



第2章 本県の現状（健康課題）

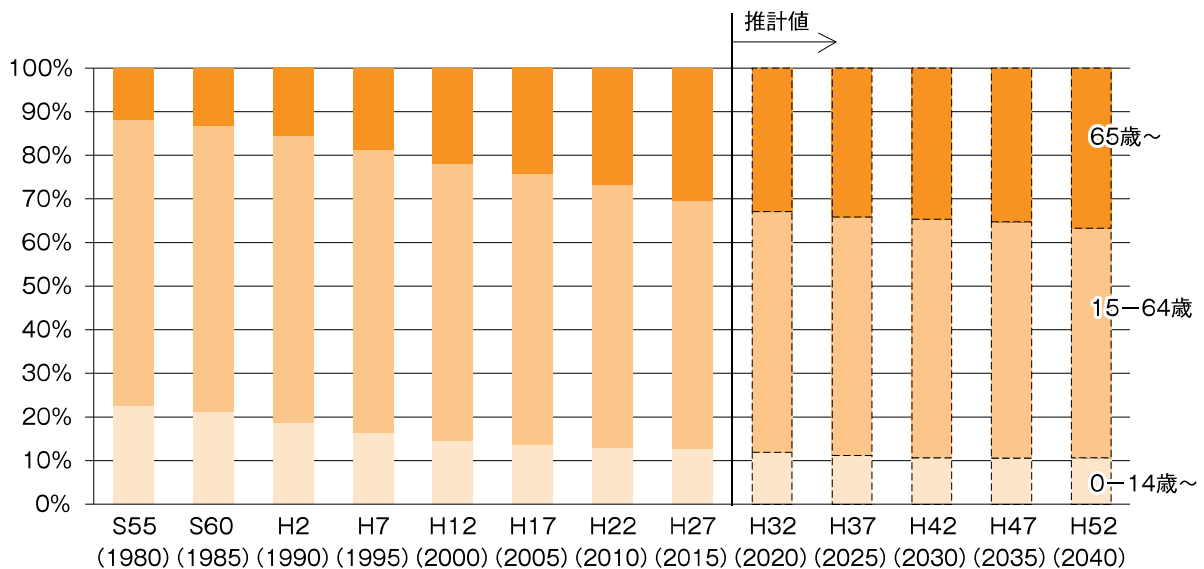
1 生命表及び死亡の動向

(1) 人口構成の推移

本県の人口構成の割合を年齢3区分別に見ると、65歳以上人口（以下「老年人口」という）の割合が年々増加しており、0～14歳人口（以下「年少人口」という）と15～64歳人口（以下「生産年齢人口」という）の割合が減少しています。平成5年には、年少人口と老年人口の割合が逆転しました。

今後もこの傾向は続くとみられ、年少人口と生産年齢人口が減少し、老年人口が増加すると推計されています。

図2-1 年齢3区分別人口割合の推移



出典：総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」

生命表とは



生命表は、ある期間における死亡状況（年齢別死亡率）が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が1年以内に死亡する確率や平均してあと何年生きられるかという期待値などを死亡率や平均余命などの指標（生命関数）によって表したものです。

特に、0歳の平均余命である「平均寿命」は、死亡状況を集約したものとなっており、保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されています。

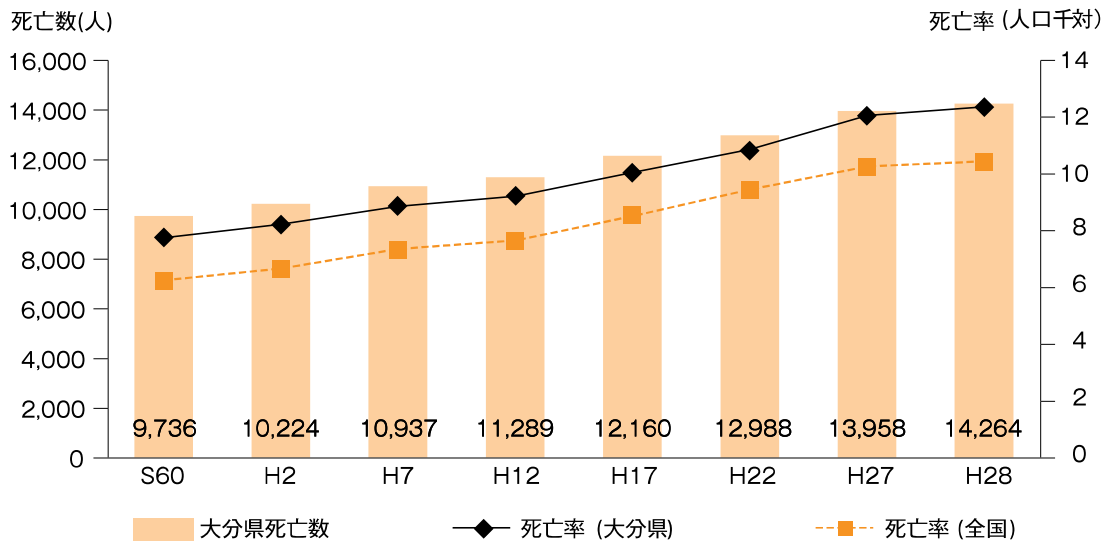
厚生労働省で作成している生命表には、全国単位の「完全生命表」（基幹統計）、「簡易生命表」（基幹統計）、都道府県・指定都市単位の「都道府県別生命表」及び市区町村単位の「市区町村別生命表」があります。

（2）死亡の状況

①死亡数及び死亡率の推移

本県の死亡数及び死亡率は、年々増加しています。平成28年の死亡数は14,264人、死亡率（人口千対）は12.4で、全国値と比べて高値で推移しています。これは、人口の高齢化の影響によるものと思われます。

図2-2 死亡数と死亡率の推移



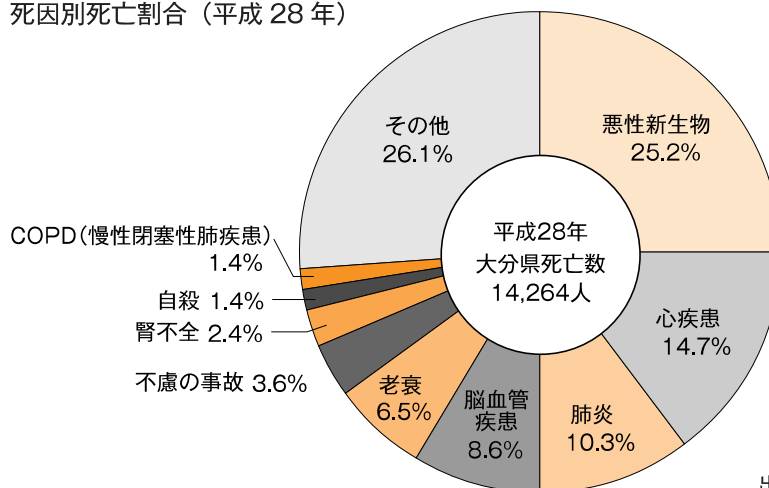
出典：厚生労働省「人口動態統計」

②死因別死亡割合

平成28年の死因の第1位は悪性新生物（がん）で、全体の25.2%を占めています。次いで心疾患（14.7%）、肺炎（10.3%）、脳血管疾患（8.6%）の順となっています。

がん、心疾患、脳血管疾患の三大生活習慣病が総死亡に占める割合は48.5%であり、死亡の約半数が生活習慣病となっています。近年は高齢化の影響により、肺炎の占める割合が徐々に増加しています。

図2-3 死因別死亡割合（平成28年）



出典：厚生労働省「人口動態統計」



③主要死因別年齢調整死亡率

死亡の状況は人口の年齢構成に大きく影響されることから、都道府県別の比較や年代ごとの比較の際には、年齢調整死亡率（基準人口を用いて人口構成の差を補正した値）を使用します。

