

自治体における健康寿命等の格差分析を進めるための データ読み解きのポイント（令和7年度版）

健康日本21（第三次）では、上位目標の一つに「健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差の縮小」がある。都道府県健康増進計画でも健康寿命の市町村格差の縮小を目標としていることが多い。また、都道府県は“区域内の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向けた取組を位置付けるよう努める”こととしている。

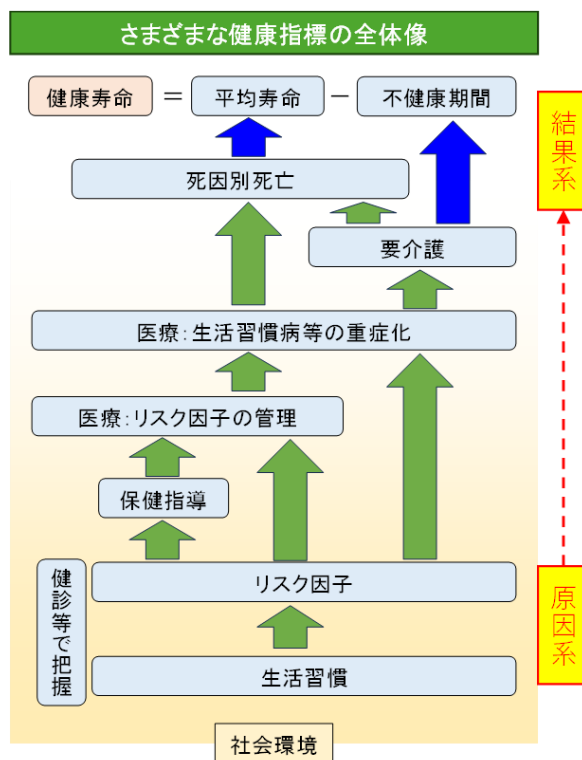
健康寿命の延伸及びその地域間格差を縮小するためには、健康寿命に影響し格差が生じる要因を明らかにして対策に活かすことが重要である。本資料では、自治体（都道府県・市町村）において健康寿命の地域間格差の要因分析を進めるための行うための“見える化”資料等を提供し、その読み解きのポイントを解説する。なお、市町村では健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」を算定できないため、補完的指標である「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」を扱う。

1. 健康指標の全体像を整理する

ポイント

地域の健康課題を明らかにしていくために
さまざまな健康指標を扱う必要性
そのため
「データがたくさんありすぎて何を見たら
よいかわからない」という悩み
そうならないために
疾患、リスク因子、生活習慣等の
上下関係（原因系～結果系）を意識しよう

- 右図に様々な健康指標の**原因系**と**結果系**を示しました。この図の上下関係（原因系～結果系）を意識しながら、次ページ以降の手順で、**結果系から原因系に向かって順に見て行きましょう**。
- 市町村格差を地図等で確認する場合、特定の市町村という目で見るとはならず、県全体を俯瞰して、「県西部」「県東部」のような地域の特徴を把握し、その社会的・文化的背景を考えるとよいでしょう。
- 一時点で良い／良くないを考えるだけでなく、経年的にはどのように推移しているのかも確認し、その理由を考えながら原因系を見ていくとよいでしょう。



2. 健康寿命（平均自立期間）・平均寿命・不健康期間（自立していない期間の平均）

ポイント💡

健康寿命（平均自立期間）＝平均寿命－不健康期間（自立していない期間の平均）

従って

健康寿命（平均自立期間）の延伸のためには

① 平均寿命の延伸

- 早世を減らす（死因別死亡率を確認⇒リスク因子等への対策）

② 自立していない期間の平均を短縮

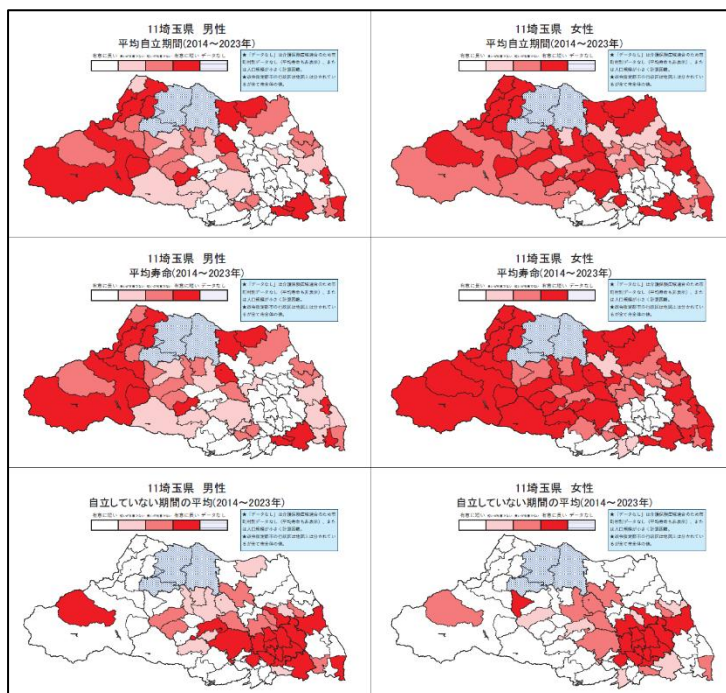
- 要介護の原因対策（要介護認定率を確認⇒要介護の原因を確認⇒原因疾患等への対策）
- 介護予防・日常生活支援総合事業等

（①のリスク因子等の一部は②の原因疾患対策とも重なる）

各都道府県内(以下、県内)市町村間差の確認

👉資料「平均自立期間・要介護認定率比等の市町村地図」([web リンク](#))

- ・「平均自立期間」「平均寿命」「自立していない期間」(2014～2023年の10年間をプールして計算)の市町村別の状況を地図で確認しましょう（色が白い方が望ましい）。
- ・各市町村は「平均自立期間」「平均寿命」「自立していない期間」のうちどれが長い/短いのかを確認してください。
- ・市町村単位で考えるのではなく、少し広い単位（伝統的な文化の地域、都市型の地域など）で生活習慣等の地域性についても考えると、ヒントが得られるかもしれません。

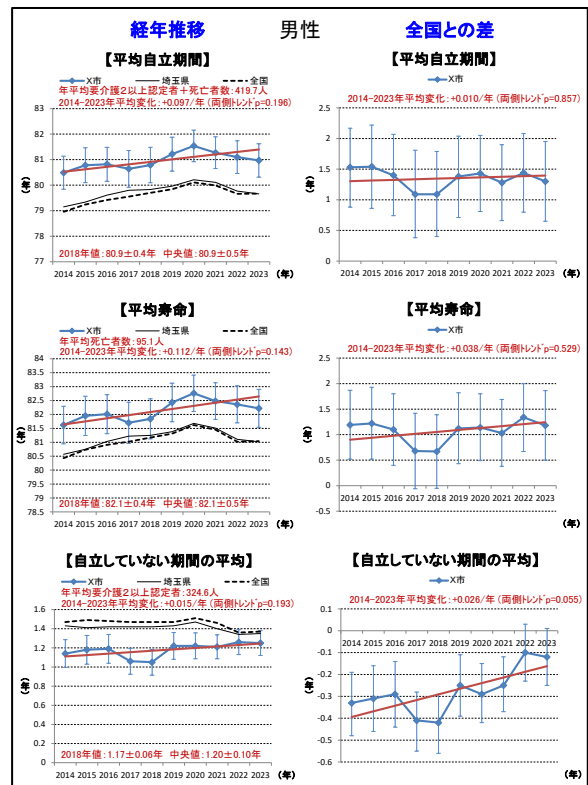


●基本的な考え方● 平均自立期間は「平均寿命から“自立していない期間の平均”を差し引いたもの」として表されます。したがって平均自立期間を延伸するためには、まず平均寿命そのものを延ばすことが基本になります。若くして亡くなる人を減らすために、主な死因を確認し、生活習慣やリスク因子への対策を進めることが重要です。同時に、自立していない期間をできるだけ短くすることも欠かせません。そのためには、要介護となる原因を調べて、原因疾患やフレイルへの対策を行う必要があります。介護予防・日常生活支援総合事業などによって、高齢者ができるだけ長く自立した生活が続けられるように支援し、地域全体で支え合う仕組みをつくることも大切です。このように、平均寿命を延ばすことと介護が必要な期間を短くすることの両方に取り組むことが、平均自立期間を伸ばすために必要だと考えられます。

経年推移の確認

資料「全国市区町村別平均自立期間・要介護認定率比等の推移」(webリンク)

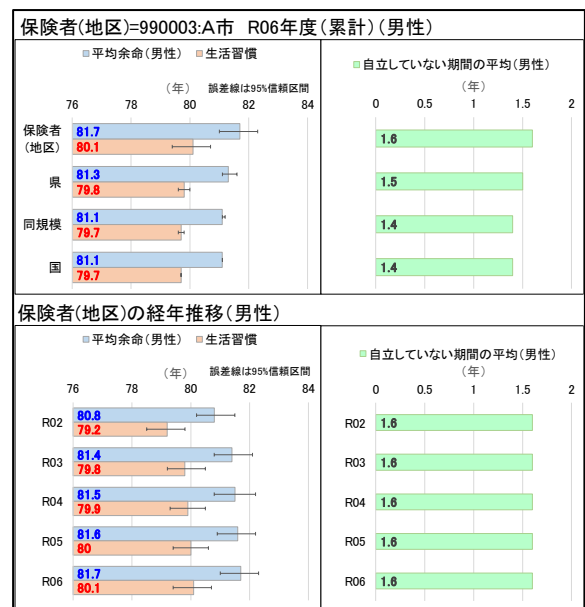
- 図左は、X市、埼玉県、全国の「平均自立期間」「平均寿命」「自立していない期間の平均」の経年推移を示しています。
- ◆が毎年の値ですが、偶然による変動があるため、単年の変化ではなく、赤い線（回帰直線＝◆の変動をならした線）で長期的な増減傾向を確認して下さい。
- 図右は、「X市と全国との差」の経年推移です。赤い線が横這いならば、全国と同様の経年推移です。上昇傾向ならば全国の改善ペースよりも早く、下降傾向ならば改善が遅いこと（または悪化）を意味します。
- 自治体によっては2020年以降にCOVID-19流行拡大の影響と思われる不自然な動きがあるかもしれません。
（☞図の詳しい読み方は巻末資料1「全国市区町村別平均自立期間等の経年推移 2015～2023年」）



