

健康潮来 21（第二次）

「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））」

並びに

潮来市国民健康保険 特定健康診査・特定保健指導 実施計画（第2期）

平成25年3月

潮 来 市

はじめに

健康で長生きすることは、誰もが望んでいることであり、わが国は生活環境や食生活の改善、医療の進歩などにより世界有数の長寿国となっています。その一方で、糖尿病等の生活習慣病が増加し、さらに高齢化の進行に伴い「認知症」や「要介護状態」の高齢者の増加が深刻な社会問題となっており、生涯を通じて健康でいきいきと暮らすことのできる“健康寿命”を引き伸ばすことが求められています。

市では、健康増進法で規定されている「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」に基づき、それらを実践するための計画として、平成 16 年に「健康潮来 21」を策定し、健康づくり事業に取り組んで参りました。

今回、国は基本的な方針の全部改正により、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））」を推進するための方向性を示し、市民一人一人がそれぞれのライフステージに応じた健康づくりに取り組むことにより、病気の発症や重症化を防ぐことを重要課題としました。

本計画は国の基本方針に基づき、市の健康実態を踏まえたうえ、「潮来市国民健康保険特定健康診査・特定保健指導実施計画（第 2 期）」及び「食育推進計画（見直し）」を一体的に策定しております。

今後、本計画に基づき、市民の皆様と共に健康増進についての取り組みを推進し、健康なまちづくりに努めて参りますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、ご協力いただきました市民の皆様、関係機関の方々に厚くお礼申し上げます。

平成 25 年 3 月

潮来市長 杉田 千春

目 次

序 章	計画改定にあたって	5
1.	計画改定の趣旨	6
2.	計画の性格	8
3.	計画の期間	8
4.	計画の対象	8
第Ⅰ章	潮来市の概況と特性	11
1.	市の概要	12
2.	健康に関する概況	13
3.	市の財政状況に占める社会保障費	28
第Ⅱ章	課題別の実態と対策	29
1.	前計画の評価	30
2.	生活習慣病の予防	33
	(1) がん	33
	(2) 循環器疾患	38
	(3) 糖尿病	48
	(4) 歯・口腔の健康	54
3.	生活習慣・社会環境の改善	57
	(1) 栄養・食生活	57
	(2) 身体活動・運動	68
	(3) 飲酒	72
	(4) 喫煙	74
	(5) 休養	76
4.	こころの健康	77
5.	目標の設定	83

第Ⅲ章 計画の推進	87
1. 健康増進に向けた取り組みの推進	88
(1) 活動展開の視点	
(2) 関係機関との連携	
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	89
第Ⅳ章 第二期 潮来市国民健康保険 特定健康診査・特定保健指導実施計画	91
1. 制度の背景について	92
(1) 医療制度改革の目標達成と評価	92
(2) 特定健診の基本的考え方	93
2. 第1期の評価	94
(1) 前計画の評価	94
(2) 特定健康診査受診者の状況	97
3. 保険者の特徴	99
4. 特定健康診査等実施計画	104
(1) 目標値の設定	104
(2) 対象者の見込み	104
(3) 未受診者対策	105
(4) 特定健診等の実施	108
(5) 特定保健指導の実施	109
5. 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	110
(1) 特定健診・特定保健指導のデータの形式	110
(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理，保存期間について	110
6. 結果の報告	110
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	110
8. 資料 高血圧の保健指導計画	111
(1) 保健指導の基本的考え方	111
(2) 保健指導の目標設定	112
(3) 保健指導の目標達成のための対象者の明確化	112
(4) 保健指導の実施	115
(5) 保健指導の記録	120
(6) 保健指導の評価	120

序章 計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

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」を重視した取り組み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』ととらえ、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り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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(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。

潮来市では平成 16 年 5 月に、「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、潮来市の特徴や、市民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにしたうえ、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「健康潮来 21」を策定し、取り組みを推進してきました。

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、(p.9)別表 I のように考え、これまでの取り組みの評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康潮来 21(第二次)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, 慢性呼吸器疾患及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

若年期から高齢期まで, 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り組み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。

2. 計画の性格

この計画は、潮来市第 6 次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**潮来市国民健康保険特定健康診査・特定保健指導実施計画(第 2 期)**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。

また、栄養・食生活の部分については食育基本計画の見直しとして作成いたします。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 1

法 律	茨城県が策定した計画	潮来市が策定した計画
健康増進法	ヘルスプラン茨城 21	健康潮来 21
次世代育成対策推進法	茨城県少子化対策基本計画	潮来市次世代育成対策推進計画
食育基本法	茨城県食育基本計画	潮来市食育推進計画
高齢者の医療の 確保に関する法律	茨城県医療費適正化計画	潮来市国民健康保険 特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	茨城県がん対策推進計画	
介護保険法	いばらき高齢者プラン 21	第 5 期介護保険事業計画・ 高齢者福祉計画

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り組みを推進するため、全市民を対象とします。

「健康日本21(第二次)」の基本的方向性と目標項目「乳幼児期から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」

○ 目標項目(53項目)

別表 I

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小				次世代の健康				高齢者の健康											
				胎児（妊婦）		0 歳		18 歳		20 歳		40 歳		65 歳		75 歳		死亡	
		生活習慣病の予防	がん	①-1 がん検診の受診率の向上（子宮頸がん） ①-2 がん検診の受診率の向上（胃・肺・大腸・乳がん） ③75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少															
(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上			循環器疾患	③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少 ⑤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	①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ②メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少															
(2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底			歯・口腔の健康	③糖尿病有病率の増加の抑制 ⑤治療継続者の割合の増加 ④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 ⑥合併症の減少（糖尿病腎症による年間新規透析導入者数）															
		生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）		①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ②過去 1 年間に歯科検診を受診したものの増加 ④歯の喪失防止 ③歯周病を有する者の割合の減少 ⑤口腔機能の維持・向上															
			栄養・食生活	②適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ③適正体重の子どもの増加 ④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 ⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む ⑥適切な量と質の食事をとる者の増加 食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧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															
(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			身体活動・運動	①健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増 ②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 ③日常生活における歩数の増加 ⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制 ④運動習慣者の割合の増加 ⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑦就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 ⑧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															
			飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす ②未成年の飲酒をなくす ③生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合の減少															
			喫煙	①妊娠中の喫煙をなくす ③未成年者の喫煙をなくす ④成人の禁煙率の減少 ⑤COPDの認知度の向上															
			休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 ②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少															
			こころの健康	①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 ④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 ②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 ③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 ⑤自殺者の減少															
(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備		個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり			①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした活動に関わっている国民の割合の増加 ③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 ④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の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加														

第 I 章 潮来市の概況と特性

1. 市の概要

(1) 位 置

潮来市は、茨城県の東南部、千葉県との県境に位置し、北は行方市、南は神栖市、東は鹿嶋市、西は千葉県香取市に面しています。

(2) 地理・地形

面積は 71.41 ㎢、東西に約 12km、南北に約 13km の形状で、海拔約 30～40m の行方台地が南北に連なり、霞ヶ浦、北浦、常陸利根川、鰯川などに面し、水辺に囲まれた水郷地帯となっています。

(3) 気 候

潮来市の気候は、四季を通して穏やかで、夏涼しく冬穏やかな海洋性の気候です。

(4) 沿 革

明治 4 年の廃藩置県により現在の茨城県内に 15 の県ができ、水戸藩から新治県の所管となりました。明治 8 年には、茨城県・新治県と千葉県の一部が統合されて茨城県ができ、同 11 年には行方郡となりました。

さらに明治 22 年の市町村制施行により、潮来町・津知村・延方村・大生原村・香澄村・八代村が成立しました。

その後、昭和 28 年の町村合併促進法に基づき、昭和 30 年に潮来町・津知村・延方村・大生原村が合併して潮来町が誕生し、香澄村・八代村が合併して牛堀町となりました。

そして平成 13 年 4 月 1 日、潮来町と牛堀町が合併し市制を施行し、潮来市が誕生しました。

2. 健康に関する概況

表1 潮来市の健康に関する概況

国・県と比較し問題となるもの

項 目			全 国		茨 城 県		潮 来 市	
1	人口構成 H22年 国勢調査		人数	割合	人数	割合	人数	割合
		総人口	128,057,352 人	—	2,969,770 人	—	30,534 人	—
		0歳～14歳	16,803,444 人	13.2%	399,638 人	13.5%	3,873 人	12.7%
		15歳～64歳	81,031,800 人	63.8%	1,891,701 人	64.0%	19,419 人	63.6%
		65歳以上	29,245,685 人	23.0%	665,065 人	22.5%	7,194 人	23.6%
		(再掲)75歳以上	14,072,210 人	11.1%	314,974 人	10.7%		
2	死亡 H22年 人口動態調査	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)
		1位 75歳未満の 年齢調整死亡率	悪性新生物	279.7 84.3	悪性新生物	275.2 84.5	悪性新生物	327.7 107.9
		2位 急性心筋梗塞 年齢調整死亡率	心 疾 患	149.8 男性:20.4 女性:8.4	心 疾 患	150.1 男性:26.4 女性:11.4	心 疾 患	155.6 男性:64.1 女性:30.7
		3位 年齢調整死亡率	脳血管疾患	97.7 男性:49.5 女性:26.9	脳血管疾患	114.1 男性:58.0 女性:32.7	肺 炎	155.6
		4位 年齢調整死亡率	肺 炎	94.1	肺 炎	101.7	脳血管疾患	149 男性:83.5 女性:32.7
		5位	老 衰	35.9	老 衰	43.5	5位 自殺(14人)	
		自殺	7位	23.4	7位	23.9	7位 老衰(9人)	
	早世予防からみた 死亡(64歳以下) H22年 人口動態調査	合計	176,549 人	14.7%	4,434 人	15.5%	69人	19.7%
		男性	119,965 人	18.9%	3,058 人	20.0%	52人	25.7%
		女性	56,584 人	10.0%	1,376 人	10.3%	17人	11.6%
3	介護保険 H21年度 介護保険事業状況報告	要介護認定者	4,845,942 人		90,370 人		961 人	22年
		1号被保険者の認定 (1号被保険者認定者/1号被保険者数)	4,696,384 人	16.2%	87,022 人	13.2%	927 人	13.0%
		2号被保険者の認定 (2号被保険者認定/40～64歳人口)	149,558 人	0.35%	3,348 人	0.33%	34 人	0.48%
		1人あたり介護給付費 (第1号1人あたり介護給付・予防給付)	218,842 円		187,455 円		219,650 円	
		介護給付費総額 (第1号の介護給付・予防給付)	6,328,280,695,000 円		123,352,669,000 円		1,562,369,984 円	
4	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	加入者	14,059,915 人		321,210 人		3,519 人	
		1人あたり医療費	904,795 円		803,363 円		687,931 円	
		医療費総額(概算)	12,721,335,977 円		258,048,386 円		2,420,829,678 円	
5	国保 平成22年度 国民健康保険中央会	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		うち 65～74歳	35,849,071 人	—	931,885 人	—	11376人	—
		一般	11,222,279 人	31.3%	256,017 人	27.5%	2825人	24.8%
		退職	33,851,629 人	94.4%	884,801 人	94.9%	10727人	94.3%
		加入率	1,997,442 人	5.6%	47,084 人	5.1%	648人	5.7%
	医療費 医療費: 1人あたり医療費 ×各被保険者数 による概算	医療費総額 (概算)	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり
		一般	10,730,826,914,577 円	299,333 円	237,856,200,798 円	255,242 円	2,934,352,674 円	253,749 円
		退職	9,981,583,067,737 円	294,863 円	221,397,883,397 円	250,223 円	2,760,274,939 円	252,518 円
6	特定健診 H22年度 市町村国保 実施状況調査	受診者数	7,169,761 人		183,714 人		2,466 人	
		受診率	32.0%		32.0%		28 位	34.6% 19 位
		保健指導修了者数	198,778 人		6,413 人		268 人	
		実施率	20.8%		20.9%		23 位	68.4% 1 位
7	出生 H22年 人口動態調査	出生数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			1,071,304	8.5 (人口千対)	23,989	8.2 (人口千対)	208	6.9 (人口千対)
		低体重児(2500g未満)	103,049	9.62 (出生百対)	2,299	9.58 (出生百対)	24	11.50 (出生百対)
		極低体重児(1500g未満)	8,086	0.75 (出生百対)	206	0.86 (出生百対)	7	3.40 (出生百対)

(1) 人口構成

潮来市の人口構成を全国、茨城県と比較すると、65 歳以上の高齢化率及び 75 歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や茨城県より高くなっています。

潮来市の人口(国勢調査)は、平成 17 年には 31,524 人でしたが、平成 22 年には 30,534 人となり減少傾向にあります。

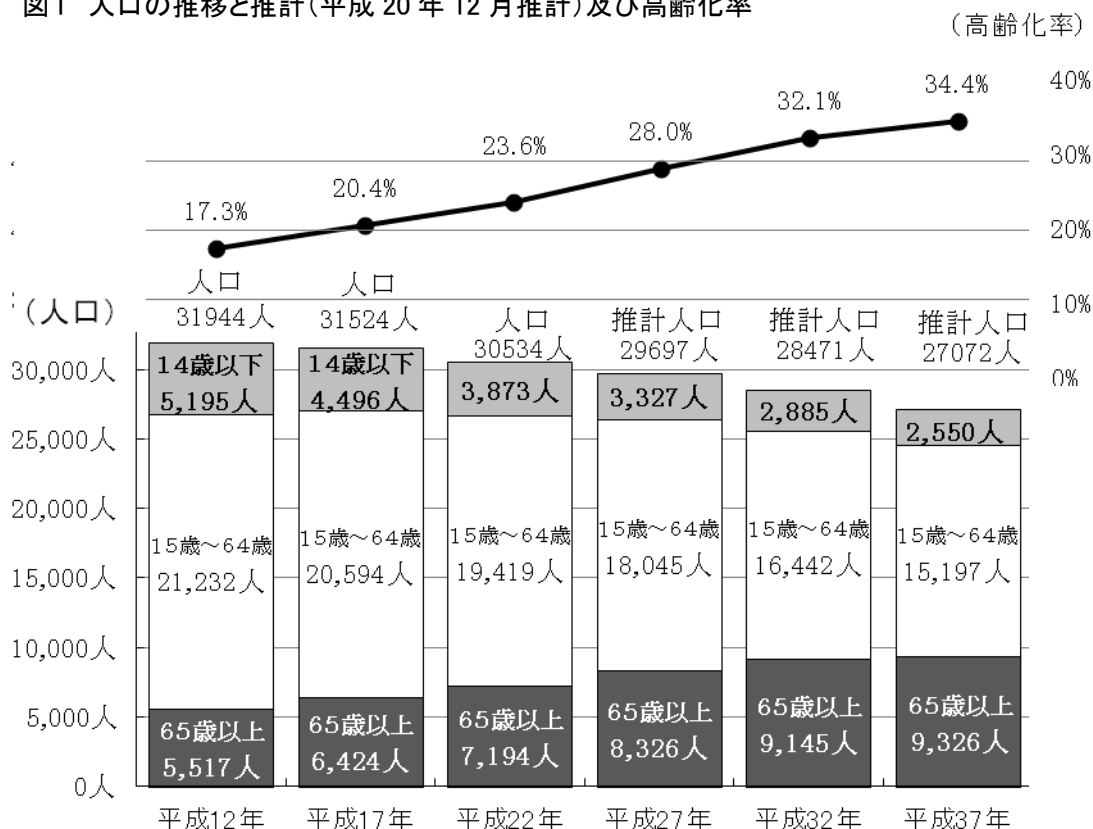
人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 22 年までの 5 年間に、1,760 人減少しているのに対して、65 歳以上人口は、同期間で 770 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 20.4%でしたが、平成 22 年には 23.6%となり、5 年間で 3.2 ポイント高くなっており、全国(23.0%)や茨城県(22.5%)に比べて高齢化がやや進展しています。

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)及び高齢化率



資料：平成 12 年, 平成 17 年, 平成 22 年 国勢調査より

平成 27 年, 平成 32 年, 平成 37 年 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

茨城県の主要死因を全国と比較すると、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病とも全国で上位の状況にあります。

その茨城県の中で潮来市の状況(平成 17 年～21 年の標準化死亡比(SMR))をみると、腎不全と女性の糖尿病を除きほとんどが県内で上位の状況です。特に脳梗塞・心筋梗塞など、生活改善や基礎疾患の適切な治療をすることにより、予防できる疾患が多くなっています。

また、自殺による死亡率も、全国や茨城県より高く、特に男性の死亡が多くなっています。

その他、がんによる死亡については、男女とも胃がんが多く、さらに男性の大腸がんが多い状況であり、75 歳未満の死亡率が増加しています。(表2)

表2 潮来市の主要死因の変化

年度	平成 18 年				平成 22 年			
全体	人口 31044	死亡者数 282	死亡率 9.1		人口 30208	死亡者数 349	死亡率 11.6	
死亡原因	1 位 悪性新生物				1 位 悪性新生物			
	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 年齢調整死亡率(死亡数)	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 年齢調整死亡率(死亡数)	全死亡に 占める割合
	87	280.2	82.9(36)	30.9%	99	327.7	107.9(52)	28.4%
	2 位 心疾患				2 位 心疾患			
	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合
	39	125.6	16	13.8%	47	155.6	10	13.5%
	うち 心筋梗塞				うち心筋梗塞			
	19		13	6.7%	22		9	6.3%
	3 位 肺炎				3 位 肺炎			
	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合
	36		7	12.8%	47		8	13.5%
	4 位 脳血管疾患				4 位 脳血管疾患			
	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合
	33	106.3	10	11.7%	45	149.0	8	12.9%
	うち 脳内出血				うち 脳内出血			
	11		6	3.9%	13		2	3.7%
	7 位 自殺				5 位 自殺			
	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75 歳未満の 死亡数	全死亡に 占める割合
	6		4	2.1%	14		11	4.0%

茨城県 保健統計年報(保管統計表)

前計画の目的であった早世(65歳未満での死亡)の減少については、平成17年と比較し女性はやや減少していますが、全国・県と比較するとまだまだ高い割合となっています。(表3)

表3 65歳未満死亡の割合(都道府県順位)

	男 性				女 性				
	平成 17 年		平成 22 年		平成 17 年		平成 22 年		
1	沖縄	30.8	沖縄	27.5	神奈川	17.5	沖縄	13.3	1
2	埼玉	28.5	潮来市	25.7	潮来市	17.3	埼玉	13.2	2
3	千葉	27.7	埼玉	22.2	埼玉	17.3	神奈川	12.3	3
4	大阪	27.3	千葉	21.0	千葉	16.2	千葉	12.1	4
5	神奈川	26.6	大阪	20.9	大阪	16.1	大阪	11.7	5
6	東京	25.9	東京	20.7	沖縄	15.7	北海道	11.7	6
7	愛知	25.5	青森	20.5	愛知	15.4	潮来市	11.5	7
8	潮来市	24.7	神奈川	20.4	北海道	15.3	東京	11.4	8
9	青森	24.7	茨城	20.0	東京	14.9	愛知	11.1	9
10	福岡	24.6	栃木	19.9	青森	13.5	青森	10.6	10
11	兵庫	24.0	福岡	19.6	兵庫	13.5	栃木	10.4	11
12	茨城	23.9	愛知	19.5	茨城	13.2	茨城	10.3	12
13	★全国	23.6	北海道	19.1	★全国	13.2	福岡	10.2	13
14	北海道	23.6	★全国	18.9	福岡	13.0	★全国	10.0	14
15	栃木	23.6	宮城	18.8	栃木	12.9	兵庫	10.0	15
16	宮城	23.0	兵庫	18.7	宮城	12.9	静岡	9.7	16
17	広島	22.4	長崎	18.6	奈良	12.6	奈良	9.7	17
18	奈良	22.4	群馬	18.5	静岡	12.6	滋賀	9.5	18
19	静岡	22.4	京都	18.2	京都	12.4	群馬	9.5	19
20	群馬	22.3	愛媛	18.1	岐阜	12.3	京都	9.3	20
21	滋賀	22.3	広島	18.1	滋賀	12.0	石川	9.2	21
22	石川	21.6	石川	18.0	群馬	11.9	宮崎	9.0	22
23	宮崎	21.6	福島	18.0	広島	11.9	岩手	8.9	23
24	高知	21.6	山梨	17.8	和歌山	11.7	宮城	8.9	24
25	岩手	21.4	岩手	17.7	石川	11.6	岐阜	8.9	25
26	京都	21.4	滋賀	17.7	富山	11.3	長崎	8.9	26
27	福島	21.4	宮崎	17.6	愛媛	11.2	広島	8.8	27
28	三重	21.1	鹿児島	17.5	岩手	11.1	愛媛	8.7	28
29	佐賀	21.1	静岡	17.5	福島	11.0	三重	8.7	29
30	長崎	21.0	高知	17.3	大分	11.0	和歌山	8.6	30
31	岐阜	20.9	秋田	17.1	長崎	10.9	山口	8.6	31
32	愛媛	20.9	鳥取	17.0	宮崎	10.9	佐賀	8.6	32
33	和歌山	20.7	徳島	17.0	山梨	10.8	鳥取	8.5	33
34	山梨	20.6	佐賀	17.0	三重	10.8	山梨	8.5	34
35	鳥取	20.5	熊本	16.9	香川	10.6	熊本	8.5	35
36	岡山	20.4	岡山	16.8	高知	10.5	福島	8.2	36
37	大分	20.2	三重	16.7	佐賀	10.2	香川	8.2	37
38	秋田	20.1	岐阜	16.6	秋田	10.2	富山	8.2	38
39	鹿児島	19.9	香川	16.6	新潟	10.2	鹿児島	8.0	39
40	香川	19.9	新潟	16.6	山口	10.1	秋田	7.9	40
41	山口	19.9	和歌山	16.4	岡山	10.1	岡山	7.9	41
42	新潟	19.8	大分	16.2	徳島	10.1	福井	7.8	42
43	富山	19.7	富山	16.2	福井	10.0	大分	7.8	43
44	熊本	19.5	奈良	16.0	熊本	9.9	徳島	7.5	44
45	徳島	18.9	山口	15.9	長野	9.7	高知	7.4	45
46	長野	18.6	島根	15.1	鹿児島	9.6	山形	7.4	46
47	島根	18.4	福井	14.8	島根	9.1	新潟	7.4	47
48	山形	18.3	山形	14.4	鳥取	9.0	長野	7.1	48
49	福井	18.1	長野	14.2	山形	8.3	島根	6.5	49

