

POSTER PRESENTATION

Open Access

Descriptive analysis of service use covered by long-term care insurance in Japan - based on population-based claims data

Nanako Tamiya^{1*}, Masayo Kashiwagi², Hideto Takahashi^{3,1}, Haruko Noguchi⁴

From Health Services Research: Evidence-based practice
London, UK. 1-3 July 2014

Background

Japan has the population with the highest proportion of aged people in the world and it rapidly continues to grow due to long life expectancy and a low birth rate, while traditional supports for elderly people are eroding. In response, the Japanese Government initiated mandatory public long-term care insurance (LTCI) in 2000. However, little has been published on the report of evaluation of LTCI with population-based data besides our previous report [1]. To make the provision of long-term care services effective, it is important for policy makers to have accurate evidence regarding the actual usage of services covered by public long-term care insurance (LTCI).

Methods

The nation-wide claims data of February 2009, excluding data of some municipal bodies which were not available, was analyzed with official permission by Ministry of Health and Welfare. We evaluated the average expenditure and frequency of long-term care use covered by public LTCI and frequent patterns of services use by age, gender and care level.

Results

In this study 620,091 males (34.2%) and 1,193,425 females (65.8%) were observed. The proportion of males decreased with age from 54% in the 65-69 age group to 16% for those 100 and older. The average expenditure on long-term care use per person is 10,540 yen for males and 11,055 yen for females. The expenditure increases with age for both genders, and males are more likely to use services than females under 75, which becomes

reversed at 75 and older. However, the distribution of users' age and gender varies by types of services. Regardless of age cohorts, males are more likely to use visiting nurse and visiting rehabilitation. The frequent patterns of service use are daycare only (15%), helper only (9%), daycare and rental device (7%), daycare and helper (6%), rental device and helper (6%), but these patterns also vary by gender and age.

Conclusions

This is the first study of detailed descriptions of service usage covered by the LTCI with population-based claims data. Policymakers and researchers can utilize these patterns of service use to predict future demands for long-term care and to conduct the policy evaluation.

Acknowledgement

This study was supported by JSPS KAKENHI #24249031 (Grant-in-Aid for Scientific Research A).

Authors' details

¹Dept of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Tsukuba, Ibaraki, Japan. ²Association of Medical Science, Yokohama City University, Yokohama, Kanagawa, Japan. ³Information Management and Statistics, School of Medicine, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan. ⁴Faculty of Political Science and Economics, Waseda University, Tokyo, Japan.

Published: 7 July 2014

Reference

1. Tamiya N, Noguchi H, et al: Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011, **378**:1183-1192.

doi:10.1186/1472-6963-14-S2-P125

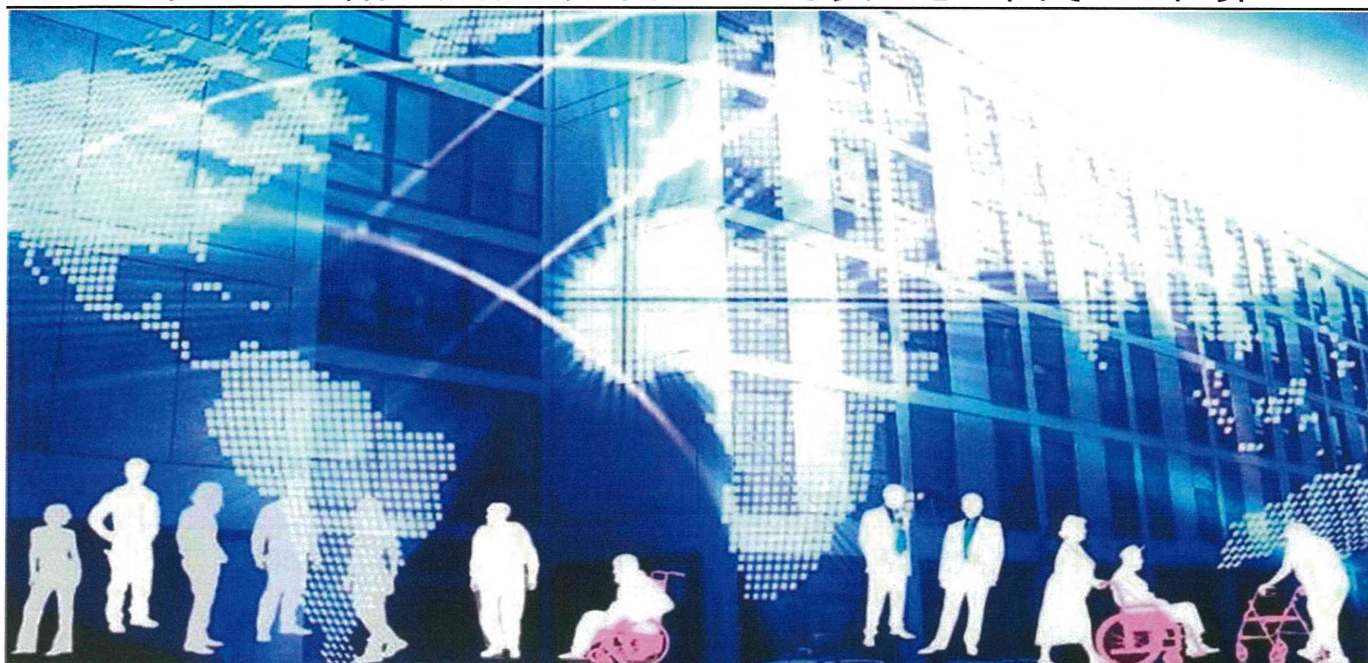
Cite this article as: Tamiya et al: Descriptive analysis of service use covered by long-term care insurance in Japan - based on population-based claims data. *BMC Health Services Research* 2014 **14**(Suppl 2):P125.

¹Dept of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Tsukuba, Ibaraki, Japan

Full list of author information is available at the end of the article

Borderless Challenges of Global Aging Role of Young Power

若い力で語ろう 作ろう 安心できる長生きの国そして世界



Faculty

Guest Speaker



Prof. Dr. Gerhard Igl
Institute of Social
Law and Health Law,
University of
Kiel (Germany)

Coordinators:



Prof. Miyoko MOTOZAWA
Faculty of Humanities and
Social Sciences,
University of Tsukuba



Prof. Nanako TAMIYA
Dept. of Health Services Research
Faculty of Medicine,
University of Tsukuba

...and more guest speakers from various disciplines.

Intensive Course:

Date: 2014. **9.24 - 25**

Credit: One

Place: Room 115, Laboratory of Advanced Research
D, University of Tsukuba 筑波大学 総合研究棟D 115室

Qualification: Undergraduate, Masters, and PhD
Students from any academic discipline. Interest in
global ageing and motivation to participate are
required.

Medium of Instruction: English

Registration: Send application request to the
following e-mail address.

Application deadline: June 27, 2014.

・筑波大学大学院人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻・ヒューマンケア科学専攻
・筑波大学社会・国際学群社会国際学教育プログラム

お問い合わせ / Information: G30 Program, Institute of Humanities and Social Sciences

E-mail: kashiwagi.shiho.ga@u.tsukuba.ac.jp / Tel: 029-853-6544

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	タイトル	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本澤巳代子	家族法と社会保障法の交錯－社会の中の生きた法－	古橋エツ子・床谷文雄・新田秀樹	家族法と社会保障法の交錯－本澤巳代子先生還暦記念－	信山社	東京	2014	499-520

雑誌

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山本秀樹	健康福祉問題等人々の生活向上の課題と公民館事業の可能性・公衆衛生・地域医療などの国際的動向と実践にかかわって	日本公民館学会雑年報	10 (1)	68-76	2013
林玲子	寝たきり率の吟味と健康寿命の推移日本における1970年代からの動向	『長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす人口学的影響に関する研究－第1報告書－』国立社会保障・人口問題研究所		43-59	2015

健康福祉問題等人々の生活向上の課題と 公民館事業の可能性

—公衆衛生・地域医療等の国際的動向と実践にかかわって—

山本秀樹

帝京大学大学院公衆衛生学研究科

Proposed Role of Kominkan/Community Learning Centers (CLCs) for the Improvement of Health, Welfare and Quality of Life of People: Based on the Experiences of the Public Health Practice and Global Trend of the World

Hideki Yamamoto (Teikyo University, School of Public Health)

Japan has achieved the highest standard of health, lowest infant mortality and highest longevity. Public health has done great contribution for this achievement that was imported from US after the 2nd World War. Society and role of the community are the keys for the public health. Kominkan systems played an important role at the Japanese local community to host and coordinate the community based organizations (CBOs) to implement the health programs. After Japanese society has become aging society, the new strategy of public health and welfare for the 21 century, "Healthy Japan 21", has been introduced to promote health through the improvement of life-style of people in the society. Enrichment of "Social capital" would be a key to strengthen the linkage among the community stakeholders for the better health and welfare in the community.

