

図13 高齢化(2025)-老人福祉施設

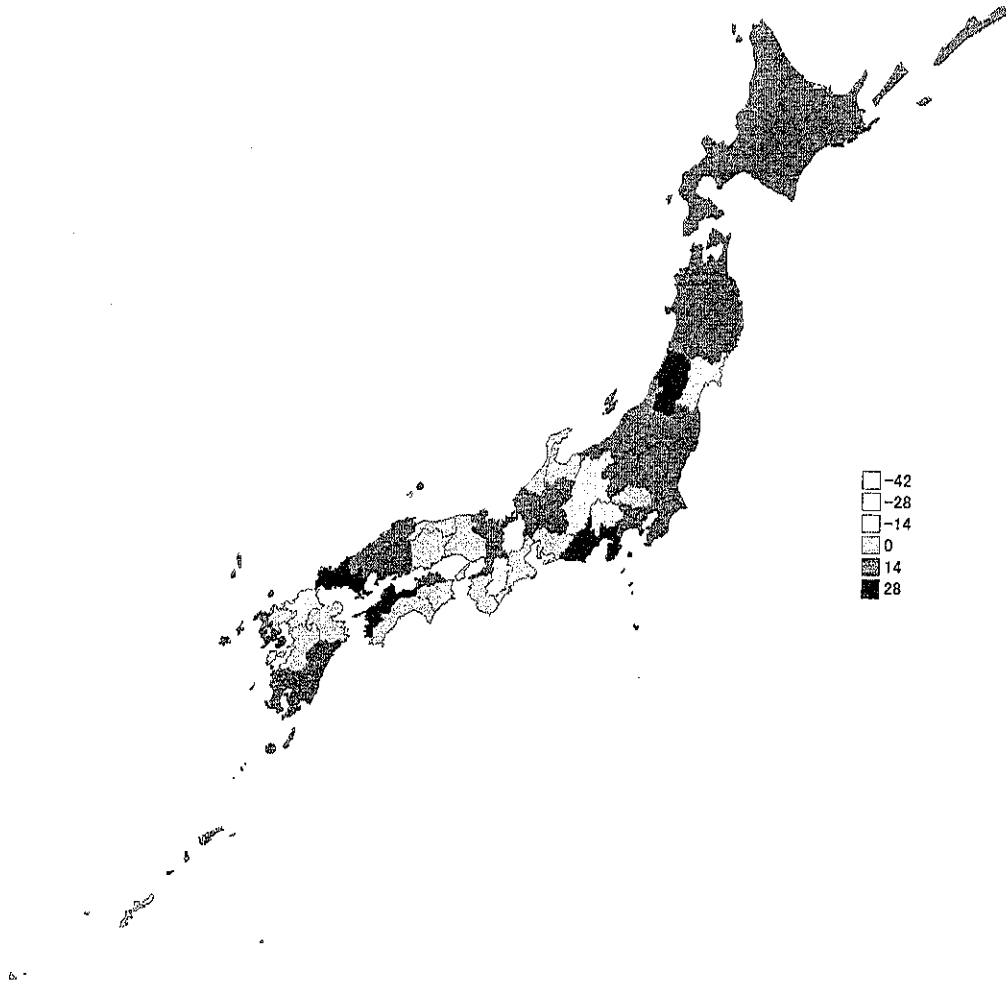
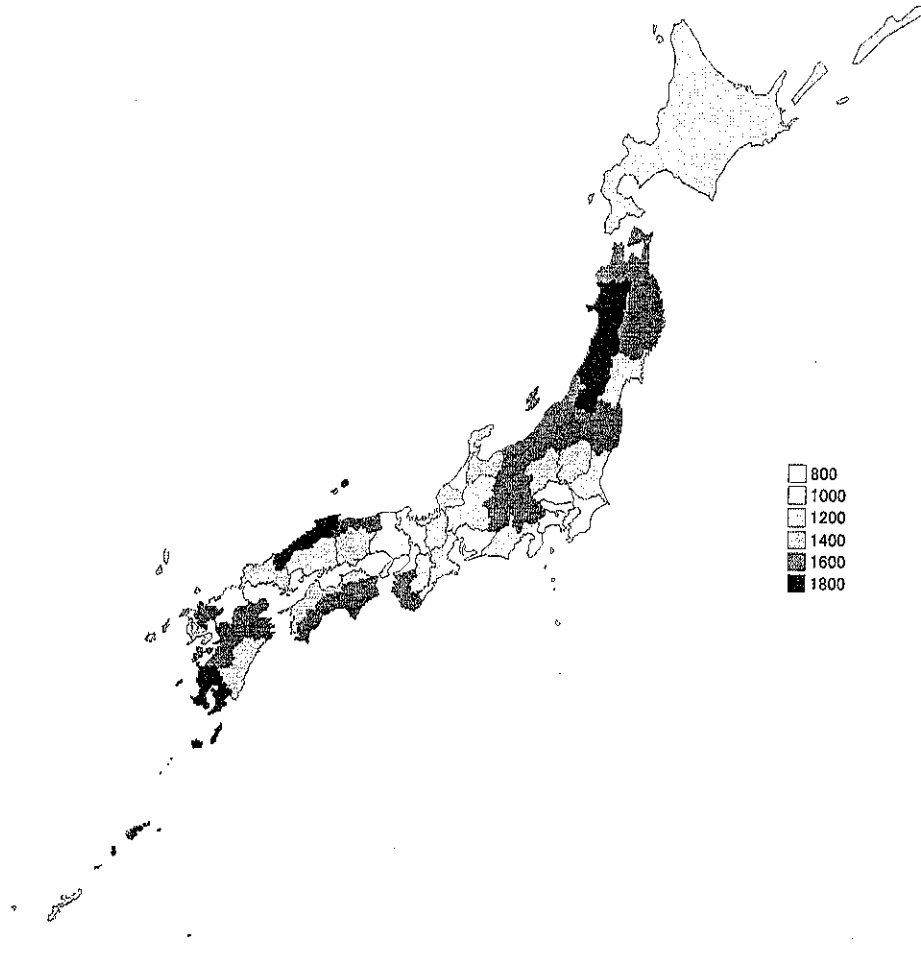


図14 年金受取者数の格差



## 5. 人口の高齢化の地域間格差と年金

最後は、年金受取者数の地域間格差である。図14は、地域ごとの10000人当たりの、国民年金の受給者数である。この図と図2を比較すれば明らかであるが、年金受給者の多寡はほぼ高齢化のレベルで決定されている。順位相関で見ても、0.9085と相関はかなり高い。これは、所得の逆数との順位相関の0.7250と比べてもかなり高い。これらの数値は、高齢化の進んでいる地域は、所得水準が低くかつ年金受給者が多い事を示すものである。これらの数値の因果関係はこの分析からは分からないが、年金が所得階層間と地域間

での所得再分配効果を持っているのは順位相関が正である事からも明らかである。順位相関の値の大きさから判断すれば、このような年金による地域間での所得の再分配は、ほぼ高齢化の進展によって決定されると予想して良いと考えられる。この事は、同時に 2025 年にかけての高齢化の進展によっても年金の再分配効果が強まり、高齢化の水準の上昇によりその効果がますます高まっていく事が考えられる。

