

造改革の必要性が存在する。この点で **Bush Commission** が提案した、a) 過去の賃金の物価上昇率による再評価、及び、b) 高所得層における賃金代替率の引き下げ、は注目すべき施策である。

公的年金が最低限の給付を行っている典型的な例はイギリスである。このような給付の最大の目的は高齢者を貧困から防ぐことであるが、イギリスの公的年金が貧困を防ぐために十分な役割を果たしているかどうかについて疑問が投げかけられている。公的年金で最低限の保障だけをしようと考えている国々においては、遅かれ早かれ何らかの形で現役時代の所得を代替する制度を作る必要に迫られている。これとは逆に、ドイツでは賦課方式による公的年金の給付水準が高く、保険料が高いため、積立方式による第2の制度をつくって、賦課方式のための保険料負担を少しでも軽減する方向に踏み出した。結局、先進諸国の大部分の国では現役時代の所得を基準にした老齢保障が民意であり、公的制度の役割の大きさが国によって異なるということになる。

年金制度の主要な機能を退職による稼働所得 (**Earnings**) 喪失というリスクへの対応と考えれば、被用者と自営業者で制度を分立させず、稼働所得に対して所得比例の拠出を課し、所得比例の給付を支給することが自然であろう。これがアメリカやドイツの公的年金の姿である。そして、保険原理になじまない部分（育児クレジット、介護クレジット、福祉規定など）は国庫負担によって賄う（結果的に例えば年金給付額の20%）という整理が望ましい。老齢年金の支給開始年齢は高齢者の就業促進及び個

人の選択の尊重という方向で合理的に決められることが求められる。この点で、引退年齢を個人の選択に任せ、しかも、平均余命の伸びを年金額に反映させるスウェーデンのしくみは大変参考になると考えられる。年金のスライドは物価スライドのみでは超高齢者の貧困問題に発展する可能性があり、ネット賃金スライドでは現役世代の過重負担の問題が残るので、その中間に解決策が求められる。各国とも、公的年金の守備範囲をどこまでとするか、年金制度で負担と給付をどこまで結びつけるべきか、年金制度で所得再分配をどの程度行うべきか、等の基本的な問を踏まえながら制度改革を行っている。

E 結論

先進国の中で最も深刻な少子高齢社会を迎えると予想されている日本にとって、福祉国家の再構築は最も緊急性の高い政策課題である。日本が他の先進諸国から学ぶものは個別の制度改革もさることながら、その背景にある改革の理念や改革の土台となっているエビデンスであろう。そのためには2国間で研究機関同士が共同研究を実施・継続していくことが必要である。

退職後の所得源における公的年金の役割に関してイギリスとドイツ・フランスは対極に位置し、また、フランスは社会連帯を重視している国である。年金改革を進めるためには制度全体の透明性を高めるとともに、年金改革のための確固とした政治的合意が不可欠である。また、制度にかかる圧力を緩和するうえでは、引退の繰り延べと失業率の低下が特に重要な課題である。日本の公的年金制度の持続可能性を考える上

で他の先進諸国の取組みは大変興味深いものである。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

5. 論文発表：

・ H. Conrad and T. Fukawa. The 2000/2001 Pension Reform in Germany – Implications and Possible Lessons for Japan JSSP Vol.2, No.2, 2003.

・ R. Clark. Reforming Social Security: Distributional, Equity, and Economic Considerations JSSP Vol.2, No.2, 2003.

6. 学会発表：

・ K. Yamamoto and T. Fukawa. The Future Prospects of Japanese Employees' Pension Insurance. 4th ISSA Research Conference, Antwerp, May 5-7 2003.

H 知的所有権の出願・登録状況

7. 特許取得：なし

8. 実用新案登録：なし

9. その他：なし

Ⅱ 「高齢者の生活保障システムに関する国際比較研究」

平成15年度分担研究報告書

3. 高齢者の生活保障における所得移転と家族の生活保障機能に関する共同研究

分担研究者 金子能宏 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

少子高齢化の進展の中で、介護保険を導入して国民医療費の抑制に努めつつ、世代間の公平性に配慮しつつ高齢者の所得保障を実現するために、わが国は年金改革を実施しようとしている。このようなわが国の社会保障発展の経験に学びたいという東アジア諸国の要望を受けて比較研究を行うため、本研究では、世界銀行が提案した私的トランスファーと公的トランスファーとの関係を分析する視点を応用しつつ、発展途上国として中国とタイを対象に国際比較研究を行う。中国については、中国社会科学院「居民収入調査」プロジェクトに協力して比較研究を行い、タイについてはタイ保健省の要望と関係するタイ公的医療保険情報制度構築支援プロジェクトに協力して比較研究を行う。

