

健康長寿日本ーをめざして

ー長野県との比較から見た和歌山県の健康をめぐる現状の要因を考えるー

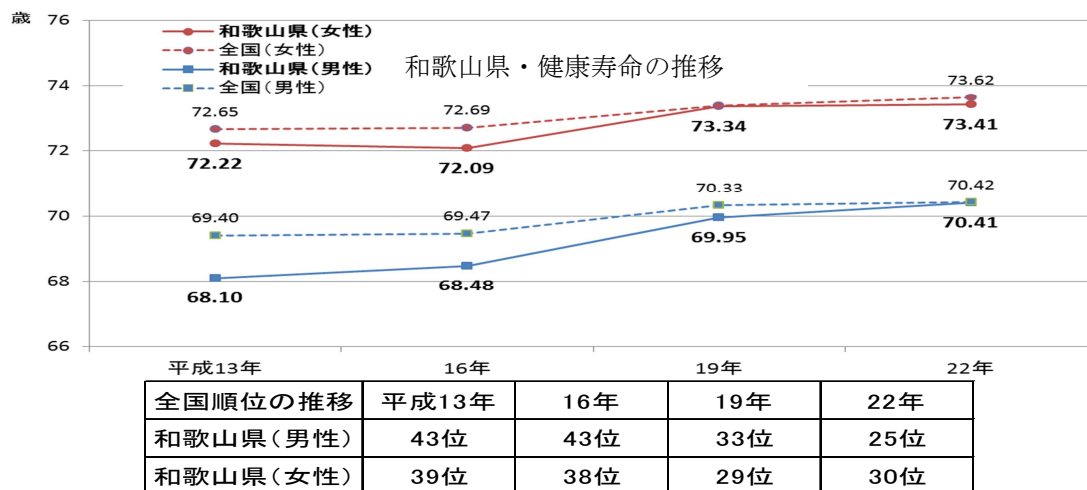
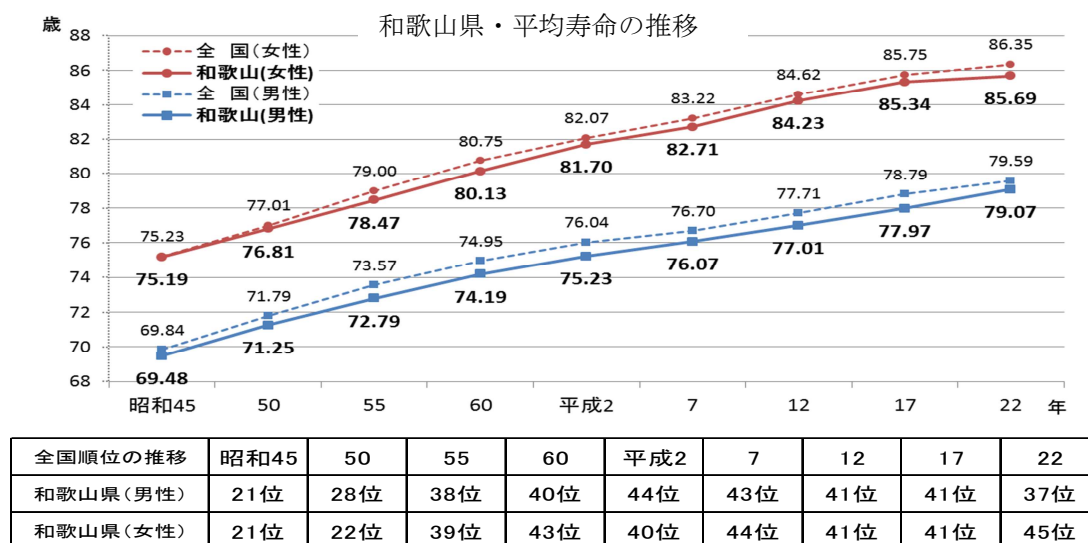
和歌山県福祉保健部健康局長 野尻 孝子

【はじめに】

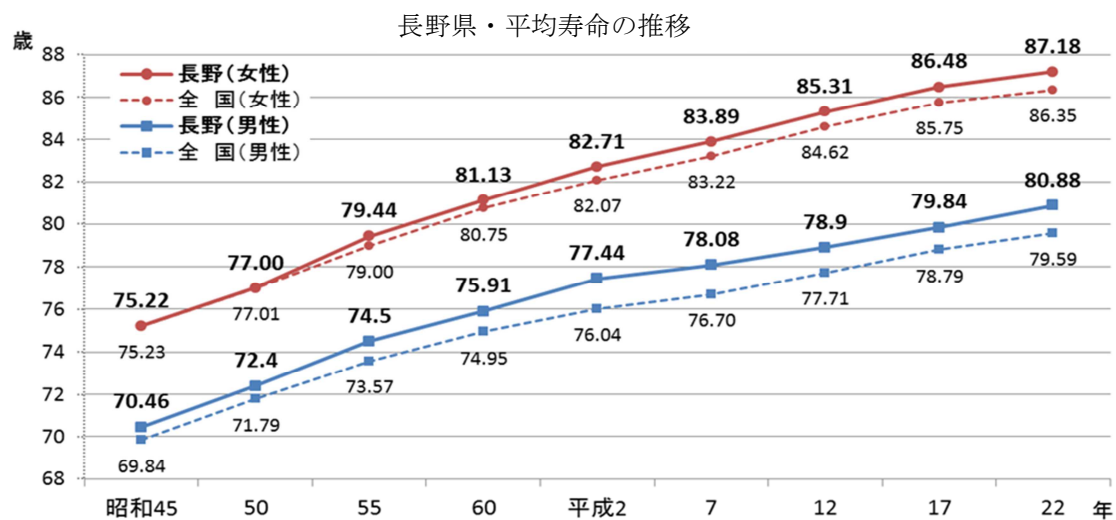
和歌山県の平均寿命は、過去からすれば伸びているものの、男性 79.07 歳で全国 37 位、女性 85.69 歳で全国 45 位となっています（平成 22 年）。一方、平均寿命が全国 1 位の長野県は、男性 80.88 歳、女性 87.18 歳であり、和歌山県とは、男性 1.81 歳、女性 1.49 歳の差があり、この差の要因を探りながら、より上位をめざすことが必要です。

また、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）も過去からすれば伸びていますが、男性 70.41 歳で全国 25 位、女性 73.41 歳で全国 30 位となっています（平成 22 年）。平均寿命と健康寿命の差は男性で 8.66 歳、女性で 12.28 歳あり、この差の短縮も健康長寿日本ーをめざす上で重要です。

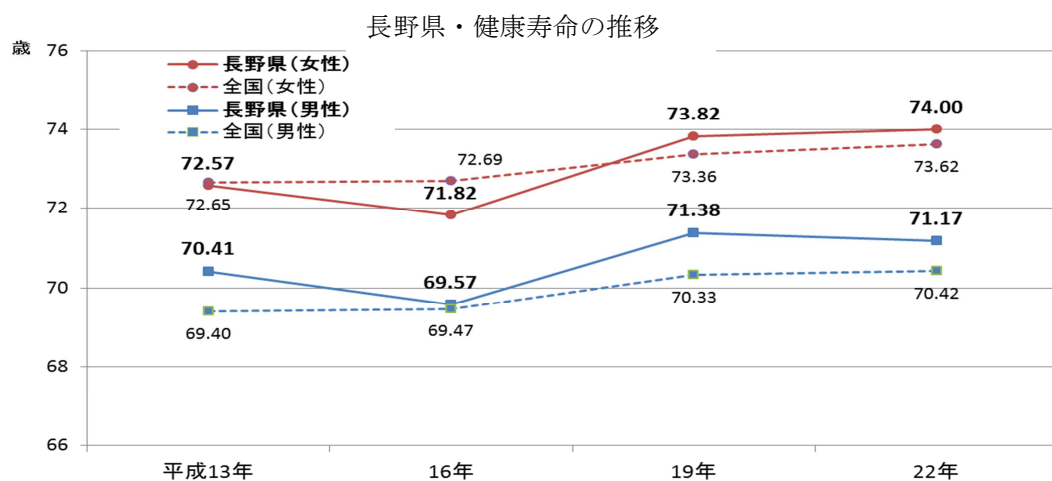
そこで、本県のこの現状をもたらしている要因を長野県との比較などを通して検討したので報告します。



※健康寿命は厚生労働科学 健康寿命研究より引用



全国順位の推移	昭和45	50	55	60	平成2	7	12	17	22
長野県(男性)	7位	4位	3位	2位	1位	1位	1位	1位	1位
長野県(女性)	19位	16位	9位	9位	4位	4位	3位	5位	1位

