

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～

亀井 亜希子／内野 逸勢

要 約

- ・政府は2015年6月30日、「経済財政運営と改革の基本方針2015」を閣議決定した。まさに“成長と財政健全化の二兎を追う”ような基本方針である。
- ・本稿のテーマである超高齢社会における医療・介護の政策にも、成長と医療・介護費抑制の両立が色濃く反映されている。
- ・超高齢社会を迎えた日本では、高齢化に伴う医療・介護費の増加は避けては通れない課題である。急激な高齢化要因のみで増加する医療・介護費を現状の潜在成長率ではカバーできないと見込まれている。供給側だけでなく需要を抑制する“予防”の促進も重要であろう。
- ・一方、供給側では、地域の医療・介護資源の偏在等、現状の医療・介護サービスの供給体制の構造的な問題を踏まえた上で、高齢化のスピードが異なる各地域の需要の変化に見合った資源配分により、効率かつ効果的な供給体制を整備していくことが求められよう。
- ・既に地方では医療・介護の付加価値が高く、主要産業になりつつあり、医療・介護費の抑制による同産業への影響は避けられない。地方創生を含めた成長との両立が求められる。

目 次

はじめに ～超高齢社会での成長と財政健全化の両立に向けて～

1 章 医療・介護費の推移と増減要因

2 章 高齢化の進展と医療・介護需要の関係

3 章 医療・介護サービスの提供体制の課題

4 章 過去の政策における“予防”の位置付けとK P Iの現状

5 章 超高齢社会における地方自治体の取り組み

おわりに

はじめに ～超高齢社会での成長と財政健全化の両立に向けて～

1. 成長と財政健全化の二兎を追う「経済財政運営と改革の基本方針 2015」

“成長と財政健全化の二兎を追う”、2015年6月30日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2015」は、まさにその表現が当てはまる。「経済再生なくして財政健全化なし」と同基本方針の副題に置いているように、財政健全化計画においては、歳出削減よりも経済成長による税収増の方が重視された形となった。

その中で、社会保障関係費の抑制は、2020年度のプライマリーバランスの黒字化達成に向けた歳出改革の焦点となっているが、今回の基本方針でも具体的な目標は明記されなかった。代わりに今後3年間（2016～18年度）の社会保障関係費の増加を（これまで3年間の実績である）1.5兆円程度に抑制するという目安の提示にとどめられた。

本稿のテーマである医療・介護については、今回の基本方針の中では、成長産業として位置付けられており、より成長に軸足が置かれたように見受けられる。超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方向性を考える上で、成長と財政健全化の二兎を追う政策の方向性を考えていく。

2. 超高齢社会の医療・介護費抑制に向けて

超高齢社会を迎えた日本では、高齢化による医療・介護費の増加は避けては通れない。需要増に合わせた供給体制の単なる“数”の拡充のみでは、

医療・介護サービスの質を維持していくことは難しいと考えられる。地域の医療・介護資源の偏在等、現状の医療・介護サービスの供給体制の構造的な問題を踏まえた上で、高齢化のスピードが異なる各地域の需要の変化に見合った効果的な資源配分により、供給体制を整備していくことが求められるよう。

一方、医療・介護費の抑制には高齢化による需要増加の抑制が重要となる。このため政府は、需要側への対策として“予防”を軸とした政策を実行している。その中心が「健康寿命（日常生活に支障のない期間の平均）の延伸」であり、この“延伸”の目標として「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を掲げている。具体的には、医療・介護費を消費する期間に相当する「不健康な期間（平均寿命と健康寿命の差）」を短縮させることで医療・介護の需要を抑制し、医療・介護給付費¹における公費負担の削減につなげる政策である²。つまり、疾病・介護予防政策の国家レベルでの展開である。

予防の効果としては、厚生労働省が2012年3月に公表した「社会保障と税の一体改革」では、2015～25年の医療・介護給付費の試算によると、予防を推進した場合には一定程度の医療・介護費の抑制³が可能となると見込んでいる。

3. 成長戦略における医療福祉（介護含む）産業の重要性の高まり

上記の健康寿命の延伸の政策には成長産業の創出も含まれている。つまり、医療・介護産業を成長させることに加え、教育、ヘルスケア産業等の創出・成長を見込んでいる。加えて、2025年を

1) 医療・介護費の財源構造については後掲5)を参照。

2) 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」（2015年6月1日）を参照されたい。

3) 同改革が実現した場合には、2025年度の医療給付費は約54兆円、介護給付費は19.8兆円に抑制されると推計している。

めどに、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指した、地域社会で医療・介護を支える仕組みである「地域包括ケアシステム」の推進が進んでおり、その一環として医療・介護、教育、ヘルスケアの施設を一体に運営する方法も検討されている。

医療・介護分野において、成長と財政健全化の二兎を追う政策が実行されているが医療・介護費の抑制は、既に国内産業の一定のポジションを確立している医療・介護業界にマイナスの影響を与える可能性がある。

2012年の付加価値ベース（経済産業省「経済センサス」）では、全産業に占める医療・福祉

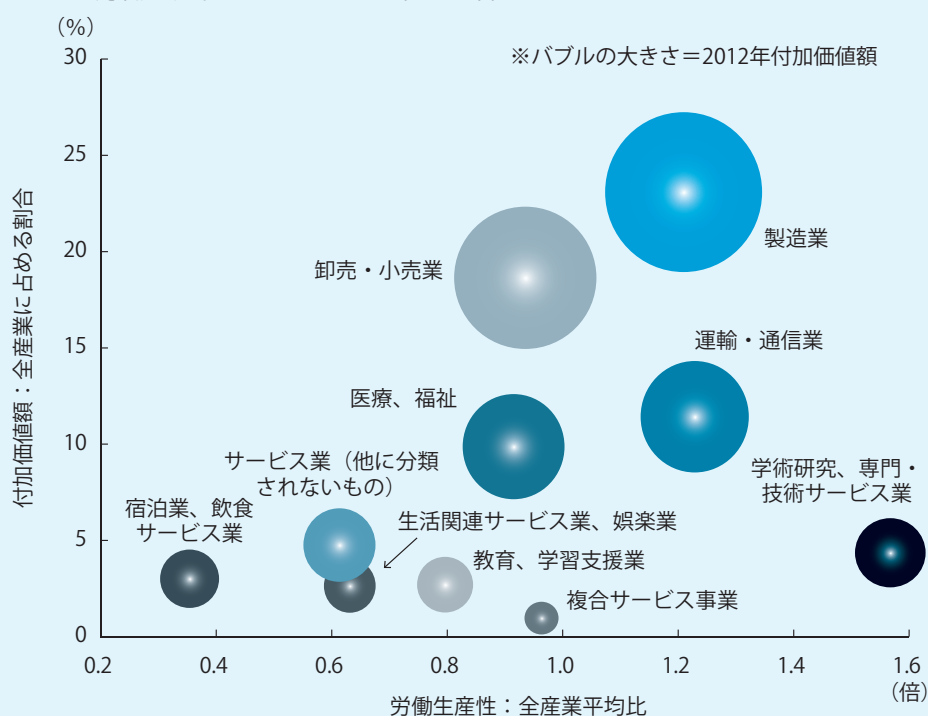
産業の比率が9.9%となった（図表1）。この比率は、国内のサービス業（全産業比28.3%）の付加価値額の3割以上を占め、他のサービス業よりも高い。国内の他の産業の付加価値額との比較では、運輸・通信業（同11.1%）に迫る水準である。

1章 医療・介護費の推移と増減要因

1. 日本の医療・介護費の水準と高齢社会に直面する海外主要国との比較

わが国の「国民医療費⁴（以下、医療費）」と介

図表1 全産業およびサービス業における医療・福祉産業の付加価値額、労働生産性のポジション（2012年）



（出所）経済産業省「経済センサス」から大和総研作成

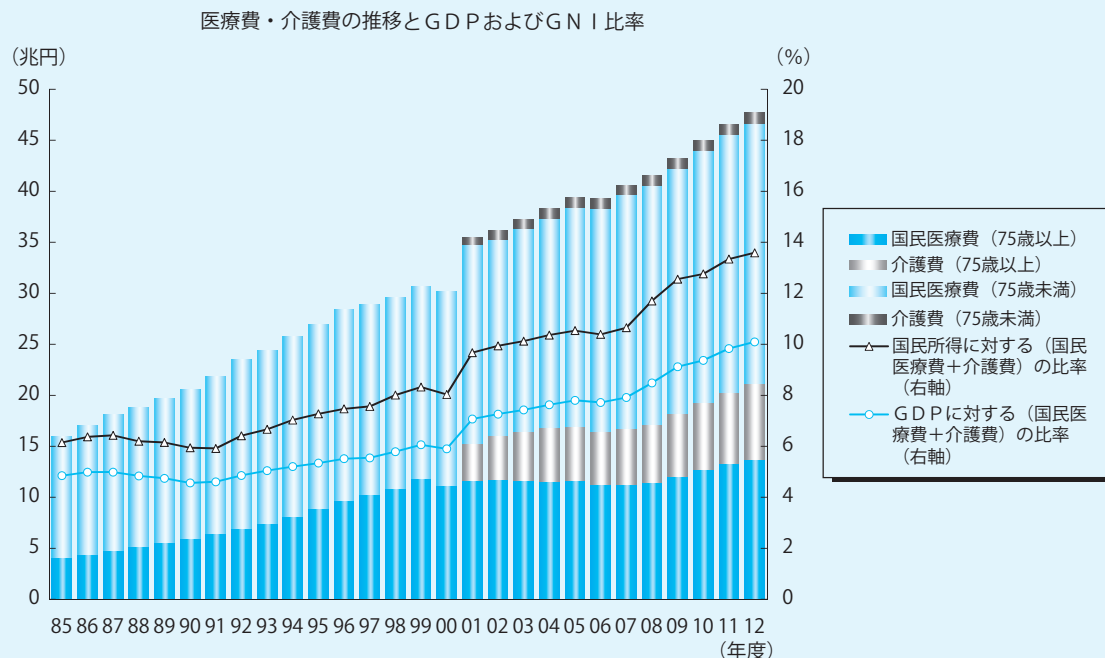
4) 国民医療費は、医療機関等において傷病の治療に要した全ての医療費ではなく、保険診療の対象となる医療費（医療保険適用医療費と、医療保険との併用分を除く公費負担医療費の合計）の推計値。国民医療費には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。（出所：厚生労働省「平成24年度国民医療費の概況」、内閣府「平成26年版 年次経済財政報告」）

介護保険制度の利用によって生じる「介護費」（以下、「医療・介護費」）は、2009年度に40兆円を超えた後、年平均3.3%で増え続けたことにより、直近の12年度には47.7兆円となった。医療・介護費のGDPに占める比率は、1998年度まで5%台を維持していたが、GDP成長率が低迷し始めた1997年度以降、上昇し続けた。その後、同比率は2008年度のリーマン・ショック以降、急上昇し、2012年度には直近30年間で初めて10%を超えた（図表2参照）。1985年度から1996年度までの期間と比較すれば、最近ではGDP成長率の落ち込みの影響が相対的に大きいと言えよう。

日本の医療費のGDP比率を、「公的医療費支出」のGDP比率を用いて、2015年度に既に高

齢化が進展していると想定される海外主要先進国（米国、カナダ、英国、ドイツ、フランス、イタリア）と比較した。2013年度の公的医療費支出のGDP比率では、フランス、ドイツに次いで3番目であるが、日本の2010～13年度のGDP比率は高い上昇を記録したため、ドイツと比肩する水準に達した（図表3）。これは、図表3が示すように、日本の高齢化率が最も高い水準にあること、リーマン・ショック以降のGDP成長率の低迷が要因と考えられよう。今後も、他国と比較しても日本の高齢化率は2045年頃まで高い上昇率を維持すると想定されており、公的医療費支出の上昇が見込まれる。

図表2 国民医療費と介護費の推移（1985～2012年度）



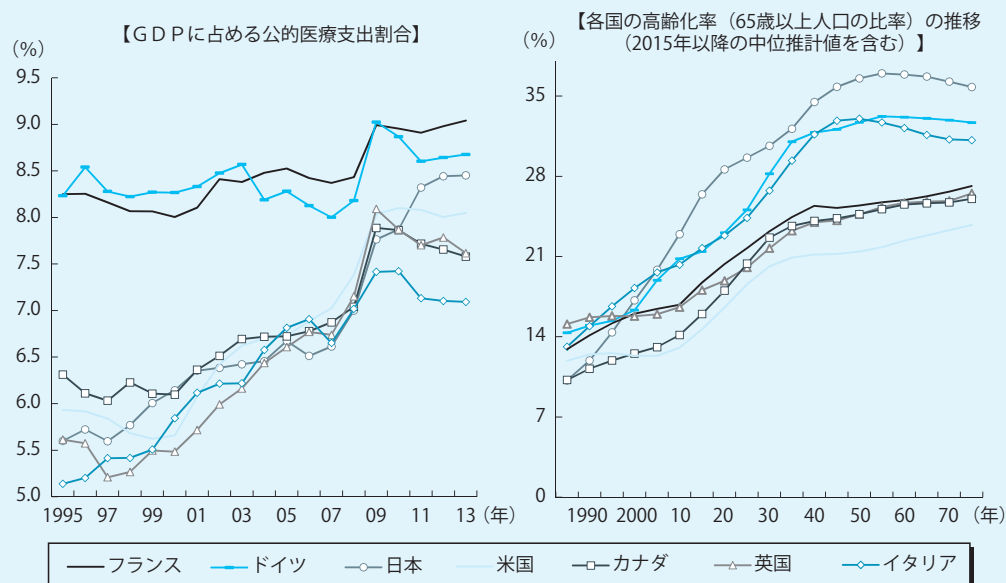
（注1）1983～2007年度は旧老人保健制度。2008年度に後期高齢者医療制度が開始された

（注2）各年度の介護費は、当年5月審査分～翌年4月審査分である

（注3）2001年度に介護保険制度が開始。それ以前に国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行した部分があり、2001年以降の国民医療費には含まれない

（出所）厚生労働省「平成24年度国民医療費」「平成26年度厚生労働白書」「介護給付費実態調査報告」（平成13～24年度）から大和総研作成

図表3 GDPに占める公的医療費支出割合の推移（1995～2013年）



2. 医療・介護費の抑制についての議論

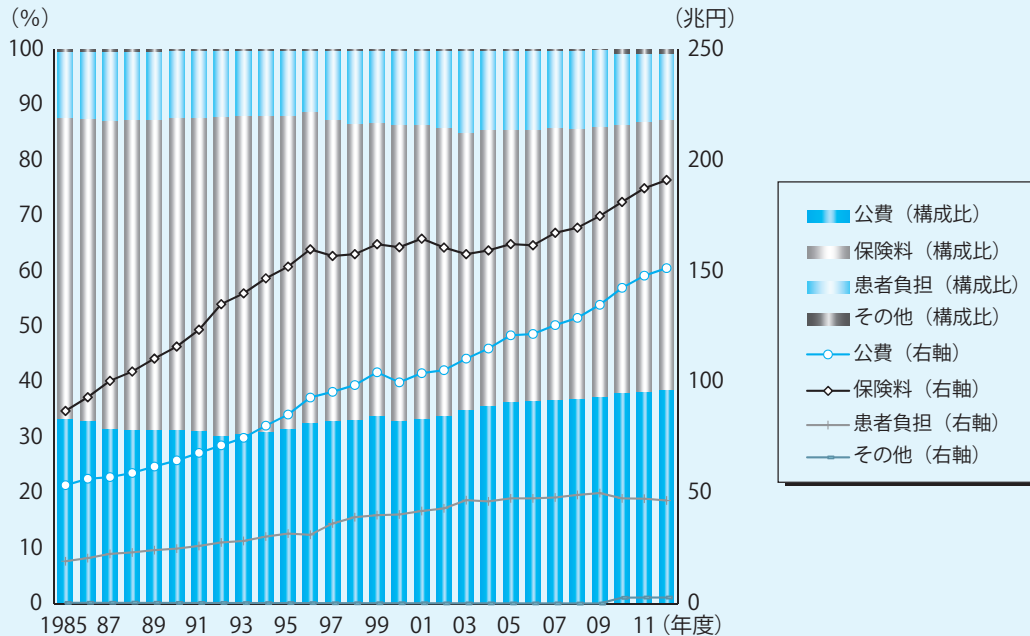
日本の医療・介護費は、公的制度の仕組みによって保険料と公費を財源とする給付がなされている⁵。このためGDPの持続的な成長に伴う税収等の増加が見込めなければ、医療・介護費の増加は、現行制度下では高齢化の進展とともに財政健全化の足かせになると見込まれる。図表4の通り、直近5年間に、医療費の財源として保険料は増加しているものの、公費負担額が毎年度平均5,000億円程度増加してきた。政府が掲げる2020年度にプライマリーバランスの黒字化を目指すためには、医療・介護費を抑制することが必要となる。

