

2021. 10. 21

地域の健康増進政策

～健康寿命県低位ランキングからの脱出～

総括支援アドバイザー兼教授 奥原 英彦

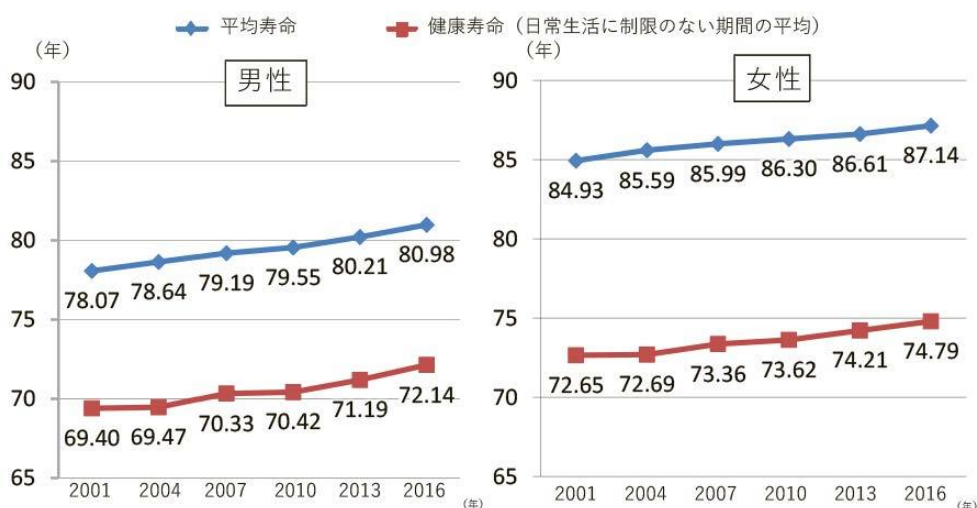
● 世界トップ（クラス）の健康長寿国・日本

わが国の「平均寿命（死亡するまでの期間）」と「健康寿命（日常生活に制限のない期間）」（注 1）は、年々延伸しており（注 2）、世界のトップクラス（注 3）の健康長寿国になっています。

（注 1）WHO が提唱した「自立した生活が出来る期間」。世界全体の健康寿命の平均は平均 63.7 歳（男性 62.5 歳、女性 64.9 歳）（2021 年 世界保健統計（WHO））

日本での健康寿命は、厚生省国民生活基礎調査における年齢別アンケートから統計的に計算される。

（注 2）日本の平均寿命と健康寿命の推移図（R2 厚生労働白書）



（注 3）2021 年 世界保健統計（WHO）によると、2019 年における健康寿命のトップは日本で 74.1 歳（男性 72.6 歳、女性 75.5 歳）。ちなみに、2 位はシンガポールで 73.6 歳、3 位は韓国で 73.1 歳と、トップ 3 はアジアの国が占めている。

○ 健康長寿国トップの理由 その 1：食事

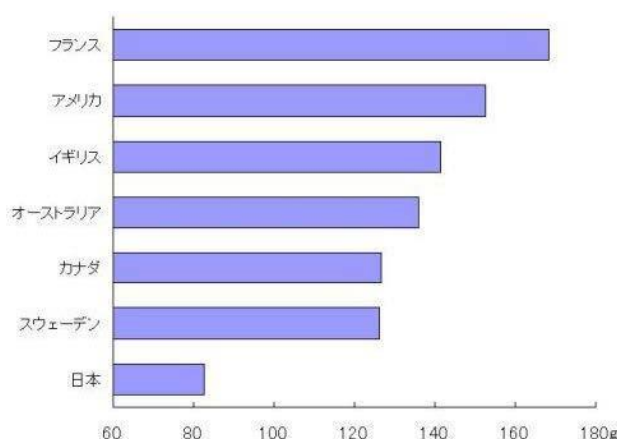
日本の和食は、米飯を中心とした穀物摂取、野菜などからの食物繊維摂取、魚や大豆などの動植物タンパク質摂取などによって構成され、欧米と比較して動物性脂肪の摂取量が極端に少ない（注 4）ことが特徴になっています。また、高齢化するに従い、和食中心の食事嗜好が強まるため、肥満体形になりにくく、動脈硬化を起こしにくくなります。

