

第 2 次
小城市健康プラン(案)

平成 2 8 年 1 2 月
小城市

目次

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画の期間	2
4. 計画の対象	2

第2章 計画の基本方針

1. 基本方針	3
2. 基本目標	3
3. 取り組み項目	4
4. 目標の設定と評価	4

第3章 第1次計画の評価と現状

1. 第1次計画の評価	5
2. 小都市の現状	7

第4章 具体的な目標と対策

1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	
(1) がん	9
(2) 循環器疾患	15
(3) 糖尿病	22
(4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）	27
2. 生活習慣および社会環境の改善	
(1) 栄養・食生活	29
(2) 身体活動・運動	32
(3) 休養	34
(4) 飲酒	36
(5) 喫煙	40
(6) 歯・口腔の健康	42
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	
(1) こころの健康	45
(2) 次世代の健康	48
(3) 高齢者の健康	51

第5章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進	53
--------------------	----

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

平成12年度から展開されてきた21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）では、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とし、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の保健医療対策上重要となる課題について「一次予防」の観点を重視した取り組みが推進されてきました。

これを受け、本市では市民の健康寿命を延伸し、生活の質の向上を図ることや本市の特徴、市民の健康状態を基にした健康課題を明らかにした上で、健康日本21の取り組みを最終的な目的と位置づけた「小城市健康プラン（第1次）」を平成19年度に策定し、保健活動を展開してきました。そして、第1次健康プラン策定から9年が経過し、最終評価を行った結果、本市が抱える問題点や健康課題が明確になりました。

今後の取り組みの推進に当たり、国においては「すべての国民がともに支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」の実現への基本的な方向の視点を取り入れ、活力ある社会を実現するためには、生活習慣病を予防し、社会生活を営むために必要な機能を維持・向上すること等によって、国民の健康づくりを推進することが重要となります。

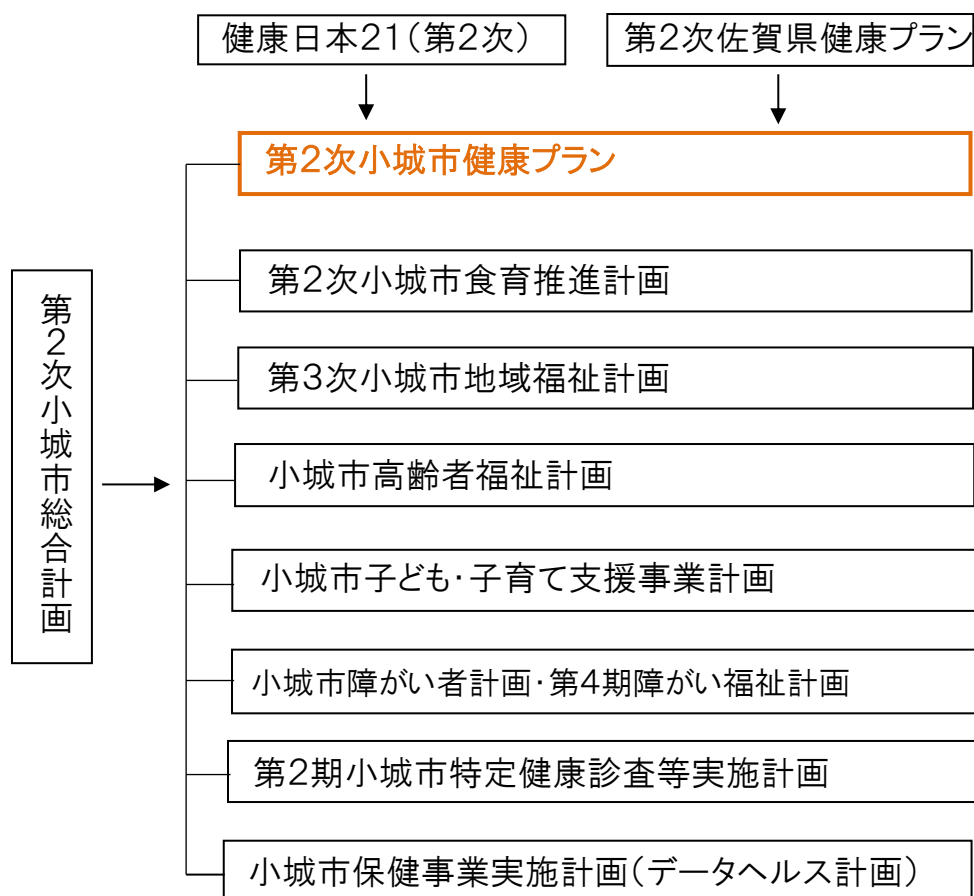
そこで、健康増進法に基づき「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）」を全て改正し、平成25年度から平成34年度までの21世紀における第2次健康づくり運動「健康日本21(第2次)」を推進することになりました。

このような中、国の「基本方針」と現計画の評価を踏まえ、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底を図り、市民一人ひとりの健康増進への意識と行動変容を支援するための施策を推進する「第2次小城市健康プラン」を策定します。

2. 計画の位置づけ

この計画は、国の「健康日本 21（第 2 次）」及び「第 2 次佐賀県健康プラン」を勘案して作成するもので、健康増進法第 8 条に基づく、市民の健康増進の推進に関する施策についての計画です。

小城市の第 2 次小城市総合計画を上位計画とし、「みんなが健やかで生きがいを感じるまち」の施策を図るための計画として策定するものです。また、他の計画と十分な整合性を図るものとします。



3. 計画期間

計画の期間を平成 29 年度から、平成 35 年度までの 7 年間とします。

4. 計画の対象

乳幼児期から高齢期までの、全てのライフステージに応じた健康増進の取り組みを推進するため、全市民を対象とします。

第2章 計画の基本方針

1. 基本方針

社会保障制度が持続可能なものとなるよう、健康増進の総合的な推進を図る

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、ライフステージに応じた生活習慣の改善や社会環境の改善を通じて、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、市民の健康増進の総合的な推進を図ります。

2. 基本目標

健康寿命の延伸と健康格差の縮小

人が、自分らしく生活するための生活の質を確保するためには、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）を伸ばすことが大切になります。

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味します。超高齢社会において平均寿命と健康寿命の差の拡大は、医療費や介護給付費の増大に通じます。生活習慣病の予防や健康増進、介護予防により平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに社会保障費の軽減も期待できます。高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命の延伸を実現することが重要です。

よって目標値の設定に関しては、要介護認定者（寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態の者）の要介護認定率を用いることとし、生活習慣病予防等により後期高齢者医療保険加入前に要介護状態になる人の割合の減少を目指します。

さらに、地域や社会経済状況の違いがその集団の健康状態に影響し、地域健康格差となって現れます。本市では、地理的に山間部・平野部と変化がある地域であり、その地域での生活環境も大きく異なった状況があります。こうした生活環境の違いがあっても、健康を保つための情報はどこでも入手でき、健康づくりの事業に参加できる環境・体制づくりが必要となります。

目標項目	年齢	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
75 歳未満の要介護 認定率の減少	40～64 歳	0.4 %	0.4 %以下	小城市 KDB シス テム(2 次加工)
	65～74 歳	5.1 %	5.0 %以下	

3. 取り組み項目

(1) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

がん、循環器疾患、糖尿病に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進行等の重症化予防に重点を置いた対策を推進します。

(2) 生活習慣及び社会環境の改善

市民が自分の健康を保っていくためには、基本要素となる栄養・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が重要です。

生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、幼児期から高齢期のライフステージや性差に着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとに健康問題等を十分に把握し、子どもの頃からの健康な生活習慣づくりに取り組みます。

特に生活習慣病を発症する危険度の高い集団については、病気を予防し、発症時期を遅らせることができるよう生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行います。

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

市民が自立した日常生活を営むことを目指し、こころの健康づくりや高齢者の健康づくりなどの心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組みます。

4. 目標の設定と評価

(1) 目標の設定

第2次小城市健康プランの策定にあたっては、人口動態、医療・介護に関する統計、小城市一般健康診査（以下「一般健診」という。）・小城市国民健康保険特定健康診査（以下「国保特定健診」という。）データ等、市民の健康に関する各種指標を活用しつつ、健康寿命の延伸の実現に向けて重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定します。

(2) 目標の評価

目標については7年間を目安として設定することとし、目標を達成するための取り組みを計画的に行います。

ただし、既存の他の計画において健康づくりに関する目標が設定されている場合は、それらとの整合性に留意し、目標項目によって目標期間が異なる取り扱いをします。

平成35年度に最終評価を行うことにより、目標を達成するための効果を適切に評価し、その後の健康増進の取り組みに反映します。

第3章 第1次計画の評価と現状

1. 第1次計画の評価

第1次計画の評価を本計画に反映させるため、指標とした項目の達成状況について評価を行いました。

達成状況は次のとおりで、◎の「目標が達成された」と○「目標に近づき改善した」を合わせると、全体の63.9%で改善がみられました。

評価区分	該当項目数	割合
◎「目標が達成された」	9 項目	25.0 %
○「目標に近づき改善した」	14 項目	38.9 %
－「変わらない」	1 項目	2.8 %
△「数値が悪化した項目」	12 項目	33.3 %
合計	36 項目	100.0 %

これらの評価を踏まえ、基本目標の達成に向けて、市民が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めることができるよう市では科学的な根拠に基づいた健康増進に関する具体的な取り組みを推進します。

表 1 第 1 次計画の評価

	評価項目	目標値	市の状況			評価	データソース
			H18	H22	H27		
食生活	20～69歳男性の肥満者	23%以下	27.9	28.9	30.1	△	国保特定健診 一般健診
	40～69歳女性の肥満者	15%以下	19.8	17.8	19.1	△	
	20～29歳の欠食者	男性21%以下	45.0	33.3	46.2	△	意識調査
		女性23%以下	50.0	43.8	44.4	△	
	30～39歳の欠食者	男性35%	59.2	39.0	40.0	△	
		女性20%以下	24.7	25.9	26.4	△	
	食品の栄養成分表示を参考にする人	男性15%以上	9.2	9.1	9.6	○	
		女性20%以上	14.4	11.8	19.4	○	
	食育認知度(内容まで知っている)	73%以上	35.9	44.1	44.7	○	
運動	運動生活習慣者 (1日30分以上、週2回、1年以上)	男性35%以上	25.0	31.2	35.9	◎	意識調査
		女性28%以上	25.0	23.6	25.2	○	
休養	睡眠による休養を十分にとれていない人	20%以下	21.7	20.0	29.4	△	意識調査
	かなりストレス感がある人	男性19%以下	21.3	17.8	9.6	◎	
		女性22%以下	24.3	27.1	14.9	◎	
糖尿病	特定健診におけるHbA1cが6.5%以上の人の割合	8%以下	－	10.2	10.0	○	国保特定健診
循環器	国保特定健診の受診率	65%以上	－	38.9	39.9	○	国保特定健診
	市の特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	26.6%以下	－	28.2	27.4	○	
	メタボリックシンドロームの認知率	80%以上	－	76.5	62.2	△	意識調査
	高血圧者の者(収縮期160以上、拡張期100mmH以上)中等度高血圧	5%以下	7.4	3.1	4.4	◎	国保特定健診
	悪玉コレステロール(LDL)が140mg/dl以上の者	27%以下	－	32.1	29.4	○	
がん	がん検診の精密受診率	90%以上	86.5	84.8	88.4	○	地域保健・健康増進報告
歯と口の健康	むし歯のない3歳児	75%以上	62.5	63.7	73.6	○	3歳児健診
	3歳児の1人平均むし歯数	1.2本以下	1.7	1.5	1.0	◎	
	甘い物の制限やおやつ時間をきめている率	67%以上	49.2	56.9	58.2	○	1歳6か月児健診
	12歳(中学校1年)の1人平均むし歯数(永久歯)	1.0本以下	2.3	1.2	0.56	◎	学校保健統計調査
	歯間部清掃用器具の使用率(40～50歳代)	50%以上	39.9	35.7	32.4	△	意識調査
	定期的な歯科検診の受診率(50～60歳代)	30%以上	－	22.0	22.3	○	
たばこ	成人の喫煙率	男性26%以下	39.5	32.6	32.7	△	意識調査
		女性5%以下	9.7	8.7	9.0	△	
	20～49歳の男性の喫煙率	33%以下	46.6	42.4	40.7	○	
	20～39歳の女性の喫煙率	8%以下	18.9	9.0	14.6	△	
	妊娠中の喫煙率	0%	9.8	2.2	1.2	○	妊娠届出時アンケート
	禁煙・完全分煙認証施設数(括弧内は公共施設数を表す)	70施設	30(13)	68(44)	68	－	
アルコール	多量に飲酒する人(3合以上)	男性9%以下	13.2	9.6	2.1	◎	意識調査
		女性0.5%以下	0.7	2.1	0.0	◎	
主観的健康感	健康だと思う人の割合	75%以上	69.3	76.0	78.9	◎	意識調査

