

健康リスク別にみた健康寿命

Healthy life expectancy in Japan

村上義孝（東邦大学医学部社会医学講座医療統計学分野）

Yoshitaka Murakami (Department of Medical Statistics, Toho University)

yoshitaka.murakami@med.toho-u.ac.jp

わが国における健康寿命に関する研究の端緒は1960年代と言われているが、データを用いた実証的な検討は1990年代からと思われる。1990年代においては寝たきり (Bed disability)、認知症、咀嚼能力や主観的健康観など多様な事象がエンドポイントとして選ばれ、質問紙調査を用いた健康度の測定 (Euro-QOL 等) や Quality Adjusted Life Years (QALY、以下質調整健康寿命)、Disability Adjusted Life Years (DALY) などを用いた試行的検討が盛んに行われていた。健康寿命算定に用いられる手法においてもサリバン法をもちろんのこと、多相生命表法 (Rogers 法) や質調整健康寿命など多彩な手法が使用されていた。その後2000年前半を境として、日常生活動作 (Activity of Daily Living、以下 ADL) や要介護認定をエンドポイントとする検討が増え、手法もサリバン法を用いる健康寿命算定が一般的となり、現在に至っている。また健康寿命の対象地域も、日本全国や一地域に限定するものから、都道府県別や市町村別など、より实际的で地域への情報還元や公衆衛生的利用を念頭においた研究が増えてきた観がある。

近年、健康寿命が注目を集めているが、そのきっかけは厚生労働省が推進する国民の健康作り運動「健康日本21」である。マスコミなどが健康寿命を取り上げるのはこの影響であり、特に2013年に始まる健康日本21 (第2次) に「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」という方針が明記されたことは大きく、より実践的な健康寿命算定の需要を高めたといえる。ここでいう「実践的」とは公衆衛生的な実践を指し、具体的には、国の実施する統計調査の指標が利用できること (Reliability)、全ての小地域で算定可能であること (Feasibility)、算定に関する仮定が少ない方法であること (Simplicity) で、算定方法や指標の意味が理解しやすいこと (Understandable) などを含む。このような点から、国民生活基礎調査の日常生活動作、介護度認定、主観的健康観等を用い、サリバン法を活用した、現在の健康寿命計算に至っていると考えられる。

現在わが国では、都道府県別、政令指定都市別の健康寿命などが厚生労働省研究班の研究成果として定期的に報告されている。またその情報はマスコミ等を通じて国民に伝達されるとともに、その解釈を巡っては週刊誌やテレビなどのメディアが世間を賑わせている。その是非については賛否両論あるもの、地域の死亡水準指標である平均寿命 (余命) と、地域の健康度指標である日常生活動作の2つが複合した健康寿命に関心が向き、個人の健康行動を改善するのであれば、保健指標として大きな役割を果たしたといえよう。

現在、私たちのグループでは健康リスク別にみた健康寿命算出を試みている。この研究では、日本全国を対象とした循環器疫学のコホート研究である NIPPON DATA90（約 8 千人）を用いている。喫煙、血圧、肥満と健康寿命との関連について、サリバ法および多相生命表を用いた検討を実施している。その結果として、喫煙や高血圧が与える影響が、60 歳時健康寿命および平均余命で大きいことが明らかになった。また肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙の 60 歳健康寿命は喫煙群に比べ健康寿命が短い傾向も認められた（適正体重グループにおける喫煙・非喫煙の健康寿命の差(歳)：至適血圧：男性 2.7、女性 2.2、高血圧 1：男性 2.5、女性 2.1、高血圧 2：男性 2.4、女性 2.0、高血圧 3：男性 2.4、女性 2.0)。また肥満・やせの検討でも喫煙や高血圧ほどはないものの、健康寿命への影響が確認された。喫煙者や高血圧である人たちの健康寿命計算を行おうとした時、それら対象者の死亡率、健康度を示した実証データの取得は容易ではない。唯一可能と思われるデータは、長期観察を伴った疫学研究（コホート研究）データと思われる。このような健康リスクと健康寿命との関連を実証的に示すことで、各種危険因子の健康寿命に対するインパクトを定量的に示すことが可能となる。当日はこの点について議論できればと思っている。