

特集 I : 長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす  
人口学的影響に関する研究

## 施設人口を考慮した健康寿命の動向

林 玲 子

日本の健康寿命は延び続けている。厚労省が政策目標に掲げる公的な健康寿命は、国民生活基礎調査の「健康上の問題による日常生活への影響」についての質問を用いて健康を定義し、算定されているが、国民生活基礎調査は対象調査区に病院・施設を含む後置番号4の調査区が含まれていないことから、健康度の低い施設人口の影響が考慮されていない、という指摘もなされている。そこで本稿では後置番号4人口で補正した日常生活への影響のない健康寿命を算定した。その結果、施設人口を考慮しても、健康寿命は同様に伸長していることが示された。地域包括ケアシステムの拡充により自宅での介護を充実する方向にはあるものの、サービス付き高齢者住宅やグループホームの増加もあり、高齢者の居住環境は多様化しているなか、健康寿命の算定の基礎となる分母人口を正しく把握するよう今後も留意する必要がある。

### I. はじめに

2018年3月に公表された2016年の日本の健康寿命は男性72.14歳、女性74.79歳と、2013年よりもそれぞれ0.95年、0.58年伸長した。同じ期間の平均寿命は男性80.21歳から80.98歳へと0.77年の伸長、女性は86.61歳から87.14歳と0.53年の伸長であるので、女性の場合はずかではあるが、男女とも、健康寿命の伸びは平均寿命の伸びを上回っている。2013年度より実施されている「21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」では、平成34年までに平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目標として挙げており、現在のところ目標は達成されている。また、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、2025年までに健康寿命を2歳以上伸長するという指標が挙げられており、2010年をベースに考えれば、2016年までに男性は1.72年、女性は1.17年伸長しているので、このペースで伸長が続けば、2025年には2010年よりも男性で4.30年、女性は2.93年伸長することとなり、目標が達成されることとなる。

これら政府目標に挙げられている健康寿命の算定に用いられるのは、国民生活基礎調査の健康票における「健康上の問題による日常生活への影響」の質問項目である。健康度を図る指標は、その他有病率や寝たきり率、主観的健康度など多くあり、またそれぞれを用いた健康寿命について分析されているが（林 2016）、経年的変化を観察するには、同じ質問項目を用いる必要があり、「健康上の問題による日常生活への影響」の質問項目は、1989年から国民生活基礎調査の3年毎の大規模調査年、つまり1992年、1995年、1998年、2001年、2004年、2007年、2010年、2013年、2016年調査において、1字も変わらない質問

項目が採用されており、経年変化を追うことが可能で、また標本数が大きいため都道府県表章も可能となっており、政府目標として使われている。しかしながら、国民生活基礎調査は日本に居住する日本人のみが対象となっていること、また施設人口が含まれていない、という問題がある。本稿は、後者の施設人口の影響について検討するものである。

## II. 国民生活基礎調査の調査対象

国民生活基礎調査は1986年に、それまでの厚生行政基礎調査、国民健康調査、国民生活実態調査、保健衛生基礎調査の4調査を統合し実施された調査で、それ以降3年に一度大規模調査、中間の2年は小規模調査が実施されており、直近では2017年に小規模調査が実施された。統計法に基づく基幹統計であり、国立社会保障・人口問題研究所が実施する社会保障・人口問題基本調査の親調査でもある。標本は国勢調査区から層化無作為抽出された地区内の全世帯全世帯員を対象としているが、後置番号1と8の調査区のみから抽出されている。

国勢調査区は2010年の場合、合計1,010,340調査区あるが、それらは一般の調査区である後置番号1、山岳・森林等の区域である後置番号2、工場・学校等のある後置番号3、社会施設・病院のある後置番号4、刑務所等のある後置番号5、自衛隊区域である後置番号6、駐留軍区域である後置番号7、寄宿舍・寮等のある後置番号8、水面調査区である後置番号9に分類される（総務省統計局 2012）。2010年の後置番号別調査区数と人口を表1に示した。これをみると、後置番号1の一般調査区は全体の98%とほとんどを占めるが、次いで後置番号4の社会施設、病院のある区域は1,633,317人、人口割合で1.3%にも上っており、寄宿舍・寮等のある後置番号8の人口549,416人（全体の0.4%）と比べても多い。その他の後置番号2,3,5,6,7,9は合計で536,938人（全体の0.4%）となっている。

