

- 井手玲子, 2007, 「喫煙習慣と歯科医療費に関する職域コホート研究」『口腔衛生学会雑誌』57(4):374
- 柄崎哲郎・相田潤・本多丘人・森田学, 2005, 「う蝕の無い3歳児の割合の増加と地域要因との関連-北海道212市町村での地域相関研究-: The relationship between increases in the rate of caries-free in 3-year-old children and social factors Ecological study at 212 municipalities in Hokkaido」『北海道歯学雑誌』26(2):80-92
- 尾崎哲則・市川裕美子・青山旬, et al, 2004, 「歯周疾患検診市町村実施率の都道府県比較における試み」『口腔衛生学会雑誌』54(4):384
- 岩松正明・西村一将・村上任尚, et al, 2007, 「喫煙状況と歯科医療費・歯科受診日数の関連」『老年歯科医学』:181
- 片山剛・氏家高志・長田公子・岡田昭五郎, 1986, 「都道府県別にみた3歳児うしょく有病の経年変化: Secular changes of caries prevalence in 3-year-old children by prefectures」『口腔衛生学会雑誌』36(4):386-387
- 川口陽子・品田佳世子・古川清香, 2003, 「疫学データからみたわが国の歯科保健状況」『東京都歯科医師会雑誌』51(9):527-535
- 川淵孝一, 2007, 「医療経済学から見た矯正歯科治療 東京は特殊なのか」『東京矯正歯科学会雑誌』17(2):113-118
- 川淵孝一・山田里奈, 2002, 「【生活習慣病 一次予防から治療まで】 臨床 医療経済 生活習慣病の医療経済」『最新医学』57(6月増刊):1561-1569
- 岸洋志・滝口徹・佐久間沙子・他, 1987, 「乳歯う蝕罹患傾向と地域特性に関する研究 新潟県地域歯科保健データベースシステムによる解析」『口腔衛生学会雑誌』37(3):273-282
- 小松山佳奈絵・兼田雪江, 1999, 「う蝕予防活動による歯科医療費の減少 国民健康保険保健事業を導入して」『日本歯科衛生士会学術雑誌』28(1):28-29
- 厚生労働省『平成18年度国民医療費』e-stat 政府統計の窓口からデータ入手
- 財津崇・大鶴次郎・渡辺英明, et al, 2004, 「WHOの6地域別にみた世界各国のう蝕有病状況」『口腔衛生学会雑誌』:375
- 佐久間沙子, 1990, 「乳歯う蝕のり患状況に関する疫学的研究 I. 3歳児う蝕の多寡に関わる要因分析; Epidemiological study of dental caries prevalence in deciduous teeth: I. Analysis of factors influencing dental caries of 3.5 year-old children」『口腔衛生学会雑誌』40(5):678-694
- 笹井啓史・岡田真人・山田善裕, et al, 2005, 「歯科医療機関と歯科医療費の地域差について 第3報 都道府県別にみた1歯科医療機関当たり歯科医療費と1人当たり歯科医療費との関係」『日本歯科医療管理学会雑誌』39(4):344-351
- 新保秀樹・照井哲・横山英世・野崎貞彦, 1996, 「休日応急歯科一次医療における受療行動の解析: Analysis of Patients' Visits to Dental Clinics for Emergency Primary Care During Holidays」『日大医学雑誌』55(9):511-521
- 末高武彦・福井直寿・柿沼幸宏・須田優, 1983, 「新潟県下無歯科医地区における歯科医療受療行動に関する調査」『歯学』70(5):1150-1158
- 田浦勝彦・坂本征三郎・坂本昌子・DOUGLASS C W, 1996, 「フッ化物洗口法の経済効果 フッ化物洗口法の全国的導入が永久歯う蝕(5-24歳)治療費に及ぼす影響の推測; Economic effect of fluoride mouth rinsing method. Speculating effect of nationwide introduction of fluoride mouth rinsing method on doctor's fee for permanent tooth dental caries (5-24-year-old)」『口腔衛生学会雑誌』46(3):226-232
- 高橋文恵・片山剛・長田公子・花田信弘・芳賀芳人, 1991, 「3歳児歯科健康診査成績の時系列解析 5. 岩手県62市町村の歯科保健水準と地域特性の関連性; Time series analysis of annual statistics of dental health checkup

- for 3-year-olds. 5. Relations between community characteristics and dental health in iwate prefecture」
『口腔衛生学会雑誌』41(2):224-230
- 辻一郎, 2007, 「医療費分析による保健医療の効率評価に関する実証研究 平成16-18年度」『医療費分析による保健医療の効率評価に関する実証研究 平成16-18年度 総合研究報告書』:88
- 中村公也・栗田啓子・兼平孝, et al. 2002, 「道内5市町村における幼児のう蝕有病状況 2001年(平成13年)健診」
『北海道歯学雑誌』23(1):34-39
- 野村真弓・上原裕美子・尾崎哲則, 2004, 「医療制度の類型別にみる歯科医療のアウトカムの国際比較の試み」『日本歯科医療管理学会雑誌』39(2):159-170
- 深井穂博, 2003, 「口腔保健のこれから 行動科学における口腔保健の展開」『保健医療科学』52(1):46-54
- 平田幸夫・阿部智・青山旬, et al. 2005, 「喫煙が及ぼす歯科医療費への経済的影響に関する研究 歯周疾患医療費における超過医療費の推定」『口腔衛生学会雑誌』:482
- 藤垣展彦・他, 1997, 「愛知県0小学校におけるフッ化物洗口8年のう蝕抑制効果とその費用便益」『口腔衛生学会雑誌』47(4):566-567
- 宮直利・八窪史子・広瀬真由美, 2003, 「横須賀共済病院歯科における歯周疾患患者に関する疫学的調査」『共済医療』:126
- 森下正志・松田曙美・石沢賢, et al. 2002, 「受診率向上のために, 今求められるもの 3年間の市民アンケート調査から」『北海道歯科医師会誌』(57):103-111
- 森田学・相田潤, 2007, 「歯科疾患と「格差」に関する考察 市町村の歯科保健活動および社会背景因子と3歳児う蝕有病者率の関連」『日本歯科評論』67(7):151-157
- 古堅桂子・福本恵美子・新庄文明, 2006, 「乳歯う蝕の要因に対する歯科保健事業の影響」『口腔衛生学会雑誌』:333
- 古川雅一, 2007, 「喫煙や歯磨き習慣が歯周疾患受療率に与える影響に関する研究」『Health Sci』23(1):64-70
- 山本龍生・菅野綾・多田徹・渡辺達夫・森田学, 2003, 「診療報酬明細書からみた歯科受診と医科受診の関連性; Workers Who Visit Dentists Consult Medical Doctors More Frequently」『口腔衛生学会雑誌』53(5):531-534
- 吉野浩一, 2002, 「喫煙習慣と歯科受療行動 歯科医療費との関連」『口腔衛生学会雑誌』52(4):526-527
- 吉野浩一・高江洲義矩, 2005, 「職域における成人の現在歯および健全歯の保有歯数からみた歯科受療状況」『ヘルスサイエンス・ヘルスケア』5(1):65-68
- 吉野浩一・高江洲義矩, 2000, 「成人の受療行動の実態と歯科医療費との関連 (II) 健康習慣と歯科受療行動」『産業衛生学雑誌』42(臨増):265
- 吉野浩一・松久保隆・高江洲義矩, 2002, 「喫煙習慣と歯科医療費との関連」『口腔衛生学会雑誌』52(5):672-676
- 吉野浩一・深井穂博・古賀寛・松久保隆・高江洲義矩, 2000, 「職域の歯科医療費からみた自己負担率と受療行動; Relationship between dental expenditure and dental attendance in office workers」『歯科学報』100(7):699-705
- 安井利一, 1997, 「歯周病とリスクファクター 歯周病に対する宿主と環境の要因; Periodontal disease and risk factor. Factors of host and environment for periodontal disease」『Dent Diam』22(13):58-61
- 渡辺猛・安藤雄一・金崎信夫・埴岡隆, 2005, 「高齢者の現在歯数と歯科医療費の関連 市町村別データによる検討」
『口腔衛生学会雑誌』55(1):32-40
- 渡辺英明・品田佳世子・川口陽子, 2003, 「最近の歯学 3. 健康推進歯 わが国における3歳児のう蝕有病状況」『口腔病学会雑誌』:251

