

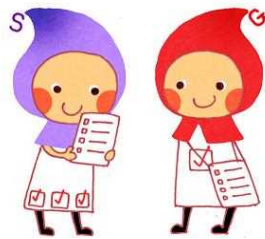


滋賀県健康寿命延伸のための データ活用事業報告書

【令和4年度】

滋賀県健康寿命延伸のためのデータ活用事業プロジェクト会議

滋賀県衛生科学センター



滋賀県健康づくりキャラクター

しがのハグ&クミ

目次

はじめに	1
背景	1
第1部 主観的健康寿命に関する最近の知見	3
I. はじめに	4
II. 指標としての主観的健康寿命について	5
III. 主観的健康寿命とは何か（概念としての位置付け）	9
IV. 主観的健康寿命・主観的健康観（感）と関連する因子について	13
V. 主観の定量化	15
VI. 結語	21
第2部 主観的健康寿命に関する解析結果について	23
第1章 過年度の解析結果について	24
I. はじめに	24
II. 結果と考察	26
第2章 令和4年度の解析結果について 一女性の主観的健康寿命について一	55
I. はじめに	55
II. 結果と考察	55
結語	83
引用文献	84
滋賀県健康寿命延伸のためのデータ活用事業プロジェクト構成組織一覧	88

はじめに

背景

日本では、平均寿命の延伸と死亡率の低下により、人口の高齢化が急速に進展している。平成 28 年の時点で、国民のおよそ 4 人に 1 人が 65 歳以上となっており、令和 17 年には 3 人に 1 人に達すると予測されている¹⁾。平均寿命を延ばすことに加えて、健康で元気に生活できる期間である健康寿命を延伸することが、社会的に求められている。

令和 4 年に厚生労働省が発表した令和 2 年都道府県別平均寿命において、滋賀県は男性 82.73 年（全国 1 位）、女性 88.26 年（全国 2 位）であった²⁾。また、令和元年の滋賀県の『日常生活動作が自立している期間の平均』は都道府県別の厚生労働科学研究の研究報告書において、男性が 81.07 年（全国 2 位）、女性 84.61 年（全国 7 位）であり³⁾、平均寿命・自立期間の指標とも良好な県である。

一方、政府が定める健康寿命指標としての 2 指標『日常生活に制限のない期間の平均：主指標』と、『自分が健康であると自覚している期間の平均：副指標（本稿ではこれを主観的健康寿命と称す）』では、特に、滋賀県の女性の年数（順位）があまり芳しくない数字で表れているという特徴がある。

このような背景から、滋賀県の長寿や健康にかかる長所・短所たり得る要素を見出し、長所はより伸ばし短所は補うこと等によって、さらなる健康長寿県を目指すことが本プロジェクトの基底である。

第1部 主観的健康寿命に関する最近の知見

滋賀県健康寿命延伸のためのデータ活用事業プロジェクト会議

滋賀県衛生科学センター

I. はじめに

WHO（世界保健機構）憲章では、「健康」について、

「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. "

と定義しており、また「精神的健康」について、

「精神的健康とは、単に精神的疾患の存在しないことではない。個人が自らの能力を自覚し、生活上の通常のストレスに対処でき、生産的かつ実りのある仕事ができ、地域社会に貢献できる well-being な状態である。」

"Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. "

と定義している⁴⁾。

"Well-being"は、単に「幸福」や「健康」と訳される場合や、「身体的・精神的・社会的に良好な状態にあること」と訳される場合もあるが、特に精神的 Well-being については"生活満足感 (evaluative well-being) (life satisfaction)", "幸福感 (hedonic well-being) (feelings of happiness, sadness, etc)", "人生の目的・意味 (eudemonic well-being) (sense of purpose and meaning in life)"から成る、幸福と健康との複合的な概念であるとの説明がある⁵⁾⁶⁾。

我が国においても、平均寿命と同時に健康寿命の延伸が重視されて久しく、近年はこの well-being の考え方を含んだ『自分が健康であると自覚している期間の平均：副指標（本稿ではこれを「主観的健康寿命」と表す）』も注目されているところである。この主観的健康寿命・主観的な健康観（感）にまつわる知見について、これから概説していく。

II. 指標としての主観的健康寿命について

健康寿命とは、「ある健康状態で生活することが期待される平均期間」を表す指標である。これは、算出対象となる集団の各個人について、その生存期間を「健康な期間」と「不健康な期間」の2つに分け、前者の平均値を求めることで表すことができる。ここで「健康」と「不健康」をどのように定義し、それをどのように測定するか、の違いによって、我が国には現行2つの健康寿命指標が存在する⁷⁾。現在、「日常生活に制限のない期間の平均」(主指標)と「自分が健康であると自覚している期間の平均」(副指標)が健康寿命の定義・指標として算出されている。

図表1 国民生活基礎調査健康票，副指標算出にかかる質問部分，抜粋

国民生活基礎調査【健康票】(2016年)

質問7 あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。
1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

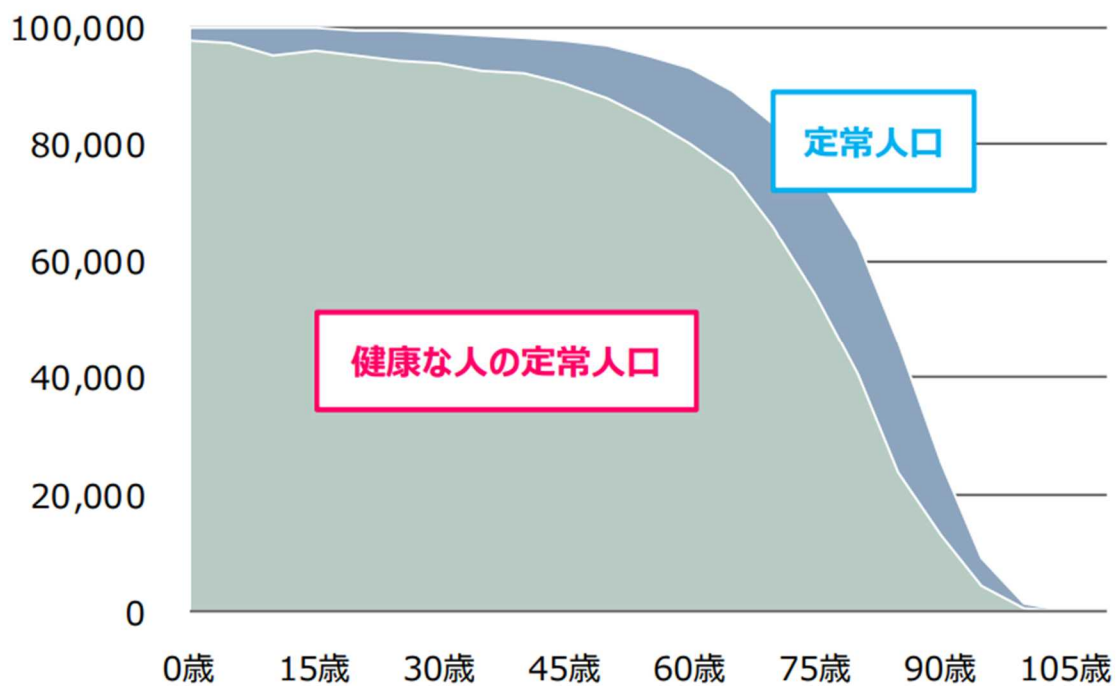
(出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019)⁷⁾)

主観的健康寿命(後者)は3年ごとに実施される「国民生活基礎調査(大規模調査)」の健康票において、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対する回答への選択肢に基づいて算出されるものである。(前者の「日常生活に制限のない期間の平均」も同調査の、別の質問への回答内容を基に算出されるが、前者は、「日常生活の制限」という本質的には客観的な概念⁴⁾であって、自己申告であっても信頼性や妥当性には問題がない⁷⁾、と説明されるものであることに留意してほしい。)

上記5肢のうち「よい」、「まあよい」、「ふつう」という回答を「健康」とし、「あまりよくない」、「よくない」という回答を「不健康」と二分して、サリバン法により算出する。サ

リバン法とは、現在、健康寿命の算出に一般的に用いられている方法で、平たく言えば、健康な人のみの平均寿命を計算すると健康寿命を求めることができる、という方法である。具体的には、「毎年必ず10万人が誕生する状況」を仮定し、そこに年齢別の「死亡率」と、年齢別の「健康・不健康」の割合を与えることで、「健康状態にある生存期間の合計値」（「健康な人の定常人口」とも言う）を求め、これを10万で除して健康寿命を求める。我が国の現行指標においては、簡易生命表から5歳階級別の定常人口、国民生活基礎調査から5歳階級別の「健康・不健康」の割合を得て、「健康な人の定常人口」を求めている⁷⁾。

図表2 サリバン法における定常人口のイメージ



(出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019)⁷⁾)

現行の主観的健康寿命の指標については、「1つ」の質問に対する回答に基づいたものであることに着目すれば、例えば医療や創薬の分野で採用される「PRO 尺度」（包括的な質問群により、患者の「痛み」等の主観的評価を定量化するしくみ、臨床アウトカムの1つ）等と比較すると心許なさが否めない部分はある。（「1つ」の質問であることのメリットについては後述する。）他にも、選択肢の離散的（二者択一的）取扱いに基づいたものであることについて、本来「健康な期間」と「不健康な期間」は連続的であり、明確に二分することはできないという点には留意する必要がある。更には、「施策との対応関係が不明確であり、施策に対する感度も良いとは言えないため、（それぞれの）施策の効果・進捗を評価する指標としての有用性が乏しい」、「都道府県比較は可能だが、地域性や県内の調査対象地区の特性の影響を受ける、有意差があるのは上位数県と下位数県の間のみであるなどの問題がある」と、国の有識者研究会で指摘されている部分も存在する⁷⁾。しかし、先進諸外国も我が国と同様の調査・統計方法を採用しており、質問内容や回答選択肢等ほぼ共通しているのが現状である。

図表3 各国の主観的健康寿命算出方法

健康な状態 の概念規定	健康な状態の測定方法			
	日本	欧州	英国	米国
自覚的健康	<ul style="list-style-type: none"> ■ 国民生活基礎調査 ● 健康状態：「よい」「まあよい」「ふつう」／「あまりよくない」「よくない」 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EU-Statistics on Income and Living Conditions ● 健康状態：「Very Good」「Good」「Fair」／「Bad」「Very Bad」 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Census ● 健康状態：「Good」「Fairly Good」／「Not Good」 	<ul style="list-style-type: none"> ■ National Health Interview Survey ● 健康状態：「Excellent」「Very Good」「Good」／「Fair」「Poor」

（出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019)⁷⁾）

より妥当性を重視した指標として、WHOの健康寿命指標である「健康度調整平均寿命（Health-Adjusted Life Expectancy；HALE）」という指標があり、GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators (2017)では、315種類の不健康・疾病・障害について、60000

名以上を対象とし、195 国・地域の HALE が算出されている⁸⁾。この指標は、各個人の「生存期間の質」をより細かく定量的に（数値化して）評価し、健康状態に応じた重み付けを行うことで健康寿命を算出する。我が国でも過去に採用が検討されたものの、「生存期間の質」の定量的評価と、それに基づく重み付けの手法には、倫理的な議論がありコンセンサスを得ていくことが難しいこと、算出方法が非常に複雑であること、から見送られたという経緯がある⁴⁾。例えば、とある不健康・疾病・障害が各自の生存期間の質をどの程度下げるかは、当事者の置かれた社会的・経済的環境（どの程度の支援を周囲から受けられるか等）にも強く影響を受けると考えられるが、これを算出に織り込んでいく手法について、広く同意を得るのは困難である。尾島によると、（日常生活の制限期間に基づく健康寿命についての報告であるが、）健康・平均寿命情報システムに関する欧州共同事業（JA EHLEIS）及び国際健康寿命学会（REVES）に付随して実施された検討会議において、現状の、個々人の「活動制限」という（潜在的な）ネガティブ面を測る「機能制約」の指標方針より、「参加制約」という、（支援等を含めて実質的に）社会参加がどの程度可能なかをポジティブに定量する指標の方がより望ましいであろう、という主旨の議論がなされており⁹⁾、困難ではあるものの、HALE の考え方や各自の支援状況も考慮することは、健康寿命指標の妥当性を向上させるための方向性の 1 つである。

人間の主観・心にアプローチして、出来るだけ正確に定量化（指標化）するためには、技術的な問題や方法論、妥当性（正確性）の確保等といった直接的な問題の解決と、倫理的問題や複雑性への対応等の間接的な問題解決の双方が必要であり、加えて客観性や比較可能性等の施策評価指標としての適切性が求められる、というのが主観的健康寿命指標を取り巻く現状である。

Ⅲ. 主観的健康寿命とは何か（概念としての位置付け）

近年までの「健康」とは、「身体（肉体）」の「客観的」な状態について、「病気や怪我が無いこと」を指しているものであった⁷⁾。血圧やBMIといった、身体の状態を数値に変換したもの（客観的な定量パラメータ）や、身体の内부를客観的に見える状態にしたもの（X線・病理切片画像等）を測定、評価し、逸脱値や病変が確認されなければ「健康」であるという目安としたり、判断・定義をしたり、といった具合である。ところが最近では、冒頭WHOの健康の定義にも示されているとおり、「健康」の中身が変化し、健康の定義・内容・要素が拡大しつつある。WHOの健康定義に寄せて解釈すると、「健康である」とは、「身体（肉体）的に完全に良好であることに加えて、「精神的」にも、「社会的」にも完全に良好（well-being）であること、さらに加えて、それらが「客観的」にも「主観的」にも、完全に良好（well-being）な状態である」となる。私たちは今「健康」の中身が大きく変化しようとしている、パラダイムシフトの時代を生きているのである。

「健康」概念の拡大、パラダイムシフトについては「保健医療2035提言書」（厚生労働省）内に説明箇所がある。

図表4 保健医療のパラダイムシフト

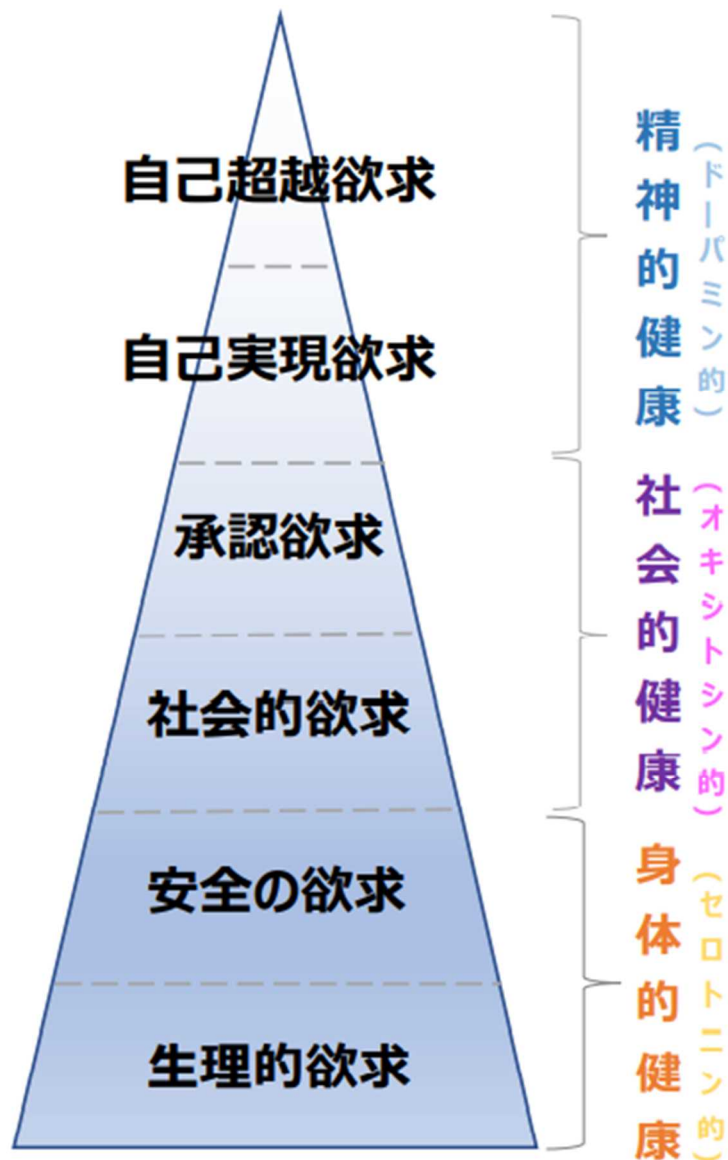


(出典：保健医療 2035 提言書 (参考資料) 11)

量と質の関係，キュアとケアの関係では，例えば平均寿命の長さのみでなく，QOL や well-being の考え方を含んだ健康寿命の長さにもフォーカスすべきであるという考え方を，それらの要素の1つとして挙げることができる。ここでは，量「より」質というわけ

ではなくあくまで、質「も」重要な要素となってきた、と解釈すべきであろう。患者の価値や当事者による規律を重視することについては、保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、グローバル化の進展という課題と展望が添えられている¹¹⁾。

図表5 マズローの欲求段階説



(出典：Well-Being の視点から考えるモビリティ¹²⁾)

これら変化しつつある健康概念の現状は、マズローの欲求5（6）段階説に準えた形でも説明される¹²⁾。我々の健康に対する認識・習慣や医療技術等が一定の水準を超え（レベルアップし）た結果、より高次の段階・ステージへ社会全体が移行し始めている、ということのようである。健康かどうかの定義や判断・評価は、生理的欲求・安全の欲求のように客観的で身体的な要素を多く含む部分の well-being だけでなく、より高次の、主観的な欲求、社会的・精神的な欲求の充足も含めたものへと、少しずつ変わっていくであろうことが示されている。

これらのことを「寿命」に立ち返り総括して述べれば、平均寿命の量的な、客観的な長さに加えて、その寿命を肉体的・社会的・精神的に良い状態で過ごしていると（個々人が）「感じながら」過ごす期間である「主観的健康寿命」の考え方は、これからの健康を考える上で、新たに（少なくとも今以上に）考慮すべき要素の1つとなるであろう、ということになる。

IV. 主観的健康寿命・主観的健康観（感）と関連する因子について

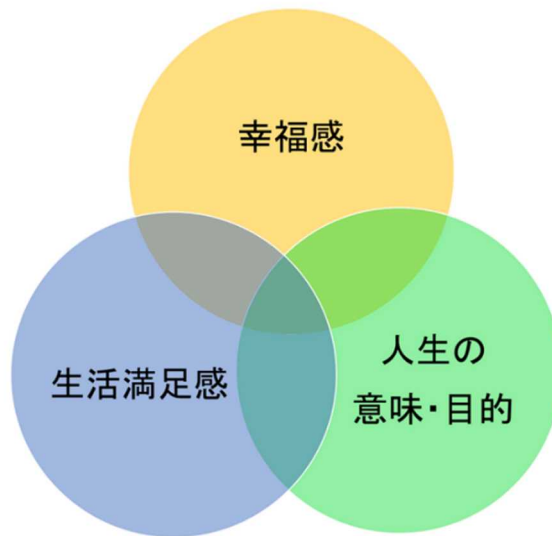
ここまで現行指標・概念としての主観的健康寿命について述べてきた。ここからは、実際に主観的健康寿命という概念がどのような要素の組合せで成立・存在している概念なのか、どのような因子と関連する概念なのかについて触れていく。直接的に、人間の主観的部分について科学的に解明することが困難であっても、それを統計学的に解析することで、少なくとも間接的な答え（の可能性）や傾向を一定導き出すことは可能である。

主観的健康寿命にまつわる因子については、国内外で複数の報告がなされているところであるが、例えば、欧州連合 27 か国（調査年当時）の統計資料を解析した結果によると、主観的健康感が、疾病、その他社会経済的要因とは独立した障害予防、健康増進作用を持つ重要な因子である可能性を示唆すると報告されている¹³⁾。言い換えれば、異なる国・文化背景があろうとも主観的健康感は共通して健康の維持・増進に寄与する可能性があり、かつ主観的に健康であると感じるかどうかは、各自の客観的な健康状態や、客観的な社会経済的要因とは必ずしも相関しない可能性がある、ということになる。またイングランドの 9761 名（平均年齢 64 歳）を対象としたデータ解析においても、主観的健康感の水準が高いと、平均寿命・健康寿命ともに長くなる可能性があることが示されている¹⁴⁾。主観的健康感の強さが（客観的な）健康を促しているのか、はたまた逆なのか（客観的な健康が主観的健康感の向上を促すのか）の議論は存在するが、同様の報告は多数存在し、少なくとも平均寿命・健康寿命の長さとは主観的な健康感との間には、密接な関係があると捉えて良いだろう。

柳澤らの報告では、主観的健康感を高める要因は、「生活の中で夢中になれるものがある」「規則正しい生活をおくっている」「直接スポーツを観戦している」であった、と結んでおり「人生に楽しみや生きがいがある」については（「生活の中で夢中になれるものがある」との相互の影響・関連はあるものの）主観的健康感との関連はみられず、心理的・情緒的に異なるものであると思われる、としている¹⁵⁾。一方、English Longitudinal