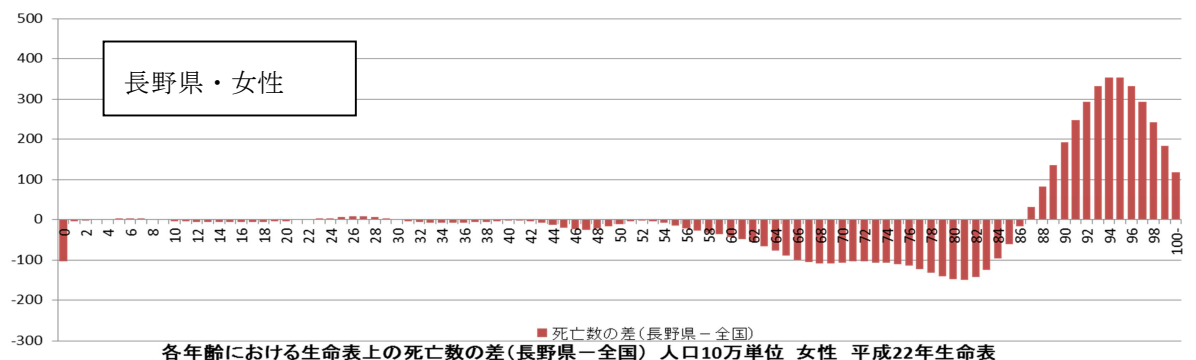
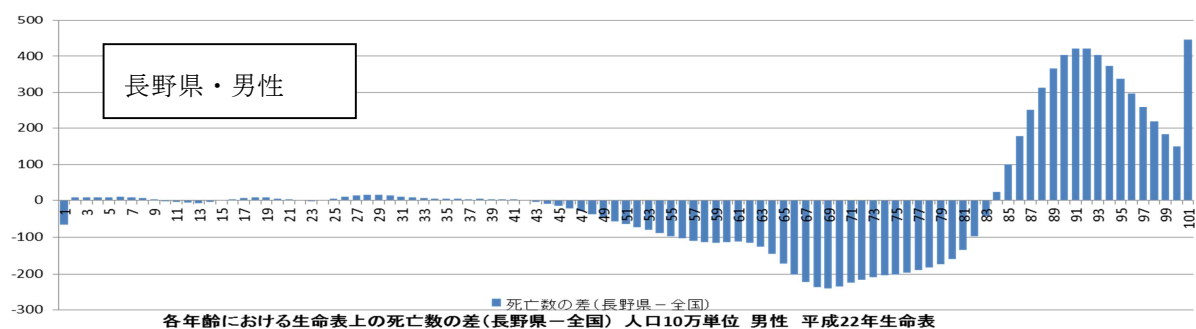
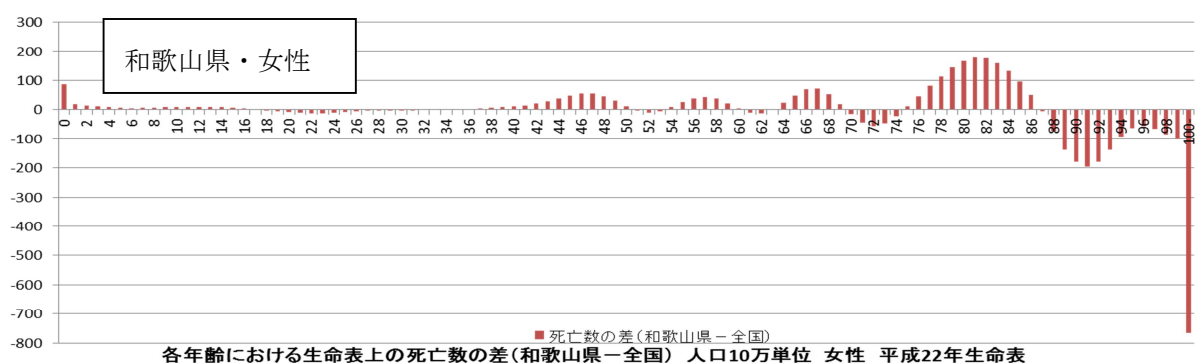
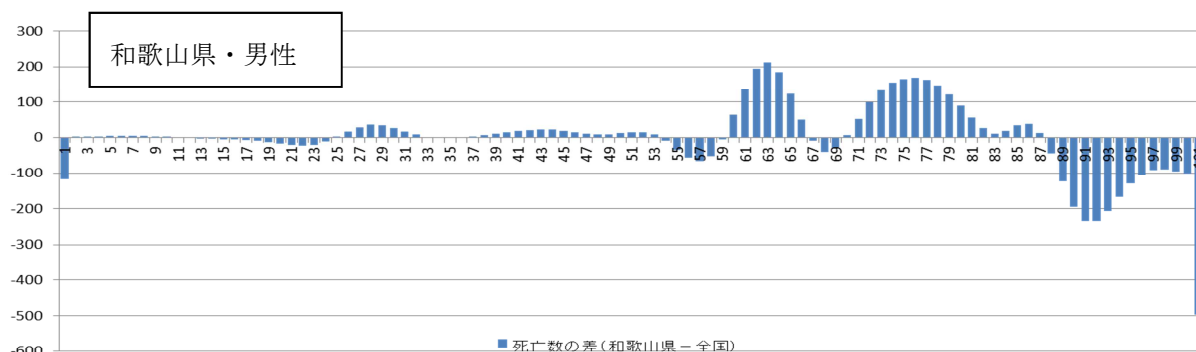


全国順位の推移	平成13年	16年	19年	22年
長野県(男性)	4位	18位	4位	6位
長野県(女性)	33位	41位	20位	17位

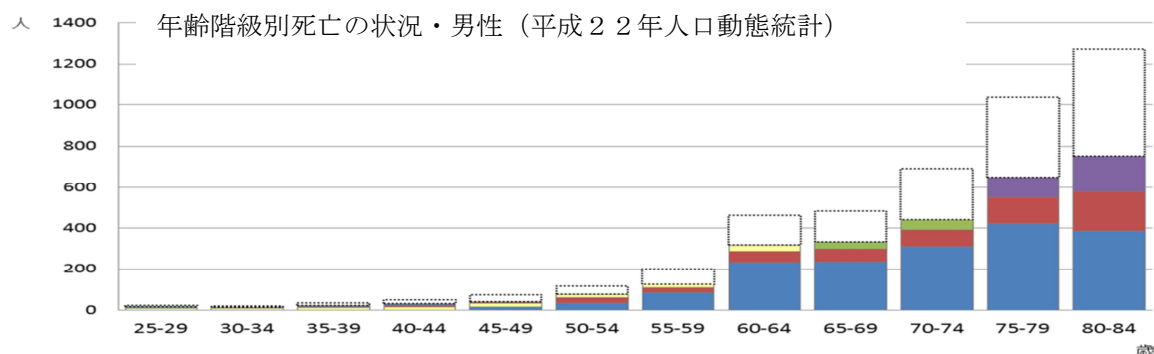
※健康寿命は厚生労働科学 健康寿命研究より引用

【死亡の状況からみた要因】

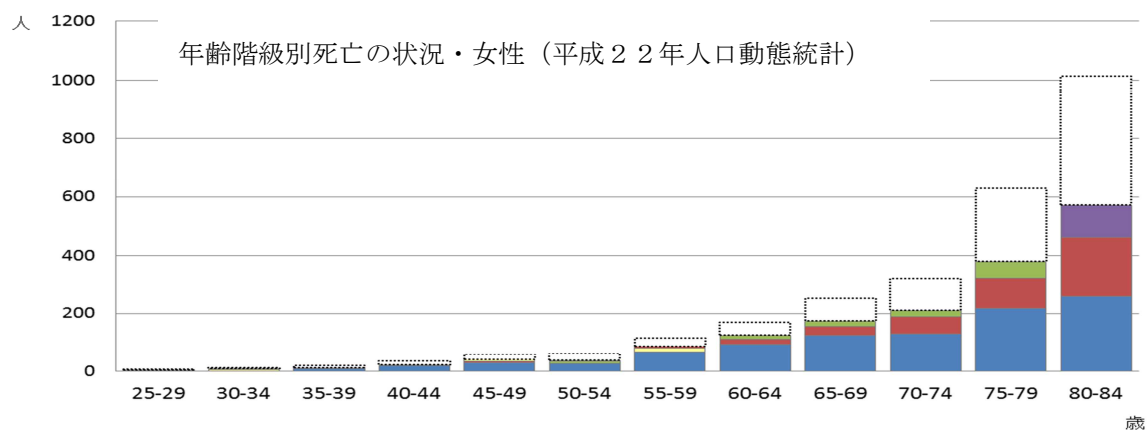
平成 22 年の生命表から、10 万人の出生者が生命表上の年齢別死亡率に従って死亡していくとした場合の死亡数の全国と本県および全国と長野県の差をみると、長野県では、男性、女性とも概ね 85 歳までは全国より少なく、85 歳を超えると全国より多くなっています。一方、本県では、男性は概ね 60 歳代、70 歳代で全国より多く、90 歳を過ぎると全国より少なくなっています。女性は概ね 40 歳代、50 歳代、60 歳代で全国よりやや多く、75 歳から 85 歳で多くなり、90 歳前から全国より少なくなっています。



これら本県の死亡が全国より多い年齢の死因を見てみると、男性の 60 歳代、70 歳代の死亡の第 1 位はがん、2 位は心疾患、3 位は 60 歳～64 歳では自殺、65 歳～74 歳では脳血管疾患、74 歳以上では肺炎となっています。また、女性の 40 歳～60 歳代の死亡の第 1 位はがん、2 位は心疾患、3 位は脳血管疾患となっています。若い年代では自殺死亡が多く、各年代で男性の死亡が女性より多い状況です。