さらに、緑茶に含まれるカテキン、ビタミンCの抗酸化作用により、動脈硬化やガンの予防効果が高まると言われています。

このように、日本人の食事は欧米化してきているとはいえ、伝統的な和食との栄養バランスを上手にとりながら変化してきていることが、長寿化の1つの理由と考えられています。

(注4) 先進国における脂肪摂取量の比較

(ひとり一日当たりの摂取量) (国際食糧農業機関、2001年)



○ 健康長寿国トップの理由 その2：国民皆保険

医療制度の充実も、健康寿命の延伸に貢献していると言われています。具体的には、1961年から始まった国民皆保険制度(注5)によって、国民が等しく低額で医療サービス(注6)を受けられるようになりました。さらに、1973年からは70歳以上の高齢者の医療費が無料になるなど、医療アクセスが格段に向上し、現在では世界の中でも健康達成に優れた医療制度として評価(注7)されています。

(注5) 今では「社会保険」として、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険、介護保険などの各制度が設けられている。

(注6) 世界の医療制度は財源と医療サービスの面から、次の3つのタイプに分けられる。

(1) 国営システム：税金を財源として、公的医療機関からほぼ無料で医療サービスを受けられるが、医療機関や医師の選択は原則できない。

(イギリスや北欧諸国)

(2) 社会保険システム：国民が社会保険に加入し収めた保険料を財源として、公的医療機関と民間医療機関を自由に選択できる。

(ドイツ、フランス、日本。日本の国民皆保険制度はドイツがモデル)

(3) 民間保険システム：公的保険は高齢者(メディケア)と生活保護受給者(メディケイド)の2種類。他は民間保険に入るのが基本。世界の先端的医療を受けられる反面、医療費は先進国の中でも飛びぬけて高い。

(アメリカ。なお、2014年オバマ大統領によって中間層対象に公的保険制(オバマケア)が導入されているが、その継続を危ぶむ声もある)

(注7) 2000年 WHOによる世界の医療制度比較で、日本は「健康達成度の総合評価」で一位になった。

● 健康（地域）経営の時代

前述のとおり、マクロに見ると、和食型の食事文化や医療制度の充実などにより、日本は世界トップクラスの健康長寿国なのですが、ミクロ（個別）に見ると、事情がやや異なります。

○ 健康経営により生産性アップ

企業の立場から、社員の健康を捉えたものに「健康経営」という考え方があります。それは、社員の健康を守り増進させる経営を行うことにより、社員の満足度や生産性が向上し、結果的に中長期的に安定的な企業継続や発展をはかろうとする考え方です。

最近では、国もその考え方を積極的に後押しする制度を構築する（注 8）とともに、健康経営が中長期的に安定した企業収益を生むとして、投資マーケットにおける「健康経営銘柄」（注 9）として認知されつつあります。

（注 8）[健康経営優良法人認定制度（METI/経済産業省）](#)

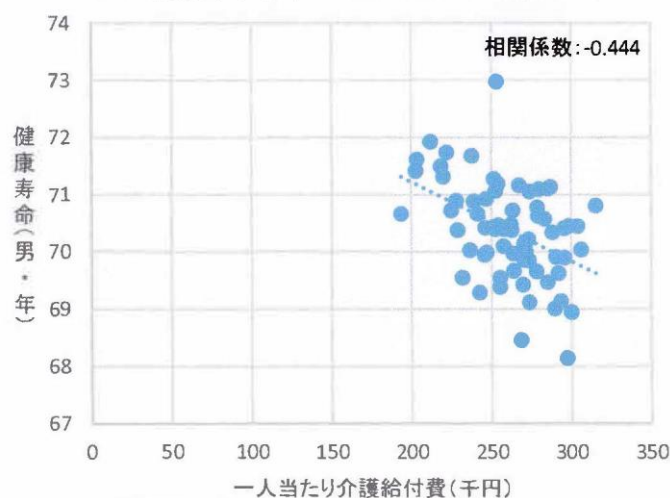
（注 9）[「健康経営銘柄 2021」の公表について | 日本取引所グループ（jpx.co.jp）](#)

○ 健康長寿が地域財政を救う

都道府県別に健康寿命（注 10）を見ると、ベスト県とワースト県で、2～3 歳程度の差があります。また、健康寿命以降の 10 年近い生活においては、医療保険や介護保険の世話になる機会が増えますので、健康長寿化によって、都道府県や市町村の財政負担も少なくて済みます（注 11）。

