

25. 杉山賢明, 遠又靖丈, 武見ゆかり, 津下一代, 中村正和, 橋本修二, 宮地元彦, 山縣然太郎, 横山徹爾, 辻 一郎.

健康日本21(第二次)に関する健康意識・認知度調査とその推移.

第74回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015年.

---

P-0204-1 健康日本21(第二次)に関する健康意識・認知度調査とその推移

杉山 賢明<sup>1)</sup>、遠又 靖丈<sup>1)</sup>、武見 ゆかり<sup>2)</sup>、津下 一代<sup>3)</sup>、中村 正和<sup>4)</sup>、橋本 修二<sup>5)</sup>、宮地 元彦<sup>6)</sup>、山縣 然太郎<sup>7)</sup>、横山 徹爾<sup>8)</sup>、辻 一郎<sup>1)</sup>

東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野<sup>1)</sup>、女子栄養大学栄養学部<sup>2)</sup>、あいち健康の森健康科学総合センター<sup>3)</sup>、地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター<sup>4)</sup>、藤田保健衛生大学医学部衛生学講座<sup>5)</sup>、医療基盤・健康・栄養研究所健康増進研究部<sup>6)</sup>、山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座<sup>7)</sup>、国立保健医療科学院生涯健康研究部<sup>8)</sup>

【目的】健康日本21(第二次)の推進にあたっては国民の健康意識や認知度をモニタリングする必要がある。そこで、国民全体を対象とした電話調査を平成25、26年に実施し、健康日本21(第二次)に関する健康意識・認知度の経年的な変化を検討した。

【方法】乱数番号法を用いた電話調査により、全国の20歳代から70歳以上の10歳年齢階級別(6階級別)に男女各150名、計1,800名から回答を得た。調査項目は、1)用語の認知度(「健康日本21」、「健康寿命」、「メタボリックシンドローム」、「慢性閉塞性肺疾患」、「ロコモティブシンドローム」、「アクティブガイド」、「WHOのたばこ規制枠組み条約」、「スマートライフプロジェクト」)、2)最近1年間の健診受診歴、3)喫煙状況、4)健康のために望ましいと思う1日野菜摂取量、5)生活習慣病リスクを高める1日飲酒量とした。1)に対する回答は「意味を含めて知っている」、「聞いたことはあるがよく知らない」、「知らない」とし、前二者のいずれかを回答した者の割合を用語の認知度とした。調査期間は兩年ともに10月から11月にかけての土日曜・祝日とした。調査回答の単純集計および性別、年齢階級別、医療・健康事業従事者の該当・非該当別のクロス集計を行った。また、平成25年と26年の比較には $\chi^2$ 乗検定を用いた。

【結果】「健康寿命」、「ロコモティブシンドローム」の認知度は、平成26年でそれぞれ49.3%、35.8%であり、平成25年の同値34.2%、30.2%と比べて有意に高かった。「健康日本21」、「メタボリックシンドローム」、「慢性閉塞性肺疾患」の認知度は、平成26年でそれぞれ13.6%、96.3%、48.6%であり、前年と有意差はなかった。また、平成26年で「1日の望ましい野菜の量」を350g程度と正答できた者の割合は50.1%であり、平成25年の41.6%と比べて有意に高かった。これらは全ての性、年齢階級で同様にみられた。

【結論】「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」に関する認知度は、平成25年よりも平成26年で有意に高かった。

26. 世古留美, 山田宏哉, 川戸美由紀, 橋本修二, 尾島俊之, 遠又靖丈, 辻 一郎.  
健康寿命の指標間の全国値と都道府県分布の比較.  
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.

P-0102-3 健康寿命の指標間の全国値と都道府県分布の比較

世古 留美<sup>1)</sup>、山田 宏哉<sup>2)</sup>、川戸 美由紀<sup>2)</sup>、橋本 修二<sup>2)</sup>、尾島 俊之<sup>3)</sup>、  
遠又 靖丈<sup>4)</sup>、辻 一郎<sup>4)</sup>

藤田保健衛生大学医療科学部看護学科<sup>1)</sup>、藤田保健衛生大学医学部衛生学講座<sup>2)</sup>、  
浜松医科大学健康社会医学講座<sup>3)</sup>、東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野<sup>4)</sup>

【目的】健康日本21（第二次）において、健康寿命の延伸が主要な目標の1つに位置づけられている。その指標として、「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」（以下、平均自立期間）が使われている。ここでは、両指標の不健康割合、全国値と都道府県分布を比較した。

【対象と方法】基礎資料として、平成19年と22年の全国の簡易生命表、都道府県別の性・年齢階級別の死亡率と不健康割合を用いた。不健康割合として、「日常生活に制限のない期間の平均」の「日常生活に制限がある者の割合」は国民生活基礎調査から、平均自立期間の要介護2～5の割合は介護保険の情報から得た。両指標について、19年と22年の0歳の全国と都道府県の値をサリバン法で算定した。

【結果と考察】平成19年と22年の不健康割合をみると、「日常生活に制限がある者の割合」と要介護2～5の割合は大きく異なった。とくに、40～64歳では「日常生活に制限がある者の割合」の7～14%に対して、要介護2～5の割合は1%未満であった。19年と22年の健康寿命の全国値をみると、「日常生活動作が自立している期間の平均」は男性で70.3年と70.4年、女性で73.4年と73.6年に対して、平均自立期間は男性で77.7年と78.2年、女性で82.8年と83.2年であり、両年次とも男性で7年余り、女性で9年余り長かった。19年と22年の健康寿命の都道府県分布をみると、両指標の相関係数は男性で0.56と0.55、女性で0.39と0.17であった。両指標の不健康割合、全国値と都道府県分布にはかなりの違いが見られ、指標の利用にあたって、その違いを考慮することが大切と考えられた。

【謝辞】本研究は平成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）による「健康日本21（第二次）の推進に関する研究」の一環として実施した。

27. Myojin T, Ojima T, Kikuchi K, Okada E, Shibata Y, Nakamura M, Hashimoto S.  
Diseases primarily affecting healthy life expectancy (HLE): Results from the  
Comprehensive Survey of Living Conditions.  
第 25 回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015 年.