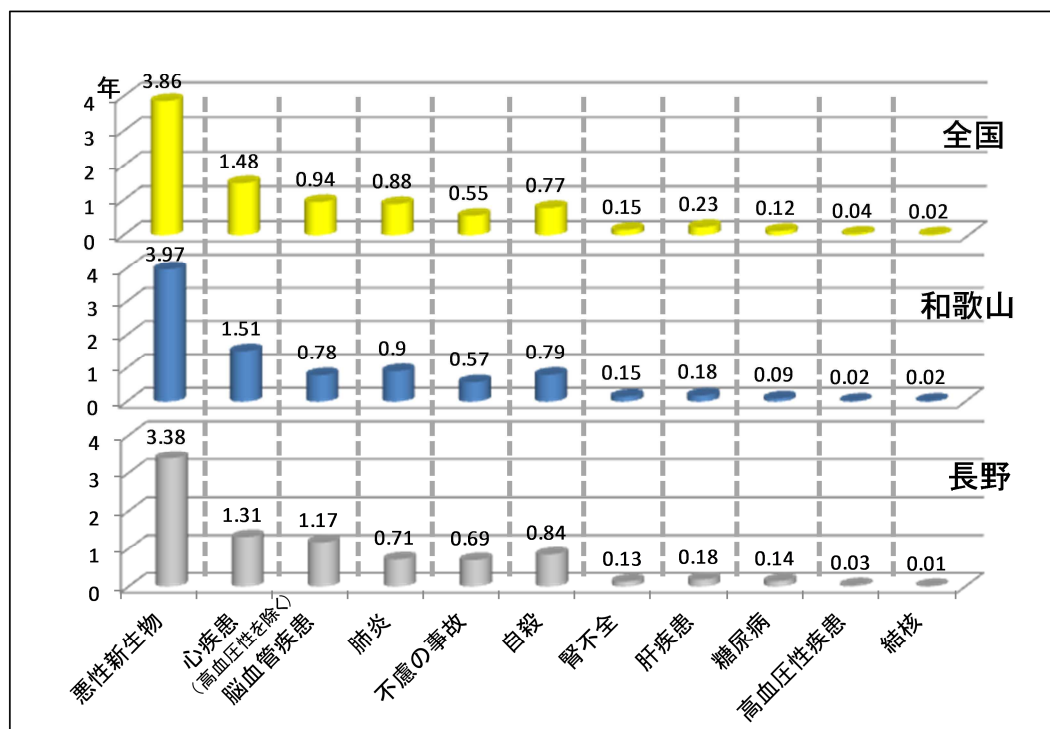
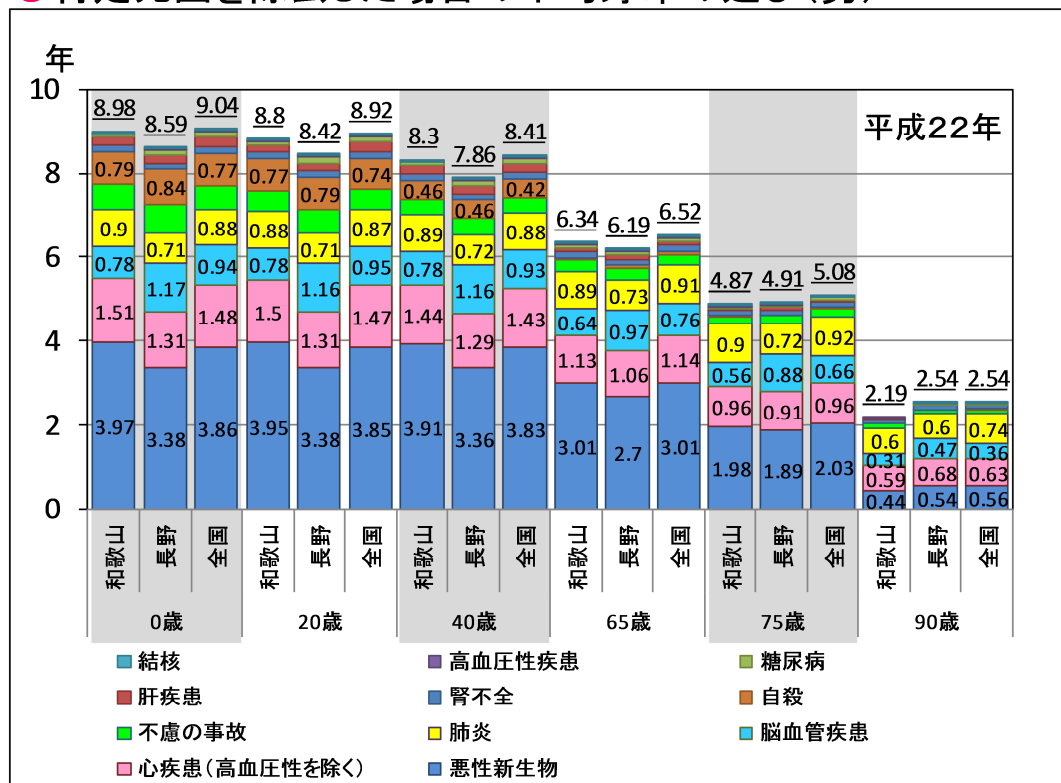
(歳)	死亡総数	死 因	死亡数	死 因	死亡数	死 因	死亡数	死 因	死亡数
25-29	22	自殺	10	悪性新生物	4	不慮の事故	3	その他	5
30-34	21	自殺	8	心疾患	3	不慮の事故	3	その他	7
35-39	35	自殺	11	悪性新生物	7	心疾患	6	その他	11
40-44	51	自殺	17	心疾患	8	悪性新生物	6	その他	20
45-49	73	悪性新生物	17	自殺	16	心疾患	7	その他	33
50-54	117	悪性新生物	34	心疾患	27	自殺	15	その他	41
55-59	202	悪性新生物	85	心疾患	24	自殺	17	その他	76
60-64	463	悪性新生物	232	心疾患	56	自殺	30	その他	145
65-69	485	悪性新生物	236	心疾患	64	脳血管疾患	32	その他	153
70-74	692	悪性新生物	310	心疾患	82	脳血管疾患	51	その他	249
75-79	1035	悪性新生物	421	心疾患	132	肺炎	97	その他	385
80-84	1274	悪性新生物	387	心疾患	191	肺炎	175	その他	521



(歳)	死亡総数	死 因	死亡数	死 因	死亡数	死 因	死亡数	死 因	死亡数
25-29	6	悪性新生物	2	自殺	2			その他	2
30-34	11	自殺	5	悪性新生物	2	不慮の事故	2	その他	2
35-39	21	悪性新生物	7	自殺	3	心疾患	2	その他	9
40-44	34	悪性新生物	18	自殺	4	不慮の事故	1	その他	11
45-49	58	悪性新生物	28	心疾患	7	自殺	6	その他	17
50-54	61	悪性新生物	27	脳血管疾患	6	心疾患	4	その他	24
55-59	116	悪性新生物	68	自殺	12	心疾患	8	その他	28
60-64	170	悪性新生物	94	心疾患	17	脳血管疾患	14	その他	45
65-69	253	悪性新生物	125	心疾患	31	脳血管疾患	18	その他	79
70-74	319	悪性新生物	130	心疾患	59	脳血管疾患	21	その他	109
75-79	628	悪性新生物	218	心疾患	103	脳血管疾患	60	その他	247
80-84	1014	悪性新生物	259	心疾患	203	肺炎	109	その他	443

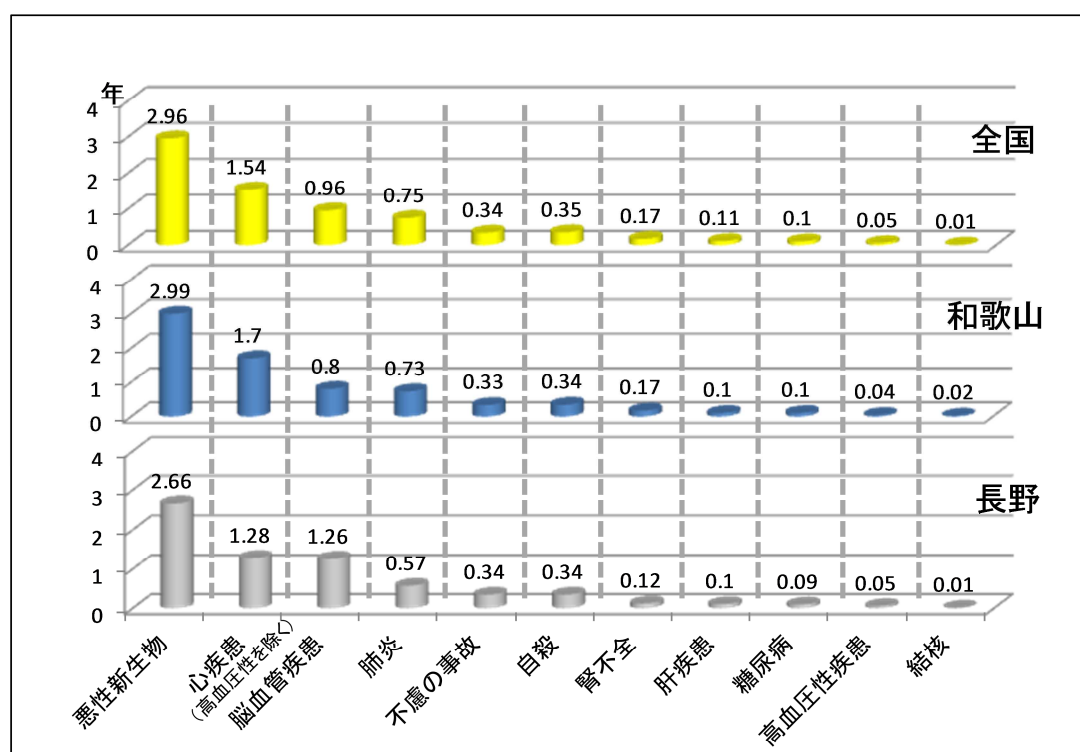
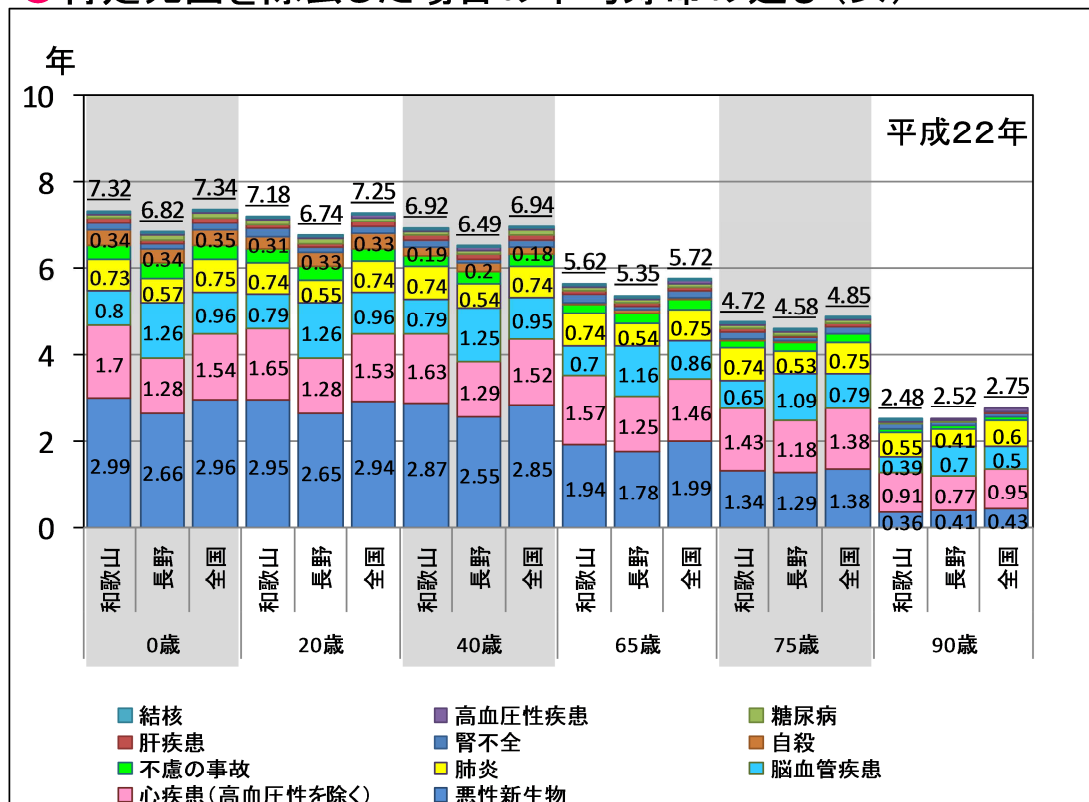
また、都道府県別生命表から特定死因を除去した場合の平均寿命の延びを見てみると、長野県や全国と比較して、本県では、男性は、がん 3.97 歳、心疾患（高血圧除く）1.51 歳と大きく、3大生活習慣病で 6.25 歳の延びとなっています。女性は、がん 2.99 歳、心疾患（高血圧性を除く）1.7 歳と大きく、3大生活習慣病で 5.47 歳の延びとなっています。

