

2015年8月28日 全14頁

都道府県格差が大きい医療・介護費

～医療・介護費の抑制には後期高齢者一人当たり費用の全国格差の縮小が課題～

経済環境調査部 研究員 亀井亜希子

[要約]

- 2015年8月10日から経済財政諮問会議における経済・財政一体改革推進委員会が発足した。2016～2018年度を集中改革期間と位置づけ、特に社会保障分野では、医療費の抑制に成功している優良事例を選び、全国展開することも検討している。
- 本稿では、2008～2013年度の期間について、都道府県別の後期高齢者人口一人当たり医療費、受給者一人当たり介護費の増減額¹の比較を行い、医療・介護費の抑制のモデルケースの候補となる都道府県の抽出を試みた。

はじめに

6月末に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針」を振り返ると、まさに“成長と財政健全化の二兎を追う”と呼ぶような基本方針であった。医療・介護産業と社会保障費は密接に関係していることは前回のレポート「超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方向性 ～医療・介護費抑制（財政健全化）と成長（日本再興戦略）の両立に向けて～」²で述べている。

現状、財政健全化の部分についての議論が先行し始めた。2015年8月10日から経済財政諮問会議における経済・財政一体改革推進委員会が発足し、2016～2018年度を集中改革期間と位置づけ、重点分野ごとにKPIを設定し歳出削減につなげることを目的としている。社会保障分野では、医療・介護費を抑制するため、同費用の抑制に成功している優良事例を選び、全国展開することも検討されるという。

この背景には、医療・介護費削減のカギとなる都道府県別の後期高齢者人口一人当たり医療費と受給者一人当たりの介護費の格差が拡大していることがある。このため、全国格差の縮小が課題となっている。

¹ 本稿では2008年度比の2013年度における増減額（増減率）の意味で用いる。

² [大和総研調査季報 2015年7月夏季号 Vol.19](#) を参照。

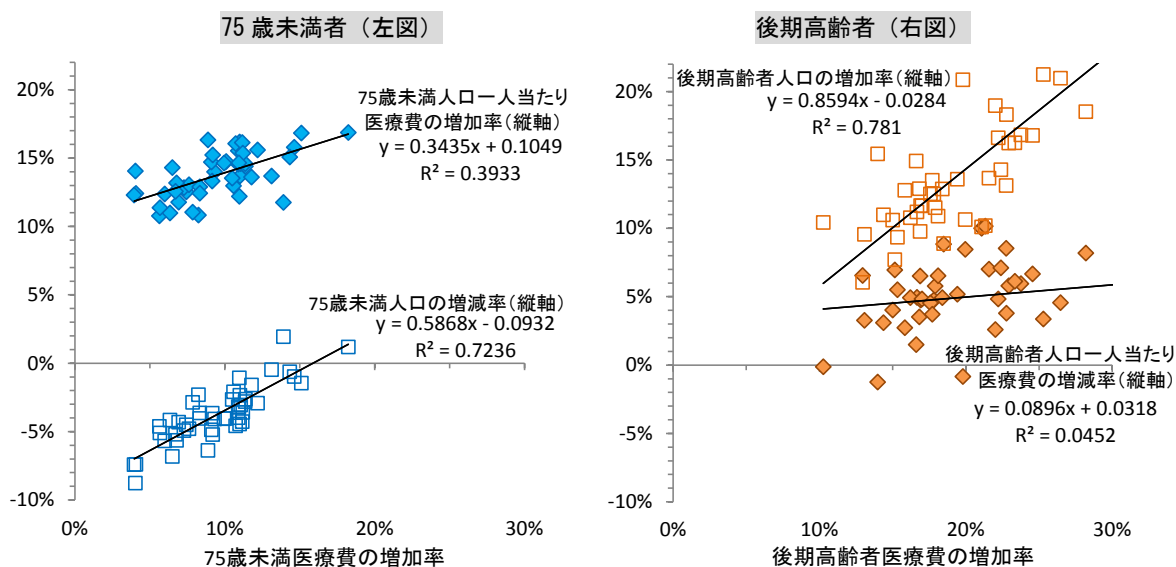
1. 都道府県別の人口動向が医療費の増減に影響を与えている

2008～2012年度の期間を第1期、2013～2017年度の期間を第2期として、都道府県は医療費適正化計画の策定により医療費の抑制に取り組み始め、「日本再興戦略」及び改訂 2014・2015では2008年度がKPIの基準年に設定された。

前述の大和総研の調査季報で記述したように、2013年度の医療費において、2008年度比の増加率の高い都道府県は、後期高齢者の医療費の増加率が相対的に高い水準にあることが判明した。この後期高齢者の医療費の増加の要因を、後期高齢者人口一人当たり医療費の増減率と同人口の増加率で分解すると、人口の増加率との高い相関が見られる（図表1 右図）。一方、同様に75歳未満の年齢層においても、75歳未満人口一人当たり医療費の増加率よりも、同人口の増減率が同年齢層の医療費に影響を与えてきたと見受けられる（図表1 左図）。

図表1の左図に示されているように、75歳未満の年齢層の人口は東京都と沖縄県を除く45道府県で減少しており、各道府県の全体の医療費の増加率を抑えてきた一方、全都道府県において後期高齢者の人口は増加し、医療費を増加させてきた。各年齢層人口一人当たりの医療費については、どちらの年齢層ともばらつきがあり、特に後期高齢者層の人口一人当たりの医療費のばらつきが大きいという特性がある。

