

# 健康南城 21 計画（第二次）

～二十一世紀における第二次国民健康づくり運動～

## 第 2 期 特定健康診査等実施計画

平成 25 年 3 月  
南城市

# 目 次

## 序 章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨	3
2. 計画の性格	6
3. 計画の期間	6
4. 計画の対象	6

## 第 I 章 南城市の概況と特性

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. 前計画の評価	21
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	40
(4) 次世代の健康	50
3. 生活習慣・社会環境の改善	58
(1) 栄養・食生活	58
(2) 身体活動・運動	69
(3) 飲酒	72
(4) 喫煙	74
(5) 歯・口腔の健康	75
4. 社会生活に必要な機能の維持・向上	77
(1) 高齢者の健康	77
(2) こころの健康	80
(3) 休養	84
5. 目標の設定	85

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 . . . . . 89
  - (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 . . . . . 91

### 第Ⅳ章 第2期 特定健康診査等実施計画

1. 制度の背景について . . . . . 93
2. 第1期の評価 . . . . . 98
3. 特定健診・特定保健指導の実施 . . . . . 99
4. 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 . . . . . 107
5. 結果の報告 . . . . . 107
6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知 . . . . . 107

### <資料> . . . . . 109

- ・南城市の地域別統計資料  
健康に関する概要、特定健診結果、生活習慣病レセプト分析、介護保険統計資料

## 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かか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。

南城市では平成 15 年 3 月に、「健康日本 21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、南城市の特徴や、市民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点を置いた、健康増進計画「健康南城 21」を策定し、取組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、別表 I 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、健康南城 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、「非感染性疾患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。



## 2. 計画の性格

この計画は、南城市第二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南城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1

法 律	沖縄県が策定した計画	南城市が策定した計画
健康増進法	健康おきなわ21	健康南城21(合併前)
次世代育成対策推進法	すこやか親子おきなわ2010	南城市子どもプラン (次世代育成支援対策計画)
食育基本法	沖縄県食育基本計画 食育おきなわ うまんちゅプラン	
高齢者の医療の確保に関する法律	沖縄県医療費適正化計画	南城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	沖縄県がん対策推進計画	(健康南城21)
歯科口腔保健の推進に関する法律	健康おきなわ21	(健康南城21)
介護保険法	沖縄県高齢者保健福祉計画	南城市高齢者保健福祉計画

## 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、全ての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。(別表1)



## 第 I 章 南城市の概況と特性

# 第1章 南城市の概況と特性

## 1. 市の概要

### (1) 地勢

沖縄県本島南部の東海岸、県都那覇市から南東へ約12 kmに位置し、静穏な中城湾と太平洋に面しています。東西18 km、南北8 kmの広がりを持ち、面積は49.70k m<sup>2</sup>で、北は与那原町、西は南風原町、八重瀬町にそれぞれ接しています。西側を除く三方が海岸線に接し、東部の海岸側は比較的平地が多く、海岸線に沿って集落が形成され、南部の海岸側は、台地上の地形に集落が形成されています。

東部及び南部の海岸部の後方から西部にかけては、なだらかな傾斜地の中に耕地が点在している部分と比較的急峻な岩石の断崖となって連なっている部分があります。それらの頂上は、比較的広い台地で、ゴルフ場などの施設があるほか、原野、耕地が広がっています。頂上から北部にかけては、豊かな緑に覆われた丘陵地が海岸部にかけて広がっており、南城市の特徴的な地域景観を形成しています。北部の丘陵地から海岸部及び西部にかけては比較的平坦な地形が広がり、市街地や集落が形成されています。離島である久高島は、隆起サンゴ礁で平坦な地形をなし、島の南西部に集落があります。

### (2) 気候

南城市の気候は、黒潮の影響を強く受ける亜熱帯海洋性気候であり、高温・多湿で年間降水量が多くなっています。特に、梅雨期(5月中旬から6月下旬)、台風期(7月から10月)に降水量が多くなっています。

### (3) 沿革

南城市は、古くから東四間切(あがりゆまじり)又は、東方(あがりかた)と称され、琉球の開闢神話、稲作発祥、太陽神信仰と密接な地域でした。14世紀に佐敷から出た尚巴志によって琉球が統一され首里に王府が築かれて後、この地域の聖地を国王が巡礼する「東御廻り」は、王府の大切な行事とされ、文化遺産など貴重な歴史・文化史跡を持っています。また、今に残る多くの伝統的な芸能、民俗は学術的にも貴重であり、沖縄の歴史、文化、信仰の原点の地となっています。

昭和47年に日本復帰、昭和55年には佐敷村が町制となり、平成18年1月1日4つの町村が合併して南城市が誕生しました。

## 2. 健康に関する概況（表1）

表1 市の健康に関する概況

項目		国			沖縄県			南城市		
総人口		128,057,352			1,422,210			40,905		
65歳以上人口		29,245,685			240,670			8,406		
高齢化率		22.8%			16.9%			20.6%		
平均寿命 (2005年)	男性	78.8			78.7			79.9		
	女性	85.8			86.9			88.3		
(平成22年) 死亡統計	総数	1,197,012			10,159			356		
	順位	原因	10万対	65歳未満(%)	原因	10万対	65歳未満(%)	原因(人)	10万対	65歳未満(%)
	1位	悪性新生物	279.7	39.3%	悪性新生物	193.0		悪性新生物(78)	190.7	30.8%
	2位	心疾患	149.8	11.3%	心疾患	102.6		心疾患(58)	141.8	6.2%
	3位	脳血管疾患	97.7	7.5%	脳血管疾患	63.6		肺炎(52)	127.1	6.2%
	4位	肺炎	94.1	2.3%	肺炎	64.5		脳血管疾患(27)	66.0	7.7%
	5位	老衰	35.9	0.0%	自殺	24.8		その他呼吸器系疾患(19)	46.4	1.5%
早世予防からみた死亡 (0~64歳) 平成22年	合計(人)	男(人)	女(人)	合計(人)	男(人)	女(人)	合計(人)	男(人)	女(人)	
	人数	176,549	119,965	56,584	2,122	1,490	632	65	47	18
	全死亡に占める率	14.7%	18.9%	10.0%	20.9%	27.5%	13.3%	18.3%	26.3%	10.2%
介護保険の 状況	介護給付費 H22年度	7,866,913,790,880	268,994		81,238,158,500	337,550	1	2,488,093,256	295,990	広域内19位
	第1号要介護認定者数(%)	4,907,439		16.9%	43,334		18.1%	1,463		17.9%
	第2号要介護認定者数(%)	154,795		0.36%	1,791		0.40%	65		0.48%
(平成22年) 透析患者状況	患者総数	297,126			4,095			115		
	人口100万対	2,320			2,940			2,811		
	伸び率2000年-2010年	144.1			150.1			116.2		
	H22年度新規導入者数	37,512			453(H18)			18		
	糖尿病性(%)	16,271	43.5%		42.4%(H18)		10	55.6%		
その他(%)	21,241	56.5%		57.6%(H19)		8	44.4%			
生活保護	生活保護率(千人対)	15.2			20.5			8.7		
	医療扶助率	79.6			79.3			86.9		
後期高齢者医療費(22年度)		医療費総額(円)	1人当たり(円)	医療費総額(円)	1人当たり(円)	順位	医療費総額(円)	1人当たり(円)	順位	
		12,579,401,818,780	893,918	115,673,717,747	990,566	9	4,731,798,152	1,095,345	4	
(平成22年度) 国保の状況	被保険者数	35,849,071			512,404			14,509		
	一般	33,851,629			497,100			13,942		
	退職	1,997,442			15,304			567		
	加入率	28.0%			35.9%			35.1%		
	収納率	88.6%			91.6%			94.3%		
	再掲	医療費総額	10,591,858,970,447	295,457	127,759,008,261	251,557	48	4,128,057,153	284,517	8
		入院	4,086,794,094,000	114,000	58,926,460,000	115,000	30	1,867,250,264	128,696	11
		入院外	5,664,153,218,000	158,000	59,438,864,000	116,000	47	1,313,717,405	90,545	6
		一般医療費	9,981,583,067,737	294,863	123,199,772,700	247,837	47	99,143	282,460	6
		退職医療費	749,243,846,840	375,102	5,534,737,512	361,653	45	315,984	335,084	21
特定健診(H22)		対象者数	22,419,360			261,469			8,268	
	受診率	7,175,360	30.8%		89,999	34.4%		3510	42.5%	
特定保健指導(H22)	対象者数	1,017,139	14.2%		17,173	19.1%		672	19.1%	
	実施率	196,646	19.3%		7234	42.1%		450	67.0%	

## (1) 人口構成

南城市の人口構成を全国、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、全国よりは低いが県平均よりは高い状況にあります。

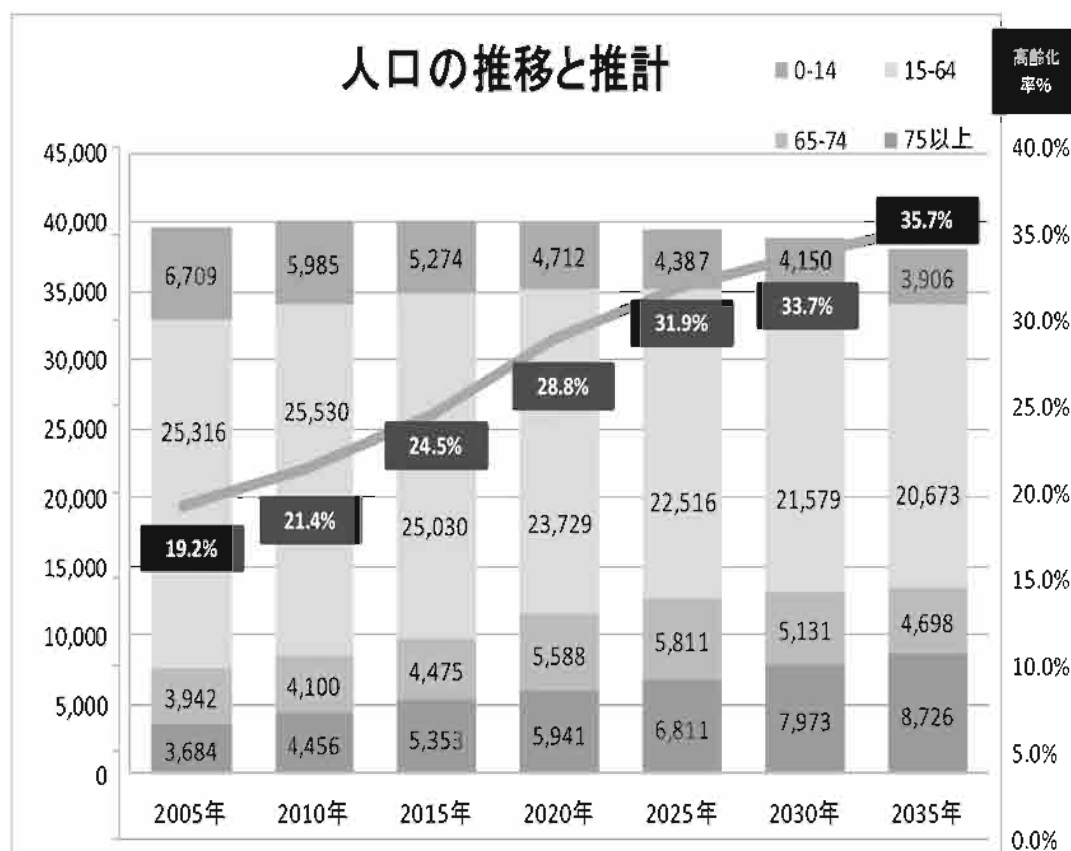
南城市の人口(国勢調査)は、平成17年には39,651人でしたが、平成22年には40,071人となり増加傾向にあります。

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、510人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で930人増加しています。

高齢化率は、平成17年には19.2%でしたが、平成22年には21.4%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(17.3%)に比べて高齢化が進展しています。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)



資料: 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

南城市の主要死因の変化を見ると、第1位が悪性新生物であり死因の2割を占めています。第2位が心疾患で増加傾向にあり。脳血管疾患は平成23年に増加しました。また、早世(65歳未満)死亡状況については、平成21年をピークに減少傾向にありますが、男性の死亡は増加しています。(表2)又全国の65歳未満死亡割合と比べると高い割合となっています。(表3)

65歳未満の死因としては悪性新生物が1位で、2位が自殺となっています。65歳未満においては心疾患、脳血管疾患が増加傾向にあります。

表2 南城市の主要死因の変化

人口10万対死亡率

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総数	286	343	345	380	356	405
第1位	悪性新生物 172.1	悪性新生物 224.2	悪性新生物 226.6	悪性新生物 186.4	悪性新生物 190.7	悪性新生物 190.6
第2位	心疾患 103.3	心疾患 105.9	心疾患 120.7	心疾患 164.3	心疾患 141.8	心疾患 180.8
第3位	脳血管疾患 93.4	肺炎 105.9	肺炎 88.7	肺炎 142.3	肺炎 127.1	肺炎 124.6
第4位	肺炎 86.1	脳血管疾患 76.4	その他呼吸器 56.7	脳血管疾患 90.8	脳血管疾患 66	脳血管疾患 105.1
第5位	自殺 19.6	その他呼吸器 32	脳血管疾患 54.2	自殺 41.7	その他呼吸器 46.4	その他呼吸器 70.9

### 65歳未満の死亡状況

合計(人)	60	21.0%	58	16.9%	61	17.7%	72	18.9%	65	18.3%	64	15.8%
男(人)	39	27.7%	45	26.9%	47	24.6%	50	27.6%	47	26.3%	58	32.4%
女(人)	21	14.5%	13	7.4%	14	9.1%	22	11.1%	18	10.2%	6	3.4%
主要死因	悪性新生物		13		23		20		20		19	
	自殺		11		7		14		8		7	
	心疾患		8		5		7		4		13	
	不慮の事故		4		6		3		4		3	
	脳血管疾患		3		2		7		5		5	
肝疾患		3		3		6		1		3		

表3 65歳未満死亡の割合(都道府県順位)

順位	総数				男性				女性				順位
	H17年		H22年		H17年		H22年		H17年		H22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	南城市	21.7	南城市	18.3	南城市	28.2	南城市	26.3	神奈川	15.7	埼玉	13.2	2
3	埼玉	22.5	埼玉	18.2	埼玉	27.0	埼玉	22.2	千葉	15.6	神奈川	12.3	3
4	神奈川	21.5	千葉	16.9	大阪	26.4	千葉	21.0	大阪	15.4	千葉	12.1	4
5	大阪	21.4	神奈川	16.8	千葉	26.0	大阪	20.9	沖縄	15.0	大阪	11.7	5
6	千葉	21.4	大阪	16.7	神奈川	25.9	東京	20.7	南城市	14.2	北海道	11.7	6
12	茨城	18.3	栃木	15.4	兵庫	22.9	愛知	19.5	★全国	12.4	南城市	10.2	12
13	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	13
14	★全国	18.0	★全国	14.8	栃木	22.8	★全国	18.9	奈良	12.4	★全国	10.0	14
15	栃木	18.0	兵庫	14.6	宮城	22.7	宮城	18.8	福岡	12.4	兵庫	10.0	15
16	宮城	17.8	群馬	14.2	★全国	22.7	兵庫	18.7	栃木	12.3	静岡	9.7	16

### (3) 介護保険

南城市の介護保険の認定率は、第1号被保険者及び第2号被保険者ともに、全国より高くなっています。又南城市では、要介護3～5の重症者の割合が高くなっています。

第5期の介護保険料は全国平均に比べ777円高い状況にあります。(表4)

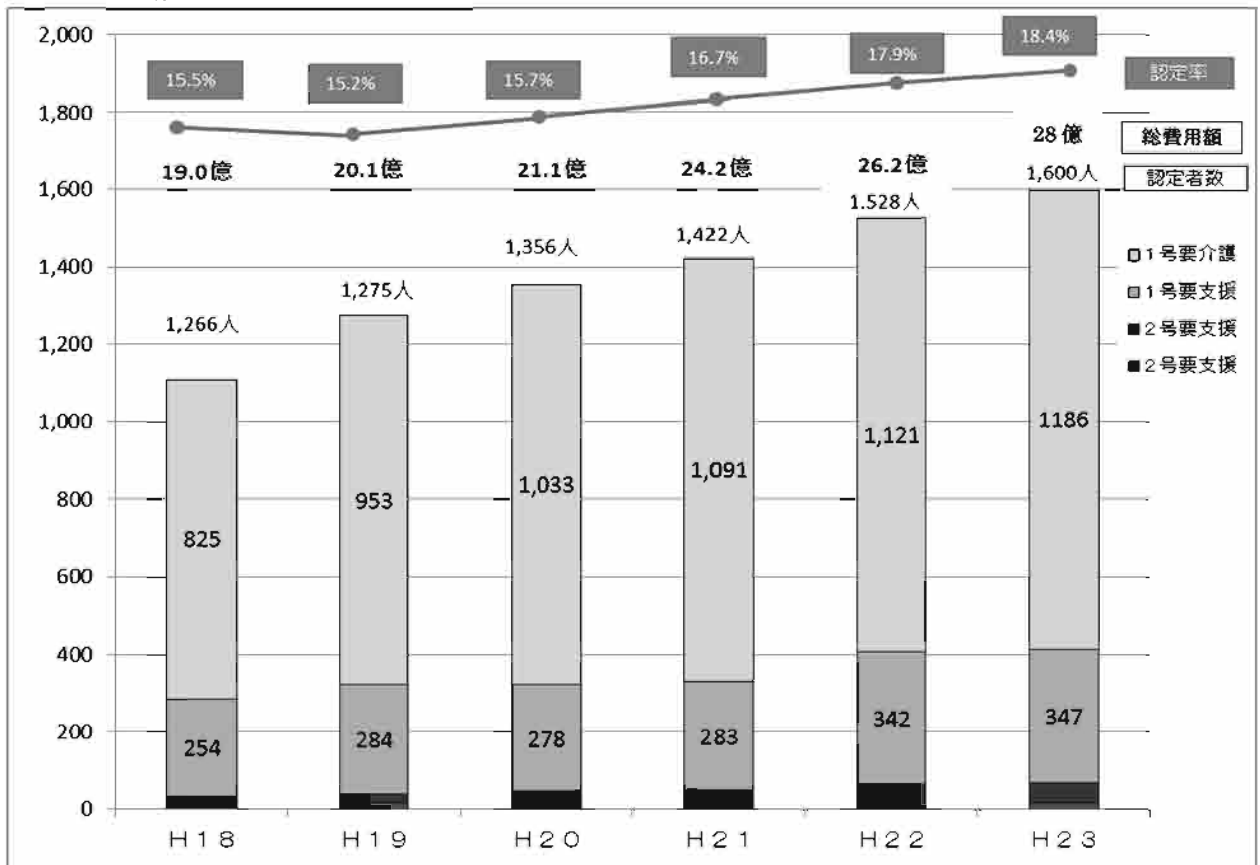
南城市の平成23年度末の要介護(支援)認定者数は、1,600人であり、介護度が現在の区分となった平成18年の1,266人と比べて、334人(26.3%)増加しています。また、介護保険の総費用(利用者負担含む)も19億円から26.2億円へと、7.2億円(37.9%)も増加しています。(図2)

表4 介護保険の状況

平成22年度介護保険事業報告

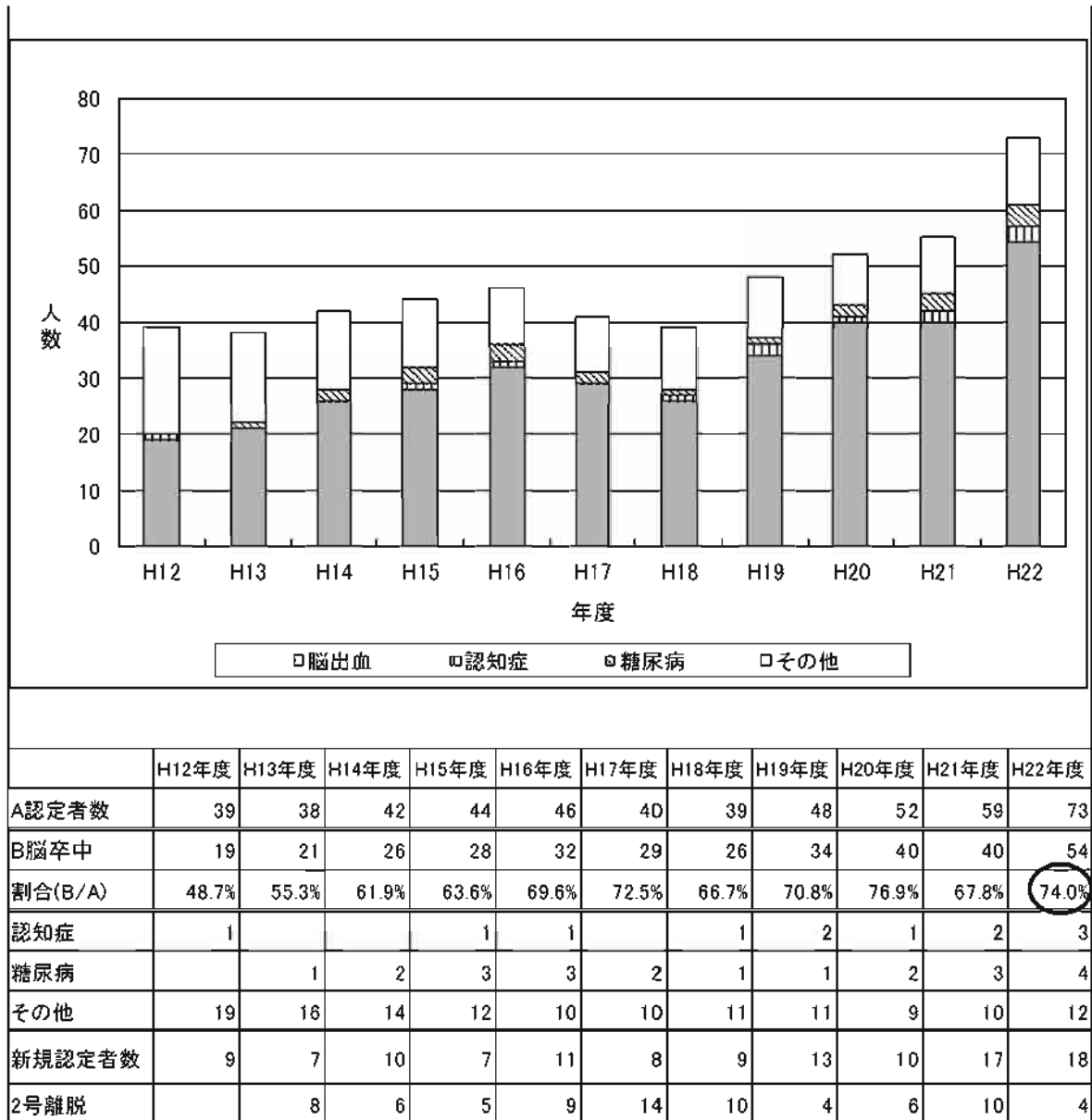
	全国		沖縄県		南城市	
第1号被保険者(%)	4,907,439	16.9%	43,334	18.1%	1,463	17.9%
(再掲)要介護3～要介護5	1,771,687	37.9%	18,120	43.3%	695	45.5%
第2号被保険者(%)	154,795	0.36%	1,791	0.40%	65	0.48%
(再掲)要介護3～要介護5	63,904	1.4%	592	1.4%	27	1.8%
介護給付費(千円)	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり
	7,860,538,231,560	268,776	81,208,074,750	337,425	2,488,093,256	295,990
第5期保険料(月額)	4,972円		5,880円		5,749円	

図2 要介護(支援)認定者数の推移



2号認定者は介護保険導入時（H12年）39名。合併時（H18年）39名と横ばいでしたが、H19年度以降急増しています。介護認定に至った原因疾患ではH22年度認定者で74%は脳卒中によるものであります。認知症や糖尿病も増加しています。（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

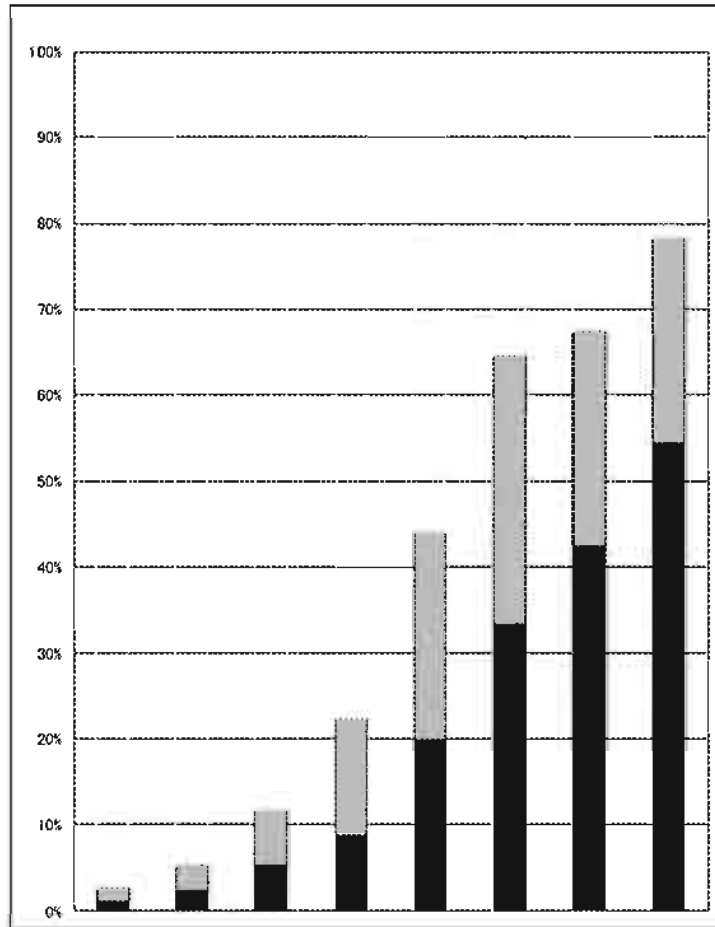
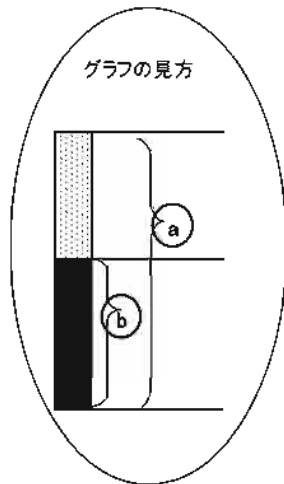


#### (4) 介護保険統計からみた健康寿命

平成22年3月31日時点の要介護認定状況

総人口	40,654	人
65歳以上人口	8,374	人
高齢化率	20.6	%
平均寿命	男	79.9 歳
	女	83.3 歳

※平均寿命は平成17年



年齢階級	2号		1号									
	40～64歳		1号計	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	
被保険者数 2号は40～64歳人口	a	人数	13,545	8,374	2,099	2,055	1,612	1,133	776	474	179	46
認定者数	b	人数	55	1,410	57	110	187	251	342	306	121	36
<b>a</b> 認定率	b/a	割合	0.41%	16.8%	2.7%	5.4%	11.6%	22.2%	44.1%	64.6%	67.6%	78.3%
<b>b</b> 再掲 要介護 3～5	l	人数	27	666	23	48	84	98	154	158	76	25
	l/a	割合	0.2%	8.0%	1.1%	2.3%	5.2%	8.6%	19.8%	33.3%	42.5%	54.3%

介護認定者の年代別認定状況を見ると、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る。85歳を過ぎると半数の者が要介護者となっている。

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ある。



## (5) 医療制度

### 1 後期高齢者医療

南城市の後期高齢者の一人あたりの医療費は、全国や県と比較して高額になっています。平成22年度までは年々一人あたり医療費が増加傾向にありましたが、平成22年度には対前年度比が緩やかになり、平成23年度には費用額が下がりました。

### 後期高齢者医療費一人あたり費用額年次推移

	全国	県		南城市		国との差額
		人数	割合	人数	割合	
平成21年度	868,839	966,582	全国9位	1,065,781	県内5位	196,942
平成22年度	893,918	990,566	全国9位	1,095,345	県内4位	201,427
平成23年度	908,543	1,002,086	全国12位	1,049,978	県内10位	141,435

### 2 国民健康保険

南城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。

南城市の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般及び退職ともに全国と比較して低く、前期高齢者においても安くなっています。

沖縄県は一般医療費が全国最下位で、前期高齢者（全国11位）後期高齢者医療費（全国12位）が全国平均に比べて高くなっていますが、南城市は一般分の費用額は増加傾向にありますが、H20年度全国より3千円高かった前期高齢者の医療費がH22度には4千円安くなっています。

表6 国民健康保険の状況

平成22年度国保健康保険事業年報

	全国		沖縄県		南城市	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保加入数	35,849,071	28.0%	512,404	35.9%	14,509	35.1%
(再掲)前期高齢者	11,222,279	31.3%	89,931	17.6%	3,155	21.7%
一般	33,851,629	94.4%	497,100	97.0%	13,942	96.1%
退職	1,997,442	5.6%	15,304	3.0%	567	3.9%
国保医療費	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり
	10,591,858,970,447	295,457	128,909,061,108	251,577	4,128,057,153	284,517
(再掲)前期高齢者	5,404,814,212,027	481,615	46,749,602,329	519,839	1,506,597,396	477,527
一般(円)	9,884,709,519,629	292,001	123,199,772,700	247,837	3,938,057,320	282,460
退職(円)	798,063,969,006	399,543	5,534,737,512	361,653	189,992,628	335,084

## 前期高齢者医療費一人あたり費用額年次推移

	全国	県		南城市		国との差額
平成20年度	415,549	436,469	全国12位	418,779	県内21位	3,231
平成21年度	469,272	493,758	全国13位	433,046	県内35位	-36,226
平成22年度	481,615	519,839	全国11位	477,527	県内28位	-4,088

生活習慣病の治療者を、5月診療分診療報酬明細で比較すると、生活習慣病の治療者及び治療費も増加しています。

脂質異常症や糖尿病などの血管が痛むリスクの時期からの治療者が増加していますが、心臓病や脳血管疾患等の重症化による健康障害を起こしている方も増加しており、予防が間に合っていない状況にあり、今後生活習慣病の発症及び重症化予防の活動を進めることが重要です。

