

第2章では、医療構造改革が求められていることを踏まえ、医療提供体制、医療保険制度、健康づくりについて、それぞれ現状と課題を考察してきた。

本章では、地域に着目して、医療費、健康・保健事業、医療提供体制、介護について都道府県が置かれた状況を明らかにするとともに、医療費を中心に、地域差が生じる要因や地域ごとの特性について分析し、医療費適正化の取組みの方向性について考察を行うこととする。

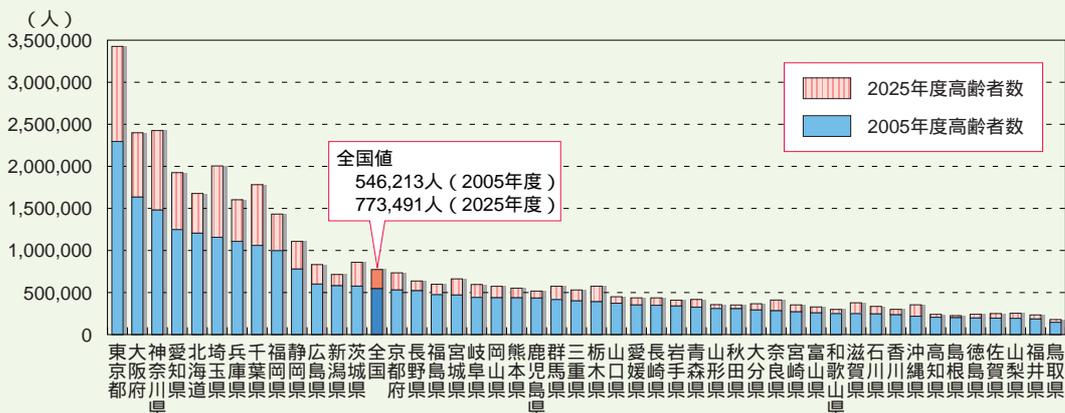
第1節 地域差の存在

（将来の高齢者数の増加状況）

保健医療・介護分野における地域差を見る上で、高齢者の状況を押さえておくことが重要である。高齢になればなるほど受療率は上昇し、その結果として医療費は増大するからである（第2章第1節（30頁）参照）。したがって、地域における今後の保健医療・介護サービスの在り方を検討していくためには、現在の高齢化の状況だけでなく、将来の状況を把握しなければならない。

そこで、2005（平成17）年を起点として20年後の高齢者数（65歳以上）の推移を都道府県別に見ると、今後は首都圏を始めとする都市部を中心に高齢者数が増加することが見込まれる（図表3-1-1）。これらの地域においては、医療費の増加圧力が高まるとともに、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれ、高齢者の「住まい」への対応も大きな課題になる。

図表3-1-1 都道府県別 高齢者数（65歳以上）の推移

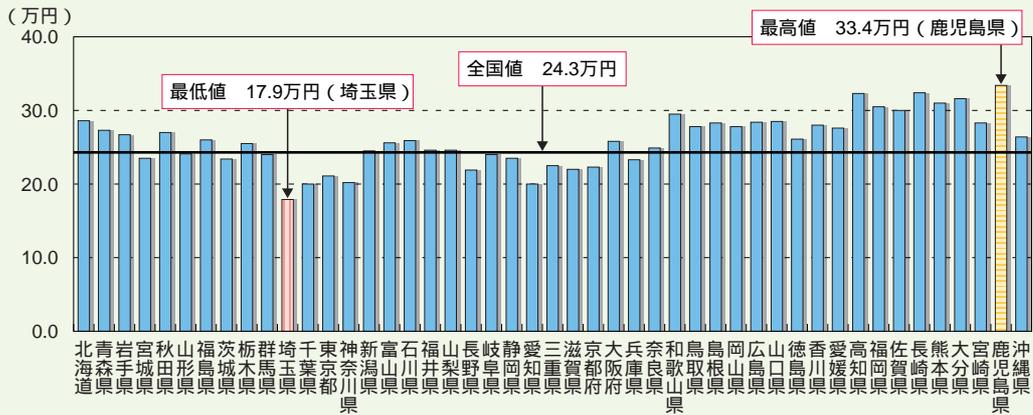


資料：総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」

（1人当たり国民医療費）

次に、保健医療・介護分野における地域差を見ていく上で代表的な指標として、1人当たり年間医療費総額（国民医療費）を取り上げる。高齢化率の違いによる影響があるものの、2002（平成14）年度の総額の推計値では、最も高い鹿児島県が33万4千円であり、最も低い埼玉県の17万9千円の約1.9倍となっている（全国値24万3千円）（図表3-1-2）。

図表3-1-2 都道府県別 1人当たり年間総額医療費（国民医療費）（2002年度）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（2002年度）

第2節 医療費をめぐる地域差

第3章

（老人医療費の地域差）

第1節では代表的な指標として国民医療費を取り上げたが、国民医療費のうち、老人医療費は36.1%を占めており（2004（平成16）年度）、そのうち入院医療費（食事療養費を含む。）が49.0%を占めている。さらに、老人医療費の過去10年の年平均伸び率（4.6%）は、国民医療費のそれ（2.7%）を大きく上回っている（第2章第1節（36頁）参照）。2004年度の1人当たりの老人医療費を都道府県別で見ると、最も高い福岡県は96万5千円で、最も低い長野県の63万5千円の約1.5倍となっている（全国値78万円）。1994（平成6）年当時と比較すると、地域差は縮小しているものの、上位5地域は同じであり（順位は変動あり）、医療費の高い都道府県は変わっていない（図表3-2-1）。

（入院医療費と入院外医療費の地域差）

入院、入院外に分けると、老人医療費の高い地域の多くは、入院医療費が高いことが大きく影響しているが（福岡県、北海道など）、入院外医療費が高い地域もある（大阪府、広島県など）。入院医療費を比較すると、最も高い北海道が54万1千円であり、最も低い長野県の29万5千円の約1.8倍となっている（全国値38万2千円）。入院外医療費を比較すると、最も高い広島県が43万2千円であり、最も低い沖縄県の30万円の約1.4倍となっている（全国値36万1千円）。このように、入院医療費が入院外医療費よりも地域差が大きいことが分かる（図表3-2-1）。

図表3-2-1 都道府県別 1人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国値との差）（2004年度）



資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）

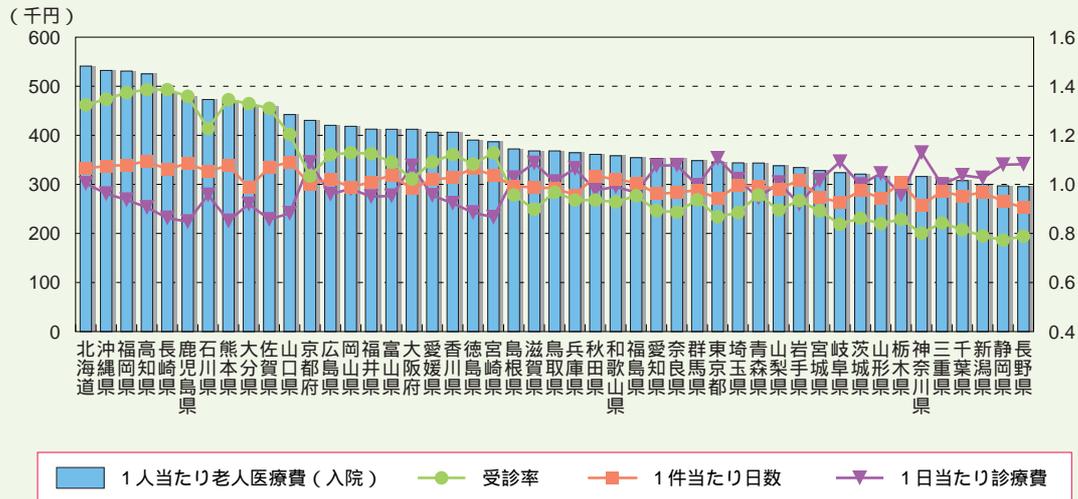
老人医療費		入院医療費		入院外医療費	
1994 (平成6) 年度		2004 (平成16) 年度			
最多：北海道 98.4万円	最多：福岡県 96.5万円	最多：北海道 54.1万円	最多：広島県 43.2万円	最多：大阪府 43.0万円	最多：福岡県 39.0万円
福岡県 92.0万円	北海道 95.5万円	沖縄県 53.2万円	大阪府 43.0万円	福岡県 39.0万円	兵庫県 38.9万円
大阪府 88.7万円	大阪府 91.3万円	福岡県 53.1万円	東京都 38.7万円	東京都 38.7万円	
高知県 87.0万円	長崎県 90.2万円	高知県 52.5万円			
長崎県 85.5万円	高知県 89.8万円	長崎県 48.5万円			
最少：長野県 51.8万円	最少：長野県 63.5万円	最少：長野県 29.5万円	最少：沖縄県 30.0万円	最少：富山県 30.4万円	最少：長野県 31.1万円
山形県 53.5万円	新潟県 65.1万円	静岡県 29.7万円	富山県 30.4万円	長野県 31.1万円	群馬県 31.51万円
千葉県 57.0万円	山形県 66.1万円	新潟県 30.0万円	長野県 31.1万円	群馬県 31.51万円	岩手県 31.52万円
山梨県 57.3万円	静岡県 67.1万円	千葉県 30.8万円	岩手県 31.52万円		
茨城県 58.2万円	岩手県 67.4万円	三重県 31.3万円			
全国値：71.9万円	全国値：78.0万円	全国値：38.2万円	全国値：36.1万円		
地域差：1.9倍	地域差：1.5倍	地域差：1.8倍	地域差：1.4倍		

資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(1994年度、2004年度)

(入院医療費と受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費の関係)

1人当たり医療費は、(医療機関への)受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費の3つの要素の積で表すことができ、これらを医療費の3要素という。これらの3要素が入院医療費に与える影響を見ると、入院医療費が高い地域は、受診率が高く、1件当たり日数が長い傾向にあることが分かる(図表3-2-2)。

図表3-2-2 都道府県別 1人当たり老人医療費(入院)と医療費3要素(2004年度)



資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注1) 1人当たり老人医療費(入院)には食事療養費を含む。
 (注2) 1人当たり老人医療費(入院)は実額。医療費3要素は各要素の対全国値比。

第3節

健康・保健事業をめぐる地域差

1 平均寿命の現状

2000（平成12）年都道府県別生命表によると、男性平均寿命の最も長い長野県（78.90年）と最も短い青森県（75.67年）との間では3.23年の開きがある（全国値77.71年）。女性平均寿命では、最も長い沖縄県（86.01年）と最も短い青森県（83.69年）の間で2.32年の開きがある（全国値84.62年）（図表3-3-1）。

第3章

図表3-3-1 都道府県別 平均寿命（男女別）（2000年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成12年都道府県別生命表」（2000年）

