

行政視察報告書

1. 委員会または会派等

自由民主党議員団

2. 視察期間

平成28年11月16日 から 平成28年11月18日までの3日間

3. 視察先

- ① 総務省
- ② 栃木県佐野市
- ③ 国立社会保障・人口問題研究所

4. 視察項目

- ① マイナンバー（マイキー）活用について
- ② 健康診断受診率向上のための健診スタートブック事業について
- ③ 超高齢・人口減少社会において多様な生活者を支える医療保障の持続性を目指す実証的研究H27～H29年について
長寿化・高齢化の進展と健康構造の変化に関する人口学的研究について

5. 参加者

〔議員〕 徳永春男、今泉裕人、境 公司、田中正繁、
光田 茂、森 竜子、山口雅夫

〔同行〕 なし

〔随行〕 なし

6. 考察

別紙のとおり

以上のとおり、報告いたします。

平成28年11月28日

報告者 徳永春男

大牟田市議会議長 殿

①マイナンバー(マイキー)の活用について

説明者・猿渡知之総務省審議官

《マイキープラットフォーム構想とは》

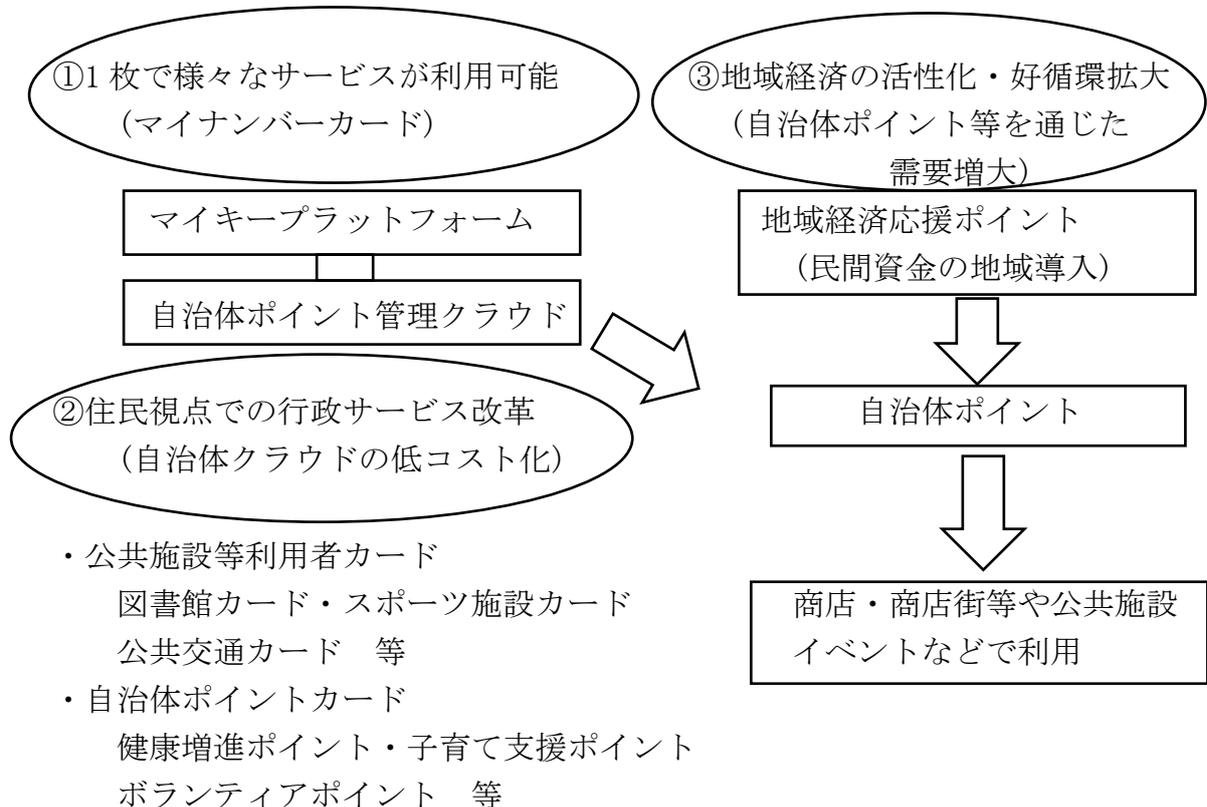
マイキーとは、マイナンバーカードの IC チップの空きスペースと公的認証の部分で、国や地方自治体といった公的機関だけでなく、民間でも活用できる部分を指し、マイナンバーを使わないものである。