国保データベース(KDB)システムの活用

資料「健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツール」(webリンク)

- 国保データベース(KDB)システムでは、市町村別（あるいは二次医療圏別）に平均自立期間と平均寿命（平均余命と表示）を毎年計算しています。
- 右図はKDBの帳票画面から取り出したCSVファイルを用いて「健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツール」で図示した例で、自市町村（保険者と表示）、県、同規模市、国との比較、および5年間の推移を確認できます。
- なお、前述の「平均自立期間等の経年推移」とKDBは、使用しているデータの年月次等が少し異なるため、平均自立期間等の値も少し異なります。



【次に考えること】

- 平均寿命は年齢別死亡率から計算されるので「☞3.死因別死亡」で平均寿命の増減の理由を考えましょう。
- 自立していない期間の平均は年齢別の要介護2以上認定率から計算されるので「☞4.要介護認定率」を見て自立していない期間の平均の増減の理由を考えましょう。

3. 死因別死亡

ポイント💡

平均寿命は年齢別死亡率（生命表）から計算される。

従って

平均寿命の延伸のためには

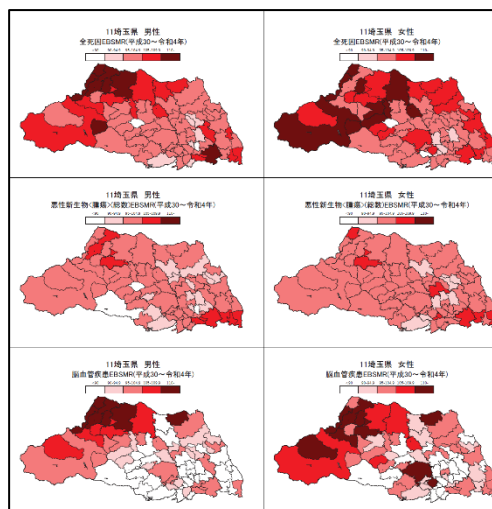
- 早世を減らす（**死因別死亡率**を確認⇒リスク因子等の対策）

※脳血管疾患等は要介護の原因としても重要

県内市町村間差の確認

👉資料「死因別標準化死亡比(SMR/EBSMR)の市区町村地図」[\(webリンク\)](#)

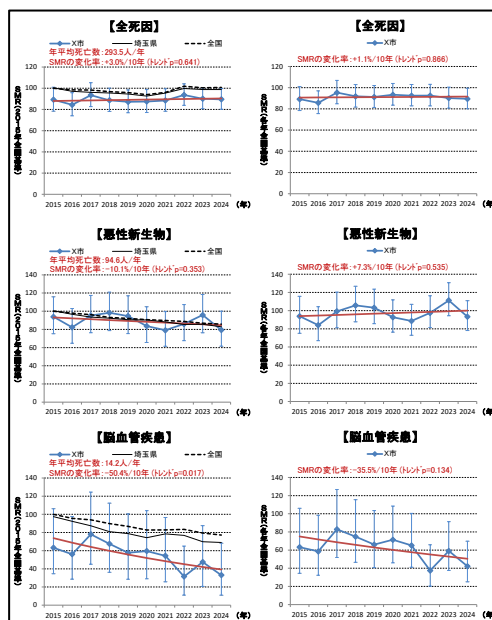
- ・ 総死亡及び17死因別標準化死亡比（SMR）のベース推定（EBSMR）（人口動態統計特殊報告：2014～2022年をプールした値）の市町村別の状況を地図で示しています（色が白い方がSMRが低い）。
- ・ 平均寿命の市町村地図と見比べて、平均寿命が短い/長い地域では、どの死因が多い/少ないか考えてみましょう。また、死因に関連しそうな社会・文化的背景について考えることも重要です。例えば、脳血管疾患は伝統的な文化の地域、虚血性心疾患は都市型の地域で多いかもしれません。



経年推移の確認

👉資料「全国都道府県・市区町村・二次医療圏別主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移」[\(webリンク\)](#)

- ・ 図左は、X市、埼玉県、全国の全死因及び死因別SMR(2015年=100として計算)の経年推移を示しています。💠が毎年の値ですが、偶然による変動があるため、単年の変化ではなく、赤い線（回帰曲線＝💠の変動をならした線）で長期的な増減傾向を確認して下さい。
- ・ 図右は、毎年の全国=100として計算したX市のSMRの経年推移です。赤い線が横這いならば、全国と同様の経年推移です。多くの死因で全国は改善傾向にあり、赤い線が下降傾向ならば全国の改善ペースよりも早く、上昇傾向ならば改善が遅いこと（または悪化）を意味します。
- ・ 自治体によっては全死因及び生活習慣病のSMRが2020年以降にCOVID-19流行拡大の影響と思われる不自然な動きをしているかもしれません。

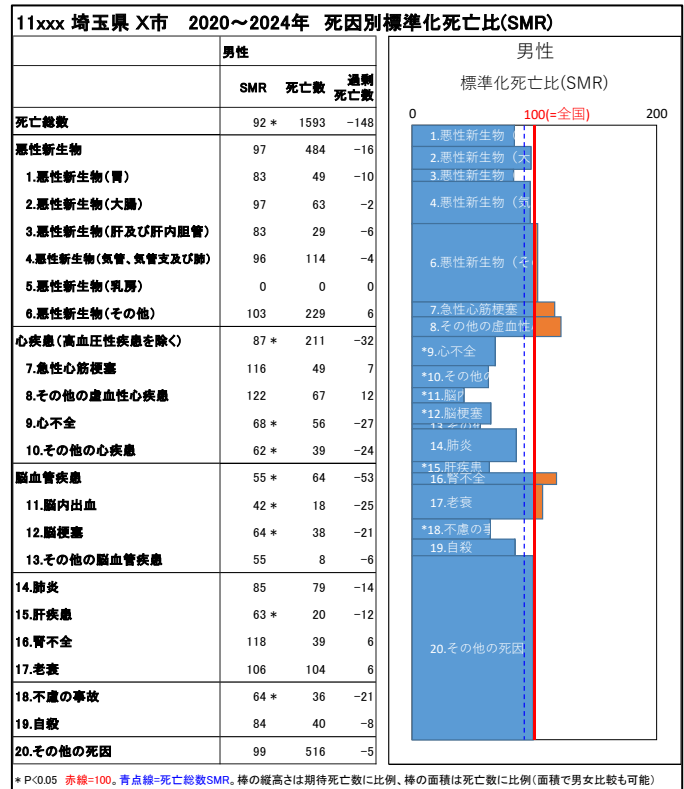


（👉図の詳しい読み方は巻末資料3「全国市区町村別主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移 2015～2024年」）

死亡人数の確認

👉資料「全国市区町村別主要死因別標準化死亡比(SMR)と死亡数・過剰死亡数の見える化資料」 (webリンク)

- 死因別 SMR が大きくても死亡数が少ない死因は平均寿命への影響があまり大きくありません。SMR が大きい死因の原因究明と対策はもちろん必要ですが、SMR が小さくても死亡数が多く健康影響が大きく予防可能な疾患への対策の重要度は高いと言えるでしょう。
- 図の横軸（棒の横方向の長さ）は SMR、棒の面積は死亡人数を表しています。右に凸のオレンジ色の面積は全国と比べて寿命短縮、左に凹の白い面積は寿命延長への影響の大きさを意味します。
- X市の例だと、右に突出している7と8（虚血性心疾患）と、面積が大きい1～6（悪性新生物）等が寿命延長の観点からは重要と考えられるでしょう。



【次に考えること】

- 自立していない期間の平均は年齢別の要介護 2 以上認定率から計算されるので「👉4.要介護認定率の推移」を見て自立していない期間の平均の増減の理由を考えましょう。

4. 要介護認定率

ポイント💡

自立していない期間の平均は年齢別要介護 2 以上認定率から計算される。

従って ➡

自立していない期間の平均の短縮のためには

- **要介護の原因疾患対策**（要介護認定率を確認⇒要介護の原因を確認⇒原因疾患等の対策※）
- **介護予防・日常生活支援総合事業等**

※要介護の原因は「主治医意見書」で確認できる（ただし電子化されていないことが多い）
性・年齢階級によって主な原因が異なる傾向がある

（参考）👉 巻末資料 4 「国民生活基礎調査による要介護の原因」

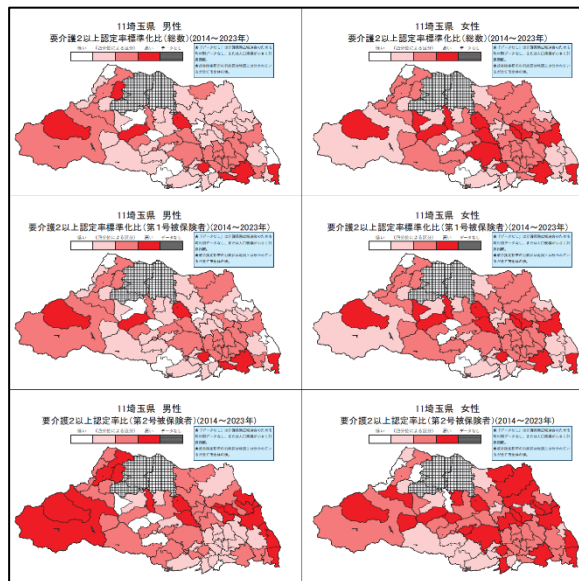
- ・若い年齢層……脳血管疾患が多い（特に男性）
- ・高齢者……脳血管疾患に加えて、認知症、筋・骨格系疾患などが増える（特に女性）

※KDB ではレセプトに基づく併存疾患（原因疾患とは限らない）を参考として確認できる

県内市町村間差の確認

資料「要介護2以上認定率標準化比の市町村地図」 (webリンク)

