

兵庫県における保険者別データによる介護保険の類型化¹⁾

村上 寿来

1. はじめに一問題意識

2000年に介護保険が導入されてから10年が経過した。この間に介護保障システムとしての介護保険制度は一応の定着を見ることができるとともに、そうした制度の定着と高齢化の進展による要介護高齢者の増加などを背景として、介護保険財政も当初の予想以上の拡大をみせてきた(図表1)。そうした動きに対して、3年に1度の制度の見直し毎に介護報酬の引き下げを図ると共に、2006年には施設介護の見直しや介護予防の導入などの大幅な制度改正を行ったが、2006年度は費用総額が比較的抑えられたものの、2007年度には再び比較的大きく増加し、財政の拡大傾向は依然続いている。しかも、費用抑制策が事業所の経営の逼迫や介護人材の給与水準の低さなどを背景とした人材不足ももたらしたことなども指摘されている。この点が大きな問題として捉えられたこともあって、2009年度の第4次改正においては、介護報酬の引き上げが行われることになった。ただし、それはそれまで優先的に取り組んできた財政拡大にたいする抑制の方向性が一部後退することを意味し、必然的に介護保険料の引き上げ等の財政負担の拡大につながるようになることは忘れてはならない。

今後数十年にわたって少子高齢化と人口減少がすすむ中、急速に増大することが見込まれる要介護者に対して、十分な介護保障を提供していくためには、介護保険制度の持続可能性を高めることが必要不可欠である。それにはまずもって財政の安定化がはかられることが重要であろうことはいうまでもない。しかしながら、他方で、必要とされるニーズへの十分な対応と適切な質的水準の維持が図られなければ、そもそもその制度への信頼は得られず、必要な負担水準を国民が受け入れることにはつながらないだろう。

我が国の介護保険制度は、おおよそ市町村が保険者となって運営されている。そのような比較的小規模な地域を単位にしていることもあって、地域間・保険者間に格差が存在し、介護保険料の水準や介護サービス事業所の展開、施設介護の状況など、介護保険制度の内実は多種多様な展開を見せているといえる。確かに、サービス提供水準や負担水準に過度の格差が生じている問題はあってもないが、しかしながら、負担水準とサービスの提供水準とはある程度トレードオフの関係にあり、その地域の住民が望むサービスの水準と受容可能な負担水準は、地域によりいわば必然的に格差が生じざるを得ないとも言える。そもそも介護保険制度においては、全保険者が目指すべき単一モデルの存在を前提としてそれを目指すのではなく、地域住民による合意形成をはかりながら、その

1) 本研究は、科研費(20330061)の助成を受けた成果を含むものである。

図表1 介護保険給付額および受給者数の推移

	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006年度 (うち予防給付)	2007年度 (うち予防給付)	2008年度 (うち予防給付)	
介護費 (億円)	総額	39,535	45,652	51,918	56,795	61,782	63,887	64,345(1778)	67,594(3409)	70,494(3769)
	前年比 (%)	—	15.5	13.7	9.4	8.8	3.4	0.7	5.0	4.3
	(指数)	—	115.5	131.3	143.7	156.3	161.6	162.8	171.0	178.3
	居宅介護	12,941	17,108	21,496	25,799	29,473	32,071	29,653(1759)	31,319(3369)	33,161(3719)
	前年比 (%)	—	32.2	25.6	20.0	14.2	8.8	— 7.5	5.6	5.9
	(指数)	—	132.2	166.1	199.4	227.7	247.8	229.1	242.0	256.2
	%	32.7	37.5	41.4	45.4	47.7	50.2	46.1	46.3	47.0
	施設介護	26,594	28,544	30,422	30,996	32,309	31,816	30,429	31,255	31,596
	前年比 (%)	—	7.3	6.6	1.9	4.2	— 1.5	— 4.4	2.7	1.1
	(指数)	—	107.3	114.4	116.6	121.5	119.6	114.4	117.5	118.8
%	67.3	62.5	58.6	54.6	52.3	49.8	47.3	46.2	44.8	
地域密着型サービス							4,264(18)	5,020(39)	5,737(50)	
前年比 (%)							—	17.7	14.3	
%							6.6	7.4	8.1	
受給者 数 (千人)	要介護認定者	2,182	2,582	3,029	3,484	3,874	4,108	4,437	4,477	4,621
	前年比 (%)	—	18.4	17.3	15.0	11.2	6.0	8.0	0.9	3.2
	(指数)	100.0	118.4	138.8	159.7	177.6	188.3	203.4	205.2	211.8
	介護サービス受給者	1,490	1,986	2,317	2,657	2,982	3,231	3,447	3,533	3,687
	前年比 (%)	—	33.4	16.6	14.7	12.2	8.3	6.7	2.5	4.4
	(指数)	100.0	133.4	155.5	178.4	200.2	216.9	231.4	237.2	159.2
	%	68.3	76.9	76.5	76.3	77.0	78.7	77.7	78.9	79.8
	居宅介護	971	1,347	1,644	1,944	2,237	2,457	2,517	2,546	2,658
	前年比 (%)	—	38.7	22.0	18.2	15.1	9.8	2.4	1.2	4.4
	(指数)	100.0	138.7	169.3	200.2	230.4	253.0	259.1	262.2	161.6
%	65.2	67.8	71.0	73.2	75.0	76.0	73.0	72.1	72.1	
施設介護	518	639	672	713	745	774	787	813	824	
前年比 (%)	—	23.3	5.2	6.0	4.6	3.8	1.7	3.3	1.3	
(指数)	100.0	123.3	129.7	137.5	143.8	149.3	151.9	156.9	122.6	
%	34.8	32.2	29.0	26.8	25.0	24.0	22.8	23.0	22.4	
地域密着型サービス							143	174	205	
前年比 (%)							—	21.7	17.9	
%							4.1	4.9	5.6	