●特定死因を除去した場合の平均寿命の延び(男)



平成22年 都道府県別生命表より

● 特定死因を除去した場合の平均寿命の延び(女)



平成22年 都道府県別生命表より

死亡の状況から見た場合、和歌山県では、若い頃から特にがん、心疾患、脳血管疾患や自殺の予防や医療の充実が健康長寿をめざす上で重要であると考えます。

【健康寿命から見た要因】

健康寿命には大きく分けると2つの考え方※があります。1つは、介護保険の要介護1までの方を「健康」とした場合の平均自立期間を示す方法です。もう1つは、3年に一度調査する国民生活基礎調査において、「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」という問いに対して、「ない」と回答した方を「健康」とし、日常生活に制限のない期間の平均を示す方法です。この調査の対象は入院や入所の人を除いています。国では後者を全国比較に用いています。（※他に、自分が健康と自覚している期間の平均も健康寿命として用いることがある。）

長野県では、平均自立期間（0歳の日常生活動作が自立している期間の平均）は全国1位で、日常生活に制限のない期間の平均も全国の上位です。和歌山県では、日常生活に制限のない期間の平均は全国の中位ですが、平均自立期間は全国の低位となっています。

健康寿命が長いのは、一般的に栄養、運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣がよいこと、経済的にゆとりがあること、気候が温暖であること、社会参加や地域のつながりがあること、気持ちが前向きであること、保健予防施策や医療体制が充実していることなどが関連していると言われています。しかし、健康寿命の要因は多様であり、実証的なデータは十分示されていません。

和歌山県は要介護認定率が全国最高位で、介護に至った理由が脳血管疾患や骨折、認知症が多く、その予防やリハビリ体制の充実が重要と考えます。

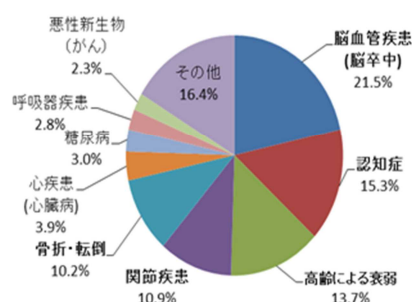
平成22年のデータ	男性			女性		
	和歌山県	長野県	全国	和歌山県	長野県	全国
健康寿命(平均自立期間)	77.55	79.46	78.17	82.35	84.04	83.16
全国順位	39位	1位		45位	1位	
健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)	70.41	71.17	70.42	73.41	74.00	73.62
全国順位	25位	6位		30位	17位	

健康寿命の算定方法の指針より

■要支援・要介護認定者数の推移（和歌山県）（単位：人）

区分	H15年 (2003)	H18年 (2006)	H21年 (2009)	H24年 (2012)	H26年 (2014)
要支援、 要介護認定者数	44,171 (18.0%)	49,838 (19.2%)	54,029 (19.8%)	61,763 (21.8%)	65,668 (22.1%)
(認定率)	(6位)	(3位)	(3位)	(2位)	(1位)
うち要支援(1, 2)	8,679 (3.5%)	15,942 (6.1%)	16,898 (6.2%)	19,365 (6.8%)	21,234 (7.1%)
(認定率)	(7位)	(3位)	(3位)	(2位)	(3位)

介護が必要になった原因(全国・平成22年)



■要支援・要介護認定者数、認定率の状況(平成26年度)

(単位：人)

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
和歌山県	10,961	10,273	11,148	10,580	8,185	7,716	6,805	65,668
認定率	3.7%	3.5%	3.7%	3.6%	2.8%	2.6%	2.3%	22.1%
順位	3位	2位	18位	9位	8位	6位	7位	1位
全国	2.6%	2.5%	3.5%	3.1%	2.3%	2.1%	1.8%	17.9%
認定率の差	1.1	1.0	0.2	0.5	0.5	0.5	0.5	4.2

【長野県の健康長寿の分析から見た要因】

長野県では、戦前から平均寿命が全国で高い順位を維持してきたことから、平成 25 年、26 年にその要因を分析しその結果（参考に概要を記載）を公表しています。その結果と和歌山県の状況を比較することは本県の平均寿命が低い順位の現状において、何をしていけばいいのかを検討する上で、また低位の要因を分析する上で非常に参考になると考えます。

長野県の分析の結果では、高い就業や社会活動への参加や野菜摂取量が多く、歩数も多いことから健康意識の高さが伺えます。また、保健補導員の多さや食生活改善推進員の活動回数の多さなど地域保健活動の活発さが健康長寿の要因と考えられると結論しています。

和歌山県では、それらの要因が全国で低位の状況です。塩分については、少ない状況であり、周産期死亡率も低く、これらは好ましい状況です。

従って、和歌山県では、長野県の健康長寿の要因を高める施策を展開することが重要と考えます。

和歌山県と長野県の健康長寿要因の比較 ※順位は高い数値の順

			和歌山県		長野県		出典
			数値	順位	数値	順位	
社会参加	就業率	男性	65.7 %	37	69.9 %	10	平成24年就業構造基本調査
		女性	44.8 %	43	51.1 %	4	
	65歳以上の有業率	男性	31.24 %	19	38.53 %	1	平成24年就業構造基本調査
		女性	15.5 %	19	19.73 %	1	
	社会活動・ボランティア参加率(10歳以上)2011年		24.2 %	38	33.1 %	6	社会生活統計指標—都道府県の指標—2015
	65歳以上人口に対する「通いの場」箇所数(人口10万人対)		180.18	28	133.85	34	平成26年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査
生活習慣	習慣的喫煙率		31.6 %	38	32.8 %	31	平成24年国民健康・栄養調査
	野菜摂取量	男性	272.2 g/日	38	379.4 g/日	1	平成24年国民健康・栄養調査
		女性	264.1 g/日	37	364.8 g/日	1	
	食塩摂取量	男性	10.2 g/日	44	12.6 g/日	2	平成24年国民健康・栄養調査
		女性	9.1 g/日	36	11.1 g/日	2	
	歩数(20～64歳)	男性	6,675 歩/日	46	7,089 歩/日	36	平成24年国民健康・栄養調査
		女性	6,423 歩/日	38	7,146 歩/日	11	
地域保健活動	食生活改善推進員1人当たり年間活動回数		16.9 回/人	27	28.1 回/人	9	平成27年度食生活改善推進員地区組織活動実績集計(評価)等事業集計表
	健康推進員(保健補導員)数(人口10万人対)		98.08 人		492.5 人		健康推進員:983人(H28.3月末現在) 保健補導員10,600人(H27.7.1現在)
	保健師数(人口10万人対)		6.98 人	14	4.6 人	29	平成28年度保健師活動領域調査
指標	メタボ該当者・予備群の割合		27.8 %	7	23.8 %	46	平成26年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
	要介護認定率(要介護2以上 第1号被保険者)		11.2 %	5	9.6 %	26	平成26年度介護保険事業状況報告年報
	周産期死亡率(出産千対)		2.4 %	47	3 %	41	平成27年人口動態統計