表1 後置番号別調査区数と人口（2010年）

後置番号	調査区数	人口（人）	人口構成（%）
1. 一般調査区	956,179	125,337,681	97.9%
2. 山岳・森林・原野地帯等の区域	19,733	331,294	0.3%
3. 相当規模の工場・学校などのある区域	6,395	42,967	0.0%
4. 社会施設、病院のある区域	19,671	1,633,317	1.3%
5. 刑務所、拘留所等のある区域	241	76,280	0.1%
6. 自衛隊区域	451	86,313	0.1%
7. 駐留軍区域	119	17	0.0%
8. おおむね50人以上の単身者が居住している寄宿舍・寮等のある区域	7,244	549,416	0.4%
9. 水面調査区	307	67	0.0%
計	1,010,340	128,057,352	100.0%

出典：調査区数は総務省統計局（2012）、人口は国勢調査公表値

国民生活基礎調査が、後置番号1と8の国勢調査区からのみ抽出されているのは、おそらく調査が始まった1980年代にはいまだ社会施設、病院に居住する人の数が少なかったことが理由であったと思われるが、近年になると後置番号4調査区人口は無視できない数にのぼってきている。1980年では総人口の0.70%にすぎなかった後置番号4人口は、2000年に1%を超え、2015年では1.45%と、1980年の倍程度に増加した（表2）。

表2 後置番号4調査区人口、施設等の世帯人口および割合の推移

年	1980	1990	2000	2010	2015	2015/1980
総人口 (a)	117,060,396	123,611,167	126,925,843	128,057,352	127,094,745	1.09
後置番号4人口 (b)	822,145	1,037,175	1,281,471	1,633,317	1,839,006	2.24
割合 (b/a)	0.70%	0.84%	1.01%	1.28%	1.45%	2.06
施設等の世帯人員数	1,538,493	1,739,539	1,972,622	2,511,749	2,798,414	1.82
(再掲) 病院・療養所の入院者 (c)	600,932	736,659	788,080	622,672	549,115	0.91
社会施設の入所者 (d)	302,571	433,818	701,499	1,449,905	1,829,855	6.05
e (=c+d)	903,503	1,170,477	1,489,579	2,072,577	2,378,970	2.63
割合 (e/a)	0.77%	0.95%	1.17%	1.62%	1.87%	2.43
割合 (e/b)	1.10	1.13	1.16	1.27	1.29	

出典：1980年から2010年までの後置番号4人口は林（2017）、それ以外は、国勢調査公表値

後置番号4は、「社会施設、病院（おおむね患者200人以上の収容施設を有するもの）のある区域」であるが、この中にはいわゆる老人ホームのような高齢者のための施設だけではなく、生活保護法による救護施設など、児童福祉法による母子生活支援施設、児童養護施設など、障害者自立支援法による障害者支援施設、およびそれらに準ずる収容施設が含まれる。それら施設の種類別に後置番号4人口を把握することはできない。

一方、国勢調査では後置番号4以外にも、施設人口を把握することができるデータがある。調査員が訪問世帯の種類を記入する調査項目により、世帯は通常の家が住む一般世帯とそれ以外の「施設等の世帯」に区分され、その推移を施設の種類別に見ることが可能である。「施設等の世帯」人口の推移をみると（表2）、やはり1980年から2015年にかけて増加しており、2015年は1980年の1.82倍になっている。「施設等の世帯」はさらに、「寮・寄宿舎の学生・生徒」、「病院・療養所の入院者」、「社会施設の入所者」、「自衛隊営舎内居住者」、「矯正施設の入所者」、「その他」に分類されており、後置番号4に相当するのは「病院・療養所の入院者」、「社会施設の入所者」であるので、その人口推移をみると、1980年に903,503人であったのが、2015年には2,378,970人と2.63倍になっている。この増加は大幅な社会施設の入所者の増加によるもので、それは1980年の302,571人から2015年の1,829,855人へと6.05倍となっている。後置番号4人口の増加も、この社会施設の入所者

