

D. 考 察

1) サンプルの代表性

本研究は層化抽出法により 20 歳代から 70 歳以上の 10 歳年齢階級別（6 階級別）に男女それぞれ 150 名ずつ（男女計 300 名）の計 1,800 名から回答を得ている。この対象集団の最終学歴をみると（表 1）、総務省統計局の平成 22 年国勢調査で示された、卒業者のみの最終卒業学校 6 区分別割合（小・中学校卒 9.5%、高校・旧中卒 42.3%、短大・高専卒 15.7%、大学・大学院卒 23.9%、不詳 8.6%）と傾向が同じであった。また、本研究における現在および過去の喫煙率は男性で 64.8%、女性で 19.7%であり、平成 24 年国民健康・栄養調査での男性 70.3%、女性 19.0%とほぼ同等であった。以上より、今回の対象集団の、日本国民全体としての代表性は高いと考えられる。

2) 認知度の年次比較

本研究では、「健康寿命」の平成 26 年の認知度が平成 25 年と比べて有意に高いことが示された。この傾向は男女ともにみられ、かつ、30 代以上、医療・健康事業の非該当者で特に顕著であった。

また、今回は「ロコモティブシンドローム」の認知度が高まりつつあることが示された。この傾向は男女ともにみられ、年代別では 50 代、医療・健康事業の非該当者の間でみられた。特に、本年においては 50 代から 70 歳以上の全ての年齢層で「ロコモティブシンドローム」の認知度が 40%を越えていた。この認知向上の傾向は、2014 年ロコモティブシンドローム生活者意識全国調査（インターネット調査）と同様であった（20-40 代の認知度は 2013 年で 18.5%、2014 年で 26.2%；50 代以上の認知度は 2013 年で 34.8%、2014 年で 44.6%）。健康日本 21（第二次）で掲げる目標 80%に向けてさらなる認知の向上を期待したい。

さらに、「1 日の望ましい野菜の量」についても認知が広まっていた。この傾向は男女ともにみられ、70 歳以上を除く全ての年代で、かつ

医療・健康事業の非該当者でみられ、一般国民の認知が広まっていると考えられた。

一方で、「COPD」の認知度には経年的な変化がみられず、喫煙の健康への影響の大きさを考えた場合、認知を高める健康増進運動や施策を引き続き講じることが今後の課題となる。

3) 医療・健康事業従事者の認知度

今回の調査によって、非該当者の認知度・健康意識の向上がみられた。まず、非該当者では、「健康寿命」の認知が有意に向上した。また、「ロコモティブシンドローム」、「アクティブガイド」、「1 日の望ましい野菜の量」に対しても関心が高まった。

一方で、医療・健康事業従事者の、様々な用語や健康意識に対する認知度は、対象者の年代別割合が前年と異なっていたにもかかわらず、前年とほぼ同じ水準であった。健康づくり運動を推進するため、専門職における更なる認知度の向上が求められる。

最後に、本研究では、性別、年齢階級別、医療・健康事業従事の該当別に回答を年次集計した結果、数項目において健康情報がターゲット層に向けて発信できている可能性が示唆された。本研究の限界として、まだ 1 年間の経年変化しか追跡できていないことや、具体的にどの健康増進運動が国民の意識を変化させたか分析できないことが挙げられる。そのため、本研究の長期的な継続が今後も求められる。

E. 結 論

RDD 法による電話調査結果を平成 25 年と平成 26 年との間で比較したところ、「健康寿命」、「ロコモティブシンドローム」、「1 日の望ましい野菜の量」に関する認知度が平成 26 年で有意に高かった。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

資料：電話調査の質問項目と選択肢

<質問項目>

1. あなたの性別を教えてください。
2. あなたの年齢を教えてください。
3. あなたの職業を次の選択肢の中から選んでください。
4. あなたの最終学歴を次の選択肢の中から選んで下さい。
5. 「健康日本 21」という国民健康づくり運動を知っていますか。
6. 「健康寿命」という言葉を知っていますか。
7. 「メタボリックシンドローム」という言葉を知っていますか。
8. 最近1年間で血圧・血糖・腹囲などに関する健診を受けたことがありますか。
9. 「COPDあるいは慢性閉塞性肺疾患」という言葉を知っていますか。
10. 「ロコモティブシンドローム」という言葉を知っていますか。
11. 「アクティブガイド」という健康づくりのための身体活動指針を知っていますか。
12. 「WHO のたばこ規制枠組み条約」を知っていますか。
13. あなたはたばこを吸いますか。
14. 健康のために1日に食べることが望ましい野菜の量はどれくらいだと思いますか。
15. 生活習慣病のリスクを高める1日の飲酒量は、日本酒に換算して、どれくらいだと思いますか。
16. 企業や団体が参加して推進している「スマートライフプロジェクト」という健康づくり運動を知っていますか。

<選択肢>

1. ①男性 ②女性
2. 自由回答
3. ①農林水産業 ②自営業 ③勤め人
④主婦 ⑤無職
(②③の場合) 医療または健康事業に関わる職業ですか
4. ①中卒以下、②高卒(旧中を含む)、③短大・専門学校(高専を含む)、④大学・大学院、⑤わからない/答えたくない
5. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
6. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
7. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
8. ①はい ②いいえ
9. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
10. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
11. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
12. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない
13. ①今吸っている ②今はやめている
③吸ったことがない
14. ①150g程度 ②250g程度 ③350g程度
④500g程度 ⑤わからない
15. ①1合未満、②1合、③2合、④3合、⑤4合以上、
⑥わからない
16. ①意味を含めて知っている
②聞いたことはあるがよく知らない
③知らない

健康寿命の指標化に関する研究
—基礎的な課題の検討—

研究分担者 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

健康日本 21（第二次）の健康寿命の指標「日常生活に制限のない期間の平均」などについて、基礎的な3課題を検討した。同指標の不健康割合における関連要因の分析の課題では、国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査のリンクデータの解析により、体格や歩行数などが日常生活の制限ありに関連することを示した。不健康割合における無回答の分析の課題では、平成 22 年と 25 年の国民生活基礎調査のデータ解析により、日常生活の制限の質問への回答なし割合が年次間で異なること、回答の有無が自覚症状と通院の状況とあまり関連しないことを示した。自覚症状と通院の状況から推計した調査対象者全体（回答なし者を含む）の日常生活の制限あり割合について回答者のそれと比較し、平成 22 年と 25 年の日常生活の制限あり割合は回答なしによりほとんど影響を受けていないことが示唆された。また、「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳の課題ではその英語訳を作成し、海外への情報発信上の重要性が大きいと考えられた。

研究協力者

川戸美由紀 藤田保健衛生大学医学部衛生学
講座
尾島 俊之 浜松医科大学健康社会医学講座

た。また、「健康寿命の国際的な指標化に関する検討」では、JA EHLEIS（健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業）で欧米との情報交換を行うとともに、海外への情報発信のために健康寿命に関する資料の英語訳を作成した。

