

社会福祉研究所報 第51号抜刷

2023年3月発行

介護保険制度を利用している重度の介護が必要な人の 居宅介護の実現状況をめぐる基礎的研究

—在宅要重介護者の地域分布とその地域間格差に着目して—

仁 科 伸 子

熊 本 学 園 大 学

社 会 福 祉 研 究 所

介護保険制度を利用している重度の介護が必要な人の居宅介護の実現状況をめぐる基礎的研究

— 在宅要重介護者の地域分布とその地域間格差に着目して —

仁 科 伸 子¹⁾

要 約

本研究は、2020年3月末の介護保険事業データを用いて、要介護4、5と認定されている重度の介護が必要な人が居宅で介護を受けている割合、および、入所している割合を保険者ごとに算出し、Mandara 10.0を用いて地図情報化して、その傾向と地域間の差異について明らかにした。また、仮説的に家族関係性、後期高齢者率、後期高齢者人口密度などを同様に地図情報化して比較し、在宅介護率及び入所率との関連性を探った。

この結果、在宅重介護者率は比較的大きな格差がみられる。地図データでは在宅重介護者率が5分位中最も高いレベルにあるのは、大都市または、その周辺、および各都道府県の県庁所在地の都市であることが考察された。したがって、都市部のほうが要介護4、5といった重介護になっても在宅で暮らすことを選択できる何らかの要因があると考えられる。

他方、入所介護に関しては、地図データから考察すると、入所率が高い保険者は、地理的には、都市部から離れた地域に立地する中山間地域や北海道の平野など、高度経済成長期に既に都市への人口流出が始まっていた地域が中心となっている。

これと異なる傾向にある小規模な保険者等では必要な在宅サービスや施設サービスを選択することができない状態が生じていることを示唆すると考えられる結果がみられ、利用者の選択に地域間格差がみられることが明らかになった。

1. 研究の目的と背景

1960年代からはじまった高度経済成長政策は、資本と労働力を大都市部に集中させ、それ以外の地域においては、若者の流出を招いた。農村から都市への人口移動は、大都市におけるニュータウンや大量の住宅供給につながり、日本経済をさらに大きく成長させた。近年の少子高齢化に起因する人口減少は、日本経済や福祉政策を根底から揺るがす大問題となっているが、中山間地域や農村地域に

1) 熊本学園大学社会福祉学部教授, Professor at Faculty of Social Service Administration, Kumamoto-gakuen University

おける人口減少、少子化、高齢化は30年以上前からはじめていたのである。

他方、大都市の鉄鋼業、自動車産業をはじめとする製造業の成長は、国家に大きな税収をもたらし、福祉国家の成立を後押しした。この絶頂期の1970年に日本の高齢化率は7%に達し、高齢化社会の仲間入りをした。そして、これに伴い老人福祉法、老人保健法などが成立し、老人医療は無料となって福祉国家として急速に成熟を遂げた。

しかし、このような福祉国家の興隆期は長くは続かなかった。1973年にオイルショックが起ると、財政再建を理由とした福祉予算の削減が始まった。この間、日本の高齢化は世界に類を見ないスピードで進行していった。1994年には14%を超え高齢社会となった。日本の高齢者福祉政策を構築していく中で、最も着目されてきたのは、1946～7年生まれのベビーブーマー層である。ベビーブーマー層は第二次世界大戦後の経済成長を下支えする労働力としても重要であったが、この層が高齢化するにつれて、その人口ボリュームの大きさから、社会保険制度や介護を含む高齢者社会福祉制度における財政負担が懸念されるようになってきた。

1994年に「社会保障将来像委員会第2次報告」が公表され、介護に関しては、保健・医療・福祉を統合し、利用者による選択を重視すると共にサービス主体の多様性、競争原理による質の向上を図ること、社会保険方式の導入などが勧告され、介護保険や社会福祉基礎構造改革の骨格がつけられた。

社会福祉基礎構造改革の一環として、措置制度から脱却し市場を活用した制度として、1997年に介護保険が成立し、2000年に施行された。介護保険制度の特徴は、国民の助け合いである保険制度によって、介護の費用を軽減し、公的機関ではなく民間事業者がサービスを提供するという点が措置制度から大きく転換した点であったが、市場の活用こそがこの制度の特徴であった。

介護保険法の目的は、第二条に明記されている通り²⁾、たとえ介護が必要な状態になっても、だれもが住み慣れた地域において必要なサービスを利用して住み続けることを実現することができるエイジング・インプレイスである。

介護保険制度の実現状況を研究する上では、保険者である市町村ごとのニーズとそれに対応するサービス供給の状況を把握する必要がある。しかし、介護保険の検討段階から、既に人口減少が始まり、高齢化も日本の全国平均よりはるかに進んでいた中山間地域、島嶼部などでは、介護保険の資源供給問題が懸念されていた。日本の介護保険制度では、市場を基盤として高齢者介護サービスの供給を行う仕組みが構築され、措置制度によるサービス提供を行う代わりに利用者の収入に応じて応能負担と

2) 第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

し、利用料を支払う仕組みとなっている。サービス供給に市場を導入したことによって、選択の自由度が向上し、利用者主体の質の高いサービスが提供されることが期待された。この仕組みは、ルグランとバートレットによって準市場と定義されている [LeGrand 1993]。この仕組みでは、公的サービスの提供において、公が独占的にサービスを生産・供給する体制から供給者を市場主体に転換し、市場原理を取り入れることによって、サービスの質を高め、利用者の選択性を向上することを指向している [LeGrand 1993]。イギリスにおける準市場は、1978年のウルフenden報告において提唱された福祉多元化とサッチャー政権において効率化や官僚主義からの脱却を指向して勧められた新自由主義政策の一環であるプライバタイゼーション政策の下に始まった。

イギリスにおける準市場と日本において導入された仕組みには相違がみられる。日本における準市場の特性については、次のような指摘がある。イギリスが市場のサービスを公が購入して提供しているのに対して、日本の介護保険制度では、利用者が直接事業者からサービスを購入する仕組みを採用している [佐橋 2002]。そして、利用者が受けるサービスに対して介護報酬単価が設定されており、保険から点数に応じた対価支払われる仕組みである。これによって、クリームスキミングや、市場の失敗などが生じることが指摘されていた [佐橋 2002]。

介護ニーズは、高齢化が進むほど高くなる。したがって、ベビーブーマー層の高齢化によって、介護のニーズは一段と高まることが予想されているが、これに対してサービスの供給の中でも特に在宅福祉サービスの担い手をどのように育て、真に必要なサービスが必要に応じて提供されることが重要である。

この研究は、介護保険施行後 20 年を経過し、法の目的として規定されている「住み慣れた地域で住み続けること」が実現されているのかどうかを研究するための基礎とするものである。その研究の基礎とするために、2007 年以降の介護保険事業データを用いて、在宅要介護者の分布および、地域間の格差について明らかにするものである。

2. 先行研究

イギリス式の準市場では、競争市場において介護保険サービスを供給する場合に、生産効率性の原理によって初期費用が多額であっても最終的には質を維持しながら利用者にサービスを供給することを可能にするものであるが、日本型の準市場ではコスト削減を指向する粗効率性が中心となるであろうとしている [佐橋 2002]。この佐橋の指摘からは、介護保険市場が成熟するに伴い、その市場性によって、サービスの地域間格差が生じることが予想されていた。先行研究では、保険料の格差とサービスの格差について主に指摘されている。中井は、提供される介護保険サービスの種類、質などの地域間格差について早くから指摘していた [中井 2003]。福祉地理学の観点から宮澤が関東地方を対象として行った研究によると、訪問介護事業や訪問看護の供給分量、入所施設の供給量の偏りが生じていると同時に、公的、民間、営利、非営利など供給事業者の種別の偏在がみられる [宮澤 2021]。サービス資源の供給の偏りによって、介護事業所やサービスが少ない地域では、利用者がよりよい選

状をする権利の行使において不公平をもたらすことが指摘されている [宮澤 2003]。これらの研究はサービスのサプライサイドの研究であり、同時に地域を限定した研究である。都道府県や保険者間(市町村間)における認定率の比較は、主に厚生労働省による年次報告で明らかにされているが [厚生労働省, 2020 ほか]、重度の介護を必要とする人々の在宅率について言及された文書はない。本研究においては、介護保険において規定されている「住み慣れた地域に住み続ける」という目的がどの程度実現されているのかを検証するために、重度の介護が必要になっても居宅で介護を受ける高齢者の割合を保険者ごとに算出し、その地域間の格差や分布について全国レベルで明らかにし、法の目的の達成状況を検証する。この方法では、利用者サイドからの介護保険法の目的の達成状況に関する実現状況を明らかにすることができる。

3. 研究方法

本研究では、介護保険事業報告書の統計データを用いて、要介護者のサービス利用に関する全国状況を把握する。具体的には、要介護4、5と認定され重度の介護が必要になっている者の分布状況によって介護保険法の目的の実現の状況を考察するものとする。2020年3月時点において、要介護4、5と認定された者のうち、入所している割合と在宅で介護を受けて暮らしているものの割合の分布を地図上で視覚化する。これによって、介護保険の目的であるできるだけ居宅において住み続けることが実現できているかどうかを地域別に把握するものである。