人口動態統計特殊報告, 人口動態統計

生活習慣病による早世の者の多くは国保加入者で、特定健診を受けていた者はほとんどいない状況でした。このことから**特定健診の未受診者対策の重要性**が明らかです。

表4 生活習慣病(循環器疾患)による 65 歳未満の死亡状況(平成 21 年～平成 23 年)

	年齢	死亡原因疾患	国保	健診受診歴
男 性	41	くも膜下出血		
	43	急性心筋梗塞	○	H19 のみ
	44	心筋梗塞の疑い	○	未受診
	48	大動脈破裂	○	未受診
	50	急性心筋梗塞(疑い)		
	50	急性心筋梗塞	○	未受診
	54	急性心筋梗塞	○	未受診
	56	脳出血	○	
	58	脳内出血の疑い	○	未受診
	60	くも膜下出血	○	未受診
	60	脳出血		
	62	脳出血		
	62	急性心筋梗塞の疑い	H20～	未受診
	64	脳出血	○	未受診
	64	くも膜下出血	H20～	未受診
	64	脳内出血		

	年齢	死亡原因疾患	国保	健診受診歴
女 性	25	糖尿病性ケトアシドーシス	○	未受診
	52	脳幹出血		H17 のみ
	54	急性心筋梗塞	○	未受診
	55	脳幹出血		
	62	虚血性心疾患	生保	未受診
	64	脳内出血		

表5 予防可能な糖尿病等生活習慣病での早世の状況(平成 21 年～平成 23 年)

	早世人数	うち国保	国保の健診受診状況
男 性	16	11	1
女 性	6	2	0
計	22	13	1

表6 市町村別にみた死亡の状況(標準化死亡比) 平成 17 年度～平成 21 年度

平成 24 年茨城県市町村別健康指標Ⅳ

	全死因		悪性新生物		脳梗塞		急性心筋梗塞		糖尿病		脳出血		自殺		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
1	神栖市 1.27	神栖市 1.18	美浦村 1.29	北茨城市 1.12	神栖市 2.00	神栖市 2.21	神栖市 2.39	筑西市 2.16	稲敷市 2.23	結城市 2.02	潮来市 1.74	かすみがうら 1.78	銚田市 1.45	城里町 1.76	1
2	美浦村 1.24	境町 1.17	神栖市 1.25	河内町 1.11	小美玉市 1.75	小美玉市 2.03	美浦村 2.34	銚田市 2.12	行方市 2.20	神栖市 1.83	下妻市 1.66	神栖市 1.76	五霞町 1.43	境町 1.74	2
3	大洗町 1.18	美浦村 1.16	大洗町 1.17	鹿嶋市 1.11	坂東市 1.61	笠間市 1.80	高萩市 2.33	城里町 2.04	美浦村 2.10	桜川市 1.76	阿見町 1.58	水戸市 1.70	坂東市 1.38	美浦村 1.59	3
4	河内町 1.16	小美玉市 1.13	河内町 1.16	潮来市 1.09	行方市 1.55	つくばみらい 1.67	行方市 2.33	常陸太田 1.97	神栖市 2.01	美浦村 1.75	水戸市 1.57	境町 1.69	高萩市 1.33	大子町 1.58	4
5	銚田市 1.15	稲敷市 1.12	利根町 1.15	土浦市 1.09	潮来市 1.50	常総市 1.49	鹿嶋市 2.33	那珂市 1.96	坂東市 1.99	境町 1.70	境町 1.57	鹿嶋市 1.60	境町 1.32	八千代町 1.53	5
6	坂東市 1.14	坂東市 1.11	北茨城市 1.15	つくばみらい 1.05	阿見町 1.49	下妻市 1.39	銚田市 2.27	北茨城市 1.95	下妻市 1.78	城里町 1.67	日立市 1.51	阿見町 1.55	城里町 1.31	龍ヶ崎市 1.21	6
7	稲敷市 1.14	つくばみらい 1.10	鹿嶋市 1.13	坂東市 1.05	結城市 1.38	常陸太田 1.37	筑西市 2.24	常陸大宮 1.94	結城市 1.71	稲敷市 1.47	坂東市 1.40	北茨城市 1.53	潮来市 1.31	かすみがうら 1.17	7
8	五霞町 1.13	古河市 1.10	八千代町 1.12	神栖市 1.05	五霞町 1.34	東海村 1.36	河内町 2.09	日立市 1.92	笠間市 1.64	利根町 1.47	五霞町 1.34	大子町 1.52	美浦村 1.28	結城市 1.16	8
9	北茨城市 1.13	北茨城市 1.10	稲敷市 1.12	那珂市 1.05	筑西市 1.34	鹿嶋市 1.32	那珂市 2.04	行方市 1.87	桜川市 1.62	笠間市 1.42	神栖市 1.33	結城市 1.38	北茨城市 1.25	牛久市 1.15	9
10	阿見町 1.13	鹿嶋市 1.09	土浦市 1.10	稲敷市 1.05	笠間市 1.33	結城市 1.31	日立市 1.92	潮来市 1.86	鹿嶋市 1.60	八千代町 1.40	かすみがうら 1.32	日立市 1.35	笠間市 1.23	稲敷市 1.15	10
11	筑西市 1.13	筑西市 1.08	阿見町 1.10	日立市 1.05	境町 1.33	茨城町 1.30	潮来市 1.87	古河市 1.82	大洗町 1.57	ひたちなか 1.36	大子町 1.32	古河市 1.34	利根町 1.17	水戸市 1.14	11
12	境町 1.13	笠間市 1.08	龍ヶ崎市 1.08	東海村 1.04	稲敷市 1.32	坂東市 1.30	常陸太田 1.85	東海村 1.80	境町 1.53	行方市 1.36	古河市 1.27	稲敷市 1.33	阿見町 1.17	鹿嶋市 1.13	12
13	小美玉市 1.13	河内町 1.08	筑西市 1.08	取手市 1.04	八千代町 1.31	大子町 1.30	桜川市 1.79	神栖市 1.78	潮来市 1.52	大洗町 1.31	八千代町 1.24	笠間市 1.29	鹿嶋市 1.17	那珂市 1.11	13
14	潮来市 1.13	下妻市 1.07	かすみがうら 1.08	古河市 1.03	高萩市 1.30	桜川市 1.28	常陸大宮 1.76	高萩市 1.78	水戸市 1.47	銚田市 1.29	稲敷市 1.24	つくばみらい 1.26	神栖市 1.17	茨城町 1.08	14
15	鹿嶋市 1.12	潮来市 1.07	五霞町 1.06	ひたちなか 1.02	鹿嶋市 1.30	日立市 1.25	古河市 1.65	鹿嶋市 1.75	古河市 1.44	かすみがうら 1.29	那珂市 1.21	桜川市 1.23	結城市 1.11	坂東市 1.08	15
16	高萩市 1.12	取手市 1.07	銚田市 1.05	守谷市 1.01	茨城町 1.28	行方市 1.25	城里町 1.62	阿見町 1.65	高萩市 1.43	水戸市 1.28	ひたちなか 1.20	茨城県 1.21	茨城町 1.11	桜川市 1.08	16
17	かすみがうら 1.11	大洗町 1.07	つくばみらい 1.05	大洗町 1.01	大洗町 1.23	八千代町 1.23	東海村 1.59	石岡市 1.64	土浦市 1.41	筑西市 1.26	筑西市 1.20	石岡市 1.21	古河市 1.10	常陸大宮 1.06	17
18	桜川市 1.11	かすみがうら 1.06	桜川市 1.05	利根町 1.00	常総市 1.22	かすみがうら 1.23	石岡市 1.58	取手市 1.62	筑西市 1.39	高萩市 1.25	茨城県 1.20	常総市 1.19	筑西市 1.10	河内町 1.03	18
19	八千代町 1.10	土浦市 1.06	高萩市 1.04	水戸市 1.00	東海村 1.21	茨城県 1.21	下妻市 1.58	小美玉市 1.61	大子町 1.35	取手市 1.22	小美玉市 1.19	龍ヶ崎市 1.16	石岡市 1.10	銚田市 1.02	19
20	常総市 1.09	結城市 1.05	潮来市 1.03	笠間市 1.00	つくば市 1.20	土浦市 1.20	茨城県 1.50	ひたちなか 1.55	那珂市 1.35	那珂市 1.17	石岡市 1.19	常陸太田 1.16	河内町 1.10	つくば市 1.00	20
21	行方市 1.08	常総市 1.05	常総市 1.02	牛久市 1.00	茨城県 1.18	境町 1.20	土浦市 1.46	下妻市 1.53	利根町 1.33	茨城県 1.17	大洗町 1.19	高萩市 1.15	八千代町 1.09	神栖市 1.00	21
22	結城市 1.08	龍ヶ崎市 1.05	ひたちなか 1.01	茨城県 0.99	城里町 1.17	潮来市 1.19	阿見町 1.45	桜川市 1.52	銚田市 1.31	坂東市 1.15	高萩市 1.18	小美玉市 1.13	下妻市 1.09	阿見町 0.99	22
23	下妻市 1.07	日立市 1.05	茨城県 1.01	龍ヶ崎市 0.98	常陸大宮 1.15	稲敷市 1.18	小美玉市 1.44	茨城県 1.50	茨城県 1.30	古河市 1.14	美浦村 1.17	那珂市 1.12	常陸太田 1.07	笠間市 0.99	23
24	古河市 1.07	五霞町 1.04	結城市 1.01	筑西市 0.97	石岡市 1.14	高萩市 1.15	かすみがうら 1.42	美浦村 1.40	つくば市 1.24	五霞町 1.14	龍ヶ崎市 1.16	ひたちなか 1.12	水戸市 1.07	常総市 0.98	24
25	龍ヶ崎市 1.07	茨城県 1.04	坂東市 1.00	下妻市 0.96	龍ヶ崎市 1.13	北茨城市 1.15	北茨城市 1.40	土浦市 1.38	日立市 1.21	下妻市 1.13	北茨城市 1.15	美浦村 1.10	那珂市 1.03	高萩市 0.98	25
26	利根町 1.06	桜川市 1.04	日立市 0.98	高萩市 0.96	古河市 1.13	つくば市 1.14	稲敷市 1.40	稲敷市 1.38	北茨城市 1.21	北茨城市 1.11	土浦市 1.13	牛久市 1.10	茨城県 1.02	茨城県 0.97	26
27	土浦市 1.05	阿見町 1.03	取手市 0.98	阿見町 0.96	銚田市 1.11	常陸大宮 1.14	ひたちなか 1.35	かすみがうら 1.33	八千代町 1.17	鹿嶋市 1.09	鹿嶋市 1.13	潮来市 1.09	常総市 1.02	古河市 0.94	27
28	笠間市 1.04	石岡市 1.03	古河市 0.97	常陸太田 0.96	かすみがうら 1.10	龍ヶ崎市 1.13	笠間市 1.33	八千代町 1.29	東海村 1.16	東海村 1.09	桜川市 1.12	茨城町 1.08	大子町 1.01	五霞町 0.93	28
29	茨城県 1.04	牛久市 1.03	境町 0.97	美浦村 0.96	利根町 1.10	石岡市 1.10	五霞町 1.32	笠間市 1.29	常総市 1.11	日立市 1.09	茨城町 1.10	東海村 1.08	つくばみらい 1.01	筑西市 0.91	29
30	大子町 1.04	那珂市 1.02	行方市 0.97	小美玉市 0.95	桜川市 1.10	古河市 1.09	龍ヶ崎市 1.31	龍ヶ崎市 1.26	牛久市 1.11	土浦市 1.08	結城市 1.09	土浦市 1.06	稲敷市 1.00	北茨城市 0.89	30
31	石岡市 1.03	銚田市 1.01	つくば市 0.97	つくば市 0.94	日立市 1.10	銚田市 1.07	大子町 1.26	大洗町 1.16	ひたちなか 1.08	つくば市 1.06	常総市 1.08	取手市 1.04	土浦市 0.99	取手市 0.88	31
32	つくばみらい 1.02	行方市 1.01	笠間市 0.97	石岡市 0.94	土浦市 1.09	筑西市 1.07	坂東市 1.25	常総市 1.16	石岡市 1.07	茨城町 1.03	守谷市 1.05	坂東市 1.02	行方市 0.99	潮来市 0.87	32
33	那珂市 1.02	ひたちなか 1.00	茨城町 0.96	行方市 0.92	牛久市 1.07	河内町 1.06	大洗町 1.25	結城市 1.12	かすみがうら 1.03	常総市 1.02	笠間市 1.04	五霞町 1.00	ひたちなか 0.94	土浦市 0.86	33
34	日立市 0.99	常陸太田 0.99	石岡市 0.96	桜川市 0.92	取手市 1.07	取手市 1.06	結城市 1.25	坂東市 1.10	河内町 1.03	牛久市 1.02	銚田市 1.03	城里町 0.97	守谷市 0.91	ひたちなか 0.84	34
35	つくば市 0.99	八千代町 0.99	水戸市 0.96	銚田市 0.90	北茨城市 1.07	牛久市 1.06	常総市 1.24	つくばみらい 1.09	守谷市 1.01	常陸太田 1.01	つくばみらい 1.01	銚田市 0.95	つくば市 0.89	日立市 0.82	35
36	取手市 0.97	つくば市 0.99	那珂市 0.96	結城市 0.90	下妻市 1.05	五霞町 1.06	取手市 1.19	牛久市 1.05	取手市 0.96	小美玉市 0.90	牛久市 1.00	筑西市 0.94	常陸大宮 0.88	東海村 0.80	36
37	水戸市 0.96	高萩市 0.98	下妻市 0.95	かすみがうら 0.90	つくばみらい 1.03	守谷市 1.05	牛久市 1.12	つくば市 1.03	小美玉市 0.89	つくばみらい 0.86	常陸大宮 0.93	八千代町 0.93	東海村 0.87	石岡市 0.80	37
38	茨城町 0.96	大子町 0.98	牛久市 0.94	城里町 0.89	那珂市 1.00	ひたちなか 1.05	つくばみらい 1.06	河内町 1.01	常陸大宮 0.85	石岡市 0.86	利根町 0.93	常陸大宮 0.90	牛久市 0.86	小美玉市 0.77	38
39	ひたちなか 0.96	東海村 0.98	東海村 0.92	境町 0.89	水戸市 1.00	阿見町 1.00	利根町 1.03	水戸市 1.00	つくばみらい 0.74	河内町 0.79	つくば市 0.88	つくば市 0.89	桜川市 0.86	大洗町 0.76	39
40	牛久市 0.91	水戸市 0.97	常陸太田 0.92	五霞町 0.88	常陸太田 0.97	城里町 0.99	水戸市 1.02	五霞町 0.97	城里町 0.72	常陸大宮 0.77	行方市 0.88	行方市 0.86	かすみがうら 0.85	下妻市 0.75	40
41	城里町 0.91	守谷市 0.97	小美玉市 0.91	茨城町 0.87	大子町 0.97	水戸市 0.95	つくば市 0.82	利根町 0.97	龍ヶ崎市 0.72	阿見町 0.69	取手市 0.86	下妻市 0.86	小美玉市 0.83	守谷市 0.70	41
42	常陸太田 0.91	茨城町 0.96	大子町 0.91	常総市 0.86	河内町 0.87	利根町 0.91	八千代町 0.73	茨城町 0.97	五霞町 0.68	守谷市 0.67	東海村 0.84	利根町 0.83	大洗町 0.82	つくばみらい 0.57	42
43	東海村 0.90	城里町 0.96	守谷市 0.86	大子町 0.86	ひたちなか 0.86	那珂市 0.87	守谷市 0.68	守谷市 0.71	阿見町 0.63	龍ヶ崎市 0.65	常陸太田 0.82	大洗町 0.80	日立市 0.80	常陸太田 0.51	43
44	常陸大宮 0.89	常陸大宮 0.96	常陸大宮 0.84	常陸大宮 0.84	守谷市 0.81	大洗町 0.80	茨城町 0.67	大子町 0.71	常陸太田 0.56	大子町 0.58	城里町 0.77	河内町 0.47	龍ヶ崎市 0.78	行方市 0.44	44
45	守谷市 0.86	利根町 0.91	城里町 0.82	八千代町 0.83	美浦村 0.78	美浦村 0.63	境町 0.50	境町 0.59	茨城町 0.50	潮来市 0.50	河内町 0.72	守谷市 0.44	取手市 0.78	利根町	45

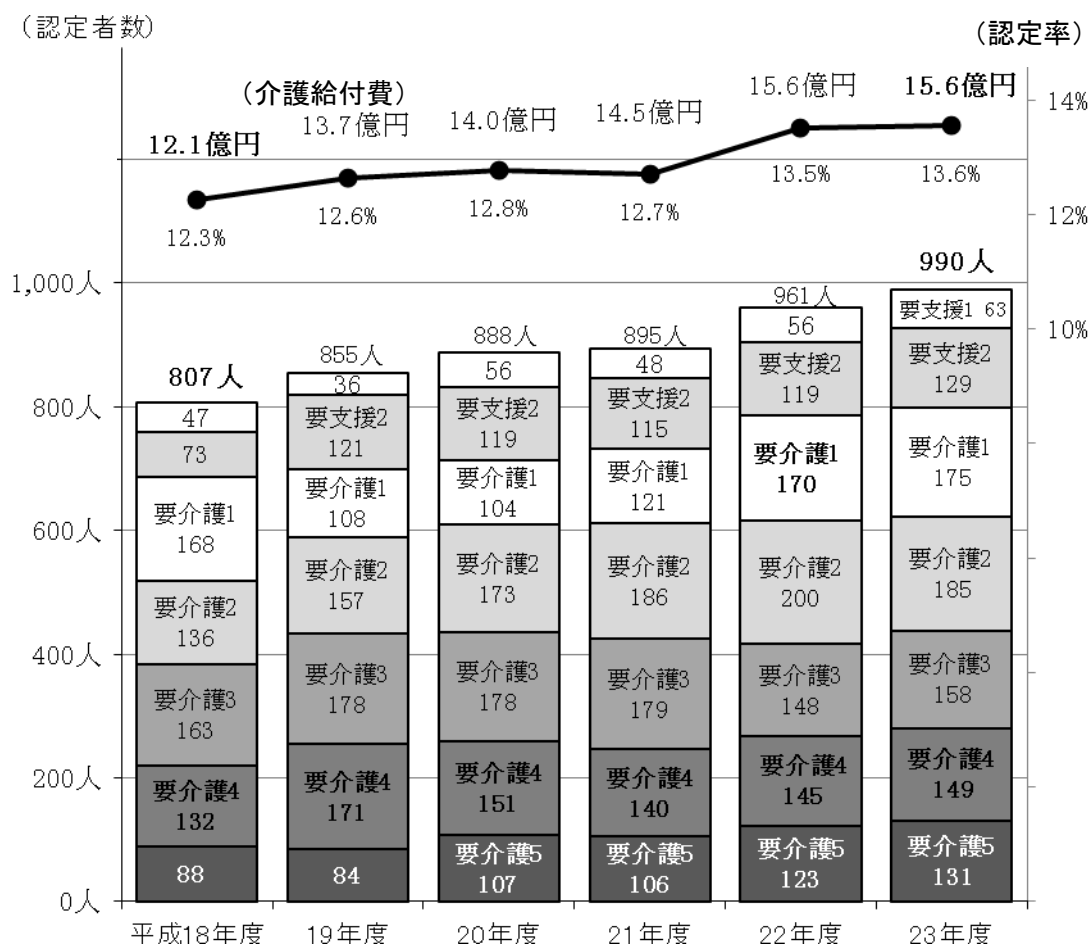
(3) 介護保険

潮来市の介護保険の認定率は、第1号被保険者(※)では全国や茨城県より低くなっています。(※65歳以上を第1号被保険者といい、40歳から65歳未満の介護保険加入者を第2号被保険者といいます。)

潮来市の平成24年3月の要介護(支援)認定者数は、990人であり、介護度が現在の区分となった平成18年度の807人と比べて、187人、22.7%増加しています。特に平成22年度は要介護1の認定者の増加が目立ちます。

また介護給付費も12.1億円から15.6億円へと、3.5億円、28.9%も増加しています。(図2)

図2 要介護(支援)認定者数の推移



資料：平成18年度～22年度介護保険事業状況報告（年報）
平成24年3月分介護保険事業報告（暫定）

介護保険で要介護(支援)認定を受けた人の状況をみると潮来市では、茨城県、全国に比べて要介護 3・4・5 の重度認定者の割合が高くなっています。

また、第 2 号被保険者の認定者も重度認定者が全国より高くなっています。(表 7)

認定の原因疾患としては、脳血管疾患(32.3%)・認知症(30.1%)・骨・関節・筋肉疾患(30.5%)となっています。(表 8)

表 7 要介護(要支援)度別認定者数(平成 22 年度)

総数

	潮来市	茨城県	全国
軽度 (要支援 1・2, 要介護 1・2)	545 人 56.7%	54,018 人 57.1%	3,135,093 人 61.9%
重度 (要介護 3・4・5)	416 人 43.3%	40,557 人 42.9%	1,927,141 人 38.1%
認定者数(計)	961 人	94,575 人	5,062,234 人

第 2 号被保険者

	潮来市	茨城県	全国
軽度 (要支援 1・2, 要介護 1・2)	18 人 52.9%	1,961 人 55.5%	91,373 人 59.0%
重度 (要介護 3・4・5)	16 人 47.1%	1,570 人 44.5%	63,422 人 41.0%
認定者数(計)	34 人	3,531 人	154,795 人

