

健康寿命の算定・評価に関する提言

橋本 修二

健康づくり対策での健康寿命の利用にあたって、その算定・評価を適切に行うことを提言する。以下、算定・評価の主な留意点を示す。

算定にあたって、算定目的と算定方法を確認することが基本的である。健康寿命と不健康寿命の両方をみることが重要であり、「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活に制限のある期間の平均」、「自分が健康であると自覚している期間の平均」と「自分が健康であると自覚していない期間の平均」、「日常生活動作が自立している期間の平均」と「日常生活動作が自立していない期間の平均」が代表的である。それぞれの指標は健康を異なる面から捉えており、定義の十分な理解が必要である。『健康寿命の算定プログラム』が利用できる（『健康寿命のページ』（<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>）を参照）。

評価にあたって、目標を事前に設定することが望まれる。「健康日本 21（第二次）」の目標は「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」であり、不健康寿命の増加なしと言い替えることができる。この目標達成の評価方法として、不健康寿命の推移の傾きが 0 未満に対する片側検定が考えられ、『健康寿命の推移の評価プログラム』が利用できる。「健康日本 21（第二次）」の中間評価として、「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活に制限のある期間の平均」の推移に適用すると、2010～2016 年では男女とも目標達成といえると評価される。都道府県などの自治体でも、全国と同様の方法によって目標達成の状況の評価可能であるが、現時点のデータでは目標達成の検出力が全国よりもかなり低く、その評価結果は参考程度とみるのが適切であろう。

算定・評価の結果解釈にあたって、95%信頼区間をみることが大切である。一般に、集団の死亡率や不健康割合は年次で上下に変動するが、多くの場合、偶然変動であって、その変動に特別な意味はない。健康寿命の算定値も偶然変動するが、小規模集団（人口規模の小さい市町村など）ではその変動が大きい。偶然変動の大きさを表すのが 95%信頼区間である。算定値の変化が 95%信頼区間の幅と比べて十分小さい場合には偶然変動の可能性が高く、一方、その幅を大きく越えていれば、意味のある変動の可能性が高い。

健康寿命の都道府県格差の縮小に向けた提言

横山 徹爾

健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の「都道府県格差の縮小」は、平成 22、25、28 年にかけて男女ともに有意に改善し、特に男性で顕著であった。これは、ほとんどの都道府県で健康寿命が延伸したのと同時に、策定時の健康寿命が下位だった（短かった）都道府県ほど改善幅が大きかったことにより達成されたと考えられる。しかし、このような都道府県格差の縮小に寄与した要因とその影響の大きさについては未解明であり、全国レベルでのさらなる調査研究が必要である。

一方、わが国全体の健康寿命の延伸と都道府県格差の縮小は、各都道府県・市町村等における健康寿命の延伸によって達成されるものであるから、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握についての調査分析と、それに基づくさらなる対策の実施や環境整備が必要である。具体的には、都道府県等において以下のような取り組みを強化することを提案する。

- 1) 各都道府県内で地域間の健康格差の実態を把握する。市町村や 2 次医療圏別の平均寿命・健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）・死因別標準化死亡比(SMR)等を、経時的な推移を考慮しつつ比較することが想定される。
- 2) 健康格差が生じている理由を分析する。既存統計や健診・医療・介護データ等を活用するほか、生活習慣をはじめとする背景因子を地域間等で比較できるように、地域健康・栄養調査等を設計・実施することも想定される。
- 3) 対策を立案・実施する。都道府県・市町村健康増進計画、データヘルス計画等の健康増進施策において、分析結果に基づく健康課題の明確化と、改善のための効果的・効率的な個別事業の立案と環境づくりに努め、PDCA サイクルに沿って具体的な取り組みをさらに推進する。
- 4) 上記の分析や対策の立案ができる人材の育成と技術支援、データを容易に利用できる体制整備を、国や都道府県等において進める。

