

A. 研究目的

1) 介護保険の財政負担は国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5% (残りは保険料) となっているが、a) 75 歳以上の後期高齢者の比率の高い市町村ほど介護給付費が増え、b) 低所得の被保険者割合が高い市町村では保険料率を高くしないと必要な保険料が集まらないという問題があるので、「調整交付金」という財政調整制度がある。これは、国が負担する 25%のうち 20%は各市町村の給付費額に対して定率で交付され、残りの 5%が市町村間の財政力の格差を調整するために交付される。いわば、「調整交付金」に着目することは、都道府県別の高齢化の度合いと所得水準の鏡に着目することになり、高齢化が進展したあとの介護財政の負担問題の像を浮かび上がらせることが可能となる。

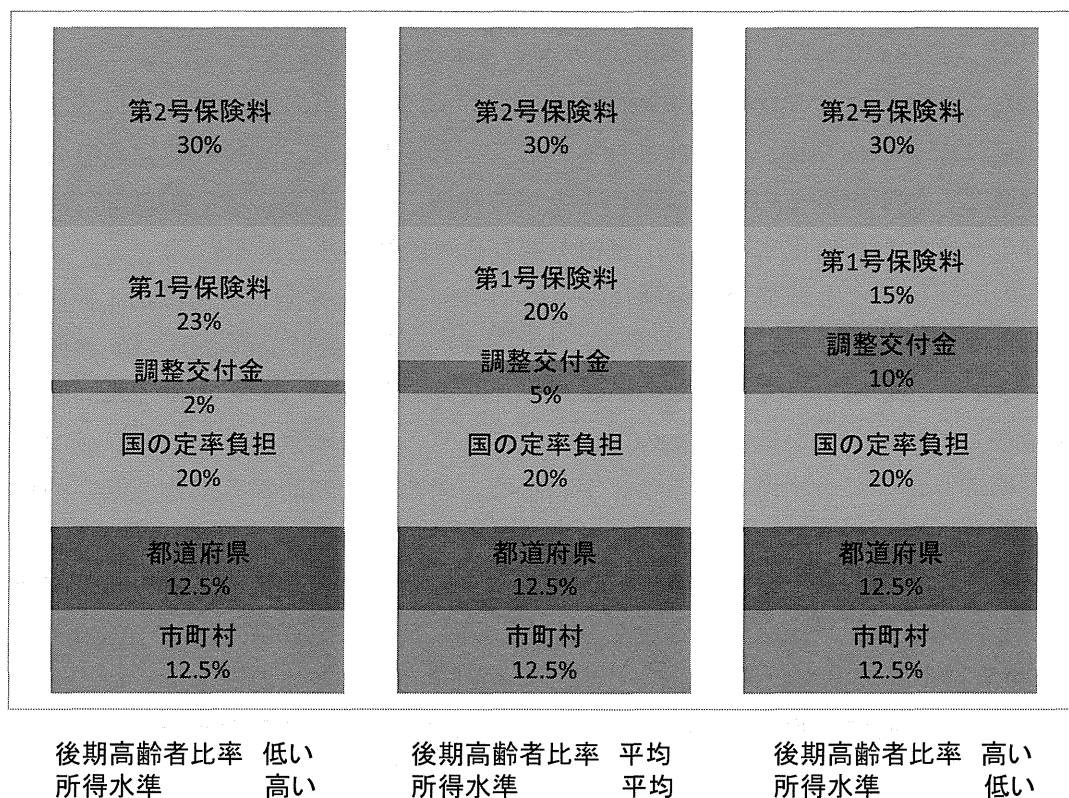
B. 方法

現状を把握するために、厚生労働省の『介護保険事業状況報告（年報）』の都道府県別>第 1 号被保険者数表、<都道府県別>保険料収納額表、<都道府県別>介護保険特別会計経理状況保険事業勘定表を用い、図表を描くことで、まず、現状の把握に努めた。

C. 結果

調整交付金と後期高齢者比率、所得水準の模式図は右上段に示している。後期高齢者比率が高く、所得水準が低い地域の調整交付金が高くなるように設計されていることになる。

図 1 調整交付金の模式図



調整交付金は、市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の 5% 相当分を交付するものであり、具体的には、「高齢者中の後期高齢者の割合」と「高齢者の所

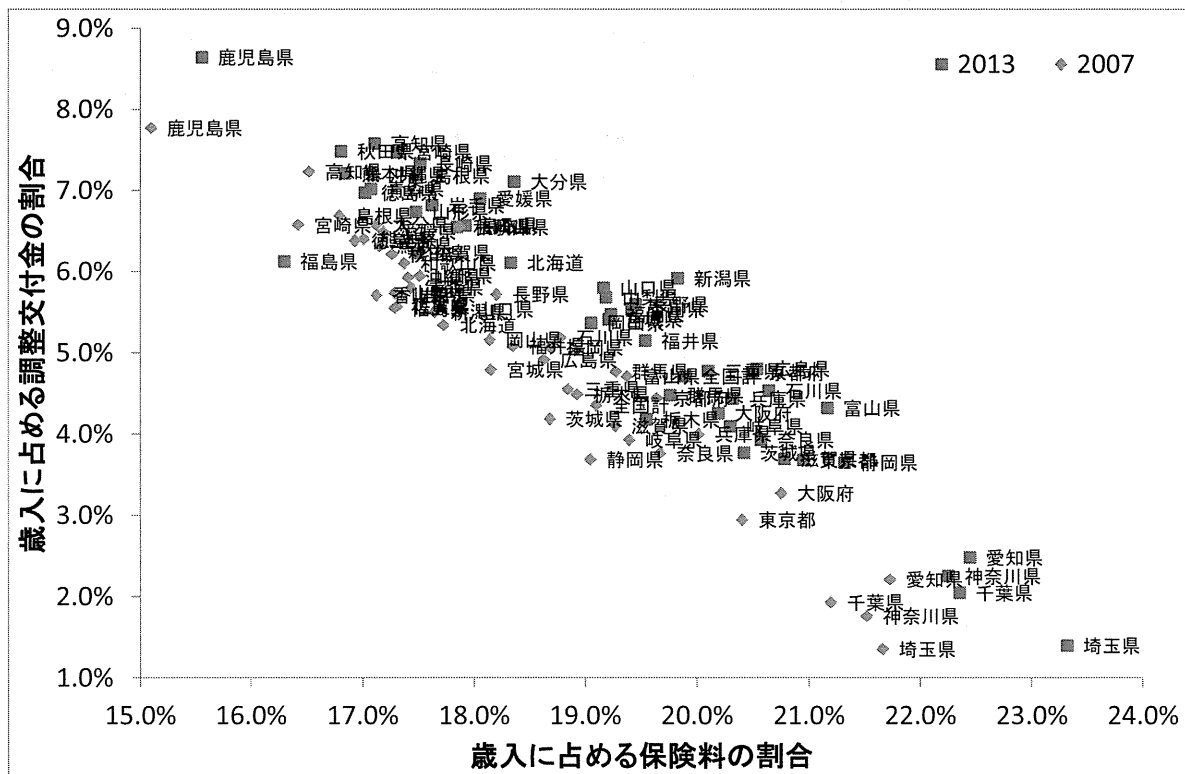
得状況の格差」を調整する「普通調整交付金」と、災害等の特別な事情を勘案する「特別調整交付金」がある。普通調整交付金は、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生ずる保険料基準額の格差調整のために交付されるものである。具体的には以下の方法により算定されている。

各市町村の普通調整交付金の交付額＝当該市町村の標準給付費額×普通調整交付金の交付割合（％）

普通調整交付金の交付割合（％）＝23％－（18％×後期高齢者加入割合補正係数×所得段階別被保険者数補正係数）

ここで、後期高齢者加入割合補正係数は、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合について、当該市町村における割合と、全国平均の割合の乖離により、要介護・要支援者の出現率に格差が生じ、ひいては給付費＝保険料基準額に格差が生じると考えられることから、これを調整するため、保険料で賦課すべき割合（平均18％）を補正するものされ、所得段階別被保険者数補正係数は、第1号被保険者の所得段階別の分布状況について、当該市町村における分布状況と、全国における平均的な分布状況の乖離により、同じ被保険者数・給付費でも、保険料基準額に格差が生じることから、これを調整するため、保険料で賦課すべき割合（平均18％）を補正するものとされる。特別調整交付金は、災害等の特別な事情がある場合に交付されるものであり、普通調整交付金の残額が特別調整交付金の総額となる。特別調整交付金の交付事由は、以下の事由とされている。ア）災害等により保険料の減免を行った場合、イ）災害等により利用料の減免を行った場合。