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定番)」(各月)および国民健康保険中央会ホームページ「給付状況(平成19年度分)」より作成。介護費の単位は億円で、福祉用具購入費や住宅改修費など市町村が直接支払う分は含まれていない。受給者数の単位は千人。受給者数については各年度4月期のデータを用いた。また「指数」は2000年度を基準にした数値である。

地域の特性にみあった制度の構築が目指されるべきではないだろうか。その際に、保険者たる市町村やそれをとりまとめる都道府県は、自らの地域および介護保険の特性を把握しながら、各地域にみあったよりよい制度のあり方を模索

することが求められるだろう。そこで本稿では、そうした制度特性の把握の基礎として、介護保険制度の類型化を試み、それを通じて介護保険制度の現状と課題について明らかにすることを目指す。ここでは、兵庫県を事例として、保険

者別介護保険データを用いて、兵庫県内における保険者の類型化を行う。

2. 先行研究

介護保険制度は市町村を中心とした自治体によって運営されているが、これまで、保険者別データによる分析を行ったものは比較的少ない²⁾。そうした試みのうち代表的なものには、清水谷・稲倉（2006）、由井（2006）、田近・油井・菊池（2005）などがある。清水谷・稲倉（2006）は全国の市町村別データを利用して回帰分析を行い、保険者の財政状況と要介護認定率に関連が見られることを指摘している。由井（2006）は、青森県内の保険者別データを用いて、県内の地域格差、特に2次保健医療圏域ごとの地域差を中心に分析を行っている。これらは、それまであまり試みられなかった保険者別データを利用した分析であるとともに、介護保険における地域差を実証的に明らかにしている点で大いに示唆を与える。これらの分析においては、介護保険に関する地域差を考慮しつつも、認定率や利用率の決定要因といった、一般的な関連を明らかにすることを意図しているが、ただし、油井（2006）において、要介護度別認定率の説明変数において地域ダミーの説明力が圧倒的に大きかったことが示唆されているように、介護保険においては、各地域の特性がむしろ大きな要因として働いている可能性があり、一般的な関連に加えて、個別の地域状況を踏まえた考察が必要ではないかと考える。そうした点では、田近・油井・菊池（2005）が、青森県を事例に、保険料水準と給付水準と財政状況について、県内市町村保険者別の状況

を詳細に分析し、青森県における介護保険財政の悪化原因について検討を加えている点から大いに参考になる。この分析は、保険者別の個別状況を十分考慮しつつ分析を進めている点で、分析のあり方におけるひとつの重要な方向性を示している。ただし、そこでの関心は介護保険財政の問題に集中しており、より多様な変数を考慮した分析の展開も求められるだろう。

また、地域の多様性とその類型化に関心を当てた研究に、(財)みずほ情報総研（厚生労働省委託）（2007）がある。そこでは、健康・医療関連の都道府県別データを利用して、クラスター分析が行われており、その際には介護保険関連データも考慮されている。ただし、市町村が保険者である介護保険においては特に、都道府県レベル以上に市町村レベルの分析が必要である。本研究は、(財)みずほ情報総研（厚生労働省委託）（2007）での議論を参考にしつつ、介護保険利用実績データにより重点を置きながら、兵庫県内の介護保険者に焦点を当て、その類型化を通じて政策課題を抽出することを目指す。

3. 兵庫県における介護保険者のクラスター分析

(1) データと方法

ここでのデータは、兵庫県内の介護保険者別の介護保険給付実績データおよび要介護認定データである³⁾。

分析に利用したデータは図表2の通りであ

- 3) 介護保険給付実績データは、兵庫県高齢社会課より提供を受けた。要介護認定関連データは、厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）」による。ここでは、先の介護給付実績データの時点と同じ2008年6月期のデータを用いている。

2) 油井（2006）、p. 87.

図表2 利用データ一覧および兵庫県平均値

項目	データ	兵庫県
基本	高齢化率 : 65歳以上人口/総人口	21.6
	後期高齢者割合 : 75歳以上人口/65歳以上人口	45.6
認定率	軽度認定率 : 要支援1, 2認定者数/65歳以上人口	5.5
	中度認定率 : 要介護1, 2, 3認定者数/65歳以上人口	8.3
	重度認定率 : 要介護4, 5認定者数/65歳以上人口	3.6
	前期高齢者認定率 : 65~74歳要介護認定者数/65~74歳人口	2.6
	後期高齢者認定率 : 75歳以上要介護認定者数/75歳以上人口	14.2
費用	1人あたり費用額 : 介護費用総額/受給者数	134,531
	1人あたり在宅費用額 : 在宅介護費用総額/在宅介護サービス利用者数	95,342
	1人あたり施設費用額 : 施設介護費用総額/施設介護サービス利用者数	273,133
	一人当たり重度費用 : 要介護4, 5費用額/要介護4, 5利用者数	250,700
	一人当たり中度費用 : 要介護1, 2, 3費用額/要介護1, 2, 3利用者数	134,046
	一人当たり軽度費用 : 要支援1, 2費用額/要介護1, 2利用者数	33,622
	費用重度率 : 要介護4, 5費用額/総費用額	42.1
	費用中度率 : 要介護1, 2, 3費用額/総費用額	51.5
費用軽度率 : 要支援1, 2費用額/総費用額	6.4	
人数	受給率 : 介護給付受給者数/要介護認定者数	78.3
	人数重度率 : 要介護4, 5利用者数/総利用者数	22.6
	人数中度率 : 要介護1, 2, 3利用者数/総利用者数	51.6
	人数軽度率 : 要支援1, 2利用者数/総利用者数	25.8
在宅志向	費用在宅率 : 在宅介護サービス費用総額/総費用額	55.2
	人数在宅率 : 在宅介護サービス利用者数/総利用者数	78.0
	重度在宅率 : 要介護4, 5在宅介護サービス利用者数/要介護4, 5利用者数	45.8
サービス利用	介護老人福祉施設利用割合 : 介護老人福祉施設利用者数/施設介護利用者数	52.4
	地域密着型介護老人福祉施設利用割合 : 地域密着型介護老人福祉施設利用者数/施設介護利用者数	0.8
	介護老人保健施設利用割合 : 介護老人保健施設利用者数/施設介護利用者数	35.8
	介護療養型医療施設利用割合 : 介護療養型医療施設利用者数/施設介護利用者数	11.0
	訪問介護利用率 : 訪問介護利用者数/総利用者数	48.3
	訪問看護利用率 : 訪問看護利用者数/総利用者数	12
	通所介護利用率 : 通所介護利用者数/総利用者数	40
	通所リハ利用率 : 通所リハ利用者数/総利用者数	14
	短期入所利用率 : 短期入所利用者数/総利用者数	10.0

