

データサイエンス学部, 教育研究センター 研究資料

REPORT NO. 1

Ver: 2021 年 3 月 21 日 (19 時 9 分)

和歌山県における健康寿命の延伸 ～「健康長寿日本一わかやま」を目指して～

和歌山県データ利活用推進センター 滋賀大学データサイエンス教育研究
センター
<https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/020100/data/center.html>
www.ds.shiga-u.ac.jp/

2021 年 3 月 21 日

目次

第1章 本事業の概要	2
1.1 背景	2
1.2 目的	2
1.3 実施期間	2
1.4 データ	2
1.5 方法	2
1.6 期待効果	2
第2章 平均寿命、健康寿命の概要	3
2.0.1 平均寿命とは	3
2.0.2 健康寿命とは	3
2.1 健康寿命の定義と算出方式	3
2.2 和歌山県の健康寿命(要介護度方式)	4
2.2.1 介護保険制度と要支援・要介護度	4
2.2.2 要支援・要介護認定の結果	4
第3章 これまでの和歌山県の取り組み	6
第4章 和歌山県の寿命データの現状	7
4.0.1 和歌山県の平均寿命の時系列変動	7
第5章 データの収集および変更履歴	8
第6章 収集データの内容	9
第7章 寿命データの説明	10
7.1 3.1 平均寿命_2015 と健康寿命	10
7.2 3.2 変数名：健康寿命_2016	10
7.3 3.3 順位	10
7.4 3.4 変数名を英語に変換 :data 名 d	10
7.5 3.4.1 変数名：和英対応表	10
7.6 3.5 男女区別のないデータ d_common	10
7.7 3.5.1 d_common data 変数名	10
7.8 3.6 男女区別のあるデータ d_mf,d_m,d_f	10
7.8.1 3.6.1 d_mf	10
7.8.2 3.6.2 男性データ d_m	10
7.8.3 3.6.3 女性データ d_f	10
7.9 3.7 以下分析対象データ d_common, d_m, d_f	10

第8章 4 dataの変数属性を確認	11
8.1 4.1 d.common	11
8.2 4.2 d.m.	11
8.3 4.3 d.f	11
第9章 5 寿命(目的変数)の都道府県の順位確認	12
9.0.1 5.1 男性の平均寿命と健康寿命の差	12
9.0.2 5.2 女性の平均寿命と健康寿命の差	12
9.0.3 5.3 男性の平均寿命	12
9.0.4 5.4 男性の健康寿命	12
9.0.5 5.5 女性の平均寿命	12
9.0.6 5.6 女性の健康寿命	12
第10章 6 d.common dataの説明変数の順位確認及び正規性検定	13
10.0.1 6.1 d.common dataの和歌山県の順位確認	13
10.0.2 6.2 d.common dataの連続データ分布確認1	13
10.0.3 6.3 d.common dataの連続データ分布確認2	13
10.0.4 6.4 d.common dataの連続データの正規性検定	13
10.0.5 6.5 d.common data連続データの正規性を満たさない変数	13
第11章 7 d.common data 和歌山, 青森, 滋賀, 長野の説明変数の様子	14
第12章 8 出典整理	15
12.1 8.1 出典元	15
12.2 8.2 出典リンク先の詳細	15
12.3 8.3 リンク先の修正箇所	15
第13章 9 説明変数の標準化と計量化 (scoring)	16
第14章 10 ヘルスケア産業の創出や健康経営の推進に係る要因分析??	17
第15章 和歌山県の健康・平均寿命に関する公表結果	18
15.1 和歌山県の平均寿命	18
15.1.1 和歌山県の健康寿命結果	18
15.2 和歌山県の健康寿命(アンケート方式)	19
15.3 和歌山県の健康-国際研究資料にもとづいて	19
15.4 健康寿命3指標比較	19
第16章 健康寿命と関連のある要因探索	20
16.1 相関分析に用いる変数	20
16.1.1 データの出典	20
第17章 組織体制	21
17.0.1 健康推進連絡協議(1987～, 民間)	21
17.0.2 健康づくり県民会議(1994～2010)	21
17.0.3 健康づくり支援室(2001～2009)	21
17.0.4 衛生科学センター(2005～)	21

17.0.5 健康寿命対策室 (2015～)	21
17.1 健康データの持続収集と情報発信	21
17.2 外部要因－社会・地理・環境の側面	22
17.3 リーダーの健康政策に関する認識	22
17.4 結論	22

第 1 章 本事業の概要

1.1 背景

日本は、ここ 25 年の間、平均寿命の延伸、死亡率の低下により、高齢化率が 2016 年において 27%を示しており、既に「高齢社会 (総人口に対して 65 歳以上の割合が 14%以上)」を過ぎて「超高齢社会」に入っている。¹ こうした現状を考慮すると国・自治体の健康政策も「健康の質」を上げる方向に立案する必要性が求められる。

