

第 I 章 弘前市の現状

1 市民の健康を取り巻く現状

(1) 当市の人口減少と少子高齢化の進展

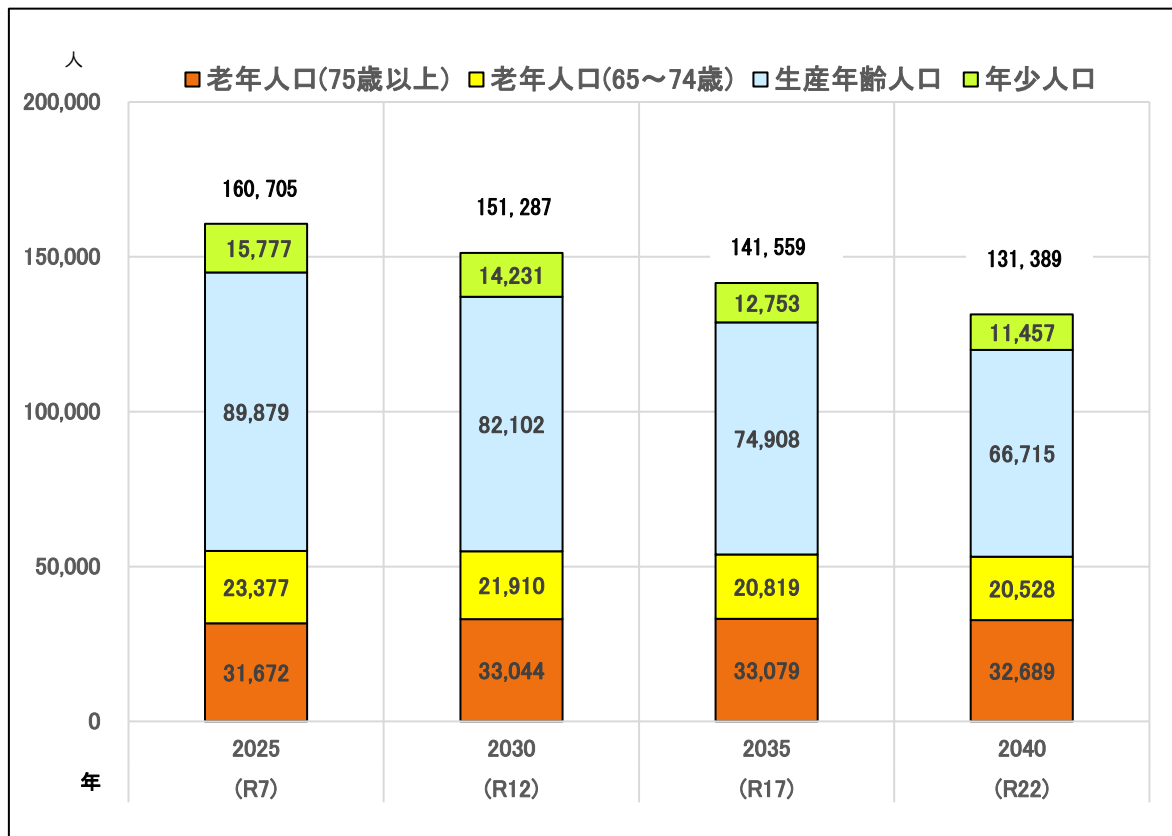
当市の総人口は、1995(平成7)年の19.4万人をピークに減少に転じ、国立社会保障・人口問題研究所による将来推計では、2040(令和22)年に13.1万人まで減少する見込みです。(図1)

一方で、高齢化率¹は一貫して増加しており、2015(平成27)年には29.4%となり、2040(令和22)年には40.5%となる見込みです。(図2)

なお、65歳以上の老年人口は2025(令和7)年から2030(令和12)年をピークに減少に転じますが(図1)、75歳以上の人口の割合は高まっていくことが予想され、団塊世代が75歳を迎える2025(令和7)年には、約2割に達する見込みです。(図2)