Study of Ageing (ELSA)における 9050 人（平均年齢 64.9 歳，標準偏差 10.0 歳）を対象とした平均 8.5 年のコホート追跡調査では，人生の目的・意味を強く感じている上位 25% の死亡率が 9.3%，下位 25%の死亡率が 29.3%であったと報告されている¹⁶⁾。

図表 6 3つの精神的 well-being 評価分類



(出典：食・運動と健康長寿・生きがい・幸福感との関連から⁵⁾)

冒頭で精神的な充足，well-being は「生活満足度」「幸福感」「人生の目的・意味」の3つの評価分類からなる複合的な概念であると説明したが，国や文化といったバックグラウンド，または個々人の環境・価値観等の違いによってこれらを感じるもの・ことは様々であり，またそれは時代の変遷に伴って絶えず変化し続けるため，主観的健康感の醸成や主観的健康寿命の延伸には，多様で複合的，かつ柔軟なアプローチの継続が必要であると解釈できる。

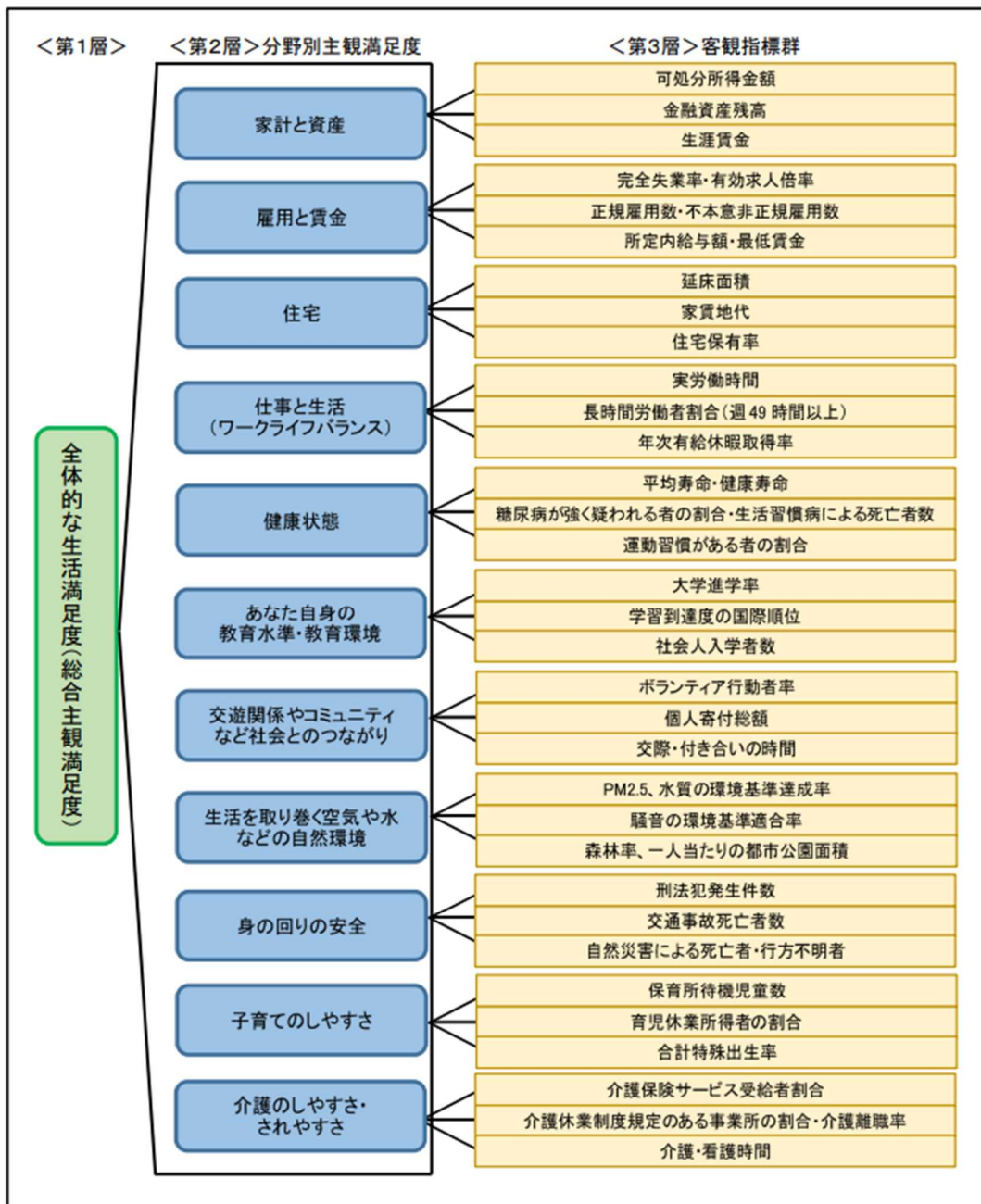
V. 主観の定量化

Well-being の概念や健康感（観）、その他人間の幸福（感）といった主観的概念を、科学的・統計的に、現状以上の高い精度で捉え直すことは可能なのであろうか。

経済協力開発機構（OECD）編著「主観的幸福を測る」（2015）は、主観的幸福という概念を政策決定においてどのように考慮すべきか、主観的幸福尺度の測定における最良慣行、妥当性・国際比較可能性を高める方法等について詳説しているガイドラインである。例えば、調査設計上の方法論的考察では、質問の文言が解釈・理解しやすく、記憶への負担が最小となる質問形態を選ぶことで、各国間・国内人口のサブグループ間の回答の癖によるバイアスリスクを最小化し、国際比較可能性を一定担保する、と提言している¹⁷⁾。これは前述の、先進各国の現行指標としての主観的健康寿命を決定している質問が「1つ」であり、質問の文言・回答選択肢ともにシンプルであることを支持する。アンケートの質問文をシンプルにすることが、回答の正確性と信頼性を高くする上で重要であることは、同時に主観の定量化が、それほど繊細なものであるということを示しているとも言えるであろう。

また同書は、政策決定者は社会水準の評価軸として経済指標のみならず、主観的幸福度やその測定を重視すべきであり、加えて健康や社会的因子等、人々の生活の幅広い要素を考慮する多角的な指標を開発すべきであると提言している¹⁷⁾。内閣府は「骨太方針2019」（令和元年6月）において「我が国の経済社会の構造を人々の満足度（well-being）の観点から見える化する「満足度・生活の質を表す指標群（ダッシュボード）の構築を進め、関連する指標を各分野の KPI に盛り込む。」とし、最新の報告書「満足度・生活の質に関する調査報告書 2022」では、「全体的な生活満足度（総合主観満足度）」として検討中のダッシュボードの体系図を、以下のように示している。

図表7 内閣府 Well-being ダッシュボードの体系図

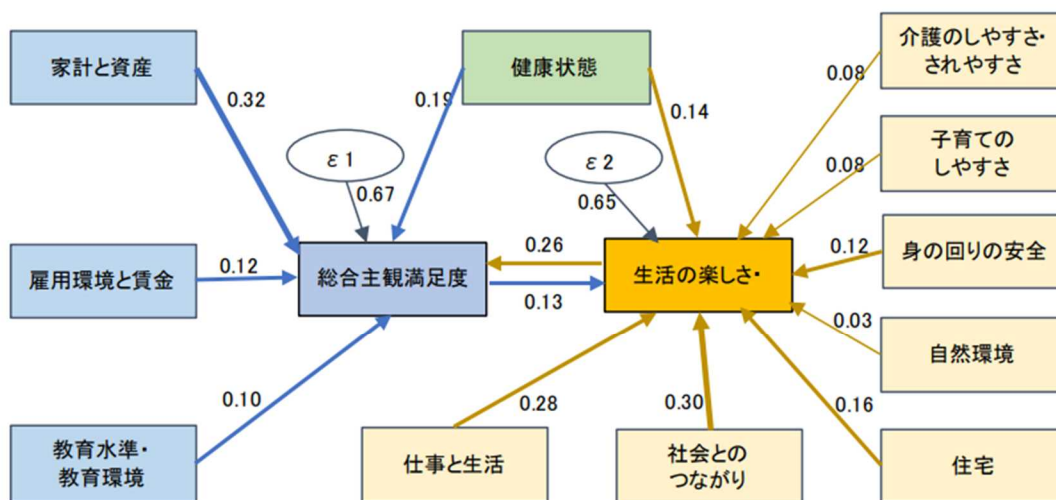


（出典：満足度・生活の質に関する調査報告書 2022¹⁸⁾）

「満足度・生活の質に関する調査」に関する第4次報告書では、総合主観満足度と分野別主観満足度のそれぞれが相互に影響しあう構造を、パス解析に基づくモデルで示してい

る。(ただし、「生活の楽しさ・面白さ」「政治・行政・裁判所への信頼性」の2分野については、最新のダッシュボードから削除されている。)

図表8 パス解析の結果



※ 数字はパス係数。1%水準で有意かつ正符号を満たすもの。εは誤差。
 ※ R²は総合主観満足度が0.33、楽しさ・面白さが0.35。

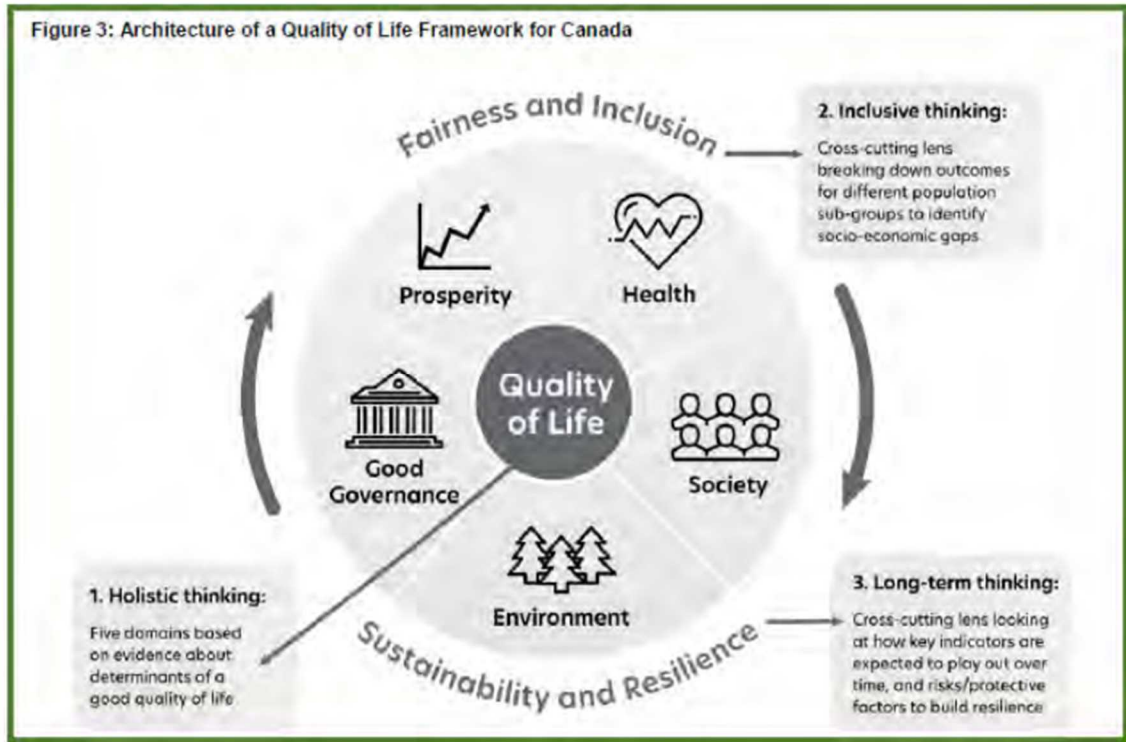
総合主観満足度のみ直接的に影響	「家計と資産」「雇用環境と賃金」「教育水準・教育環境」
「生活の楽しさ・面白さ」を介して間接的に総合主観満足度に影響	「社会とのつながり」「仕事と生活」「住宅」「身の周りの安全」「子育てのしやすさ」「介護のしやすさ・されやすさ」「自然環境」
総合主観満足度と「生活の楽しさ・面白さ」の両方に影響	「健康状態」
有意にならなかった分野	「政治・行政・裁判所への信頼性」

(出典：「満足度・生活の質に関する調査」に関する第4次報告書¹⁹⁾)

「健康状態」の分野別主観満足度（のみ）が、「総合主観満足度」と「生活の楽しさ・面白さ」双方に影響を与えていることは、「健康状態」の指標の重要性を示すものであり、感覚的な「体が資本」という健康の役割を再認識するものでもある。人々の主観的な意識・well-being 指標にも重きを置いて政策を検討する潮流が、内閣府調査、各国政策当

局においてもみとめられる¹⁸⁾¹⁹⁾。

図表9 カナダの生活の質フレームワークの構成

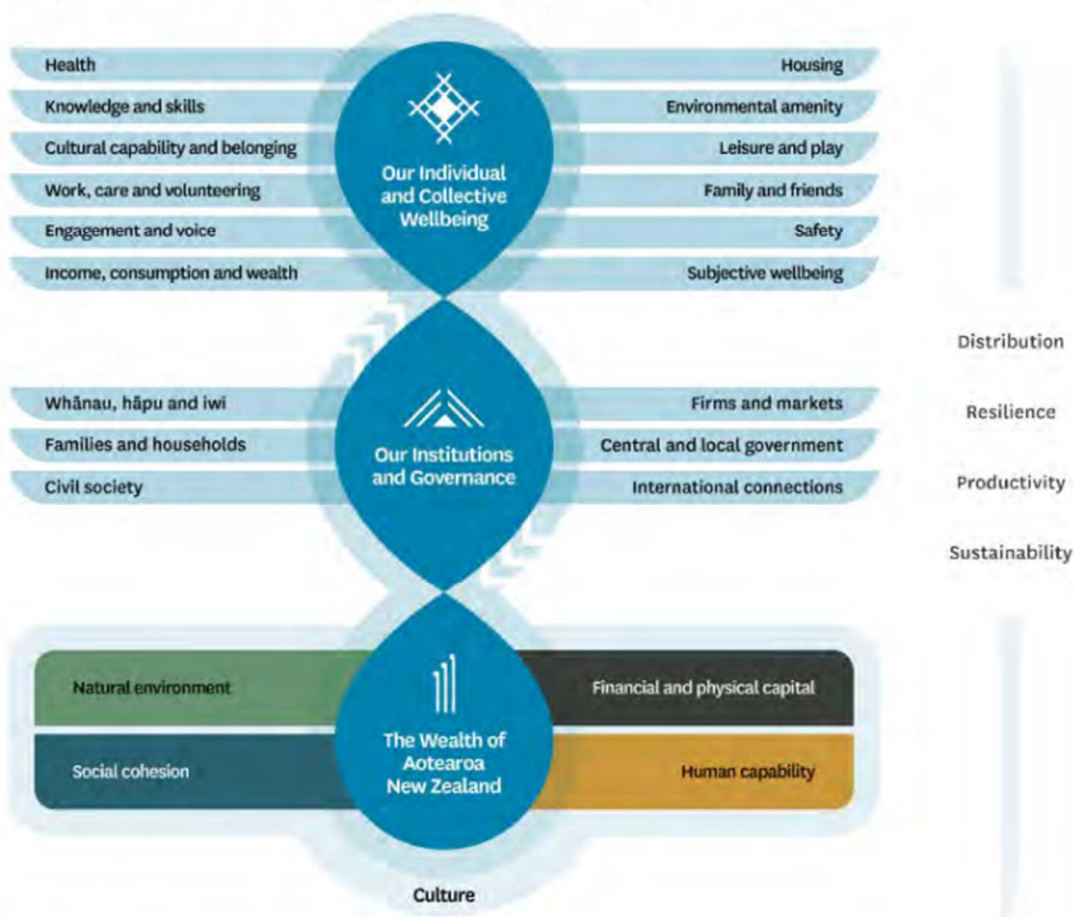


(出典：満足度・生活の質に関する調査報告書 2022¹⁸⁾)

図表 10 ニュージーランドの Living Standards Framework

Overview of the 2021 LSF

The new version of the LSF is introduced in the following diagram.



(出典：満足度・生活の質に関する調査報告書 2022¹⁸⁾)

以上のような主観の指標化・定量化においては、まだ未解明の部分も多い「主観とは何か？」という科学的な問いが徐々に解明されることで、その妥当性の向上が期待される。主観の正体を解明するための科学的アプローチには、医学・生理学・脳科学・量子力学・心理学・哲学等様々あるが、今回はそのうち以下の2つを紹介する。

樺沢の著書「THE THREE HAPPINESS」では、人間の幸福を「脳内でドーパミン・

セロトニン・オキシトシンが十分に分泌されている状態」と定義し、これらの物質を出す条件が「幸せになる方法」であるとし²⁰⁾、特に「セロトニン」「オキシトシン」については（身体的・社会的）健康にかかる主観への長期的な働きがあるとしている。多くのホルモンが人間の生理活動や感情に関係していることは周知であるが、幸福に関連するホルモン（100種以上といわれる）のうち、日常生活において主要な3つのホルモンに焦点を当て、主観的で抽象的な「幸福」「健康感」という概念を一定具体化した一例である。

人間の主観的な感情がどのように形成されるのかについて、未だ諸説あり明確に解明されていない部分が多いことを示す有名な例としては、脳の活動電位後に続く身体反応が感情に先行する説²¹⁾や、人間の任意の意思決定に、脳の活動電位が先行する可能性を示す実験結果^{22) 23)}がある。

社会をとりまく数多の因子が、どのような機序を経て最終的に個人の主観に影響を及ぼし、感情を形成するのか。「主観的健康寿命」という概念が個々人の健康に何をもたらすのか。そしてどのような因子によって意味付けされているものなのか。まだまだ未解明な部分が多い状況ではあるが、主観的健康寿命は徐々に新しい健康概念・指標の1つとして認識・研究され、その蓄積が期待・注目されているテーマである。

VI. 結語

「健康寿命」への関心は高まっており，これについて検討・議論する場面も多くある現況において，本稿では特に「主観的健康寿命」に関連するトピックスにスポットを当て，指標の成り立ちや概念の概要，理想と現状の間に存在するギャップと解決展望等について概説した．主観的健康寿命を理解・考察する上での参考になれば幸甚である．

第2部 主観的健康寿命に関する解析結果について

滋賀県健康寿命延伸のためのデータ活用事業プロジェクト会議

滋賀県衛生科学センター

第1章 過年度の解析結果について

I. はじめに

滋賀県の『日常生活に制限のない期間の平均：主指標』は、令和元年の数字で男性 73.46 年（全国 4 位）、女性 74.44 年（全国 46 位）という状況である。この数値は、国民生活基礎調査（大規模調査時）の質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。」に対する「ある」「ない」の回答状況を元に、サリバン法を用いて算出するものである。

この指標値を主な対象として、平成 28 年国民生活基礎調査の個票データを用いて実施した過年度の解析内容のうち、「自覚症状」や「日常生活での悩みやストレス」といった、主観的健康感に関わりの深いテーマを含む解析部分について報告する。

図表 11 対象サンプル数（若年層：20～30 歳代，中年層 40～64 歳，高齢層 65 歳以上）

男性 () 内は平均年齢

男性	若年層	中年層	高齢層
滋賀県	636 (31.0歳)	1,605 (51.9歳)	1,360 (74.4歳)
滋賀県以外	25,766 (32.1歳)	78,776 (52.5歳)	73,797 (74.5歳)

女性 () 内は平均年齢

女性	若年層	中年層	高齢層
滋賀県	306 (31.3歳)	932 (53.1歳)	1,100 (74.7歳)
滋賀県以外	16,745 (31.4歳)	50,332 (53.3歳)	68,823 (75.7歳)

	若年層	中年層	高齢層
北海道	611	1867	1397
青森県	488	1758	1572
岩手県	406	1425	1420
宮城県	673	2030	1973
秋田県	558	1549	1853
山形県	373	1488	1754
福島県	411	1744	1654
茨城県	540	1823	1443
栃木県	635	1606	1528
群馬県	659	1758	1537
埼玉県	798	2261	1831
千葉県	549	1573	1567
東京都	921	2427	2028
神奈川県	1241	3405	2551
新潟県	563	2061	1902
富山県	499	1713	1756
石川県	540	1539	1503
福井県	421	1564	1616
山梨県	348	1423	1339
長野県	463	1587	1608
岐阜県	420	1596	1612
静岡県	1075	3114	2848
愛知県	908	2190	1566
三重県	424	1393	1484
滋賀県	636	1605	1360
京都府	452	1426	1376
大阪府	980	2795	2566
兵庫県	697	2188	1913
奈良県	342	1257	1311
和歌山県	279	1281	1417
鳥取県	451	1465	1425
島根県	412	1443	1619
岡山県	688	1815	1687
広島県	578	1563	1479
山口県	568	1479	1417
徳島県	547	1494	1483
香川県	716	1710	1544
愛媛県	593	1648	1460
高知県	384	1193	1300
福岡県	722	2208	2139
佐賀県	502	1596	1663
長崎県	454	1605	1517
熊本県	0	0	0
大分県	549	1509	1429
宮崎県	524	1536	1413
鹿児島県	381	1260	1259
沖縄県	423	1411	1038