ただし、前述したように今回の基本方針では歳

出削減の具体的な数値目標が明記されていない。医療・介護費の抑制に関しても、公費負担額の強制的な削減という方法ではなく、医療・介護需要の抑制等、医療・介護従事者、患者・要介護者ともに痛みを伴わない形でのソフトランディングを重視する姿勢がうかがえる。その中には、公的医療保険制度内での保険料の配分調整を通じた公費負担の減少、後発医薬品の普及促進による医薬品価格の低減、健康増進や生活習慣病予防・介護予防の推進等による方法が挙げられている。これに加え、2015年度の税収が予想より上向くとの見通しが出されたことから、財政健全化のための歳出抑制の議論はトーンダウンしてきたようにも見受けられる。一方、財務省では財政規律の重要性

5) 医療費の財源は、年齢や所得によって1～3割が患者負担、残りが給付（2012年度は、保険料が約59%、公費が約36%、その他は約5%）である。介護費の財源は、1割が利用者負担、9割が給付（保険料50%、公費50%）である。なお、公的医療保険制度の財源構造については、大和総研レポート「長寿社会と健康増進 第1回 健康を支える公的医療保険制度」（2015年3月13日）を参照されたい。

図表4 国民医療費の財源別推移（1985～2012年度）



（出所）厚生労働省「平成24年度国民医療費」から大和総研作成

を強めており、経済財政諮問会議や行政改革推進会議、自民党総務会においても、歳出削減策の強化として医療・介護給付費のうち公費負担の抑制の必要性に言及している。

3. 医療費の増減要因

医療費増減の要因は、「高齢化」「人口増（減）」「診療報酬・薬価改定」「その他（医療技術の高度化、患者負担の見直し等）」の4つに大きく分類される（図表5）。前者2つは、政策的にコントロールが不可能な所与の要因、後者2つは政策的にコントロール可能な要因といえる。

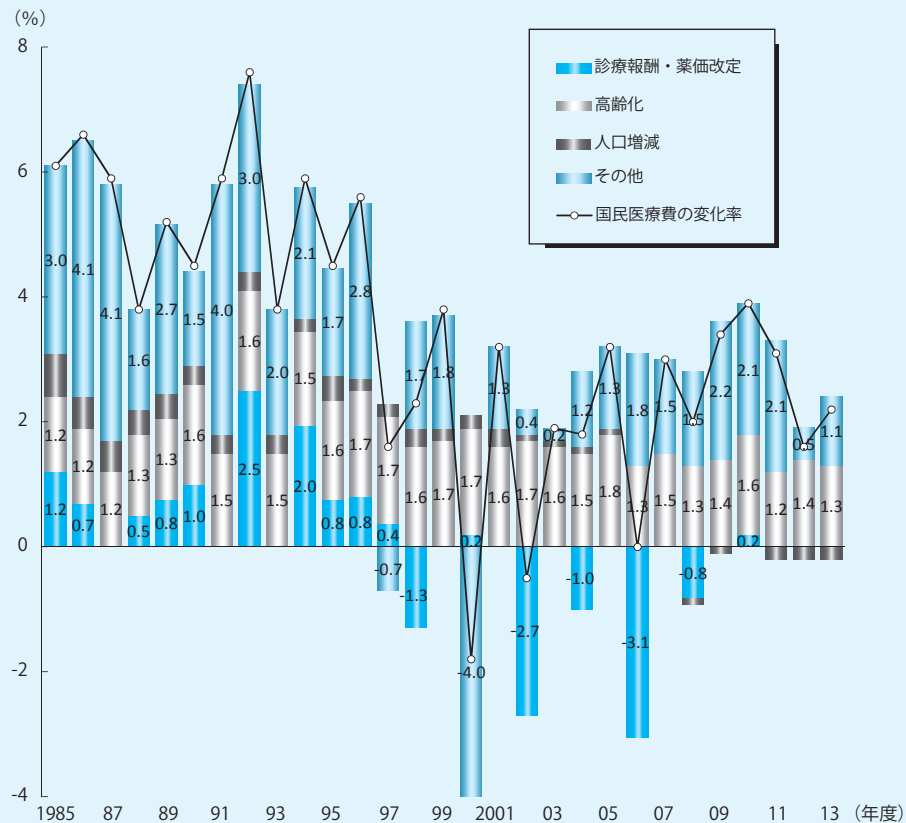
1985～2013年度の期間では、「高齢化」は一定程度（前年度比1.2%～1.8%のレンジ）の医療費の増加要因として表れており、人口減少による「人口増（減）」の減少を上回っている（図表5）。

「高齢化」は高齢者の人数の増加というボリューム効果のみではなく、一人当たりの医療費に影響を与える可能性がある。つまり、高齢者数が増加することで、疾病にかかる率、あるいは重症になる率が上昇することで、一人当たりの医療費が押し上げられ、医療費全体が増加することが想定される。

診療報酬は、1998年度以降、隔年で改定が行われており、保険収載される医療行為や医薬品・医療機器の追加や集約を行うことで特定の医療行為の単価と量を政策的に増減させることにより、医療供給の量を政策に沿う形に誘導するという役割を担ってきた。

例えば、2014年度の診療報酬改定では、在宅医療の充実のため在宅医療に関わる医療行為の点数の増額や、退院患者の在宅復帰率に係る加

図表5 国民医療費の変化率の要因分析（1985～2013年度）



(注) 「その他」は、具体的には医療技術の高度化による診療行為の価格の上昇や診療回数の増加、高齢化や高度化以外を原因とした診療行為の価格の上昇や診療回数の増加、制度改正による患者負担の見直しの影響等が考えられる
 (出所) 厚生労働省「平成24年度国民医療費」、財政制度等審議会財政制度分科会（平成27年5月15日開催）「参考資料」から大和総研作成

点の評価、主治医機能の評価や、急性期病床における入院患者の平均在院日数を短縮させるために、90日を超えた基本料の減額等が実施されている。

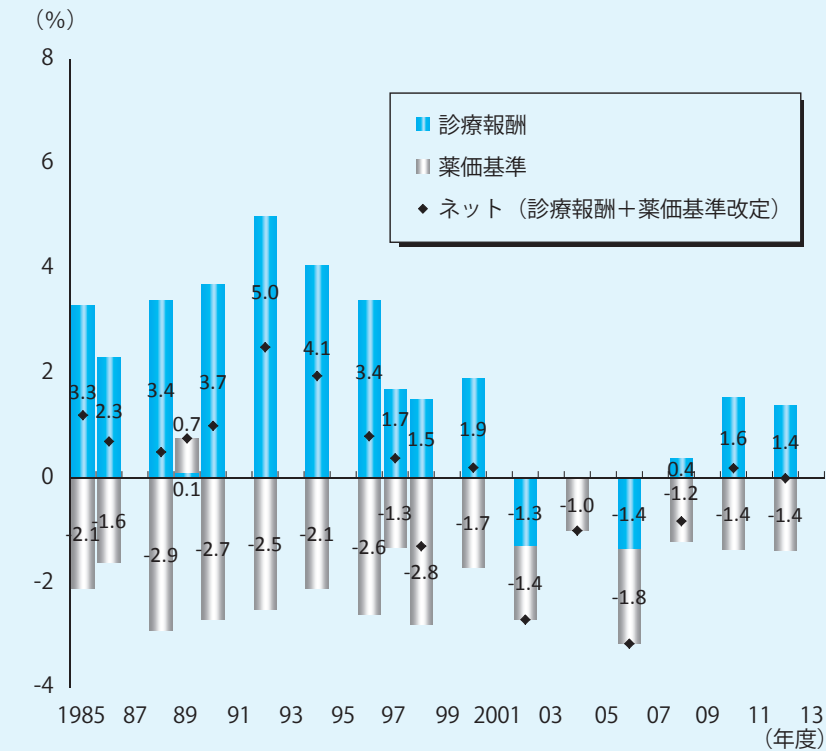
医療費は、診療報酬を基にして、保険診療を行う医療機関の外来診療と入院診療、それぞれの費用の支払い方式⁶によって算定される。1996年度までは、GDPがプラスの成長を続けていたため、医療技術の保険収載が急速に進むとともに、診療報酬と薬価改定のネットの前年度比+1～

2%前後となった。

「診療報酬・薬価改定」の影響を詳細に表した図表6では、1996年度までは、薬価はマイナス改定でも、診療報酬において2.3～5%の大幅なプラス改定が続いたことから、医療技術の高度化の影響を含む「その他」も前年度比+2～4%と大きく伸び、結果的に医療費は前年度比+4～8%前後と大きく伸びることとなった。この時期の医療政策は、成長が重視されていたため、医療費の伸びに関する視点が不足していたと言えよう。

6) 外来医療費は、医療行為ごとに加算されるという出来高払い方式により算定される。入院医療費では、医療行為ごとに決められている1日当たりの点数による包括評価方式と出来高方式の組み合わせにより算定される。

図表6 診療報酬と薬価基準の改定の推移（1985～2013年度）



(注) 1995年度は診療報酬と薬価基準の改定はなし

(出所) 厚生労働省「平成24年度国民医療費」から大和総研作成

しかし、1997年度以降になると、診療報酬のマイナス改定、あるいは1%前後のプラス改定に抑えられ（図表6）、「その他」も1996年度以前より、総じて小さくなることで、医療費の伸びは大きく抑制されてきた（図表5）。

診療報酬のプラス改定は既に1%前後まで抑制されている状況にあり、その中で、保険収載された医療行為の供給配分をコントロールすることは可能でも、医療費の伸びを抑制するための裁量は狭くなってきているといえる。

医療技術の高度化を含む「その他」は、2004年度以降、再び医療費の増加に対する寄与度を増している。医療機器は、CTやMRIのような装置系からステントなどの材料系まで約30万種類

あるといわれており、改良を重ねては高度化し高額化もしていく。医療技術の高度化は、診療の効率化や高い治療効果を通じて医療の質の向上につながり、患者のQOL（生活の質）向上が期待できる。

しかし、医療の供給量は医師によって自由に決められることから、保険診療における治療行為の際に選択できる技術範囲（保険収載）が増加し、また、通常使用している技術がさらに良いものへと改良が加われば、自然

と、患者一人当たりの医療費の上昇につながる側面もある。

このため保険収載する医療技術の評価には、安全性・有効性だけでなく、費用対効果の視点⁷⁾がなければ、高齢化に伴う患者数の増加に比例して、医療費も増加していくこととなるだろう。ただし、公的医療保険制度の下での医療技術の普及は、保険収載されるかどうか大きく依存する。費用対効果を導入する際には、医療産業の成長を妨げないような配慮も必要となるだろう。

日本の公的医療保険制度において、国民皆保険（フリーアクセス）を前提とすると、医療の質とコストはトレードオフの関係にある。医療保険財源に制約がある中で、日本として、医療費の増大

7) 『日本再興戦略』改訂2014』では、2016年度を目途に医療技術の費用対効果が施行導入される予定である。

をどこまで容認するか、医療技術の質の向上に制限を設けるのか、議論が必要である。

4. 介護費の増減要因

介護費は、介護保険制度の改正が行われた2006年度以降、2013年度まで年平均3.7%で増加してきた。

図表7は、介護費の増減要因を、「高齢化要因」「介護報酬改定要因」「其他要因（給付上限額の変更、受給件数の変化、制度改正の影響等）」の3つに分解したものである。介護費の伸びへの寄与度が最も高い要因は「高齢化要因」である。2007～13年度の介護費の増加（約2.42兆円）のうち約98%（約2.37兆円）が「高齢化要因」によるものであった。

医療費では診療報酬の影響が大きかったが、介護費では介護報酬の影響は小さいものとなっている。この影響度合いの相違は、医療サービスでは、

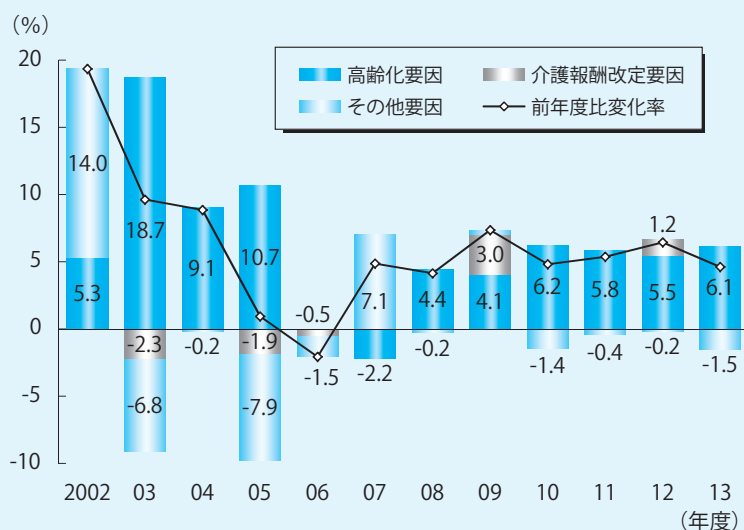
医師の判断による供給量に応じて算定される患者一人当たりの医療費に対して給付額の上限がないのに対し、介護サービスでは要介護度（介護の必要性）に応じて利用者一人当たりの給付額に上限が設定されているため、介護サービスの供給量はその範囲内で行われることに起因する。要介護度が上がるにつれて、支給限度額は高くなり、その金額の範囲内で多くのサービスを利用できる仕組みになっている。なお、利用者が給付上限額を超える介護サービスの利用を希望する場合には、超過分は全額が利用者の自己負担となる。

介護報酬は、3年ごとに改定が行われ、社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見を踏まえて厚生労働大臣により決定される。診療報酬は全国一律であったのに対し、介護報酬では地域区分（事業所・施設の所在地等）ごとに異なる。

診療報酬（医療サービスの単価）の改定は、患者一人当たりに提供される医療供給量の増減と連

動して医療費総額の伸びに大きな影響を及ぼすこととなるが、介護報酬（介護サービスの単価）の改定は、要介護者一人当たりの介護供給量の基準を増減するものであるため、介護費は主に要介護者の増加と、要介護者の要介護度の上昇に連動して伸びる。

図表7 介護費の変化率の要因分析（2002～2013年度）



（注1）2006年度の制度改正により、要介護度認定区分が「要支援、要介護5段階」から「要支援1・2、要介護5段階」と変更となり、主に予防給付が拡充された

（注2）其他要因は、給付上限額の変更や受給件数の変化、制度改正の影響等が考えられる（出所）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」（平成13年度、25年度）から大和総研作成

5. コントロールが難しい高齢化の影響 をいかに抑制するかが鍵

日本の医療・介護費は、高齢化の影響により直近5年間に於いて、おのおの年1.4%前後、同5.5%前後で増加してきた。

政府は、成長戦略により、日本の潜在成長率を2.0%まで上げることを想定しているが、コントロールが難しい高齢化の影響による上昇率だけでもカバーできないこととなる。

高齢化による患者数・要介護者数の増加と一人当たりの医療・介護費の上昇を抑制することで、高齢化の影響をコントロールしない限り、診療報酬・介護報酬の改定による供給量の裁量の幅が狭まっている状況下において、報酬を削減するしかなくなることが考えられる。その場合、医療機関・介護施設の経営に大きな打撃を与えることとなり、産業としての成長にもマイナスの影響が出てくる。最も影響を受けやすいのは、人口の少ない地方圏が想定され、医療・介護サービスの全国