このように、当市においては人口減少や少子高齢化が急速に進んでおり、全国よりも早いペースで進行しています。

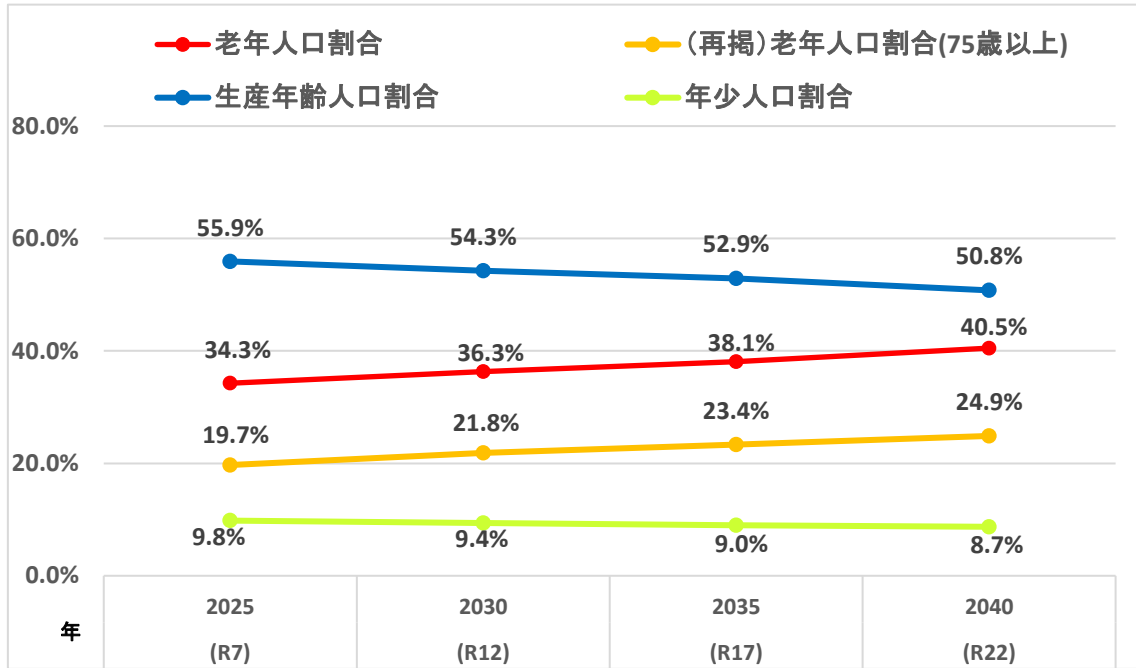
図1 弘前市の将来推計人口



【出典】国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所推計値

¹ 高齢化率：65歳以上の老年人口

図2 将来推計人口 年齢3区分別人口割合

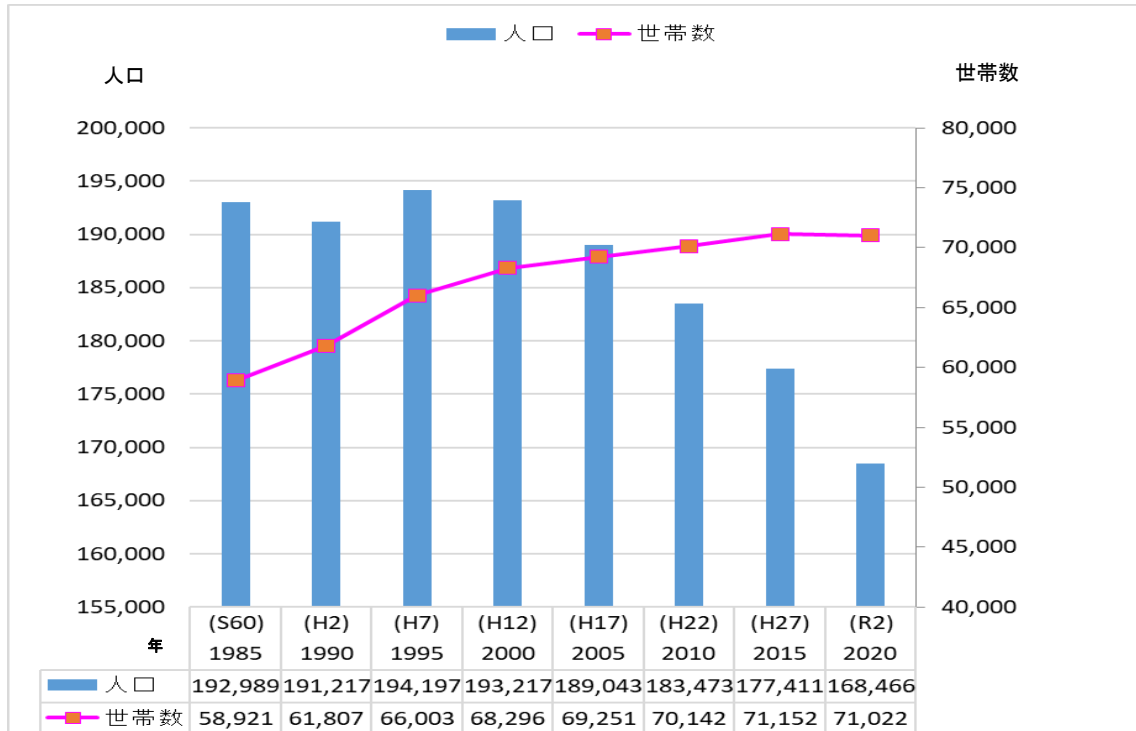


【出典】国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所推計値

(2) 人口と世帯数の推移

当市の人口は、急速に減少している状況にあります。一方で、世帯数は増加傾向（図3）にあり、単独世帯²及び核家族世帯が増加しています。

図3 人口と世帯数の推移



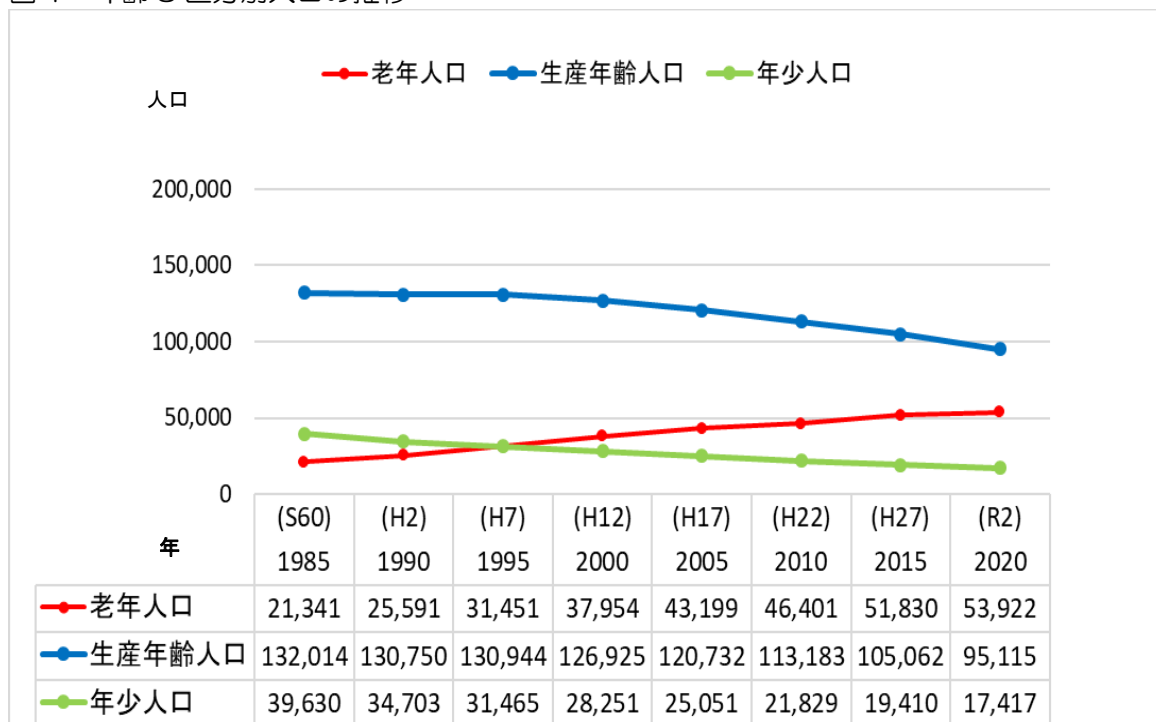
【出典】国勢調査

² 単独世帯：世帯構造の分類（世帯の家族類型の区分）の一つで、世帯員が一人だけの世帯。「単身世帯」ともいう。

年齢3区分別人口の推移をみると、年少人口は減少し続けており、2020（令和2）年には17,417人となっています。一方、老年人口は増加し続けており、年少人口とは対照的な推移となっています。

