

健康うきは21

平成25年
うきは市

目 次

序 章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. 計画の性格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
3. 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
4. 計画の対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第Ⅰ章 うきは市の概況と特性

1. 市の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
2. 健康に関する概況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
3. 市の財政状況に占める社会保障費・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 取組主体別の目標項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
2. 生活習慣病の予防・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
 - (1) がん・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
 - (2) 循環器疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
 - (3) 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
 - (4) 慢性腎臓病（CKD）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46
 - (5) 介護予防・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 48
 - (6) 歯・口腔の健康・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
3. 生活習慣・社会環境の改善・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54
 - (1) 栄養・食生活・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54
 - (2) 身体活動・運動・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65
 - (3) 飲酒・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70
 - (4) 喫煙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 73
 - (5) 休養・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 75
4. 母子保健・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76
5. こころの健康・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 83
6. 目標の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89

—— 特定健康診査等実施計画と重なる部分

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92
 - (1) 活動展開の視点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92
 - (2) 関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上・・・・・・・・・・・・・・ 94

序章 計画策定にあたって

序章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

平成 12 年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本 21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取組が推進されてきました。

今回、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本 21(第二次))」(以下「国民運動」という。)では、21 世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約 3 割となる中で、高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、疾病による負担が極めて大きな社会になる』と捉え、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組みを推進するために、下記の 5 つの基本的な方向が示されました。

- (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(NCD の予防)
- (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、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

また、これらの基本的な方向を達成するため、53 項目について、現状の数値とおおむね 10 年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、表 1 のように考え、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康うきは 21 を策定します。

参考 基本的な方向の概略

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

（２）主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD(慢性閉塞性肺疾患)に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

国際的にも、これらの疾患は重要な NCD(Non Communicable Disease)として対策が講じられている。

* NCD について

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾患(NCD)は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。これらの疾患は、共通する危険因子(主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒)を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関(WHO)では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

今後、WHO において、NCD の予防のための世界的な目標を設定し、世界全体で NCD 予防の達成を図っていくこととされている。

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

乳幼児期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取組を総合的に支援していく環境の整備。

（５）栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

表 1

ライフサイクルを横軸において構造化、目標項目をおとしてみました

□ 目標項目（53項目）

全体目標	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小		次世代の健康				高齢者		死亡	
			胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳		75歳
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	が ん	□がん検診の受診率の向上							□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患	□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制							□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
		糖尿病	□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少							□合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
		慢性閉塞性肺疾患（COPD）	□慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度の向上							
	生活習慣	栄養・食生活	□食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 □健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加			□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加			□低栄養傾向（BM20）の高齢者の割合の減少	
		身体活動・運動	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加			□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加				
		飲 酒	□妊婦中の飲酒をなくす			□未成年者の飲酒をなくす			□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	
		喫 煙	□妊婦中の喫煙をなくす □受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少			□未成年者の喫煙をなくす			□成人の喫煙者の減少	
		歯・口腔の健康	□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加			□過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少 □歯の喪失防止			□口腔機能の維持・向上	
		社会機能の維持及び向上に必要な	社会生活維持・必要社会機能の	高齢者の健康	□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下・ハイリスク高齢者の把握率の向上					
	こころの健康		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加			□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			□自殺者数の減少	
			休 養	□睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少						

個人の取組では解決できない
地域社会の健康づくり

□地域のつながりの強化
□健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
□健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
□健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
□健康格差対策に取り組む自治体の増加

2. 計画の性格

この計画は、うきは市総合計画を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「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」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定するうきは市国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします（表1）

表2

法 律	福岡県が策定した計画	うきは市が策定した計画
健康増進法	いきいき健康ふくおか21	健康うきは21
次世代育成対策推進法	出会い・子育て応援プラン	うきは市次世代育成支援後期行動計画
食育基本法	ふくおかの食と農推進基本指針	うきは市食と農と健康を結ぶ第2次食育推進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	福岡県医療費適正化計画	うきは市国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	福岡県がん対策推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律	いきいき健康ふくおか21	
介護保険法	福岡県高齢者保健福祉計画	うきは市高齢者保健福祉計画
母子保健法	福岡県保健医療計画	

3. 計画の期間

この計画の目標年次は平成34年度とし、計画の期間は平成25年度から平成34年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全市民を対象とします。

第 I 章 うきは市の概況と特性

第Ⅰ章 うきは市の概況と特性

1. 市の概要

(1) 位置と地勢

うきは市は福岡県の南東部に位置し、西は久留米市、南は八女市、北は朝倉市、東は大分県日田市と接しています。

地形的には、南に耳納連山を抱き、北に「筑紫次郎」と称される筑後川が流れている自然に恵まれた地域です。耳納連山を源流とする巨瀬川、小塩川、隈上川が市内部を流れ、筑後川に注ぎ込んでいます。

うきは市は、筑後川の南に広がる平坦部、平坦部と山間部との間にある山麓部、耳納連山に属する山間部に区分されます。平坦部は肥沃な水田地帯が広がり、山麓部には果樹地帯が形成され、山間部は棚田などを含む森林となっています。

(2) 気候

気候区分では、太平洋岸気候区に属しており、平坦部における年平均気温は16℃程度、年間降水量は2,100ミリ程度で、気候条件には恵まれています。

(3) 面積

市域は、東西13km、南北11.8kmで面積は117.55km²です。地目別にみると、耕地29.80km²、宅地7.79km²、森林58.97km²となっており、約75.51%が、森林・耕地といった自然豊かな地域となっています。

(4) うきは市の特色

【自然】4つの全国百選があります。名水百選「清水寺の清水湧水」、水源の森百選「滝のある水源の森（調音の滝公園一帯）」、棚田百選「つづら棚田」、疎水百選「大石用水」。美しい水を育ててきたうきはの歴史の象徴です。

【農業】耳納連山と筑後川の間に、温暖な気候に恵まれ、肥沃な農業地帯が広がっています。いちご、桃、ぶどう、梨、柿などのフルーツ生産をはじめ、米やお茶、ハウス施設を使ったトマトや花卉の生産も盛んです。

【産業】伝統的地場産業として、木工業や製麺、醤油等があります。また、工業団地への企業誘致を進め、現在、工作機械や船舶部品工場、自動車部品工場など十数社が進出し操業しています。

【文化財】吉井町の白壁土蔵の町並みが、また浮羽町の山間部では、棚田と井手がみられる川沿いの集落が「重要伝統的建造物群保存地区」として選定されており、見どころの一つになっています。

【名産・特産品】浮羽麺、フルーツ（柿、梨、ぶどう、いちご、桃）、トマト、カーネーション、バラ、民陶一の瀬焼、地酒、茶、棚田米、荒物、しいたけ

【郷土料理】だご汁、がめ煮、流川レンコンのほっこり煮、やまめ料理、あゆ料理

2. 健康に関する概況

表 1 市の健康に関する概況

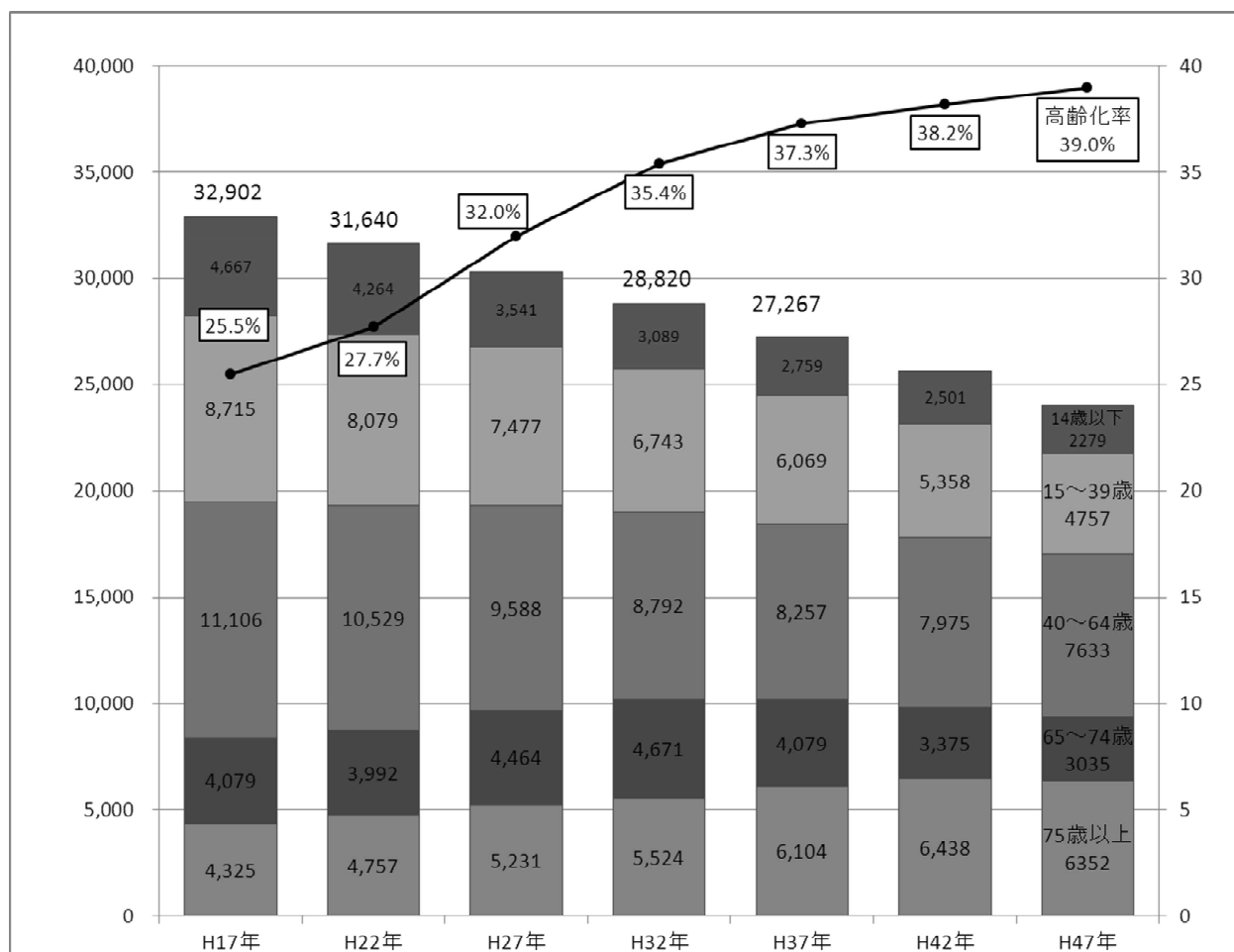
			全国				福岡県				うきは市			
1	総人口(H21)		127,510,000				5,066,856				31,657			
2	65歳以上人口(H21)		29,005,000				1,109,780				8,765			
3	高齢化率(H21)		22.7 %				21.9 %				27.7 %			
4	平均寿命(H17)	男性	78.8				78.4 (全国31位)				78.0 (県内31位)			
		女性	85.8				85.9 (全国23位)				86.1 (県内22位)			
5	死亡統計(H22)		合計(人)		男性	女性	合計(人)		男性	女性	合計(人)		男性	女性
			1,197,012	633,700	563,312	46,996	24,231	2,318	373	196	177			
6	早世予防からみた死亡 (0～64歳) (H22)		合計		男性	女性	合計		男性	女性	合計		男性	女性
			176,549	119,965	56,584	7,073	4,755	2,318	50	33	17			
			14.7%	18.9%	10.0%	15.1%	19.6%	10.2%	13.4%	16.8%	9.6%			
7	死因別死亡数 (H21)	順位	原因	実人数	10万対	65歳未満	原因	実人数	10万対	65歳未満	原因	実人数	10万対	65歳未満
		第1位	悪性 新生物	344,105	129.4	39.1%	悪性 新生物	14,312	138.7	19.8%	悪性 新生物	101	119.9	11.9%
		第2位	心疾患	180,745	54.4	11.5%	心疾患	5,584	41.1	9.0%	心疾患	59	56.6	8.5%
		第3位	脳血管 疾患	122,350	37.2	7.8%	肺炎	4,656	29.6	3.3%	脳血管 疾患	52	43.0	5.8%
		第4位	肺炎	112,004	28.0	2.1%	脳血管 疾患	4,404	34.2	11.5%	肺炎	38	31.9	2.6%
		第5位	老衰	38,670	7.2	0%	不慮の 事故	1,636	18.2	28.5%	腎不全	14	10.6	0%
8	生活保護 (H22)	生活保護率	15.2‰				24.6‰ (全国1位)				14.5‰ (県内34位)			
		医療扶助率	79.59%				85.36% (全国4位)				87.09%			
9	国保の状況 (H21)	被保険者総数	36,058,660 人				1,338,187 人				10,513 人			
		一般	34,183,408 人				1,271,871 人				10,064 人			
		退職	1,875,252 人				66,316 人				449 人			
		加入率	38.1 %				35.0 %				48.2 %			
		収納率	88.01 %				89.93 %				94.48 %			
		一人あたり医療費	289,885				324,430		全国14位		317,584		県内39位	
		一般	285,399				319,565		全国14位		315,028		県内35位	
	退職	371,663				417,737		全国3位		374,859		県内46位		
10	後期高齢者医療費 (H22)		904,795				1,146,623		全国1位		1,051,630		県内49位	
11	介護保険の状況 (H21)	1号被保険者	28,917,121 人				1,106,245 人				8,868 人			
		1号認定者	4,696,384 人				197,271 人				1,397 人			
		1号認定者／1号被保険者	16.2 %				17.8 %				15.8 %			
		2号被保険者	42693000 人				1,663,742 人				10,452 人			
		2号認定者	149,558 人				5,764 人				37 人			
		2号認定者／2号被保険者	0.40 %				0.34 %				0.4% %			
12	介護保険の状況 (H21)	要介護認定者	4845942 人				190,974 人				1,434 人			
		介護度別 内訳	要支援1・2	1,252,042	25.8%		59,972	31.4%		398	27.7%			
			要介護1	847,117	17.5%		40,518	21.2%		322	22.5%			
			要介護2	848,961	17.5%		33,012	17.3%		203	14.2%			
			要介護3	712,604	14.7%		27,068	14.2%		175	12.2%			
			要介護4	625,961	12.9%		23,309	12.2%		189	13.2%			
			要介護5	559,257	11.5%		19,156	10.0%		147	10.3%			
13	特定健診 (H22)	受診者/対象者	7,169,761/22,419,244				213,854/807,101				2,405/6,542			
		受診率	32.0%				26.5% (全国39位)				36.8% (県内11位)			
14	特定保健指導 (H22)	実施者/対象者	242,911/953,535				10,853/29,581				86/338			
		実施率	25.5%				36.7% (全国4位)				25.4% (県内48位)			
15	透析患者状況 (H22)	患者総数	総数	100万対		総数	100万対		総数	100万対				
糖尿病性腎症		297,126	2,320.3		13,438	2,649.5		83	2,623.3					
		患者数	糖尿病性腎症		患者数	糖尿病性腎症		患者数	糖尿病性腎症					
			人数	割合		人数	割合		人数	割合				
16	透析患者状況 (H22)	総数	297,126	102,788	34.6	13,438			83	26	31.3			
		新規導入	37,532	16,271	43.4				10	5	50.0			

(1) 人口構成

うきは市の人口(国勢調査)は、平成 17 年には 32,902 人でしたが、平成 22 年には 31,640 人となり減少傾向にあります。人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 22 年までの 5 年間に、1,616 人減少しているのに対して、65 歳以上人口は、同期間で 345 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 25.5%でしたが、平成 22 年には 27.7%となり、5 年間で 2.2 ポイント高くなっており、全国(23.0%)や県(21.9%)に比べて高齢化が進行しています。生産年齢人口(15 歳～64 歳)・年少人口(0 歳～14 歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図 1)

図 1 人口の推移と推計(平成 20 年 12 月推計)



資料：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市町村別将来推計人口」(平成 20 年 12 月推計)

(2) 死亡

うきは市の死亡状況を経年で見ると、平成 20 年と平成 21 年に変化が見られましたが、平成 22 年は悪性新生物が 1 位、心疾患が 2 位、肺炎が 3 位となっています。

また、早世(64 歳以下)死亡の減少については、平成 17 年との比較では減少しており全国と比べ、低い割合となっています。(表 3)

早世死亡の死因は悪性新生物が 1 位で、2 位が平成 20 年は自殺、平成 21 年は心疾患となっています。

表 2 うきは市の主要死因の変化

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
	原因(10万対)	原因(10万対)	原因(10万対)	原因(10万対)	原因(10万対)	原因(10万対)
総数	390	380	401	422	383	373
第1位	悪性新生物 349.5	悪性新生物 305.2	悪性新生物 364.6	悪性新生物 363.1	悪性新生物 319.0	悪性新生物 360.3
第2位	心疾患 185.4	心疾患 171.1	心疾患 118.5	脳血管疾患 178.4	心疾患 186.4	心疾患 180.1
第3位	肺炎 148.9	肺炎 131.2	肺炎 169.9	心疾患 140.8	脳血管疾患 164.3	肺炎 158.0
第4位	脳血管疾患 124.6	脳血管疾患 73.7	脳血管疾患 108.2	肺炎 134.6	肺炎 151.6	脳血管疾患 145.3
第5位	不慮の事故 48.6	不慮の事故 39.5	腎不全 34.0	不慮の事故 68.9	腎不全 44.2	不慮の事故 50.5

表 3 65 歳未満の死亡状況

		平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
うきは市	合計	63	47	60	50	31	50
		16.2%	12.4%	15.0%	11.8%	8.1%	13.2%
	男性	45	32	36	33	21	32
		21.4%	16.4%	17.9%	14.8%	11.5%	16.8%
	女性	18	15	24	17	10	17
		10.0%	8.1%	12.0%	8.5%	5.0%	9.6%
	原因内訳	悪性新生物			15	11	
		心疾患			2	5	
		脳血管疾患			4	3	
		肺炎			1	1	
		不慮の事故			8	3	
		腎不全			0	0	
		自殺			8	3	
県	合計	18.1%					14.9%
全国	合計	17.6%					14.5%

表 4 65 歳未満死亡の割合（都道府県順位）

	総数				男				女				
	平成17年		平成22年		平成17年		平成22年		平成17年		平成22年		
1	沖縄	22.9	沖縄	20.9	沖縄	29.9	沖縄	27.5	埼玉	16.8	沖縄	13.3	1
2	埼玉	22.5	埼玉	18.2	埼玉	27.0	埼玉	22.2	神奈川	15.7	埼玉	13.2	2
3	神奈川	21.5	千葉	16.9	大分	26.4	千葉	21.0	千葉	15.6	神奈川	12.3	3
4	大阪	21.4	神奈川	16.8	千葉	26.0	大阪	20.9	大阪	15.4	千葉	12.1	4
5	千葉	21.4	大阪	16.7	神奈川	25.9	東京	20.7	沖縄	15.0	大阪	11.7	5
6	東京	19.7	東京	16.4	青森	24.6	青森	20.5	北海道	14.2	北海道	11.7	6
7	愛知	19.6	青森	15.9	東京	24.6	神奈川	20.4	愛知	13.8	東京	11.4	7
8	北海道	19	愛知	15.7	愛知	24.5	茨城	20.0	東京	13.7	愛知	11.1	8
9	青森	19	北海道	15.7	福岡	23.8	栃木	19.9	兵庫	12.8	青森	10.6	9
10	福岡	18.4	茨城	15.5	茨城	23.1	福岡	19.6	茨城	12.7	栃木	10.4	10
11	茨城	18.3	栃木	15.4	兵庫	22.9	愛知	19.5	★全国	12.4	茨城	10.3	11
12	兵庫	18.2	福岡	15.1	北海道	22.9	北海道	19.1	静岡	12.4	福岡	10.2	12
13	★全国	18	★全国	14.8	栃木	22.8	★全国	18.9	奈良	12.4	★全国	10.0	13
14	栃木	18	兵庫	14.6	宮城	22.7	宮城	18.8	福岡	12.4	兵庫	10.0	14
15	宮城	17.8	群馬	14.2	★全国	22.7	兵庫	18.7	栃木	12.3	静岡	9.7	15
16	静岡	17.3	宮城	14.1	奈良	21.6	長崎	18.6	青森	12.1	奈良	9.7	16
17	奈良	17.3	長崎	13.8	群馬	21.6	群馬	18.5	滋賀	12.1	うきは市	9.6	17
18	群馬	16.9	京都	13.8	鳥取	21.5	京都	18.2	岐阜	11.9	滋賀	9.5	18
19	滋賀	16.7	石川	13.8	静岡	21.4	愛媛	18.1	宮城	11.9	群馬	9.5	19
20	京都	16.6	静岡	13.8	京都	21.3	広島	18.1	群馬	11.6	京都	9.3	20
21	広島	16.5	滋賀	13.7	長崎	21.2	石川	18.0	京都	11.6	石川	9.2	21
22	石川	16.3	広島	13.6	滋賀	21.0	福島	18.0	石川	11.5	宮崎	9.0	22
23	岐阜	16.3	愛媛	13.6	うきは市	21.0	山梨	17.8	広島	11.4	岩手	8.9	23
24	長崎	16.2	岩手	13.5	広島	20.8	岩手	17.7	長崎	10.7	宮城	8.9	24
25	うきは市	16.2	山梨	13.4	石川	20.7	滋賀	17.7	宮崎	10.6	岐阜	8.9	25
26	鳥取	15.8	福島	13.3	高知	20.6	宮崎	17.6	愛媛	10.6	長崎	8.9	26
27	宮崎	15.7	宮崎	13.3	宮崎	20.5	鹿児島	17.5	岩手	10.5	広島	8.8	27
28	岩手	15.7	うきは市	13.2	愛媛	20.2	静岡	17.5	三重	10.5	愛媛	8.7	28
29	高知	15.7	奈良	13.0	徳島	20.2	高知	17.3	富山	10.4	三重	8.7	29
30	愛媛	15.6	岐阜	13.0	岩手	20.2	秋田	17.1	福井	10.4	和歌山	8.6	30
31	福島	15.5	佐賀	12.9	佐賀	20.0	鳥取	17.0	和歌山	10.3	山口	8.6	31
32	富山	15.4	三重	12.8	岐阜	20.0	徳島	17.0	高知	10.2	佐賀	8.6	32
33	三重	15.3	鳥取	12.8	福島	19.9	佐賀	17.0	福島	10.1	鳥取	8.5	33
34	山梨	15.3	熊本	12.7	鹿児島	19.9	熊本	16.9	山口	10.1	山梨	8.5	34
35	和歌山	15.2	鹿児島	12.7	富山	19.9	岡山	16.8	山梨	10.0	熊本	8.5	35
36	佐賀	15.2	秋田	12.7	山梨	19.9	三重	16.7	佐賀	10.0	福島	8.2	36
37	山口	15.1	和歌山	12.6	和歌山	19.8	うきは市	16.8	うきは市	10.0	香川	8.2	37
38	秋田	14.9	香川	12.5	三重	19.7	岐阜	16.6	熊本	9.8	富山	8.2	38
39	徳島	14.8	岡山	12.5	山口	19.6	香川	16.6	秋田	9.8	鹿児島	8.0	39
40	岡山	14.7	高知	12.4	岡山	19.5	新潟	16.6	岡山	9.4	秋田	7.9	40
41	鹿児島	14.6	徳島	12.4	秋田	19.4	和歌山	16.4	大分	9.4	岡山	7.9	41
42	新潟	14.5	山口	12.4	新潟	19.3	大分	16.2	香川	9.2	福井	7.8	42
43	大分	14.4	富山	12.3	大分	19.1	富山	16.2	長野	9.2	大分	7.8	43
44	香川	14.3	新潟	12.1	香川	18.9	奈良	16.0	鳥取	9.2	徳島	7.5	44
45	福井	14.3	大分	12.1	熊本	18.3	山口	15.9	鹿児島	9.1	高知	7.4	45
46	熊本	14.2	福井	11.4	福井	18.0	島根	15.1	徳島	9.1	山形	7.4	46
47	長野	13.6	山形	11.0	山形	17.6	福井	14.8	新潟	9.1	新潟	7.4	47
48	山形	13.3	島根	10.8	長野	17.5	山形	14.4	山形	8.5	長野	7.1	48
49	島根	13.1	長崎	10.7	島根	17.5	長野	14.2	島根	8.1	島根	6.5	49