2. 小都市の現状

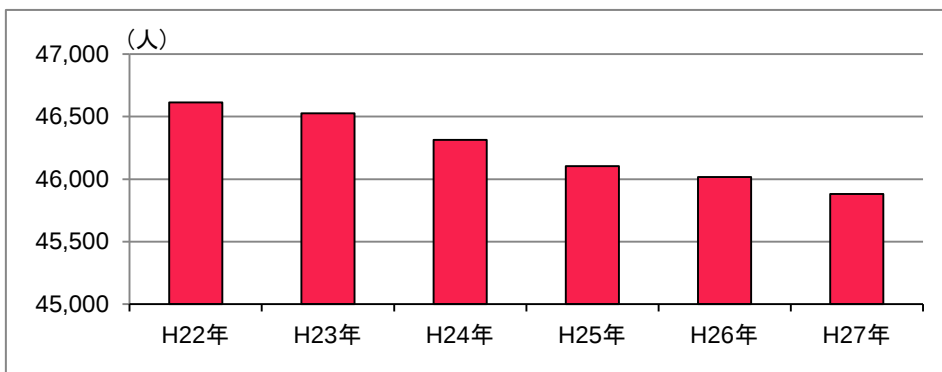
(1) 人口・出生・死亡

本市の人口は、平成 17 年に 47,198 人とピークを迎え、以後は年々減少しています。

出生率は、平成 25 年までは全国・県に比べて高くなっていましたが、平成 26 年は県より低くなっており今後も減少が予測されます。

死亡率は、出生率とは反対に年々わずかに増加し、平成 26 年は増加が大きくなっています。平成 20 年からは死亡率が出生率を上回っています。

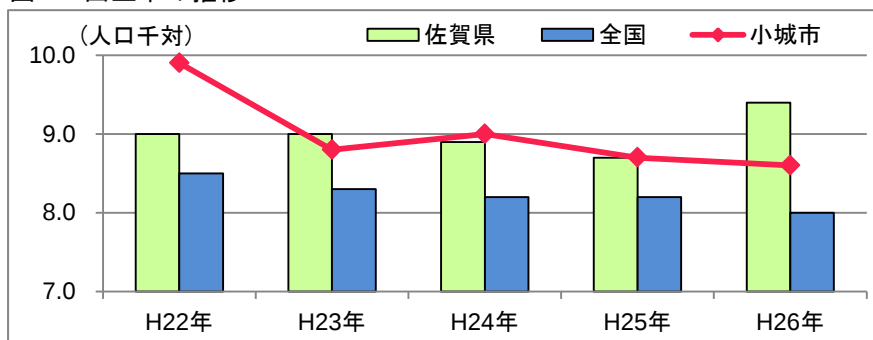
図 1 人口の推移



(住民基本台帳)

	H22 年	H23 年	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年
小都市 (人)	46,613	46,526	46,314	46,104	46,016	45,881

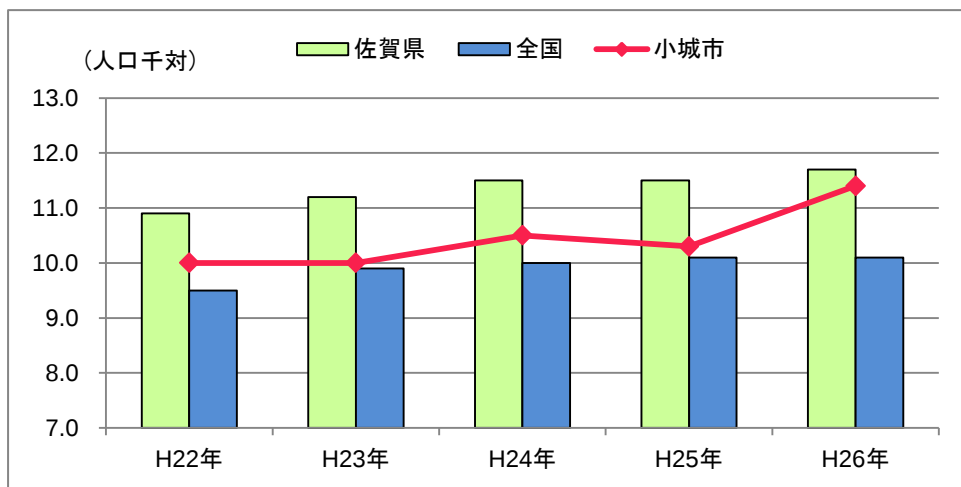
図 2 出生率の推移



(佐賀県保健統計年報)

	H22 年	H23 年	H24 年	H25 年	H26 年
小都市 (人)	9.9	8.8	9.0	8.7	8.6
佐賀県 (人)	9.0	9.0	8.9	8.7	9.4
全 国 (人)	8.5	8.3	8.2	8.2	8.0

図 3 死亡率の推移



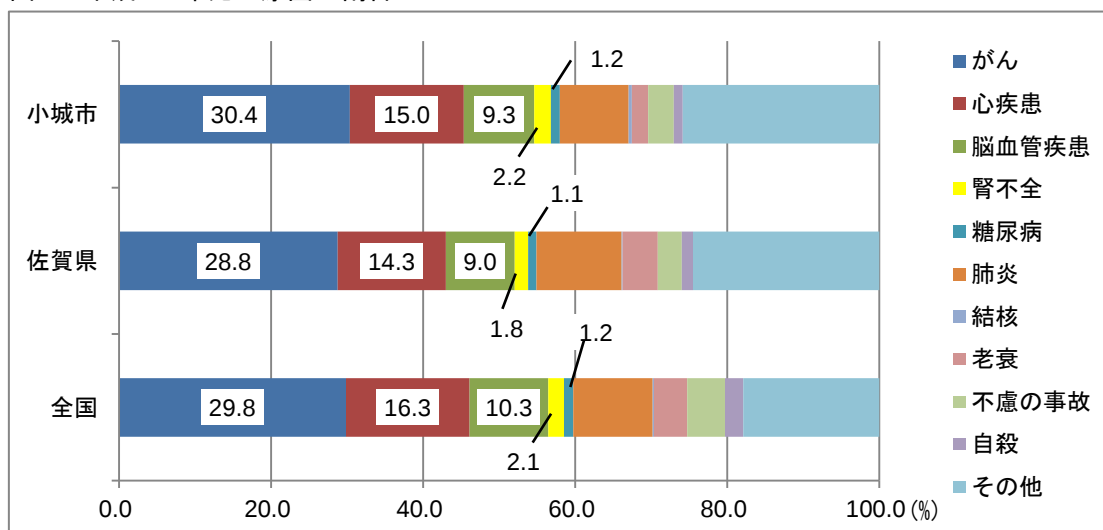
(佐賀県保健統計年報)

	H22 年	H23 年	H24 年	H25 年	H26 年
小城市 (人)	10.0	10.0	10.5	10.3	11.4
佐賀県 (人)	10.9	11.2	11.5	11.5	11.7
全 国 (人)	9.5	9.9	10.0	10.1	10.1

(2) 死亡原因

本市では、がん、心疾患、脳血管疾患の順に多く、この3大生活習慣病で死亡原因の約55%を占めています。その中でもがんは全体の30%以上を占めており、死亡率も年々増加しています。

図 4 平成 26 年死亡原因の割合



(佐賀県保健統計年報)

第4章 具体的な目標と対策

1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

本市における主要な死亡原因は、がんと循環器疾患です。また、糖尿病については重大な合併症を引き起こす恐れがあり、患者数は増加傾向です。

こうしたことから、健康寿命の延伸を図る上でこれらに対処することは、重大な課題であり、次の取り組みを推進します。

(1) がん

① はじめに

がんは本市での死亡原因の第1位であり、平成26年にがんで死亡した市民は154人で総死亡者数の30.4%を占めています。

また、国のがん対策基本法において、国民の2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患するといわれています。がんは、遺伝子の変異を起こす原因が多岐にわたるため、予防が難しいといわれてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることが明らかになってきています。

② 基本的な考え方

i 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関するウイルス（B型肝炎ウイルス〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマウイルス〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染のほか、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、身体活動の低下（運動不足）、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものが多くあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病予防の取り組みとしての生活改善が結果的にはがん予防に繋がると考えられます。

ii 重症化予防

がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは早期発見であり、自覚症状がなくても定期的にがん検診を受けることが必要です。

このため、有効性が確立されているがん検診の受診率を向上させることが重要です。

表 2 がんの発症予防・重症化予防

	部位	小城市の対象	がん検診	評価判定
科学的根拠のあるがん検診	胃	40 歳以上	胃 X 線検査	相応な証拠あり
		50 歳以上	胃内視鏡検査	相応な証拠あり
	肺	40 歳以上	胸部 X 線検査 喀痰細胞診	相応な証拠あり
	大腸	40 歳以上	便潜血反応検査	十分な証拠あり
	子宮頸部	20 歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	相応な証拠あり
	乳	40 歳以上の女性	マンモグラフィ	相応な証拠あり

(ガイドラインに基づいたがん検診の有効性)

③ 現状と目標

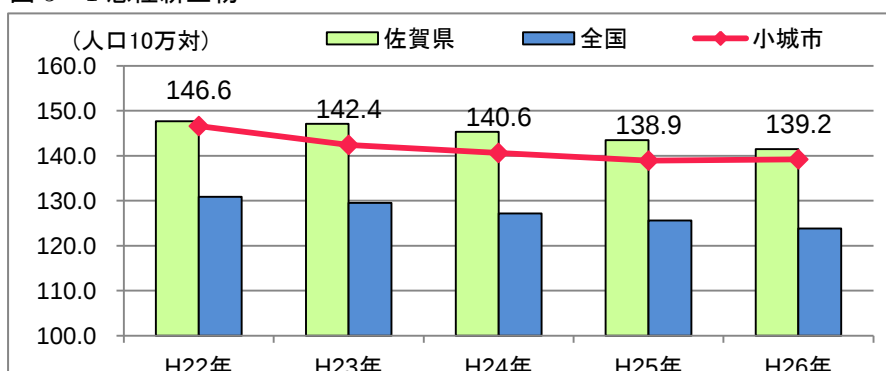
i がんによる年齢調整別死亡率の減少

小城市の人口 10 万人あたりの悪性新生物の年齢調整死亡率は、減少しています。(図 5-1)

部位別に見ると、肺がんは平成 22 年度より減少していますが、依然として佐賀県・全国と比較して高い状況です。(図 5-2) 胃がんについても、本市は佐賀県・全国と比較して高い状況が続いています。(図 5-3) 肝がんは、微減していますが、全国よりも高い状況です。(図 5-5) 子宮頸がんについては、増加傾向です。(図 5-6) 乳がんは減少傾向にありますが、依然として高い値です。(図 5-7)

図 5 がんの年齢調整死亡率の年次推移 (人口 10 万対)

図 5-1 悪性新生物



*年齢調整死亡率

年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除いて比較する場合に用いる。人口基準には「昭和 60 年モデル人口」を用いている。出典「国民衛生の動向」

本中では、全国は単年、佐賀県・小城市は該当年とその直近 10 年でのデータ算出となっている。

図 5-2 肺がん

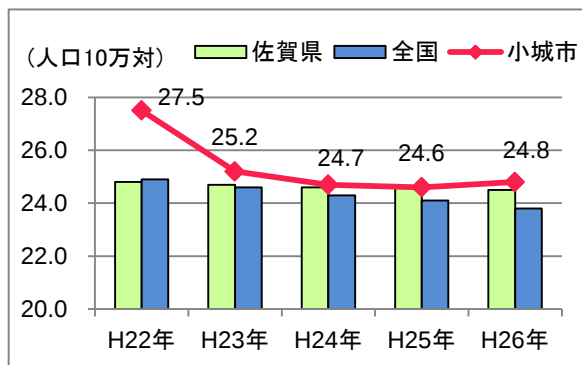


図 5-3 胃がん

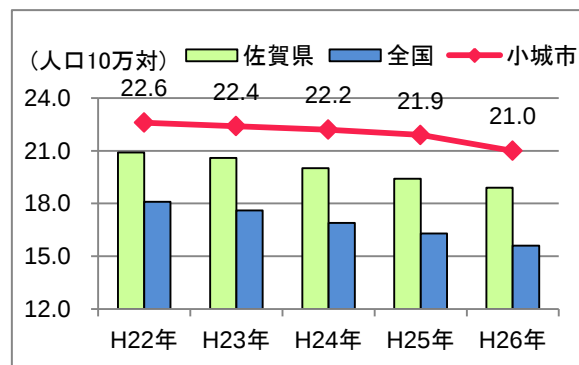


図 5-4 *大腸がん

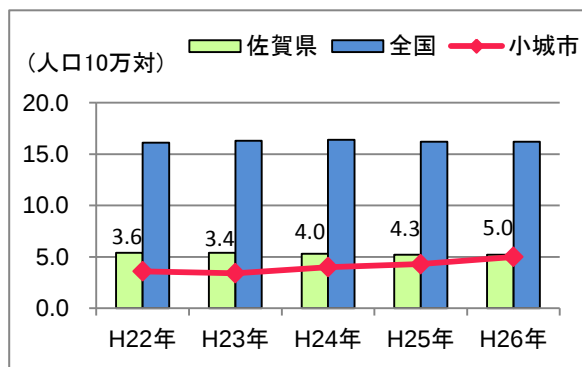


図 5-5 肝がん

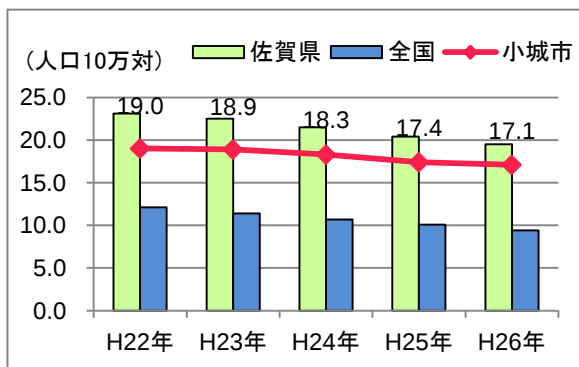


図 5-6 子宮頸がん(女性のみ)

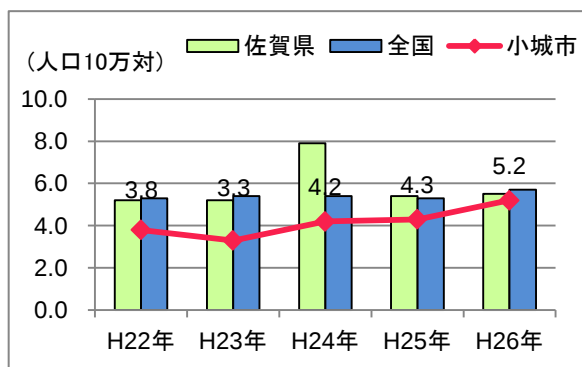
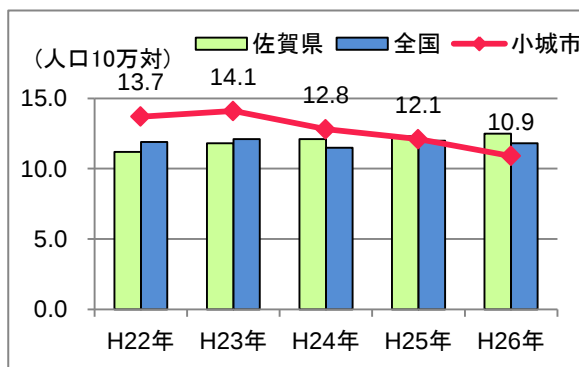


