

## 2. 具体的目標

### (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

#### i はじめに

健康寿命とは、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る。健康日本21では、健康寿命の延伸ということが目的の1つに位置付けられていた。しかし当時は、健康寿命の概念や算定方法などが十分明確にはなっておらず、健康寿命に関する具体的な数値や目標を掲げるまでに至らなかった。

一方、この間の研究の進展により、健康寿命の概念や算定方法に関する一定の合意が得られてきた。健康日本21（第2次）においては、健康寿命に関する現状値を示すとともに、目標に関する考え方を示すこととする。

#### ii 基本的な考え方

##### (i) 健康寿命の延伸

「健康寿命の延伸」は健康日本21（第2次）の中心課題であり、指標として盛り込むことは不可欠である。健康寿命の現状値を示し、その後の推移を定期的に計算することは、国民健康づくり運動の進捗管理に有益である。

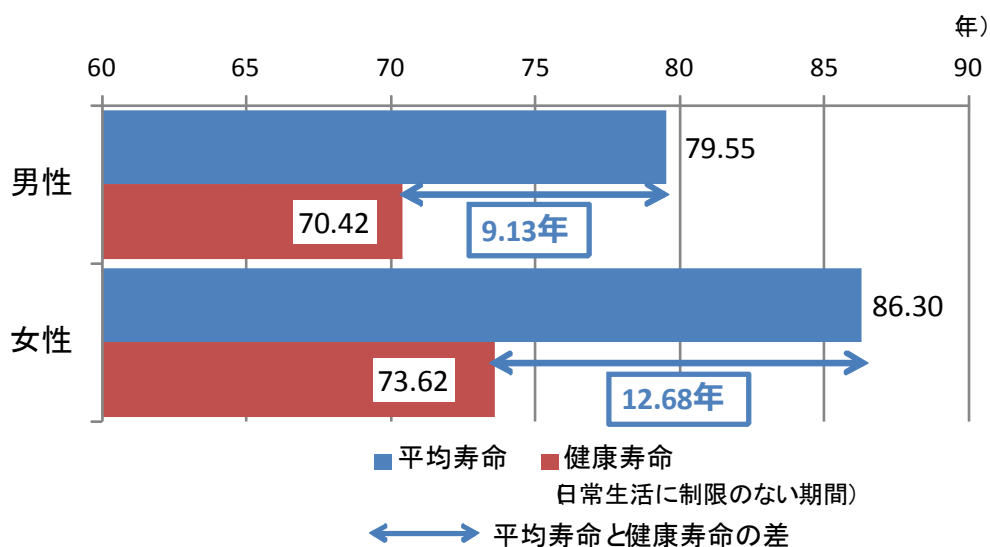
健康寿命には様々な定義や算定方法がある。まず、健康寿命の定義については、客観性の強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標にすることで、相互に補完性のある評価が可能となる。次に、算定方法に関しては、現状における公的統計との整合性・実施可能性などを踏まえると、国民生活基礎調査データをもとにした計算（サリバン法による障害のない平均余命の考え方）が最も適切と考えられる。

目標値の設定に際しては、平均寿命と健康寿命との差に着目する。

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差は、平成22年で、男性9.13年、女性12.68年である（図1）。

今後、平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費の多くを消費する期間が増大することになる。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することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できる。このように、持続可能な社会保障制度にも資する新たな国民健康づくり運動を展開するという視点は極めて重要である。

図1 平均寿命と健康寿命の差



(資料：平均寿命(平成22年)は、厚生労働省「平成22年完全生命表」  
健康寿命(平成22年)は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

## (ii) 健康格差の縮小

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。地域格差に関するデータは相当な精度での蓄積があること、自治体間の格差を明らかにすることで各自治体の自主的な取組を促進する効果が期待できることなどから、今次計画では地域格差に焦点を置くこととする。

各自治体にとって、健康寿命の格差の要因を把握・分析し、それを延ばす戦略を考えることは、健康づくりを推進する上で重要である。

自治体間での健康格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、最も重要な指標は健康寿命である。

## iii 現状と目標

### (i) 健康寿命の延伸

目標項目	日常生活に制限のない期間の平均
現状	男性 70.42 年、女性 73.62 年 (平成 22 年)
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)
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