海外では既に国の保健対策をデータに基づいて行う変革が実施されており (Global Burden of Disease : Generating Evidence, Guiding Policy, 2010), 和歌山県の保健活動にもデータに基づくエビデンスを重視して行うべきだと考えられる。

1.2 目的

和歌山県の健康・医療・介護に関するデータ、経済状況・ボランティア参加率等の社会環境因子に関わるデータを利活用した現状分析を実施するとともに和歌山県の位置づけや強み・弱みを把握し、得られた新たな知見を県の施策に反映し、県民の健康寿命の延伸を図ることを目的とする。

健康の質を表す健康寿命やそれと関連のある指標を用いて統計解析し、

今後、和歌山県の健康及びヘルスケア産業における政策立案に役に立つ参考資料を示すことを目的とする。

1.3 実施期間

令和 2 年 1 月 1 日～令和 3 年 3 月 3 1 日まで

¹高齢化率とは総人口に対して 65 歳以上の高齢者人口が占める割合。世界保健機構 (WHO) や国連の定義によると、高齢化率が 7 %を超えた社会を「高齢化社会」、14 %を超えた社会を「高齢社会」、21 %を超えた社会を「超高齢社会」と定義。

1.4 データ

データは和歌山県が収集した 47 都道府県の公的データを活用し、公的データを活用することにする。データの詳細は後述するが、経済、文化、など多様なデータが用いられる。

1.5 方法

都道府県間の健康指標の比較を行った野村ら (Lancet, 2017) の研究の方法論を参考にしながら、より和歌山県の視点から和歌山県を中心として統計分析を実施する。上記の「データ」を用いて、解析には主に統計ソフト R を利用する。提供データの形式に最も適合する最新の可視化統計手法を取り入れ、探索データ解析を行うとともに、健康寿命に影響を与える要因を探るため、医学的変数のほか、社会的説明変数を絞り込み、多変量解析、一般化線形モデリング解析などを行う。なお、解析の方針と統計手法の詳細は、担当者間で意見交換しあい、適切な方法を取り入れる。

1.6 期待効果

県民向けには本県が「住みやすい街」、「健康な県」という事実を再認識され、県外在住者には移住促進政策のための発信情報として活用できると期待される。ビックデータ時代に、他県に先駆けて官学連携による健康データを活用する取り組みは、データに基づく県政を推奨している国の方針とも当てはまるので、他県のベンチマーク事例になることが期待される。

第2章 平均寿命、健康寿命の概要

2.0.1 平均寿命とは

厚生労働省が公表している「生命表」（毎年の「簡易生命表」、5年ごと（国勢調査年）の「生命表」（完全生命表）、「都道府県別生命表」、「市区町村別生命表」）により、平均寿命を調べることができます。平均寿命とは、0歳における平均余命（その年の年齢別死亡率で死亡していくとした場合、0歳の者が生きることとなる平均年数）をいいます。

平均寿命の算定には、ある年の年齢別死亡率を用いて生命表によって計算される（尾島俊之 2015）。具体的には、10万人が誕生したとして、0歳の死亡率から1歳の誕生日での生存数が計算され、さらに1歳の死亡率から2歳の誕生日での生存数が計算される。そのようにして、図2.1に示す生存数曲線を描くことができる。次に、

図2.2に示すように、

との面積が等しくなる年齢を求める。言い換えると図2.1の生存数曲線の下の方の面積を10万人で割り算すると、それが寿命の平均値である平均寿命となる。なお、全国の生命表には、完全生命表〔5年に一度の国勢調査人口と人口動態統計（確定数）から作成〕、簡易生命表〔それ以外の年には推計人口と人口動態統計（概数）から作成〕がある。

図2.1 年齢別死亡率から計算した生存数曲線（尾島俊之 2015より）

図2.2 生存数曲線から寿命の平均値を計算（尾島俊之 2015より）

2.0.2 健康寿命とは

次に、健康寿命の定義と算定方法について述べる。健康寿命の概念を理解するためには、まず、「疾病負荷 (disease burden)」という概念を理解する必要がある。疾病負荷とは疾病により失われた生命や生活の質の期間を意味する。疾病負荷を計量化した指標の内、近年最も広く使われている指標が障害調整生命年 (DALYs) である。ある人における障害調整生命年 (DALY, disability adjusted life year) の計算は損失生存年数 (YLL, years of life lost) と障害生存年数 (YLD, years lived with disability) の合計 $DALY = YLL + YLD$ で計算され、障害生存年数 (YLD) まで考慮した疾病負荷の指標である。