る。

ここでの分析においては、介護保険の利用実績データにより重点を置き、それをもとに介護

保険の類型化を試みる⁴⁾。類型化の手法として

- 4) 介護保険状況を分析する上では、事業所・施設数などの供給側のデータも有用であろう。ただし、①施設については市町を越えた利用が可能である、②例えば訪問介護においては、事業

は、クラスター分析を採用する。

クラスター分析とは、複数の変数を用いて、類似した傾向を持つ対象を分類するための多変量解析の手法である。ここでは、階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析では、クラスター間の距離による非類似行列を基に、類似したサンプルを最終的にひとつのクラスターになるまで段階的に統合してゆく。したがって、把握されうるクラスター数は任意である。また、統合過程がデンドログラムによって図式化可能なため、クラスター間ならびにクラスター内の近接関係等についても把握可能である。クラスタリングにあたっては、標準的な手法であるWard法を用い、クラスター間の距離は平方ユークリッド距離を採用した。また、ここで採用した項目はスケールが異なるため、標準化したz得点を利用した。

(2) 分析結果

図表3は、クラスタリングの結果を示したデンドログラムである。ここでは、図表3の太線部分でクラスターを取り出すこととし、8つのクラスターが得られた。デンドログラムの形成過程からすると、各クラスターは、1と2、3と4、5と6、7と8との間には共通性が見られそうだが、それぞれの「近さ」には差があるため、単純に4クラスターにまとめることは出来ない。またその「近さ」はここで投入したすべての変数を総合した結果であるため、個々のクラスター間の「近さ」が示す内容は異なると考

所数の偏在が大きく、それゆえ従業員数等の規模も考慮する必要が大きいが、十分なデータが得られなかった、③類型化と特徴を把握する上では、供給要因を加えることで解釈がさらに難しくなる、などの理由から、ここでは利用実績データを中心に分析した。

えられる⁵⁾。それゆえ、このクラスター形成過程だけからは、相互の関係性と具体的な意味内容をつかむことが難しい。そこで次に、各クラスターの所属市町データの状況(図表4)ならびに各変数のクラスター平均値(図表5、6)を踏まえて、クラスターの特徴について整理を行う。

(3) クラスター別の特徴

以下、クラスター順にその特徴について整理していく。

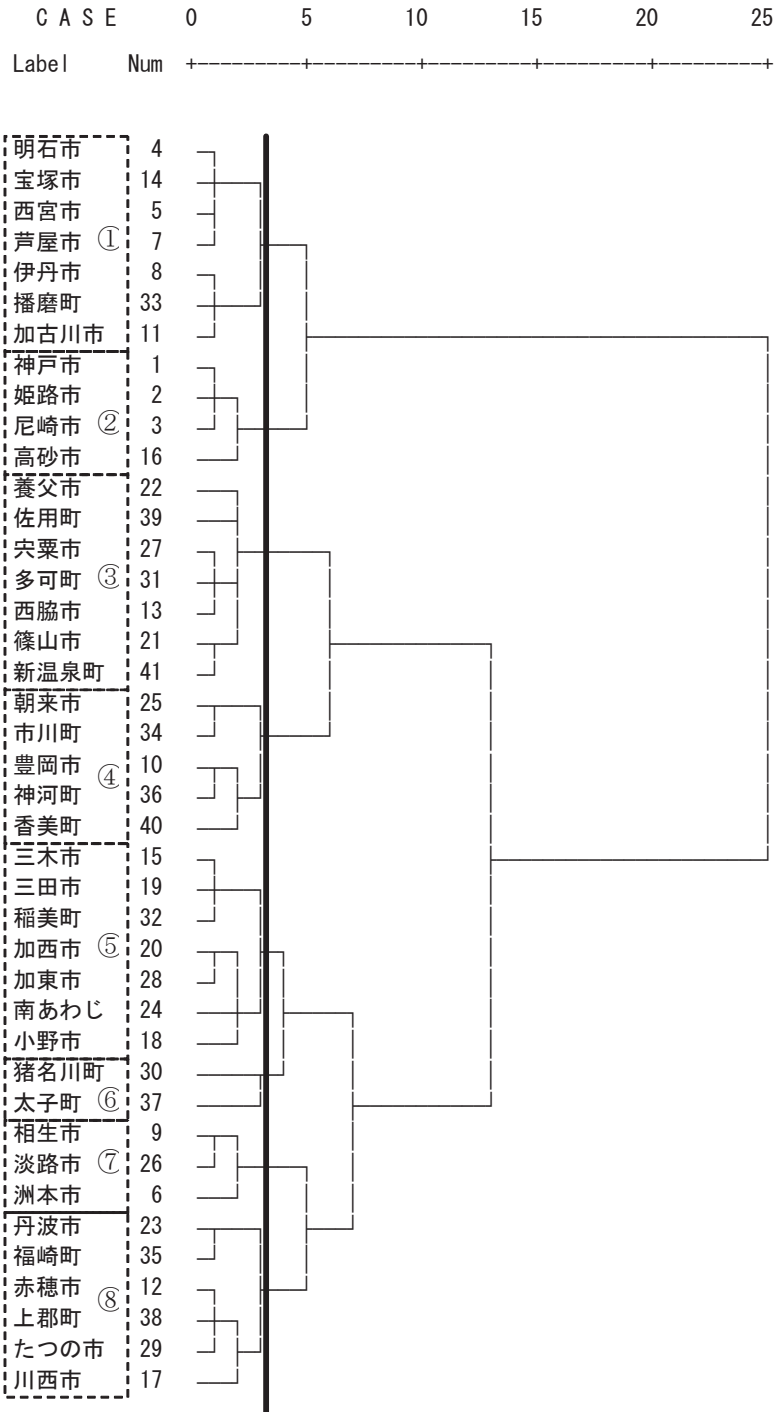
①クラスター1(明石市、宝塚市、西宮市、芦屋市、伊丹市、播磨町、加古川市)