健康寿命の延伸に向けた提言

辻 一郎、村上 義孝

この3年間、コホート研究（NIPPON DATA90、大崎コホート 2006）により、高齢者の健康寿命と関連する要因を検討し、以下のような知見を得た。

- 1) 健康的な生活習慣5種類（非喫煙または禁煙5年以上、1日平均歩行時間30分以上、1日平均睡眠時間6～8時間、野菜摂取量＝中央値以上、果物摂取量＝中央値以上）を全て実践している者と全く実践していない者との間で、65歳時点の健康寿命（介護保険認定非該当での生存期間）には25.4ヶ月の差があった。
- 2) 肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の60歳健康寿命（ADL自立での生存期間）は喫煙群より2.5年程度も長かった。60歳健康寿命はBMI18.5～25.0の群で最も長く、それに比べて、BMI18.5未満では1.6年短く、BMI25.0以上では1.3年短かった。
- 3) 健康日本21（第二次）の目標を参考に、収縮期血圧4mmHg低下、Body Mass Index(以下BMI)が2.0低下、40歳以上の禁煙希望者が全て禁煙した場合、男性では0.43歳、女性では0.21歳の健康寿命（ADL自立での生存期間）の延伸が生じ得ることが分かった。特に喫煙の影響が大きいことが判明した。
- 4) 教育歴が長いほど健康寿命（介護保険認定非該当での生存期間）が長かった。教育歴と要介護発生リスクとの関連に対しては、生活習慣の違いよりも地域活動への参加状況の違いの方が強く寄与していた。

以上のように、それぞれの生活習慣が健康寿命に何年程度の影響を及ぼしているかに関する、定量的な評価を行ったことに本研究の意義がある。生活習慣の改善により相当程度の健康寿命延伸が見込まれることが明らかになったので、喫煙対策・体重管理・血圧管理などの対策をさらに強化すべきであることを提言する。

また、「○○の生活習慣を改善することで、◇△年程度の健康寿命延伸が期待される」といった具体的な数値を示すことにより、健康づくりキャンペーンの資料として活用されるとともに、健康づくり施策に関する優先順位の検討・効果の評価などにも活用されることを提言する。

一方、本研究班において、生活習慣などとの関連が検討されてきた健康寿命とは、ADL自立または介護保険非該当での生存期間のことである。したがって、健康日本21（第二次）で主指標としている「日常生活に制限のない期間」との関連要因は検討されていないことに注意する必要がある。ADL自立または介護保険非該当での生存期間と日常生活に制限のない期間とでは、関連要因が異なる可能性もある。実際に、2007年国民生活基礎調査データを利用して、「日常生活の制限」と38種類の傷病との関連を検討した研究によると、日常生活の制

限に対する人口寄与危険割合 (PAF) は、腰痛症 (13.27%)、関節症 (7.61%)、目の病気 (6.39%)、うつ病やその他の心の病気 (5.70%) が上位を占めていた¹⁾。これは横断研究であるため、その結果が罹患リスクを反映するかどうか不明である。しかしながら、要介護と日常生活制限との間で原因疾患が一致する訳でないことは注目に値する。

そこで、「日常生活の制限」というアウトカムについて、疾病・生活習慣・社会経済的要因（世帯構造・就労の有無・所得・学歴・ソーシャルサポート/ネットワーク、社会参加の状況など）との関連を解明するためのコホート研究が不可欠である。

新しいコホート研究を開始することに加えて、既存のコホート研究（またはパネル・データ）で「日常生活の制限」をアウトカム指標に加えることも考慮すべきである。たとえば、厚生労働省が平成 17 年から実施している中高年者縦断調査は、第 14 回調査（平成 30 年 11 月 7 日時点）で 63 から 72 歳までの約 2 万人を対象としている。その調査項目は、主観的健康度、治療中の病気、日常生活動作、飲酒、喫煙、運動の状況、健診・人間ドックの受診・結果、健康維持のために心がけていること、仕事の有無・種類、日常生活の行動（近所づきあい、友達づきあい、家事、自分の孫や子供の世話）、日頃から何かと頼りにしている相手、社会参加活動の種類と頻度、住居・家計、配偶者など、多岐にわたっている。しかも、同じ対象者が毎年回答している。