全国と比較して、本県は、悪性新生物（がん）は男女とも低く、急性心筋梗塞と慢性閉塞性肺疾患は男女とも高い状況にあります。

表2-1 主要死因別年齢調整死亡率（平成27年）

	男 性			女 性		
	全国	大分県	順位	全国	大分県	順位
全死因	486.0	464.9	7	255.0	243.7	9
悪性新生物	165.3	151.0	4	87.7	80.3	6
（再掲）肺の悪性新生物	39.2	36.6	8	11.1	9.7	13
（再掲）胃の悪性新生物	22.9	17.8	3	8.3	6.3	4
（再掲）大腸の悪性新生物	21.0	17.4	3	12.1	9.6	3
心疾患	65.4	61.0	14	34.2	30.3	9
（再掲）急性心筋梗塞	16.2	20.7	37	6.1	7.5	33
脳血管疾患	37.8	34.2	10	21.0	18.8	8
（再掲）脳梗塞	18.1	16.0	8	9.3	8.3	10
肺炎	38.3	40.4	30	15.8	16.7	31
慢性閉塞性肺疾患	7.5	8.4	36	1.1	1.2	31
腎不全	7.3	7.4	21	4.0	4.4	36
肝疾患	9.8	10.5	37	3.5	3.1	14
老衰	10.1	7.9	10	13.4	10.0	4
不慮の事故	19.3	19.2	14	8.0	9.7	34
自殺	23.0	20.2	2	8.9	10.0	43

※順位は昇順

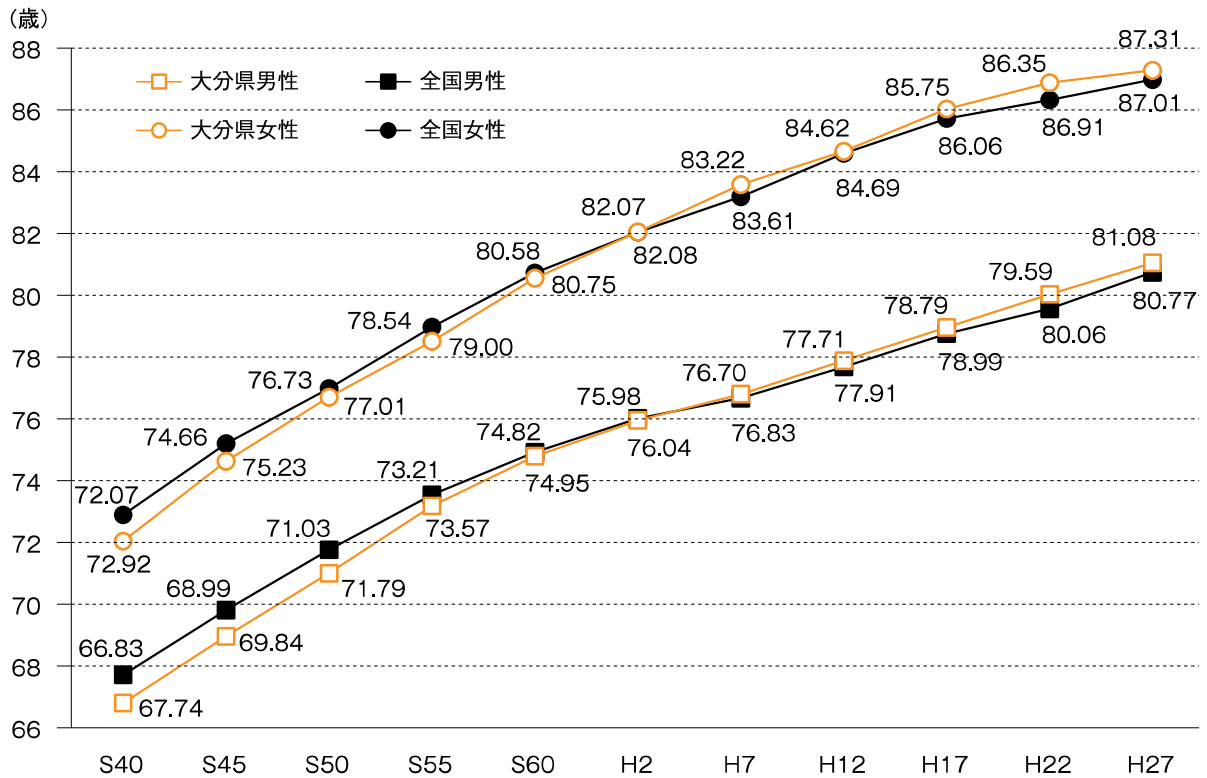
出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

（3）平均寿命と健康寿命

①平均寿命

本県の平均寿命は、以前は全国よりも低い水準でしたが、平成2年の生命表では、男女とも全国水準より高くなっています。平成27年の平均寿命は、男性81.08歳（全国80.77歳）で全国10位、女性87.31歳（全国87.01歳）で全国12位と男女とも長寿県として定着してきています。

図2-4 平均寿命の推移



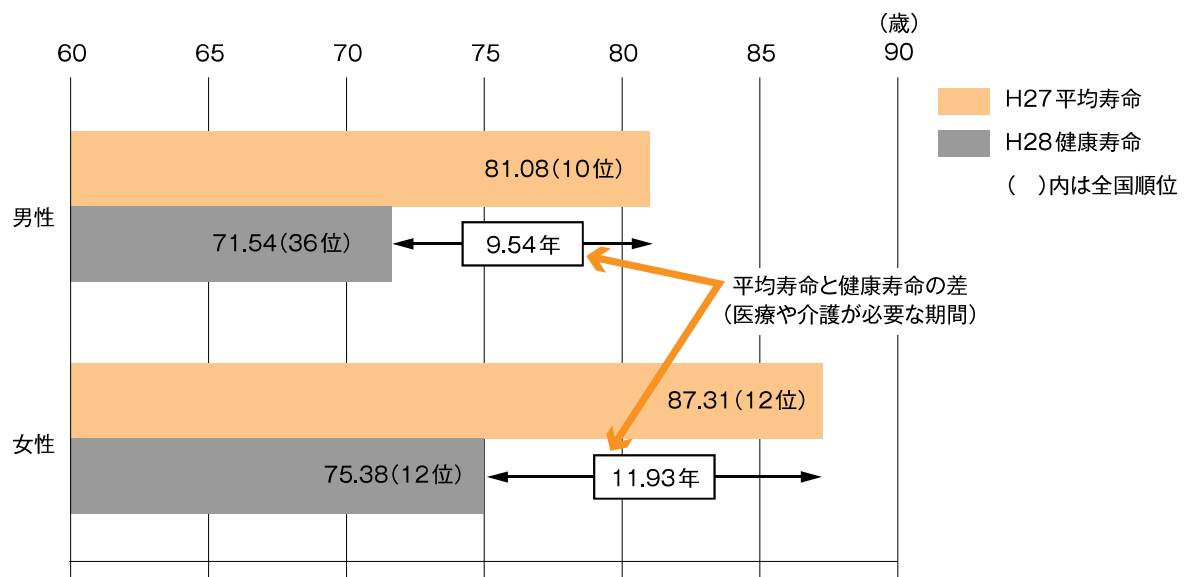
出典：厚生労働省「都道府県生命表」

②健康寿命

健康な状態で過ごすことのできる期間を示す「健康寿命」は、平成28年には、男性が71.54歳で全国36位、女性が75.38歳で全国12位となっており、平成22年からの伸びは、男性は1.69年で22位、女性は2.19年で2位となっています。

平均寿命と健康寿命の差は、男性では9.54年、女性では11.93年となっています。この差をできるだけ短くし、健康で元気に暮らせる期間である健康寿命の延伸を図ることが重要です。