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

介護費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問）

黒島 テレサ

慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 修士課程

印南 一路

慶應義塾大学総合政策学部 政策・メディア研究科 教授

研究要旨

3カ年にわたる本研究全体の関心は医療費適正化にあるが、医療費と関係の深い保健活動及び介護費と医療費との関係の分析、そして介護費についてはその適正化も関連する重要テーマである。介護保険創設から8年あまり経過しているため、介護費の適正化の必要性も求められている。そこで、平成20年度研究では、平成19年度研究で医療費分析に用いた手法を介護費に適用し、介護費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見方法についての検討を行った。

その結果、静岡県と長野県は、人口構成の影響を取り除いたとしても、全国平均よりもそれぞれ7%、9%、介護費が低いことを確認した。また、両県の県全体の介護費が低い理由は、男性の後期高齢者（75歳以上）の介護費が低いことにあること、しかし、女性の後期高齢者の介護費水準は、静岡県では平均よりも高く、特に85歳以上では長野県も平均より高いことを確認した。要介護度から見ると、静岡県は全体的に介護費が低いのに対し、長野県は、要介護1～3の水準が低く、それが県全体の介護費水準を押し下げていることが明らかになった。

医療費同様、介護費についても、国、都道府県、市町村（高齢者福祉圏）間の役割分担と目標設定について、具体的な分析の方法を含め考察した。上位の自治体が下位の自治体や高齢者福祉圏の適正化すべき介護費総額に関する目標を定め、要介護者や、介護サービス事業者などの地域状況に最もよく把握している市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する方式を提案した。このように政策目標の設定と適正化重点対象グループの決定権を分離することで、国、都道府県、市町村の役割が明確になり、また地域状況に応じた形で適正化政策を推進することができると思われた。

目次

1	研究の目的	150
2	研究の方法	150
2.1	分析データと加工	150
2.2	分析に用いる指標	151
3	介護費の利用状況	152
4	介護費に関する都道府県間の地域差の把握	155
4.1	都道府県間の介護費の地域差とその要因グループ	155
4.1.1	性・年齢階層からみた要因グループ	156
4.1.2	要介護度別にみた要因グループ	157
4.1.3	区分医療費の割合と比較	160
5	国、都道府県、市町村の役割分担と目標設定	161
5.1	国、都道府県、市町村の役割分担	161
5.2	国の政策目標設定	163
5.3	都道府県間の政策目標設定	166
5.4	高齢者福祉圏における適正化重点対象グループの設定	168
6	総括	170
	参考文献	173
	図 1 全国の受給者出現率（性別）	153
	図 2 全国の受給者出現率（年齢別）	153
	図 3 全国の受給者出現率（性・年齢階層別）	154
	図 4 全国の受給者あたり単位数	155
	図 5 静岡県、長野県の財政影響度	156
	図 6 要介護度別財政影響度	158
	図 7 介護指数区分別の区分介護費の割合	160
	図 8 財政影響度区分別の区分介護費の割合	161
	図 9 介護費適正化における、国、都道府県、高齢者保健福祉圏の役割分担と連携	162
	図 10 二次医療圏別目標値	168
	表 1 分析データの基礎統計と出典	151
	表 2 分析に用いる指標一覧	151
	表 3 分析に用いる指標の意味	151
	表 4 全国受給者出現率	152
	表 5 受給者あたり単位数	154
	表 6 静岡県、長野県介護費指数（性・年齢階層別）	156
	表 7 要介護度別介護費指数・財政影響度	157

表 8	静岡県介護費指数（年齢階層別・介護区分別）一覧	159
表 9	長野県介護費指数（年齢階層別・介護区分別）一覧	159
表 10	静岡県財政影響度（年齢階層別・介護区分別）一覧	159
表 11	長野県財政影響度（年齢階層別・介護区分別）一覧	160
表 12	区分介護費別適正化インパクト（長野県）	164
表 13	区分介護費別適正化インパクト（静岡県）	164
表 14	区分介護費別介護費指数（長野県）	165
表 15	区分介護費別介護費指数（静岡県）	165
表 16	国が設定する政策目標	165
表 17	高齢者福祉圏域別介護費指数（性・年齢階層別—長野県）	166
表 18	高齢者福祉圏域適正化インパクト（性・年齢階層別—長野県）	166
表 19	高齢者福祉圏域別介護費指数（要介護度別—長野県）	167
表 20	高齢者福祉圏域適正化インパクト（要介護度別—長野県）	167
表 21	長野県の政策目標値	168
表 22	二次医療圏別目標値一覧	168
表 23	介護費指数（松本高齢者福祉圏）	169
表 24	適正化インパクト（金額）（松本高齢者福祉圏）	169

介護費の地域差要因と重点対象グループの発見

1 研究の目的

平成 19 年度研究事業の分担研究の一つ「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」では、医療費適正化政策における国、都道府県、市町村の役割を整理し、それぞれの行政レベルで行う医療費の分析、特に適正化重点対象グループを発見する方法の検討を行った。ここでいう適正化とは、「限られた医療資源を効率的に活用すること」を念頭に、無駄な医療費を抑制しつつ（医療費効率化）、一方で必要な部分に補充する（主として医療へのアクセス改善）ことを指しており、医療費の一方向的な削減を意味するものではない。医療費適正化政策における国、都道府県、市町村の役割については、「国及び都道府県といった上位の自治体が下位の自治体や二次医療圏の適正化すべき医療費総額に関する目標を設定し、患者や被保険者、医療機関の整備状況など地域状況に最も明るい立場にある市町村が、最終的に適正化重点対象グループを決定する」方法を提案した。このように政策目標の設定と適正化重点対象グループの決定権を分離することで、国、都道府県、市町村の役割が明確になり、また地域状況に応じた形で適正化政策を推進することができると思料した。

3 年にわたる本研究全体の関心は医療費適正化にあるものの、医療費と関係の深い保健活動及び介護費と医療費との関係の分析、そして介護費の適正化は重要テーマである。保健予防活動の推進や医療提供体制の見直し（医療・介護・福祉のバランス修正（整備、連携、統廃合））のいずれもが適切になされてはじめて医療費適正化が成り立つものと考えられるからである。

平成 20 年度研究では、医療費分析において用いた手法を介護費に適用し、介護費の地域差要因と適正化重点対象グループを検討した。介護保険創設から 8 年あまりが経過し、介護費の適正化（介護費の効率化と介護へのアクセス改善）の必要性も求められているからである。

2 研究の方法

分析・考察は、大きく分けて二つの部分からなる。第一は、介護費の地域差を解明する部分である。医療費分析に用いたものと同じ手法によって、介護費の地域差を生み出しているグループ（要介護度や性別、年齢）を明らかにする。第二は、介護費の適正化における国、都道府県、市町村の役割を整理し、具体的な適正化目標の設定方法と適正化重点対象グループを検討する方法についての考察である。

2.1 分析データと加工

平成 19 年度研究で医療費データ提供について協力を得られた 6 府県（高知県、広島県、大阪府、山形県、静岡県、長野県）のうち、介護費データの提供協力も得られた長野県と静岡県の 2 県を分析した。2 県の介護費データは、長野県と静岡県双方とも平成 18 年 5 月利用分の介護給付単位数である。また、比較のため全国データ（介護給付費実態調査から入手）も分析した。分析に用いたのは、地域の物価差が反映された介護費ではなく、給付単位数である。さらに、被保険者データについては、長野県毎月人口移動調査、静岡県推計人口年報、総務省統計局の人口推計を代用し、65 歳以上の性・

