

健康秋田21計画

改定版

—健康長寿あきたの実現をめざして—

平成20年3月
秋 田 県



健康長寿あきたの実現をめざして

生涯にわたって健やかでいきいきと暮らすことは、県民共通の願いであり、社会の活力の維持と向上に欠くことのできないものであります。

本県では、生活環境の改善や医学の進歩などにより、県民の平均寿命が延びている一方で、全国の平均に比べ、がんなどの生活習慣病により死亡する人の割合が高く、また、自殺により死亡する人の割合も著しく高い状況にあります。

このような状況に対処するため、平成13年に「健康長寿あきたの実現」をめざして本計画（計画期間10年）を策定するとともに、平成16年には「すべての県民が生涯にわたって健やかで心豊かに生活することができる活力ある社会の実現」に寄与するため、「秋田県健康づくり推進条例」を制定し、学校・職域・地域などが一体となった健康づくりを展開してきました。

このたび、医療制度改革の柱の一つとして、食生活や運動不足に起因する、糖尿病、高血圧といった生活習慣病を予防するとともに、医療費の適正化を図るため、医療保険者によるメタボリックシンドロームの概念を導入した特定健康診査・特定保健指導が実施されることになりました。

このため、本計画を「秋田県医療費適正化推進計画」などの他の計画と整合性を図るために計画の推進期間を2年間延長するとともに、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率やその達成に向けた特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標等を新たに設定し、地域保健と職域保健とが連携した生活習慣病予防対策を推進するために、改定しました。

県としては、今後、この計画に基づいて、市町村や関係団体等と密接な連携を図りながら様々な事業を展開していきたいと思っております。

終わりに、計画の改定について熱心に御検討いただきました「秋田県健康づくり審議会」及び同審議会分科会の各委員の皆様をはじめ、この計画の改定のために御協力をいただきました数多くの皆様に心から感謝申し上げます。

平成20年3月

秋田県知事 寺 田 典 城

目 次

序 章 計画の策定に当たって

1 策定の趣旨	1
2 計画の性格と役割	1
3 計画の期間	2

第1章 計画改定の背景

1 国の動き	5
2 本県の動き	6

第2章 計画の基本方針と推進手法

1 基本方針	8
2 健康づくりの推進手法	9

第3章 県民の健康の現状と課題

1 主要疾患の状況	11
2 早世の状況	12
3 人生の各段階における健康状態	12
4 健康に関する県民の意識	15
5 要支援・要介護者の状況	21

第4章 基本目標と重点分野

1 基本目標	23
2 健康長寿あきた実現のための13の重点分野	23
3 重点分野別の目標の設定	24

第5章 分野別の目標と施策の展開

1 栄養・食生活	25
2 身体活動・運動	34
3 休養	38
4 心の健康づくり	41
5 自殺予防	47
6 たばこ	53
7 アルコール	58
8 歯の健康	61
9 メタボリックシンドローム	70
10 糖尿病	75
11 脳血管疾患（脳卒中）	81
12 心疾患	87
13 がん	91

第6章 計画の推進体制

99

序 章 計画の策定に当たって

1 策定の趣旨

本県は、全国を上回る速さで高齢化が進行しており、平成22年には全国一の高齢化率になると予想されております。また、がんや脳卒中、心臓病などの生活習慣病や自殺により死亡する人の割合が全国と比べ著しく高い状況にあります。

このため、すべての県民が生涯にわたって健やかで心豊かな生活ができるように、秋田県健康づくり推進条例に基づき、県民自らが食生活や運動などの生活習慣を改善して、生活習慣病等の発症を予防することが必要です。

このような「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進することによって、働き盛りである壮・中年期の死亡者を減少させ、さらには、単に長生きするだけでなく、介護を要せず健康で長生きできる期間（健康寿命）の延長を図っていくことが極めて重要です。

もとより、健康づくりは、個人の価値観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組むべき課題ではありますが、健康の実現には、こうした個人の力に加えて、社会の関心を高め、社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠です。

そのため、

- ①生活習慣の改善を中心とした「一次予防」の重視
- ②個人の健康づくりを支援する環境の整備
- ③健康づくり運動を効果的に進めるための客観的な目標値の設定と評価
- ④多様な方法による情報提供と効果的な運動の推進

の4点に重点を置いた計画を策定し、21世紀初頭の本県における県民健康づくり運動の基本指針とするものです。

2 計画の性格と役割

この計画は、平成12年度からスタートした「あきた21総合計画」に掲げられた施策体系の一つである「生涯を通じた健康づくりの推進」を実現するための事業推進の長期的な基本方針として策定したものです。

また、平成15年4月施行の「健康増進法」第8条第1項に基づく「都道府県健康増進計画」として、また、平成16年4月に施行された「秋田県健康づくり推進条例」第8条に基づく「基本計画」としても位置づけられるものであり、次のように活用されます。

- (1) 県においては、生涯を通じた健康づくりのための施策を総合的、計画的に進めるための基本方針とします。
- (2) 市町村に対しては、住民にもっとも身近な行政機関として、住民の健康づくりに積極的にかかわり、この計画に基づいた県との一体的な事業の推進を要請します。
- (3) 県民をはじめ、家庭、学校、職場では、この計画への理解を求め、主体的かつ積極的な健康づくりの実践活動の展開を期待します。

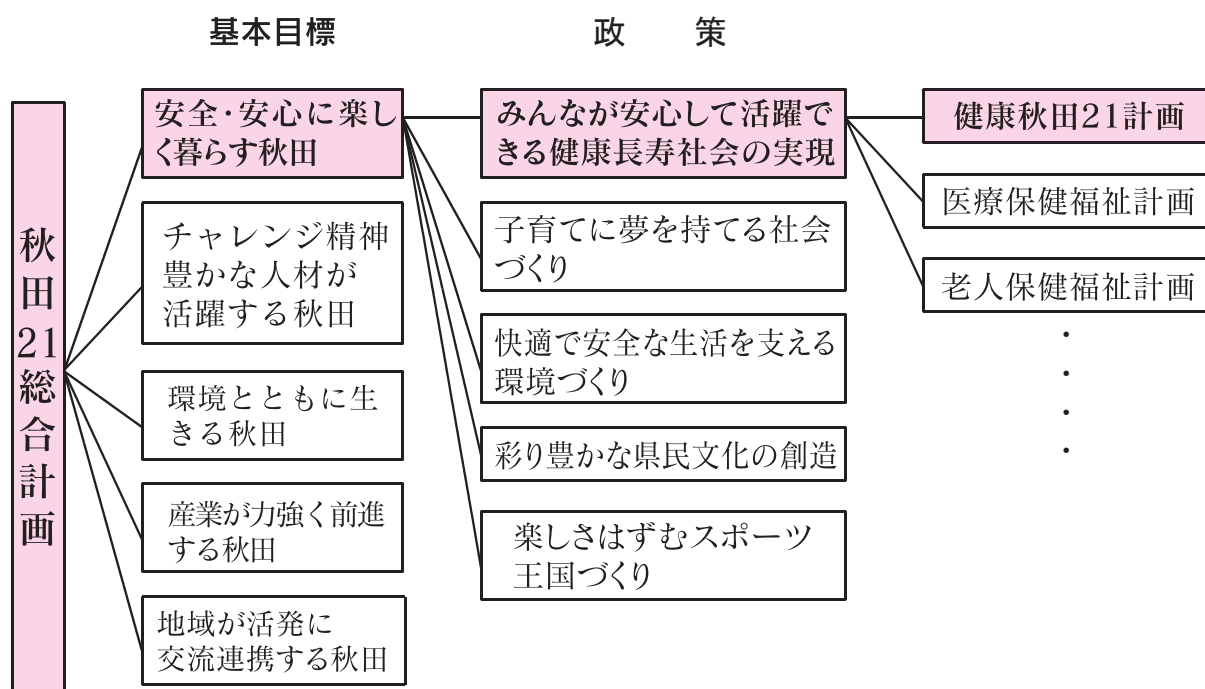
- (4) 健康関連企業やマスメディア、保健・医療関係団体、ボランティアやNPO等の団体には、この計画に対する理解を求め、県民全般に対する啓発・普及活動の実施及び健康づくり施策への協力を要請します。
- (5) 国等に対しては、この計画の目標の達成のため、必要な支援・協力及び諸施策の推進を要望します。

3 計画の期間

この計画の期間は、平成13年度（2001年度）を初年度とし、当初の計画期間を2年間延長し、平成24年度（2012年度）を目標年度とする12年間とします。

計画の評価については、計画策定から5年後に当たる平成17年度（2005年度）に中間評価を行いました。平成22年度（2010年度）の目標に対する評価も実施し、次期計画に反映させます。

