

# 2022年福島県市町村別「お達者度」の算定について

令和7年3月7日

福島県保健福祉部  
公立大学法人福島県立医科大学  
健康増進センター

## 1 目的

国が進める国民の健康づくり運動「健康日本21」は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目標とし、評価の指標のひとつとして定期的に健康寿命が算定、公表されている。「健康寿命の算定・評価と延伸可能性の予測に関する研究 令和3年度分担研究報告書」に記載された都道府県別の「65歳の日常生活動作が自立している期間の平均（\*1）」によれば、福島県男性は2010年が16.97年、2013年は17.03年とほとんど変化がなかったが、2016年は17.67年、2019年には17.83年と延伸傾向がみられた。福島県女性では、2010年が20.48年、2013年が20.46年、2016年が20.43年と徐々に短くなっていたが、2019年には20.65年と若干の延伸がみられた。しかし、福島県は男女いずれも全国平均を下回る状況が続いている。

福島県においては、県民の健康づくりを総合的に進めるための基本指針である「健康ふくしま21計画」の基本目標を健康寿命の延伸と健康格差の縮小と定めている。このうち、「健康格差の縮小」の評価項目として設定しているのが、**福島県市町村別「お達者度」**であり、国が算定する「65歳の日常生活動作が自立している期間の平均」と同じ方法で二次医療圏別および市町村別に算定した健康寿命である。これまで福島県では、2017年に初めて**2013年福島県市町村別「お達者度」**を算定、以後3年ごとに**2016年福島県市町村別「お達者度」**、**2019年福島県市町村別「お達者度」**を算定、公表してきた。

今般、算定に必要となるデータが整ったことから、**2022年福島県市町村別「お達者度」**を算定し公表することとした。結果には医療圏別および市町村別の2013年からの経年推移についても示している。

\*1「都道府県別健康寿命（2010～2019年）」令和3年度分担報告書<sup>1</sup>

<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/houkoku/R3.pdf>

## 2 公表の内容

以下の算定結果を公表する。

- 2022年福島県市町村別「お達者度」算定結果

---

<sup>1</sup> 厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣対策総合研究事業）健康寿命の算定・評価と延伸可能性の予測に関する研究 -2019年の算定、2010～2019年の評価、2020～2040年の予測-（研究分担者 橋本修二 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座・教授）

### 3 福島県市町村別「お達者度」とは

「健康日本21」において、表1の「①日常生活に制限のない期間の平均」が健康寿命の主要な指標に、「②自分が健康であると自覚している期間の平均」と「③日常生活動作が自立している期間の平均」が補足する指標に位置づけられている。このうち、下記の理由により対象年齢を65歳とした「③日常生活動作が自立している期間の平均」を指標として選択し、精度の確保のため、平均余命算定の対象年次を健康寿命算定年の前後を合わせた3年間として福島県市町村別「お達者度」を算定した。

#### 【本指標を用いた理由】

- (1) 国から公表されている指標のうち①および②は、3年に1回抽出調査として行われている国民生活基礎調査の結果を用いているため、毎年の算定、市町村ごとの算定はできない。加えて、②は主観的な要素が強く評価しにくい。
- (2) 指標③は、市町村ごとに算定することができるため、市町村単位の健康寿命の現状が経年的に把握可能となる。
- (3) ③の指標は、平均余命のうち「健康でない期間」を要介護度2以上の認定期間と定義しており、市町村ごとの算定年における要介護認定者数を基に算定しているため、対象年齢を65歳とする方が自然である。
- (4) 他都道府県においても③の指標を用いて市町村別の65歳時「日常生活動作が自立している期間の平均」を算定し、公表している例がある。