的な格差の広がりが懸念される。

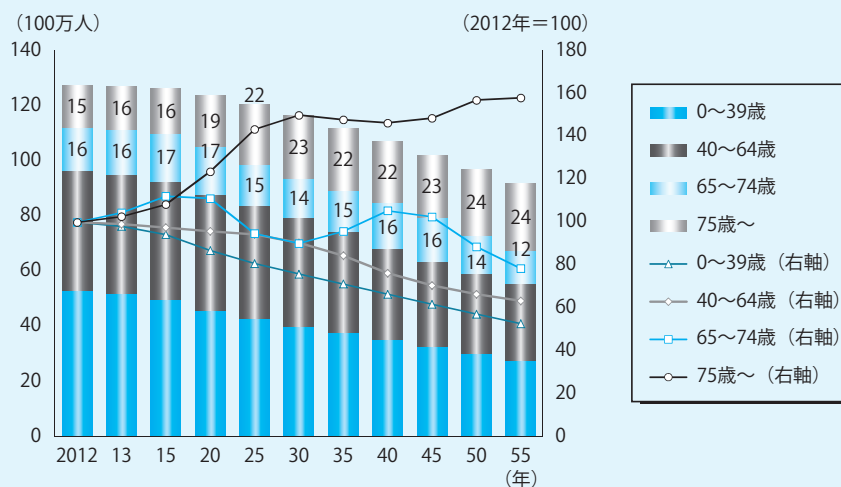
2章 高齢化の進展と医療・介護 需要の関係

1. 年齢層別人口動態

政府は、今後の高齢化の進展による医療・介護の需要の増加を踏まえ、その需要増加を抑制する対策を検討した上で、現状の医療・介護の供給体制の見直しを実施している。ただし、1章で見たように「高齢化」は政策的なコントロールが難しい。このため、2章では今後のさらなる高齢化の進展、特に2025年に団塊の世代の全員が後期高齢者になることで、医療・介護の需要がどのように増加し、かつその増加の要因とは何かについて触れていく。一般的に、75歳以上の後期高齢者層が増加すれば、疾病・要介護になる確率が高まること、重症化することで一人当たり医療費が上昇することが考えられる。

まず、図表8において、75歳以上の年齢層の

図表8 年齢層別人口動態（2012～55年）



（出所）総務省統計局「推計人口」、厚生労働省「人口動態統計（確定数）の概況」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」から大和総研作成

人口を、2012 年を基準（＝ 100）として 2015 年から 2055 年の推移を見ると、2015 年から上昇のスピードが増し、2020 年に 1.2 倍に、2025 年に 1.4 倍、2030 年には 1.5 倍の水準に達する見込みである。2025 年までの急激な増加は、団塊の世代が全員後期高齢者になる、いわゆる“2025 年問題”である。

2. 医療費の推計と疾病別、年齢層別の医療費の増加要因

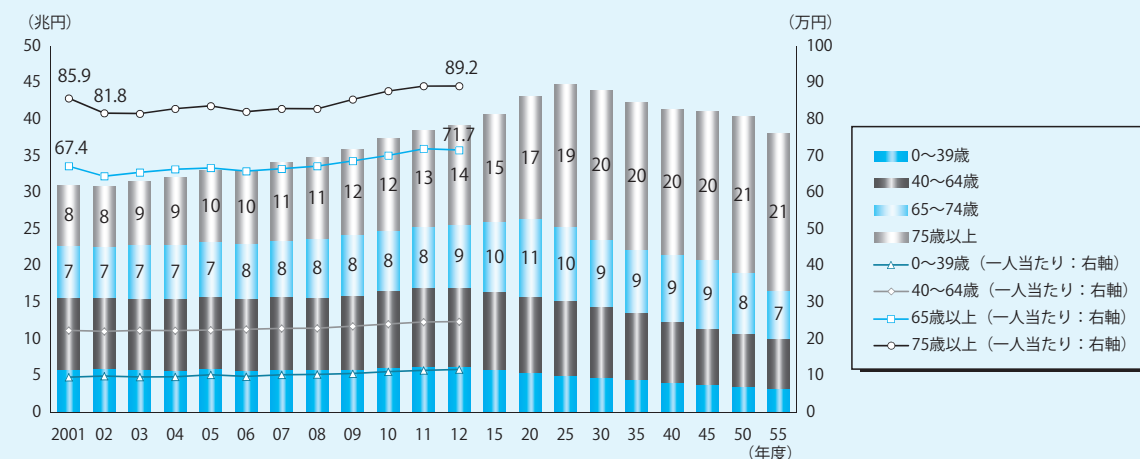
次に、上記の年齢層別の人口推計を基に、2012 年度の一人当たりの医療費を算出すると、図表 9 のようになる。医療費については、2012 年度の一人当たり医療費は 89.2 万円であり、直近 10 年間のピークの水準である。この水準が 2015 年度以降も維持されると仮定した場合、75 歳以上の医療費は、2012 年度の 13.5 兆円から 2025 年には 19.4 兆円に急増する。同期間、全体の医療費は 2012 年度の 39.2 兆円から 2025 年度には 44.8 兆円となり、5.6 兆円増加することが推計される。75 歳以上の医療費増加分は 5.9

兆円となり、全体の増加分を上回る。

さらに医療費の増加の原因を疾病別、年齢層別に見ていく。2012 年度の医療費総額 39.2 兆円の内訳は、入院診療費（14.7 兆円）、入院外診療費（13.5 兆円）、薬局調剤費（6.7 兆円）、歯科診療費（2.7 兆円）、その他で構成される。診療費は、上記入院診療費と入院外診療費に該当し、28.2 兆円と医療費の約 7 割を占める。

疾病別で見ると、2012 年度の診療費分のうち、生活習慣病（悪性腫瘍、高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患等）が 48.5%を占めている。図表 10 に示す通り、同年度の疾病別の診療費の上位 10 疾病が生活習慣病関連である。このうち、各年齢層の給付割合を見ると、高血圧性疾患と脳血管疾患、心疾患等の 5 疾病において、後期高齢者の医療費の割合が 50%超となった。後期高齢者は、75 歳未満で発症した生活習慣病の重症化、あるいは 75 歳に達してからからの疾病の発症を通じて、後期高齢者の一人当たり医療費はそれ以下の世代と比較して多額となる傾向にある。この一人当たりの医療費の増大は、医療費増に直結する⁸。

図表 9 年齢層別医療費と一人当たり医療費の推移（2001～55年度）（推計含む）



(注) 2015年度以降の各年齢層の医療費は2012年度の各年齢層の一人当たり医療費をベースに大和総研算出
(出所) 厚生労働省「平成24年度国民医療費」「人口動態統計(確定数)の概況」、総務省統計局「推計人口」、
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」から大和総研作成

8) 70 歳未満は医療費の 7 割、70～74 歳は 8 割、75 歳以上は 9 割と、高齢になるにつれて給付率は高まる。

図表 10 金額の多い上位 10 疾病における医療費と年齢層別の医療費割合（2012 年度）

順位	疾病分類名	医科診療 医療費（億円）	各年齢層における医療費割合（％）			
			0-39 歳	40-64 歳	65-74 歳	75 歳以上
1	悪性腫瘍	28,897	3.7	30.5	31.9	33.9
2	高血圧性疾患	16,572	0.7	22.7	26.4	50.2
3	脳血管疾患	15,506	1.4	17.5	22.6	58.5
4	心疾患（高血圧性を除く）	15,328	2.6	19.2	25.4	52.8
5	腎不全	11,925	2.8	34.0	28.8	34.4
6	糖尿病	9,949	3.0	29.6	29.7	37.7
7	骨折	8,022	7.8	11.9	14.4	65.8
8	統合失調症・統合失調症型障害・妄想性障害	7,538	14.1	50.3	21.9	13.8
9	関節症	4,570	0.9	20.0	29.3	49.7
10	脊椎障害（脊椎症を含む）	4,402	1.6	19.3	28.8	50.3

（注 1）医療機関が保険者（公的医療保険制度の各運営主体）に対して請求する診療報酬明細書および調剤報酬明細書（レセプト）の集計に基づく、医科の入院診療（食事療養等は除く）と入院外診療に関する医療費である

（注 2）協会けんぽ・市町村国保・国保組合・後期高齢者医療制度のレセプトはほぼ全て、組合健保は 8 割弱、共済組合は 4 割弱を集計した医療費である

（注 3）網掛けは 75 歳以上の医療費割合が 5 割超の疾病分類名

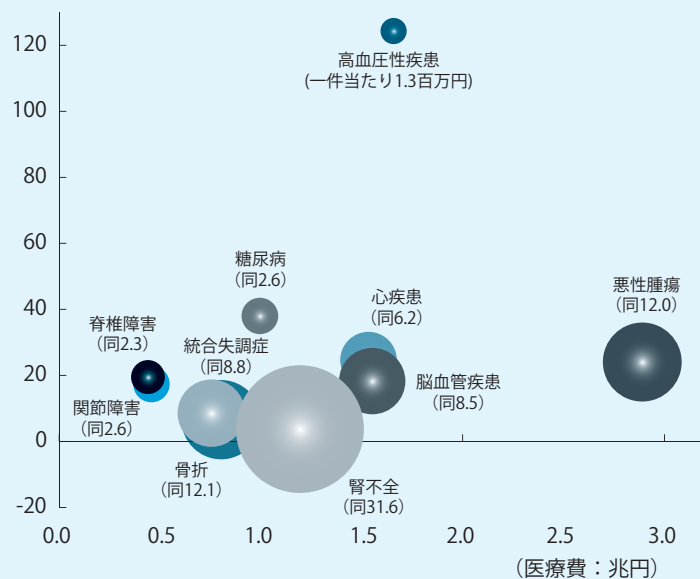
（出所）厚生労働省「平成 24 年度 医療給付実態調査」から大和総研作成

直近の 3 年間（2010 ～ 12 年度）の医療費の推移では、2010 年度の 18.6 兆円が 2012 年度には 23.8 兆円と 5.2 兆円の増加となった^{9）}。このうち、10 大疾病の医療費によって 2.8 兆円増加した。10 大疾病の中でも、特に悪性腫瘍による医療費が急増している。2012 年度には 2010 年度比で 7,960 億円増加（同 38 % 増）の 2.9 兆円となり、医療費全体比でも同 1 % ポイント上昇し 12.2 % となった。悪性腫瘍は、診療件数、診療件数一件当たり医

療費においても、おのおの 2010 年度比 29.3 % 増の 2,400 万件、同 6.7 % 増の 1,200 万円となった。一件当たり医療費が高い心疾患、脳血管疾患、腎不全の医療費も、おのおの同 26.0 %、同 20.9 %、同 27.4 % の増加となった。

図表 11 上位 10 疾病の医療費、診療件数、一件当たり医療費（2012 年度）

（診療件数：100 万件）



（出所）厚生労働省「平成 24 年度 医療給付実態調査」から大和総研作成

9）厚生労働省「医療給付実態調査」（平成 22・24 年度）。ここでの医療費は図表 10（注 1）の定義。

3. 介護費の推計と増加要因

介護費も、医療費と同様に、75 歳以上の後期高齢者の一人当たりの介護費が急増しており、2001 年度の 38 万円から 2013 年度には 50 万円に達した。一人当たり介護費が 2013 年度の水準を維持すると仮定すると、医療費と同様、75 歳以上の介護費は 2013 年度の 7.7 兆円から 2025 年には 10.8 兆円となり、3 兆円増加することとなる（図表 12）。介護費全体では、同 8.8 兆円から同 11.8 兆円となり、2.9 兆円増加する。つまり、

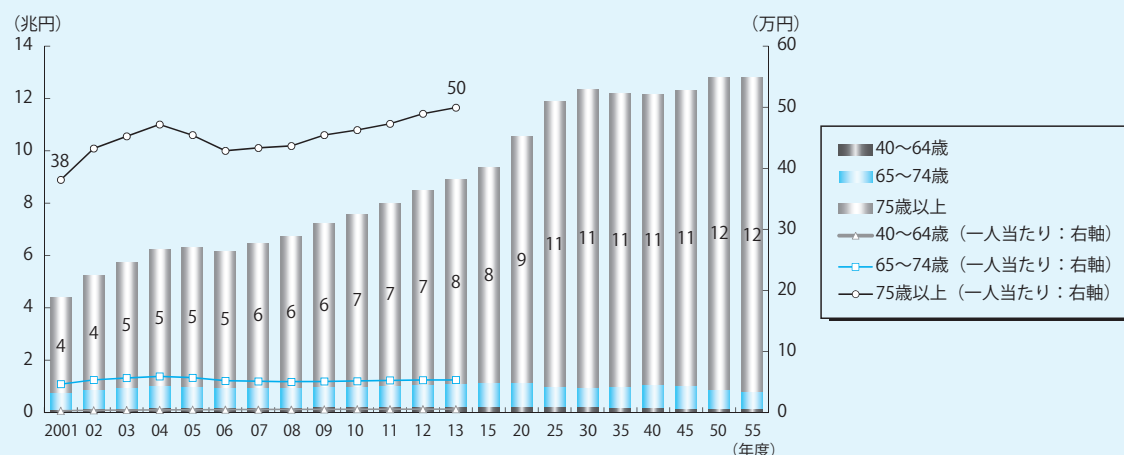
75 歳以上の増加分が介護費全体の増加分に相当する。

1) 80 歳以上で急増傾向

介護費は、認定者の介護の必要度に応じてサービスを上乗せできることが、医療費とは異なる。なお、要介護度の高い人ほど、1 割負担で利用できる介護保険サービスの範囲（支給限度額）が大きくなる。

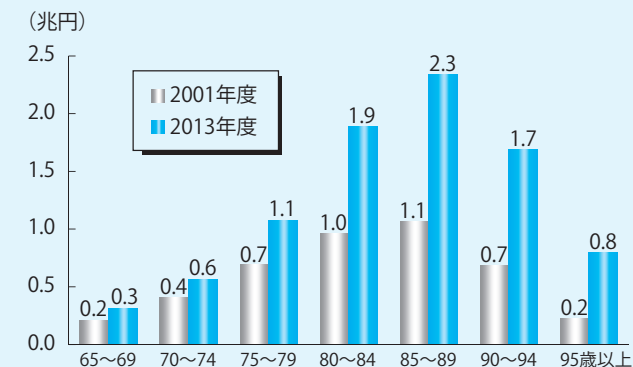
図表 13 に示すように年齢階級別に 2001 年度と 2013 年度の介護費を比較すると、後期高齢者

図表 12 年齢階級別の介護費と一人当たり介護費の推移（2001～55年度）（推計含む）



（注）2015年度以降の各年齢層の介護費は2013年度の各年齢層の一人当たり介護費をベースに大和総研算出
（出所）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」（平成13～25年度）、「人口動態統計（確定数）の概況」、総務省統計局「推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」から大和総研作成

図表 13 年齢階級別の介護費（2001年度と2013年度の比較）



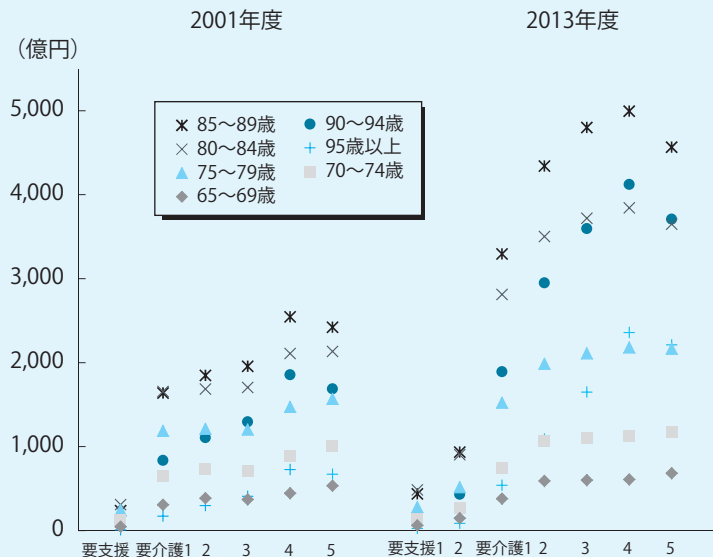
（出所）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」（平成13年度と平成25年度）から大和総研作成