マイキープラットフォームは、このマイキーを活用して、マイナンバーカードを公共施設商店街などに係る各種サービスを呼び出す共通の手段とするための共通情報基盤である。これを利用して行政の効率化や地域経済の活性化につながる具体的な道筋を明らかにするものである。また、マイキープラットフォーム構想は、以下の留意点を前提とする。

1. マイナンバー法で規定された、税・社会保障・災害にしか使えないマイナンバーの部分とは無関係であること。
2. マイキーID は、希望する者が自ら作成できるものとする。
3. マイナンバーカードやマイキープラットフォームには、図書の貸出し履歴や物品の購入履歴等の情報は保有できないこと。
4. マイキーの行政窓口や店頭での活用においては、カードリーダーを利用し、行政職員や店員等にはカードを手渡すことはないこと。

1. マイキープラットフォームによる地域活性化方策

～民間利用が可能な電子証明書(マイキー)を活用～



総務省と経済産業省の中小企業庁が連携して、事業を行っていく。

たまったクレジットカード等のポイントを地域で活用するとしているが、そのポイントの年間発行推計は、クレジットカードで 2,090 億円、航空会社主要 2 社で 595 億円といわれている。

2. マイキープラットフォームの活用

～住民の地域活動や消費との関係～

- ①マイナンバーカードの取得 ⇒ マイキーID の登録 ⇒ サービス ID の登録
 - ・マイナンバーカード一枚で、図書館等の公共施設や商店街などで活用
- ②住民活動への参加 ⇒ 自治体ポイントの付与 ⇒ カードでポイントの活用
 - ・住民活動とは、介護ボランティア・救命講習 など様々
 - ・自治体ポイントの用途は自治体が定める
 - ・自治体ポイントはクラウドの共通システムで管理するため経費の大幅減
- ③クレジットカードやマイルのポイントを地域経済応援ポイントに移行
 - ・地域経済応援ポイントを自治体ポイントに合算

自治体ポイントの財源は、一般財源による行政ポイントと地域経済応援ポイント

3. 地域経済応援ポイント導入による好循環拡大プロジェクトの効果例(想定)

- ①地域商店街等での好循環の強化
 - ・クレジットカード等のポイントが地域の商店街などで使える
 - ・商店街のカード発行コストが不要になる
 - ・地方のポイントも東京で使える
 - ・東京の人も地方で使える
- ②地方への新たな民間資金の導入
 - ・ポイントで社会貢献
 - ・地方の祭りでもポイントで魅力向上
 - ・ふるさとにポイントで貢献
- ③公共施設等の活性化
 - ・ID カードのある施設では、マイナンバーカード 1 枚で図書館等の利用が可能
 - ・利用料のある公共施設等もポイントで地域の文化を満喫
 - ・公立病院の診察券等についても対応可能

4. マイナンバーカードの活用による新たな地域経済活性化手法例 その1

- ①地域経済応援ポイントを商店街等の既存ポイントと合算できる
 - ・地域の商店街等での購買力の増大へ
 - ・ポイント券を活用しても移行できる
- ②商店街会員でない人でも地域経済応援ポイントでお買い物できる
- ③商店街会員カードの代わりにマイナンバーカードでお買い物ができる
- ④祭りなどのイベントや観光振興施策などの一環として経済対策に活用する
 - ・期限付きポイント券の活用などにより集中的な効果が期待できる