図5  
生活習慣病の治療者を平成20年と平成24年で比較してみました



### 3 高齢者の医療の確保に関する法律による医療保険者による特定健康診査

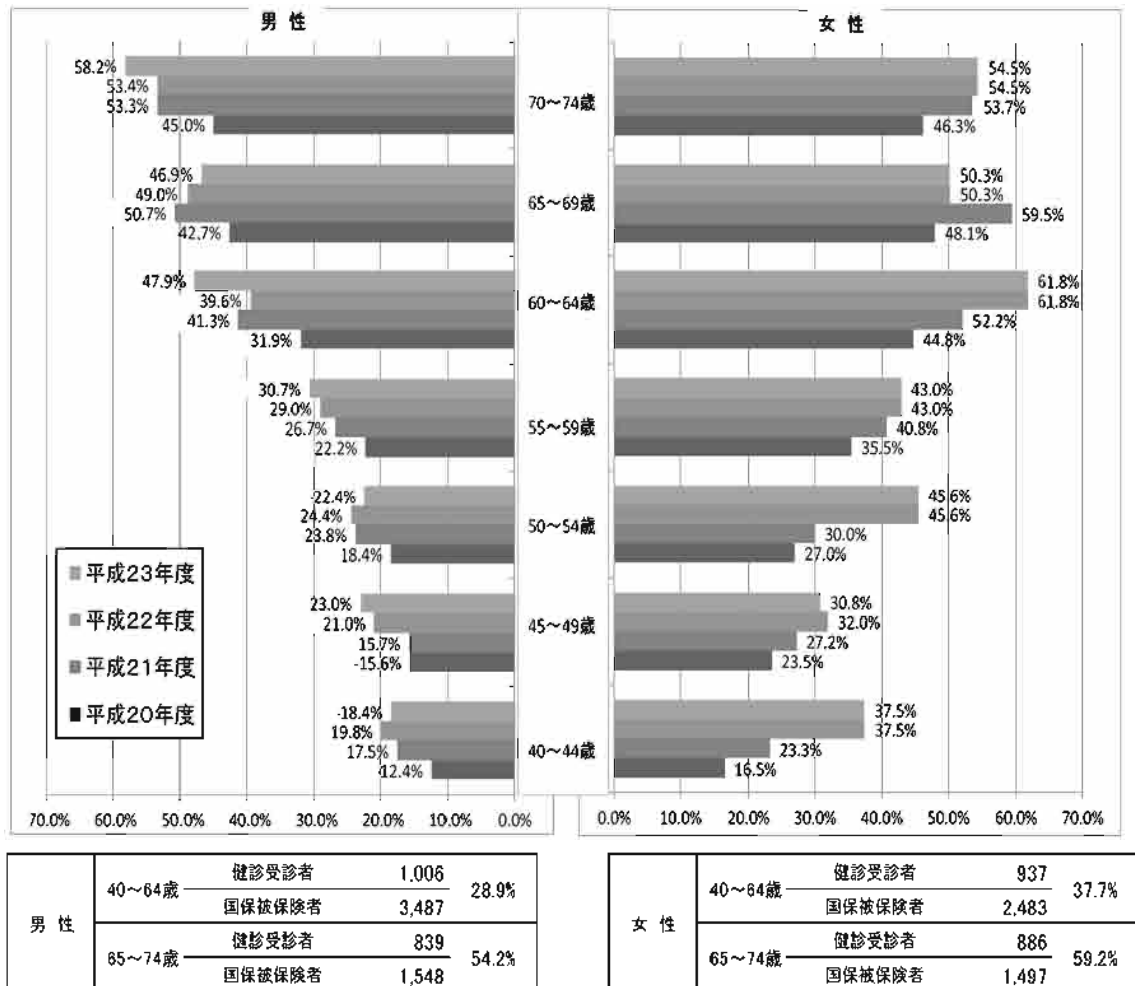
生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告で受診率 42.5%、保健指導実施率 67.0% であり、国県平均より高い状況でありました。(表 7)

表 7 特定健康診査・特定保健指導の状況 平成 22 年度法定報告

項 目		国		沖縄県		南城市	
特定健診	対象者数	22,419,360		261,469		8,268	
	受診率	7,175,360	30.8%	89,999	34.4%	3510	42.5%
特定保健指導	対象者数	1,017,139	14.2%	17,173	19.1%	672	19.1%
	実施率	196,646	19.3%	7,234	42.1%	450	67.0%

どの年代においても受診率が伸びていますが、40代50代男性の受診率が依然低い状況にあります。これまでは全体の健診受診率を上げることを目標に取り組んできましたが、本来健診は保健指導を実施するための手段であり、糖尿病等を25%減少させることが最終目標であるため、若い世代の健診受診率を上げ、早い段階で生活習慣の修正に取り組んで頂くことが重要です。

図 6 平成 20 年度～平成 23 年度の年代別受診率の推移



南城市では、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を実施しています。今後は若い世代の受診者を増やし生活習慣病の発症予防を行っていく必要があります。

H23 年度 20 代～30 代健康診査（健康増進法）

男 性	20～39歳	健診受診者	141	9.1%	女 性	20～39歳	健診受診者	239	19.8%
		国保被保険者	1,541				国保被保険者	1,209	

特定健康診査の受診回数別の結果を見てみると、初めての受診者は、全ての健診データが、継続受診者より悪い状態です。（表 8）

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、今後も重要だと考えます。

表 8 平成 23 年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果				全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者		
受診動機値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
受診者数				3,668 人	100.0%	2,938 人	80.1%	730 人	19.9%	
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	1,414 人	38.5%	1,109 人	37.7%	305 人	41.8%	
		腹囲	85or90以上	1,567 人	42.7%	1,233 人	42.0%	334 人	45.8%	
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	70 人	1.9%	45 人	1.5%	25 人	3.4%	
		HDLコレステロール	34以下	73 人	2.0%	52 人	1.8%	21 人	2.9%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	176 人	6.5%	133 人	5.9%	43 人	9.4%
			HbA1c	6.5以上	184 人	5.0%	133 人	4.5%	51 人	7.0%
			計		259 人	7.1%	191 人	6.5%	68 人	9.3%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	150 人	4.1%	100 人	3.4%	50 人	6.8%
			拡張期	100以上	77 人	2.1%	44 人	1.5%	33 人	4.5%
			計		187 人	5.1%	122 人	4.2%	65 人	8.9%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	375 人	10.2%	275 人	9.4%	100 人	13.7%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	59 人	1.6%	44 人	1.5%	15 人	2.1%	
		eGFR	50or40未満	131 人	3.6%	103 人	3.5%	28 人	3.8%	
		尿酸	9.0以上	41 人	1.1%	28 人	1.0%	13 人	1.8%	

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

特定健康診査の結果については、男性はメタボリックシンドローム該当者及び HbA1c 境界型及び正常高血圧～軽症高血圧が県平均より多いです。女性はメタボリックシンドローム該当者及び予備群、肥満症、高中性脂肪、HbA1c 境界型、高血圧が県平均より多い状況でした。（表 9）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。

表9 沖縄県 市国保における特定健康診査結果（平成22年度）

男性 ～11市別～

順位	メタボリックシンドローム										動脈硬化危険因子										血管への影響						
	肥満					脂質					ヘモグロビンA1c					血圧					LDL					腎機能	
	該当者 人数	割合	市町村名	人数	割合	BMI25以上 人数	割合	市町村名	人数	割合	総コレステロール 人数	割合	市町村名	人数	割合	LDL(120mg/d以上) 人数	割合	市町村名	人数	割合	尿蛋白(+以上) 人数	割合	市町村名	人数	割合	腎臓病 人数	割合
1	市	817	37.6%	市	517	23.8%	市	1,144	52.0%	市	784	43.4%	市	272	13.6%	市	1,211	55.7%	市	1,416	54.9%	市	283	13.1%	市	630	34.8%
2	市	641	35.5%	市	1,392	22.7%	市	1,702	47.2%	市	734	34.4%	市	286	13.2%	市	848	50.5%	市	1,118	54.6%	市	231	10.6%	市	749	34.5%
3	市	897	34.6%	市	456	22.8%	市	847	46.8%	市	747	34.4%	市	932	11.8%	市	867	48.0%	市	1,558	53.2%	市	828	10.5%	市	650	32.3%
4	市	523	31.1%	市	778	21.9%	市	938	46.8%	市	971	33.1%	市	240	11.7%	市	773	46.5%	市	4,048	51.3%	市	166	9.9%	市	342	28.5%
5	市	513	31.1%	市	566	21.9%	市	527	45.4%	市	4,093	9.9%	市	209	11.6%	市	3,673	46.5%	市	1,812	50.8%	市	243	9.4%	市	12,080	29.1%
6	市	353	30.4%	市	373	20.6%	市	3,496	44.3%	市	1,588	9.8%	市	192	11.5%	市	536	46.2%	市	2,061.7	49.3%	市	108	9.3%	市	484	28.8%
7	市	12,549	30.2%	市	2,373	20.6%	市	11,440	44.2%	市	106	9.1%	市	526	31.3%	市	1,608	45.2%	市	974	48.4%	市	3,722	9.0%	市	455	27.5%
8	市	2,351	29.8%	市	237	20.4%	市	1,140	42.2%	市	106	9.1%	市	129	11.1%	市	1,608	45.2%	市	772	40.7%	市	144	8.0%	市	2,112	26.8%
9	市	1,032	29.0%	市	587	20.0%	市	1,249	42.2%	市	161	3.9%	市	2,472	31.3%	市	1,271	43.4%	市	511	25.1%	市	281	7.9%	市	690	26.7%
10	市	808	27.8%	市	335	20.0%	市	709	42.9%	市	139	3.3%	市	1,097	30.8%	市	831	41.3%	市	531	45.8%	市	150	7.3%	市	772	26.3%
11	市	710	27.5%	市	408	19.8%	市	825	40.2%	市	213	3.3%	市	777	30.1%	市	1,059	41.0%	市	772	42.7%	市	191	6.5%	市	538	26.2%
12	市	560	27.3%	市	910	18.8%	市	647	33.2%	市	172	2.9%	市	316	27.4%	市	621	40.6%	市	842	38.2%	市	103	6.4%	市	883	24.6%

女性 ～11市別～

順位	メタボリックシンドローム										動脈硬化危険因子										血管への影響						
	肥満					脂質					ヘモグロビンA1c					血圧					LDL					腎機能	
	該当者 人数	割合	市町村名	人数	割合	BMI25以上 人数	割合	市町村名	人数	割合	総コレステロール 人数	割合	市町村名	人数	割合	LDL(120mg/d以上) 人数	割合	市町村名	人数	割合	尿蛋白(+以上) 人数	割合	市町村名	人数	割合	腎臓病 人数	割合
1	市	387	18.0%	市	503	12.1%	市	1,884	40.6%	市	599	25.9%	市	215	10.1%	市	1,168	50.5%	市	1,422	61.2%	市	174	8.1%	市	150	6.5%
2	市	655	15.6%	市	229	11.5%	市	893	38.8%	市	485	23.4%	市	336	8.1%	市	2,009	43.1%	市	89	4.7%	市	2,352	61.1%	市	121	5.6%
3	市	319	13.8%	市	246	11.4%	市	824	38.3%	市	503	23.4%	市	173	7.5%	市	732	42.3%	市	97	4.5%	市	1,986	61.0%	市	111	5.0%
4	市	238	13.8%	市	214	11.1%	市	649	37.4%	市	128	3.1%	市	144	7.3%	市	4,506	40.0%	市	504	4.5%	市	6,709	59.5%	市	93	5.0%
5	市	6,426	13.1%	市	188	10.9%	市	710	35.8%	市	69	3.1%	市	135	7.3%	市	782	39.4%	市	2,466	59.4%	市	160	4.9%	市	526	4.7%
6	市	258	13.0%	市	411	10.7%	市	1,743	35.6%	市	59	5.0%	市	803	20.9%	市	784	53.9%	市	2,100	43.3%	市	2,407	4.9%	市	2,262	4.6%
7	市	226	12.6%	市	1,153	19.3%	市	1,330	34.5%	市	1,425	2.9%	市	790	7.0%	市	508	37.3%	市	82	4.1%	市	1,011	58.5%	市	89	4.7%
8	市	483	12.5%	市	273	19.5%	市	1,123	34.5%	市	61	2.8%	市	620	19.0%	市	1,516	36.5%	市	54	4.0%	市	1,244	57.8%	市	188	4.5%
9	市	388	11.9%	市	5,027	10.2%	市	639	34.1%	市	41	2.1%	市	1,311	50.5%	市	880	33.9%	市	153	3.7%	市	1,057	58.3%	市	58	4.0%
10	市	1,302	11.8%	市	4	9.4%	市	3,745	33.2%	市	298	2.6%	市	464	17.9%	市	1,092	33.5%	市	433	3.5%	市	1,268	54.8%	市	68	3.8%
11	市	291	11.2%	市	215	9.3%	市	857	33.0%	市	83	2.5%	市	2,004	17.8%	市	986	48.5%	市	110	3.4%	市	730	52.6%	市	95	3.7%
12	市	135	9.9%	市	122	9.0%	市	428	31.4%	市	53	2.0%	市	325	17.3%	市	85	6.2%	市	716	33.2%	市	87	3.4%	市	112	2.9%

## 6 出生

南城市の出生率は、全国より高く、県よりは低い状況にあります。

表 10 出生数及び低体重児出生率

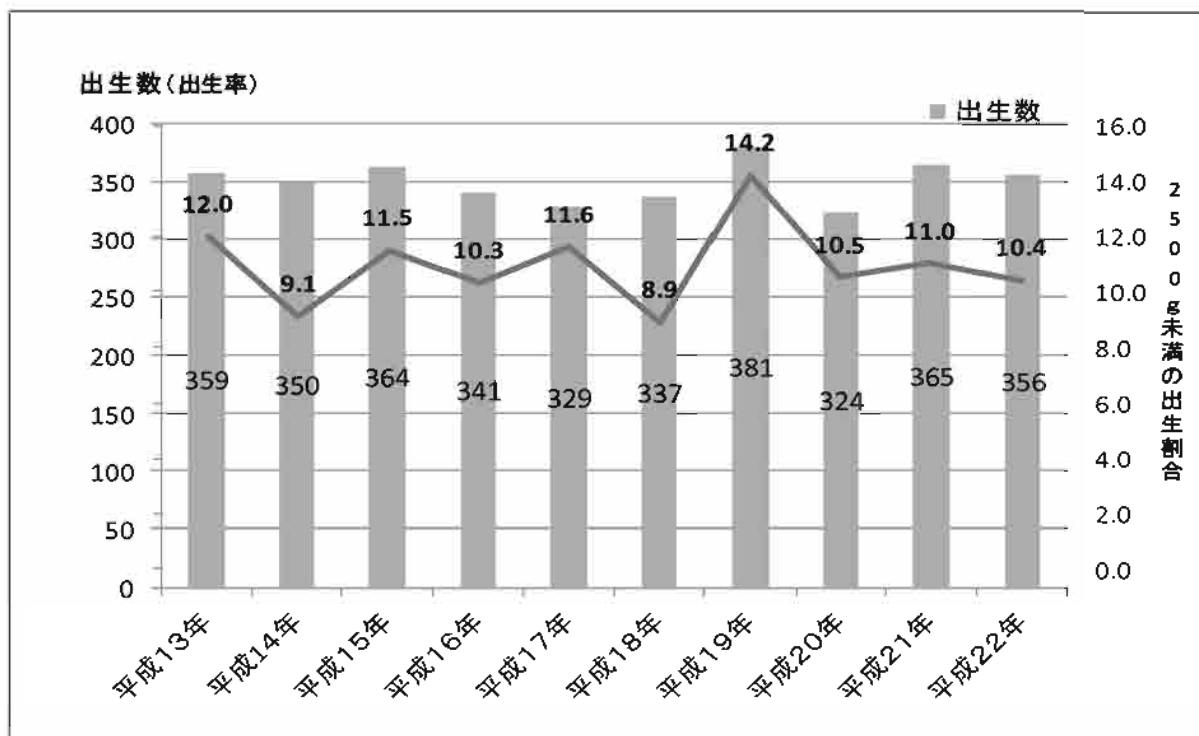
平成 22 年度

	国		沖縄県		南城市	
	出生数 (出生千対)	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率
出生数 (出生千対)	1,071,304	8.5	17,098	12.3	356	9.0
再掲)低体重児 (出生百対)	103,049	9.6	1,912	11.2	37	10.4

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発表されてきました。

南城市の低出生体重児の出生率は、全国と比較して高い状況になっています。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 7)

図 7 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

南城市においては、平成23年度の決算において、医療、介護、生活保護の社会保障費が、約92.5億円となっています。(図1)

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに南城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。

図1 市の財政状況と社会保障



## 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. 前計画の評価

前計画の目標項目について、達成状況の評価を行なった結果、14項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約3割しか一定の改善がみられませんでした。(表1)

表1 前計画の評価

	指標		南城市の現状値			達成状況	H24目標値		
	項目	区分	H20	最新値	%-ゲージ				
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診率の増加	胃がん	6.7%	5.3%	①	B	増加	
			子宮がん	16.2%	19.3%				
			乳がん	13.5%	21.6%				
			肺がん	13.0%	11.6%				
		大腸がん	8.6%	11.1%	②	B	減少		
		胃がん	3人	0人					
	子宮がん	1人	0人						
	乳がん	1人	3人						
	肺がん	2人	5人	③	E				
	大腸がん	4人	3人						
	循環器疾患	特定健康診査受診率の増加		35.0%	44.6%	③	B	60%	
		特定保健指導実施率の増加		48.9%	67.0%		B	65%	
		内臓脂肪症候群の該当・予備群の減少	該当者		20.3%		22.3%	D	25%減少
			予備群者		15.1%		15.8%		
高血圧者の減少 ※1		男性		42.4%	56.3%		E		
		女性		41.7%	48.9%				
脂質異常症(LDL-C)の減少 ※2		男性		17.6%	22.7%		E		
		女性		27.3%	34.5%				
脳血管疾患壮年期死亡者の減少			2人	5人	②	D	減少		
急性心筋梗塞壮年期死亡者の減少			1人	2人	②	D	減少		
糖尿病	糖尿病有病者・予備群の減少	糖尿病が強く疑われる人		10.6%	11.3%	③	D	減少	
		糖尿病の可能性が否定できない人		11.5%	13.4%				
	糖尿病性腎症によって 既に透析導入になった患者数の減少	国保加入者・後期高齢者等		5.33人 (H18-20平均)	5.66人 (H21-23平均)	④	D	減少	
歯・口腔の健康	歯周疾患健診受診者の増加								
	進行した歯周疾患の減少	40歳 50歳							
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						
		多量飲酒者の減少	男性 女性						
	飲酒	肝機能異常者(γ-GT)の減少	男性		8.2%	9.6%	③	D	減少
			女性		1.8%	2.3%			
	喫煙	公共の場や職場での分煙の推進	官公庁						
		喫煙する者の減少	男性 女性		18.0% 3.0%	21.4% 3.5%	③	D D	減少
	休養	十分な睡眠がとれている者の増加	男性 女性						
	こころの健康	自殺者の減少	男性		9人	10人	⑤	C	減少
			女性		2人	2人			

評価区分	該当項目数<割合>
A 目標値に達した	0項目<0%>
B 目標値に達していないが改善傾向にある	4項目<26.7%>
C 変わらない	1項目<6.7%>
D 悪化している	8項目<53.3%>
E 評価困難	2項目<13.3%>
合計	15項目<100%>

①: 市町村実績データ 地域保健・健康増進事業報告  
 ②: 人口動態統計死因別分類  
 ③: 平成23年度 南城市特定健康診査結果、問診  
 ④: 腎臓病登録 (平成18~23年度)  
 ⑤: 保健所概況 (平成20~22年度)

※1,2: 内服治療者含む

これらの評価を踏まえ、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南城市の具体的な取り組みを次のように推進します。

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 — 壮年期 — 高齢期 — 死亡							
胎児(妊娠)		0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳
母子健康法		子育て基本法	学校保健安全法	労働安全衛生法	高齢者の医療に関する法律	介護保険法	
取組主体 医療機関 個人・家庭 (南城市国民健康センター)	がん	□がん検診の実施率の向上					
	循環器疾患	□高血圧の改善 □脂質異常症の減少 □特定保健診察・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者の減少					
	糖尿病	□糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロールが適切でない者の割合の減少 □糖尿病合併症による年間新発糖尿病患者数					
	歯・口腔の健康	□乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 □過去1年間1回以上検診を受けた者の増加 □歯周病を有する者の割合の減少					
	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) □幼児期の肥満の抑制 □幼児期におけるエネルギー不足者の割合の減少 □食生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加					
	身体活動・運動	□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	□未成年者の飲酒をなくす □成人の飲酒量の低下					
	喫煙	□未成年者の喫煙をなくす □成人の喫煙率の低下					
	休養	□睡眠による疲労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					
	こころの健康	□生活習慣病のリスクを高める量を超過している者の割合の減少					
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 □防災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					
職場	企業 飲食店 特定給付施設 (栄養ケア、ステーキ シヨール、薬局等)等	□労働時間の削減を有する者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する研修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、自発的に健康改善を行う企業・店舗の増加 □健康づくりに関して身近な職種・相談が受けられる民間団体の活動継続の増加					
	新道府県	□住民が運動しやすくなり、健康増進に取り組みむ自治体の増加 □小児人口10万人当たりの小児科医師・児童精神科医師の割合の増加					
国・マスメディア		□COVD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ががんの進行度が、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、生活習慣の中の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。

##### 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。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。

### ③現状と目標

#### i 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。

南城市の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2)

表2 南城市の75歳未満のがんによる死亡の状況

性別	男性			女性			計			H27 (国の目標値) 73.9	
	H19	H20	H21	H19	H20	H21	H19	H20	H21		
75歳未満の年齢調整死亡率	65	112	78.3	53.3	42.7	62.1	59.4	78.8	70.7	総数	
75歳未満の死亡者数	気管・気管支及び肺	2	5	5	0	0	1	2	5	6	13
	胃	2	2	2	2	2	0	4	4	2	10
	大腸	3	4	6	1	1	0	4	5	6	15
	乳房	0	0	0	1	4	4	1	4	4	9
	子宮	0	0	0	3	1	0	3	1	0	4
	小計	7	11	13	7	8	5	14	19	18	51
	前立腺	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
	肝及び肝内胆管	0	6	2	0	0	1	0	6	3	9
	白血病	2	4	3	1	0	1	3	4	4	11
	その他	7	10	5	6	3	5	13	13	10	36
総数	16	32	23	14	11	12	30	43	35	108	

#### 参考資料1

部位	対象	がん検診	評価指標	精密検査	
科学的根拠のあるがん検診	胃	30歳以上	胃X線検査	相応	胸部CT検査 気管支鏡検査 腫瘍マーカー 細胞診 PET検査
	肺	40歳以上	胸部X線検査 喀痰細胞診	相応	癌内視鏡検査 ペプシノゲン検査 ヘリコバクターピロリ抗体検査
	大腸	40歳以上	便潜血反応検査	十分	全大腸内視鏡検査 注腸X線検査 CT検査
	子宮頸部	妊娠期 20歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	十分	マンモグラフィ 乳房超音波検査 乳房MRI検査 乳房CT検査 頸刺吸引細胞診
	乳	40歳以上の女性	視触診とマンモグラフィの併用	十分(60歳以上) 相応(40歳以上)	細胞診 コルボスコプ MRI
その他	前立腺	50歳以上の男性	PSA測定	相応	癌腫診 経直腸超音波検査 前立腺生検 MRI CT検査
	肝臓	妊娠期 40歳以上	肝炎ウイルスキャリア検査	相応	超音波検査 CT検査 腫瘍マーカー 生検(バイオプシー)
	成人T細胞白血病	妊娠期	HTLV-1抗体検査		

※評価指標 検診による死亡者減少効果があるとする 十分な根拠がある・相応の根拠がある・現時点では研究や報告が見られない

がん死亡の中でも、検診による死亡率の減少効果があるとされている、5大がん（胃、肺、大腸、子宮頸がん、乳がん）の死亡者は3年間で51人（約半数）を占めていました。

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、健診受診率を維持又は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。

## 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。

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。

南城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。

また、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、いずれも平成28年の目標値を大きく下まわっています。（表3）

表3 南城市のがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19-H23)					目標値	次期がん検診基本計画(H24-28)	
	H18	H20	H21	H22	H23		H23	目標値
胃がん	9.0%	6.7%	8.9%	5.3%	7.8%	50%	7.7%	40%
大腸がん	11.2%	8.6%	10.4%	11.1%	9.1%		8.3%	40%
肺がん	18.1%	13.0%	14.9%	14.5%	12.6%		11.5%	40%
子宮がん	15.3%	16.2%	15.1%	19.3%	19.3%		18.6%	50%
乳がん	11.8%	13.5%	15.0%	21.6%	21.6%		17.5%	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。

南城市の精密検査受診率は、全て許容値を超えていないため、精密検査受診率の向上をはかっていく必要があります。（表4）

表4 南城市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H20	H21	H22	事業評価指標	
					許容値	目標値
胃がん	精密検査受診率	74.3%	70.7%	63.0%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	0	0	1		
大腸がん	精密検査受診率	72.4%	68.7%	68.4%	70%以上	
	がん発見者数	1	3	1		
肺がん	精密検査受診率	54.3%	70.6%	62.0%	70%以上	
	がん発見者数	0	0	0		
子宮がん	精密検査受診率	33.3%	69.7%	31.3%	80%以上	
	がん発見者数	0	0	0		
乳がん	精密検査受診率	86.7%	77.9%	65.7%	80%以上	
	がん発見者数	1	5	0		

④対策

ア がんの発症予防施策

		生活習慣 68%					その他				
		タバコ 30%	食事 高脂肪 30%	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	◎	○	○		○	○			◎ ピロリ菌	
	肺	◎								△ 結核	環境汚染
	大腸	△	○		○	○	○	△			
	子宮頸部	◎								◎ HPV	
	乳	△			△	○	(検診後の経過) ○	○	○		高身長 遺伝性乳癌卵巣癌の遺伝 マンモグラム検出所見
その他	前立腺		△					○			加齢
	肝臓	○							◎ HBV HCV	オゾン 慢性肝炎	
	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

禁煙 30%、食事 30%、運動 5%、飲酒 3%と計 68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することが出来ると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病等の生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めます。又ウイルス感染によるがんの発症予防として、子宮頸がん予防ワクチン接種（中学1年生から高校1年生に相当する年齢の女性）についても取り組みます。

## イ がんの重症化予防施策

有効性が確認されているがん検診については、がん検診推進事業（検診手帳及び検診無料クーポン券の配布）をはじめ、広報や個別相談などあらゆる場を利用した啓発及び学習を通しての受診率の維持または向上に努めます。

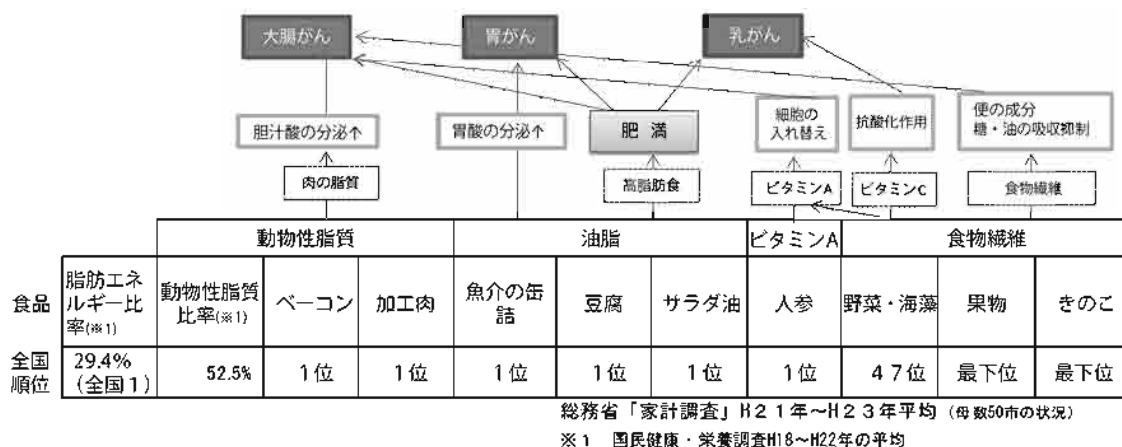
また、要精検者に対しては、“受けたか”“受けないか”だけでなく、がん化の予防という視点で考えると、前がん病変が明らかになる事は重要な事です。がん化を進めないための生活習慣病の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取り組みが必要です。

## ウ 具体的な生活習慣の改善とは

肥満、高脂肪食の影響を受ける大腸がん・乳がんが増加傾向にあることから、食品の取り方の改善が重要だと考えられます。

### (ア) 食品の取り方の特徴

表6 沖縄県の食品の摂取状況



### ① 脂肪食

沖縄県の脂質エネルギー比は 29.4%（全国 1 位）と目標値を上回っており、平均脂質摂取量 59g の内訳としては、動物性脂質が 31g と多い状況にある。沖縄は肉類の摂取量が全国 1 位であるが、平成 21 年～H23 年家計調査のデータによると、肉類の内ベーコン・加工肉の消費量が全国 1 位であり、その他の肉は多くない状況から、蛋白質は少なく脂質の割合の多い肉を選んで摂取している課題があります（表 6）。

脂質の多い食品は、肥満の原因であり、また胃がん、大腸がんの発症リスクです。

脂質の多い食品を摂取すると、消化に時間がかかり、胃酸分泌が多くなります。胃酸は、食物の消化と食物と同時に入った細菌などを殺菌する働きをもつ強い酸なので、分泌量が増加すると胃粘膜に障害を起こしがん化を促します。また、脂質の多い食品、中でも脂質の多い肉類を食べると、胆汁酸の分泌が増え、結果発がん物質である二次胆汁酸も増え、

大腸粘膜のがん化を起こします。

高脂肪食が肥満を招き（胃がん・大腸がん・乳がんの発症リスク）、胃や大腸粘膜に与える影響を理解し、どのような食品を選択することががん予防につながるか学習することが大切です。

## ②野菜の摂取不足

がん予防に有効なビタミンや食物繊維を効果的に摂取できる食品は野菜です。

健康日本21では成人1日当たりの野菜摂取量の増加（1日350g以上）を目標に、また国立がんセンターで出されている科学的根拠に基づいた日本人のためのがん予防法では、野菜・果物合わせて1日400g以上を摂取することを推奨しています。

