立した生活を少しでも長く維持させるための方策をどこに見出すかが、この研究の大きな射程ではある。

このような要介護・要支援認定の分布を地区別に見たものが図2である。要介護1以上が相対的に少ないB, C, D, I地区と要介護認定者の比率が高いH, J地区との間には、無認定者比率で5ポイント程度の差がある。こうした地域差の背景には何があるだろうか。第一には地区による年齢構成の相違、第二には疾病・介護予防につながる生活環境の相違、第三には利用可能な介護サービスの分布、が考えられる。



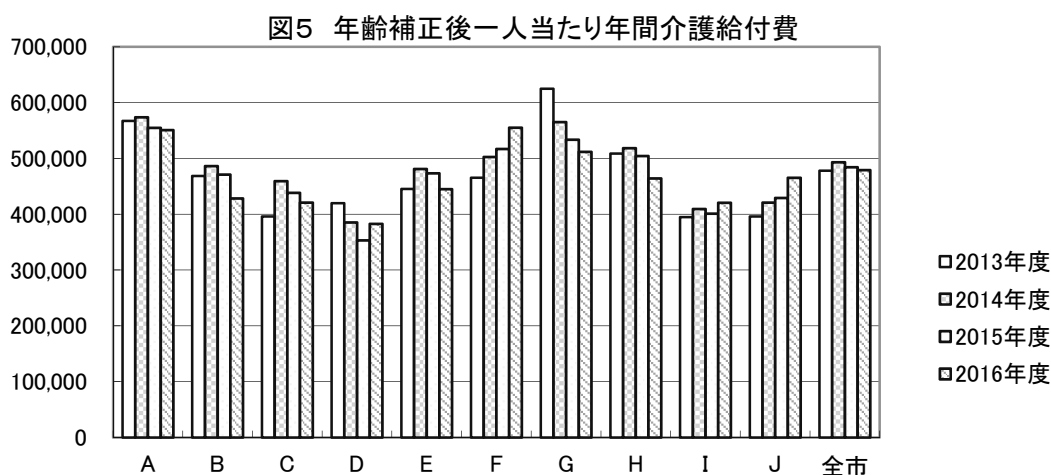
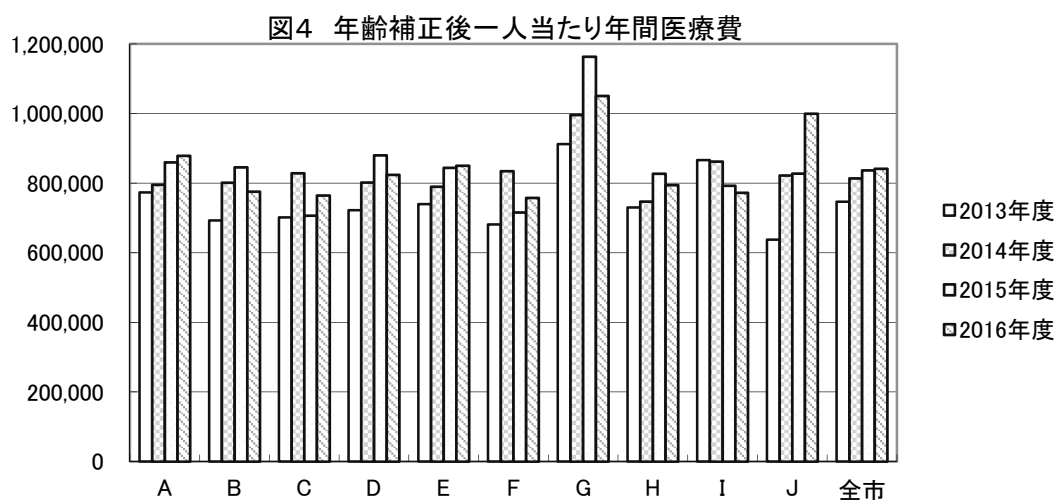
そこでまず、地域別の年齢構成を見る必要がある。75歳以上であっても年齢構成が高いほど医療や介護のリスクが高くなる。図2の要介護度分布と図3の年齢構成とを見比べてみよう。前出図1に示したように、80歳代後半になると要介護が6割に達するようになるため、85歳以上の比率に着目してみると、C, I地区は相対的に年齢構成が若く、J, H, A, D地区で年齢構成が高いことがわかる。しかし、年齢構成と要介護認定とが必ずしも直結していない地区もみられる。



## 2. 年齢補正による医療費・介護給付費

そこで、年齢構成を補正する形で、地区ごとの医療費や介護費の動向を検討する必要がある。次のような方法で年齢補正による医療費・介護費を算出する。各地区の5歳階級別年齢構成が全市のそれに等しい場合の年齢別人口(=補正人口)を算出する。この補正人口に各地区の5歳階級別一人当たり医療費・介護給付費に補正人口をかけて合計することにより、年齢補正後の医療費・介護給付費が算出される。この方法は、厚労省が「医療費の地域差分分析」で用いているものと同様である。

