

## 男子平均寿命の国内格差について

—青森県と長野県の比較を通して—

ワタヒキ ノブヨシ ハタ エイイチ  
綿引 信義\*1 畑 栄一\*2

**目的** 青森県と長野県における男子平均寿命の格差を年齢構造と死因構造から分析し、男子平均寿命の国内格差の縮小に資することを目的に検討した。

**資料および方法** 都道府県別生命表（1995年，2000年，2005年），人口動態統計（1995～1997年，1999～2001年および2003～2005年）そして国勢調査結果（1995年，2000年，2005年）を用い、年齢階級別死亡率が男子平均寿命の格差に寄与している年数・割合と年齢階級別死因別死亡率の格差が男子平均寿命の格差に寄与している年数・割合を算出した。

**結果** 青森県と長野県の男子平均寿命の格差は，1995年の3.37年から2000年の3.23年へ0.14年縮小し，2005年には3.57年と拡大した。1995～2005年における両県の男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の格差の寄与年数は，55～79歳の間の年齢階級で最も大きかった。また，2005年の60～64歳を除いて10%以上の寄与割合を示し，いずれの年次においても55～79歳の寄与割合は55%以上であった。一方，2005年には0歳の寄与割合は0.0%となり格差への寄与がなくなった。平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与年数の順位は，3年次とも第1位悪性新生物，第2位心疾患と不変であるが，2005年に自殺が肺炎に変わって第3位となった。悪性新生物の寄与年数は，年次の推移とともにそれぞれ0.97年，1.04年，1.11年と上昇していた。2005年の55～79歳の年齢層における寄与年数は，悪性新生物0.80年，心疾患0.32年，脳血管疾患0.20年，肺炎0.17年および自殺0.13年であった。

**結語** これらの結果から，両県の男子平均寿命の格差を縮小するためには55～79歳の年齢階級およびその格差に対する寄与が大きい3大死因（悪性新生物，心疾患，脳血管疾患），自殺，肺炎に焦点を当てたさらなる検討が必要であることが示唆された。

**キーワード** 男子平均寿命，格差，年齢階級別死亡率，死因別死亡率，寄与年数

### はじめに

わが国の男子平均寿命は，都道府県別生命表が発表されて以来，順調に延びてはいるが，地域に目を向けると未だに相当の地域格差が残存しているのが現状である。

都道府県別生命表から1965年以降2005年までの男子平均寿命の都道府県別順位をみると，過去3回（1995年，2000年および2005年）を通し

て40位以下のグループに属している都道府県は青森県，秋田県，和歌山県となっている。これに対して，上位グループに属している都道府県は長野県，福井県，神奈川県が挙げられる。また，第1位と最下位の男子平均寿命の格差は従来1975年における3.50年が最も大きかったが，2005年にはこれを凌ぎ3.57年を示し過去40年間で最大となっている。

そこで，本研究では1995年以降2005年まで第

\* 1 国立保健医療科学院研修企画部第一室長 \* 2 前同室長

表1 男子平均寿命と格差

(単位 年)

順位	1995年		2000		2005	
	都道府県	平均寿命	都道府県	平均寿命	都道府県	平均寿命
1	長野県	78.08	長野県	78.90	長野県	79.84
2	福井県	77.51	福井県	78.55	滋賀県	79.60
3	熊本県	77.31	奈良県	78.36	神奈川県	79.52
45	大阪府	75.90	高知県	76.85	岩手県	77.81
46	兵庫県	75.54	秋田県	76.81	秋田県	77.44
47	青森県	74.71	青森県	75.67	青森県	76.27
格差(1位と47位の差)						
		3.37		3.23		3.57

注 順位は男子平均寿命の上位と下位の3都道府県

1位の長野県と最下位の青森県の男子平均寿命の格差を年齢構造と死因構造の視点から分析し、男子平均寿命の格差の縮小に資することを目的に検討を行った。

### 資料および方法

資料として、1995年から1997年、1999年から2001年および2003年から2005年までの人口動態統計、1995年、2000年および2005年の国勢調査結果、そして1995年、2000年および2005年の都道府県別生命表を用いた。

方法として、まず、青森県と長野県における男子の年齢別死亡率の格差が男子平均寿命の格差に対してどの程度寄与したか(寄与年数と寄与割合)を算出し分析した。この分析には小林<sup>1)</sup>、高橋<sup>2)</sup>の方法を基本にし、さらに西田、綿引<sup>3)4)</sup>が用いた方法を使用した。

