

	日本	欧州	米国
参考となるホームページ	<p>健康日本21 (第二次) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html</p> <p>健康寿命研究班 http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/</p>	<p>EHLEIS http://www.eurohex.eu/</p> <p>The Healthy Life Years (HLY) indicator (1997, WHO) http://www.healthy-life-years.eu/</p> <p>EU-SILC http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx</p>	<p>Healthy People 2020 http://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/General-Health-Status#healthy</p> <p>Summary Measures of Population Health http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/pophealth.pdf</p> <p>Healthy People 2010 Final Review http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm</p>

ホームページのアドレス等は変更になることがあります。この一覧表は、注意を払って作成していますが、誤りがありましたら研究分担者にご一報下さい。

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

健康寿命の海外の現状把握と分析評価
—アメリカにおける健康寿命の推移：1970年から2010年—

研究分担者 齋藤 安彦 日本大学大学院総合科学研究科生命科学専攻教授
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 アメリカのNational Health Interview Survey (NHIS) のデータを用い、日常生活の障害の有無を指標とした健康寿命の2000年と2010年の計算を行い、1970年から2010年までの超長期における健康寿命の経年変化の検討を行った。平均寿命および健康寿命ともに継続的に伸びていることが示された。しかし、1980年から1990年かけて観測された健康寿命の大きな伸びは2000年代に入り継続して観察されていない。2000年および2010年への変化はどちらかという期待されていた値を下回っているように思われる。実際に健康寿命の平均寿命に対する割合を見てみると、1990年から2000年、2010年にかけて、横ばいもしくは若干減少している。本研究において試みられた日常生活における障害の有無の割合や健康寿命の計算結果は現時点では妥当であると考えられる。

A. 研究目的

アメリカにおいて1957年から毎年行われているNational Health Interview Survey (NHIS) のデータを用い、質問の変更等が日常生活に障害のある人の割合に与える影響を検討する。次いで、日常生活に障害のあり・なしを指標とした健康寿命、すなわち、Disability-free Life Expectancy (DFLE) の2000年および2010年の推計を行い、すでに公表されている1970年から1990年までのアメリカにおけるDFLEと2000年および2010年の計算値を含めDFLEの長期傾向を検証する。

B. 研究方法

1. データ

DFLEの推計には基本的に3つのデータが必要となる。生命表の生存者数(1x)と定常人口(Lx)、人口の健康状態の指標である日常生活に障害のある人の割合、および施設入所率である。2000年の生命表の値は完全生命表(US Department of Health and Human Services, 2008)から得られる。2010年に関しては完全

生命表がまだ出版されていないため、期間生命表(US Department of Health and Human Services, 2014)を使用した。

日常生活に障害のある人の割合はNHISのデータを用いた。ただし、実際に利用したデータはミネソタ大学が提供しているIntegrated Health Interview Series (IHIS) からダウンロードしたものをを使用した。男女別・5歳階級別の割合の安定した推計値を得るため、2000年の値は1999年から2001年までの調査データ、2010年の値は2009年から2011年までの調査データをプールして計算に用いた。

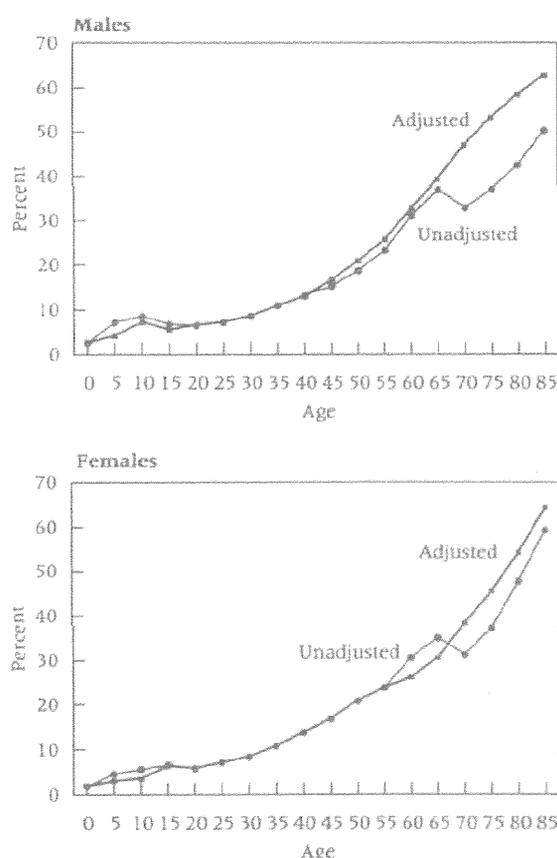
男女別・5歳階級別の施設入所者数は国勢調査から得られた値を用いた。

2. 日常生活に障害のある人の割合の推計方法

先にも述べたように、NHISは1957年から毎年行われており、ミネソタ大学によるIHISでは1963年からのデータが利用可能である。しかし、これまで、日常生活に障害のある人の割合を超長期で分析した研究はほとんどない。その理由の一つとして日常生活での障害の有無に

関する質問が何度か変更されていることが挙げられる。本研究の研究期間である1970年から2010年では質問文の変更が1982年と1996年に行われている。1982年の変更点は就学年齢および高齢の調査対象者に影響があった。1982年における質問の変更による影響はCrimmins, Saito, Ingegneri (1997) のAppendix Bにおいて詳しく述べられている。参考として、変更の影響を表した図を以下に示す。

図1. 日常生活に障害のある人の割合：質問の変更の影響を調整前と調整後（男女別）



出典：Crimmins, Saito and Ingegneri, 1997.

質問の変更が日常生活に障害のある人の割合にどのように影響を与えているかを検証するため、その影響を調整し超長期でのDFLEの傾向を検討するため、IHISで利用可能な1963年から2013年までのNHISのデータを利用した。1996年以前の日常生活における障害の有無の定義はCrimminsら(1997)の先行研究におけ

る定義と同一であることを確認した。1997年以降の障害の有無の定義を1996年以前の定義に最も近いものにするために、以下の項目のどれか一つに当てはまる場合を、日常生活に障害があると定義した。

- For persons under age 5, "Is [person] limited in the kind or amount of play activities [he/she] can do because of a physical, mental, or emotional problem?"
- For persons under age 18, "Does [person] receive Special Educational or Early Intervention Services?"
- For persons age 3+, "Because of a physical, mental, or emotional problem, does [person] need the help of other persons with personal care needs, such as eating, bathing, dressing, or getting around inside this home?"
- For persons age 5+ (1997) and persons age 18+ (1998 forward), "Because of a physical, mental, or emotional problem, does [person] need the help of other persons in handling routine needs, such as everyday household chores, doing necessary business, shopping, or getting around for other purposes?"
- For persons age 18+, "Does a physical, mental, or emotional problem now keep [person] from working at a job or business?"
- For persons age 18+, "Is [person] limited in the kind or amount of work [he/she] can do because of a physical, mental or emotional problem?"
- For all persons, "Because of a health problem, does [person] have difficulty walking without using any special equipment?"
- For all persons, "Is [person] limited in any way because of difficulty

remembering or because [he/she] experiences periods of confusion?"

