

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部資料(平成30年10月22日)

趣旨

- 2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業も増加。今後、国民誰もが、より 0 長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会参加の環境整備や②健康寿命の延伸を進めるとともに、③医療・福祉サ による生産性の向上を図りつつ、④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めることが必要。
- このため、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を設置するとともに、部局横断的な政策課題について、従来の所掌にとらわ れることなく取り組むためプロジェクトチームを設けて検討する。

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部

:厚生労働大臣 本部長

本部長代理 :厚生労働副大臣 厚生労働大臣政務官

本部員:

を審議

厚生労働事務次官、厚生労働審議官、 医務技監、その他部局長

※プロジェクトチームにおける検討を基に改革案

主査は、

横断的課題に関するプロジェクトチー

リーダー :政策統括官(総合政策担当)

サブリーダー: 大臣官房審議官(総合政策(社会保障)担当)

政策立案総括審議官(政策評価、総合政策(労働)担当)

①健康寿命延伸TF(疾病予防・介護予防に関する施策等)

主査:吉永審議官(健康局)

副主查:山本審議官(保険局)、佐原審議官、江崎統括調整官

②医療・福祉サービス改革TF(ロボット、AI、ICTの実用化等)

主查:諏訪園審議官(老健局)

副主查: 迫井審議官(医政局)、江崎統括調整官

③高齢者雇用TF(高齢者の雇用就業機会の確保等)

主查:北條部長(雇用開発部)

副主查:田畑審議官(職業安定局)、山田審議官(人材開発統括官)

④地域共生TF(縦割りを超えた地域における包括的な支援体制の整備等)

主查:伊原審議官(政策統括官(総合政策担当))

副主査:八神審議官(社会・援護局)、藤原審議官(子ども家庭局)、

橋本部長(障害保健福祉部)、諏訪園審議官(老健局)

改革本部(以下「本部」

という。)を設置する。

による社会保障の持続可能性の確保を進めるため、

(組織)

第2条

2

本部は、本部長、本部長代理及び本部員をもって構成する

第1条 団塊ジュニア世代が高齢者となる 2040 年を見据え、今後、国民誰もが、より長く、

元気に活躍できるよう、多様な就労・社会参加の環境整備や健康寿命の延伸を進めるとと

もに、医療・福祉サービスの改革による生産性の向上を図りつつ、給付と負担の見直し等

2040 年を展望した社会保障・働き

本部長は、厚生労働大臣をもって充てる。

本部員は別紙1の職にある者をもって充てる。 本部長代理は、 厚生労働副大臣及び厚生労働大臣政務官をもって充てる ただし、 本部長が必要と認めると

本部員を追加することができる,

いう。)を置く。 プロジェクトチームは、 リーダー及びサブリーダーをもって構成する

第3条

本部に、

横断的課題に関するプロジェクトチーム(以下「プロジェクトチー

Ė

(横断的課題に関するプロジェクトチーム)

リーダーは、 政策統括官 (総合政策担当)をもって充てる。

サブリーダーは、 (政策評価、 総合政策 大臣官房審議官 (総合政策 (社会保障) (労働) 担当) をもって充てる 担当) 及び政策立案総括審議

第4条

(タスクフォース)

スクフォース、高齢者雇用タスクフォース及び地域共生タスクフォースを設置する。 各タスクフォースに、 主査及び副主査は、 プロジェクトチームに、 別紙2の職にある者をもって充てる それぞれ主査及び副主査を置く。 健康寿命延伸タスクフォース、医療・福祉サービス改革タ

主査は、必要に応じ、 必要に応じ、 タスクフォースに関係部局の職員の参加を求めることができる

ることができる タスクフォースの運営に関する事項その他必要な事項を別に定め

資料2

2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部設置規程

厚生労働大臣伺い定め 平成 30 年 10 月

19

14

97

第5条 本部の庶務は、政策統括官付社会保障担当参事官室及び政策統括官付労働政策担当 参事官室において処理する。

第6条 この規程に定めるもののほか、本部の運営に関し必要な事項は、本部長が別に定め

この規程は、平成30年10月22日から施行する。

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部員

厚生労働事務次官

厚生労働審議官

医務技監

大臣官房長

大臣官房総括審議官

大臣官房審議官 (総合政策 (社会保障) 担当)

医政局長

健康局長

医薬・生活衛生局長

労働基準局長

労働基準局安全衛生部長

職業安定局長

職業安定局雇用開発部長

雇用環境・均等局長

老健局長

社会・援護局長

子ども家庭局長

社会・援護局障害保健福祉部長

保險局長

年金局長

人材開発統括官

政策統括官(総合政策担当)

政策立案総括審議官(政策評価、総合政策(労働)担当)

政策統括官(統計・情報政策、政策評価担当)

() 上述, 出口, 四部, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种	地域共生タスクフォース
-ス 主査:職業安定局雇用開発部長 副主査:大臣官房審議官(職業安定担当)、大臣官房審議 官(人材開発、都道府県労働局担当)	高齢者雇用タスクフォース
草タス 主査:大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当) 副主査:大臣官房審議官(医政、医薬品等産業振興、精神 保健医療、災害対策担当)、医政局統括調整官	医療・福祉サービス改革タス クフォース
・	健康寿命延伸タスクフォース

未来投資会議 厚生労働大臣提出資料(平成30年10月22日)



2040年を展望し、 誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現に向けて

平成30年10月22日(月) 厚生労働大臣 根本 匠

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

- 団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。 一方、近年、高齢者の「若返り」が見られ、就業率が上昇するなど高齢者像が大きく変化。
- 国民誰もがより長く元気に活躍できるよう、全世代型社会保障の構築に向けて、厚生労働省に 「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」(本部長:厚生労働大臣)を立ち上げ、 引き続き、給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めるとともに、以下 の取組を推進。
 - ① 雇用・年金制度改革等
 - ② 健康寿命延伸プラン
 - ③ 医療・福祉サービス改革プラン

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に 向けた環境整備
- 就職氷河期世代の就職支援・ 職業的自立促進の強化
- 中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、 被用者保険の適用拡大、 私的年金 (iDeCo (イデュ) 等) の拡充

※あわせて、地域共生・地域の支え合い 等を推進

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

※来夏を目途に策定

- 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表
- ①健康無関心層へのアプローチ の強化、②地域・保険者間の格 差の解消により、以下の3分野 を中心に、取組を推進
 - ・次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等
 - ·疾病予防 · 重症化予防
 - ・介護予防・フレイル対策、認 知症予防 _{- 107-}

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】 ※来夏を目途に策定

- 2040年の生産性向上に向けた 目標と2025年までの工程表
- 以下の4つのアプローチにより、 取組を推進
 - ・ロボット・AI・ICT等の実用化 推進、データヘルス改革
 - タスクシフティングを担う人材 の育成、シニア人材の活用推進
 - ・組織マネジメント改革
 - 経営の大規模化・協働化

健

■ 未来投資会議において示された方向性に基づき、P4からP6までの取組を推進する。 主な取組は、以下のとおり。

- ▶働く意欲がある高齢者が、その能力を十分発揮し、働く人の個々の事情に応じて活躍できるよう、 多様な雇用・就業機会を充実
 - ・70歳までの雇用確保を図る上で、複数のメニューを用意し、労使の話し合いの上で個人の選択が効く仕組みを検討
 - ・成果を重視する評価・報酬体系の構築に向けた環境整備
 - ・企業のみならず様々な地域の主体による雇用・就業機会を開拓
- ▶ 就職氷河期世代の一人ひとりが抱える課題に応じた寄り添い型の就職・キャリア形成支援の強化特に、長期にわたる無業者への職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備
- ▶ 中途採用に前向きな大企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により社会全体の機運を醸成
- ▶ 一人ひとりの多様な働き方に柔軟に対応した年金制度への見直し、私的年金(※)の拡充の検討

※ 確定給付企業年金(DB)、企業型確定拠出年金(企業型DC)、個人型確定拠出年金(iDeCo(イデコ))

- ▶ 生活習慣病の発症・重症化予防のため、医療機関と保険者・民間事業者(スポーツクラブ等)等が連携し、 医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供し、住民の行動変容を促す仕組みの構築
- ▶ 身近な場所で高齢者が定期的に集い、身体を動かす場等の大幅な拡充、介護予防事業と高齢者の保健事業 (フレイル対策)との一体実施の推進(インセンティブ措置の強化)
- ▶ 認知症予防を加えた認知症施策の推進(身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等)
- ▶ 野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境(スマート・ミール)の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりの推進
- > 2040年に向けたロボット・AI等の現場活用に向けた実用化構想の検討
- ➤ データヘルス改革に関し、2020年度までの事業の着実な実施と**2020年の後の絵姿**(全国的な保健医療情報ネットワーク等)、工程表の策定
- ♪ 介護・看護・保育等の分野において、介護助手等としてシニア層を活かす方策の検討
- ▶ 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、(1)介護助手、(2)介護ロボット(センサーを含む)、
 - ③ I C T の活用等を組み合わせた業務効率化のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現に向けた取組

- ・多様な就労と社会参加を実現するために(雇用・年金制度改革)
- ・ 健康寿命の更なる延伸に向けて(健康寿命延伸プラン)
- ・ 労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保に向けて(医療・福祉サービス改革プラン)

- 108-

3

多様な就労と社会参加を実現するために(雇用・年金制度改革)

- 高齢化の一層の進展、現役世代人口の急減に対応し、より多くの人が意欲や能力に応じた就労・社会参加を通じて社会の担い手としてより長く活躍できるよう、「働き方改革」を通じて取り組んできた「一人ひとりの意思や能力、個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を選択可能とする社会」の実現に向けた環境整備をさらに推進する。
 - 増加する高齢者について、就業希望は様々であることを十分踏まえつつ、働く意欲がある高齢者がその能力を十分発揮できるよう、65歳を超える高齢者の雇用・就業機会を確保する
 - ・ 現在40歳代後半に到達した就職氷河期世代が安定した就労に至らないまま2040年前後に高齢期を迎えることがないよう、一人ひとりが 抱える課題に応じた就職支援や職業的自立の促進を強化する
 - ・ 高齢者、女性、不安定就労者などを含めた様々な立場の人が、本人の意欲・能力を最大限に発揮できるよう、労働者の主体的なキャリア 形成や再チャレンジが可能な社会としていくため、中途採用の拡大を図る
- あわせて、高齢者が自身の人生設計に応じて**年金の受給開始年齢を柔軟に選択できる仕組み**や、多様な 働き方を踏まえた**被用者保険の適用拡大**を検討。さらに、より豊かな老後生活を送ることができるよう、 **私的年金の拡充**について検討する。

高齢者雇用・就業機会の確保

- 企業による、働く人の個々の事情に応じた多様な雇用・就業機会の確保
- ▶ 能力や成果による評価・報酬体系の構築等の環境整備
- ▶ 地域の主体による高齢者の雇用・就業機会の開拓 等

就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化

- 一人ひとりが抱える課題に応じた寄り添い型の就職・キャリア 形成支援の強化
- 特に、長期にわたる無業者に対する、職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備 等

中途採用の拡大

- 転職・再就職者の受入促進のための指針の周知
- ▶ 中途採用拡大を行う企業に対する助成
- 中途採用に前向きな大企業からなる協議会を開催し、 好事例の共有等により社会全体の機運を醸成

等

年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険 の適用拡大、私的年金の拡充

- ➢ 繰下げの上限年齢の見直し
- ▶ 短時間労働者に対する適用要件の見直し
- ▶ 私的年金の加入年齢等の見直し

等

健康寿命の更なる延伸に向けて(健康寿命延伸プラン)

○ 「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・ フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に、インセンティブの強化、ナッジの活用などにより、 ①健康無関心層へのアプローチを強化しつつ、②地域・保険者間の格差の解消を図ることによって、 個人・集団の健康格差を解消し、健康寿命の更なる延伸を図る。

次世代を含めた すべての人の 健やかな生活 習慣形成等

- 子育て世代包括支援センターの質と量の充実等による「健やか親子21」に基づいた次世代の健やかな生活習慣形成の推進及び関連研究の実施
- ▶ 成育サイクルに着目した疾病予防・治療方法等に関する研究の推進
- > 乳幼児期・学童期の健康情報を一元的に確認できる仕組みの構築
- ▶ 野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境(スマート・ミール)の認証制度等の 普及支援など、自然に健康になれる環境づくりの推進
- ▶ 予防・健康づくりに関係する地域の関係者が一体となって、「健康日本21」も踏まえた健康的な食事・運動や 社会参加の推進に取り組むため、スマートライフ・プロジェクト、日本健康会議等の連携を強化

