

原 著

介護保険料滞納者の生活・健康状況の実態に関する自治体調査

Living and health status of the elderly who fail to pay long-term care insurance premiums

高橋和行¹⁾, 扇原 淳²⁾

Kazuyuki TAKAHASHI¹⁾, Atsushi OGIHARA²⁾

1) 早稲田大学人間総合研究センター

2) 早稲田大学人間科学学術院

1) Advanced Research Center for Human Sciences, Waseda University

2) Department of Health Science and Social Welfare, Faculty of Human Sciences, Waseda University

要 旨

【目 的】介護保険料滞納者の生活・健康状況の把握を目的とした研究を行った。

【対象・方法】全市区町村 1750 自治体（22 年 4 月 1 日現在）に、アンケート調査を郵送にて行った。

【結 果】有効回答自治体数は、567 件であった（回収率 32.4%）。新規要介護認定時における実態についての回答結果として、滞納者の医療サービスの受診機会が経済的理由により制限されていたこと、健康状態が良好で無いことなどの問題が指摘された。

また、介護保険料滞納者と滞納の無い一般高齢者を、同様に比較しても、滞納者は要介護認定の困難度（生活保護受給が必要となるケースなど）が高い、経済的な理由で介護サービスの利用が制限されているという問題が指摘された。

【考 察】介護保険料滞納者は、経済的な較差にあり、本研究では健康状態と経済状態との関連性が認められた。こうした結果から、滞納者をはじめとする低所得者層の高齢者は様々な健康リスクを抱えている可能性がある。健康リスクを早期に発見、治療する為には、様々な機関（行政、地域、NPO など）による早期介入が重要と考えられた。

疾病の発症率や死亡率といった健康較差指標は、他者、周囲の環境との格差により影響を受けることが指摘されている。今後は、地方都市と都市部の暮らしや物価水準など生活レベルを考慮した分析に加え、個々の自治体を対象とした質的研究によって、より詳細な分析と検討が必要である。

Abstract

Objective: To examine the health and living status of the elderly who fail to pay long-term care insurance (LTCI) premiums.

Subjects and Method: A mail-in survey questionnaire was sent to all 1750 local governments in Japan.

Results: The number of valid completed questionnaires was 567(response rate: 32.4%). The local government staff in charge of the LTCI program reported that the elderly in the nonpayment category had restricted access to medical services and were in poor health at the initial care-need certification.

The risks associated with restricted LTCI benefits livelihood protection were higher than those of the elderly who paid LTCI premiums.

Discussion: The elderly in the nonpayment category were affected by economic inequality. These results

demonstrated an association between economic inequality and health. People in the lower economic classes face more health risks.

To include and medicate in the initial stages, early intervention by various entities, such as public assistance groups, NPOs, and welfare service providers, are very important.

Health inequalities, such as incidence and mortality rates, are affected by inequalities in economic or social status.

Therefore, further research on the difference in living status between urban and rural cities is necessary.

キーワード：介護保険・滞納・経済較差・健康リスク・高齢者

Key words: long-term care insurance, nonpayment, economic inequality · health risks, elderly.

はじめに

介護保険制度は、要介護状態または要支援状態と判断された 65 歳以上の高齢者および特定の疾病に起因して要介護状態となった 40 歳以上 65 歳未満の者を対象に、介護給付を提供する制度である。その運営方法は、社会全体で介護を支える社会保険制度であることから、65 歳以上の第 1 号被保険者および 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者に保険料負担が求められている。第 1 号被保険者の介護保険料納付方法は、老齢・遺族・障害の各公的年金額が年額 18 万円以上に達する場合は、公的年金から天引きを行う特別徴収によって徴収している。一方、受給する公的年金が年額 18 万円に満たない低所得者などは、金融機関等にて自らが直接納付する普通徴収となる¹⁾。この 2 つの納付方法のうち、原則として、特別徴収で行われることが介護保険法によって規定されているため、第 1 号被保険者の約 85% が特別徴収と推計されている²⁾。特別徴収は、本人の意思によらず、自動的に公的年金から天引きされる為、介護保険料を滞納することはない。そのため、介護保険料の滞納者は、必ず普通徴収対象者ということになる。