沖縄県の野菜摂取量は男性266g（全国45位）女性249g（全国44位）と、摂取目標を大きく下回っております。ビタミンAの豊富な人参の摂取量は全国1位ですが、それ以外の緑黄色野菜や淡色野菜は全国下位に近い摂取量で、ビタミンB1、B2、ビタミンCの摂取量は最下位です。また食物繊維は便秘を防ぎ、二次胆汁酸や発がん物質を吸着し排泄する作用があるため大腸のがん化を防ぎます。

なぜ野菜が必要なのか、自分の食べている野菜ががん予防に効果的なのか理解し、選択できる学習が必要です。

## ③喫煙

タバコの煙の中には、わかっているだけで数十種類もの発がん性の化学物質が含まれています。この発がん物質が細胞の遺伝子に傷をつけることで、細胞ががん化すると考えられています。

住民が喫煙の及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し実践できる取組みを行います。



## (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、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。

#### 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。

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する保健指導が必要になります。

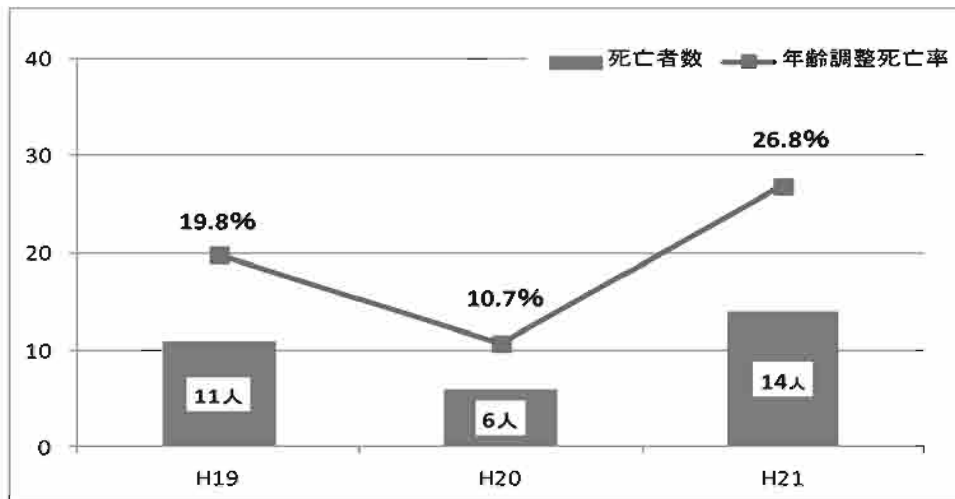
### ③現状と目標

#### i 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(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。

南城市の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、増加傾向にあります。(図1)

図1 南城市の75歳未満の脳血管疾患死亡の状況



急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下を招くことも少なくありません。そのため脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく介護保険認定者の実態も重要な評価と考えます。

南城市では、第2号被保険者の新規認定者に占める脳血管疾患の割合が増加してきましたが、平成22年度に脳血管疾患が原因で介護が必要となった8人のうち7人が、発症時の医療保険が国保でした。これらの者は健診履歴がありませんでした。又脳卒中の発症を機に生活習慣病の治療が始まるケースも多く、血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測をつけるためにも、発症前にきちんと健診を受け、生活習慣を見直す入り口としての特定健診は大変重要なものです。

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。国保加入者の未受診者対策が重要になります。(表1)

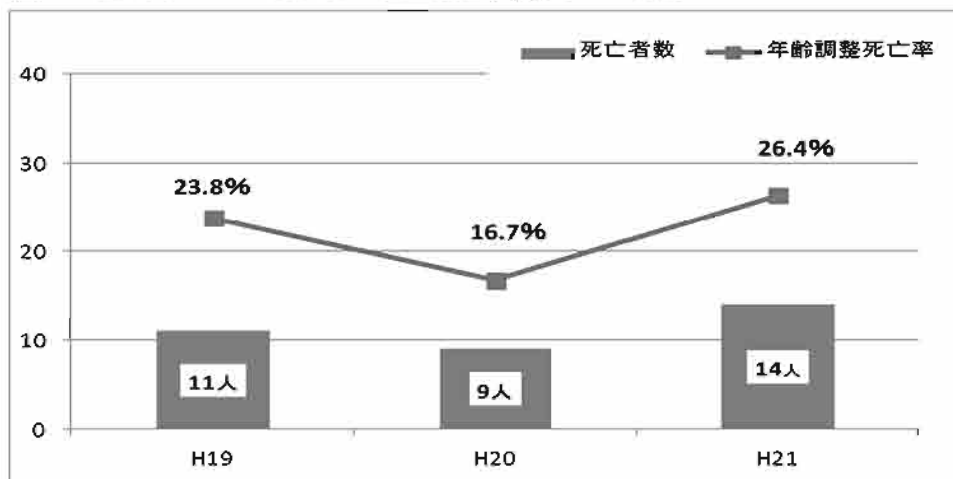
表1 平成22年度 脳血管疾患が原因疾患の第2号被保険者認定者の状況

No	性別	健診受診歴	加入保険		認定時		現在			疾患名	生活習慣に関する基礎疾患		
			倒れる前	倒れた後	年齢	介護度	年齢	利用度開始年	介護度		高血圧	高脂血症	糖尿病
7	男	無	国保	国保	40代	要介護5	40代	22	要介護4	脳出血	○(H23)		○(23)
10	男	無	国保	国保	40代	要支援3	40代	22	要支援2	脳出血	○(H22)	○(H22)	
14	男	無	国保	国保	50代	要介護3	50代	22	要介護3	脳出血			
18	男	無	社保	国保	50代		50代	22	要介護3	脳出血	○(H22)	○(H22)	
22	男	無	国保	国保	50代	要介護4	50代	22	要介護3	脳梗塞			
31	女	無	国保	国保	60代	要介護4	60代	22	要介護3	脳出血	○(H23)		
32	女	無	国保	国保	80代	要介護4	60代	22	要介護3	脳出血	○H22.2		
36	男	無	国保	国保	60代	要介護5	60代	22	要介護5	脳梗塞		○(H19)	○(H19)

ii 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。虚血性心疾患による年齢調整死亡率も増加傾向です。(図2)

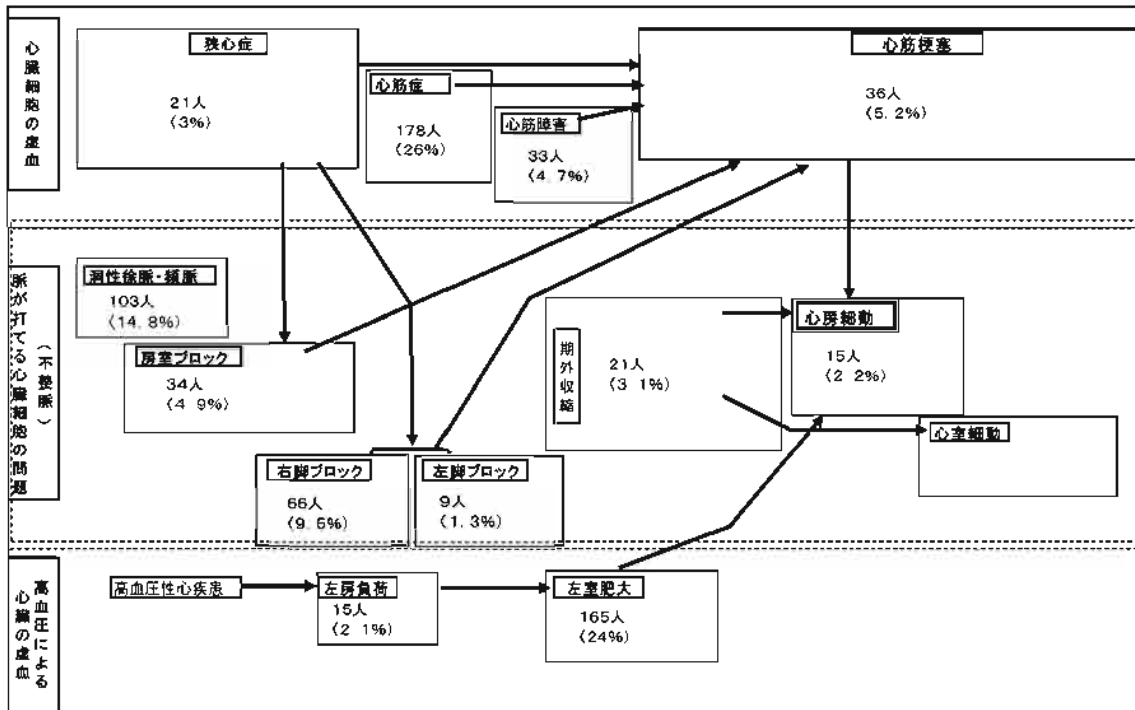
図2 南城市 75歳未満の虚血性心疾患死亡の状況



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年度から心電図検査は詳細健診としての実施となり、項目に該当しないものは受診できない状況にあります。循環器疾患の中でも特に虚血性心疾患の高額医療が上昇しており、心電図検査は、全員に実施してもらう体制が重要です。平成23年度における詳細健診における心電図検査実施数は71人で、1.8%にすぎません。詳細以外で受診した数が1,777人(46.1%)で、計1,848人になります(48%)。1,848人中696人(38%)に異常者があり、そのうち、38%は、狭心症や心筋梗塞など重症化すると高額医療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も発見されています。(図3)

南城市では二次健診(動脈硬化予防健診)の中でH22年度から心電図検査を実施していますが、特定健康診査と別日の実施となるため、平成22~23年度の二次健診での心電図検査受診者は、57人(実人員)にとどまっています。

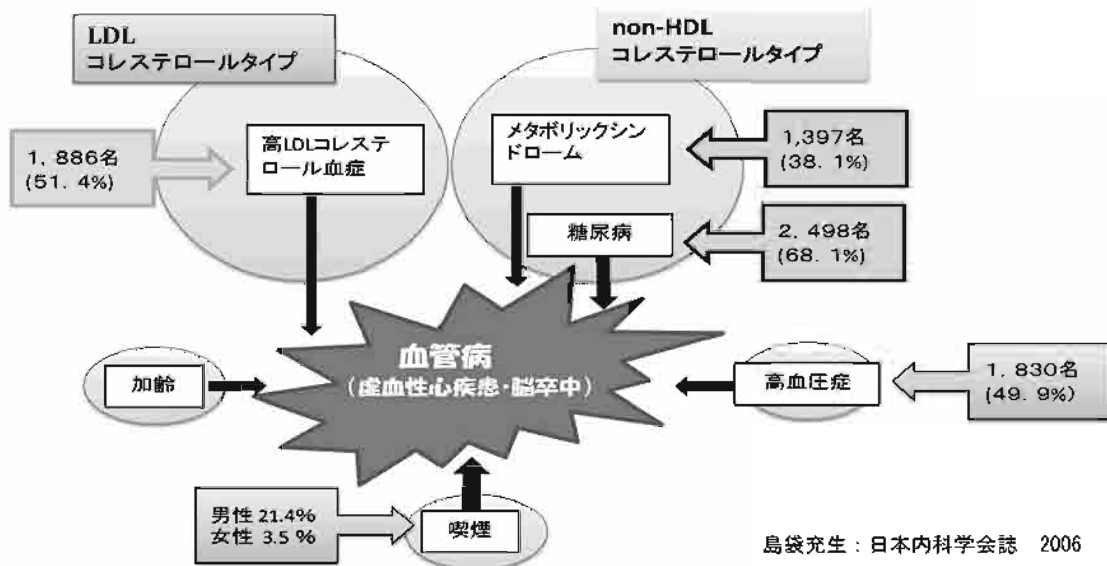
図3 心電図検査の結果 H23の心電図検査受診者1,848人中異常者696人(38%)の状態



虚血性心疾患を起こしやすい5つのタイプに南城市の健診結果有所見率をあてはめてみました。内臓脂肪が関係する脂質異常 (non-HDL) タイプが7割と多く、このタイプは生活習慣の改善が大変有効だといわれております。

### 心臓血管病をおこしやすい人

南城市H23年度健診結果より



### 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。

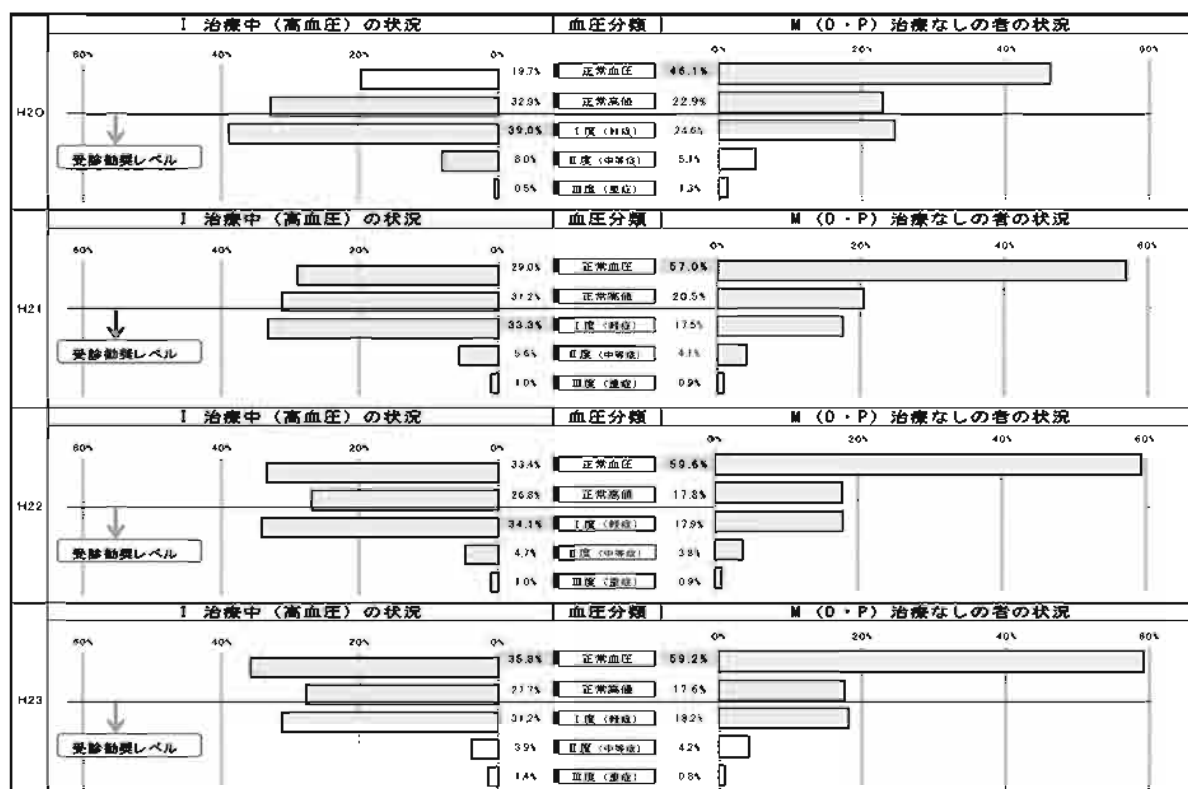
南城市では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施しています。(表 2)

表 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 (血圧)

年度	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
服薬なし	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧・Ⅰ度高血圧 ただし、高血圧治療ガイドライン2009により、受診勧奨となった者				
服薬あり	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧・Ⅰ度高血圧				

その結果、特定健診受診者の血圧には、改善が認められたため、今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。(図 4)

図 4 南城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

(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。

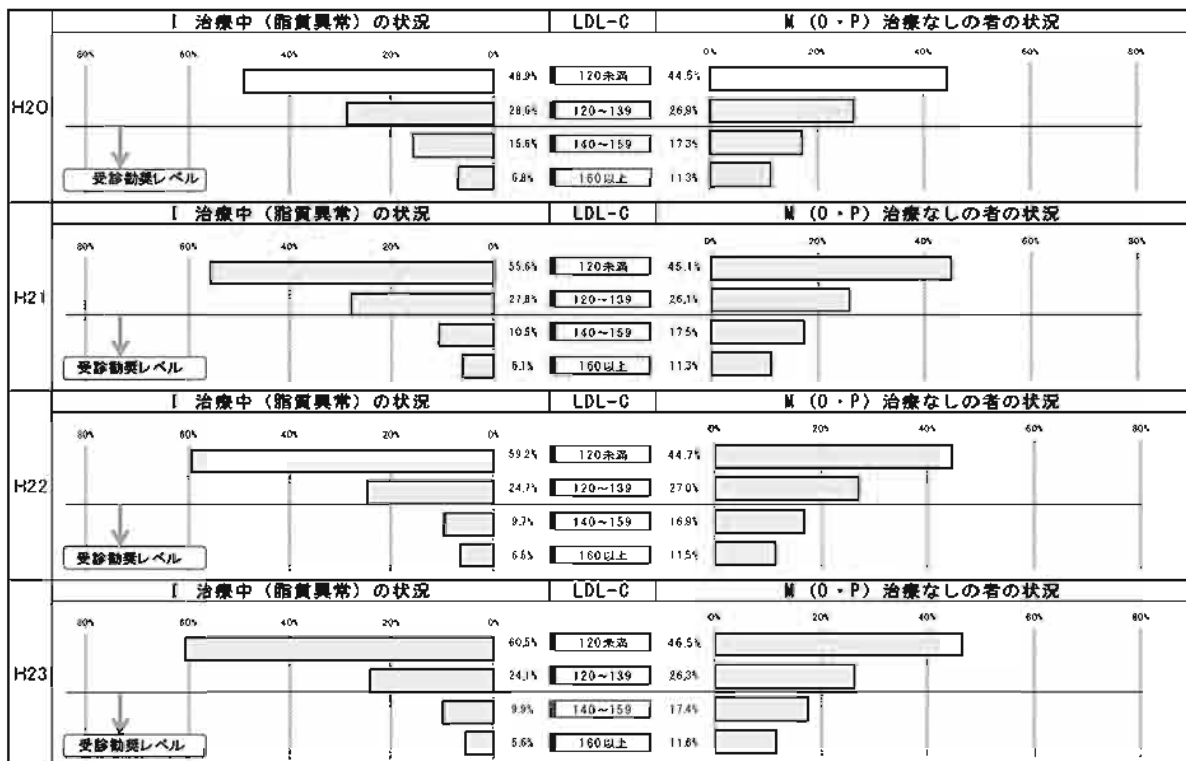
冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのはLDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。

「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。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 3・図 5)

表 3 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	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
服薬なし	①動脈硬化疾患ガイドライン2007により、受診勧奨となった者 ②上記以外のLDL-C120mg/dl以上				
服薬あり	①動脈硬化疾患ガイドライン2007のリスク別コントロール基準をみたさない者				

図 5 南城市国保特定健康診査受診者の 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。

加えて、現在、南城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。

頸動脈超音波検査においては、男性受診者の 48%、女性の 31%にプラーク・内臓中膜肥厚が見つかりました。(図 6) 加齢とともにプラーク(余剰のコレステロールを血管内膜下に蓄え集積した部分)など血管変化のある者が増加しますが、20 代~40 代でも既に血管変化が起こっています。内臓脂肪の蓄積を基盤としたインスリン過剰分泌・代謝障害を起こしている男性にプラークが出来ている状況にありました。(図 7) 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。

図 6 南城市の頸動脈超音波検査(二次健診)受診者の状況 H16 年~H23 年度受診者集計

平成 16 年~H23 年度 頸部エコー検査を受けた方の状況 1086 名

①男性		頸部エコー検査・結果				②女性		頸部エコー検査・結果			
		プラーク	内中膜肥厚	狭窄	正常			プラーク	内中膜肥厚	狭窄	正常
男性 (564 名)	人 割合	263 47%	139 25%	2 0%	294 52%	女性 (522 名)	人 割合	156 30%	60 11%	2 0%	361 69%
内臓脂肪症候群 (該当者・予備群) (229 名)		114 50%	61 27%	1 0%	113 49%	内臓脂肪症候群 (該当者・予備群) (117 名)		33 28%	15 13%	0 0%	83 71%
メタボリックなし (335 名)		149 44%	78 23%	1 0%	181 54%	メタボリックなし (405 名)		123 30%	45 11%	2 0%	278 69%

図 7 20 代~40 代でプラークのあった方の状況

20 代~40 代でプラークのあった 26 名の状況

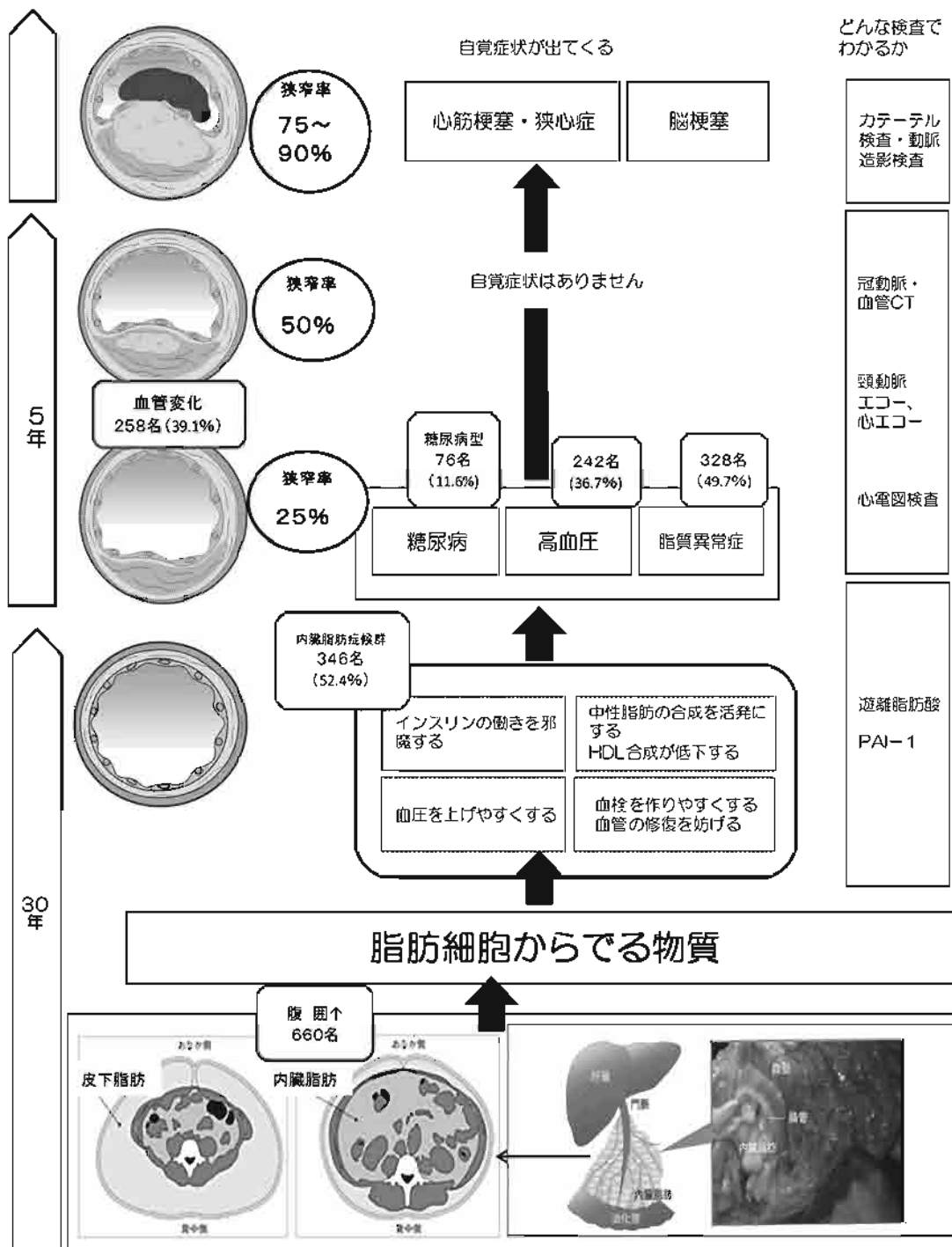
項目	男	女	メタボ	腹囲	BMI	総IRI	インスリン抵抗性	LI指数	糖負荷判定 (糖尿病・境界型)	HbA1c	中性脂肪	最高血圧1	最低血圧1	尿酸	タバコ
有所見率	73%	27%	35%	73%	65%	92%	81%	19%	35%	65%	58%	54%	38%	27%	27%

プラークのあった方の状況(抜粋)

年齢	年代	性別	メタボ	腹囲	BMI	糖負荷検査				空腹血糖	血糖 30	血糖 60	血糖 120	HbA1c	中性脂肪	空腹時血糖	随時血糖	最高血圧	最低血圧	尿酸	タバコ	IMT (右)	IMT (左)	P(右)	P(左)	PS	狭窄判定
						総IRI	HOMA-IR	LI指数	糖負荷判定																		
28	20代	男	非該当	88	24.5	318.1	4.20	1.84	正常型	92	136	145	119	5.7	273	0	97	120	78	7.0	0.6	0.7			1.3	無	
36	30代	男	非該当	103.2	31.4	359.2	16.48	0.42	糖尿病型	89	96	128	400	5.1	109	94	0	120	84	6.1	6.0						無
45	40代	男	該当	85	26.5	242.5	4.58	1.16	境界型	119	186	157	114	4.9	278	103	0	146	96	6.8	6.0	0.8	0.8			4.1	無
43	40代	男	非該当	84	24.4	100.5	2.26	0.38	正常型	104	147	177	131	5.2	284	114	0	156	110	11.3	6.0	0.6	0.5			3.4	無
49	40代	男	非該当	74.4	20.3	99.0	0.61	0.35	正常型	99	109	173	108	5.2	55	0	149	158	96	6.1	6.0	0.7	0.8	線維化病変	線維化病変	5.3	無
47	40代	男	該当	92	26.5	252.5	1.86	1.45	正常型	98	136	170	142	5.3	334	0	79	140	106	6.0	1.2	2.3	(Soft)	(Soft)	3.5	無	
48	40代	男	該当	95.7	28.3	109.8	1.82	0.20	糖尿病型	117	179	237	214	5.9	296	117	0	137	72	6.2	1.3	1.5	intemdate	intemdate	8.1	無	
46	40代	男	非該当	88	25.5	113.3	0.72	2.14	正常型	91	116	107	89	4.8	111	86	0	120	74	5.6	1.6	1.8	Soft	Soft	2.9	無	

二次健診を受けた腹囲男性 85 cm・女性 90 cm以上の方 660名の血管変化をみました。

## 内臓脂肪が蓄積した方(二次健診受診者)の血管の状態



は二次健診受診者の有所見数及び有所見率



#### 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。

平成20年度からの特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の変化をみると、国・県より該当者予備群の者が多く、男女とも増加傾向にあり、特に男性の該当者の増加が目立ちます。

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であります。南城市では平成24年度までの達成目標（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、減少に向けてさらに取り組みを強化していくこと、またメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結である心血管疾患の予防（重症化予防）が重要になります。（表4）

表4 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の年次推移

		H20		H21		H22		H23	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
該当者	市	582	18.8%	786	22.4%	827	23.3%	820	22.4%
	(再掲) 男	380	25.5%	503	29.0%	553	31.8%	561	30.4%
	(再掲) 女	218	13.6%	259	14.6%	247	13.8%	257	14.1%
	県	14,577	20.3%	16,957	20.3%	19,017	21.1%	19,944	21.2%
	国	1,141,594	16.4%	1,134,535	16.0%	1,152,941	16.1%	-	
予備群	市	455	14.7%	505	14.4%	525	14.8%	601	16.4%
	(再掲) 男	281	18.8%	322	18.6%	323	18.6%	370	20.1%
	(再掲) 女	173	10.8%	192	10.8%	200	11.2%	209	11.5%
	県	11,880	16.5%	13,594	16.3%	14,284	15.9%	14,905	15.8%
	国	838,064	12.0%	807,561	11.4%	789,167	11.0%	-	

内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常症等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなります。このため保健指導の対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となります。高トリグリセリド血症、耐糖能異常、高血圧の3項目リスクのある者も減少していません。（表5）

表5 メタボリックシンドロームの有所見の重複状況

	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		腰圍のみ		メタボリック 該当者						メタボリック 予備群											
								(複園+2項目or3項目)			(複園+1項目)														
				A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	I	J/B	M	N/(E+)	L	L/(E+)	K	K/(E+)	J	J/(E+)	E	E/B	H	H/(E+)	G
H20年度	9,463	3,093	32.7%	1,208	39.1%	156	5.0%	598	19.3%	154	14.6%	248	23.6%	67	6.4%	129	12.3%	454	14.7%	119	11.3%	287	27.3%	48	4.6%
H21年度	8,884	3,508	39.5%	1,450	41.3%	174	5.0%	762	21.7%	225	17.6%	339	26.6%	51	4.0%	147	11.5%	514	14.7%	107	8.4%	373	29.2%	34	2.7%
H22年度	8,533	3,527	41.3%	1,521	43.1%	198	5.6%	800	22.7%	239	18.1%	361	27.3%	60	4.5%	140	10.6%	523	14.8%	134	10.1%	357	27.0%	32	2.4%
H23年度	8,533	3,668	43.0%	1,567	42.7%	170	4.6%	818	22.3%	241	17.3%	393	28.1%	47	3.4%	137	9.8%	579	15.8%	154	11.0%	386	27.6%	39	2.8%

メタボ該当者及び予備群の者は、腹部エコーにおいて脂肪肝が指摘される割合がメタボ非該当の者に比べて2倍以上高い状況でした。非該当でも脂肪肝がある者は肥満傾向の者が多い状況でした。(表6)

表6 H24年度人間ドック受診者の脂肪肝の状況

	人間ドック 腹部エコー受診者		内 訳			
			脂肪肝であった者		所見なし	
メタボ基準該当	50	16%	29	58.0%	21	42.0%
予備群該当	48	16%	27	56.3%	21	43.8%
非該当	211	68%	50	23.7%	161	76.3%
総計	309	100%	106	34.3%	203	65.7%

※10月16日～12月18日まで健診結果が届いた309名のデータで集計

## 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。

南城市では、受診率、実施率ともに、国、県より高い状態で推移していますが、受診率は 60%の目標値に達していないため、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。