図表1 75歳未満者・後期高齢者別の医療費増加率と、人口増減率、人口一人当たり医療費増減率の関係（2013年度：2008年度比）

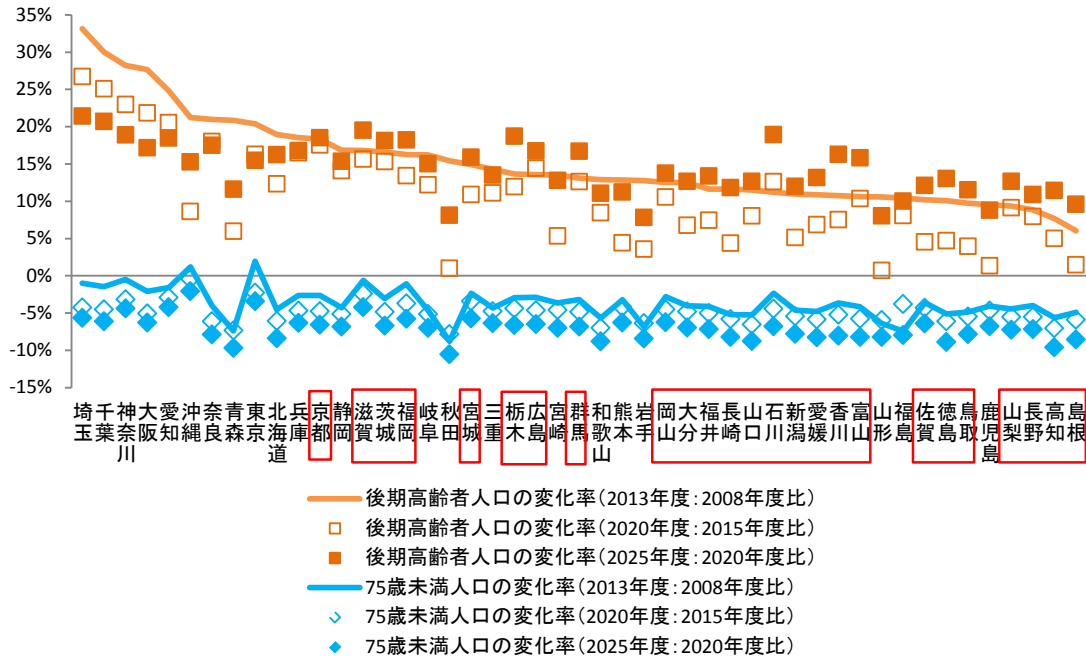


(注) 医療費は医療機関所在地の都道府県で分類している。
 (出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」より大和総研作成

さらに、両年齢層の人口動向について、今後10年間（2015～2020年度と2020～2025年度の2期間）で見ると、図表2に示すとおり、2015～2020年度の福島県を除き全ての都道府県において、75歳未満人口の減少率は2008～2013年度より大きくなり、7都府県（埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、愛知県、奈良県、東京都）を除く道府県において、後期高齢者人口の増加

率は2020～2025年度に、より大きく上昇していく見込み³である（図表2）。

図表2 75歳未満人口と後期高齢者人口の変化率（2013年度：2008年度比、2020年度：2015年度比、2025年度：2020年度比）



(注1) 後期高齢者人口の2008年度比2013年度増加率の多い都道府県順である。

(注2) 四角で囲った府県は、2020年度比2025年度変化率が2008年度比2013年度変化率を上回る府県である。

(出所) 総務省「人口推計」(平成20・25年度)、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)』より大和総研作成

問題は、今後10年間に見込まれる75歳未満人口の減少率と後期高齢者層の人口の増加率が、各都道府県で異なるため、都道府県別の医療費の水準に格差が生まれていくことである。

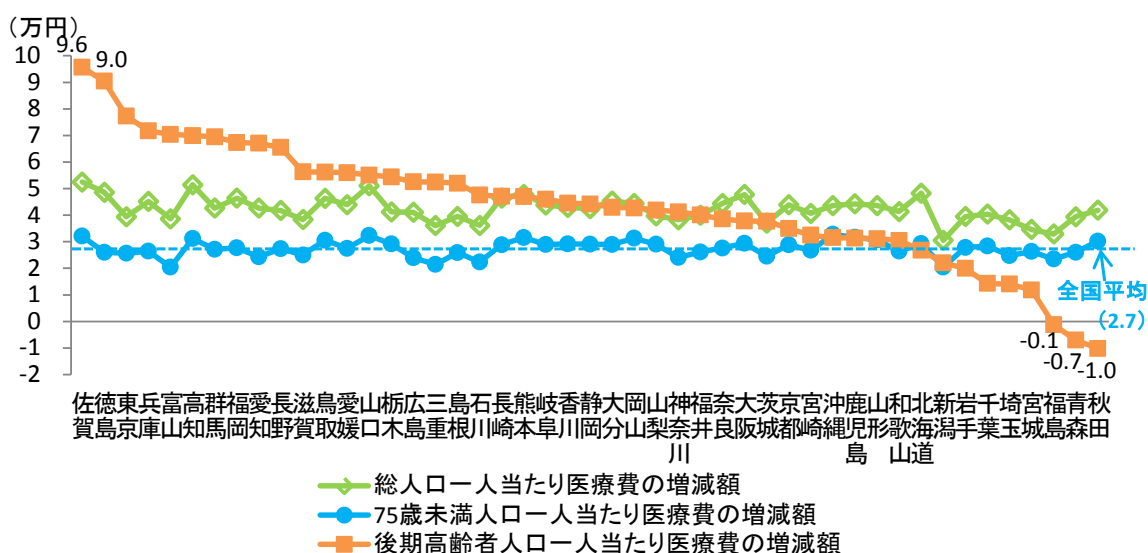
国立社会保障・人口問題研究所の地域別将来推計(出生中位・死亡中位)によると、同2期間に見込まれる75歳未満人口の減少率は、福島県を除く全ての都道府県で、2013年度(2008年度比)の減少率の水準を下回る。一方、2025年度(2020年度比)の後期高齢者人口の増加率は、図表2の兵庫県より右に位置する府県のうち25府県(図表2の四角で囲った府県)において、2013年度(2008年度比)の増加率を超えると見込まれている。このため、これらの府県における後期高齢者人口の増加による医療費増大の影響を最小限に食い止めるには、後期高齢者人口一人当たり医療費の増加率を可能な限り抑制していくことが有効な手段となるだろう。

³ 国立社会保障・人口問題研究所の地域別将来推計(出生中位・死亡中位)。

2. 問題は後期高齢者人口一人当たり医療費における都道府県の差

同様に、各都道府県の後期高齢者人口一人当たり医療費の2008年度比2013年度増減額を、後期高齢者層と75歳未満の年齢層に分けて全国的な傾向を表した(図表3)。75歳未満の人口一人当たり医療費は、全国的に約2~3万円の増加(約1万円の差)に留まり、地域的な差は小さい。これに対し、後期高齢者人口の一人当たり医療費では、最も増加した佐賀県(9.6万円増)と最も減少した秋田県(1.0万円減)とでは約11万円の開きが生じている。つまり、各都道府県の人口一人当たり医療費の差は、後期高齢者人口一人当たり医療費の差によって生じていると考えられる。

図表3 都道府県別の総人口・75歳未満人口・後期高齢者人口、各人口一人当たり医療費の増減額(2013年度:2008年度比)