年齢階層別人口を活用した。いずれも平成18年10月時点のものである。これらのデータの概要を表1にまとめた。

表1 分析データの基礎統計と出典

変数名	長野県	静岡県	出典
被保険者数 (65歳以上人口)	532,808	804,973	長野県毎月人口異動調査 静岡県推計人口年報 総務省統計局人口推計 (平成18年10月)
市町村数	81	47	提供データ(平成18年5月)
高齢者福祉圏域数	10	8	静岡県・長野県 介護保険事業支援計画
実績単位数	1,014,647,962	1,399,937,585	提供データ(平成18年5月)
一人当たり点数	1,904	1,739	提供データ(平成18年5月)
標準単位数	1,115,035,400	1,504,744,426	—
介護費指数	0.91	0.93	—

2.2 分析に用いる指標

各県の適正化重点検討対象を把握するために、介護費指数、財政影響度、財政影響率、適正化インパクトの4つの指標を用いた(これらの指標の算出式は表2にまとめた)。表にある実績介護費とは、2県から直接入手した介護データであり、市町村・性・年齢階層・要介護度区分の点数データである。標準介護費は、各市町村の性・年齢階層別被保険者数にデータセットの性・年齢階層・要介護度区分の一人当たり平均介護費を掛けた値である。

表2 分析に用いる指標一覧

指標名	算出式
介護費指数	実績介護費÷標準介護費
財政影響度	(実績介護費-標準介護費)÷標準介護費全体
財政影響率	(実績介護費-標準介護費)÷(実績介護費全体-標準介護費全体)
適正化インパクト	(実績介護費-標準介護費)÷実績介護費全体

※標準介護費全体・実績介護費全体の全体は、財政影響を測定したい対象相手(国、都道府県、高齢者福祉圏など)を指す

表3 分析に用いる指標の意味

介護費指数	区分介護費の水準(高低)を、人口構成の違いを考慮して評価する
財政影響度	都道府県や高齢者福祉圏の介護費指数が、各区分介護費によって、何ポイント増減しているかを示す
財政影響率	財政影響度の合計を100%したときの、各財政影響度の割合(%)を示す
適正化インパクト	区分介護費の介護費指数が平均を示す1.0になった時に、国、都道府県、高齢者福祉圏の全体の介護費が、いくら増減するかを示す。パーセントと金額の2通りで表せる。

3 介護費の利用状況

はじめに、介護給付費実態調査の全国データ（平成18年6月審査分）を用いて、介護費の利用状況について把握した。介護費総額（総単位数）は、受給者出現率と受給者当たり単位数を掛け合わせたものと捉えられる。受給者出現率は、被保険者数に占める受給者数の割合であり、受給者当たり単位数は介護費総単位数を受給者総数で割った値である。なお、受給者数とは、ある月に介護サービスを利用した実人数であり、複数の異なるサービスを重複して利用したものを1人として計算した値である。例えば、ある人がある月に訪問介護と通所サービスを同時に利用した場合、利用した2つのサービスの種類が異なるため、利用者としては2人がカウントされるが、ここにいる受給者数では、同一人であることを加味して1人をカウントすることになる。

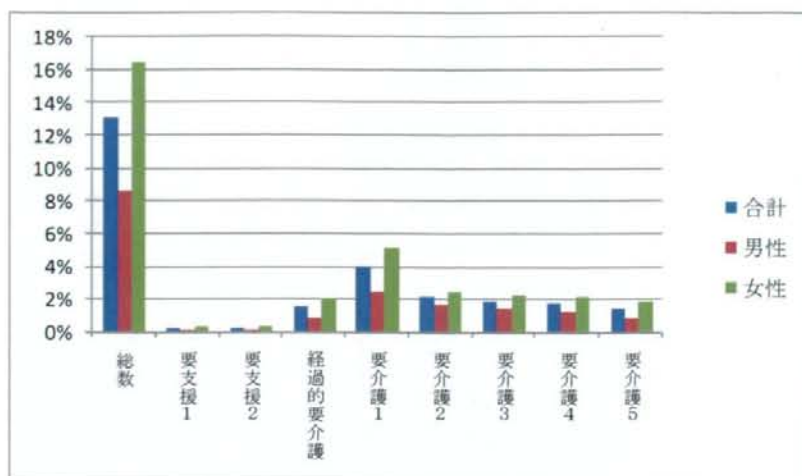
全国の受給者出現率を性・年齢階層・要介護度区別に算出し、図と表にまとめた（表4、図1～図3）。まず、図1と表4 全国受給者出現率を性別で比較してみると、すべての介護度区分で男性よりも女性の方が、受給者出現率が高く、総数で見ると女性は男性の約2倍となっていることがわかる（男性8.6%、女性16.5%）。同一年齢階層別に性別で比較してみても、65～69歳の年齢階層を除くすべての年齢階層において、女性の方が男性よりも受給者出現率が高くなっている。また、図2と表4より年齢階層別に比較してみると、年齢を重ねるごとに受給者出現率は高まっている。65歳～69歳では2%程度であったものが、85歳以上になると男性で35.9%、女性で52.9%と大幅に上昇している。さらに、図3より要介護度別にみると、どの要介護度も年齢階層が上昇するにつれて受給者出現率が上昇しているが、なかでも特に要介護度1の上昇率が顕著であることが読み取れる。

表4 全国受給者出現率

	総数	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	13.1%	0.2%	0.2%	1.5%	4.0%	2.1%	1.9%	1.8%	1.4%
男性	8.6%	0.1%	0.1%	0.8%	2.5%	1.6%	1.4%	1.2%	0.9%
女性	16.5%	0.3%	0.3%	2.0%	5.1%	2.5%	2.2%	2.2%	1.9%
65-75	3.6%	0.1%	0.1%	0.4%	1.1%	0.6%	0.5%	0.4%	0.4%
75-	24.4%	0.4%	0.4%	2.8%	7.3%	3.9%	3.5%	3.4%	2.7%
男性(65-69)	2.2%	0.0%	0.0%	0.2%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%
男性(70-74)	4.7%	0.1%	0.1%	0.4%	1.3%	0.9%	0.8%	0.7%	0.5%
男性(75-79)	9.1%	0.1%	0.1%	0.9%	2.6%	1.7%	1.5%	1.3%	0.9%
男性(80-84)	16.6%	0.3%	0.3%	1.8%	4.9%	3.0%	2.6%	2.2%	1.5%
男性(85-)	35.9%	0.4%	0.5%	3.1%	10.3%	6.7%	6.2%	5.3%	3.4%
女性(65-69)	2.1%	0.0%	0.0%	0.3%	0.7%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%
女性(70-74)	5.6%	0.2%	0.1%	0.9%	2.0%	0.8%	0.6%	0.5%	0.5%
女性(75-79)	13.3%	0.4%	0.3%	2.4%	4.6%	1.8%	1.4%	1.3%	1.1%
女性(80-84)	27.5%	0.7%	0.6%	4.3%	9.3%	3.9%	3.3%	2.9%	2.5%
女性(85-)	52.9%	0.6%	0.7%	4.1%	14.2%	8.5%	8.3%	8.8%	7.5%

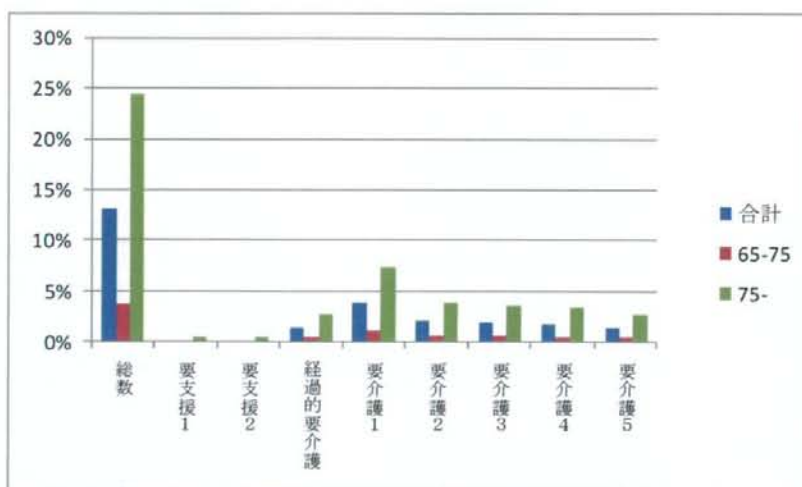
(出典:厚生労働省介護給付費実態調査(18年6月審査分)、人口推計(平成18年10月)より筆者が算出)