中国においては、都市部には1997年以降、個人年金勘定を含む年金制度が導入され、旧国有・集団所有企業の労働者のみならず、全ての所有形態企業労働者と自営業者への適用拡大が近年実施されているのに対して、農村部では年金制度の整備が遅れており、家族と部分的な農村共同体による相互扶助が所得保障と医療の両面での生活保障としての役割を担っている。ただし、農村部でも年金制度の試行がなされている場合には加入者による保険料積立が始まっている。タイにおいては、出所率の低下が起こっているものの、大都市以外では、農業就業者の割合と3世代同居世帯の割合が高いことから、私的トランスファーが生活保障の役割を担っている面があることは事実であるものの、高齢化に伴う医療負担を軽減するために、保健省が30パーツ制度を導入したことにより、医療給付の部分的現物給付により年金制度の不備を補完する生活保障制度の構築が進められている。

A 研究目的

少子高齢化の進展の中で、介護保険を導入して国民医療費の抑制に努めつつ、世代間の公平性に配慮しつつ高齢者の所得保障を実現するために、わが国は年金改革を実施しようとしている。このようなわが国の社会保障発展の経験に学びたいという東アジア諸国の要望を受けて国際比較研究を行うため、本研究では、世界銀行が提案した私的トランスファーと公的トランスファーとの関係を分析する手法を応用しつつ、発展途上国として中国とタイを対象に国際比較研究を行う。中国については、中国社会科学院「居民収入調査」プロジェクトに協力して比較研究を行い、タイについては厚生労働省大臣官房国際課及び独立行政法人国際協力機構とタイ保健省との間のタイ公的医療保険情報制度構築支援プロジェクトに協力して比較研究を行う。

B 研究方法

発展途上国においても、家族計画の実施（その典型である中国の一人っ子政策）により少子高齢化がわが国以上の早さで到来することを認識して公的年金、公的医療制度等の社会保障制度の整備が進められている。その反面、就業構造において農業就業者割合が未だに多く、3世代同居世帯割合も先進諸国と比べると未だに高い割合となっている。このような中で高齢者の生活保障システムを発展途上国が構築していく現状と、今後の方向性を探るために、世界銀行による私的トランスファーと公的トランスファーとの関係を分析する視点を応用しつつ、中国社会科学院「居民収入調査」（所得再分配調査に相当する調査）を用に基づく分析を行う。本年度は、発展途上国の例として分析対象となっている中国及びタイにおける都市部と農村部との相違に留意するとともに、高齢者にとって、医療費、介護費用を私的トランスファーによらざるを得ないのかそれとも公的トランスファーによる保障があるのかという観点に着目した分析を行う。「居民収入調査」に基づく共同研究においては、中国農村部の個人の健康状況、受診行動、世帯所得、公的年金加入状況等の項目からなる付帯

調査を実施し、その分析を行う。また、タイにおける就業構造、世帯構造の推移を把握しつつ、高齢者の医療負担に影響を及ぼす公的医療保険制度の新たな動向について資料収集を行い、これに基づき私的トランスファーと公的トランスファーとの関係に関する分析の応用方法について検討する。

C 研究結果

2002年に実施し2003年にデータ・クリーニングを行った「居住収入調査」農村部サブ・サンプル（サンプル数9200人）によれば、農村部では、私的トランスファーがあるため高齢者本人の世帯所得の分散や変動係数よりも、消費と貯蓄の分散や変動係数の方が大きい。ただし、健康状態をコントロールしてみると、医療費がかかる場合でも農村共同体による医療費の補填がある場合には、その共同体における全個人の消費、医療費の分散や変動係数よりもこの健康状態をコントロールしたサブサンプルの場合の分散や変動係数の方が小さい傾向が見られる。このような医療費の補填、あるいは医療サービスの現物給付が、高齢者の医療支出を軽減して、高齢者の所得維持に役立つ側面は、公的年金など高齢者に対する公的トランスファーが必ずしも十分に普及していないタイにおいても見いだされる。

なお、中国農村部では、公的トランスファーとしての農村年金制度の試行が1994年以降、進められており、加入者本人による個人年金勘定を通じて保険料積立が始まっている。

D 考察と結論

高齢化に備えて社会保障の発展に努めている東アジアの発展途上国にとって、年金制度の普及やその給付水準の点で完備されていない段階において、高齢者の生活保障を実現する手段として、医療支出の負担を公的な医療サービスの給付により軽減するタイの方法は、わが国が皆年金を実現した直後には福祉年金の問題などがある中で皆保険により高齢者の生活水準の向上に寄与した経験を跡づける側面を持っている。また、中国の農村においても、年金制度の普及と共に医療制度の整備が急務の課題とされ

ていることは、これを整備することによって私的トランスファーでは十分補いきれない高齢者の医療支出を軽減して生活保障の一端を実現するという点で、わが国の皆保険が果たした普遍的な役割を今日的な形で実現することにつながると考えられる

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会報告

なし

H 知的所有権の出願・登録状況

10. 特許取得：なし

11. 実用新案登録：なし

12. その他：なし

Ⅲ. 研究報告

1. 高齢者に対する介護保険給付、医療費、福祉サービスに関するパネルデータの構築とこれを用いた実証分析

池上直己(慶應義塾大学医学部)