図2-5 平均寿命と健康寿命



出典：厚生労働省「平成27年都道府県別生命表の概況」

厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の地域格差の評価と要因分析に関する研究」

健康寿命の算出方法

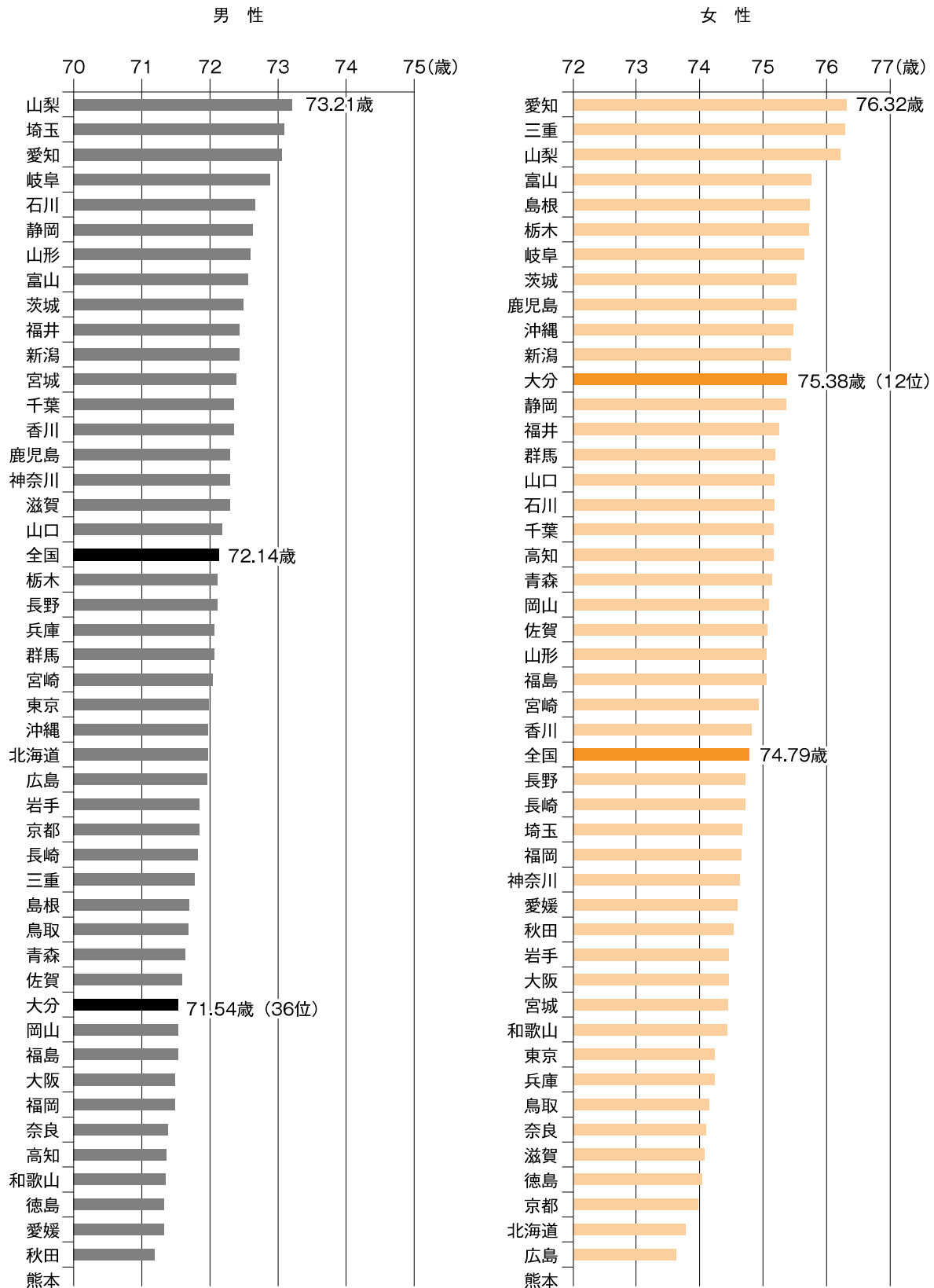


一般的に健康寿命とは、健康な状態で生存する期間のことをいいますが、健康な状態の指標として、様々な概念や方法が提唱されています。我が国においても、要介護認定の状況を用いる方法や、国民生活基礎調査などの質問紙により健康の状況を把握する方法など、いくつかの指標が提案されています。

国の健康増進計画である健康日本21（第2次）及び本計画における健康寿命の指標としては、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」の質問に対して「ある」の回答を不健康な状態と定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出した「日常生活に制限のない期間の平均」を指標として用いています。この定義では、3年に1度の全国値及び都道府県別値が得られます。

この他、要介護認定を用いた場合は、介護保険の要介護度2以上の認定を受けていない方を健康として定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出した「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。この指標では、毎年の都道府県別値に加えて、市町村別値も算出できます。市町村別の場合、人口規模が小さく単年度では精度が低くなるため、5年間の平均値を使用します。本県では、これをお達者年齢として公表しています。

図2-6 都道府県別の健康寿命（平成28年）



出典：厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の地域格差の評価と要因分析に関する研究」



2 生活習慣病の現状

(1) 主要疾患の受療状況

本県の主な生活習慣病の入院、外来における年齢調整受療率（人口10万対）をみると、脳血管疾患は、入院、外来とも全国よりも低く、糖尿病は入院、外来のいずれも全国より高くなっています。

平成8年から平成26年までの主要疾患別総患者数の推移を見ると、計算による推計値のため増減のばらつきが大きくなっていますが、糖尿病の平成26年の総患者数は34,000人、悪性新生物（がん）は16,000人と推計されており、ともに漸増傾向です。虚血性心疾患は、11,000人で横ばいに推移しており、脳血管疾患は9,000人となり、漸減傾向にあります。

表2-2 主要疾患の人口10万対年齢調整受療率と全国順位（平成26年）

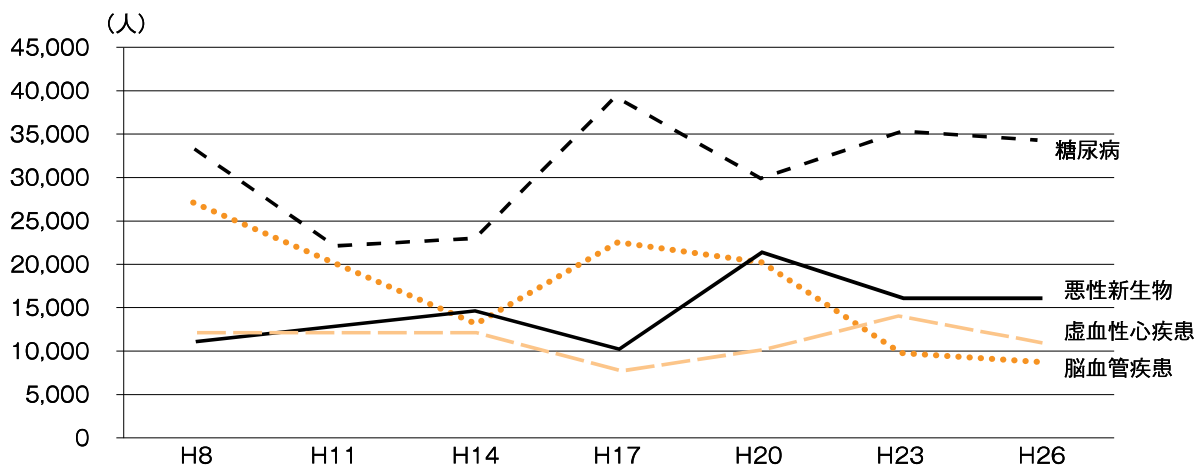
（人口10万対）

		悪性新生物		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患	
		受療率	順位	受療率	順位	受療率	順位	受療率	順位
入院	全国	54.35		8.24		5.72		52.67	
	大分県	62.56	38	8.99	30	5.64	23	48.51	22
外来	全国	76.6		98.6		22.1		33.3	
	大分県	73.3	16	100.1	24	33.8	46	24.1	7

※順位は昇順

出典：厚生労働省「患者調査」

図2-7 主要疾患別総患者数の年次推移



出典：厚生労働省「患者調査」

総患者数の推計方法



患者調査は、医療機関を無作為抽出して、3年に1回、10月のある特定の1日（退院患者は9月中の1カ月）の受診患者の調査を行うものです。調査日当日の患者の状況を把握しますが、そのデータを基にして、調査時点で継続的な治療を受けていると推測される患者数を「総患者数」として以下の式にて推計しています。

総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7）

（2）特定健康診査における有所見者の状況

特定健康診査における生活習慣病の有所見率をみると、糖尿病は予備群、有病者ともに低下し、改善傾向にあります。高血圧、高脂血症は、男女計をみると、ともに低下していますが、高血圧は25.4%と4人に1人が、高脂血症は48.1%とおよそ2人に1人が該当している状況です。