図 5-7 乳がん(女性のみ)



(全国：人口動態、佐賀県・小城市：佐賀県保健統計年報)

*大腸がん(図 5-4)については、全国は大腸の悪性新生物(結腸の悪性新生物と直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物を合わせたもの)だが、佐賀県・小城市は直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物のみとなっている。

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣の改善によるがんの予防及びがん検診での早期発見を推進することや肝炎対策を行い、がんの死亡率の

減少を図ります。

目標項目	現状 (H26 年)	目標 (H35 年)	データソース
がんの年齢調整死亡率の減少 (人口 10 万人対)	139.2 人	135.0 人以下	佐賀県保健統計年報

ii がん検診の受診率の向上

本市でのがん検診の受診率は、「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、検診が有効とされているがん検診（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん検診）については低下傾向です。しかし、国のがん対策基本法計画では 40 歳から 69 歳まで（子宮頸がん検診は 20 歳から 69 歳まで）を対象として策定しており、本市では肺がん・子宮頸がん・乳がんについては目標値を達成し、大腸がんについても目標近くになっています。（表 3）

がん検診で精密検査が必要となった人の精密受診率は 8～9 割です。すべてのがん検診でがんが見つかるため、精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。

（表 4）今後も、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るためのさまざまな取り組みと、国の指針に基づいたがん検診を推進します。

表 3 がん検診受診率の推移

	年齢制限なしの算定による受診率(%)					69 歳を上限とする受診率(%)	
	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H26 年度	目標値(国)
胃がん	19.2	18.2	17.1	15.7	15.1	26.7	(当面)40.0
肺がん	34.4	33.5	32.7	31.9	31.3	43.3	(当面)40.0
大腸がん	26.0	25.6	24.9	24.8	24.9	36.4	(当面)40.0
子宮頸がん	46.3	47.2	45.1	41.7	41.1	64.1	50.0
乳がん	41.0	41.4	42.5	37.9	39.0	67.9	50.0

(地域保健・健康増進報告)

表 4 がん検診受診率の精密検査受診率とがん発見者数

検診の種類	精密検査受診率と がん発見者数	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度
胃がん検診	精密検査受診率 (%)	86.7	100.0	90.8	89.6	90.5
	がん発見者数 (人)	3	3	6	2	5
肺がん検診	精密検査受診率 (%)	85.2	88.5	96.9	94.1	94.5
	がん発見者数 (人)	2	2	5	7	1
大腸がん検診	精密検査受診率 (%)	77.9	80.1	84.7	84.4	84.4
	がん発見者数 (人)	7	4	12	8	7
子宮頸がん検診	精密検査受診率 (%)	82.9	93.9	85.0	94.1	87.5
	がん発見者数 (人)	2	4	3	1	0
乳がん検診	精密検査受診率 (%)	93.1	96.1	91.7	94.9	93.7
	がん発見者数 (人)	4	7	1	4	2

(地域保健・健康増進報告)

目標項目	現状 (H26 年度) (69 歳を上限とした受診率)		目標 (H35 年度)	データソース
がん検診の 受診率向上	胃がん	26.7 %	30.0 %以上	地域保健・健康増進報告
	肺がん	43.3 %	45.0 %以上	
	大腸がん	36.4 %	40.0 %以上	
	子宮頸がん	64.1 %	65.0 %以上	
	乳がん	67.9 %	69.0 %以上	

④ がん対策

i がんの発症予防

- ・市報などを活用し、がんの発症予防に関する知識の普及を行います。
- ・肝炎ウイルス検査を実施します。
- ・子宮頸がん予防ワクチン接種を実施します。(平成 29 年 3 月現在、国の勧告のもと積極的勧奨を差し控えています。ただし、効果や副反応を十分理解した上で接種を希望される場合は、無料で接種できます。)

ii がんの重症化予防

- ・がん検診対象者への個別案内や市報への掲載を行いがん検診の受診について啓発を

図ります。

- ・胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、前立腺がん検診を実施します。
- ・子宮頸がん検診、乳がん検診、胃がん検診の個別検診を実施します。
- ・国の推進する一定の年齢に達した方への健診手帳及び無料クーポン券を配布します。
(子宮頸がん検診、乳がん検診)
- ・個別検診での胃内視鏡検診導入を推進します。
- ・乳幼児健診における、女性特有のがん検診の推進とチラシでの乳がん自己検診法の普及・啓発を推進します。
- ・がん検診対象者への個人通知により受診勧奨及び再勧奨を実施します。
- ・国保人間ドック助成制度の周知を図ります。
- ・地区担当保健師が要精密未受診者へ受診勧奨を行います。

iii がん検診の質の確保

- ・精度管理項目を遵守できる健診機関を選定します。
- ・個別検診を行い、受診しやすい体制づくりに努めます。

(2) 循環器疾患

① はじめに

循環器疾患とは、血液を全身に循環させる臓器である心臓や血管などが正常に働かなくなる疾患のことで、高血圧、脳梗塞等の脳血管疾患、心筋梗塞等の心疾患などがあり、本市では脳血管疾患と心疾患は、がんと共に主要死因となっています。

循環器疾患の確立した危険因子には、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙の 4 つがあり、循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、それぞれの因子について改善を図っていく必要があります。なお上記の 4 つの危険因子のうち、ここでは高血圧と脂質異常症について取り上げ、糖尿病と喫煙については後に詳述します。

② 基本的な考え方

i 発症予防

循環器疾患の予防において中心となる危険因子の管理には、関連する栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒の生活習慣の改善が最も重要です。

市民一人ひとりが、生活習慣と危険因子の関連、危険因子と循環器疾患との関連についての理解を深め、これらの生活習慣改善への取り組みを考えていくために健診の受診率向上対策が重要になります。

ii 重症化予防

循環器疾患における重症化予防には、必要に応じ高血圧及び脂質異常症の未治療者を医療機関へ受診させる必要があります。どれほどの値であれば治療を開始する必要があるのかなど自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた重症化予防ができるようにするための支援が重要です。

また、高血圧及び脂質異常症の危険因子は肥満を伴わない人にも多く認められ、さらに循環器疾患の発症リスクは、肥満を伴わないが危険因子を持つ人に対しても保健指導が必要になります。

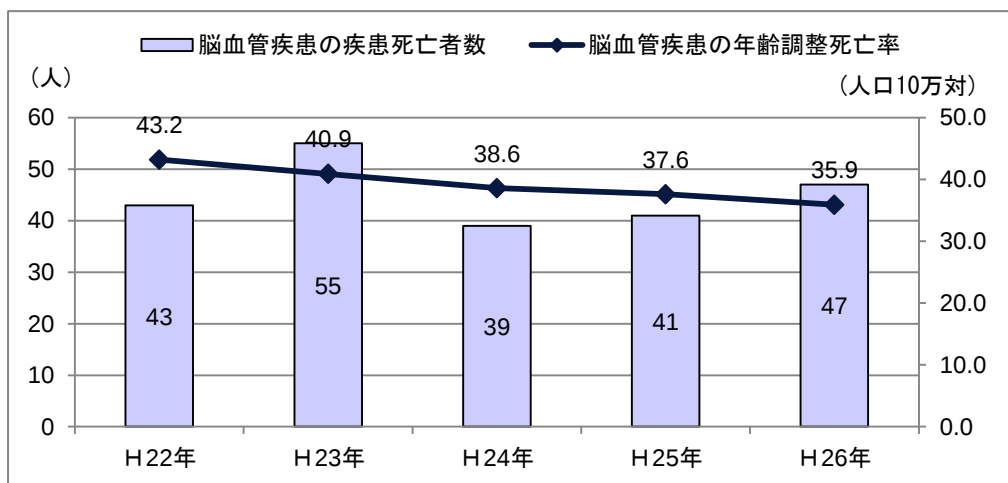
③ 現状と目標

i 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少

高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率を循環器疾患対策の評価指標とします。

本市の脳血管疾患の年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、今後も脳血管疾患の対策を行う必要があります。(図 6)

図 6 小城市の脳血管疾患死亡者数(人)と年齢調整死亡率(人口10万対)



(佐賀県保健衛生統計)

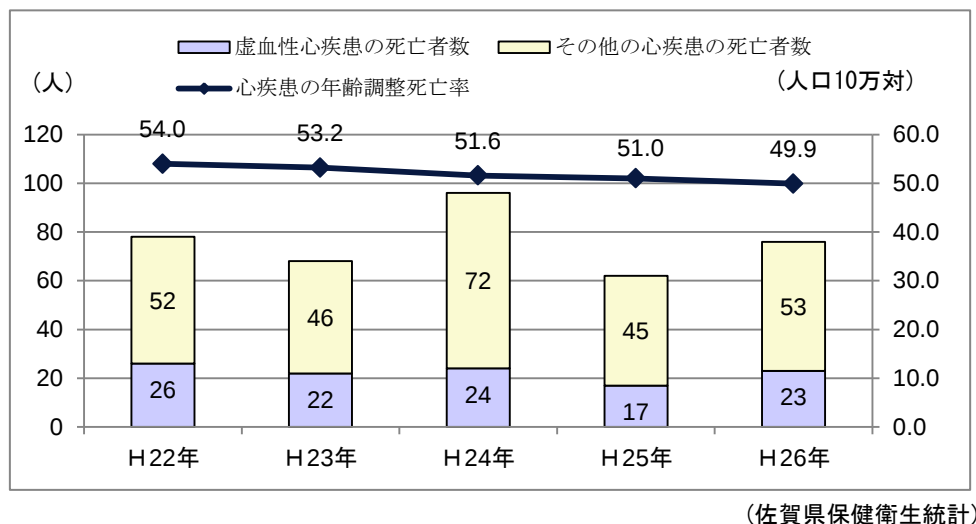
生活習慣病は、日々の生活習慣の積み重ねがその発症に大きく関与することが明らかになっています。生活習慣病を予防するためには個人の主体的な健康づくりへの取り組みが重要であり、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業による生涯を通じた継続的な健康管理への支援が必要になります。

目標項目	現状 (H26 年)	目標 (H35 年)	データソース
脳血管疾患の年齢調整死亡の減少(人口10万人対)	35.9 人	30.0 人	佐賀県保健衛生統計

ii 虚血性心疾患の死亡者数の減少

脳血管疾患と同様に高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率を見ると、本市の心疾患による年齢調整死亡率は緩やかに減少していますが、今後は循環器疾患の中でも生活習慣改善を行うことで予防できる虚血性心疾患の対策が非常に重要になります。(図 7)

図 7 小城市の虚血性心疾患及びその他の心疾患の死亡者数(人) と
心疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万対)



特定健康診査では心電図検査は循環器疾患に罹患するリスクの高い人のうち肥満の人のみが受診する検査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

高血圧や脂質異常症の危険因子がある場合の循環器疾患の発症リスクは、肥満を伴う場合と同程度であるため、市では集団で行う特定健診において平成 28 年度から対象者を拡大して心電図検査を実施していますが、平成 28 年度では心電図検査受診者は 1,409 人と受診者の 59.2%です。また平成 28 年度の心電図検査受診者の 32.4%に異常が認められ、そのうち重篤な脳梗塞に結びつきやすい心房細動も 13 人発見されています。

このように国の基準以外の心電図検査受診者からも有所見者が見つかることから、厚生労働省で定められた心電図検査受診者のみでなく、国保特定健診時に対象者拡大して心電図検査を実施することで心疾患の発症を見逃すことなく重症化予防に繋げることが可能となります。

目標項目	現状 (H26 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
虚血性心疾患の死亡者数の減少	23 人	22 人以下	佐賀県保健衛生統計

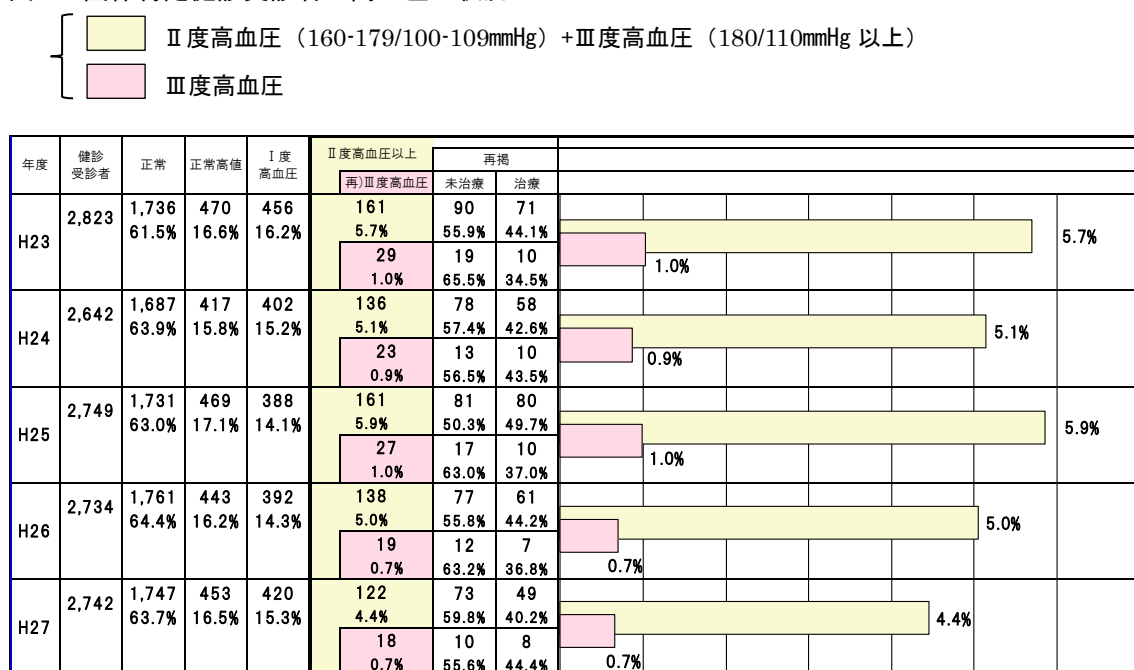
iii 高血圧症の者の割合の減少

高血圧症は脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、

日本人の循環器疾患の発症や死亡に対して大きな危険割合を示し、他の危険因子と比べるとその影響は大きいことが示されています。

本市では国保特定健診受診者について、肥満を伴う人だけではなく「高血圧治療ガイドライン 2014」に記載されている「血圧に基づいた脳血管リスク階層」などにより支援対象者を明確にした保健指導を実施しています。その結果、Ⅱ度・Ⅲ度*高血圧者の減少などの改善が認められたため、今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。(図 8)

