



2015.10.26 **New!**

仕事術

第8回 社会データを比較する際に常に意識すべき高齢化要因

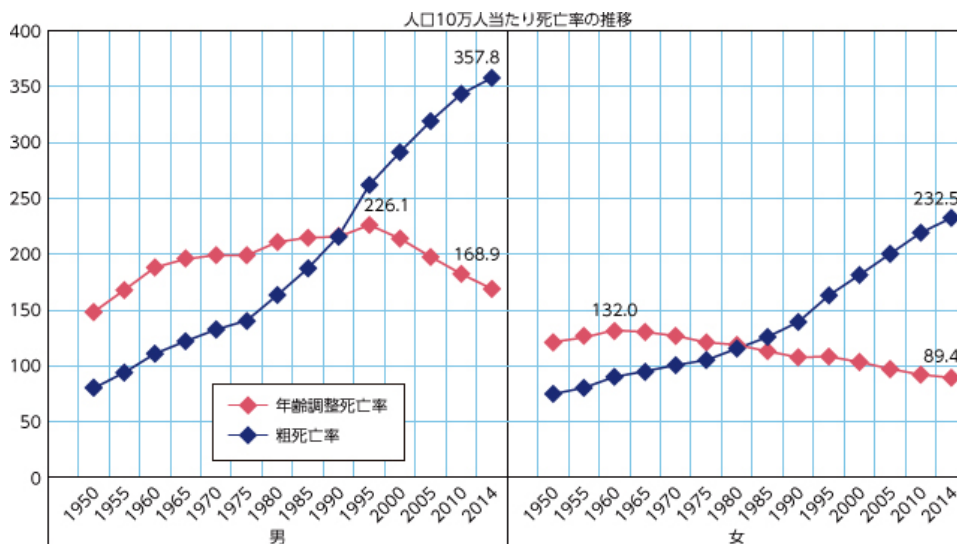
アルファ社会科学株式会社 主席研究員 本川裕

がん死亡率は本当に増えている？

日本の近年の経済現象、社会現象のデータ推移を追うときには、必ずといってもよいほど、高齢化の要因が働いていないかどうか、また高齢化の要因がどの程度影響しているかに気をつける必要がある。日本の人口構造は、戦後すぐに生まれた団塊の世代が多いことに加えて、その後、1970年代以降、極めて急速に少子化が進んだという特徴を持っており、そのため、高齢化（65歳以上人口の比率が上昇するという基準で見ることが多い）の程度とスピードが世界一となっている。このため時系列推移の分析にせよ、国際比較にせよ、高齢化が影響する全てのデータで高齢化要因をどう扱うのが不可欠の注意事項となっているのである。

日本人の最大の死因である「がん」による死亡者数、死亡率は年々増加の一途をたどっており、がん撲滅は国民的課題となっている。

しかし、これは、そもそもがんの死亡率が高い高齢者の人口割合が増えているためであり、高齢化による影響が大きい。1年間に於ける人口10万人当たりの死亡率を「粗死亡率」という。これに対して、もし日本人の年齢構成が不変であったら死亡率はどういう値であるかを計算した指標を「年齢調整死亡率」と呼ぶ。後者を5年おきにたどると、がんの死亡率は、男性では1995年をピークに低下、女性ではなんと1960年以降、低下し続けていることが分かる。すなわち同じ年齢であれば、がんでの死ぬ確率は低下してきているのである。



(注) 年齢調整死亡率は1985年モデル人口(男女計)の年齢構成の場合の死亡率
出典：厚生労働省「人口動態統計」

図1 がんによる死亡率の推移

男女の比較でもこの考え方は有効である。図1に付記した数値から、粗死亡率では、男性のがん死亡率は女性の1.5倍である。それでは、男性は女性よりがんで死ぬ確率が約5割高いと述べるのは正しいだろうか。平均寿命が長い分、女性の方が高齢化が進んでいる。さすれば、同じ年齢ではもっと男性のがん死亡率は高いのではないか。図1の年齢調整死亡率でがん死亡率を計算すると、男性は女性の1.9倍となる。すなわち、年齢を考慮すれば、なんと男性は女性の約2倍もがんで死にやすくなる。男女の心身の違いばかりでなく、喫煙率や肥満など生活状況の違いが加わって、こうした男女の大きな差が生じているといわざるを得ない。

