

度設計を社会的に議論する際の一参考資料を提供することを目的とするなら、上記の難点のうち数点については「十分とは言えない」までも対処が可能である。これは、1) 介護保険制度の施行から数年が経過し、利用者の要介護度推移を追跡できる程度のデータが蓄積されてきたこと、2) 介護給付管理レセプト情報を活用すれば、月毎の個人のサービス利用状況を正確に把握できること、3) サンプル数が集積することでグループの平均的数値から、全体的傾向は議論できること、4) 分析対象を特定地区（自治体）に限定することで要介護度などの懸念される格差が統制できること、などによるものである。

本稿では、上記の背景、認識のもと、あくまで一自治体におけるケースと限定した上で、介護サービス利用者の要介護度推移の状況と介護サービス利用の状況がどのような関係にあるのか、その傾向を探ることを目的としている。特に軽度にあたる「要支援」、「要介護度1」該当者に対するサービス給付に対する見直しが、検討、実施の予定であることを考慮し、特にこれらの利用者に関する経時的な要介護度推移を軸として、利用されている介護サービスの状況について全体的な傾向を検証することにした。

## 2-2. 分析対象とデータセット

本研究においても、これまで実施したその他の調査研究と同様、自治体が所蔵する「介護保険給付管理レセプトデータ」の情報を活用している。この研究の基礎データとされたのは、東京都稲城市のデータである。「1. 訪問介護(家事援助・生活援助)サービス需要に対する影響要因の検討」で述べたとおり、東京都稲城市からは、個人情報保護の観点から厳格な管理を約束した上で、2000年5月（審査分）から2004年8月（審査分）に到る52ヶ月分の介護給付管理レセプト情報の提供を受けることができた。ただしレセプト情報は「月毎」のデータであるため、原データ形式のままでは介護サービス利用者個人の経時的推移（episode）を追うことができない。そこで各月の原データを、利用者の被保険者番号を使って整理したうえで利用者個々人の時系列データとなるように再編した。

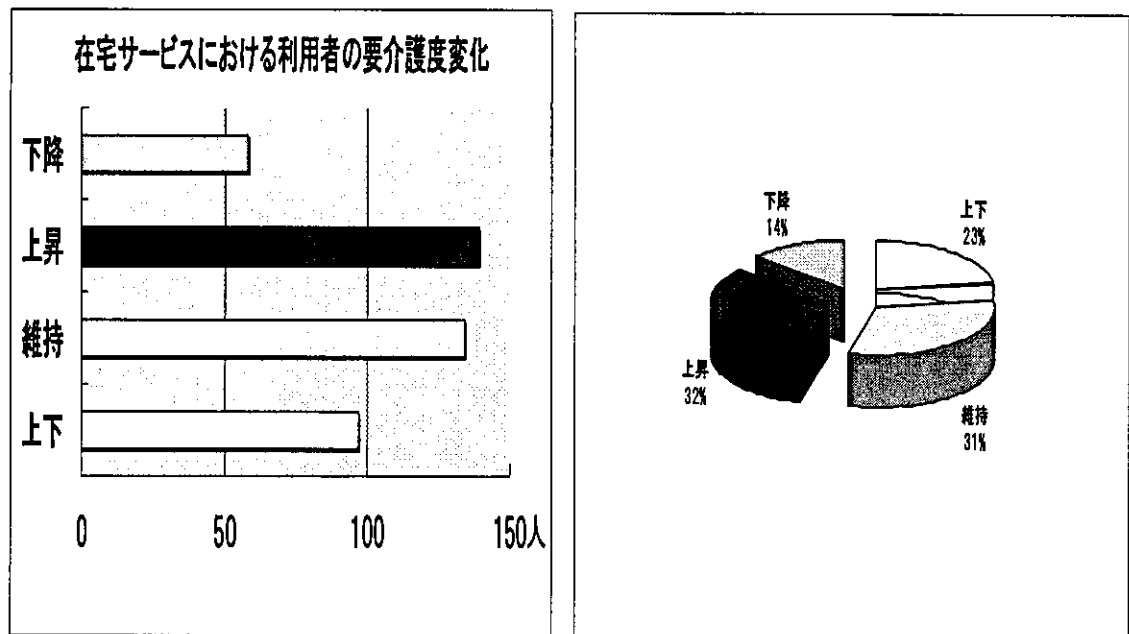
また要介護度推移の状況を十分捕捉するため、個人のエピソードデータの中から介護サービスの利用期間が全体で18ヶ月以上あるサンプルだけを抽出した。さらに介護保険サービスの利用と要介護度推移を対応させる必要から、途中で6ヶ月以上の利用の空白期間があるサンプルについても除外することにした。

介護保険で利用可能なサービスについては、大きく「在宅（居宅）サービス」と「施設サービス」という区分が可能であるが、個人の利用エピソードでみた場合には、「在宅サービスを利用していたが、その後、施設に入所した」というケースやその逆の利用ケース（或いはその両方）が存在する。ここでは利用しているサービスの性格をなるべく明確にし、特定化したうえで要介護度推移と対応させるため、利用期間中、「施設サービス」の利用がないサンプルだけを抽出し、これを分析対象としている。

したがって本調査研究で最終的な対象となっているのは、52ヶ月間の分析対象期間中、途中で半年以上の空白期間がなく、18ヶ月以上の間「在宅サービス」を利用して

いる要介護高齢者ということになる。このようなエピソードを持つサンプルを抽出したところ、その数は428件（人）であった。さらにこれらを分析期間中の要介護度の「上昇」、「維持」、「下降」、「上下」に分類した（図表1）。

図表1 在宅サービス利用者の要介護度推移状況



利用期間18ヶ月以上のサンプルを抽出  
（6ヶ月以上ブランクも除く）

以上のように、在宅サービス利用者の要介護度推移は全体でみると、「上昇」と「維持」がほぼ拮抗していることが判る。また期間中、要介護度が「上下」するケースも全体の約4分の1存在した。

### 2-3. 分析内容

以上のデータセットを活用し、次の各視点から検証をおこなった。なお以下の検証では、分析上の対応関係をより明確にする目的で、要介護度が期間中に「上下」したサンプルは除かれている。

#### 2-3-1. 要介護度の「推移差」で区分した介護サービス利用状況の検討

- 1) サービス利用開始時の要介護度別にサンプルを区分し、要介護度の違いによって要介護度の推移状況に差が認められるか確認した。
- 2) サービス利用期間における利用者一人あたりの総サービス投入費用（総利用額）

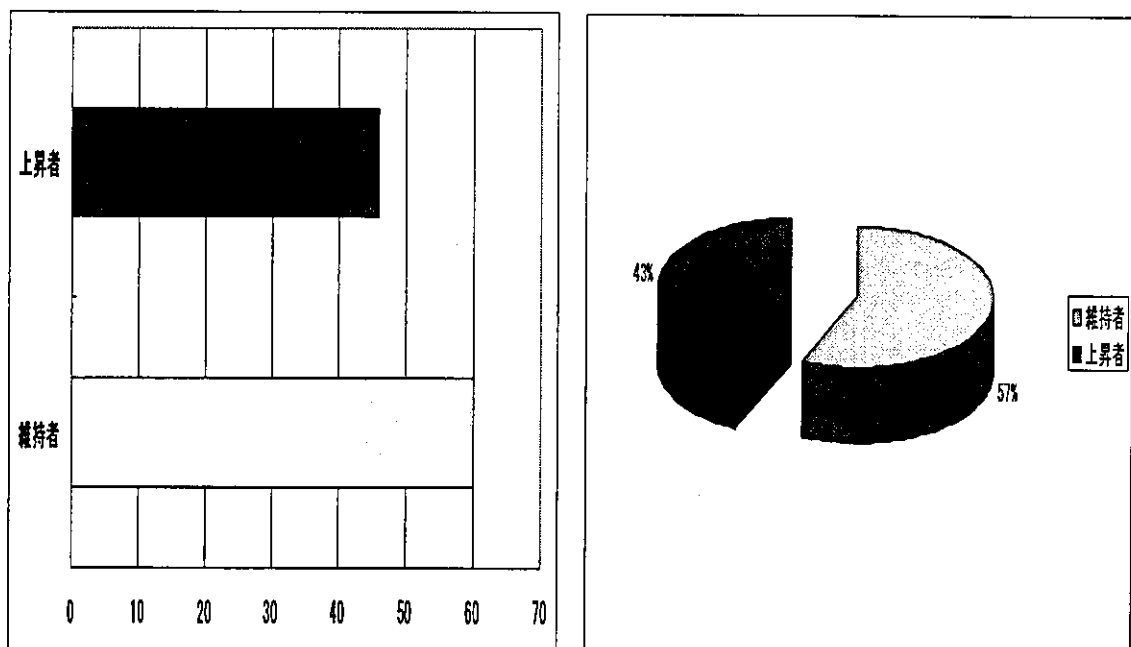
を、要介護度の「推移差」で区分し比較した。

- 3) 上記 2) では、各サンプルのサービス利用期間に差があるので、利用期間を平準化した「利用サービスあたりの平均利用額」を算出して「推移差」別に比較した。
- 4) 要介護度の「推移差」で区分した場合、各々の「在宅サービス」がどの程度の割合で選択されているか、サービスごとに検討した。
- 5) 上記 2) では、利用期間における「総サービス投入費用」の比較となっていたので、これを個々の「在宅サービス」に細分化して比較した。
- 6) 上記 5) では、各サンプルのサービス利用期間に差があるので、利用期間を平準化した「在宅サービス各々の平均利用額」を算出して「推移差」別に比較した。