- For all persons, "Is [person] limited in any way in any activities because of physical, mental or emotional problems?"

1996年以前と1997年以降の障害の有無の定義が同一でないため、1996年以前の障害がある人の割合と比較するために1997年以降の割合の値を調整する必要がある。1997年から2013年までの値を用い男女別・5歳階級ごとに回帰分析を行い、時系列での変化に統計的に有意な傾向がある場合には分析結果を用い1996年の値を推計した。もし、統計的に有意な時系列の変化が見られない場合には1997年から2013年の値の平均値を1996年の割合の推計値とした。これらの性別・5歳階級別障害を持つ人の割合と1990年から1996年までの割合の平均値の差を1997年の質問の変更に伴う影響とみなす。これらの作業により定義が等しくはないが、ある程度比較の可能な障害を持つ人の割合の値が1969年から2013年まで推計できる。

3. DFLEの計算方法

2000年および2010年のDFLEはサリバン法を用いて計算した。サリバン法については参考文献が多々あるが（例えば、Jagger et al, 2007）、ここでは簡単に計算方法を述べる。まず、生命表関数である定常人口 L_x に国勢調査より得られた健康状態が理由による施設入所者の割合を掛けて施設入所者の定常人口を求める。施設入所者の定常人口 L_x からその他の人口の定常人口が求められる。その定常人口に日常生活に障害を持つ人の割合を掛けて定常人口を二分する。それぞれの定常人口（ L_x ）をある年齢以上で足しあげる定常人口（ T_x ）を生者数で割ることによりその年齢での健康状態別余命を求めることができる。

DFLEの1970年、1980年および1990年の計算値は既存の研究から引用する（Crimmins,

Saito, Ingegneri, 1989, 1997）。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱わないため、個人情報保護に関する問題は生じない。

C. 研究結果

1. 日常生活に障害のない人の割合の推計値と経年変化

ミネソタ大学のIHISから得られた障害を持つ割合を1963年から2013年まで5歳階級別で図2に男、図3に女をグラフにした。これらの表からも明らかなように1982年および1997年の質問項目の変更が及ぼした影響が見て取れる。特に高齢者における影響が大きく65歳以上の障害の割合を付表4および5に男女別でグラフにした。1982年の変更は主に男に影響があったようで、女の日常生活に障害がある人の割合の1983年への変化は比較的少ない。しかし、1997年の変更は男女双方に影響があったようである。1982年の変更に関してはすでに先行研究（Crimmins et al, 1997）においてその影響の調整がなされている。本研究では1997年の変更の影響を調整した。

図7と図8に1982年の変更および1997年の変更が割合に及ぼした影響を調整した経年変化のグラフを表した。男女とも、高齢者が日常生活において障害を持つ割合が近年減少傾向にある。それに対して、20歳以前の調査対象者の割合が増加傾向にある。また、20歳から65歳の年齢グループにおいては1990年代以降あまり大きな変化はないように思われる。

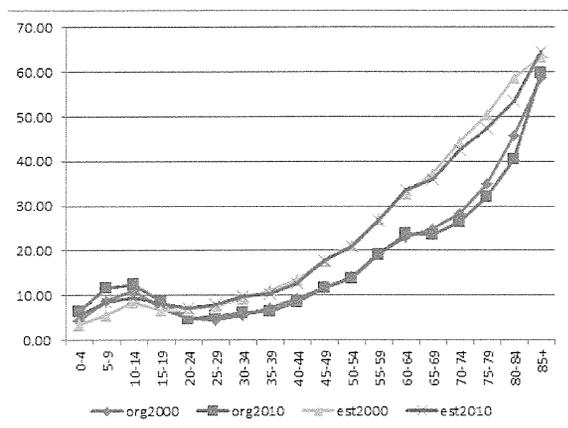
2. DFLEの2000年および2010年の推計値

1997年以降の性別・5歳階級別による日常生活に障害がある人の割合は経年変化を踏まえて1997年における質問の変化による影響を調整した。DFLEの計算に必要なデータである、2000年および2010年の性別・5歳階級別の日常生活に障害のある人の割合はそれぞれ、1999年から2001年と2009年から2011年までの3

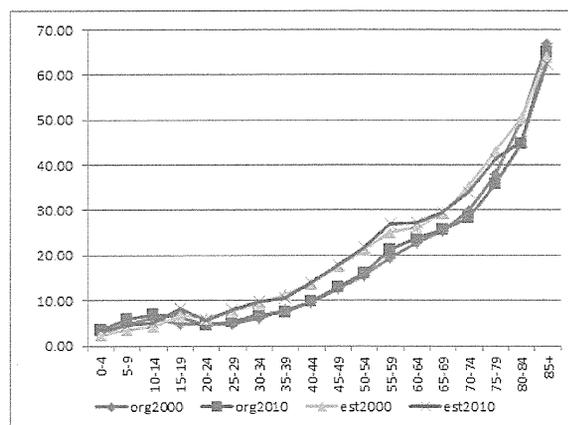
年間のデータを用いて計算した。調整なしのデータと調整したデータを用いた障害のある人の割合を性別で図8に示す。

図8. 性別・5歳階級別障害を持つ割合：2000年および2010年の観測データと調整後データをもとに計算

男



女



観測データと調整後のデータ、および国勢調査から得られた施設入所率を用いて計算された出生時におけるDFLEを表1に示す。

まず、男から検討する。平均寿命は2000年の74.1年から76.2年へと2.1年延びている。NHISで観測されたデータを用いて計算されたDFLEは63.4年から64.7年と1.3年延びており、DLEの0.9年を上回る延びとなっている。DFLEとDLEを質問の変更の影響を調整したデータで計算した場合、すなわち、1996年以前の障害の定義を用いて計算すると、DFLEは

60.0年から61.0年と1年、DLEは13.6年から14.7年と1.1年延びている。DLEの延びがDFLEの伸びを若干ではあるが上回っている。しかしながら、どちらの値を用いて計算しても、DFLEの平均寿命に対する割合はごくわずかであるが減少しており、DLEの平均寿命に対する割合は若干増加している。すなわち、絶対値で見れば平均寿命もDFLEも延びているが、相対的にはDFLEは減少していることになる。

女に関しても男で述べたことがほぼ当てはまる。平均寿命は2000年の79.5年から2010年の81.0年と1.5年延びている。DFLEは観測データを用いた場合66.6年から67.5年へと0.9年、調整データを用いた場合64.6年から65.4年へと0.8年延びている。DLEはそれぞれ0.9年と1.0年延びている。

表1. 出生時における性別健康状態別余命：2000年・2010年—観測データと質問の変更の影響を調整したデータをもとに計算

男

(単位：年)

	観測データ		調整データ	
	2000	2010	2000	2010
LE	74.1	76.2	74.1	76.2
DFLE	63.4	64.7	60.0	61.0
DLE	10.2	11.1	13.6	14.7
IINST	0.5	0.4	0.5	0.4

女

(単位：年)

	観測データ		調整データ	
	2000	2010	2000	2010
LE	79.5	81.0	79.5	81.0
DFLE	66.6	67.5	64.6	65.4
DLE	11.8	12.7	13.8	14.8
IINST	1.1	0.8	1.1	0.8