まえがき

介護保険制度は、介護サービスの充実と、医療保険財政の改善等が大きな目的であった。このような目的が達成されているかどうかを把握するためには、国や都道府県のレベルで集計されたデータだけでは不十分であり、要介護者の属性、介護サービスの利用、医療サービスの利用等を、各個人のレベルで把握し、その動向を追跡・分析する必要がある。

そこで本研究では、まず北海道の奈井江町・浦臼町において、介護保険、医療保険、福祉サービス等のデータを、個人レベルで定点的に把握し、分析を行った。このようなパネルデータの構築はわが国において初めての試みであり、2つの町においてご支援いただいたこと、また医療保険のデータが個人レベルで保管されていたために可能であった。

次に、医療と介護の連携および介護サービス適切性を把握するため、奈井江町・浦臼町、及び京都市と東京都世田谷区において面接調査を行った。具体的には、介護者等を対象として、介護サービスの適切性、利用者1割負担による需要の抑制等に関する面接調査、病院や介護老人保健施設の看護師等を対象に退院時計画に関する面接調査、および介護支援専門員を対象に各関係機関との連携等に関する面接調査をそれぞれ実施した。なお、面接調査は、Brandeis大学のLeutz準教授を招聘し、同氏がアメリカのSocial Health Maintenance Organization (Social HMO)において開発した調査手法に基づいて行った。

さらに、日本の今後の政策に参考になる諸点に焦点を当てて、既存資料からSocial HMOの実態を整理、分析した。なお、Social HMOはアメリカのHMO医療保険のなかで、介護サービスの給付を行っている形態であり、20年間に多くの研究実績がある。

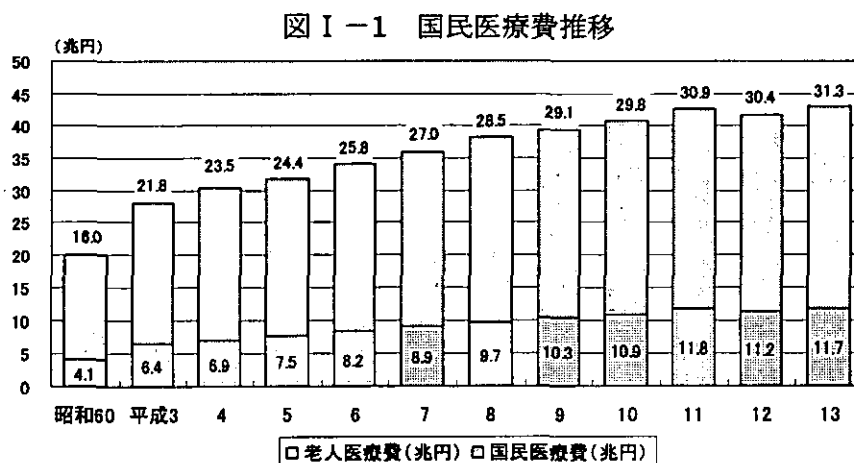
本調査研究を行うに当たり、奈井江町・浦臼町を始め調査地区の皆様、およびBrandeis大学のLeutz準教授、慶應義塾大学医学部の篠田知子助手に多大な尽力をいただいた。ここに厚く感謝を申し上げます。

1. 1 パネルデータ分析

1.1.1 はじめに

平成12年4月より施行された介護保険制度は、介護サービスの充実を図り、高齢者の医療費財源の危機や、「社会的入院」の解消などを目的として「福祉」と「医療」の連携を制度として実現させた抜本的な改革であった。具体的には、これまで医療保険の対象であった老人病院の一部と老人保健施設、訪問看護などのサービス、および福祉の対象であった特別養護老人ホーム、ホームヘルプサービス、デイサービスなどのサービスがそれぞれ介護保険に移行して一元化されたのであった。

しかし、国民医療費の推移（図I-1）をみると、平成12年の国民医療費は減少しているが、平成13年には再度上昇に転じている。介護保険制度により、老人保健施設の療養費、老人訪問看護の療養費、長期の慢性入院患者の療養費等が国民医療費から除外されているため、平成12年の国民医療費は減少していたのだが、それにも関わらず、平成13年の老人医療費が平成11年のそれとほぼ同じ値を示している。このことは、国民医療費は、老人医療費を含めて増大し続けていると予想でき、今後も同様の推移をしていくものと思われる。



(出典：平成15年度厚生労働白書)

介護保険制度の主な目的である介護サービスの充実と、医療保険財政の改善が達成されているかどうかを把握するためには、国や都道府県のレベルで集計されたデータを概観するだけでは不十分であり、要介護者の属性、介護サービスの利用状況、医療サービスの利用等を、各個人のレベルで把握し、その動向を追跡・分析する必要がある。

そこで、本研究では、早くから介護保険に対応してきた奈井江町・浦臼町において、「パネルデータ」を構築し、介護保険制度の影響を分析する。パネルデータとは、ある集団において、このような情報を個票レベルで定期的に把握したデータセットのことである。具体的には、パネルデータ分析を行うことにより、これまで把握することができなかった個人レベルでの「医療」「福祉」「介護」の利用の推移をみることできる。ここでは、介護保険制度創設の高齢者にかかる総額費用の影響や、継続的に対象となる高齢者を追跡して状況の変化などを把握し、現状を実証的に分析する。