A. 研究目的

分担研究課題の「健康寿命の指標化に関する研究」では、健康寿命の現行指標の問題点を整理・分析し、必要があれば新指標を開発・評価することを目的とした。国内と国際の2つの視点から、「健康日本 21（第二次）等の健康寿命の指標化に関する検討」と「健康寿命の国際的な指標化に関する検討」の2検討課題を設定した。

昨年度、「健康日本 21（第二次）等の健康寿命の指標化に関する検討」では、健康寿命の主要な指標「日常生活に制限のない期間の平均」について、算定に関する基礎的な課題を検討し

本年度は昨年度に続いて、基礎的な課題を検討した。「健康日本 21（第二次）等の健康寿命の指標化に関する検討」では、「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合について、関連要因と無回答の分析を行った。また、「健康寿命の国際的な指標化に関する検討」では、海外への情報発信のために、健康寿命の算定に関する主要な資料の「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳を作成した。

B. 研究方法

「日常生活に制限のない期間の平均」の不健

康割合における関連要因と無回答の分析、および、「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳について、以下に検討方法を示す。

1. 「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における関連要因の分析

昨年度、平成 22 年の国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査について、調査票情報の提供（厚生労働省発統 0123 第 4 号（平成 26 年 1 月 23 日）、厚生労働省発健 0131 第 14 号（平成 26 年 1 月 31 日））を受けて、両統計のレコードリンケージ、および、リンクデータからの集計表作成を行った。国民健康・栄養調査の被調査世帯員 9,636 人の中で、レコードリンケージできたのは 9,061 人（94%）であった。集計表としては、性・年齢階級ごと、日常生活の制限と身体・栄養摂取・生活習慣状況の項目とのクロス集計表などであった。

集計表に基づいて、日常生活の制限と身体・栄養摂取・生活習慣状況の項目の関連性を分析した。分析の対象者は 20 歳以上とした。分析の方法にはロジスティック回帰による年齢調整オッズ比を用いた。身体・栄養摂取・生活習慣状況の項目としては、体格（BMI）、血圧、総コレステロール、LDL コレステロール、メタボリックシンドローム、ヘモグロビン A1c、食塩摂取量、野菜類摂取量、果実類摂取量、歩行数、運動習慣、アルコール摂取量とした。

2. 「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における無回答の分析

平成 22 年と 25 年の国民生活基礎調査について、調査票情報の提供（厚生労働省発統 1110 第 4 号（平成 26 年 11 月 10 日））を受けて、日常生活の制限の質問への回答状況について、他の項目の回答状況を含めて分析した。他の項目としては、自覚症状、通院、健康意識、悩みやストレス、こころの状態（K6）、喫煙、健診受診とした。

日常生活の制限の質問への回答なし者におい

て、自覚症状と通院の回答状況から、日常生活の制限の有無の状況を見積もった。その見積もりを用いて、調査対象者全体（回答なし者を含む）における日常生活の制限あり割合を推計し、回答者のそれと比較した。

3. 「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳 健康寿命の算定に関する主要な資料の中から、「健康寿命の算定方法の指針」を選び、その英語訳を作成した。

（倫理面への配慮）

本研究では、連結不可能匿名化された既存の統計資料のみを用いるため、個人情報保護に係る問題は生じない。

C. 研究結果

1. 「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における関連要因の分析

平成 22 年の国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査がリンクできた者において、20 歳以上では、日常生活の制限ありは男性 360 人（12.1%）、女性 513 人（15.6%）であった。

表 1 に、日常生活の制限ありに対する関連要因の年齢調整オッズ比を示す。日常生活の制限ありに対する年齢調整オッズ比をみると、体格では男性で「やせ」が、女性で「肥満」が有意に大きかった。また、歩行数の「多くない」（男性 9000 歩/日未満、女性 8500 歩/日未満）が男女とも有意に大きかった。

2. 「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における無回答の分析

表 2 に、年次別の国民生活基礎調査における健康票の回収状況、日常生活の制限の質問の回答状況を示す。健康票の実査方法はいずれの年次とも留め置き（調査票をあらかじめ配布、被調査者が記入し、調査者が訪問して回収）であった。回収方式は平成 7・10 年が開封、13～22 年が密封、25 年が開封（やむを得ない場合は

密封) と年次で異なった。回収率は平成 16 年以降では 79~80%であった。日常生活の制限の回答なし割合は平成 7・10 年と 25 年で 2~3%、13~22 年で 7~13%であった。

以下は、平成 22 年と 25 年の国民生活基礎調査に基づく結果である。表 3 に、日常生活の制

限の質問における年齢階級別の回答なし割合を示す。回答なし割合は平成 22 年では男性 12.5%、女性 13.2%で、25 年では男性 1.8%、女性 1.9%であり、両年次の男女とも年齢とともに上昇した。

表 1 日常生活の制限ありに対する関連要因の年齢調整オッズ比
: 平成 22 年の国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査

関連要因	男性		女性		
	年齢調整 オッズ比	p 値	年齢調整 オッズ比	p 値	
体格	肥満 (BMI25.0以上)	1.31	0.061	1.49	0.003
	正常 (BMI18.5~25.0未満)	1.00		1.00	
	やせ (BMI18.5未満)	2.02	0.008	1.11	0.604
血圧	高血圧 (140/90mmHg以上、降圧剤の服用)	1.53	0.021	1.06	0.724
	正常血圧 (それ以外)	1.00		1.00	
総コレステロール	異常 (240mg/dl以上、高脂血症薬の服用)	1.33	0.102	1.13	0.420
	正常 (それ以外)	1.00		1.00	
LDLコレステロール	異常 (160mg/dl以上、高脂血症薬の服用)	1.39	0.071	1.34	0.063
	正常 (それ以外)	1.00		1.00	
メタボリック クシンド ローム	強い疑い#1	1.55	0.012	1.41	0.072
	予備群#2	1.10	0.671	0.89	0.657
	正常#3	1.00			
ヘモグロ ビンA1c	異常 (6.0%(NGSP値)以上、糖尿病薬の服用)	1.99	0.000	1.01	0.942
	正常 (それ以外)	1.00		1.00	
食塩 摂取量	8g/日以上	0.69	0.010	0.77	0.017
	8g/日未満	1.00		1.00	
野菜類 摂取量	350g/日未満	1.16	0.262	1.12	0.330
	350g/日以上	1.00		1.00	
果実類 摂取量	100g/日未満	1.11	0.410	1.06	0.573
	100g/日以上	1.00		1.00	
歩行数	多くない (男性9000歩/日未満、 女性8500歩/日未満)	1.68	0.002	1.48	0.009
	多い (それ以外)	1.00		1.00	
運動習慣	なし	1.22	0.221	1.18	0.260
	あり	1.00		1.00	
アルコール 摂取量	多い (男性40g/日以上、女性20g/日以上)	0.75	0.128	1.30	0.262
	多くない (それ以外)	1.00		1.00	

