

資料 2

健康日本 21（第 2 次）の視点でみた宜野湾市の健康状況

1. 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 回程度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 回程度の細胞分裂には 10～15 年の時間がかかるといわれています。

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です。

腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 8～9 割のことを指します。

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されてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

②基本的な考え方

ア) 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B 型肝炎ウイルス〈HBV〉、C 型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈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ています。

イ) 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2 人に 1 人は一生のうちに何らかのがんに罹患するといわれています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になることから、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となります。

表10 沖縄県内11市における特定健診結果

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

◎ 確実 △ 可能性あり 空欄 根拠不十分

【参考】 国立がん研究センター 科学的根拠に基づいたがん検診推進のページ 予防と検診
「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

報告が、現時点で見られないもの

評価判定 I - a: 検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある
I - b: 検診による死亡率減少効果があると、相応な根拠がある
Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や

③現状

ア) 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率（人口 10 万対）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ています。

■表 12 75 歳未満のがんによる死亡状況

性別		男性			女性			合計		
年		H21	H22	H23	H21	H22	H23	H21	H22	H23
75歳未満の年齢調整死亡率		108.6	72.4	77.4	48.7	47.9	79.6	77.4	59.2	78.2
75歳未満の死亡者数	胃	4	2	4	2	0	2	6	2	6
	大腸	9	4	11	4	1	5	13	5	16
	気管、気管支及び肺	15	7	10	5	5	5	20	12	15
	乳房	0	0	0	3	4	8	3	4	8
	子宮	0	0	0	4	4	4	4	4	4
	小計	28	13	25	18	14	24	46	27	49
	前立腺	2	2	0	0	0	0	2	2	0
	肝、肝内胆管	4	4	4	2	2	2	6	6	6
	白血病	2	2	1	1	4	4	3	6	5
	その他	18	15	9	6	4	11	24	19	20
総数		54	36	39	27	24	41	81	60	80

資料：中部保健所提供データより算出

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を向上していくことによる重症化予防に努めることで75歳未満のがんの死亡者数の減少を図る必要があります。

イ) がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、多くの対象者が検診を受診することにより、がんの重症化予防につながっています。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する必要があります。

宜野湾市のがん検診の受診率は、各検診ともに低位であり、国の目標値に達していない状況です。

■表 13 宜野湾市におけるがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19-H23)				がん対策推進基本計画(H24-H28)※	
	受診率(全年齢)				受診率(40歳～69歳)	
	H22	H23	H24(参考)	目標値	H24	目標値
胃がん	8.3%	6.9%	6.9%	50%	7.2%	当面40%
大腸がん	15.5%	15.2%	15.6%		14.0%	
肺がん	16.6%	16.4%	17.2%		15.5%	
子宮がん	21.3%	20.1%	21.3%		24.8%	50% ※子宮がんは20歳～69歳
乳がん	19.5%	22.3%	19.7%		25.6%	

資料：平成 25 年度版 宜野湾市福祉保健の概要、地域保健・健康増進事業報告より算出

※平成 24 年度より、受診率の対象年齢と目標値の変更あり。

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。

■表 14 宜野湾市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数の推移

		H22	H23	H24	事業評価指標※	
					許容値	目標値
胃がん	精密検査受診率	48.2%	44.8%	38.3%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	1	1	0		
大腸がん	精密検査受診率	40.0%	27.5%	24.3%	70%以上	
	がん発見者数	6	5	5		
肺がん	精密検査受診率	62.9%	42.4%	55.7%	70%以上	
	がん発見者数	2	1	2		
子宮がん	精密検査受診率	87.9%	85.4%	69.5%	70%以上	
	がん発見者数	2	0	3		
乳がん	精密検査受診率	92.4%	91.3%	87.1%	80%以上	
	がん発見者数	7	11	9		

資料：平成 25 年度版 宜野湾市福祉保健の概要

※平成 20 年 3 月「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方についての報告書」により、許容値、目標値が設定されている。

（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。

②基本的な考え方

ア）発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒があり、市民一人一人がこれらの生活習慣改善へ取り組む意識づけ（動機づけ）となる科学的根拠が検診結果であるため、特定健診の受診率向上対策が重要になります。更に、健診結果に基づき段階に応じた予防ができるような支援が重要です。

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の保健指導も必要となります。

イ）重症化予防

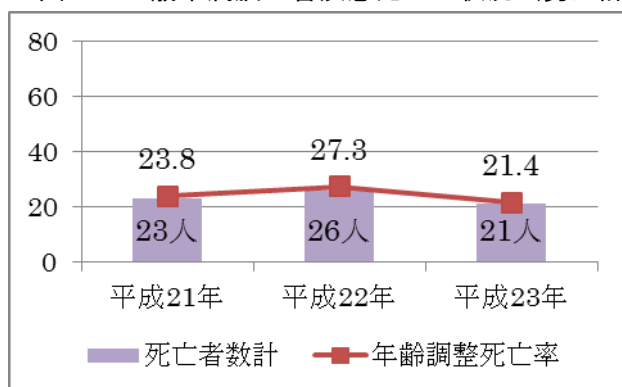
循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させる必要があります。

③現状

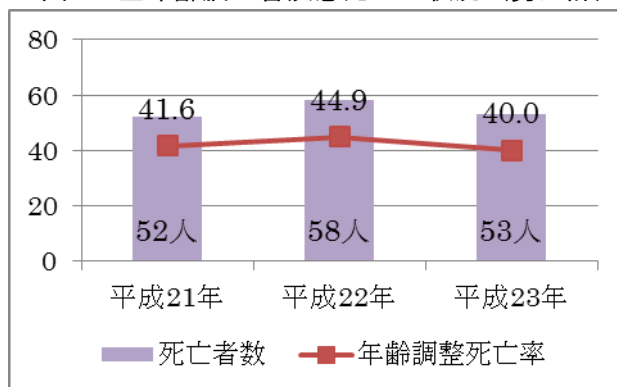
ア）脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（人口 10 万人当たり）

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。

■ 図 20 75 歳未満脳血管疾患死亡の状況（男女計）



■ 図 21 全年齢脳血管疾患死亡の状況（男女計）



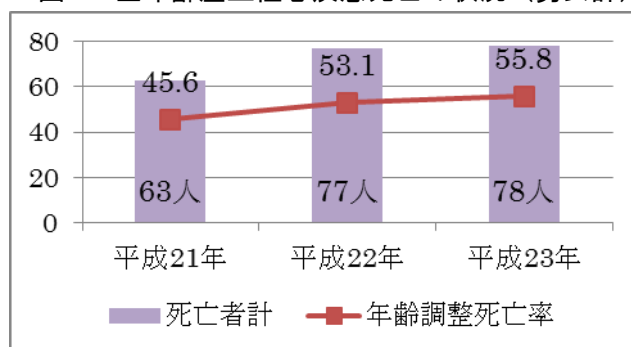
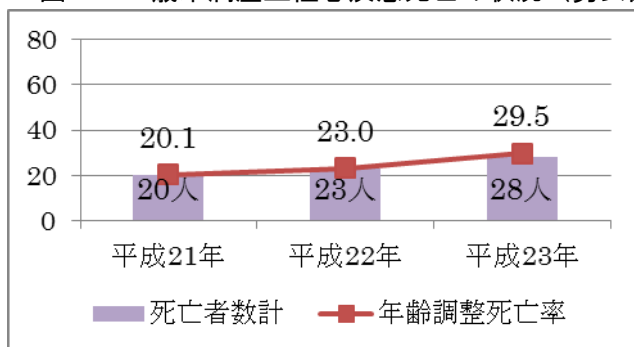
資料：中部保健所提供データより算出

