

表1 本研究における生活の場ごとの要介護状態の定義

生活の場	要介護状態	略称
在宅	①6項目(洗面・歯磨き、着替え、食事、排泄、入浴、歩行)のいずれかが一部要介護、または、それ以上の要介護	要介護在宅A
	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、または、それ以上の要介護	要介護在宅B
	③日常生活動作(起床、衣類着脱、食事、入浴等)に何らかの影響あり	ADL影響在宅
医療施設入院	①入院、かつ、3項目(移動、食事、排泄)のいずれかが一部要介護またはそれ以上の要介護	要介護入院A
	②入院、かつ、5項目(移乗、食事摂取、燕下、排便の後始末、排尿の後始末)のいずれかが一部要介護、または、それ以上の要介護	要介護入院B
	③入院	入院
老人保健施設在所	在所	保健施設在所
老人福祉施設在所	在所	福祉施設在所

表2 生活の場ごとの要介護状態の組み合わせ

要介護区分	在宅	医療施設入院	老人保健施設在所	老人福祉施設在所	算定の有無			
					1995	1998	2001	2004
AA	要介護在宅A	要介護入院A	保健施設在所	福祉施設在所	○			
AB	要介護在宅A	要介護入院B	保健施設在所	福祉施設在所		○		
AC	要介護在宅A	入院	保健施設在所	福祉施設在所	○	○		
BC	要介護在宅B	入院	保健施設在所	福祉施設在所			○	○
CA	ADL影響在宅	要介護入院A	保健施設在所	福祉施設在所	○			
CB	ADL影響在宅	要介護入院B	保健施設在所	福祉施設在所		○		
CC	ADL影響在宅	入院	保健施設在所	福祉施設在所	○	○	○	○

生活の場ごとの要介護状態の定義は表1を参照。○:算定あり

表3-1-1-1 要介護区分CC1における平均自立期間の推移(65歳 男)

		男				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	13.95	14.21	14.73	14.95	
上位5						
1	長野	15.12	神奈川	14.94	神奈川	15.60
2	沖縄	14.77	沖縄	14.91	山梨	15.55
3	山梨	14.72	熊本	14.83	長野	15.46
4	神奈川	14.67	茨城	14.73	沖縄	15.37
5	新潟	14.52	長野	14.72	静岡	15.29
下位5						
1	青森	12.57	青森	12.99	青森	13.49
2	岡山	13.13	鹿児島	13.37	高知	14.02
3	大阪	13.34	大阪	13.39	徳島	14.02
4	徳島	13.43	長崎	13.61	和歌山	14.20
5	高知	13.47	愛媛	13.62	佐賀	14.25

表3-1-1-2 要介護区分CC2における平均自立期間/平均余命の推移(65歳 男)

		男				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	83.29	82.44	83.37	83.18	
上位5						
1	神奈川	86.58	茨城	86.44	神奈川	86.83
2	長野	86.40	神奈川	85.59	山梨	86.27
3	新潟	86.29	福島	84.81	茨城	86.09
4	山梨	85.86	愛知	84.34	山形	85.76
5	千葉	85.36	宮城	84.27	静岡	85.64
下位5						
1	岡山	77.16	愛媛	78.11	高知	79.00
2	高知	79.17	鹿児島	78.23	徳島	80.13
3	熊本	79.89	長崎	79.59	岡山	81.11
4	青森	79.93	富山	79.85	青森	81.15
5	石川	80.37	京都	79.86	富山	81.15

表3-2-1-1 要介護区分CC1における平均自立期間の推移(75歳 男)

		男				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	7.64	7.89	8.25	8.31	
上位5						
1	長野	8.56	神奈川	8.55	神奈川	9.10
2	沖縄	8.48	沖縄	8.51	山梨	8.95
3	神奈川	8.29	茨城	8.34	沖縄	8.87
4	山梨	8.28	静岡	8.28	石川	8.74
5	新潟	8.19	北海道	8.25	静岡	8.70
下位5						
1	青森	6.54	鹿児島	7.01	青森	7.40
2	岡山	6.74	青森	7.04	徳島	7.63
3	鹿児島	6.93	愛媛	7.19	和歌山	7.80
4	滋賀	7.11	大阪	7.30	山口	7.82
5	大阪	7.22	長崎	7.48	高知	7.87

表3-2-1-2 要介護区分CC2における平均自立期間/平均余命の推移(75歳 男)

		男				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	76.12	75.21	76.19	75.78	
上位5						
1	長野	82.34	茨城	80.42	神奈川	82.26
2	新潟	82.06	神奈川	80.17	茨城	81.12
3	神奈川	80.89	福島	78.31	石川	80.89
4	山梨	80.52	滋賀	78.11	山梨	80.45
5	千葉	79.53	静岡	77.96	山形	79.87
下位5						
1	岡山	66.36	愛媛	67.46	徳島	70.86
2	鹿児島	70.10	鹿児島	68.10	高知	71.63
3	青森	71.04	高知	71.32	富山	71.65
4	高知	71.24	京都	71.57	福井	72.34
5	石川	71.55	富山	71.66	大分	73.07

表4-1-1 要介護区分CCにおける平均自立期間の推移(65歳 女)

		女			
順位		1995年	1998年	2001年	2004年
	全国	16.89	16.95	17.50	17.86
上位5					
1	静岡県	17.98	18.14	山梨	18.80
2	山梨	17.97	17.90	静岡県	18.56
3	沖縄	17.90	17.83	茨城	18.51
4	神奈川県	17.51	17.83	神奈川県	18.38
5	長野	17.46	17.79	石川	18.26
下位5					
1	北海道	15.88	15.81	青森	16.71
2	石川	15.95	15.85	京都	16.72
3	福岡	16.09	15.86	大阪	16.83
4	徳島	16.16	16.25	鹿児島	16.98
5	青森	16.16	16.38	北海道	17.03

表4-2-1 要介護区分CCにおける平均自立期間の推移(75歳 女)

		女				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	9.26	9.32	9.68	10.02	
上位5						
1	山梨	10.35	静岡	10.48	山梨	10.81
2	静岡県	10.16	神奈川	10.34	沖縄	10.66
3	沖縄	10.12	茨城	10.11	静岡	10.63
4	千葉	9.94	島根	10.06	神奈川	10.53
5	神奈川県	9.76	山梨	9.94	茨城	10.34
下位5						
1	北海道	8.44	京都	8.21	大阪	8.93
2	福岡	8.52	大阪	8.44	徳島	9.06
3	石川	8.55	青森	8.46	青森	9.10
4	青森	8.55	鹿児島	8.69	鹿児島	9.14
5	徳島	8.68	東京	8.79	北海道	9.16