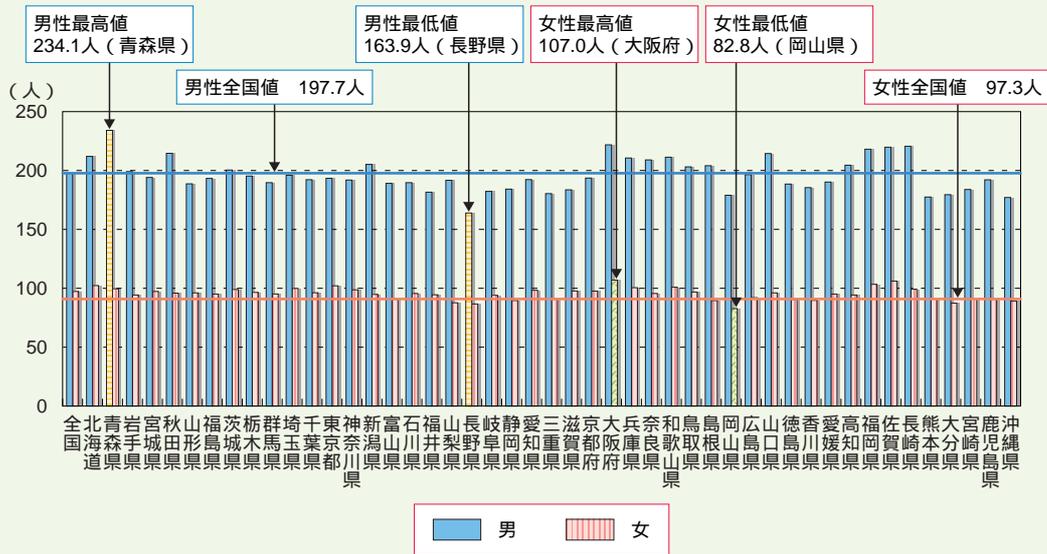
2 生活習慣病を中心とする健康をめぐる現状

(生活習慣病による死亡率)

死因別死亡割合を見ると、生活習慣病である悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患の死亡率で6割近くを占める（第2章第1節（30頁）参照）。これら3大死因について年齢調整を施した数値を用いて比較を行う。

悪性新生物の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり234.1人に対し、最も低い長野県では163.9人と約1.4倍（全国値197.7人）、女性では最も高い大阪府の107.0人に対し、最も低い岡山県では82.8人と約1.3倍の差がある（全国値97.3人）（図表3-3-2）。

図表3-3-2 都道府県別 人口10万人当たり悪性新生物による年齢調整死亡率（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「都道府県別にみた死亡の状況 - 平成17年都道府県別年齢調整死亡率の概況 -」（2005年）

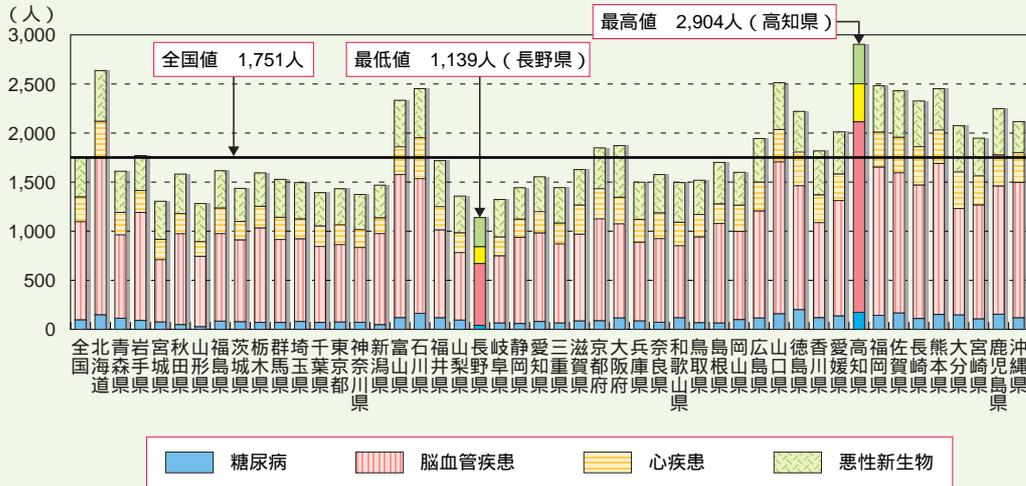
心疾患（高血圧性を除く。）の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり108.0人に対し、最も低い福岡県では66.8人と約1.6倍（全国値83.7人）、女性では最も高い愛媛県の55.5人に対し、最も低い長野県、福岡県では35.6人と約1.6倍の開きがある（全国値45.3人）（図表3-3-3）。

脳血管疾患の年齢調整死亡率では、男性では最も高い青森県の人口10万人当たり84.0人に対し、最も低い奈良県、和歌山県では49.6人と約1.7倍（全国値61.9人）、女性では最も高い栃木県の46.4人に対し、最も低い沖縄県では23.1人と約2.0倍（全国値36.1人）の大きな開きが存在する（図表3-3-4）。

また、主としてメタボリックシンドロームに起因する生活習慣病による受療率を比較するため、悪性新生物を除いた受療率を見ても、入院、外来ともに、最高、最低の地域は同じである。

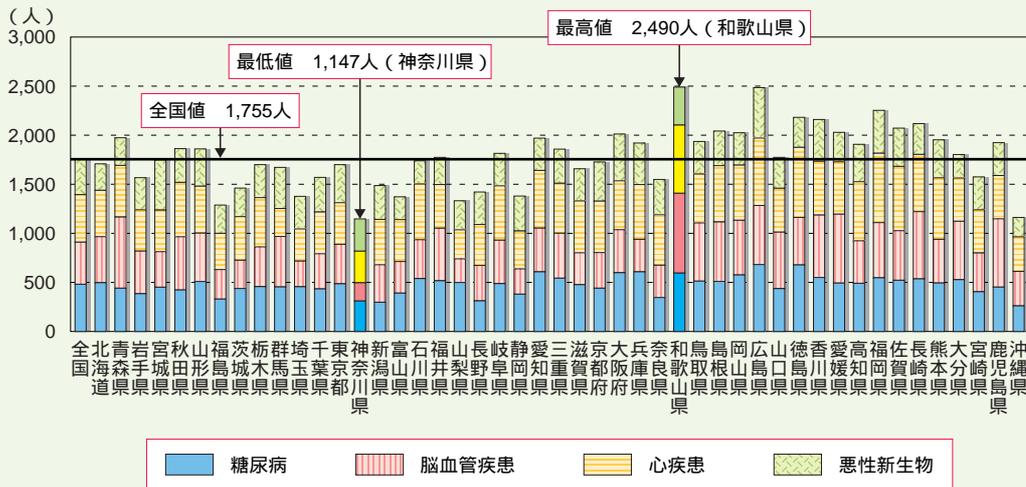
糖尿病に限定して受療率を比較すると、最高、最低の地域は異なってくる。入院では徳島県が最も高く200人であり、最も低い山形県26人の約7.7倍となっている（全国値96人）。外来は広島県が最も高く682人であり、最も低い沖縄県261人の約2.6倍となっている（全国値481人）。

図表3-3-5 都道府県別 人口10万人当たり生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病）による受療率（入院）（70歳以上）（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注) 心疾患は、高血圧性のものを除いた数である。

図表3-3-6 都道府県別 人口10万人当たり生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病）による受療率（外来）（70歳以上）（2005年）

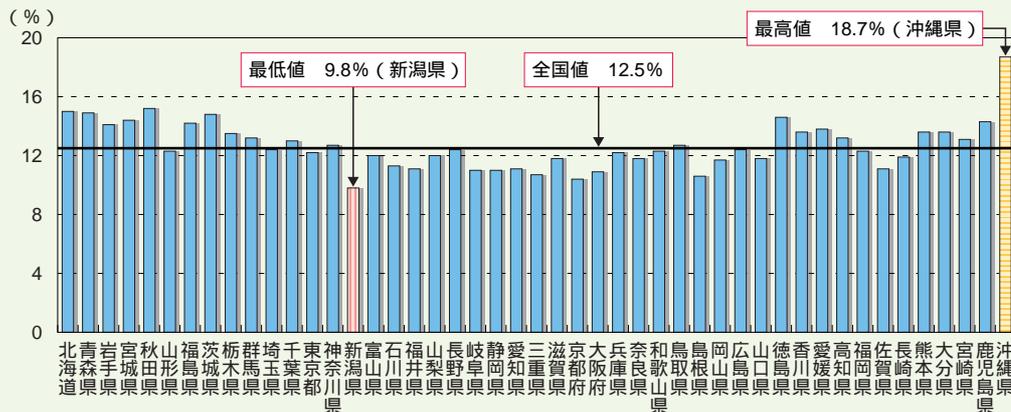


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注) 心疾患は、高血圧性のものを除いた数である。

(メタボリックシンドロームリスク保有者の割合)

次に、糖尿病などの生活習慣病を引き起こす要因であるメタボリックシンドロームの状況について見る。これについては、政管健保のデータから、都道府県別のメタボリックシンドロームリスク保有者の割合をつかむことができる(注1)。これによると、男性では、最も高い沖縄県

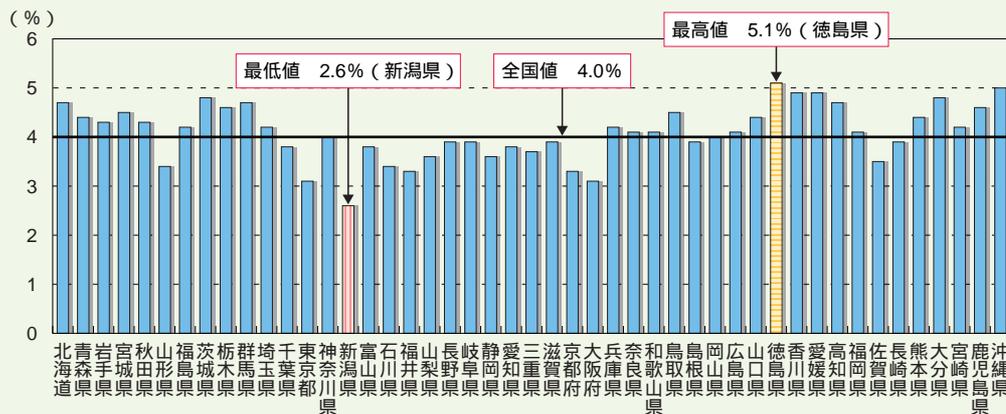
図表3-3-7 都道府県別 政府管掌健康保険生活習慣病予防健診受診者におけるメタボリックシンドロームリスク保有者割合(男性)(2004年度)



資料：「第21回政府管掌健康保険事業運営懇談会」(2006年2月16日開催)資料より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注) 2004年度政府管掌健康保険における生活習慣病予防健診を受診した、約347万人(男性228万人、女性119万人)の受診結果から集計されたものである。

図表3-3-8 都道府県別 政府管掌健康保険生活習慣病予防健診受診者におけるメタボリックシンドロームリスク保有者割合(女性)(2004年度)



資料：「第21回政府管掌健康保険事業運営懇談会」(2006年2月16日開催)資料より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注) 2004年度政府管掌健康保険における生活習慣病予防健診を受診した、約347万人(男性228万人、女性119万人)の受診結果から集計されたものである。

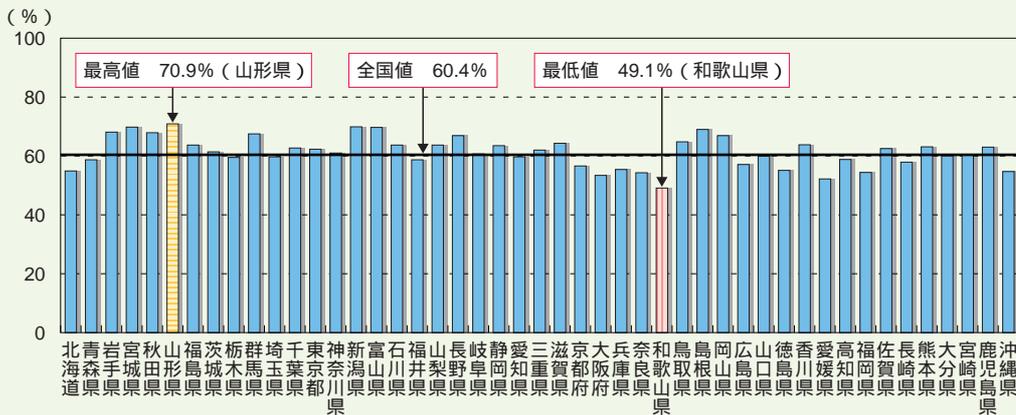
(注1) 第21回政府管掌健康保健事業運営懇談会(2006(平成18)年2月16日開催)資料による。2004(平成16)年度政府管掌健康保険における生活習慣病予防健診を受診した、約347万人(男性228万人、女性119万人。被保険者だけでなく被扶養者も含む。)の受診結果から集計されたものである。4つの集計基準(BMI25以上の者、耐糖能異常(血糖値110mg/dl以上)、脂質異常症(中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満)、高血圧(最高血圧130mmHg以上又は最低血圧85mmHg以上)のうち、に加えて、のうち2つ以上の項目に該当する者を「メタボリックシンドロームリスク保有者」と定義している。

