

第3章 健康と地域経済

人口が減少するなかで、高齢化が進展し、人生100年時代を迎えようとしている。高齢者を含め、意欲のあるあらゆる世代の人々が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めることが必要であるが、その前提となるのが、「健康」である。単に長生きすることではなく、いかに健康で過ごすことのできる期間を長く保つか、という健康寿命の延伸は、我が国の最重要課題の一つであり、その重要度は、今後ますます高まると考えられる。

健康であることは、そもそも個人の人生やQOL（生活の質）の根幹に関わることである。経済社会全体にとっても、就労・社会参加し、活躍することによる経済への影響、また、医療・介護費用が抑制されて社会保障負担が軽減される等、広範囲な影響を及ぼす。地域経済にとっては、全国より急速に高齢化が進み、既に人手不足問題への対応が喫緊の課題となっている地域もあるなかで、地域で生活する人々の健康は、地域の活力の維持・創出に大きく関わる。

本章では、地域に暮らす人々の健康の状況（以下、健康度）が、地域の経済活動に及ぼす影響、さらに、社会保障費用をみるにあたり、医療費への影響を分析する。また、地域の健康度を高めるためには、都道府県や市町村、身近な近隣のコミュニティやボランティアといった地域が果たす役割も大きい。そこで、どのような地域資源が健康度を高めるかについて分析するとともに、地域のつながりを利用した働きかけの好事例を紹介し、さらなる健康寿命の延伸に向けて、都道府県や市町村等には新たな手法も活用した働きかけが必要とされていることをみていくこととしたい。

なお、本章での「地域」とは、第1節、第2節においては、主に分析の観点から都道府県単位を用いるが、第3節においては、都道府県、市町村といった地方公共団体、身近な近隣のコミュニティ等、人々が生活の上で関わる地域的なつながりを幅広く意味するものとする。

(1) 健康と経済活動

本節では、地域の健康度を包括的に表す指標を概観した上で、健康が経済活動にどのような影響を及ぼすか、具体的には、健康度と有業率や労働生産性との関係、健康が地域の総生産に与える影響、また、健康長寿を新たな需要として捉えて地域の価値向上を図る取組についてみていくこととする。

(地域の健康度を示す指標)

健康度に関する指標として、ここでは、包括的に健康度を把握することができ、かつ、都道府県別データが入手できるという観点から、平均寿命、健康寿命、主観的健康度を

用いることとする（第3-1-1表）。

平均寿命は、国際比較を始めとして、ある地域における包括的な健康度を示す客観的な指標として、長年使われてきた¹⁶。一方で、世界保健機関（WHO）が2000年に健康寿命という新たな定義を提唱してから、単に長生きするだけでなく、いかに健康的に長生きするか、が重視されるようになってきた。我が国においても、国民健康づくり運動を推進する基本的方向性を示した「健康日本21（第二次）」（2012年）や「日本再興戦略」（2013年6月閣議決定）などで、健康寿命の延伸が掲げられる等、健康増進政策の方向性や目標として健康寿命が位置付けられるようになってきた。健康寿命の定義には様々なものがあるが、現在、我が国では、健康寿命の政策指標として、「日常生活に制限のない期間の平均」¹⁷が用いられており、身体的要素、精神的要素、社会的要素を総合的に包含して「健康」という状況を表していることから、ここでも、本指標を中心に地域の健康度をみていくこととする¹⁸。

主観的健康度は、自らの健康状態に関する質問への回答を指数化したものである。各個人は自身の総合的な健康状態についておおむね把握していると考えられること、また、健康についての自覚は他の因子をコントロールした上でも、客観的な健康度よりも強く死亡率と相関するという研究¹⁹もあり、主観的健康度も地域の健康度を測る上で参考になる指標として用いることとしたい。

¹⁶ 国際的に健康度を比較する際に平均寿命を用いる研究は複数存在している（Barro（1996）、Bloom et al.（2004）等）。

¹⁷ 「健康日本21（第二次）」では、主指標が「日常生活に制限のない期間の平均」、副指標が「自分が健康であることを自覚している期間の平均」とされている。

¹⁸ 「日常生活に制限のない期間」は、3年毎に実施される国民生活基礎調査の自己申告の回答を基に算出されているため、より客観的な指標が必要、毎年算出すべき、との指摘がある。厚生労働省の「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」報告書（2019年3月）では、現行の指標を「健康」という状態を表す指標としては妥当と考えられるとしつつ、今後、補完的指標として、介護保険データも用いた要介護2以上を「不健康」と定義した「日常生活動作が自立している期間の平均」を活用する、としている。

