公衆衛生委員会答申

平成３０年５月

日　本　医　師　会
公衆衛生委員会

平成３０年５月

日 本 医 師 会
会 長　横 倉　義 武　殿

公衆衛生委員会
委員長　角　田　　徹

公衆衛生委員会答申

平成２８年１２月９日に開催した第１回委員会において、貴職より「健康寿命延伸のための予防・健康づくりのあり方」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では平成２８年度、平成２９年度の２年間にわたり検討を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

公衆衛生委員会

委員長	角田　徹	（東京都医師会副会長）
副委員長	塩見　俊次	（前奈良県医師会会長）
〃	釣船　崇仁	（長崎県医師会副会長）
委員	越智　眞一	（滋賀県医師会会長）
〃	加藤　正隆	（愛媛県医師会理事）
〃	坂田　清美	（岩手県医師会理事）
〃	長谷川　敏彦	（一般社団法人　未来医療研究機構代表理事）
〃	宮﨑　親	（福岡県北筑後保健福祉環境事務所長）
〃	吉田　建世	（宮崎県医師会常任理事）
〃	吉田　貴	（愛知県医師会理事）
〃	吉田　俊明	（新潟県医師会理事）

目次

Ⅰ．序 1

Ⅱ．健康寿命の考え方 2
　１．現在の考え方と問題点 2

　２．健康、健康寿命の定義 5

　３．何故、健康寿命の延伸が必要なのか 13

Ⅲ．健康寿命の延伸に必要な取組 17
　１．予防すべき疾病等 17

　２．現在の取組と問題点 20

　３．予防・健康づくりのあり方と医師会等の関わり 22

Ⅳ．まとめ 25

委員会審議経過 29

~~㈫巻末資料 ..... 31~~

Ⅰ．序

世界に類を見ない高齢社会に突入している日本において、『健康寿命の延伸』は、政府を筆頭として各分野で叫ばれて久しい。

しかし、『健康』または『健康寿命』の概念の捉え方は、社会的状況や個人の環境、年齢・考え方などから人それぞれである。『健康寿命の延伸』により目指す目的も、その置かれた立場等により異なる。

一方で、世界トップクラスの平均寿命を誇る我が国において、自分を健康と感じている国民の比率は、他国と比して決して高いものではないという現状もある。

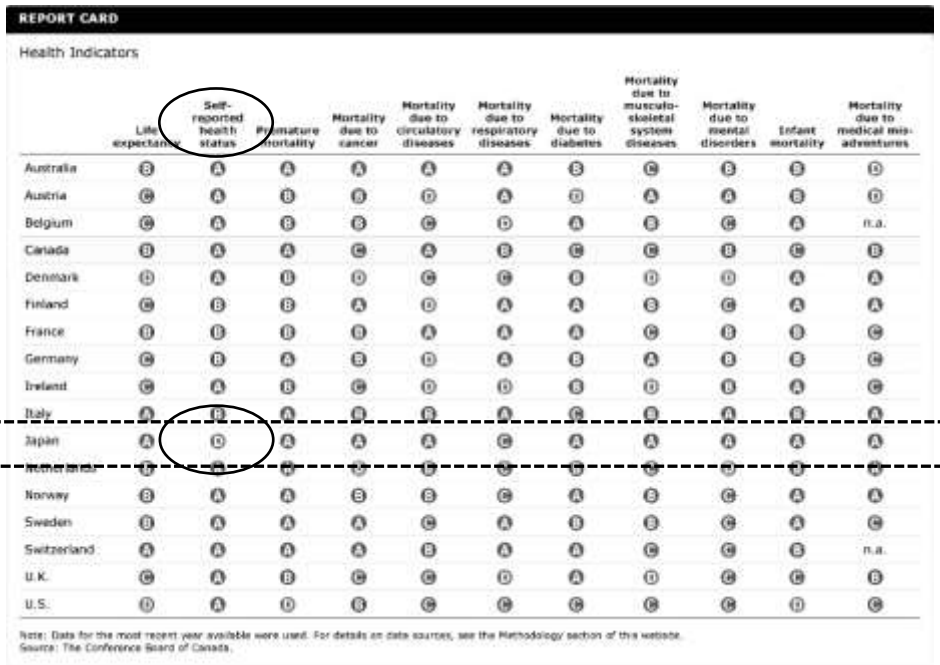
我々は、医療の専門家として、医療の専門家集団として、一人一人の国民が“いつまでも住み慣れた場所で、生きがいを持って他者と触れ合いながら暮らし続けられる”ように活動している。

そのためには、健康（健康寿命）の延伸が重要な因子であることは論を俟たない。

ここで改めて、健康・健康寿命とは何か、その意味や現状、課題と今後のあり方などを検討し、広く発信していくため、当委員会において議論を重ねてきた。

会長諮問『健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくりのあり方』に対して、ここでは以下のごとく議論内容をまとめ、委員会の答申として述べる。

図１　健康状態の自己評価



REPORT CARD

Health Indicators

	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	D	D	C	C	D	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
Source: The Conference Board of Canada.

出典：The Conference Board of Canada

Ⅱ．健康寿命の考え方

１．現在の考え方と問題点

健康とは何かと尋ねられたなら、広義の解釈としては「単に病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」という世界保健機関（WHO）の定義が思い出される。

すなわち、健康面だけでなく、精神面でも社会生活面でも充実した状態でなければ真の健康とは言えないということなのか。

しかしながら、2014 年の厚生労働省の調査[1]では、国民の 7 割以上が自身を健康だと感じているが、健康と判断する根拠として、その 6 割以上が「病気が無いこと」を挙げている。（図 2-1、2-2）

図 2-1　普段健康だと感じているか

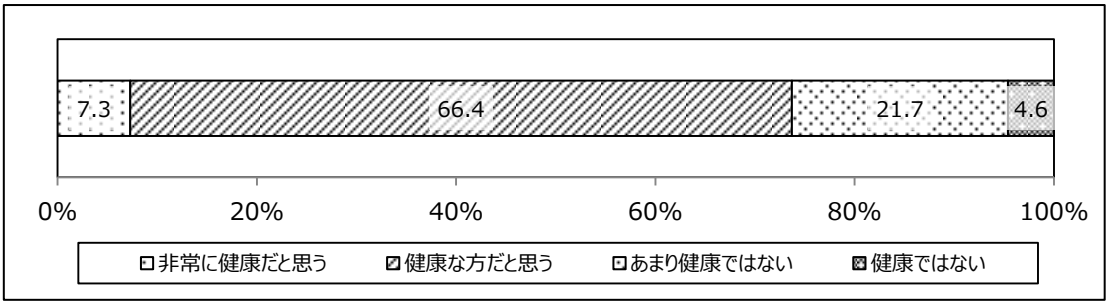
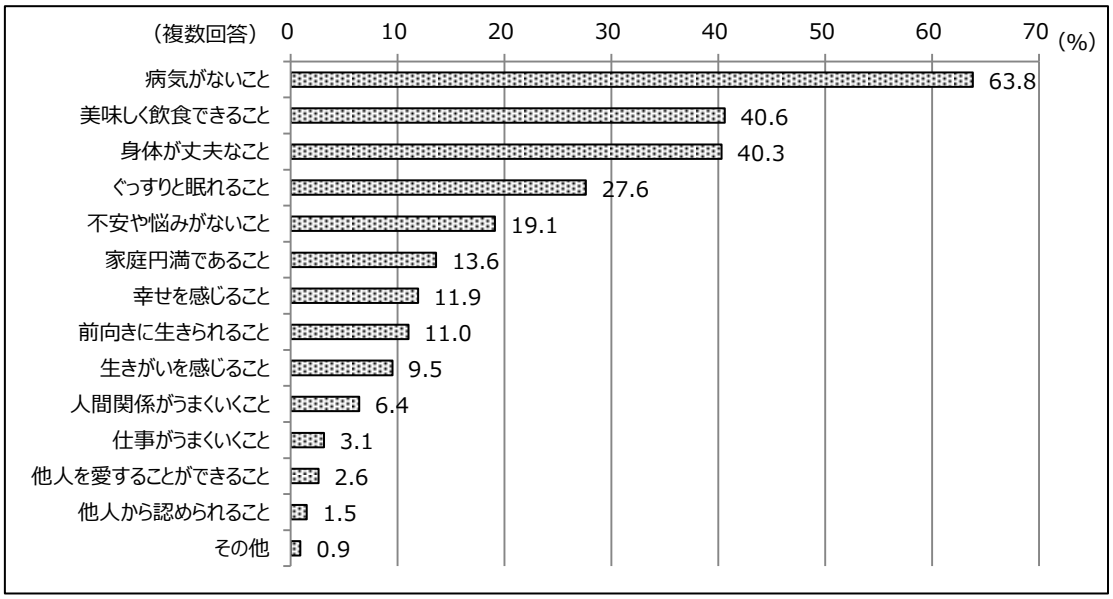