表4-1-2 要介護区分CCにおける平均自立期間／平均余命の推移(65歳 女)

		女				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	79.53	77.13	77.43	77.55	
上位5						
1	静岡県	83.25	茨城	82.45	茨城	81.82
2	茨城	83.10	静岡県	81.70	静岡県	81.35
3	山梨	82.59	神奈川	81.36	山梨	81.14
4	千葉	82.59	滋賀	80.51	神奈川	80.86
5	群馬	82.43	埼玉	80.35	千葉	80.54
下位5						
1	北海道	73.77	京都	71.79	北海道	73.65
2	福岡	74.75	鹿児島	73.36	鹿児島	73.95
3	石川	74.82	沖縄	73.82	高知	74.03
4	徳島	75.61	青森	73.93	徳島	74.08
5	高知	75.81	高知	74.06	佐賀	74.92

表4-2-2 要介護区分CCにおける平均自立期間／平均余命の推移(75歳 女)

		女				
順位		1995年	1998年	2001年	2004年	
	全国	70.47	67.48	67.46	68.22	
上位5						
1	茨城	76.25	静岡	75.04	茨城	73.30
2	山梨	76.19	茨城	74.98	静岡県	73.15
3	静岡県	75.89	神奈川	74.46	山梨	72.94
4	千葉	75.73	滋賀	72.16	神奈川	72.57
5	三重	74.78	群馬	71.76	千葉	70.89
下位5						
1	北海道	62.68	京都	58.88	北海道	61.80
2	福岡	63.06	鹿児島	62.09	鹿児島	62.81
3	石川	64.92	沖縄	62.65	高知	63.37
4	徳島	65.54	大阪	62.87	徳島	63.38
5	高知	65.60	高知	63.08	大阪	63.55

表5-1-1 要介護区分BCにおける平均自立期間の推移(65歳&75歳 男) (年)

順位	65歳		75歳	
	2001年	2004年	2001年	2004年
全国	15.31	15.51	8.53	8.55
上位5				
1	長野	16.21	長野	9.13
2	奈良	15.97	神奈川	9.11
3	神奈川	15.90	静岡	9.09
4	静岡	15.89	山梨	9.08
5	山梨	15.86	奈良	9.05
下位5				
1	青森	14.26	青森	7.87
2	大阪	14.63	大阪	7.90
3	和歌山	14.67	山口	7.96
4	山口	14.69	秋田	8.02
5	秋田	14.72	佐賀	8.06

表5-2-1 要介護区分BCにおける平均自立期間の推移(65歳&75歳 女) (年)

順位	65歳		75歳	
	2001年	2004年	2001年	2004年
全国	18.06	18.40	9.88	10.12
上位5				
1	山梨	19.44	山梨	11.15
2	長野	18.99	千葉	10.76
3	千葉	18.88	長野	10.65
4	鳥取	18.64	茨城	10.51
5	茨城	18.63	沖縄	10.42
下位5				
1	大阪	17.20	大阪	9.16
2	青森	17.39	青森	9.20
3	北海道	17.48	山口	9.24
4	徳島	17.54	北海道	9.31
5	山口	17.54	京都	9.39

表5-1-2 要介護区分BCにおける平均自立期間/平均余命の推移(65歳&75歳 男) (%)

順位	65歳		75歳	
	2001年	2004年	2001年	2004年
全国	86.66	86.25	78.75	77.98
上位5				
1	埼玉	89.53	茨城	83.32
2	奈良	89.46	埼玉	83.07
3	静岡	88.98	静岡	82.79
4	栃木	88.63	奈良	82.65
5	神奈川	88.51	神奈川	82.35
下位5				
1	熊本	82.75	熊本	72.47
2	沖縄	84.02	大阪	74.72
3	佐賀	84.30	佐賀	75.00
4	福岡	84.31	山口	75.05
5	長崎	84.51	石川	75.11

表5-2-2 要介護区分BCにおける平均自立期間/平均余命の推移(65歳&75歳 女) (%)

順位	65歳		75歳	
	2001年	2004年	2001年	2004年
全国	79.91	79.89	68.81	68.90
上位5				
1	千葉	84.15	千葉	75.72
2	山梨	83.94	山梨	75.26
3	茨城	83.57	茨城	74.53
4	長野	82.15	長野	72.64
5	栃木	82.09	岐阜	72.15
下位5				
1	北海道	75.86	北海道	62.84
2	沖縄	76.43	石川	63.75
3	熊本	76.70	山口	63.95
4	石川	76.76	熊本	64.00
5	福岡	77.13	京都	64.47

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
研究報告書

「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」の調査結果
—「平均自立期間の算定方法の指針」への意見—

研究協力者 世古 留美 藤田保健衛生大学医療科学部看護学科講師
川戸 美由紀 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座助教
林 正幸 福島県立医科大学看護学部情報科学教授
加藤 昌弘 愛知県瀬戸保健所所長
研究代表者 橋本 修二 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座教授

研究要旨 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」により、昨年度に刊行・公開した「平均自立期間の算定方法の指針」と「平均自立期間の算定プログラム」に対する都道府県・特別区・指定都市の健康福祉担当部局主管課長と保健所長の意見を検討した。調査の対象者は604人、回収率は457人（76%）であった。平均自立期間という名称、介護保険の要介護2～5を要介護の定義とすることについて、おおよそ適切という意見がほとんどであった。指標の意味の理解（地域保健担当者と一般住民）と本プログラムの使用について、おおよそ容易という意見が多かった。したがって、本指針と本プログラムは比較的良好な評価を受けたと考えられた。今後、市町村などの小地域での算定について、一定の方針を定めるとともに、都道府県健康増進計画以外への適用について検討することが重要と考えられた。

A. 研究目的

本研究班では、平均自立期間などの健康寿命について適用拡大を目指して研究を進めている。平成19年度には平均自立期間の標準的な算定方法を定めるとともに、そのための「平均自立期間の算定方法の指針」と「平均自立期間の算定プログラム」（以下、それぞれ本指針と本プログラムと記す）を作成し、「健康日本21」ホームページに公開した。