The Mega-disaster of Great East Japan Earthquakes and Tsunami in 2011 caused the great impact on our society. After 2years of the disaster, the affected areas are facing difficulties of rehabilitation of the community. The importance of the social capital and resilience has been emphasized in the international communities. Kominkan would have large potentials to enrich the social capital as the platform of the local stakeholders. The Community Learning Centers (CLC) in Asia that were initiated by UNESCO by using the model of Kominakan. Through sharing experiences of Japanese Kominkan and CLCs, the Kominkan/CLC would play important role for promotion of Education for Sustainable Development (ESD) to cope with the global agenda, climate change, disaster preparedness, global ageing and other issues.

緒言

我が国は、乳児死亡率（出生 1000 人に対し 3 人）や平均寿命（男：79 歳，女：86 歳，2011 年）

で世界最高水準となり、さらに 65 歳以上の高齢者人口割合が 23%と世界で最も高齢化の進んだ国家となった。^{1,2)} 本稿では、我が国の保健医療

の向上において地域社会が果たした役割、地域社会と公民館の役割と可能性、さらに東日本大震災という未曾有の大災害により突きつけられた超高齢化社会の抱える課題について、健康・福祉の視点から検証し、今後の公民館の役割について国際的意義を踏まえて提言を行う。

我が国の公衆衛生と保健医療水準向上の歴史

我が国は、現代こそ世界有数の健康水準と長寿の国となったが、第2次大戦前までは高い乳児死亡率や国民病とまでいわれた結核等の感染症に苦しめられてきた。明治維新以降、我が国は近代科学技術の導入を行い、医学の分野ではドイツ医学を主に導入した。

第2次大戦後は、我が国は米国を主体とする連合軍に占領されるが、医療分野では米国医学とともに米国の「公衆衛生」を導入した。第2次大戦後の1946年に公布された日本国憲法の25条においても、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と国の基本政策として規定された。

我が国の保健医療水準の向上は、近代科学としての医学の発展だけでなく、公衆衛生対策（環境衛生、健康診断、国民皆保険制度の導入等）によるところが大きい。保健医療行政を担う国家政策や行政組織のみならず、地域社会・住民組織の果たした役割が重要である。³⁾

公衆衛生（Public health）の概念として広く使われているYale大学Winslow教授が1920年に提唱した定義では「公衆衛生とはく環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原理にもとづく衛生教育、疾病の早期診断と予防的治療のための医療および看護業務の組織化、さらに地域社会のすべての住民が健康を保持するにたる生活水準を保障するような社会機構の発展を目指して行われる地域社会の努力を通じて、疾病を予防し、生命を延長し、健康と人間的能率の増進をはかる科学であり、技術である」とされている。

WHO（世界保健機関健康）では、1946年に策定されたWHO憲章において「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にある」と定義を行っている。また、西暦1978年にWHOが主催した会議の中で、西暦2000年までに地球上のすべての人に健康が行き届くことを達成するために「アルマータ宣言」が出され、その中核概念にあたる戦略として「プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）」が提唱された。健康をすべての人が享受すべき基本的人権として捉え、地域社会における個人や家族の役割を重視している。その中には、5つの原則として1) 住民ニーズの尊重、2) 地域資源の活用、3) 住民参加、4) 保健分野以外のセクターとの連携、5) 適正技術の活用等、地域社会における住民の参加が重要とされている。

このように、健康の向上には個人レベルの課題でなく、地域社会を挙げて取り組むことや、住民参加の重要性が強調されている。

我が国の公衆衛生・地域保健の歴史を振り返ってみると、日本のいたるところで、栄養改善委員、地域保健委員、愛育委員等の地域住民団体が健康をまもる活動に参加してきた。伝統的日本社会の有する地域社会の結びつきの強さを基盤にした住民組織が、地域における保健改善活動の中心的役割を果たしてきたわけである。折しも、第2次大戦後のGHQ（連合軍総司令部）の指導により昭和22（1947）年に改正された保健所法に基づく保健所と、昭和24（1949）年に民主教育の普及を目的に施行された社会教育法に基づく公民館との連携が実現された。⁴⁾

地域における、健康診断（乳幼児・成人健診）、減塩教室、家族計画、病害虫の駆除等の多様な保健活動が実践されてきたが、公民館は単なる場所の提供にとどまらず、地域社会において地域の課題を学ぶ機会と場所を提供してきた。例をあげると、子供が病気で亡くなり、妊娠による母体の健康が損なわれた、脳卒中での死亡が多かったという地域社会の脅威となる保健衛生上の課題に対

して、住民自らが学びその対策を保健所等の職員や保健婦（現：保健師）と住民らが共同で実施してきた。そのプロセスの中で、地域社会と行政が公民館という場で連携が保たれ、それが乳児死亡率の減少、感染症の克服や脳卒中の減少、平均寿命の伸延といった具体的な成果（健康指標）として現れてきた。

高度成長時代・バブル時代の地域保健活動と公民館

昭和 30～40 年代にかけて、高度経済成長等により国民の生活が豊かになり、昭和 36 年には国民皆保険制度が達成された。その結果、すべての国民が保険証一枚で全国の医療機関をわずかの自己負担金で受診できるようになった。その結果、国民は医療サービスを容易にうけることが出来るようになり、全国津々浦々に医療施設（病院・診療所）が開設され、医療施設の整備が進み、国民の関心も病気の予防に力を入れた地域保健活動より医療施設において進んだ医療サービスを受けることに関心が向けられるようになった。

また、農村部から都市部への人口移動により、都市の過密と農村部の過疎が進行し、都市では人間関係の希薄化、農村部では住民組織の高齢化や弱体化が課題となってきた。地方の公民館も、以前ほど住民が活発に利用しない状況も生まれつつあった。このように高度経済成長やバブル時代を経て、地域住民による公民館活動や地域での健康づくり活動が以前に比べると活動度が低下した。

高齢化社会における地域保健政策

（「健康日本 21」）と公民館

しかしながら、一方で我が国は本格的な高齢化社会が到来し、国民の健康課題も高齢化に伴う衰弱や障害が大きな課題となり、これらの課題を地域で解決することが求められるようになってきた。

平成 9（1997）年の地域保健法の改正により、保健所の機能も見直しが図られ、従来の地域の最前線で住民と共に健康問題に取り組む第一線の行政機関から、対人保健サービスは市区町村が運営する保健センターに移管され、その結果、地域

保健センターが住民と直に接触を持つ行政機関となった。都道府県（一部は政令市）が設置する保健所はそれを支援することが主要業務となり、人口 30 万人に一つ程度に統廃合され、保健医療行政を統括・調整する役所へと転換が行われた。その結果、保健所の数も改正前の 1996 年には全国で 845 カ所あったが、1997 年に 706 カ所に統合され、さらに 2012 年には 495 カ所に減少した⁵⁾

21 世紀の到来を目前とした西暦 2000 年に厚生省（現：厚生労働省）が策定した「21 世紀における国民健康づくり運動（通称：健康日本 21）」では高血圧、心疾患、癌など「成人病」と呼ばれていた成人特有の感染症以外の疾患は「生活習慣病」という名称にかわり、疾病の早期発見・早期治療という「二次予防」から、健康なライフスタイルの確立といった「一次予防」に重点が置かれるようになった。とりわけ、高齢化により健康障害が発生することを防止し、健康寿命を伸ばすことが重要な課題となった。

