

礎となりうる高血圧症その他の疾病についても多いことが明らかにされてきている。これら因子については県で寿命と直接関連させたコホート研究等はないが、過去の内外での早世のリスクファクター研究を参照し、その外的妥当性を本県にも求めてもそう的はずれとは言えないだろう。ただ、それでも調査が時系列要素を加味しない横断的なものであり、平均寿命の対象群と危険因子調査対象群は異なるため、これらのデータの敷衍に当たっては相当に慎重に行う必要がある。尤も施策上の意味からすると、現時点の危険因子の調査はその時点での施策に生かすことには特に問題がなく、その点での有用性は高い。

c) 以上より「原因連鎖」という点からみて、青森県における危険因子の多さと寄与死因・寄与年齢階級の分析結果は一見して矛盾のない知見が得られている。しかし、そのデータはいまだ不十分なものと考えられる。またそれ以上の高次の原因連鎖、例えば大量飲酒に導く要因などについては殆ど知見はない。

d) 青森県の自然、社会、経済環境は種々の社会生活統計指標等から見ても厳しいものである。例えば寒さも強く、県民所得は低いなど。これらの因子を定量的にまた経年的に他と比較した研究は認められなかった。パネル分析等時系列要素を加えた定量的分析は今後の課題である。

e) ライフスタイル、健康観といったものも検討されている。これらは広義の原因連鎖に位置づけられるのか、或いは何らかの社会経済等他要因の交絡因子で解釈されるものか現在の所不明である。

f) クリティカルウィンドウについての知見は現在の所、皆無であり今後の課題である。しかし、青森県の経年的データの存在からは県単独での分析はやや困難と考えられる。

2) 今後の方向性

今回は青森県を対象とした健康関連の既存の研究のレビューを主眼に置いたので、あらゆるデータ、特に経年的なデータの掘り起こしという点ではまだ十分ではない。引き続きデータを収集し、以下のような課題について分析を加えていく。

a) 原因連鎖に関わる個票を含めた詳細なデータ掘り起こしと、必要に応じて新たなデータ収集を行う。

b) 背景因子についてパネル分析等、時系列要素を加えて分析する。これについては他県との比較を適宜加える。また比較的急速に改善した県（富山県等）への適用も考慮する。

E. 結論

青森県においてこれまで行われた県を対象とした健康寿命関連の研究をレビューした。健康指標としては平均寿命（ないし年齢調整死亡率）のみ使用されており、疫学手法は横断的な研究が主体であった。

寄与死因、寄与年齢階級は記述的な分析で概ね明らかになっているが、要因分析についてはエビデンスの質は高くなく、原因連鎖の観点から不十分なものとどまっている。また社会背景の分析は定性的で時系列要素を加味した研究は認められなかった。

これらを踏まえて、原因連鎖に関わるデータの掘り起こしと新たなデータ収集、また背景因子についての詳細な分析が必要と思われた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 青森県におけるこれまでの健康寿命関連調査・研究の概要

1 青森県の平均寿命と成人病の現状 平成7年度 健康推進課	
目的	脳卒中及び心疾患の改善の遅れが平均寿命に及ぼしている影響を分析し、対策の方針を立てる。
結果	<p>本県では男女を通じて、脳卒中及び心疾患の改善が遅れ、このことが平均寿命に大きく影響してきている。</p> <p>原因として資料分析から以下の点が重要と思われた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 健診の受診率の低下 2 塩分の摂取量が15gと多い。 3 男女とも高血圧の発生率が高い。 4 カロリーの過剰摂取があり、女性は肥満傾向にある <p>本県の現状と問題点を踏まえたうえで、問題解決に向けた具体的な目標を設定し、県、市町村、関係機関・団体の具体策について検討し、学校保健、職域保健も取り込んだ総合的かつ重点的な推進計画を策定した上、対策を推進していくことが必要である。対策策定に当たっては、脳卒中に加え心疾患及び糖尿病も見据えた総合的な循環器疾患対策に特に取り組む必要がある。</p>
2 衛生統計からみた青森県民の健康 平成10年度 弘前大学衛生学教室	
目的	短命県返上のためには、有効な対策の構築と的確な分析が必要であり、青森県民の健康状態を把握する。
方法	青森県の死亡統計の解析を行った。
結果	<p>短命は、男性が女性よりその傾向が強かった。</p> <p>寿命を短縮している病因を大きい順に挙げると、男性は心疾患、脳血管疾患。不慮の事故、女性では、脳血管疾患、心疾患、肺炎であった。</p> <p>多くの要素により生み出されたものであり、多角的、多方面からの原因解明及び対策が必要である。</p>
3 青森県における食生活、嗜好品摂取状況、肥満等の特性に関する検討 平成10年度 弘前大学公衛生学教室	
目的	県民の食生活の実態を把握し、今後の食生活改善、健康増進対策に必要な基礎資料を得る。
方法	都市部、漁村部、農村部別に層化抽出した地区計18地区の602世帯を対象にして調査期間は平成8年10月～12月で食生活、健康調査を実施した。
結果	<p>青森県民の一次予防に資するべき多くの問題点が指摘できた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 食塩摂取量は14.1gで全国13.2gより多く、40～69歳代に摂取量が多かった。 2 肥満者は男女、各年代とも高率であった。 3 高血圧者出現率は高く、都市部若年男子で多く見られた。 4 多量飲酒する割合が高かった。 5 喫煙者率は高く、特に男女とも若年層の喫煙率が高かった。
4 喫煙健康影響調査報告 平成10年3月 弘前大学 衛生学教室	
目的	生活習慣の中の「喫煙」が県民の健康、ひいては平均寿命に及ぼす影響について分析し、関係機関・団体が一体になって推進する一次予防対策の一助とする。
結果	<p>喫煙が、男性の肺がんの全年齢層で危険因子であることが確認された。</p> <p>また、全死亡に対しても50歳代、60歳代で危険因子であることが示された。</p> <p>寿命に関しては青森県男性の喫煙が全国並になったと仮定した場合、寿命で0.12歳以上延長することが明らかになった。</p> <p>青森県男性の喫煙率が40歳以上の各世代で25%低下することで、0.69歳以上の寿</p>