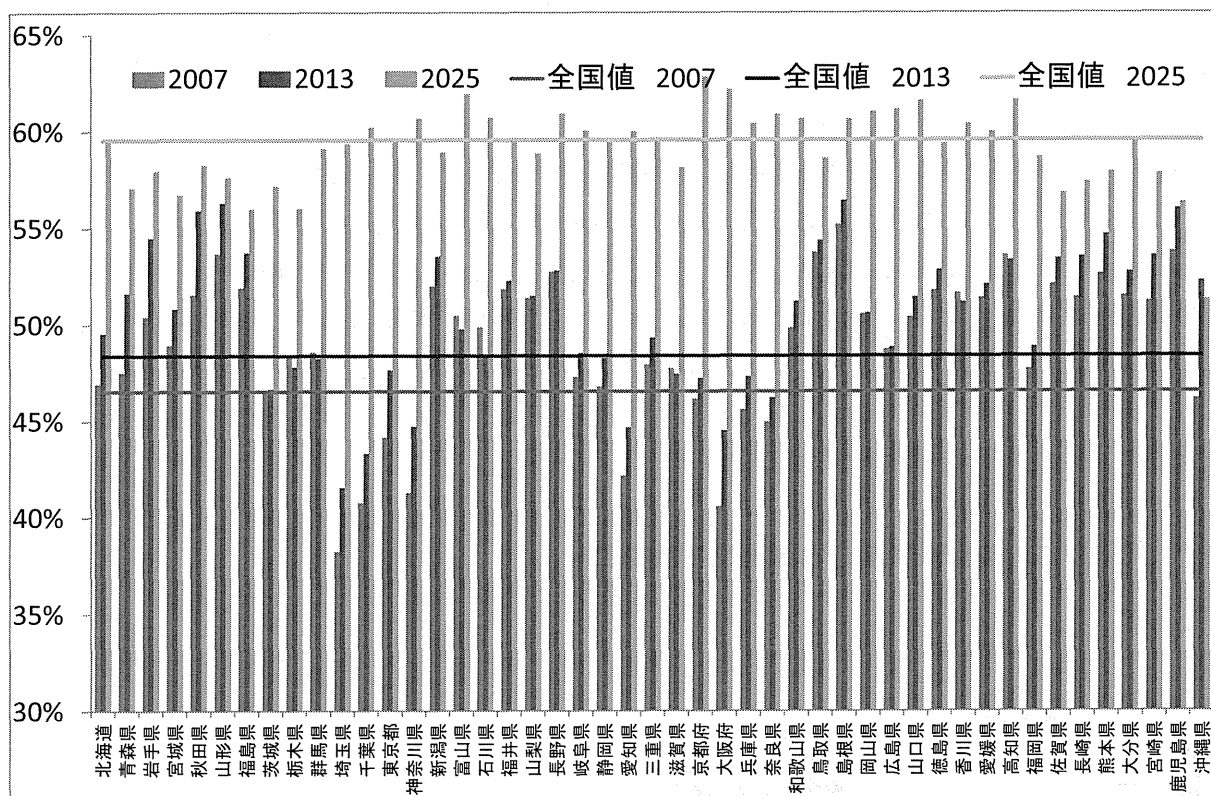
図2 歳入に占める保険料割合と調整交付金割合



資料) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』2007, 2013年版

図2には、歳入に占める保険料の割合と歳入に占める調整交付金の割合を'07と'13でプロットした。例えば、鹿児島県は図1でいう後期高齢者比率高・所得水準低地域に当てはまり、埼玉県は後期高齢者比率低・所得水準高の地域に当てはまると言える（埼玉県の保険料比率は増加しているが調整交付金の比率は増加しておらず、いわば“健全”な財政運営が出来ている）。ことになる。一般に関東南部（千葉県、埼玉県、神奈川県）と愛知県は歳入に占める保険料の収入割合が高く、歳入に占める調整交付金の割合が少ない。反対に、青森県、秋田県、高知県、徳島県、熊本県、鹿児島県、沖縄県といった県では歳入に占める保険料の収入割合が低く、歳入に占める調整交付金の割合が多い。

図3 第1号被保険者に占める後期高齢者割合



資料) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』2007, 2013年版, 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』

介護保険制度が施行された2000年当時、後期高齢者数は約900万人だったが、現在は約1400万人となっており、2025年には約2200万人となり、「後期高齢者2000万人社会」になっていく。2010年から2025年までの15年間で、75歳以上高齢者の増加数が上位の6都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県。以下「都市部6都府県」という。）をみると、75歳以上高齢者の増加数は約373.4万人と、この間の全国の増加数約759.2万人の半分程度を占めている。また、1995年から2010年までの15年間の増加数が約253.7万人であったことと比べると、約1.5倍のスピードで増加する。

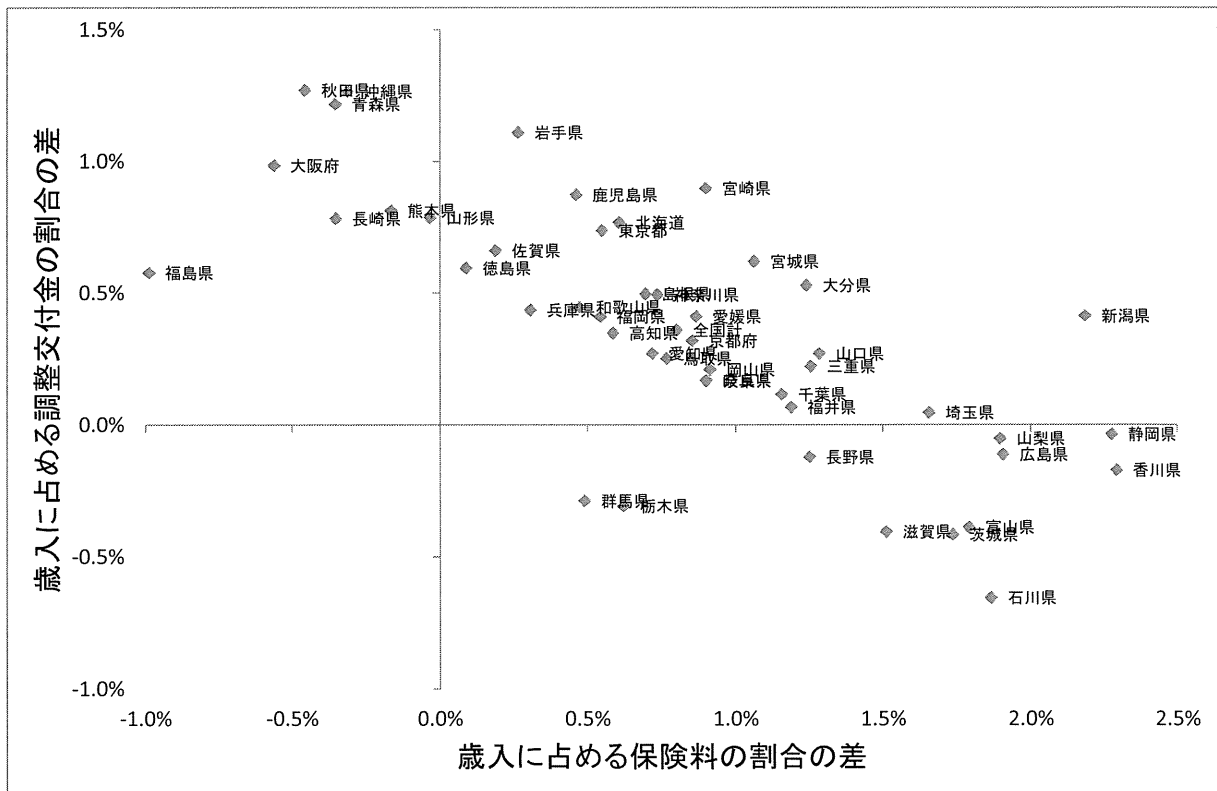
一方、今後30年の人口の減少を地域別に見た場合、秋田・青森両県が30%以上減少する（過疎地域の東北・四国が圧倒的に減少する）。これを市区町村別に見ると、約半数近い785自治体（全自治体の46.6%）で人口が2~4割以上減少する。ちなみに、4割以上の減少が385（同22.9%）、0~2割の減少が433（同25.7%）、これに対して増加に転じるのはわずか

80（同 4.8%）しかないことになっている（国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）』）。