この研究において、要重介護者とは、要介護4及び5と認定されている者である。要重介護者率とは、要介護4及び5と認定されているものの数を第一号被保険者数で除した結果を100倍した値である。

要重介護者のうち居宅介護サービスの利用者を、要重介護在宅者とする。要重介護者在宅率の算出方法は、要介護4及び5と認定され在宅サービスを利用している者の数を要介護4、5と認定されている者の総数で除し100倍した。

また、要重介護者入所率は、要介護4、5と認定され入所サービスを利用している者の数を要介護4、5と認定されている者の総数で除し、100倍した。介護保険法における入所とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設への入所、療養型病床、介護医療院への入院を含むものである。

このほか、要介護認定率、高齢者人口密度、高齢化率、後期高齢者人口密度、後期高齢者率、高齢者単身率、三世帯世帯率などの数値を地理情報化し、地域間における比較をすることによって、地域間の差異について把握する。数値を地図情報化するにあたっては、地理情報システム mandara 10.0、市町村界は2020年3月のものを使用した。地図情報化するにあたって、介護保険事務の広域連合の数値については、加盟する市町村に割り当てる処理を行った。

4. 研究結果

(1) 要介護認定率³⁾

全国の2020年3月時点での、要介護認定者数は、668.6万人で第一号被保険者に対する65歳以上の認定者の割合は、18.5%となっている[厚生労働省2020]。介護保険制度が導入された年の年度末となる2001年3月末時点では、要介護認定者数は、255.1万人で認定率は11.4%⁴⁾であった。グラフからは、要介護者数の増加は介護保険導入から2006年ごろまで認定率が急上昇しているが、2006年以降は緩やかになっていることが見て取れる。これは、法改正によって、要支援2が設置され、要介護1と認定される数が、減少したためである[仁科2022]。

保険者ごとの要介護認定率は、最大値10.8%、平均値3.3%、中央値3.1%、標準偏差1.2、分散1.5となっており保険者間の認定率には大差がないことがわかる。認定率の地理的分布をみると、5分位の最も上位にランクしている保険者は、北海道では平野部や半島部に分布している。本州、四国、中国、九州では、山地で、高齢化率が高い地域に認定率が高い保険者が分布している。

第一号被保険者における要介護4および5の発生率は、最大10.8%、最小1.9%、中央値は4.0%、標準偏差は0.95である。このデータを5分位に分割し、もっとも高いランクにある保険者の分布をみると、山脈や山地、半島などの地域で、高齢化率が高い地域と一致している。

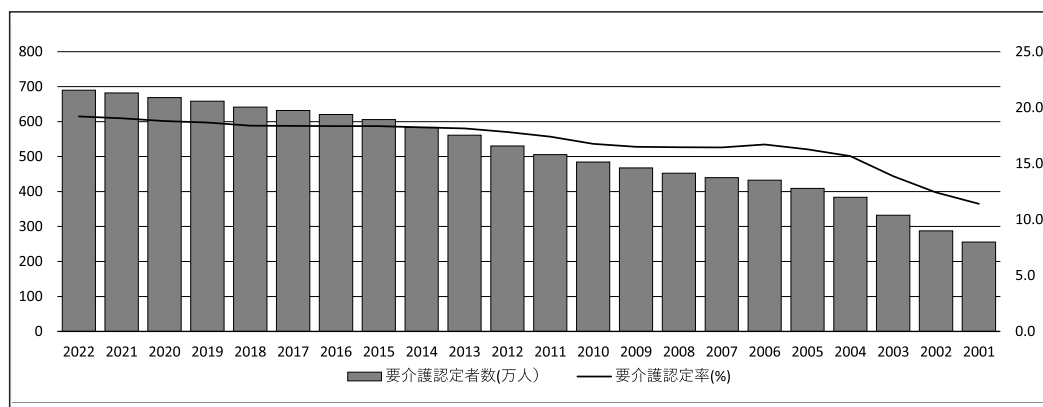
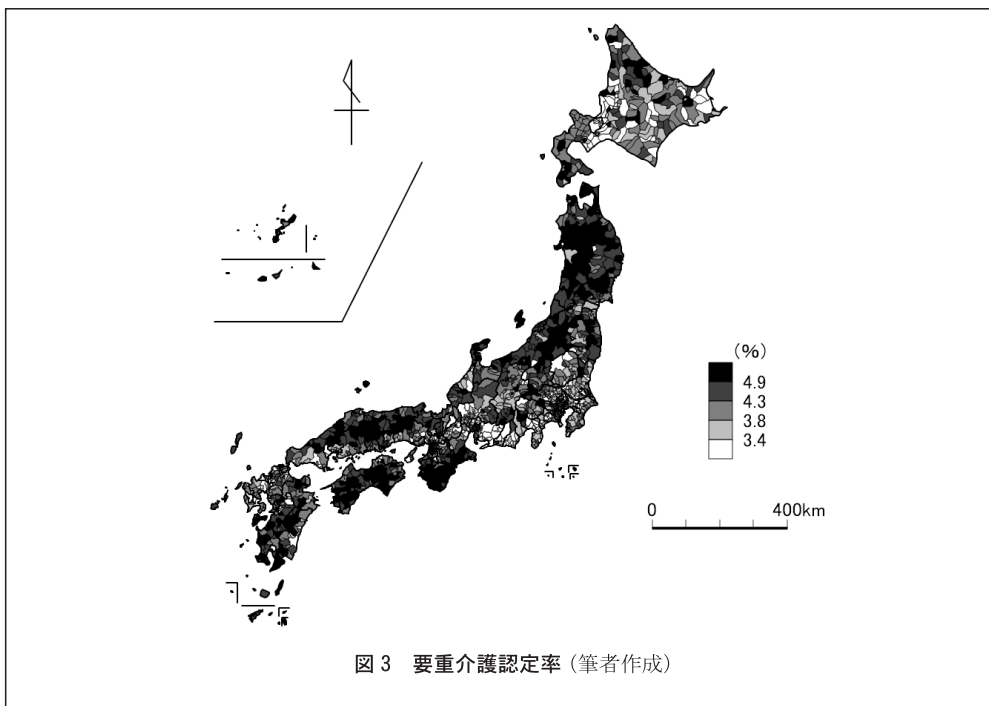
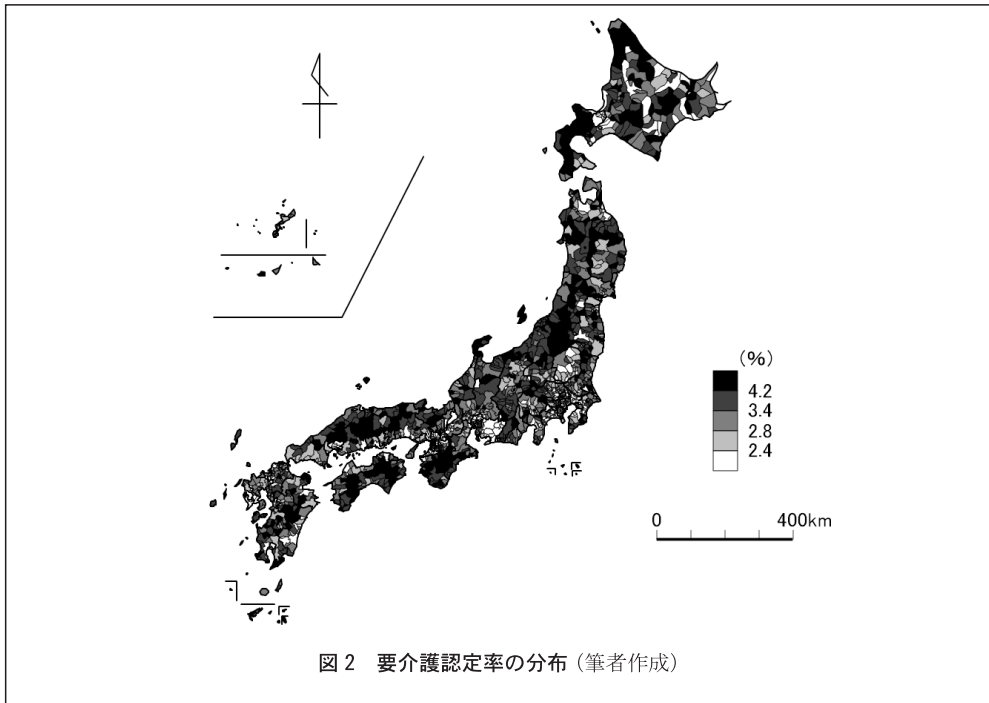