数の増加が大きく影響していると考えられる。

しかしながら、後置番号4人口は「病院・療養所の入院者」と「社会施設の入所者」を合わせた人口と必ずしも一致するものではない。前者は1980年から2015年にかけて後者よりも少なく、近年その差はますます広がってきている（表2）。2010年において、後置番号別人口と世帯の種類別人口をクロス集計した結果によれば、後置番号4調査区内でも一般世帯が35,305人、逆に後置番号1調査区（一般調査区）内には「病院・療養所の入院者」と「社会施設の入所者」がそれぞれ133,528人、353,852人、合計487,380人居住している（林 2017）。これは、地域密着型介護老人福祉施設やグループホームなど、大型の施設ではない社会施設が一般調査区内にあることが理由ではないかと思われる。また国勢調査の手引きをみると、後置番号4が設定される施設のうち、高齢者施設に関わる定義は、「老人福祉法（昭和38年法律第133号）にいう養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホーム」とされているが（総務省統計局 2012）、近年、サービス付き高齢者住宅など、老人福祉法の枠外の高齢者施設も増加しているが、これらを有する地区が後置番号4とされているのか、また国勢調査の調査員により社会施設としてカウントされているか、などはよくわからない。

表3 後置番号別世帯の種類別クロス集計表（2010年、国勢調査）

後置番号	一般の世帯	寮・寄宿舎の学生・生徒	病院・療養所の入院者	社会施設の入所者	その他	自衛隊営舎居住	矯正施設入居者	合計
1. 一般	108,380,483	55,263	133,528	353,852	35,731	0	0	125,337,681
2. 森林	294,482	307	820	3,486	1,082	0	0	331,294
3. 工場	27,091	2,730	230	920	1,918	0	0	42,967
4. 施設	35,305	3,106	487,818	1,089,969	1,499	0	0	1,633,317
5. 刑務所	1,398	0	0	0	0	0	74,047	76,280
8. 寮	21,842	174,960	258	1,678	2,918	0	0	549,416
6+7+9	495	0	18	0	51	85,560	0	86,397
合計	108,761,096	236,366	622,672	1,449,905	43,199	85,560	74,047	128,057,352

出典：林（2017）

施設人口も含めた健康寿命の算定を行った既存研究では（齋藤 2001，井上 1997，Hashimoto 2010，別府・高橋 2018），社会福祉施設等調査，介護サービス施設・事業所調査（1999年までは老人保健施設調査），国勢調査の世帯の種類別人口により求められる施設人口を用いているが，それらは後置番号4人口とは一致しない．そのため本稿では，後置番号4人口を用いて，健康寿命の補正を行った．また対象となっていない後置番号2,3,5,6,7,9は数が少ないので無視できると仮定した．

### Ⅲ. 方法

健康寿命の政府目標値として用いられている、国民生活基礎調査の健康票の「健康上の理由による日常生活の影響の有無」の質問項目を用い、公的算出方法（橋本 2012）に準じ健康寿命を算定した。すなわち、日常生活の影響がある人数を、ある人数とない人数の合計で除した値を日常生活影響率（不健康率）とし（不詳は計算に含まない）、6-9歳の日常生活影響率を0-4歳、5-9歳の値とし、サリバン法を用いて計算した。2004年、2007年、2010年、2013年、2016年は、公表されている日常生活影響率を用い、2001年は2004年以降の年齢階層別割合となるよう、国民生活基礎調査個票データ<sup>1)</sup>を用いて日常生活影響率を算定した。生命表は、厚生労働省による簡易生命表を用いた。

さらに後置番号4の日本人人口の日本人総人口に占める割合を算定し、後置番号4人口の日常生活影響率が100%、それ以外の日常生活影響率は国民生活基礎調査の公表値であると仮定し、補正した日常生活影響率を算定した。後置番号4人口のうち、病院、社会施設に入所している人は高年齢であることから、補正は40歳以上について行った。補正に用いた後置番号別人口割合は、1980年、1990年、2000年、2010年、2015年の国勢調査個票データ<sup>2)</sup>を用いて国民生活基礎調査の実施年に合わせて直線補間して算定した。