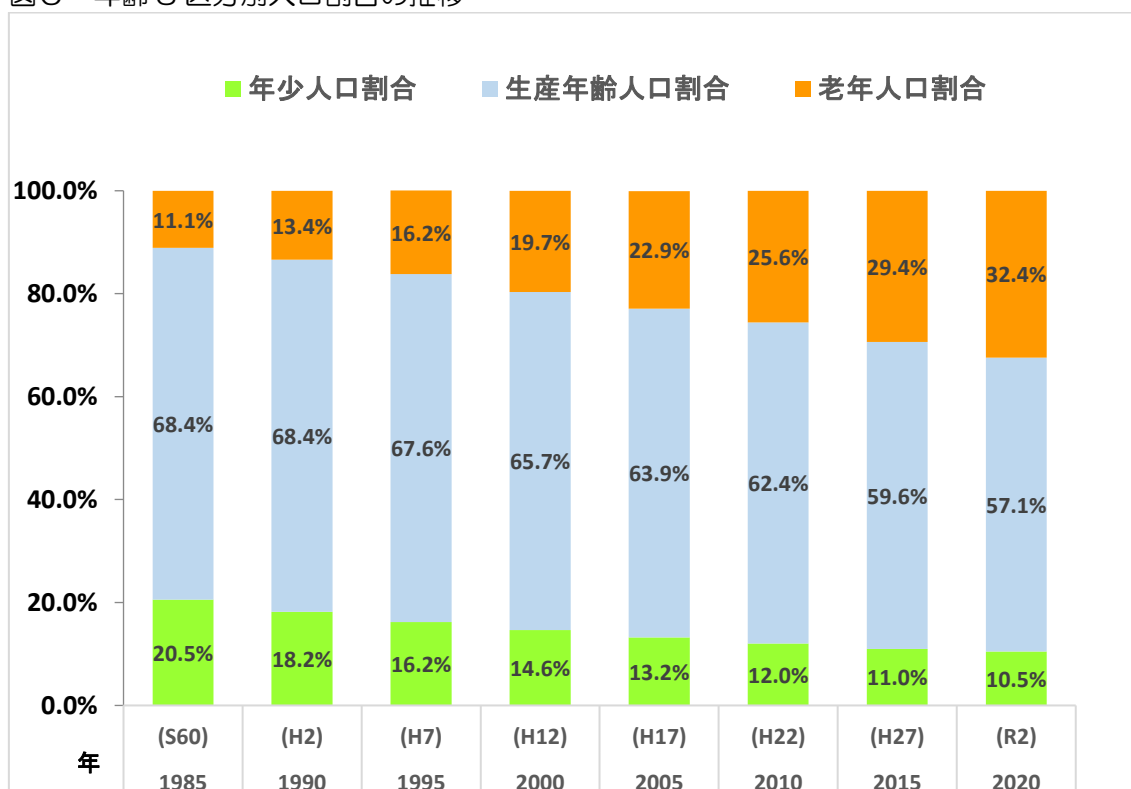
また、生産年齢人口は、1995（平成7）年を境に減少し続けており、総人口の減少に拍車をかけています。（図4、5）

図4 年齢3区分別人口の推移



【出典】国勢調査

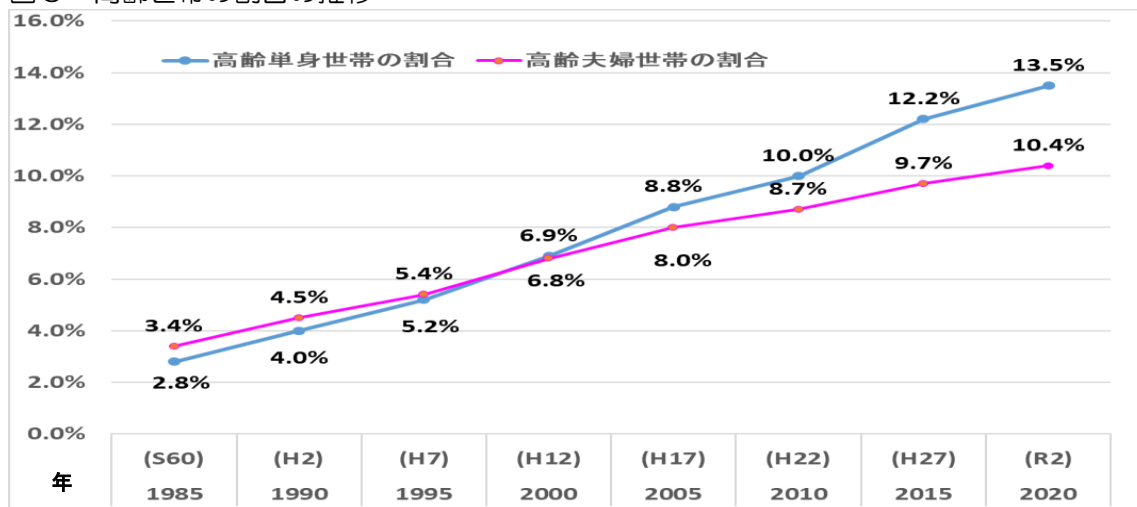
図5 年齢3区分別人口割合の推移



【出典】国勢調査

世帯構成では、高齢単身世帯³及び高齢夫婦世帯⁴の割合の増加が顕著となっており、特に高齢単身世帯の割合は、2000（平成12）年に高齢夫婦世帯の割合を上回って以来、増加傾向が顕著であり、2020（令和2）年では13.5%に達しています。（図6）

図6 高齢世帯の割合の推移

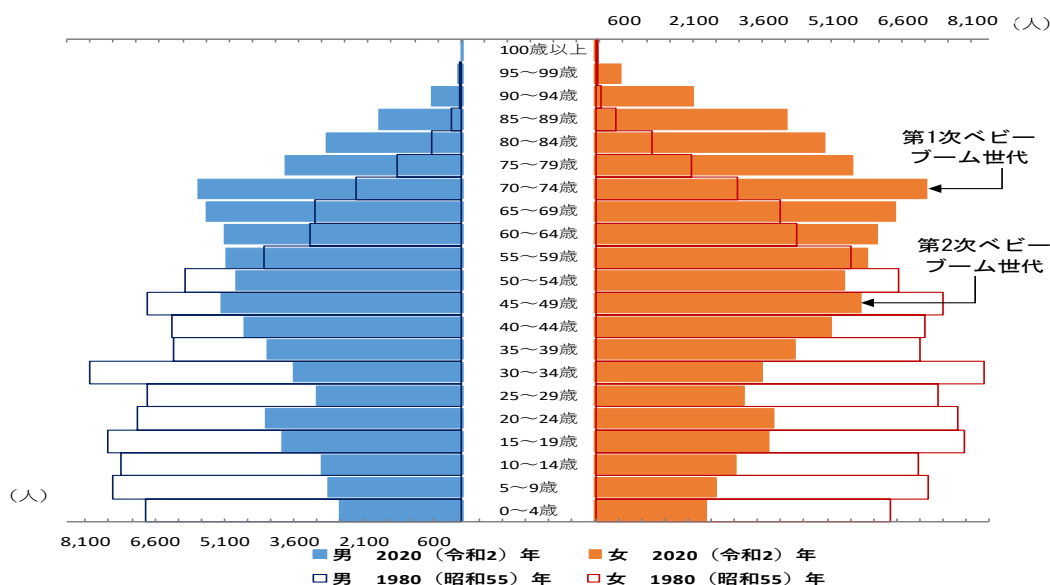


【出典】国勢調査

（3）人口ピラミッド（年齢階級別の人口構成）

5歳刻みの年齢階級別の人口構成をみると、当市は、男女ともに70～74歳の世代（団塊の世代）が最も多くなっています。これに次ぐ第2のピークは、男女とも65～69歳の世代、第3のピークは、男が団塊ジュニアの45～49歳、女が60～64歳の世代となっています。団塊の世代以降、人口は概ね減少する中で、34歳以下の世代は1980（昭和55）年と比べると半数程度になっています。