¹⁹ 例えば、「自覚的健康」と死亡危険度に関する代表的なサーベイ研究として（Idler and Benyamini（1997））がある。

第3-1-1表 健康度の尺度

平均寿命	ある年の死亡状況が今後変化しないと仮定した場合の、ゼロ歳児が生存する年数の平均。具体的には、生命表から各年齢ごとの生存数（当該年齢の1つ前の生存数に「1-当該年齢の死亡率」を掛けることで得られる）を算出した上で、生命表から得られるゼロ歳以上の定常人口の総和を、ゼロ歳児の生存数で割ることで平均寿命を得る。定常人口とは、各年齢の者がそれ以後1年の間に生存すると期待される年数の和のことを言う。
健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均。具体的には、厚生労働省「国民生活基礎調査」の「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。」という問に対して「ない」を選択した者の割合を性・年齢別に算出し、それに生命表から算出した都道府県ごとの性・年齢別の定常人口を掛けて、日常生活に制限のない者の定常人口を得る。ここから、上記生命表から得られる性・年齢別の生存数で割ることで健康寿命を得る。
主観的健康度	回答者に対して、「健康ではない」を1点、「どちらかといえば健康ではない」を2点、「どちらともいえない」を3点、「どちらかといえば健康である」を4点、「健康である」を5点として、健康感を指数化したもの。

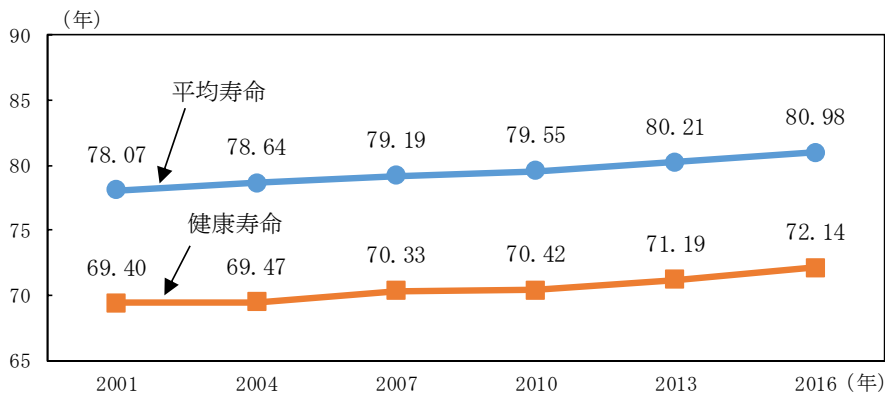
(備考) 厚生労働省「簡易生命表」、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)による健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班「健康寿命の算定方法」、内閣府(2011年度)「第1回生活の質に関する調査結果(インターネット調査)(検討用資料)」より作成。

(ともに延伸している平均寿命及び健康寿命)

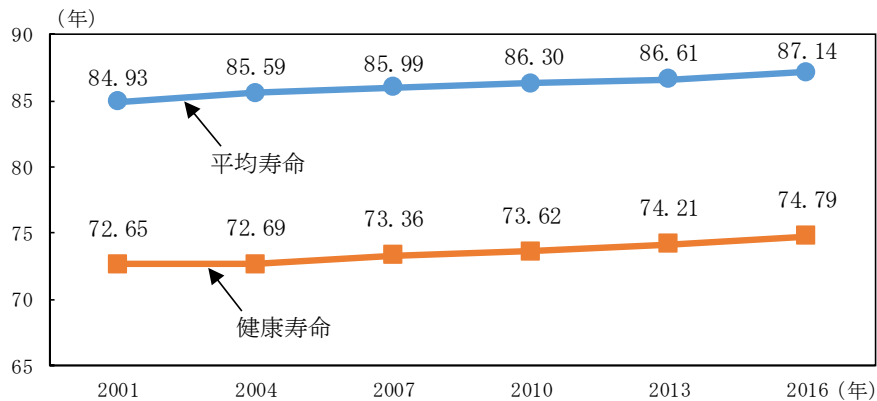
まず、平均寿命及び健康寿命の推移をみると、平均寿命については、2001～2016年にかけて、男性は78.07年から80.98年に、女性は84.93年から87.14年に延伸した。健康寿命についても、同期間に男性は69.40年から72.14年に、女性は72.65年から74.79年に延伸している。平均寿命及び健康寿命の双方について、男女ともに着実に延伸しており、医療の進歩や健康志向の高まり等により日本人の健康度は上昇している(第3-1-2図)。男女別にみると、男性よりも女性の方が平均寿命及び健康寿命共に長い。ただし、女性については、健康寿命自体は男性より長いものの、平均寿命がそれ以上に長いため、日常生活に支障が出る期間(平均寿命-健康寿命)も長くなっている。