の中でも80歳以上の介護費が急増し、2001年度は2.9兆円から2.3倍となり6.7兆円となった。2013年度は2.9兆円から2.3倍となり6.7兆円となった。

このため2013年度の80歳以上の介護費は全体の75%を占める（2001年度は67%）。

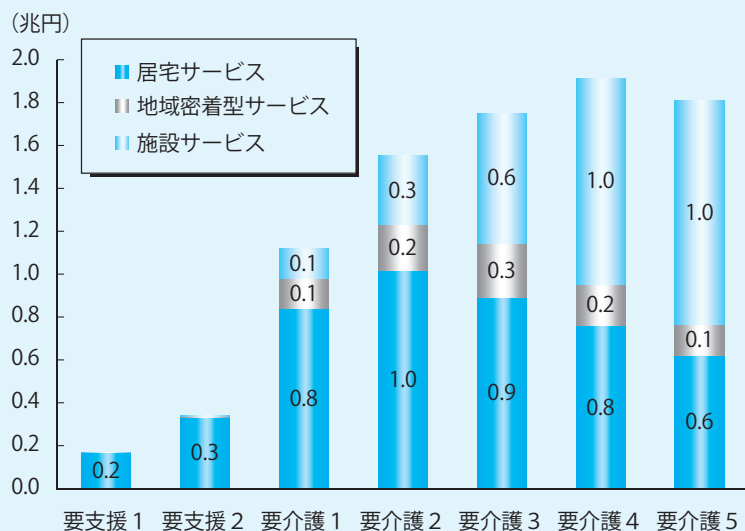
2006年度の要介護度認定区分の改正により、「要支援、要介護1～5」から「要支援1・2、要介護1～5」となった。要介護2以上は、身の回りのことの全てで介助が必要な状態であり、要介護3～5は身の回りのことの全てができない状態である。2001年度と2013年度の要介護度と年齢階級別の介護費を比較すると、2013年度の80歳以上の要介護2～5認定による介護費は2001年度比2.2倍と大幅に増加し、5.5兆円に達した（図表14）。80歳以上の年齢層で介護費が増加する要因は、介護度に合わせて給付限度額が上昇することのほかに、施設介護サービスの利用が増加することにある。2013年度の介護度別の介護サービス類型別費用では、要介護2から施設サービスの費用が多くなり、最も費用が高額な要介

図表14 要介護度と年齢階級別介護費の関係
(2001年度と2013年度の比較)



(注) 2006年度の改正により、要介護度認定区分は「要支援、要介護5段階」から「要支援1・2、要介護5段階」となった
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」（平成13年度、平成25年度）から大和総研作成

図表15 介護度別の介護サービス類型別費用（2013年度）



(注) 居宅サービスは、訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス、福祉用具・住宅改修サービス等であり、地域密着型サービスは、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護等である
(出所) 厚生労働省「平成25年度介護保険事業状況報告年報」から大和総研作成

2) 今後 80 歳以上の比率が高まる都市圏では施設サービスの急増への対応が重要

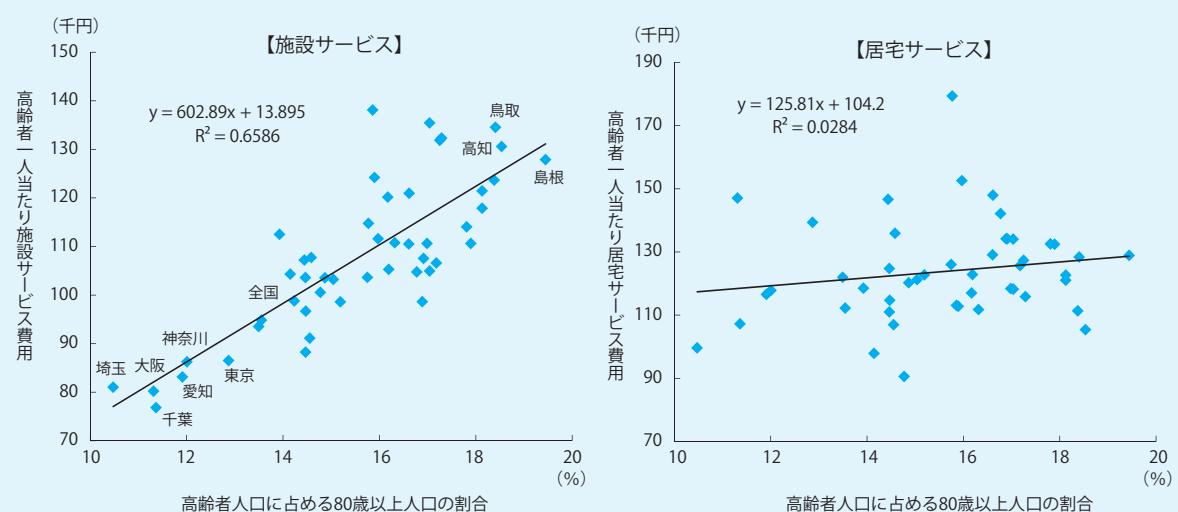
2013 年度の都道府県別の高齢人口に占める 80 歳以上の年齢層の割合と 65 歳以上の一人当たり施設サービス費用の関係を見ると、前者の割合が高い都道府県では後者の費用が高まるという相関が見られる（図表 16）。逆に、前者の割合と 65 歳以上の高齢者一人当たりの居宅サービス費用との相関は低い。前期高齢者（団塊世代を含む）が後期高齢者へと移行する 2015～25 年には、都市圏では施設サービスの需要増への対処が課題となるだろう。この背景には、今後、後期高齢者世帯の比率が増加していくことがある。2015 年以降には、単身および夫婦のみ世帯の比率が約 7 割であると推計されており、将来に向けてその割合は上昇していくと見込まれる。

述した生活習慣病がかなりの割合を占める。厚生労働省「平成 25 年国民生活基礎調査」によれば、65 歳以上の年齢層では、全体で脳血管疾患、いわゆる脳卒中が 17.2%、骨折・転倒が 12.2%、関節疾患が 11.0%と生活習慣病が約 4 割を占めた。「その他」の中にも、心疾患、糖尿病、悪性腫瘍等が含まれるため、その割合は 5 割以上になると推測される。年齢層別では、65 歳以上 79 歳、つまり 80 歳になるまでに「脳血管疾患」の割合が高い。なお、脳血管疾患は、認知症発症の主要因の一つであるため、脳血管疾患を原因として要介護状態となった人も介護状態が長くなるにつれ認知症を発症していく傾向がある。80 歳以上の年齢層では「認知症」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」「関節疾患」の比率が高まる傾向にある（図表 17）。

3) 要介護の要因は生活習慣病の割合が高い

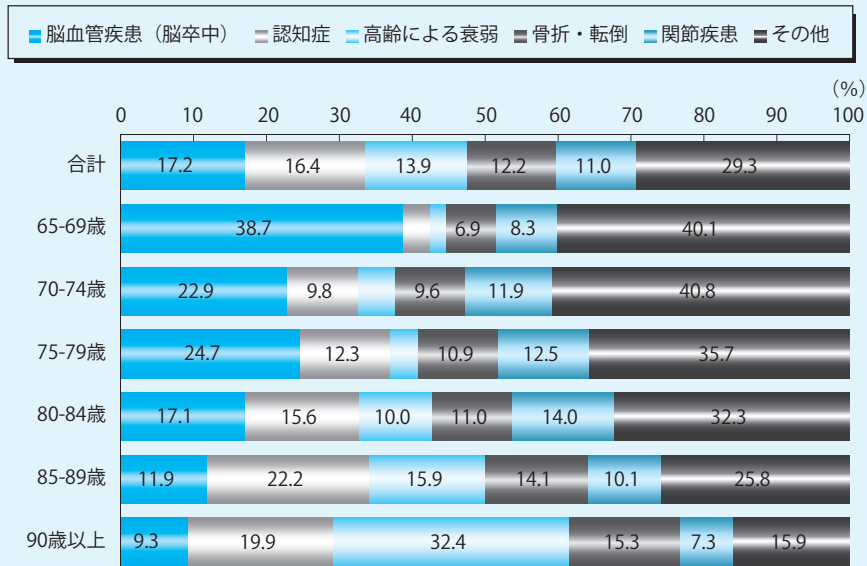
要介護の要因は疾病であることが多く、特に前

図表 16 都道府県別人口高齢化と施設サービス費用、居宅サービス費用の関係（2013 年度）



（出所）厚生労働省「平成 25 年度 介護給付費実態調査報告」から大和総研作成

図表17 年齢階級別に見た介護が必要となった主な原因の構成割合（2013年）



（注）その他は、心疾患（心臓病）、パーキンソン病、糖尿病、呼吸器疾患、悪性腫瘍（悪性のがん）、脊椎損傷、視覚・聴覚障害、その他、わからない、不詳、の合計である
（出所）厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」から大和総研作成

4. 超高齢社会では幅広い年齢を対象にした予防により医療と介護を一緒に解決していくことが重要

超高齢社会では、後期高齢者が増加するとともに、医療・介護サービスを受ける人数の割合が急激に高くなることが特徴である。さらに疾病・要介護になる人の割合が、過去とは比較にならないほど速く上昇することが想定される。

このような状況において財政健全化の観点から、一人当たりの医療・介護費を政策的に調整（抑制）する幅が狭められている現状では、疾病・要介護になる人の割合を低下させる（需要の減少）ことが必要となろう。現状の政策では、発症予防および疾病を重症化させない予防に重点が置かれていることも、このような背景があると考えられる。特に、幅広い年齢層が対象になる生活習慣病の予防が、医療・介護の需要を抑制する上では重

要となる。

他方、需要の地域の偏在という問題がクローズアップされる。これは次章の医療・介護の資源の配分の問題と密接に関係している。

3章 医療・介護サービスの提供体制の課題

政府は2025年に向けた医療・介護需要の急増に対応するため、「社会保障と税の一体改革」による医療・介護の提供体制の充実と重点化・効率化を進めている。同改革では、患者と要介護者を支えるための「提供体制を望ましい姿に変えるための再編」としている。しかし、実際には、現状の医療資源の課題、特に都市部での医療機関数と医師数の偏在があり、地方での医療・介護資源の不足が課題であると考えられる。

1. 医療資源の現状と課題

医療分野では、地域医療の供給体制、医療従事者（医師、看護師等）の不足、病床数が多く在院日数が長い、病床の機能が未分化、勤務医の疲弊、等の課題がある。また、介護分野にも、介護サービスや介護士の不足（安い賃金、離職率の高さ等）、の課題がある。この観点から現状の医療・介護の提供体制は、不十分・不効率なものといえる。

図表 18 の病院数（対人口 100 万人）および医師数（対人口 1,000 人）について主要先進国と比較すると、1990 年から日本の病院数は減少傾向にあるものの、依然高い水準にある。一方、医師数は増加傾向にあるが、主要先進国と比べて低い水準にある。各国の水準は、各国の政策に影響を受けていると考えられるが、日本には上記の医療提供体制の充実と重点化・効率化をさらに進展させる余地はあると考えられる。ただし、医療資源の配分については、同資源の偏在を踏まえた上で、病院数・医師数の調整を行う必要があるだろう。

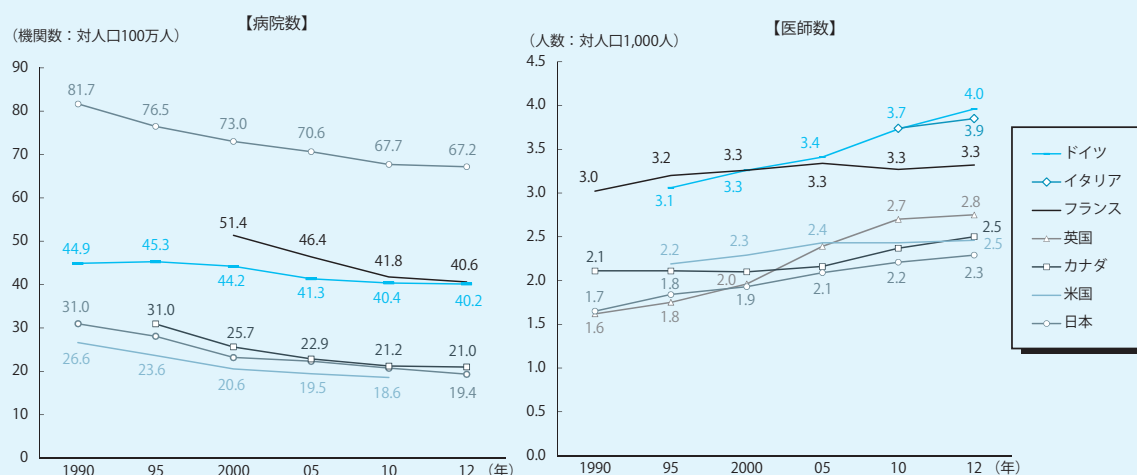
1) 日本の医療機関数と医師数の地域偏在

人口 100 万人に対する病院数と人口 10 万人に対する病院勤務の常勤換算医師数は、全国で東低西高の偏在が見られる。奈良県より西の府県に、病院数と病院勤務医師数ともに全国平均より多く偏在していると言えよう（図表 19）。人口 10 万人に対する病院数は九州地方で最も多く、同様に病院勤務常勤医師数は、中国・四国地方で最も多くなっている。

さらに大多数の県では、県内で人口の多い都市部と少ない過疎部とで二極化している状況にあるため、人口 10 万人に対する病院数と医師数が全国平均以上であっても、県内の都市部に偏在し、過疎部では病院数および医師数が不足していることが推測される。

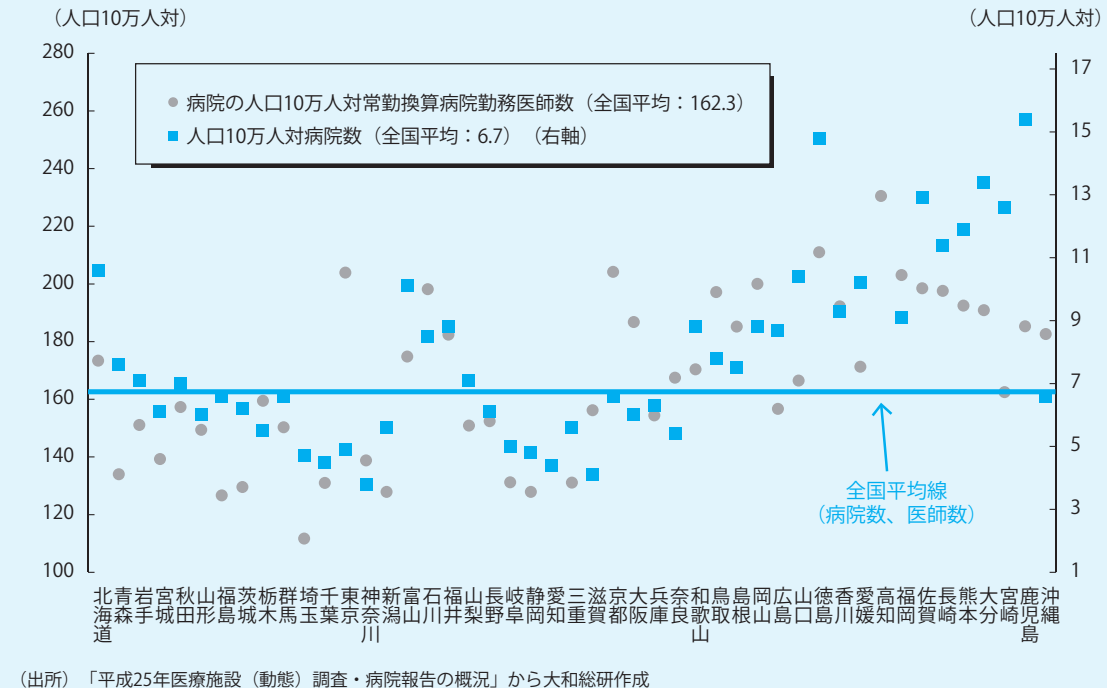
都道府県別に見ると、同病院数は、最多の高知県と最少の神奈川県で 13.8 施設の差がある。また、同医師数は、最多の高知県と最少の埼玉県で 118.8 人も差がある。他方、2025 年に向けて、首都圏と周辺県を中心に後期高齢者の急激な人口

図表 18 主要先進国における病院数と医師数の推移（1990～2012年）



（注1）日本、米国、英国、イタリア、ドイツは、診療に従事している医師数である。カナダ、フランスは、診療だけでなく、管理、教育、研究などに従事する医師数も含む
（注2）ドイツの1990年病院数は1991年データ、カナダの2012年病院数は2011年データ、日本の1995年医師数は1996年データ、日本の2005年医師数は2006年データ、イタリアの2010年医師数は2009年データ、米国の2012年医師数は2011年データである
（出所）OECD“Health Statistics 2014”から大和総研作成