1.1.2 対象者と対象期間

介護保険制度の創設における対象自治体の影響を分析するため、平成12年4月以降介護認定を受けた人全員を対象者とする。また、対象期間としては、介護保険制度創設前の1年間、創設後3年半の平成11年4月から平成15年10月までの期間とする。

1.1.3 対象地域概況

本研究では、北海道奈井江町と浦臼町の2つの町を対象地域とする。奈井江町、浦臼町は北海道空知郡の中央に位置する町で、平成12年国勢調査での人口は浦臼町が2,643人、奈井江町が7,309人、合計9,952人となっている。また、両町とも高齢化が進んでおり、全人口に占める65歳以上の割合は、両町の合計で27.4%となっており、北海道、全国と比較しても65歳以上の占める割合が10ポイント程度高い。

表 I - 1 対象地域人口数

(単位：人)

区分	浦臼町	奈井江町	合計	北海道	全国
総人口	2,643	7,309	9,952	5,683,062	126,925,843
15歳未満	306 (11.6%)	923 (12.6%)	1,229 (12.3%)	792,352 (13.9%)	18,472,499 (14.6%)
15～64歳	1,537 (58.2%)	4,464 (61.1%)	6,001 (60.3%)	3,832,902 (67.4%)	86,219,631 (67.9%)
65歳以上	800 (30.3%)	1,926 (26.3%)	2,726 (27.4%)	1,031,552 (18.2%)	22,005,152 (17.3%)

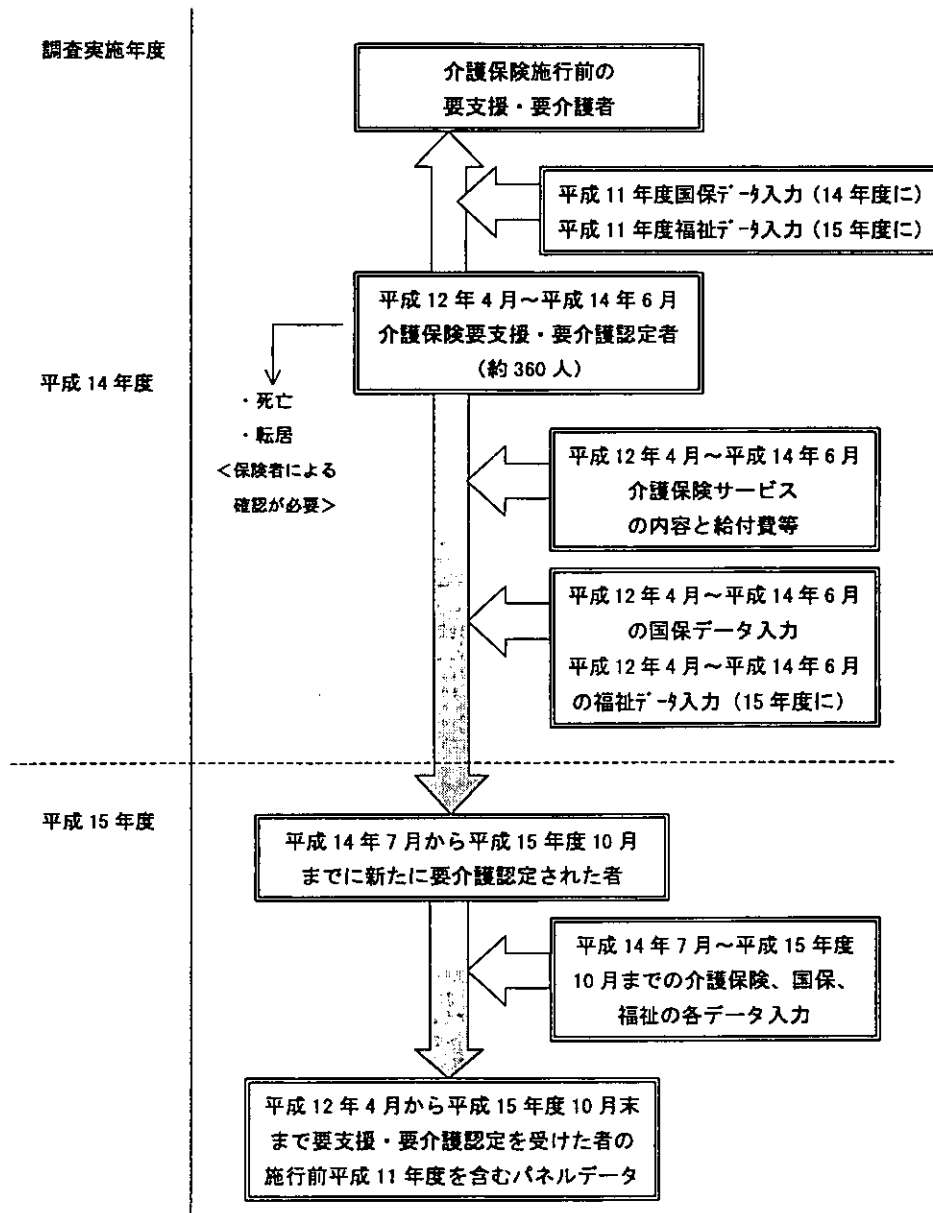
(平成12年国勢調査)