図 2-2　健康観を判断するに当たって重視した事項

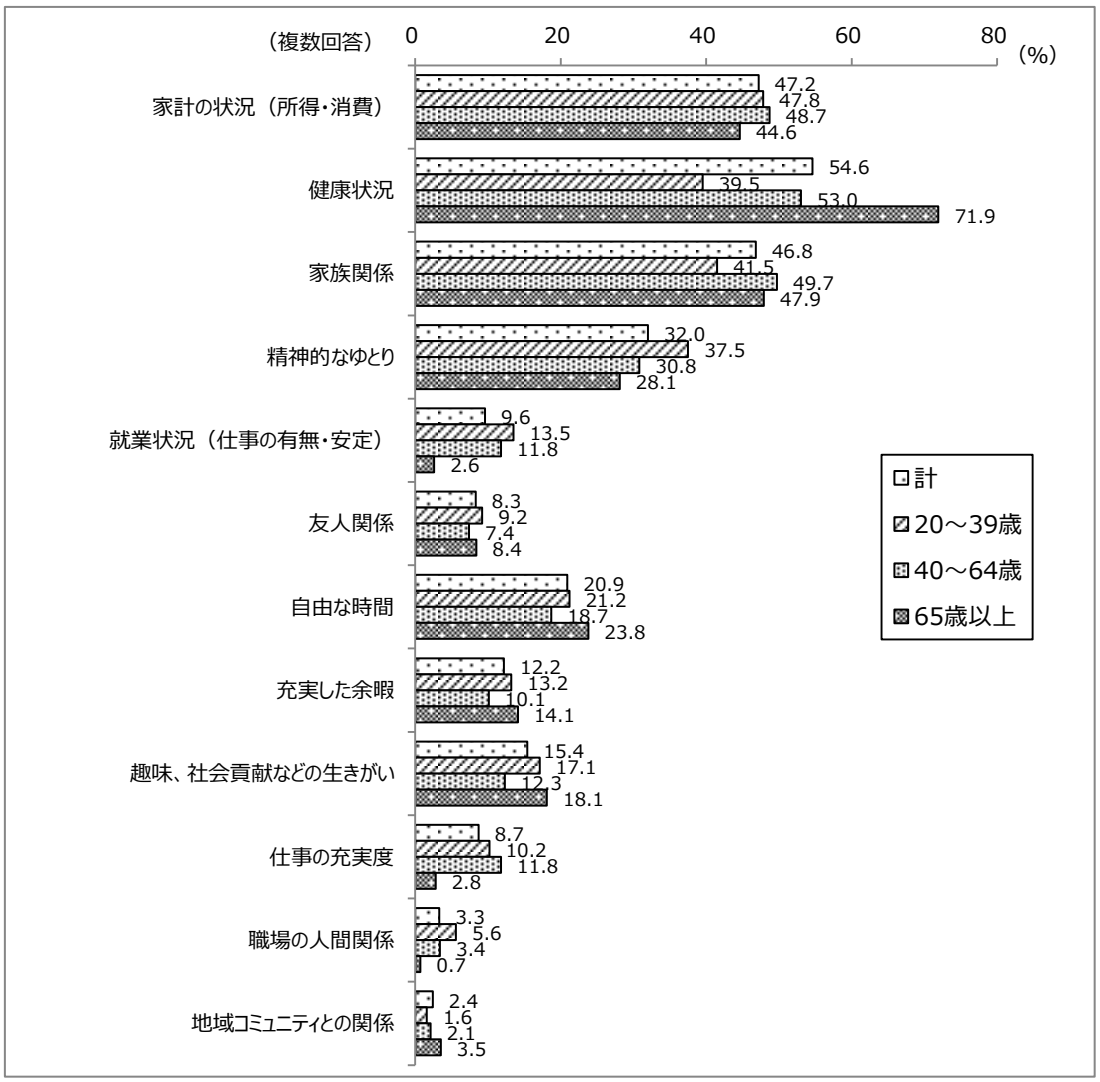


1 「健康意識に関する調査」（平成 26 年 2 月）

推察するに、多くの国民は、日常生活に支障をきたすような疾病を患っていなければ健康なのだと考えているようである。

一見、両者の定義には大きなギャップが存在するように思えるが、前出の調査の中で幸福感を判断する材料として、健康状態を挙げる人が多く、それは年齢層が上がるにしたがって増加し、65 歳以上では 7 割を超えている。（図 3）

図 3　幸福感を判断するのに重視した事項（世代別）



幸福を感じること、つまり精神的にも社会的にも充実した状態が実感できるためには健康が不可欠ということであり、国民は無意識のうちに健康というものを広義に解釈しているのかもしれない。

しかしながら、医療を行う側から見ると、高齢者はおおよそ何らかの疾病を有しており、一見健康に見えても要加療の人も少なくない。

高齢者にとって加齢による身体的な体力の衰退を最小限にとどめ、様々な持病とうまく付き合っていくことで、充実した日常生活を送ることが「健康な状態」と言えるのではないか。それを可能にするためには、より一層のかかりつけ医の積極的な関与・啓発が欠かせない。

また、高齢者に限らず全世代で、症状には乏しいが放置できない有病者であるという自覚がないため、医療機関から足が遠のいてしまっている人が一定数存在する。そのような人達に対して、自身の健康状態を把握させ、的確な指導や治療を早期に開始することが、健全な日常生活をより長く保持するために重要であり、そのための方策として、特定健診をはじめとする種々の健（検）診事業が実施されているが、その受診率は伸び悩んでおり、今後の課題である。

健（検）診受診率の向上には、かかりつけ医からの受診勧奨が非常に有効であるとの報告もあり、医療側としてはさらに積極的に特定健診をはじめとする各種健（検）診に関与すべきであろう。

21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））においては、その中心課題として健康寿命の延伸が謳われ、具体的な数値目標が定められている。

健康寿命という概念を討論する際には、次項で述べるようにその定義が複数存在するため、その結果に多少の差異を生じることになり、単に数字を比較することには注意が必要である。

日常生活を自立した状態で精神・身体ともに充実して過ごせることが健康だとすれば、それに見合った算定方法が望ましい。さらに、健康寿命を平均寿命にいかに近づけるかが今後の課題となる。

２．健康、健康寿命の定義

（１）健康寿命の意義

日本ではこの 100 年で平均寿命がほぼ倍増し、人生 100 年時代を迎えつつある。この長寿革命の結果、個々人はあらためて、長い人生設計が必要となっている。

設計には寿命のみならず、その間元気でいる期間とそうでない期間を把握する必要がある。そのためには死までの期間「寿命」だけでなく、健康である期間「健康寿命」を算出することが有用である。

日本がその最先端を行く人類が未だ経験したことのない高齢社会では、それを個々人のみならず互いに支え合う周囲の人々、医師やケアの専門職、行政の専門家とが共有することにより、どうすれば社会全体を豊かで活力のあるものに出来るのかを共に考えていく必要がある。

しかし、高齢者にとっての健康は従来の定義とは異なる側面があり、定義の再検討が必要であるといえよう。

（２）寿命とは

ある集団の健康状態を表すには、これまで死亡に関連する指標が使われてきた。それには死亡までの寿命の可能性を示す期待系（Health expectancy）と死亡の発生率のように健康状態との差を示す格差系（Health gap）の 2 種類がある。

前者は未来への正の値を意味し、個々人にとって直感的に理解しやすい。後者は生きている状態からの負の値を意味し、さらにその原因別に分析できるため、専門家にとって取り組むべき課題を把握しやすい。