LE: 平均寿命

DFLE: 障害のない期間

DLE: 障害のある期間

INST: 施設にいる期間

3. DFLE の経年変化

表 2 に性別で出生時における健康状態別余命の 1970 年から 2010 年までの経年変化を示す。1970 年、1980 年と 1990 年の値は Crimmins et al. (1997) から引用したものである。

表 2. 出生時における性別健康状態別余命：
1970 年—2010 年
男

	1970	1980	1990	2000	2010
LE	67.0	70.1	71.8	74.1	76.2
DFLE	56.5	57.2	58.8	60.0	61.0
DLE	10.0	12.2	12.4	13.6	14.7
INST	0.6	0.6	0.7	0.5	0.4

女

	1970	1980	1990	2000	2010
LE	74.6	77.6	78.8	79.5	81.0
DFLE	62.7	62.8	63.9	64.6	65.4
DLE	10.9	13.4	13.4	13.8	14.8
INST	1.1	1.4	1.4	1.1	0.8

男女ともに平均寿命、DFLE および DLE は継続的に延びている。Crimmins et al. (1997) において指摘されているが、1970 年から 1980 年における平均寿命の伸びは DLE の伸びによるものであったが、1980 年から 1990 年における平均寿命の伸びは DFLE の伸びによるところが大きい。1990 年から 2000 年への平均寿命の伸びは男 2.3 年、女 0.7 年となっており、平均寿命の男女差が縮小されている。施設入所期間がわずかに減少していることから、男の場合、DFLE と DLE とともに 1.2 年の増加となっている。女の場合、DFLE の伸びが 0.7 年で、DLE の伸びが 0.4 年となっており、絶対値では DFLE の伸びが大きい。2000 年から 2010 年への平均寿命変化においても、男女差を縮小させる変化となっている。男は 74.1 年から 76.2 年へと 2.1 年平均寿命が延びているのに対し、女は 79.5 年から 81.0 年へと 1.5 年の伸びにとどまってい

る。DFLE と DLE の伸びに関しては男女ともに約 1 年となっている。

D. 考察

アメリカの National Health Interview Survey (NHIS) のデータを用い、日常生活の障害の有無を指標とした健康寿命の計算を行った。平均寿命および健康寿命ともに継続的に延びていることが示された。しかし、1980 年から 1990 年かけて観測された健康寿命の大きな伸びは 2000 年代に入り継続して観察されていない。2000 年および 2010 年への変化はどちらかという期待されていた値を下回っているように思われる。実際に健康寿命の平均寿命に対する割合を見てみると、1990 年から 2000 年、2010 年にかけて、横ばいもしくは若干減少している。

もちろん、1997 年以降の NHIS のデータを用いる場合には注意を要する。1997 年の質問の変更が日常生活の障害の有無に影響を及ぼしているからである。本研究でも示したように、質問の影響を調整しないデータを用いて健康寿命を計算すると、健康寿命の伸びは非常に良好となる。しかし、この値は現実をとらえているとは言えない。健康指標の検討や、1997 年の NHIS における質問の変化の影響の推計など更なる研究が望まれる。

また、本研究はまだ検討を要する点が残されているため、出生時での健康寿命のみに焦点を当てて議論している。出生時における健康寿命と 65 歳時または 85 歳時における健康余命では違った視点からの議論が必要となる。今後検討を重ねていきたい。

最後に、日本においても国民生活基礎調査において日常生活における障害の有無に関する質問が 1989 年から含まれている。しかしながら、質問へのスクリーニングなどにおいて必ずしも時系列で健康寿命を計算することは容易ではない。本研究は質問の変更やスクリーニングの違いなどを調整して長期における健康寿命の計算の可能性を示していると考えられる。

E. 結論

2000年および2010年の健康寿命の計算を行った。1980年から1990年にかけて観察された健康寿命の良好な延びが期待されたが、期待とはやや異なった結果となった。しかし、超長期での日常生活における障害の有無の割合や健康寿命の計算結果は現時点では妥当であると考えられる。本報告書は南カリフォルニア大学のCrimmins教授およびMs. Zhangとの共同研究をもとに作成した。

参考文献

Crimmins, EM, Y. Saito and D. Ingegneri. 1989. "Changes in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy in the United States," *Population and Development Review*, 15(2):235-267.

Crimmins, EM, Y. Saito and D. Ingegneri. 1997. "Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970-90," *Population and Development Review*, 23(3):555-572.

US Department of Health and Human Services, 2008. "U.S. Decennial Life Tables for 1999-2001, United States Life Tables" *National Vital Statistics Reports*, Vol 57, Number 1.

US Department of Health and Human Services, 2014. "United States Life Tables, 2010," *National Vital Statistics Reports*, Vol 63, Number 7.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし (2015年6月開催予定のREVESの学会で発表予定)