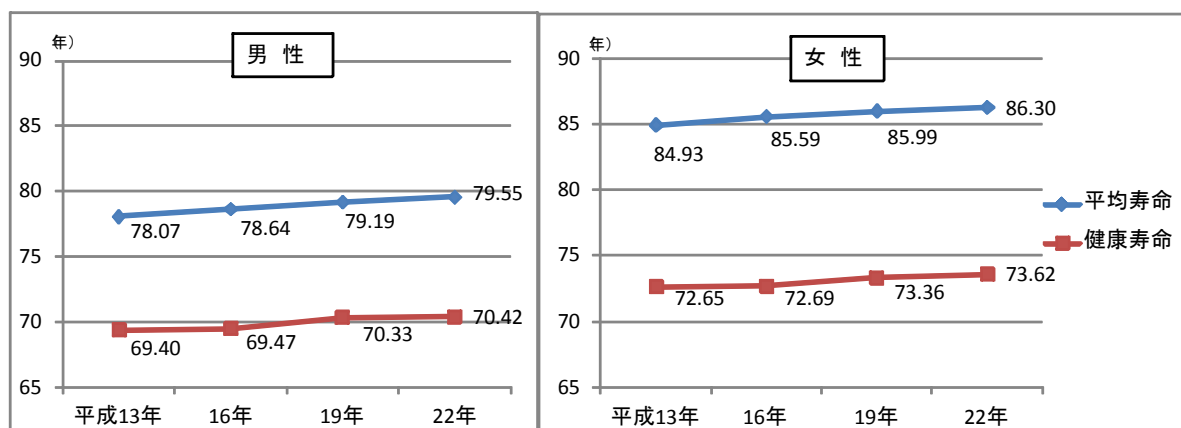
\* 上記の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意すること。

「日常生活に制限のない期間の平均」は、国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法を用いて算定する（算定方法は、29 頁参照）。現状値における数値は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」により算定されたものを用いた。

日常生活に制限のない期間（健康寿命）について、平成 13 年と平成 22 年を比べると、男性は 69.40 年から 70.42 年へと 1.02 年、女性は 72.65 年から 73.62 年と 0.97 年延びている。一方、平均寿命をみると、同期間で、男性は 78.07 年から 79.55 年へと 1.48 年、女性は 84.93 年から 86.30 年へと 1.37 年延びている（図 2）。

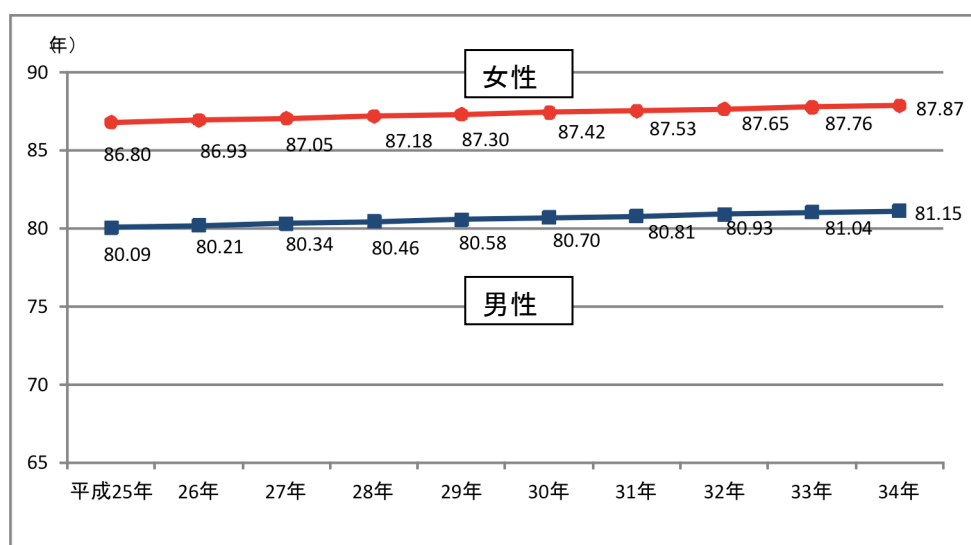
また、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）によれば、平成 25 年から平成 34 年にかけて、平均寿命は男性では 80.09 年から 81.15 年へと 1.06 年、女性では 86.80 年から 87.87 年へと 1.07 年とさらに延びることが予測されている（図 3）。

