

2015年6月1日 全9頁

長寿社会と健康増進 第2回 「不健康な期間」の短縮がカギ

経済環境調査部 研究員
亀井 亜希子

[要約]

- 日本人の平均寿命及び健康寿命は世界最高水準である。しかし、平均寿命から健康寿命を差し引いた期間である「不健康な期間（＝介護が必要な期間）」は、WHO 全加盟国の中で平均的な長さである。
- 同加盟国の中で平均寿命が長い上位10か国における同期間の比較では、女性はシンガポール、韓国に次いで3位、男性はシンガポールに次いで2位である。健康寿命の延伸は各国において共通の課題となっていると見られる。
- 日本では「不健康な期間」とは、WHOの定義とは異なり、厚生労働省が医療給付費や介護給付費を必要とする「健康上の問題で日常生活に制限のある期間」として独自に推計している。同期間は直近10年間では、ほぼ横ばいで推移している。
- 平均寿命が延伸していく中で、不健康な期間を短縮すれば健康寿命の延伸につながる。特に、他国でも傾向が見られたように健康な段階から生活習慣を改善し、生活習慣病の発症や重症化を予防することが健康寿命の延伸には重要ではないか。

1. 日本人の平均寿命と健康寿命は世界最高水準

日本人の平均寿命（同年に生まれた0歳児の平均余命）は、2013年（平成25年）に生まれた女性が86.6歳、男性が80.2歳と、男女ともに80歳を超えるようになった¹。日本人の平均寿命は、1960年から2010年の過去50年間に、男性は14年、女性は16年延びた。この要因としては、医療技術の進歩・高度化による救命率の上昇によって、周産期死亡率²（胎児や新生児の死亡率）と乳児死亡率³が1960年（昭和35年）以降に大幅に低下した⁴ことが大きい。

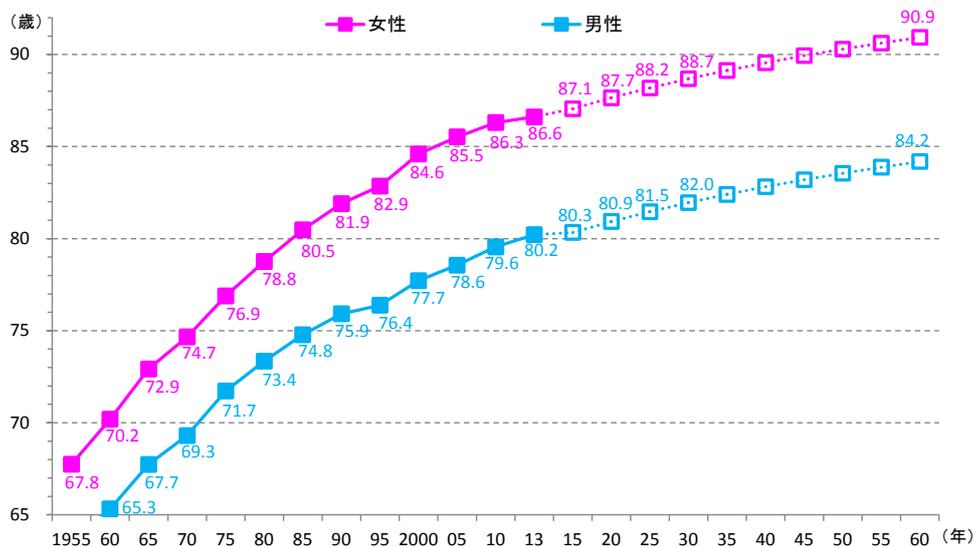
¹ 厚生労働省「平成25年簡易生命表」。

² 周産期死亡率とは、妊娠満22週から生後1週未満までの死亡率である（出所：厚生労働省ウェブサイト「人口動態調査」）。

³ 乳児死亡率は、生後1年未満の死亡率である（出所：厚生労働省「人口動態調査」）。

日本人の平均寿命は、将来的に更に延びることが予想されている。2012年（平成24年）の国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2030年（平成42年）に生まれる日本女性の平均寿命は88.7歳、男性は82.0歳、2060年（平成72年）に生まれる女性は90.9歳、男性は84.2歳になると見込まれている（図表1）。

図表1 平均寿命の推移（1955～2013年）と将来推計（2015～2060年）



(注) 2015年以降は、推計値（死亡中位）である。

(出所) 厚生労働省「平成25年簡易生命表の概況」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より大和総研作成