1.1.4 パネルデータセット作成

(1) 作成フロー

パネルデータセットとして、医療の影響をみるための国保レセプトデータ、福祉の影響をみるための福祉データ、介護の影響をみるための介護給付実績をそれぞれデータセットとして作成し、個人単位で接合する。対象は、平成12年4月から平成15年10月までの要介護認定者であり、介護給付データのほか、平成11年4月から平成12年3月までの福祉サービス利用データ(配食サービス等は除外)、および平成12年4月から平成15年10月までの医療サービス利用データを入力した。なお、データセット作成のフローは図I-2のとおりである。(図、最後のます3月を10月に訂正)→修正

図I-2 パネルデータセット作成フロー



(2) データセット項目

①介護データセット

「介護」のデータセットは、国民健康保険団体連合会から市町村へ送付される「保険者向け給付実績情報(11100000.csv)」の平成12年4月利用分から平成15年11月利用分までのものを活用した。なお、分析に際しては空知中部広域連合において、CSVに関する情報のほかに、所得段階や要介護認定資格取得時期・喪失時期、各月の要介護認定者についての情報が付加されたデータの提供を受けた。分析に使用した主な項目は、表I-2のとおりである。

表 I - 2 介護データセット分析使用項目

(1)被保険者番号	(9)利用サービス項目
(2)性別	(10)事業所コード
(3)生年月日	(11)サービス提供年月
(4)要介護度	(12)サービス利用請求費
(5)資格取得年月日	(13)再審査回数
(6)資格取得事由	(14)過誤回数
(7)資格喪失年月日	(15)審査月
(8)資格喪失事由	(16)保険料所得段階

②医療データセット

医療レセプトの中から対象となった要介護認定者の抽出し、介護保険データと接合させるため、介護保険の被保険者番号をIDとした。入力した情報は、表I-3のとおりである。

表 I - 3 レセプト入力項目

入力項目	備考
被保険者番号	介護保険制度の被保険者番号
地域コード	浦臼町、奈井江町の区別
入院・外来・歯科・薬剤	診療点数の区分
請求保険点数	
入院日	年月日
老健・訪問看護・整復	平成11年度分のみ
請求円	

③福祉データセット

両町の福祉事業は、町により提供サービス種類やデータの管理方法がそれぞれ異なっていたため、ここでは両町とも存在するデータを活用し、個人単位でそれぞれ利用した年月・回数を入力した。入力した提供サービスは、表 I-4 のとおりである。

表 I-4 入力福祉データ

(1) ホームヘルプサービス
(2) デイサービス
(3) 短期入所生活介護
(4) 特別養護老人ホーム

また、平成 11 年度の各福祉サービスにかかった費用は把握できないため、次のような考え方で設定する必要がある。

平成 11 年 9 月の介護保険制度全国担当課長会議資料によると、当時の福祉費用の金額を算出し、それを参考に介護保険制度の料金を決定している。全国的規模の数値のため、この数値が両町に合致するとは言い難いが、福祉費用のひとつの目安として参考にする。このことを踏まえ、福祉サービスの費用を表 I-5 のように設定する。

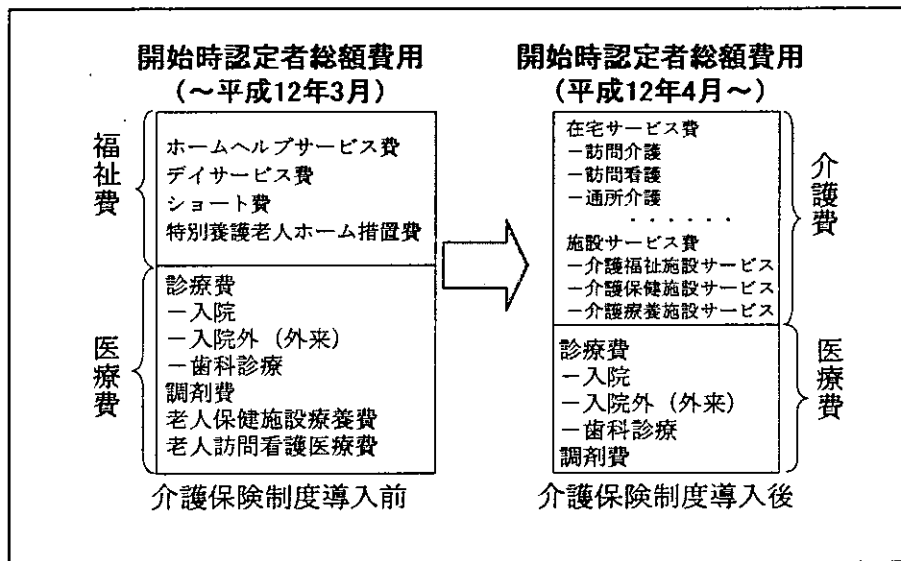
表 I-5 福祉費用設定

入力項目	料金
ホームヘルプサービス	1 回当たり 2,920 円
デイサービス	1 回当たり 6,900 円
短期入所生活介護	1 日当たり 6,440 円
特別養護老人ホーム	1 月当たり 326,000 円