図7 年齢階級別の人口構成 2020（令和2）年と1980（昭和55）年の比較



【出典】国勢調査

³ 高齢単身世帯：65歳以上の一人のみで構成された世帯。

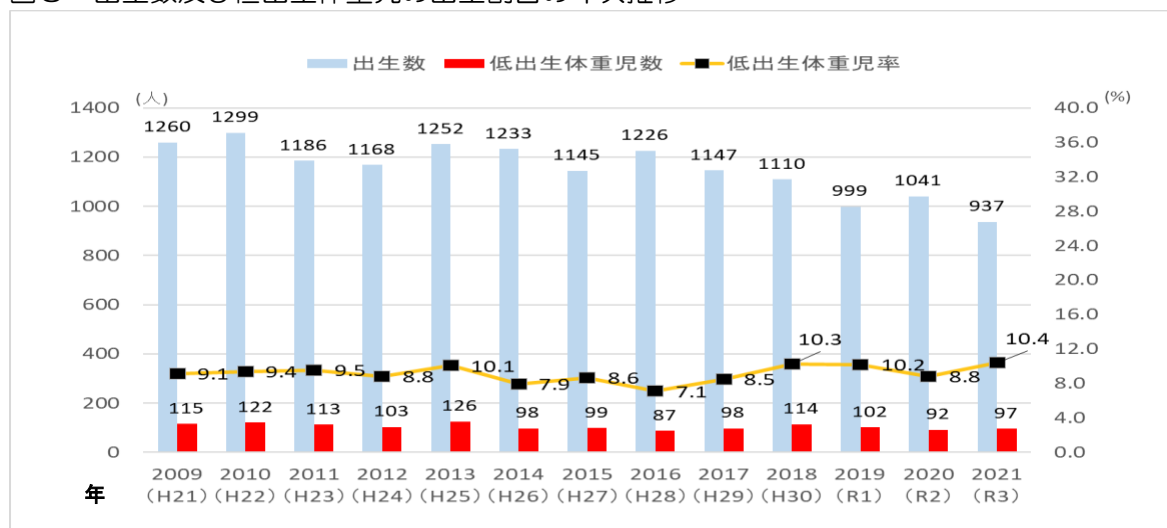
⁴ 高齢夫婦世帯：夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみで構成された世帯。

(4) 出生

当市の出生数は、ほぼ 1,200 人前後で推移していましたが、2017（平成 29）年から徐々に減少し、2019（令和元）年以降は、1,000 人前後で推移しています。

また、低出生体重児⁵の割合は、年によって増減がありますが、横ばい傾向にあります。（図 8）

図 8 出生数及び低出生体重児の出生割合の年次推移

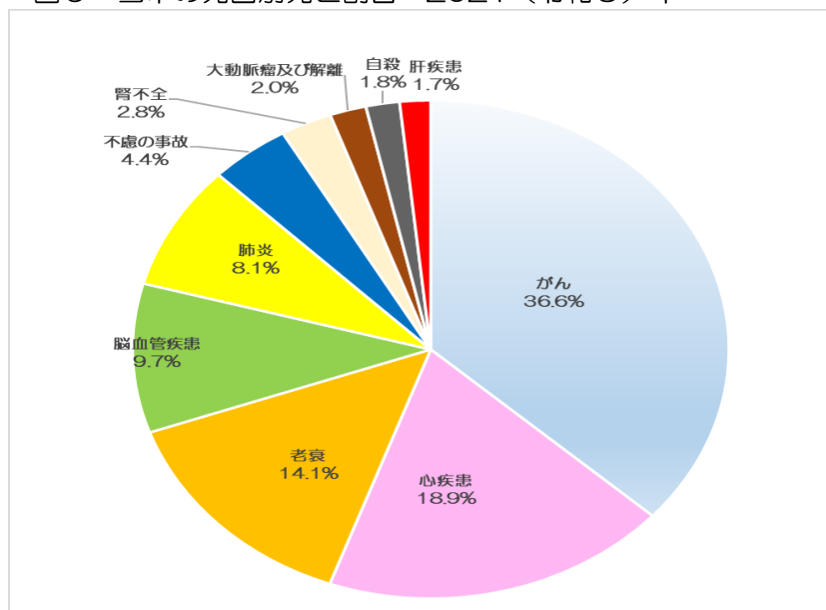


【出典】青森県保健統計年報

(5) 死亡

当市の死因別死亡割合をみると、「悪性新生物（がん）」、「心疾患」、「脳血管疾患」のいわゆる三大生活習慣病が全体の 65.2% を占めています。（図 9・表 1）

図 9 当市の死因別死亡割合 2021（令和 3）年



【出典】青森県保健統計年報

⁵ 低出生体重児：出生時の体重が 2,500g 未満の出生児

当市の主要死因の推移をみると、令和元年以降、1位から7位までの順位は変化がありませんでした。一方、「大動脈瘤及び解離」が新たに8位となりました。また、肝疾患は順位を下げ、糖尿病は10位以下となりました。

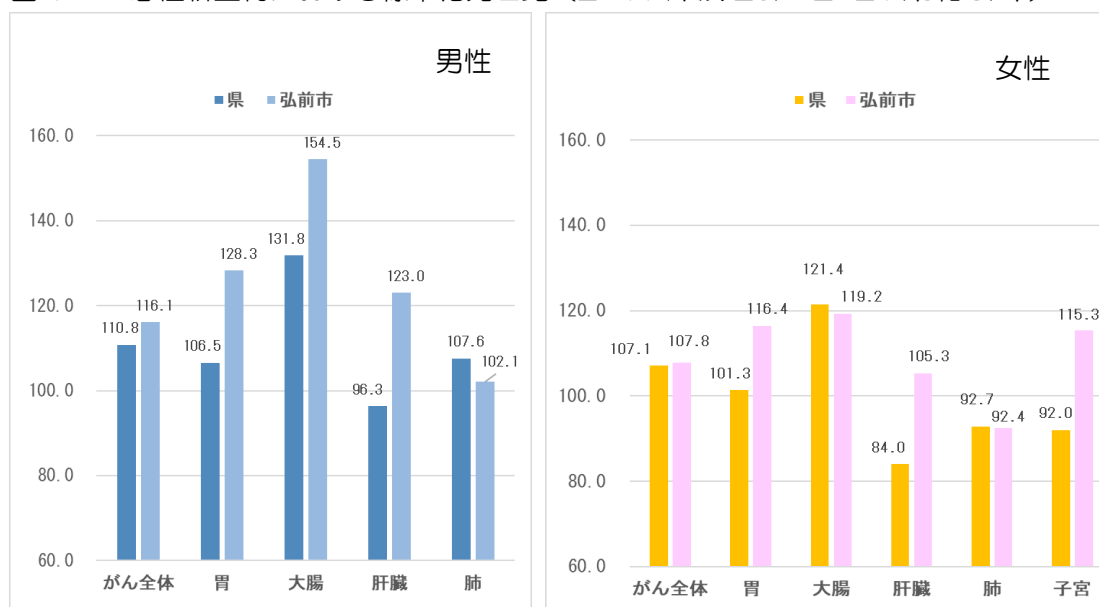
表1 主要死因の年次推移

	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)
1位	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物
2位	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患
3位	肺炎	脳血管疾患	肺炎	脳血管疾患	脳血管疾患	老衰	老衰	老衰
4位	脳血管疾患	肺炎	脳血管疾患	肺炎	老衰	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患
5位	老衰	老衰	老衰	老衰	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎
6位	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故
7位	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全
8位	自殺	肝疾患	肝疾患	自殺	自殺	肝疾患	肝疾患	大動脈瘤及び解離
9位	糖尿病	自殺	自殺	肝疾患	肝疾患	自殺	糖尿病	自殺
10位	肝疾患	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	自殺	肝疾患

