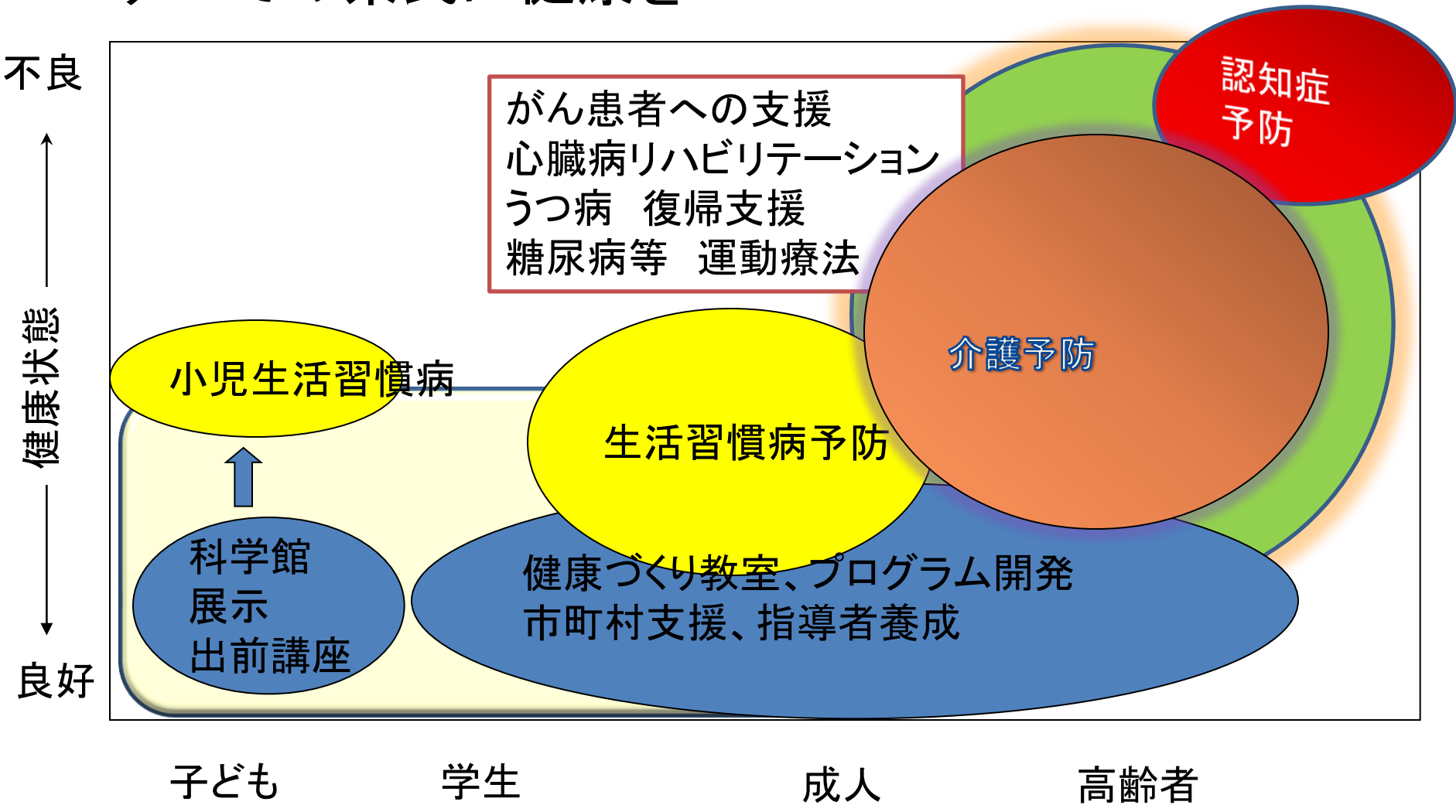
国民健康保険中央会　第29回「健康なまちづくり」シンポジウム　2012.08.28

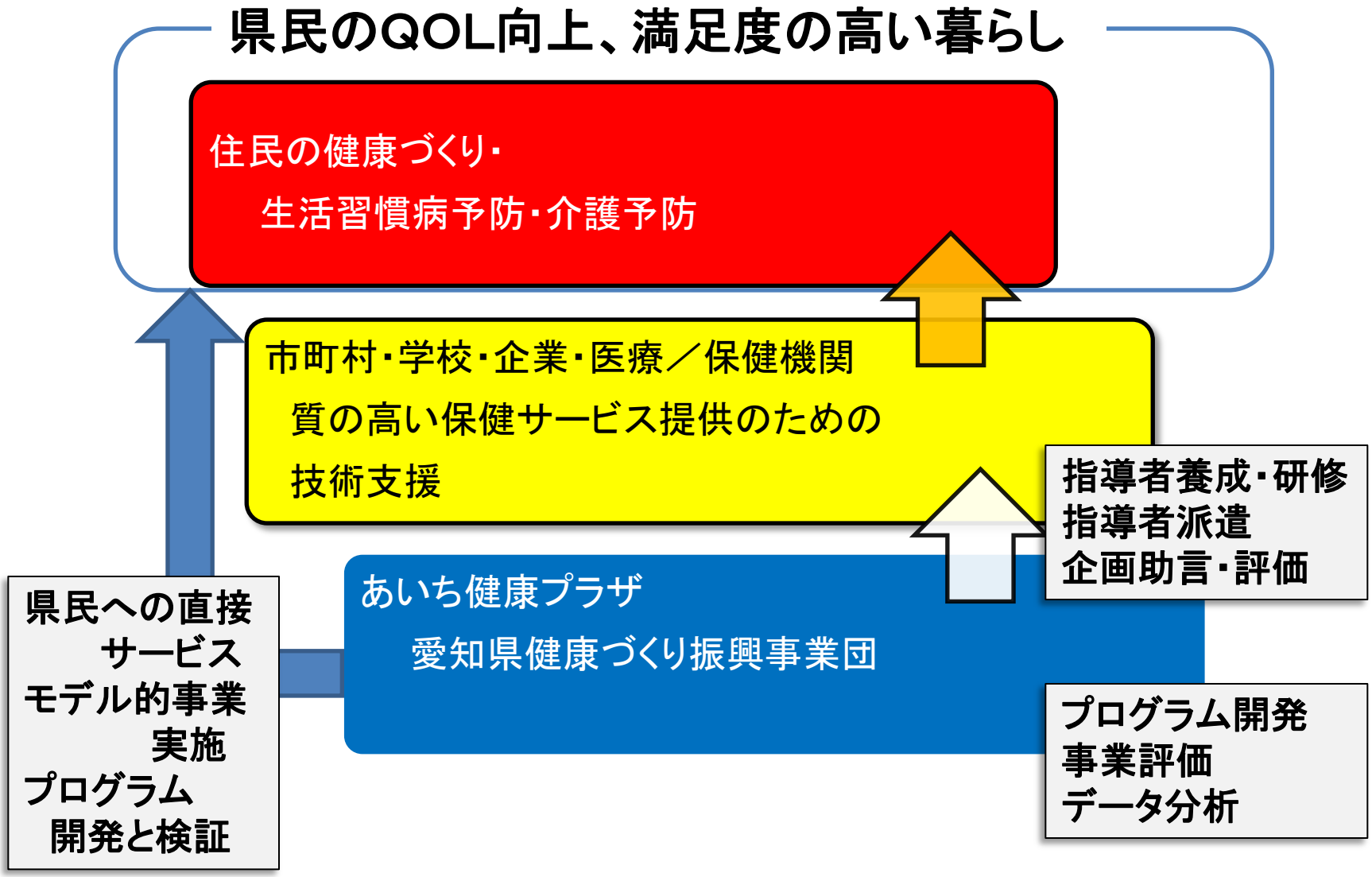
今後の健康づくりについて
～健康日本２１（第２次）に向けた健康づくりの取り組みをどう具体化するか？～

あいち健康の森健康科学総合センター
津下　一代

あいち健康プラザの使命
～すべての県民に健康を！～

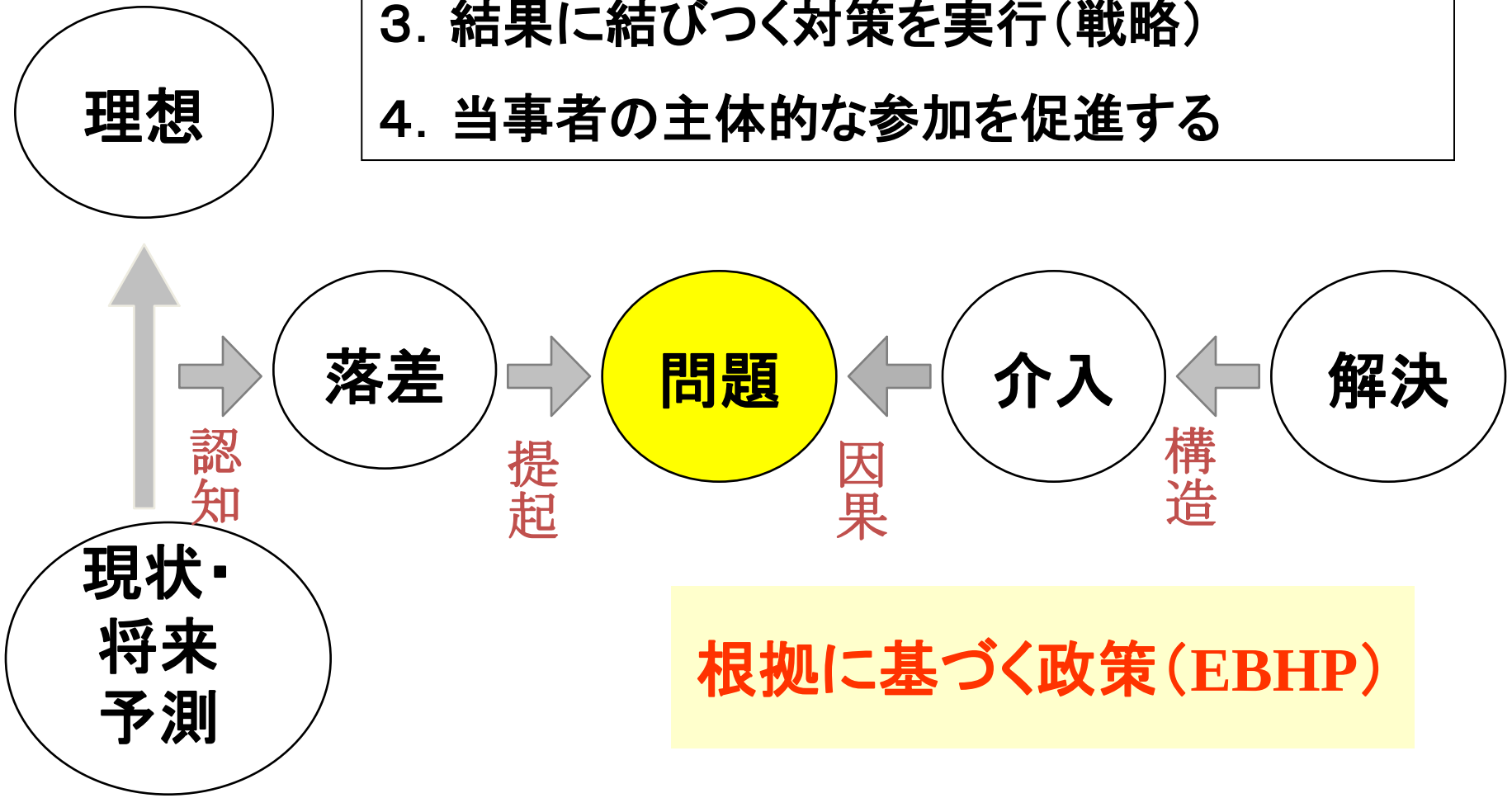


あいち健康の森健康科学総合センターの機能：
県民への直接サービスによる研究開発と、
市町村・学校・企業・医療・保健機関等に対する技術支援



- 地に足がついた健康政策のために
- 健康日本２１第１次を振り返る
- 第2次の構造
  健康長寿を達成するための
  ストラテジー
- 生活視点で考える
- 健康なまちをどうつくるか？

1. 現状を把握⇒将来予測
2. 解決しうる問題を明確にする
3. 結果に結びつく対策を実行（戦略）
4. 当事者の主体的な参加を促進する

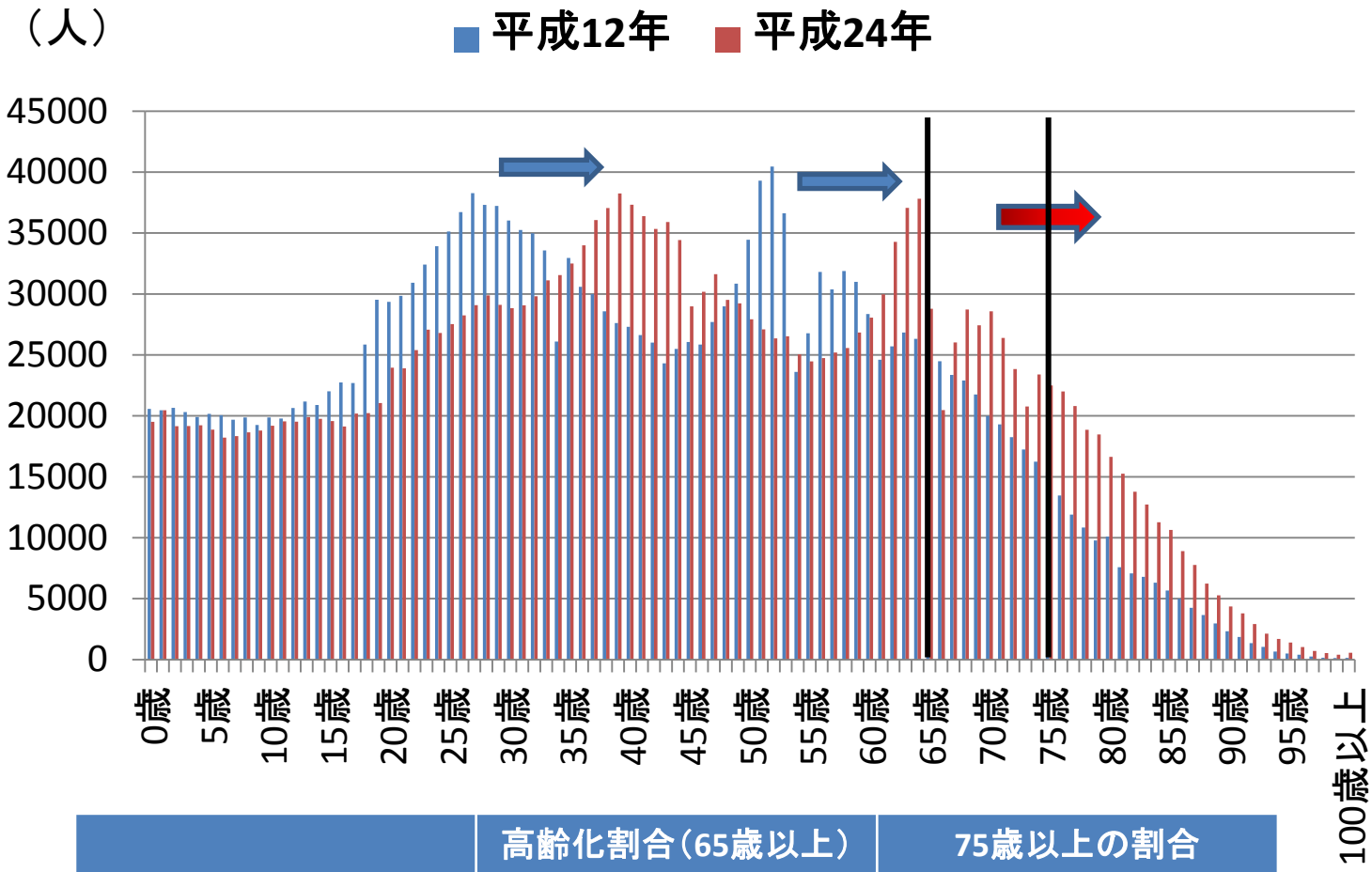


根拠に基づく政策（EBHP）

解決策の検討

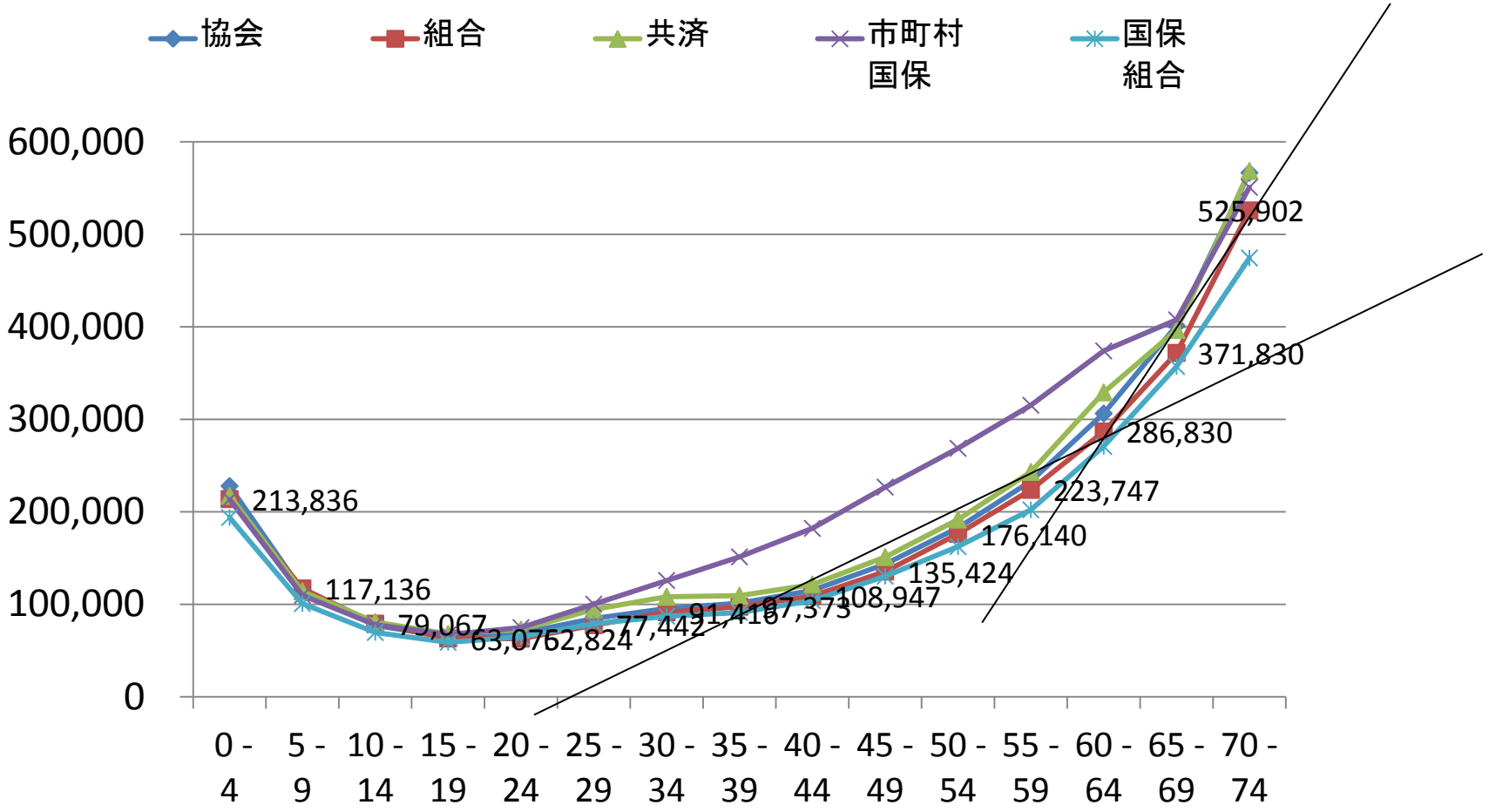
- 医学的観点：
  病態の理解を踏まえた解決法の検討
- 行動科学的観点：　(病気につながる行動の同定）
  変えられること、に着目した解決法の検討
- 社会学的な観点：ソーシャルサポート
  インフラなどの外部環境や制度へのアクセス
  活用できる社会資源（地域特性）
- 経済学的な観点：予算規模、費用対効果
  自助・互助・共助・公助
  医療保険者としてすべきことは？
  行政としてすべきことは？

年齢別人口の変化（名古屋市）；平成12年⇒24年



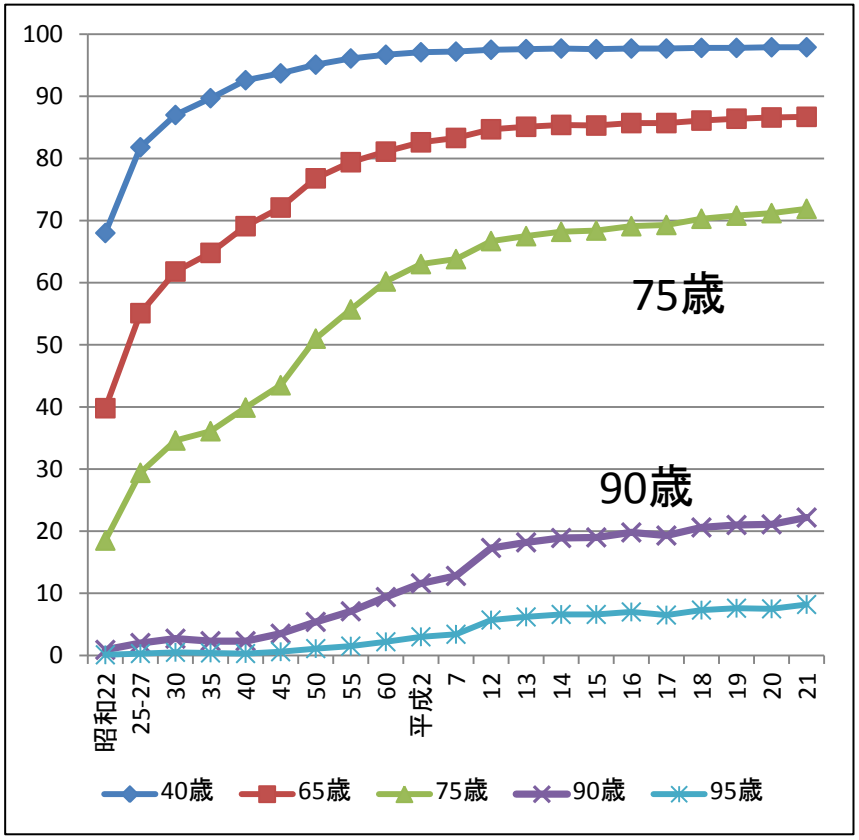
	高齢化割合（65歳以上）	75歳以上の割合
平成12年	15.6	6.0
平成24年	21.8	10.4

年齢階級別、制度別、1人当たり医療費（平成22年度）

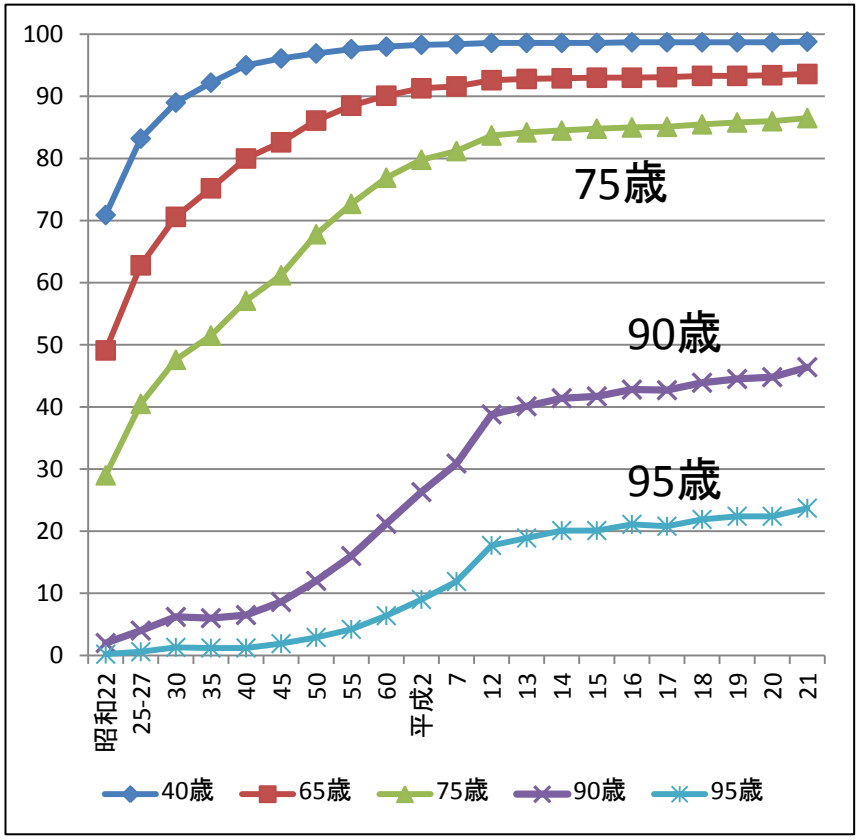


生命表上の特定年齢まで生存する者の割合

男性　（90歳　22.2%、95歳8.2%）



女性　（90歳　46.4%、95歳23.7%）



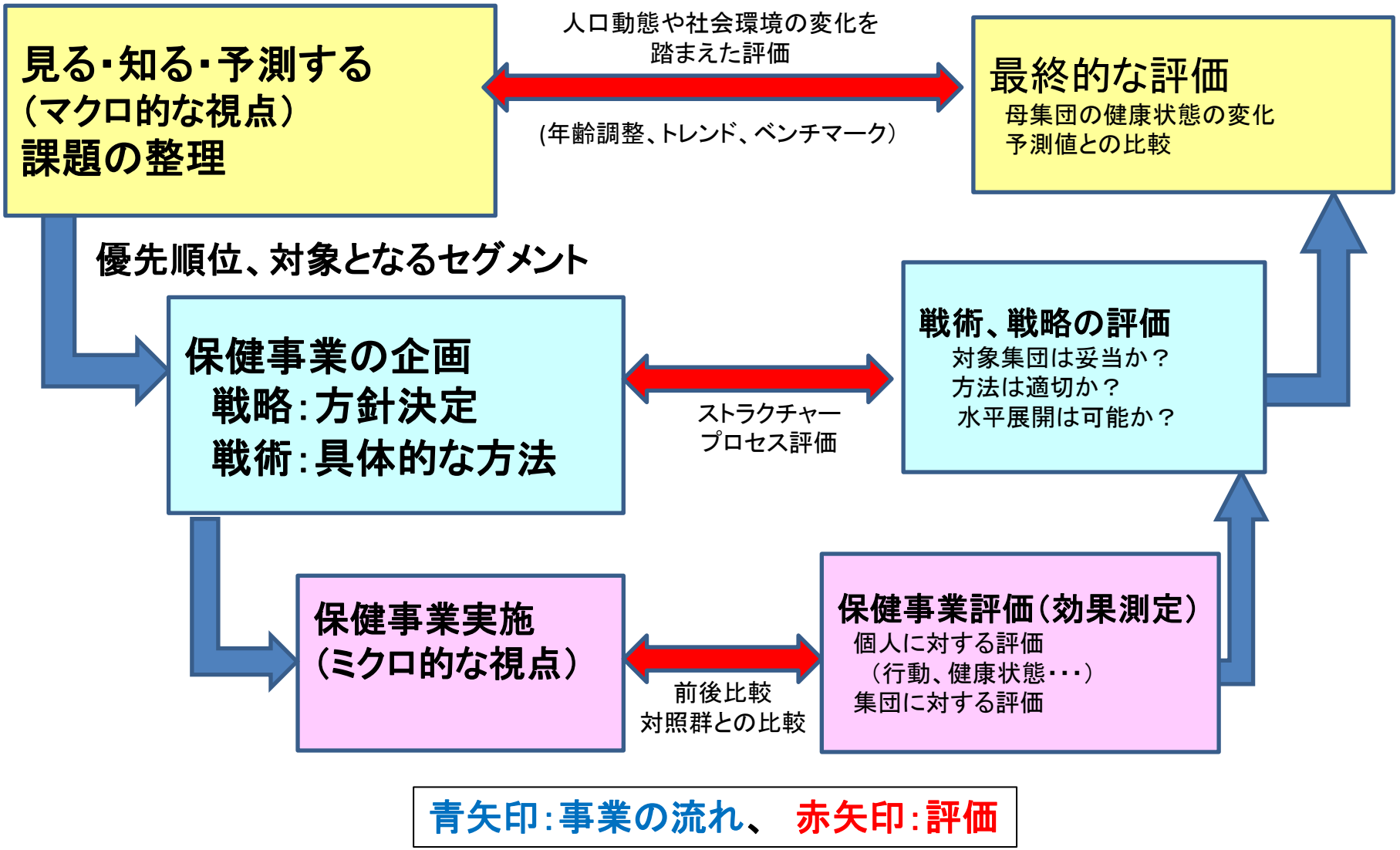
現在の社会情勢や疾病構造、人口動態の変化を踏まえ、基礎自治体におけるこれからの健康戦略を練る。

- 超高齢化の進展、生活習慣病等の要因により、医療費・介護費が増加、財政を圧迫している。
- 「病気や障害になっても、高齢になっても安心して暮らせるまち」への要求が高まっている。