この普通徴収対象者は、特別徴収の条件から考慮すると、公的年金額が年額 18 万円に満たない無年金者や国民年金のみを受給する低年金者が多くを占めている。つまり介護保険料滞納者は、もともと収入や所得が少ない普通徴収対象者のうち、介護保険料を納付する経済力を有していない高齢者が大半を占めると考えられ、滞納の無い一般の高齢者と比較すると明確な所得格差が生じている高齢者と見なすことができる。

介護保険料は、急速に進展する高齢化に伴い、年々上昇を続けている。介護保険制度の創設当初である第 1 期（平成 12～14 年）での介護保険料基準月額 2,911

円から、3 か年の制度見直しごとに、3,293 円（平成 15～17 年）、4,090 円（平成 18～20 年）、4,160 円（平成 21～23 年）と上昇し、第 5 期（平成 24～26 年）では 4,972 円となっている³⁾。

このような介護保険料自体の上昇にあっても、特別徴収、普通徴収を合計した全体の滞納率は 2% 前後で推移している（図 1）。その一方で、普通徴収滞納率は、近年では 10% を超えるなど年々上昇している⁴⁾ ことから、低所得高齢者の生活の厳しさが増していることが容易に想定できる。日本の家計の所得格差が拡大傾向にある中で、高齢期によりその格差が大きくなるとされている⁵⁾ ことから、介護保険料滞納者の増加に対する対策や実態把握がより重要である。

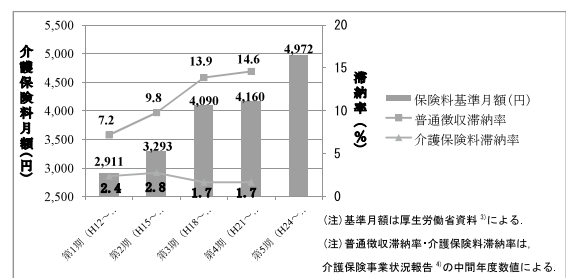


図 1 介護保険料基準月額と滞納率の推移

特に、介護保険料滞納者は、滞納による給付制限規定や経済的理由などから、介護サービスの利用が必要な健康状態となっても要介護認定の申請を行わず、健康状態の悪化を進行させている可能性が考えられる。我々が行った関東地方のある自治体における新規要介護認定時点での健康状態を調査した研究では、滞納の無い一般の高齢者と滞納者との間に平均年齢及び介護度に統計学的に有意な差が見られた⁶⁾。

介護保険サービスを利用するには、必ず要介護認定

を申請する必要がある。とりわけ新規（初回）の要介護認定は、介護保険サービスの利用が必要であると初めて判断した時点である。こうしたことから、新規の要介護認定申請時点での健康状態の有意な差は、経済的な理由による医療・介護の受診抑制などによって生じた事象、すなわち、格差社会に起因した健康状態の差や異なりとして定義される健康較差の一例として考えることができる。

しかしながら、新規の要介護認定申請時点での健康較差が他の自治体でも生じているのか、把握されているのかどうかは明らかとなっていない。一方で、個人情報保護の観点から、このような滞納者を対象とした調査実施の困難度の高さは容易に想像できる。

そこで本研究は、地方自治体の介護保険実務担当課・職員を対象として、介護保険料滞納者の新規要介護認定時の所得・健康状態の実態を踏まえた健康較差について、全国規模で明らかにすることを目的とした。

対象・方法

介護保険の保険者である全市区町村 1,750 自治体(平成 22 年 4 月 1 日現在)⁷⁾を対象に、介護保険料滞納者の新規要介護認定前後の生活・健康状況について問う多肢選択式・記述式混合の調査票を作成した。調査票は、平成 23 年 1 月に各自治体の介護保険実務担当課へ送付し、実務担当職員による回答を求めた。回収した調査票について、設問ごとにそう思う、どちらでもない、そう思わない、の 3 群で χ^2 検定を行った。有意水準を 5% 未満とした。集計には Microsoft Excel 2010 を、分析には js-STAR2012 を用いた。