#1: 腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、血中脂質・血圧・血糖の2つ以上が異常

#2: 腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、血中脂質・血圧・血糖の1つが異常

#3: それ以外

表2 年次別の国民生活基礎調査における健康票の回収状況、日常生活の制限の質問の回答状況

年次 (平成)	健康票						日常生活の制限の質問			
	実査 方法	回収 方式	配布数 ：千世帯	回収数 ：千世帯	(%)	集計数 ：千世帯	(%)	回答対象 ：千人	回答なし ：千人	(%)
7#1	留め置き	開封	271,588	247,229	(91.0)	246,892	(90.9)	107,609	1,997	(1.9)
10	留め置き	開封	276,289	247,882	(89.7)	247,662	(89.6)	114,826	3,314	(2.9)
13	留め置き	密封	282,999	247,278	(87.4)	247,195	(87.3)	115,938	7,835	(6.8)
16	留め置き	密封	276,682	220,948	(79.9)	220,836	(79.8)	114,595	7,172	(6.3)
19	留め置き	密封	287,807	230,596	(80.1)	229,821	(79.9)	114,687	9,689	(8.4)
22	留め置き	密封	289,363	229,785	(79.4)	228,864	(79.1)	114,280	14,696	(12.9)
25	留め置き	開封#2	295,367	235,012	(79.6)	234,383	(79.4)	115,847	2,129	(1.8)

#1：兵庫県を含まず。

#2：やむを得ない場合は密封。

表3 日常生活の制限の質問における年齢階級別の回答なし割合：平成22・25年国民生活基礎調査

性別	年齢 (歳)	平成22年		平成25年		回答なし 割合の 比#
		回答あり： 千人	回答なし： 千人 (%)	回答あり： 千人	回答なし： 千人 (%)	
男性	総数	48,100	6,890 (12.5)	54,579	990 (1.8)	0.14
	6～9	2,257	132 (5.5)	2,108	117 (5.3)	0.96
	10～14	2,978	127 (4.1)	3,061	31 (1.0)	0.24
	15～19	2,719	214 (7.3)	2,977	20 (0.7)	0.09
	20～24	2,554	225 (8.1)	2,627	27 (1.0)	0.13
	25～29	2,656	250 (8.6)	2,728	21 (0.8)	0.09
	30～34	3,218	278 (8.0)	3,197	27 (0.8)	0.10
	35～39	4,025	335 (7.7)	4,170	29 (0.7)	0.09
	40～44	3,729	302 (7.5)	4,393	43 (1.0)	0.13
	45～49	3,486	325 (8.5)	3,881	31 (0.8)	0.09
	50～54	3,358	374 (10.0)	3,695	39 (1.1)	0.11
	55～59	3,728	612 (14.1)	3,786	52 (1.4)	0.10
	60～64	4,038	812 (16.7)	4,800	87 (1.8)	0.11
	65～69	3,145	826 (20.8)	4,168	98 (2.3)	0.11
	70～74	2,442	793 (24.5)	3,542	112 (3.1)	0.13
75～79	1,907	656 (25.6)	2,705	128 (4.5)	0.18	
80～84	1,187	420 (26.1)	1,671	82 (4.7)	0.18	
85以上	673	209 (23.7)	1,068	46 (4.1)	0.17	
女性	総数	51,484	7,806 (13.2)	59,139	1,139 (1.9)	0.14
	6～9	2,159	130 (5.7)	2,044	108 (5.0)	0.88
	10～14	2,843	114 (3.9)	2,922	22 (0.8)	0.20
	15～19	2,659	188 (6.6)	2,852	21 (0.7)	0.11
	20～24	2,544	190 (7.0)	2,566	17 (0.7)	0.09
	25～29	2,810	208 (6.9)	2,810	21 (0.7)	0.11
	30～34	3,437	223 (6.1)	3,355	23 (0.7)	0.11
	35～39	4,294	272 (6.0)	4,278	24 (0.6)	0.09
	40～44	3,928	284 (6.7)	4,644	28 (0.6)	0.09
	45～49	3,651	303 (7.7)	4,057	36 (0.9)	0.11
	50～54	3,495	433 (11.0)	3,880	40 (1.0)	0.09
	55～59	3,831	696 (15.4)	4,000	55 (1.4)	0.09
	60～64	4,073	963 (19.1)	5,128	106 (2.0)	0.11
	65～69	3,348	1,080 (24.4)	4,576	117 (2.5)	0.10
	70～74	2,723	940 (25.7)	4,015	172 (4.1)	0.16
75～79	2,380	838 (26.0)	3,367	174 (4.9)	0.19	
80～84	1,818	557 (23.5)	2,453	101 (4.0)	0.17	
85以上	1,492	385 (20.5)	2,194	75 (3.3)	0.16	

#：(平成25年の回答なし割合) / (平成22年の回答なし割合)。
ただし、総数では直接法年齢調整回答なし割合の年次比。

表4に、日常生活の制限の質問への回答なし者における他の項目の回答状況を示す。日常生活の制限の質問における回答なし者の中で、自覚症状と通院の回答あり割合は、平成22年で95%、25年で83~89%であった。健康意識、悩みやストレス、こころの状態の回答あり割合は平成22年で9~34%、25年で57~81%であり、健診受診の回答あり割合は両年次で77~81%であった。

表5に、自覚症状の回答状況から推計した日常生活の制限あり割合を示す。平成22年において、日常生活の制限あり割合は自覚症状のありが31%、なしが3%と大きく異なったが、日常生活の制限への回答なし割合はそれぞれ15%と11%と大きな差がなかった。年齢階級別の自覚症状のあり、なしと回答なしごとに、日常生活の制限における回答なし者を制限ありとなしへ比例按分して、調査対象者全体(回答なしを含む)における日常生活の制限ありの年齢調整割合を推計した。この制限ありの年齢調整割合の推計値は男性11.43%と女性13.69%で

あり、回答者の調査値の男性11.39%と女性13.64%に対する比が男女とも1.004倍とほぼ1であった。平成25年において、日常生活の制限あり割合は自覚症状のありが33%、なしが3~4%と大きく異なったが、日常生活の制限への回答なし割合はそれぞれ3%と1%と小さかった。同様の日常生活の制限ありの年齢調整割合の推計値は男性12.03%と女性14.51%であり、回答者の調査値の男性11.98%と女性14.46%に対する比が男性1.004倍と女性1.003倍とほぼ1であった。

表6に、通院の回答状況から推計した日常生活の制限あり割合を示す。自覚症状と同様に、日常生活の制限あり割合は通院の有無で大きく異なり、また、日常生活の制限への回答なし割合は通院の有無で大きな差がなかった。通院の回答状況による日常生活の制限ありの年齢調整割合の推計値は平成22年と25年の男女とも、回答者の調査値に対する比が1.001~1.003であり、ほぼ1であった。