2012年（平成24年）に生まれた人の平均寿命（life expectancy）は、WHO（世界保健機関）の推計によると、WHO加盟国194カ国の中で日本女性は1番長く（87.0歳）、日本男性は8番目に長い（80.0歳）⁵（後掲図表2）。さらに、生涯のうち「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間⁶」を表す「健康寿命⁷（Healthy life expectancy : HALE）」についても、日本女性は1番長く（77.0歳）、日本男性も2番目に長い（72.0歳）。

2. 日本人の不健康な期間は男女共に世界の平均水準

しかし、平均寿命から健康寿命を差し引いた期間、すなわち「日常生活に制限のある不健康な期間」（以下「不健康な期間」）を算出すると、2012年（平成24年）に生まれた日本女性の「不

⁴ 日本は、現代医学において救命が可能とされる妊娠満22週以降において、周産期死亡率と乳児死亡率が、世界に比べ低い。

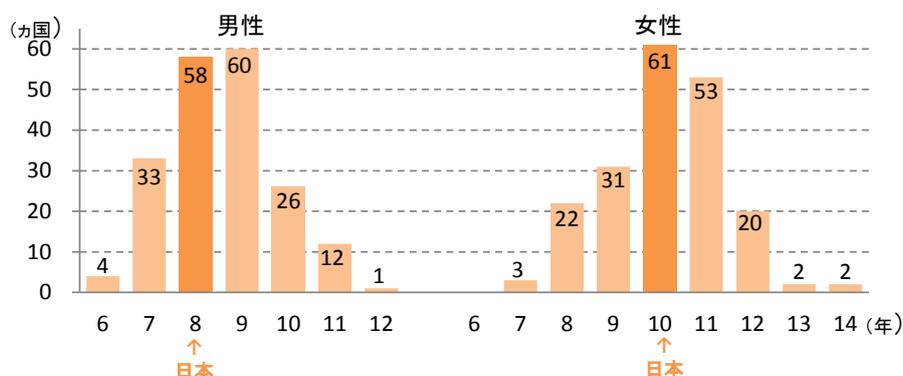
⁵ ただし、人口25万人以下の国は、平均寿命の推定が不確実なため含めていない（出所：WHO「World Health Statistics 2014」）。

⁶ 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）。

⁷ WHOでは、健康寿命を、健康余命（Disability Free Life Expectancy : DFLE）と障害調整生存年（Disability Adjusted Life Year : DALY）を用いた「障害調整平均余命（Disability Adjusted Life Expectancy : DALE）」として算定している（出所：WHO「World Health Statistics 2014」）。

健康な期間」は約 10 年、男性は約 8 年となり、WHO 加盟国 194 カ国の平均的な長さ（女性は 10～11 年、男性は 8～9 年）でしかない（図表 2）。WHO 加盟国のうち、国民の「不健康な期間」が日本より短い国は、男性は 37 カ国、女性は 56 カ国ある。

図表 2 不健康な期間の長さ別の WHO 加盟国数（性別・2012 年）



（注 1）不健康な期間は、平均寿命と健康寿命の差である。

（注 2）小数第一位を四捨五入した値での公表となっている。

（出所）WHO「World Health Statistics 2014」より大和総研作成

WHO は加盟国の中で平均寿命が長い上位 10 か国を挙げている（図表 3）。日本よりも国民の「不健康な期間」が短い国としては、男性ではシンガポール（6.2 年）、女性ではシンガポール（8.1 年）、韓国（9.6 年）がある。これは、男性、女性問わず、両国が平均寿命に対して健康寿命が日本よりも延びていることが主因である。特に、シンガポール男性は、健康寿命が日本男性より長い。シンガポール男性の平均寿命は日本男性より 0.2 歳長いのに対し、健康寿命は約 2.0 歳も長くなっている。