結果

【基本属性】

調査対象とした全自治体 1,750 団体のうち、751 団体(返送率 42.9%)から調査票を回収した。このうち、介護保険料滞納者の新規要介護認定前後の生活・健康状況に関するすべての項目を回答した 567 団体分を分析の対象とした(表 1)。

表 1 全自治体と回答自治体数

人口区分 (H22. 4. 1 現在)	調査対象数(%)	分析対象数(%)	回答率
① 1 万人未満	479 (27.4)	72 (12.7)	15.0
② 1 万人以上 - 5 万人未満	710 (40.6)	228 (40.2)	32.1
③ 5 万人以上 - 10 万人未満	266 (15.2)	132 (23.3)	49.6
④ 10 万人以上 - 15 万人未満	114 (6.5)	67 (11.8)	58.8
⑤ 15 万人以上 - 30 万人未満	97 (5.5)	42 (7.4)	43.3
⑥ 30 万人以上 - 50 万人未満	49 (2.8)	16 (2.8)	32.7
⑦ 50 万人以上 - 100 万人未満	23 (1.3)	7 (1.2)	30.4
⑧ 100 万人以上	12 (0.7)	3 (0.5)	25.0
計	1750 (100)	567 (100)	32.4

今回の分析対象とした 567 団体の基本属性を人口規模⁸⁾により分類すると、「人口 1 万人未満」の小規模の自治体では、回答率が低くなる傾向がみられた。介護保険料の収納率(表 2)については、分析対象とした自治体における現年度分(普通徴収および特別徴収の合計)は 98%を超えていた。また、普通徴収のみの収納率は 85%程度であり、どちらの収納率も全国平均とはほぼ同様の結果であった(表 2)。

表 2 分析対象自治体と全国平均の介護保険料 (H21 年度分) 収納率

現年度分(普通および特別徴収合計) (%)		普通徴収のみ(%)					
全国平均	分析対象自治体			全国平均	分析対象自治体		
	平均	最小値	最大値		平均	最小値	最大値
98.34	98.75	93.85	100.00	85.49	87.85	66.86	100.00

(注) 分析対象自治体の中でも、広域連合により介護保険を運営する 35 自治体は除外した。総数は 532 自治体である。
(注) 平成 21 年度介護保険事業状況報告をもとに筆者作成。

【介護保険料滞納者の新規要介護認定前後の生活・健康状況】

介護保険料滞納者が新規要介護認定を申請した際の生活状況や健康状況に関する設問 11 項目について、そう思う、どちらでもない、そう思わない、の回答割合を表 3 に示した。 χ^2 検定の結果、統計学的に有意な関連がみられた項目 11 項目中 10 項目であった。

表 3 介護保険料滞納者の新規要介護認定申請時の生活・健康状況

回答数(n(%))	そう思わない, n(%)	どちらでもない, n(%)	そう思う, n(%)
社会とのつながりが弱い	22 (3.9)	192 (33.9)	353 (62.3) *
QOLが充実していない	11 (1.9)	211 (37.2)	345 (60.8) *
同じこもり状態であった	30 (5.3)	265 (46.7)	272 (48.0) *
安定した収入なし	10 (1.8)	60 (10.6)	497 (87.7) *
行政との接触が無かった (福祉関係)	200 (35.3)	185 (32.6)	182 (32.1)
行政との接触が無かった (福祉関係)	70 (12.3)	212 (37.4)	285 (50.3) *
健康への意識や健診受診率が低い	14 (2.5)	173 (30.5)	380 (67.0) *
不健康である (慢性化・重症化した疾患あり)	54 (9.5)	206 (36.3)	307 (54.1) *
経済的理由で医療受診を制限していた	38 (6.7)	175 (30.9)	354 (62.4) *
新規認定時の緊急性が高い	59 (10.4)	179 (31.6)	329 (58.0) *
関係機関や関係住民からの相談・通報による認定が多い	133 (23.5)	241 (42.5)	193 (34.0) *

