

2016年福島県市町村別「お達者度」の算定について

平成30年12月18日

福島県保健福祉部
公立大学法人福島県立医科大学
健康増進センター

1 目的

国が進める国民の健康づくり運動「健康日本21」は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目標とし、評価の指標のひとつとして定期的に健康寿命を算定し公表している。2018年に国が公表した都道府県別の「65歳の日常生活動作が自立している期間の平均（＊）」によれば、福島県男性は2010年が16.97歳だったのに対して、2013年は17.03歳とほとんど変化がなかったが、2016年には17.67歳と若干の延伸がみられた。一方福島県女性では、2010年には20.48歳、2013年が20.46歳、2016年が20.43歳と徐々に短くなっている。都道府県別順位としては、福島県は男女いずれも連続して下位にあり、平均余命の延伸に比して日常生活動作が自立している期間が伸びない、という状況にある。

この現状を踏まえ、福島県はふくしま情報ステーション事業の一環として、地域別、市町村単位の健康課題を明らかにし、健康づくり対策の促進を図る指標を得るため、国が算定する「65歳の日常生活動作が自立している期間の平均」と同じ算定方法を用いた健康寿命として、**2013年福島県市町村別「お達者度」**を福島県として初めて算定し、2017年11月に公表した。県が算定した市町村別お達者度でも、市町村ごとに長短はあるものの、総じて全国に比べて短めであり、国の公表した健康寿命の水準を裏付ける結果であった。

この現状を打開して健康寿命を延伸し、**全国に誇れる健康長寿県を実現**するためには、引き続き地域ごとの健康課題の明確化が急務である。今回、健康課題の明確化に寄与する指標として、市町村単位の経年推移を明らかにし、今後の対策立案に生かしていただくことを目的に、前回の算定（2013年）から3年が経過した**2016年福島県市町村別「お達者度」**を算定し公表を行うこととした。

＊「都道府県別健康寿命（2010～2016年）」平成29年 厚生労働研究班
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/houkoku/H29-tab.xlsx>

2 公表の内容

以下の算定結果を公表する。

- 2016年福島県市町村別「お達者度」算定結果

3 福島県市町村別「お達者度」とは

国は、健康寿命の指標として、表1のとおり3種類を公表している。このうち、以下の理由により対象年齢が65歳の平均余命における「③日常生活動作が自立している期間の平均」を指標として選択し、精度の確保のため、平均余命算出の対象年次をその前後を合わせた3年間として福島県市町村別「お達者度」を算定した。

【本指標を用いた理由】

- (1) 国から公表されている指標のうち①は、3年に1回抽出調査として行われている国民生活基礎調査の結果を用いているため、毎年の算出、市町村ごとの算出はできない。②の指標も同じ調査結果を用いているため、毎年の算出、市町村ごとの算出ができないことに加え、主観的な要素が強く評価しにくい。
- (2) 指標のうち③は、市町村ごとに毎年でも算出することができる。これにより、市町村ごとの現状が把握できることに加え、経年的な観察が可能となる。
- (3) ③の指標は、平均余命のうち「健康でない期間」を要介護度2以上の認定期間と定義している。算定の対象年齢は0歳と65歳であるが、市町村ごとの算定年における要介護認定者数を基に算出しているため、対象年齢を65歳とする方が自然であり、直感的に理解しやすい。
- (4) 他都道府県においても③の指標を用いて市町村別の65歳時「日常生活動作が自立している期間の平均」を算出し、公表している例がある。

以上を踏まえ、定期的に市町村別の算定が可能である対象年齢65歳の「日常生活動作が自立している期間の平均」を、福島県市町村別「お達者度」として算定することとした。

<表1 国が公表している健康寿命の3つの指標と福島県市町村別「お達者度」の特徴>

指標	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	福島県市町村別「お達者度」
健康の定義	日常生活に制限がない	主観的に健康である	要介護度2未満	要介護度2未満
概念規定	客観的	主観的	客観的	客観的
測定法	自己申告		要介護度	要介護度
データ	国民生活基礎調査のデータを活用		介護保険の要介護度のデータを活用	介護保険の要介護度のデータを活用
対象年齢	0歳		65歳または0歳	65歳
対象集団	都道府県（大都市含む）		都道府県・市町村	都道府県・市町村
公表間隔	3年ごと 直近：2016年（2017年公表）			1年ごと公表可能 今回：2016年 ※定期的な進捗を把握可能
市町村別算出	想定していない （抽出調査のため 大都市以外は算出不可）		想定している （規模により 参考値あり）	想定している （規模により 参考値あり）