図 2.3 DALY の算出概念図、出典：wikipedia.org、障害調整生命年健康寿命とは、「健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間」を意味し、「生存年数 (life year)－障害生存年数 (YLD)」で定義される。今回は3つの方法を採用することにする。

1. 国民生活基礎調査による項目に基づく算出 (2.4節で詳述) 2. 介護保険の要介護認定により算出 (2.3節で詳述) 3. DALYによる算出

2.1 健康寿命の定義と算出方式

健康寿命の概念を理解するためには、まず、「疾病負荷 (disease burden)」という概念を理解する必要がある。疾病負荷とは疾病により失われた生命や生活の質の期間を意味する。疾病負荷を計量化した指標の内、近年最も広く使われている指標が障害調整生命年 (DALYs) である。ある人における障害調整生命年 (DALY, disability adjusted life year) の計算は損失生存年数 (YLL, years of life lost) と障害生存年数 (YLD, years lived with disability) の合計

$$DALY = YLL + YLD$$

で計算され、障害生存年数 (YLD) まで考慮した疾病負荷の指標である。

Fig. 2.1 DALY の算出概念図, 出典: wikipedia.org, 障害調整生命年

健康寿命とは、「健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間」を意味し、「生存年数 (life year)- 障害生存年数 (YLD)」で定義される。

ある社会構成員における平均健康寿命と平均寿命¹との差を縮めることにより、医療費や介護給付金の軽減、および個人の生活の質の低下を防ぐことができ、社会が安定させることが出来る。そのため、健康寿命を延ばすこと、すなわち、『健康寿命の延伸』が社会的に注目を集めている。

現在、健康寿命の算出方式は主に、

- 国民生活基礎調査でのアンケート項目²より算出
 - － 例) あなたは、現在、傷病で病院や診療所に通ってますか。
 1. 通っている
 2. 通っていない
- 介護保険の要介護認定率より算出
 - － 要介護 2 以上を不健康とするもの

2 種類のデータから算出される。³ 二つの方法の内、介護保険に基づいた後者の方式は、ほぼすべての県民が介護保険の対象となっていること、全国同一の基準で判定されていることから、客観的で信頼度の高い数値ととらえる。

¹平均寿命は、5 年ごとの国勢調査で確定した人口とその年を含む前後 3 年間の死亡数をもとに、厚生労働省により公表。都道府県別、市町村別、男女別に公表

²統計調査の調査票 (健康表) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/index.html#00450061>.

³健康寿命算出プログラム <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/>.

2.2 和歌山県の健康寿命 (要介護度方式)

2.2.1 介護保険制度と要支援・要介護度

健康寿命の要介護度方式による算出方式は、要介護度を利用するため、介護保険制度と要介護度の概念を整理しておく。

介護保険制度は社会保険制度⁴の一つとして、高齢者や、介護が必要な人に対する保障制度である。40 歳以上の人に加えが義務付けられている。⁵

保険給付を受けるにあたって、被保険者は市町村に申請して認定を受けなければならない。認定を受けられる被保険者は、65 歳以上の人もしくは、4064 歳までで加齢が原因と思われる「特定疾病 (16 種類)」の人となる。判定は下記の手順でおこなう。

- 1 次判定：訪問調査、コンピュータにより判定
 - － 申請者の心身の状況、置かれている環境等について、全国一律の基準に基づいて訪問調査
- 被保険者の主治医に対して、被保険者の疾病や負傷の状況等について意見を聞き取り
- 2 次判定：介護認定審査会により判定
 - － 訪問調査結果 (1 次判定) や主治医の意見等をもとに審査・判定を行い、その結果を市町村に通知

市町村は、介護認定審査会 (保健・医療・福祉の専門家により構成) の 2 次判定結果に基づいて要支援・要介護認定を行う。

2.2.2 要支援・要介護認定の結果

要支援・要介護認定は 7 段階で構成されており、要支援は 2 段階、要介護は 5 段階ある。それぞれの段階において利用できる介護サービスの範囲や量、負担料金の上限が決まる。

⁴一般的に医療、年金、介護保険を指す。広義の定義では雇用、労災保険まで含む。

⁵現在の介護保険制度は、1997 年に制定され、2000 年 4 月 1 日に施行された介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) に基づいて実施されている。