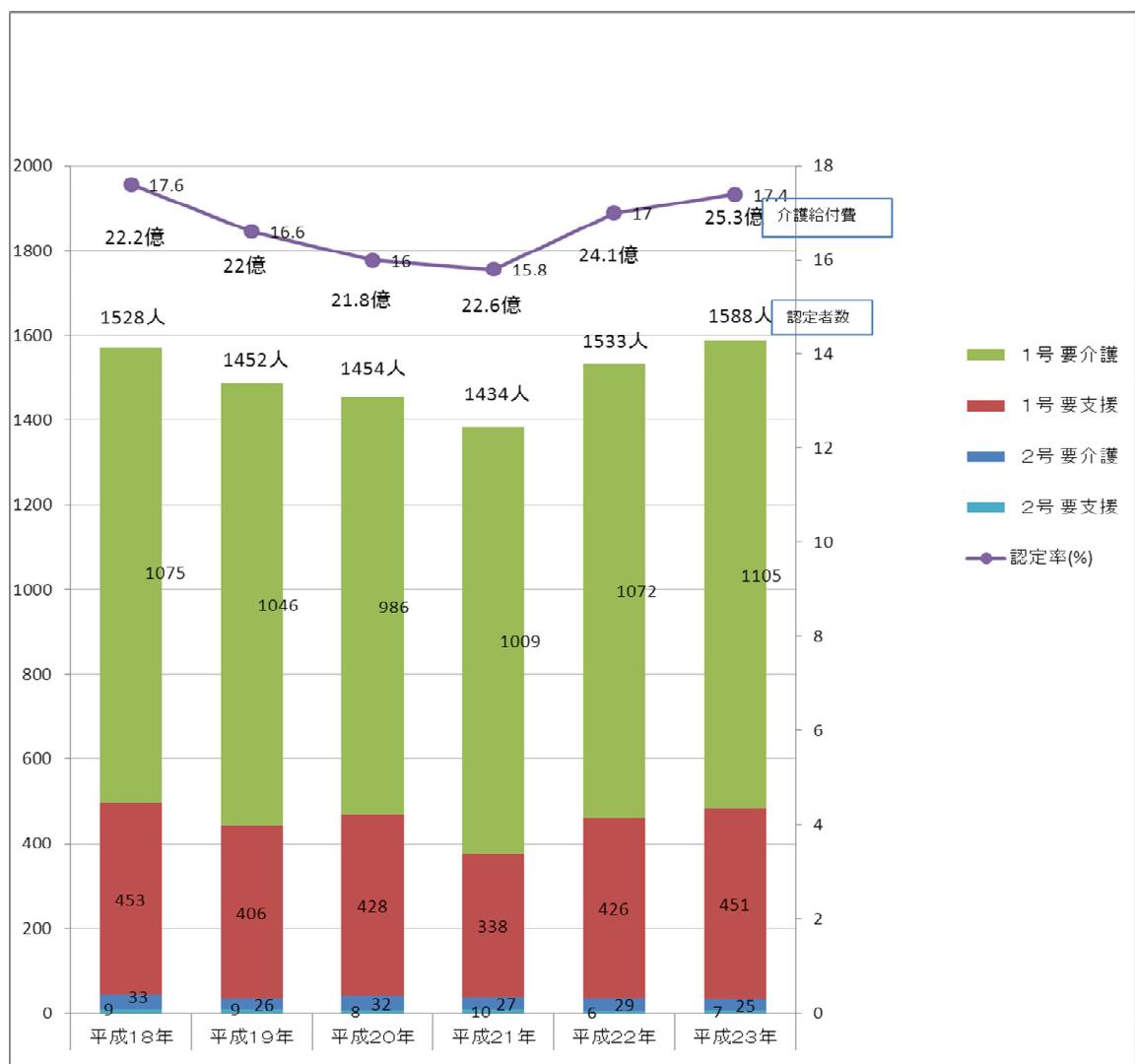
(3) 介護保険

うきは市の介護保険の認定率は、第一号被保険者は全国・福岡県より低くなっています。第二号被保険者は、全国とは変わらず福岡県よりは高くなっています。

うきは市の平成 23 年度末の要介護（支援）認定者数は 1,588 人であり、介護度が現在の区分となった平成 18 年度からみると、横ばいで推移していたが平成 22 年度より増加傾向にあります。平成 21 年度と 23 年度を比較すると 154 人、10.7%増加しています。

また、介護給付費も同様に推移し平成 22 年度より増加傾向にあります。平成 20 年度と 23 年度を比較すると 3.5 億円、16%増加しています。（図 2）

図 2 要介護（支援）認定者数の推移



介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況を見ると、うきは市では、全国に比べて要支援 1～要介護 2 の軽症者の割合が高くなっています。

また、第 2 号認定者は軽症及び重症の割合は、全国・県より低くなっています。（表 5）

表 5 要介護（要支援）度別認定者数（平成 23 年度末現在）

	認定者数(人) (平成24年3月末現在)	1号軽症者 (要支援1～要介護2)	1号重症者 (要介護3～要介護5)	2号軽症者 (要支援1～要介護2)	2号重症者 (要介護3～要介護5)
全国	5,303,111	3,217,933	1,929,142	93117	62919
		60.7%	36.4%	1.8%	1.2%
福岡県	220,774	142940	71875	3762	2197
		64.7%	32.6%	1.7%	1.0%
うきは市	1588	985	571	16	16
		62.0%	36.0%	1.0%	1.0%

2号認定者は近年横ばいで推移していたが、平成23年度に増加しています。介護認定に至った原因疾患では平成23年度認定者で71.1%は脳血管疾患によるものでした。脳血管疾患以外では、認知症や変形性関節症の割合が高くなっています。（図3）

図 3 第2号被保険者 要介護（支援）認定者数の推移と原因疾患

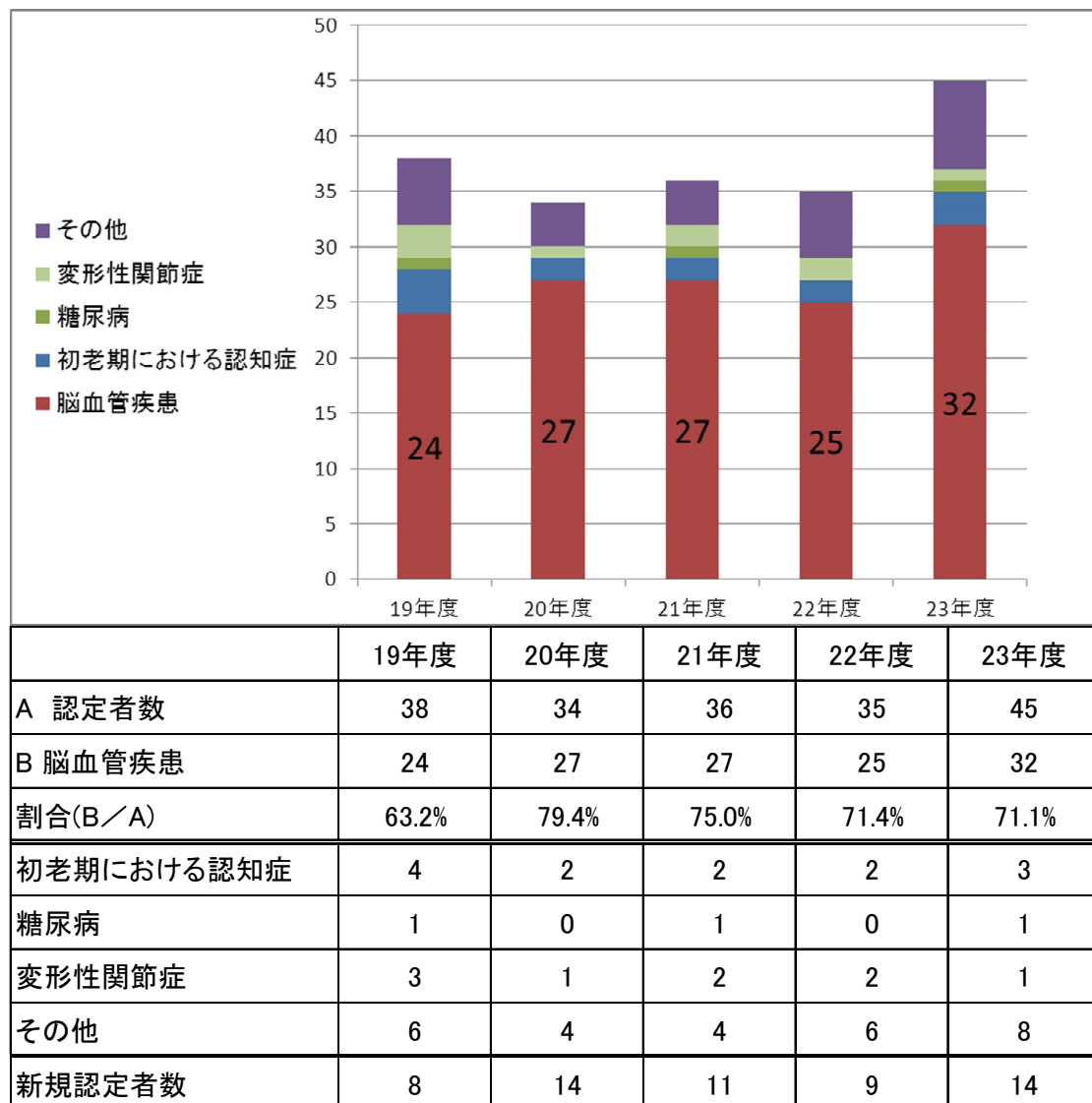
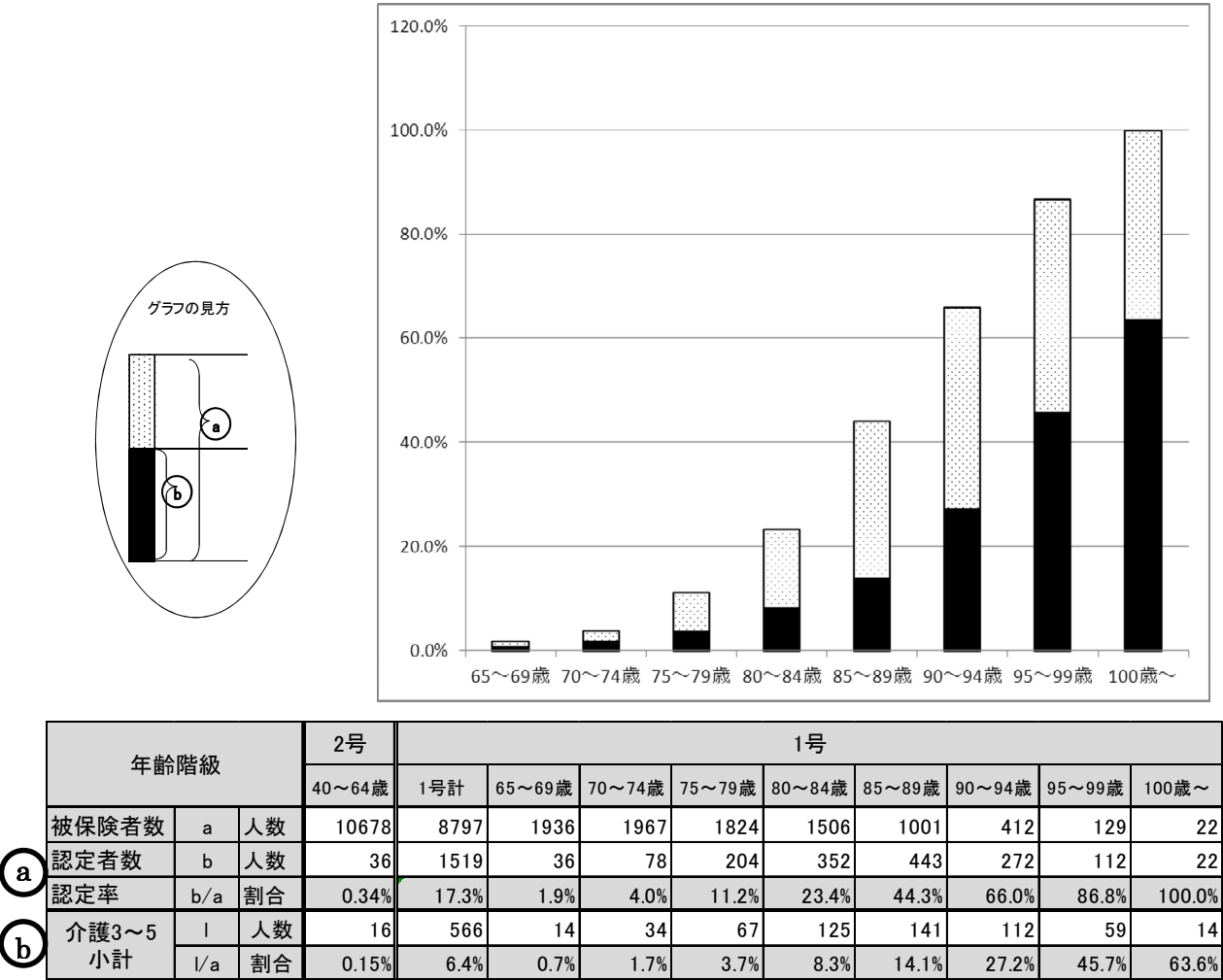


図 4 介護保険統計からみた健康寿命

平成 24 年 3 月 31 日時点の要介護認定状況

総人口	32, 280	人
65歳以上人口	8, 776	人
高齢化率	27.2	%
平均寿命（男）	79.2	歳
（女）	86.9	歳

※ 平均寿命は平成 22 年



介護認定者の年代別認定状況をみると、高齢になるにつれ認定率は上がり、重度者の占める割合も増えています。85歳を過ぎると半数の者が要介護者となっています。

2号認定者及び前期高齢者の認定者を減らす取り組みが重要です。

(4) 後期高齢者医療

うきは市の後期高齢者の一人あたりの医療費は、福岡県と比較して低いですが、全国と比較すると非常に高い費用になっています。年々一人あたりの医療費が増加しています。

表 6 療養費一人あたり費用額（後期高齢者医療）

	平成21年度		平成22年度		平成23年度	
全国	868,839		893,918			
県	1,113,796	全国17位	1,146,623	全国18位	1,168,072	
うきは市	1,036,181	県内46位	1,051,630	県内50位	1,105,793	県内39位

資料：福岡県後期高齢者医療広域連合調

(5) 国民健康保険（国保）

うきは市の国民健康保険加入者は、全国と比較して、加入率が高くなっています。

一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

市の国民健康保険加入者の一人当たり医療費は、平成 22 年度、県内 27 位に位置しています。一般被保険者と退職被保険者の 20 年度との医療費の比較では一般は年々増加しており、平成 23 年度は平成 20 年度より 39,148 円高くなっています。

表 7 国民健康保険の一人当たり医療費の推移（国民健康保険の実態より）
（一般被保険者）

年度	うきは市		福岡県	全国
	医療費	平成20年度との比較		
平成20年度	307,718円	--	308,894円	273,734円
平成21年度	313,058円	5,340円	319,565円	285,399円
平成22年度	334,399円	26,681円	326,448円	294,863円
平成23年度	346,866円	39,148円	--	--

（退職被保険者）

年度	うきは市		福岡県	全国
	医療費	平成20年度との比較		
平成20年度	445,776円	--	430,175円	396,664円
平成21年度	373,398円	△72,407円	417,737円	371,663円
平成22年度	418,299円	△27,477円	416,945円	375,102円
平成23年度	409,421円	△36,355円	--	--

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防は最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の受診率は 36.8%、保健指導実施率は 25.4% でした。受診率は全国、福岡県より高い状態ですが、市の目標値である 65%に達していません。実施率も目標値に達していません。

特定健康診査の結果については、肥満、高中性脂肪、高血圧に該当する割合が県平均より多く、(表 8) いずれも内臓脂肪を起因とする項目であり、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるための対策を行っていく必要があります。

市では、高齢者の医療の確保に関する法律の中では、努力義務となっている、20 歳から 39 歳までの市民の健康診査(基本健診)を実施しています。

市の特定健康診査受診者の年齢構成をみると、40 歳～59 歳は、60 歳～74 歳の受診率に比べると低く、目標値の半分にも届いていません。今後は 40 歳～50 歳の受診者を増やし、早期に生活習慣病の発症予防を行っていく必要があります。(図 5)

特定健康診査の受診回数別の結果を見てみると、新規受診者は、全ての健診データが、継続受診者より悪い状態です。(表 9) 健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後重要だと考えます。

表 8

第Ⅰ章 うきは市の概況と特性

H23年度特定健康診査結果(福岡県人口7,000人未満の市町村)

特定健康診査				メタボリックシンドローム関連因子																動脈硬化危険因子										実施者数 (GFR 算出 共に実施)	*1 GFR区分	*2 尿蛋白区分		腎臓病に 関連する因子																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
市町村	受診者数	受診率	継続率	メタボリックシンドローム								肥満								HbA1c								LDL								G3a以上	(+)以上	*3 尿糖値 7.0以上																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
				該当者	予備群	BMI25以上	HDL (34mg/dl以下)				高中性脂肪 (300mg/dl以上)				糖尿病				血圧				LDL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
							未治療				*再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				高血圧				高LDL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
							再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
							再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
							再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)				再発70%以上				Ⅱ度(中等度)~Ⅲ度(重症) (130~159/85~99)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
人数	割合	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合

図5 市の特定健康診査受診者数

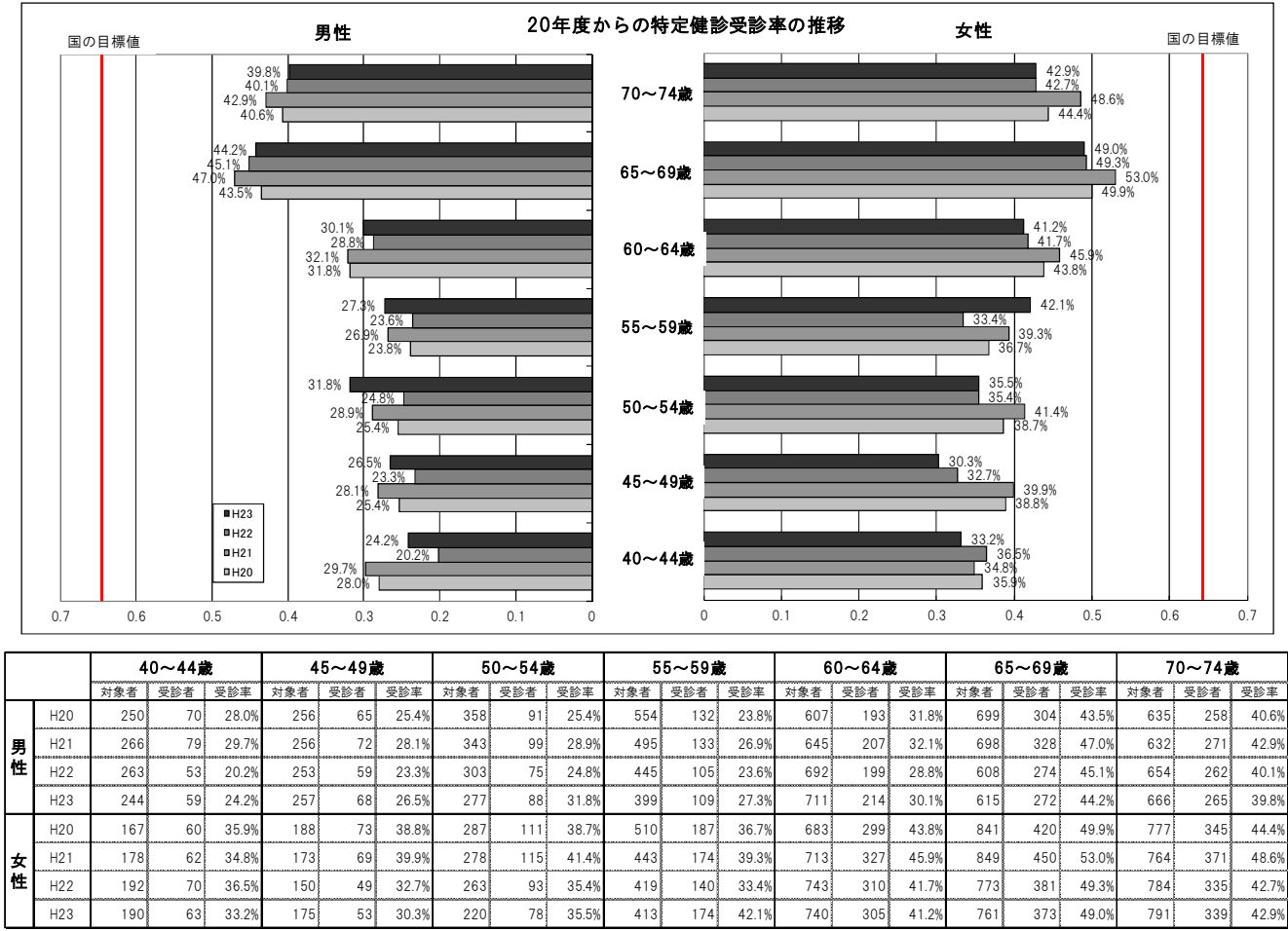


表9 平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				H23年度 受診者全体		継続受診者 H20～23年度に1回以上受診が ある者		H23年度 初めて受診者		
受診者数				2,573 人	100.0%	2,130 人	82.8%	443 人	17.2%	
項目			基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI		25以上	650 人	25.3%	527 人	24.7%	123 人	27.8%
		腹囲		85or90以上	829 人	32.2%	678 人	31.8%	151 人	34.1%
血管が傷む （動脈硬化の 危険因子）	内臓脂肪	中性脂肪		400以上	47 人	1.8%	38 人	1.8%	9 人	2.0%
		HDLコレステロール		34以下	25 人	1.0%	21 人	1.0%	4 人	0.9%
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	138 人	6.8%	112 人	6.5%	26 人	8.0%
			HbA1c	6.5以上	109 人	4.2%	87 人	4.1%	22 人	5.0%
			計		177 人	6.9%	142 人	6.7%	35 人	7.9%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	112 人	4.4%	98 人	4.6%	14 人	3.2%
			拡張期	100以上	51 人	2.0%	38 人	1.8%	13 人	2.9%
			計		135 人	5.2%	115 人	5.4%	20 人	4.5%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	311 人	12.1%	254 人	11.9%	57 人	12.9%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	32 人	1.2%	28 人	1.3%	4 人	0.9%	
		eGFR	50or40未満	51 人	2.0%	41 人	1.9%	10 人	2.3%	
		尿酸	9.0以上	17 人	0.7%	12 人	0.6%	5 人	1.1%	

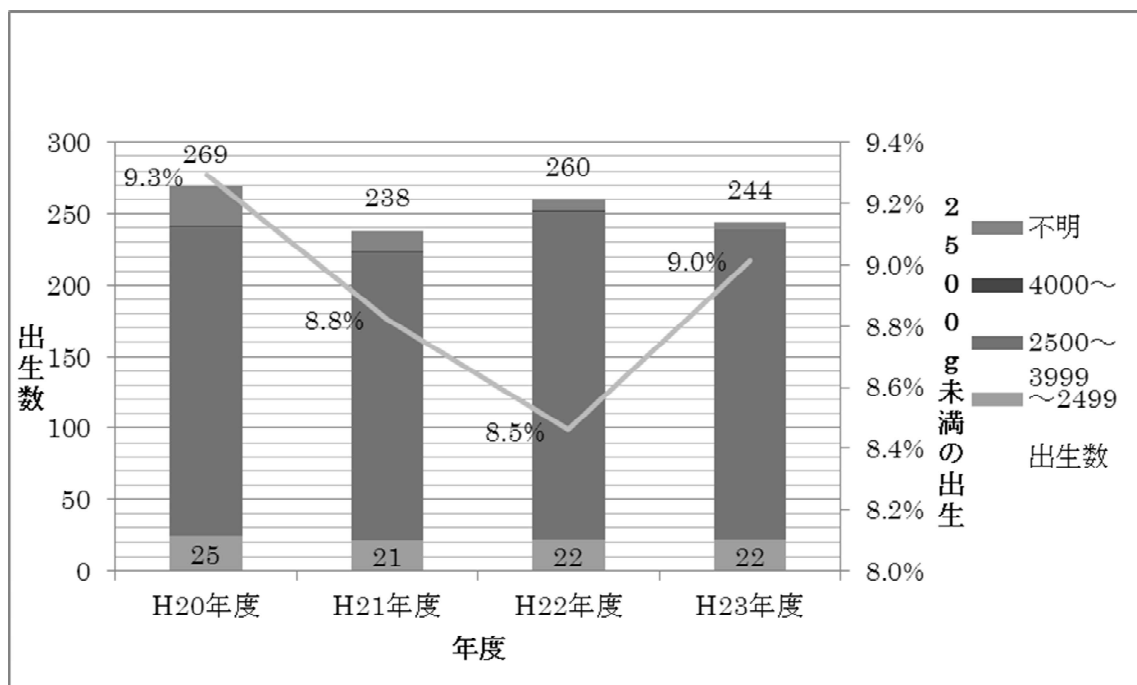
＊空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