	命の延長が見積もられる。このことから、本県の男性の平均寿命の向上を図るため強化することが必要である。												
5 青森県における疾病の地域集積性と環境因子 平成11年度 青森県環境保健センター													
目的	特定の疾病による死亡状況を人口規模や年齢分布の異なる市町村間で比較可能な形として数量化し、健康状況の指標の一つとすることを試みた												
結果	多くの疾病で津軽地方が高く、南部地方で低く、西高東低の傾向であった。男性の脳血管疾患、心疾患、肺炎が全国と比べ高い値が観測された。 環境因子として胃がんと出稼ぎ者数割合、全癌では、出稼ぎ者数割合・樹園地面積割合等作用因子として何らかの結びつきをもっていると考えられる。												
6 青森県の平均寿命に関する研究 平成11年度 国立公衆衛生院 保健統計人口学部、青森県 鎌田													
目的	青森県と全国の平均寿命の格差分析を行ない、平均寿命の改善に資する												
方法	1965年から5年間隔で1990年までの格差と比を男女別に求めた。												
結果	男子平均寿命の改善には、45～54歳の年齢階級の心疾患、脳血管疾患対策に重点を置き、農業及び出稼ぎ先における労働条件等も考慮した生活習慣の向上が必要であることが示唆された。また、女子では、0歳の寄与割合が大きいことから、乳児死亡率の改善に対する施策が重要と考えられた。												
7 津軽地域保健医療圏の市町村における健康意識調査 平成12年度 弘前保健所													
目的	津軽地域の14市町村の一般住民を対象に健康問題に対する意識について調査する												
方法	30歳以上70歳未満の一般住民対象1,500名無作為抽出アンケート調査												
結果	健康増進について、積極的な意識を持っている者は男性が多かったが、健康意識が行動に結びついていないことがわかった。小児期からの生活習慣対策を具体的な数値目標を掲げながら、地域ぐるみ（一般住民参加型）で活動を展開していくことが重要である。												
8 「青森県の男性の平均寿命について」 平成14年11月 企画振興課統計情報課													
目的	本県の平均寿命は昭和50年から全国最下位であり、全国トップである長野県と何が違うのか社会統計指標から一定の検証を試みた。												
結果	<p>1 男性の平均寿命については年々伸びており、平成7年から平成12年までの伸びは 青森県 0.96歳 長野県 0.83歳 全国 1.01歳本県と長野県との差は3.37歳</p> <p>2 社会生活統計指標のデータからの違い 青森県が上位：出稼ぎ比率、高卒者に占める就職者の割合、標準化死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率等が上位を占めている。 逆に、長野県は保育所在所児童数、公民館数、図書館数、女性の趣味の平均時間等が上位を占めている。</p> <p>3 統計的にみると</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>指 標</th> <th>青森県</th> <th>長野県</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>標準化死亡比 (H7年)</td> <td>3.18 (全国2位)</td> <td>2.47 (全国47位)</td> </tr> <tr> <td>新生児死亡率 (H11年)</td> <td>3.5 (全国1位)</td> <td>1.3 (全国45位)</td> </tr> <tr> <td>乳児死亡率 (H11年)</td> <td>5.1 (全国1位)</td> <td>2.6 (全国4位)</td> </tr> </tbody> </table> <p>相違点は、本県及び長野県の男性の平均寿命とどのような相関関係にあるかは、直</p>	指 標	青森県	長野県	標準化死亡比 (H7年)	3.18 (全国2位)	2.47 (全国47位)	新生児死亡率 (H11年)	3.5 (全国1位)	1.3 (全国45位)	乳児死亡率 (H11年)	5.1 (全国1位)	2.6 (全国4位)
指 標	青森県	長野県											
標準化死亡比 (H7年)	3.18 (全国2位)	2.47 (全国47位)											
新生児死亡率 (H11年)	3.5 (全国1位)	1.3 (全国45位)											
乳児死亡率 (H11年)	5.1 (全国1位)	2.6 (全国4位)											

	接的に見ることはできなかった。
9	健康と寿命に関する意識調査 企画振興課統計情報課 埼玉県立大学社会福祉調査教室・青森県立保健大学健康科学部 平成15年3月
目的	「中高年の平均寿命や健康寿命についての意識は、地域性によって差異を生じる」との仮説のもとに、青森県内に在住する中高齢者を対象に、彼らの平均寿命や健康寿命についての意識に着目し、地域性との関連性について検討する。(予備調査)
方法	調査対象：津軽地方である黒石市(平均寿命が短い地域)の 50歳以上の中高齢者500名 県南地方である三沢市(平均寿命が長い地域)の 50歳以上の中高齢者500名 計1,000名
結果	地域によって、性格・気質の相違があっても、それほど大きな基本的属性の差が生じていない地域間においては、中高齢者の平均寿命や健康寿命についての意識の差異は生じないことを示唆しているものである。 (青森県立保健大学健康科学部) 一方では、平均寿命の日本一の長野県と両市の若干の比較を行った。感觸として、平均寿命が長い三沢市の方が、健康づくりに熱心で、比較的健康的な食行動をとっており、寿命に関しても変えられる可能性が高いと前向きに考えていることであった。統計的検定により保証されたものではないが、比較的首尾一貫する結果であり、やはり、両市の間には男性の平均寿命の差を生じる生活習慣の違いがあるように思われた。 (埼玉県立大学社会福祉調査教室)
10	「青森県自殺予防実態調査」 平成14年度 健康福祉部障害福祉課
目的	自殺予防が実践可能であるということが明確になり、本県の自殺の実態把握のため、地域別、市町村別に調査分析を行う。
結果	全国的にも働き盛りの男性と、高齢者の男女の自殺率が高いが、特に本県では、男性の自殺が増加しており、女性の高齢者の自殺率が高い。 男性の自殺者多い地区：青森、弘前、黒石保健所管内 女性の自殺者多い地区：八戸、五所川原、三沢保健所管内 自殺の手段や場所、ならびに自殺者の配偶者については、異なる性・年代や地域に共通する主要な当該項目が存在する一方、副次的な項目では、若干の地域差のあることが伺えた。自殺の要因についても同様のことが伺えた。その地域差については不明であった。また、性・年代の要因が交絡する自殺率には本県において地域差があることが明らかになった。
対策案	各地域における性・年代層別自殺率の高低パターンを把握し、その地域において自殺に至る誘因や背景と関連する地域特有の心理社会的要因を推定する。 自殺に至る誘因や背景と関連する地域特有の心理社会的要因を探索することが、自殺予防戦略を構築する上で有用である。
11	平均寿命について 平成15年7月 企画振興課統計情報課、埼玉県立大学社会福祉調査教室、 国立社会保障人口問題研究所
目的	統計的に住民基本台帳の人口を用いて、青森県の平均寿命の再計算を行う。(通常、平均寿命は、国勢調査の人口で計算する。)
結果	住民台帳を使用した場合、平均寿命は都道府県の格差は小さくなるが、青森県の順位はやはり最下位であった。
12	平成14年度青森県委託研究事業『平均寿命アップに関する研究』 平成15年3月 (財)日本予防医学協会、国立保健医療科学院 綿引信義、石井敏弘