阪神地域の各市および東播磨の3市町からなる。高齢化率が比較的低く、後期高齢者割合も低い。一人当たり介護費用が3番目に低いクラスターである。認定率では重度および中度の認定率が低くなっている。また、人数・費用共に重度率が低く、逆に軽度率が高い。人数・費用在宅率も高くなっており、在宅傾向が強いといえる。在宅サービスの利用率は、訪問介護中心で、短期入所が低い点に特徴がある。施設介護では、介護老人福祉施設が低く、介護老人保健施設が高い。

②クラスター2(神戸市、姫路市、尼崎市、高砂市)

大都市部と高砂市からなる。高齢化率・後期高齢者割合が低い。また、一人当たり介護費用額が最も低いグループである。だが、認定率は前期・後期いずれも高く、また軽度・中度認定率が最も高いクラスターである。費用構造では、一人当たり施設介護費は平均以上であるが、軽

5) 例えば、クラスター1と2、3と4がそれぞれより近い組み合わせだと言っても、1と2の近さと3と4の近さが同様な意味をもつとは言えない。



図表3 クラスター分析結果（デンドログラム）

図表5 クラスター平均（実数）

クラスター	1	2	3	4	5	6	7	8
高齢化率	19.4	20.5	28.3	28.0	21.5	17.9	27.8	23.9
後期高齢者割合	42.3	43.6	55.3	55.2	48.5	41.1	53.2	48.3
軽度認定率	5.4	6.5	4.2	4.8	4.4	5.2	4.4	3.7
中度認定率	7.4	8.7	8.4	7.4	8.2	6.8	8.7	8.5
重度認定率	3.1	3.7	4.5	4.8	3.9	3.7	3.8	3.9
前期高齢者認定率	4.1	5.6	3.8	4.0	4.0	3.6	3.8	3.6
後期高齢者認定率	30.3	34.9	27.2	26.7	28.4	30.6	27.8	28.3
1人あたり費用額	133929.2	132182.1	146057.1	145776.8	147005.3	144123.1	132473.5	144541.7
1人あたり在宅費用額	95763.5	95786.8	98658.6	102323.1	99040.2	93061.7	88709.3	98960.1
1人あたり施設費用額	274957.7	275283.5	260208.2	265102.2	278252.2	289110.3	261563.6	272894.0
1人あたり重度費用額	254868.1	251353.2	236475.1	239299.9	259696.7	268316.9	239532.9	248980.7
1人あたり中度費用額	140526.5	132814.3	136217.6	136826.2	141178.6	139476.5	129249.6	129351.5
1人あたり軽度費用額	34819.1	32684.7	39254.4	33535.8	37074.7	35735.8	34925.9	31908.2
費用在宅率	56.3	57.8	47.8	51.4	49.3	47.6	50.0	50.6
費用重度率	39.6	41.7	46.1	51.7	43.3	48.9	41.4	45.3
費用中度率	52.9	51.7	48.7	43.1	51.2	44.2	52.5	51.0
費用軽度率	7.5	6.6	5.2	5.2	5.6	6.9	6.1	3.6
人数重度率	20.8	22.0	28.5	31.5	24.6	26.3	22.9	26.4
人数中度率	50.5	51.5	52.2	45.9	53.3	45.7	53.9	57.2
人数軽度率	28.7	26.6	19.3	22.6	22.2	28.0	23.2	16.5
人数在宅率	78.7	79.7	70.7	73.1	73.2	74.0	74.7	73.8
重度在宅率	45.3	47.4	40.7	45.2	38.3	32.5	39.5	40.6
受給率	79.2	75.0	79.2	80.6	79.3	77.0	80.5	76.3
介護老人福祉施設利用割合	49.8	47.2	66.4	74.8	52.5	51.3	64.0	60.5
地域密着型介護老人福祉施設利用割合	0.0	2.2	0.0	0.0	0.5	0.0	0.7	0.0
介護老人保健施設利用割合	38.3	39.5	30.4	18.5	30.3	26.1	30.1	27.3
介護療養型医療施設利用割合	11.9	11.2	3.2	6.8	16.6	22.6	5.1	12.2
訪問介護利用率	48.6	50.3	25.5	30.3	31.0	38.0	43.2	33.3
訪問看護利用率	11.9	12.5	13.5	12.1	10.6	10.2	7.0	8.8
通所介護利用率	41.0	39.5	46.3	55.5	41.8	54.8	35.9	52.1
通所リハ利用率	13.5	13.3	22.8	7.9	26.2	9.9	20.7	12.7
短期入所利用率	9.3	9.4	14.7	18.5	12.1	12.0	10.2	13.3