以上を踏まえ、定期的に市町村別の算定が可能である対象年齢65歳の「日常生活動作が自立している期間の平均」を、福島県市町村別「お達者度」として算定することとした。

<表1 国が公表している健康寿命の3つの指標と福島県市町村別「お達者度」の特徴>

指標	① 日常生活に制限のない期間の平均	② 自分が健康であると自覚している期間の平均	③ 日常生活動作が自立している期間の平均	福島県市町村別「お達者度」
健康の定義	日常生活に制限がない	主観的に健康である	要介護度2未満	要介護度2未満
概念規定	客観的	主観的	客観的	客観的
測定法	自己申告		要介護度	要介護度
データ	国民生活基礎調査のデータを活用		介護保険の要介護度のデータを活用	介護保険の要介護度のデータを活用
対象年齢	0歳		65歳または0歳	65歳
対象集団	都道府県（大都市含む）		都道府県・市町村	県・地域・市町村
公表間隔	3年ごとに算定 直近：①2022年（2024年公表） ②、③2019年（2021年公表）			2013年から3年ごとに算定 今回：2022年
市町村別算定	想定していない （抽出調査のため 大都市以外は算定不可能）		想定している （人口規模により 参考値あり）	算定済み （人口規模により 参考値あり）

## 4 算定に用いた資料等について

### (1) 算定に使用したプログラム

「健康寿命の算定プログラム2010-2022」 厚生労働研究班配布  
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#santei2022>

「健康寿命の推移の評価プログラム ver 1. 2」 厚生労働研究班配布  
[http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#suii\\_program](http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/#suii_program)

### (2) 使用した基礎資料

人 口	2021、2022、2023年の住基人口 (政府統計の総合窓口 e-stat「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」より、各年1月1日現在の市区町村別日本人人口を使用)
死 亡 数	2021、2022、2023年の死亡数 (政府統計の総合窓口 e-stat「人口動態調査人口動態統計確定数保管統計表都道府県編(報告書非掲載)死亡・乳児死亡」を使用)
要介護認定者数	2022年の認定者数 (福島県国民健康保険団体連合会から提供された2022年1月時点の認定者数を使用)

※算定結果中の県、二次医療圏、市町村の平均余命については、使用した基礎資料に基づき「健康寿命の算定プログラム」を用いて県が独自に算定したものであり、国が発表している数値とは異なる場合がある。

※人口が少ない市町村における平均余命のばらつきを抑えるため、平均余命の算定には算定年の前後年を含む複数年次の人口・死亡データを用いている。

### (3) 経年推移の評価

同一の基礎資料にて算定したお達者度について「健康寿命の推移の評価プログラム ver 1. 2」(以下、推移の評価プログラム)を使用して評価し、「目標達成といえる」と判定されたものを「お達者度の増加がある」として算定結果に記載した。

※「お達者度の増加」とは、推移の評価プログラムにて評価期間内に平均余命の増加分を日常生活動作が自立している期間の増加分が有意に上回ると判定されたことを指す。

## 5 2022年福島県市町村別「お達者度」算定結果について

### (1) 算定の結果について

#### (2022年「お達者度」算定結果 1-1、1-2、2-1、2-2)

- 「健康寿命の算定プログラム2010-2022」を用いて算定した。
- 平均余命は、算定値の「お達者度」+「不健康な期間の平均」を記載している。なお全国値のみ「令和4年簡易生命表」(\*2)から65歳時の平均余命を引用掲載している。
- 「お達者度が65歳の平均余命に占める割合」は、65歳時の平均余命のうち、日常生活動作が自立している期間が占める割合を示している。
- 福島県における65歳時の平均余命は男女ともに全国に比べ短い。
- 二次医療圏ごとのお達者度が65歳余命に占める割合は、男女とも県全体に比べて県中、県南、会津で長め、相双、いわきで短めの傾向にある。
- 市町村別の各算定値は、二次医療圏ごとの傾向を概ね反映している。