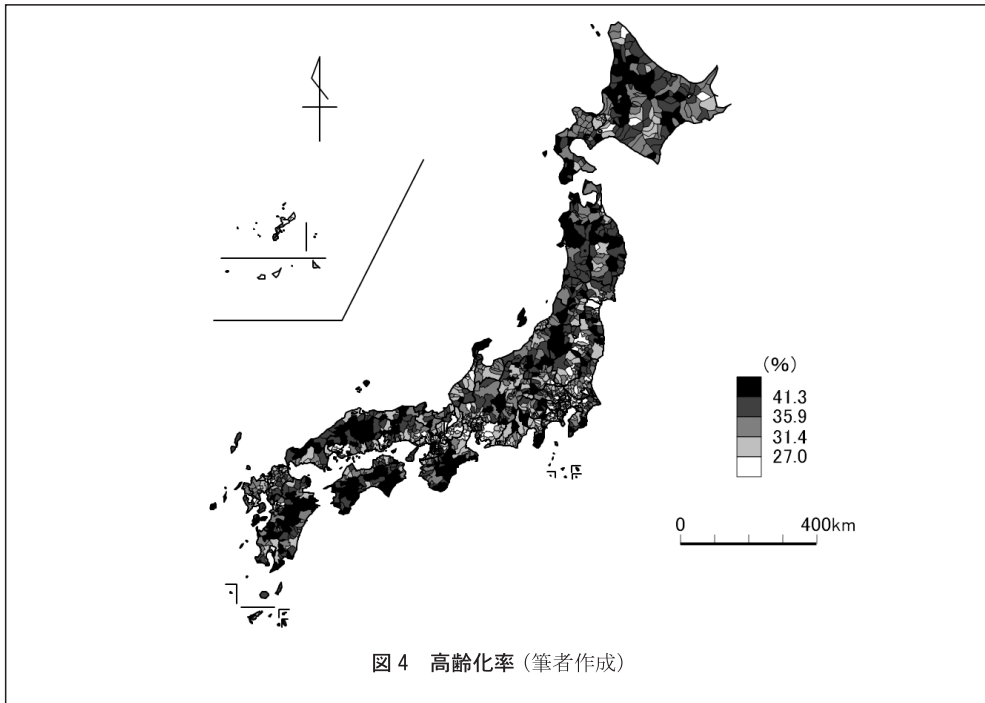
図1 要介護認定率

データは、2001～2007年は、介護保険事業データから、2008年以降は厚労省介護保険事業報告の概要より数値を取り出し筆者がグラフ化した。

3) 要介護認定率はその年の3月末の65歳以上の要介護認定者数を第一号被保険者数で除して算出した。

4) この数値は2001年介護保険事業データより筆者が算出した。





（2）要介護4及び5と認定された者の在宅及び施設介護率

2020年3月における要介護者数は、681.8万人、65歳以上の要介護認定率は18.7%である〔厚生労働省 2020〕。要介護者のうち居宅介護を受けている者の数は395.2万人である〔厚生労働省 2020〕。

2020年3月末時点での保険者ごとの要介護認定者のうち⁵⁾、在宅重介護率として得られた結果をmandara 10.0を用いて5分位に色分けし、市町村界を入れた日本地図に落としこんだものが本図である。在宅率が高いほど彩色が濃くなっている。

この統計で在宅要介護率が最も高い保険者では、68.8%、中央値は35.3%、標準偏差は11.6、分散は、134.6となっている。本図からは、分散が134.6とかなりの格差があることがわかる。つまり在宅要重介護率は、保険者間の格差が大きいということである。

在宅要介護率が5分位中最も高いレベルにあるのは、概ね大都市または、その周辺、および各都道府県の県庁所在地の都市である傾向が考察できる。データを詳細にみると、大都市部以外の市町村も上記に含まれている。このデータのうち上位100位には、東京都下の保険者が19件、愛知県下10件、大阪府下の保険者が9件含まれており、大都市圏の保険者が中心となっているが、北海道で最も人口

5) 要介護者は第1号被保険者のみを集計しており、65歳以下の第2号被保険者でかつ介護保険を利用している者は除く

が少ない村である音威子府村、岐阜県坂祝町、福島県双葉町などの郡部の保険者も含まれている。音威子府村は厚生労働省が行った第8期介護保険事業計画のまとめによると、認定率は低位にとどまり8.9%となっており、全国で最も介護保険料が安く3300円となっている[厚生労働省 2022]。この要因としては、村内に重度の介護に対応できるサービスが供給されていないことが考えられる。このように、大都市部以外の保険者では、利用者による自由な選択というよりは、入所施設がないために居宅介護が選択されていることが示唆される。大阪府忠岡町のように大都市部の小自治体である場合は、周辺自治体が有するサービス資源を利用していることが考えられる。これら両者において、サービス付き高齢者住宅などの高齢者向住居が供給されて、介護施設の役割を担っている場合がある。

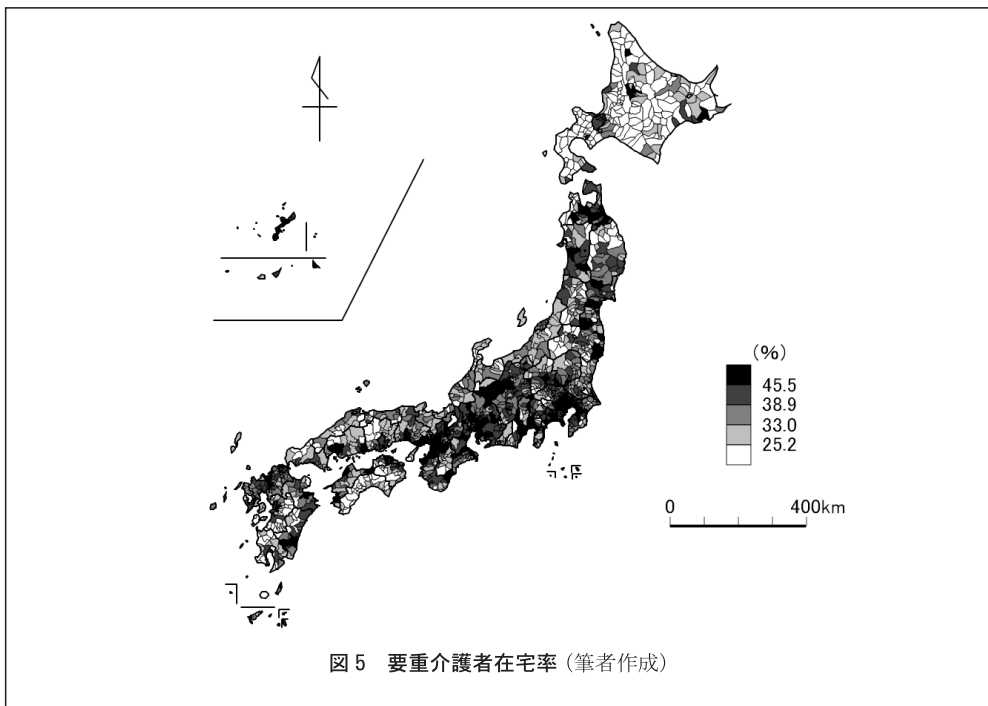


表 1 在宅要重介護率ランキング

ランク	保険者名	在宅率	ランク	保険者名	在宅率
1	大阪府忠岡町	68.8	51	長野県山形村	54.7
2	北海道音威子府村	66.7	52	東京都狛江市	54.6
3	東京都大田区	63.9	53	神奈川県伊勢原市	54.6
4	沖縄県宮古島市	63.3	54	静岡県松崎町	54.5
5	沖縄県那覇市	61.3	55	愛知県長久手市	54.5
6	東京都世田谷区	60.8	56	東京都台東区	54.5
7	沖縄県浦添市	60.3	57	兵庫県尼崎市	54.4
8	岐阜県坂祝町	60.2	58	静岡県熱海市	54.4
9	福島県双葉町	60.0	59	神奈川県逗子市	54.4
10	大分県大分市	59.9	60	東京都目黒区	54.3
11	青森県十和田市	59.6	61	東京都墨田区	54.3
12	長野県生坂村	59.6	62	青森県青森市	54.3
13	長野県宮田村	59.6	63	岐阜県岐阜市	54.2
14	千葉県九十九里町	58.8	64	大阪府岸和田市	54.1
15	大阪府八尾市	58.8	65	青森県八戸市	54.1
16	大阪府熊取町	58.6	66	徳島県藍住町	54.0
17	奈良県奈良市	58.5	67	大阪府くすのき広域連合	53.9
18	愛知県瀬戸市	57.9	68	千葉県松戸市	53.9
19	大阪府寝屋川市	57.9	69	長野県小布施町	53.8
20	大阪府豊中市	57.6	70	大阪府東大阪市	53.8
21	神奈川県鎌倉市	57.5	71	和歌山県岩出市	53.8
22	宮城県宮崎市	57.4	72	東京都中央区	53.8
23	沖縄県沖縄市	57.3	73	兵庫県伊丹市	53.8
24	愛知県安城市	57.3	74	東京都杉並区	53.7
25	東京都品川区	57.1	75	沖縄県うるま市	53.5
26	東京都荒川区	57.0	76	東京都江東区	53.5
27	埼玉県戸田市	56.9	77	大阪府池田市	53.4
28	長野県川上村	56.9	78	愛知県小牧市	53.4
29	山梨県鳴沢村	56.7	79	神奈川県平塚市	53.3
30	大阪府高石市	56.5	80	千葉県千葉市	53.3
31	東京都千代田区	56.4	81	東京都新宿区	53.2
32	千葉県市川市	56.2	82	千葉県船橋市	53.0
33	香川県高松市	56.1	83	大阪府泉佐野市	52.9
34	東京都文京区	56.1	84	山梨県甲斐市	52.8
35	北海道厚岸町	55.8	85	東京都豊島区	52.8
36	東京都港区	55.7	86	東京都葛飾区	52.6
37	和歌山県和歌山市	55.7	87	大阪府箕面市	52.5
38	愛知県阿久比町	55.6	88	愛知県春日井市	52.5
39	愛知県尾張旭市	55.4	89	神奈川県藤沢市	52.4
40	長野県松本市	55.3	90	神奈川県川崎市	52.4
41	東京都江戸川区	55.3	91	愛媛県松山市	52.4
42	大阪府藤井寺市	55.3	92	神奈川県厚木市	52.2
43	大阪府富田林市	55.2	93	愛知県北名古屋市	52.2
44	大阪府枚方市	55.1	94	京都府笠置町	52.2
45	沖縄県宜野湾市	54.9	95	神奈川県横須賀市	52.2
46	大阪府大阪市	54.9	96	埼玉県さいたま市	52.2
47	静岡県東伊豆町	54.9	97	三重県伊勢市	52.1
48	愛知県名古屋市中区	54.8	98	東京都三鷹市	52.1
49	埼玉県草加市	54.7	99	兵庫県宝塚市	52.1
50	三重県桑名市	54.7	100	福島県福島市	52.0