図表 3 平均寿命上位 10 カ国の不健康な期間と NCDs 年齢調整死亡率（注）（性別・2012 年）

順位	男性	平均寿命	健康寿命	不健康な期間	NCDs年齢調整死亡率	順位	女性	平均寿命	健康寿命	不健康な期間	NCDs年齢調整死亡率
1	シンガポール	80.2	74.0	6.2	326.2	1	シンガポール	85.1	77.0	8.1	214.5
2	日本	80.0	72.0	8.0	333.3	2	韓国	84.6	75.0	9.6	221.4
3	アイスランド	81.2	72.0	9.2	337.2	3	日本	87.0	77.0	10.0	173.5
4	イスラエル	80.2	71.0	9.2	367.2	4	スペイン	85.1	75.0	10.1	239.6
5	ニュージーランド	80.2	71.0	9.2	355.9	5	オーストラリア	84.6	74.0	10.6	253
6	イタリア	80.2	71.0	9.2	382.1	6	フランス	84.9	74.0	10.9	234.8
7	オーストラリア	80.5	71.0	9.5	359.9	7	イタリア	85.0	74.0	11.0	242.5
8	スイス	80.7	71.0	9.7	360	8	ポルトガル	84.0	73.0	11.0	255.4
9	ルクセンブルク	79.7	70.0	9.7	388.6	9	スイス	85.1	74.0	11.1	237.7
10	スウェーデン	80.0	70.0	10.0	390.3	10	ルクセンブルク	84.1	73.0	11.1	262.2

（注）WHO 加盟各国の各年齢層 10 万人中の非感染性疾患（NCDs）による死亡率（人）である（脚注 10 参照）。

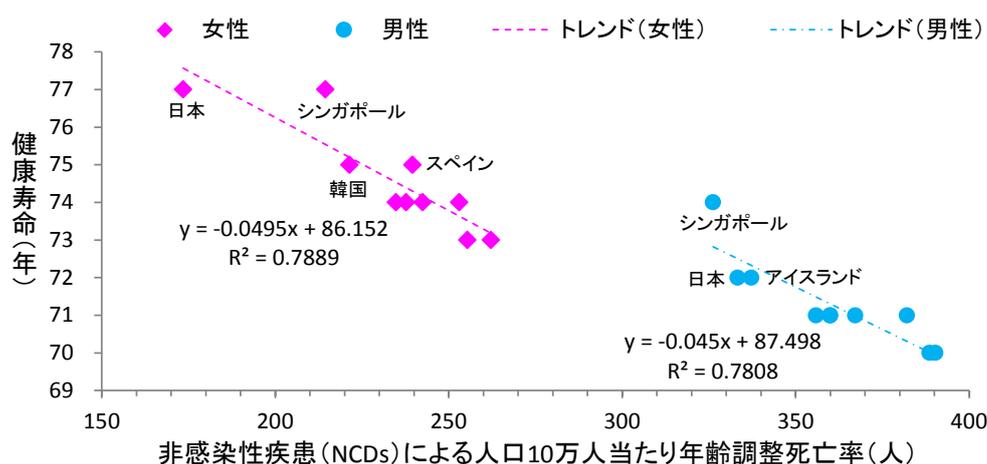
（出所）WHO「World Health Statistics 2014」より大和総研作成

健康寿命の延伸による不健康な期間の短縮は、各国政府の共通の政策課題の一つとなると考えられる。その対応の一つとして、WHO は、2013 年 5 月の総会において「非感染性疾患（Non-Communicable Diseases ; NCDs）の予防とコントロールのための行動計画 2013-2020」を採択した。非感染性疾患とは、ウイルス感染によりある日突然発症するのではなく、不適切な生活習慣（不健康な食事、運動不足、喫煙、過度の飲酒等）を積み重ねた結果、徐々に発症す

る疾病群であり⁸、日本では一般的に「慢性疾患」「生活習慣病⁹」と呼ばれる。

上記上位 10 か国の 2012 年時点での健康寿命と「非感染性疾患（NCDs）による年齢調整死亡率¹⁰」の関係をみると、男性より女性の健康寿命が長く同死亡率も低い傾向があり、男女共に同死亡率が低いほど健康寿命が長いという相関がみられる（図表 4）。シンガポール男性は上位 10 か国の中で同比率が最も低く、日本女性の同比率は最低となった。

図表 4 平均寿命上位 10 か国の健康寿命と NCDs 年齢調整死亡率との関係（性別・2012 年）



(注) WHO 加盟各国の各年齢層 10 万人中の非感染性疾患 (NCDs) による死亡率 (人) である (脚注 10 参照)。

(出所) WHO 「World Health Statistics 2014」、 「Global Health Observatory Data Repository」より
大和総研作成