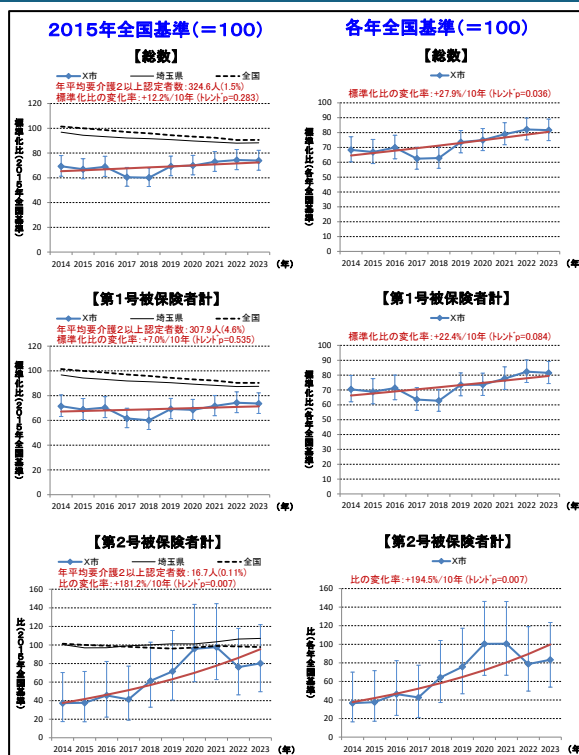
- 要介護2以上認定率標準化比（2014～2023年をプールして計算）の市町村別の状況を地図で示しています（色が白い方が認定率が低い）。
- 認定率が高い/低い地域で、要介護の原因となる疾患について死因の観点から多い/少ないを考えてみましょう。
- また、各地域での介護予防・日常生活支援総合事業等の取り組み状況についても確認しましょう。



経年推移の確認

資料「全国市区町村別平均自立期間・要介護認定率比等の推移」(webリンク)

- 図左は、X市、埼玉県、全国の要介護2以上認定率比（2015年の全国=100とした比。総数と第1号は年齢調整した標準化比、第2号は調整なし）の経年推移を示しています。
 ◆が毎年の値ですが、偶然による変動があるため、単年の変化ではなく、赤い線（回帰曲線＝◆の変動をならした線）で長期的な増減傾向を確認して下さい。なお、全国と県の標準化比は低下傾向ですが、高齢化に伴い認定者の絶対数は増加しています。
- 図右は、毎年の全国=100としたX市の要介護2以上認定率比です。赤い線が横這いならば、全国と同様の経年推移、赤い線が下降傾向ならば全国の改善ペースよりも早く、上昇傾向ならば改善が遅いこと（または悪化）を意味します。



（☞図の詳しい読み方は巻末資料2「全国市区町村別要介護認定率比の経年推移 2014～2023年」）

【次に考えること】

- 要介護の原因を「☞巻末資料4「国民生活基礎調査による要介護の原因」」や「主治医意見書」等で確認したうえで、「☞5.医療」で関係する医療の状況を確認しましょう。

5. 医療

ポイント💡

死因別標準化死亡比 SMR、要介護認定率標準化比の特徴を踏まえて



原因あるいは関連する疾患の医療の状況を、重篤な疾患とリスク因子を対応させて確認

- 重篤な疾患の医療費（脳血管疾患、心疾患、悪性新生物※、人工透析等）
 - リスク因子の管理状況（高血圧、糖尿病、脂質異常症等※）
- ※喫煙等は「👉 6. リスク因子・生活習慣」で確認。がん検診受診率等も別途確認。

例）入院外の高血圧医療費が低く入院等の脳血管疾患の医療費が高い

⇒高血圧未治療者を医療に繋ぐ必要性

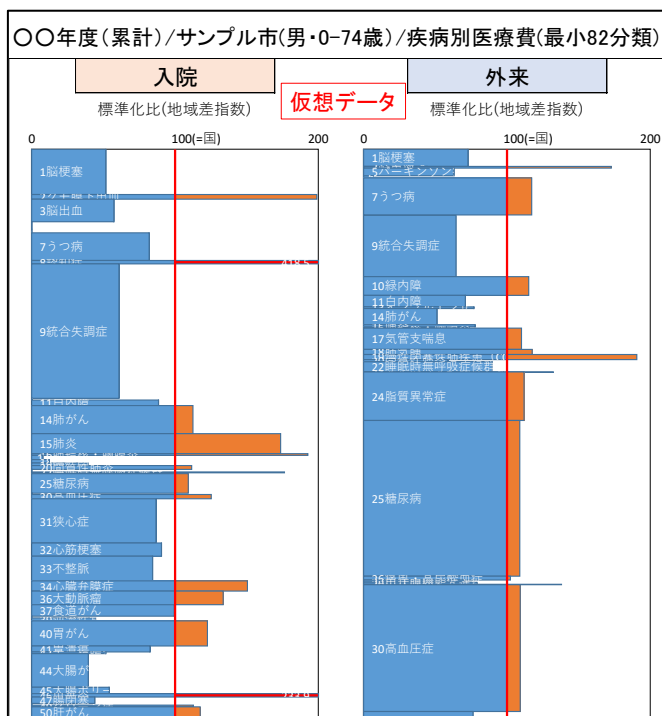
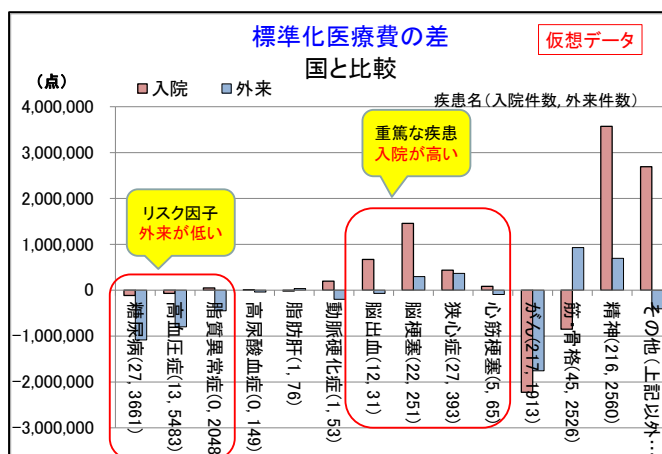
自市町村（国民健康保険（国保）・後期高齢者医療）の医療費分析

👉資料「疾病別医療費分析（生活習慣病）年齢調整ツール」「医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB 国保版（細小（82）分類）」[\(webリンク\)](#)

- ・ KDB を用いて市町村国保・後期高齢者医療の疾病別医療費分析が可能です。

- ・ 右図上は KDB の「疾病別医療費分析（生活習慣病）」の帳票画面から取り出した CSV ファイルを用いて、年齢調整した疾患別医療費を入院（水色）・外来（薄赤）別に全国と比較したものです。棒が上向きの疾患は全国より医療費が高く、下向きの疾患は低いことを意味します。高血圧の外来医療費は低いですが、脳梗塞等の入院医療費は高いことから、必要な人が医療を受けていない可能性が推察できるかもしれません。このようにリスク因子と重篤な疾患を対比させて考えてみましょう。

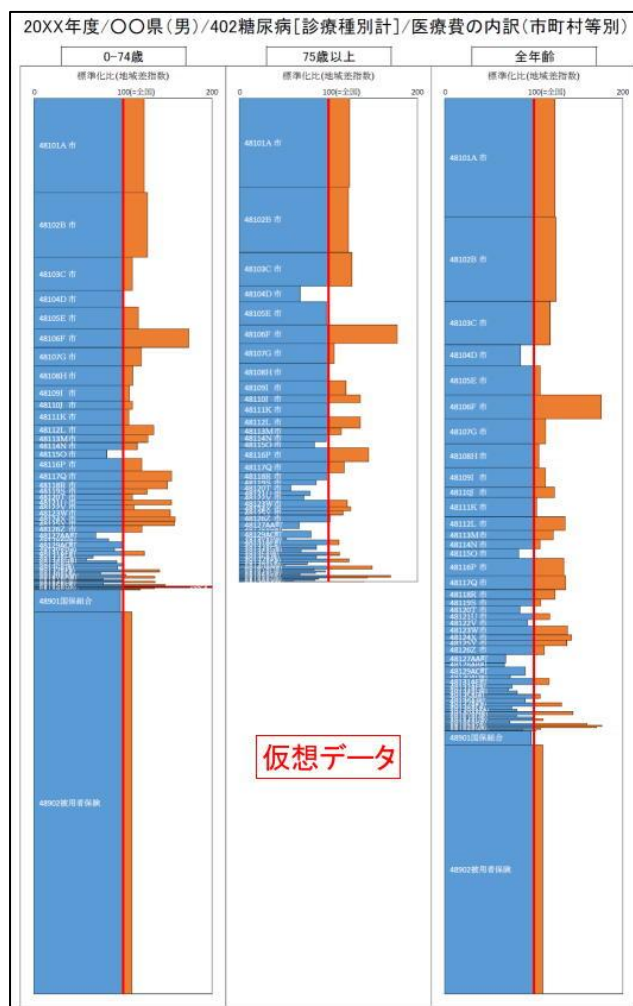
- ・ 同様に「疾病別医療費分析（最小 82 分類）」等の CSV ファイルを用いるとより細かい疾病分類で“見える化”が可能です。右図下は、横軸が年齢調整した標準化比（全国年=100 とした比、地域差指数）、棒の面積が医療費（点数）を表しています。どの疾病で標準化比と医療費の額が大きい/小さいのかを同時に確認できます。上の図と同様に、重篤な疾患とリスク因子を対比させて考えるとよいでしょう。



県内市町村間差の確認

👉資料「都道府県医療費適正化計画推進のためのデータ活用マニュアル(完全版)」([webリンク](#))

- ・ KDB を用いて県や国民健康保険団体連合会(国保連合会)で県内市町村別の資料を作成して比較するのも一つの方法です。
- ・ 匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)を用いた分析として、国から都道府県医療費適正化計画担当部局に毎年度提供されている「医療費適正化計画策定のための都道府県データセット(都道府県別データブック)」では、市町村別・傷病別・入院/入院外別の医療費がわかります。右図はその活用例で(同データセットには図は含まれておらず独自に作成する必要あり)、糖尿病医療費について県内市町村等別に(被用者保険はひとまとめ)、横軸が年齢調整した標準化比(全国年=100とした比、地域差指数)、棒の面積が医療費(点数)を表しています。どの市町村で標準化比と医療費の額が大きい/小さいのかを確認できます。