高齢化要因を取り除いてデータを分析する方法としては、このような年齢調整後の値を計算する方法のほかに、年齢別のデータを見るという方法、また高齢化比率との相関図を描く方法などがある。

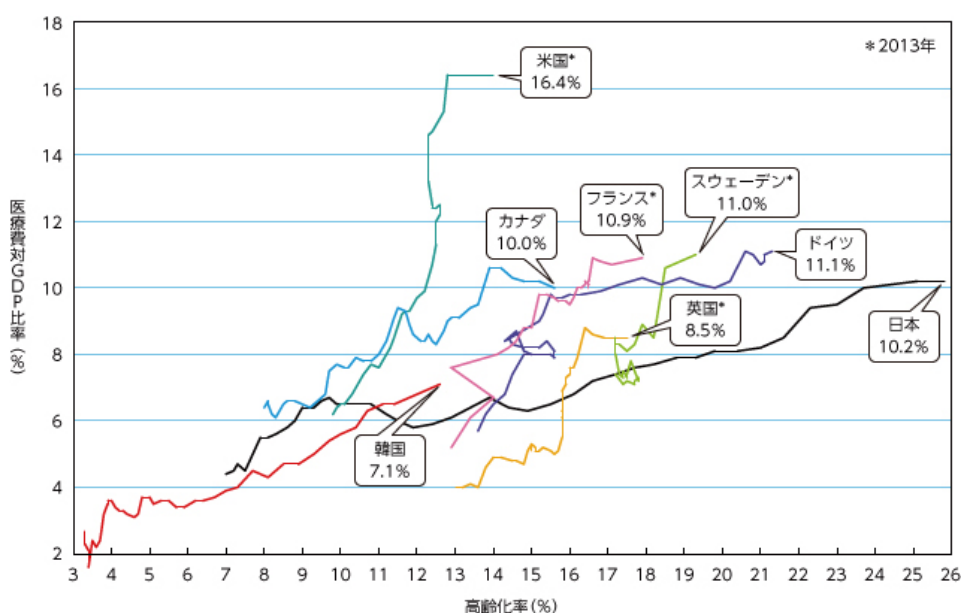
年齢別のデータを見る方法とは、高齢者と高齢者以外とを別々にしてデータの推移やデータの地域別比較を行うというものである。例えば、都道府県別の医療費を比較したい場合、全人口に関する1人当たり医療費を比較したのでは、高齢化の進んだ県ほど医療費が多かかっていることになり、医療費が多かかっているかどうかについて正しい判断ができない。そこで、高齢者だけを対象にした1人当たり医療費を算出して都道府県間の比較を行うというものである。実際、こうした比較はよく行われている。

今回、年齢別データを見る方法については、紙面の関係から実例を省略し、最後の高齢化比率との相関図を描く方法の実例を次に挙げよう。

日本の医療費は果たして高いのか？

日本の国民医療費は2012年度に39兆2千億円、国民所得比で11.17%と膨大な額に達しており、高齢化がさらに進展すると、これが国民生活や国家財政を圧迫する大きな要因となることが懸念されている。しかし、日本の医療費はそれほど高いのだろうか。

日本の医療費は、OECDが各国の医療費の概念を統一したデータで、各国のデータがそろった2013年の対GDP比を見ると10.2%となっており、OECD34か国の中で8位と高い部類に属する。しかし、これは高齢化の進展度合いを無視した比較である。そこで図2に、高齢化比率との相関で1970年以降の医療費水準の推移を主要国と比較した図を掲げた。



(注) スウェーデンのデータ開始年は1985年。図中の値は最新年の医療費対GDP比率 (*は1年前)。フランス1990年までは5年ごと。ここでの医療費は病院整備費などを含まない経常医療費。

出典：OECD Health Data 2015 (July 2015)、高齢化率はWDI Online 2017.7.11

(説明)