4 算定に用いた資料について

(1) 算定に使用したプログラム

「健康寿命の算定プログラム2010-2016」 厚生労働研究班配布

(URL: <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#santei2016>)

「健康寿命の推移の評価プログラム」 厚生労働研究班配布

(URL: http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#suii_program)

(2) 使用した基礎資料

人 口	2016年：2015、16、17年の住基人口 2013年：2012、13、14年の住基人口 (政府統計の総合窓口 e-stat「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」より各年1月1日現在の市区町村別日本人人口) ※2012、13年は3月31日現在人口の総計 ※2012～14年の5歳年齢別集計では80歳以上が丸められているが、福島県が公表している「福島県の推計人口(福島県現住人口調査結果)過去の結果」から、当該年10月の推計人口の80～84歳および85歳以上の人数割合に基づき按分を行った。
死 亡 数	2016年：2015、16、17年の死亡数 2013年：2012、13、14年の死亡数 (政府統計の総合窓口 e-stat「人口動態調査人口動態統計確定数保管統計表都道府県編(報告書非掲載)死亡・乳児死亡」)
要介護認定者数	福島県国民健康保険団体連合会から提供 ※2016年：2016年1月時点の認定者数を使用 ※2013年：2013年1月時点の認定者数を使用

*算定結果中の県、二次医療圏、市町村の平均余命については、使用した基礎資料に基づき「健康寿命の算定プログラム」を用いて県が独自に算定したものであり、国が発表している数値とは異なる場合がある。

*人口が少ない市町村における平均余命のばらつきを抑えるため、平均余命の算出には複数年次(3年間)の人口・死亡データを用いている。

*今回、同一の基礎資料を用いた2013年と2016年のお達者度の経年変化の評価のため、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣対策総合研究事業)による健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班(研究代表者 橋本修二藤田保健衛生大学医学部教授)(以下、「厚生労働研究班」という。)が配布した「健康寿命の推移の評価プログラム」を活用し、得られた評価を算定結果に明記した。

【2016年福島県市町村別「お達者度」の算出における留意点】

- 2016年福島県市町村別「お達者度」は、2017年に公表した2013年「お達者度」と同様に、国が健康寿命の指標として採用している厚生労働研究班が確立した算定方法に準じて算定を行っている。
- 「健康寿命の算定方法の指針(*)」では、人口規模の小さな市町村(人口1.2万人未満)では、わずかな死亡数の違いで数値が大きく変動するため算定には適さないとしているが、今後経年的な変化を観察していくことを前提に参考として引き続き公表し(算定結果 1-2、2-2)、同時に、すべての地域・市町村別の95%信頼区間も別表にて明示した(算定結果 3-1、3-2)。なお、福島県および二次医療圏別の「お達者度」についても、独自に算定を行ったものである。
- 2011年の東日本大震災によって生じた推計人口、現住人口および住基人口の乖離が2015年の国勢調査以降さらに拡大したため、福島県では一部市町村で推計人口を基礎資料として用いることが不可能となった。そのため、2016年「お達者度」では、基礎資料を推計人口から住基人口に変更して算定を行った。
- 2016年「お達者度」に用いた基礎資料の変更に伴い、今後の経年比較のために、住基人口を基礎資料とした2013年「お達者度」を改めて算定し、2016年「お達者度」とともに公表することとした(2016年「お達者度」算定結果 6-1、6-2)。なお2種類の2013年「お達者度」には、基礎資料の違いに伴ってそれぞれの算定結果に差が生じている。公表済みの2013年「お達者度」については、これまで通り地域ごとの施策立案のために活用していただき、一方、今回公表する住基人口を基礎資料として再算定した2013年「お達者度」については、今後継続して算定公表していく「お達者度」の経年変化を評価するための基礎データと捉えていただきたい。

*「健康寿命の算定方法の指針」平成24年9月 厚生労働研究班

http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf

5 2016年福島県市町村別「お達者度」算定結果について

(1) 算定の結果について

(2016年「お達者度」算定結果 1-1、1-2、2-1、2-2)

- 福島県における男性の65歳時の平均余命およびお達者度はともに全国に比べてやや短い。お達者度が65歳余命に占める割合は全国とほぼ同様である。
- 福島県における女性の65歳時の平均余命およびお達者度は、全国に比べてやや短い。不健康な期間もわずかに全国より短い。お達者度が65歳余命に占める割合は全国とほぼ同様である。
- 二次医療圏別の男性では、県全体に比べて県中、会津および南会津でお達者度が65歳余命に占める割合がやや長く、いわきで短めの傾向がある。
- 二次医療圏別の女性では、県全体に比べて県中、県南、会津および南会津でお達者度が65歳余命に占める割合がやや長く、いわきで短めの傾向がある。
- 市町村別の各算定数値は、二次医療圏別の傾向をおおむね反映している。