（注 10）福島県は、男性 70.67 歳で全国順位 41 位、女性 73.96 歳で全国順位 35 位。ちなみに、平均寿命は、男性 80.12 歳で全国順位 41 位、女性 86.4 歳で全国順位 43 位（2018 年）。

（注 11）健康寿命（2010・男）が長い県（※）は、一人当たり介護給付費（2013 年）が少ない傾向にある



※都道府県・政令市：内閣府

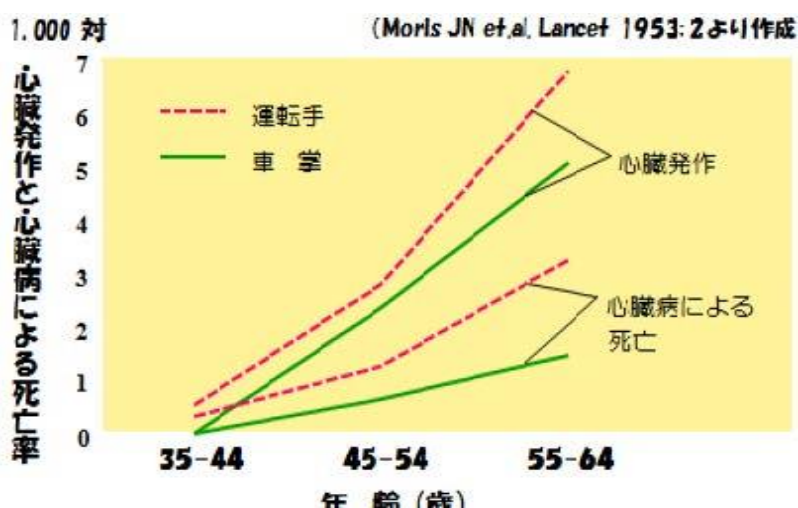
● 健康増進に向けた科学的アプローチ

ところで、食事や医療などの環境が同じと考えられる国の中で、何故、職業や地域で、疾病での罹患率や死亡率に差があるのでしょうか。そこには、運動、特に、「歩行量」が大きな鍵を握っていることが、第二次大戦後のモータリゼーションの進行における各種の研究によって、次第に明らかになってきました。

○ ロンドンバスから運動の研究は始まった

運動と疾病との関係については、1953年にイギリスのモーリス博士が、ロンドンバスの運転手と車掌の心臓病による死亡の頻度研究が、世界で最初とされています。(注12)。

(注12) 運転中に座りっぱなしの「運転手」と、1Fと2Fの間を業務中に何回も往復し運動量の多い「車掌」とでは、心臓発作と心臓病による死亡率に大きな差異がある(下図)



○ よく歩く高齢者は、病気になりにくい (群馬県中之条町の研究)

わが国においては、群馬県中之条町の65歳以上を対象に、10年以上に渡って高齢者5000人の歩数と有病率の関係を調べた青柳博士らの研究が有名です(注13)。この研究は、現在も続いており、「一日8000歩と内20分程度の中程度の活動」が、最も健康増進に有益であることがわかってきています。

(注13) 歩数と中程度の活動時間が短くなるほど、各病気の有病率が高くなる (東京都健康長寿医療センター研究所)

1日の歩数	中強度の活動時間	うつ病	認知症	心疾患	脳卒中	がん	骨粗鬆症	高血圧症	糖尿病
2000歩未満		6	7	12	15	8	18	48	16
2000~5000歩	7.5分未満	4	4	7	9	6	13	36	12
5000~7000歩	7.5~15分未満	2	1	2	3	4	8	24	8
7000~9000歩	15~25分未満	1	0	1	1	2	3	12	4
9000歩以上	25分以上	0	0	1	1	1	1	8	2