### ④対策

#### i 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、広報などを利用した啓発
- ・地区組織との連携による啓蒙活動

#### ii 保健指導対象者を明確するための施策

- ・健康診査(40歳未満の国保・健診制度がない被用者保険加入者・生活保護世帯)
- ・南城市国民健康保険特定健康診査
- ・健康診査及び特定健康診査に総コレステロール検査を段階的に実施
- ・心電図検査、眼底検査の公費補助

#### 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
- ・二次健診(頸動脈超音波検査・心電図又は負荷心電図検査等)の継続実施
- ・南城市国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

### (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、有病者の増加が加速することが予想されています。

#### ②基本的な考え方

##### i 発症予防

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

##### 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。

#### ③現状と目標

##### i 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

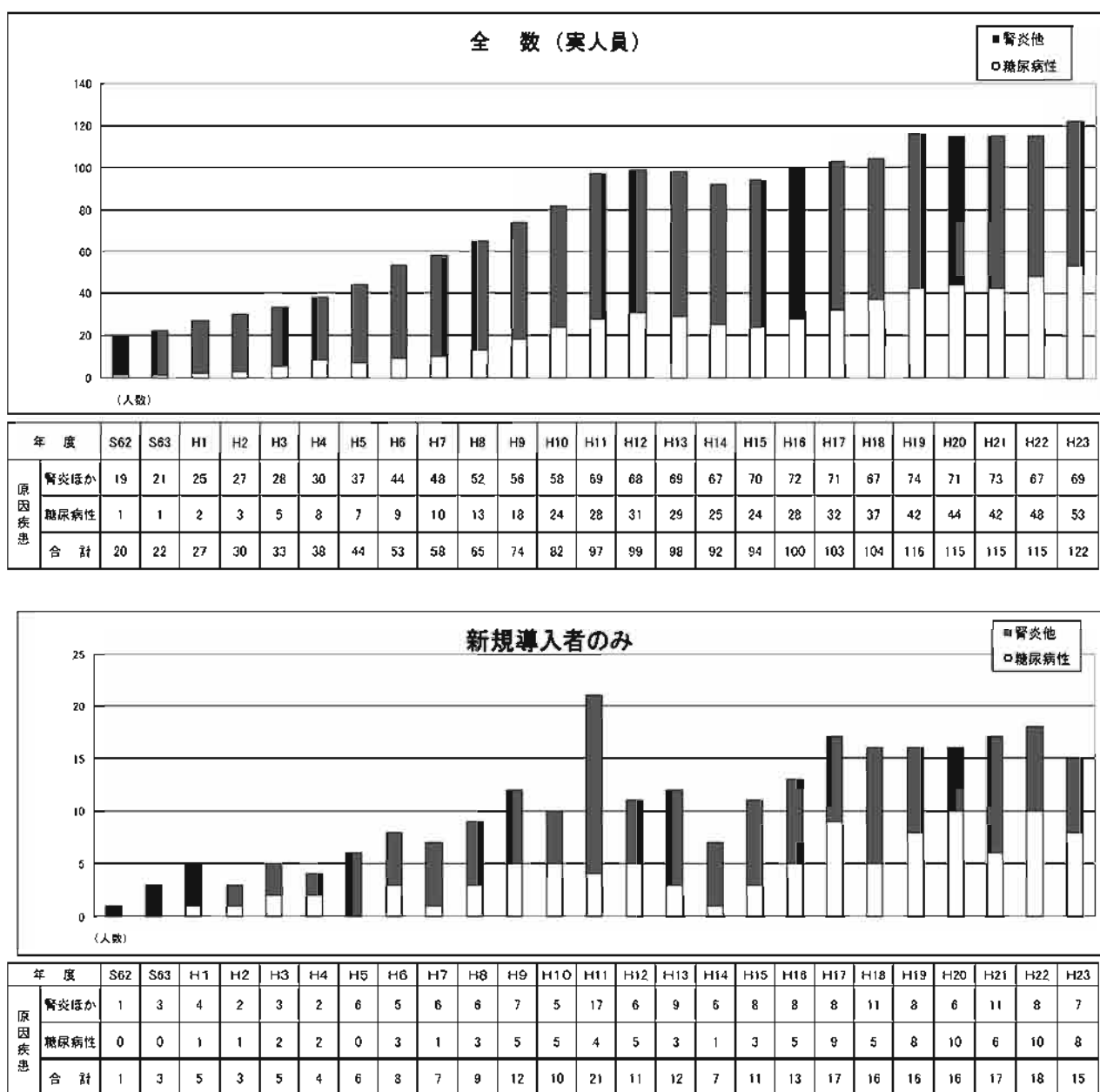
近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じて

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。

南城市の新規透析導入は、増加傾向にありましたが、H23年減少しました。これはCKD対策に取り組んできた成果だと考えられます。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年間と言われていることから、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。(図1)

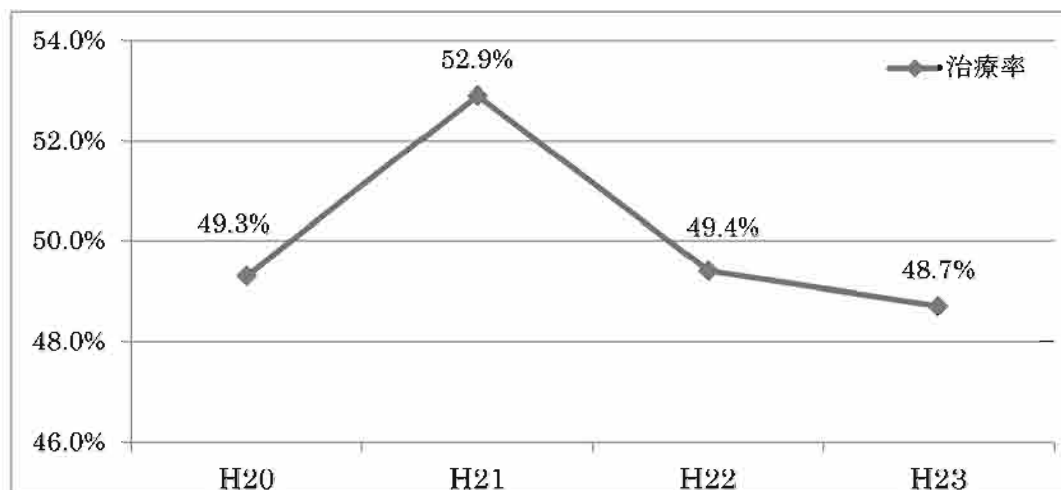
図1 南城市人工透析患者の推移(国保・後期高齢加入者・生保分)



## 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。  
南城市の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成21年度の52.9%が最高で、その後は減少しています。(図2)

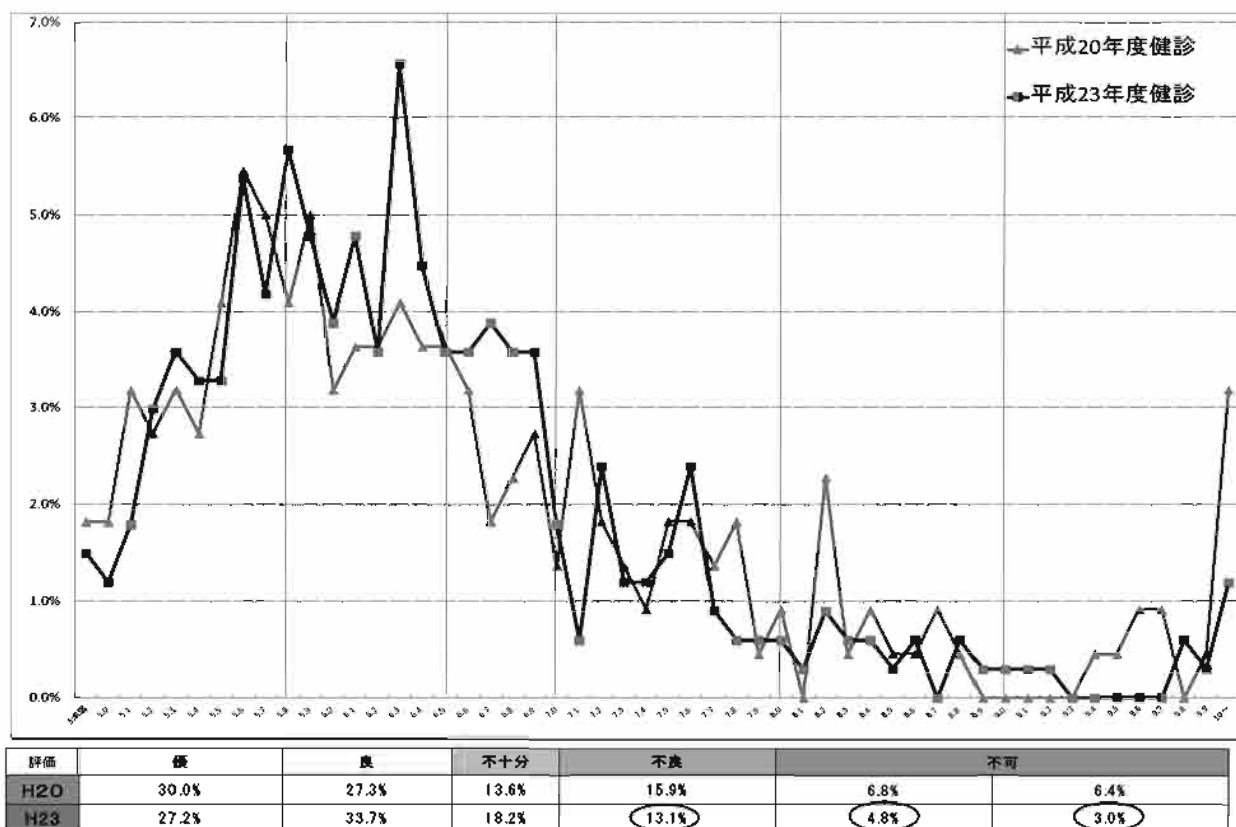
図2 南城市の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.1%以上)の治療率の推移



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えます。

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・不可においてHbA1cが低い方に推移していることから、糖尿病治療及び保健指導が血糖コントロールに重要な役割を果たしていることがわかります。(図3)

図3 糖尿病治療者のHbA1c分布図



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、より積極的な保健指導が必要になります。

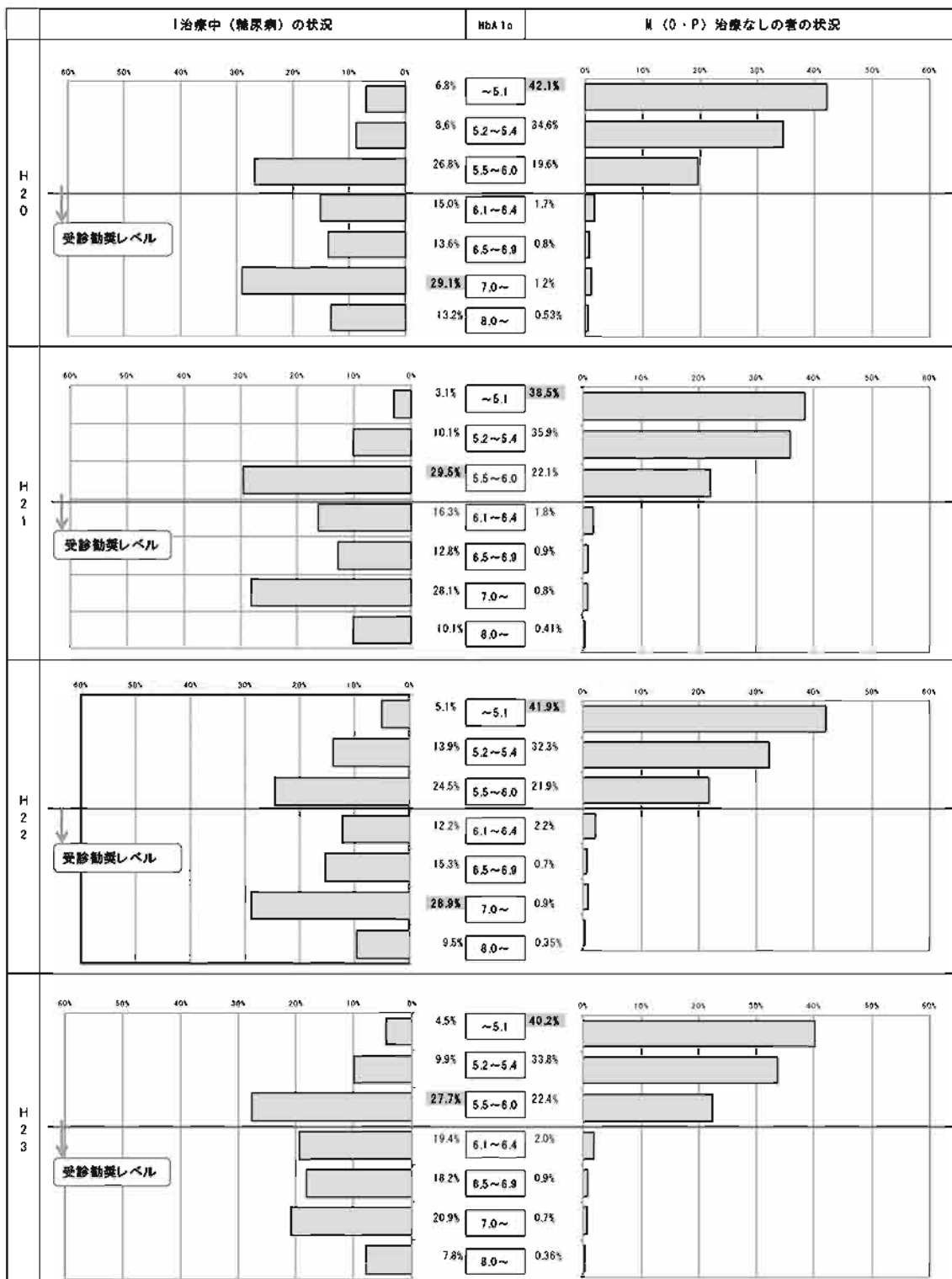
### iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(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されています。

南城市では、健診の結果、HbA1cが8.0%以上の人には、未受診者はもちろん、治療中の人にも、主治医と連携し、必要に応じて、保健指導を実施してきた結果、HbA1c8.0%以上の人の割合は3.0%までに低下しています。(図3)

図4 南城市国保特定健診受診者のHbA1cの状況



特に、治療中の人のHbA1c8.0以上の者はH20年13.2→H23年7.8%に半減したことから、今後も医療関係者と、南城市の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。



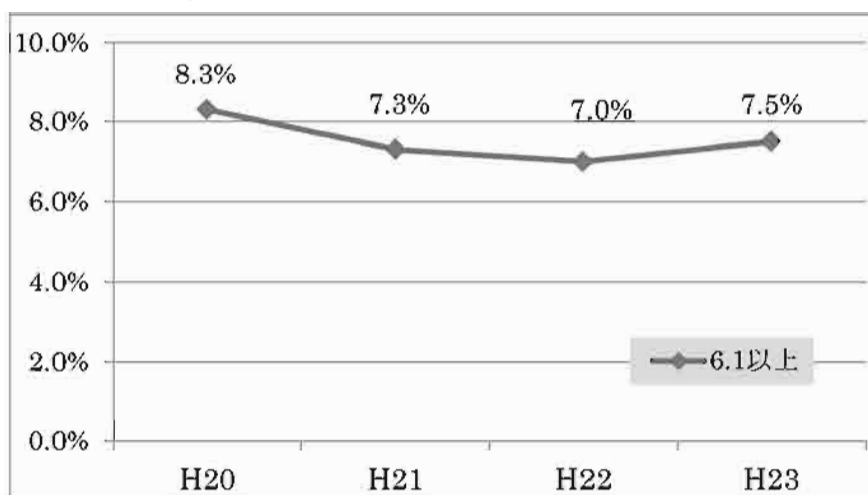
#### iv 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

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。

南城市の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年から減少しています。(図 5)

図 5 南城市の糖尿病有病者(HbA1c6.1%以上)の推移



しかし、南城市は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%の境界領域の割合が非常に高く、県内でも上位で推移しています。

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。

南城市においては、糖尿病発症予防の目的で糖尿病発症リスクの高い方(遺伝・メタボ・境界型等)を対象に、二次健診として 75g 糖負荷試験を実施しております。

H16~H23 年度の間に 1,082 名の方が検査され、インスリン分泌異常もない全くの正常者は男性 7%、女性 13%という状況でした。内臓脂肪症候群の方はインスリン抵抗性や高インスリン状態にあり、全くの正常者は殆どいない状況でした。血糖とインスリン分泌動態がわかるため、代謝の理解につながる大切な検査です。(図 6)

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。

### 参考) 糖尿病有病者・予備群の伸び率

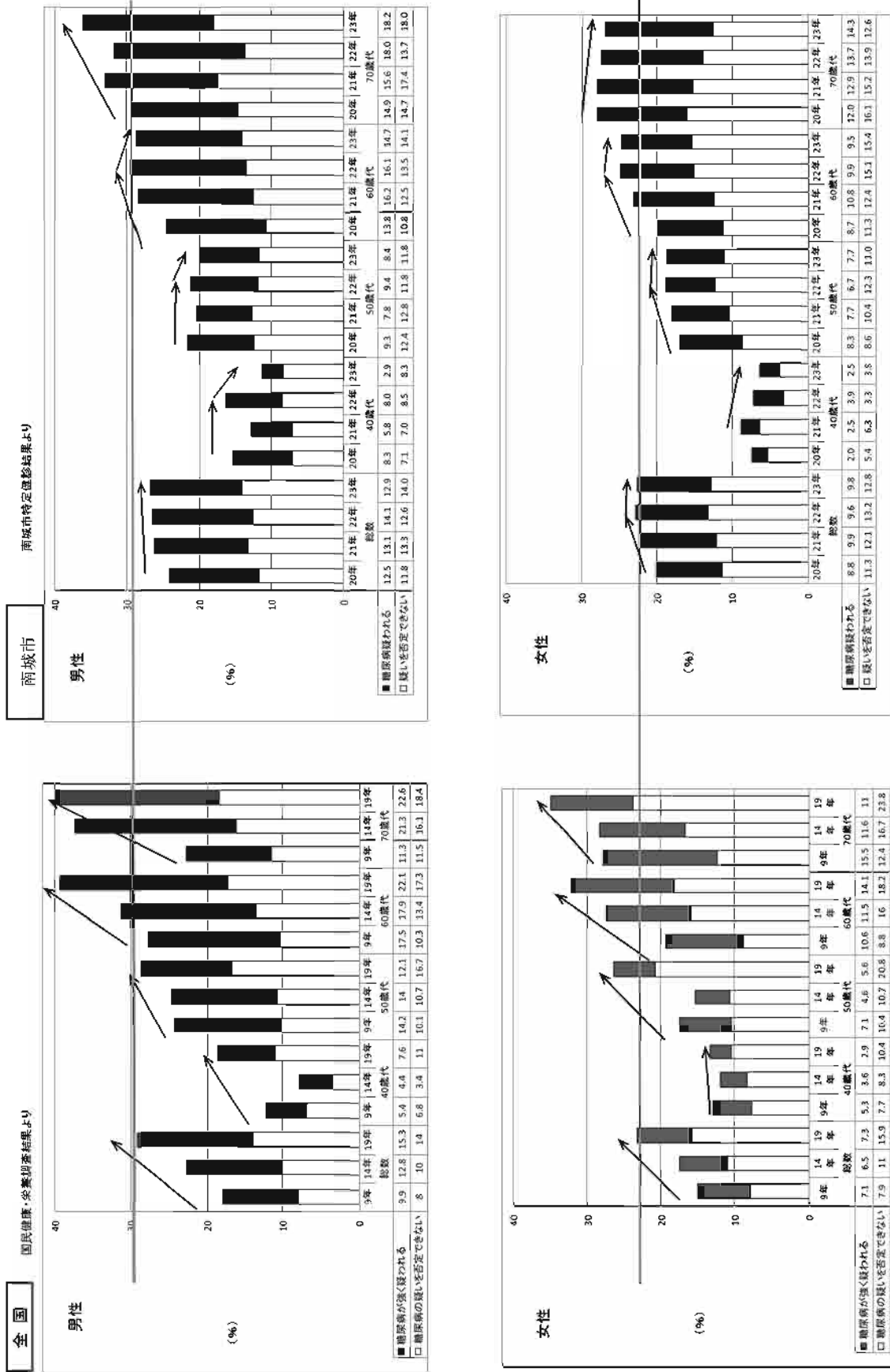


図6 南城市の75g糖負荷試験（二次健診）受診者の状況

H16～H23年受診者

①男性

		75g糖負荷試験調査・結果			正常型(再掲)			
		糖尿病型	境界型	正常型	インスリン抵抗性	分泌低下	高インスリン (総IRI 100以上)	全くの正常
男性 (564名)	人 割合	54 10%	192 34%	318 56%	48 9%	45 8%	276 87%	21 7%
HbA1c 5.1以下 (128名)		2 2%	34 27%	92 72%	7 8%	7 8%	83 90%	5 5%
5.2～5.5 (269名)		20 7%	81 30%	168 62%	28 17%	27 16%	145 86%	11 7%
5.6～6.0 (167名)		32 19%	77 46%	58 35%	13 22%	11 19%	48 83%	5 9%
内臓脂肪症候群 (229名)		39 17%	76 33%	126 55%	31 25%	2 2%	116 92%	5 4%

①女性

		75g糖負荷試験調査・結果			正常型(再掲)			
		糖尿病型	境界型	正常型	インスリン抵抗性	分泌低下	高インスリン (総IRI 100以上)	全くの正常
女性 (522名)	人 割合	22 4%	176 34%	324 62%	39 7%	27 5%	280 86%	31 10%
HbA1c 5.1以下 (79名)		0 0%	20 0%	59 0%	6 10%	2 3%	50 85%	7 12%
5.2～5.5 (250名)		5 0%	75 0%	170 0%	21 12%	12 7%	150 88%	16 9%
5.6～6.0 (193名)		17 0%	81 0%	95 0%	12 13%	13 14%	80 84%	8 8%
内臓脂肪症候群 (117名)		12 5%	51 22%	54 24%	15 28%	16 30%	53 98%	0 0%

糖負荷検査受診者の総インスリン量を判定区分ごとに見ると、糖尿病型の方でもインスリンの分泌量が保たれている方が多く、食事運動療法が有効な状態にありました。境界型・正常型の方はインスリン抵抗性・高インスリン状態を改善していく事で血管を守り、糖尿病を発症させないような取り組みが重要になります。

図7 H23年度 南城市の75g糖負荷試験（二次健診）受診者の状況

糖尿病の予防において大切なことが  
 特定健診項目だけで早期発見できるかどうか

NO	健診での状況					75g糖負荷試験の結果			
	性別	年代	メタボ該当者・予備群	BMI	特定健診でのHbA1c	糖尿病判定	高インスリン状態	インスリンが効きにくい状態	インスリンが遅れて出ている
1	男	50代	○	28.4	5.5	糖尿病型	○		○
2	男	40代	○	30	5.3	糖尿病型	○		○
3	男	60代		25.5	5.4	糖尿病型	○		○
4	男	60代	○	25.6	5.9	糖尿病型			○
5	男	40代		27.4	5.8	境界型	○	○	○
6	女	60代		24.1	5.9	境界型	○	○	○
7	男	50代	○	29.7	5.8	境界型	○	○	
8	男	60代	○	32.7	4.6	境界型	○	○	
9	男	50代	○	33.4	4.9	境界型	○	○	
10	男	60代	○	25.6	5.2	境界型	○	○	
11	女	60代	○	32.1	5.9	境界型	○	○	
12	女	40代	○	27.6	6	境界型	○	○	
13	男	60代		19.2	5.2	境界型	○	○	
14	女	50代		23	5.8	境界型	○	○	
15	女	60代		23.4	5.1	境界型	○	○	
16	男	50代		23.8	5.6	境界型	○	○	
17	男	60代	○	25.6	5.2	境界型	○		
18	男	40代	○	26	5.5	境界型	○		
19	男	60代	○	24.7	5.2	境界型	○		
20	男	60代		21.5	5.4	境界型	○		
21	男	60代		20.8	5.8	境界型	○		○
22	女	50代		21.9	5.2	境界型	○		○
23	男	50代		21.5	5.5	境界型	○		○
24	男	60代	○	25.5	5.3	境界型	○		○
25	男	40代		23.8	5.6	境界型			○
26	女	60代		19.3	5.4	境界型			○
27	男	50代		20.6	5.7	境界型			○
28	男	60代	○	29.5	5.6	正常型	○	○	
29	男	60代	○	25.1	5.4	正常型	○	○	
30	女	60代	○	24.5	5.7	正常型	○	○	
31	男	40代	○	24	4.7	正常型	○	○	
32	女	60代	○	31.9	5.5	正常型	○	○	
33	男	40代		23.7	5.4	正常型	○	○	
34	女	60代		23.8	5.7	正常型	○	○	
35	女	50代		24.9	5.5	正常型	○	○	
36	女	60代	○	27.1	5.3	正常型	○		
37	男	60代	○	25.1	5.1	正常型	○		
38	女	50代	○	28.9	5.6	正常型	○		
39	女	60代	○	31.6	5.4	正常型	○		
40	女	50代		23.1	5.5	正常型	○		
41	女	30代		19.4	5.2	正常型	○		
42	男	30代		24.6	4.7	正常型	○		
43	男	50代		28.8	5.3	正常型	○		
44	女	60代		22.5	5.6	正常型	○		
45	男	60代		23.4	5.3	正常型	○		
46	女	60代		18	5.1	正常型	○		
47	女	60代		21.3	5.7	正常型	○		
48	女	60代		19.5	5.7	正常型	○		
49	女	60代		22.5	5.7	正常型	○		
50	女	50代		23.2	5.8	正常型	○		
51	女	60代		23.8	5.1	正常型	○		
52	女	60代		20.2	5.7	正常型	○		
53	女	60代		19.3	5.5	正常型	○		
54	女	60代		23.8	5.5	正常型	○		
55	女	60代		19.8	5.5	正常型	○		
56	女	40代		24.2	5.8	正常型	○		
57	男	60代		23.5	5.5	正常型	○		○
58	男	60代	○	25.8	5.6	正常型			○
59	女	60代		22.4	5.9	正常型			○
60	女	60代		20.1	5.7	正常型			○
61	男	50代		22.4	5.5	正常型			○
62	男	60代		22.4	5.6	正常型			
63	女	50代		19.7	5.3	正常型			
64	女	30代		19.1	5.2	正常型			
65	男	60代		20.2	5.6	正常型			
66	男	60代		23.2	5.7	正常型			
67	男	60代		18.1	5.3	正常型			
68	女	40代		24.5	4.9	正常型			

75g糖負荷試験の重要性を学会では提起していません

糖尿病型を発見  
4名(5.9%)

境界型を発見  
23名(33.8%)

高インスリン状態  
30名(44.1%)

インスリンが遅れて出ている  
5名(7.4%)

正常な方  
7名(10.3%)

健診では  
糖程度異常  
(HbA1c  
か血糖)  
62名

平成23年度に糖負荷試験を68名の方が受診され、糖尿病型4名、境界型23名の方が発見されました。

正常型でもインスリンの分泌異常をきたしている方が多く、全くの正常者は7名(10%)でした。

インスリンの分泌異常があると膵臓を疲弊させ、糖尿病になってしまったり、過剰に分泌されているインスリンが血管変化(動脈硬化)を進展させるため、インスリンを守るための学習が必要になります。

腹囲が大きい方の年代別総インスリン量をみると、若い年代程インスリン分泌量が多いが、年を取っても 9 割以上の方が高インスリン状態にあった。(図 8)

膵臓の機能(β細胞の数)は 20 代頃までの成長過程で決まる。過剰な脂肪の蓄積によりインスリンの分泌が過度に刺激され続けると、膵臓の細胞死を招きインスリンの分泌が低下していくため、若い頃からインスリンを使いすぎて膵臓を疲弊させる生活習慣を見直し、インスリンを守るための学習が必要です。

図 8 南城市の 75g 糖負荷試験受診者の年代別インスリン分泌状況

腹 囲	男85cm以上 女90cm以上		694名		総インスリン量						総計
	50未満		50～99		100以上		100以上内訳				
							100～199		200以上		
20代					7	100.0%	1	14.3%	6	85.7%	7
30代					39	100.0%	10	25.6%	29	74.4%	39
40代	1	1.1%	8	9.0%	80	89.9%	24	27.0%	56	62.9%	89
50代	2	1.0%	17	8.3%	186	90.7%	55	26.8%	131	63.9%	205
60代	1	0.3%	25	7.5%	307	92.2%	102	30.6%	205	61.6%	333
総計	4	0.6%	51	7.3%	639	92.1%	197	28.4%	442	63.7%	694

#### 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

- ・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  
   家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- ・二次健診（75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）
- ・糖尿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

## (4) 次世代の健康

### ① はじめに

生涯を通じすこやかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子供の頃からの健康、次世代の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うと共に、子供の健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期・高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していく事ができます。また子供が成長し、やがて親となりその次の世代をはぐくむという循環においても子供の健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

今回、健康なんじょう21計画の対象が乳幼児期からライフステージに応じた全市民に及ぶことから、胎児期（妊娠期）を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置づけます。

### ② 基本的な考え方

#### i 生活習慣病予防

子供の頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008年）も提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

#### ii 生活習慣の確立

子供の健やかな生活習慣の形成の状況については、子供の体重（全出生数中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子供の割合）や生活習慣（朝・昼・夕の三食を必ず食べる事に気をつけて食事をしている子供の割合、食事を一人で食べる子供の割合）う歯有病状況、運動やスポーツ習慣などで確認ができます。

また子供の健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20歳代の女性のやせ、肥満の減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

### ③ 現状と目標

#### i 適正体重の子供の増加

##### (ア) 低出生体重児の割合の減少

低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで俊約遺伝子によって作られた体（体質）と、生まれてからの環境（過剰な栄養摂取など）が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

妊娠期から適正な生活習慣で自分のからだに合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの異常を予防することは、低体重児の予防につながります。（図1）