(2) パネルデータセット作成

(1) の要領でデータセットを作成した上で、それぞれの利用者を個人レベルで接合し、各月の「医療」「福祉」「介護」のパネルデータセットを作成した。また、医療費、福祉費、介護費すべてを合算した費用を「総額費用」と定義する。総額費用の内容は図 I-3 のとおりである。

図 I-3 総額費用のイメージ

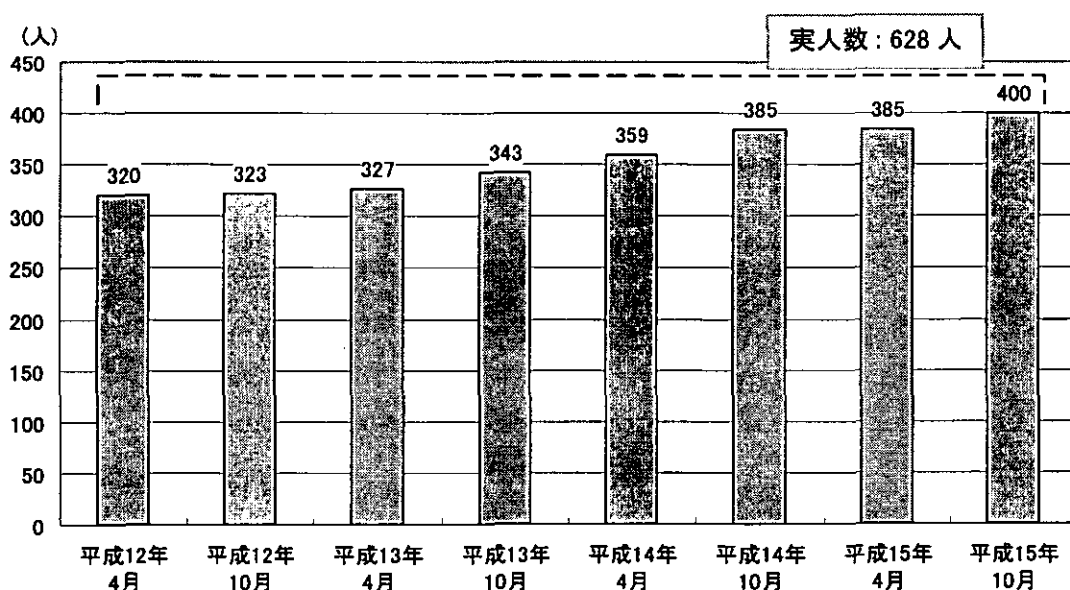


1.1.5 パネルデータ分析

(1) 対象者

要介護認定者の各月の推移をみたのが図 I-4 である。平成 12 年 4 月末時点では 320 人が認定を受けていたが、平成 15 年 10 月末時点では 80 人増加して 400 人が認定を受けている。この期間に要介護認定を受けた実人数は 628 人となっており、これを本分析における対象者とする。

図 I-4 要介護認定者推移



※認定者は、各月の末日時点で認定されている人の人数。

(2) 介護保険制度開始によるサービス利用者の状況

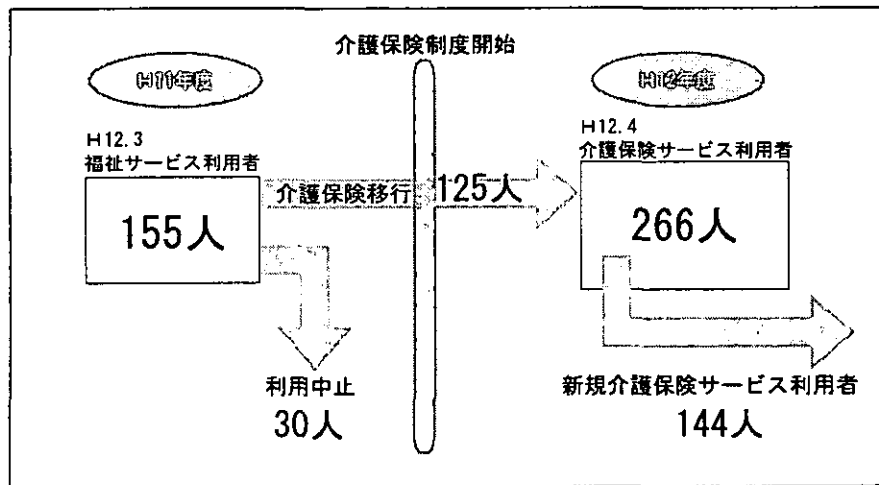
対象者の中で、「医療」「福祉」「介護」のそれぞれのサービス利用者の推移についてみたのが表 I-6 である。平成 12 年 4 月の介護保険制度の開始に伴い、平成 12 年 3 月までで福祉サービスがなくなったため、平成 12 年 3 月に福祉サービスを利用していた 155 人の多くが、介護保険サービスに移行したと考えることができる。