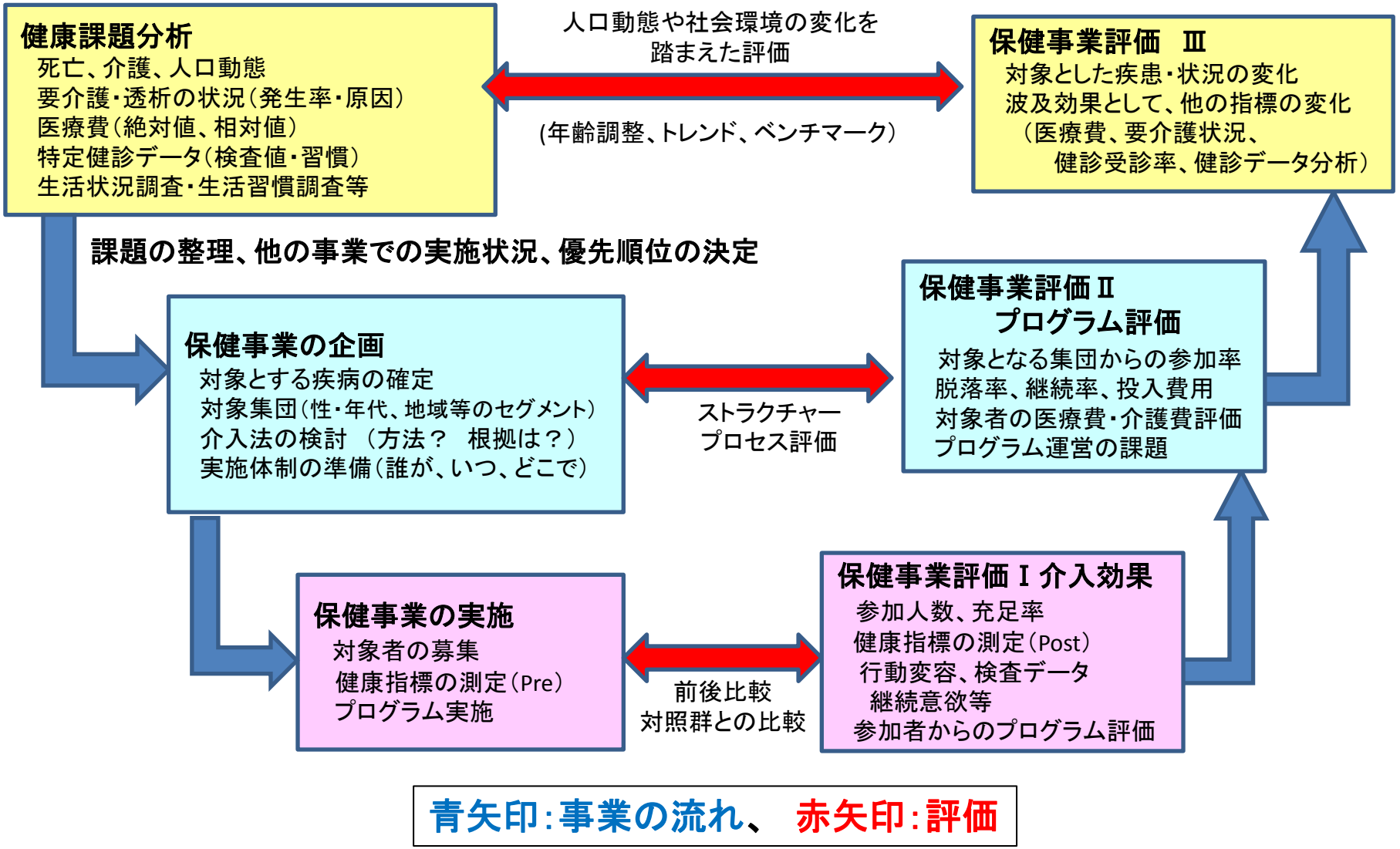


- 保健・医療・介護の連続した流れの中で、全体を俯瞰した戦略づくり
- 評価を組み込んだ、効果的かつ効率的な保健事業の推進
- 保健活動的な「健康なまちづくり」にとどまらず、社会環境づくりへの展開が必要

保健事業評価の考え方


見る・知る・予測する
（マクロ的な視点）
課題の整理
人口動態や社会環境の変化を
踏まえた評価
(年齢調整、トレンド、ベンチマーク)
最終的な評価
母集団の健康状態の変化
予測値との比較
優先順位、対象となるセグメント
保健事業の企画
戦略：方針決定
戦術：具体的な方法
ストラクチャー
プロセス評価
戦術、戦略の評価
対象集団は妥当か？
方法は適切か？
水平展開は可能か？
保健事業実施
（ミクロ的な視点）
前後比較
対照群との比較
保健事業評価（効果測定）
個人に対する評価
（行動、健康状態・・・）
集団に対する評価
青矢印：事業の流れ、
赤矢印：評価

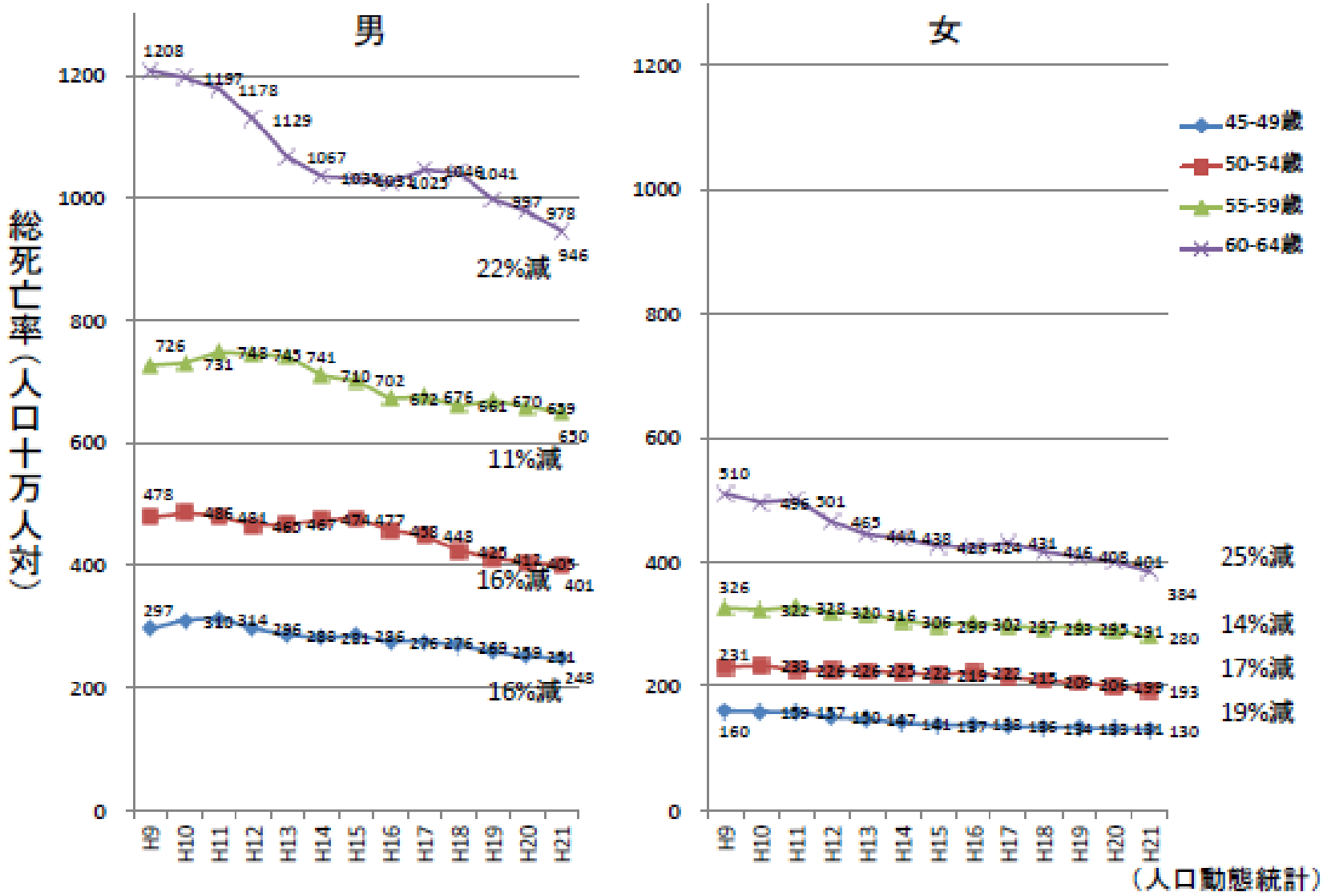
保健事業評価の考え方



青矢印：事業の流れ、　赤矢印：評価

早世の減少　45～64歳の総死亡率

中年期（45-64歳）の総死亡率の推移と変化率（平成9～21年）

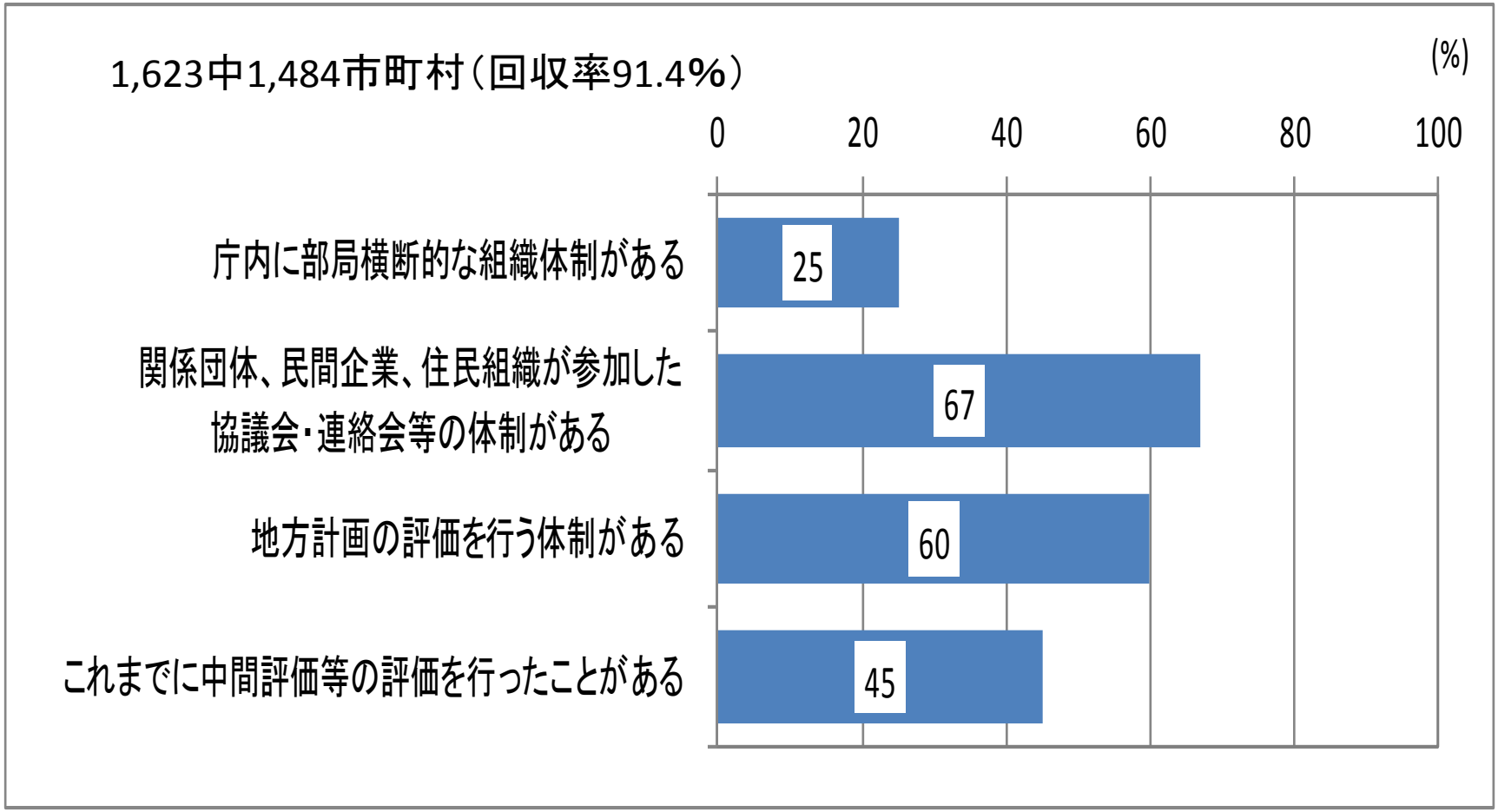


（人口動態統計）

80項目中再掲の21項目を除く59項目の評価結果

- 目標値に達した項目：16.9%（10項目）
  メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加、
  高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加、
  80歳で20歯以上・60歳で24歯以上の自分の歯を有する人等
- 改善傾向にある項目：42.4%（25項目）
  食塩摂取量の減少、意識的に運動を心がけている人の増加、
  喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、
  糖尿病やがん検診の受診の促進、高血圧の改善など
- 変わらない項目：23.7%（14項目）
  自殺者の減少、多量に飲酒する人の減少、高脂血症の減少
  メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少等
- 悪化している項目：15.3%（9項目）
  日常生活における歩数の増加、糖尿病合併症の減少等
- 評価困難：（1項目）健診・保健指導の受診者数の項目
  平成20年度からの2ヶ年のデータに限定されるため

健康増進施策の推進体制及び地方計画の評価の状況（市町村）



次期運動方針の検討の視点

①日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定

10年後の人口動態を見据えた計画の策定

長期的計画のもとに、短期的な課題解決が可能な枠組とする。

②目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり

最終的に目指す姿から具体的な内容を位置づけていく構造に。

自治体や企業、関係機関の長が積極的に進めようとする目的意識や目標達成へのインセンティブとなる仕掛けを組み込む。

③自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定

既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定

④国民運動に値する広報戦略の強化

民間企業等を巻き込んだ強力な広報戦略が必要

健康に関する誤解を減らし、より理解しやすいメッセージとする

⑤新たな理念と発想の転換

これまでの9分野の分類設定や理念にとどまらない発想の転換。

「一病息災アプローチ」や、「個人の健康設計への転換」等

地方自治体（市町村）における健康増進に向けた取組の推進

- **人口動態、医療・介護に関する統計、特定健診データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用**しつつ、**地域の社会資源**等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべきである。
- 国の目標設定期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、継続的な取組に結びつけること。
- 市町村自らによる取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するように留意する。
- **住民が主体的に参加**し、その意見を積極的に反映できる仕組みを整備する。
- 市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、**具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定**することも考えられる。
- **特定健診等の実施計画**と市町村健康増進計画を一体的に策定する、**介護保険事業計画との調和を図る**など。

地域で活用できる指標の例

生・死

- 人口動態（高齢化率、地域差、将来予測）
- 死亡の状況（年齢、原因とその推移、標準化死亡率）

疾病・障害

- 介護情報を活用する（認定率、理由、給付費）
- 医療データを活用する（医療費、それに及ぼす要因）

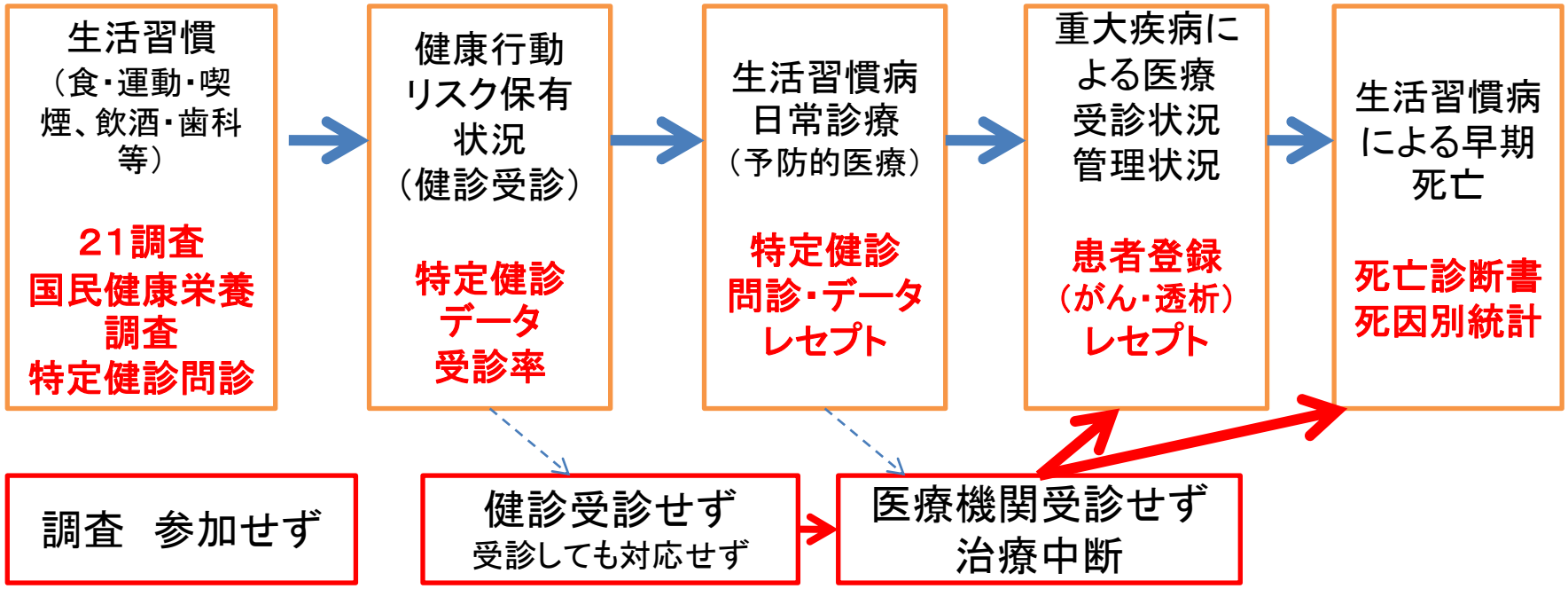
予防対策

- 特定健診・特定保健指導問診・データの活用
- （国民健康・栄養調査）

保健事業

- 保健事業評価　（プロセス・アウトプット・アウトカム）

- 評価の目的は、資料作成ではなく対策を考えること
- データ間の関連を考える：前後の指標をみる
  補完的な資料を援用する
- データに表現されていない対象者のことを考える



基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

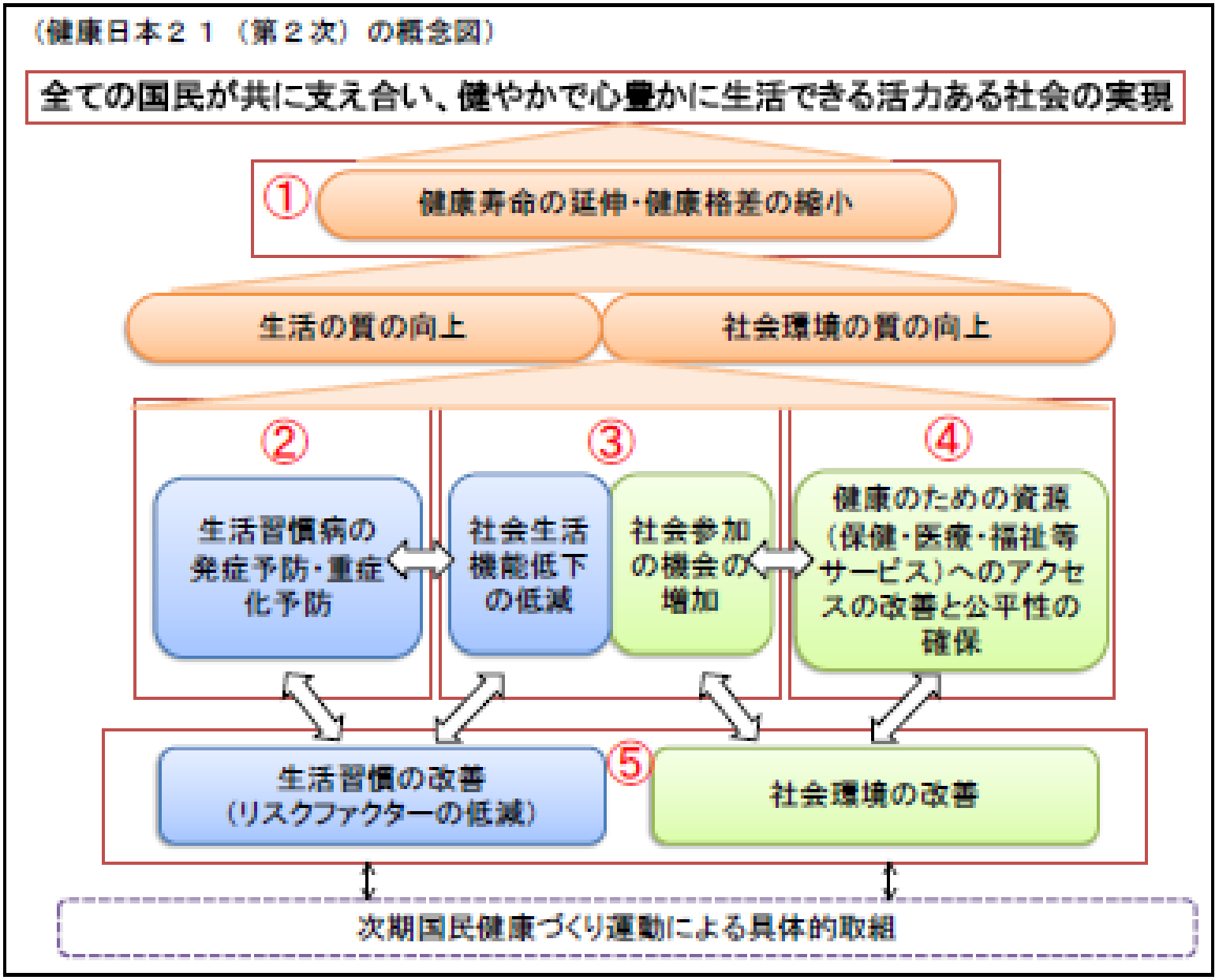
② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

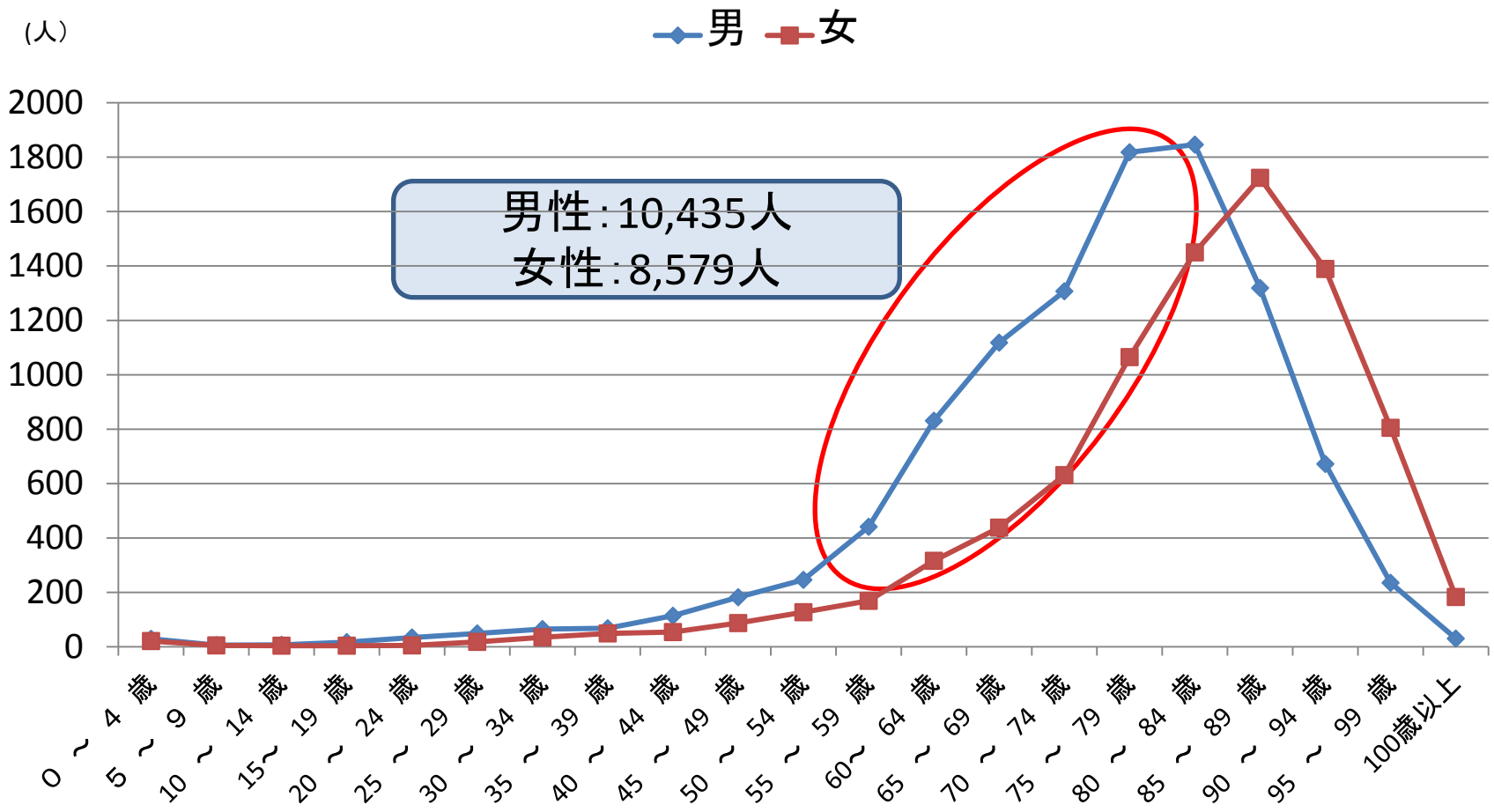
⑤ 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康に関する生活習慣および社会環境の改善

（健康日本２１（第２次）の概念図）



年齢別死亡者数

（平成22年度　名古屋市　19,014人）

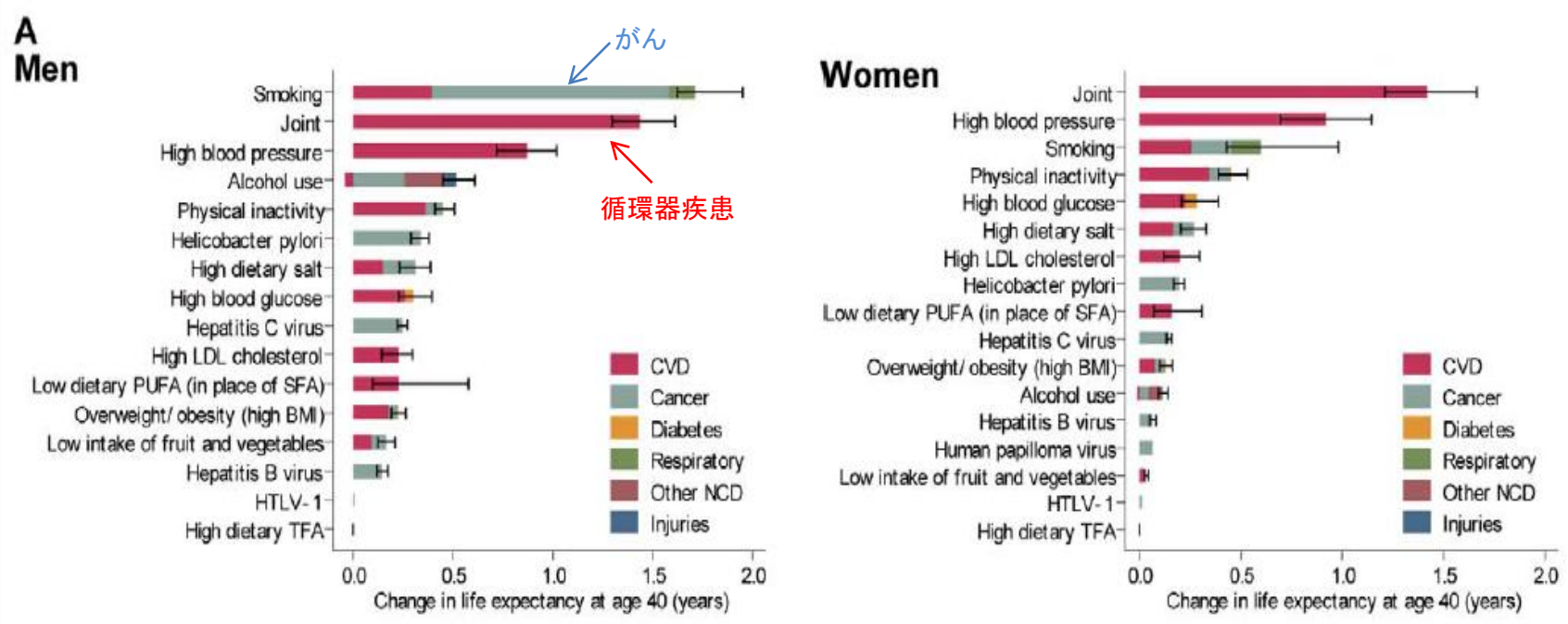


平成22年愛知県衛生年報（出典：愛知県）

40歳時の平均余命の変化に影響を与える要因

【Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T, et al.（2012） PLoS Med 9(1):e1001160.】