次に、男子平均寿命の格差の死因構造分析については、1995年から1997年、1999年から2001年および2003年から2005年までの人口動態統計と上記の方法で得た結果を用いて、青森県と長野県の男子死亡率の差が両県の男子平均寿命の格差に寄与する年数と寄与割合を算出した。なお、青森県および長野県の年齢階級別死因別死亡数が少ないことを考慮して、対象年と前後各1年を含む3年間の平均死亡数を用いた。なお、1995年からICD-10が適用されICD-9との変更点大きいことを考慮して1995年、1996年および1997年を対象年とし、また、2006年の両

表2 男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の格差の寄与

	1995年		2000		2005	
	寄与年数	(%)	寄与年数	(%)	寄与年数	(%)
合計	3.37	100	3.23	100	3.57	100
0歳	0.15	4.45	0.15	4.56	0.00	0.00
0~4	0.16	4.61	0.13	4.07	0.02	0.66
5~9	0.01	0.37	0.00	0.05	0.04	1.15
10~14	0.00	0.09	0.01	0.37	-0.01	-0.21
15~19	0.03	0.83	-0.03	-0.97	0.00	-0.08
20~24	0.09	2.65	-0.04	-1.12	0.02	0.64
25~29	0.05	1.50	0.02	0.68	0.03	0.90
30~34	0.05	1.52	0.05	1.62	0.12	3.39
35~39	0.08	2.46	0.10	2.94	0.12	3.30
40~44	0.19	5.53	0.17	5.27	0.17	4.77
45~49	0.18	5.28	0.22	6.69	0.27	7.43
50~54	0.25	7.37	0.24	7.41	0.25	7.05
55~59	0.39	11.52	0.38	11.80	0.36	10.20
60~64	0.36	10.79	0.37	11.40	0.35	9.76
65~69	0.34	9.99	0.40	12.26	0.44	12.32
70~74	0.37	10.84	0.37	11.45	0.42	11.88
75~79	0.40	11.95	0.33	10.31	0.45	12.49
80~84	0.25	7.41	0.30	9.25	0.31	8.60
85~89	0.16	4.71	0.16	4.95	0.17	4.78
90~94	0.01	0.43	0.03	0.79	0.02	0.60
95歳以上	0.01	0.15	0.02	0.76	0.01	0.37
55~79	1.86	55.08	1.85	57.22	2.02	56.66
65歳以上	1.53	45.47	1.61	49.77	1.82	51.05

県における年齢階級別死因別死亡数が、公表されていなかったため2003年、2004年および2005年を用いた。

### 結果

#### (1) 男子平均寿命と格差について

表1に1995年以降2005年まで男子平均寿命の上位と下位の3都道府県および第1位と最下位の格差を示す。この期間、第1位の長野県と最下位の青森県における男子平均寿命の順位に変化はないが、両県の男子平均寿命は延びており、2005年には長野県は79.84年、青森県は76.27年となっていた。両県の男子平均寿命の格差は、1995年の3.37年から2000年には一旦3.23年へと0.14年縮小したが、2005年には3.57年に再び拡大した。

#### (2) 男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の寄与について

表2に青森県と長野県の男子平均寿命の格差

に対する各年齢階級別死亡率の格差の寄与年数と寄与割合の結果を示す。

まず、1995年の青森県と長野県の男子平均寿命の格差に対する5歳階級別の年齢階級別死亡率の格差の寄与割合をみると、55～79歳の間の5つの年齢階級はすべて10%以上の寄与割合を示し、全体の格差の過半（55.08%）を占めていた。その中で最も大きな寄与割合（11.95%）を示していたのが75～79歳、次いで55～59歳の11.52%であった。0歳単独の寄与割合も4.45%（0.15年）を示し、大きな数値を示していた。寄与年数でみると、75～79歳が0.40年、55～59歳が0.39年となっていた。65歳以上の年齢階級における死亡率の格差の男子平均寿命の格差に対する寄与年数は75～79歳が0.40年（11.95%）と最も高い値を示し、65歳以上の年齢層が占める寄与年数は1.53年（45.47%）であった。