(2) 2016年と2013年「お達者度」の比較について

(2016年「お達者度」算定結果 2-1、2-2、5-1、5-2)

- 「健康寿命の推移の評価プログラム」を用いて、2013年お達者度（住基人口を基礎資料とした再計算後）と2016年お達者度を比較した結果、3年間の平均余命の伸び分を上回って、お達者度が延伸したと判定された二次医療圏・市町村は、男性が県中医療圏、郡山市、田村市、南相馬市、桑折町、矢祭町、新地町、女性が県中医療圏、相双医療圏、郡山市、田村市、南相馬市、国見町、古殿町、大熊町、新地町であった。なお算定結果 2-1 および 2-2 中の二次医療圏・市町村名にこの判定に基づいて網掛けをし、評価の結果を反映した。
- お達者度の経年比較結果について、2016年と2013年の算定結果に加え、差を示した対比表を算定結果 5-1、5-2 に参考として提示した。なお、差における黒数字は2016年が2013年より延びたことを示し、マイナス赤字はその逆を示す。
- 県における65歳時の平均余命およびお達者度は、3年間で男性に全体的に延伸がみられたが（算定結果 5-1）、女性にはほとんど変化がなかった（算定結果 5-2）。対して、不健康な期間は男女ともほぼ横ばいであった。二次医療圏・市町村別では、それぞれの指標の延伸・短縮の動きが連動しているところが多くみられた。

(参考) 健康寿命算定における一般的な留意事項

(1) 健康寿命の算定目的

健康寿命の指標は生存・死亡と健康・不健康の状況を総合したものである。保健医療福祉分野の最終的なアウトカムに関係し、取組の計画・評価へ適用する意義は大きい。一方、健康寿命を規定する要因は多様であり、それに関する実証的なデータは十分に示されていない。

それゆえ、取組の計画・評価に関して、健康寿命の指標を単独でなく、取組に直接関係する指標や個別的なアウトカム指標（脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率など）とともに適用・解釈することになる。

健康日本21（第2次）において、「日常生活に制限のない期間の平均（表1指標①）」が健康寿命の延伸の目標として取り上げられ、「自分が健康であると自覚している期間の平均（同指標②）」がその目標の実現にあたって留意する指標と位置付けられている。「日常生活動作が自立している期間の平均（同指標③）」は健康状態が介護保険の要介護度によることから、特別な調査をせず、全国の市町村で算定できるという特徴がある。これらの位置付けや特徴を考慮した上で、指標を選択することが重要である。

健康寿命の指標を絶対的な値として厳密に解釈せず、むしろ、相対的に見る方が実際的であると考えている。相対的な見方としては、たとえば、対象集団での年次間（都道府県での2010年と2015年など）の比較である。

(2) 小規模な団体の取扱いについて

- 対象集団の人口の目安として13万人またはそれ以上が望ましい。
- 人口13万人未満では、健康寿命の精度を高めるために、複数年次の死亡数を用いることが望ましい。
- 人口1.2万人未満では、3年間の死亡数を利用しても健康寿命の精度が十分とは言えない。そのような対象集団において、健康寿命を算定することは適さない。
- 人口規模が小さい対象集団では、健康寿命の精度が高くないことから、その推定値と95%信頼区間を一緒に算定・表示・解釈する必要があるとされている。

(3) 95%信頼区間について

算定した健康寿命は推定値であり、真の値は95%の信頼度で信頼区間に含まれるものとみなされる。人口規模が小さく、死亡率と不健康割合のばらつきが大きいほど、健康寿命の精度が低くなり、その信頼区間の幅は広がる。

一般に、信頼区間の幅が広い場合、その幅の広さを十分に考慮して、推定値を慎重に解釈する必要がある。また、信頼区間の幅が極端に広がる場合、その目的にもよるが、算定自体を避けた方が良いかも知れない。

(4) ばらつきと範囲

多くの市町村を対象とする場合（特に人口規模が著しく小さい市町村が含まれている場合）、各市町村の健康寿命の偶然による変動によって、健康寿命の範囲は過大評価となる。このような場合、健康寿命に範囲を用いることは適さず、健康寿命の推定値と95%信頼区間をそのまま表示・解釈した方が無難であろう。

本章の出典：「健康寿命の算定方法の指針」平成24年9月 厚生労働研究班
http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf