

第3章 健康づくりを取り巻く現状

1 計画策定の背景

(1) 国の動き

◆健康日本21策定（平成12年3月）

疾病全体に占める生活習慣病の割合が増す中で、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙など、70項目の生活習慣について10年後の目標値を掲げ、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとしたものです。

◆健康増進法施行（平成15年5月）

国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図ることを目的とし、国の「健康日本21」や「健康やまぐち21計画」の法的裏付けを与えるとともに、「受動喫煙の防止」を法的に明記しており、健康増進法が禁煙を推進する初めての法律です。

◆健康フロンティア戦略策定（平成16年5月）

与党幹事長・政調会長会議でとりまとめられたもので、国はこれを受け、健康寿命の2年程度の延伸を目標に、①働き盛りの健康安心プラン《働き盛り層》、②女性のがん緊急対策《女性層》、③介護予防10カ年戦略《高齢者層》、④健康寿命を伸ばす科学技術の振興の4つを柱に、平成17年度から10年間、重点的に施策を展開することとしています。

◆WHOたばこ規制枠組条約発効（平成17年2月）

たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的に、たばこに関する広告、包装上の表示等の規制とたばこ規制に関する国際協力について定める、世界保健機関（WHO）の下で策定された、保健分野における初めての多数国間条約です。

◆食育基本法施行（平成17年7月）

食育に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、食育に関する基本理念や、国、地方公共団体等の責務等を定めたものです。

◆自殺対策基本法施行（平成18年10月）

自殺が、個人だけでなく社会として取り組む課題として、自殺対策の責務とその内容が明記され、特に国と地方自治体の責務が明らかにされ、行政主導の実効的な自殺予防対策に取り組むこととされ、さらに、民間団体への支援と、民間団体をも含む関係者・団体の連携の必要性も規定されています。

◆新健康フロンティア戦略（平成19年4月）

国民の健康寿命の延伸に向け、予防を重視した健康づくりを国民運動として展開するとともに、家族の役割の見直し、地域コミュニティの強化、技術のイノベーションを通じて、病気を患った人、障害のある人、年を取った人も持っている能力をフルに活用して充実した人生を送ることができるよう支援し、「健康国家の創設」に向けて挑戦する（平成19年度～28年度）としています。

◆がん対策基本法施行（平成19年4月）

がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、がん医療をめぐる地域間で治療水準などに格差が生じている問題の解消を目指して、自治体を含めた総合的な取組を法制化するとともに、専門医の育成や拠点病院の整備、患者への情報提供の充実などを求め、国や都道府県の「がん対策推進基本計画」の策定などを定めています。

◆医療制度改革関連法案施行（平成20年4月）

生活習慣病対策の推進体制の構築として、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動の展開や、保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付けています。

◆スマートライフプロジェクト（平成23年2月）

国民の生活習慣を改善し、健康寿命を延ばすための運動として、趣旨に賛同する企業・団体に広く参加を呼びかけ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」という3つのテーマで、より多くの人々の健康づくりの意識を高め、行動を変えるよう働きかける機会とすることを目的としています。

◆健康日本21（第2次）策定（平成24年7月）

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」全部改定

新たな国民健康づくり運動プランの基本方針（『健康日本21（第2次）』）として、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を目指して、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善など基本的な取組の方向が示されています。

(2) 山口県の動き

◆健康やまぐち21基本計画策定（平成12年3月）

県民が健康で生き生きと生活できる社会を実現するために、特に、がん、心臓病、脳卒中などの生活習慣病が増加する中で、県民の健康づくりを支援するための環境づくりが重要な課題であるとして、生活習慣の改善により健康を増進し発病を予防する「一次予防」を推進するための、県民一人ひとりが実践する具体的なアクションプログラムとして、全国に先駆けて策定されました。

◆健やか親子やまぐち21策定（平成15年3月）

健康やまぐち21計画を着実に前進させるため、母子保健の分野の調査分析や、今後の対応方針を示す指針として策定し、安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりを推進していくこととされました。

◆山口県たばこ対策ガイドライン策定（平成18年3月）

たばこが肺がんをはじめとする多くの疾患の危険因子となるため、喫煙が健康に与える影響は大きく、また、近年の喫煙の低年齢化による未成年者の喫煙防止や生活習慣病の予防を推進する上で、たばこ対策が重要な課題となっていることから、完全空間分煙を基本とする分煙の他、防煙、禁煙支援を柱とするガイドラインを策定し、対策の強化を図りました。

◆やまぐち食育推進計画策定（平成19年3月）

平成17年7月に施行された「食育基本法」の基本理念に基づき、県民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性を育てていくために、家庭、学校、保育所、地域等の様々な分野において、県民運動として「食育」を推進していくための基本的な方針や施策の方向性を示すものとして策定されました。

◆健康やまぐち21計画（改定）策定（平成20年3月）

生活習慣病が死亡要因の約6割を占める中で、平成20年4月施行の医療制度改革で、生活習慣病予防が大きな柱として位置づけられたことから、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病予防の取組に焦点を絞って、健康やまぐち21計画が一部改定されました。

◆山口県がん対策推進計画策定（平成20年3月）

平成19年4月に施行されたがん対策基本法の趣旨を踏まえながら、本県におけるがん対策のより一層の推進を図るため、今後のがん対策の基本的な指針として策定され、がんによる死亡率の数値目標や臓器別対策を盛り込むなど、予防から治療までの体系立った取組を総合的かつ計画的に実施していくこととされました。

◆山口県自殺総合対策計画策定（平成20年3月）

平成19年6月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」を踏まえながら、本県における自殺対策を総合的に推進するために策定され、県民の一人ひとりができることを考え、かけがえのない人のために気づき、絆を築いていくことで、生きやすい社会の実現を目指すこととされました。

◆山口県たばこ対策ガイドライン改定（平成23年3月）

平成22年2月に厚生労働省から「多数の者が利用する公共的な空間においては、原則として全面禁煙」との基本的な方向性が示されたため、本県においても、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約や職場における受動喫煙防止対策の動向なども踏まえながら、「山口県たばこ対策ガイドライン」が改定されました。

◆第2次やまぐち食育推進計画策定（平成24年3月）

朝食の欠食や栄養の偏り、食の安全や信頼性を脅かす事態の発生など、食をめぐる課題が依然として多い中で、平成23年3月に策定された国の「第2次食育推進基本計画」を踏まえて、総合的かつ計画的な県民運動として、より一層の取組を進めていくため、「やまぐち食育推進計画」が改定されました。