次に、2000年における寄与割合は、1995年同

様、55～79歳のすべての年齢階級において10%以上の寄与割合を示し、全体の格差に占める割合は57.22%となっていた。その年齢層中で65～69歳が最も大きな寄与割合（12.26%）を示し、次いで55～59歳が11.80%となっていた。0歳の寄与割合も1995年とほぼ同じ値を示していた。寄与年数においては65～69歳が0.40年、55～59歳が0.38年となっていた。2000年には男子平均寿命の格差が縮小したにもかかわらず、65歳以上の占める寄与年数は1.61年（49.77%）となり1995年の寄与年数を上回っていた。男子平均寿命の格差を縮める方向に寄与していたのは、15～19歳（-0.97%）と20～24歳（-1.12%）の2つの年齢階級のみであった。

続いて、2005年の寄与割合をみると、55～79歳の間の年齢階級は60～64歳を除いてすべて10%以上の寄与割合を示し、全体の格差の56.66%を占めていた。その中で1995年と同じく75～79歳が最も大きな寄与割合（12.49%）を示し、次いで65～69歳の12.32%であった。

0歳の寄与割合は0.00%を示し、格差に対する寄与がなくなっていた。寄与年数では75～79歳が0.45年となり過去10年間で最も大きな値を示し、続いて65～69歳の0.44年となっていた。65歳以上の寄与年数は1.82年となり、寄与割合もはじめて50%を上回った。男子平均寿命の格差を縮める方向に寄与していたのは、10～14歳（-0.21%）と15～19歳（-0.08%）の2つの年齢階級となっていた。

最後に、過去10年

表3 男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与

	1995年			2000			2005		
	寄与年数	(%)	順位	寄与年数	(%)	順位	寄与年数	(%)	順位
合計	3.37	100		3.23	100		3.57	100	
結核	0.03	0.77		0.01	0.29		0.00	0.10	
敗血症	-0.01	-0.16		0.01	0.26		-0.01	-0.22	
ウイルス肝炎	-0.01	-0.20		0.00	0.13		0.01	0.31	
悪性新生物	0.97	28.64	1	1.04	32.12	1	1.11	31.03	1
（再）胃の悪性新生物	(0.16)	(4.70)		(0.17)	(5.20)		(0.20)	(5.55)	
（再）結腸の悪性新生物	(0.06)	(1.78)		(0.07)	(2.03)		(0.08)	(2.37)	
（再）直腸S状結腸移行部	(0.04)	(1.33)		(0.06)	(1.73)		(0.07)	(1.90)	
（再）肝及び肝内胆管	(0.13)	(3.80)		(0.06)	(1.98)		(0.11)	(3.04)	
（再）膵の悪性新生物	(0.06)	(1.66)		(0.09)	(2.78)		(0.04)	(1.16)	
（再）気管、気管支及び肺	(0.23)	(6.83)		(0.30)	(9.44)		(0.31)	(8.75)	
（再）その他の悪性新生物	(0.08)	(2.47)		(0.08)	(2.56)		(0.08)	(2.20)	
糖尿病	0.08	2.28		0.08	2.35		0.06	-1.73	
神経系の疾患	-0.03	-0.92		-0.01	-0.26		0.01	0.36	
高血圧性疾患	0.00	0.05		0.00	0.11		0.00	-0.03	
心疾患(高血圧性除く)	0.51	15.00	2	0.48	14.92	2	0.54	15.02	2
（再）心不全	(0.18)	(5.33)		(0.14)	(4.45)		(0.12)	(3.27)	
脳血管疾患	0.23	6.76	5	0.28	8.59	4	0.31	8.55	5
（再）くも膜下出血	(0.03)	(0.74)		(-0.01)	(-0.19)		(0.03)	(0.90)	
（再）脳内出血	(0.06)	(1.78)		(0.09)	(2.94)		(0.09)	(2.45)	
（再）脳梗塞	(0.10)	(3.02)		(0.17)	(5.19)		(0.17)	(4.77)	
肺炎	0.40	11.95	3	0.40	12.35	3	0.32	9.09	4
肝疾患	0.14	4.11		0.14	4.39	6	0.11	2.99	
腎不全	0.08	2.37		0.09	2.82		0.10	2.74	
周産期に発生した病態	0.08	2.50		0.08	2.34		0.01	0.25	
先天奇形及び染色体異常	0.06	1.91		-0.01	-0.36		0.01	0.21	
老衰	0.02	0.72		0.01	0.20		-0.02	-0.44	
不慮の事故	0.25	7.43	4	0.20	6.05	5	0.20	5.71	6
（再）交通事故	(0.16)	(4.80)		(0.07)	(2.02)		(0.09)	(2.51)	
自殺	0.20	5.97	6	0.11	3.41		0.47	13.15	3
その他の死因	0.36	10.82		0.33	10.32		0.34	9.44	