図表19 都道府県別の人口10万人対病院数と常勤換算病院勤務医師数（2013年）



増が見込まれている。現役時には、県内や隣県の勤務先周辺等の医療機関が充実した地域で受診していた人も、高齢期になると自宅から数分程度で通える日常生活圏内の医療機関への受診が必要になる。今後、全国的な病院数と医師数の偏在を解消していくことがより重要となろう。

厚生労働省は、2025年頃に人口10万人に対する医師数がOECDの平均に到達することを目標として、2008年度から2018年度まで医学部定員数を増員する政策を採用した。加えて、医学部定員数の地域枠を拡大したり、新研修制度において医師数の多い地域の研修医採用数に上限を設けたりすること等を通じて、地域の医師不足解消にも努めてきた。

しかし、研修医の地域的な配分の適正化において、一定の成果が見られたとしても、研修医の多くは地方の医療機関で研修を受けた後、その研修

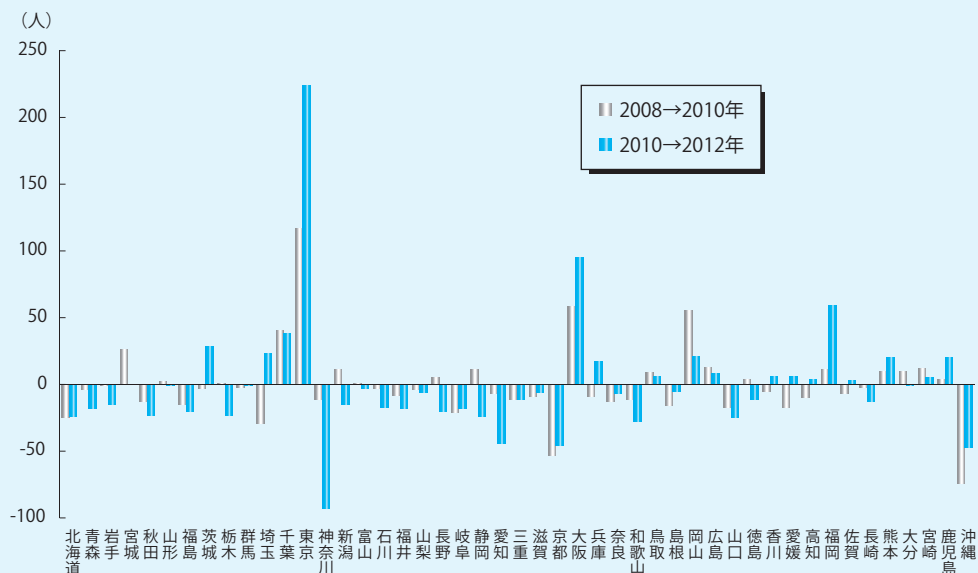
地を離れて東京都、大阪府、福岡県の医療機関に就職する（図表20）。特に、神奈川県、愛知県、京都府、沖縄県からの研修後の流出が多い。

臨床研修医数は、2010年は2008年に比べ38人増加している。しかし、研修を終えた若手医師による首都圏志向は、2010年よりも2012年においてさらに強まっており、政策に反して、地方の医師不足は深刻化している現状にあるといえるだろう。

2) 病床機能別の病床数の現状と課題

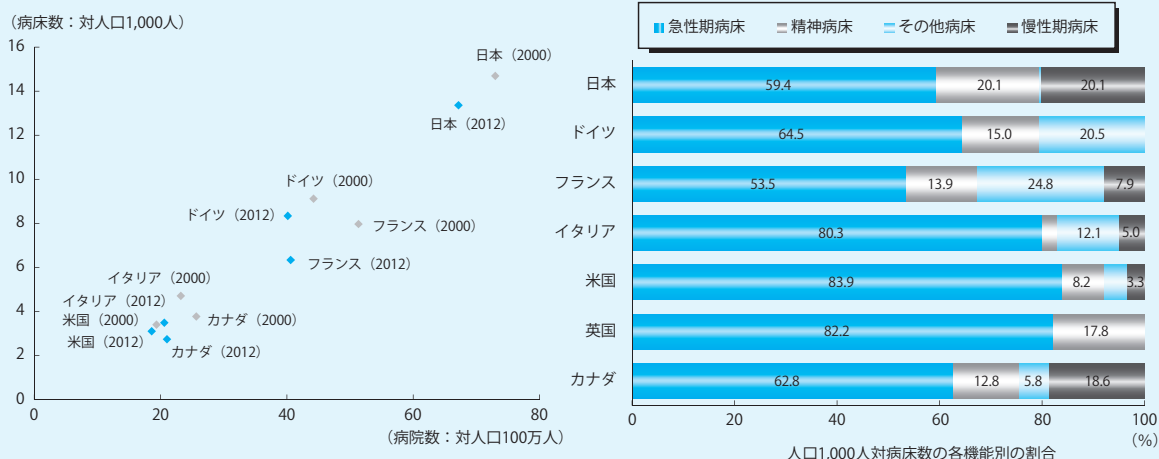
図表21の通り、日本の病床数（人口1,000人に対する病床数）は、2000年から2012年の期間において減少してはいるものの、病院数（人口100万人に対する病院数）と同様、先進主要国と比較すると、依然高い水準にある。機能別病床数も、他国と比較すると、急性期、精神病床、慢性

図表20 都道府県別の臨床研修医数の研修前後の増減数（2008→2010年、2010→2012年）



(注) 2008年時点の従業地別の臨床研修医数（2007年に採用された研修2年目と2008年に採用された研修1年目の臨床研修医の合計数のうち、医師届出票において医籍登録番号が合致した人数）と、臨床研修を修了した2010年時点での当該地での従業人数との差（≡研修医による研修後の就業地移動数）を「2008→2010年」で表しており、「2010→2012年」も同様である（出所）厚生労働省「平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査」から大和総研作成

図表21 主要先進国（G7）別の病床総数（2000年と2012年、左図表）と機能別病床数（人口1,000人対、2010～2012年、右図表）



(注1) その他病床は、重症化予防・リハビリのための病床、いわゆる回復期病床である
(注2) 米国は2010年データ、カナダは2011年データであり、その他の国は2012年データである

(出所) OECD "Health Statistics 2014"から大和総研作成

期のいずれの病床も、人口 1,000 人当たりの数が圧倒的に多い。ただし、重症化予防やリハビリのための「その他の病床」、いわゆる回復期病床数が、フランス、ドイツ、イタリアでは病床総数の 20% 前後であるのに対し、日本は圧倒的に少ないままである。

病床は、医療や看護の必要度に応じて、一般病床、療養病床、精神病床等に分類される。一般病床は、医療・看護を多く必要とする高度急性期・急性期の入院患者を対象として 10 対 1（医療患者 10 人につき 1 人の医師）、7 対 1～15 対 1 看護（患者 7～15 人につき 1 人の看護師によるケア）を提供するための病床とされている。

一方、療養病床は、医療・看護の必要が少ないが在宅復帰のためのリハビリや長期療養が必要となる回復期・慢性期の入院患者を対象として 48 対 1 医療・20 対 1～25 対 1 看護を提供するための病床とされている。

日本は、病床機能面において、急性期病床の減

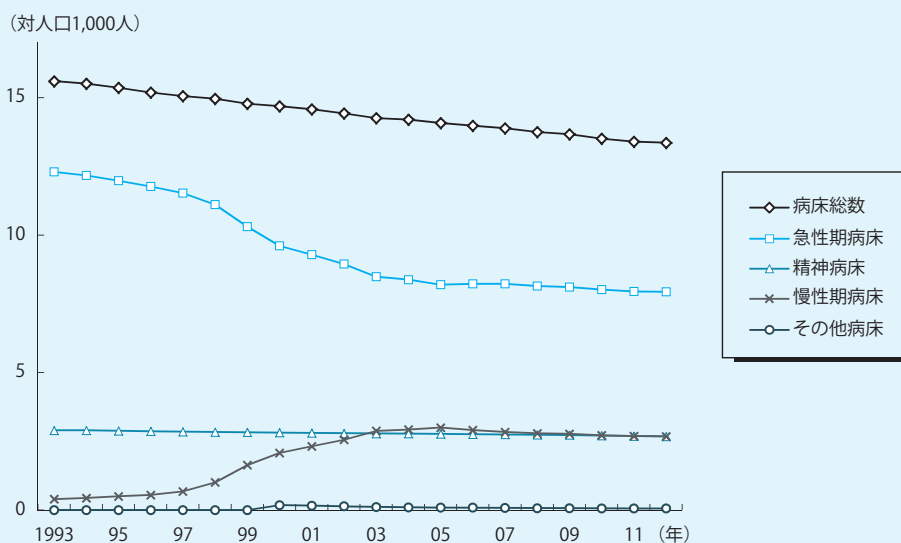
床と慢性期病床の増床により、高齢化の進展に合わせた病床の機能分化の調整を行っているが、図表 22 を見ると、2004 年度頃からは、機能分化の調整が鈍化しているようにみえる。

しかし、都道府県の大部分では、機能分化の調整だけでは補いきれないほど高齢者患者の入院需要が増加しているため、療養病床や介護療養病床は平均 90% 超の利用率となっている。その一方で、一般病床は利用率が 75% 前後にとどまり、多くは空き病床となっている（図表 23）。

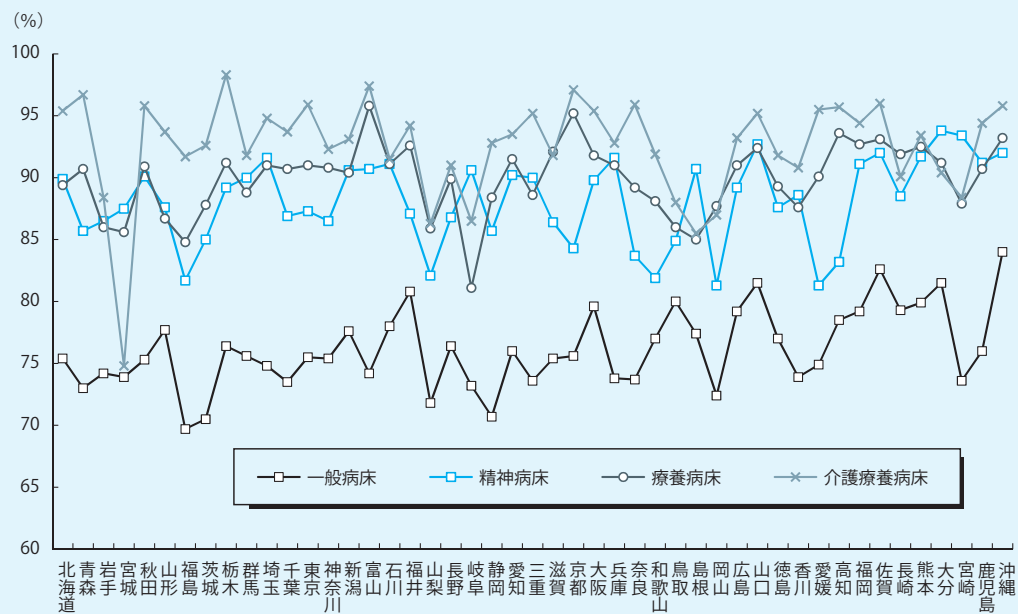
このため、療養病床および介護療養病床等だけでは対応しきれず、本来、高度急性期・急性期の患者が入院する一般病床に、慢性期の患者も入院させているという現象が起きている（図表 24）。医療や看護の必要度が高い病床ほど、入院基本料の点数も高くなっていることから、入院医療費の増大要因の一つともいわれる。

社会保障制度改革推進本部（医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会）では、

図表 22 日本の病床機能別病床数の推移（1993～2011年）

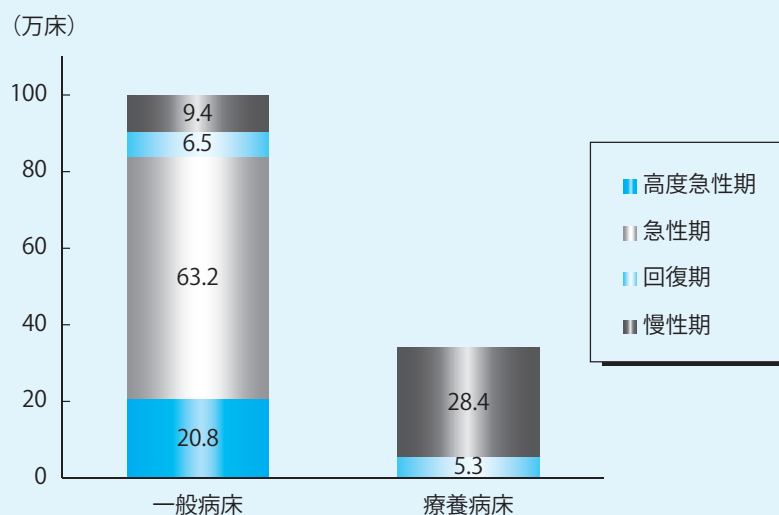


図表23 都道府県別の一般病床、療養病床、介護療養病床の利用率（2013年）



（出所）厚生労働省「平成25年医療施設（動態）調査」から大和総研作成

図表24 一般病床と療養病床の機能区分別病床数（2014年6月末概数）



（注）2014年6月末概数の医療機関の病床数は、病床機能報告対象となる病院の98.2%、有床診療所の90.1%における高度急性期～慢性期への機能分化傾向（2014年7月1日時点）を参考に分類した

（出所）厚生労働省「医療施設動態調査（平成26年6月末概数）」、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成27年3月18日開催）「参考資料2」から大和総研作成

2025 年度に向けた地域医療ビジョン¹⁰（各都道府県における医療提供体制のあるべき姿）を公表している。その中では、高度急性期・急性期病床は需要減が見込まれることから減床させる一方、回復期病床は需要増により増床させる方向を打ち出している。さらに慢性期病床の需要増に対しては、減床させた分を在宅医療（自宅や高齢者住宅、介護施設等での医療）へ移行させる必要があるとの見通しを示している¹¹。地域医療ビジョンは、2015 年度以降、各都道府県で策定され、各都道府県の医療計画に反映させることとなっている。

2. 介護資源の現状と課題

1) 介護施設数と介護職員数

介護サービスには、自宅で利用するサービス、自宅から施設に通って利用するサービス、入所して受けるサービスがある。要支援者（要支援 1・2 認定者）向けに実施されるサービスを「介護予防サービス」とし、要介護者（要介護 1～5 認定者）向けのサービスを「介護サービス」としている。介護予防サービスを実施する施設・事業所と利用者の間をつなぎ、介護予防サービスの利用を支援する事業所として「地域包括ケアセンター」がある。いずれのサービスも介護保険制度の給付によ

る実施が基本となるが、2006 年度からは、市町村が自らの裁量でサービス内容と事業所を指定でき、その地域に住む要支援・要介護者に対して提供する「地域密着型サービス」も実施されている¹²。

介護サービスは、ケアマネジャーによって作成される介護サービスの計画（ケアプラン）に応じて、介護保険制度に基づき、全国一律のサービスメニューの中から、介護サービスを受けることができる。2013 年、介護予防サービスを担う全事業所数（休止中の施設・事業所を含む）は全国で 14.4 万施設、介護サービスは 19.9 万施設ある¹³。

図表 25 に示す通り、両サービスの主要事業所である介護予防サービス事業所と居宅サービスは、65 歳以上の人口 10 万人に対する施設数・事業所数が、両事業所とも 2011 年の約 300 事業所から 2013 年には約 400 事業所に増加した。これは同年に介護保険法が改正され、サービス付き高齢者住宅が急増したためである。これにより、特に、居宅サービス事業所の訪問介護と通所介護を担う職員数の不足を招いた。2011 年以降、一事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数の訪問介護、通所介護の従事者数が減少している（図表 25）。