◆やまぐち県民の歯・口腔の健康づくり推進条例施行（平成24年3月）

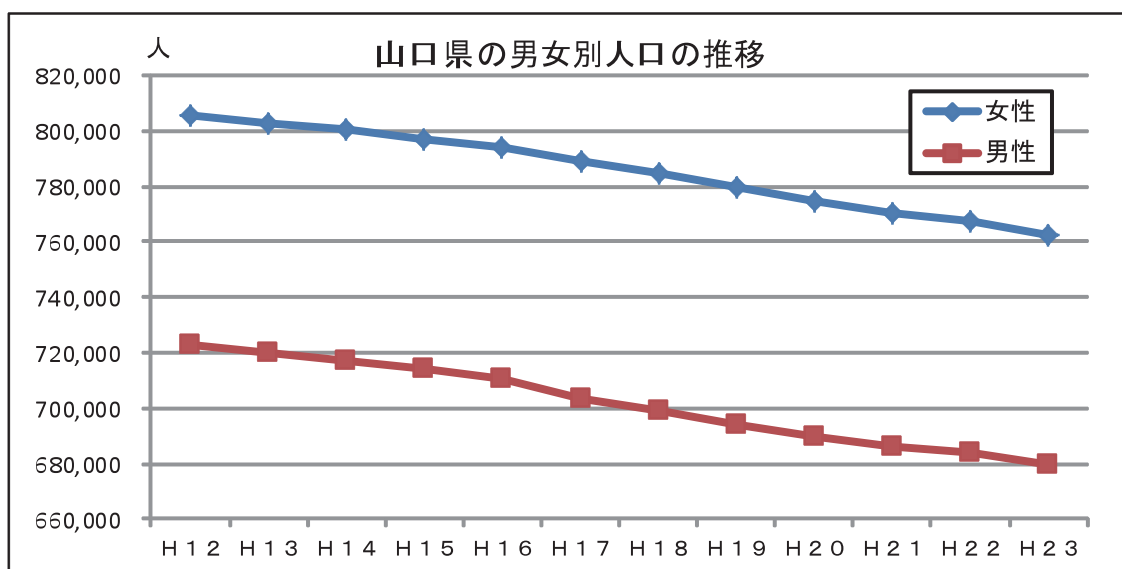
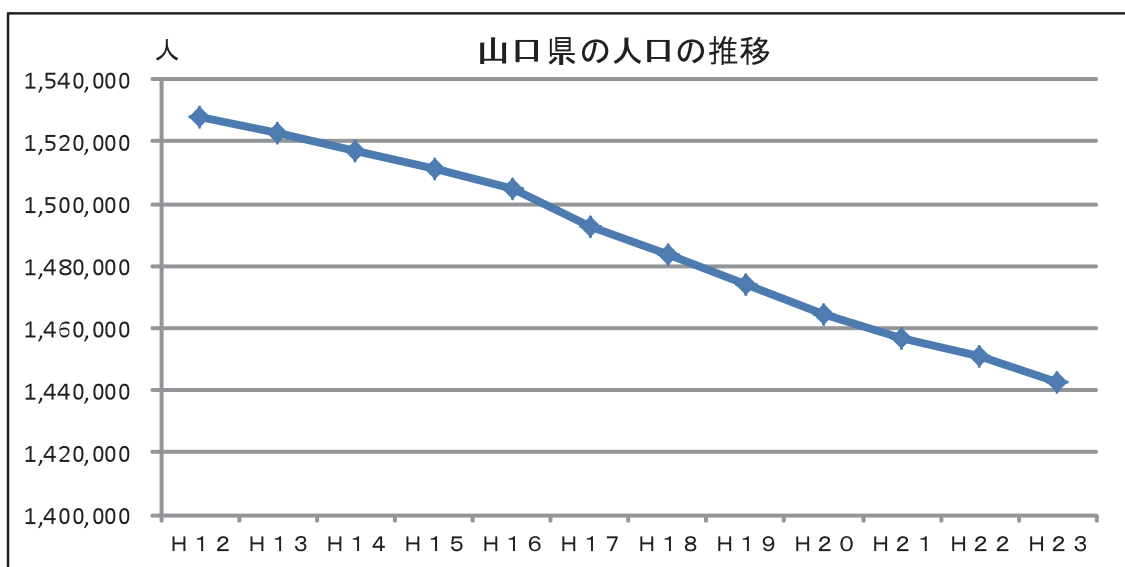
歯・口腔の健康は、自分の歯で噛んで食べることや、バランスのとれた食生活を可能にするだけでなく、生活習慣病の予防など、私たちが豊かに過ごす重要な要素であることから、県民がいつまでも元気でいきいきとした人生を過ごすことができるよう、県民一人ひとりが歯・口腔の健康づくりの重要性を理解し、自ら責任を持って行動するとともに、県、市町をはじめとした関係機関が協働して、生涯を通じた歯・口腔の健康づくりに取り組むとして制定されました。

2 県民の健康状況等

◆人 口

平成23年10月1日現在の山口県人口は、約1,442千人（県推計）で、前年と比べると、実数で約9千人減少しています。

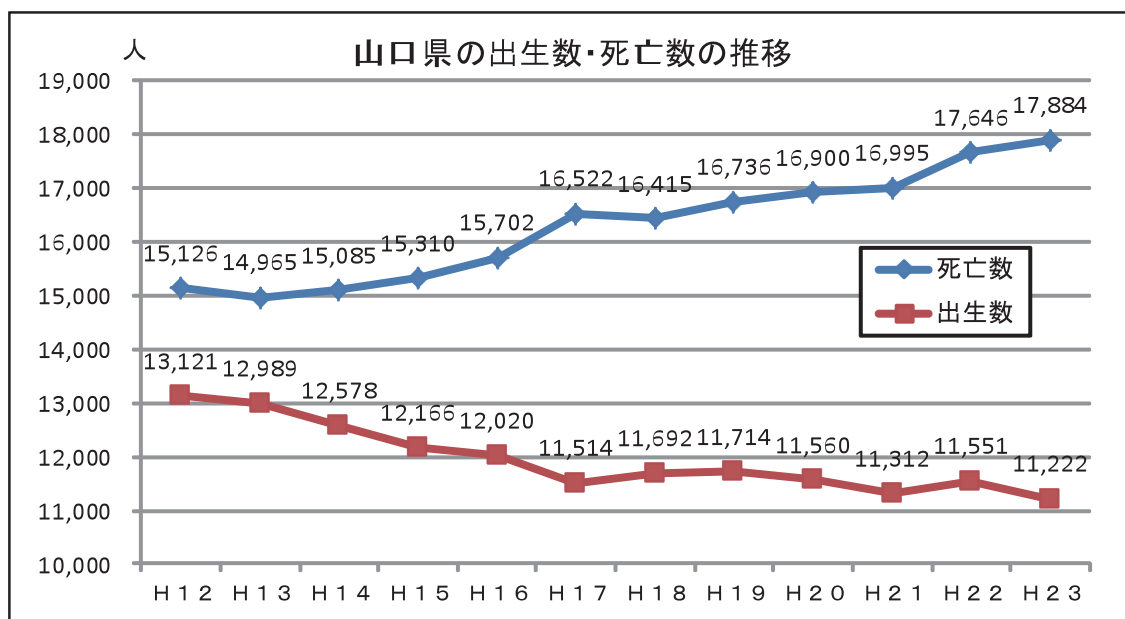
過去の推移をみると、昭和33年の約1,623千人を頂点として減少に転じた人口は昭和45年の約1,511千人を境に昭和46年から小幅ながらも年々増加していましたが、昭和60年の約1,602千人を境に昭和61年から再び減少に転じ、引き続き現在まで減少しています。



H12、H17、H22は「国勢調査」の確報値
その他は「国勢調査」による県推計人口

◆出生数及び死亡数

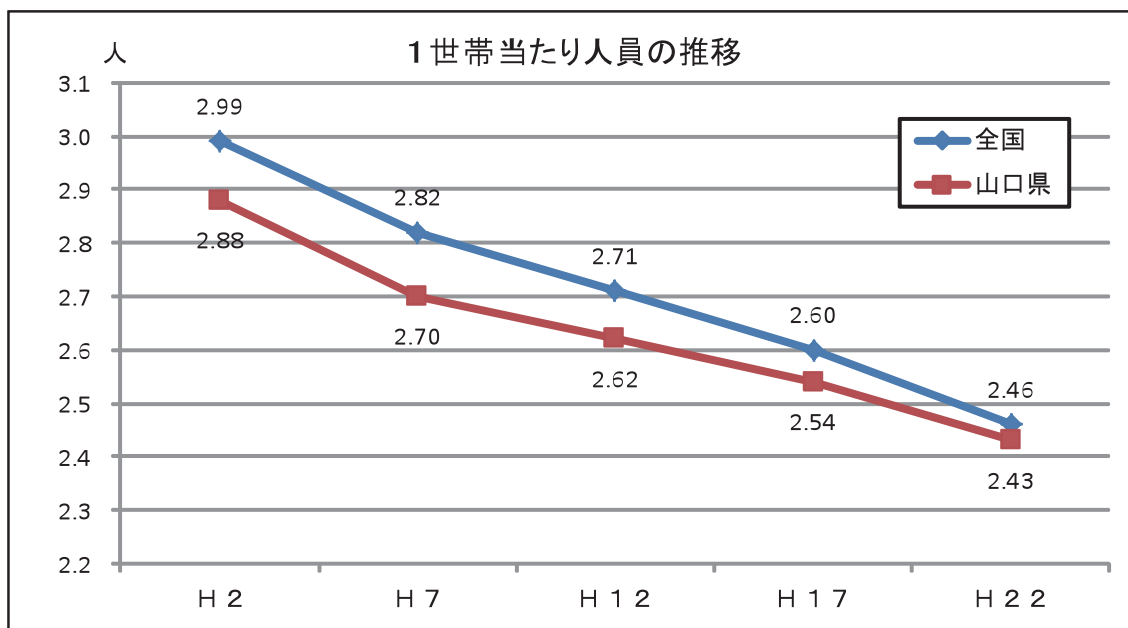
出生数が減少する一方で、死亡者数は増加傾向にあり、一年間の出生数と死亡数の差は10年間で、約2千人から約6千人に拡大しています。