【次に考えること】

- ・ 疾患別医療費の状況を踏まえて「👉 6. リスク因子・生活習慣」で関連するリスク因子や生活習慣について考えてみましょう。

6. リスク因子・生活習慣

ポイント💡

死因別標準化死亡比 SMR、要介護認定率標準化比、医療費の標準化比の特徴を踏まえて



関連するリスク因子(検査値等)・生活習慣の状況を、健診データ(可能ならば地域健康・栄養調査)等で確認する

- 生活習慣病の高リスク者の割合が国や県と比べてどうなのか
例) 脳血管疾患……高血圧等の該当割合・服薬状況
虚血性心疾患……高血圧・糖尿病・脂質異常等の該当割合・服薬状況
※喫煙はほとんどの生活習慣病のリスクを高める
- リスク因子と関連する生活習慣等の状況
例) 肥満は高血圧・糖尿病・脂質異常等の原因となる
多量飲酒は高血圧等の原因となる

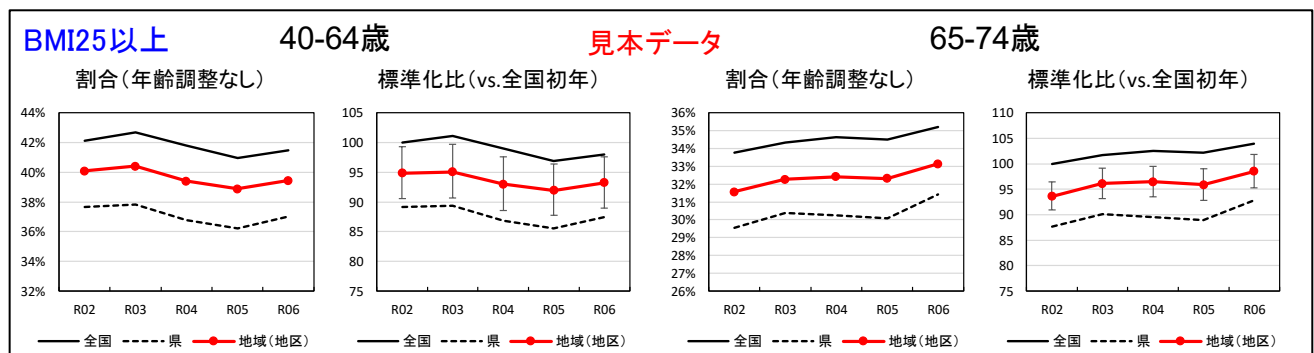
自市町村（国民健康保険（国保）・後期高齢者医療）のリスク因子の状況

資料「**厚生労働省様式（様式 5-2）「年齢調整ツール」「厚生労働省様式（様式 5-2）「年齢調整・経年分析ツール」**」([webリンク](#))

- KDB 帳票「厚生労働省様式（様式 5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」によって、自市町村は県・全国と比べてリスク因子の保有状況が多いのか少ないのかを確認します。ただし、リスク因子の状況は年齢によって大きく異なりますので、「厚生労働省様式（様式 5-2）「年齢調整ツール」を用いて年齢調整して比較する必要があります（下図）。

厚生労働省様式(様式5-2)【補足】 健診有所見者状況(男女別・年齢調整) 第4期特定健診用																			
保険者番号： 999999 保険者名： 見本データ 地区： 0		見本データ																	
男性		受診者 ※	摂取エネルギーの過剰																
			BMI					腹囲					中性脂肪(空腹時・随時)						
			25以上	割合(%)	年齢 調整(%)	標準化 比(全国)	標準化 比(県)	85以上	割合(%)	年齢 調整(%)	標準化 比(全国)	標準化 比(県)	空腹時 150以上	随時 175以上	空腹時 +随時	割合(%)	年齢 調整(%)	標準化 比(全国)	標準化 比(県)
40 ～ 64 歳	全国	77,585	29,989	38.7%	38.7%	100(基準)	—	40,737	52.5%	52.5%	100(基準)	—	17,012	4,577	21,589	27.8%	27.8%	100(基準)	—
	県	4,040	1,592	39.4%	39.3%	101.8	100(基準)	2,234	55.3%	55.3%	*105.3	100(基準)	998	105	1,103	27.3%	27.3%	97.9	100(基準)
	地域(地区)	154	56	36.4%	35.5%	93.9	92.6	88	57.1%	56.9%	108.4	103.2	26	2	28	18.2%	17.1%	*65.3	*66.9
65 ～ 74 歳	全国	128,168	41,583	32.4%	32.4%	100(基準)	—	70,409	54.9%	54.9%	100(基準)	—	20,896	7,926	28,822	22.5%	22.5%	100(基準)	—
	県	6,588	2,016	30.6%	30.6%	*94.4	100(基準)	3,699	56.1%	56.1%	102.2	100(基準)	1,230	208	1,438	21.8%	21.9%	97.3	100(基準)
	地域(地区)	184	62	33.7%	33.8%	103.7	109.9	97	52.7%	52.9%	95.9	93.9	33	4	37	20.1%	20.0%	89.2	91.6
総 数	全国	205,753	71,572	34.8%	34.8%	100(基準)	—	111,146	54.0%	54.0%	100(基準)	—	37,908	12,503	50,411	24.5%	24.5%	100(基準)	—
	県	10,628	3,608	33.9%	33.9%	97.6	100(基準)	5,933	55.8%	55.8%	*103.4	100(基準)	2,228	313	2,541	23.9%	23.9%	97.6	100(基準)
	地域(地区)	338	118	34.9%	34.4%	98.8	100.9	185	54.7%	54.4%	101.5	98.1	59	6	65	19.2%	18.9%	*77.0	79.0

- 特定の年度だけでなく経年的な推移についても「厚生労働省様式（様式 5-2）「年齢調整・経年分析ツール」で調べてみましょう。COVID-19 流行拡大のあった 2020 年度には肥満者が不自然に増加するなどの変化が見られるかもしれません。



(表の詳しい読み方は「自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等「データ活用マニュアル」」([webリンク](#)))

自市町村（国民健康保険（国保）・後期高齢者医療）の生活習慣等の状況

資料「質問票調査の状況」年齢調整ツール（webリンク）

- ・ KDB 帳票「質問票調査の状況（男女別・年代別）」によって、自市町村の喫煙、飲酒、運動習慣等の生活習慣の状況を同規模市・県・全国と比べましょう。ただし、生活習慣の状況は年齢によって大きく異なりますので、「質問票調査の状況」年齢調整ツールを用いて年齢調整して比較します（下図）。
- ・ 標準化該当比が低いとしても、全国的に改善の余地が大きい生活習慣に関しては軽視すべきではありません。例えば、運動習慣のある人は全国的に少ないため、全国より少し標準化該当比がよいからといって問題がないわけではありません。

保険者番号: 99999

保険者名: 見本データ

地区: 見本地区

質問票調査の状況【補足】ver.4.0

(男女別・年齢調整)

第4期特定健診用

見本データ

印刷日:

ページ: 1/4

作成年月: R06年度(累計)