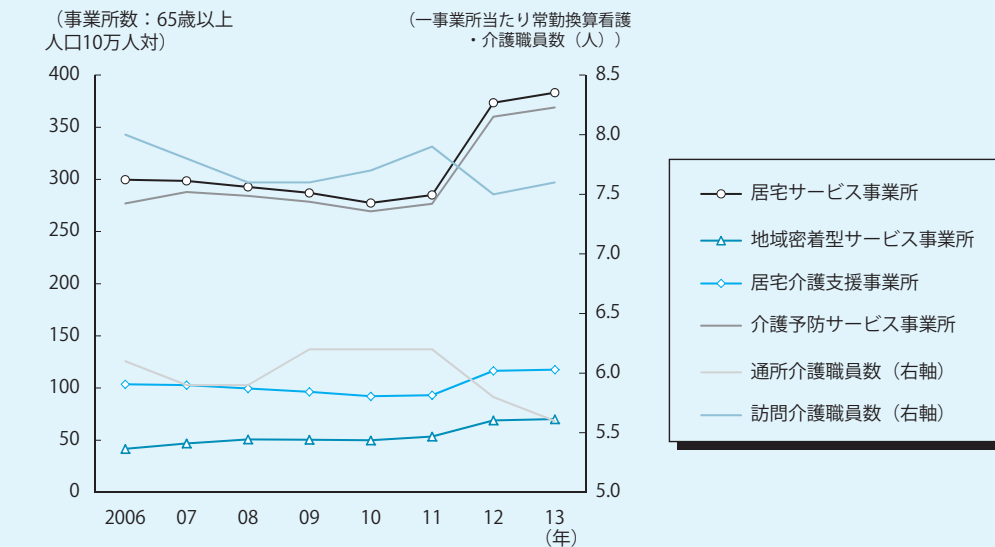
10) 各都道府県が地域医療ビジョンで定める具体的な内容としては、① 2025 年の医療需要（入院・外来別、疾患別患者数等）、② 2025 年に目指すべき医療提供体制（二次医療圏等ごとの医療機能別の必要量）、③ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策（医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等）が挙げられる。（出所：第 32 回社会保障審議会医療部会 資料 2「病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて」（平成 25 年 9 月 13 日））

11) 社会保障制度改革推進本部 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第 1 次報告 ～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～」（平成 27 年 6 月 15 日）

12) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」。なお、現行で介護保険給付がなされていた介護予防サービスのうち、訪問介護と通所介護については 2015～18 年度に段階的に介護保険給付から外され、2019 年度からは要支援者向けの介護予防・日常生活支援総合事業として、市町村がサービスメニューと単価、事業者を決定し自らの財源で行う地域支援事業に移行される予定。

13) 厚生労働省「平成 25 年 介護サービス施設・事業所調査の概況」

図表25 65歳以上人口10万人対介護予防・介護サービスの事業所数の推移と一事業所当たり常勤換算看護・介護職員数の推移



（注1）複数サービスを提供している事業所は、おののちに計上している
 （注2）集計施設・事業所数：回収施設・事業所数のうち活動中の施設・事業所数である
 （注3）居宅介護支援事業所は、ケアプランの作成や見直し、介護施設・事業所との連絡調整を行う
 （出所）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査の概況」（平成18～平成25年）から大和総研作成

2) 介護施設数と介護職員数の地域偏在

次に地域別介護施設、職員数の状況を見ていく。

特に、前節でも触れた居宅サービスのうち、訪問介護と通所介護について、65歳以上の人口10万人に対する常勤換算介護従事者数と事業所数の全国的な分布を見る。

訪問介護サービスは、北海道、青森県、大阪府、兵庫県、和歌山県、広島県、徳島県、愛媛県、佐賀県と鹿児島県と沖縄県を除く九州・沖縄地方の13道府県は、従業者数・事業所数ともに全国平均を上回っているが（特に、青森県、大阪府、和歌山県への偏在が顕著である）、その他の34都

府県は全体的に不足状況が見受けられる（図表26上図）。

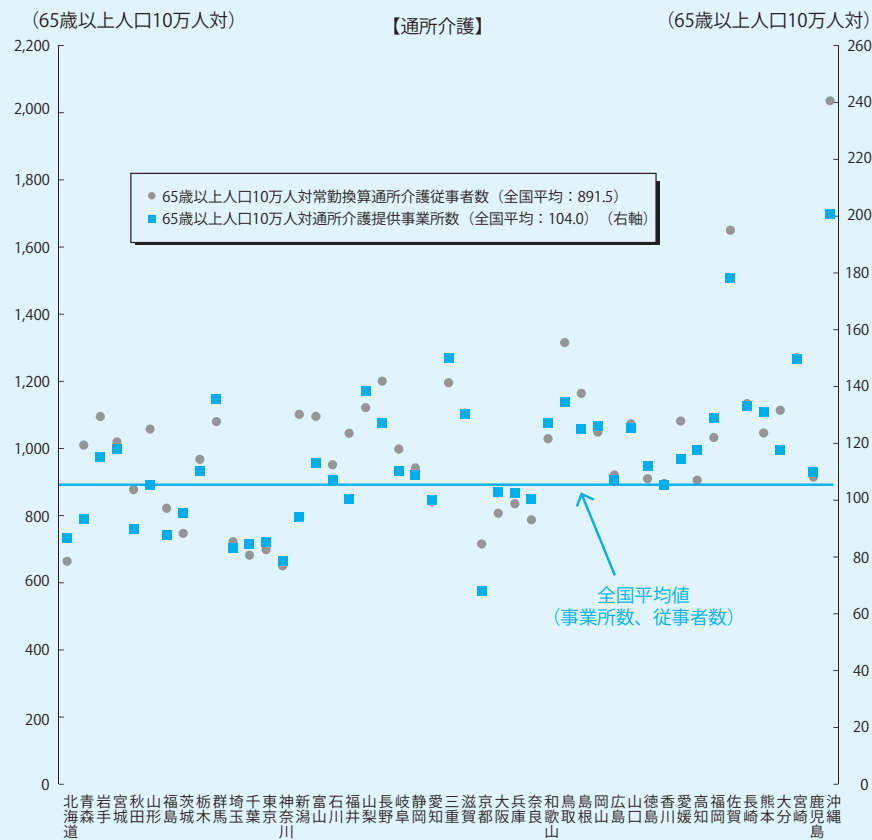
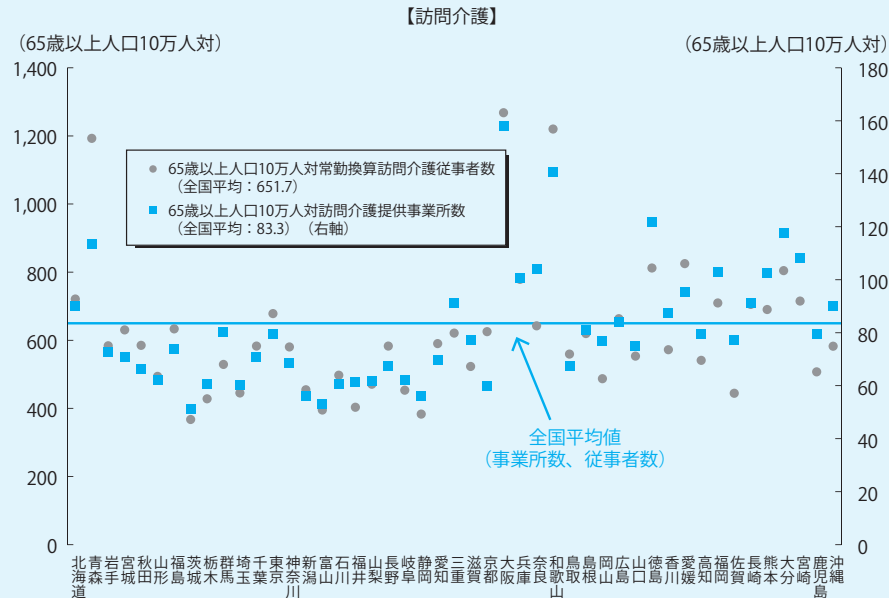
通所介護サービスでは、北海道・東北地方は北海道、秋田、福島（3道県）、関東地方は茨城、埼玉、千葉、東京、神奈川（5都県）、中部地方は愛知（1県）、近畿地方は京都、大阪、兵庫、奈良（4府県）で従業者数・事業所数ともに不足傾向にある半面、残りの34県では全国平均より多い傾向がある（図表26下図）¹⁴。特に、佐賀県と沖縄県で多くなっている。

都道府県別に見ると、65歳以上の人口10万人に対する事業所数は、訪問介護では、最多の

14) 本稿では、以下の8つの地方圏に分類している：

- ①北海道・東北（北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）、
- ②関東（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）、
- ③北陸（新潟県、富山県、石川県、福井県）、
- ④中部（山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）、
- ⑤近畿（滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）、
- ⑥中国（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）、
- ⑦四国（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）、
- ⑧九州・沖縄（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）。

図表26 訪問介護の都道府県別65歳以上人口10万人対常勤換算従事者数と事業所数（2013年）



(出所) 厚生労働省「平成25年 介護サービス施設・事業所調査」と総務省「人口推計」（平成25年10月1日）から大和総研作成

大阪府と最少の茨城県で 106.6 施設の差、通所介護では、最多の沖縄県と最少の京都府で 132.8 施設の差がある。また、同常勤換算介護従事者数は、訪問介護では、最多の大阪府と最少の茨城県で 1,216.3 人の差、通所介護では、最多の沖縄県と最少の神奈川県では 1,385.2 人もの差がある。

介護サービスの提供体制も、医療と同様に、全国的な偏在が見られる。偏在の評価については健康寿命や介護予防とのさらなる分析が必要ではあるが、2025 年に向けて、34.9 万～50.5 万人の後期高齢者の急激な人口増が見込まれている東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、愛知県¹⁵⁾において 2013 年時点で既に不足状態が確認できる。介護施設数と介護職員数の不足解消をしていくことが早急の課題だろう。

3. 医療・介護サービスの供給体制について

日本の医療・介護サービスの供給体制には、高齢化が進展している地域に医療・介護の資源が適正に配分されていない（特に医療資源の地域の偏在）という課題がある。

これは長年にわたって形成されてきた医療体制の構造的な問題に起因する側面があると考えられる。このため、病院数、病床数、医師数の適正化に向けた政策は一定の成果は出しているものの、今後の高齢化のさらなる進展を考えると、現在の政策のみでは直面している問題解決には、その量とスピードの面において十分とは言えない。特に、“数”の適正化の数値目標のみでは、本当の意味での解決にならないと考えられる。このように、政府、地方の財政負担を伴う供給体制の改革のみでは、需要の急激な変化に対応できず、資金の効率

的な活用という観点からも、非効率な部分が多くなる可能性がある。このため、需要を抑制するための予防がクローズアップされる。予防を含めた総合的な医療・介護体制の確立は、地方において進展の兆しを見せており、地域の持続可能な体制の構築のための選択肢としては検討に値しよう。

ただし、次章の政府の政策の議論、論点を踏まえた上で、地方独自の方向性を見いだす必要がある。医療・介護サービスは地方の中核となる産業としての可能性もあり、慎重かつ大胆に戦略を立案していく必要があるだろう。

4 章 過去の政策における“予防”の位置付けと K P I の現状

1. 各政策における“予防”の位置付け

患者を減少させる“予防”の政策について、その経緯をたどると、2008 年度の「医療費適正化計画」（第 1 期）から直近の 2015 年 6 月末の『日本再興戦略』改訂 2015』まで予防の政策が含まれている。予防の政策としては、1）「健康寿命の延伸」、2）「生活習慣病予防」、3）「特定健診」の 3 つが挙げられる（図表 27）。この 3 つの関係は、健康寿命の延伸が中心的政策課題（目標）として据えられ、K P I として生活習慣病、特定健診の指標を挙げている。「日本再興戦略」の中短期工程表の K P I は以下の通りである。

- 1) 2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸【男性 70.42 歳、女性 73.62 歳（2010 年）】
- 2) 2020 年までにメタボ人口を 2008 年度比 25%減【1,400 万人（2008 年度）】、
- 3) 2020 年までに健診受診率（40～74 歳）を 80%（特定健診含む）【67.7%（2010 年）】、

15) 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）」

図表 27 過去の政策における医療・介護関係の政策（その1）

公表年月日	2000 年 3 月 31 日	2008 年度 4 月 1 日	2012 年度	2013 年度 4 月 1 日		2013 年度 6 月 14 日	
管轄組織	厚生労働省	厚生労働省	内閣府	厚生労働省	厚生労働省	日本経済再生本部	経済財政諮問会議
政策	健康日本 21 ※国	医療費適正化計画 (第 1 期) ※都道府県	社会保障と税の一体改革	健康日本 21 (第二次) ※国	医療費適正化計画 (第 2 期) ※ 都道府県	日本再興戦略	経済財政運営と改革の基本方針
副題	—	—	—	—	—	-JAPAN is BACK-	脱デフレ・経済再生
目的	「健康寿命の延伸」が中心課題であり、疾病予防、健康増進、介護予防の指標を提示	5 年計画の政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化	医療・介護の提供体制の充実と重点化・効率化	「健康寿命の延伸」が中心課題であり、疾病予防、健康増進、介護予防の指標を提示	5 年計画の政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化	戦略市場創造プランの 1 つとして「健康寿命の延伸」	当面の財政健全化に向けた取組み等について（P B赤字対 GDP 比を 2015 年度に半減→ 2020 年度黒字化）
目標年	2012 年度	2012 年度	2025 年度	2023 年度	2017 年度	2020 年、2030 年	2015 年度 2020 年度
成果目標、K P I	栄養食生活、運動活動、睡眠など高齢者については、外出について積極的な態度をもつ人の増加、何らかの地域活動を実施している者の増加、日常生活における歩数の増加など	◆特定健診実施率：70%目標 ◆特定健診保健指導：45%目標 ◆メタボ該当者・予備群減少率：2008 年度比 10%以上減 ◆平均在院日数の短縮：全国平均（32.2 日）と最短の長野県（25 日）との差を 9 分の 3（29.8 日）に縮小	◆生活習慣病予防により外来患者は 5 %程度減少、介護予防により要介護認定者は 3%程度減少するとの試算前提 ◆改革が実現すれば、2025 年の医療給付費は約 54.0 兆円、介護給付費は約 19.8 兆円に抑制されると推計	◆平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加	◆特定健診実施率：70%目標 ◆特定健診保健指導：45%目標 ◆メタボ該当者・予備群減少率：2008 年度比 25%減	◆健康増進・予防サービス、生活支援サービス、医薬品・医療機器、高齢者向け住宅等の国内市場規模の拡大：16 兆円（2013 年）→ 26 兆円（2020 年）、37 兆円（2030 年） 海外市場の拡大：163 兆円（2013 年）→ 311 兆円（2020 年）、525 兆円（2030 年） 雇用促進：73 万人（2013 年）→ 160 万人（2020 年）、223 万人（2030 年） ◆健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模 2020 年に 10 兆円（現状 4 兆円）に拡大 ◆医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模 2020 年に 16 兆円（現状 12 兆円）に拡大 ◆海外の医療技術・サービス市場 2020 年に 1.5 兆円（現状 0.5 兆円）を獲得	◆社会保障以外の支出について、一層の重点化・効率化を進める。また、社会保障支出についても聖域とはせず、見直しに取り組む。