(注) 医療費は、医療機関所在地の都道府県で分類している。

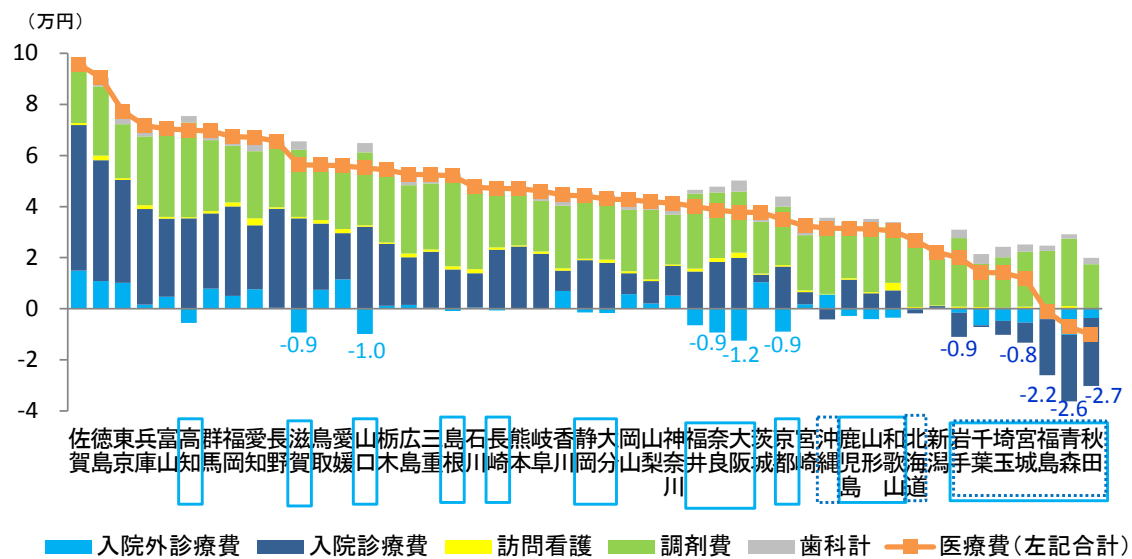
(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」(平成20・25年10月1日現在)より大和総研作成

さらに、後期高齢者人口一人当たり医療費の増減要因を、入院診療費、入院外診療費、調剤費、在宅看護等という費用の内訳別に見てみる(図表4 次ページ)。医科の入院外診療費と入院診療費がともに減少している7県(岩手県、千葉県、埼玉県、宮城県、福島県、青森県、秋田県)では、2013年度の同人口一人当たり医療費の増加額が、全国平均よりかなり低い水準(2万円以下)に抑制され、あるいは減少させているということが確認できる。

後期高齢者人口一人当たり医療費の増減には、入院診療費の増減が大きく寄与しており(図表5 次ページ)、現状では、後期高齢者医療費の抑制は、在院日数の短縮の推進による入院診療費の縮減による効果が先行して表れていると推測される。

さらに入院外診療費については、後期高齢者人口一人当たり後期高齢者医療費の増減額への寄与度はまだ小さいものの(図表5)、減少している府県もあり、早期発見・早期治療による医療費の抑制効果が出始めてきている可能性がある。同入院外診療費の減少は、21府県(大阪府、山口県、青森県、滋賀県、奈良県、京都府等)で確認されている(図表4)。

図表4 都道府県別後期高齢者人口一人当たり医療費の増減額の内訳(2013年度:2008年度比)

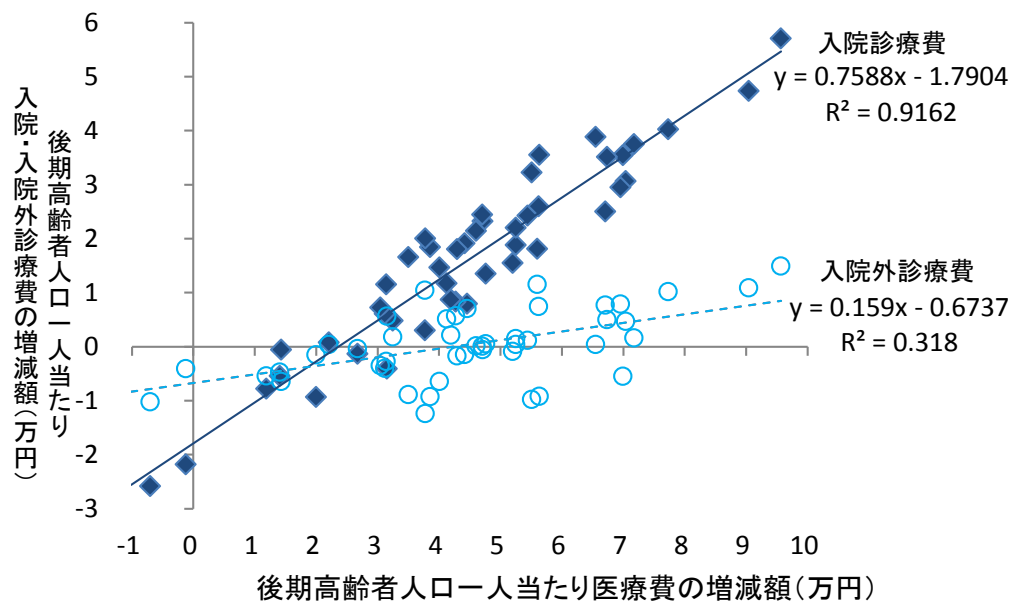


(注1) 医療費は、医療機関所在地の都道府県で分類している。

(中2) 四角は、入院外診療費が減少した府県である。点線の四角は、入院診療費が減少した道県である。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」(平成20・25年10月1日現在)より大和総研作成

図表5 後期高齢者人口一人当たり医療費と入院・入院外診療費の増減額の関係(2013年度:2008年度比)



(注) 医療費は、医療機関所在地の都道府県で分類している。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」(平成20・25年10月1日現在)より大和総研作成