表 8 第 1 号被保険者の原因疾患 (平成 22 年度末現在の認定者(重複あり))

	認定者数	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	認知症 (アルツハイマー病等)	運動器	その他
軽度 (要支援 1・2, 要介護 1・2)	511 人	110 人 21.5%	123 人 24.1%	179 人 35.0%	433 人 84.7%
重度 (要介護 3・4・5)	389 人	181 人 46.5%	148 人 38.0%	96 人 24.7%	267 人 68.6%
認定者数(計)	900 人	291 人 32.3%	271 人 30.1%	275 人 30.5%	700 人 77.8%

第 2 号被保険者の認定者数は、平成 22 年度まで増加傾向でしたが、平成 23 年度は減少しました。しかし、平成 22 年度認定者の原因疾患をみると、32 人中 21 人(65.6%)が脳血管疾患、特に脳出血によるものでした。脳出血を起こす原因としては、高血圧の問題が大きいと考えられます。(図 3)

さらにその中の半数は国保加入者であり、認定以前に健診を受診していたのは 1 人だけでした。これらの実態からも**健診未受診者対策の重要性**が明らかです。

図3 第2号被保険者要介護・要支援 認定者数の推移

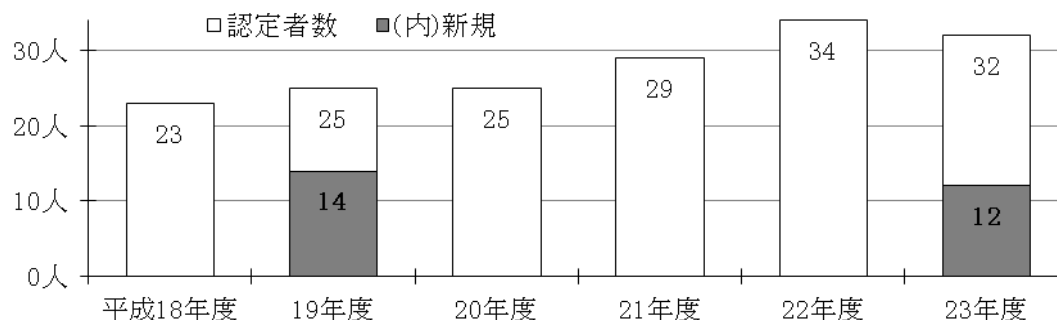


表9 第2号被保険者の原因疾患（平成22年度末現在の認定者）

	認定者数	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	認知症 (アルツハイマー病等)	運動器	その他
軽度 (要支援 1・2, 要介護 1・2)	18 人	13 人 72.2%	1 人 5.5%		4 人 22.2%
重度 (要介護 3・4・5)	14 人	8 人 57.1%	5 人 35.7%		1 人 7.1%
認定者数(計)	32 人	21 人 65.6%	6 人 18.8%		5 人 15.6%

(4) 後期高齢者医療

潮来市の後期高齢者の一人あたりの医療費は、全国や茨城県と比較して、非常に低い費用になっています。しかし、低いながらも徐々に増加傾向となっており、全死亡が高く、早世も多い状況からみると、必要な医療を受けずに死亡している状況が伺えます。

(5) 国保

潮来市の国民健康保険加入者は、全国や茨城県と比較して、加入率は高くなっています。加入者のうち、前期高齢者(64歳～74歳)が占める割合も高くなっており、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。

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早期介入により、重症化予防に努める必要があります。

しかし、潮来市(茨城県も)の国民健康保険加入者一人あたりの医療費は、一般・退職者とも全国と比べかなり低い状況です。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、いずれの疾患も全国・茨城県より低く、このことが、医療費の低さに繋がっていると考えられます。

しかし、これらは決して良いことではなく、早期の予防がされていない状況と考えられます。

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告で、受診率 34.6%、保健指導実施率は 68.4%でした。保健指導率は年々アップしていますが、受診率については微増状態です。特に 40～50 代男性の受診率が低い状況です。(p.23 図4)

潮来市の早世の状況や介護保険の 2 号認定者の状況をみると、ほとんどが健診未受診者であるため、受診率アップを図ることが最も重要であると考えます。

特定健診受診者の有所見割合を県内市町村別にみると、男性は腹囲・血圧、女性は LDL の割合が高くなっています。(p.24 表10)

市の年代別状況でみると、男性は血圧高値の割合が年代とともに高くなっており、脳血管障害(脳梗塞・脳出血等)による死亡の多さとの関連が考えられます。

女性については、40 代から LDL・HbA1c・血圧高値の割合が高く、これらが重なることで動脈硬化を促す状況になっています。(p.26 表11)

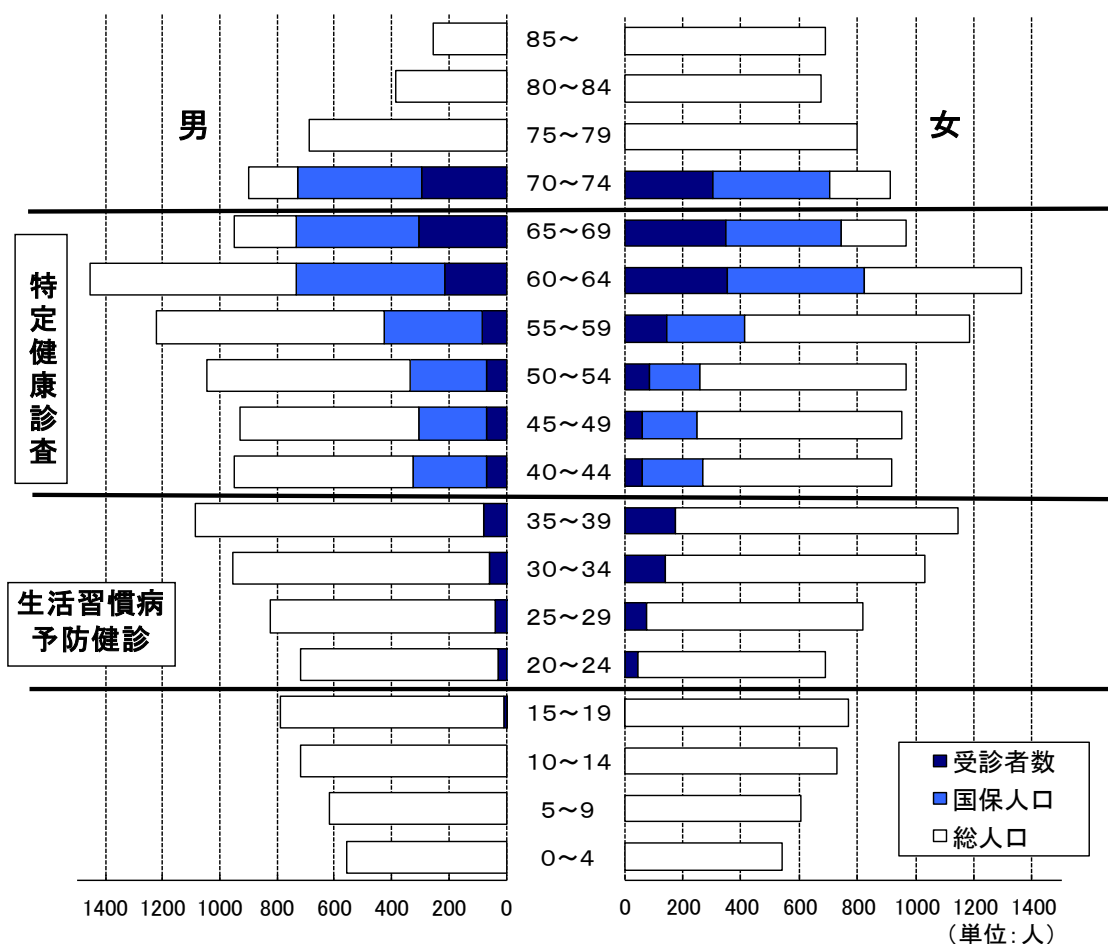
また、男女とも尿蛋白(+以上)が多い状況から、既に血管・臓器障害に至っていることが考えられ、慢性腎臓病(CKD)予防、重症化からの人工透析予防についても課題となります。

潮来市では、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 19 歳から 39 歳までの市民に対しても「生活習慣病予防健診」を実施し、若い年代から自分の健康に対する意識を持ってもらうよう促しています。しかし、受診者が少ないため受診率向上への対策が必要です。(p.23 図4)

39 歳までの受診者の有所見率をみると、高血圧は少ないものの男女とも LDL 高値が多い状況です。更に HbA1c・腹囲(内臓脂肪)といった食との関連が強い項目の異常が多くみられます。つまり、若い年代から自分にあった食の基準を知るための支援が必要です。

更に、自覚症状がなく本人が気づかずに病気が悪化してしまうことを予防するために、健診未受診者に対し健診の必要性を周知・受診勧奨し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげることが最も重要だと考えます。

図4 潮来市の特定健康診査・健康診査受診者数(平成 23 年度)



特定健康診査

男性	40～	健診受診者	1,102	30.7%
	74 歳	国保被保険者	3,586	

女性	40～	健診受診者	1,358	39.2%
	74 歳	国保被保険者	3,466	

生活習慣病予防健診

男性	19～	健診受診者	207	5.9%
	39 歳	健診対象者	3,527	

女性	19～	健診受診者	440	13.0%
	39 歳	健診対象者	3,390	

生活習慣病予防健診(再掲: 国保被保険者のみで集計)

男性	19～	健診受診者	105	9.6%
	39 歳	健診対象者	1,097	

女性	19～	健診受診者	155	15.1%
	39 歳	健診対象者	1,027	

総人口: 平成 23 年 7 月 1 日現在

国保被保険者数: 平成 23 年 4 月 1 日現在

健診受診者数: 平成 23 年度特定健康診査・生活習慣病予防健診

表10 茨城県国保における特定健康診査結果(平成22年度)

確定版様式 6-2~6-7 健診有所見者状況(保険者別 男性)

	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける			内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害
	腹囲(%)	BMI(%)	中性脂肪(%)	HDL(%)	HbA1c(%)	収縮期血圧(%)	拡張期血圧(%)	LDL(%)	尿蛋白(%)
1	神栖市55.1	八千代町38	神栖市40.5	高萩市15.5	取手市77.9	北茨城市58.6	北茨城市38.2	日立市51.2	五霞町8.5
2	茨城町54.4	鉾田市37.3	日立市40.5	茨城町15	常陸太田市74.8	守谷市58.4	日立市35.8	龍ヶ崎市50.9	北茨城市8.4
3	鉾田市53.7	行方市36.3	茨城町40.2	神栖市13.8	守谷市74.1	常総市58.3	常総市31	北茨城市49.6	常陸太田市8.2
4	小美玉市53.6	下妻市36.2	下妻市38.2	五霞町13.6	高萩市72.2	下妻市56.7	桜川市29.8	ひたちなか49.5	高萩市7.4
5	大洗町53.6	常総市35.8	かすみがうら37.8	常陸太田市13.2	日立市71.8	日立市56.1	鉾田市29.5	石岡市49.3	日立市6.6
6	行方市53	大洗町35.6	大洗町37.8	城里町13	北茨城市70.9	取手市55.7	常陸太田市28.7	牛久市48.6	古河市6.1
7	かすみがうら52.6	神栖市35.3	小美玉市37.6	小美玉市12.7	土浦市66.3	桜川市55.5	古河市28.4	鉾田市48.4	潮来市5.6
8	八千代町52.4	日立市35.2	河内町37.2	下妻市12.5	阿見町65.7	筑西市53.9	高萩市27.8	土浦市48.2	土浦市5.6
9	下妻市51.8	小美玉市35.1	坂東市36.6	八千代町12.4	かすみがうら65	古河市53.8	八千代町27.7	利根町47.9	鉾田市5.3
10	日立市51.8	茨城町35	高萩市35.4	利根町12.1	龍ヶ崎市64.9	八千代町53.5	境町27.5	つくば市47.6	守谷市5.3
11	美浦村51.4	北茨城市34.9	八千代町35.4	かすみがうら12	利根町64.1	境町52.5	大洗町27.3	筑西市47.3	ひたちなか5
12	潮来市50.8	鹿嶋市33.6	結城市35.2	笠間市11.8	八千代町63.8	鉾田市52	潮来市27.3	常陸太田市46.7	利根町5
13	城里町50.6	桜川市33.3	取手市34.1	大洗町11.5	稲敷市63.7	潮来市51.6	河内町27	鹿嶋市46.7	鹿嶋市5
14	土浦市50.5	境町32.9	阿見町34.1	取手市11.5	つくばみらい63.3	利根町51.5	筑西市27	水戸市46.6	つくば市4.9
15	水戸市50.5	筑西市32.9	城里町33.7	日立市11.4	東海村62.6	河内町51.5	守谷市26.3	稲敷市46.2	石岡市4.8
16	つくばみらい50.2	かすみがうら32.8	笠間市33.5	東海村11	桜川市62.6	大洗町51.3	那珂市26.1	阿見町46.1	取手市4.7
17	鹿嶋市50.2	結城市32.5	常総市33	那珂市11	常総市62.3	那珂市50.9	行方市26	守谷市45.9	大洗町4.6
18	結城市50.1	茨城県31.6	水戸市32.8	ひたちなか11	下妻市62	茨城県50.6	阿見町25.9	古河市45.7	東海村4.5
19	常総市49.5	常陸太田市31.5	大子町32.8	潮来市10.8	結城市61.9	つくばみらい50.5	ひたちなか25.7	つくばみらい44.9	茨城県4.5
20	つくば市49.4	水戸市31.5	美浦村32.4	北茨城市10.8	茨城県61.8	石岡市50.4	牛久市25.6	茨城県44.7	稲敷市4.4
21	茨城県48.9	古河市31.3	つくばみらい31.8	河内町10.7	ひたちなか61.8	かすみがうら50.3	鹿嶋市25.4	高萩市44.5	阿見町4.4
22	笠間市48.9	つくば市31.2	茨城県31.4	石岡市10.6	城里町61.2	土浦市50.2	つくば市25.4	常総市44.4	水戸市4.3
23	河内町48.8	守谷市31.1	ひたちなか31.2	水戸市10.6	鹿嶋市61.2	ひたちなか50	茨城県25.4	美浦村44.3	下妻市4.3
24	筑西市48.6	土浦市31.1	行方市30.6	常陸大宮市10.6	つくば市61	つくば市49.7	結城市25.1	桜川市44.1	神栖市4.3
25	那珂市48.4	つくばみらい31	利根町30.5	桜川市10.5	鉾田市60.9	結城市49.4	下妻市24.8	取手市43.4	坂東市4.3
26	ひたちなか48.3	潮来市30.7	北茨城市30.5	美浦村10.4	牛久市60.9	阿見町48.9	石岡市24.7	潮来市43.1	河内町4.1
27	守谷市48.1	美浦村30.7	鉾田市30.3	稲敷市10.4	境町60.6	高萩市48.9	つくばみらい24.7	境町42.8	小美玉市4.1
28	稲敷市48.1	石岡市30.6	石岡市29.9	茨城県10.4	小美玉市60.4	稲敷市48.8	土浦市24.6	行方市42.4	かすみがうら3.9
29	石岡市48	坂東市30.6	稲敷市29.9	坂東市10.3	神栖市60.1	常陸大宮市48.7	常陸大宮市24.4	結城市42.2	境町3.9
30	阿見町47.9	高萩市30.4	鹿嶋市29.7	鹿嶋市10	那珂市59.5	笠間市48.6	稲敷市24.1	八千代町41.7	行方市3.8
31	龍ヶ崎市47	大子町30.2	境町29.6	大子町10	筑西市59.2	常陸太田市48.5	城里町23.6	大洗町41.7	美浦村3.7
32	取手市46.9	城里町29.8	守谷市29.3	守谷市10	坂東市59.2	水戸市48.2	笠間市23.4	かすみがうら41.6	龍ヶ崎市3.7
33	東海村46.9	利根町29.6	桜川市29.3	行方市9.5	笠間市59	鹿嶋市48.2	美浦村23	東海村41.2	つくばみらい3.6
34	利根町46.9	阿見町29.4	常陸太田市29	常総市9.4	古河市58.8	坂東市47.9	龍ヶ崎市22.9	小美玉市41.1	結城市3.5
35	北茨城市46.2	笠間市29.4	東海村28	土浦市9	石岡市58.7	大子町47.9	かすみがうら22.4	城里町40.8	筑西市3.3
36	古河市46.2	ひたちなか29.2	古河市28	鉾田市8.8	行方市58.5	茨城町46.9	利根町21.8	神栖市40.8	茨城町3.3
37	桜川市46.1	稲敷市29.2	筑西市27.9	筑西市8.8	大洗町58.3	行方市46.8	東海村21.7	那珂市40.5	常総市3.2
38	常陸大宮市45.5	常陸大宮市28.7	潮来市27.4	古河市8.7	水戸市58.2	東海村46.8	坂東市21.7	坂東市40.1	桜川市3.2
39	坂東市45.2	河内町28.4	龍ヶ崎市27.1	境町8.6	美浦村57.9	城里町46.3	水戸市21.5	河内町39.9	笠間市3.1
40	大子町44.6	取手市27.9	那珂市27	阿見町8.6	大子町57.2	龍ヶ崎市45.9	取手市21.4	茨城町39.8	大子町3
41	牛久市44.2	那珂市27.9	土浦市26.8	結城市8.5	河内町56.5	牛久市44.9	神栖市20.9	笠間市39.7	八千代町3
42	境町44.2	東海村27.6	つくば市26.3	龍ヶ崎市8.2	茨城町56.5	神栖市44.3	茨城町20.4	下妻市38.8	常陸大宮市2.8
43	常陸太田市42.9	龍ヶ崎市27.2	五霞町25.7	つくば市7.6	潮来市55.7	美浦村43.3	大子町19.9	大子町37.9	牛久市2.5
44	高萩市42	五霞町25.7	牛久市23.1	つくばみらい7.4	五霞町54.4	小美玉市43.2	小美玉市19	常陸大宮市36.1	城里町2.4
45	五霞町40.2	牛久市24.4	常陸大宮市22.8	牛久市7	常陸大宮市34.1	五霞町38.7	五霞町17.5	五霞町35.6	那珂市1.9