その動きを具体的にみたのが図 I-5 である。平成 12 年 3 月に福祉サービスを利用していた 155 人のうち、約 8 割にのぼる 125 人が介護保険サービスに移行している。また、平成 12 年 4 月の介護保険サービス利用者は 266 人であるが、福祉サービスからの移行者は 125 人 (47.0%)、新たにサービス利用を開始したのが 144 人 (54.1%) となっている。

表 I-6 各種サービス利用者推移

		平成11年 4月	平成11年 10月	平成12年 3月	平成12年 4月	平成12年 10月	平成13年 4月	平成13年 10月	平成14年 4月	平成14年 10月	平成15年 4月	平成15年 10月
医療サービス	人数	484	497	494	465	455	415	418	349	375	304	243
	割合	77.1%	79.1%	78.7%	74.0%	72.5%	66.1%	66.6%	55.6%	59.7%	48.4%	38.7%
福祉サービス	人数	166	174	155								
	割合	26.4%	27.7%	24.7%								
介護サービス	人数	0	0	0	266	259	271	275	286	308	301	325
	割合				42.4%	41.2%	43.2%	43.8%	45.5%	49.0%	47.9%	51.8%
全体		628	628	628	628	628	628	628	628	628	628	628

図 I-5 介護保険制度開始に伴う福祉サービス利用者の移行状況



ここで、介護保険開始当時、低所得によるサービス利用抑制があったかを確認するため、福祉サービスから居宅サービスに移行した 125 人のうち、居宅サービスを利用した 60 人について、要介護度別、所得段階別にサービス利用率をみる（表 I-7）。なお、表 I-8 は、要介護度別の平均サービス利用率である。これをみると、全体の利用率は 35.3% で要支援で 49.9%、要介護 4 では 49.4% となっている一方、要介護 1 は最も利用率が低く 24.5%、要介護 2 では 33.6% となっている。

平成 15 年 10 月において居宅サービスを利用した 60 人のうち、第 1 号保険者である 59 人の所得段階別によるサービス利用率を比較すると、所得段階 1~2 と 3~5 とでは平均利用率に大きな差をみられない。

表 I-7 居宅サービス平均利用率（所得段階別）

要介護度	所得段階 1~2				所得段階 3~5			
	人数	支給限度額 (円)	1人当たり給付 (円)	平均利用率	人数	支給限度額 (円)	1人当たり給付 (円)	平均利用率
要支援	14	61,500	31,422	51.10%	11	61,500	29,775	48.40%
要介護 1	13	165,800	39,507	23.80%	7	165,800	42,723	25.80%
要介護 2	5	194,800	56,866	29.20%	4	194,800	75,190	38.60%
要介護 3	3	267,500	113,630	42.50%	1	267,500	155,380	58.10%
要介護 4	0	306,000	0	0.00%	1	306,000	151,100	49.40%
全 体	35	4,792,900	—	32.90%	24	3,189,800	—	38.70%

注) 要介護度別の平均利用率=1人当たり給付/支給限度額
 全体の平均利用率=総額給付/総支給限度額

表 I-8 居宅サービス平均利用率

要介護度	人数	支給限度額 (円)	1人当たり給付 (円)	平均利用率
要支援	25	61,500	30,697	49.9%
要介護 1	20	165,800	40,633	24.5%
要介護 2	10	194,800	65,538	33.6%
要介護 3	4	267,500	124,068	46.4%
要介護 4	1	306,000	151,100	49.4%
要介護 5	0	358,600	0	0.0%
全 体	60	8,177,500	—	35.3%

注) 要介護度別の平均利用率=1人当たり給付/支給限度額
 全体の平均利用率=総額給付/総支給限度額

平成12年3月に福祉サービスを利用し、平成12年4月に介護保険サービスを利用しなかった30人の3月時点での福祉サービスの利用状況みたのが、表I-9である。これによると、7割の人がデイサービスを利用している。

当初介護保険サービスを利用しなかった30人について平成12年4月以降追跡すると、その後介護保険サービスを利用したのは15人であり、そのサービス利用開始時の属性を示したのが表I-10である。これによると、前期高齢者が2人であるのに対し、後期高齢者が12人となっている。また、要介護度別にみると、要支援が11人、要介護1が2人となっており、それより重度の人は存在しない。これら15人は図I-6に示すように、徐々に最初は居宅サービスの利用を開始し、その後、うち2人が介護老人福祉施設、1人が介護老人保健施設へさらに移行している。これらのことから、平成12年3月に福祉サービスを受けてなおかつ平成12年4月時点において介護保険サービスを利用しなかった人は、比較的軽度な人が中心で、要介護認定を受けておらず、その後状態や機能の悪化にともない要介護認定を受けて介護保険サービスを利用するようになったと考えることができる。なお、当初介護保険サービスを利用しなかった30人のすべてにおいて死亡した人は存在しなかった。