日常生活影響率、後置番号4人口割合、補正日常生活影響率を付表1～3に示した。

### Ⅳ. 結果

後置番号4人口で補正した日常生活影響期間、日常生活に影響がない健康寿命および平均寿命を、補正しない値と合わせて表4、図1に示した。2001年から2016年の期間では、男女とも平均寿命および健康寿命は伸長し、後置番号4で補正してもその傾向は変わらない。また日常生活影響期間を補正の有無別に推移を見ると（図2）、若干の増減はあるが、ほぼ一定であり、後置番号4人口で補正してもその傾向は変わらない。つまり、公式に使われている健康寿命は施設人口を含んでいないが、含んだとしてもその伸長の傾向は変わらない、といえる。

---

1) 国立社会保障・人口問題研究所一般会計プロジェクト「長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究（平成29～31年度）」において、統計法第33条第1号に基づき、厚生労働省「国民生活基礎調査」の調査票情報を利用申請し提供を受けた。

2) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「国際的・地域的視野から見た少子化・高齢化の新潮流に対応した人口分析・将来推計とその応用に関する研究（研究代表者石井太、課題番号（H29-政策-指定-003）」において、統計法第33条第1号に基づき、総務省統計局「国勢調査」の調査票情報を利用申請し提供を受けた。

表4 日常生活に影響がない健康寿命（後置番号4人口補正なし・あり，年）

性別	後置番号4		2001	2004	2007	2010	2013	2016
男性	補正なし	平均寿命	78.07	78.64	79.19	79.55	80.21	80.98
		日常生活に影響がない健康寿命	69.40	69.47	70.32	70.38	71.19	72.14
	補正	日常生活に影響がない健康寿命	68.94	69.01	69.85	69.90	70.70	71.63
		日常生活影響期間	8.67	9.17	8.86	9.17	9.01	8.84
女性	補正なし	平均寿命	84.93	85.59	85.99	86.30	86.61	87.14
		日常生活に影響がない健康寿命	72.65	72.69	73.36	73.58	74.21	74.79
	補正	日常生活に影響がない健康寿命	71.87	71.88	72.52	72.75	73.34	73.87
		日常生活影響期間	13.06	13.71	13.47	13.55	13.27	13.27

図1 日常生活に影響がない健康寿命（後置番号4人口補正なし・あり）

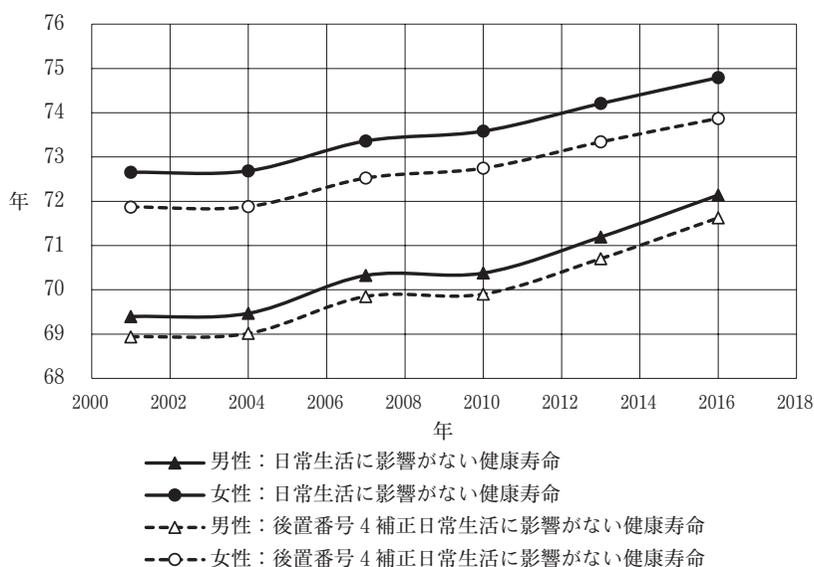
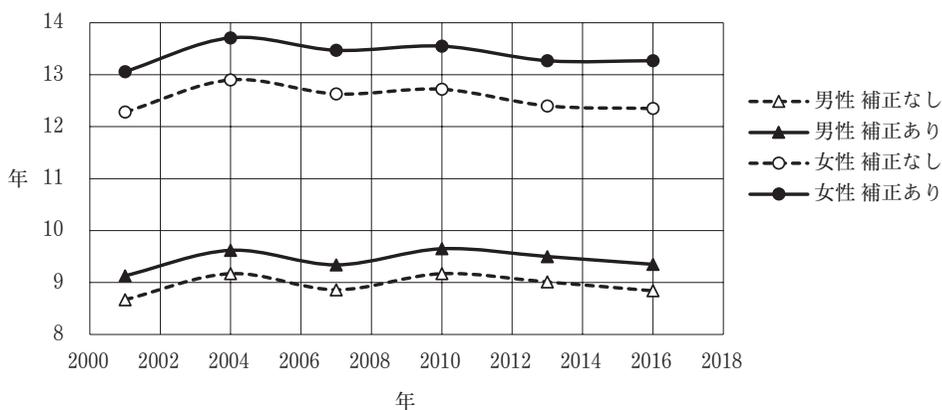