確定版様式 6-2~6-7 健診有所見者状況（保険者別 女性）

	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける			内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害
	腹囲（%）	BMI（%）	中性脂肪（%）	HDL（%）	HbA1c（%）	収縮期血圧（%）	拡張期血圧（%）	LDL（%）	尿蛋白（%）
1	大洗町23.2	大洗町29.5	日立市28.4	茨城町4.5	常陸太田市80.4	北茨城市50.5	日立市21.9	北茨城市62.3	高萩市5.1
2	河内町23.1	下妻市29.1	茨城町28.2	城里町4.3	取手市80.2	日立市49	北茨城市21.5	利根町62.2	北茨城市4.2
3	かすみがうら22.6	北茨城市28.7	下妻市27.1	神栖市3.9	北茨城市78.2	取手市48.1	守谷市19.4	高萩市59.3	常陸太田市4.1
4	小美玉市22.5	かすみがうら28.4	神栖市27	小美玉市3.6	高萩市76.7	守谷市47.8	境町18	ひたちなか58.9	大洗町2.8
5	城里町20.9	河内町28.2	坂東市26.9	高萩市3.6	守谷市75.5	桜川市45.5	五霞町17.6	牛久市58.7	土浦市2.7
6	神栖市20.9	鉾田市27.9	高萩市26.9	河内町3.5	日立市73.9	境町43.9	那珂市17.4	古河市58.6	日立市2.6
7	行方市20.8	八千代町27.6	小美玉市26.2	下妻市3.4	阿見町69.2	高萩市43.3	古河市17.3	石岡市58.5	水戸市2.5
8	下妻市20.6	神栖市27.4	かすみがうら25.5	常陸太田市3.4	八千代町66.7	常総市43.2	桜川市17.3	常陸太田市58.5	古河市2.4
9	茨城町20.4	茨城町27.4	八千代町24.6	大洗町3.4	つくばみらい66.3	五霞町43.1	鉾田市16.7	阿見町58.2	守谷市2.4
10	常陸大宮市20.1	行方市27.3	城里町24.5	八千代町3.3	かすみがうら66.3	古河市42.7	筑西市15.9	鹿嶋市58	境町2.4
11	稲敷市19.4	小美玉市27.1	大子町23.9	取手市3.3	龍ヶ崎市65.7	利根町42.6	常総市15.9	龍ヶ崎市58	神栖市2.3
12	鉾田市19.4	城里町26.5	結城市23.8	笠間市3.1	土浦市65.7	下妻市42.2	常陸太田市15.8	日立市57.8	五霞町2.3
13	美浦村19.2	桜川市25.6	大洗町23.6	常陸大宮市3.1	利根町65.4	坂東市41.5	土浦市15.6	土浦市57.8	潮来市2.2
14	東海村18.4	美浦村25.4	取手市23.5	坂東市3.1	東海村65.1	常陸太田市41.2	河内町15.5	守谷市57.3	鉾田市2.1
15	日立市18.4	常総市24.9	常総市22.9	常総市3	河内町64.2	土浦市41	八千代町15.3	つくばみらい57.1	行方市2.1
16	桜川市18.3	坂東市24.9	笠間市22.8	かすみがうら3	鹿嶋市64.1	筑西市40.8	高萩市15.3	取手市56.2	取手市2.1
17	つくばみらい18.3	常陸大宮市24.9	常陸太田市22.3	境町2.9	常総市64.1	那珂市40.7	つくばみらい15.2	境町56	石岡市2
18	北茨城市18.2	五霞町24.8	河内町21.4	北茨城市2.9	笠間市64.1	つくばみらい40.1	牛久市15.2	稲敷市55.9	利根町2
19	常総市18.2	筑西市23.9	阿見町20.9	結城市2.8	牛久市64	茨城県40	茨城県15.1	水戸市55.5	坂東市2
20	五霞町18	大子町23.8	つくばみらい20.6	日立市2.8	茨城県64	かすみがうら39.9	取手市15	筑西市55.4	茨城県1.9
21	鹿嶋市17.9	つくばみらい23.8	水戸市20.5	美浦村2.8	稲敷市63.9	常陸大宮市39.7	ひたちなか14.9	潮来市55.4	つくば市1.8
22	茨城県17.9	境町23.8	茨城県20.4	稲敷市2.8	結城市63.4	鉾田市39.3	龍ヶ崎市14.8	茨城県55.3	東海村1.8
23	境町17.8	古河市23.5	守谷市20.1	五霞町2.6	桜川市63.4	ひたちなか39.1	阿見町14.5	つくば市55.1	稲敷市1.8
24	龍ヶ崎市17.8	結城市23.4	鹿嶋市20.1	茨城県2.5	境町63.2	東海村39	石岡市14.4	鉾田市55.1	鹿嶋市1.8
25	大子町17.8	常陸太田市23.3	ひたちなか19.6	東海村2.4	那珂市63.1	八千代町38.8	笠間市14.4	那珂市55	ひたちなか1.7
26	八千代町17.6	鹿嶋市23.2	美浦村19.4	利根町2.3	坂東市62.6	結城市38.8	つくば市14.2	笠間市54.6	下妻市1.6
27	土浦市17.5	茨城県23.1	北茨城市19.3	行方市2.3	筑西市62.6	石岡市38.7	鹿嶋市14.1	桜川市54.4	阿見町1.6
28	坂東市17.5	日立市22.7	稲敷市19.3	石岡市2.3	ひたちなか62.5	水戸市38.2	常陸大宮市14	五霞町53.9	常陸大宮市1.5
29	ひたちなか17.4	稲敷市22.6	東海村19.2	守谷市2.3	鉾田市62.4	大子町38.1	行方市14	東海村53.4	美浦村1.5
30	古河市17.4	石岡市22.6	利根町19.1	阿見町2.3	小美玉市61.9	笠間市37.8	神栖市13.6	結城市53.3	結城市1.4
31	筑西市17.3	笠間市22.3	石岡市18.7	土浦市2.2	城里町61.8	阿見町36.8	東海村13.5	かすみがうら53.3	河内町1.4
32	笠間市17	高萩市22.1	鉾田市18.6	大子町2.2	下妻市61.7	大洗町36.8	茨城町13.4	美浦村52.2	八千代町1.4
33	阿見町16.8	つくば市21.9	行方市18.4	那珂市2.1	美浦村61.4	稲敷市36.6	稲敷市13.2	河内町52	つくばみらい1.3
34	水戸市16.8	潮来市21.8	境町17.3	水戸市2.1	大洗町61.2	神栖市36.4	潮来市13.1	城里町51.8	龍ヶ崎市1.2
35	つくば市16.7	東海村21.3	那珂市17.1	筑西市2.1	大子町61.2	つくば市35.9	城里町13.1	常総市51.6	大子町1.1
36	石岡市16.3	守谷市21.1	五霞町17	鹿嶋市2	神栖市61	河内町35.8	下妻市13	茨城町51.5	筑西市1.1
37	取手市16.1	阿見町21.1	龍ヶ崎市16.8	つくばみらい2	五霞町60.9	行方市35.7	かすみがうら12.9	常陸大宮市50.8	那珂市1
38	結城市15.9	土浦市19.9	筑西市16.4	桜川市2	水戸市60.4	城里町35.4	水戸市12.7	下妻市50.8	常総市0.9
39	潮来市15.8	龍ヶ崎市19.9	桜川市15.8	つくば市1.9	行方市60.3	茨城町35.3	坂東市12.6	行方市50.6	小美玉市0.9
40	守谷市15.7	那珂市19.9	古河市15.8	古河市1.9	石岡市60.1	鹿嶋市35.1	美浦村12.4	八千代町50.6	かすみがうら0.9
41	牛久市15.7	ひたちなか19.7	常陸大宮市15.8	ひたちなか1.8	古河市59.9	潮来市34.8	小美玉市11.8	坂東市50.5	茨城町0.9
42	利根町15.6	水戸市19.5	つくば市15.6	鉾田市1.8	つくば市59.9	龍ヶ崎市34.5	利根町11.7	神栖市49.6	城里町0.9
43	高萩市15.3	利根町18.5	土浦市15.3	牛久市1.5	茨城町58.3	美浦村34	結城市11.6	小美玉市49	笠間市0.8
44	那珂市15.2	取手市18.4	潮来市15.2	潮来市1.5	潮来市56.2	小美玉市33.5	大子町11.4	大子町48.1	牛久市0.7
45	常陸太田市14.3	牛久市18.1	牛久市12	龍ヶ崎市1.4	常陸大宮市32.4	牛久市32.1	大洗町10.8	大洗町42.3	桜川市0.7

表11 潮来市健康診査年代別有所見者数(平成 22 年度)

男性

	39 歳以下		40 歳代		50 歳代		60 歳代		70～74 歳	
1 位	LDL	34.5%	腹囲	44.4%	腹囲	54.4%	HbA1c	58.5%	HbA1c	63.3%
2 位	腹囲	32.2%	LDL	42.7%	HbA1c	50.6%	最高血圧	54.3%	最高血圧	58.1%
3 位	GPT	27.8%	中性脂肪	37.1%	LDL	50.6%	腹囲	51.0%	腹囲	51.2%
4 位	尿酸	25.1%	GPT	33.1%	最高血圧	44.4%	LDL	44.6%	LDL	36.7%
5 位	中性脂肪	20.4%	最高血圧	33.1%	最低血圧	33.8%	最低血圧	29.3%	中性脂肪	24.2%
6 位	HbA1c	14.1%	HbA1c	32.3%	GPT	30.0%	中性脂肪	26.9%	最低血圧	18.3%
7 位	最高血圧	10.2%	最低血圧	29.8%	中性脂肪	26.9%	GPT	15.9%	尿酸	17.6%
8 位	HDL	5.1%	尿酸	16.1%	尿酸	18.1%	尿酸	14.4%	HDL	15.2%
9 位	最低血圧	4.7%	HDL	12.9%	HDL	8.1%	HDL	9.0%	GPT	13.8%
10 位	尿蛋白	2.0%	尿蛋白	2.4%	尿蛋白	6.9%	尿蛋白	5.3%	尿蛋白	6.6%
11 位	クレアチニン	0%	クレアチニン	0.0%	クレアチニン	0.0%	クレアチニン	2.6%	クレアチニン	4.5%

女性

	39 歳以下		40 歳代		50 歳代		60 歳代		70～74 歳	
1 位	LDL	24.3%	LDL	39.4%	LDL	59.6%	HbA1c	60.7%	HbA1c	62.8%
2 位	HbA1c	12.0%	HbA1c	29.0%	HbA1c	51.8%	LDL	58.4%	LDL	51.5%
3 位	腹囲	7.5%	最高血圧	11.6%	最高血圧	25.3%	最高血圧	37.5%	最高血圧	48.5%
4 位	中性脂肪	4.7%	腹囲	11.0%	中性脂肪	16.3%	腹囲	16.2%	腹囲	18.6%
5 位	GPT	3.9%	中性脂肪	8.4%	最低血圧	15.5%	中性脂肪	16.8%	中性脂肪	13.1%
6 位	最低血圧	3.0%	最低血圧	6.5%	腹囲	13.5%	最低血圧	14.4%	最低血圧	10.6%
7 位	最高血圧	2.6%	GPT	5.8%	GPT	8.2%	GPT	7.3%	GPT	5.5%
8 位	HDL	1.2%	HDL	1.3%	クレアチニン	1.2%	尿蛋白	2.5%	尿蛋白	3.6%
9 位	尿蛋白	1.2%	尿蛋白	0.6%	尿蛋白	0.8%	HDL	2.0%	HDL	1.8%
10 位	クレアチニン	0%	クレアチニン	0.0%	HDL	0.4%	クレアチニン	0.4%	クレアチニン	1.5%

※有所見 ……腹囲 (男性 85cm/女性 90cm 以上), 中性脂肪(150 以上), HDL (40 未満),
GPT (31 以上), 尿酸 (7.0 以上), HbA1c (5.2 以上), 尿蛋白 (+以上),
最高血圧(130 以上), 最低血圧(85 以上), LDL (120 以上), クレアチニン(1.3 以上)

(7) 出生

潮来市の出生率は、全国・県と比べ低い状況で出生数も 200 人程度で推移しています。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を発症しやすいとの報告が出されてきました。

潮来市の低出生体重児の出生率は、全国や茨城県と比較してやや多い状況です。さらに、より体重が少ない極低体重児の出生は、年により大きく変動しています。

潮来市では、出生率の低い中、毎年 10～11%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5)

平成 22 年度低出生体重児を出生した母親の妊娠前の体重をみると、やせではなく肥満傾向の妊婦に早産をおこしているケースがみられました。

図5 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

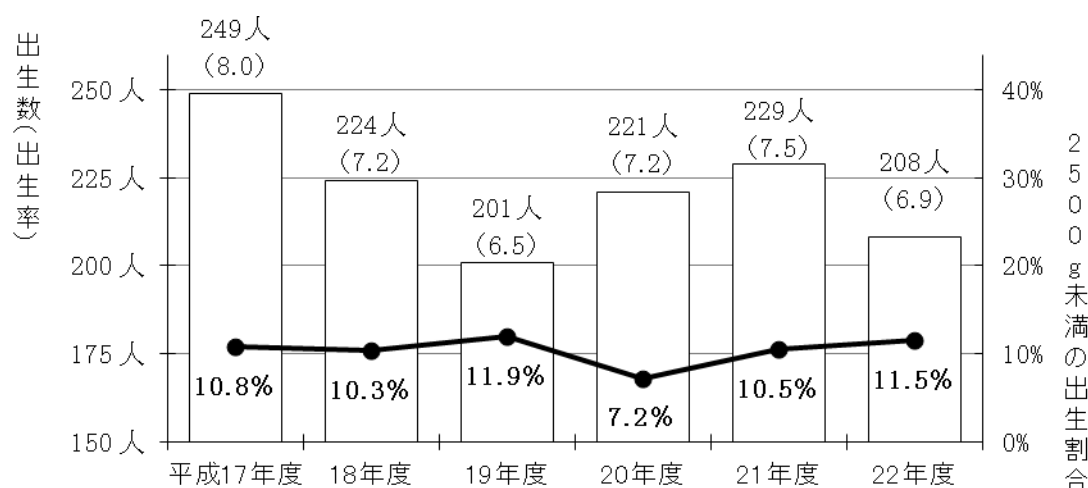


表12 低体重児の母親のBMI

児の出生体重・性別	母の BMI
1970g 男 (早産)	34.6
2200g 男	18.7
2234g 男 (早産)	28.8
2310g 女 (早産)	24.0
2338g 女	16.5
2400g 女	17.1
2402g 女	19.8
2414g 男	19.1
2428g 女	17.7
2440g 男	22.3
2446g 男	21.5
2460g 女	21.5

3. 市の財政状況に占める社会保障費

潮来市においては、平成 24 年度の予算において、医療、介護、生活保護の社会保障費の予算が、約 60 億円となっています。

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに潮来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、市民一人一人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。

潮来市の財政状況と社会保障

歳入（一般会計） 123 億円 (平成 22 年度決算)		歳出（一般会計） 119 億円 (平成 22 年度決算)		社会保障費		
					医療	介護
1 位	地方交付税 41.5 億円	1 位	民生費 35 億円	予算 (平成 24 年度)	約 38 億円	約 18 億円
2 位	国庫支出金 29.8 億円	2 位	災害復旧費 29 億円			
3 位	市税 27.4 億円	3 位	教育費 18 億円			

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、項目を別表Ⅰ(p.9)の順序に合わせ達成状況の評価を行った結果、22項目のうち、Aの「目標値に達した」項目は特定保健指導実施率のみで一部改善傾向にあるものの、ほとんどが悪化している状況です。

また、評価困難な項目も多くあります。

表1 前計画の評価

	指標			潮来市の現状値			達成 状況	H24 目標値			
	項目	区分	H20	最新値	データ ソース						
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診率	胃がん	8.3%	8.8%	①	B	増加			
			大腸がん	11.0%	11.9%						
			肺がん	16.3%	17.0%						
			子宮がん	13.8%	14.5%						
			乳がん	4.8%	10.1%						
		悪性新生物 壮年期死亡の減少	胃がん	5	7	②	D	減少			
			大腸がん	5	7						
			肺がん	8	7						
			子宮がん	1	0						
			乳がん	3	1						
	循環器	特定健診受診率の増加	受診率	30.0%	34.5%	③	B	65%			
		特定保健指導実施率の増加	実施率	18.4%	68.3%		A	45%			
		内臓脂肪症候群 該当・予備群の減少	該当者	8.2%	23.3%		D	10%			
			予備群	5.9%	19.3%		D	減少			
		高血圧者の減少	男性	46.2%	51.6%	③	D	減少			
				36.8%	27.3%		B				
			女性	38.2%	34.8%		B				
				16.3%	13.1%		B				
		脂質異常症 (LDL-C) の減少	男性	50.8%	43.1%		B				
			女性	55.3%	55.4%		C				
		脳血管疾患 壮年期死亡の減少		5	8		②		D	減少	
			心筋梗塞 壮年期死亡の減少	7	9				D		
			糖尿病	糖尿病 有病者・予備群の減少	強く疑われる人 可能性が否定	6.8%	9.3%	③	D		減少
				糖尿病性腎症によって 新規透析導入になった 患者数の減少	国保加入者等	8	7		④		
		歯・口腔の健康		歯周疾患検診					増加		
				進行した歯周疾患の減少	40代 50代				E	減少	
生活習慣・社会環境の改善	身体活動・運動	運動習慣のある者の増加	男性 女性				E	増加			
	飲酒	多量飲酒者の減少	男性	2.0%	11.8%	③	D	減少			
			女性	0.2%	1.2%						
	喫煙	公共の場や職場での 分煙の推進					E				
			喫煙する者の減少	男性 女性	28.7% 6.0%	27.7% 6.1%	③	C	減少		
	休養	十分な睡眠の とれている者の増加	男性 女性				E	増加			
			こころの健康	自殺者の減少	男性 女性	8 1	8 3	②	C D	減少	

評価区分	A	目標値に達した
	B	目標値に達していないが 改善傾向にある
	C	変わらない
	D	悪化している
	E	評価困難

データソース

- ①潮来市のがん検診受診状況(23年)
- ②茨城県保健統計年報(22年)
- ③潮来市国保特定健診結果(22年)
- ④国保レセプト(23年)

これらの評価をみると、悪化している項目については、肥満・塩分・脂質の摂取等が問題と思われる内容が多くみられます。そのため、次期運動を推進するための「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」で示された目標項目を、別表Ⅱ（p.32）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とらえ、それを支援するための潮来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

別表Ⅱ

取組主体				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——壮年期——高齢期—— 死亡 働く世代(労働者)	
				胎児（妊婦） 0 歳 18 歳 20 歳 40 歳 65 歳 75 歳 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	潮来市・医療保険者（潮来市国民健康保険）	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 ◇脂質異常症の減少 ◇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	◇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・予備軍の減少 ◇合併症の減少 (糖尿病腎症による年間新規透析導入者数)	
			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ものの増加 ◇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者の増加（肥満、やせの減少） ◇適正体重の子どもの増加 ◇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 ◇共食の増加 ◇健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合	
			身体活動・運動	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	
			飲酒	◇妊娠中の飲酒をなくす-----◇未成年の飲酒をなくす-----◇生活習慣病のリスクを高める飲酒を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----- ◇成人の禁煙率の減少	
			休養 こころの健康	◇睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 ◇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 -----◇自殺者の減少	
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関わっている国民の割合の増加	◇就業また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 ◇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 ◇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		
	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 ◇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

①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のがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 8～9 割のことをいいます。

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。

②基本的な考え方

i 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス(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<HPV>、成人T細胞白血病ウイルス<HTLV- I >)や細菌(ヘリコバクター・ピロリ菌<HP>)への感染、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1)

ii 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

が必要になります。

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1)

表1 がんの発症予防・重症化予防

◎:確実 ○:ほぼ確実 △:可能性あり 空欄:根拠不十分

	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 30%		運動 3%	飲酒 5%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他		
		高脂肪	塩分										
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
	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	肝炎ウイルスキャリア検査	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者		I -b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

評価判定 I -a :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

I -b :検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

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

[参考] 国立がんセンター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と健康
「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

③現状と目標

i 75 歳未満のがんによる死亡率の減少

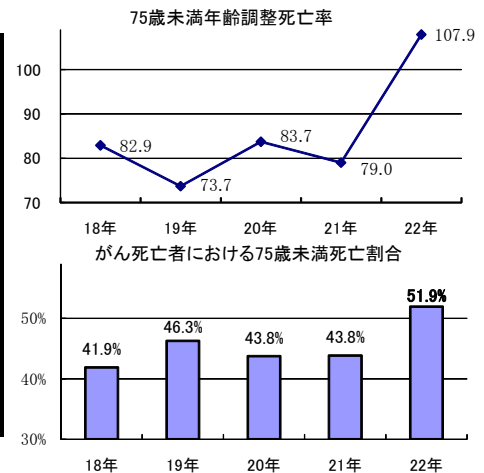
高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

潮来市のがんによる死亡は県内市町村と標準化死亡比 (SMR) で比較してみると、高い状況にあり、特に男性の大腸がん及び男女とも胃がんが多くなっています。国は年齢調整死亡率で目標値を設定していますが、人口規模が小さいため標準化死亡比 (SMR) で推移をみながら、75 歳未満の死亡者の割合が減少することを目標とします。

表2 潮来市の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

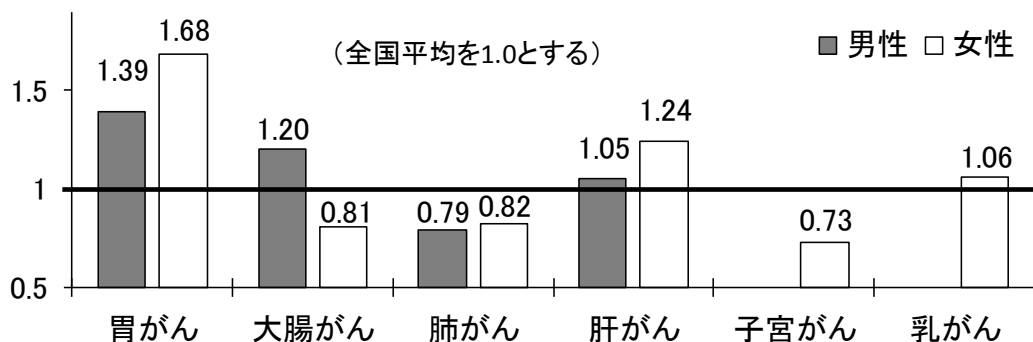
*参考:SMR(H18~22)を用いた75歳未満年齢調整死亡率
男性105.3 女性64.9

年度		18年	19年	20年	21年	22年	総数
75歳未満の 年齢調整死亡率		82.9	73.7	83.7	79	107.9	
75歳未満の死亡数	胃	12	8	5	10	7	42
	肺	4	4	8	2	7	25
	大腸	1	6	5	5	7	24
	乳房	2	2	3	2	1	10
	子宮	1	2	1	0	0	4
	食道	1	0	3	0	3	7
	肝・胆管	5	4	2	7	8	26
	胆嚢・胆道	0	0	5	2	3	10
	すい臓	2	4	2	2	0	10
	白血病	3	1	1	2	4	11
計		31	31	35	32	40	169
75歳未満の割合		41.9%	46.3%	43.8%	43.8%	51.9%	



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、検診受診率を向上していくことにより、重症化予防及び死亡者の減少を図ります。

図1 潮来市のがんによる標準化死亡比(平成17年~平成21年)



ii 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。しかしながら、潮来市のがん検診の受診者は、対象年齢を母数とした場合、かなり低い状態です。

がんによる死亡割合も高いことから、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、様々な取り組みを推進していきます。特に働く世代はがん好発年齢でもあるため受診率向上をはかることが重要です。

表3 潮来市のがん検診受診率の推移

がん対策推進基本計画案 (平成 19 年 6 月～平成 23 年度末)						次期がん対策推進基本計画案 (平成 24 年～平成 28 年)
H20 年		H21 年	H22 年	H23 年	目標値	目標値
肺がん	16.3%	14.9%	17.1%	16.4%	50% 以上	※40%(当面)
胃がん	8.3%	8.4%	8.2%	8.8%		※40%(当面)
大腸がん	11.0%	11.5%	11.2%	11.9%		※40%(当面)
乳がん	9.8%	10.2%	10.9%	9.5%		50%
子宮がん	13.9%	14.7%	14.3%	14.5%		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。

潮来市の精密検査受診率は、婦人科検診(子宮・乳房)においては、90%を超えています(平成 23 年度)が、その他については、70～80%にとどまっています。

がん検診受診者の内、毎年、10～20 人程度のがんが見つかるため、今後も精密検査の受診率の向上を図っていく必要があります。(表4)

表4 潮来市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	許容値	目標値
肺がん	精密検査受診率	44.9%	75.4%	77.0%	83.1%	71.1%	71.1%	76.5%	70%以上	90% 以上
	がん発見者数	0 人	0 人	1 人	1 人	2 人	2 人	3 人		
胃がん	精密検査受診率	78.3%	79.8%	81.2%	80.7%	80.7%	78.4%	80.6%	70%以上	
	がん発見者数	1 人	1 人	2 人	2 人	7 人	4 人	3 人		
大腸がん	精密検査受診率	58.6%	72.0%	66.1%	66.2%	61.3%	75.0%	67.3%	70%以上	
	がん発見者数	1 人	2 人	4 人	2 人	9 人	6 人	6 人		
乳がん	精密検査受診率	95.4%	86.8%	90.5%	92.8%	87.3%	78.7%	102.8%	80%以上	
	がん発見者数	1 人	2 人	2 人	0 人	2 人	1 人	1 人		
子宮がん	精密検査受診率	78.9%	64.7%	87.5%	80.0%	77.8%	71.4%	90.0%	70%以上	
	がん発見者数	0 人	1 人	1 人	2 人	1 人	1 人	1 人		
前立腺がん	精密検査受診率	44.4%	51.2%	51.9%	54.5%	47.3%	61.2%	65.7%		
	がん発見者数	0 人	2 人	3 人	6 人	6 人	5 人	5 人		