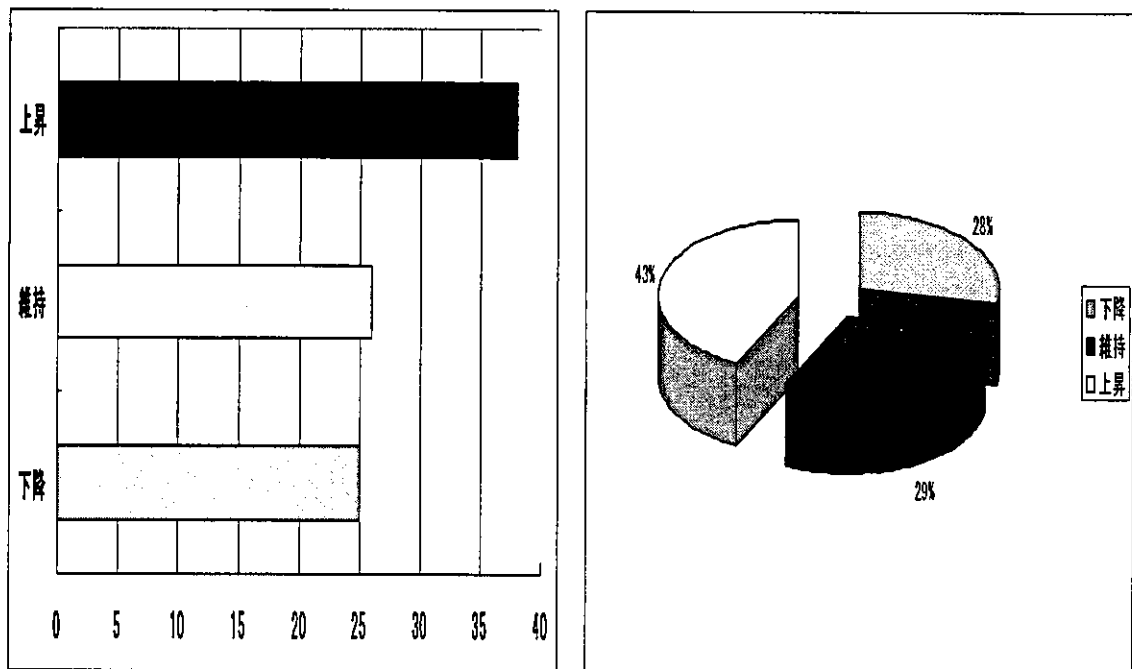
### 2-3-2. 要介護度の「推移差」で区分した「軽度者」の介護サービス利用状況の検討

「要支援」或いは「要介護度 1」に該当する「軽度者」に対するサービス給付のあり方が議論されていることを考慮し、分析データセットから「要支援」、「要介護度 1」の該当者だけを抽出して、2-3-1. でおこなわれた一連の検証を実施することにした。対象となったサンプルは、「要支援」106 件、「要介護度 1」89 件であった（図表 2・図表 3）。

図表2 要支援者の要介護度推移状況



図表3 要介護度1該当者の要介護度推移状況



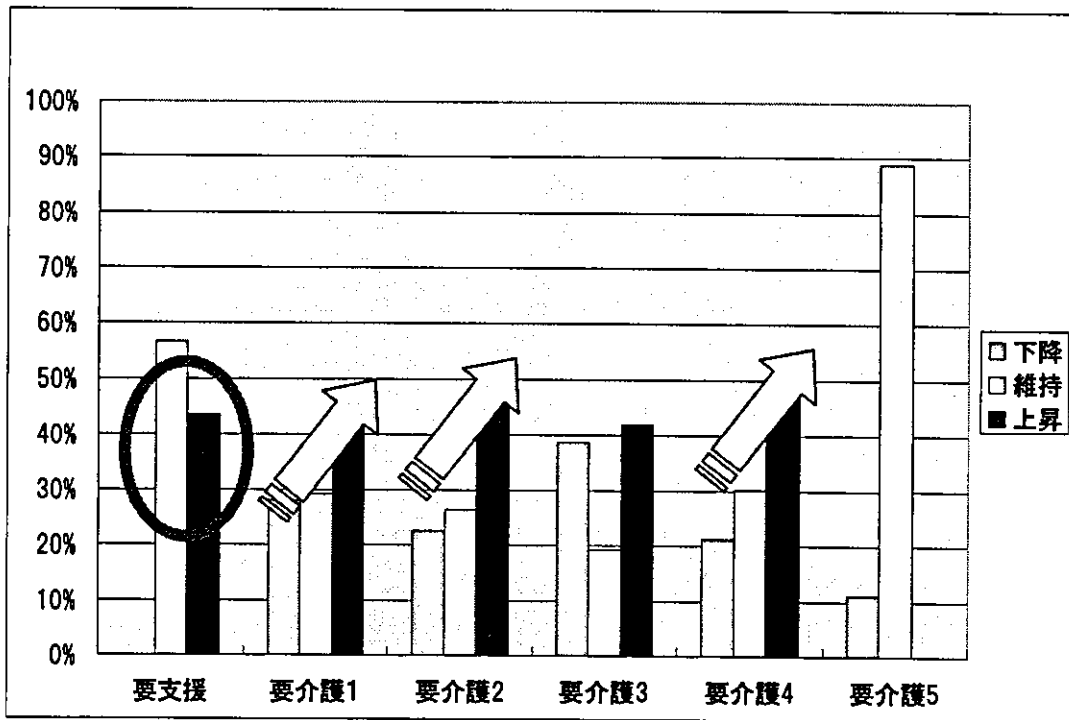
以上のように「要支援」については、「上昇」に比べて「維持」の割合が高いことが判る。また「要介護度1」については、「上昇」の割合がその他の区分に比べて高いものの、「維持」、「下降」の割合も低くはない（両者を足せば「上昇」の割合を超える）ので、要介護度の「維持」や「下降」を目的として、これら「軽度者」に対する予防的対応をとることには相応の妥当性があるものと考えられる。

#### 2-4. 分析結果

2-3-1. 要介護度の「推移差」で区分した介護サービス利用状況の検討で示された一連の検証について順次、結果を示していこう。

まず1)の「要介護度の違いにより推移状況に差が認められるか」について検証した結果が図表4である。これによるとこれ以上の「上昇」がない要介護度5を除き、要介護度1から要介護度4までの各区分では、期間中の要介護度「上昇」の割合が「維持」、「下降」の割合をいずれも上回っている。これに対して要支援では、「上昇」の割合を「維持」が上回るという相違がある。ここでは、個々のサービス利用期間を統制していないので、明確に言うことはできないが、認定において何らかの要介護度が附与された場合、中長期的に介護度が「上昇」してしまう割合が高いことを考えると、「維持」割合が比較的高い「要支援」の段階で、重度化を防止するための介護予防策の実施がとりわけ有効であることが予想される。