## 6. まとめ

以上、所得と高齢化の地域間格差をもとに、病床数と老人福祉施設数を手がかりとして医療と福祉の供給に関する地域間格差の現状を検討した。もちろん、全国規模での高齢化の進展は、そのスピードと水準において非常に深刻であり、絶対数での供給の確保という問題が一番重要である。しかしながら、所得分配や高齢化及び将来の高齢化に地域間の格差があるように、社会保障関連施設の供給にも地域間格差があって、将来的には解決して行かなければならない問題のようである。特に、本章の分析から分かった興味深い点は、2025 年時点での高齢化と現状の社会保障関連施設の供給との関係である。現状の相対的な順位が将来も維持されるという仮定のもとでは、病床数は将来の高齢化によって緩和される傾向にあり、老人福祉施設は地域間格差が拡大する傾向にあるという結果である。これは、医療政策が早くから高齢化の問題に取り組み、将来へのある程度の対応を検討しているのに対し、福祉施設の供給といった政策は、そのスタートが遅く、全国レベルでの対応もまちまちである事を反映しているのかもしれない。

本章では、病床数と老人福祉関連施設数を手がかりに分析を進めたが、医療や福祉の供給をこれらの統計だけで 100%判断するには問題がある。高齢化に対する具体的な対策を立てるためには、医療・福祉ともに他の複数の指標をもとの、更に詳しく地域間での格差を検討する必要があるが、このような分析については今後の課題としたい。

### 第3部 都道府県別医療費の将来予測について

#### 1. はじめに

都道府県別1人当たり医療費の水準には大きな差がある。また、その時系列的推移も同じではない。ということは、今後も医療費の都道府県格差が存在し続けることが、容易に想像出来る。<sup>1</sup> 医療費負担のあり方を考え、医療サービス供給体制を整えるためには、各都道府県の医療費水準がどの程度になるかという予測が欠かせない。しかし、現状の医療制度改革及びそれに関する資料では、医療費の地域差に全く注意を払っていないように見受けられる。医療制度改革に必要とされる重要な情報が無いことは大きな問題であろう。

今後医療費をいかに賄うか、その増大をいかに抑制するかが、医療制度改革の大きな焦点である。社会保障としての質を維持したサービスが供給されることを前提とした上で、費用を増加させないことが求められる。ここで問題なのは、医療費水準がいかに推移するか等の具体的な情報がほとんど示されぬまま、場当たりの改革が行われようとしていることである。いたずらに負担増大に対する危機感をつのらせるだけで、今後の懸念を解消しない医療制度改革は、無意味であるばかりでなく、場合によっては現状認識を誤らせ有害である。質を維持するには相応の費用が必要なわけで、最低でもどの程度の負担が予想されるかを認識していなければならない。

医療費の決定要因については、GDPで代理されるような経済的要因が重要である。古くはNewhouse(1977)が1人当たり医療費支出と1人当たりGDPの水準に線形の関係を見出しているし、OECDによって調整されたデータを用いたCulyer(1990)のクロス・カントリーの実証分析でも1人当たりの医療費支出が1人当たりのGDPで説明されている。医療サービス価格や社会的要因などを取り入れた分析もある。その他には、人口的な要因に関する検討が必要である。「高齢化に伴い国民医療費支出が増加するであろう」と厚生白書の記述にもあるように、人口総数や高齢層の対総人口比率は医療費決定に影響を与えるであろう。わが国の先行研究では、この人口要因に加えてトレンドを医療費支出の決定要因とする分析が主流である<sup>2</sup>。例えば、Tokita他(1997)は、基本的に人口要因のみで国民医療費を予測している。また、中

<sup>1</sup> その格差が小さくなる可能性を否定するものではない。

<sup>2</sup> 将来予測としては、1人当たり医療費支出が一定に保たれるとする予測や、医療費関数の推定結果に基づく予測がある。

西・中村(1998)は、医療部門を含む経済モデルにより、人口の年齢構成の変化が与える影響を予測し、医療費水準及び増加率の決定を行っている。経済変数に人口的な要因が影響を与えるといった先行研究からも、人口の変動が重要な要因であると考えることが出来る。

本稿の目的は、都道府県別の医療費支出について、経済的側面から検証することにある。全国一律の医療費という想定が妥当でなければ、それに基づく制度構築は過不足ある不十分な制度を志向していることになる。そこで、制度都道府県の地域差及び人口等の要因を考慮して医療費に関する実証的考察を行い、推計した関数を用いて都道府県別医療費の将来予測シミュレーションを行うことにより、今後の医療費の負担がどの程度になるかについて検討する。

## 2. データ

都道府県別医療費は、人口規模に左右されるため、単純に比較することは出来ない。そこで、人口数で割った1人当たり医療費を47都道府県で比較してみる。もし、1人当たり医療費に都道府県格差が無ければ、医療費の将来予測は、国民1人当たりの予測を行うだけで構わない。しかし、1人当たり医療費の格差は明らかである。図1に、1996年度の水準で並べ替えて、その推移を示す。都道府県ごとの医療費の水準がかなりばらついていることが見て取れる。例えば、1996年度で、最低の千葉県と最高の高知県では、約1.8倍の差となっている。また、1996年以前において、一人あたり医療費の成長が一律でないことが、1987年、1990年、1993年のデータがスムーズな右上がりではないことからわかる。また、各年度の壁の成長率も決して一律ではない。

都道府県別医療費を違わせている要因としては、人口構成比率や、所得や賃金率などの経済的要因などが考えられる。図2には、高齢化比率として65歳以上人口の対総人口比率を示す。1996年度までが実績値で、2000年度以降は都道府県別将来予測の移動人口予測値である。1996年度で、最低の埼玉県と最高の島根県では、約2.1倍の差となっている。また、2025年には、都道府県毎の差は小さくなるものの、滋賀の22.8%が最低比率で、14道県で30%超となる。図3は、図2同様高齢化比率を示す図だが、2000年度以降は都道府県別将来予測の封鎖人口予測値である。

図1と図2より、高齢化比率の高い都道府県は、ほぼ1人当たり医療費も高レベルとなっていることがわかる。例外はあるものの、高齢化比率と1人当たり医療費には関係があると判断して良いだろう。

現状で、1人当たり医療費に格差があるのであれば、今後もよほどのことがない限り、このような格差は維持されるのではないだろうか。特に、高齢化比率の進展に都道府県差があることが予想されるので、これを基に予測を行うことに意義があるだろう。

その他に、経済的要因として1人当たり所得や、時間当たり賃金率に都道府県格差があることも良く知られている。これらは、特に若年層の医療費支出行動に影響を与える可能性が考えられる。図4と図5に、一人当たり所得と時間当たり賃金率それぞれの地域差指標の推移を示す。まず、0以上の値をとる都道府県は10以下であることから、人口の多い大都市及びその周辺の水準が、全国民一人当たりの水準を引き上げていることがわかる。過去からの推移を見ると、地域差のばらつきが年々小さくなってきている。すなわち都道府県格差のばらつきが小さくなってきていることがわかる。これらの地域格差が今後どのように推移するかを予測することは非常に困難だが、過去にどのような影響を与えてきたかを把握できれば、予測に役立てることが可能になる。そこで、モデルの中に組み込む要因として考えていく。