※ 精密検査受診率 = 精密検査受診者 ÷ 精密検査該当者 × 100

※ 受診率が 100 を超えている場合は、前年度の該当者が年度を越えて受診したものである。

④対策

i 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(小学6年生から高校1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)

ii 生活習慣改善によるがんの発症予防

- ・塩分・脂肪, 野菜等の摂取量の基準, 禁煙等の推進

iii がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内, 広報や各種行事などを利用した啓発
- ・関係機関による講演会や研修会への共催
- ・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者に, 検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

- ・市防災無線・メルマガ等利用した検診のお知らせ
- ・もれ者検診の実施(再度通知)

iv 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(40歳以上)
- ・大腸がん検診(40歳以上)
- ・子宮頸がん検診(妊娠期・20歳以上の女性)
- ・乳がん検診(30歳以上の女性)
- ・前立腺がん検診(50歳以上の男性)

v がん検診の質の確保に関する施策

- ・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

(2) 循環器疾患

① 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。

② 基本的な考え方

i 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、そ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。

ii 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。

そのためには、自覚症状のない状態で健診を受診することにより、自分の血圧や血液データを知ることがまず必要です。その上、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が必要になります。

③現状と目標

i 脳血管疾患の死亡率の減少

潮来市の脳血管疾患による死亡率は、国・県と比べ高い状況で、今後高齢化に伴い、さらに増加していくことが予測されています。そのため、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。

潮来市の脳血管疾患の75歳未満の死亡者数は、年により差がありますが、死亡者の多い年の原因疾患をみると、脳出血が多く、特に男性が多くなっています。(図1)

図1 潮来市の脳血管疾患死亡の状況（75歳未満の脳血管疾患死亡者数と内訳）

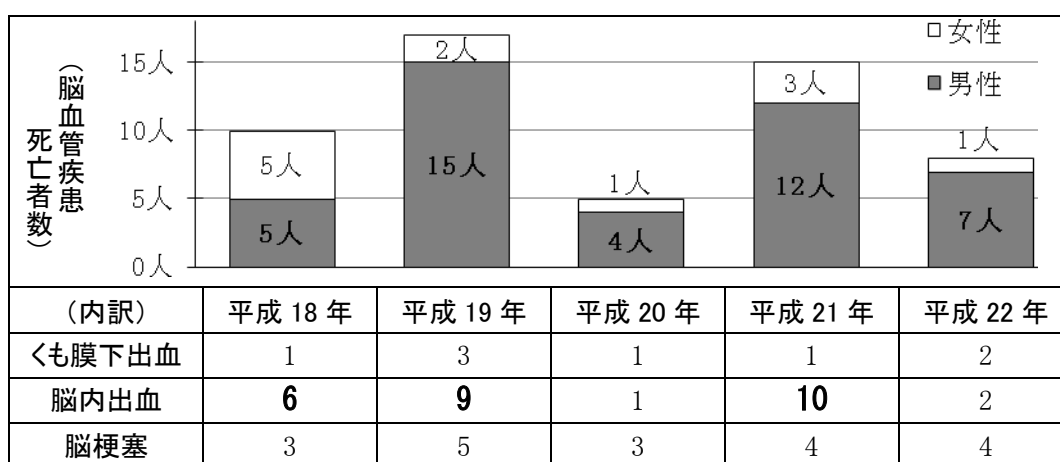


表 1 平成 23 年度 脳血管疾患が原因疾患の第 2 号被保険者（※）認定者の状況

	年代	性別	疾患名	介護度	加入保険		基礎疾患			健診履歴
					認定前	認定後	高血圧	糖尿病	脂質異常	
1	60 代	男	左脳出血	介 4	国保	国保				なし
2	60 代	男	脳出血	介 3	社保	国保	○	○	○	社会保険のため把握できず
3	50 代	男	脳出血	介 3	社保	国保	○		○	社会保険のため把握できず
4	50 代	男	脳出血	介 2	H20 転入	国保	○		○	なし
5	50 代	女	左脳出血	介 2	国保	国保	○			なし
6	40 代	男	左脳出血	介 2	社保	国保	○	○		社会保険のため把握できず
7	50 代	男	脳出血	介 1	国保	国保	○	○	○	なし
8	50 代	女	左脳出血	介 1	国保	国保	○	○	○	なし
9	60 代	男	左脳出血	支 2	国保	国保	○			なし
10	60 代	男	クモ膜下出血	介 4	国保	国保	○			H16～H19 (BMI29, I 度高血圧, 空腹時血糖 101, LDL141)
11	60 代	男	脳梗塞	介 5	不明	死亡				なし
12	60 代	女	脳梗塞	介 2	社保	後期	○	○		社会保険のため把握できず
13	60 代	男	脳梗塞	介 2	国保	国保	○			なし
14	50 代	男	脳梗塞	介 2	国保	国保		○	○	なし
15	50 代	男	脳梗塞	介 2	国保	国保	○			なし
16	50 代	男	脳卒中	介 4	国保	国保	○			なし
17	60 代	女	脳卒中	介 5	H19 転出	社保?				社会保険のため把握できず
18	60 代	男	脳卒中	介 4	社保	国保				社会保険のため把握できず
19	60 代	男	脳卒中	介 2	社保	社保	○	○		社会保険のため把握できず
20	50 代	女	脳卒中	支 1	社保	社保	○			社会保険のため把握できず

※ 第 2 号被保険者 : 40 歳～64 歳までの介護保険加入者

さらに、介護保険の第 2 号被保険者の認定原因についても、平成 22 年度は、34 名の 2 号被保険者のうち、20 名が脳血管疾患、そのうち 10 名が脳出血を原因とするものでした。

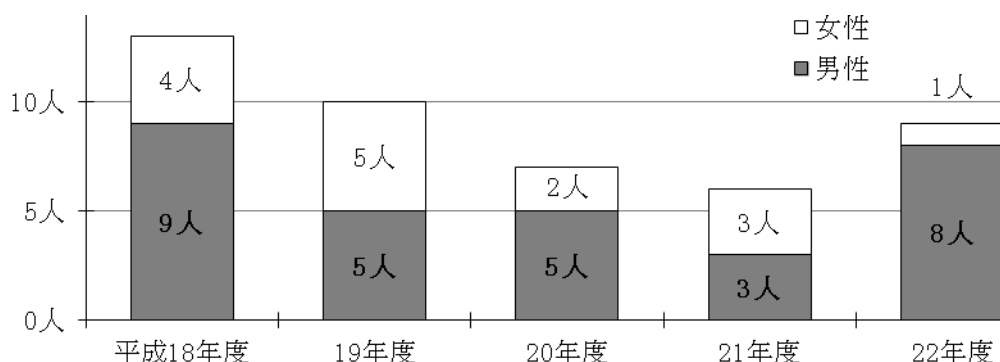
また、20 名のうち 10 名は国民健康保険の加入者であり、特定健診を受診していたのは 1 人だけでした。

脳血管疾患、特に脳出血については高血圧の影響が大きいことがわかっているため、普段から自分の血圧の変化を知り、健診を受診することで他の関連データと合わせて管理していくことが必要となってきます。そのため、潮来市国保加入者の健診未受診者対策が非常に重要になります。(表1)

ii 虚血性心疾患による死亡率の減少

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。茨城県は全国の中でも死亡率が高く、さらに県内市町村の中でも潮来市は虚血性心疾患による死亡率が高い状態です。75歳未満の死亡者数をみると、平成21年度までは減少傾向でしたが、平成22年度は増加しました。(図2)

図2 潮来市の虚血性心疾患死亡の状況



脳血管疾患同様虚血性心疾患への対策が重要になります。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23年度に特定健診を受診した2,535人中、省令で定められた心電図の受診者は80名、約3.2%だけでした。

その他潮来市では希望者に対しては、実費をいただき心電図検査を実施しています。(表2)

表2

H23年度特定健診受診者(2,535人)	心電図実施者	有所見者	心房細動
詳細健診	80人(3.2%)	33人(41.3%)	3人(3.8%)
希望者	1,528人(59.2%)	405人(26.5%)	14人(1.0%)
計	1,608人(62.3%)	438人(27.2%)	17人(1.1%)

心電図検査全実施者1,608人のうち、27.2% 438人に異常が認められました。

その内、省令で定められた心電図検査受診者では、41%の者に有所見が見られますが、希望者の中からも、26.5%の有所見者が見つかりました。このことから、特定健康診査時に全ての受診者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。

さらに17人1.1%に、脳梗塞を引き起こす原因となる心房細動が発見されています。心原性脳梗塞を予防するためにも重要と思われます。

iii 高血圧の改善

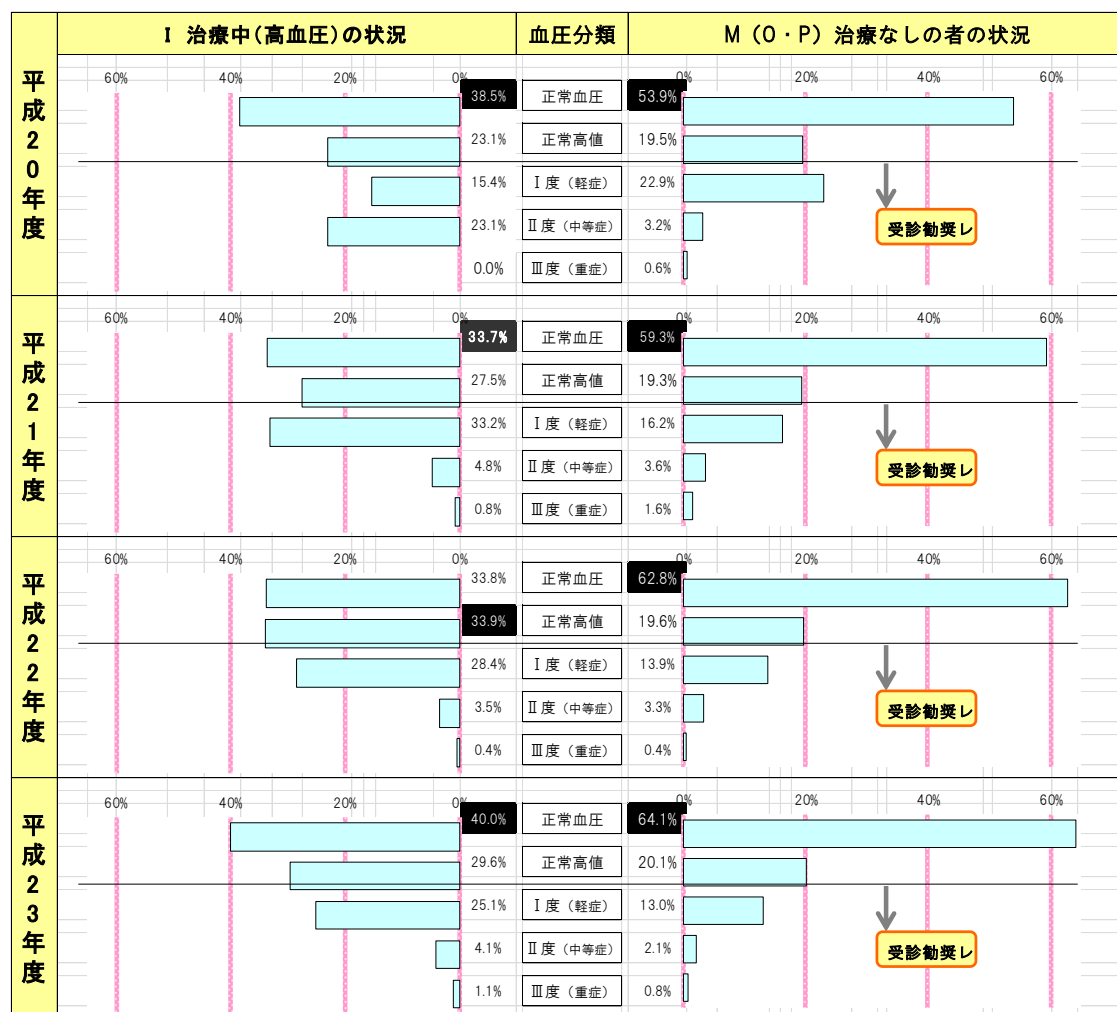
高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

また、潮来市では健診結果において、男性の高血圧の割合が高く(p.24 表10)、血管内皮障害の指標となる尿蛋白(＋以上)の異常者が多い現状からも生活改善による高血圧予防、治療を含めての適正な管理・重症化予防が必要です。

これまでも特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、Ⅲ度高血圧者を最優先に、Ⅱ度・Ⅰ度高血圧、他のリスク(高血糖・LDL・尿酸等)との重なりのある者に対して保健指導を実施してきました。そのため、年々受診勧奨値以上の者は減少していますが、さらに力を入れていく必要があると考えます。

また、普段から自身の血圧に関心を持ち、家庭血圧測定が習慣化されることにより、早期治療・管理ができるよう支援していくことが必要です。

図3 潮来市国保特定健診受診者の高血圧の状況



iv 脂質異常症の減少

(LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の減少)

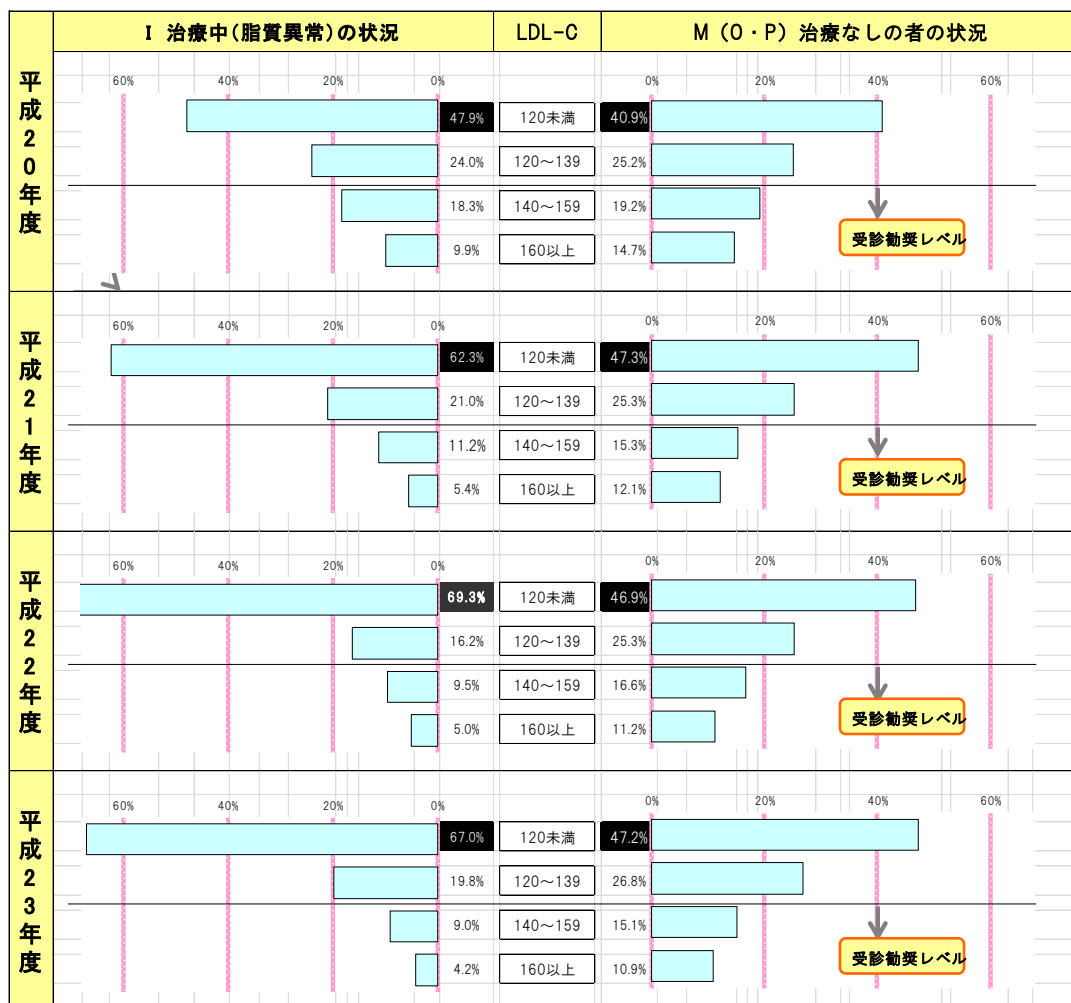
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及びLDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

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。

「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うえで 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たため、市では総コレステロール検査は廃止し、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。

しかし、LDL コレステロール 160 以上の者の割合はやや改善傾向ではありますが、治療に結びつかない状況があります。(図4)

図 4 潮来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、non HDL 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。

加えて、現在、潮来市で動脈硬化性疾患のリスクが高い人に実施している頸動脈超音波検査（2 次健診）の、動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法としての有用性について記載がなされました。

潮来市でも LDL コレステロール高値にもかかわらず、適切な治療に結びつかない場合も、頸部超音波検査を実施することで、生活改善及び治療への動機づけになっています。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

Ⅴ 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。

潮来市では、メタボリックシンドローム及びその予備軍該当者の次年度における改善率は、20～25%で、全国をやや上回る状況です。

しかし、受診者全体からみた該当者の割合は全国と比べ高い状況です。平成 20 年度と比較すると平成 22 年度は 2.0%増加しているため、今後さらに取り組みを強化していくことが必要となります。(表3)

表 3 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

年度	対象者数 (B)	健診受診者数 (E)	受診率 (F)	メタボ該当者 (Q)	割合 (Q/E)	メタボ予備軍 (R)	割合 (R/E)
H20	7,217	2,168	30.0%	299	13.8%	255	11.8%
H21	7,244	2,446	33.8%	422	17.3%	268	11.0%
H22	7,118	2,466	34.6%	389	15.8%	288	11.7%
(参考値) H22 茨城県	574,077	188,625	32.0%	32,259	17.1%	20,102	10.7%
H22 全国			32.4%		16.3%		10.8%

表 4 経年受診者でみるメタボリックシンドロームの比較

年度	昨年度の メタボ 該当者数	メタボ予備軍 へ改善した 者の割合(A)	メタボ・予備軍 ともに非該当者 の割合(B)	メタボ 減少率 (A+B)	昨年度の メタボ予 備軍数	メタボ・予備軍 ともに非該当者 の割合
H21	279	9.3%	10.8%	20.1%	241	14.9%
H22	397	13.9%	11.6%	25.4%	255	18.9%
H22 全国	29,501	10.8%	11.5%	22.3%	18,659	20.5%

潮来市では、メタボリックシンドローム該当者及びその予備軍、その他動脈硬化リスクの高い方を対象に２次健診（頸動脈超音波検査・75g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査）を実施しています。

表5 平成 23 年度 2 次健診実施状況

対象者	実施者	実施率	結果 異常あり		
499 人	215 人	43.1%	頸部超音波検査	98 人	63.7%
			75g 糖負荷検査	137 人	55.9%
			微量アルブミン尿	40 人	18.6%

実施結果をみると、頸動脈超音波検査及び 75g 糖負荷検査においては約 6 割、微量アルブミン尿検査でも 2 割の者に異常がみられました。これらの 2 次健診を実施することで、自身の身体の状態についてより深い理解が得られ、生活改善の動機づけになっており、今後も継続実施していくことが必要と思われます。

vi 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づける、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。

潮来市では、保健指導実施率は高い状態ですが、健診受診率はまだまだ目標値に達していません。早世や障害（介護保険の第 2 号認定者）についても、健診未受診者であることから、未受診対策がとても大きな課題となっています。

④ 対策

i 生活習慣病予防健診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, 広報や市の行事などを利用した啓発
- ・ 医療機関との連携により, 個別健診及び治療中の者の健診受診率アップ
- ・ 未受診及び中断者への戸別訪問
- ・ 40～50 代特に男性の受診率向上にむけた対策
 - ＊働き盛りの対象者が受診しやすい健診体制の整備
- ・ 商工会・農協等自営業従事者と関連する団体との連携強化
- ・ 事業主健診を実施している事業所との連携による健診データ収集

ii 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・ 生活習慣病予防健診(19 歳～39 歳・生活保護世帯)
- ・ 潮来市国民健康保険特定健康診査
- ・ 特定健康診査に心電図検査(全員)及び女性の尿酸値の追加を検討
- ・ 個別健診における追加項目(クレアチニン・尿酸・血糖)の検討

iii 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一人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)
 - 家庭訪問や健康相談, 結果説明会, 健康教育など, 多様な経路により, それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・ 2 次健診(頸動脈超音波検査・75g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査)の継続実施
 - 特に心血管リスクの高い方に着目した対象者を選択
- ・ 腎専門医との連携による CKD 重症化予防への取り組み

(3) 糖尿病

① 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、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。

なお茨城県では、糖尿病性腎症による人工透析導入の割合が全国を上回る状況です。

② 基本的な考え方

i 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、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、自覚症状のない時期から健診を受診することにより、自身の健康状態について認識し生活改善できることが重要となります。

ii 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経済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。

また、脂質異常症や高血圧症に比べ、治療中にもかかわらずコントロール不良の割合が高いことから、治療に移行した方についても主治医と連携し、継続した生活習慣改善指導が必要と思われます。

③現状と目標

i 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、全国的には糖尿病性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ます。