- 要支援 1：支給限度額：5 万 30 円/月
 - － 日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、要介護状態への進行を予防するために、IADL(手段的日常生活動作)において何らかの支援が必要な状態.
- 要支援 2：支給限度額：10 万 4730 円/月
 - － 要支援 1 と比べて、IADL(手段的日常生活動作)を行う能力がわずかに低下し、機能の維持や改善のために何らかの支援が必要な状態.
- 要介護 1：支給限度額：16 万 6920 円/月
 - － 要支援の状態からさらに IADL(手段的日常生活動作)の能力が低下. 排せつや入浴などに部分的な介護が必要な状態.
- 要介護 2：支給限度額：19 万 6160 円/月
 - － 要介護 1 の状態に加えて、歩行や起き上がりなどに部分的な介護が必要な状態.
- 要介護 3：支給限度額：26 万 9310 円/月
 - － 要介護 2 の状態からさらに IADL(手段的日常生活動作) および ADL(日常生活動作) が著しく低下し、立ち上がりや歩行が自力ではできず、排泄や入浴、衣服の着脱などにもほぼ全面的な介護が必要な状態.
- 要介護 4：支給限度額：30 万 8060 円/月
 - － 要介護 3 よりも動作能力が著しく低下し、日常生活ほぼ全般を介護なしで行うことが困難な状態.
- 要介護 5：支給限度額：36 万 650 円/月
 - － 要介護 4 の状態よりさらに動作能力が低下し、意思の伝達も困難になり、介護なしには日常生活を送ることが不可能な状態.

第 3 章 これまでの和歌山県 の取り組み

- 和歌山県の健康に関する取り組みを依頼すること

第4章 和歌山県の寿命データの現状

本事業の研究にあたり、前置きとして、和歌山県の平均寿命に関して、時系列的にその変動具合を確認してみる。

4.0.1 和歌山県の平均寿命の時系列変動

2015年に実施された国勢調査に基づいて算出された平均寿命の結果、和歌山県の平均寿命は、男性が79.94歳、女性は86.47歳を示し、それぞれ、47都道府県の中で、男性44位、女性41位と平均寿命が低いと報告された。

年度	男性		女性	
	平均寿命	順位	平均寿命	順位
1975	71.25	28.50	76.81	22.50
1985	74.19	40.50	80.13	43.00
1990	75.23	44.00	81.70	40.00
1995	76.07	44.00	82.71	44.00
1900	77.01	41.00	84.23	41.00
1905	77.97	42.00	85.34	41.00
2010	79.07	37.00	85.69	45.00
2015	79.94	44.00	86.47	41.00

Table. 4.1 和歌山県の平均寿命と47都道府県の中での順位。順位が大きいほど平均寿命が低いことを意味する。

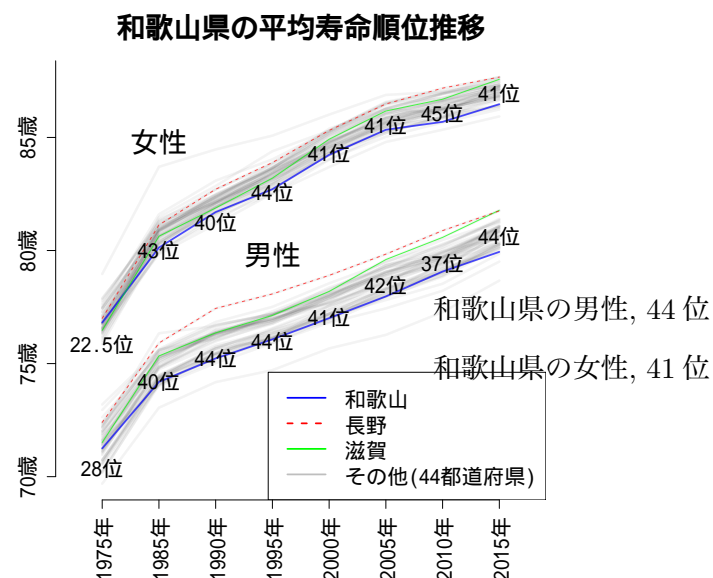


Fig. 4.1 都道府県別平均寿命順位推移 (1975年～2015年)

第 5 章 データの収集および 変更履歴

本研究に用いられるデータは、47 都道府県を基本単位とし、平均寿命と健康寿命を目的変数とする。説明変数多様なデータ元から収集した公的データを利用することにする。データの収集は和歌山県が担当し、滋賀大学に提供される形式をとっており、今回のデータの収集においては、統計解析の再現性を重視したため、出典を詳しく明記する。

データのやり取りにおいては、所定の書式 (DataFormat.csv”) を用意し、データの扱いには入力ミスなどが起こらないように、十分に注意を払った。また、滋賀大と和歌山県の間、double check を行い、入念に厳選した公的データのみを用いることにした。

情報および変更履歴：“DataFormat.csv” latest version 2021 年 2 月 10 日 “DataFormat.csv” latest version 2021 年 3 月 11 日受領＜追記修正箇所等＞ V 列