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。

図2. 観測データから計算された5歳階級別日常生活に障害のある人の割合：男 1963年—2013年

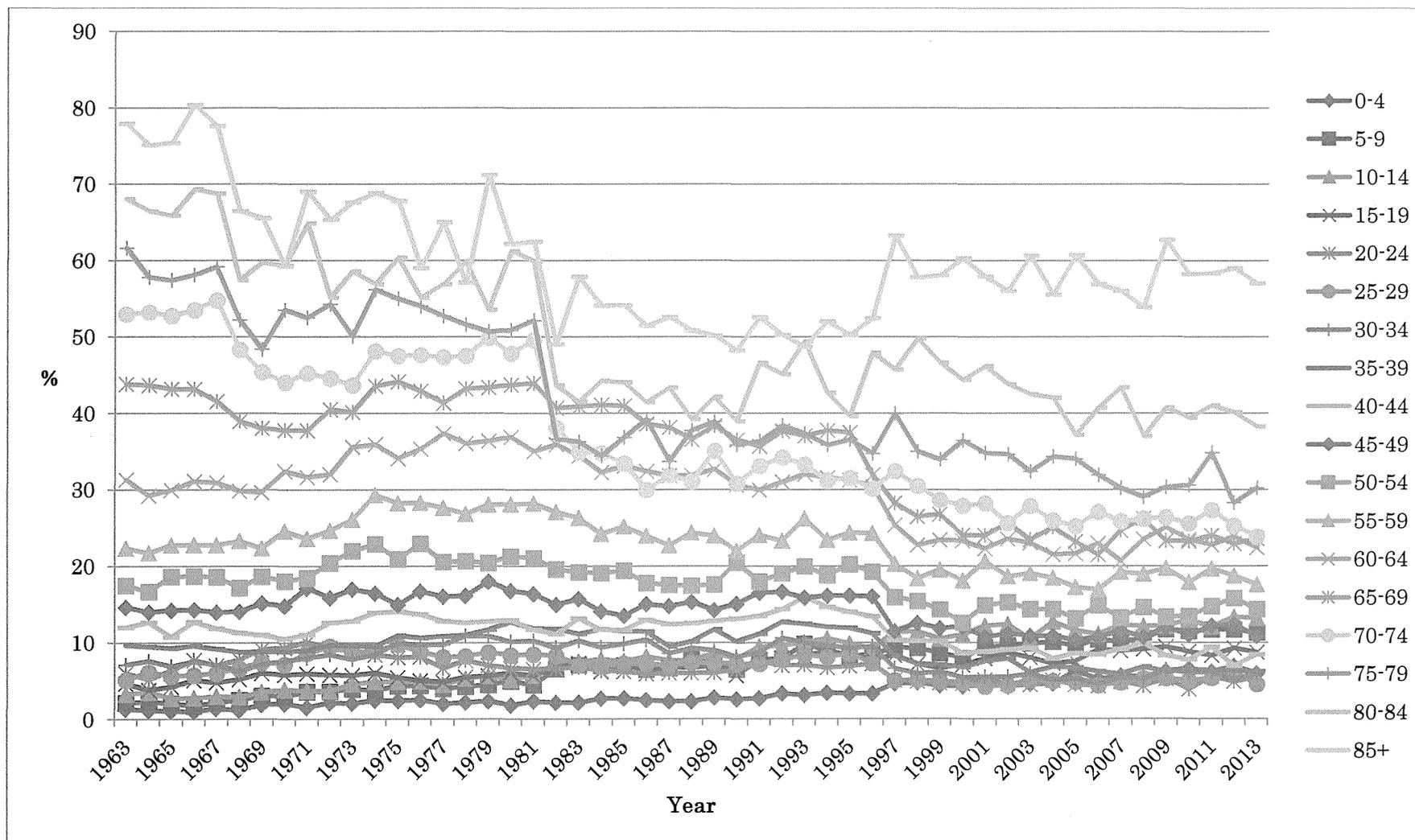


図3. 観測データから計算された5歳階級別日常生活に障害のある人の割合：女 1963年—2013年