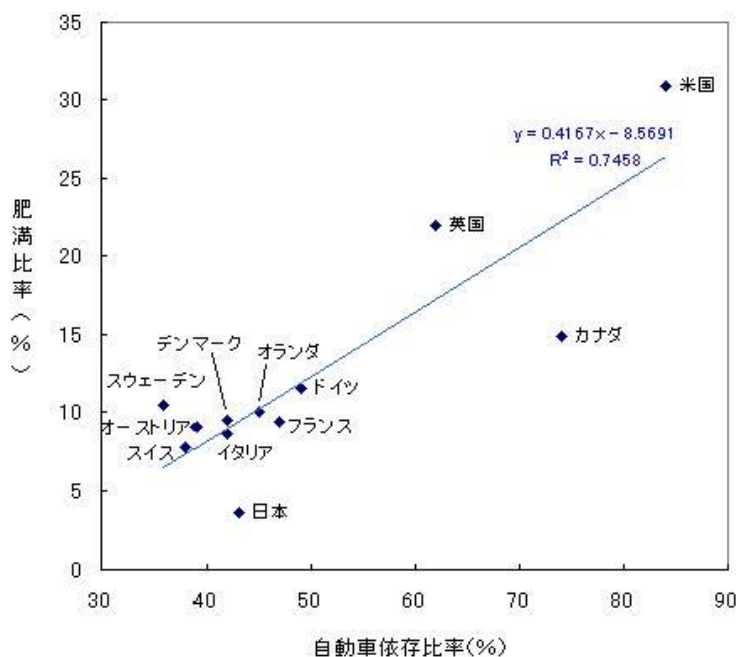
歩数と中強度の活動時間が少なくなるほど、各病気の有病率が高いことがわかる。

(中之条研究より)

○ 自動車依存の生活が生む心身ともに不健康な生活様式

また、自動車依存率が高い国では、肥満比率（BMI 30%以上）も高くなる傾向があります（注14）。歩いて外出しない生活様式が定着することで摂食カロリーが体内に蓄積され、いわゆる肥満体質から糖尿病などの生活習慣病にかかりやすくなってしまいます。また、歩いて外出しないことから、近隣とのコミュニケーション機会が少なくなり、高齢者の引きこもりなどの「心の健康」にも影響が出ていると考えられます。

(注14) 自動車依存と肥満の相関



(注)自動車依存比率: 外出時トリップ数構成比(自動車以外は徒歩、自転車、公共交通など、98~99年)。肥満比率: BMI30超比率(99~02年)

(資料) OECD、毎日新聞

● 健康寿命を延ばす自治体政策

(注11)～(注14)にみられるような科学的エビデンスに基づいて政策立案することが求められている時代(注15)にあって、「地域の健康増進政策」(注16)には、どのようなことが考えられるでしょうか。

筆者は、大別して2つのアプローチ、①都市計画による「健康都市のまち」と、②保健予防による「健康保健のまち」があると考えています。

(注15) EBPM (エビデンス・ベースド・ポリシーメイキング): 政策の企画を、その場限りのエピソードに頼ることなく、政策目的を明確化した上で合理的根拠(エビデンス)に基づいて行うという考え方: [内閣府におけるEBPMへの取組 - 内閣府 \(cao.go.jp\)](http://cao.go.jp)

(注16) わが国においては、「Smart Wellness City (SWC)」を目指す自治体政策が知られている。これらの自治体の施策は、次に述べる「健康都市のまち」と「健康保健のまち」の2つを合体させたものになっていると考えられる。この SWC には、福島県では伊達市が 2009 年の発足時から参加。現在は、白河市も参加している。[Smart Wellness City Project \(swc.jp\)](http://swc.jp)

○ ① 健康都市のまち

モータリゼーションの進展とともに過度な自動車依存による日常的な歩行不足が、肥満体質を生んだり（注14参照）、各種の疾病を誘発する（注12や注13参照）などのエビデンスに基づいて立案された政策が、「健康都市のまち」です。

欧州の先進都市（注17）の事例に基づいて具体的な施策内容をイメージすれば、中心市街地から公共交通以外の通過自動車をシャットアウトし、都市計画区域内に公共交通と接続したウォーカブルな歩行ネットワークを形成する（注18）ものです。

このウォーカブルな歩行ネットワークを形成することは、地域住民（注19）の「健康増進を促進する」とともに、「地域経済循環が向上する」（注20）ことで地域全体に活気が戻ってきますので、まさに、一石二鳥の政策と言えるでしょう。

(注17) EU 欧州委員会が 1997 年 10 月「EUにおける都市アジェンダ」として提言（EUにおける初めての都市政策）。その中では、「都市の内発的発展＝地域経済循環の機能化」を目指すために、中心市街地を「歩いて暮らせる空間に再設計する」ことを展望した。

(注18) 国もウォーカブルなまちづくりに向けた法律・予算・税制のパッケージ支援を行っている。
[都市再生:「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくり～ウォーカブルなまちなかの形成～](http://www.mlit.go.jp)
[国土交通省 \(mlit.go.jp\)](http://www.mlit.go.jp)