図 3 には、都道府県別の 1 号被保険者に占める後期高齢者割合を ’07 年，’13 年，’25 年（社人研の推計値）で示した。この比率は経年的に増加するが、沖縄県のみ ’25 年には低下し、その後は一定値になる（約 51%）と推計されている。これを見ると、やはり鹿児島県の後期高齢者割合は高く、埼玉県のその割合は低いことが分かる。特に関東南部（千葉県，埼玉県，神奈川県）と愛知県の後期高齢者比率は低く、反対に東北，四国，福岡県を除く九州の後期高齢者比率は高いことが、図 2 の調整交付金の推移にもあらわれていると言えよう。もっとも，’25 年以降には埼玉県等の都市部の高齢化が本格化するので、様相が変わる可能性が残される。

次に歳入への保険料割合と調整交付金割合の ’13 と ’07 の差を象限（例えば第 1 象限は ’13 の保険料割合が ’07 保険料割合より大きく、かつ ’13 の調整交付金割合が ’07 調整交付金割合より大きいことを示す）で示したのが図 4 である。’07～’13 で最も調整交付金割合が増加し保険料割合が低下したのは福島県（震災の影響が大きく、調定額に占める減免額の比率も約 10%でダントツ）であり、最も調整交付金割合が減少し、保険料割合が増加したのが香川県であることがわかる。

図 4 歳入に占める調整交付金の割合と保険料の割合の ’07 と ’13 年の差



資料) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』2007, 2013 年版

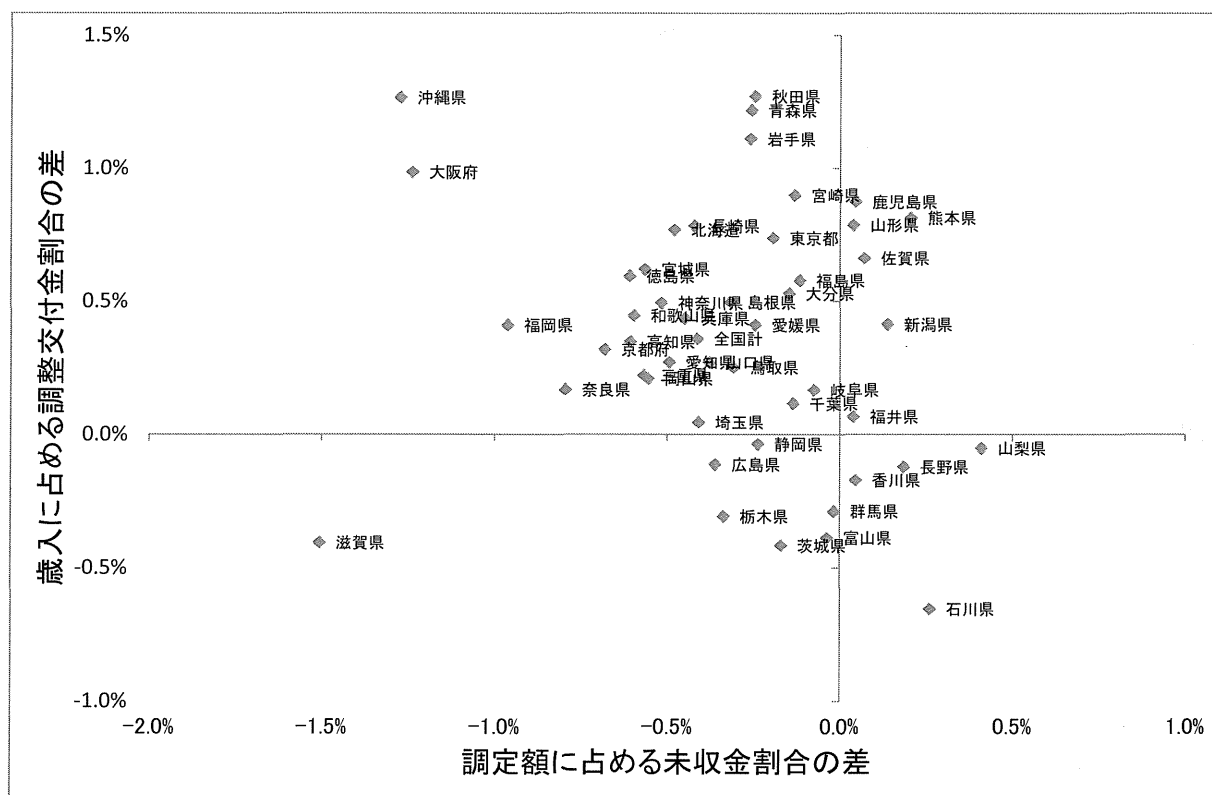
また、沖縄県の調整交付金割合が高いのは県民所得が低いためである（後期高齢者割合は全国一低い）。大都市部で唯一、歳入への保険料割合が低下し、調整交付金割合が増加したのは大阪府だけである。また、図 2 では“健全財政”を誇っていた千葉県，埼玉県，神奈川県

も保険料割合は改善しているが調整交付金割合は微増している。このことは、図3に示したように、今後、南関東の高齢化が本格化することの兆しであると言えよう。

D. 考察および E. 結論

次に、図5には'07と'13の歳入への調整交付金割合の差と調定額に占める未収金の割合の差を示した。この間、未収金割合をもっとも改善したのは滋賀県で約1.5ポイントほどである。反対に、その割合が最も“改悪”されたのは山梨県で、約0.5ポイントほどであった。滋賀県は未収金割合も石川県に次いで低いのだが、調整交付金割合が大阪府よりも高いため、図2では目立ったインパクトを与えられなかった。実は、未収金割合の方は、大阪府や沖縄県でも改善したが、全国平均が3%程度（'07は約3.5%、'13は約3%）にも関わらず、大阪府は約6%→4.5%の改善、沖縄県は約8%→約7%の改善に留まっている。この府県はもともとの未収金割合が高かったことがあるので、改善の度合いだけで判断すべきではないことが言えよう。それでも、問題なのは大阪府である。上述したように、大都市部で唯一、歳入への保険料割合が低下し、調整交付金割合が増加したのは大阪府だけである。これに加えて、未収金割合が高いとなると、大阪府のモラルが問われることとなる。

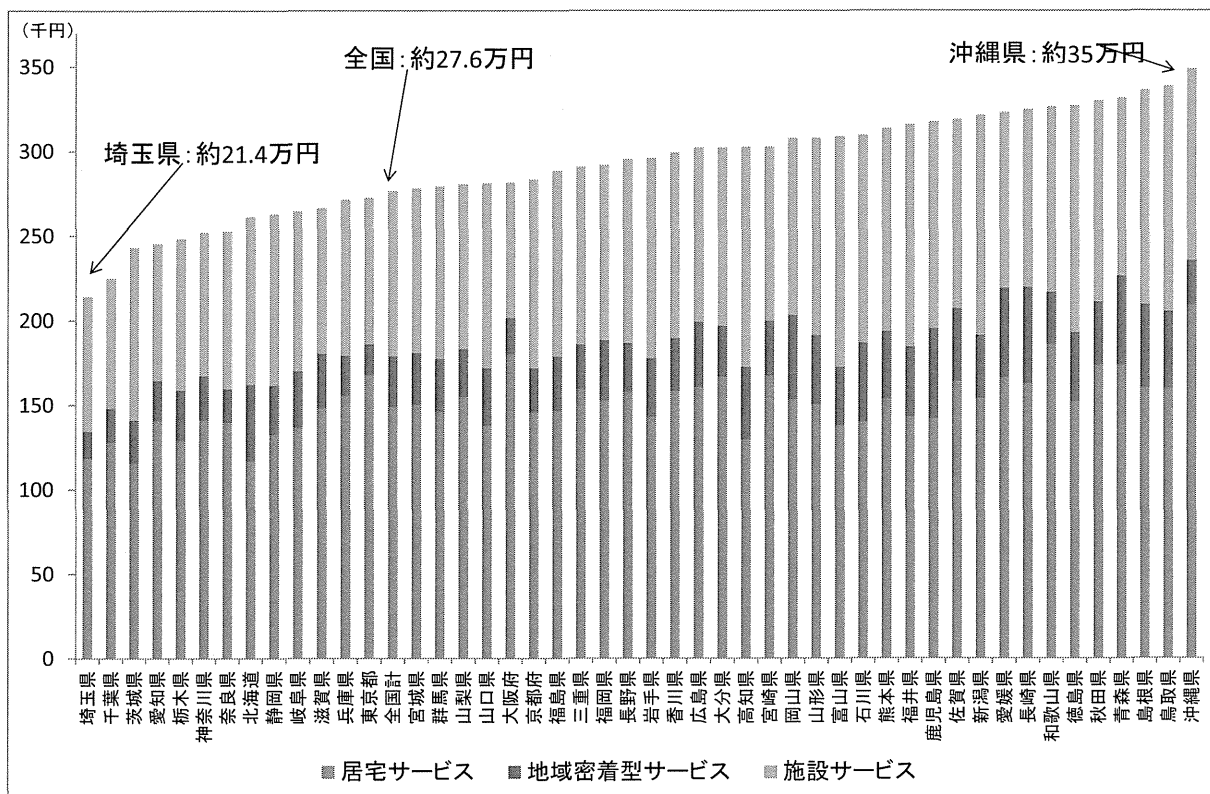
図5 歳入に占める調整交付金の割合と調定額に占める未収金の割合の'07と'13年の差