長野県の方が和歌山県より優れている数値

参考：

	和歌山県		長野県		全国
	数値	全国順位	数値	全国順位	数値
65歳以上の人口割合(平成22年)	27.3%	6位	26.5%	11位	23.0%
75歳以上の人口割合(平成22年)	14.0%	16位	14.2%	11位	11.1%
一人暮らし高齢者数(平成22年)	18.6%	9位	12.1%	38位	16.4%
人口一人当たり可住地面積(平成22年)	1093㎡	31位	1540㎡	14位	954㎡
一人当たり自動車保有台数(平成28年)	75.0%	28位	88.0%	2位	

参考：長野県健康長寿プロジェクト・研究事業（健康長寿要因分析）概要

長野県では、戦前から平均寿命が全国で高い順位を維持してきたことから、平成 25 年、26 年にその要因を分析し、平成 27 年 3 月に報告書として公表。健康長寿の要因については、以下のようにして分析しています。

① 統計分析

健康長寿と関係があると考えられる統計指標を抽出し、都道府県別の平均寿命・健康寿命と相関関係を分析。つまり都道府県格差に着目して分析。その結果統計的に有意な 31 指標（※に記載）を抽出し、その指標と平均寿命、健康寿命（平均自立期間）の相関、長野県の全国順位の高低の関連性を分析。正の相関結果かつ長野県の順位が全国 15 位以上の指標と負の相関結果かつ長野県の順位が全国 33 位以下の指標を健康長寿要因として判定。

指標項目別の健康長寿との関連性の判定基準（長野県）

	判定
正の相関でかつ全国順位 1～15 位の範囲 負の相関でかつ全国順位 33～47 位の範囲	○
正の相関でかつ全国順位 16～32 位の範囲 負の相関でかつ全国順位 16～32 位の範囲	△
正の相関でかつ全国順位 33～47 位の範囲 負の相関でかつ全国順位 1～15 位の範囲	×

② 文献・資料・インタビューによる分析

- 1) 長野県の健康長寿に寄与したと考えられる様々な活動を示す文献・資料・論文を関係団体等から収集
- 2) 県内各地で取り組みを行ってこられた 27 名の方へのインタビュー
- 3) 上記の情報を整理し、特徴ある取組を抽出

結果：

■統計分析による要因

- 高い就業意欲や積極的な社会活動への参加による生きがいを持った暮らし
(指標：就業率、高齢者就業率、社会活動・ボランティア参加率)
- 健康に対する意欲の高さと健康づくり活動の成果
(指標：習慣的喫煙率、野菜摂取量、メタボ該当者・予備軍の割合)
- 高い公衆衛生水準及び周産期医療の充実
(指標：保健師数、周産期死亡率、下水道普及率)

■文献・資料・インタビューの分析による要因

- 住民に寄り添った活発な地域医療活動
 - ・厚生連、国保関係医療機関活動
 - ・地域ごとの行われている往診等の在宅医療、予防活動の指導など
 - ・地域の医師による無医地区への出張診療や病院のへき地巡回診療
- 行政と地域ボランティア（保健補導員、食生活改善指導員等）が連携した健康づくり活動
 - ・健診をはじめとした生活習慣予防や一部屋暖房運動
 - ・全村健康管理や運動などの健康づくり活動

- ・保健所での主婦の栄養講座をはじめとした栄養活動
- ・県民健康栄養調査のデータ分析を活用した健康増進栄養施策の展開
- ・結核予防婦人会や禁煙友愛会のなどによる予防・健康づくり活動

■時代ごとの具体的な取組等について

戦前期（概ね昭和 20 年まで）

- ・当時全国 1 位の就学率
- ・食生活は自家栽培の主食、野菜、みそ、しょうゆ、凍り豆腐、山羊等

戦後復興期（概ね昭和 20 年代）

- ・佐久総合病院の出張診療等農村医療の取組、公的病院の整備
- ・保健補導員制度の開始（昭和 20 年）
- ・保健師による結核患者訪問
- ・保健所で主婦の栄養講座開始

高度経済成長期（概ね昭和 30～40 年代）

- ・国保浅間総合病院が中心となり長野県国保地域医療推進協議会を結成
- ・地域の医師による無医地区への出張診療、病院によるへき地巡回診療
- ・佐久総合病院内に健康管理センター設置し、集団健診実施
- ・地域住民の健康教育のため病院と食生活改善推進員が連携して活動
- ・保健所や保健補導員等による草の根検診（住民自らが簡易血圧計で測定）
脳卒中予防のための一部屋暖房運動、塩分測定
- ・全村健康管理活動、検診班による集落に出向いての検診
- ・保健所による移動保健所
- ・信州大学と開業医が協力して健診や保健師による全戸訪問
- ・禁煙友愛会の設立と禁煙活動
- ・キッチンカーによる栄養教室
- ・長野県食生活改善推進協議会設立（昭和 42 年）
- ・県民栄養調査開始（昭和 42 年）、データに基づく健康づくり活動

社会成熟期（概ね昭和 50～平成年代）

- ・病院、郡市医師会による夜間・休日の診療体制整備
- ・諏訪中央病院による「より合い」と呼ばれる健康教育実施
- ・県立こども病院の開院
- ・出生から健康記録を綴る「健康の記録手帳」の取組
- ・愛育班活動
- ・「ゴールデンシュエ運動」（旧西ドイツで提唱された。一年間に一定時間以上歩いた人に金色の靴・バッチと賞状を授与する国家的運動奨励方法）
「歩け歩け運動」
- ・保健所を中心に地区診断や啓発など健康づくりを総合的に推進
- ・県民減塩運動（減塩テープの普及）
- ・食卓“愛”の運動 ヤング、ファミリー、シニアなど対象別栄養講座
- ・県民食生活指針の策定、信州食育推進事業

※平均寿命・健康寿命と相関関係にある指標と和歌山県の状況

上述の分析の結果、平均寿命および健康寿命と5%未満で優位であった31項目は以下のとおりです。その項目について和歌山県の全国順位を示します。

(長野県の分析では、健康寿命：平均自立期間を用いている。和歌山県のデータの出典は長野県健康長寿プロジェクト・研究事業報告書と同じものを引用。)

分類	データ年	単位	項目名	平成22年 男性		和歌山県 全国順位	平成22年 女性		和歌山県 全国順位
				平均寿命	健康寿命		平均寿命	健康寿命	
人口動態	H19		就業率	0.445 **	0.484 **	40	0.219	0.291 *	43
	H19		65歳以上就業者割合	0.326 *	0.330 *	27	0.056	0.141	
	H19		農家人口割合	-0.391 **	-0.393 **	13	-0.188	0.003	
	H22		児童のいる世帯の平均児童数	0.039	0.008		0.355 *	0.281	14
	H22	人口10万対	自殺死亡率	-0.638 **	-0.631 **	19	-0.350 *	-0.393 **	7
	H22	人口10万対	周産期死亡率	-0.268	-0.286		-0.235	-0.317 *	13
保健	H22	人口10万対	保健師数	-0.030	-0.053		0.355 *	0.410 **	22
	H18～H22	年齢調整	歩数	0.433 **	0.447 **	44	-0.019	-0.018	
	H18～H22	年齢調整	習慣的喫煙者の割合	-0.584 **	-0.575 **	2	-	-	
	H22		メタボリックシンドローム 該当者・予備群割合	-0.257	-0.289 **	12	-0.018	-0.113	
	H18～H22	年齢調整	肥満者の割合	-0.497 **	-0.481 **	18	-	-	
食生活	H18～H22	年齢調整	野菜摂取量	0.187	0.202		0.178	0.299 *	45
	H18～H22	年齢調整	飲酒習慣者の割合	-0.378 **	-0.422 **	24	-	-	
	H22		肉類の消費量	0.298 *	0.263	2	0.080	-0.012	
医療	H22	人口10万対	医師数	0.041	-0.028	10	0.303 *	0.093	10
	H22		平均在院日数	-0.337 *	-0.321 *	18	0.041	0.130	
	H22	人口10万対	病床数	-0.279	-0.296 *	22	0.187	0.204	
	H22	人口10万対	看護師数	-0.145	-0.190		0.359 *	0.308 *	27
	H22	人口千対	有訴者率(総数)	0.331 *	0.299 *	13	0.185	0.078	
	H22	人口千対	〃(65歳以上)	0.198	0.162		0.360 *	0.167	32
介護	H22		要介護者認定率	-0.333 *	-0.455 **	32	0.163	-0.145	
活 社 動 会	H18		社会活動・ボランティア参加率	0.141	0.157		0.274	0.514 **	42
	H22	人口1人当たり	社会教育費	-0.046	-0.056		0.259	0.289 *	28
産 業 経 済	H21		1人当たりの県民所得	0.329 *	0.339 *	31	-0.095	-0.148	
	H19		第一次産業就業者割合	-0.438 **	-0.439 **	13	-0.187	0.006	
	H19		第二次産業就業者割合	0.266	0.305 *	35	-0.044	0.088	
	H22		財政力指数	0.327 *	0.356 *	34	-0.119	-0.134	
	H21	人口千人当たり	小売店数	-0.273	-0.317 *	3	0.136	0.117	
	H21		下水道普及率	0.389 **	0.380 **	44	0.250	0.122	
	H22	人口千対	生活保護率	-0.411 **	-0.439 **	25	-0.167	-0.314 *	25
その他	H22	県庁所在地	標高	0.260	0.291 *	25	0.093	0.209	25