目的	本県の男性の平均寿命、健康寿命が全国に比較して最下位に位置している原因を把握し、今後の健康づくりについて重点的にすすめるべき事業を検討する。
結果	<p>青森県と長野県及び山形県における男子平均寿命の格差の年齢構造と死因構造について分析結果、</p> <p>長野県とは年齢階級別死亡率の格差の寄与年数は 65～69歳の0.40年、山形県とは、55～59歳の0.27年が最も多かった。</p> <p>また、男性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は、長野県とは、悪性新生物1.04年心疾患0.48年肺炎0.4年、山形県とは、脳血管疾患0.29年悪性新生物0.29年肺炎0.27年の順であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長野県との平均寿命の格差への寄与割合が大きく全体の核の57.2%を占める55～79歳の間の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、及び自殺対策に重点を置くこと ・ この年代においては、生活圏及び労働圏の両面から、一般的な生活習慣の改善のみならず、農林漁業（出稼ぎ労働者を含めて）をはじめとする職場における生活環境も検討する必要があると示唆された。
<p>13 健康と寿命にかかわるライフスタイルの要因研究</p> <p>平成15年度 青森県立保健大学 佐藤秀紀</p>	
目的	長寿地域（長野県）、短命地域（青森県）を比較し、健康とライフスタイルの関係、両地域間のライフスタイルの差異を明らかにする。
結果	<p>長寿地域である長野県は、短命地域の青森県に比較して、自覚的な健康感が高い、健康の概念が広い、積極的な健康づくりを行っている、生活習慣改善の有効性感覚が強い、喫煙・飲酒習慣が少ない、食生活の心がけがよい、長寿な家系であると認識する人が多い、対人関係に積極的、近隣に頼みごとができ、モデルとなる高齢者が多い、「地域の住・生活環境」「自然環境」が寿命に影響すると考える傾向が強い、入院経験が少ない、毎年健康診断を受けている割合が多い、階層帰属意識が高いことが明らかになった。</p>
<p>14 青森県の平均寿命に関する研究</p> <p>平成15年度 国立公衆衛生院 保健統計人口学部</p>	
目的	青森県と全国の平均寿命の格差分析を行ない、平均寿命の改善に資する
方法	1965年から5年間隔で2000年までの男性の格差と比を求めた。
結果	<p>男子平均寿命の改善には、1990年の寄与割合が大きい45～54歳の年齢階級は、1995年の50～59歳そして2000年55～64歳の年齢階級へとシフトしている。</p> <p>原因について、この年齢階級は1941年～1950年生まれ、終戦前後に生まれた人々でベビーブームも含まれているにもかかわらず、この年齢階級の前後の年齢階級別人口が少ない。この年齢階級の出生数を見ないとはっきりしたことは言えないが、他府県への移動が多かった年齢階級ではないかと思う。また、1941～1950年コホートの5歳階級別死亡率を見ることによってこの年齢階級が他のコホートよりも年齢階級別死亡率が高いのかどうか判断が出来ると思う。この年齢階級の労働形態（出稼ぎ、農林漁業等）地域性との関連も考えられる。</p>

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

長野県における健康格差に関する研究
－死亡の現状と生活習慣の特徴－

分担研究者 佐々木 隆一郎（長野県諏訪保健所）、畑山 善行（長野県飯田保健所）
研究協力者 中野 博文（長野県北信保健所）

研究要旨

長野県は平成 12 年度の平均寿命が男 78.9 年、女 85.2 年と国内有数の長寿県である。そこで長野県の健康長寿の現状について、人口動態統計資料を基礎に年齢別死亡率について検討した。また長野県の健康長寿の手がかりを得る目的で、国民栄養調査及び長野県県民健康・栄養調査資料を基礎に栄養素摂取状況を主とした生活習慣の状況について全国との比較を行った。

その結果、長野県は平均寿命が全国より長く、全死亡率は全国より低いこと、死因別にみると脳血管障害は全国より高いが、悪性新生物、心疾患死亡は全国より低いことが分かった。生活習慣の特徴をみると、長野県の喫煙率は男女とも全国より低く、栄養素摂取量でビタミン B 1、B 2、C などが全国より高く、野菜摂取量が全国より多いことなどの特徴があることが分かった。以上の結果から、これらの長野県で見られる生活習慣の特徴が、長野県の健康長寿の要因ではないかとの仮説が得られた。

A. 研究目的

長野県の死亡状況及び生活習慣の特徴を既存の資料を用いて明らかにし、長野県における健康長寿の要因が何であるかの手がかりを得ることを目的とする。

B. 研究方法

①死亡状況の検討

長野県における年齢別死亡状況の特徴を検討する目的で、平成 13 年の人口動態資料を用い、死亡患者の年齢別割合を求めた。

長野県における死因の特徴の検討には、厚生労働省が報告している平成 7 年から平成 11 年における生活習慣病についての標準化死亡比を用いた。

②生活習慣の検討

長野県では昭和 42 年から昭和 46 年にかけて、脳血管疾患予防対策を行うことを目的に県民を対象とした食生活実態調査を開始している。さらに昭和 52 年からこの調査は県民栄養調査（平成 13 年からは県民健康・栄養調査）として、国民栄養調査（国民健康・栄養調査）に準じた調査方法を用いて、3 年に一度の割合で、県民の状態を把握している。

今回の長野県民の生活習慣の特徴の検討には、

平成 13 年度に行われた長野県県民健康・栄養調査と国民健康・栄養調査資料を用いた。

なお、今回検討に用いた資料は、既に公表された資料を用いており、倫理面での問題はないと考える。

C. 研究結果

①長野県の死亡の特徴

図 1 に長野県と全国における平成 13 年の死亡患者の年齢別割合を示した。

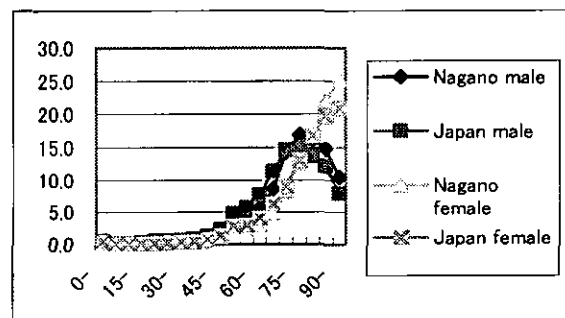


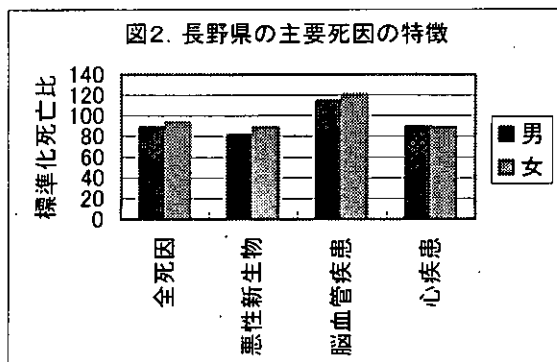
図 1. 年齢別死亡割合の長野県と全国の比較

全国に比べ長野県では、男では 70 歳以下の年齢、女では 75 歳以下の年齢の死亡割合が少ないという特徴がみられた。特に男女ともに 40 歳代から

60歳代でこの傾向が大きいことが長野県の特徴であることが伺われた。

今回は検討資料を掲載しなかったが、長野県と全国の年齢別死亡率を比較すると、男女ともに0-4歳の死亡率が全国より長野県が低いという結果であった。さらに、男では5歳から14歳及び35歳から89歳の年齢層で、女では30-34歳及び40歳から84歳の年齢層で長野県の死亡率が低いという結果であった。