図1 低出生体重児の予防・生活習慣病予防の流れ

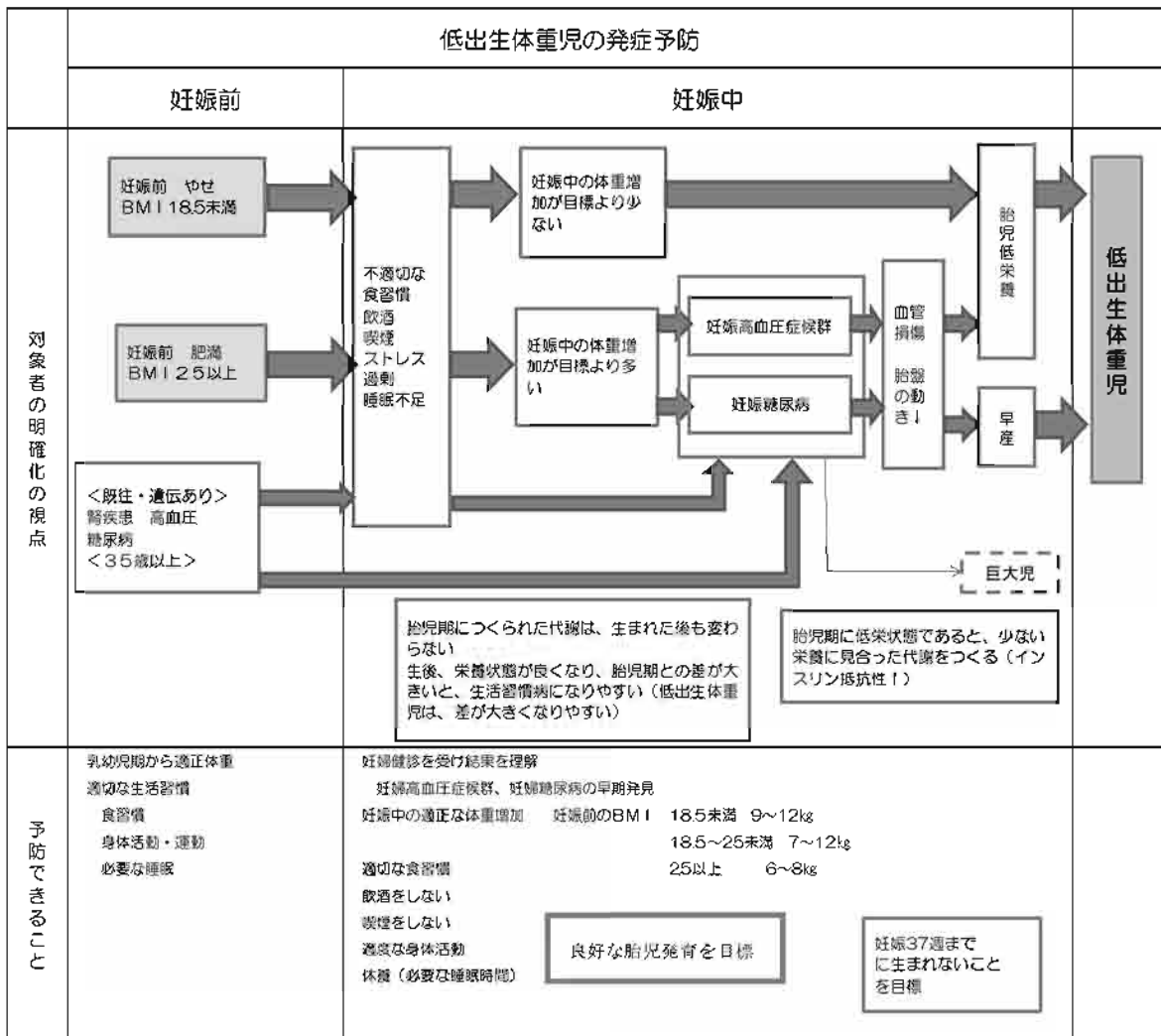
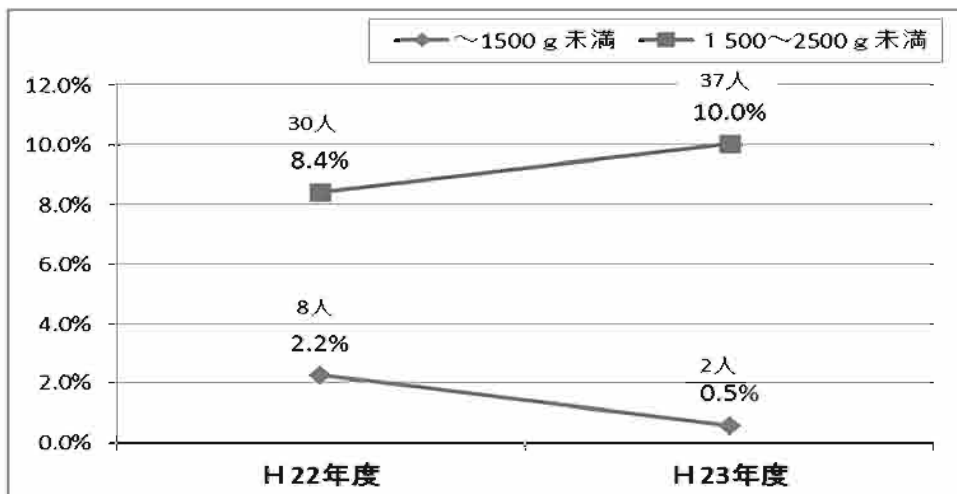


表3 南城市の低出生体重児・極低出生体重児(再掲)の割合の推移



南城市では、毎年約 40 人が低出生体重の状態生まれており、全国に比べ多い割合です。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とともに、低出生体重児予防のために、ハイリスクとなる妊娠期の実態をとらえ、妊婦への支援が必要と考えます。(表 3)

### 1) 出生週数と胎児の発育

低出生体重児のこの出生週数をみると、正期産にもかかわらず低体重であった子が 69.2% でした。何らかの要因で十分発育が出来なかったと考えられますが、妊娠の背景を見ていく必要があります。

#### 低出生体重児の在胎週数区分

南城市H23年度出生より

	合計	34週未満		34～37週未満		37週～42週	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
全数	370	3	0.8%	22	5.9%	339	91.6%
(再掲) 低出生体重児	39	3	7.7%	9	23.1%	27	69.2%

### 2) 母の妊娠前の体格と出生時の体重

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。体格がやせ(BMI18.5未満)の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと言われていいます。やせの割合は 14.9%と全国(19.6%)に比べて低い状況です。低出生体重児を出産した母の体格をみるとやせの割合が多くなっています。低出生予防のためにもやせの妊婦に対して胎児が発育できる環境を整えられる支援が必要です。

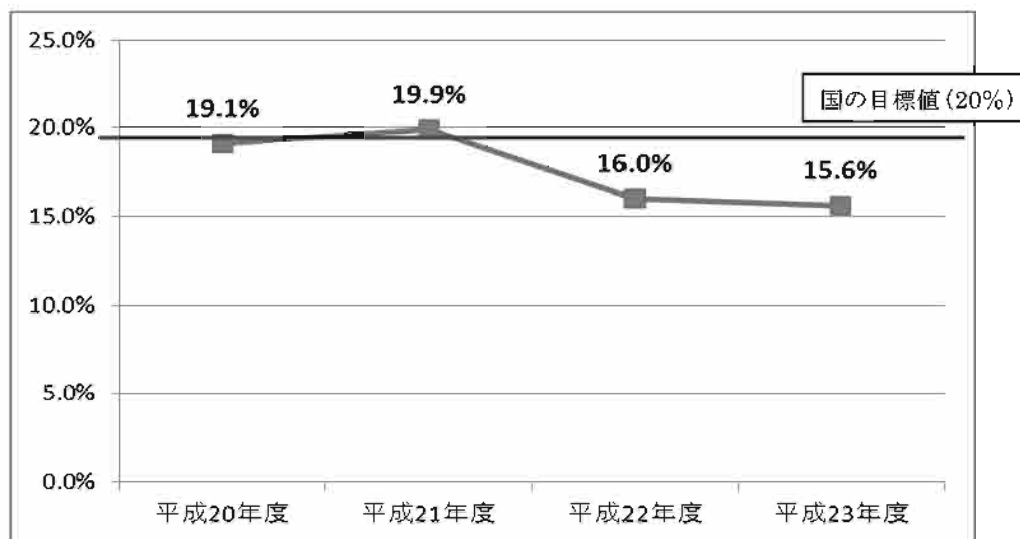
また、体格が肥満の妊婦については、妊娠高血圧症候群などのリスクが高く、発症すると胎児の発育に影響するため予防が重要です。肥満妊婦の割合は 8.7%と全国(8.3%)より高い状態です。

表2 妊娠前の体格と児の出生体重

	妊娠前の体格(BMI)						
	やせ		適正体重		肥満		
	BMI18.5未満 人数	割合	BMI18.5～25未満 人数	割合	BMI25以上 人数	割合	
南城市(平成23年生まれ) 母308人のデータ	49	15.9%	232	75.3%	27	8.7%	
全国(平成22年乳幼児身育調査)		19.6%		72.0%		8.3%	
(再掲)	低出生体重児(38人/45人)	9	23.6%	28	73.6%	1	2.6%
	正常・巨大児	40	14.8%	204	75.5%	26	9.6%



表2 妊娠直前のやせの人（BMI18.5未満）の推移



### 3) 母の妊娠中の体重増加

胎児が発育するためには、妊娠前の体格(BMI)にあった目標体重増加量に、母が体重を増やす必要があります。

母の妊娠中の体重増加量が目標体重より少なかった人は全体で14.3%でしたが、やせの母は18.4%が目標体重より少ない状況でした。逆に目標体重より多い人は全体で40.9%、肥満の母をみると48%が目標体重より多く体重が増えています。

体重が増えている背景には、食事量が増えたり、間食が多かったり、食事内容に偏りがあるのではないかと考えられますが実態が十分つかめていません。

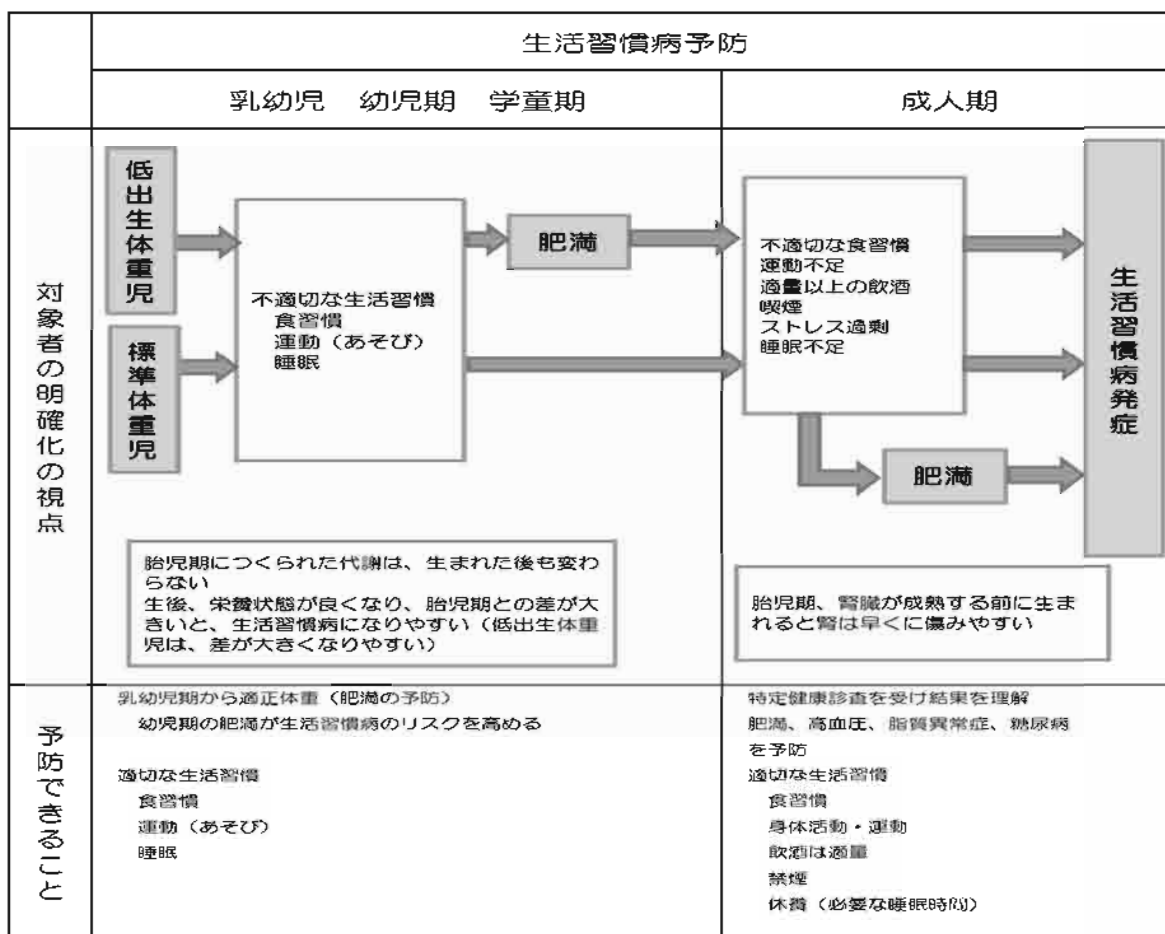
今後は妊婦の食について実態を把握し、妊婦が自分のからだにあった体重増加について理解して必要な栄養をとり体重を増加していくための支援が必要です。

表3 妊娠中の体重増加量と妊娠前の体格

妊娠前のBMI		(参考値) 目標体重増加量	目標体重より少ない		目標体重以内		目標体重より多い		合計
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
出生308人			44	14.3%	138	44.8%	126	40.9%	308
(再掲)	やせ	BMI18.5未満 9~12kg	9	18.4%	19	38.8%	21	42.9%	49
	適正体重	BMI18.5~ 25未満 7~12kg	25	10.4%	115	49.6%	92	39.7%	232
	肥満	BMI25以上 6~8kg	10	37%	4	14.8%	13	48.1%	27
再掲	低出生体重児の母		14	36.8%	14	36.8%	10	26.3%	38

ii 肥満傾向にある子供の割合の減少

図3 出生から生活習慣病予防の流れ



1) 乳幼児期の肥満

子供の肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になる確率が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

特に低出生体重児の場合は将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し15%以上、学童では20%以上の体重の場合をいいます。

南城市においては、3歳児の肥満率が増加傾向にあり、県平均より高い割合になっています。

3歳児健康診査における肥満状況（肥満度15%以上）

	H21年度		H22年度		H23年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
南城市	13	3.7%	9	4.4%	10	4.5%
沖縄県	504	4.1%	495	3.8%	509	3.6%

沖縄県小児保健協会集計より

2) 学童の状況

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。

南城市では、肥満傾向児の統計がローレル指数での判定になっているため、全国の肥満度との比較が難しい状況です。

国の指標となっている小学校5年生(10歳)の比較には、南城市はサンプル校における肥満度を用いました。市の肥満傾向児は、男女とも全国や県より、出現率が高くなっています。(表4)

ローレル判定による肥満傾向児の出現率経年の変化では、男子のほうが女子より高い割合で推移しています。女子は横ばいです。(表5)

表4 平成22年度 都道府県別 肥満傾向児の出現率

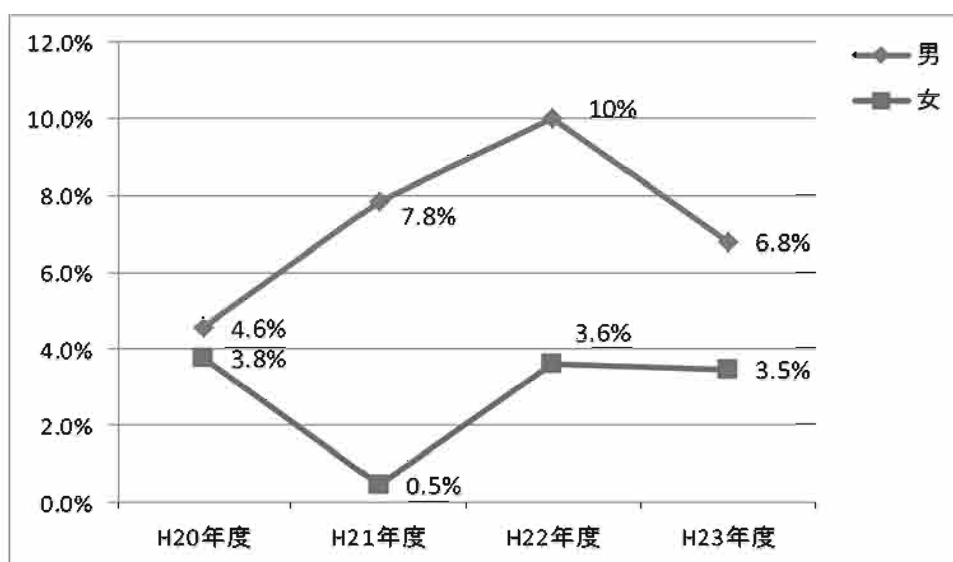
表4 平成22年度 都道府県別 肥満傾向児の出現率  
学校保健統計調査

	小学校5年生				
	男子	女子			
1	南 城 市	19.10	南 城 市	13.10	1
2	北 海 道	18.43	青 森	12.64	2
3	山 形	18.01	岩 手	12.42	3
4	徳 島	15.82	宮 城	11.76	4
5	岩 手	14.33	栃 木	11.68	5
6	群 馬	13.56	茨 崎	11.10	6
7	大 田	13.32	北 海 道	10.89	7
8	大 分	13.31	秋 田	10.46	8
9	宮 城	13.07	群 馬	10.37	9
10	青 森	12.55	福 島	10.28	10
11	山 梨	12.36	愛 媛	9.66	11
12	宮 崎	12.17	三 重	9.58	12
13	愛 媛	12.16	沖 縄	9.48	13
14	栃 木	12.15	山 形	9.36	14
15	茨 城	12.14	熊 本	9.34	15
16	福 島	11.81	東 京	9.31	16
17	沖 縄	11.81	福 岡	8.81	17
18	静 岡	11.69	佐 賀	8.79	18
19	富 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	鳥 根	9.66	福 井	7.03	33
34	熊 本	9.20	鳥 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

(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。

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

表5 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移



※ 肥満傾向児とは、ローレル指数160以上の者である

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、今後は保健指導が必要な児を明確にするための、統計のあり方等を養護教諭と検討していく必要があります。

#### ④ 対策

##### i 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。

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。

南城市では学齢期には、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、H23年度モデル校において生活習慣病予防健診を実施しました。肥満児が多く、高インスリン19%、血圧に異常が見られた児童が16%、肝機能異常が5%という状況であり、子供の内からの生活習慣病予防対策が必要であり、特に肥満児へのアプローチが重要であると考えます。(表8)

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行い、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。



### 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。

南城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。(図1)

南城市の食環境も、ここ数年でコンビニや24時間営業の大型スーパーが出来るなど変化し、お総菜売り場には天ぷら・フライ等の揚げ物、オードブルが日常的に販売される環境にあるなど、環境の変化や習慣・文化の影響を多様に受けています。

生活習慣病予防の実現のためには、南城市の特性を踏まえ、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

がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣の発祥予防には、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と、適正な量と質の栄養素の摂取が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果が血液の質(健診結果)につながります。代謝などの体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、細胞での代謝活動を最適の状態にするために、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援することを基本にします。

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、発揮できるよう支援します。

図 1



### ③ 現状と目標

#### ア 適正体重を維持している人の増加

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。

体重は、ライフステージをとおして、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	出生児	小学校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23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)	17.4% (平成22年)
市の現状	15.60%	10.00%	把握不可	39.8	35.4	10.7
	(平成23年度)					
データソース	妊娠届出時	人口動態統計		特定健診結果		

1. 20～60歳代男性の肥満者の割合の減少

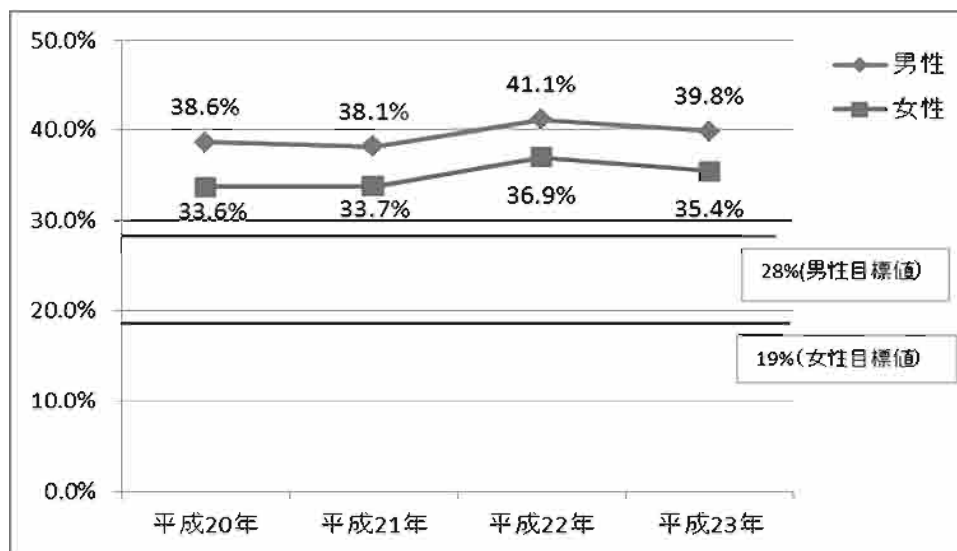
2. 40～60歳代女性の肥満者の割合の減少

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。

南城市の20～60歳代男性の肥満者、40～60歳代女性の肥満者の割合はいずれも横ばいですが、どちらも平成34年度の目標値をかなり上回っており肥満者が減少していない状況です。(図2)



図2 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



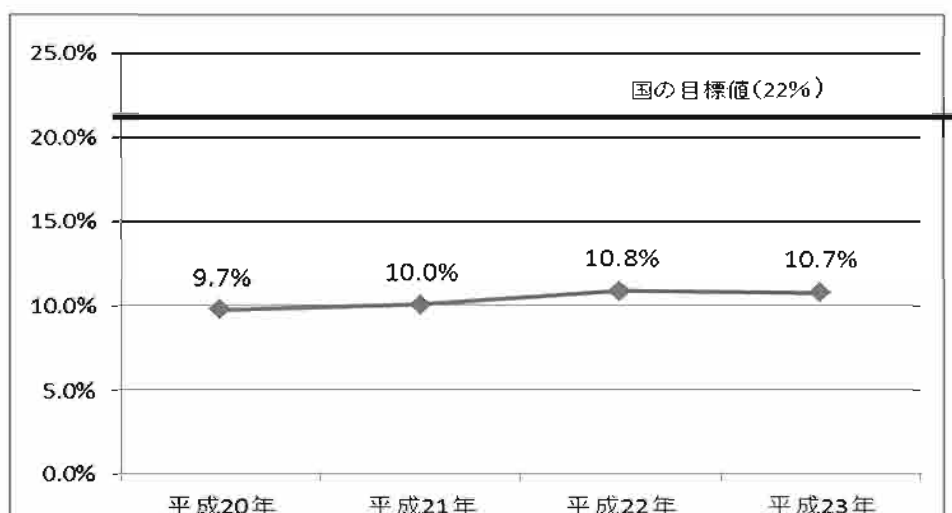
### 3. 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

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。

南城市の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。本市においては、肥満高齢者が多い状況にあります。（図3）

図3 65歳以上のBMI20以下の割合の推移



## イ 適切な量と質の食事をとる者の増加

### (ア) 高脂肪食

H18～22年の5年分の国民健康・栄養調査結果において、沖縄県の脂質エネルギー比は29.4%という結果が出ました。理想的な脂質エネルギー比は20～25%ですが、沖縄県はS47年以降25%以上で高脂肪の食生活が続いています。脂質は1g = 9kcalで炭水化物や蛋白質に比べ2倍以上のエネルギー源です。消費されなかった分は脂肪細胞に蓄えられ肥満の原因となります。

図4【南城市民の食べ方】

あぶら●：あぶらを含むもの

	43才 男性		44才 男性		52才 女性		60才 男性		67才 女性	
	食事内容	あぶら	食事内容	あぶら	食事内容	あぶら	食事内容	あぶら	食事内容	あぶら
朝食	ごはん		おにぎり		コーヒー		ごはん		トースト	
	汁(ホーク)	●	カロリーメイト	●			みそ汁(豆腐)	●	卵焼き	●
	卵焼き	●	牛乳	●			温野菜(ごまドレ)	●	キャンベルスープ	●
	チャンプルー	●					チキン唐揚げ	●	サラダ	●
昼食	バターロール	●	【弁当】		ごはん		カップ麺	●	沖縄そば	●
	焼きそば	●	ごはん		汁(ホーク、卵)	●	温野菜(ごまドレ)	●		
			チャンプルー	●	チャンプルー	●	キムチ			
			卵焼き	●						
夕食			チキンカツ	●						
	ごはん		ごはん		ごはん		温野菜(ごまドレ)	●	タコライス	●
	汁(ホーク)	●	鯖の煮つけ		汁(ホーク、卵)	●	揚げ豆腐	●	中味汁	●
	さしみ		汁		チャンプルー	●	さしみ		あえもの	
	チャンプルー	●			焼肉	●	鯖のみぞれ煮			
間食	鯖の煮つけ						汁(豆腐)	●		
	缶コーヒー		缶コーヒー		トースト(バター)	●	バナナ		砂糖天ぷら	●
	バターロール	●	チキン唐揚げ	●	コーヒー					
		ポテトチップス	●	ぼたぼた焼き						
チョコウエハース	●									
基準脂質量	85g		47g		47g		47g		38g	
摂取脂質量	147.4g		131g		69.4g		69.4g		104.2g	

高脂肪食の原因として、

#### ① 料理方法

おかずはチャンプルーが主。サラダにはマヨネーズ・ごまドレッシング、焼き魚はフライパンで油で焼く、汁にラードやごま油を入れる(風味づけ、葉野菜をやわらかく)、市販弁当は天ぷら・フライ・炒め物と、日常的にほとんどの料理に油を使う。

#### ② 食材・間食からの見えないあぶら

豆腐、ポーク、シーチキン、コンビーフ、缶詰類、菓子パン、スナック菓子、チョコレート、アイスクリーム等普段食べているものにどれくらいのあぶらが含まれているのかわからない。

南城市の住民の食生活を見てもあぶらを使った料理が主。自分の体・動きにあった油脂の目安量、その範囲内で料理方法や食材・間食の中身の選択ができるための情報提供や学習が必要です。(図4)

(イ) 野菜が少ない

わたしたちの体が元気で生き続けているのは、体のひとつひとつの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。そのひとつひとつの細胞に必要な材料（栄養素、水分、酸素）を入れるためには、特にビタミンAやC、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。また、食物繊維が含まれていることが『1日350g以上の野菜を食べましょう』という目標に繋がっていきます。食事に野菜が入ることで口の中で噛み、噛む事で満腹中枢が刺激されます。胃袋の満足感にも繋がります、腸ではあぶらや糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児や子供の成長にも必要で、大変重要な食材です。

**野菜350gシリーズ①**  
野菜を食べなかったら、何パーセント栄養素が取れないか

血液中の物質名 (100cc中の単位)		細胞				大腸菌		腸の中		腸の中		腸の中	
		ビタミンA	葉酸	ビタミンC	ビタミンE	食物繊維	ビタミンB6	カリウム	マグネシウム	鉄	カルシウム	炭水化物	
標準量 (40代生活強度Ⅱ)	男	850	240	100	7.0	19以上	1.4	2500	370	7.5	650	310	
	女	700			6.5	17以上	1.1	2000	290	11.0		260	
野菜からとれる栄養素の比率		75%	60%	50%	50%	40%	25%	35%	30%	30%	20%	5%	
1群	牛乳・卵	15%	6%	1%	15%	0%	7%	10%	8%	10%	35%	3%	
2群	魚・肉・大豆製品	1%	4%	1%	20%	2%	20%	15%	20%	20%	20%	1%	
3群	いも	0	4%	20%	2%	7%	10%	10%	6%	5%	1%	6%	
	果物	10%	5%	20%	10%	10%	5%	7%	4%	2%	4%	7%	
1～4群の合計		1005	556	156	5.3	17.4	1.53	3564	334	8.8	658	311.1	

南城市（沖縄県）では1年を通して野菜が作れ豊富に手に入る環境があります。（図5）沖縄県の野菜の摂取量は男性266g（45位）、女性249g（44位）と推奨量の350gより少ない状況にあります。家計調査によると、人参・ピーマン以外の野菜は購入量が少ない状況にあります。（表2）

表2【沖縄県の野菜の購入量】

総務省「家計調査」H21～H23年平均 母数50市の状況

	ほうれん草	ねぎ	ブロッコリー	にんじん	かぼちゃ	トマト	ピーマン
順位	42位	51位	51位	1位	51位	51位	1位

	ごぼう	もやし	キャベツ	レタス	白菜	大根	玉ねぎ	きゅうり	なす
順位	51位	31位	51位	17位	51位	26位	25位	51位	51位

図5【南城市の野菜収穫カレンダー】

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
さやいんげん												
オクラ												
ゴーヤー												
ピーマン												
キャベツ												
レタス												
きゅうり												
かぼちゃ												
冬瓜												
へちま												
なす												
トマト												
クレソン												
ほうれん草												
モロヘイヤ												
玉ねぎ												
人参												
チンゲン菜												

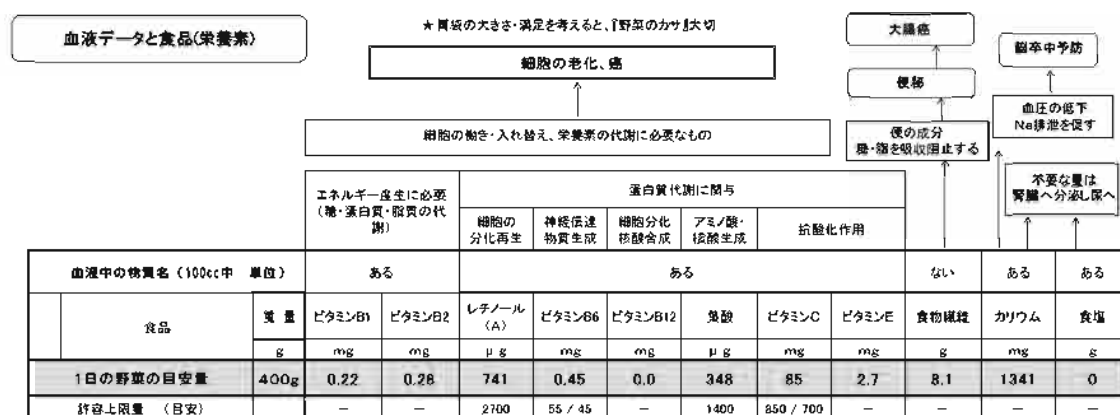
南城市民の野菜の食べ方をみると、9人中4人は野菜の摂取量が少ない状況にありました。また野菜を350g以上摂れている方も、食物繊維・ビタミン類が十分摂れていない状況にありました。日常利用するキャベツ・人参・大根・玉ねぎだけでは必要な栄養素を補いきれず、野菜を350g摂りましょうと情報提供するだけでは不十分だと考えられます。(表3 表4)また、この野菜の料理方法がほとんど油を使用していることも、脂質摂取過剰の要因となります。