また、発症を機に生活習慣病の治療が始まるケースなども多く、発症前にきちんと予防していく取り組みが必要です。

イ) 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていく必要があります。

■図 22 75 歳未満虚血性心疾患死亡の状況（男女計） ■図 23 全年齢虚血性心疾患死亡の状況（男女計）

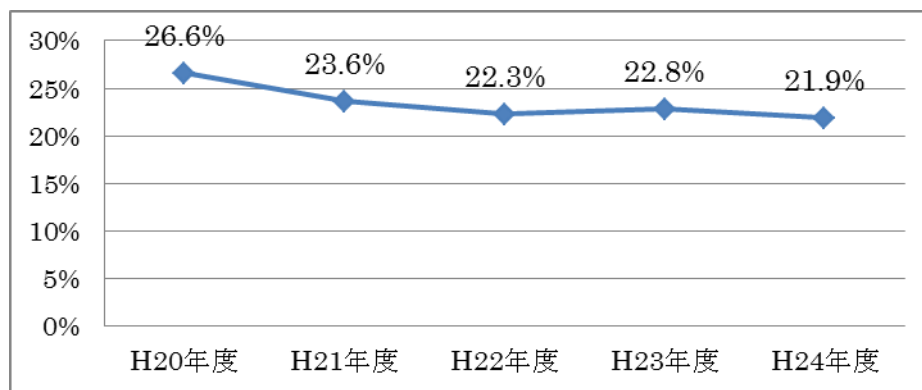


資料：中部保健所提供データより算出

ウ) 高血圧の改善

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

■図 24 血圧が 140mmHg/90mmHg 以上の者の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

エ) 脂質異常症の減少(総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

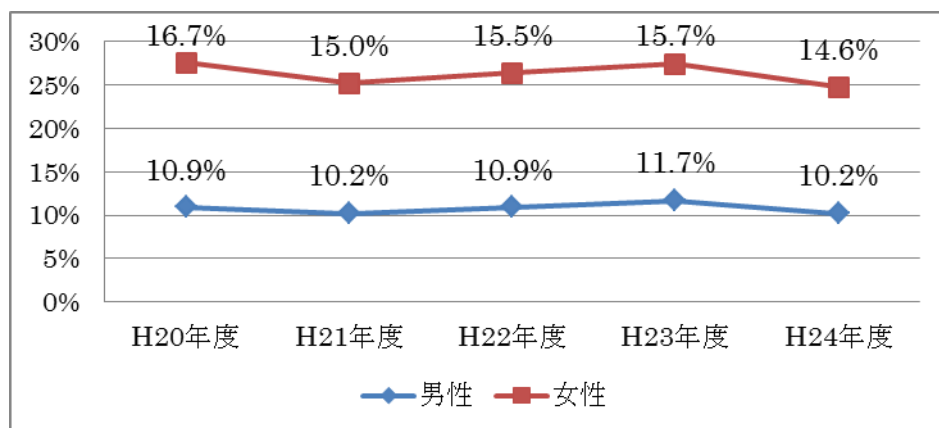
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

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

「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診でも、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、宜野湾市では総コレステロール検査は実施せず、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います。

■ 図 25 LDL が 160mg/dl 以上の者の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

また、動脈硬化を引き起こしやす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)を脂質管理の目標値として検討しています。

加えて、現在、宜野湾市で動脈硬化性疾患のリスクが高い人に実施している特定健診の二次健診における頸動脈超音波検査は、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。

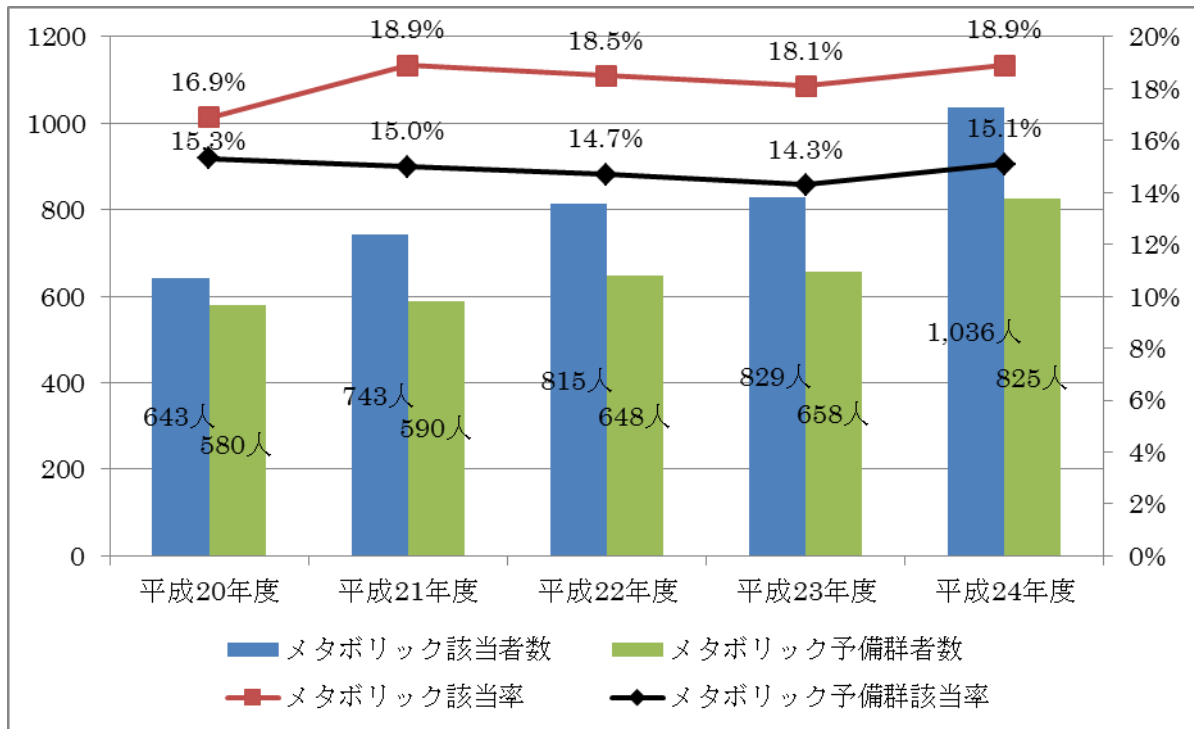
今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、保健指導対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要です。

オ) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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

宜野湾市では、メタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに上昇傾向にあります。男性では 50 代の割合が一番高く、女性では年代が上がるにつれ割合が上昇していく特徴がみられます。平成 24 年度までの達成目標とされていた「平成 20 年度と比べて 10%の減少」については達成できておらず、さらに取り組みを強化していくことが必要となります。

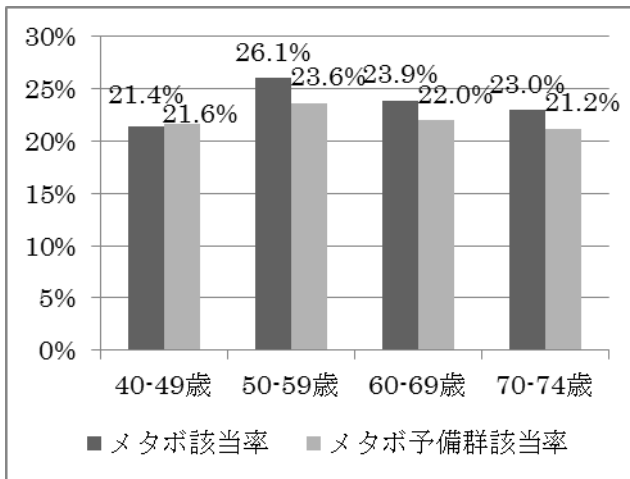
■図 26 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移