図 8 国保特定健診受診者の高血圧の状況



(小城市国保特定健診結果)

目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
高血圧症 (Ⅱ度以上:160/100mmHg 以上) の者の割合の減少	4.4 %	4.0 %	国保特定健診結果

*成人における高血圧値の分類

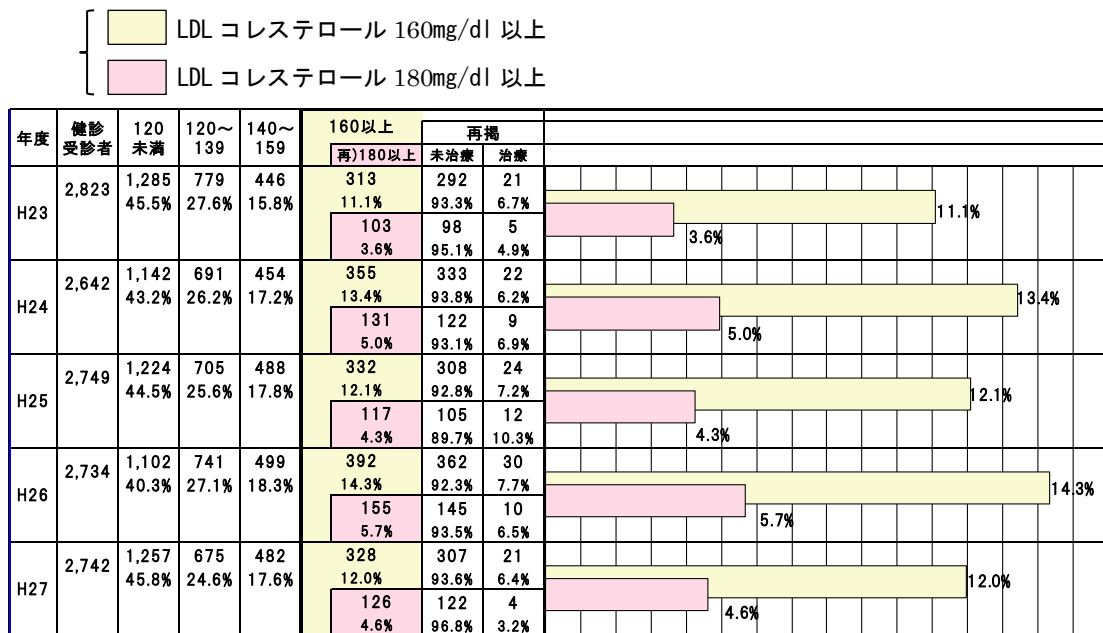
Ⅰ度高血圧 (140-159/90-99mmHg)、Ⅱ度高血圧 (160-179/100-109mmHg)、Ⅲ度高血圧 (180/110mmHg 以上)

iv 脂質異常症の割合の減少

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に LDL コレステロールが高値の場合は、脂質異常症の各検査項目の中でも最も重要な指標とされています。虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDL コレステロール値 160mg/dl 以上からと言われています。さらに、特定健診では中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が脂質に関する基本的な検査項目とされたため、肥満の有無にかかわらず LDL コレステロール値に注目して保健指導を実施してきました。

小城市国保特定健診受診者の LDL コレステロール異常の割合は改善が見られず推移しています。さらに、LDL コレステロール異常者のほとんどが未治療者であり重症化予防のために取り組みが必要です。(図 9)

図 9 国保特定健診受診者の LDL コレステロールの状況



(小城市国保特定健診結果)

今後は、動脈硬化性疾患予防のため、特に冠動脈疾患に関連深い脂質異常症について、保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた保健指導を実施していくことが重要となります。

目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
LDL コレステロー160mg/dl 以上の割合の減少	12.0 %	10.0 %	国保特定健診結果

v メタボリックシンドロームの予備群及び該当者の割合の減少

メタボリックシンドロームは、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高いため、これを減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本とします。特定健診・特定保健指導の制度では、メタボリックシンドロームの該当者等の減少が評価項目の一つとされました。

本市では、「平成 22 年度実績値 28.2%から平成 27 年度目標値 26.6%以下にする」については、最終実績値が 27.4%と改善はされましたが、依然として高い数値であるため更に取り組みを強化する必要があります。（表 5）

表 5 特定健診受診者のメタボリックシンドロームの予備群及び該当者の推移

	健診 受診者	男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	メタボリック 予備群	メタボリック 該当者	メタボリック 予備群＋該当者
H23 年度	2,823 人	1,004 人 35.6%	419 人 14.8%	406 人 14.4%	825 人 29.2%
H24 年度	2,642 人	921 人 34.9%	369 人 14.0%	374 人 14.2%	743 人 28.1%
H25 年度	2,749 人	930 人 33.8%	377 人 13.7%	393 人 14.3%	770 人 28.0%
H26 年度	2,734 人	933 人 34.1%	333 人 12.2%	442 人 16.2%	775 人 28.3%
H27 年度	2,742 人	919 人 33.5%	340 人 12.4%	411 人 15.0%	751 人 27.4%

（小城市国保特定健診結果）

目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
メタボリックシンドローム 予備群及び該当者の割合の減少	27.4 %	25.0 %	国保特定健診結果

vi 特定健診の受診率・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導制度では、メタボリックシンドロームに着目した特定健診と保健指導が医療保険者に義務付けられました。国保特定健診の受診率・特定保健指導の実施率は、平成 30 年度に創設される保険者努力支援制度のひとつにもなっています。また、特定健診の受診率・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組状況を反映する指標として設定されています。

本市では国保特定健診受診率は県平均よりやや高い位置にありますが、保健指導実施率は県平均より低い状況です。今後は保健指導の充実などによる受診率向上対策が重要となります。

目標項目		現状 (H27 年度)	目標 (H29 年度*)	データソース
小城市国保特定健診の受診率・特定保健指導実施率の向上	健診受診率	39.9 %	60.0 %	国保特定健診結果
	保健指導実施率	46.0 %	60.0 %	

*「第2期小城市特定健康診査等実施計画」において目標が設定されているため目標期間が異なる

④ 循環器疾患対策

i 国保特定健診受診率向上

- ・一般健診及び国保特定健診対象者への個別案内の工夫、広報、地区担当の訪問等を利用した啓発を行います。
- ・個別健診の受診率向上のため、医療機関との連携を図ります。

ii 保健指導対象者の明確化

- ・一般健診及び国保特定健診を実施し、保健指導対象者の明確化を図ります。
- ・国保特定健診では心電図検査の対象者を拡大して実施します。

iii 循環器疾患の発症及び重症化予防

- ・特定保健指導や発症リスク（高血圧、脂質異常症、糖尿病のみではなく慢性腎臓病（CKD）も発症リスクに加える）に基づいた、家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、きめ細やかな保健指導を実施します。
- ・二次検査として、頸動脈超音波検査・糖負荷検査・微量アルブミン尿検査を実施します。

(3) 糖尿病

① はじめに

全国の糖尿病有病者数は増えており、今後も高齢化に伴って増加ペースは加速することが予想されます。

糖尿病は循環器疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎障害といった合併症を併発することなどによって、生活の質及び社会保障資源に大きな影響を及ぼします。また、糖尿病は現在新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明者の原因疾患としても第2位に位置しており、さらに心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

② 基本的な考え方

i 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)です。

糖尿病の発生予防には、循環器疾患と同様に危険因子の管理が重要であるため、糖尿病の発生予防にも循環器疾患の予防対策が有効になります。

ii 重症化予防

糖尿病における重症化予防には健診結果から糖尿病が強く疑われる人や、糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期の治療開始に繋げることが必要です。そのためには、健康診査の受診者数を増やしていくことが非常に重要になります。

また、糖尿病の治療を受けていなかったり、治療を中断したりすることが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することにより、糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③ 現状と目標

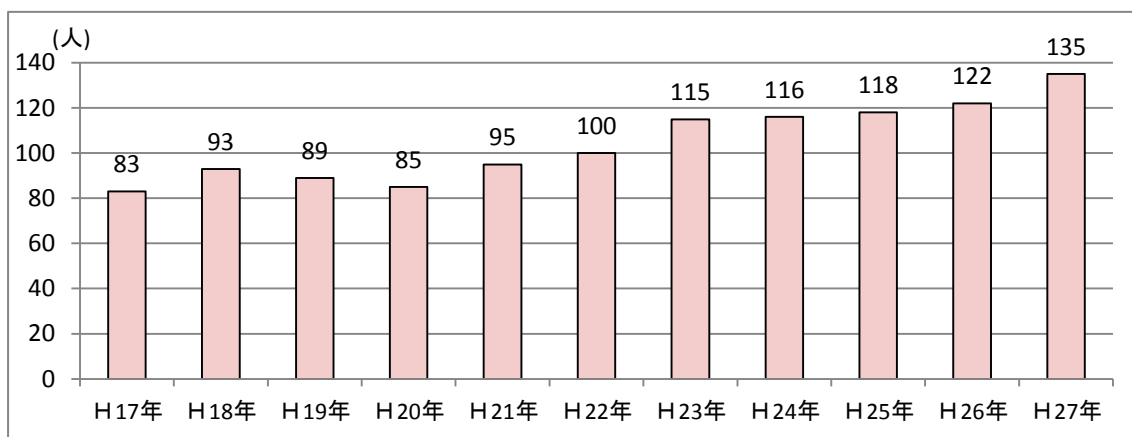
i 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による透析患者数は、増加から横ばいに転じています。経年変化が認められない理由としては、高齢化に伴う糖尿病患者総数の増加はあるものの、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高まっていることが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

本市の人工透析患者数の推移をみると、徐々に増加しています。(図10-1) また、糖尿病性腎症による新規透析導入者数は年度によって差がありますが、糖尿病が原因で透析になる人がどの年度においてもいることから、対策が必要です。(図10-2) 糖

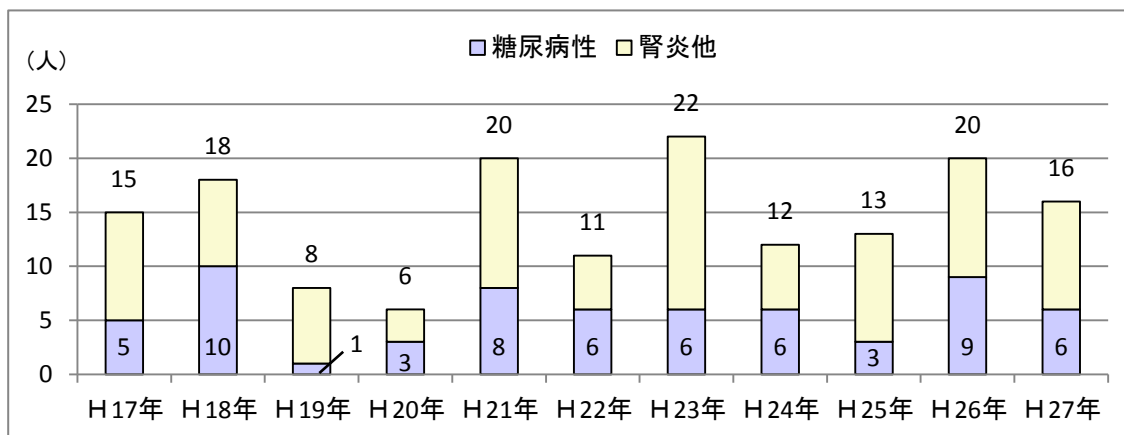
尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は約 20 年と言われていることから、健診受診を勧奨するとともに、適切な医療に結びつけ保健指導を充実させることが重要です。

図 10-1 人工透析患者の推移(総数)



(小城市更生医療受給者状況)

図 10-2 人工透析患者(糖尿病性)(人)の推移(新規者のみ)



(小城市更生医療受給者状況)

目標項目	現状 (H27 年)	目標 (H35 年)	データソース
糖尿病性腎症による年間 新規透析導入患者の減少	6 人	5 人以下	小城市更生医療受給者 状況

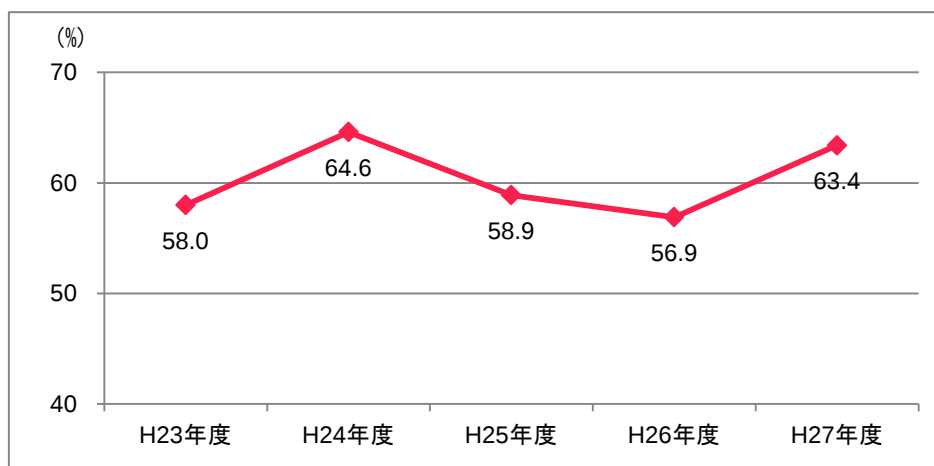
ii 糖尿病治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断者を減少させることは、糖尿病による合併症の抑制のため

には必須です。

小城市国保特定健診受診者のうち糖尿病有病者(HbA1c6.5 以上)の者の治療率は、平成 27 年度は 63.4%です。(図 11)

図 11 HbA1c6.5%以上の者の治療率の推移



(小城市国保特定健診結果)

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も重要な治療のひとつで、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要です。糖尿病治療の正しいあり方がわからないまま治療を中断し、薬を飲み始めたら薬に過度に期待してしまい、食事や運動などの生活習慣の改善がなされないままの人がいます。