これらの指標はそれぞれ目的と特徴に応じて用いられてきた。一般によく使われる「寿命」は期待系の代表的指標で、対象の集団に属する人が生存しうる平均の年齢を、標準化のために生命表を用いて分析し算出したもので、0 歳平均余命（Life expectancy at age 0）を指す。

特定の年齢での寿命も算出可能で、例えば 65 歳を例に取ると 65 歳平均余命（Life expectancy at age 65）を算定し、65 歳で残された平均の寿命と捉えることができる[2]。

「健康寿命」とは、特定の年齢から健康な状態で生きる可能性の年齢である。通常は出生時から計算し、0 歳平均健康余命（Healthy life expectancy at age 0）を意味している。

しかし 65 歳を起点に取ることも可能で、その場合は 65 歳平均健康余命

[2] 平成 13 年度厚生労働省健康科学総合研究事業「健康日本 21 計画の普及と評価に関する研究　新健康指標 2 研究」（平成 14 年 3 月　国立保健医療科学院政策科学部　主任研究者：長谷川敏彦）

（Healthy life expectancy at age 65）と呼ばれる。
実際の値は WHO や厚生労働省などによって算出されているが、それぞれ値が異なる。その違いは健康をどう定義するかによる差である。

（３）健康とは
今「健康とは何か」その概念を巡って国内外で大きな論争が巻き起こっている。その理由は、従来幅広く用いられてきた世界保健機関（WHO）憲章前文に書かれた健康の定義（1946 年）が「理想的すぎる」、「現場で使えない」、「測れない」、「ある種の病態には適さない」とこれまで批判されており、そのうえ、これから人口の多くを占めることになる高齢者にとっては「多くの疾病や不自由を抱え、多くの場合それが不可逆的で、WHO の健康概念ではケアの指針とはなりえない」との根本的な批判が起きているからである[3]。
WHO による定義は、その前身である国際連盟保健機関（LNHO）スイス人医師らにより提唱されたポジティブヘルスの概念を引き継ぎ、組織成立以前に国連創設に関わった中国、アルゼンチン、カナダの 3 人の医師が提案し、医史学者シゲリストの考えを参考にしたユーゴスラビアの医師によって起草されたとされる。健康の定義は健康権の提案とともに WHO 憲章の重要な部分を構成している。

（健康の定義）
Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.
健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること。（日本 WHO 協会訳）

（健康権の定義）
The right to health is one of the fundamental rights to which every human being,without distinction of race,sex,language or religion,is entitled.
健康権は、人種、性別、言語または宗教による差別なく、全ての人々に与えられた基本的人権のひとつである

これらの 2 つは対をなしており、第 2 次世界大戦後の世界秩序を構築するための国連の理念を体現したものであり、当時の国際情勢や熱気を反映した政治

[3] 文部科学省新健康観プロジェクト 2013-4「新たな健康概念の提案」（文部科学省 科学技術・学術政策研究所客員研究官　長谷川敏彦）（2014.7.8 改定）

イデオロギーの色彩が強い。

WHO 自身も専門分野における国際機関の役割を強化するにつれ、この定義の見直しに迫られてきた。1978 年のプライマリーヘルスケアを重視したアルマ・アタ宣言では、1974 年カナダの厚生大臣ラロンドらの提言、健康場（Health field）による健康増進（Health promotion）の影響を受け、定義は変更しなかったものの、健康を活動の目標と捉える方向を打ち出した。さらに、1986 年のオタワ憲章では、健康増進を目標に、具体的活動、本人参加の提唱や資源の確保を打ち出した。その背景には、先進国において疾病構造の中心が外的原因の感染症と栄養によるものから生活習慣による慢性疾患に転換し、患者の参加の必要性、医療費等の高騰が課題となっていたからと考えられる。

一方、世紀の変わり目、1999 年にはアラブ諸国によって「身体、精神、社会のみならず霊性を、必要状態に加えるべき」との提案がなされたが、採択されず、その後も 62 年間にわたって、定義の変更には至っていない。ただし、障害者権利擁護の活動により、従来の国際疾病分類 ICD（1900－）と国際障害分類 ICIDH（1980－）を統合し、障害者を支えるための環境を重視する国際生活機能分類 ICF を WHO が 2001 年に発表した。この動きはさらに加速し、2006 年国連レベルでの障害者権利条約の採択にいたっており、障害の概念については見直しが進んでいる。

定義見直しの潮流の中で、2011 年にはオランダのフーバーらが WHO の健康概念を再考し、「難病患者など長期に疾病や障害を持つ者にとっては疾病があってもそれなりに状況に適応して生活することができる力があれば健康である」という考えを提案した。「障害は不自由だけど一つの個性で、異常ではない」といった障害者を巡る国際世論の高まりがその背景にあると考えられるが、やはり「多数の疾病を抱え、不自由さは免れなくても、生き生き元気に暮らして最後に普通に死を迎える」高齢者がケアの対象として急増していることが想定される。

「健康」という概念は元来、近代西洋語からの訳語であるが、明治以前は元気、丈夫、お達者などの語が使われており、この言葉が使われたのは歴史的には新しい。

WHO の定義にもかかわらず、一般によく信じられている健康の定義「疾病がない状態」は近年西洋からもたらされたものである。

各国での健康を意味する語や、その語源を調べると健康という語が「salute:安全」、「health:全体性」というように多義的であることが分かる。

疾病に対する考えも、医療人類学によると文化によって多様で、一般には「なにか悪い状態が身体に生じる」と考えるよりも「体調のバランスが崩れる」ことによると考える文化が多いとする。

事実、歴史的には、ギリシャ、インド、中国の伝統医学では何らかの体液やエネルギーのアンバランスにより病気が生じると考えられてきた。特定の要因を疾患の原因と捉える考えが中核となったのは最近であり近代になってからである。

近年の医療社会学の調査でも、一般人の間では健康は「何らかの悪い状態（病気）はない状態」だけでなく、「体調のバランスがとれている」、「環境に適応できる」と言う考えも多いとされている。

そもそも年齢によって健康の意義はそれぞれ異なり、おそらく若い人では「美しいこと」、「スポーツを楽しめること」、「学習ができること」、中年期では「働けること」、「病気ではないこと」、高年期では「不自由ではないこと」、「元気でおれること」、「自立して生活がおくれること」が主要な目的ではなかろうか。専門家や一般の人がイメージする健康も異なりうる。一人の人にとってもその時間や役割の変化によって異なった健康観を持ちうる。健康観は元来多元的といえる。

概念の定義はその概念をどう使うかによって異なる。WHO の定義も状態の把握ではなく、追求すべき理想と捉えれば有用である。一方、状態の改善や評価には別の定義が必要となる。多元的な健康観のもとで、使用目的により定義が異なる健康概念には、元々普遍的で客観的な一つの定義を想定することに無理があったのではなかろうか。

これからの健康概念は、従来考えられてきた「疾病がないこと」や、WHO が定義した「理想論」に限定することなく、本人が自分らしく生きる、その意志決定ができる能力を持つことで、それを支援する環境や過程を含めて健康を捉えるべきである。

（4）健康寿命の算定

厚生労働省は、2000 年に策定された健康日本 21（第一次）の大目標に早世の減少、健康寿命の伸延を掲げたが、具体的な目標値は示していない。2013 年からの健康日本 21（第二次）では 10 年間で健康寿命の延伸と都道府県格差の縮小を掲げている。

健康寿命には「日常生活に制限のない期間」を用いており、「自分が健康であると自覚している期間」も用いることを推奨している。厚生労働省は都道府県別平均寿命の算定には、5 年毎に算出される都道府県別平均寿命と 3 年毎の国民生活基礎調査健康票の「日常生活に制限の有無」もしくは「自分が健康であると自覚しているかどうか」の調査結果を用いることを推奨している。厚生労働科学研究研究班[4]（以下、「研究班」という。）による試算では、2013 年全国で 2