本年度には、本指針と本プログラムの改訂の必要性を把握するとともに、今後の健康寿命の適用拡大に向けた方策を探ることを目的として、都道府県・特別区・指定都市と保健所を対象とする「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」を実施した。

ここでは、同調査から、本指針と本プログラムに対する都道府県・特別区・指定都市と保健所の意見について検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象者

「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」の調査対象者としては、都道府県・特別区・指定都市の健康福祉担当部局主管課長および保健所長とした。それぞれの施設数は2008年7月1日時点で都道府県が47、特別区が23、指定都市が17、保健所517であり、合計604であった。

2. 調査方法

調査方法としては、調査票による郵送法とした。調査対象者に対して2008年7月に調査票を送付・回収した。未回収者に対して2008年8月に再依頼した。本指針の冊子を同封し、それを参照しながら、調査票に回答するように依頼した。調査票は「Ⅰ. 「平均自立期間の算定方法の指針」について」と「Ⅱ. 健康寿命について」の2部で構成された。調査前に全国保健所

長会から調査実施の了解を得た。また、調査実施後に、すべての調査対象者にパンフレットを送付し、調査結果の概要を報告した。

なお、本研究報告書の「IV. 資料」において、調査票は「1. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—調査票—」に、パンフレットは「2. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—調査結果の概要—」に示した。

ここでは、調査票の「1. 「平均自立期間の算定方法の指針」について」の間1～間7を検討対象とした。各問の質問文としては、「問1. 平均自立期間という名称は適切でしょうか」、「問2. 平均自立期間のおおよその意味についてお聞きします」、「問3. 都道府県健康増進計画以外に、平均自立期間を活用することは可能でしょうか」、「問4. 平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きします」、「問5. 都道府県以外での平均自立期間の算定についてお聞きします」、「問6. 本プログラムを使用することは容易でしょうか」、「問7. 本指針と本プログラムへの意見や要望などがあれば、以下に記入して下さい」であった。その回答としては、4肢択一形式（「適切」、「どちらかといえば適切」、「どちらかといえば適切でない」、「適切でない」等）または自由回答形式とした。

3. 解析方法

回収状況を表1に示す。都道府県・特別区・指定都市（以下、都道府県等）では、対象者が87人、回収者が69人（79%）であり、保健所ではそれぞれ517人、388人（75%）であった。

問1～問7について、都道府県等と保健所ごとに、回答状況を集計した。

C. 研究結果

問1～問6について、都道府県等と保健所別の回答状況をそれぞれ図1～図6に示す。

図1の「平均自立期間という名称は適切でしょうか」では「適切」または「どちらかといえ

ば適切」の回答は都道府県等と保健所のいずれも90%であった。図2-1と図2-2の「平均自立期間のおおよその意味についてお聞きします」において、「（1）地域保健の担当者が、それを理解するのは容易でしょうか」に「容易」または「どちらかといえば容易」の回答は92%、「（2）一般住民が、それを理解するのは容易でしょうか」でのそれは62%であった。

図3の「都道府県健康増進計画以外に、平均自立期間を活用することは可能でしょうか」では、「可能」または「どちらかといえば可能」の回答は68%であった。図4-1と図4-2の「平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きします」において、「本指針（要介護2～5）以外に、介護保険の要介護度で適切なものはあると思いますか」に「ある」または「どちらかといえばある」の回答は10%未満であった。「（2）平均自立機関の「要介護」の定義として、介護保険以外で、適切なものはあると思いますか」に「ある」または「どちらかといえばある」の回答は4%未満であった。

図5-1、図5-2、図5-3の「都道府県以外での平均自立期間の算定の重要性についてお聞きします」において、「（1）二次医療圏の平均自立期間の算定は重要でしょうか」、

「（2）保健所管轄地域の平均自立期間の算定は重要でしょうか」、「（3）市区町村の平均自立期間の算定は重要でしょうか」ともに、

「重要」または「どちらかといえば重要」の回答が80%前後であった。図6の「本プログラムを使用することは容易でしょうか」では「容易」または「どちらかといえば容易」の回答は60%であった。

表2に、自由回答の回答件数を示す。自由回答一覧は本研究報告書の「IV. 資料」の「3. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—自由回答一覧—」に示した。

「問1（2）指標の名称（平均自立期間以外）」では35件であり、非要介護期間、健康寿命などがあげられた。「問3（2）平均自立期間の活用できそうな状況や場面など」では25

2件であった。事業計画、評価に関するものが最も多く、それ以外に実施・啓発・研修、分析・研究などであった。「問4(2)「要介護」の定義(介護保険で、要介護2～5以外)」では44件であり、要介護1～5が15件、要支援1～要介護5が15件であった。「問4(4)「要介護」の定義(介護保険以外)」では15件であり、6か月以上の長期入院、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準などであった。「問7 本指針と本プログラムへの意見や要望など」では74件であった。算定の単位(人口規模)に関する事、算定方法(介護保険利用または介護保険以外)、プログラム利用に関する事、介護保険の要介護度利用に関する意見、指標の理解・普及に関する意見などであった。

D. 考察

「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」において、調査対象者は都道府県等の健康福祉担当部局主管課長と保健所長とした。これは、平均自立期間について、地域保健医療福祉の取り組みの計画・評価への適用に対して、直接的に関係すると考えたためである。調査の回収率は、都道府県等と保健所ともに比較的高く、回収者の回答が調査対象者全体のそれをおおよそ反映すると考えられた。

平均自立期間という名称とともに、介護保険の要介護2～5を要介護の定義とすることに対して、おおよそ適切という意見がほとんどであった。指標の意味の理解について、地域保健担当者に対しておおよそ容易という意見がほとんどであり、一般住民に対してもそういう意見が多かった。本プログラムの使用についても、おおよそ容易という意見が多かった。したがって、本指針と本プログラムは比較的良好な評価を受けたと考えられる。

一方、市町村などの小地域の算定について、おおよそ重要という意見が多かった。都道府県

健康増進計画以外への活用についてもおおよそ可能という意見が多かった。本指針と本プログラムでは、都道府県健康増進計画を念頭において、平均自立期間の算定対象として、主に都道府県を想定していた。今後、市町村などの小地域での算定について、一定の方針を定めるとともに、都道府県健康増進計画以外への適用について検討することが重要と考えられた。