5. マイナンバーカードの活用による新たな地域経済活性化手法例 その2

- ①観光プレミアムポイント都道府県連携方式(素案)
 - ・個人のポイントを観光先の自治体ポイント券で発行する
 - ・発行時に都道府県などの支援により、プレミアムポイントを上乘せする
 - ・利用した場合に、個別のポイント対応店の口座へ振り込む
- ②特別イベントを支援する場合(素案)
 - ・全国の高校・大学の卒業生が学校所在地の自治体ポイントに移行する
 - ・自治体から所在する学校のイベントや同窓会への支援等に使う
 - ・地方の小中学校の廃校再生プロジェクトなどにも活用する
- ③自治体提携商店方式(素案)
 - ・地方の自治体の特産物等を扱う都内などの商店で、その自治体ポイントに移行して使える
 - ・提携先の自治体による追加ポイントの支援を検討
- ④都道府県内図書館等協同利用方式(素案)
 - ・マイキーのIDを利用して、広域の図書館で利用できる

6. 全国実証事業への参加検討パターン例(参考)

- ①商店街ポイント先行型
- ②自治体ポイント先行型
- ③新規総合的導入型
- ④都道府県調整型
- ⑤公共交通機関カードとの連携型
- ⑥応援ポイント主導モデルの構築
- ⑦中小企業庁の商店街振興策との連携
- ⑧全国移住ナビ等との連携

上記の内容で実証事業への参加自治体を募っている

7. 自治体ポイントナビ(素案)

総務省の全国移住ナビのホームページのリンクに自治体ポイントナビを張り付けて、参加する自治体とその内容を紹介するようにしている

- ①自治体ポイントが使える商店街・商店の詳細情報
- ②自治体ポイントのキャンペーン・イベントの詳細情報
- ③自治体ポイントが使える博物館・美術館・動物園等の詳細情報

8. マイキープラットフォームによる地域活性化方策準備スケジュール

- ①マイキープラットフォームによる地域活性化方策検討会で仕様の検討
 - ・一枚で様々なサービス利用を可能に
 - ②地域経済応援ポイント仕様検討会議
 - ・民間資金を地域に導入する仕組み
 - ③自治体ポイント管理クラウド等仕様検討会議
 - ・クラウド化による大幅な自治体コスト削減
- 全国実証を経て H29 年度中にも本格運用へ

9. 考察

マイナンバー(マイキー)の活用について

平成 28 年 5 月以降の政府の閣議決定において、骨太の方針、成長戦略、IT 国家創造宣言、まち・ひと・しごと創生基本方針のいずれにも、マイナンバーカードを活用した自治体と商店街等とのサービス連携等による地域活性化を検討する内容が盛り込まれている。総務省は、マイナンバーカードの普及率向上と IC チップの空き部分の有効利用促進の為に事業を検討しており、経済産業省は、クレジットカードやマイルなどでたまったポイント(最小でも年間発行推計 2,700 億円分)を地域商店街・商店の購買力増等地域の活力につながる事業として検討してある。

この事業を地域再生のチャンスとして捉えるならば、本市でも、各商店や商店街のポイントの共通化や、プレミアム商品券での利用など有効に利用できる方法は考えられる。また、柳川市や玉名市は、既存のポイントシステムと自治体ポイント管理クラウドの連携について興味を示しているし、健康マイレージ事業との連携を検討している自治体もある。本市は有明定住自立圏の中心市として、図書館の相互利用や公共施設の利用カード等にマイナンバーカードを利用するなど、できることからでも検討すべきだと考える。

前回の総務省の地方創生における地域力創造の考え方についての視察と同様に、これからのまちづくりは、国の進める施策の情報を早くつかみ、内容を精査し、実施すべきものは国と協力して早く取り組むことが必要であると考え。前にも述べたが、行政が税金を使うコストなのか、地域づくりの原動力となり引っ張っていくエンジンなのか、そして、自治体職員の発想の転換とセンスが問われるものとなる。