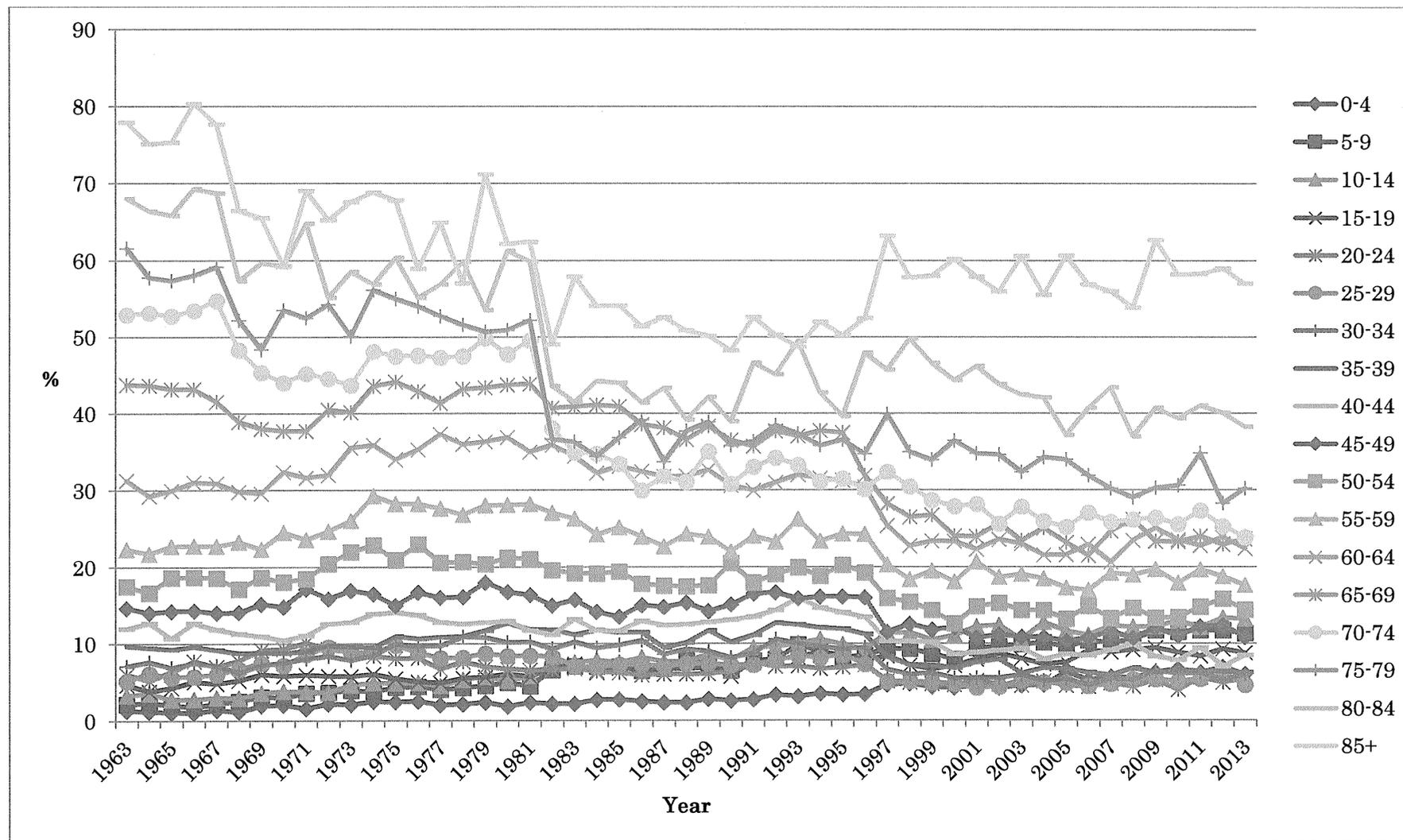


図4. 観測データから計算された5歳階級別日常生活に障害のある人の割合：男 65歳以上 1963年—2013年

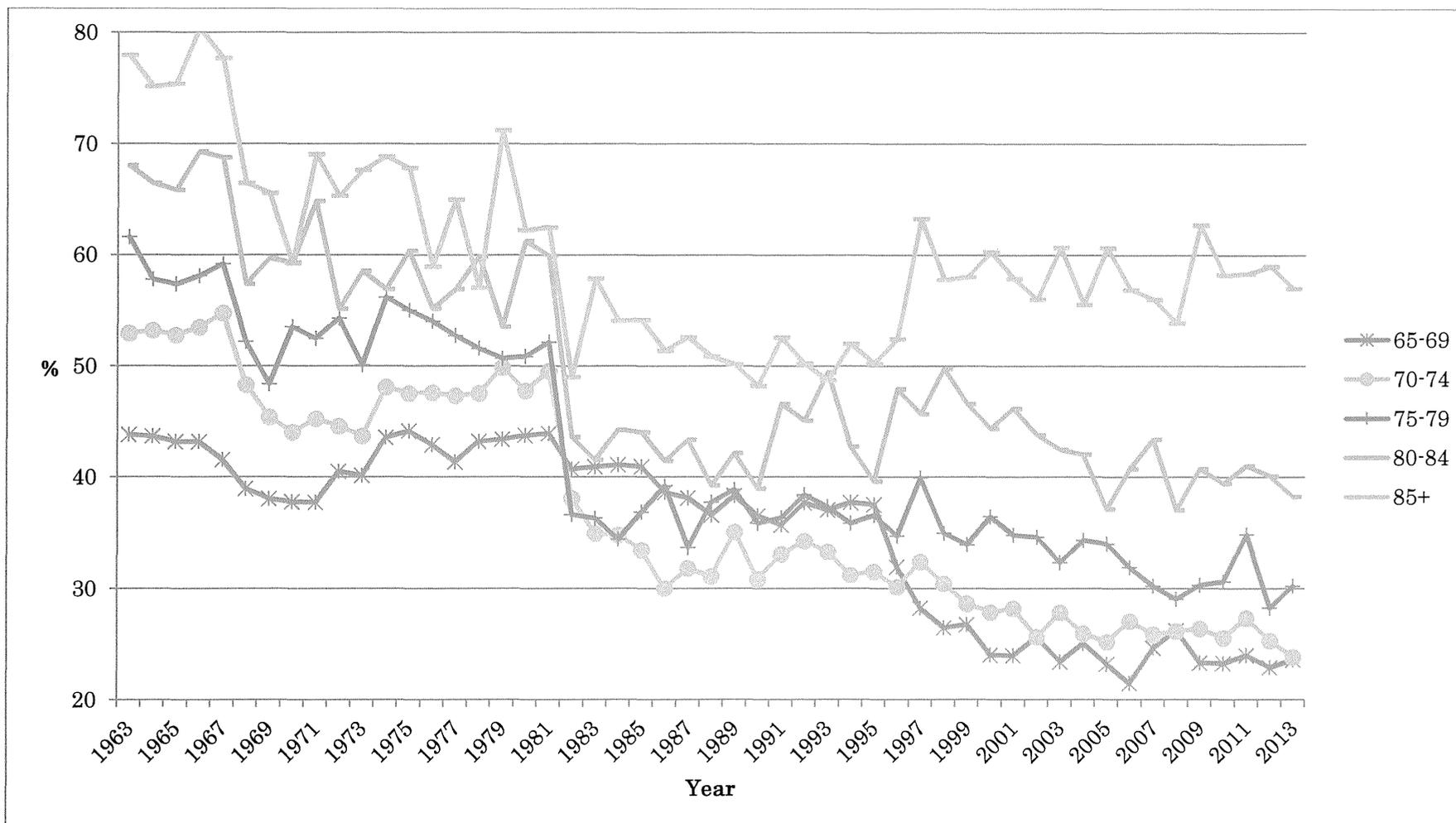


図 5. 観測データから計算された 5 歳階級別日常生活に障害のある人の割合：女 65 歳以上 1963 年—2013 年