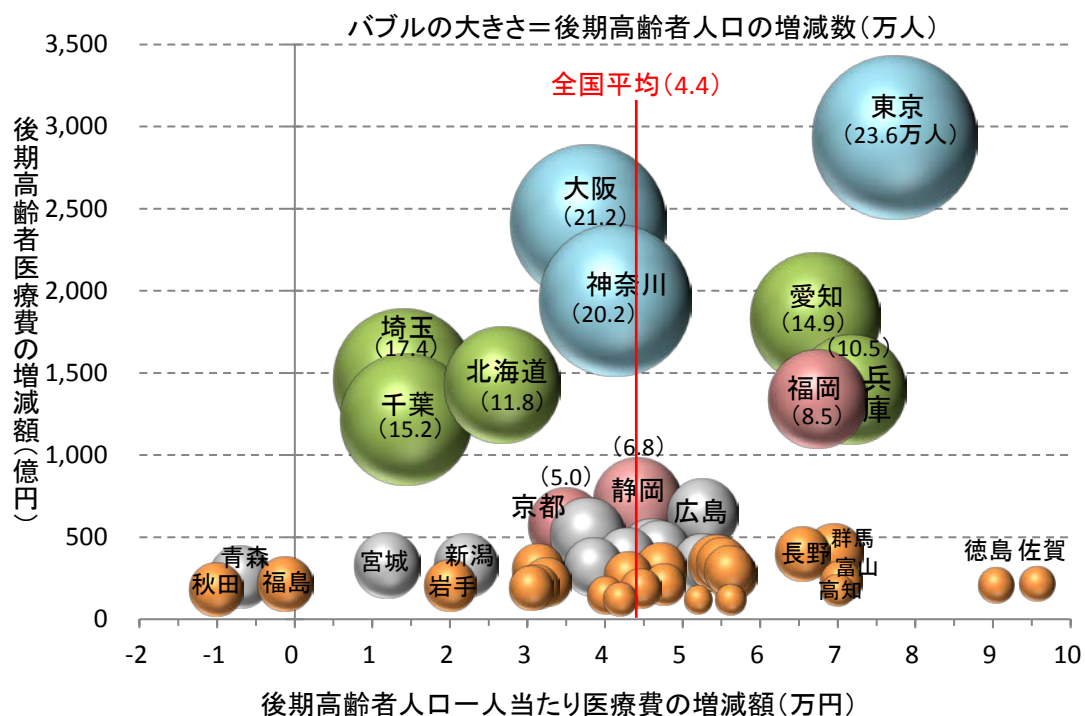
3. 今後後期高齢者医療費抑制が必要な都道府県と抑制のモデルケースの候補となりうる道府県

同様に、都道府県別の後期高齢者医療費の増加による全国計の後期高齢者医療費の増加への影響について整理した。

図表6に示す通り、後期高齢者医療費の2008年度比2013年度増加額の大きい上位10都道府県は、東京都(2,900億円)、大阪府(2,400億円)、神奈川県(1,950億円)、愛知県(1,800億円)、埼玉県(1,470億円)、北海道(1,430億円)、兵庫県(1,400億円)、福岡県(1,300億円)、千葉県(1,200億円)、静岡県(700億円)であった。この上位10都道府県だけで全国計の後期高齢者医療費の増額分の約60%に相当した。

特に、図表6の横軸で表されるように、後期高齢者人口一人当たり医療費の増加額が全国平均(4.4万円)よりも高い水準にある、東京都(7.7万円)、兵庫県(7.2万円)、愛知県・福岡県(6.7万円)が後期高齢者人口一人当たり医療費の削減に取り組むことが、全国計の医療費の抑制につながると考えられる。また、今後10年間に都市圏への人口集中及び後期高齢者人口の増加が見込まれることから、これらの都県における後期高齢者医療費抑制への取組みは急務であろう。

図表6 都道府県別の後期高齢者医療費、後期高齢者人口、後期高齢者人口1人当たり医療費、各増減額の関係(2013年度:2008年度比)



(注1) 医療費は、医療機関所在地の都道府県で分類している。

(注2) バブルの大きい順に、2008年度比2013年度の後期高齢者人口増加数が20万人超は東京都、大阪府、神奈川県、同10万人超20万人未満は北海道、千葉県、埼玉県、愛知県、兵庫県、同5万人超10万人未満は静岡県、京都府、福岡県。残りは、同3万人超5万人未満は10県、3万人未満は26県である。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」(平成20・25年10月1日現在)より大和総研作成

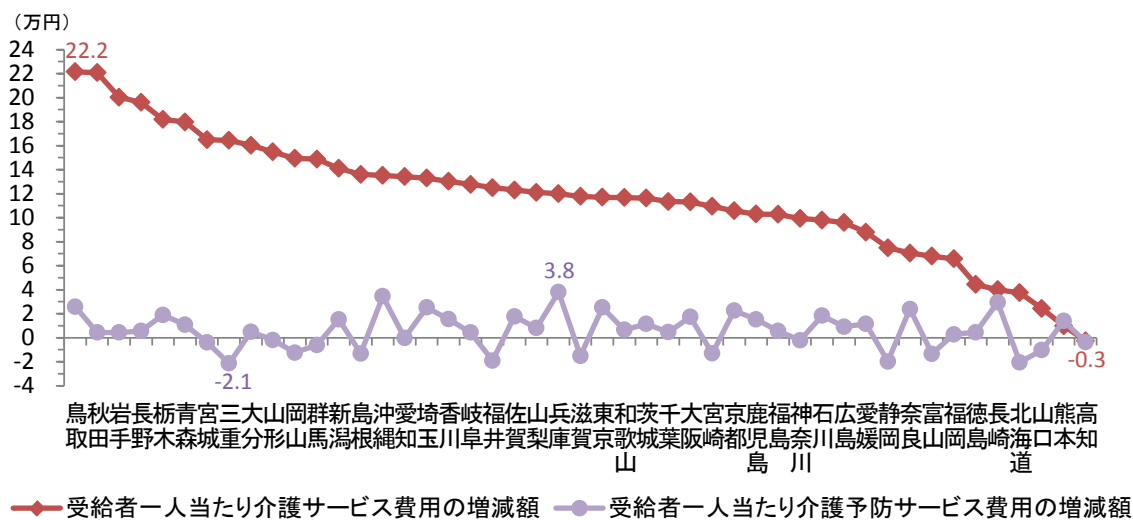
既に超高齢社会を迎えていながらも、後期高齢者人口一人当たり医療費が減少している秋田県（1.0万円減）、青森県（0.7万円減）、福島県（0.1万円減）は医療費抑制策のモデルケースとなりうるだろう。あるいは、後期高齢者人口の増加率が東京都、愛知県・兵庫県、福岡県と同程度の水準にありながらも後期高齢者人口一人当たり医療費の増加額が相対的に抑えられている大阪府（3.8万円増）、神奈川県（4.1万円増）、埼玉県・千葉県（1.4万円増）、北海道（2.7万円増）、京都府（3.5万円増）もモデルケースとなりうると思われる。

4. 受給者一人当たり介護費の増減も都道府県の差が大きい

後期高齢者医療費と同様に、各都道府県の受給者一人当たり介護費の2008年度比2013年度増減額を、介護サービス費用と介護予防サービスに分けて比較した。

介護費（全国計）は、介護予防サービス費用が5.7%、介護サービス費用が94.3%を占める（2013年度⁴）。都道府県別の受給者一人当たりの介護予防サービス費用では、2013年度同費用の2008年度比増加額が最大の兵庫県（3.8万円増）と同減少額が最大の三重県（2.1万円減）との差は約6万円であった。一方、同様に介護サービス費用では、島根県（22.2万円増）と高知県（0.3万円減）とでは約25.5万円の差があり（図表7）、後期高齢者人口一人当たり医療費の都道府県格差より大きい。