## **O5-08**

### **Diseases primarily affecting healthy life expectancy (HLE): Results from the Comprehensive Survey of Living Conditions**

Myojin Tomoya<sup>1,2</sup>, Ojima Toshiyuki<sup>1</sup>, Kikuchi Keiko<sup>1</sup>, Okada Eisaku<sup>1</sup>, Shibata Yosuke<sup>1</sup>, Nakamura Mieko<sup>1</sup>, Hashimoto Shuji<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, Shizuoka, Japan, <sup>2</sup>Department of Hygiene, Fujita Health University School of Medicine, Aichi, Japan

[Background] Healthy life expectancy (HLE) is the average number of years that a person can expect to live healthy. The Health Japan 21 (the second term) drawn up by the Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan set one mode of HLE, "average period of time spent without limitation in daily activities", based on Comprehensive Survey of Living Conditions as the main target index. Many local governments strive to improve HLE, but they don't know how to go about it.

[Objective] The aim of the study is to identify diseases to prioritize to extend HLE.

[Methods] We analyzed the anonymous data of 77,087 subjects aged 12 years old or over from the 2007 "Comprehensive Survey of Living Conditions" collected by the ministry according to the Statistics Act, Article 36. Odds ratios (OR) of no limitation in daily activities and morbidity of various kinds of diseases receiving regular medical treatment were calculated adjusting for age and sex using logistic regression analyses. Moreover, population attributable fractions (PAF) were also calculated. It should be noted that the results are not official statistics but our research data.

[Results] The following diseases showed high PAF: lower back pain (PAF=11.2%, OR=2.01, P<0.001), joint disease (PAF=7.7%, OR=2.83, P<0.001), depression and other mental disease (PAF=5.9%, OR=4.18, P<0.001), stroke (PAF=4.5%, OR=3.21, P<0.001), angina pectoris or myocardial infarction (PAF=3.3%, OR=1.80, P<0.001), kidney disease (PAF=2.8%, OR=3.00, P<0.001) and diabetes mellitus (PAF=2.0%, OR=1.21, P<0.001).

[Discussion] The results indicate that orthopedic diseases and mental illnesses were the leading causes of limitation in daily activities. Several limitations including unadjusted confounder, potential reverse causation, and overlap of risks should be kept in mind. Leading causes of mortality should be also considered.

[Conclusion] Reducing residents' incidence of orthopedic disease and mental disease may extend HLE.

28. Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I.

The effects of interaction between maternal smoking and socioeconomic status on birth weight in Japan.

The 48<sup>th</sup> Annual SER Meeting (Society for Epidemiologic Research), Denver, Colorado, 2015.

**EFFECTS OF INTERACTION BETWEEN MATERNAL SMOKING AND SOCIOECONOMIC STATUS ON BIRTH WEIGHT IN JAPAN.**

Kohta Suzuki\*, Zentaro Yamagata, Ichiro Tsuji (University of Yamanashi)

Maternal smoking during pregnancy is associated with low birth weight. Moreover, recent studies have suggested that socioeconomic status (SES) may be associated with birth weight. However, few have examined the effect of the interaction of these factors on birth weight. We aimed to clarify the effects of this interaction using data from the results of 2 large national birth cohort studies in Japan. Data from the studies were linked with those from the vital statistics records of birth registration. Participants in the first and second studies were children born in 2001 (2001 cohort: n=47,015) and 2010 (2010 cohort: n=38,554), respectively. Of these, we analyzed 46,039 and 37,831 singleton babies born in 2001 and 2010, respectively. We conducted a multiple linear regression analysis to examine the association between maternal smoking and birth weight after controlling for sex of the children, parity, nationality of parents, and maternal age group. We compared the adjusted mean birth weight of children born to smoking and non-smoking mothers using the least square means method stratified by SES variables such as household income and maternal and paternal education. In the 2001 cohort, the difference in birth weights of children born to non-smoking and smoking mothers was smaller in the highest income quartile group (15.8 g) than that in the lowest income quartile group (59.4 g). The same trend was observed when the highest (16.7 g) and lowest (45.4 g) paternal education groups were compared. However, in the 2010 cohort, the difference in birth weights of children was only observed between the highest (16.8 g) and the lowest (68.7 g) paternal education groups. In conclusion, although some SES indicators modified the effect of maternal smoking on birth weight, this effect may differ depending on the time. However, our results suggest that the effects of unfavorable environment on infants may be more pronounced in communities with a lower SES.

29. 松下まどか, 村本あき子, 津下一代.

特定健診・特定保健指導(積極的支援)の効果に関するシステマティック・レビューおよびメタ解析.  
第56回日本人間ドック学会学術大会, 横浜, 2015年.

## P-2-25

### 特定健診・特定保健指導(積極的支援)の効果に関するシステマティック・レビュー及びメタ解析

あいち健康の森 健康科学総合センター

○<sup>まつしな まどか</sup>松下まどか 村本あき子 津下 一代

【目的】積極的支援の効果を検証した文献を、システマティック・レビュー及びメタ解析し、その統合効果と今後の検討課題を探求する。

【方法】文献検索には医学中央雑誌及びPubMedを使用し、キーワードは各々特定健診又は特定保健指導、specific health check-ups OR specific health guidanceとした。該当文献を検索基準に従って選定し、レビューした。また、対照者設定のある文献は、研究デザインを評価し、介入前後の検査項目の変化量をメタ解析した。異質性の検定は<sup>2</sup>I<sup>2</sup>統計量を使用し、50%以上を異質性が高いと判定し、変量効果モデルを採用した。

【結果】レビューの結果16文献が該当、質的研究では対象者特性や支援法について報告がみられた。また、介入効果の研究では、積極的支援により多くの検査項目で有意な改善が報告された。対照者設定のある4文献の対象者は国保2件、職域1件で、介入法や対照者設定は研究間で異なっていた。研究デザインは、何れのバイアスも高リスクであった。メタ解析の結果、介入群は対照群に比較し、体重変化 $-1.53(95\%CI:-2.05, -1.00)$ 、HDLコレステロール変化 $+0.83(0.27, 1.38)$ 、HbA1c変化 $-0.06(-0.09, -0.02)$ と有意に改善、血圧と中性脂肪の変化量は、良好であったが有意差は無かった。また、異質性は体重変化で高度であった。

【考察】レビューより、対照者を設定した介入効果についての検討は少なく、特に職域において今後の検討課題である。メタ解析の結果、介入により、体重、HDLコレステロール、HbA1cの改善が得られたが、血圧・中性脂肪は有意差を認めなかった。原因として、対照群も健康意識の高い集団であり、検査項目が改善していた等が考えられた。体重変化の異質性は、対象者や介入法、対照者設定等の違いが挙げられた。

【結語】メタ解析より積極的支援は、体重、脂質代謝、糖代謝の改善に有効である。今後はマッチング等工夫した対照群を設定した介入研究が求められる。

30. 松下まどか, 加藤綾子, 村本あき子, 津下一代.  
特定健診問診票による生活習慣変化と体重減少の関連.  
第36回日本肥満学会, 名古屋, 2015年.