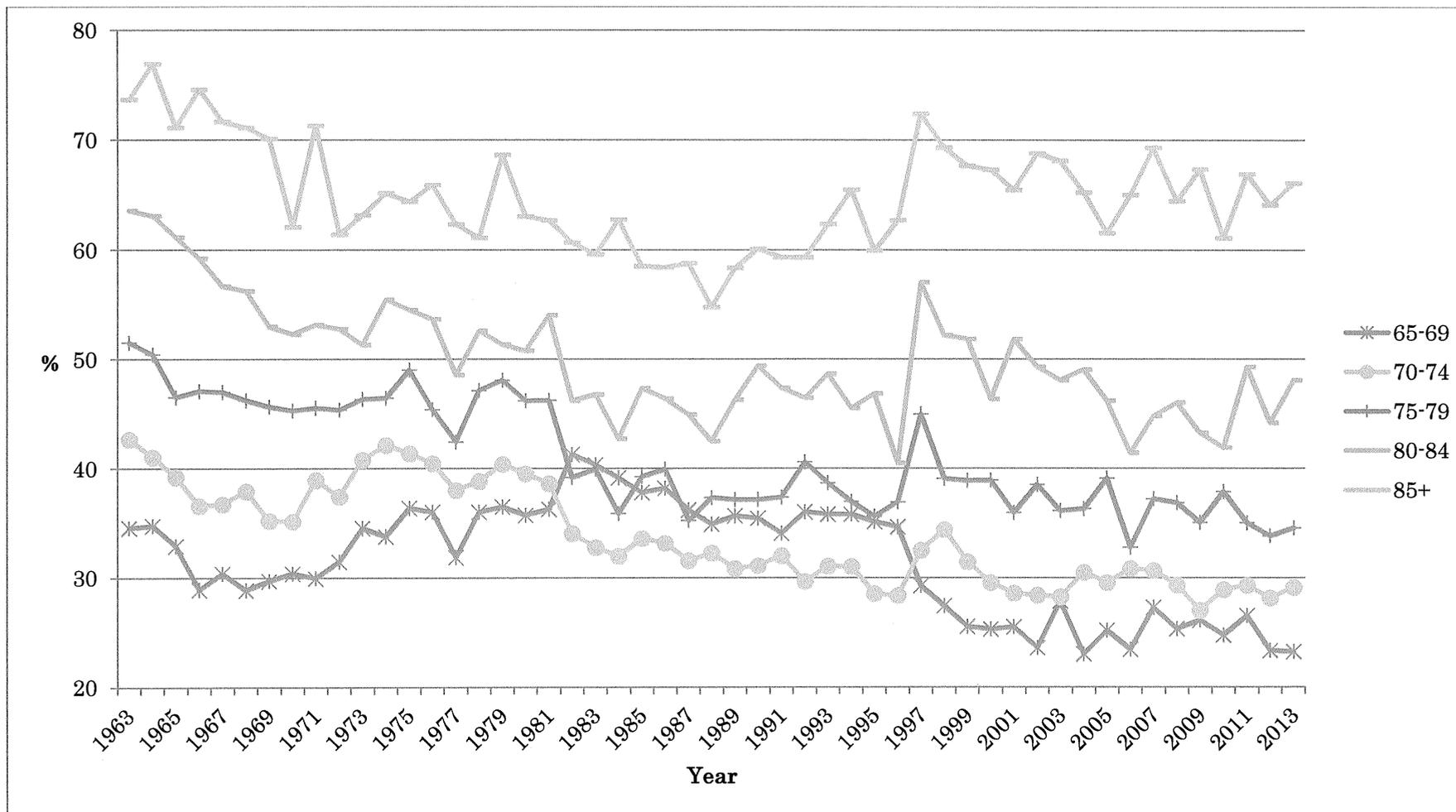


図 6. 1982 年と 1997 年の質問の変更の影響を調整した日常生活に障害のある人の割合：男 1963 年—2013 年

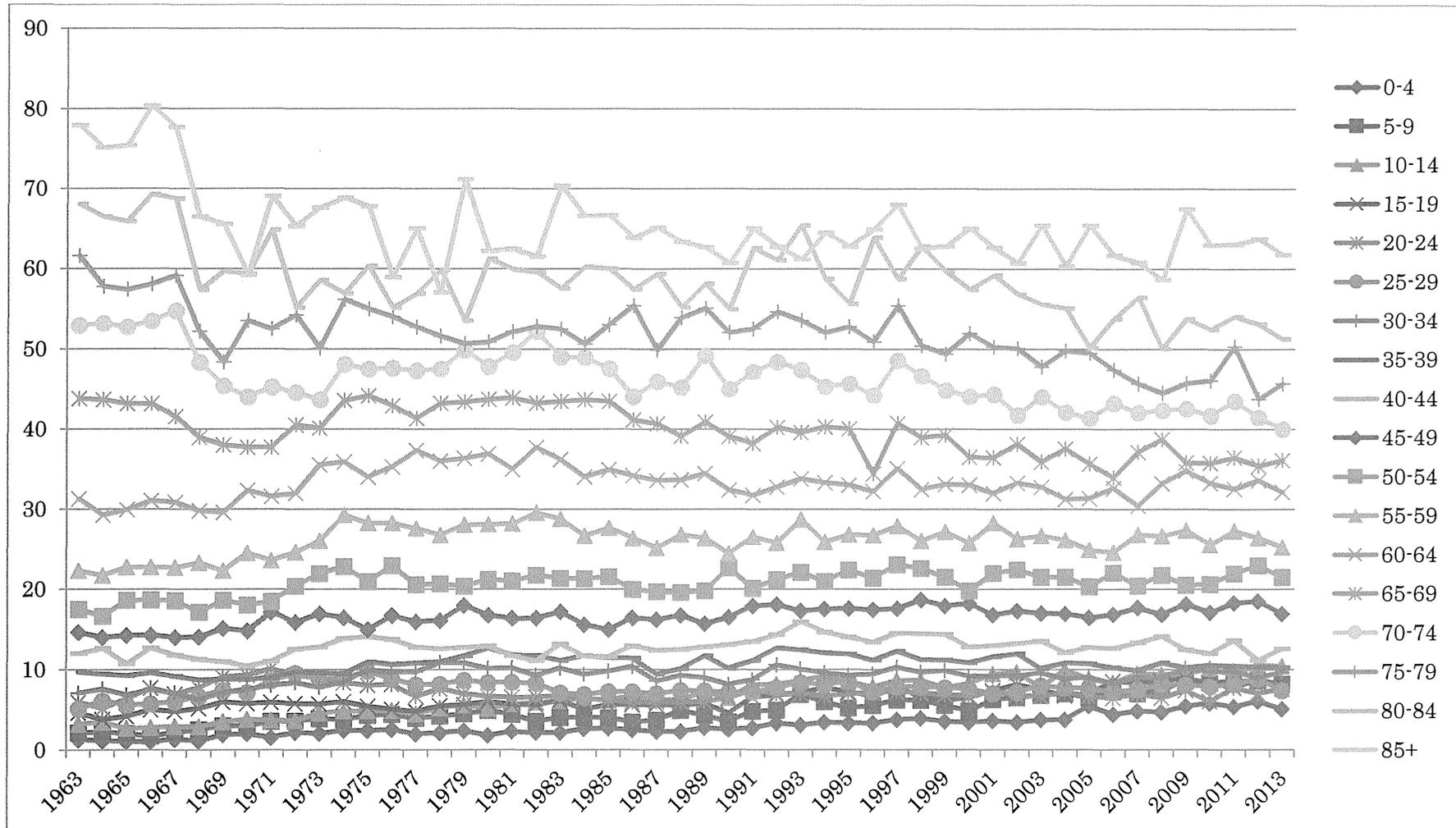
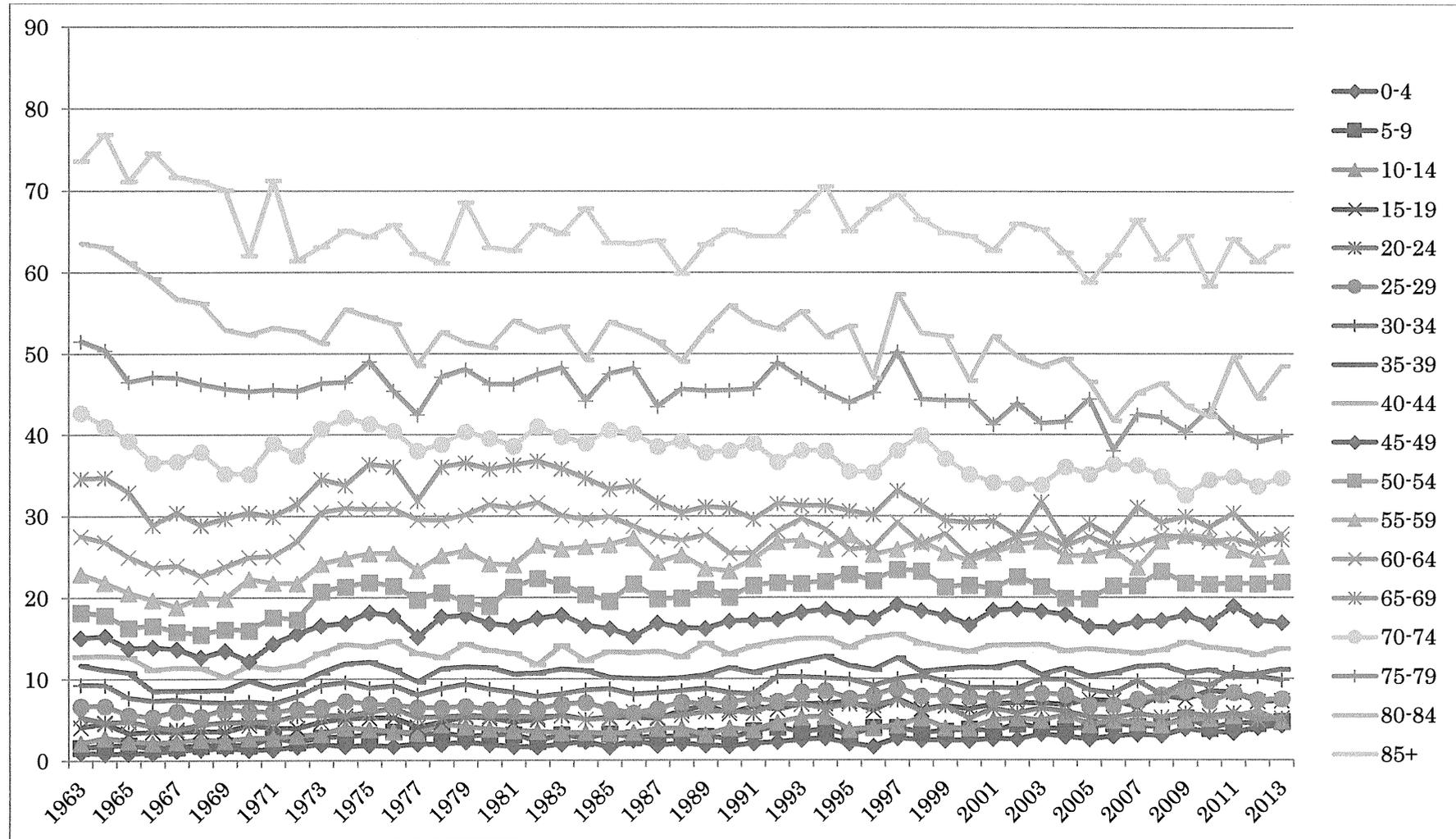