図2に長野県における主要死因の標準化死亡比を示した。全死因の標準化死亡比は、男88.8、女94.1であり、男女とも低いことが分かった。主要死因についてみると、脳血管疾患の標準化死亡比が、男114.6、女121.0と全国より高いが、悪性新生物と心疾患の標準化死亡比は、男女とも80台で低いという特徴がみられた。



図には示さなかったが、悪性新生物の部位別の標準化死亡比をみると、長野県では女の大腸がんの標準化死亡比が100.2と全国と同程度である以外は、胃、肝臓、及び肺の各部位ともに全国よりも低いという特徴がみられた。

②長野県民の生活習慣の特徴

表1に、平成13年度の健康・栄養調査の資料を用いて、長野県と全国の喫煙状況、飲酒状況、及び運動習慣の比較を行った。

現在喫煙している人の割合は、長野県では男40.8%、女4.3%であり、男女ともに全国に比べて低い値であった。年齢別に全国と比較すると、長野県では女性は全年齢で全国より低い値であった。男では40歳以上の年齢層で低く、それ以下の若い年齢では全国に比べ高い値を示していた。

現在習慣的に飲酒している人の割合は、長野県

では男55.1%、女9.8%であり、男女ともに全国より高い値を示していた。年齢別に比較しても、長野県では多くの年齢層で飲酒習慣が高い値を示していた。

習慣的に運動している人の割合は、長野県では男30.8%、女36.0%であり、男女とも全国に比べて高い値であった。

表1 長野県民の嗜好及び運動習慣

	男		女	
	長野	全国	長野	全国
現喫煙率(%)				
20-29歳	63.2	58.9	10.0	16.1
30-39歳	71.1	58.1	6.0	16.0
40-49歳	42.1	58.4	5.7	11.7
50-59歳	50.0	49.6	5.7	9.7
60-69歳	30.6	35.9	2.9	6.5
70歳以上	25.0	29.0	0.8	3.4
全体	40.8	45.9	4.3	9.9
現在飲酒習慣あり(%)				
20-29歳	35.0	35.7	6.3	9.3
30-39歳	58.5	49.9	10.4	12.6
40-49歳	53.2	61.3	15.9	13.8
50-59歳	61.0	62.8	10.4	9.7
60-69歳	60.9	55.1	10.3	7.6
70歳以上	49.4	45.4	4.3	2.7
全体	55.1	53.3	9.8	9.1
運動習慣あり(%)				
全体	30.8	29.7	36.0	27.1

表2に同様に平成13年度の健康・栄養調査による長野県と全国の栄養素摂取量を示した。

長野県民はエネルギー、たんぱく質、脂質、及び炭水化物摂取量は、若干低めではあるが、全国での値とほぼ同じ値を示した。

長野県民の動物性脂質の摂取量は21.2gで全国比0.78と低いという特徴がみられた。一方、鉄、ビタミンB1、ビタミンB2、及びビタミンCの摂取量は、長野県民の摂取量が多いという特徴がみられた。長野県民のNaCl摂取量は11.7gであり、全国の値11.5gと同程度の摂取量であることが分かった。

表2 長野県民の栄養素摂取量 (平成13年度)

	長野	全国	全国比
エネルギー(Kcal)	1,901	1,954	0.97
たんぱく質(g)	72.4	73.4	0.99
(内動物性)	38.4	39.9	0.96
脂質(g)	55.5	55.3	1.00
(内動物性)	21.2	27.2	0.78
炭水化物(g)	263.1	274.0	0.96
カルシウム(mg)	539	550	0.98
鉄(mg)	9.2	8.2	1.12
ビタミンB1(mg)	1.05	0.89	1.18
ビタミンB2(mg)	1.37	1.22	1.12
ビタミンC(mg)	136	106	1.28
穀物エネルギー比	40.2	41.1	0.98
動物性たんぱく質比	53.0	54.3	0.97
NaCl(g)	11.7	11.5	1.02

表3 長野県民の主な食品群別摂取量 (g)

	長野	全国	全国比
生乳	122.6	105.5	1.16
卵類	36.1	36.8	0.98
魚介類	84.5	94.0	0.89
肉類	61.9	76.3	0.81
大豆・大豆製品	47.3	55.3	0.86
みそ類	13.8	13.2	1.05
その他の豆類	1.8	2.0	0.9
緑黄色野菜	120.8	93.6	1.29
その他の野菜	177.4	162.2	1.09
きのこ類	12.5	14.9	0.83
いも類	49.5	63.0	0.79
果実類	99.0	132.0	0.75
油脂類	14.9	11.3	1.32
砂糖類	8.3	7.2	1.15
菓子類	35.2	26.7	1.32
酒類	85.2	93.5	0.91
漬物類	31.4	18.0	1.74

(平成13年度)

表3に主な食品群別摂取量の比較を示した。全国に比べて長野県での摂取量が多い食品群は、生乳、緑黄色野菜、油脂類、砂糖類、菓子類、及び漬物類である。特に漬物摂取量は31.4gで長野県

民は全国の1.74倍の摂取量である。

一方長野県民は、魚介類、肉類、大豆・大豆製品、きのこ類、いも類、及び果実類の摂取量が低いという結果である。果実類は全国の3/4の摂取量である。

D. 考察

今回行った死亡割合の検討から、長野県民は男女ともに40歳代から60歳代での死亡割合が全国に比べて低いという特徴がみられた。年齢別死亡率の比較でも、男女ともに0-4歳及び40歳から84歳の年齢層で、長野県の死亡率が低い結果は、男女とも共通していた。即ち、長野県の長寿には0-4歳の年齢層と40歳以上の年齢層の死亡が低いことが要因の一つであると考えることができた。したがって、0-4歳の年齢層の死亡率に関連する要因の検討、及び40歳以上の年齢層に関連する要因の検討を行うことが、目的を達成する方向ということになる。

ある一定年齢層の年齢別の死亡割合及び年齢別死亡率が、全国に比べて長野県で低いという結果は、コホート効果の結果であると考えることができる。即ち特定の出生年コホートに死亡率を低下させる要因が働いているという考え方である。今回の結果からみると、この5年ほど及び80年前から40年前に長野県に特徴的な要因が働いているということになる。