図表7 都道府県別の受給者人口一人当たり介護費の内訳別増減額（2013年度：2008年度比）



（注）2014年4月審査分と2009年4月審査分の差である。

（出所）厚生労働省「介護給付費実態調査の概況」（平成20、25年度）より大和総研作成

⁴ 2013年5月審査分～2014年4月審査分合計である。（出所：厚生労働省「平成25年度 介護給付費実態調査報告」）

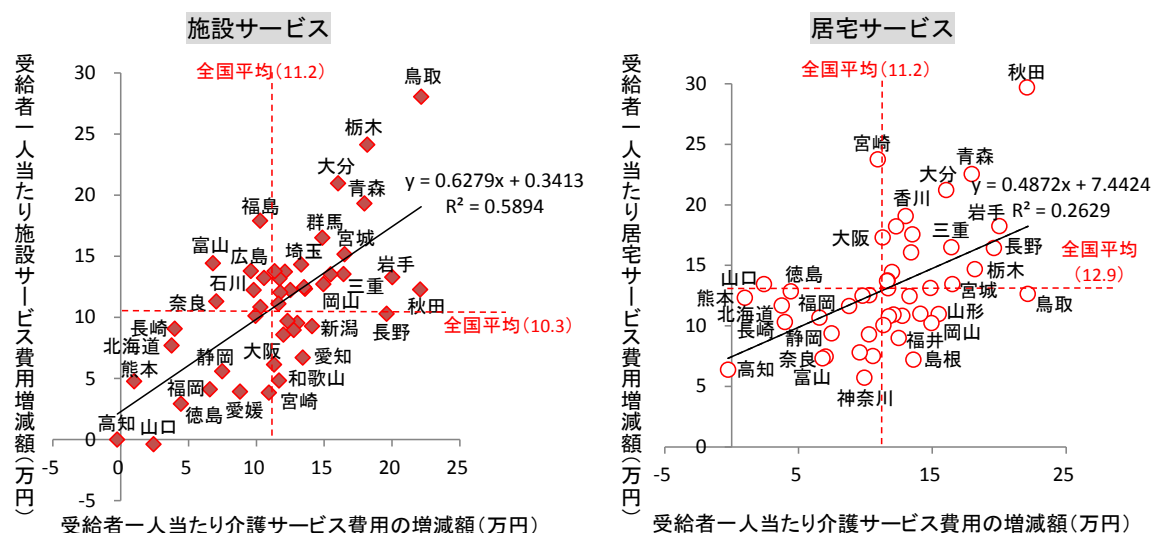
図表 8に見られるように、受給者人口一人当たり介護サービス費用の内訳項目⁵となる同施設サービス費用と同居宅サービス費用の各々の増減額と、受給者人口一人当たり介護サービス費用の増減額の間をみると、同施設サービス費用との相関が若干大きいものの、都道府県ごとに異なる結果となった。

介護にかかるコストは、居宅サービス利用（在宅介護）が施設サービス利用（施設介護）よりも低い傾向が見られる。このため、国や地方自治体の限られた財源の中で、各都道府県の受給者一人当たりの介護サービス費用の増加を抑制するためには、施設サービスの利用を抑え、居宅サービスの利用を促す政策を採用することとなると考えられる。受給者一人当たりの施設サービス費用は、同居宅サービス費用よりも高いため、同施設サービス費用と同介護サービス費用の増減の相関が、同居宅サービス費用との相関よりも高くなると言えよう。

図表 9（次ページ）に示すように、各都道府県が、施設サービスの利用から居宅サービス利用への移行を促す傾向にあることを踏まえると、都道府県別の同居宅サービス費用と同施設サービス費用の増減額に相関は見られないことは当然であろう。

一方、受給者一人当たりの介護サービス費用の増減額における下位 10 道県のうち奈良県・富山県・山口県を除く 7 道県（静岡県、福岡県、徳島県、長崎県、北海道、熊本県、高知県）で、同居宅・同施設サービス費用の増減額ともに全国平均を下回っているという共通点がみられた。同様に、上位 10 県でも、鳥取県・長野県・山形県を除く 7 県（秋田県、岩手県、栃木県、青森県、宮城県、三重県、大分県）で、同居宅サービス費用と同施設サービス費用の増減額ともに全国平均を上回っているという共通点がみられた（図表 9）。

図表 8 受給者一人当たり介護サービス費用の増減額と内訳増減額の関係（2013 年度：2008 年度比）

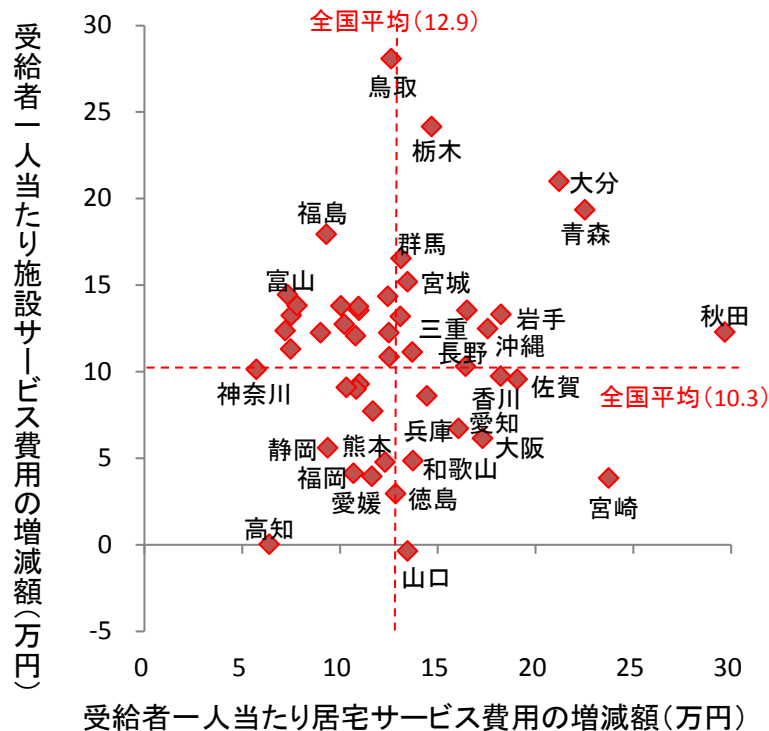


(注) 2014 年 4 月審査分から 2009 年 4 月審査分の差である。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査の概況」(平成 20、25 年度)より大和総研作成

⁵ 介護サービス費用（全国計）は、居宅サービス費用が 46.4%、施設サービス費用が 37.5%、地域密着型サービス費用が 11.5%、居宅介護支援費用が 4.6%を占める。（出所：厚生労働省「介護給付費実態調査月報 2014 年 4 月」）