【出典】青森県保健統計年報

長年死因の1位である悪性新生物について、部位別の標準化死亡比を男女別にみると、当市は、いずれも大腸が一番高く、特に男性は県と比較しても顕著です。(図10)
 男性は、次いで胃、肝臓の順に高く、いずれも県と比較しても顕著です。
 女性は、胃、子宮の順に高く、これらも県と比較しても高い傾向です。

図10 悪性新生物における標準化死亡比(2017(平成29)~2021(令和3)年)



【出典】青森県保健統計年報

年代別に死因別の死亡割合をみると、40歳代から「悪性新生物（がん）」が最も高い割合となっており、次いで「心疾患」が高い割合を占めています。

また、20・30歳代でも「悪性新生物」などによる死亡がみられるほか、自殺の割合が最も高い状況となっています。（表2）

表2 2021（令和3）年 年代別にみた死因別割合（上位第5位まで）

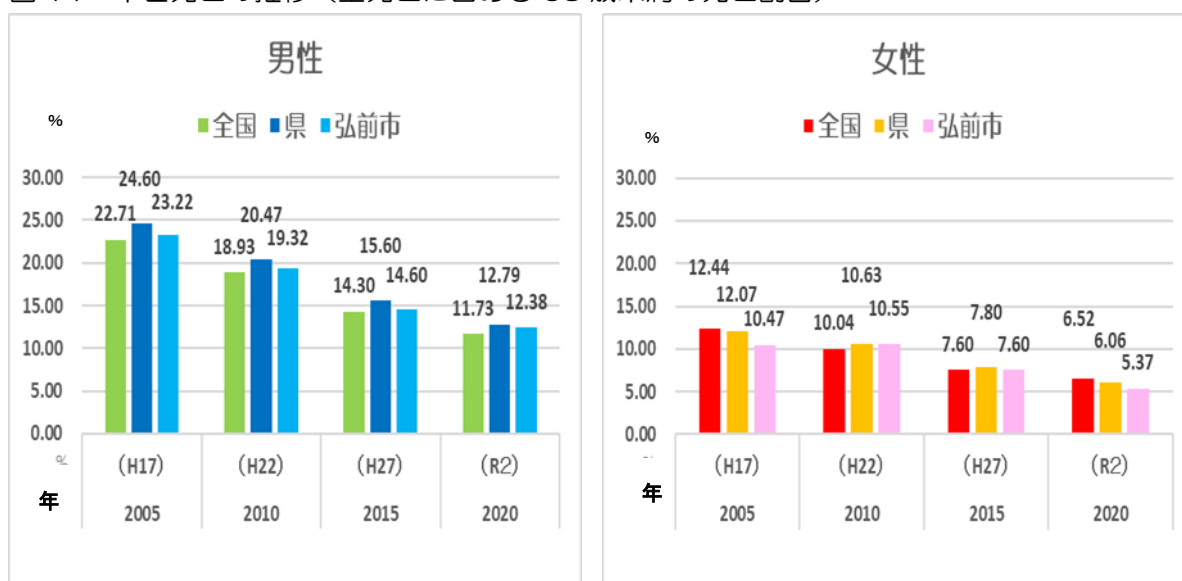
順位	年代	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上
		第1位	死因	染色体異常	自殺・	自殺・	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物
	%	40.0・	71.4・	38.4・	38.5・	49.3・	50.0・	42.0・	26.3・	25.8・
第2位	死因	先天奇形自殺	悪性新生物 心疾患	不慮の事故	自殺・	心疾患・	心疾患・	心疾患・	心疾患・	心疾患・
	%	20.0	14.3	23.1・	17.9・	13.4・	10.6・	11.8・	15.5・	16.3・
第3位	死因	—	—	悪性新生物 脳血管疾患 肝疾患	心疾患・	自殺・	脳血管疾患	脳血管疾患	老衰・	悪性新生物
	%	—	—	7.7	12.8・	10.4・	6.2・	6.9・	7.7・	12.0・
第4位	死因	—	—	—	脳血管疾患 不慮の事故	脳血管疾患	不慮の事故	肺炎・	肺炎・	脳血管疾患
	%	—	—	—	7.7	6.0・	4.9・	6.7・	7.0・	9.4・
第5位	死因	—	—	—	肝疾患・	肝疾患・	肝疾患・	不慮の事故	脳血管疾患	肺炎・
	%	—	—	—	5.1・	4.5・	4.0・	4.2・	6.4・	6.6・