図2 日常生活影響期間（後置番号4人口補正なし・あり）

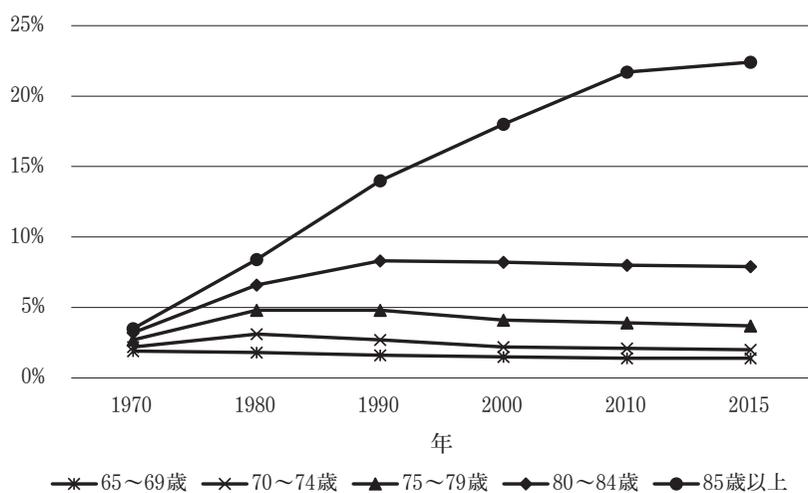


## V. 考察

施設人口が増加していることは、後置番号4人口、世帯の種数別人口、厚労省統計等、いずれの統計からも明らかである。しかしながら、施設人口割合の増加を高齢者について年齢階層別にみると、増加が顕著なのは85歳以上であり、それ以下の年齢層ではほぼ一定、もしくは逆に低下の傾向があるほどである（図3）。80～84歳では1990年まで増加しその後微減、70～74歳、75～79歳では1980年まで増加しその後減少、65～69歳は1970年から一様に減少している。寿命の伸長とともに健康寿命も伸長し、施設に入らねばならない平均年齢は上昇し、より若い高齢者は施設入所の必要がなくなった、あるいは高齢者施設の定員数は限られているため、よりニーズの高い超高齢者の入所しか叶わない、という状況が考えられるが、施設以外の一般世帯における健康寿命は伸長しているので、前者の方が当てはまるだろう。

施設人口を補正しても健康寿命が伸長しているということは、施設人口は増加しているもののその増加は全高齢者人口の増加に応じたものであり、超高齢になるほど人口は少なくなるので、超高齢者が多い施設人口が健康寿命におよぼす影響は少ない、といえる。

図3 年齢5歳階級別にみた施設等世帯人員割合の推移



出典：国勢調査

今回は、40歳以上の後置番号4人口はすべて日常生活に影響があると仮定して補正したが、実際は日常生活に支障がない人も後置番号4人口に含まれていると考えられる。仮定値の方が実際の健康度よりもより不健康側であるので、施設人口を補正しても健康寿命は同様に伸びている、という結論を覆すものではない。後置番号4の国勢調査地区には一般世帯も含まれており（表3）、また特別養護老人ホームなど介護保険施設では確かにすべ