第3-1-2図 平均寿命及び健康寿命の推移

男性



女性

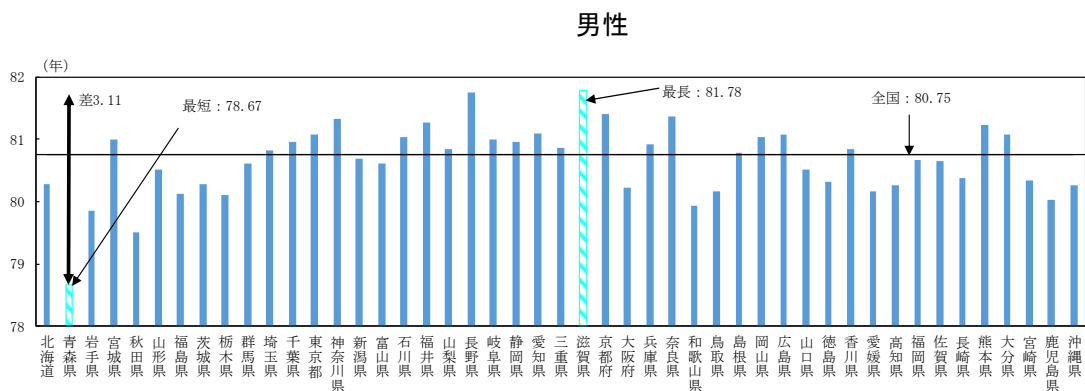


(備考) 厚生労働省「第22回生命表(完全生命表)」、「平成30年簡易生命表」、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(平成28～30年度)」、「健康日本21(第二次)の推進に関する研究(平成25～27年度)」、「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究(平成23～24年度)」資料より作成。

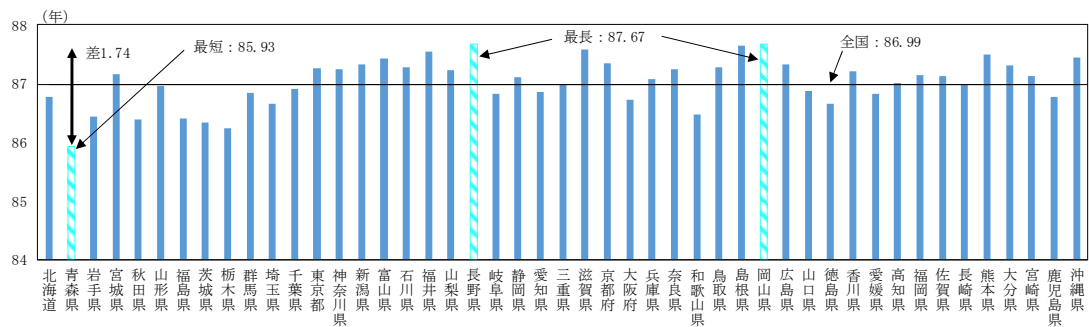
(都道府県間の平均寿命及び健康寿命の差は縮小)

平均寿命を都道府県別にみると、男性では、最長の滋賀県では81.78年であるのに対し、最短の青森県では78.67年と最大3.11年の差がある(第3-1-3図)。女性は都道府県間の差が男性に比べて小さく、最長は長野県及び岡山県の87.67年となっているのに対し、最短は青森県の85.93年でその差は1.74年である。

第3-1-3図 都道府県別の平均寿命(2015年)