資料) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』2007, 2013年版

図6には、'13年の第1号被保険者1人当たり費用を示した。これを見ると、後期高齢者割合が低く、調整交付金や未収金の多寡で芳しくなかった沖縄県が費用の面でも最も高いという結果になっている。今後の高齢化の進展とともに、大阪府等の大都市部を抱える地域の財政の健全性確保が懸念される。

図6 都道府県別の第1号被保険者1人あたり介護給付費



資料) 介護保険事業状況報告年報 (平成25年度)

※第1号被保険者1人あたり給付費 = 平成24年度給付費累計 / 平成24年度末第1号被保険者数

※高額介護サービス費, 高額医療合算介護サービス費, 特定入所者介護サービス費は含まない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 27 年度分担研究報告書

医療サービス需要・提供体制に関する地域差の実態把握

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 部長）

【研究要旨】

目的：医療費・医療供給体制の地域差について概観し、地域包括ケア体制の構築を考えるための基礎資料を提供すること。

方法：医療費の地域差指数、人口 10 万人あたりの病床数、医師数について都道府県ごとの時系列的变化、最大値、最小値、標準偏差の推移を観察し、その上で、入院医療費と病床数、入院外医療費と医師数の相関について検討した。

結果：一人あたり入院医療費の都道府県間の差は縮小している。入院外一人あたり医療費については、最も高い広島県、2 番目に高い大阪府がその他の都道府県の値に近づく形で地域差が縮小していることがわかった。

病院病床数についてはほとんど変化が無かった。病院病床と一般診療所の病床を合算した場合には病床数は減少し、また地域間のばらつきも小さくなっていることがわかった。人口 10 万人あたり医療施設従事医師数は全ての都道府県で増加しており、標準偏差で測った都道府県間のばらつきも増加していた。

入院医療費の地域差、総病床数（病院及び一般診療所）と病院病床数の相関係数は低下していた。入院外医療費の地域差指数と医療機関に従事する人口 10 万人あたり医師数の関係を見たものである。相関係数は 0.425（平成 11 年）から 0.303（平成 20 年）まで低下した後 0.361（平成 26 年）まで回復していた。

考察・結論：入院医療費の地域差が減少した理由のひとつは介護保険制度の実施であると考えられた。ただし、介護保険制度の実施の効果が（もしあったとしても）減衰している可能性が考えられた。入院医療費と病床数の相関の強さは夙に知られているものであるが、本分析でも同様の結果となった。しかしながら、年々その相関は小さくなっていた。これは病床以外にも入院医療費に影響を与える要因があり、その要因との関連が年々大きくなっている可能性を示唆すると考えられた。入院外医療費と医師数の相関は小さかった。入院外医療費は医師数以外にも訪問看護の状況や外来の化学療法の実施状況にも依存するであろう。このことは、入院外医療の整備状況を測定するためには医師数以外で尺度が必要となることを意味する。今後、地域包括ケアの体制整備水準について検討する際にはこの点は重要な論点になると考えられた。

A. 目的

地域包括ケア体制の構築には介護のみならず医療供給体制の整備が重要である。例えば、住み慣れた場所で暮らすためには、居住地の最寄りに受診できる医療機関が必要であろう。また、救急時に受診できる病院も、診療所ほどではなくとも、居住地に近接していることは住民の立場からすれば望ましいであろう。他方で、医療機関の利用しやすさは医療費に反映される。それゆえ、地域包括ケア体制の構築を考える場合には、医療保険の財政制約

は無視することはできない制約となる。

そこで、本分析では、医療費・医療供給体制の地域差について概観し、地域包括ケア体制の構築を考えるための基礎資料を提供する。

B. 方法

公表されている公的統計の都道府県単位のデータを利用した。具体的には、医療費については厚生労働省の「医療費の地域差分析」の web ページ

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/database/iryomap/index.html)

に掲載されている平成 11 年度から平成 25 年度の医療費の地域差指数を用いた。

医療費の地域差指数は一般的に国民健康保険医療費で測定してきたが、平成 20 年度から後期高齢者医療制度が始まり、75 歳以上が国民健康保険から脱退し、統計の連続性が担保できない。そこで、平成 20 年度より前については老人保健医療費の地域差指数を、平成 20 年度からは後期高齢者医療制度にかかる医療費の地域差指数を用いることとした。

医療供給体制については、医療施設調査の静態調査実施年（平成 11 年から平成 25 年の間の 3 年ごと）から人口 10 万人あたり病院の一般・療養病床数、診療所の病床数のデータを、医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設に従事する人口 10 万人あたり医師数のデータを用いた。

医療費の地域差指数、人口 10 万人あたりの病床数、医師数について都道府県ごとの時系列的变化、最大値、最小値、標準偏差の推移を観察し、その上で、入院医療費と病床数、入院外医療費と医師数の相関について検討した。

C. 結果

図 1 は一人あたり入院医療費の地域差指数について、その最大値・最小値・標準偏差の時系列的な変化を示したものである。平成 11 年には一人あたり医療費の地域差指数は最大で 1.542（北海道）、最小で 0.700（長野県）であったが、平成 25 年には最大で 1.470（高知県）、最小で 0.754（新潟県）と都道府県間の差は縮小している。一人あたり医療費の標準偏差は平成 12 年に前年の 0.216 から 0.177 まで低下し、平成 14 年に 0.174 と観察期間中の最低値を示した。その後徐々に増加する傾向にあった。

図 2 は一人あたり入院医療費の地域差指数の都道府県別の動向を観察したものである。平成 22 年以降については、一人あたり入院医療費の地域差指数の値から都道府県がおおよそ 3 群にわけられるかも知れない。ひとつは高知県、福岡県のトップグループ、次いで一人あたり入院医療費の地域差指数が 1.4～1.2 の間にある都道府県、1.2 以下の都道府県である。

図 3 によって、同様に入院外一人あたり医療費の動向について観察すると、平成 11 年には一人あたり医療費の地域差指数は最大で 1.228（大阪府）、最小で 0.824（長野県）であったが、平成 25 年には最大で 1.171（広島県）、最小で 0.857（新潟県）と都道府県間の差

は縮小していた。標準偏差も 0.093（平成 11 年）から 0.069（平成 25 年）となっていた。

図 4 は一人あたり入院外医療費の地域差指数について、都道府県別の動向を観察したものである。最も高い広島県、2 番目に高い大阪府がその他の都道府県の値に近づく形で地域差が縮小していることがわかった。

医療供給のうち、病院の一般・療養病床の和の地域差の動向を見たのが図 5、図 6 である。平成 11 年から平成 26 年において、ほとんど病床数に変化は無く、標準偏差にもほぼ一定である。

病院病床を一般病床と療養病床に分けて観察してもほぼ同じ結果となる。図 7、図 8 は病院病床（一般）の地域差の動向を、図 9、図 10 は病院病床（療養）の地域差の動向を、それぞれ見たものである。平成 14 年までは医療法改正による一般と療養の区分変更により大きな変化があったが、その後はほとんど変化の無い状態であった。

他方、病院病床と一般診療所の病床を合算した場合には異なる結果となった。図 11 と図 12 から、全体として病床数は減少し、また地域間のばらつきも小さくなっていることがわかった。

図 13、図 14 は人口 10 万人あたり医療施設従事医師数の動向を見たものであるが、人口 10 万人あたり医療施設従事医師数は全ての都道府県で増加しており、標準偏差で測った都道府県間のばらつきも増加していた。

図 15 は入院医療費の地域差と病院病床数の各年の関係を散布図として図示したものである。相関係数は 0.832（平成 11 年）から 0.770（平成 26 年）まで低下していた。

図 16 は入院医療費の地域差指数と人口 10 万人あたり総病床数（病院及び一般診療所）の関係を見たものである。相関係数は 0.778（平成 11 年）から 0.766（平成 26 年）まで低下していた。病院病床の場合よりも入院医療費との相関係数は小さい値であった。