*P<0.05

11項目のうち「そう思う」の回答割合が高かった項目は4項目で、「安定した収入なし」、「健康への意識や健診受診率が低い」、「経済的理由で医療受診を制限していた」、「新規認定時の緊急性が高い」であった。「そう思う」が最も高く「どちらでもない」の回答割合も高かった項目は5項目で、「社会とのつながりが弱い」、「QOLが充実していない」、「閉じこもり状態であった」、「行政との接触が無かった(福祉関係)」、「慢性化・重症化した疾患を抱えていた」であった。

「どちらでもない」の回答割合が高かったのは1項目で、「関係機関や近隣住民からの相談・通報による認定が多い」であった。

「行政との接触が無かった(徴収関係)」のみ、統計学的に有意な関連はみられなかった。

介護保険料滞納者の新規要介護認定後の生活・健康状況に関する設問10項目について、そう思う、どちらでもない、そう思わない、の回答割合を表4に示した。 χ^2 検定の結果、10項目すべてに統計学的に有意な関連がみられた。

表4 介護保険料滞納者の新規要介護認定後の生活・健康状況

回答数(%)	そう思わない, n(%)	どちらでもない, n(%)	そう思う, n(%)
介護サービスの必要性が高い	52 (9.2)	182 (32.1)	333 (58.7) *
認定時、民生委員や他機関が支援した事例が多い	79 (13.9)	209 (36.9)	279 (49.2) *
生活保護や困難ケースへの関連性が高い	22 (3.9)	105 (18.5)	440 (77.6) *
認定後の定期訪問の必要性が高い	24 (4.2)	280 (49.4)	263 (46.4) *
認定後の保険料納付への意識が向上した	69 (12.2)	120 (21.2)	378 (66.7) *
認定後の健康への意識が向上した	19 (3.4)	373 (65.8)	175 (30.9) *
認定後のQOLが向上した	25 (4.4)	316 (55.7)	226 (39.9) *
認定後、経済的理由で、医療受診・介護サービス利用を制限している	65 (11.5)	208 (36.7)	294 (51.9) *
早期支援の必要性が高かった	29 (5.1)	303 (53.4)	235 (41.4) *
早期支援の機会が無かった(他機関との連携・徴収・公営住宅利用者など)	93 (16.4)	304 (53.6)	170 (30.0) *

*P<0.05

10項目のうち、「そう思う」の回答割合が高かった項目は3項目で、「介護サービスの必要性が高い」、「生活保護や困難ケースへの関連性が高い」、「認定後の保険料納付への意識が向上した」であった。「そう思う」が最も高く「どちらでもない」の回答割合も高かった項目は2項目で、「認定時、民生委員や他機関が支援した事例が多い」、「認定後、経済的理由で、医療受診・介護サービス利用を制限している」であった。

「どちらでもない」の回答割合が高かったのは2項目で、「認定後の健康への意識が向上した」、「早期支援の機会が無かった(他機関との連携・徴収・公営住宅利用者など)」であった。「どちらでもない」が最も高く「そう思う」の回答割合も高かった項目は3項目

で、「認定後の定期訪問の必要性が高い」、「認定後のQOLが向上した」、「早期支援の必要性が高かった」であった。

【介護保険料滞納者と滞納の無い一般高齢者の新規要介護認定時の比較】

「介護保険料滞納者」と「介護保険料に滞納の無い一般高齢者」との新規要介護認定時における比較に関する10項目について、を表5に示した。介護保険料滞納者で該当する、一般高齢者で該当する、どちらでもない、の3群で項目ごとに χ^2 検定を行い、10項目すべてに統計学的に有意な関連が見られた。