女性



(備考) 厚生労働省「平成 27 年都道府県別生命表」、「第 22 回生命表 (完全生命表)」より作成。

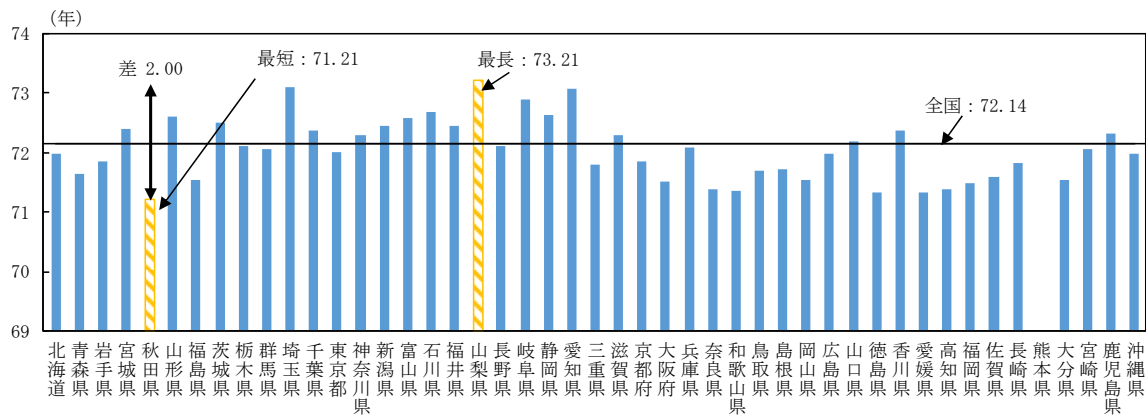
次に健康寿命を都道府県別にみると、男性については都道府県間の差が縮まり、最長が山梨県の 73.21 年となっているのに対し、最短が秋田県の 71.21 年となっており、差は 2.00 年である (第 3-1-4 図)。他方、女性については健康寿命になると都道府県間の差が広がり、最長が愛知県の 76.32 年となっているのに対し、最短は広島県の 73.62 年であり、差は 2.70 年である。

平均寿命という点からみても、健康寿命という点からみても、都道府県間ではばらつきがみられる。ただし、都道府県間の地域差 (最長の都道府県 - 最短の都道府県) は、平均寿命については、2000 年では男性 3.23 年、女性 2.32 年であったが、2015 年では男性 3.11 年、女性 1.74 年、健康寿命については、2001 年では、男性 3.98 年、女性 3.44 年であったが 2016 年には男性 2.00 年、女性 2.70 年と、地域差は縮小傾向にある²⁰。

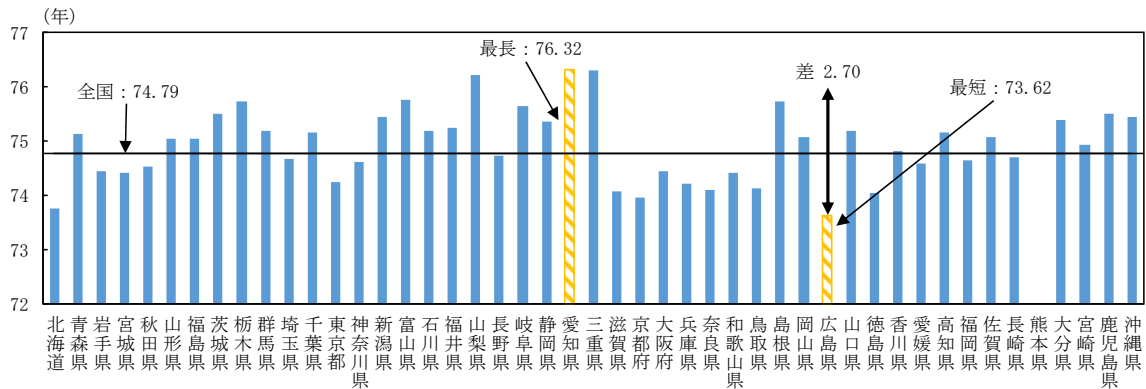
²⁰ ばらつきを標準偏差でみると、平均寿命については、2000 年の男性が 0.32、女性が 0.19、2015 年の男性が 0.33、女性が 0.16 となっている。健康寿命については、2001 年の男性が 0.76、女性が 0.52、2016 年の男性が 0.26、女性が 0.42 となっており、健康寿命については都道府県間のばらつきが縮小している。