保健統計年報（県厚政課）

◆世帯構成

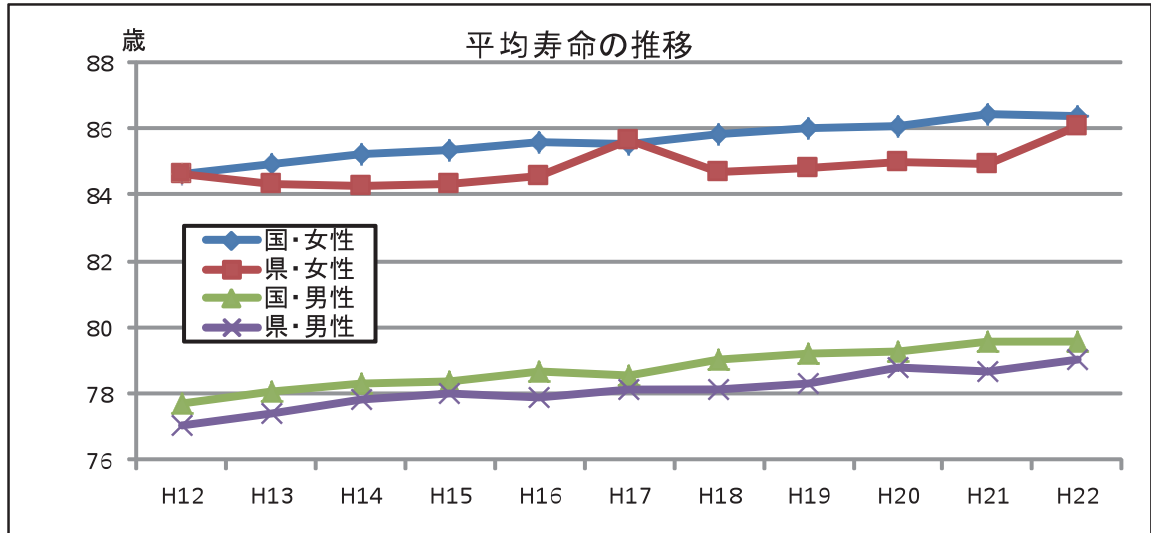
全国的な傾向と同様に、本県においても単独世帯の増加、三世代世帯の減少などにより、1世帯当たりの人員は年々減少しています。



国勢調査（総務省）

◆平均寿命

本県の平成22年の平均寿命は、男性が79.03歳、女性が86.07歳となっています。また、本県の男性と女性の平均寿命の差は、平成22年が約7歳で平成12年と比べてその差は若干縮小しています。

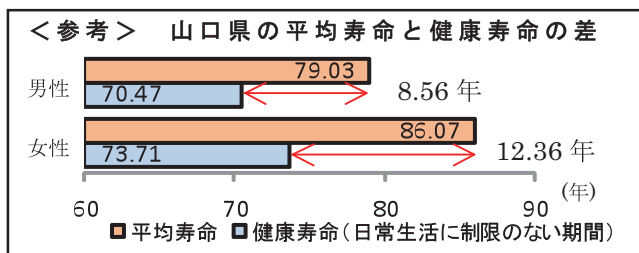


山口県のH12、H17、H22は都道府県別生命表（厚生労働省）それ以外は簡易生命表（県厚政課）
全国のH12、H17、H22は完全生命表（厚生労働省）、それ以外は簡易生命表（厚生労働省）

◆健康寿命

（日常生活に制限のない期間の平均：H22年）

本県の健康寿命は、男性が70.47歳、女性が73.71歳で、それぞれの全国順位は22位と24位となっています。また、全国で健康寿命が最も長い県との差は、男性で1.27歳、女性で1.61歳となっています。



「日常生活に制限のない期間の平均」の算定方法

「日常生活に制限のない期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法（広く用いられている健康寿命の計算法）を用いて算定する。すなわち、国民生活基礎調査における質問の「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」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。生命表から定常人口と生存数を得る。性・年齢階級ごとに、定常人口に日常生活に制限のない者の割合を乗じることにより、日常生活に制限のない定常人口を求め、次いで、その年齢階級の合計を生存数で除すことにより、「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

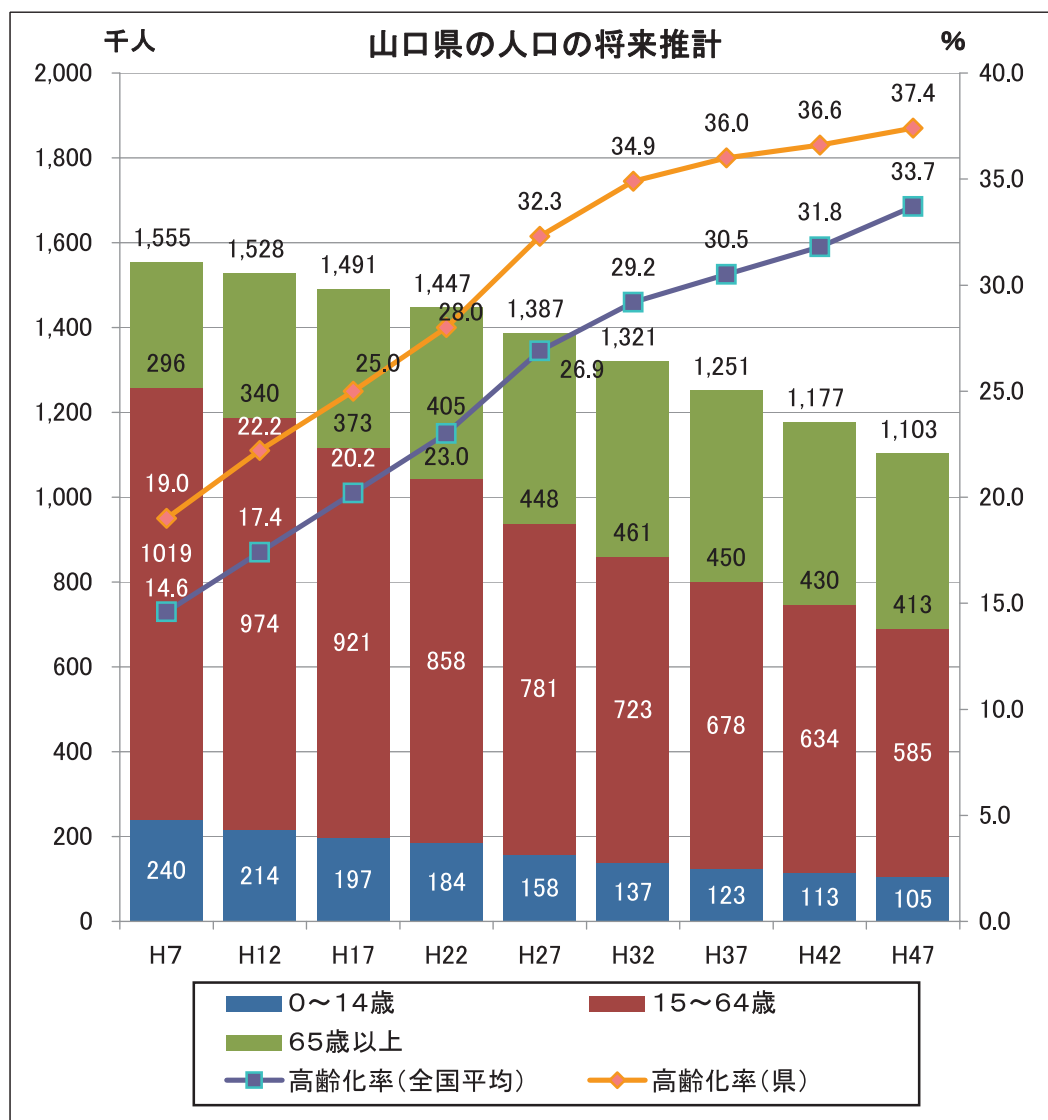
資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策費用対効果に関する研究」