なお、今後の健康づくり施策をとりまく様々な社会情勢の変化に弾力的に対応するため、毎年度計画の点検を行い、必要に応じ適宜見直しすることとします。



参 考

1 生活習慣病

従来、脳卒中やがん、心臓病などの病気は、40歳前後から急に死亡率が高くなることから、加齢に伴い発症する病気という意味で「成人病」と呼ばれてきました。

しかし、長年の疫学研究などの成果により、これらの病気が普段の食生活や運動、飲酒、喫煙などの生活習慣によって発症の危険が高まることがわかってきました。そのため、国民に生活習慣の重要性を喚起し、健康に対する自発性を促し、生涯を通じた生活習慣改善のための個人の努力を社会全体で支援する体制を整備するため、新たに「生活習慣病」という概念が導入されました。

これまでの「成人病」が二次予防重視の概念であるのに対し、「生活習慣病」は生活習慣改善の一次予防重視の概念です。

2 一次予防

病気を予防する方法には、次の3つの段階があるといわれています。

- ・ 一次予防（第1段階）：病気の原因をもとから絶ち、病気にならないようにすることです。一次予防としては、個人の生活習慣を改善する健康増進、職場の安全対策など環境における危険因子の削減、感染症予防や母子保健などの疾病予防などがあります。
- ・ 二次予防（第2段階）：定期検診などによる病気の早期発見、早期治療による予防です。
- ・ 三次予防（第3段階）：リハビリテーションによる機能回復など、社会的不利の予防です。

3 健康

「健康」とは、単に病気あるいは虚弱でないというだけでなく、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態にあることをいいます。

病気や障害の有無にかかわらず、全ての個人がその持てる能力を十分に発揮して、生涯を通じた心身の良好さや社会生活の中での自己実現を図り、生活の質の向上を目指すことも、健康の一つの姿です。

4 健康寿命

健康で明るく元気に生活し、実り豊かで満足できる生涯、つまり、認知症や寝たきりにならない状態で生活できる期間のことを「健康寿命」といいます。

たとえ病気や障害を抱えていても、目標を持ち自分らしさを大切にしながら自分の人生を作りあげていくことが広い意味での健康づくりです。

健康秋田 21 計画の構成

序 章 計画の策定に当たって

○策定の趣旨 ○計画の性格と役割 ○計画の期間

第 1 章 計画改定の背景

国の動き

- ・健康増進法
- ・たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約
- ・食育基本法
- ・自殺対策基本法
- ・がん対策基本法
- ・高齢者の医療の確保に関する法律
- ・新健康フロンティア戦略

秋田県の動き

- ・あきた健やか親子 21 計画
- ・秋田県健康づくり推進条例
- ・あきた 21 総合計画第 3 期実施計画
- ・秋田県介護保険事業支援計画（第 3 期）
- ・秋田県老人保健福祉計画（第 4 期）
- ・秋田県医療保健福祉計画

第 2 章 基本方針と推進手法

<基本方針>

- ◆一次予防の重視
- ◆健康づくりのための環境整備
- ◆目標値の設定と評価
- ◆多様な方法による情報提供と効果的な運動の推進

<推進手法>

- ◇ヘルスプロモーション
- ◇「ハイリスクアプローチ」と「ポピュレーションアプローチ」の適切な組み合わせ

第 3 章 県民の健康の現状と課題

- 1 主要疾患の状況
- 2 早世の状況
- 3 人生の各段階における健康状態
- 4 健康に関する県民の意識
- 5 要支援・要介護者の状況

第 4 章 基本目標と重点分野

<基本目標>

早世と障害を予防することによって、県民の健康寿命を延長し、県民一人ひとりが生活の質を高め、心豊かに生活できる活力ある健康長寿あきたの実現をめざします。

<健康長寿あきた実現のための 13 の重点分野>

- ◆生活習慣病の予防 ○メタボリックシンドローム ○糖尿病 ○脳卒中 ○心疾患 ○がん
- ◆生活習慣の改善 ○栄養・食生活 ○身体活動・運動 ○たばこ ○アルコール
- ◆生活の質の向上 ○休養 ○心の健康づくり ○自殺予防 ○歯の健康

<3 種類の指標による目標の設定>

1 健康指標、2 行動指標、3 環境指標

第 5 章 重点分野別の目標と施策の展開

- 1 基本的考え方（重点分野の基本的な考え方）
- 2 現状と課題（重点分野別の本県における現状と課題）
- 3 目標（本県の課題を克服するための大目標と指標別小目標）
- 4 重点施策（目標達成のため計画期間中に行う重点施策）

第 6 章 計画の推進体制

- 1 推進基盤の整備
- 2 各種保健事業の連携強化と事業の一体的推進
- 3 実施主体の基本的な役割
- 4 県民の健康状態の把握
- 5 計画の進行管理

第1章 計画改定の背景

1 国の動き

平成15年5月に健康増進法が施行され、これまでの健康づくり運動の法的な基盤が整うとともに、平成17年2月には「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の効力が発生し、世界的な取り組みの中で、たばこの害から健康を守ることが求められるようになりました。

また、平成17年7月には「食育基本法」が施行され、国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性をはぐくむため、食育を推進することになりました。

さらに、平成18年6月には、自殺対策基本法、がん対策基本法が相次いで成立し、自殺予防対策やがん対策に本格的に取り組むための法的な基盤整備がなされるとともに、「健康保険法等の一部を改正する法律」により老人保健法が全面的に改正され、新たに「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成20年4月からメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導が実施されることになりました。

(1) 健康増進法（平成14年8月制定 平成15年5月施行）

健康づくり、疾病予防の総合的な推進に関する基本的事項を定めたものです。国の基本方針、都道府県健康増進計画の策定を定めるとともに、多数の者が利用する施設等について、受動喫煙防止対策を講ずることを努力義務として規定しています。

また、平成18年6月の改正において、老人保健法に基づき市町村が実施してきた健康教育、健康相談等の事業は、平成20年4からは健康増進法に基づく健康増進事業と位置づけられました。

(2) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（平成17年2月発効）

たばこが健康に及ぼす悪影響から現在及び将来の世代を保護することを目的に、世界保健機関（WHO）の下で締結された、たばこに関する広告・包装上の表示等の規制及びたばこの規制に関する国際協力について定めた保健分野における初めての多数国間条約です。

(3) 食育基本法（平成17年6月制定 同年7月施行）

食育に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、食育に関する基本理念や国及び地方公共団体等の責務等を定めたものです。

(4) 自殺対策基本法（平成18年6月制定 同年10月施行）

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図るとともに、自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを定めたものです。

(5) がん対策基本法（平成18年6月制定 平成19年4月施行）

がん対策の一層の充実を図るため、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進等の施策を講ずることによって、がん対策を総合的にかつ計画的に推進することを定めたものです。

(6) 高齢者の医療の確保に関する法律（平成18年6月制定 平成20年4月施行）

「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」の3つを柱にした「医療制度改革大綱」（平成17年12月政府・与党医療改革協議会決定）を受けて老人保健法が改正されたもので、医療費適正化計画の策定や医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施、後期高齢者医療制度などを定めたものです。

(7) 新健康フロンティア戦略

平成16年5月に与党がまとめた「健康フロンティア戦略」は、健康寿命の2年程度の延伸を目標に、「働き盛りの健康安心プラン」、「女性のがん緊急対策」、「介護予防10カ年計画」、「健康寿命を延ばす科学技術の振興」の4つの柱を平成17年度から10年間、重点的に政策を展開することとしていましたが、平成19年4月に新たに内閣官房長官の下で「新健康フロンティア戦略」が策定されました。

同戦略では、国民の健康寿命の延伸に向け、国民自らがそれぞれの立場等に応じ、予防を重視した健康づくりを行うことを国民運動として展開するとともに、家庭の役割の見直しや地域コミュニティの強化等を通じて、有病者、障害者、年配者も持てる能力をフルに活用して充実した人生を送ることができるよう支援することを目標に、次の9つの分野において対策を進めることとされています。

- ①子どもの健康 ②女性の健康 ③メタボリックシンドローム克服 ④がん克服
- ⑤こころの健康 ⑥介護予防 ⑦歯の健康 ⑧食の選択 ⑨運動・スポーツ

2 本県の動き

(1) あきた健やか親子21計画

平成14年4月に、今後の母子保健の方向性を示し、具体的な母子保健事業を推進するための基本指針として、「あきた健やか親子21計画」を策定しました。

この計画は、妊娠、出産、乳幼児期、育児期の保健指導や健康診査をはじめとして、思春期までの心や体の健全な発達を支援する各種の施策を盛り込んだ「健康秋田21計画」の母子保健版としての役割を担っており、妊婦健康診査の受診率、乳幼児健康診査受診率、未熟児訪問指導実施率などの目標を定めています。