1 平成18年4月に制度改正以前に「要支援」と認定されていた者は「要介護者」とみなされ、これが「経過的要介護」に該当する。有効期間満了まで従来と同様の介護給付を受けることができる。



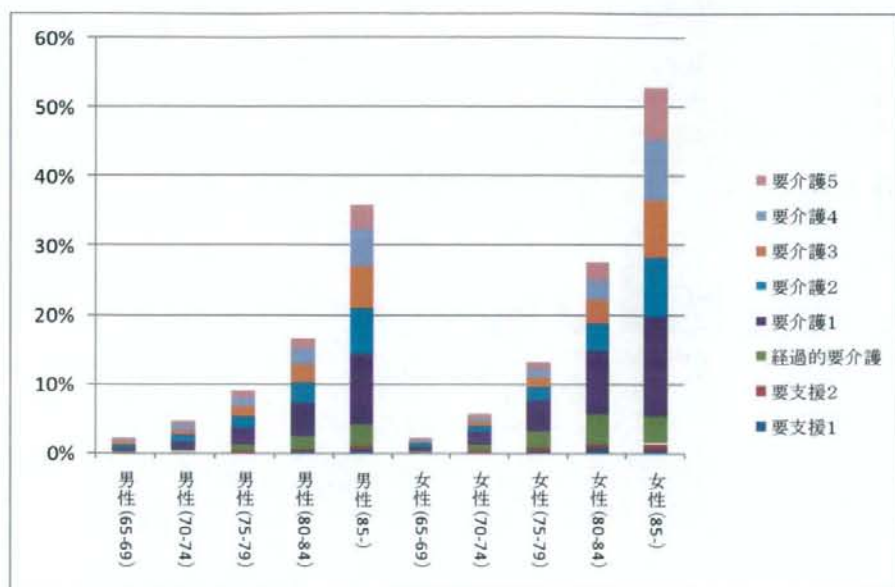
(出典：表1の記載データを基に著者作成)

図1 全国の受給者出現率(性別)



(出典：表1の記載データを基に著者作成)

図2 全国の受給者出現率(年齢別)



(出典：表 1 の記載データを基に著者作成)

図 3 全国の受給者出現率 (性・年齢階層別)

表 5 と (出典：表 1 の記載データを基に著者作成)

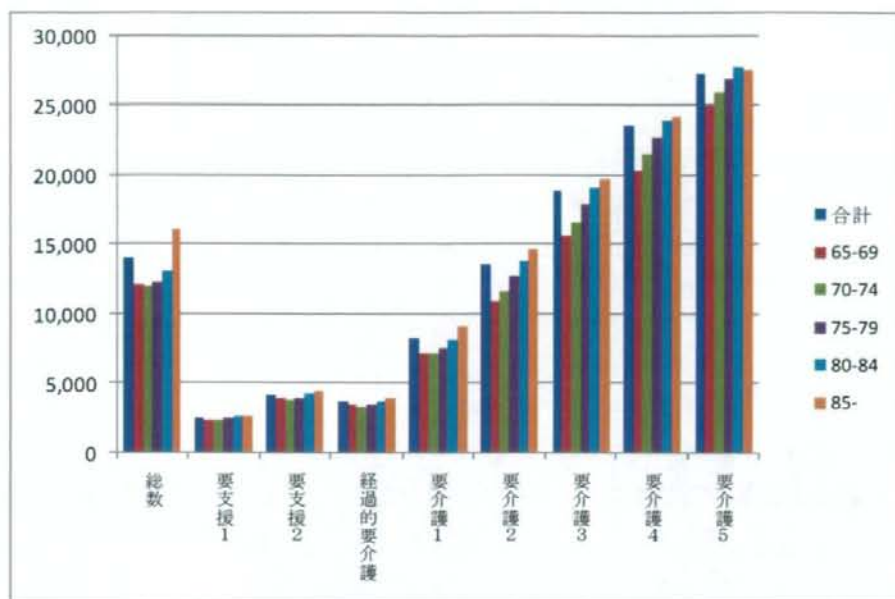
図 4 は、受給者あたり単位数を年齢階層・要介護度区分別に示したものである²。基本的に要介護度が上昇するにつれて、受給者あたり単位数も上昇する傾向にあることがわかる。さらに、要介護 5 の値 (27,303 単位) は、要支援 1 (2,581) の約 10 倍に達している。また、同一要介護度区分内で年齢階層間の比較をしてみると、年齢階層が高くなるにつれて受給者あたり単位数も高くなる傾向にあるものの、要支援 1、要支援 2、経過的要介護ではその上昇分は大きくはない。一方で、要介護 1 から要介護 5 では、単位数に 2000~4000 程度の差が年齢階層間で生じている。

表 5 受給者あたり単位数

	総数	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	14,112	2,581	4,223	3,679	6,288	13,644	18,858	23,572	27,303
65-69	12,123	2,444	3,968	3,488	7,181	11,020	15,704	20,392	25,012
70-74	12,037	2,453	3,859	3,413	7,279	11,655	16,600	21,550	25,968
75-79	12,331	2,513	3,992	3,503	7,615	12,758	17,953	22,771	27,038
80-84	13,156	2,595	4,285	3,679	8,164	13,829	19,189	23,957	27,819
85-	16,117	2,696	4,480	3,945	9,126	14,678	19,781	24,253	27,606

(出典：厚生労働省介護給付費実態調査 (18年6月審査分) より著者算出)

²受給者数と異なり、単位数は要介護度区分別データしか公開されていないため、性別間の値を算出することはできなかった。



(出典：表1の記載データを基に著者作成)

図4 全国の受給者あたり単位数

4 介護費に関する都道府県間の地域差の把握

4.1 都道府県間の介護費の地域差とその要因グループ

既に述べたように、性別や年齢によって受給者出現率は大きく異なる。そのため、異なる地域の間で介護費を比較する際には、人口構成（性別や年齢階層）の偏りを調整する必要がある。この調整には介護費指数を用いた。介護費指数は、全国の性・年齢・要介護度別の平均一人当たり介護給付単位数を基準に特定地域の期待介護費を算出し（標準介護費）、それと実績介護費を比較する（実績介護費を標準介護費で割る）ことで、介護費の水準を評価する指標である。したがって、介護費指数を用いれば、都道府県間の人口構成の違いを考慮した形で、比較することが可能になる。

実際に静岡、長野両県の介護費指数を算出してみると、静岡県(0.93)、長野県(0.91)であり、被保険者の人口構成を取り除いても介護費の利用状況には差があり、かつ2県とも全国平均を下回っていることがわかる。

この2県の間地域差が存在し、また2県の介護費とも全国平均を下回っているのは、なぜだろうか。各都道府県の介護費総数は、そもそも性・年齢・要介護度区分・市町村別の介護費を積算した値である。したがって、先に述べた県レベルの地域差は、構成要素であるいずれかの各区分医療費が高い(低い)ことにより、最終的に出てきた結果だといえる。介護費総額を区分介護費に分解していけば、県レベルでの地域差を生み出した原因(グループ)がわかるはずである。