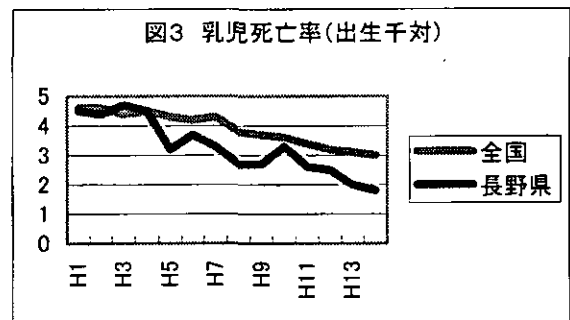


図3に全国と長野県の乳児死亡率の経年変化を示している。長野県の乳児死亡率は平成5年を境に全国より低い値を示している。平成14年には長野県の乳児死亡率は出生千対1.8(全国3.0)であり、全国で最も低い値を示している。長野県では平成5年に全県をカバーする県立こども病院が診療を開始しており、長野県内の小児医療の変化に

よる死亡率の低下が考えられるところである。この乳幼児死亡率の減少が、今回観察された0-4歳の年齢層における低死亡率と関連していると考えられる。

一方、40-84歳の年齢層での長野県の死亡率が低いことについての要因の手がかりを得るため、生活習慣病について、全国の死亡率との比較を検討した。その結果、図2に示したように、長野県では脳血管疾患の死亡が高いほかは、全死因、悪性新生物及び心疾患死亡は低いという特徴がみられた。これまでの研究から、これらの生活習慣病の発生に関連する要因についていくつかの仮説が出されている。食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣及び運動習慣が主なものである。そこで、長野県におけるこれらの生活習慣の特徴について平成13年の資料を用いて検討した。

喫煙習慣は長野県で低く、飲酒習慣及び運動習慣は逆に長野県で多いという結果であった。男の喫煙習慣について年齢別にみると、40歳以上の年齢層で全国に比べて低いが、女の喫煙習慣は全年齢層で長野県が低いという結果であった。したがって生活習慣病の全国と長野県の死亡率の差を喫煙習慣で全て説明することはできない。

長野県民で飲酒習慣を持つものの割合は、全体では多いが、年齢別にみると一貫した傾向はない。したがって、飲酒習慣が死亡率を低下させている大きな要因とすることは難しいと考えられた。長野県民では運動習慣を持つものの割合が男女ともに多いという結果であった。今回の資料からは年齢別傾向は検討できなかったが、これまでの疫学的研究結果からみて、死亡率低下に一定の寄与はしているのではないかと考えた。

次に食習慣との関連について考える。今回の検討は、平成13年度に行われた横断調査の結果を比較したものである。食習慣と疾病の発生との関連を検討するためには、縦断的調査が必要である。したがって、今回の結果の解釈には限界があることになる。

今回の栄養素摂取量についての検討結果で長野県民が動物性の脂肪の摂取が少ないことは、これまでの疫学研究からみていくつかの悪性新生物の頻度を低下させる可能性があり、今後詳細な検討

を行う必要があると考えた。さらに、長野県民でいくつかのビタミン摂取量が多いとの結果であったが、これまでビタミン摂取と生活習慣病についての関連も示唆されており、今後の検討課題であると考えた。

塩分摂取量は平成13年度調査では、長野県民の摂取量は全国に比して必ずしも多くはなかった。しかしながら平成10年までの長野県の塩分摂取量は全国より多いので、今回の結果から塩分摂取量と生活習慣病の頻度との関連を検討することはできないと考えた。

食品群別摂取量をみると、長野県民は漬物類、緑黄色野菜、油脂類及び菓子類の摂取量が多いという結果であった。逆にいも類及び果実類の摂取は少ないという結果であった。油脂類が多いという結果であったが、栄養素摂取量の結果では動物性の脂質が少ないという結果であったので、長野県民は植物性の油脂類の摂取が多いということである。

今回横断調査の結果を用いて、生活習慣病の頻度との関連が伺える要因について検討を行ったが、明確な結論を得ることはできていない。

しかしながら、今回横断調査結果から得られた長野県民の生活習慣のいくつかの特徴について、さらに検討を行う必要があると考えた。今後、同様の長野県民に対する過去の生活習慣調査に基づき、コホート効果として考えられる要因があるかどうか検討を行う。

E. 結論

今回の結果から得られた、喫煙習慣、運動習慣及び食習慣などの特徴が、長野県民の健康長寿に関連している可能性がうかがわれた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

長野県の健康パフォーマンスに関する研究

分担研究者 武藤 正樹（独立行政法人国立病院機構長野病院 副院長）

研究要旨

長野県の健康パフォーマンスは全国男1位、女3位の平均寿命、全国最下位の老人医療費の観点から全国的に注目されている。この健康パフォーマンスの背景要因について以下の観点から分析し、健康県長野の健康モデルを考察した。

背景要因：①「よく働き学ぶ県民性」、②「保健予防活動が盛ん」、③「よき保健医療のリーダーがいた」、④「医療施設や医師数が少ない」、⑤「在宅死亡率が高い」。

健康モデル：①「高齢者の就労、雇用促進モデル」、②「夫婦仲良く、共白髪モデル」、③「地域（コミュニティ）ケアモデル」、④「在宅ケアモデル」、⑤「健康をまなぶ」生涯教育モデル。

A. 研究目的

高齢者医療費の高騰が自治体財政を圧迫している現状の中で、全国の自治体の関心の目が長野県に集まっている。理由は長野県の平均寿命（2002年）が男79.8歳で全国1位、女85.31歳で3位で、同年の65歳以上高齢者の医療費が59.4万円全国最低であるからだ。

もしかりに全国が長野県レベルの健康パフォーマンスを示すと仮定すると約2兆円の医療費節減になるといわれる。こうした健康県長野を形成する要因は何だろう？本研究ではそれを以下の5項目の要因を仮設設定して、その分析を試みることを目的とした。①「よく働き学ぶ県民性」、②「保健予防活動が盛ん」、③「よき保健医療のリーダーがいた」、④「医療施設や医師数が少ない」、⑤「在宅死亡率が高い」。

B. 研究方法

人口動態調査、国民生活基礎調査、医療施設調査、患者調査等の統計資料および文献的リサーチにより行った。

（倫理面への配慮）

特に必要ない。

C. 研究結果

健康県長野は以下の要因により形成されている。
要因①「よく働き学ぶ県民性」：

長野県は全国でも高齢者の就業率33%で全国一である。また人口当たりの図書館数では全国1位、公民館数では全国3位である。

要因②「保健予防活動が盛ん」：

人口当たりの保健師数も全国4位、また県が委嘱して健診の手伝いや健康教室の開催を行う保健補導員や食事改善指導員が14,000人（1997年）いて、積極的な予防活動を展開している。