### 3. モデルと推計結果

#### 3.1 モデル

本稿では、基本的に医療サービスの需要面を重視したモデルを考える。

我々は、人口要因と経済的要因を重視して、1人当たり国民医療費支出のモデルを考える。各要因をそれぞれ並べた簡単なモデルに、人口要因との交差項を加える。つまり、人口要因が、所得と賃金率と地域格差に対する医療費支出の切片と傾きに、それぞれ影響を与える世界をイメージするのである。具体的には、以下のモデルを、誤差項  $u_{ti}$  を加えたフル・モデルとする。

$$\begin{aligned} \text{MEP}_{ti} = & a_0 + b_0 * \text{OLD}_{ti} + c_0 * \text{YNG}_{ti} + (a_1 + b_1 * \text{OLD}_{ti} + c_1 * \text{YNG}_{ti}) * \text{AVEY}_t \\ & + (a_2 + b_2 * \text{OLD}_{ti} + c_2 * \text{YNG}_{ti}) * \text{AVEW}_t \\ & + \sum (a_{3i} * \text{DUMMY}_i) + (a_4 + b_4 * \text{OLD}_{ti} + c_4 * \text{YNG}_{ti}) * \{(Y_{ti} / \text{AVEY}_t) - 1\} \\ & + (a_5 + b_5 * \text{OLD}_{ti} + c_5 * \text{YNG}_{ti}) * \{(W_{ti} / \text{AVEW}_t) - 1\} + u_{ti} \end{aligned}$$

$\text{MEP}_{ti}$  : t年度の第i都道府県の住民1人当たり都道府県別医療費

$\text{OLD}_{ti}$ 、 $\text{YNG}_{ti}$  : t年度の第i都道府県の対総人口比率(人口構成比率)

$\text{AVEY}_t$ 、 $\text{AVEW}_t$  : t年度の国民1人当たり所得、時間当たり賃金

$\text{DUMMY}_i$  : 第i都道府県ダミー

$\{(Y_{it}/AVEY_t)-1\}$ 、 $\{(W_{it}/AVEW_t)-1\}$  : t年度の第i都道府県の地域格差指標

人口以外の変数には、1990年度基準で実質化したデータを用いる。なお、所得のデータとしては可処分所得のデータを用いたところだが、都道府県別で使用出来るデータがないため、1人当たり国民所得(県民所得)を用いるモデルと、1人当たり国民総支出(県民総支出)を用いるモデルをそれぞれ推計し、どちらが適当かを推計結果から判断することとする。

モデル選択にあたっては、説明変数を全て含んだフル・モデルの推計から始める。説明変数のt値を指標に、自由度調整済み決定係数が最大になるように変数を選択する。なお、各都道府県で人口数がかなり違っており、1人当たり医療費の分散は各都道府県で異なると考えられる。この場合、フル・モデルにそのまま最小二乗法を適用しても均一分散の仮定を満たさない。そこで、推計に際しては、人口で分散を調整する。<sup>3</sup>

都道府県別医療費のデータを得られるのは3年毎である。クロス・セクション分析として各年度のデータを、単年度あるいはプールして捉えることが出来る。

まず、単年度データを用いた推計が可能である。これは、都道府県の各要因に対する医療費支出行動が全く同じという仮定をおいているのと同様である。また、単年度データを複数年度分まとめたプーリング・データを用いることは、さらに年度ごとに医療費支出行動が同じという仮定を加えているのと同様である。

続いて、3年度分以上のデータをプールしたモデルに、都道府県ダミーを加えたモデルを検討する。これは、都道府県ごとに固定的な医療費支出の部分が異なるという仮定を加えたことと同様である。基準は、1人当たり医療費と全国1人当たり医療費との差の2乗が最も小さかった兵庫県とした。

さらに、都道府県別のデータが得られない期間に、全国値のデータを入れて分析してみる。単年度、複数年度、及び3年度分以上、ダミー付き3年度分以上で推計する。これは、その期間の医療費支出の成長についても考慮するためである。ダミーを用いる際には、全国値を基準とした。

### 3.2 推計結果

3年度おきのデータのみを用いたモデルを26通り、全国値でクロスセクション・

<sup>3</sup> SHAZAM-Version8.0のOLSオプション(WEIGHT)を用いる。

データをつないだモデルを 44 通り推計した。多くのモデルを推計したが、おおむね、用いるデータ期間が長く、都道府県ダミーを入れているものの自由度調整済み決定係数が高くなることがわかった。また、地域格差指標を表す変数がすべてのモデルで採用されており、経済的要因から発生する地域差の影響が大きいことがわかる。

ダミーを用いないモデルでは、どの場合も自由度調整済み決定係数は 0.47～0.67 であった。必ずしも複数年度のデータを用いたものの決定係数が大きいわけではなかった。ダミーを加えると、決定係数は軒並み 0.98 以上となり、フィットの点ではかなり向上していると言える。

さて、予測モデルを選択する際には、自由度調整済み決定係数の指標だけでは不十分である。そこで、予測誤差の動きから、モデルを判断してみたい。幸いなことに、96 年度の実績値と予測値を比較出来るモデルが約半数ある。そこで、RMSE、MAE、TIC の指標で比較してみる。基本的に RMSE と TIC の順位は同じだが、自由度調整済み決定係数による結果とは異なる。これらから言えるのは、経済的要因として、1 人当たり県民所得を用いたモデルのほうが、1 人当たり県民総支出を用いたモデルよりも予測値としてのフィットが良い、ということ、及びダミーを用いたモデルのフィットが良いことである。また、1 人当たり予測値と合計での予測値では、その順位が若干変わっている。しかしながら、予測誤差指標のレベル自体の差は非常に小さく、ほとんど無差別であると判断して構わないであろう。

将来予測には 4 つのモデルを用いることにする。P1 は、1985 年度から 1996 年度までの期間すべてのデータを用いている。P2 は、1987 年度データから用いている。残る 2 つは、P3 は 1988 年度以降データを、P4 は 1990 年度以降データを用いる。

#### 4. 将来予測

##### 4.1 予測

選択した 4 つのモデルを用いて、将来予測を行う。

人口要因として用いることが出来るデータは、移動人口と封鎖人口の 2 通りである。経済的要因は、我々が独自に設定する。単純化して、1 人当たり所得と時間当たり賃金率の今後の推移として、0%成長を基準に、プラス成長なら 2%、マイナス成長なら -2%を、現実におこりうる成長の水準と想定する。地域格差に関しては、1996 年の格差に対して、変化無しの場合、大きくなった場合、小さくなった場合の 3 通りを考える。

経済的要因の成長率を前述の 3 つの想定で与えた予測値を、移動人口と封鎖人口



のそれぞれの場合について見てみる。都道府県医療費を合計した全国値、すなわち国民医療費の規模でみると、すべてのモデルで経済的要因の成長率が高いほうが国民医療費支出の予測値が高くなっている。また、移動人口と封鎖人口それぞれによる予測値の推移は同様で、その差は大きくても3%前後封鎖人口のほうが多く予測されている程度である。

さて、各モデルでみていくと、まずP1とP2はそのレベルも推移もほぼ同じである。2010年度で約49兆円となっており、残り2つのモデルよりも低い。最も医療費を多く予測しているP3は56兆円であり、モデルごとの違いは小さい。2025年度では、最低のP1で82兆円、最高のP3で104兆円となり、違いが若干大きくなっている。