「生活習慣病」というと個人の生活の問題のように思えるが、食習慣・運動・飲酒・喫煙習慣を改善するには、家族や友人、近隣の人などの地域社会との関係性が重要である。そこで、都道府県レベル、さらに市区町村や学区といった小地区でも「健康〇〇 21」という地域での政策が策定され、地域毎の健康対策を実施することが求められ、都道府県・市町村とより地域に根ざした政策を実施することがもとめられ、公民館の講座との連携事業が実施されるようになってきた。

公民館活動が活発な都市の代表である岡山市の事例を紹介すると、「健康おかやま市民 21」といった市全体の目標を策定し、中学校区にある公民館と協力して、地域の住民団体と協力し公民館を活用した「健康まつり」を毎年、公民館において該当地区担当の保健師と公民館に配属されている社会教育主事らが企画の段階から協力して開催している。平成 19（2007）年に岡山市が実施した調査では、岡山市における「健康おかやま市民 21」に参加している保健福祉関連の 503 団体中（各地域の愛育委員会、栄養改善協議会、親子

クラブ、町内会、社会福祉協議会が含まれる)のうち、248 団体 (49.3%) が公民館と連携を取っていた。この数字は、学校は 27.1%、企業は 5.3% と比較して極めて高率であった。^{6,7)}

また、長野県松本市は東日本大震災後の平成 24 年度に少子高齢社会や人口減少社会の到来や災害の対応に備えて「健康寿命延伸都市・松本」を策定した。その土台として地域づくりを重視しており、公民館・福祉ひろばを活用した長期的な地域における地域課題解決に取り組むことのできる人材育成を目指していることが特徴である。⁸⁾ このように公民館活動の活発な自治体では、公民館を地域保健政策の推進のための拠点と位置づけて、「地域力」強化を政策の中心とした保健行政政策を進めつつある。

ソーシャル・キャピタル研究と健康福祉

この「地域力」を向上させるための概念として、近年ソーシャル・キャピタル (社会関係資本) に注目が集まっている。ソーシャル・キャピタル (社会関係資本) は米国の政治学者である Robert Putnam により 1993 年に提唱され「調整された諸活動によって社会を改善できる、信頼、規範、連携といった社会組織」と定義されている。このソーシャル・キャピタルは「Bonding (結束)」型および「Network (架橋)」型に分類され、社会学、政治学、都市計画学、開発学、社会教育学等の諸分野で研究されてきた。^{9,10)}

健康の社会的決定因子を研究する「社会疫学」の研究の進歩により、社会格差や地域社会での人間関係が健康にもたらす影響の関係が明らかになり、社会関係資本 (ソーシャル・キャピタル) と健康の相互関係に注目が集まってきている。ハーバード大学 Ichiro Kawachi 教授 や日本福祉大学の近藤克則教授らの研究により^{11,12)}、周囲と交流を保つ高齢者の健康状態が良いことが明らかにされつつある。このような「地域力」の重要性は、地域保健活動の現場ではよく理解されてきたが、課題はソーシャル・キャピタルをどのように醸成し強化すればよいかということである。近年、「地域の

力 (ソーシャル・キャピタル)」の醸成を支援すれば健康指標の改善につながることを示されつつある。

例をあげると、高齢者の転倒による骨折は寝たきりの原因として脳血管障害に次ぐ第二位であるが、高齢者の運動機能を高めて転倒を予防すれば寝たきりの高齢者の出現を防ぐことができる。そこで、転倒を防ぐために、高齢者に運動の機会を作り転倒予防教室を開講している自治体も多い。しかし、すべての高齢者を対象に毎日実施出来るわけでない。高齢者のサークル活動があり、自主的にスポーツ活動を行ってれば、転倒予防効果のある運動を実践することが出来る。我が国の日本老年学的評価研究 (JGES: Japan Gerontological Evaluation Study) に参加している、9 自治体の 25 小学校区の約 1 万 7 千人の前期高齢者 (65-74 歳) を対象にした調査では、転倒率 (過去 1 年以内に転倒した人の割合) に約 3 倍の地域差があり、スポーツに週 1 回以上参加している高齢者の割合が高い地域では転倒率が低く、参加率の低いところで転倒率が高いことがわかった。¹³⁾ ウォーキング、ヨガ、太極拳、ダンス等のサークル活動を公民館で行っているところも多いが、このような住民の自主的活動を公民館の職員が支援することが出来れば、転倒の予防につながる事が期待される。他にも、趣味に参加する割合の高い地域では抑うつ傾向になりにくいことなども報告されており、趣味のサークル活動の支援は有効な対策となりうる。とりわけ、コーラス参加者に代表されるような住民同士の交流が促進されるような活動は、他のサークル活動に比較して主観的健康状態が良好であることも示されている。これは、参加者同士の交流によるソーシャルサポート機能が促進されていることが良い影響を与えていると考えられる。^{14,15)}

住民グループやサークル活動は、住民が主体になり自主的に作るものであるが、グループ活動のための拠点を確保することが重要であり、公民館や福祉センター等の公共施設は有用である。また、公的機関が実施する講座やセミナーをきっかけに自主グループが形成されることもあるので、リー

ダーを養成し支援する体制も必要である。^{16,17)}

グループのメンバー内部の交流にとどまらず、関係する他のグループや団体と交流を持つことも必要である。保健・福祉専門職、公民館職員が相互に関係者を紹介し合うことにより、公民館を介した地域社会における住民組織を横断的に束ねることが出来る。島根県太田市では高齢者福祉と社会教育の連携事業を公民館で行っており、高齢者間にとどまらず、子供との交流事業に発展しており、高齢者の生きがいづくり・健康づくりの両者につながっている。¹⁸⁾

これらの取り組みは、Patnum の分類による Bridging 型のソーシャルやキャピタルに相当し、このような形でのソーシャル・キャピタルの醸成が地域力上の向につながり、ソーシャル・キャピタルを強化する政策をとる地域では、住民の健康状態の向上につながることが予想される。¹⁹⁾

災害とソーシャル・キャピタル

我が国は、1995 年 1 月 17 日に阪神大震災を経験し、死者約 6,400 名と家屋の倒壊（全壊）105,000 棟の被害を出した。（消防庁、兵庫県資料）郊外に建設された仮設住宅の入居を決める時に、被災者が従来所属していた地域社会の事を考慮せず、公平性を重視し抽選により無作為に入居者を決めた関係で、知り合いがなく孤立した高齢者の死亡が相次ぎ、「孤独死」という言葉が生まれた。そして、孤独死は仮設住宅だけでなく、都会や農村部の高齢者の間で多発していることが報告された。²⁰⁾ この反省を踏まえて、大規模災害における仮設住宅を建設する場合には集会所を設置することが、その後に発生した新潟中越地震や東日本大震災で教訓として生かされている。仮設住宅における孤立・引きこもりは身体的・精神的健康を損なうことにつながる。外出の機会が減ると運動機能の低下や精神的抑うつ状況の進展に陥る可能性が高い。それを防ぐためにも、引きこもり、孤独死の予防には被災者が気軽に集まることが出来、被災者同士の交流ができる集会所は不可欠であり、このような集会所を運営する上で、我が国

の公民館が有する地域住民の学びを支援し、関係団体・機関の連携を促進するという経験は非常に有用である。

2013 年 3 月に東日本大震災が発生し、約 2 年半が経過し被災地の復興は本格的になってきた。被災地である三陸地方は、過疎・高齢化が進展しており、地域の再生が不可欠である。第 2 次大戦後の地域社会において大きな役割を果たしてきた「公民館」が、改めて地域の中核施設としての役割を期待されている。

公民館は学校・体育館などの公共施設と同様に避難所として指定を受けているが、東日本大震災では公民館自体が被災したケースもあり、公民館自体に対する信頼性も大きく揺らいだ。石巻市の雄勝公民館では屋上にバスが乗り上げるという衝撃的な事象が生じた。（写真 1）

公民館を通じた地域社会の再生こそ、人と人とのつながり、地域の絆づくりである。「国土強靱化」という名目で堤防・道路等のインフラ整備（「社会資本」の再建）は進むが、地域のつながりを構築する「社会関係資本（ソーシャル・キャピタル）」強化への支援は十分といえない。