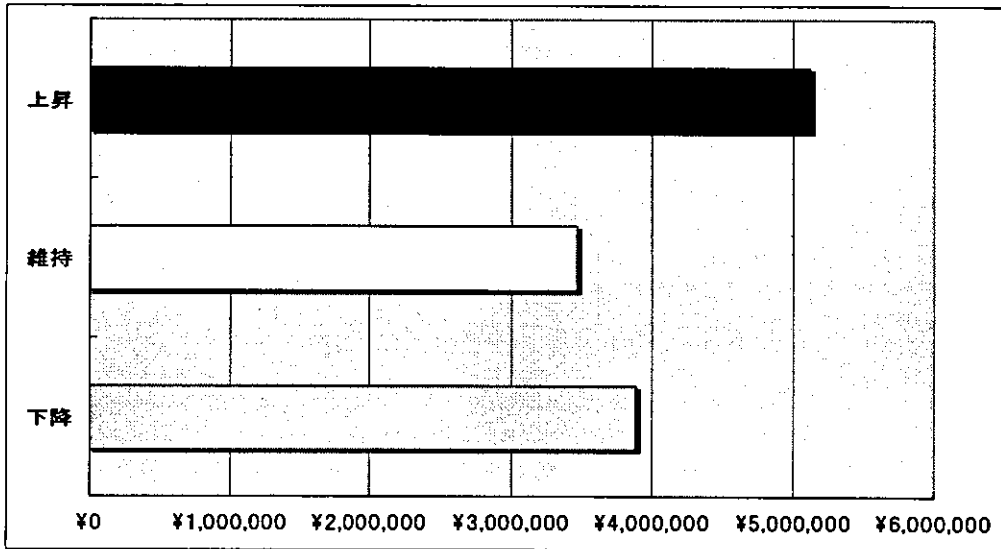
図表4 要介護度別に見た「上昇」、「維持」、「下降」の割合



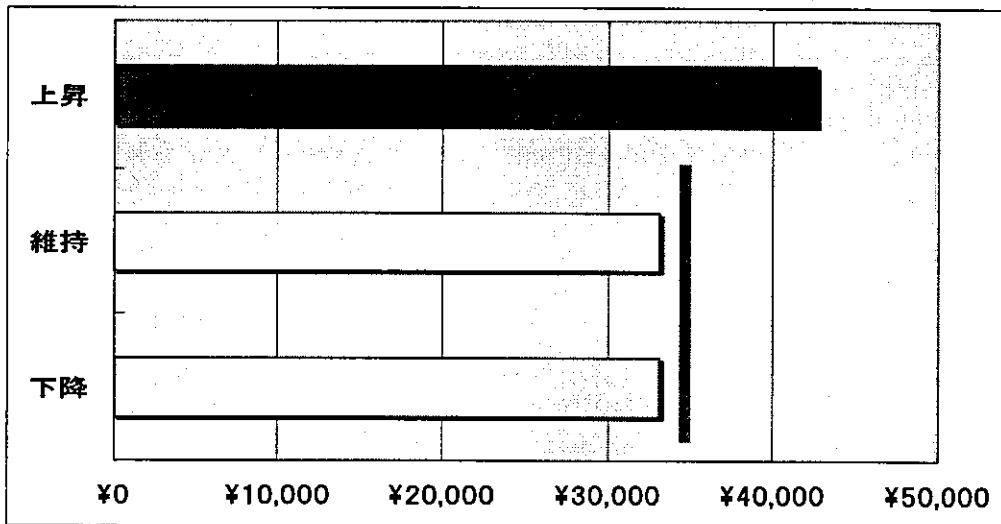
2) の「サービス利用期間における利用者一人あたりの総サービス投入費用（総利用額）の比較」結果が、図表 5 である。また 3) の利用期間を平準化した「利用サービスあたりの平均利用額」の結果が図表 6 である。

「利用者一人あたりのサービス利用額」、「利用サービスあたりの平均利用額」はともに「上昇」ケースでもっとも大きいことが確認され、費用抑制の観点から重度化防止を焦点とした対策が必要であることが判る。「利用者一人あたりのサービス利用額」では、「下降」利用額が「維持」利用額を上回っており、要介護度の改善のため意義あるサービス投入がなされた可能性があることを推測させたが、利用期間を平準化した「利用サービスあたりの平均利用額」での比較では、「維持」と「下降」の金額がほぼ同水準であることが判明した。

図表5 サービス利用期間における利用者一人あたりサービス投入費用

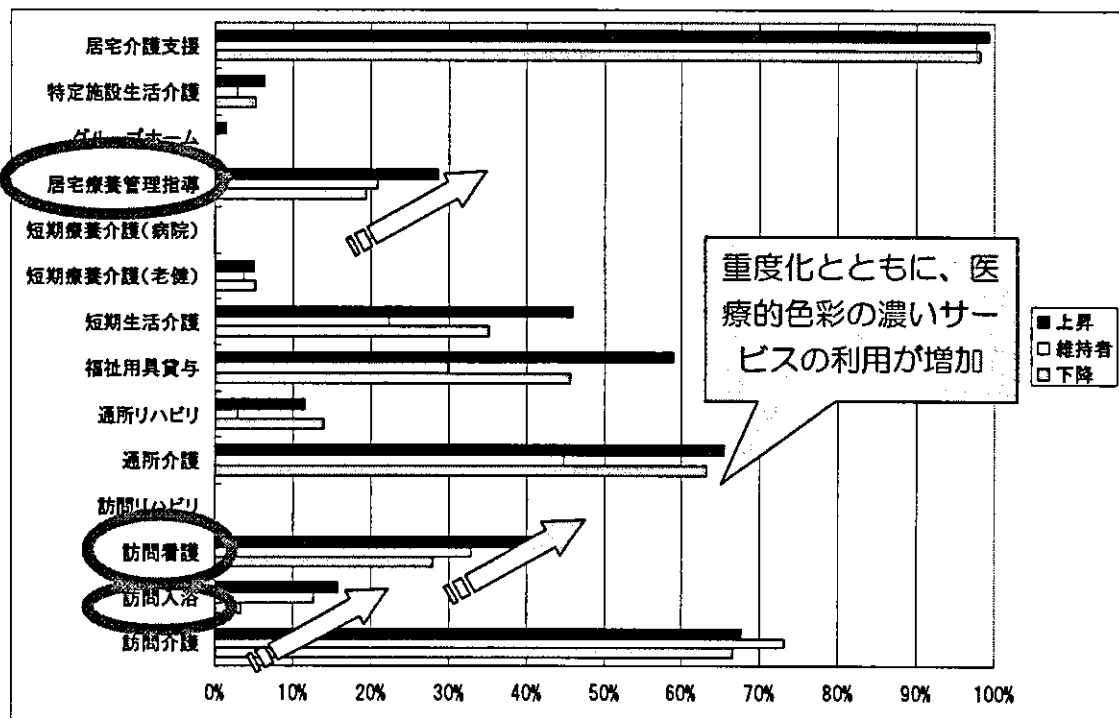


図表6 利用サービスあたりの平均費用額



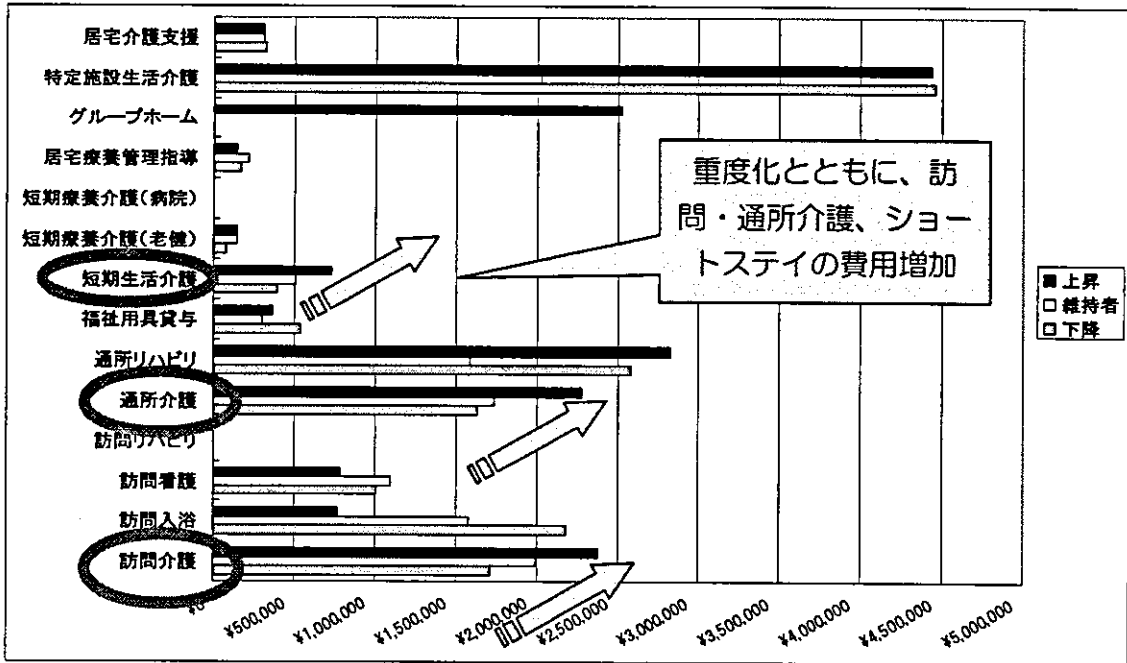
4) で挙げた、「推移差」別に利用されている在宅サービスの選択状況を検証したのが図表7であり、利用者一人あたりサービス費用と一利用サービスあたりの平均利用額について個々の在宅サービスに区分して示したのが図表8、図表9である。図表7をみると「訪問入浴」のほか、「居宅療養管理指導」と「訪問看護」について「上昇」の選択率が「維持」、「下降」に比べて高くなっている。これは要介護度の重度化にともなって、医療的色彩の強いサービスが選択される傾向にあることを示唆していると考えられる。