#### 4.2 予測値の解釈

予測値は、全国データのみで予測した値や、厚生省予測値に比較して、かなり低めである。このような値がでた原因を考えてみる。

予測誤差を見ると、その幅はそんなに大きくない。しかし、たとえば予測誤差の上限値である $+2\sigma$ の値をみると、そんなに低くない。特に、経済的要因を2%成長で伸ばした値は、2025年度で最低のP1の82兆円に対して96兆円となっており、これはP4よりも高い値となっている。また、P3の $+2\sigma$ は122兆円であり、厚生省の予測している141兆円に近くなっている。また、経済的要因を-2%成長にした場合には、 $-2\sigma$ の値は、マイナスの値をとることになる。予測誤差を考えると、90%の確率でこの予測の信頼域に落ちるわけなので、上限で考えても問題はないであろう。

続いて、経済的要因に対する医療費支出の反応が鈍くなっている可能性が考えられる。医療費と経済的要因の飛躍的な伸びが見られた時代のデータを含んだ予測と、含まない予測では、各要因に対する反応が異なる可能性が考えられる。そこで、全国値で、サンプル期間を変えて推計を行った。すると、特に時間当たり賃金に関する係数が、最近のデータでは小さくなっており、反応が鈍くなっていることがわかった。

最後に、国民医療費の何%ずつを各都道府県でわけあっているか、という視点から予測値を解釈する。1996年度では、最も大きな割合を占めているのは、東京都の%であり、基本的に人口規模により決定されている。そのため、2025年に至っても、その順位はそう大きくは変わらない。

## 5. まとめ

以上、都道府県別医療費の決定要因を考察し、具体的な将来予測シミュレーションを行ってきた。1人当たり医療費支出は、都道府県ダミーによってあらわされる固定的な格差と、人口要因、経済的要因、地域格差要因によって決定される。都道府県ごとの医療費支出の成長は一律でなく、今後、医療費総額の成長が相対的に高いのは埼玉、千葉、滋賀、沖縄であり、低いのは高知、島根、秋田である。

各年の都道府県別医療費を合計した値は、国民医療費の将来予測値になる。この値が国民医療費の将来予測値に比較して非常に低めとなっている。この原因がどこにあるのかを、より正確に確認する必要があるだろう。また、今後の課題として、所得要因と機会費用要因の成長の程度とこれから予想される税負担や社会保障負担の変動、可処分所得の変動の程度、移動するのがどの年齢層か、を予測する必要がある。人口移動や出生数についても、固定的でなく予測値に応じて変動するような設定があれば、より現実的な予測が出来るであろう。

## 参考文献

厚生省(1996)「平成8年版厚生白書」、pp. 433-434.

佐川和彦(1997)「住民の年齢構成と医療費に関する分析」『関東学院大学 経済系』第192集、pp. 131-139.

中西悟史、中山徳良(1998)「人口の年齢構成変化が健康ならびに医療支出に与える影響 一つのシミュレーション分析」『日本経済研究』No. 36、pp. 131-153.

西村周三(1997)「長期積立型医療保険制度の可能性について」『医療経済研究』vol. 4、pp. 13-34.

西村周三(1994)「医療費の将来見通しと医療保険の財源」『医療と社会』Vol. 3、No. 2、pp. 56-71.

Culyer, A. J. (1990) "Cost containment in Europe," *OECD Social Policy Studies Series*, No. 7, "Health care Systems in Transition: the Search for Efficiency," pp. 29-40.

Newhouse, J. P. (1977) "Medical-care expenditure: A cross-national survey,"

*The Journal of Human Resources*, 12(1), pp. 115-125.

Schieber, G. J., Poullier, J-P. (1990) "Overview of international comparisons of health care expenditures," *OECD Social Policy Studies Series*, No. 7, "Health care Systems in Transition: the Search for Efficiency," pp. 9-15.

Tokita, T., Chino, T., Kitaki, H., Yamamoto, I., Miyagi, M. (1997) "The present and future National Medical Expenditure in Japan," *THE KEIZAI BUNSEKI*, No. 152, September.

表1 医療費 関数…都道府県別クロスセクション推計

モデル 係数					FULL MODEL			
	P1	P2	P3	P4	P1f	P2f	P3f	P4f
a <sub>0</sub> (t-value)	-0.0090 (-.097)	-0.3731 (-3.006)	-0.1374 (-1.169)	0.2322 (1.668)	-0.1129 (-.623)	-0.3550 (-2.127)	-0.1416 (-.629)	0.3819 (1.142)
b <sub>0</sub> (t-value)	-1.2090 (-2.088)	-0.9201 (-1.674)	-1.7757 (-2.383)	-1.2283 (-1.951)	-1.0003 (-1.151)	-1.0493 (-1.352)	-1.8065 (-1.717)	-1.1088 (-1.218)
c <sub>0</sub> (t-value)	0.7710 (2.547)	2.8969 (6.130)	3.0945 (7.529)	-0.9209 (-1.687)	1.0583 (1.916)	2.8392 (4.909)	3.1266 (3.666)	-1.5867 (-885)
a <sub>1</sub> (t-value)	-0.0968 (-2.690)	0.0575 (1.413)			-0.0502 (-.787)	0.0552 (.921)	0.0191 (.204)	-0.0660 (-.573)
b <sub>1</sub> (t-value)			0.9825 (4.815)	0.3875 (6.511)	-0.1551 (-.631)	0.0181 (.081)	0.9163 (3.065)	0.4849 (1.760)
c <sub>1</sub> (t-value)	0.6594 (3.627)	-0.2325 (-1.068)	-0.7141 (-4.412)		0.5307 (2.397)	-0.2273 (-.942)	-0.7731 (-1.859)	0.2856 (.408)
a <sub>2</sub> (t-value)	0.2527 (4.505)	0.2451 (3.512)	0.1469 (1.993)	-0.0754 (-1.058)	0.2359 (2.372)	0.2448 (2.750)	0.1195 (1.104)	-0.0677 (-.744)
b <sub>2</sub> (t-value)	0.9144 (4.177)	0.6998 (3.202)		0.4589 (1.981)	1.0081 (3.459)	0.7072 (2.657)	0.1180 (.345)	0.3764 (1.244)
c <sub>2</sub> (t-value)	-1.5957 (-5.120)	-1.5323 (-4.628)	-0.8506 (-2.244)	0.4947 (1.459)	-1.5175 (-3.502)	-1.5156 (-3.879)	-0.7746 (-1.606)	0.3798 (.759)
a <sub>4</sub> (t-value)			0.1186 (2.5170)	0.0166 (.9348)	-0.0916 (-.6660)	-0.0625 (-.5088)	0.1137 (.7967)	0.1482 (1.2080)
b <sub>4</sub> (t-value)	0.4520 (2.641)		-0.7236 (-1.808)		0.7129 (1.393)	0.2907 (.629)	-0.7328 (-1.345)	-0.5026 (-1.114)
c <sub>4</sub> (t-value)		0.1774 (1.587)			0.3303 (.609)	0.3518 (.726)	0.0354 (.053)	-0.4615 (-.808)
a <sub>5</sub> (t-value)	-0.0382 (-1.498)	-0.1097 (-1.347)	0.2606 (1.839)	0.2471 (2.221)	-0.1139 (-.420)	-0.0592 (-.244)	0.1981 (.573)	0.1682 (.604)
b <sub>5</sub> (t-value)					0.0685 (.069)	-0.2582 (-.291)	0.2625 (.229)	0.4301 (.460)
c <sub>5</sub> (t-value)		0.5349 (1.165)	-1.5557 (-1.887)	-1.4692 (-2.233)	0.3873 (.444)	0.4203 (.540)	-1.4062 (-1.123)	-1.3524 (-1.317)
R <sup>2</sup>	0.9863	0.9861	0.9911	0.9929	0.9865	0.9861	0.9912	0.9930
Adjusted R <sup>2</sup>	0.9808	0.9803	0.9855	0.9884	0.9803	0.9797	0.9848	0.9879
Log likelihood	729.18	740.96	591.66	610.72	730.19	741.25	591.84	612.20

$$MEP_{it} = a_0 + b_0 * OLD_{it} + c_0 * YNG_{it} + (a_1 + b_1 * OLD_{it} + c_1 * YNG_{it}) * AVEW_{it} + (a_2 + b_2 * OLD_{it} + c_2 * YNG_{it}) * AVEW_{it} + \sum (a_3 * DUMMY_i) + (a_4 + b_4 * OLD_{it} + c_4 * YNG_{it}) * [(Y_{it} / AVEW_{it}) - 1] + (a_5 + b_5 * OLD_{it} + c_5 * YNG_{it}) * [(W_{it} / AVEW_{it}) - 1] + u_{it}$$