[4] 厚生労働省　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康寿命における将来予測と生活習

つの定義との間に大差はなかった。

「生活の制限」を用いた場合（単位年）

	男性	女性
平均寿命	80.21	86.61
健康寿命	71.19	74.21
制限のある期間	9.02	12.40

「健康であるとの自覚」を用いた場合（単位年）

	男性	女性
平均寿命	80.21	86.61
健康寿命	71.19	74.72
制限のある期間	9.02	11.89

WHO の健康寿命の算定に用いられる Health-adjusted life expectancy（HALE）は、年齢階級別の疾病の負担で重みづけた非健康年齢を計算し、平均寿命から引いて算出している。日本のように健康かどうか、制限があるかどうか 1 つの要素のみを用いたサリバン法とは全く異なる手法で、国際比較のためにはより正確な値といえる。

2015 年、日本は男性 72.5 年、女性 77.2 年と共に世界一となっており、男性 2 位、アイスランドとの差が 0.7 年、女性 2 位シンガポールとの差は 1.3 年にのぼる。60 歳健康寿命も男性 18.9 年、女性 23.1 年と世界一である。研究班の値より長い値である。

また、研究班では健康を自立することと定義し、介護保険のデータを用いて高齢者向けの健康寿命の算定も試みられた。

具体的には、要介護 2～5 の認定者割合を用いて非自立期間の算出を試みている。2013 年の結果は、

	男性	女性
平均寿命	80.21	86.61
健康（自立）寿命	78.72	83.37
制限のある期間	1.49	3.24

と生活の制限や健康の自覚の定義に比して非自立期間は著しく少ない。

2014 年 6 月からは全国の保険者別（市区町村別）の介護の認定者数が公表さ

慣病対策の費用対効果に関する研究班」（代表研究者：橋本修二）

れており、2015 年 10 月人口を基に市区町村の生命表が作られているため、その二つを合わせ、サリバン法を用いて 65～69 歳から 5 歳階級別の健康寿命を算出し、全国とのベンチマーキング（比較・分析）が可能である。

全国データでは、65 歳、75 歳の平均余命、自立余命、非自立余命は、

65 歳

	男性	女性
平均余命	18.79	23.86
自立余命	16.60	18.68
非自立余命	2.19	5.18

75 歳

	男性	女性
平均余命	11.51	15.35
自立余命	9.24	10.08
非自立余命	2.27	5.27

となり、元来女性は長寿であるにもかかわらず、非自立余命が長いため、65 歳平均余命は 23.86 年と男性との差が 5.07 年であるのに、自立余命でみると男性との差は 2.08 年の差としかならない。

75 歳自立余命ではもっと差がなく、平均余命の差 3.84 年に対し、自立余命は 0.84 年の差しかない。

この手法は比較的簡便で各都道府県内はもちろん、全国の基礎自治体レベルでの比較も可能で興味深い。しかし一方、基礎自治体の人口が小さいところも多く、推計にベイズ法を使っていることもあり、計算の土台となる平均余命に誤差があり、比較には慎重を要する。

これらの値が前掲の介護保険データを用いた研究班の値より長いのは、要支援 1,2 と要介護 1 が含まれていること、65 歳以上人口に限っているためである。

日本医師会のある東京都文京区の場合では、

65 歳

	男性	女性
平均余命	19.30	23.58
自立余命	16.42	17.95
非自立余命	2.88	5.63

75 歳

	男性	女性
平均余命	11.56	15.03
自立余命	8.67	9.34
非自立余命	2.89	5.69

となり、全国の値と比較することができる。男性の 65 歳平均寿命は 19.3 年と全国よりも 0.51 年多いが、自立余命は 16.42 年と逆に 0.18 年少ない。

厚生労働省の方式は「生活の制限」、「健康の自覚」ともに主観にもとづき、非健康期間の捉え方は漠然としている。厚労省は健康日本 21 の中間評価として健康寿命が 2010 年から 2016 年の間に健康寿命が男性で 1.72 年、女性が 1.17 年延伸し、平均寿命の伸びをそれぞれ 1.43 年、0.84 年を上回ったと発表しているが今一つ数字の意味するところを捉えにくい。

WHO 方式は国際比較には安定し、有用であるが、国内のベンチマークにはデータの制限などの理由により活用することは難しい。

高齢者向けに提案されたこの方式は、18 年間にわたり標準化されてきた介護認定のための調査にもとづいており、比較的客観性があり、65 歳以上人口の健康寿命を測るには安定した手法と言えよう。さらに 2014 年 6 月以降、各保険者毎の性年齢階級別認定データが公表されているため、5 年毎に発表されている市区町村生命表とあわせて計算でき、全国基礎自治体レベルでのベンチマークが可能となる。

3 つの方式の比較表

方式	厚労省研究班方式	WHO 方式	本報告書方式
健康の定義	「主観的健康の自覚あり」又は「生活の制限なし」	重み付けられた疾病や障害のない状態	要介護・要支援でない状態を自立（健康）
測定の方法	国民生活基礎調査のアンケートと生命表	DALY で測られた疾病負担で重みをつけて使う	市町村生命表、介護給付費等実態調査の要介護者数、国勢調査
測定のレベル	国、都道府県	各国国際比較	国、都道府県、市区町村
利点	原理は直感的には分かりやすい	国際ベンチマークできる 障害が重みづけられている	要介護度の測定データが存在する 市区町村単位までベンチマークできる
欠点	主観的で意味を捉えにくい カットオフ条件で値が大きく変わる	国内でのベンチマークのデータを得にくい	65 歳以上に限られる 人口の小さな市区町村では誤差を生ずる

このように健康寿命は、その算定法により意義が異なるため、目的に応じた使い分けが必要である。

さらに寿命、健康寿命を改善するための課題を明らかにするには、「期待系」の「健康寿命」のみならず、併せて格差系の指標の分析も必要である。例えば、若年者層での死因と生活習慣の関係、高齢者の健康インフラとして重要といわれている、食べる、動く、交わるなどの要素と要介護度の関係を分析し、その結果を個人や専門職、行政の専門家にフィードバックすることにより対策を立てることができる。

これらの結果を共有し、協力し合うことにより、個々人、専門家そして社会全体が健康課題の改善に取り組むことができる[5]。

[5] 「高齢社会の新しい予防の考え方試案　医療需要の大転換から見て」（平成 29 年 10 月 一般社団法人未来医療研究機構 代表理事 長谷川敏彦）

３．何故、健康寿命の延伸が必要なのか

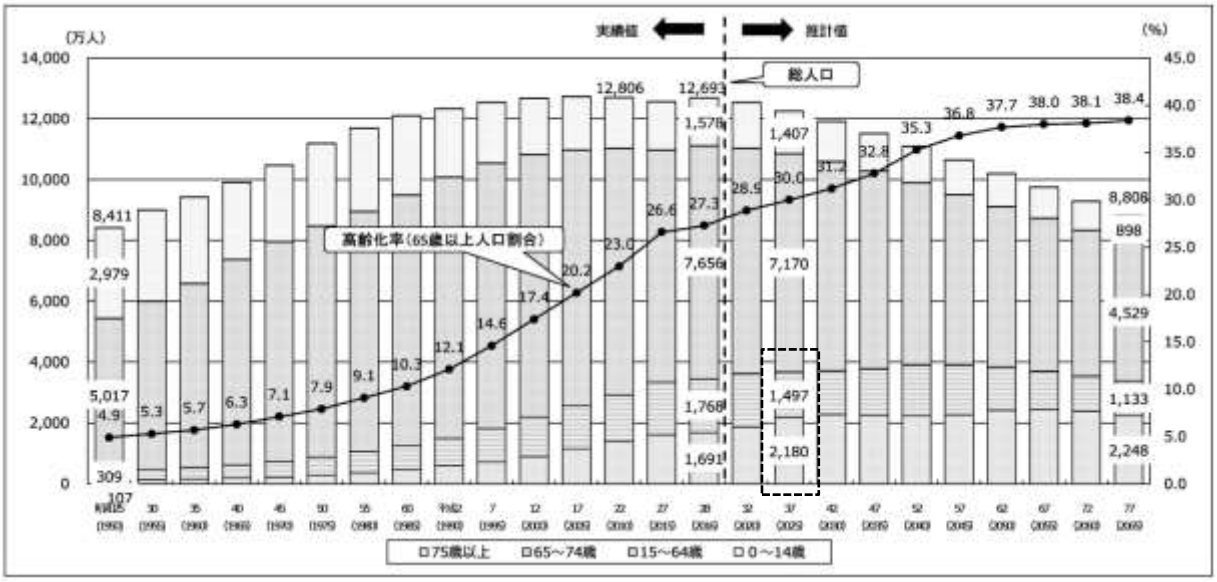
（１）超高齢社会における課題

現在わが国は、いわゆる 2025 年問題を抱えている。

これは団塊の世代が 2025 年頃までに後期高齢者（75 歳以上）に達することにより、介護・医療費等社会保障費の急増が懸念される問題である。

65 歳以上の高齢者人口は 2025 年には 3,500 万人を超えると予想されている。（図 4）

図 4　高齢化の推移と将来推計



（出典：平成 29 年版高齢社会白書を一部改変）

年齢と共に病弱になり、介護を必要とする人が増えることは、自然の摂理でもあり、致し方ない側面は確かにあるが、病気の罹り易さ、要介護状態への移行のし易さには大きな個人差があるのも事実である。