復興庁の有識者会議において、秋山らは地域社会における地域生活空間改革を提唱しており、高齢の被災者の生活圏における交流空間として「コミュニティスペース」を設置することの必要性を述べている。²¹⁾

一方、被災地では行政（「官」）に依存しない、自主的な復興の取り組み（「新しい公共」）も行われており、集会所や公民館の再建も例外でない。



写真 1：被災した石巻市雄勝公民館

石巻市雄勝地区では、地区の高台移転の問題もあり公立公民館の再建に時間がかかることから、全壊した旧雄勝公民館にかわる住民の交流施設として、2013年4月にNPOが設置した集会所「オーリンクハウス」が開所した。また、同雄勝地区では2001年に過疎と少子高齢化に伴う児童数減少により廃校となった旧桑浜小学校跡地をベンチャービジネスやNPOにより交流施設として再建する取り組みも始まっている。これには、被災地の外の学生ボランティアや民間企業も参画しており、住民間の交流施設の枠を超えた公共スペースとしての利用が期待される。

また、同県気仙沼市本吉地区前浜では、津波により流失した前浜地区振興会館（通称：マリンセンター、気仙沼市に合併する前の旧本吉町時代に自治公民館として作られた施設）の再建が2011年8月より進んでいる。住民らが作った「マリンセンター建設委員会」が2012年旧センター付近の高台に用地を取得した後、海外からの支援金や国内のNPOらの支援者の協力を得て住民らが主体となって新しいコミュニティセンターの自主再建を行っている。（2013年5月3日に上棟式実施、9月15日竣工）²²⁾

国際的な防災への取り組みと地域社会の役割

先進国の中で、地震・台風等の自然災害の多い我が国は1995年1月に発生した阪神淡路大震災後、災害の経験を諸外国に生かすべく、世界的なリーダーシップを目指している。1995年から10年後の2005年1月に神戸で国連防災軽減計画（UNISDR）の総会を開催した。この第二回国連防災会議の1ヶ月前に起こった、スマトラ沖地震による津波災害を踏まえて、HFA（Hyogo Framework for Action：兵庫行動計画）が採択された。²³⁾

これは、地震予知に代表される自然現象の予知によって、災害を減らすのを目指すので無く、自然災害に被災した場合の地域社会の脆弱性や自然回復力（レジリエンス）に注目した基本戦略であり、災害が発生した場合の災害被害を防ぐための

対策として、地域社会の役割を重視している。地域の脆弱性（Vulnerability）を軽減し、被害を最小限におさえるという（Mitigation）の考えを重視し、災害が生じた場所での自然回復力であるレジリエンスの強化という「地域に根ざした防災戦略」の必要性がその中で提唱されている。^{24,25)} さらに、2011年3月に発生した東日本大震災を受けて、我が国は世界銀行等の国際機関と協力し、2012年10月に東京で開催されたIMF（国際通貨基金）・世界銀行の総会において、防災に関する公共投資の重要性を述べた「仙台ダイアログ」を提唱し、2015年には第三回国連防災会議を我が国に招致することとなった。²⁶⁾

我が国の東日本大震災においては、あれだけ甚大な災害であったにもかかわらず、被災者は整然とした行動を取った。2005年米国のニューオーリンズでのハリケーン・カトリーナ災害や2010年のハイチ地震でみられたような略奪・暴動等が全く起こらなかったことに対して海外から賞賛が送られた。日本社会における社会規範やソーシャル・キャピタルの高さが評価された。²⁷⁾

現在、提唱されている国際的な防災の戦略は、「地域のレジリエンスの強化」であり、地域社会におけるソーシャル・キャピタルの醸成である。地域住民組織の強化のために、公民館が貢献できると考えられている。²⁸⁾

ESD（持続可能な開発のための教育）と

CLC（Community Learning Center）

地球温暖化による異常気象（豪雨・台風・熱波・干ばつ）が我が国をはじめ各国で報告されているが、社会基盤の脆弱な発展途上国では同じ自然現象でも先進諸国に比較してより大きな被害が発生する。2005年に米国を襲ったハリケーン・カトリーナと2008年にミャンマーを襲ったナルジスは熱帯低気圧の規模としてはほぼ同じであったが、死者数はカトリーナが約1,800人、ナルジスは約13万人に及んだ。²⁹⁾

東南アジア諸国では、ユネスコ・アジア太平洋事務所が中心になり、1990年代よりEFA

(Education for All) の推進のために我が国の公民館をモデルにした CLC (Community Learning Center) の普及を図ってきた。我が国の公民館との違いは、生活の向上に直結したプログラムが多く実施されており、識字教育にしても成人(特に女性)を対象とした教室では、単なる文字の学習に終わらず、身近な生活課題である保健衛生(栄養・安全な水・家族計画等)を題材にして、生活力の向上を目指す識字教育(Functional literacy)を目指すものが多い。^{30,31)}

持続可能な開発のための教育(ESD: Education for Sustainable Development)を地域社会で推進するには、我が国の公民館や CLC を活用することの必要性が岡山で開催された Kominkan Summit 2007 で提唱された。ESD の 3 つの柱として、環境、社会、経済があり、防災や保健は身近な生活課題でもある。文部科学省国際協力イニシアティブ事業で筆者らがザンビア国で地元のザンビア大学やコッパベルト大学の専門家を巻き込んで、首都ルサカ市の住民団体、ヘルスセンターと協力して、環境・栄養・健康に関するワークショップを実施し、従来の専門家主導の健康教育でなく、CLC を活用した住民主体の学習の必要性と学習モデルを提唱した。³²⁾

防災の観点から、バングラデシュ国等洪水・高潮対策のシェルターの機能を有する CLC を建設した事例もある。ハード面だけでなく、我が国の「稲作の火」に代表される災害に関する民話を伝承す

ることは必要であり、地域社会で行う必要性が高い。災害が多いアジア太平洋地域において地域に根ざした防災戦略を展開する上で、CLC に期待されるものは大きい。

Global Ageing (地球規模の高齢化) と CLC

我が国は、平均寿命の伸びに加え、少子化が進展し世界で最も高齢者人口割合が高い国家となった。このような急速な少子高齢社会の到達は我が国だけの問題でなく、東アジア諸国(韓国・台湾・中華人民共和国)、東南アジア諸国(ASEAN 諸国)でも近未来の話となっている。³³⁾

我が国は世界最高の高齢者人口割合であるが、他の先進諸国と比較して、「高齢化社会(人口が 7%)」から「高齢社会(人口の 14%)」へ移行したスピードが他の西欧諸国が 50 年以上の時間をかけて経過したのに対してわずか 24 年で移行した。東アジア、東南アジア諸国ではさらに急速な高齢化が進展しつつあり、韓国、シンガポール、タイでは 16-23 年と予測されている。現在、東アジア、ASEAN 諸国は経済発展が続いて順調に見えるが、「中進国の罠」に陥る可能性も高い。先進諸国が経済発展を達成し、社会的制度を十分に整備したところで、高齢化社会に到達するのと比較して、経済水準や社会保障制度が十分形成されていないところで、高齢化社会を迎えなければならない。従って、多くのアジア諸国では高齢者対策には公的年金・社会保障制度等の「公助」だ