**O-003**

**特定保健指導が3年後までの服薬率・検査値に及ぼす影響 ～初年度検査値レベルによる分類～**

あいち健康の森健康科学総合センター

○村本 あき子, 松下 まどか, 加藤 綾子, 津下 一代

【目的】 特定保健指導が3年後までの服薬状況、臨床検査値に及ぼす影響を調査すること

【対象】 4年連続健診を受診した40～59歳男性のうち、初年度健診で積極的支援レベルに該当かつ服薬（血圧、脂質、血糖）がなく、ハイリスク値（SBP  $\geq$  160mmHg, DBP  $\geq$  100mmHg, FPG  $\geq$  140mg/dl, HbA1c  $\geq$  7.0%）保有者を除いた3,205例。

【方法】 対象者を初年度健診結果により、血圧・脂質・血糖各々について受診勧奨判定値未満と以上に分類した。3年間で1回以上の積極的支援実施群（実施群）と未実施群に分類し、3年後までの服薬率、検査値推移を比較した。

【結果】 受診勧奨判定値以上保有者では、1年後～3年後の服薬率は実施群で有意に低かった。3年後に、実施群では未実施群と比較して、受診勧奨判定値未満者のDBP、TG、受診勧奨判定値以上者のDBPが高値、HDL-Cが低値であったが、FPG、HbA1cは有意に良好であった。

【結論】 積極的支援により3年後までの服薬率に抑制が見られた。特に糖代謝に関する受診勧奨判定値保有者に保健指導を実施することは、検査値改善にも有効であると考えられた。

31. 村本あき子, 松下まどか, 加藤綾子, 津下一代.

特定保健指導が3年後までの服薬率・検査値に及ぼす影響～初年度検査値レベルによる分類～.  
第36回日本肥満学会, 名古屋, 2015年.

## O-002 特定健診問診票による生活習慣変化と体重減少の関連

あいち健康の森健康科学総合センター

○松下 まどか、加藤 綾子、村本 あき子、津下 一代

【目的】 特定健診問診票による生活習慣変化の体重変化に及ぼす影響を検討。

【対象】 2008年～2009年に積極的支援を受けた40～64歳男性5978名。

【方法】 問診票の生活習慣関連10項目の支援後変化に基づき改善無し群（1群）、悪化群（2群）、改善群（3群）、良好群（4群）に分類、(1) 体重変化量の平均値を一元配置分散分析による4群間の比較、(2) 3%体重減少達成者割合の4群間比較をカイ2乗検定にて施行。

【結果】

(1) 飲酒量・飲酒頻度・夕食後の間食・朝食抜きは3、4群で1群に比較し、運動習慣・歩行速度・身体活動・食速度は3群が1群に比較し有意に体重が減少した。喫煙習慣のみ3群は他群に比較し有意に体重減少が少なかった。

(2) 朝食抜き・飲酒頻度は4群で、運動・歩行速度・身体活動・食速度は3群で有意に3%体重減少達成者が多かった。喫煙のみ3群は3%体重減少達成者が少なかった。

【結論】 問診票による生活習慣改善は喫煙習慣以外、体重減少を良好に反映した。食速度と運動関連項目は改善群で有意に3%体重減少達成者が多く、保健指導の目標設定に有用な結果と考える。

32. 大竹麻未, 村本あき子, 加藤綾子, 津下一代. xa

若年肥満男性を対象とした生活習慣介入効果: 運動・食習慣変化とメタボ関連検査値との関連.  
第36回日本肥満学会, 名古屋, 2015年.

O-026

若年肥満男性を対象とした生活習慣介入効果  
～運動・食習慣変化とメタボ関連検査値との関連～

あいち健康の森 健康科学総合センター

○大竹 麻未、村本 あき子、加藤 綾子、津下 一代

【目的】若年肥満男性において保健指導による生活習慣改善が検査値に及ぼす効果について検討する。【対象】BMI25以上の20-30歳代職域男性169名。【方法】初回検査時に保健指導を実施したのち行動目標を設定し、4か月後に再度検査を実施。生活習慣は食事記録、問診により把握。1) 検査値前後比較、2) 身体活動量、摂取エネルギー量の変化により4群に分類(1群: 運動・食事改善、2群: 運動のみ改善、3群: 食事のみ改善、4群: 運動および食事非改善)し、検査値の変化量を群間比較。【結果】1) 体重 $2.5 \pm 3.6$ kg、WCは $3.3 \pm 3.7$ cm減少し、TG、HDL-C、LDL-C、AST、ALT、 $\gamma$ GTP、HbA1c、VFA、SFAが有意に改善した。2) 体重減少率は1群: 5.2%、2群: 2.2%、3群: 3.2%、4群: 1.5%あり、1群と2、3群の間に有意差を認めた。WCは1群と他の3群間に有意な差が、VFAは1群と3、4群の間に有意差があったが、SFAは1群と4群のみに差がみられた。【結論】食事のみ、運動のみの改善でもVFAの減少がみられ、脂質、肝機能、血糖が有意に改善した。



33. 中村 誉, 村本あき子, 津下一代.

カリモク健康保険組合におけるデータヘルス計画の取り組み.

第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.