次に、要介護4、5でかつ入所している者（老人保健施設、療養型病床、特別養護老人ホーム、介護医療院）の割合である要重介護者入所率について考察する。各保険者において、要介護4、5と認定されかついずれかの施設に入所している者の数を要介護4および5と認定されている者の総数で除した値を100倍して百分率とした。この結果、入所比率が4分位以上の保険者は、半島、山脈、北海道の非都市地域に分布していることがわかる。中央値は47.6%、標準偏差は11.42、分散は130.41となっている。1571保険者中入所率が高い順から10位を見てみると最も入所率が高いのは東京都青島村で100%となっている。青ヶ島村は、要介護4及び5の利用者すべてが入所施設利用となっており、日本で最も保険料が高い。次いで、奈良県下北山村、北海道占冠村、福島県檜枝岐村、岡山県西栗倉村などが続き、第100位まで見ると、多くは、郡部となっているが、市部では岐阜県美濃市が含まれている。

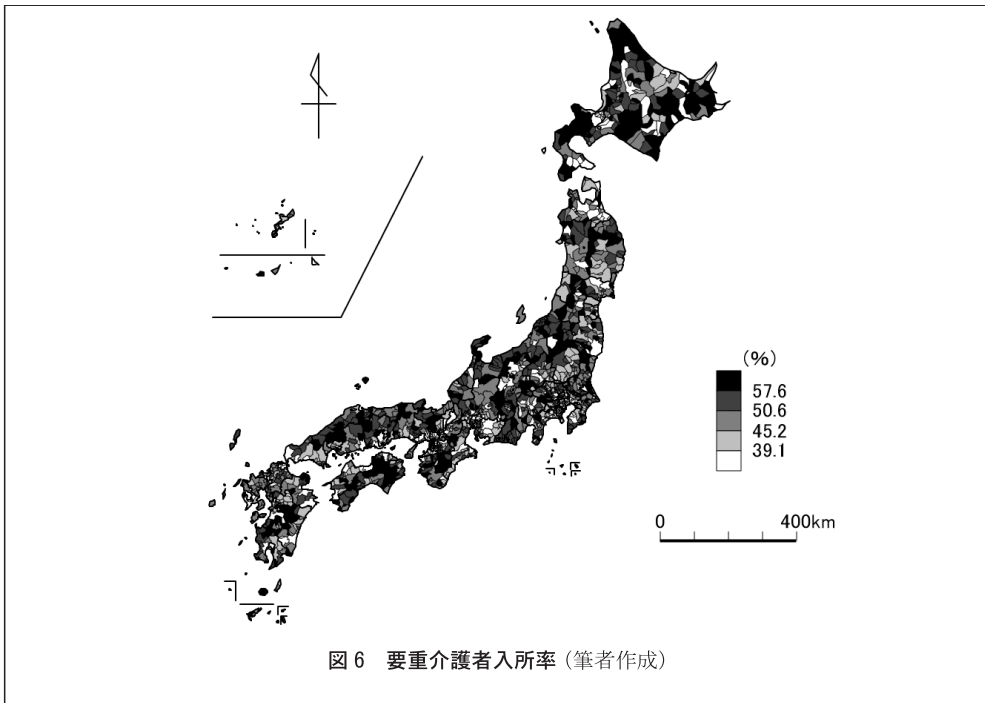


表2 要重介護者入所率ランキング

ランク	保険者名	入所率(%)	ランク	保険者名	入所率(%)
1	東京都青ヶ島村	100.0	51	高知県土佐町	73.2
2	奈良県下北山村	91.3	52	北海道今金町	72.6
3	北海道占冠村	90.0	53	鳥取県若桜町	72.6
4	福島県檜枝岐村	90.0	54	福井県越前町	72.5
5	岡山県西粟倉村	89.3	55	宮崎県美郷町	72.3
6	北海道足寄町	87.9	56	北海道長万部町	72.1
7	石川県川北町	86.5	57	北海道寿都町	72.0
8	宮崎県諸塚村	86.1	58	北海道初山別村	72.0
9	岐阜県美濃市	85.7	59	長野県阿智村	71.9
10	山梨県丹波山村	84.2	60	熊本県湯前町	71.8
11	北海道中頓別町	83.3	61	福島県中島村	71.7
12	山梨県小菅村	83.3	62	新潟県関川村	71.7
13	東京都檜原村	82.3	63	北海道西興部村	71.4
14	北海道浜頓別町	81.8	64	群馬県神流町	71.4
15	北海道北竜町	81.6	65	東京都三宅村	71.4
16	山梨県道志村	80.0	66	奈良県黒滝村	71.4
17	長崎県小値賀町	80.0	67	高知県大川村	71.4
18	北海道標津町	79.2	68	鹿児島県大和村	71.4
19	福島県金山町	79.1	69	福島県三島町	71.3
20	愛知県飛島村	78.0	70	福島県磐梯町	71.2
21	北海道豊富町	77.3	71	鳥取県日南町	71.2
22	島根県津和野町	77.3	72	北海道平取町	71.0
23	北海道和寒町	77.0	73	千葉県睦沢町	70.9
24	北海道本別町	76.6	74	広島県北広島町	70.8
25	東京都神津島村	76.5	75	新潟県加茂市	70.8
26	長野県天龍村	76.5	76	大分県国東市	70.7
27	山形県小国町	75.4	77	奈良県東吉野村	70.6
28	山形県鮭川村	75.0	78	宮城県角田市	70.4
29	福島県昭和村	75.0	79	北海道士幌町	70.4
30	福島県浅川町	75.0	80	山形県大蔵村	70.4
31	東京都奥多摩町	75.0	81	福島県北塩原村	70.3
32	徳島県佐那河内村	75.0	82	神奈川県清川村	70.0
33	鹿児島県十島村	75.0	83	長野県大鹿村	69.2
34	鹿児島県宇検村	75.0	84	福島県柳津町	69.0
35	北海道滝上町	74.5	85	北海道知内町	69.0
36	北海道南富良野町	74.4	86	岡山県勝央町	68.8
37	島根県邑智郡総合事務組合	74.3	87	北海道利尻町	68.8
38	北海道猿払村	74.2	88	北海道えりも町	68.8
39	福島県南会津町	74.2	89	宮城県七ヶ宿町	68.8
40	徳島県上勝町	74.2	90	秋田県大潟村	68.8
41	秋田県小坂町	74.1	91	福島県新地町	68.8
42	岡山県吉備中央町	73.9	92	徳島県牟岐町	68.8
43	山形県西川町	73.8	93	北海道夕張市	68.6
44	広島県安芸太田町	73.8	94	山口県上関町	68.6
45	高知県禰原町	73.8	95	鳥取県江府町	68.4
46	長野県小川村	73.7	96	茨城県八千代町	68.3
47	福島県矢祭町	73.5	97	埼玉県東秩父村	68.3
48	北海道月形町	73.4	98	山梨県山中湖村	68.1
49	長野県青木村	73.2	99	奈良県大淀町	68.1
50	北海道むかわ町	73.2	100	高知県黒潮町	68.0

地域密着型介護サービスの供給は、保険者が供給量を決定し、公募により事業者を選定することになっており、その地域の住民のみがそのサービスを利用できるよう制限されている。また、供給は介護保険事業計画によって計画的に供給される仕組みになっていることから、公による市場の補完として機能することが期待されていると考えられる。

各保険者によって、要介護4、5と認定され、かつ、地域密着サービスを利用している者の数を要介護4、5と認定された者の総数で除した結果を100倍した値を重介護地域密着型利用率としてその分布を図に表すと以下のようなになる。最小値は0、最大値は71.4%、中央値は13.3%、分散は53.1となっており、サービス利用についての保険者間の格差が大きい。