メタボリックシンドロームについては、予備群は低下しているものの該当者の割合は、男女ともに上昇しています。

表2-3 特定健診における生活習慣病有所見率（国保県全体：40～59歳）

	男性				女性				男女計			
	H22年度		H27年度		H22年度		H27年度		H22年度		H27年度	
	該当者 (人)	(該当率%)	該当者 (人)	(該当率%)	該当者 (人)	(該当率%)	該当者 (人)	(該当率%)	該当者 (人)	(該当率%)	該当者 (人)	(該当率%)
糖尿病予備群※1	731	(10.9%)	636	(10.0%)	891	(8.9%)	673	(7.5%)	1,622	(9.7%)	1,309	(8.5%)
糖尿病有病者※2	631	(9.4%)	563	(8.9%)	398	(4.0%)	349	(3.9%)	1,029	(6.2%)	912	(6.0%)
高血圧予備群※3	943	(14.1%)	801	(12.6%)	1,121	(11.2%)	833	(9.3%)	2,064	(12.3%)	1,634	(10.7%)
高血圧有病者※4	2,330	(34.8%)	2,106	(33.2%)	2,102	(21.0%)	1,780	(19.8%)	4,432	(26.5%)	3,886	(25.4%)
高脂血症有病者※5	3,816	(56.9%)	3,624	(57.1%)	4,414	(44.1%)	3,740	(41.7%)	8,230	(49.2%)	7,364	(48.1%)
メタボ予備群※6	1,319	(19.7%)	1,186	(18.7%)	591	(5.9%)	530	(5.9%)	1,910	(11.4%)	1,716	(11.2%)
メタボ該当者※7	1,420	(21.2%)	1,440	(22.7%)	512	(5.1%)	472	(5.3%)	1,932	(11.6%)	1,912	(12.5%)
やせ(BMI<18.5)	209	(3.1%)	200	(3.2%)	1,059	(10.6%)	1,110	(12.4%)	1,268	(7.6%)	1,310	(8.6%)
肥満(BMI≥25.0)	2,333	(34.8%)	2,345	(37.0%)	1,937	(19.3%)	1,846	(20.6%)	4,270	(25.5%)	4,191	(27.4%)
腹囲 (男性≥85cm/女性≥90cm)	3,347	(49.9%)	3,184	(50.2%)	1,539	(15.4%)	1,291	(14.4%)	4,886	(29.2%)	4,475	(29.2%)
受診者数	6,704		6,342		10,019		8,970		16,723		15,312	

- ※1）糖尿病予備群：糖尿病有病者に該当せず、空腹時血糖 110-125mg/dl、または HbA1c6.0-6.4%
 ※2）糖尿病有病者：糖尿病内服またはインスリン治療中、または空腹時血糖≥126mg/dl、または HbA1c≥6.5%
 ※3）高血圧予備群：高血圧有病者に該当せず、収縮期血圧 130-139mmHg、または拡張期血圧 85-89mmHg
 ※4）高血圧有病者：高血圧内服治療中、または収縮期血圧≥140mmHg、または拡張期血圧≥110mmHg
 ※5）高脂血症有病者：脂質異常症内服治療中、または中性脂肪≥150mg/dl、または HDL コレステロール<40mg/dl、または LDL コレステロール≥140mg/dl
 ※6）メタボ予備群：特定健診のメタボリックシンドローム判定が「予備群該当」である者
 ※7）メタボ該当者：特定健診のメタボリックシンドローム判定が「基準該当」である者

《参考》メタボリックシンドロームの判定基準は以下の通り

内臓脂肪蓄積ウエスト周囲径 男性≥85cm 女性≥90cm

上記に加えて以下のうち2項目以上該当を「メタボ該当」、1項目該当を「予備群該当」

- ①脂質異常 中性脂肪≥150mg/dl かつ/または HDL コレステロール<40mg/dl かつ/または 薬剤治療中
- ②高血圧 収縮期血圧≥130mmHg かつ/または 拡張期血圧≥85mmHg かつ/または 薬剤治療中
- ③糖尿病 空腹時血糖≥110mg/dl かつ/または 薬剤治療中

出典：大分県国民健康保険団体連合会「特定健康診査有所見者状況」

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）



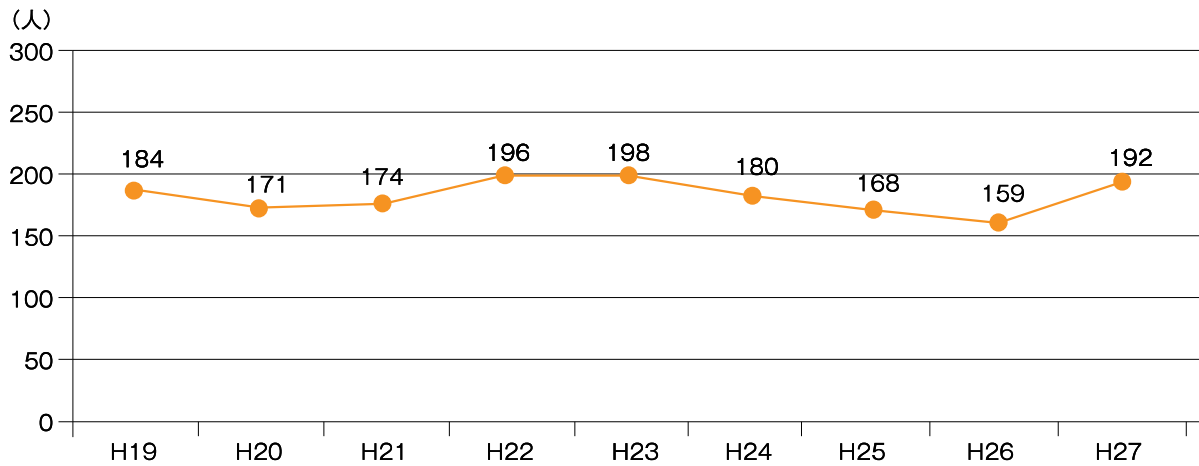
内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）によって、高血圧・糖尿病・脂質異常症を進行させ、全身の動脈硬化が促進することにより、脳血管疾患や虚血性疾患等が発症しやすくなっている状態をいいます。



（3）糖尿病を原疾患とする人工透析導入患者数の推移

糖尿病を原疾患とする新規の人工透析導入患者は、平成23年をピークに多少の変化はありますが、概ね横ばいで推移しています。しかし、糖尿病の有病者が増加していることから、今後は増加が予想されます。

図2-8 糖尿病を原疾患とする人工透析導入患者数



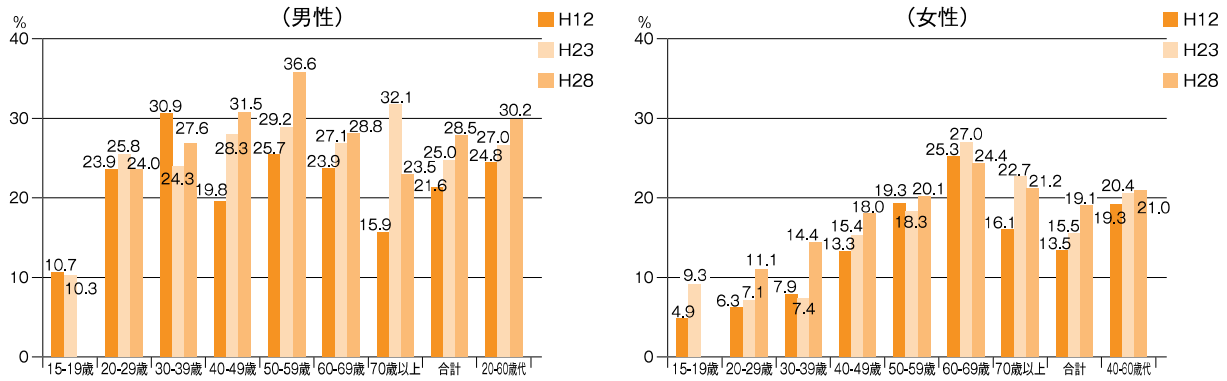
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