総人数は当該質問に回答した人数計

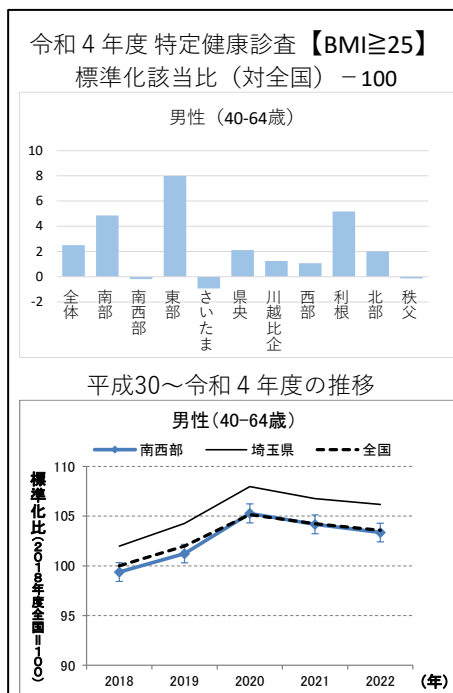
生活習慣等	単位: %	40～64歳										65～74歳												
		総人数		該当者割合		年齢調整割合		標準化比 vs. 全国 (=100)		総人数		該当者割合		年齢調整割合		標準化比 vs. 全国 (=100)								
		地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国							
服薬 高血圧症	1142	25.9%	26.6%	22.3%	23.0%	25.3%	25.0%	22.6%	23.0%	101.8	+112.6	110.7	1306	52.2%	53.3%	49.0%	53.7%	52.1%	53.3%	49.9%	53.7%	98.3	107.0	97.4
服薬 糖尿病	1152	7.3%	8.3%	6.4%	7.0%	7.3%	7.9%	6.5%	7.0%	90.7	+110.3	103.0	1292	11.8%	15.1%	13.2%	14.7%	11.8%	15.0%	13.1%	14.7%	+78.3	89.8	+90.2
服薬 脂質異常症	1136	15.8%	18.0%	14.3%	14.1%	15.6%	17.2%	14.4%	14.1%	91.0	+108.8	110.6	1312	31.7%	32.4%	28.3%	27.9%	31.6%	32.4%	28.2%	27.9%	98.1	+112.7	+114.0
既往歴 脳卒中	1134	6.3%	3.5%	2.9%	2.5%	6.5%	3.2%	2.9%	2.5%	+193.9	+213.7	+247.9	1340	6.6%	6.0%	5.6%	5.4%	6.7%	6.0%	5.5%	5.4%	110.0	119.0	122.2
既往歴 心臓病	1136	5.3%	4.4%	3.0%	3.8%	5.3%	4.2%	3.1%	3.8%	125.6	+169.8	+136.9	1334	9.7%	10.5%	9.0%	10.2%	9.8%	10.5%	9.0%	10.2%	94.0	109.6	95.8
既往歴 慢性腎臓病・腎不全	1146	0.7%	0.9%	0.7%	0.8%	0.7%	0.9%	0.7%	0.8%	81.3	+99.6	91.2	1338	1.6%	1.8%	1.1%	1.5%	1.7%	1.8%	1.1%	1.5%	92.6	151.5	109.8
既往歴 貧血	1122	3.7%	4.9%	3.8%	3.6%	3.8%	4.7%	3.7%	3.6%	79.6	+98.9	105.2	1316	5.8%	5.7%	5.2%	5.1%	5.8%	5.7%	5.2%	5.1%	102.4	112.6	114.4
喫煙	1136	30.3%	28.8%	36.7%	34.8%	29.9%	29.0%	36.6%	34.8%	104.2	+82.7	+86.9	1312	20.9%	18.7%	18.4%	19.7%	20.9%	18.8%	18.5%	19.7%	110.6	112.2	105.3
20歳時体重から10kg以上増加	1132	46.8%	49.0%	49.2%	49.5%	46.7%	49.1%	49.1%	49.5%	95.2	95.1	94.6	1340	44.0%	44.3%	43.1%	44.2%	44.0%	44.3%	43.2%	44.2%	99.4	102.0	99.7
1回30分以上の運動習慣なし	1142	55.9%	62.1%	63.5%	65.9%	56.0%	62.2%	63.5%	65.9%	+89.7	+87.8	+84.7	1326	48.3%	49.4%	49.2%	55.2%	48.0%	49.4%	49.3%	55.2%	97.5	97.7	+87.3
1日1時間以上運動なし	1136	42.6%	50.5%	48.7%	47.8%	42.7%	50.1%	48.6%	47.8%	+84.7	+87.1	+89.0	1316	42.1%	49.9%	47.2%	49.2%	42.0%	49.9%	47.3%	49.2%	+84.4	+88.8	+85.5
歩行速度遅い	1124	51.6%	50.3%	53.5%	52.2%	51.8%	50.1%	53.5%	52.2%	102.7	96.2	98.6	1334	42.6%	50.1%	52.7%	50.8%	42.7%	50.1%	52.7%	50.8%	+85.1	+80.9	+83.7
咀嚼 何でも	1086	83.6%	81.5%	84.6%	80.7%	83.7%	82.0%	84.6%	80.7%	102.2	99.2	103.8	1318	76.0%	76.1%	80.6%	73.3%	76.1%	80.6%	73.3%	99.9	94.4	103.7	
咀嚼 みにくい	1094	14.3%	16.1%	13.3%	17.4%	14.3%	15.6%	13.9%	17.4%	90.0	+101.5	+80.6	1292	20.1%	21.7%	19.6%	23.9%	20.1%	21.7%	19.6%	23.9%	93.0	102.8	+84.2
咀嚼 ほとんどかめない	1086	0.7%	1.3%	1.6%	1.2%	0.7%	1.3%	1.6%	1.2%	58.1	+47.6	61.8	1294	1.2%	1.4%	1.4%	1.5%	1.2%	1.4%	1.4%	1.5%	91.8	87.3	84.1
食べる速度が遅い	1128	37.9%	38.8%	36.2%	38.0%	38.0%	39.3%	36.2%	38.0%	96.7	+105.6	100.1	1332	21.2%	29.0%	27.6%	27.5%	21.2%	29.0%	27.6%	27.5%	+73.0	+76.5	+76.9
食べる速度が普通	1140	52.3%	54.8%	57.0%	56.4%	51.9%	54.3%	57.1%	56.4%	95.8	+91.0	92.3	1334	70.2%	62.6%	66.0%	63.6%	70.2%	62.6%	66.0%	63.6%	+112.0	106.2	+110.3
食べる速度が遅い	1140	7.5%	6.5%	6.4%	6.0%	7.5%	6.5%	6.4%	6.0%	116.3	+116.7	+126.3	1334	5.4%	7.6%	7.8%	8.2%	5.4%	7.6%	7.8%	8.2%	+71.1	+69.4	+66.5
週3回以上就寝前夕食	1154	33.6%	29.3%	34.4%	30.8%	33.3%	29.8%	34.3%	30.8%	+112.8	98.2	109.0	1316	14.6%	17.7%	17.8%	18.7%	14.6%	17.7%	17.9%	18.7%	+82.1	+81.0	+78.0
3食以外間食 毎日	1094	11.7%	16.3%	15.1%	16.9%	12.0%	16.7%	15.1%	16.9%	+71.0	+78.5	+69.9	1312	12.5%	13.0%	12.2%	13.6%	12.5%	13.0%	12.2%	13.6%	95.8	102.7	92.2
3食以外間食 時々	1090	51.7%	53.3%	54.6%	53.9%	51.6%	53.4%	54.6%	53.9%	97.0	94.9	96.0	1288	55.9%	54.6%	54.2%	56.7%	56.0%	54.6%	54.2%	56.7%	102.5	103.2	98.6
3食以外間食 ほとんど摂らない	1090	33.2%	30.0%	31.2%	28.6%	33.2%	29.5%	31.3%	28.6%	+111.8	105.5	+115.0	1318	29.9%	32.0%	34.3%	30.2%	29.8%	32.0%	34.3%	30.2%	93.2	+87.1	98.7
週3回以上朝食を抜く	1138	24.1%	24.6%	23.1%	23.2%	24.2%	25.4%	23.1%	23.2%	95.5	+105.0	104.1	1298	8.2%	8.8%	8.1%	7.7%	8.1%	8.9%	8.2%	7.7%	91.6	99.6	105.3
毎日飲酒	1146	19.7%	24.5%	26.5%	30.3%	18.8%	24.0%	26.6%	30.3%	+81.7	+74.0	+64.9	1298	30.0%	33.8%	32.8%	36.1%	29.9%	33.8%	32.8%	36.1%	+88.9	91.5	+83.1
週5～6日飲酒	1140	10.0%	8.3%	8.4%	9.0%	10.2%	8.2%	8.4%	9.0%	+122.0	119.4	111.0	1350	10.7%	10.1%	10.8%	10.5%	10.6%	10.2%	10.8%	10.5%	104.7	98.5	101.9
週3～4日飲酒	1136	9.0%	8.0%	9.5%	7.8%	9.1%	8.0%	9.5%	7.8%	113.3	94.2	116.3	1350	6.2%	8.5%	8.4%	8.4%	6.2%	8.5%	8.4%	8.4%	+73.3	+73.7	+74.5
週1～2日飲酒	1142	9.3%	9.3%	8.7%	9.2%	9.7%	9.3%	8.7%	9.2%	99.9	107.3	101.1	1322	8.3%	8.0%	7.7%	7.4%	8.5%	8.0%	7.7%	7.4%	103.6	107.4	112.5
月に1～3日飲酒	1148	7.3%	7.8%	7.6%	7.7%	7.3%	8.0%	7.6%	7.7%	91.5	95.7	96.0	1306	5.1%	6.0%	5.9%	5.9%	5.1%	6.0%	5.9%	5.9%	83.4	84.9	85.7
月に1日未満飲酒	1120	4.8%	7.1%	7.1%	6.9%	5.1%	7.2%	7.1%	6.9%	+66.8	+68.9	+69.6	1312	3.8%	4.6%	5.1%	4.2%	3.8%	4.6%	5.1%	4.2%	82.8	+74.9	90.0
飲酒をやめた	1142	4.0%	5.6%	4.4%	4.1%	4.0%	5.5%	4.4%	4.1%	+73.1	89.7	96.7	1322	6.5%	6.7%	7.3%	6.2%	6.6%	6.6%	7.3%	6.2%	98.3	89.5	104.6
飲まない(第4期)	1128	27.2%	29.3%	27.5%	24.9%	27.4%	29.6%	27.5%	24.9%	91.9	99.2	109.1	1314	25.3%	21.8%	22.1%	21.3%	25.4%	21.8%	22.0%	21.3%	+116.0	+115.1	+118.7
1日飲酒量(1合未満)	1086	51.9%	46.4%	42.9%	39.3%	52.7%	48.6%	42.8%	39.3%	+111.6	+121.3	+132.1	1188	50.5%	44.1%	48.0%	44.7%	50.8%	44.0%	47.9%	44.7%	+115.0	105.6	+113.6
1日飲酒量(1～2合)	1082	21.1%	27.3%	28.2%	31.6%	20.6%	27.0%	28.1%	31.6%	+77.9	+74.7	+66.5	1180	26.3%	33.9%	34.6%	36.5%	26.3%	33.9%	34.6%	36.5%	+77.4	+76.2	+72.0
1日飲酒量(2～3合)	1098	15.3%	15.9%	17.2%	18.6%	15.4%	15.8%	17.2%	18.6%	96.9	89.4	+82.2	1204	14.6%	16.0%	14.9%	16.2%	14.6%	16.0%	14.9%	16.2%	90.9	97.3	90.0
1日飲酒量(3～5合)	1094	5.7%	8.0%	7.8%	8.4%	5.5%	8.2%	7.8%	8.4%	+68.9	+73.1	+68.1	1194	5.2%	3.9%	3.2%	3.6%	5.1%	4.0%	3.2%	3.6%	129.3	+162.1	+141.0
1日飲酒量(5合以上)	1090	0.7%	2.5%	2.8%	2.5%	0.7%	2.6%	2.8%	2.5%	+27.8	+26.1	+29.4	1182	0.3%	0.5%	0.5%	0.5%	0.3%	0.5%	0.5%	0.5%	62.1	68.3	70.9
睡眠不足	1144	23.4%	28.4%	31.6%	30.8%	23.1%	28.5%	31.6%	30.8%	+82.3	+74.1	+75.9	1334	21.1%	23.8%	24.1%	24.6%	21.1%	23.8%	24.2%	24.6%	+88.8	+87.4	+85.7
改善意欲なし	1152	25.3%	26.7%	33.1%	31.2%	24.8%	26.5%	33.1%	31.2%	95.2	+76.4	+81.2	1306	37.4%	31.4%	36.1%	34.2%	37.3%	31.4%	36.0%	34.2%	+119.1	103.9	+109.4
改善意欲あり	1130	21.4%	31.2%	28.7%	31.9%	21.6%	31.4%	28.6%	31.9%	+68.1	+74.7	+67.3	1332	15.8%	24.2%	18.7%	24.5%	15.8%	24.2%	18.7%	24.5%	+65.0	+83.9	+64.1
改善意欲あらかつ始めている	1134	20.5%	15.2%	14.4%	12.9%	20.4%	15.3%	14.3%	12.9%	+134.9	+143.1	+158.7	1318	17.1%	11.8%	12.8%	11.0%	17.0%	11.8%	12.8%	11.0%	+145.4	+132.9	+155.3
取り組み済み6ヶ月未満	1138	6.2%	8.8%	7.7%	8.3%	6.2%	8.9%	7.8%	8.3%	+69.7	79.7	+74.6	1284	7.2%	8.3%	7.8%	7.7%	7.2%	8.3%	7.8%	7.7%	86.3	91.2	92.6
取り組み済み6ヶ月以上	1134	20.6%	19.3%	15.4%	16.0%	20.7%	19.1%	15.4%	16.0%	+107.9	+133.5	+128.4	1332	19.2%	24.8%	23.4%	22.8%	19.4%	24.8%	23.4%	22.8%	+77.5	+82.2	+84.4
過去に保健指導を受けたことがある	1128	20.9%	23.5%	15.9%	24.4%	21.2%	22.9%	15.9%	24.4%	90.4	+130.0	+85.1	1296	21.1%	27.7%	23.3%	28.7%	21.2%	27.8%	23.3%	28.7%	+76.1	90.6	+73.6