表4 日常生活の制限の質問への回答なし者における他の項目の回答状況
:平成22-25年国民生活基礎調査

日常生活の制限の 質問への回答なし	男性				女性				
	平成22年		平成25年		平成22年		平成25年		
	人数 (千人)	割合# (%)	人数 (千人)	割合# (%)	人数 (千人)	割合# (%)	人数 (千人)	割合# (%)	
総数	6,890	100.0	990	100.0	7,806	100.0	1,139	100.0	
自覚症状	回答あり	6,573	95.4	859	86.8	7,426	95.1	1,015	89.1
	回答なし	317	4.6	131	13.2	380	4.9	124	10.9
通院	回答あり	6,528	94.7	826	83.4	7,413	95.0	973	85.5
	回答なし	362	5.3	164	16.6	393	5.0	165	14.5
健康意識	回答あり	608	8.8	648	65.5	880	11.3	777	68.3
	回答なし	6,282	91.2	342	34.5	6,926	88.7	361	31.7
悩みや ストレス	回答あり	1,910	28.4	604	70.4	2,250	29.4	748	73.4
	回答なし	4,819	71.6	254	29.6	5,401	70.6	271	26.6
こころの 状態	回答あり	1,550	23.0	504	58.7	1,725	22.6	581	57.0
	回答なし	5,178	77.0	354	41.3	5,926	77.4	438	43.0
喫煙	回答あり	2,297	34.1	669	81.4	2,522	33.0	783	79.2
	回答なし	4,431	65.9	153	18.6	5,129	67.0	205	20.8
健診受診	回答あり	5,236	81.6	632	76.8	5,743	77.9	758	76.7
	回答なし	1,182	18.4	191	23.2	1,630	22.1	230	23.3

: 回答ありと回答なしの合計に対する割合 (%)。

表5 自覚症状の回答状況から推計した日常生活の制限あり割合：平成22・25年国民生活基礎調査

年	性別	自覚症状	日常生活の制限の質問における調査値 (千人)				日常生活の制限の質問における回答なしを 按分した推計値 (千人)	
			あり (%) #1	なし	回答なし (%) #2	あり (%) #1	なし	
平成22年	男性	あり	4,337 (30.8)	9,743	2,403 (14.6)	5,077 (30.8)	11,406	
		なし	1,075 (3.2)	32,204	4,170 (11.1)	1,209 (3.2)	36,239	
		回答なし	67 (9.1)	675	317 (29.9)	96 (9.1)	963	
		合計	5,479 (11.4)	42,622	6,890 (12.5)	6,382 (11.6)	48,608	
		年齢調整割合 (%) #3	11.39			11.43		
		比 #4	1.000			1.004		
	女性	あり	5,865 (31.0)	13,080	3,370 (15.1)	6,908 (31.0)	15,407	
		なし	1,071 (3.4)	30,630	4,055 (11.3)	1,208 (3.4)	34,548	
		回答なし	86 (10.2)	752	380 (31.2)	124 (10.2)	1,093	
		合計	7,022 (13.6)	44,462	7,806 (13.2)	8,241 (13.9)	51,049	
		年齢調整割合 (%) #3	13.64			13.69		
		比 #4	1.000			1.004		
平成25年	男性	あり	5,210 (33.4)	10,394	401 (2.5)	5,343 (33.4)	10,660	
		なし	1,300 (3.4)	37,393	458 (1.2)	1,316 (3.4)	37,836	
		回答なし	30 (10.7)	252	131 (31.8)	44 (10.7)	369	
		合計	6,540 (12.0)	48,039	990 (1.8)	6,703 (12.1)	48,866	
		年齢調整割合 (%) #3	11.98			12.03		
		比 #4	1.000			1.004		
	女性	あり	7,142 (33.4)	14,220	538 (2.5)	7,322 (33.4)	14,578	
		なし	1,369 (3.7)	36,096	477 (1.3)	1,387 (3.7)	36,555	
		回答なし	40 (12.8)	272	124 (28.4)	56 (12.8)	380	
		合計	8,551 (14.5)	50,588	1,139 (1.9)	8,764 (14.5)	51,514	
		年齢調整割合 (%) #3	14.46			14.51		
		比 #4	1.000			1.003		

#1：日常生活の制限ありとなしの和に対する割合 (%)。

#2：日常生活の制限あり、なしと回答なしの和に対する割合 (%)。

#3：日常生活の制限ありの年齢調整割合。調査値では回答なしを除き、推計値では回答なしを含む。

#4：調査値の年齢調整割合に対する比。

表6 通院の回答状況から推計した日常生活の制限あり割合：平成22・25年国民生活基礎調査

年次	性別	通院	日常生活の制限の質問における調査値(千人)				日常生活の制限の質問における回答なしを按分した推計値(千人)		
			あり (%) #1	なし	回答なし (%) #2	あり (%) #1	なし		
平成22年	男性	あり	4,414 (25.7)	12,727	3,317 (16.2)	5,268 (25.7)	15,190		
		なし	1,003 (3.3)	29,228	3,211 (9.6)	1,109 (3.3)	32,333		
		回答なし	62 (8.6)	667	362 (33.2)	93 (8.6)	998		
		合計	5,479 (11.4)	42,622	6,890 (12.5)	6,470 (11.8)	48,520		
		年齢調整割合 (%) #3	11.39			11.41			
	比#4	1.000			1.001				
	女性	あり	5,760 (27.9)	14,854	4,304 (17.3)	6,962 (27.9)	17,956		
		なし	1,171 (3.9)	28,850	3,108 (9.4)	1,292 (3.9)	31,837		
		回答なし	91 (10.7)	758	393 (31.6)	133 (10.7)	1,109		
		合計	7,022 (13.6)	44,462	7,806 (13.2)	8,388 (14.1)	50,901		
年齢調整割合 (%) #3		13.64			13.67				
比#4	1.000			1.003					
平成25年	男性	あり	5,443 (26.4)	15,170	545 (2.6)	5,587 (26.4)	15,571		
		なし	1,073 (3.2)	32,689	281 (0.8)	1,082 (3.2)	32,962		
		回答なし	24 (11.8)	180	164 (44.6)	44 (11.8)	324		
		合計	6,540 (12.0)	48,039	990 (1.8)	6,712 (12.1)	48,857		
		年齢調整割合 (%) #3	11.98			12.02			
	比#4	1.000			1.003				
	女性	あり	7,222 (29.2)	17,541	666 (2.6)	7,416 (29.2)	18,013		
		なし	1,294 (3.8)	32,823	307 (0.9)	1,306 (3.8)	33,118		
		回答なし	35 (13.6)	225	165 (38.9)	58 (13.6)	368		
		合計	8,551 (14.5)	50,588	1,139 (1.9)	8,779 (14.6)	51,498		
年齢調整割合 (%) #3		14.46			14.49				
比#4	1.000			1.002					