図 17 は入院外医療費の地域差指数と医療機関に従事する人口 10 万人あたり医師数の関係を見たものである。相関係数は 0.425（平成 11 年）から 0.303（平成 20 年）まで低下した後 0.361（平成 26 年）まで回復していた。

D. 考察および E. 結論

本稿では既存統計により入院・入院外医療費、医療提供体制のそれぞれの地域差および医療費と医療提供体制の相関について検討した。

入院医療費の地域差が減少した理由のひとつは介護保険制度の実施であろう。平成 12 年に入院医療費の地域差指数が大きく低下し、平成 14 年には最低値となった。しかしながら、その後標準偏差はわずかながら拡大傾向にあり、介護保険制度の実施の効果が（もしあったとしても）減衰している可能性を示唆しているかも知れない。

入院外医療費の地域差も減少していた。その減少は観察期間中に最大値も最小値もそれぞれほぼ一貫して低下（増加）する傾向となっていたが、実際には最も高い広島県、2 番目に高い大阪府がその他の都道府県の値に近づく形で地域差が縮小していた。

第 4 次医療法改正により、それまでのその他病床が一般病床と療養病床の区分に分けら

れた。しかしながら、具体的に病床を削減する施策が採られたわけでは無いため、病院病床（総数、療養、一般）数には大きな変化は無く、地域差も変化が無かった。

一般診療所の病床数は減少しており、その結果としており、病院と一般診療所を合算した病床数が減少していた。しかしながら、そもそも人口 10 万人あたりでは、病院病床数：1050.2 に対して、診療所病床数は 88.4 しかなく、診療所病床数の減少が病床総数の減少に与える効果は限局的で有り、今後も継続して効果を持つとは考えにくい。

医師は地域枠の設定や 2 医学部の新設が行われるなど、増加させる政策が行われている。そのような政策動向を反映し、人口 10 万人あたり医療施設従事医師数は全ての都道府県で増加していた。

入院医療費と病床数の相関の強さは夙に知られているものであるが、本分析でも同様の結果となった。しかしながら、年々その相関は小さくなっていった。これは病床以外にも入院医療費に影響を与える要因があり、その要因との関連が年々大きくなっている可能性を示唆する。ひとつの要因は介護サービス供給体制の整備状況であろう。入院医療費の水準が介護保険制度導入で小さくなったが、その後は全国レベルの入院医療費に影響を与えなくとも、地域ごとの入院医療費の相対的な大きさに影響を与えている可能性は否定できない。

入院外医療費と医師数の相関は小さかった。入院外医療費は医師数以外にも訪問看護の状況や外来の化学療法の実施状況にも依存するであろう。このことは、入院外医療の整備状況を測定するためには医師数以外で尺度が必要となることを意味する。今後、地域包括ケアの体制整備水準について検討する際にはこの点は重要な論点になると考えられる。

F．健康危険情報

なし

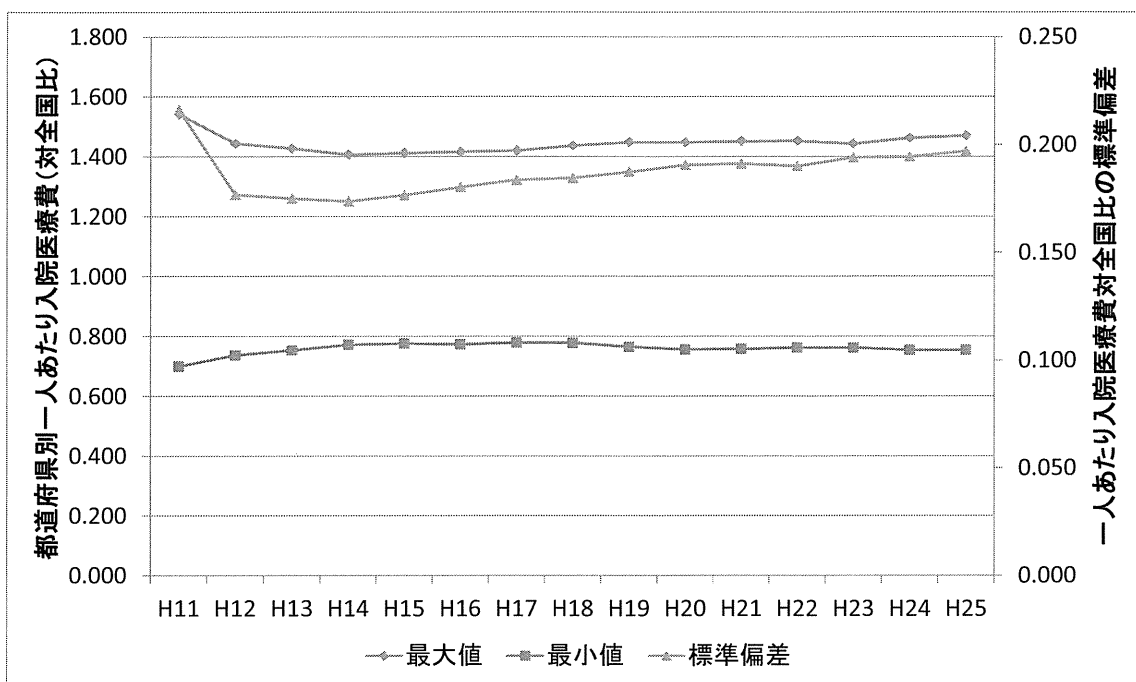
G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