男性		女性	
愛知県	71.74	静岡県	75.32
静岡県	71.68	群馬県	75.27
千葉県	71.62	愛知県	74.93
茨城県	71.32	沖縄県	74.86
山梨県	71.20	栃木県	74.86
長野県	71.17	島根県	74.64
鹿児島県	71.14	茨城県	74.62
福井県	71.11	宮崎県	74.62
石川県	71.10	石川県	74.54
群馬県	71.07	鹿児島県	74.51
宮崎県	71.06	福井県	74.49
神奈川県	70.90	山梨県	74.47
岐阜県	70.89	神奈川県	74.36
沖縄県	70.81	富山県	74.36
山形県	70.78	岐阜県	74.15
三重県	70.73	福島県	74.09
栃木県	70.73	長野県	74.00
滋賀県	70.67	秋田県	73.99
埼玉県	70.67	愛媛県	73.89
富山県	70.63	山形県	73.87
熊本県	70.58	熊本県	73.84
山口県	70.47	宮城県	73.78
秋田県	70.46	新潟県	73.77
島根県	70.45	山口県	73.71
和歌山県	70.41	佐賀県	73.64
京都府	70.40	三重県	73.63
宮城県	70.40	千葉県	73.53
奈良県	70.38	京都府	73.50
佐賀県	70.34	岡山県	73.48
広島県	70.22	和歌山県	73.41
鳥取県	70.04	青森県	73.34
北海道	70.03	岩手県	73.25
東京都	69.99	鳥取県	73.24
福島県	69.97	北海道	73.19
兵庫県	69.95	大分県	73.19
新潟県	69.91	高知県	73.11
徳島県	69.90	兵庫県	73.09
香川県	69.86	埼玉県	73.07
大分県	69.85	長崎県	73.05
福岡県	69.67	奈良県	72.93
岡山県	69.66	東京都	72.88
愛媛県	69.63	香川県	72.76
岩手県	69.43	徳島県	72.73
大阪府	69.39	福岡県	72.72
長崎県	69.14	大阪府	72.55
高知県	69.12	広島県	72.49
青森県	68.95	滋賀県	72.37

◆高齢化の進行

本県の高齢化率(総人口に占める65歳以上の人口の割合)は、平成22年には、28.0%(全国23.0%)と全国よりも5%高い水準となっており、全国に比べ約10年早く高齢化が進んでいます。

また、年少人口(0～14歳)や生産年齢人口(15～64歳)が減少傾向にある中で、平成27年には、団塊の世代が高齢化になることなどから、3人に1人が高齢者という全国でも先進的な超高齢社会となることが予測されています。



H22 以前は「国勢調査」(総務省)

H27 以降は「日本都道府県別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)

◆要支援・要介護認定者の状況

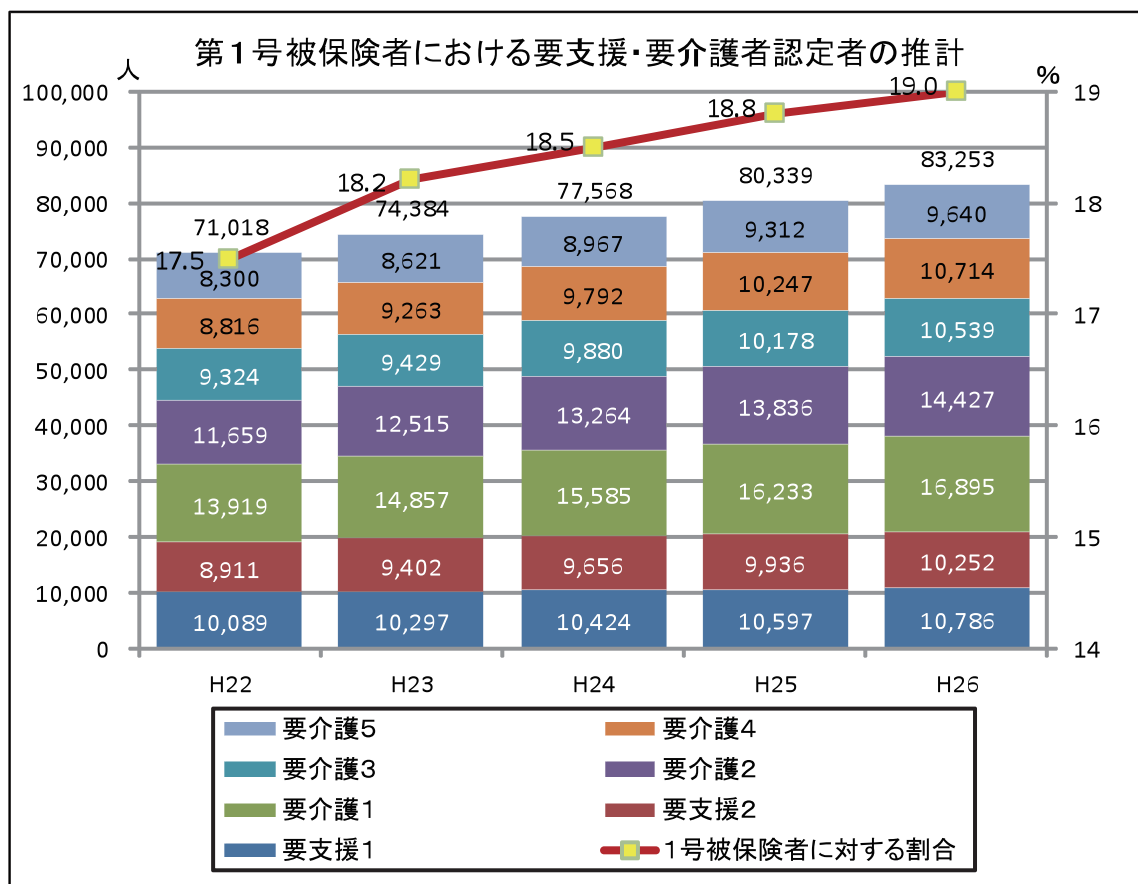
要支援・要介護認定者数については、平成23年度の約7万6千人から平成26年度には約8万6千人に増加する見込みです。

また、75歳以上の高齢者数の増加を反映して、第1号被保険者の増加を上回って、要支援・要介護認定者数が増加するとともに、中・重度者（要介護2～5）の増加率が軽度者（要支援1、2及び要介護1）の増加率を上回る見込みです。

要支援・要介護認定者数の推計

区 分	H23年度 a	H24年度	H25年度	H26年度 b	b/a
第1号被保険者数	409,393	418,679	428,253	438,336	107.1%
要支援・要介護者（第1号被保険者） （第1号被保険者に占める割合）	74,384 (18.2%)	77,568 (18.5%)	80,339 (18.8%)	83,253 (19.0%)	111.9%
要支援1	10,297	10,424	10,597	10,786	104.7%
要支援2	9,402	9,656	9,936	10,252	109.0%
要介護1	14,857	15,585	16,233	16,895	113.7%
要介護2	12,515	13,264	13,836	14,427	115.3%
要介護3	9,429	9,880	10,178	10,539	111.8%
要介護4	9,263	9,792	10,247	10,714	115.7%
要介護5	8,621	8,967	9,312	9,640	111.8%
要支援・要介護認定者数（第2号被保険者）	2,103	2,222	2,298	2,360	112.2%
要支援・要介護認定者数合計	76,487	79,790	82,637	85,613	111.9%