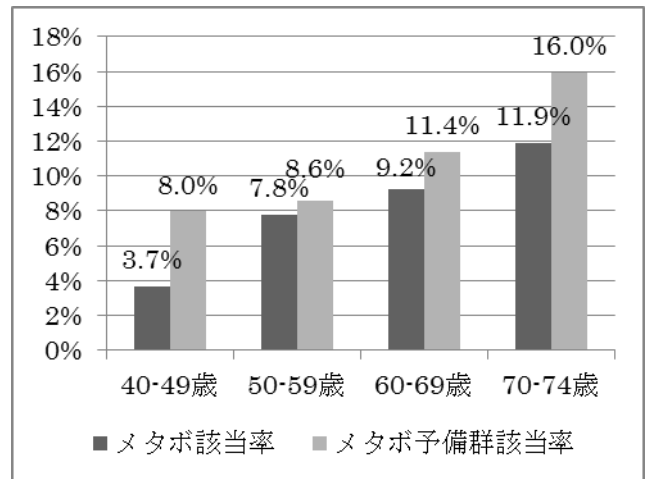
資料：平成 25 年度版 宜野湾市福祉保健の概要（法定報告）

■図 27 平成 24 年度におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の性別、世代別の割合

男性



女性



資料：健康支援課 特定健診データ

（３）糖尿病

①はじめに

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

糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを２～３倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は１０年間で約１．３倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

ア) 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。そのため、これらの危険因子の管理を徹底することが、発症予防の有効手段となります。

イ) 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。

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となります。

③現状

ア) 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

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

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

宜野湾市の平成 23 年度末時点における人工透析患者数は 144 人で徐々に増え続けています。そのうち、糖尿病性腎症は 35%を占めています。

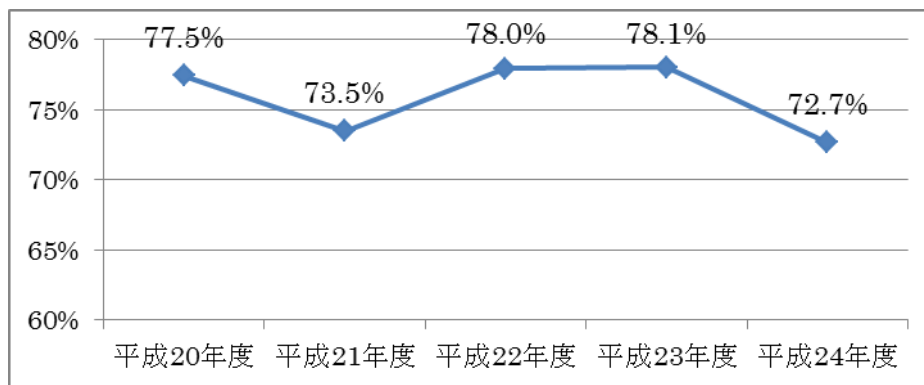
イ) 治療継続者の割合の増加

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

糖尿病は「食事療法」、「運動療法」が大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま治療を中断している人が多くみられます。

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。

■ 図 28 糖尿病を強く疑われる者（HbA1c6.1%以上）の治療率の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

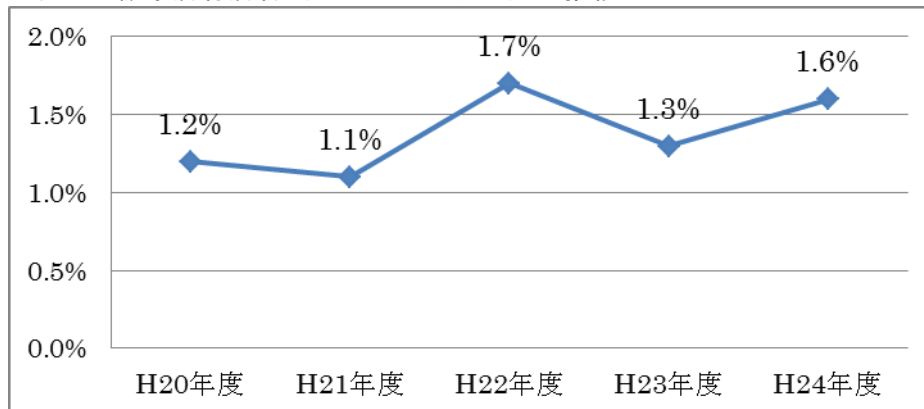
ウ) 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1c が JDS 値 8.0%(NGSP 値 (8.4%) 以上の者の割合の減少)

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

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

未受診者はもちろん、治療中の人にも、必要に応じて主治医等とも連携を図りながら、保健指導を実施し、血糖コントロール不良者の減少を図る必要があります。

■ 図 29 糖尿病有病者（HbA1c8.0%以上）の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

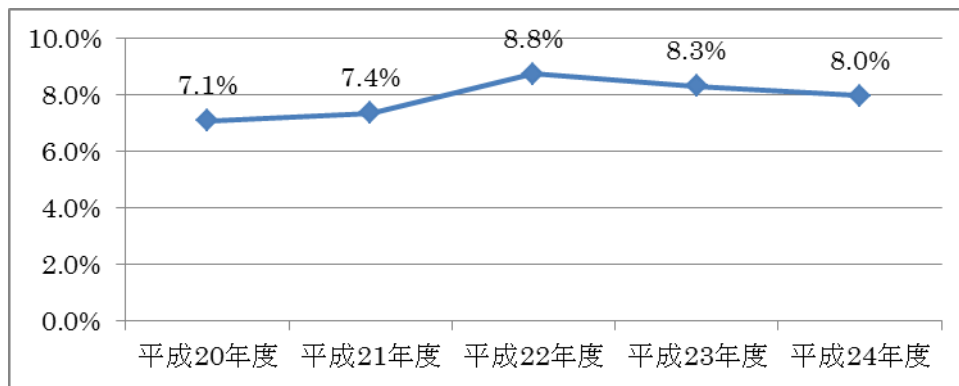
エ) 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、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。

宜野湾市の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年度から微増傾向で推移しています。

■ 図 30 糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

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。

宜野湾市においては、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・メタボリックシンドローム・境界型等）を対象に、特定健診の二次健診として75g糖負荷検査を実施しています。

この検査は、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。

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あることから、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。

2. 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。

生活習慣病予防の実現のためには、宜野湾市の特性を踏まえ、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

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

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

③現状

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

健診データについての目標項目は、「1. 生活習慣病の予防」の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に目標を設定します。

ア) 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

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

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。

■表 15 ライフステージにおける適正体重の評価指標

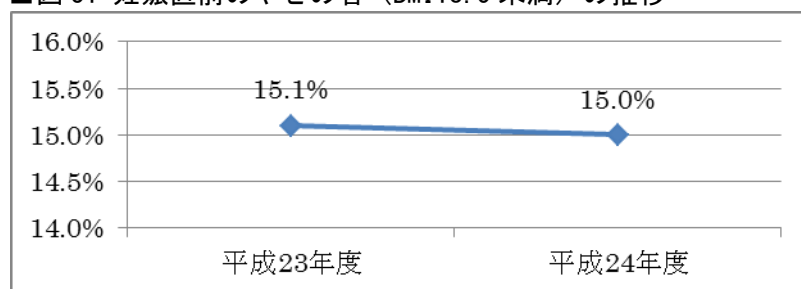
ライフ ステージ	妊婦	出生	学童	成人		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生時	小学校5年生	40～60歳代男性	40～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重	中等度・高度肥満傾向児	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	平成22年	平成22年	平成23年	平成22年	平成22年	平成22年
	29.0%	9.6%	男子4.60% 女子3.39%	31.2%	22.2%	17.4%
市の現状	平成24年	平成23年	平成24年	平成24年	平成24年	平成24年
	15.0%	9.0%	男児7.1% 女児3.5% 国のデータとの直接比較は不可	43.1%	30.1%	7.5%
データソース	親子健康手帳交付時 アンケート	福祉保健の概要 人口動態統計	学校保健統計調査 (ローレル指数)	特定健診/長寿健診		

a) 20 歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠直前のやせの者の割合)