要介護4、5で地域密着型サービスの利用率が高い保険者はほとんどが郡部に立地する小自治体であることがわかるが、他方で、地域密着型サービスの利用がゼロとなっている保険者が34件ある。これらも小規模な保険者である。地域密着型サービスの利用には保険者間における格差があると考えられる。

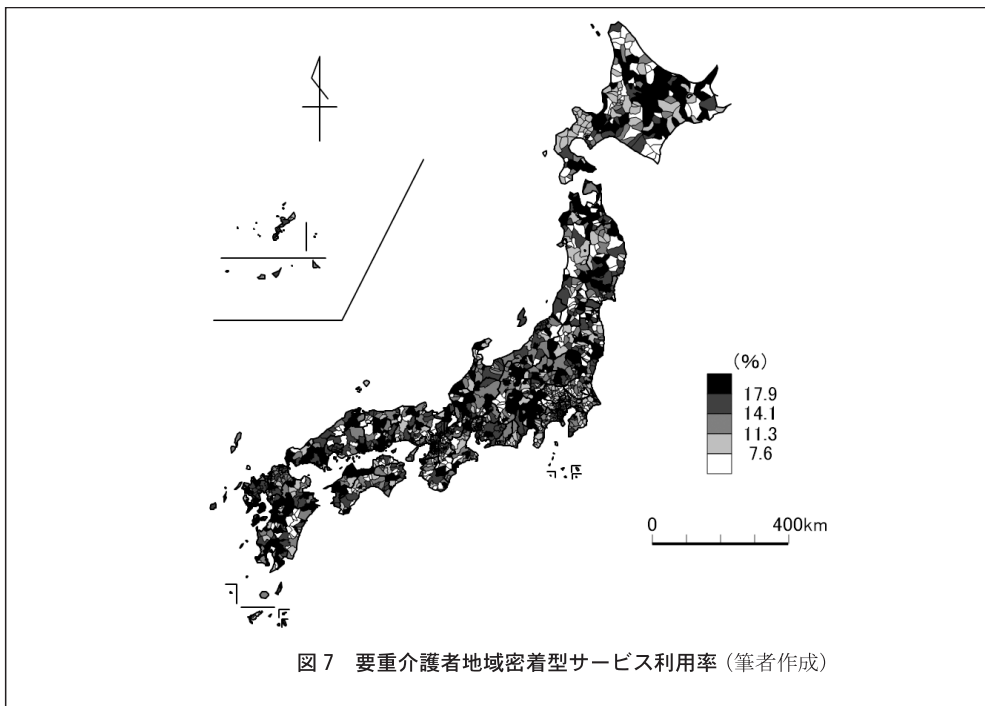


表3 要重介護者地域密着型サービス利用率ランク100位

ランク	保険者名	利用率	ランク	保険者名	利用率
1	北海道幌加内町	71.4	51	熊本県小国町	29.4
2	山梨県早川町	65.5	52	愛媛県松山市	29.4
3	北海道更別村	62.5	53	熊本県南阿蘇村	29.1
4	長野県根羽村	54.5	54	北海道北斗市	29.0
5	北海道羅臼町	53.3	55	群馬県川場村	28.6
6	岐阜県白川村	52.2	56	北海道由仁町	28.2
7	熊本県産山村	50.0	57	山形県舟形町	28.2
8	福島県鮫川村	43.1	58	北海道帯広市	28.1
9	長野県朝日村	43.1	59	北海道夕張市	28.1
10	鹿児島県南種子町	41.6	60	山形県山形市	27.5
11	鹿児島県知名町	40.7	61	宮崎県木城町	27.5
12	青森県東通村	40.4	62	新潟県小千谷市	27.5
13	北海道湧別町	40.3	63	三重県度会町	27.5
14	北海道新得町	38.6	64	熊本県嘉島町	27.4
15	青森県佐井村	38.5	65	徳島県藍住町	27.3
16	北海道清水町	38.0	66	北海道鹿追町	27.3
17	群馬県上野村	37.0	67	鹿児島県鹿屋市	27.2
18	北海道網走市	36.2	68	熊本県あさぎり町	27.2
19	福島県湯川村	36.2	69	宮崎県高原町	27.1
20	青森県深浦町	35.9	70	熊本県宇城市	27.0
21	北海道豊頃町	35.6	71	山梨県甲斐市	26.9
22	長崎県大村市	35.4	72	山梨県甲州市	26.9
23	新潟県津南町	35.3	73	愛媛県新居浜市	26.8
24	北海道上川町	35.2	74	山梨県鳴沢村	26.7
25	熊本県甲佐町	34.5	75	岡山県鏡野町	26.7
26	北海道鷹栖町	34.4	76	北海道函館市	26.6
27	北海道斜里町	33.5	77	北海道千歳市	26.5
28	福岡県久留米市	33.4	78	広島県府中町	26.5
29	埼玉県横瀬町	33.0	79	北海道北見市	26.5
30	群馬県高山村	32.8	80	北海道池田町	26.4
31	長野県宮田村	32.6	81	鹿児島県鹿児島市	26.4
32	青森県風間浦村	32.5	82	山形県河北町	26.4
33	北海道厚沢部町	32.3	83	山梨県富士河口湖町	26.3
34	広島県福山市	32.2	84	熊本県水上村	26.3
35	熊本県高森町	32.2	85	長崎県波佐見町	26.2
36	青森県鶴田町	32.0	86	長崎県長与町	26.1
37	長野県豊丘村	31.7	87	鹿児島県曾於市	26.0
38	大分県姫島村	31.6	88	山形県飯豊町	25.9
39	岡山県奈義町	31.4	89	青森県外ヶ浜町	25.8
40	青森県鱒ヶ沢町	31.0	90	山梨県富士吉田市	25.8
41	岐阜県白川町	30.7	91	三重県紀北広域連合	25.7
42	熊本県錦町	30.1	92	青森県中泊町	25.7
43	福島県檜枝岐村	30.0	93	青森県三沢市	25.6
44	長野県飯島町	30.0	94	長野県木島平村	25.6
45	山口県阿武町	30.0	95	群馬県高崎市	25.5
46	長野県小布施町	29.9	96	長崎県諫早市	25.5
47	岩手県田野畑村	29.7	97	熊本県合志市	25.5
48	北海道幕別町	29.7	98	熊本県南小国町	25.5
49	長野県阿南町	29.5	99	愛媛県大洲市	25.3
50	福島県泉崎村	29.4	100	滋賀県守山市	25.3

表4 要介護4、5認定者による地域密着型サービス利用がない保険者リスト

No	保険者名	サービス利用率	No	保険者名	サービス利用率
1	北海道西興部村	0	18	長野県小川村	0
2	北海道大樹町	0	19	岐阜県川辺町	0
3	北海道鶴居村	0	20	京都府笠置町	0
4	宮城県七ヶ宿町	0	21	京都府南山城村	0
5	秋田県大潟村	0	22	奈良県高取町	0
6	山形県鮭川村	0	23	奈良県野迫川村	0
7	福島県中島村	0	24	奈良県下北山村	0
8	茨城県五霞町	0	25	奈良県上北山村	0
9	東京都神津島村	0	26	奈良県川上村	0
10	東京都御蔵島村	0	27	鳥取県江府町	0
11	東京都青ヶ島村	0	28	徳島県上勝町	0
12	新潟県粟島浦村	0	29	徳島県佐那河内村	0
13	石川県川北町	0	30	高知県大川村	0
14	福井県池田町	0	31	高知県構原町	0
15	山梨県小菅村	0	32	宮崎県西米良村	0
16	長野県平谷村	0	33	鹿児島県十島村	0
17	長野県売木村	0	34	沖縄県多良間村	0

(3) 高齢者率、後期高齢者率、後期高齢者分布率との関係性

日本の高齢化は、他の先進国と比較すると、1980年代までは下位にあったが、90年代には中位となり、2005年には、世界で最も高い水準となった〔内閣府 2014〕。介護保険法が施行された2000年には、高齢化率は17.4%となって2015年には26.6%、2020年には28.6%となっている〔内閣府 2022〕。2021年現在では、都道府県別にみると、秋田県が38.1%と最も高く、東京都では22.9%となっており、都道府県間で大きな差が開いている〔内閣府 2022〕。本研究では、介護保険データを使用して、各保険者における第一号被保険者の数を人口で除した値を高齢者率⁶⁾とした。平均値は、34.8%、中央値は33.3%、標準偏差は13.51、分散は182.5となっている。

介護需要について考えるにあたって、後期高齢者率とその分布、およびその密度との関係性を考察しておく必要がある。2020年には、65歳以上人口は3618万人、高齢者率は、28.8%となったが、このうち75歳以上人口は1871万人、後期高齢者人口比は14.9%となった〔総務省 2020〕。2020年の高齢化率は、28.8%、2025年には30%、2040年には35.3%となると予想されている。65歳以上人口に占める75歳以上人口の割合は、2025年以降急速に増加し、国立社会保障・人口問題研究所の中期推をもとに算出した数値では、17.8%となる。さらに2040年には、20%を超えると予想されている。

6) 高齢者人口を総人口で除して100倍した高齢化率とほぼ同じであるが、ここでいう高齢者率は介護保険制度上の第1号被保険者の割合を算出しており、介護保険の対象となっていない第1号被保険者は含まれていない。後期高齢者率も同様である。