3. 日本人の健康寿命の推移と現状

日本では、「不健康な期間」を短くするための評価指標となる健康寿命について、WHO とは異なる方法で、厚生労働省が独自に推計している。

厚生労働省の推計によると、2013 年に生まれた日本人の「不健康な期間」は、男性は 9.0 年、女性では 12.4 年になると見込まれる（図表 5）。厚生労働省による推計は、病気による不健康感も加味して推計されるため、WHO による推計値よりも、期間が 1～2.4 年ほど長くなっている。

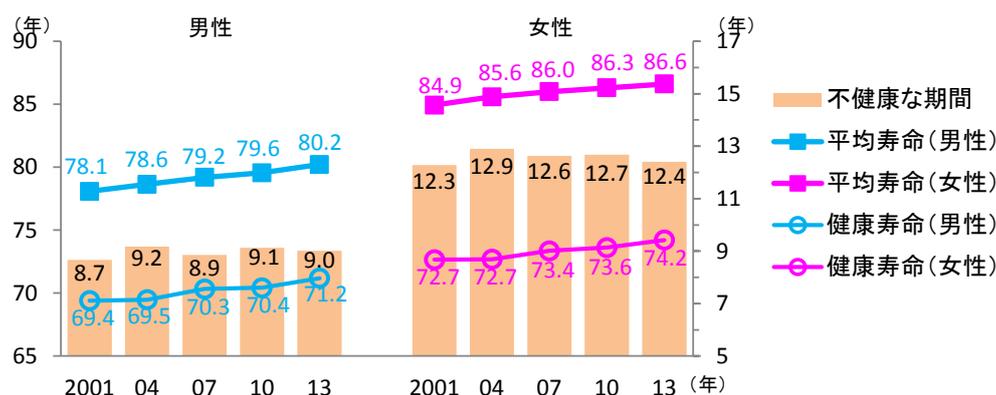
2001 年以降の時系列で見ると、男性の「不健康な期間」は約 9.0 年でほぼ横ばいしており、女性の同期間は、2004 年の同 12.9 年をピークに緩やかに短縮してきた。同期間において、女性が男性よりも長いのは世界的な傾向であるが（前掲図表 3）、日本でも、女性は男性より 3 年長い。

⁸ 具体的には、悪性腫瘍（悪性のがん）、糖尿病、心疾患（心筋梗塞や狭心症、心不全等）、脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血等）、高血圧性疾患、喘息や慢性閉塞性肺疾患（COPD）等の慢性呼吸器疾患を、狭義の疾患群として定義されている（出所「NCD Alliance Japan ウェブサイト「用語集」」）。

⁹ 生活習慣病とは、厚生省（現・厚生労働省）が、平成 8 年に、成人病に代わる病気の概念として、発症過程に着目し、新しく提唱した概念である。

¹⁰ WHO の指標の一つ（Age-standardized mortality rate by NCDs (per 100 000 population)）である。WHO 加盟各国の各年齢層 10 万人中の非感染性疾患による死亡率の加重平均であり、WHO の標準人口に対応する年齢層比率により加重平均され算出される。

図表5 平均寿命と健康寿命および「不健康な期間」の推移（2001～2013年）



(注) 健康寿命は「日常生活に制限のない期間の平均」、不健康な期間は「日常生活に制限のある期間の平均」。
 (出所) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料1「健康日本21(第二次)各目標項目の進捗状況について」(平成26年10月1日)より大和総研作成

厚生労働省による「健康寿命」は、「日常生活に制限のない期間の平均」と「自分が健康であると自覚している期間の平均」、「日常生活動作が自立している期間の平均」の3指標が使われており、性・年齢階級別に、「日常生活に制限のある者¹¹の割合」と「自分が健康であると自覚していない者¹²の割合」、「日常生活動作が自立していない者¹³の割合」による不健康な割合と、死亡率によって推計している¹⁴。2014年(平成26年)の厚生労働省の調査では、約63.8%の人が「病気がないこと」を重視して健康感を判断すると答えている¹⁵。

2013年の国民の健康状況についてみると、男性は45歳以降、女性は50歳以降で、医療機関へ通院する者の割合(≒通院あり)が「自分が健康であると自覚していない者の割合(≒自覚症状あり)」を上回り、60～64歳では男女共に通院率は50%を超える(図表6)。「日常生活動作が自立していない者の割合(≒介護保険の受給率)」は75歳以降で急増する。