E. 結論

平均自立期間という名称、介護保険の要介護2～5を要介護の定義とすることについて、おおよそ適切という意見がほとんどであった。指標の意味の理解(地域保健担当者と一般住民)と本プログラムの使用について、おおよそ容易という意見が多かった。したがって、本指針と本プログラムは比較的良好な評価を受けたと考えられた。今後、市町村などの小地域での算定について、一定の方針を定めるとともに、都道府県健康増進計画以外への適用について検討することが重要と考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

表1. 回収状況

	対象数	回収数	回収率 (%)
都道府県・特別区・指定都市	87	69	79.3
保健所	517	388	75.0
計	604	457	75.7

図1. 問1：「平均自立期間という名称は適切でしょうか」

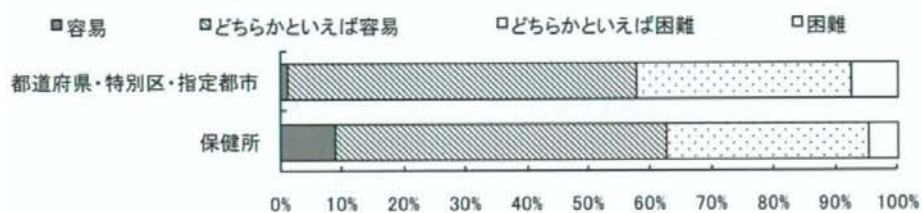


図2-1. 問2(1)：「平均自立期間のおおよその意味について、お聞きます。」

(1) 地域保健の担当者が、それを理解するのは容易でしょうか。」

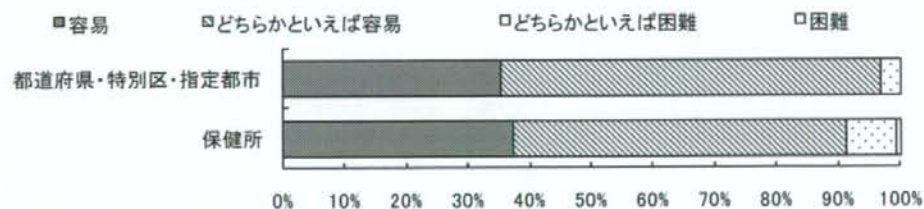


図2-2. 問2(2)：「平均自立期間のおおよその意味について、お聞きます。」

(2) 一般住民が、それを理解するのは容易でしょうか。」

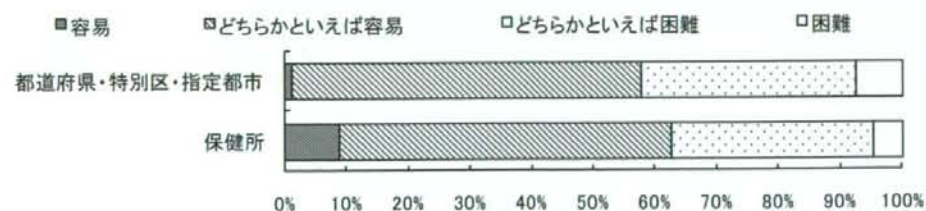


図3. 問3：「都道府県健康増進計画以外に、平均自立期間を活用することが可能でしょうか」

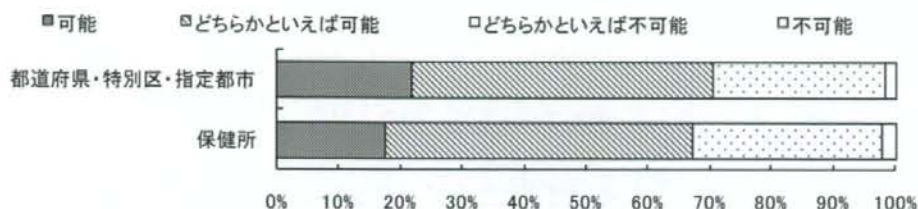


図4-1. 問4（1）：「平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きます。

(1) 本指針（要介護2～5）以外に、介護保険の要介護度で、適切なものはあると思いますか。」

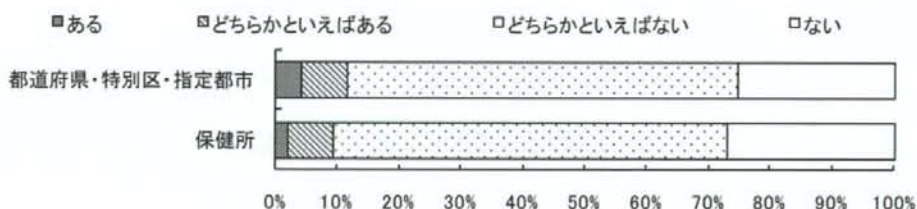


図4-2. 問4（2）：「平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きます。

(2) 平均自立期間の「要介護」の定義として、介護保険以外で、適切なものはあると思いますか。」

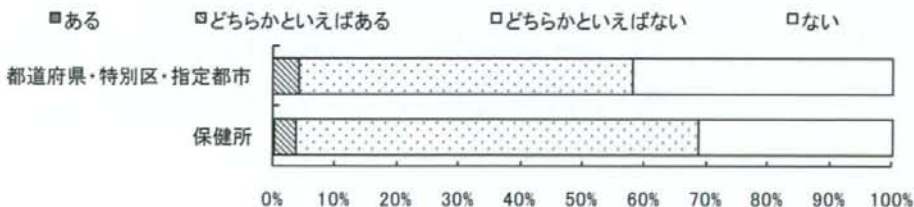


図5-1. 問5(1): 「都道府県以外での平均自立期間の算定の重要性についてお聞きします。
(1) 二次医療圏の平均自立期間の算定は重要でしょうか。」

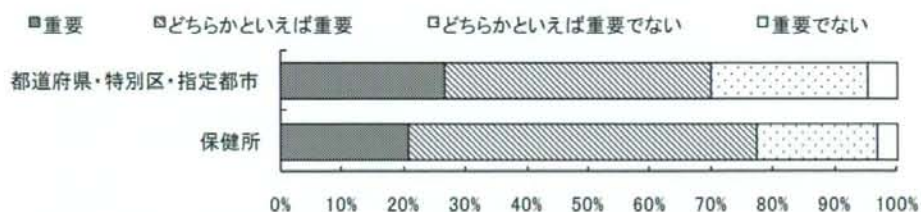


図5-2. 問5(2): 「都道府県以外での平均自立期間の算定の重要性についてお聞きします。
(2) 保健所管轄地域の平均自立期間の算定は重要でしょうか。」

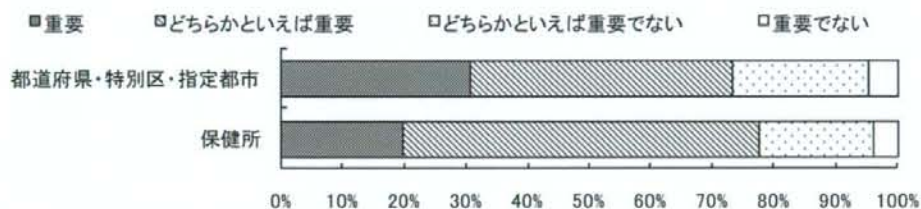


図5-3. 問5(3): 「都道府県以外での平均自立期間の算定の重要性についてお聞きします。
(3) 市区町村の平均自立期間の算定は重要でしょうか。」

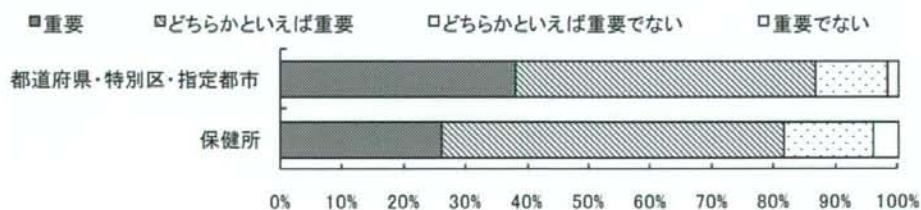


図6. 問6：「本プログラムを使用することは容易でしょうか」

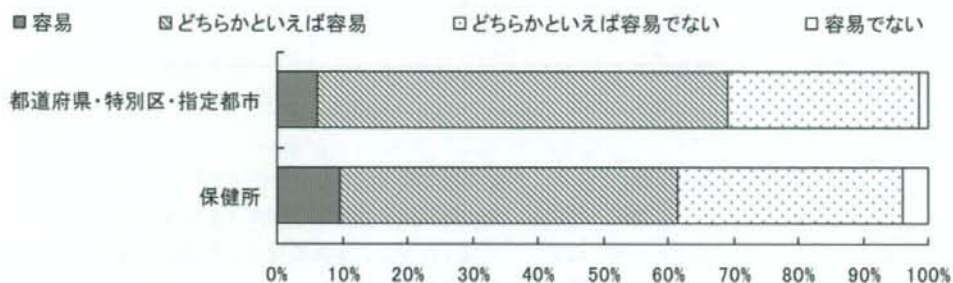


表2. 自由回答の回答件数

質問内容	回答件数
問1 (2) 指標の名称 (平均自立期間以外)	35
問3 (2) 平均自立期間の活用できそうな状況や場面など	252
問4 (2) 「要介護」の定義 (介護保険で、要介護2～5以外)	44
問4 (4) 「要介護」の定義 (介護保険以外)	15
問7 本指針と本プログラムへの意見や要望など	74

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