図 2 平均寿命と健康寿命の推移



（資料：平均寿命は、平成 13、16、19 年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成 22 年は「完全生命表」健康寿命は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

図 3 平均寿命の推計（平成 25～34 年）



（資料：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）」）

今後、こうした平均寿命の延伸とともに、健康な期間だけではなく、不健康な期間も延びることが予想される。したがって、国民の健康づくりの一層の推進を図り、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことは、重要である。これにより、不健康な期間の短縮を目指すことができる。しかしながら、現時点では、どのような生活習慣病の対策を通して、どの程度生活習慣病を減らすことが可能で、それにより健康寿命がどのくらい延びるかを推定するためのエビデンスが存在せず、今後さらに研究を推進する必要がある。

したがって、目標値については、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」とした。また、健康寿命については、「日常生活に制限のない期間」の延伸とともに、「自分が健康であると自覚している期間」の延伸を図ることも重要である。なお、自分が健康であると自覚している期間について、平成 13 年と平成 22 年を比べると、男性は 69.55 年から 69.90 年へと 0.35 年、女性は 72.94 年から 73.32 年へと 0.37 年の延びにとどまっており、これらの増加分が平均寿命の延びを上回ることを目標とするものではないが、今後 10 年において、日常生活に制限のない期間の延伸とともに自分が健康であると自覚している期間についても一定の延伸が図られることに留意する必要があるため、その点を付記することとした。