今後は糖尿病でありながら治療を受けていない人や、治療を中断している人を減少させるために適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
糖尿病治療継続者の割合の増加	63.4 %	65.0 %	国保特定健診結果

iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

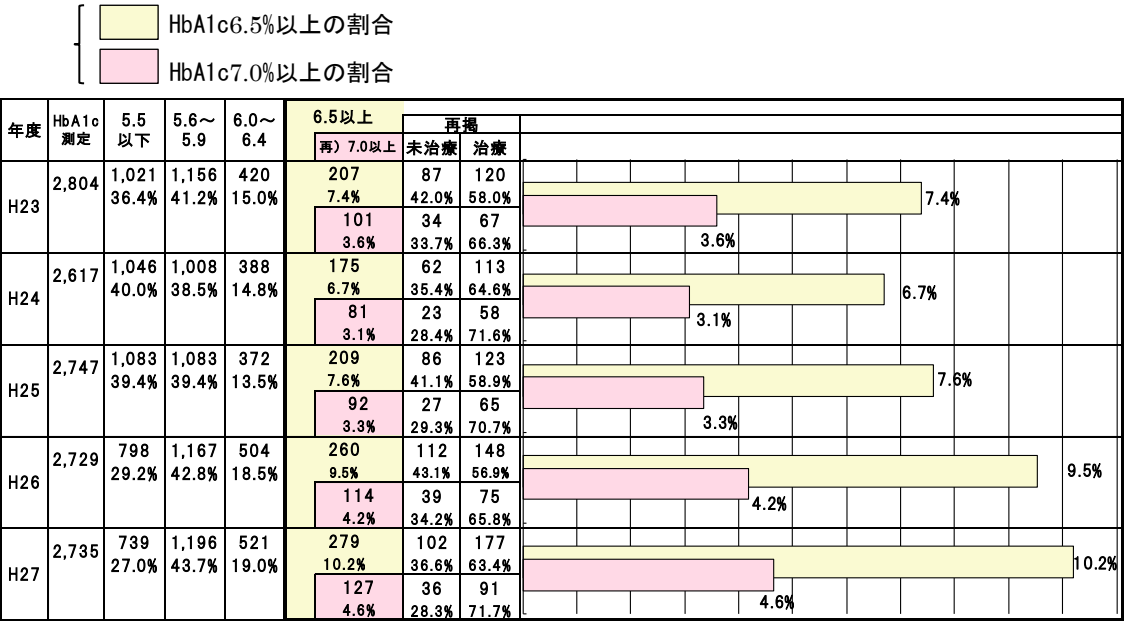
日本糖尿病学会の「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロールの指標として HbA1c7.0%未満を「合併症予防のための目標」として位置づけています。

同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進行の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起

こす必要があり、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えることを指摘しています。

本市では、一般健診及び国保特定健診の結果、HbA1c6.5%以上の未治療の人には主治医との連絡票を使い連携を図るとともに治療中の人についても、必要に応じて保健指導を実施しています。また、治療中の人のコントロール不良者（HbA1c7.0%以上）は年々増加していることから、今後も医療関係者と本市の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少に努めます。（図 12）

図 12 国保特定健康診査受診者の HbA1c の状況



(小城市国保特定健診結果)

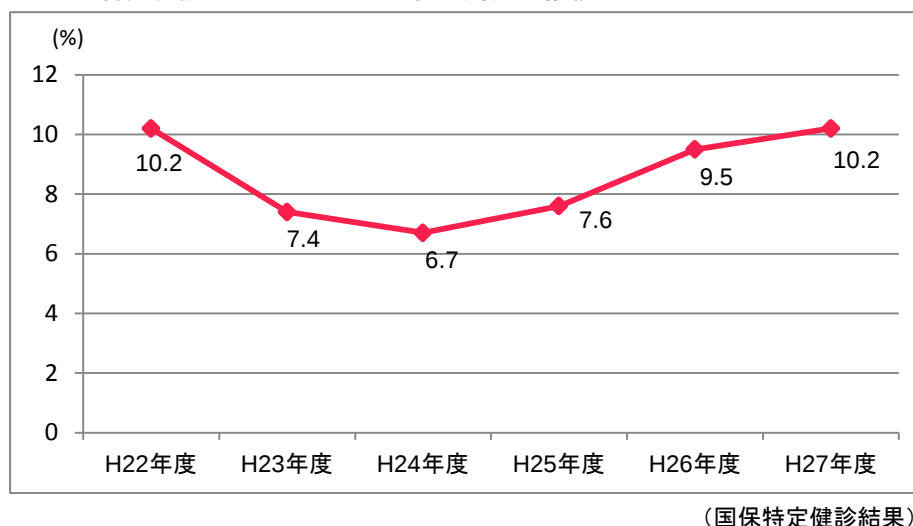
目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 (HbA1c 7.0%以上) の割合の減少	4.6 %	4.0 %	国保特定健診結果

iv 糖尿病有病者の割合の減少

「健康日本 21」では糖尿病有病者率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては糖尿病有病率が改善したとはいえないとの指摘がなされました。糖尿病有病率の増加を抑制できれば糖尿病自体ではなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにも繋がります。

本市の糖尿病有病率の推移は、平成 22 年度から減少しましたが、平成 24 年度より増加傾向にあります。(図 13)

図 13 特定健診 HbA1c6.5%以上の者の割合の推移



糖分特に菓子やジュース等をよく摂る食習慣は、特定健診を受ける 40 歳から 74 歳の世代だけでのものではなく、親から子へとつながっていく可能性が高い習慣です。また、60 歳以上ではインスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる糖尿病有病者の増加が懸念されます。

乳幼児期・学童期から健診データにより健康状態を把握し、本市の食生活の特徴や市民の食生活の特徴や食に関する価値観なども踏まえた長期的な視点での糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
糖尿病有病者 (HbA1c6.5%以上) の割合の減少	10.2 %	10.0 %以下	国保特定健診結果

④ 糖尿病対策(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

i 糖尿病の発症及び重症化予防

- ・ HbA1c 値に基づいた家庭訪問や結果説明会等による保健指導及び同じ身体状況の人が集団で学習できる健康教育を実施します。
- ・ 高リスク者に対して 75g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査・頸動脈超音波検査等を実施します。

- ・医師による糖尿病個別相談会を実施します。
- ・糖尿病専門外来及び糖尿病コーディネート看護師との連携を図ります。

（４）COPD（慢性閉塞性肺疾患）

①はじめに

COPD（慢性閉塞性肺疾患）はタバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道（気管支）や酸素の交換を行う肺（肺胞）などに障害が生じる病態です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで、息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。かつて、慢性気管支炎（咳や痰の症状が長期間にわたり続く状態）や肺気腫（炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態）と言われていた疾患が含まれます。

COPD の 90%以上に長期間にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」「タバコ肺」とも言われています。

② 基本的な考え方

COPD の原因の約 90%が喫煙であり、喫煙者の約 20%が COPD を発症するとされています。COPD の発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効とされています。また、COPD は「肺の炎症性疾患」と位置づけられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などと併せ持つことが多く、COPD の抑制はこれらの疾患の低減効果も期待されています。

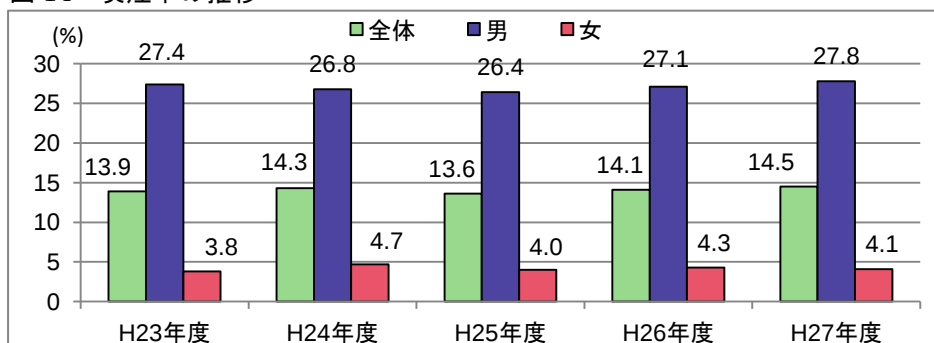
COPD という疾患は、国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、高血圧や糖尿病などの疾患と異なり新しい疾患名であることから、十分に認知されていません。そのため COPD という疾患の認知率を高めていく必要があります。

③ 現状と目標

i 成人の喫煙率の減少

COPD の最大の発症リスクである喫煙に関する実態について特定健診受診者の喫煙率推移で見ると、男女共に横ばい状態で、国の目標値と比較すると、高くなっている状況です。（図 14）

図 14 喫煙率の推移



④ **COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策**

i **COPD認知度の向上**

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供を行います。

ii **たばこのリスクに関する教育・啓発**

- ・母子健康手帳交付、特定健診結果説明会など、さまざまな保健事業の場での禁煙教育や情報提供を実施します。

iii **禁煙支援**

- ・一般健診および国保特定健診の結果に基づいた禁煙支援、禁煙外来の紹介など禁煙治療に向けた保健指導を実施します。

2. 生活習慣及び社会環境の改善

生活習慣病の発症を予防し、健康寿命を延伸させるためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要であるため、次の取り組みを推進します。

(1) 栄養・食生活

① はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできないものであり、多くの生活習慣病の予防の観点からも重要です。また、同時に栄養・食生活は社会的・文化的な営みでもあります。

本市でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し食生活の習慣をつくり上げています。地域特有の食文化を継承しながらも、生活習慣病の予防のためには、栄養状態を適正に保つため適正な量の栄養摂取をすることが求められています。

② 基本的な考え方

食生活の乱れと生活習慣病は密接に関連しています。

食品（栄養素）の欠乏または過剰については個人のデータで確認していく必要があります。生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して適正な食品（栄養素）摂取が実践できる力を十分に育み、実行できることが重要になります。

③ 現状と目標

個人が適正な量と質の食事をとっているかどうかは、健診データからわかります。

なお、健診のデータについての目標項目は、「1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」において掲げているため、栄養・食生活については、適正体重の維持を中心に、目標を設定します。

i 適正体重を維持している人の割合の増加

体重は、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。

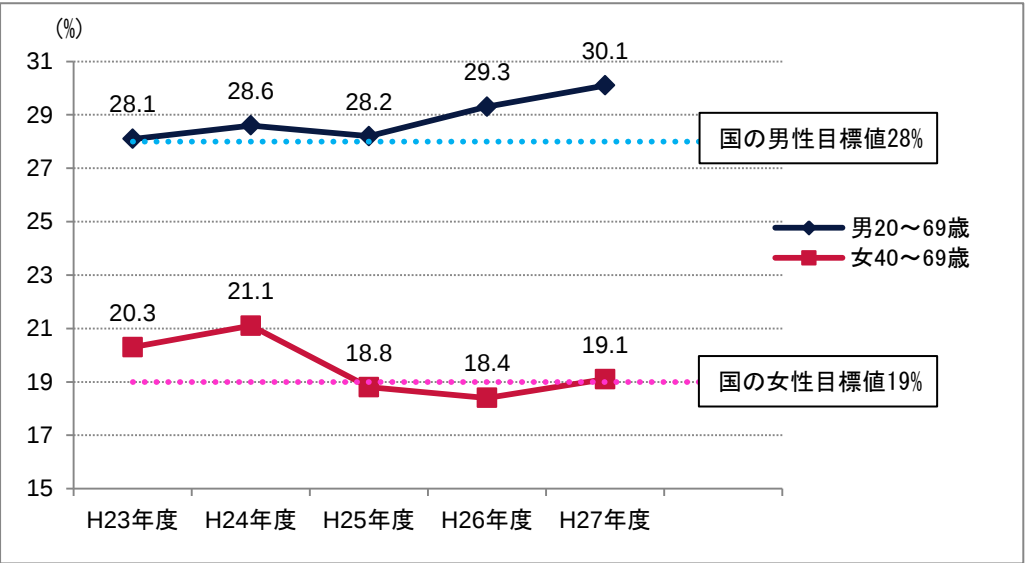
ア 男性（20～69歳）及び女性（40～69歳）の肥満（BMI 25以上）の割合の減少

年齢別に見た肥満の傾向は、20～69歳男性及び40～69歳女性に最も多く認められるため、この年代の肥満者の割合の減少が「健康日本21」の目標とされていましたが、

最終評価では、20～69 歳男性の肥満者の割合が増加し、40～69 歳女性の肥満者の割合が変わらなかったことから、引き続き国の指標として設定されました。

本市の 20～69 歳男性の肥満率は増加しており、平成 27 度は 30.1%と国の目標値よりも高くなっており、また 40～69 歳女性の肥満者の割合は平成 27 年度では 19.1%となっています。(図 15)

図 15 男性（20～69 歳）及び女性（40～69 歳）の肥満(BMI25 以上)の割合の推移



(小城市一般健康診査及び国保特定健診結果)

目標項目		現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
肥 満 者 割 合 の 減 少	男性（20～69 歳）	30.1 %	27.0 %	一般健康診査及び 国保特定健診結果
	女性（40～69 歳）	19.1 %	17.0 %	

ii 朝食を家族と一緒に食べる人の割合の増加

家庭は、食生活の習慣が形成される場所でもあります。国内外の研究では、家族との共食頻度が低い小中学生で肥満・過体重が多いことが報告されており、思春期の共食頻度の高さがその後の食物摂取状況と関連するという報告もあります。

本市では、「早寝、早起き、朝ごはん」を推奨しており、健全な食習慣の確立につながるよう学童・思春期の共食を推進します。

平成 27 年度の調査では、本市は小学 5 年生では 82.6%に対して中学 2 年生では 63.2%と約 19%の差があります。

目標項目		現状 (H27 年)	目標 (H35 年)	データ ソース
朝食を家族の誰かと一緒に食べる人の割合の増加	小学 5 年生	82.6 %	84.0%	朝食等実態調査
	中学 2 年生	63.2 %	64.0%	