②栃木県佐野市

健康診断受診率向上のための健診スタートブック事業について

1. これまでの経過

佐野市は、人口12万683人、5万87世帯で高齢化率24%。自然環境に恵まれた中山間地域と住宅や産業基盤が集積する都市的地域と農業から成っている。

特別養護老人ホームは、15カ所、総定員589人、高齢者向けグループホーム19カ所、198人で介護保険料は5,763円（年額69,100円）。

特定健診の受診率は、平成25年度が21.1%、26年度20.1%、27年度21.0%。

このうち27年度は個別健診が1,634人、集団健診2,832人、人間ドッグ833人となっている。

これを栃木県下でみると、14市中、25年度、26年度とも最下位。受診率1位は大田原市で25年度が48.7%、26年度は50%となっており、県平均の25年度が30.7%、26年度31.9%と比較しても大きな差が生じている。

また、がん検診受診率は27年度が平均21.2%。種類別では、胃がん12.0%、子宮がん19.7%、肺がん24.1%、乳がん22.4%、大腸がん24.9%、前立腺がん24.3%。

これらのことから、受診率アップを図るため、平成28年度より健康スタートブック事業をスタートさせた。

本市においても特定健診受診率は25年度30.1%、26年度30.3%、27年度31.2%とほぼ横ばいで推移。

高齢化率が上がるなか、高齢になっても元気で生き生きと暮らせるまちづくりを目指していくうえで、健康寿命の延伸は重要な課題であることから、予防医療・介護に主点をおき取り組まれている健康スタートブック事業について視察を通じ学んだ。

2. 事業概要

佐野市では、広報紙での特集やホームページへの掲載、ケーブルテレビでの放映などで特定健診などの啓発を行ってきたが、市民意識の改革までには至らず受診率アップにはつながらなかった。このため「がん検診受診券」、「特定健診受診券（国保のみ）」、「歯周疾患検診受診券（該当者のみ）」、「がん検診無料クーポン券（該当者のみ）」を一冊にまとめた「健診スタートブック」を作成した。

①予算

一般会計	がん検診業務委託料	11,092千円
特別会計	特定健診業務委託料	2,949千円
合計		14,041千円

②健診スタートブック等作成状況

1. 健診スタートブック作成部数 80,009冊、発送数87,028冊
2. 健診案内作成部数 50,000冊、発送数47,876冊（世帯）

③再発行状況 1,111冊

内訳：65～69歳 175冊、70～74歳 157冊、
75～79歳 142冊

④郵送料 47,876通（世帯）5,451,759円、1通当たり約114円

3. 考察

これまで、はがきサイズで特定健診やがん検診の案内通知や受診券など送付していたものを一元化し、サイズもA4と目立たせて、なくさないように工夫している。

このため、送料は前年度比で1割ほど高くなったものの、カラー印刷にしたほか、文字を大きくし説明文や地図、医療機関の一覧表などもわかりやすく掲載することができるようになったというメリットも大きい。

また、これまで電話のみでの予約であったがFAXでの受け付けも可能となり、申し込み数が増加した。

仕事に行く前に受診できる早起き検診や早朝検診などもあわせて実施されており、健診スタートブック事業そのものの効果はまだ数値としては出ていないが、長期的にみると受診率アップにつながっていくものと期待される。

ちなみに佐野市が参考とされた栃木市では、平成26年度からA4版の冊子に変更されており効果として、以前に比べ特定検診で2.9%アップしている。がん検診についても、6つのがん検診受診率は平均で3.2%増えている。

受診率1位の大田原市は、推進委員も積極的に活動されており、さまざまな観点からの取り組み、工夫が必要であると感じた。

本市においても、健康いきいきマイレージ事業が本年10月よりスタートし、予防医療・介護に取り組まれているが、これらの事業の充実にあわせ、特定健診やがん検診の受診率アップに取り組むことによって、相乗効果を生み出していかなければならないと考える。