(2) 秋田県健康づくり推進条例

平成16年2月に、すべての県民が生涯にわたって健やかで心豊かに生活することができる活力ある社会の実現に寄与するため、秋田県健康づくり推進条例を制定しま

した。

この条例では、健康づくりについて、県民、県、健康づくり関係者及び事業者の責務を明らかにするとともに、健康づくりの推進に関する施策の基本事項を定め、総合的かつ計画的に県民の健康づくりを推進することを定めています。

(3) あきた21総合計画第3期実施計画

平成18年3月に、あきた21総合計画の基本構想を踏まえ、県民との協働のもと、「元氣なふるさと秋田づくり」を推進するために新たな実施計画を策定しました。

この実施計画では、「みんなが安心して活躍できる健康長寿社会の実現」をめざして、「生涯を通じた健康づくり」を推進し、生活習慣病や自殺による死亡者の減少、歯の健康を守るためのフッ化物洗口の推進等を目標としています。

(4) 秋田県介護保険事業支援計画（第3期）・秋田県老人保健福祉計画（第4期）

介護保険法施行後5年が経過した介護保険制度は、予防重視型システムへの転換や新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上など様々な見直しが行われました。

このような状況を踏まえて、平成18年4月に高齢者施策全般にわたる第4期老人福祉計画と介護保険サービスに関する第3期介護保険事業支援計画を作成しています。この計画では、高齢者が要介護状態に陥らないための介護予防を推進し、高齢者が元気に活躍し安心して暮らせる社会づくりを目指して、地域包括支援センターの設置数等の目標と定めています。

(5) 秋田県医療保健福祉計画

平成14年3月に、医療・保健の分野にとどまらず、関連する福祉の分野を広く盛り込んだ「秋田県医療保健福祉計画」を策定しました。その後、平成19年3月に計画を見直し、新たな計画を策定しています。

この計画では、県民一人ひとりがどこに住んでいても生涯にわたっていきいきと安心して暮らすことができる社会を実現するため、それぞれのライフステージに応じた保健・医療・福祉サービスを迅速に効果的に受けられるシステムづくりを進めることを目指して、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四つの疾病及び小児医療、周産期医療、救急医療、災害時における医療、へき地医療の五つ事業についての目標等を定めています。

第2章 計画の基本方針と推進手法

1 基本方針

(1) 一次予防の重視

生活習慣を改善し、生活習慣病等の発病を予防する「一次予防」対策を強力に推進します。

高齢化の進展や生活習慣病の増加等の疾病構造の変化を考慮し、疾病や介護による社会負担の増加に対処するため、生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発症を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進します。

特に、高血圧や糖尿病等の生活習慣病は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に起因する場合が多いので、地域保健と職域保健が連携してメタボリックシンドロームの予防を推進します。

また、幼年期から少年期にかけては、生涯にわたる望ましい生活習慣を身につけるために極めて重要な時期に当たることから、家庭（母子保健）や学校（学校保健）における対策を重点的に進めます。

(2) 健康づくりのための環境整備

個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援します。

個人が健康づくりを進めていくためには、生活習慣を改善し健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体として支援していく環境を整備していくことが不可欠です。

このため、行政機関をはじめ、医療保険者、保健・医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の健康づくりを支援する関係者（健康づくり関係者）がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援します。

(3) 目標値の設定と評価

健康水準の客観的な目標値を設定し、その目標に到達するための具体的な諸活動の結果を適切に評価します。

健康づくりを効果的に推進するためには、多くの健康づくり関係者が県民の健康状態に関する情報を共有しながら、県民の健康の現状や課題について共通の認識を持

ったうえで、保健・医療上の重要な課題を選択し、取り組むべき具体的な客観的目標を設定します。

また、目標に到達するための具体的な諸活動の結果を適切に評価して、その後の健康づくり運動に反映します。

(4) 多様な方法による情報提供と効果的な運動の推進

多様な方法によるきめ細かな情報提供と、各種保健事業の連携による効果的な運動を推進します。

個人による選択を基本とした、生活習慣の改善等による県民の主体的な健康づくりを支援するためには、県民に対する十分かつ的確な情報提供が重要です。このため、マスメディア等による広範な情報伝達や保健事業を活用した個別健康教育等の多様な方法により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する必要があります。

また、一人ひとりの特性やニーズを十分に把握した上で、各種保健事業が相互に連携し、効率のかつ一体的な保健事業を推進するとともに、温泉や森林、自然公園など豊かな自然を生かした秋田独自の健康づくり対策を推進します。

2 健康づくりの推進手法

(1) ヘルスプロモーション

1986年、カナダのオタワでWHOの国際会議が開催され、「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」が採択されました。

この中で、ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義され、健康は生きる目的ではなく、生きるための資源であるとされています。

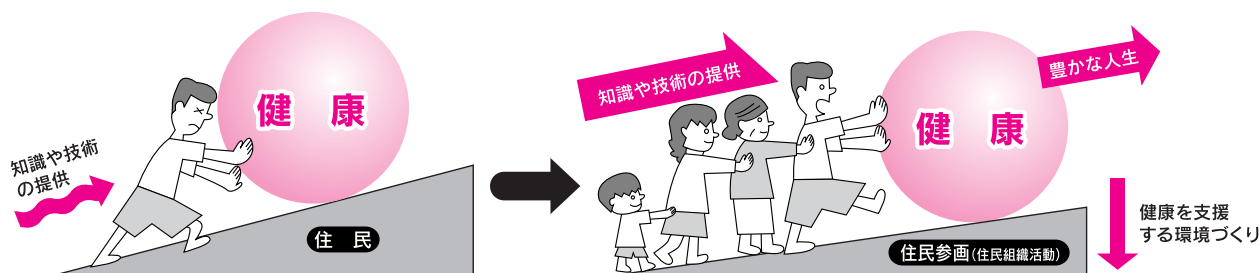
憲章では、ヘルスプロモーションを推進するための具体的な活動方法として、

- ①健康的な公共政策づくり
- ②支援的環境づくり
- ③地域活動の強化
- ④個人技術の開発
- ⑤保健サービスの方向転換

の五つがあげられ、健康を支援する環境整備を重視した方向性が打ち出されています。

国が策定した「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」は、このオタワ憲章のヘルスプロモーションの考え方を推進手法として取り入れた計画ですが、健康秋田21計画でも、この考え方を健康づくりの推進手法に取り入れ、各種対策を進めます。

ヘルスプロモーションのイメージ図



豊かな人生に向かう坂道の傾斜は健康を支援する環境づくりの状況を表します。行政機関、関係団体等の取り組みによる環境づくりによって坂道の傾斜がゆるやかになることで、住民が健康で豊かな人生に向かいやすくなります。

(2) 住民に対する疾病予防の二つの手法

住民に対する疾病予防には二つの手法があります。

一つは、疾病を発症しやすい高血圧などの危険因子を持った特定の個人を対象を絞り込んで予防する方法で、一般に**ハイリスクアプローチ**と呼ばれています。

もう一つは、対象を一部に限定せずに、住民全体を対象として予防する方法で、これを**ポピュレーションアプローチ**と呼んでいます。高血圧を例にとれば、集団健診を実施して、その中で血圧の数値が異常な者を対象者として、降圧剤の投与などの早期治療を行う方法がハイリスクアプローチです。メタボリックシンドロームの該当者に対して生活習慣の改善を指導する特定保健指導もハイリスクアプローチです。これに対して、検査数値が正常な者も含めた住民全体で、減塩運動など食生活についての改善を図り、住民全体の血圧を低下させる方法がポピュレーションアプローチです。

それぞれの手法には利点と欠点があります。ハイリスクアプローチは方法論も明確で、対象も特定の個人に絞ることができるため、効果の測定がしやすいのですが、特定の個人に効果が限られるため、住民全体にまで影響が及びにくいという欠点があります。一方、ポピュレーションアプローチは住民全体に対する働きかけを必要とし、効果が測定しにくいという欠点がありますが、住民のよりよい健康のため、根本的に危険要因を取り除くことを目指したものであり、効果は住民全体に及びます。