3 保健事業の現状

(健診受診率)

健診受診率(市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。)を見ると、都道府県間で地域差が認められる。最も低い和歌山県は49.1%となっており、最も高い山形県70.9%よりも20ポイント以上低い結果となっている(全国値60.4%)(図表3-3-9)。

図表3-3-9 都道府県別 健診受診率(20歳以上)(2004年)



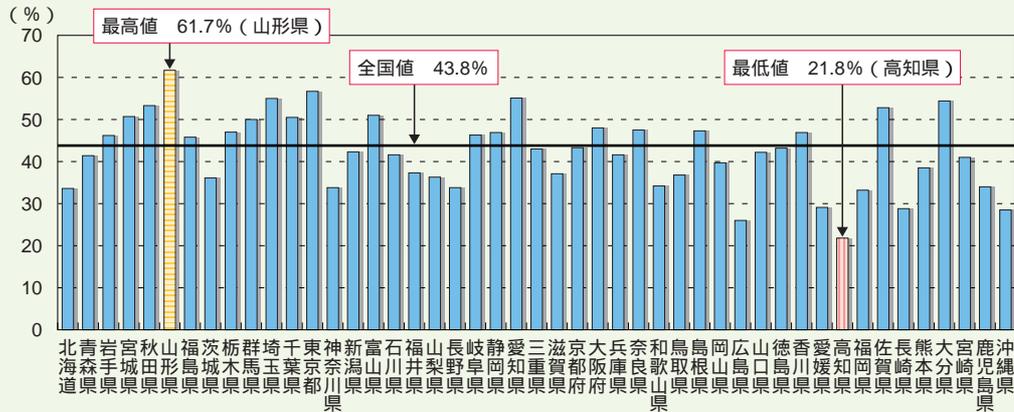
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2004年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注1) 健診には市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。
 (注2) 入院者は含まない。

(基本健康診査受診率)

40歳以上の者(職域などにおいて事業対象となる場合を除く。)を対象とする老人保健事業の「基本健康診査」(注1)においても都道府県間の地域差が存在する。最も高い山形県61.7%に対し、最も低い高知県は21.8%となっており、約2.8倍の地域差がある(全国値43.8%)(図表3-3-10)。

(注1) 「基本健康診査」とは、老人保健法に基づき、当該市町村(特例区を含む。)の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象に、市町村が実施主体となって行われる健康診査をいう。40歳以上の寝たきり者等に対する訪問基本健康診査、40歳以上で家族等の介護を担う者を対象とする介護家族訪問基本健康診査を含む。

図表3-3-10 都道府県別 基本健康診査受診率（2005年度）

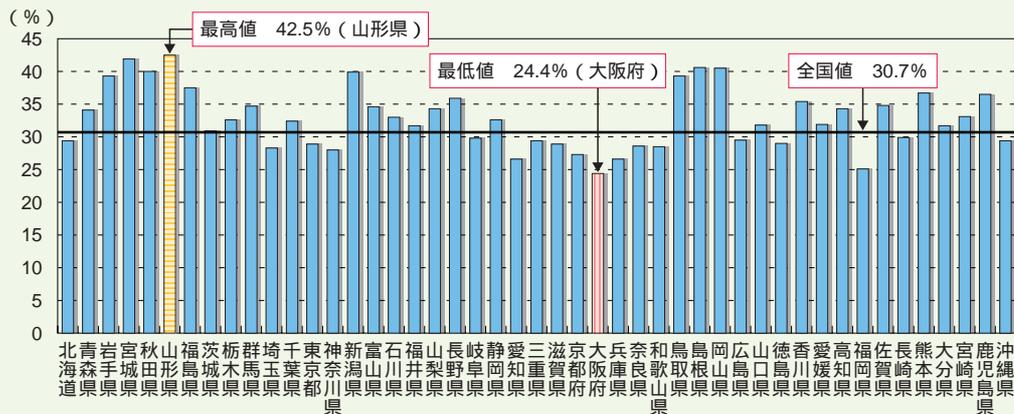


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「地域保健・老人保健事業報告」（2005年度）

（がん検診受診率）

次に、がん検診受診率（市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。）について見ると、大阪府や福岡県のように25%程度の受診率の地域がある一方で、宮城県、山形県、島根県、岡山県のように40%を超える地域もある（図表3-3-11）。

図表3-3-11 都道府県別 がん検診受診率（20歳以上）（2004年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（2004年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 （注1）総数に占める、「胃がん検診」、「肺がん検診」、「大腸がん検診」、「乳がん検診」、「子宮がん検診」のいずれかを受診した者の割合。
 （注2）入院者は含まない。

第4節

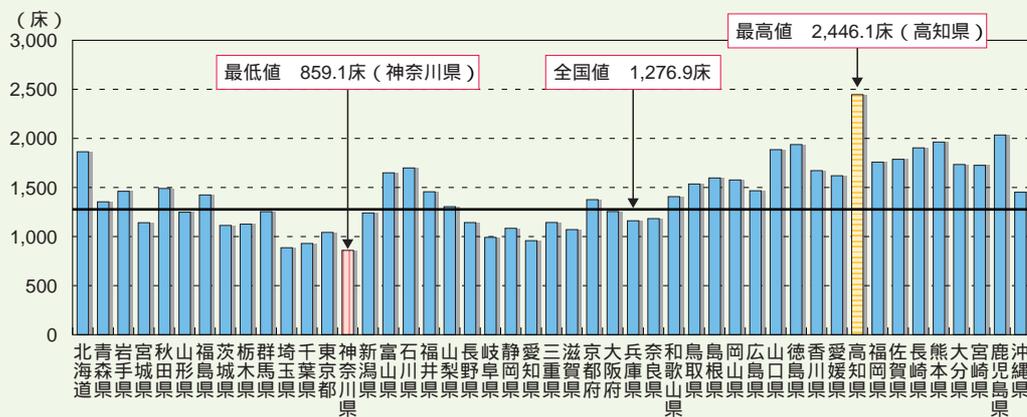
医療提供体制をめぐる地域差

1 病床数と平均在院日数の現状

(人口当たりの病床数と平均在院日数)

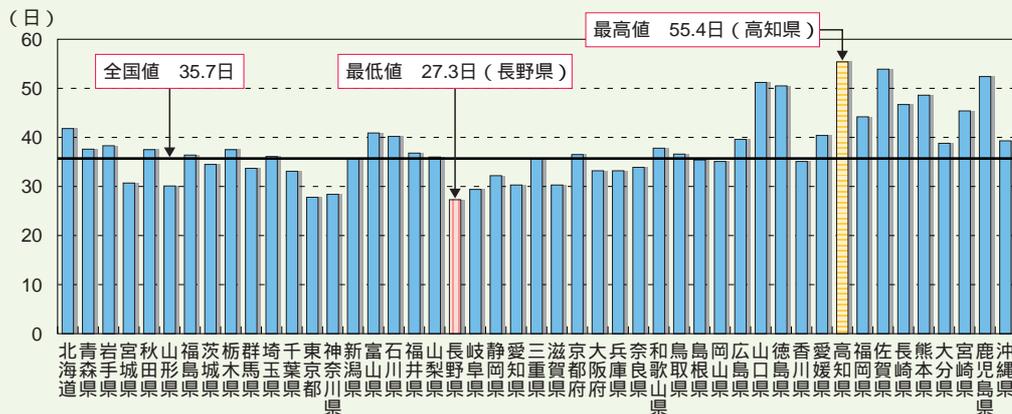
医療提供体制に係る物的資源の充実度については、高齢化率の違いによる影響があるものの、人口当たりの病床数や平均在院日数の値が目安となる。病院の病床数を比較すると、人口10万人当たり、高知県の2,446.1床から神奈川県859.1床まで約2.8倍の差が見られる(全国値1,276.9床)(図表3-4-1)。また、平均在院日数については、高知県の55.4日から長野県の27.3日まで約2倍の差が見られる(全国値35.7日)(図表3-4-2)。

図表3-4-1 都道府県別 人口10万人当たり病床数(全病院)(2005年)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(2005年)

図表3-4-2 都道府県別 平均在院日数(全病院)(2005年)



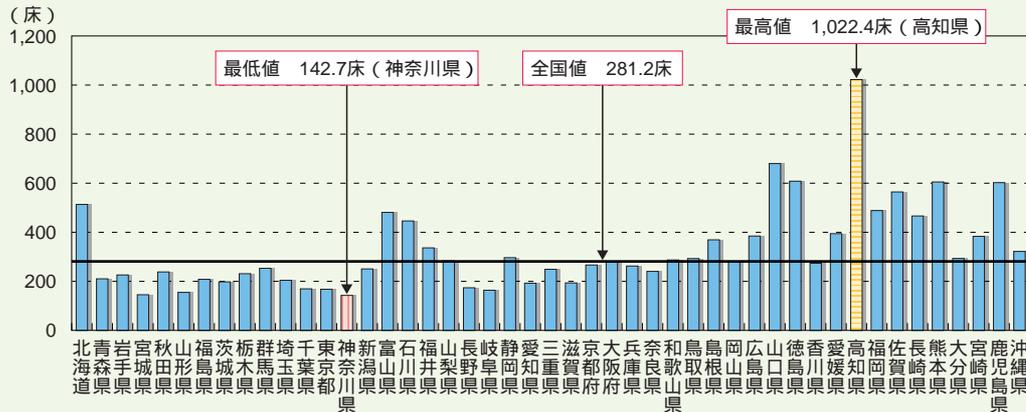
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(2005年)

(療養病床数)

我が国の平均在院日数は国際的に見て長く、その大きな要因の一つに、療養病床の平均在院日数が長くなっていることがあげられる(第2章第1節(32頁)参照)。

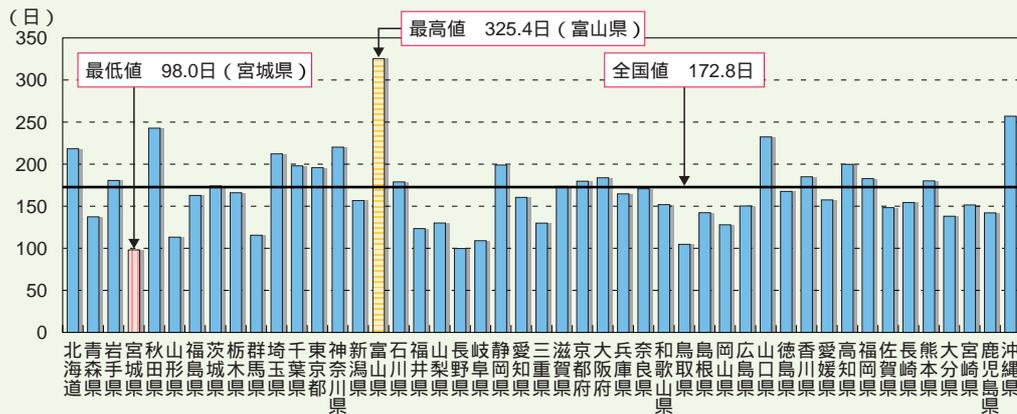
都道府県別に病院の療養病床数を比較すると、高知県の人口10万人当たり1,022.4床から神奈川県142.7床まで7倍を超える差が見られる(全国値281.2床)(図表3-4-3)。また、療養病床の平均在院日数を比較すると、富山県の325.4日から宮城県の98.0日まで約3.3倍の差がある(全国値172.8日)(図表3-4-4)。