#1：日常生活の制限ありとなしの和に対する割合 (%)。

#2：日常生活の制限あり、なしと回答なしの和に対する割合 (%)。

#3：日常生活の制限ありの年齢調整割合。調査値では回答なしを除き、推計値では回答なしを含む。

#4：調査値の年齢調整割合に対する比。

表7 「健康寿命の算定方法の指針」の目次

章	表題	頁数
1	緒言	1
2	健康寿命とその指標	4
	(1)「日常生活に制限のない期間の平均」	
	(2)「自分が健康であると自覚している期間の平均」	
	(3)「日常生活動作が自立している期間の平均」	
3	健康寿命の算定目的	1
4	健康寿命の算定方法	4
	(1)基本事項	
	(2)基礎資料	
	(3)算定法の概要	
	(4)算定プログラム	
5	健康寿命の算定上の留意点	3
	(1)国民生活基礎調査のデータ	
	(2)国民生活基礎調査に準じた調査	
	(3)介護保険の情報	
	(4)小規模な対象集団	
6	健康寿命の解釈上の留意点	8
7	おわりに	1
8	文献	1
9	付録	14
	(1)「日常生活に制限のない期間の平均」の算定結果 (2010年、都道府県別)	
	(2)「自分が健康であると自覚している期間の平均」の算定結果 (2010年、都道府県別)	
	(3)「日常生活動作が自立している期間の平均」の算定結果 (2010年、都道府県別)	
	(4)健康寿命の精度の試算結果	
	(5)健康寿命の算定法の詳細	
	(6)対象集団の生命表を用いた健康寿命の算定法	

3. 「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳

表7に、「健康寿命の算定方法の指針」の目次を示す。「日常生活に制限のない期間の平均」、「自分が健康であると自覚している期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」の3指標について、この指針には、算定方法、算定上の留意点、解釈上の留意点および平成22年の算定値などが記載されていた。この全体の英語訳を作成した。

D. 考察

本研究では「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における関連要因の分析、無回答の分析、および、「健康寿命の算定方法の

指針」の英語訳の3課題について検討した。

まず、「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳の課題について考察する。ここでは、実際にその英語訳を作成した。「健康寿命の算定方法の指針」は健康日本21(第二次)に関係し、日本における健康寿命の算定に関する主要な資料の1つである。日本の健康寿命の算定方法と算定結果を含んでおり、海外への情報発信上、その英語版は重要性が大きいと考えられる。本英語訳は、専門家による確認などを経て、ホームページなどで広く公開することが大切であろう。

次に、「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における関連要因の分析の課題に

ついて考察する。ここでは、国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査のリンクデータを用いて、日常生活の制限（国民生活基礎調査の情報）と身体・栄養摂取・生活習慣状況の項目（国民健康・栄養調査の情報）の関連性を示した。日常生活の制限ありに対する年齢調整オッズ比について、体格では男性で「やせ」と女性で「肥満」、歩行数で男女とも「多くない」（男性 9000 歩/日未満、女性 8500 歩/日未満）が有意に大きかった。横断研究データであることから、ただちに因果関係とは解釈できないものの、健康寿命の関連要因の解明に向けて、一定の知見を提供したと考えられる。

最後に、「日常生活に制限のない期間の平均」の不健康割合における無回答の分析の課題について考察する。ここでは、平成 22 年と 25 年の間で、日常生活の制限の質問への回答なし割合の違いを確認するとともに、両年次間で、回答なし割合の違いによる日常生活の制限あり割合への影響の違いを検討した。日常生活の制限の質問への回答なし割合は平成 22 年が 13%、25 年が 2%であり、年次間で大きく異なることが確認された。この違いの理由として、日常生活の制限は自己の判断を要する質問内容であり、それに伴い無回答が生じやすい可能性が考えられる。また、国民生活基礎調査の健康票の回収方式が平成 22 年で密封、25 年で開封（やむを得ない場合は密封）であり、開封では調査者の審査により回答なしが減少したと考えられる。

日常生活の制限の質問への回答なし者において、自覚症状と通院の回答あり割合は両年次の男女とも 95%ときわめて大きく、一方、健康意識、悩みやストレス、こころの状態と喫煙の回答あり割合は平成 22 年で 9~34%と小さく、25 年で 57~81%であった。この現象の理由として、自覚症状と通院の質問は、国民生活基礎調査の健康票では日常生活の制限の質問よりも前に位置し、また、質問内容に自己の判断を要しないことに伴い回答なしが少なかったためと考えられる。一方、健康意識、悩みやストレス、

こころの状態と喫煙の質問は、日常生活の制限の質問の直後から順に並んでおり、また、質問内容に自己の判断を要する面あるいは回答しにくい面があることに伴い、平成 22 年で回答なしが少なくなく、一方、平成 25 年で開封方式のために回答なしが少なかったためと考えられる。

自覚症状と通院の質問への回答状況について、日常生活の制限の質問への回答状況との関連性を確認した。日常生活の制限あり割合は自覚症状ありで 31~33%となしで 3~4%、通院ありで 22~28%となしで 3~4%であり、著しく強い関連性を示した。これは、質問内容から当然と考えられる。一方、日常生活の制限の回答なし割合は平成 22 年で自覚症状あり 15%となし 11%と大きな差がなく、25 年で自覚症状あり 3%となし 1%と小さかった。これは、日常生活の制限の質問における回答の有無が、自覚症状や通院の有無とあまり強く関連しないことを示しており、また、日常生活の制限の有無とあまり強く関連しない可能性が考えられる。したがって、日常生活の制限あり割合については、平成 22 年と 25 年の回答なし割合の違いがあまり大きく影響しなかった可能性が示唆される。

実際、自覚症状と通院の回答状況から、調査対象者全体（回答なし者を含む）の日常生活の制限あり割合（年齢調整割合）を推計し、その推計値と回答者の調査値を比較したところ、両者の比は平成 22 年と 25 年の男女とも 1.001~1.004 とほぼ 1 であった。これより、平成 22 年と 25 年の日常生活の制限あり割合は回答なしによりほとんど影響を受けていなかったことが示唆される。

本年度は昨年度に続いて、健康寿命に関する基礎的な課題を検討した。今後、これらの検討結果を基礎として、研究目的（健康寿命の現行指標の問題点を整理・分析し、必要があれば新指標を開発・評価する）の達成に向けて、国内と国際の 2 つの視点から、さらに検討を進めることが重要である。

E. 結 論

健康日本 21（第二次）の健康寿命の指標「日常生活に制限のない期間の平均」などについて、基礎的な課題として、不健康割合における関連要因の分析、無回答の分析、「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳を検討した。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 橋本修二. 健康寿命の延伸：指標と記述疫学. 日本抗加齢医学会, 大阪, 2014 年.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