健康秋田21計画では、ポピュレーションアプローチと、ハイリスクアプローチ、両方の利点を生かしながら対策を進めます。

第3章 県民の健康の現状と課題

1 主要疾患の状況

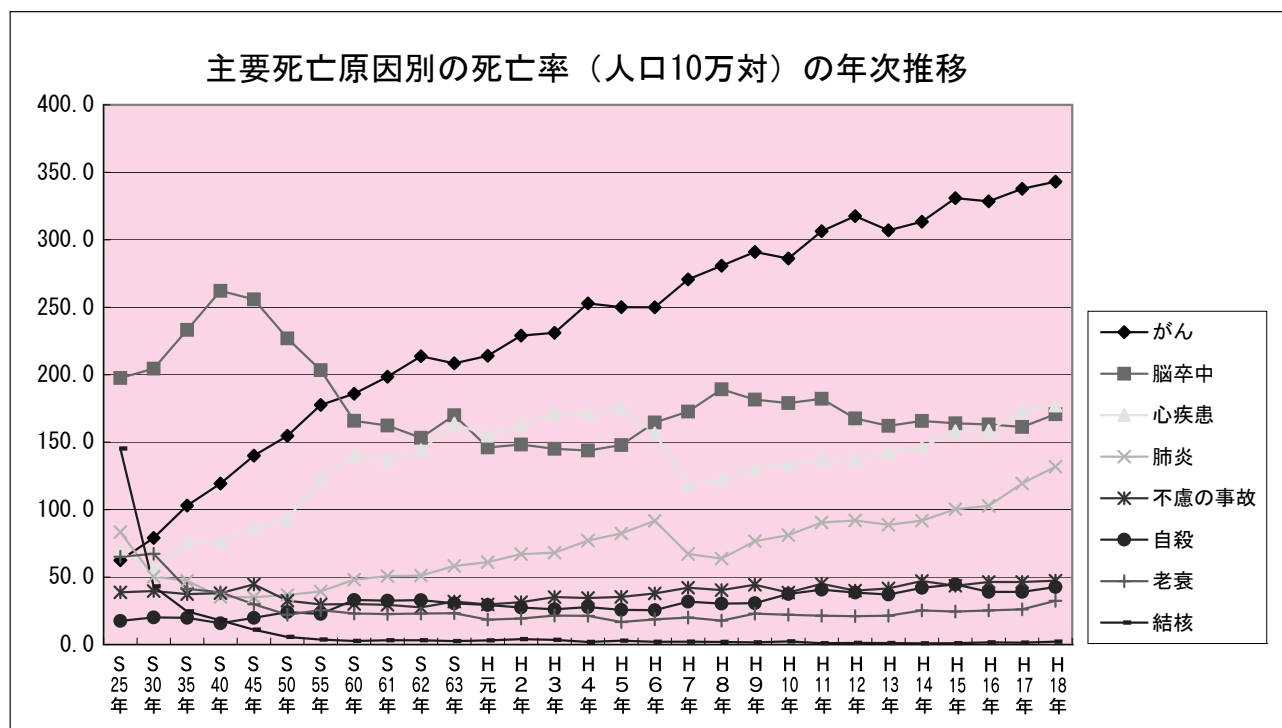
がん、脳卒中、心疾患の三大生活習慣病による死亡者が全体の6割近くを占め、その克服が本県の課題となっています。

主要疾患の状況をみると、がんによる死亡者数が年々増加しており、昭和59年以降、秋田県の死亡原因の第1位を占めています。また、がんによる死亡率も平成18年は343.1（人口10万対）と、全国平均の261.0（同）と比較して82.1ポイント上回っており、全国1位の高さとなっています。

昭和50年代まで本県の死亡原因の第1位を占めていた脳卒中は、昭和40年代前半をピークに減少が続いていましたが、高齢化の進展とともに、平成5年以降は一時増加に転じたものの、現在は、ほぼ横ばい状態にあります。脳卒中による死亡率は、平成18年は170.7（人口10万対）となっており、全国平均の101.7（同）と比較して69.0ポイント上回っており、こちらも全国1位の高さとなっています。

がん、脳卒中に心疾患を加えた、いわゆる三大生活習慣病による死亡者が本県における死亡者全体の6割近くにのぼっており、これらの疾病の克服が本県の課題となっています。

なお、自殺による死亡率も平成7年以降全国1位の高さが続いており、今後なお一層の取り組みが必要となっています。



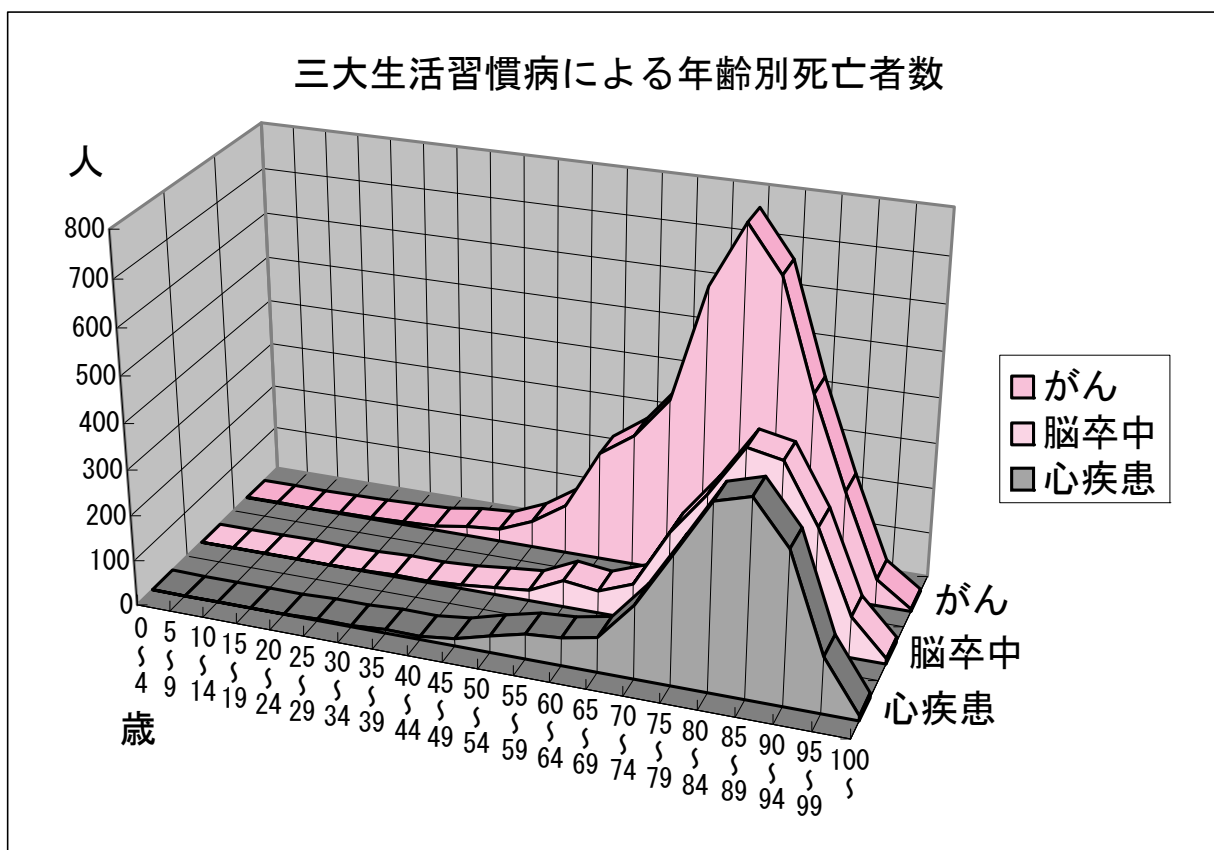
〔人口動態統計：厚生労働省〕

2 早世（65歳未満の死亡）の状況

早世の主な原因はがんであり、がんの予防が重要な課題となっています。

がん、脳卒中及び心疾患の三大生活習慣病による死亡者数を年齢別にみると、脳卒中と心疾患による死亡者が65歳以上の高齢者層に多いのに対し、がんによる死亡者は50歳前後から増え始めています。

中年期における死亡者を減少させるためには、がんの予防が重要となっています。



〔人口動態統計（平成18年）〕

3 人生の各段階における健康状態

※死亡率、主な死亡原因別死亡者数のデータは、人口動態統計（平成18年）による。〕

(1) 幼年期（0～4歳）

幼年期は人格や習慣を形成する時期であり、生涯を通じた健康づくりを行う上で最も重要な時期です。

この時期の死亡の多くは先天異常と不慮の事故ですが、近年の周産期医療や母子保健の発達で死亡数は大幅に減少しています。この時期は家庭（両親）の影響が大きく、事故防止や健康的な生活習慣など家庭における対策や周産前からの母子対策とともに、父性、母性からの子どもへの積極的なかわりが重要です。