推計に際して、SHAZAMのols(weightオプション)を使用

表2 都道府県別クロスセクション推計…都道府県ダミー

	P1		P2		P3		P4	
	Estimated Coefficient	t-statistic	Estimated Coefficient	t-statistic	Estimated Coefficient	t-statistic	Estimated Coefficient	t-statistic
北海道	0.048	(10.820)	0.045	(9.474)	0.048	(8.611)	0.050	(10.970)
青森	0.018	(2.159)	0.022	(2.567)	0.007	(.559)	0.010	(1.115)
岩手	0.011	(1.155)	0.012	(1.270)	-0.020	(-1.430)	-0.006	(-.489)
宮城	-0.018	(-3.482)	-0.015	(-1.175)	-0.017	(-2.907)	-0.021	(-4.126)
秋田	0.014	(1.245)	0.011	(.922)	-0.031	(-1.956)	-0.004	(-.276)
山形	-0.022	(-1.758)	-0.020	(-1.523)	-0.071	(-3.773)	-0.046	(-2.939)
福島	-0.002	(-.233)	0.006	(.667)	-0.022	(-1.559)	-0.016	(-1.317)
茨城	-0.026	(-6.154)	-0.023	(-6.159)	-0.021	(-4.971)	-0.026	(-6.272)
栃木	-0.023	(-4.224)	-0.018	(-3.691)	-0.021	(-3.548)	-0.024	(-4.489)
群馬	-0.021	(-3.999)	-0.019	(-3.822)	-0.030	(-4.865)	-0.025	(-4.961)
埼玉	-0.033	(-3.536)	-0.035	(-3.536)	0.002	(.127)	-0.015	(-1.260)
千葉	-0.038	(-5.293)	-0.042	(-5.368)	-0.017	(-1.794)	-0.027	(-3.084)
東京都	-0.018	(-1.786)	-0.021	(-2.088)	-0.034	(-2.087)	-0.018	(-1.227)
神奈川県	-0.021	(-2.411)	-0.028	(-3.289)	-0.005	(-.391)	-0.011	(-1.063)
新潟	-0.014	(-1.537)	-0.011	(-1.124)	-0.045	(-3.436)	-0.028	(-2.492)
富山	0.012	(1.398)	0.012	(1.386)	-0.014	(-1.390)	0.005	(.551)
石川	0.023	(3.219)	0.025	(3.685)	0.012	(1.474)	0.020	(2.983)
福井	-0.003	(-.297)	0.001	(.087)	-0.026	(-1.961)	-0.014	(-1.237)
山梨	-0.021	(-2.398)	-0.019	(-2.190)	-0.046	(-4.163)	-0.034	(-3.582)
長野	-0.033	(-3.093)	-0.029	(-2.694)	-0.070	(-4.989)	-0.050	(-3.881)
岐阜	-0.017	(-3.248)	-0.014	(-2.982)	-0.022	(-3.617)	-0.020	(-3.955)
静岡県	-0.022	(-6.466)	-0.020	(-6.724)	-0.021	(-6.378)	-0.021	(-7.331)
愛知県	-0.007	(-1.225)	-0.006	(-1.021)	0.015	(1.893)	0.007	(1.078)
三重	-0.006	(-1.050)	-0.005	(-.991)	-0.020	(-3.060)	-0.013	(-2.365)
滋賀	-0.029	(-4.028)	-0.021	(-3.287)	-0.016	(-2.173)	-0.024	(-3.404)
京都	0.024	(5.862)	0.018	(5.084)	0.010	(2.422)	0.017	(4.452)
大阪	0.025	(3.658)	0.020	(2.875)	0.035	(3.722)	0.032	(3.755)
兵庫県	0.002	(.695)	-0.000	(-.147)	0.001	(.304)	-0.001	(-.255)
岡山	-0.002	(-.305)	-0.004	(-.810)	-0.000	(-.040)	-0.004	(-.903)
広島	0.016	(1.748)	0.009	(.968)	-0.031	(-2.366)	-0.011	(-1.036)
島根	0.004	(.320)	0.007	(.529)	-0.040	(-2.120)	-0.019	(-1.238)
山口	0.013	(.838)	0.009	(.537)	-0.061	(-2.516)	-0.022	(-1.093)
徳島	0.014	(1.891)	0.014	(1.783)	-0.012	(-1.227)	0.002	(.253)
香川	0.022	(4.635)	0.023	(5.048)	0.012	(2.155)	0.018	(3.743)
愛媛	0.028	(2.949)	0.025	(2.454)	-0.014	(-1.051)	0.011	(.947)
高知	0.043	(4.107)	0.040	(3.730)	0.001	(.049)	0.024	(1.993)
福岡	0.019	(2.085)	0.018	(1.903)	-0.013	(-1.092)	0.007	(.640)
佐賀	0.026	(2.722)	0.024	(2.392)	-0.013	(-.908)	0.008	(.701)
長崎	0.074	(5.541)	0.065	(4.700)	0.006	(.294)	0.043	(2.772)
熊本	0.046	(12.280)	0.044	(12.240)	0.041	(8.481)	0.041	(10.530)
大分	0.032	(2.753)	0.039	(3.225)	0.001	(.049)	0.011	(.743)
宮崎	0.053	(5.457)	0.056	(5.583)	0.020	(1.262)	0.031	(2.423)
鹿児島	0.035	(3.402)	0.038	(3.488)	-0.002	(-.139)	0.014	(1.026)
沖縄	0.022	(2.117)	0.021	(1.986)	-0.017	(-1.102)	0.004	(.317)
	0.020	(1.865)	0.024	(2.246)	-0.012	(-.716)	-0.004	(-.320)
	0.037	(2.838)	0.037	(2.698)	-0.024	(-1.057)	0.001	(.071)
	-0.010	(-.716)	0.017	(1.247)	0.023	(1.247)	-0.019	(-1.064)