第四次やまぐち高齢者プラン



第四次やまぐち高齢者プラン

◆死亡原因

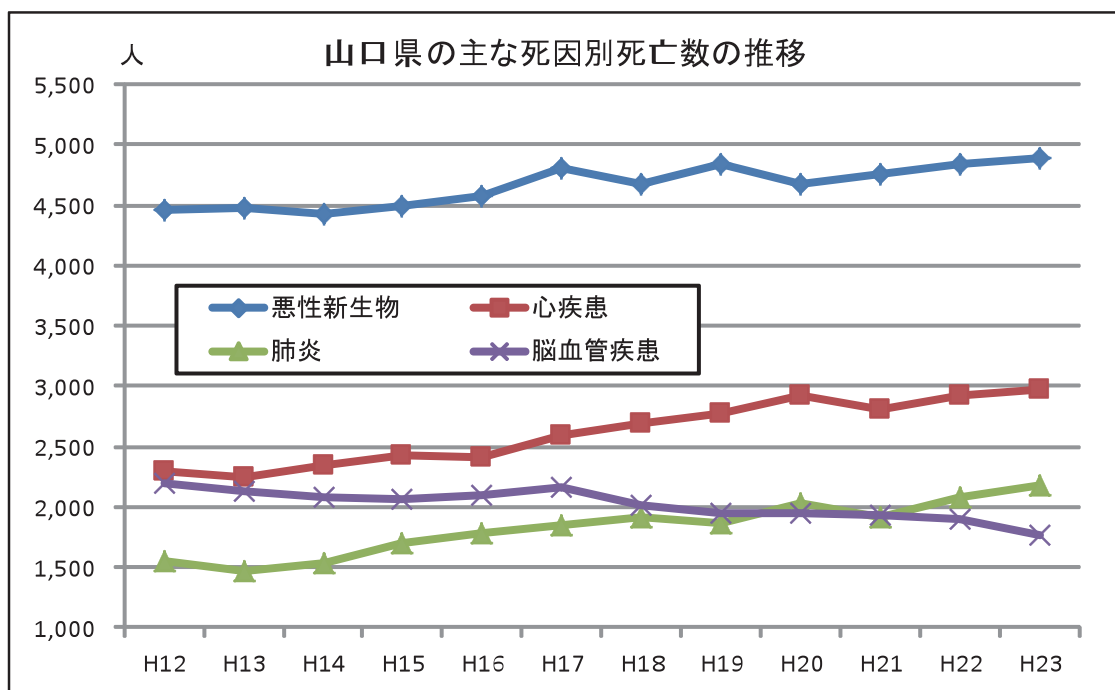
死因別の死亡数は、第1位から第4位まで国と同様な順位となっています。

昭和50年代に悪性新生物が脳血管疾患に代わって第1位となり、平成20年代に入って肺炎が脳血管疾患に代わって第3位となり、現在まで同様な状況が続いています。

男女別死因別順位(平成23年：山口県)

	男 性			女 性		
	死 因	死亡数	比率	死 因	死亡数	比率
第1位	悪性新生物	2,896	32.2%	悪性新生物	1,992	22.4%
第2位	心疾患	1,261	14.0%	心疾患	1,719	19.3%
第3位	肺炎	1,080	12.0%	肺炎	1,092	12.3%
第4位	脳血管疾患	813	9.0%	脳血管疾患	947	10.7%
第5位	不慮の事故	322	3.6%	老衰	626	7.0%
第6位	自殺	249	2.8%	腎不全	232	2.6%
第7位	慢性閉塞性肺疾患	172	1.9%	不慮の事故	197	2.2%
第8位	老衰	163	1.8%	大動脈瘤及び解離	115	1.3%
第9位	腎不全	151	1.7%	自殺	95	1.1%
第10位	肝疾患	132	1.5%	糖尿病	92	1.0%
	全男性	8,995		全女性	8,889	

人口動態統計(厚生労働省)



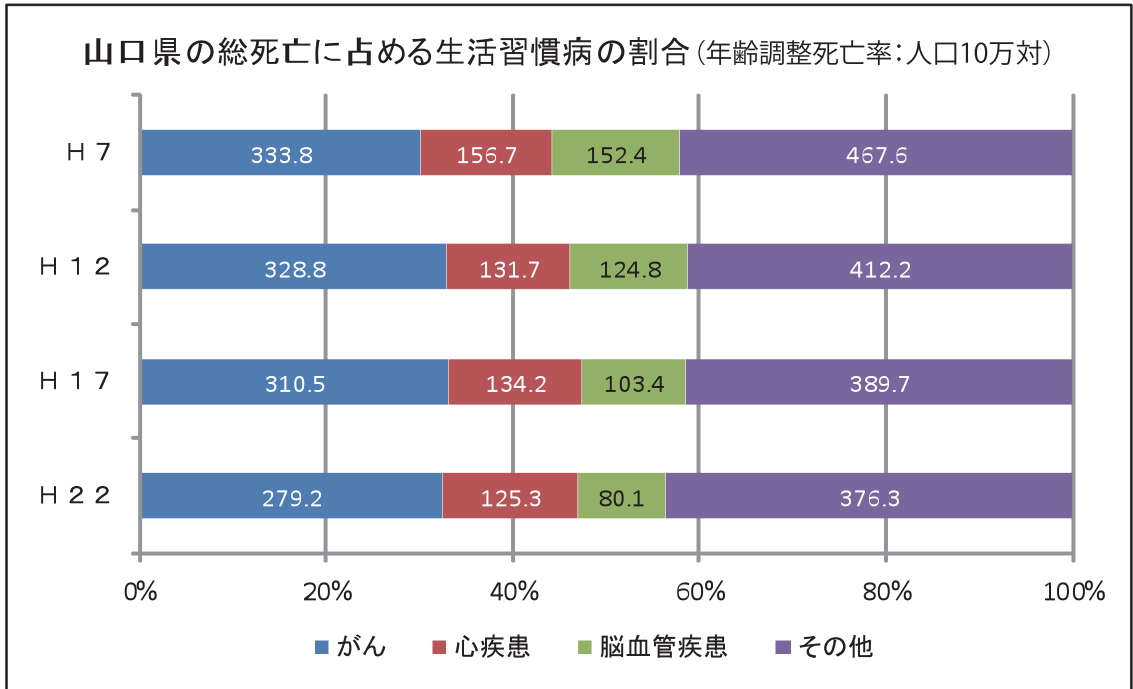
保健統計年報(県厚政課)

◆三大生活習慣病死亡率

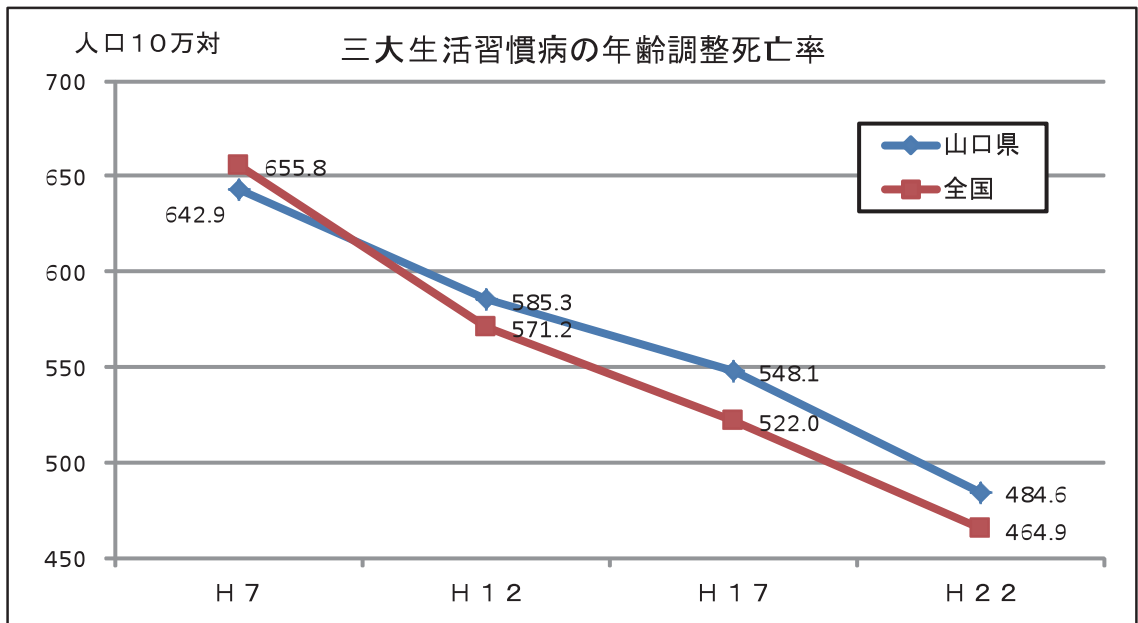
がん、心疾患、脳血管疾患のいわゆる三大生活習慣病による死亡率は全死因の半数以上となっています。