等

疾病予防· 重症化予防

- ▶ 保険者に対するインセンティブ措置の強化、先進・優良事例の横展開等による疾病予防・重症化予防の推進
- ▶ 医療機関と保険者・民間事業者等が連携した医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供
- がんの早期発見に向けた精度の高い検査方法等の研究・開発等
- 歯科健診や保健指導の充実を図り、歯科医療機関への受診を促すなど、全身の健康にもつながる歯周病等の歯科疾患対策の強化等

個人の予防・健康づくりに関する行動変容につなげる取組の強化(ナッジ、ヘルスケアポイント、ウェアラブル機器等)

▶ 保険者に対するインセンティブ措置の強化等により、

介護予防・ フレイル対策 認知症予防

- ① 身近な場所で高齢者が定期的に集い、身体を動かす場等の大幅な拡充
- ② あわせて、介護予防事業と高齢者の保健事業(フレイル対策)との市町村を中心とした一体実施を推進
- ▶ 効果検証の上、介護報酬上のインセンティブ措置の強化(デイサービス事業者)

労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保に向けて (医療・福祉サービス改革プラン)

○ 2025年以降、現役世代(担い手)の減少が一層進むことが見込まれる中で、「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データへルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」、「経営の大規模化・協働化」の4つの改革を通じて、生産性の向上を図ることにより、必要かつ適切な医療・福祉サービスが確実に提供される現場を実現する。

等

ロボット、AI、ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- ➤ 2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の検討
- データヘルス改革に関し、2020年度までの事業の着実 な実施とそれ以降の絵姿(医療情報の標準化、全国的な 保健医療情報ネットワーク等)・工程表の策定
- ♪ 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、 ①介護助手、②介護ロボット(センサーを含む)、③ I C Tの活用等を組み合わせた業務効率化のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及
- ▶ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実

タスクシフティングを担う人材の育成、 シニア人材の活用推進

- ▶ 業務分担の見直し等による、①効率的・機能的なチーム医療を促進するための人材育成、②介護施設における専門職と介護助手等の業務分担の推進
- ♪ 介護・看護・保育等の分野において、介護助手等として シニア層を活かす方策、医療分野における専門職を支え る人材育成等の在り方の検討

組織マネジメント改革

- ▶ 医療機関の経営管理や労務管理を担う人材の育成
- ➤ 福祉分野における、業務フローの分析を踏まえた、 業務の負担軽減と効率化に向けたガイドライン (生産性向上ガイドライン)の作成・普及・改善
- ▶ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し (実績評価の導入など)
- ▶ 文書量削減に向けた取組、事業者の報酬改定対応 コストの削減の検討

経営の大規模化・協働化

- 医療法人、社会福祉法人それぞれの経営統合、 運営共同化、多角化方策の検討
- 医療法人と社会福祉法人の連携方策の検討

_

等

等

参考資料

- 110-

高齢者の雇用・就業機会確保

■65歳を超えて働ける環境整備が必要

66歳以上までの雇用確保措置が講じられている企業 (66歳以上までの希望者全員の雇用確保措置が講じられている企業)

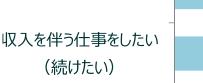
18.8% (9.7%)

資料出所:厚生労働省「高年齢者の雇用状況」(2017)特別集計

	導入済	検討中	予定なし
60歳代前半層を対象とした評価制度	26.3%	27.7%	37.4%

資料出所: JILPT「高年齢者の雇用に関する調査(企業調査)」(2016)

■ 高齢者の就業ニーズが叶っていない



65~69歳の就業率



資料出所:総務省「労働力調査」(2017)、

内閣府「第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2015) ※ 収入を伴う仕事をしたい (続けたい) 割合は65~69歳の数値

■高齢者の就業ニーズは多様化

高年齢者(65歳~69歳)の就業理由(単	数回答)
経済上の理由	51.9%
生きがい、社会参加のため	14.9%
頼まれたから	10.1%
時間に余裕があるから	5.2%
健康上の理由(健康に良いなど)	4.5%
その他	8.7%

資料出所: JILPT「60代の雇用・生活調査」(2015)

8

就職氷河期の就職・キャリア形成支援の強化

■就職氷河期における学卒未就職者の状況



■現時点の就職氷河期世代の就業実態 <u>➤不安定就労者:53万人</u> <u>➤無業者:41万人</u>(いずれもH29時点35~44歳で把握)

フリーター等数の推移(年齢別)

<u> フケーメーサ </u>	1世7夕(十四)	7,117		
	H14	H19	H24	H29
15~24歳	117	89	77	64
25~34歳	91	92	103	88
35~44歳	25	38	51	53
				增加

無業者数の推移	<u>(年齢別)</u>		氷河期世代の	の属する年齢層
	H14	H19	H24	H29
15~24歳	29	25	25	21
25~34歳	35	36	36	32
35~44歳	28	34	44	41
				高止り

【資料出所】

(上部)厚生労働省・文部科学省「大学等卒業者の就職状況調査」、文部科学省「高等学校卒業(予定)者の就職(内定)状況に関する調査」

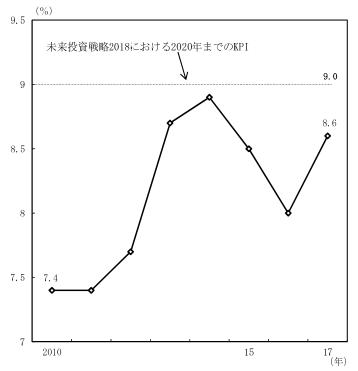
※数値は就職希望者のうち、就職先が決定していない者(大学等については4月1日時点、高校については3月末時点)

※大学等の未就職卒業者数については、文部科学省「学校基本調査」から推計した卒業予定者数に「大学等卒業者の就職状況調査」結果(就職希望率、就職率)を乗じて推計した数値 (下部)総務省「労働力調査」 - 111-

■転職入職率の政府目標達成は道半ば

■年齢が上がるにつれて転職者割合は減少

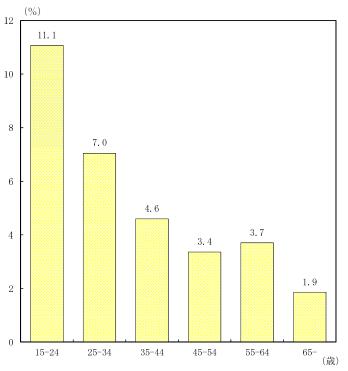
転職入職率(フルタイム)



資料出所:厚生労働省「雇用動向調査」

福考: 転職者とは、成業者のうち前職のある者で、過去1年間に離職を経験した者をさす。 転職入職者とは、入職者のうち、入職前1年間に就業経験のある者をさす。

(就業者に占める)転職者割合



資料出所:総務省「労働力調査」 備考:就業者及び転職者は、自営業主・家族従業者やパートタイム等も含む。 転職者とは、就業者のうち前職のある者で、過去1年間に離職を経験した者をさす。

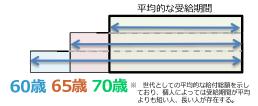
10

年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金の拡充

■公的年金の繰上げ受給と繰下げ受給

- 公的年金の受給開始時期は、個人が60歳から70歳の間で自由に選べる仕組み。
- 繰上げ(65歳より早い)は減額、繰下げ(65歳より遅い)は増額。

繰上げ・繰下げ受給のイメージ



全受給権者に占める繰上げ・繰下げの割合 (平成28年度末)

	国民年金	厚生年金
繰上げ受給	34.1%	0.2%
繰下げ受給	1.4%	1.2%

国民年金について、基礎のみ・旧国年(5年年金を除く)の受給権者を (エ) 国氏午玉について、昼姫のみ・旧国年(5年年金を除く)の受給権者 対象としている。 (1) 厚生年金について、特別支給の老齢厚生年金の受給権者を含めていな い。

繰上げ・繰下げによる増額率

	1ヶ月あたり	最大5年間分
繰上げ	0.5%	30%減額
受給	減額	(60歳受給開始)
繰下げ	0.7%	42%増額
受給	増額	(70歳受給開始)

■短時間労働者への被用者保険の適用拡大の現状



①平成28年10月~

- (1)週労働時間20時間以上
- (2)月額賃金8.8万円以上
- (3)勤務期間1年以上見込み
- (4)学生は適用除外
- (5)従業員 501人以上の企業等

②平成29年4月~

左記(1)~(4)の条件の下、500人以下の 企業等について、

- ・民間企業は、労使合意に基づき、適 用拡大を可能に
- ・国・地方公共団体は、適用

③平成31年9月まで

更なる 適用拡大に ついて検討

■私的年金の加入可能年齢

【確定給付企業年金(DB)】(69歳まで加入可能)

あらかじめ加入者が将来受け取る年金給付の算定方法が決まっている制度。資産は企業が運用。掛金は、事業主拠出が原則。 規約に定めた場合には加入者負担も可。

【確定拠出年金(企業型DC)】(59歳まで加入可能(注))

あらかじめ事業主が拠出する掛金の額が決まっている制度。資産は加入者個人が運用。掛金は、事業主拠出が原則。 規約に定めた場合には加入者拠出も可。

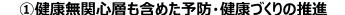
【iDeCo(イデコ)/確定拠出年金(個人型DC)】(59歳まで加入可能)

加入者自らが掛金を拠出する確定拠出年金。中小事業主に限りへ個人型DCに加入する従業員に追加して事業主拠出も可。

誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して ~健康寿命の更なる延伸~

- 誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して、「①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」、「②地域・保険者間の格差 の解消」の2つのアプローチによって、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」、「疾病予防・重症化予防」、「介護 予防・フレイル対策、認知症予防」の重点3分野に取り組み、健康寿命の更なる延伸を図る。
- その際、「新たな手法」や「基盤整備」の強化により、政策の実効性を高めていく。
- → 健康な食事や運動ができる環境整備や、居場所づくりや社会参加による役割の付与等を通じた「自然に健康になる <u>社会」の構築、行動経済学等の理論やインセンティブの活用による「行動変容を促す仕掛け」</u>など

幅広い関係者が一体となって取り組む体制の構築・強化やデータヘルス、研究開発の促進 など 基盤整備



②地域・保険者間の格差の解消

新たな手法

自然に健康になれる環境づくり

居場所づくりや社会参加 の推進による役割の付与

行動変容を促す仕掛け

行動経済学等の理論 (ナッジ理論等) の活用

インセンティブの活用

重点3分野

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

健康な食事や運動がで

きる環境整備

疾病予防・重症化予防

介護予防・フレイル対策、認知症予防

基盤整備

データヘルス

地域住民や ボランティブ 医療·介護

関係者

保険者

自治体·保健所

その他

幅広い関係者が一体となって 取り組む体制の構築・強化

企業·経済団体 運動や飲食等の 団体·関係者

研究開発

医療機関と保険者・民間事業者等の連携による予防事業の展開

- 生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対しては、医療のほか、適切な運動・栄養等のプログラムを組み合わせて提供する ことが、重症化の予防につながる。
- 医療機関と保険者・民間事業者等の連携により、対象者を的確に把握し、インセンティブ措置を最大限に活用して、実効性のある 取組みを進める
- 今後、医療機関の受診にとどまっている患者等を運動・栄養等のプログラムにつなげ、費用面を含めた効果を実証し、全国展開。

- ・患者:運動・栄養プログラムを低廉な価格で受けることができ、治療効果アップが期待できる。
- ・医療機関:治療効果アップが期待できるほか、事業範囲を運動・栄養指導サービスに拡大できる。
- ・民間事業者:これまでリスクのために敬遠しがちであった患者を対象にサービスを提供できる。

政策スキーム(粗いイメージ)

保険者へのインセンティブ:インセンティブ交付金等

インセンティブ交付金等に取組状況を反映 (個人インセンティブの付与も含めて評価)

医療機関へのインセンティブ:診療報酬等

- ・患者に対する運動処方や継続的な指導等を 行った場合の診療報酬による評価
- ・健診結果等から自由診療として運動指導を行 い、その対価を徴収

※H26 グレーゾーン解消制度により明確化

保険者

ICTを活用した 関係者間での情報共有

②民間事業者の紹介・⑥報告を受け

(運動・栄養処方)

・医療機関への受診勧奨 ・運動プログラム等への参加勧奨

民間事業者・医療機関へのインセンティブ

- : 経済的支援
- ・保健事業のスキームによる費用補助

医療機関

①受診

⑤実施状況報告

治療に反映

民間事業者又は 医療機関自身

④プログラムの提供

※医療機関による運動処方を促進するた め、健康増進施設のプログラムを明確化

住民へのインセンティブ①:医療費控除

健康増進施設等におけるプログラム参加費 用を医療費控除の対象とする

住民(加入者) (生活習慣病患者等)