図表9 受給者一人当たり居宅サービス費用と施設サービス費用の関係（2013年度：2008年度比）



(注) 2014年4月審査分から2009年4月審査分の差である。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査の概況」(平成20、25年度)より大和総研作成

居宅サービス費用の2008年度比2013年度増加額が大きい都道府県では、要介護3～5⁶の受給者一人当たり居宅サービス費用の増加によることが原因と考えられる(図表9、図表10 上図)。居宅サービスでは、受給者の介護度が重度化するほど、受給者一人当たり介護サービス費用の増減額の地域差が拡大する傾向がある。なお、各介護度における受給者増加数と受給者一人当たり介護サービス費用の増減額との間に相関は見られない。

要介護3～5受給者の場合、一人当たり介護費の2008年度比2013年度増加額の最大値は、施設サービス(図表10 下図)よりも、居宅サービス(図表10 上図)の方が高くなっている。他方、要介護1・2受給者の場合では、居宅サービスのほうが増加額の最大値は低い。

中重度の受給者一人当たりの居宅サービス費用が増加している要因の1つとして、3年ごとの介護報酬改定で、中重度者に対する居宅サービスの充実と在宅生活継続のための支援強化が推進されていることが挙げられる。全国各地で、日常生活圏域ごとに地域社会全体で在宅介護・在宅医療を支える仕組みである「[地域包括ケアシステム](#)」の構築が進められている。介護にかかるコストでは、在宅介護のほうが施設介護よりも低い。そのため、限られた財源の中で多くの要介護者を支えていくためには、在宅介護が望ましいことになる。

⁶ 大和総研調査季報2015年7月夏季号Vol.19 「超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方向性 ～医療・介護費抑制(財政健全化)と成長(日本再興戦略)の両立に向けて～」の63ページを参照。

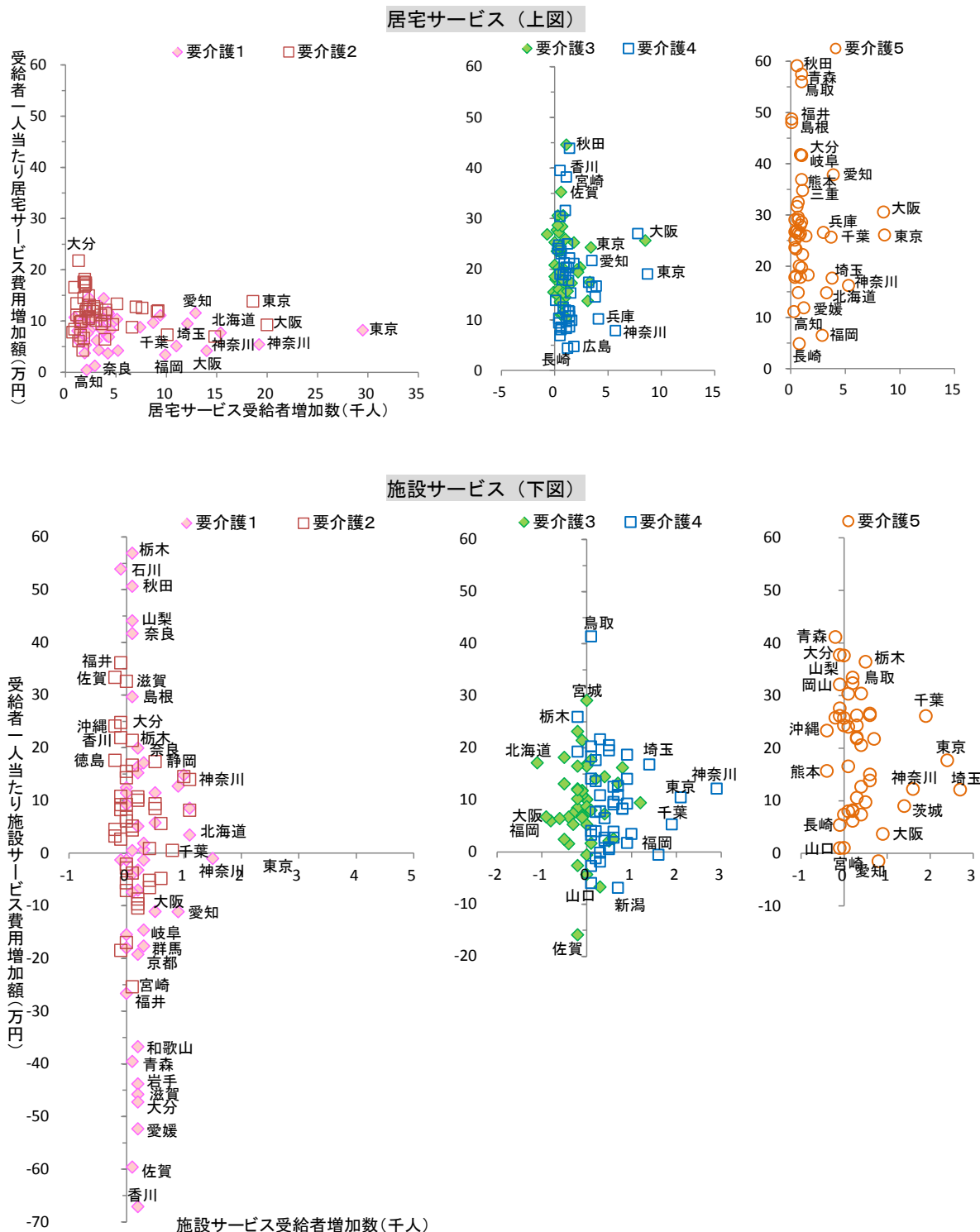
自宅で中重度者の介護を行う場合、様々なサービスの組み合わせによる介護が必要となり、受給者一人当たり介護費（居宅サービス費用）の支給限度額も高くなる傾向にある。個々人の介護必要度に応じて自由にサービスを組み合わせる利用することが可能であるが、介護度別に受給者一人当たり居宅サービス費用に全国的な差が生じていることを鑑みれば、受給者の居宅サービスの利用パターンには大きな地域差があることが推測される。市町村が自らの裁量で認知症の高齢者や中重度者に対して介護サービスを提供する「地域密着型サービス⁷」の利用が要介護3～5受給者で10%程度⁸しか進んでいないことも課題であろう。