第3-1-4図 都道府県別の健康寿命（2016年）

男性



女性

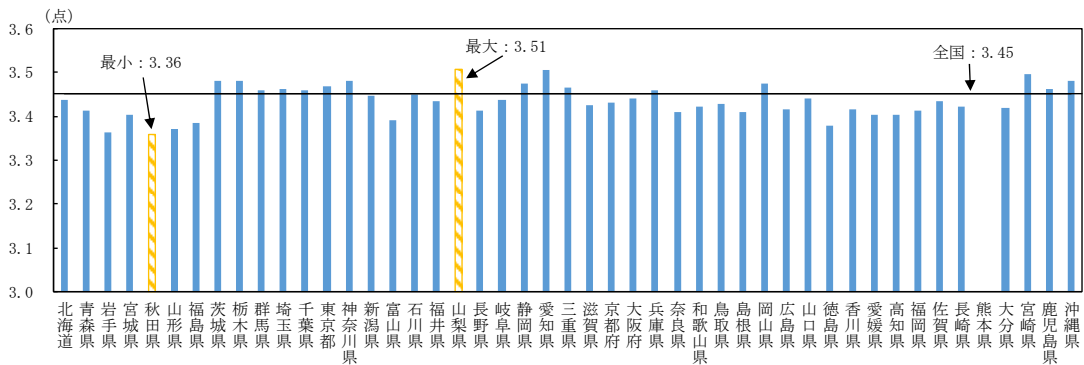


- (備考) 1. 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（平成28～30年度）」より作成。
 2. 熊本県は「平成28年熊本地震」により調査を行っていないため欠損値となっている。

(主観的健康度はおおむね普通からやや良い)

次に主観的健康度について都道府県別にみていく。主観的健康度の全国平均は3.45で、最大が3.51の山梨県、最小が3.36の秋田県となっている。主観的健康度は3が普通、4がやや良いという判断になることから、各都道府県で主観的健康度はおおむね普通からやや良いと言える（第3-1-5図）。

第3-1-5図 都道府県別の主観的健康度（2016年）



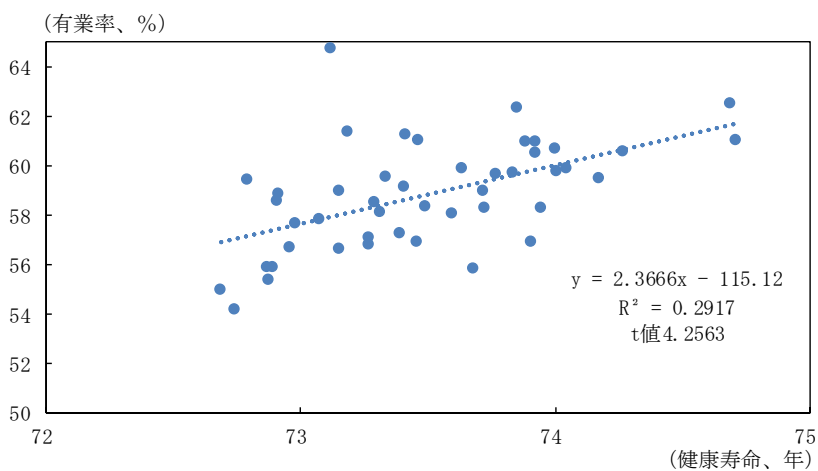
- (備考) 1. 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」より内閣府作成。
 2. 「国民生活基礎調査（平成28年）」において、熊本県は「平成28年熊本地震」により調査を行っていないため欠損値となっている。

（健康度と社会参加には一定の関係が存在）

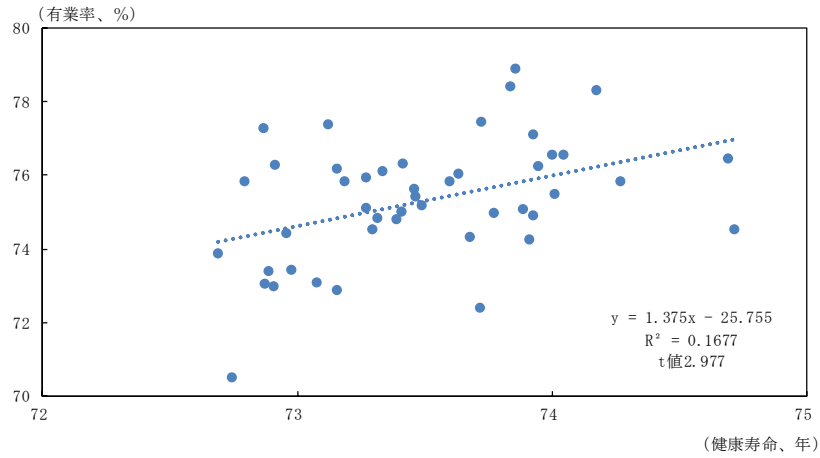
健康度が地域の経済活動に与える影響として、人々の健康度、特に中高年の健康度が高まれば、働くこと等を通じて社会に参加する人が増えるという効果が考えられる。そこで、都道府県別データを用いて健康寿命と社会参加の一つの指標として有業率の関係についてみると、健康寿命と有業率には正の相関関係がみられた（第3-1-6図）。