③国立社会保障・人口問題研究所

テーマ「超高齢・人口減少社会において多様な生活者を支える医療保障の持続性を目指す実証的研究H27～H29年について」

講師 部長 泉田信行

《社会背景及び社人研の存在意義》

2016年2月26日、総務省統計局は平成27年国勢調査の人口速報集計結果を発表し、1920年の国勢調査開始以来、初めて減少となったことが分かった。

今後、急速に人口が増加することはないことが予測されており、日本は本格的に人口減少社会に突入した。

世間に衝撃を与えた増田レポートにより「地方消滅」という言葉がマスメディアでも取り上げられるようになったが、人口予測は政治や経済の予測よりも精度が高いといわれており国立社会保障・人口問題研究所では人口の増減が社会へ与える影響について先進的な研究を行なっている。関係省庁より研究費が与えられており、各自治体と連携し制度設計や制度の持続性を検証すると共に、社会保障関連事業の底上げを図っている。

なお、今回の報告書において進行中の数値化されたデータなど公開できない研究内容を含むものが一部あり、概要をもって報告とする。

《沿革》

人口問題研究所	1939.8	厚生省人口問題研究所設立
	1940.4	「人口問題研究」刊行開始
	1940.5	わが国初の全国将来人口推計発表
	1942.11	厚生省研究所に統合、厚生省研究所人口民族部となる
	1946.5	厚生省人口問題研究所となる
社会保障研究所	1962.8	社会保障制度審議会が研究機関の設置を勧告
	1965.1	社会保障研究所設置
	1965.7	「季刊社会保障研究」刊行開始
	1968.2	「海外社会保障情報」刊行開始
	1984.8	社会保障給付費の推計開始
国立社会保障・人口問題研究所	1996.12	厚生省人口問題研究所と社会保障研究所を統合
	2014.8	人口問題研究所創立75周年
	2015.1	社会保障研究所創設50周年
	2016.12	国立社会保障・人口問題研究所創立20周年

《本研究の目的及び区分分け》

低所得者や障害を持つ者等の多様な生活者に支払い可能な保険料であり、所得の多寡によらず医学的に必要な医療アクセスが保障され、財政的に持続可能な公的医療保険制度や医療保険者のあり方について、実証研究の上で政策提言を行うこと。

主に以下に示す3つの大きな区分から成る。

1. 保険者及び保険者を取り巻く要因に関する研究
2. 医療アクセスと所得格差に関する研究
3. 医療費の長期間持続の要因解明及び長期間持続の影響の研究

☆1. 国保保険者の在り方について

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が平成 27 年 5 月 27 日に成立したが、この法律は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講じるものである。

この法律の成立により、国民健康保険においては、平成 30 年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うことで、制度の安定化を目指さなければならない。

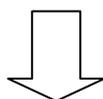
改革の方向性		
1. 運営のあり方 (総論)	都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）

4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 市町村ごとの標準保険料率を 算定・公表	・標準保険料率等を参考に保 険料率を決定 ・個々の事情に応じた賦課・ 徴収
5. 保険給付	・給付に必要な費用を、全額、 市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点 検	・保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負 担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・ 支援	・被保険者の特性に応じた きめ細かい保健事業を実施 (データヘルス事業等)

都道府県は県内の医療費を推計し、その保険給付費に充てるための国保事業費納付金の額を決定し、各市町村に通知する。市町村では、その額を国保料（税）として被保険者から徴収し、都道府県へ納付することになるが、この際、都道府県では市町村ごとの標準保険料率を算定・公表する。平成 30 年度からの国保料率・額については、この標準保険料率を参考として決められることとなる。

事務費にかかる経済学的研究では、国保被保険者（市区）の効率的な規模は・・・

{ 少なく見積もると、53,000 人～114,000 人
 { 多く見積もると、123,000 人～216,000 人



人口減少により効率的な規模を割り込む可能性が各都道府県単位でも出てくる。都道府県別の将来推計人口（2010 年及び 2040 年比較）を見れば北海道、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、兵庫県、福岡県などの人口が多い都道府県でも 30 年間で平均して 500 万人近く減少する予測が立っている。