図1 1人当たり医療費の推移

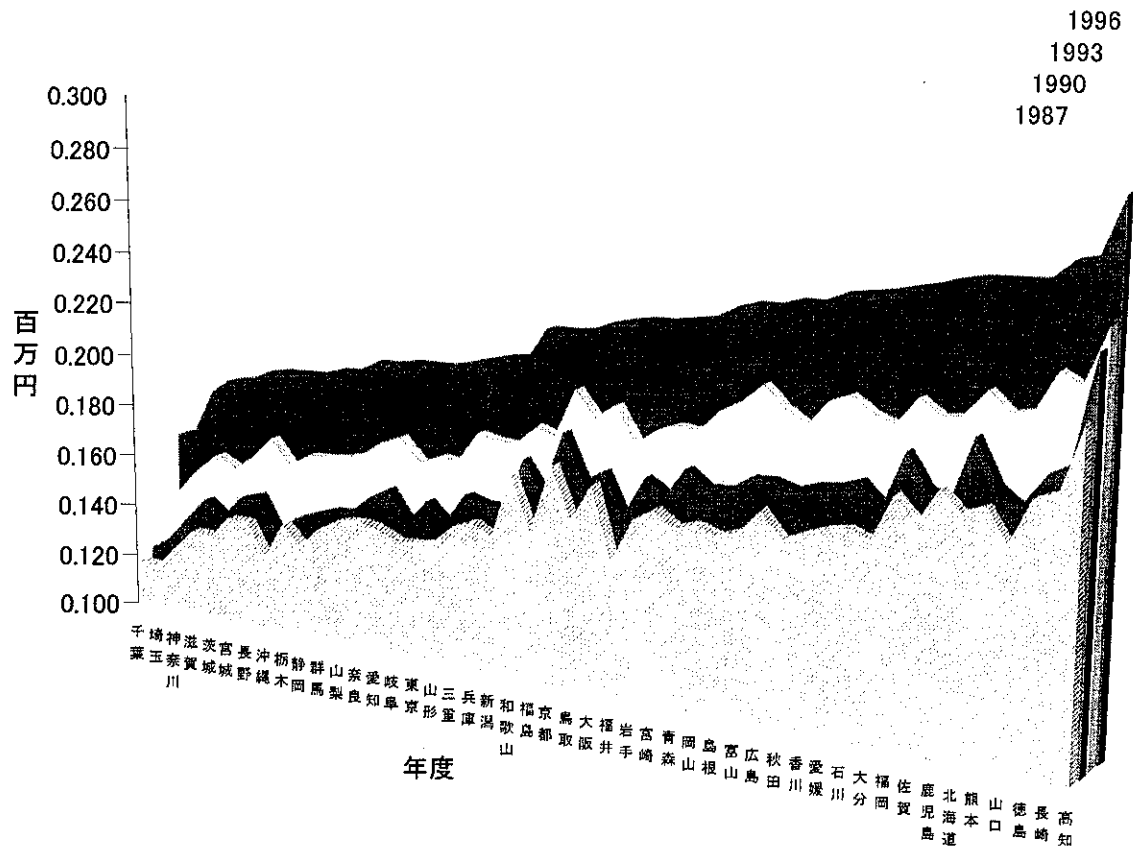


図2 高齢化比率(移動人口)