※地方自治体が保険者と連携して、地域ボランティア(食生活改善推進員など)等の協力も得ながら、健康意識の向上や、医療機関への受診勧奨など、取組みを進め

③プログラムへの

参加

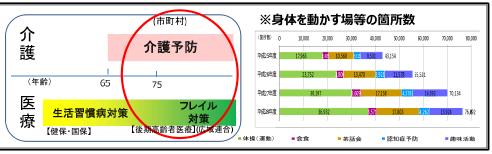
住民へのインセンティブ②:民間保険 運動処方を受けること条件として、プログラム

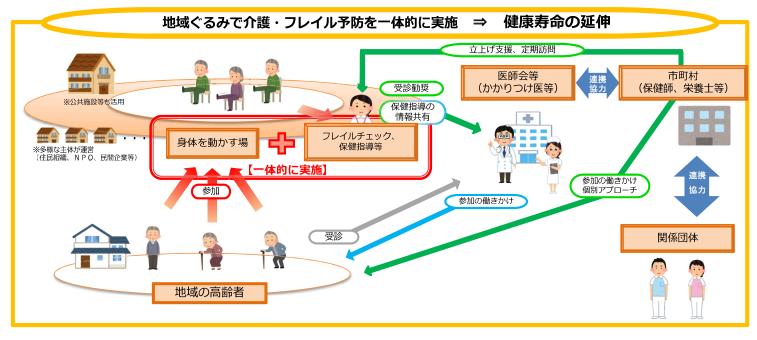
参加費用を民間保険において償還

- 113-

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)

- 高齢者の身体を動かす場(通いの場)を 中心とした介護予防(フレイル対策(運動、 口腔、栄養等)を含む)と生活習慣病等 の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。





「健康な食事」の普及

「健康な食事」





シンボルマーク

- 健康寿命の延伸のためには、国民が、信頼できる情報のもとで、<u>栄養バランスのとれた食事を日常的にとる</u>ことが可能な環境を整備していくことが重要。
- 食を通じた社会環境の整備に向けて、平成27年9月に厚生労働省より、「健康な食事」に関する通知を地方自治体及び関係団体宛に発出。

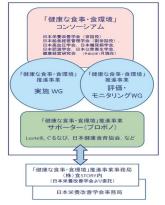
(通知の内容)

- ① 健康な食事の普及について、
- 健康な食事の考え方を整理したリーフレットを作成。
- 栄養バランスの確保のため、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の推奨を図るためにシンボルマークを 作成。
- ② 生活習慣病予防や健康増進の観点から、事業者等による栄養バランスのとれた食事の提供のために、主食・主菜・副菜ごとの目安を提示。

Smart Meal 健康な食事・食環境

スマートミール (スマート・ミール) 認証制度

- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会*1や関連企業等の協力の下、民間主体で認証制度を、本年4月に創設*2。
 - ※1 現在、10学協会で構成。
 - ※2 本年9月に第一回認証を行い、外食:25事業者(395店舗)、 中食:11事業者(16,736店舗)、給食:34事業所(34店舗)を認定。
- 今後、更なる普及に向けて厚生労働省としても支援。





14

15

- 114-

自治体における野菜摂取量増加に向けた取組例

- 厚生労働省が主催する「スマート・ライフ・プロジェクト」の一環として、健康寿命延伸に資する優れた取組 を表彰している。
- 平成29年11月の第6回アワード(「健康寿命をのばそう! アワード」)において、「厚生労働省健康局 長 優良賞」の自治体部門として、野菜摂取量増加に取り組む足立区を選出。
- 今後、厚生労働省として、このような優れた取組・活動の周知・横展開を進める。

住んでいるだけで自ずと健康に!「あだちベジタベライフ~そうだ、野菜を食べよう~」 (東京都足立区)

【糖尿病対策に重点を絞り、区民の生活 の質の向上と健康寿命の延伸を目指す】

- 区民の野菜摂取量が国の目標より 100 q以上少ないというデータに注目。
- 特に区の調査で推定野菜摂取量が少 ない世代として判明した20代、30代の 男性は外食や中食が多い。
- 区内の飲食店に協力を求め、ラーメン や焼肉を注文しても自ずと食前ミニサラ ダが出てくるような「ベジファーストメ ニュー」や、一食で野菜が120g以上 摂れる「野菜たっぷりメニュー」などが提 供される「あだちベジタベライフ協力店」 を置いた。









チラシ

16

三重県の介護老人保健施設における「介護助手」導入の取組

(資料出所) 三重県資料を基に作成

目的



地域の元気な高齢者を「**介護助手** として育成し、 介護職場への就職を支援



● 介護人材の

「すそ野の拡大」「人手不足の解消」「介護職の"専門職化"」

成果・実績(平成29年度)

実施施設数

10施設

• 説明会参加者数

240名 48名

採用者数(3か月のパート雇用)

• 事業終了後の継続雇用者数

47名

(介護職員・施設)

(ベッドメイキング、食事の配膳 など)

~現場の声~

- ・これまで以上に業務に集中出来る。
- ・時間的余裕ができる。
- ・利用者の満足度が上がった。

(介護助手)

- ・70歳と言えど、まだまだやれる自信がついた。
- ・人生に張り合いが出来た。
- ・役に立っているなと感じられ、やりがいが持てた。
- ・働きに来ることで元気をもらえた。

- 115-

波及 効果

● 他種施設への広がり

H29年度からは 特別養護老人ホームでも事業展開

● 全国的な広がり **25都道府県**で実施

(*H30.4月現在 (公)全国老人保健施設協会調查)

健康寿命の算出方法等に関する資料

健康寿命の算出方法

日本人人口と死亡数を用いて、生命表を算出した上で、不健康割合を用いて、不健康な期間を削ることで、健康寿命を算出。

〇日本人人口:国勢調査、推計人口または住民基本台帳人口。

〇死亡数: 人口動態統計を基礎資料として、5年に1度作成される完全生命表、毎年作

成される簡易生命表を用いる。

特別区

○不健康割合: 国民生活基礎調査(2010年とその後3年ごと、対象は都道府県)

昭和61年を初年とし、3年ごとに大規模な調査を実施している。中間の各年には、世帯の基本的事項及び所得の状況について小規模で簡易な調査を

実施している。

※回答対象に0-5歳が含まれないため、0-4歳と5-9歳の不健康割合を6-9歳のそれで代用する。

国民生活基礎調査・健康票調査の実施系統

厚生労働省 ——都道府県 ——保健所 ——指導員 ——調査員 —— 世帯 L 保健所設置市 —

あらかじめ調査員が配布した調査票に世帯主が自ら記入し、後日、調査員が回収する方法により行った。 ただし健康票については、密封回収する方法により行った。

> (289,470世帯 約71万人*) 【資料】* 平成28年国民生活基礎調査

健康寿命の算出方法

国民生活基礎調査・健康票における質問項目

(1) 日常生活に制限のない期間の平均

健康寿命の 算出に利用

(2) 自分が健康であると自覚している期間の平均

表2-1 「日常生活に制限のない期間の平均」の質問 「自分が健康であると自覚している期間の平均」の質問 問1 あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

問 あなたの現在の健康状態はいかがですか。

あてはまる番号1つに〇をつけてください。

(1) よい

(2) まあよい

(3) ふつう

(4) あまりよくない

(5) よくない

※同様の質問項目が、欧州では健康寿命の算出の1つの方法として用いられている

主観的健康度に基づく 健康寿命の算出に利用可能

問2 それはどのようなことに影響がありますか。

(1) ある

(2) ない

あてはまるすべての番号に〇をつけてください。

(1) 日常生活動作(起床、衣服着脱、食事、入浴など)

(2) 外出 (時間や作業量などが制限される)

(3) 仕事、家事、学業 (時間や作業量が制限される)

(4) 運動 (スポーツを含む)

(5) その他

国民生活基礎調査における質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響 がありますか。」に対する「ある」の回答者を日常生活に制限ありと定め、その割合を性・ 年齢階級別に得る。(対象者は6歳以上の居宅者で、医療施設の入院者と介護保険施設 の在所者と0~5歳は含まれない。)

平成28年国民生活基礎調査:調査客体数:289,470世帯約71万人

日本における健康寿命の指標選定の経緯

○ 2000年前半には多様な健康寿命算定の方法が検討されており、2007年(平成19年)より厚労科研における 研究班において計算方法や使用する指標について検討を行った。

・平成19年度~20年度:「平均自立期間」(介護保険における要介護認定の要介護2以上と規定)を指標とす ることを提言した。

・平成23~24年度:国際的に主に使用される指標について検討し、「日常生活に制限のない平均期間」と「健 康と自覚している平均期間」について算定法を提示した。 ⇒研究班により3つの指標が示された。

健康寿命の指標

調査データ

①「日常生活に制限のない期間の平均」(客観的な自己申告とも言える)

あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

国民生活基礎調査 生命表

(1) ある (2) ない

②「自分が健康であると自覚している期間の平均」(主観的な自己申告と

も言える)

あなたの現在の健康状態はいかがですか。

国民生活基礎調査 生命表

あてはまる番号1つに○をつけてください。

(1) よい (2) まあよい (3) ふつう (4) あまりよくない (5) よくない

注) 「ふつう」以上を健康と判断する。

③「日常生活動作が自立している期間の平均」(客観的な他者判定とも言

える)

介護保険情報 生命表

介護保険の要介護度の要介護2~5を不健康な状態とし、それ以外を健康な状態とする。

*0~39歳の不健康割合は0と仮定する。

表:平成26年度厚生労働科学特別研究事業 「健康寿命の国内と海外の現状把握と分析評価に関する研究班」(研究代表者 橋本修二)より一部改変

健康寿命の算出

他の2種類の健康寿命の算出方法も含めて算出プログラムをHP上で公開しており、 地域独自の健康寿命を算出することが可能である。

他の2指標

「自分が健康であると自覚している期間の平均」

主観的な健康状態を対象(客観的な指標を補う)。 基礎情報は国民生活基礎調査などから得られる。 2010年 自覚的健康: 男性 69.9年,女性 73.3年 自覚的不健康:男性 9.7年,女性 13.1年

「日常生活動作が自立している期間の平均」

介護保険の要介護2~5を不健康(要介護)と規定。 基礎情報は介護保険から得られる。

都道府県とともに、市町村で算定可能。

<u>対象年齢は65歳以上(0歳以上も</u>算定可能) 2010年 自立: 男性 17.2年,女性 20.5年

要介護: 男性 1.6年, 女性 3.4年



http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#h27

健康寿命の指標に関する国際比較 〜日米欧〜

日本、米国、欧州の健康寿命に係る指標を比較すると、各国ともWHOによる算出方法とは異なり基本的には日本と類似の指標が使用されている。設問文や選択肢等に若干の相違がみられ、調査方法や言葉を受け取る際の国民性の違いもあり、単純に比較するのは難しい。

日本の指標 (健康日本21で利用)

①「日常生活に制限のない期間の平均」

問 あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

(1) ある (2) ない

②「自分が健康であると自覚している期間の平均」

問 あなたの現在の健康状態はいかがですか。

- (1) よい (2) まあよい (3) ふつう
- (4) あまりよくない (5) よくない

*(1)(2)(3)を健康と判断

③「日常生活動作が自立している期間の平均」

介護保険の要介護度の要介護2~5 を不健康な状態とし、それ以外を健康な状態とする。

米国の指標

(Healthy People2010/2020で利用)

①「日常生活に制限のない期間の平均」

問 肉体的、精神的、感情的な問題のため、 例えば、食事、入浴、身支度、家中の移動 等の身の回りの世話や、例えば家事や必要 な作業、買い物、他の目的のための外出等 の行動に他者の助けが必要か?

(1) はい (2) いいえ (3) 無回答 (4) 知らない

②「自分が健康であると自覚している期間の平均」

問 概して自分の健康は以下のいずれか? (1)極めて良い (2)非常に良い (3)良い (4)普通 (5)悪い (6)無回答 (7)わからない (8)知らない

③「特定の慢性疾患のない期間の平均」

問 今までに、医者や他の医療関係者に・・・と診断されたことがあるか? 2010年:関節炎、喘息、がん、糖尿病、心疾患、高血圧、腎疾患、脳卒中(1)はい(2)いいえ(3)無回答(4)知らない

欧州の指標

(EU health program 2008-2013で利用)

①「日常生活に制限のない期間の平均」

問 少なくとも直近の6か月間、健康上の理由で通常の人ができる活動にどの程度制限を感じているか?