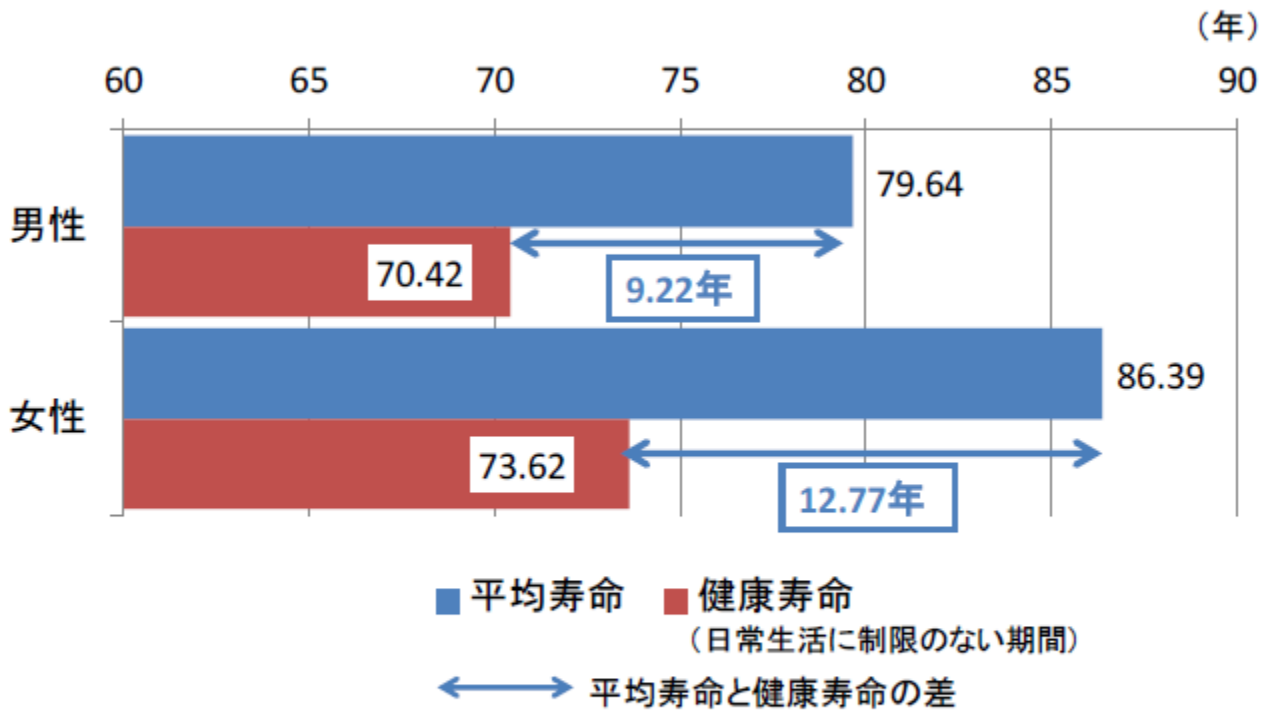
JOINT：高BMI+高血圧+高血糖+高LDL



男性
①喫煙
②四重奏
③高血圧
④アルコール
⑤運動不足

女性
①四重奏
②高血圧
③喫煙
④運動不足
⑤高血糖

図１　平均寿命と健康寿命の差

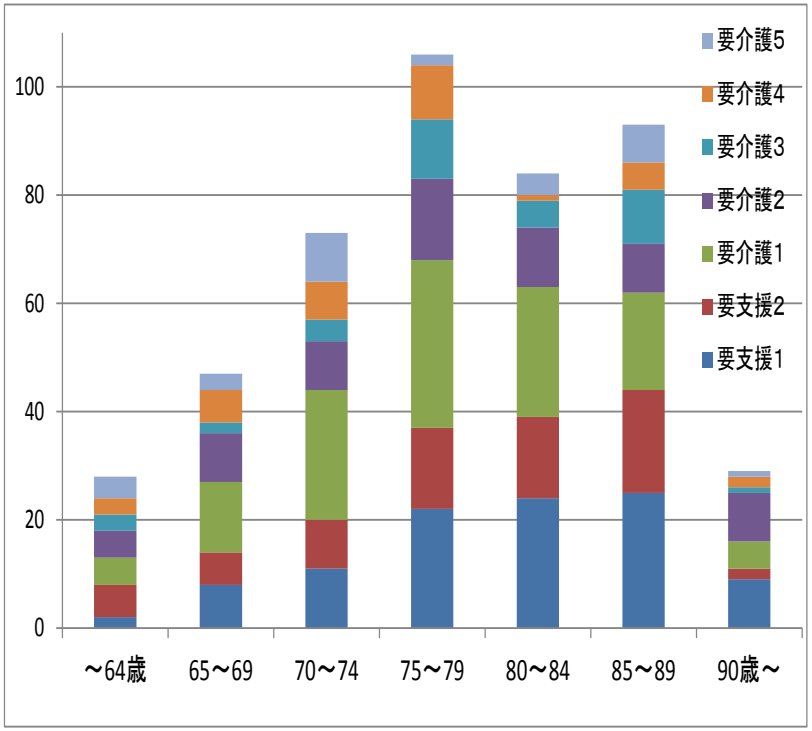


資料：平均寿命（平成 22 年）は厚生労働省「平成 22 年簡易生命表」
健康寿命（平成 22 年）は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

◇要介護認定者の原因疾患など

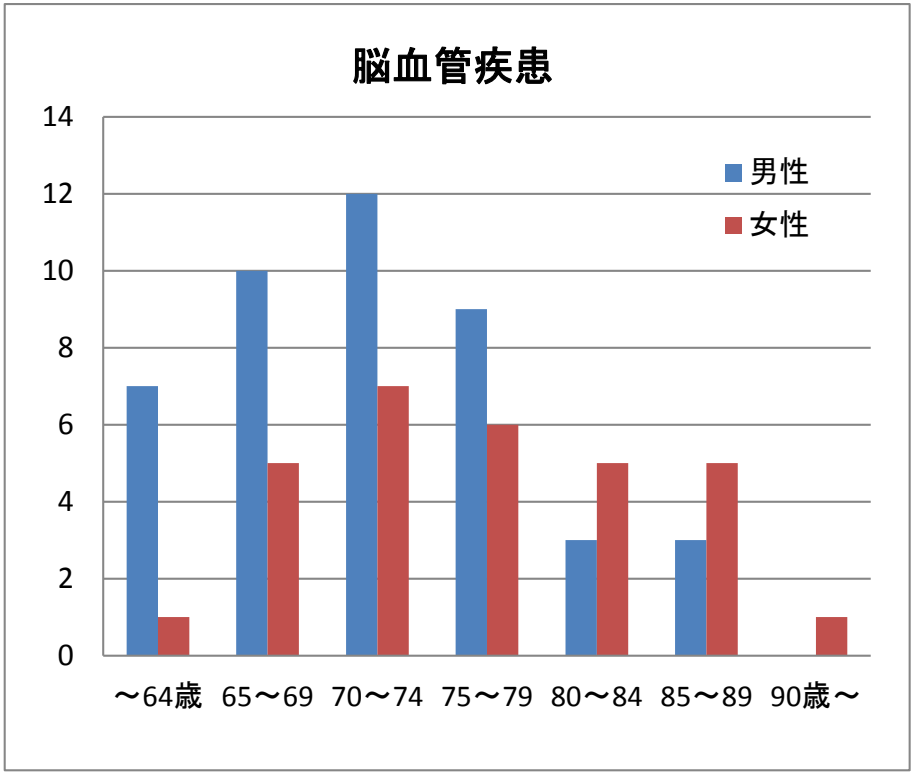
平成22年度の初回介護認定者460人（男性209人、女性251人）の主治医意見書を分析

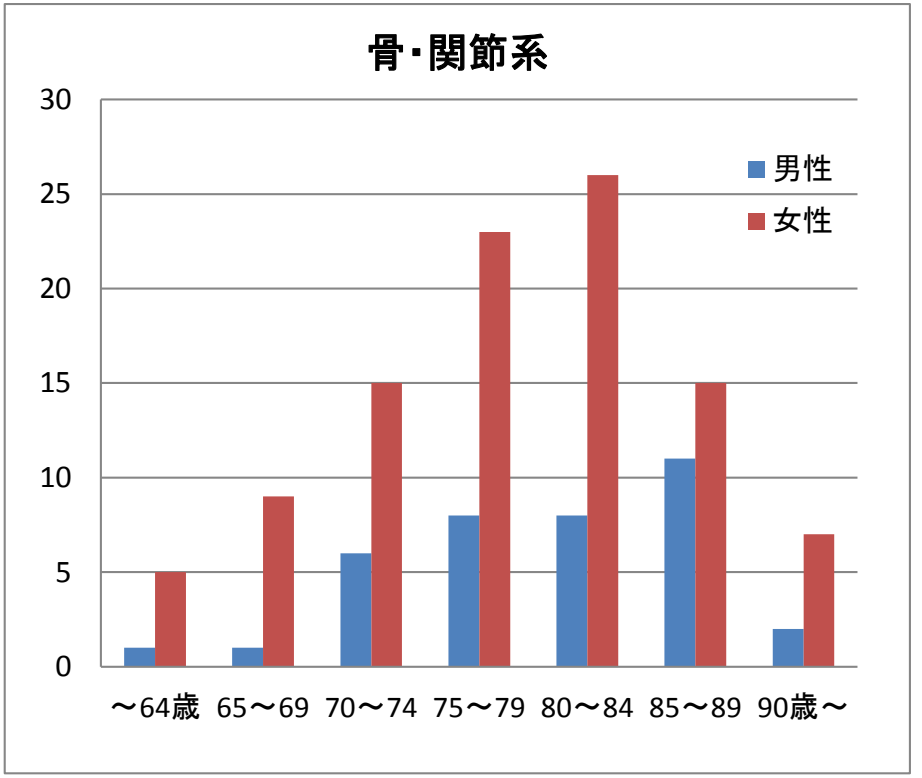
認定時の年齢と要介護度（人）



	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1位	高血圧疾患(31)	関節疾患(33)	認知症(血管性及び詳細不明)(45)	脳梗塞(15)	認知症(血管性及び詳細不明)(10)	悪性新生物(12)	悪性新生物(11)
2位	関節疾患(30)	高血圧疾患(15)	高血圧疾患(33)	認知症(血管性及び詳細不明)(14) 関節疾患(14)	悪性新生物(7) 呼吸器疾患(7)	脳梗塞(8)	脳梗塞(7)
3位	糖尿病(14)	悪性新生物(12)	脳梗塞(20)			認知症(血管性及び詳細不明)(6)心臓病(6)	脳出血(4) 心臓病(4)
4位	悪性新生物(12) 心臓病(12)	骨折(11)	関節疾患(19)	高血圧疾患(13) 悪性新生物(13)	脳梗塞(6) 関節疾患(6)		
5位		脳梗塞(9) 心臓病(9)	糖尿病(16)			高血圧疾患(5)	糖尿病(3) 骨折(3)

初回要介護認定　主治医意見書
「脳血管疾患」と「骨・関節系」の性別・発症年齢（人）

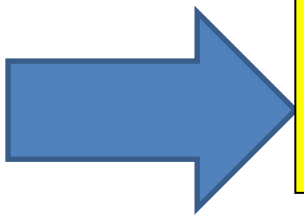




脳卒中の危険因子

Lancet2010：376：112-123

① 高血圧
② 喫煙
③ 内臓脂肪型肥満
④ 食事
⑤ 身体活動度
⑥ 脂質
⑦ 糖尿病
⑧ 飲酒
⑨ ストレス・うつ
⑩ 心疾患



人口寄与リスク
90%

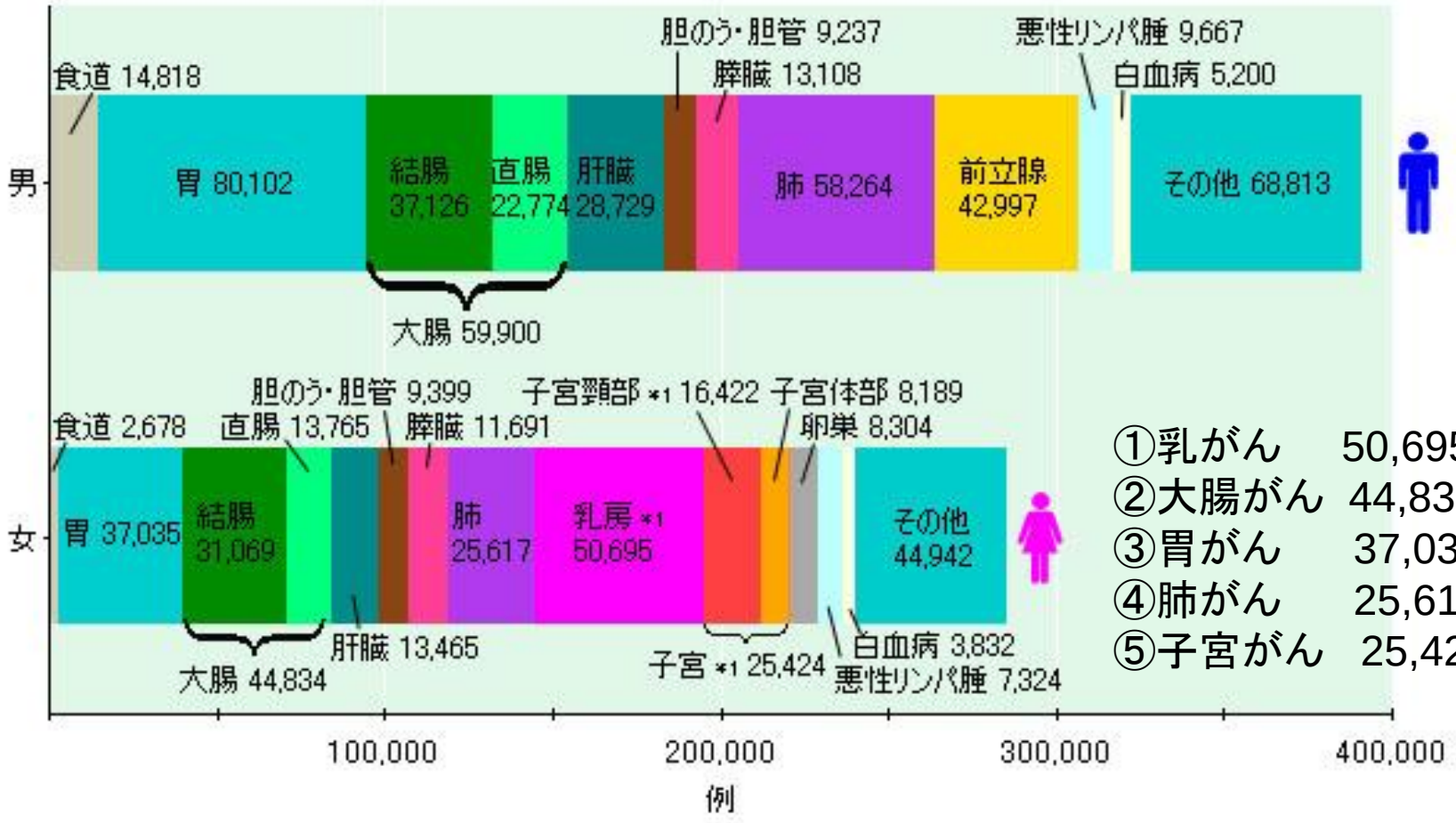
生活習慣そのもの
生活習慣に起因する疾病

②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

	目標項目
がん	① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 ② がん検診の受診率の向上
循環器疾患	① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり） ② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ③ 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） ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	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 ② 治療継続者の割合の増加 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） ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲） ⑥ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上（再掲）
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	① COPD の認知度の向上

部位別がん罹患数
[2005年]

部位別　がん罹患者数　(2005年)



①乳がん　50,695
②大腸がん　44,834
③胃がん　37,035
④肺がん　25,617
⑤子宮がん　25,424

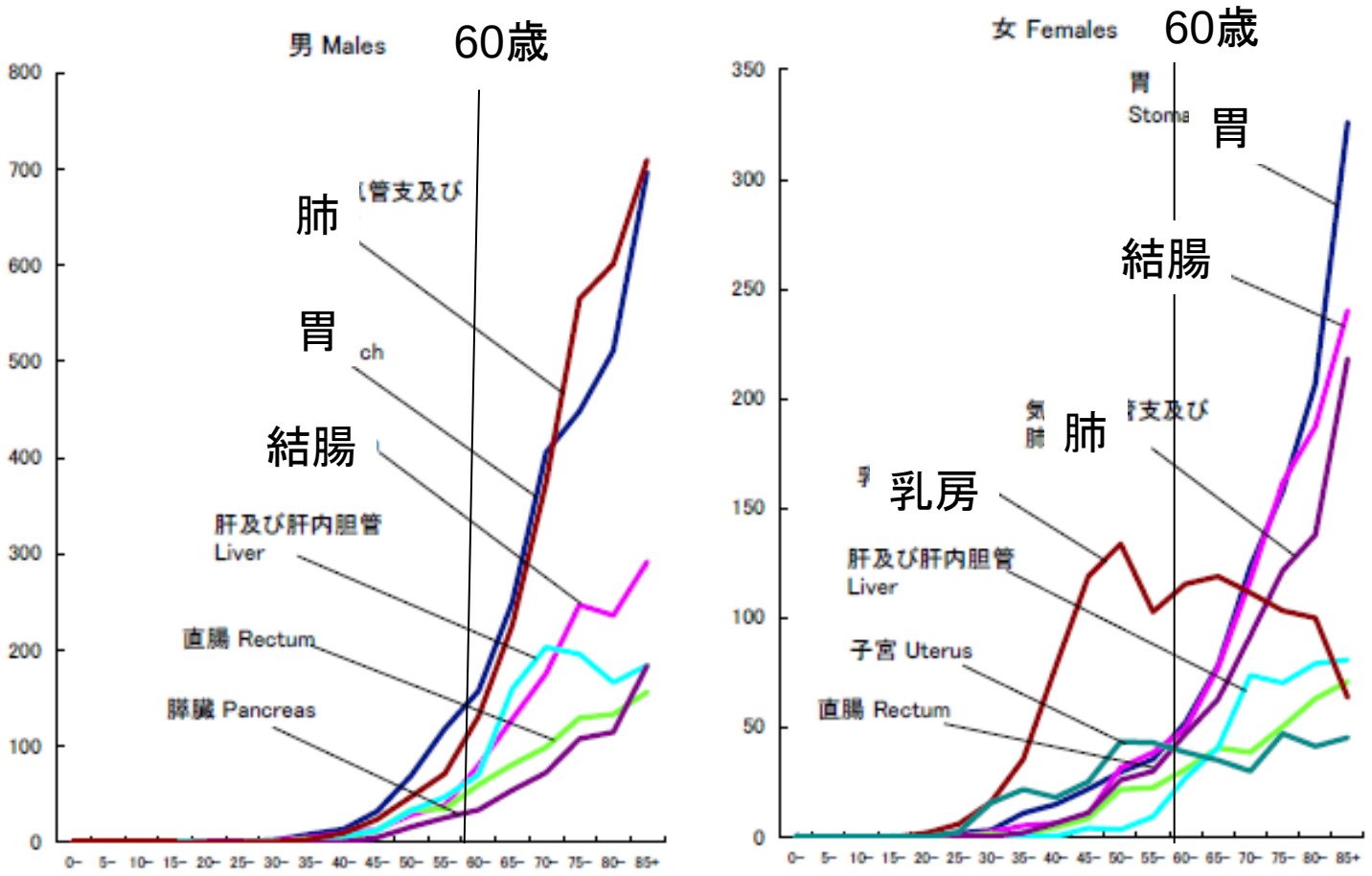
*1 乳房と子宮頸部は上皮内がんを含む。
※ 子宮は、子宮頸部および子宮体部の他に「子宮部位不明」を含む。

資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

主要部位がん罹患率の年齢分布

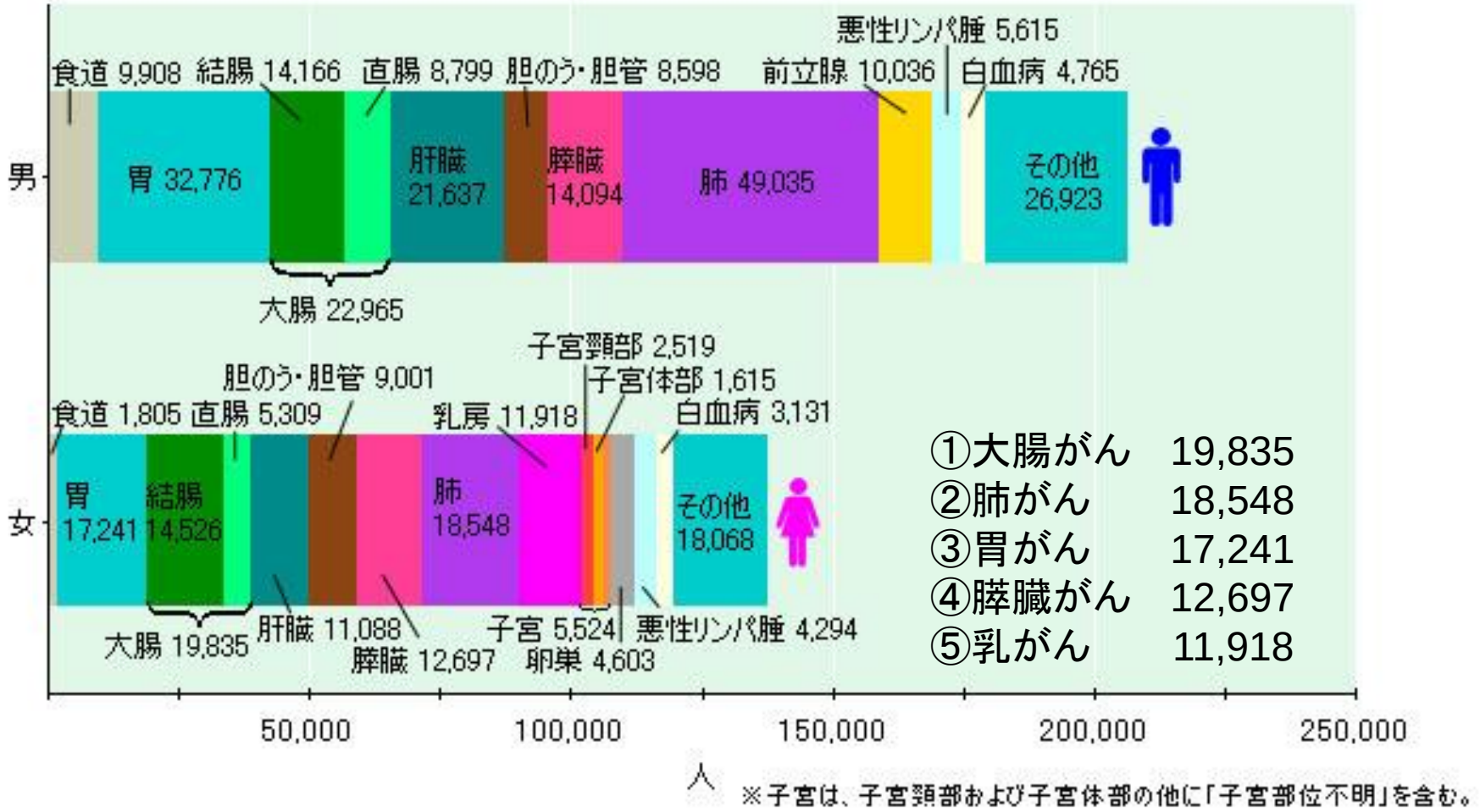
愛知県のがん登録事業（2003）より

図9　主要部位がん罹患率の年齢分布（平成15年）Incidence rates of major cancers by age-group in 2003



部位別がん死亡数
［ 2009年 ］

部位別　がん死亡者数(2009年）

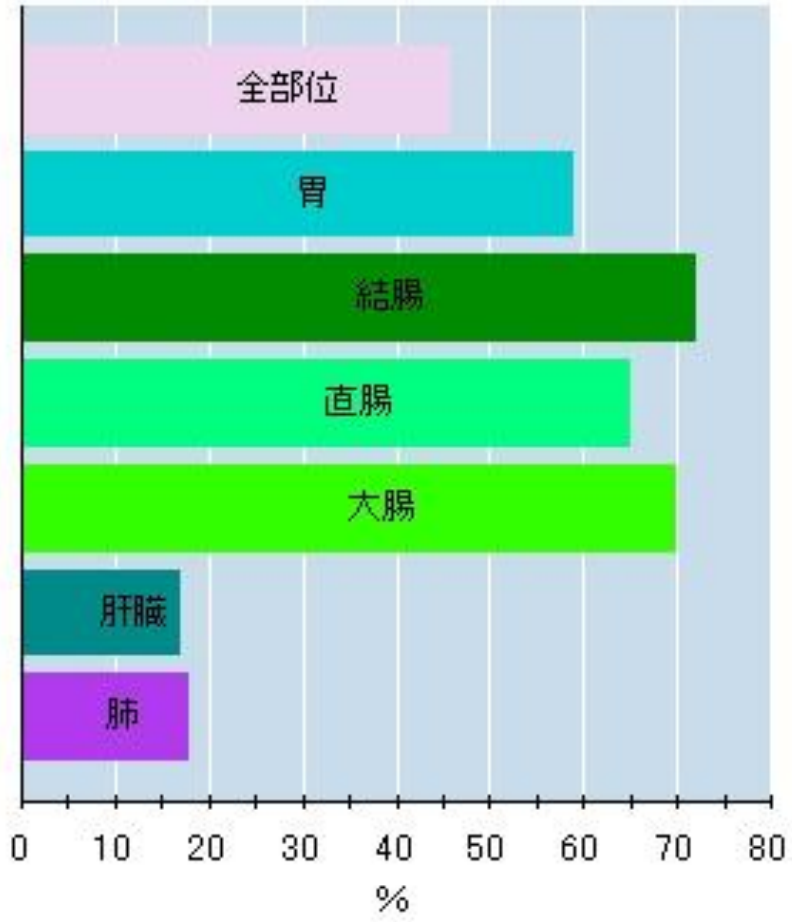


※子宮は、子宮頸部および子宮体部の他に「子宮部位不明」を含む。

資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

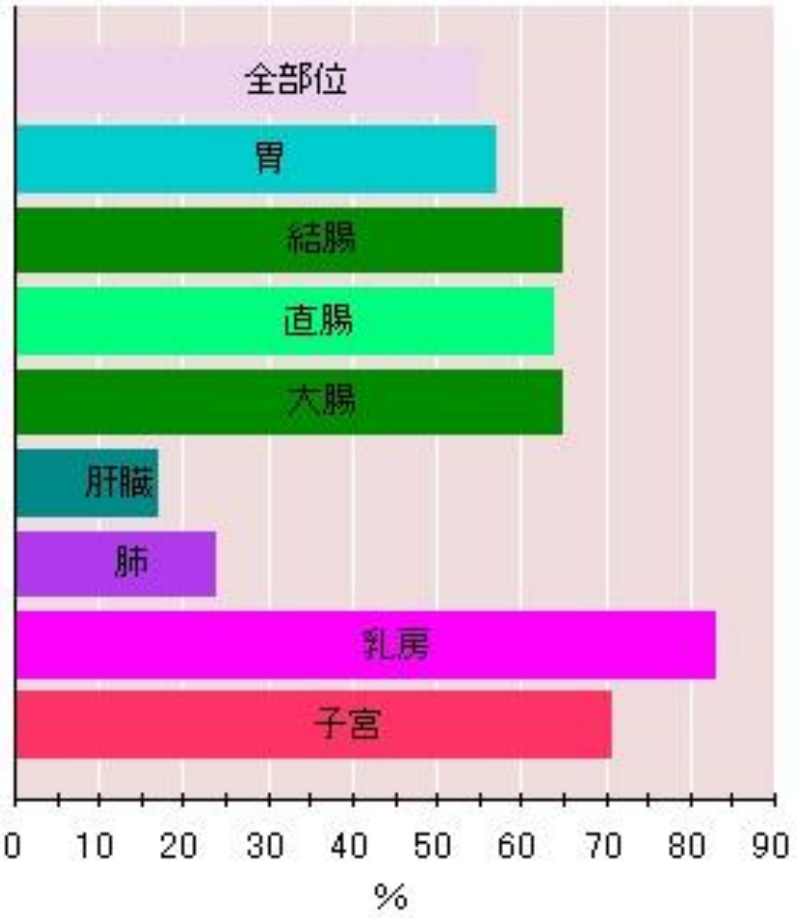
5年相対生存率

部位別がん患者5年相対生存率
（主要部位）
［男 1993年～1996年］



資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報セン
Source: Center for Cancer Control and Information Service
National Cancer Center, Japan

部位別がん患者5年相対生存率
（主要部位）
［女 1993年～1996年］

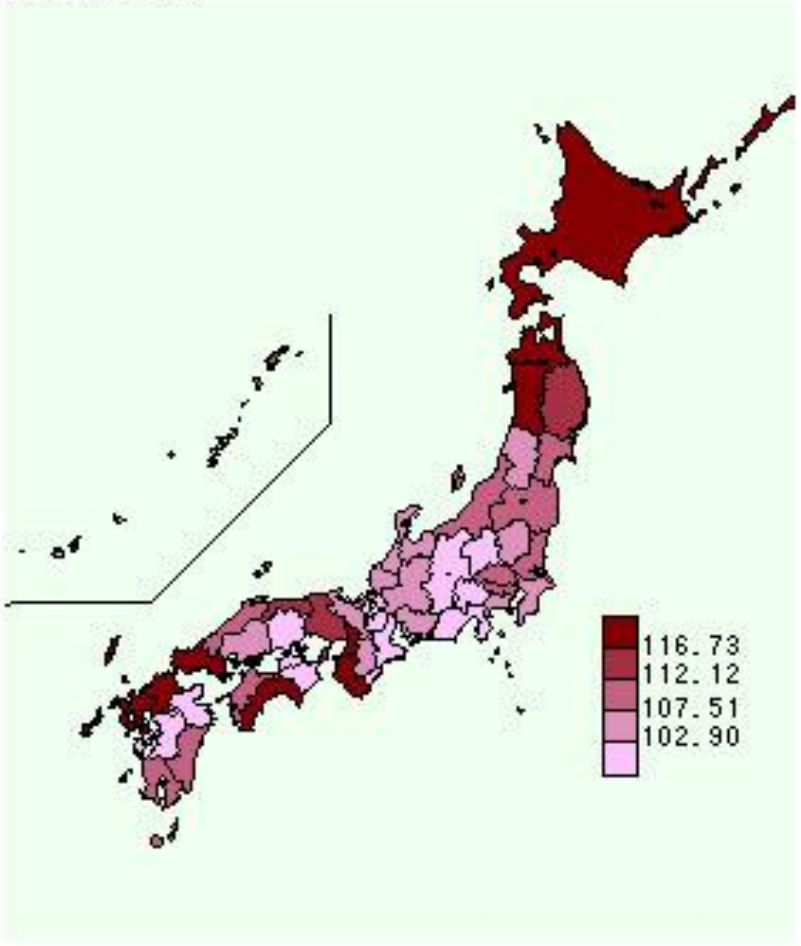


資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

75歳未満年齢調整死亡率

都道府県別75歳未満年齢調整死亡率
（男性）
[全部位 2009年]