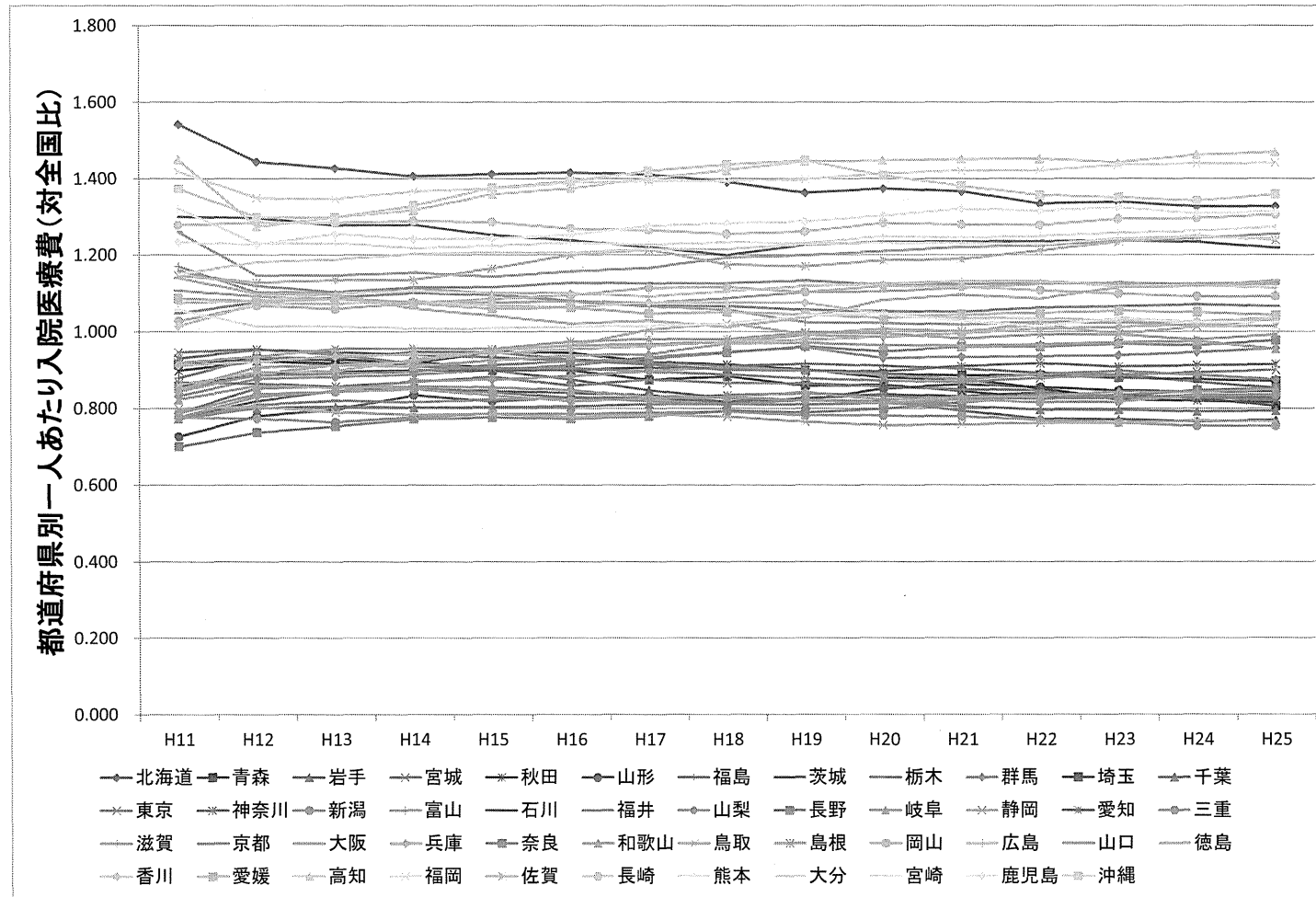
なし

図1：一人あたり入院医療費の地域差指数：最大値・最小値・標準偏差の動向



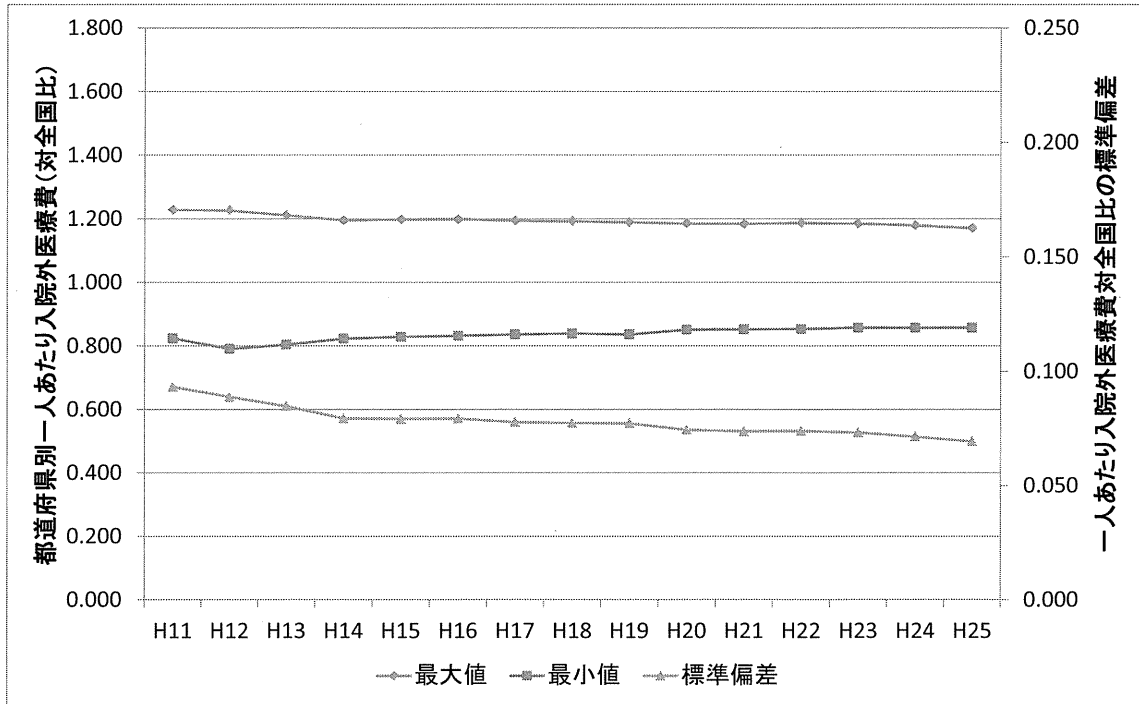
出所：筆者作成

図2：一人あたり入院医療費の地域差指数：都道府県別の動向



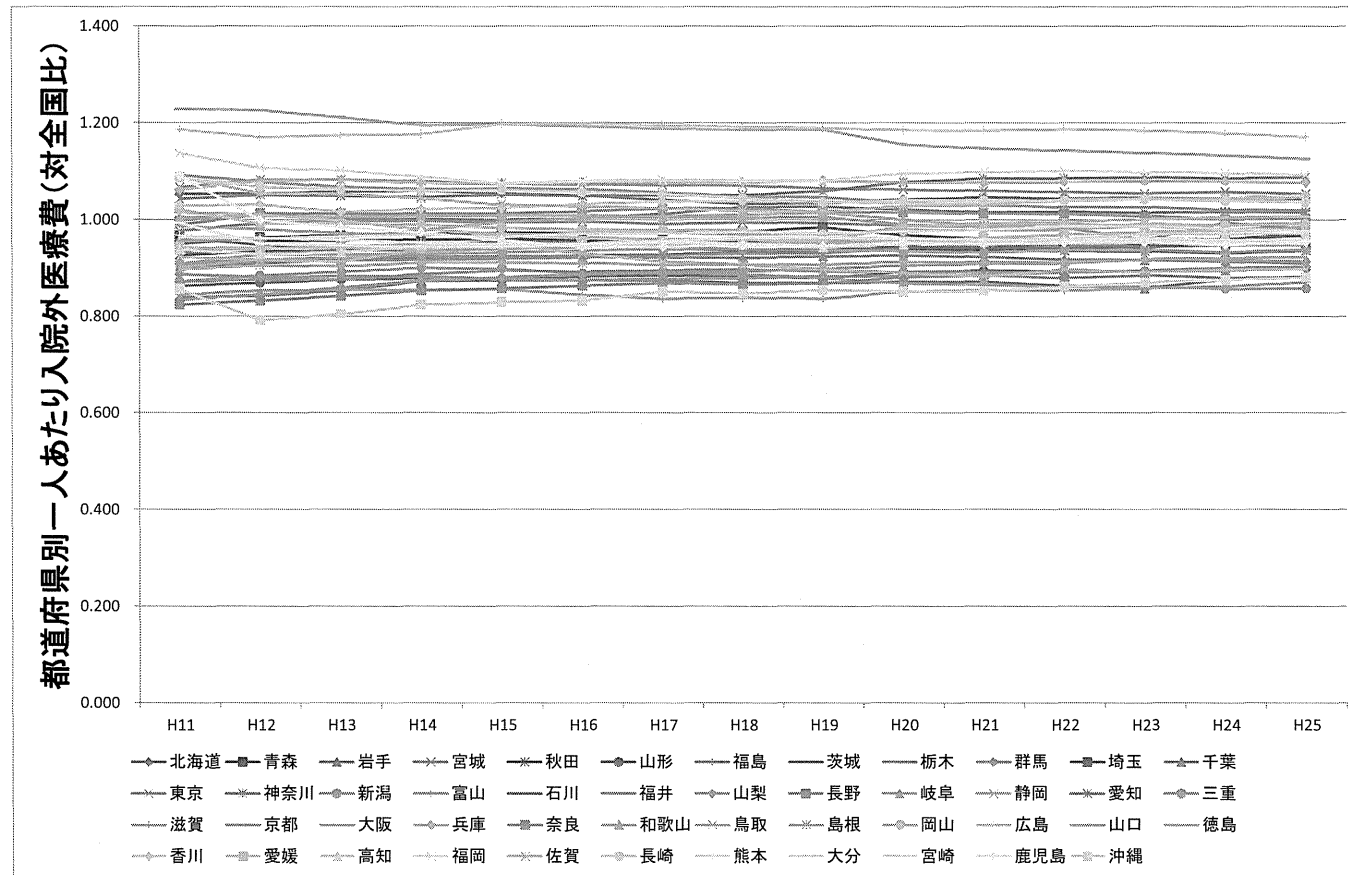
出所：筆者作成

図3：一人あたり入院外医療費の地域差指数：最大値・最小値・標準偏差の動向