図表7 要介護度推移別にみた介護サービスの利用状況

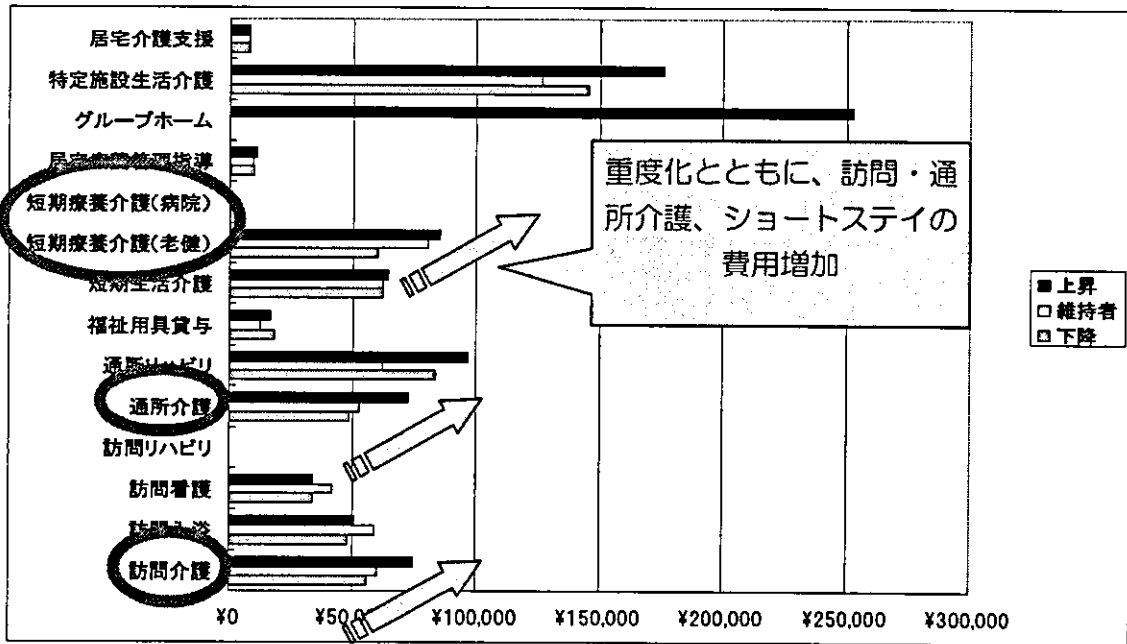


図表8、図表9からは、要介護度が上昇した際、利用額の観点から「維持」、「下降」に比べ相対的に利用の多いサービスが判る。これらの図表をみると、「訪問介護」のほか、「短期療養・生活介護（ショートステイ）」や「通所介護」など「施設通所系」サービスの利用が高いことが伺われる。

図表8 要介護度推移別にみたサービス利用期間における利用者一人あたりサービス投入費用



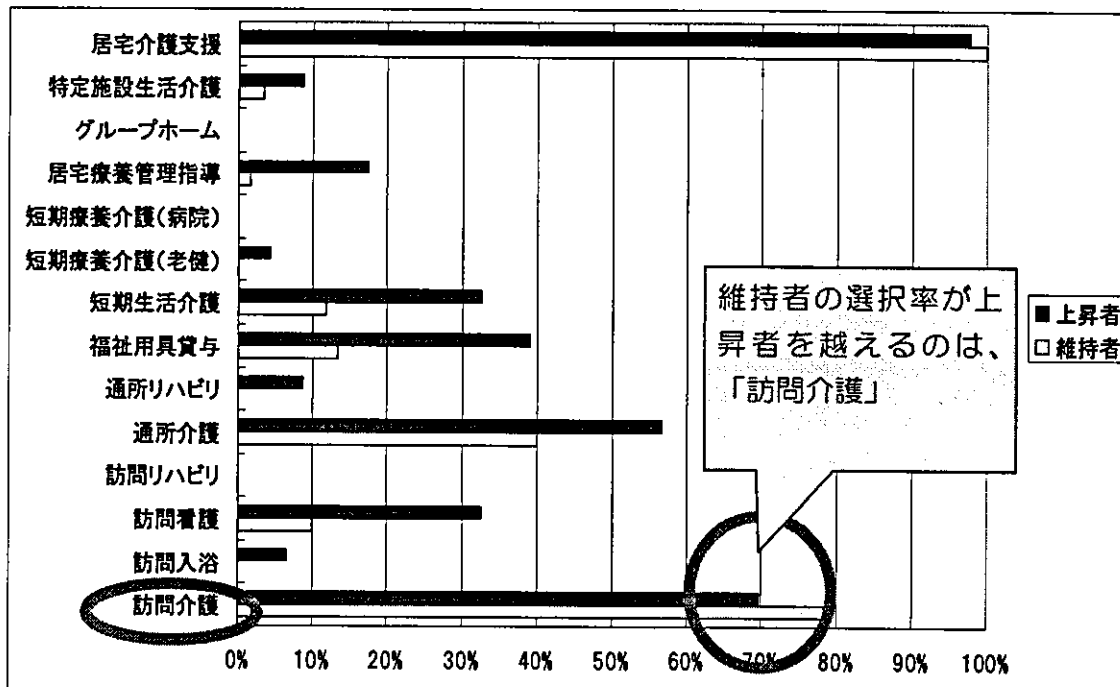
図表9 要介護度推移別にみた一利用サービスあたりの平均利用額



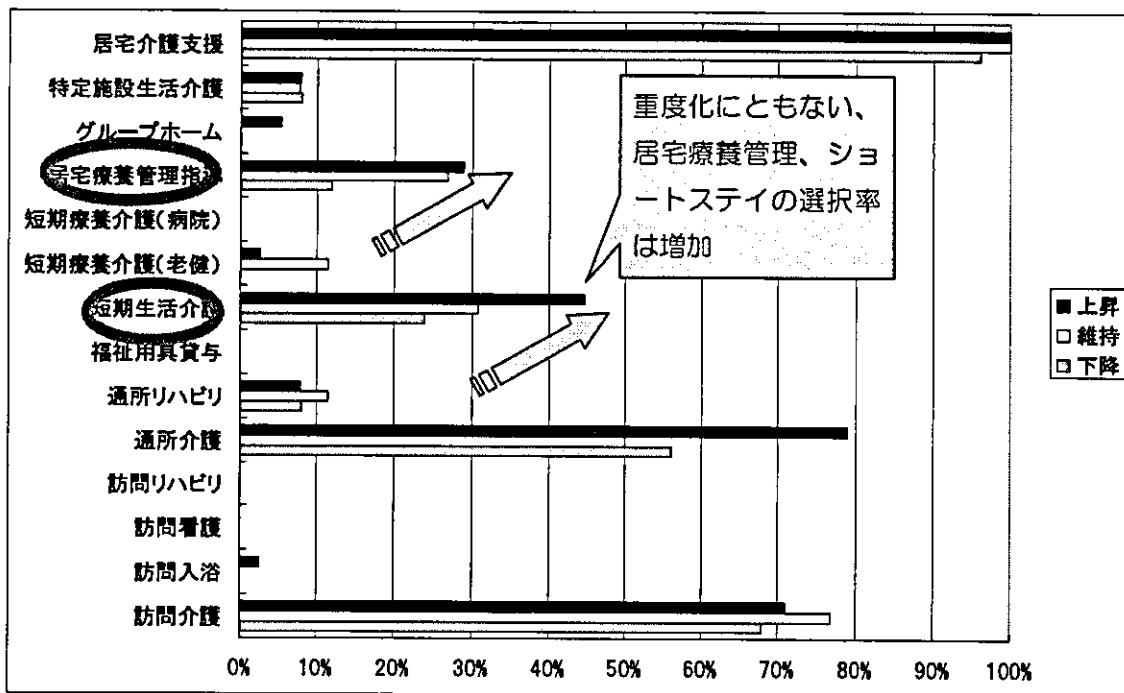


引き続き 2-3-2. で示した「要支援」、「要介護度 1」が該当する「軽度者」に関する介護サービス利用状況の検討結果について示すことにしよう。利用されている在宅サービスの選択状況を検証したのが図表 10（要支援）、図表 11（要介護度 1）である。