また、年齢層による違いをみるために、健康寿命と15～49歳及び50歳以上の年齢階級別の有業率の関係をみると、いずれも正の相関関係がみられ、後者の方が前者に比べて相関は強くなっている（第3-1-7、8図）。さらに、主観的健康度についても同様の相関関係がみられた（第3-1-9図）。

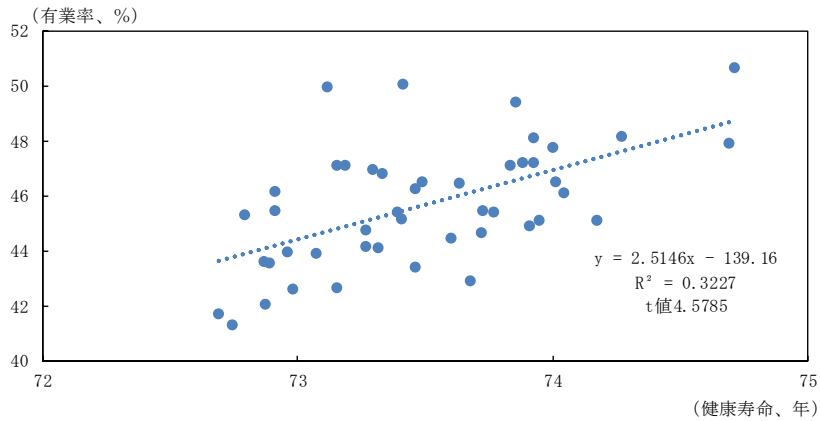
第3-1-6図 健康寿命と有業率



第3-1-7図 健康寿命と有業率（15～49歳）

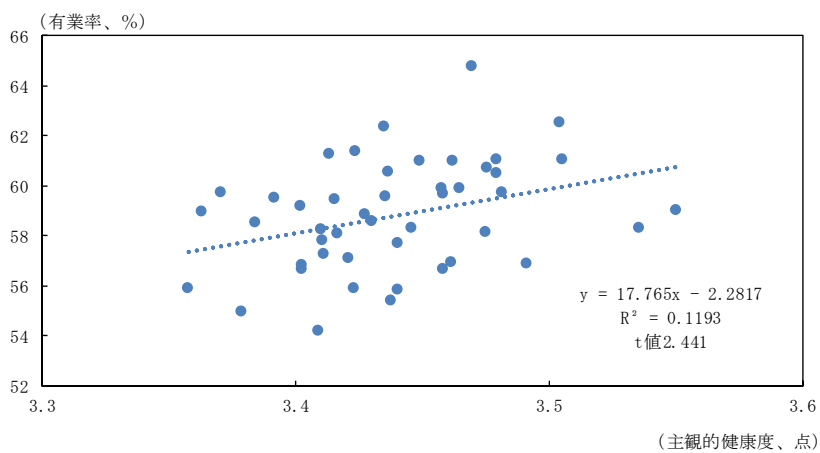


第3-1-8図 健康寿命と有業率（50歳以上）



(備考) 総務省統計局「就業構造基本調査（平成29年）」、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（平成28～30年度）」より作成。

第3-1-9図 主観的健康度と有業率



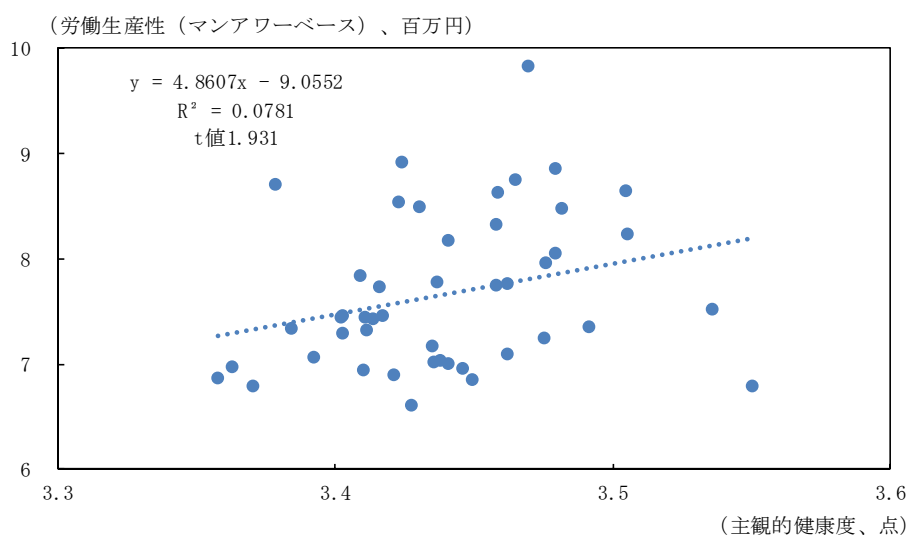
(備考) 総務省統計局「就業構造基本調査（平成29年）」、厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」より内閣府作成。