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

宜野湾市では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前の BMI を把握し保健指導を行っています。妊娠直前のやせの者は、平成 23 年度から 15%前後で推移しています。

■ 図 31 妊娠直前のやせの者（BMI18.5 未満）の推移



資料：親子健康手帳交付時アンケートより算出

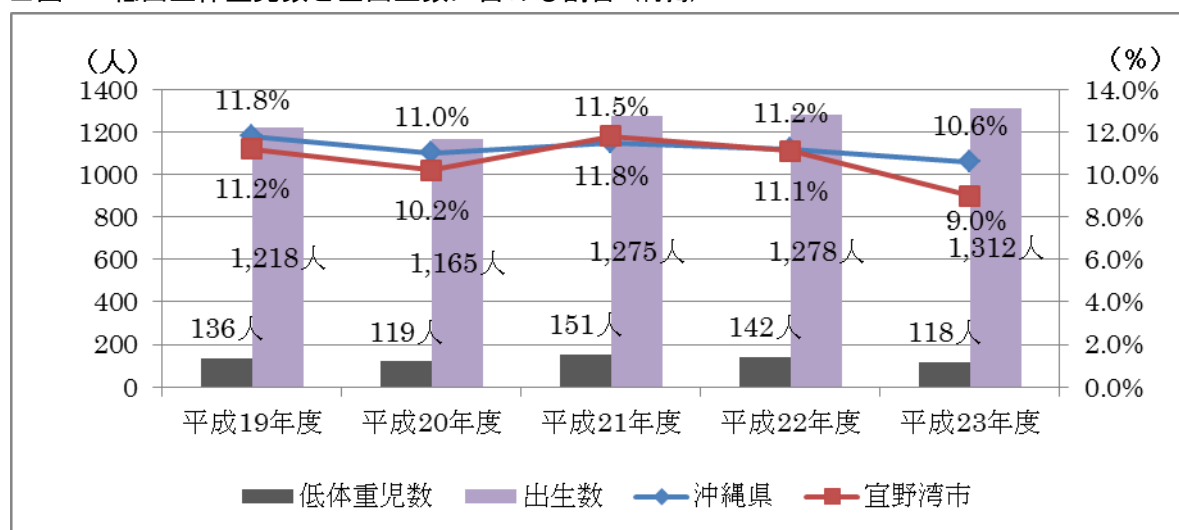
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることを啓発していくとともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていく必要があります。

b) 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告があります。

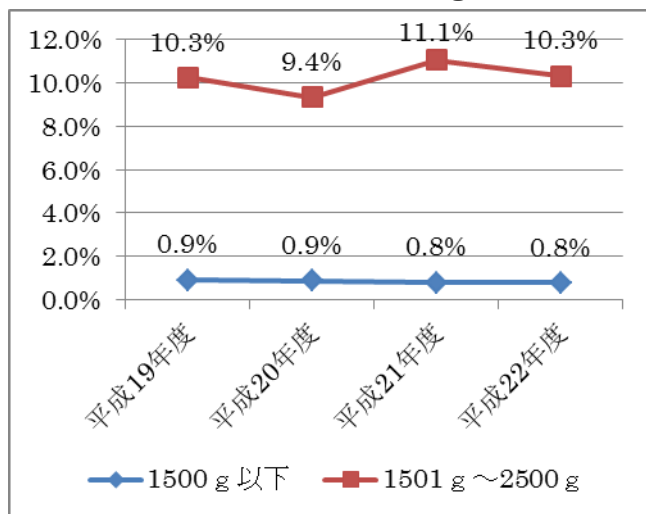
宜野湾市では、毎年約 110～150 人が低出生体重の状態で生まれています。低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導が必要です。

■ 図 32 低出生体重児数と全出生数に占める割合（再掲）



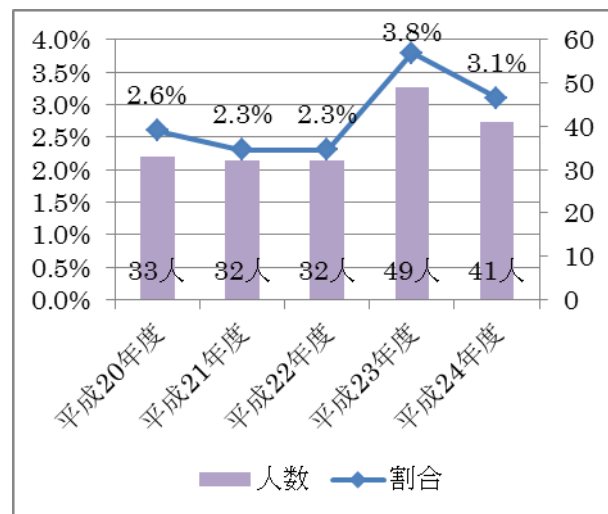
資料：平成 25 年度版 宜野湾市福祉保健の概要

■ 図 33 低出生体重児（1,500 g ～2,500 g 未満）・
極低出生体重児（～1,500 g 未満）



資料：平成 23 年度 福祉保健所活動概況

■ 図 34 19 歳以下の妊婦数と割合の推移



資料：親子健康手帳交付時アンケート・平成 25 年度版 宜野湾市
福祉保健の概要より算出

19 歳以下の若年妊婦は、過去 5 年間で平均すると年間 37 人、妊婦の約 3% を占めており、増加傾向にあります。若年妊婦は医学的にも、社会的にもハイリスクの傾向にあります。そのため、若年妊婦が前向きに出産に臨めるよう、また出産後は積極的に育児に取り組めるよう妊娠期からの支援が重要となります。加えて、学校現場と連携した思春期における性教育も重要となります。

c) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

■表 16 平成 24 年度 都道府県別肥満傾向児の出現率

小学5年生				
	男子		女子	
1	福島	16.91	栃木	13.15
2	宮城	16.28	青森	12.90
3	北海道	15.23	宮城	11.96
4	青森	13.82	秋田	11.25
5	山形	13.15	群馬	11.18
6	徳島	13.04	岩手	11.15
7	群馬	12.82	福島	10.98
8	岩手	12.54	高知	10.04
9	栃木	12.46	沖縄	10.02
10	和歌山	12.43	宮崎	9.88
11	宮崎	12.32	山梨	9.86
12	茨城	12.11	愛媛	9.59
13	鹿児島	12.09	島根	9.52
14	新潟	11.98	長崎	9.47
15	神奈川	11.73	山形	9.36
16	高知	11.60	大分	9.09
17	山梨	11.40	鹿児島	8.58
18	秋田	11.19	鳥取	8.56
19	埼玉	10.88	徳島	8.51
20	佐賀	10.75	東京	8.38
21	長野	10.38	新潟	8.37
22	東京	10.06	熊本	8.14
23	福岡	9.95	佐賀	7.87
24	全国	9.86	千葉	7.84
25	熊本	9.86	和歌山	7.81
26	大分	9.86	全国	7.73
27	沖縄	9.75	埼玉	7.71
28	千葉	9.53	北海道	7.55
29	香川	8.99	奈良	7.54
30	静岡	8.89	富山	7.48
31	石川	8.66	広島	7.43
32	長崎	8.65	静岡	7.43
33	愛媛	8.64	香川	7.20
34	山口	8.63	茨城	7.19
35	福岡	8.39	福岡	7.10
36	岡山	8.39	神奈川	7.04
37	大阪	7.97	三重	6.93
38	奈良	7.86	長野	6.93
39	富山	7.77	岐阜	6.77
40	岐阜	7.62	福井	6.75
41	鳥取	7.45	山口	6.49
42	広島	7.17	愛知	6.43
43	三重	7.14	兵庫	6.14
44	島根	7.05	滋賀	6.07
45	滋賀	6.69	石川	6.02
46	兵庫	6.40	大阪	5.43
47	京都	5.63	岡山	4.95
48	愛知	5.09	京都	4.08