(注19) 現在、わが国人口の9割以上は都市計画区域内に居住するので、都市をウォーカブルに再設計することで、地域住民の9割以上に効果がもたらされることになる。

(注20) この政策を断行した欧州の地方都市は、寂れた中心市街地と決別。終日人で溢れ、高齢者も安全な地区をゆっくりとウィンドウショッピングを楽しみながら散歩。子供たちは15分に1本程度の公共交通を利用して登下校。若者は夜まで演劇などを楽しみカフェで談笑。

これらの「徒歩、自転車、公共交通、自動車の共存型」都市の形成によって地域循環経済が活性化するという潮流（構造）は、今や、欧州共通の認識となっています。

筆者コラム「人口減少期の都市計画～地域好循環型コンパクト化のすすめ～」参照

[調査研究支援事業（アドバイザー事業） \(f-jichiken.or.jp\)](http://f-jichiken.or.jp)

○ ② 健康保健のまち

地域住民の健康増進を、「地域保健」の制度枠組み（注21）を活用して行うもので、地域経営の観点から見れば、健康長寿化によって得られる財政軽減分の一部を、健康保健のまちづくりに先行投資することで、住民の健康寿命の向上と財政の健全化が同時に得られる、これも一石二鳥の政策と言えるでしょう。具体的には、次の(1)～(5)のような施策を

地域特性や地域の事情に合わせて展開することになります。

- (1) 健康な体を作り維持していく各種の（生活）指導
- (2) 健康意識を醸成する各種の啓発活動
- (3) 多世代に渡る運動・スポーツ環境の整備（運動公園・プール・ジムなど）
- (4) 健康状況を定期的にチェックする各種の検診実施
- (5) 地域企業の健康経営を促進する支援の実施（注 22）

（注 21）「地域保健」の枠組みは下図のように、多岐の制度分野にわたっている。



（資料）厚労省ホームページ

（注 22）福島県では、健康経営を広め、働く世代の健康増進を促進する認定・表彰制度を設けている。

[ふくしま健康経営優良事業所の認定・表彰 - 福島県ホームページ \(fukushima.lg.jp\)](http://fukushima.lg.jp)

○ 地域経営から見た効果

ウォーカブルで「徒歩、自転車、公共交通、自動車の共存型」都市の形成の経済効果を、富山市の実例を元に試算すると、中心市街地の消費額が 30 億円アップ。また、運動する人と運動しない人は、見附市の実例によると年間で 10 万円の医療費が低減（注 23）。

このように、地域の健康増進政策は、地域住民の健康寿命を延伸させるばかりでなく、地域に新たな経済循環が生まれる（地域 DDP が向上する）、また、自治体財政支出も抑えられるなどの多くの効果（成果）をもたらします。

（注 10）に見られる健康寿命が低ランキングの自治体では、是非、取り組んでいただきたい政策と言えましょう。

(注 23) 地域の健康増進政策の効果例

■ 中心市街地の消費額を

30億円増加
(※富山市モデルをもとに試算)

○公共交通利用者は、まちなかでの滞在時間が長く、消費が多い

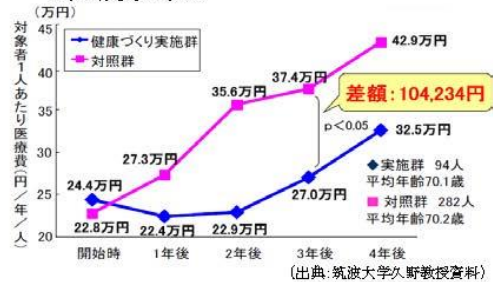
	マイカー	公共交通
中心市街地での平均滞在時間(分/日)	113分	128分
来街時に2店舗以上立ち寄る人の割合	30%	47%
中心市街地での平均消費金額(円/日・人)	9,207円	12,102円

マイカー利用者と公共交通利用者の消費行動比較
(出典:富山市資料)

■ 必要となる医療費を

10億円削減
(※見附市モデルをもとに試算)

○運動する人は、運動しない人より年間10万円も医療費が低い



注:数値はいずれも一定の仮定を置いて試算したもの。

(資料) 国交省 : [000569916.pdf \(soumu.go.jp\)](https://www.soumu.go.jp/000569916.pdf)

以上

※ このコラムは執筆者の個人的見解であり、公益財団法人ふくしま自治研修センターの公式見解を示すものではありません。