図7. 1982年と1997年の質問の変更の影響を調整した日常生活に障害のある人の割合：女 1963年—2013年



厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

健康寿命の海外の現状把握と分析評価
—健康寿命国際ワークショップの概要—

研究分担者 齋藤 安彦 日本大学大学院総合科学研究科生命科学専攻教授
尾島 俊之 浜松医科大学健康社会医学講座教授

研究要旨 健康寿命に関する国内外の情報を収集し、また関係者間で情報交換を行うことを目的とした。平成26年10月14日（火）に健康寿命国際ワークショップを、翌10月15日（水）に学術ワークショップを開催した。その結果、欧州及び米国を始めとして海外における健康寿命の算定状況等を把握することができ、また日本の状況を発信して、国際的な情報交換を行うことができた。今後は、健康寿命算定方法の国際協調をより進めていく必要があると考えられる。

A. 研究目的

健康寿命に関する国内外の情報を収集し、また関係者間で情報交換を行うことを目的とした。

B. 研究方法

平成26年10月14日（火）午後日本大学桜門会館において、国内外の関係者を招聘して、健康寿命国際ワークショップ「総合健康指標の国際協調に向けて」を開催した。コーディネーターは、齋藤安彦（日本大学大学院）が務めた。演者は、江副聡（厚生労働省健康局がん対策・健康増進課）、小沼士郎（内閣官房健康・医療戦略推進本部）、Jean-Marie Robine（フランス国立衛生医学研究所）、Herman Van Oyen（ベルギー公衆衛生研究所）、Mitchell Loeb（アメリカ保健統計センター）、尾島俊之（浜松医科大学健康社会医学講座）である。また、翌10月15日（水）終日で学術ワークショップを開催した。これらは、公開で実施した。また10月14日（火）午前及び10月16日（木）に、招聘した関係者のみによる打ち合わせを行った。

（倫理面への配慮）

この研究では、個人情報を取り扱っていない。

C. 研究結果

図1に健康寿命国際ワークショップ（2014年10月14日）のポスターを、図2に健康寿命学術ワークショップ（2024年10月15日）のプログラムを示す。国際ワークショップ（10月14日）では、行政担当者やマスコミ関係者等の参加も想定し、日本語と英語にて相互に逐次通訳を行いながら実施した。一方で、学術ワークショップ（10月15日）は研究者の参加を念頭に置き、英語のみでの実施とした。

図3-1～図3-6に、健康寿命国際ワークショップの概要をまとめた。別添の付録に、すべての報告スライドを示す。

D. 考察

国際ワークショップ及び学術ワークショップにより、欧州、米国及びその他の国における健康寿命の算定状況等を把握することができた。また、日本の状況を国際的に発信し、また国内外の研究者及び関係者間で情報交換することができた。健康寿命算定における健康の概念は、欧州、米国、日本ではほぼ同一となっているが、具体的な質問票や算定方法などが異なるため、直接的な比較は困難な状況となっている。一方で、異なる質問票によるデータの変換表による

国際比較の試みも行われている。今後は、健康寿命の国際比較が推進されることが望まれる。

E. 結論

健康寿命に関する国内外の情報を収集し、また関係者間で情報交換を行うことができた。今後は、健康寿命算定方法等について国際協調をより進めていく必要があると考えられる。

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。

図 1. 健康寿命国際ワークショップ (2014 年 10 月 14 日) のポスター

厚生労働科学研究 (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主催

健康寿命国際ワークショップ 総合健康指標の国際協調に向けて

*International Workshop on Health Expectancy:
Harmonizing Summary Measures of Population Health*

日時 平成 26 年 10 月 14 日 (火) 13:30~17:00
会場 日本大学桜門会館
(JR 市ヶ谷駅から徒歩 2 分 東京都千代田区五番町 2-6)
参加費: 無料 対象: 研究者・行政関係者・その他健康寿命に関心のある方
使用言語: 日本語及び英語 (逐次通訳あり)

内容 (演題名は仮題)

- コーディネーター 齋藤安彦 (日本大学)
日本の健康増進政策における健康寿命の重要性
江副聡 (厚生労働省健康局がん対策・健康増進課)
国際保健外交戦略・日本再興戦略における健康寿命の意義
小沼士郎 (内閣官房健康・医療戦略推進本部)
- 国際健康寿命ネットワーク (REVES) の取組
Jean-Marie Robine (フランス国立衛生医学研究所)
健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業 (JA EHLEIS) の取組
Herman Van Oyen (ベルギー公衆衛生研究所)
- Washington Group による健康指標開発の取組
Mitchell Loeb (アメリカ保健統計センター)
日本における健康寿命研究
尾島俊之 (浜松医科大学健康社会医学講座)

学術ワークショップ

日時 平成 26 年 10 月 15 日 (水) 9:00~17:00
会場 日本大学桜門会館 参加費: 無料 対象: 研究者など 使用言語: 英語
内容 新しい総合健康指標や分析方法、健康寿命の国際比較性の向上など

参加申込 原則として、ホームページから事前の参加申込をお願いします
世話人 齋藤安彦、尾島俊之



図 2. 健康寿命学術ワークショップ (2014 年 10 月 15 日) のプログラム

健康寿命学術ワークショップのプログラム (2014 年 10 月 15 日 (水) 実施)

<New methodology for health expectancy>

Healthy life expectancy in Eastern European Countries

Yuka Minagawa (Sofia University, Japan)

Frailty-free life expectancy:

Carol Jagger (Newcastle University, UK)

Combining longitudinal survey data and Sullivan Method: A cross-national comparison of health expectancy

Chi-Tsun Chiu (Academia Sinica, Taiwan)

Gender difference in absolute and relative inactive life expectancy: Does it vary by the definition of inactivity?

Rahul Malhotra (Duke and the National University of Singapore Graduate Medical School (Duke NUS GMS, Singapore)

Health expectancy decomposition analysis to increase policy relevance

Wilma Nusselder (Erasmus Medical Center, Netherlands)

<Improving international comparability for healthy life years without activity limitation>

Policy needs and data collection in the EU & validation of the Global Activity Limitation Indicator

Herman Van Oyen (Belgian Scientific Institute of Public Health, Belgium)

Alternative wording for the GALL: a new Task Force and new field trials:

Jean-Marie Robine (INSERM, France)

Comparison between EU, US, and Japan:

Toshiyuki Ojima (Hamamatsu University School of Medicine, Japan)

<For the new summary measure of population health>

Washington Group's short set disability measure for censuses and surveys

Mithell Loeb (US) for the UN statistical group on disability (Washington group)

Health expectancy using Washington Group's disability questions

Md. Ismail Tareque (University of Rajshahi, Bangladesh)

From a blueprint to the development of a Summary measure of Population Health

Herman Van Oyen (Belgian Scientific Institute of Public Health, Belgium)

Closing Remarks

Yasuhiko Saito (Nihon University, Japan)