そこで、国民生活基礎調査における「日常生活の制限」の質問項目を中高年者縦断調査に追加することを提言する。調査参加者をコホートとして追跡することにより、「日常生活の制限」発生リスクと関連する要因が幅広く解明されるであろう。その成果は健康日本 21（第二次）の最重要目標である「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」に大きく貢献すると期待されるので、国民生活基礎調査における「日常生活の制限」の質問項目が中高年者縦断調査に追加されることを提言するものである。

文献

- 1) Myojin T, Ojima T, et al. Orthopedic, ophthalmic, and psychiatric diseases primarily affect activetiy limitation for Japanese malea and females: Based on the Comprehensive Survey of Living Conditions. J Epidemiol 2017; 27: 75-79.

日本における今後の健康増進施策の進め方に関する提言
～昨今の健康格差に関する研究や取り組みを踏まえて～

近藤 尚己、相田 潤、田淵 貴大

【背景】

健康日本21（第二次）において、国でモニタリングすることが決定している健康格差についての指標は、都道府県間の健康寿命の差である。また、都道府県や区市町村等の各自治体においては、その自治体内の地域格差を評価し対応することが求められている。また、そのための社会環境の整備に関しては、「地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）」の項目に対して、例えば策定時の現状についての参考値として「自分と地域のつながりが強い方だと思う割合」の値が、内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」より引用されている（表1）。我々は、次期のプラン策定に向け、これまでに明らかになっている健康の社会的決定要因や昨今の社会状況を踏まえ、今後に向けた健康格差の評価がどうあるべきかを検討してきた。

表1 健康日本21（第二次）目標項目一覧より社会環境の整備に関する指標を抜粋

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	策定時の現状	データソース	目標
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% （平成19年）	内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」	65% （平成34年度）
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	（参考値）健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% （平成18年）	総務省「社会生活基本調査」	25% （平成34年度）
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 （平成24年）	Smart Life Project の参画企業数	3,000社 （平成34年度）
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 （平成24年）	各民間団体からの報告	15,000 （平成34年度）
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	11都道府県 （平成24年）	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による把握	47都道府県 （平成34年度）

【現状分析】

1. 健康の社会的決定要因と健康格差の評価方法について

これまでにエビデンスとして確立している地域格差以外の健康格差の要因（あるいは次元）については、所得水準や職業階層といった社会経済状況に加え、世帯構成、孤立など社会的排除に関連する要因がある。また、健康日本21（第二次）の策定以降、国内では、高齢者や生活困窮世帯の孤独死が話題になり、一人親世帯の子どもの貧困や、虐待の問題、そして性的マイノリティの権利擁護活動、セクシャルハラスメントの防止と女性の権利擁護活動等、公衆衛生に直結する多くの動きがみられており、今後考慮すべき事柄であろう。さらには、2020年に東京オリンピックが予定されていることや外国人労働者受け入れ増加を目指した入管法改正等を受け、在住外国人を取り巻く社会格差・健康格差の問題が今度顕在化してくることが予想される。

重点が置かれている子どもの健康問題については、養育環境として、一人親世帯、養護施設、里親（養育家庭）などの状況がある。養育家庭制度（里親制度）は政府が積極的に進めている事業であり、その健康面での評価が今後重要となってくる。

本研究課題における健康格差に関する研究分担者らの研究活動において、都道府県間・市町村間の慢性疾患や歯科関連疾患、健康行動の状況に格差がみられ、それが都道府県の社会経済状況によること、また、経年的に変化していることがわかった。今後は、そのような地域間格差の決定要因をより詳細に明らかにしていくことで、対策をより精緻にマネジメントすることができるであろう(1)。例えば、自治体の所得水準や自治体独自の保健制度の違いに加え、健診の普及率や地域包括ケアの進展度など、地方政府としてのパフォーマンスと健康との関連を明らかにすることで、地域間格差を縮小するための具体的な施策の展開とそのモニタリングが可能になる。また、対策の計画や評価においては、地域間の健康格差が、構成員である住民個人の社会経済状況や健康行動によるものなのか（構成効果）、あるいは個人の状況や行動によらず、社会環境や政策といった社会文脈によるものなのか（文脈効果）を分けて扱うべきである。