P-0313-4 カリモク健康保険組合におけるデータヘルス計画の取組み

中村 誉<sup>1,2)</sup>, 村本 あき子<sup>2)</sup>, 津下 一代<sup>2)</sup>

愛知県健康づくり振興事業団健康支援事業室<sup>1)</sup>, あいち健康の森健康科学総合センター<sup>2)</sup>

【目的】マンパワー不足や専門家不在等の課題があり、PDCA を回す保健事業を行えていなかった保険者に対し、データヘルス計画策定の機会を利用し「身の丈にあった保健事業」を展開する手法を検討した。

【方法】1. レセプト分析：心血管疾患の年齢別有病者数、医療費分析。2. 特定健診データ分析：性・年齢別有所見率、喫煙率、事業所別分析、重症化リスクで集団を階層化。3. 保健事業分析：保健事業の現状を整理した。4. 分析結果から a. キックオフセミナー、b. 重症化予防面談、c. 体重コントロールセミナー、d. 卒煙セミナーを計画・実施した。

【結果】1. 心血管疾患は40～50代からの発症があった。総医療費では男女共通して新生物、内分泌系、呼吸器系が上位を占め、一人当たり医療費では年齢調整しても事業所ごとの差がみられた。2. BMI は愛知県平均に比べ低い傾向にあったが、45～49歳で肥満が増加傾向にあった。喫煙率は男性40～49歳で46.6% (愛知県32.0%)、事業所別では最大60%の所もみられた。重症化リスクが高い1群が102名 (7.5%)、さらに緊急を要する2群が24名 (1.8%) みられた。3. 特定保健指導は平成20年度から毎年24名実施しているが、県外在住者、被扶養者への実施率が低く、重症化リスク者には勧奨通知を送るのみであった。4. a. キックオフセミナー：109名が参加し、健保と会社の連携を「積極的に進めたい」、「進めたい」と9割が回答。b. 重症化予防面談：県内および県外のリスクを持つ未治療者 (23名) に対して、医療機関へ促し生活改善目標を立てた。治療中の者 (39名) は医療機関の指示・経過を確認し、生活改善目標を立てた。c. 体重コントロールセミナー：食事体験型実習を実施し、73.9%が「大変ためになった」と回答。78.3%が生活改善を「今日から実践する」と答えた。d. 卒煙セミナー：参加者95名中「禁煙しなくても良い」、「したいが難しい」計66名 (69.5%) が、参加後41名 (43.2%) に減少。「禁煙したい」が24名⇒49名 (51.5%) に増加。

【結論】データ分析により具体的な課題が明らかとなり、キックオフセミナー実施で健保・会社一体となった事業推進につながった。今後各事業による継続的な生活習慣変化や健診データの分析・評価を行い、PDCA を回した事業を展開していく。

## シンポジウム2 特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題。 第24回日本健康教育学会学術大会、前橋、2015年。

どの社会的ハイリスク層への特別な対策を併せて検討する必要がある。具体的には、どのような対策が実施可能か？ 期待される効果はどの程度か？

以上述べた本制度に関わる課題や疑問の解決なしには、制度が目指した所期の目的は達成されない。健康教育とヘルスプロモーションの研究と実践の推進を目指す本学会として、制度改革に向けた具体的な政策提言が期待されている。

### 【略歴】

1980年 自治医科大学卒業、大阪府就職  
1999年 (財)大阪がん予防検診センター調査部長  
2001年 大阪府立健康科学センター健康生活推進部長  
2012年 大阪がん・循環器病予防センター推進部長  
2015年 現職  
労働衛生コンサルタント、日本公衆衛生学会認定専門家、日本人間ドック学会認定医。研究テーマはたばこ対策と生活習慣病予防対策。公職として厚生科学審議会専門委員等。

### 1. 現行の特定保健指導の効果やインパクトの評価

特定保健指導の効果(検査値の改善や医療費の低減)を前述したように厚生労働省のワーキンググループが検証しているが、評価方法として適切か？ 適切でないとするれば、どこに問題があり、本来どのような評価をするべきか？

特定保健指導の効果があると仮定しても、現行の低い実施率を考えると、どの程度の社会的なインパクト(検査値や疾病リスクの改善、医療費の低減)が期待できるのか？ 本事業のインパクトを大きくするためには、どのような方法が必要か？

### 2. 非メタボのハイリスク者や喫煙者への保健指導の義務化

第二期の改正において、非メタボのハイリスク者や喫煙者への保健指導を強化する方針が示されたが、特定保健指導としての扱いにはならず、保険者にとっては努力義務にとどまっている。第三期にむけて、これらのハイリスク者に対する保健指導を特定保健指導として保険者に義務付けることが必要である。その実現にあたっての問題点や解決すべき課題は何か？ その課題解決の方法は？ もし実施した場合にどの程度のインパクトが期待できるのか？

### 3. ポピュレーション対策や社会的ハイリスク層への対策の検討

一般的に保健指導は事業の性格上、健康への関心が高い層を対象とするため、健康格差を広げる方向に働く可能性がある。健康日本21(第二次)において重点課題とされている健康格差の是正・縮小にむけて、保健指導だけでなく、抜本的なポピュレーション対策と、低所得者な

## 【シンポジウム 2】

### 特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題

○中村正和 (公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター長)

#### 【はじめに】

平成20年度から糖尿病等の生活習慣病有病者や予備群の減少による医療費適正化を目的に、特定健康診査・特定保健指導制度が始まった。本制度の意義をあげるとすれば、保健指導が「高齢者の医療の確保に関する法律」の下で保険者が取り組むべき保健事業として義務化されたことである。また、メタボに関わる健康関連産業の影響もあり、メディア等でメタボが取り上げられ、メタボが広く認知され、国民的関心と呼んだことは、成果の1つといえる。

しかし、本制度導入にあたり、制度設計上の問題がいくつか指摘されてきた。その改善をむけて努力がされてきているものの、抜本的な制度上の変更はまだ反映されておらず、課題として残っている。その主なものとして、メタボに偏った保健指導、腹囲の基準の妥当性や腹囲を必須とした特定保健指導の階層化、ポイント制の導入に伴う保健指導の画一化や硬直化、治療中の患者に対する保健指導推進のための制度の欠如、などがあげられる。

本発表では、制度がスタートして7年が経過した現時点において、本制度の現状を踏まえ、ヘルスプロモーションの観点から課題を整理し、制度の改善にむけた学会としての政策提言につなげたい。