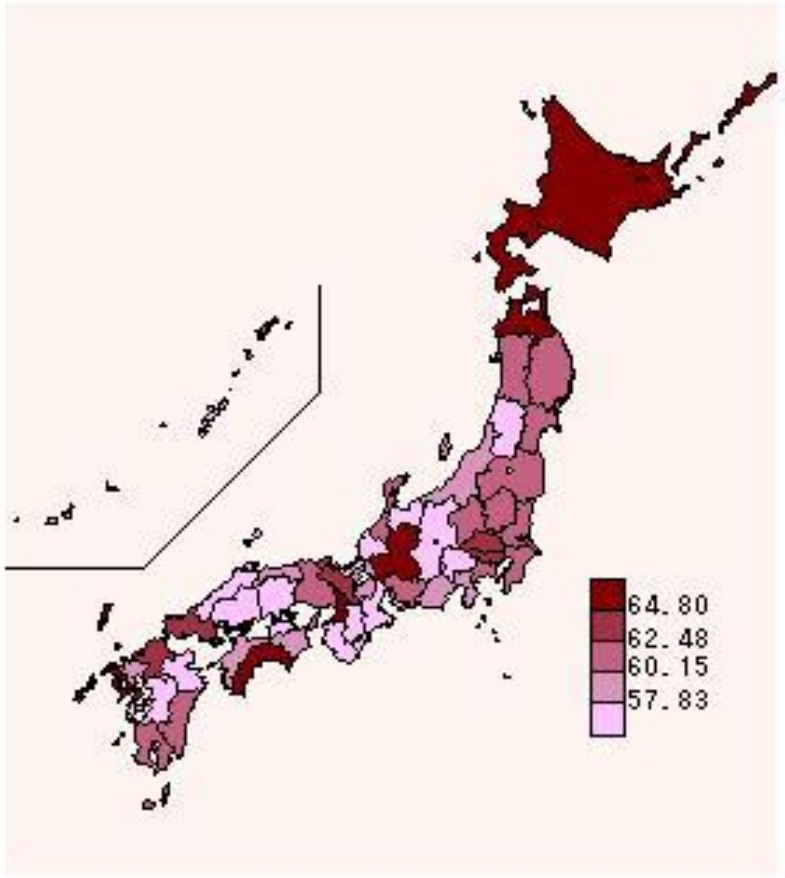
人口10万対



資料:独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センタ
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

都道府県別75歳未満年齢調整死亡率
（女性）
[全部位 2009年]

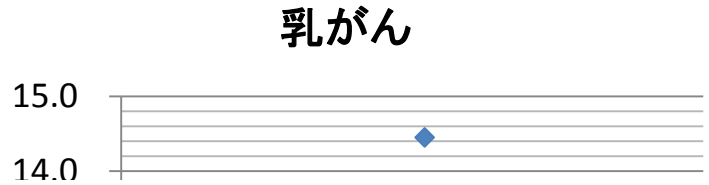
人口10万対

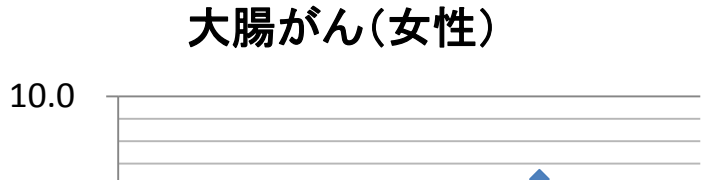


資料:独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

がん検診受診率（2007）とがんによる死亡率（2010）

（都道府県別、年別、性別、悪性新生物部位別75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）より作図）





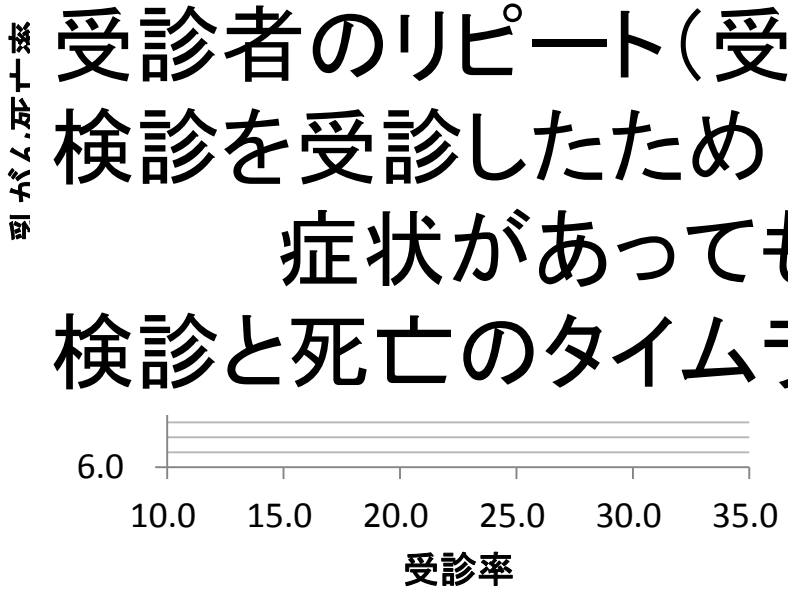
検診の事後措置（精密検査を受けていない）

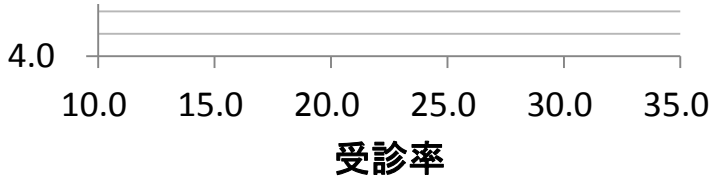
受診者のリピート（受診していない層）

検診を受診したため

　　症状があっても　過信している？

検診と死亡のタイムラグ





がん：発症予防

①喫 煙：喫煙率を低下させる。受動喫煙者の割合を低下させる。

②飲 酒：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を低下させる。

③身体活動：身体活動量が少ない者の割合を低下させる。

④体 型：適正体重を維持している者の割合を増加させる。

⑤食生活：高塩分食品の摂取頻度を減少させる。

野菜・果物の摂取不足の者の割合を減少させる。

⑥がんに関連する細菌・ウイルス：子宮頸がん予防ワクチン接種の推進や、

HTLV-1感染予防対策。肝炎ウイルス検査体制の充実等

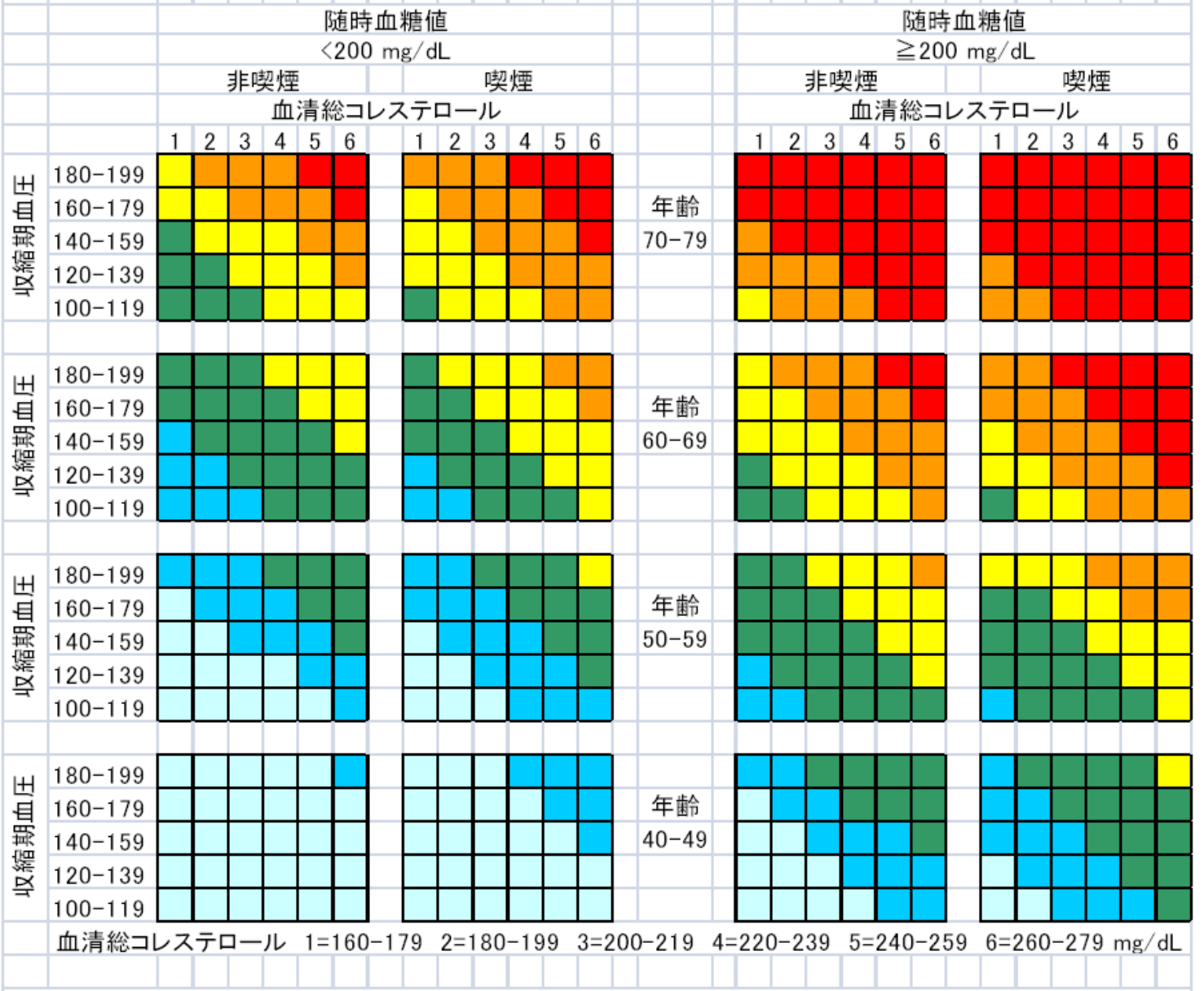
がん：重症化予防
（早期発見・早期治療）

- 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
  より効率的・効果的ながん検診：
  　受診の手続きの簡略化、効果的な受診勧奨方法の開発、
  　職域のがん検診との連携など
- 普及啓発活動
  　がん検診の意義
  　対策型検診と人間ドック任意型検診
  　がん検診の欠点や不利益
  　　精度：見落とし・偽陽性、精密検査等の負担
  　　過剰診断・過剰治療
- 自覚症状がある場合の早期受診

生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

目標値	ベースライン値（平成10年）	中間評価（平成16年）	直近実績値（平成21年）
脳卒中死亡率（人口10万対） 全体	110.0	102.3	97.2
脳卒中死亡率（人口10万対） 男性	106.9	99.9	96.7
脳卒中死亡率（人口10万対） 女性	113.1	104.5	97.8
虚血性心疾患死亡率（人口10万対） 全体	57.2	56.5	59.9
虚血性心疾患死亡率（人口10万対） 男性	62.9	63.4	68.2
虚血性心疾患死亡率（人口10万対） 女性	51.8	50.0	52.2

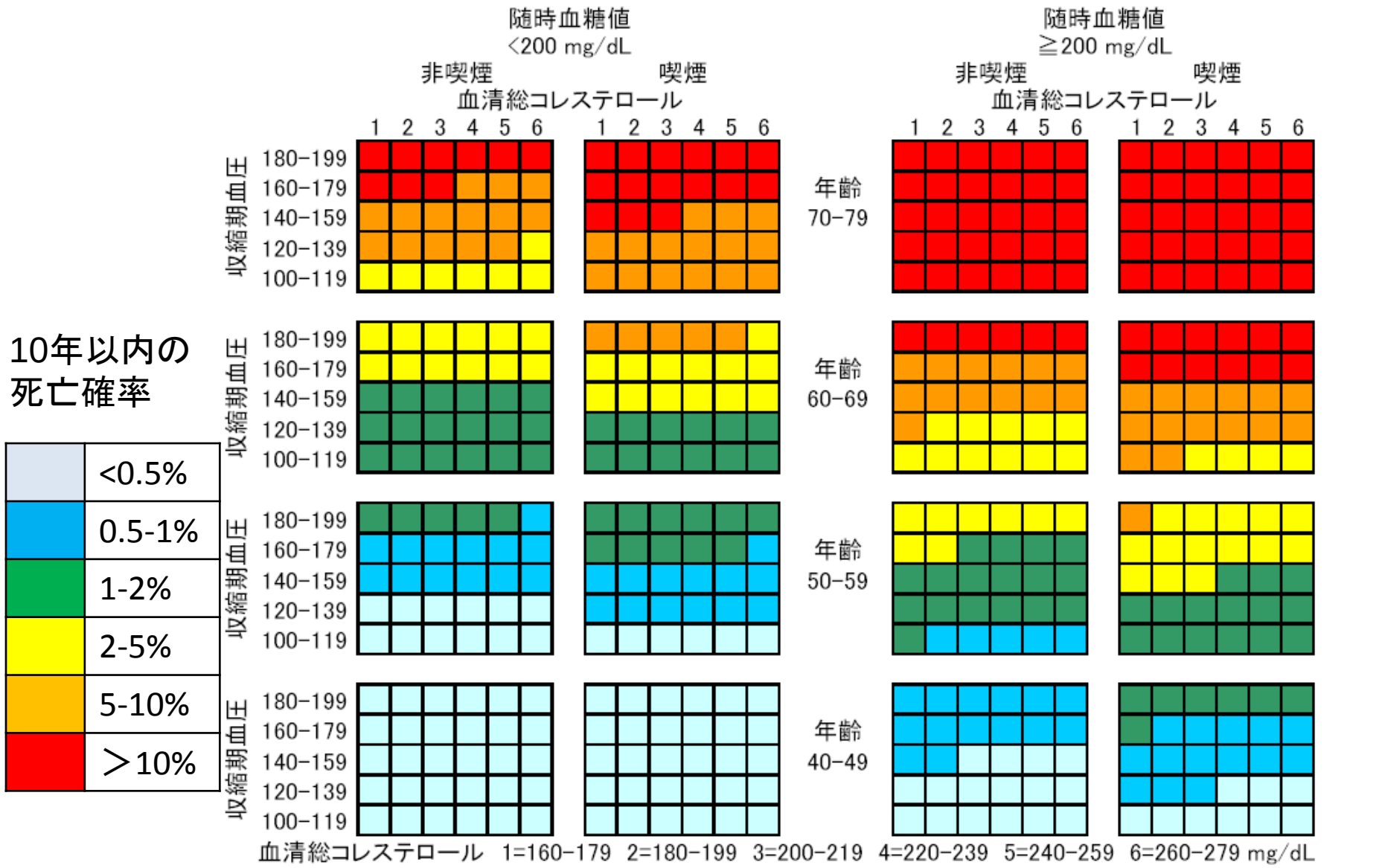
冠動脈疾患リスク評価チャート、男性、10 年以内における死亡確率を収縮期血圧、血清総コレステロール、血糖（糖尿病の有無）、喫煙習慣別に評価
NIPPON DATA80 の19 年間の追跡より



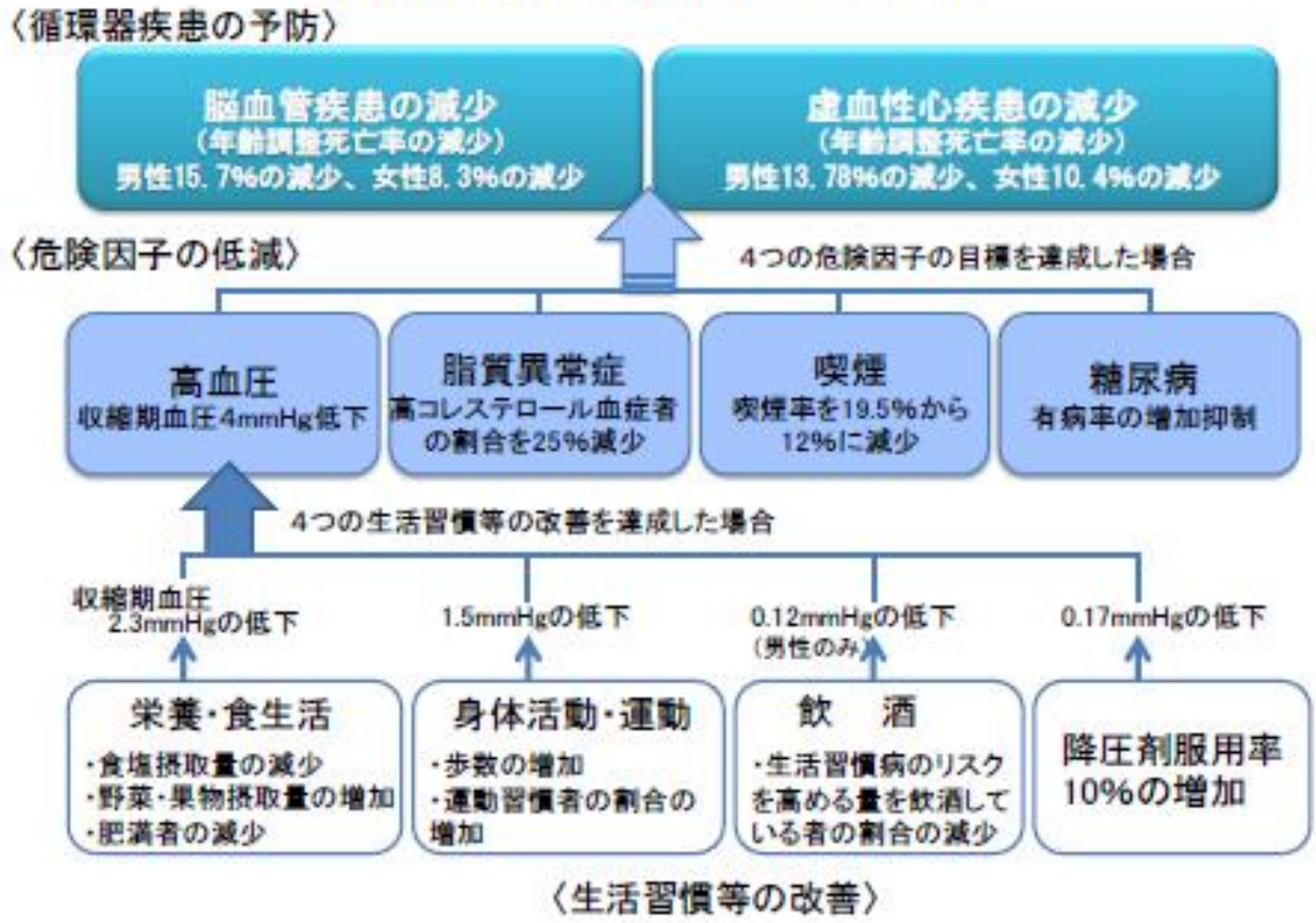
10年以内の
死亡確率

	<0.5%
	0.5-1%
	1-2%
	2-5%
	5-10%
	＞10%

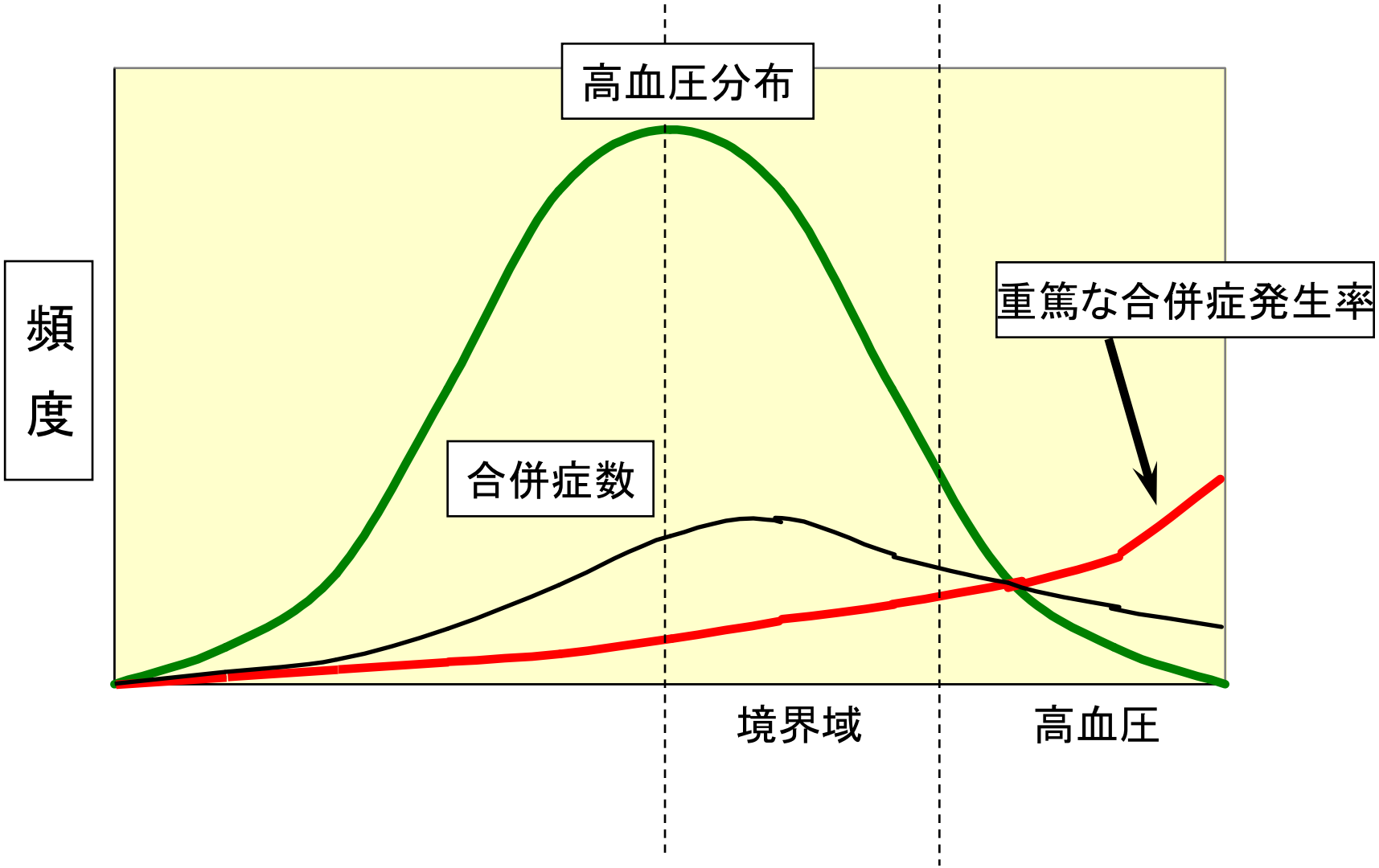
冠動脈疾患リスク評価チャート、女性、10 年以内における死亡確率を収縮期血圧、血清総コレステロール、血糖（糖尿病の有無）、喫煙習慣別に評価
NIPPON DATA80 の19 年間の追跡より