平成 28 年の国民生活基礎調査によると、要介護の原因としては、最も重要なのは認知症で 24.8%、続いて脳血管疾患 18.4%、高齢による衰弱 12.1%の順となった。以前の調査では長年にわたって、脳血管疾患が 1 位を占めており、近年の認知症による要介護の増加は特筆すべきである。（表 1）

表 1　平成 28 年度国民生活基礎調査による要介護・要支援の原因（単位：%）

要介護度	第 1 位		第 2 位		第 3 位	
総　　数	認知症	18.0	脳血管疾患	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援 1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患	11.5
要支援 2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護 1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患	11.9
要介護 2	認知症	22.8	脳血管疾患	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護 3	認知症	30.3	脳血管疾患	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護 4	認知症	25.4	脳血管疾患	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護 5	脳血管疾患	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

最近の久山町[6]の研究（巻末資料参照）によると、認知症の約 85%はアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症が原因であり、さらに近年の認知症増加の大部分をアルツハイマー型認知症が占めていることが分かっている。

また、遺伝性認知症の多くを占める APOE-ε4 の対立遺伝子を保有する者では保有しない者に比べ約 3.4 倍のアルツハイマー型認知症の発症リスクがあることが分かっているが、その人口寄与危険割合は約 30%に過ぎず、残りの約 70%は環境要因によることが示されている。

さらには、脳血管性認知症は血圧に強く依存しているが、アルツハイマー型認知症では血圧との関連は認められていない。

喫煙習慣については、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の両方に強力に寄与していると同時に、禁煙によりリスクが低下することが分かっている。

糖尿病については、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の両方に寄与しており、特に負荷後 2 時間の血糖高値が強く関与していることが分かっている。

運動習慣については、アルツハイマー型認知症を 40%低下させ、全認知症でも 20%低下することが分かっている。

これらの知見は、血圧の適正な管理、喫煙者の禁煙、糖尿病患者の血糖の適正な管理、運動習慣の継続により、アルツハイマー型認知症および脳血管性認知症の発症を予防することや発症後も要介護度の進行を遅らせることが可能であることを示唆している。

[6] 福岡県糟屋郡久山町で行われている疫学調査。40 歳以上の地域住民を対象とした前向きコホート研究。

（２）国の視点

このようなエビデンスを踏まえ、国としては、アルツハイマー型認知症や脳血管疾患を可能な限り予防し、医療費や介護費の抑制に結びつけようとしている。

また、予防・健康づくりへの取組をわが国の経済成長にとって重要な分野と位置づけ、ヘルスケア事業者等に対し、疾病予防・介護予防対策への積極的な参入を促している。

すなわち、国の財政にとって、支出（医療費・介護費をはじめとする社会保障費）を減らし、収入（税収）を増やすこと、これを実現するために掲げたスローガンが「健康寿命の延伸」であり、そのために都道府県、地方自治体、医療保険者等に対し、財政効果がより高いと考えられる疾病・状態に対する集中的な取組を求めているといえる。

（３）医療側の視点

一方、医療側としても、将来の医療費・介護費の問題は無視できない重要な視点であることは理解している。

2025 年問題に向けて急増する医療需要に対し、限られた資源・予算の中で、患者の要望に適切に対応できる医療体制を如何に構築するかが問われている。

また、医療費の急激な伸びには、認知症患者の増加の他にも、高額ながん治療薬を始めとする新薬の保険収載や先進医療の発達なども寄与している。

医療機関は設備投資、人材の養成に先行して多額の資金を投入しており、急激な方針転換には馴染まない側面も多い。

つまり、国家財政が厳しいことを理由に、医療費・介護費に係る国庫負担を無理に抑制すれば、地域医療の深刻な崩壊を招く恐れもある。

その意味で、過不足のない医療費を確保し、安定的な医療提供体制を構築していくためにも、医療側として認知症、脳血管疾患をはじめ、予防し得る疾病・状態に適切に対応すること、すなわち予防・健康づくりへの取組が喫緊の課題ともいえる。同じく、介護費の増加抑制には、認知症予防、脳血管疾患予防が中心になるが、医療と連携した介護予防が重要になることに変わりはない。

しかし、こうした財政面での効果は、あくまでも様々な取組の結果として捉えるべきものであり、当初から医療費・介護費の抑制効果や経済効果が主眼であるかような施策の進め方には違和感を覚えざるを得ない。

我々、地域医療・介護に携わる者が考えるべきは、国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いを実現することであり、そのために必要なことが健康寿命の延伸なのではないだろうか。

（4）企業の視点

経済産業省では、地域の健康課題に即した取組や日本健康会議が進める健康増進の取組をもとに特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を健康経営優良法人として認定している。

平成 30 年 2 月 20 日現在、大規模法人部門で 541 法人、中小規模法人部門で 776 法人が認定されている。企業にとっても従業員がその能力を遺憾なく発揮するためには、従業員が健康であることが前提となる。その意味で健康寿命の延伸は企業にとっても重要課題であるといえる。

とくに健康寿命への影響が大きいとされる喫煙、高血圧、高血糖、脂質異常症、運動不足とこれらの全てに関係する肥満対策が重要といえる。

平成 20 年度から開始された特定健康診査・特定保健指導ではメタボリックシンドローム対策が中心に据えられたが、わが国では痩せであっても高血圧、高血糖の患者も多く総合的なリスク管理が重要といえる。

（5）かかりつけ医の視点

働き盛りの世代は各健康保険組合や全国健康保険協会などの健康保険に加入し、退職後は通常国民健康保険に加入することになる。

その間、各保険者が実施する各種健（検）診をはじめ、様々な予防・健康づくりに係る保健事業の対象となり、一定の健康管理が行われる。

しかしながら、予防・健康づくりは小児期からの継続的な対策が重要であることは論を俟たない。

さらに言うなら、個々人のライフステージに応じた健康情報を一元的に管理し、適切な健康施策へとつなげていくことが望まれる。

その意味で、若年世代、中高年世代、高齢世代と継続して地域住民の健康状態をみることができるのがかかりつけ医であり、健康寿命の延伸に果たすかかりつけ医の役割は極めて重要であるといえる。小児期に肥満になった者では、成人になっても肥満が持続する傾向が認められている。また、塩分の多い食事についても小児期に嗜好が決まると考えられている。さらに、小児期から禁煙教育に取組んでいる地域では喫煙率が低い傾向になることも認められている。

これらは何れもかかりつけ医の活動によって改善可能な項目である。市区町村とともに地域医師会がこれらの問題に取り組むことが求められている。

このように、健康寿命の延伸は、わが国にとって極めて重要な課題であるが、その実現にあたっては、取組に関わる全ての関係者は「国民の願い」を共有し、真に実効性のあるものへとつなげていく必要があるだろう。

Ⅲ．健康寿命の延伸に必要な取組

１．予防すべき疾病等

厚生労働省「平成 28 年人口動態統計」によると、わが国における死因は、悪性新生物、心疾患、肺炎（誤嚥性肺炎・市中肺炎）、脳血管疾患の順に多い。また、生活習慣に関連した疾患の死亡率は約 6 割を占めており、健康寿命延伸のために生活習慣病対策が重要である。（表 2）