また、年齢調整死亡率による全国平均との比較では、いずれも国を上回る状況となっています。

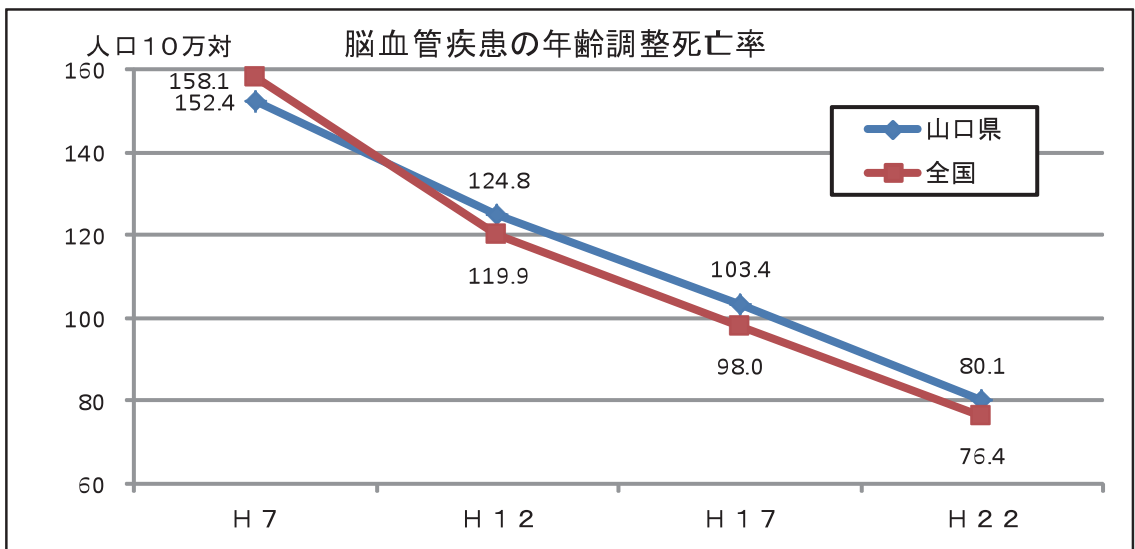
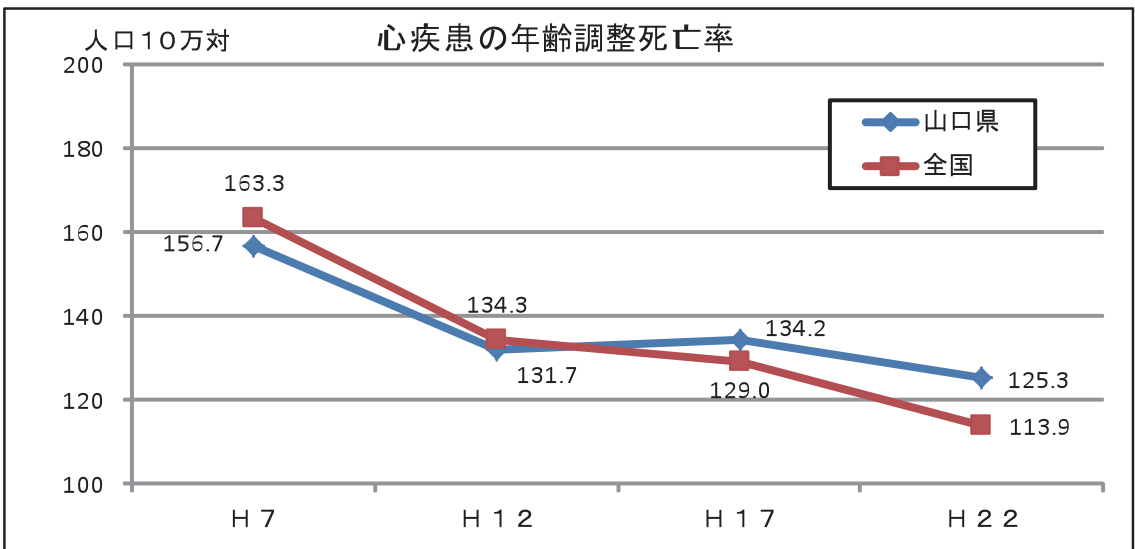
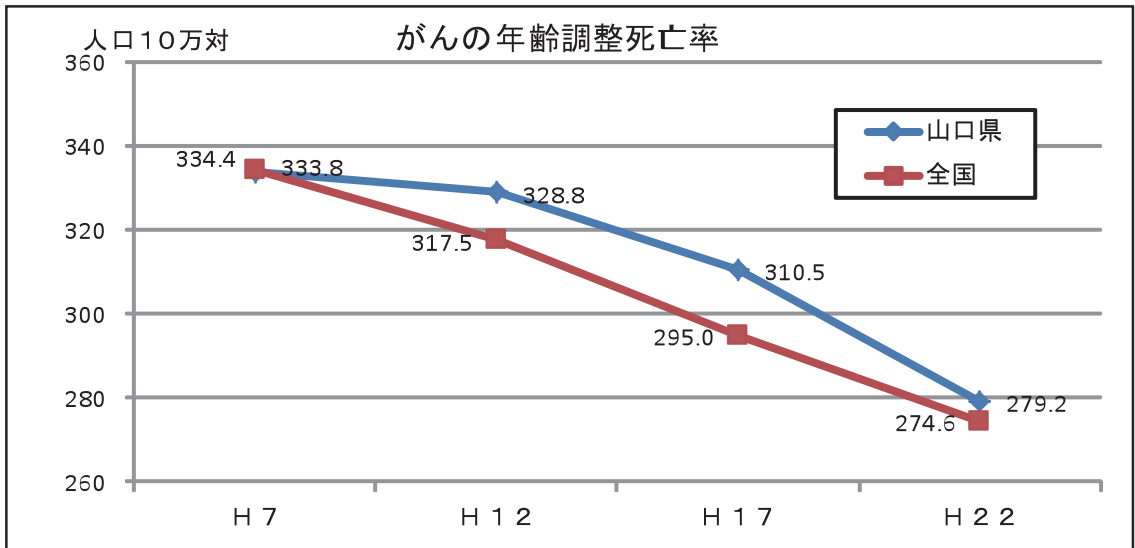
※「年齢調整死亡率」とは、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率（人口10万対）で、「昭和60年モデル人口」（昭和60年の国勢調査人口を基に補正した基準人口）を用いて求められる。



人口動態調査特殊報告（厚生労働省）



人口動態調査特殊報告（厚生労働省）

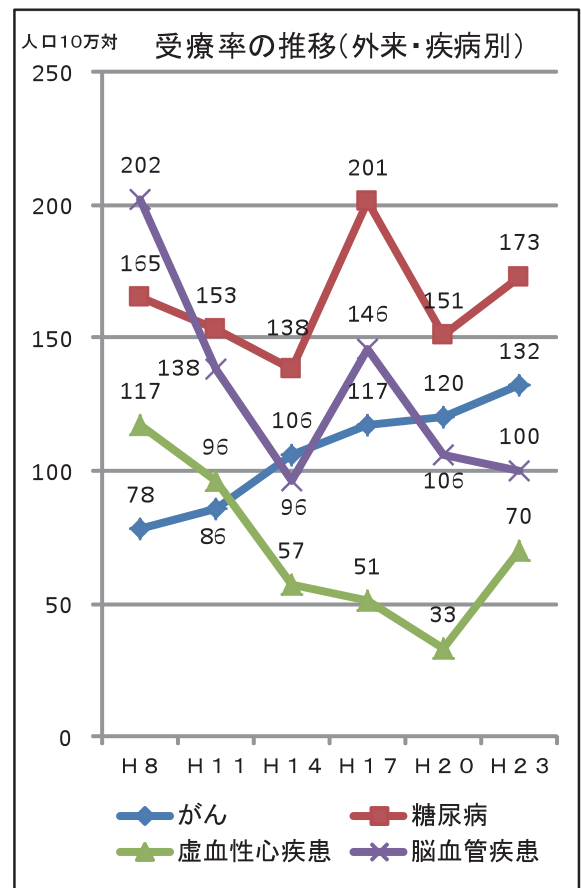
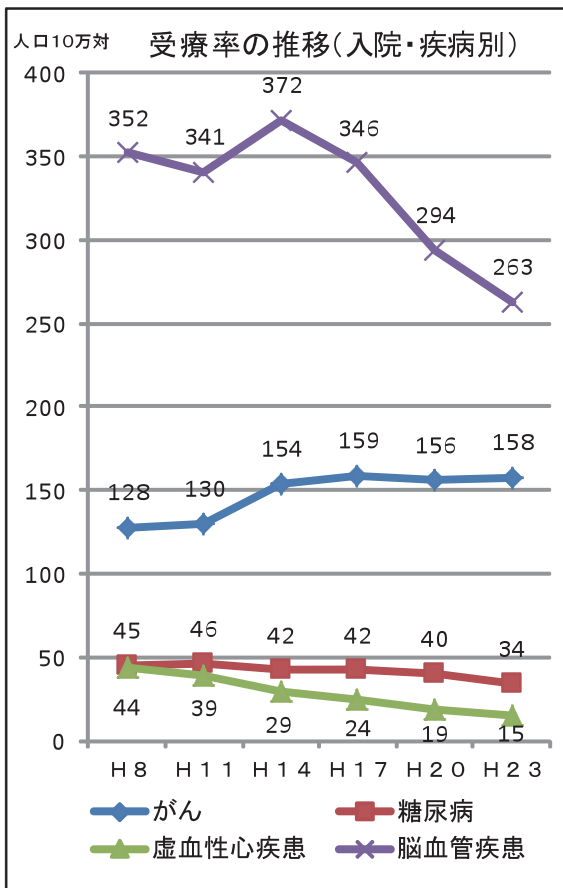
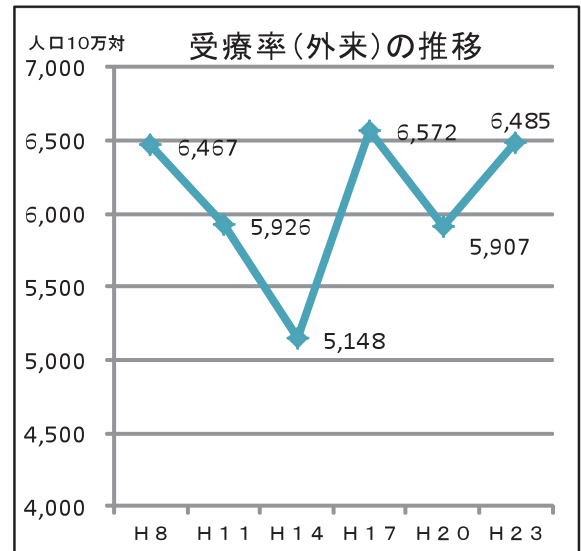
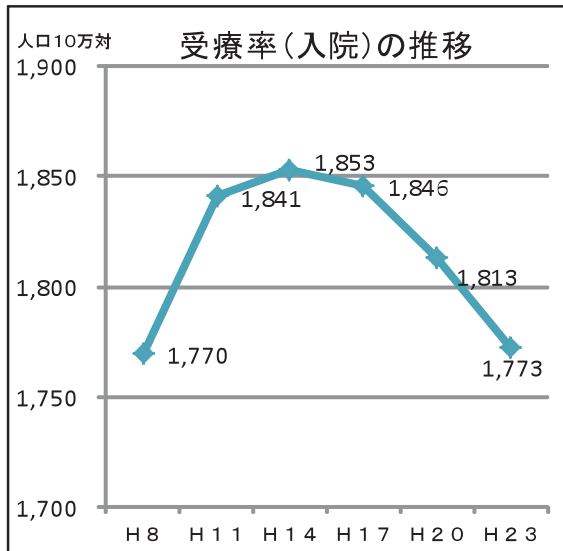