OECDデータは国民医療費には含まれない非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、介護費などを含んだ経常医療費 (Current expenditure on health) を採用し、国ごとの違いを一定程度補正した数字である (2014年公表版まではこれに資本形成を含んだ総医療費 (Total expenditure on health) だった)。

図2 高齢化とともに高まる医療費 (1970年～2014年)

これを見ると、日本のカーブはそう高くない水準で左右に長くなっており、日本の高齢化のスピードの速さと対GDP比の比較的良好的なパフォーマンスを示しているといえる。対GDP比は、最近まで比較した8か国中、高齢化比率が最も低い韓国を除いて最もその値が低かったが、直近では、さすがに高齢化の勢いに抗しきれず、英国、スウェーデンを上回った。しかし、日本は今や最も高齢化の進んだ国となっているので、なおさら、対GDP比の相対的な低さが目立つ形となっている。

この図で注目すべきは、高齢化の進展度合いに合わせて医療費水準がどう上昇しているかを、線の傾きで各国比較した結果である。

線の傾きで特異なのは、極めて高い上昇が目立っている米国である。社会保険の範囲が小さく、民間保険と医療機関相互の競争など市場原理をメインとしている点で世界の中でも特異なシステムをとっている米国では、高度医療の発達や医療機器の進歩では世界一となっているが、医療費については高騰に悩まされ、マネジドケアなど数々の医療システム改革にもかかわらず、貧困層への医療供給は制約されて平均寿命も先進国の中で低い状況にある反面で、国民の所得の多くが医療費に注ぎ込まれているという特徴が表れている。成否はともかく、米国で医療保険を全国民に普及させようというオバマ改革が進みつつあるのは、こうした背景によるのである。

かたや英国では、国が医療を供給するという基本線がとられてきており、1980年代までは1人当たりの医療費水準も他国と比べて低かったが、それ以降、むしろ医療費の上昇に悩まされている。高齢化は進展していないのに医療費だけは上昇しており、米国と同様垂直に上昇していたのが目立つ。1980年代のサッチャー改革で医療が切り詰められた結果、国民の医療へのアクセスが異常に制約を受け、むしろ、それへの反動で医療の供給量を増加させているためと考えられる。

米英の2国を除くと、日本を含め高齢化と医療費の相関では、レベルの違いはあるが、相関線の傾きにおいては、傾きの程度あるいは毎年の安定的な上昇など、ほとんど同等といえる傾向を示している点が目立っている。ただ、一時期、米英だけでなくその他の欧米諸国でも垂直シフトが目立った時期があり、日本の良好なパフォーマンスがそれだけ目立つ状況となった。

韓国は、高齢化も医療費水準も日本の1970年代の水準にあるが、今後、高齢化の進展が大きく見込まれることから、医療費のこれからの動きについて注目される。韓国の医療費対GDP比7.1%（2014年）はもちろん現在の日本より低いが、日本が現在の韓国の高齢化率だった頃よりは高く、今後、右上がりの状況がどうなるかは予断を許さない。

このように高齢化比率との相関で医療費を見ることによって、より突っ込んだ医療費の分析が可能となるのである。



この記事の著者

本川裕

アルファ社会科学株式会社 主席研究員

アルファ社会科学(株) 主席研究員。あらゆるジャンルの統計データをユニークな視点でグラフィック化した人気サイト「社会実情データ図録」(<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/index.html>)を主宰。2004年のスタートから、毎週2件のデータ更新を行い、現在1,200件を超える統計グラフと解説は、1日1万件以上のアクセスがある。東京大学農学部農業経済学科卒、(財)国民経済研究協会常務理事研究部長を経て現職。立教大学兼任講師。1951年神奈川県生まれ。著書『統計データはおもしろい！—相関図でわかる経済・文化・世相・社会情勢のウラ側—』（技術評論社、2010年）、『統計データはためになる！—棒グラフから世界と社会の実像に迫る—』（技術評論社、2012年）、『統計データが語る 日本人の大きな誤解（日経プレミアシリーズ223）』（日本経済新聞出版社、2013年）。