ての人が日常生活に影響があると考えられるが、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅のような日常生活に影響がない高齢者も入居することもある施設が増えていき、その施設がある地区が後置番号4に設定されたならば、後置番号4人口の日常生活に影響がある人の割合は、さらに低くなることが予想される。一方、近年では認知症高齢者グループホームや地域密着型介護老人福祉施設のような、小規模の施設も増えてきており、これらは後置番号4ではなく後置番号1に含まれていると考えられ、国民生活基礎調査の対象地区となるが、そのような小規模施設の入所者が健康票に答えているかは要確認である。これらの人が健康票質問2で「病院や診療所に入院中、又は、介護保険施設に入所中」として除外されているのであれば、実際の健康度はより低くなる方向に作用する。

## VI. おわりに

今回は2001年以降の健康寿命の推移について施設人口補正を試みたが、それ以前、1989年から2001年にかけて健康寿命は縮んでいる期間もある。この時期の主観的健康感を健康度指標とした健康寿命の分析では(Yong and Saito 2009)、健康寿命の短縮は経済状況の悪化によるものとしているが、それ以外の分母に関わる点も指摘できる。1998年までの主観的健康感や日常生活に影響がある人の割合を算出する際の分母には1ヶ月以上の就床者は含まれておらず、2001年以降は含まれている。つまり分母の影響で、1998年以前の健康割合は高く、2001年以後は低くなる方向に作用する。これが実際にどの程度健康寿命の増減に左右するのか、量的に把握することが必要であり、今後の課題としたい。

さらに、今回の分析では、日常生活影響率の最高年齢層は、公表されている数値にあわせて85歳以上をひとくくりにした。実際には超高齢者が増加している中、85歳以上をさらに細分化して分析する必要があるだろう。

また、国民生活基礎調査は、日本人が対象であり、現在増加している外国人は対象とされていない。外国人も住民登録されるようになり、社会統合が課題となっている中、国民生活基礎調査に、「国籍」の質問項目を入れて、外国人も調査対象に含める必要があることは明白であるが、さらに健康寿命についても外国人を含めたうえで推移をみる必要があるだろう。これは出生率や死亡率についても同様の課題である。現状では外国人の平均年齢は低いため、健康寿命に及ぼす影響は無視できるかもしれないが、今後外国人も高齢化してくると、国籍による健康格差が顕在化する可能性もある。

現在進行している平均寿命と並行した健康寿命の伸長は、施設人口の増加を補正しても同様であることがわかった。今後も同様に伸長するのか、調査の対象者、および健康寿命算定の分母が変動する状況を踏まえた上で、正しく健康寿命を把握する必要がある。

付表1 日常生活影響率

	男性						女性					
	2001	2004	2007	2010	2013	2016	2001	2004	2007	2010	2013	2016
0～5	4.1%	3.8%	3.2%	2.9%	2.9%	2.3%	3.3%	3.2%	2.5%	2.6%	2.1%	1.9%
6～9	4.1%	3.8%	3.2%	2.9%	2.9%	2.3%	3.3%	3.2%	2.5%	2.6%	2.1%	1.9%
10～14	5.3%	5.2%	5.2%	5.4%	4.3%	4.5%	4.4%	4.3%	4.4%	4.1%	3.6%	3.9%
15～19	5.3%	5.0%	5.2%	4.6%	4.4%	3.9%	4.8%	5.0%	4.9%	4.5%	4.3%	4.2%
20～24	4.6%	4.8%	4.0%	4.5%	4.0%	4.3%	5.0%	5.4%	5.2%	5.0%	4.9%	4.9%
25～29	4.6%	5.1%	4.9%	4.9%	4.5%	5.0%	5.7%	6.2%	6.0%	5.7%	6.1%	6.7%
30～34	4.9%	5.1%	5.3%	5.7%	5.4%	5.3%	6.9%	6.8%	6.8%	6.6%	6.7%	7.1%
35～39	5.9%	6.3%	6.0%	5.8%	6.4%	6.2%	7.8%	7.4%	7.6%	7.8%	7.9%	7.6%
40～44	7.0%	6.9%	6.5%	6.9%	7.0%	6.5%	7.7%	8.1%	8.6%	8.6%	8.7%	7.9%
45～49	8.0%	8.3%	7.7%	8.6%	8.0%	7.7%	9.7%	10.0%	9.7%	10.2%	10.5%	9.7%
50～54	8.7%	9.6%	9.3%	9.5%	9.6%	9.4%	10.7%	11.7%	11.7%	12.2%	12.4%	11.7%
55～59	11.3%	11.0%	10.9%	12.5%	11.9%	11.3%	12.4%	12.5%	12.5%	13.2%	12.7%	12.6%
60～64	14.5%	14.2%	13.9%	13.9%	14.4%	13.6%	15.0%	14.7%	14.1%	14.1%	13.2%	13.3%
65～69	19.2%	19.9%	17.0%	18.3%	16.2%	15.7%	19.5%	19.8%	18.4%	16.9%	15.9%	15.6%
70～74	23.6%	24.5%	23.6%	23.6%	21.9%	20.8%	26.5%	28.5%	24.6%	23.4%	21.6%	21.0%
75～79	31.2%	31.3%	30.2%	31.0%	28.9%	27.7%	34.7%	36.0%	34.2%	33.2%	30.4%	29.0%
80～84	37.8%	42.2%	40.0%	39.8%	39.7%	35.8%	43.3%	44.9%	43.7%	43.9%	42.1%	41.3%
85+	48.4%	53.3%	50.6%	50.8%	50.6%	48.8%	56.2%	56.7%	56.8%	58.5%	58.1%	56.8%