兵庫県における保険者別データによる介護保険の類型化

図表6 クラスター平均 (z得点)

クラスター	1	2	3	4	5	6	7	8
高齢化率	-0.981	-0.723	1.082	1.016	-0.499	-1.333	0.962	0.062
後期高齢者割合	-1.056	-0.845	1.025	1.005	-0.063	-1.250	0.685	-0.090
軽度認定率	0.639	1.728	-0.533	0.106	-0.313	0.473	-0.267	-1.023
中度認定率	-0.761	0.728	0.402	-0.730	0.150	-1.445	0.700	0.499
重度認定率	-1.222	-0.337	0.877	1.219	-0.111	-0.337	-0.241	-0.025
前期高齢者認定率	0.093	2.295	-0.393	-0.017	-0.055	-0.743	-0.372	-0.669
後期高齢者認定率	0.464	2.038	-0.631	-0.796	-0.195	0.546	-0.408	-0.252
人数重度率	-1.191	-0.892	0.795	1.570	-0.219	0.228	-0.644	0.251
1人あたり費用額	-1.046	-1.289	0.641	0.602	0.772	0.372	-1.248	0.430
1人あたり在宅費用額	-0.281	-0.277	0.204	0.818	0.268	-0.733	-1.462	0.255
1人あたり施設費用額	0.384	0.418	-1.140	-0.634	0.724	1.846	-1.000	0.171
1人あたり重度費用額	0.496	0.200	-1.054	-0.816	0.902	1.628	-0.796	0.000
1人あたり中度費用額	0.577	-0.448	0.004	0.085	0.664	0.437	-0.922	-0.909
1人あたり軽度費用額	-0.112	-0.704	1.117	-0.468	0.513	0.142	-0.082	-0.919
費用重度率	-1.106	-0.625	0.381	1.651	-0.264	1.007	-0.691	0.205
費用中度率	0.768	0.464	-0.288	-1.677	0.324	-1.405	0.648	0.294
費用軽度率	1.235	0.613	-0.359	-0.356	-0.100	0.856	0.300	-1.453
費用在宅率	1.043	1.357	-0.796	-0.029	-0.460	-0.827	-0.320	-0.195
人数中度率	-0.294	-0.074	0.098	-1.374	0.349	-1.427	0.485	1.250
人数軽度率	1.229	0.789	-0.732	-0.036	-0.136	1.098	0.086	-1.326
人数在宅率	1.153	1.426	-1.080	-0.401	-0.369	-0.169	0.026	-0.227
重度在宅率	0.619	1.006	-0.190	0.599	-0.612	-1.648	-0.394	-0.211
受給率	0.171	-0.968	0.188	0.569	0.208	-0.428	0.531	-0.613
介護老人福祉施設利用割合	-0.810	-1.053	0.725	1.496	-0.558	-0.673	0.505	0.177
地域密着型介護老人福祉施設利用割合	-0.366	1.901	-0.366	-0.366	0.183	-0.366	0.334	-0.366
介護老人保健施設利用割合	0.919	1.051	-0.014	-1.405	-0.018	-0.512	-0.038	-0.375
介護療養型医療施設利用割合	0.194	0.086	-1.115	-0.582	0.910	1.816	-0.828	0.248
訪問介護利用率	1.092	1.247	-0.979	-0.548	-0.490	0.136	0.609	-0.285
訪問看護利用率	0.207	0.375	0.672	0.265	-0.153	-0.262	-1.167	-0.646
通所介護利用率	-0.520	-0.696	0.083	1.130	-0.432	1.052	-1.104	0.739
通所リハ利用率	-0.422	-0.444	0.775	-1.156	1.219	-0.893	0.506	-0.531
短期入所利用率	-0.893	-0.867	0.572	1.601	-0.151	-0.176	-0.671	0.189

度率が人数・費用共に高く、また人数・費用在宅率も共に高い。さらに、重度在宅率も高く、在宅傾向が強いといえる。在宅サービスでは訪問介護の利用率が高く、短期入所が比較的低くなっている。施設介護では介護老人福祉施設が低く、介護老人保健施設が高い。特に、地域密着型介護老人福祉施設の利用割合が高いのはこのクラスターのみである。

③クラスター3（養父市、佐用町、宍粟市、多可町、西脇市、篠山市、新温泉町）

県西部および東部の中山間地域の市町ならびに新温泉町から成る。高齢化率・後期高齢者割合が最も高いクラスターである。一人当たり費用は平均以上であるが、一人当たり施設費用額は最も低い。認定率は、軽度が平均以下であるが、重度認定率は比較的高い。ただし、一人当たり重度費用は最も低くなっており、逆に、一人当たり軽度費用は最も高い。また、人数在宅率が最も低く、費用在宅率も比較的低いなど、在宅傾向は弱い。在宅サービスでは、訪問介護が最も低いクラスターである。通所介護、短期入所も平均以上である。施設介護では、介護療養型医療施設割合が最も低いクラスターである。