2012年度(平成24年度)に患者が医療機関で診療を受けた件数(入院+入院外)について、男女別に上位10疾病をみると、男女いずれも、生活習慣病が多数を占めている(図表7)。また、厚生労働省が2013年から生活習慣病に関連する疾病¹⁶として位置づけている、関節症(股関節、膝関節、手関節等)、脊椎障害(背骨、首、胸、腰等の障害)も多い。

¹¹ 国民生活基礎調査(居住者による主観的な回答)に基づく。日常生活動作(起床、衣服着脱、食事、入浴など)、外出(時間や作業量が制限される)、仕事、家事、学業(時間や作業量が制限される)、運動(スポーツ含む)、その他、についてである(出所:平成24年度厚生労働科学研究費補助金「健康寿命の算定方針の指針」(平成24年9月))。

¹² 現在の健康状態について、よい、まあよい、ふつう、あまりよくない、よくない、のうち、「あまりよくない」「よくない」の回答を不健康な状態とする(出所:平成24年度厚生労働科学研究費補助金「健康寿命の算定方針の指針」(平成24年9月))。

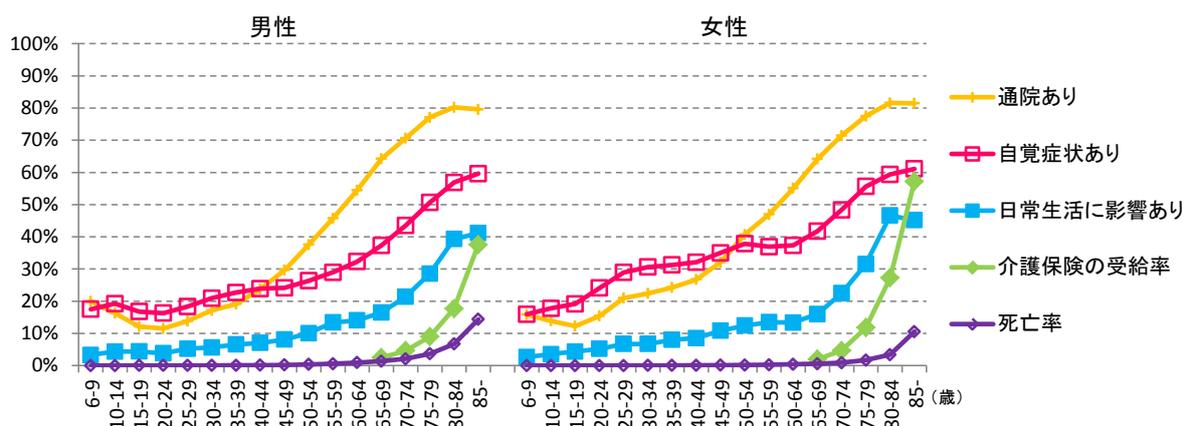
¹³ 介護保険情報(客観的な情報)に基づく。介護保険の要介護度の要介護2～5を不健康(要介護)な状態とし、それ以外を健康(自立)な状態とする(出所:平成24年度厚生労働科学研究費補助金「健康寿命の算定方針の指針」(平成24年9月))。

¹⁴ 平成24年度厚生労働科学研究費補助金「健康寿命の算定方針の指針」(平成24年9月)。

¹⁵ 厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」(平成26年)。

¹⁶ これらの疾病を含むロコモティブシンドローム(筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器の障害)は、認知症と共に、身体活動の増加により疾病リスクを低減できる疾患として、2013年に、厚生労働省が明確化した(出所:厚生労働省「健康づくりのための身体活動基準2013(概要)」)。

図表6 健康寿命算定の基礎となる年齢階級別の不健康な割合と死亡率（2013年）



(注) 通院ありは、入院を除く。

(出所) 厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」「平成25年度 介護給付費実態調査結果の概況」、総務省「日本の統計2015」より大和総研作成

図表7 医療機関での診療件数が多い上位10疾病（平成24年度）

順位	男性		女性	
	疾病分類名	件数(万件)	疾病分類名	件数(万件)
1	高血圧性疾患	5,483	高血圧性疾患	6,947
2	糖尿病	2,177	眼の屈折・調節障害	2,104
3	皮膚炎・湿疹	1,385	皮膚炎・湿疹	1,664
4	心疾患(高血圧性を除く)	1,329	糖尿病	1,629
5	悪性腫瘍	1,284	関節症	1,320
6	眼の屈折・調節障害	1,154	アレルギー性鼻炎	1,204
7	喘息	1,114	喘息	1,149
8	アレルギー性鼻炎	963	心疾患(高血圧性を除く)	1,141
9	脳血管疾患	906	脊椎障害(脊椎症を含む)	1,139
10	脊椎障害(脊椎症を含む)	816	悪性腫瘍	1,124