④ 栄養・食生活の対策

i ライフステージに対応した栄養指導

- ・食生活改善推進員による食生活改善に関する事業（幼児期・青年期・壮年期・高齢期）を推進します。
- ・一般健診や国保特定健診結果に基づいた、家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導を実施します。（青年期・壮年期・高齢期）
- ・健康相談・乳幼児健診において栄養指導を実施します。（乳児期・幼児期）
- ・「早寝、早起き、朝ごはん」を推進します。

ii 管理栄養士による高度で専門的な栄養指導の推進

- ・糖尿病や慢性腎臓病など医療による継続治療と共に、食事療法が重要であることから生活習慣病の重症化予防に向けて、一般健診および国保特定健診結果に基づいたきめ細やかな栄養指導を実施します。

(2) 身体活動・運動

① はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを指し、運動とは身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として行われるものを指します。身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機関（WHO）は、高血圧（13%）、喫煙（9%）、高血糖（6%）に次いで運動不足（6%）を、全世界の死亡に関する危険因子の第4位として認識しており、日本でも、身体活動・運動の不足は、喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。最近では、身体活動・運動が循環器疾患やがんなどの発症予防だけではなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などの社会生活機能の低下とも関係することも明らかになってきました。高齢者の運動器疾患が急増し、高齢者が要介護になる理由として増えていることから、運動器の障害のために自立度が低下して介護が必要となる危険性の高い状態が「ロコモティブシンドローム（運動器症候群*）」と定義されました。このように身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で身体活動・運動を実施できる環境づくりや、運動等の方法についての情報提供が求められています。

***ロコモティブシンドローム**

運動器（運動器を構成する主要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊柱の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系があり、これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている。）の障害のために自立度が低下、あるいはその危険があることを指す。ロコモティブシンドロームは、すでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

② 基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様な健康課題改善に繋がります。

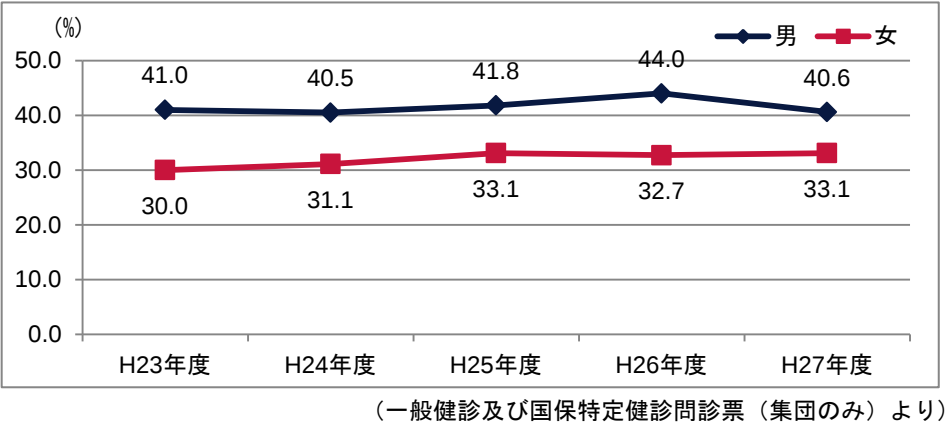
主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって日常生活の営みに支障が出ないようにするための身体活動・運動が重要になります。

③ 現状と目標

i 運動習慣者の増加の割合

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、運動習慣者の割合は、就労世代と比較して退職世代の方が明らかに多くなるといわれています。本市では女性より男性の運動割合が高く、経年で見ると男女共に横ばいで推移しています。（図 16）

図 16 1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上実施している割合の推移



介護状態となる主な原因の 1 つに、運動器疾患がありますが、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴となります。ライフステージの中で、骨・筋・神経は幼児期や学童期に発達していきませんが、高齢期には機能低下に向かいます。それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要です。

目標項目			現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
運動習慣者の割合の増加	男性	20～64 歳	28.1 %	30.0 %	一般健診及び国保特定健診結果 (集団のみ)
		65 歳以上	49.2 %	50.0 %	
	女性	20～64 歳	20.3 %	22.0 %	
		65 歳以上	44.4 %	46.0 %	

*運動習慣者とは 1 回 30 分以上、週 2 回以上、1 年以上継続している者

④ 身体活動・運動の対策

i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導を実施します。
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及を図ります。
- ・介護予防として地域で住民主体の体操の場を創っていきます。

ii 身体活動及び運動習慣の向上

- ・市の各課や関連機関が実施するスポーツ推進事業、介護予防事業への参加を勧奨します。
- ・おぎ^{あるく}ARK宣言に伴うラジオ体操・おぎあーも！体操の普及、ウォーキングの推奨をします。

(3) 休養

① はじめに

こころの健康を保つための心身の疲労回復と、充実した人生を目指すための休養は、重要な要素の一つです。十分な睡眠をとりストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立していくことが重要です。

② 基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。

労働や活動によって生じた心身の疲労を、休養で解消することにより、疲労からの回復や健康の保持を図ることが必要になります。

③ 現状と目標

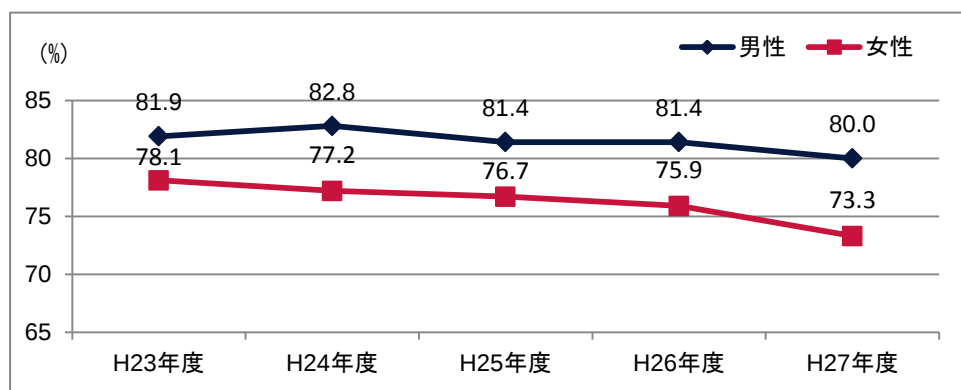
i 睡眠で休養が十分にとれている者の割合の増加

睡眠不足は疲労感をもたらし情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ事故のリスクを高めるなど生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状として現れることも多く、再発や再燃リスクも高めます。さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が、肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化の要因であることや、心疾患や脳血管疾患を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

このように、睡眠に関しては健康との関連データ集積により明らかになるため、「睡眠による休養が十分にとれている者の割合」を評価指標とします。

本市では、睡眠で休養が十分に取れている割合は、男性では横ばいですが女性は減少しています。(図 17)

図 17 睡眠で休養が十分に取れている人の割合の推移



(特定健診問診票(集団のみ)より)

目標項目		現状 (H27 年度)	目標値 (H35 年度)	データソース
睡眠で休養が 十分にとれて いる者の割合 の増加	男性	80.0 %	81.5 %	国保特定健診結果 (集団のみ)
	女性	73.3 %	76.0 %	

④ 休養対策

i 睡眠と健康との関連等に関する教育

- ・さまざまな保健事業の場で睡眠の必要性について健康教育や情報提供を行います。

(4) 飲酒

① はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、意識状態の変容を引き起こす到酔性や、慢性影響による臓器障害・依存性・妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

「健康日本 21」では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒を「一日あたり平均純アルコールで約 60 g を超える」と定義しました。

がん、高血圧、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題リスクは、1 日平均飲酒量とともにほぼ比例して上昇することが示されています。また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈（心臓を栄養している血管）疾患については、男性では 44 g/日（日本酒 2/日）、女性では 22 g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒で、リスクが高くなることが示されており、女性は男性に比べて一般に肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことも知られています。

世界保健機関（WHO）のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性 1 日 40 g を超える飲酒、女性 20 g を超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインでも許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 2 分の 1 から 3 分の 2 としています。そして、「健康日本 21（第 2 次）」において、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で 1 日平均 40 g 以上、女性で 20 g 以上と定義されました。

② 基本的な考え方

飲酒については、アルコールと健康問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

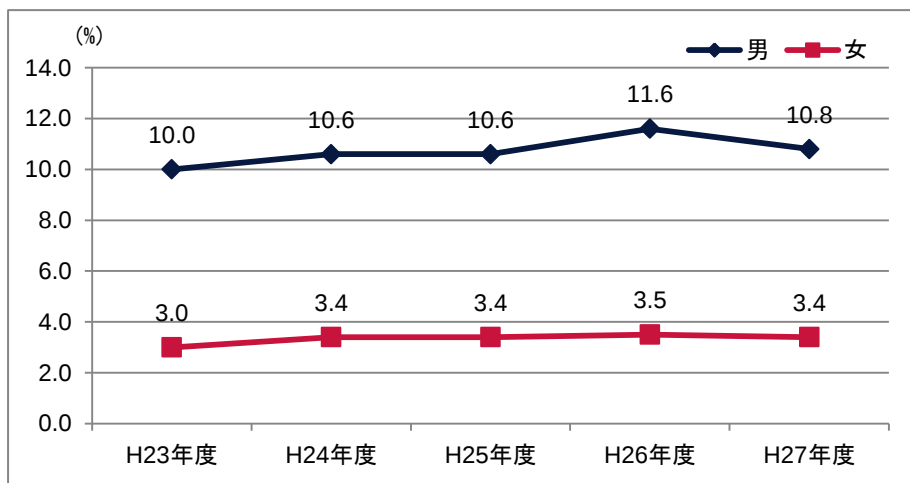
③ 現状と目標

i 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒としている人（1 日あたり純アルコールの摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上の者）の割合の減少

生活習慣病のリスクを高める飲酒量を、1 日の純アルコールの摂取量が男性で 40 g 以上、女性で 20 g 以上と定義し、多量飲酒の予防を図るため指標として設定します。

本市における国保特定健診受診者のうち多量飲酒している人の割合は、平成 23 年度より横ばいです。（図 18） 今後は国や県などとの正確な比較を行なったうえで、飲酒への対策を検討・推進していく必要があります。

図 18 多量飲酒をしている人(男性 2 合以上、女性 1 合以上)の割合の推移



(国保特定健診問診票 (集団のみ) より)

目標項目		現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
多量飲酒 (男性 2 合以上、 女性 1 合以上) をしている 人の割合の減少	男性	10.8 %	8.0 %	国保特定健診 結果(集団のみ)
	女性	3.4 %	2.5 %	

ii 肝機能異常者 γ -GT (γ -GTP) の割合の減少

飲酒量と関連が深い健診データである γ -GT については、保健指導判定値 (51～100IU/I) 者と受診勧奨判定値 (101 IU/I 以上) 者を合わせた 51IU/I 以上の者の割合は男女共に、横ばいとなっています。(表 6)

表 6 γ -GT 異常者の推移

① γ -GT が 51 IU/I 以上の者の割合

	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度
男性	27.7	26.6	24.9	27.2	24.2
女性	6.8	6.9	7.1	6.9	7.0

② γ -GT が受診勧奨判定値者の割合 (101 IU/I 以上) (再掲)

	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度
男性	9.2	9.4	6.8	10.1	7.8
女性	1.4	1.1	1.7	1.2	1.6

(小城市国保特定健診結果)

γ-GT 異常者は全体と比較して、男性ではメタボリックシンドローム予備群該当及び LDL を除いて、女性ではメタボリックシンドローム予備群該当及び血圧正常高値～Ⅰ度、LDL、尿酸を除いて異常率が高くなっています。

表 7 γ-GT 異常者(51 IU/I 以上)の検査項目別異常者数割合(H27 年度)

《男性》

男性	総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当				低 HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1,225	100.0%	281	22.9%	228	18.6%	337	27.5%	87	7.1%	287	23.4%
γ-GT 異常者	296	24.2%	109	36.8%	51	17.2%	110	37.2%	25	8.4%	133	44.9%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値～Ⅰ度		Ⅱ～Ⅲ度							
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
202	16.5%	162	13.2%	587	47.9%	73	6.0%	594	48.5%	95	7.8%	219	17.9%
55	18.6%	43	14.5%	160	54.1%	20	6.8%	130	43.9%	28	9.5%	87	29.4%

《女性》

女性	総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当				低 HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1,564	100.0%	138	8.8%	120	7.7%	307	19.6%	19	1.2%	190	12.1%
γ-GT 異常者	109	7.0%	24	22.0%	8	7.3%	35	32.1%	3	2.8%	27	24.8%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値～Ⅰ度		Ⅱ～Ⅲ度							
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
317	20.3%	117	7.5%	593	37.9%	51	3.3%	913	58.4%	41	2.6%	19	1.2%
23	21.1%	16	14.7%	36	33.0%	6	5.5%	63	57.8%	9	8.3%	1	0.9%

(国保特定健診結果)

飲酒は、肝機能の低下のみならず高血糖、高血圧、高尿酸の状態を招き、その結果血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

今後も個人の健診データと飲酒量を確認しながらアルコールと健診データとの関連についての保健指導が必要になりますが、飲酒の習慣はこれまでの文化や生活習慣の中で形成されたものであるため、飲酒に関する個人や地域の価値観を把握しながらの指導も必要です。

目標項目		現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
肝機能異常者 (γ -GT51IU/I 以上) 割合の減少	男性	24.2 %	24.0 %	国保特定健診 結果
	女性	7.0 %	6.9 %	

④ 飲酒対策

i 飲酒のリスクに関する教育・啓発

- ・ 健診結果説明会でアルコールの健康に及ぼす害や適正飲酒量、休肝日の必要性について個別指導を実施します。
- ・ 母子健康手帳交付、パパママ教室、乳幼児健診及び健康相談で健康教育や情報提供を行います。

(5) 喫煙

① はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。具体的には、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、COPD、糖尿病、周産期の異常（早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等）の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群（SIDS）の原因になります。

また、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。特に COPD は、国民の健康増進にとって極めて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分に認知されていません。しかし、その発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなる（「慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防・早期発見に関する検討会」の提言）ことから、たばこ対策の着実な実行が求められています。