	若年層	中年層	高齢層
北海道	476	1432	1669
青森県	355	1056	1504
岩手県	283	850	1138
宮城県	405	1256	1725
秋田県	246	982	1645
山形県	231	783	1241
福島県	222	949	1354
茨城県	313	1062	1203
栃木県	387	1046	1242
群馬県	366	1016	1346
埼玉県	560	1359	1685
千葉県	365	996	1401
東京都	752	1664	2196
神奈川県	822	2142	2431
新潟県	357	1186	1496
富山県	294	888	1300
石川県	344	1018	1317
福井県	235	879	1253
山梨県	268	914	1148
長野県	283	1003	1348
岐阜県	276	881	1308
静岡県	583	1797	2337
愛知県	545	1286	1427
三重県	268	968	1354
滋賀県	306	932	1100
京都府	342	1071	1412
大阪府	662	1988	2682
兵庫県	512	1574	1869
奈良県	215	839	1245
和歌山県	181	939	1410
鳥取県	280	902	1247
島根県	257	836	1434
岡山県	460	1236	1630
広島県	351	1009	1478
山口県	369	953	1565
徳島県	382	1046	1420
香川県	365	1120	1453
愛媛県	399	1080	1532
高知県	306	822	1522
福岡県	473	1673	2259
佐賀県	305	902	1497
長崎県	286	1067	1620
熊本県	0	0	0
大分県	378	1015	1455
宮崎県	375	1067	1547
鹿児島県	306	880	1508
沖縄県	305	900	970

II. 結果と考察

- ・調査対象者を3つの年齢階級（若年層，中年層，高齢層）に区切り，日常生活への影響の有無と主指標との関連をみると，日常生活への影響は「中年層」で最も大きい可能性

図表 12 『日常生活に制限のない期間の平均：主指標』の健康寿命に対して，日常生活に「影響あり」と回答した者を年齢層別に分けて相関係数を解析した結果（全国）（* $p < 0.05$ ）

年齢層	男性健康寿命	女性健康寿命
若年層	-0.41*	-0.48*
中年層	-0.54*	-0.62*
高齢層	-0.51*	-0.59*

図表 12 から滋賀県の中年女性では，影響あり割合が全国と比較して高く，このことが健康寿命指標にも一定の影響を与えている要因である可能性が判明した。

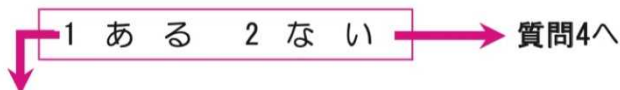
主観的な健康感が中年層で落ち込むM字様の傾向については，海外の研究等も含め複数報告されている¹³⁾ ところであり，都道府県単位で見える場合に限らず，単純に年齢層の違いのみで傾向を見た場合にも，他2層と比べ中年層の「制限あり」割合が大きくなる今回の解析結果を支持するものである。

- ・滋賀県の女性のうち、特に「筋骨格系」の自覚症状や傷病を持つ者が、日常生活に『影響あり』と回答しやすくなる可能性があり、かつ筋骨格系の自覚症状が最も気になる者のうち治療していない者、の割合が全国と比較して高い。

国民生活基礎調査（大規模調査時）の質問票内には以下のように、自覚症状をたずねる質問がある。

図表 13 国民生活基礎調査健康票，抜粋

質問3 あなたはここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか。



補問3-1 それは、どのような症状ですか。あてはまるすべての症状名の番号に○をつけてください。その中で最も気になる症状名の番号を番号記入欄に記入してください。

全身症状	01 熱がある	呼吸器系	15 せきやたんが出る	筋骨格系	29 肩こり			
	02 体がだるい		16 鼻がつまる・ 鼻汁が出る		30 腰痛			
	03 眠れない		17 ゼイゼイする		31 手足の関節が痛む			
	04 いらいらしやすい		18 胃のもたれ・ むねやけ		32 手足の動きが悪い			
	05 ものを忘れする	消化器系	19 下痢		手足	33 手足のしびれ		
	06 頭痛		20 便秘			34 手足が冷える		
	07 めまい		21 食欲不振			35 足のむくみやだるさ		
	眼		08 目のかすみ			22 腹痛・胃痛	尿路生殖 器系	36 尿が出にくい・ 排尿時痛い
			09 物を見づらい			23 痔による痛み・ 出血など		37 頻尿(尿の出る回数が多い)
			耳		10 耳なりがする	24 歯が痛い		38 尿失禁(尿がもれる)
	11 きこえにくい	25 歯ぐきのはれ・出血		39 月経不順・月経痛				
	胸部	12 動悸	歯	26 かみにくい	損傷	40 骨折・ねんざ・ 脱ぎゅう		
		13 息切れ		27 発疹(じんま疹・できもの など)		41 切り傷・やけどなどの けが		
		14 前胸部に痛みが ある		皮膚		28 かゆみ(湿疹・水虫など)	42 その他	

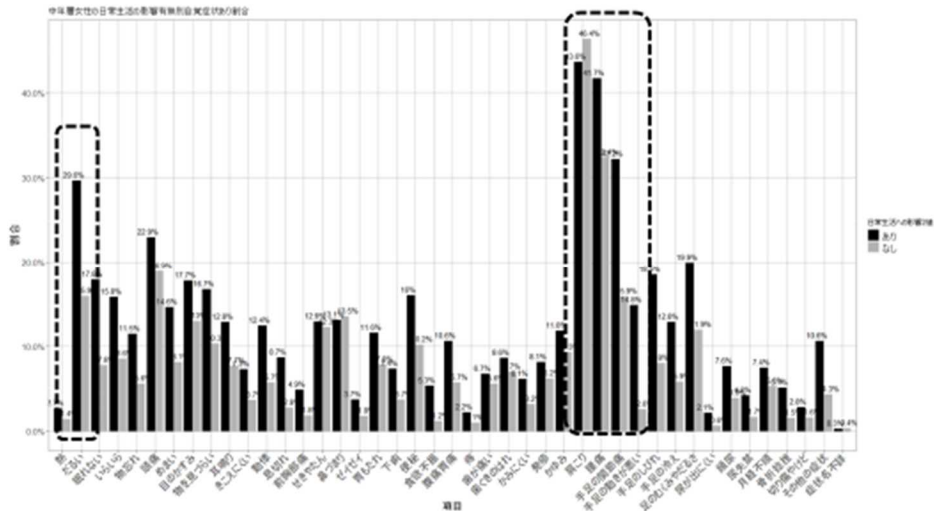
最も気になる症状の番号記入欄 → 番

(出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019) 4)

自覚症状についての回答を集計・解析した結果が以下のとおりである。

図表 14 影響の有無による自覚症状保有割合（全国：中年層女性）

影響の有無による自覚症状保有割合（全国：中年層女性）



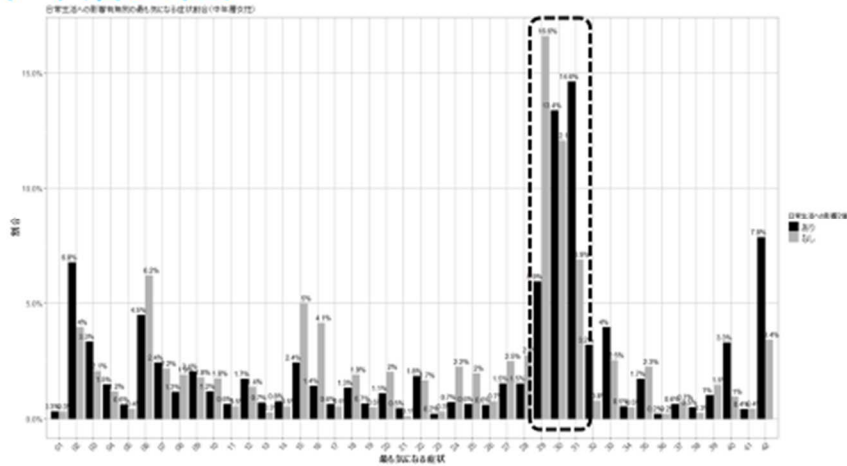
- ・ 影響ありの回答の有無別に自覚症状の有無を聞いたところ、影響なしと答えた人と比較し、影響ありと答えた人は、『だるい』、『腰痛』や『手足の関節痛』、『手足の動きが悪い』と回答している割合が高い

（全国：中年層女性）

- ・ だるい …………… 「影響あり」の29.6%が回答 「影響なし」の15.9%が回答
- ・ 肩こり …………… 「影響あり」の43.6%が回答 「影響なし」の46.4%が回答
- ・ 腰痛 …………… 「影響あり」の46.4%が回答 「影響なし」の41.7%が回答
- ・ 手足の関節痛 …… 「影響あり」の32.2%が回答 「影響なし」の15.9%が回答
- ・ 手足の動きが悪い … 「影響あり」の14.8%が回答 「影響なし」の2.6%が回答

図表 15 最も気になる自覚症状の影響有無割合（全国：中年層女性）

最も気になる自覚症状の影響有無割合（全国：中年層女性）



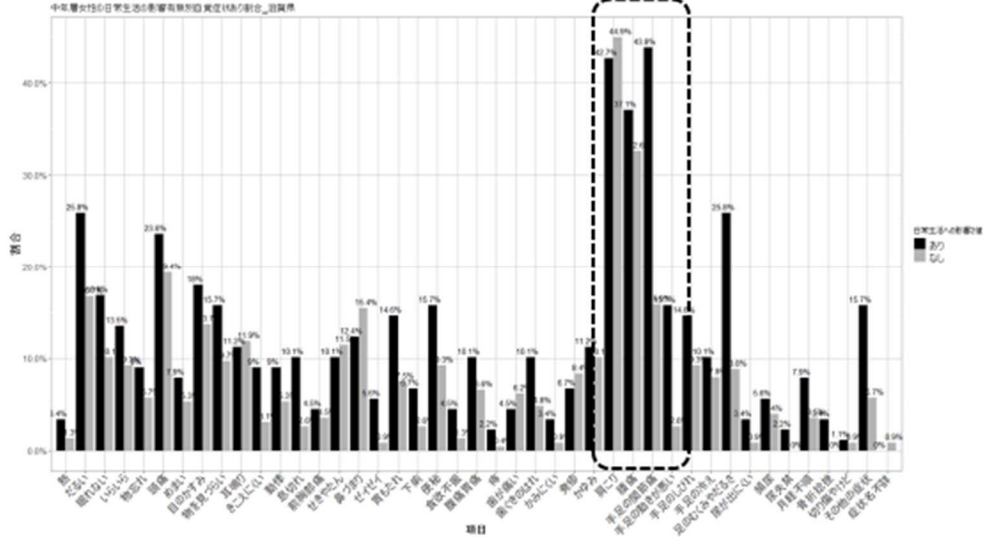
- ・ 中年層女性において、影響がある人では、30番の『腰痛症』、31番の『手足の関節が痛む』といった自覚症状をもつ人が、日常生活への影響ありと回答している割合が高い

（全国：中年層女性）

- ・ だるい …………… 「影響あり」の 6.8%が「最も気になる症状」として回答
「影響なし」の 4.4%が「最も気になる症状」として回答
- ・ 肩こり …………… 「影響あり」の 5.9%が「最も気になる症状」として回答
「影響なし」の 16.6%が「最も気になる症状」として回答
- ・ 腰痛 …………… 「影響あり」の 13.4%が「最も気になる症状」として回答
「影響なし」の 12.1%が「最も気になる症状」として回答
- ・ 手足の関節痛 …… 「影響あり」の 14.6%が「最も気になる症状」として回答
「影響なし」の 6.9%が「最も気になる症状」として回答
- ・ 手足の動きが悪い … 「影響あり」の 3.2%が「最も気になる症状」として回答
「影響なし」の 0.8%が「最も気になる症状」として回答

図表 16 影響の有無による自覚症状保有割合（滋賀：中年層女性）

影響の有無による自覚症状保有割合（滋賀：中年層女性）



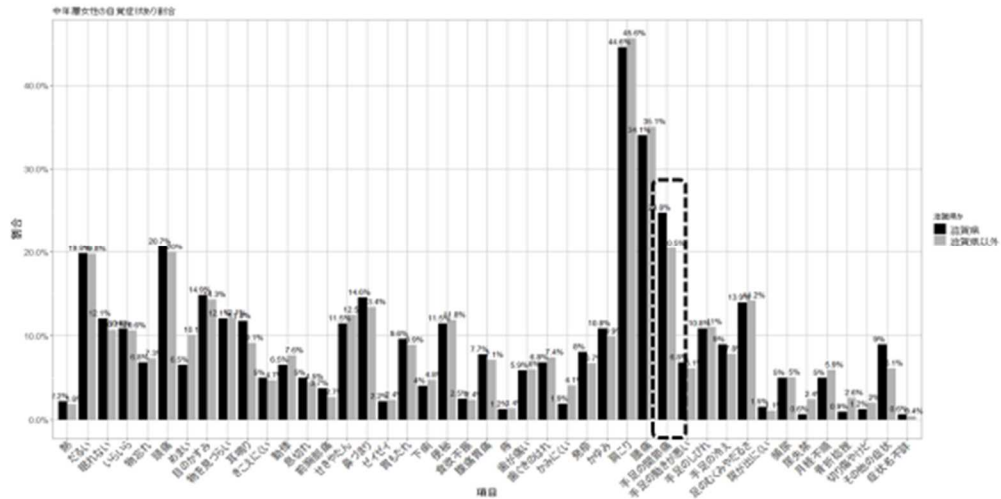
- ・ 滋賀県の中年層女性において、影響がある人では、『肩こり』、『腰痛症』、『手足の関節痛』の自覚症状をもつ割合が高い

（滋賀：中年層女性）

- ・ だるい …………… 「影響あり」の25.8%が回答 「影響なし」の16.7%が回答
- ・ 肩こり …………… 「影響あり」の42.7%が回答 「影響なし」の44.9%が回答
- ・ 腰痛 …………… 「影響あり」の37.1%が回答 「影響なし」の32.6%が回答
- ・ 手足の関節痛 …… 「影響あり」の43.8%が回答 「影響なし」の15.9%が回答
- ・ 手足の動きが悪い … 「影響あり」の14.8%が回答 「影響なし」の2.6%が回答

図表 17 滋賀県と他都道府県の自覚症状の保有割合（中年層女性）

滋賀県と他府県の自覚症状の保有割合（中年層女性）



- ・ 中年層女性の中で、滋賀県では他府県と比較して『手足の関節痛』を持つ割合が高い

(中年層女性)

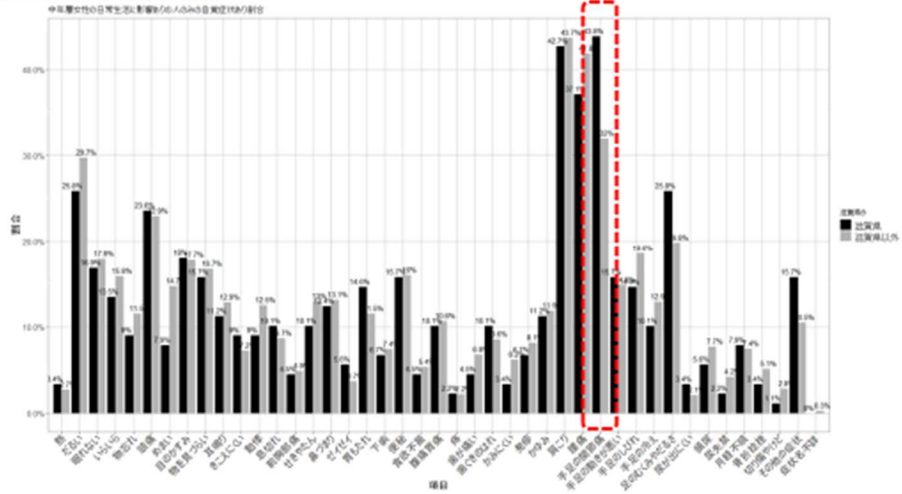
・ 手足の関節痛 …… 「滋賀県」では 24.8%が回答

「滋賀県以外の都道府県」では平均して 20.5%が回答

図表 18 日常生活への影響ありの者の中の滋賀県と他都道府県の自覚症状の保有割合

(中年層女性)

日常生活への影響ありの人の中の滋賀県と他府県の自覚症状の保有割合(中年層女性)



- 日常生活への影響ありと回答した中年層女性の中でも、滋賀県は他府県と比較して『手足の関節痛』を持つ割合が高い

(中年層女性のうち、日常生活への「影響あり」の者では)

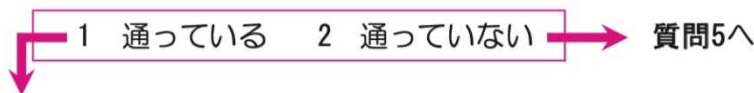
- 手足の関節痛 …… 「滋賀県」の 43.8%が回答
「滋賀県以外の都道府県」の平均 32.0%が回答

これらの結果の支持・改善策についての報告として、
「主観的健康感は身体活動や膝の痛みに影響を受けるが、ストレッチングの指導により良い状態を維持できる可能性がある」²⁴⁾
ことを論じたものがある。

同じく傷病と通院等の状況の質問票、および回答結果についての集計・解析結果が以下のとおりである。

図表 19 国民生活基礎調査健康票，抜粋

質問4 あなたは**現在**、傷病（病気やけが）で病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。（往診、訪問診療、補問3-1の症状で通っているものを含む）



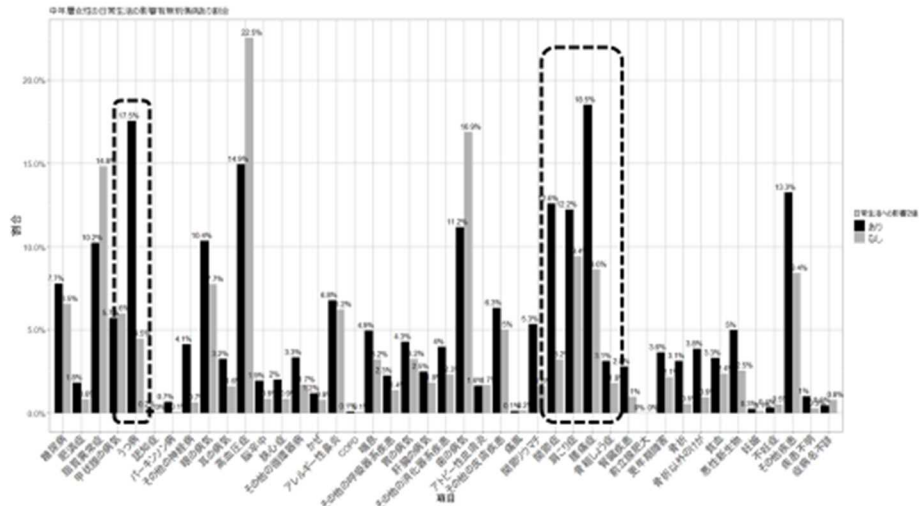
補問4-1 どのような傷病（病気やけが）で通っていますか。あてはまるすべての傷病名の番号に○をつけてください。その中で最も気になる傷病名の番号を番号記入欄に記入してください。

内分泌・代謝障害	01 糖尿病	呼吸器系	15 急性鼻咽頭炎(かぜ)	尿路生殖器官系	32 腎臓の病気	
	02 肥満症		16 アレルギー性鼻炎		33 前立腺肥大症	
	03 脂質異常症 (高コレステロール血症等)		17 慢性閉塞性肺疾患(COPD)		34 閉経期又は閉経後障害 (更年期障害等)	
	04 甲状腺の病気		18 喘息		損傷	35 骨折
	05 うつ病やその他の こころの病気		19 その他の呼吸器系の 病気			36 骨折以外のけが・ やけど
精神・神経	06 認知症	消化器系	20 胃・十二指腸の病気	37 貧血・血液の病気		
	07 パーキンソン病		21 肝臓・胆のうの病気	38 悪性新生物(がん)		
	08 その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)		22 その他の消化器系 の病気	39 妊娠・産褥 (切迫流産、前置胎盤等)		
循環器系	09 眼の病気	23 歯の病気	40 不妊症	最も気になる傷病の 番号記入欄 →	番	
	10 耳の病気	皮膚	24 アトピー性皮膚炎			41 その他
	11 高血圧症		25 その他の皮膚の病気			42 不明
	12 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	筋骨格系	26 痛風			
	13 狭心症・心筋梗塞		27 関節リウマチ			
	14 その他の循環器系の 病気		28 関節症			
			29 肩こり症			
			30 腰痛症			
		31 骨粗しょう症				

(出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019) 4)