④クラスター4（朝来市、市川町、豊岡市、神河町、香美町）

県中央の中山間地域と日本海側の市町からなる。高齢化率と後期高齢者割合がともに高い。一人当たり介護費用は平均を上回り、とりわけ一人当たり在宅介護費用が最も高いクラスターである。また認定率における重度認定率も最も高い。人数・費用ともに重度の比重が高く、逆に軽度が低い。ただし、一人当たり費用では軽度は低くなっている。重度在宅率は平均以上であるが、費用・人数ともに在宅率は高くはない。在宅サービスでは、通所介護・短期入所が最も

高いクラスターであるが、通所リハは低くなっている。施設介護では介護老人福祉施設の割合が最も高く、介護老人保健施設の割合が最も低くなっている。

⑤クラスター5（三木市、三田市、稲美町、加西市、加東市、南あわじ市、小野市）

阪神・東播磨沿岸部に囲まれた内陸部および南あわじ市からなる。一人当たり費用額が最も高いクラスターであり、一人当たり重度費用、中度費用も高くなっている。人数・費用ともに在宅率も低い。在宅サービスでは通所リハの利用率が最も高くなっている点に特徴である。施設介護では、介護療養型医療施設の割合が比較的高い。

⑥クラスター6（猪名川町、太子町）

大都市部に隣接する2町からなる。高齢化率、後期高齢者割合ともに最も低い。また、一人当たり施設費用および重度費用が最も高いクラスターである。認定率では、軽度が最も低いクラスターであるとともに、重度も平均以下であるが、軽度は平均を上回る。また前期認定率が低い。人数では軽度が高くまた中度割合が最も低くなっている。費用でも中度率は低く、全体に占める中度の位置づけが低い点がひとつの特徴となっている。人数・費用ともに在宅率が低く、また重度在宅率も最も低いなど、在宅傾向は弱い。在宅サービスでは、通所介護が高く、訪問看護、通所リハは低くなっている。施設介護では、介護療養型医療施設の割合が高い。

⑦クラスター7（洲本市、淡路市、相生市）

淡路の2市および相生市からなる。高齢化率が高く、後期高齢者割合も比較的高いが、2番目に一人当たり介護費が低いクラスターであり、しかも一人当たり在宅介護費用、一人当たり施設介護費用共に平均を大きく下回っている。認定率は前期後期ともに平均を下回る。費

用では一人当たり中度・重度費用が低く、したがって、費用重度率は低いが、費用中度率は高い。人数重度率も低い。在宅サービスでは、訪問介護と通所リハが多く、通所介護が低くなっている。

⑧クラスター8（丹波市、福崎町、赤穂市、上郡町）

西播磨の瀬戸内側市町および福崎町・丹波市からなる。一人当たり費用は平均以上である。認定率では軽度の認定率が最も低いクラスターである。一人当たり軽度費用は低く、また人数軽度率も低いいため、費用構造において軽度割合が最も低いクラスターである。在宅サービス利用では、通所介護利用率が比較的高いが、それ以外では若干の高低はあるものの平均から大きく乖離はしていない。

4. 介護保険類型からみた介護保険の現状と課題

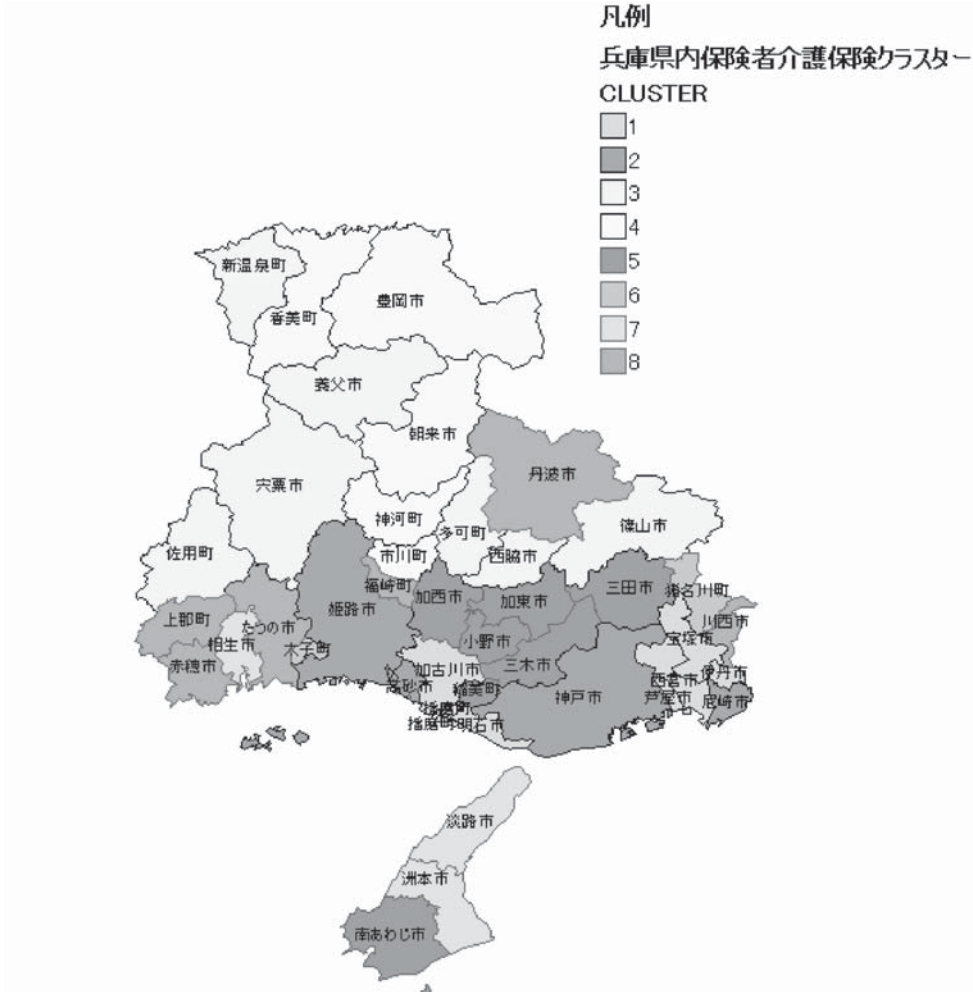
以上の分析の結果について、クラスター間の比較も踏まえながら、介護保険の現状と課題について若干の検討を加える。