図表3-4-3 都道府県別 人口10万人当たり療養病床数(病院)(2005年)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(2005年)

図表3-4-4 都道府県別 療養病床の平均在院日数(病院)(2005年)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(2005年)

2 医師数の現状

(人口当たりの医師数)

医療提供体制に係る人的資源の充実度を考慮する場合、人口10万人当たりの医師数の値が一つの目安となる。都道府県別の人口10万人当たり医療施設従事医師数について見ると、東京都の264.2人から埼玉県129.4人まで約2倍の差が見られる(全国値201.0人)(第2章第2節(45頁)参照)。

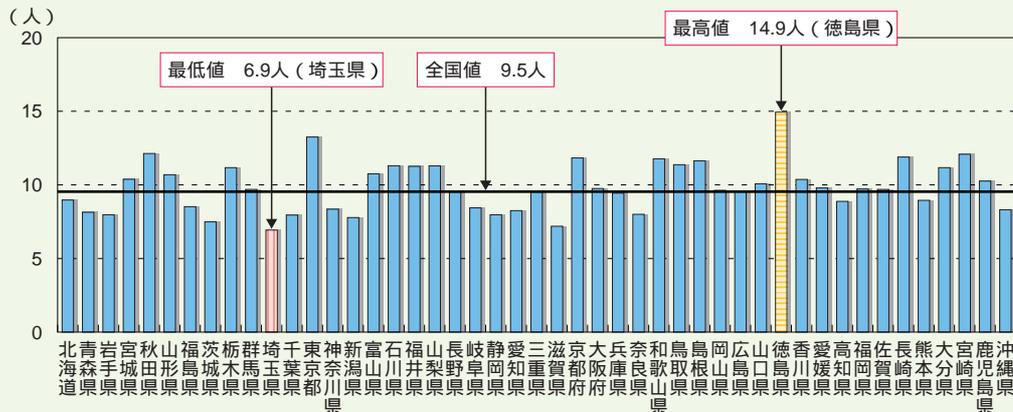
また、都道府県内でも県庁所在地など都市部は多く、郡部では少ない傾向が見られる(第2章第2節(45頁)参照)。

(産婦人科医療施設従事医師数)

特定の診療科における医師の不足、とりわけ、産婦人科、小児科については、国民の医療の安心を確保する上で大きな問題となっている(第2章第2節(45頁)参照)。

出生数千人当たり産婦人科医療施設従事医師数を都道府県別に見ると、徳島県の14.9人から埼玉県の6.9人まで約2.2倍の差が見られる(全国値9.5人)(図表3-4-5)。

図表3-4-5 都道府県別 出生千人当たり産婦人科医療施設従事医師数
(主たる診療科が産婦人科・産科の医師)(2004年)



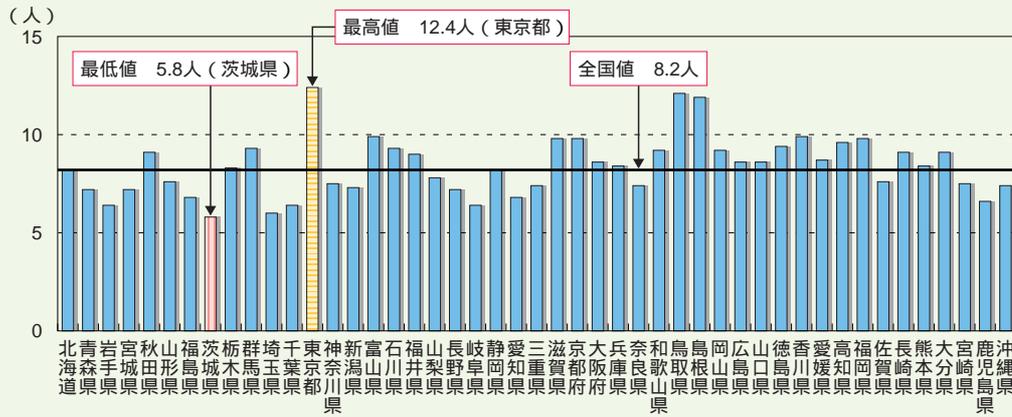
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2004年)、「人口動態統計」(2004年)より
厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注) 産科医療施設従事医師数を含む。

(小児科医療施設従事医師数)

15歳未満人口1万人当たり小児科医療施設従事医師数を都道府県別に見ると、東京都の12.4人から茨城県の5.8人まで約2.1倍の差が見られる(全国値8.2人)(図表3-4-6)。

図表3-4-6 都道府県別 15歳未満人口1万人当たり小児科医療施設従事医師数
(主たる診療科が小児科の医師)(2004年)



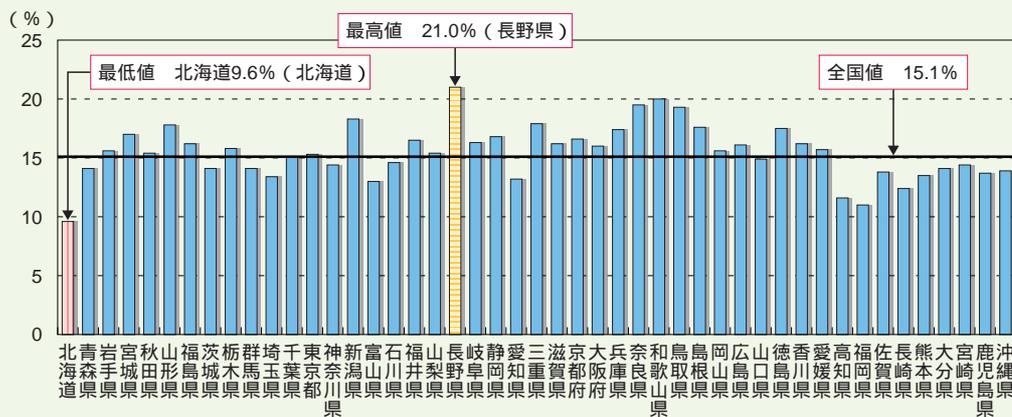
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2004年)、総務省統計局「平成16年10月1日現在推計人口」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

3 在宅医療の現状

(在宅等死亡率)

在宅医療の普及度を客観的・直接的に評価することは困難であるが、間接的には全死亡に対する自宅、老人ホーム^(注1)、介護老人保健施設(老人保健施設)における死亡の割合(在宅等死亡率)がその一つの指標になると考えられる。都道府県別に在宅等死亡率を比較すると、長野県の21.0%から北海道の9.6%まで、約2.2倍の地域差が見られる(全国値15.1%)(図表3-4-7)。

図表3-4-7 都道府県別 在宅等死亡率(2005年)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(2005年)

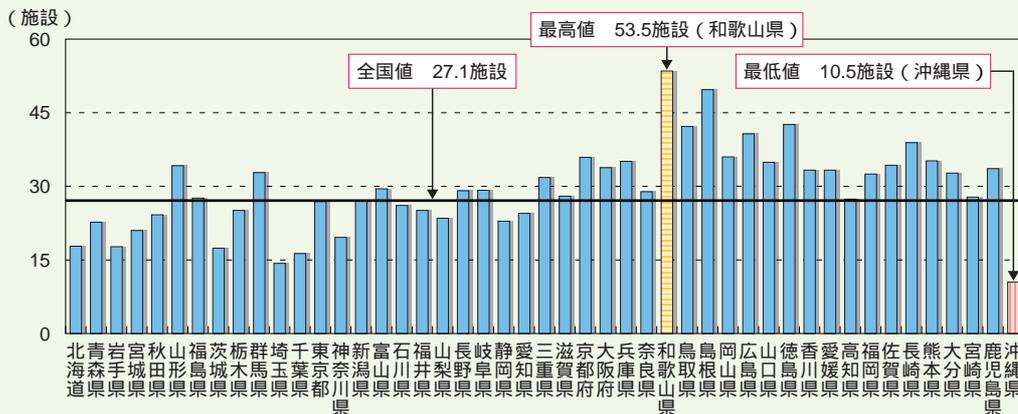
(注1) 「老人ホーム」とは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

（在宅サービスの提供状況）

在宅等で最期を迎える者の割合が非常に低い背景には、家族の負担や症状が急変した場合の懸念がある（第2章第1節（35頁）参照）。こうした中、患者や家族が希望する場合、終末期まで対応できる在宅医療が選択肢となり得るような体制を地域で整備していく必要がある。

こうした体制の整備状況を見る指標の一つとして、地域における身近な診療所による在宅サービス実施施設数がある。そこで、人口10万人当たり医療保険等による在宅サービスの実施医療施設数（一般診療所）を都道府県別に見ると、最高の和歌山県53.5施設から最低の沖縄県10.5施設まで5倍以上の差がある（全国値27.1施設）（図表3-4-8）。

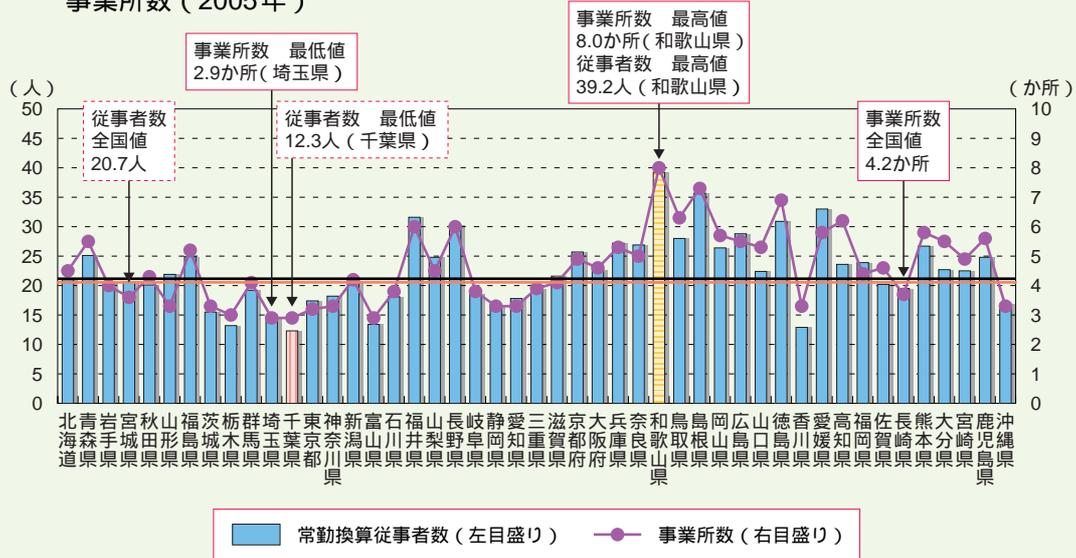
図表3-4-8 都道府県別 人口10万人当たり医療保険等による在宅サービスの実施医療施設数（一般診療所）（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（2005年）、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付評価官室作成。
 （注）「医療保険等による」とは、診療報酬点数表に定められたサービス、又は同等のサービスを提供したものをいう。介護保険によるものは含まれない。

また、都道府県別の訪問看護ステーションの人口10万人当たり事業所数について見ると、和歌山県の8.0事業所から埼玉県2.9事業所まで約2.8倍の差がある（全国値4.2事業所）。都道府県別の訪問看護ステーションの人口10万人当たり常勤換算従事者数は、和歌山県の39.2人から千葉県12.3人まで約3.2倍の差がある（全国値20.7人）（図表3-4-9）。

図表3-4-9 都道府県別 人口10万人当たり訪問看護ステーションの常勤換算従事者数及び事業所数（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」（2005年）、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