(出所) 厚生労働省、内閣府、日本経済再生本部、経済財政諮問会議の各資料から大和総研作成

図表 27 過去の政策における医療・介護関係の政策（その2）

公表 年月日	2013 年度		2014 年度		2015 年度	
	8 月 8 日	8 月 30 日	6 月 24 日		6 月 30 日	
管轄 組織	経済財政諮問会 議	厚生労働省	経済財政諮問 会議	日本経済再生 本部	経済財政諮問 会議	日本経済再生 本部
政策	当面の財政健全 化に向けた取組 等について	「国民の健康寿 命が延伸する社 会」に向けた予 防・健康増進に 関する取組の推 進	経済財政運営 と改革の基本 方針 2014	日本再興戦略 改訂 2014	経済財政運営 と改革の基本 方針 2015	日本再興戦略 改訂 2015
副題	中期財政計画	—	デフレから好 循環拡大へ	未来への挑戦	経済再生なく して財政健全 化なし	未来への投資・ 生産性革命
目的	当面の財政健全 化に向けた取 組み等につい て（P B 赤字 対 GDP 比を 2015 年度に半 減→2020 年度 黒字化）	国民の健康寿命 が延伸する社会 の実現に向けた 取組み	当面の財政健 全化に向けた 取組み等につ いて（P B 赤 字対 GDP 比 を 2015 年度 に半減→2020 年度黒字化）	戦略市場創造 プランの1つ として「健康 寿命の延伸」	当面の財政健 全化に向けた 取組み等につ いて（P B 赤字対 G D P 比を 2015 年度に半減 →2020 年度 黒字化）	（医療・介護・ ヘルスケア産 業の活性化・ 生産性の向上）
目標年	2015 年度、 2020 年度	2025 年	2015 年度 2020 年度	2020 年	2015 年度 2020 年度	2020 年
成果 目標、 K P I	◆社会保障につ いては、人口高 齢化、医療の高 度化等による増 勢がある中で、 極力全体の水準 を抑制する。 ◆後発医薬品の 使用促進につ いて具体的な効 率化の進捗がみ られるよう取り 組むことを始め 、徹底した効率 化を図る。	◆高齢者の介護 予防等の推進、 現役世代からの 健康づくり対策 の推進、医療資 源の有効活用 に向けた取組の 推進によって、 2025 年に向け 、5 兆円規模の 医療費・介護費 の削減額を目指 す。 ◆予防の推進に よる削減額は 2.4 兆円強を目 標	◆医療・介護 を中心に社会 保障給付につ いて、いわゆる 「自然増」も 含め聖域なく 見直し、徹 底的に効率 化・適正化し ていく必要。 特に、各地域 の状況を比較 した結果を踏 まえて医療介 護支出の効率 化・適正化を 図る。	◆2020 年まで に国民の健康 寿命を1歳以 上延伸（2010 年：男性 70.42 歳、女性 73.62 歳） ◆2020 年まで にメタボ人口 を 2008 年度比 25%減（2008 年度：1,400 万 人） ◆2020 年まで に特定健診含 む健診受診率 （40～74 歳） を 80%（2010 年：67.7%、 特定健診受診 率 43.2%）	◆2016～18 年度までの今 後3年間の社 会保障費の伸 びを高齢化に よる増加分に 相当する1.5 兆円程度に抑 制するとの目 安を提示 ◆後発医薬品 の数量シェ アの目標値 を 2017 年央 に 70%以上、 2018～20 年 度末のなるべ く早い時期に 80%以上	—

（出所）厚生労働省、日本経済再生本部、経済財政諮問会議の各資料から大和総研作成

と設定されている。

同工程表では、「健康寿命延伸産業の育成」「健康・予防の推進に関する新たな仕組みづくり」が柱となっている。

健康寿命の延伸は、2012年「健康日本21（第二次）」において、2023年度を目標年として「不健康な期間」を伸ばさないことの目標達成を掲げた。「健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標」として、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（2022年度）」と「都道府県格差の縮小（2022年度）」が設定された。医療費適正化計画のアクションプランでは、健康寿命を1歳以上延伸（2010→2020年度）（2015年6月に中間評価）を掲げている。

特定健診は、「医療費適正化計画」に盛り込まれている。同計画は5年ごとに開催されており、第1期は2008年度、第2期は2013年度に開催された。第3期は2018年度に開催される予定である。その中では、特定健診実施率を70%の目標に設定、特定健診保健指導を45%に設定したりしている。これによって、第2期では生活習慣病有病者・予備群を2017年度までに25%減少させるとしている。

予防による医療・介護費の抑制では、厚生労働省『「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた予防・健康管理に関する取組の推進」（2013年8月30日）において、「2025年に向け、5兆円規模の医療費・介護費の効果額を目指す」（日本再興戦略を踏まえて）とし、このうち、予防の推

進による効果額は2.4兆円強を目標としている。ただし、生活習慣予防アプローチの効果に基づく推計ではない。厚生労働省の補助金研究事業による介護予防を中心とした効果によって医療・介護費用が抑制されるという試算¹⁶に基づく数値である。2025年の医療・介護の節減5兆円分の約半分を予防で削減するという試算であれば、非常に大きい効果を期待していることとなる。

このように“予防”は、健康寿命の延伸を軸としているが、その背景には、医療・介護とともに、健康寿命の延伸に寄与するヘルスケア産業の育成という成長戦略がある。

以下では、直近の日本の健康寿命がどれほど延伸しているのか、平均寿命と健康寿命との差である「不健康な期間」の水準がどの程度低下しているのかをデータで見ていくこととする。

2. 健康寿命（K P I）の現状～“不健康な期間”の短期化が課題～

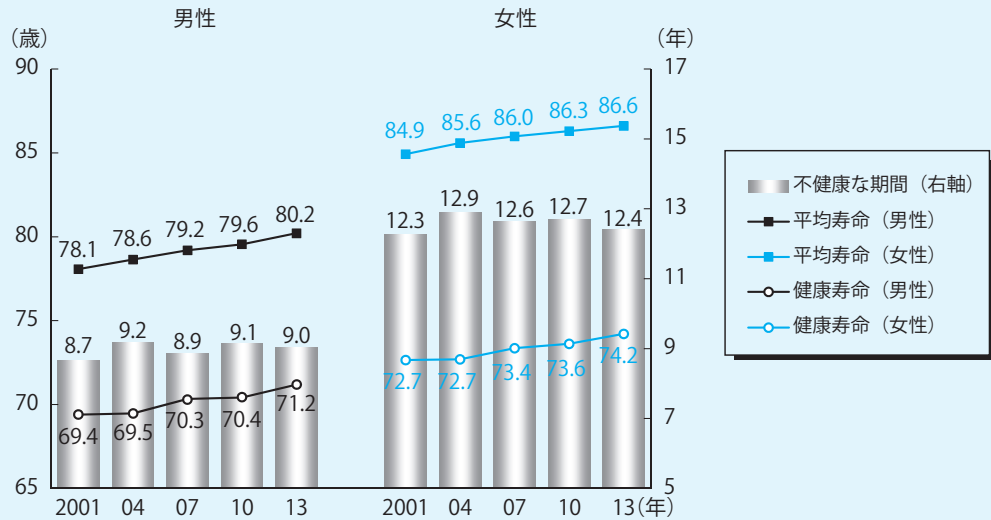
健康寿命については厚生労働省が独自¹⁷に推計している。厚生労働省による「健康寿命」は、「日常生活に制限のない期間の平均」と「自分が健康であると自覚している期間の平均」「日常生活動作が自立している期間の平均」の3指標が使われており、性・年齢階級別に、「日常生活に制限のある者の割合」と「自分が健康であると自覚していない者の割合」「日常生活動作が自立していない者の割合（要介護2～5）」による不健康な割合と、死亡率によって推計している¹⁸。2014年（平

16) 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書「健康寿命における生活習慣病対策の費用対効果の推定」（平成25年3月）

17) 後述するがWHOが各国の健康寿命と不健康な期間を推計している。厚生労働省による推計は、病気による不健康感も加味して推計されるため、WHOによる推計値よりも、期間が1～2.4年ほど長い。

18) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）による健康寿命における将来予想と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班「健康寿命の算定方針の指針」（平成24年9月）。

図表28 平均寿命と健康寿命および「不健康な期間」の推移（2001～2013年）



(注) 健康寿命は「日常生活に制限のない期間の平均」、不健康な期間は「日常生活に制限のある期間の平均」
 (出所) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料1「健康日本21（第二次）各目標項目の進捗状況について」（平成26年10月1日）から大和総研作成

成26年)の厚生労働省の調査では、約63.8%の人が「病気がないこと」を重視して健康感を判断すると答えている¹⁹⁾。

日本人の2013年度の男女の健康寿命はおおよそ71.2歳と74.2歳となり(図表28)、前述のKPIである男性71.42歳、女性74.62歳に近い水準にある。ただし、平均寿命が延伸している状況において、日本での平均寿命から健康寿命を差し引いた期間＝「日常生活に制限のある不健康な期間」(以下、「不健康な期間」)の短期化が課題として残る。

厚生労働省の推計によると、2013年に生まれた日本人の「不健康な期間」は、男性は9.0年、女性では12.4年になると見込まれる(図表28)。2001年以降の時系列で見ると、男性の「不健康な期間」は約9.0年でほぼ横ばいとなっており、女性の同期間は、2004年の12.9年をピークに緩やかに短縮してきた。同期間において、女性が

男性よりも長いのは世界的な傾向であるが、日本でも、女性は男性より3年ほど長い。

3. 日本人の不健康な期間は男女共に世界の平均水準

WHOの推計値に基づく「不健康な期間」を算出すると、2012年に生まれた日本女性は約10年、男性は約8年となり、WHO加盟国194カ国の平均的な長さ(女性は10～11年、男性は8～9年)でしかない。WHO加盟国のうち、国民の「不健康な期間」が日本より短い国は、男性は37カ国、女性では56カ国ある。

WHOは加盟国の中で平均寿命が長い上位10カ国を挙げている(図表29)。日本よりも国民の「不健康な期間」が短い国としては、男性ではシンガポール(6.2年)、女性ではシンガポール(8.1年)、韓国(9.6年)がある。これは、男性、女性を問わず、両国が平均寿命に対して健康寿命が

19) 厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」(平成26年)。

図表 29 平均寿命上位 10 カ国の不健康な期間（性別・2012 年）

順位	男性	平均 寿命	健康 寿命	不健康な 期間	順位	女性	平均 寿命	健康 寿命	不健康な 期間
1	シンガポール	80.2	74.0	6.2	1	シンガポール	85.1	77.0	8.1
2	日本	80.0	72.0	8.0	2	韓国	84.6	75.0	9.6
3	アイスランド	81.2	72.0	9.2	3	日本	87.0	77.0	10.0
4	イスラエル	80.2	71.0	9.2	4	スペイン	85.1	75.0	10.1
5	ニュージーランド	80.2	71.0	9.2	5	オーストラリア	84.6	74.0	10.6
6	イタリア	80.2	71.0	9.2	6	フランス	84.9	74.0	10.9
7	オーストラリア	80.5	71.0	9.5	7	イタリア	85.0	74.0	11.0
8	スイス	80.7	71.0	9.7	8	ポルトガル	84.0	73.0	11.0
9	ルクセンブルク	79.7	70.0	9.7	9	スイス	85.1	74.0	11.1
10	スウェーデン	80.0	70.0	10.0	10	ルクセンブルク	84.1	73.0	11.1

（出所）WHO "World Health Statistics 2014" から大和総研作成

日本よりも延びていることが主因である。特に、シンガポールの男性は、健康寿命が日本の男性より長い。シンガポールの男性の平均寿命は日本の男性より 0.2 歳長いのに、健康寿命は 2.0 年も長くなっている。健康寿命の延伸による不健康な期間の短縮は、各国政府の共通の政策課題の一つとなっていると考えられる。

4. 健康寿命の延伸の意義

健康寿命の延伸と不健康な期間の短縮化は、“予防”の目標として掲げられており、医療・介護費の抑制も視野に入っているが、何より国民の生活の質の改善につながるものが基本となる。日本の男女ともに健康寿命が既に 70 年を超えている現状をみると、高齢者の概念も変えていく必要があろう。65 歳から 74 歳の前期高齢者に当たる年齢層の人口が健康な状態であることの意義は非常に大きい。

予防のターゲットという意味においては、現状の 65 歳～74 歳の前期高齢者の年齢層に集中させて、75 歳以上の後期高齢者になる時に急増する医療・介護費の削減に寄与することが考えられる。加えて、労働投入への道も開かれる可能性もある。

他国においても健康寿命の延伸を目標としている

のであれば、日本の健康寿命が高い水準である現状を踏まえると、医療・介護、ヘルスケア産業を他国へ輸出する際に優位になることが期待される。

5 章 超高齢社会における地方自治体の取り組み

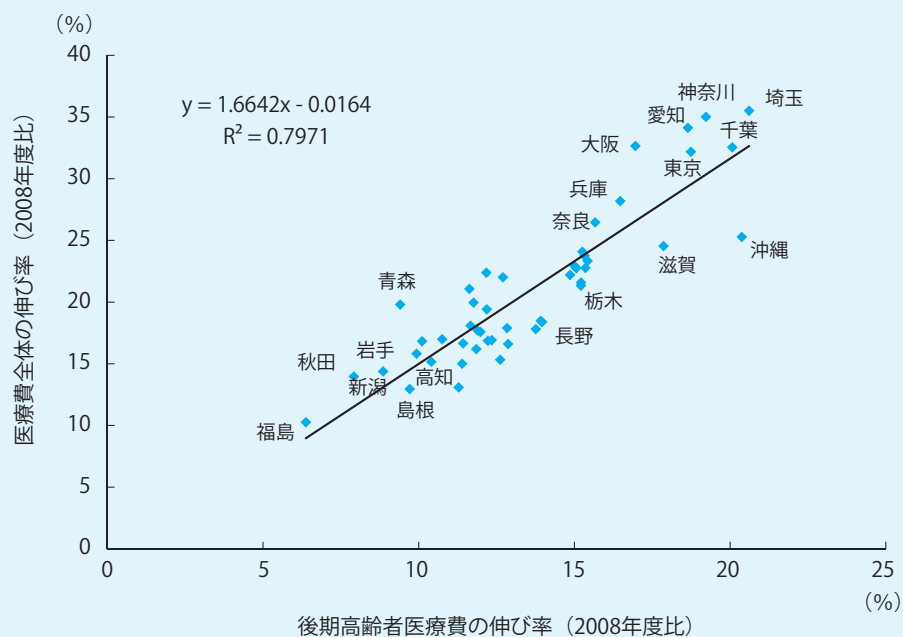
1. 都道府県別の高齢化と医療費の状況

超高齢社会（特に後期高齢者人口の割合が 15% 超と高い水準にある社会）を既に迎えている地方では、医療・介護費の伸びを抑制しながら、健康寿命が全国平均を上回る自治体があり、都市部のモデルとなる可能性がある。

2000 年度から国による「健康日本 21」が策定され、2008 年度からは、都道府県による医療費適正化計画の推進が始まった。当該計画により、都道府県別に、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮を図る等により、計画的に医療費の伸びを抑制する取り組みが推進されている。なお、第 1 期は 2008～12 年度であり、2013 年度からは第 2 期（～2017 年度）に入っている。

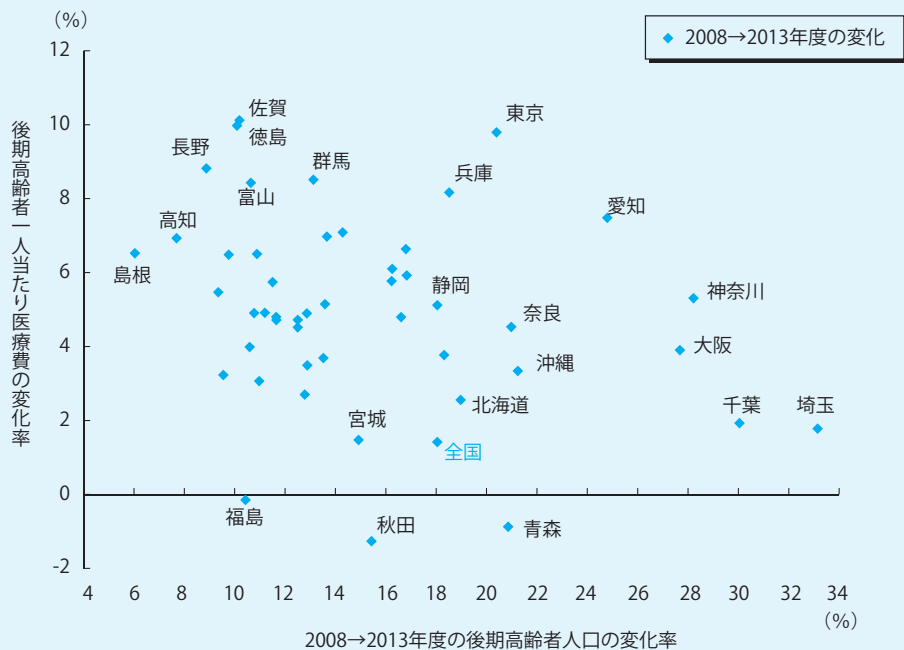
2008 年度から 2013 年度までの医療費の前年度比変化率を都道府県別に比較すると、2008～13 年度の 5 年間で、全ての都道府県の医療費は