死亡率 80.3（人口10万対）

主な死亡原因 不慮の事故（7人）、循環器系の先天奇形（4人）

(2) 少年期（5～14歳）

少年期は精神神経機能が発達し、生活習慣が固まる時期であり、幼年期と同様、健康秋田21計画を推進する上で、最も重要な時期に位置付けられます。この時期は、生涯を通じて最も死亡者が少ない時期です。疾病の罹患もあまり多くありませんが、歯科ではう蝕の急増期に当たっています。この時期は小学校から中学校に通学する時期であり、家庭や学校における健康管理と併せて、健全な社会の能力が重要です。

死亡率 7.1（10万対）
主な死亡原因 不慮の事故（3人）

(3) 青年期（15～24歳）

青年期は子供から大人への移行期であり、生活面でも親から自立する時期に当たりますが、学生生活や単身生活などでの生活習慣が壮年期以降の問題ある生活習慣につながる事が多く、この時期の対策は重要です。死亡者は少数ですが、死亡原因では不慮の事故、自殺が大きな割合を占めています。この時期は人生の大きな選択の時期に当たり、精神的に不安定になったり、家庭や社会からの働きかけに反発しやすい時期でもありますが、家庭や学校、職場など社会の各方面からの働きかけが重要です。

死亡率 40.9（人口10万対）
主な死亡原因 自殺（18人）、不慮の事故（9人）

(4) 壮年期（25～44歳）

壮年期は社会に出て働き、新たに家庭を形成し、子供を育てる時期であり、人生を通して最も活動的な時期に当たります。死亡者はこの時期から増え始め、死亡原因では自殺とがんが大きな割合を占めています。疾病の罹患は外来、入院とも増加傾向にあり、歯周病等の歯科疾患も増加しています。この時期は、職場や家庭における健康管理が重要です。

死亡率 113.0（人口10万対）
主な死亡原因 自殺（106人）、がん（61人）、不慮の事故（25人）、脳血管疾患（16人）、心疾患（21人）

(5) 中年期（45～64歳）

中年期は身体機能が徐々に低下し、体力の衰えや病気に対する関心が高まる時期です。この時期から生活習慣病の発症者が増え始めます。死亡原因では、がんが特に多く、次いで、自殺、心疾患、脳血管疾患の順に多くなっています。特にこの時期の男性自殺者の多さは特筆され、早急な対策が望まれます。

疾病の罹患もがんや脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患、糖尿病などが増えてきます。この時期は続く高年期への準備の時期として、退職後の生活設計として自らの健康の設計も併せて行うことが重要です。

この時期の健康管理は、家庭や職場が中心となりますが、その他、地域を通じた対策にも重点を置く必要があります。

死亡率 479.1（人口10万対）

主な死亡原因 がん（684人）、自殺（200人）、心疾患（169人）、脳血管疾患（147人）、不慮の事故（97人）

(6) 高年期（65歳～）

人生の完成期として、健やかに心豊かな生活を送る時期に当たります。この時期は、寝たきりや認知症など介護を要するものが増えてくるほか、様々な疾病の罹患によって、入院や外来の回数が極めて多くなります。この時期の対策は、保健・医療・福祉の専門家による対策が中心となりますが、社会全体で高齢者を支えていく環境も極めて重要です。

また、多少の病気や障害を抱えていても、心豊かに暮らすことができるように自ら試みることも大切です。

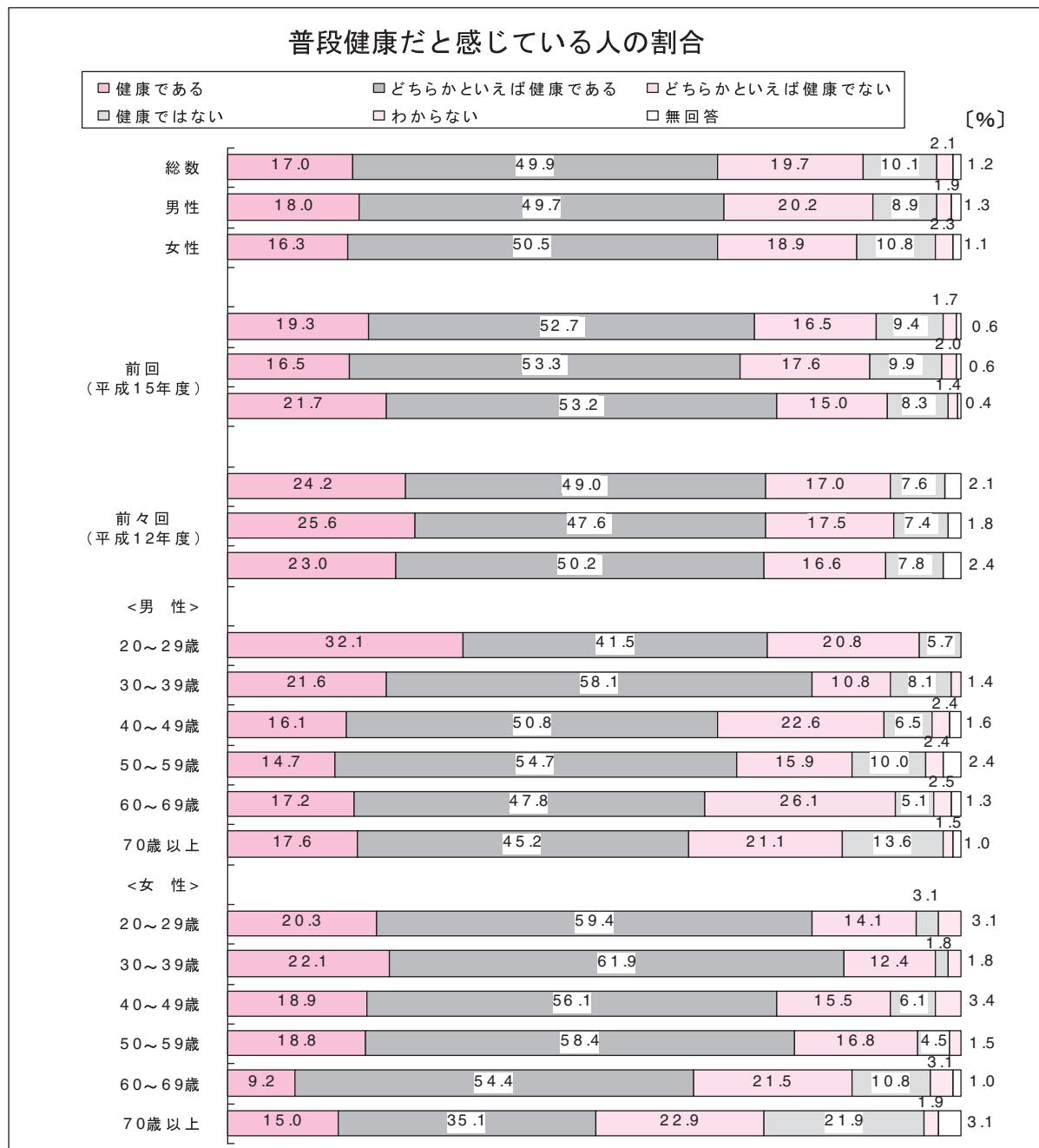
死亡率 3,721.6（人口10万対）

主な死亡原因 がん（3,125人）、心疾患（1,811人）、脳血管疾患（1,765人）、肺炎（1,450人）、不慮の事故（393人）

(1) 普段健康だと感じている人

平成18年11月に秋田県が実施した「健康づくりに関する調査」によると、県民が自分の健康状態をどう感じているかについては、「健康である」または「どちらかといえば健康である」と回答した人（普段、健康だと感じている人）の割合は、被調査者（無回答者を含む。以下同じ）全体の66.9%でした。

平成12年及び平成15年に実施した同様の調査の際はいずれも7割を超えており、健康であるという意識が低下していることがうかがわれます。年齢別にみると、高齢者になるほど健康だと感じる人の割合は低下しますが、男性、女性とも50歳代の人よりも40歳代の人の方が健康であるという意識が低くなっています。