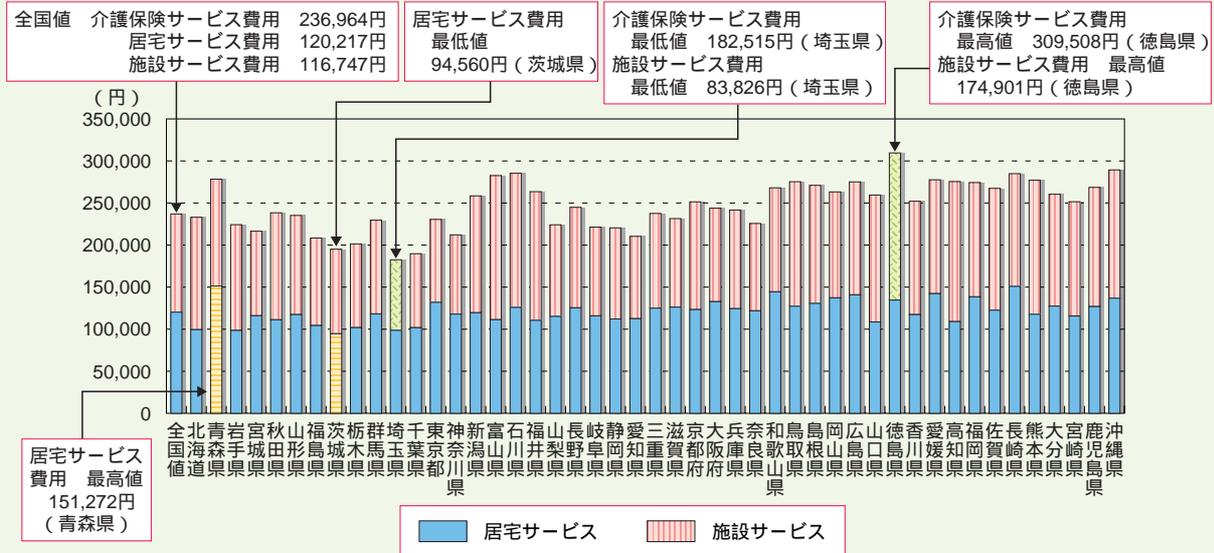
第5節 介護をめぐる地域差

(介護保険サービス費用)

第1号被保険者^(注1) 1人当たり介護保険サービス費用を都道府県別に見ると、徳島県の309,508円から埼玉県182,515円まで約1.7倍の差がある(全国値236,964円)。全体としては、九州、中国、四国地方が高く、関東、東北地方が低いという傾向にある。

介護保険サービス費用のうち、居宅サービス^(注2)費用について比較すると、青森県の151,272円から茨城県の94,560円まで約1.6倍の差がある(全国値120,217円)。また、施設サービス^(注3)費用について見ると、徳島県の174,901円から埼玉県の83,826円まで約2.1倍の差がある(全国値116,747円)(図表3-5-1)。

図表3-5-1 都道府県別 第1号被保険者1人当たり介護保険サービス費用(2005年度)



(注1) 介護保険制度の被保険者には、65歳以上の者を対象とする第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を対象とする第2号被保険者がある。ここでは第1号被保険者を対象に分析を行う。

(注2) 居宅サービスとは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護などをいう。

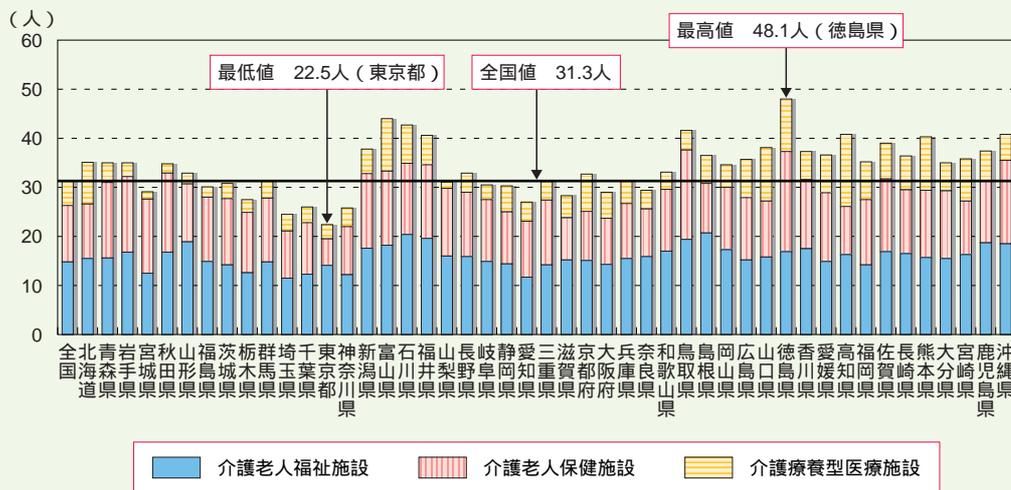
(注3) 施設サービスとは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設(老人保健施設)及び介護療養型医療施設への入所サービスをいう。

（施設の種類ごとの定員数）

次に、施設サービスの受け皿を比較するため、介護保険第1号被保険者千人当たり介護保険3施設（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）及び介護療養型医療施設）の定員を都道府県別に見ると、徳島県の48.1人から東京都の22.5人まで約2.1倍の差がある（全国値31.3人）（図表3-5-2）。

さらに、施設ごとに見ると、介護老人福祉施設は鳥根県の20.7人から埼玉県11.5人まで約1.8倍（全国値14.8人）、介護老人保健施設は徳島県の20.4人から東京都の5.4人まで約3.8倍（全国値11.5人）、介護療養型医療施設は高知県の14.7人から山梨県の1.3人まで約11.3倍（全国値5.0人）の地域差がある。介護療養型医療施設の地域差は非常に大きなものとなっている（図表3-5-2）。

図表3-5-2 都道府県別 介護保険第1号被保険者千人当たり介護保険3施設定員（2005年度）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」（2005年）、厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」（2005年度）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

第6節

地域差を生み出す要因及び地域ごとの特性と課題

1 地域差を生み出す要因

(高齢化の進行度合いと医療費の増加度合いの関係)

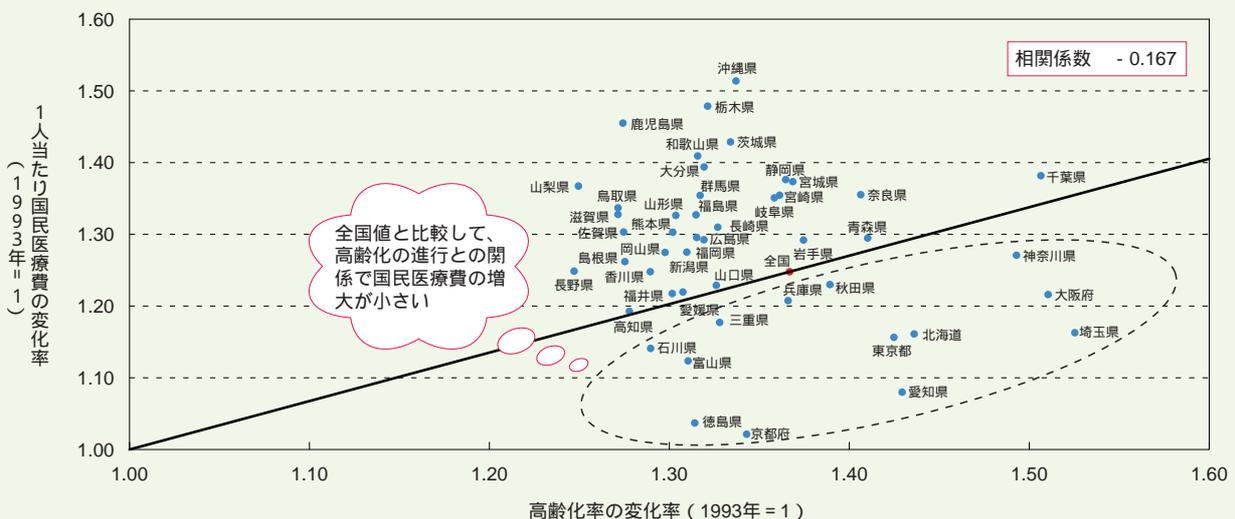
高齢になれば何らかの病気に罹患する可能性が高まり、しかも慢性疾患を複数有する場合が多い。そのため、高齢化率が高い都道府県ほど医療費は高い傾向になることは否定できない。今後高齢化が進行していけば、医療費はそれに伴って増大していくことが予想される。

そこで、医療費と高齢化との関係について異時点間の比較を試みる。都道府県別1人当たり国民医療費の変化率(1993(平成5)年 2002(平成14)年)と高齢化率の変化率(同)の関係を見てみると、いずれの都道府県も高齢化が進行し、医療費も増大しているが、両者の関係は一様ではなく、大きなばらつきが存在することが分かる。

さらに、各都道府県の国民医療費の変化率と高齢化率の変化率の関係を、全国値のそれと比較するため、1993年の基準時(グラフの左下隅)と全国値(中央よりやや右下寄りの赤い点)を結ぶ補助線を引いてみる。補助線よりも上に位置する地域は、全国値と比較した場合に、高齢化の進行との関係で国民医療費の増大が大きい地域、下に位置する地域は国民医療費の増大が小さい地域である。また、補助線からの距離が遠いところほど全国値からのかい離が大きい地域である。これを見ると、高齢化が進行する中であっても医療費の増加が全国値よりもゆるやかなものとなっている地域が数多く存在していることが分かる(図表3-6-1)。

このように、1時点で見ると、高齢化率が高い都道府県ほど医療費は高くなる傾向にあるものの、2時点間で比較すると、高齢化の進行度合いと医療費の増加度合いの関係は一様ではないことが分かる。

図表3-6-1 都道府県別 1人当たり国民医療費の変化率と高齢化率の変化率の相関関係



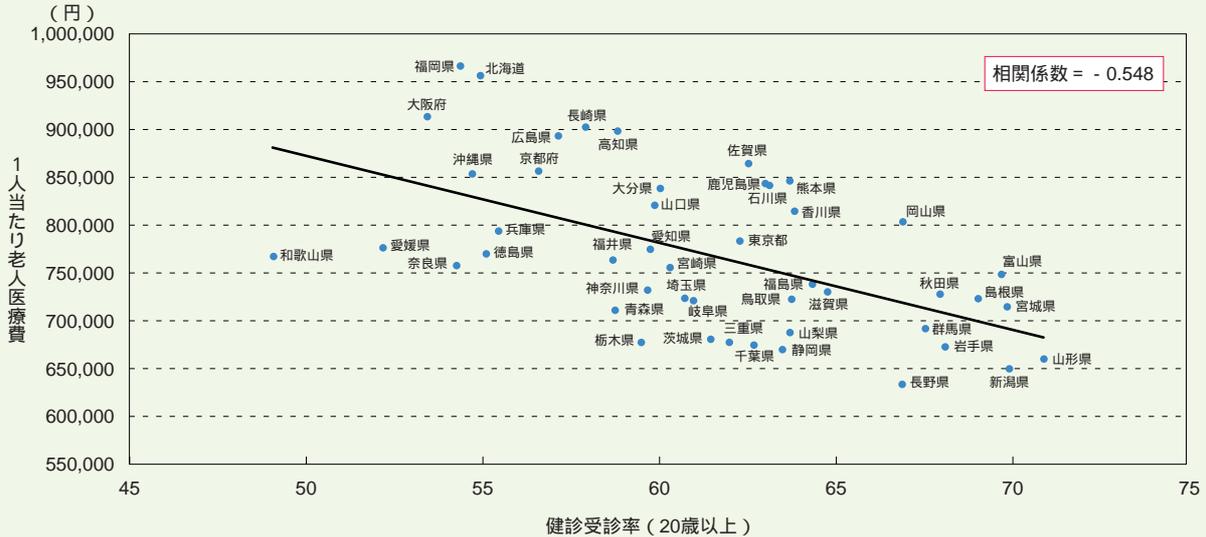
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」(1993年度、2002年度)、総務省統計局「平成5年10月1日現在推計人口」、「平成14年10月1日現在推計人口」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(老人医療費と健診受診率、高齢者就業率の関係)