また、人々の健康度が高まれば、働く人のパフォーマンスが高まり、病気による欠勤がなくなる等、労働生産性が向上するという効果が考えられる。そこで、主観的健康度と労働生産性の関係をみると、こちらも正の相関関係がみられる²¹（第3-1-10図）。

なお、都道府県別というデータの特性から、労働生産性には、産業構造の違い等様々な社会的要因が影響しているとみられる²²。また、有業率等の社会参加においても、女性における結婚・出産といったライフイベントの就労への影響、労働生産性では学歴や経験年数といった要因の影響も大きいと考えられる。

一方で、健康度が労働に与える影響を、健康以外の要因を考慮しながら分析した研究では、男性については健康状態の悪化は無職となる確率を上昇させるとともに、労働時間を減少させる効果があるという指摘²³や、賃金率が低下することも確かめられている²⁴。

第3-1-10図 主観的健康度と労働生産性（2016年）



- (備考) 1. 内閣府「県民経済計算」、厚生労働省「毎月勤労統計調査（地方調査）」、「国民生活基礎調査（平成28年）」より内閣府作成。
 2. 労働生産性は、県内総生産（実質）を労働投入量（総実労働時間×常用労働者数、事業所規模5人以上、年平均）により割ることで算出。

（健康度の高まりによって県内総生産が増加）

それでは、健康度が生産に影響を与える可能性についてみていく。以下では、健康が県内総生産に与える影響についてモデル分析を行う。Bloom et al. (2004)は、コブ・ダグラス型の生産関数に人的資本の一部として健康（平均寿命）を取り込んでパネルデー

²¹ なお、健康寿命と労働生産性についてはこうした関係はみられなかった。

²² 内閣府政策統括官（経済財政分析担当）『地域の経済2018』による。

²³ 濱秋・野口（2010）。

²⁴ 湯田（2010）、上村・駒村（2017）及びJackle and Himmler（2010）。

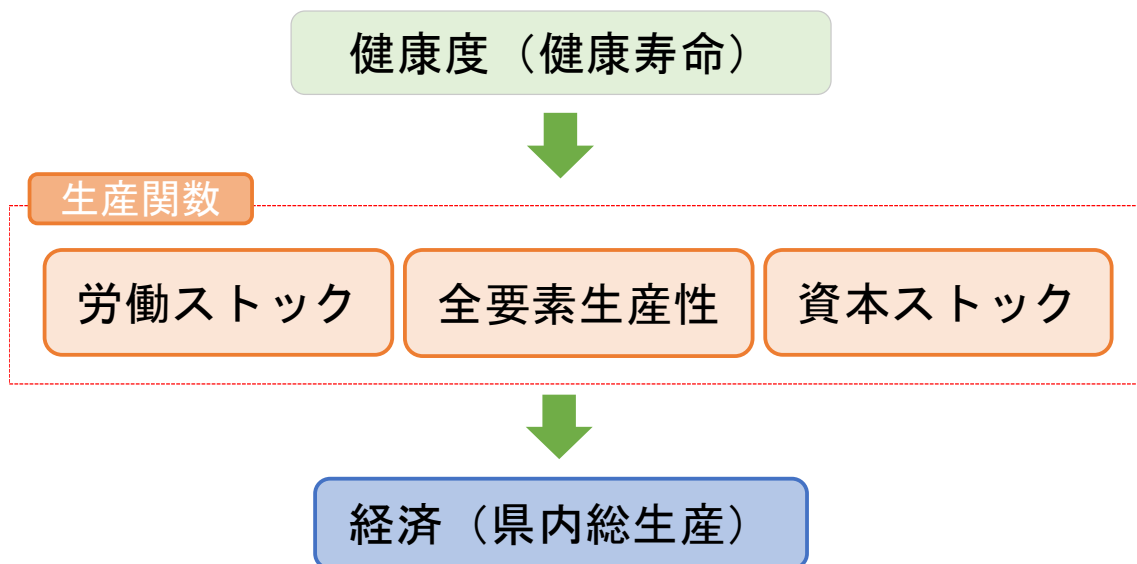
タ推計を行ったところ、平均寿命の1年の延伸が国内総生産を4%増加させるという結果を得ている。このモデルを参考に、都道府県データを用いて、健康が県内総生産に影響を与えるかについて、分析することとする。データの制約上、パネルデータ分析は難しいことから、1時点のデータを用いて推計を行う。労働ストック、資本ストック、教育年数及び経験年数でコントロールしながら、県内総生産と健康度（健康寿命）の関係を推計すると、両者には統計的に正に有意な関係がみられた。他の条件が一定であれば、より健康度が高い地域ほどより県内総生産が高い傾向にあると言える。