表 2　死因順位（第 5 位まで）別　死亡数・死亡率（人口 10 万人対）・構成割合

死因	平成 28 年			平成 27 年			対前年増減	
	死亡数（人）	死亡率	死亡総数に占める割合（%）	死亡数（人）	死亡率	死亡総数に占める割合（%）	死亡数（人）	死亡率
全死因	1,307,748	1046.0	100.0	1,290,444	1029.7	100.0	17,304	16.3
悪性新生物	372,986	298.3	28.5	370,346	295.5	28.7	2,640	2.8
心疾患	198,006	158.4	15.1	196,113	156.5	15.2	1,893	1.9
肺炎	119,300	95.4	9.1	120,953	96.5	9.4	△1,653	△1.1
脳血管疾患	109,320	87.4	8.4	111,973	89.4	8.7	△2,653	△2.0
老衰	92,806	74.2	7.1	84,810	67.7	6.6	7,996	6.5

（１）動脈硬化

具体的には、動脈硬化は脳血管疾患および心疾患の重大な危険因子であり、さらに動脈硬化の主な増悪因子は高血圧症、脂質異常症、喫煙、肥満、糖尿病である。

これらの因子・疾患は生活習慣病と重なる。

動脈硬化は若年時から進行するリスクがあり、対策開始に際して早過ぎることはない。

（２）糖尿病

糖尿病は動脈硬化のみならず、様々な合併症を引き起こすことにより QOL の著しい低下につながる。

なかでも、糖尿病性腎症は、血液透析導入に至る患者の要因の約 4 割を占め、医療財政に与える影響も大きいとして、糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定され、各都道府県において対策が講じられている。

さらに、糖尿病は悪性新生物合併の頻度が高く、定期的ながん検診の受診を

勧奨するべきである。

（３）認知症

先の項でも述べたとおり、わが国で介護が必要となる原因は、認知症、脳血管疾患と続くが、脳血管疾患は血管性認知症の原因にもなる。

超高齢社会を迎える中、今後も認知症は増え続け、2025 年には全国で 700 万人と予測されている。

したがって、健康寿命の延伸を図るためには、認知症の発症を予防し、進行を遅らせることが重要である。

血管性認知症の危険因子には、運動不足や肥満、過剰な塩分摂取、過剰な飲酒、喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病などが挙げられるが、これはアルツハイマー型認知症にもほとんど当てはまる。筋力低下（サルコペニア）や歯の喪失も認知症の危険因子となる。

認知症予防のためには、メタボリックシンドロームをきたす生活習慣を改めること、適切な食習慣（ビタミン C、E、βカロチン、DHA、ポリフェノールの摂取、糖分・酒を控える）、運動習慣（週 3 日の有酸素運動）、対人接触、趣味や知的行動習慣、睡眠習慣（6～8 時間睡眠）が挙げられる。これらは高齢者から開始しても遅くはない。

（４）うつ病

うつ病は、脳内セロトニンの低下と関係し、日常生活が出来なくなり、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病を悪化させることが知られている。予防には、まずはストレスを貯めない、過剰に頑張り過ぎず、休みを取る、楽しみや趣味を持つ、「こうあるべき」という思考を変えていくことである。

次に食生活を整えることであり、肉類や納豆、たらこ、乳製品はセロトニンを作るのに役立つ。また規則正しい生活リズムや適度な運動、適切な睡眠（朝の日光はセロトニンを上げる）が大切である。

（５）喫煙

健康寿命を阻害する様々な要因が挙げられたが、とくに喫煙は、脳血管疾患、認知症、心疾患、悪性新生物、呼吸器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、大腿骨近位部骨折等に大きな影響を及ぼし、フレイル、うつ病や不安感、ストレスの原因にもなるなど、最大の要因と言っても過言ではない。

また、受動喫煙によっても悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等が起きる。喫煙により日常生活動作（ADL）が障害される危険度は非喫煙者の 2 倍以上であり、60 歳の喫煙者の健康寿命は非喫煙者よ

り約 4 年短い。

このため、喫煙対策は喫緊の課題であり、我が国も批准している世界保健機関（WHO）タバコ規制枠組条約（FCTC）に則り、大幅な増税や健康警告画像表示等の効果的な対策の早期実施が求められる。

なかでも、受動喫煙防止対策は、非喫煙者の健康を完全に守るためにも例外無き屋内完全禁煙を国が直ちに実行すべきである。

また、喫煙防止教育は就学前から実施しても決して早過ぎることはなく、繰り返し実施することが望ましい。

ニコチン依存症は回復困難な精神疾患で、寛解しても再発が多い慢性疾患であり、禁煙診療は全てのかかりつけ医が習得すべきスキルである。

肺がんのリスクは禁煙後も 20 年間続くため、できるだけ早期に禁煙することが望ましいが、一方で、禁煙後 1 年で心疾患のリスクが喫煙者の半分以下になるため、禁煙開始は高齢になっても遅過ぎることは無い。

近年、急速にシェアを拡大している非燃焼加熱式タバコ等への対策も急務である。

我が国の健康寿命延伸のためにはタバコの無い社会の実現が必要不可欠である。

（6）フレイル

高齢期以降の健康を維持するためには、疾病の予防や治療の管理に加えて、加齢に伴い出現する生活機能の低下をいかに予防するかが大切である。

人は年齢を重ねるにつれて、徐々に体の力が弱くなり、また外出する機会が減少し（日常生活活動や自立度の低下）、病気にならないまでも手助けや介護が必要な状態へ陥っていく。

このような心身機能が顕著に低下している状態は虚弱（フレイル：Frailty）といわれ、65 歳以上の日本人のうち約 1 割がフレイルに該当するとされるなか、健康寿命を延伸するためには、フレイル予防もまた重要な視点の 1 つである。

フレイル予防のためには、運動（歩ける）、食事（噛める）、社会参加（交わる）等に係るリスクを幅広く評価し、総合的（包括的）な視点で適切な助言や加療につなげる必要があり、今後、地域医師会、地域のかかりつけ医はもちろんのこと、地域社会全体での対策・支援が求められている。

２．現在の取組と問題点

健康寿命の延伸のためには、まず第一に「予防・健康づくり」、次に「健（検）診による早期発見及び早期治療」、そして「重症化予防」の対策が地域において展開されなければならない。

（１）予防・健康づくり

予防・健康づくりにおいては、従来の講義式の健康教室（糖尿病教室など）や、食生活改善のための体質改善教室なども開催しているが、特に力を入れているのが運動習慣の定着（ここには介護予防の意味合いもある）に対する取組である。

具体的には、ラジオ体操をはじめとする各地域独自の健康体操、介護予防体操（例：おごおり健康体操、きたきゅう体操）を作成し、普及のためのリーダー養成などにより、公民館単位での取組を促している自治体がある。

ほかにも、ウォーキング促進のための取組として、歩行距離に応じてポイントを付与し、商品やコンビニなどで使用できるポイントに還元するなどの取組を行う自治体もあり、運動を通じて住民の健康意識を高めるための様々な工夫がなされているところである。

（２）健（検）診による早期発見及び早期治療

健（検）診においては、特定健診とがん検診の同時受診を可能にし、広報・フェイスブック・ケーブルテレビなどを介して受診を呼び掛けている。

また、特定健診の対象者以外の若年層も基本健診の対象とし、若年期からの健康管理を自治体独自で取り組んでいるところも多い。

しかし、受診率の向上は常に課題であり、特定健診やがん検診の受診者に卵を配布して受診率の向上を図るなど、各自治体が苦慮している実態がうかがえる。

（３）重症化予防

健（検）診も受けるだけでは不十分であり、その後の特定保健指導対象者に対する保健指導の実施や、要精密検査対象者や、要治療者が医療につながっていくことが重症化防止のために重要となる。

自治体において、疾病管理台帳を作成し、保健師等による電話や訪問での指導も行っているが、その後のフォローアップの徹底にはマンパワーが必要となる。

これらの取組の充実のために地域では医師会、保健所との連携会議を設け、情報共有や協力体制の構築を図っているところである。

特定健診・特定保健指導による介入は平成 20 年に始まっているが、平成 27 年に示された厚生労働省の報告によると、積極的支援を受けた人で、対照群と比較しメタボリック関連検査値の改善をもたらしているなどの、一定の効果を上げていることが示されている。地道で手間のかかる手法ではあるが、生活習慣改善という最も介入の困難な課題においては有益な手法である。