そこで、以下では、はじめに県レベルの地域差を生み出している要因グループを発見することを目的として、区分介護費の分析を行った。

4.1.1 性・年齢階層からみた要因グループ

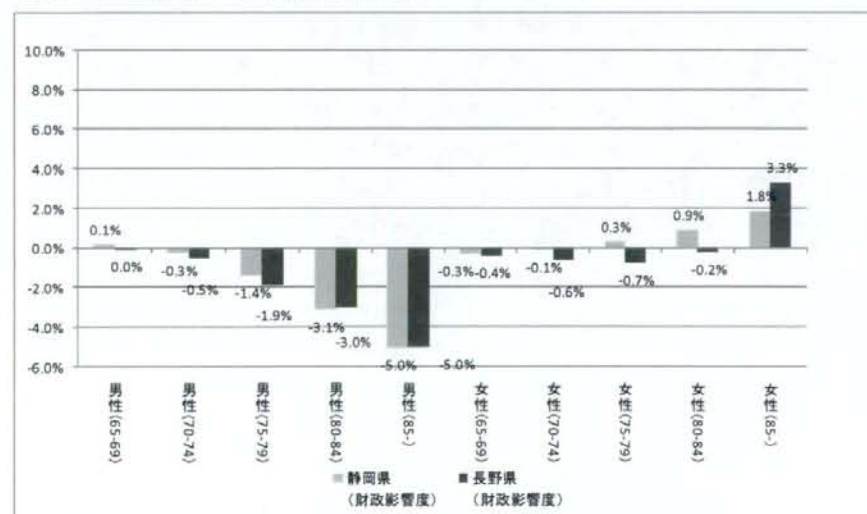
まず、県レベルの介護費の地域差を生み出している要因グループを、性・年齢階層の観点から確認した。表 6 は、2 県の性・年齢階層別介護費指数を表したものである。

静岡県計の指数は 0.93、長野県計の指数は 0.91 と、それぞれ 7%、9%、全国平均よりも低いことがわかる。性別で見ると、男性の指数が静岡県 (0.73)、長野県 (0.70) と、平均よりも 30% 程度低いのにに対し、女性の指数は静岡県 (1.04)、長野県 (1.02) と、ともに少しだけ平均より高いことがわかる。さらに、それぞれの年齢階層の介護費指数を詳しく見てみると、静岡県は、男性 (65-69 歳) と、女性 (75-79、80-84、85 歳以上) で指数が 1 を上回っており、長野県は女性 (85 歳以上) のみが、平均よりも高いことがわかる。

表 6 静岡県、長野県介護費指数 (性・年齢階層別)

	静岡県 (介護費指数)	長野県 (介護費指数)	静岡県 (財政影響度)	長野県 (財政影響度)
県計	0.93	0.91	-7.0%	-9.0%
男性	0.73	0.70	-9.6%	-10.4%
女性	1.04	1.02	2.6%	1.4%
65-75	0.96	0.85	-0.5%	-1.5%
75-	0.93	0.92	-6.5%	-7.5%
男性(65-69)	1.08	0.98	0.1%	0.0%
男性(70-74)	0.93	0.85	-0.3%	-0.5%
男性(75-79)	0.80	0.71	-1.4%	-1.9%
男性(80-84)	0.65	0.67	-3.1%	-3.0%
男性(85-)	0.63	0.66	-5.0%	-5.0%
女性(65-69)	0.86	0.78	-0.3%	-0.4%
女性(70-74)	0.98	0.84	-0.1%	-0.6%
女性(75-79)	1.03	0.91	0.3%	-0.7%
女性(80-84)	1.06	0.99	0.9%	-0.2%
女性(85-)	1.05	1.09	1.8%	3.3%

(出典：表 1 の記載データを基に著者作成)



(出典：表 1 の記載データを基に著者作成)

図 5 静岡県、長野県の財政影響度

どのグループが県全体の介護費を押し上げる（押し下げる）決定要因となっているのであろうか。介護費指数は、各区分医療費が標準医療費よりもどのくらい高いか、あるいは低いかを確認するのに適しているが、それが各府県全体の医療費にどれくらい影響力を与えているかは示さない。そのため、財政的な影響を確認するためには、医療費指数ではなく財政影響度を見ることが必要である。

財政影響度は、（実績介護費－標準介護費）を標準介護費全体で割ったもので、各区分介護費の実績介護費と標準介護費の差額（±）が、都道府県全体の介護費水準を平均から見て何%増減させるかを評価するための指標である。たとえば、静岡県男性の介護費指数は0.73であるが、財政影響度で見ると-9.6%である。これは、静岡県の男性全体の医療費水準が27%平均よりも低いことにより、県全体の介護費も期待される平均よりも9.6%低下していることを意味する。

（出典：表1の記載データを基に著者作成）

図5をみると、2県に共通していることは、男性の介護費の影響が大きいために全体の介護費を平均よりも10%前後押し下げたということである。特に、75歳以上の財政影響度が-6.5%と-7.5%と大きいことがわかる。

そのほかに特徴的なこととして、県全体を通じて、男性の方が女性よりも財政影響率が大きいことがあげられる。これは医療費とは対照的な点である。医療費の場合には、女性が全体の医療費指数の動向を決定づける大きな要因であったのに対し、介護では男性の利用状況が、重要な要素と考えられる。

4.1.2 要介護度別にみた要因グループ

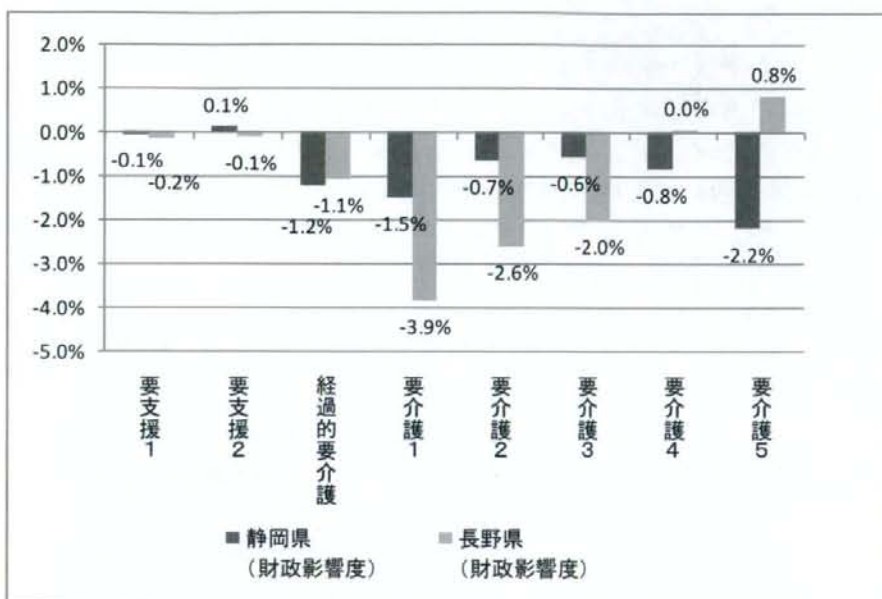
都道府県の介護費の地域差を生み出している原因を、要介護度の観点から分析した。要介護度区分は、要介護で5区分（要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）、要支援で2区分（要支援1、要支援2）、経過的要介護で1区分と全部で8区分が存在する。表7にこれら8区分の要介護度別介護費指数をまとめた。

まず、介護費指数から要介護度別の介護費指数の水準を把握すると、静岡県は要支援2だけが、長野県は要介護4と5だけが平均よりも高いことがわかる。それ以外の要介護区分は介護費指数が1を下回っており、平均よりも低くなっている。

表7 要介護度別介護費指数・財政影響度

	静岡県 (介護費指数)	長野県 (介護費指数)	静岡県 (財政影響度)	長野県 (財政影響度)
県計	0.93	0.91	-7.0%	-9.0%
要支援1	0.82	0.48	-0.1%	-0.2%
要支援2	1.21	0.77	0.1%	-0.1%
経過的要介護	0.59	0.63	-1.2%	-1.1%
要介護1	0.92	0.78	-1.5%	-3.9%
要介護2	0.96	0.83	-0.7%	-2.6%
要介護3	0.97	0.89	-0.6%	-2.0%
要介護4	0.96	1.00	-0.8%	0.0%
要介護5	0.90	1.04	-2.2%	0.8%