#### 【本制度の現状】

平成24年度の実施状況を見ると、特定健診の実施率は46.2%、特定保健指導の実施率は16.4%と、年々増加傾向にあるものの、初年度に比べ

それぞれ7%、9%の増加にとどまっている。なかでも特定保健指導の実施率は今なお低率にとどまっている。

本制度は医療費適正化計画と密接に関係しており、特定健診・特定保健指導の実施率やメタボ該当者や予備群の減少率は、都道府県において達成すべき目標として位置づけられている。本制度の効果については、厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証ワーキンググループ」が検証を行い、これまで2回にわたる中間報告(2014年6月と同年11月)が示されている。それによると、特定保健指導終了者では、保健指導前後で腹囲や体重、血圧などの検査値が改善するとともに、メタボや保健指導レベルも改善したことが報告されている。また、特定保健指導終了者では、不参加者に比べて、指導を受けた翌年度の医療費(高血圧症、脂質異常症、糖尿病の3疾患の1人あたりの入院外医療費)が低いことが報告されている。報告書ではそれぞれの評価のデザイン上の問題を述べ、断定的な結論を下していないものの、検査値の改善や医療費の適正化に一定の効果があったとまとめている。

#### 【本制度の課題】

ヘルスプロモーションの観点から本制度の制度設計や効果検証の内容を検討すると、以下のような課題や疑問が浮かび上がる。

35. 中村正和, 仲下祐美子, 増居志津子.

たばこ使用者を対象にしたインターネット調査結果の国際比較.

第74回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015年.

P-0401-9 たばこ使用者を対象にしたインターネット調査結果の国際比較

中村 正和<sup>1)</sup>、仲下 祐美子<sup>2)</sup>、増居 志津子<sup>1)</sup>

公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター<sup>1)</sup>、千里金蘭大学看護学部<sup>2)</sup>

目的：本研究の目的は、たばこ使用者のたばこの健康影響に関する知識・信念、たばこ規制に対する意識や規制から受けているインパクト、電子たばこを含むたばこ製品の使用実態について把握し、今後、日本が取り組むべきたばこ規制の課題を検討することにある。

方法：2014年10月-11月にかけて、全国のたばこ使用者2000人を対象にたばこの健康影響に関する認識、たばこ規制（受動喫煙防止、たばこ価格政策、たばこの警告表示）に対する意識や規制から受けているインパクト、電子たばこを含むたばこ製品の使用実態についてインターネット調査を行った。諸外国の調査結果との比較は、2004年から2013年に17-21カ国で実施されたITCプロジェクトの調査結果（2012年、2014年）を用いた。たばこ規制の進展度の評価はWHOによるMPOWER報告（2013年）を用いた。

結果：たばこの健康影響に関する知識・信念については、能動喫煙と脳卒中、受動喫煙と心筋梗塞、肺がんの関係について、「いいえ」もしくは「わからない」と回答した割合は51-57%であった。受動喫煙については、過去1ヵ月以内に職場で、過去6ヵ月以内にレストラン・喫茶店、居酒屋・バーで喫煙している人がいたと回答した割合は、それぞれ54%、66%、83%であった。これらの場所を屋内全面禁煙にすべきであることに賛成した割合は、6-14%と低かった。たばこ価格政策については、たばこ代に費やすお金が原因で生活費が圧迫されたことがあったと回答した割合は11%であった。たばこの警告表示については、警告表示をきっかけに健康への害を考えることが「大いにある」と回答した割合は3%にすぎなかった。電子たばこの使用実態については、たばこ使用者の3%が使用し、その9割は紙巻きたばこ等との併用であり、男女ともに20-30歳代で使用割合が高い傾向がみられた。諸外国との比較では、たばこ規制が進んでいる国だけでなく、同程度の規制の国と比べても、たばこの健康影響に関して認識が不十分で、かつたばこ規制に対する意識が低く、取り組みから受けているインパクトも小さいことが確認された。

結論：たばこ規制の国別評価はWHOによって定期的実施されているが、たばこ使用者を対象とした調査結果からも日本のたばこ規制の遅れが確認された。

36. 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 田中英夫, 谷口千枝.

eラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価.  
第74回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015年.

**P-0401-11 eラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価**

増居 志津子<sup>1)</sup>、飯田 真美<sup>2)</sup>、田中 英夫<sup>3)</sup>、谷口 千枝<sup>4)</sup>

公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター<sup>1)</sup>、岐阜県総合医療センター<sup>2)</sup>、愛知県がんセンター研究所<sup>3)</sup>、椋山女学園大学看護学部<sup>4)</sup>

【目的】日本禁煙推進医師歯科医師連盟では、eラーニングを活用した禁煙治療・支援のためのトレーニングプログラムを開発し、それを用いた指導者トレーニングを2010年から2014年度にかけて実施してきた。本研究では、これまでの実施状況をまとめるとともに、その効果を検討する事を目的とした。

【方法】トレーニングの申込者は、治療版1868名、治療導入版397名、支援版960名の計3225名であった。申込者のうち、受講に必要なアンケートの回答等の手続きを行った者（受講者）は、治療版1491名、治療導入版328名、支援版854名の計2673名であった。本研究では、受講者2673名のうち、学習期間内に所定の全プログラムを修了した者（修了者）1869名を対象に学習前と学習直後の比較により、その効果を調べた。

【結果】修了率（修了者／受講者）は、治療版67%、治療導入版77%、支援版73%、計70%であった。知識（治療版20項目、治療導入版と支援版10項目）のスコアは、全てのスコアが学習後に有意に上昇した。態度（6項目）のスコアは、3コースとも学習後に有意に好ましい方向に変化した。動機の高い喫煙者と低い喫煙者に対して禁煙の働きかけを行う自信（治療版14項目、治療導入版8項目、支援版12項目）のスコアは、全て有意に上昇した。日常診療や業務の中での禁煙支援に関する行動（5項目）については、治療導入版では3項目、治療版と支援版ではそれぞれ2項目においてトレーニング後に望ましい方向に有意な上昇がみられた。特に事前のスコアが低かった項目（治療導入版の禁煙のアドバイス・禁煙する気持ちの確認、支援版の禁煙のアドバイス・やめたい喫煙者への時間をかけた支援）については、事後でスコアが有意に上昇した。

【結論】トレーニングの結果、3コースとも知識、態度、自信について全ての項目で学習後にスコアが有意に上昇し、学習の効果が認められた。行動については、一部の項目で効果がみられただけであった。今後は、行動面への影響がさらに高まるよう、eラーニングだけではなく、現場での実践につながる計画づくりや実行に移すにあたっての問題点の検討などを取り入れたワークショップ形式による集合型のトレーニングと組み合わせて研修内容の充実を図りたいと考えている。

37. 中村正和.