要因③「よき保健医療のリーダーがいた」：

佐久総合病院若月俊一院長のように「手遅れの患者を減らすには、病気を未然に防ぐことが必要だ。」として、全村集団検診を実施したり、農閑期の冬、医師たちは集落の公民館まわって、手作り演劇実施するなど地域医療に積極的に献身する医師たちの活躍があった。

要因④「医療施設や医師数が少ない」：

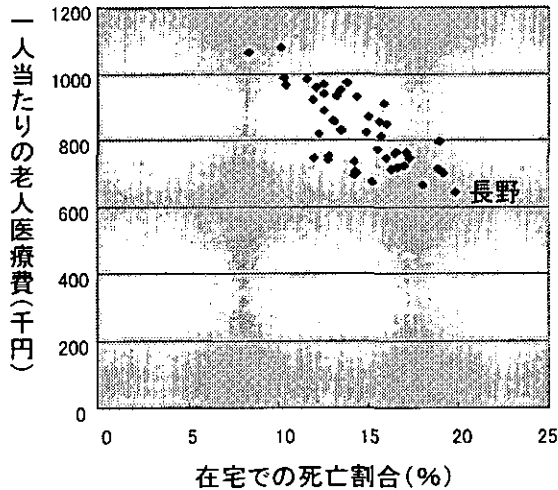
病院数、病床数は全国それぞれ30位、36位、また病院の平均在院日数が18日で全国最低。医師数は全国40位。

要因⑤「在宅死亡率が高い」：

在宅死亡率が20%近くで全国最高。この在宅死亡率は老人医療費とも負の相関がある（図）。また、在宅死亡率に関連する要因としては、高齢者

の就業率、持ち家率、離婚率、多世代家族と関係があることが指摘された。

図. 1人当たり老人医療費と在宅死亡割合の相関



D. 考察

以上をもって以下の長野県健康の5つのモデルを考察した。

モデル①「高齢者の就労、雇用促進モデル」:

年をとってもはたらくことを生きがいとする。こうした就労促進生活モデルが高齢者医療費を低減する。

モデル②「夫婦仲良く、共白髪モデル」:

夫婦で一緒に仲良く活動できる、地縁、好縁モデルにより在宅での死亡が可能となる。

モデル③「地域（コミュニティ）ケアモデル」:

地域単位での保健医療活動、ヘルスボランティアの活用、地域単位で保健医療、福祉、教育、行政、民間、教育などのマルチセクターが連携するモデルを形成。

モデル④「在宅ケアモデル」:

施設ケアより在宅ケア、人口あたり適正な病床数、医師数、平均在院日数の設定やかかりつけ医モデル。

モデル⑤「健康をまなぶ」生涯教育モデル:

「健康」をともに学びあう健康増進・生涯教育モデルの構築、健康日本21学習モデル。

E. 結論

長野県の健康パフォーマンスを形成する5つの背景要因と、そこから考えられる5つの健康モデルについて考察した。今後、このモデルの実施可能性についても見当したい。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

健康関連指標を用いた健康寿命の都道府県格差の原因に関する研究

分担研究者 貫成 文彦（香川大学医学部 衛生・公衆衛生学 教授）

研究協力者 万波 俊文（香川大学医学部 衛生・公衆衛生学 助教授）

研究要旨

地域における健康水準の評価には健康寿命などの保健指標が用いられているが、今まではそれが地域の健康水準の改善に結びついてこなかった傾向がある。また、わが国は現在、世界でも最高の健康水準に到達しているが、国内では依然として地域格差が存在しその要因については明らかではない。そこで、本研究では、都道府県を単位として時系列要素を含む分析手法を用いることにより、健康日本 21 の中心目標である健康寿命と、それに関する諸健康指標の関係を明らかにし、健康格差の原因に関して検討する。

A. 研究目的

徳島県における、現在行われている、および過去に行われた調査や研究について検索を行い、本研究において分析比較が可能な項目、必要な項目を抽出すること。

B. 研究方法

「健康徳島 21」、県民健康栄養調査および国民生活基礎調査を中心に検討した。

C. 研究結果

現在、健康施策では「徳島県保健医療計画」と「健康徳島 21」が、それぞれ中長期的な観点から推進・実施されている。特に「健康徳島 21」の中では具体的な数値目標を設定して推進されている。

徳島県の高齢化率は、平成 7 年の段階で 18.9% で、死亡率は男性 727.1/10 万、女性 381.0/10 万とともに全国平均並みである。平均寿命に関しては男性 76.2 歳、女性 83.2 歳と全国平均よりやや下か同じレベルである。また、平均自立期間の余命に占める割合についても、男性 91%、女性 86% とこれも全国平均とほぼ同じレベルであった。主要死因については、全国と同じで、上位 3 つの疾患はそれぞれ、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患であった。

平成 9 年の県民健康栄養調査によれば、県民の 40 歳以上の 5 人に 1 人が糖尿病の疑いがあり、「過体重」と「肥満者」を合わせた割合が、男女とも

に全国平均よりも高く、高コレステロール血症の割合は、男性では 50 歳未満で、女性では 50 歳以上で全国平均より高く、高血圧の割合では、男性では、50 歳代・70 歳代で、女性では 40 歳代以降で全国平均より高い傾向が認められた。

その他に、平成 10 年に実施された国民生活基礎調査から、県民の健康意識について悩みやストレスの原因について、健康のために実行していることなどについてアンケート調査により分析されている。

D. 考察

様々な指標があり、さらに整理をすれば、本研究の目的とした比較が可能ではないかと思われる。また可能であれば新たなアンケート調査を実施することも考慮する必要があるかもしれない。

E. 結論

更なるデータの整理、分析を行うことにより他府県との比較が可能になると考える。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

健康関連指標を用いた健康寿命の都道府県格差の原因に関する研究

分担研究者	崎山 八郎	沖縄県福祉保健部次長
研究協力者	比嘉 政昭	沖縄県北部保健所長
	伊礼 壬紀夫	中部保健所所長
	金城 マサ子	南部保健所長
	知名 保	中央保健所長
	高江洲 均	宮古保健所長
	譜久山 民子	八重山保健所長
	池間 次郎	沖縄県衛生環境研究所長
	桑江 なおみ	衛生環境研究所主任研究員

研究要旨

沖縄県と全国との平均寿命について、都道府県別生命表等過去の統計資料を用い、平均寿命の差が縮小した原因について分析を行った。その最も大きな原因は、沖縄県では脳血管疾患、心疾患死亡率の低下が全国に比べ小さいことであることが考えられた。更に、青・壮年層の自殺、肝疾患、脳出血、虚血性心疾患、糖尿病等による死亡率が高いことも原因と考えられた。また、乳児死亡率が高いこと、高齢者における肺がん死亡率が高いことや胃がん死亡率の低下が小さいことなども影響していると考えられた。本研究では、健康状況、生活習慣等の分析はできなかったが、今後、これらの疾患による死亡率が高いことや死亡率の低下が小さいこと等との関連性について調査、分析を進める必要がある。