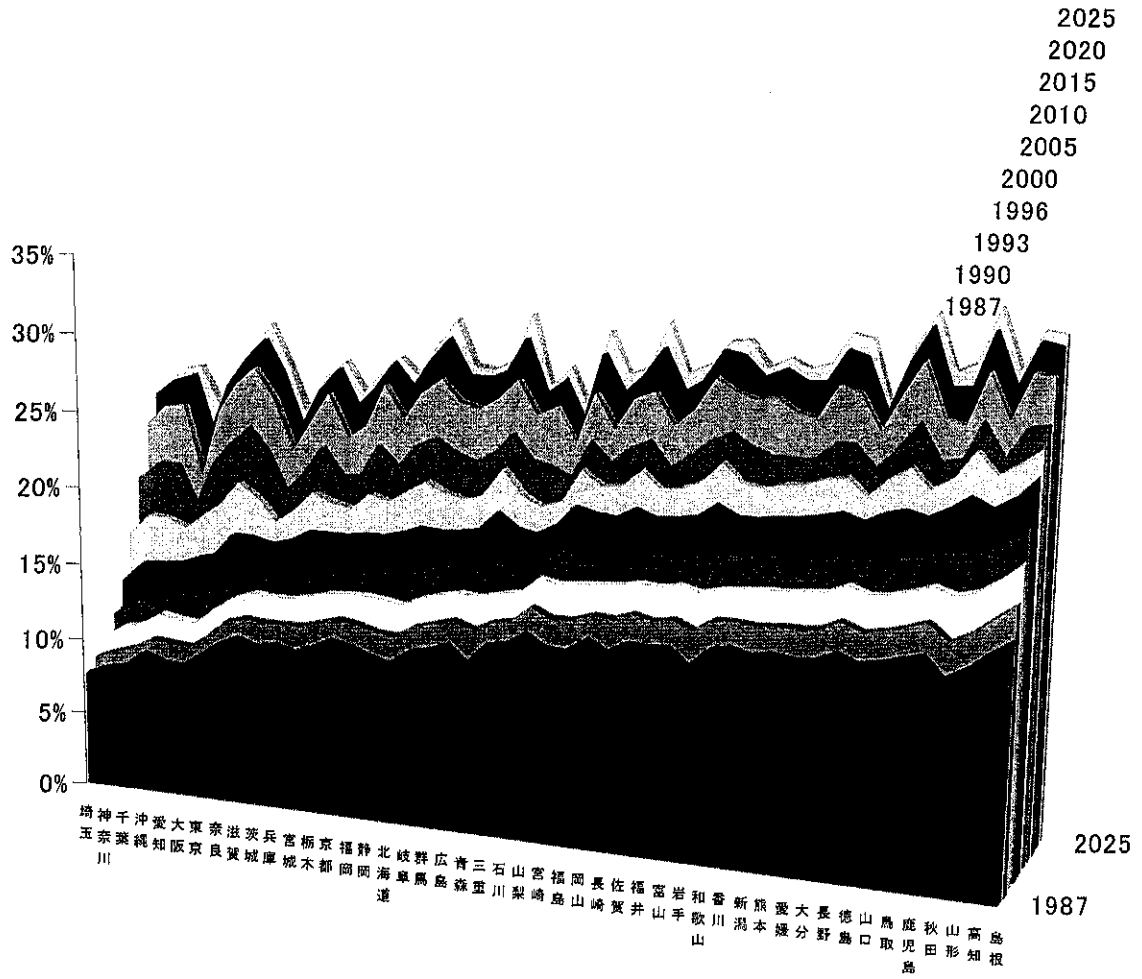






図4 1人当たり所得の地域格差指標の推移

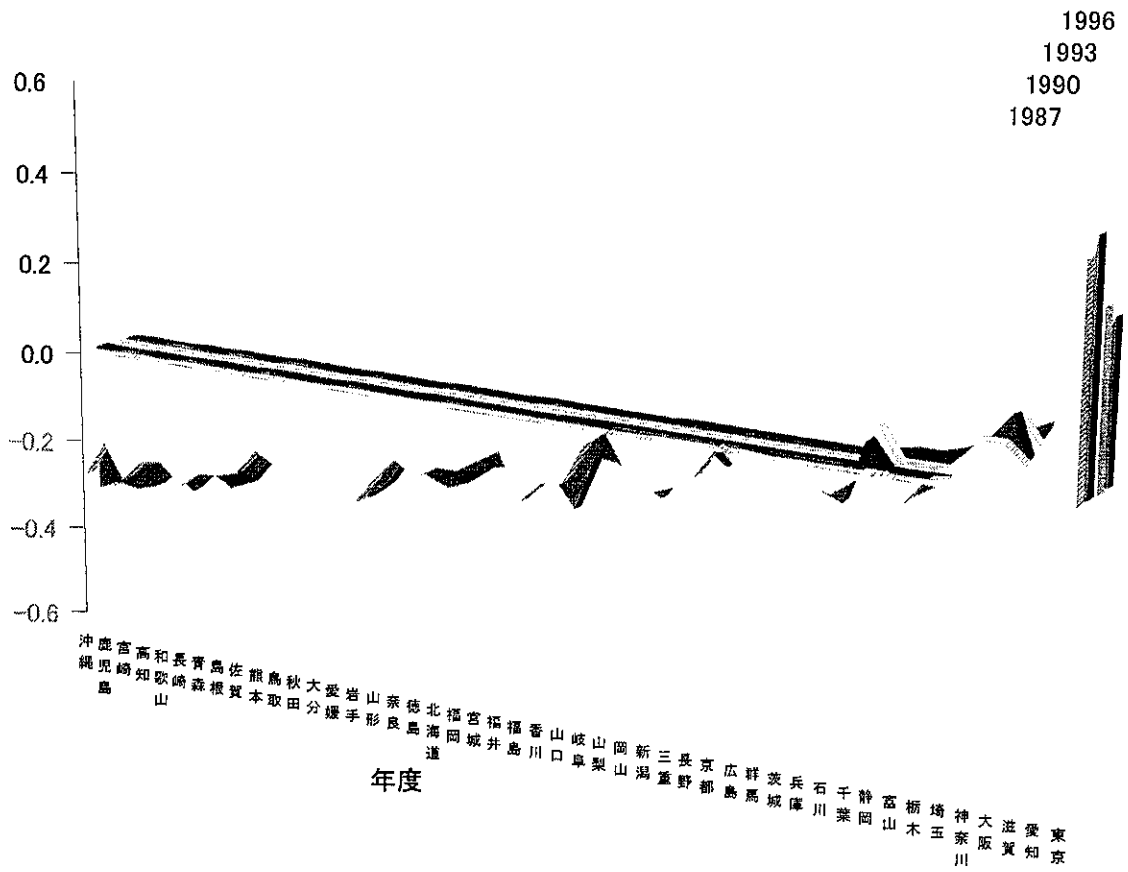


図5 時間当たり賃金の地域格差指標の推移

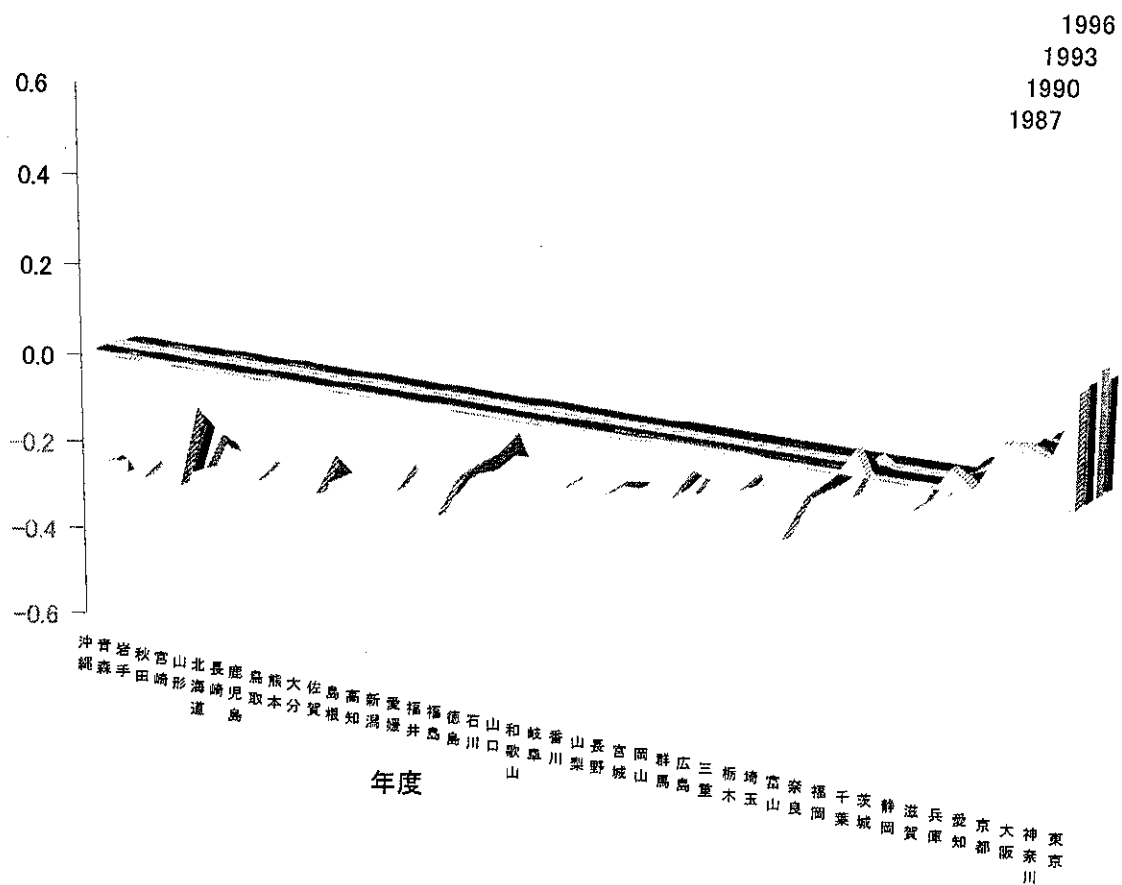


圖6-1 0%成長 移動人口

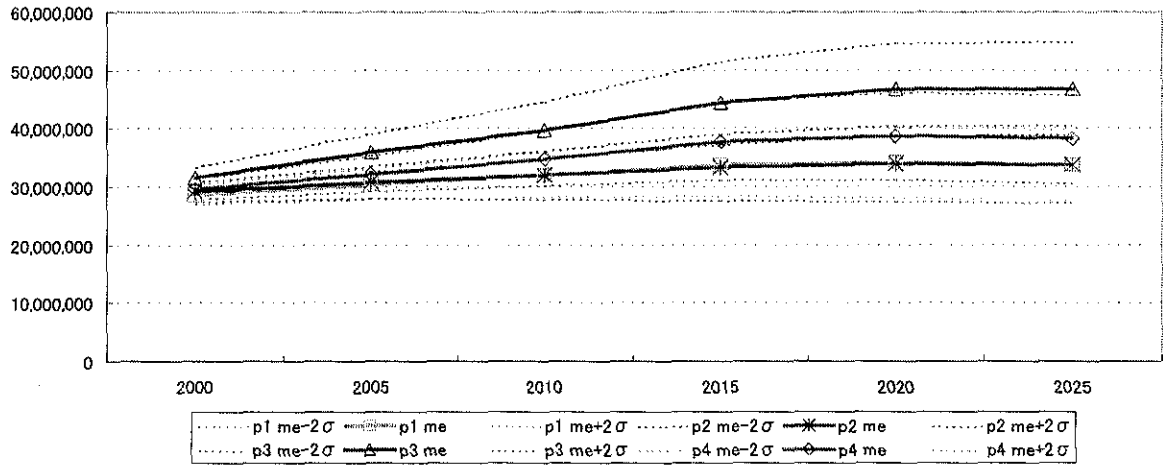


圖7-1 2%成長 移動人口