（表の詳しい読み方は「自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等「データ活用マニュアル」」（webリンク））

県内地域間差の確認（二次医療圏、市区町村）

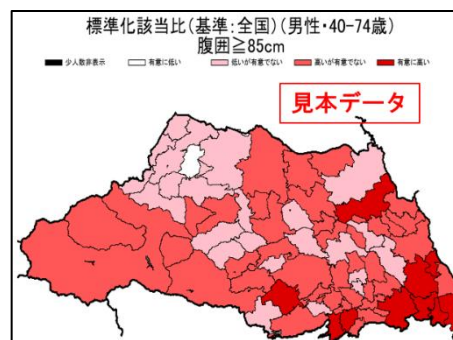
👉資料「NDB オープンデータを用いた二次医療圏別標準化該当比グラフ」[\(webリンク\)](#)

- 右図はNDB オープンデータ[\(webリンク\)](#)を用いて全都道府県の二次医療圏別に特定健診の検査値・生活習慣等の状況を年齢調整して標準化該当比（全国=100とした倍率）で示した見える化資料の例です。ただし、縦軸は標準化該当比-100 としてあるので、0 が全国と同じ、棒が上向きならば全国より高く、下向きのならば低いことを意味します。各二次医療圏の社会・文化的背景等を踏まえて地域差とその理由を考えましょう。
- なお、前に述べたように、標準化該当比が低いとしても、該当者の割合（絶対量）が多いリスク因子等は重要です。例えば、全国的に肥満は多く増加傾向にありますから、全国より少し標準化該当比が低いからといって軽視すべきではなく対策が必要です。



👉資料「特定健診データを用いたリスク因子等の標準化該当比の市区町村別地図作成ツール」[\(webリンク\)](#)

- 全国健康保険協会（協会けんぽ）では特定健診結果からリスク因子や生活習慣等の状況を「特定健診・特定保健指導データ分析報告書」としてまとめており（一般には非公表）、市町村別の標準化該当比を容易に地図化することも可能です（右図）。
- これと国保や他の保険者データを合わせることで、より市民の実態に近い分析が可能になります。保険者協議会等で保険者間の調整を行ったうえで地図等で表して、市町村に提供する等の活用が考えられます。

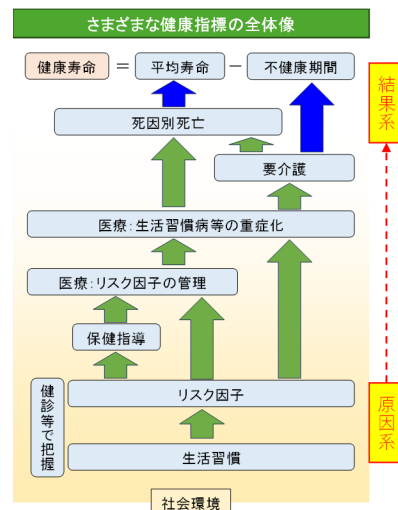


例)「滋賀県保険者協議会健診等データ分析事業」[\(webリンク\)](#)

7. まとめ

👉 ワークシート「データ活用マニュアル関連資料（現状分析と課題設定ワークシート）」[\(web リンク\)](#)

- ・ 以上の読み解き結果をワークシート（下図）に整理してみましょう。
- ・ 記入例を参考にして、「現状」の欄に、原因系から結果系の指標（右から左）に向かって、健康問題を記入してください。
- ・ 「要介護状態・死亡」は「2.健康寿命（平均自立期間）・平均寿命・不健康期間（自立していない期間の平均）」「3.死因別死亡」「4.要介護認定率」。
- ・ 「重症化」は「5.医療」のうち重篤な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析など）の入院・外来医療費。
- ・ 「生活習慣病」は高血圧や糖尿病などのリスク因子の外来医療費。
- ・ 「生活習慣病予備群」と「不適切な生活習慣」は「6.リスク因子・生活習慣」に基づいて記入します。
- ・ 「背景」には、人口構成や産業構造など社会・文化的背景の特徴を記入します。全てを羅列するのではなく、特徴的なものだけにとどめ、重要なものを太字等で強調して記入すると分かりやすく整理できるでしょう。
- ・ 「現状」の欄が埋まったら、「問題」の欄に要点を整理して、矢印で相互関係が分かるようにしてください。
- ・ 「課題」の欄には、「問題」を解決するためになすべきことを記入してください。これには、体制の見直し、既存事業のプロセスやアウトカムの見直し、新規事業の立案等が含まれます。
- ・ (👉「自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等「データ活用マニュアル」」[\(web リンク\)](#)も参考にしてください)



生活習慣病対策のための現状分析と課題設定						
	背景	不適切な生活習慣	生活習慣病予備群	生活習慣病	重症化	要介護状態・死亡
現状						
問題						
課題						
備考						

巻末資料1 全国市区町村別※平均自立期間等の経年推移 2014～2023 年

(※広域連合加入市町村及び人口規模の小さい一部市町村を除く)

可能な限り多くの市区町村の資料を示しましたが、人口・認定者数・死亡者数が少ない市町村では推計の誤差が大きいため、95%信頼区間や検定結果を参考にして、解釈は慎重に行ってください。

(1) 平均自立期間の経年推移について

健康日本 21（第三次）では、健康寿命について、「①日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、「②自分が健康であると自覚している期間の平均」や「③日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」（要介護 2 以上になるまでの期間の平均）を補完的な指標として用いることとしています¹⁾。このうち、①と②は国民生活基礎調査の情報を用いているため都道府県及び一部の大都市でしか計算できず、多くの市区町村では主に③（以下、平均自立期間）が用いられています。

市区町村の毎年の平均自立期間は、国保データベース(KDB)システムや、都道府県等による独自計算により得ることができ、自市区町村の状況を把握していくことは健康増進計画等を進めるうえで重要です。そこで、市区町村別の平均自立期間の経年推移を、国や県と比較しつつ分かりやすく図示（“見える化”）した資料を、公開されている統計データに基づいて計算・作成しました。

●使用したデータ（全て e-Stat[政府統計の総合窓口]より取得）

①2013～2024 年 人口動態統計 死亡数，都道府県・保健所一市区町村・性・年齢（5 歳階級）別

②2015～2024 年 1 月 1 日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（日本人住民）

③2014～2023 年 介護保険事業状況報告 月報（12 月末） 保険者別 第 1 号被保険者数、要介護（要支援）認定者数

④2015～2024 年 1 月 1 日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）

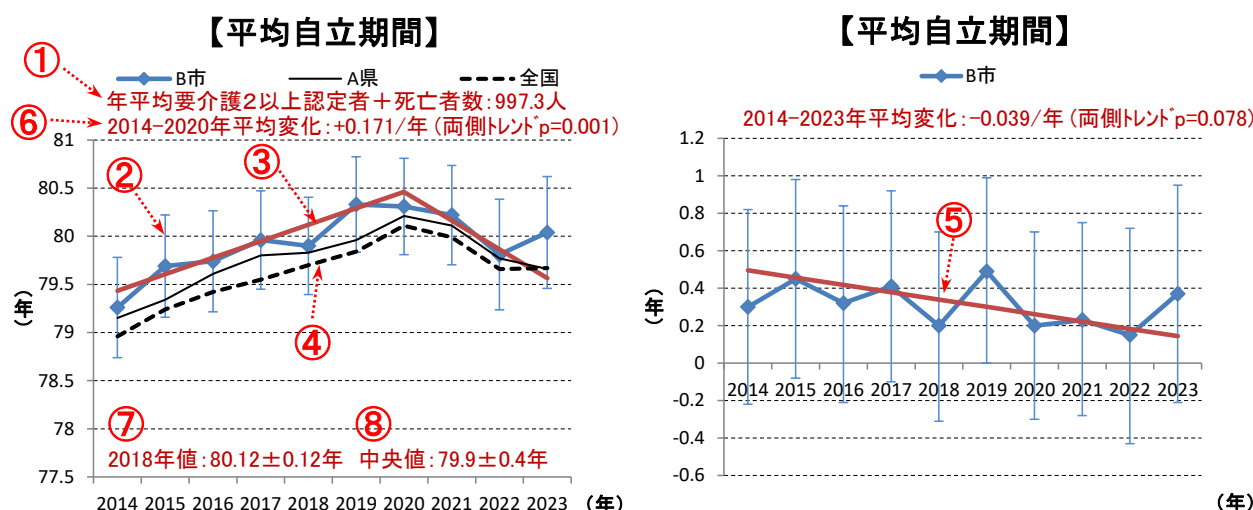
●計算方法

「平均自立期間」、「平均寿命」、及び両者の差である「自立していない期間の平均」（以下、平均自立期間等）を、各市区町村、都道府県、全国について算出した。平均自立期間は、「健康寿命の算定方法の指針」²⁾ に準じて計算した。人口 13 万人未満の市町村では、人口と死亡数は対象年次とその前後を合わせた 3 年間、13 万人以上では対象年次 1 年間、また人口規模に関わらず、介護保険被保険者数と要介護認定者数は対象年次 1 年間を用いて計算した値を図示した。なお、上記③では被保険者数が男女別に得られないため、④を用いて性・年齢階級別の被保険者数を比例按分して推定した。介護保険広域連合に加入している市町村は、市町村別の値が得られないため、また人口規模の小さい一部市町村では計算不能だったため対象から除外した。平均自立期間の算定には、「健康寿命の算定プログラム 2010-2023 年」²⁾ を用いた。