熊本県の欠損値について、国の示す推定方法により数値を記載 - 熊本県女性の健康寿命の推定値 FI 列、FJ 列、FK 列、FL 列 収集元データの年度修正（新しいデータに置き換え）

野菜摂取量_2016(20 歳以上平均値 (g/日) 食塩摂取量_2016(20 歳以上平均値 (g/日) BMI 平均値_2016(男性 20～69 歳)(女性 40～69 歳)(単位 Kg/u) 歩数_2016(20 歳以上平均値 (歩/日) DH 列、DI 列、DJ 列、DK 列のデータ収集元 URL を修正

悪性新生物 (子宮)_年齢調整死亡率 2015 心疾患_年齢調整死亡率 2015 肺炎_年齢調整死亡率 2015 急性心筋梗塞_年齢調整死亡率 2015 EF 列、

EG 列、EH 列、EI 列、EJ 列

バリアフリー化の総数であったものをバリアフリー化率に置き換え一定のバリアフリー化率_2018 高度のバリアフリー化率_2018 バリアフリー_手すりがある 2018 バリアフリー_廊下などが車いすで通行可能な幅 2018 バリアフリー_段差のない屋内 2018 参考事項：バリアフリー化率の出典元を発見

第 6 章 本研究に使用する データと変数名

9 4 個体

168 個の変数がある。

解析の都合上、英語の変数名に変換をした。

see

WakayamaHtml_mid_report.html

	id	var name Jpn
1	1	key
2	2	pref.id
3	3	sex
4	4	pref.E
5	5	pref.A
6	6	pref.J
7	7	人口
8	8	受療率 入院 悪性新生物 2017
9	9	受療率 入院 心疾患 2017
10	10	受療率 入院 脳血管疾患 2017
11	11	受療率 外来 悪性新生物 2017
12	12	受療率 外来 心疾患 2017
13	13	受療率 外来 脳血管疾患 2017
14	14	病院数 2019
15	15	診療所数 2019
16	16	がん治療認定医数 2020
17	17	循環器専門医数 2020
18	18	内視鏡専門医数 2020
19	19	75 歳未満調整死亡率 悪性新生物 2018
20	20	書籍購入代金 2019
21	21	平均寿命 2015
22	22	健康寿命 2016
23	23	75 歳未満調整死亡率 悪政新生物 2019
24	24	年齢調整死亡率 心疾患 2015
25	25	年齢調整死亡率 脳血管疾患 2015
26	26	60 歳以上人口 2015
27	27	学習率 2016
28	28	読書率 2016
29	29	人口・世帯 年少人口割合 2020
30	30	人口・世帯 老年人口割合 2020
31	31	人口・世帯 生産年齢人口割合 2020
32	32	人口・世帯 粗死亡率 2020
33	33	人口・世帯 共働き世帯割合 2020
34	34	自然環境 年平均気温
35	35	自然環境 年平均相対湿度
36	36	自然環境 降水量 (年間)
37	37	自然環境 雪日数 (年間)
38	38	経済基盤 県民所得
39	39	行政基盤 財政力指数
40	40	行政基盤 収支比率

第 7 章 寿命データの説明

7.1 3.1 平均寿命 2015 と健康寿命

平均寿命については出典：平成 27 年都道府県別生命表の概況 取得元：以下のリンク

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/toukei15/index.html>

詳細説明：・「都道府県別にみた平均寿命の推移」をダウンロード・男性の平均寿命は「表 5-1 平均寿命の推移（男）」より「平成 27 年」のものを、女性の平均寿命は「表 5-2 平均寿命の推移（女）」より「平成 27 年」のものを取得

健康寿命については、

3.2 変数名：健康寿命 2016 出典：厚生労働科学研究 健康寿命のページ (<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>)

「都道府県別健康寿命（2010～2016 年）」をダウンロード・男性の健康寿命はシート「付表 1-1」より「I 列」の 2016 年の推定値を、女性の健康寿命はシート「付表 1-2」より「日常生活に制限のない期間の平均」を取得。

・国民生活基礎調査は熊本地震により 2016 年の熊本県の健康情報を調査していないが、熊本県の 2016 年健康寿命のデータに熊本県の 3 年次の平均を下式による、2016 年の仮定に基づく推定値を用いて算定した（熊本県の 2016 年の仮定に基づく推定値）＝（熊本県の 2013 年の推定値）×（全国の 2016 年の推定値）/（全国の 2013 年の推定値）