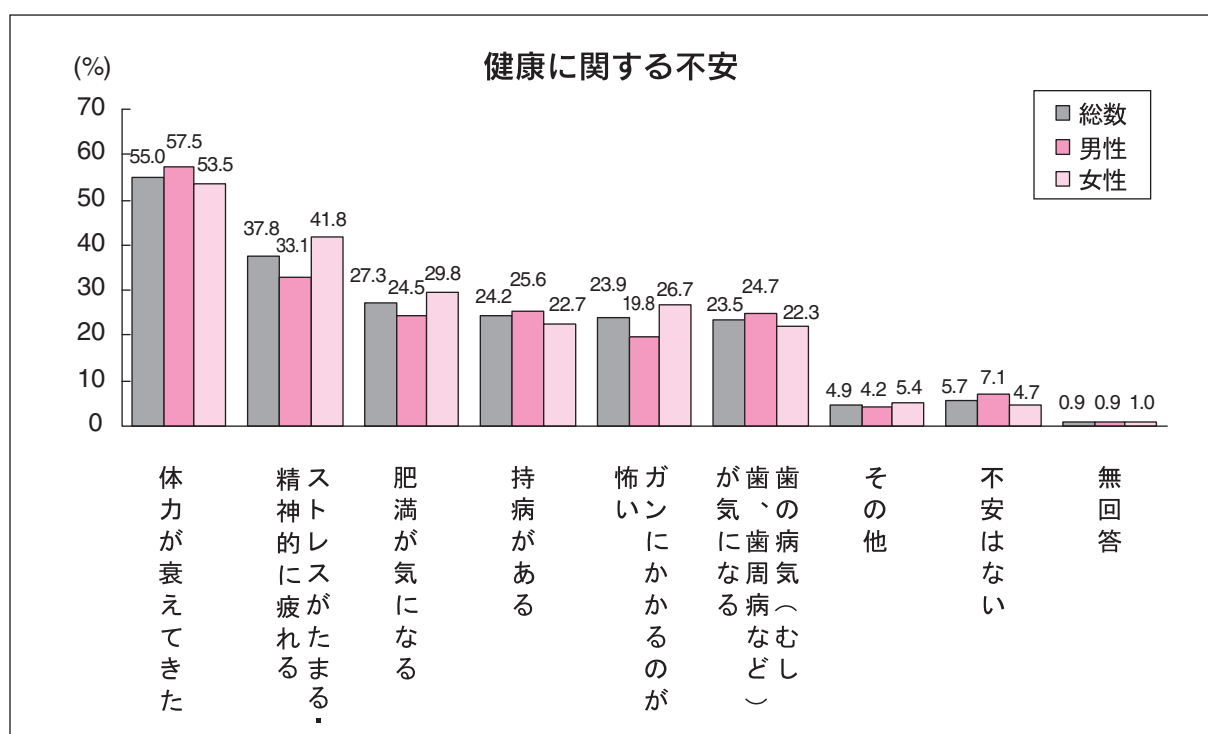


[健康づくりに関する調査 (平成18年度)]

(2) 健康に関する不安

健康に関する不安については、何らかの不安を持っていると回答した人の割合が被調査者全体の9割を超えており、不安がないと回答した人の割合は6%未満です。健康に関する不安の内容としては、「体力が衰えてきた」が最も多く、被調査者全体の55.0%の人が感じています。次いで「ストレスがたまる・精神的に疲れる」は37.8%の人が、「肥満が気になる」は27.3%の人が、「持病がある」は24.2%の人が、「ガンにかかるのが怖い」は23.9%の人が、「歯の病気が気になる」は23.5%の人が、それぞれ挙げています。

なお、「ストレスがたまる・精神的に疲れる」と回答した人は30～40歳代では5割を超え、20歳代の女性では78.1%にも達しており、比較的若い世代に精神的なストレスを感じる人の割合が大きくなっています。

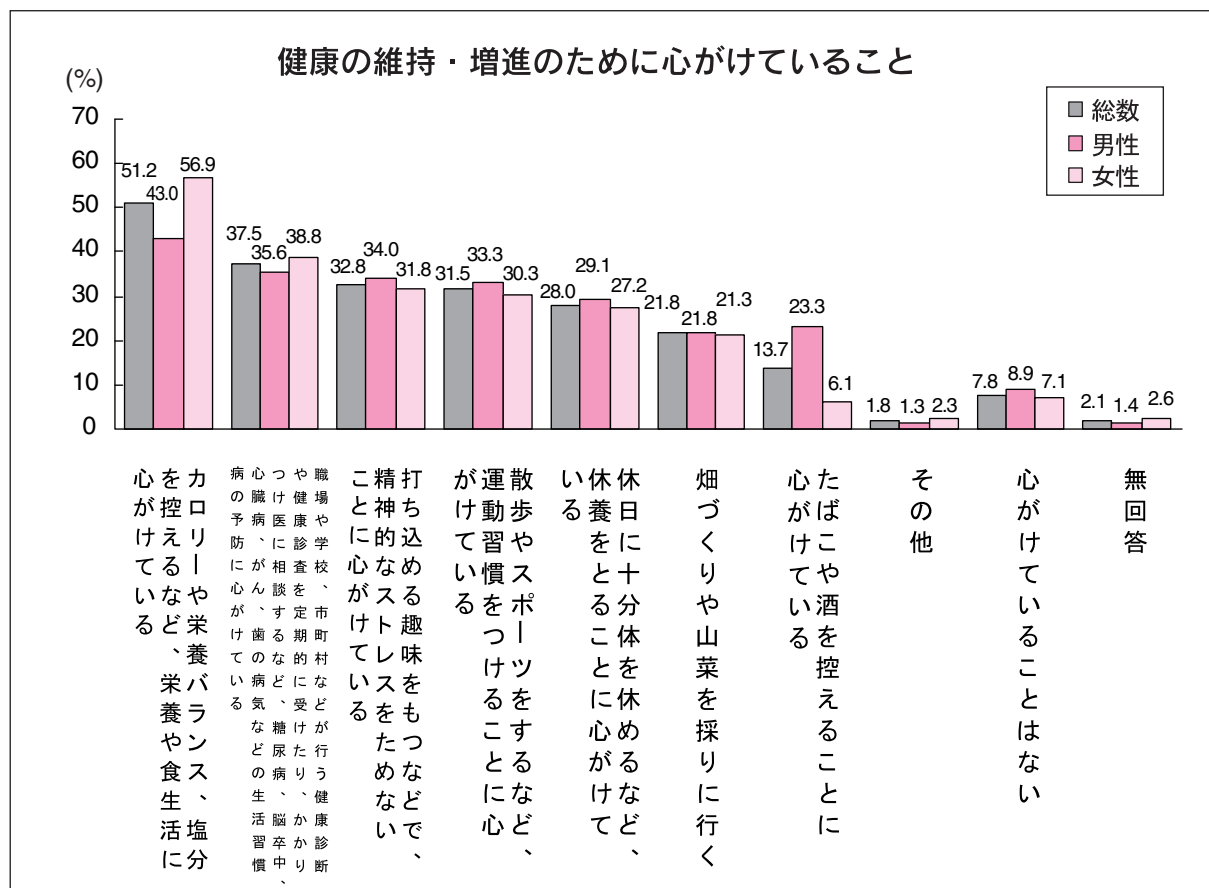


〔健康づくりに関する調査（平成18年度）〕

(3) 健康の維持・増進のために心がけていること

日頃から健康の維持・増進のために日常生活で心がけていることについては、何らかの形で心がけていると回答した人の割合が被調査者全体の9割に上っています。心がけている内容としては「カロリーや栄養バランス、塩分を控えるなど、栄養や食生活に心がけている」が最も多く、被調査者全体の51.2%の人が挙げています。次いで「健康診断や健康診査を定期的に受けたり、かかりつけ医に相談するなど、生活習慣病の予防に心がけている」は37.5%の人が、「打ち込める趣味を持つなどで、精神的なストレスをためないことに心がけている」は32.8%の人が、「散歩やスポーツをするなど、運動習慣をつけることに心がけている」は31.5%の人が、「休日に十分体を休めるなど、休養をとることに心がけている」は28.0%の人が、それぞれ挙げています。