(7) 出生

市の出生率は全国、福岡県よりも低い状況にあります。近年、出生の時の体重が、2,500g 未満の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出されてきました。

市の低出生体重児の出生率は、全国・福岡県と比較して低い状況になっています。毎年 8～9%の児が低体重の状態で出生していることから、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。(図 6)

図 6 出生数及び出生時の体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



3. 市の財政状況に占める社会保障費

市においては、平成 23 年度の医療、介護、生活保護の社会保障費の決算が、約 74 億 7570 万円となっています。（図 7）

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに市の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、市民一人ひとりの健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

図 7 市の財政状況と社会保障費

歳入(一般会計)		歳出(一般会計)	
153 億 4,899 万円(H23 年度決算)		144 億 5,867 億円(H23 年度決算)	
1 位	地方交付税 59 億 6,448 万円	1 位	民生費 48 億 1,858 万円
2 位	市税 27 億 4,973 万円	2 位	総務費 21 億 9,092 万円
3 位	国庫支出金 16 億 7,764 万円	3 位	教育費 16 億 8507 万円

社会保障費			
	医療	介護	生活保護
H24 年度予算	国保 46 億 2,554 万円		6 億 9,909 万円
H23 年度決算	国保 43 億 4,058 万円	25 億 2,515 万円	6 億 997 万円

資料) 広報うきは：2012 年 4 月 15 日号・2012 年 11 月 1 日号

福岡県広域連合

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 取組主体別の目標項目

「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」で示されてある目標項目を、表1のように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するためのうきは市の具体的な取り組みを次のように推進します。

取組主体別 目標項目

ライフステージ ・主な法律				生涯における各段階(あらゆる世代)	
				妊娠 — 出生 — 乳幼児期 — 学童期 — 青年期 — 働く世代(労働者) — 壮年期 — 高齢期 — 死亡 胎児(妊婦) 0歳 18歳 20歳 40歳 65歳 75歳	
取り組み主体				母子保健法 食育基本法 学校保健安全法 労働安全衛生法 高齢者の医療の確保に関する法律 介護保険法	
個人で達成すべき目標	うきは市・医療保険者(うきは市国民健康保険) 個人・家庭	がん		□がん検診の受診率の向上	□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患			□高血圧の改善 □脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 □脂質異常症の減少
		糖尿病		□特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	□合併症の減少 (糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数) □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
		歯・口腔の健康	□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	□過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 □歯周病を有する者の割合の減少	□歯の喪失防止 □口腔機能の維持・向上
		栄養・食生活	□適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □適正体重の子どもの増加 □共食の増加	□適切な量と質の食事をとる者の増加	□低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制
		身体活動・運動	□健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加	□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加	□介護保険認定者数の増加の抑制
		飲 酒	□妊娠中の飲酒をなくす □未成年者の飲酒をなくす	□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	
		喫 煙	□妊娠中の喫煙をなくす □未成年者の喫煙をなくす	□成人の喫煙率の低下	
		休 養		□睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	□自殺者の減少
		こころの健康		□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	
社会環境に関する項目	地域	コミュニティ ボランティア等	□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加		□就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上
	職域	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 (栄養ケア・ステーション、薬局等)等	□受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 □食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	□週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 □健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	
	都道府県		□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 □小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	□健康格差対策に取り組む自治体数の増加	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小
	国・マスメディア			□COPDの認知度の向上	□ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

ア はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返した 1cm 大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30 回くらいの細胞分裂には 10～15 年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無など、がんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線であり、早期とは 5 年生存率が 8～9 割の状態のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、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も明らかになってきました。また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

イ 基本的な考え方

(ア) 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（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-1>）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌<HP>）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、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への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。（表 2）

(イ) 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2 人に 1 人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

したがって、有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。（表 2）

表2 がんの発症予防・重症化予防

	部位	発症予防										重症化予防(早期発見)	
		生活習慣 68%						その他				がん検診	評価判定
		タバコ 30%	食事 高脂肪	30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり		
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X線検査	I - b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	I - b (胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用)
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	I - a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	I - a
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	I - a(50歳以上) I - b(40歳代)
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者	肝炎ウイルスキャリア検査	I - b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I - a: 検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある

[参考] 国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診 (2012.4.5)

I - b: 検診による死亡率減少効果があると、相応な根拠がある

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

ウ 現状と目標

(ア) 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

市の 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率は、国が平成 27 年までに掲げた目標値よりも下回っています。(表 3)

表 3 市の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

うきは市の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

年度		平成17年	平成20年	平成21年	総数
75歳未満の 年齢調整死亡率		144.3		71.3	
男性		196.6		105.8	
女性		92.0		36.8	
75歳未満の 死亡者数	胃		3	2	5
	肺		7	5	12
	大腸		7	2	9
	乳		3	0	3
	子宮		1	1	2
	卵巣		1	0	1
	小計		22	10	32
	肝臓		12	8	20
	膵臓		2	6	8
	前立腺		1	0	1
	白血病		2	1	3
	その他 (口腔・食道、膀胱等)		10	5	15
	小計		27	20	47
総数			49	30	79

*(国の目標値)
H27年 73.9

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、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を向上していくことによる重症化予防に努めることで、75 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

(イ) がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。現在、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に、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

市のがん検診の受診率は、平成 20 年度から「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については、いずれも年々、受診率が向上しています。しかし、次期がん対策基本計画案で示された

69歳を上限とする受診率では、いずれも目標値を超えていないため受診率の向上を図っていく必要があります。(表4)

表4 うきは市のがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画案(H19.6-H23年度末)					目標値	がん対策推進基本計画案(H24-H28)		
	算出年齢	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年		算出年齢	平成23年	目標値
胃がん	40～74歳	10.0%	11.3%	11.7%	12.0%	50%以上	40～69歳	16.2%	*40%(当面)
肺がん	40～74歳	20.5%	21.9%	20.2%	21.2%		40～69歳	21.2%	*40%(当面)
大腸がん	40～74歳	6.1%	6.2%	9.7%	10.6%		40～69歳	10.6%	*40%(当面)
子宮頸がん	20～74歳	15.5%	21.3%	21.1%	21.6%		20～69歳	21.6%	50%
乳がん	40～74歳	21.1%	28.3%	25.7%	27.3%		40～69歳	27.3%	50%

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

市の精密検査受診率は、全て許容値を超えています。目標値である90%は超えていません。がん検診受診者の人から、毎年がんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表5)

表5 市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん	精密検診受診率	87.3	89.7	84.9	86.2	70%以上	90%
	がん発見者数	5	1	6	1		
肺がん	精密検診受診率	74.2	89.2	84.1	80.4	70%以上	
	がん発見者数	0	2	0	1		
大腸がん	精密検診受診率	90.9	75.4	82.1	96.7	70%以上	
	がん発見者数	0	1	3	5		
子宮頸がん	精密検診受診率	81.3	82.6	100	91.7	70%以上	
	がん発見者数	0	0	2	0		
乳がん (マンモ・エコー)	精密検診受診率	90.3	87.1	87.9	96.2	70%以上	
	がん発見者数	0	5	1	3		

エ 対策

(ア) ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）

(イ) がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報を利用した啓発
- ・がん検診推進事業

がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診無料クーポン券の配布を行いました。

- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

(ウ) がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診（40 歳以上）
- ・肺がん検診（19 歳以上）
- ・大腸がん検診（40 歳以上）
- ・子宮頸がん検診（20 歳以上の女性）
- ・乳がん検診 エコー検査のみ（30 歳以上の女性）
エコー・マンモ検査（40 歳以上の女性）
- ・前立腺がん（50 歳以上の男性）

(エ) がん検診の質の確保に関する施策

- ・がん検診の項目及び方法の検討

(2) 循環器疾患

ア はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。なお、4つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

イ 基本的な考え方

(ア) 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、市民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

(イ) 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

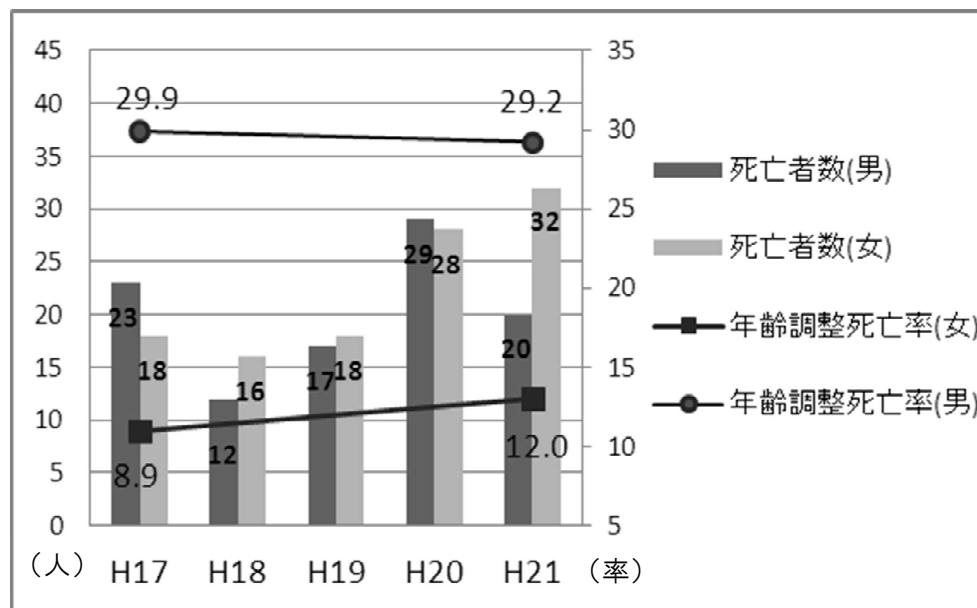
また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対しての保健指導・栄養指導が必要になります。

ウ 現状と目標

(ア) 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。市の脳血管疾患の死者数、年齢調整死亡率は女性で増加傾向にあります。(図1)

図1 うきは市の75歳未満の脳血管疾患死亡の状況（人口動態統計 死因別分類より）



同時に、介護保険第2号被保険者の認定者に占める、脳血管疾患の割合も増加してきました。平成23年度に脳血管疾患が原因で介護が必要となった6人のうち、3人が発症時の医療保険が国保でした。これらの方は健診履歴がない状況にありました。発症を機に生活習慣病の治療が始まるケースなども多く、発症前にきちんと予防していく取り組みが必要です。

脳血管疾患発症後に仕事が出来なくなる方も多く、生活習慣病の重症化は健康格差を生み出すことにつながっていきます。市国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。（表6）

また、認定前の加入保険は半数が社会保険であり、継続的かつ包括的な保健事業の展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携会議」などで、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について共有化を図る必要があります。

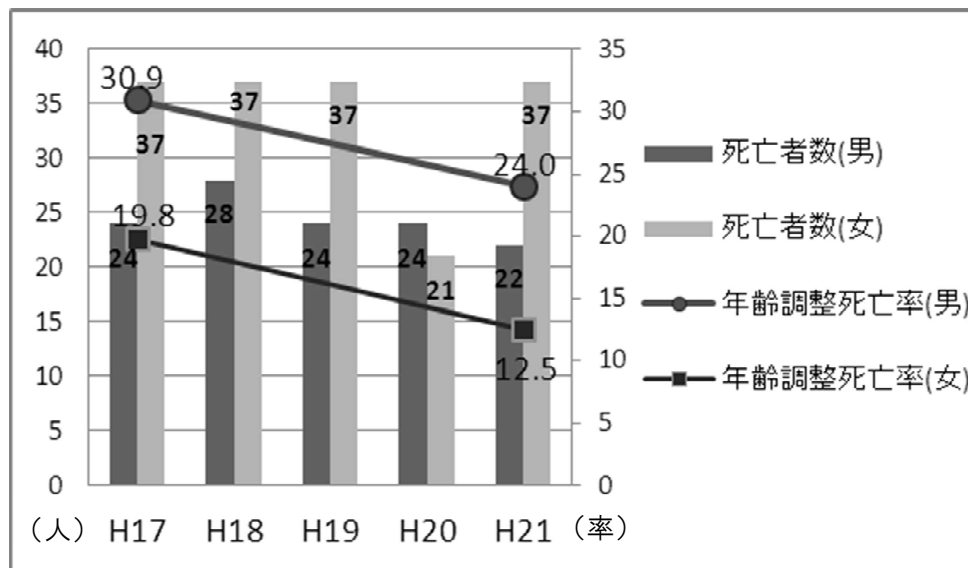
表6 平成23年度 脳血管疾患が原因疾患の第2号被保険者認定者の状況

No	年代	性別	疾患名	介護度	加入保険		健診受診歴	基礎疾患						特記
					認定前	認定後		高血圧	糖尿病	脂質異常症	腎疾患	心疾患	肝疾患	
1	40	男	脳出血	要介護3→要介護4	社保	H22.3～国保	なし		○		○			
2	50	男	脳出血	要介護5	不明	H23.8～国保	なし		○					H24.2死亡
3	60	女	脳出血、脳梗塞	要介護1	H20.2～国保	国保	なし							
4	60	女	脳梗塞	要介護4	国保	国保→H24.11後期	なし	○				○		
5	60	男	脳血管疾患	要介護2→要支援1	社保	H24.2～国保	なし	○		○	○		○	
6	60	男	脳梗塞	要介護5	国保	国保	なし	○				○		

(イ) 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていく必要がありますが、虚血性心疾患による年齢調整死亡率は減少傾向です。(図2)

図2 うきは市 75歳未満の虚血性心疾患死亡の状況(人口動態統計 死因別分類より)



循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。平成20年度から23年度の心電図検査受診者は、126人とどまっています。平成24年度は、市独自に、Ⅱ度以上の高血圧の方も含めて 162人 に心電図検査を実施しました。

平成20年度から23年度の心電図検査全受診者のうち、47.6%に異常が認められ、そのうち 13.3% は、狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動などが発見されています。平成24年度の心電図検査全受診者のうちでは、56.7% に異常が認められ、そのうち 18.4% は、狭心症や心筋梗塞などの疾患や、心房細動などが発見されています。このことから、特定健康診査時にⅡ度以上の高血圧の方に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できると考えます。

(ウ) 高血圧の改善

高血圧は、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、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

うきは市は高血圧治療者の割合が福岡県と比べて多く、生活習慣病の方のうち約7割の方が高血圧を治療しています。(表7) 高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患、腎臓疾患等あらゆる疾患の危険因子であるため、平成20年度より特定保健指導以外の人への保健指導・栄養指導にも取り組んできました。(表8)

表7 高血圧患者の年代別罹患率と合併症の状況（平成24年5月診療レセプトより）

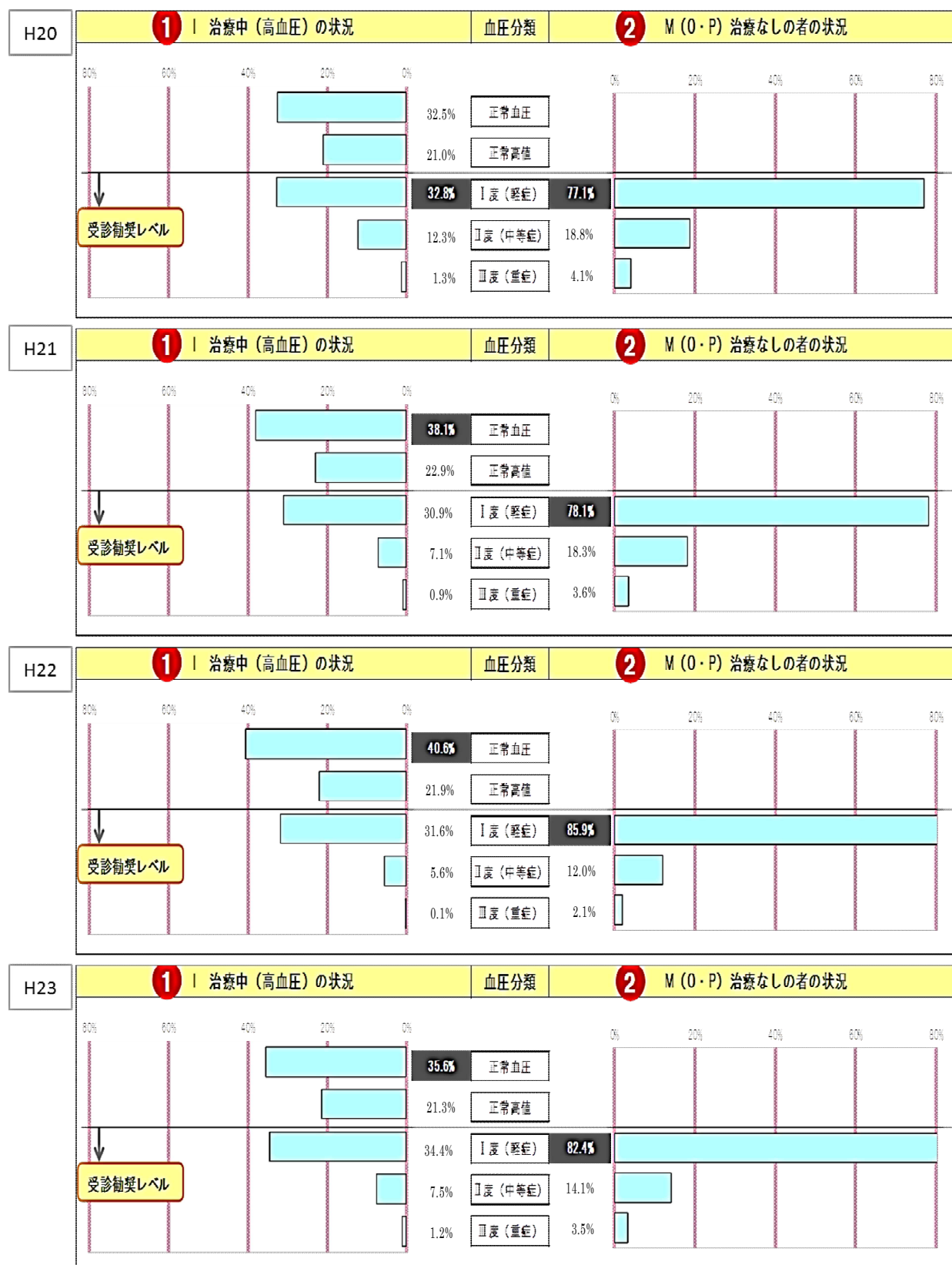
		生活習慣 病人数	高血圧症		脂質異常症		糖尿病		高尿酸血症		大動脈疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患				腎臓疾患		人工透析	
															脳梗塞		脳出血					
			A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	I	I/B	J	J/B	K	K/B	L	L/B	M	M/B	O	O/B	P
うきは市	20代以下	19	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	30代	44	13	29.5%	7	53.8%	4	30.8%	3	23.1%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	3	23.1%	1	7.7%
	40代	95	58	61.1%	23	39.7%	16	27.6%	6	10.3%	3	5.2%	14	24.1%	1	1.7%	2	3.4%	7	12.1%	3	5.2%
	50代	338	224	66.3%	104	46.4%	72	32.1%	20	8.9%	2	0.9%	38	17.0%	12	5.4%	6	2.7%	16	7.1%	5	2.2%
	60代	1,370	1,003	73.2%	509	50.7%	311	31.0%	100	10.0%	34	3.4%	231	23.0%	94	9.4%	16	1.6%	85	8.5%	11	1.1%
	70代	1,131	877	77.5%	436	49.7%	265	30.2%	79	9.0%	28	3.2%	225	25.7%	136	15.5%	10	1.1%	60	6.8%	0	0.0%
	合計	2,997	2,177	72.6%	1,079	49.6%	668	30.7%	208	9.6%	67	3.1%	509	23.4%	243	11.2%	34	1.6%	171	7.9%	20	0.9%
再)40歳以上	2,934	2,162	73.7%	1,072	49.6%	664	30.7%	205	9.5%	67	3.1%	508	23.5%	243	11.2%	34	1.6%	168	7.8%	19	0.9%	
福岡県		343,129	233,119	67.9%	124,749	53.5%	85,128	36.5%	30,718	13.2%	7,889	3.4%	59,442	25.5%	36,260	15.6%	4,300	1.8%	19,074	8.2%	2,376	1.0%

表8 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（血圧）

年度	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年
服薬なし	Ⅱ度・Ⅲ度高血圧。受診勧奨の訪問もしくは電話。	Ⅱ度・Ⅲ度高血圧。受診勧奨の訪問もしくは電話。 ※高血圧の講演会を実施	収縮期150以上、拡張期100以上。受診勧奨の訪問もしくは電話。	健診時に、Ⅱ度以上の高血圧該当者を把握し、健診後すぐに電話で受診状況を確認し、未治療者には病院への受診勧奨。	服薬の有無に関わらず、Ⅱ度以上の高血圧該当者に保健指導を実施。
服薬あり	Ⅱ度・Ⅲ度高血圧。レセプトで治療の継続を確認。	Ⅱ度・Ⅲ度高血圧。レセプトで治療の継続を確認。 ※高血圧の講演会を実施	収縮期150以上、拡張期100以上。レセプトで治療の継続を確認。		

その結果、血圧Ⅱ度以上の人数が徐々に減少してきましたが、平成23年度はやや増加しています。今後も未治療者の受診勧奨及び、治療中断予防のために治療状況の確認を継続して実施することが必要です。また、過去に一度でも高い人を見逃さないよう、経年的視点でとらえ、保健指導対象者を明確にしていきます。（図3）

図3 うきは市国保特定健診受診者の高血圧の状況



(エ) 脂質異常症の減少

(総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

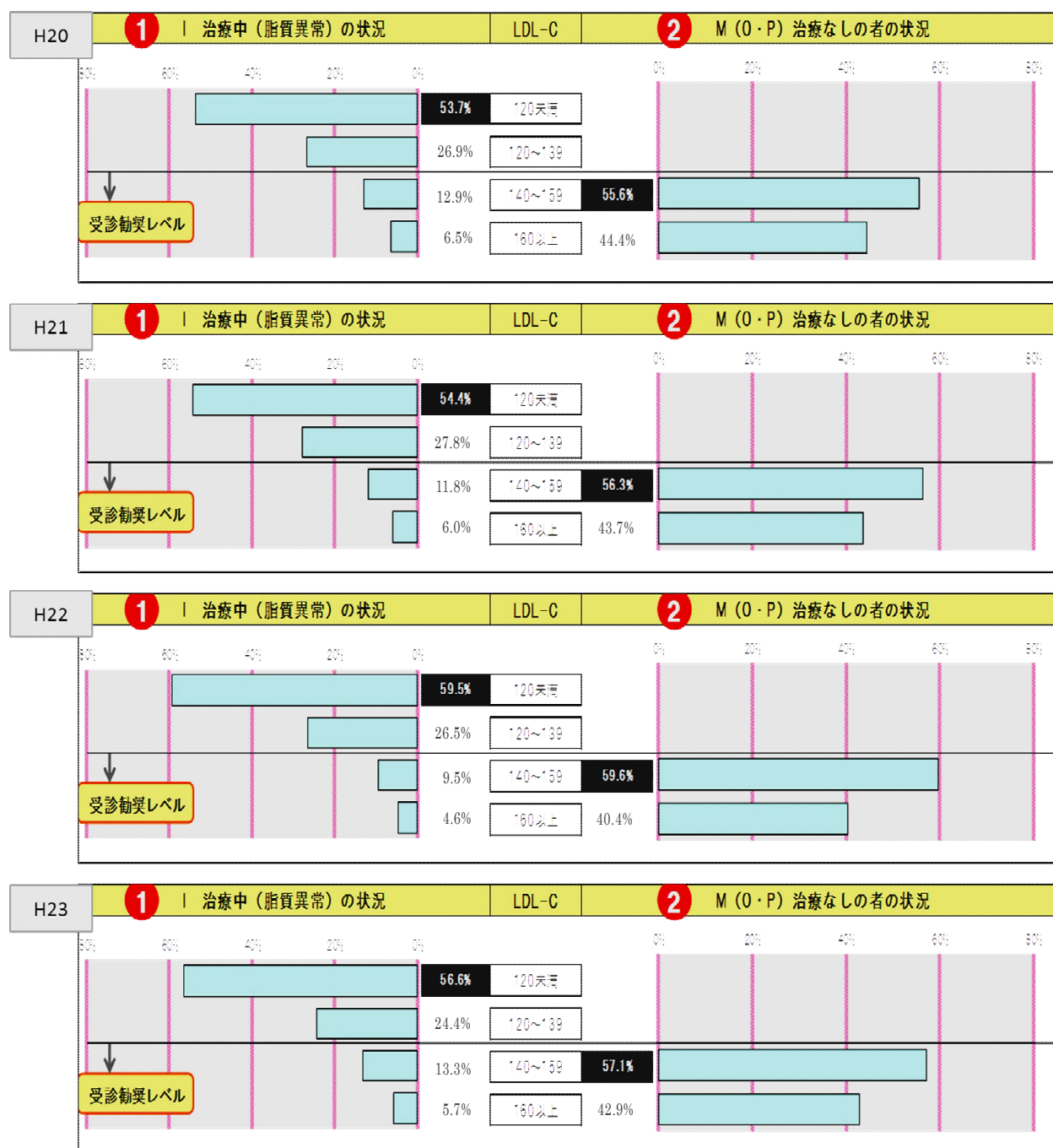
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL 高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その方の健康寿命を守ることになります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされており、市では LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロールは、治療中の方のコントロール状況は改善が見られますが、治療なしの人の状況は悪化しています。(表 9・図 4)