図表 10 要介護度推移別にみた介護サービスの利用状況（要支援）



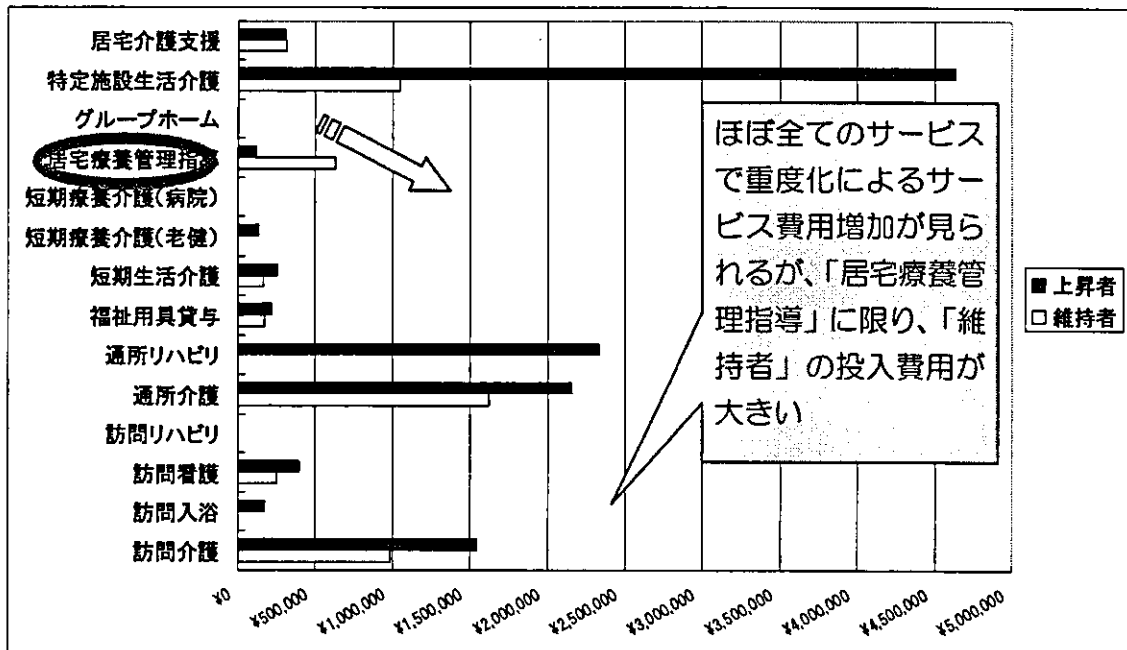
図表11 要介護度推移別にみた介護サービスの利用状況（要介護度1）



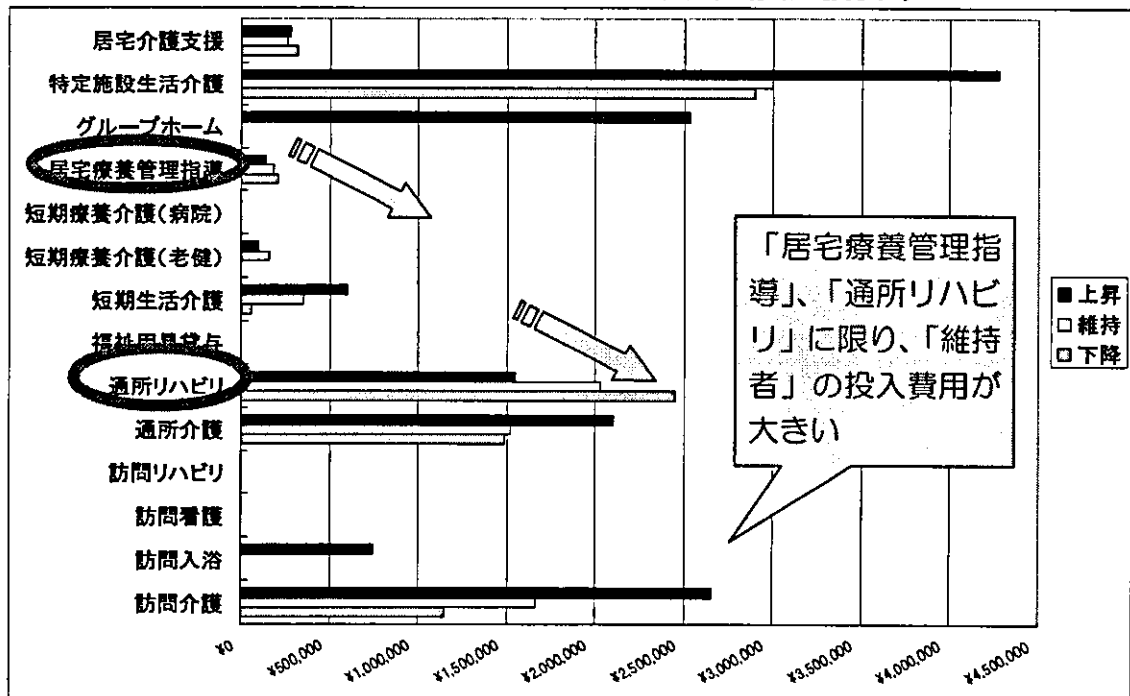
「要支援」の選択サービスについて「上昇者」と「維持者」の相違をみると、大部分のサービスで「上昇者」の選択率が高かったが、「訪問介護」については、「維持者」の選択率が若干上回った。また「要介護度1」については、「上昇者」について「居宅療養管理指導」や「短期療養・生活介護（ショートステイ）」の選択率が高くなる傾向が認められた。

「軽度者」を対象として、利用者一人あたりサービス費用と一利用サービスあたりの平均利用額について個々の在宅サービスに区分して示したのが、図表12（要支援）、図表13（要介護度1）ならびに図表14（要支援）、図表15（要介護度1）である。要支援者については、「一人あたり」利用額における「居宅療養管理指導」を除き、「一人あたり」利用額、「一利用サービスあたり」利用額の双方で、「上昇者」が「維持者」を上回った。また「要介護度1」についてもほぼ同様の傾向が認められ、「一人あたり」利用額における「居宅療養管理指導」、「通所リハビリ」を除き、「上昇者」の利用額が「維持者」を上回った。