7.2 3.3 順位

7.3 3.5 男女区別のないデータ d_common

7.4 3.5.1 d_common data 変数名

7.5 3.6 男女区別のあるデータ d_mf, d_m, d_f

7.5.1 3.6.1 d_mf

7.5.2 3.6.2 男性データ d_m

7.5.3 3.6.3 女性データ d_f

7.6 3.7 以下分析対象データ d_common, d_m, d_f

第 8 章 4 data の変数属性を確認

8.1 4.1 d_common

8.2 4.2 d_m

8.3 4.3 d_f

第 9 章 5 寿命(目的変数)の都 道府県の順位確認

9.0.1 5.1 男性の平均寿命と健康寿命の差

9.0.2 5.2 女性の平均寿命と健康寿命の差

9.0.3 5.3 男性の平均寿命

9.0.4 5.4 男性の健康寿命

9.0.5 5.5 女性の平均寿命

9.0.6 5.6 女性の健康寿命

第 10 章 6 d_common data の 説明変数の順位確認 及び正規性検定

- 10.0.1 6.1 d_common data の和歌山県の順位確認
- 10.0.2 6.2 d_common data の連続データ分布確認 1
- 10.0.3 6.3 d_common data の連続データ分布確認 2
- 10.0.4 6.4 d_common data の連続データの正規性検定
- 10.0.5 6.5 d_common data 連続データの正規性を満たさない変数

第 11 章 7 d_common data 和 歌山, 青森, 滋賀, 長野 の説明変数の様子

第 12 章 8 出典整理

12.1 8.1 出典元

12.2 8.2 出典リンク先の詳細

12.3 8.3 リンク先の修正箇所

第 13 章 9 説明変数の標準化 と計量化 (scoring)

第 14 章 10 ヘルスケア産業の 創出や健康経営の推 進に係る要因分析??

第 15 章 和歌山県健康・平均寿命に関する公表結果

15.1 和歌山県の平均寿命

平均寿命とは 0 歳の平均余命を意味する。厚生労働省¹により 2010 年度の平均寿命では、男性の場合、長野県が 80.88 歳で 1 位を示し、その次が和歌山県 (80.58 歳) であった。47 都道府県の内、平均寿命 80 歳以上の県は、上位から長野、滋賀、福井、熊本、神奈川、京都、奈良、大分の順位であった。

Fig. 15.1 都道府県別平均寿命順位推移 (2010 年～2015 年, 男)

同年度の女性の場合、全ての県が 85 歳を超えている結果となった。男性と同じく長野県が 1 位を示し、和歌山県の女性の平均寿命は 12 位を示している。

上位から長野、島根、沖縄、熊本、新潟、広島、福井、岡山、大分、富山、石川、滋賀の順位であった。男女ともに、青森県の平均寿命は全国で最下位を示している。

Fig. 15.2 都道府県別平均寿命順位推移 (2010 年～2015 年, 女)

和歌山県の平均寿命は都道府県順位の推移を見ると、60 年代から持続的に上がってきたこと

¹厚生労働省都道府県別生命表 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/seimei/list54-57-02.html>

がわかる。

これは、和歌山県が長寿県になったのは単なる横断 (cross-sectional) データから見られる一時的現象ではなく、縦断 (longitudinal) データからも立証されたことを意味する。

15.1.1 和歌山県の健康寿命結果

介護度による健康寿命は前述した「要介護の 2 以上」を不健康状態に定義し、それに基づいて計算される。介護度に基づいた健康寿命は「平均自立期間」とも呼ばれる。² 次の図にこの方式に

Fig. 15.3 都道府県別健康寿命 (平均自立期間, 2013 年)

Fig. 15.4 都道府県別健康寿命 (平均自立期間, 2014 年)

基づいた 2013 年と 2014 年の全国都道府県の健康寿命の結果を示す。

いずれも和歌山県の男性は両年度それぞれ 2 位と 1 位、女性は 3 位と 9 位を示しており、和歌山県が量的な指標 (平均寿命) のみならず、質の高い健康な県であることを示している。

後述するアンケート方式の健康寿命の算出方法は、都道府県別の分析のみ可能だが、要介護度方式は市町ごとまで分析できるのがもう一つの利点である。次の図に県内 19 市町の健康寿命の分布を示す。男性の場合は草津市、女性の場合は日野町の健康寿命がもっとも長かった。

Fig. 15.5 和歌山県市町別健康寿命 (2014 年)

²厚生労働科学研究健康寿命のページ (<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/>)。 「健康寿命の指標化に関する研究」

15.2 和歌山県健康寿命 (アンケート方式)