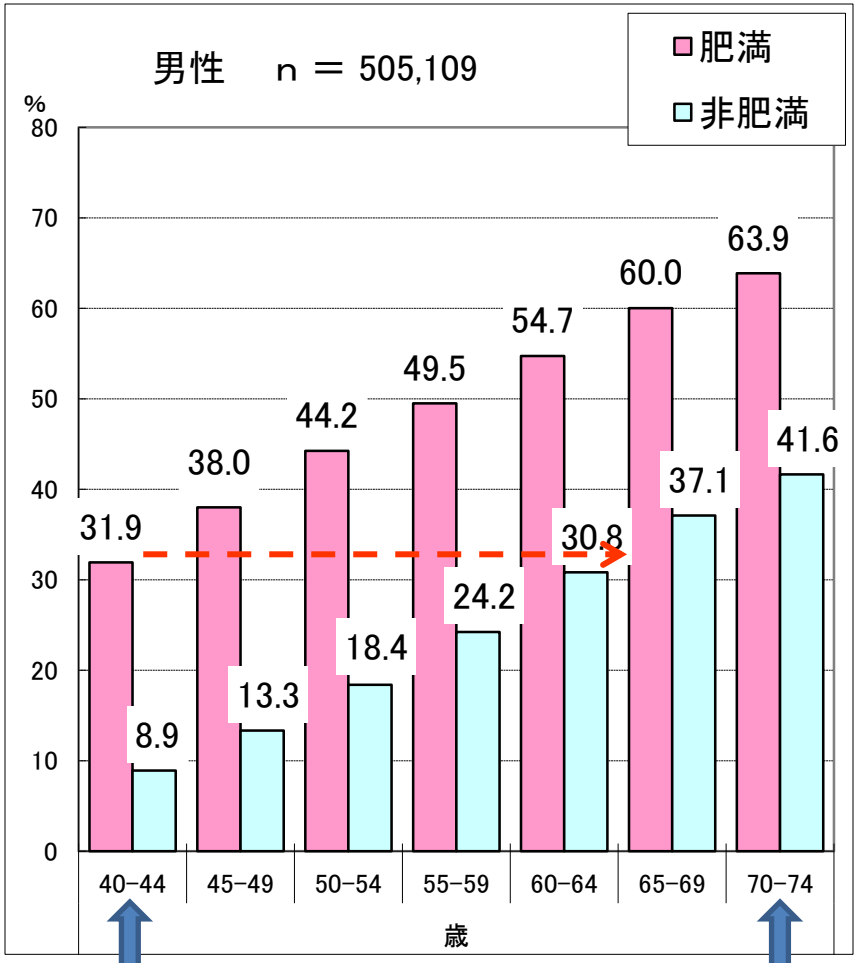
循環器疾患の目標設定の考え方

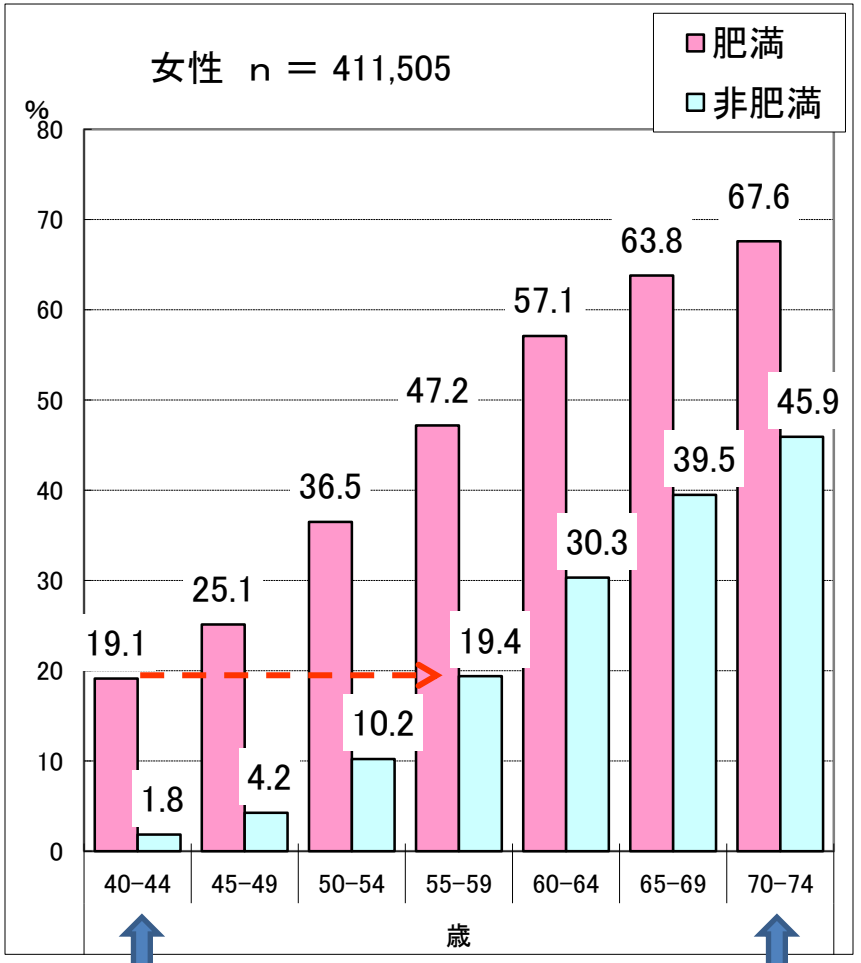


危険要因と合併症

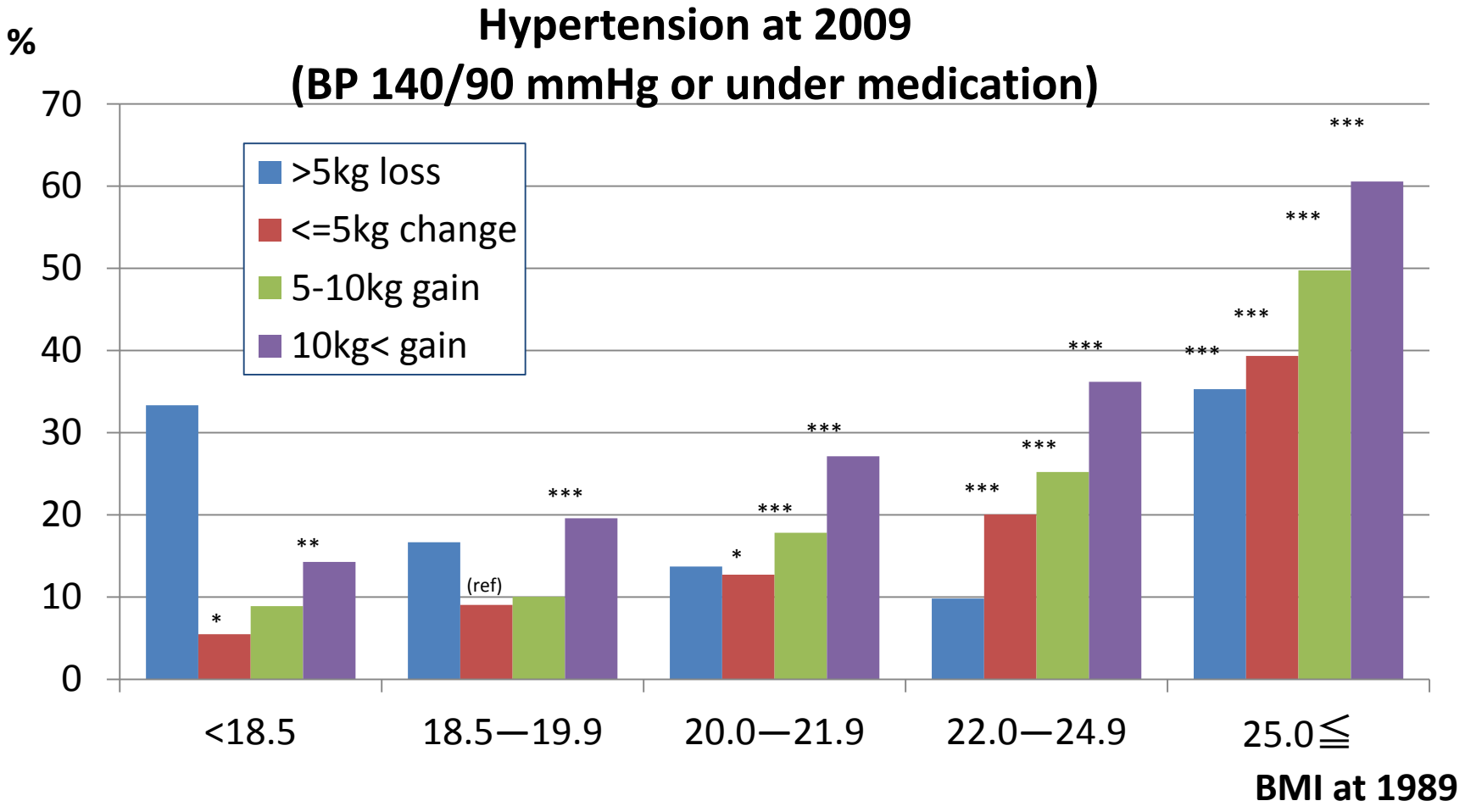


高血糖・高血圧・脂質異常のリスクを2個以上持つ人
【肥満判定別：平成21年度】

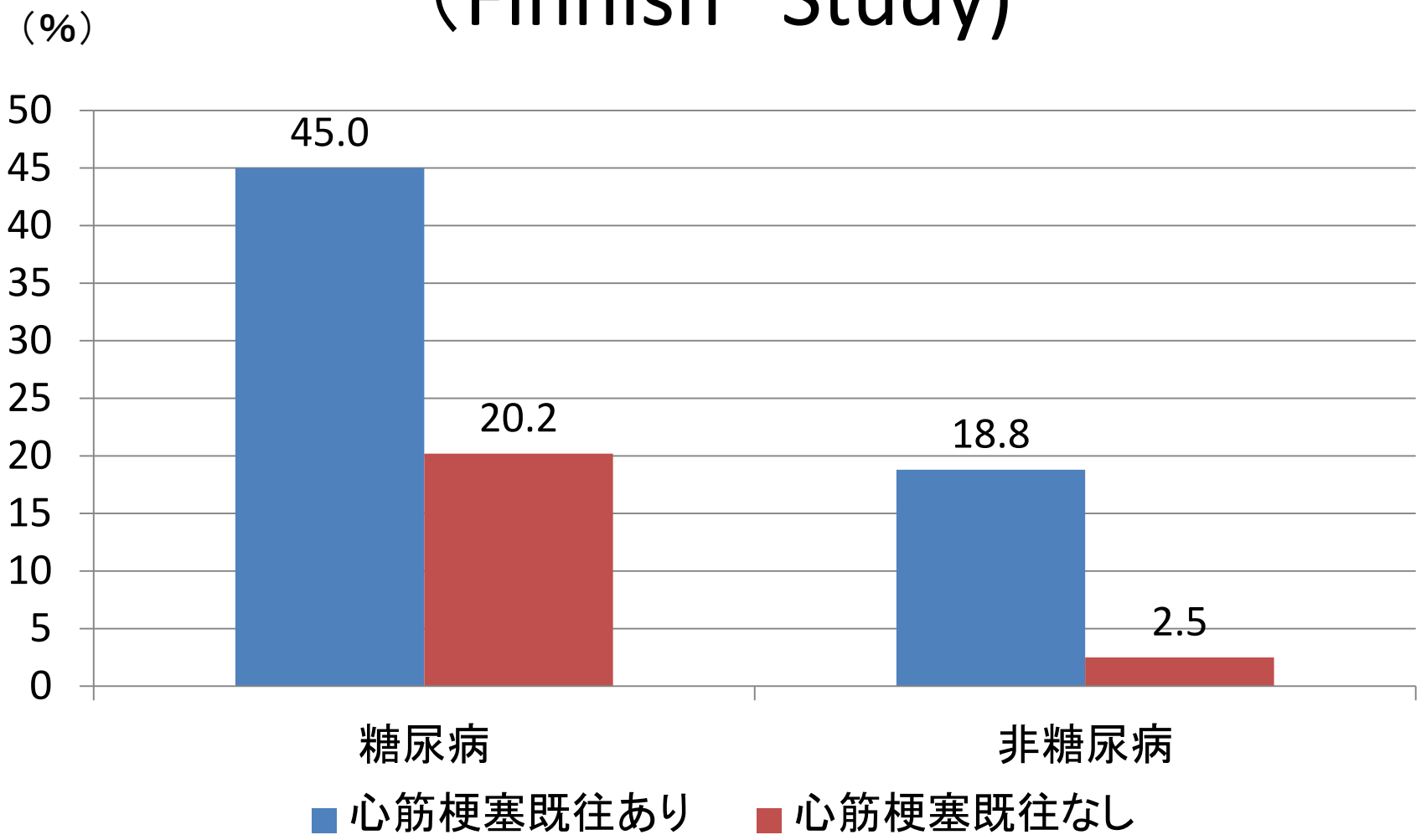




20歳のBMI、その後20年間の体重変化と高血圧

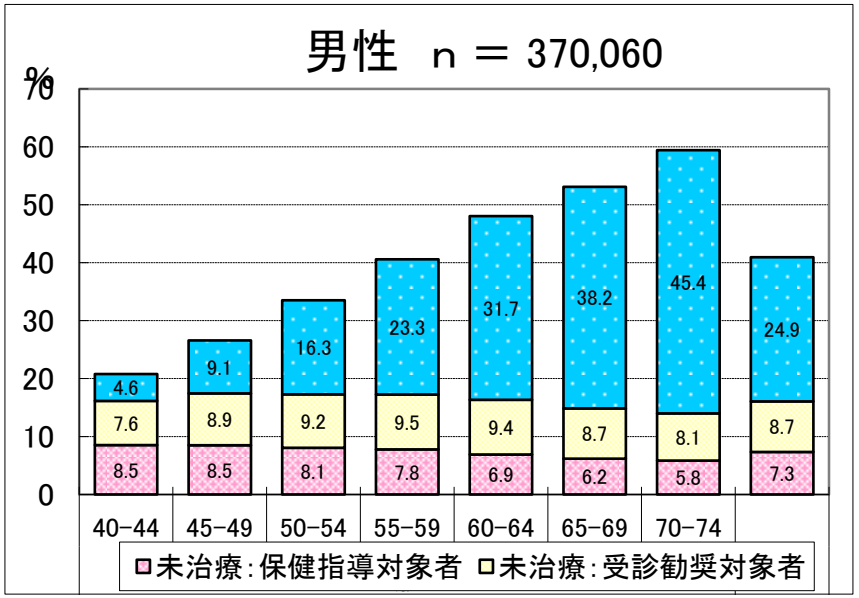


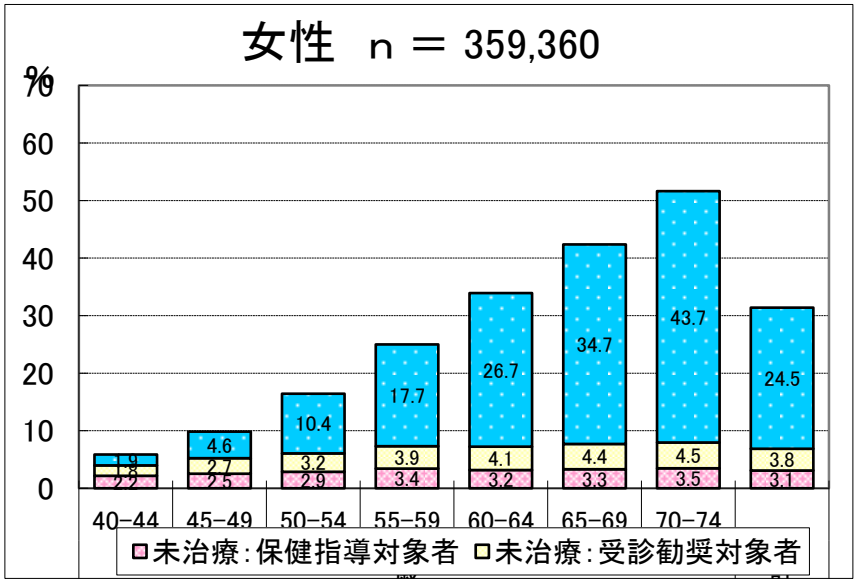
7年間の心筋梗塞発症率
（Finnish　Study)

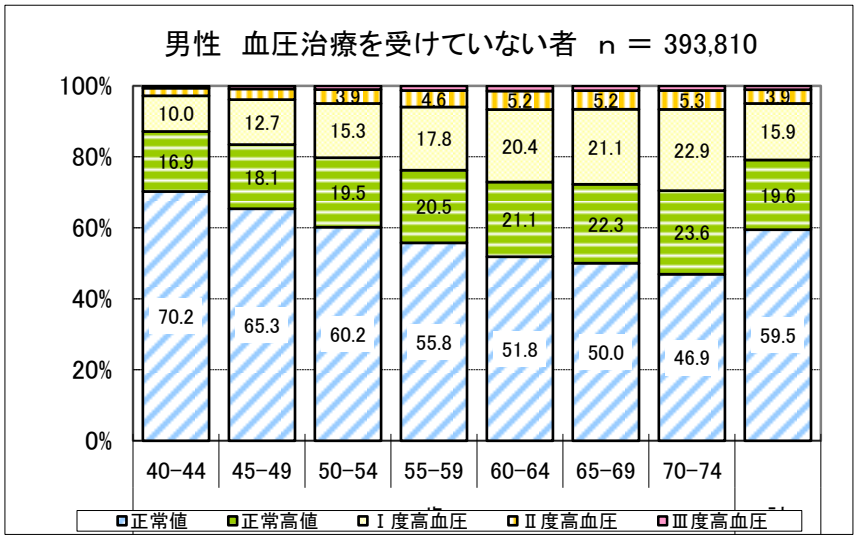


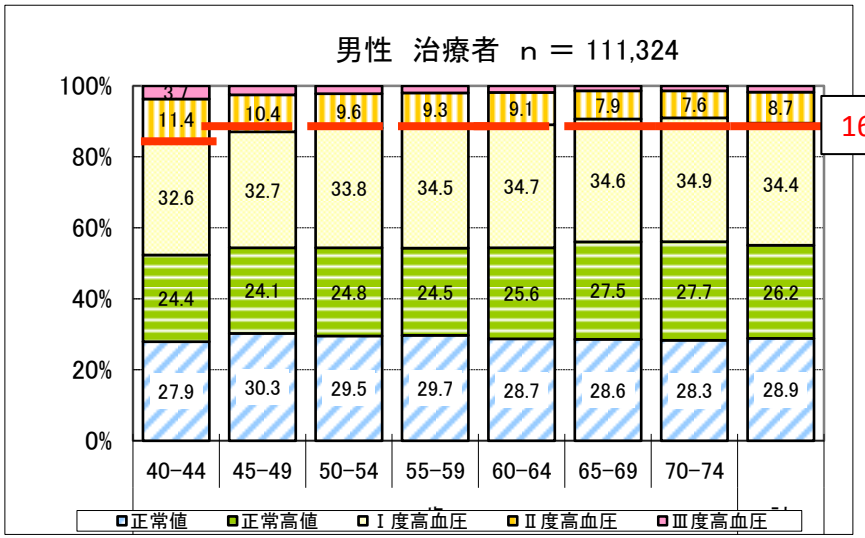
(Haffner SM et al: N Engl Med 339:229,1998)

高血圧有所見率と治療の有無別血圧分布（性・年代別）



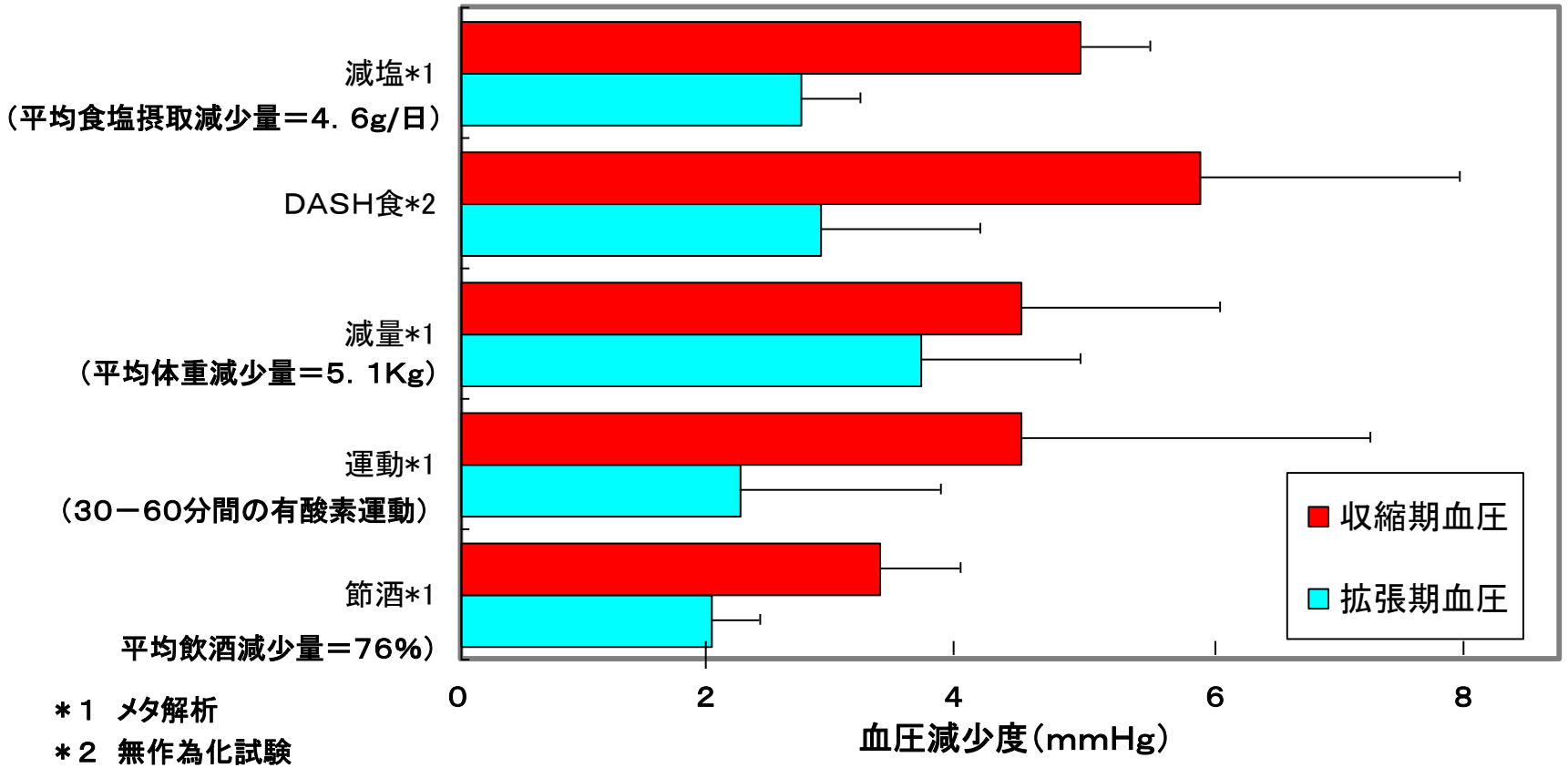






血圧160/100mmHg以上の人：未治療者30,413人（薬を飲んでいない人の4.3%）
治療中　20,093 人（服薬中のうち　9.8%）

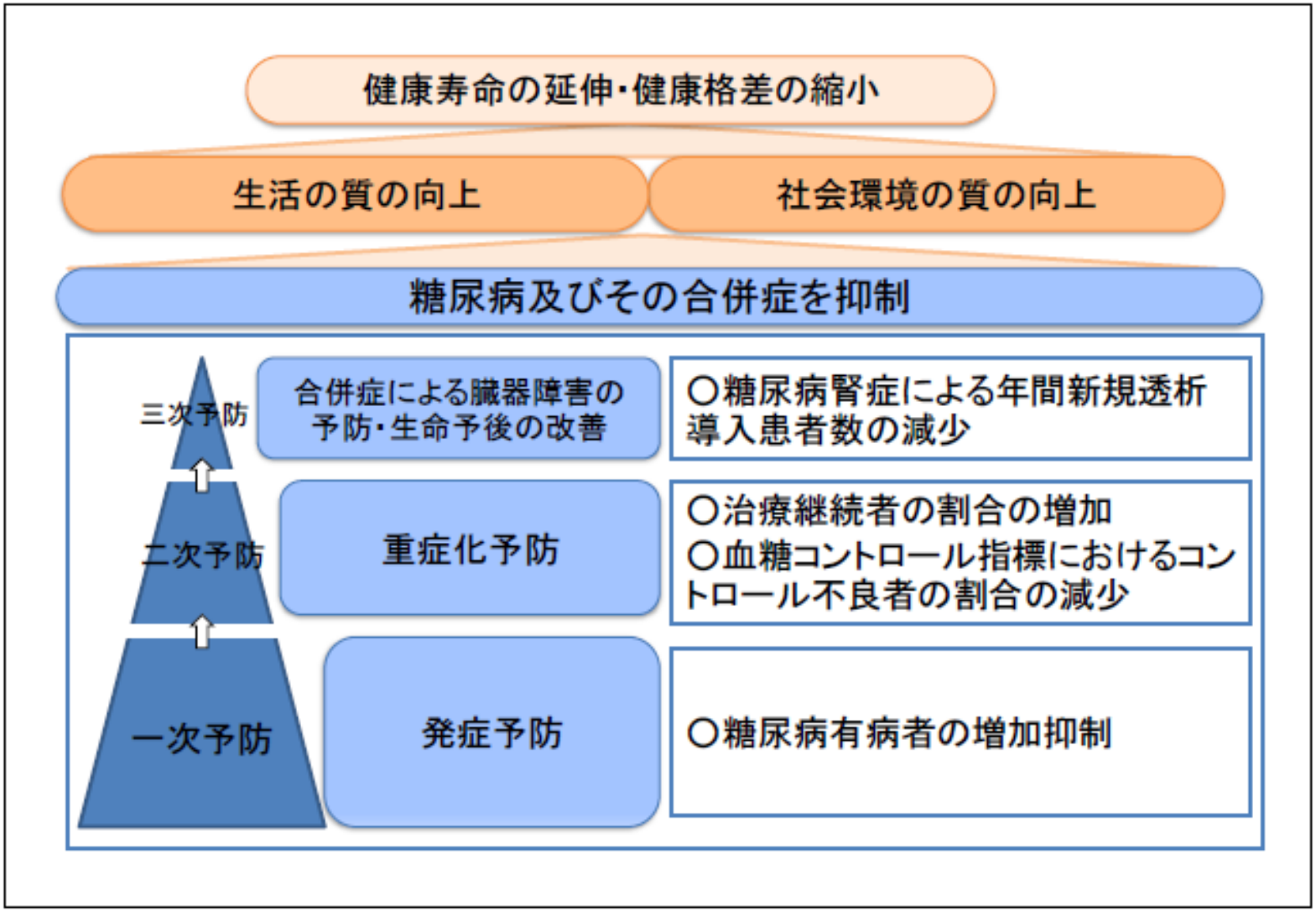
生活習慣修正による降圧の程度



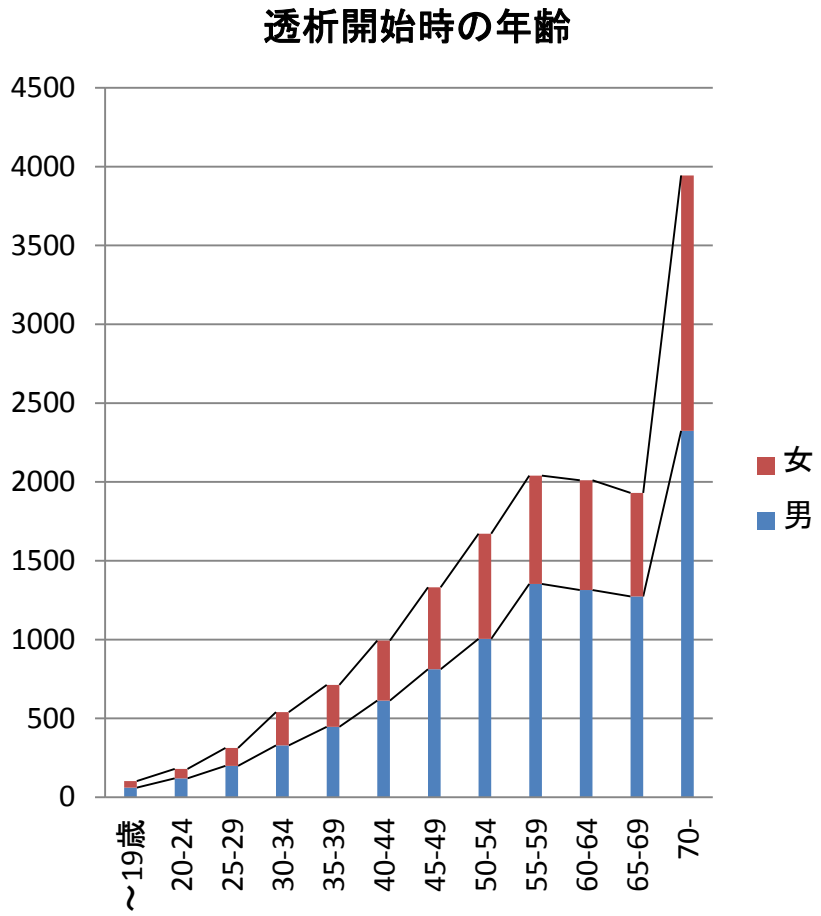
＊1　メタ解析

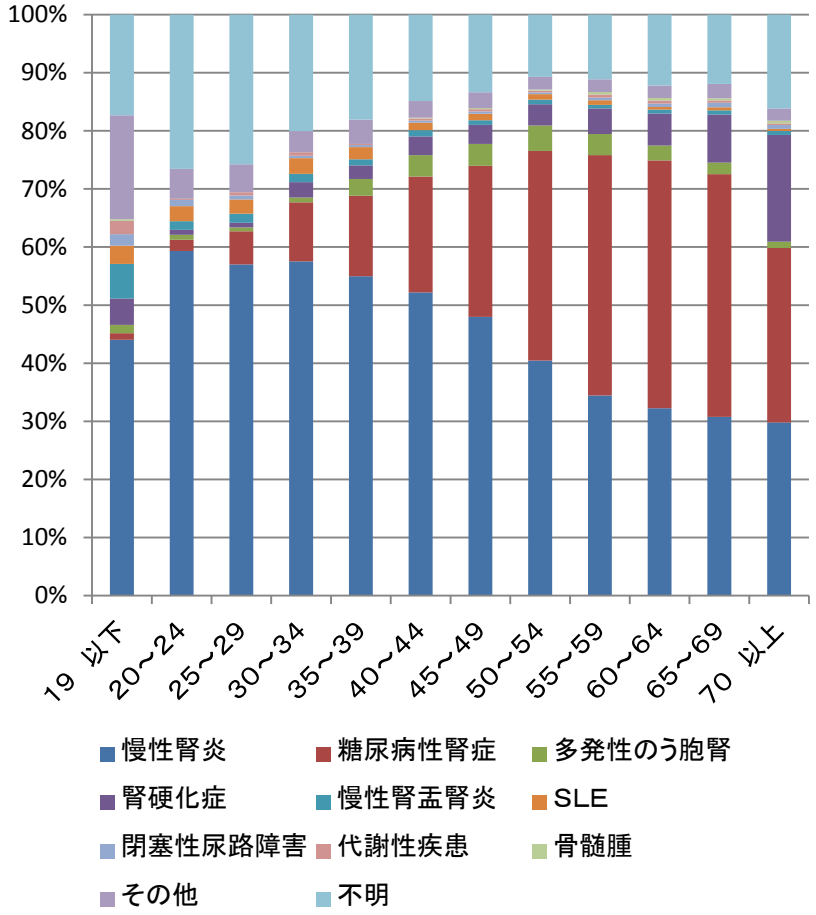
＊2　無作為化試験

糖尿病の目標設定の考え方



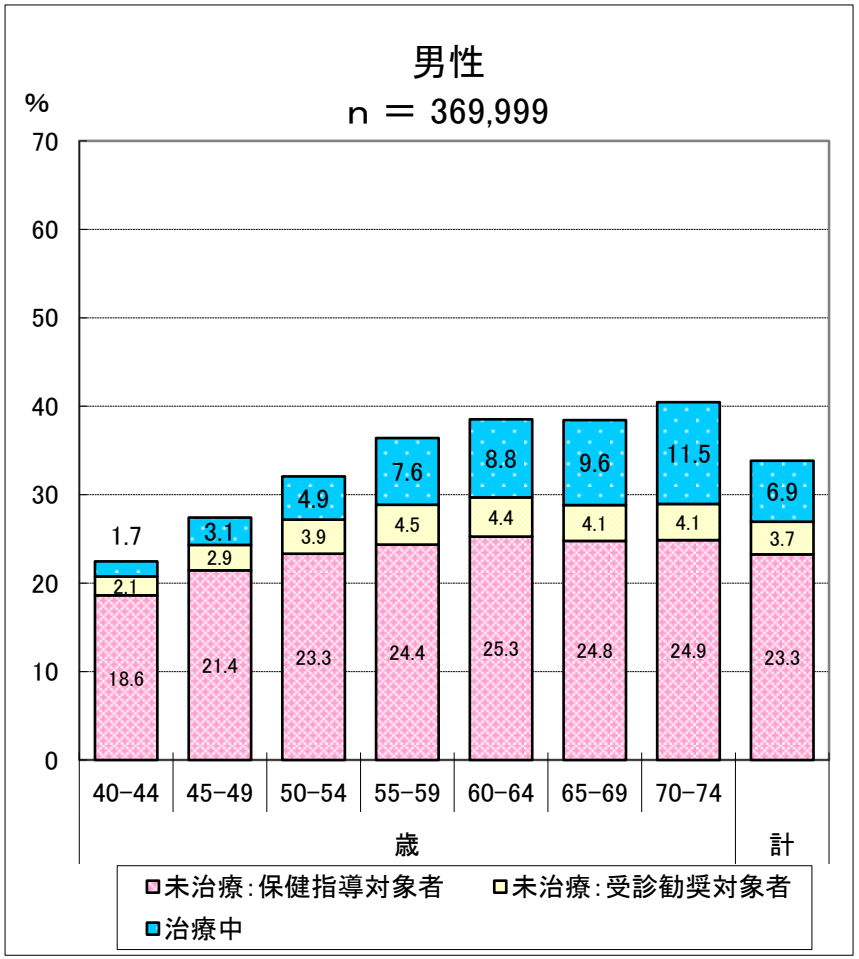
透析開始時の年齢と　年齢別原因疾患の割合

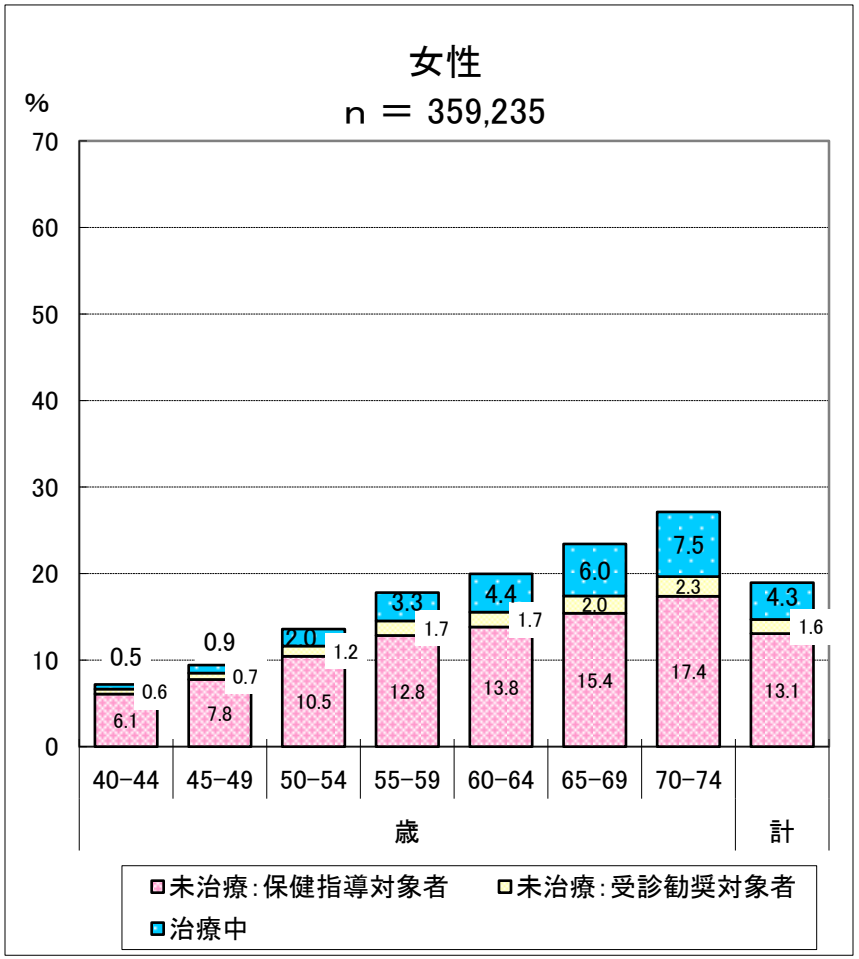




（愛知腎臓財団資料より　津下作成）

高血糖　有所見率（性・年代別）





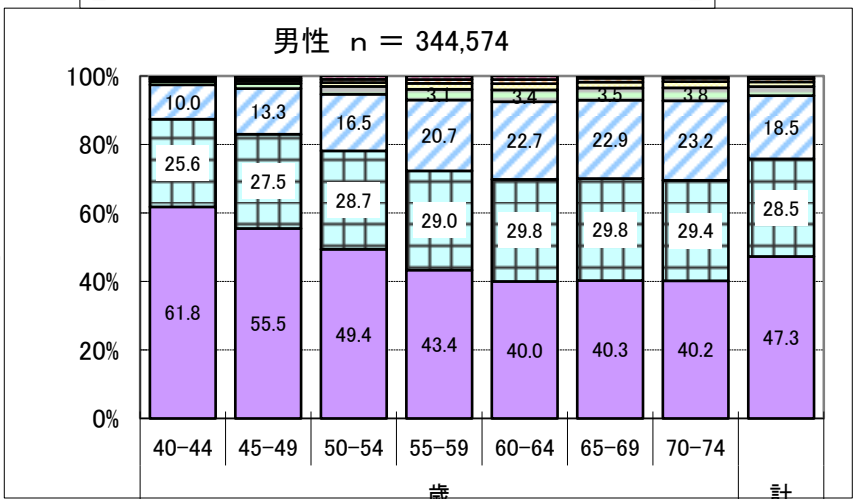
注1）保健指導対象者　HbA1c≧5.2%または空腹時血糖≧100mg/dL
　　受診勧奨対象者　HbA1c≧6.1%または空腹時血糖≧126mg/dL
　　未治療は特定保健指導（動機づけ支援・積極的支援）が必要と判定された方
注2）母数（n）は判定可能者