（出典：表1の記載データを基に著者作成）



(出典：表 1 の記載データを基に著作作成)

図 6 要介護度別財政影響度

静岡県と長野県を対比すると、静岡県の場合は、要介護度区分に関わらず、総じて同程度に低いのに対し、長野県の場合は、要支援 1 (0.48) や経過的要介護 (0.63) など、顕著に低い区分があることが特徴的である。

次に、要介護度別財政影響度から、どの要介護度区分が県全体の介護費を強く押し下げているのかを分析する。静岡県は、要介護度 5 の財政影響度が -2.2% と全体の -7% のうちの 3 分の 1 を占める。一方、長野県は、要介護 1 の財政影響度が -3.9% と最も大きく、要介護度 1~3 までの財政影響度を合計すると -8.5% と全体の -9% の 9 割以上を占めることがわかる。

参考までに性・年齢階層・要介護度区分別の介護費指数と財政影響度を下記に掲載した。性・年齢階層・要介護度区分別にさらに詳しく分析したい場合に、参照されたい。

表 8 静岡県介護費指数（年齢階層別・介護区分別）一覧

	累計	要支援1	要支援2	経済的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	0.93	0.82	1.21	0.59	0.92	0.96	0.97	0.96	0.90
男性	0.73	0.52	0.86	0.38	0.67	0.79	0.79	0.77	0.66
女性	1.04	0.99	1.41	0.72	1.05	1.05	1.06	1.06	1.02
65-75	0.96	0.74	1.31	0.58	0.91	0.93	1.00	1.00	1.02
75-	0.93	0.83	1.19	0.59	0.92	0.96	0.97	0.96	0.88
男性(65-69)	1.08	0.42	1.78	0.49	0.94	1.08	1.20	1.08	1.14
男性(70-74)	0.93	0.54	1.14	0.39	0.78	0.99	1.00	1.02	0.98
男性(75-79)	0.80	0.38	0.73	0.31	0.64	0.84	0.84	0.98	0.81
男性(80-84)	0.65	0.43	0.65	0.32	0.57	0.67	0.71	0.73	0.62
男性(85-)	0.63	0.81	0.87	0.50	0.68	0.75	0.71	0.61	0.46
女性(65-69)	0.86	1.17	1.15	0.61	0.94	0.75	0.77	0.89	0.96
女性(70-74)	0.98	0.86	1.33	0.75	0.99	0.89	1.02	1.01	1.01
女性(75-79)	1.03	0.95	1.54	0.70	1.08	1.01	1.01	1.05	1.06
女性(80-84)	1.06	0.91	1.43	0.72	1.08	1.07	1.08	1.07	1.06
女性(85-)	1.05	1.12	1.37	0.73	1.04	1.08	1.09	1.07	1.00

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 9 長野県介護費指数（年齢階層別・介護区分別）一覧

	累計	要支援1	要支援2	経済的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	0.91	0.48	0.77	0.63	0.78	0.83	0.89	1.00	1.04
男性	0.70	0.34	0.55	0.41	0.58	0.69	0.74	0.81	0.74
女性	1.02	0.57	0.89	0.76	0.89	0.91	0.98	1.11	1.20
65-75	0.85	0.44	0.67	0.57	0.73	0.76	0.80	0.95	1.06
75-	0.92	0.49	0.78	0.64	0.79	0.84	0.91	1.01	1.04
男性(65-69)	0.98	0.66	0.65	0.45	0.75	0.95	0.88	1.19	1.16
男性(70-74)	0.85	0.37	0.56	0.39	0.64	0.77	0.82	1.07	1.03
男性(75-79)	0.71	0.21	0.61	0.28	0.52	0.65	0.76	0.87	0.85
男性(80-84)	0.67	0.26	0.33	0.35	0.50	0.63	0.73	0.79	0.80
男性(85-)	0.66	0.51	0.73	0.62	0.66	0.69	0.70	0.71	0.56
女性(65-69)	0.78	0.29	0.55	0.56	0.74	0.74	0.73	0.79	0.91
女性(70-74)	0.84	0.47	0.83	0.75	0.80	0.69	0.77	0.81	1.10
女性(75-79)	0.91	0.50	0.77	0.71	0.85	0.76	0.91	0.96	1.10
女性(80-84)	0.99	0.56	0.97	0.71	0.87	0.89	0.97	1.06	1.20
女性(85-)	1.09	0.65	0.92	0.85	0.94	0.99	1.03	1.19	1.24

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 10 静岡県財政影響度（年齢階層別・介護区分別）一覧

	累計	要支援1	要支援2	経済的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	-7.0%	-0.1%	0.1%	-1.2%	-1.5%	-0.7%	-0.6%	-0.8%	-2.2%
男性	-9.6%	-0.1%	0.0%	-0.7%	-2.1%	-1.1%	-1.4%	-1.7%	-2.5%
女性	2.6%	0.0%	0.1%	-0.5%	0.6%	0.5%	0.8%	0.9%	0.3%
65-75	-0.5%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
75-	-6.5%	0.0%	0.1%	-1.0%	-1.3%	-0.5%	-0.6%	-0.9%	-2.2%
男性(65-69)	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
男性(70-74)	-0.3%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
男性(75-79)	-1.4%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.5%	-0.2%	-0.2%	0.0%	-0.3%
男性(80-84)	-3.1%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.8%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.6%
男性(85-)	-5.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.7%	-0.5%	-0.8%	-1.3%	-1.6%
女性(65-69)	-0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	0.0%
女性(70-74)	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
女性(75-79)	0.3%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
女性(80-84)	0.9%	0.0%	0.0%	-0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
女性(85-)	1.8%	0.0%	0.0%	-0.2%	0.2%	0.4%	0.6%	0.6%	0.0%

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 11 長野県財政影響度（年齢階層別・介護区分別）一覧

平成18年5月診療分									
	県計	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
県計	-8.0%	-0.2%	-0.1%	-1.1%	-3.9%	-2.6%	-2.0%	0.0%	0.8%
男性	-10.4%	-0.1%	-0.1%	-0.6%	-2.6%	-1.7%	-1.8%	-1.5%	-1.9%
女性	1.4%	-0.1%	0.0%	-0.4%	-1.2%	-0.9%	-0.3%	1.6%	2.8%
65-75	-1.5%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.5%	-0.4%	-0.4%	-0.1%	0.1%
75-	-7.5%	-0.1%	-0.1%	-0.9%	-3.3%	-2.2%	-1.6%	0.2%	0.7%
男性(65-69)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
男性(70-74)	-0.5%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	0.1%	0.0%
男性(75-79)	-1.9%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.6%	-0.4%	-0.3%	-0.2%	-0.2%
男性(80-84)	-3.0%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.9%	-0.5%	-0.5%	-0.4%	-0.3%
男性(85-)	-5.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.8%	-0.7%	-0.9%	-1.1%	-1.5%
女性(65-69)	-0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	0.0%
女性(70-74)	-0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	0.1%
女性(75-79)	-0.7%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	-0.3%	-0.1%	-0.1%	0.2%
女性(80-84)	-0.2%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.4%	-0.3%	-0.1%	0.2%	0.6%
女性(85-)	3.3%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.4%	-0.1%	0.2%	1.7%	2.0%