（4）生活習慣及び栄養摂取の状況

①肥満（BMI≥25.0）者の割合

- ・男女とも前回の調査に比べほとんどの年代で肥満者は増えています。
- ・特に男性の40歳代、50歳代で肥満者の割合が高くなっています。

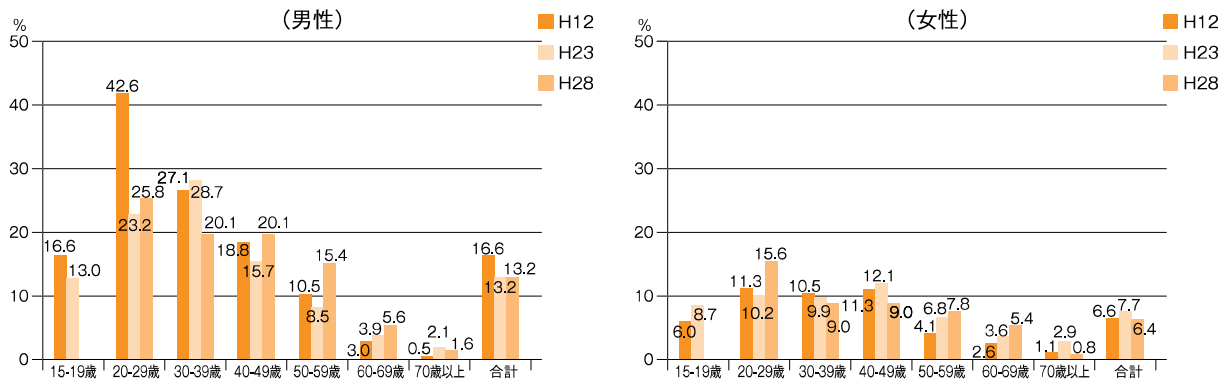
図2-9



②朝食を食べない人の割合

- ・男女とも前回の調査に比べ20歳代の朝食欠食率が高くなっています。
- ・特に働き盛りの男性は朝食欠食率が高くなっています。

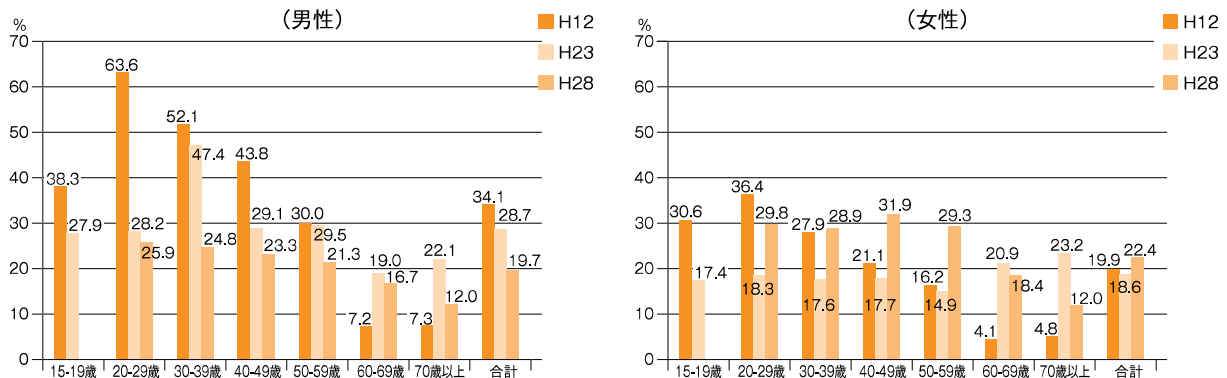
図2-10



③就寝2時間以内に夕食をとることが、週に3回以上ある人の割合

- ・男性は改善傾向ですが、女性は前回の調査よりも悪化している年代が多くなっています。

図2-11

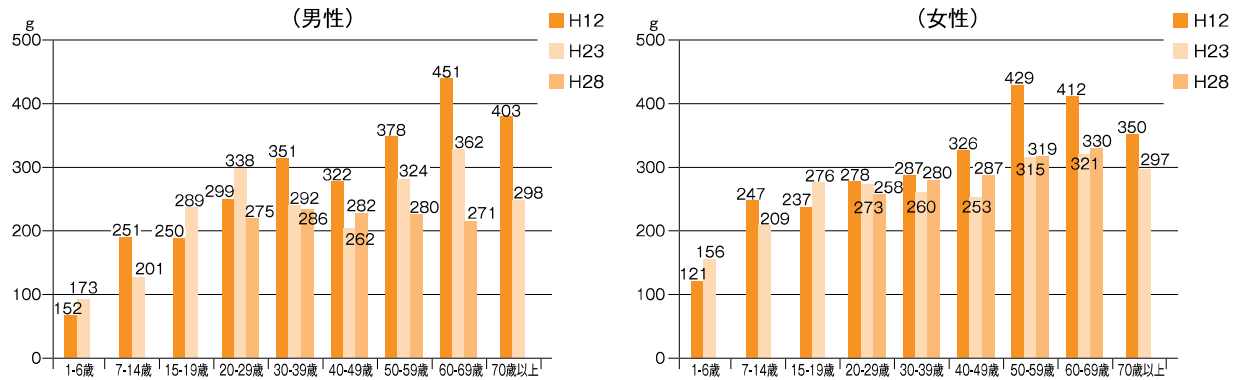




④野菜摂取量

- ・野菜摂取量の平均値は、男女いずれの年代も目標量の350gに達していません。
- ・目標量に達している人は、男性で26.1%、女性では28.7%となっています。

図2-12

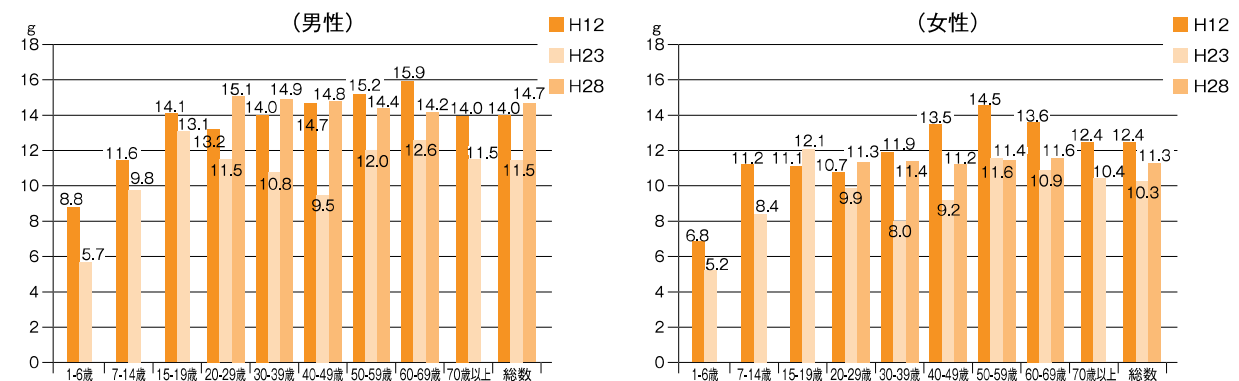


※H28は、BDHQによる調査結果であるため、これまでの調査結果との単純比較はできません。

⑤食塩摂取量

- ・男性の平均は14.7g、女性の平均は11.3gと目標量を大きく上回っています。
- ・年代別では、男性が若い年代ほど高いのに対し、女性はおおむね横ばいとなっています。