人口動態調査特殊報告（厚生労働省）

◆受療率

本県の受療率は、入院については減少する傾向にありますが、外来については平成17年に増加傾向に転じ、平成20年には減少しましたが、再び平成23年には増加に転じています。

また、生活習慣病別にみた受療率では、入院では従前から脳血管疾患が最も高く、外来では脳血管疾患に代わって糖尿病が最も高くなっています。

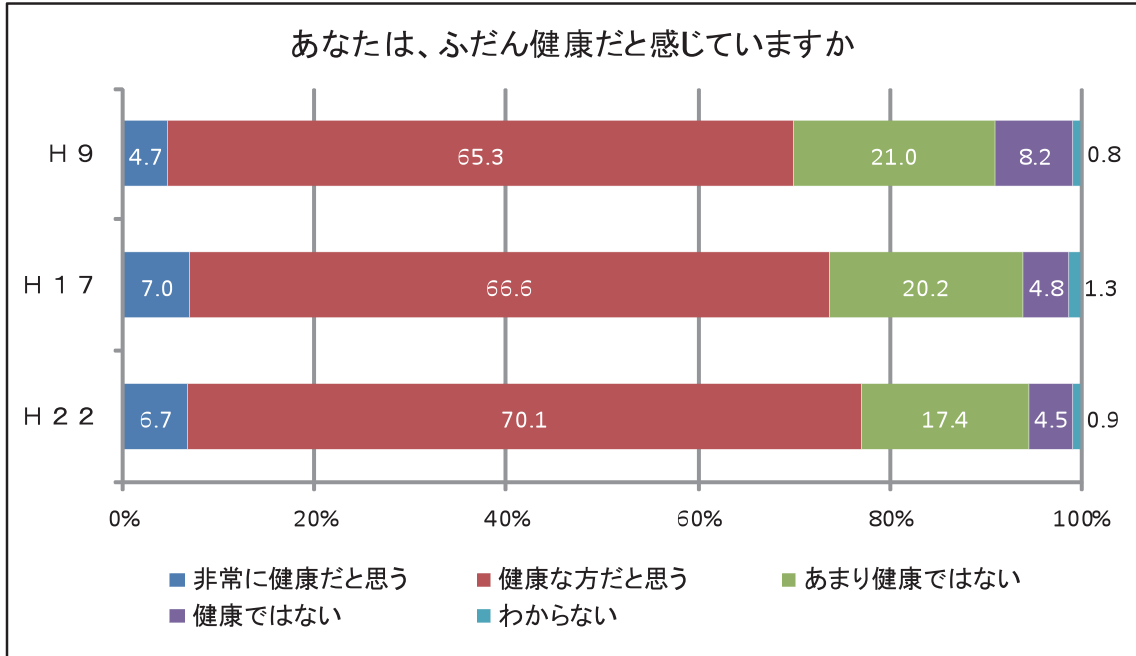


患者調査(厚生労働省)

3 県民の健康意識の状況(平成22年度「健康づくりに関する意識調査」より)