1人当たり老人医療費と健診受診率(市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。)の関係を見ると、健診受診率が高い都道府県では1人当たり老人医療費が低くなる傾向を見て取ることができる(図表3-6-2)。

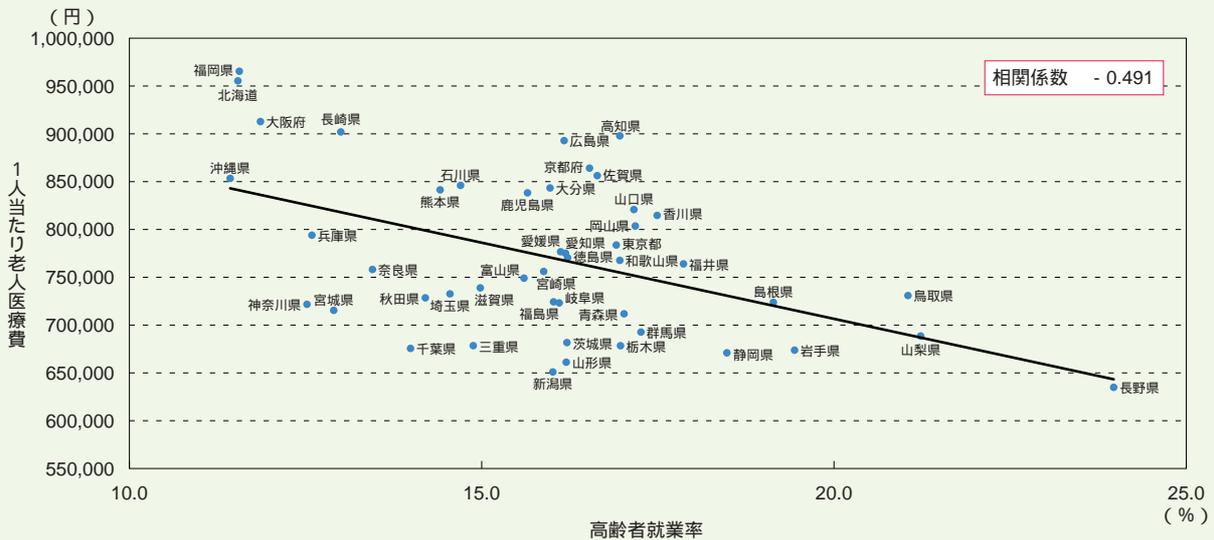
また、高齢者就業率(70歳以上人口のうちの就業者数の割合)が高い都道府県では1人当たり老人医療費が低いという一定程度の相関関係もある(図表3-6-3)。

図表3-6-2 都道府県別 1人当たり老人医療費と健診受診率(20歳以上)の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2004年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注1) 健診には市区町村で行う健診のほか、職場、学校における健診、人間ドック等を含む。
 (注2) 入院者は含まない。

図表3-6-3 都道府県別 1人当たり老人医療費と高齢者就業率(70歳以上人口に占める就業者の割合)の相関関係

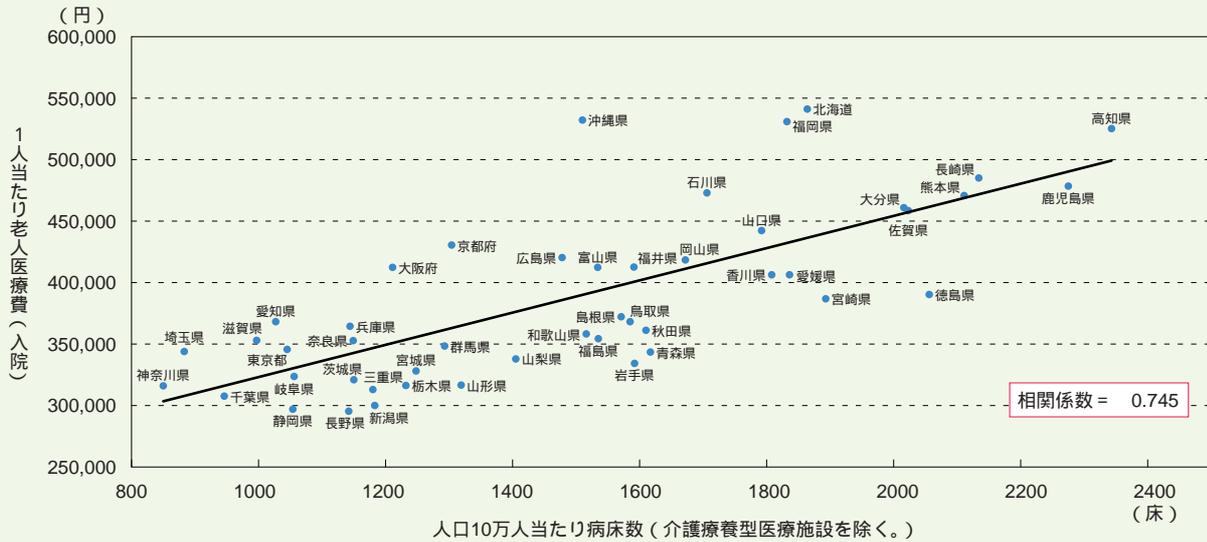


資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)、総務省統計局「国勢調査」(2005年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(老人医療費(入院)と人口当たりの病床数、平均在院日数の関係)

1人当たり老人医療費(入院)と人口当たりの病床数、平均在院日数の関係を見ると、強い正の相関が見られる(図表3-6-4、5)。

図表3-6-4 都道府県別 1人当たり老人医療費(入院)と人口10万人当たり病床数の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(2004年)、「介護サービス施設・事業所調査」(2004年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)より厚生労働省保険局作成。

(注) 病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設の病床数を減じたものである。

図表3-6-5 都道府県別 1人当たり老人医療費(入院)と平均在院日数の相関関係

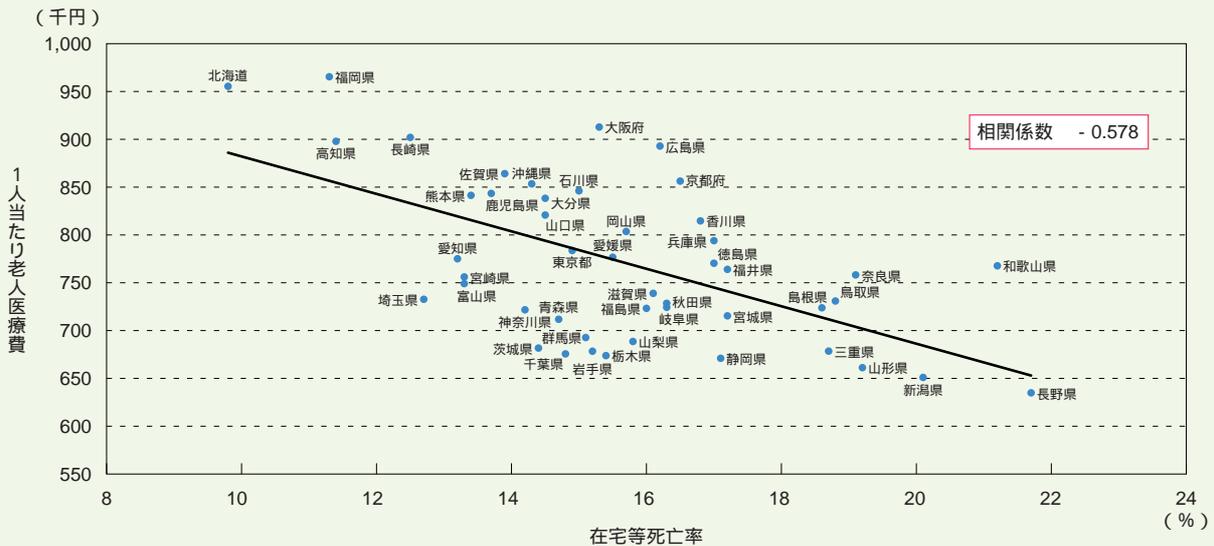


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(2004年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)より厚生労働省保険局作成。

(老人医療費と在宅等死亡率の関係)

1人当たり老人医療費と在宅等死亡率の関係を見ると、在宅等死亡率の高い都道府県では、老人医療費が低くなる傾向にある(図表3-6-6)。

図表3-6-6 都道府県別 1人当たり老人医療費と在宅等死亡率の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(2004年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(2004年度)より厚生労働省保険局作成。

これらの結果は、健診受診率を高め、生活習慣病を予防するとともに、在宅医療を推進し、在院日数を適正化していくことが、医療費適正化に寄与する可能性を示している。

2 地域ごとの特性と課題

(1) いくつかの地域ごとに共通する特性

ここまで、保健医療・介護の現状をめぐる様々な指標を都道府県別に見てきたが、これらの指標に高齢者(70歳以上)就業率等を加え、クラスター分析(注1)の手法を用いて総括的に捉え、都道府県をいくつかのグループに区分し、それぞれの特性を見出すという試みを行った(注2)。

ここでは、47の都道府県が10個のグループになるまで集約(クラスター化)した。これらのグループは、さらに1人当たり老人医療費の高低により、1)1人当たり老人医療費が高いグループ、2)1人当たり老人医療費が低いグループ、3)その他のグループに大きく括ることができる(なお、医療費の高低はあくまでグループごとの単純平均に基づくものである。各グループの中には例外となる地域も含まれる。)以下にそれぞれのグループの特性を述べる。

(注1) クラスター分析とは、異質なデータを含む個体(要素)をそれぞれの個体を調べて得られた多変量データをもとに類型化して、いくつかの群(クラスター)に分類する方法の総称をいう。

(注2) この分析は、みずほ情報総研(株)が2007(平成19)年3月に行った「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」による。

図表3-6-7 クラスタ分析により47都道府県を10個のグループに区分した場合の結果

1)1人当たり老人医療費が高いグループ	
グループ	北海道、福岡県、長崎県
グループ	大阪府、広島県
グループ	山口県、高知県、佐賀県、熊本県、鹿児島県
グループ	沖縄県
グループ	石川県、京都府
2)1人当たり老人医療費が低いグループ	
グループ	山形県、新潟県、山梨県、長野県、静岡県
グループ	岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県
3)その他のグループ	
グループ	青森県、和歌山県、徳島県、愛媛県
グループ	埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県
グループ	富山県、福井県、鳥取県、島根県、岡山県、香川県、大分県、宮崎県

資料：みずほ情報総研(株)「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」(2007年)

1) 1人当たり老人医療費が高いグループ(老人医療費が高い順)

グループ (北海道、福岡県、長崎県)

入院医療費、入院外医療費がともに高い。病床数は多く、平均在院日数は長い。

このグループは、北海道と九州の2県の計3道県で構成される。入院医療費、入院外医療費がともに高いのが特徴である。病床数が多く、平均在院日数は長めであり、入院受療率も高い。健診受診率、高齢者就業率、在宅等死亡率は低い水準にある。

グループ (大阪府、広島県)

入院外医療費が高い。

このグループは、大阪府及び広島県の2府県で構成される。入院外医療費が高いのが特徴であり、外来受療率も高い。健診受診率は低い。メタボリックシンドロームリスク保有者割合は高くない。また、介護保険サービス費用のうち、居宅サービス費用が高くなっている。

グループ (山口県、高知県、佐賀県、熊本県、鹿児島県)