しかし、潮来市の新規透析導入は、平成 20 年度から増加傾向であり、糖尿病性腎症からの人工透析も増加しています。

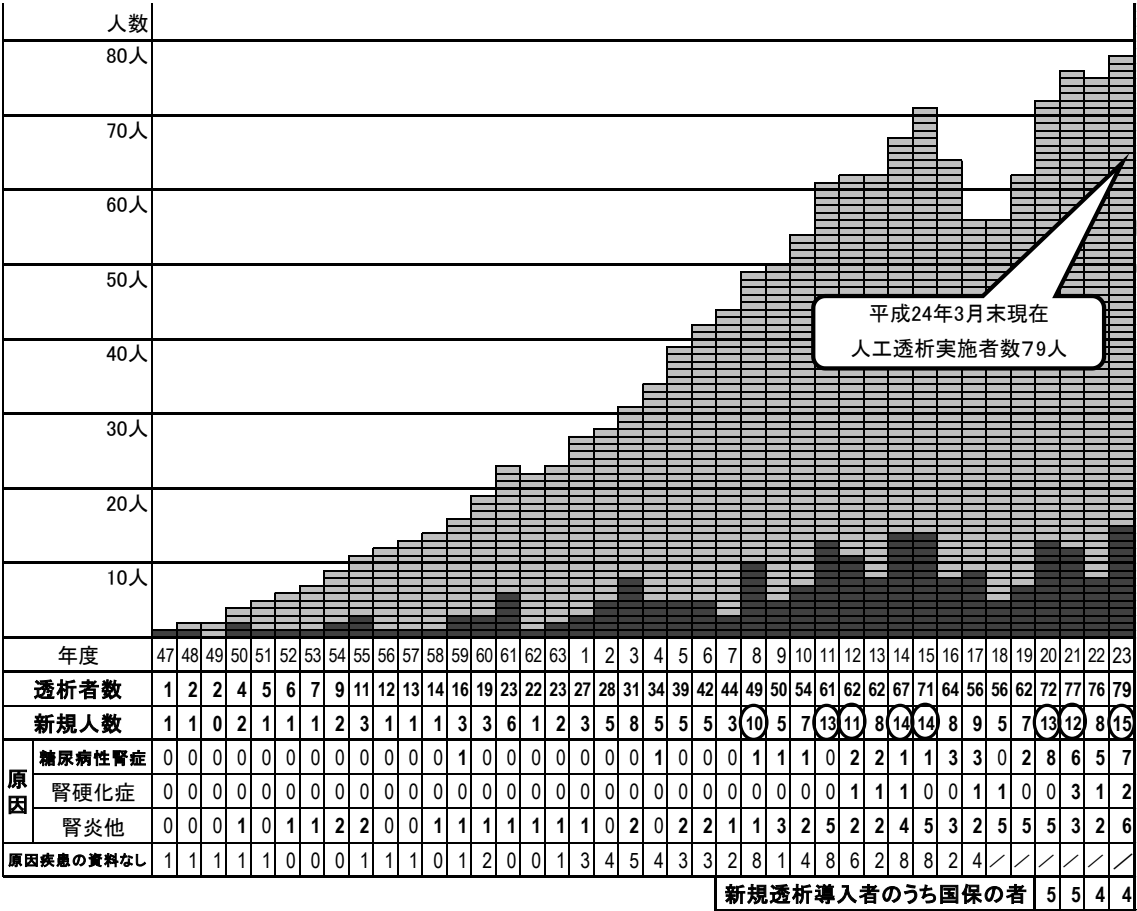
糖尿病性腎症の発症・進展を抑制するには、良好な血糖コントロール及び厳格な血圧コントロールが重要となります。

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 年間と言われていることから、糖尿病発症初期の指導が重要です。（図1）

また、CKDについて住民の認知度も低い状態のため、いろいろな機会に周知・啓発していくことも必要と思われます。

図1 潮来市 人工透析患者の経年推移

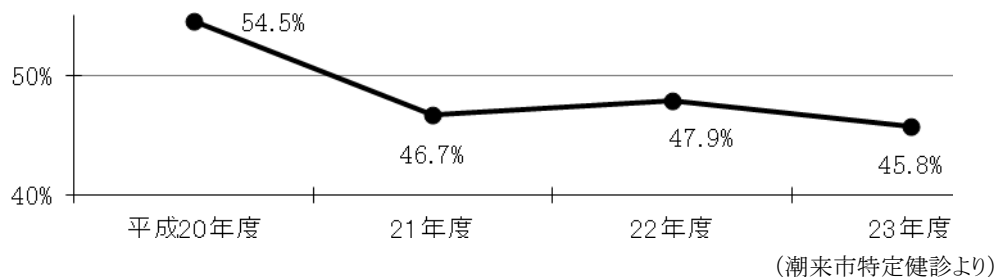
身体障害者手帳交付状況より



ii 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。潮来市の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成20年度55%でしたが、それ以降減少し46%程度で横ばいとなっています。(図3)

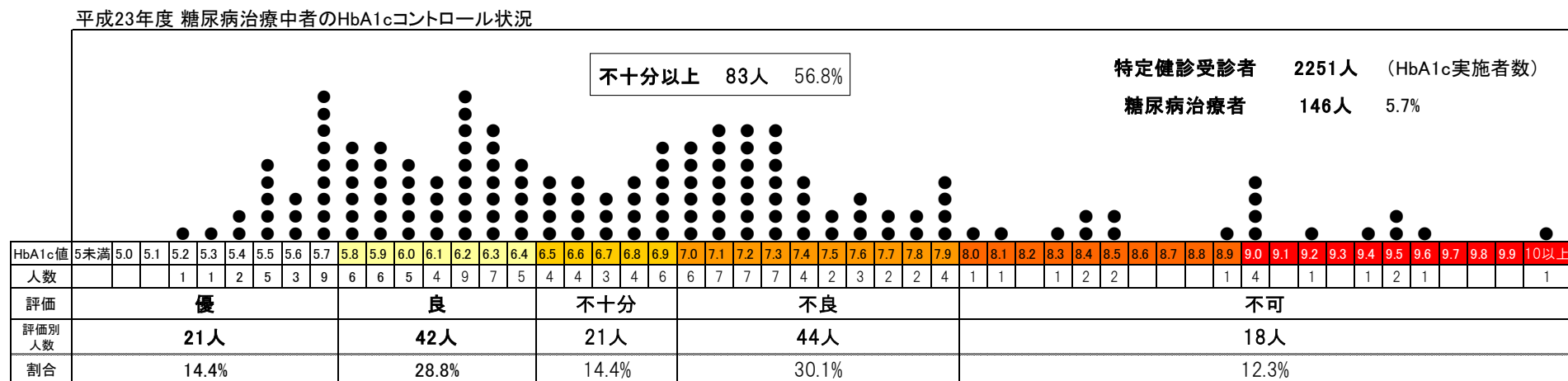
図2 潮来市の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.1%以上)の治療率の推移



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、「薬を飲む必要はないと言われたので大丈夫と思った」、「糖尿病の気があると言われたが、そのまま気にしなかった。」など、薬が出なければ大丈夫と思い込み、定期受診に至らなかった方も多くみえます。

また、健診受診中断者についても、その後受診再開したときには、重症化している場合もあります。今後は、糖尿病でありながら未治療の者や、治療中断してしまう者を減少させるために、適切な治療の開始・継続ができるよう積極的な保健指導に取り組む必要があります。

平成20年度 糖尿病治療中者のHbA1cコントロール状況



脳卒中や心筋梗塞につながる

iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

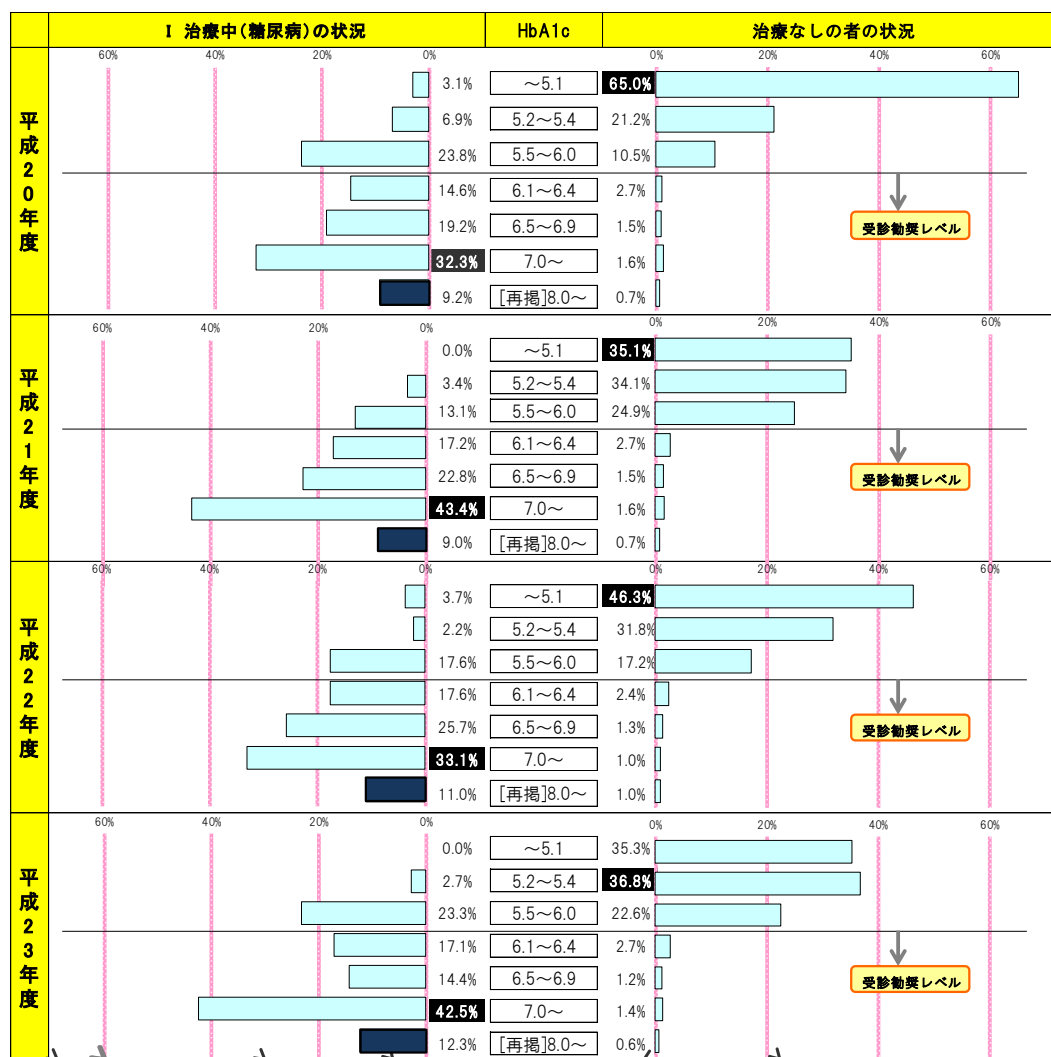
(HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 8.4%) 以上の者の割合の減少)

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 HbA1c 8.0%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。

潮来市では、健診結果に基づき HbA1c7.0%以上の者には、未治療者のみならず治療中の者についても保健指導を実施してきましたが、HbA1c8.0%の者が増加傾向にあります。特に治療中の者に増加しているため、主治医との連携により治療中の者に対する保健指導を強化していくことが必要となります。

図 4 潮来市国保特定健診受診者の HbA1c の状況



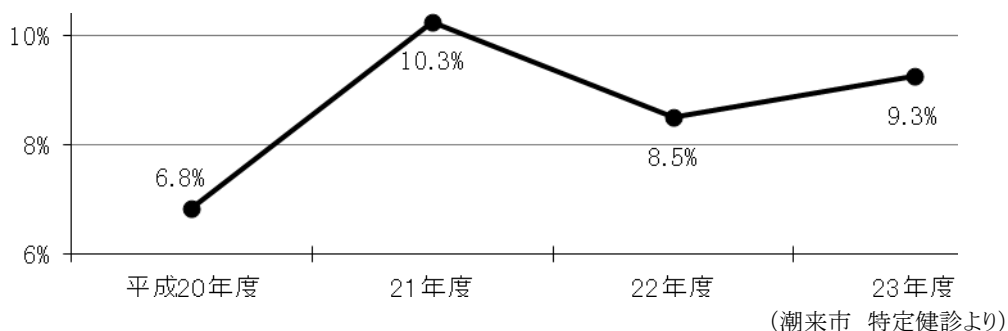
iv 糖尿病有病者（HbA1c（JDS）6.1%以上の者）の増加の抑制

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、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。

潮来市の糖尿病有病者の推移は、以下のグラフ(図6)のとおりで、平成 22 年度に比べ平成 23 年度はやや増加しました。

図5 潮来市の糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



さらに糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.2～5.4%の正常高値から HbA1c5.5～6.0%の境界領域の割合も増加傾向となっています。

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。

潮来市は乳幼児期及び学童期において、肥満傾向児が多いという実態もあり、市の食生活の特徴や市民の食に関する価値観などの実態を把握し、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。

④対策(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

i 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 特定健診受診率の向上
- ・ 高血糖者の健診及び医療機関での定期受診継続の支援
- ・ 健康診査結果に基づく市民一人一人の自己健康管理の積極的な推進
特定健康診査及び HbA1c 値に基づき、家庭訪問や結果説明会等による
保健指導及び栄養指導等の実施。
- ・ 二次健診(75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査・頸部超音波検査等)の継続実施
- ・ 主治医との連携による治療中の者への生活習慣改善指導の継続実施
- ・ 地域特性を踏まえた食の実態の把握

(4) 歯・口腔の健康

① はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上重要であり、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基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

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が、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繋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重要です。

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求められます。

② 基本的な考え方

i 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。

ii 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。

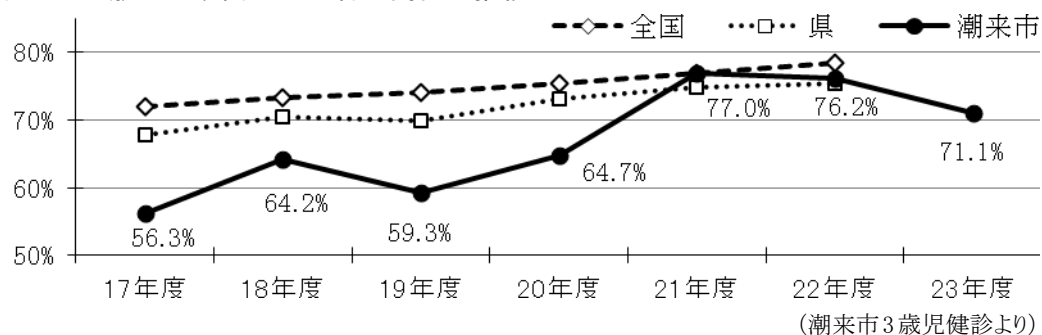
③ 現状と目標

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を目標項目とします。

i 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

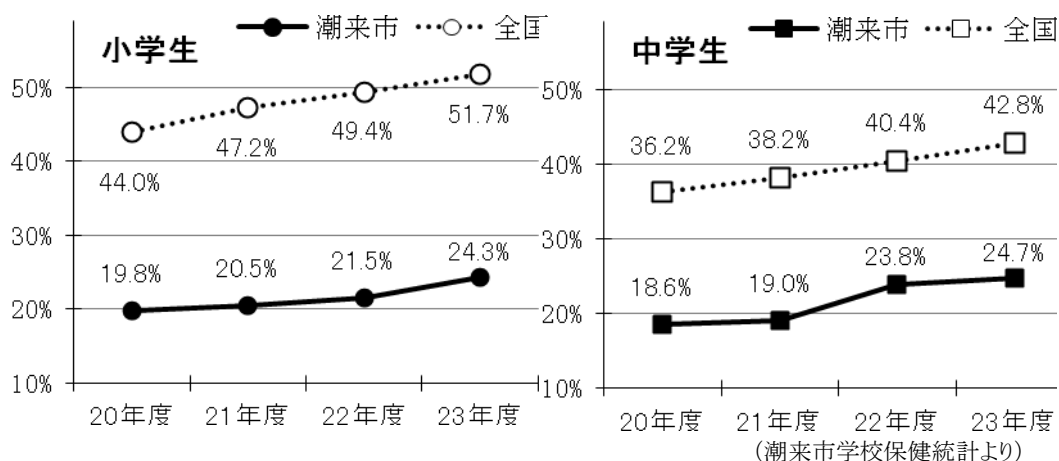
潮来市の3歳児でう蝕のない児の割合は、平成21年にかけて増加していますが近年減少傾向にあります。全国や県と比べると低い割合になっています。(図1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



小学校・中学校のう蝕なしの割合も微増の傾向ではありますが、全国や県と比較するとかなり低い状況です。(図2)

図2 学齢期でう蝕がない者の割合の推移



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。う蝕を有する児の生活実態をみると、ジュースやお菓子など嗜好品による糖質の摂取が影響していることが明らかです。

また、偏食や野菜嫌いの状況につながりやすく、肥満・糖尿病等の生活習慣病につながっています。

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、むし歯にさせないための食習慣やブラッシングの習慣づけが大切です。

また、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いただき、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦歯科検診の受診をすすめていきます。

④ 対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・マタニティセミナー：歯科検診のすすめ，食生活指導
- ・育児相談（4ヶ月児，7ヶ月児，1歳児，1歳6ヶ月児，3歳児）：食生活指導
- ・「8020・6424 運動」の推進

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・1歳6ヶ月児，3歳児健診における，歯科検診及びブラッシング指導

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

① はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、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。

潮来市でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。

生活習慣病予防の実現のためには、潮来市の特性を踏まえ、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。

② 基本的な考え方

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別表Ⅲ (p.58)のとおりです。

また、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)の具体的な関連は別表Ⅳ (p.59)のとおりです。

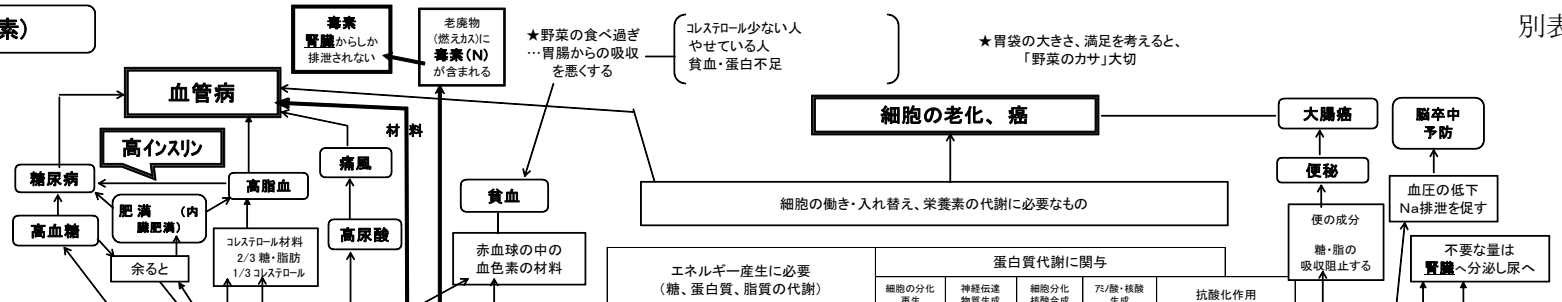
食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

[illegible]

血液データと食品(栄養素)

- 1 どの項目にH(高)・L(低)印がついていますか。このままだとどんな病気になるの？
- 2 なぜこの物質が多い(少ない)のか、その背景は？
- 3 自分の食べ方を見て下さい。



3 バランス食…人間の体をよい状態に保つための考えられた基準の食品とその量

① 血液中の物質名(100cc中の単位)				血糖 (g)	中性脂肪 (mg)	LDLコレステロール (mg)	尿酸(mg)	総蛋白 アルブミン(g)	血清鉄 (mg)	カルシウム ★	ある ★				ある ★				ない	ある ★	ある (ナリウム) ★	ある				
	③ 食 品	② 栄養素別	重 量 g	炭水化物 g	脂質 g	コレステロール mg	総プリン体 mg	たんぱく質 g	鉄 mg	カルシウム mg	マグネシウム mg	リン mg	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	レチノール (ビタミンA) μ g	ビタミンB6 mg	ビタミンB12 mg	葉酸 μ g	ビタミンC mg	ビタミンE mg	食物繊維 g	カリウム mg	食塩 g	水分 g		
50～60代生活活動強度 I				男	250	47.0															7.0	19以上	2500	9未満	2000～ 2500	
				女	210	38.0	300	300	63.0	7.5	700	350	1000	1.3	1.5	850	1.4		2.4	240	100	6.5	17以上	2000	7.5未満	
許容上限摂取量 (目安)									40	2300	-					3000				-		-	-	-	-	
1 群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	9.6	7.6	24	0	6.6	0.1	220	20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.60	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175	
	卵	卵	Mサイズ1個	50	0.2	5.2	210	0	6.2	0.9	26	6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.50	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38	
2 群	魚	鮭	1/2切れ	50	0.1	2.1	30	60	11.2	0.3	7	14	120	0.08	0.11	6	0.08	0.11	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36	
	肉	豚肉 (もも脂身あり)	薄切り2枚	50	0.1	5.1	34	48	10.3	0.4	2	12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.20	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34	
	大豆製品	豆腐 (もめん)	1/4丁	110	1.8	4.6	0	22	7.3	1.0	132	34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.00	13	0	0.2	0.4	154	0.0	96	
3 群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	4.6	0.1	0	0	0.3	0.1	14	5	13	0.02	0.02	379	0.06	0.00	12	2	0.3	1.4	140	0.0	45	
		ほうれん草	5～6株	100	3.1	0.4	0	55	2.2	2.0	49	69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.00	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92	
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	1.6	0.0	0	0	0.2	0.1	10	4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.00	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38	
		キャベツ	1枚	40	2.1	0.1	0	0	0.5	0.1	17	6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.00	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37	
		玉ねぎ	1/4個	50	4.4	0.1	0	0	0.5	0.1	11	5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.00	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45	
		白菜	大1枚	120	3.8	0.1	0	0	1.0	0.4	52	12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.00	73	23	0.2	1.8	264	0.0	133	
	いも	じゃがいも	中1個	100	17.6	0.1	0	0	1.6	0.4	3	20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.00	21	35	0.1	1.3	410	0.0	80	
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	12.0	0.1	0	0	0.7	0.2	21	11	15	0.09	0.03	83	0.05	0.00	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87	
		りんご	L 1/4個	75	11.0	0.1	0	0	0.2	0.0	2	2	8	0.02	0.01	1	0.02	0.00	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64	
		きのこ	えのきたけ		50	3.8	0.1	0	25	1.4	0.6	0	8	55	0.12	0.06	0	0.06	0.00	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
	海藻	生わかめ (塩蔵塩抜)		50	1.6	0.2	0	0	0.9	0.3	21	10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.00	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47	
1～3群合計					77.4	26.0	298	210	51.1	7.0	587	238	886	1.27	0.95	995	1.16	1.41	495	160	5.1	15.4	3029	1.3	1090	
4 群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	137.3	1.1	0	38	9.3	0.4	11	21	126	0.07	0.04	0	0.07	0.00	11	0	0.0	1.1	107	0.0	222	
	砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大きじ1	10	9.9	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0	
	油	油、種実 (料理に使用)	大きじ1	13	0.0	13.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0	
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	7.8	0.0	0	14	0.8	0.0	8	18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.25	18	0	0.0	0.0	85	0.0	232	
チョコレート		3かけ	15	8.4	5.1	3	0	1.0	0.4	36	11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.00	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0		
調味料	しょうゆ	大きじ1・1/2	27	2.7	0.0	0	0	2.1	0.5	8	18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.00	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18		
	みそ	大きじ2/3	10	2.2	0.6	0	0	1.3	0.4	10	8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.00	7	0	0.1	0.5	38	1.2	5		
	食塩	小さじ1/2弱	2	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	122	2.0	0		
合計					245.7	45.8	301	262	65.6	8.7	660	314	1146	1.38	1.16	1005	1.44	1.66	543	160	5.3	17.6	3552	8.4	1568	