付表2 後置番号4割合

	男性						女性					
	2001	2004	2007	2010	2013	2016	2001	2004	2007	2010	2013	2016
40～44	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
45～49	0.7%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%
50～54	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%
55～59	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
60～64	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
65～69	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%
70～74	1.7%	1.7%	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.8%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%
75～79	2.5%	2.5%	2.6%	2.6%	2.5%	2.4%	3.7%	3.6%	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%
80～84	4.1%	4.2%	4.2%	4.3%	4.3%	4.3%	7.4%	7.2%	7.1%	7.0%	7.0%	7.0%
85+	8.3%	8.7%	9.1%	9.5%	9.8%	10.1%	16.1%	16.9%	17.6%	18.4%	19.1%	19.8%

付表3 補正日常生活影響率

	男性						女性					
	2001	2004	2007	2010	2013	2016	2001	2004	2007	2010	2013	2014
0～5	4.1%	3.8%	3.2%	2.9%	2.9%	2.3%	3.3%	3.2%	2.5%	2.6%	2.1%	1.9%
6～9	4.1%	3.8%	3.2%	2.9%	2.9%	2.3%	3.3%	3.2%	2.5%	2.6%	2.1%	1.9%
10～14	5.3%	5.2%	5.2%	5.4%	4.3%	4.5%	4.4%	4.3%	4.4%	4.1%	3.6%	3.9%
15～19	5.3%	5.0%	5.2%	4.6%	4.4%	3.9%	4.8%	5.0%	4.9%	4.5%	4.3%	4.2%
20～24	4.6%	4.8%	4.0%	4.5%	4.0%	4.3%	5.0%	5.4%	5.2%	5.0%	4.9%	4.9%
25～29	4.6%	5.1%	4.9%	4.9%	4.5%	5.0%	5.7%	6.2%	6.0%	5.7%	6.1%	6.7%
30～34	4.9%	5.1%	5.3%	5.7%	5.4%	5.3%	6.9%	6.8%	6.8%	6.6%	6.7%	7.1%
35～39	5.9%	6.3%	6.0%	5.8%	6.4%	6.2%	7.8%	7.4%	7.6%	7.8%	7.9%	7.6%
40～44	7.5%	7.4%	7.0%	7.3%	7.4%	6.9%	8.1%	8.5%	8.9%	8.9%	8.9%	8.1%
45～49	8.6%	8.9%	8.2%	9.1%	8.4%	8.1%	10.1%	10.4%	10.1%	10.5%	10.8%	10.0%
50～54	9.4%	10.3%	9.9%	10.1%	10.1%	9.9%	11.2%	12.1%	12.1%	12.6%	12.8%	12.1%
55～59	12.1%	11.8%	11.7%	13.2%	12.6%	12.0%	12.9%	13.0%	13.0%	13.6%	13.1%	13.1%
60～64	15.5%	15.1%	14.8%	14.8%	15.2%	14.4%	15.6%	15.3%	14.7%	14.6%	13.7%	13.9%
65～69	20.3%	20.9%	18.1%	19.4%	17.3%	16.7%	20.3%	20.6%	19.2%	17.7%	16.6%	16.3%
70～74	24.9%	25.8%	24.9%	24.9%	23.1%	22.1%	27.9%	29.8%	25.8%	24.7%	22.8%	22.1%
75～79	33.0%	33.0%	31.9%	32.8%	30.7%	29.5%	37.2%	38.3%	36.4%	35.4%	32.7%	31.2%
80～84	40.3%	44.6%	42.6%	42.4%	42.3%	38.5%	47.5%	48.9%	47.7%	47.9%	46.2%	45.4%
85+	52.7%	57.3%	55.1%	55.5%	55.4%	54.0%	63.3%	64.0%	64.4%	66.1%	66.1%	65.3%