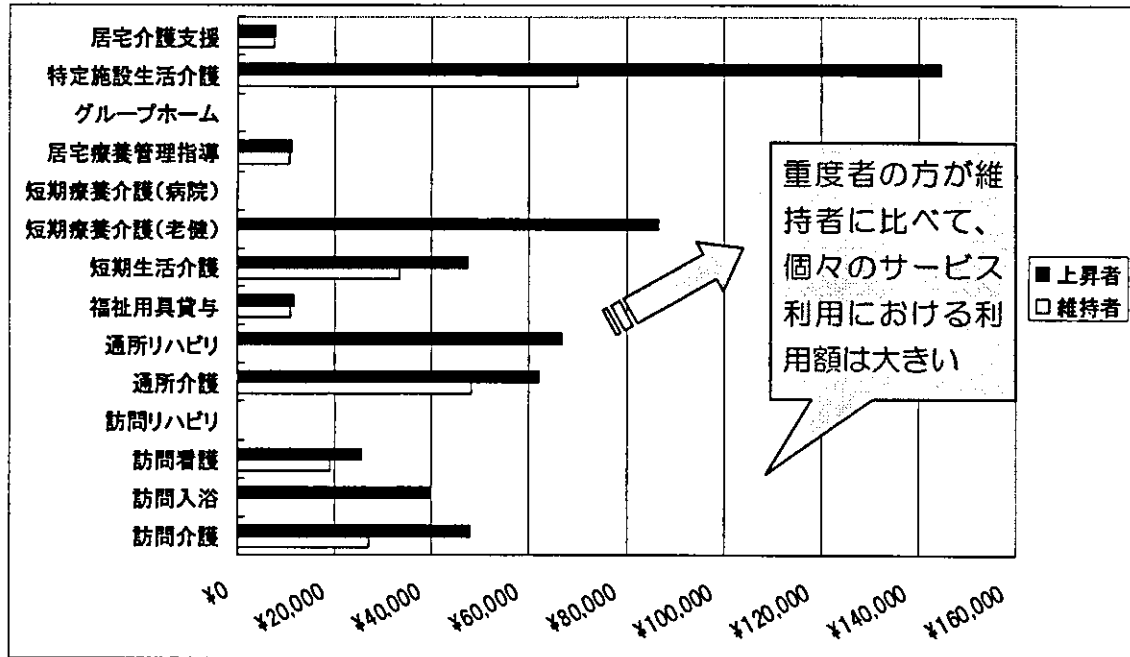
図表12 利用期間における  
利用者一人あたりサービス投入費用（要支援）



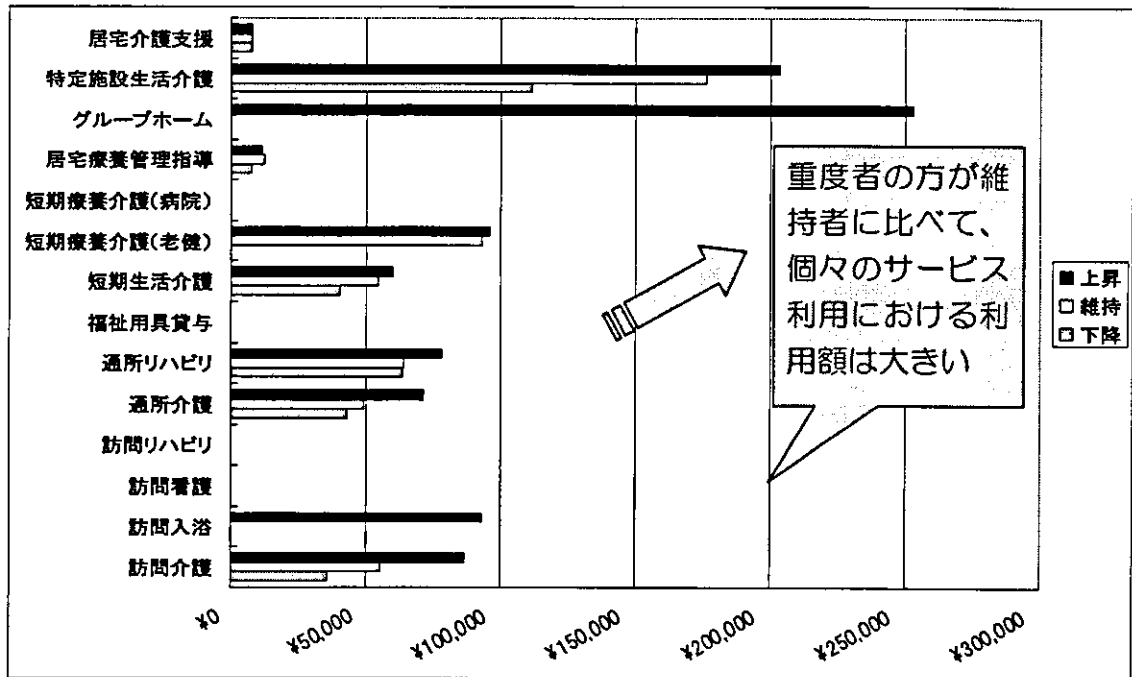
図表13 利用期間における  
利用者一人あたりサービス投入費用（要介護度1）



図表14 要介護度推移別にみた  
一利用サービスあたりの平均利用額（要支援）



図表15 要介護度推移別にみた  
一利用サービスあたりの平均利用額（要介護度1）



## 2-5. 全体のまとめ

自治体が所蔵する介護保険の給付管理レセプトデータを基礎データとし、それを個人の時系列的 episode へと再編することで、介護サービス利用者の要介護度推移とサービスの利用状況の関連性についてその傾向を探った。「要支援」や「要介護度1」など「軽度」者に対する介護給付のあり方が問われていることも考慮して、全体的な分析と同時に特に「軽度」者に対象を絞った検証も実施した。

利用期間 18 ヶ月以上の在宅サービス利用者について、要介護度の推移状況を検証したところ、「上昇」と「維持」がほぼ拮抗していることが判った。また「要支援」段階では、「上昇」よりも「維持」の割合が高いものの、要介護度が附与されると「上昇」の割合が「維持」や「下降」を上回る傾向にあることから、特に「要支援」段階での重度化防止（介護予防）対策が重要であるものと推測された。またきわめて自然なこととはいえ、「上昇」のサービス利用額は「維持」、「下降」に比べて大きくなることから、制度の持続可能性を保つ「費用抑制」の見地からも重度化防止が喫緊の課題であると考えられた。さらにサービス選択に関する傾向としては、重度化とともに「居宅療養管理指導」や「訪問看護」など医療的色彩の強いサービスの選択率の上昇傾向が伺われた。またサービスの費用面では、重度化とともに通所介護やショートステイなど「施設通所系」の投入が増大することが判明した。「軽度」者についても「上昇」にともない各々のサービス利用が増加する全体的な傾向が伺われたが、サービス利用については「訪問介護」や「リハビリ」の利用が、要介護度「維持」、「下降」の一要因として挙げられるものと考えられた。

### 3. 介護保険と老人保健の利用額からみた相互関係の検証

#### 3-1. はじめに<sup>1</sup>

##### (1) 研究の背景

我が国の介護保険制度は2003年4月実施の介護保険料・介護報酬改定に続いて、2005年度に予定された制度改正を迎えることになる。介護保険制度は従来の方式とは大きく異なる新機軸の導入であったため、当初から「区切り」の時期での制度改正を予定した「走りながら改善する制度」という性格を有している<sup>2</sup>。したがって制度導入から一定期間が経過し、検証に足る情報が蓄積されつつある現在、これまでの介護保険の実施状況を改めて整理し導入当初の目標がどの程度達成されているか検討することは、制度に対する客観評価の材料を与えるととともに今後の在り方を議論する上できわめて重要な意味を持っている。

介護保険制度導入時の大きな政策目標の一つとして、従来の老人保健制度と老人福祉制度を再編することで医療と介護の役割、機能分担を明確にすることが挙げられた。またこれにより各々のサービスの質と効率性について、一層の向上を目指す社会保障構造改革の端緒となることが期待された。これらの点が急速に増嵩する老人医療費の負担問題を背景としつつ、人々の意識やニーズの多様化、家族形態の変容が進む現代社会において、従来の制度では今後の高齢者介護問題に質・量ともに十分な対応が困難であるとの認識を基盤としていたことは言うまでもない。

「制度横断的な再編と効率化」と言うべき以上の認識に立ち戻れば、介護保険導入の効果を単に介護サービスの量的充実など制度の枠内のみで検討することは必ずしも十分とは言えず、その他の社会保障制度の枠組み、とりわけ関係の深い老人保健制度との関連において検討することが大きな意義を持つと考えられる。

これまで我々は同様の問題意識を基底に研究を進め、異なる観点から幾つかの結果を報告してきた。橋口他(2003)では自治体財政への影響という立場から、栃木県大田原市の介護保険導入前後の老人医療と介護サービスに対する支出状況を検討した。この中では介護保険導入後、介護サービス支出が急激に拡大したこと、高齢者に対する医療費支出は介護保険の導入年度には対前年度比でマイナスを記録したものの翌年度には再

<sup>1</sup> 本稿は、厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「要介護高齢者の介護サービス需要とその影響要因に関する調査研究(H14-政策-035)/主任研究者:南部鶴彦(学習院大学教授)」の成果の一部である。本分析ではデータセット作成において開原成允氏、河口洋行氏、大西正利氏、岡村世里奈氏(以上、国際医療福祉大学)、橋口徹氏(日本福祉大学)、細小路岳史氏(大田原市役所民生部)の協力を得たほか、図表作成等について山崎玲子氏(N/E/R/A株式会社)、小玉貴臣氏、丸山和寿氏、高橋敦史氏、丸本裕美子氏、駒形悠氏(以上、学習院大学経済学部)の助力を得ている。ここに記して感謝する。

<sup>2</sup> 介護保険法附則第二条に「施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする」との規定がある。

びプラスに転じ、自治体財政の介護保険導入による高齢者向け医療費支出の削減、抑制効果は一時的かつ限定的であった可能性を示唆した。また河口他（2005）では、大田原市の介護保険給付費明細書（以下－介護保険給付レセプト）と老人保健診療報酬明細書（以下－老人保健レセプト）を結合した個票データベースを用いて、介護保険導入後のいわゆる「社会的入院」の動向を念頭に置きつつ高齢長期入院者と介護保険の利用状況との関係を検証した。その結果、長期入院後には大部分のケースで介護保険のサービスが利用されていること、長期入院後の介護サービス利用が施設入所から在宅介護に移行した傾向が認められたこと、高齢長期入院者は例年、新たに発生するが、それらに対する医療・介護給付の額は、当該自治体における高齢者に対する医療・介護給付総額の約3.0%であってさほど大きな割合ではないことを示した。

本稿においては介護保険と老人保健の金額面からの利用関係の検討が主要な関心事となるが、これまでおこなわれた介護と医療の関係性に関する研究ではどのような結果が得られているか、ここで簡単に触れておこう。前田（2002a）では、「平成12年度老人医療事業年報」と「平成12年度介護保険事業状況報告（年報）」を用いて老人医療費と介護費の関係を検討している。当該年度の一人当たり老人医療費、一人当たり介護費を各々「都道府県別」に計算し両者の関係を検証した結果、現在のところ一人当たり医療費が高い県ほど、一人当たり介護費も高いとしている（下線は前田（2002a）に拠る）。その理由として、①介護費の過半は施設介護費であるため、施設介護費が高い県ほど一人当たり介護費用は高い関係があること、②施設介護、とりわけ介護療養型医療施設で提供される介護サービスはそれまで医療機関で医療保険から給付され、ここでの医療機関を病床と読み替えると病床数の多い県ほど施設介護（介護療養型医療施設）も増えたと考えられること、④病床数の多い県ほど老人医療費も高いことなどを挙げ、両者の関係を整理している。さらに施設を持っていた事業者が居宅サービスを提供することもあり、幾つかの例外的な県を除くと都道府県別では居宅費用と施設費用が比例傾向を持つことを指摘した。