☆は、健診データにはない。 ★ 砂糖、嗜好品・嗜好飲料… 糖尿病、高血糖、HbA1C5.5以上の方は 合わせて約10g 以下/日 ★ 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。

③ 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、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、潮来市食育推進計画の目標項目を踏まえて、適正体重を中心に、目標を設定します。

i 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1）

表1 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 やせの者	出生児 低出生体重	小学校5年生 中等度・高度 肥満傾向児	20～60歳代 男性 肥満者	40～60歳代 女性 肥満者	65歳以上 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23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)	17.4% (平成22年)
市の現状 (平成23年度)	14.3%	11.5%	男子 5.8% 女子 3.6%	23.8%	14.5%	15.9%
データソース	妊娠届出時	人口動態統計		特定健診結果		
都道府県比較			表5(肥満傾向児の状況)			
市の経年変化	図1	図3	図4	図5		図6

ア.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。

潮来市では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握し、保健指導を行っています。BMIの推移は肥満、やせともに横ばいからやや減少傾向にあります。（図1、2）

また、潮来市では肥満の妊婦が早産に至るケースもみられ、やせの減少だけでなく肥満に対する対策も重要です。

図1 妊娠直前のやせの者（BMI18.5未満）の推移（妊娠届より）

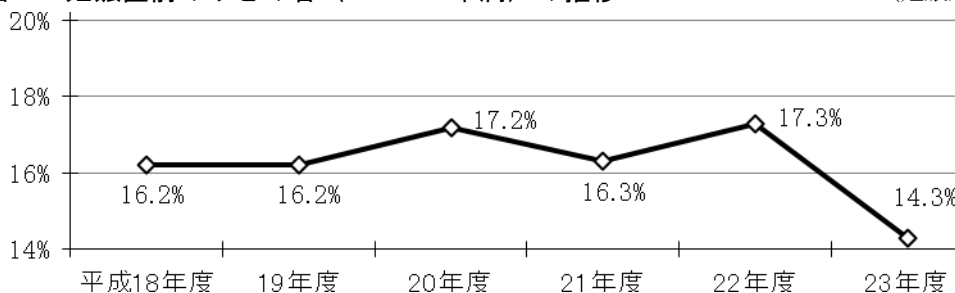
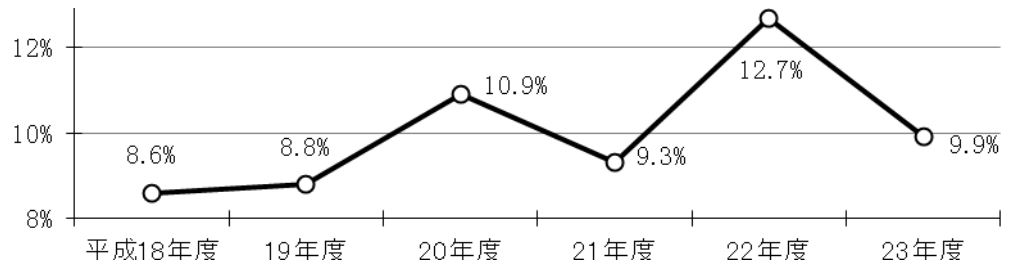


図2 妊娠直前の肥満の者（BMI25 以上）の推移

(妊娠届より)



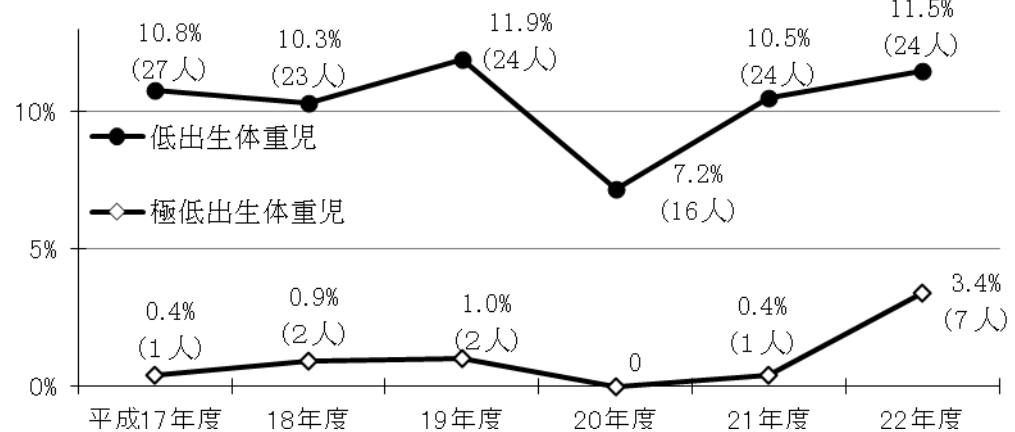
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

イ. 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。

潮来市では、毎年約 20 人前後が低出生体重の状態生まれてきますが、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保健指導も必要になります。(図3)

図3 潮来市の低出生体重児・極低出生体重児（再掲）の割合の推移



低出生体重児の中でも、極低出生体重児が増加傾向となっています。極低出生体重児については、ほとんどが早産のため身体機能及び脳神経の発達において未熟な場合があり、育児の困難さも増します。そのため、妊娠中の状況等その背景の把握につとめ、極低出生体重児の割合の減少に努めることが必要です。

ウ. 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、潮来市の肥満傾向児は、男女とも全国や茨城県より、出現率が高くなっています。(表2)

中等度以上の肥満傾向児については男女とも、県よりは低いですが全国と比べると高くなっています。(p.64 表3)

このことから、潮来市では軽度肥満傾向児が多いといえます。

また、経年の変化では、男子のほうが女子より高い割合で推移しており、男女ともやや増加傾向になっています。

(p.63 図4)

(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。

肥満度 =

(実測体重－身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100(%)

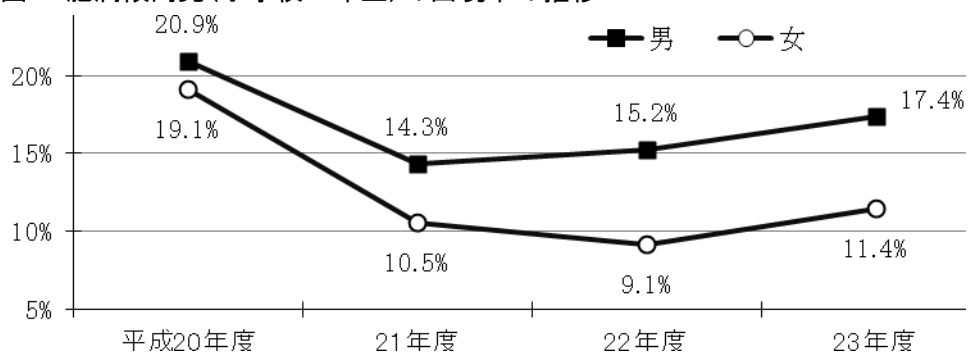
表2 平成 22 年度 都道府県別
肥満傾向児の出現率
(小学校 5 年生)

	男 子		女 子		
1	北海道	18.43	青森	12.64	1
2	山形	18.01	岩手	12.42	2
3	徳島	15.82	宮城	11.76	3
4	潮来市	15.20	栃木	11.68	4
5	岩手	14.33	宮崎	11.10	5
6	群馬	13.56	北海道	10.89	6
7	秋田	13.32	秋田	10.46	7
8	大分	13.31	群馬	10.37	8
9	宮城	13.07	福島	10.28	9
10	青森	12.55	愛媛	9.66	10
11	山梨	12.36	三重	9.58	11
12	宮崎	12.17	沖縄	9.48	12
13	愛媛	12.16	山形	9.36	13
14	栃木	12.15	熊本	9.34	14
15	茨城	12.14	東京	9.31	15
16	福島	11.81	潮来市	9.10	16
17	沖縄	11.81	福岡	8.81	17
18	静岡	11.69	佐賀	8.79	18
19	高知	11.66	大分	8.71	19
20	埼玉	11.47	広島	8.69	20
21	奈良	11.34	富山	8.66	21
22	千葉	11.30	鹿児島	8.59	22
23	佐賀	11.29	千葉	8.45	23
24	和歌山	11.25	埼玉	8.14	24
25	鹿児島	10.64	★全国	8.13	25
26	新潟	10.56	山梨	8.08	26
27	愛知	10.45	山口	8.08	27
28	★全国	10.37	岡山	7.77	28
29	石川	10.21	石川	7.75	29
30	広島	10.08	茨城	7.41	30
31	岐阜	9.93	神奈川	7.32	31
32	福井	9.79	徳島	7.28	32
33	島根	9.66	福井	7.03	33
34	熊本	9.20	島根	7.02	34
35	福岡	9.10	大阪	6.97	35
36	長野	9.04	滋賀	6.86	36
37	岡山	8.82	京都	6.81	37
38	三重	8.71	鳥取	6.79	38
39	富山	8.59	高知	6.74	39
40	神奈川	8.58	長崎	6.71	40
41	大阪	8.57	愛知	6.64	41
42	香川	8.24	新潟	6.56	42
43	長崎	8.18	奈良	6.32	43
44	兵庫	7.98	兵庫	6.16	44
45	山口	7.92	静岡	5.99	45
46	滋賀	7.77	岐阜	5.96	46
47	東京	7.35	和歌山	5.91	47
48	京都	7.13	香川	5.44	48
49	鳥取	5.38	長野	4.28	49

表3 小学5年生の中等度以上の肥満傾向児の割合(平成23年度)

	潮来市	茨城県	国
男子	5.8%	7.6%	4.60%
女子	3.6%	5.3%	3.39%

図4 肥満傾向児(小学校5年生)の出現率の推移



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り組みが行われているところですが、こうした取り組みをより効果的にするために、学校の養護教諭等と連携していく必要があります。

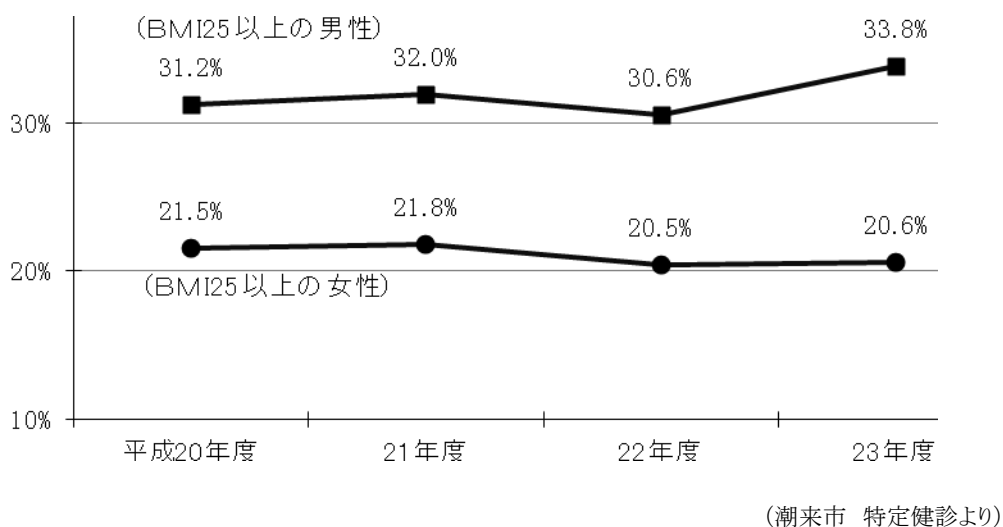
エ. 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少

オ. 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、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。

潮来市の 20～60 歳代男性の肥満者はやや増加傾向ですが、40～60 歳代女性の肥満者の割合は横ばいです。

図5 男性（20～60 歳代）及び女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



カ. 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

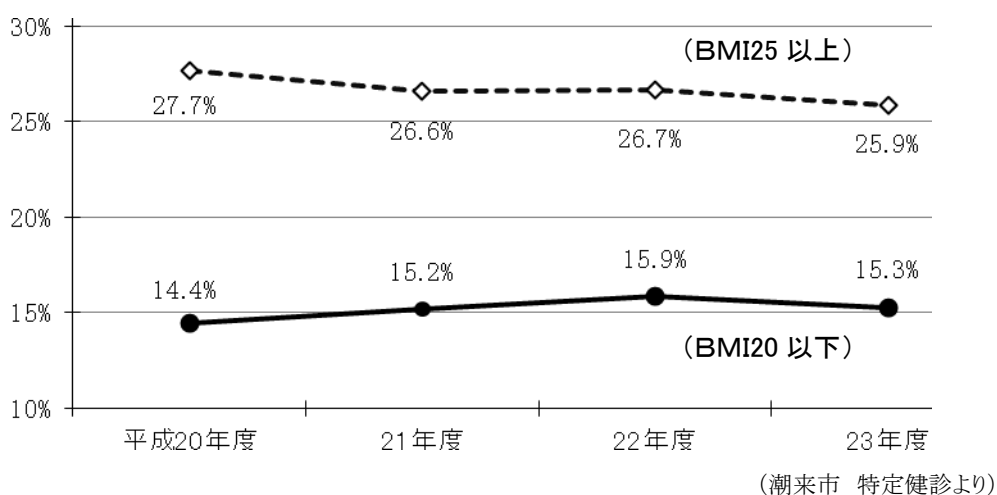
高齢期の適切な栄養は、生活の質（QOL）のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保するうえでも極めて重要です。

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。

潮来市の 65 歳以上のBMI20 以下の割合は、平成 34 年度の国の目標値を達成しており、横ばい状態のため現状を維持していくと同時に、BMI25 以上の者の割合が多い現状から、肥満を改善するための適切な食事の基準量やバランスについて周知していくことも疾病予防・重症化予防に重要です。（図6）

図 6 65 歳以上の BMI 20 以下の割合の推移

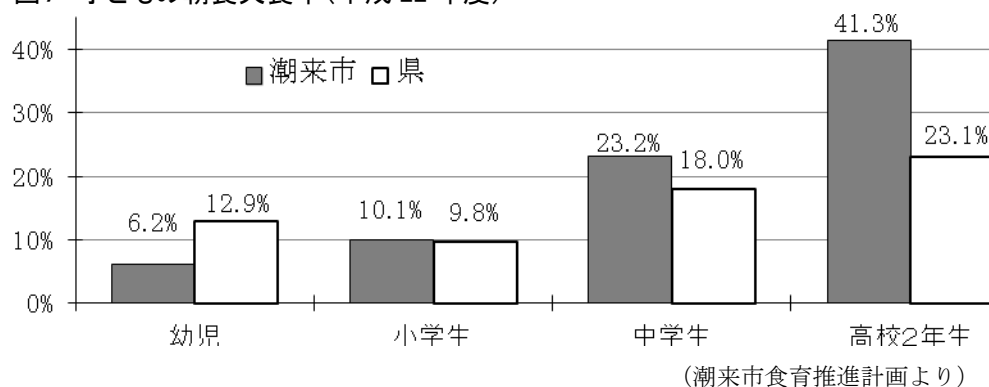


ii 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

潮来市では国、県に比べて中高生の朝食欠食率が高い傾向があります(図7)。朝食の欠食は肥満や生活習慣病の発症を助長する可能性があり、その後の食習慣にも大きな影響を与えます。学校栄養教諭等と連携し、子どもの頃から規則正しい食習慣を身につけることが肥満予防につながります。

図7 子どもの朝食欠食率(平成 22 年度)



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必要があります。潮来市では学齢期には、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検査項目が少ないため、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。

④対策

i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

地域の食習慣や実態をとらえた栄養指導の実施

ライフステージに対応した栄養指導

- ・マタニティセミナー(妊娠期)
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談(乳幼児期)
- ・食生活改善推進員事業(乳幼児期・青年期・壮年期・高齢期)
- ・生活習慣病予防健診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, 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(青年期・壮年期・高齢期)

- ・国民の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)

ii 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- ・生活習慣病予防健診及び特定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

iii 学齢期への保健指導の推進

- ・小中学校の養護教諭等, 学校関係者との課題の共有
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
- ・学校栄養教諭等と連携した規則正しい食習慣や食事量の指導
- ・各学校での取り組みの支援

(2) 身体活動・運動

① はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、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と関係することも明らかになってきました。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、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案しました。

運動器の健康が長寿に迫いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への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。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

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既に運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

② 基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、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。

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、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

③ 現状と目標

i 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）

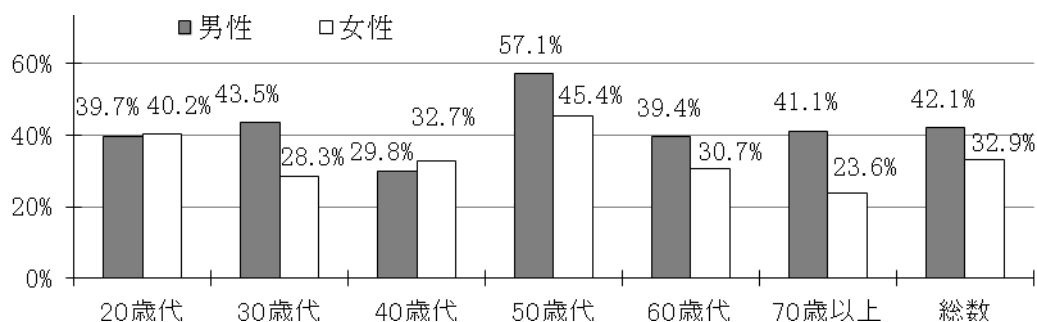
歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

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。

茨城県で実施している「総合がん対策推進モニタリング調査(平成23年度)」における運動の実践状況より、男女とも3～4割の者が運動を実践していると回答しています。

特に男女とも50代の割合が高くなっています。(図1)

図1 性別・年代別の運動を実践している人の割合



平成23年度 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査

対象 : 36地区 700世帯 2300名

身体活動量を増やす具体的な手段は、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、潮来市はバス・電車等の公共交通が少なく、自家用車を利用する人が多い状況のため、日常生活の中で歩行する機会が少なくなっています。

ii 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)が運動しやすいと思われます。

女性の場合、子育て世代(30～40代)においては、運動の実践が難しく、男性は40代が最も少なくなっています。

そのため、運動の必要性を理解し、実践することを支えるとともに、子育てや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、子供と一緒に楽しみ、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。

iii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

潮来市の要介護認定者数は平成22年度末には、961人となり、1号被保険者に対する割合は13.0%となっています。

平成18年度の要介護認定者数807人と比較して、介護認定者数は約1.2倍に増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、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、潮来市でも、平成26年度には要介護認定者数が1,302人で、要介護認定率も16.0%と現在より0.3%上昇するとの予測がされています。

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。

潮来市においても、介護保険認定者(1号被保険者)の3割は運動器疾患が原因です。

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)

表1 運動器の変化

年齢	保育園・幼稚園児	小学生	中学生	高校生	成人 -----> 高齢者							
	4～6 歳	7～12 歳	13～15 歳	16～18 歳	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	80 歳代	
骨	紫外線, 重力, 圧力, カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる。			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		12～14 歳 持久力最大発達時期	14～16 歳 筋力最大発達時期			筋力減少始まる	目立って減少			ピーク時の約 2/3 に減少		
神経	平行感覚最大発達時期	10 歳 運動神経完成							閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が 20 歳代の 20% に低下			
足底	6 歳 土踏まずの完成											
運動	園での遊び	体育の授業 スポーツ少年団・部活動				運動習慣ある人の割合が低い						
	持久力・筋力の向上				持久力・筋力の維持							

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、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

④対策

i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・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
- ・「ロコモティブシンドローム」や「歩育」についての知識の普及

ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・市ヘルスウォーキング連合会と連携しウォーキング大会の実施
- ・市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨
介護予防教室 スポーツ推進事業

iii 運動をしやすい環境の整備

- ・市内運動施設との連携
体力づくり, 健康増進, 生活習慣病や運動器疾患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の推進

(3) 飲酒

① はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、到酔性、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 44g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22g/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 40g を超える飲酒、女性 1 日 20g 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。