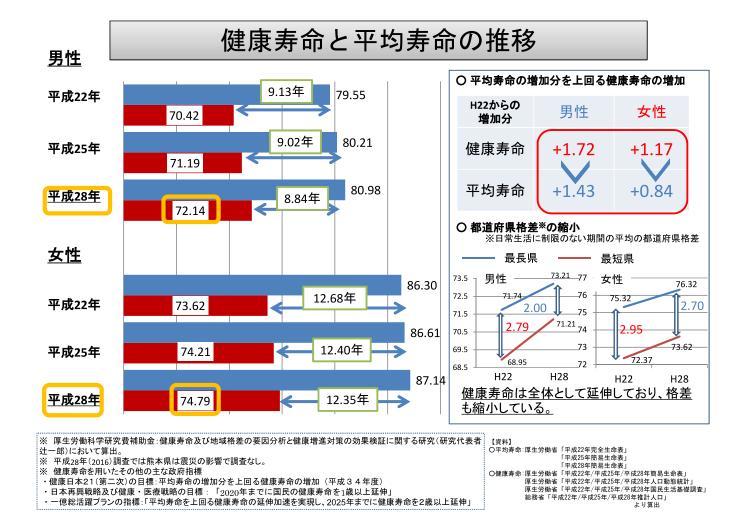
- (1) かなり制限されている
- (2) 制限されているが深刻ではない
- (3) まったく制限されていない

②「自分が健康であると自覚している期間の平均」

- 問 概してあなたの健康状態はどうか?
- (1) とても良い (2) 良い (3) ふつう
- (4) 悪い (5) とても悪い

③「慢性疾患のない期間の平均」

- Q. 慢性疾患にかかっているか?
- (1) はい (2) いいえ



平均寿命と健康寿命の推移

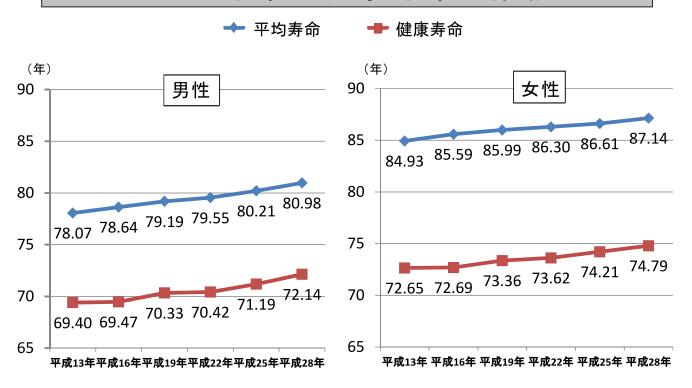
※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標

・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:

・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)

「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸

・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

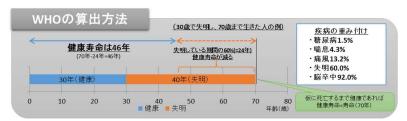


WHOにおける健康寿命

WHOが1997年に健康寿命の概念を提唱し、2000年以降、数年おきに各国の健康寿命を算出し公表している(最新は2015年)。

疾患の日常生活への影響を重み付けするため「疾患毎の係数」を設定し、各疾病に平均的な罹病期間に乗じる算出方法を採用している。

健康寿命 = 健康な期間 + 疾患にかかっている期間 × 疾病の重み付け(係数)



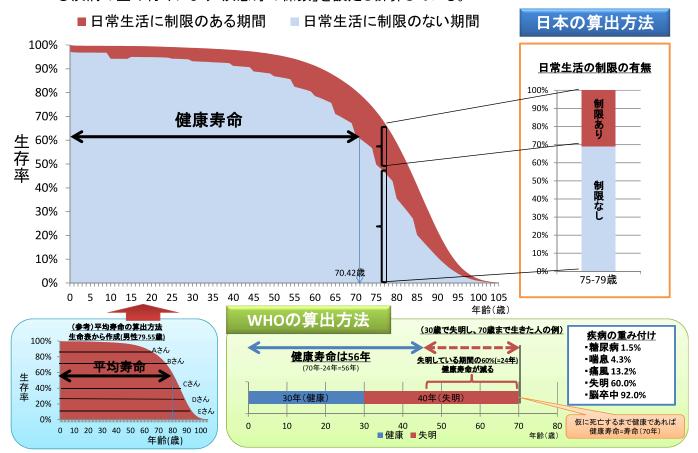
日本とWHOの算出方法の違い

O WHOでは、

- 日本や欧米諸国を除くと、正確な年齢階級別死亡率の入手はきわめて難しい
- ・ 日本や欧米諸国で行っている正確な不健康割合の入手となると、さらに難しい といった死亡と不健康の情報入手の大きな制限から、死亡原因・罹病期間・疾病毎の重み付け等の 客観的データのみで推計していると思われる。
- 重みの定め方の困難さから、WHO方式は日本、欧州、米国において、国の政策を定めるうえでの標準的な指標値の算定法として採用されていない。

WHO方式の健康寿命の算出方法(イメージ)

○疾病の重み付けにより「疾患毎の係数」を設定し計算している。



健康寿命各国比較(2016年)

日本の健康寿命は、男女ともに世界第2位

男性

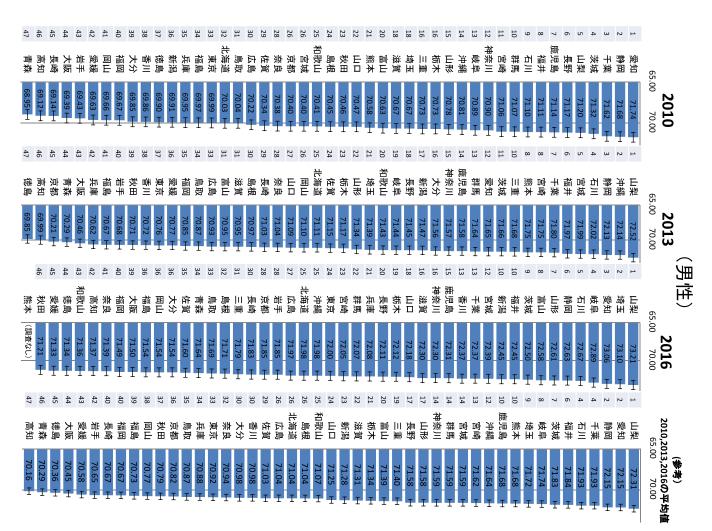
	 	
	国名	健康寿命
1位	シンガポール	74. 7
2位	日本	72. 6
3位	スイス	72. 4
4位	アイスランド	72. 3
5位	スペイン	72. 2

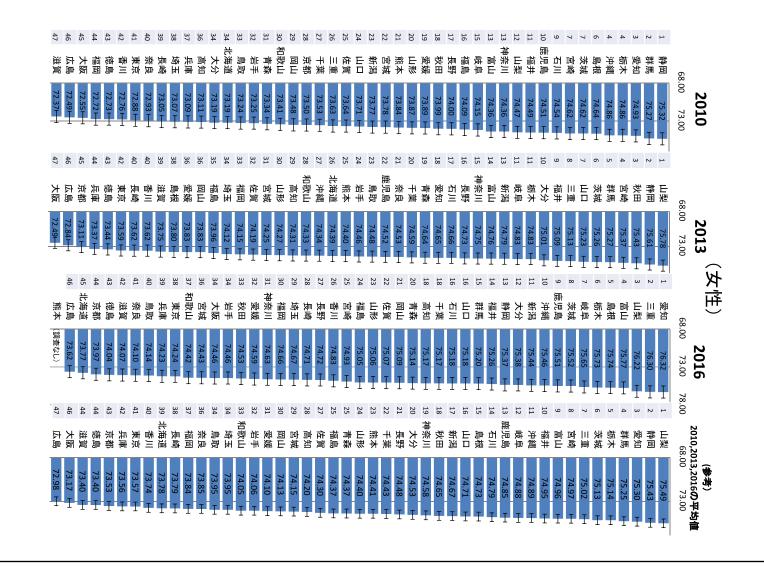
女性

	国名	健康寿命
1位	シンガポール	77. 6
2位	日本	76. 9
2位	スペイン	75. 4
4位	韓国	75. 1
5位	フランス	74. 9

※健康寿命の算出方法がWHOと日本で異なるため、日本の健康寿命の数値については発表しているものと異なる。

出典:「Healthy life expectancy (HALE)Data by country J(WHO) Last updated 2018-04-06 http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en





経済財政諮問会議 加藤臨時議員提出資料(平成30年5月21日)



2040年を展望した社会保障の政策課題と地域医療構想の達成に向けた取組

平成30年5月21日 加藤臨時議員提出資料

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性 ~高齢者就業の拡大を例に~

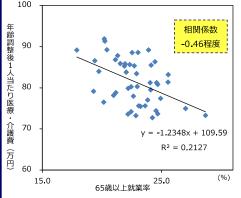
- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加 <被用者保険被保険者の推移(60~74歳)> (万人 □ 平成20年 300 270 (30.1%) 📴 平成27年 ____ (括弧内の数字は当該年齢層の 人口に占める割合) 250 200 151【+57万人】 150 100 【+14万人】 53 (6.8%) 50 0 60-64歳 65-69歳 70-74歳

- 平成27年は平成20年と比べて、60~74歳の被用 者保険被保険者数は99万人増(被保険者数全体の 増(149万人)の約2/3に相当)。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値(平成27年健康保険被保険者実態調査より)と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

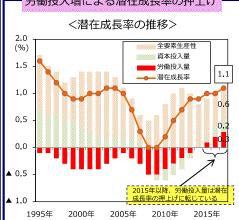
· 就業による健康の保持(医療・介護の需要減) <65歳以上就業率と医療・介護費 (27年度)>



- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当 たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押上げ



- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力 人口が頭打ちとなる中で長らく押下げ要因だった が、2015年以降、押上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

グラフ出典)内閣府「月例経済報告」

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と 負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の 向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。

2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020~

> 経済・財政再生計画 集中改革期間

新たな計画に基づく取組

社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

- 社会保障の充実
 - 子ども・子育て新制度の創設、保 育の受け皿拡大、育児休業中の経 済的支援の強化など、消費税収を 子ども・子育て分野に充当
 - 医療・介護の充実、年金制度の改
- 社会保障の安定化
 - 基礎年金国庫負担割合2分の1等

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改 革工程表に沿って、社会保障の給付 に係る重点化・効率化を推進
- 経済・財政再生計画の「目安」を達 成。社会保障関係費の実質的な伸び は2016~2018年度で1.5兆円弱

居宅や介護施設等での医療ニーズや看取りへの対応を強化

消費税率引上げ (2019年10月予定)

体改革に関わる 制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給 付金制度の創設
- 介護保険 1 号保険 料軽減強化の完全
- ※新しい経済政策 パッケージを実施
- 後期高齢者保険料 軽減特例(均等 割) の見直し

引き続き取り組む > 政策課題

<新たな局面に対応した政策課題>

これまで進めてき た給付と負担の見 直し等による社会 保障の持続可能性 の確保

現役世代の人口が 急減する中での社 会の活力維持向上 労働力の制約が強ま る中での医療・介護 サービスの確保

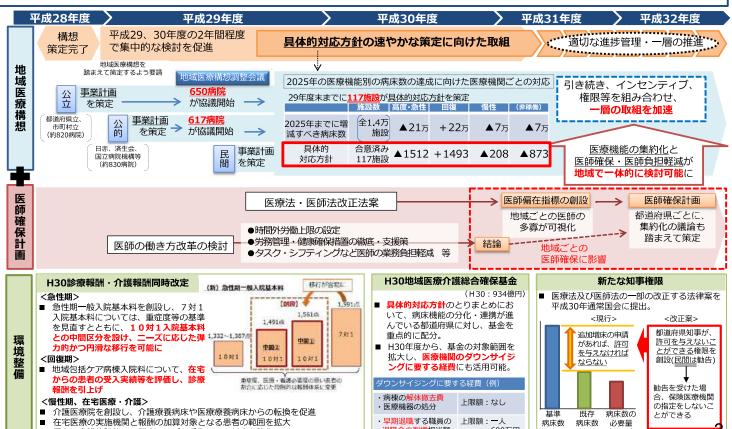


これらの政策課題を総合的に検討していくため、 社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性 向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措 置や制度改正を検討。

「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を 組み合わせることで、 「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。