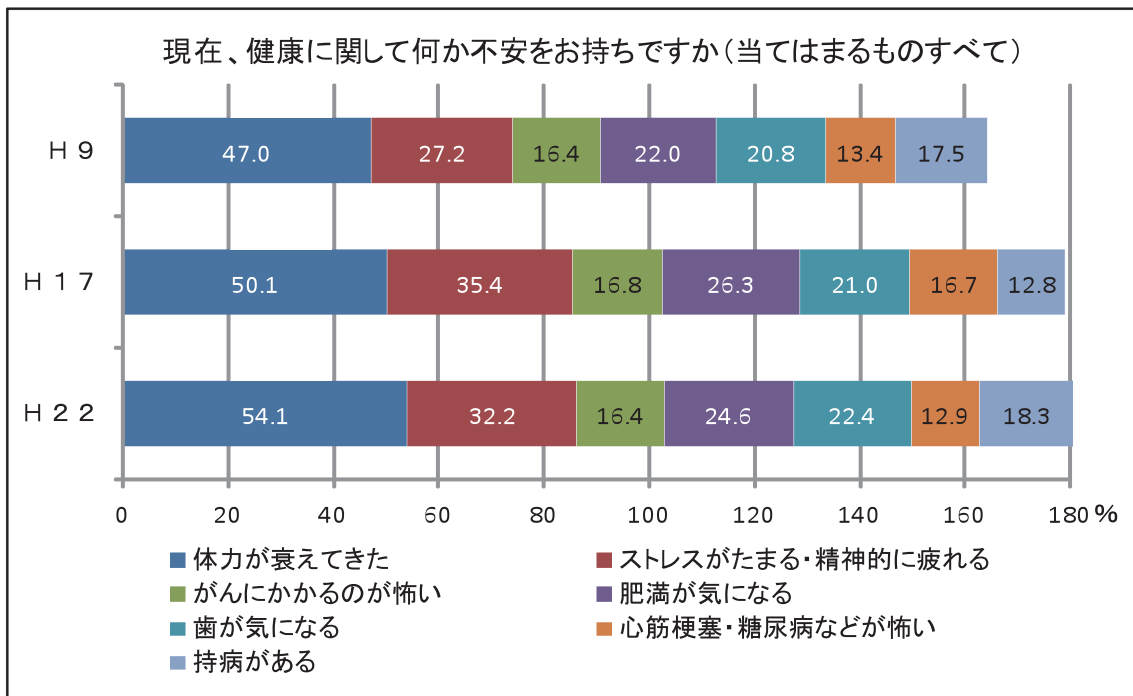
◆健康状態の自己評価

「非常に健康だと思う」「健康な方だと思う」と回答した人の割合を合わせると7割を超えており、年々増加する傾向にあります。



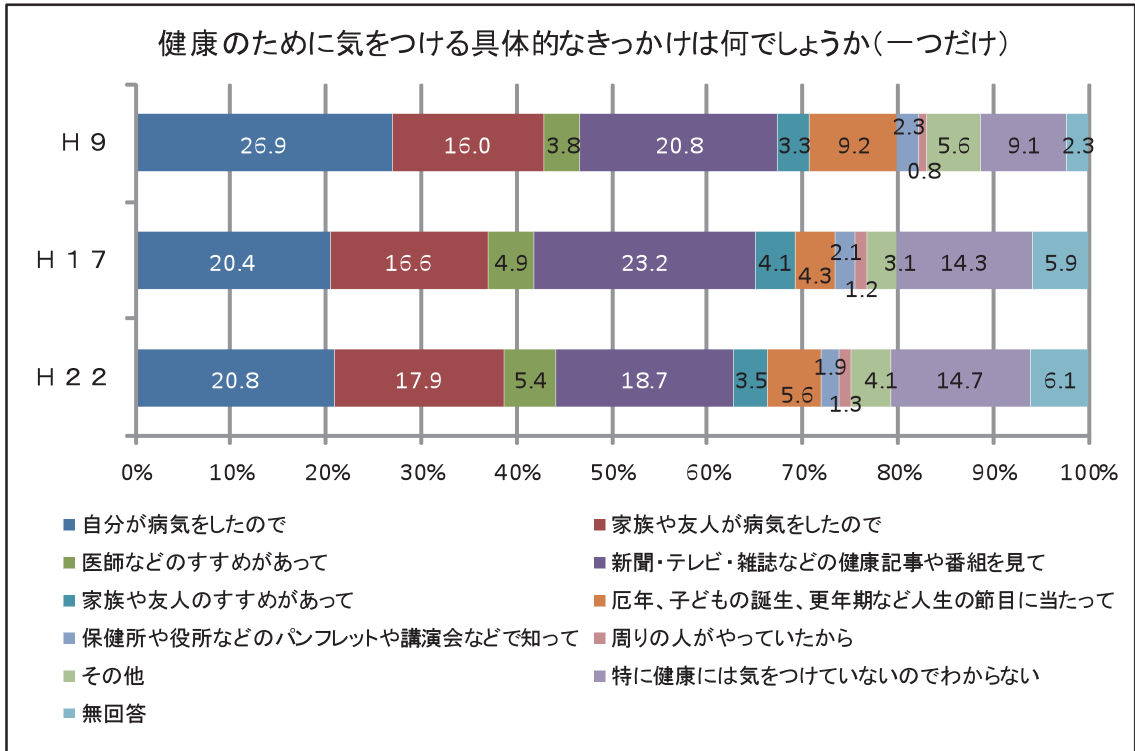
◆健康に対する不安

「体力が衰えてきた」と回答した人の割合が約5割と最も高く、年々増加する傾向にあります。



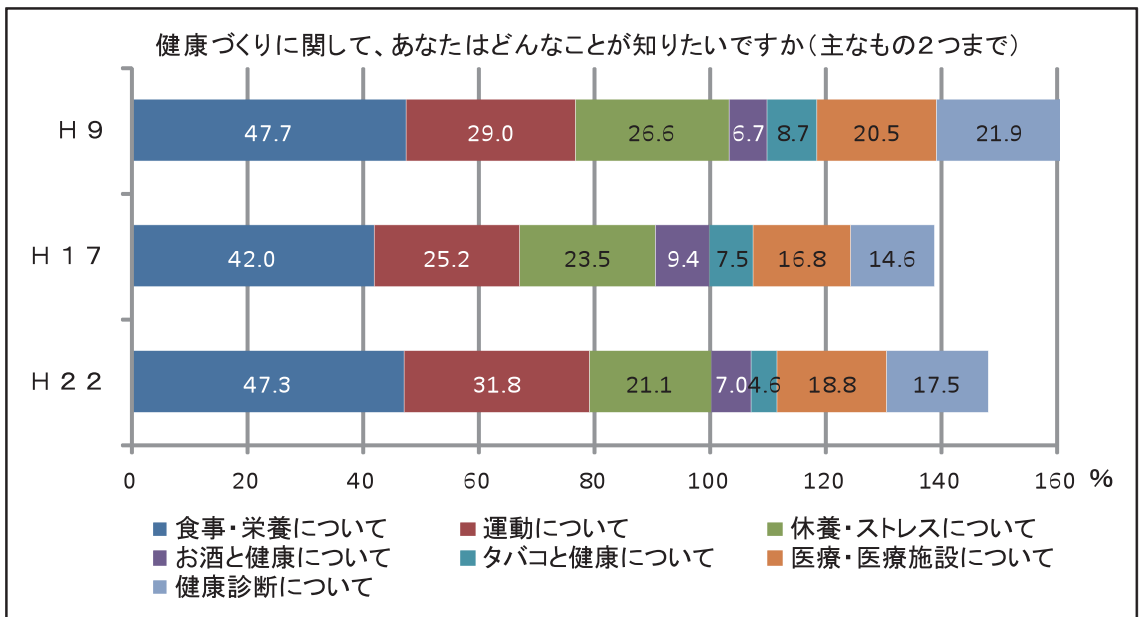
◆健康行動の具体的なきっかけ

「自分が病気をしたので」と回答した人の割合が約2割と最も高く、次いで「新聞、テレビ、雑誌などの健康記事や番組を見て」「家族や友人が病気をしたので」の順に高くなっています。



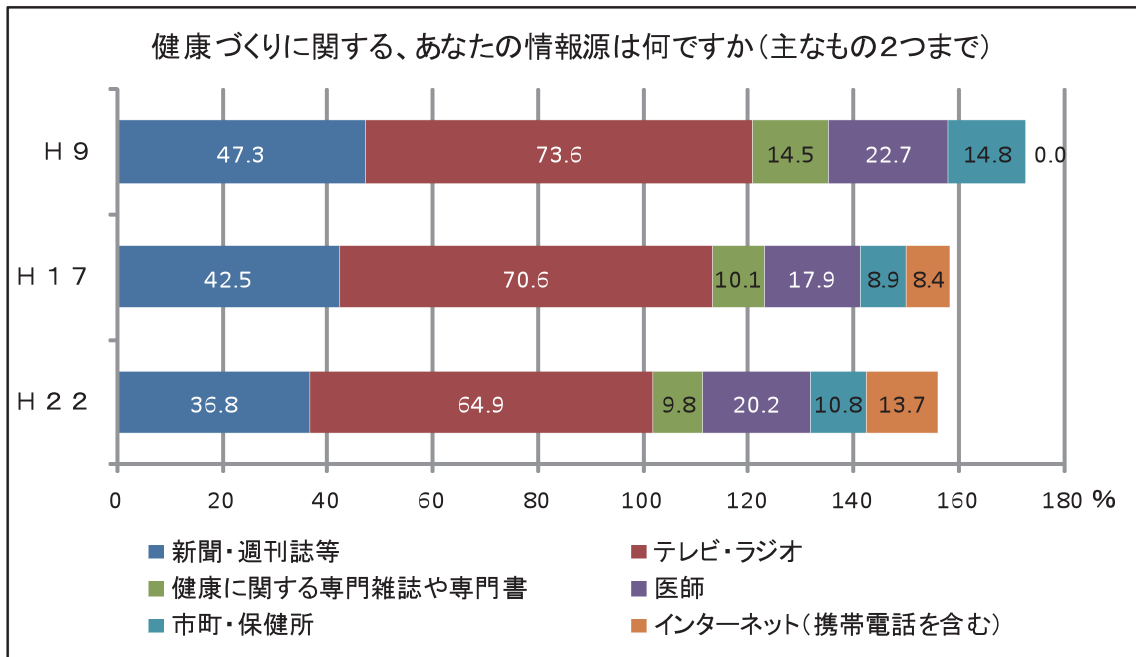
◆健康づくりに関して知りたいこと

「食事・栄養について」が約5割と最も多く、次いで「運動について」「休養・ストレス」についての順に高くなっています。



◆健康づくりに関する情報源

「テレビ・ラジオ」と回答した人の割合が約6割を超え最も高く、次いで「新聞・週刊誌等」「医師」の順に高くなっています。



◆健康づくりに関する要望

「運動、レクリエーション施設等の整備」と回答した人の割合が3割を超え最も高く、次いで「生活習慣病の予防知識の普及」「健診内容の充実や休日健診の実施」の順に高くなっています。