A. 研究目的

沖縄県における平均寿命は昭和55年、60年には男女とも全国一であったが、最近公表された平成12年都道府県別平均寿命では、沖縄県男性の平均寿命の順位が前回（平成7年）の4位から26位へと大きく後退した。女性においても順位は1位を維持しているものの平均寿命の全国との差は徐々に縮小傾向にある。その原因として、青・壮年層の健康状態の悪化が指摘されているが、その詳細は明確にはなっていない。

本研究の目的は、時系列要素を含む分析手法を用いることにより、沖縄県と全国との平均寿命の差が縮小した原因及び関連する諸健康指標の関係を推定し、健康日本21の地方計画である「健康おきなわ2010」の中心目的である健康寿命の延伸を図ることである。そして、今後の健康水準の確保のために重要な因子を提示することによって、沖縄県民および国民の健康と福祉の向上に大きく貢献することができると考えられる。

本年度は、過去の統計資料により、沖縄県の平均寿命に影響を与えている主な原因について分析を行う。

B. 研究方法

都道府県別生命表、厚生労働省人口動態統計特殊報告、沖縄県衛生統計年報等の既存の統計資料を一部加工し、以下の項目について分析した。

1. 平均余命の分析

平成12年都道府県別生命表の概況により、沖縄県、全国における平均寿命の推移、主な年齢の平均余命、特定死因を除去した場合の平均寿命の伸びについて分析した。

2. 年齢調整死亡率、年齢階級別死亡率の分析

昭和60年、平成12年の人口動態統計特殊報告による都道府県別年齢調整死亡率、年齢階級別死亡率及び沖縄県衛生統計年報（昭和59年～昭和61年、平成11年～13年）により、沖縄県と全国の死亡率の比較を行った。

昭和60年、平成12年の沖縄県の死亡率については、昭和59年～昭和61年、平成11年～平成13年のそれぞれ3年間の死亡数を集計し、死亡率を算出した。その際、年齢階級別人口として、総務省統計局による昭和60年国勢調査、平成12年国勢調査の結果を用いた。

また、沖縄県における昭和60年および平成12年における20～39歳、40～64歳、65～79歳の特定年齢層における年齢調整死亡率を算出するために、基準人口として昭和60年モデル人口を用いた。

(倫理面への配慮)

今回検討に用いた資料は、既に公表された資料を用いており、倫理面での問題はないと考える。

C. 研究結果 -

1. 平均余命の分析

1) 平均寿命および平均余命の推移(図1～図6)

沖縄県と全国との平均寿命の差は、昭和60年に最も大きかったが、以降、男女ともに縮小傾向にあり、男性では平成12年に逆転している(図1、2)。さらに、0歳、20歳、40歳、65歳の平均余命をみると、その差は年次ごとに縮小している(図3、4)。一方、昭和60年、平成2年、平成7年、平成12年それぞれの特定の年齢における平均余命の差は、女性では昭和60年以降、ほぼ一定であるが、男性では各年齢での余命の差も年次が進むにつれ縮小している(図3、4)。

平成12年における沖縄県の平均余命の特定年齢における全国順位をみると、女性では各年齢において1位であるが、男性においては、65歳では1位、40歳では9位、20歳では23位、0歳では26位と年齢の低下とともに、順位が下がっている。

2) 特定死因を除去した場合の平均寿命の伸び(図5、6)

平成12年において、特定死因を除去した場合の平均寿命の伸びをみると、沖縄県、全国ともに悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による伸びが最も大きく、次いで肺炎、不慮の事故、自殺等が続

いている。沖縄県の男性の場合、自殺を除去した場合の伸びが比較的大きい。

2. 年齢調整死亡率、年齢階級別死亡率の分析

1) 主要疾患の年齢調整死亡率の状況

(図7～15)

沖縄県及び全国の昭和60年、平成12年の主要疾患ごとの年齢調整死亡率を比較した(但し、この場合の昭和60年、平成12年の死亡率は前後3年間の平均を用いていない)。

平成12年の死因別死亡状況では、沖縄県男性が全国に比べ死亡率が高いのは、肺がん、白血病、自殺、脳出血、肝疾患、慢性閉塞性肺疾患等である。胃がん、肝臓がん、脳梗塞等は全国に比べ低い(図7、9、11)。

沖縄県女性では、肺がん、子宮がん、白血病等の死亡率が高いが、胃がん、肝臓がん、大腸がん、脳梗塞等は低くなっている

(図8、10、12)。

死亡率の推移では、男女ともに、全国は昭和60年から平成12年にかけて、悪性新生物が不変あるいは減少しているのに対し、沖縄県では男女とも増加している。男女ともに胃がんの死亡率減少の度合いが沖縄県は全国に比べ小さい。男性では、大腸がん、前立腺がん、白血病等の死亡率の増加が全国より大きい。女性では、大腸がん、乳がん等の死亡率の増加が全国より大きい。

また、全国では心疾患、脳血管疾患の死亡率の低下が大きいのに比べ、沖縄県ではその低下が小さい。男性では、脳梗塞はむしろ増加している。女性においては虚血性心疾患が増加している。

肝疾患は、男性では全国が減少しているのに対し、沖縄県は増加している。

糖尿病は、沖縄県男性において増加している(図13、14)。

2) 年齢階級別死亡率の分析(図15～26、表1～4)

沖縄県、全国の昭和60年と平成12年の年齢階級別死亡率を比較した。

男性では、昭和60年においては、0～4歳、15～44歳、60～64歳において沖縄県が全国

より死亡率が高いが、65歳以上では全国の方が高くその差も大きい。平成12年においては、0～4歳、15～59歳で沖縄県のほうが高い。65歳以上では全国が高いが、その差は小さくなっている（表1、図15～17）。

女性では、昭和60年には0～9歳、15～44歳で高い。平成12年には0～4歳、25～49歳、55～59歳で沖縄県の方が全国より高くなっている。60歳以上では沖縄県が低く、その差も大きい（表2、図18～20）。

昭和60年から平成12年にかけての死亡率の変化を見てみると、全国は男女とも各年齢で一貫して死亡率が低下しているのに対し、沖縄県男性では35～49歳で死亡率が上昇している（表3、4）。

沖縄県女性では45～49歳で死亡率が上昇している以外は、各年齢で死亡率は減少している。しかしながら、50歳以上での減少幅は全国に比べ小さい（表3、4）。

3) 特定年齢層における死因別年齢調整死亡率の分析（図21～26）

平成12年における沖縄県の特定の年齢層における死因別年齢調整死亡率を見ると、男性では、20～39歳で自殺の死亡率が最も高い。次いで交通事故となっている。40～64歳では、悪性新生物、自殺、虚血性心疾患、肝疾患、脳出血の死亡率が高い。65～79歳では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡率が高い（表5）。