退職金の割増相当額

600万円

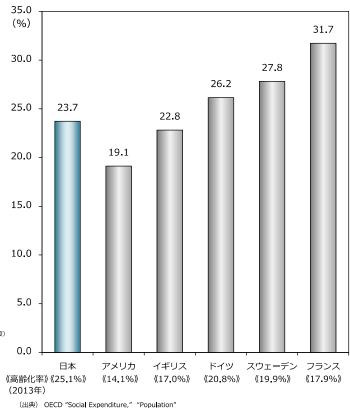
参考資料

社会保障の給付規模の推移と国際比較

<社会保障給付費の対GDP比の推移>

25.0 (%) 21.6 21.1 20.0 16.9 15.0 10.0 2000 2005 2010 2015(年度) 社会保障 88.6 78.4 114.9 給付費 105.4 (兆円) 名目GDP 528.6 525.8 499.2 532.2 (兆円)

<社会支出の対GDP比(2013年)の国際比較>



(出典) OECD "Social Expenditure," "Population"
 (注) OECD基準に基づく「社会支出」は、施設整備費など直接個人には移転されない費用も計上されるという違いがあり、ILOの基準に基づく「社会保障給付費」に比べて範囲が広い。

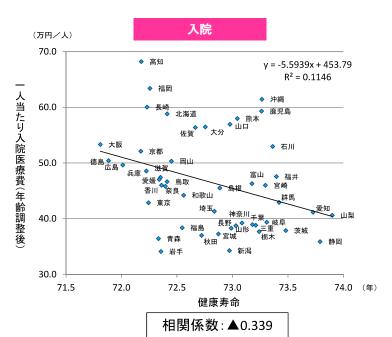
その他

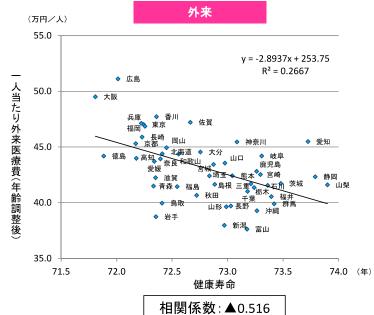
後期高齢者の健康寿命と医療費について①

平成30年4月19日 第111回 社会保障審議会医療保険部会資料

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
- 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係をみると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。
- ※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康 寿命の長さと医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が 特に高い県・低い県の影響が強く出る可能性などに留意が必要。

<後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>



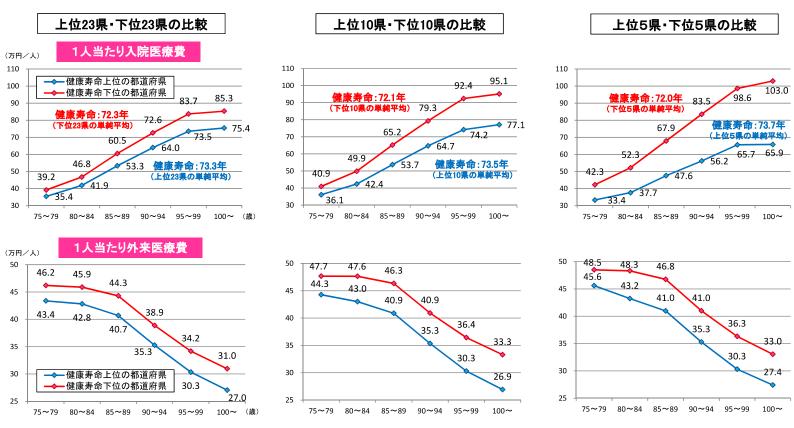


(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間26平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。外来は医科入院外+調剤。

後期高齢者の健康寿命と医療費について②

平成30年4月19日 第111回 社会保障審議会医療保険部会資料

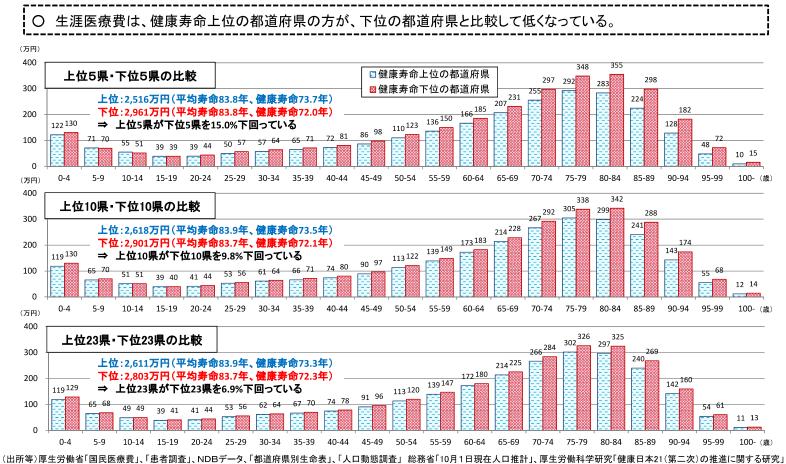
<後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>※下のグラフにおいて75歳未満の被保険者は75~79歳の階級に含めて計算している。



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。 年齢階級別の人口1人当たり医療費について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。外来は医科入院外+調剤。 健康寿命上位10県は、上位から順に山梨、静岡、愛知、茨城、群馬、福井、石川、岐阜、宮崎、沖縄。 建康寿命下位10県は、下位から順に大阪、徳島、広島、京都、高知、兵庫、長崎、東京、福岡、青森。

健康寿命と生涯医療費について①

平成30年4月19日 第111回 社会保障審議会医療保険部会資料

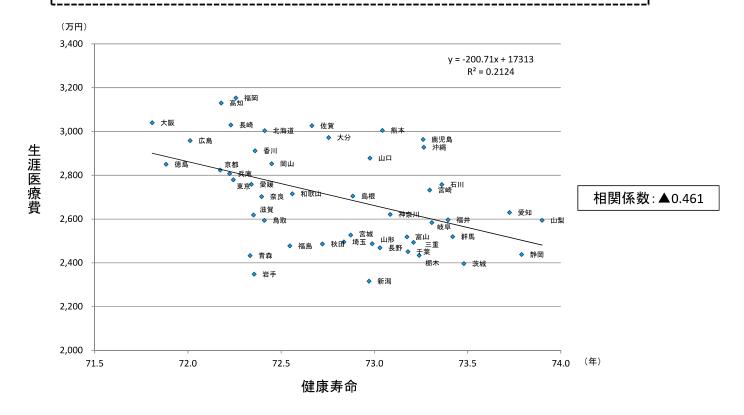


※1. 生涯医療費、平均寿命、健康寿命について、健康寿命について、健康寿命について、健康を持ている。※2. 生涯医療費、平均寿命、健康寿命について、健康寿命について、健康寿命について、健康寿命について、健康寿命について、とびしたもの。
※2. 生涯医療費は、NDBの集計データ(平成27年度)、患者調査(平成26年)及び都道府県別の国民医療費(平成27年度)をもとに、平成27年度における都道府県別・年齢階級別の1人当たり

医療費を算出し、平成27年都道府県別生命表による定常人口を適用して推計したもの1973 ※3. 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したもの。

健康寿命と生涯医療費について②

○ 都道府県別データで健康寿命と生涯医療費との関係をみると、両者の相関は▲0.5程度。



(出所等)厚生労働省「国民医療費」、「患者調査」、NDBデータ、「都道府県別生命表」、「人口動態調査」総務省「10月1日現在人口推計」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」 ※1. 生涯医療費は、NDBの集計データ(平成27年度)、患者調査(平成26年)及び都道府県別の国民医療費(平成27年度)をもとに、平成27年度における都道府県別・年齢階級別の1人当たり 医療費を算出し、平成27年都道府県別生命表による定常人口を適用して推計したもの。

※2. 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

全国	沖縄	鹿児島	邮	大分	熊本	最	佐賀	福岡	高知	愛媛	香川	領吧		広島	国	島根	鳥取	和歌山	禁良	兵庫	大贩	小幣	滋賀	三重	愛知	静岡・	中	表 I 帮 >	世上	益 # 三	1 mi	新温	神奈三	東京	井葉	基田	群悪	栃木	茨城	福島	步	秋田	的英	北	青株	北海道	都道府県
83.9	83.9	83.4	83.7	84.2	84.4	83.7	83.9	83.9	83.6	83.5	84.0	83.5	83.7	84.2	84.4	84.2	83.7	83.2	84.3	84.0	83.5	84.4	84.7	83.9	84.0	84.0	83.9	847	840	84.4	84.0	84.0	843	84.2	83.9	83.7	83.7	83.2	83.3	83.3	83.7	82.9	84.1	83.2	82.3	83.5	[年]
l	(27)	(40)	(30)	(11)	(05)	(34)	(26)	(25)	(35)	(37)	(16)	(37)	(33)	(10)	(06)	(09)	(32)	(43)	(07)	(20)	(39)	(04)	(02)	(23)	(21)	(17)	(24)	(01)	(15)	(03)	(18)	(19)	(80)	(12)	(22)	(28)	(31)	(44)	(41)	(42)	(28)	(46)	(14)	(45)	(47)	(36)	(順位)
72.7	73.3	73.3	73.3	72.8	73.0	72.2	72.7	72.3	72.2	72.3	72.4	71.9	73.0	72.0	72.5	72.9	72.4	72.6	72.4	72.2	71.8	72.2	72.4	73.2	73.7	73.8	73.3	73.0	73.9	73.4	73.2	73.0	73.1	72.2	73.2	72.8	73.4	73.2	73.5	72.5	73.0	72.7	72.9	72.4	72.3	72.4	[章]
ļ	(10)	(11)	(09)	(25)	(17)	(41)	(27)	(39)	(43)	(37)	(34)	(46)	(20)	(45)	(30)	(22)	(32)	(28)	(33)	(42)	(47)	(44)	(36)	(13)	(03)	(02)	(08)	(18)	(01)	(06)	(15)	(21)	(16)	(40)	(14)	(24)	(05)	(12)	(04)	(29)	(19)	(26)	(23)	(35)	(38)	(31)	(順位)
46.0	61.4	59.3	46.0	56.5	58.0	60.0	56.4	63.4	68.2	47.0	46.0	50.4	57.0	49.6	50.3	45.5	46.6	44.2	45.8	48.5	53.3	52.1	47.4	38.8	41.1	35.9	39 4	38.7	40 6	47.5	46.3	34.3	39.2	42.9	38.9	41.3	42.9	37.7	37.9	38.4	38.3	37.0	37.2	34.1	36.4	58.8	[万円/人]
ļ	(03)	(05)	(24)	(09)	(07)	(04)	(10)	(02)	(01)	(20)	(23)	(14)	(08)	(16)	(15)	(26)	(21)	(27)	(25)	(17)	(11)	(13)	(19)	(36)	(31)	(45)	(33)	(37)	(39)	(18)	(22)	(46)	(34)	(29)	(35)	(30)	(28)	(41)	(40)	(38)	(39)	(43)	(42)	(47)	(44)	(06)	【万円/人】 (順位)
44.1	39.3	42.8	42.5	44.5	42.4	45.9	47.2	46.9	44.0	43.7	47.7	44.2	43.6	51.1	44.9	41.6	40.0	44.4	43.9	47.1	49.5	45.3	42.2	41.7	45.5	42.3	44 2	39.7	416	40.5	37.6	38.0	45.4	47.0	41.0	42.4	39.9	41.4	41.7	41.4	39.6	40.7	43.4	38.7	41.5	44.4	【万円/人】 (順位)
I	(44)	(23)	(24)	(13)	(25)	(80)	(04)	(07)	(18)	(20)	(03)	(17)	(21)	(01)	(12)	(31)	(40)	(15)	(19)	(05)	(02)	(11)	(28)	(30)	(09)	(27)	(16)	(42)	(39)	(39)	(47)	(46)	(10)	(06)	(37)	(26)	(41)	(36)	(29)	(35)	(43)	(38)	(22)	(45)	(34)	(14)	(順位)
2,700	2,928	2,964	2,733	2,973	3,005	3,030	3,027	3,153	3,130	2,759	2,912	2,850	2,878	2,958	2,853	2,705	2,594	2,716	2,703	2,808	3,040	2,824	2,619	2,493	2,630	2,438	2 584	2 469	2 595	2,730	2,519	2,316	2,622	2,780	2,451	2,495	2,520	2,434	2,396	2,477	2,487	2,486	2,527	2,348	2,433	3,004	[万円] (順
J	(11)	(09)	(21)	(80)	(06)	(04)	(05)	(01)	(02)	(19)	(12)	(15)	(13)	(10)	(14)	(23)	(30)	(22)	(24)	(17)	(03)	(16)	(27)	(36)	(25)	(42)	(31)	(40)	(29)	(28)	(34)	(47)	(26)	(18)	(41)	(35)	(33)	(43)	(45)	(39)	(37)	(38)	(32)	(46)	(44)	(07)	(順位)