(注) * p<0.05, ** p<0.01

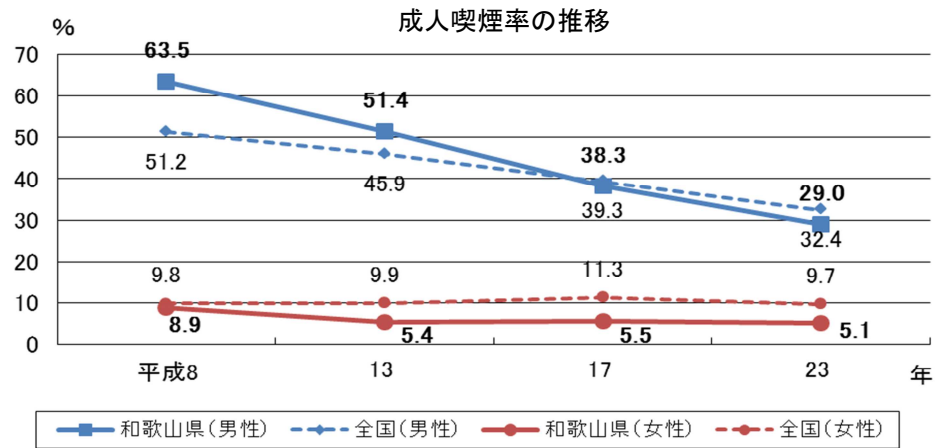
正の相関 負の相関

正の相関で和歌山県の全国順位が33～47位
負の相関で和歌山県の全国順位が1～15位

統計分析結果から推定される健康長寿要因とは逆に、正の相関があるが、全国順位が33～47位にあるもの、負の相関があるが、全国順位が1～15位にあるものは和歌山県の平均寿命や健康寿命を低くしている可能性のある要因として考えられます。

その可能性のある要因としては、男性では、就業率、歩数、習慣的喫煙、メタボリックシンドローム該当者・予備軍、1次・2次産業就業者の割合、下水道普及率が考えられます。女性では、就業率、自殺率、周産期死亡率、野菜摂取量、社会活動・ボランティア参加率が考えられます。

なお、本県の男性の喫煙率については、グラフに示すように平成23年には全国より低くなってきています。



全国：国民健康・栄養調査より、県：県民健康・栄養調査より

平成 22 年の和歌山県内市町村の平均寿命を見てみると、女性では、御坊市、かつらぎ町、那智勝浦町、橋本市が全国ワースト 50 位内の下位市町村となっています。全国の上位市町村は県内にはありません。県内の男性では、印南町が最も高く、湯浅町が最も低い状況です。女性では、古座川町が最も高く、御坊市が最も低くなっています。

和歌山県・市区町村別平均寿命（平成 2 2 年）

都道府県	市区町村	男	順位	女	順位	
0 全国		79.6		86.4		
30 和歌山県		79.1		85.7		
30 和歌山県	和歌山市	79.5	936	85.8	1524	
30 和歌山県	海南市	79.3	1122	86.1	1230	
30 和歌山県	橋本市	78.6	1612	85.1	1862	全国ワースト50位
30 和歌山県	有田市	78.3	1729	86.0	1333	
30 和歌山県	御坊市	78.8	1501	84.0	1917	全国ワースト2位
30 和歌山県	田辺市	78.7	1551	85.6	1680	
30 和歌山県	新宮市	78.9	1430	85.6	1680	
30 和歌山県	紀の川市	78.9	1430	85.7	1619	
30 和歌山県	岩出市	79.6	835	85.9	1423	
30 和歌山県	海草郡 紀美野町	78.6	1612	86.3	1006	
30 和歌山県	伊都郡 かつらぎ町	78.8	1501	84.8	1890	全国ワースト28位
30 和歌山県	伊都郡 九度山町	79.2	1209	85.5	1726	
30 和歌山県	伊都郡 高野町	79.1	1293	85.9	1423	
30 和歌山県	有田郡 湯浅町	78.2	1759	85.3	1804	
30 和歌山県	有田郡 広川町	78.7	1551	85.5	1726	
30 和歌山県	有田郡 有田川町	79.2	1209	86.3	1006	
30 和歌山県	日高郡 美浜町	78.3	1729	85.8	1524	
30 和歌山県	日高郡 日高町	79.6	835	85.5	1726	
30 和歌山県	日高郡 由良町	78.7	1551	85.4	1762	
30 和歌山県	日高郡 印南町	79.8	649	86.0	1333	
30 和歌山県	日高郡 みなべ町	78.9	1430	86.1	1230	
30 和歌山県	日高郡 日高川町	78.9	1430	85.4	1762	
30 和歌山県	西牟婁郡 白浜町	79.3	1122	86.2	1128	
30 和歌山県	西牟婁郡 上富田町	79.6	835	85.3	1804	
30 和歌山県	西牟婁郡 すさみ町	79.4	1023	85.7	1619	
30 和歌山県	東牟婁郡 那智勝浦町	79.0	1368	85.0	1870	全国ワースト46位
30 和歌山県	東牟婁郡 太地町	78.5	1654	85.4	1762	
30 和歌山県	東牟婁郡 古座川町	79.2	1209	86.6	677	
30 和歌山県	東牟婁郡 北山村	79.3	1122	85.3	1804	
30 和歌山県	東牟婁郡 串本町	78.6	1612	86.3	1006	

（1918市区町村中）

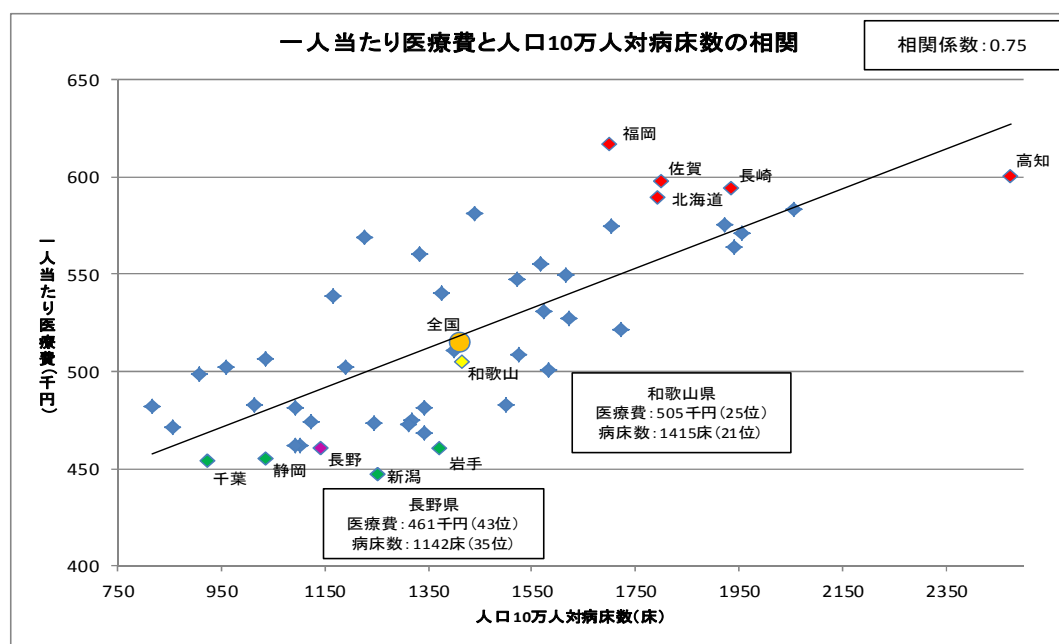
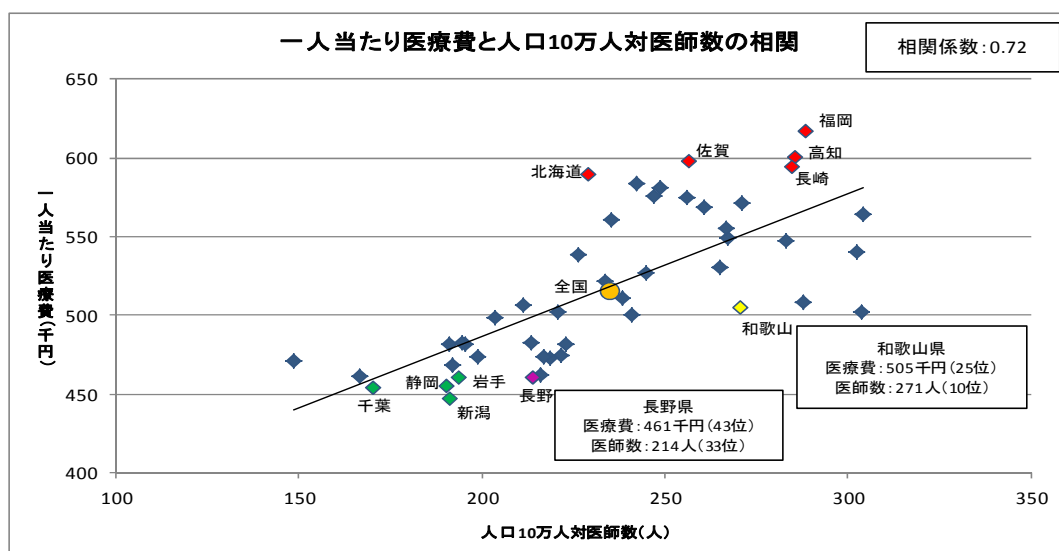
【医療費から見た比較】

平成26年度の和歌山県の一人当たり医療費（市町村国保＋後期高齢者医療）は505千円であり、全国25位ですが、長野県のその医療費は461千円であり、全国43位と低い状況です。

一人当たりの医療費と人口10万人当たりの病床数および医師数との相関関係は、病床数と強い相関が見られます。和歌山県では人口10万人当たりの医師数は全国10位と多いですが、一人当たりの医療費は全国平均並みです。