図表 20 影響の有無別の傷病保有割合（全国：中年層女性）

影響の有無別の傷病保有割合（全国：中年層女性）



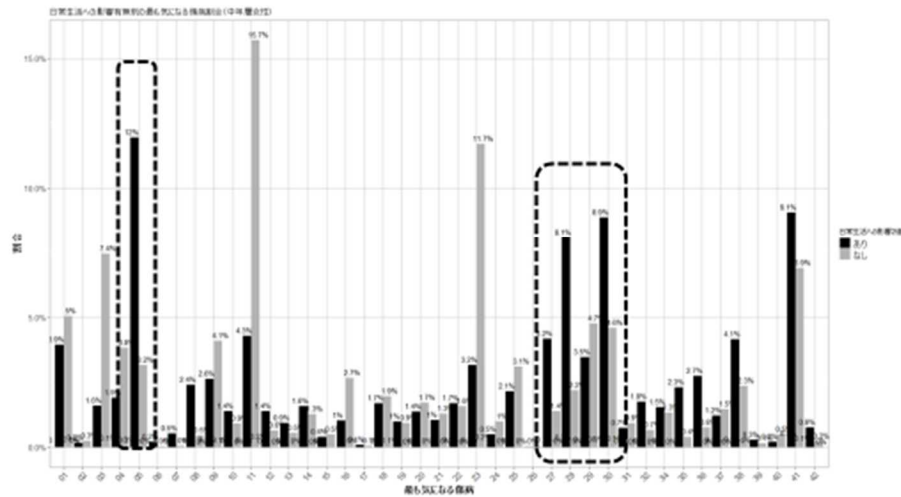
- ・ 中年層女性において、日常生活への影響が無い人に比べ、ある人では、『うつ病』、『関節症』、『肩こり』、『腰痛症』などの傷病をもつ割合が高い

（全国：中年層女性）

- ・ うつ病 …………… 「影響あり」の17.5%が回答 「影響なし」の4.5%が回答
- ・ 関節症 …………… 「影響あり」の12.6%が回答 「影響なし」の3.2%が回答
- ・ 肩こり症 …………… 「影響あり」の12.2%が回答 「影響なし」の9.4%が回答
- ・ 腰痛症 …………… 「影響あり」の18.5%が回答 「影響なし」の8.6%が回答

図表 21 最も気になる傷病の影響有無割合（全国：中年層女性）

最も気になる傷病の影響有無割合（全国：中年層女性）



- ・ 中年層女性の日常生活への影響がある人の、最も気になる傷病は、05番の『うつ病やこころの病気』、27番の『関節リウマチ』、28番の『関節症』、30番の『腰痛症』が多いことが分かる

（全国：中年層女性）

- ・ うつ病 …………… 「影響あり」の 12.0%が「最も気になる傷病」として回答
「影響なし」の 3.2%が「最も気になる傷病」として回答
- ・ 関節リウマチ …………… 「影響あり」の 4.2%が「最も気になる傷病」として回答
「影響なし」の 1.4%が「最も気になる傷病」として回答
- ・ 関節症 …………… 「影響あり」の 8.1%が「最も気になる傷病」として回答
「影響なし」の 2.2%が「最も気になる傷病」として回答
- ・ 腰痛症 …………… 「影響あり」の 8.9%が「最も気になる傷病」として回答
「影響なし」の 4.6%が「最も気になる傷病」として回答

「影響あり」と回答した中年層女性では、「通院している傷病」として『うつ病』『腰痛症』『関節症』『肩こり症』，「自覚症状」としては『腰痛』，『手足の関節痛』を持つ割合が，「影響がない」と回答した者と比較して大きかった。

特に滋賀県の中年層女性では，他の都道府県と比較して，『手足の関節』等の筋骨格系の自覚症状・傷病を持つ割合が大きいことが分かった。加えて，筋骨格系の自覚症状が最も気になる者のうち，それを治療していない者の割合が，全国と比較して大であった。

・(参考) 栃木県のデータとの比較結果

女性の「平均寿命」と「日常生活に制限のない期間の平均」の差が最も小さい栃木県についても同様の解析を行った。

図表 25 平均寿命と健康寿命の男女差(都道府県別)

平均寿命と健康寿命の男女差(都道府県別)

都道府県 番号	都道府県 名	①平均寿命 (平成27年)		②健康寿命※1 (平成28年)				③健康寿命※2 (平成28年)			
		平成29年12月公 表		平成30年3月公表				平成30年6月公表			
		男性	女性	「日常生活に制限のない期間の平均」		「日常生活動作が自立している期間の平均」		男性	①-③	女性	①-③
1	北海道	80.28	86.77	71.98	8.30	73.77	13.00	78.98	1.30	83.87	2.90
2	青森	78.67	85.93	71.64	7.03	75.14	10.79	77.44	1.23	82.66	3.27
3	岩手	79.86	86.44	71.85	8.01	74.46	11.98	78.44	1.42	83.17	3.27
4	宮城	80.99	87.16	72.39	8.60	74.43	12.73	79.69	1.30	84.12	3.04
5	秋田	79.51	86.38	71.21	8.30	74.53	11.85	78.12	1.39	82.82	3.56
6	山形	80.52	86.96	72.61	7.91	75.06	11.90	79.11	1.41	83.77	3.19
7	福島	80.12	86.40	71.54	8.58	75.05	11.35	78.71	1.41	83.12	3.28
8	茨城	80.28	86.33	72.50	7.78	75.52	10.81	79.17	1.11	83.24	3.09
9	栃木	80.10	86.24	72.12	7.98	75.73	10.51	79.00	1.10	83.33	2.91
10	群馬	80.61	86.84	72.07	8.54	75.20	11.64	79.20	1.41	83.76	3.08
11	埼玉	80.82	86.66	73.10	7.72	74.67	11.99	79.68	1.14	83.78	2.88
12	千葉	80.96	86.91	72.37	8.59	75.17	11.74	79.70	1.26	84.01	2.90
13	東京	81.07	87.26	72.00	9.07	74.24	13.02	79.72	1.35	84.06	3.20
14	神奈川	81.32	87.24	72.30	9.02	74.63	12.61	79.98	1.34	83.91	3.33
15	新潟	80.69	87.32	72.45	8.24	75.44	11.88	79.27	1.42	83.83	3.49
16	富山	80.61	87.42	72.58	8.03	75.77	11.65	79.36	1.25	83.99	3.43
17	石川	81.04	87.28	72.67	8.37	75.18	12.10	79.58	1.46	84.06	3.22
18	福井	81.27	87.54	72.45	8.82	75.26	12.28	79.79	1.48	84.01	3.53
19	山梨	80.85	87.22	73.21	7.64	76.22	11.00	79.75	1.10	83.82	3.40
20	長野	81.75	87.67	72.11	9.64	74.72	12.95	80.55	1.20	84.60	3.07
21	岐阜	81.00	86.82	72.89	8.11	75.65	11.17	79.81	1.19	83.74	3.08
22	静岡	80.95	87.10	72.63	8.32	75.37	11.73	79.89	1.06	84.39	2.71
23	愛知	81.10	86.86	73.06	8.04	76.32	10.54	80.01	1.09	84.00	2.86
24	三重	80.86	86.99	71.79	9.07	76.30	10.69	79.56	1.30	83.91	3.08
25	滋賀	81.78	87.57	72.30	9.48	74.07	13.50	80.39	1.39	84.44	3.13
26	京都	81.40	87.35	71.85	9.55	73.97	13.38	79.90	1.50	83.64	3.71
27	大阪	80.23	86.73	71.50	8.73	74.46	12.27	78.85	1.38	83.25	3.48
28	兵庫	80.92	87.07	72.08	8.84	74.23	12.84	79.77	1.15	84.14	2.93
29	奈良	81.36	87.25	71.39	9.97	74.10	13.15	80.27	1.09	83.90	3.35
30	和歌山	79.94	86.47	71.36	8.58	74.42	12.05	78.38	1.56	82.92	3.55
31	鳥取	80.17	87.27	71.69	8.48	74.14	13.13	78.80	1.37	83.95	3.32
32	島根	80.79	87.64	71.71	9.08	75.74	11.90	79.57	1.22	84.20	3.44
33	岡山	81.03	87.67	71.54	9.49	75.09	12.58	79.57	1.46	84.23	3.44
34	広島	81.08	87.33	71.97	9.11	73.62	13.71	79.82	1.26	84.05	3.28
35	山口	80.51	86.88	72.18	8.33	75.18	11.70	79.27	1.24	83.80	3.08
36	徳島	80.32	86.66	71.34	8.98	74.04	12.62	79.15	1.17	83.27	3.39
37	香川	80.85	87.21	72.37	8.48	74.83	12.38	79.77	1.08	83.89	3.32
38	愛媛	80.16	86.82	71.33	8.83	74.59	12.23	78.72	1.44	83.61	3.21
39	高知	80.26	87.01	71.37	8.89	75.17	11.84	78.61	1.65	83.79	3.22
40	福岡	80.66	87.14	71.49	9.17	74.66	12.48	79.34	1.32	84.09	3.05
41	佐賀	80.65	87.12	71.60	9.05	75.07	12.05	79.53	1.12	84.29	2.83
42	長崎	80.38	86.97	71.83	8.55	74.71	12.26	79.29	1.09	83.85	3.12
43	熊本	81.22	87.49					79.76	1.46	83.98	3.51
44	大分	81.08	87.31	71.54	9.54	75.38	11.93	79.63	1.45	84.57	2.74
45	宮崎	80.34	87.12	72.05	8.29	74.93	12.19	78.82	1.52	84.00	3.12
46	鹿児島	80.02	86.78	72.31	7.71	75.51	11.27	78.73	1.29	83.72	3.06
47	沖縄	80.27	87.44	71.98	8.29	75.46	11.98	78.36	1.91	83.68	3.76

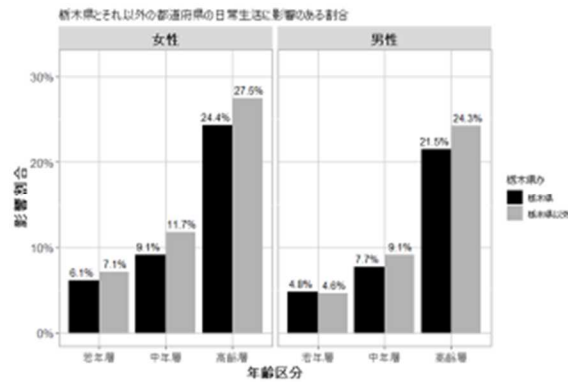
(再掲)

(単位：年)

	滋賀県男性	滋賀県女性	栃木県男性	栃木県女性
①平均寿命（平成 27 年）	81.78	87.57	80.10	86.24
②日常生活に制限のない 期間の平均（平成 28 年）	72.30	74.07	72.12	75.73
③日常生活動作が自立している 期間の平均（平成 28 年）	80.39	87.57	84.44	83.33
①－②	9.48	13.50	7.98	10.51
①－③	1.39	3.13	1.10	2.91

図表 26 栃木県とその他の都道府県の、年代別の「日常生活への影響あり」回答割合

年代別の日常生活への影響ありと答えた割合

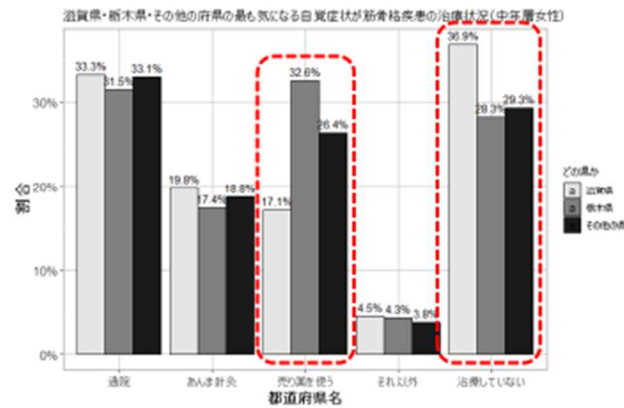


- ・ 栃木県の女性ではどの年齢層も他府県と比較して影響あり割合が低い

- ・ 若年層 …………… 栃木県では「影響あり」の割合が男性 4.8%，女性 6.1%
栃木県以外では男性平均 4.6%，女性平均 7.1%
- ・ 中年層 …………… 栃木県では「影響あり」の割合が男性 7.7%，女性 9.1%
栃木県以外では男性平均 9.1%，女性平均 11.7%
- ・ 高齢層 …………… 栃木県では「影響あり」の割合が男性 21.5%，女性 24.4%
栃木県以外では男性平均 24.3%，女性平均 27.5%

図表 27 筋骨格系の自覚症状が最も気になる者の治療状況（中年層女性，再掲）

筋骨格系の自覚症状が最も気になる人の治療状況（中年層女性）（再掲）



- ・ 中年層女性の筋骨格系の自覚症状が最も気になる人の治療状況を見ると、滋賀県は「治療していない」割合が高い
- ・ 一方、「売り薬を使う」を選択した割合は低い

（中年層女性）

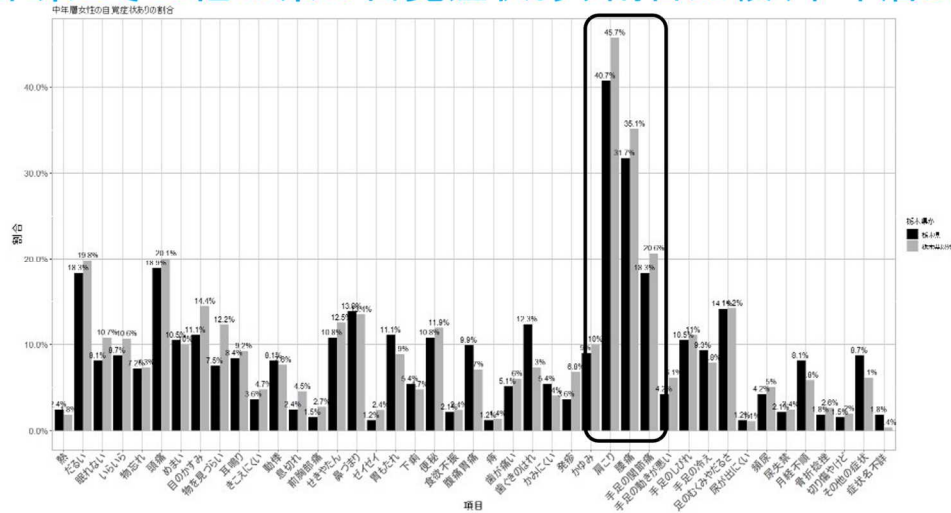
- ・ 売り薬を使う …………… 「滋賀県」の17.1%が回答
「栃木県」の32.6%が回答
「その他の都道府県」の平均26.4%が回答
- ・ 治療していない …………… 「滋賀県」の36.9%が回答
「栃木県」の28.3%が回答
「その他の都道府県」の平均29.3%が回答

栃木県は他都道府県と比較して、自覚症状者が少なく、治療通院等の者が多い可能性。

- ・ 男性 自覚症状は総じて他府県と比較して低い一方、通院している傷病保有割合は大きい世代が半分程度ある。
- ・ 女性 全ての世代で、自覚症状の保有割合は低い一方、通院している傷病の保有割合は大きい世代がある。

図表 28 栃木県とその他都道府県の自覚症状あり割合比較（中年層女性）

栃木県とその他の県の自覚症状あり割合比較（中年層女性）



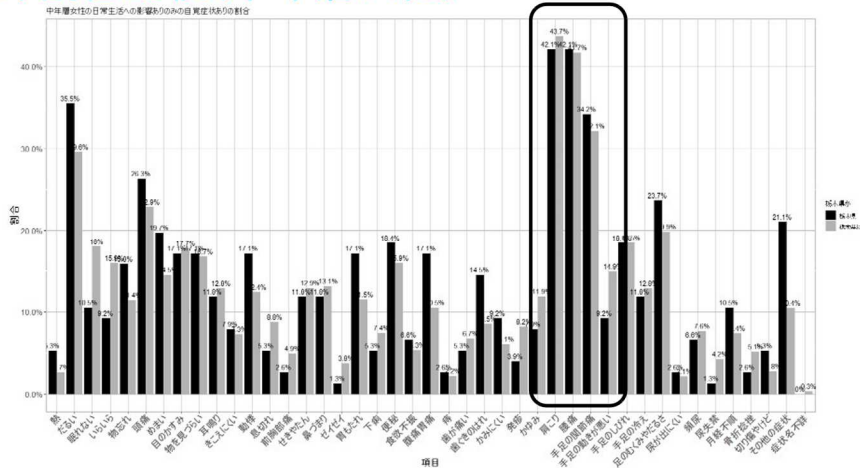
- ・ 栃木県の中年層女性は、『肩こり』、『腰痛』、『手足の関節痛』の自覚症状を持つ割合が他県と比較して低い

（中年層女性）

- ・ 肩こり …………… 「栃木県」の40.7%が回答
「その他の都道府県」の平均45.7%が回答
- ・ 腰痛 …………… 「栃木県」の31.7%が回答
「その他の都道府県」の平均35.1%が回答
- ・ 手足の関節痛 …………… 「栃木県」の18.3%が回答
「その他の都道府県」の平均20.6%が回答

図表 29 「影響あり」の、栃木県とその他都道府県の自覚症状あり割合（中年層女性）

影響ありの人のみの栃木県とその他の県の自覚症状あり割合比較（中年層女性）



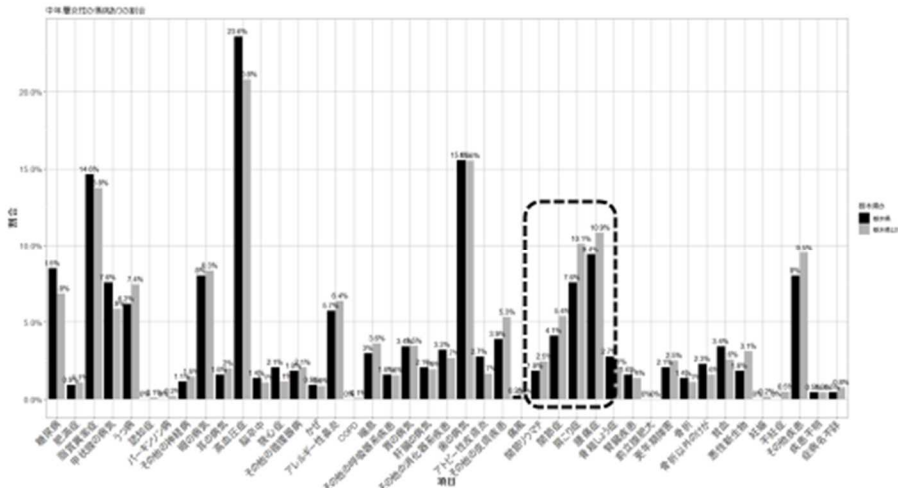
- ・日常生活への影響ありと回答した人のうち、栃木県の中年層女性は、『手足の関節痛』の自覚症状を持つ割合は高いが、『肩こり』、『手足の動きが悪い』の自覚症状を持つ割合は他県と比較して低い

（中年層女性）

- ・手足の関節痛 …………… 「栃木県」の 34.2%が回答
「その他の都道府県」の平均 32.1%が回答
- ・肩こり …………… 「栃木県」の 42.1%が回答
「その他の都道府県」の平均 43.7%が回答
- ・手足の動きが悪い …………… 「栃木県」の 9.2%が回答
「その他の都道府県」の平均 14.9%が回答

図表 30 栃木県とその他都道府県の傷病あり割合（中年層女性）

栃木県とその他の県の傷病あり割合比較（中年層女性）



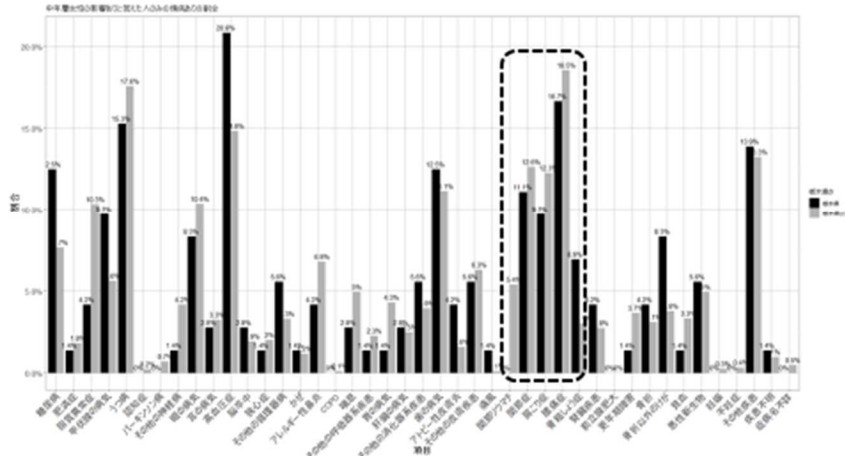
- ・ 栃木県の中年層女性は、『筋骨格系』の傷病を持つ割合が他県と比較して低い

（中年層女性）

- ・ 関節リウマチ …………… 「栃木県」の 1.8%が回答
「その他の都道府県」の平均 2.5%が回答
- ・ 関節症 …………… 「栃木県」の 4.1%が回答
「その他の都道府県」の平均 5.4%が回答
- ・ 肩こり症 …………… 「栃木県」の 7.6%が回答
「その他の都道府県」の平均 10.1%が回答
- ・ 腰痛症 …………… 「栃木県」の 9.4%が回答
「その他の都道府県」の平均 10.9%が回答