注（再）：再掲、( )内の数値は再掲された死因による寄与割合および寄与年数

間の男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の寄与をみると、3年次とも55～79歳の占める寄与割合は55%以上を示していた。また、この年齢層における寄与年数は1995年と2000年においてほぼ同様な数値（1.86年と1.85年）を示していたが、2005年には2.02年と増加していた。

(3) 男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与について

青森県と長野県の男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与について検討を加えた結果を表3に示す。

はじめに、1995年の男子平均寿命の格差（3.37年）に対する死因別死亡率の格差の寄与年数と寄与割合の大きい死因からみると、悪性新生物0.97年（28.64%）、心疾患0.51年（15.00%）、肺炎0.40年（11.95%）、不慮の事

故0.25年（7.43%）、脳血管疾患0.23年（6.76%）そして自殺0.20年（5.97%）の順となっていた。上記の6死因を合わせると寄与年数は2.56年となり、寄与割合は76.0%を占めていた。

次に、2000年の男子平均寿命の格差（3.23年）に対する主要死因別死亡率の格差への寄与、すなわち、格差への寄与年数と寄与割合は悪性新生物1.04年（32.12%）、心疾患0.48年（14.92%）、肺炎0.40年（12.35%）、脳血管疾患0.28年（8.59%）、不慮の事故0.20年（6.05%）、肝疾患0.14年（4.39%）の順に大きかった。悪性新生物の寄与年数が1年以上となり、上記の死因を合わせた寄与年数は2.54年（78.6%）となり、格差の3/4以上を担っていた。

続いて、2005年の男子平均寿命の格差（3.57年）に対する死因別死亡率の格差の寄与年数および寄与割合をみると、第1位が悪性新生物1.11年（31.03%）、次いで心疾患0.54年

表4 青森県一長野県の男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与—2005年—  
55～79歳の間の年齢階級

(単位 %)

	55～59歳	60～64	65～69	70～74	75～79	55～79歳		
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	寄与割合(%)	寄与年数	順位
合計	10.20	9.76	12.32	11.88	12.49	56.65	2.02	
結核	0.08	-0.03	0.00	0.01	0.03	0.10	0.00	
敗血症	0.01	0.03	-0.05	-0.08	0.02	-0.08	0.00	
ウイルス肝炎	-0.01	0.06	-0.12	0.05	-0.01	-0.04	0.00	
悪性新生物	3.01	4.43	5.53	4.98	4.45	22.40	0.80	1
(再)胃の悪性新生物	(0.62)	(0.90)	(0.94)	(0.97)	(0.53)	(3.95)	(0.14)	
(再)結腸の悪性新生物	(0.25)	(0.09)	(0.46)	(0.52)	(0.47)	(1.80)	(0.06)	
(再)直腸S状結腸移行部	(0.04)	(0.48)	(0.55)	(0.24)	(0.39)	(1.70)	(0.06)	
(再)肝及び肝内胆管	(0.53)	(0.32)	(0.47)	(0.43)	(0.34)	(2.08)	(0.07)	
(再)膵の悪性新生物	(0.12)	(0.05)	(0.35)	(-0.14)	(0.31)	(0.83)	(0.02)	
(再)気管、気管支及び肺	(0.67)	(1.08)	(1.24)	(1.71)	(1.42)	(6.12)	(0.22)	
(再)その他の悪性新生物	(0.12)	(0.27)	(0.16)	(0.35)	(0.34)	(1.24)	(0.04)	
糖尿病	0.32	0.16	0.24	0.16	0.21	1.09	0.04	
神経系の疾患	0.04	-0.09	-0.03	-0.06	-0.06	-0.21	-0.01	
高血圧性疾患	-0.07	0.06	0.02	0.06	-0.04	0.03	0.00	
心疾患(高血圧性除く)	1.65	1.36	1.90	1.81	2.30	9.02	0.32	2
(再)心不全	(0.37)	(0.28)	(0.33)	(0.68)	(0.56)	(2.22)	(0.08)	
脳血管疾患	0.83	0.50	1.50	1.12	1.58	5.53	0.20	3
(再)くも膜下出血	(-0.01)	(0.18)	(0.19)	(-0.08)	(0.04)	(0.40)	(0.01)	
(再)脳内出血	(0.55)	(-0.11)	(0.65)	(-0.03)	(0.27)	(1.47)	(0.05)	
(再)脳梗塞	(0.34)	(0.44)	(0.63)	(1.13)	(1.20)	(3.73)	(0.13)	
肺炎	0.42	0.47	0.74	1.04	1.96	4.63	0.17	4
肝疾患	0.45	0.32	0.24	0.13	0.19	1.34	0.05	
腎不全	0.25	0.07	0.23	0.40	0.63	1.58	0.06	
周産期に発生した病態	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
先天奇形及び染色体異常	-0.03	0.05	0.00	-0.06	0.02	-0.02	0.00	
老衰	0.00	0.00	-0.01	0.00	-0.05	-0.05	0.00	
不慮の事故	0.69	0.47	0.24	0.00	-0.07	1.34	0.05	
(再)交通事故	(0.15)	(0.08)	(0.01)	(0.17)	(0.07)	(0.48)	(0.02)	
自殺	1.20	1.03	0.60	0.48	0.29	3.60	0.13	5
その他の死因	1.37	0.86	1.30	1.83	1.04	6.40	0.23	