## 参考文献

- 齋藤安彦 (2001) 「健康状態別余命の年次推移：1992年・1995年・1998年」『人口問題研究』, 第57巻第4号, pp. 31-50.
- 井上俊孝, 重松峻夫, 南条善治 (1997) 「日本の1990年健康生命表・世界最長寿命の質の検討」『民族衛生』第63巻第4号, pp.226-240.
- 総務省統計局 (2012) 『平成22年国勢調査 調査区関係資料利用の手引』.
- 橋本修二他 (2012) 『健康寿命の算定方法の指針』平成24年度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) による健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班.
- 林玲子 (2017) 「国勢調査における後置番号別人口」 *Working Paper Series (J)*, No.15, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 林玲子 (2016) 「日本の健康寿命研究の概要および健康寿命の男女差について」『長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす人口学的影響に関する研究—第2報告書—』(所内研究報告第63号) 国立社会保障・人口問題研究所, pp.25-31.
- 別府志海・高橋重郷 (2018) 「主観的健康感と日常生活動作の関係から見た健康期間の分析：2001, 2013年」『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究—第1報告書—』(所内研究報告第77号) 国立社会保障・人口問題研究所, pp.55-74.
- Hashimoto, Shuji et al. (2010) "Trends in Disability-Free Life Expectancy in Japan, 1995-2004," *Journal of Epidemiology*, Vol.20, No.4, pp.308-312.
- Yong, Vanessa and Saito, Yasuhiko (2009) "Trends in Healthy Life Expectancy in Japan: 1986-2004," *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp.467-494.

## Trend of Healthy Life Expectancy Taking into Account the Elderly Care Facility Population

Reiko HAYASHI

Both life expectancy and healthy life expectancy are extending in Japan. As of 2016, the healthy life expectancy was 72.14 years for males and 74.79 years for females, 0.95 years and 0.58 years longer than the healthy life expectancy of 2013, respectively. These official numbers are calculated based on responses to the question concerning "daily life activity limitations due to health reasons" asked in the Comprehensive Survey of Living Conditions, which is carried out every three years (on a large scale) by the Ministry of Health, Labour and Welfare. However, there is a criticism that this survey does not include the elderly care facility population and hence does not truly capture the health status of the total population. In fact, the Comprehensive Survey of Living Conditions takes samples from the census districts of postcodes 1 and 8, which include general households and dormitories, respectively, but not from the census districts of postcode 4, which are occupied by large hospitals and social facilities, including elderly care facilities. As the elderly living in care facilities are expected to have daily life activity limitations, the existing health indicator that does not take this population into account might underestimate the health status of the overall population.

In this paper, healthy life expectancy was adjusted using the proportion of the population of the census districts of postcode 4 by sex and age, under the assumption that all the postcode 4 population have daily life activity limitations due to health reasons. The resulting trend from 2001 to 2016 was compared with the trends without adjustment, and it was confirmed that the increasing trend of healthy life expectancy is not affected by the elderly care facility population adjustment.

Although there is a policy to refrain from increasing the elderly care facility to promote the home-based integrated community care system, the number of facilities still increases and there is an increased diversity of elderly living arrangements such as elderly collective housing or group homes for persons with dementia. The elderly care facility population remains to be taken in consideration as an important factor in the assessment of population health.