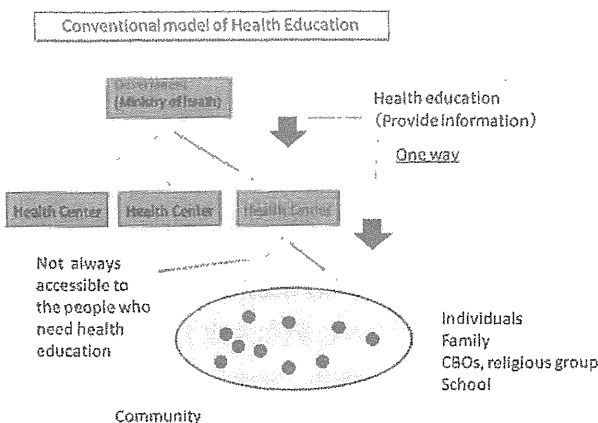


図 1-A: 従来の実施者主体の健康教育モデル

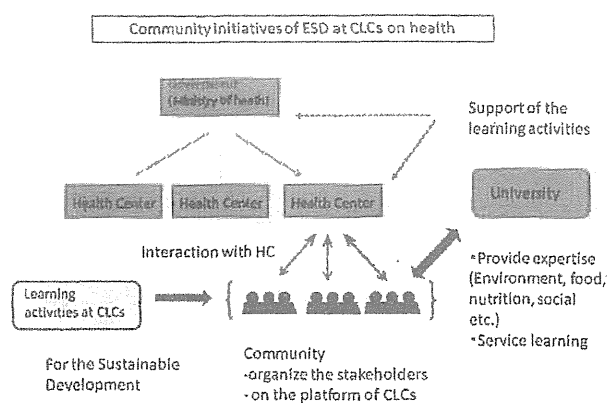


図 1-B: 公民館 (CLC) を活用した住民主体の保健に関する学習モデル

けでは、不十分であり家族・地域社会による「共助」のシステム作りが必要である。それには、高齢者の社会参加の機会も必要であり、共助を支えるための地域社会を維持・強化していくためにも地域住民団体の育成・強化が必要であり、それを支えるプラットフォームとしてのCLCを活用した地域共助が必要と考えられる。

韓国では我が国の公民館をモデルにした「平生学習センター」の活用が進んでいるが、その中で既に地域の高齢者を対象にした福祉活動、生きがいづくり、健康づくりが進められている。³⁴⁾

東南アジア各地のCLCにおいて、現在若者や成人を対象とした事業のうち、高齢者を対象とした事業に移行することが考えられる。我が国の公民館は高齢者が多数利用しており、高齢者を対象としたプログラムも経験が豊富であり、これらの経験が役に立つと考えられる。

結論および提言

我が国の公民館は、第2次大戦後の我が国が世界に類を見ないスピードで達成した保健医療水準の向上に寄与した。欧米先進国以上に急速に少子高齢化を迎えた現在の日本社会では、改めて住民が主体となり健康福祉の向上に取り組む必要があり、我が国の各地に分布する公民館を地域資源の一つとして活用し、地域の住民組織の活力をつけることが必要である。国際的な動きとしても、世界の高齢化、防災、持続可能な開発のための教育(ESD)といった地球規模の課題に、地域の力(レジリエンスやソーシャル・キャピタル)を醸成することが必要と考えられてきている。我が国は、東日本大震災という未曾有の災害に襲われた被災地の再建に取り組んでいるが、これらの取り組みで培われた経験は海外にも有用な事例が多く、我が国の公民館をモデルにしたCLC(Community Learning Center)に伝えることの意義が大きいと考えられる。

【注】(引用文献)

1) 世界保健機関(WHO), World health Statistics 2013,

- WHO, Geneva, 2013
- 2) Tamiya N et. Al., Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy, *The Lancet*, 378, 1183-1192, 2011
- 3) Ikeda N et.al. What has made the population of Japan healthy?, *The Lancet*, 378, 1094-1105, 2011
- 4) JICA 国際協力総合研修所、日本の保健医療の経験—途上国の保健医療改善を考える、独立行政法人国際協力機構国際協力、2004
- 5) 奥村二郎、動き出した改正地域保健法、*保健医療科学*, 46(3), 200-213, 1997
- 6) 岡山市健康市民おかやま21推進会議、活動団体の特徴、「健康市民おかやま21中間評価報告書」、pp42-43, 2008年、岡山市
- 7) 岡山市健康市民おかやま21推進会議、計画の基本的な考え方、「健康市民おかやま21最終評価報告書」、岡山市、2013年
- 8) 松本市、みんなで進めるいきいき地域づくり(啓発リーフレット)、平成24年 <http://www.city.matsumoto.nagano.jp/kurasi/tiiki/kyoudou/shiminiinkaiteigen.html> (2013年8月30日アクセス)
- 9) 河田潤一、社会資本(Social Capital)について考える、*学術の動向*, 18(5), 88-90, 2013
- 10) Robert D. Patnum, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon & Schuster, 2000
- 11) Lisa Berkman and Ichiro Kawachi, *Social Epidemiology*, Oxford University Press, NY, 2000
- 12) 近藤克則、検証「健康格差社会」、医学書院、東京、2005
- 13) 近藤克則、公衆衛生における地域の力(ソーシャル・キャピタル)の醸成支援、*保健師ジャーナル*, 69(4), 252-259, 2013
- 14) 長弘千恵、山川里美、馬場みちえ、公民館を拠点とした誰もが住みよい健康的な社会環境づくりの成立要因、*九州大学保健学科紀要*, 2, 25-36, 2003
- 15) 長弘千恵他、公民館活動における女性高齢者の主観的健康状態に関する調査? コーラス参加者とコーラス以外の活動参加者の比較、*九州大学医学部保健学科紀要*, 4, 73-79, 2004
- 16) 星旦二、栗盛須雅子編、地域保健スタッフのための「住民グループ」のつくり方・育て方、医学書院、2010年
- 17) 河合恒他、地域住民の主体的な介護予防活動推進のための取組「介護予防リーダー養成講座」の評価、*日本公衛誌*, 60(4), 193-203, 2013
- 18) 田中智香子、高齢者の生きがいと健康づくり推進事業—公民館活動から、総合ケア、13(12), 13-16, 2003
- 19) Ichiro Kawachi, 高尾総司、S.V. Subramanian 編、*ソーシャル・キャピタルと健康政策—地域で活用するために*、日本評論社、東京、2013
- 20) 松澤明美、田宮菜奈子、山本秀樹、山崎健太郎、本澤己代子、宮石智著、*法医解剖検例からみた高齢者の死亡の実態と背景要因—いわゆる孤独死対策のために*、*厚生*の指標、56(2), 1-7, 2009
- 21) 秋山弘子、第8回復興推進会議委員会資料(平成

- 25 年 3 月 26 日)<http://www.reconstruction.go.jp/topics/25326.html> (2013 年 8 月 28 日、アクセス)
- 22) 前浜建設委員会のブログ
<http://ameblo.jp/maehamacommunitycenter/>(2013 年 8 月 31 日アクセス)
- 23) United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR), Hyogo Framework for Action 2005-2015, Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters, 2006 <http://www.unisdr.org/we/inform/publications/1037>(2013 年 8 月 28 日アクセス)
- 24) World Disaster Report 2011, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 2011
- 25) John Maurice, Mitigating disasters - a promising start, *The Lancet*, 381,1611-1613,2013
- 26) The Sendai Report- Managing Disaster Risks for a Resilient Future, Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (GFDRR) and World Bank, Washington, 2012
- 27) Aldrich P., Building Resilience - Social capital in post disaster recovery, University of Chicago Press, Chicago and London, 2011
- 28) 岩室紳也著、平常時のソーシャル・キャピタルの醸成による健康危機管理方策の検討、平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金地域健康危機管理研究事業「地域における健康危機管理におけるボランティア等による支援体制に関する研究(尾島俊之編)」、pp54-66,2010 年
- 29) Hurricanes: Science and Society, University of Rhode Island (URI) Graduate School of Oceanography(<http://www.hurricanescience.org/>)
2013 年 9 月 1 日アクセス)
- 30) 手打明敏、タイにおける NFE と CLC の現状と課題ーアジア・太平洋地域の CLC 研究に向けて、筑波大学教育学系論集、2,57-70,2010 年
- 31) 手打明敏、アジア・太平洋地域のコミュニティ学習センター普及と公民館、61-75、日本公民館学会年報第 6 号、2009 年
- 32) Overson Shumba and Hideki Yamamoto, International Cooperation by utilizing the Kominkan/CLC, Okayama ESD Promotion Commission and Okayama University UNESCO chair Program Eds., Education for Sustainable Development (ESD) and Kominkan/Community Learning Centre (CLC) - promoting of ESD by utilizing Kominkan/CLC, Okayama University Press, Okayama, 2013
- 33) 国連人口基金 (UNFPA) and Help Age International, 21 世紀の高齢化: 祝福すべき成果と直面する課題 (Ageing in the Twenty -First Century: A celebration and A Challenge), United Nations Population Fund (UNFPA), NY, 2012
- 34) 手打明敏、山本秀樹著、「韓国生涯学習 (平生学習) 調査報告」、平成 22 年度文部科学省受託研究「公民館の活用方策に関する調査研究」報告書、ユネスコ・アジア文化センター編、pp19-31,2011 年