表 9 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過 (脂質異常)

年度	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年
服薬なし			LDL200以上。受診勧奨の訪問もしくは電話。	LDL180以上の未治療者に訪問。	
服薬あり			LDL200以上。レセプトで治療の継続を確認。		

図4 うきは市国保特定健診受診者のLDL-Cの状況



平成 24 年 6 月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応は不可欠であることから、生活習慣病関連の 8 学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値から HDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

さらに、LDL-C180 以上又は病歴から家族性高コレステロール血症を疑う場合は家族(血縁者)のスクリーニングが重要であり、疑わしい場合は専門医へ紹介することが望ましいとされています。

平成 23 年度特定健診結果において LDL-C180 以上だった方の平成 24 年度 5 月診療分の治療状況を確認したところ、半数以上の方が未治療でした。治療を開始した方については、健診結果にてその後の LDL-C を確認すると共に、未治療の方については引き続き、ガイドラインに示される危険因子の確認及び受診勧奨をしていく必要があると考えます。

今後は、動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2012 年版)に基づき、必要な保健指導・栄養指導を行います。特に男性に対しては、心疾患のリスクが高いことから、未治療者への受診勧奨を積極的に行います。

(オ) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

うきは市では平成 23 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べて 10%の減少については達成できておらず、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。(表 10)

表 10 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

	年度	被保険者数			健診受診者			肥満		有所見の重複状況															
										男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック 予備群		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)							
																		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/B	I	I/B	J	J/(E+)	K	K/(E+)	L	L/(E+)	M	M/(E+)					
うきは市	H20年度	6,812	2,608	38.3%	865	33.2%	160	6.1%	370	14.2%	335	12.8%	70	9.9%	20	2.8%	167	23.7%	78	11.1%					
	H21年度	6,733	2,757	40.9%	905	32.8%	158	5.7%	374	13.6%	373	13.5%	69	9.2%	22	2.9%	182	24.4%	100	13.4%					
	H22年度	6,542	2,405	36.8%	796	33.1%	119	4.9%	342	14.2%	335	13.9%	69	10.2%	25	3.7%	155	22.9%	86	12.7%					
	H23年度	6,473	2,573	39.7%	829	32.2%	142	5.5%	304	11.8%	383	14.9%	80	11.6%	22	3.2%	186	27.1%	95	13.8%					
福岡県	H20年度	815,522	194,285	23.8%	62,718	32.3%	9,004	4.6%	24,257	12.5%	29,457	15.2%	5,738	10.7%	1,828	3.4%	14,214	26.5%	7,677	14.3%					
	H21年度	807,822	205,494	25.4%	65,346	31.8%	9,552	4.6%	24,491	11.9%	31,303	15.2%	5,746	10.3%	2,042	3.7%	14,854	26.6%	8,661	15.5%					
	H22年度	799,940	212,643	26.6%	66,736	31.4%	9,293	4.4%	25,030	11.8%	32,413	15.2%	5,806	10.1%	1,909	3.3%	15,644	27.2%	9,054	15.8%					
	H23年度	811,364	233,549	28.8%	73,711	31.6%	11,843	5.1%	26,104	11.2%	35,764	15.3%	5,808	9.4%	1,970	3.2%	17,883	28.9%	10,103	16.3%					

(カ) 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

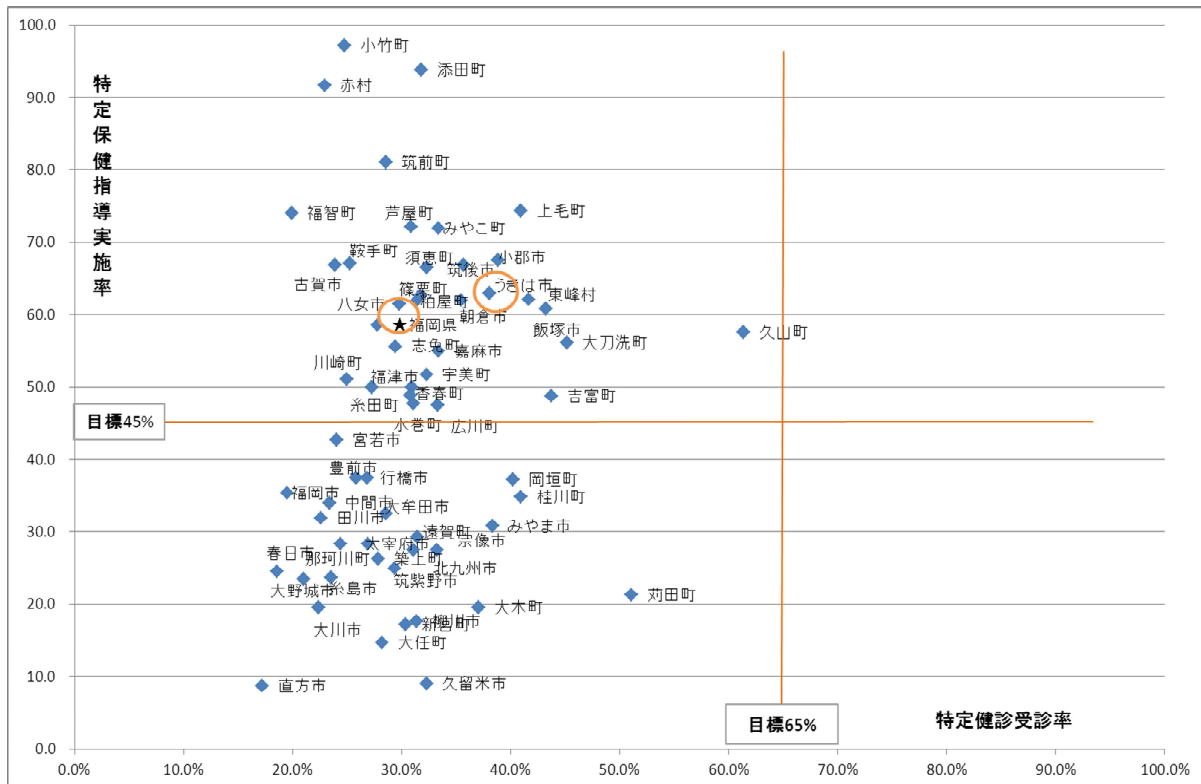
平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健診・特定保健指導の制度が導入されました。特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取り組み状況を反映する指標として設定されています。

うきは市では平成 23 年度の受診率は全国、福岡県より高い状態ですが、65%の目標値に達していません。特定保健指導実施率は市の目標値 45%を超え、62.9%に達しました。

(図 5) 今後は、検査項目や、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

図 5 特定健診・特定保健指導実施率（福岡県）

H23 年度 法定報告より



エ 対策

(ア) 基本健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 対象者への個別案内、健診便利帳、ホームページ、広報などを利用した啓発
- ・ 地区組織との連携による啓発
- ・ 健診料の自己負担無料化
- ・ 健診未受診者と、フォロー対象者で該当年度未受診に対して家庭訪問や電話での受診勧奨を実施
- ・ 40 歳未満の基本健診を実施し、特定健診同様のシステムで若いときから健診を受ける機会をつくり、健康管理ができるようすすめていく。

(イ) 保健指導対象者を明確するための施策

- ・ 基本健診(40 歳未満・生活保護世帯)
- ・ うきは市国民健康保険特定健康診査
- ・ 基本健診及び特定健康診査に総コレステロール検査を追加
- ・ 基本健康診査、特定健診受診者でⅡ度以上の高血圧該当者に心電図検査を追加

(ウ) 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
家庭訪問や結果説明会、健康教育など、多様な経路によりきめ細やかな保健指導の実施
- ・ 管理栄養士による栄養指導の実施
- ・ 健康運動指導士による運動指導の実施
- ・ うきは市国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施

(エ) 医療機関との連携

- ・ 特定健診受診率向上に向けて、個別健診委託医療機関へ協力依頼のチラシ及び掲示用のポスター配布
- ・ 治療中で、栄養指導が必要と思われる者に対し、医療機関の医師、管理栄養士と連携をとりながら、栄養指導を実施
- ・ 医療機関と連携し、重症化予防の体制づくりを行う

(3) 糖尿病

ア はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

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、糖尿病でない場合に比べ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。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

イ 基本的な考え方

(ア) 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、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

(イ) 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断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るため、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で、個人の生活の質や医療費への影響が大きい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。

ウ 現状と目標

(ア) 合併症(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、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。

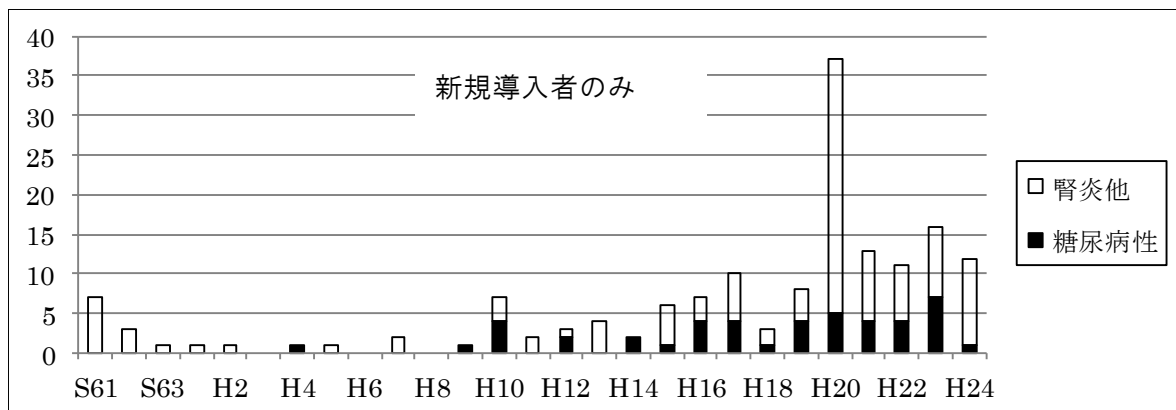
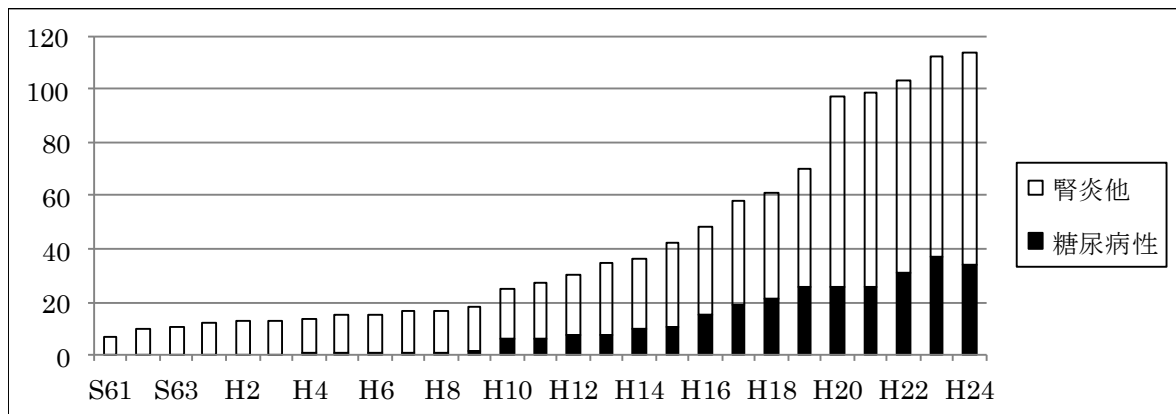
増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

一方、市の平成23年の透析患者数は、93人(国保以外も含む)で、うち糖尿病性腎症による透析者は34人と約37%を占めています。新規導入者は12人とここ数年2桁代の増加人数です。今後は糖尿病性腎症による発症を抑えるため、さらに糖尿病の合併症予

防に力をいれていく必要があります。

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 年間とされていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。また、糖尿病の重症者の中には、経済的な理由で治療を中断した方もいます。貧困であっても医療を継続する必要性を理解し、福祉事務所と連携していくことができるような体制づくりが必要だと考えます。(図 5)

図 5 うきは市人工透析患者の推移 (国保以外も含む)

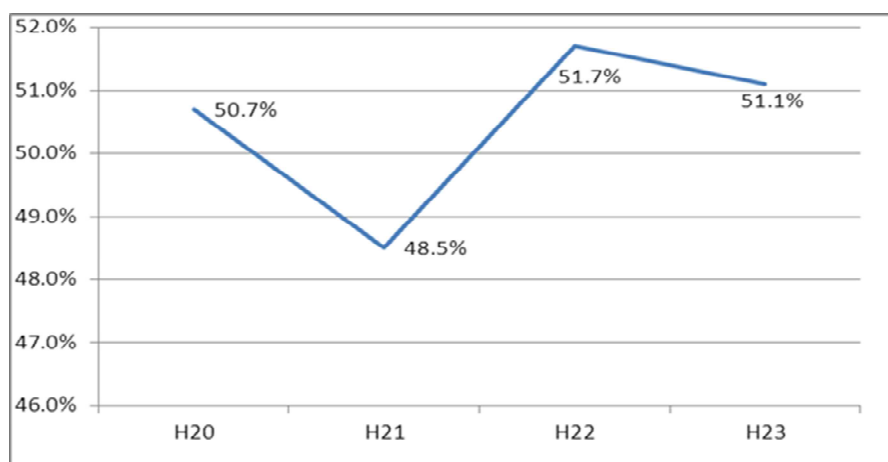


(イ) 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

市の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成 21 年度 48.5%に減少しましたが、その後は 50%前後です。(図 6)

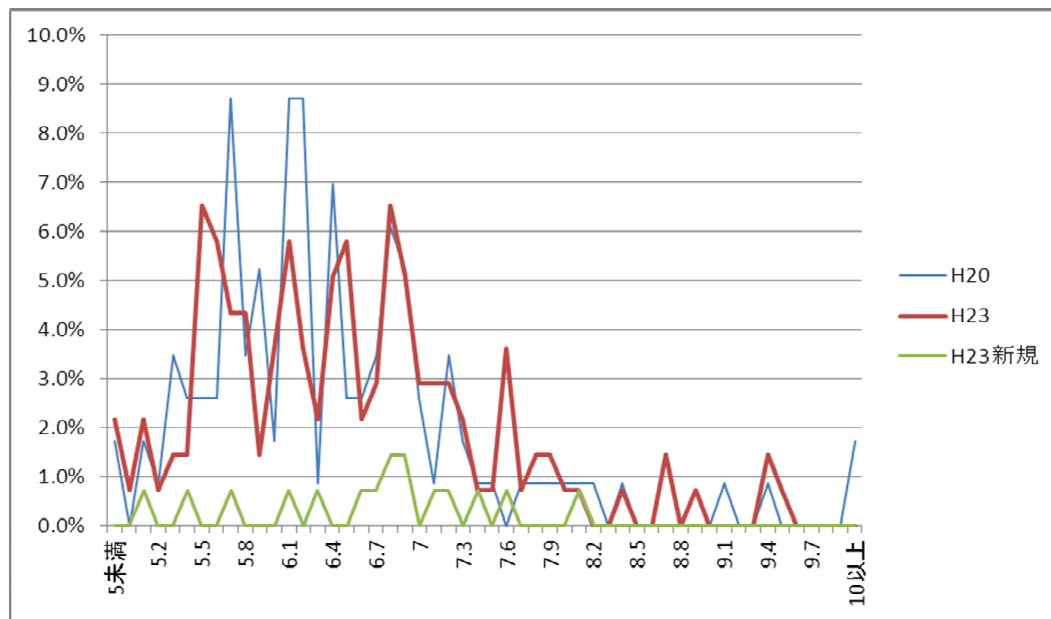
図 6 うきは市の糖尿病を強く疑われる人 (HbA1c (JDS) 6.1%以上) の治療率の推移
(平成 20～23 年度特定健診より)



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、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が、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみられます。まずは、受診勧奨を徹底するとともに、中断せず継続して治療できるよう支援していく必要があります。

市の糖尿病治療者の HbA1c の分布図は、平成 20 年度と比較すると、コントロール指標不良・不可の割合が増えています。(図 7)

図7 糖尿病治療者のHbA1c分布図（H20・23年度特定健診より）



今後は、糖尿病でありながら未治療である者や、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、より積極的な栄養指導・保健指導・運動指導が必要になります。

（ウ）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

（HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 8.4%) 以上の者の割合の減少）

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

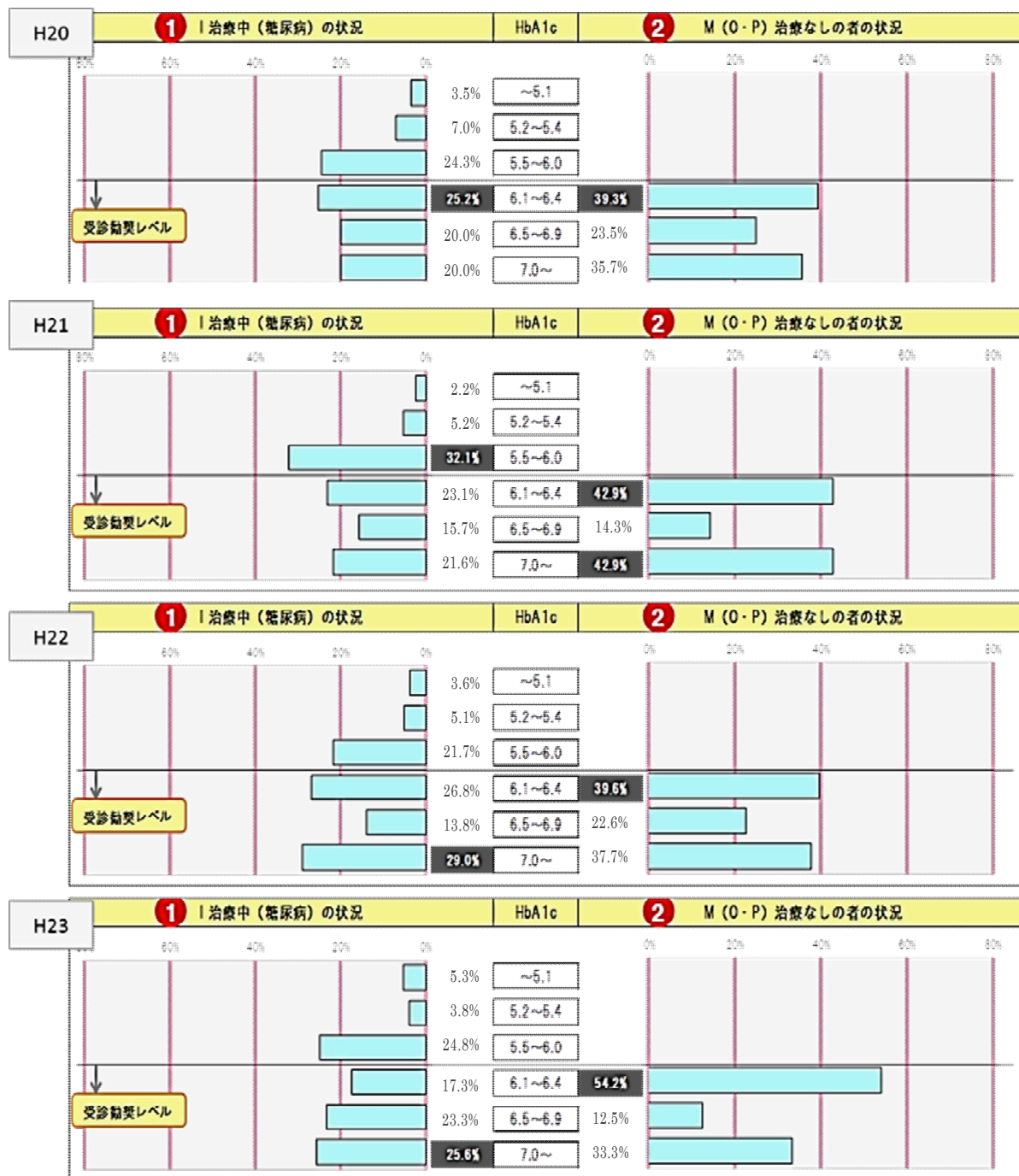
同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えると言われています。

市では、平成 21 年度に HbA1c が 8%以上で未治療者の人に、病院の受診勧奨を実施しました。（表 1 1）その結果、治療なしの人の状況は改善傾向にあります。（図 8）

表 1 1 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（血糖）

年度	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年
服薬なし		HbA1c8以上。受診勧奨の訪問もしくは電話。	HbA1c6.1以上。受診勧奨の訪問もしくは電話。	重症化予防モデル事業に参加。HbA1c6.5以上の方へ訪問。未治療者には受診勧奨、治療中の方は主治医と連携し保健指導を実施。	服薬の有無に関わらず、HbA1c6.5以上の方に保健指導を実施。
服薬あり		HbA1c8以上。レセプトで治療の継続を確認。	HbA1c6.1以上。レセプトで治療の継続を確認。		

図8 うきは市国保特定健診受診者のHbA1cの状況



平成23年度より、HbA1c6.5%以上の人には、未治療者はもちろん、治療中の人にも、主治医と連携し、必要に応じて栄養指導を実施しています。しかし、治療中者のうち、コントロール不良者の割合は依然高く、今後も医療関係者と、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を図ることに努めます。

また、合併症予防のために、継続して保健指導・栄養指導・運動指導を実施することが、重症化予防に効果があると考えます。

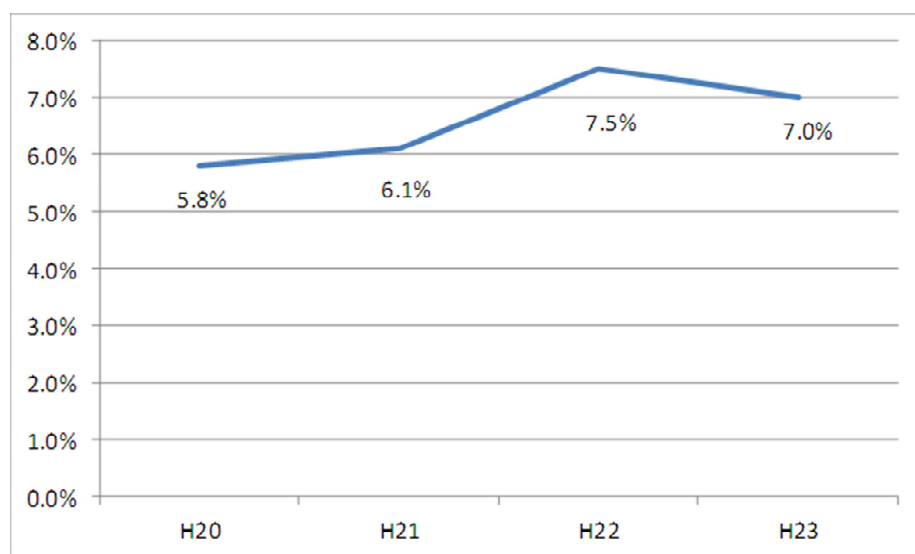
(エ) 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、一次の最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされました。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