（4）問題点

これらの事業の実施にあたっている自治体は、全ての項目（予防、健（検）診、重症化防止）において、参加率、受診率の向上が課題として挙げられ、住民の健康問題に対する関心を高めていく必要性を感じているが、これはキャンペーン的な取組だけでなく、上記のような日常の自治体の取組の中で醸成していくものと考えられる。

加えて、若年者や就労者の健康問題も地域課題とし、地域・職域連携会議などを通じて農協や漁協と協力しての集団健（検）診の実施、商工会や消防団などの地域組織と連携した健（検）診の実施などの工夫も行われている。

また、前項までに述べてきたように、今後の長寿高齢社会において、健康寿命の延伸に関する大きな問題の一つに「認知症」があげられる。

前出の久山町研究では、高血圧、喫煙、糖尿病（特に食後の高血糖）が認知症の発症リスクを高め、副食の豊かな食習慣や運動習慣が予防因子として働いていることを示している。

このため、健診当日に医師が結果説明を行うとともに、「健康みらい予報」[7]という発症予想ソフトを用いた生活の助言を行っている。このようなソフトを活用した指導は、住民の行動変容につながることも示されており、これらのツールなどを用いて、身近なかかりつけ医が具体的な生活指導を行うことは、住民の健康寿命の延伸に寄与することと考えられる。

これらの「予防・健康づくり」、「健診・検診」、「重症化予防」の対策は、成果が即日に判明するものではなく、地域自治体が通常の業務を丁寧に実施し、また、常により良い施策を検討しながら展開することで、将来にわたる健康寿命の延伸に寄与するものである。

そして、事業に関わる保健師等とともに、地域医師会、地域のかかりつけ医が中心となり、地域の健康課題を的確にとらえて住民の健康増進に寄与していく必要がある。

[7] 一般社団法人久山生活習慣病研究所、株式会社野村総合研究所、サノフィ・アベンティス株式会社が共同研究により開発した、生活習慣病指導支援システム。CD-ROM は医療従事者向けに提供されている。

３．予防・健康づくりのあり方と医師会等の関わり

健康寿命は対象とするグループの健康状態を評価するには適切な指標であり、健康・不健康、および生存・死亡の総合指標である。

しかし、現在、厚生労働省が公表している健康寿命を用いて健康寿命の延伸を短期的な目標、直接的な目標にするには問題があるといえる。

なぜなら、Ⅱ章において述べたとおり、現在の健康寿命は「国民生活基礎調査」のデータから推測される『自分が健康であると自覚している期間の平均』、ならびに『日常生活に制限のない期間の平均』あるいは介護保険申請者のデータから算出した『日常生活が自立している期間の平均』から算出しているものであり、そのために以下のような懸念が生じる。

・統計的問題

計算上、上記の指標の変化のみが反映される。例えば、健康寿命を平均寿命より伸ばすためには上記の指標すなわち不健康割合を約 10%減少しなければならない。むしろ、この場合、疾病の早期診断、早期治療、重症化防止、あるいは、働きながらがんを治すなどの方針は、上記の定義による健康寿命を短縮する。

・制度的問題

国民生活基礎調査は世帯単位であり、病院入院中の患者、老人保健施設等の高齢者介護施設の入所者、親元を離れて下宿している学生、単身赴任者などを対象としていない。また、高齢者ほど回答率が悪く、必ずしも現実を反映したものではない。

したがって、今まで述べられてきた健康寿命の延伸のための施策が、計算上での健康寿命の短縮につながり、その成果の判定を誤る可能性が少なくない。

健康寿命は、そのグループのその時点での健康状態を判断する指標であるが、上記の問題点から、現在使用されている「健康寿命」は保健事業の効果を図るための評価指標としては不適切と言わざるを得ない。

一方、長期的観点に立った施策の評価としての「健康寿命の延伸」は重要と思われる。

なぜなら、先に述べたように、健康・不健康および、生存・死亡の総合指標であることから、健康寿命の延伸（不健康寿命の短縮）は、様々な健康に関する施策の効果の究極の評価項目の一つといえる。

ただし、繰り返しになるが、健康寿命は一次予防の効果の判定には適しているが、二次予防、がん治療後の社会復帰、身体に後遺障害を持ちながら生活し

ている人の努力を評価するには不適当であることは忘れてはならない。

本章１項で述べたように、健康寿命を短縮する因子は様々なものが挙げられているが、その中心は、糖尿病、高血圧など生活習慣病といわれる代謝調節機能低下、認知症、パーキンソン病などの神経機能の低下、ロコモティブシンドローム、サルコペニアや大腿骨頸部骨折による障害を含む、運動機能低下である。

その対策には、健康寿命の延伸という観点からは生涯を通しての視点が必要である。

例えば、骨粗しょう症による大腿頸部骨折は、健康寿命短縮の大きな因子であるが、健診による骨量測定とそれに基づいた早期治療は必ずしも十分な対策ではないことは周知の事実である。

最も大切なことは、思春期までの骨形成量であり、乳幼児期、学童期のカルシウム摂取量と適切な運動負荷である。

逆に、この時期の過大な運動負荷、過大なダイエットを含む栄養不良がのちの骨折や骨変形を引き起こすことはよく知られている。

糖尿病の発症には小児生活習慣病のかかわりが指摘されているが、さらに小児期の肥満の原因として妊娠中の栄養不足による、低出生体重児のことが問題になっている。

つまり、糖尿病患者の減少を目標とするには、成人の血糖、HbA1c 測定による介入では不十分であり、妊娠中から、小児期、学童期、思春期を通じた介入が必要とされている。

このように、全年齢的な関わりが重要であるが、各方面と連携しつつ、各施策に関与できる立場にいるのが、かかりつけ医、学校医、産業医であり、また医師会活動である。

すなわち、「集団に対しては全分野を俯瞰して関わり」、「個人に対しては全人的に関わる」ことが求められており、その意味で「かかりつけ医＝医師会」は、集団的対応、個人的対応、いずれの場合も「情報の統括＝司令塔」の役割をはたすことができる。

例えば、乳幼児期においては、医師会員は乳幼児健診を通じて、健康管理の中心的役割を果たすと同時に、子供たち一人一人のかかりつけ医として疾病の治療、感染症予防からメンタルヘルスの問題まで、幅広い健康課題に対応している。

就学時期になると、医師会員は学校医として学校健診とそのフォローアップを地域の専門医と連携しながら行いつつ、かかりつけ医として、健康面での啓発や疾病の早期診断・早期治療に努めている。そして、今後重要となるのが、健康教育である。現在、健康に関する膨大な情報が氾濫しているが、これらが

“正しく”“自分に適した”情報か否かを判断・取捨選択し、自ら理解し行動できる“健康リテラシー”を有する社会人になれるよう、教育現場への学校医のより一層の関与が期待される。

成人期、勤労者に対する産業医の果たす役割も同様である。

高齢期に対しては、その地域ごとの特性に応じた「疾病予防」、「介護予防」に係る施策を実施するためには、かかりつけ医を中心とした医師会活動と行政、介護の連携が重要である。また、高齢者一人ひとりのニーズに合わせたきめ細かな対応、すなわちテーラーメイドの医療、介護、福祉への取組は、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムでの役割として極めて大きい。

また、こうした医師会活動の推進にあたっては、医師会側から行政をはじめとする関係機関に働きかけることによって、多職種連携が進み、より効果的な施策につながることが多く、その意味においても医師会は中心的役割を果たす必要がある。

今後、特に留意すべき点としては、健康寿命（＝健康・不健康、生存・死亡）に関しては、様々な因子が関与していることが考えられ、研究報告がなされているが、その一方で、健康寿命に関与する各因子の寄与の大きさや、健康寿命延伸のための介入効果に対するエビデンスはほとんどない。

すなわち、いまだ研究途上であるということ、さらに様々な取組において、健康寿命延伸にのみ捉われないことに注意しなければならない。

医師会としては、一次予防（＝健康な状態を維持すること）のみに捉われず、二次予防、療養生活、被介護者等、健康でない者に対しても、これまで以上に積極的に関わり、地域で安心して暮らし続けられるため、地域住民の健康課題の解決のため、多職種連携の中で中心的な役割を果たしていくことが肝要である。