表5 介護保険料滞納者と滞納の無い一般高齢者の新規要介護認定時の比較

回答数(%)	一般高齢者で該当する, n(%)	どちらでもない, n(%)	介護保険料滞納者で該当する, n(%)	計
QOLが充実していない	10 (1.8)	132 (23.3)	425 (75.0) *	
社会とのつながりが弱い	21 (3.7)	149 (26.3)	397 (70.0) *	
健康への意識・受診率が低い	16 (2.8)	185 (32.6)	366 (64.6) *	
不健康である(慢性化・重症化した疾患あり)	18 (3.2)	205 (36.2)	344 (60.7) *	
経済的理由による医療受診の制限があった(認定前)	19 (3.4)	175 (30.9)	373 (65.8) *	
新規要介護認定時の年齢が高い	104 (18.3)	326 (57.5)	137 (24.2) *	
新規要介護認定時の要介護度が高い	23 (4.1)	233 (41.1)	311 (54.9) *	
新規要介護認定時の困難度が高い	15 (2.6)	105 (18.5)	447 (78.8) *	
経済的理由による介護サービス利用の制限があった(認定後)	18 (3.2)	154 (27.2)	395 (69.7) *	
早期支援の必要性が高い	11 (1.9)	298 (52.6)	258 (45.5) *	

*P<0.05

10項目のうち、「介護保険料滞納者で該当する」の回答割合が高かった項目は6項目で、「QOLが充実していない」、「社会とのつながりが弱い」、「健康への意識・受診率が低い」、「経済的理由による医療受診の制限があった(認定前)」、「新規要介護認定時の困難度が高い」、「経済的理由による介護サービス利用の制限があった(認定後)」であった。「介護保険料滞納者で該当する」が最も高く「どちらでもない」の回答割合も高かった項目は2項目で、「不健康である(慢性化・重症化した疾患)」、「新規要介護認定時の要介護度が高い」であった。

「どちらでもない」の回答割合が高かったのは1項目で、「新規要介護認定時の年齢が高い」であった。「どちらでもない」が最も高く「介護保険料滞納者で該当する」の回答割合も高かった項目は1項目で、「早期支援の必要性が高い」であった。

考察

本調査は、介護保険料滞納者の新規要介護認定時における所得・健康状態の実態の全国的な現状を把握することを目的に行った。調査対象は、介護保険を運営

する全国 1,750 自治体とした。基本属性で示したとおり、自治体の規模に応じて回答率に差が生じていた。特に、「1 万人未満」の人口区分自治体の回答率が平均を大きく下回り、他の人口区分自治体と比較して低かった。この理由の一つに、小規模自治体では、介護保険料滞納者がそもそも存在しない、または存在したとしても滞納者数が要介護認定を必要とする状態となっていないなど、滞納者に対する事例自体の無さが今回の回答数の少なさに影響した可能性がある。

同様に、「50 万人以上 100 万人未満」および「100 万人以上」など、人口規模が大きくなるのにも伴って、回答率が低下していた。この理由を類推する条件として、分析対象から外した（有効回答とならなかった）人口規模の大きな自治体からの回答で「単独部署で判断できない」といった趣旨の記載がみられた。これは、自治体の人口規模が大きくなるにつれて、部署毎のセクション化や本庁舎・支所間での機能分化が進み、介護保険料事務、要介護認定事務など、介護保険に関する事務間であっても業務連携が図りづらくなっているという理由が考えられた。

今回の結果では、一般高齢者と比較した際の新規要介護認定時の要介護度については、やや滞納者が高いとの傾向に留まり、介護保険料滞納者の方がより要介護度が高いという結論には至らなかった。しかし、「安定した収入がない」、「健康への意識や受診率が低い」、「認定前後の経済的理由による医療・介護サービスの制限」、「介護サービスの必要性が高い」、「要介護認定の緊急性・困難ケース」などの項目は、介護保険料滞納者の認定前後の状況および一般高齢者との比較の双方を通じて指摘する自治体数が顕著であり、介護保険料滞納者の新規要介護認定時の課題が浮き彫りになった。