シンポジウム I NCD におけるたばこ対策の重要性.

第9回日本禁煙学会学術総会, 熊本, 2015 年.

シンポジウム I S1-3 タバコとNCD (noncommunicable disease)

## NCD におけるたばこ対策の重要性

なか むら まさ かず  
中 村 正 和

公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター長

喫煙は、WHOが進めているNCD対策において、対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病の全てに共通したリスク要因である。たばこ規制・対策の推進は、NCDの発症や死亡を短期間に減少させることにつながるものが諸外国での経験から明らかにされており、たばこ対策を国際的に推進するたばこ規制枠組条約は、NCD対策のモデルとして位置づけられている。

喫煙は今なお日本人の死亡に関わる最大のリスク要因である。受動喫煙も含めて年間約14万人の尊い命が失われている。わが国では、第1次健康日本21以降、2003年の健康増進法の施行に始まり、たばこ規制・対策がより積極的に実施されるようになった。近年男女とも喫煙率が減少傾向にあるが、国際的にはわが国のたばこ規制・対策は法的規制の面での遅れがみられる。経済格差に伴い健康格差の拡大が問題になっているが、喫煙についても、所得や保険の種類により喫煙率の格差があることが報告されている。喫煙率の格差の縮小も含めて、たばこの消費量や喫煙率を効果的に減少させるためには、わが国が批准しているWHOのたばこ規制枠組条約に基づいた環境整備が必要となる。

健康日本21の第2次計画では、第1次の未成年者の喫煙防止の目標に加え、「成人喫煙率の減少」と「受動喫煙防止」の数値目標、「妊娠中の喫煙をなくす」という目標が新たに盛り込まれた。目標に喫煙率の低下が選ばれた理由は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策だからである。特に、成人の喫煙率の低下は、喫煙関連疾患の発症や死亡、関連医療費を比較的短期的に減少させる効果が期待できる。成人喫煙率12%達成により、10年間に9,100人のがん死亡、循環器5,000人の死亡を回避できる（もし2022年度までに喫煙率を0%にできた場合、その数はそれぞれ60,400人、33,500人となる）。喫煙関連疾患の生涯医療費削減額は、7.9兆円の削減が見込める。

本発表では、NCDと喫煙の関連性について最新のエビデンスも含めて述べるとともに、発表者が研究代表者を務めている厚労科研の最近の研究成果を踏まえて、主な政策について、今後の規制強化の方向性について述べる。

38. 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 大島 明, 加藤正隆, 川合厚子, 田中英夫, 谷口千枝, 野村英樹.

eラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価.

第 25 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会, 沖縄, 2016 年.

第 25 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会 (発表予定)

**P-204 eラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価**

増居志津子<sup>1</sup>、中村正和<sup>1</sup>、飯田真美<sup>2</sup>、大島明<sup>3</sup>、加藤正隆<sup>4</sup>、川合厚子<sup>5</sup>、田中英夫<sup>6</sup>、谷口千枝<sup>7</sup>、野村英樹<sup>8</sup>

1 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター、2 岐阜県総合医療センター、3 大阪府立成人病センターがん予防情報センター、4 医療法人かとうクリニック 5 社会医療法人光徳会トータルヘルスクリニック、6 愛知県がんセンター研究所、7 椋山女学園大学看護学部、8 杏林大学医学部

【目的】日本禁煙推進医師歯科医師連盟では、eラーニングを活用した禁煙治療・支援のためのトレーニングプログラムを開発し、それを用いた指導者トレーニングを2010年から2014年度にかけて実施してきた。本研究では、これまでの実施状況をまとめるとともに、その効果を検討することを目的とした。

【方法】トレーニングの受講者は、治療版1491名、治療導入版328名、支援版854名の計2673名であった。本研究では、受講者2673名のうち、学習期間内に所定の全プログラムを修了した者(修了者)1869名を対象に学習前と学習直後の比較により、その効果を調べた。

【結果】修了率(修了者/受講者)は、治療版67%、治療導入版77%、支援版73%であった。知識のスコア(治療版20項目、治療導入版と支援版10項目)は、全てのスコアが学習後に有意に上昇した。態度のスコア(6項目)は、3コースとも学習後に有意に好ましい方向に変化した。動機の高い喫煙者と低い喫煙者に対して禁煙の働きかけを行う自信のスコア(治療版14項目、治療導入版8項目、支援版12項目)は、全て有意に上昇した。日常診療や業務の中での禁煙支援に関する行動(5項目)については、治療導入版では3項目、治療版と支援版ではそれぞれ2項目においてトレーニング後に望ましい方向に有意な上昇がみられた。また、受講者の学習前の各評価指標の格差がeラーニングによって縮小するかを調べたところ、3コースとも全ての指標において格差の縮小がみられた。

【結論】トレーニングの結果、3コースとも知識、態度、自信について全ての項目で学習後にスコアが有意に上昇し、学習の効果が認められた。今後は、行動面への効果が高まるよう現場での実践につながる計画づくりや実践にあたっての問題点の検討などを取り入れたワークショップと組み合わせて研修内容の充実を図りたい。

### 39. 武見ゆかり.

「健康な食事」の教育・普及：ポピュレーション戦略とその評価。

第 62 回日本栄養改善学会学術総会, 福岡, 2015 年.