研究報告書

「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」の調査結果
—健康寿命の算定状況、指標と検討課題の重要性—

研究協力者	林 正幸	福島県立医科大学看護学部情報科学教授
	川戸 美由紀	藤田保健衛生大学医学部衛生学講座助教
	世古 留美	藤田保健衛生大学医療科学部看護学科講師
	加藤 昌弘	愛知県瀬戸保健所所長
研究代表者	橋本 修二	藤田保健衛生大学医学部衛生学講座教授

研究要旨 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」により、健康寿命の算定状況、指標と検討課題の重要性について検討した。調査の対象者は都道府県・特別区・指定都市の健康福祉担当部局主管課長と保健所長であり、604人中、回収者は457人（76%）であった。健康寿命について（本研究班が提案した平均自立期間以外）、算定ありは19%であった。健康寿命の指標として、認知症でない平均生存期間の重要性が大きかった。健康寿命の検討課題として、算定方法の標準化、年次推移、地域分布、関連要因の重要性が大きく、とくに算定ありでは算定なしよりもその傾向が顕著であった。健康寿命について、今後のより広い適用に向けて、容易に算定できる環境づくりが大切であること、多くの検討課題が残されていることが確認された。

A. 研究目的

健康寿命について、地域保健医療福祉の取り組みの計画・評価への適用を拡大することが重要である。本年度、都道府県・特別区・指定都市と保健所を対象とする「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」を実施した。本調査は2部構成であり、第1部が平均自立期間に関する内容、第2部が健康寿命（本研究班が提案した平均自立期間以外）に関する内容であった。

本研究では、今後の健康寿命の適用拡大に向けた方策を探ることを目的として、同調査の第2部から、健康寿命の算定状況、指標と検討課題の重要性について検討した。また、健康寿命の算定状況と、指標と検討課題の重要性との関連を検討した。以下では、健康寿命としては、本研究班が提案した平均自立期間以外を指す。

B. 研究方法

「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」の調査対象者は、都道府県・特別区・指定

都市の健康福祉担当部局主管課長および保健所長とした。都道府県、特別区、指定都市と保健所の施設数はそれぞれ47、23、17、517であり、合計604であった（2008年7月1日時点）。

調査は2008年7月に調査対象者に対して調査票を送付・回収することにより実施した。未回収者に対しては2008年8月に再依頼した。なお、調査前に全国保健所長会から調査実施の了解を得た。また、調査実施後に、すべての調査対象者にパンフレットを送付し、調査結果の概要を報告した。

調査票の内容は、健康寿命の算定状況、指標と検討課題の重要性などであった。指標としては、認知症のない平均生存期間、医療機関の受療のない平均生存期間、自覚的に健康と感じる平均生存期間を取り上げるとともに、それ以外の重要な指標を自由回答で得た。検討課題としては、健康寿命の算定方法の標準化、年次推移、地域分布、関連要因を取り上げるとともに、それ以外の重要な課題を自由回答で得た。また、健康寿命に関する意見を自由回答で得た。

調査の回収状況は、都道府県・特別区・指定都市（以下、都道府県等）では、対象者 87 人に対し回収が 69 人（79%）であり、保健所では対象者 517 人に対し回収 388 人（75%）であった（表 1）。

健康寿命の算定状況、指標と検討課題の重要性について、都道府県等と保健所ごとに、回答状況を集計した。健康寿命の算定状況別に、指標と検討課題の重要性について回答状況を検討した。また、自由回答について回答状況を集計した。