その一方で、介護保険料滞納者の認定後の状況において、「保険料納付の意識の向上」が該当するとの回答群が最も多かった。また、「QOL の向上」は、どちらともいえない、が最も高い割合であるものの、該当するとの回答群も相当数あった。このことは、要介護認定によって、サービスの利用や支援が展開されることによって、介護保険料滞納者の課題が解消されていく可能性があることを示していると思われる。

「QOL の非充実・社会とのつながりの弱さ」は、介護保険料滞納者の認定前の状況において、やや問題ありとの傾向に留まった。しかし、一般高齢者と比較した際には、介護保険料滞納者の方がより問題があると顕著に指摘されており、相対的にみれば、より介護保

険料滞納者の新規要介護認定時の課題が明確になったと言える。

「不健康である（慢性化・重症化疾患）」「早期支援の必要性」の項目では、介護保険料滞納者の認定前後の状況および一般高齢者との比較の双方を通じて、「どちらともいえない」を指摘する回答群が、それぞれ約 4 割と約 5 割を占めていた。その一方で、問題を指摘する回答群も相当数あり、介護保険料滞納者の課題を潜在的に認識している自治体も増えてきていると考えられた。

以上のことから、介護保険料滞納者が新規の要介護認定を申請した際の状況として、既に要介護度が高くなってしまっていること、生活保護などの困難ケースに発展していることなど、より健康状況が悪化してから要介護認定を申請していることが推測された。これは、介護保険料滞納者が健康状態に問題を抱えている可能性や社会的に孤立している可能性が予見できる。一方で、要介護認定を受給することによって、健康への意識や健康状況は、やや改善の兆しが見られる。しかしながら、生活保護などを受給しない場合は、経済的理由によって介護・医療サービスが十分に利用できず、さらに状態を悪化させていく可能性があることが指摘され、介護保険料滞納者の方がより重度な要介護状態へ陥る可能性の高い要介護ハイリスク集団であることが考えられる。こうした認定前後の状況や認定後のサービス受給の実態から、所得格差が健康較差につながっている可能性が高い。

特に、医療・介護サービスに対する支出が全体の所得に占めるウエートは、低所得者層ほど高く、同サービスは必需品的性格を強くもっているとされる⁹⁾。しかしながら、今回の調査においては、経済的理由によって医療・介護サービスの利用が制限されている実態が深刻に認識されていた。さらに他の調査において、低所得者層が高所得者層に比べ、受診抑制率が高いこと¹⁰⁾、要介護状態の観察割合が高いこと¹¹⁾、要介護リスク、うつ状態、虐待発生率などが高いこと¹²⁾などが明らかにされている様に、介護保険料滞納者において生活に必要な不可欠な要素を欠かざるを得ない実態が生じ、健康較差に結び付いていると考えられる。

介護保険制度は社会保険の一つであり、その保険料が原則的に年金天引きによる納付方法のため一般的に滞納が生じないことを考慮すると、介護保険料滞納者は高齢期の所得格差を顕著に示す例と考えることができる。今までの低所得高齢者に関する報道や事例は、

国勢調査や国が行う基本調査などの統計的情報、現場からの直接的な事例提供が主であり、全国的な実態を把握することは困難であった。

しかし今回、介護保険制度や高齢者福祉制度の運営を行う自治体担当課による指摘が行われたことによって、低所得層の高齢者の実態及び課題が明らかとなった。介護保険料滞納者への事例対応時における自治体担当課の印象は、要介護認定時の年齢や要介護度等とは異なり、健康状態を直接的に数値で表すことはできない。しかし、専門的な知見を持って介護保険料滞納者に直接対応している自治体の現状は、介護保険料滞納者の健康状態や実態を踏まえた有効な結果であるものと考えられる。