市の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年度から増加しています。(図 9)

図 9 市の糖尿病有病者(HbA1c6.1%以上)の推移(平成 20～23 年度特定健診より)



60 歳を過ぎると、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。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、市の食生活の特徴や食に関する価値観などを、「うきは市食育プロジェクト 健康と食習慣、生活習慣に関するアンケート調査」などを参考に実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

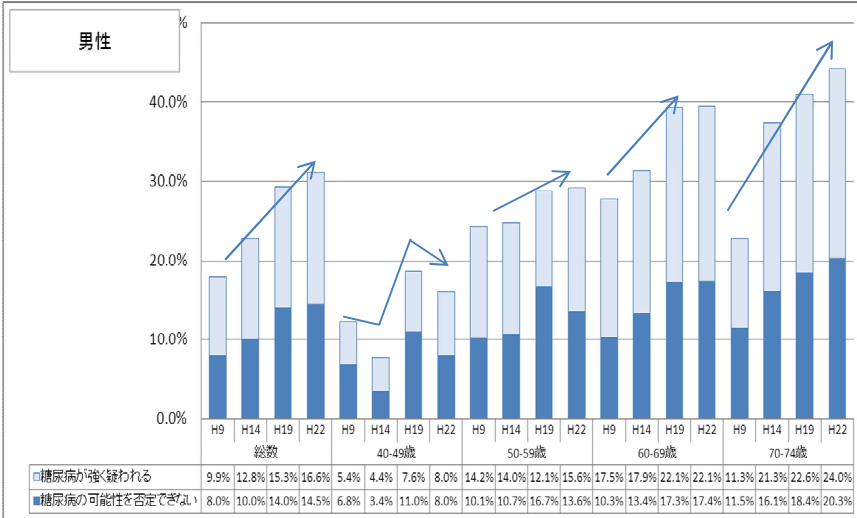
エ 対策(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

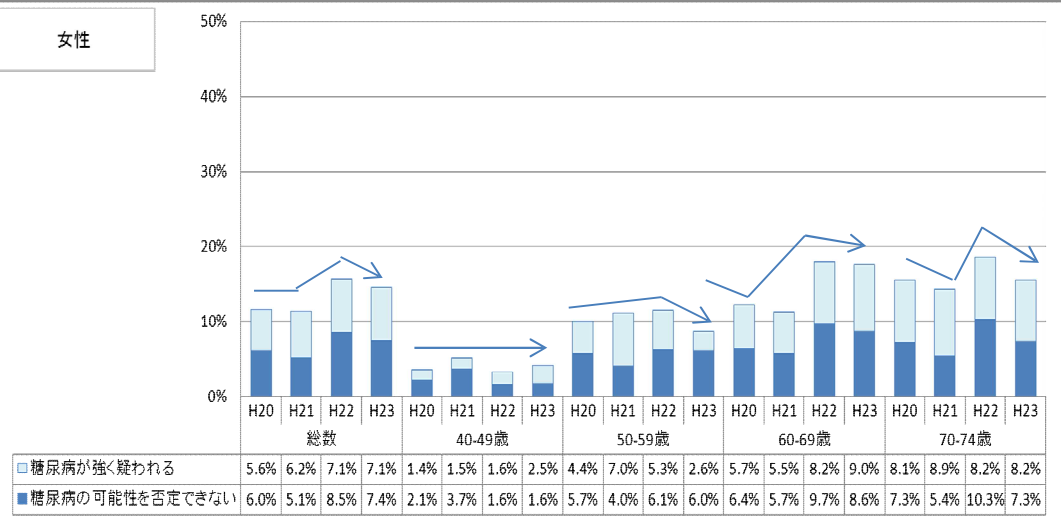
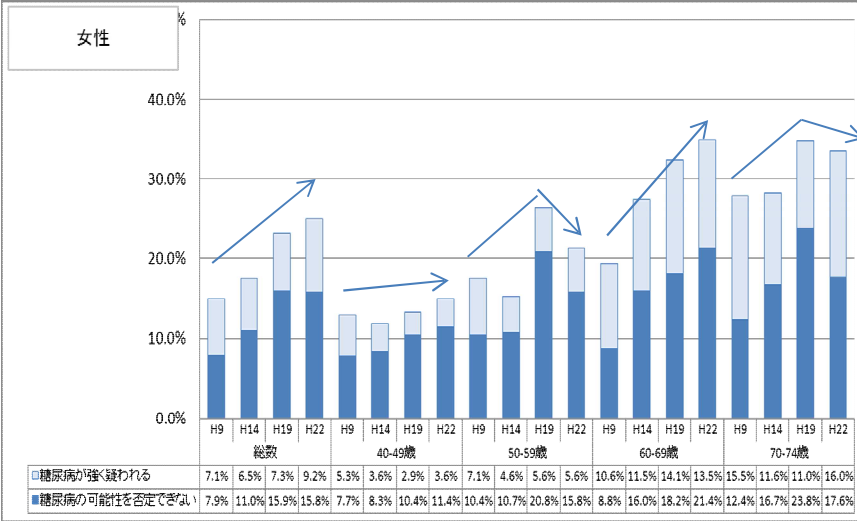
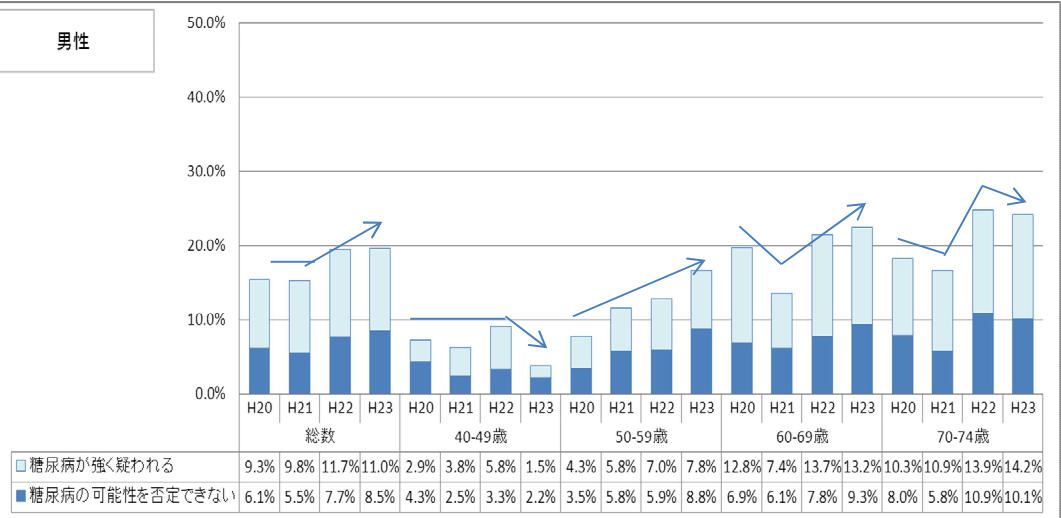
- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - 特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導・栄養指導・運動指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
- ・生活習慣病重症化予防のための連携会議などによる医療関係者との連携
- ・医療機関との連携による耐糖能異常者集団教室を実施

参考）糖尿病有病者・予備群の伸び率

国の統計（国民健康・栄養調査結果より）



うきは市（特定健診結果より）



(4) 慢性腎臓病 (CKD)

ア はじめに

平成 20 年 3 月に、厚生労働省腎疾患対策検討会がとりまとめた「今後の腎疾患対策のあり方について（報告書）」では、腎疾患には「公衆衛生的な対策を立てる必要がある」としています。

透析患者数は毎年 1 万人ずつ増加しており、23 年末統計では 30 万人に達しました。このような情勢は、生活の質や医療経済面にも重大な影響を及ぼします。また慢性腎臓病（以下 CKD）は、心筋梗塞や心不全、脳血管疾患の発症率及び死亡率につながり、死亡率が高いことが明らかになってきており、高齢化に伴い深刻な問題になることが予想されています。

イ 基本的な考え方

(ア) 発症予防

CKD の危険因子は、高血圧、糖尿病、耐糖能異常、高尿酸血症、脂質異常症、肥満及びメタボリックシンドロームなどの「腎臓をいためる因子」と、腎疾患の既往歴、現病歴、家族歴や過去の健診における、腎機能異常や腎形態異常、尿異常、または尿路結石や感染症などの「CKD を発症または進行させる因子」があります。

重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患、糖尿病と同様な予防対策が有効になります。

(イ) 重症化予防

CKD の重症化予防は、CKD に至った経過を把握し、リスクの治療をすることが必要になります。CKD は自覚症状がないために潜在的な対象者も多くいると推測させることから、受診率向上対策とともに、健診結果より自分の体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、長期にわたり進行する腎障害を早期に発見するためには、個人の健診結果を生涯にわたり継続的、かつ包括的に支援できる体制づくりが必要になります。

ウ 現状と目標

合併症（糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病の項目を参照

表 1 2 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過 (CKD)

年度	H20 年	H21 年	H22 年	H23 年	H24 年
治療なし		eGFR50 以下、尿蛋白(2+)以上、尿蛋白(+)以上かつ尿潜血(+)以上。レセプト、紹介状返書にて治療の有無を確認し、未治療者に受診勧奨の訪問もしくは電話。	eGFR40 未満、尿蛋白(2+)以上。レセプト、紹介状返書にて治療の有無を確認し、未治療者に受診勧奨の訪問もしくは電話。	重症化予防モデル事業に参加。eGFR40 未満、尿蛋白(+)以上、尿潜血(+)以上。未治療者には受診勧奨、治療中の方は主治医と連携し保健指導を実施。	治療の有無に関わらず、59 歳以下で eGFR 50 未満、60 歳以上で eGFR 40 未満、尿蛋白(2+)以上、または、尿蛋白(+)以上かつ尿潜血(+)以上に保健指導を実施。
治療あり		※腎臓病予防講演会を実施			

市では、平成21年度より、CKD対策を実施してきました。(表12) CKD診療ガイド2012で原因疾患及びGFRと尿蛋白で評価するためのCKDの重症度分類(図10)が示されました。重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に黄色、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇します。平成20年度より徐々に赤、オレンジ、黄色の割合は減少し、緑が増加してきています。リスクが高い方は確実に治療に結びつけ、また医療機関と連携し、保健指導、栄養指導を実施していく必要があります。

図10 CKDの重症度分類

CKDの重症度分類					平成23年度 健診受診者	
平成23年度特定健診受診結果より					2,573人	39.7%
尿蛋白区分 GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			原疾患	A1	A2	A3
			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎 など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
			尿蛋白	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上
			2,570人	2,477人	61人	20人
			96.4%	2.4%	32.8%	1.2%
G1	正常 または高値	>90	523人	506人	14人	4人
			20.4%	19.7%	0.5%	0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-89	1,786人	1,731人	42人	14人
			69.5%	67.4%	1.6%	0.5%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-59	229人	219人	2人	1人
			8.9%	8.5%	0.1%	0.3%
G3b	中等度～ 高度低下	30-44	23人	18人	3人	1人
			0.9%	0.7%	0.1%	0.1%
G4	高度低下	15-29	8人	2人	0人	0人
			0.3%	0.1%	0.0%	0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	1人	1人	0人	0人
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変
(CKD診療ガイド2012 日本腎臓学会編より)

平成20年度からのステージ毎の推移

	H20	H21	H22	H23
受診者	2,599	2,754	2,403	2,570
赤	26	27	24	22
オレンジ	50	56	54	36
黄色	357	405	341	275
緑	2,166	2,266	1,984	2,237
	83.3%	82.3%	82.6%	87.0%

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。
CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に黄色→オレンジ→赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

エ 対策（循環器疾患、糖尿病の対策と重なるものは除く）

CKDの発症及び重症化予防のための施策

- 健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己管理の積極的な推進

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導・栄養指導・運動指導

結果説明会、家庭訪問による保健指導・栄養指導の実施

管理栄養士による腎機能低下者を対象にした健康教室の実施

- 母子保健における支援

妊婦健診結果において、高血圧、尿蛋白、尿糖などを有する者への保健師、管理栄養士による指導の実施

3歳児健診による尿検査異常者の台帳を作成し、帰結までのフォローを実施

- 保健所、市内医療機関の保健師、管理栄養士との連携
- 地域職域関係者との会議を主催し、連携を図る

（５）介護予防

ア はじめに

近年、急速に高齢化が進み、さらに団塊の世代の方々も高齢者の仲間入りしている時期になり、今後さらに高齢化が進むものと予測されます。

日常的な介護を必要とせず、健康で自立した生活を送れる生存期間を「健康寿命」といいます。健康日本２１（第２次）では、健康寿命の延伸がうたわれており、国民一人一人の幸福のためだけでなく、国の医療費・介護給付費の適正化のためにも最重要課題なのです。健康寿命の延伸のためには、介護状態になることを予防することが重要です。

平成１２年４月に介護保険制度がスタートし、平成１８年度は大きな制度改正があり、介護予防重視の施策を展開してきました。さらに、介護予防の必要性を理解してもらうために、今後も普及啓発に取り組み、予防の施策をさらに充実していく必要があります。

イ 基本的な考え方

介護予防とは、要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態であっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）ことです。生活機能の維持・向上を積極的に図り、できる限り自立した生活を送れることを目的としています。

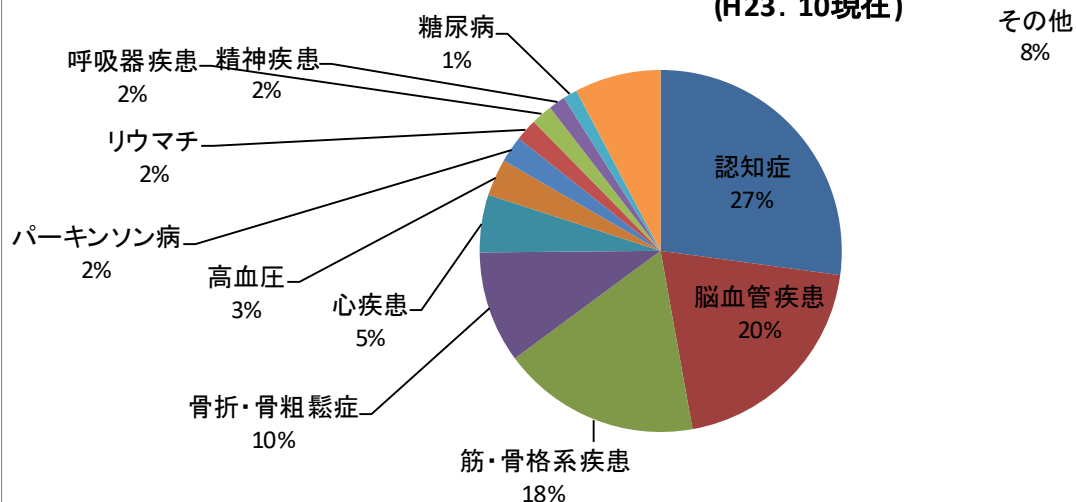
ウ 現状と目標

要介護認定者数の増加の抑制

平成２３年度末の要介護認定者数は、１,５８８人であり、介護度が現在の区分となった平成１８年度からは横ばいで推移していましたが、平成２２年度より増加傾向にあります。今後、高齢化の進行に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測されます。

図11 うきは市介護認定者 原因疾患

(H23. 10現在)



市の要介護認定者の原因疾患で最も多いのが認知症です。(図11) 認知症の早期発見・早期治療をしていくことで発症を延ばすことができます。また、正しい理解と予防について、普及・啓発することが重要です。また、認知症の中で最も割合が高いアルツハイマー病の発症に、糖尿病や高血圧が関与していることがわかってきました。生活習慣病のコントロールが認知症の予防につながります。

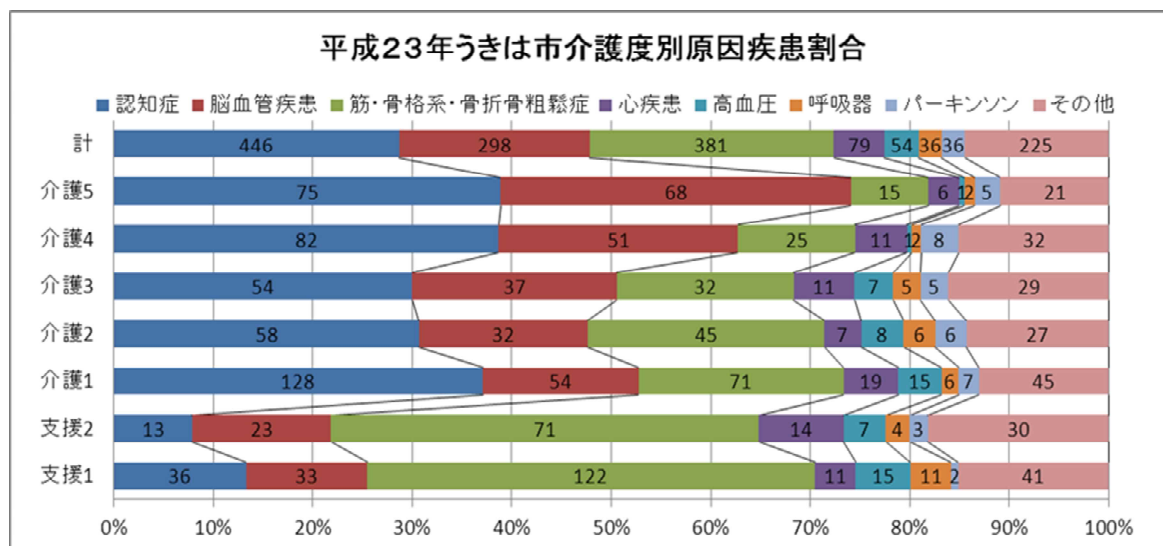
次に原因疾患で多いのが脳血管疾患です。高血圧・高脂血症・糖尿病等の生活習慣病が大きく関与しています。((2) 循環器疾患 で前述)。次に「筋・骨格系疾患」「骨折・骨粗鬆症」が続きますが、この二つを合わせた「運動器疾患」がしめる割合は、2位の脳血管疾患を上回ります。

要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提唱しました。生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢に伴う、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で、これらの状態により要介護状態となる人が多くみられ、ロコモティブシンドロームの対策が要介護予防に重要です。

特に要支援1・2の軽度認定者においては、原因疾患の4割以上が運動器疾患となっており、要介護になる前の取り組みが必要になってきます。また、身体活動量の低下は認知症の要因の一つでもあり、日常的にしっかり体を動かし、筋肉の衰えを防ぐことが要介護認定者数、介護度の進行を抑えることにもつながります。

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

- ・運動器(運動器を構成する主な要素には、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、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。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し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、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。



ア 対策

(ア) 介護予防事業（二次予防事業）の実施

生活機能（運動・口腔・栄養状態等）が低下している者を早期に発見し、要介護状態を予防する事業を展開していきます。

- ・ 二次予防事業対象者把握事業
- ・ 通所介護予防事業（生きがいデイサービス・げんきハツラツ会）

(イ) 認知症対策

認知症の早期発見・早期受診・早期治療

認知症についての正しい理解と知識の普及・啓発

予防法についての普及・啓発（生活習慣病の予防等）

- ・ 認知症を予防する講座
- ・ ファイブ・コグ検査（高齢者用集団認知検査）
- ・ 認知症サポーター養成講座

(ウ) 「生活習慣病」予防

- ・ 介護予防事業 一次予防 げんき塾
- ・ 介護保険第1号被保険者に対する説明会
- ・ 高齢者に対する保健指導（特定保健指導対象者への継続した指導・後期高齢者健診受診後の保健指導）

(エ) 「運動器疾患」対策

- ・ 介護予防事業 二次予防事業 運動機能向上事業（ロコモ予防教室）
- ・ ノルディックウォーキング教室

(オ) 介護予防の普及啓発

- ・ 介護予防事業 一次予防事業 げんき塾事業
- ・ げんき塾ボランティアフォローアップ教室
- ・ 介護の日講演会

参考 介護予防事業

一次予防事業（一般高齢者を対象とした介護予防）

- ・ げんき塾 → 地区公民館等で保健師及び看護師による血圧測定・健康チェックを行い、健康運動指導士による健康体操、管理栄養士による食生活についての講話、歯科衛生士による口腔講話を実施します。

二次予防事業（生活機能低下者を対象とした介護予防）

- ・ 通所型介護予防事業
 - 通所で個別に作成した介護予防プランに基づき、運動機能向上・口腔機能向上・栄養改善を図る。生きがいデイサービスとげんきハツラツ会を実施。
- ・ 運動機能向上事業（ロコモ予防教室）
 - 要介護の原因疾患として多い「運動器症候群」を予防する教室。個別プランに基づき、マシンを使用して実施する。

(6) 歯・口腔の健康

ア 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。

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)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・口腔の健康が、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と考えられています。

従来から、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」が展開されているところです。超高齢社会の進展を踏まえ、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つながるものと考えられます。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。幼児期や学齢期でのう蝕予防や、近年の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と考えます。

イ 基本的な考え方

(ア) 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

(イ) 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。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、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。口腔機能については、咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

ウ 現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診で経年的な把握ができる下記の３点を目標項目とします。

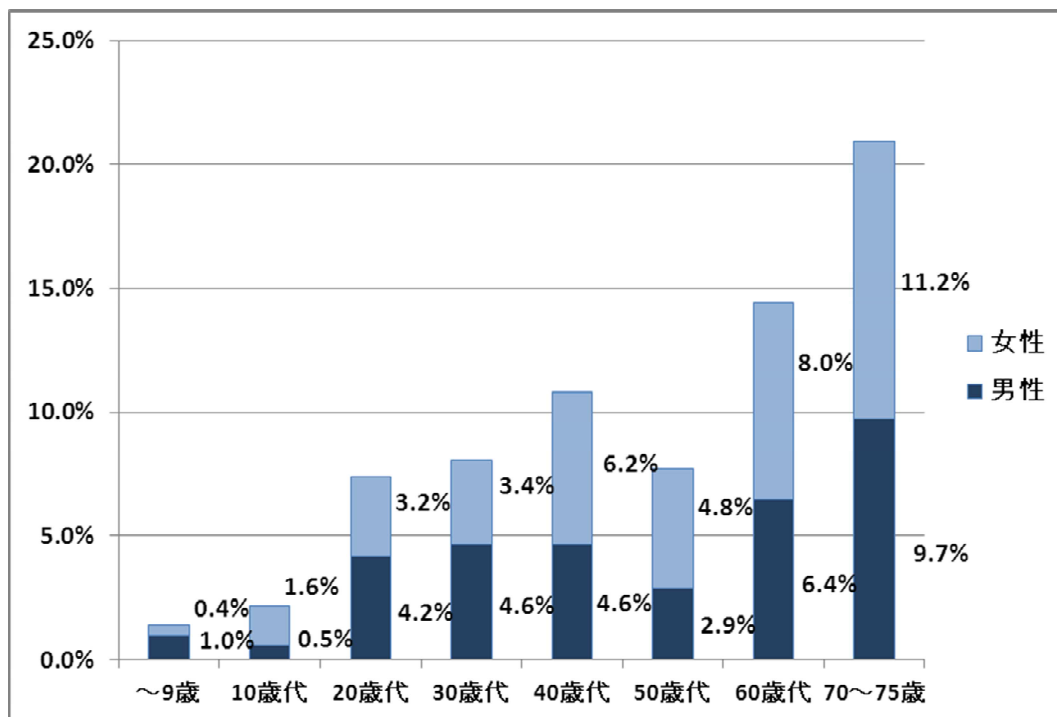
(ア) 歯周病を有する者の割合の減少

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、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について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す。

歯科疾患の医療費は平成 22 年 5 月診療分を見ると、入院外全体の 16.1%を占めます。歯周炎が顕在化し始めるのは 40 歳以降と言われていますが、図 1 2 のようにうきは市では 20 歳代から徐々に増加傾向です。