2. 施策や取り組みのインパクト評価の推進について

世界保健機関の健康の社会的決定要因に関する特別委員会のレポートでは、健康の公平性への各施策のインパクト評価、すなわち健康影響予測評価 Health Impact Assessment（あるいは Health Equity Impact Assessment）をすることを3つの推奨事項の1つに掲げ、加盟各国が取り組むべきこととしている(2)。例えば、タバコ対策や過重労働対策等、新たな政策が提案された際は、それが、どのような集団に対してどのような影響を及ぼすのかについて、ステークホルダーを含めた評価会議で議論し、より公正な事業とするための改善案や実施後のモニタリング方法の提案を行うものである(3)。

タイ国では憲法で定めた義務となっており、またその他多くの国がルーチンで実施するようになっており、国内では、日本公衆衛生学会がそのガイダンスを提示している(4)。しかし実際の取り組みとしては、がん教育の義務化のアセスメントのほか、地方自治体や企業等による自主活動が散見されるが、全国的な広がりは見られていない(5)。健康増進活動、とりわけ健康格差対策の科学的なマネジメント手法である健康影響予測評価の推進が期待される。

3. 慢性疾患に対する「生活習慣病」の呼称変更について

現在日本ではがんや心臓病、脳卒中などの慢性疾患を、「生活習慣病」という呼称を用いて表現し、施策を展開している。1997年に、慢性疾患を他人任せにせず、セルフケアすることで予防可能な疾患である、という意味合いを強化すべく、成人病から、生活習慣病という呼称に変更した経緯がある。

昨今、この生活習慣病という呼び名に対する批判も起きている。健康は、個人によってコントロール可能な習慣のみでなく、生まれ持った素因や生涯にわたりおかれた地域や社会の環境の影響を受けるため、現在の生活習慣のみに慢性疾患の原因を求めるような意味合いを持つ言葉は、対策の方向性をゆがめる可能性があるという批判である。昨今、糖尿病の重症化など、不健康な状況は不摂生の結果であり、自己責任であるため、そのような個人には医療サービスの利用に制限や追加的なコストを持たせるべきだ、とする意見が政府関係者等か

らも発せられ、議論を呼んでいる。この議論は、予防医療を医療費削減の手段として強調する論調とないまぜになって使われることもあり、注意を呼びかける声がある(6)。

諸外国の多くは、生活習慣病の英訳とみなせる「lifestyle disease」という呼称を用いることについては消極的である。自己責任論を助長する、victim blaming(社会の犠牲者を追撃する)的であると考えられ、社会的に不利な状況に置かれた個人の健康づくり支援を難しくさせる可能性があるからである(7)。世界保健機関は、lifestyle という言葉は用いず、non-communicable disease (NCD: 非感染性疾患) という言葉を用いている。ただしNCDに対しても分かりにくいという意見がある。

以上より、生活習慣病という呼称を見直すべき時期が来ていると考えている。

【提案】

- ・地域格差の評価に加え、所得や世帯構成、国籍等の個人や世帯の社会背景に基づく集団間の格差を評価すること。
- ・地域格差の評価においては、地域の社会経済状況による格差の大きさを評価すること。
- ・自治体として取り組むべき社会環境整備の取り組みのプロセス評価を強化すること。
- ・健康格差対策の評価と対策についての継続的な検討委員会を厚生労働省等政府機関の責任において設置・運営すること。その際、社会環境の整備の取り組みが十分進むよう、省庁横断的な委員構成が望ましい。
- ・健康影響予測評価の枠組みを推進すること。
- ・慢性疾患の呼称変更に向けた検討委員会の設置等を行い、議論を進めること。