「地域包括ケアシステム」は地域特性・住民ニーズに応じて構築されるため、介護サービス費用の差は、各県の介護サービスの提供体制の違いによるものかもしれない。介護は市町村よりも単位が小さい日常生活圏域ベースで行われるため、都道府県内での介護サービスの地域的な格差も考えられ、介護サービス費用が高額である県が、介護サービスの質が高いのか否かも考慮する必要があるだろう。地域事情を考慮しつつも、介護度に応じた介護サービスの利用の適正化が図られることにより、全国的な介護サービスの効率化及び質の向上、介護費の適正化が実現する可能性がある。

⁷ 2006年4月の介護保険制度改正により創設された介護サービスである。

⁸ 各介護度の受給者数（全国計）に占める地域密着型サービスの利用者割合は、要介護3は12.7%、要介護4は10.2%、要介護5は、9.0%である。（出所：厚生労働省「介護給付費実態調査月報2014年4月」）

図表 10 介護度別の居宅サービス費用及び施設サービス費用の受給者数の増加数と、受給者一人当たりの各サービス費用の増減数の関係（2013年度：2008年度比）



(注) 2008年度、2013年度の受給者一人当たり居宅サービス費用及び施設サービス費用は、2008年5月審査分～2009年4月審査分合計、2013年5月審査分～2014年4月審査分合計の各サービス費用を、2009年4月審査分、2014年4月審査分の各サービス受給者数でそれぞれ割って求めた。受給者一人当たり居宅サービス費用及び施設サービス費用の増減額は、両者の差である。

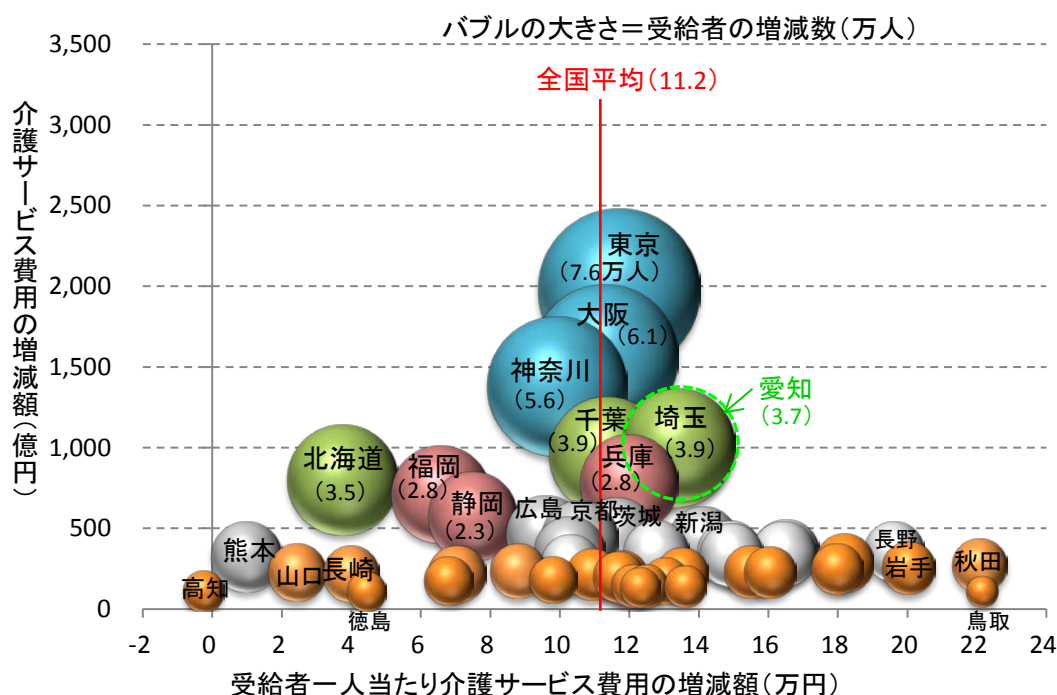
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」(平成20・25年度)、「介護給付費実態調査月報」(2009年4月、2014年4月)より大和総研作成

5. 今後介護費の抑制が必要な都道府県と抑制のモデルケースの候補となる道県

介護費についても、各都道府県の介護サービス費用増加による全国計の介護サービス費用の2008年度比2013年度増加への影響について整理した。介護サービス費用の同増加額の大きい順から、東京都（1,900億円）、大阪府（1,600億円）、神奈川県（1,400億円）、愛知県（1,000億円）、埼玉県（990億円）、千葉県（950億円）、北海道（800億円）、兵庫県（780億円）、福岡県（710億円）、静岡県（約570億円）となり、この10都道府県で全国計の介護サービス費用の増加額の約53%を占めた（図表11）。

受給者の増加数が同2万人以上となった都道府県は、5万人以上が東京都、大阪府、神奈川県、3万人以上5万人未満が愛知県、埼玉県、千葉県、北海道、2万人以上3万人未満が兵庫県、福岡県、静岡県である。この都道府県の中で、介護サービス費用の同増加額が大きかった県は、愛知県（13.4万円増）、埼玉県（13.3万円増）、兵庫県（12.0万円増）である。一方、受給者の増加数が同程度の北海道と福岡県の介護サービス費用の同増加額は各々3.8万円、6.6万円に抑えられている。北海道と福岡県は介護費抑制のモデルケースとなりうると言えよう。

図表11 都道府県別の介護サービス費、受給者数、受給者一人当たり介護サービス費、それぞれの増減額の関係（2013年度：2008年度比）



(注1) 受給者数は、2008年度は2009年4月審査分、2013年度は2014年4月審査分の数である。2008年度の受給者1人当たり介護サービス費用は、2008年5月審査分～2009年4月審査分の介護サービス費用を、2009年4月審査分の介護サービス受給者数で割って求めた。2013年度分も同様であり、増減額は、両者の差とした。

(注2) バブルの大きい順に、2008年度比2013年度の受給者増加数が5万人超は東京都、大阪府、神奈川県、同3万人超5万人未満は愛知県、埼玉県、千葉県、北海道、同2万人超3万人未満は兵庫県、福岡県、静岡県、残りは、同1万人超2万人未満が13府県、同1万人未満が24県である。