Ⅳ．まとめ

各個人が幸福感を持って暮らせることが、生き生きとした活力ある社会を達成するための必要条件である。“幸福”を感じるためには“健康”でなければならない、と考えている方は多く、その健康の定義は“病気がないこと”と比較的狭義の健康概念を持っている国民が多い。

しかし、人生 100 年時代が現実のものとなってきている今日では、その高齢社会故に当然ながら何らかの疾病を有する高齢者が大多数である。疾病や障害を有していても、加齢による身体的・精神的な衰退を最小限にとどめ、様々な持病とうまく付き合い、『日常生活を自立した状態で精神・身体ともに充実して過ごせること』が“健康な状態”であろう。そのためには、市民に寄り添うかかりつけ医の関与と啓発は極めて重要である。

WHO は 1946 年に健康の概念を提唱したが、高齢者が増え人口構造が大きく変化した現在では、一般的な“健康の定義”はその考えを変えざるを得ない。疾病や障害、虚弱などがあっても、“自分らしく生きる、その決定ができる”ことが、調和のとれた（お達者・お元気な）状態であろう。そういった意識への転換の啓発は、行政等と協力しながら進めなければならない。

健康寿命の算定には、厚生労働省、WHO、介護認定の調査に基づくものなど、その捉える“健康”の概念（定義）によって幾つかの方法がある。

健康寿命の算定方法は、“健康”概念の多様化と同様に、種々の切り口での方法があることを理解し、①主観的に感じる健康である期間、②国際比較可能な、疾病による制限のない（disease free）健康期間、③客観的な手法（介護認定）でみる自立した期間、であることを周知すべきであろう。

高齢化率が 30%を超える 2025 年に向かって、要介護の原因としては、認知症、脳血管障害、高齢による衰弱、の順となっており、近年の認知症の増加は特筆される。

健康寿命延伸のために予防すべき具体的な疾患としては、脳血管疾患・心臓病の主な原因となる動脈硬化、医療財政へのインパクトが大きい人工透析など全身の血管病変や癌発症にも関係する糖尿病、前述した認知症、長期休職や自殺問題に直結するうつ病、フレイルなどが、主なものとして挙げられる。

一次予防としての、それらにならないための良き生活習慣を小さい頃から常識的に獲得し実行すること、二次予防としてそれぞれのライフステージに大きく関与する疾患を認識し、がん検診や特定健診などの生活習慣病の健診を受ける習慣を持つこと、三次予防として、症状や所見があった際は、気軽にかかりつけ医や医療機関を受診し、相談や治療が受けられるように環境を整備しその啓発を行うことが必要である。

具体的な疾病対策として、国民にしっかりとアピールするためには、焦点を絞った活動が分かりやすいと思われる。

すなわち、疾病（障害）発症への影響が最も大きいといわれる“タバコ対策（受動喫煙防止、禁煙）”や“運動習慣の獲得”、高齢社会での虚弱対策としての“フレイル予防”であろう。

タバコの危険性・有害性の更なる周知を徹底的に行い、正確な理解のもと、国民的な動きやしっかりとした法的規制実現も含めて、医療現場・地区行政・都道府県と国などそれぞれのレベルにおいて、医療関係者と関連団体等が一丸となった活動は必須である。

また、幼少期から運動習慣を持ち生涯にわたって継続することがいかに重要かを周知し、フレイル予防に関しては、概念とその重要性の認知度を上げ、高齢になっても『歩く、食べる、交わる』ことの重要性の理解を高め、その啓発やチェックの場等を契機に、他者との交流・関わりが増すような施策や誘導が必要である。

健康づくりとしての取組では、従前からの講義形式では効果が十分でなく、楽しみながら行える運動教室や集いなど、参加して楽しいイベント型のものが有効であろう。現代社会に不足している“一体感”や“経験を共有できる”場が必要と思われる。

早期発見・早期治療目的の各種健（検）診においても、その有益性をさらに啓発し、結果として受診率の向上を目指すべきであり、きっかけとなるような何らかのインセンティブは有効である。

また、その対象の若年層への拡大や、一方では“過不足ない医療”を念頭にエビデンスに基づいた対象年齢の検討（上限年齢の設定）なども必要である。

重症化予防では、疾病を有している人たちが確実に医療にかかれるよう、健康情報の共有化と有効利用の推進をさらに進めるべきである。このことは、重複する検査や治療を回避することにより、本人負担を含めて医療資源の効率化にもつながる。行政と協働した情報の一元化や医療専門職間の共有が重要である。

市区町村・都道府県それぞれのレベルの医師会は、行政・産業界・教育界・市民団体等の理解と協力のもと、多様性のある“健康”の概念を踏まえて、“健康（幸福）寿命の延伸”が、各個人の幸せと共に明るい社会につながり、またそれを創造しなければならない状況であることを啓発すべきである。

個々の会員としては、草の根運動的に幼少期からの住民啓発と予防活動に努め、医師会は各レベルに応じてカウンターパートナーとなる行政や関係団体・機関等と協働し、国全体では、大きな国民的運動や健康意識の醸成となるように、さらに活動を深化させねばならない。

その契機として、2020 年東京オリンピック・パラリンピックは大きなチャンスとなろう。

以上を踏まえ、健康寿命延伸に向けて、今期公衆衛生委員会として次のとおり答申し、提言する。

答申と提言

１．多様化している健康への価値観を認めながら、健康・健康寿命の意義を理解し、個々の幸福な生活が実現できるよう、その意識・自主的な活動を広め、環境整備等を進めること

２．正確な情報を判断し実践できる、自己の“健康概念と行動力”を有する国民の増加を目指し、教育現場・住民活動等へのより一層のかかりつけ医としての会員の関与を進めること

３．行政や関係団体・組織と協働した、住民参加型で楽しい活動等を地域ぐるみで開催し、予防や必要な医療につなげられるように、その支援と理解を進めること

４．具体的な施策目標としては、喫煙対策と運動習慣の獲得及びフレイル予防（食べて動いて交わる）を進め、国民的理解をさらに深めること

委員会審議経過

第１回　平成２８年１２月９日
横倉義武日本医師会長より、公衆衛生委員会へ
「健康寿命延伸のための予防・健康づくりのあり方」
について諮問を受け、委員による意見交換をした。

第２回　平成２９年３月１０日
健康、健康寿命に対する現行の考え方について、長谷川委員より資料をもとに説明がなされ、諮問内容に対する審議の方向性について審議した。

第３回　平成２９年５月２５日
健康寿命の考え方について、本委員会としての意見をとりまとめるとともに、健康寿命の延伸に必要な取組に係る今後の議論の進め方について審議した。

第４回　平成２９年７月２８日
健康寿命の延伸に係る国の取組について、経済産業省、厚生労働省の担当官より説明を伺い、意見交換を行った。また、地域における健康寿命の延伸に係る取組事例について各委員より説明があり審議を行った。

第５回　平成２９年１０月５日
九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学 二宮教授より、「久山町研究から読み取れる健康寿命延伸に必要な取組」について講演いただき、意見交換を行った。また、今期委員会の答申とりまとめに向け審議を行った。

第６回　平成２９年１１月２９日
答申原案について審議した。

第７回　平成３０年２月２２日
答申案の最終確認を行った。

巻末資料（省略）

参考

『健康寿命の延伸に向けて
～日本医師会における健康寿命延伸のための予防・健康づくりのあり方～』

―日本医師会公衆衛生委員会 答申・報告会―

日　時：平成 30 年 6 月 10 日（日）13:00～15:00
場　所：長崎県医師会館（長崎市茂里町 3 番 27 号）

＜　次　第（予定）＞

1．開　　会　　（司会：長崎県医師会副会長　　釣　船　崇　仁）

2．挨　　拶

長崎県医師会長	蒔　本　　恭
日本医師会常任理事	羽　鳥　　裕

3．講　　演

日本医師会公衆衛生委員会委員長・東京都医師会副会長	角　田　　徹
日本医師会公衆衛生委員会委員	
愛媛県医師会理事	加　藤　正　隆
宮崎県医師会常任理事	吉　田　建　世
一般社団法人　未来医療研究機構代表理事	長谷川　敏　彦

4．閉　　会