図2-13

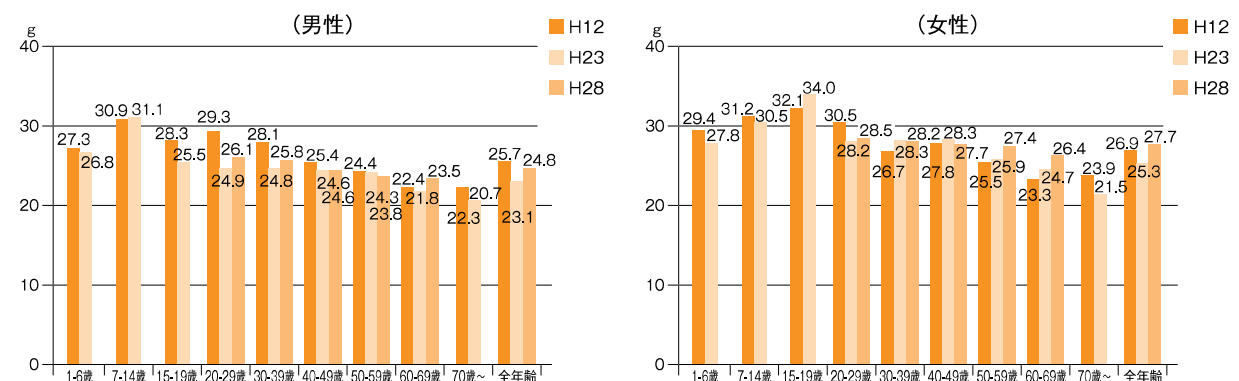


※H28は、BDHQによる調査結果であるため、これまでの調査結果との単純比較はできません。

⑥脂肪エネルギー比

- ・前回の調査と比較し、男女ともおおむね横ばいとなっています。

図2-14

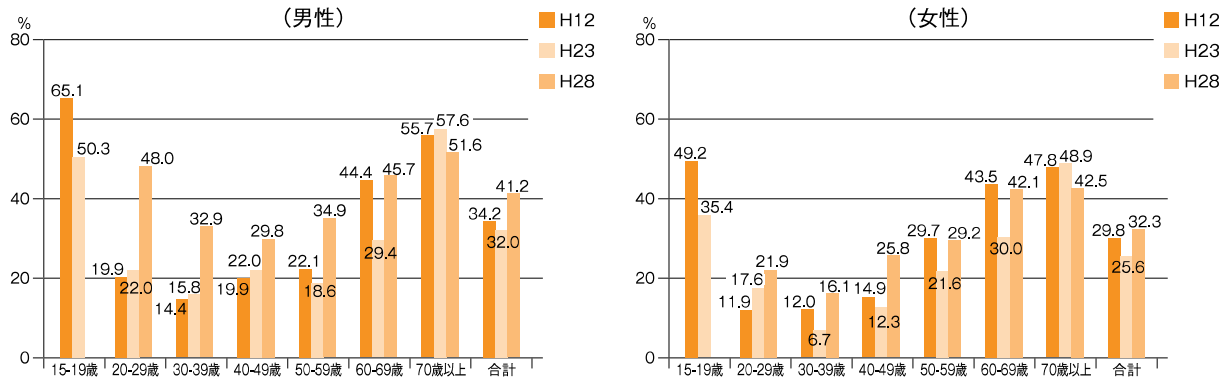


※H28は、BDHQによる調査結果であるため、これまでの調査結果との単純比較はできません。

⑦定期的な運動（1回30分以上、週2回以上、1年以上継続）をしている人の割合

- ・定期的に運動をしている人は増えているものの、目標には達していません。
- ・男性では40歳代、女性では30歳代で低い傾向になっています。

図2-15

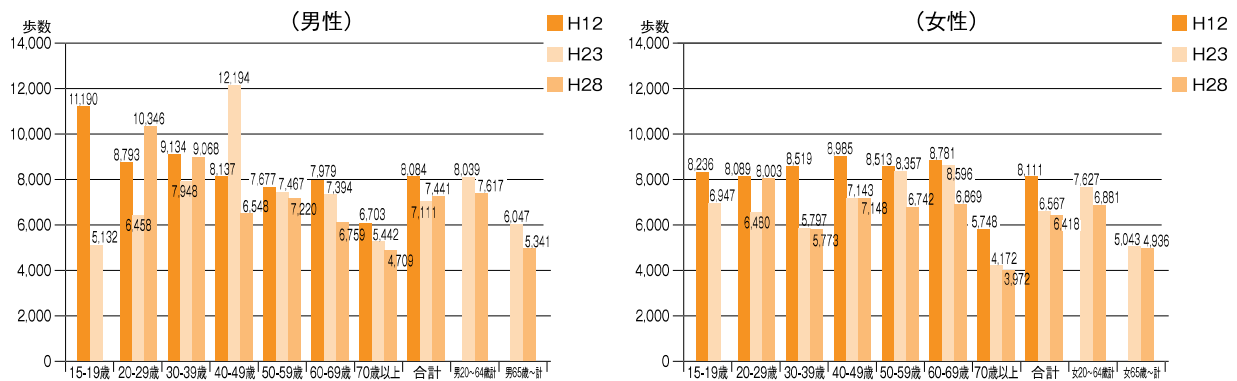


※H12及びH23は、「1日30分以上の運動を週3回以上」を定期的な運動の定義としています。

⑧1日の歩数

- ・男性は、前回の調査よりも歩行数が増加しています。
- ・男性では40歳代、女性では30歳代で低い傾向になっています。

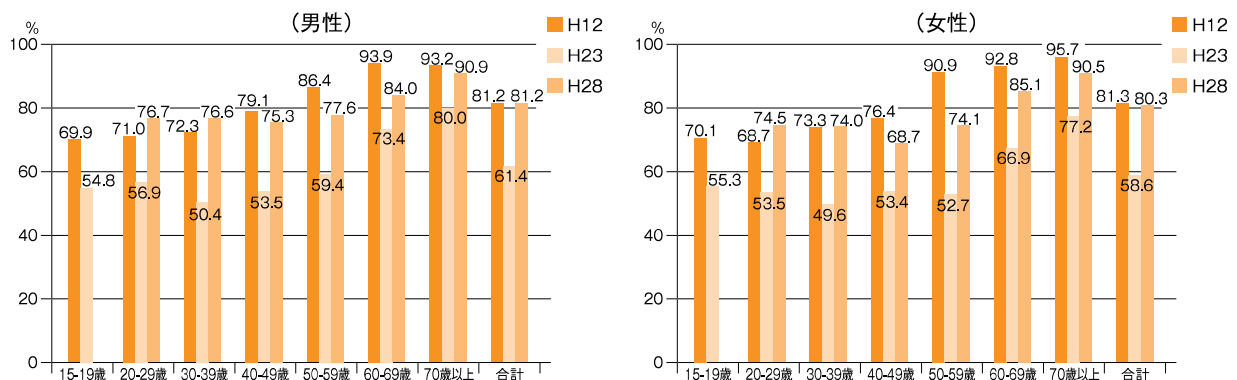
図2-16



⑨睡眠で十分な休養がとれている人の割合

- ・男女とも、前回の調査よりも軒並み改善しています。

図2-17

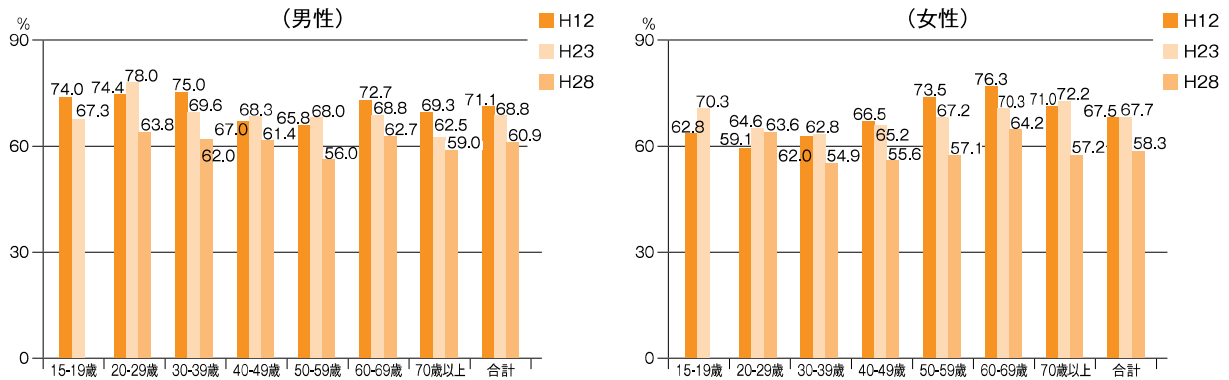




⑩趣味やボランティアなど心の張りがない人の割合