② 基本的な考え方

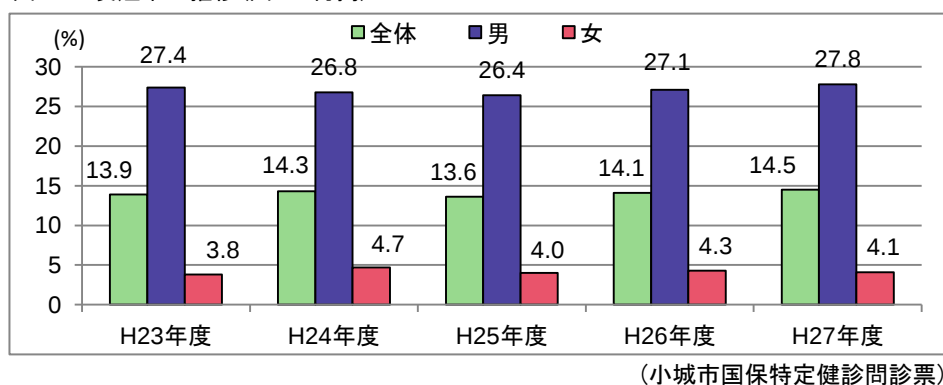
たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙の暴露状況の改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多く の 疾患における確立した原因であり、その対策を講じるにより、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防においても、大きな効果が期待できることから、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

③ 現状と目標

i 成人の喫煙率の減少

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから、評価指標として重要です。本市の国保特定健診における成人の喫煙率は横ばいです。（図 19）

図 19 喫煙率の推移（図 14 再掲）



たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけではやめたくてもやめられないことが多いため、今後は禁煙に取り組む人に対する支援と同時に、喫煙によるリスクがより高い人への健診データに基づいた支援が重要になります。

目標項目		現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
成人の喫煙 率の減少	男性	27.8 %	26.0 %	一般健診及び 国保特定健診 問診票
	女性	4.1 %	3.7 %	

ii 受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

受動喫煙の暴露状況の改善は、短期的に急性心筋梗塞や成人および小児の喘息等の呼吸器疾患による入院患者を減少させるなど、確実な健康改善が期待できます。

国においては、平成 15 年に施行された健康増進法において多数の者が利用する施設を管理するものに対し、受動喫煙防止のための措置を講じることが努力義務として規定されたほか、平成 22 年度の厚生労働省健康局長通知では、「今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべき」「官公庁や医療施設においては、全面禁煙することが望ましい」ことが示されました。

④ たばこ対策

i たばこのリスクに関する教育・啓発

- ・母子健康手帳交付、パパママ教室、乳幼児健診および相談、がん検診など、さまざまな保健事業の場での禁煙教育や情報提供を実施します。
- ・学校での禁煙教育を実施します。

ii 禁煙支援

- ・一般健診および国保特定健診の結果に基づいた禁煙支援、禁煙治療に向けた保健指導を実施します。

iii 受動喫煙対策

- ・受動喫煙防止を図るためにイエローカードの普及を推進します。
- ・公共施設の施設内禁煙を推進します。

(6) 歯・口腔の健康

① はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり身体的な健康のみならず精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。また、歯の喪失による咀嚼機能や嚥下機能の低下は、多面的な影響を与え、最終的に生活の質に大きく関与します。平成23年8月に施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律」の第1条においても、「歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしている」ことが定められています。

すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」は、以前から展開されているところですが、超高齢社会の進展も踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持に繋がると考えられます。歯の喪失の主な原因疾患は、う歯（むし歯）と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う歯と歯周病の予防は必須の項目です。幼児期や学齢期からの生涯にわたるう歯予防に加え、近年いくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている成人における歯周病予防の推進が不可欠です。

② 基本的な考え方

歯の喪失は健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、歯の喪失を予防するためには、「う歯予防」及び「歯周病予防」をより早い年代から始める必要があります。これらの予防により生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

③ 現状と目標

i 歯周病検診受診者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与します。特に定期的な歯科検診は、成人期の歯周病予防において重要な役割を果たしており、自身の歯・口腔の健康状態の把握を可能とし、個人のニーズに応じた歯石除去や歯面清掃、個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアにも繋がっていきます。まずは一定の年齢を対象とした歯周病検診の対象者を拡大し、実施を継続します。

ii 進行した歯周炎を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

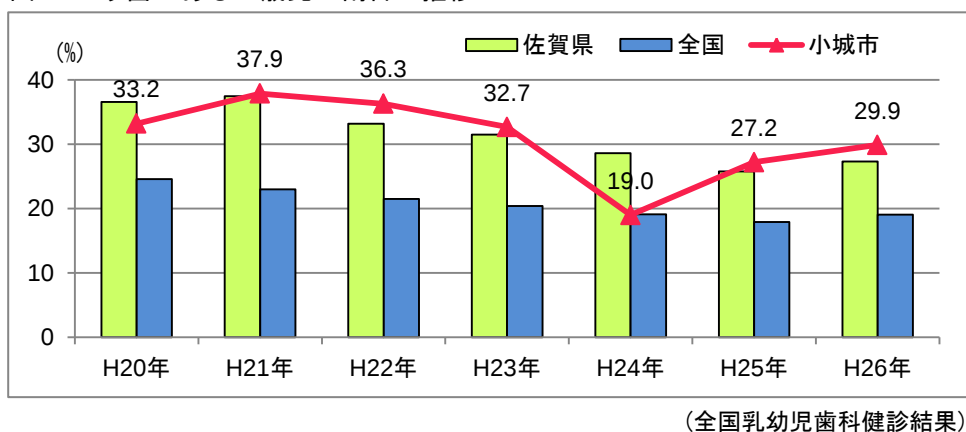
また近年、歯周病について糖尿病や循環器疾患との関連性が指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つでもあります。

本市では、健康増進法に基づく歯周病検診の対象年齢に 40 歳及び 50 歳・血糖値が高く過去一年間歯科受診歴がない方を対象に実施しています。今後も節目の年齢である 40 歳および 50 歳を対象に歯周病検診を実施することで、その後の定期的な歯科検診受診への動機づけを図ります。

iii 幼児・学童期のう歯のない者の増加

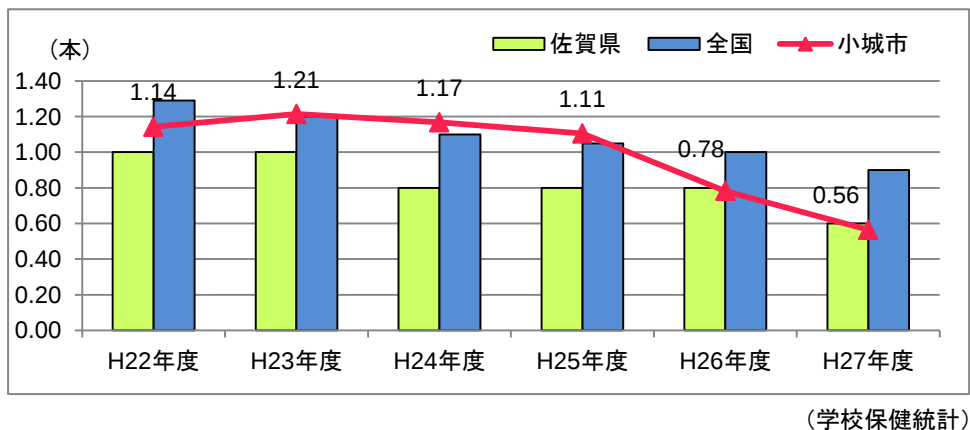
本市の 3 歳児でう歯がある子どもの割合は、微減していますが、全国や佐賀県と比べると高い割合になっています。(図 20)

図 20 う歯がある 3 歳児の割合の推移



また永久歯の代表的評価指標である「学齢期の(12 歳児) 1 人平均う歯数」は、本市では平成 24 年度より減少傾向にあります。(図 21)

図 21 学齢期の(12 歳児) 1 人平均う歯数



生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である 3 歳児のう歯の改善は幼児の健全な育成のために不可欠です。乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、生まれてくる子どもの歯の健康に関する意識を妊娠中から持つ必要があります。また、妊娠中に罹患しやすくなる歯周病予防が重要です。

目標項目	現状 (H26 年)	目標 (H35 年)	データソース
幼児期（3 歳児）のう歯の罹患率減少	29.9 %	25.0 %	全国乳幼児歯科健診結果

目標項目	現状 (H28 年)	目標 (H35 年)	データソース
学齢期の（12 歳児）1 人平均う歯数の維持	0.56 本	0.56 本	定期健康診断による歯科疾患調査集計表

④ 歯・口腔の対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策

- ・パパママ教室では歯科教育を実施します。
- ・1 歳以上の幼児を対象にフッ化物塗布及び歯科健診を行います
- ・就園児（年中以上）を対象にフッ化物洗口事業を行います。
- ・就園児の保護者及び祖父母を対象に歯科教育を行います。

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・小中学校でフッ化物洗口事業を行います。
- ・歯周病検診を実施します。
- ・市報に歯周病予防に関する情報を掲載します。
- ・さまざまな保健事業の場で歯科のかかりつけ医を持つことを推奨します。
- ・高齢者に対して一般介護予防事業の中で口腔機能の指導を行います。

3. 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病を予防すると共に、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくことが重要です。社会生活を営むための必要な機能を維持するために、身体健康と共に重要なものがこころの健康です。その健全な維持は個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、健やかな心を支える必要があります。

また高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取り組みも必要となるため、次の取り組みを推進します。

(1) こころの健康

① はじめに

「こころの健康」は、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。しかし、「こころの健康」を保つには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要となります。

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、「こころの健康」に欠かせない要素となっています。また健やかなこころを支えるためには、「こころの健康」を維持するための生活や、こころの病気への適切な対応について多くの人々が理解することが不可欠です。代表的なこころの病気であるうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患であり、自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

「こころの健康」を守るためには社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識や行動の変容による「こころの健康」を維持するための取り組みに焦点をあてます。

② 基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、価値観の多様化が進む中で誰もがこころの健康を損なう可能性があります。そのため、市民一人ひとりがこころの健康問題の重要性を認識するとともに、自分や周囲の人の心の不調に気づき、適切に対処できるようにしていくことが重要です。各自がストレス対処方法を知り、実践できるよう普及・啓発を図ります。

③ 現状と目標

i 自殺者の減少

本市の平成 23 年度からの自殺死亡者の累計を見てみると、毎年 8～10 人の方が亡くなっており、どの年代も女性より男性の死亡者数が多くなっています。(図 22)

図 22 自殺者数の推移

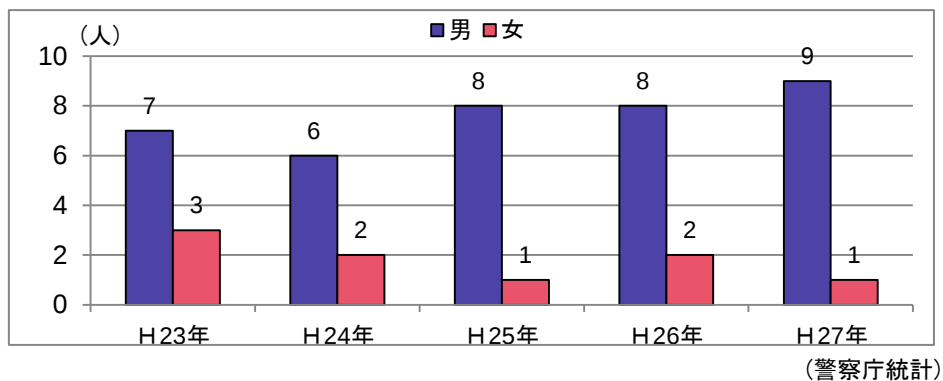


図 23 平成 23 年から 27 年の自殺者の年齢内訳 (男性 38 人, 女性 9 人)

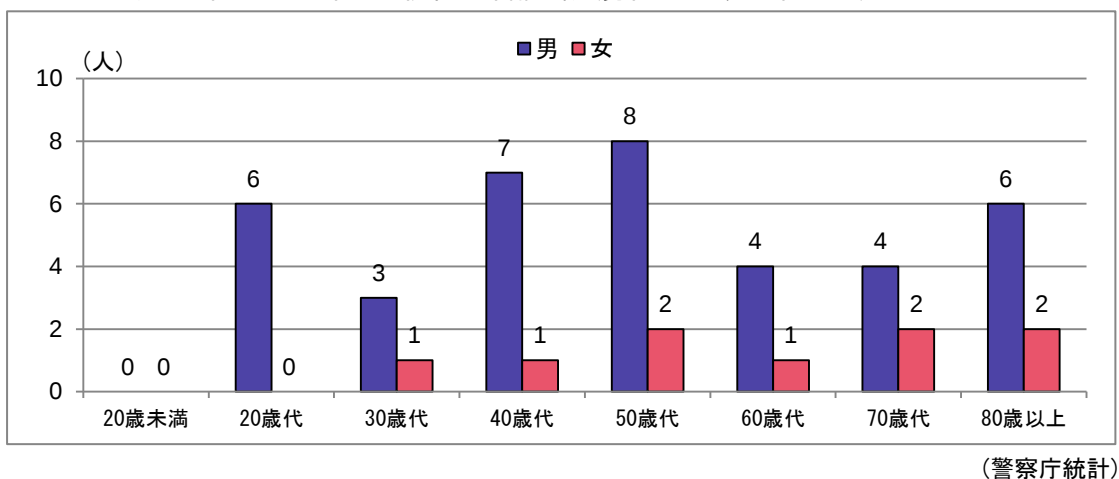
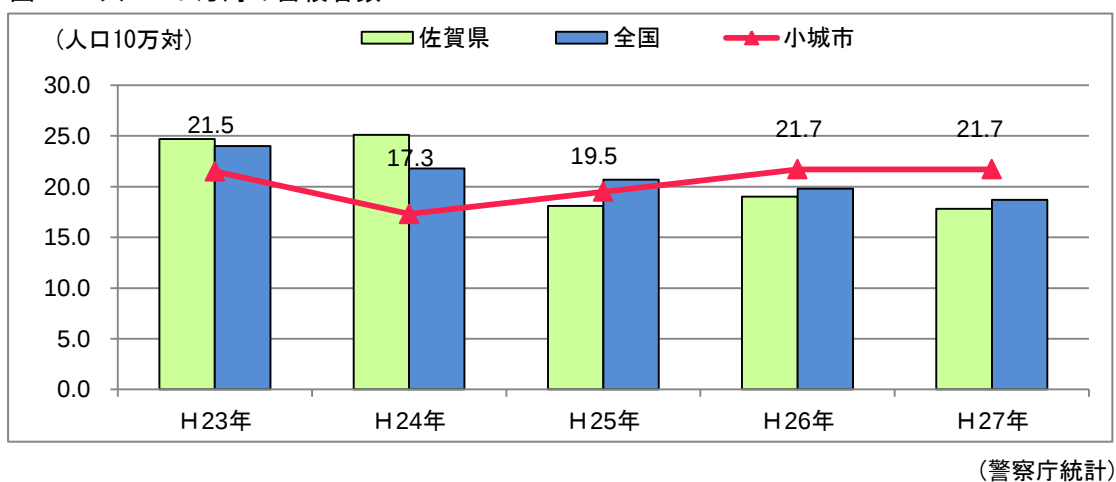