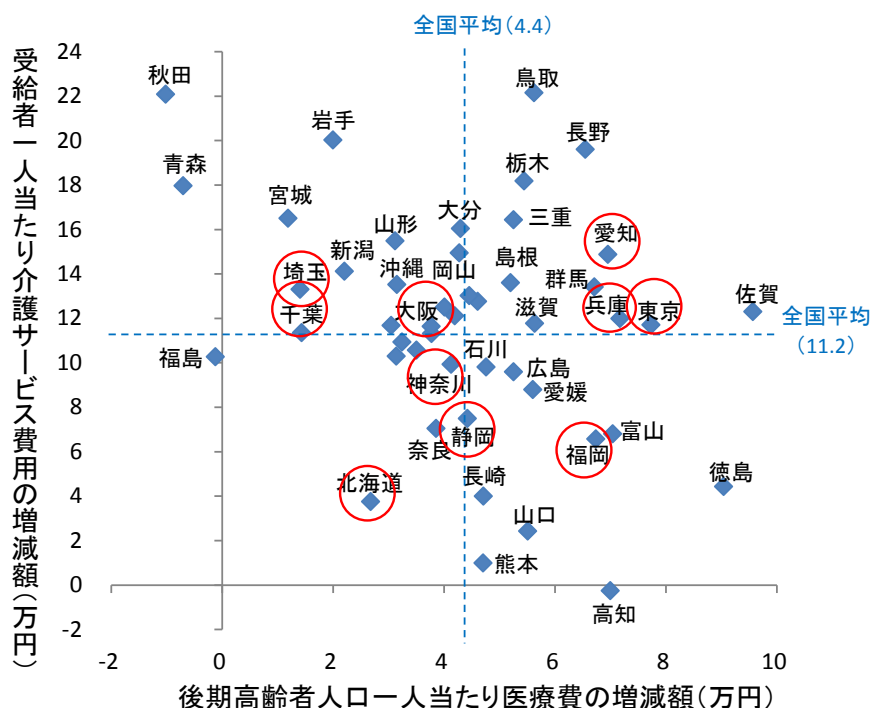
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」(平成20・25年度)、「介護給付費実態調査 月報」(平成21年4月、26年4月)より大和総研作成

それ以外の受給者の増加数が2万人未満の37府県では、受給者一人当たり介護サービス費用の増減額の差が非常に大きいことが特徴である(図表11)。高知県(0.3万円減)と鳥取県(22.2万円増)では、約22.5万円の差が生じた。このため、この地域差を縮小することが最大の課題である。同介護サービス費用を減少あるいは増加を抑制している高知県と熊本県は、受給者の増加数が1万人未満である24県、1万人超2万人未満の13府県にとって、モデルケースの候補となろう。一方、受給者一人当たり介護サービス費用の増加額は、特に、鳥取県(22.2万円増)と秋田県(22.1万円増)が多いため、抑制を検討する必要があるだろう。

6. 都道府県では、医療費と介護費の両方を抑制させていく取り組みが必要

都道府県別の後期高齢者人口一人当たり医療費と受給者一人当たり介護サービス費用の2008年度比2013年度増減額はいずれも全国的な地域差がみられるが、両者の間に相関はみられない(図表12)。ともに全国平均を下回ったのは、7道県(神奈川県、奈良県、京都府、宮崎県、鹿児島県、北海道、福島県)であった。一方、両数値とも上回ったのは13都県(佐賀県、東京都、兵庫県、群馬県、愛知県、長野県、滋賀県、鳥取県、栃木県、三重県、島根県、岐阜県、香川県)であった。残りの27府県においては、後期高齢者人口一人当たり医療費と受給者一人当たり介護サービス費用の増減はトレードオフの関係にあった。

図表12 都道府県別の後期高齢者人口一人当たり医療費増減額と受給者一人当たり介護サービス費用増加額の関係(2013年度:2008年度比)



(注1) 医療費は、医療機関所在地の都道府県で分類している。

(注2) 受給者一人当たり各サービス費用は、2014年4月審査分と2009年4月審査分の差である。

(注3) 丸で囲まれた都道府県は、2015~2025年度に後期高齢者人口の増加が22~50万人見込まれる都道府県である。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」(平成20・25年10月1日現在)、厚生労働省「介護給付費実態調査 月報」(平成21年4月、26年4月)より大和総研作成

後期高齢者医療費及び介護費の 2008 年度比 2013 年度増加額が大きかった上位 10 都道府県は（図表 6、図表 11）、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計（出生中位・死亡中位仮定）によると、2015～2025 年度の間に、後期高齢者人口が 22～50 万人増加すると見込まれる⁹。図表 12 において丸で囲まれた都道府県である。10 都道府県のうち、後期高齢者人口 1 人当たり医療費増加額も、受給者一人当たり介護サービス費用増加額も、ともに全国平均を下回ったのは 3 道県（北海道、埼玉県、神奈川県）である。7 府県において増加額を抑制する取組みが更に進んでいくことが期待される。

今後、更なる高齢化・長寿化が進んでいくことを踏まえると、高齢期において、可能な限り疾病を発症・重症化しないよう、介護状態とならないよう、疾病と介護の両面に対して、後期高齢者の健康度を総合的に向上（健康寿命を延伸¹⁰）させることで QOL（生活の質、人生の質）を高め、後期高齢者人口一人当たりの医療費・受給者一人当たり介護サービス費用をともに減少させていく取組みが重要となる。

おわりに

少子高齢化が進展する中、後期高齢者によって急増する医療費と介護費を、限られた財源の中でどう賄っていくかが、政策上の課題となっている。後期高齢者人口一人当たり医療費及び受給者一人当たり介護サービス費用の 2008 年度比 2013 年度増加額では、都道府県別に大きな差が確認された。

各都道府県において、医療・介護費を抑制するツールとしては、健康寿命の延伸、生活習慣病予防、介護予防、特定健診・特定保健指導やがん検診等の実施率の向上（疾病の早期発見・早期治療）、メタボ人口の減少、在院日数の短縮（院内・退院クリニカルパス、在宅医療の推進）、地域包括ケアシステムの推進等がある。

これらのツールのうち一部については、「日本再興戦略」及び改訂 2014・2015 において KPI として設定されており、国全体での目標値とされている¹¹。また、2015 年 8 月以降、経済財政諮問会議の経済・財政一体改革推進委員会において、その他のツールに関しても KPI の設定が検討されようとしている。各都道府県の健康寿命を延伸させると共に、医療・介護費の全国差を可能な限り縮小させることが総額の縮小につながるようになるだろう。

本稿では、モデルケースとなる後期高齢者人口一人当たり医療費と受給者一人当たり介護サービス費用の増加額が全国平均に比べ少ない都道府県の抽出を試みたのみであり、上記の医療・介護費を抑制するツールを、どのように各自治体が活用して医療費・介護費を抑制しているのか、活用の優良事例の分析・紹介については、次回レポートにおいて行うこととする。

以上

⁹ 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）』

¹⁰ 詳細は、大和総研レポート：長寿社会と健康増進 第 2 回『『不健康な期間』の短縮がカギ』を参照。

¹¹ 大和総研調査季報 2015 年 7 月夏季号 Vol. 19 「超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方向性 ～医療・介護費抑制（財政健全化）と成長（日本再興戦略）の両立に向けて～」の 74～79 ページを参照。