野菜が少ない背景には、欠食・価格(肉や魚に比べ高い)・下処理に手間がかかり面倒・偏食が考えられ、野菜を食べる必要性を理解するための学習や、野菜を好きになる味覚の形成のため離乳食の時期から重点的に関わる(乳幼児健診等)ことが必要です。

表3【南城市民の野菜の食べ方】

	44才男性	60才男性	60才男性	52才女性	64才女性	67才女性	71才女性	43才男性	56才女性
	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容	食事内容
緑黄色野菜		ねぎ	サニレタス		人参	トマト	トマト	大根葉	サニレタス
		ほうれん草	山東菜		ニラ		人参	人参	人参
		南瓜	人参		トマト		*青汁		
その他の野菜	キャベツ	大根	大根	もやし	キャベツ	コーン	レタス	大根	サラダ菜
	もやし		白菜	キャベツ	玉ねぎ	レタス	玉ねぎ		レタス
			キャベツ	玉ねぎ	きゅうり	きゅうり	キャベツ		なす
					大根	大根			大根
					白菜				きゅうり
					長ネギ				玉ねぎ
野菜の量	120g	411g	610g	320g	615g	336g	140g	830g	460g
食物繊維量	2.1g	18.9g	10.1g	4.82g	9.2g	4.5g	2.0g	25.3g	6.1g

表4【南城市民の野菜の食べ方】



【64歳 女性】

食品	重量	ある		ある					ない		ある	ある
		重量	ビタミンB1	ビタミンB2	レチノール(A)	ビタミンB6	ビタミンB12	葉酸	ビタミンC	ビタミンE	食物繊維	カリウム
	g	mg	mg	μg	mg	mg	μg	mg	mg	g	mg	g
緑黄色野菜												
人参	60	0.02	0.02	408	0.07	0.0	14	2	0.3	1.5	162	0.0
ニラ	10	0.01	0.01	29	0.02	0.0	10	2	0.3	0.3	51	0.0
トマト	125	0.06	0.03	56	0.10	0.0	28	19	1.1	1.3	263	0.0
ピーマン	20	0.01	0.01	0	0.04	0.0	5	15	0.2	0.5	38	0.0
キャベツ	30	0.01	0.01	1	0.03	0.0	23	12	0.0	0.5	80	0.0
玉ねぎ	80	0.02	0.01	0	0.13	0.0	13	8	0.1	1.3	120	0.0
淡色野菜												
きゅうり	30	0.01	0.01	8	0.02	0.0	8	4	0.1	0.3	60	0.0
大根	200	0.04	0.02	0	0.10	0.0	66	24	0.0	2.8	460	0.0
白菜	10	0.00	0.00	0	0.01	0.0	6	2	0.0	0.1	22	0.0
もやし	30	0.01	0.02	0	0.02	0.0	12	2	0.0	0.4	83	0.0
長ネギ	20	0.01	0.01	0	0.00	0.0	11	2	0.0	0.4	38	0.0
合計	615	0.20	0.15	502	0.54	0.0	196	90	2.1	9.4	1355	0.0

【67歳 女性】

食品	重量	ある		ある					ない		ある	ある
		重量	ビタミンB1	ビタミンB2	レチノール(A)	ビタミンB6	ビタミンB12	葉酸	ビタミンC	ビタミンE	食物繊維	カリウム
	g	mg	mg	μg	mg	mg	μg	mg	mg	g	mg	g
緑黄色野菜												
トマト	70	0.04	0.01	32	0.06	0.00	15	11	0.6	0.7	147	0.0
コーン	38	0.01	0.02	1	0.02	0.00	7	2	0.0	1.1	104	0.0
淡色野菜												
レタス	90	0.05	0.03	0	0.05	0.00	66	5	0.3	1.0	180	0.0
きゅうり	70	0.02	0.02	20	0.04	0.00	18	10	0.2	0.8	140	0.0
大根	70	0.01	0.01	0	0.04	0.00	23	8	0.0	1.0	161	0.0
合計	336	0.13	0.09	53	0.21	0.00	129	36	1.1	4.6	732	0.0

(ウ) 情報による食の選択

食環境の目標・評価として国は、「食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加」を置いています。

N市の食環境は、ここ数年でコンビニや24時間営業のスーパーが次々にオープン。お総菜売り場には天ぷら・フライ等の揚げ物、オールドブルが日常的に店頭で販売されている。

外国製のお菓子の品揃えが豊富で、特にチョコレート系は買い置きしてある家庭が多い。菓子パンは曜日やタイムセールで日常的に安売りしており、常備する家庭も多い。ツナ缶・ポーク缶・コンビーフ缶は箱買い。お中元やお歳暮での貰い物も多いが、一年中特安売りになっている。

このような食環境があることから、個の健診結果⇔個(家)の食習慣⇔地域の食習慣を結びつけ、選択力を身につける事が必要であり、市民が日常よく食べている食品中の脂・糖分・塩分・食物繊維の見当をつけ、自分に合ったものを楽しく選択することができる力を養う必要があると考えます。

#### 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

ライフステージに対応した栄養指導

- ・妊婦健康相談（親子健康手帳発行時）妊婦教室（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・学童期の生活習慣病健診
- ・食生活改善推進員教育事業（青年期・壮年期・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、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）

- ・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

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との課題の共有
- ・学齢期の生活習慣病健診導入に向けた検討



ライフステージごとの食品の目安量

食品	妊婦						授乳期		乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		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 血圧 尿糖+	妊娠高 血圧 尿糖-	妊娠高血圧症候 群 尿糖+ 以上	授乳期	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳	12~14歳	15~17歳	成人	70歳以上						
第1群 乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	400	400	400	400	400	400	400	200	200						
	卵	50	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	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50						
	肉類	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50						
第3群 いも類	大豆製品 1/4丁 110g	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	110	110						
	緑黄色野菜	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	150	150						
第4群 穀類	淡色野菜	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250						
	いも類	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100						
第5群 果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal						
	きのこ	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50						
第6群 海藻	のり	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50						
	穀類	ご飯3杯 (450g)	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200						
第7群 塩菜類	油大さじ1.5 (18g)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20						
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20						
第8群 酒類(アルコール)	酒類	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20						



## (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に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追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。

### 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。

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、夏場は日中暑くて運動に適した条件化にないため、早朝・夜間に安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

## 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)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も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。

## iii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

南城市の要介護認定者数は平成23年3月には、1,582人となり、1号被保険者に対する割合は16.8%となっています。

平成18年10月の要介護認定者数1,266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。

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・幼児園児	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、大腸骨・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	平衡感覚 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 上踏ませの完成										
運動	園での遊び	体育の授業				運動習慣者の割合が低い					
		スポーツ少年団	部活動								
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

また、運動器疾患の発症予防や、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、様々な方法がありますが、安全に筋力強化の出来る運動の指導などを強化して実施していきます。

#### 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勸奨
    - 65歳以上の体力づくり教室・がんじゅう教室・スポーツ推進事業 等
  
- iii 運動をしやすい環境の整備
  - ・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、誰でも気軽に行えるよう施設の有効活用や周知活動（民間施設の利用など）

### (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

南城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は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、アルコール量の確認を実施していきます。

また、飲酒量と関係が深い健診データである $\gamma$ -GTは、異常者の割合が横ばいです。(表2)

表2  $\gamma$ -GT異常者の推移

$\gamma$ -GTが保健指導判定値者の割合(51以上)

	平成20	平成21	平成22	平成23
男性	25.8%	26.4%	26.6%	27.9%
女性	9.9%	10.1%	9.2%	9.4%

γ-GTが受診勧奨判定値者の割合(101以上)

	平成20	平成21	平成22	平成23
男性	8.2%	9.0%	9.8%	9.6%
女性	1.8%	2.9%	2.1%	2.3%

飲酒状況の確認ができた男性 673 名中、毎日 1 合以上飲酒する者（多量飲酒量は確認できないため）271 名と全体の有所見状況を比較した。飲酒者は中性脂肪、血圧、尿酸値、肝機能の有所見率が高くなっている。（表 3）

飲酒は肝臓のみならず、脂質異常症、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。

表 3 毎日 1 合以上飲酒者の検査項目別有所見割合(平成 23 年度)

①男性

	総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当		人数	割合	低HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
全体	1,936	100%	537	27.7%	381	19.7%	782	40.4%	192	9.9%	627	32.4%
飲酒者(1合以上)	271	14.0%	64	23.6%	57	21.0%	87	32.1%	12	4.4%	92	33.9%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値～Ⅰ度		Ⅱ～Ⅲ度		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
1,003	51.8%	197	10.2%	321	16.6%	29	1.5%	879	45.4%	147	7.6%	538	27.8%
107	39.5%	20	7.4%	46	17.0%	2	0.7%	103	38.0%	16	5.9%	82	30.3%

肝機能						eGFR		心電図	
γ-GT		AST		ALT		人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合				
540	27.9%	326	16.8%	480	24.8%	371	19.2%	97	5.0%
116	42.8%	67	24.7%	68	25.1%	31	11.4%	12	4.4%

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、妊婦教室、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

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、南城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。

### 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。

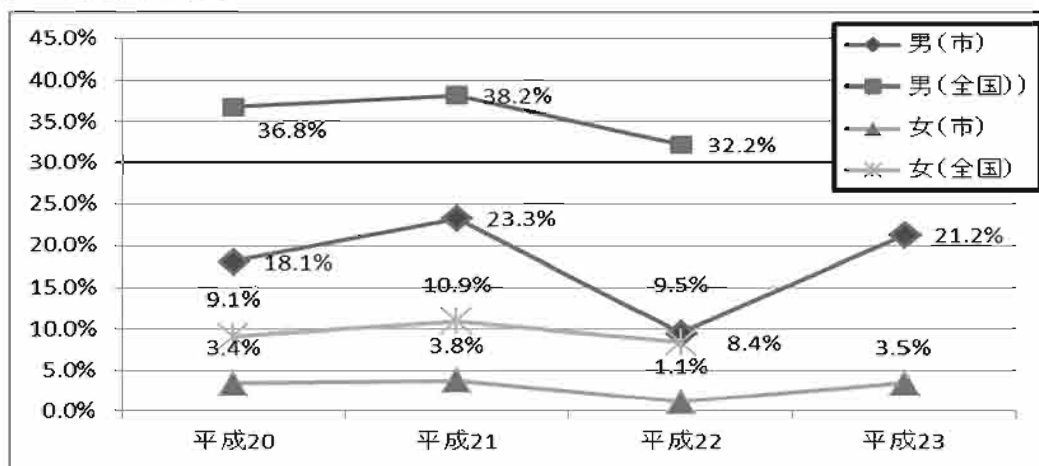
喫煙と受動喫煙は、いずれも多くての疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

### 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。南城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。(表1)

表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、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等)

#### ii 禁煙支援の推進

- ・健康診査、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

## (5) 歯・口腔の健康

### ①はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

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。

### 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の3点を目標項目とします。

#### i 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。

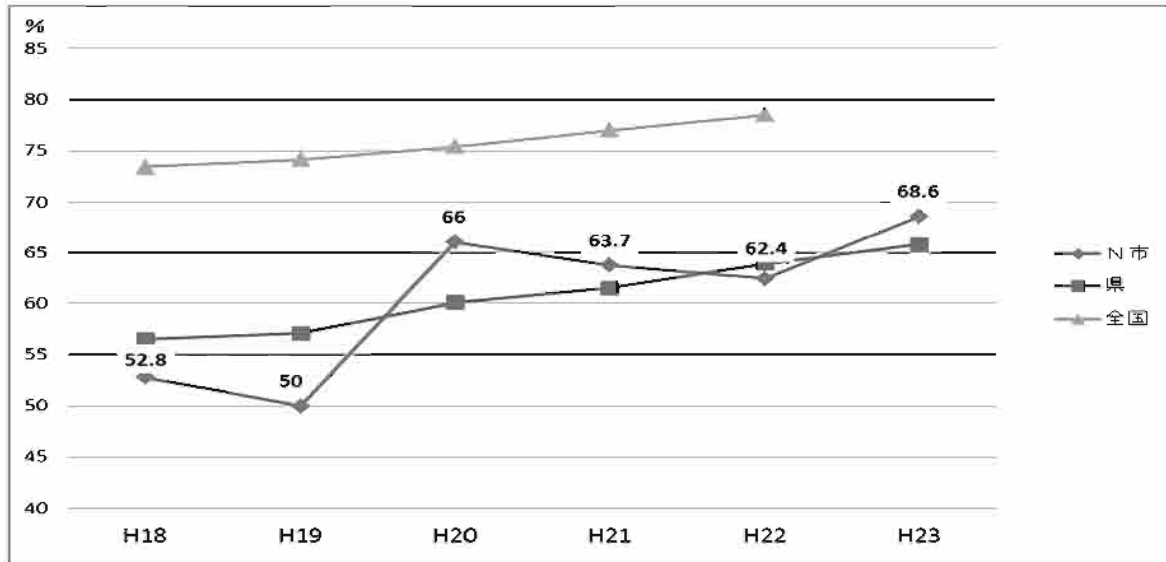
歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

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。

## ii 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

南城市の3歳児でう蝕がない児の割合は、微増していますが、全国と比べるとかなり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



永久歯も同様の傾向で、永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数は全国

の1.3歯より多い1.4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。

## 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
  - ・健康相談 (4ヵ月, 10ヵ月児)
  - ・「8020運動」の推進
- ii 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ヵ月児, 2歳児, 3歳児)



## 4 社会生活に必要な機能の維持・向上

### (1) 高齢者の健康

#### ① はじめに

南城市においても人口の高齢化が進んでおり、高齢者の健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、社会参加や社会貢献などが重要となります。

#### ② 基本的な考え方

健康寿命の更なる延伸に向けて、介護が必要な状況に至る原因疾患を予防し、日常生活の自立期間を延伸させることが重要です。

#### ③ 現状と目標

##### i 介護保険サービス利用者の増加の抑制

南城市の1号被保険者(65歳以上)の要介護・要支援認定者は1,463人(平成22年3月末現在)17.9%となっており、全国16.9%に比べて高い認定率となっております。

南城市においては認定者が年々増加傾向にあり、要介護3～5の重症者も多いことから、介護保険認定者の原因疾患である脳血管疾患や認知症などを起こす因子の予防に努めます。血管リスクの是非が認知機能障害の進展予防にもつながるといわれているため、血管リスクを改善させることで、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせていきます。(表1)

表1 介護保険認定者の原因疾患

H22.3月末 主治医意見書より

脳血管疾患	高血圧・糖尿病等	認知症	骨・関節疾患
494人	266人	522人	567人

##### ii ロコモティブシンドロームを認識している国民の割合の増加

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患(骨・関節疾患)があります。南城市の認定者の567人も、骨・関節疾患が原因で要介護状態となっていました。

全国的にも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、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リスクが高い状態になることをロコモティブシンドロームとして提案し、運動器疾患の健康の意識・対策を目指しています。

##### iii 高額医療費の16%を占める筋骨格系疾患

平成22年度国民健康保険診療報酬明細書で月80万円以上の高額医療費を使った方の状況を分析すると、がん・脳血管疾患に次3番目に筋骨格系疾患の医療費がかかっていました。(表2)

内訳をみると変形性膝関節症にかかった費用額が最も多い状況でした。変形性膝関節症になった方は女性が94%で、過体重のある者が63%を占めていたため、関節を守るために筋力増強と体重管理に取り組む必要があります。(表3)

表2 平成22年度 月80万円以上高額療養費の内訳（疾患内訳）

総計	がん	脳血管疾患	筋骨格系疾患	大動脈疾患	心疾患	その他
617,504,464	140,575,760	126,246,384	103,432,900	6,660,890	55,810,980	184,777,550

表3 高額医療費の16%を占める筋骨格系疾患の状況

平成22年度月80万円以上の高額医療費

疾病分類一覧費用(分類3)	費用額	医療機関	膝	股	腰	骨折	性別	年齢	BMI	過体重	標準体重からの過体重
1 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,029,270	D病院	●				女	60	35.3	●	32.0
2 変形性膝関節症 人工関節再置換術	1,262,700	A病院	●				女	74	30.4	●	16.4
3 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,821,950	B病院	●				女	70	29.6	●	18.2
4 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,291,890	B病院	●				女	70	29.6	●	18.2
5 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,503,020	A病院	●				女	71	28.7	●	13.1
6 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,592,130	A病院	●				女	69	27.3	●	13.0
7 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,403,990	A病院	●				女	69	26.2	●	10.3
8 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,388,190	A病院	●				女	69	26.2	●	10.3
9 変形性膝関節症 人工関節再置換術	1,172,330	C病院	●				女	66	26.1	●	9.8
10 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,939,020	B病院	●				男	74	26.0	●	9.8
11 変形性膝関節症 人工関節再置換術	1,353,980	C病院	●				女	74	24.0		4.1
12 変形性膝関節症 人工関節置換術	2,151,540	A病院	●				女	66	21.5		
13 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,575,300	A病院	●				女	73			
14 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,712,450	A病院	●				女	73			
15 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,964,100	B病院	●				女	73			
16 変形性膝関節症 人工関節置換術	1,959,280	B病院	●				女	73			
小計	25,121,140 24%		16 18%				1 6%	14 94%	71	10 63%	
1 変形性股関節症 人工関節置換術	1,522,690	C病院		●			女	74	27.1	●	8.9
2 変形性股関節症 人工股関節置換術	2,040,220	A病院		●			女	72	22.9		1.9
3 変形性股関節症 人工関節再置換術	1,974,930	C病院		●			女	70	22.1		
4 変形性股関節症 人工関節再置換術	1,865,310	G病院		●			女	70	20.4		
5 変形性股関節症 寛骨臼移動術骨移植	1,219,000	E病院		●			女	53			
6 変形性股関節症 寛骨臼移動術骨移植	807,230	E病院		●			女	53			
小計	9,429,380 9%		6 7%				0 0%	5 100%	64	1 17%	
1 脊柱管狭窄症 椎弓切除手術	1,014,600	A病院			●		男	58	27.4	●	13.9
2 脊柱管狭窄症	938,200	A病院			●		男	70	27.0	●	13.9
3 脊柱管狭窄症 椎弓形成手術	939,640	C病院			●		男	68	26.5	●	9.4
4 脊柱管狭窄症 椎弓形成手術	804,330	D病院			●		男	53	26.1	●	11.3
5 脊柱管狭窄症	1,004,420	H病院			●		女	73	23.3		2.6
6 脊柱管狭窄症 椎弓形成手術	1,035,070	D病院			●		男	74	23.3		3.4
7 脊柱管狭窄症	811,020	D病院			●		男	63	21.9		
8 脊柱管狭窄症 椎弓形成手術	1,059,380	J病院			●		男	48	21.1		
9 脊柱管狭窄症	1,986,180	D病院			●		女	70			
10 脊柱管狭窄症 椎弓形成手術	829,120	B病院			●		男	59			
小計	10,421,960 10%		10 11%				7 80%	2 20%	64	4 40%	
1 大腿骨骨折 靱血の整復固定術	1,020,810	C病院				●	女	72	29.2	●	15.8
2 大腿骨頸部骨折 人工骨頭挿入術	1,645,690	B病院				●	女	57	19.8		-4.8
3 大腿骨頸部骨折 靱血の整復固定術	1,057,350	C病院				●	男	74			
4 大腿骨頸部骨折 人工骨頭挿入術	2,073,940	B病院				●	女	74			
5 大腿骨頸部骨折 人工骨頭挿入術	1,419,230	A病院				●	女	64			
6 大腿骨頸部骨折 人工骨頭挿入術	1,774,370	A病院				●	女	60			
7 大腿骨転子部骨折 靱血の整復固定術	1,278,430	C病院				●	男	62			
8 大腿骨転子部骨折 靱血の整復固定術	1,020,690	C病院				●	男	62			
9 大腿骨幹部骨折 靱血の整復固定術	1,013,300	C病院				●	男	55	25.9	●	10.7
11 大腿骨転子部骨折 靱血の整復固定術	980,380	C病院				●	男	44	25.3	●	8.8
10 腰椎圧迫骨折	867,270	B病院				●	男	72	25.7	●	8.7
12 腰椎圧迫骨折	897,310	F病院				●	女	72	24.6		5.1
13 手関節骨折	807,360	C病院				●	男	71			
14 手関節骨折	895,420	B病院				●	男	61			
15 とう骨遠位端骨折	833,490	B病院				●	女	56	24.3		5.2
16 上腕骨骨折	1,196,670	I病院				●	男	73			
17 上腕骨骨折	1,165,610	C病院				●	女	69			
18 上腕骨骨折	978,600	H病院				●	女	61			
19 けい骨骨折	1,372,120	H病院				●	女	56	23.7		3.5
20 踵骨骨折	881,800	B病院				●	男	62	23.5		4.0
21 踵骨骨折	869,340	B病院				●	男	62	23.5		4.0
22 頸椎骨折	855,720	G病院				●	男	73	23.3		3.0
小計	24,904,900 23%		22 25%				12 54%	10 45%	66	4 18%	

## 1. 高齢者の栄養の改善

国の指標では、低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の栄養状態の確保を目標にしていますが、南城市においては高齢者も肥満の者が36.5%と多い状況にあります。

しかしながら、高齢期は栄養の偏りなどもみられることから、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも、適切な量と適切な栄養素の摂取が必要です。

### ④ 対策

#### i 脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進

- ・健診結果に基づき、血管を守るために必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うために必要な学習支援
- ・後期高齢者健診の機会を設ける
- ・高齢期に必要な食事量と質の学習

#### ii 関節疾患の予防対策の推進

- ・肥満予防
- ・運動機能の維持のための学習の支援
- ・ロコモティブシンドロームについての知識の普及

## (2) 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、人が生き生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。

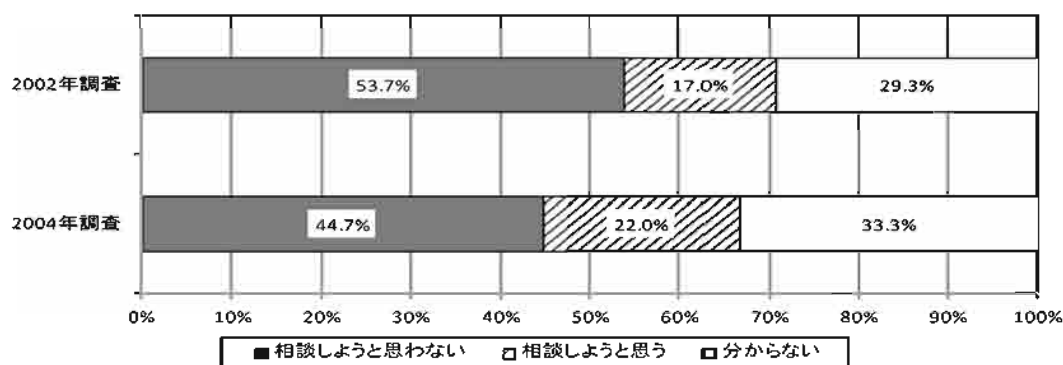
### ②基本的な考え方

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。

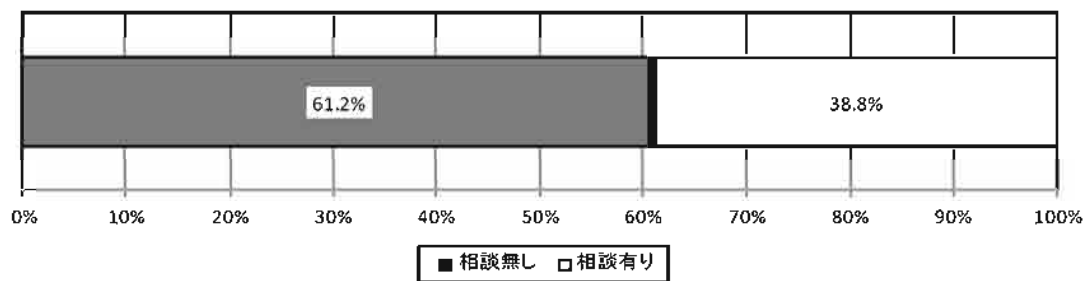
こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。(図1・2)

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。

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。(注1)

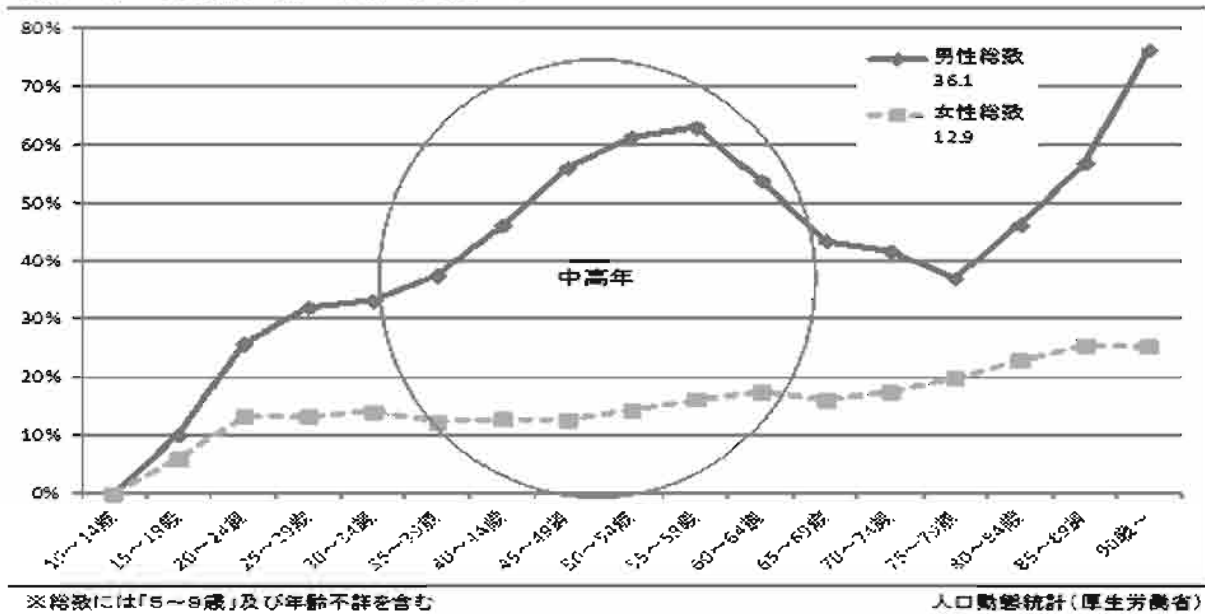
また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労(アドレナル・ファティーグ)との関与も明らかにされつつあります。(注2)

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。

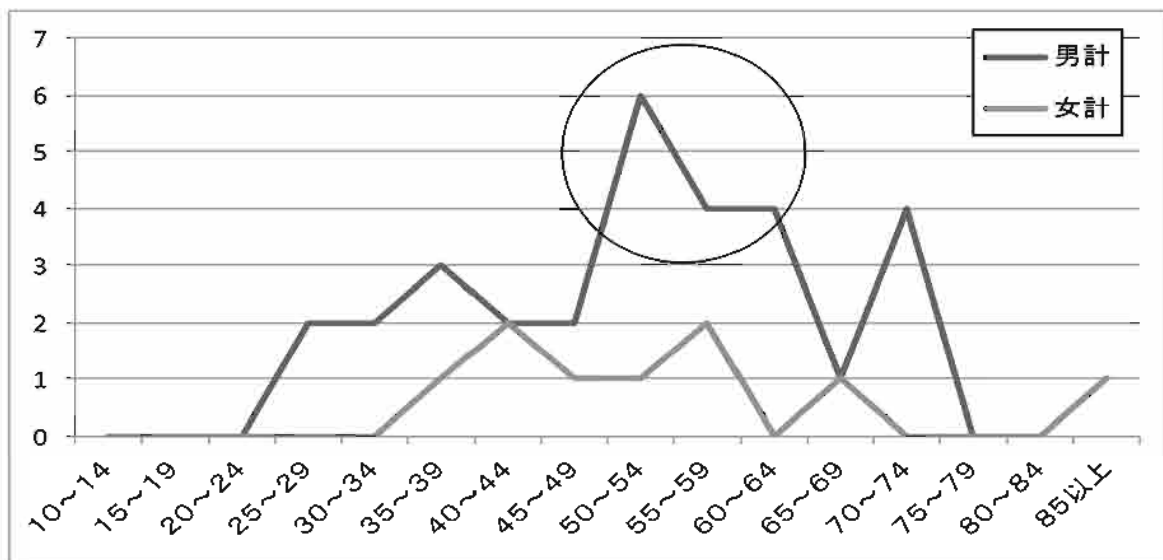
同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。

南城市においても、死亡者数の累計で、50代男性の自殺者が最も多くなっています。(図5)

図5 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



南城市の年齢別男女別自殺者数(平成19~21年度総数)

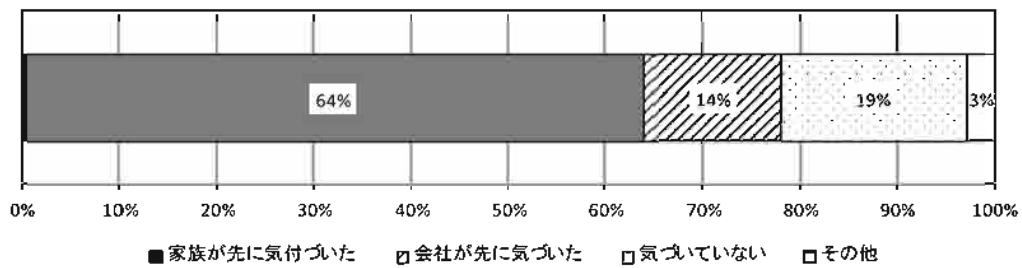


この年代に自殺者数が増加したのは、平成10年以降で、背景としては経済状況や仕事(過労)などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