(注1) 医療機関が保険者（公的医療保険制度の各運営主体）に対して請求する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（レセプト）の集計による診療件数（入院外＋入院）である。月ごとに、各医療機関は、1人の患者に対して1枚の明細書を作成する。外来患者が当月中に入院した場合は、入院外で1件、入院で1件と計上している。

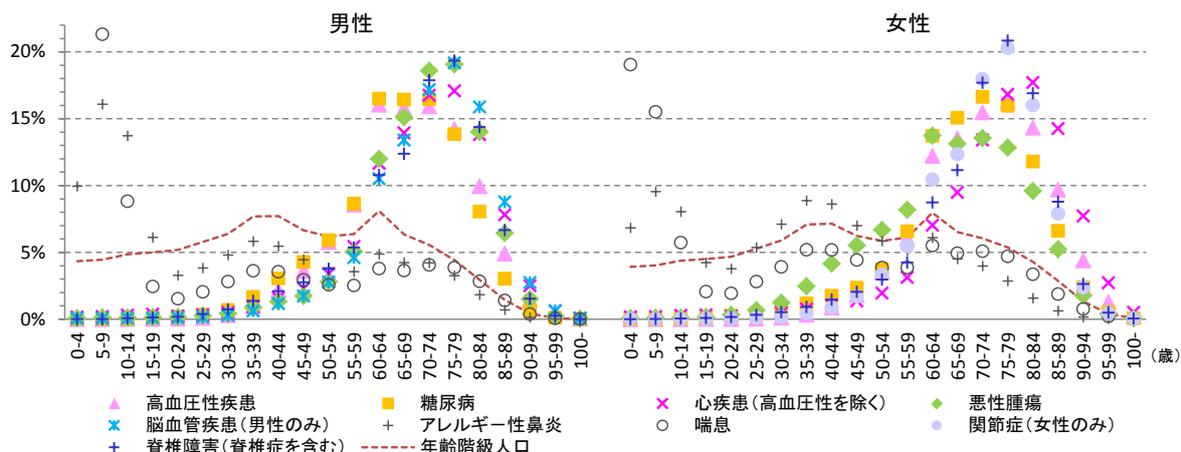
(注2) 疾病名はWHOが規定するICD-10分類に準拠している。なお、心疾患（高血圧性を除く）と悪性腫瘍は大分類、その他は中分類による集計である。

(注3) 眼の屈折・調節障害は、遠視、近視、乱視、老視等である。

(出所) 厚生労働省「平成24年度 医療給付実態調査」より大和総研作成

これらの生活習慣病関連の疾病に関する外来と入院の診療件数合計（≒患者数）を男女の年齢階級別の割合で見ると、喘息とアレルギー性鼻炎は未成年層で多く発生し、成人後は減少していくのに対し、喘息とアレルギー性鼻炎を除く疾病群は、主に35歳以降で急増していき、高齢期まで増加し続ける傾向があり、60～84歳の患者に対する件数は全体の約7～8割を占める（図表8）。