経年推移の分析では、人口規模にかかわらず対象年次 1 年間の人口・死亡数・介護保険被保険者数・要介護認定者数を用いて計算した平均自立期間等を用いて、回帰直線の推定とトレンド検定を行い、その際、「平均自立期間」と「自立していない期間の平均」は Prais-Winsten 法で系列相関を調整した。また、COVID-19 流行拡大後の 2021～2022 年に、それまで延伸していた全国平均寿命が短縮に転じたため、2020 年前後での平均自立期間等の延伸・短縮傾向（回帰直線の傾き）に違いがないかを検定し、有意な違いがある場合には 2020 年で折れ曲がった回帰直線として図示した。

なお、KDB 等による算出値とは、使用しているデータ（死亡数の年次幅、人口と要介護認定者数の月次等）が少し異なるため、必ずしも一致しない。

(2) 図の見方 (例)



- ① 認定者数等の基本情報。人数が少ないと平均自立期間等是不確かになりやすい（偶然変動が大きい）ので、参考に確認しておく。

(注) 年平均死亡者数が非常に少ない場合（25 人未満）、③⑤⑥⑦は表示されません。

- ② B 市の毎年の平均自立期間と 95%信頼区間（◆の縦線の範囲＝偶然による変動の目安）。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線（回帰直線）で解釈する。2020 年まで全国④と同じペースで（平行に）平均自立期間は延伸していたが（ $p=0.001$ ）、その後短縮に転じた。

（人口 13 万人未満の市町村では、毎年の値◆は 3 年間の人口と死亡数、回帰直線は 1 年間の人口と死亡数を用いて計算しているため、見た目の印象（回帰直線の当てはまり）は少しずれることがあるが、回帰直線の方で解釈する。）

- ⑤ 全国との差（⑤＝③－④）を見ると、全国よりも約 0.4 年長かったが、近年は全国との差が縮まったように見える。しかし信頼区間は広く、有意に縮まったとはいえない（ $p=0.078$ ）。
- ⑥ 2014～2020 年の年平均の変化。2020 年で回帰直線が折れ曲がっているため、それ以前の変化で示している。有意に折れ曲がっていない場合には、2014～2023 年までの変化を示している。変化が極端に大きい場合、“####”と表示される。
- ⑦ 回帰直線による（◆の値ではない）2018 年（期間の中央）の平均自立期間と 95%信頼区間、及び参考として⑧ 10 年間の（10 個の）平均自立期間の中央値とその 95%信頼区間。

【解釈例】B 市は全国よりも平均自立期間が長く、全国と同じペースで延びていたが、2021～2022 年にかけて短縮した（2023 年は再び少し改善した）。

(資料)

- 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料（令和 5 年 5 月）
- 厚生労働科学研究 健康寿命のページ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

令和 8 年 1 月 16 日

国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

この資料は、令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第三次）の推進および進捗評価のための研究」（研究代表：辻一郎）の補助を受けて作成しました。

巻末資料2 全国市区町村別※要介護認定率比の経年推移 2014～2023 年

(※広域連合加入市町村及び人口規模の小さい一部市町村を除く)

可能な限り多くの市区町村の資料を示しましたが、人口・認定者数が少ない市町村では推計の誤差が大きいため、95%信頼区間や検定結果を参考にして、解釈は慎重に行ってください。

(1) 要介護認定率の経年推移について

健康日本 21（第三次）では、健康寿命について、「①日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、「②自分が健康であると自覚している期間の平均」や「③日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」（要介護 2 以上になるまでの期間の平均）を補完的な指標として用いることとしています¹⁾。このうち、①と②は国民生活基礎調査の情報をを用いているため都道府県及び一部の大都市でしか計算できず、多くの市区町村では主に③（以下、平均自立期間）が用いられています。

「平均自立期間」、「平均寿命」、及び両者の差である「自立していない期間の平均」の各市区町村、都道府県、全国の経年推移は、「全国市区町村別平均自立期間等の経年推移 2014～2023 年」として別途公表してありますが、このうち「自立していない期間の平均」の算定には要介護 2 以上の認定状況のデータが用いられますので、各市区町村の「自立していない期間の平均」について考えるためには、要介護 2 以上の認定状況を理解することが必要です。そこで、市区町村別の要介護 2 以上の認定率（年齢調整及び年齢階級別）の経年推移を、国や県と比較しつつ分かりやすく図示（“見える化”）した資料を、公開されている統計データに基づいて計算・作成しました。

●使用したデータ（全て e-Stat[政府統計の総合窓口]より取得）

①2014～2023 年 介護保険事業状況報告 月報（12 月末） 保険者別 第 1 号被保険者数、要介護（要支援）認定者数

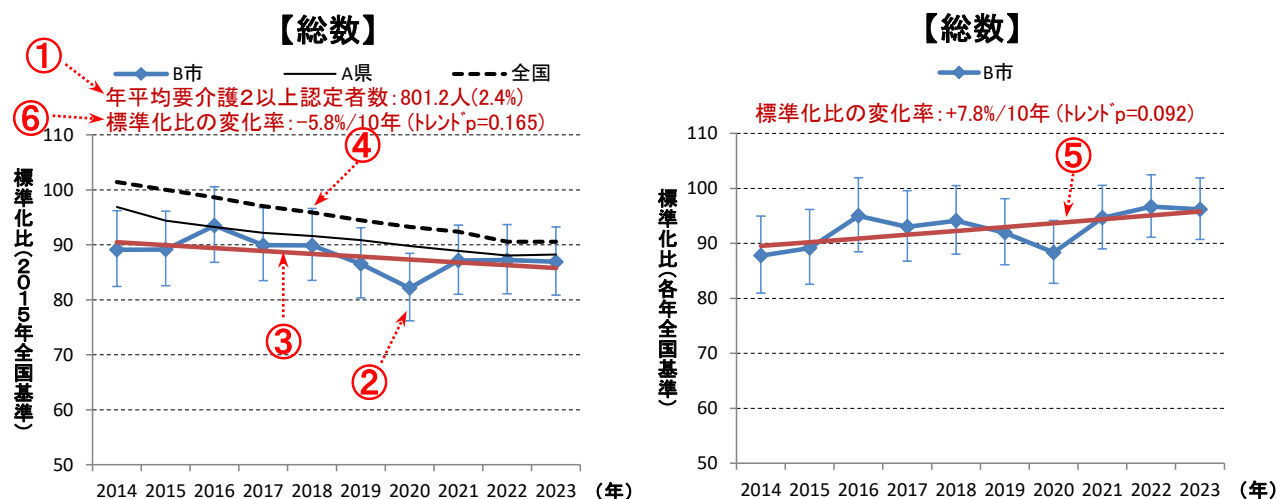
②2015～2024 年 1 月 1 日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）

●計算方法

2014～2023 年の各市区町村・都道府県の要介護 2 以上認定率を、全国を 100 とした比（間接法で年齢調整及び年齢階級別）として計算した。経年推移の分析では、Prais-Winsten 法で系列相関を調整したうえで、回帰曲線（指数回帰による）の推定とトレンド検定を行った。

なお、KDB 等による算出値とは、使用しているデータ（被保険者数と要介護認定者数の月次等）が少し異なるため、必ずしも一致しない。

(2) 図の見方 (例)



- ① 認定者数等の基本情報。人数が少ないと認定率の偶然変動が大きいので、参考に確認しておく。
- ② B市の毎年の要介護認定率の2015年の全国を100とした比(“標準化比”は年齢調整あり、“比”は年齢調整なし)と95%信頼区間(◆の縦線の範囲=偶然による変動の目安)。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線(回帰曲線)で解釈する。2014~2023年にかけて全国④よりも低い状態でわずかに低下傾向にある(ただし $p=0.165$ で有意な低下ではない)。
- ⑤ 各年の全国を100とした比(⑤=③÷④)を見ると、A市③よりも全国④の低下ペースの方が早いため、2014年は全国の0.90倍(右図赤線の標準化比90)だったが、2023年は0.95倍(右図赤線の標準化比95)に近づいた(ただし $p=0.092$ で有意に近づいたとはいえない)。
- ⑥ 10年あたりの変化率。2023年は2014年の9年後だが、区切りよく10年あたりに換算してある。
 なお、 n 年あたりに換算したい場合には、 $(1+変化率)^{n/10}-1$ で計算できる。
 例えば、9年あたりならば、 $(1+(-0.058))^{9/10}-1 = -5.2\%$ である。

【解釈例】B市は全国よりも年齢調整した要介護認定率(標準化比)が低いですが、2014~2023年にかけて全国の値に少し近づいた(ただし $p=0.092$ で有意に近づいたとはいえない)。

(資料)

- 1) 健康日本 21 (第三次) 推進のための説明資料 (令和5年5月)

令和8年1月16日

国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

この資料は、令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「健康日本21(第三次)の推進および進捗評価のための研究」(研究代表:辻一郎)の補助を受けて作成しました。

巻末資料3 全国市区町村別主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移 2015～2024 年

可能な限り多くの市区町村の資料を示しましたが、人口・死亡者数が少ない市町村では推計の誤差が大きいため、95%信頼区間や検定結果を参考にして、解釈は慎重に行ってください。

(1) 標準化死亡比(SMR)について

死亡の状況は、年齢構成に大きな影響を受けるため、地域間の比較および経年的な推移をモニタリングする際には、年齢調整した指標を用いる必要があります。

年齢調整の方法には、「直接法」と「間接法（標準化死亡比：SMR）」があり、市区町村では数値の安定性等の理由により SMR を用いることが多いです。

SMR は、全国を基準（=100）とした場合に、その地域での年齢を調整したうえでの死亡率（死亡の起こりやすさ）がどの程度高い（低い）のかを表現します。例えば、SMR=120 ならば、全国に比べてその地域での死亡の起こりやすさは 1.2 倍高いことを意味し、SMR=80 ならば、死亡の起こりやすさは 0.8 倍である（つまり低い）ことを意味します。

また、国で公表している市区町村別 SMR（人口動態統計特殊報告：人口動態保健所・市区町村別統計）は、その年の全国を基準(=100)としているため、経年的な推移を見る際には注意が必要です。例えば、全国の脳血管疾患年齢調整死亡率は低下傾向にあるため、ある市の脳血管疾患 SMR の経年推移がずっと 110 で不変だったとすると、「死亡の起こりやすさが改善していない」のではなく、「同年の全国に比べて 1.1 倍死亡が起こりやすいまま、全国と同じ速度で改善している」という解釈になります。従って、市区町村における死亡の起こりやすさが絶対量として改善しているかの推移をみるためには、基準となる年を固定しておく必要があります。