図表30 都道府県別医療費および後期高齢者医療費の伸び率（2013年度：2008年度比）



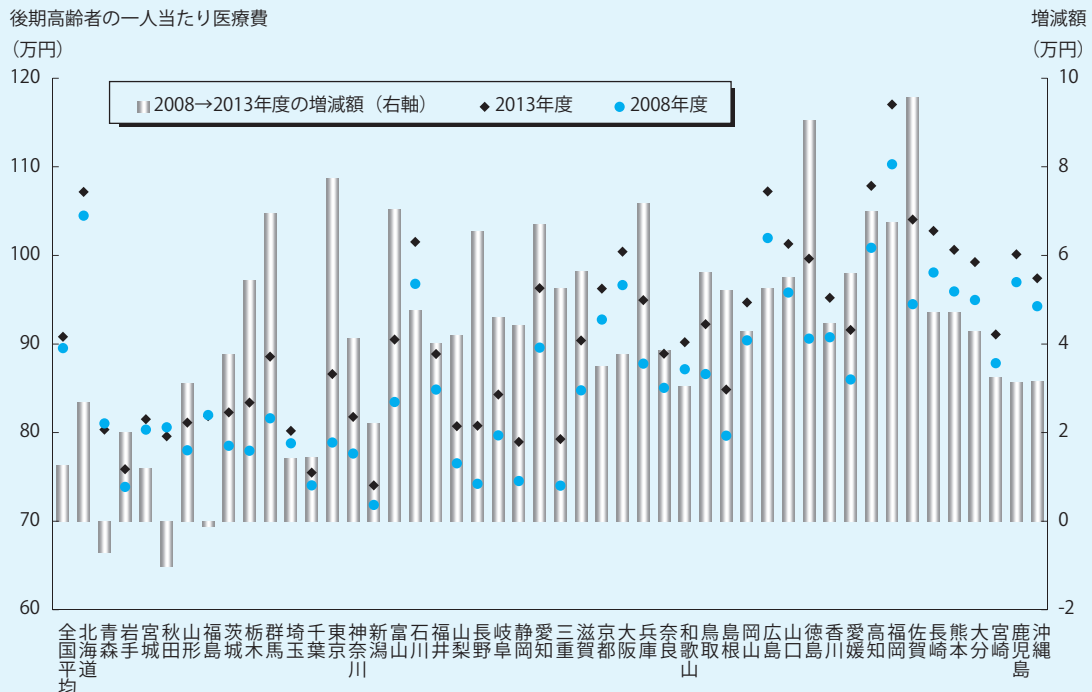
（出所）厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計」（2013年10月1日時点）から大和総研作成

図表31 後期高齢者一人当たりの医療費の変化率と同人口の変化率の関係（2008→2013年度）



（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」（2013年10月1日時点）から大和総研作成

図表32 後期高齢者一人当たりの医療費の変化（2008→2013年度）



（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」（2013年10月1日時点）から大和総研作成

2ケタ以上の伸びを示し、後期高齢者医療費の増加と高い相関が見られる（図表 30）。特性としては、都市圏の都道府県の医療費、後期高齢者医療費とも増加率が高い。逆に地方圏の県では都市圏と比較して伸び率は抑えられている。

これは、後期高齢者の一人当たり医療費においても表れている（図表 31）。秋田県と青森県は2008年度から2012年度の期間において、後期高齢者の人口の変化率が高いが、一人当たりの医療費を抑えている。

2008年度から2013年度までの後期高齢者数と後期高齢者医療費の関係について見てみると、2008～13年度の5年間ににおける後期高齢者の増加数が4万人未満と少ない県では、秋田県、青森県、福島県の後期高齢者人口一人当たり医療費が2008年度に比べ約0.7万～1万円減少してい

る一方で、佐賀県、徳島県では約10万円増加している。後期高齢者の増加数が6万～24万人と大きい県では、後期高齢者人口一人当たり医療費が全ての県で増加しており、特に、東京都、兵庫県、愛知県、福岡県では6万～8万円増加している（図表 32）。

2. 都道府県別の健康寿命および不健康な期間の現状

2010年度の都道府県別の健康寿命では、女性と男性の健康寿命に一定の相関が見られる（図表 33）。一方、不健康な期間においては、男女の不健康な期間はより相関が高い（図表 34）。

健康寿命では、男女の全国平均の右上の部分にプロットされている県が、男女とも健康寿命が高いことを示す。中部地方では静岡、愛知、山梨、

(歳)

75.5

75.0

$y=0.7617x+20.107$

$R^2=0.459$

74.5

74.0

73.5

73.0

72.5

72.0

68.5 69.0 69.5 70.0 70.5 71.0 71.5 72.0

男性の健康寿命

70.4 (全国平均男性)

群馬

静岡

愛知

茨城

山梨

宮崎

福岡

熊本

鹿児島

石川

福井

富山

神奈川

岐阜

長野

山形

山口

佐賀

三重

和歌山

奈良

滋賀

広島

徳島

香川

東京

兵庫

大阪

福岡

岩手

岡山

大分

新潟

福島

秋田

宮城

青森

長崎

高知

千葉

全国

73.6 (全国平均女性)

9.1 (全国平均男性)

12.7 (全国平均女性)

$y = 1.1124x + 2.5306$
 $R^2 = 0.7106$

女性の不健康な期間 (年)

男性の不健康な期間 (年)

全国

データラベル: 秋田, 茨城, 愛知, 静岡, 栃木, 群馬, 鹿児島, 青森, 山梨, 石川, 和歌山, 三重, 富山, 福井, 山形, 福島, 宮崎, 宮城, 岩手, 山根, 新潟, 徳島, 京都, 兵庫, 奈良, 高知, 東京, 熊本, 長野, 愛媛, 神奈川, 大分, 岡山, 滋賀, 広島

長野、岐阜（５県）、関東地方では群馬、茨城、栃木、神奈川（４県）、九州・沖縄地方では鹿児島、宮崎、熊本、沖縄（４県）、北陸地方では石川、福井、富山（３県）、北海道・東北地方では山形、秋田（２県）、中国地方では山口（１県）が入っている。

男女とも不健康な期間が短い都道府県は、中部地方では愛知、静岡、山梨、岐阜、三重（５県）、関東地方では茨城、栃木（２県）、九州・沖縄地方では鹿児島、宮崎、沖縄（３県）、北海道・東北地方では秋田、青森、福島（３県）、北陸地方では石川、富山（２県）、近畿地方では和歌山（１県）が入っている。

両方とも入っている県は中部地方では静岡、愛知、岐阜、山梨（４県）、関東地方では茨城、栃木（２県）、九州・沖縄地方では鹿児島、宮崎、沖縄（３県）、北陸地方では石川、富山（２県）、北海道・東北地方では秋田（１県）である。

既に全国平均を上回る県が存在していることは注目に値し、地方発の先進的事例が生まれている可能性がある。

3. 健康寿命延伸に優れた県による医療費抑制の先進的な取り組み

2008年度から2012年度に後期高齢者の人口が増加しているにもかかわらず、一人当たり医療費が低下し、医療費の適正化が進みつつ、健康寿命、不健康な期間でも相対的に良好な状況である県は、秋田県となる。次点としては、神奈川県、愛知県、静岡県、山梨県、栃木県、石川県が挙げられる。

これらの県に共通しているのは、医療費を低い水準に抑えながら、医療産業を成長させていくと

いう試みがなされていることである。この背景には、医療費の抑制、あるいは供給体制の集約化は、各地域の生活基盤あるいは医療関連産業にマイナスの影響を与えるというリスクがある。地方創生のための人口ビジョンに基づく総合戦略を作成している自治体は、一面では、お互い競合関係にある。医療費の抑制も重要であるが、それ以上に地域の成長に軸足を置かざるを得ない事情があると言えよう。

上記の県において、医療関連産業の成長に向けて共通している試みとしては、産学官金などが連携して、医療・介護・福祉において包括的かつ効率的に対応できる政策および事業に先進的に取り組んでいることである。いわゆる、日本版ＣＣＲＣ²⁰と呼ばれる事業である。この事業自体の設立・運営より大切なことは、政府が推進している地方創生の核となる「まち・ひと・しごと創生総合戦略」の中の３つの基本方針の一つである「地方への新しいひとのながれをつくる」ことである。これらの県は、医療・介護費の削減に取り組みながら、自分の県に人の流れをつくることで需要を起し、医療・介護・福祉あるいは教育などの産業を発展させることである。医療・介護費の削減のプライオリティは高いが、同時に超高齢社会における政策対応から生まれる産業を興していく必要があるという地方創生の戦略と位置付けられよう。

各県の取り組み事例としては、秋田県では秋田銀行が事業者、東北大学、県を中心とした行政機関で構成された研究会を設立し、ＣＣＲＣ等の成功モデルを参考にして、高齢者に配慮したまちづくりを研究している。

20) ＣＣＲＣとは“Continuing Care Retirement Community”の略称。直訳すれば、リタイアした人が継続的にケアサービスを受けられるコミュニティとなる。リタイア後、健康状態で入居することもできる高齢者のための生活共同体を指す。

神奈川県では、慶応義塾大学が湘南藤沢キャンパス（ＳＦＣ）に未来創造塾を建設することに伴い、大学連携型ＣＣＲＣの創設を検討している。さらに茅ヶ崎市では市内で高齢者と若年層が住み替える形でのＣＣＲＣを進めている。

山梨県都留市では、サービス付き高齢者住宅を核とした大学連携型のＣＣＲＣ構想に取り組んでいる。愛知県では、中部大学がシニア大学の開講や高齢者宅での学生の短期間生活等を通じて、高齢化が進展するニュータウンと連携した大学連携型ＣＣＲＣの創設を検討している。

4. 地域経済の中で重要な位置を占める医療産業

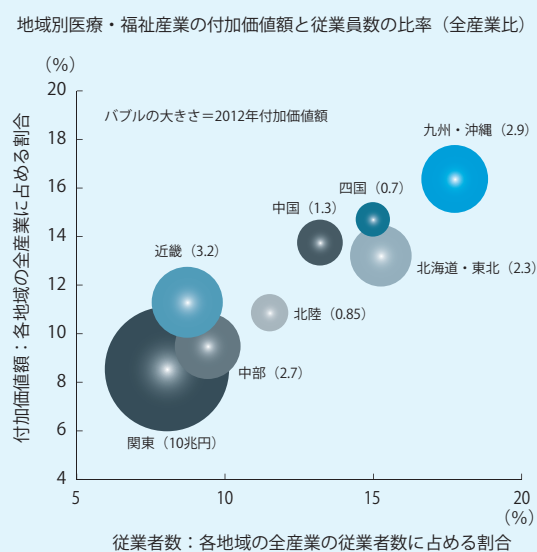
医療産業は、地域経済の中でも重要な位置を占めるようになってきている。全産業に占める付加価値額と従業者数の比率は、関東、近畿、中部の都市圏の地域よりも、地方圏の地域（九州・沖縄、四国、北海道・東北）で高い水準にある。各地域

の全産業の平均労働生産性における比較でも、都市圏の地域よりも地方圏の地域が高くなっている（図表 35）。加えて、医療産業は、情報技術や観光、食産業等との連携、雇用の創出、労働生産性の向上などを通じて、地方経済の活性化にもつながることが期待されている。

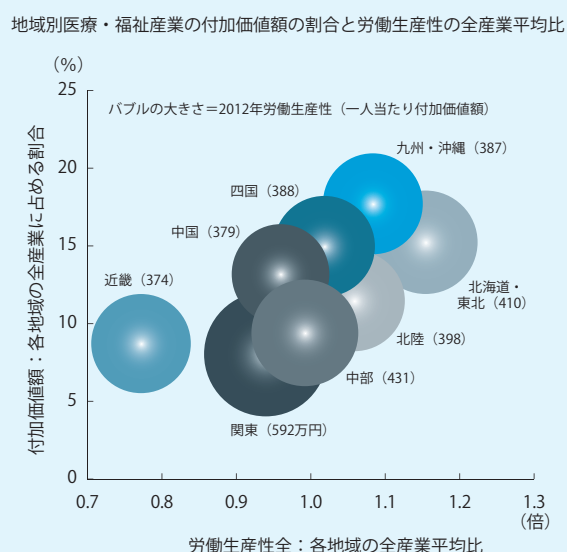
おわりに

2030 年までの後期高齢者人口の変化は都道府県別で異なる様相を見せる。図表 36 は 2015 年を基準年（2015 年 = 1.0）として、2020 年、2025 年、2030 年を指数化したものである。全ての都道府県において、2030 年まで 2015 年比で増加するが、各都道府県の指数の変化を見ると、2020 年から 2025 年の期間の変化の幅が最大となっている。特に、都市部の周辺の県の後期高齢者人口の増加率が高い。このように、後期高齢者人口の増加は都市部の周辺の県が超高齢社会を迎えることとなる。

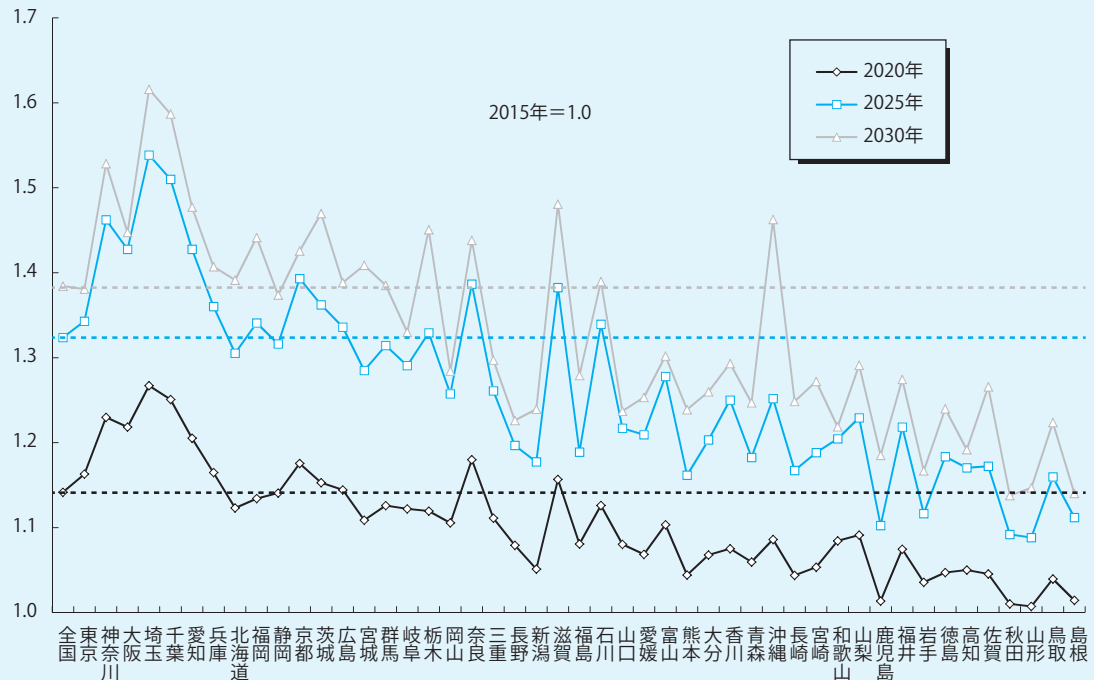
図表 35 医療・福祉産業の付加価値額、労働生産性（製造・卸売・小売との比較）



（出所）経済産業省「経済センサス」から大和総研作成



図表36 都道府県別の2030年までの後期高齢者数の増加数の推移



(注) 横軸は、2015年から2025年までの75歳以上人口の増加数が多い都道府県順である
(出所) 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）」から大和総研作成

そうなると何が起きるのだろうか。その都市部の周辺の県が産業として振興させていく、つまり都市部に近い県がその立地を活かして日本版 C C R C あるいはそれに近いコンセプトの政策を実施していくこととなる。上記の地方圏の県では、これまでのアドバンテージを活かした競争を展開することが求められる。そのため、現時点でいかにそのアドバンテージを強化できるかが今後に大きく影響を与える。日本全体で考えても、産業のサービス化が進む中、地方発のサービス産業が付加価値を高めることに寄与することは非常に重要なことである。地方圏の県も 2025 年までは後期高齢者が増加し、そのスピードも速い。その対応を誤ると非常に大きな陥穽にはまることとなる。

上記のように地方の自治体の状況を概観すると、超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方

向性として、医療・介護費の抑制は重要ではあるものの、成長とのバランスを取った政策の重要性が再認識できる。

[著者]

亀井 亜希子 (かめい あきこ)



経済環境調査部
研究員
担当は、地方行財政、医療政策、
医療 ICT

内野 逸勢 (うちの はやなり)



経済環境調査部長
担当は、地域経済、エネルギー、
ガバナンス、金融財政等