図 1 2 歯周炎を有する人の割合（平成 24 年 5 月診療分より）

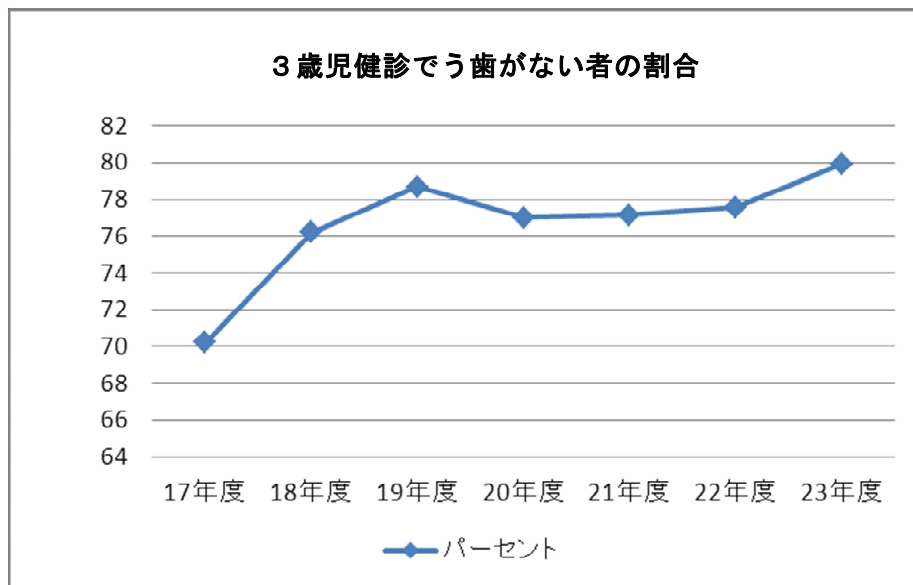


(イ) 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

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 歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成の為に不可欠です。

市の 3 歳児でう歯がない者の割合は、微増しており、平成 23 年度は 80%に達していますが、今後も 1 歳 6 ヶ月・2 歳・2 歳 6 ヶ月・3 歳のフッ素塗布を継続し、乳児健診時の歯の健康指導等の取組を継続していきます。（図 1 3）

図 1 3 3 歳児でう歯がない者の割合の推移



永久歯も同様の傾向で、平成 24 年の永久歯う蝕の代表的評価指標である 12 歳児の一人平均う歯数は全国の 1.3 歯よりは少ない 1.19 歯となっています。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 歳児のう蝕有病状況の改善は、乳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、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のための情報提供を行っていきます。

エ 対策

(ア) ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・乳児健診時の歯の健康指導（7 ヶ月、10 ヶ月児）
- ・「8020 運動」の推進

(イ) 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診（1 歳 6 ヶ月児、3 歳児）
- ・フッ素塗布（1 歳 6 ヶ月児、2 歳児、2 歳 6 ヶ月児、3 歳児）

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

ア 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営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

うきは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、食習慣をつくっています。

生活習慣病予防と重症化予防の実現のためには、市の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

イ 基本的な考え方

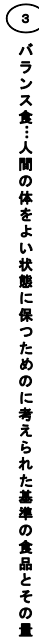
主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は表12のとおりです。

食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は表13のとおりです。

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)摂取を実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

自分の食べ方を見て下さい。



★ 嗜好品(ビール、チョコレート)を取らない場合は、ごはんで50g、 料理油(マーガリン・種実)で5gプラスします。

表 13
ライフステージごとの食品の目安量

食品			妊 娠						授乳期	乳 児			幼 児		小学生			中学生		高校生		成人	高 齢 者		
			前期 0～16週 未 満	中期 16～28 週 未 満	後期 28～40 週	妊娠高 血糖 尿糖+	妊娠高血 圧症候 群 尿糖- 尿糖± 以上	6か月 開始 2カ月		8か月 開始 4カ月	11か月 開始 7カ月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳		70歳以上				
															男	女	男	女	男	女	男		女		
第 1 群	乳製品	牛乳1本 200c c	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (ブ レーン ヨーグ urt)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200
	卵	Mサイ ズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	卵黄 5	卵黄～ 全卵25	卵黄～ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第 2 群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	50
	肉類	薄切り肉 2～3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	50
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	5	0	40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110	110
第 3 群	緑黄色野菜	人 参 ほうれん草 トマトなど	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	150
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	200
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	100
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	すりお ろし30 ～40	すりお ろし50 ～70	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30～50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50
第 4 群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち
	種実類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	バター で2	バター で3	4	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	酒類（アルコール）		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20	

ウ 現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。

健診データについての目標項目は、次の「2. 生活習慣病の予防」の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

(ア) 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

体重は、ライフステージをとおして、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。(表 14)

表14 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠	出生	学童	成人		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生児	小学5年生	20～60歳代男性	40～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重	中等度・高度肥満傾向児	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	29.0% (平成22年)	9.6% (平成22年)	男子 4.60% 女子3.39% (平成22年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)	17.4% (平成22年)
市の現状	20.3%*	9%*	男子 4.72% 女子4.76%	29.0%	21.7%	16.9%
	(平成23年度)					
データソース	妊娠届出時	人口動態統計	児童生徒体力・運動能力調査	特定健診結果		

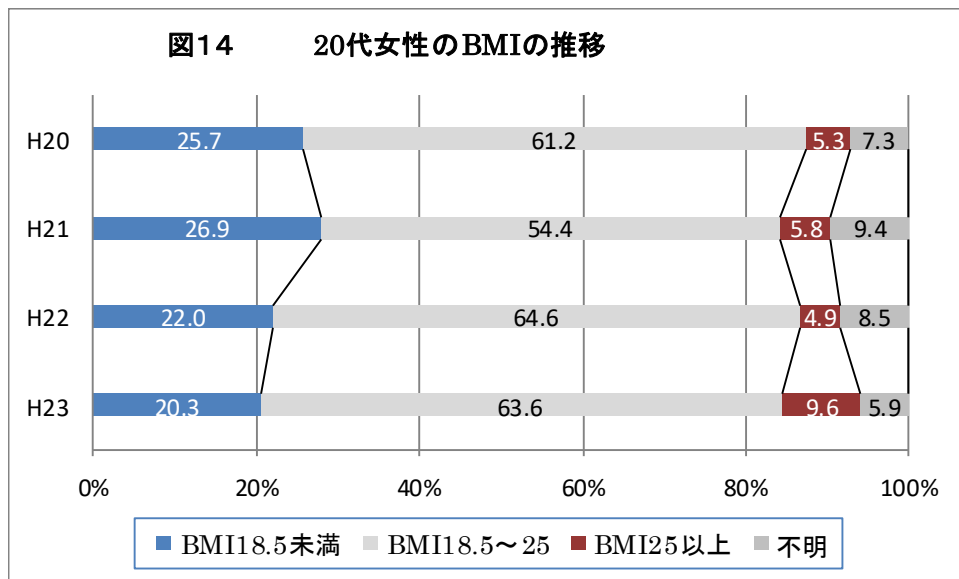
*データ不明者も分母に含めて算出した。

健康日本 21・市国保特定健診・市基本健診・母子手帳交付時間診票

a. 20 歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の1つと考えられています。

市では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、基本健診並びに妊娠直前のBMIを把握し、栄養指導・保健指導を行っていますが、平成20年度から20歳代女性のやせが減少傾向にあります。しかし、BMI25以上の20歳代女性の割合は増えており、BMI18.5～25の普通の20歳代女性はほぼ横ばいにあります。(図14)



市基本健康診査結果・母子手帳交付時間診票

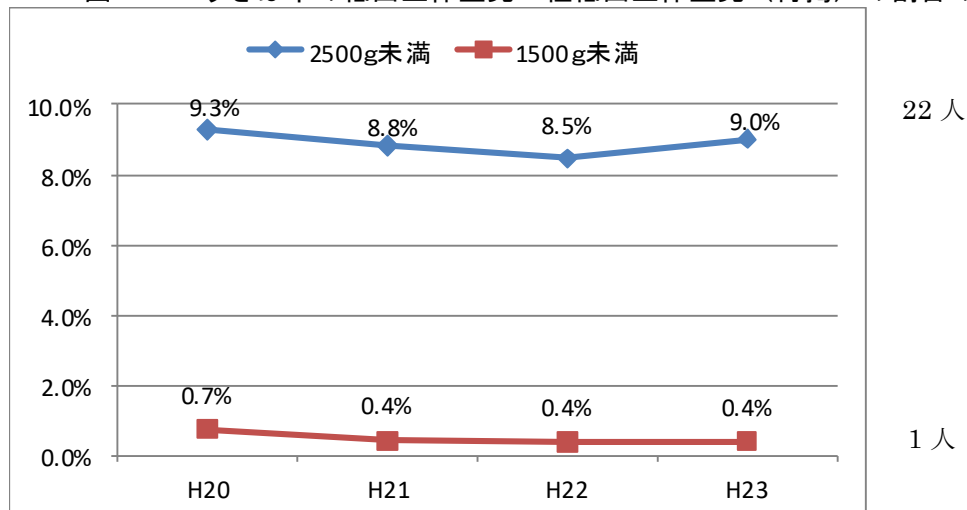
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた栄養指導・保健指導を行っていくことが必要になります。

b. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

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もあります。

市では、毎年約25人が低出生体重の状態で生まれてきますが、低出生体重児の出生率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、将来の生活習慣病の発症予防のための栄養指導・保健指導も必要になります。(図15)

図15 うきは市の低出生体重児・極低出生体重児（再掲）の割合の推移



c. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

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。

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度 20%以上 30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。

国の指標の設定となっている小学校5年生（10歳）のうきは市の肥満傾向児は、男子は全国より、女子は全国や県より出現率が高くなっています。（表15）

また、経年の変化では、男女ほぼ同じようにやや減少傾向に推移していますが、依然として高い割合を保っています。

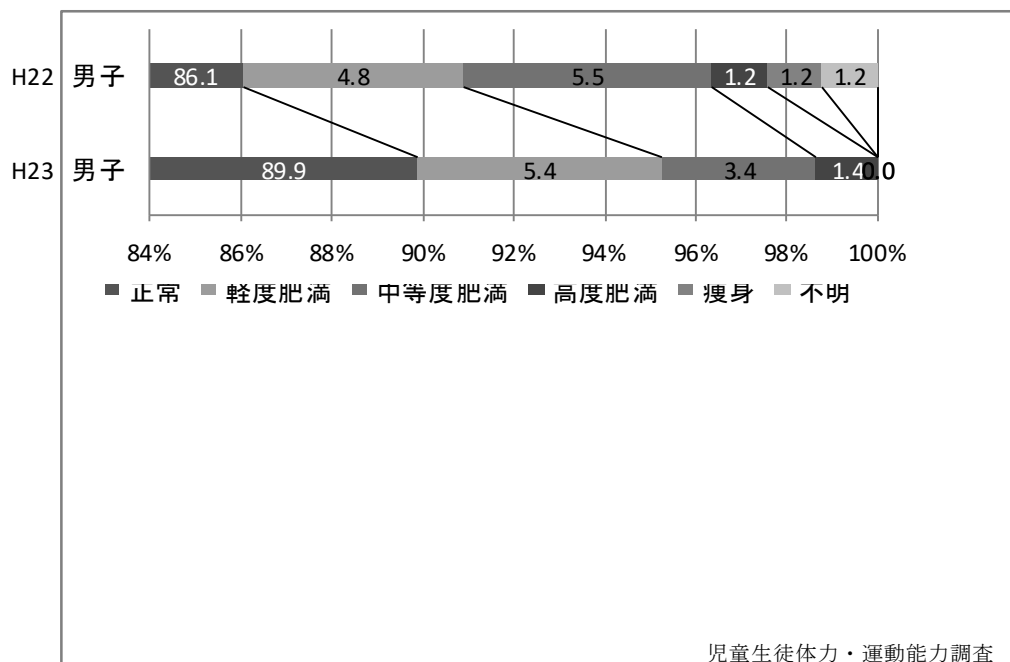
表15 平成23年 都道府県別 肥満傾向児の出現率
学校保健統計

	小学校5年生				
	男子		女子		
1	山形	16.94	青森	11.77	1
2	北海道	15.66	和歌山	11.03	2
3	青森	15.46	栃木	10.96	3
4	大分	13.35	徳島	10.95	4
5	群馬	13.08	茨城	10.91	5
6	秋田	13.02	沖縄	10.73	6
7	徳島	12.58	北海道	10.65	7
8	山梨	12.29	山形	10.44	8
9	鳥取	12.22	秋田	10.28	9
10	高知	12.14	神奈川	10.13	10
11	愛媛	11.58	群馬	9.98	11
12	新潟	10.83	うきは市	9.52	12
13	福岡	10.76	富山	9.33	13
14	宮崎	10.75	高知	8.83	14
15	熊本	10.69	佐賀	8.81	15
16	千葉	10.53	大阪	8.36	16
17	茨城	10.51	熊本	8.16	17
18	埼玉	10.37	福岡	8.07	18
19	うきは市	10.14	大分	8.07	19
20	香川	10.07	新潟	8.04	20
21	岡山	9.91	静岡	8.00	21
22	栃木	9.75	宮崎	7.84	22
23	鹿児島	9.72	全国	7.71	23
24	福井	9.69	鹿児島	7.62	24
25	全国	9.42	滋賀	7.52	25
26	和歌山	9.37	埼玉	7.48	26
27	沖縄	9.28	兵庫	7.41	27
28	佐賀	9.13	千葉	7.35	28
29	三重	8.85	愛媛	7.29	29
30	愛知	8.64	岡山	7.00	30
31	富山	8.48	香川	6.83	31
32	広島	8.48	東京	6.82	32
33	長野	8.31	長崎	6.65	33
34	東京	8.10	広島	6.35	34
35	大阪	8.05	島根	6.31	35
36	長崎	7.90	奈良	6.27	36
37	神奈川	7.89	福井	5.96	37
38	兵庫	7.54	山梨	5.87	38
39	滋賀	7.13	三重	5.67	39
40	山口	7.06	京都	5.36	40
41	岐阜	6.90	山口	5.18	41
42	島根	6.87	鳥取	5.04	42
43	静岡	6.62	長野	4.34	43
44	京都	6.43	岐阜	4.27	44
45	石川	6.22	石川	4.24	45
46	奈良	6.14	愛知	3.95	46
47	岩手	…	岩手	…	47
48	宮城	…	宮城	…	48
49	福島	…	福島	…	49

（注）肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

図 1 6 小学校 5 年生の体格の推移



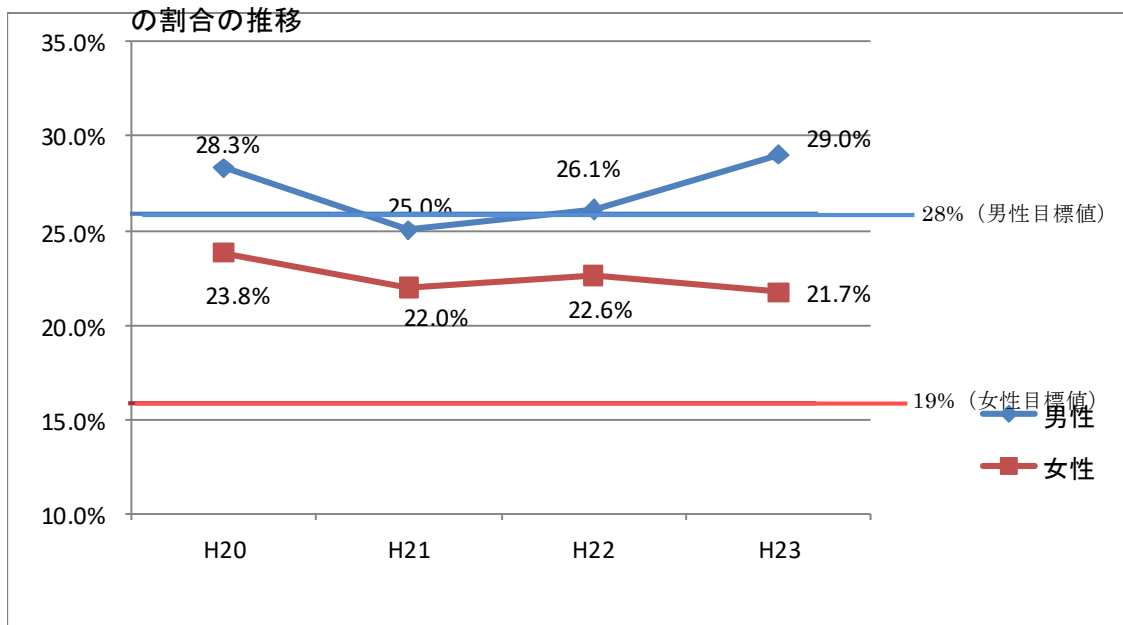
子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取組みが行われているところですが、こうした取組みをより効果的にするために、今後は栄養指導・保健指導が必要な児を明確にするために養護教諭と検討していく必要があります。

d. 20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、一次最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

20～60 歳代男性の肥満者の割合は増加傾向、40～60 歳代女性の肥満者の割合は横ばいですが、どちらも平成 34 年度の目標値を上回っており肥満者が減少していない状況です。(図 1 7)

図 1 7 男性（20～60 歳代）及び女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）



市国保特定健康診査・市基本健康診査

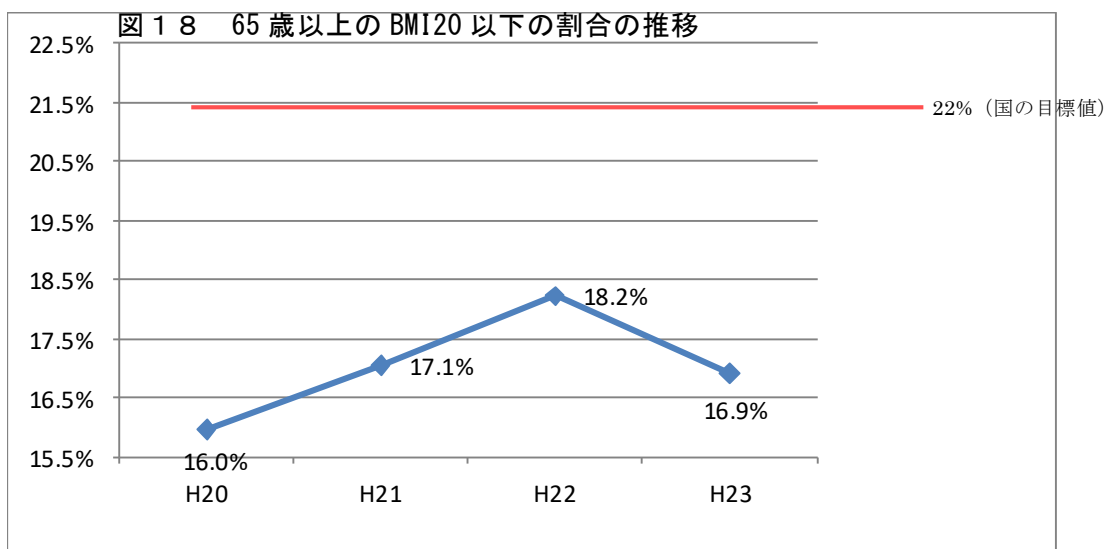
e. 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)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も極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。

市の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は、平成 34 年度の国の目標値を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。（図 1 8）



市国保特定健康診査

(イ) 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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は緊急の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

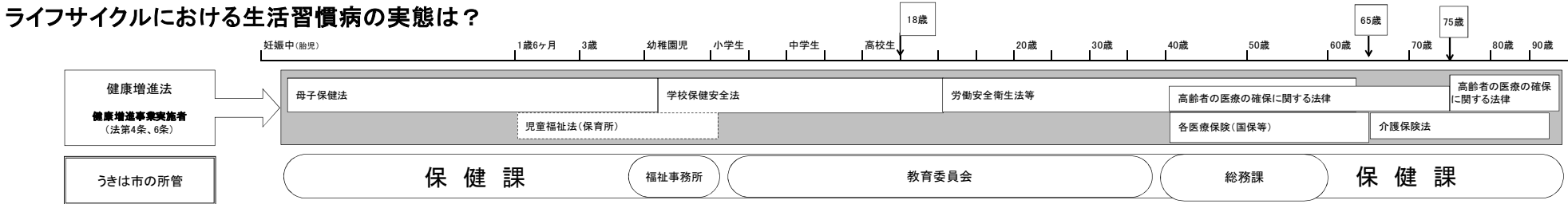
子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。

市では、学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査を行っていますが、生活習慣病に関連した項目が少ないため、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が、現在のところありません。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、子どもの生活習慣病予防健診の実施を検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要だと考えます。

表 1 6
ライフサイクルにおける生活習慣病の実態は？

第Ⅱ章 課題別の実態と対策



法 律		母子保健法					(省令) 児 童福祉施設 最低基準第 35条	学校保健安全法										労働安全衛生法				高齢者の医療の確保に関する法律			
		母子健康手帳（第16条） 妊婦健康診査（第13条）			健康診査 （第12条）			健康診断（第13条）										健康診断（第66条）				特定健診（第20条）		後期高齢者健診 データ	
健診の名称等		妊婦健診			1.6ヶ月児健 診	3歳児健診		学校健診										定期健康診断				特定健診			
検診内容を規定する法令・通知等		平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知 「第4 妊娠時の母性保健」 平成21年2月27日産児母発第0227001号厚生労働省雇用均等・児 童家庭局長母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等につい て」			厚生労働省令		厚生労働省令 「第5章 健康 および安全」	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」										労働安全衛生規則 第一節の二 健康診断							
対象年齢・時期等		基準値			15週以前 (260名)	16～27週 (630名)	28週以降 (983名)	1・6歳 (234名)	3歳 (279名)	保育所	小学校			中学校			高校	雇入時、35歳、40歳以上				40歳～74歳		75歳～	
					年間14回（うち6回結果返却）			該当年齢	該当年齢	903名	5年生 (295名)	6年生 (308名)	1年生 (285名)	2年生 (332名)	3年生 (294名)	1年～3年	男性	女性	男性 (1251名)	女性 (1627名)	119名				
内臓脂肪	B M I（腹囲）	男 ～85cm未満 女 ～90cm未満	18/251*1 (7.2%)				15(6.4%)	9(3.2%)			14 4.7%	12 3.9%	21 7.4%	17 5.1%	8 2.7%					555 44.4%	350 21.5%				
	中性脂肪	～149mg/dl																		376 30.1%	311 19.1%	28 23.5%			
	ALT（GPT）	～30IU/d l																		256 20.5%	165 10.1%	7 5.9%			
内皮障害	血圧	130/85	21(8.1%)	48(7.6%)	82(8.3%)															730 58.4%	803 49.4%	66 55.5%			
	尿酸	～6.9mg/d l																		217 17.3%	33 2.0%				
糖尿病	HbA1c	～5.2%																		460 36.8%	616 37.8%	12 10.1%			
	血糖	空腹 ～99mg/dl 食後 ～139mg/dl		12/111*2 (10.8%)	15/119 (12.6%)															306 24.5%	441 27.1%	30 25.2%			
	尿糖	（－）	18(6.9%)*3	17(2.7%)	51(5.2%)		0(0%)		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.3%							72 5.8%	21 1.3%	4 3.4%			
単独動脈 硬化因子	LDLコレステロール	～119mg/d l																		520 41.6%	904 55.6%	52 43.7%			
腎臓病	血清クレアチニン	男 ～1.3mg/dl未満 女 ～1.2mg/未満																		26 2.1%	9 0.6%				
	e-GFR	60以上																		186 14.9%	172 10.6%				
	尿蛋白	（－）	20(7.7%)*3	53(8.4%)	91(9.3%)		1(0.4%)		3 1.1%	3 1.0%	3 1.0%	6 2.1%	9 2.6%							183 14.6%	157 9.6%	15 12.6%			
	尿潜血	（－）					2(0.7%)		1 0.4%	4 1.3%	9 2.9%	2 0.7%	2 0.6%							260 20.8%	645 39.6%	47 39.5%			

* 1 母子手帳交付時問診票より妊婦前体重
* 2 随時及び食後時間不明は100未満で集計
* 3 妊婦の尿糖(+)以上尿蛋白(+)以上で集計
※ 幼児肥満(カブ指数18以上)
※ 小中学生肥満は肥満度30%以上

エ 対策

（ア）生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・妊婦栄養指導（母子健康手帳発行時）
- ・母親学級（妊娠中期・後期）
- ・乳幼児健康診査・離乳食教室・子育て相談（乳幼児期）
- ・食育アドバイザー（食生活改善推進員）養成事業（青年期・壮年期・高齢期）
- ・げんき塾（高齢期）
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、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の実施（乳幼児期・青年期・壮年期・高齢期）

- ・健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

（イ）生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・健康診査結果に基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

（ウ）小中学校の養護教諭との課題の共有

現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有
肥満傾向児の詳細な実態把握

(2) 身体活動・運動

ア 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、運動とは身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

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非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、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・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康に対する人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。(第Ⅱ章1(5)介護予防参照)