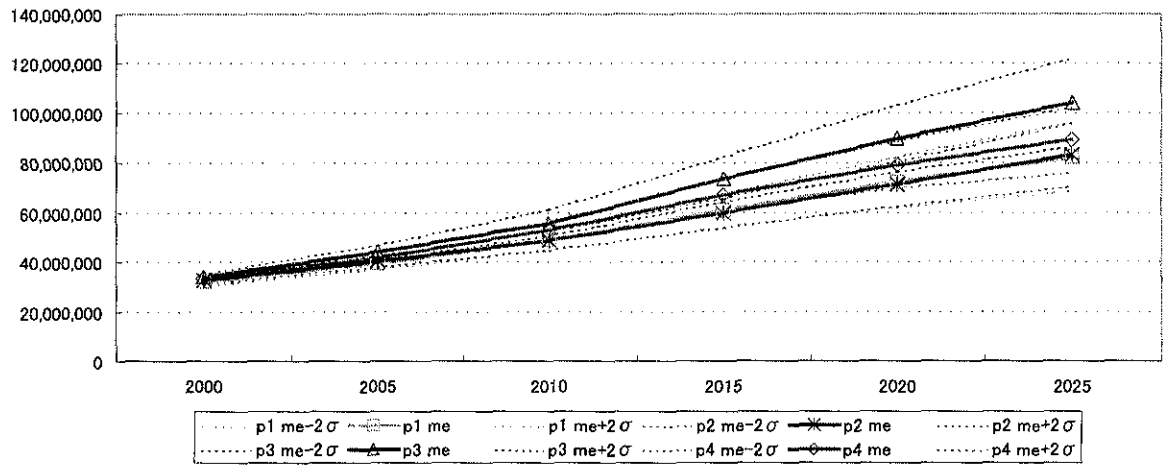


圖8-1 -2%成長 移動人口

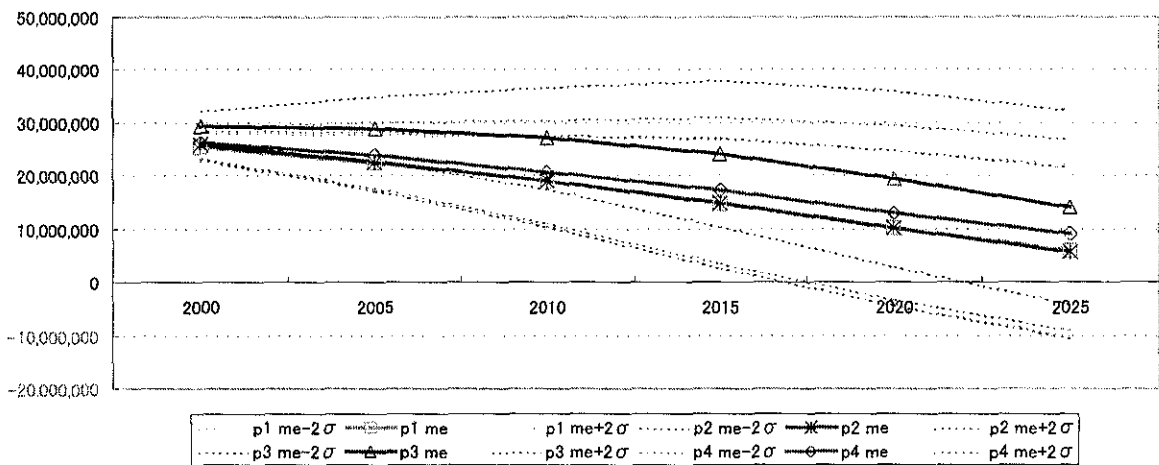


圖6-2 0%成長 封鎖人口

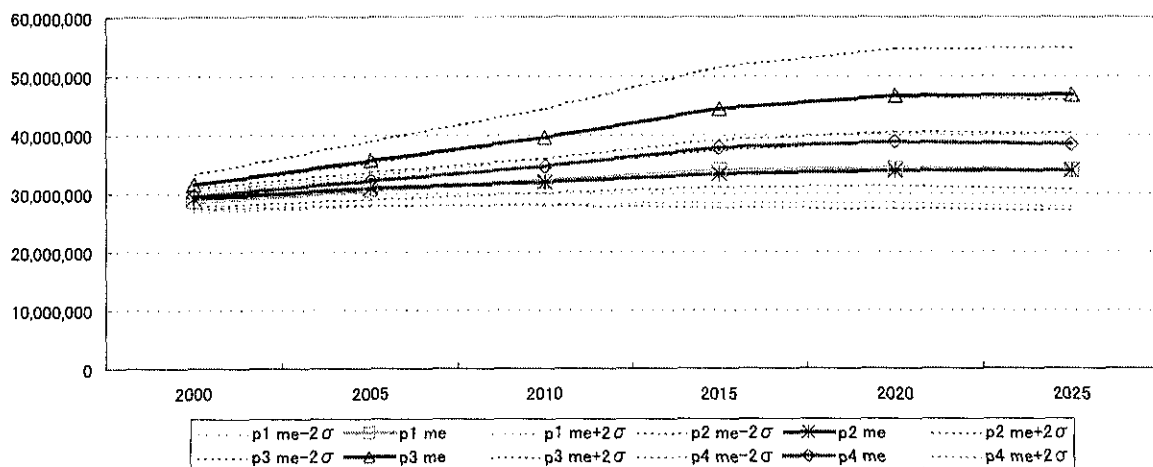


圖7-2 2%成長 封鎖人口

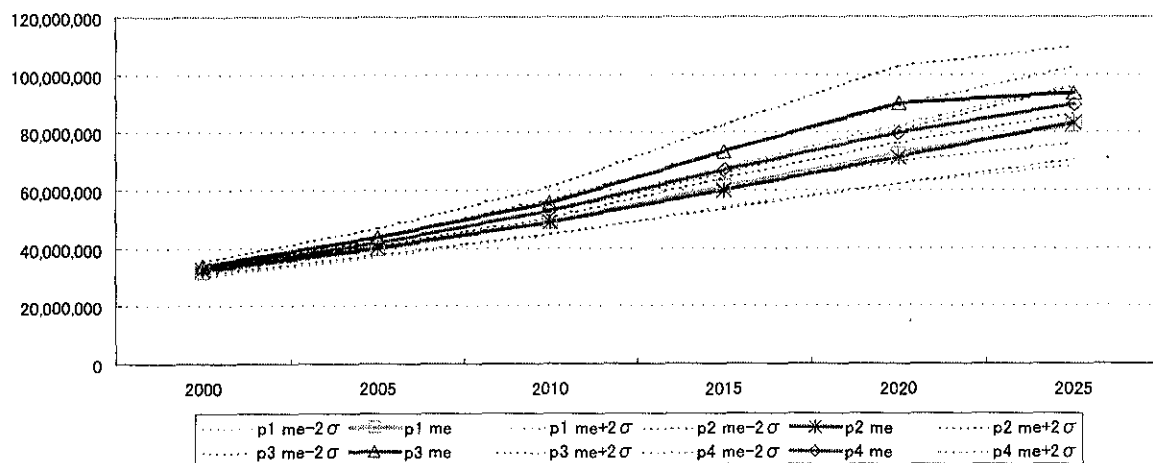


圖8-2 -2%成長 封鎖人口