図表 31 「影響あり」の、栃木県とその他の都道府県の傷病あり割合（中年層女性）

影響ありの人のみの栃木県とその他の県の傷病あり割合比較(中年層女性)



- ・ 影響ありと答えた人のみであっても、栃木県の中年層女性は、『うつ病』、『筋骨格系』の傷病を持つ割合が他県と比較して低い

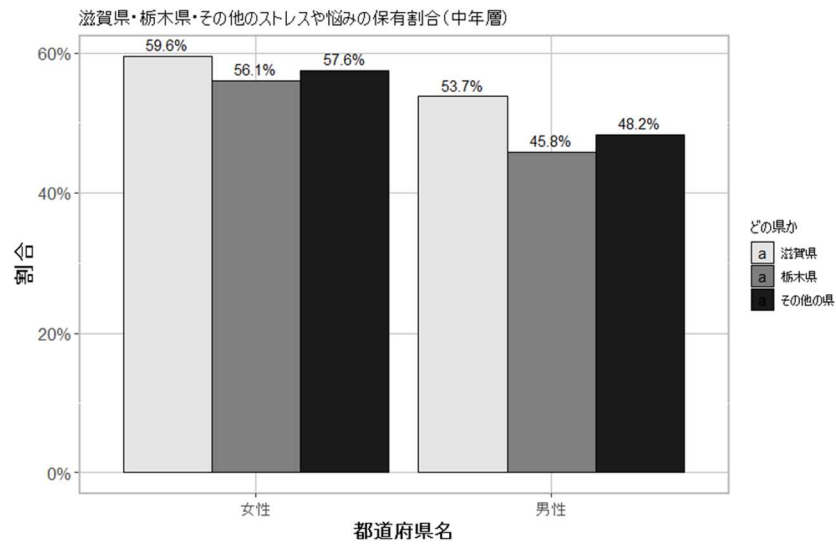
(中年層女性)

- ・ うつ病 …………… 「栃木県」の 15.3%が回答
「その他の都道府県」の平均 17.6%が回答
- ・ 関節リウマチ …………… 「栃木県」の 0.0%が回答
「その他の都道府県」の平均 5.4%が回答
- ・ 関節症 …………… 「栃木県」の 11.1%が回答
「その他の都道府県」の平均 12.6%が回答
- ・ 肩こり症 …………… 「栃木県」の 9.7%が回答
「その他の都道府県」の平均 12.3%が回答
- ・ 腰痛症 …………… 「栃木県」の 16.7%が回答
「その他の都道府県」の平均 18.5%が回答

- ・栃木県は、その他の都道府県と比較して「うつ病」や「筋骨格系」の自覚症状や傷病を持つ割合が小さい傾向がみとめられた。このことが、差を小さくする要因の1つである可能性がある。
- ・筋骨格系の自覚症状があることにより、日常生活への「影響あり」と回答する割合が大きくなるが、それ以上に「ストレスや悩み」があることで、日常生活への「影響あり」割合が大きく増加する。

図表 32 ストレスや悩みの保有割合（中年層）

ストレスや悩みの保有割合 （中年層）

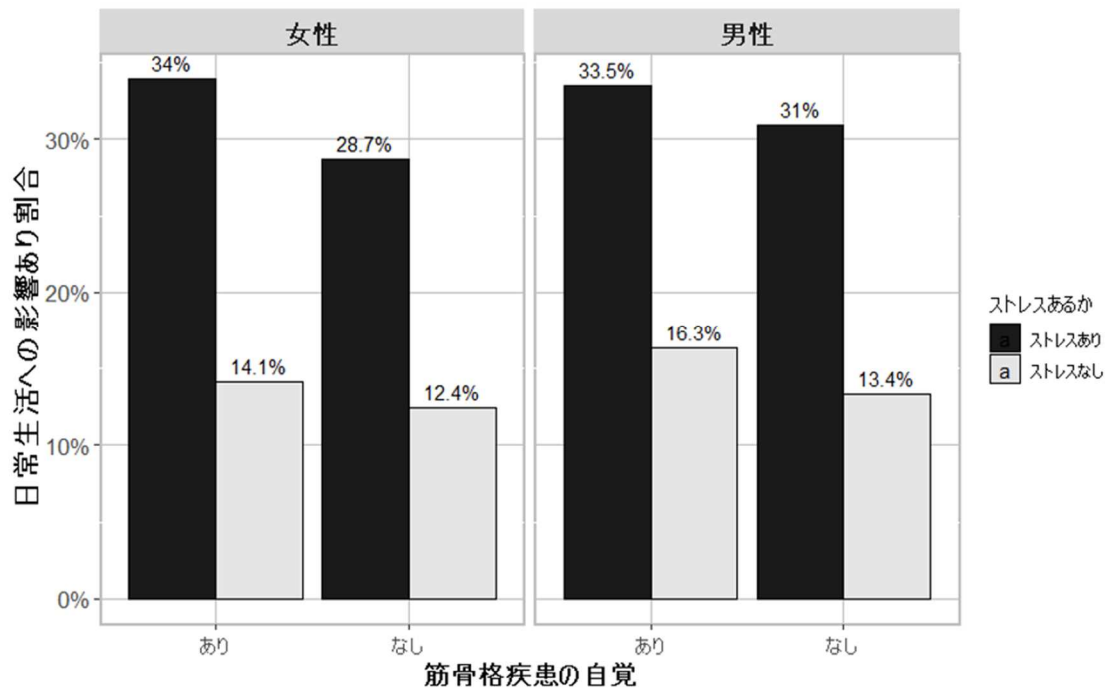


- 滋賀県は男女ともストレスや悩みを持つ割合が他府県と比較して高い
- 栃木県は男女ともストレスや悩みが少ないことが分かる

図表 33 筋骨格疾患・ストレスの有無別の、日常生活への影響あり割合（全国：中年層）

筋骨格疾患有無とストレスの有無別の日常生活への影響あり割合（全国：中年層）

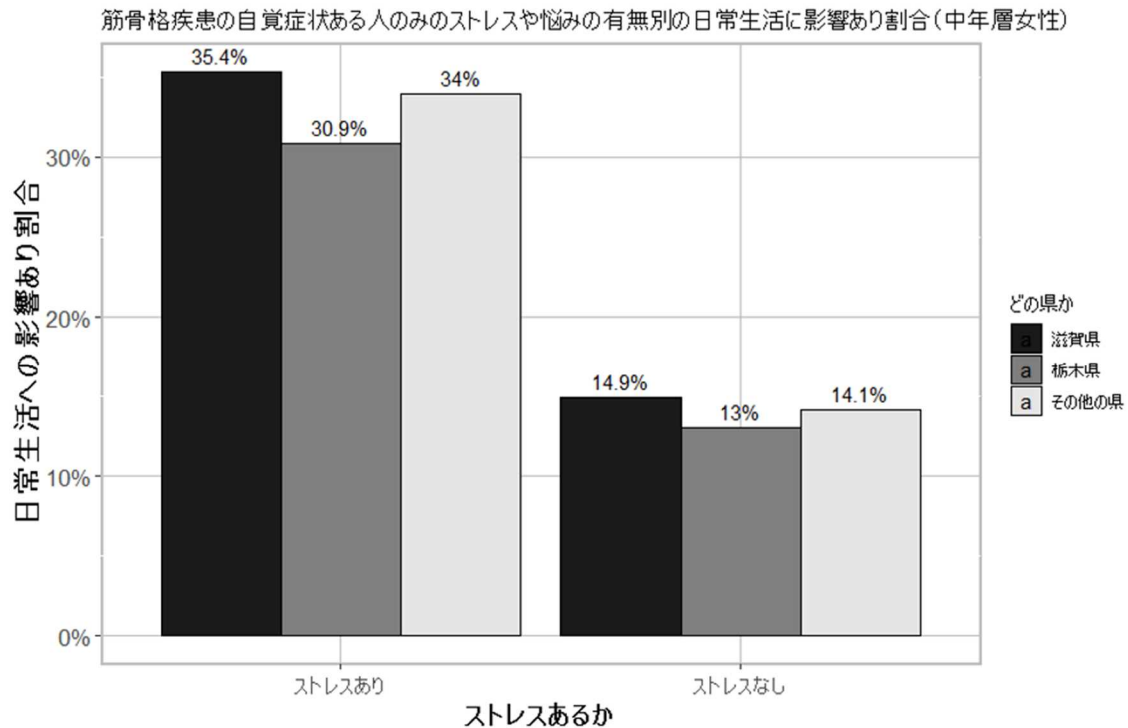
ストレスや悩みの有無別の日常生活に影響あり割合（中年層）



- 男女とも、筋骨格系の自覚症状があると日常生活への『影響がある』と回答した人が多くなる
- 男女とも、ストレスの有無により、日常生活への『影響がある』と回答する割合が大きく異なることが分かる

図表 34 筋骨格系の自覚症状ありのみの、ストレスの有無別「日常生活への影響あり」割合（中年層女性）

筋骨格系の自覚症状がある人のストレスの有無別の日常生活への影響あり割合（中年層女性）



- 筋骨格系の自覚症状がある人のみで見ても、滋賀県も他府県と同様にストレスの有無により日常生活への影響がある割合が大きく増加している

男女とも、滋賀県と他都道府県とを比較した場合、「ストレスや悩みがある」割合が大きい。

筋骨格系の傷病や精神的疾患が個人の健康感に影響を与えることや、その度合いについては、以下の有識者研究会の報告内容においても確認することができる。

図表35 性別に見た各傷病のオッズ比及び人口寄与割合（いずれも年齢調整済み）

傷病名 (調査票の表記のまま)	男女計		男性		女性	
	オッズ比	人口寄与割合	オッズ比	人口寄与割合	オッズ比	人口寄与割合
糖尿病	2.15	4.99%	2.16	6.39%	2.13	3.93%
肥満症	3.14	1.11%	3.27	1.01%	3.08	1.19%
高脂血症	1.47	2.44%	1.71	2.95%	1.34	2.04%
甲状腺の病気	2.00	1.03%	1.97	0.45%	2.01	1.45%
うつ病やその他のこころの病気	<u>11.55</u>	5.70%	<u>13.17</u>	5.12%	<u>10.59</u>	6.11%
認知症	6.38	1.98%	6.97	1.48%	6.09	2.34%
パーキンソン病	19.27	0.85%	13.15	0.75%	29.47	0.92%
その他の神経の病気	9.37	2.68%	12.20	2.77%	7.60	2.59%
眼の病気	2.00	6.39%	2.49	6.65%	1.77	6.08%
耳の病気	2.74	1.96%	3.05	2.03%	2.55	1.90%
高血圧症	1.28	4.38%	1.40	5.83%	1.19	3.11%
脳卒中	5.19	4.27%	5.36	6.06%	4.87	2.92%
狭心症・心筋梗塞	2.82	3.88%	2.95	5.14%	2.61	2.90%
その他の循環器系の病気	3.24	3.66%	3.53	4.28%	2.95	3.16%
急性鼻咽頭炎	3.45	0.97%	4.06	0.95%	3.14	0.99%
アレルギー性鼻炎	2.74	2.04%	3.16	2.25%	2.43	1.86%
喘息	2.98	1.94%	2.55	1.65%	3.35	2.16%
その他の呼吸器系の病気	4.48	2.42%	4.41	3.27%	4.63	1.79%
胃・十二指腸の病気	2.14	2.45%	1.96	2.42%	2.32	2.48%
肝臓・胆のうの病気	3.09	2.44%	3.50	3.34%	2.66	1.76%
その他の消化器系の病気	3.03	2.02%	3.42	2.21%	2.72	1.85%
歯の病気	1.54	2.60%	1.63	2.87%	1.47	2.37%
アトピー性皮膚炎	2.70	0.83%	3.04	1.03%	2.39	0.68%
その他の皮膚の病気	2.38	2.47%	2.12	2.29%	2.60	2.59%
痛風	1.92	0.76%	1.77	1.38%	3.68	0.31%
関節リウマチ	5.93	2.62%	5.60	1.18%	6.09	3.70%
関節症	4.82	7.61%	5.51	4.88%	4.63	<u>9.65%</u>
肩こり症	2.40	4.74%	2.59	2.95%	2.34	<u>6.08%</u>
腰痛症	3.88	13.27%	4.15	11.61%	3.73	<u>14.47%</u>
骨粗しょう症	2.76	3.51%	3.69	0.60%	2.78	<u>5.75%</u>
腎臓の病気	5.79	2.75%	6.16	3.34%	5.41	2.31%
前立腺肥大症	2.24	1.91%	2.30	4.58%	-	-
閉経期又は閉経後障害	3.82	0.40%	-	-	3.75	0.69%
骨折	12.44	2.67%	15.69	2.36%	10.25	2.87%
骨折以外のけが・やけど	6.96	1.91%	9.60	2.22%	5.39	1.66%
貧血・血液の病気	4.58	1.77%	3.63	1.06%	4.96	2.28%
悪性新生物	4.33	1.68%	4.42	1.88%	4.22	1.53%
妊娠・産褥	4.03	0.29%	-	-	3.96	0.51%

(出典：健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書(2019)⁷⁾)

表にある「オッズ比」が高いほど、その傷病を有している場合に「日常生活に制限あり」と回答しやすいことを示している。また、「人口寄与割合」は、その傷病を有する者が存在しなくなった場合に、「日常生活に制限あり」の人数が何%減少するかを示している。

つまり、主指標の健康寿命の算出根拠である「日常生活への影響の有無」は、各傷病の「質」と、それぞれの患者の人数という「量」の双方の影響を受けている、ということが解釈できる。特に「関節症」「腰痛症」の女性の人口寄与割合が、男性のそれらより高い数字で表れていることは、「量」の多さの影響が主指標に（少なくとも相対的に）大きく反映されていることを示唆するものであり、今回の解析結果を支持するものでもある。また「うつ病やその他のこころの病気」のオッズ比の高さも、健康寿命指標への影響の大きさを表しており、健康・健康感を考える上での精神的健康の重要性を示している。

日常生活に制限を感じることを根拠に、自身の健康状態が、『よい』のか『あまりよくない』のか等と判断することは想定されるものであるため、ここでのオッズ比や人口寄与割合が主観的健康感・主観的健康寿命指標にも多からず影響を与える可能性があるであろう。

また、『ストレスや悩みが多い』ことを人間の体の「症状」と捉えて考えたとき、その症状を和らげることの必要性は論じるに及ばないが、その症状の背景にある数多の「原因」の中には、滋賀県の「高水準である出生率」等のように、滋賀県の根幹を成すような素因までもが含まれる。もちろん一義的に、必ず解消されるべきストレス・悩みの原因というものもあろうが、『ストレスや悩みが多い』ことに対する行政のアプローチには、シンプルに「原因を排除する」以外にも、それとは反対に、「原因」に対してはむしろ「促進」させ、同時に（悪化し得る）「症状」には緩和・消失を働きかけなければならない等といった姿勢を求められる、そういったテーマが存在していることを再認識させるものである。

図表 36 (参考) 令和3年人口動態総覧(率), 都道府県別(順位), 抜粋

令和3年(2021年)

人口動態総覧(率)¹⁾・順位²⁾, 都道府県別

都道府県	出 生		合計特殊出生率	
	率	順位	率	順位
全 国	6.6		1.30	
01 北 海 道	5.6	44	1.20	45
02 青 森	5.4	46	1.31	35
03 岩 手	5.4	45	1.30	36
04 宮 城	6.1	35	1.15	46
05 秋 田	4.6	47	1.22	40
06 山 形	5.6	43	1.32	33
07 福 島	5.9	41	1.36	28
08 茨 城	5.9	40	1.30	38
09 栃 木	6.1	32	1.31	34
10 群 馬	6.0	37	1.35	31
11 埼 玉	6.4	23	1.22	42
12 千 葉	6.3	26	1.21	44
13 東 京	7.1	10	1.08	47
14 神 奈 川	6.5	21	1.22	43
15 新 潟	5.8	42	1.32	32
16 富 山	6.0	36	1.42	21
17 石 川	6.5	20	1.38	26
18 福 井	7.0	11	1.57	7
19 山 梨	6.3	25	1.43	20
20 長 野	6.3	27	1.44	16
21 岐 阜	6.2	28	1.40	25
22 静 岡	6.1	30	1.36	30
23 愛 知	7.4	3	1.41	23
24 三 重	6.4	22	1.43	19
25 滋 賀	7.4	6	1.46	13
26 京 都	6.3	24	1.22	41
27 大 阪	7.0	12	1.27	39
28 兵 庫	6.7	18	1.36	29
29 奈 良	6.0	39	1.30	37
30 和 歌 山	6.1	34	1.43	18
31 鳥 取	6.8	15	1.51	10
32 島 根	6.7	16	1.62	4
33 岡 山	7.1	9	1.45	15
34 広 島	6.8	14	1.42	22
35 山 口	6.1	33	1.49	12
36 徳 島	6.1	29	1.44	17
37 香 川	6.7	17	1.51	11
38 愛 媛	6.1	31	1.40	24
39 高 知	6.0	38	1.45	14
40 福 岡	7.4	2	1.37	27
41 佐 賀	7.3	7	1.56	8
42 長 崎	6.9	13	1.60	5
43 熊 本	7.4	5	1.59	6
44 大 分	6.6	19	1.54	9
45 宮 崎	7.2	8	1.64	3
46 鹿 児 島	7.4	4	1.65	2
47 沖 縄	10.0	1	1.80	1

注: 1) 出生・死亡・婚姻・離婚率は人口千対、乳児・新生児死亡率は出生千対、死産率は出産(出生+死産)千対、周産期死亡率は出産(出生+妊娠満22週以後の死産)千対である。

2) 都道府県別順位については、同率であった場合、表示桁数以下の数値により順位を付している。

(出典: 令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況²⁵⁾)

第2章 令和4年度の解析結果について ―女性の主観的健康寿命について―

I. はじめに

滋賀県の女性の平均寿命は、令和4年12月23日厚生労働省発表の「令和2年都道府県別生命表の概況」において88.26年、順位としては全国2位³⁾と非常に高い水準にある。一方、主観的健康寿命『自分が健康であると自覚している期間の平均：副指標』は、令和元年の数字で76.59年、全国の順位としては24位²⁾と決して良い数字とは言えない状況にある。また同年の、「自分が健康であると自覚していない期間の平均：不健康期間」は11.45年、全国順位としては41位²⁾であり、加えて前章でも触れたが、『日常生活に制限のない期間の平均：主指標』の指標値は74.44年（全国46位）である²⁾。（男性は73.46年で全国4位。²⁾）この平均寿命と健康寿命の（指標値の）乖離については、政府の健康日本21においても言及されているところであるが、このギャップの要因の可能性や意味を見出すことも含めて、統計的な解析を試みた。

II. 結果と考察

・主観的健康寿命の経年変化について

平成22年・25年・28年・令和元年の都道府県別の女性の

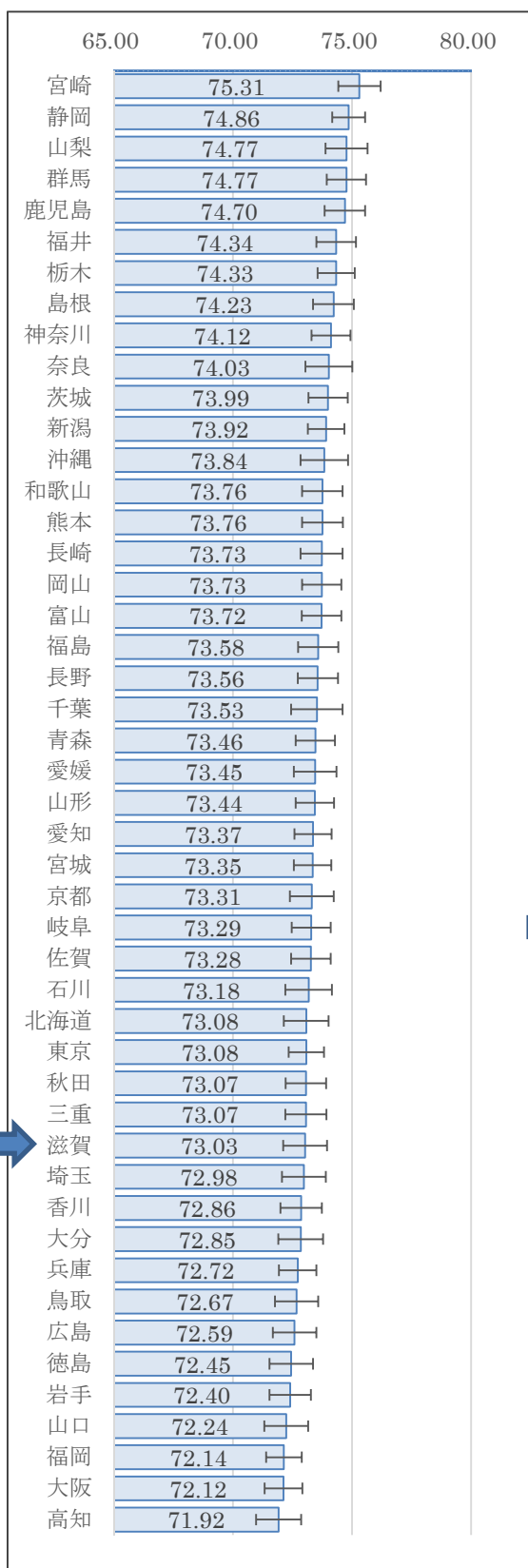
- ・「自分が健康であると自覚している期間の平均」
- ・「自分が健康であると自覚していない期間の平均」
- ・「自覚している期間と自覚していない期間を足し合わせた期間のうち、自覚していない期間の占める割合」