その中で 2010 年及び 2040 年の都道府県別の国保加入者数推計値を見ると、2010 年の国保加入率のままと仮定したとしても、2040 年には島根県全体で 114,000 人を割り込むと予想され、効率規模を上記で上げた「多く見積もった」場合の数値を 9 県が割り込む可能性がある。

☆2.医療費の制度間格差

医療費の制度間格差は若年層でも存在し、一つの可能性として健保から国保への移動が上げられる。この背景には、健康の毀損により正社員でなくなることにより国保へ切り替えたり、就職先（転職先）の雇用形態で社会保険等が未整備ということも業界によってはいまだに存在することが上げられる。

そこで、今回の研究においては「健保から国保への移動者数はどの程度の規模か」、「健康を毀損した移動者数の医療費はどの程度国保の医療費に影響を与えて

いるのか」を、ある自治体のレセプトデータを元に分析したところ、制度別一人当たりの年間医療費（75歳未満、2012年度）において0～4歳児までは協会けんぽ、組合健保、共済組合、市町村国保、国保組合それぞれ年間約20万円ほどであることが分かる。

これが5～44歳までが年間約10万円をそれぞれの制度がほぼ同率で推移している中で、市町村国保においては25歳から年間医療費が他の制度よりも約5万円高くなる傾向にある。これは年齢を重ねるにつれ約10万円高い傾向を維持しているが60～64歳にかけてはその差が小さくなり始め、65～69歳の間では年間医療費としては一番高いものの、次に高い国保組合と2万円ほどにまでなり、70～74歳では一転して協会けんぽが最も高くなった。

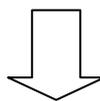
全体の金額の流れでは45歳からどの制度も明確に医療費が高くなりだし、10万円以下であった（国保は除く）44歳と70～74歳では約40万円の差が生じた。ただしこれは言うまでもなく年齢を重ねるにつれ健康に影響が出るという生物学的上当然の流れではある。

そこで、加入時に3万円以上の医療費を3ヶ月使った移動者の加入継続割合（30～39歳）の層を分析したところ、およそ4割は社会保険へと戻るが高医療費を使用する6割は国保に留まる傾向があることから、高医療費の移動者は国保に残存する割合が高い一方で（40～49歳）までの層は高医療費と低医療費で国保残存割合に差は無いことが把握できた。

☆3.死亡前における医療需要に関する分析

ある市から提供されたレセプトデータ（平成22～24年度の65歳以上 死亡者897人）と所得のデータを用いて終末期の医療費にどのような影響を与えているのか、死亡前12ヶ月の医療費の実態を検証すると・・・

- ・所得階層別に4つの分類に分け終末医療費の推移を比較すると、月に4万円以内でおさまっていた医療費が、どの階層も死亡4ヶ月前から急激に高くなっていることが把握でき、所得と医療費の相関性は無いように考えられる。
- ・最も所得が高い階層、最も所得が低い階層のそれぞれの1日当たりの月別医療費（平均値・中央値）を比較すると最も所得が高い階層の方が高いことが分かった。



このことから、所得が終末期の医療費にほとんど影響しないことが分かるが、要因として国民皆保険制度と高額医療制度の存在や高所得者は終末期には介護サービスを潤沢に利用していることなども予想される。

《考察》

人口減少が自治体に与える影響は非常に大きく、産業構造の後退的变化、都市の空洞化、空き地・空家の発生、社会保障の崩壊など枚挙に暇がない。各自治体は増田レポートの発表以降、本格的に人口「増」や「維持」を目標に掲げ様々な施策を展開している。

本市も昨年の国勢調査で人口数や高齢率などの発表があったが、年々高齢化が進んでおり、今回の視察テーマは本市の現状と、将来に向けた取り組みを検証する上で大変有意義な内容であったこととともに、社人研が国の配下にある研究機関の為に潤沢な研究予算を確保していることから、今後本市の実情に寄り添った研究が「共同」できうることも大きな収穫であろう。