本資料では 2 種類の基準について SMR の経年推移を計算しました。

●2015 年全国基準 (=100)

2015 年の全国=100 とした場合の、各年の国・都道府県・市区町村での死亡の起こりやすさを意味します。年齢調整したうえでの「死亡の起こりやすさの絶対量の変化」に注目したい場合に見ます。

●各年全国基準 (=100)

同じ年の全国=100 とした場合の、都道府県・市区町村での死亡の起こりやすさを意味します。年齢調整したうえでの「その年の国に比べた死亡の起こりやすさの相対値」に注目したい場合に見ます。

(2) 使用したデータ（全て e-Stat[政府統計の総合窓口]より入手）

●死亡数

各年の人口動態統計 性・死因（選択死因分類）・都道府県・市区町村別死亡数

各年の人口動態統計 性・年齢（5 歳階級）・死因（死因簡単分類）別死亡数（全国）

●性・年齢別人口

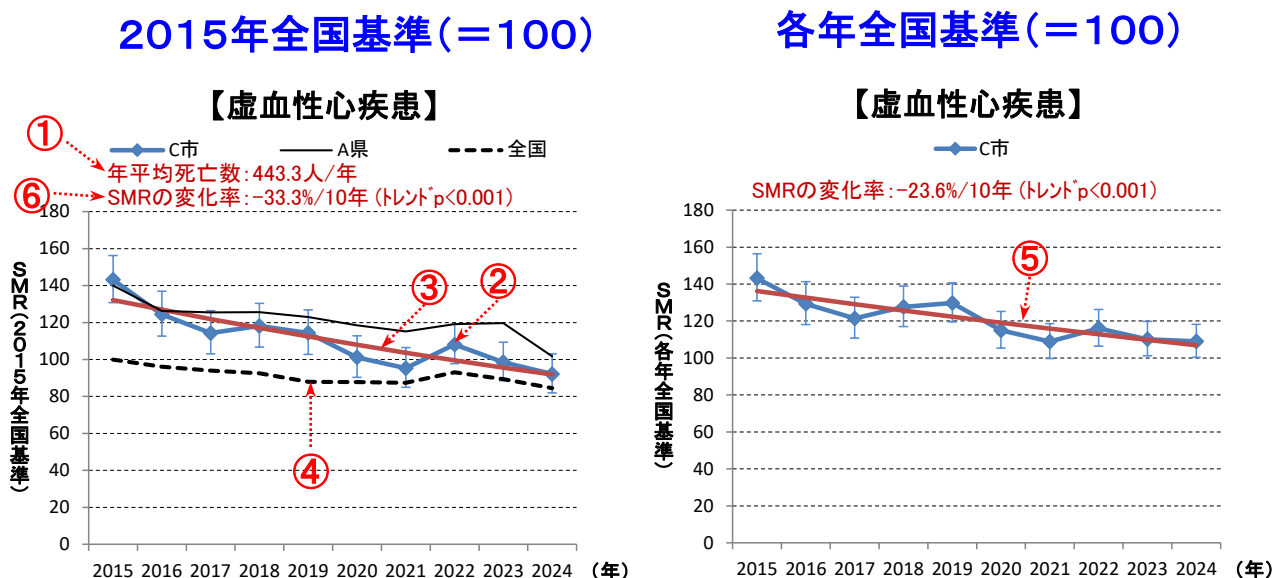
各年の住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）

●市町村合併情報

廃置分合等情報（2025 年 9 月 18 日現在）

※住民基本台帳人口を用いて計算しており、人口動態統計特殊報告等の値と正確には一致しません。

(3) 図の見方 (例)



- ① 虚血性心疾患による年平均の死亡者数。人数が少ないと SMR の偶然変動が大きいので、参考に確認しておく。
- ② 2015 年の全国を 100 とした毎年の C 市の SMR と 95%信頼区間（ $\updownarrow$ の縦線の範囲＝偶然による変動の目安）。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線（回帰曲線）で解釈する。C 市③は全国④よりも高いが、有意に低下してきており（左図 $p<0.001$ ）、その低下速度は全国④よりもかなり速いように見える（④よりも③の方が傾きが急）。
- ⑤ そのため、各年の全国を 100 とした SMR（⑤＝③÷④）を見ると、（C 市③よりも全国④の低下ペースの方が早いため）2015 年は全国の 1.43 倍（右図赤線の標準化比 143）だったが、2024 年は 1.07 倍（右図赤線の標準化比 107）に有意に近づいた（右図 $p<0.001$ ）。
- ⑥ 10 年あたりの変化率。2024 年は 2015 年の 9 年後だが、区切りよく 10 年あたりに換算してある。
 なお、n 年あたりに換算したい場合には、 $(1 + \text{変化率})^{n/10} - 1$ で計算できる。
 例えば、9 年あたりならば、 $(1 + (-0.333))^{9/10} - 1 = -30.5\%$ である。

【解釈例】C 市は全国よりも虚血性心疾患 SMR が高いが、2015～2024 年にかけて全国よりも速い速度で改善したため、全国の値に近づいた（ $p<0.0001$ ）。

※赤色の線は Poisson 回帰による 10 年間の SMR の回帰曲線です。長期間の増減傾向を平滑化してみるために使います。これは単調な増減傾向を仮定した回帰曲線であり、2020 年以降の新型コロナウイルス感染症流行拡大時の不規則な変化は考慮していないので、解釈にはご注意ください。

令和 7 年 9 月 26 日

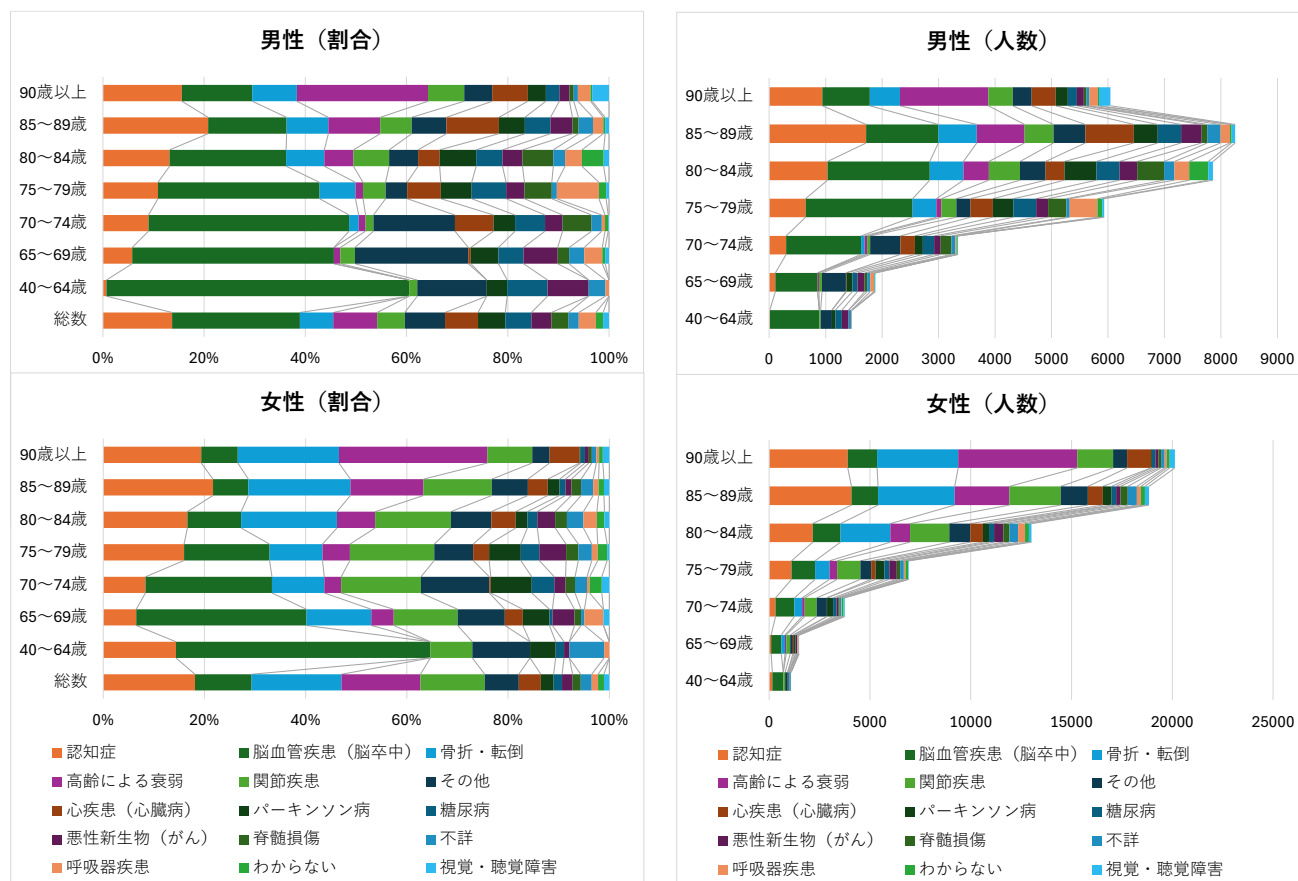
国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

この資料は、令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究」（研究代表：辻一郎）の補助を受けて作成しました。

巻末資料4 国民生活基礎調査による要介護の原因

2022(令和4)年 国民生活基礎調査(介護票)

介護を要する者数, 介護が必要となった主な原因・性・年齢階級別



●自治体における健康寿命等の格差分析を進めるためのデータ読み解きのポイント（令和7年度版）

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

健康日本21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究 研究代表者：辻 一郎（東北大学）

健康寿命の自治体格差の要因と縮小策に関する検討 研究分担者：横山徹爾（国立保健医療科学院）

- ・ 2026年3月31日
- ・ 2026年6月29日（図の一部差し替え）

（旧版）自治体における健康寿命等の格差分析を進めるためのデータ読み解きのポイント

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究 研究代表者：辻 一郎（東北大学）

健康寿命の自治体格差とその要因に関する検討 研究分担者：横山徹爾（国立保健医療科学院）

- ・ Ver.1.21: 2025年9月16日