※ %は各年代における死亡数に対する割合

【出典】人口動態統計

早世（65歳未満）死亡割合は、全国、県、当市のいずれも男女ともに減少傾向にあり、2005（平成17）年に比べ、2020（令和2）年は半減しています。（図11）

図11 早世死亡の推移（全死亡に占める65歳未満の死亡割合）



【出典】人口動態統計

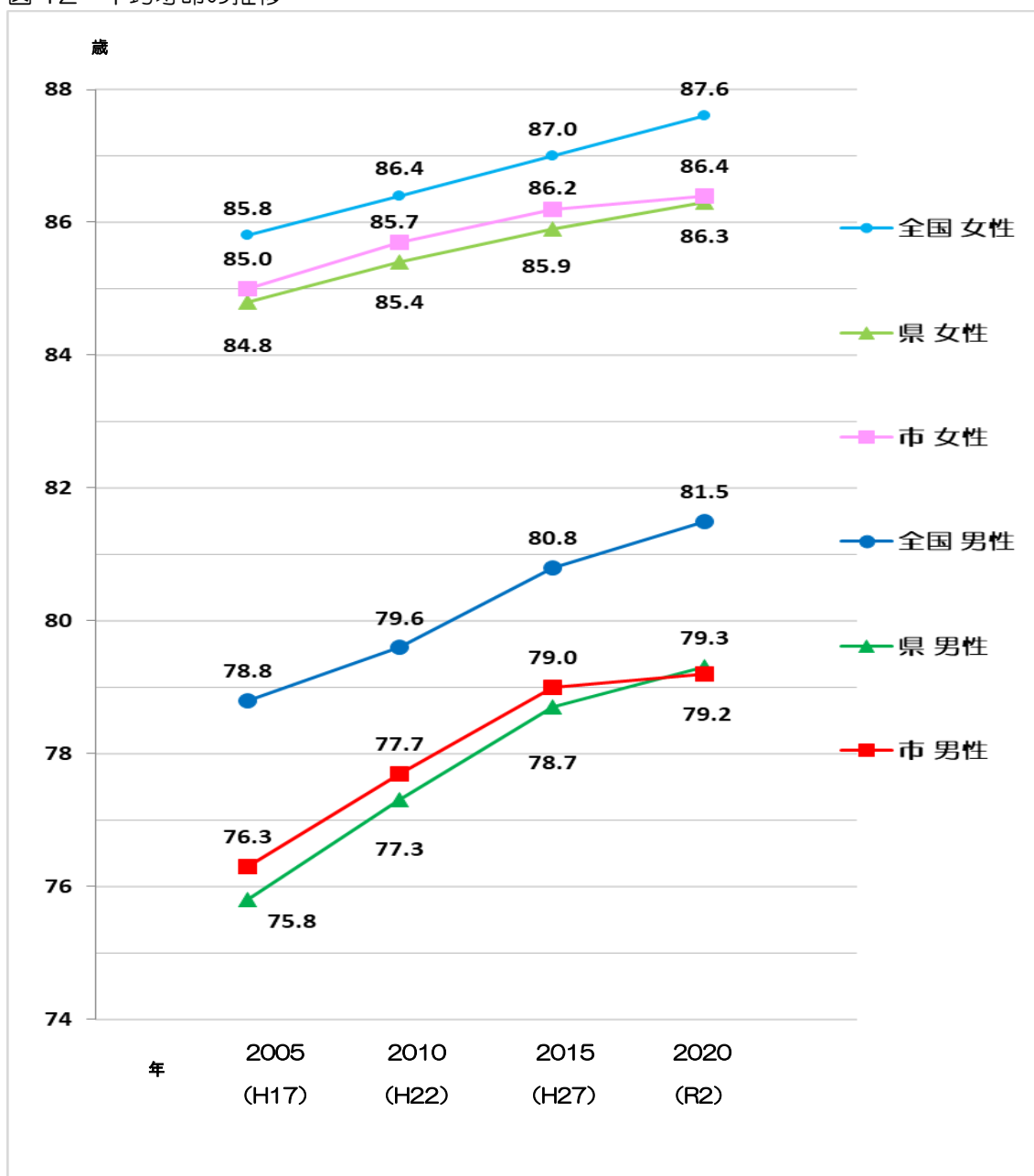
(6) 平均寿命の推移

当市の2020（令和2）年の平均寿命は、男性が79.2歳、女性が86.4歳となっています。

平均寿命は男女ともに徐々に延びており、県平均よりは男女ともに高く推移していましたが、2020（令和2）年には男性が県平均より低くなりました。

また、全国平均（男性81.5歳、女性87.6歳）と比べると依然として下回っている状況にあります。（図12）

図12 平均寿命の推移



【出典】人口動態統計

(7) 健康寿命

健康寿命とは、一般的に、ある健康状態で期待される平均期間またはその指標の総称をさします。生存期間を健康な期間と不健康な期間に分け、集団における各人の健康な期間の平均を求めると、これが健康寿命の指標となります。

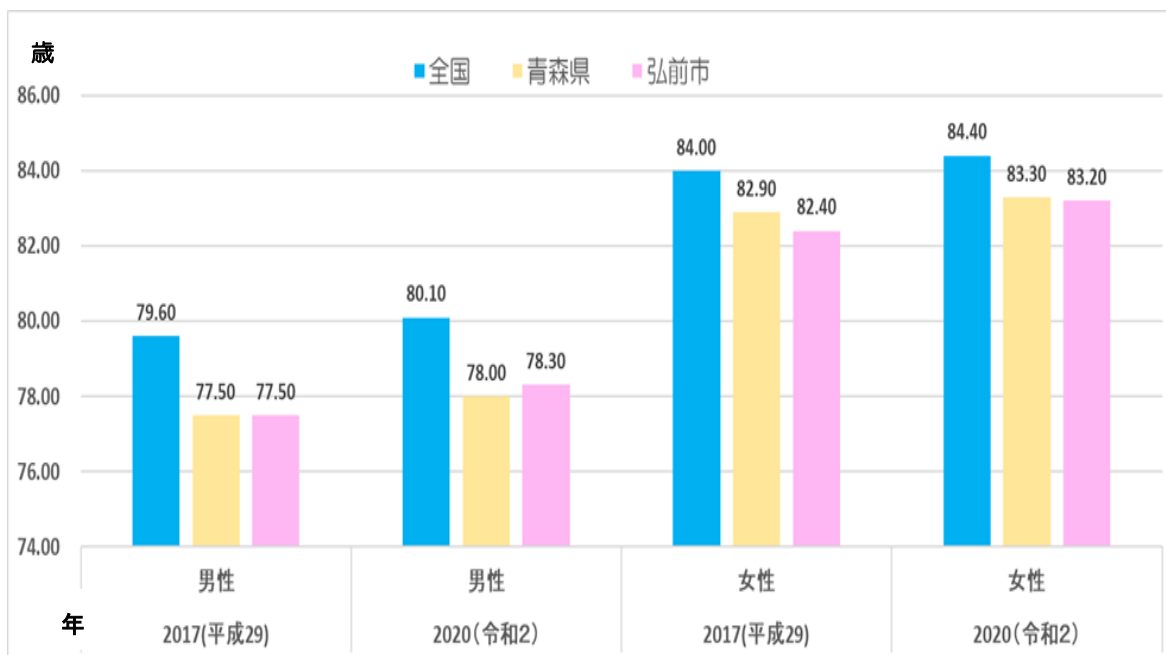
健康寿命には、様々な定義や算定方法があり、国は「健康日本 21（第二次）」において、健康寿命の定義として、「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標としています。

これらの指標は、定期的に全国で実施される国民生活基礎調査のデータに基づいて算定されますが、この調査は標本調査であるため、県単位までしか算定されませんでした。このたび介護保険の情報に基づく「日常生活動作が自立している期間の平均」を用いることで、市町村でも算定できる方法が国から提示されました。

これは、介護保険の要介護度「要介護 2～5」を不健康な期間、それ以外を健康な期間として算定しています。この指標は、要介護認定が全国一律の基準で実施されており、他市町村との比較が可能であること、対象者数が多いため、標本調査と比較すると精度が高いとされています。

当市における「日常生活動作が自立している期間の平均」の推移をみると、男女ともに 2017(平成 29) 年よりも伸びているものの、当市は男女ともに、全国より低く 2020(令和 2) 年は、男性は 78.30 歳、女性は 83.20 歳でした。(図 13)