ちなみに、介護保険料の滞納に至る前段階として、高齢期の生活を支える公的年金における、低年金、無年金に関する課題がある。低年金に関する課題では、国民年金のみ受給者の生活の苦しさが報告されているが¹³⁾、実際に月額7万円に満たない国民年金のみ受給者は約900万人、そのうち28.5%の287万人が月額3万円から4万円の受給状況となっている¹⁴⁾。無年金に関する課題では、一般的な年金受給年齢である65歳以上の者のうち、今後保険料を納付しても年金を受給できない者は平成19年時点において最大で42万人と推計されている¹⁴⁾。国民年金の納付率も年々低下を見せており、将来的な低年金・無年金者が増加することは明らかで、介護保険料滞納者などの低所得高齢者の健康較差はさらに顕在化する可能性がある。

日本の公的年金受給額は、厚生年金の給付額に比べ、国民年金の給付額が4分の1から3分の1程度の給付水準でしかないなど、その水準を軽々と論じられないほどにバラバラなところに特徴があるとされ¹⁵⁾、この受給格差は現役時代の報酬や生活水準の格差から生じている。さらに、その生活実態は、現役時代貧しい生活を送ってきたものはますます貧しくなることが多く、逆に豊かな生活を送ってきたものは老後もそれまでに蓄えた財力や人的資源を駆使して悠々自適の生活を送ることができ、高齢期の生活は公的年金制度に限らず、様々な範囲で不平等がより顕著に表れる時期と考えられる¹⁶⁾。

実際に、今回の結果でも介護保険料滞納者が抱える課題は、健康較差だけでなく生活上の生きがいや近所づきあいなど、社会参加の範囲にまで及んで複雑化していることが想定された。社会参加度などの社会関連

性が低い高齢者ほど抑うつ度の程度が高い¹⁷⁾、数年後の死亡率が高い¹⁸⁾ ことなどを考えると、介護保険料滞納者が健康較差をさらに助長しかねない環境に置かれている可能性が高い。

その一方で、自治体の担当部門では、こうした社会参加にまで及ぶ複雑化した課題を認識しつつも、職務分担が進み生活の状況を総合的に判断できない、個人情報保護の観点から積極的な支援ができないといった理由から、行政内外での情報提供や共有が効率的に図れていないなど、具体的な対策を行うことが難しくなっていることが想定された。

介護保険料は、高齢化の進展により法施行時から現在まで、月額約2,000円の増額となっている。今後も、高齢化に伴う給付額の著しい増加などによる介護保険料の更なる上昇や、物価上昇や税負担の増大等の問題により、保険料滞納者の増加と健康較差が深刻化することも考えられる。こうした状況に対しては、まず国による社会保障制度における低所得者対策として、低所得の年金受給者に対する最低保障機能の強化、医療・介護保険料における低所得者の保険料軽減の拡充等を図っていく必要がある¹⁹⁾。

また制度の改革・拡充だけでなく、高齢者の生活実態を現場で把握するため、地域のマンパワーを活かした対策が必要であり、社会的課題が複雑化しない間に、早期に発見・支援することが重要である。そのためには、地域・介護サービス事業者・NPO・行政などが連携し、早期の発見から個人情報の適切な管理及び共有、そして予防的見地を持った早期の支援まで有機的に展開できるシステムの構築が必要と考えられる。

介護保険料滞納者における健康較差の実態は、本研究で示したとおり全国的な規模で存在している可能性が示唆された。しかし、高齢者を対象とした心配ごとや悩みごとに関する調査において、自治体の人口規模が大きいほど「生活費など経済的なこと」「病気などのとき、面倒をみてくれる人がいないこと」とする項目が高くなる傾向²⁰⁾がある。高齢者の地域でのライフスタイルに関する調査においても、孤独死を身近に感じる人が小都市・町村に比べ、大都市・中都市の高齢者に多い傾向がある²¹⁾。こうしたことを考慮すると、介護保険料滞納者の健康較差の実態も、自治体の規模や経済的水準に応じて異なってくる可能性がある。また健康較差に関する主要な仮説である「相対所得仮説」では、身近な地域に住む周囲の人との所得の差に、健康較差が左右されることが報告されている²²⁾。今後は、