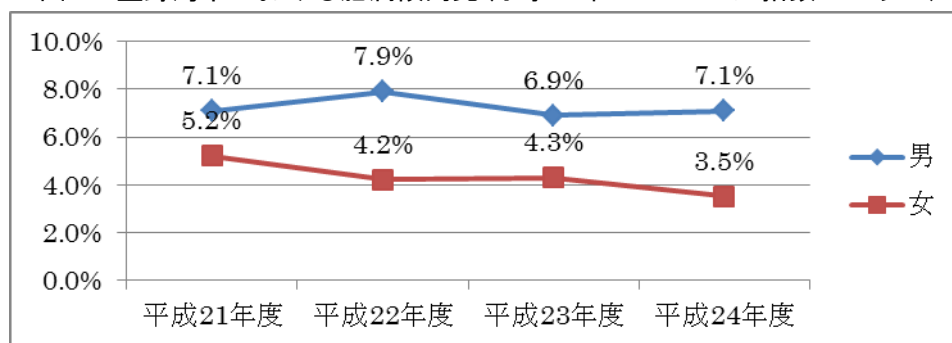
資料：学校保健統計調査 平成 24 年度都道府県表 e-Stat より

(注) 肥満傾向児：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

肥満度＝（実測体重－身長別標準体重）／身長別標準体重×100（％）

宜野湾市の肥満傾向児（ローレル指数 160 以上の児童）の出現率の推移をみると、男子は女子に比べて各年とも出現率が高くなっています。また、男子は 7～8%程度でほぼ横ばいで推移しており、女子は減少傾向となっています。

■ 図 35 宜野湾市における肥満傾向児（小学 5 年生：ローレル指数 160 以上）出現率の推移



資料：教育委員会学務課

(注) ローレル指数：児童生徒の肥満の程度を表す指数

$$\text{ローレル指数} = (\text{体重 (kg)} / \text{身長 (cm)}^3) \times 10^7$$

国における肥満傾向児と市における肥満傾向児は算出方法が異なっているため、肥満者傾向児の出現率の推移を比較する場合は注意が必要である。

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り組みが行われています。こうした取り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子ども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。

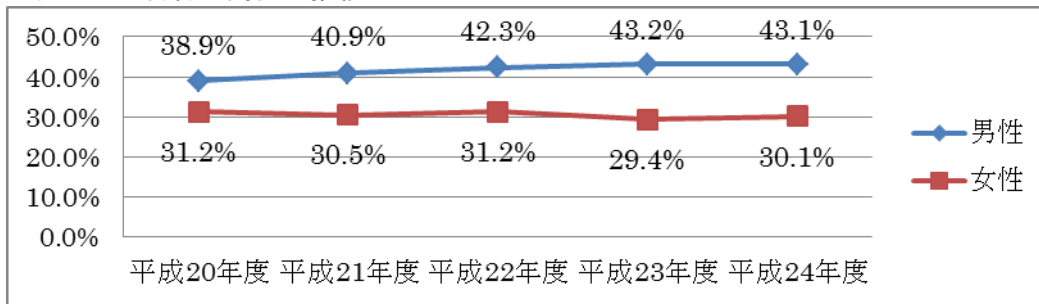
d) 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少

e) 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し 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。宜野湾市においては、20～30 歳代男性肥満者を把握することが難しいため、特定健診受診者における 40～60 歳代男性の肥満者、及び 40～60 歳代女性の肥満者の割合を指標とします。

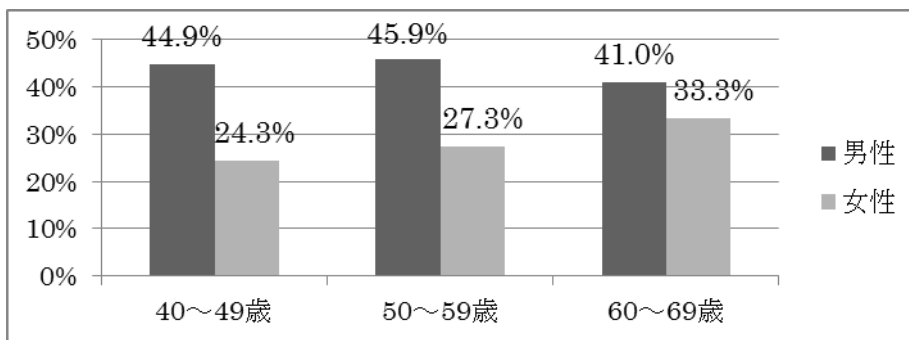
男性は平成 20 年度から微増傾向が続いており、平成 24 年度は 43.1%を占め、約 2 人に 1 人が肥満となっています。女性は 30%前後の横ばい傾向ではありますが、約 3 人に 1 人が肥満となっています。世代別で見ますと、男性は 50 代で一番肥満が多く、女性は年代が高くなるにつれ、肥満率が上昇しています。国の男性目標値は 28%、女性目標値は 19%ですが、本市では男女ともに目標値を上回っている状況です。

■図 36 肥満者の割合の推移



資料：健康支援課 特定健診データ

■図 37 肥満者の性別、世代別の割合

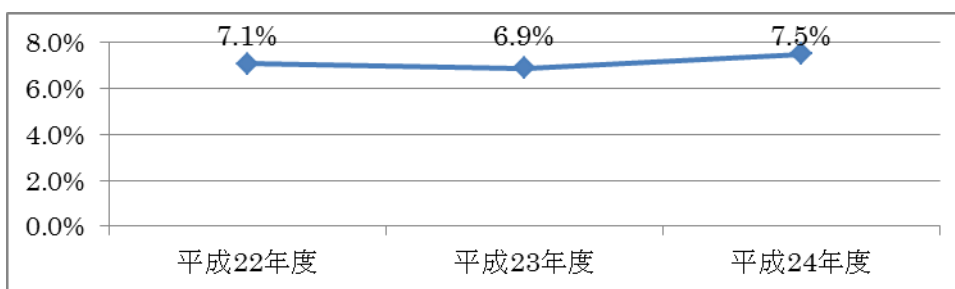


資料：健康支援課 特定健診データ

f) 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。

■図 38 65 歳以上の BMI20 以下の者の推移



資料：健康支援課 特定健診データ、国民健康保険課 長寿健診データ

イ) 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

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、生活習慣病予防などの教育的アプローチを行うことが重要です。

(2) 身体活動・運動

①はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、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指します。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの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。

世界保健機関(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います。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

運動器の健康が長寿に迫いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。

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

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

- ・運動器(運動器を構成する主要要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系があります。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいいます。
運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指します。
- ・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいます。

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・運動が重要です。

③現状

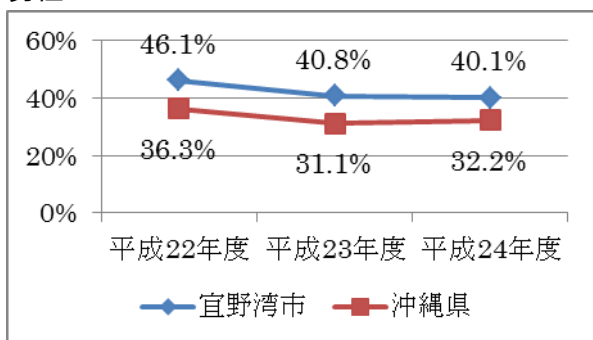
ア) 日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