このような年齢補正を行った医療費・介護費それぞれを見てみよう(図4、図5)。ここでいう医療費は診療報酬、介護費は介護給付費であり、いずれも総費用から自己負担分を差し引いた金額、すなわち保険会計からの給付額を意味する。

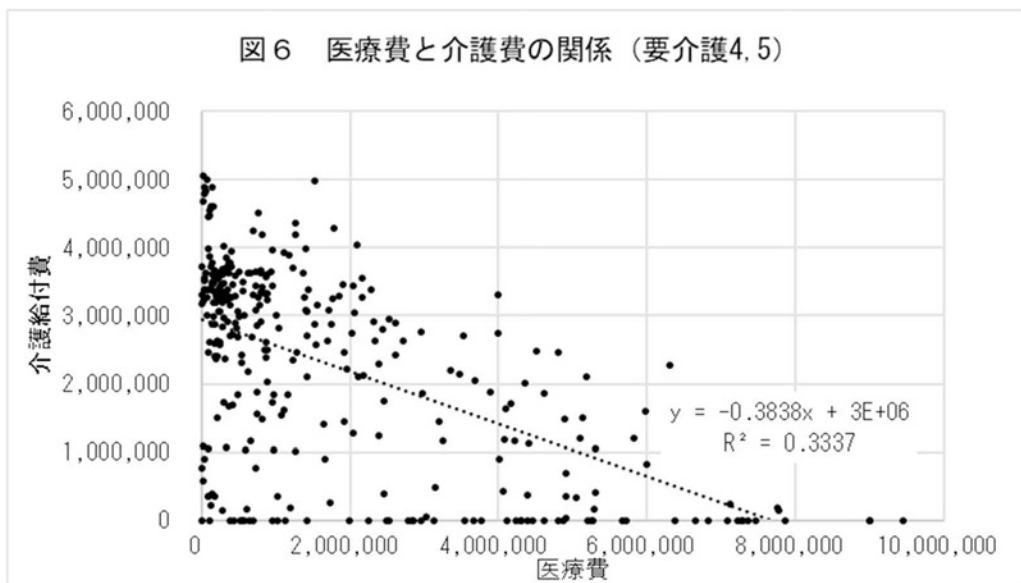


地区単位の医療費を比較する際留意すべきは、地区の人口母数が小さいために、診療報酬単価の高い医療(例えば人工透析等)が1件生じただけで大きく増加するという点である。従って複数年の平均的な水準で比較することが妥当であろう。

医療費の水準はほとんどの地区で概ね同水準といえるが、G地区は飛びぬけて高い水準にある。それに対してC、F地区は若干ではあるが低い水準にあると見てよいだろう。J地区の単年度の変化は上述のように母集団が小さいことを考える必要がある。

図5の介護給付費の動向をこれと比較してみると、医療費より介護費において地域間の相違が大きいことがわかる。医療費が高かったG地区では医療費も相対的に高いように見えるが、2016年度についてはF地区がG地区を上回っている。介護給付費が持続的に高水準を示しているのはA地区だが、この地区には特別養護老人ホームが2施設あり、その入所者のうち住所地を同施設に移している場合にはA地区の人数にカウントされるという事情がある。他の地区についてみると、医療費ではあまり差がなかった地区間で、介護給付費には多寡があることがわかる。例えば、D地区、I地区は介護給付費が低めであり、F、H地区では高めである。また、医療費が低めであったF地区では介護給付費はG、A地区に次いで高くなっている。このように、医療費の水準と介護給付費の水準とは、必ずしも関連付けられるとは言えないようである。