特別リレー講演

2015/9/24 (木) 15:20~17:30 A会場 (福岡国際会議場 3階 メインホール)

「健康な食事の連携と展開～健康な食事を普及させるための実践栄養と諸科学の連携～」

## 「健康な食事」の教育・普及：ポピュレーション戦略とその評価

女子栄養大学栄養学部 教授 武見 ゆかり

厚生労働省の「日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方検討会」の目的は、国民や社会の「健康な食事」についての理解を深め、誰もが「健康な食事」にアクセスしやすい環境整備を促進することにあった。そのために、多側面から「健康な食事」のとらえ方を検討し、目安(基準)を策定し、それを具体的な食事(商品)を通して普及するためのマークの決定などの議論を進めてきた。

平成26年10月に検討会報告書が発表された後、いろいろな立場からの意見をふまえ、調整が続けられた。これらの経過を通して、改めて、基準策定のための科学的根拠の不足や、制度設計の難しさなどの問題を突き付けられたことは、今後の栄養施策や栄養改善活動を考える上で大いなる教訓となった。

一方、仮に、基準やマークが予定通り決定し推進されることになっていたら、次に、その実践に関わる者が直面した課題の1つは、社会への普及とその評価であっただろう。本報告では、「健康な食事」のポピュレーション戦略とその評価について述べたい。

### 1. 表層的なポピュレーションアプローチの限界

ポピュレーションアプローチの重要性を提唱したジェフリー・ローズは、「集団全体を対象とするアプローチ法は、表層的なレベルでも、より根本的なレベルでも実施できる。単純に人々を納得させて行動変容に向かわせる目的で健康教育がおこなわれているとき、健康教育は単に表層的なアプローチを行っていることになる」(ジェフリー・ローズ著『予防医学のストラテジー』医学書院1998)と述べている。多数に対する均一な情報提供に意味がないとは言わないが、それだけでは人々の行動変容にはつながりにくく、また、根本的なレベルでのポピュレーションアプローチにはならない。この点に、ポピュレーションアプローチの難しさがある。

### 2. ソーシャルマーケティングや行動経済学の活用

そこで、低関心層も含めた集団全体への普及と行動変容をめざし、根本的なレベルでのポピュレーションアプローチを行うには、ソーシャルマーケティングや行動経済学の視点を積極的に取り込む必要がある。

ソーシャルマーケティングの目的は、提供する Product と、その採用に伴う Price (コスト、努力、時間など)の交換による、対象者の自発的行動変容にある。Product には、「生活習慣病その他の健康増進を目的として提供する食事」の目安そのものや、その目安に基づいて製造・提要される食事(商品)などが該当する。それらを社会に普及する際には、誰を Product の初期採用者にするか集団全体への波及につながるのかというイノベーション普及理論をふまえ、対象とするターゲット層の細分化とその特徴の明確化が必要である。また、Product による“具体的なメリット”の提示が重要であり、食事においては、美味しさや食欲をそそる外観、食べた後の満足感などがある。

一方、Product の採用において、人は必ずしも「健康によいから」といった理性的、認知的判断に基づいて採択を意志決定するわけではなく、もっと単純に、直感的な意思決定が行われていることも多い。前者をシステムⅡ、後者をシステムⅠといい、システムⅠに訴えるような情報や商品の提供が、低関心層の巻込みにおいては重要となる。行動経済学のような考え方をポピュレーションアプローチにも活用すべきである。

### 3. ポピュレーションアプローチの評価の枠組み

ポピュレーションアプローチの評価では、個人を対象とした介入研究の評価とは異なり、介入が到達した個人レベルの有効性の評価に留まらず、社会的インパクトの評価を行う必要がある。その評価の枠組みとして、RE-AIMモデルが提唱され、既に海外では外食やスーパーマーケットの食環境介入の評価に用いられている。その構成要素は、対象集団における到達度 (Reach)、有効性 (Effect)、採用度 (Adoption)、介入の実施精度 (Implementation)、介入後の維持度 (Maintenance) である。わが国においても、こうした枠組みを取り入れた普及戦略を検討し、PDCAサイクルに基づく実践の中から、次の実践につながる科学的根拠を生み出すことが望まれる。

### (3) 報道・その他



[報道・その他]

1. 健康寿命 浜松 1 位 「生活に支障ない期間」 20 都市集計.  
朝日新聞朝刊, 2014 年 5 月 27 日.
2. 「健康寿命」延びれば 2 ～ 5 兆円節減.  
朝日新聞朝刊, 2014 年 12 月 28 日.
3. 日本人の昨年平均寿命 最高を更新.  
日本経済新聞, 2015 年 7 月 31 日.
4. 辻 一郎 (抄録なし)  
日本健康会議が目指すもの.  
日本健康会議 (キーノートスピーチ), 東京, 2015 年.
5. 蒲郡市. 市全体の行動変容にむけたアプローチ～蒲郡市 体重測定 100 日チャレンジ! めざせ 1 万人! ～ . データヘルス見本市, <http://www.swc-kyogikai.jp/topics/>
6. 蒲郡市. 第 4 回健康寿命をのばそう! アワード. 受賞プロジェクト事例のご紹介,  
[http://www.smartlife.go.jp/award\\_winner\\_04/](http://www.smartlife.go.jp/award_winner_04/)

1. 健康寿命 浜松1位「生活に支障ない期間」20都市集計。  
朝日新聞朝刊, 2014年5月27日。

■20都市別の健康寿命 (歳)

	男性	女性
札幌市	69.55	73.18
仙台市	70.42	74.42
さいたま市	71.50	73.92
千葉市	71.93	73.06
東京都区部	69.71	73.13
横浜市	70.93	74.14
川崎市	69.29	73.06
相模原市	71.43	73.68
新潟市	69.47	73.59
静岡市	71.28	74.63
浜松市	72.98	75.94
名古屋市	70.48	73.68
京都市	70.14	74.34
大阪市	68.15	72.12
堺市	69.55	71.86
神戸市	70.10	73.33
岡山市	69.01	72.71
広島市	70.01	72.23
北九州市	68.46	72.20
福岡市	70.38	71.93
全国	70.42	73.62

# 健康寿命 浜松1位

## 「生活に支障ない期間」20都市集計

「健康寿命」の20大都市別データを厚生労働省研究班(主任研究者=橋本修二・藤田保健衛生大教授)がまとめた。2010年時点で最も長いのは男女とも浜松市で、最も短いのは男性が大阪市、女性は堺市だった。これまでは都道府県別しかなかった。

健康寿命は、生活に支障なく過ごせる期間の平均を示している。75万人を抽出した厚労省の国民生活基礎調査で、「健康上の問題で日常生活に影響がない」と答えた人の割合から計算する。厚労省は、平均寿命(10年は男性79・55歳、女性86・3歳)との差を縮めることを目指している。

研究班が集計した20大都市別データによると、健康寿命が1位の浜松市は男性72・98歳、女性75・94歳。20番目は大阪市の男性68・15歳、堺市の女性71・86歳だった。都道府県別のトップは、男性が愛知の71・74歳、女性が静岡の75・32歳。都市別では健康寿命の最長と最短の差が男性では4・83歳あり、都道府県別の2・79歳より大きかった。

研究班の辻一郎・東北大教授(公衆衛生学)は「都道府県別では、浜松市のある静岡県など健康寿命が長いところは就業率が高く、喫煙率は低い傾向があった」と話す。(辻外記子)

2. 「健康寿命」延びれば2～5兆円節減。  
朝日新聞朝刊, 2014年12月28日.