図表8 主な生活習慣病の総診療件数における年齢階級別件数の割合（2012年）

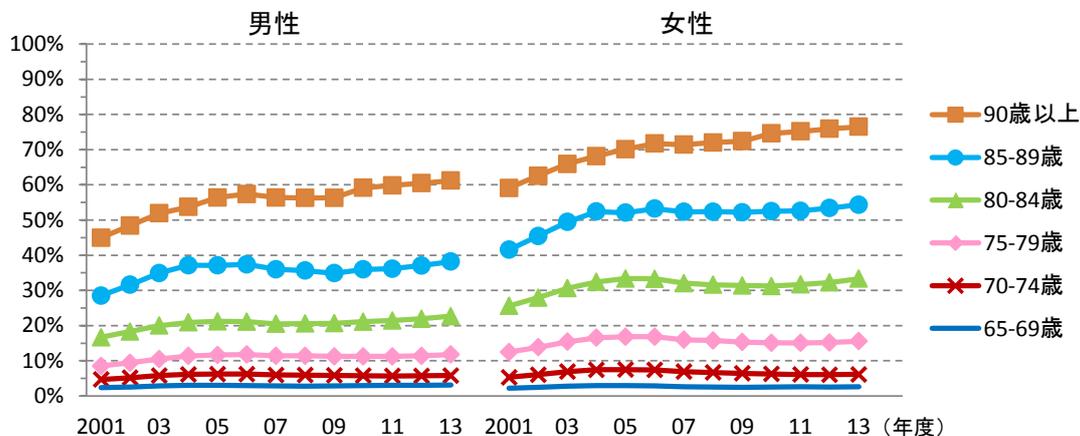


(注1) 医療機関が保険者（公的医療保険制度の各運営主体）に対して請求する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（レセプト）の集計による診療件数（入院外+入院）である。月ごとに、各医療機関は、1人の患者に対して1枚の明細書を作成する。外来患者が当月中に入院した場合は、入院外で1件、入院で1件と計上している。

(注2) 疾病分類名はICD-10であり、心疾患（高血圧性を除く）と悪性腫瘍は大分類、その他は中分類である。
 (出所) 厚生労働省「平成24年度 医療給付実態調査」、総務省「人口推計（平成24年10月1日現在）」より大和総研作成

年齢階級別に、要支援・要介護状態の認定を受ける人の割合は、後期高齢者（75歳以上）になると大きく上昇する。特に、女性は、75歳以降に、男性よりも認定率が高くなる傾向がある。

図表9 高齢者における要支援・要介護の認定率の推移（2001～2013年度）



(注1) 要支援・要介護認定率は、受給者台帳に登録された要支援・要介護者の人数÷当年推計人口、である。

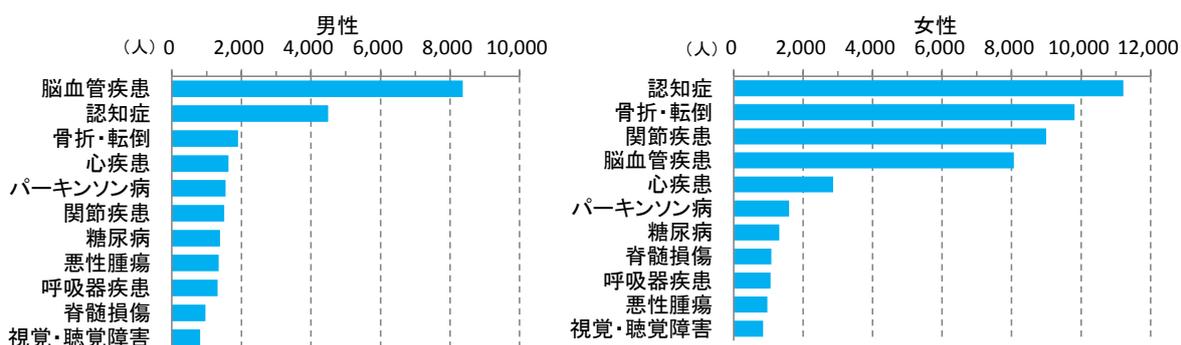
(注2) 受給者台帳に登録された要支援・要介護者の人数は、平成13年は平成13年6月サービス提供分、平成14～25年は各年5月サービス提供分である。

(出所) 国民健康保険中央会「認定者・受給者の状況」（平成13～25年度）、総務省「人口推計」（平成13～25年10月1日現在）より大和総研作成

高齢期に要支援・要介護状態となる主な原因は、男女で大きく異なっており、男性は脳血管疾患¹⁷、女性は、認知症¹⁸、骨折・転倒、関節疾患¹⁹、脳血管疾患が圧倒的に多い（図表10）。糖尿病や心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患等の生活習慣病も、相対的には少数であるものの、介護の原因となっている。

脳血管疾患により介護が必要となる年齢は、男女共に75～89歳が多く、認知症では、男性は80～89歳、女性は80歳以上が多い。関節疾患と骨折・転倒を原因とする介護状態は、女性の70歳以上で急増する（図表11）。