② 基本的な考え方

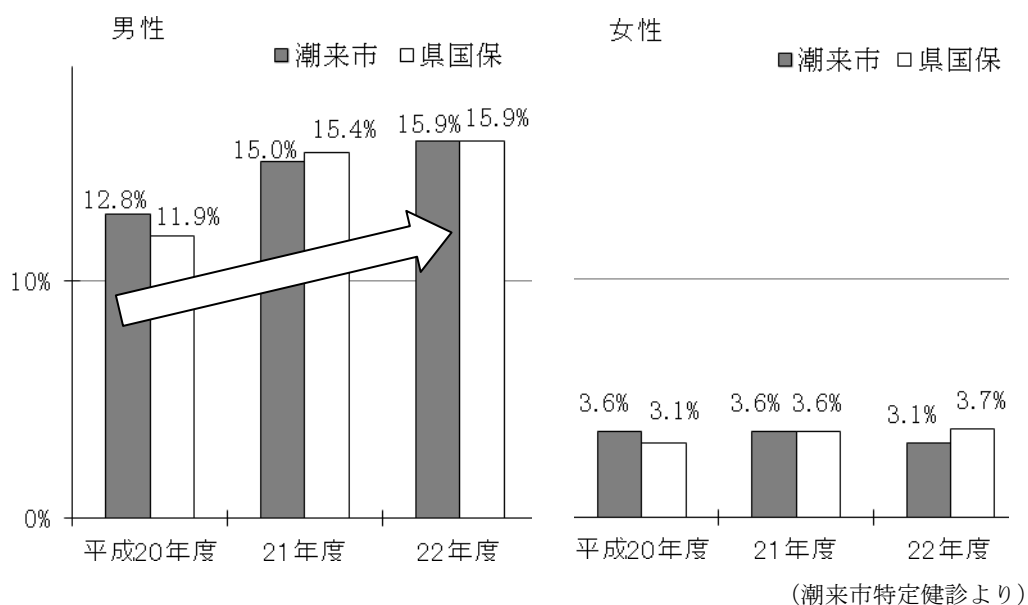
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③ 現状と目標

i 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日あ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

潮来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は、県と比較すると低いですが男女とも増加しています。（図1）

図1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



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。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。

④対策

i 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、マタニティセミナー、乳幼児育児相談、がん検診等

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

・健康診査、潮来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

① はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、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。

② 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの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。

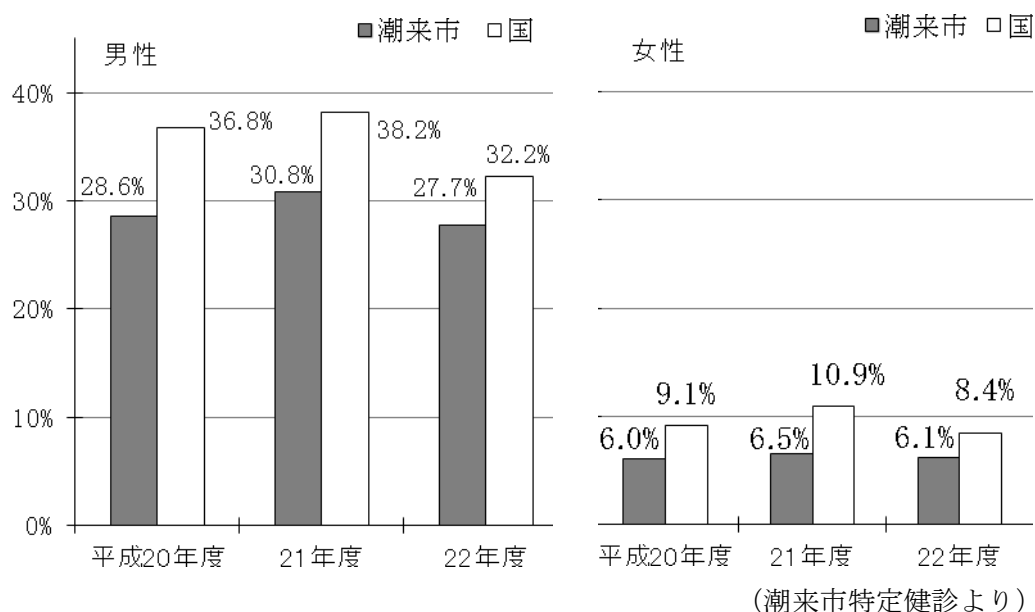
③ 現状と目標

i 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。

潮来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1)

図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。

④ 対策

i 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, マタニティセミナー, 乳幼児の育児相談, がん検診等

ii 禁煙支援の推進

・健康診査, 潮来市国保特定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(禁煙外来の紹介)

(5) 休養

① 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。

② 基本的な考え方

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

労働や活動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。

③ 現状と目標

i 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ます。

しかし、潮来市では睡眠に関する実態が把握されておりません。今後、睡眠による休養がとれているのかの有無について、特定健診等を利用し実態把握していくことを検討していく必要があります。

④ 対策

i 潮来市の睡眠と休養に関する実態の把握

・特定健診での問診へ睡眠についての質問項目を追加することの検討

ii 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. こころの健康

① はじめに

社会生活を営むために、身体 の健康とともに重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、ひとがい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

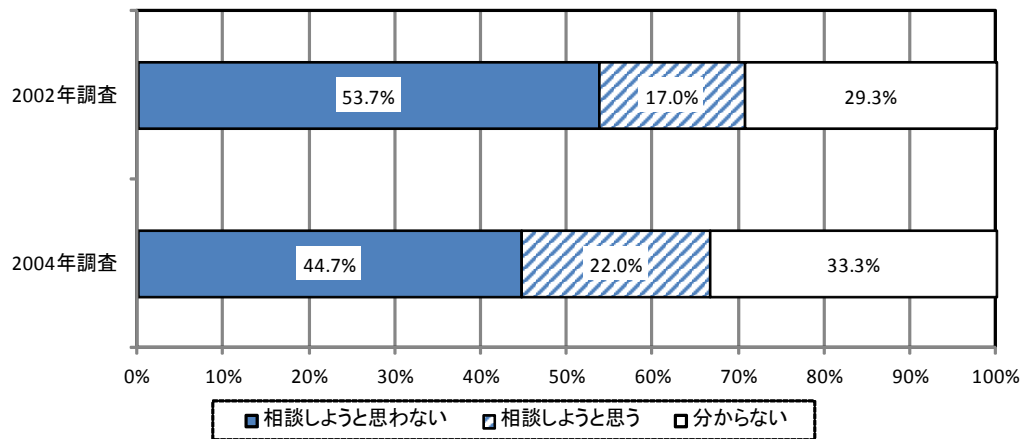
現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

そのため、一人一人が、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。(p.78 図1,2)

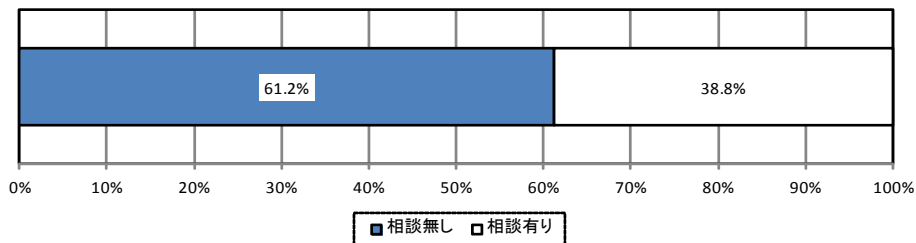
図 1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

(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 自殺企図前の相談の状況



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究(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))
保坂 隆 東海大学医学部教授

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

i 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

自殺の原因として、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。

潮来市における自殺率の推移をみると、国や県が横ばいなのに対し、潮来市では年々増加傾向にあり、早世の原因のひとつになっています。（図3）

特に、男性の 50～54 歳に最も多くなっているのが特徴です。（図4）

この年代に自殺者が増加したのは、平成 10 年以降で、背景として経済状況や仕事（過労）などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

今後、自殺に至った背景など実態を把握し、こころの健康に対する予防対策を検討していくことになります。

図3 自殺率の比較（人口 10 万対）

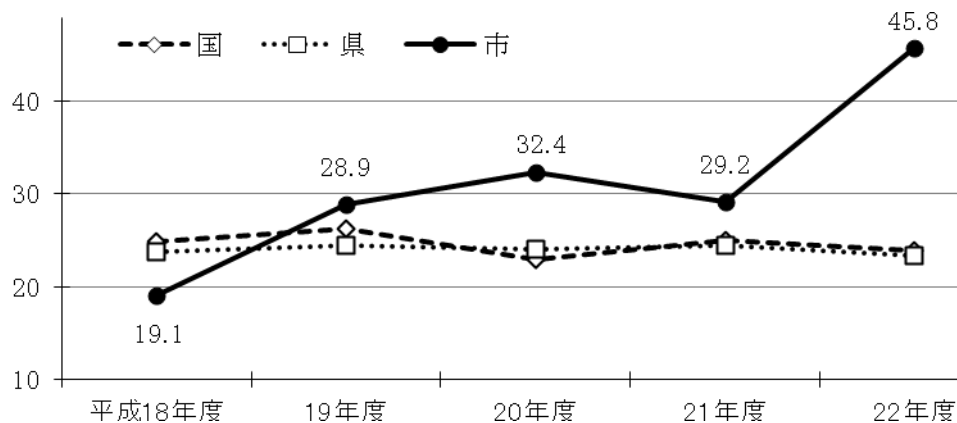
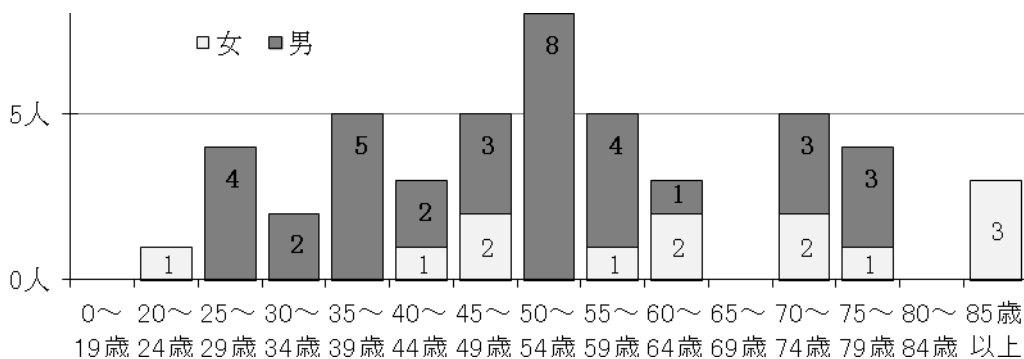


図4 年齢別自殺者数（平成 18～22 年累計）



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、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。最近では、うつ病など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5)

図5 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

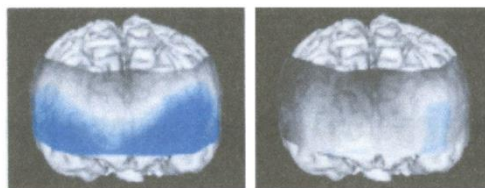
うつ病患者:すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

※ NIRS データのトポグラフィー

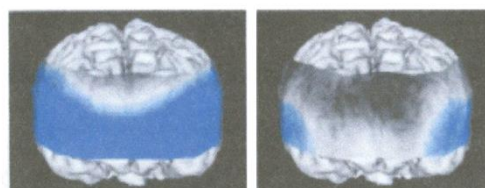
※ NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

	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

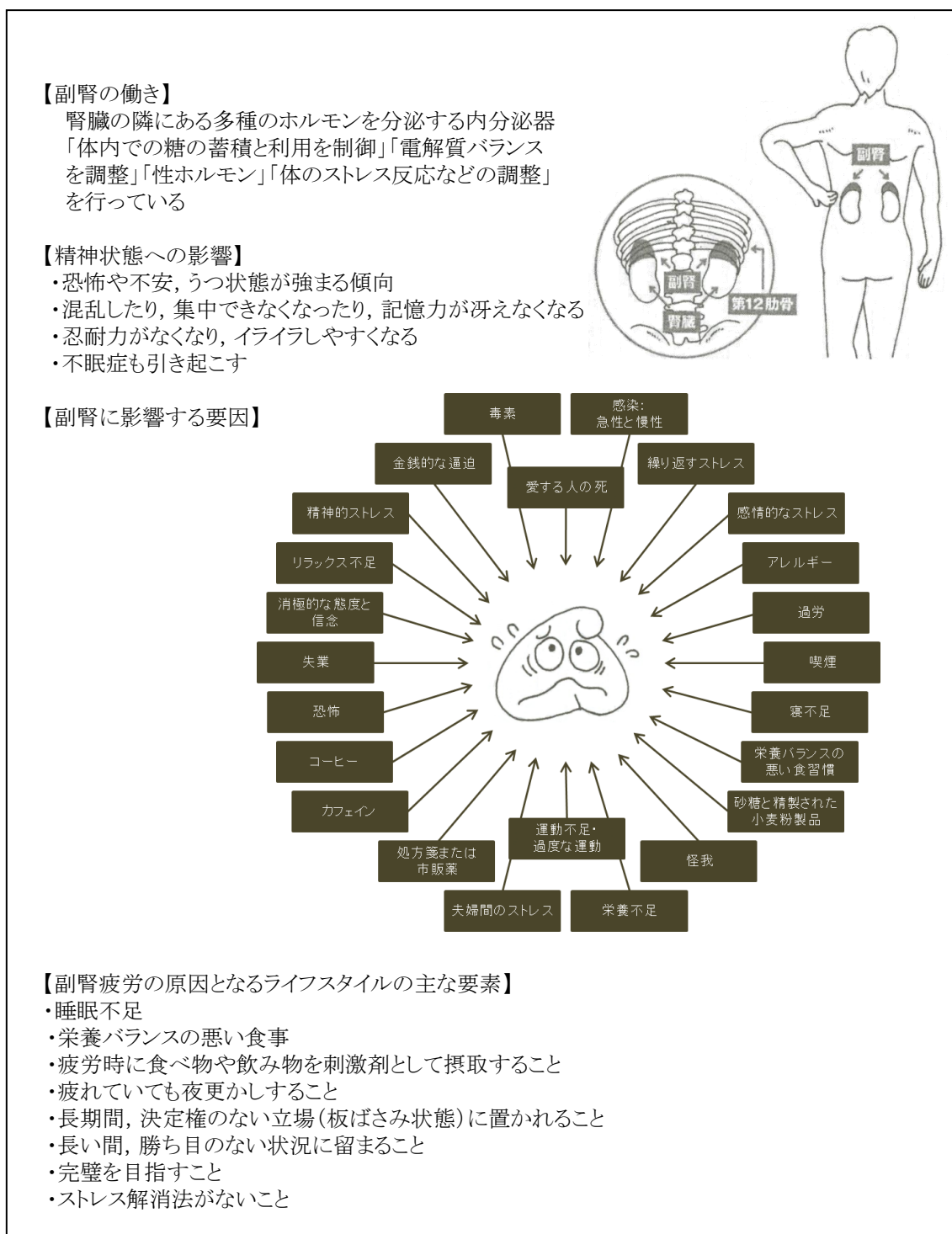
大うつ病

NIRS とは…近赤外線スペクトロスコピー

(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6)

図6 副腎疲労(アドレナル・ファティーグ)と精神状態との関連

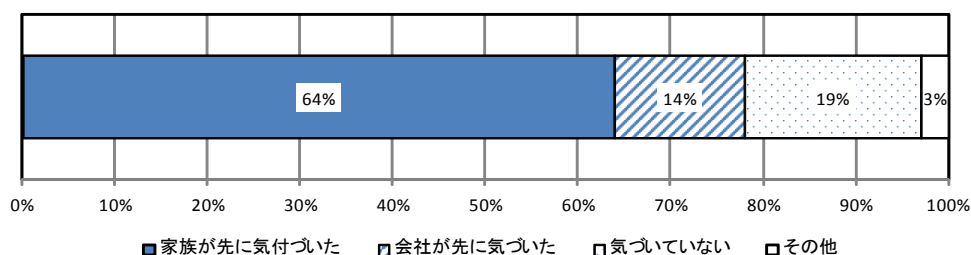


こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、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7)

図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、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できることが大切になります。

④ 対策

i こころの健康に関する教育の推進

・うつ病等の精神疾患を脳という臓器の病気ととらえ、種々の保健事業の場での教育や情報提供

ii 専門家による相談事業の推進

・精神科医による相談(こころの相談の周知)
・保健所との協力・連携

5. 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、潮来市でも、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。(p.84,85 表1)

表 1 潮来市の目標の設定

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 22 年	107.9	平成 22 年	73.9	平成 27 年	減少	平成 27 年	①
	②がん検診の受診率の向上		平成 22 年		平成 22 年					②
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%		8.8%		40%	当面	10%	平成 29 年	
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		16.4%				20%		
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		11.9%				15%		
	・子宮頸がん	32.0%		14.5%		50%	平成 28 年	20%		
	・乳がん	31.4%		9.5%				15%		
循環器疾患	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)		平成 22 年		平成 22 年		平成 34 年度		平成 34 年度	①
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9		男性 83.5 女性 32.7		男性 41.7 女性 24.7		男性 75.5 女性 32.0		
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性 64.1 女性 30.7		男性 31.8 女性 13.7		男性 58.0 女性 25		
	②高血圧の改善(140/90mmHg 以上の者の割合)			22.0%			20%以下	平成 29 年度	③	
	③脂質異常症の減少 (i 総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合) (ii LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合)	i :18.5% ii :10.2%	平成 22 年	ii :9.9%		i :14% ii :7.7%		ii :7.7%	平成 27 年度	③
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少	約 1400 万人	平成 20 年	554 人(25.6%)	平成 20 年	平成 20 年と比べて 25%減少	平成 27 年度	平成 20 年と比べて 25%減少		
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
	・特定健康診査の実施率	41.3%	平成 21 年	34.6%	平成 22 年	60%	平成 29 年度	60%	平成 29 年度	
	・特定保健指導の終了率	12.3%		68.4%		60%		70%		
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者数)の減少	16271 人	平成 22 年	8 人中 5 人	平成 22 年	15000 人	平成 34 年度	減少	平成 29 年度	④
	②治療継続者の割合の増加(HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		47.9%		75%		75%		③
	③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(HbA1c が JDS 値 8.0(NGSP 値 8.4%)以上の者の割合の減少)	1.20%	平成 21 年	1.1%		1.0%		1.0%		
	④糖尿病有病率の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890 万人		8.5%		1000 万人		現状維持又は減少		
の歯・口腔健康	①乳幼児・学齢期のう蝕がない者の割合の増加									
	・3 歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	平成 21 年	71.1%	平成 21 年	80%以上	平成 34 年度	80%以上	平成 34 年度	⑥
	・12 歳児でう蝕がない者の割合の増加	54.6%	平成 23 年	31.8%	平成 23 年			45%		⑦

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
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満, やせの減少)									
	・20 歳代女性のやせの者の割合の減少 (妊娠届出時のやせの者の減少)	29.0%	平成 22 年	14.3%	平成 23 年	20%	平成 34 年度	現状維持 又は減少	平成 34 年度	⑧
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成 22 年	11.5%	平成 23 年	減少傾向へ	平成 26 年度	減少傾向へ	平成 26 年度	①
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学 5 年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男性 4.60% 女性 3.39%	平成 23 年	男性 5.8% 女性 3.6%	平成 23 年	減少傾向へ	平成 34 年度	減少傾向へ	平成 34 年度	⑦
	・20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%	平成 22 年	23.8%	平成 22 年	28%		現状維持 又は減少		③
	・40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		14.5%		19%		現状維持 又は減少		
	・低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		20.9%		22%		現状維持		
	②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									
・朝食を欠食する小中学生の割合の減少			16.7%			5%以下	平成 27 年度	⑩		
身体活動・運動	①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)									③
	・20～64 歳	男性 7841 歩 女性 6883 歩	平成 22 年	統計なし	平成 22 年	男性 9000 歩 女性 8500 歩	平成 34 年度	増加		
	・65 歳以上	男性 5628 歩 女性 4585 歩		統計なし		男性 7000 歩 女性 6000 歩		増加		
	②運動習慣者の割合の増加									
	・20～64 歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%		統計なし		男性 36% 女性 33% 総数 34%		増加		
	・65 歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		統計なし		男性 58% 女性 48% 総数 52%		増加		
	③介護保険サービス利用者の増加の抑制	452 万人		平成 24 年		990 人		H24.3 月	657 万人	平成 37 年度
飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲食している者の割合の低減 (1 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)	男性 16.4% 女性 7.4%	平成 22 年	男性 2.6% 女性 0.4%	平成 22 年	男性 14.0% 女性 6.3%	平成 34 年度	現状維持 又は減少	平成 34 年度	③
喫煙	①成人禁煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%		男性 27.7% 女性 6.1%		12%		男性:減少 女性:現状維持 又は減少		
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成 21 年	統計なし	平成 21 年	15%		減少		
健康 こころの	①自殺者の減少(人口 10 万当たり)	23.4%	平成 22 年	45.76%	平成 22 年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定(減少)				①

データソース : ①人口動態統計 ②市がん検診 ③市国保特定健康診査 ④市国保レセプト・身体障害者手帳交付状況
⑥市 3 歳児健診 ⑦市学校保健統計 ⑧市妊娠届出書 ⑨介護保険事業報告 ⑩市食育推進計画

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、高齢化が進む当市にとっても、一人一人の市民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を潮来市の重要な行政施策として位置づけ、健康潮来 21 (第二次) 及び第 2 期特定健診等実施計画の推進においては、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。

一人一人の身体は、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。

一人一人の、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、共に生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めます。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 6 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。

潮来市庁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、庁内関係各課との連携を図ります。

また、市民の生涯を通した健康の実現を目指し、市民一人一人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、薬剤師会などに加え、地域の各種団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

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、健康状態をみるうえで最も基本的なデータである、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。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。

潮来市における、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することが重要となります。それらの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。

現在、潮来市は地区担当制により事業を実施していますが、保健師設置数は全国と比べ少なく、保健師一人当たりの担当人口も多い状況です。さらに健康を守るために最も重要な食生活改善を推進する、常勤の管理栄養士も不在の状況です。

国では保健師・管理栄養士等については、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ます。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にとらえ、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きます。そのために必要な保健師等の確保や、管理栄養士の配置について検討を進めていきます。

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。

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。