をグラフ描写したものを以下に示す。

（平成28年の国民生活基礎調査は熊本地震により熊本県を調査していない。）

図表 37

女性：平成 22 年主観的健康期間（年）



図表 38

女性：平成 25 年主観的健康期間（年）



図表 39

女性：平成 28 年主観的健康期間（年）



図表 40

女性：令和元年主観的健康期間（年）



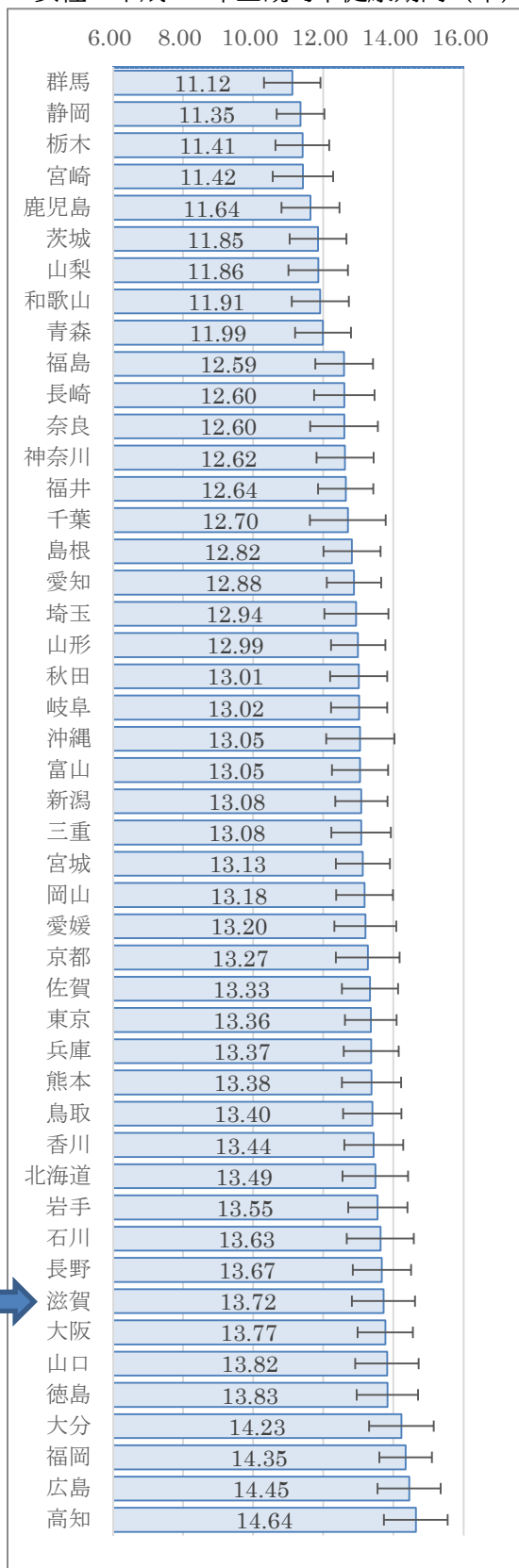
図表 41

女性：平成 22～令和元年主観的健康期間平均（年）



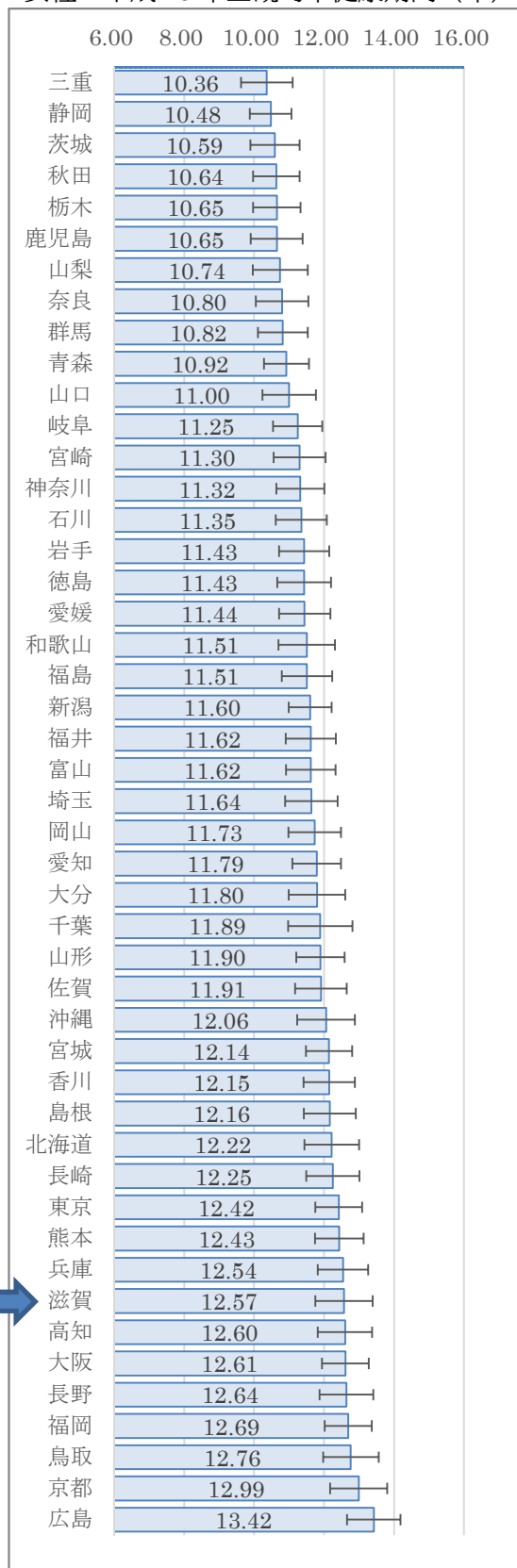
図表 42

女性：平成 22 年主観の不健康期間（年）



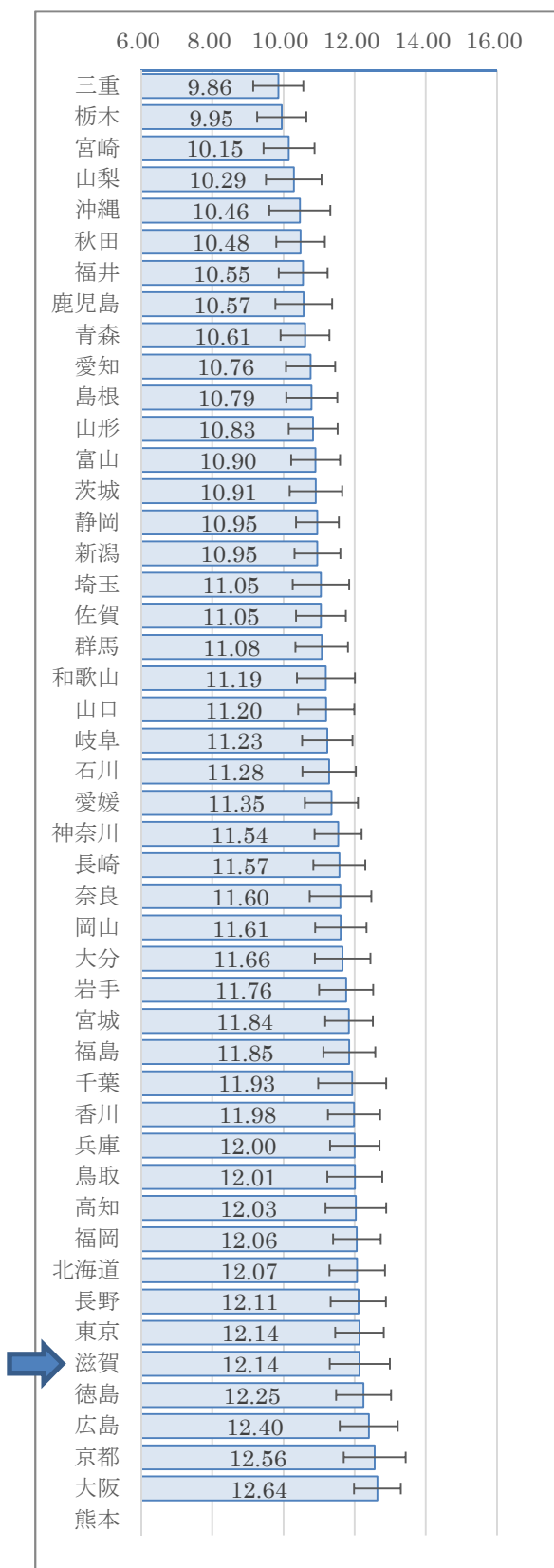
図表 43

女性：平成 25 年主観の不健康期間（年）



図表 44

女性：平成 28 年主観の不健康期間（年）



図表 45

女性：令和元年主観の不健康期間（年）



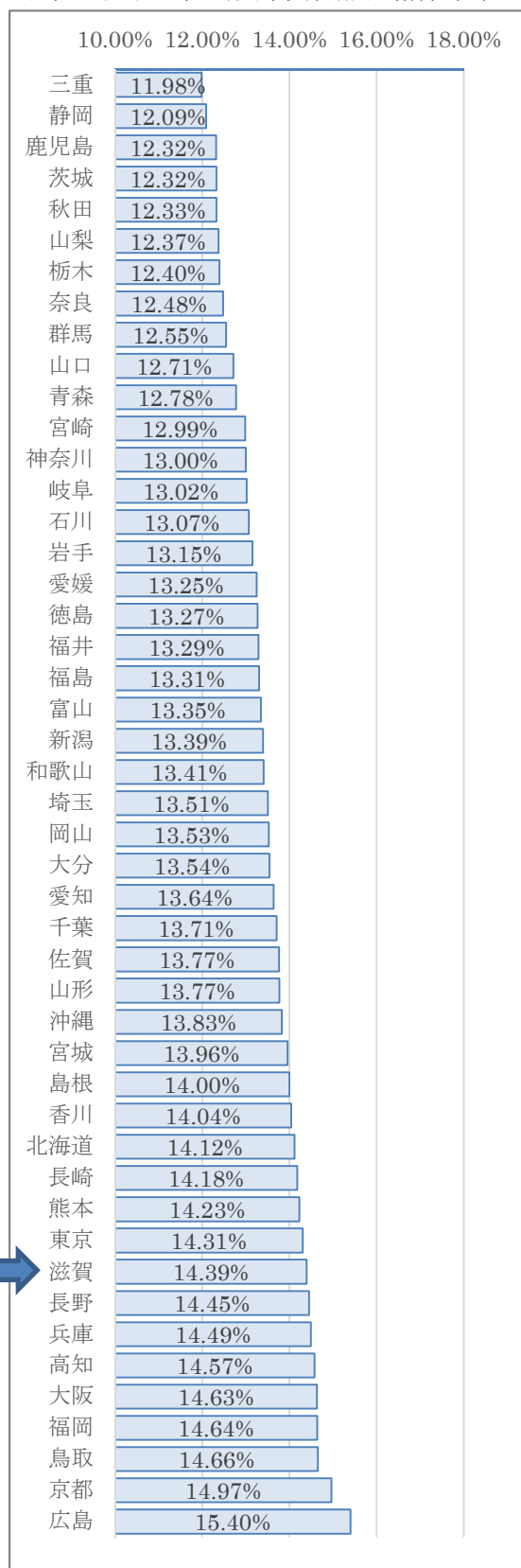
図表 46

女性：平成 22 年主観的不健康期間の割合 (%)



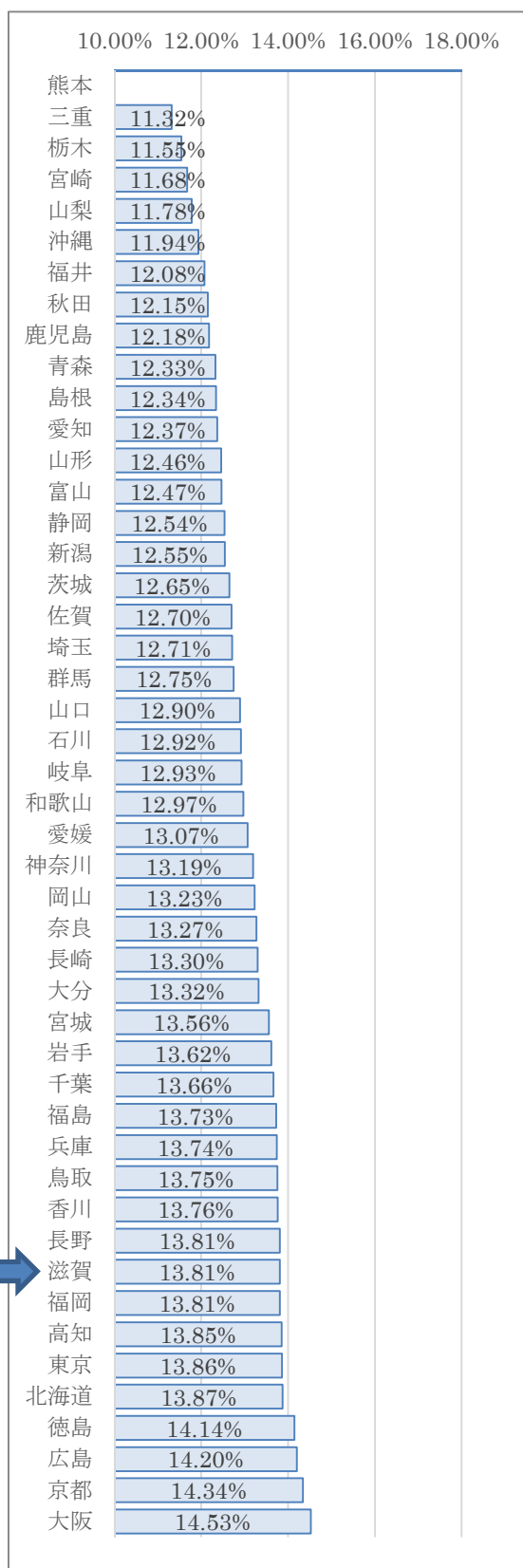
図表 47

女性：平成 25 年主観的不健康期間の割合 (%)



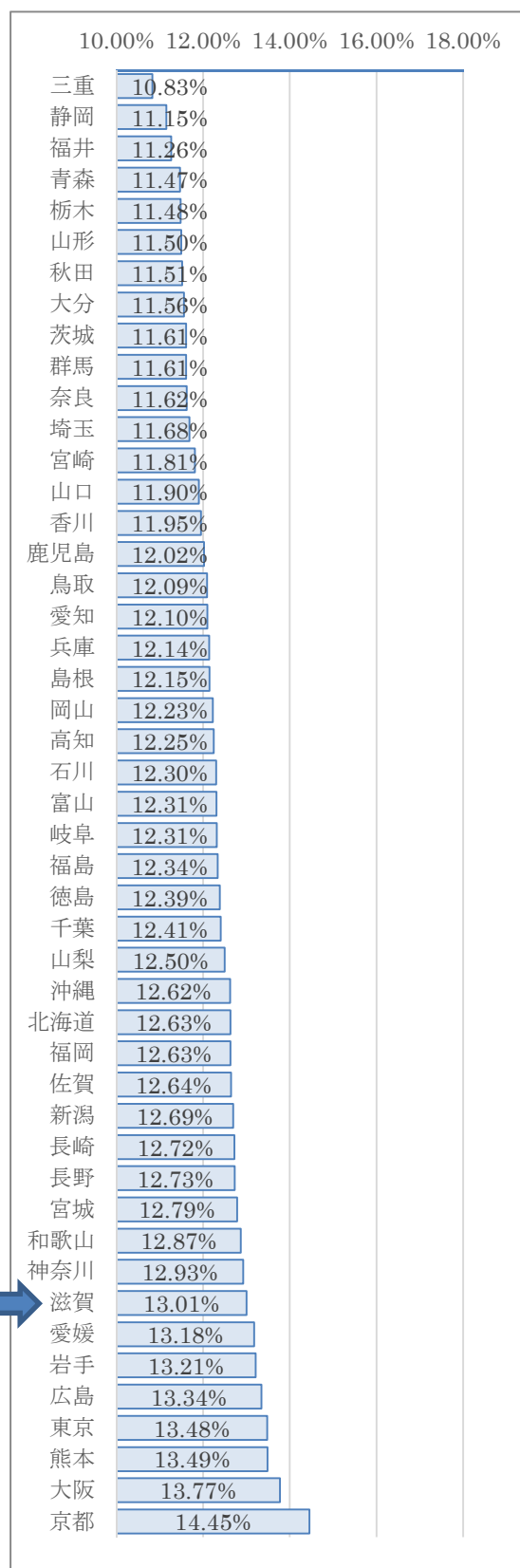
図表 48

女性：平成 28 年主観的不健康期間の割合 (%)



図表 49

女性：令和元年主観的不健康期間の割合 (%)



図表 50

女性：平成 22 年～令和元年
主観的不健康期間平均（年）



図表 51

女性：平成 22 年～令和元年
主観的不健康期間平均の割合（％）



・「平均寿命の長さ」と「主観的健康寿命の長さ」との「差」について

この「差が大きい」ことに「平均寿命が長い」ことが関連している、という仮説を設定し、「(主観的な)不健康期間」と「平均寿命の長さ」との相関関係を解析した。不健康期間については、平成 22 年・平成 25 年・平成 28 年・令和元年の各都道府県の推定値の平均、平均寿命の長さとしては平成 22 年・平成 27 年の数値の平均を使用した。解析には Python (JupyterLab 3.3.2) および Excel を使用した。

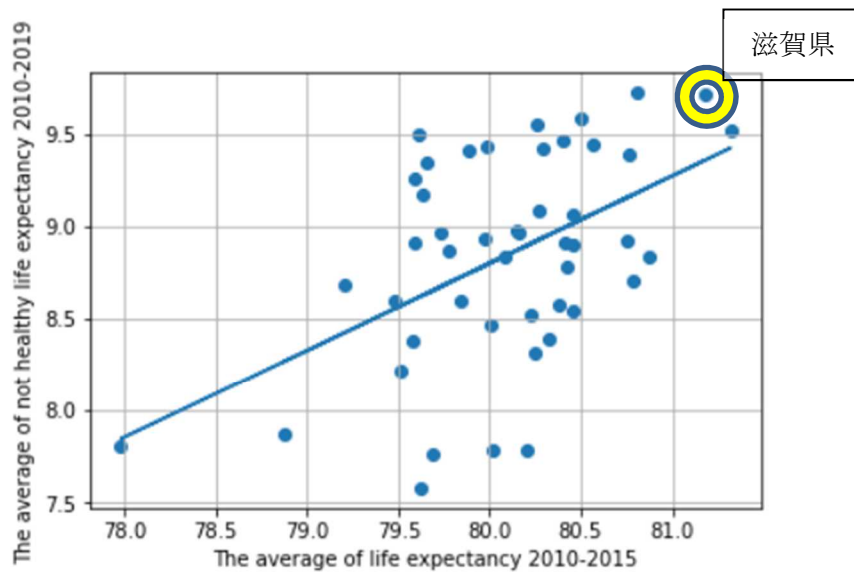
図表 52 男性：都道府県別の「平均寿命（0歳平均余命）」の平均（平成22年・27年）とその順位、および「自分が健康であると自覚していない期間の平均」（不健康期間）の平均（平成22年・25年・28年・令和元年）とその順位（不健康期間が長い都道府県から降順）