なお、本研究報告書の「IV. 資料」において、調査票は「1. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—調査票—」に、パンフレットは「2. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—調査結果の概要—」に示した。

C. 研究結果

健康寿命の算定状況としては、算定ありが 19%、算定なしが 81%であった。都道府県等の算定ありの割合は、保健所のそれよりも大きかった（図 1）。

健康寿命の指標の重要性について、重要あるいはどちらかといえば重要な回答割合は、認知症でない平均生存期間で 74%、医療機関の受診がない平均生存期間で 44%、自覚的に健康と感じる平均生存期間で 58%であった（図 2～4）。いずれも都道府県等と保健所で大差がなかった。

健康寿命の検討課題の重要性について、重要あるいはどちらかといえば重要な回答割合は、算定方法の標準化検討、年次推移検討、地域分布検討、関連要因検討のいずれでも、95%以上であった（図 5～8）。いずれも、重要な回答割合は都道府県等で保健所よりも大きかった。

健康寿命の算定状況別に、指標の重要性について、重要あるいはどちらかといえば重要な回答割合をみると、認知症でない平均生存期間、医療機関の受診がない平均生存期間、自覚的に健康と感じる平均生存期間ともに大差がなかった（図 9～11）。

健康寿命の算定状況別に、検討課題の重要性について、重要あるいはどちらかといえば重要な回答割合をみると、算定方法の標準化検討、年次推移検討、地域分布検討、関連要因検討ともに大差

がなかった（図 12～15）。いずれも、重要な回答割合は算定ありで算定なしよりも大きかった。

表 2 に、自由回答の回答件数を示す。自由回答一覧は本研究報告書の「IV. 資料」の「3. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—自由回答一覧—」に示した。

「問 12 健康寿命として適切な指標の概要（平均自立期間以外）」では 24 件であり、社会生活への参加状況、社会的役割のある期間、就業期間などがあげられた。「問 13（5）健康寿命の検討すべき課題」では 37 件であり、医療資源との関連、利用し易い情報発信などがあげられた。「問 14 健康寿命に関する意見」では 65 件であり、様々な事項があげられた。

D. 考察

健康寿命の算定状況について（本研究班が提案した平均自立期間以外）、算定ありは少なかった。健康寿命の算定には死亡と健康に関する情報および算定プログラムが必要である。算定ありの少なさには、これらを容易に利用できる状況が十分に整備されていないことが関係しているかもしれない。

健康寿命の指標として、認知症でない平均生存期間では、重要あるいはどちらかといえば重要な回答が多かった。それと比べると、医療機関の受診がない平均生存期間、自覚的に健康と感じる平均生存期間では、重要あるいはどちらかといえば重要な回答が多くなかった。これは、地域保健において、高齢者の認知症が重大な課題であることを反映していると考えられる。また、重要な指標として、自由回答では社会的参加に関する指標などがあげられた。今後、その情報の収集方法を含めて、検討することが重要と考えられる。

健康寿命の検討課題として、算定方法標準化、年次推移、地域分布、関連要因ともに、重要あるいはどちらかといえば重要な回答がほとんどであった。とくに、健康寿命の算定ありでは、算定なしに比べて、重要な回答が多かった。また、自由回答では、重要な検討課題をはじめ、健康寿命に関する様々な意見が出された。これらは、健康寿

命について、地域保健医療福祉の取り組みの計画・評価への適用に対して、現時点では、必ずしも十分な検討が行われていないことを反映していると考えられる。

以上、健康寿命について、今後のより広い適用に向けて、容易に算定できる環境づくりが大切であること、多くの検討課題が残されていることが確認された。

E. 結論

健康寿命について（本研究班が提案した平均自立期間以外）、算定ありは 19%であった。健康寿命の指標として、認知症でない平均生存期間の重要性が大きかった。健康寿命の検討課題として、算定方法の標準化、年次推移、地域分布、関連要因の重要性が大きく、とくに算定ありでは算定な