※1 平均寿命は男性と女性で平均したもの(2015年)。 ※2 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの ※3 入院1人当たり医療費及び外来1人当たり医療費は、後期高齢者医療制度(2015年度)における年齢調整後の数値。

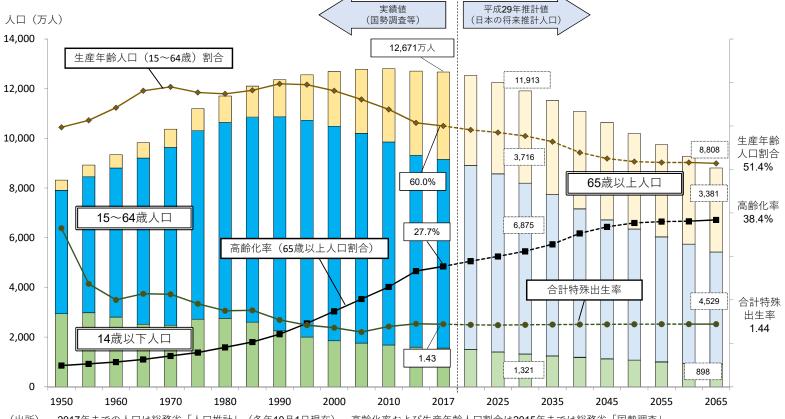
高齢者の就業の 現状について

厚生労働省

政策統括官付労働政策担当参事官室 職業安定局雇用政策課

日本の人口の推移

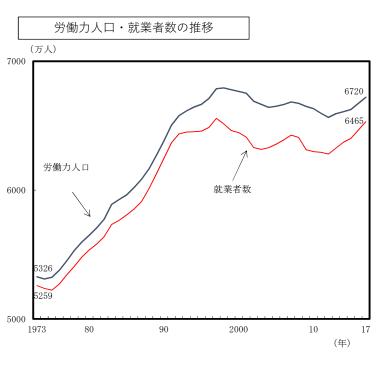
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

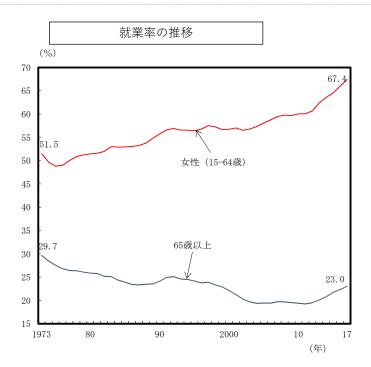


(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、 2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、 2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口で平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

労働力人口・就業者数の推移

○ 労働力人口(就業者+失業者)は2005年以降、概ね横ばいであり、2013年以降は人口が減少する中でむしろ増加している。全体的な人口減少を、女性や高齢者の社会進出が補っている状態。

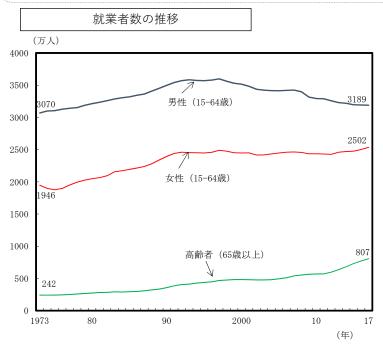


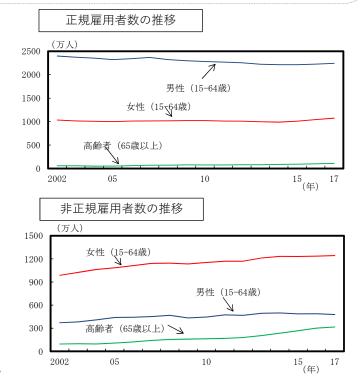


(備考)総務省「労働力調査」により作成。

就業者数の推移、正規・非正規別雇用者数の推移

- 〇 就業者数は、女性(15-64歳)・高齢者(65歳以上)が増加している一方、男性(15-64歳)は1997 年をピークに減少。
- 正規・非正規別にみると、正規は、男性(15-64歳)は長期的に減少傾向だが、女性は2015年以降、 増加。非正規は、女性・高齢者において増加傾向。



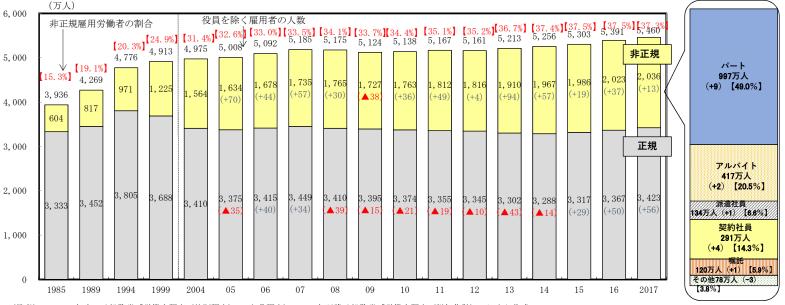


(備考)総務省「労働力調査」により作成。

- 130-

正規・非正規別雇用者数の推移

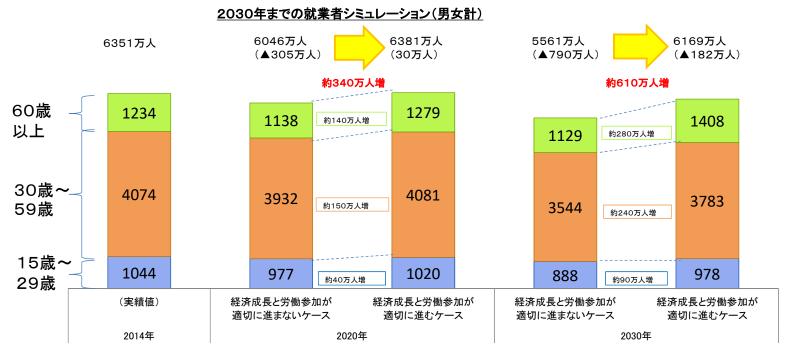
- 非正規雇用は、平成6年から以降現在まで緩やかに増加(役員を除く雇用者全体の37.3%・平成29年 平均)。なお、直近(平成30年2月現在)では、2,120万人(38.2%)
- 正規雇用は、平成26年までの間に緩やかに減少していたが、平成27年に8年ぶりにプラスに転じ、3 年連続で増加。
 - ※総務省「労働力調査(基本集計)」(平成30年2月分)。なお、月単位の公表は平成25年1月から開始。



- (備考) 1. 1999年までは総務省「労働力調査(特別調査)」(2月調査)、2004年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」により作成。
 - 2. 2011の数値、割合は、被災3県の補完推計値を用いて計算した値(平成27年国勢調査基準)。
 - 3. 正規雇用労働者: 勤め先での呼称が「正規の職員・従業員」である者。 また、非正規雇用労働者: 勤め先での呼称が「バート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。 4. 割合は、正規雇用労働者と非正規雇用労働者の合計に占める割合。

就業者シミュレーション

「経済成長と労働参加が適切に進まないケース」は、2030年の就業者数が▲790万人(2014年比)と なるが、「経済成長と労働参加が適切に進むケース」では、その場合よりも約610万人増となり、2014 年比で▲182万人にとどまる見込みである。



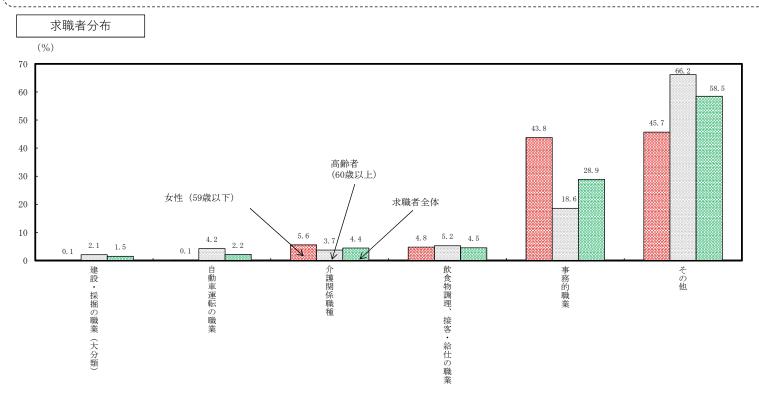
資料出所:2014年実績値は総務省「労働力調査」、2020年及び2030年は(独)労働政策研究・研修機構推計 ※推計は、(独)労働政策研究・研修機構が、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」等を用いて行ったもの ※経済成長と労働参加が適切に進むケース:「日本再興戦略」を踏まえた高成長が実現し、かつ労働市場への参加が進むケース ※経済成長と労働参加が適切に進まないケース:復興需要を退込んで2020年まで一定程度の経済成長率を想定するが、2021年以降は経済成長率はゼロ、かつ労働市場へ

-ス (2014年性・年齢階級別の労働力率固定ケース)

※図中の数値は、表章単位未満の位で四捨五入しているため、年齢計と内訳の合計は必ずしも一番Q4い。増減差は表章単位の数値から算出している。

女性・高齢者の希望職種

- 「介護関係職種」では、女性の希望者は比較的多い。一方、 0 「建設・採掘の職業」や「自動車運転 の職業」を希望する女性はほとんどいない。
- 高齢者では、「建設・採掘の職業」、「自動車運転の職業」や「飲食物調理、接客・給仕の職業」 を希望する者が比較的多い。



(備考) 厚生労働省「職業安定業務統計」により作成。常用労働者に限る。

性別・年齢別非労働力人口(2012年と2017年の比較)

- 非労働力人口は、男性では、55-64歳で大きく減少し、非労働力率も低下。
- 女性では、すべての年齢層で非労働力率が低下しているものの、子育て層と思われる35-44歳層では 高く、M字カーブは解消し切れていない。

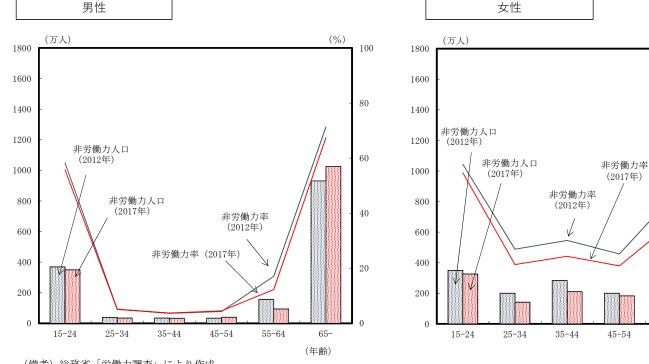
100

80

55-64

65-

(年齢)

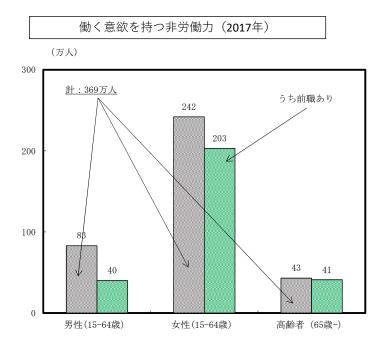


(備考)総務省「労働力調査」により作成。

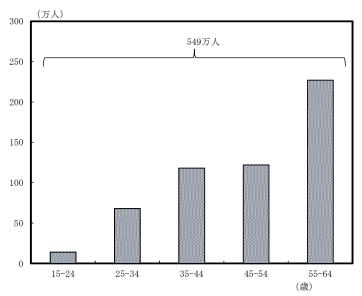
- 132-

我が国の潜在的労働力

- 〇 我が国の潜在労働力については、2017年時点で、「就業希望の非労働力人口」が369万人存在。この うち、多くは現役女性(約242万人)であり、そのうち203万人は前職がある。我が国では、多くの潜 在労働力が存在。
- 〇 さらに、就業希望ではないが、「前職がある」現役女性は約549万人程度存在。



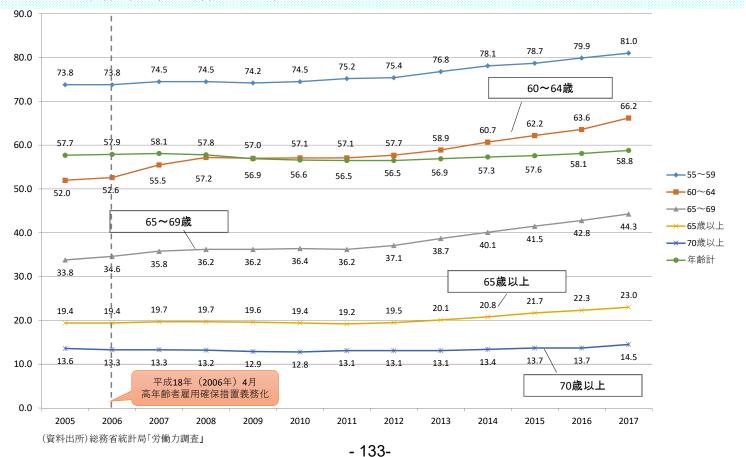
働く意欲を持たないが前職がある非労働力女性(2017年)