図 24 人口 10 万対の自殺者数

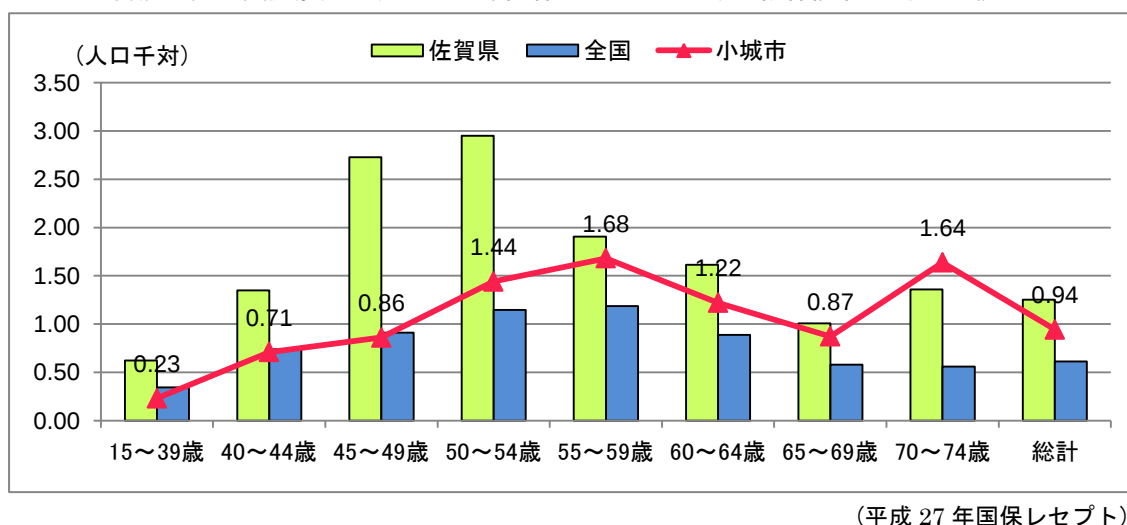


世界保健機関 (WHO) によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの 3 種の精神疾患の早期発見・早期治療を行うこと

により自殺率を引き下げることができるとされています。しかし、現実にはこころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

本市の国民健康保険におけるうつ病での診療状況を見ると、70歳代において全国や県よりも高い受療率となっています。(図 25) 性別やライフステージ毎の課題に対応できる体制の整備が必要です。

図 25 年齢別うつ病診療状況(平成 27 年国保レセプトから) 被保険者千対の比較



目標項目	現状 (H27 年)	目標 (H35 年)	データソース
自殺者の減少 (人口 10 万人対)	21.7 人	20 人以下	警察庁統計

④ こころの健康対策

i こころの健康に関する教育・啓発

- ・さまざまな保健事業の場での健康教育や情報提供を行います。
- ・ゲートキーパー的な役割を担う人材の育成に努めます。
- ・ワークライフバランスを推進します。

ii 専門家による相談事業

- ・地区担当保健師による訪問指導を実施します。
- ・県や関係機関との連携により相談対応を行います。

(2) 次世代の健康

① はじめに

生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには妊娠中や子どもの頃からの健康、つまり次世代の健康が重要です。特に低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告があることから、低出生体重児の割合を減少させることが必要です。このため妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行い、子どもの健やかな発育とよりよい生活習慣を形成することで、成人期・高齢期の生涯を通じた健康づくりを推進していくことに繋がります。

② 基本的な考え方

i 生活習慣の確立

子どもの健やかな発育には、子どもの適正体重の維持や正しい食習慣や運動・スポーツ習慣の定着が必要です。また、子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20歳代の女性のやせ、肥満の減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

ii 生活習慣病予防

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

③ 現状と目標

i 全出生児中の低出生体重児の割合の減少

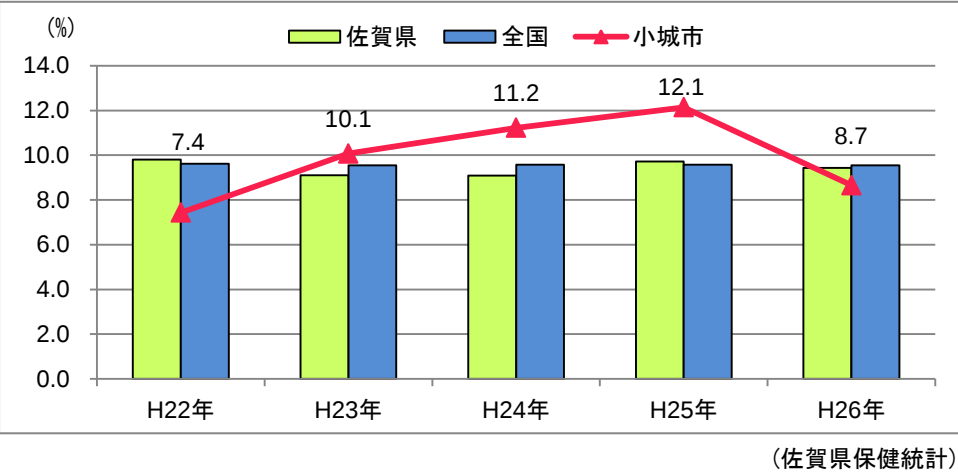
低出生体重児は、神経学的・身体的合併症の他、将来の糖尿病や高血圧の生活習慣病を発症しやすいとの報告があります。

本市では平成22年度より増加傾向にありましたが、平成26年には8.7%と減少しています。（図26）今後も低出生体重児の出生割合を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病予防のために妊娠前からの保健指導も必要となります。

*低出生体重児

出生体重が2,500グラム未満の児

図 26 全出生児に占める低出生体重児の割合の推移



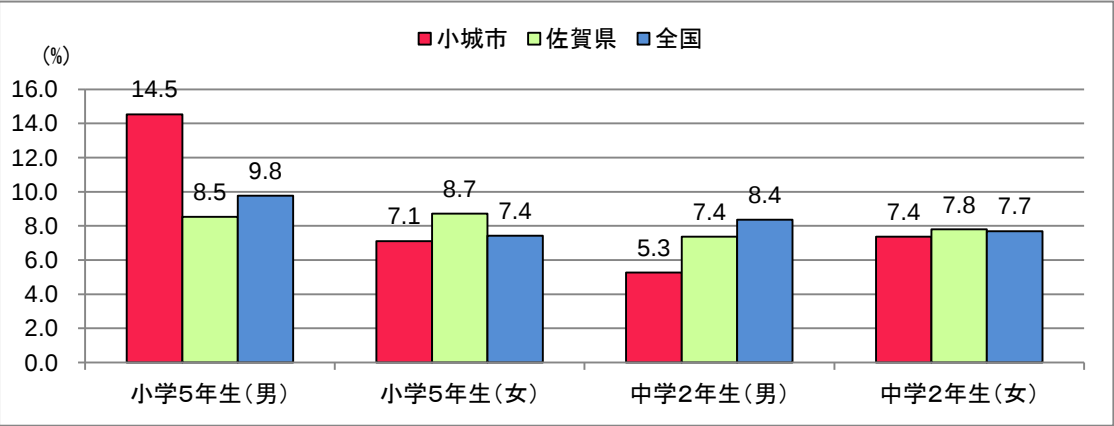
目標項目	現状 (H26 年)	目標 (H35 年)	データソース
低出生体重児の減少	8.7 %	8.0 %以下	小城市出生届

ii 肥満傾向にある子ども(中等度・高度肥満児傾向)の割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

国は小学 5 年生を指標年齢としていますが、本市の小学 5 年生の肥満児傾向は男子のほうが女子よりも肥満傾向児の出現は高くなっており、全国・佐賀県と比較しても平均より高い状況です。(図 27)

図 27 小中学生の肥満傾向児の割合の状況



(*佐賀県・全国は学校保健統計調査 小城市は平成 2 7 年度定期健康診断より)

肥満度＝[実測体重(kg)－身長別標準体重(kg)]／身長別標準体重(kg)×100(%)

※肥満児傾向とは肥満度 20%以上の者

将来の生活習慣病発症へと繋がらないよう、養護教諭などの学校関係者と共通認識を持ち、連携した取組みを展開していく必要があります。

目標項目			現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
肥満児傾向にある子ども（中等度・高度肥満傾向児）の割合の減少	小学 5 年生	男子	14.5 %	10.0 %	平成 27 年度 定期健康診断 による疾病異 常被患調査表
		女子	7.1 %	7.0 %	
	中学 2 年生	男子	5.3 %	5.0 %	
		女子	7.4 %	7.0 %	

④ 次世代の健康対策

i 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- ・妊産婦では、母子健康手帳交付時に自分のからだに合わせた生活習慣（食事など）の保健指導を行います。また、飲酒・喫煙の実態把握を行い、禁酒・禁煙の保健指導を行います。
- ・乳幼児では、乳幼児健診や健康相談において栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた保健指導を行います。
- ・感染症予防対策として予防接種の接種率向上を図ります。
- ・地域の団体等と連携し、食育事業の推進を図ります。
- ・市内小中学校と課題の共有を図ります。

ii 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進

- ・妊産婦の、妊婦健診の結果（妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等）を把握し、生活習慣病予防のための保健指導を行います。
- ・20 歳から 39 歳の一般健診の受診を勧めます。

(3) 高齢者の健康

① はじめに

急激な高齢化が進んでいる中で今後 10 年先を見据えた時には、高齢者の健康づくりが重要となります。

ライフステージに応じた生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組むことで、高齢期の虚弱化を予防または先送りし、個々の高齢者の生活の質の向上を図っていくことが求められています。

② 基本的な考え方

高齢化に伴う機能の低下を遅らせ健康寿命の延伸を実現するためには、生活習慣病や運動器疾患を予防することで、日常生活を営むための機能を可能な限り維持していくことが重要です。

「1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」、「2. 生活習慣及び社会環境の改善」に掲げた対策に取り組むことが重要になります。

③ 現状と目標

i 認知機能低下ハイリスク高齢者の抑制

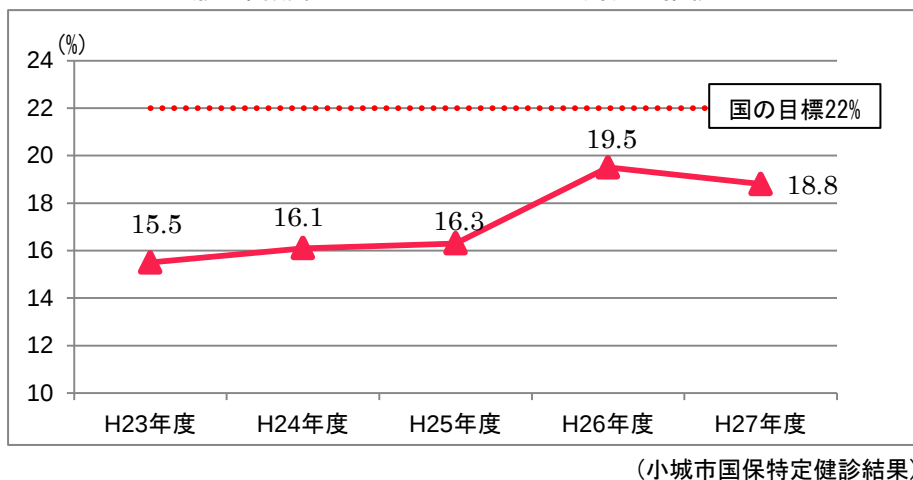
高齢化の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されています。また認知症とはいえないが、加齢に伴う範囲を超えた認知機能低下がみられる「軽度認知障害」と呼ばれる状態の高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことがわかっています。軽度認知障害の高齢者に対しては、運動などに関する様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっています。

ii 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の減少

高齢期の適切な栄養摂取は、生活の質のみならず身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上で極めて重要です。

本市における 65～74 歳の国保特定健診を受診した人のうち BMI 20 以下の人の割合は、平成 34 年度の国の目標値（22%）よりも低い値で推移していますが、平成 27 年度を除く年度で増加傾向が見られており、対策が必要です。（図 28）

図 28 65～74 歳の高齢者の BMI 20 以下の人の割合の推移



目標項目	現状 (H27 年度)	目標 (H35 年度)	データソース
低栄養傾向（BMI 20 以下） の高齢者の割合の減少	18.8 %	16.0 %	国保特定健診結果 (65～74 歳)

④ 高齢者の健康対策

i 認知機能低下の予防

- ・ 青壮年期からの生活習慣病の発症予防と重症化予防を徹底することで、認知機能低下の予防を推進します。
- ・ 認知機能低下者が健康を維持しながら、できる限り介護を必要とせず、いきいきと過ごし認知症の発症時期を遅らせることができるよう、各種介護予防事業との連携を図ります。

ii 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の減少するための施策

- ・ 健康相談、健診結果説明会による栄養指導を行います。

第5章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進

(1) 活動展開の視点

健康増進に向けた取り組みを進めるための基本は、科学的根拠に基づく個人の身体状況（健診結果）をよく見ていくことです。

一人ひとりの体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

市民一人ひとりの生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

市では市民一人ひとりの健康増進活動を支えながら、個人の身体に対する理解や考え方を深め、確かな自己管理能力が身につくように支援を積極的に進めます。

同時に、ともに生活を営む家族や地域の習慣や特徴など、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、市民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康長寿につながる地域づくりができる地域活動を推進します。

(2) 関係機関との連携

ライフステージを通じた市民の健康の実現を目指し、市民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくため、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり推進協議会の構成団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等の協働による健康づくりを進めます。