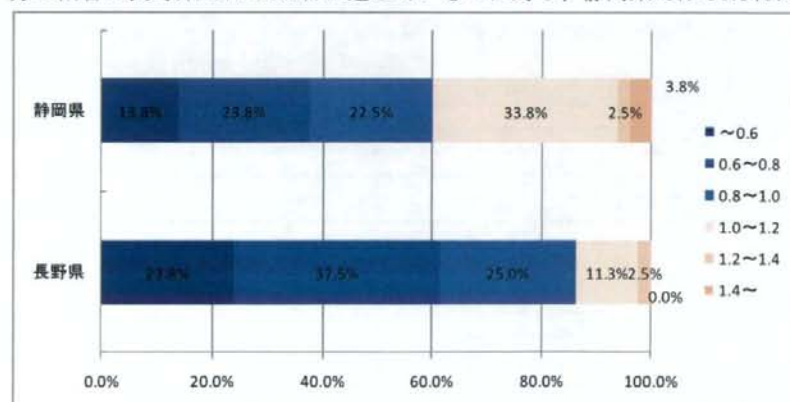
（出典：表1の記載データを基に著者作成）

4.1.3 区分医療費の割合と比較

県の介護費総額は、性別（2）×年齢階層（5）×要介護区分（8）の80の区分介護費に分解できる（さらに市町村別にも分解できる）。表8の一マスが区分介護費にあたる。これら一つ一つの区分医療費の介護費指数と財政影響度を算出することが可能である。

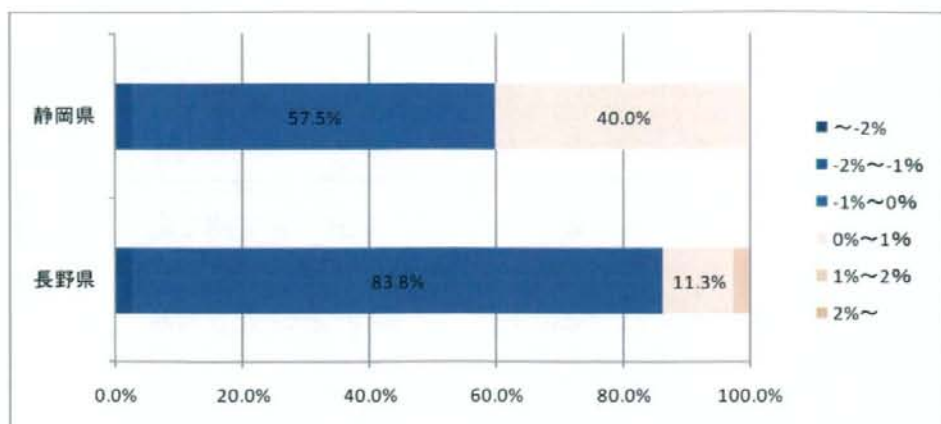
区分介護費の全体傾向を把握するために、介護費指数を ~ 0.6 、 $0.6\sim 0.8$ 、 $0.8\sim 1.0$ 、 $1.0\sim 1.2$ 、 $1.2\sim 1.4$ 、 $1.4\sim$ の6段階に、財政影響度を $\sim -2\%$ 、 $-2\%\sim -1\%$ 、 $-1\%\sim 0\%$ 、 $0\%\sim 1\%$ 、 $1\%\sim 2\%$ 、 $2\%\sim$ の6段階に区切り、該当する区分の割合をそれぞれ調べた。下記の図7、図8はこれらを積み上げ横棒グラフの形で示したものである。

介護費指数区分別の割合を長野県と静岡県で比較してみると、長野県では指数が1以上の区分の割合が13.8%であるのに対し、静岡県では40%に達している。なかでも静岡県の場合は、 $1.0\sim 1.2$ の区分の割合が大きいことがわかる。財政影響度区分別の割合を比較してみると、 $-1\%\sim 0\%$ の区分の割合が長野県では83.8%に達しているのに対し、静岡県では57.5%にとどまっている。



（出典：表1の記載データを基に著者作成）

図7 介護指数区分別の区分介護費の割合



(出典：表1の記載データを基に著者作成)

図8 財政影響度区分別の区分介護費の割合

5 国、都道府県、市町村の役割分担と目標設定

5.1 国、都道府県、市町村の役割分担

国、都道府県、市町村の3者が連携しながら、介護費適正化を推進する方法について検討を行った。平成19年度報告書では、医療費適正化政策における国、都道府県、市町村の役割を整理し、それぞれの行政レベルで行うべき医療費の分析方法と適正化重点対象グループを検討する方法について考察した。医療費適正化政策における国、都道府県、市町村の役割については、「国及び都道府県といった上位の自治体が下位の自治体や二次医療圏の適正化すべき医療費総額に関する目標を設定し、患者や被保険者、医療機関の整備状況など地域状況に最も明るい立場にある市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する」方法を提案した。介護費についても、昨年度と同様の形で考察することとする(図9)。

国の役割

まず、国は都道府県レベルでの介護費の分析を行い、国全体で適正化すべき介護費総額と各都道府県が適正化すべき介護費総額について、政策目標を設定する。目標設定を行う際には、都道府県間の地域差の現状や背景にある原因、取り巻く環境について詳細に検討し、都道府県の状況に即した形で目標設定を行う。もちろん、個別の都道府県について詳細かつ完全に検討することには限界があるが、介護費の地域差を生み出しているグループ(性・年齢階層・要介護度区分)については最低限把握し、それらの分析に基づいて政策目標を設定することが必要である。

ここで注意すべき点が3つあげられる。第一は、都道府県に課される政策目標は、適正化すべき介護費総額であって個別の介護費ではないことである。第二は、個別の都道府県の状況が考慮されるため、政策目標水準は都道府県によって異なるということである。さらに、第三は、適正化目標は、削減目標と増加目標の二つの形があり得るということである。

本研究では、適正化とは、介護費の効率化と介護サービスへのアクセスの改善の双方を念頭に置いて

ている。したがって、介護費の適性化は削減一辺倒では決してなく、サービスへのアクセスを改善させるための増加も目標として生じ得ることになる。ただし、増加目標の場合は、当然ながら不必要に増加させる必要はなく、あくまで増加させる余地を都道府県に与えるということを念頭においている。

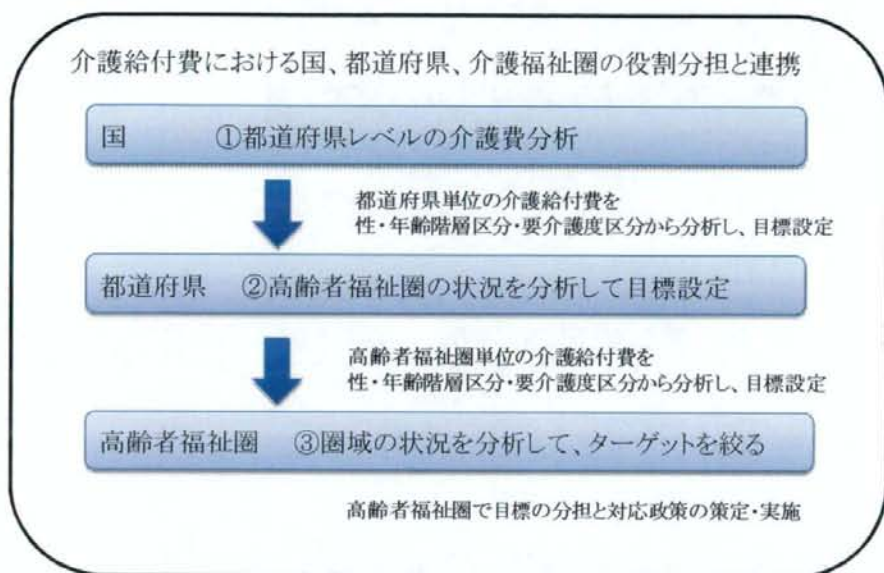


図 9 介護費適正化における、国、都道府県、高齢者保健福祉圏の役割分担と連携

都道府県の役割

次に、都道府県は国から設定された目標を達成するため、高齢者福祉圏レベルでの介護費分析を行い、高齢者福祉圏単位で目標をブレイクダウンする。その際には、国が都道府県に対して分析を行ったように、都道府県は高齢者福祉圏の被保険者構成（性別や年齢構成）、介護提供体制などの地域状況を加味して目標を設定する。