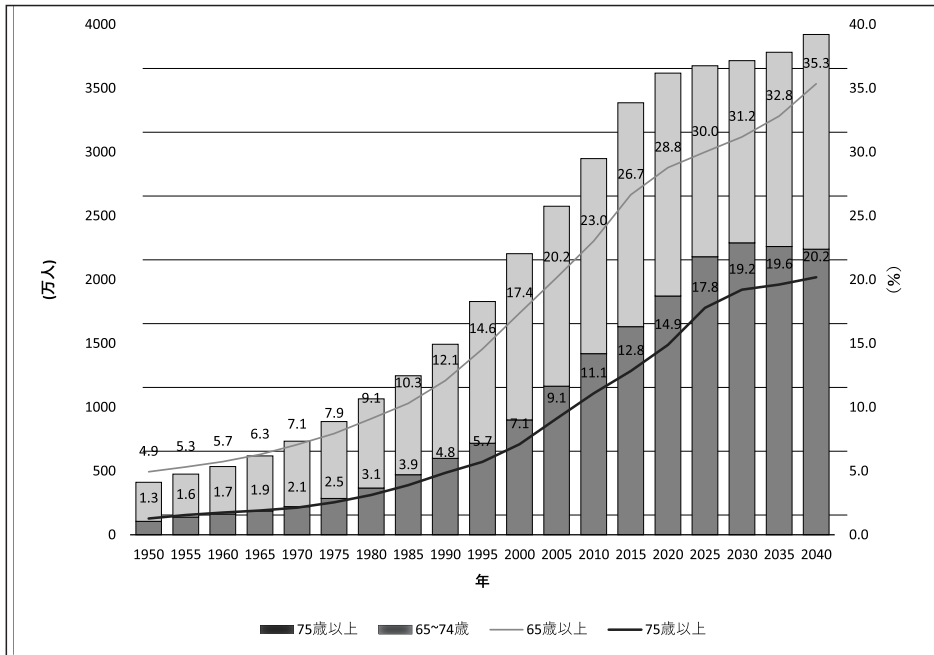


図8 後期高齢者経年変化

資料：1950～2020年は国勢調査、2025年以降は「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（国立社会保障人口問題研究所）から筆者が作成 1970年までは、沖縄県を含まない

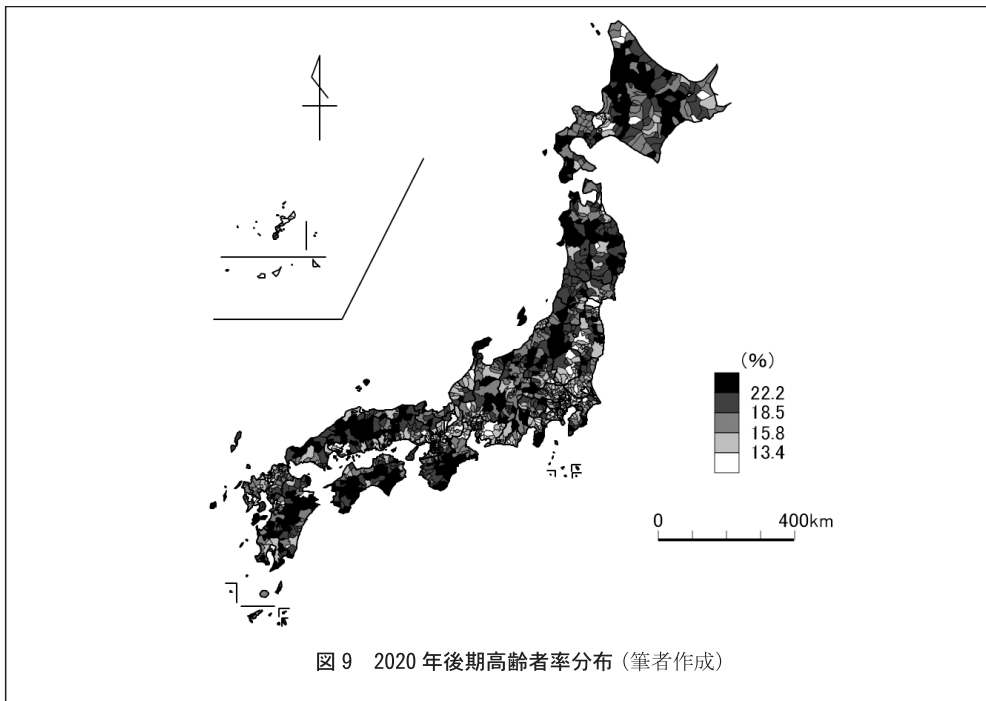


図9 2020年後期高齢者率分布（筆者作成）

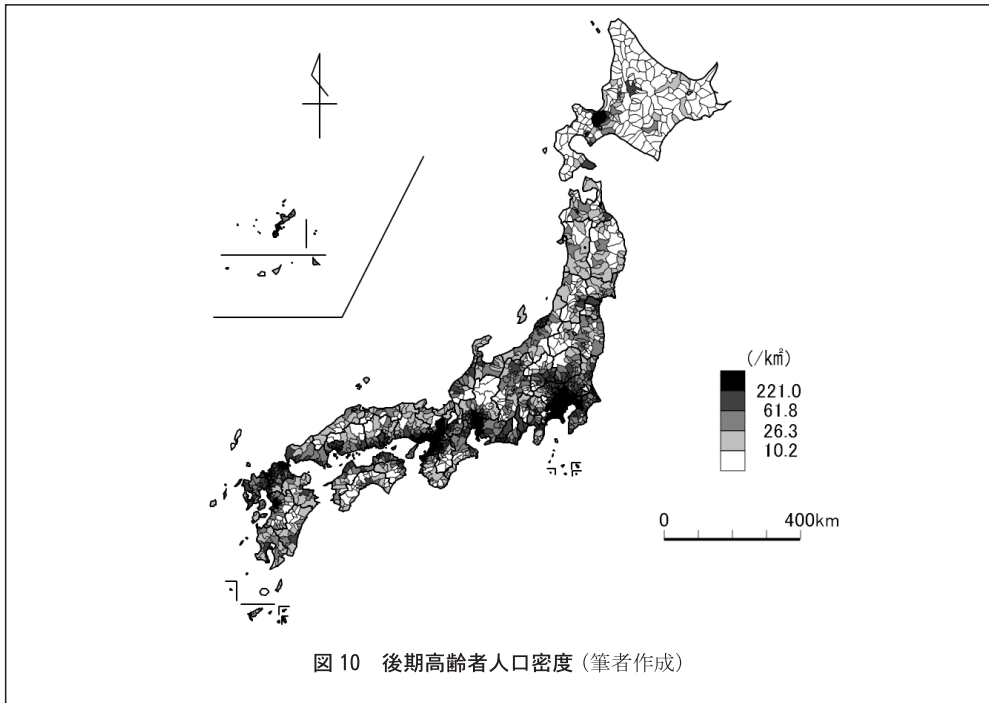


図10 後期高齢者人口密度 (筆者作成)

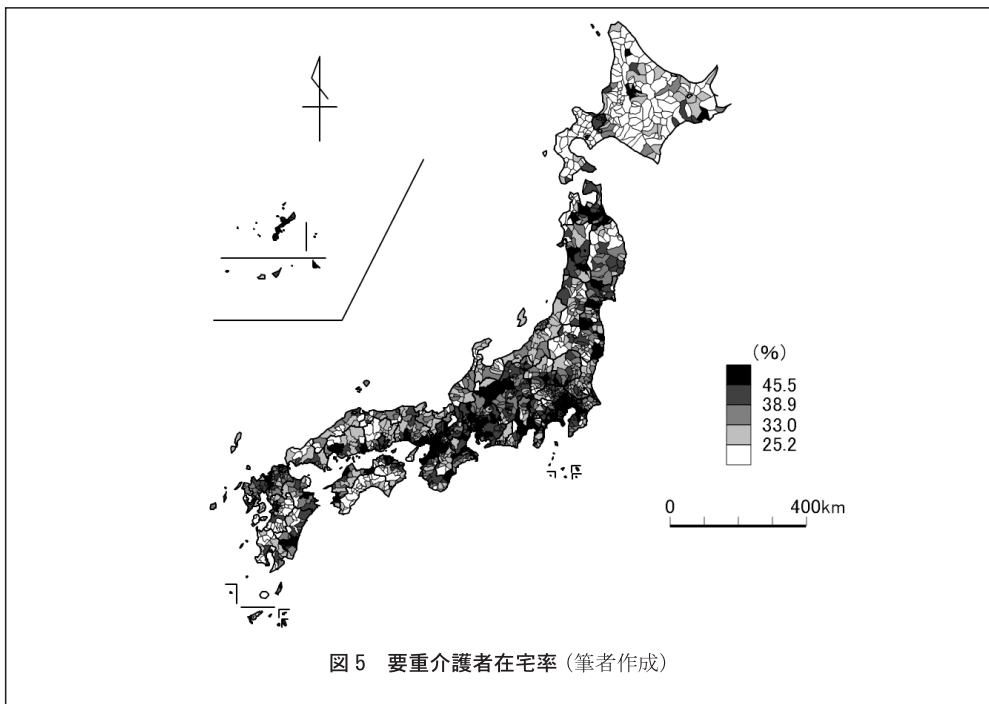


図5 要重介護者在宅率 (筆者作成)