今後、産業保健の分野との連携を図り、働き盛りの年代の人がうつ病などに至る事例(表1)の実態把握を積み重ね、共有することで、こころの健康に対する予防対策を検討していくこととなります。

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6)

図6 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、専門家へのつなぎを実現し、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
  - ・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
  - ・精神保健福祉士による相談
  - ・精神科医による相談

(注1) うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィ検査  
(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)

(注2) 医者も知らないアドレナル・ファティーグ ジェームス・L・ウイルソン書

【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

### (3) 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。

#### ④対策

##### i 南城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

##### 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



## 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、南城市でも、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1)

表1 南城市の目標の設定

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	
		平成22年	平成21年	平成22年	平成21年	平成27年	平成27年	◎現状維持又は減少	平成27年		
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	70.2	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	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 6.4% 女性 9.2%	平成23年	40%	当面	40%	平成28年		②
	・胃がん	男性 24.9% 女性 21.2%		※1							
	・肺がん	男性 27.4% 女性 22.6%		※1							
	・大腸がん	32.0%		※2							
・子宮頸がん	31.4%	※1									
③乳がん	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	男性 49.3 女性 27.84	平成21年	男性 41.7 女性 24.7	平成34年度	男性 41.7 女性 24.7 男性 31.8 女性 減少	平成20年度と比べて25%減少	①		
④脳血管疾患	男性 36.9 女性 15.3	平成22年	男性 27.84 女性 54.75	平成21年	男性 31.8 女性 13.7					平成34年度	男性 減少
⑤虚血性心疾患		平成22年	28.2%	平成23年度	i : 14% ii : 7.7%	平成27年度	i : 14% ii : 7.7%	平成20年度と比べて25%減少	③		
②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)	i : 18.5% ii : 10.2%	平成22年	ii : 10.1%	平成23年度	平成20年度と比べて25%減少					平成27年度	平成20年度と比べて25%減少
循環器疾患	③脂質異常症の減少 (LDLコレステロール240mg/dl以上の者の割合)	約1,400万人	平成20年度	1,397人(%)	平成23年度	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成27年度	③	
	④メタリックシフトロームの該当者・予備群の減少	41.3% 12.3%	平成21年度	44.8% 61.0%	平成22年度	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に 合わせて設定	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に 合わせて設定	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に 合わせて設定	平成27年度		
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率 ・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の終了率	16,271人	平成22年	5人	平成23年度	15,000人	減少	減少	平成34年度		④
	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	63.7%	平成22年	63.1%	平成23年度	75%	75%	◎現状維持又は減少	平成34年度		
	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)	1.20%	平成21年度	1%	平成23年度	1.0%	◎現状維持又は減少	◎現状維持又は減少	平成34年度		
糖尿病	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の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP)値8.4%)以上の者の割合の減少)	890万人	平成21年度	11.3%	平成21年度	1,000万人	25%	◎現状維持又は減少	平成34年度	③	
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	37.3% 54.7%	平成17年	45%	平成22年度	45%	◎現状維持又は減少	◎現状維持又は減少	平成34年度		
	①歯周病を有する者の割合の減少 ・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	77.1%	平成21年	62.9%	平成23年度	80%以上	◎現状維持又は減少	◎現状維持又は減少	平成34年度		⑤
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 (4mm以上の歯周ポケット)	1.3歯	平成21年	2.79歯	平成21年度	1.0歯未満	◎現状維持又は減少	◎現状維持又は減少	平成34年度		
	③3歳児でう蝕がない者の割合の増加 ・12歳児の一人平均う蝕数の減少	34.1%	平成21年	34.1%	平成21年	65%	◎現状維持又は減少	◎現状維持又は減少	平成34年度		
③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)											

※1 受診率の算定に当たっては、40歳から69歳までを対象  
 ※2 子宮頸がんは20歳から69歳までを対象  
 ◎は、国の目標値をすでに達成

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		
		平成22年度	平成23年度	平成22年度	平成23年度	平成34年度	平成26年	◎現状維持又は減少	平成34年度			
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割合) ・全出生数中の低出生体重児の割合の減少 ・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) ・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少 ・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少 ・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	29.0%	平成22年	15.6%	平成23年度	20%	平成34年度	◎現状維持又は減少	平成34年度	⑦		
		9.6%	平成22年度	10.4%	平成22年度	減少傾向へ	減少傾向へ	平成26年	①			
		男子 4.80% 女子 3.39%	平成23年	*1 統計なし	減少傾向へ	減少傾向へ	⑥					
		31.2%		39.8%	28%	28%	平成34年度	19%	③			
		22.2%		35.4%	19%	19%	平成34年度	22%				
		17.4%		10.7%	22%	22%						
		男性 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年									
		男性 5,628歩 女性 4,585歩										
		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%									
・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%											
③介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	1244人	平成23年 3月	657万人	平成37年度	5,015人	平成26年 10月	⑧			
飲酒喫煙	②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低減 (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)	男性 16.4% 女性 7.4%	平成22年	12.4%	平成23年度	男性 14.0% 女性 6.3%	平成34年度	12%	平成34年度	③		
	①成人び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%				12%						
	③睡眠による栄養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年			15%						
休養												
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	41.7	平成21年	自給総合対策大綱の黒直しの状況を踏まえて設定			①			

\*1 市の統計は「肥満傾向児(ロール指数160以上)」しか把握できない

- ①: 人口動態統計
- ②: 市がん検診
- ③: 市国保特定健康診査
- ④: 腎臓病登録
- ⑤: 市3歳児健診
- ⑥: 市学校保健統計
- ⑦: 市妊婦健診
- ⑧: 保険者給付実績報告

## 第三章 計画の推進

## 第三章 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、一人ひとりの市民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を南城市の重要な行政施策として位置づけ、健康南城市 21（第二次）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、地域の習慣や特徴など、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。

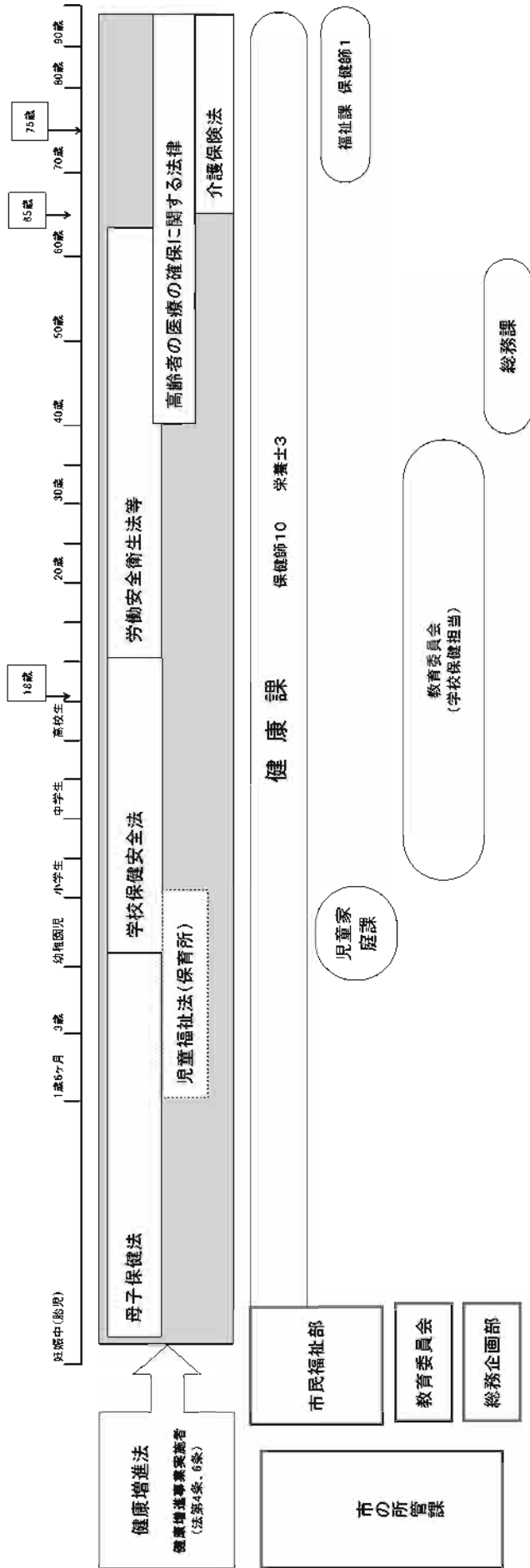
#### (2) 関係機関との連携

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。

南城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。（表 1）

また、市民の生涯を通じ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、薬剤師会などに加え、健康づくり推進協議会の構成団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

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) 児童福祉施設設置基準 35条	労働安全衛生法 健康診断 (第66条)	高齢者の医療の確保に関する法律 特定健診 (第20条)
	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24年11月20日厚生省第934号厚生省医事監事監事監事監事 「第4. 妊婦時の胎児健診(検診)」 平成24年12月27日厚労省第027001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課通知第12号妊婦健康診査の内容及び実施方法について	厚生労働省令		労働安全衛生法 第一節の二 健康診断	
対象年齢、時期等	8週前後 26週前後 36週前後	1・6歳 3歳	保育所	小学校 中学校 高校	40歳～74歳 75歳～
	年間14回	該当年齢	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。

南城市の保健師設置状況は、年齢構成に偏りがあります。(表2)

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、保健師等の退職に伴う正規職員の確保や、配置の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。

「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。

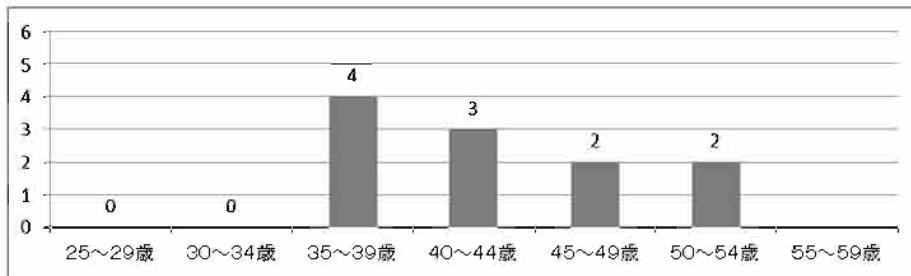
保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

表2 平成24年度 沖縄県11市保健師設置状況

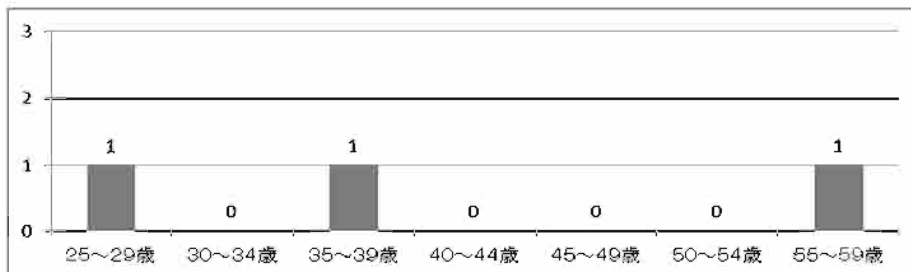
市保健師の部門別配置割合 ～社会保障安定化のための条件整備～																				県内11市比較	
No	市町村名	人口	保健師1人あたり人口(人)	部門別保健師の配置割合			保健師総数(人)	保健部門(人)			福祉部門(人)					その他(人)					
				保健部門	福祉部門	その他		保健	国保	★計	介護保険	地域包括支援センター	老人・福祉	児童福祉保育所等	障害者福祉等	計	職員の健康管理・教委	病院・訪問ステーション	その他	計	
																					保健
1	南城市	40,599	4,060	90.9%	9.1%	0.0%	11	10	0	10	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
2	K市	56,050	8,007	77.8%	22.2%	0.0%	9	5	2	7	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	
3	F市	54,613	4,201	76.5%	23.5%	0.0%	17	10	3	13	0	2	0	0	2	4	0	0	0	0	
4	★全国	127,038,502	9,332	72.3%	24.6%	3.1%	18,831	13,302	317	13,613	1,023	2,475	297	274	565	4,632	136	84	366	586	
5	J市	58,138	5,814	71.4%	28.6%	0.0%	14	10	0	10	1	2	0	0	1	4	0	0	0	0	
6	C市	117,105	5,855	69.0%	31.0%	0.0%	29	20	0	20	3	3	0	0	3	9	0	0	0	0	
7	E市	91,264	6,084	68.2%	27.3%	4.5%	22	10	5	15	3	0	0	0	3	6	1	0	0	1	
8	G市	47,973	11,993	66.7%	33.3%	0.0%	6	4	0	4	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	
9	沖縄県計	1,391,215	6,129	64.5%	32.1%	3.4%	352	210	17	227	19	35	15	17	27	113	9	0	3	12	
10	B市	314,031	10,829	58.0%	30.0%	12.0%	50	23	6	29	3	6	0	3	3	15	3	0	3	6	
11	H市	110,285	9,190	57.1%	38.1%	4.8%	21	12	0	12	1	5	0	1	1	8	1	0	0	1	
12	D市	133,762	9,554	46.7%	50.0%	3.3%	30	14	0	14	3	4	2	0	6	15	1	0	0	1	
13	I市	59,742	9,957	35.3%	58.8%	5.9%	17	6	0	6	1	1	0	7	1	10	1	0	0	1	

※人口(平成21年度版国民健康保険の実態)  
 ※市町村保健師数(H23 沖縄県市町村保健師業務研究会名簿)

平成24年度 南城市保健師の年齢構成



平成24年度 南城市栄養士の年齢構成





## 第Ⅳ章 第2期

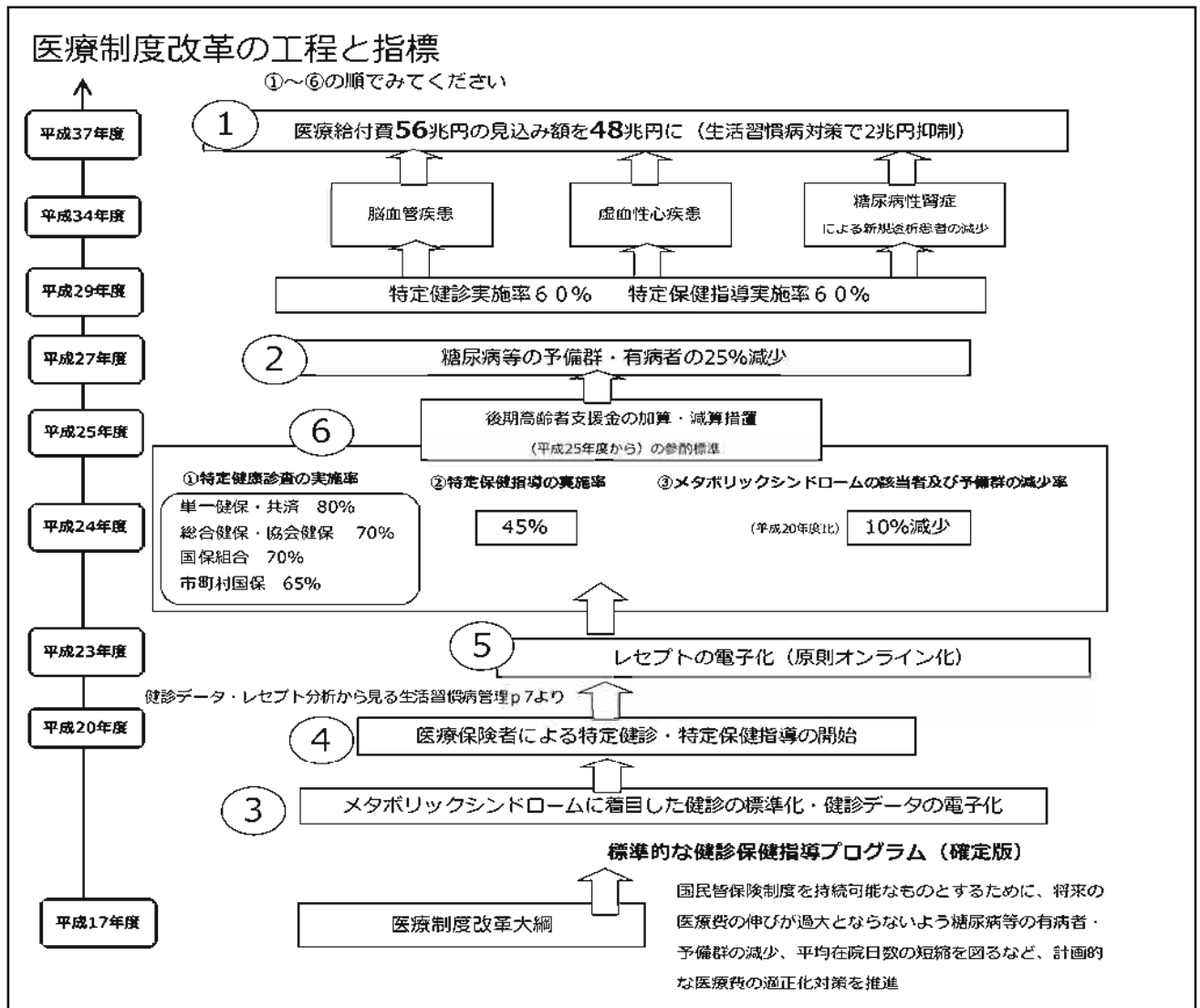
### 特定健康診査等実施計画

# IV章 第2期 特定健康診査等実施計画

## 1. 制度の背景について

### 1 医療制度改革の工程と指標

特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。



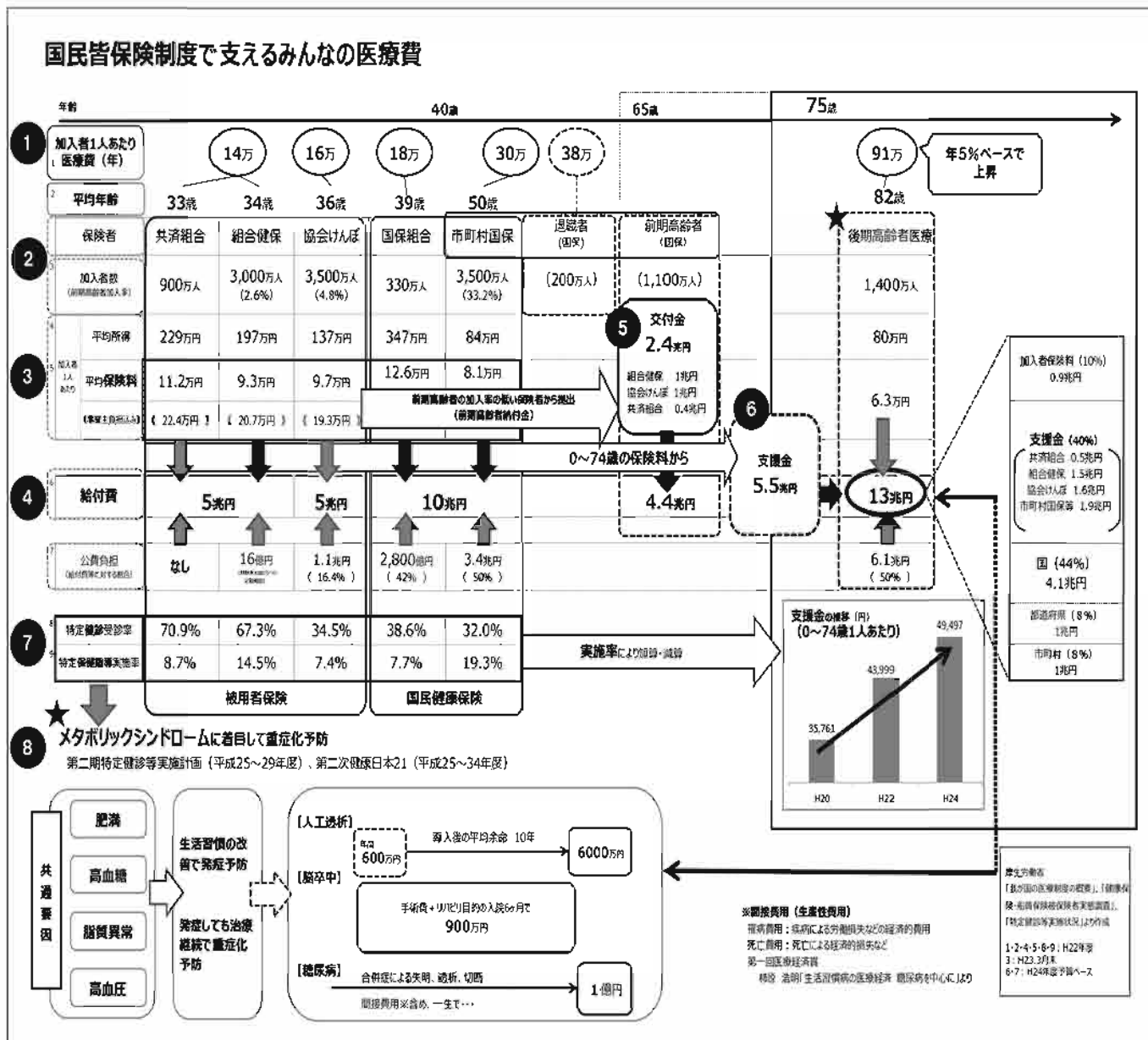
急速な少子高齢化が進行する中で、医療制度を将来にわたり持続可能なものとするためには、その構造改革が急務であることから、平成17年12月国は「医療制度改革大綱」を策定しました。

医療制度改革大綱では「国民皆保険制度を持続可能なものとするために、将来の医療費の伸びが過大とならないよう糖尿病等の有病者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療費の適正化対策を推進することとされ、平成37年度医療給付費56兆円と見込まれているところを48兆円に抑え、その内生活習慣病対策で2兆円の抑制を目標としています。

この医療制度改革大綱をふまえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により医療保険者に対して特定健診と特定保健指導の実施が義務づけられました。これは内臓脂肪型肥満に着目した健康診査（特定健診）によって、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を抽出し医師や保健師、管理栄養士等が保健指導（特定保健指導）を行うことで本人

の行動変容を促すというものです。これによって国は平成27年度までに平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることを目標としており、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされました。

## 2 後期高齢者支援金について



国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、後期高齢者医療費の40%を若年者の医療保険が「後期高齢者支援金」として支える仕組みになっていますが、国が示す「特定健康診査等基本指針」において、特定健康診査等の実施及び成果に関する具体的な目標の達成状況によって支援金が加算減算されることとなっています。これは若年者の加入する医療保険者が、生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める事で現役世代が健康に働け、将来にわたる医療費の抑制に繋がり後期高齢者の医療費の適正化につながる事を踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするために設けられた制度です。

## 3 これまでの取り組みと第二期に向けた基本的な考え方

本市国民健康保険は平成20年3月に国の「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」及び

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」に基づき、平成20年度から平成24年度までの「第一期特定健康診査等実施計画」を策定しました。これまでこの第一期「特定健康診査等実施計画」に基づき、内臓脂肪型肥満に着目した健診・保健指導を基本的な考え方としながら増加する糖尿病や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病予防及び重症化予防に取り組んできました。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について			
	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と、 課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重層がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

「特定健康診査等基本指針の改正」(平成24年9月28日厚生労働省大臣告示)

### i 特定健康診査の基本的考え方

(1) 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

(2) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着等の生活習慣の改善を行うことで、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

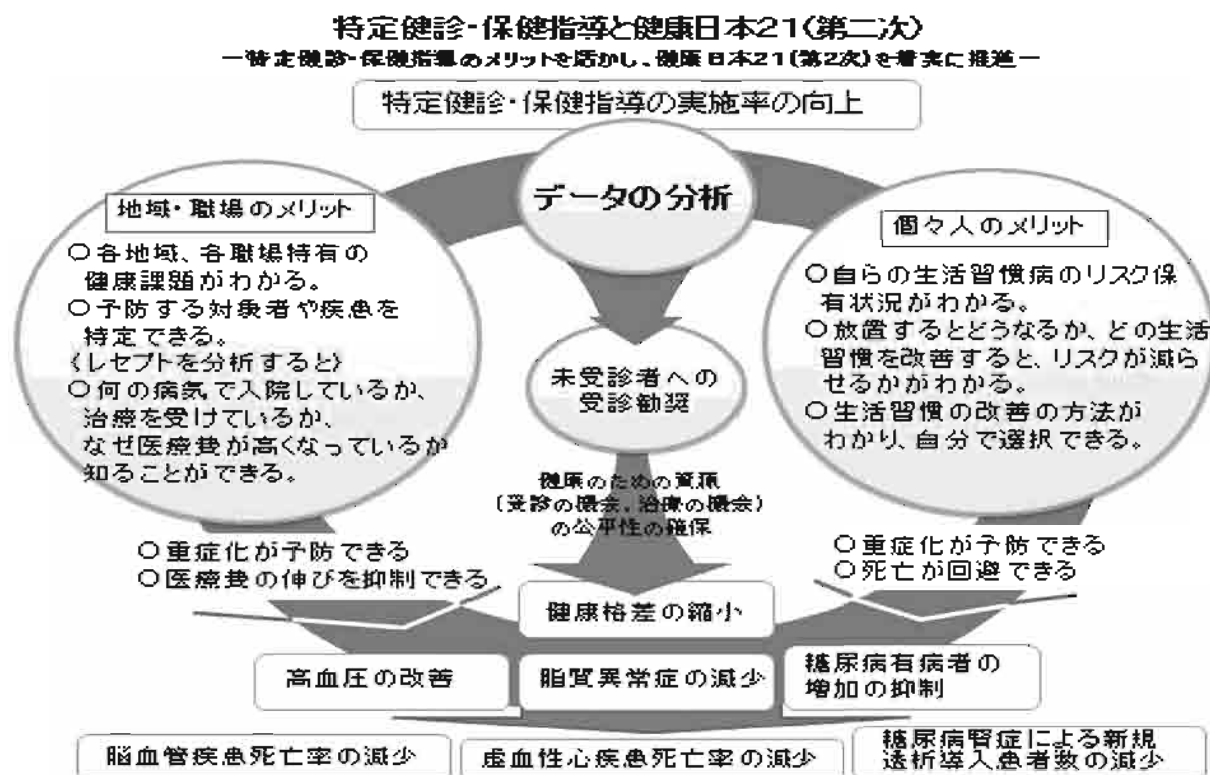
(3) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。

## ii 特定保健指導の基本的考え方

(1) 特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

平成25年度から平成29年度までの第二期においても、特定健康診査等基本指針や標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に基づき計画を策定します。

## 4 健康増進法に基づく健診・保健指導と特定健診・保健指導との関係



健康日本21（第2次）における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であります。「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病合併症等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象にしています。また医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。

図 平成25年度からの国の健康づくり施策(第二次健康日本21)における医療保険者の役割は？

平成25年度からの国の健康づくり施策(第二次健康日本21)における医療保険者の役割は？

生涯における各段階(あらゆる世代)						
出生	乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期	死亡
0才	18才	20才	40才	65才	76才	
個人で達成すべき目標	個人	個人	個人	個人	個人	個人
	市町村	市町村	市町村	市町村	市町村	市町村
社会環境に関する目標	医療保険者	医療保険者	医療保険者	医療保険者	医療保険者	医療保険者
	地域	地域	地域	地域	地域	地域
地域	コミュニティ・ボランティア等	コミュニティ・ボランティア等	コミュニティ・ボランティア等	コミュニティ・ボランティア等	コミュニティ・ボランティア等	コミュニティ・ボランティア等
	企業	企業	企業	企業	企業	企業
都道府県	飲食店	飲食店	飲食店	飲食店	飲食店	飲食店
	特定給食施設	特定給食施設	特定給食施設	特定給食施設	特定給食施設	特定給食施設
国・マスメディア	民間団体	民間団体	民間団体	民間団体	民間団体	民間団体
	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	(栄養ケア・ステーション、薬局等)等

## 2. 第1期の評価

### (1) 実施に関する目標

#### ①特定健診実施率

市町村国保については、平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健康診査を受診することを目標として定められています。

表 特定健康診査の実施状況

	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
国目標					65%
市目標	35%	42%	50%	57%	65%
市実績	36.4%	41.7%	42.5%	45.1%	

#### ②特定保健指導実施率の向上

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められています。

表 特定保健指導実施状況

	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
国目標					45%
目標	45%	50%	53%	56%	60%
実績	48.9%	69.4%	67.0%	69.7%	

### (2) 成果に関する目標

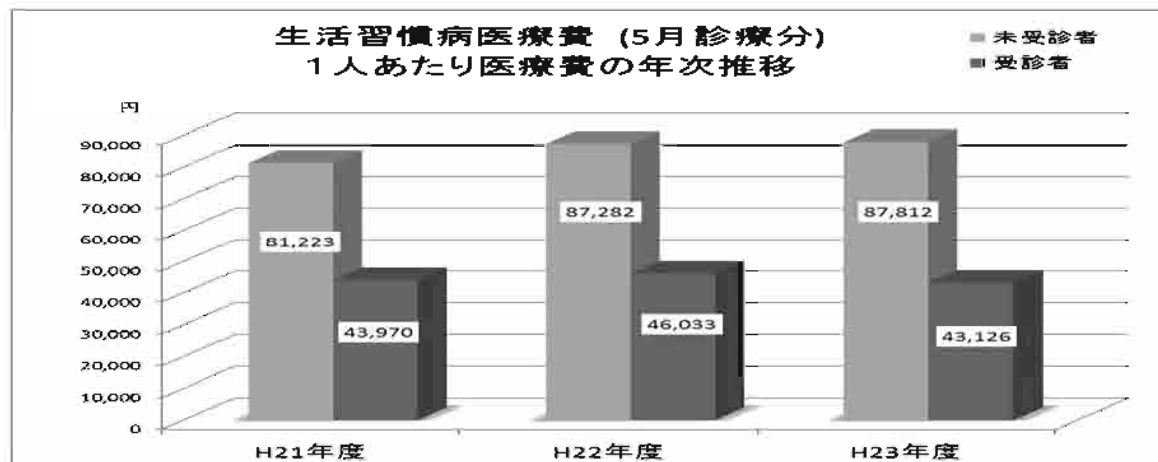
#### ①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

現時点では、特定健康診査受診者の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

表 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
該当者	629人(20.3%)	763人(21.7%)	802人(22.6%)	818人(22.3%)	人%
予備群	466人(15.1%)	531人(15.1%)	527人(14.9%)	579人(15.8%)	人%