$$\ln Y_i = -8.427 + 0.501^{**} \ln K_i + 0.574^{***} \ln L_i + 0.266^{***} s_i + 0.074^{**} \exp_i - 0.001 \exp_i^2 + 0.056^{***} h_i$$

(備考) 1. **, ***はそれぞれ5%、1%の有意水準で有意であることを示す。
2. 分析結果の詳細については付注3-1を参照。

これまでみてきたことから、地域で暮らす人々の健康度が高まれば、職を持つ人が増加し、労働者個人の生産性が向上する等により、労働力の量及び質が向上し、各地域の総生産を押し上げる可能性があることがうかがえる（第3-1-11図）。

第3-1-11図 健康度と生産の関係



(備考) 内閣府作成。

(健康長寿による地方創生の取組)

高齢化が進むなかで、「健康」を将来的に増大する需要として積極的に捉え、地域活性化を図ろうという取組も進んでいる。「第2期まち・ひと・しごと創生総合戦略」(2019年12月閣議決定)では、地域の「稼ぐ力」や「地域価値」の向上を図る「稼げるまちづくり」を推進していくこととしている。健康長寿のまちづくりは、まち全体の「地域価値」の向上により、稼げるまちづくりの実現につながることから、地方都市においては、地域資源を活用し、ハードとソフトが連携した官民協働の取組を進めている。

また、稼げるまちづくりの取組事例集「地域のチャレンジ100」では、地方都市における健康長寿をテーマとした稼げるまちづくりとして、事例が紹介されている(第3-1-12表)。

第3-1-12表 健康長寿をテーマとした稼げるまちづくりの取組事例

市町村名	事業の概要	取組内容
山形県上山市	地域資源を生かした健康保養地(クアオルト)づくり	・滞在型の新たな健康保養地を目指し、ウォーキングコースを8か所設置し、健康ウォーキングを通年行っている。
千葉県柏市	公・民・学連携による健康増進	・健康増進サービスの拠点を整備するとともに、体組成や運動能力等の計測サービス、健康・美容情報のレクチャー等を無料で提供している。
新潟県見附市	「健幸」まちづくりによる運動量の増加を通じた医療費削減とまちの賑わい拡大	・社会参加(外出)できる場づくりや歩きたくなる快適な歩行空間の整備を行っている。また、日々の運動等により健幸ポイントがたまる仕組みづくりを行い、1ポイント=1円で地域商品券などに交換できるサービスを行っている。

(備考) 内閣府地方創生推進事務局資料より作成。

(2) 健康と医療費

高齢化の進展は、社会保障費用の増大をもたらすが、健康な状態でより長く過ごすことができれば、結果的に医療・介護費用の増加を抑制することにつながると思われる。本節では、健康を害したときに発生する代表的な費用である医療費と地域の健康度の関係について分析する。

(1人当たり医療費は都道府県間にばらつきがみられる)

まず、1人当たり医療費を都道府県別にみてみよう(第3-2-1図)。都道府県間の年齢構成の違いは1人当たり医療費にも影響を与えることを考慮し、こうした年齢構成の違いを調整した年齢調整後の1人当たり医療費をみると、最も高い福岡県が約39万円となる一方、最も低い新潟県は約29万円となり、差は約10万円となっている。なお、年齢調整前の1人当たり医療費については、最も高い高知県(約45万円)と最も低い千葉県(約30万円)の差は約15万円となっている。年齢調整後の1人当たり医療費の地域差は、年齢調整前の地域差に比べれば小さいものの、金額としては大きな都道府県格差がある。

年齢調整後の1人当たり医療費の都道府県の最大差約10万円のうち、約6万円が入院