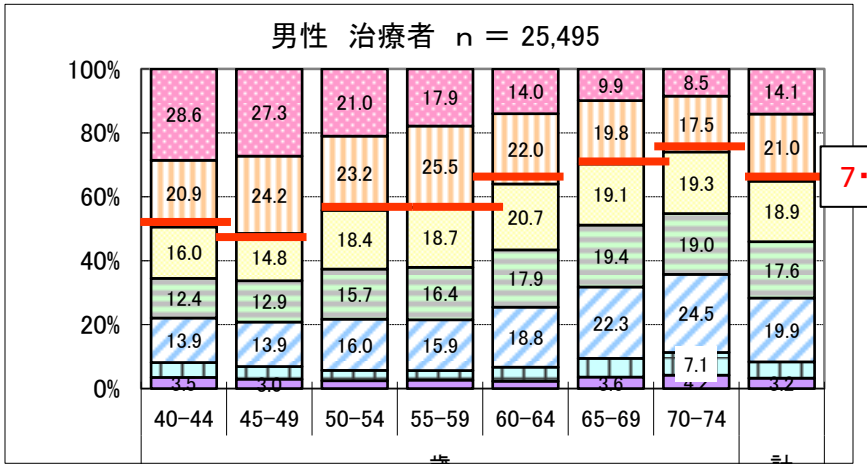
高血糖治療の有無によるHbA1c(JDS)判定区分

【糖尿病の治療を受けていない者】

【高血糖　治療者】

男性

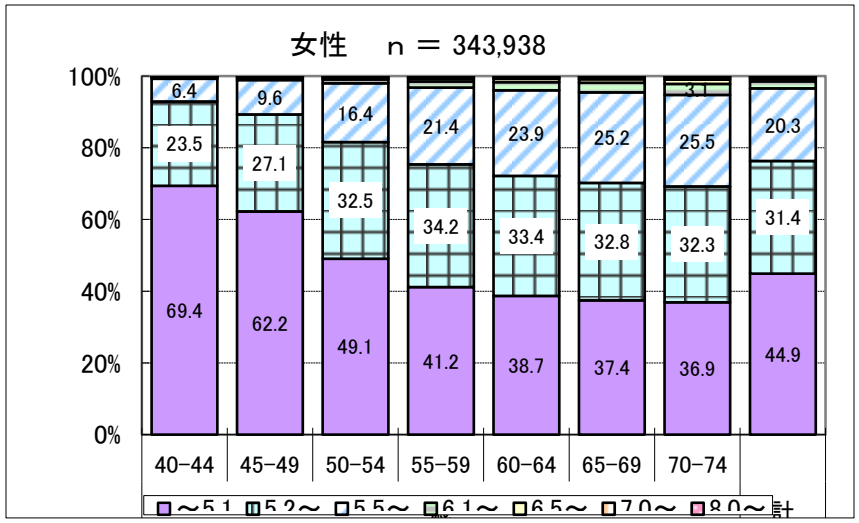


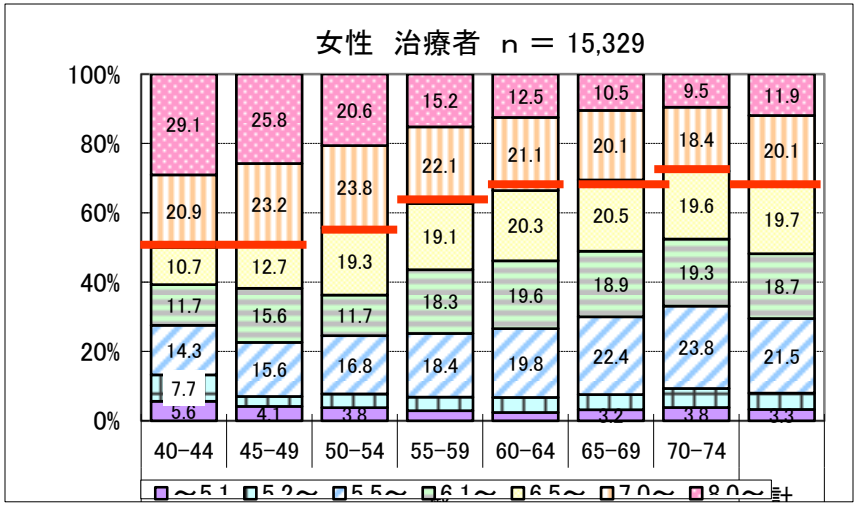


7・0%

HbA1c（JDS）：7%以上　5,893人（未治療者の1.7%）、8,954人（治療中の35.1%）

女性

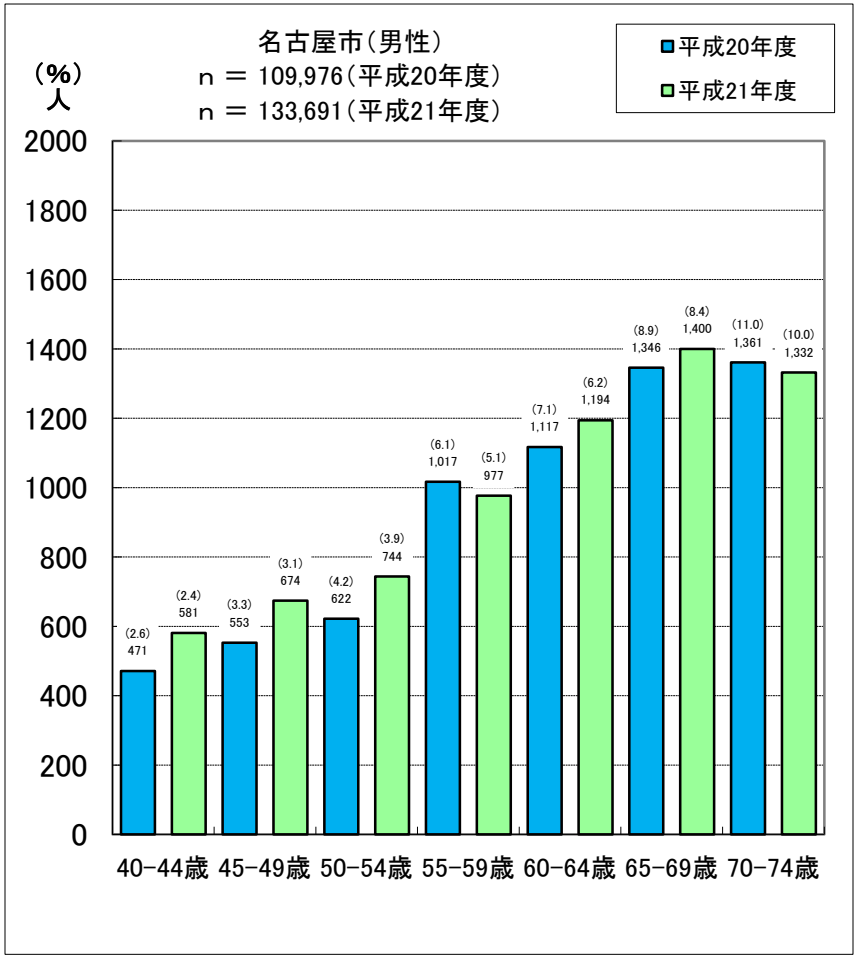


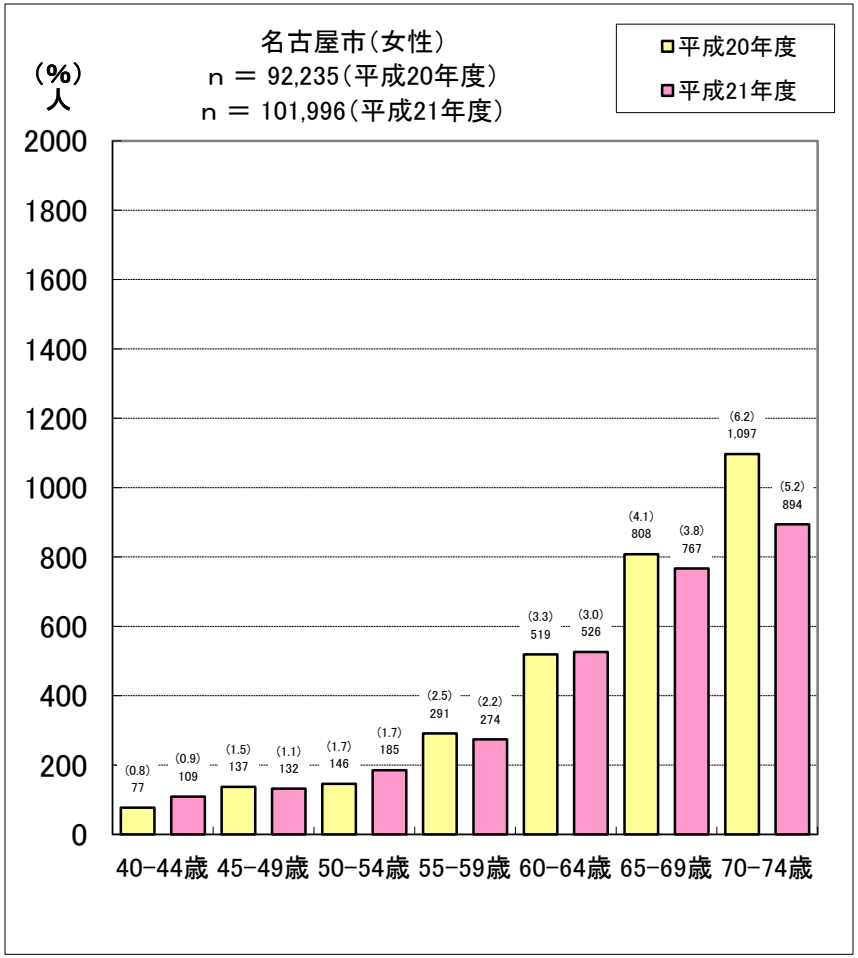


HbA1c（JDS）：7%以上　2,425人（未治療者の0.7%）、4,918人（治療中の32.1%）

尿蛋白陽性＋高血糖･高血圧

（名古屋市：平成21年度　約1万人）

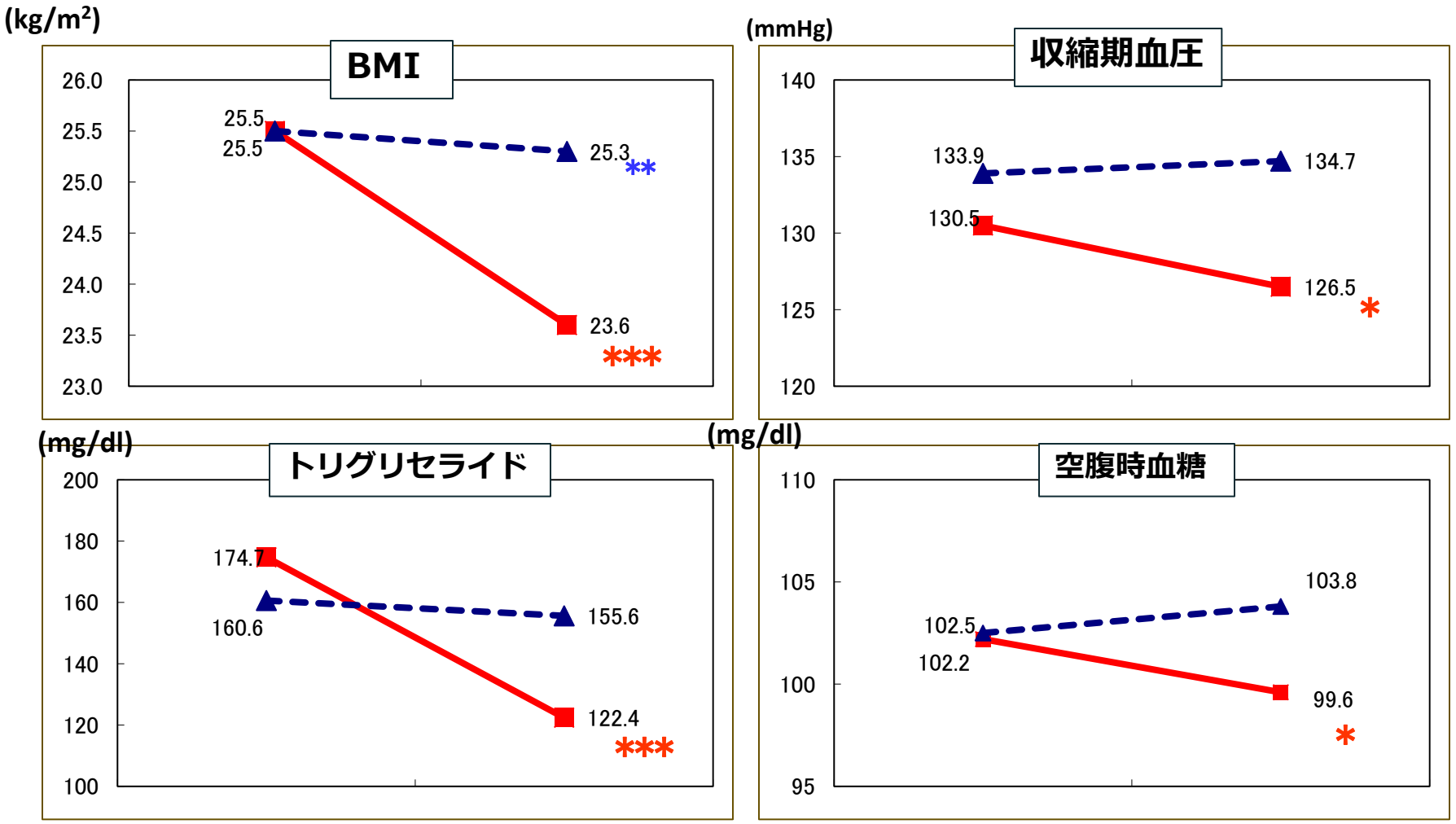




男性の6.3%、女性の2.9%は、腎不全予備軍（顕性蛋白尿期）

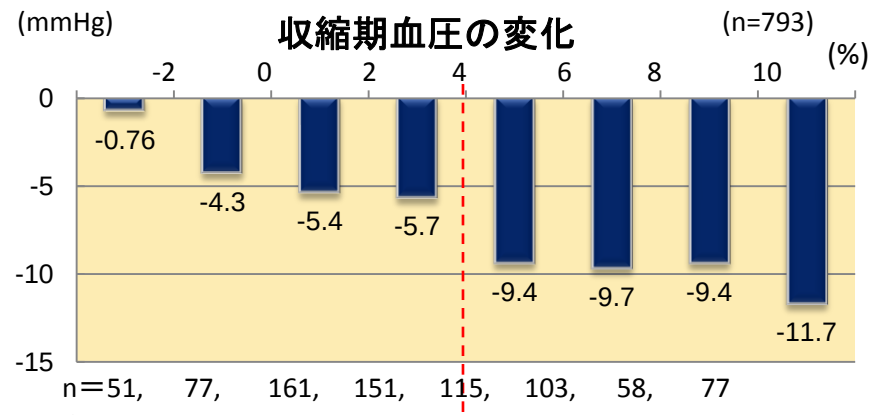
保健指導参加群と対照群の１年後比較

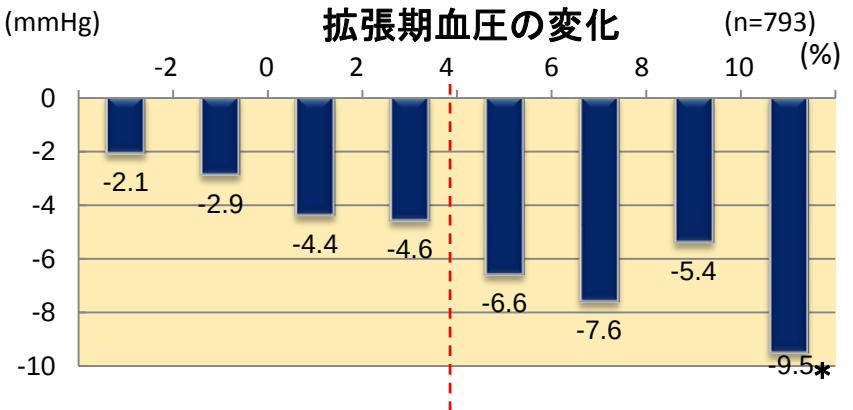
参加群　n=　56　男性18例、女性38例、59.3±5.5歳
対照群　n=108　男性35例、女性73例、59.1±5.3歳

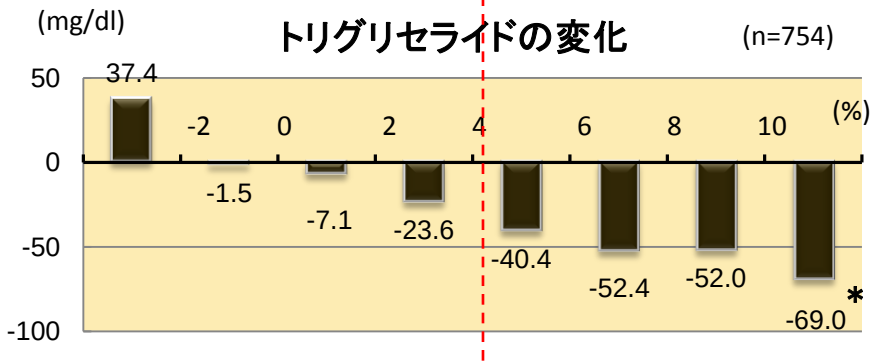


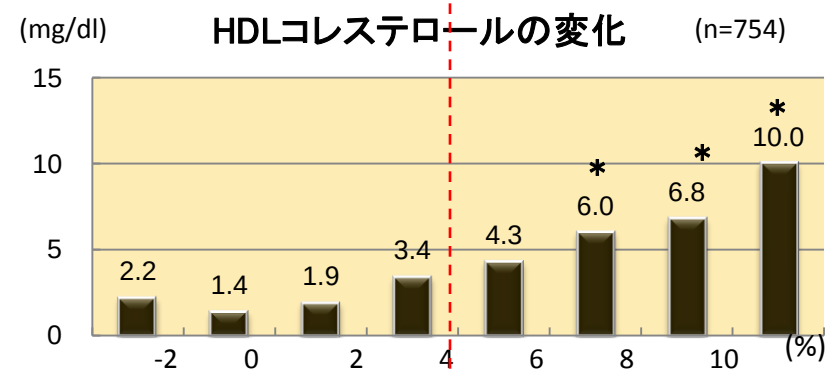
対照群：2年連続健診受診者より　性・年齢、BMIをマッチング して無作為抽出
群内の前後健診データ比較、Wilcoxon 符号付順位検定、***:p<0.001, **: p<0.01,　*: p<0.05

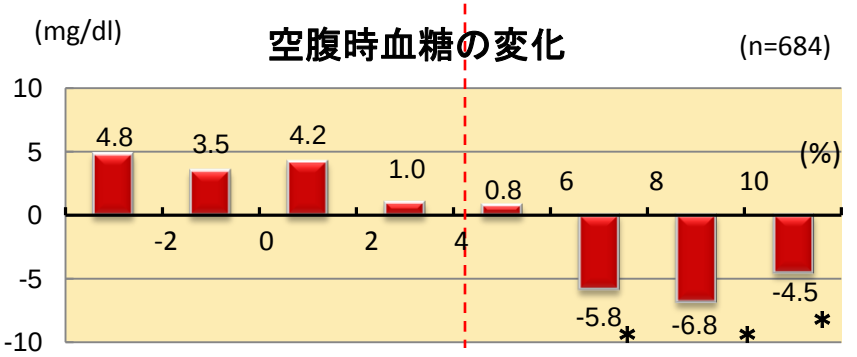
6ヶ月間の体重の変化率と検査値の変化

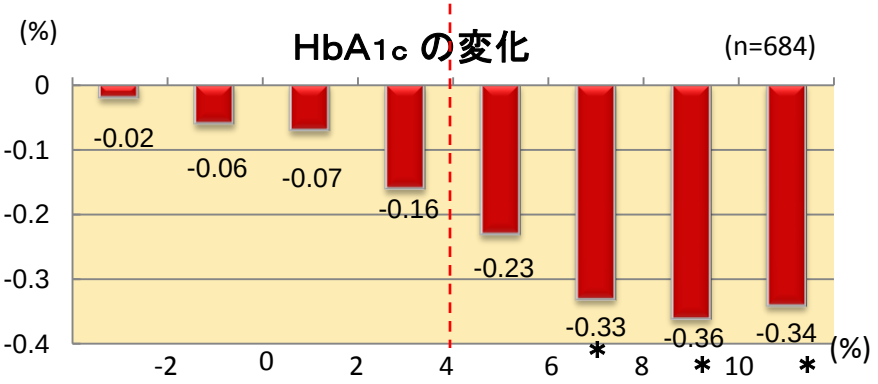












体重の変化率 →

一元配置分散分析、＊ 0≦＜2 群と比較して有意差あり

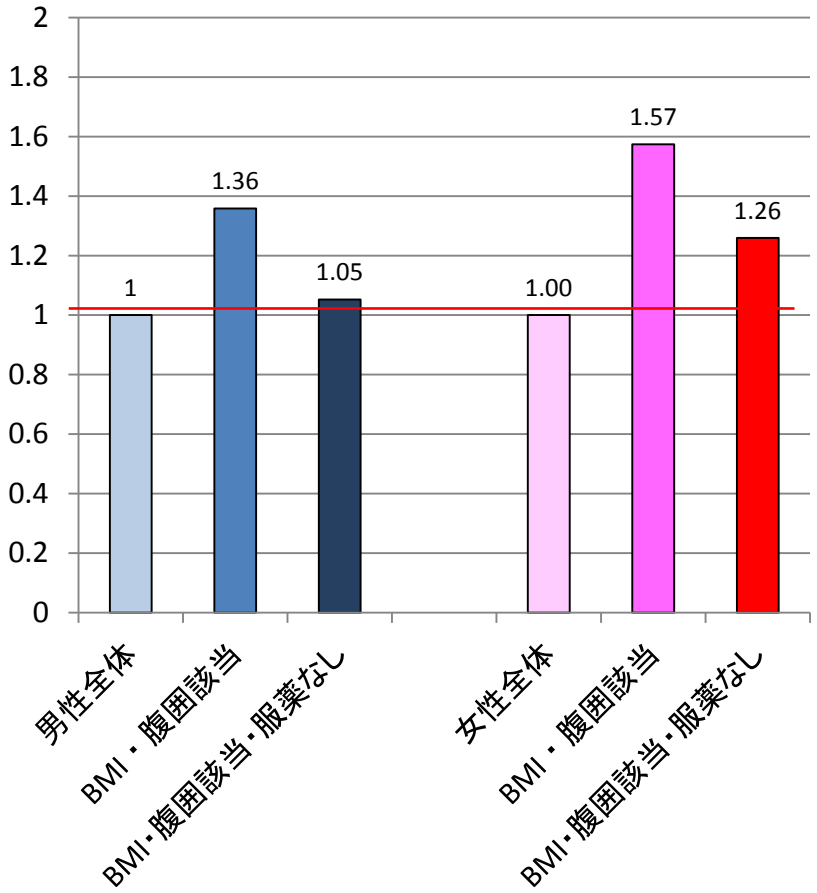
初年度積極的支援該当者について
2年間で1回以上積極支援実施が服薬率、検査値に及ぼす効果（2年後）

	積極支援実施 (n=4075)				積極支援なし (n=6796)			群間比較 (p value)
服薬率＊	10.8%				14.6%			<0.001
⊿体重 (kg)	1.2	±	3.9	*	0.6	±	3.6	<0.001
⊿腹囲 (cm)	1.8	±	4.6	*	0.9	±	4.2	<0.001
⊿SBP (mmHg)	1.8	±	13.2		1.4	±	13.1	0.123
⊿DBP (mmHg)	1.4	±	9.4	*	1.0	±	9.1	0.023
⊿TG (mg/dl)	22.4	±	94.4	*	18.0	±	114.2	<0.001
⊿HDL-C (mg/dl)	＋2.0	±	7.1	*	+1.4	±	7.5	<0.001
⊿LDL-C (mg/dl)	2.5	±	23.2		3.3	±	24.4	0.594
⊿FPG (mg/dl)	+0.5	±	11.6	*	+0.6	±	13.1	0.016
⊿HbA_1c (%)	+0.04	±	0.34	*	+0.07	±	0.46	<0.001
⊿AST (IU/l)	0.6	±	11.7		0.6	±	17.2	0.156
⊿ALT (IU/l)	2.8	±	19.1		2.8	±	23.1	0.059
⊿γ GTP (IU/l)	4.7	±	37.4	*	4.0	±	48.6	<0.001

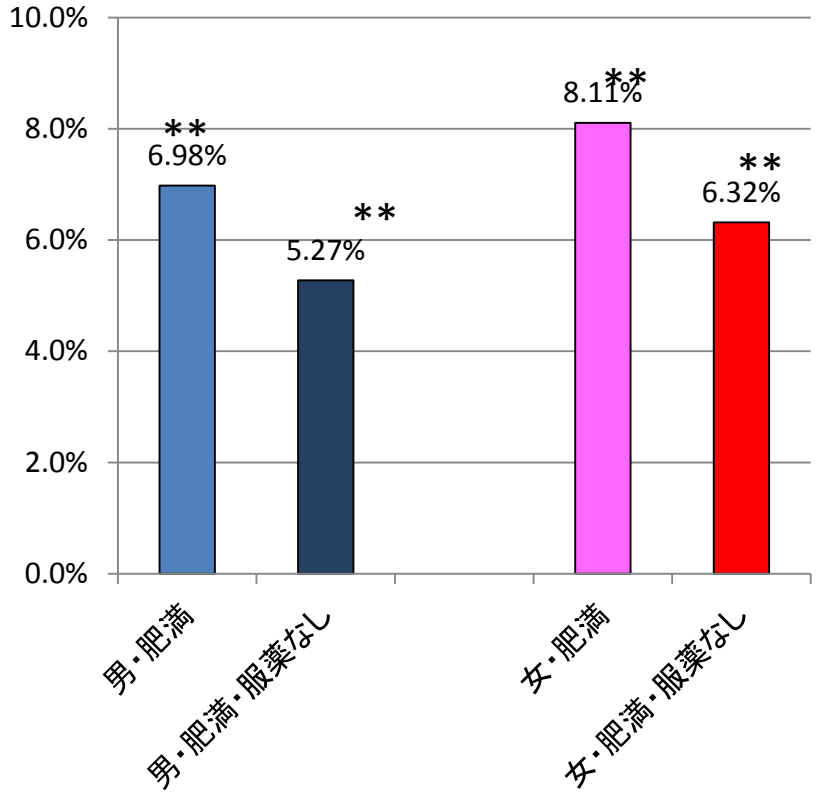
＊ χ^2検定、その他　Wilcoxonの順位和検定

初回健診時の肥満、服薬状況と生活習慣病外来医療費（健保全体を1）
2回の健診の間の体重増減が外来医療費に及ぼす影響

生活習慣病外来医療費



期間中の体重の1%増減が外来医療費に及ぼす影響



（**P<0.01　*p＜0.05）

慢性閉塞性肺疾患（COPD)

- COPDとは、タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患。
- 呼吸機能検査で正常に復すことのない気流閉塞を示す。
- 気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変が様々な割合で複合的に作用することにより起こり、進行性である。
- 臨床的には徐々に生じる体動時の呼吸困難や慢性の咳、痰を特徴とする。

COPDの治療と管理

- COPD の発症を予防し進行を抑制するためには、タバコ煙からの回避が最も重要である。
- COPD の増悪は、気流閉塞の進行や死亡率の増加原因となることから、予防が重要である。
- 安定期の管理では、気流閉塞の程度（FEV1の低下）による病期の進行度だけでなく、症状の程度を加味して重症度を総合的に判断したうえで治療法を段階的に増強していく。
- COPD の管理においては、患者ごとに病期、病型、重症度を総合的に評価した病状＊から治療反応性を考慮したうえで、個別に管理方針を定める。