また、生活全般の利便性の向上とともに、遊び場の減少、少子化による遊び仲間の減少、塾や習い事による生活時間の変化、子どもの遊びの変化、交通事故や犯罪等の多発などの社会環境の変化によって、子どもが思い切り体を動かして遊ぶ機会は減少の一途をたどっています。その結果発育期の全年齢にわたって、動作発達や運動能力の低下や、小児肥満や姿勢異常の増加、及び身体の虚弱化に伴う気力の低下などが問題になっています。体と心の健康は社会の活力の源であることから、このような子どもの身体活動の低下は、子どもたちが担うことになる将来の社会から活力をうばうことにつながるきわめて深刻な状況です。

こうした状況を踏まえ、日本学術会議の健康・生活科学委員会は平成23年8月に「子どもを元気にする運動・スポーツの適正実施のための基本指針」をまとめ、運動促進を支援しています。また、体力・運動能力の改善には幼児期からの取り組みが大切と考えた文部科学省は小学校就学期前の幼児(3歳～6歳)を対象に平成24年3月に「幼児期運動指針」を策定し生涯にわたって健康を維持し、積極的な活動に取り組み、豊かな人生を送るための基盤づくりを目指しています。

また、運動不足は、筋力や持久力、骨格の発達異常を引き起こすだけでなく、脳の機能の正常な発達を阻害し、運動に付随する身体感覚を劣化させ、体を動かそうという意欲によって形成される気力を減退させます。

平成17年に厚労省研究班によって開始された研究の成果として提案された小児のメタボリックシンドローム診断基準によると、学童の1～2%においてすでにメタボリックシンドロームが出現しており、週2回以上の運動習慣の有無や、休日における屋外の運動時間の長さによって健康的なプロフィールを示すという研究もあります。学童期の「運動習慣」は、メタボリックシンドロームのリスクファクターに影響する重要な因子であると考えら

れます。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、子どもから高齢者まで多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法や生活活動を含む身体活動量を増やすことの重要性について情報の提供や環境をつくることが求められています。

イ 基本的な考え方

発育発達、健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。

健全な発達、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、日常生活の営みを送る上で困らないようにするために毎日の規則正しい生活習慣の確立とともに身体活動・運動が重要になってきます。

ウ 現状と目標

(ア) 日常生活における歩数の増加

(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

身体活動量を増やす具体的な手段は、日常生活のなかで、正しい姿勢を意識することや、生活の中でも歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、季節や時間帯に関係なく運動できるよう、体育施設の活用や夜間でも身体活動ができる環境整備も必要になります。

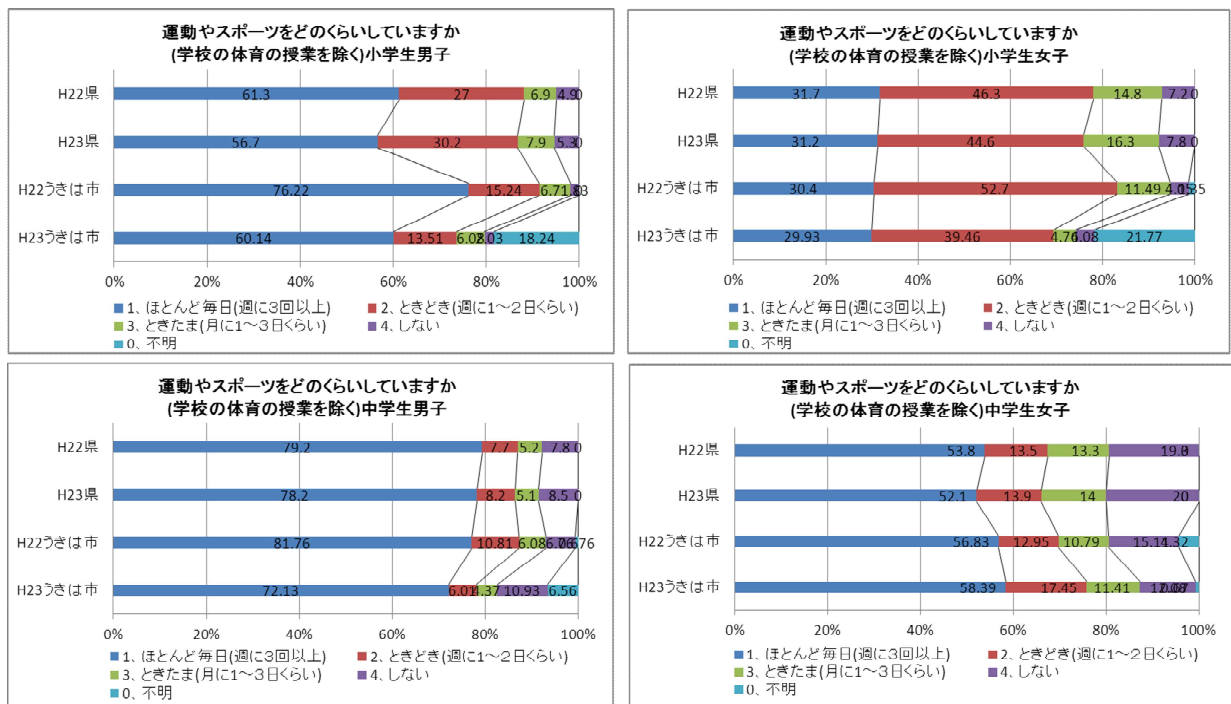
(イ) 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなります。

就労世代の運動習慣者が今後増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、既存の運動施設の利用促進など多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整える必要があります。

(ウ) 発育発達に応じた運動の推進

図19 平成23年度福岡県児童生徒体力・運動能力調査報告書、うきは市平成22年、23年体力・運動能力調査より（小学生：小5、中学生：中2の平成22年度、平成23年度データ）



小学生、中学生ともに、男子より女子の運動実施状況が福岡県、うきは市、ともに低いことがわかります。運動しない女子の増加は、自信の体力・健康面はもとより、多くが将来母親や保育者として育児に関わることを考えると、運動・スポーツ習慣のない女性に育てられる子どもに活動的な生活スタイルは期待しにくいいため、女子の運動・スポーツへの参加を促進することは重要です。女子を運動から遠ざけている要因には様々な要因がありますが、活動的な女子を増加させていくため多方面からのアプローチが求められています。

(エ) 介護保険サービス利用者の増加の抑制

(第Ⅱ章1 (5) 介護予防参照)

要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、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、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で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、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になります。(表1)

運動器の変化

図20

年齢	乳幼児 0歳～3歳	幼児 3歳～6歳	小学生 7歳～12歳	中学生 13歳～15歳	高校生 16歳～18歳	成人 → 高齢者 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代 80歳代							
骨	0歳 股関節臼蓋・形成(ハイハイ)等				18歳 骨密度ピーク	閉経 女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊椎の骨密度が優先的に低下							
筋力				14歳～16歳 筋力最大発達時期		減少始まる	40歳代より目立って減少。脚筋力では10年間に13%～14%の低下率50歳代より筋量低下割合が大きくなる				ピーク時の約2/3に減少		
循環器			12歳～14歳 持久力最大発達時期				最大酸素摂取量(全身持久力性能指標)が10年間に9～11%の低下率						
神経	0歳～3歳 脳神経回路発達ピーク 最大発達時期	4歳～7歳	10歳 運動神経完成								速筋線維を支配する運動単位の減少に伴い運動神経の数が急激に減少		
足底	立位・歩行の完成	6歳 土踏まずの完成											
運動	保護者のもと園での遊び		体育の事業			運動習慣ありの人割合が低い							
	園での遊び		スポーツ少年団 体育協会	部活動									
	持久力・筋力の発達					持久力・筋力の機能維持・向上							
ライフステージにおける運動の必要性	骨格・神経系の発達を促進する遊びを通した身体活動		発達段階に合わせた様々な運動・体づくり。オーバーユースによる、ケガ等の予防。			妊娠・出産・子育てに必要な体づくり							
						やせ・肥満予防。メタボリックシンドローム予防・生活習慣病予防・がん・認知症予防							
									ロコモティブシンドローム予防・筋骨格系疾患予防				
運動指針等		幼児期運動指針	新学校指導要領			健康づくりのための運動指針2006 エクササイズガイド							
	子どもを元気にする運動・スポーツの適正実施のための基本指針												

身体機能を発達・向上・維持するためには、全ての年代においてステージにあった身体活動・運動を行うことが重要
 参考：長野県松川町保健活動計画等
 健康運動指導士養成テキスト(上)

また、運動器疾患の発症予防や、生活習慣病とロコモティブシンドロームを併発する方も多く、重症化予防のために行う身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法があり安全に正しく筋力強化の出来る運動の指導などにはより専門性が必要となるため、健康運動指導士等運動の専門家によるきめ細やかな指導を実施していきます。

エ 対策

(ア) 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・啓発の推進

- ・メタボリックシンドローム・ロコモティブシンドローム予防等のための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の推進
- ・健診結果や個々の体の状態に合わせ、健康運動指導士による必要な運動の種類・強度・量等、専門性を発揮した運動指導の推進
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・「子どもの正常な発育発達を促す身体活動」についての知識の普及

市では、母親学級（カンガルースクール）や産後ボディケア教室、出前講座等で子育て中の女性への健康運動指導士からの情報提供・実技等によりアプローチしています。母親への継続的アプローチは、子どもたちの健やかな成長のため今後も対策が必要と考えます。

(イ) 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・市の各部局や関係機関と連携した健康づくりやスポーツの推進
- ・市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨
- 母子保健事業・保健指導
- 介護予防事業 一次予防事業
（げんき塾・ノルディックウォーキング教室・ボランティアフォローアップ教室）
- 介護予防事業 二次予防事業（運動機能向上事業）・出前講座・スポーツ推進事業 等

(ウ) 運動をしやすい環境の整備

- ・ うきはアリーナ等健康増進施設の有効活用

体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患（ロコモティブシンドローム）の発症及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、誰でも正しく気軽に行えるよう施設の周知活動、情報提供を行い、有効活用できる事業展開と事業所との連携を行います。

(3) 飲酒

ア 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、陶酔性、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、多量飲酒者を「1 日当たりの純アルコール摂取量平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g/日（日本酒 2 合/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います。同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

世界保健機構(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 1 日 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許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。そのため、次期計画においては、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 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

イ 本的な考え方

飲酒については、アルコールと健康の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。

ウ 現状と目標

(ア) 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者)の割合の低減

うきは市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合についての統計データが揃っていないため、今後は特定健診時の問診項目として、アルコールの種類、一日の飲酒量の追加実施を検討します。

また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTP については、異常者の割合は横ばいで推移しています。(表 17)

表 17 γ -GTP 異常者の推移

γ -GTPが保健指導判定値者の割合 (51以上)

	H20	H21	H22	H23
男性	29.1%	31.0%	29.5%	32.9%
女性	5.9%	6.8%	7.2%	7.6%

γ-GTPが受診勧奨判定値者の割合（101以上）

	H20	H21	H22	H23
男性	10.6%	9.9%	10.6%	11.2%
女性	1.0%	1.6%	1.1%	1.6%

市国保特定健康診査

γ-GTPの異常者は、男女共にメタボが有位に多くなり、血圧や尿酸値、中性脂肪、HbA1cなどLDL以外の値が高くなっています。（表18）

表18 γ-GTP異常者(51U/I以上)の検査項目別異常者数割合(平成23年度)

市国保特定健康診査

①男性

	総数	割合	メタボ該当		メタボ予備軍		腹囲85cm以上		BMI25以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1097	100.0%	247	22.5%	199	18.1%	509	46.4%	310	28.3%
γ-GTP51以上	365	33.2%	125	34.2%	63	17.3%	203	55.6%	133	36.4%

	脂質				HbA1c5.2以上		空腹時血糖値100以上 随時血糖値140以上	
	HDL40未満		中性脂肪150以上		人数	割合	人数	割合
	人数	割合	人数	割合				
全体	67	3.4%	332	30.3%	477	43.5%	376	34.3%
γ-GTP51以上	20	5.5%	174	47.7%	164	44.9%	148	40.5%

	尿酸7以上		血圧				LDL120以上	
			収縮期血圧130以上		拡張期血圧85以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	201	18.3%	540	49.2%	307	28.0%	539	49.1%
γ-GTP51以上	104	28.5%	213	58.4%	132	36.2%	168	46.0%

	尿蛋白+以上		クレアチニン 1.2以上	
	人数	割合	人数	割合
全体	48	4.4%	28	2.6%
γ-GTP51以上	27	7.4%	6	1.6%

②女性

	総数	割合	メタボ該当		メタボ予備軍		腹囲90cm以上		BMI25以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1418	100.0%	125	8.8%	111	7.8%	294	20.7%	323	22.8%
γ-GTP51以上	168	11.8%	16	9.5%	5	3.0%	24	14.3%	27	16.1%

	脂質				HbA1c5.2以上		空腹時血糖値100以上 随時血糖値140以上	
	HDL40未満		中性脂肪150以上					
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	25	1.8%	251	17.7%	644	45.4%	271	19.1%
γ-GTP51以上	6	3.6%	44	26.2%	60	35.7%	39	23.2%

	尿酸7以上		血圧				LDL120以上	
			収縮期血圧130以上		拡張期血圧85以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	24	1.7%	542	38.2%	249	17.6%	871	61.4%
γ-GTP51以上	6	3.6%	47	28.0%	28	16.7%	71	42.3%

	尿蛋白+以上		クレアチニン 1.0以上	
	人数	割合	人数	割合
全体	42	3.0%	18	1.3%
γ-GTP51以上	6	3.6%	2	1.2%

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、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支援が必要になります。

同時に、飲酒の習慣は、市の地理・地形、気候や歴史などを背景とした文化や食生活の中で、形成されたものでもあるため、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

エ 対策

（ア）飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供
母子健康手帳交付、母親学級、乳幼児健診及び相談、がん検診等
- ・ 地域特性に応じた健康教育

（イ）飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、市国保特定健康診査の結果に基づいた適度な飲酒への個別指導

(4) 喫煙

ア 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、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、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。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、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。

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわ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認知されていませんが、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こと(「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)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

イ 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多く of 疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、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。

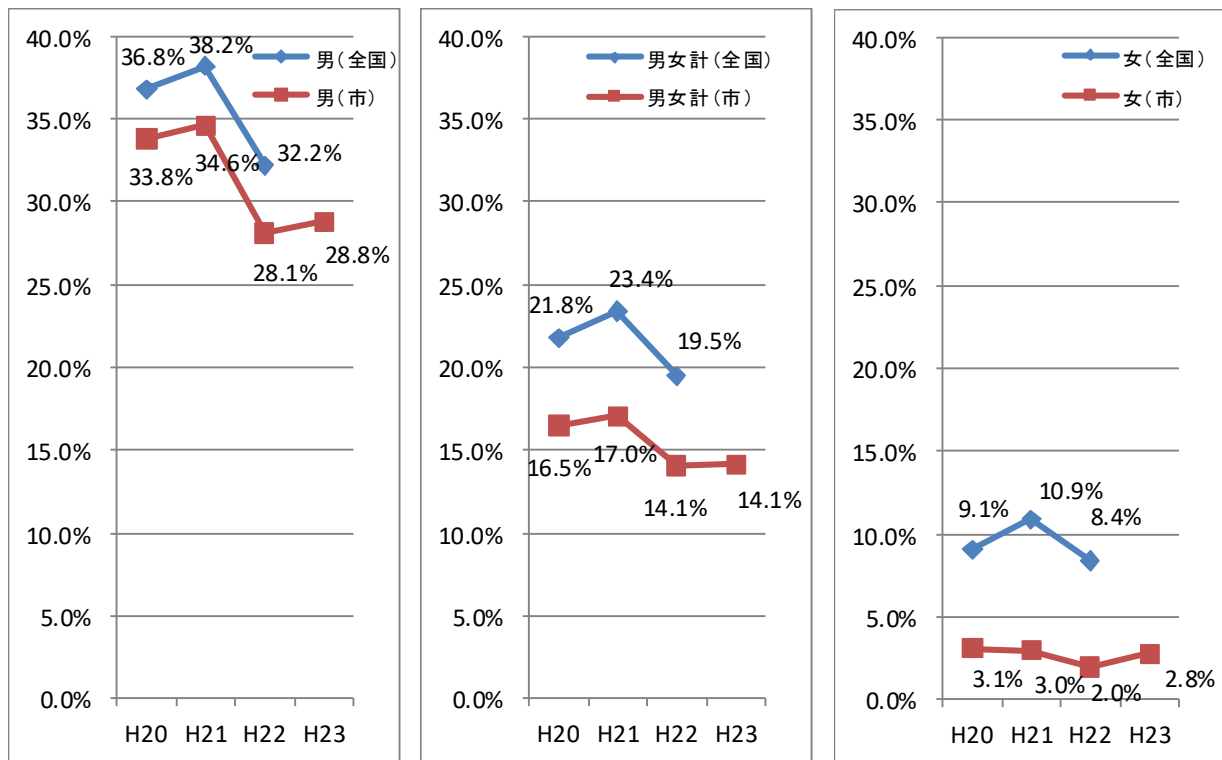
ウ 現状と目標

成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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指標として重要です。

市の成人の喫煙率は、全国と比較すると低く推移しています。(図2-1)

図2-1 喫煙率の推移



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ですが、 今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

エ 対策

(ア) たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
母子健康手帳交付、母親学級、乳幼児健診及び相談、がん検診等

(イ) 禁煙支援の推進

- ・ 健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

(5) 休養

ア はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の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することが重要です。

イ 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。労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等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。

ウ 現状と目標

睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

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あらわれることも多く、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・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、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、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。今後は、生活（睡眠）リズムの実態把握を行い、対策を検討、推進していく必要があります。

エ 対策

(ア) うきは市の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・生活リズムと健診データとの突合により、健康に関連する事項について明確化

(イ) 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

4. 母子保健

(1) はじめに

母子保健法は母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医務その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的に制定されました。

地方公共団体は母性並びに乳児及び幼児の健康保持及び増進に努めなければならない、乳児及び幼児は心身ともに健全な人として成長していくために、その健康が維持され、かつ、増進されるよう配慮しなければならない責務があります。

近年、核家族化、共働き、保育所不足、低成長経済等々の社会的、経済的に母性や乳幼児を取り巻く育児環境は厳しい状況にあります。

また、大人の生活習慣病の大きな要因として胎児・子ども時代の栄養状態の異常が指摘されています。この点に関する現状は、若年女性のやせ・低出生体重児・肥満児・生活習慣病罹患児が増加しており、極めて深刻な状態です。

このため、関係機関と連携を図りながら、母子保健活動の推進を図っていきます。

(2) 基本的な考え方

母親は妊娠中、健康に過ごし、安全に出産でき、命を守ることが必要になります。子どもの成長・発達リスク、虐待リスクを予防するためには低出生体重児を予防することが重要です。妊婦のやせは胎児への栄養が届きにくい、低出生体重児が生まれやすくなります。低体重児は将来、生活習慣病になりやすいため、低体重出生の予防と子どもの頃から、適正体重を維持することが重要です。

また、母親の妊娠中の高血圧、耐糖能異常、尿蛋白異常は、将来、生活習慣病のリスクが高いため、早期の実態把握と支援が重要です。

乳児及び幼児は心身ともに健全な人として成長していくために、その健康が保持され、かつ、増進しなければならないため、母子保健法では市町村の責務として乳幼児の健康診査、保健指導、新生児の訪問指導、栄養の摂取に関する援助をしなければなりません。平成25年度からは未熟児訪問が市町村業務となることもあり、低体重出生の予防に努め、より充実した乳幼児の健康の保持増進に努めていきます。

(3) 現状と目標

ア 母子手帳交付状況

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
交付数	246	285	254

*平成24年度より、交付時は必ず保健師・管理栄養士・助産師が問診表をもとに妊婦に対して保健指導、栄養指導を実施。

イ 母親学級実施状況

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
回数	6	6	6
参加者数	12	8	52

*平成23年度より対象者に対して、個別通知した。

平成24年度より、1クール2回（妊娠中期・後期）の年12回実施。

ウ 乳幼児健診状況

4ヶ月児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	262	233	281
受診児	260	230	277
受診率	99.2%	98.7%	98.6%

7ヶ月児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	267	237	254
受診児	259	234	242
受診率	97.0%	98.7%	95.3%

10ヶ月児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	275	242	257
受診児	267	230	251
受診率	97.1%	95.0%	97.7%

1歳児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	275	250	251
受診児	262	237	248
受診率	95.3%	94.8%	98.8%

1歳6ヶ月児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	258	275	239
受診児	237	263	232
受診率	91.9%	95.6%	97.1%

3歳児健診

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
対象者	260	259	281
受診児	238	239	268
受診率	91.5%	92.3%	95.4%

*未受診児は電話や訪問にて全員フォローしている。

*乳児健診（4・7・10・12ヶ月児）

4ヶ月児健診

内容：問診、計測、診察、集団指導（生活リズム・成長発達）、個別相談

7ヶ月児健診

内容：問診、計測、診察、集団指導（口腔機能・離乳食）、個別相談

10ヶ月児健診

内容：問診、計測、診察、集団指導（ブラッシング）、個別相談、ブックスタート

12ヶ月児健診

内容：問診、計測、診察、集団指導（幼児食）個別相談

*1歳6ヶ月児健診・3歳児健診

内容：問診、計測、診察（内科、歯科）、フッ素塗布、集団指導、個別相談、食進
会による砂糖の展示・おやつ指導

エ その他の母子保健事業

○子育て相談事業状況（2回/、延人数）

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
相談者数（人）	500	313	436

*子どもの安らかな発達促進と育児不安の軽減のため、保健師・管理栄養士・助産師・
保育士・健康運動指導士により計測、個別相談（健康・栄養）、母乳相談、ボディケ
アを実施。

○療育相談事業

年 度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
相談者数(人)	48	51	48

*対象者は1歳6ヶ月・3歳児健診において経過観察が必要な親子。

○離乳食教室

年 度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
実施人数	91	78	148

*教室参加者の増加により、平成23年度9月より月1回実施。平成23年8月までは2
ヶ月に1回実施。

○乳幼児訪問指導事業

	新生児	低出生体重児	乳児	幼児
H21 年度	4	1	76	3
H22 年度	2	19	226	0
H23 年度	1	20	230	0

*乳児については全戸訪問を実施。訪問により新生児、乳幼児の発育・栄養・環境・
疾病予防・育児不安の解消等の支援を実施。

○ふれあい体験事業（浮羽中学校3年生対象）

年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
参加者数	146	143	132

*中学3年生を対象に乳児とのふれあいを通して自分を含めた命の大切さを学ぶため、
妊娠中の経過・誕生後の経過の講話や乳児とのふれあい、乳児の母親との意見交換を
実施。平成24年度は吉井中学校も実施。

市では、妊娠前の体格がやせている母から低出生体重児が生まれる割合は2.9%となっています。また2,500～2,999gの割合が58.8%あり小柄な子どもが生まれています。(表19)

表19 妊娠前の体格と子どもの出生体重

	妊娠前のBMI							計
	やせ		適正体重		肥満		不明	
	18.5未満		18.5～25未満		25以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	
H23年4月～H24年3月に 出産した母251人	34	13.5%	156	62.2%	19	7.6%	42	251
※全国 平成22年乳幼児 身体発育調査報告書		19.6%		72.0%		8.3%		
1500g未満	－	－	1	0.6%	－	－		1
1500～1999g	－	－	2	1.3%	－	－		2
2000～2499g	1	2.9%	17	10.9%	－	－		18
2500～2999g	20	58.8%	54	34.6%	9	47.4%		83
3000～3499g	8	23.5%	72	46.2%	8	42.1%		88
3500～3999g	5	14.7%	10	6.4%	2	10.5%		17
4000g以上	－	－	－	－	－	－		

また、妊娠中の体重増加量をみると、妊娠前にやせて妊娠中、体重増加量が目標に満たない人（胎児への十分な栄養が届きにくい）が41.2%ありました。また、妊娠前に肥満で、体重増加量が目標を超えた人（妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病のリスクを高めている人）が78.9%ありました。(表20)

表20 母の妊娠中の体重増加

妊娠中の体重増加量 (目標体重)	目標体重より少ない		適正な体重増加		目標体重より多い		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
18.5未満(9～12kg)	14	41.2%	10	29.4%	10	29.4%	34
18.5～25未満(7～12kg)	17	10.9%	73	46.8%	66	42.3%	156
25以上(6～8kg)	2	10.5%	2	10.5%	15	78.9%	19
BMI不明・・42人							