これに続く前田（2002b）では、上記の介護費用と医療費用に加えて「地方財政統計年報（（財）地方財務協会）」から「老人福祉費<sup>3</sup>」を抽出し、医療費・介護費・福祉費をトータルで捉えて都道府県別の地域格差を議論した。この場合の福祉費には、高齢者が自費で購入した福祉サービスは含まれず、自治体負担分しか明らかではない。そこで前田（2002b）は、医療費、介護費についても自治体負担分だけを抜き出して「自治体負担分ベース」の一人当たり医療・介護・福祉費を試算し、地域間の相対比較をおこなっている<sup>4</sup>。その結果、全体とすれば医療・介護・福祉がいずれも高い（全体の中で上

<sup>3</sup> 老人福祉費は、老人医療のための費用（老人保健特別会計繰出金）、介護のための費用（介護保険特別会計繰出金）、その他の福祉費（自治体がおこなう介護サービス事業所の開設費、補助金、敬老会や老人クラブへの補助金など）から構成される。

<sup>4</sup> 老人福祉費には老人保健費用、介護保険費用が含まれるため、これらを除却して試算している。ただし前田（2002b）は、これらの値は絶対値として活用できるものではなく、あくまで相対比較の参考値とするよう注記している。

位 10 位) というのではなく、医療費が高いケースで福祉費が低く、福祉費が低いケースで介護費が高いなど、「相補的な関係」が観察されたこと、医療・介護費が平均より高い地域では、医療・介護費が高いほど福祉費が低く、医療・介護費が平均より低い地域では、医療・介護費が高いほど福祉費も高くなることを示唆している。またこれらの結果を踏まえ、医療・介護・福祉費トータルで見た場合の地域間格差は医療費単体で見た場合に比べて小さいことが指摘されている。

池田 (2004a, b) では、国民健康保険中央会「平成 14 年度版 国民健康保険の実態」と厚生労働省「平成 13 年度 介護保険事業状況報告」を用いて、保険者別 (区市町村) の老人保健加入者の一人当たり入院費 (平成 13 年度平均月額) と高齢者人口 (介護保険第 1 号被保険者) 一人当たり在宅サービス、施設サービス給付費用を各々試算している。またこの数値を用いて介護費と医療費の相関関係を検討している。個々の保険者ごとにみた場合には、介護費の施設費用が低いと入院費用は高く、施設費用が高いと入院費用は低くなっており、高齢者の施設入所と病院入院は「代替関係」にあることを示している。さらに施設費用と入院費用の合計が高い保険者と低い保険者を区分し、これらの費用と在宅サービス費用との関連を検討したところ、施設・入院費用の一人当たり平均額が低い保険者の一人当たり在宅サービス費用は特に高くはなく、逆に施設・入院費用が高い地域でも在宅サービス費用は低くないことを示した。以上の結果を踏まえ池田 (2004b) は、施設・入院費用の影響要因について検討しているが、「重度認定率」や「高齢単身・夫婦のみ世帯比率」といった介護ニーズの指標とは相関は認められず、「施設定数」や「病床数」といったハード指標が強い相関を持つことを示している。最後にこれらの結果から、施設に入所していない重度要介護高齢者について、在宅サービスの十分な利用がおこなわれていない可能性も指摘している。

## (2) 研究目的と内容

本稿は先に挙げた橋口他 (2003)、河口他 (2005) の分析と基本となるデータセット、問題意識において共通性、継続性を有している。とりわけ本稿において分析の関心事となるのは、特定自治体の個票レベルのデータを用いて介護保険制度と老人保健制度の利用動向を同時に検討し、利用者レベルの両サービス利用給付状況の相互関係を検証し知見を得ることである。対象となる自治体は限られるものの個々人の利用実態をより厳密に反映した形で関係を検証する点が、先に挙げた「保険者レベル」での分析との大きな相違点である。このような認識のもと実際の分析は以下の 4 つの手順を踏んで展開される。

### ① 「介護保険－老人保健各々の利用給付状況の実態把握」

介護保険、老人保健の各々の利用状況を利用金額、利用件数の状況から検討する。この検討は各々の制度全体についてだけでなく、要介護度別でもおこない利用状況の差異を概観する。要介護度の差によって介護保険、老人保健の利用状況にどのような差が認められるか把握することが目的である。



## ② 「介護保険と老人保健の一人当たり平均給付額の動向」

介護保険導入後、マクロで給付総額が増大していることは周知の通りである。全体としての給付額の増大は利用者増だけでなく、一人当たり利用額の経時的増加によってもたらされる可能性もある。そこでここでは、観察期間中に要介護度が変化しなかった利用者を抽出して要介護度別に一人当たり平均給付額の推移状況を検討する。老人保健の一人当たり平均額の推移との関係と、介護保険給付総額の増加要因を探ることが目的となる。

## ③ 「介護保険利用額－老人保健支出額の相互関係の把握」

介護保険利用額と老人保健支出額を交絡してプロットすることで、両者の利用給付状況を確認する。また介護保険利用額と老人保健支出額の相関係数を要介護度区分ごとに算出して各々の相関関係を検証する。更に介護保険利用額と老人保健支出額との回帰直線を推定し、得られた係数（傾き）から両者の利用給付の相互関係を検討する。介護保険、老人保健の金額面からの直接的関係の把握がここでの目的である。

## ④ 「要介護度推移に注目した介護保険・老人保健利用に関する個人別データの検証」

介護保険利用額・老人保健支出額を時系列でフォローした個人別データを用いることで、個別の利用動向に影響を及ぼす要因を探ることを目的とする。特にここでは観察期間中の「要介護度変化」に注目し、「要介護度変化」が観察された前後で介護保険、老人保健の利用状況に変化が認められるか検証をおこなう。

### 3-2. 分析対象とデータセット

#### (1) 分析対象～栃木県大田原市について

本稿の分析は、すべて栃木県大田原市が収蔵する介護保険給付レセプトデータと老人保健レセプトデータを活用している。栃木県大田原市は、栃木県の北東部、東京から150キロ圏的那須野ヶ原扇状地の要に位置する田園都市である。江戸時代は城下町、奥州街道の宿場町として栄え、近年は首都圏と東北圏との結節点という地理的条件を生かして企業誘致を進め、農・工・商の調和を図りながら県北部地方の中心都市として発展している。市の人口は56,576人（2004年4月1日現在）、高齢化率は約17%、要介護認定者数は1,035人（2001年10月時点）で、介護保険における第1号被保険者に対する認定者数の割合（認定率）は全国平均の10.3%に対して12.8%という水準にある。また支給限度基準額に対する利用割合（利用率）は全体平均で約52%である。一方、老人保健制度における2001年10月時点における受給者数は、6,619人（障害認定含む）となっている。なお次節の「分析データセットの作成」で再度触れるが、本稿でおこなった分析データの対象期間は2000年4月～2002年2月（利用月ベース）である。

#### (2) 分析データセットの作成

一連の研究の実施にあたって、栃木県大田原市の理解と協力により介護保険給付レセプトならびに老人保健レセプトのデータ提供を受けることができた。これによって介護

保険給付レセプトは、制度発足時の2000年4月から2003年7月分（サービス利用月）について、老人保健レセプトは、介護保険導入前の1999年3月から2002年2月分（当月診療分）についての情報が利用可能となった。

本稿の分析の関心は、介護保険と老人保健の利用給付関係を同時に検討することである。そこで両データの重複期間である2000年4月～2002年2月について両者を結合した分析データセットを作成した。両者の結合にあたっては、大田原市から介護保険と老人保健の被保険者番号対照表を拝借し、これをベースに作業を実施した。

対象期間である23ヶ月間のサンプル総数は14,803件であった。実際の分析では、介護保険、老人保健の1月ごとの結合データを1サンプルとしたデータセット（以下「延べデータ」と略）とともに、23ヶ月間の期間について個人別に集計したデータセット（以下「個人別データ」と略）も併せて作成し、分析をおこなっている。

提供された原データから分析データセットが作成された手順について記述しておこう。まず老人保健レセプトであるが、老人保健受給者のうち国民健康保険の被保険者について同保険の被保険者番号にもとづき全数を入力した。したがって我々が当初作成した老人保健レセプトデータは老人保健制度の対象者であれば、当該期間に仮に給付がなかったとしてもデータが入力されていることになる。実際にデータ化された項目は、国民健康保険被保険者ID、老人保健受給者番号、生年月日、年齢、性別、対象年月、診療実日数、転帰、一部負担額、保険者負担額などである。