- ・男性では50歳代、女性では30歳代が最も低くなっています。
- ・全体的に前回の調査から低下しています。

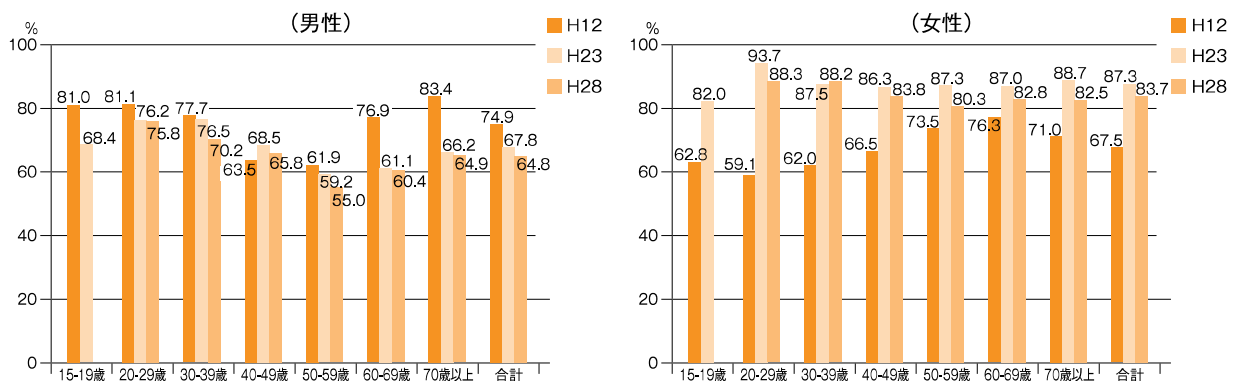
図2-18



⑪ストレスや悩みを相談したいとき、相談できる人がいる割合

- ・男女とも50歳代が最も低くなっています。

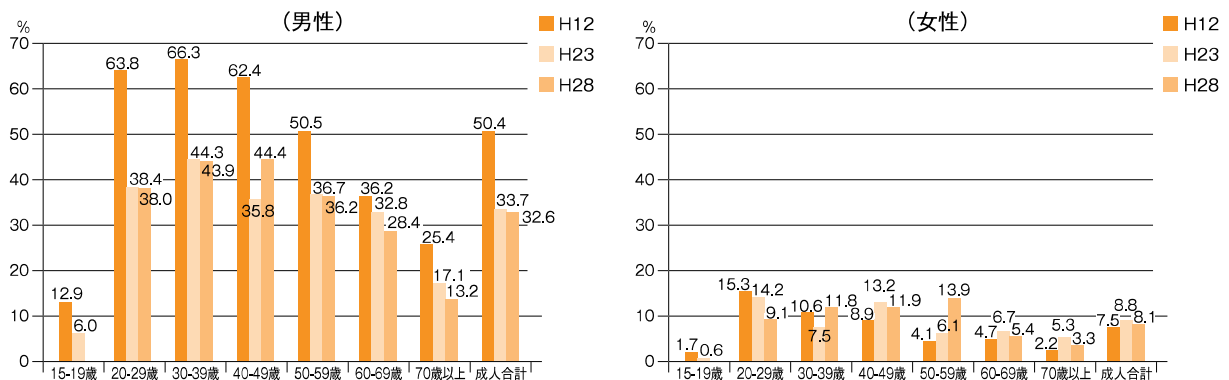
図2-19



⑫喫煙者の割合

- ・喫煙者は、漸減傾向であるが、目標値には達していません。
- ・女性の喫煙者は全体で見ると微減ですが、30歳代、50歳代は増加しています。

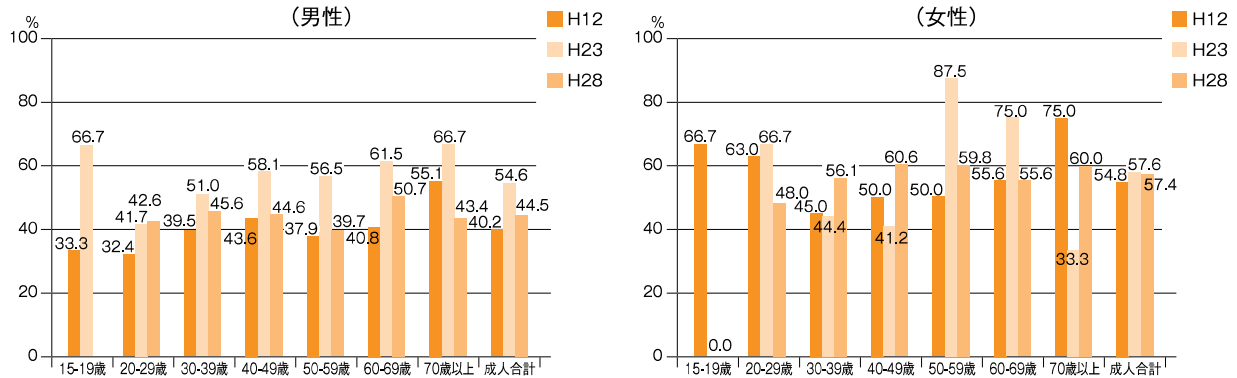
図2-20



⑬たばこをやめようと思う人の割合

- ・男性は、20歳代を除いてやめようと思う人は減少しています。
- ・女性は、20歳代、50歳代、60歳代でやめようと思う人は減少しています。

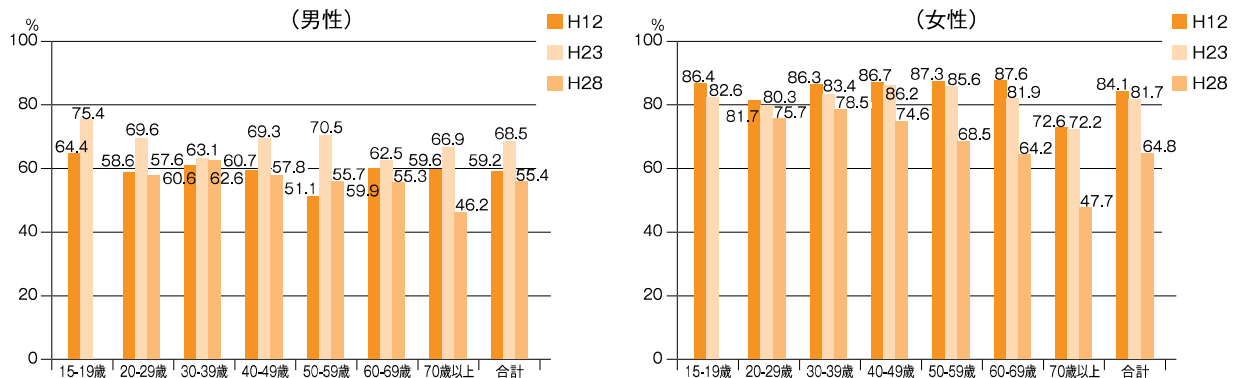
図2-21



⑭たばこの煙で不快な思いをした人の割合

- ・たばこの煙で不快な思いをした人は減少していますが、目標には達していません。

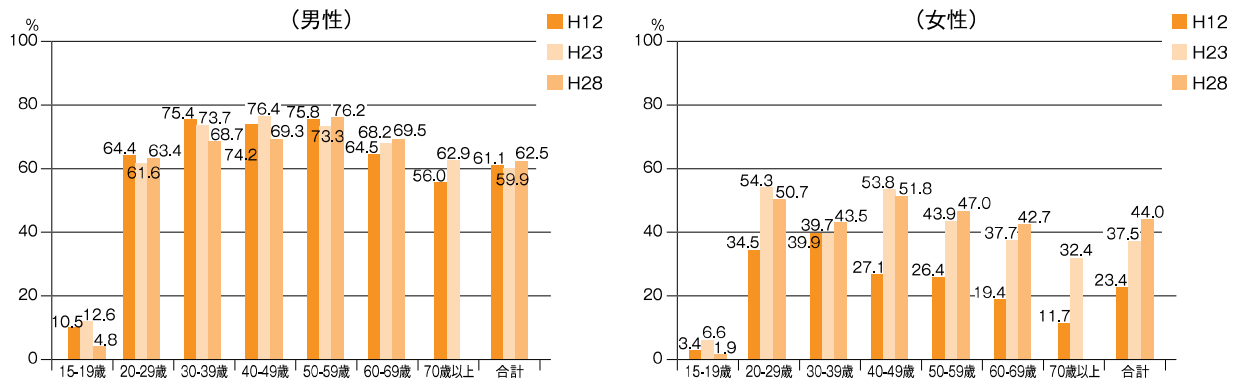
図2-22



⑮お酒を飲む人の割合

- ・男女とも前回の調査より平均割合が高くなっています。
- ・男性では、50歳代の飲酒率が最も高く、女性では、30歳代、50歳代、60歳代が前回の調査より高くなっています。