しよりもその傾向が顕著であった。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

表1. 回収状況

	対象数	回収数	回収率 (%)
都道府県・特別区・指定都市	87	69	79.3
保健所	517	388	75.0
計	604	457	75.7

図1. 健康寿命の算定状況

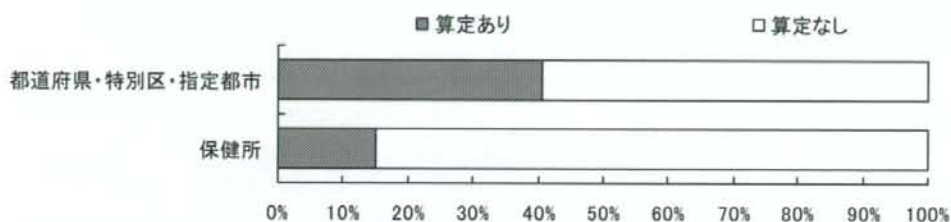


図2. 認知症でない平均生存期間の算定の重要性

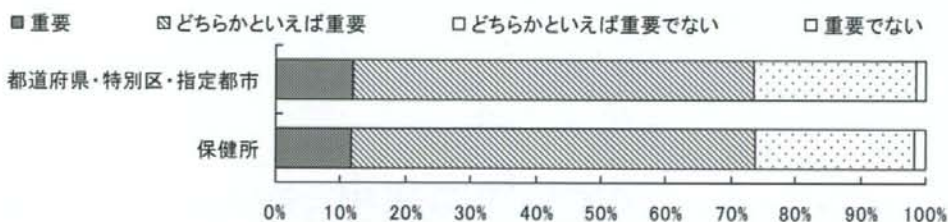


図3. 医療機関の受診がない平均生存期間の算定の重要性

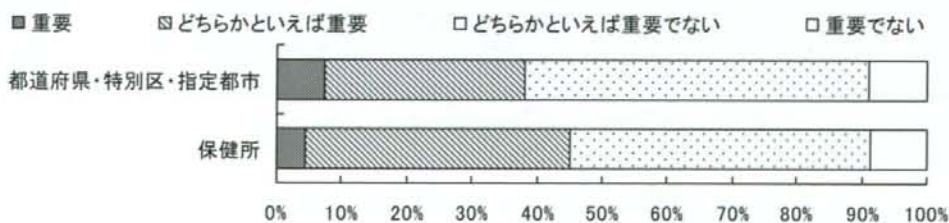


図4. 自覚的に健康と感ずる平均生存期間の算定の重要性

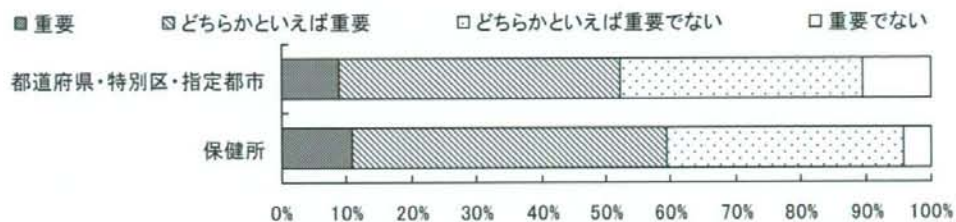


図5. 健康寿命の算定方法の標準化検討の重要性

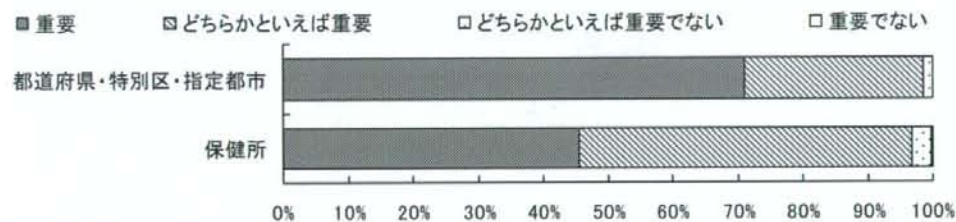


図6. 健康寿命の年次推移検討の重要性

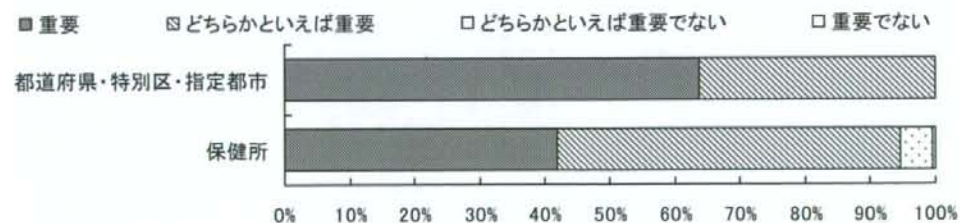


図7. 健康寿命の地域分布検討の重要性

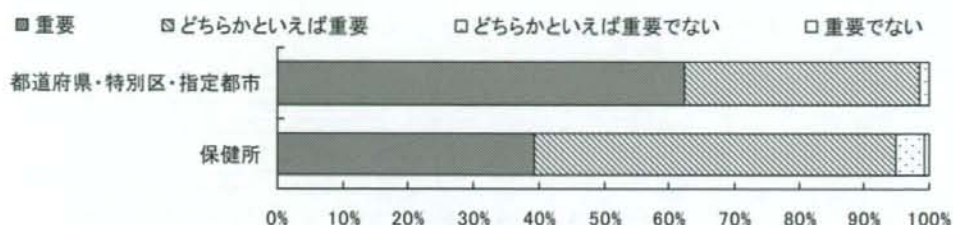


図8. 健康寿命の関連要因検討の重要性

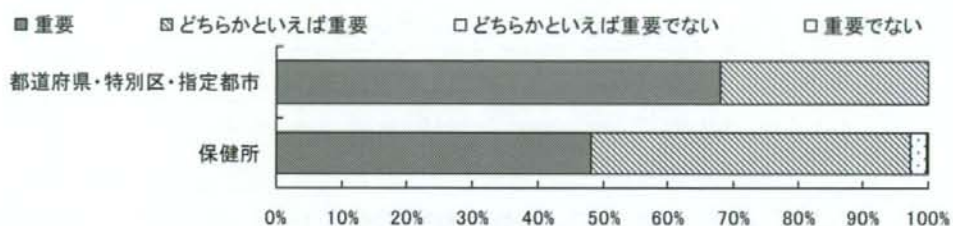


図9. 健康寿命の算定状況別、認知症でない平均生存期間の算定の重要性

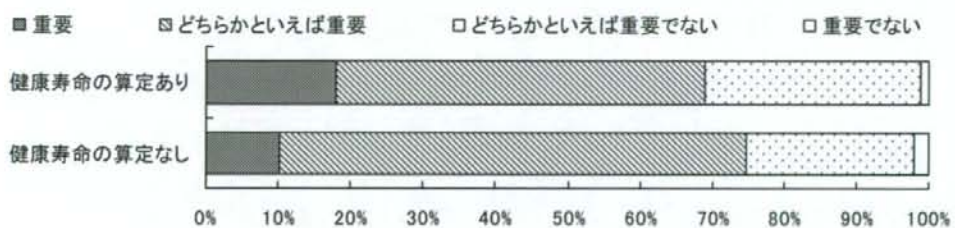


図 10. 健康寿命の算定状況別、医療機関の受診がない平均生存期間の算定の重要性

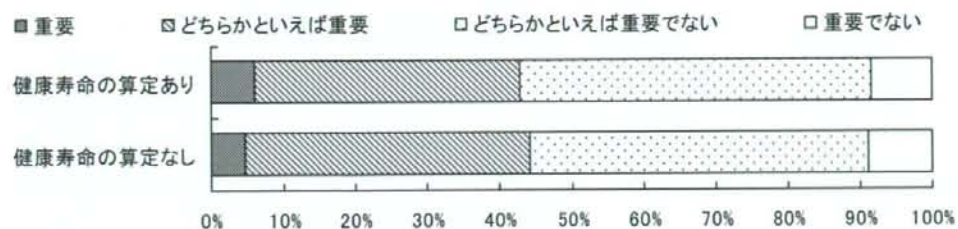


図 11. 健康寿命の算定状況別、自覚的に健康と感ずる平均生存期間の算定の重要性

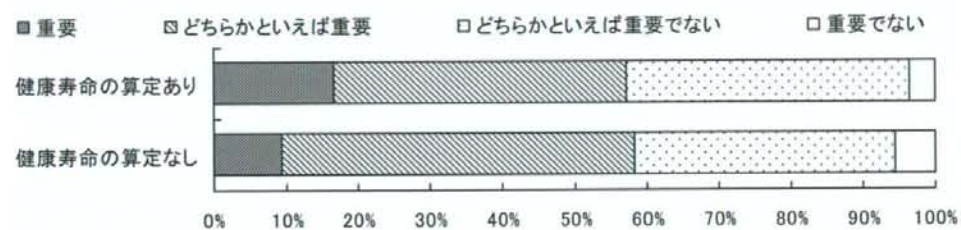


図 12. 健康寿命の算定状況別、健康寿命の算定方法の標準化検討の重要性

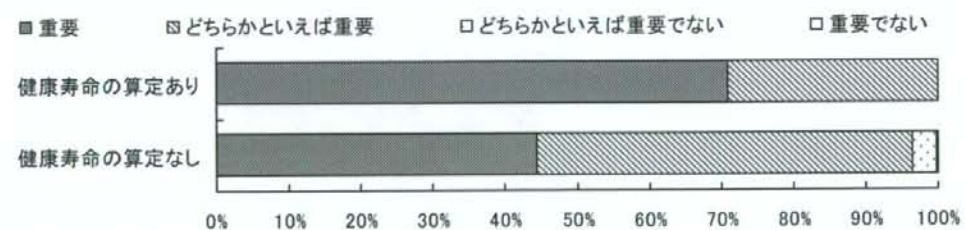


図 13. 健康寿命の算定状況別、健康寿命の年次推移検討の重要性

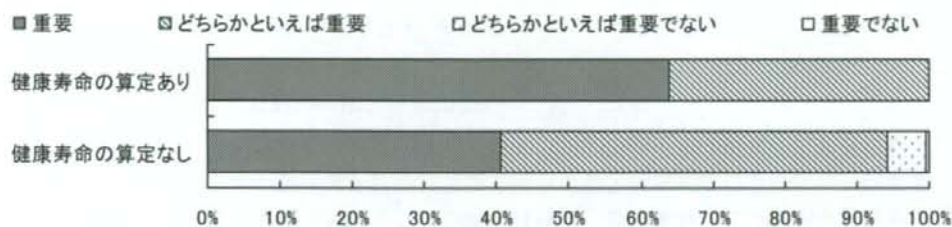


図 14. 健康寿命の算定状況別、健康寿命の地域分布検討の重要性

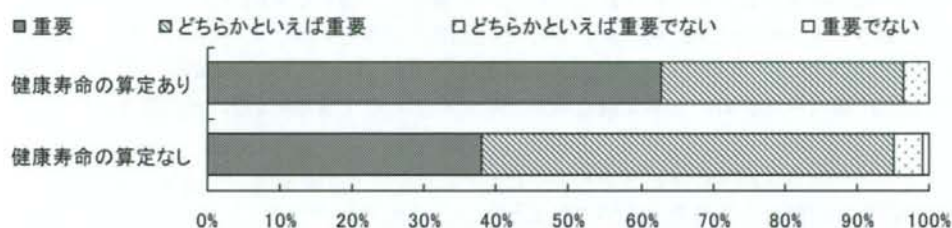


図 15. 健康寿命の算定状況別、健康寿命の関連要因検討の重要性

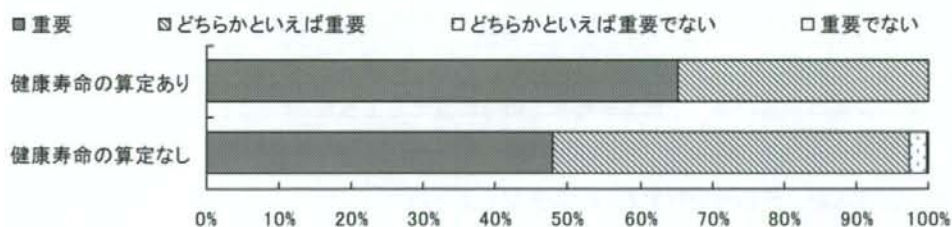