後期高齢者人口密度は、 $184.9/\text{km}^2$ で、中央値は $41.6 \text{ 人}/\text{km}^2$ 、標準偏差は 362.6、分散は 131493.3 となっており保険者間での格差が大きい。後期高齢者人口密度を 5 分位に色分けした分布図を見ると、後期高齢者人口密度の高い地域は、大都市部に集中しており高度経済成長期に都市への人口移動が生じた東京、京浜地域、名古屋、大阪、北九州、福岡都市圏に集中している。北海道では札幌のみが 5 分のうち最も高位のランクとなっている。後期高齢者人口が高い水準にあることはサービスニーズの高さを示している。後期高齢者人口密度の高い地域は主に大都市部に集中している。

(4) 重度の介護が必要になった時の在宅率、入所率、地域密着型サービス利用率の関係性

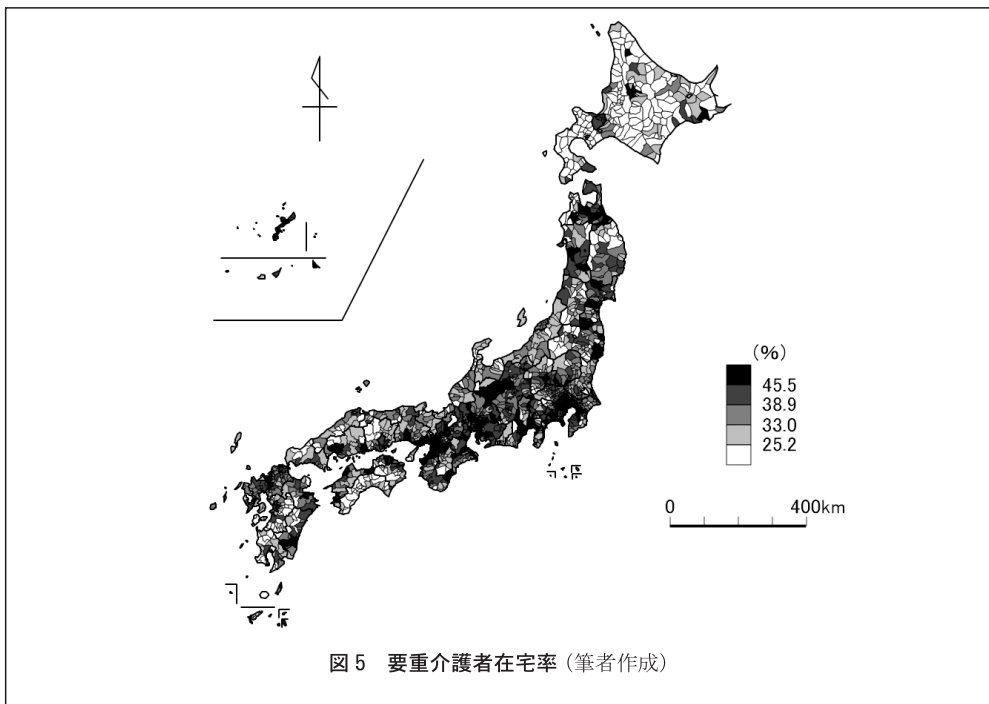
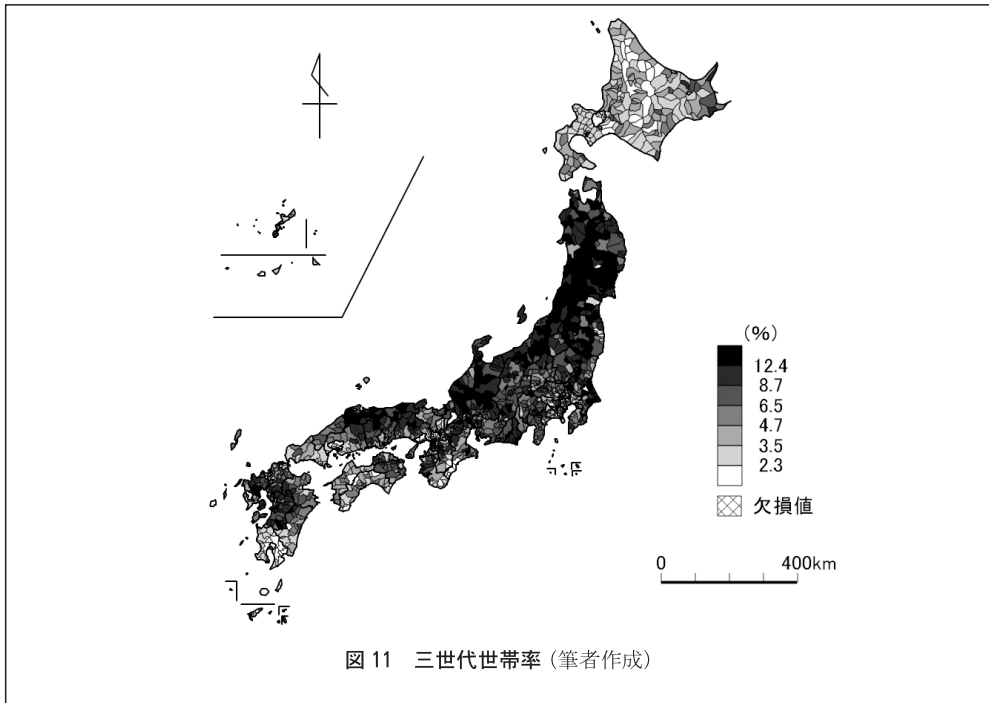
重度の介護が必要になった際に、在宅、入所、地域密着型サービスを利用者が選択できることが最適であると考えられる。先に掲げた上位 100 位にランキングされている保険者を比較してみると、まず在宅率上位 100 位と入所率上位 100 位では重複がない。在宅率上位 100 位と地域密着型利用率の上位 100 位を比較すると、長野県宮田村、山梨県鳴沢村、徳島県藍住町、長野県小布施町、山梨県甲斐市、愛媛県松山市が重複している。他方、入所率上位保険者と地域密着型の高利用率上位保険者を比較すると、北海道夕張市及び福島県檜枝岐村の 2 保険者が重複している。

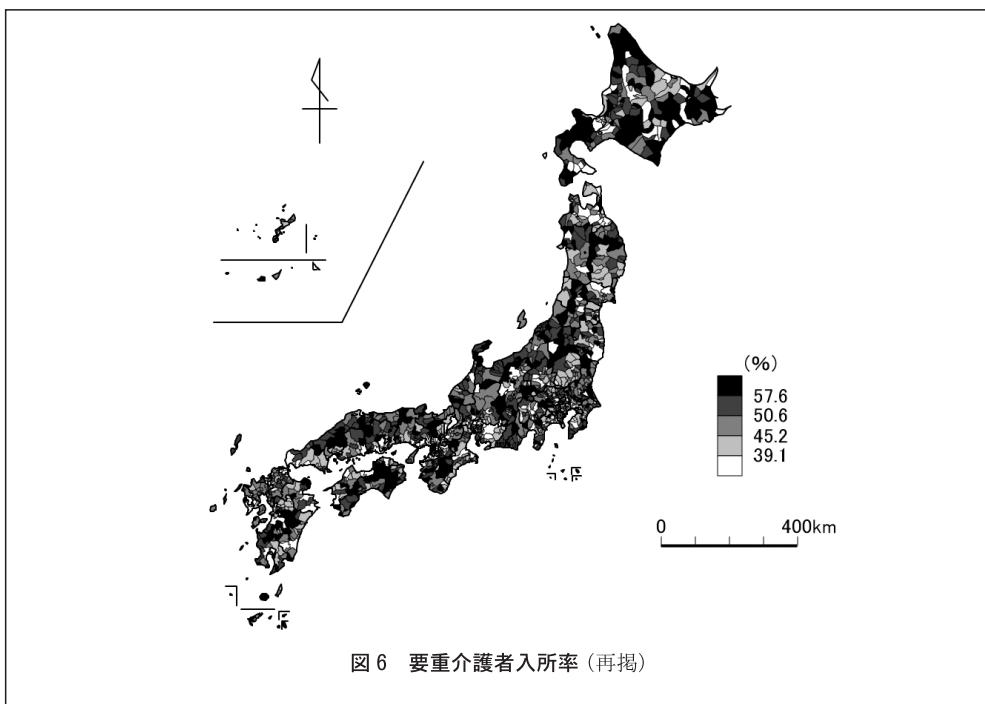
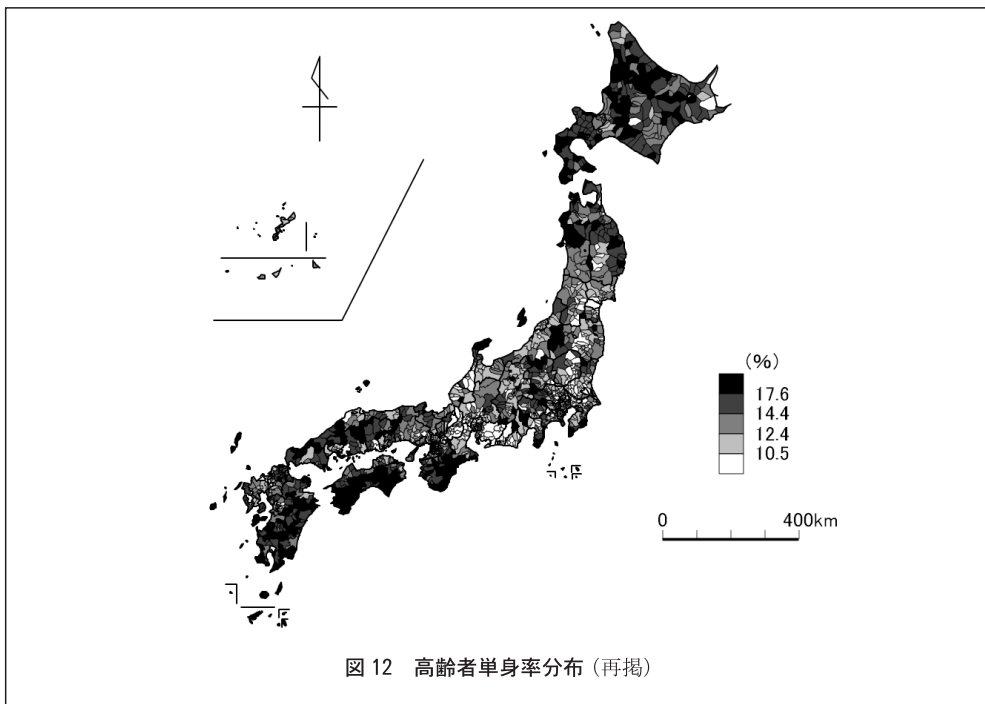
このことから、重度の介護が必要になった際の在宅及び入所それぞれを選択するにあたっては保険者が有する用件の違いなど何らかの特性に影響されていると考えられる。