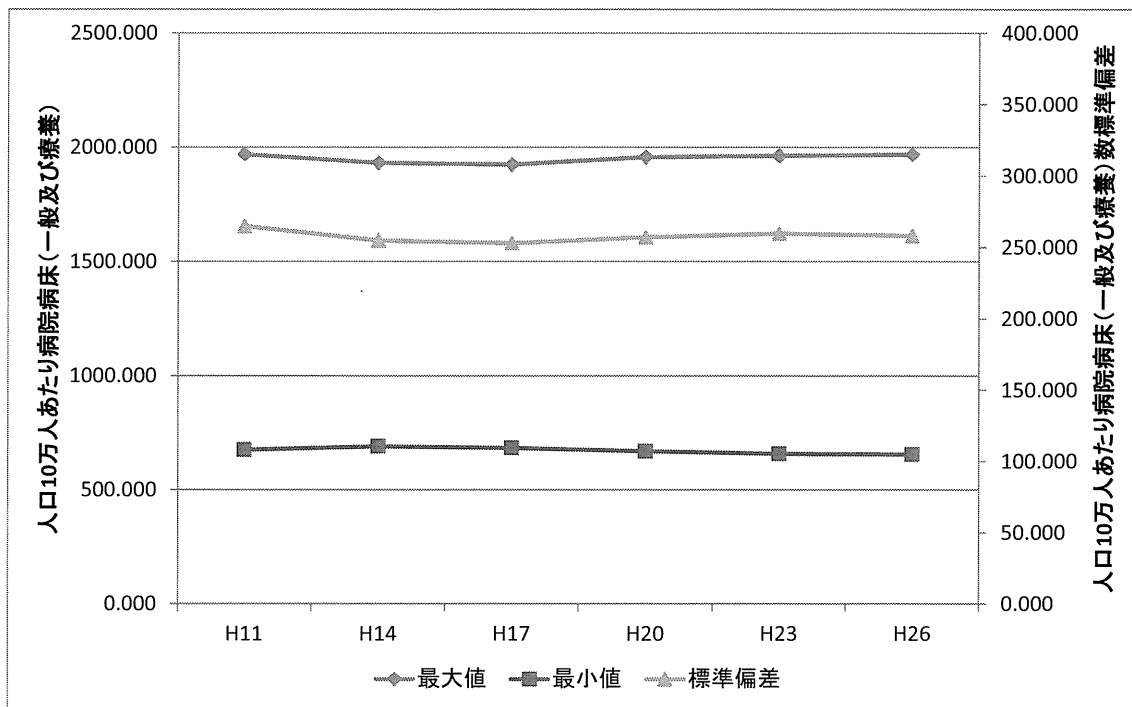
出所：筆者作成

図 4：一人あたり入院外医療費の地域差指数：都道府県別の動向



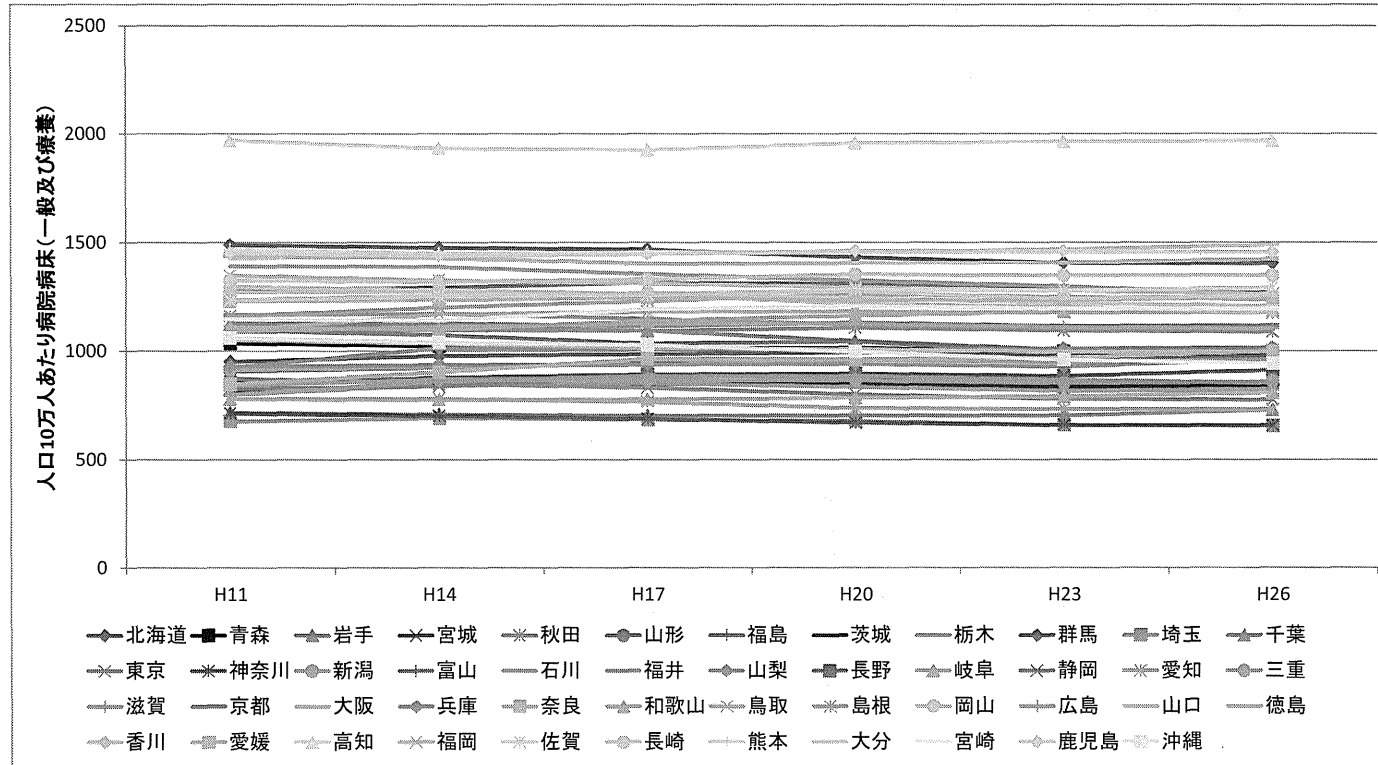
出所：筆者作成

図 5：病院病床（一般及び療養）の地域差の動向：最大値・最小値・標準偏差



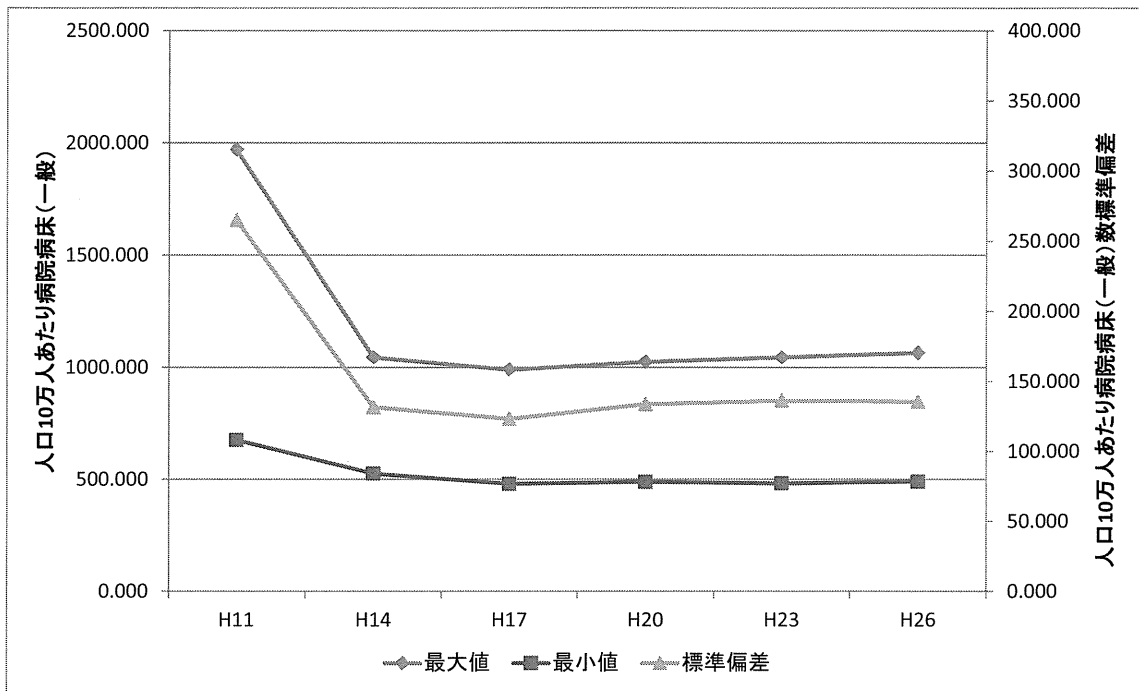
出所：筆者作成

図6：病院病床（一般及び療養）の地域差の動向：都道府県別



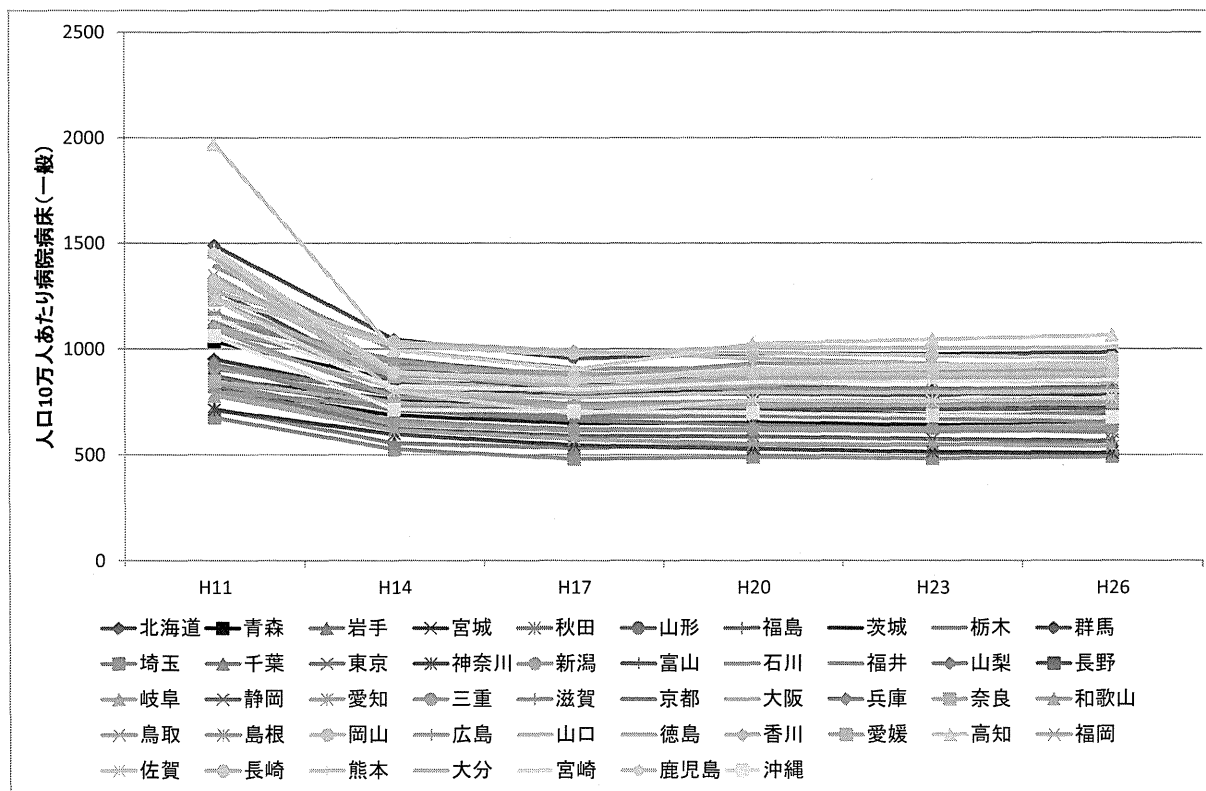