引用文献

1. 近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.
2. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. 藤野善久, 松田晋哉. Health Impact Assessment の基本的概念および日本での今後の取り組みに関する考察. 日本公衆衛生雑誌. [総説]. 2007 2007. 02;54(2):73-80.
4. 日本公衆衛生学会(公衆衛生モニタリング・レポート委員会). 健康影響予測評価ガイダンス(2011年版), Contract No.: Document Number|.
5. 助友裕子, 片野田耕太. 都道府県のがんの教育・普及啓発の取り組みと第二期への期待(特集: 新たながん対策の推進—第二期のがん対策基本計画を踏まえて—). 保健医療科学. 2012;61(6):598-606.
6. 岩永直子. 健康は義務ではない 「予防医療」を医療費抑制の道具にするな(二木立氏インタビュー)(2019/01/27) URL: <https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/ryuniki-3>. BuzzFeed Japan. 2018.
7. Watt G, Richards H, Reid M. Victim-blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain. Fam Pract. 2003;20(6):711-6.

健康づくりに関する提言
－効果的な生活習慣改善につながる優良事例に関する研究より－

津下 一代

(市町村)

- ・市町村は、統計情報や保健事業報告等から健康課題を分析・整理し、目標を明確にすることが重要である。
個別の保健事業について、達成すべき目標、現状と課題を整理し、数年単位の計画を立て、事業改善に努めることが重要である。
- ・性・年齢・校区別などの層別化分析によりターゲット層を明確にするのも有用である。
- ・地域の専門機関、職域、住民組織などの幅広い機関との連携を地道に継続しながら、健康増進・保健事業を実施する必要がある。企画段階から住民とコミュニケーションをとりつつ進めることが重要である。
- ・市町村は、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムを意識した構造的な事業評価を行う必要がある。衛生部門の事業ではアウトカム評価をしていない例が多いが、保険者との連携による評価や NDB 等を活用したマクロ評価などを計画的に実施する必要がある。近年、インセンティブを考慮した事業が広く行われるようになったが、この事業についての評価手法の確立は喫緊の課題である。
- ・事業評価により得られた知見を他事業においても活用できるよう、公表・意見交換を行う。

(都道府県)

- ・都道府県は、市町村における健康格差、健康増進・保健事業の取組格差を是正するため、市町村の健康課題や地域格差の公表、評価の仕組みを組み込んだ都道府県のモデル事業の実施、取り組みが遅れている市町村への適切な専門家による技術支援、社会資源の活用方法の紹介などを推進する必要がある。
- ・都道府県は、市町村職員の資質向上・情報交換を促進するため、研修会の開催、優良事例の横展開、国などのガイドラインや事業の実施・評価方法の紹介などを行う必要がある。
- ・健康寿命延伸と効率的な事業展開のために、都道府県内での健康関連各部局(衛生、国保、高齢者、スポーツ、地域振興、産業労働等)の連携を深める必要がある。
- ・都道府県は、健康増進・保健事業が広域的に実施されるよう、市町村、企業、医師会、地域包括支援センターなどの組織間の連携を促進する協議会を有効活用して行くことが重要である。その際会議の数が増え、非効率にならないように全庁的な調整を行うことが望ましい。

(全国)

- ・ 国の政策は県の政策に反映され、県の政策は市町村の政策に反映される。そのため、国は、NDB 等に基づき健康課題を分析するとともに、科学的根拠を確認、フィジビリティを考慮して指針を示すことが重要である。その際、健康増進・保健事業の計画、実施、評価の方法、都道府県が行うべき支援内容などを示す必要がある。
- ・ 研究班や学会等は、健康政策策定、保健事業企画・運営・評価時に、正しい意思決定を行うための判断材料となるよう、科学的根拠を提示するガイドラインや資料等を策定することが重要である。

【健康増進・保健事業における市町村の課題と都道府県に求められる支援】