図2-23

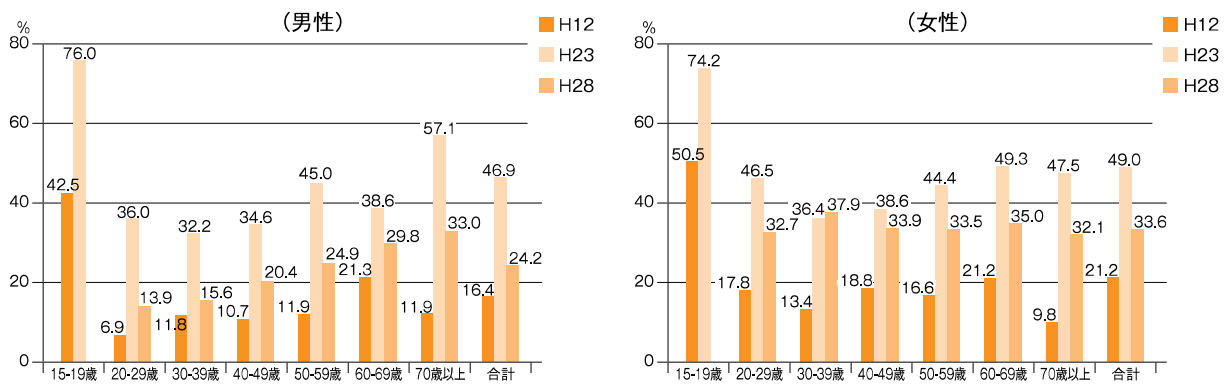




⑩定期的に歯科健診を受けている人の割合

・30歳代女性を除いて、前回の調査を下回る結果となっています。

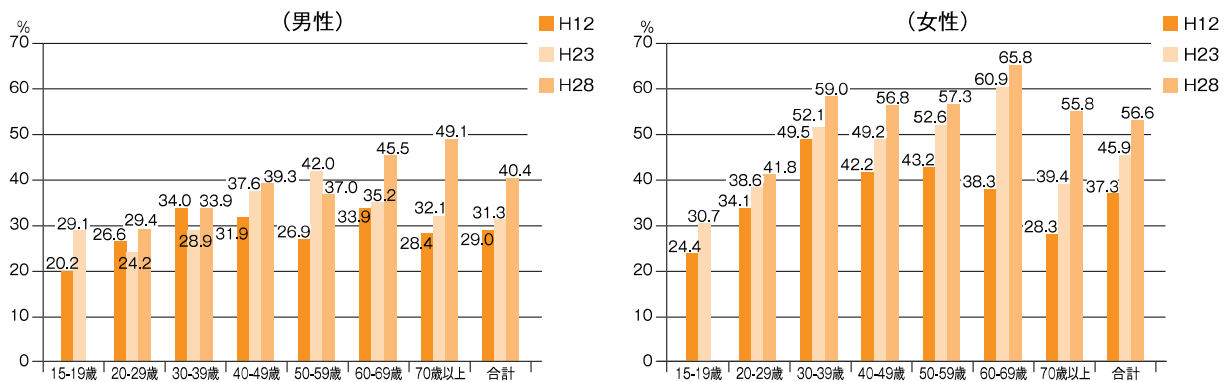
図2-24



⑪歯間部清掃器具を使用している人の割合

・前回の調査より歯間部清掃器具を使用している人は増加しており、口腔ケアへの意識が高まっています。

図2-25



出典：県民健康意識行動調査（平成28年）

（図2-9～図2-25）

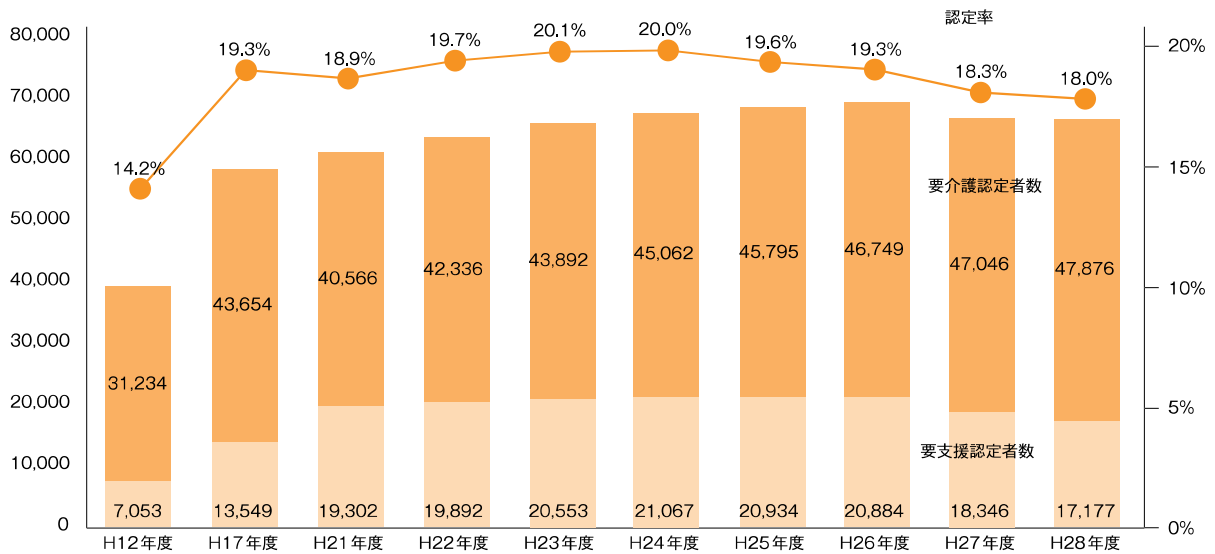
（5）要支援・要介護認定の状況

①要支援・要介護認定者数と認定率の推移

平成12年度から介護保険制度が導入され、要支援、要介護ともに認定者が年々増加してきました。平成18年度の制度改正の影響により要支援者が増加した一方、要介護者がやや減少した時期もありましたが、平成20年度以降は、依然、増加傾向が続いています。

認定率は、認定者数と同様の傾向を示していました。地域ケア会議の導入など自立支援に向けた取組の効果により、平成23年度の20.1%をピークに漸減傾向にあります。

図2-26 要介護・要支援者数と認定率の推移



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」



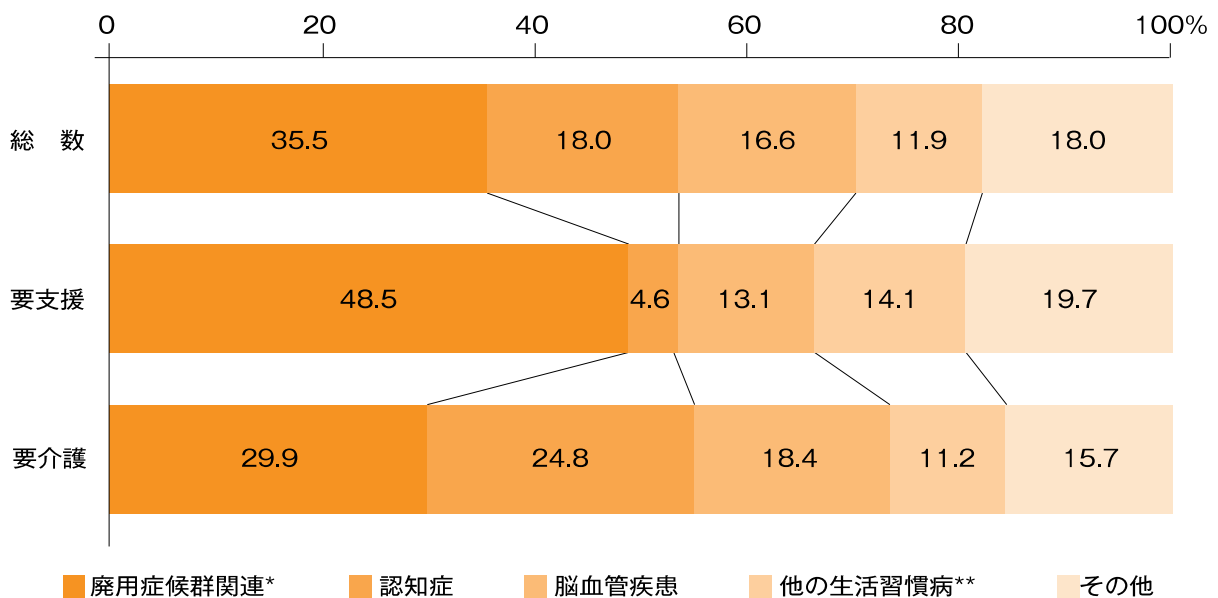
②要介護度別の原因疾患

介護が必要となった主な原因を要介護度別にみると、要支援者では、関節疾患や骨折・転倒などの廃用症候群関連が48.5%で半数近くを占めています。要介護者の主な原因としては、廃用症候群関連が29.9%と多いものの、要支援者と比べて認知症と脳血管疾患の割合が高くなっています。

近年、この廃用症候群の前段階の状態を「ロコモティブシンドローム」といい、加齢や運動不足による筋力低下などを指します。

さらに身体機能だけでなく抑うつや認知機能の低下などの精神・心理的問題などの社会問題までも含む概念を「フレイル」といいます。要支援の状態を予防するためには、「ロコモティブシンドローム」や「フレイル」に対する施策の充実が必要です。

図2-27 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因



*) 廃用症候群関連：関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱の合計

**) 他の生活習慣病：心疾患、糖尿病、呼吸器疾患、悪性新生物（がん）の合計

出典：厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」

ロコモティブシンドローム（加齢による運動器症候群）

骨、関節、筋肉などの運動器の働きが衰え、暮らしの中の自立度が低下し、介護が必要になったり、寝たきりになる可能性の高い状態をいいます。

フレイル（高齢者の虚弱）

加齢とともに心身の活力（例えば、筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態をいいます。