所内研究報告第57号

2015年3月31日

国立社会保障・人口問題研究所 2014～2016年度人口問題プロジェクト研究

長寿化・高齢化の総合的分析及び
それらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす
人口学的影響に関する研究

— 第1報告書 —

寝たきり率の吟味と健康寿命の推移 日本における 1970 年代からの動向

林 玲子

1. はじめに

寿命の伸長によって、不健康な高齢者が増えているのか、そうではなく長く元気に生きられるようになったのか、という点を明らかにするために、健康寿命という概念が提示され、1960年代から世界各国で研究が蓄積されている (Sanders 1964, Sullivan 1971, Katz et al. 1983, Rogers 1989)。日本の平均寿命は世界でも上位に位置し、また健康寿命についても、世界の 187ヶ国を対象とした Global Burden Disease 研究によれば、1990年、2010年に日本は男女とも世界一位となっており (Salomon 2012)、直近の国民生活基礎調査結果を用いて厚労省が公表した 2013年の健康寿命は、寿命の伸びと平行し、2001年から引き続いて伸びている。

わが国は世界で一番高齢者の割合が大きい国であり、4人に1人は65歳以上であり、その割合は今後も増加すると見込まれている。しかし過去を振り返れば1970年の65歳以上人口割合はわずか7.1%、その値が欧米諸国を越えたのは1990年代以降で、その高齢化のスピードは速かった。同様に今後、アジア、ラテンアメリカでは急速な高齢化の進展が予測されており、日本が短い期間でどのような高齢化対策をとったか、そしていかに世界最長の寿命と健康寿命を維持し続けているかを分析し、負の面も含めて共有することは重要であろう。

日本における健康寿命の研究は、早くは1974年に国民生活審議会調査部会による「社会指標」の中で「平均健康余命」として計算されており、その後数々の研究がなされた (菱沼・曾田 1983; 重松・南条 1984; 小泉 1985; Hayashi 1989; 林・郡司 1989; 林 1990; 郡司・林 1991; 井上・重松・南条 1997; 橋本 1998; 辻 1998; 小泉 1999; 齋藤 1999, 2001; Kondo 2005; Chan et al. 2011; Yong and Saito 2009, 2012; Hashimoto et al. 2010, 2012; Tamakoshi et al. 2010; Seko 2012; 齋藤 2013; 林 2014; 高橋・別府 2014; 別府・高橋 2014, 2015)。これらの研究は、用いられているデータとしては、国民生活基礎調査のような横断調査や、NUJLSOA、JSTAR といった縦断調査、指標としては、疾病や障害の有無、日常生活への影響や動作能力、主観的健康感などが用いられ、期間としては単年のものから、複数年の推移を見ているものなどがある。日本の著しく早い高齢化に従った健康寿命の推移をみるためには、ある程度の長期間にわたって観察する必要があるが、既存の時系列の推移を追った研究としては、1986年から2004年の主観的健康感について (Yong and Saito 2009)、1995年から2004年の「健康上の理由による日常生活の影響」について (Hashimoto et al. 2012) がある。また林 (2014) は、さらに長期に、1970年代から2010年に至る期間の「寝たきり率」等を使った健康寿命の推移を分析した。

林 (2014) は、国民生活基礎調査と、その前身である国民健康調査、厚生行政基礎調査

の公表データを用いたが、年齢区分が調査年によって異なり、最終年齢区分が低い年齢の調査年も少なからずあった。そこで、一律、かつある程度高年齢までの年齢区分で分析することを目的に、本研究プロジェクト「長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす人口学的影響に関する研究（平成 26～28 年度）」で統計法第 32 条に基づき厚生行政基礎調査および国民生活基礎調査の調査票情報の二次利用申請を行い、厚生労働省大臣官房統計情報部より提供を受け、分析を行った。

2. 寝たきり率について

a. 「寝たきり」概念のはじまり～1968 年「居宅ねたきり老人実態調査」の結果から

1960 年代高度経済成長のさなか、国民皆保険体制が 1961 年に確立し、老人福祉法が 1963 年に制定され、人口高齢化に対する関心が高まっていた中で、1968 年に「居宅ねたきり老人実態調査」が行われた。この調査は、全国社会福祉協議会により実施され、全国 13 万人の民生委員が担当地区内の 70 歳以上の高齢者のいる世帯を訪問し、寝たきりの状態を本人もしくは家族・介護者に面接質問したものである。調査された寝たきり者数は男性 78,404 名、女性 112,948 名の計 191,352 名であり、寝たきりの「発生率」は 5.2%とされた¹。集計表が届かなかった山形県と北九州市、および都市部におけるある程度の調査漏れを勘案し、全国の 70 歳以上の寝たきり者数は 20 万人を超えると推計している（全国社会福祉協議会 1968）。

この調査では、寝たきり者本人の性別、年齢、家族構成といった基本属性と、寝ている理由、寝たきりの期間、また「便所にゆくことができるか」、寝たきり者のいる世帯の生計中心者の職業・就業形態、介護者の状況、医者にみせているかどうか、家族以外の話し相手の有無について聞いている。寝たきり者の生活の自立の状況は、「便所にゆくことができるか」という質問項目のみで、入浴、着衣、食事などについては聞かれていないが、その結果をみると、自分で便所にいけるは 30.8%、「自分で便器」は 14.2%となっており、自分で用を足せる人は 45%弱にすぎない、と報告書で強調されているが、逆にいえば寝たきりでも半分は自分で用を足せる、という状態であったことがわかる。またこの調査時点では、1 人暮らしの寝たきり老人は 2.7%と低いこともあり、家庭内の介護者がいない場合の状況を示す集計表は、わずかに話し相手に関する表にとどまるが、1 人暮らし寝たきり者の 25.7%は、話し相手がないとされており、総数の 0.7%に相当する寝たきり者が、まったく介護を受けていない状況であるとも考えられる。

1968 年頃では、寝たきりといっても、かなりその生活の自立の状況に幅があることをうかがわせる。また、報告書では、民生委員が 70 歳以上の高齢者をどのような基準で寝たきりかどうかを判定しているかについては説明されておらず、調査の手引きや連絡事項で定

¹ 報告書では、直近 1965 年の国勢調査の 70 歳以上の人口を分母とし、発生率が計算されていると思われるが、1968 年の総務省統計局による推計人口を分母として用いた場合は 4.7%となる。

義していたのかもしれないが、ある程度社会通念として「ねたきり老人」といえば通じてしまう状況であり、「ねたきり老人」の状況を詳しく分類する状況にまだなかったのではないかとと思われる。

b. 寝たきり調査項目の変容

政府統計において、寝たきりかどうかが聞かれているのは、1978年（昭和53年）の厚生行政基礎調査がはじめてであったようである。これに先立って、国民健康調査では1974年に「就床状況」に関する質問項目が追加されており、調査3日間における就床状況と、過去1年間の就床状況が聞かれており、後者の方は、高齢の寝たきり者も念頭にいた質問項目であったと思われる。しかしその選択肢が「全く床につかなかった」、「1日～10日程度床についた」、「11日～30日程度床についた」、「31日以上床についた」の4種類であり、長期の就床というよりは、疾病によりどのくらい就業・学業などに影響があったかを測る設問であったとも考えられ、今回の分析対象とはしなかった。