次に、その介護保険サービスの利用状況をみたのが図I-6である。これによると、平成12年6月以降居宅サービスを中心に利用が行われており、平成15年7、8月が11人で最も多い。

また、居宅サービスを受けた12人の中で各年度の利用者の1人当たり費用をみたのが表I-11である。これによると、平成13年度では2万円台と低いですが、それ以降は上昇しており、平成15年度では4万円を超えている。

表I-9 福祉サービス利用状況（平成11年3月）

サービス種類	人数	割合
ホームヘルプサービス	7	23.3%
デイサービス	21	70.0%
ショート	1	3.3%
特別養護老人ホーム	1	3.3%
全体	30	100.0%

表I-10 介護保険利用開始時属性

サービス種類	人数	割合
男性	5	33.3%
女性	10	66.7%
前期高齢者	2	13.3%
後期高齢者	13	86.7%
要支援	11	73.3%
要介護1	4	26.7%
全体	15	100.0%

図 I - 6 介護保険サービス利用状況

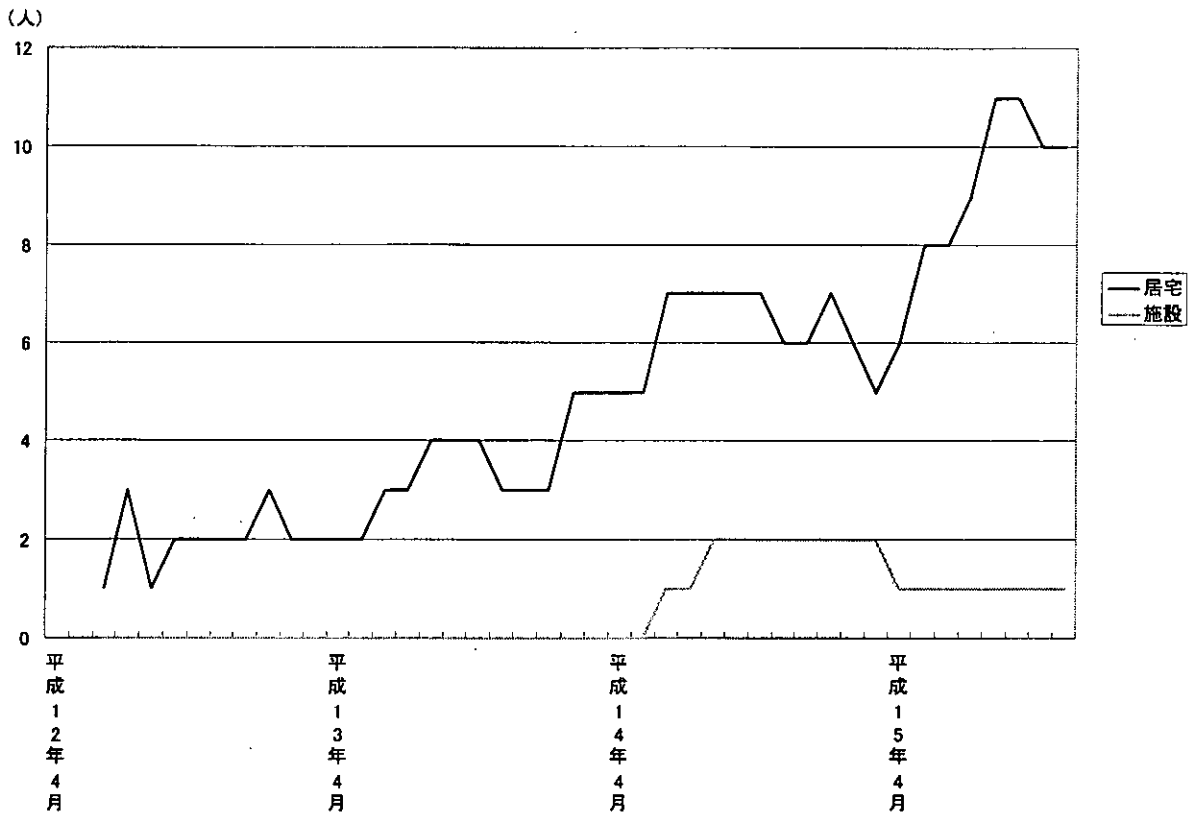


表 I - 11 居宅サービス利用者 1 人当たり費用 (年度平均)

(単位：円)

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
居宅サービス	37,473	24,724	37,712	41,232(*)

(*)平成15年度は、10月までの費用を平均している。

(3) 総額費用合計推移

平成11年4月から平成15年10月において、「医療」「福祉」「介護」の費用の合計を「総額費用」と呼ぶこととし、各月の総額費用の推移をみたのが、図I-7である。これによると、平成12年4月以降総額費用は1億円を前後して推移しているが、平成14年11月付近より、減少傾向に転じている。また、推移の内訳をみると、介護費は増加しているが、医療費は減少している。さらに、総額費用の変動には、医療費の影響が大きいことがわかる。