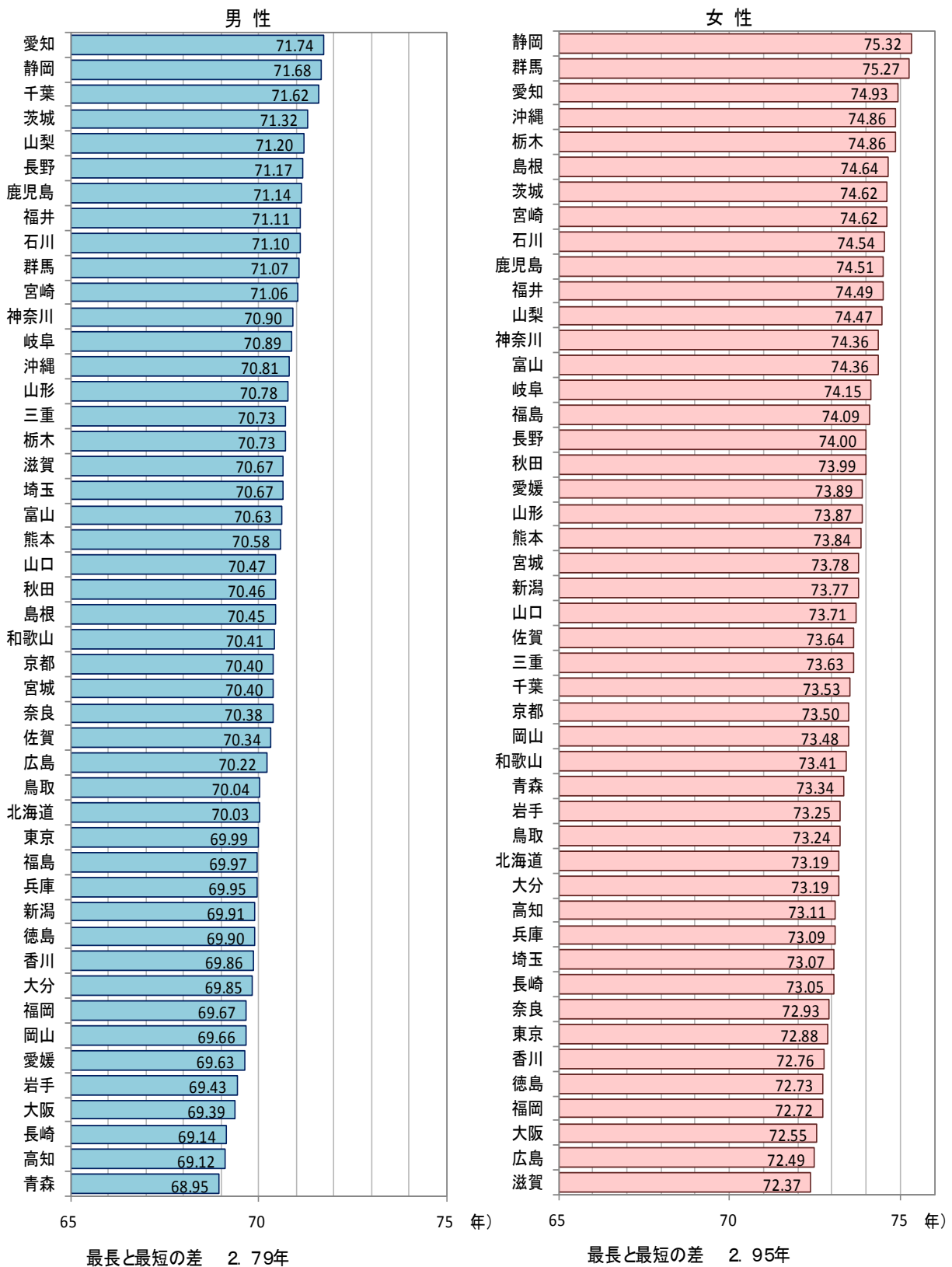
## (ii) 健康格差の縮小

目標項目	日常生活に制限のない期間の平均的都道府県格差の縮小
現状	男性 2.79 年、女性 2.95 年（平成 22 年）
目標	都道府県格差の縮小（平成 34 年度）
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

日常生活に制限のない期間の平均が最も長いところは、平成 22 年において、男性で愛知県 71.74 年、女性で静岡県 75.32 年であり、最も短いところは、男性で青森県 68.95 年、女性で滋賀県 72.37 年であり、これらの差は、男性 2.79 年、女性 2.95 年である（図 4）。

目標については、都道府県格差の縮小とした。ただし、この目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むことを前提とする必要がある。

図4 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均（平成22年）



(資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

## 〈健康寿命の算定方法〉

### 「日常生活に制限のない期間の平均」の算定方法

「日常生活に制限のない期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法（広く用いられている健康寿命の計算法）を用いて算定する。すなわち、国民生活基礎調査における質問の「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「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。生命表から定常人口と生存数を得る。性・年齢階級ごとに、定常人口に日常生活に制限のない者の割合を乗じることにより、日常生活に制限のない定常人口を求め、次いで、その年齢階級の合計を生存数で除すことにより、「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

都道府県においては、国民生活基礎調査と都道府県の人口と死亡数を基礎情報とする。国民生活基礎調査から都道府県の性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。都道府県の人口と死亡数からチャンの生命表法（広く用いられている生命表の計算法）を用いて、都道府県の定常人口と生存数を得る。日常生活に制限のない者の割合、定常人口と生存数から、上記と同様の方法で「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

市町村においては、国民生活基礎調査に準じた調査を実施する場合には、その調査による性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合、市町村の人口と死亡数を基礎情報として、都道府県と同様の方法で「日常生活に制限のない期間の平均」を得ることができる。調査を実施せず、既存資料を用いる場合には、市町村の介護保険の介護情報、人口と死亡数を基礎情報として、類似の方法で「日常生活動作が自立している期間の平均」（「日常生活に制限のない期間の平均」に類する指標）を得ることができる。人口規模が小さい市町村では指標の算定に一定の対応（複数年次の死亡数を基礎情報とすること、指標の95%信頼区間を使用することなど）を加えることを検討する必要がある。なお、人口規模が著しく小さい市町村では指標の算定は困難である。

### （参考）「自分が健康であると自覚している期間の平均」の算定方法

「自分が健康であると自覚している期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法を用いて算定する。国民生活基礎調査における質問の「あなたの現在の健康状態はいかがですか」に対する「よい」、「まあよい」または「ふつう」の回答を自分で健康であると自覚していると定める。その割合を用いて、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様の方法で「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得る。

都道府県においては、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様の方法で「自分が健康であると自覚している期間の平均」を得る。

市町村においては、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様に、調査を実施する場合には、その調査による性・年齢階級別の自分が健康であると自覚している者の割合、市町村の人口と死亡数を基礎情報として、「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得ることができる。人口規模が小さい市町村では指標の算定に一定の対応を加えることを検討する必要がある。なお、調査を実施しない場合には、既存資料による市町村の「自分で健康であると自覚している期間の平均」に類する指標が見当たらないため、指標の算定は困難であり、また、人口規模が著しく小さい市町村でも、指標の算定は困難である。