③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

	目標項目
こころの健康	① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり） ② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ④ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 ④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加
次世代の健康	① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ② 適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少
高齢者の健康	① 要介護状態の高齢者の割合の増加の抑制 ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 ③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加 ④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制 ⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり） ⑥ 就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加

成長期の子どもの食事量の目安

基礎代謝基準値 × 体重 × 身体活動レベル ＋ エネルギー蓄積量

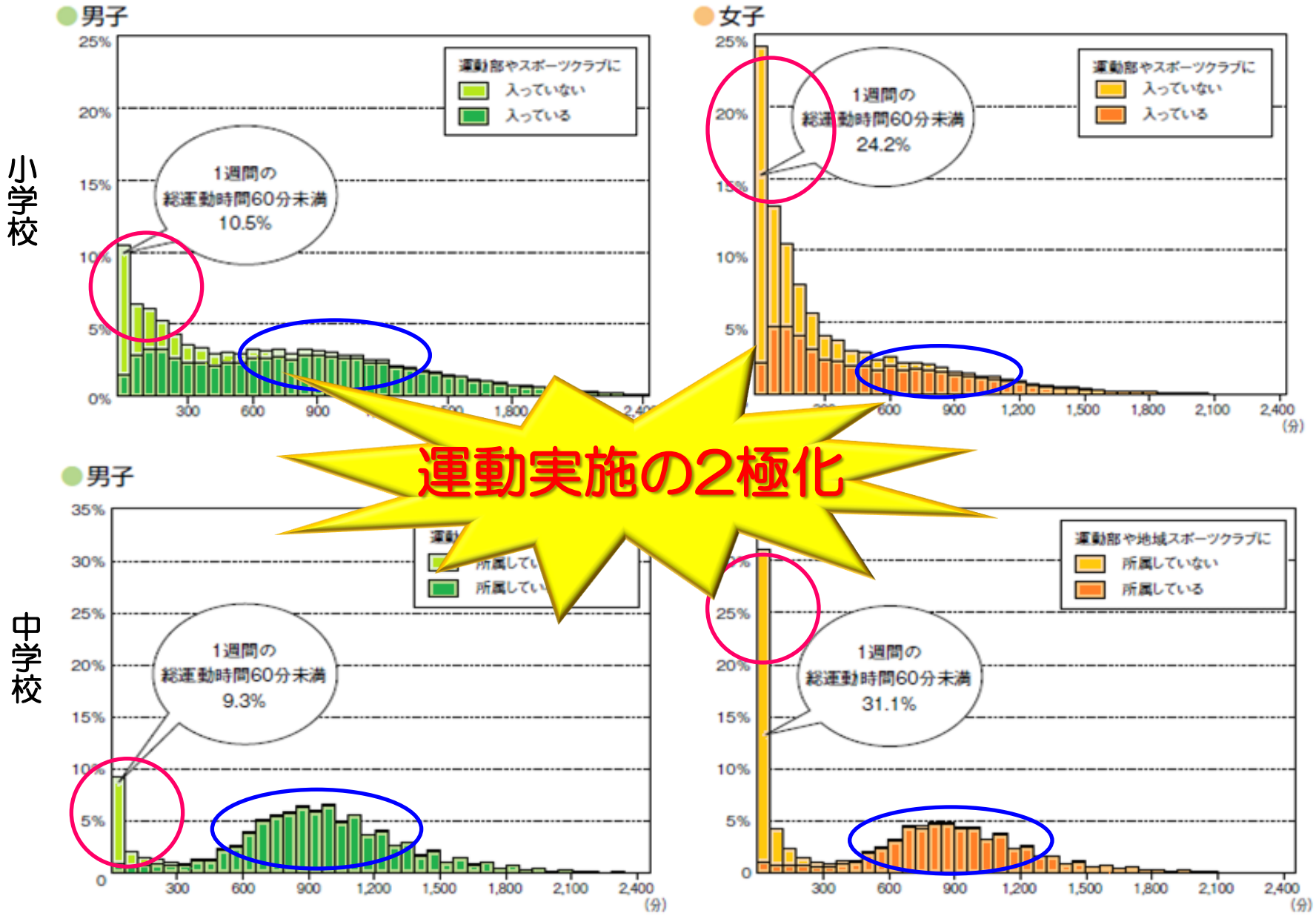
身体活動レベルと内容の目安	
Ⅰ	体育や休み時間以外は活発な活動(運動・外遊び)がほとんどない。 (活発な活動が１日当たり合計３０分程度)
Ⅱ	放課後もよく外遊びする。(活発な活動が１日当たり合計１時間程度)
Ⅲ	Ⅱに加えて、週末などに活発なスポーツ活動を行っている (活発な活動が１日当たり合計２時間程度)

身体活動レベル

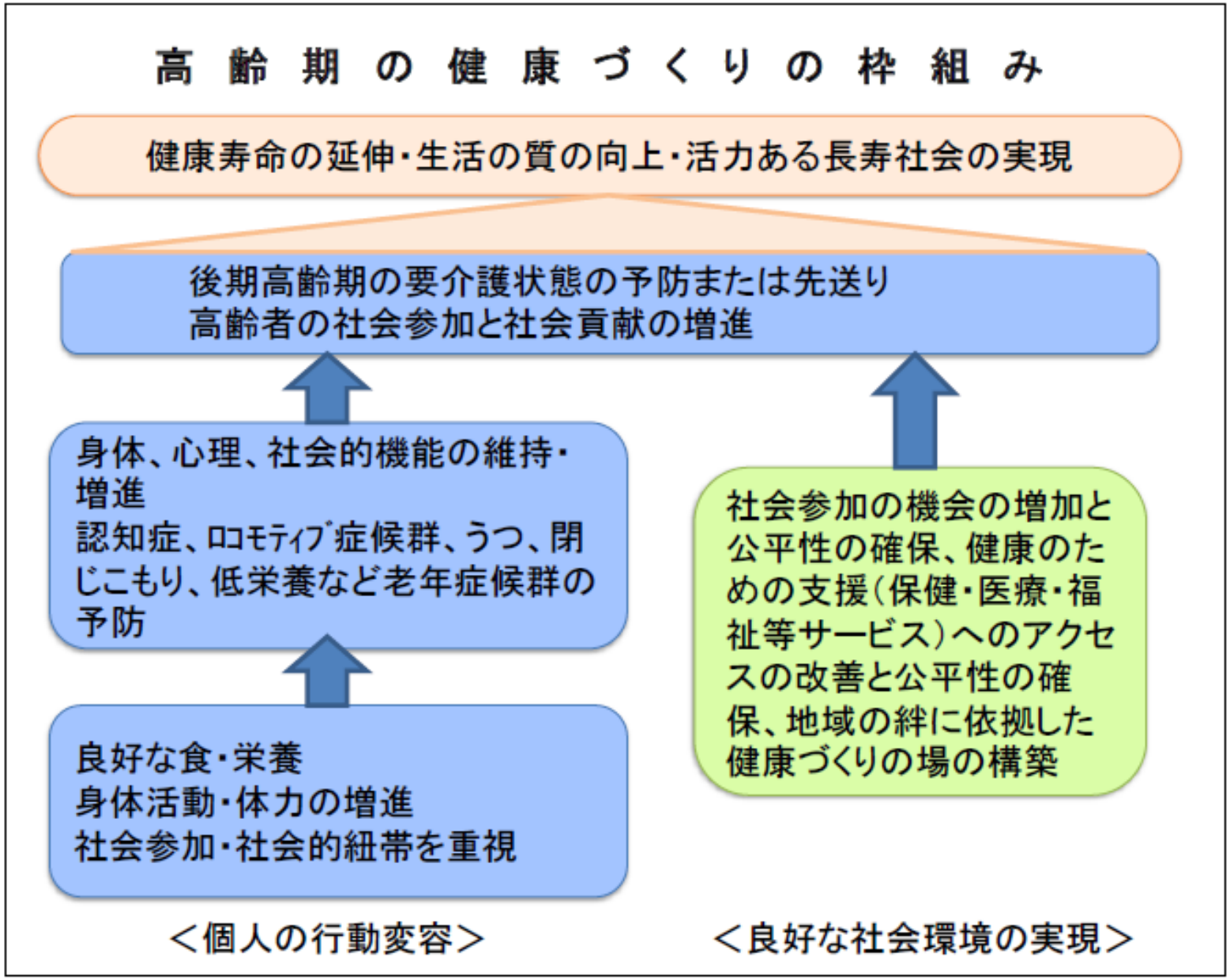
	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
6-7	1.35	1.55	1.75
8-9	1.40	1.60	1.80
10-14	1.45	1.65	1.85
15-17	1.55	1.75	1.95

日本人の食事摂取基準2010年版より

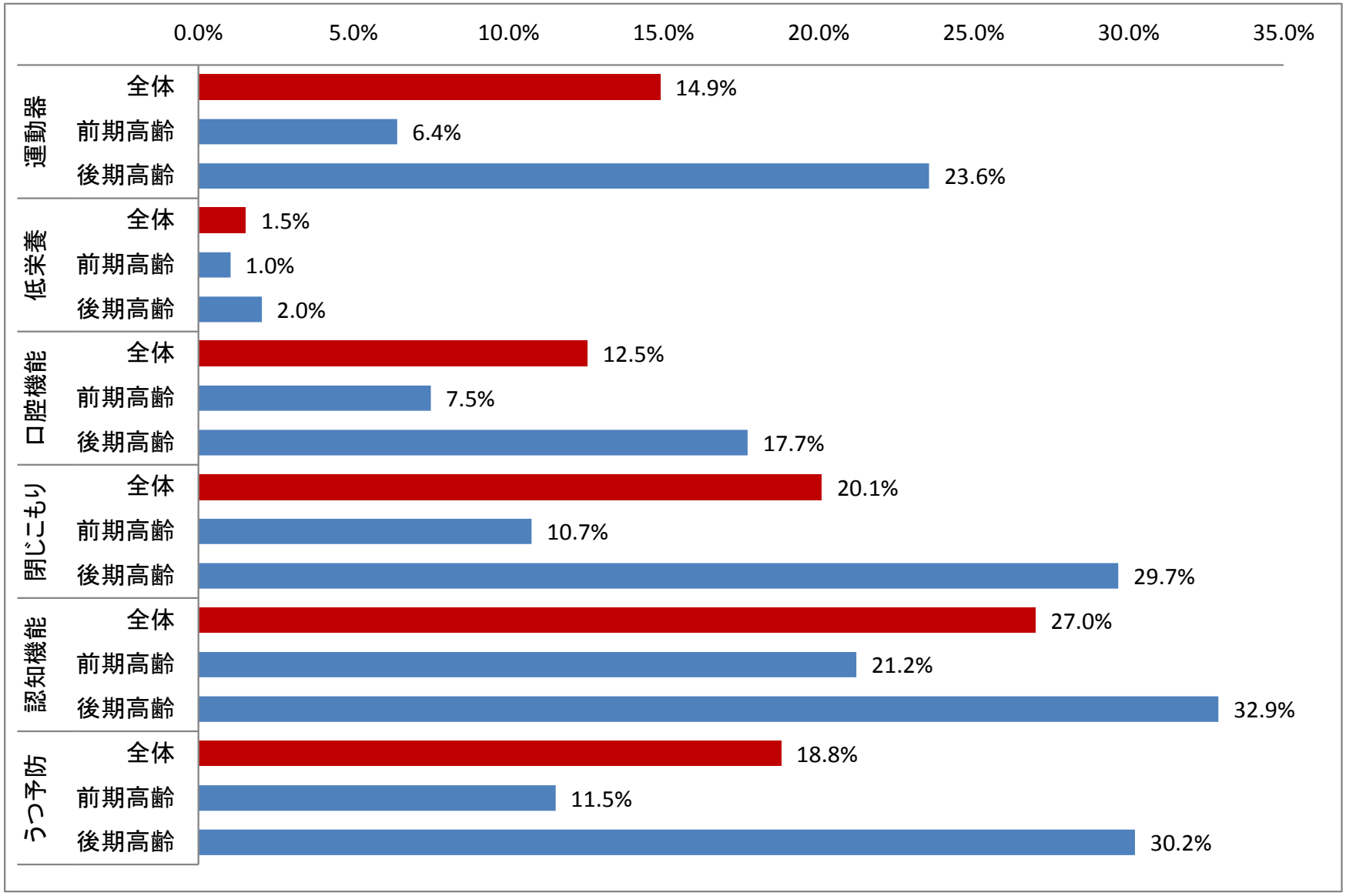
１週間の総運動時間の分布



平成22年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査（文部科学省）より


高齢期の健康づくりの枠組み
健康寿命の延伸・生活の質の向上・活力ある長寿社会の実現
後期高齢期の要介護状態の予防または先送り
高齢者の社会参加と社会貢献の増進
身体、心理、社会的機能の維持・増進
認知症、ロコモティブ症候群、うつ、閉じこもり、低栄養など老年症候群の予防
良好な食・栄養
身体活動・体力の増進
社会参加・社会的紐帯を重視
社会参加の機会の増加と公平性の確保、健康のための支援（保健・医療・福祉等サービス）へのアクセスの改善と公平性の確保、地域の絆に依拠した健康づくりの場の構築
＜個人の行動変容＞
＜良好な社会環境の実現＞

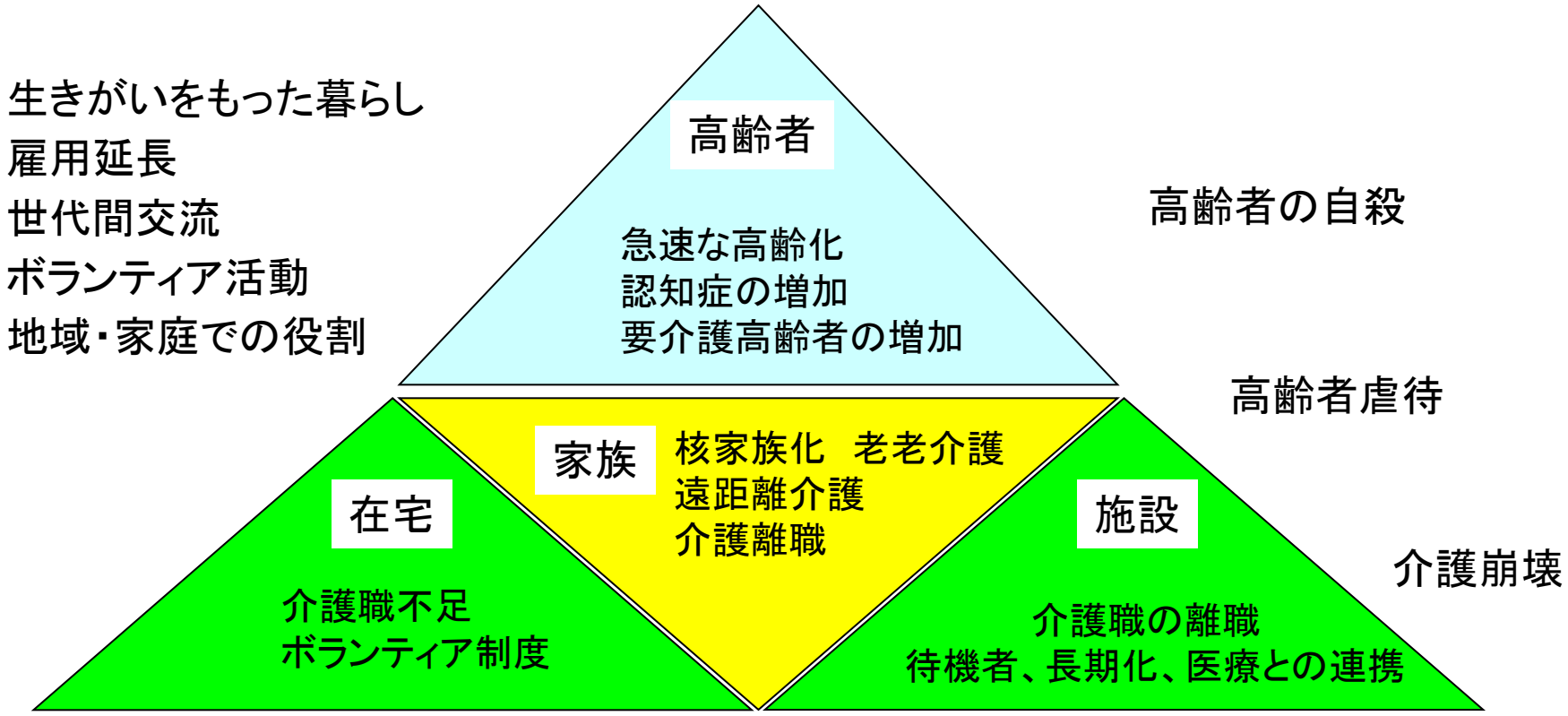
◇二次予防事業の該当率（該当者数／受診者数）



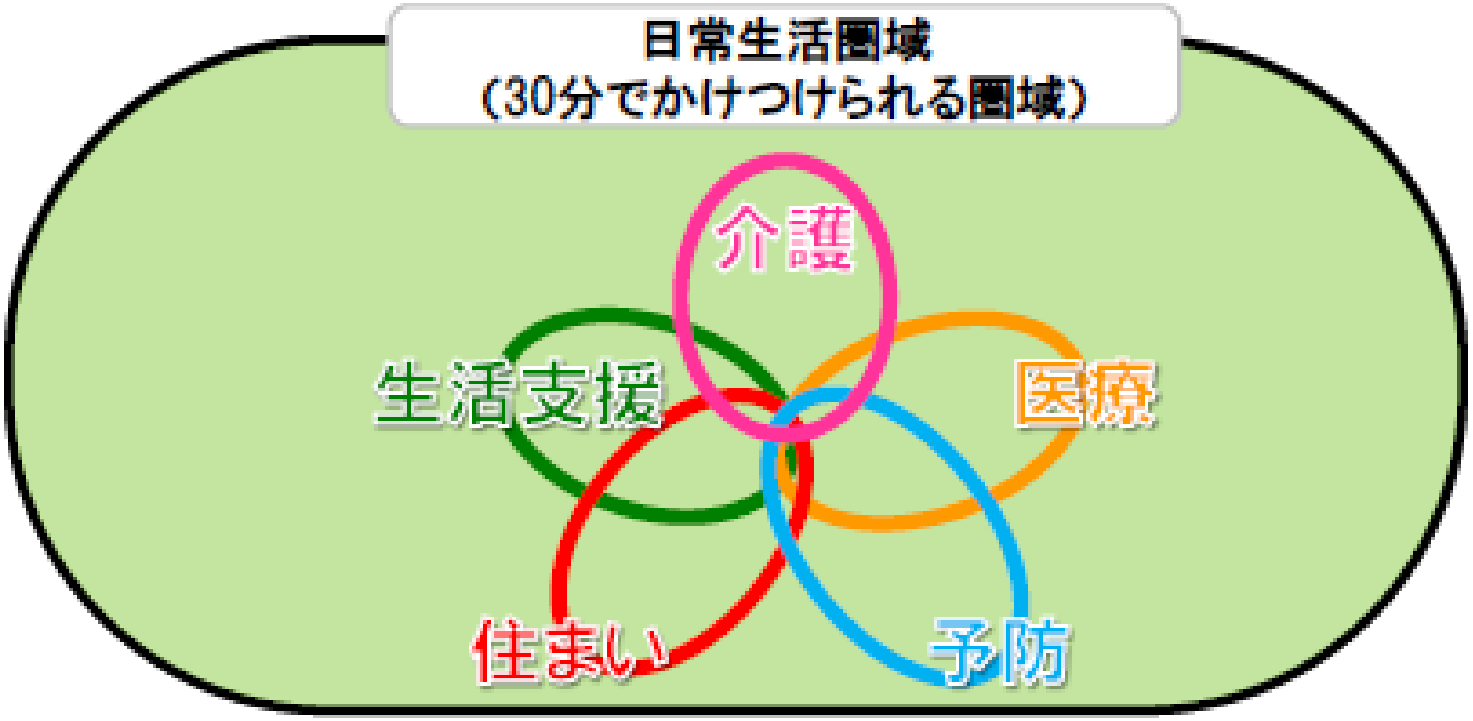
◇健診結果による二次予防事業対象者の特性

	運動器の機能向上	栄養改善・低栄養予防	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ・認知症予防	うつ予防・支援
医学的検査	・BMI↑ ・ウエスト周囲↑ ・HDL−ch↓ ・HbA1c↑ ・ヘモグロビン↓ ・アルブミン↓	・BMI↓ ・ウエスト周囲↓ ・LDL−ch↓ ・ヘモグロビン↓ ・アルブミン↓	・HDL−ch↓ ・LDL−ch↓ ・血糖値↑ ・ヘモグロビン↓	・BMI↓ ・HDL−ch↓ ・HbA1c↑ ・ヘモグロビン↓ ・アルブミン↓	・BMI↓ ・ウエスト周囲↓ ・ヘモグロビン↓ ・アルブミン↓	・BMI↓ ・ヘモグロビン↓ ・アルブミン↓
現病・既往	・高血圧 ・高血糖 ・脳卒中 ・心臓病 ・腎不全 ・貧血	・心臓病 ・貧血	・高血糖 ・脳卒中 ・心臓病 ・腎不全 ・貧血	・高血糖 ・脂質異常 ・脳卒中 ・心臓病 ・腎不全	・脳卒中 ・心臓病 ・腎不全 ・貧血	・高血糖 ・脳卒中 ・心臓病 ・腎不全 ・貧血
生活習慣	・体重増加（20歳時から10kg） ・運動習慣が少ない ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・朝食ぬき ・十分な睡眠がとれない	・体重変動（ここ1年で±3kg） ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・十分な睡眠がとれない	・喫煙者 ・体重変動（ここ1年で±3kg） ・運動習慣が少ない ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・朝食ぬき ・十分な睡眠がとれない	・喫煙者 ・体重変動（ここ1年で±3kg） ・運動習慣が少ない ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・朝食ぬき ・十分な睡眠がとれない	・体重変動（ここ1年で±3kg） ・運動習慣が少ない ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・朝食ぬき ・十分な睡眠がとれない	・体重変動（ここ1年で±3kg） ・運動習慣が少ない ・歩行速度が遅い ・食べる速度が遅い ・朝食ぬき ・十分な睡眠がとれない
保健行動	・実行、維持期が少ない			・無関心期が多い ・関心期が少ない ・実行、維持期が少ない ・保健指導希望が少ない	・無関心期が多い ・関心期が少ない ・実行、維持期が少ない ・保健指導希望が少ない	・無関心期が少ない ・関心期が多い ・実行、維持期が少ない

高齢化にかかわる問題


生きがいをもった暮らし
雇用延長
世代間交流
ボランティア活動
地域・家庭での役割
高齢者
急速な高齢化
認知症の増加
要介護高齢者の増加
高齢者の自殺
高齢者虐待
家族
核家族化　老老介護
遠距離介護
介護離職
在宅
介護職不足
ボランティア制度
施設
介護職の離職
待機者、長期化、医療との連携
介護崩壊
社会保障制度
法律
介護・医療・権利擁護
社会インフラ
住宅、交通、情報
介護は自分たちの問題と考える意識

地域包括ケア



①医療との連携：在宅医療、訪問看護・リハビリテーション
②介護サービス：介護拠点の緊急整備、24時間対応在宅サービス
③介護予防：介護予防、自立支援型介護
④生活支援サービス：見守り、配食、買い物、財産管理
⑤高齢者住まい

「こころの元気さ」の評価指標「K6」

- **最近1ヶ月のこころの状態について6項目の設問**

  神経過敏に感じましたか?

  絶望的だと感じましたか？

  そわそわ、落ち着かなく感じましたか？

  気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか？

  何をするのも骨折りだと感じましたか？

  自分は価値のない人間だと感じましたか？

- **「いつも（４点）」～「まったくない（０点）」**
- **合計点13点以上　→　抑うつ・不安傾向**

地域での活動に参加しない人で心理的苦痛が多い

地域での活動の頻度		心理的苦痛を有する人の割合（%）
地縁的な活動	週1回以上	4.5
	それ未満	8.8
スポーツ・趣味・娯楽	週1回以上	4.1
	それ未満	9.0
ボランティア・NPO・市民活動	週1回以上	4.1
	それ未満	8.0
その他の活動	週1回以上	4.3
	それ未満	8.9

(Kuriyama S, et al.　J Epidemiol, 2009;19:294-302)

ソーシャル・サポートの少ない人で心理的苦痛が多い

ソーシャル・サポートの種類		心理的苦痛を有する人の割合（%）
困ったときの相談相手	あり	5.3
	なし	16.3
体の具合が悪いときの相談相手	あり	5.6
	なし	16.8
日常生活を援助してくれる人	あり	5.6
	なし	12.7
具合が悪いとき病院に連れて行ってくれる人	あり	5.9
	なし	15.1
寝込んだとき身のまわりの世話をしてくれる人	あり	5.6
	なし	13.8

(Kuriyama S, et al.　J Epidemiol, 2009;19:294-302)

⑤食生活、運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

	目標項目
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） ② 適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加 ③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） ④ 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 ⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加
身体活動・運動	① 日常生活における歩数の増加 ② 運動習慣者の割合の増加 ③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加
休養	① 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 ② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少

飲酒	① 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 ② 未成年者の飲酒をなくす ③ 妊娠中の飲酒をなくす ④ 他者の飲酒が原因で困った経験のない人の割合の増加
喫煙	① 成人の喫煙率の低下（喫煙をやめたい人がやめる） ② 未成年者の喫煙をなくす ③ 妊娠中の喫煙をなくす ④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の低下

歯・口腔の健康	① 口腔機能の維持・向上 ② 歯の喪失防止 ③ 歯周病を有する者の割合の減少 ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ⑤ 過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

図４　生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連

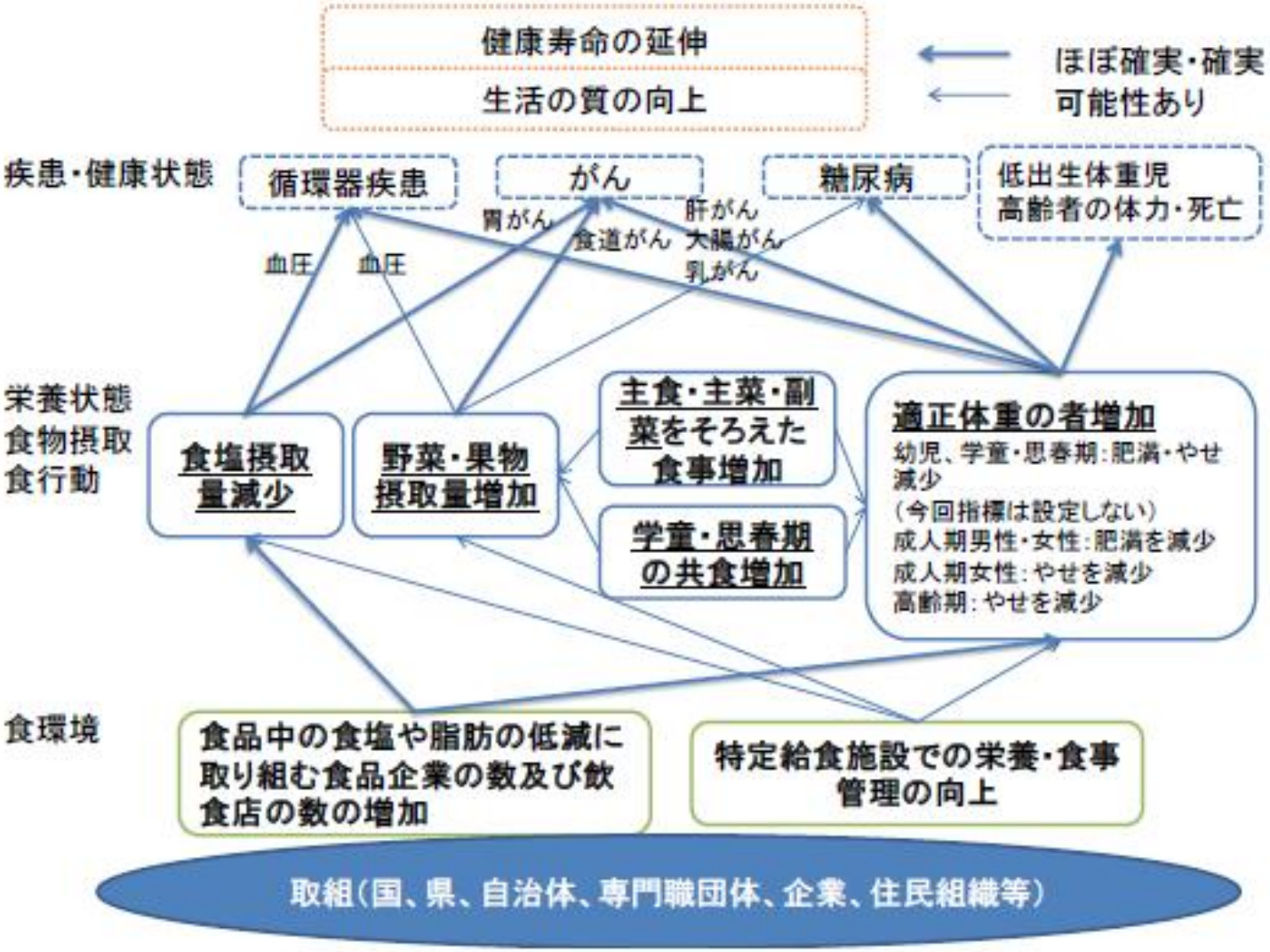
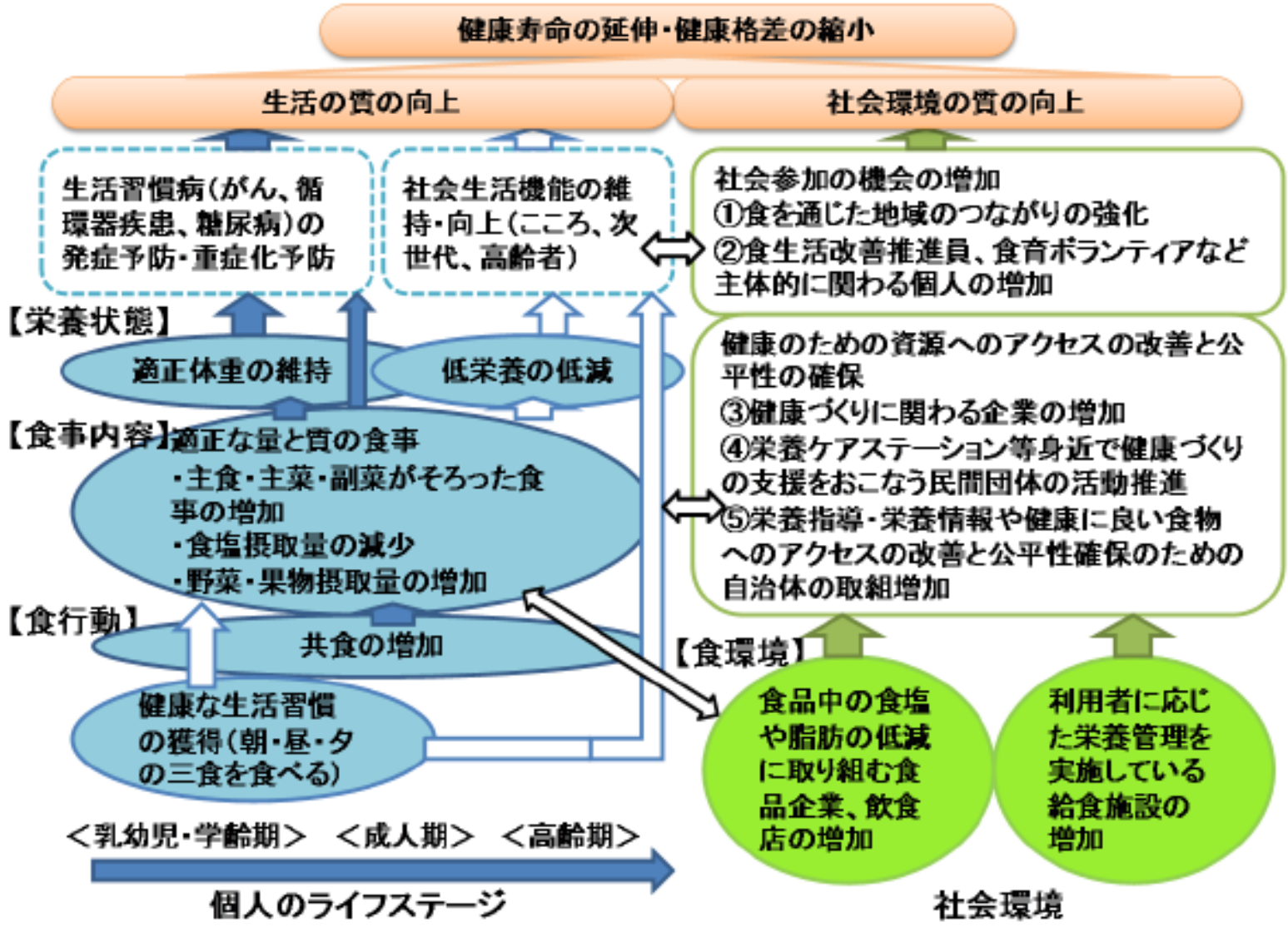