図 13 日常生活動作が自立している期間の平均の推移



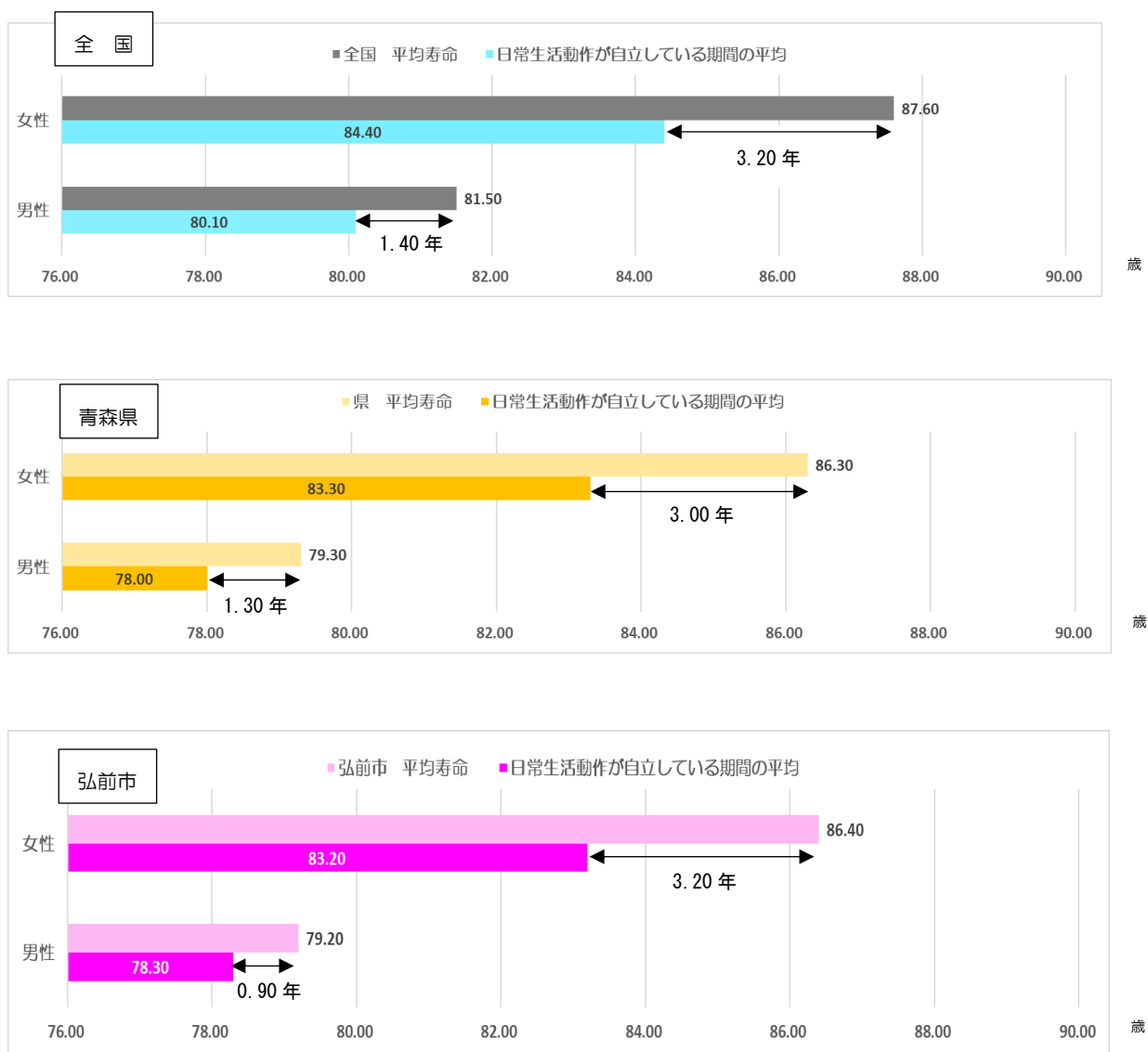
【出典】全国・青森県：国民健康保険中央会、弘前市：国保データベース（KDB）システム

また、2020（令和2）年における「平均寿命」と「日常生活動作が自立している期間の平均」の差をみると、全国では、男性が1.40歳、女性が3.20歳で、県では、男性が1.30歳、女性が3.00歳です。