入院医療費が高い。病床数(特に療養病床)は多く、平均在院日数は長い。

このグループは、山口県と高知県、九州の3県の計5県で構成される。入院医療費が高いのが特徴である。病床数(特に療養病床)が多く、平均在院日数も長い。入院受療率が高い。男性の平均寿命は熊本県を除いて短い。

図表3-6-8 クラスタ分析によるグループごとに見た各種指標の平均値

医療関連指標	医療費が高いグループ					医療費が低いグループ		その他のグループ			
	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	
	北海道、 福岡、長崎	大阪、広島	山口、高知、 佐賀、熊本、 鹿児島	沖縄	石川、京都	山形、新潟、 山梨、長野、 静岡	岩手、宮城、 秋田、福島、 茨城、栃木、 群馬	青森、 和歌山、 徳島、愛媛	埼玉、千葉、東京、 神奈川、岐阜、 愛知、三重、滋賀、 兵庫、奈良	富山、福井、 鳥取、島根、 岡山、香川、 大分、宮崎	
1人当たり老人医療費 (円)【2004年度】	940,943.9 (1)	902,837.9 (2)	853,528.8 (3)	853,427.9 (4)	851,213.1 (5)	661,341.4 (10)	699,108.3 (9)	756,626.2 (7)	738,271.3 (8)	772,557.8 (6)	
1人当たり老人医療費 (入院)食事療養を含む。 (円)【2004年度】	519,038.2 (2)	416,360.6 (5)	475,059.0 (3)	532,174.1 (1)	451,737.0 (4)	309,390.5 (10)	337,667.0 (9)	374,605.8 (7)	338,844.1 (8)	404,733.0 (6)	
1人当たり老人医療費(入院外) 薬剤の支給を含む。(円)【2004年度】	383,266.5 (2)	431,394.6 (1)	349,224.6 (6)	300,088.9 (10)	363,083.3 (3)	322,182.8 (9)	334,369.0 (8)	349,813.4 (5)	360,600.1 (4)	338,428.5 (7)	
人口10万人当たり病床数 (全病院)【床】2005年】	1,842.0 (2)	1,361.0 (7)	2,023.2 (1)	1,451.7 (6)	1,537.6 (5)	1,204.1 (9)	1,287.2 (8)	1,579.5 (4)	1,022.6 (10)	1,618.4 (3)	
平均在院日数(全病院) (日)【2005年】	44.2 (2)	36.4 (7)	52.3 (1)	39.3 (4)	38.4 (5)	32.3 (9)	35.5 (8)	41.6 (3)	31.8 (10)	38.0 (6)	
人口10万人当たり療養病床数 (病院)【床】2005年】	489.4 (2)	331.5 (6)	694.8 (1)	321.9 (7)	356.4 (4)	231.8 (8)	214.3 (9)	375.0 (3)	198.6 (10)	339.0 (5)	
入院受療率(人口10万人当 たり生活習慣病による受療率 (入院)【70歳以上】2005年】	2,482.0 (2)	1,908.0 (5)	2,509.6 (1)	2,116.0 (4)	2,151.0 (3)	1,338.2 (10)	1,547.4 (8)	1,835.0 (7)	1,472.0 (9)	1,839.3 (6)	
外来受療率(人口10万人当 たり生活習慣病による受療率 (外来)【70歳以上】2005年】	2,026.3 (3)	2,248.5 (1)	1,926.0 (4)	1,162.0 (10)	1,733.0 (6)	1,496.0 (9)	1,614.1 (8)	2,168.8 (2)	1,656.4 (7)	1,835.9 (5)	
在宅等死亡率 (%)【2005年】	11.0 (10)	16.0 (3)	13.5 (9)	13.9 (8)	15.6 (6)	17.9 (1)	15.5 (7)	16.8 (2)	15.9 (4)	15.8 (5)	
第1号被保険者1人当 たり介護保険施設サー ビス費用(円)【2005年度】	134,463.2 (6)	122,683.5 (7)	152,622.3 (1)	152,466.3 (2)	143,754.6 (3)	118,677.3 (8)	109,818.0 (9)	140,229.7 (5)	100,645.7 (10)	142,728.9 (4)	
第1号被保険者1人当 たり介護保険居宅サー ビス費用(円)【2005年度】	129,615.6 (4)	136,784.7 (3)	116,971.7 (9)	136,851.9 (2)	124,608.5 (5)	117,939.3 (7)	106,392.4 (10)	143,137.1 (1)	117,636.2 (8)	122,208.2 (6)	

健康関連指標	医療費が高いグループ					医療費が低いグループ		その他のグループ			
	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	グループ	
	北海道、 福岡、長崎	大阪、広島	山口、高知、 佐賀、熊本、 鹿児島	沖縄	石川、京都	山形、新潟、 山梨、長野、 静岡	岩手、宮城、 秋田、福島、 茨城、栃木、 群馬	青森、 和歌山、 徳島、愛媛	埼玉、千葉、東京、 神奈川、岐阜、 愛知、三重、滋賀、 兵庫、奈良	富山、福井、 鳥取、島根、 岡山、香川、 大分、宮崎	
健診受診率 (%)【2004年】	55.7 (7)	55.3 (8)	61.5 (4)	54.7 (9)	60.1 (6)	67.0 (1)	65.4 (2)	53.8 (10)	60.2 (5)	64.1 (3)	
日ごろ健康のために行 動している者の割合 (%)【2001年】	78.4 (7)	79.3 (3)	78.5 (5)	77.1 (9)	71.6 (10)	79.8 (1)	78.5 (6)	78.0 (8)	78.9 (4)	79.6 (2)	
スポーツ行動者割合 (%)【2001年】	67.6 (8)	72.3 (2)	68.2 (5)	72.2 (3)	69.8 (4)	68.0 (6)	67.2 (9)	64.0 (10)	72.9 (1)	67.8 (7)	
メタボリックシンドロ ームリスク保有者割合 (男性)【%】2004年度】	13.1 (4)	11.7 (8)	12.8 (5)	18.7 (1)	10.9 (10)	11.5 (9)	14.2 (2)	13.9 (3)	11.9 (7)	12.3 (6)	
メタボリックシンドロ ームリスク保有者割合 (女性)【%】2004年度】	4.2 (5)	3.6 (8)	4.3 (4)	5.0 (1)	3.4 (10)	3.4 (9)	4.5 (3)	4.6 (2)	3.9 (7)	4.2 (6)	
平均寿命(男性) (歳)【2000年】	77.3 (7)	77.4 (6)	77.2 (9)	77.6 (5)	78.1 (2)	78.1 (1)	77.3 (8)	76.8 (10)	78.0 (3)	77.8 (4)	
平均寿命(女性) (歳)【2000年】	84.8 (6)	84.6 (7)	84.9 (5)	86.0 (1)	85.0 (4)	85.0 (3)	84.4 (9)	84.2 (10)	84.5 (8)	85.1 (2)	
高齢者(70歳以上)就 業率【%】2005年】	12.0 (9)	14.0 (8)	16.2 (4)	11.4 (10)	15.7 (6)	19.2 (1)	16.2 (5)	16.6 (3)	14.6 (7)	17.5 (2)	

資料：みずほ情報総研(株)「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」(2007年)
 (注) ()内の数値は高い方からの順位を表す。

グループ（沖縄県）

入院医療費が高く、入院外医療費は低い。メタボリックシンドロームリスク保有者割合が非常に高い。

沖縄県はどの都道府県ともグループを形成しなかった。入院医療費が高い一方で、入院外医療費は低いのが特徴である。入院受療率は高く、外来受療率は低い。健診受診率が低く、メタボリックシンドロームリスク保有者割合が非常に高い。女性の平均寿命は長い。

グループ（石川県、京都府）

入院医療費は高めである。日ごろ健康のために行動している者の割合は低い。

このグループは、石川県と京都府の2府県で構成される。入院医療費が高めであり、日ごろ健康のために行動している者の割合が低いのが特徴である。メタボリックシンドロームリスク保有者割合は低い。入院受療率はやや高めである。

2) 1人当たり老人医療費が低いグループ（老人医療費が低い順）

グループ（山形県、新潟県、山梨県、長野県、静岡県）

入院医療費、入院外医療費はともに低い。健診受診率、高齢者就業率は高い。

このグループは、東北、甲信越から東海にかけて連なる計5県で構成される。入院医療費、入院外医療費ともに低い。病床数は少なく、平均在院日数は短い。入院受療率、外来受療率はともに低い（例外あり）。健診受診率、高齢者就業率は高い。メタボリックシンドロームリスク保有者割合は男女ともに低い。平均寿命は男女ともに長い（例外あり）。

グループ（岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県）

入院医療費、入院外医療費はともに低い。健診受診率は高い（例外あり）。

このグループは、東北から北関東にかけて連なる計7県で構成される。入院医療費、入院外医療費ともに低い。病床数は少なく、平均在院日数は短い（例外あり）。健診受診率は高いが（例外あり）、メタボリックシンドロームリスク保有者割合は男女ともに高い。平均寿命は男女ともに短い（例外あり）。

3) その他のグループ

グループ（青森県、和歌山県、徳島県、愛媛県）

入院医療費、入院外医療費は平均に近い。

このグループは青森県、和歌山県と四国の2県の計4県で構成される。入院医療費、入院外医療費は平均に近い。健診受診率は低く、メタボリックシンドロームリスク保有者割合は男女ともに高い（例外あり）。また、介護保険居宅サービス費用が高い。

グループ（埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県）

入院医療費は低い。病床数は少なく、平均在院日数は短い。

このグループは、大都市又はその近郊県の計10都県で構成される。入院医療費は低い。病床数は少なく、平均在院日数は短い。入院受療率は低い。スポーツ行動者割合が高い（例外あり）。

グループ（富山県、福井県、鳥取県、島根県、岡山県、香川県、大分県、宮崎県）

入院医療費、入院外医療費はいずれも高くない。健診受診率は高い（いずれも例外あり）。

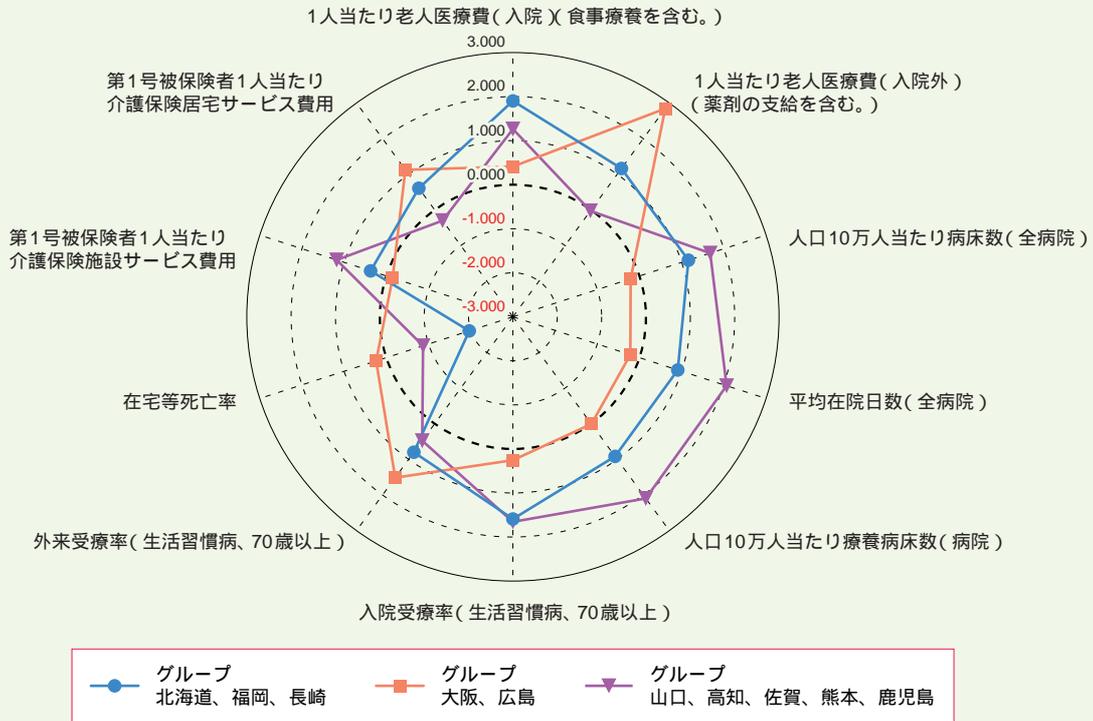
このグループは、日本海側の4県と岡山県、香川県、九州の2県の計8県で構成される。入院医療費、入院外医療費はいずれも高くない。健診受診率は高めであり、女性の平均寿命は長い（いずれも例外あり）。