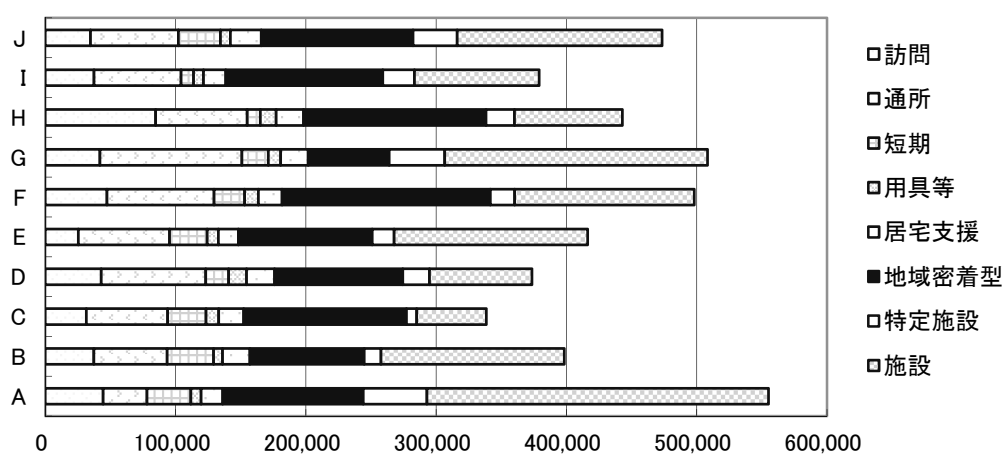
### 3. 医療費と介護費の関係を考える



そこで、図6では個々人の年間医療費と介護費とをプロットしてみた。要介護度の高い人々についてみると、医療費と介護費とは逆相関の関係を示していることがわかる。図には示さないが、要介護度の低いグループほど医療費と介護費の相関性は弱くなっていく。要支援のグループでは、医療費と介護費の間には何ら相関性が見いだせない。つまり、要介護度の高いグループについては、医療と介護の代替関係があるといえそうである。医療費が高いグループの場合には入院を伴うことが多いと考えられ、その間は介護サービスを受けないため、結果的に介護給付は減少する。従って、医療費水準の高い地区で介護費水準が低い場合はこの現象で説明できるかもしれない。

また、地区による介護給付費の相違は、それぞれの地域で活用可能な介護サービスの所在に規定される可能性もある。そこで図7で、介護サービスの種類別の介護給付費を見てみよう（同図では年齢補正を行っていないため、図5の2016年度グラフと一致しない）。前述のようにA地区は特別養護老人ホームが立地する関係で、施設サービスの給付額が高くなっている。これは、特養入所に際して原則として住所地を施設所在地に移転させるためであって、A地区の特性を示すわけではないことに注意願いたい。他地区でも施設サービス利用はあるが、これは住所地を移さずに入所している場合と考えられる。各地区の介護給付費の多寡を主に規定しているのは、施設サービスの多寡であることが窺える。しかしそれ以外にも、訪問介護・看護や通所、地域密着型等において地域差が見いだせる。例えばH地区では通所に比べて訪問サービスが多いが、要介護度がより高いか、外出に困難をもつ人が多いというような事情もあるかと思われる。また、地域密着型サービスには小規模多機能型居宅や認知症対応型共同生活等、いわゆるグループホームが多く含まれるが、例えばF地区とG地区を比較してみた場合、これら地域密着型と施設サービスとの代替関係も推測できる。また、I、H地区では短期入所のサービス給付が相対的に小さいが、これはおそらく居宅介護における同居者の如何にも規定されよう。

図7 75歳以上一人当たりサービス別介護給付費



以上のように、介護給付費の地域差には、施設入所動向、地域における介護サービスの選択肢如何、住民の生活条件に即した選好、といった多様な要因が関わっているものと推測される。

#### 小括と今後の課題

本稿は、匿名化された個票をもとに医療費と介護費との関係を見ることを通じての、ファクト・ファイディングにとどまるものである。ただし、今後検証されるべき以下のような課題が明らかとなった。

第一に、医療費と介護費がともに高い水準にある地区に関する重点的な要因分析が必要

と思われる。G地区についていえば、施設サービスや特定施設（介護サービス付き高齢者住宅等）の給付が大きく、地域密着型の給付が小さい。これは事業所の立地状況によるものか、家族構成等の生活環境によるものか、より詳細を検討してみる必要がある。

第二に、要介護度の高いグループについては介護費と医療費の代替関係が観察できたが、より軽度のグループでは両者にどのような相互関係が観察できるのかについて、さらに分析が必要である。例えば外出を支援するようなサービスが、要介護度の重度化や医療費の抑制につながるのかどうか、また、医療費が低いことは要介護リスクが低いと理解することが妥当か否かも検証が必要である。

第三に、ケアエリア研究会が実施したアンケート調査では、地区単位の健康意識や介護予防的活動への参加、ソーシャルキャピタルの状況等も明らかにすることができよう。本稿ではこの成果を活用するに至らなかったが、今後はこれを活用して前記二点の検討を進めることもできるかもしれない。

そして第四に、これは今後のデータの入手可能性にも依存することであるが、もし所得に関連するデータが得られれば、所得と医療費・介護費の関係について分析ができるだろう。各国比較のようなマクロレベル、あるいは都道府県単位での所得水準と医療費の関係は漠然と認知されている。国民生活基礎調査、全国消費実態調査による分析はあるが（都道府県単位比較等）、これらの調査で把握できる個人属性は限定的である。また、独自調査によって所得と健康の関係を分析した研究は多いが、これらの調査では所得はアンケート調査、すなわち自己申告によるものにとどまる。所得データの提供にはハードルが高いが、所得と健康・生活自立の関係を明らかにするには正確な所得データがなくては不可能であろう。