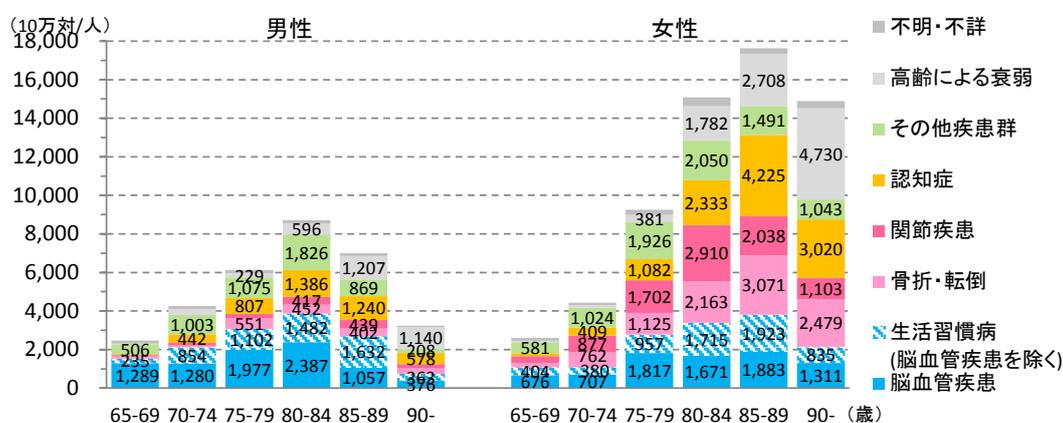
図表10 65歳以上で介護が必要となった主な原因（2013年）



（注）介護とは、要支援状態（要支援1・2）、要介護状態（要介護1～5）をさす。

（出所）厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」より大和総研作成

図表11 介護が必要となった主な原因の年齢階級別の件数（2013年）



（注1）介護とは、要支援状態（要支援1・2）、要介護状態（要介護1～5）をさす。

（注2）生活習慣病は、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、悪性腫瘍、呼吸器疾患、の合計である。

（注3）その他疾患群は、パーキンソン病、骨髄損傷、視覚・聴覚障害、その他、の合計である。

（出所）厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」より大和総研作成

¹⁷ 脳血管疾患は、医療技術の高度化や早期治療により一命を取り留める確率が増加している反面、身体の麻痺や言語障害等の後遺症が残る確率が高い疾患であるため、症状を軽減するためにはリハビリが必要である（出所：厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査の概況」）。

¹⁸ 加齢による脳の老化に関連して発症するアルツハイマー型が最も多く、現代の医学においては治療薬によって進行を遅らせ症状を軽減することは可能であっても、完治させることは不可能とされている。

¹⁹ 女性は男性より筋肉量が少ないことに加え、50歳前後の閉経に伴って女性ホルモン（エストロゲン）が急激に枯渇することから、閉経後10年ほどの間に骨量が著しく減少していくという女性特有の身体的な変化により、ロコモティブシンドロームになりやすいとされる（出所：日本骨粗鬆症学会・日本骨代謝学会・骨粗鬆症財団「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版」）。

おわりに

日本人は、今後、高齢者の更なる長寿化が見込まれており、特に 2025 年以降には団塊世代が 75 歳以上になることもあり、後期高齢者が増加する傾向にある。生活習慣病を中心とした疾病に対する医療と介護の需要は、人口高齢化が進むにつれ急増し、患者数や受診回数、介護保険サービスの利用の増加を通じて、医療給付費と介護給付費も急増していくことが見込まれる。

但し、生活習慣病は、遺伝（遺伝子異常、加齢等）と外部環境等（病原体・有害物質・事故・ストレス等）の影響下では、発症の潜在リスクを抱えている状態にすぎず、発病し進行するかどうかは、生活習慣（食事や運動、喫煙、飲酒等）に依存するとされる（厚生省「平成 9 年度厚生白書」）。つまり、生活習慣病は、個人による健康増進や生活習慣の改善によって、複数の生活習慣病の発症や進行を食い止めることができる疾病群である。

生活習慣病の発症を早期に発見し、早期の治療を促すための社会的な制度としては、2008 年から、医療保険者（公的医療保険制度の各実施主体）が、多くの生活習慣病の発症リスクが高まる 40 歳以上の加入者を対象として特定健診・特定保健指導の実施を行っている。

このような生活習慣病を早期発見する仕組みを活用すると共に、人々も健康意識を高く持ち、健康な段階から生活習慣を改善し、疾病が発症するのを防ぐ努力も必要である。

予防により発症を回避できる疾病は予防を行い、健康寿命を延ばすとともに、可能な限り医療給付費の発生を抑制していくことで、公的医療保険制度の仕組みの中で、限られた財源の使い道を効率化していくことが重要であろう。

次回の「長寿社会と健康増進 第 3 回」のレポートは、医療給付費抑制の視点から、生活習慣病予防のあり方について考察を加えていく。

以上