都道府県	平均余命の平均、男性、2010-2015	順位（平均余命の平均、男性、2010-2015）	「自分が健康であると自覚していない期間の平均」、男性、2010-2019	順位（「自分が健康であると自覚していない期間の平均」、男性、2010-2019）
京都	80.81	4	9.72	47
滋賀	81.18	2	9.71	46
広島	80.50	9	9.58	45
兵庫	80.26	20	9.55	44
長野	81.32	1	9.52	43
大阪	79.61	39	9.50	42
岡山	80.40	15	9.46	41
大分	80.57	8	9.44	40
福岡	79.98	29	9.43	39
香川	80.29	18	9.42	38
徳島	79.88	31	9.41	37
熊本	80.76	6	9.39	36
愛媛	79.65	36	9.34	35
高知	79.59	41	9.26	34
長崎	79.63	37	9.17	33
三重	80.27	19	9.08	32
東京	80.45	12	9.06	31
島根	80.15	25	8.98	30
富山	80.16	24	8.97	29
北海道	79.73	34	8.96	28
佐賀	79.97	30	8.93	27
奈良	80.75	7	8.92	26
鳥取	79.59	40	8.91	25
愛知	80.41	14	8.91	24
岐阜	80.46	10	8.90	23
山口	79.77	33	8.87	22
福井	80.87	3	8.84	21
新潟	80.08	26	8.83	20
千葉	80.42	13	8.78	19
神奈川	80.79	5	8.71	18
岩手	79.20	45	8.68	17
沖縄	79.84	32	8.60	16
福島	79.48	44	8.60	15
石川	80.38	16	8.57	14
静岡	80.45	11	8.54	13
埼玉	80.22	22	8.52	12
群馬	80.01	28	8.47	11
宮城	80.32	17	8.39	10
栃木	79.58	42	8.38	9
山形	80.25	21	8.31	8
和歌山	79.51	43	8.22	7
秋田	78.87	46	7.87	6
青森	77.98	47	7.81	5
宮崎	80.02	27	7.79	4
山梨	80.20	23	7.78	3
茨城	79.69	35	7.76	2
鹿児島	79.62	38	7.58	1

図表 53 女性：都道府県別の「平均寿命（0歳平均余命）」の平均（平成22年・27年）とその順位、および「自分が健康であると自覚していない期間の平均」（不健康期間）の平均（平成22年・25年・28年・令和元年）とその順位（不健康期間が長い都道府県から降順）

都道府県	平均余命の平均、女性、2010-2015	順位（平均余命の平均、女性、2010-2015）	「自分が健康であると自覚していない期間の平均」、女性、2010-2019	順位（「自分が健康であると自覚していない期間の平均」、女性、2010-2019）
広島	87.14	8	13.00	47
京都	87.00	13	12.89	46
大阪	86.33	39	12.77	45
熊本	87.24	5	12.55	44
福岡	86.81	20	12.54	43
高知	86.74	23	12.49	42
滋賀	87.13	9	12.47	41
東京	86.83	19	12.45	40
長野	87.43	1	12.40	39
北海道	86.54	34	12.20	38
鳥取	86.68	25	12.17	37
兵庫	86.61	30	12.15	36
宮城	86.78	21	12.08	35
徳島	86.44	37	12.07	34
岩手	86.15	43	12.05	33
香川	86.78	22	12.00	32
大分	87.11	10	11.96	31
長崎	86.64	27	11.88	30
愛媛	86.68	24	11.87	29
千葉	86.56	31	11.84	28
佐賀	86.85	18	11.84	27
岡山	87.30	3	11.83	26
石川	87.02	12	11.77	25
神奈川	86.94	14	11.71	24
新潟	87.14	7	11.67	23
沖縄	87.23	6	11.67	22
福島	86.23	41	11.66	21
島根	87.36	2	11.62	20
富山	87.09	11	11.60	19
山口	86.48	36	11.59	18
岐阜	86.54	32	11.56	17
愛知	86.54	33	11.50	16
埼玉	86.27	40	11.46	15
和歌山	86.08	45	11.45	14
山形	86.62	28	11.44	13
奈良	86.93	16	11.31	12
福井	87.24	4	11.17	11
秋田	86.16	42	11.03	10
山梨	86.94	15	10.96	9
青森	85.64	47	10.85	8
茨城	86.08	44	10.85	7
鹿児島	86.53	35	10.83	6
宮崎	86.87	17	10.81	5
群馬	86.38	38	10.78	4
三重	86.62	29	10.70	3
静岡	86.66	26	10.63	2
栃木	85.95	46	10.48	1

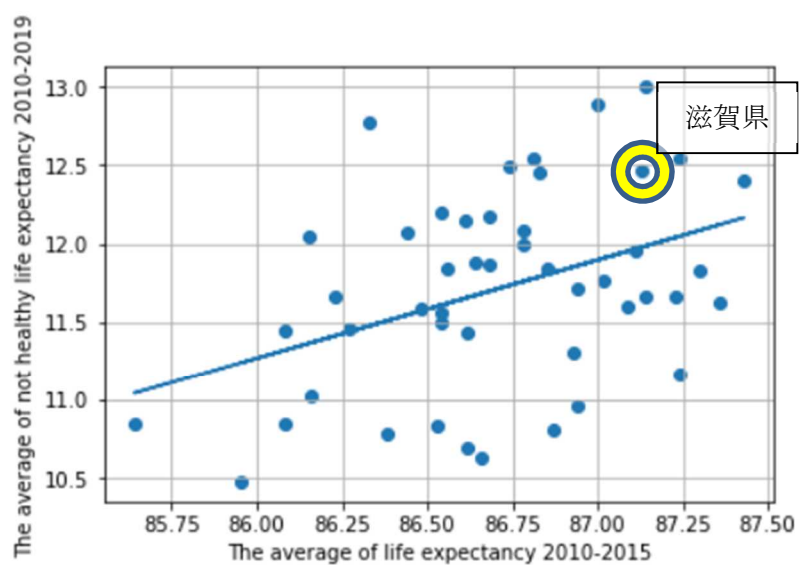
図表 54 男性：都道府県別の「平均寿命（0歳平均余命）」の平均（平成22年・27年）と、「自分が健康であると自覚していない期間の平均」（不健康期間）の平均（平成22年・25年・28年・令和元年）の Correlation graph（Scatter plot）
（男性：相関係数 0.492）



```
#決定係数（寄与率）
print('決定係数：', reg.score(X,Y))
```

決定係数： 0.24248416987217913

図表 55 女性：都道府県別の「平均寿命（0歳平均余命）」の平均（平成22年・27年）と、「自分が健康であると自覚していない期間の平均」（不健康期間）の平均（平成22年・25年・28年・令和元年）の Correlation graph（Scatter plot）
（女性：相関係数 0.399）



```
#決定係数（寄与率）
print('決定係数：', reg.score(X,Y))
```

決定係数： 0.15959758685402892

平成 22 年～令和元年の女性の主観的健康寿命データ，および同期間の主観的不健康期間の平均と平成 22・27 年平均寿命の平均との関係性データからは，以下のことが伺える。

- ・全国的な傾向として主観的健康寿命は延長傾向にあり，主観的不健康期間は短縮傾向にある。

全国的な傾向として平均寿命が延伸しているのは周知であるが，同時に健康寿命に関しても年々伸びており，不健康期間とその割合が短縮傾向にあることが視覚的にも確認できる。

- ・滋賀県の女性の主観的健康寿命，主観的不健康期間の実年数およびその割合は，総じて相対的に良い数字であると言いき難い状況である。

この中では特に「主観的不健康期間の実年数」が順位としても最も相対的に良くなく，この不健康期間を割合としてみた場合も，ほぼ同程度に良くない。主観的健康寿命（健康期間）も順位としては中位を推移している。

- ・滋賀県の女性のデータがそうであるように，平均寿命が長いと主観的な不健康期間も長くなる，という傾向を示す都道府県が複数ある。（相関係数として女性のデータでは「0.399」，男性で「0.492」。）一方で，その傾向を示さない都道府県が一部存在する。

平均寿命と主観的不健康期間との間には，（単純相関解析で）中程度の正相関性がみられた。女性の方のデータに着目し「令和 2 年都道府県別平均寿命」の順位を添える形を以て，幾つかの都道府県を抽出して記す。

平均寿命の平均と主観的不健康期間の平均の、(中程度の)正相関性に沿う例

・女性「平均寿命の平均が長く、主観的不健康期間の平均も長い府県」

滋賀	(R 2年女性平均寿命 2位, H22・27平均 9位)	女性不健康期間の平均 41位
京都	(// 3位, // 13位)	// 46位
長野	(// 4位, // 1位)	// 39位
熊本	(// 5位, // 5位)	// 44位
広島	(// 7位, // 8位)	// 45位

・女性「平均寿命の平均が短く、主観的不健康期間の平均も短い府県」

青森	(R 2年女性平均寿命 47位, H22・27平均 47位)	女性不健康期間の平均 8位
栃木	(// 45位, // 46位)	// 1位
茨城	(// 44位, // 44位)	// 7位
秋田	(// 41位, // 42位)	// 10位
群馬	(// 40位, // 38位)	// 4位
埼玉	(// 39位, // 40位)	// 15位
和歌山	(// 37位, // 45位)	// 14位

正相関性(中程度)にあまり沿わないが、平均寿命の平均が長い例

・女性「平均寿命の平均が長く、主観的不健康期間の平均は中程度である県」

岡山	(R 2年女性平均寿命 1位, H22・27平均 3位)	女性不健康期間の平均 26位
島根	(// 6位, // 2位)	// 20位
富山	(// 10位, // 11位)	// 19位

傾向が異なる例

- ・女性「平均寿命の平均が短く，主観的不健康期間の平均が長い道府県」

岩手	(R 2年女性平均寿命 43位, H22・27平均 43位)	女性不健康期間の平均 33位
北海道	(// 42位, // 34位)	// 38位
大阪	(// 36位, // 39位)	// 45位

- ・女性「平均寿命の平均が短くなく，主観的不健康期間の平均が短い県」

宮崎	(R 2年女性平均寿命 23位, H22・27平均 17位)	女性不健康期間の平均 5位
山梨	(// 12位, // 15位)	// 9位
福井	(// 19位, // 4位)	// 11位
奈良	(// 11位, // 16位)	// 12位

これらの群は，あくまで平均寿命と主観的不健康期間のパラメータの傾向のみによって分けたものであるため，同じ群内の道府県であっても，それぞれのパラメータを裏付ける因子として異なるものを多く含むことには注意したいが，同時に，共通する因子を含む可能性もある。

次に，「平均寿命の平均が短くなく，主観的不健康期間の平均が短い県」である4県「宮崎・山梨・福井・奈良」についての，仮説検討余地について論ずる。

この4県には一共通項がある。それは，「県議会における女性議員の比率が小さいこと」である。

図表 56 都道府県議会における女性議員の比率（令和3年12月31日時点）

都道府県	議員 総数(人)		女性議員の比率(%)
	女性(人)	男性(人)	
東京都	126	86	31.7
京都府	59	46	22.0
神奈川県	104	85	18.3
滋賀県	42	35	16.7
兵庫県	83	70	15.7
岩手県	47	40	14.9
埼玉県	87	74	14.9
岡山県	54	46	14.8
沖縄県	48	41	14.6
鳥取県	35	30	14.3
長野県	57	49	14.0
宮城県	59	51	13.6
静岡県	67	58	13.4
千葉県	90	78	13.3
栃木県	46	40	13.0
長崎県	46	40	13.0
北海道	99	87	12.1
三重県	51	45	11.8
秋田県	43	38	11.6
新潟県	52	46	11.5
徳島県	36	32	11.1
群馬県	47	42	10.6
富山県	38	34	10.5
鹿児島県	49	44	10.2
福岡県	84	76	9.5
山口県	44	40	9.1
愛媛県	45	41	8.9
福島県	57	52	8.8
鳥根県	34	31	8.8
岐阜県	46	42	8.7
茨城県	60	55	8.3
宮崎県	37	34	8.1
奈良県	41	38	7.3
大阪府	84	78	7.1
和歌山県	42	39	7.1
石川県	43	40	7.0
青森県	46	43	6.5
広島県	64	60	6.3
福井県	34	32	5.9
高知県	35	33	5.7
佐賀県	37	35	5.4
山形県	39	37	5.1
愛知県	98	93	5.1
香川県	39	37	5.1
大分県	43	41	4.7
熊本県	47	45	4.3
山梨県	34	33	2.9
全国合計	2,598	2,292	11.8

全国計
11.8%

(注) 総務省「地方公共団体の議会の議員及び長の所属党派別人員調査」より作成
(2021年12月31日現在)

(出典：女性の政治参画マップ 2022²⁶⁾)

この事実が直接的・短絡的（例えば、男性議員を増やすよう努めると女性の主観的健康感が向上する、等はある得ない。）に、女性の主観や寿命へ影響を及ぼしている可能性は「全く無い」と考えられるが、女性議員の比率が小さいことの背景や関連因子の中に、女性の主観や寿命の向上、または低下の抑制をもたらす因子が存在している可能性がある。この事実とは反対に、女性議員の比率が大きい議会の方が、社会の女性により多くの恩恵をもたらすように考えるのが自然ではあるのだが、そうではないこの両事実「平均寿命の平均が短くなく、主観的不健康期間の平均が短い県」と「県議会における女性議員の比率が小さいこと」の関係性について、その解釈は非常に複雑で、関連因子の相関関係や因果関係の有無、または如何なるものであるかの解釈は困難、または多岐にわたるかもしれない。しかしながら、この一共通項を入口とした関連因子の探索によって、主観的健康寿命へ影響を及ぼす因子の発見に繋がるのか、はたまた単なる偶然や交絡の類であり全く関連性が無いのかはさておいても、女性の主観的概念を考える上では、このような日本社会のジェンダーギャップ（下図のように指数化されたものもある）のような社会的・政治的因子についても含めて考慮することが、新たな健康要因・因子の発見を促す可能性をより上げてくれるであろうことは間違いない。

図表 57 「都道府県版ジェンダー・ギャップ指数」についての H.P. トップ ²⁷⁾

国際女性デー
2022
地域から
ジェンダー平等

**都道府県版
ジェンダー・
ギャップ指数**

地域からジェンダー平等研究会
監修 三浦まり
上智大法学部教授
統計処理 竹内明香
上智大経済学部准教授

都道府県版ジェンダー・ギャップ指数とは

スイスに拠点を置くシンクタンク、世界経済フォーラムが2021年3月に公表した男女平等度の指標「ジェンダーギャップ指数」で、日本は120位と世界最低レベルでした。では、都道府県別ではどうなのでしょう？皆さんの住む地域の男女平等の度合いを可視化するため、世界経済フォーラムと同じ手法で統計処理した都道府県別の指数を試算しました。

順位付けが目的ではなく、どの分野に男女格差が残るのを知ること、足元の強みと課題を認識し、地域から日本のジェンダー平等を実現するのが狙いです。ただ、男女で性別を分けることに抵抗がある人もいます。格差が解消され、誰もが生きやすい、取り残されない社会が実現し、こうした指標は不要になることが目標です。

[ランキングを見る](#)

ここで一旦、平均寿命と健康寿命の関係性（および、平均寿命と主観的不健康期間の相関性の補強）について論ずるにあたり、「主観的健康寿命」ではなく、「（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命」を用いた報告を引用しながら説明することとする。

ステップワイズ法による重回帰分析を実施した宮本らの報告「平均寿命と健康寿命の差の要因に関する国際比較研究」²⁸⁾によると、「平均寿命と（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命の差が大きくなる」傾向や要因として「平均寿命が長い」ことがその要素の1つとなり得ることを挙げている。加えて、日本の平均寿命、健康寿命はともに世界一（Global Burden of Disease Study：GBD，2015年度のデータ）で、平均寿命と健康寿命の差について日本と世界の数字を比較すると、実年数として9.3年（世界131か国中60位）、差を割合で示すと11.1%であり、世界131か国中3位、先進国では最小、とある。また日本の「肥満率」の小ささが平均寿命と健康寿命の差を小さくする要因として大きい、としている。

1980年代頃より、平均寿命と健康寿命との関係性と、これら延長の将来展望について、主として3つの仮説が議論されてきた²⁹⁾。

- ①「平均寿命の延長によって、（主に）健康期間（健康寿命）が延びる」
- ②「平均寿命の延長によって、（主に）不健康期間が延びる（平均寿命が延びても健康寿命は（主には）伸びない）」
- ③「平均寿命と健康寿命の関係は動的な均衡がある（ダイナミックである）」

というものである。

次に、田辺らの報告「平均寿命および健康寿命の都道府県格差の解析－非線形回帰分析による決定要因の探索－」³⁰⁾の内容を示しながら、上記3仮説を落とし込んだ解釈を示すと、以下のようになる。

田辺らは、

- ・ 男性の平均寿命
- ・ 女性の平均寿命
- ・ 男性の（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命
- ・ 女性の（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命

の4種を目的変数として、60種の説明変数を用いて決定要因を解析した。

その結果、

- ・ 4種の目的変数（寿命）すべてに寄与する説明変数（要因）が2要因
- ・ 3種の寿命にのみ寄与する要因が7要因
- ・ 2種の寿命にのみ寄与する要因が8要因
- ・ 1種の寿命にのみ寄与する要因が20要因

であることがわかった。

以上のことから、平均寿命と（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命の関係性において、前述の3仮説はすべて、3つそれぞれが一面の真理を示していることがわかる。

（各要因の寄与率の差異については一旦無視するとして、）平均寿命と健康寿命の双方に関連する要因が存在するという事は、その要因の改善が双方の延長をもたらす、それによって平均寿命と健康寿命の双方が延伸することで、（ある意味見かけ上）仮説①の状態（平均寿命の延伸が、（ほぼ）そのまま健康寿命の延伸をもたらす状態）を導き得る。

そして、平均寿命にのみ寄与し健康寿命に寄与しない要因の改善や、平均寿命には寄与しないが健康寿命に寄与する要因の悪化等は、仮説②の、平均寿命は延びるが健康寿命は延びない（あるいは平均寿命は変わらないが健康寿命が悪化する）、という状態を

導き得る。

さらには、一方の性別の健康寿命にのみ関連する要因，等が複数存在するのであるから，これら非常に多くの要因の1つ1つの，プラスの影響，マイナスの影響（影響度の絶対値もすべて異なる）が複合的に反映された「4種の寿命」という指標は，それぞれを全体として見たとき，仮説③のような動的な数値として表される，ということになるのであろう。

以上のことが，平均寿命と日常生活の制限期間に基づく健康寿命の関係性，加えてそれぞれの長さの差について言えるのであれば，女性の平均寿命と主観的な（不）健康期間の関係性を考えるにあたって，両者に共通の要因，一方にのみ影響のある要因が存在しつつも，平均寿命の延伸と，差（不健康期間）の伸長に一定の相関性が存在することは想定されるものである。

参考までに、前述の田辺ら「平均寿命および健康寿命の都道府県格差の解析」²⁷⁾において、具体的な重要決定因子として影響が大きいものを挙げている部分について記載するが、単年の各都道府県の健康寿命を目的変数として採用している点について、国民生活基礎調査のシステム上（各都道府県の）代表制を十分に叶えているかどうか検討の余地があることには留意されたい。

図表 58 用いられた説明変数とその定義

説明変数	定義	出典	説明変数	定義	出典
転入率	人口当たりの転入人口数	1)	生活習慣病	生活習慣病患者の比率	1)
転出率	人口当たりの転出人口数	1)	スポーツ	スポーツをしている人の比率	1)
出生率	合計特殊出生率	1)	ストレス	悩みやストレスを抱えている人の比率	4)
乳児死亡率	出生数当たりの乳児死亡率	1)	宗教	人口当たりの宗教信者数	1)
世帯人数	一般世帯平均人数	1)	医療費	人口当たりの国民医療費（万円）	1)
婚姻率	人口当たりの婚姻件数	1)	健診受診率	健康診断受診率	1)
離婚率	人口当たりの離婚件数	1)	がん受診率	胃・肺・大腸がん受診率の平均値	1)
未婚率	生涯未婚率	1)	健康保険	人口当たりの健康保険被保険者数	1)
独居率	単独世帯率	1)	病院	人口当たりの病院数	1)
高齢化率	65歳以上人口比率	1)	病床	人口当たりの病床数	1)
気温	年平均気温（℃）	1)	医師	人口当たりの医師数	1)
日照	年間日照時間（時間）	1)	保健師	人口当たりの保健師数	1)
降水	年間降水量（mm）	1)	保育所	人口当たりの保育所数	1)
積雪	最深積雪（cm）	1)	生活保護	生活保護世帯の比率	1)
持家率	世帯当たりの持ち家の比率	1)	老人ホーム	人口当たりの老人ホーム数	1)
住宅面積	1住宅当たりの延べ面積（㎡）	1)	高齢者学級	人口当たりの高齢者学級・講座数	1)
災害罹災率	人口当たりの自然災害の罹災者数（2007-2010年の合計）	1)	高齢者ボランティア	ボランティア活動を行っている高齢者の比率	1)
火災死者	人口当たりの火災死者数	1)	県民所得	人口当たりの県民所得（千円）	1)
交通事故死	人口当たりの交通事故死者数	1)	ジニ係数	所得格差の指数	1)
公害	人口当たりの公害苦情件数	1)	仕事	仕事の平均時間	1)
食塩	1日の食塩摂取量（g）	2)	女性労働	女性労働力人口比率	1)
牛乳乳製品	1日の牛乳・乳製品摂取量（g）	2)	高齢有業率	高齢者の有業率	1)
肉類	1日の肉類摂取量（g）	2)	農民率	農林漁業者の人口比率	1)
卵類	1日の卵類摂取量（g）	2)	教育費	世帯の教育費（万円）	1)
緑黄野菜	1日の緑黄色野菜類摂取量（g）	2)	公民館	人口当たりの公民館数	1)
緑茶	二人以上の世帯の緑茶購入量（g）	3)	図書館	人口当たりの図書館数	1)
カロリー	1日の平均摂取カロリー（kcal）	2)	インターネット	インターネットの世帯普及率	1)
肥満	Body Mass Indexの平均値	2)	携帯電話	携帯電話の世帯普及率	1)
喫煙	喫煙習慣の成人の比率	4)	自動車	人口当たりの自家用車保有台数	1)
飲酒	飲酒習慣の成人の比率	4)			
高血圧	高血圧患者の比率	1)			