注 (再)：再掲、( )内の数値は再掲された死因による寄与割合および寄与年数

(15.02%)、第3位にはじめて自殺0.47年(13.15%)が入った。以下、肺炎0.32年(9.09%)、脳血管疾患0.31年(8.55%)、不慮の事故0.20年(5.71%)の順位であった。これらの死因の寄与年数と寄与割合は2.95年(82.6%)であった。

さらに、1995年から2005年までの死因別寄与をみると、3年次とも悪性新生物と心疾患の順位は変わらず第

1位と第2位を占め、特に、年次推移とともに悪性新生物の寄与年数が大きくなっているのが特徴的であった。1995年と2000年における第3位（肺炎）までの死因による寄与順位は変わらないが、2005年には自殺が肺炎を抜いて第3位となり寄与年数も0.47年になっている点が注目される。また、脳血管疾患は大きな順位の変化はないが、寄与年数は徐々に増加し2005年には0.31年となっていた。

最後に、2005年を対象として、男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与が最も大きかった55～79歳の間の年齢階級の結果について検討した（表4）。55～79歳の間の年齢階級の死因別死亡率の格差に対する寄与は、大きい順に悪性新生物の0.80年（22.40%）、次いで心疾患の0.32年（9.02%）、脳血管疾患0.20年（5.53%）、肺炎0.17年（4.63%）そして自殺0.13年（3.60%）となっていた。第1位の悪性新生物を年齢階級別にみると、65～69歳の5.53%が最も大きな寄与割合を占め、次いで70～74歳の4.98%であった。

部位別悪性新生物の格差の寄与は、気管・気管支・肺が最も高く0.22年（6.12%）、続いて胃の0.14年（3.95%）となっていた。気管・気管支・肺の寄与割合を年齢階級別にみると、70～74歳の1.71%、次いで75～79歳の1.42%となっていた。

## 考 察

### （1）男子平均寿命と格差について

過去10年間（1995～2005年）の男子平均寿命は延びてはいるが、上位に位置する都道府県と下位にいる都道府県における延びは異なっている。これは死亡率の改善速度が異なるか、あるいは死亡率の改善速度が同じ速さで進行しているが平均寿命それ自体の大きさにより延びの違いが生じていることを意味する。1995年以降の長野県と青森県における男子平均寿命の格差は2000年に一旦縮小したが、2005年には再び3.57年へと拡大した。このことは、2000年には青森県の男子死亡率の改善速度が長野県のそれを上

回っていたことを示し、2005年の格差の拡大は死亡率の改善速度と平均寿命の大きさそのものの違いによって生じていると考えられる。

### （2）男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の寄与について

1995年から2005年の過去10年における両県の男子平均寿命の格差に対する年齢階級別死亡率の寄与年数と寄与割合は、いずれの年次においても55～79歳の間の年齢階級が他の年齢階級と比して大きくなっている。また、2000年には男子平均寿命の格差が縮小したにもかかわらず55～79歳の年齢層は1995年とほぼ同様な数値を示し、65歳以上の寄与年数は大きくなっている。さらに、2005年の55～79歳の年齢層における寄与年数は0.17年も増加し2.02年となっている。これは、2000年から2005年に拡大した格差（0.34年）の5割をこの年齢層が担っていることになる。65歳以上の年齢層の場合は格差への寄与年数が0.21年の増加を示し、拡大した格差（0.34年）の61.8%を説明している。このことは、長野県男子の死亡率の改善速度がこれらの年齢層において青森県のそれを上回っており、両県における死亡率の改善速度の違いが男子平均寿命の格差をさらに広げているといえる。