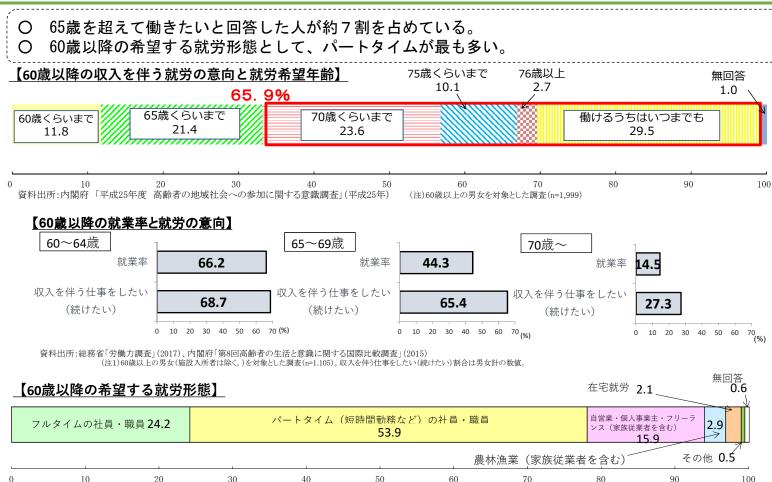
(備考)総務省「労働力調査」により作成。現役男性・現役女性は、15-64歳以下の者、高齢者は65歳以上の者をさす。

就業率の推移

- 60~64歳層で、雇用確保措置の導入が義務付けられた改正高齢法施行(2006年4月1日)後、就業率が上昇。
- 65~69歳層は、近年は上昇傾向にある。



60歳以降の就労希望年齢と就労希望形態



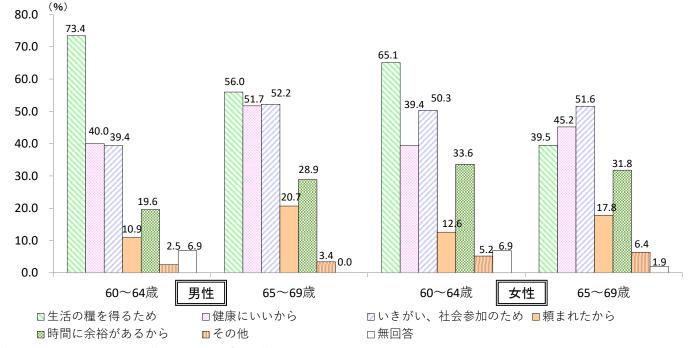
高齢者の就業理由(男女別、複数回答)

資料出所: 内閣府「平成25年度 高齢期に向けた「備え」に関する意識調査」(平成25年)

○ 高年齢者の就業理由は、60代前半では「生活の糧を得るため」が最も多いが、60代後半では 「健康にいいから」「いきがい、社会参加のため」といった割合が増える。

50

(注2) 35~64歳の男女を対象とした調査(n=2,214)。【60歳以降の希望する就労形態】の対象は35~64歳の男女のうち、60歳以降も収入を伴う就労の意向がある者。



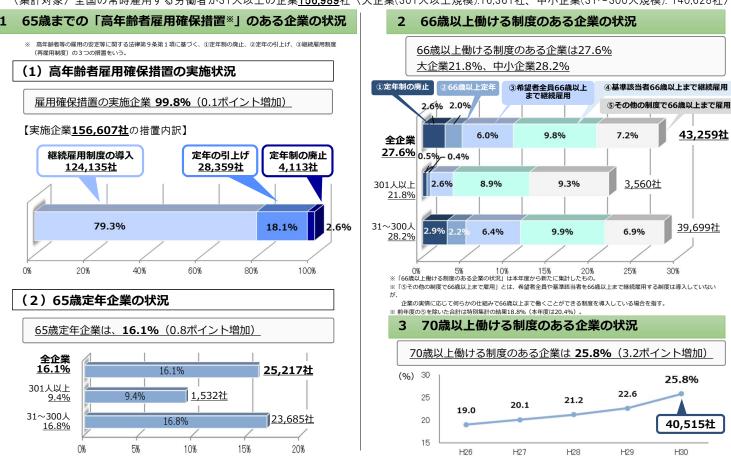
資料出所: 独立行政法人労働政策研究・研修機構「高年齢者の継続雇用等、就業実態に関する調査」(平成23年)

- 注1) 複数回答
- 60~64歳は雇用者のみの回答(男性 n=1,224、女性 n=865)、65~69歳は自営業者を含む(男性 n=232、女性 n=157)
- 注3) 平成23年7月現在の就業等の状況に対する意識を尋ねたもの

平成30年「高年齢者の雇用状況」集計結果の概要

平成30年6月1日現在

〈集計対象〉全国の常時雇用する労働者が31人以上の企業<u>156.989</u>社〈大企業(301人以上規模):16,361社、中小企業(31~300人規模): 140,628社〉



高齢者雇用対策の概要

ー億総活躍社会を目指す中で、意欲のある高齢者が年齢にかかわりなく働き続けることのできる生涯現役社会の構築が必要。企業における希望者全員の65歳までの雇用確保の仕組みが整備された中で、今後は、特に65歳以上の高齢者について、多様な形態で雇用・就業機会を確保していくことが課題。

企業における雇用確保

- 企業における65歳までの雇用確保措置の徹底(実施率99.8%(平成30年6月1日現在))
- 66歳以上の継続雇用延長・65歳以上の年齢までの定年引上げを行う事業主や、高年齢者にとって働きやすい環境の整備を行う事業主等に対する助成(「65歳超雇用推進助成金」)
- **継続雇用延長・定年引き上げ等のためのマニュアル**を活用した事業主への相談援助等
- 65歳以上の高年齢者を雇い入れた事業主に対する助成(「特定求職者雇用開発助成金(生涯現役コース)」)

中高年齢者の再就職支援

- 改正雇用保険法(平成29年1月施行)により65歳以上の雇用者に対して**雇用保険を適用**
- 65歳以上の高齢者に対する再就職支援を重点的に行う「生涯現役支援窓口」の増設(180か所→240か所(平成31年度))
- ○「高年齢退職予定者キャリア人材バンク」事業の実施
 - ((公財)産業雇用安定センターにおいて、高年齢退職予定者のキャリア等の情報を登録し、企業とのマッチングを図る)
- 初めて中高年齢者を採用する事業主に対する助成(「中途採用等支援助成金(中途採用拡大コース)」(仮称))
- 起業により中高年齢者等の雇用機会を創出する事業主に対する助成(「中途採用等支援助成金(生涯現役起業支援コース)」 (仮称))

地域における多様な雇用・就業機会の確保

- 改正高年齢者雇用安定法(平成28年4月施行)による**自治体と関係機関からなる協議会**の設置を促進するとともに、 同協議会からの提案に基づく**高齢者の多様な雇用・就業機会の確保に資する事業**を行う「生涯現役促進地域連携 事業」の拡充(49か所→79か所(平成31年度))
- 改正高年齢者雇用安定法によるシルバー人材センターの就業時間の要件を緩和(週20時間→週40時間)できる仕組みの活用や、サービス業等の人手不足分野や介護、育児等の現役世代を支える分野において就業機会を提供する取組の強化

高年齢者雇用制度の概要

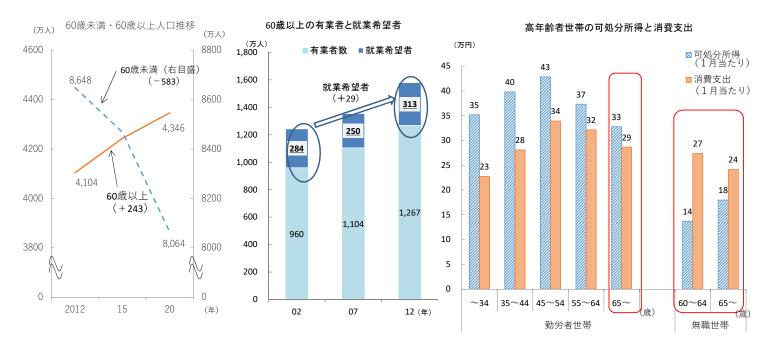
- **60歳未満の定年禁止** (高年齢者雇用安定法8条)
 - 事業主が定年を定める場合は、その定年年齢は60歳以上としなければならない。
- **65歳までの雇用確保措置** (高年齢者雇用安定法9条)

定年を65歳未満に定めている事業主は、以下のいずれかの措置(高年齢者雇用確保措置)を講じなければならない。

- ① 65歳まで定年年齢を引き上げ
- ② 65歳までの継続雇用制度(再雇用制度・勤務延長制度等)を導入 平成24年度の法改正により、平成25年度以降、制度の適用者は原則として「希望者全員」と なった。ただし、24年度までに労使協定により制度適用対象者の基準を定めていた場合は、 その基準を適用できる年齢を平成37年度までに段階的に引き上げること(経過措置)が可能。
- ③ 定年制を廃止
 - ※いずれかの措置を会社の制度として導入する義務であり、個々の労働者の雇用義務ではない
- ※高年齢者雇用確保措置の実施に係る公共職業安定所の指導を繰り返し受けたにもかかわらず何ら具体的な取組を行わない企業には勧告書の発出、勧告に従わない場合は企業名の公表を行う場合がある。

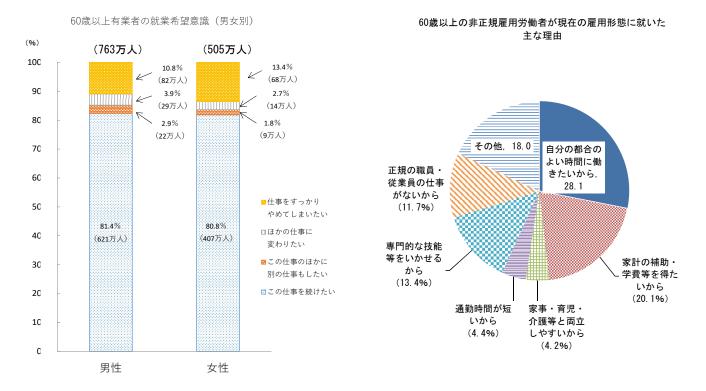
人口減少下の中で誰もが活躍できる社会に向けて - 高年齢者の働き方と活躍のための環境整備①-

- ▶ 我が国では今後、人口の減少が見込まれるが、高年齢者をみると増加が見込まれる。高年齢者には、就業している方々も増加しているが、一方で就業に至っていないものの就業意欲のある方々が313万人と多くいる。
- ➤ また、60~64歳層、65歳以上の無職世帯は、35~44歳層、34歳以下の勤労者世帯と同程度の消費支出であり 65歳以上層の勤労者世帯は60歳以上層の無職世帯を上回る消費支出となっており、高年齢者の就労参加は、 労働力の供給制約の緩和に資するのみならず、所得獲得を通じた消費増により経済の好循環にも貢献する。



人口減少下の中で誰もが活躍できる社会に向けて - 高年齢者の働き方と活躍のための環境整備② -

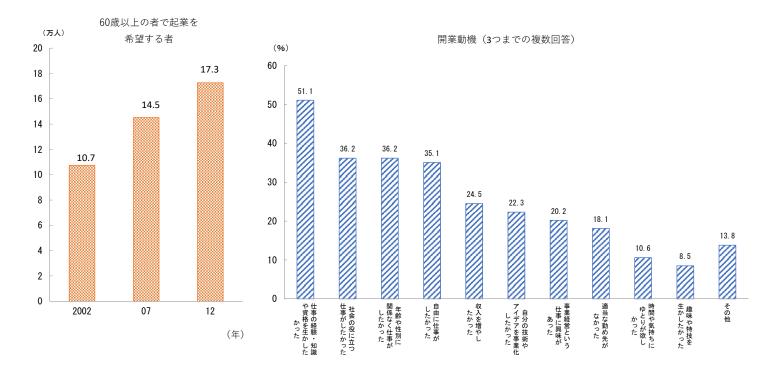
- 高年齢者は、男女ともに、「現在の仕事を続けたい」という者が8割を超えており、継続雇用に向けた施策 の実施が重要となっている。
- ▶ 一方で、「自分の都合のよい時間に働きたいから」「家計の補助・学費等を得たいから」といった理由で非正規雇用に就く高年齢者が多く、やりがいを感じつつ就業していただく観点からも柔軟な労働時間設定も必要である。