妊娠高血圧症候群だった妊婦は、産後ほとんどの方は症状が消えますが、10年～20年を経て、加齢による血管の変化にともなって、高血圧・脳血管疾患、心血管疾患、糖尿病、脂質異常症、腎疾患の発症が高くなります。肥満が伴うとより発症が高まり、重症化する可能性があります。

妊娠糖尿病だった妊婦も、ほとんどは産後に症状が消えますが、将来糖尿病になるリスクは7.3倍高くなるという報告もあります。

平成23年に出産した母親の妊婦健診結果を見ても、6.0%近くに検査結果の異常がありました。(表21)

表21 平成23年度に出産した母親の妊婦健診結果

		妊娠高血圧症候群		妊娠糖尿病		その他の病気
		(疑いを含む)		(尿糖2+以上含む)		
		人数	割合	人数	割合	
H23年に出産した母 251人		15	6.0%	17	6.8%	甲状腺機能低下症 甲状腺機能亢進症 腎臓圧迫
再掲	低体重児を出産 した母 22人	2	9.1%	2	9.1%	

平成19年度から妊婦健康審査の結果を見ると、妊娠高血圧症候群の症状（血圧や尿蛋白）が見られるのは全体の10%前後、妊娠糖尿病の危険因子（尿糖）も6%前後で出現しています。(表22)

表22 妊婦健康診査結果

	受診者数	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
		98	265	244	284	284
尿検査	蛋白 2+以上	0(0%)	0(0%)	13(5.3%)	3(1.0%)	3(1.0%)
	糖 2+以上	5(5.1%)	20(7.5%)	17(6.9%)	19(6.6%)	18(6.3%)
血圧	135/85以上	10(10.2%)	22(8.3%)	31(12.7%)	32(11.2%)	33(11.6%)

※健診結果は妊婦健診結果が返ってきた分のみの数。(空欄は除外した)

※妊婦健診補助回数は平成20年度5月までは2回、6月から5回、平成21年度3月末から14回交付。

また、平成23年度の4ヶ月健診時の母親の血圧測定ではⅠ度高血圧の方が5.6%、Ⅱ度高血圧の方が1.8%いることが分かりました。(表23)産後4ヶ月では授乳から睡眠不足であったり、育児中心の生活のため、母親自身の体を省みる機会が少ない時期になることが考えられます。今後も乳児健診等で把握し、保健指導をしていきたいと思います。

表23 平成23年度の4ヶ月健診時の母親の血圧

分類	人数(名)
正常高値	29(10.9%)
Ⅰ度高血圧	15(5.6%)
Ⅱ度高血圧	5(1.8%)

※平成23年度の4ヶ月健診を受診した266名の母親を対象とした

妊娠高血圧症候群（PIH）管理ガイドライン 2009 では蛋白尿は少なくとも 3～6 ヶ月はフォローし、それ以上症状が遺残する場合は腎疾患などの基礎疾患の存在の有無を含め、内科医と連携をとり、厳重なフォローが必要となってくるとあります。

市でも、平成 22 年度末から 1 ヶ月健診で尿蛋白（＋）以上の母親を対象に、全戸訪問時に尿検査用スピッツを渡し、4 ヶ月健診～12 ヶ月健診まで経過を追ってきました。平成 23 年度は 12 名の母親が対象になりましたが、4 ヶ月健診で 10 名の尿蛋白が陰性化し、12 ヶ月健診で 1 名、尿蛋白が（＋）でしたので、病院受診を勧奨しました。（1 名は転出し、不明）今後ともれ者がいないように、実施し経過観察する必要があります。

乳幼児健診結果では表 2 4 のとおり、経過観察児が見られました。経過観察等の要因としては、言葉遅れ、多動等がみられました。これらは乳幼児期のできるだけ早期に異常等を発見し、療育施設、保育園等で早期の療育を始めることにより、健全な発育、発達を促すことが、重要だと考えます。

表 2 4 乳幼児健診結果

	H21 年度					H22 年度					H23 年度				
	4 ヶ 月	7 ヶ 月	1 歳	1 歳 6 ヶ 月	3 歳	4 ヶ 月	7 ヶ 月	1 歳	1 歳 6 ヶ 月	3 歳	4 ヶ 月	7 ヶ 月	1 歳	1 歳 6 ヶ 月	3 歳
既医療	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4	0	0	0	5	0
要観察	0	0	0	0	0	1	0	6	14	8	0	0	4	11	4
要精密	0	0	0	0	3	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0
要医療	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

(4) 対策

ア 市の母子に関する実態の把握

- ・母子手帳交付時のアンケートの聞き取りと妊婦健診結果、乳幼児健診結果、全戸訪問時の情報等からうきは市の母子に関する実態を明確にし、母性並びに乳幼児の健康の保持・増進を図る。

イ 低出生体重児の予防のための取り組みの推進

妊娠前の母のからだが健康で適正体重であり、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等を予防すること。

- ・母子手帳交付時、母親学級時に妊娠前の BMI から、妊娠中の体重増加がわかるような保健指導・栄養指導の実施。
- ・妊婦健診の結果に応じて個別で保健指導・栄養指導を実施。
- ・全戸訪問時に妊娠前の体格に応じた保健指導を実施。

ウ 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

- ・尿蛋白が産後1ヶ月健診時でも続いている場合は、子どもの4ヶ月健診時に尿検査を実施し、経過観察する。
- ・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群等妊娠時リスクのあった妊婦に対して、全戸訪問時・子どもの乳児健診時に保健指導・栄養指導を実施。
- ・基本健診受診者に対する保健指導・栄養指導
- ・乳児健診時の保護者に対する血圧測定

エ 乳幼児の健全育成のための取り組みの推進

- ・乳幼児健診・子育て相談・離乳食教室・全戸訪問等の事業において母親の育児支援に努める。
- ・心身発達遅延児、経過観察児は関係機関と連携を図りながら育児支援に努める。

オ 若年期からの生活習慣病のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
母子健康手帳交付、母親学級、マタニティクッキング、乳児健診、子育て相談、産前・産後のボディケア教室、ふれあい体験事業

カ 母性保護と育児支援のための取り組みの推進

- ・保健師、助産師、管理栄養士、健康運動指導士、保育士による乳幼児の健全な発育・発達支援、母親の健康保持・増進に対する支援
- ・関係職種との連携

5. こころの健康

(1) はじめに

社会生活を営むために、身体・健康と共に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、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。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な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

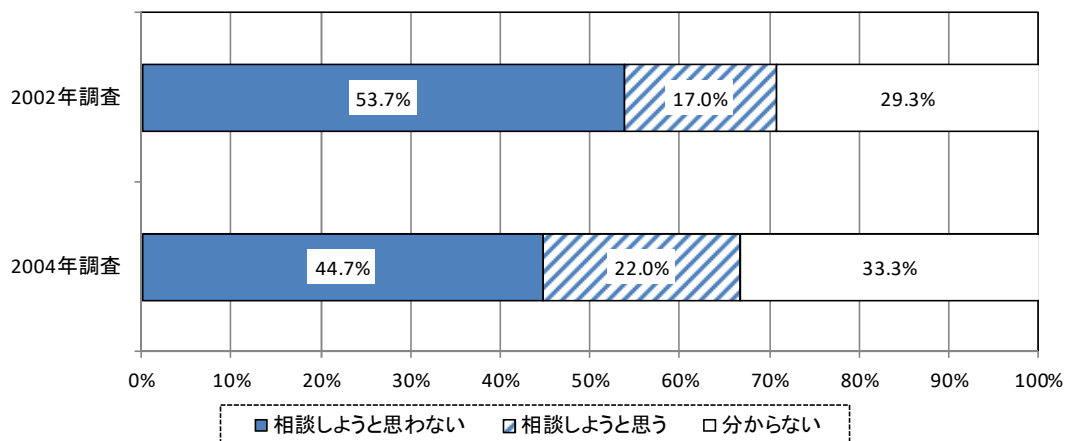
特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

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、個人の意識と行動の変容によって可能な、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

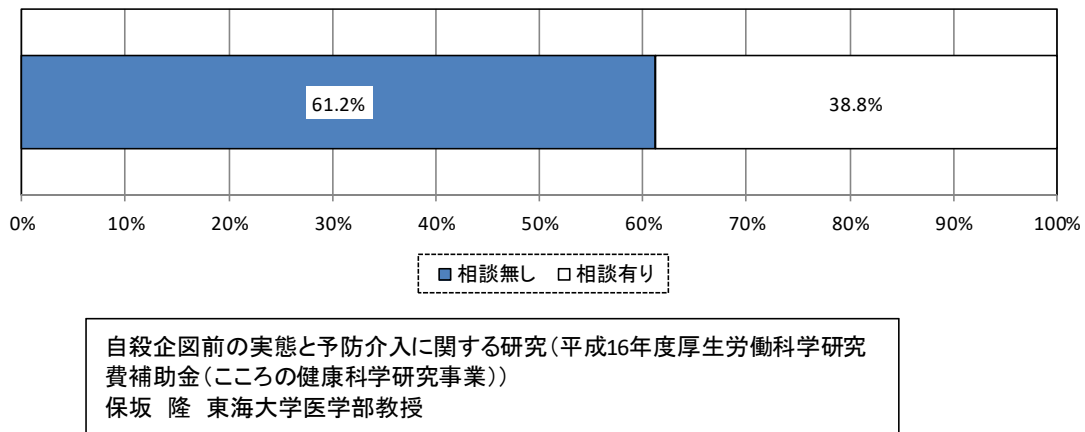
現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。そのため、一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。(図2-2・2-3)

図2-2 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識
(久慈地域における地域住民の意識調査)



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

図2-3 自殺企図前の相談の状況



悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取り組みが最も重要になります。

(3) 現状と目標

ア 自殺者の減少(人口10万人当たり)

自殺の原因のうち、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。WHO(世界保健機構)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。相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためと言われています。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。(図2-4)

図2-4 うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査

(2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される)

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血液量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する

【検査の実際】

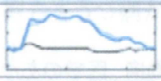
「あ」で始まる名詞を思いつく限り言うなどの簡単な課題に答える

【検査で明らかになること】

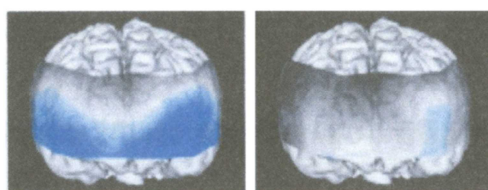
健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血液量が急増

課題に答えている間中、血液量は高いレベルを維持する

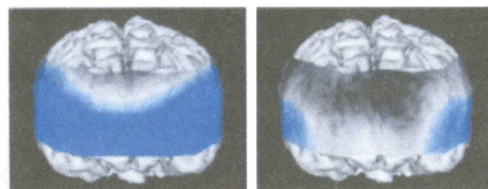
うつ病患者：すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

	NIRS 波形	賦活反応性
健 常 者		明瞭（賦活に応じて）
う つ 病		減衰（初期以降）

課題開始 10 秒後 0.2 0.0 [mMmm]



課題開始 50 秒後



健常者

大うつ病

NIRS とは…近赤外線分光鏡（near-infrared spectroscopy）の保険収載名である

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。（図25）

図25 副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態との関連

【副腎の働き】

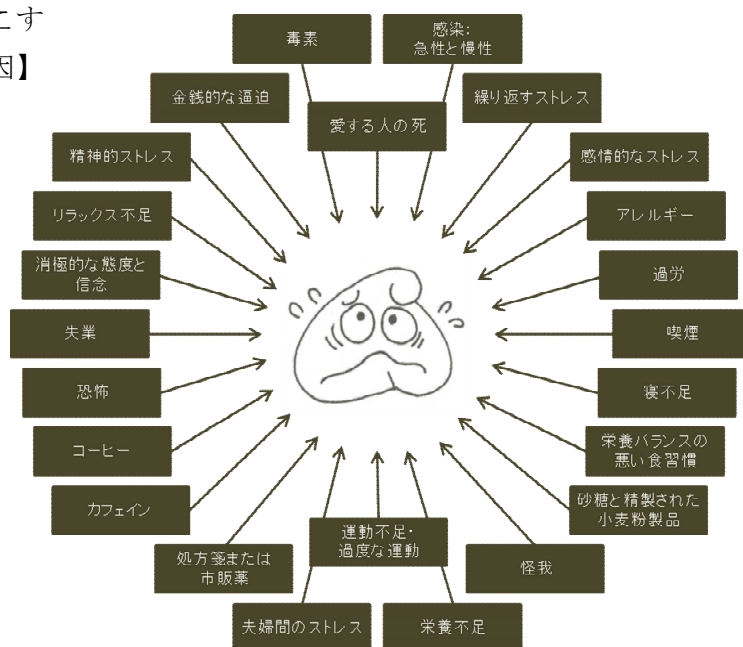
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器

「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている

【精神状態への影響】

- ・ 恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
- ・ 混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
- ・ 忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
- ・ 不眠症も引き起こす

【副腎に影響する要因】



【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

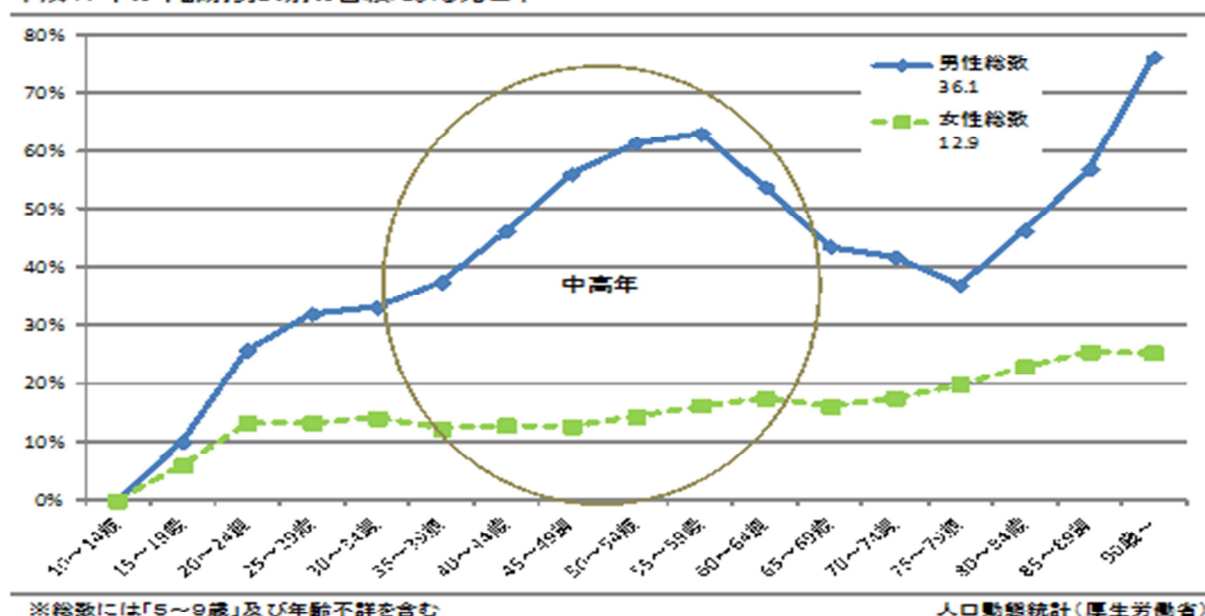
- ・ 睡眠不足
- ・ 栄養バランスの悪い食事
- ・ 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・ 疲れていても夜更かしすること
- ・ 長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- ・ 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- ・ 完璧を目指すこと
- ・ ストレス解消法がないこと

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性に

においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。(図2-6)
市の自殺者は年10名前後となっており、男性の方が多くなっています。(表2-5)

図2-6 男女別自殺者の動向

平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率

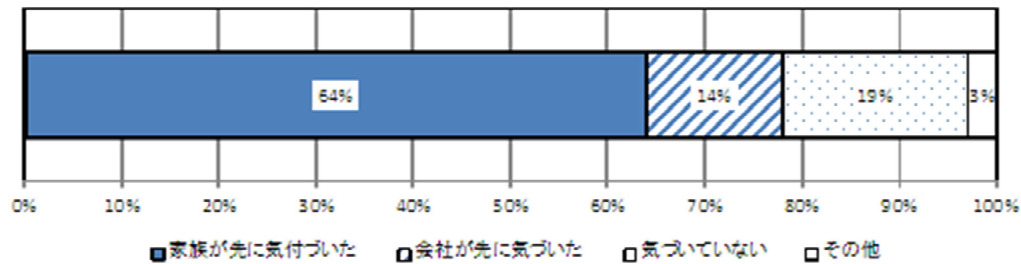


(表2-5) うきは市自殺者の推移

	男	女	合計
平成16年	5	2	7
平成17年	5	1	6
平成18年	8	4	12
平成19年	6	3	9
平成20年	5	5	10
平成21年	5	2	7
平成22年	8	2	10
平成23年	7	1	8
平成24年	5	1	6

自殺の背景として、健康問題や家族問題、経済状況や仕事(過労)などが考えられますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。(図2-7)

図2-7 自殺企図前の周囲の気づき



労働者における自殺予防に関する研究—労災請求患者調査より—(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究)
黒木 宣夫 東邦大学医学部助教授

家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえることができるようになります。そこから早期治療など、専門家へのつながりを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことが大切になります。

(4) 対策

ア こころの健康に関する教育の推進

- ・総合健診、乳児健診等の保健事業の場での相談や情報提供

イ 専門家による相談事業の推進

- ・北筑後保健福祉環境事務所、福祉事務所と協力・連携
- ・北筑後保健福祉環境事務所等、相談機関の紹介

6. 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標の設定」、「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体が自ら進行

管理できる目標の設定」が示されています。

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

そのために、目標項目として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、市でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。(表26)

表26 市の目標の設定

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データ ソース
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	84.3	平成21年	71.3	平成21年	73.9	平成27年	現状維持又は減少	平成27年	①
	②がん検診の受診率の向上									②
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 16.2% 女性	平成23年	40%	当面	40%	平成28年	
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		男性 21.2% 女性						
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 10.6% 女性						
	・子宮頸がん	32.0%		21.6%		50.0%	平成28年	50%		
	・乳がん	31.4%		27.3%						
	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)									
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 36.0	平成22年	男性 29.2 女性 12.0	平成21年	男性 41.7 女性 24.7		男性 現状 女性 維持		

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ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

健康増進法は、第２条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第８条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

市民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む市にとっても、市民一人ひとりにとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策をうきは市の重要な行政施策として位置づけ、健康うきは 21 の推進においては、市民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。一人ひとりの身体は、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。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。

市としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や地域の習慣・特徴など、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、健康実現に向かう地域づくりができる地域活動をめざします。

これらの活動が、国民運動の５つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

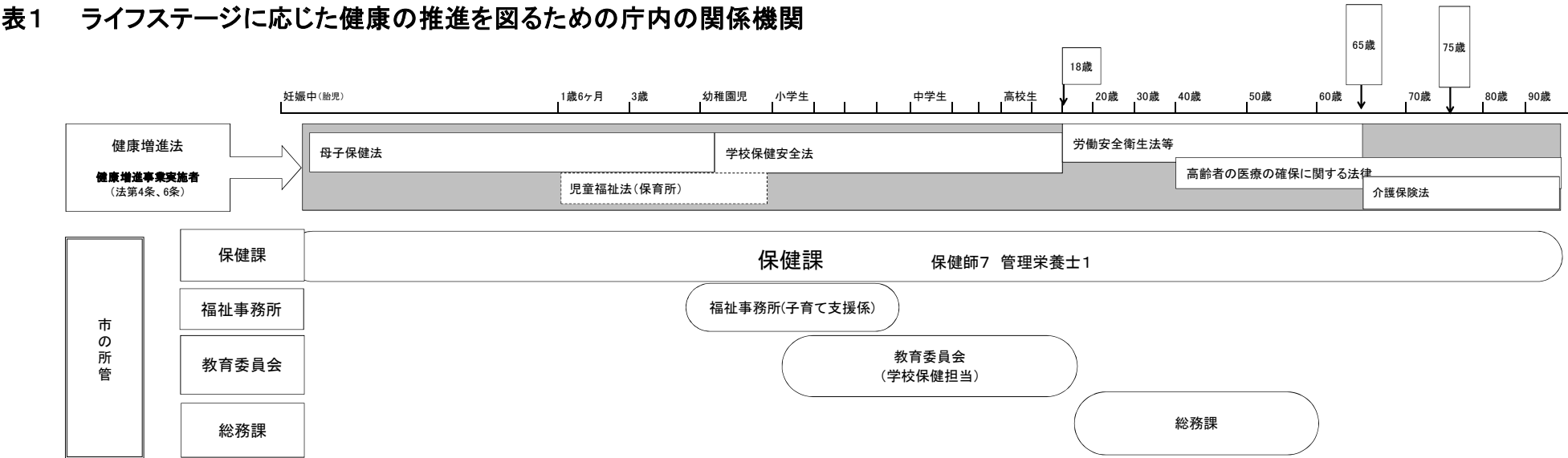
（２）関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第六条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

市役所内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、関係各課との連携を図ります。（表１）

また、市民の生涯を通した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に、医師会や歯科医師会、薬剤師会などの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、行政等が協働していく必要があります。

表1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための庁内の関係機関



法 律		母子保健法					(省令) 児童福祉施設最低基準第35条	学校保健安全法			労働安全衛生法	高齢者の医療の確保に関する法律		
		母子健康手帳（第16条） 妊婦健康診査（第13条）			健康診査（第12条）			健康診断（第13条）				健康診断（第66条）		特定健診（第20条）
健診の名称等		妊婦健診			乳児健診	1歳半健診 3歳児健診		学校健診			定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診
検診内容を規定する法令・通知等		平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4 妊娠時の母性保健」 平成21年2月27日雇児母発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等について」			厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章 健康および安全」	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」			労働安全衛生規則 第一節の二 健康診断			
対象年齢、時期等	基準値	8週前後	26週前後	36週前後	4・7・10・12カ月	1歳半 3歳	保育所	小学校	中学校	高校	雇入時、35歳、40歳以上	40歳～74歳	75歳～	
		年間14回			該当年齢	該当年齢	年 1 回	年 1 回	年1回	年1回	年 1 回	年 1 回	年 1 回	

2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的でデータである、健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、その家族が生活している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、市民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

うきは市の保健師設置状況は、年齢構成に偏りがあります。また、管理栄養士の設置状況も1名に留まっています。(図1) 合併後、平成20年度に3名の保健師が補充され、平成25年度には2名の保健師と1名の健康運動指導士が補充されます。

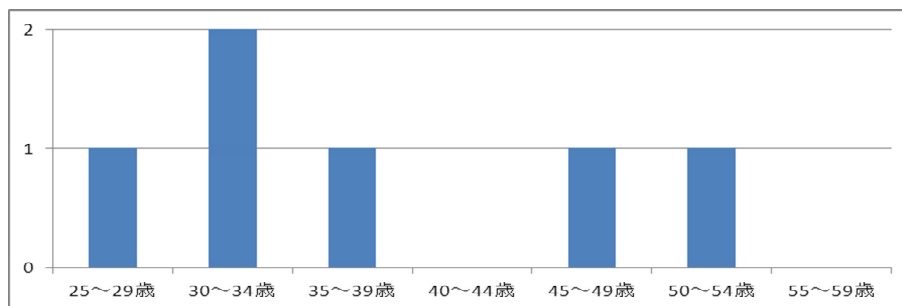
国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師、管理栄養士の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていく必要があります。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

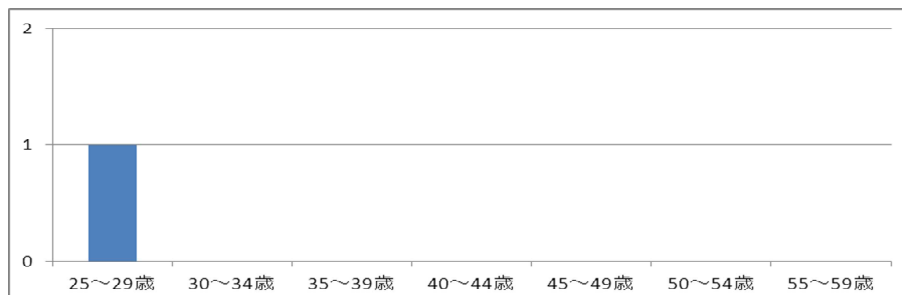
「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)です。

保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

図1 平成24年度 うきは市保健師の年齢構成



平成24年度 うきは市管理栄養士の年齢構成



健康増進計画(健康うきは21)正誤表

[illegible]