（2）医療費が高いグループと低いグループの比較

これらの10グループの中から、1人当たり老人医療費が高いグループのうち、上位3グループ（～）、1人当たり老人医療費が低い2グループ（、）を取り上げ、標準化^{（注1）}した各指標の数値についてグループごとに平均値を出し、医療関連指標と健康関連指標に分けてレーダーチャート化したものが次の図表である（図表3-6-9～12）。

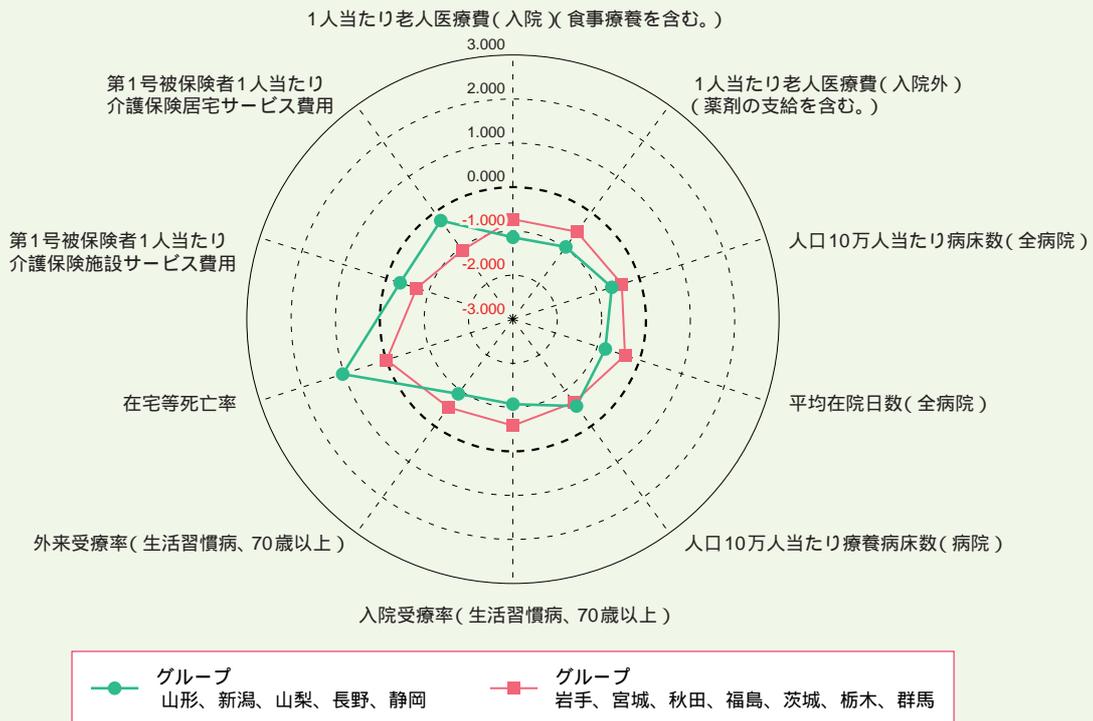
（注1） 標準化とは、単位、平均、ばらつきが異なる諸指標におけるデータを、互いに比較できるように変換する方法をいう。各指標において、各データ（ここでは各都道府県の値）と平均値（全国平均の値）との差を、標準偏差で除す。こうして標準化された値は、どの指標においても、平均が0、分散が1、平均値より高ければプラス、低ければマイナスとなるように変換されている。また、標準化された値は、そのデータの全体の中における位置も示しており、例えば、母集団が正規分布であると仮定した場合、標準化された値が1.96以上であれば、そのデータは全データの中で上位2.5%に位置する。

図表3-6-9 1人当たり老人医療費が高いグループの医療関連指標



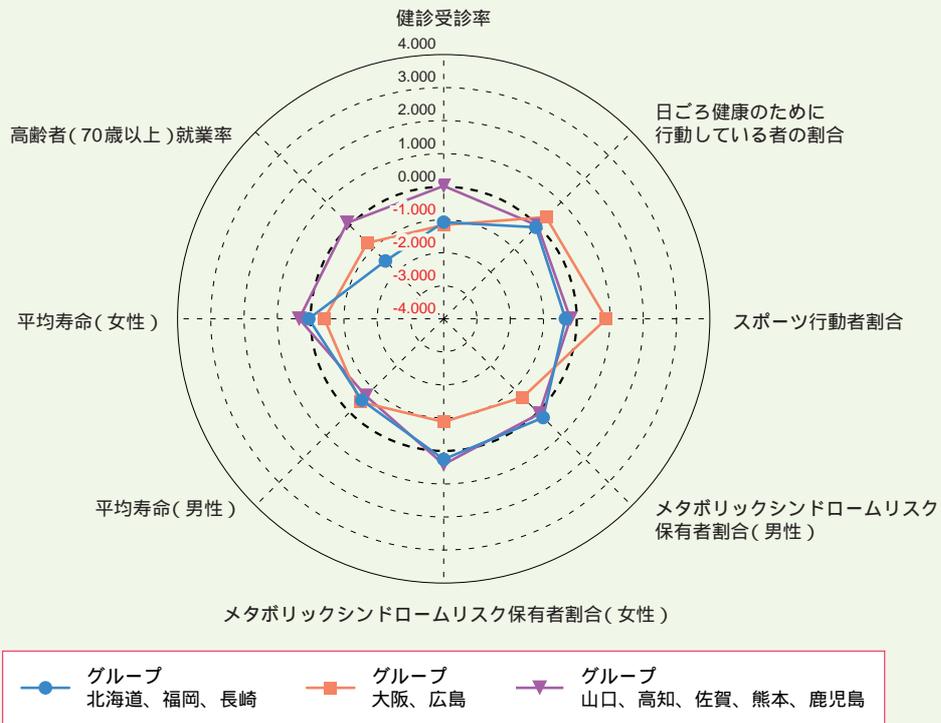
資料：みずほ情報総研(株)「保健医療をめぐる現状とその要因の地域間格差に関する統計的分析」(2007年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

図表3-6-10 1人当たり老人医療費が低いグループの医療関連指標



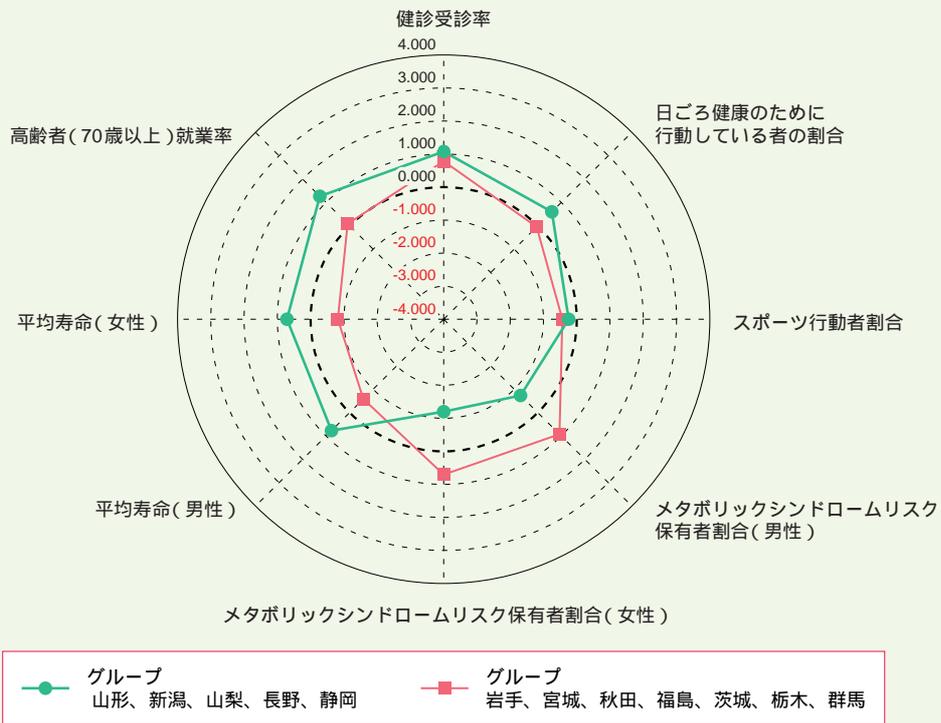
資料：みずほ情報総研(株)「保健医療をめぐる現状とその要因の地域間格差に関する統計的分析」(2007年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

図表3-6-11 1人当たり老人医療費が高いグループの健康関連指標



資料：みずほ情報総研(株)「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」(2007年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

図表3-6-12 1人当たり老人医療費が低いグループの健康関連指標



資料：みずほ情報総研(株)「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」(2007年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

これらのレーダーチャートを基に、1人当たり老人医療費が高い3グループ、低い2グループの特徴を整理する。

（1人当たり老人医療費が高い3グループ・・・グループ～）

1人当たり老人医療費の高い3グループについて、入院、入院外の観点から見ると、グループは入院医療費、入院外医療費がともに高い、グループは入院外医療費が高い、グループは入院医療費が高いという特徴がある。

これらのグループのうち、及びはいずれも入院医療費が高いが、その背景事情として、病床数が多く、平均在院日数が長く、また、入院受療率が高く、さらに在宅等死亡率が低いという共通点がある。これに対し、入院外医療費が高いについて見ると、病床数は多くなく、平均在院日数も長くない。前述したとおり、病床数や平均在院日数は入院医療費と強い相関関係を有しており、入院医療では、供給が需要を生み出す側面があることを示唆している。今後の医療政策の展開を考えるに当たり、医療資源の適正な配分を視野に入れていくことが求められよう。

また、グループ、はいずれも健診受診率が低く、高齢者就業率が低いという点において共通性が見られるところであり、今後の健康づくりを推進していく上で重点的な取組みとして考慮していく必要がある。

（1人当たり老人医療費が低い2グループ・・・グループ、）

1人当たり老人医療費が低いグループ、の医療関連指標について見ると、ともに病床数は多くなく、平均在院日数も短い。また、入院、外来ともに受療率は低い。さらに、健康関連指標について見ると、いずれも健診受診率が高い水準に位置しており、健康づくりを推進していく上での重要性を示唆している。特にグループは、高齢者就業率が高い、メタボリックシンドロームリスク保有者割合が低い、在宅等死亡率が高いなど、保健医療全般にわたって高い成果をあげており、医療費の適正化を推進していく上で一つのモデルを提供しているといえよう。

もっとも、ここで取り上げた指標は裾野の広い保健医療・介護分野の一部の領域にすぎない。また、一時点における分析結果にとどまるものであり、各都道府県の取組みによっていかようにも変化していく可能性のあるものである。これを固定的な視点で見ることなく、医療費適正化を推進していく上での一つのヒントとして活用するとともに、各都道府県において更なる分析を行った上で、地域の実情を踏まえながら保健医療の将来ビジョンを総合的に展望し、医療構造改革の取組みを推進することを期待したい。