資料出所 総務省統計局「平成24年就業構造基本調査」(左図)、「労働力調査(詳細集計)」(2015年)(右図)より作成

人口減少下の中で誰もが活躍できる社会に向けて - 高年齢者の働き方と活躍のための環境整備③-

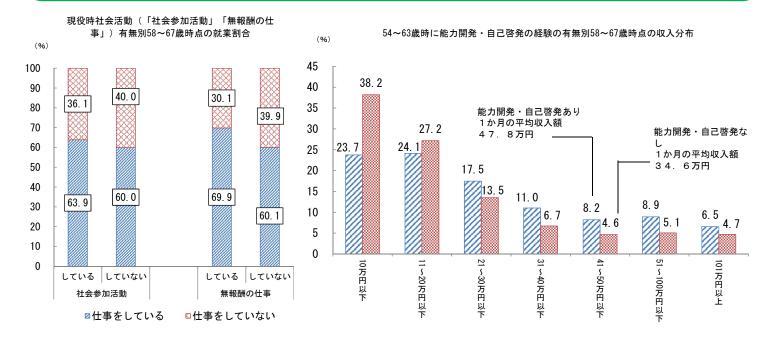
- ▶ 起業を希望する高年齢者は増加している。
- 開業動機をみても、「仕事の経験・知識や資格を生かしたかった」「社会の役に立つ仕事がしたかった」「年齢や性別に関係なく仕事がしたかった」といった回答が多く、高年齢者の起業は職業経験を通じて得た経験や知識をいかすことや年齢にかかわりなく働けるといった高年齢者のニーズを踏まえたものでもあり、記業支援施策の実施が必要と考えられる。



資料出所 総務省統計局「平成24年就業構造基本調査」(左図)、日本政策金融不庫総合研究所「シニア起業家の開業」(2012年)(右図)より作成

人口減少下の中で誰もが活躍できる社会に向けて - 高年齢者の働き方と活躍のための環境整備④-

- 高年齢者になっても活躍するためにはどのようなことが必要であるかといった観点から、社会活動と就業の関係をみると、社会活動を現役時(50~59歳時)に行ったと回答した者の方が、58~67歳時点の就業割合が高くなっている。
- ▶ また、能力開発・自己啓発と収入の関係をみると、54~63歳時に能力開発・自己啓発の経験がある方が、1 か月の収入額の平均が高い。
- ▶ 現役時代から、積極的な社会参加を行うことや長時間労働削減を通じた時間の確保や経済的支援の活用により能力開発・自己啓発などを行うことが重要である。



注 厚生労働省「中高年者縦断調査」(第9回調査、2013年)より作成。社会活動の有無は50~59歳(第1回)時点、能力開発・ 自己啓発の有無は54~63歳(第5回)時点、仕事の有無、1か月の収入は58~67歳(第9回調査)時点のものである。

構成員による報告に係る参考文献一覧

※ 構成員ごとに報告に係る参考文献をまとめたものであり、重複するものもある。

(辻座長代理)

厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証 に関する研究」平成29年度報告

James F. Fries: Aginig, Natural Death, and the Compression of Morbidity. New England Journal of Medicine 1980;303:130-135

Ron Brookmeyer, Sarah Gray, and Claudia Kawas: Projections of Alzheimer's Disease in the United States and the Public Health Impact of Delaying Disease Onset. American Journal of Public Health 1998;88:1337-1342

Barnes DE and Yaffe K: The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. Lancet Neurology 2011;10:819-828

Matthew FE, et al: A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013;382:1405-1412

Carole Dufouli, Alexa Beiser, Genevieve Chene, and Sudha Seshadri: Are Trends in Dementia Incidence Associated With Compression in Morbidity? Evidence From The Framingham Heart Study. Journals of Gerontology 2018;73:S65-S72

遠又靖丈他:健康日本21(第二次)の健康寿命の目標を達成した場合における介護費・医療費の節減額に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2014;61:679-685

遠又靖丈他:健康日本21(第二次)の目標を考慮した場合の健康寿命の将来予測. 日本公衆 衛生雑誌 2013;60:738-744.

Bram Wouterse, Martijn Huisman, Bert R. Meijboom, Dorly J.H. Deeg, and Johan J. Polder: The effect of trends in health and longevity on health services use by older adluts. BMC Health Services Research 2015;15:574-587

村上義孝:健康寿命の延伸可能性に関する研究(平成29年度 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」分担研究報告書)

Kuriyama S, et al: Joint impact of health risks on health care charges: 7-year follow-up of National Health Insurance beneficiaries in Japan (the Ohsaki Study). Preventive Medicine 2004;39:1194-1199

Kuriyama S, et al: Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. International Journal of Obesity 2002;26:1069-1074

Nagai M, et al: Impact of walking on life expectancy and lifetime medical expenditure: the Ohsaki Cohort Study. BMJ Open 2011;1(2):e000240.

Nagai M, et al: Impact of obesity, overweight and underweight on life expectancy and lifetime medical expenditures: the Ohsaki Cohort Study. BMJ Open 2012;2:e000940

Hayashida K, et al: Difference in lifetime medical expenditures between male smokers and non-smokers. Health Policy 2010;94:84-89

辻 一郎:健康長寿社会を実現する-「2025年問題」と新しい公衆衛生戦略の展望-.大修 館書店,2015年

(康永構成員)

Cohen JT, et al: Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates? New England Journal of Medicine 2008;358(7):661-663

Russell LB: Preventing Chronic Disease: An Important Investment, But Don't Count On Cost Savings. Health Affairs 2009;28:42-45

Woolf SH: A closer look at the economic argument for disease prevention. JAMA 2009;301(5):536-538.

Barendregt JJ, et al. The Health Care Costs of Smoking. New England Journal of Medicine 1997;337:1052-1057

Hayashida K, et al: Difference in lifetime medical expenditures between male smokers and non-smokers. Health Policy 2010;94:84-89

Fritz H Schroder, et al: Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet 2014;384:2027-2035

Heijnsdijk EA, et al: Overdetection, overtreatment and costs in prostate-specific antigen screening for prostate cancer. British Journal of Cancer 2009;101:1833-1838

Zhuo X, Zhang P, Gregg EW, et al: A nationwide community-based lifestyle program could delay or prevent type 2 diabetes cases and save \$5.7 billion in 25 years. Health Affairs 2012;31(1):50-60

Eddy DM, Schlessinger L, Kahn R: Clinical outcomes and cost-effectiveness of strategies for managing people at high risk for diabetes. Annals of Internal Medicine 2005;143(4):251-264

Gillies CL, Lambert PC, Abrams KR, et al: Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. BMJ 2008;336(7654): 1180-1185

Jacobs-van der Bruggen MA, et al: Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. Diabetes Care 2007; 30(1):128-134

Feldman I, et al: Heterogeneity in cost-effectiveness of lifestyle counseling for metabolic syndrome risk groups -primary care patients in Sweden. Cost Eff Resour Alloc 2013; 11(1):19

Bertram MY, et al: Assessing the cost-effectiveness of drug and lifestyle intervention following opportunistic screening for pre-diabetes in primary care. Diabetologia 2010; 53(5):875-881

Ackermann RT, Marrero DG, Hicks KA, et al: An evaluation of cost sharing to finance a diet and physical activity intervention to prevent diabetes. Diabetes Care 2006;29(6): 1237-1241

Hoerger TJ, Hicks KA, Sorensen SW, et al: Cost-effectiveness of screening for prediabetes among overweight and obese U.S. adults. Diabetes Care 2007;30(11):2874-2879

Schaufler TM, Wolff M: Cost effectiveness of preventive screening programmes for type 2 diabetes mellitus in Germany. Applied health economics and health policy 2010;8(3): 191-202

Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, et al: The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. Annals of Internal Medicine 2005;142(5):323-32

McCall N, et al: Results of the Medicare Health Support disease-management pilot program. New England Journal of Medicine 2011;365(18):1704-1712

(山田構成員)

高燕、星旦二、中山直子、高橋俊彦、栗盛須雅子(2008)「都市住宅前期高齢者における就 労状態別にみた3年後の累積生存率」『社会医学研究』第26巻1号

藤原典他、杉原陽子、新開省二(2005)「ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす 影響」『日本公衛誌』第52巻・第4号

山本直史、浅井英、萩裕美子(2016)「高齢者における体力と就労の中止との関連性」『生涯スポーツ学研究』Vol.13 No.2

小塩隆士(2018) 『くらしと健康--「健康の社会的決定要因」の計量分析』岩波書店

Tetsuo Fukawa: Inpatient Expenditure of the Decedent Elderly in Japan. British Journal of Medicine & Medical Research 2016;15(10):1-10

満武巨裕(2018)「超高齢社会における特定健診・医療・介護データを連結した研究と次世代NDB」第2回医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議資料2-3

高木朋代(2008)『高齢者雇用のマネジメント』日本経済新聞出版社

今野浩一郎(2017)「ミドル・シニア社員を戦力化する人事管理」ライフワークス・役割創造データベース

(橋本構成員)

Megumi Kasajima, Hideki Hashimoto, Sze-Chuan Suen, Brian Chen, Karen Eggleston, Jay Bhattacharya. Future projection of the health and functional status of older people in Japan: A pseudopanel microsimulation model. Asia Health Policy Program Working Paper 55. Stanford University. 2019.

(近藤構成員)

Saito M, Aida J, Kondo N, Saito J, Kato H, Ota Y, Amemiya A, Kondo K: Reduced long-term care cost by social participation among older Japanese adult: A eleven-year follow-up study in JAGES. BMJ Open 2019 (in press)

加藤清人,近藤克則,竹田徳則,鄭丞媛:手段的日常生活活動低下者割合の市町村間格差は存在するのか:JAGESプロジェクト.作業療法34:541-554、2015(JAGES2010-11から作成)

Claudia L. Satizabal, Alexa S. Beiser, Vincent Chouraki, Geneviève Chêne, Carole Dufouil, and Sudha Seshadri: Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. New England Journal of Medicine 2016;374:523-532 doi: 10.1056/NEJMoa1504327

Langa, K.M, et al: A comparison of the prevalence of dementia in the United States in 2000 and 2012. JAMA Internal Medicine 2017;177(1):51-58.

Matthew FE, et al: A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013;382:1405-1412

E.M.C. Schrijvers, et al: Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. Neurology 2012;78:1456-1463

Chengxuan Qiu, et al: Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. Neurology 2013;80:1888-1894

Roehr S, et al: Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. Clinical Epidemiology 2018;10:1233-1247

Lin H R, Tsuji T, Kondo K, Imanaka Y: Development of a risk score for the prediction of incident dementia in older adults using a frailty index and health checkup data: The JAGES longitudinal study. Prev Med. 2018 Jul;112:88-96. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.04.004. Epub 2018 Apr 4.

Takagi D, Kondo K, and Kawachi I: Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. BMC Public Health 2013;13:701-708. doi: 10.1186/1471-2458-13-701

加藤清人他:「通いの場」の参加者ならびボランティアにおける参加後の心理社会面の変化 (平成28年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「ポピュレーションアプローチによる認知症予防のための社会参加支援の地域介入研究」分担研究報告書)

Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H: Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. Social Science & Medicine 2013 Oct;94:83-90. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.006. Epub 2013 May 18.

Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I: Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health 2015 Sep;69(9):905-910. doi: 10.1136/jech-2014-205345. Epub 2015 Apr 17

Hikichi H, Kondo K, Takeda T, and Kawachi I: Social interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 2017;3(1):23-32. doi: 10.1016/j.trci.2016.11.003

加藤清人他:「通いの場」の参加者における要介護リスク者割合の分析(平成28年度 厚生 労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「ポピュレーションアプローチによる認知症 予防のための社会参加支援の地域介入研究」分担研究報告書)

厚生労働科学研究費補助金「介護予防を推進する地域づくりを戦略的に進めるための研究」 平成28年度報告

伊藤大介、斉藤雅茂、宮國康弘、近藤克則: 91市区町における地域組織参加率と要支援・介護認定率の関連―地域組織の種類・都市度別の分析: JAGESプロジェクトー. 厚生の指標(印刷中)

近藤克則: 保健・医療・介護における効果・質・格差の評価 - 到達点と課題-. フィナンシャル・レビュー **3:** 133-157, 2015

(西村座長)

バークマン,リサ・F./ カワチ, イチロー / グリモール, M.マリア(2017)『社会疫学』大修館書店(第6章「労働市場・雇用政策と健康」)

小塩隆士 (2018) 『くらしと健康―「健康の社会的決定要因」の計量分析』岩波書店 (第2章「中高年の健康・健康行動のダイナミズム」)

財政総合研究所「医療・介護に関する研究会」報告書 平成28年5月