図 3-1. 健康寿命国際ワークショップの概要

健康寿命国際ワークショップ 総合健康指標の国際協調に向けて 概要

・ イントロダクション 齋藤安彦（日本大学大学院）

本日の進め方と発表者についての紹介が行われた。

・ 健康増進政策における健康寿命の重要性

江副聡（厚生労働省健康局がん対策・健康増進課）

日本の健康増進政策における重要性について、日本は、男性、女性ともに健康寿命が世界で1位である。健康日本 21 において、平均寿命だけでなく、健康寿命を延ばす政策を進めている。平均寿命と健康寿命の差は男性で9歳、女性で12.4歳であり、この差を縮小させること及び健康寿命の延伸をすることが目標である。年次推移では、平均寿命と健康寿命は両方ともに伸びてきている。しかし、都道府県格差は男女とも約3歳の開きがあり、それを縮小させることが重要である。健康日本 21 の政策で大きく5つの目標があるがその1番目に健康寿命の延伸と格差の縮小が位置づけられている。また、マルチセクターアプローチ、特定健診などの政策が記載されている。健康日本 21 では、5つの柱と約50の具体的な目標が示されている。健康寿命に関しては、現在の男70.42歳、女73.62歳から、10年で平均寿命の伸び以上に延伸させる目標である。また、社会環境や様々な側面からの健康増進を行っていく。

死亡の原因について簡単に説明する。円グラフの通り、6割ががん、心臓病、脳血管疾患などの生活習慣病である。戦後の推移をみると、結核対策が進み、その後1980年代までは、脳血管疾患が第1位であったが、1980年代以降は、がんが死因第1位となった。生活習慣病を予防することが重要であり、リスクファクターについては喫煙、高血圧、不活発、高血糖などが挙げられる。介護保険のデータから、どういった原因で介護が必要となっているかわかる。グラフの通り、生活習慣病が大きな割合を占めている。具体的な対策として、スマートライフプロジェクトを実施している。健康大使を任命して生活習慣病の予防に努めている。また、厚生労働省として、地域包括ケアシステムの構築を進めている。地域包括ケアにも5つの柱があり、住居、介護、予防、医療、生活支援から成り立っている。これらも健康寿命延伸にむけての重要な戦略である。健康寿命の測定について知見を得て、国際的に調和のとれた形で、日本の政策にも反映させたいと考えている。

図 3-2. 健康寿命国際ワークショップの概要

・国際保健外交戦略と日本再興戦略における健康寿命の意義

小沼士郎（内閣官房健康・医療戦略推進本部）

1 番目に、国際保健外交戦略について、Lancet 誌に安倍総理が投稿したものを説明したい。Universal Health Coverage (UHC) の推進と、健康寿命の延伸が重要な位置づけとなっている。ミレニアム開発目標では、ワクチン接種の普及や国際基金の設立などによって母子保健や感染症対策分野で成功した。一方で、非感染性疾患 (non-communicable diseases、NCD) 対策が途上国においても新たに問題になっている。高齢化は日本において先んじて起こっている現象であり、対策を日本が示すことは国際戦略上重要である。

2 番目に安倍政権が推進している日本再興戦略という政策について紹介したい。その中で、2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸させることとしている。そのための重要な施策として地域包括ケアシステムの導入がある。日本は、急性期の病院が多く、長期療養型病院が少ない。そのため、病院の再編や医療と介護の連携を進めていく必要がある。これらによって 1 歳以上の延伸を達成できると考えている。

3 番目は健康・医療戦略があり、世界最高水準の医療の提供と研究開発の推進に力が入れている。なお、KPI (達成すべき成果目標、key performance indicator) として医薬品の創出や医療機器開発などがあげられている。また、オーダーメイド・ゲノム医療による生活習慣病対策なども含まれている。健康・医療戦略では、公的保険外の健康医療に関するマーケットの拡大、セルフメディケーションも推進し、国民の健康増進や医療費の削減が目標である。今後はエビデンスに基づいた政策が必要であり、そのためには明確な基準や指標が必要である。そのような意味からも、健康寿命の測定基準の確立や国際的なハーモナイゼーションを進めていただきたい。

図 3-3. 健康寿命国際ワークショップの概要

・総合健康指標に関するこれまでの研究：国際健康寿命ネットワーク (REVES) から健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業 (Joint Action EHLEIS) まで

Jean-Marie Robine (フランス国立衛生医学研究所)

健康寿命の研究者ネットワークである REVES (Réseau espérance de vie en santé、フランス語で network on health expectancy の意味) は 1989 年にカナダのケベックで第 1 回が開催され、発展してきた。会議の開催場所の一覧を示すが、1997 年に東京でも開催された。REVES には下位組織があり Euro-REVES と Asia-REVES がある。Euro-REVES は欧州委員会のファンドで始まった。EHEMU (European Health Expectancies Monitoring Unit、欧州健康寿命モニタリング機構) は保健指標の開発を進めた。EHLEIS (European Health and Life expectancies Information System、欧州健康・平均寿命情報システム) は健康寿命に関して検討した。そして、2011~2014 の Joint Action EHLEIS (健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業) には日本も関わっている。過去 25 年間に行った内容についてまとめた。Euro-REVES では、その当時に算定された健康寿命について、フランスとイギリスでなぜ比較ができないのかなど、保健指標の国際比較の課題についての研究を行った。また、政治的な動向、そのディマンドに応じた研究も実施してきた。2000~2010 年のリスボン戦略はリスボンで採択された条約で、GDP などの評価指標も用いながら欧州連合の政策に貢献した。2004 年にこれに基づき QOL が測定された。また活動制限のない健康寿命については、政治的なわかりやすさを重視して、Healthy Life Expectancy から Healthy Life Year という名前を使うことになった。2010 年になるとリスボン戦略が終了し、ヨーロッパ 2020 という新しい戦略ができた。この戦略は日本の健康日本 21 に近く、健康寿命を 2 年延ばすことを目標として掲げている。

MEHM (Minimum European Health Module) として、主観的健康観、慢性疾患、活動制限の 3 つの概念についての質問項目セットを開発し、2004/2005 年の EU-SILC (European Union Statistics on Incomes and Living Conditions、欧州所得生活条件統計) で使用するようになった。健康寿命に関連する 1 番目の設問は、「全体としてあなたの健康状態はいかがですか」と聞くもの。2 番目は、慢性疾患の有る無し。3 番目は、過去 6 か月以内の活動制限に関する設問である。その結果を使用して、それぞれの影響を受けない健康寿命を計算している。活動制限の無い寿命は、リスボン戦略で採用され、現在の新しいヨーロッパ 2020 戦略での、健康寿命を 2 年間延伸するという目標につながっている。こういった情報を基にして、EU のなかでの比較を行えるようにデータを作った。健康で生活できる期間を延ばすには 3 つの主要なセオリーがある。疾病や障害のある期間を短くする、動的な均衡、疾病や傷害になるのを遅くするという 3 つである。EU25 か国の 7 年間の平均寿命と健康寿命の推移を示す。平均寿命は延びているが、健康寿命は延びていない。年齢との関連をみると、年齢が上がるにつれて活動制限のある割合が高くなる。これらの結果についてはカントリーレポート (国別の報告) として公開されている。