一方、「たばこや酒を控えることに心がけている」と回答した人の割合は、全体では1割程度となっていますが、男性では23.3%となっています。

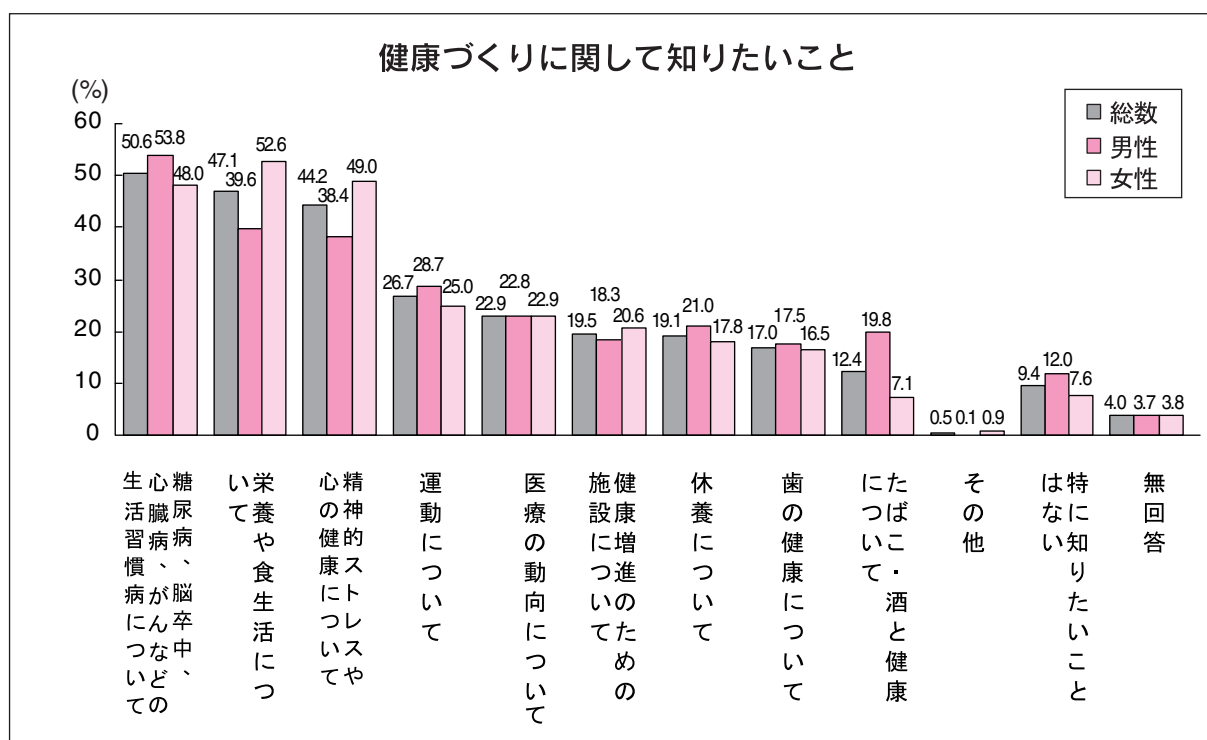


〔健康づくりに関する調査（平成18年度）〕

(4) 健康づくりに関して知りたいこと

健康づくりに関して知りたいことについては、「糖尿病、脳卒中、心臓病、がんなどの生活習慣病」が最も多く、被調査者全体の50.6%が挙げています。次いで「栄養や食生活」は39.6%の人が、「精神的ストレスや心の健康」は38.4%の人が、「運動」は26.7%の人が、「医療の動向」は22.9%の人が、それぞれ挙げています。特に「栄養や食生活」、「精神的ストレスや心の健康」という回答は、男性と女性とでは10%以上の差があり、女性の方が多いのが特徴です。

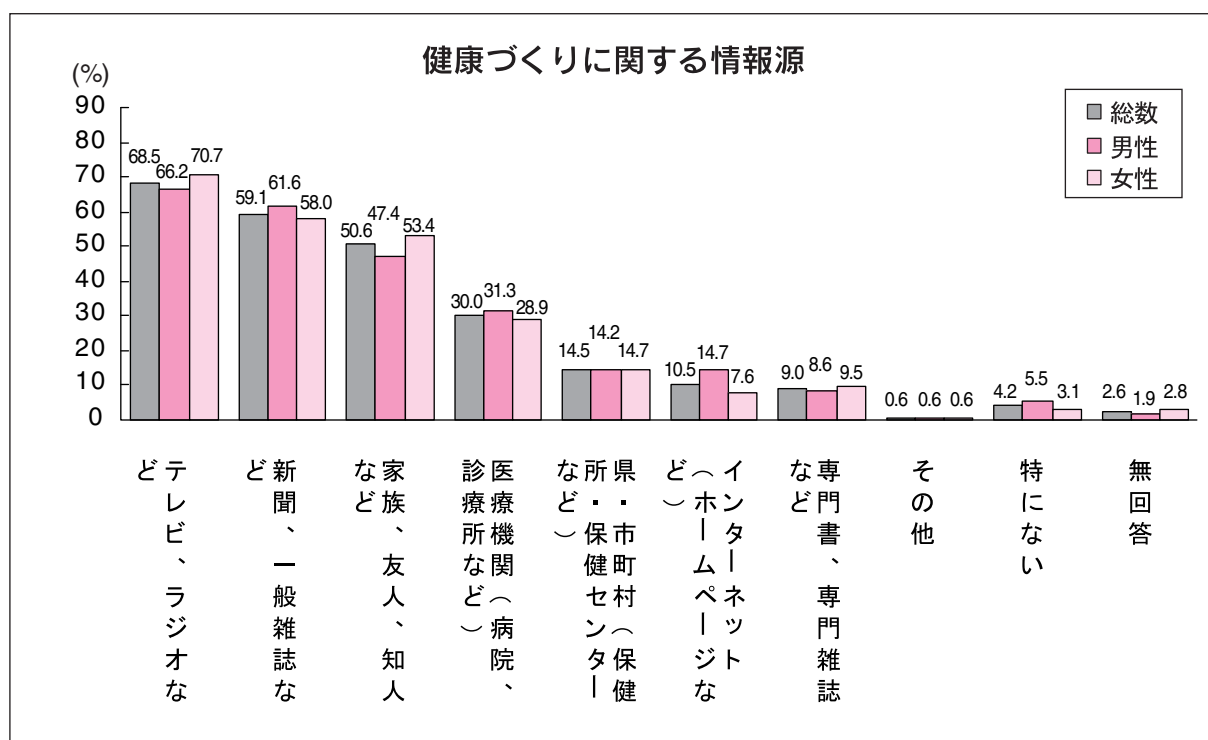
一方、「たばこ・酒と健康」と回答した人の割合は、全体では1割程度と相対的に低い割合にとどまっていますが、男性では19.8%となっています。



〔健康づくりに関する調査（平成18年度）〕

(5) 健康づくりに関する情報源

健康づくりに関する情報源については、「テレビ、ラジオなど」が最も多く、被調査者全体の68.5%の人が挙げています。次いで、「新聞、一般雑誌など」は59.1%の人が、「家族、友人、知人など」は50.6%の人が、「医療機関」は30.0%の人が、「県・市町村」は14.5%の人が、「インターネット」も10.5%の人が、それぞれ挙げています。前回、前々回の同様の調査時に比べ、インターネットは格段に普及しましたが、50歳代以上の方には情報源としてはそれほど利用されておらず、健康づくりに関する情報源としては、テレビ・新聞などの従来型マスメディアの影響力が依然として圧倒的に強いことがうかがわれます。