### (2) 2013年~2022年の「お達者度」の推移について

#### (2022年「お達者度」算定結果 3-1、3-2)

- 各年の算定値の推移を示すとともに、推移の評価プログラムを用いて、期間内に「お達者度の増加がある」か、すなわち、「平均余命の増加分を日常生活動作が自立している期間の増加分が有意に上回る」か、を判定した。
- 各地域におけるお達者度の経年比較を容易にするため、2013年、2016年、2019年、2022年の算定結果をひとつの表にして算定結果 3-1、3-2 に提示した。
- 福島県全体の65歳時の平均余命及びお達者度は、男性では2022年は平均余命がわずかに短縮したが、お達者度は経年的に延伸がみられた。女性では2013年から2019年には平均余命及びお達者度の延伸がみられたが、2022年は平均余命、お達者度、不健康な期間のいずれもわずかに短縮した。推移の評価プログラムを用いて2013年以降のお達者度の推移を判定した結果、2022年に県全体の男女とも、初めて「目標達成といえる」=「お達者度の増加がある」と判定されたが、平均余命は短縮していることから、この結果のみでお達者度が改善したとは断言できず、引き続き推移をみていくことが重要である。
- 2013年から2022年の評価期間内で、推移の評価プログラムを用いた判定で「お達者度の増加がある」と判定された二次医療圏・市町村は、男性では県中地区、会津若松市、郡山市、田村市、南相馬市、下郷町、会津美里町、矢吹町、棚倉町、女性では県北地区、県中地区、相双地区、郡山市、会津若松市、田村市、南相馬市、伊達市、西会津町、中島村、浅川町、古殿町、川内村、大熊町、浪江町であった。これらの二次医療圏・市町村名には緑色で色付けを施している。

\*2「令和4年簡易生命表の概況」厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life22/index.html>

## 【2022年福島県市町村別「お達者度」の算定における留意点】

- 2022年福島県市町村別「お達者度」は、先に公表済みの2013年、2016年および2019年「お達者度」と同様に、国が健康寿命の指標として採用している厚生労働研究班が確立した算定方法に準じて算定を行っている。
- 福島県においては、2011年の東日本大震災によって生じた推計人口、現住人口及び住基人口の乖離が2015年の国勢調査以降さらに拡大したため、一部市町村で推計人口を基礎資料として用いることが不可能となった。そのため、お達者度は各年とも住民基本台帳人口を用いて算定を行っている。
- 国が算定している都道府県別健康寿命のうち、「65歳の日常生活動作が自立している期間の平均(表1の指標③)」が公表されていないため(2025年2月28日現在)、本資料では令和4年簡易生命表から65歳時の平均余命(\*2)のみを引用掲載している(算定結果1-1、1-2、2-1、2-2、3-1、3-2、4-1、4-2)。
- 「健康寿命の算定方法の指針(\*3)」では、人口規模の小さな市町村(人口1.2万人未満)では、わずかな死亡数の違いで数値が大きく変動するため算定には適さないとしている。しかし、今後も経年的な変化を観察していくことを前提に、人口規模の小さな市町村も参考値として、全市町村の算定値を引き続き公表している。同時に、すべての地域・市町村別の95%信頼区間も別表に記すことで、人口規模の違いによる信頼区間の幅の異なりについても明示している(算定結果参考4-1、4-2)。
- 平均余命の短縮は全国で同様の傾向であり、厚生科学審議会(健康日本21(第三次)推進専門委員会)第4回(2024年12月24日 (1)健康寿命の令和4年値について)(\*4)にて、「2019~2022年においては、全国的にCOVID-19の影響と考えられる死亡率の上昇、健康寿命および不健康期間短縮の傾向などが見られたが、今後の検討が必要である」との旨の指摘があった。

\*3 「健康寿命の算定方法の指針」平成24年9月 厚生労働研究班  
[http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou\\_shishin.pdf](http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf)

\*4 「厚生科学審議会(健康日本21(第三次)推進専門委員会)」  
第4回(2024年12月24日 (1)健康寿命の令和4年値について)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei\\_127752\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127752_00007.html)