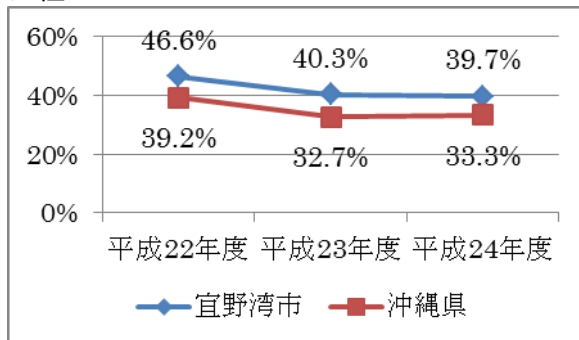
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、夏場は日中暑くて運動に適した条件下にないため、早朝・夜間に安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要となります。

■図 39 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の割合

男性



女性



資料：国保連合会 特定健診問診データ

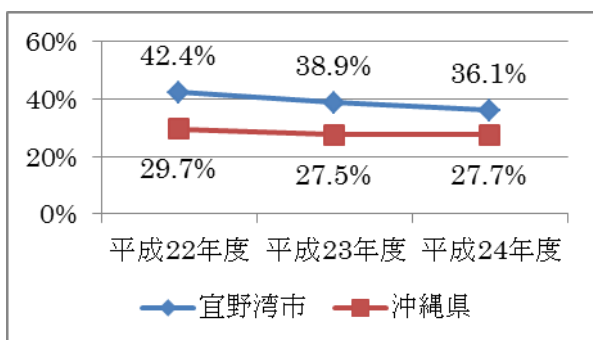
イ) 運動習慣者の割合の増加

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

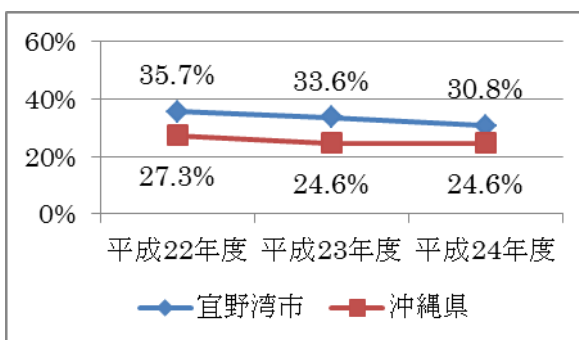
就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や既存の運動施設の利用促進など、多くの人々が気軽に運動に取り組むことができる環境を整える必要があります。

■図 40 1回30分以上汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している者の割合

男性



女性



資料：国保連合会 特定健診問診データ

ウ) 介護保険サービス利用者の増加の抑制

宜野湾市の要介護認定者数（平成 25 年 3 月 31 日現在）は、2,467 人となり、第 1 号被保険者に対する割合は 16.3%となっています。

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、介護サービス利用者数の増加傾向は続くと推測されます。

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等が大きな特徴で、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うため、それぞれのステージに応じた運動を行うことが重要です。

(3) こころの健康

①はじめに

こころの健康は身体の健康と共に、社会生活を営むうえで重要です。また、こころの健康とは、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

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

②基本的な考え方

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

そのため、一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

③現状

ア) 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ています。

世界保健機関(WHO)によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これら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。

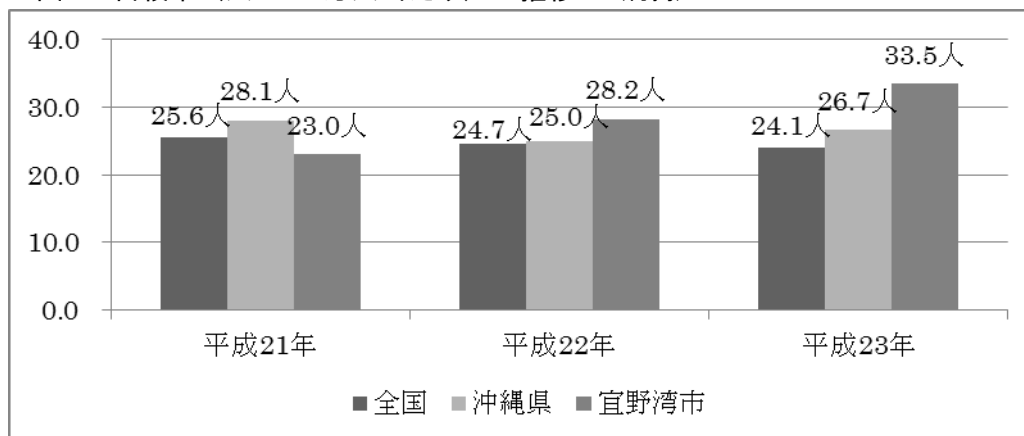
しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためと言われています。

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・根拠がなく、このことが周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などにつながっている現状もあります。

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。

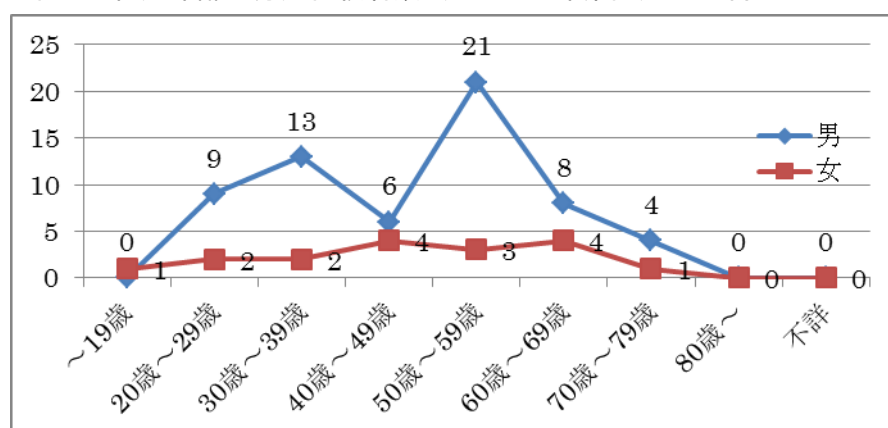
宜野湾市においても死亡者数の累計（H21～23 年）では、男性の 50 歳代の自殺者が最も多くなっています。原因別では健康問題、経済・生活問題の割合が高くなっています。