1995年と2000年に0.15年の格差への寄与をしている0歳の寄与年数は、2005年には格差への寄与が消滅している。これについては、すでに乳児死亡率が低い水準に達し、また、乳児死亡数も少ない点を考えると、青森県の高度医療施設のサービスの質の向上とその施設への緊急運送体制の整備が改善されてきているのではないかと推察される。この現象をさらに追究するには、過去10年間の両県における男子平均寿命の延びに対する年齢階級別死亡率の改善による寄与を年齢構造の分析から検討する必要があると考えられる。また、3年次とも格差への寄与が大きい中高年齢層とは対照的に、2000年と2005年においては10～24歳の間の年齢階級で格差が縮小されていることが注目される。

(3) 男子平均寿命の格差に対する死因別死亡率の格差の寄与について

1995年、2000年および2005年の3年次における青森県と長野県の男子平均寿命の格差に対する寄与割合の上位を占める死因は悪性新生物、心疾患、肺炎、自殺、脳血管疾患、不慮の事故および肝疾患となっているが、3年次とも第1位と第2位の悪性新生物と心疾患の順位は変わっていない。しかしながら、2005年には前年次まで第3位に入っていた肺炎に代わり、自殺が第3位に入ってきたことが注目される。

悪性新生物の寄与年数は年次の推移とともに増加しており、特に、部位別でみると「気管、気管支及び肺」「胃」そして「肝及び肝内胆管」の寄与が大きいことが確認できる。第2位の心疾患は、両県の男子平均寿命の格差の縮小、拡大に歩調を合わせて寄与年数が増減している。肺炎による寄与は年齢階級が高くなるにつれて大きくなっているが、前2年次と比して寄与年数は低下している。これは、長野県の肺炎による男子死亡率が上昇したものであるというよりも青森県のそれが改善されてきているためとみなしてよいのではないだろうか。

2005年の自殺による寄与割合は13.15% (0.47年)であるが、55～79歳の年齢層の寄与は3.60%と大きくない。また、これより低い年齢階級(30～54歳)での寄与割合が大きくなっており、こうした年齢層を対象に対策をたてることが重要と考えられる。

おわりに

男子平均寿命の最も短い青森県と最も長い長

野県における男子平均寿命の格差に対する寄与年数と寄与割合の検討から、55～79歳の間の年齢階級の寄与割合が大きく、悪性新生物、心疾患、自殺および肺炎の寄与年数が大きいことが示された。これらの結果は、「健康寿命アップ対策チーム」検討会報告書<sup>5)</sup>において指摘されている内容ともかなり一致しており、男子平均寿命の格差の縮小と死亡率の改善に重点を置いた検討が必要であることが強く示唆された。そうした検討をするに当たり、男子平均寿命の下位グループに属する都道府県に対して同様な分析を行うとともに1995年以降の青森県と長野県の男子平均寿命のそれぞれの延び(1.56年と1.76年)に対する構造分析を行うことを今後の課題としたい。

文 献

- 1) 小林和正．平均寿命延長の意義 - 1950年及び1960年の日本人男子生命表の分析より - . 人類学雑誌 1963 ; 70( 3 , 4 ): 33-44 .
- 2) 高橋重郷．死亡の男女格差の人口学的分析．人口問題研究 1983 ; 165 : 48-53 .
- 3) 西田茂樹，綿引信義．わが国の男女格差について (1)近年の男女格差について．民族衛生 1996 ; 62 (3): 127-38 .
- 4) 綿引信義，西田茂樹．わが国における最近10年間の平均寿命の男女差について．公衆衛生研 1996 ; 45( 2 ): 139-49 .
- 5) 「健康寿命アップ対策チーム」検討会報告書 (平成16年7月)．青森県庁ホームページ (<http://pref.aomori.lg.jp/welfare/aomori21/>) 2008.1 .