一人当たりの入院医療費（市町村国保＋後期高齢者医療）は、和歌山県では223千円で、長野県では203千円と低い状況です。入院医療費は特に人口10万人当たりの病床数と強い相関がみられます。

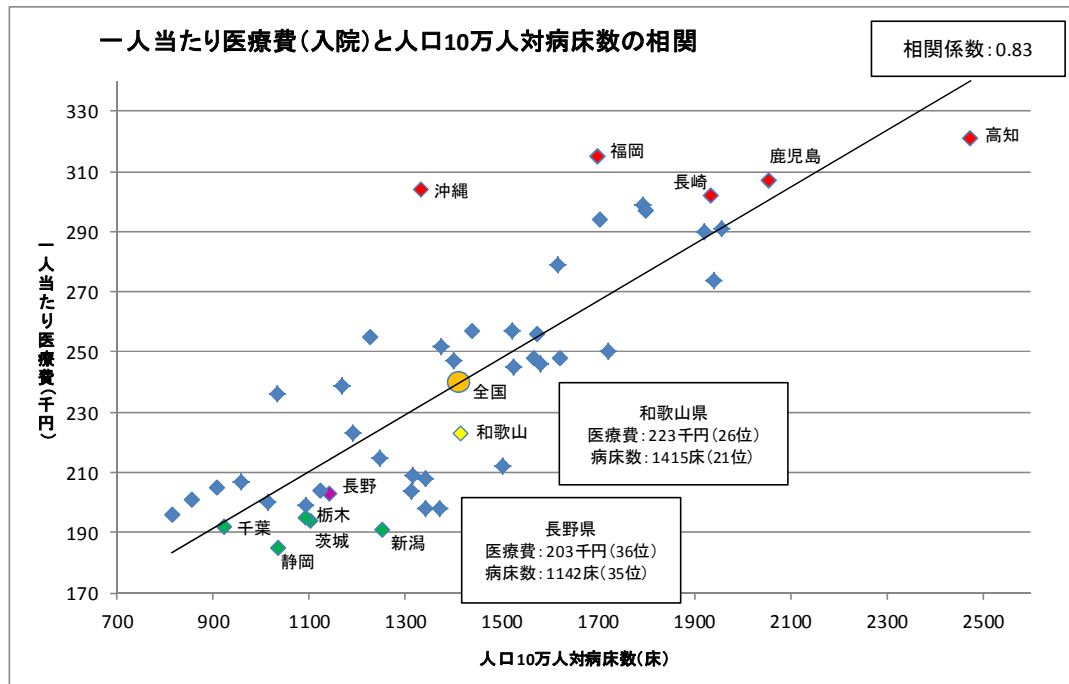
地域医療構想では平成37年の医療需要に見合った必要病床数を9,506床（人口10万人対約1,094床）と定めていますが、その実現をめざします。



(出典)一人当たり医療費:厚生労働省「平成26年度医療費の地域差分析」(市町村国保＋後期高齢者医療、年齢調整後)

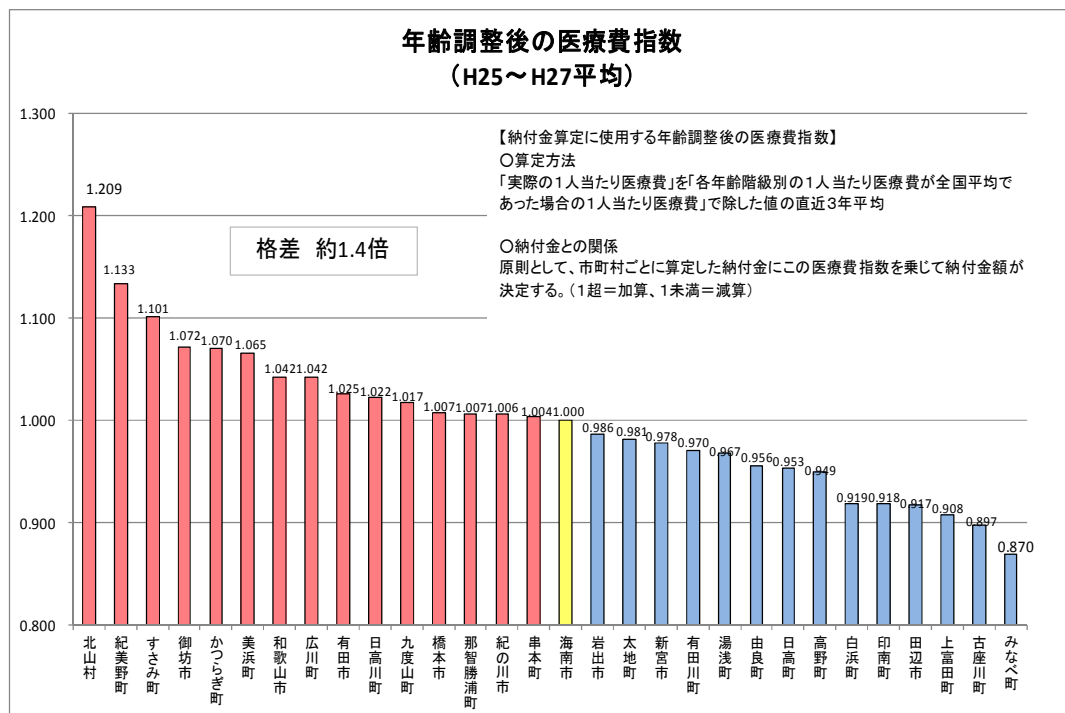
人口10万人対医師数:内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース」(平成22年)

人口10万人対病床数:内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース」(平成26年)



(出典) 一人当たり医療費: 厚生労働省「平成26年度医療費の地域差分析」(市町村国保+後期高齢者医療、年齢調整後)
人口10万人対病床数: 内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース(平成26年)

県内の市町村の一人当たりの国民医療費を年齢調整した医療費指数でみると、市町村の格差が1.4倍ある状況です。高い市町村は病院や診療所設置または病院が所在しているところが多い傾向となっています。今後、適正な病床の見直し等も必要とされているところです。



医療費を高めている疾病については、がん、心筋梗塞等の心疾患、腎不全、精神疾患などが考えられますが、詳細は別途検討することにします。

【県内市町村格差】

県内市町村の健康寿命（平均自立期間）、平均寿命と一人当たりの市町村国保医療費、後期高齢者医療費および介護保険料の状況を以下に地図化しました。これをみると、県内市町村でかなり格差があることが一目で分かります。

一人当たりの市町村国保医療費では、紀美野町、北山村が高く、田辺市周辺市町村が低い状況です。一人当たりの後期高齢者医療費では、和歌山市以北の市町村が高く、紀南地方特に古座川町、那智勝浦町、北山村が低い状況です。一人当たりの介護保険料（5期）では、後期高齢者医療費が低い町村が保険料も低い傾向ですが、紀北地方が高い傾向です。

健康寿命（平均自立期間）、平均寿命については、後期高齢者医療費が高い地域では、低い傾向にありますが、和歌山市のように医療機関、介護事業所の充実した地域では、病気を早期発見し治療を受けながら生活することが可能であり、平均寿命も長くなっているのではないかと推察します。一方、古座川町では、医療費や介護保険料は低く、健康寿命や平均寿命が長くなっており、ここでの生活習慣等について調査を行い、施策に反映できることはないか検討します。また、これらのデータについては経過を見ていく必要があります。

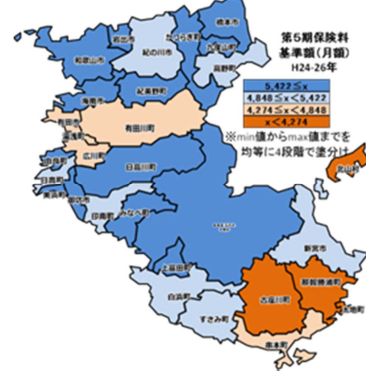
一人当たり市町村国保医療費（H25）



一人当たり後期高齢者医療費（H25）



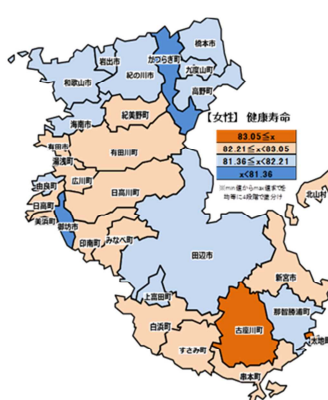
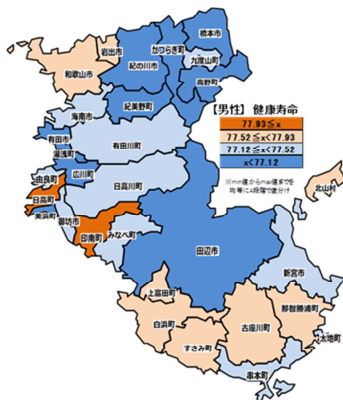
一人当たり介護保険料（H24～26）



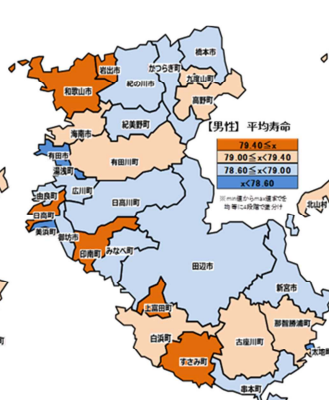
※最高値と最低値の差を4段階に分類し、値が高い市町村は青色に、低い市町村は赤色に色分けした。

※市町村国保医療費については、平成25年度国民健康保険事業年報より。後期高齢者医療費については、平成25年度後期高齢者医療毎月事業状況報告書、後期高齢者医療診療報酬請求内訳書より。介護保険料は厚生労働省公表より。