(5) 家族類型との関係性

全国市町村の高齢者を含む三世帯世帯率を 5 分位に分割し着色した。最大値は 29.2%、最小値は 0%、中央値は、5.7%、標準偏差は 4.85、分散は 23.5 となっている。地図上では、九州南部、北海道、四国、中国地方では、三世帯世帯率が低い地域が考察される。三世帯居住の比率には都市部、非都市部に規定されない地域性がみられる。このデータと在宅重介護者率の間に何らかの関係性があるかどうかは図からは判断できない。

全国市町村の高齢者単身世帯率を 5 分位に分割し、着色したが図 12 高齢者単身世帯分布である。高齢者単身世帯率である。2020 年のデータの最大値は 35.3%、平均値は 14.2%、中央値 13.3%、標準偏差 4.6%、分散は 21.2% となっている。この結果、高齢者単身世帯率は、三世帯率が低かった地域において、逆に高くなっていることが考察できる。高齢者単身世帯率は、北海道の平野部や山間地域、紀伊半島をはじめとする半島部、中国、四国、中国山地、九州南部において 5 分位で最も高いという結果が考察できる。高齢者単身世帯率の分布と要重介護者入所率の関連性は、分布図からは関係性があるかに考察されるが、明らかな一致とは言い難い。





5. 結論

(1) 在宅要重介護者率に関する考察

在宅重介護者率は保険者間において比較的大きな格差がみられる。地域によって利用者が、在宅か入所に偏っているという特性がみられる。地図データでは在宅要重介護者率が5分位中最も高いレベルにあるのは、概ね大都市、またはその周辺、および各都道府県の県庁所在地の都市であることが考察された。この結果からは、都市部のほうが要介護4、5といった重介護になっても在宅で暮らす割合が高く、非都市部では在宅要重介護率が、低位にとどまる傾向がある。したがって、都市部のほうが「重度の介護が必要になっても住み慣れた地域で住み続ける」ことが実現しやすい傾向にあると言える。これらの地域は、後期高齢者率が高率な地域とほぼ一致している。

在宅重介護者率について、詳細にデータを考察すると、大都市以外の市町村も含まれている。これらの市町村には、いくつかの共通点がみられる。在宅重介護率68.8%で第一位となっている大阪府忠岡町、北海道の小規模町村など、人口1万人以下の小規模保険者が該当する。これらの保険者では、入所サービス資源がない地域も含まれることから、在宅重介護率が高いことによって、「重度の介護が必要になっても住み慣れた地域に暮らし続けること」が利用者の選択によって実現しているとは、判断できない。家族類型との関係性では、三世帯世帯の割合との間に、重度の介護が必要になっても自宅に暮らすことができると想定したが、本研究の結果からみる限りは、その関係性は明らかではなかった。

(2) 要重介護者入所率に関する考察

五分位に色分けした地図データから考察すると、入所率が高い保険者は、島嶼部、中山間地域や北海道の平野など、高度経済成長期に既に都市への人口流出が始まっていた中山間地域に立地する。上位100位までには、美濃市、夕張市、加茂市、国東市などの市部も一部含まれるが、大半は、非都市部に立地する小規模保険者が中心である。また、後期高齢者では、要介護者の発生が高くなるが、後期高齢者密度と入所率との関係性はあまり見られない。後期高齢者人口密度は大都市部で高い傾向が明らかであり、入所施設サービスの利用率の状況とは一致していない。要重介護者入所率は、むしろ高齢化率、要介護認定率の分布との近似性が高い。

地図上では入所率が高い地域では、在宅率が低い傾向がみられ、何らかの理由で重度の介護が必要になった際の選択が限定されている可能性がある。

また、家族型との関係では、介護力を考えると、単身高齢者が多い地域ほど入所率が高まると想定したが、単身高齢者率と入所介護サービス利用の関係性についても必ずしも明らかであるとは言えない。

(3) 入所率が高い保険者と在宅率が高い保険者の特性について

重度の介護が必要になった被保険者が在宅で過ごすか、入所するかについて選択可能な状態が最適

であると言えるが、入所率上位 100 保険者と在宅率上位 100 の保険者には重複は見られない。つまり、上位 100 位を見る限りは、重度の介護が必要になった時の入所率が高い保険者と在宅率が高い保険者では何らかの特性の違いがあると考えられる。

(4) 今後の研究課題

本研究では、重度の介護が必要になった場合の居宅介護の実現状況についてデータによって検証し、全国の保険者における実態を明らかにした。この研究によって、今後研究すべきいくつかの課題が明らかになった。

第一に、在宅要重介護率、要重介護者入所率には、保険者間での格差と特性の差異がみられるため、その要因を探る必要がある。どのようなサービスの充実が重度の介護が必要になった際の在宅ケアを可能にしているのかについて検証が必要である。居宅サービスを利用して、自宅または、住居に住み続けることが可能な状態であるが、他方、入所系サービス資源が少ないために居宅サービスしか選択できないという状態の少なくとも二つのケースが想定される。これに関して全国的な研究が必要である。加えて、サービス付き高齢者住宅や軽費老人ホームケアハウス、有料老人ホームなどの供給と在宅要重介護者率の関係性については、全国市町村レベルでの検証の必要がある。したがって、今後は、格差の要因分析を行う。

第二に、家族との関係については、高齢者を含む親と子からなる世帯及び高齢夫婦のみ世帯を含めて、さらに家族による介護と在宅重介護の可能性について検証する必要がある。

本研究は、介護保険による在宅介護の実現性に関する基礎的なデータの整理を目的としたが、介護保険制度においては、利用状況は統計的に把握できるが、サービスの供給状況を全国的に把握することが難しいため基礎的な状況の把握としては限界がある。今後引き続き上記の課題を中心に、重度の介護が必要になった際のサービスの選択の実態に関して研究を進めることとする。

謝辞

本研究は、熊本学園大学社会福祉研究所の研究調査費（2020～2021）による助成を受けたものです。

引用文献

LeGrand J., Bartlett J.W. (1993). Quasi-Markets and Social Policy. London, UK: Macmillan.

宮澤仁. (2003). 関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係 市町村データの統計分析を中心に. 地理学評論, 59-80.

宮澤仁. (2021). 第2章介護サービスの地域差を生み出す事業者の空間的意思決定. 著: 宮澤仁, 『都市高齢者の介護・住まい・生活支援 福祉地理学から問い直す地域包括ケアシステム』(ページ: 34-56). 東京都千代田区: 株式会社 明石書店.

厚生労働省. (2020). 介護保険事業状況報告の概要.

chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpeglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyō/m21/dl/2103a.pdf: 厚生労働省.

厚生労働省. (2020年). 介護保険事業状況報告の概要.

佐橋克彦. (2002). わが国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性. 社会福祉学 第42巻第2号、P.139-149.

仁科伸子. (2022年3月). 介護保険制度とデータから見たエイジング・インプレイスに関する研究. 経済志林第89巻第2号、369-395.

総務省. (2020). 令和2年国勢調査.

内閣府. (2014). 平成26年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. 平成27年版高齢化白書、11.

内閣府. (2022). 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. 令和4年版高齢社会白書、4.