男性において、全国との比較では、20～39歳では自殺による死亡率の差が最も大きい。40～64歳では自殺、肝疾患による死亡率の差が大きく、次いで脳出血、糖尿病、虚血性心疾患による死亡率の差が大きい。逆に悪性新生物による死亡率は全国より低くなっている。65～79歳では、糖尿病、脳出血、虚血性心疾患は沖縄県が高い。悪性新生物、脳梗塞による死亡率は低くなっており、全国との差も大きい（図21～23）。

昭和60年と平成12年との死亡率の推移を見ると、沖縄県男性の場合20～39歳では、死亡率の変化において全国と大きな差はない。40～64歳では、肝疾患は沖縄県では死亡率が上昇

し、全国では死亡率が低下しているため死亡率の変化は最も大きくなっている。自殺は沖縄県、全国ともに死亡率は上昇しているが、沖縄県の上昇の度合いが大きい。脳出血は沖縄県、全国ともに死亡率は低下しているが全国の低下の度合いが大きい。65～79歳では脳血管疾患の死亡率は沖縄県、全国ともに低下しているが、全国の低下が大きい。虚血性心疾患は沖縄県では上昇し全国は低下している。糖尿病は、全国では低下しているが、沖縄県では上昇している（表6）。

女性では平成12年において、自殺の死亡率が最も高いが、男性に比べると低い。40～64歳では悪性新生物による死亡率が高い。65～79歳では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に死亡率は高い（表7、図24～26）。

全国との比較では、20～64歳では、死亡率の差はほとんどない。65～79歳では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡率は全国に比べ極端に低い。糖尿病の死亡率は高くなっている（図24～26）。

昭和60年から平成12年までの死亡率の推移では、20～64歳において、沖縄県で悪性新生物、虚血性心疾患が僅かに全国より高くなっている以外は、死亡率の変化に大きな差はない。65～79歳では心疾患、脳血管疾患死亡率の減少幅は全国の方が大きい（表8）。

D. 考察

沖縄県男女の平均寿命は、全国同様一貫して延び続けている。しかしながら、男性の平均寿命は昭和60年に第1位であったのが、平成2年には5位、平成7年には4位と低下し、平成12年には26位と大きく順位を下げた。女性においては、第1位を維持しているものの、全国との差は縮小している。平成12年の年齢調整死亡率でみると、すでに女性の第1位は島根県となっており、今後の動向が気になるところである。

沖縄県と全国との平均寿命の差が縮小した大きな原因は、男性では、65歳以上の心疾患、脳血管疾患の死亡率の低下が全国に比べて小さいこと、40～64歳では自殺、肝疾患、脳出血、虚血性心疾患、糖尿病死亡率が全国に比べて高く、

昭和60年からの死亡率も上昇していること（脳出血は上昇していない）、20～39歳では自殺による死亡率が高く、しかもその上昇幅が全国より大きいことなどが考えられる。また、乳児死亡率が高いこと、高齢者における肺がん死亡率が高いことや胃がんによる死亡率の減少幅が小さいことなどが影響していると考えられる。65歳の平均余命の差が縮小し、さらに40歳、20歳、0歳の平均余命の順位が徐々に低下したのも各年齢層におけるこれらの死亡率が高いことなどによると考えられる。

女性では、平均寿命の差が縮小した原因は、昭和60年と平成12年を比較すると、65歳以上における心疾患、脳血管疾患の死亡率の減少幅が小さいことが考えられる。また、25～49歳、55～59歳の年齢層で全国より死亡率が高くなっており、今後は、平均寿命がさらに縮小することが予測される。

沖縄県男性では、青・壮年層自殺の死亡率が高いことが寿命に大きく影響していると考えられる。自殺の原因としては、経済的問題、病苦、精神疾患等によるものが多い。全国的に自殺は増加しており、各地でその取り組みがなされつつあるが、沖縄県においても重要課題の一つである。

肝疾患については、これまで沖縄県は肝臓がんをはじめ、肝硬変等の慢性肝疾患による死亡は少ないとの報告がなされていた。HBV保有率は高いが、キャリアのセロコンバージョンが若い世代に高率に起こり、HBe抗体の出現が早く、HBVによる慢性化は少ないと考えられている。また、HCV陽性率が低いことも慢性肝疾患が少ない理由の一つと考えられている。今回の分析で肝疾患死亡率が全国より高くなっているが、これまで沖縄県はアルコール性肝疾患が相対的に高いことが指摘されており、飲酒との関連については、今後調査が必要であると思われる。

糖尿病の年齢調整死亡率は、全国では男女ともに死亡率が低下しているが、男性の場合はそれほど低下はみられない。沖縄県では男性において増加、女性の死亡率は停滞している。沖縄県女性の40～64歳の年齢層では、糖尿病による死亡率の上昇がみられる。沖縄県は全国に比べ肥満者

の割合が高いなどから、肥満による影響の可能性も考えられる。糖尿病実態調査等によれば、全国的に糖尿病有病者は増加しており、肥満対策は大きな課題の一つとなっている。

今後、沖縄県の糖尿病死亡率が高い原因について、糖尿病患者の治療等健康管理状況、県民の生活習慣等を含め、調査分析が必要である。

虚血性心疾患、脳出血は各年齢層で全国に比べ死亡率が高い。総コレステロール、喫煙、高血圧等の危険因子の状況や治療状況を含めた健康管理状況等について今後の分析が必要である。

肺がん死亡率が高いことについては、本土復帰前の沖縄産たばこはニコチン・タール量が多かったこと、米国産たばこの流通量が比較的多かったことなどのため、本土復帰前には沖縄の方が、比較的たばこに暴露された可能性があるという指摘もある。今後の調査検討が必要である。

乳児死亡率が全国より高くなっているが、これは、未熟児出生率が全国と比べ高いことなどとの関連等も考えられる。

女性においても、特定の年齢層において脳出血、虚血性心疾患、糖尿病等生活習慣病による死亡率が高くなっており、男性同様に更なる調査分析が必要である。

E. 結論

沖縄県と全国との平均寿命が縮小した最も大きな原因は、沖縄県では心疾患、脳血管疾患の死亡率低下が全国に比べ小さいことであることが推測された。

さらに、男性の青・壮年層の自殺、肝疾患、脳出血、虚血性心疾患、糖尿病、肺がん等による死亡率が高いことも原因と考えられた。また、乳児死亡率が高いこと、高齢者の肺がん死亡率が高いことや胃がん死亡率の低下が少ないことも原因と考えられた。

今後、これらの死亡率が高いことと健康状況等との関連性について調査・分析をする必要がある。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