## 「健康寿命」延びれば2～5兆円節減

健康状態に問題がなく自立して暮らすことができる期間を示す健康寿命を長くして、介護が必要な人を減らすと、10年間に5兆～2兆円程度の医療・介護費用が節減できる。こんな推計を厚生労働省研究班（主任研究者Ⅱ辻一郎・東北大学教授）がまとめた。

### 医療・介護費 10年間で推計

研究班は、歩行や食事は何らかの支えが必要な「要介護2」以上に介護が必要な人の合計が2011年時点から20年まで、1年に1%ずつ、10年で計10%減ると仮定。それによる節減額を厚生労働省がまとめた介護費や、宮城県大崎市の医療費から推計した。この10%が全て介護が不

要な状態になると、10年間で5兆2914億円、10%が全て、移動などに部分的な介護が必要な「要介護1」だと、2兆4914億円が低減できるという。平均して1年間に5291億円、2491億円になる。

12年度に計約43兆円だった医療と介護の公的な費用は、25年度に70兆円を超すと厚生労働省は推計しており、抑制が課題になっている。健康寿命は13年時点で男性71歳、女性74歳。厚生労働省は健康寿命を延ばして、介護が必要になってから死亡するまでの期間を縮めるため、生活習慣病の予防、がんや認知症の早期発見などを推進している。

研究班の速又靖文・東北大学助教（公衆衛生学）は「予防や健康維持の事業費が、年間数千億円の節減額を大きく下回れば、全体の費用を抑えることにつながる」と話す。（辻外記）

3. 健康寿命 浜松1位「生活に支障ない期間」20都市集計。  
朝日新聞朝刊, 2014年5月27日。

▶平均寿命 各年齢の人が平均してあと何年生きられるかの期待値を「平均余命」といい、その年に生まれた0歳児の平均余命を「平均寿命」という。日本人の推計人口や人口動態統計を基に、その年の各年齢の人の死亡率が今後変わらないと仮定して算出する。厚生労働省は毎年、平均余命を「簡易生命表」として公表している。

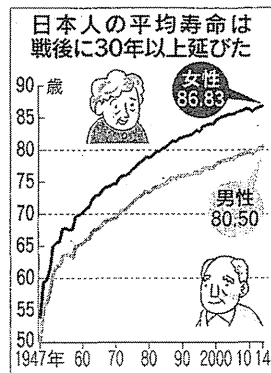
2014年の日本人の平均寿命は女性86・83歳、男性80・50歳で、ともに過去最高を更新したことが30日、厚生労働省の調査で分かった。女性は3年連続世界一、男性は前年の4位から3位になり、世界有数の長寿国であることを改めて示した。14年生まれの女性の半数近くは90歳の卒寿を迎えると試算した。

女性86.83歳

3年連続世界一

男性80.50歳

3位タイに上昇



日本人の昨年平均寿命  
最高を更新

厚生労働省は「がんや心臓病、肺炎、脳卒中などに  
よる死亡率が改善したこ  
とが要因」と分析。医療  
技術の進歩や健康志向の  
高まりに伴って「今後も  
平均寿命は延びる余地が  
ある」（同省担当者）と  
している。  
日本人の平均寿命は戦  
後、ほぼ一貫して延びて  
おり、女性は1984年  
に、男性は13年に初めて  
80歳を突破した。14年は  
13年と比べて、女性が0  
・22歳、男性は0・29歳  
延びた。男女差は6・33  
歳となり、03年の6・97  
歳をピークに緩やかに縮  
まってきた。

国・地域別の平均寿命(2014年)

女性			男性		
1(1)	日本	86.83歳	1(1)	香港	81.17歳
2(2)	香港	86.75	2(2)	アイスランド※	80.8
3(3)	スペイン※	85.60	3(4)	日本	80.50
4(4)	フランス	85.4	3(3)	スイス※	80.5
5(6)	韓国※	85.1	3(5)	シンガポール	80.5

(注)厚生省まとめ。カッコ内は13年の順位、※は13年のデータ

主な国・地域と比べると、女性は香港の86・75歳をわずかに上回り、3年連続で長寿世界一とな

健康寿命が重要  
辻一郎・東北大学大学院教授(公衆衛生学)の話  
男女ともに平均寿命が過去最高を更新したことは喜ばしい。だが、平均寿命が延びても、例えば寝たきりの状態では本人もつらい、家族など周  
囲の負担も大きい。日常的な介護を必要とせず、自立した生活を続けられる「健康寿命」を延ばることが重要だ。平均寿命と健康寿命の間にはまだ10歳前後の差がある。生活習慣病対策や病気の早期発見・治療などの拡充が求められる。

った。男性は香港の81・17歳、アイスランドの80・8歳(13年)に続き、80・5歳(13年)に続き、スイス、シンガポールと並ぶ3位だった。  
厚生労働省の試算では、14年生まれの子供で、75歳まで生きる人の割合は女性が87・3%で、男性は74・1%。90歳では女性が48・3%、男性24・2%になるという。  
14年生まれが将来、がん、心臓病、脳卒中のいずれかで死亡する確率は女性47・80%、男性52・20%。仮にこれらの病気で亡くなる人がいなくなれば、平均寿命が女性には6・02歳、男性は7・28歳延びると推定した。  
厚生労働省は平均寿命とは別に、健康上の問題で日常生活が制限されない期間を示す「健康寿命」も算出している。13年は女性が74・21歳、男性が71・19歳だった。