1978年の厚生行政基礎調査では、「ねたきり者の状況」として2つの質問が設けられている。「介助の種類」の質問には入浴・屋内移動・着衣・排便・食事の5選択肢、「ねたきりの期間」の質問には1か月未満、1～3ヶ月未満、3～6ヶ月未満、6か月～1年未満、1年以上の5選択肢が設定されている。「未就学児を除くねたきり者のみ記入」、とあり、明確な年齢区分はこの調査年には導入されていないものの、対象としては高齢者および身体障害者を対象としていることが伺われる。次にねたきり者の状況が聞かれたのが1981年の厚生行政基礎調査で、6歳以上のねたきり者、と年齢区分が入ったが、質問・選択肢は同じである。ところが、1984年の厚生行政基礎調査で、介護の要否、介護者、ねたきりになった原因に関する質問項目が導入された。この時点では、ねたきり者に対して、介護の要否を聞いているので、ねたきりでも介護が不要、という状態を想定していることになる。また、それまでの「介助」という用語が「介護」となった。

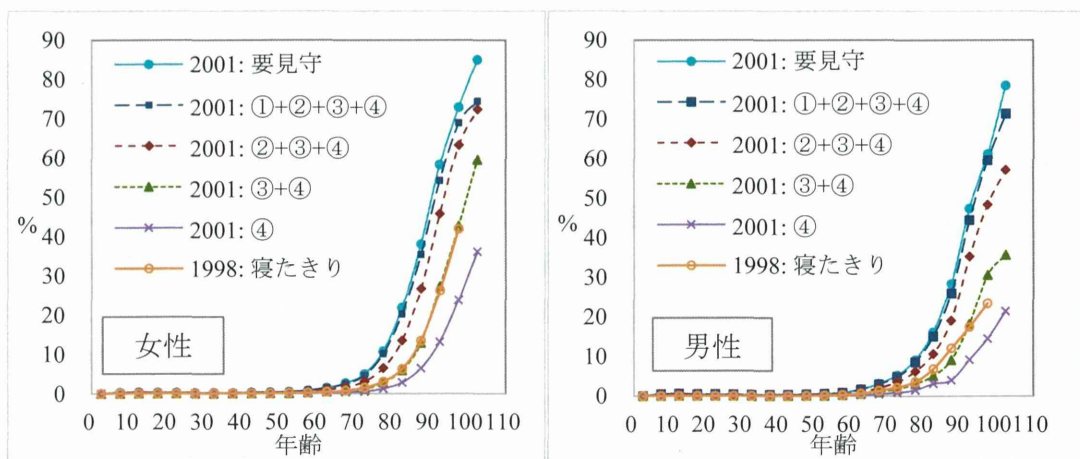
次にねたきりに関して聞かれたのが、国民生活基礎調査となった1986年調査である。このときは、6歳以上の世帯員について、介護の要否を聞いた後で、ねたきりかどうかを聞いており、その後の調査でも同様な誘導方式となっている。

つまり、当初は「ねたきり」という言葉で一様に表現されていた、生活の多くを床について自立できない状態が、その後少しずつ、介護の状況に応じて細分化されてきた過程が認められる。しかしその過程には、若干の混乱も伴っていたようである。つまり、1984年では、寝たきり者のうち介護が不要な人が27.9%を占めていたが、1986年ではそのような人は数字として表れず、逆に介護が必要な人のうち寝たきりではない人は26.3%となった。以降、要介護と寝たきりの値は乖離していき、介護保険制度の実施以降の最初の大規模調査である2001年の国民生活基礎調査から、寝たきりという用語は消え、代わりに4選択肢で表される「日常生活の自立の状況」に取って代わられることとなった。

c. 「寝たきり」と「日常生活の自立の状況」との関係

2001年国民生活基礎調査より導入された「日常生活の自立の状況」は、①何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる、②屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない、③屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ、④1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する、の4つの選択肢がある。この4つの水準が、寝たきりとどう呼応するのか、1998年の寝たきり率と2001年の日常生活の自立の状況4項目の累積の率を年齢別に比較したものが図1である。

図1 寝たきり率と日常生活の自立の状況の比較



1998年の寝たきり率は、2001年の③+④に近く、特に女性では両者の値が非常に近似している。③、④の文章の内容から考えても、この二つが寝たきりという事象に応じたものであるとみなすことができよう。そこで本稿では、2001年以降の寝たきり率を、日常生活の自立の状況の③と④を足したものとした。

3. 非寝たきり寿命の算出および介護不要寿命との比較

寝たきり率の算定には、1978、1981、1984年の厚生行政基礎調査における寝たきりの項目、国民生活基礎調査の1986年から1998年までの寝たきりの項目、2001年から2013年までは国民生活基礎調査の「日常生活の自立の状況」のうち「③屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ」と「④1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する」を合計したものを寝たきりとみなし、それぞれを用いて寝たきり率を算出した。

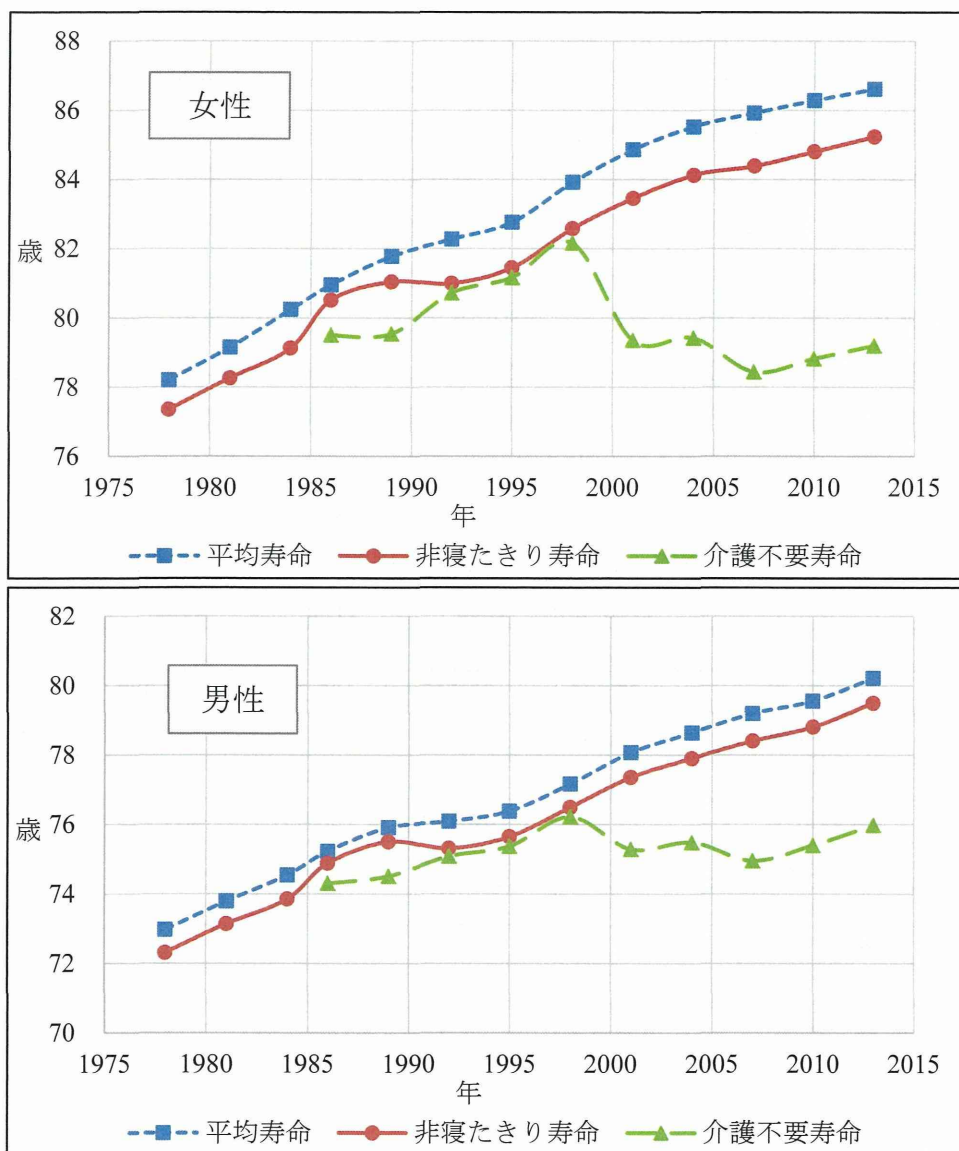
また、要介護率として、国民生活基礎調査1986年から1998年までは介護の要否、2001年から2013年までは国民生活基礎調査の手助けや見守りの要否の項目を用いて算出した。1984年は厚生行政基礎調査で介護の要否を聞いているが、寝たきりの人についてのみ聞いて