中間評価に向けたモニタリング手法の開発に関する研究

研究分担者 横山 徹爾 国立保健医療科学院生涯健康研究部・部長

研究要旨

健康日本21（第二次）をはじめとする健康増進に関する施策への取り組みでは、各種調査統計や健診その他の情報等に基づき、地域の現状分析と経時的なモニタリングを行って健康問題の特徴を把握し、健康施策の評価と優先課題の明確化を行っていく必要がある。昨年度の研究では、各種統計資料等から得られる膨大な情報を要約して、地方自治体等において地域の特徴を容易に把握できる分析手法を提案した。今年度は健康増進計画のモニタリング・評価のための既存の資料やツール等を整理した。

A. 目的

健康日本21（第二次）¹⁾では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を上位目標に掲げ、主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防や社会生活機能の維持向上、および社会環境の改善等によってこれを目指すこととしている。生活習慣病の発症予防と重症化予防にあたっては、リスク因子を低減すること重要であり、そのためにはまず各地域の健康問題に関する特徴を把握して取り組むべき優先順位を明確にする必要がある。地域の特徴把握のために、『国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。』¹⁾こととされており、これらの調査統計等の情報を活用する必要があるが、地方自治体において分析作業を行うための方法論やツールの整備と提供は十分ではない。

本研究では、中間評価に向けて地域の健康課題をモニタリング・評価するための各種統計資

料および既存ツール等を活用して、中間評価に向けたモニタリングを進める手順を整理する。

B. 方法

健康日本21（第二次）では、都道府県や市町村において健康状態や生活習慣等のモニタリングのために健康・栄養調査を実施することも考えられるが、その他に自治体で活用可能な既存の統計調査等の例が別表として示されている²⁾。昨年度は、それらのうち都道府県レベルにおける①平均寿命、②健康寿命、③死因別年齢調整死亡率、④疾患別入院・外来年齢調整受療率、⑤特定健診によるリスク因子の年齢調整割合について、都道府県間の相対的な位置を意味するZスコアで示すことを提案した³⁾。本年度は、市区町村の特徴を把握するために有用な人口動態統計と特定健診データに関する既存資料やツールの提供状況を確認し、またモニタリング・評価のための統計学的方法論と必要な人材育成の現状を整理した。

C. 結果

（1）人口動態統計

死因別死亡および低出生体重児に関する指

標を把握することができ、全ての市区町村で利用可能である。以下の点に注意が必要である。

・年齢調整

死亡の状況は、年齢構成に大きな影響を受けるため、人口の年齢構成が異なる地域間の比較および経時的な推移をモニタリングする際には、年齢調整した指標を用いることが原則である。国全体のように人口が多い場合には直接法による年齢調整死亡率（単に年齢調整死亡率と呼ぶことが多い）を用いるが、人口の小さい市区町村では、指標の安定性等の理由により標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio: SMR）を用いるのが一般的である。ただし、国で公表している市区町村別 SMR は⁴⁾、その年（5年間）の全国を基準（=100）とした相対的な死亡の状況であるため、経年的な推移を見る際には注意が必要である。すなわち、当該市区町村における死亡しやすさの推移をモニタリングするためには、基準となる年を固定して SMR を計算する必要がある。そのためには基準年における全国（国全体）の性・年齢階級別死亡率と、評価年における各自治体の性・年齢階級別人口および性別死亡数が必要であるが、前者は毎年公表されており、後者は各自治体で容易に把握可能である。ただし、全ての市区町村で計算を可能とするためには簡便な計算ツールを提供することが望ましく、今後、国や本研究班から提供していく必要があるだろう。

・偶然変動の考慮

人口の少ない地方自治体では、年次ごとの死亡数のわずかな増減によって死因別死亡率が大きく変動することがあるため、標準化死亡比や年齢調整死亡率のモニタリングにあたっては、偶然変動の大きさを考慮する必要がある。具体的には、①単年で評価せず経年的にデータを見ることによって長期的な傾向を把握する、②複数年のデータをプールして SMR 等を計算する、③経験ベイズ推定（EBSMR）を用いる、④95%信頼区間を併記する、⑤検定結果を併記する、などが考えられる。各自治体においてこれらを

用いるためには、①④は前述のように基準年を固定した SMR と信頼区間を計算して図示する、②は厚生労働省の公表データ（5年分プール）を利用する⁴⁾、③は公表されている計算ツールを用いる⁵⁾、⑤は厚生労働科学研究班で作成された市区町村別 SMR 地図を用いる⁶⁾などが考えられる。

（2）特定健診

市区町村別にリスク因子の保有状況や治療状況等を把握できる既存情報として有用であるが、①40～74歳までのデータに限定される、②受診率が低いと代表性が疑わしい、という欠点もある。また、経時的なモニタリングに用いる場合には、受診率の変化によってリスク因子の保有状況が影響を受ける可能性があるので注意が必要である。

・年齢調整

高血圧等のリスク因子の保有状況も、年齢の影響を大きく受けるため、受診者の年齢構成が異なる地域間での比較や経時的なモニタリングの際には、年齢調整を行う必要がある。受診者人数が多ければ、死亡統計の場合と同様に、直接法による年齢調整も可能と思われるが、市区町村間比較のように人数が少ない自治体が含まれる場合には、SMRと同様の計算原理で計算した標準化該当比が用いられることが多い⁸⁾。

・複数保険者の連携

市区町村では国保加入者の特定健診データを容易に利用可能であるが、健康増進計画では国保以外の加入者も含めた住民全体を対象とするため、各都道府県の保険者協議会等において複数保険者のデータを活用できるように調整を図ることが望まれる。しかし、これまでに複数保険者の特定健診データを用いて市区町村間の比較を行った事例は少ない^{8) 9)}。最近の厚生労働科学研究班において、主に中小企業が加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）の特定健診データと、国保加入者の特定健診データとを併合して、市区町村別標準化該当比を計算可能なツールが開発され、各都道府県等に提供

され始めている^{10, 11)}。今後はこのようなツールを活用して複数保険者のデータの特定健診データの活用が進むことが望まれる。

(3) 地域健康・栄養調査

主に生活習慣やリスク因子、糖尿病等生活習慣病有病率に関する指標が把握される。地域健康・栄養調査は多くの都道府県等で3～5年に1度実施されており、一部の一般市でも実施されている¹²⁾。平成24年国民健康・栄養調査では、都道府県間の比較ができるように拡大調査が実施され、中間評価に向けて平成28年にも同様に拡大調査が実施される予定であることから、これに上乘せする方式で都道府県等の地域健康・栄養調査が行われる可能性もあり、そのための標本抽出や集計法の整理が必要である。

(4) 評価のための統計解析

健康日本21(第二次)参考資料²⁾では、『目標の評価目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、目標設定後5年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに・・・(途中略)・・・評価は、単に数値の大小関係だけではなく、標本の誤差を考慮した上で、統計学的検定を行うなどの科学的な方法を用いることが望ましい。そして策定時と直近値を比較した上で、A(目標値に達した)、B(目標値に達していないが、改善傾向にある)、C(変わらない)、D(悪化している)といったように複数のレベルで評価する。』と記述されている。