第一に、保険者別の介護保険の多様性が確認できる。介護保険の展開には各保険者の地域における高齢化率や健康度、介護サービス提供者の偏在など、さまざまな要因が影響していると考えられるが、ここで利用した介護保険の利用実績データからみても多様な状況が改めて確認される。ここでは同一県内という限定されたサンプルではあるが、例えば要介護認定、一人当たり費用、在宅介護率など、それぞれにおいて多様な展開をみせていることがわかる。そうした多様性から8つのクラスターをここでは抽出したが、クラスター内でも各変数の状況が完全に一致しているわけではなく、場合によっては

大きな違いが見られる。したがって、類型別の検討にあたっては、クラスター内のサンプル間の差に十分注意を払う必要がある。

第二に、クラスター分析の結果、その多様な対象の非類似度からいくつかの類型に分類されたが、その類型は地理的分布からみても比較的まとまりのある単位で展開していることがわかる。図表7は、クラスター分析結果を地図上に記述したものである。デンドログラムにおけるクラスター形成過程からわかるように、クラスター1と2、3と4、5と6、7と8は、比較的近い構造を持ったクラスターであるため、その点を踏まえてそれぞれ順に青系、黄系、桃系、緑系に色づけしてある。これをみると、1と2、3と4、5と6、7と8のそれぞれのグループはかなりまとまりのある地理的な展開をみせていることがわかる。また、個別のクラスターでもそのような地理的連続性が比較的是っきり確認されるクラスターもある。このように、地理的要因が介護保険に影響している可能性が指摘できる。

次に、クラスター別の特徴を一人当たり介護費用の水準との関連づけてみると、いくつかの共通点と相違点が明らかとなる。まず、一人当たり費用が低いクラスター（1、7、2）では、人数重度率が低い点と訪問介護利用率が高い点で完全に傾向が一致している。これらの点が一人当たり費用の低さにつながりうるだろうことは想像に難くない。ただし、それ以外の費用の低さにつながっていると思われる要因には、クラスター間で違いがみられる。クラスター1と2は、短期入所利用率が低い点、さらには介護老人福祉施設割合の低さなどのサービス利用構造や、人数・費用構造における軽度中心といった点で類似しており、また人数在宅率、費用在宅率の高さなど、在宅志向の強さが共通した特



図表7 クラスターの分布

徴となっており、これらが一人当たり費用の低さにつながるひとつの要因となっていると考えられる。が、他方、クラスター7は、1と2に比べると在宅志向が明確に強いわけではなく、とりわけ重度ではむしろ施設志向がみられるともいえる。クラスター7においては、一人当たり施設費用や一人当たり中度費用の低さ、通所介護利用率の低さなどといったクラスター特性の組み合わせにより費用が比較的安く抑えられている可能性が考えられる。

また、一人当たり費用が高いクラスター（4、

3、5）では、全サンプルにおいて傾向が完全に一致した変数はないが、訪問介護利用率の低さ、介護老人福祉施設利用率の高さなど、サービス利用構造における特徴は比較的類似していることがわかる。これらは高費用につながる要因と見なせそうであるが、それ以外の高費用につながっていると思われる要因にはやはりクラスター間で違いが見られる。例えば、先の低費用のクラスターに共通していた人数重度率をみると、高いケース（4と3）と低いケース（5）が含まれている。人数重度率が低いクラスター

5では、他のクラスターよりも施設志向が強く見られるとともに、人数集中度率も比較的高い点の特徴となっている。

このように、高費用のクラスターと低費用のクラスターの間には、それぞれの高費用・低費用につながる共通要因も見られるものの、かならずしもそれにとどまらない多様な要因のパターンが観察されるといえる。したがって、介護保険の費用状況の分析や評価については、個々の保険者をサンプルにした一般的な規定要因の分析を参考にしつつも、保険者における個別の費用構造ならびに各要因の相対的な水準等を十分考慮しなければならないといえるだろう。

ところで、一人当たり介護費用水準は、介護財政の観点から見れば、ひとつの望ましさを基準になりうるが、しかし、サービス提供水準や認定率などの別の観点からの評価も合わせて総合的に判断することがやはり必要である。ここでのクラスター分析結果においてそうした別の視点も踏まえると、必ずしも費用が低いクラスターを望ましいモデルと単純に結論づけることは出来ない。たとえば、クラスター1と2は、一人当たり費用が低く、また在宅志向が強い点などからは比較的望ましい類型と捉えられるが、認定率、特に軽度認定率が高く、介護予防などの点で十分な水準にあるかが問題となるだろう。また、在宅志向についても、地域住民の介護志向に基づくのではなく、介護施設の供給水準の低さなどによってもたらされている可能性がある⁶⁾。仮にそうだとすると、施設介護にニーズが十分には満たされずに、質的な供給水

6) 例えば、一人当たりの介護老人福祉施設床数で見ると、クラスター1、2はクラスター平均でそれぞれ-0.8998、-0.9376とかなり低くなっている。

準の点で問題となるだろう。

一人当たり介護費用が高い場合でも、例えば、後期高齢者認定率が比較的低かったり、軽度認定率も低いなど、介護予防の観点からみればむしろ比較的望ましい状況にある可能性があるかもしれない⁷⁾。また、特にクラスター3と4では、重度費用率の高さや介護老人福祉施設割合の高さは、見方を変えれば重度における施設ニーズがうまく満たされ、必要な介護の重点的な提供が出来ているという可能性も考えられる。