■ 図 41 自殺率（人口 10 万人当たり）の推移 （再掲）



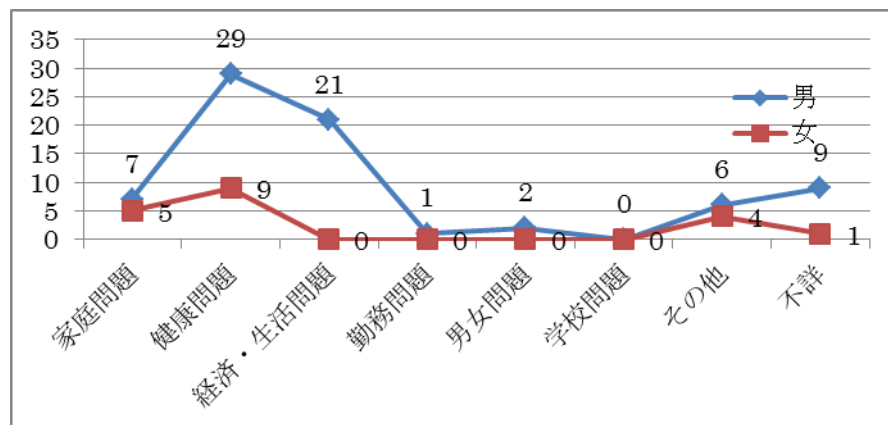
資料：内閣府 自殺統計

■ 図 42 性別年齢区分別自殺者数（H21～23 年累計） （再掲）



資料：内閣府 自殺統計

■ 図 43 原因別自殺者数（H21～23 年累計）



資料：内閣府 自殺統計

(4) 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、健康の保持を図る必要があります。

③現状

ア) 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。

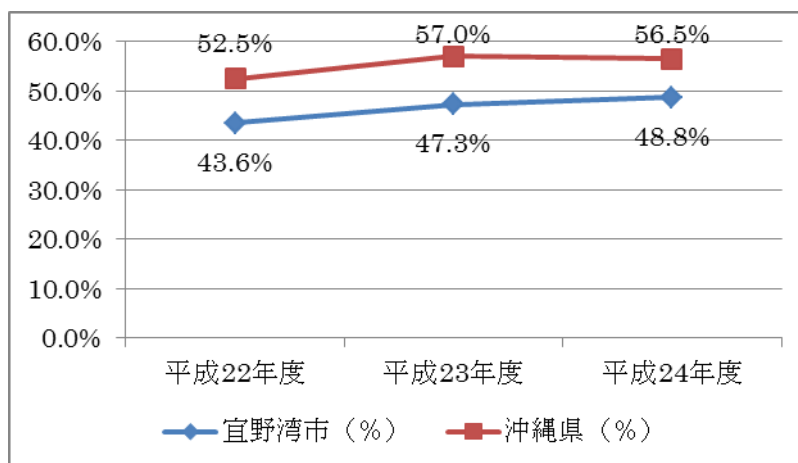
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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。

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。

宜野湾市の状況としては、40%台で推移し県平均より下回っていますが、上昇傾向にあります。

■ 図 44 睡眠で休養が十分とれていない者の割合の推移



資料：国保連合会 特定健診問診データ 市にて算出

（５）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が、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取り組んできました。

しかし、国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関する多くの健康問題のリスクは、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おり、飲酒量の閾値は低ければ低いほどよいことが示唆されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g / 日（日本酒 2 合/日）、女性では 22 g / 日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に、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、一般的に知られています。

世界保健機関(WHO)のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の閾値を「男性：1 日 40 g を超える飲酒」、「女性：1 日 20 g を超える飲酒」としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2～2/3 としています。

そのため、健康日本 21（第 2 次）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

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

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

参考 1 日あたり純アルコール約 20 g 程度の量

ビール：約 500ml

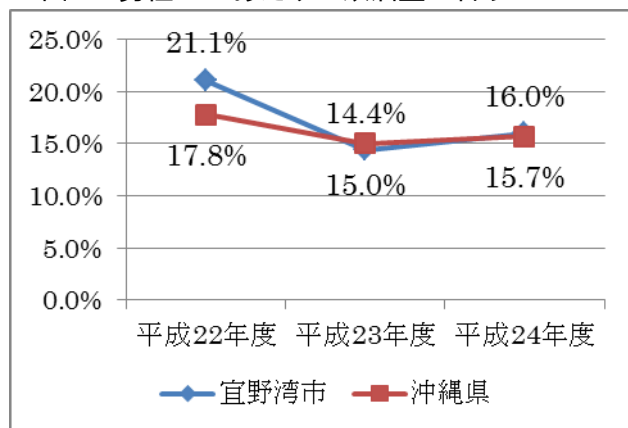
泡盛（30 度）：0.5 合

日本酒：1 合

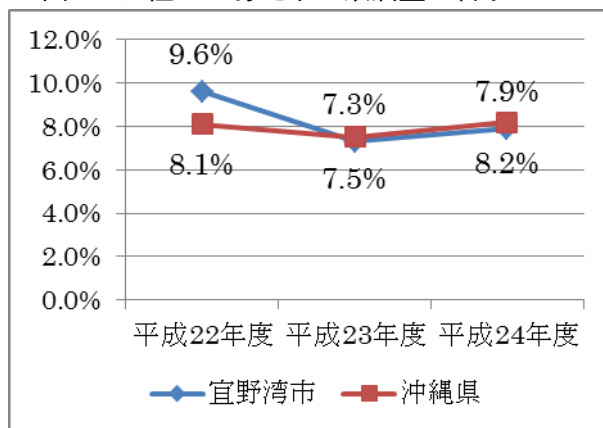
ワイン：グラス 2 杯（240 ml）

特定健診の間診表より、男性は飲酒日の1日あたりの飲酒量が2合以上の方の割合を、女性は1合以上の方の割合を算出した結果、男女ともに減少傾向にありますが、沖縄県より高い割合で推移しています。

■図 45 男性 1 日あたりの飲酒量 2 合以上



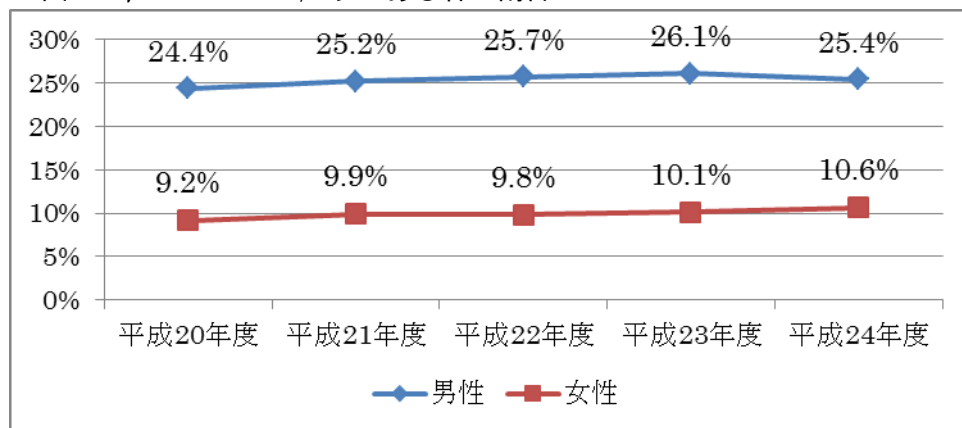
■図 46 女性 1 日あたりの飲酒量 1 合以上



資料：国保連合会 特定健診問診データ 市にて算出

飲酒と関係が深い健診データである γ -GTP の保健指導判定値である 51IU/ℓ以上である方の割合をみると、男性では約 25%、女性では約 10%となっています。男性は女性の 2.5 倍となっています。

■図 47 γ -GTP が 51IU/ℓ以上ある者の割合



資料：特定健診データ

(6) 喫煙

①はじめに

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

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていません。COPD の発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなることから、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多く の 疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

③現状

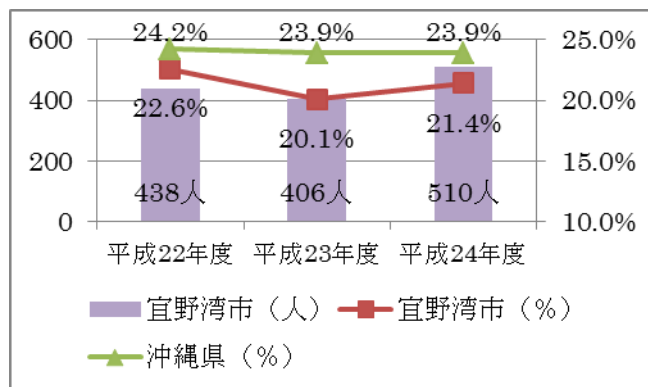
ア) 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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重要な指標です。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くみられます。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です。