### (3) 特定健診の有無と生活習慣病にかかる医療費



### 3. 特定健診・特定保健指導の実施

#### (1) 特定健診等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年を1期とし、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

#### (2) 健診・保健指導実施の基本的な考え方

①健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。生涯を通じた自己の健康管理の観点から継続的な健診データが必要である。

②内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要である。

③効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定する。

④メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40歳代から増加する。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。

⑤糖尿病等の生活習慣病予備軍に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とする。

#### (3) 目標の設定

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
特定健診実施率	50%	53%	55%	58%	60%
(再掲)継続受診率	80%	80%	80%	80%	80%
(再掲)40代の受診率	35%	40%	45%	48%	50%
特定保健指導実施率	65%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導対象者の改善率	50%	55%	60%	65%	70%
メタボ及び予備群	0%	10%減少	25%減少	25%減少	25%減少
糖尿病及び予備群	5%減少	7%減少	10%減少	10%減少	10%減少

#### (4) 対象者数の見込み

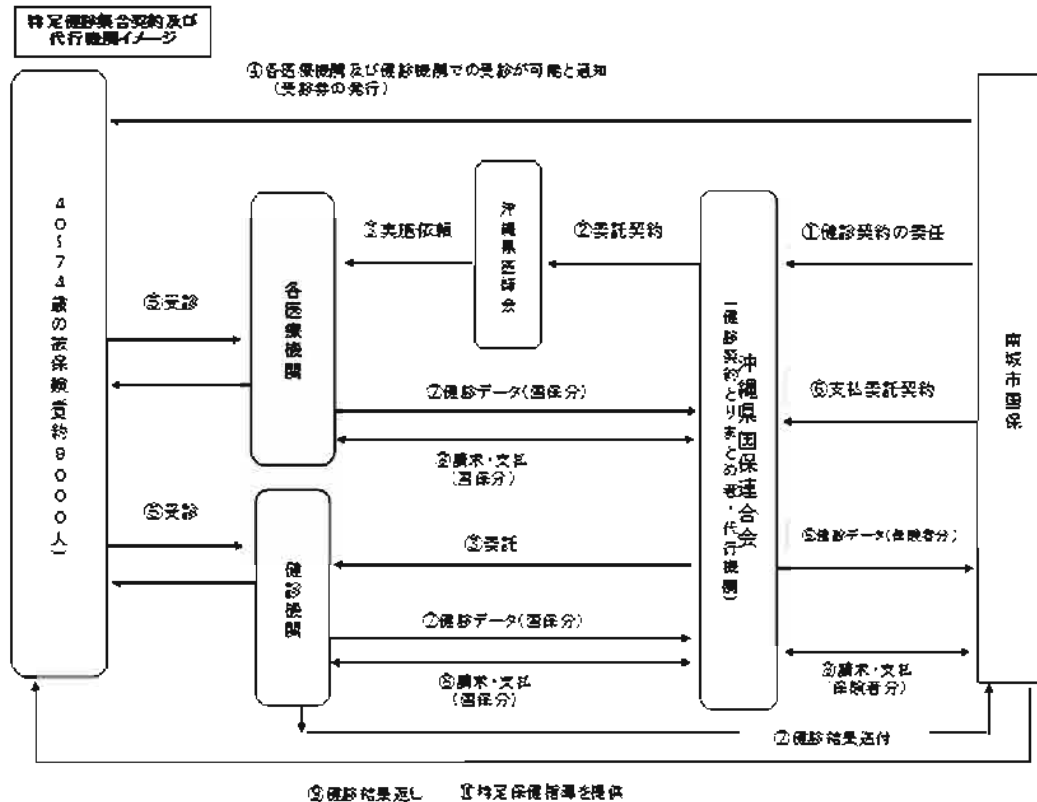
	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
特定健診対象者数	8,500人	8,500人	8,500人	8,500人	8,500人
特定健診受診者	4,250人	4,505人	4,675人	4,930人	5,100人
(再掲)40代の受診者	525人	600人	675人	720人	700人
特定保健指導対象者数	824人	874人	907人	956人	989人
特定保健指導実施数	536人	568人	590人	621人	643人



## (5) 特定健診の実施

### 1 実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。



### 2 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

### 3 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています。

### 4 健診実施機関リスト

下記のデータベースで最新の情報を得られます。

社会保険診療報酬支払基金（特定健診・特定保健指導機関検索）

<http://www.ssk.or.jp/kikankensaku/index.html>

国立保健医療科学院（特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース）

<http://kenshin-db.niph.go.jp>

## 5 健診委託単価、自己負担額、健診項目

健診委託単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定するものとする。自己負担額については0円とする。

### 健診項目

#### ①基本的な健診の項目

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲 内臓脂肪面積）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液科学検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、総コレステロール）、肝機能検査（AST (GOT) ,ALT (GPT) , $\gamma$ GT)、血糖検査（空腹時血糖、HbA1c 検査 (NGSP 値)）、尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）、腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR）、血清尿酸

#### ②詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

#### ③その他の健診項目（二次健診）

微量アルブミン尿検査、75g 糖負荷検査、頸部エコー検査、血圧脈波検査（ABI、PWV） 運動負荷心電図又は安静時心電図

※20～39歳の健診についても、上記自己負担額、健診項目に準じます。

## 6 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施します。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診と同時受診出来るようにします。

個別健診においても近隣病院の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制をとります。

被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診（健診機会）を確保します。

## 7 代行機関の名称

代行機関は「沖縄県国民健康保険団体連合会」と契約する。

## 8 健診の案内方法

特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、コミュニティFM放送での広報。

集団健診前の一斉放送システムによる広報。

コールセンターからの電話による受診勧奨。保健推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。

## 9 年間実施スケジュール

4月	:	受診券送付
4月～翌年2月	:	集団健診準備、健診実施（集団、個別）
4月～翌年3月	:	特定保健指導準備、特定保健指導実施
4月～翌年3月	:	未受診者対策
10月	:	予算案作成
11月	:	実績報告
2月～3月	:	受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

## 10 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

### ① 業者健診受診者の健診データ収集

未受診者の実態把握の中で、事業者健診の受診者には結果表の写しの提出を依頼

### ② 療機関通院者のデータ収集

未受診者の実態把握の中で、対象となる健診データ（検査結果表）の写しの提出及び必要時追加問診を行いデータ収集を行います。

## (6) 保健指導の実施

### ○特定保健指導の基本的考え方

①特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

②特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

### ③特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努める。

#### 1) 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導も保健部門への執行委任の形態で行います。

確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

#### 2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

○ 様式6-10 フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に4つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとします。

優先順位	保健指導レベル	理由	支援方法	対象者見込 (受診者に占める割合)	目標実施率
1	○ P ○ 動機づけ P 積極的支援	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する ◆健診結果により必要に応じて受診勧奨	O:505人 (7.5%) P:318人 (11.9%)	利用率 90% 終了率 65%
2	M 情報提供 (受診勧奨判定値の者)	病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、適切な生活改善や受診行動が選択できる支援	M:637人 (15%)	100%
3	D 健診未受診者	特定健診受診率向上、重症化予防対象者の把握、早期介入で医療費適正化に寄与できる	◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(40・50代を中心とした未受診者対策、治療中断者の受診勧奨) ◆ホビュレーションアプローチ用学習教材の開発	D:4,250人	
4	N 情報提供 (受診不要の者)	特定健診受診率向上を図り自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明	N:850人 (20%)	90%

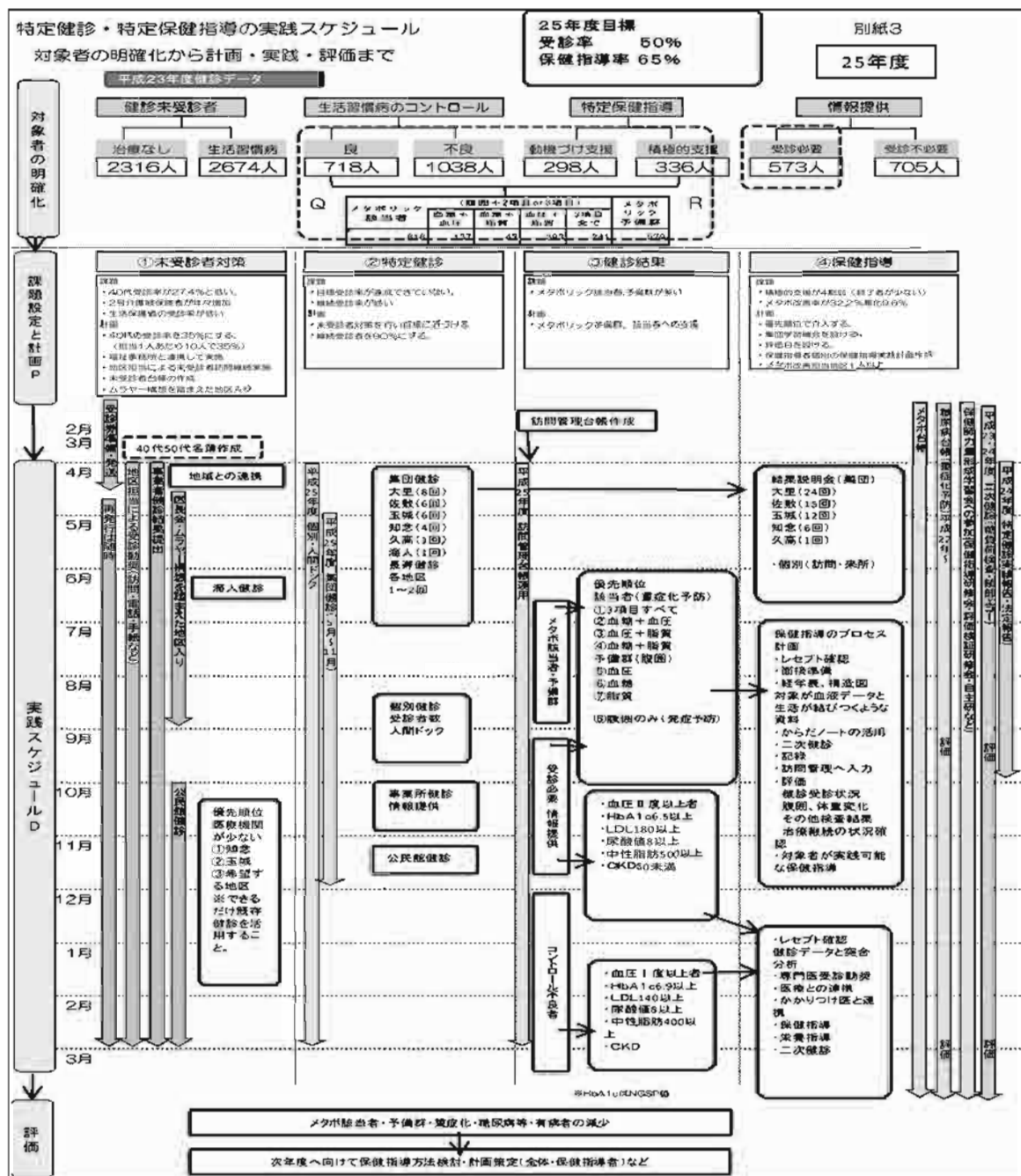
5	1	情報提供	すでに病気を発症していても、重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携</li> <li>◆学習教材の共同使用</li> <li>◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用</li> <li>◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析</li> </ul>	I: 1870人 (44%)	80%
---	---	------	--	---	-------------------	-----

※要保健指導対象者の見込み(受診率50%H22年度の率で試算)

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特にHbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

### 3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。





## 5) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととされています。

このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について明確にしておくことが必要になる。

①様式6-10 フローチャートに基づきアウトプット評価（事業実施量）を行い、保健指導レベル別にプロセス評価（評価C）を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価（改善A）を行う。アウトカム評価については別紙 様式6-10（計画・実践・評価）を参考に次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価する。

### ②保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診未受診、又は結果未把握
4	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生
5	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個数が増える	治療中断

### ③ 疾患別フローチャート

様式6-10では疾患別の状況がわからないため、3疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し保健指導対象者を明確化させ、保健指導レベル別にプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

## 4. 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

### 1 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

### 3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、南城市個人情報保護条例によるセキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払います。

### 4 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

## 5. 結果の報告

### 1 支払基金への報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

## 6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により若い時からの糖尿病等の生活習慣病の予防の対策を勧め、糖尿病等を発症させない段階で留める事が出来れば通院患者を減らすこと、更には重症化予防や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能になります。皆保険制度を持続可能とするためにも市民の理解と実践が最も重要となります。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、広報誌及びホームページへの掲載、関係者及び関係機関への啓発用冊子等の配布を行い、公表・周知を行います。



## 参 考 资 料

表1 南城市の地域別の概要と歴史

	地区名	国	県	南城市	玉城	知念	佐敷	大里
人口統計	人口	127,510,000	1,414,024	40,733	11,480	5,426	11,365	12,462
	年少人口			6,604 16.2%	1,979 17.2%	747 13.8%	1,773 15.6%	2,105 16.9%
	生産年齢人口			25,659 63.0%	7,022 61.2%	3,315 61.1%	7,291 64.2%	8,031 64.4%
	高齢人口	29,005,000	239,002	8,470	2,479	1,364	2,301	2,326
	高齢化率	22.7%	16.9%	20.8%	21.6%	25.1%	20.2%	18.7%
	75歳以上人口			4,302	1,304	756	1,162	1,080
	後期高齢化率			10.6%	11.4%	13.9%	10.2%	8.7%
世帯数	世帯数			14,144	3,986	2,001	4,026	4,131
	独居高齢者数 男性			503	161	86	147	109
	独居高齢者数 女性			1,034	323	168	273	270
	独居高齢者数 合計A			1,537	484	254	420	379
	独居世帯率			1.1	12.1	12.7	10.4	9.2
	高齢者世帯数 B			5,824	1,666	954	1,598	1,606
	高齢者世帯率			41.2	41.8	47.7	39.7	38.9
高齢者のみの世帯			2,688	809	457	738	684	
(人口動態)	出生数			368	126	40	83	108
	出生率	8.5	12.2	9.2				
	死亡数	1,141,865	9,925	380	86	52	110	103
	年齢調整死亡率							
産業従事者	早世(率)	176,371(15.4)	2,212(22.3)	72(18.9)	15(17.4%)	8(15.4%)	18(16.4%)	25(24.3%)
	第1次産業			2,131	625	412	451	643
	%			12.5%	14	18	9	12
	第2次産業			3,315	946	400	946	1,023
	%			19.4%	20	17	20	19
	第3次産業			11,634	3,054	1,434	3,489	3,657
%			68.1%	66	64	71	69	
全数			17,180	4,673	2,254	4,896	5,357	
農業・漁業	専業農家戸数(H17)			1860(13.2%)	468(11.7%)	321(16.0%)	431(10.7%)	640(15.5%)
	兼業飼育戸数							
	内 肉用牛飼育戸数(H17)			75(0.5%)	13(0.3%)	9(0.4%)	20(0.5%)	33(0.8%)
	漁業経営体数(H15)			140	21	94	25	0
事業所数	建設業(H16)			133	33	11	37	52
	製造業(H16)			90	14	13	21	42
	卸売・小売業(H16)			433	95	63	134	141
	飲食店、宿泊業(H16)			139	29	21	50	39
	医療・福祉			75				
国保	健診対象者数			8,304	2,326	1,324	2,213	2,441
	受診数			3,528	938	500	1,079	1,011
	受診率			42.5%	40.3%	37.8%	48.8%	41.4%
	40代の受診率			22.0%	26.4%	21.9%	25.9%	21.7%
南城市全体と4地区の概要				<ul style="list-style-type: none"> <li>・南城市は沖縄本島南部において最も大きな規模を有し、山林・湧水・河川・海等の自然資源が豊富で、優良農地が広がっている。</li> <li>・世界遺産である「斎場御嶽」や深い歴史を刻んだ多くの「グスク」等の東廻りの歴史文化遺産や産業・レクリエーション資源等の優れた地域資源がある。</li> <li>・それぞれが歴史・文化・地域資源に富んだ4地域が平成18年1月1日に合併し、南城市が誕生。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受水・志水は創世神アマミキヨによる琉球稲作発祥伝説の中心であり、また、親田御願や稲穂節は稲作に因んだ民族文化として受け継がれている。</li> <li>・沖縄戦時の陸軍病院分室、避難壕として使われた糸数アブラカタマは、貴重な歴史遺産として年間10万人以上の見学者が訪れる。</li> <li>・漁業の島として有名な奥武島には橋が架かり新鮮な魚介類、天ぷら、独特な風習(ハーリ、イカの干乾し等)を自当てに観光客が多く訪れている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世界遺産に登録された「琉球王国のグスク及び関連遺産群」の「斎場御嶽」「神の島」久高島など歴史文化資源やビーチ、体験滞在交流施設等の観光施設が集まり、南城市の観光振興の中心を担っている。</li> <li>・太平洋に面し優良な漁場に恵まれ水産業が盛んである。特にモズクは養殖は全国でも有数の生産量を誇っている。</li> <li>・農業として、さやいんげん、オクラ、さとうきびなどの生産活動が盛んである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・琉球王国時代、三山を統一した尚巴志由緒の地。</li> <li>・以前はさとうきびを中心とした1次産業が盛んであったが、S40年代埋立地の新興地区が誕生し、津波古地区とともに居住地域、商業地域として発展し2次産業、3次産業従事者が増える。</li> <li>・県内唯一の音楽専門施設「シュガーホール」があり、音楽・芸能・文化の交流、発信の場となっている。</li> <li>・九州最大の「尚巴志ハーブマラソン」は県内外から参加者が多く、観光と結びつけて交流人口の増加が期待されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・京都府福知山市のベッドタウンとして居住環境、商業地域としても発展。今後は大型商業施設の誕生、南部東道路の建設により更なる発展が期待されている。</li> <li>・市街地調整区域により農地が保たれ、1次産業従事者が多く、さとうきび、ゴーヤー、ピーマン等の野菜、洋アネ菊等の花卉、乳用牛、肉用牛、養豚等、多様な生産地としても貴重である。</li> <li>・ムーニー養豚の地として知られ、商工会を中心に「ふぶぎとムーニー祭」が毎年開催されている。</li> </ul>

表2 南城市の地域別の健康に関する概要

項目	国			沖縄県			南城市			玉城	知念	佐敷	大里		
総人口	127,510,000			1,414,024			40,767			11,480	5,428	11,365	12,462		
65歳以上人口	29,005,000			239,002			8,385			2,479	1,364	2,301	2,326		
高齢化率	22.7%			16.9%			20.6%			21.6%	25.1%	20.2%	18.7%		
死亡統計 (平成21年)	総数	1,141,865			9,925			380			86	52	110	103	
	順位	原因	10万対	65歳未満(%)	原因	10万対	65歳未満(%)	原因(人)	10万対	H22年 10万対 南城市原因別 内訳					
	1位	悪性新生物	273.5	39.1	悪性新生物	192.2	29.9	悪性新生物(76)	186.4	191.6	202.7	211.2	128.4		
	2位	心疾患	143.7	11.5	心疾患	104.5	11.3	心疾患(67)	164.3	61.0	239.6	193.6	112.3		
	3位	脳血管疾患	97.2	7.8	肺炎	68.7	2.0	肺炎(58)	142.3	139.4	184.3	167.2	184.6		
	4位	肺炎	89	2.1	脳血管疾患	61.7	8.6	脳血管疾患(37)	90.8	34.8	36.9	96.8	72.2		
	5位	老衰	30.7	0.0	自殺	27.9	14.1	自殺(17)	41.7	26.1	55.3	17.6	40.1		
早世予防からみた死亡(0~64歳) 平成21年度	合計(人)	男(人)	女(人)	合計(人)	男(人)	女(人)	合計(人)	男(人)	女(人)	合計					
	人数	176,371	120,366	56,005	2,212	1,602	610	72	50	22	15	8	18	25	
	全死亡に占める率	15.4%	19.8%	10.5%	22.3%	29.8%	13.4%	18.9%	27.6%	11.1%	17.4%	15.4%	16.4%	24.3%	
介護給付費	6,497,534,382,000	181,200		66,660,256,000	189,000	2	2,341,069,710	284,871							
介護保険の状況	要介護認定者数	4,845,942			43,305			1,422			16.5%	17.5%	17.3%	16.8%	
	第1号認定者数(%)	4,696,384	16.2%			41,645	17.4%			1,374	16.4%	399(16.6%)	238(17.4%)	389(16.9%)	383(16.6%)
	第2号認定者数(%)	149,558	0.35%			1,660	0.38%			48	0.35%	18(0.49%)	6(0.33%)	16(0.41%)	15(0.35%)
	第2号保険者 障害者の状況	原因疾患	原因	要介護1,2,3の割合	要介護4,5の割合	原因(H20年度)	要介護1,2,3の割合	要介護4,5の割合	脳血管疾患	神経小脳系疾患	糖尿病性神経障害	脳血管疾患			
		人数							41	3	3	14	4	9	14
		率							75%	5%	5%	78%	67%	56%	93%
		(再掲)							22	1	0.0%	10	1	5	5
介護3~5							53.7%	33.3%	0.0%	71.4%	25.0%	55.6%	35.7%		
遷延患者状況(21)	患者総数	290,675			4,012			115			34	16	28	37	
	人口100万対	2,280			2,903			2,833			2,962	2,949	2,464	2,969	
	H21年度新規導入患者数	37,543			453(H18)			17			4	2	9	4	
	伸び率(2000年~2008年)	141.0			147.0			116.2			100.0	160.0	112.0	123.3	
	※未入力(%)	16,414	44.5%				42.4%(H18)	6	35.3%	35.3%	31.3%	17.9%	40.5%		
	その他(%)	20,703	55.5%				57.6%(H19)	11	64.7%	64.7%	68.8%	82.1%	59.5%		
保生 生活	生活保護率(千人対)	国(平成21年度)			(平成21年度)			市(平成21年度)			H23.4月末				
		13.8			17.4			7.3			9.1	8.6	11.5	4.3	
国保の状況(平成21年度)	被保険者数	36,058,659			516,747			14,681							
	一般	34,183,408			503,678			14,241			40歳以上 被保険者数				
	退職	1,875,251			13,069			440			2,645	1,461	2,570	2,728	
		医療費総額(円)	(人当たり円)		医療費総額(円)	(人当たり円)	順位	医療費総額(円)	(人当たり円)	40歳以上 1人あたり医療費(H23年度) 参考値					
	医療費総額	10,452,857,775,955	299,298		124,510,188,680	240,850	48	3,939,998,694	288,374	330,149	359,086	348,902	367,184		
	一般医療費	9,758,895,328,655	285,399		119,847,861,710	237,945		3,793,830,882	266,402	40歳以上 生活習慣病1人あたり医療費					
	退職医療費	696,962,447,300	371,664		4,662,496,440	356,760		146,174,800	332,215	240,672	290,845	251,246	296,004		

表3 南城市の地域別特定健診結果

男	性	H22県	H23市	玉城	知念	佐敷	大里
	受診者数	41,538	1,845	523	292	557	470
メタボ リックシ ンドロー ム	該当者	12,549	562	154	90	175	143
	予備群	8,986	370	115	62	95	98
	腹囲	1,035	289	176	293	274	274
	BMI	18,526	738	203	121	216	195
摂取エネ ルギーの 過剰	中性脂肪	13,595	604	186	104	186	125
	ALT(GPT)	457	133	79	142	142	102
	HDL	4,093	186	48	28	69	40
	血糖	724	177	120	236	190	190
血管を傷 つける	HbA1c (5.2~6.0)	20,048	958	252	152	297	257
	HbA1c (6.1~)	4,610	186	52	29	64	41
	尿酸	12,060	515	153	76	156	130
	正常高血圧・1度高 血圧	18,880	855	244	138	260	212
	Ⅱ度 血度高血圧	2,683	121	37	20	45	19
内臓脂肪様および 他の動脈硬化要因	LDL	20,617	843	240	130	258	213
	尿蛋白	3,722	140	37	16	44	43
臓器障害	クレアチニン	82	82	22	8	19	33

女	性	H22県	H23市	玉城	知念	佐敷	大里
	受診者数	49,053	1,823	481	282	546	510
メタボ リックシ ンドロー ム	該当者	6,426	256	74	40	71	71
	予備群	5,297	209	57	27	65	60
	腹囲	532	147	82	151	151	151
	BMI	17,431	676	187	100	170	216
摂取エネ ルギーの 過剰	中性脂肪	9,861	387	115	63	113	95
	ALT(GPT)	217	67	33	54	60	60
	HDL	1,425	56	15	7	18	15
	血糖	427	118	61	116	131	131
血管を傷 つける	HbA1c (5.2~6.0)	26,370	1,033	297	171	291	274
	HbA1c (6.1~)	3,527	128	32	20	43	33
	尿酸	2,262	75	23	10	24	18
	正常高血圧・1度高 血圧	18,690	788	208	120	219	241
	Ⅱ度 血度高血圧	2,106	66	24	12	20	10
内臓脂肪様および 他の動脈硬化要因	LDL	28,877	1,043	278	156	309	298
	尿蛋白	2,407	75	19	7	26	23
臓器障害	クレアチニン	37	37	12	9	9	7

表4 南城市の地域別生活習慣病レセプト分析

	地区名	南城市	玉城	知念	佐敷	大里
生活習慣病レセ 内訳(地区集計から 住所地特例除く)  H23年度レセ	被保険者数	9562	2645	1461	2570	2728
	生活習慣病件数	4195	1161	625	1108	1274
		43.9%	43.9%	42.8%	43.1%	46.7%
	高血圧	2955	855	428	765	890
		30.9%	32.3%	29.3%	29.8%	32.6%
	高脂血症	2288	614	354	608	701
		23.9%	23.2%	24.2%	23.7%	25.7%
	糖尿病	1939	552	283	519	577
		20.3%	20.9%	19.4%	20.2%	21.2%
	高尿酸血症	749	187	118	201	237
		7.8%	7.1%	8.1%	7.8%	8.7%
	心虚血変化	756	209	123	210	210
		7.9%	7.9%	8.4%	8.2%	7.7%
	心洞調節不全	520	144	62	134	175
		5.4%	5.4%	4.2%	5.2%	6.4%
	心その他	931	279	137	225	286
		9.74%	10.55%	9.38%	8.75%	10.48%
	脳梗塞	532	131	91	153	153
		5.56%	4.95%	6.23%	5.95%	5.61%
	脳出血	159	45	22	41	47
		1.66%	1.70%	1.51%	1.60%	1.72%
	脳その他	251	70	39	65	76
		2.62%	2.65%	2.67%	2.53%	2.79%
	腎臓疾患	536	173	78	126	154
		5.61%	6.54%	5.34%	4.90%	5.65%
	肝臓疾患	1092	268	181	285	350
		11.42%	10.13%	12.39%	11.09%	12.83%
	人工透析	56	16	7	12	20
		0.59%	0.60%	0.48%	0.47%	0.73%
	動脈硬化	261	77	35	61	87
2.73%		2.91%	2.40%	2.37%	3.19%	
動脈閉塞	398	116	49	118	114	
	4.16%	4.39%	3.35%	4.59%	4.18%	
網膜変性	300	71	56	89	84	
	3.14%	2.68%	3.83%	3.46%	3.08%	
腎臓障害	212	55	28	60	68	
	2.22%	2.08%	1.92%	2.33%	2.49%	
神経障害	96	21	20	28	26	
	1.00%	0.79%	1.37%	1.09%	0.95%	
肥満	77	22	4	30	21	
	0.81%	0.83%	0.27%	1.17%	0.77%	

# 介護保険関連統計

地区の状況

項目	市		玉城		知念		佐敷		大里	
総人口(H22年4月末)	40733		11480		5426		11365		12462	
40-64歳人口(2号被保険者)(参考)	13585		3,655		1808		3883		4239	
65歳以上人口(1号被保険者)/割合	8380	20.6%	2409	21.0%	1364	25.1%	2301	20.2%	2306	18.5%
75歳以上人口/割合	4232	10.4%	1234	10.7%	756	13.9%	1162	10.2%	1080	8.7%
65-74歳以上人口	4148		1175		608		1139		1226	
認定者数(H22.3末)(H21年度末)	1464		417		244		405		398	
1号認定者数/1号人口に対する割合 ※通常比較する認定率	1409	16.8%	399	16.6%	238	17.4%	389	16.9%	383	16.6%
再)75歳以上(%)	1242	29.3%	348	28.2%	217	28.7%	346	29.8%	331	30.6%
再)65-74歳(%)	167	4.0%	51	4.3%	21	3.5%	43	3.8%	52	4.2%
2号認定者数/2号人口に対する割合	55	0.40%	18	0.49%	6	0.33%	16	0.41%	15	0.35%
うち脳血管疾患	41		14		4		9		14	
割合(脳血管/2号認定者)	74.5%		77.8%		66.7%		56.3%		93.3%	
軽症者(支援~要2)(H22.3末)/認定者数に対する割合	772	52.7%	213	51.1%	147	60.2%	215	53.1%	197	49.5%
重症者(要3~要5)(H22.3末)/認定者数に対する割合	692	47.3%	204	48.9%	97	39.8%	190	46.9%	201	50.5%
1号軽症者/1号人口に対する割合	744	8.9%	207	8.6%	142	10.4%	207	9.0%	188	8.2%
1号重症者/1号人口に対する割合	665	7.9%	192	8.0%	96	7.0%	182	7.9%	195	8.5%
2号軽症者/2号人口に対する割合	28	0.2%	6	0.2%	5	0.3%	8	0.2%	9	0.2%
2号重症者/2号人口に対する割合	27	0.2%	12	0.3%	1	0.1%	8	0.2%	6	0.1%
要介護認定者数(1号)	1409		399		238		389		383	
内訳	要支援1		41		29		30		29	
	要支援2		43		37		45		38	
	要介護1		53		37		58		66	
	要介護2		70		39		74		55	
	要介護3		65		37		65		68	
	要介護4		76		32		75		66	
	要介護5		51		27		42		61	

---

---

「健康南城 21 計画（第二次）」  
「第2期 特定健康診査等実施計画」

2013（平成 25 年）年 3 月 31 日

◆発行◆ 南城市 市民福祉部 健康課  
〒901-1292  
沖縄県南城市大里字仲間 807  
TEL: 098-946-8961

---

---



南城市