地方都市と都市部の暮らしや物価水準など生活レベルを考慮した分析に加え、個々の自治体を対象とした質的研究によって、より詳細な分析と検討が必要である。

なお、本研究の一部は、第 52 回日本社会医学学会総会で報告した。また本研究は、財団法人ファイザーヘルスリサーチ財団の助成により行った。(平成 22 年度 10-9-071 研究代表者：高橋和行)

文 献

- 1) 介護保険の実務 平成 19 年 4 月版. 東京：社会保険研究所, 2007 : 154-197
- 2) 国民の福祉の動向 2011/2012. 東京：厚生労働統計協会, 2011 : 136-137
- 3) 介護費用と保険料の推移. [online] 厚生労働省. [平成 25 年 5 月 10 日検索], インターネット〈URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>〉
- 4) 平成 21 年度介護保険事業状況報告 (年報). [online] 厚生労働省. [平成 25 年 5 月 10 日検索], インターネット〈URL:<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/09/index.html>〉
- 5) 堀江奈保子, 大嶋寧子, 塚越由郁. 高齢期の所得格差をどう考えるか—求められる所得のセーフティネットの再構築 (特集 格差・分配政策). みずほ総研論集. 2008 ; 3 : 3-58
- 6) 高橋和行, 扇原淳. 要介護ハイリスク集団としての生活困窮者に対する早期介入の必要性—介護保険料滞納者の介護認定申請時の特徴—. 保健医療研究. 2009 ; 1 : 57-67
- 7) 全国自治体マップ検索. [online] 財団法人地方自治情報センター. [平成 22 年 12 月 20 日検索], インターネット 〈<https://www.lasdec.or.jp/cms/1,0,69.html>〉
- 8) 平成 22 年国勢調査. [online] 総務省統計局. [平成 23 年 10 月 15 日検索], インターネット 〈<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm#a02>〉
- 9) 鈴木亘, 八代尚宏編. 小塩隆士. 成長産業としての医療と介護. 東京：日本経済新聞出版社, 2011 : 73-102
- 10) 村田千代栄, 尾島俊之, 近藤克則他. 地域在住高齢者の所得と受療行動の関連. 第 18 回日本疫学会学術総会口演集. 2008 : 130
- 11) 近藤克則. 要介護高齢者は低所得者になぜ多いか. 東京：社会保険旬報, 2000 ; 2075 : 6-11
- 12) 近藤克則. 検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京：医学書院, 2007
- 13) 結城康博, 嘉山隆司編. 石井郁子. 高齢者は暮らしていけない現場からの報告. 東京：岩波書店, 2010 : 27-43
- 14) 無年金・低年金等に関する関連資料. [online] 厚生労働省. [平成 25 年 5 月 10 日検索] インターネット 〈URL : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0702-4c.pdf>〉
- 15) 岩井浩, 福島利夫, 菊池進他. 格差社会の統計分析. 北海道：北海道大学出版会, 2009 : 140-144
- 16) 白波瀬佐和子. 生き方の不平等—お互いさまの社会に向けて. 東京：岩波書店, 2010 : 157-158
- 17) 青木邦男. 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌. 1997 ; 8 (4) : 401-410
- 18) 安梅勅江, 島田千穂. 高齢者の社会関連性評価と生命予後：社会関連性指標と 5 年後の死亡率の関係. 日本公衆衛生雑誌. 2000 ; 47 (2) : 127-133
- 19) 社会保障制度における低所得者対策について. [online] 厚生労働省. [平成 25 年 8 月 10 日検索], インターネット 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002b1nq-att/2r9852000002b4kl.pdf>〉
- 20) 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果. [online] 内閣府. [平成 25 年 7 月 10 日検索], インターネット 〈<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h20/sougou/zentai/index.html>〉
- 21) 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査. [online] 内閣府. [平成 25 年 7 月 10 日検索], インターネット 〈URL : <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h21/kenkyu/.../kekka1-1.pdf>〉
- 22) Kennedy B.P., Kawachi I., Glass R., Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health; a U.S. multi-level analysis. BMJ 1998 ; 317 : 917-921