アンケートによる健康寿命は、国民生活基礎調査でのアンケート項目により算出する。国民生活基礎調査のアンケート項目とは、

- 例) あなたは、現在、傷病で病院や診療所に通ってますか。
 - － 1. 通っている 2. 通っていない

との質問に「通っている」と答えた人を不健康であると定義する。この方法は自己申告という主観的な回答であることから、県民性に強く影響を受けるとともに、例えば、和歌山県の場合、県民約 1,300 人を対象とした調査の結果なので、この程度の人数では算出された値の信頼度が低いという欠点がある。

Fig. 15.6 都道府県別アンケート方式健康寿命 (2013 年)

アンケート方式の和歌山県健康寿命は男性 31 位、女性 39 位を示しており、要介護方式の結果とはやや相反している結果となった。こうした両方式の違いがなぜ生じたのかはまだ不明であるが、上述したように、アンケートに当たって、サンプリング方法の問題、サンプルの数などの疑問に加え、県民性による偏りなどが考えられる。

15.3 和歌山県健康-国際研究資料にもとづいて

Fig. 15.7 都道府県別の健康寿命 (2015 年)

図 15.7 は同研究のデータに基づき、衛生科学センターより再編・加工し都道府県別の健康寿命を示した図である。図から分かるように、和歌

山県は健康寿命においても、全国 1 位を示しており、寿命が長いだけでなく、質の高い長生きしている現状がデータから見られた。

野村ら (2017) の研究で強調している内容は健康問題における地域格差問題であり、各地域の疾病構造、健康の位置づけに基づいて適切な「健康変換」をおこなう必要があると主張している。しかし、健康格差の原因究明までにはまだ至らなかった。従って、和歌山県が健康な県である理由を示すことは、全国健康格差を縮めることに寄与すると考えられる。

15.4 健康寿命 3 指標比較

Fig. 15.8 健康寿命 3 指標相関 (女性)

Fig. 15.9 健康寿命 3 指標相関 (男性)

Fig. 15.10 健康寿命 3 指標相関 (女性)

Fig. 15.11 健康寿命 3 指標相関 (男性)

Fig. 15.12 介護度式とアンケート式間健康寿命の平均差比較 (女性)

Fig. 15.13 介護度式とアンケート式間健康寿命の平均差比較 (男性)

第 16 章 健康寿命と関連のある要因探索

和歌山県民の健康寿命の延伸を図ることに当たって、科学的根拠に基づいた効果的な取り組みを進める必要がある。そのため、まず、健康寿命に影響を与える要因を探索することが第一歩となる。本章では、都道府県別の健康寿命と健康および社会要因と関連のするデータを利用し健康寿命との相関分析と単回帰分析を行った。

16.1 相関分析に用いる変数

都道府県別の健康寿命データは 2013 年の都道府県別の「平均自立期間」¹を採用した。「平均自立期間」との相関分析のため対になる変数においては、通常、健康と直接に関係があると見られる「健康変数」と間接的に影響を与えうる「社会変数」を選び都道府県別に相関分析を行うことにする。

健康変数はさらに、健康の指標を直接に示す変数と健康向上にむけての生活習慣と関連がある健康行動変数の 2 種類に分けた。詳細は下記の通りである。

- 健康指標変数 (health index)
 - － 肥満度 (BMI)
 - － 野菜摂取量
 - － 食塩摂取量
- 健康行動変数 (health behavior)
 - － 平均歩数
 - － 喫煙率
 - － 1 人当たりアルコール消費量

社会変数も健康変数と同じく二つに分けて、ある社会の健全性を測る社会指標変数と個人レベルで行っている社会行動変数の 2 種類で構成した。社会変数の詳細は下記の通りである。

- 社会指標変数 (social index)
 - － GINI 係数
 - － 住みやすさ
- 社会行動変数 (social behavior)
 - － ボランティア参加率
 - － 余暇でスポーツをしている割合
 - － 趣味・娯楽を持っている割合
 - － 学習・自己啓発をしている割合

16.1.1 データの出典

都道府県別の上記のデータは総務省の「2011 年社会生活基本調査」によりボランティアをしている割合、余

¹ 「平均自立期間」は「要介護 2 以上」を「不健康」として定義し手算出する。「厚生労働科学研究費補助金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報告書」

第 17 章 組織体制

17.0.1 健康推進連絡協議 (1987～, 民間)

和歌山県の「健康推進連絡協議会」は 1987 年度に、母子保健推進員と食生活改善推進員が合体し、地域において歯科保健も含めたさまざまな分野の健康活動を行っている。

- ボランティア組織
- 市町に地域での健康づくり活動
 - － 2016 年度総人数 3,612 人
- 毎年養成研修会を実施
 - － 2016 年、養成講座受講実績, 407 人

17.0.2 健康づくり県民会議 (1994～2010)