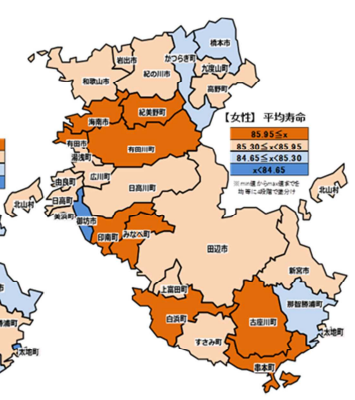
健康寿命・男性（平均自立期間・H22） 健康寿命・女性（平均自立期間・H22）



平均寿命・男性（H22）



平均寿命・女性（H22）



※最高値と最低値の差を4段階に分類し、値が高い市町村は赤色に、低い市町村は青色に色分けした。

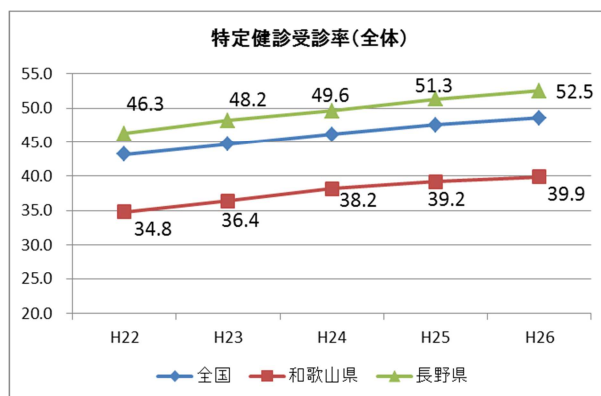
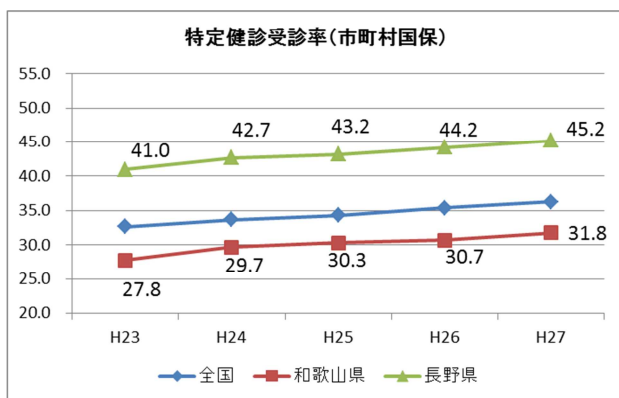
※市町村別生命表を用いて算出。人口規模が著しく小さい市町村では、誤差が生じる可能性がある。

【特定健診・がん検診の受診状況の比較】

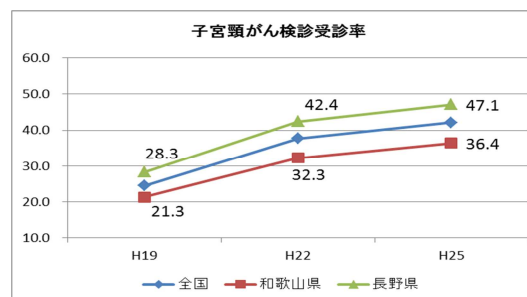
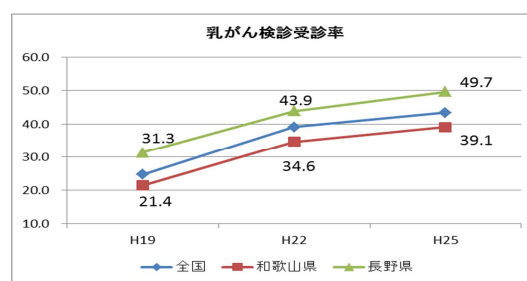
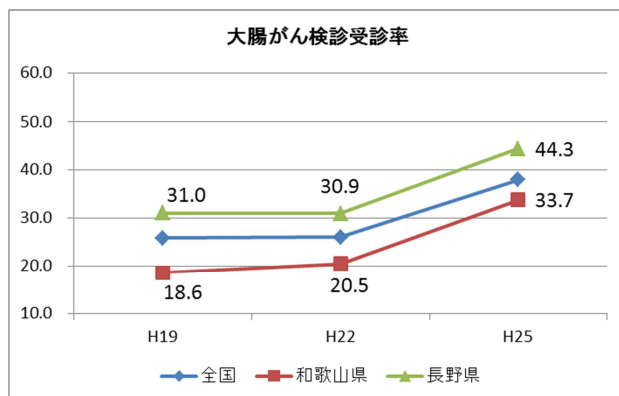
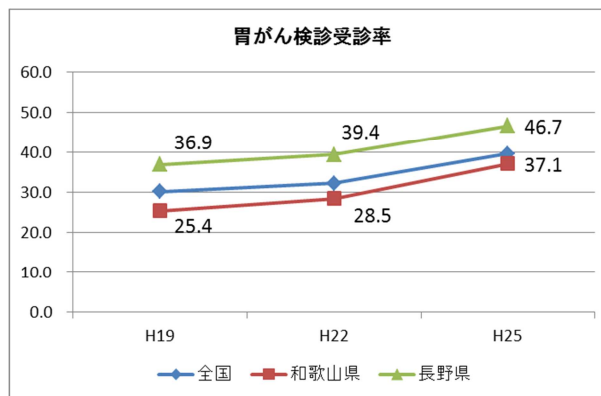
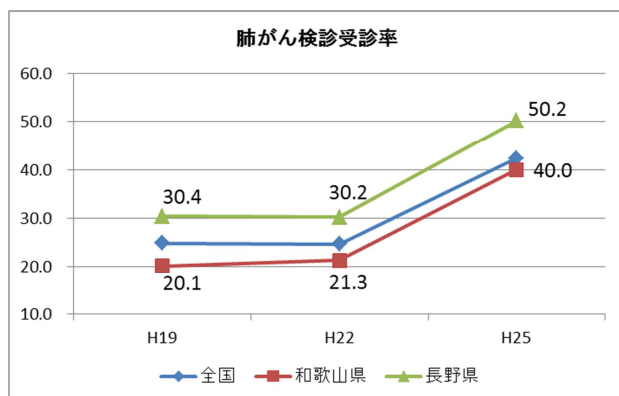
特定健康診査の受診状況を長野県と和歌山県で比較すると、市町村国保では約 13 ポイントの差があり、本県は長野県より低い状況です。また、全国健康保険協会等を含む全体でも約 13 ポイントの差があり長野県の方が本県より高い状況です。

また、がん検診の受診状況を比較すると、地域保健・健康増進事業報告では、和歌山県は長野県より高い状況です。ところが、国民生活基礎調査でがん検診を受けているかを調べてみると、がん検診受診率は、長野県の方が 5 がん全てにおいて約 10 ポイント高い状況です。今後、市町村や保険者と協力しながら、未受診者対策を充実する必要があります。

特定健康診査の受診率の推移



5 がん検診受診率の推移 (国民生活基礎調査より)



【まとめ】

健康長寿県の長野県との比較から、本県が健康長寿日本一をめざすために、以下の取組が必要なことが示唆されました。

- 死亡の状況から、早死を少なくするため、がん、心疾患、脳血管疾患、自殺の予防とそれに対応する医療の充実が必要である。
- 健康寿命の状況から、一般的に言われているように、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善、社会参加、地域とのつながり、前向きな気持ち、経済的ゆとり、保健予防施策や医療体制の充実などが必要である。また、脳血管疾患や骨折、認知症の予防とリハビリ体制の充実による介護予防が必要である。
- 長野県の健康長寿の要因分析から、健康長寿に寄与するには、高い就業意欲や積極的な社会参加に見られる生きがいを持ったくらしと野菜摂取や歩くことなど県民一人ひとりが健康に対する意識と実践が必要である。また、健康ボランティアである保健補導員や食生活改善推進員など地域に密着した保健活動が活発であることが重要である。
- 特に、和歌山県の健康長寿の実現を遠ざけている原因として、従業員など産業経済の課題、下水道普及率の環境課題、男性の喫煙、歩くこと、野菜摂取、メタボリックシンドロームの生活習慣課題、自殺、社会活動・ボランティア参加の社会活動課題が可能性として考えられ、これらの改善を図っていくことが必要である。
- 医療費の状況から、長野県のように健康長寿をめざせば、病床数も減らし、医療費も減少可能である。
- 長野県の特定健診・がん検診の受診率は高く、本県では一層の未受診者対策が必要である。

長野県の保健活動の特色は、1つは、保健所、市町村、医療機関等が連携し、包括的な推進体制を構築してきたこと。2つ目は、保健補導員の制度により住民参加がなされたことであると言われています。保健補導員は、当番制によって就任する仕組みであったため、地域に経験者が増加し、その経験者も含め保健活動の支え手が蓄積されていったとのこと。

今後、和歌山県では、これまでの長野県の取組を参考にしながら、保健所、市町村、医療保険者、医療機関、事業所等が地域でネットワークを組んで健康づくりを推進するとともに、健康推進員をさらに育成し、食生活改善推進員等とともに、地域のつながりを強め、ソーシャルキャピタルの醸成と活用を通して住民参加型の健康づくりを進めていくことがまずは重要であると考えます。

また、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの考え方のように、地域全体の環境や気運づくりとともに住民一人ひとりに届きかつ実践可能な健康づくりや重症化予防施策の展開が必要と考えます。さらに、地域によって課題や地域性も異なることから、データに基づいて地域課題が見える化し、関係者が共通認識を持ちながら取り組むことが必要と考えます。

今後この結果を基に、関係機関とともに健康長寿県をめざしていく所存です。