これらの統計解析な具体的な手法および計算ツールは、前述の「健康増進施策推進・評価のための健康・栄養調査データ活用マニュアル」¹³⁾や「健康日本21(第二次)地方計画の推進・評価のための健康・栄養調査の活用」¹⁴⁾等に詳しく解説されている。また、国立保健医療科学院の「健康・栄養調査の企画・運営・評価に関する研修」¹⁵⁾において、自治体職員を対象として地域診断や健康増進計画の評価のための講義と演習が行われている。

D. 考 察

健康日本21(第二次)をはじめとする健康増進に関する施策への取り組みでは、各種調査統計や健診その他の情報等に基づき、地域の現状分析を行って健康問題の特徴を把握し、優先課題を明確にする必要がある。これらの膨大な情報から比較的容易に各都道府県の特徴を把握するために、昨年度の本研究班分担研究で、①平均寿命、②健康寿命、③死因別年齢調整死亡率、④疾患別入院・外来年齢調整受療率、⑤特定健診によるリスク因子の年齢調整割合について、都道府県間の相対的な位置を意味するZスコアを算出し図示した³⁾。これを踏まえて、さらに各都道府県内の市区町村の健康課題や生活習慣等の特徴を把握することは、健康日本21(第二次)で上位の目標の一つとしている健康格差の縮小に取り組むために重要である。しかし、市区町村では活用できる既存統計資料は限られていることと、データ処理に長けた人材が充実しているとは限らないため、市区町村レベルでのデータ活用の方法論とそれを容易に応用できるツールの提供が必要である。近年、厚生労働科学研究班等から各種ツールや資料が提供されつつあり、それを体系的に整理して自治体等で活用できるようにマニュアル化し、研修等を通じた人材育成を進めていくことが望まれる。

E. 結 論

地域における健康状態のモニタリングと中間評価に向けて、いくつかの調査統計の活用方法について整理した。統計データの活用にはある程度の技術が必要であり、今後、自治体職員が容易に使える計算ツールの開発や、研修会等を通じた人材育成を進めていく必要がある。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省告示第四百三十号. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 平成24年7月10日.

- 2) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料. 平成24年7月.
- 3) 横山徹爾. 中間評価に向けたモニタリング手法の開発に関する研究. 平成25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)「健康日本21 (第二次) の推進に関する研究(研究代表: 辻一郎)」分担研究報告書. 平成26年3月.
- 4) 厚生労働省. 人口動態特殊報告「平成20~24年人口動態保健所・市区町村別統計」.
- 5) 高橋邦彦. EB estimator for Poisson-Gamma model Version 2.1.
http://www.niph.go.jp/soshiki/gijutsu/download/ebpoig/index_j.html
- 6) 平成26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)「健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(研究代表: 横山徹爾)」. 平成20~24年市区町村別主要死因標準化亡比(市区町村別地図). 平成26年11月.
- 7) 静岡県、静岡県総合健康センター. 平成24年度特定健診・特定保健指導に係るデータ報告書.
- 8) 愛知県. 特定健康診査・特定保健指導評価分析事業.
- 10) 全国健康保険協会. 特定健診・特定保健指導データ分析報告書2012年度【市区町村別集計】. 平成26年9月.
- 11) 平成26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)「健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(研究代表: 横山徹爾)」. 標準化該当比計算シート. 平成26年10月.
- 12) 新発田市. 平成21年度市民健康栄養実態調査報告.
<http://www.city.shibata.niigata.jp/view.rbz?of=1&ik=0&pn=14&cd=8595>
- 13) 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「健康増進施策推進・評価のための健康・栄養モニタリングシステムの構築(研究代表: 吉池信男)」. 健康増進施策推進・評価のための健康・栄養調査データ活用マニュアル. 平成23年11月.
- 14) 横山徹爾他. 特集:健康日本21 (第二次) 地方計画の推進・評価のための健康・栄養調査の活用. 保健医療科学. 2012; 61(5):387-447.
- 15) 国立保健医療科学院. 【短期研修】健康・栄養調査の企画・運営・評価に関する研修.
http://www.niph.go.jp/entrance/h27/course/short/short_hoken11.html

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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）
（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業）
分担研究報告書

こころの健康・休養に関する研究

研究分担者 伊藤 弘人 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部・部長

研究要旨

休養・こころの健康は、健康に不可欠な要素であり、健康日本 21（第二次）においても6つの目標が設定されている。一般的な生活習慣病等の健康対策の場面ではこれらの目標の適切な活用が望まれる。本研究では、これら目標と、WHO が示す精神保健サービスの組織化の概念、わが国の精神保健サービスの現状の関係を明らかにし、保健対策における指標活用について考察した。

また、休養の目標である睡眠による休息充足と、睡眠時間、その性・年齢・都道府県の分布の関係を検討した。都市部の男女の壮年層において、睡眠時間の確保に対する対策が必要だと考えられた。

今後、ターゲットとなるポピュレーションに対する効果的な啓もう・広報や、これらの地域社会における実証が望まれる。

研究協力者

山之内芳雄 独立行政法人国立精神・神経医療
研究センター 精神保健研究所社
会精神保健研究部

あると思われる。

ここでは、大きな目標からいかに具体的な事業に展開していくか、既存の幅広いデータをどのように活用するか、ハイリスク群を同定して集中的にアプローチをする考え方、労働・教育の部署との連携の必要性とその方法について考えていきたい。

そのために、(1) 6つの目標値の精神保健での位置づけについて、(2) 具体的な例として、睡眠による休養に関する国民生活基礎調査からの検討を行う。

A. 研究目的

こころの健康は、世界保健機関(WHO)の健康の定義にもあるように、人が生き生きと自分らしく生きるための重要な要件であり、生活の質に大きく影響する。また、こころの健康を保つため、十分な睡眠をとるなど休養を日常生活の中に適切に取り入れることは重要である。健康日本 21（第二次）¹においても、こころの健康は社会生活を営むための機能に関連して、休養は食生活や運動と並んで基本的な生活習慣の改善に関連した項目として、6つの大きな目標が定められている。これら目標を見ていくと、個人の努力や工夫によるものだけでなく、地域・社会に向けた取り組みが必要となるものも

B. 研究方法

(1) 6つの目標値の精神保健での位置づけ
健康日本 21（第二次）におけるこころの健康・休養に関する各々の目標値が、精神保健領域のどこに位置づけられているかを明らかにすることは、普及施策を計画し実行する上で必要なことと考える。精神保健領域は、基本的に

は生活習慣病等の保健領域のように、健康←→病気の連続体の中で、一次予防・二次予防がどのポピュレーションに該当するかを考えていくものであるが、独自の考え方や用語がある。全体像の中で、健康日本 21 (第二次) の各目標値がどこに位置づけられ、また施策の方向性はどのようにあるべきかを概観する必要があると考える。

世界保健機関 (WHO) から 2009 年に発行された「Improving Health Systems and Services for Mental Health」²において、社会における精神保健サービスの組織化について図 1 のように提言している。今回わが国の現状を踏まえて、健康日本 21 (第二次) の目標値の図 1 における位置づけを検討する。