しかし、都道府県が高齢者福祉圏単位で課す政策目標は、適正化すべき介護費総額のみであって、その内訳（疾病の種類や性・年齢階層）については情報提供を行うに止める。また、市町村単位ではなく、高齢者福祉圏単位で目標を設定するのは、介護保険事業支援計画と整合性を保ち、介護費の見通しに一定の安定性を持たせるためである。数千人から数万人の町村単位では、経済環境の変化や偶発的な重度の要介護者の発生に介護費が大きく影響を受ける。そのため、介護費の目標設定は、市町村単位よりも高齢者福祉圏の方が望ましいと判断した。

市町村の役割

各市町村は、同一高齢者福祉圏に所属する他の市町村と協議の上で、目標を達成するために必要な適正化重点対象グループを決定する。高齢者福祉圏単位で適正化重点対象グループを決定するが、同一圏域の中で要介護者数や介護費の使い方に著しい地域差がある場合は、自治体間である程度調整する必要がある。ここで重要なポイントは、市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する権限を持つということである。

国や都道府県が適正化重点対象グループを一時的に設定したとしても、適正化の是非や有効性が担保されなければ実現されることはない。言いかえれば、適正化重点対象グループの介護費の背景にある要因を突き止めなければ、適正化の是非も対策も立てることができず、実行性のある適正化重点対象グループを設定できないといえる。

したがって、被保険者の状況を把握しやすい立場にあり、他の市町村との状況もある程度比較できる立場にある者が、適正化重点対象グループを設定すべきである。それを政策のプロセスに生かすと、高齢者福祉圏単位で複数の市町村が協議の上、適正化重点対象グループを設定することが望ましいと言える。

これまで述べてきたことをまとめると、上位の自治体が下位の自治体や高齢者福祉圏の適正化すべき介護費総額に関する目標を定め、要介護者や、介護サービス事業者など地域状況に最も明るい立場にある市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する方式となる。このように政策目標の設定と適正化重点対象グループの決定権を分離することで、国、都道府県、市町村の役割が明確になり、また地域状況に応じた形で適正化政策を推進することができるはずである。以下では、分析方法を含め、より具体的な説明を行う。

5.2 国の政策目標設定

都道府県の介護費総額は、性別（2）×年齢階層（5）×要介護度区分（8）の80の区分介護費に分解できる。これら区分介護費の介護費指数と適正化インパクト³を算出すれば、適正化を推進するターゲットグループを、その介護費水準と財政的なインパクトの二つの観点から検討することができる。

そこで、国の立場に立てば、財政的インパクトの大きいグループの介護費を削減し、過小介護が懸念されるグループの介護費を底上げすることを発想するだろう。この発想をそのまま生かすと、介護費が高い方のグループの検討基準には適正化インパクトを、介護費が低い方の検討基準には、介護費指数を基準に検討することが適当だと考えられる。

ここで、一つの簡便かつ機械的な方法は、介護費指数と適正化インパクトに対して便宜的に基準を設け、80の区分介護費から該当する区分を抽出し、それらの適正化インパクトの総計を政策目標値として設定するやり方が考えられる。しかし、この方法には、実務上大きな難点がある。区分介護費は、性別や年齢、あるいは要介護度の連続性を無視した形で、機械的に抽出される。しかし、実際に政策対象を絞り込む際には、70歳以上の要介護度2のグループといったように、ある程度前後の関連性を考慮して決定することが自然であり、性・年齢階層・要介護度別区分介護費を散発的に選択することは非現実的である。そこで昨年は、介護費総額を分解する区分医療費の細かさを粗くした形で、該当区分介護費を抽出し、目標設定を行った。今回は、そのような修正型の機械的方法ではなく、さらに都道府県の状況を分析した形で目標設定を行うこととする。

前述したように、国の立場に立てば、財政的インパクトの大きいグループの介護費を削減し、過小介護が懸念されるグループの介護費を底上げすることを発想するだろう。

そこで、まず静岡県と長野県の区分介護費別適正化インパクト一覧表を参考に、対象グループを決

³ 区分介護費の介護指数が1.0になった場合に、県全体の介護費総額が何パーセント増減するかを示したもの。割合ではなく、金額で示すことも可能である。

定する。長野県では、適正化インパクトが大きいのは、女性であり特に85歳以上であることがわかる。また、要介護度別にみると、要介護度4と5の部分の適正化インパクトが大きい。そこで、仮の適正化重点対象グループを女性の85歳以上と掲げ、目標値を3.5%とする。同様の方法で、静岡県
の仮の適正化重点対象グループを女性の80歳以上と掲げ、目標値を2.9%とする。高い区分医療費の適正化インパクトを厳密に積算すれば、さらに高い目標値となるだろうが、現実的なことを考えれば、一定程度余裕を持たして設定した方がいいと思われる。

表 12 区分介護費別適正化インパクト（長野県）

	累計	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	-9.9%	-0.2%	-0.1%	-1.2%	-4.2%	-2.9%	-2.2%	0.0%	0.9%
男性	-11.4%	-0.1%	-0.1%	-0.7%	-2.9%	-1.9%	-1.8%	-1.7%	-2.1%
女性	1.5%	-0.1%	0.0%	-0.5%	-1.3%	-1.0%	-0.3%	1.7%	3.0%
65-75	-1.6%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.6%	-0.4%	-0.4%	-0.1%	0.1%
75-	-8.3%	-0.2%	-0.1%	-1.0%	-3.7%	-2.4%	-1.8%	0.2%	0.8%
男性(65-69)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
男性(70-74)	-0.5%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	0.1%	0.0%
男性(75-79)	-2.0%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.7%	-0.4%	-0.3%	-0.2%	-0.2%
男性(80-84)	-3.3%	0.0%	0.0%	-0.3%	-1.0%	-0.6%	-0.5%	-0.4%	-0.4%
男性(85-)	-5.5%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.9%	-0.8%	-0.9%	-1.2%	-1.6%
女性(65-69)	-0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	0.0%
女性(70-74)	-0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	0.1%
女性(75-79)	-0.8%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.3%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	0.2%
女性(80-84)	-0.2%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.4%	-0.3%	-0.1%	0.2%	0.6%
女性(85-)	3.6%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.4%	-0.1%	0.2%	1.8%	2.2%

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 13 区分介護費別適正化インパクト（静岡県）

	累計	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	-7.5%	-0.1%	0.1%	-1.3%	-1.6%	-0.7%	-0.6%	-0.9%	-2.4%
男性	-10.3%	-0.1%	0.0%	-0.7%	-2.2%	-1.2%	-1.5%	-1.9%	-2.7%
女性	2.8%	0.0%	0.1%	-0.6%	0.6%	0.5%	0.9%	1.0%	0.3%
65-75	-0.5%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
75-	-7.0%	-0.1%	0.1%	-1.1%	-1.4%	-0.6%	-0.6%	-0.9%	-2.4%
男性(65-69)	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
男性(70-74)	-0.3%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
男性(75-79)	-1.5%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.5%	-0.2%	-0.2%	0.0%	-0.3%
男性(80-84)	-3.3%	0.0%	0.0%	-0.3%	-0.8%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.7%
男性(85-)	-5.4%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.7%	-0.6%	-0.8%	-1.4%	-1.8%
女性(65-69)	-0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	0.0%
女性(70-74)	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
女性(75-79)	0.3%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
女性(80-84)	0.9%	0.0%	0.0%	-0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
女性(85-)	2.0%	0.0%	0.1%	-0.2%	0.3%	0.5%	0.7%	0.7%	0.0%

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

次に、介護費が低い方の対象グループを検討する。長野県の場合、性・年齢階層でみると特に男性の75歳以上と、女性の65歳以上～74歳までの指数が低いことに気づく。また、要介護度の観点からみると、要支援～要介護2程度までの指数が低いことに気づく。今回は、対象グループを広くとり、仮の適正化重点対象グループを男性75歳以上と女性の74歳以下と設定する。その場合の適正化インパクトは、長野県の適正化インパクト表(表12)を参考に算出すると-11.9%になる。同様な方法で、静岡県の仮の適正化重点対象グループを男性75歳以上とし、適正化インパクトを算出したと