ているので、ここでは比較対象としなかった。また「要介護率」といっても、ここでは要介護認定を取った人の割合を示すものではないことに留意する必要がある。

年齢別の寝たきり率、要介護率を使い、Sullivan 法により、寝たきり期間・非寝たきり寿命および要介護期間・介護不要寿命を算出した。用いた生命表関数 L_x は日本版死亡データベースによるものを用いた。日本版死亡データベースは、国際的な死亡データベースである Human Mortality Database と整合性をもち、わが国の生命表を死亡研究に最適化して再編成した死亡データベースであるが、高齢における年齢区分が過去に至るまで 110 歳以上階級まで同様に得られること、および男女合計の L_x が得られる、といった利点がある。

これらの算出結果を、付表 1～7 に示し、平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命を男女別に図 2 に示す。

図 2 平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命の推移



男女とも、1986、1989 年を除くと、寝たきり期間は一定で、平均寿命の伸びに平行して非寝たきり寿命も伸びている。1986、1989 年については前述した寝たきりと介護の定義の変化に伴うものである可能性もあるが、今後の検討も必要となろう。一方介護不要寿命は 2000 年以降減少もしくは停滞しており、非寝たきり寿命の動向とは全く異なるものである。2000 年より実施された介護保険制度により、介護の需要がつくられ、満たされたことによる可能性もある。同様のことは、医療保険制度拡大の際にも有病率の増大という形で現れていた。しかしこの介護不要寿命も 2007 年からは伸長に転じており、今後の動向が注目される。

4. 施設入居者の補正

国民生活基礎調査は、国勢調査区の後置番号 1 および 8、つまり、一般世帯、寄宿舍・寮がある区域から層化無作為抽出した地区を対象としている。この中には、後置番号 4 である、社会施設・病院（患者 200 人以上収容）は含まれていない。高齢になって、生活の自立度が下がれば、介護施設に入所することが多くなることを考えれば、寝たきり率の算定のためには施設入所者の動向を考慮することが重要である。国勢調査における後置番号別の人口は公表されていないが、世帯の種類別人口は一般世帯、施設等の世帯別に公表されている。特に 65 歳以上人口について 1970 年から 2010 年までの推移をみると（表 1）、実数では 1970 年に 20 万人であったのが、2010 年には 167 万人と約 8 倍に増加し、割合では 1970 年に 2.8%であったのが、2010 年では 5.7%と 2 倍程度に増加している。また 85 歳以上では 2010 年で 21.7%を占めており、超高齢者の施設入所率は無視できないレベルになっている。

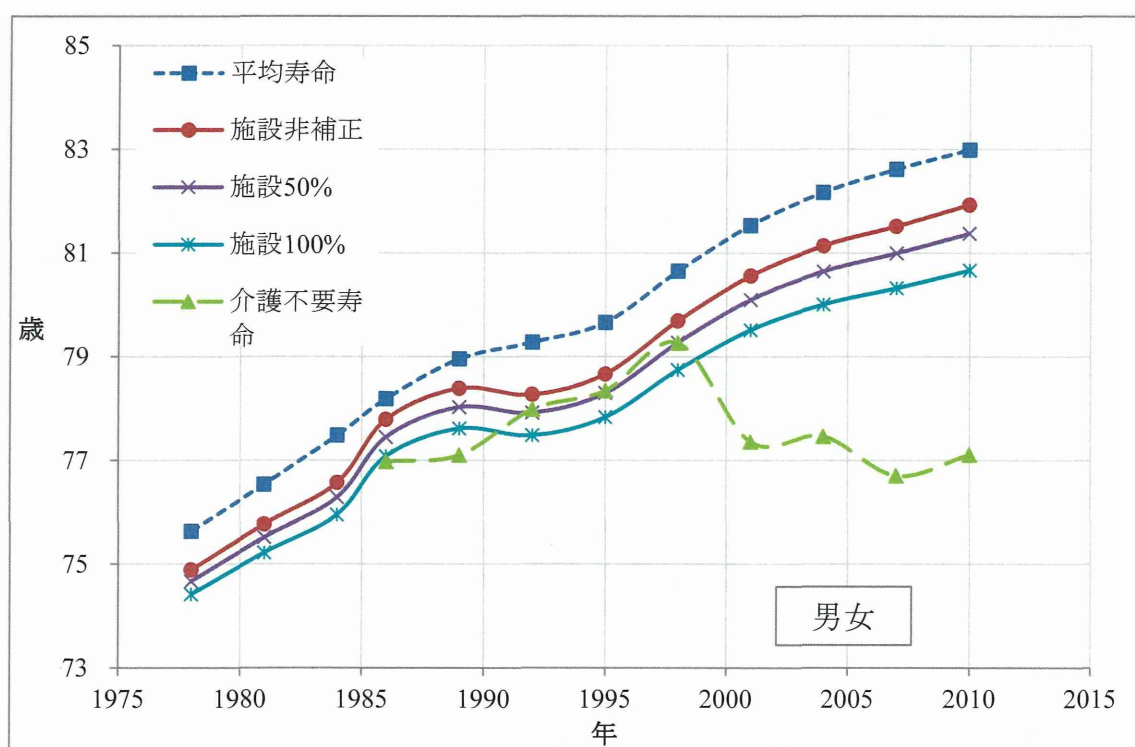
表 1 施設等の世帯人員数および総人口に対する割合（国勢調査）

		1970	1980	1990	2000	2010
実数	65～69 歳	71,245	73,167	83,228	106,279	114,600
	70～74 歳	57,055	93,545	103,263	129,007	146,923
	75～79 歳	40,080	97,390	144,170	171,290	232,494
	80～84 歳	23,005	72,312	152,488	214,216	349,052
	85 歳以上	11,225	44,459	156,957	403,199	824,792
	(再掲) 65 歳以上	202,610	380,873	640,106	1,023,991	1,667,861
割合	65～69 歳	1.9%	1.8%	1.6%	1.5%	1.4%
	70～74 歳	2.2%	3.1%	2.7%	2.2%	2.1%
	75～79 歳	2.7%	4.8%	4.8%	4.1%	3.9%
	80～84 歳	3.2%	6.6%	8.3%	8.2%	8.0%
	85 歳以上	3.5%	8.4%	14.0%	18.0%	21.7%
	(再掲) 65 歳以上	2.8%	3.6%	4.3%	4.6%	5.7%

注：1970 年は、準世帯の人員数

後置番号4の人口と、施設等の世帯人口との対応については今後精査する必要があるが、高齢者施設にも様々な種類があり、施設入所者の寝たきり率や生活の自立の状態は未だ不明の点が多い。したがって、ここでは単純に、施設入所者がすべて寝たきり（図中「施設100%」）、50%寝たきり（図中「施設50%」）と設定し、それら2ケースについて非寝たきり寿命を補正計算し、補正前の非寝たきり寿命、介護不要寿命と比較した。図3に示すように、施設入所者がすべて寝たきりと仮定した場合でも、若干の寝たきり期間の増加は認められるが、平均寿命と平行した非寝たきり寿命の伸長は否定されるものではない。

図3 施設入所割合で補正した平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命の推移



年齢別の寝たきり率の推移を、非補正、施設入所者が半分寝たきり、すべて寝たきりの3ケースでみると、85歳未満の年齢層においては、1986、1989年を除いては、低下の傾向にあり、施設入所割合で補正した場合も同様である。一方、85歳以上の年齢層では、施設入所を補正しない率で見るとやや減少しているが、施設入所者の寝たきり率を50%と設定した場合はやや増加、施設入所者がすべて寝たきりと設定した場合は明らかな増加が認められる。85歳以上の中で、90歳以上や100歳以上といった超高齢の年齢層の割合が増えていることがその主要な理由だと思われるが、全年齢での標本調査では、このような超高齢者の標本数が少なくなるので、さらなる分析は難しい。いずれにせよ、施設居住者の自立状況は別途把握する必要がある。