既に指摘したように、介護保険の持続可能性を高めるためには、財政の安定化は確かに重要な課題であるが、他方で、住民の求める介護ニーズを適切に満たし、負担と供給の水準を含めて、介護保険に対する住民の信頼と満足度を高める必要もある。そのためには、各保険者は自らの介護保険特徴を把握した上で、負担水準とサービス水準にあわせて検討する必要があるだろう。

5. むすびにかえて

最後に、以上の議論を踏まえて、今後の課題と方向性について若干の点を指摘したい。

ひとつは、こうした類型化により、各保険者の相対的な位置づけを確認することで、保険者並びに地域住民における介護保険への自己理解

7) クラスター3は、軽度認定率が低い代わりに中度認定率が高くなっており、要支援レベルの認定者について高めの認定が出ている可能性が考えられる。そこで要介護度別のデータをみると、要介護1はむしろ同様に低い傾向を示しており、したがってやはりクラスター3の軽度認定率は低いと言えるだろう。なお、クラスター3は、要介護2の認定率が高い。

をすすめることである。ここでの分析結果からは、介護保険が各地域の社会経済状況や地理的状況などといった地域の特性により影響を受ける可能性が明らかとなった。その意味で、各地域が自己の地域特性を踏まえた独自のあり方を模索する必要性は大きく、それがひいては介護保険の持続可能性を高めることにつながりうると考えられる。その意味で、今後ますます、市町保険者がいかにイニシアティブを発揮するかが重要になってくるといってよい。そのためには、介護保険においても一層の地方分権をすすめ、保険者機能を強化することがやはり重要な方向性となるといえるだろう。

ただし、現状においても市町村が独自のイニシアティブを発揮する余地はある。とりわけ、介護は、介護保険事業者のみならず、地域によっても提供可能な部分も場合によっては比較的大きくあるし、また、介護予防においても、地域支援事業に加えて、それ以外に市町村独自にさまざまな展開する余地が十分ある。当面は、そうした介護保険を補完するシステムの構築を進めることで、いわば地域の介護力を高めることが、ひとつの重要な方向性となるだろう。

第二に、地方分権および負担と給付のバランスという観点からすれば、介護保険のあり方について地域住民の意向が十分に反映される必要がある。そのためには、負担と給付の関係を把握し、地域の介護保険の位置づけを明らかにするとともに、その前提として、介護保険制度のあり方への住民参加の促進が必要となる。そのためには、まずは、住民が自己の地域の介護保険のあり方について考える機会が提供されることと、介護保険制度の運営に住民の意見を反映させる何らかの仕組みが求められるだろう。

第三に、こうした保険者別データ分析から、個々の保険者における重点課題の抽出とともに

に、とりわけ都道府県による支援の必要性も明らかになる。特に、地域間の要介護認定水準の格差や施設介護の供給水準などの偏在は、都道府県レベルの取り組みと支援の必要性を示しているだろう。介護保険においては、制度の設計については国が、保険の運営については市町村が担っているが、その中間に位置する都道府県の役割が見えづらい構造になっているといえる。が、広域的な観点から持続可能な制度構築へむけて果たすべき役割は依然として大きいといえる。例えば、保険者の自律を促す意味で、都道府県内保険者の状況と改善に向けた取り組みについて、情報提供と支援を積極的に行うことや、持続可能な介護保険に向けた保険者間の連携の機会をつくることなど、都道府県には積極的な役割が期待される。

以上のような課題に取り組む上で、ここで試みたクラスター分析による介護保険の類型化は、一定の判断基準として役立つことが可能である。ただし、クラスター分析は探索的な手法であって、抽出されるクラスターの内容は、選択した説明変数、観測距離の設定、クラスタリング方法により異なると共に、クラスター数の決定についても恣意的なものであって、ここで試みた以外にさらに多様な類型化が可能である。したがって、ここで提示した類型化が決定的なものではない。たとえば、ここでは利用データを介護保険利用実績データに集中したが、介護保険の特徴を記述するために重要な事業所データや、医療関連のデータ、介護予防関連のデータなど、データ上の制約から取り入れられなかった。今後は、さらにそうしたデータも含めた総合的な分析を進める必要がある。

また、本研究では、地理的な要因の影響可能性について指摘したが、その要因についての具体的な分析をさらに進めなければならない。例

兵庫県における保険者別データによる介護保険の類型化

えば、ここでは取り入れられなかった家族形態や就業構造などの社会経済的要因や、交通網や立地などの要因の影響について分析することは、重要な課題として残されている。

参考文献

(財)みずほ情報総研（厚生労働省委託）（2007）『保健医療をめぐる現状とその要因の地域間格差に関する統計的分析』みずほ情報総研株式会社
清水谷論，稲倉典子（2006）「公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証」

『会計検査研究』第34号
油井雄二（2006）「保険者データによる介護保険の分析：青森県のケース」『フィナンシャル・レビュー』80号，財務省財務総合政策研究所
（財）ひょうご震災記念21世紀研究機構長寿社会政策研究所（2008）『人口減少社会における世代間分担のあり方，高齢社会の将来展望』
兵庫県高齢社会課（2008）「介護保険給付実績の分析」
田近栄治，油井雄二，菊池潤（2005）「介護保険制度の持続可能性—国と県レベルの分析—」，国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革—日本と諸外国の選択』東京大学出版会