(2) 睡眠による休養に関する国民生活基礎調査からの検討

健康日本 21 (第二次) では「睡眠による休養を十分取れていない者の割合の減少」が目標項

目である。それは国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査をデータソースとして目標値が定められている。策定時の現状では、平成 21 年の国民健康・栄養調査で 18.4%であり、これを平成 34 年には 15%とするものとされている。

ここでは、この目標を推進するためにどのポピュレーションに、どのような方策を提示すればよいのかについて、国民生活基礎調査のデータから検討する。睡眠で休養がとれていない者を減らすために、睡眠時間は関係あるのか、ストレスや悩みは関係あるのかについて、平成 25 年国民生活基礎調査により検討する。そして、それを最も訴えるべき集団はどのような属性なのかを検討する。また、方策を実行するためにどのような方向性を持つべきかについて、(1)の検討結果を踏まえて検討する。

なお、(1)(2)とも研究に際し準拠すべき倫理指針はない。また、いかなる利益相反 (COI) もない。

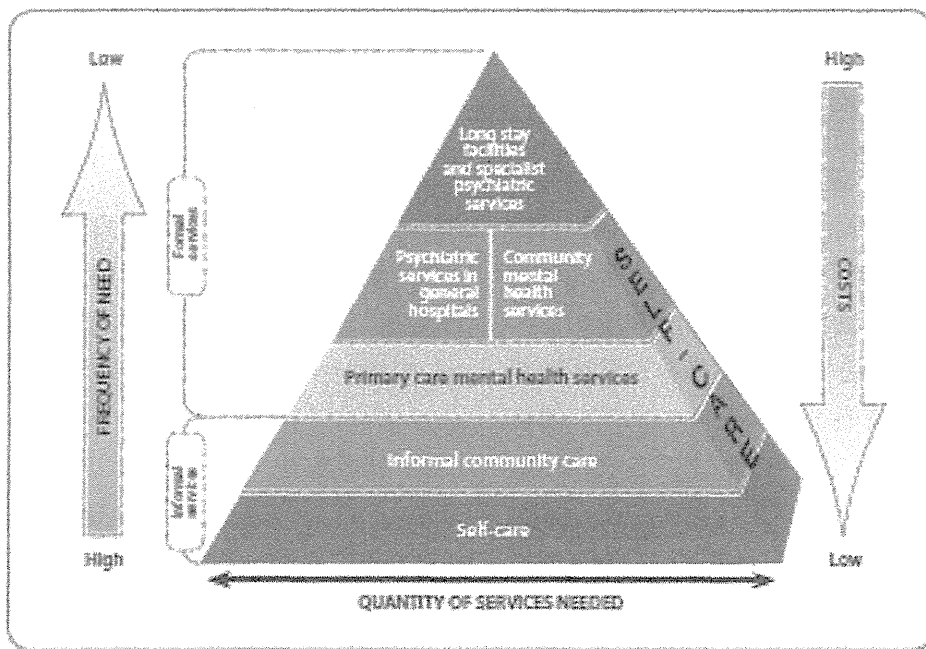


図 1 WHO による精神保健サービスの組織化

C. 研究結果

(1) 6つの目標値の精神保健での位置づけ

WHO が提唱する精神保健サービスの組織化(図1)に関して、その説明の概略と、わが国の現状の精神保健サービス、および健康日本 21(第二次)における目標項目との対照を表1に示した。わが国では医師の自由標榜制やフリーアクセス、また一般総合診療が未成熟である等、医療事情の差異により、初めから精神科医療機関にアクセスされることが多く、WHO が提唱する一般医療の精神医療サービスの一部を、精神科診療所や病院の外来が担っている。しかし、ここでは、精神医療をどの医療機能が担うかということではなく、国民のこころの健康を支えるよりプライマリーな仕組みについて検討したい。

WHO の提言は、精神科に特化した医療体制は限られたものにすべきであり、そのためにはセルフケアから精神保健のプライマリサービスまでを充実すべきであると述べている。わが国でも、厚生労働省の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」において、同じ方向性が示されている。表1にそれぞれの段階における健康日本 21 の目標項目を示した。自殺者の減少に関しては、自殺者の約6割が精神疾患に罹患していたという報告³があるため、専門的な精神医療に関係するという

考え方がある一方で、自殺はセルフケアをはじめとしたすべての段階の最終的な転機とも考えられる。そういった意味では、自殺対策を精神科専門医療だけにゆだねる(たとえば、精神科医療を受けているから大丈夫)のではなく、すべての段階で予防していく観点が必要であろう。

(2) 睡眠による休養に関する国民生活基礎調査からの検討

平成 25 年国民生活基礎調査による公表された集計から、まず国民の休息充足度を知るとともに、どれくらいの睡眠時間で休息充足が得られるのかを見た。

図2-1は、平成 25 年国民生活基礎調査による性・年齢(12 歳以上、15 歳から 5 歳ごと)での休息充足度を示している。男女ともに、壮年層の充足度が低いことがわかる。次に、図2-2には1週間の平均睡眠時間を示した。休息充足度と同じような分布をしており、ここから睡眠時間と休息充足度の関係がわかる。壮年層では、睡眠時間が短く休息充足度も低い一方で、高齢者においては睡眠時間も休息充足度も高いことがわかる。図2-3は、全対象人口での睡眠時間と休息充足度の関係である。睡眠時間6時間を境に、睡眠充足度の、満足と不満足が逆転していた。次に、図2-4に都道府県・指

表1 WHO の精神保健サービスの組織化と、わが国のサービス、健康日本 21(第二次)目標項目との関係

名称	説明	わが国の状況・サービス	健康日本 21 (第二次) 目標項目
セルフケア	自己管理、家族・友人の支え、すべての基礎		・睡眠による休養が取れていない者の減少 ・心理的苦痛を感じている者の減少
非公式な地域でのケア	地域での健康部局が組織しない、メンタルヘルスを目的としない活動。学校、町内会、家族会、非専門家、一般の集まり	町内会、職場、学校	・週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少
精神保健のプライマリサービス	看護師等による、一般的な精神疾患の相談、精神医療の必要性の査定、病者の安定した地域生活	市町村・保健所・精神保健福祉センターの相談、職場メンタルヘルス、学校保健(スクールカウンセラー)	・心理的苦痛を感じている者の減少 ・メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の増加
一般医療における精神医療サービス	救急における精神科対応も含み、精神的対応を一般医療で同じように行えるようにすべき	一般医療での相談・対応	・小児科医・児童精神科医の増加
地域の精神保健サービス	デイケア、リハビリテーション	障害者総合支援法によるサービス提供施設	
精神科専門医による医療	従来の精神科医療機関すべてではなく、治療抵抗性患者や司法精神医療など	精神科医療	
長期間収容施設		精神科病院での長期入院者	