一方、介護保険給付レセプトについては既に電子化された情報について、利用者名など個人を特定する可能性のある情報を削除した上で提供を受けた。入力されていた項目は、介護保険の被保険者番号、生年月日、性別、サービス提供年月、要介護度、ケアマネージャー番号、サービス種類別点数、サービス種類別実日数、支給限度額、利用率（在宅部分）、在宅サービス利用総額、施設サービス利用総額である。介護保険については介護サービスの利用者について給付レセプトが発生しているので、当然ながら介護保険サービスの利用者のみが対象となっている。ちなみに分析対象期間の最初期（2000年4月利用分）の介護保険レセプト件数は678件/月であった。

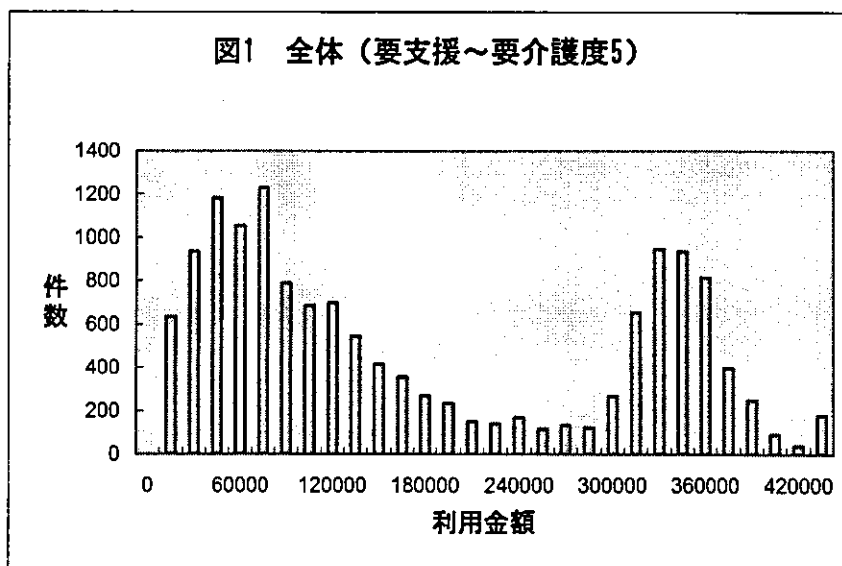
なおこれらのデータの取り扱いは、きわめて厳格な守秘義務契約のもと細心の注意と管理下でおこなわれたことをここに明記した上で強調しておきたい。

### 3-3. 分析の展開

#### (1) 介護保険－老人保健各々の利用給付状況の実態把握

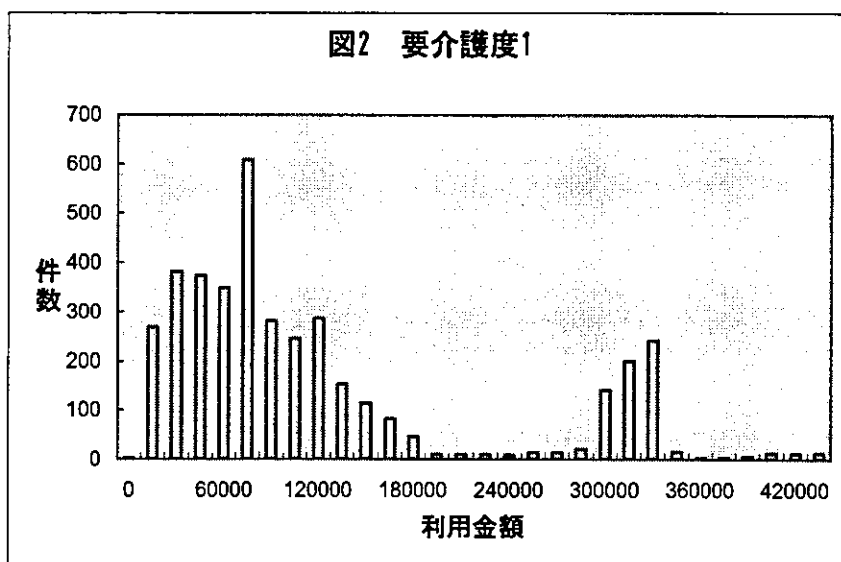
介護保険と老人保健との関連を検討するに先立ち、個々の制度の利用給付状況を概観しておくことにする。分析期間全体の介護保険に関する「延べデータ」について、介護保険による給付額とその件数の状況をまとめたのが図1である。一見して明らかなように給付額の分布には大きくふたつの「峰」が存在する。

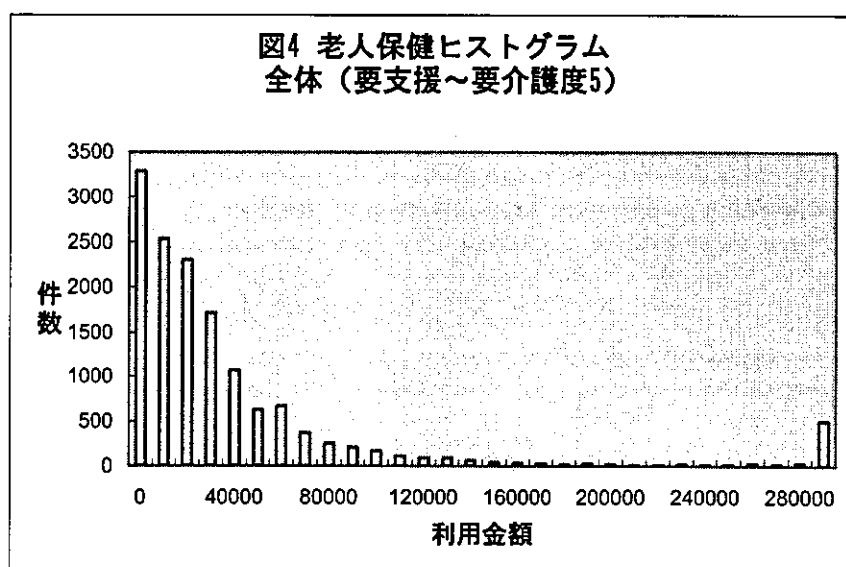
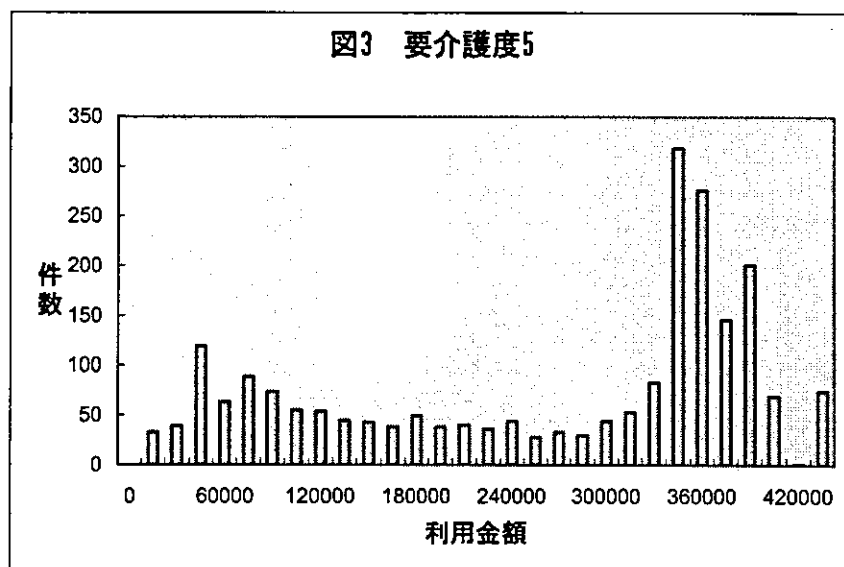
図1 全体（要支援～要介護度5）



介護保険制度では、要介護度に応じて支給限度額が決定され、支給限度額は要介護度が上がるにともない上昇する。それゆえ概ね左側の「峰」が要支援や要介護度1など支給限度額が相対的に低い要介護者に対応し、右側の「峰」がより要介護度が重い利用者に対応するとの推論が成り立つように思われる。この点を検討するべく要介護度区分ごとに給付額と件数の分布を作成した。そのうち要介護度1と要介護度5について示したのが図2と図3である。

図2 要介護度1





要介護度区分ごとの図を見ると、制度上、介護保険施設への入所が認められない要支援を例外として、要介護度1（図2）や要介護度2でも左側に重心を置いた「双峰」の分布が依然として認められる一方、要介護度3から要介護度5（図3）でも「峰」は右側に重心を移しつつも給付額そのものは比較的幅広く分布していることが判明する。給付額が30万円を超える層の多くが施設入所者であることを鑑みると、自治体財政にも配慮した給付額抑制という観点からは、要介護度の全体的な重度化防止（予防）とともに施設入所の厳格化（特に要介護度1、要介護度2）に配慮する必要があるものと考えられる。

老人保健については、利用金額の増加とともに利用件数は減少しており、全体として