（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

## 平成 22 年の算定結果

都道府県	日常生活に制限のない 期間の平均（年）		（参考）自分が健康であると自覚し ている期間の平均（年）	
	男性	女性	男性	女性
北海道	70.03	73.19	69.33	73.08
青森	68.95	73.34	68.89	73.46
岩手	69.43	73.25	68.81	72.40
宮城	70.40	73.78	70.80	73.35
秋田	70.46	73.99	69.56	73.07
山形	70.78	73.87	70.81	73.44
福島	69.97	74.09	69.66	73.58
茨城	71.32	74.62	71.09	73.99
栃木	70.73	74.86	69.94	74.33
群馬	71.07	75.27	70.35	74.77
埼玉	70.67	73.07	70.62	72.98
千葉	71.62	73.53	71.32	73.53
東京	69.99	72.88	69.89	73.08
神奈川	70.90	74.36	70.85	74.12
新潟	69.91	73.77	69.36	73.92
富山	70.63	74.36	69.42	73.72
石川	71.10	74.54	70.12	73.18
福井	71.11	74.49	70.23	74.34
山梨	71.20	74.47	70.49	74.77
長野	71.17	74.00	70.76	73.56
岐阜	70.89	74.15	70.32	73.29
静岡	71.68	75.32	71.01	74.86
愛知	71.74	74.93	70.60	73.37
三重	70.73	73.63	70.21	73.07
滋賀	70.67	72.37	70.10	73.03
京都	70.40	73.50	69.56	73.31
大阪	69.39	72.55	68.69	72.12
兵庫	69.95	73.09	68.98	72.72
奈良	70.38	72.93	71.10	74.03
和歌山	70.41	73.41	70.44	73.76
鳥取	70.04	73.24	69.67	72.67
島根	70.45	74.64	69.62	74.23
岡山	69.66	73.48	69.20	73.73
広島	70.22	72.49	68.97	72.59
山口	70.47	73.71	68.92	72.24
徳島	69.90	72.73	69.03	72.45
香川	69.86	72.76	69.27	72.86
愛媛	69.63	73.89	68.70	73.45
高知	69.12	73.11	68.64	71.92
福岡	69.67	72.72	68.89	72.14
佐賀	70.34	73.64	69.80	73.28
長崎	69.14	73.05	69.19	73.73
熊本	70.58	73.84	69.66	73.76
大分	69.85	73.19	69.13	72.85
宮崎	71.06	74.62	71.55	75.31
鹿児島	71.14	74.51	70.77	74.70
沖縄	70.81	74.86	70.46	73.84
全国	70.42	73.62	69.90	73.32

（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」  
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>）

#### iv 今後必要となる対策

健康日本21（第2次）で掲げられるすべての取組が健康寿命の延伸に資するものである。したがって、健康寿命の推移を検討することは、本計画の進捗を管理するうえで重要である。そのため、国民生活基礎調査で3年ごとに実施される大規模調査の都度、健康寿命を算出し、その動向を検討するべきである。

国としては、各都道府県の健康寿命を算定して公表するが、都道府県においては各市町村での健康寿命を算定することが望ましい。また、都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。ただし、その実施に当たっては、生命表を用いた計算方法や人口規模の小さな自治体におけるデータの取扱いなどの点で統計学上の高度な知識・技術が必要となるので、都道府県に対する技術支援（講習会の実施、算定ソフトの公表など）を行うことが望ましい。

健康寿命の延伸という課題に取り組むに当たって、健康増進・疾病予防が担う役割は極めて大きいものであるが、それに加えて疾病の早期発見、適切な治療管理による疾病の重症化予防、さらには介護予防や介護サービスなど、様々な取組が必要となる。住民一人一人の健康レベルやリスク、さらには保健医療福祉介護ニーズに応じて、これらの取組を切れ目なく総合的に提供できるシステム（地域包括ケア）の構築が求められる。

また、健康寿命以外の観点から健康格差を把握することも今後検討する必要がある。国が実施している各種調査（国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査など）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用などに関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。