出典：1) 地域別統計DB, 2) 国民健康栄養調査, 3) 家計調査, 4) 国民生活基礎調査, 各DBのURLは参考文献欄を、指標の詳しい定義については各DBを参照されたい。

（出典：平均寿命および健康寿命の都道府県格差の解析

—非線形回帰分析による決定要因の探索—³⁰⁾）

図表 59 平均寿命・健康寿命指標における各因子の感度および相関係数

No.	平均寿命男	感度	相関係数	No.	平均寿命女	感度	相関係数
1	生活習慣病	-0.386	-0.506	1	健康保険	0.393	-0.411
2	農民率	0.272	-0.179	2	公民館	0.378	0.200
3	健康保険	0.271	-0.436	3	災害罹災率*	-0.288	-0.070
4	図書館	0.245	0.496	4	保育所	0.284	0.405
5	災害罹災率*	-0.202	-0.030	5	高齢者学級	0.283	0.273
6	宗教	0.201	0.334	6	保健師	0.275	0.348
7	生活保護	-0.198	-0.348	7	持家率	0.263	-0.089
8	肉類	0.185	0.331	8	生活習慣病	-0.261	-0.183
9	喫煙	-0.148	-0.532	9	スポーツ	0.259	0.245
10	火災死者	-0.137	-0.592	10	図書館	0.258	0.225
11	降水	0.136	0.023	11	生活保護	-0.240	-0.155
12	公民館	0.132	0.231	12	高齢有業率	0.224	0.128
13	医師	0.129	0.031	13	自動車	-0.220	0.050
14	携帯電話	0.122	0.618	14	県民所得	0.211	0.042
15	インターネット	0.113	0.532	15	牛乳乳製品	-0.206	-0.148
16	公害	0.108	0.386	16	高血圧	-0.206	-0.295
17	保健師	0.106	-0.036	17	カロリー	-0.203	-0.318
				18	食塩	-0.196	-0.331
				19	農民率	0.193	-0.190
				20	降水	0.160	0.217

No.	健康寿命男	感度	相関係数	No.	健康寿命女	感度	相関係数
1	生活習慣病	-0.416	-0.383	1	教育費	0.260	-0.262
2	公害	0.333	0.378	2	ストレス	-0.219	-0.447
3	火災死者	-0.319	-0.444	3	スポーツ	0.205	0.216
4	ストレス	-0.308	-0.160	4	牛乳乳製品	-0.186	-0.281
5	牛乳乳製品	0.278	0.129	5	緑黄野菜	0.185	0.181
6	生活保護	-0.272	-0.618	6	がん受診率	0.169	0.361
7	農民率	0.215	0.098	7	健康保険	0.168	0.238
8	高齢有業率	0.172	0.454	8	自動車	0.164	0.500
9	保健師	0.151	-0.038	9	転出率	-0.161	-0.277
10	降水	0.143	0.234	10	緑茶	0.159	0.203
11	スポーツ	0.137	0.535	11	降水	0.151	0.412
12	乳児死亡率	-0.100	0.133	12	女性労働	0.142	0.507
13	肉類	0.084	0.067	13	仕事	-0.132	0.115
				14	生活保護	-0.127	-0.485
				15	図書館	0.115	-0.245

*災害罹災率は表2のように2007-2010年の自然災害の罹災者数の合計（人口当たり）であり、東日本大震災の被害は含まれない。

（出典：平均寿命および健康寿命の都道府県格差の解析

—非線形回帰分析による決定要因の探索— 30）

- ・生活習慣病

この報告での結果としては、男性の平均寿命と（日常生活の制限期間に基づく）健康寿命に対する感度の高さが、全 60 種の要因の中で突出している。

女性の平均寿命に対しては感度 8 位で男性より低く、女性の健康寿命に対しては感度 21 位で決定要因にならず、男女で大きな違いがある。

- ・健康保険加入率

この報告の結果では、男女の平均寿命および女性の健康寿命に対する感度が生活習慣病に次いで高い。

- ・スポーツ

男女の健康寿命と女性の平均寿命の決定要因。

- ・保健師数，がん（検診）受診率

感度が高い。

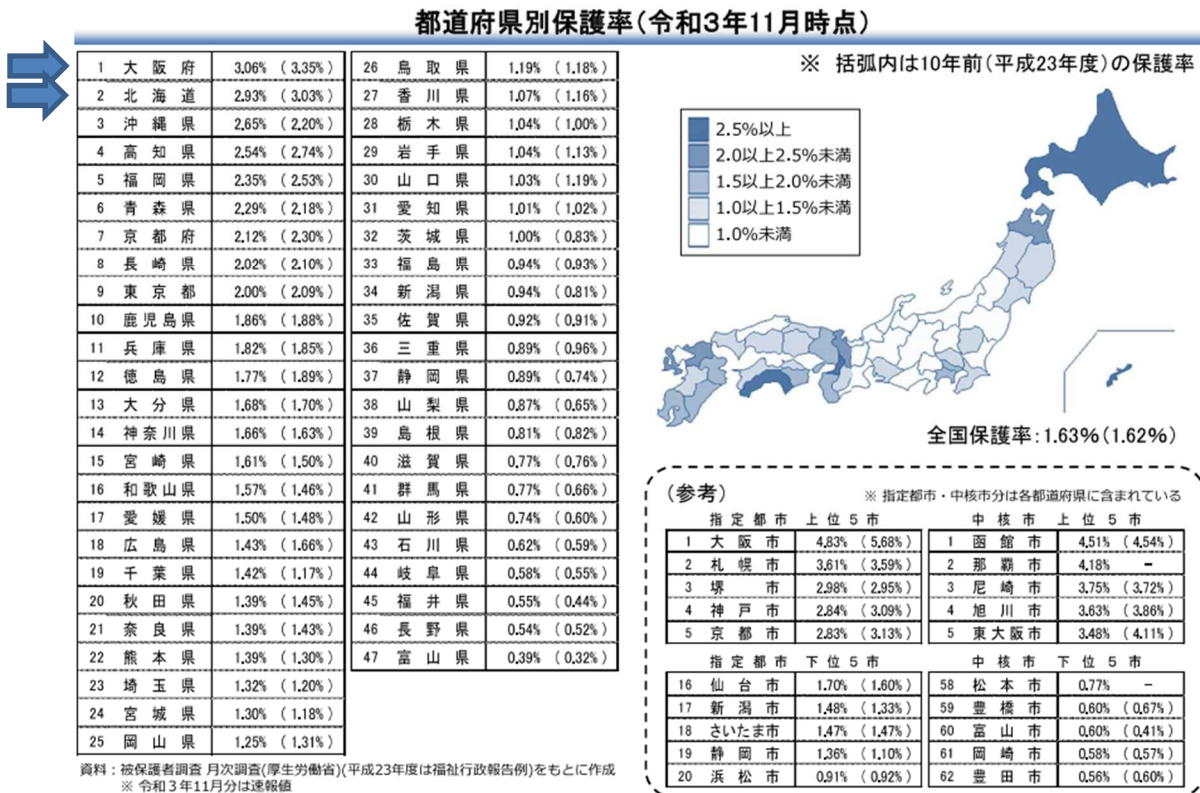
- ・生活保護世帯率

37 種の決定要因の中で、男女の平均寿命と健康寿命のすべてに対しての決定要因となっているのが生活保護世帯率と年間降水量の 2 要因のみであるが、生活保護世帯率は感度が高かたに高く、日本人の寿命の重要な決定要因であるとしている。（報告のタイミングでは、）長野県は生活保護率が全国で 4 番目に低く、反対に青森県は全国で 4 番目に高く、大阪府は全国で最も高いことを記している。

平均寿命と主観的不健康期間の関係を論じている中で、女性「平均寿命の平均が短く、主観的不健康期間の平均が長い道府県」（≒寿命が短く、主観的不健康期間が長い）と

して傾向が異なる例の中で3道府県を挙げているが、このうち北海道・大阪府は保護率が高い道府である。

図表 60 都道府県別保護率（令和3年11月時点）



(出典：被保護世帯数の年次推移³¹⁾)

・ストレス

男女の健康寿命への感度が高く、大きなマイナス要因である。

・牛乳乳製品

この報告での結果は、男性の健康寿命に正の寄与、女性の健康寿命には負の寄与、であったが、日本人の牛乳摂取量は欧米の人々の1/3程度であること等から、牛乳が寿命に及ぼす影響については、今後の多くの検証を待たねばならない、としている。牛乳に

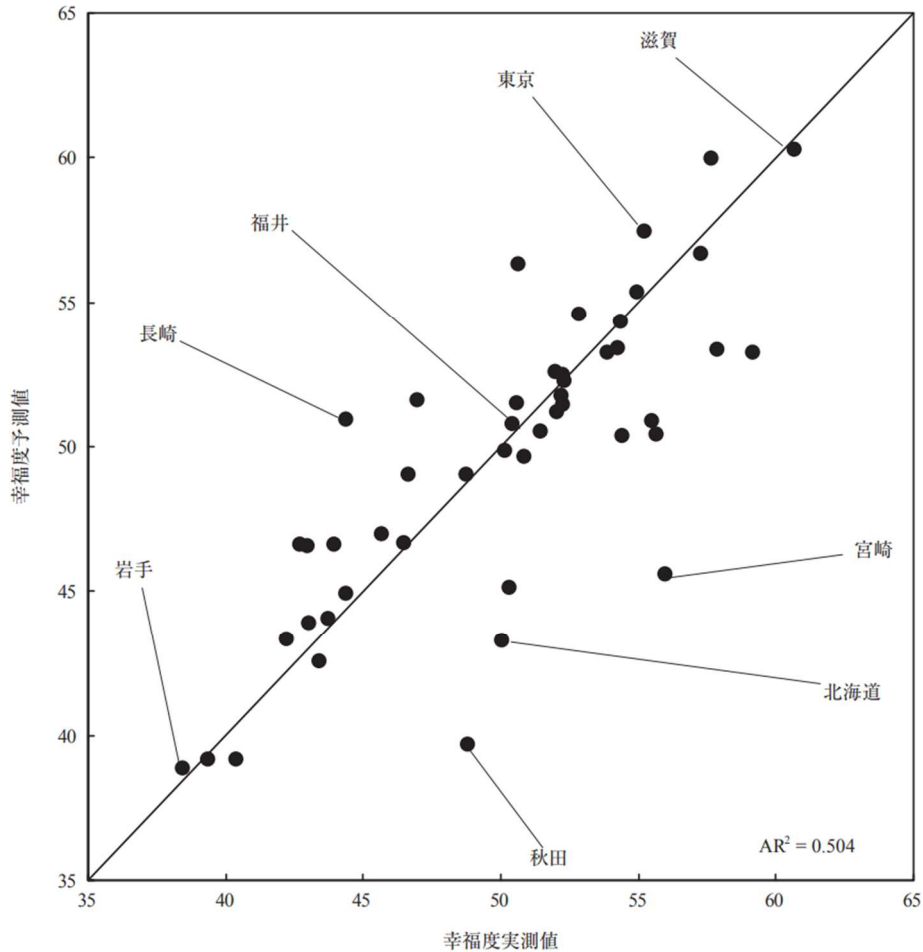
多く含まれるD-ガラクトースに、動物実験にて老化を促進し寿命を縮める効果があった³²⁾という報告や、牛乳を月に1～2回以上飲む男性では全死亡リスクが低下する³³⁾等の報告があり、「牛乳」の単一因子としての寿命への影響をなるべく正確に評価するためには、性別や人種（消化の如何等）、食文化の違い（摂取量や摂取頻度等）も含めて多くの因子を考慮する必要があるであろう。

田辺らの報告は、他の多数の要因解析報告のメタアナリシス要素も含んでおり、報告の多い線形モデル仮定をベースとした要因分析の結果等について、その信頼性を疑問視している記述もある。

参考として、彼らが同様のメタ分析を「幸福度」においても実施した「幸福度の都道府県間格差の統計分析」³⁴⁾では、総合得点1位として滋賀県が挙げられている。使用している7種の調査（主観的幸福度5種・客観的幸福度2種）それぞれの都道府県順位傾向が全く異なることや、今まさに論じている健康寿命の指標が良いと言い切れないのが滋賀県であること、第1章でも触れたが、そもそも人間の主観についての研究蓄積が十分であるとは言い難いこと等から「本当に滋賀県が1位なのか？」という疑問もあるが、結論にある「家族・生活と医療・福祉の2分野の要因で地域住民の主観的幸福度をほとんど説明でき、経済・労働分野、および教育分野の要因は日本国民の幸福度にはほとんど影響していないことが分かった。」という記述は、近年の生理学的・脳科学的な知見²⁰⁾との整合性をみる。

図表 61 (RMSE 最小時の) 主観的幸福度総合得点の実測値と予測値の Scatter plot, お

よび因子一覧表



	決定要因	分野	感度	寄与率 (%)
1	降水量	家族・生活	-0.292	16.6
2	火災死	家族・生活	-0.238	11.1
3	病院診療所	医療・福祉	0.228	10.1
4	平均寿命	医療・福祉	0.223	9.7
5	気分障害	医療・福祉	-0.219	9.3
6	脳血管死	医療・福祉	-0.204	8.1
7	パワハラ	経済・労働	-0.192	7.2
8	映画館	家族・生活	0.161	5.1
9	精神病床	医療・福祉	-0.152	4.5
10	自然公園	家族・生活	0.147	4.2
11	交際費	家族・生活	0.137	3.7
12	未婚率	家族・生活	-0.126	3.1
13	社会福祉費	医療・福祉	0.113	2.5
14	ピアノ	家族・生活	0.106	2.2
15	老人福祉費	医療・福祉	0.086	1.4
16	学童保育	教育	0.081	1.3

(出典：幸福度の都道府県間格差の統計分析³⁴⁾)

結語

「健康」や「寿命」という、非常に多くの因子から成り立つ概念との間に確かな因果関係を持つ因子を特定し立証することは、その因子単体の影響度や特異性等が弱まるにつれ困難となる。しかしながら、今回「主観的健康寿命」の指標を下支えする要因の探索・解析の結果、いくつかの因子についてその可能性を言及することが出来たものと思われる。

現行指標としての主観的健康寿命が、個別の施策効果を反映する感度に優れているとは言えず、評価指標として運用することが適切と言い難いことについては、すでに国の有識者研究会や本稿でも触れているところであるが、国民・県民の「健康」や「寿命」を総合的に反映する指標であるならば、その数字の絶対値が大であることは重要なことである。今後のさらなる、主観的健康寿命の概念そのものや主観的健康寿命指標への研究蓄積は、その数字の絶対値を向上させ、私たちにより良い健康・wellbeingである人生をもたらすであろうが。同時に行政機関は、今にも増して個人の健康感・ニーズが多様化・複雑化する社会に対してどのような施策でアプローチすべきか、継続的にその変化への対応力を求められる中で、いかに社会へ「健康」を還元していくのかが重要となる。

引用文献

- 1) 内閣府. (2020). 令和2年版高齢社会白書（全体版）第1章第1節1. 高齢化の現状と将来像. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_1.html
- 2) 厚生労働科学研究. (2023年3月更新). 健康寿命のページ. <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- 3) 厚生労働省. (2022). 令和2年都道府県別生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk20/dl/tdfk20-10.pdf>
- 4) World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization: Principles. Preamble.
- 5) 児玉小百合. (2020). 食・運動と健康長寿 -生きがい・幸福感との関連から <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/kenkochojuikigai/shokundotokenkochoju.html>
- 6) Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A.A. (2015). Subjective well-being, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.
- 7) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会. (2019). 報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000495323.pdf>
- 8) GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. (2017). Global, Regional, and National Disability-adjusted Life-years (DALYs) for 315 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE), 1990-2015: A Systematic Subnational Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, Vol.388, pp.1603-1658.
- 9) 尾島俊之. 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）分担研究報告書「健康寿命の指標化に関する研究—「健康寿命の国際的な指標化に関する検討」の研究結果—」. <https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/pdf/o-27-4.pdf>

- 10) Kirin Holdings Company, Ltd. (2022). 予防医学者と語る, 幸福をサイエンスする「ウェルビーイング」という考え方.
<https://kirinto.kirin.co.jp/article/health/20220414/>
- 11) 「保健医療 2035」策定懇談会. (2015). 保健医療 2035 (参考資料).
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088653.pdf
- 12) 一般社団法人スマートシティ・インスティテュート. (2022). Well-Being の視点から考えるモビリティ.
https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/e617a8c6-f884-4fad-b27f-cc1cbba04982/cbd2794a/20220517_meeting_mobility_outline_05.pdf
- 13) 長谷川卓志. (2018). 欧州連合における平均寿命, 健康寿命と主観的健康感について. 日本老年医学会雑誌, 51(2), 144-150.
- 14) Stevenson, B., Deaton, A., & Zimmern, A. (2021). Association between subjective well-being and living longer without disability or illness: Longitudinal observations of a nationally representative cohort. *The Lancet Public Health*, 6(4), e215-e223.
doi:10.1016/S2468-2667(21)00017-6
- 15) 柳澤節子, 小林千世, 山口大輔, 上原文恵, 吉田真菜, 鈴木風花, 松永保子. (2018). 主観的健康感とその要因についての検討 —生活形態と健康維持への意識との関連—. 信州公衆衛生雑誌, 12 (2), 107-113.
- 16) Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. doi: 10. 1016/S0140-6736(13)61489-0
- 17) 経済協力開発機構(OECD). (2015). 主観的幸福を測る.
- 18) 内閣府. (2022). 「満足度・生活の質に関する調査報告書 2022」.

- <https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/pdf/report06.pdf>
- 19) 内閣府. (2020). 「満足度・生活の質に関する調査」に関する第4次報告書.
<https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/pdf/report04.pdf>
- 20) 樺沢紫苑. (2017). THE THREE HAPPINESS.
- 21) Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2006). Psychology of emotion: Interpersonal, experiential, and cognitive approaches.
- 22) Libet, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *Behavioral and Brain Sciences*, 8(4), 529-566.
- 23) Soon, C. S., Brass, M., Heinze, H. J., & Haynes, J. D. (2008). Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature Neuroscience*, 11(5), 543-545.
- 24) 島田美恵子, 西牟田守, 宮本佳代子, 吉武裕. (2014). 高齢者への運動支援が健康状態・関節痛に及ぼす影響について－主観的健康感との関係－. *体力科学*, 63(1), 119.
- 25) 厚生労働省. (2022). 令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html>
- 26) 内閣府男女共同参画局. (2022). 女性の政治参画マップ2022.
<https://www.gender.go.jp/policy/mieruka/joseisankaku/map22c.pdf>
- 27) Kyodo News. (2022). 都道府県版ジェンダー・ギャップ指数.
<https://digital.kyodonews.jp/gender2022/paid.html>
- 28) 宮本恵子, 今井具子, 瀬崎彩也子, 川瀬文哉, 下方浩史. (2018). 平均寿命と健康寿命の差の要因に関する国際比較研究. *名古屋栄養科学雑誌*, 4, 1-7.
- 29) Vanessa Yong, Yasuhiko Saito. (2009). Trends in healthy life expectancy in Japan:1986 – 2004. *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, 20(19), 467-494.
- 30) 田辺和俊, 鈴木孝弘. (2015). 平均寿命および健康寿命の都道府県格差の解析－非線形

回帰分析による決定要因の探索－. 季刊・社会保障研究, 51(2), 198-210.

31) 厚生労働省. (2021). 被保護世帯数の年次推移.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000908527.pdf>

32) Karl Michaëlsson, Alicja Wolk, Sophie Langenskiöld, Samar Basu, Eva Warensjö Lemming, Håkan Melhus, Liisa Byberg. (2014). Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349, g6015. doi: 10.1136/bmj.g6015.

33) Wang C., Hiroshi Yatsuya, Koji Tamakoshi, Hiroyasu Iso, Akiko Tamakoshi. (2015). Milk Drinking and Mortality: Findings From the Japan Collaborative Cohort Study. *J Epidemiol*, 25, 66-73.

34) 鈴木孝弘, 田辺和俊. (2016). 幸福度の都道府県間格差の統計分析. 東洋大学紀要. 自然科学篇, 60, 93-112.

滋賀県健康寿命延伸のためのデータ活用事業プロジェクト構成組織一覧

立命館大学衣笠総合研究機構地域健康社会学研究センター

和歌山県立医科大学衛生学講座

京都大学大学院医学研究科健康解析学講座

薬剤疫学分野／デジタルヘルス学講座

滋賀県国民健康保険団体連合会

愛荘町健康推進課

草津市健康増進課

高島市健康推進課

滋賀県東近江健康福祉事務所

滋賀県保健所長会

滋賀県総合企画部統計課

滋賀県健康医療福祉部医療保険課

滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課

滋賀県衛生科学センター