図１　栄養・食生活の目標設定の考え方



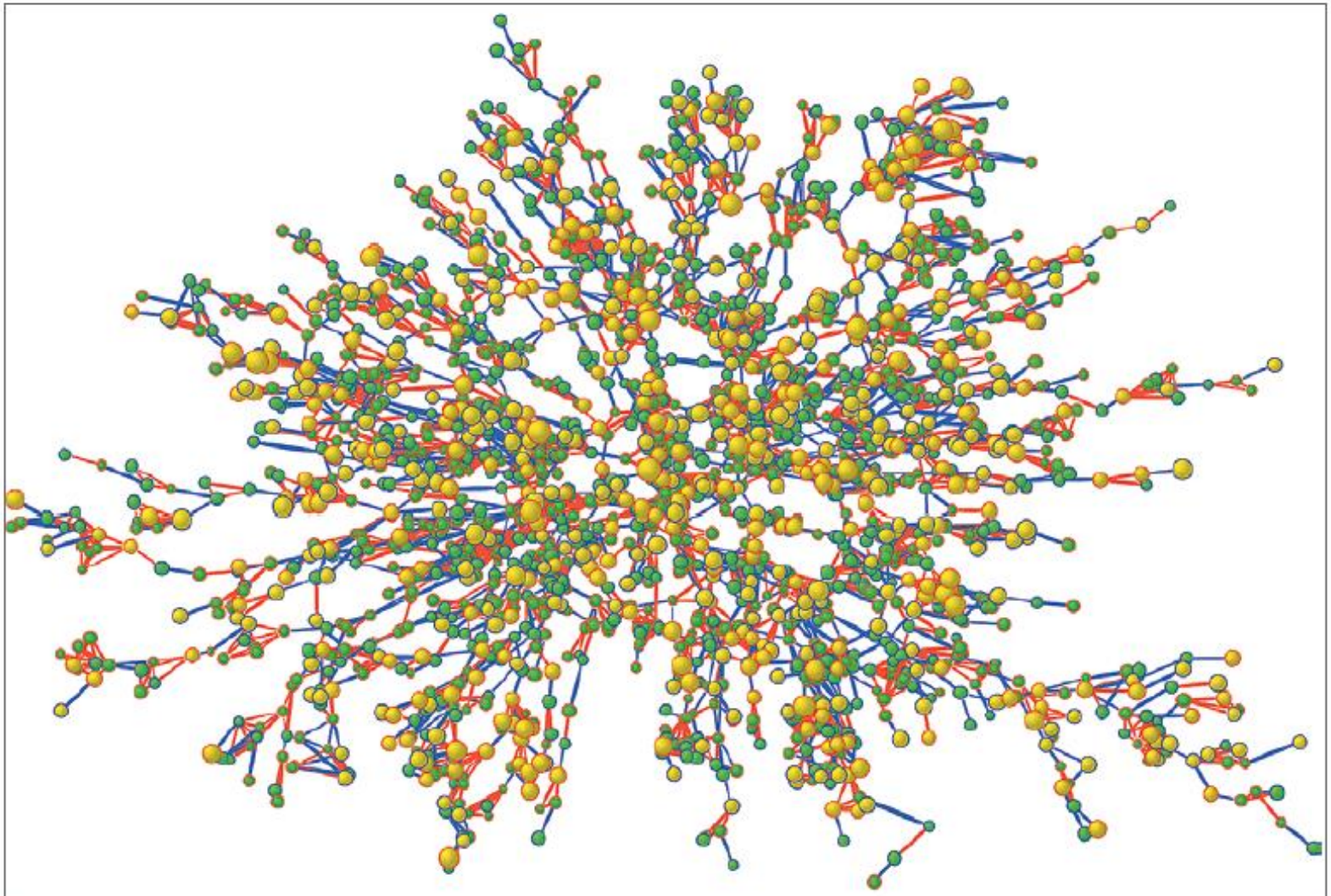


Figure 1. Largest Connected Subcomponent of the Social Network in the Framingham Heart Study in the Year 2000.
Each circle (node) represents one person in the data set. There are 2200 persons in this subcomponent of the social

肥満も、健康も　うつりやすい

運動の継続に関係する要因

- 大工谷ら：社会関係、運動効果、施設、
  運動技能、施設環境、自己確信の6因子
- 宗像ら：高齢者に対して行った調査より、
  運動の快感を感じる、運動の効果を信じる、
  まわりからの評価を得る、
  運動意欲と運動自信度を高める（動機づけ）
  運動を継続すると動機づけ要因は強化される
  生活ストレスは運動負担感を増し、運動継続を妨げる
- 太田らは：運動に対する興味、目標、その効果、
  時間的余裕、余暇の使い方、施設、
  指導者の人間関係

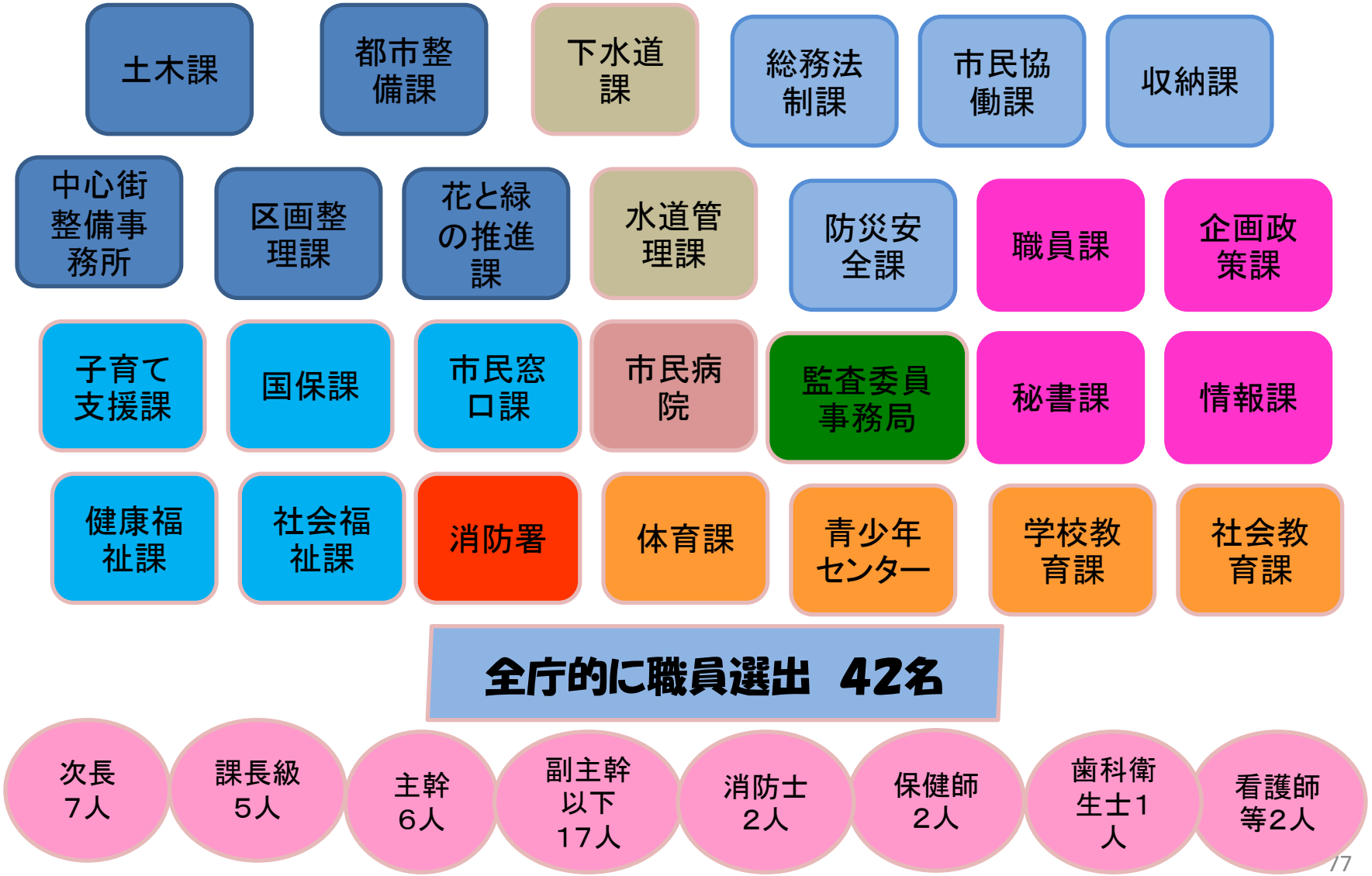
④健康を支え、守るための社会環境の整備

- 地域のつながりの強化
  （お互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）
- 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
- 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加
- 健康づくりに関して気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加
- 健康格差対策に取り組む自治体の増加
  （都道府県数）

東海市都市宣言

- ひとづくりと平和を愛するまち東海市
- 子育てと結婚を応援するまち東海市
- 生きがいがあり健康なまち東海市
- 緑と洋ランにつつまれたまち東海市
- にぎわいにあふれ個性輝くまち東海市

全庁的な取り組み(いきいき元気推進委員会)



将来像（ビジョン）

ひとりひとりが　いきいきと　笑顔でいられるまち

東海市に住んでいるすべての人が、無理しないで自分に合った生活習慣の中で、自然と健康を感じることができる

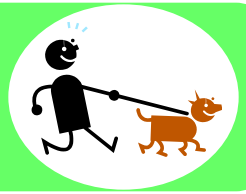
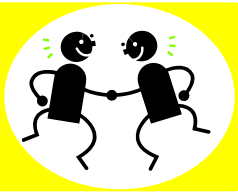
健康な人も、病気になってしまった人も、だれもが人生に生きがいを持ち元気に暮らしている

一人ひとりがいきいきと暮らしているときの自然な笑顔で満たされているまちをつくりたい



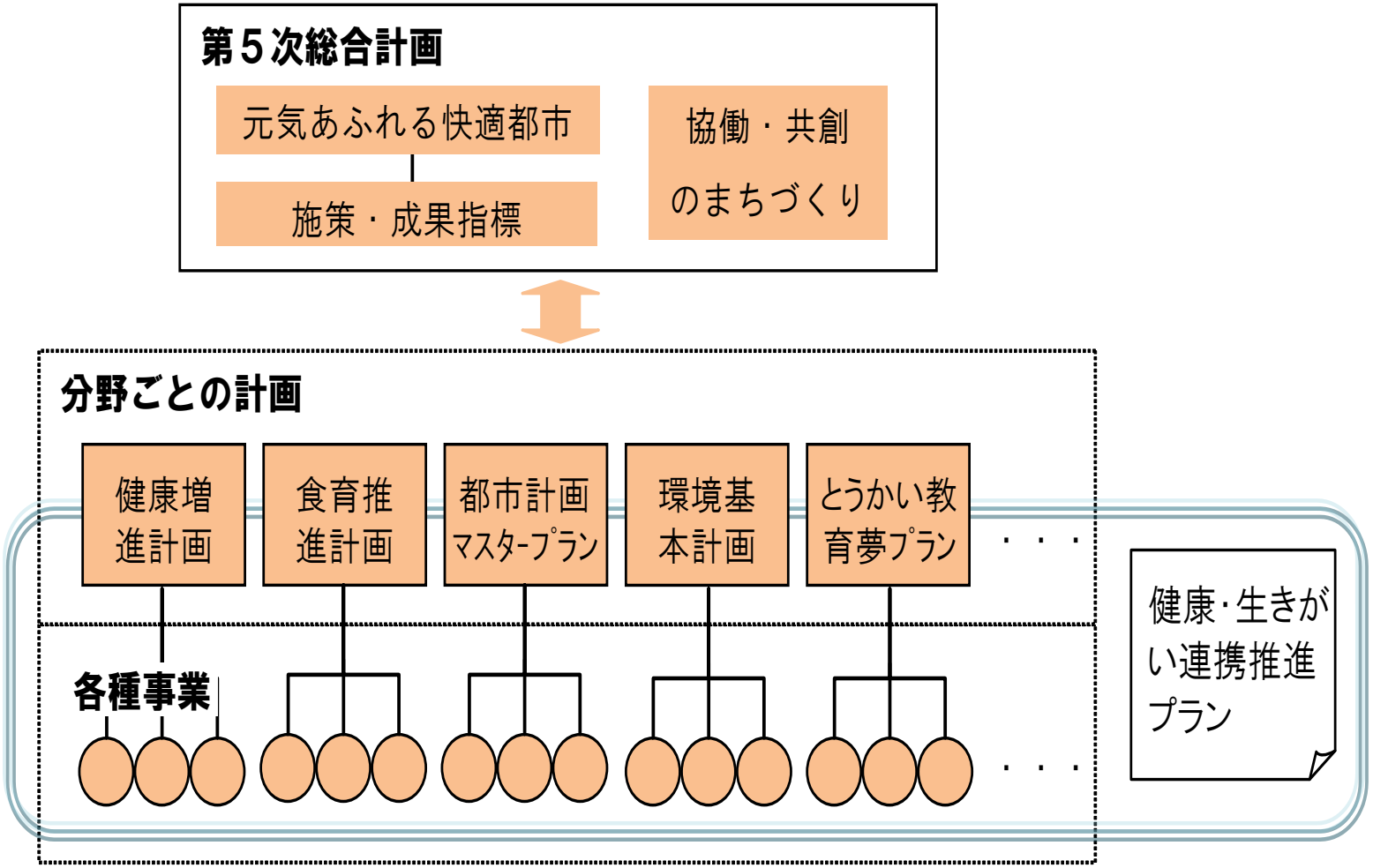
という、**願い・想い**が込められています。

推進項目

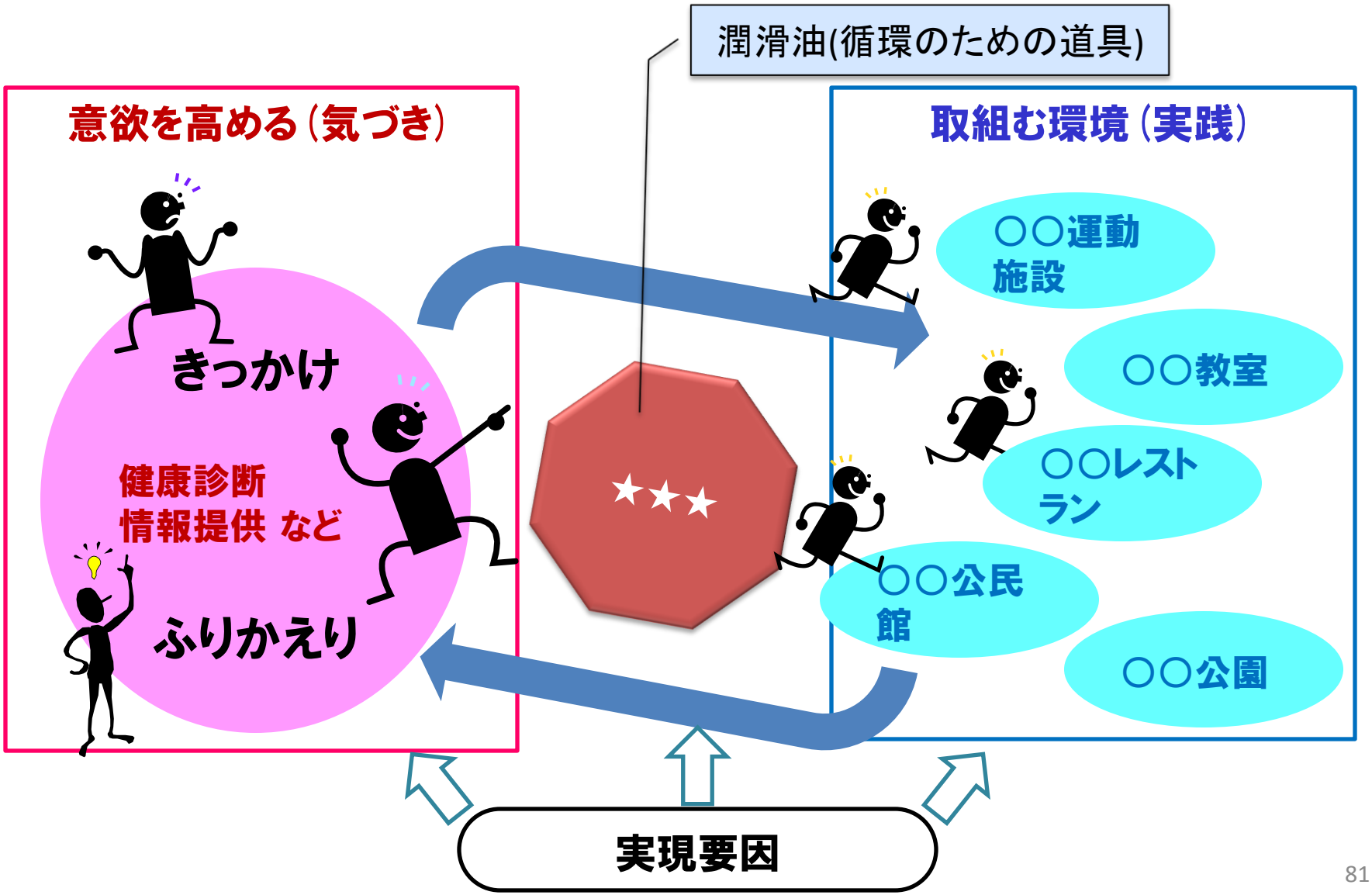
推進項目	ありたい姿
健康を意識する きっかけづくり 	ひとりひとりが、自分の身体（からだ）の状態と健康の大切さを知り、何をすべきか理解し、行動している状態
こころと体が よろこぶ食生活 	みんなで楽しくおいしくごはんを「いただきます」と、家族や仲間と食卓を囲んでいる状態
体を動かすことを 生活のリズムに 	だれもが健康を考えて体を動かすことが、生活のリズムになっている状態
人と人とが つながる場づくり 	だれもが楽しめる居場所がある状態
心豊かに Let’s　enjoy 	心が自然に元気でいる状態

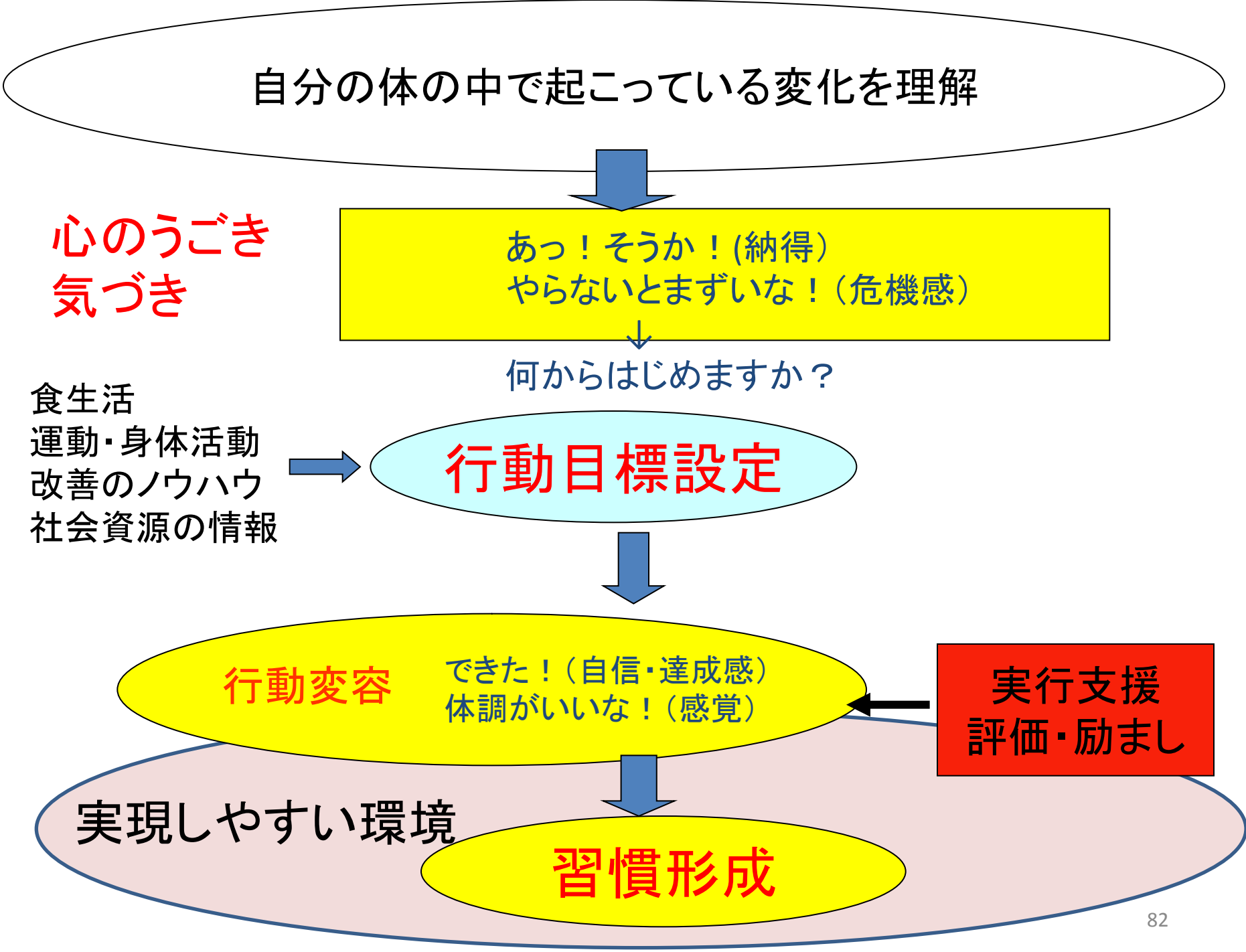
計画の位置づけ

Ｐ ６

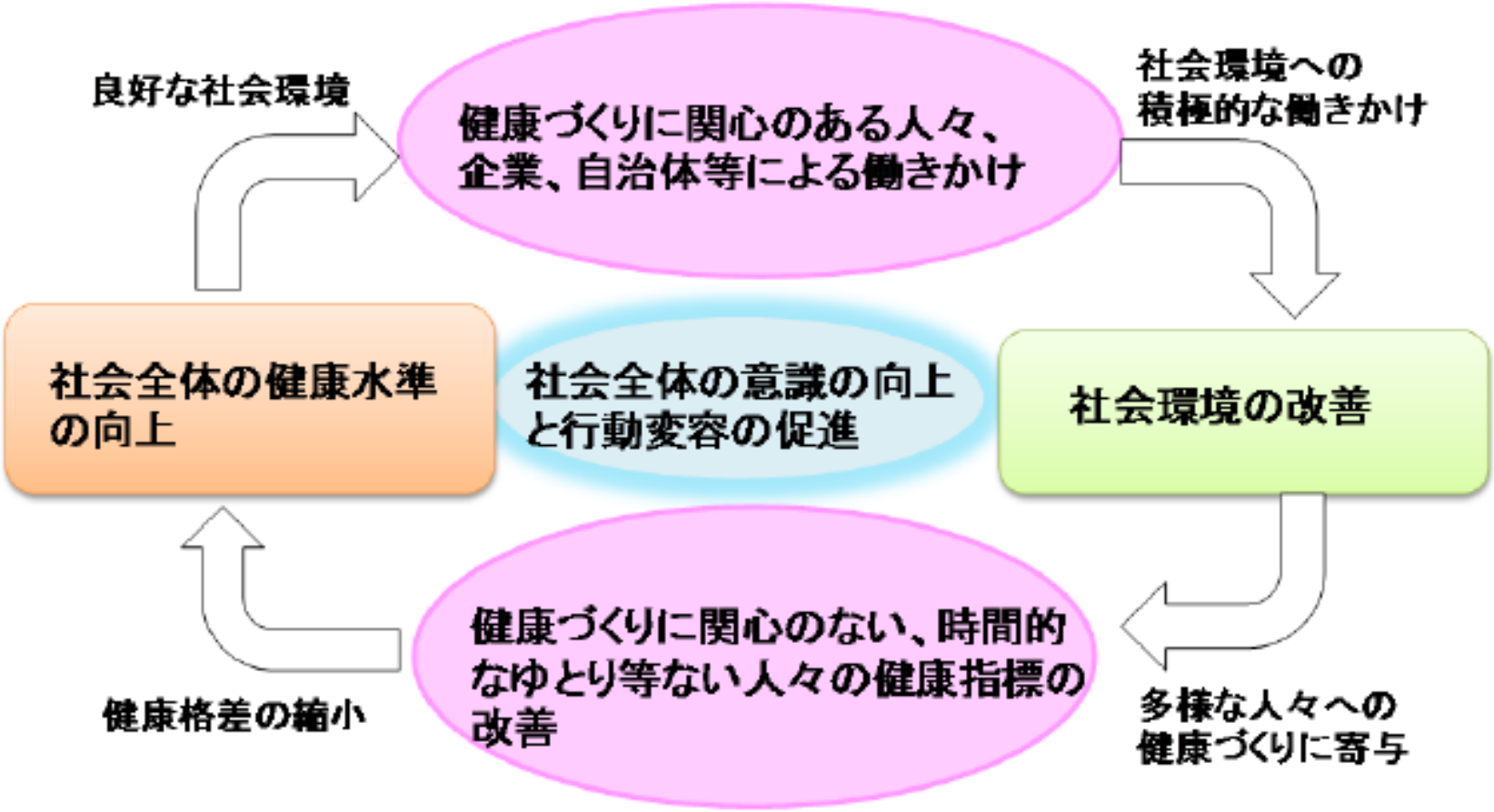

第５次総合計画
元気あふれる快適都市
施策・成果指標
協働・共創
のまちづくり
分野ごとの計画
健康増進計画
食育推進計画
都市計画マスタープラン
環境基本計画
とうかい教育夢プラン
・・・
各種事業
・・・
健康・生きがい連携推進プラン

健診からはじまる　健康なまちづくり（東海市）




自分の体の中で起こっている変化を理解
心のうごき
気づき
あっ！そうか！(納得)
やらないとまずいな！(危機感)
何からはじめますか？
食生活
運動・身体活動
改善のノウハウ
社会資源の情報
行動目標設定
行動変容
できた！(自信・達成感)
体調がいいな！(感覚)
実行支援
評価・励まし
実現しやすい環境
習慣形成

図表8.　良好な社会環境の構築に向けた循環（例）



対住民型サービスモデル

民間サービス事業者、自治体、医療・保健機関等が連携することにより、相互がシームレスに繋がった地域ぐるみのヘルスケア・サービスを住民に対し提供。

①スポーツに楽しみ要素を付加した健康増進プログラム提供

②医療・介護を補うリハビリ支援サービスの提供

③個別ニーズ（疾病管理・予防）に応じた美味しい健康食の開発・提供

④まちの身近なヘルスケア・サービス拠点の設置

⑤高齢者視点のまちづくり