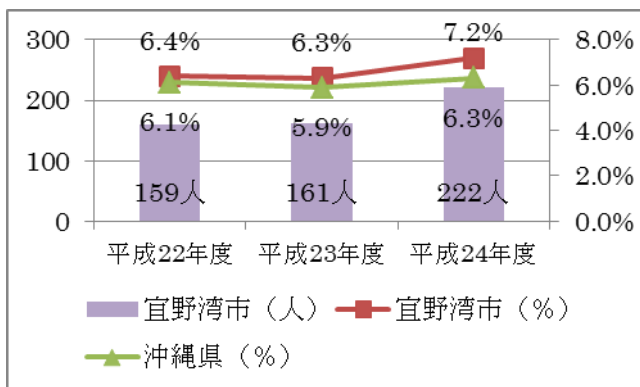
喫煙率をみると、男性 21.4%で県平均を下回り、女性は 7.2%で県平均を上回っています。

■図 48 喫煙者数と喫煙率

男性



女性

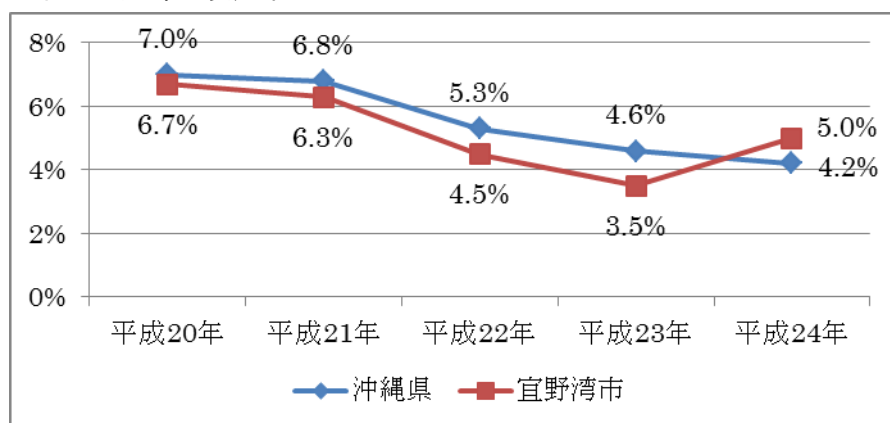


資料：国保連合会 特定健診問診データ

イ) 妊婦の喫煙率の減少

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症（自然流産、早産、子宮外妊娠、前置胎盤や胎盤早期剥離など）のリスクを高めるだけでなく、出生児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなります。乳児健診前期の間診票から妊婦の喫煙の有無をみると減少傾向にありましたが、平成24年度は5.0%と上昇し、県平均より高値となっています。

■ 図 49 妊婦の喫煙率



資料：平成24年度 乳幼児健康診査報告書

(7) 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あり、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ています。

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をはじめ、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です。

②基本的な考え方

ア) 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切です。

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、一人ひとりが歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

イ) 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」です。

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あり、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

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

ア) 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

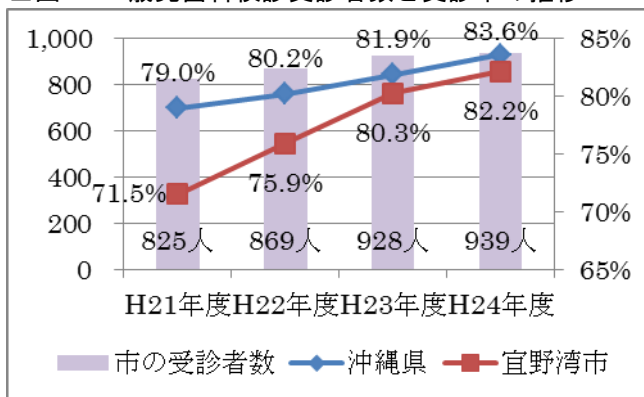
歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

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。

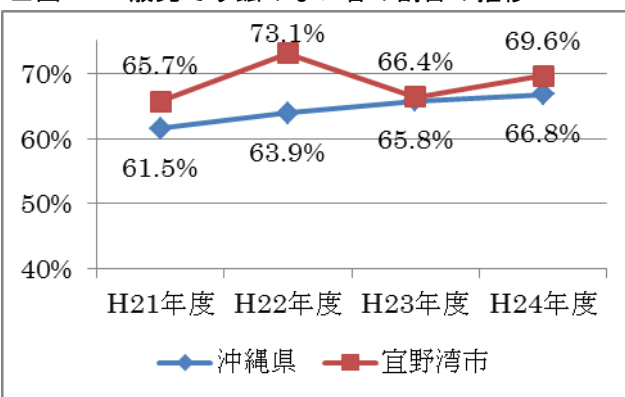
イ) 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

宜野湾市の平成 21 年から平成 24 年までの 3 歳児歯科健康診査の受診者数は概ね増加傾向で推移しています。また、受診者の中でう蝕のない者の割合をみると、全体的に増加傾向にあります。県平均と比較すると平均値を上回っていますが、約 3 人に 1 人はう蝕がある状況です。

■ 図 50 3 歳児歯科検診受診者数と受診率の推移

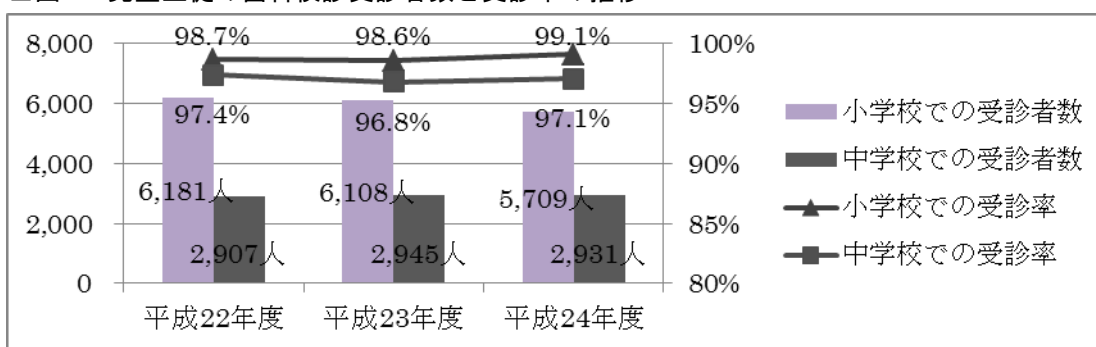


■ 図 51 3 歳児でう蝕のない者の割合の推移



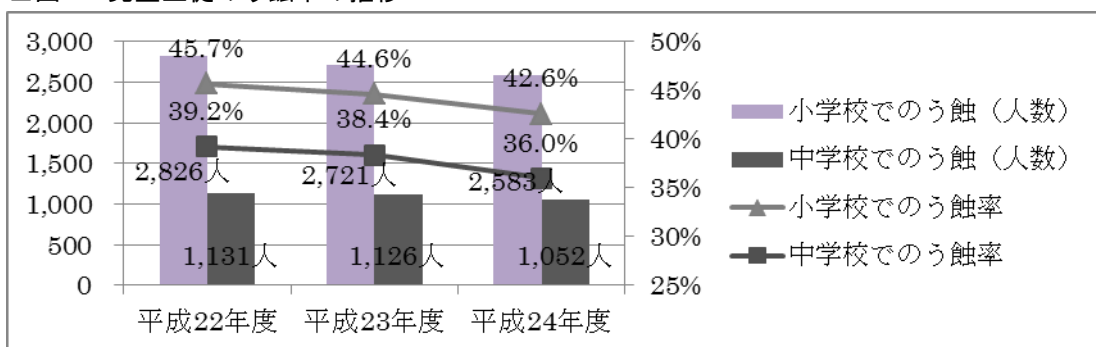
資料：平成 25 年度版 宜野湾市福祉保健の概要、平成 24 年度 乳幼児健康診査報告書より算出

■ 図 52 児童生徒の歯科検診受診者数と受診率の推移



資料：教育委員会学務課

■ 図 53 児童生徒のう蝕率の推移



資料：教育委員会学務課

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く必要があります。