社会保障の中でも重要な位置付けである医療保障に人口減少化が影響を与えことは現実問題として起こりうるが、本来は、いついかなる場合にもある一定のサービスを提供するのが「社会」が「保障」しているものであり、この影響を盾にして制度の改悪を行うことは、本来ならば道理に合わないと考えられる。しかし、社人研の存在意義として上げられる「政策議論の基礎となるエビデンスの着実な提供」と「社会保障・人口問題に関する科学的かつレベルの高い実践」は、上記のようなことを低減させるためや、制度の創設・改正の際に最善の方法を探り出すことであるとも考えられる。社人研の将来人口予測のデータが今年度策定された本市の「まちづくり総合プラン」の大きく寄与したことから今後、現在よりも「経済人口学」や「社会人口学」の視点に立ち、官と学の連携研究からも、まちづくりの活性化を図っていく必要性があるということを強く感じた視察内容であった。

③国立社会保障・人口問題研究所

テーマ「長寿化・行程化の進展と健康構造の変化に関する人口学的研究」

講師 情報調査分析部第2室長 別府 志海

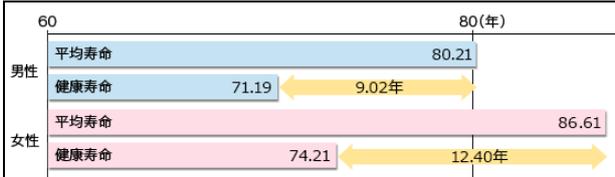
1. 視察の目的

世界保健統計 2016 によると、世界一の長寿国は前年同様、日本で男女平均寿命が 83.7 歳（男性 80.5 歳、女性 86.8 歳）だった。

一方で、こうした平均寿命の延伸が健康寿命との差において拡大すれば、医療費や介護給付費が増大することになる。対策として、疾病予防と健康増進、介護予防などによって、平均寿命と健康寿命の差を短縮に努め、個人の生活の質の低下を防ぎ、社会保障負担の軽減も期待できる。

健康寿命は「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義され、平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「健康ではない期間」を意味する。2013 年において、この差は男性 9.02 年、女性 12.40 年だった。

今後、平均寿命が延びてこの差が拡大すれば、健康上の問題だけではなく、医療費や介護費の増加による家計へのさらなる影響も懸念されます。健康に配慮する一方で、こうした期間に対する備えも重要になります。



このような観点から、長寿化による健康問題が様々な社会的影響（医療費や介護費）がどのように発生するか注目した。

グラフ-1 平均寿命と健康寿命の差：2013年

2. 視察課題：長寿化・行程化の進展と健康構造の変化に関する人口学的研究に対する説明

情報調査分析部第2室長 別府 志海氏の説明を以下に示す。

(1) 研究の目的

・日本では死亡率が低いなか、どのような健康状態で生存するかが国民の関心事であり、死亡率の低下に伴い不健康状態は短縮するとともに伸長するともいわれ、不健康状態は傷病によって「生存の質」が異なっている。この生存の質を定量的に試みる研究課程の説明がされた。

ここで、世界一の長寿国の説明を受ける P5、1935 年代～2015 年代ごとの寿命の伸びと死亡率の変化の説明を受けた。P6

(2) 「健康」とは

健康とは、単に病気または虚弱でないのみならず、肉体的、精神的、社会的に、全てが良好な状態（WHO）と定義づけられているが、この定義を用いて国民全体の健康度を測定することは困難とされる。