- 5 分野 (栄養, 運動, 休養, 健診, 生きがい) で構成
 - － それぞれ 10 名, 計 50 名からなる組織
- 活動内容: 県民運動としての健康づくり
- 成果: 「健康づくりガイドブック」を県内全戸配布

2010 年以降, 「健康づくり県民会議」は, 予算削減に伴って, 活動は停止状態となっている。

17.0.3 健康づくり支援室 (2001～2009)

1999 年度, 国において「健康日本 21」が策定された。¹ これを受けて和歌山県は,

- 2000 年度には, 県の健康増進計画である「健康いきいき 21 健康滋賀推進プラン」が策定
- 2001 年～2009 年度の間「健康づくり支援室」を運営

など国の健康政策に協力的かつ迅速に対応した。

健康増進計画策定に当たって, 「健康づくり支援室」の主な活動と成果は

¹ 「健康日本 21」とは「国民の健康の増進の目標」を定めたもの。2012 年に全部改正 (厚生労働省告示 430 号) し現在は「健康日本 (第 2 次)」。

- 「健康づくり支援資料集」を作成
 - － 人口動態統計, 医療費情報, 計画目標 11 分野関連情報等, 健康関連の情報をオールインワンでまとめたもの
- 保健所, 市町等関連組織に配布
- この資料集を活用しながら, 県, 市町が科学的根拠に基づいた保健活動の推進, 客観的評価に基づいた P-D-C-A サイクルの実施

である。

健康づくり支援室が作成していた「健康づくり支援資料集」は, 2017 年現在, その組織はなくなったものの, 内容をバージョンアップさせながら毎年作成されている。

17.0.4 衛生科学センター (2005～)

2005 年度からは, 衛生科学センターが健康情報分析機関として位置づけられ, 支援資料集に加えて, 「死因統計解析」を発行。

「死因統計解析」には

- ベイズ推計補正をかけた標準化死亡率
 - － 市町別・死因別・男女別
- 年齢調整死亡率

の統計解析に基づいた, より客観的な情報が記載されている。

17.0.5 健康寿命対策室 (2015～)

2015 年度, 新たに「健康寿命対策室」が設置され, 一時停滞気味であった健康づくり施策が再び活発化した。「健康寿命対策室」は 2017 年度には, 「健康寿命推進課」として発展している。

17.1 健康データの持続収集と情報発信

和歌山県では, 1986 年から 56 年おきに, 約 1 万人規模で, アンケートによる健康・栄養マップ調査が実施されており (直近は 2015 年), 客観的評価による健康づくり施策が行われていた。

衛生科学センターの HP に「死因統計解析」と「健康づくり支援資料集」を掲載しており, 2015

年実績で、死因解析が5万回以上、資料集が17万回以上のアクセスがあった。

Fig. 17.1 健康づくり支援資料集

17.2 外部要因－社会・地理・環境の側面

そのほか、保健活動とは少し違う角度として、和歌山県の各都市が便利で歩きやすい(コンパクトシティーである)、スポーツなど健康的な娯楽がし易い、災害が少ない、気候が温暖、平均収入が多くて持ち家率が高い(可処分所得が高い)、経済格差が少ない(ジニ係数が低い)などの環境要因も強く寄与しているのではないかと考えられる。

17.3 リーダーの健康政策についての認識

意思決定者の健康についての認識も事業の加速化に重要な部分である。和歌山県では、1993年度、国松善次氏が健康福祉部長(1998年-2006年まで県知事)に就任した頃から、健康づくり事業の重要性を認識し、積極的に取り組むことになり、様々な組織に対して支援を行った。その間、健康づくりには人や予算が十分に配分され、和歌山県の現状に至る行政施策が推進されたとみられる。

17.4 結論

結局、和歌山県では健康づくりのために特別な事業を行ったわけではなく、

- 組織：健康推進連絡協議会等活発な地域活動を支える組織があった。
- データの収集と情報公開：健康栄養マップ調査、健康づくり支援資料集や死亡統計解析を作成することで、県、保健所、市町が、客観的データに基づいた健康づくり施策ができた。
- 市町への支援：保健所が市町の取り組みをうまく支援できた。
- 健康づくりに関心を持つ施策決定者の存在：健康づくりにきわめて熱心な施策決定者が

いたことで、組織に人や予算がついた。

により、健康づくりの基礎インフラが他県より進んでいたとも言える。

即ち、健康づくりにおいて重要なのは、マクロ的視点で様々な角度から長期的な計画を立て、

- 「科学的根拠に基づいて」
- 「ヘルスプロモーションの理念に沿って地域活動を活性化」
- 「県、保健所、市町がそれぞれの役割に応じてPDCAサイクルを着実に実行」

のように、正確な情報・持続性・協力体制を維持するのが重要だと考えられる。