出所：筆者作成

図7：病院病床（一般）の地域差の動向：最大値・最小値・標準偏差



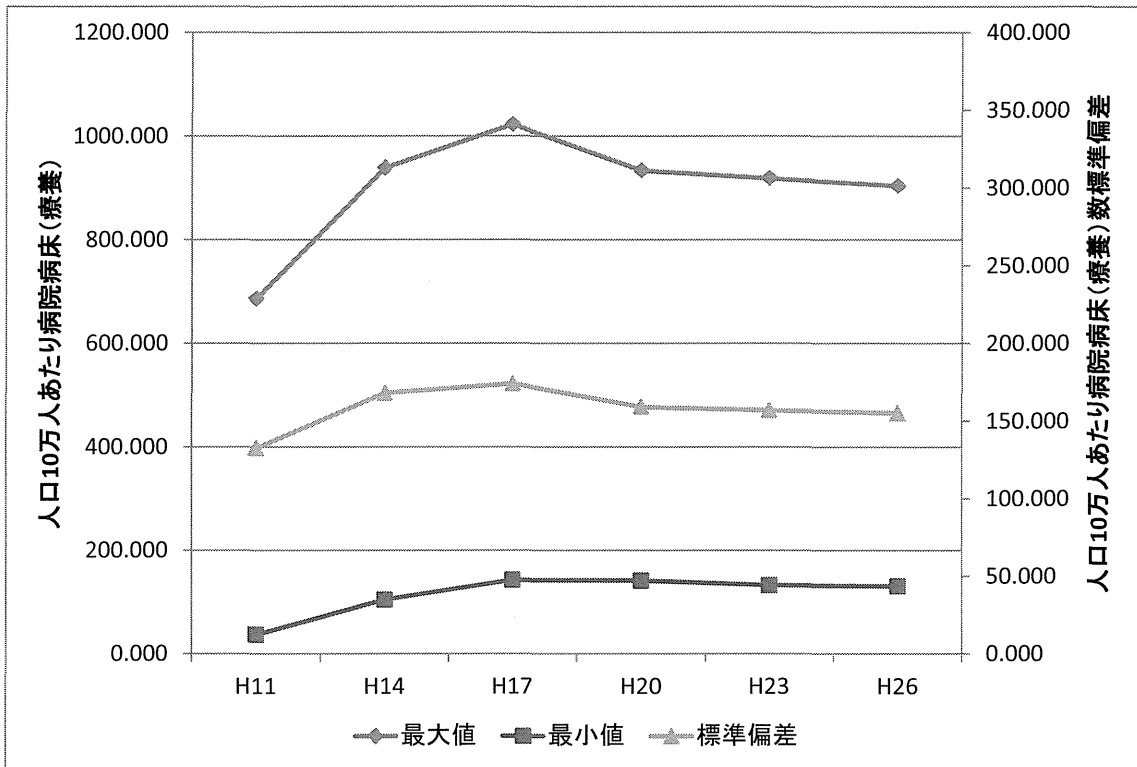
出所：筆者作成

図 8：病院病床（一般）の地域差の動向：都道府県別



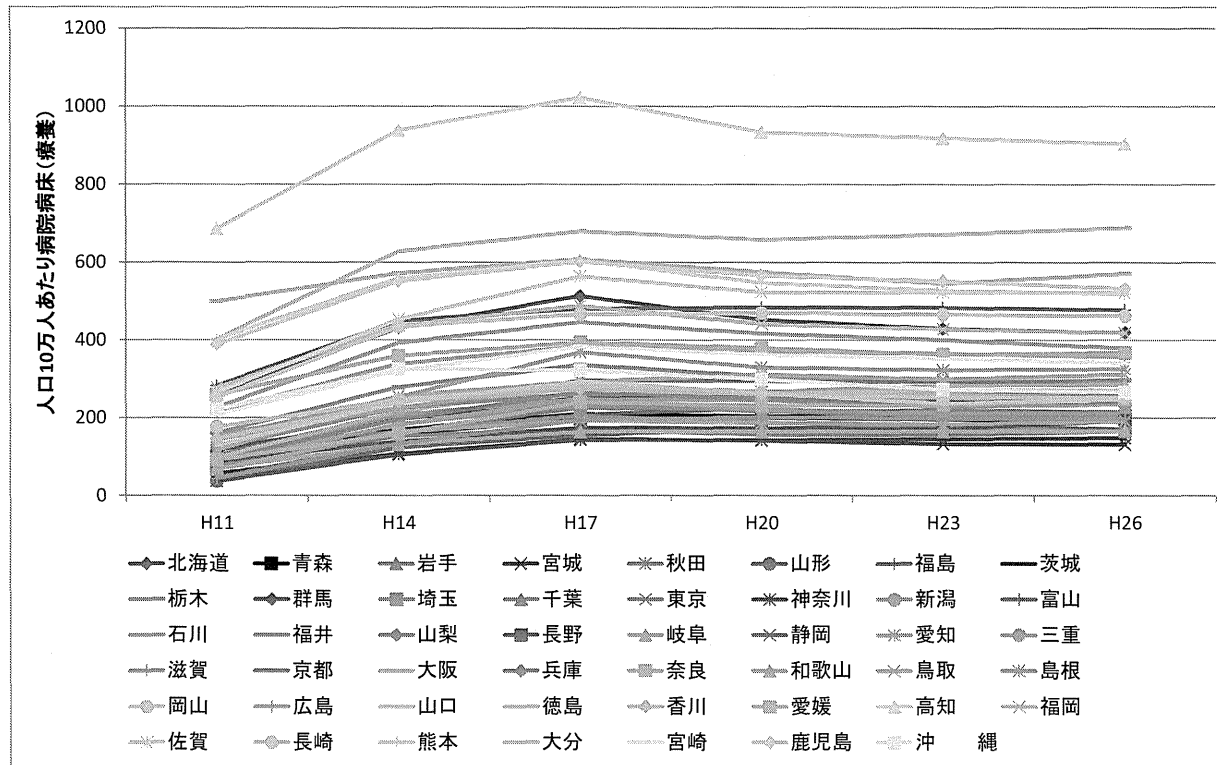
出所：筆者作成

図9：病院病床（療養）の地域差の動向：最大値・最小値・標準偏差



出所：筆者作成

図 10：病院病床（療養）の地域差の動向：都道府県別



出所：筆者作成