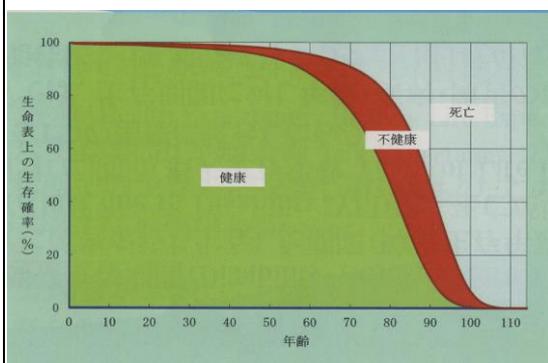
健康状態として利用される調査項目は以下である。

①主観的健康度→インタビュー形式、②身体的動作→身の回りがどれくらい自立しているか、③疾病の有無、④障害の有無・程度 等

日本の「健康政策」の推移をみると第1次国民健康づくり対策（1978年）～第4次国民健康づくり対策（健康日本21（第2次））（2013年）として継続した政策が行われており、健康寿命の目標として、①日常生活に制限のない期間の生活、

②自分が健康であると自覚している機関の平均③日常生活動作が自立している期間の平均、④要介護2～5を不健康と定義。

国民全体の健康度を測定する指標は、生存期間から不健康状態での生存期間を差し引いたものであるが、この不健康状態には様々な定義がある。健康寿命の算出には健康生命表があるが、健康と不健康の境界が難しいとされる。



グラフ-2 健康生命表の概念図

(3) 本研究の概要

健康の調査データとして、健康構造を示す統計として厚生労働省「国民生活基礎調査」

が用いられるが、入院者・介護施設入所者は対象外となっている。

健康期間・受療機関の定義を下記に示す。

- ・平均健康期間：入院も通院もしていない平均年数
- ・平均通院期間：通院している平均年数

①年齢別通院率の推移

- ・2001年と2013年のデータ比較では、高齢になるほど通院率が上昇している。

ただし、通院率は80歳以上になると低下傾向になり、高齢層では、通院しない人が長生きしやすいことが示唆される。

・男女とも、平均余命及び平均通院期間はいずれの年齢においても伸長する一方、通院なしの期間は男女とも逆に短縮。

②主観的健康度別にみた通院期間、通院なし期間より

・健康度別にみると、通院の有無にかかわらず健康度「ふつう」の期間が最長。通院ありでは「ふつう」、「あまりよくない」期間が伸長。通院なしでは「よい」の期間が短縮している。

③通勤期間に占める傷病別割合（65歳時）より

・平均通院期間を傷病別にみると、主に高血圧症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、腰痛症が多い。

・特に高血圧症は「よい」、「まあよい」でも、男女とも通院期間に占める割合が長い。

逆に狭心症、心筋梗塞、その他の循環器系の病気、腰痛症、悪性新生物は、健康度が悪い方が通勤期間は長い。

・40～80歳頃までは、年齢が上昇すると通院率も上昇するも80歳以上では高年齢ほど通院率は低下。

また、超高年齢では（入院）通院しない人が多い。

3. 考察

ここでは、超寿命化に伴う高齢化の進展と健康構造の変化を厚生労働省『国民生活基礎調査（社会福祉施設および入院患者は除外）』より主観的健康度、身体的動作について調査結果報告を受けた。

医療水準の発達や衛生管理の充実により、乳幼児や若年層の死亡率が低下し、平均寿命の延伸に大きく貢献してきた。その結果、日本は平均寿命大国となり男女平均の平均寿命は世界一である。一方、ここ近年において、健康寿命が注目されてきており健康寿命と平均寿命の較差の短縮が社会的影響（医療費や介護費）を左右する重要案件となっている。

健康の定義も様々でその機関によっても、個人の物さしによっても異なり国民全体の健康度を細かく測定することは困難とされるが、幾つかの定義付けにより健康

寿命が数値化される中で、今回の主観的健康度と身体的動作の認識については、一定の疾患であっても日常生活に困らなければ健康と認識し疾患の程度によって個人差があることが今回の視察で理解できた。

健康と認識している人でも何らかの疾患をもって通院しており、年々増加傾向にある。これは、医療機関にかかりながらも健康と認識し、延命に寄与していることはいうまでもない。

高齢層では、通院していない人が長生きしており真の健康寿命といえる。

今後、健康寿命の延伸については、医者にかかることなく日頃の健康管理を各自が認識し、真の健康寿命を作り出すことが各自の社会貢献と考える。