当市においては、男女ともに全国、県との差は同程度であり、男性が0.90歳、女性は3.20歳となっています。（図14）

この差は不健康な期間ととらえられるので、「健康寿命」を延ばすためには、不健康な期間を短くし、「日常生活動作が自立している期間」をさらに延ばす必要があります。

図14 2020（令和2）年における平均寿命と日常生活動作が自立している期間の差

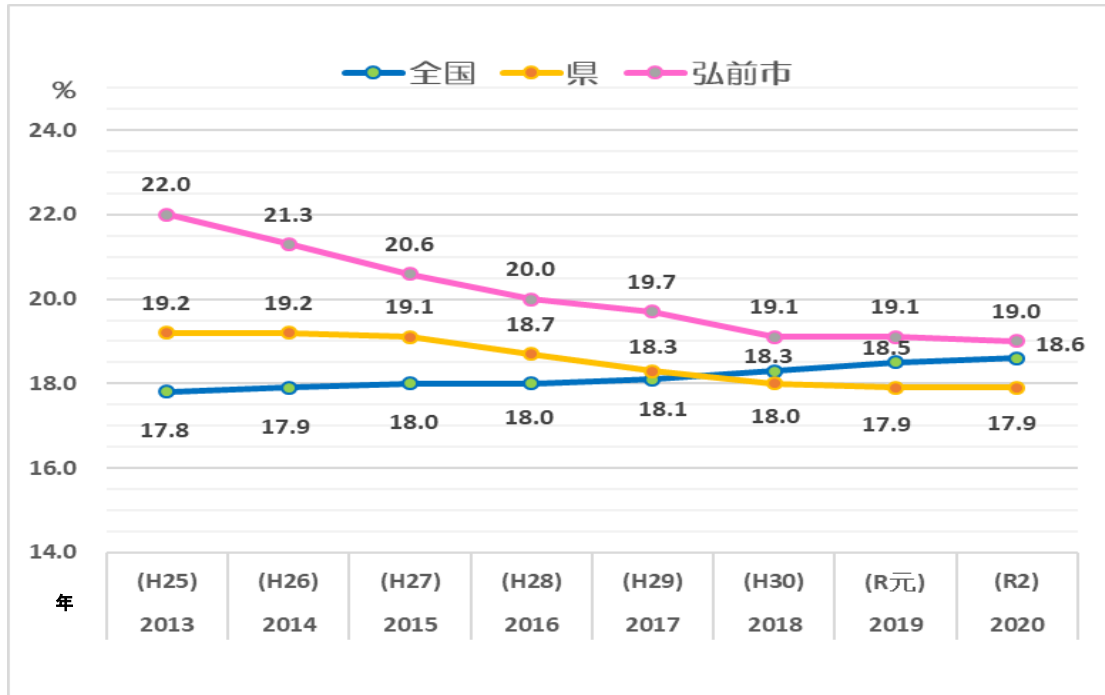


【出典】全国・青森県：国民健康保険中央会平均自立期間、弘前市：国保データベース（KDB）システム

(8) 要介護認定者の推移

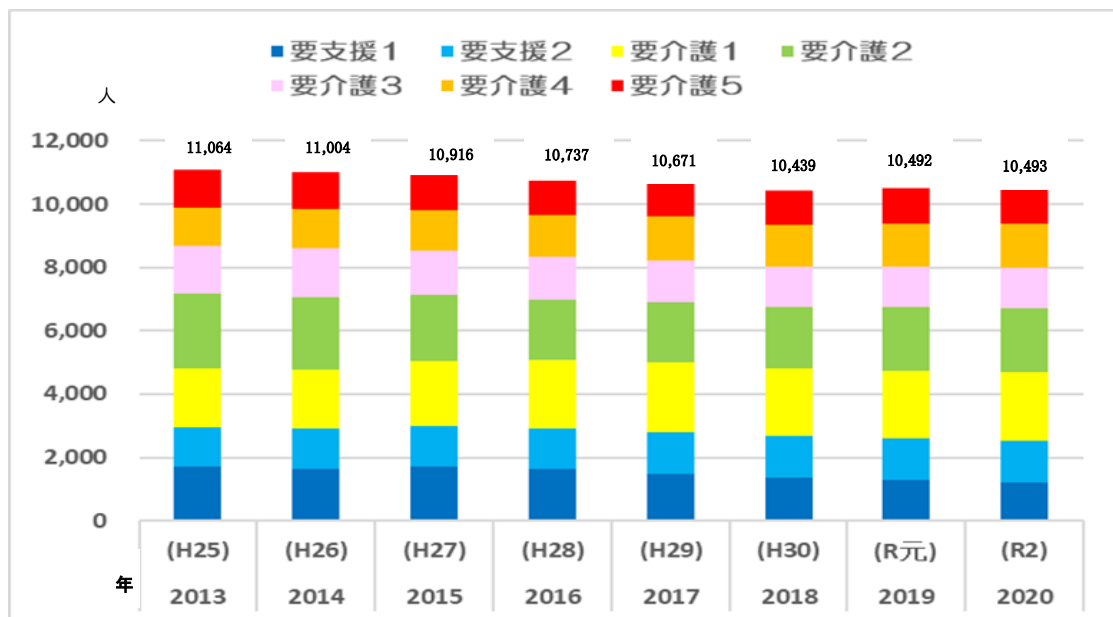
当市の要介護認定率は、全国及び県と比べ高いものの、減少傾向にあります。また、要介護認定者数やその割合は、高齢者人口及び高齢化率が増加している中で概ね横ばいとなっています。(図 15、16)

図 15 要介護認定率の推移



【出典】介護保険事業状況報告

図 16 要介護認定者数と割合の推移



【出典】介護保険事業状況報告

2 健康ひろさき21（第2次）改定版の最終評価結果

（1）総括的評価

「健康ひろさき21（第2次）改定版」では、「“赤ちゃんから高齢者まで” 市民みんなが健康でいきいきとした生活が送れるまち」を目指し、「健康寿命の延伸」を全体目標としつつ、「働き盛りの健康アップ推進」及び「子どもの頃から身につけよう健康習慣」を重点課題として掲げ、生活習慣病発症・重症化予防、こころとからだの健康づくり、社会環境の整備等に係る施策を一体的に推進してきました。

健康寿命については、市町村が算出できる健康寿命の目安として厚生労働省が提供する健康寿命の算定プログラムにより「日常生活が自立している期間の平均」を算出したところ、当市における2020（令和2）年値は、男性が77.87歳、女性が83.63歳となり、第2次計画を策定した2014（平成26）年と比較すると、男女とも健康寿命及び平均寿命のいずれも計画策定時より延伸しています。（表3）

しかしながら、2023（令和5）年2月に厚生労働省から提供された健康寿命の推移評価プログラムにより、計画策定時及び中間評価を行った2017（平成29）年と最新の2020（令和2）年の健康寿命を検定したところ、女性については、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加が見られた一方、男性については、必ずしも平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加をしているという評価には至りませんでした。

当市の健康寿命は、国や県より高い傾向で推移していますが、今後とも健康寿命の延伸と平均寿命との格差是正に向け、実効性のある対策を進めていく必要があります。

表3 健康寿命（日常生活が自立している期間の平均）と平均寿命の推移

性別 項目 年	男性				女性			
	健康 寿命	差	平均 寿命	差	健康 寿命	差	平均 寿命	差
策定時 2014年 (平成26)	76.80	+ 1.07	78.20	+ 0.99	82.57	+ 1.06	86.20	+ 0.20
中間評価 2017年 (平成29)	77.94		79.28		83.05		86.13	
最新値 2020年 (令和2)	77.87		79.19		83.63		86.40	

【出典】厚生労働省 健康寿命の算定プログラムにより当市算定

(2) 分野全体の最終評価結果

■評価分類

最終評価は、2023（令和5）年度中に取得できる実績値を最終評価値とし、基準値（中間値）と比較しつつ、目標値に対する達成状況について、以下の区分により評価を行いました。

- A：目標値に達した
- B：目標値に達していないが、基準値（中間値）より改善傾向にある
- C：変わらない
- D：悪化している
- E：評価困難

■最終評価結果

分野	A	B	C	D	E	計
■生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底						
がん	3	6		3		12
循環器疾患	6	5		4		15
糖尿病		1		2		3
歯・口腔の健康	5	3				8
栄養・食生活	3			5		8
身体活動・運動	4	2		4		10
飲酒	1	1		1		3
喫煙	1	2				3
休養		1				1
小計	23	21	0	19	0	63
■社会生活に必要な機能の維持・向上						
こころの健康				1		1
次世代の健康	4	1		3	2	10
高齢者の健康		1				1
小計	4	2	0	4	2	12
合計	27	23	0	23	2	75

最終評価を行った結果、12の分野75の指標のうち「A(目標値に達した)」は27(36.0%)、「B(目標値に達していないが、基準値(中間値)より改善傾向にある)」は23(30.7%)、「C(変わらない)」は0、「D(悪化している)」は23(30.7%)、「E(評価困難)」は2(2.6%)でした。

D評価の指標が多い分野の主なものは「循環器疾患」及び「栄養・食生活」で、その中でも「特定健診でのメタボリックシンドローム該当者」、「成人の肥満者の割合」、「肥満傾向にある子どもの割合」等が悪化していました。また、「身体活動・運動面」では65歳以上で日常生活の歩数が少なく、運動習慣を持つ者の割合が低い結果でした。

これらの結果から、子どもの頃からの生活習慣づくりや、大人でも若い世代のうちから、健康づくりの正しい知識や自らの健康の保持に関心を持ち、実践できるような継続した働きかけを引き続き展開していく必要があります。

3 市民の健康を取り巻く課題

当市の現状は、男女とも健康寿命、平均寿命ともに堅調に延伸しているものの、全国と比較するとまだ短い状況にあります。

これは、働き盛り世代の死亡率の高さが少なからず関係しており、特に男性の早世死亡（65歳未満の死亡）が全国より高いことがあげられます。

その要因として考えられることは、健（検）診受診率が低いこと、糖尿病、高血圧、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が多く、肥満については子ども・大人ともに増加傾向にあること、また、成人の喫煙率が高い状況などがあげられます。医療費においては、がん、高血圧、糖尿病、腎不全が上位に位置しており、高血圧や糖尿病を原因とした透析患者が多く、介護認定においても糖尿病、心臓病、脳血管疾患を原因とする要介護者が多い状況にあることもあげられます。

このような現状を踏まえ、市民の健康づくりを進める取組は、ライフステージ（次世代期、青・壮年期、高齢期）⁶ごとの各特性に応じ効果的な支援や取組を行う必要があることから、関連する計画等との整合、協調を図りつつ、健康寿命の延伸に向けた実効性のある取組を体系的に推進していく必要があります。

⁶ 次世代期：0～19歳、青・壮年期：20～64歳、高齢期：65歳以上