## (参考) 健康寿命算定における一般的な留意事項と近年の議論について

### (1) 健康寿命の算定目的

健康寿命の指標は生存・死亡と健康・不健康の状況を総合したものである。保健医療福祉分野の最終的なアウトカムに関係し、取組の計画・評価へ適用する意義は大きい。一方、健康寿命を規定する要因は多様であり、それに関係する実証的なデータは十分に示されていない。

それゆえ、取組の計画・評価に関して、健康寿命の指標を単独でなく、取組に直接関係する指標や個別的なアウトカム指標（脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率など）とともに適用・解釈することになる。

健康日本21（第2次）において、「日常生活に制限のない期間の平均（表1指標①）」が健康寿命の延伸の目標として取り上げられ、「自分が健康であると自覚している期間の平均（同指標②）」がその目標の実現にあたって留意する指標と位置付けられている。

「日常生活動作が自立している期間の平均（同指標③）」は健康状態が介護保険の要介護度によることから、特別な調査をせず、全国の市町村で算定できるという特徴がある。これらの位置付けや特徴を考慮した上で、指標を選択することが重要である。

健康寿命の指標を絶対的な値として厳密に解釈せず、むしろ、相対的に見る方が実際的であると考えている。相対的な見方としては、たとえば、対象集団での年次間（都道府県での2010年と2015年など）の比較である。

### (2) 小規模な団体の取扱いについて

○対象集団の人口の目安として13万人またはそれ以上が望ましい。

○人口13万人未満では、健康寿命の精度を高めるために、複数年次の死亡数を用いることが望ましい。

○人口1.2万人未満では、3年間の死亡数を利用しても健康寿命の精度が十分とは言えない。そのような対象集団において、健康寿命を算定することは適さない。

○人口規模が小さい対象集団では、健康寿命の精度が高くないことから、その推定値と95%信頼区間を一緒に算定・表示・解釈する必要があるとされている。

### (3) 95%信頼区間について

算定した健康寿命は推定値であり、真の値は95%の信頼度で信頼区間に含まれるものとみなされる。人口規模が小さく、死亡率と不健康割合のばらつきが大きいほど、健康寿命の精度が低くなり、その信頼区間の幅は広がる。

一般に、信頼区間の幅が広い場合、その幅の広さを十分に考慮して、推定値を慎重に解釈する必要がある。また、信頼区間の幅が極端に広がる場合、その目的にもよるが、算定自体を避けた方が良いかも知れない。

### (4) ばらつきと範囲

多くの市町村を対象とする場合（特に人口規模が著しく小さい市町村が含まれている場合）、各市町村の健康寿命の偶然による変動によって、健康寿命の範囲は過大評価

となる。このような場合、健康寿命に範囲を用いることは適さず、健康寿命の推定値と95%信頼区間をそのまま表示・解釈した方が無難であろう。

(1)～(4)は「健康寿命の算定方法の指針」(\*3)から引用

#### (5)「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」報告書について

国は「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」(本部長：厚生労働大臣)に設置した「健康寿命延伸タスクフォース」の下に「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」を設けて議論を行い、その内容を報告書にとりまとめて厚生労働省が2019年3月に公表した(\*5)。

研究会は報告書のまとめで、第一に、国が進めるべき補完的指標の提示と今後必要な検討・研究の方向性を示し、「日常生活動作が自立している期間の平均(＝福島県市町村別「お達者度」)を補完的指標として活用することを提案している。第二に、日本における新たな健康寿命の延伸目標として、「2016年から2040年までに健康寿命を3年以上延伸」を提案している。

以上のように、研究会はこの報告書の中で健康寿命のあり方について、国・地方の政策担当者向けに、健康寿命の見方・使い方についてQ&A形式でわかりやすく取りまとめている。ぜひこの報告書をご一読いただき、現行の「お達者度」の算定方法と取り扱いにおける注意点を整理共有し、政策立案に活用いただきたい。

\*5 「「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」の報告書及び「健康寿命の延伸の効果に係る研究班」の議論の整理を公表します」平成31年3月28日  
厚生労働省報道発表

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04074.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html)