表 2. 自由回答の回答件数

質問内容	回答件数
問 12 健康寿命として適切な指標の概要（平均自立期間以外）	24
問 13（5）健康寿命の検討すべき課題	37
問 14 健康寿命に関する意見	65

平均自立期間などの 健康寿命の適用に関する調査

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金

(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)

「健康寿命の地域指標算定の標準化に関する研究班」

都道府県健康増進計画では、目標項目の1つとして、「平均自立期間」が挙げられています。本調査は「平均自立期間の算定方法の指針」の改訂の必要性を把握するとともに、今後の健康寿命の適用拡大に向けて、地域保健医療福祉対策に関わる方々のお考えを伺うものです。

以下の質問に回答して下さい（当てはまる回答肢の記号を○で囲み、枠で囲った欄に記入）。回答にあたって、同封した本指針の該当部分をご覧頂きたいと存じます。回答は全体で集計し、調査目的以外に使用しません。集計の終了後に結果の概要をお返しします。

I. 「平均自立期間の算定方法の指針」（以下、本指針）に関する質問です。

まず、本指針について「1. 緒言」を読んで、構成と概要をご理解下さい。2005年において、全国の65歳男性では、平均余命が18.1年、平均自立期間が16.7年（平均余命に占める割合92%）、平均要介護期間（平均余命から平均自立期間を除く期間）が1.4年（8%）と試算されました。

問1. 「2. 平均自立期間とは」を読んで下さい。

(1) 平均自立期間という名称は適切でしょうか。

- a. 適切 b. どちらかといえば適切 c. どちらかといえば不適切 d. 不適切

(2) 「c. どちらかといえば不適切」と「d. 不適切」と回答された方にお聞きします。

適切な名称があれば、以下に記入して下さい。

名称：

問2. 平均自立期間のおおよその意味について、お聞きします。

(1) 地域保健の担当者が、それを理解するのは容易でしょうか。

- a. 容易 b. どちらかといえば容易 c. どちらかといえば困難 d. 困難

(2) 一般住民が、それを理解するのは容易でしょうか。

- a. 容易 b. どちらかといえば容易 c. どちらかといえば困難 d. 困難

問3. 「3. 平均自立期間の算定目的」を読んで下さい。

(1) 都道府県健康増進計画以外に、平均自立期間を活用することは可能でしょうか。

- a. 可能 b. どちらかといえば可能 c. どちらかといえば不可能 d. 不可能

(2) 「a. 可能」と「b. どちらかといえば可能」と回答された方にお聞きします。

活用できそうな状況や場面などがあれば、以下に記入して下さい。

活用できそうな状況や場面など：

裏面に続く