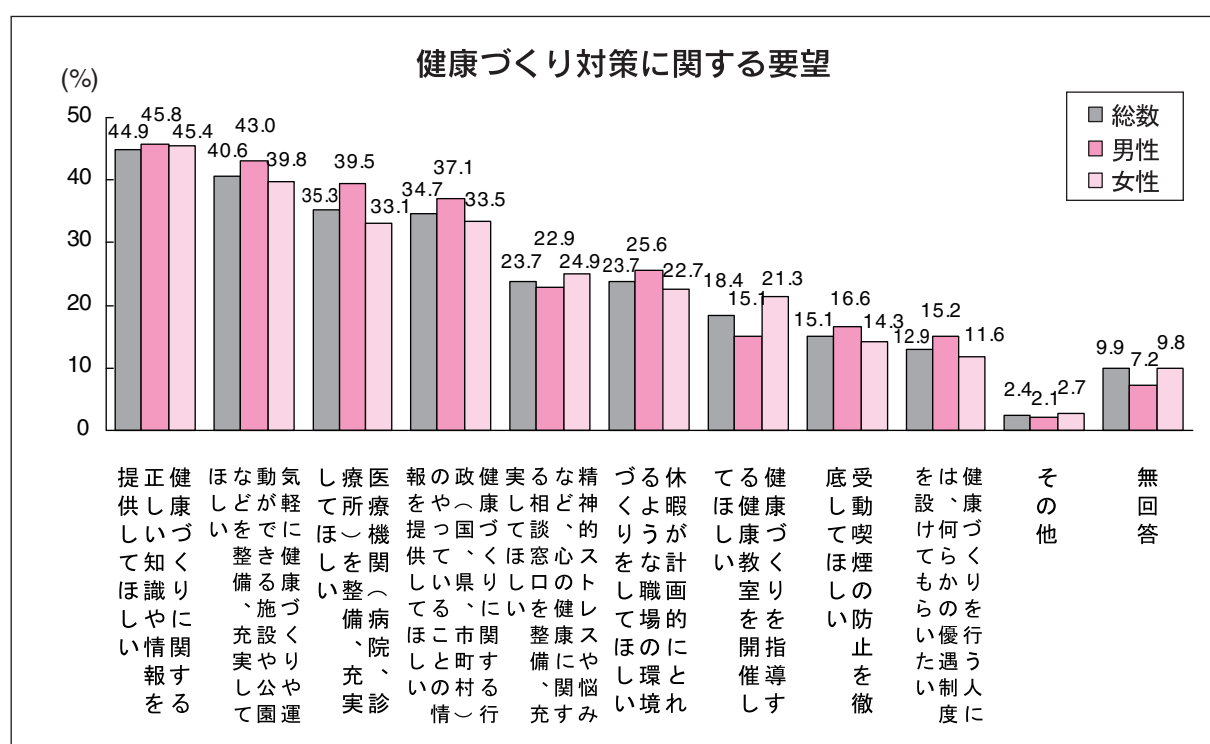


〔健康づくりに関する調査（平成18年度）〕

(6) 健康づくり対策に関する要望

健康づくり対策に関する要望については、「健康づくりに関する正しい情報を提供してほしい」が最も多く、被調査者全体の44.9%の人が挙げています。次いで、「気軽に健康づくりや運動ができる施設や公園などを整備、充実してほしい」は40.6%の人が、「医療機関を整備、充実してほしい」は35.3%の人が挙げています。前々回、前回の調査時に比べ「医療機関を整備、充実してほしい」という回答の割合が大きな伸びを見せています。

このほか、「健康づくりに関する行政のやっていることの情報を提供してほしい」、「心の健康に関する相談窓口を整備、充実してほしい」、「休暇が計画的にとれるような職場の環境づくりをしてほしい」は前回並みの割合でした。



5 要支援・要介護者の状況

(1) 要支援・要介護者の認定者数の増加

要支援・要介護者の認定者数は、平成12年から6年間で23,000人余り増加し、平成18年10月末現在では56,423人となっています。

中でも、比較的軽度な「要介護1」以下の介護度の認定者の増加が著しく、平成12年の2倍以上となっています。

要支援・要介護者数(第1号・第2号被保険者)の推移

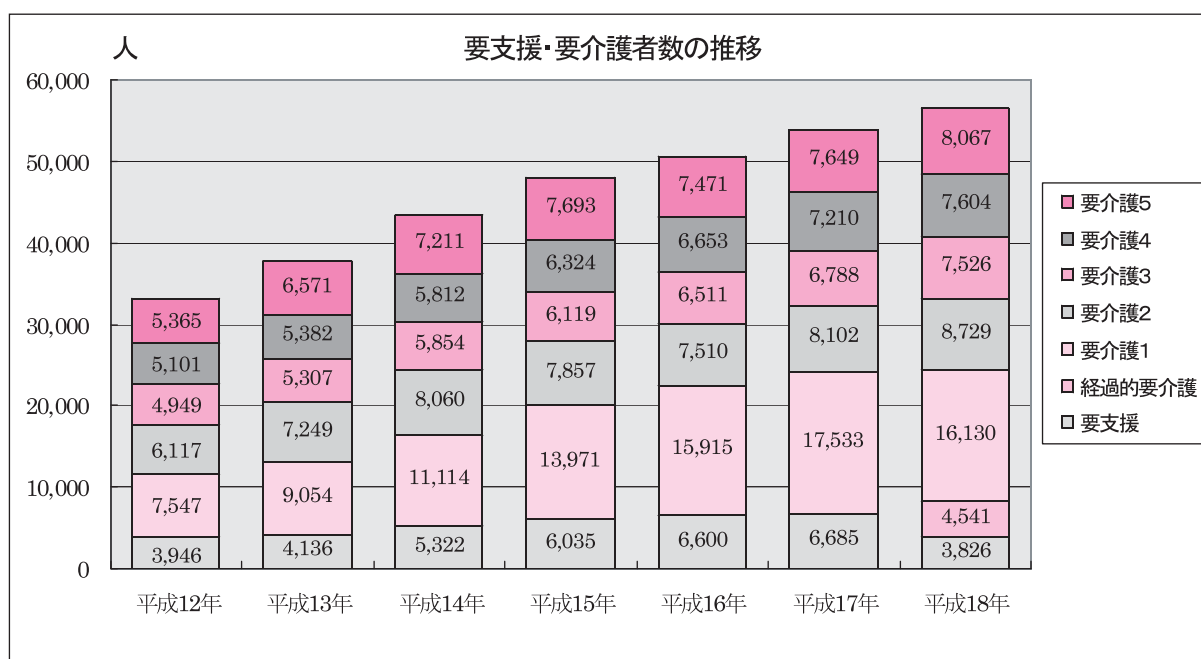
各年10月末現在

区 分	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
要支援(*1)	3,946	4,136	5,322	6,035	6,600	6,685	3,826
要支援・要介護者に占める割合	11.9%	11.0%	12.3%	12.6%	13.0%	12.4%	6.8%
経過的要介護(*2)	—	—	—	—	—	—	4,541
要支援・要介護者に占める割合	—	—	—	—	—	—	8.0%
要介護1	7,547	9,054	11,114	13,971	15,915	17,533	16,130
要支援・要介護者に占める割合	22.9%	24.0%	25.6%	29.1%	31.4%	32.5%	28.6%
要介護2	6,117	7,249	8,060	7,857	7,510	8,102	8,729
要支援・要介護者に占める割合	18.5%	19.2%	18.6%	16.4%	14.8%	15.0%	15.5%
要介護3	4,949	5,307	5,854	6,119	6,511	6,788	7,526
要支援・要介護者に占める割合	15.0%	14.1%	13.5%	12.7%	12.9%	12.6%	13.3%
要介護4	5,101	5,382	5,812	6,324	6,653	7,210	7,604
要支援・要介護者に占める割合	15.4%	14.3%	13.4%	13.2%	13.1%	13.4%	13.5%
要介護5	5,365	6,571	7,211	7,693	7,471	7,649	8,067
要支援・要介護者に占める割合	16.2%	17.4%	16.6%	16.0%	14.7%	14.2%	14.3%
計	33,025	37,699	43,373	47,999	50,660	53,967	56,423

[介護保険事業状況報告(厚生労働省)]

*1 平成18年の数値は、平成18年4月からの新設区分である「要支援1」及び「要支援2」の合計

*2 「経過的要介護」は、平成18年4月からの新設区分である。



(2) 高齢者に占める要支援・要介護者の認定者数の割合

高齢者に占める要支援・要介護者の割合は、第1号被保険者（65歳以上）で見ると、平成18年10月末現在で17.6%で、前期高齢者（65歳～74歳）では5.0%、後期高齢者（75歳以上）では30.5%となっています。

高齢者(第1号保険者)に占める要支援・要介護者の割合の推移

各年10月末現在

区 分		被保険者数	要支援・要介護者数								被保険者に占める割合
			要支援(*1)	経過的要介護(*2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
H 16 年	65歳以上	304,131	6,519	—	15,441	7,198	6,294	6,466	7,234	49,152	16.2%
	65～74歳	163,329	1,146	—	2,713	1,337	1,047	925	1,057	8,225	5.0%
	75歳以上	140,802	5,373	—	12,728	5,861	5,247	5,541	6,177	40,927	29.1%
H 17 年	65歳以上	307,939	6,609	—	17,009	7,792	6,578	6,999	7,423	52,410	17.0%
	65～74歳	160,003	1,097	—	2,805	1,292	1,043	930	1,013	8,180	5.1%
	75歳以上	147,936	5,512	—	14,204	6,500	5,535	6,069	6,410	44,230	29.9%
H 18 年	65歳以上	311,372	3,734	4,492	15,699	8,383	7,290	7,398	7,831	54,827	17.6%
	65～74歳	157,254	562	692	2,377	1,301	1,071	878	1,009	7,890	5.0%
	75歳以上	154,118	3,172	3,800	13,322	7,082	6,219	6,520	6,822	46,937	30.5%

〔介護保険事業状況報告(厚生労働省)〕

*1 平成18年の数値は、平成18年4月からの新設区分である「要支援1」及び「要支援2」の合計

*2 「経過的要介護」は、平成18年4月からの新設区分である。

第4章 基本目標と重点分野

1 基本目標

早世と障害を予防することによって、県民の健康寿命を延長し、県民一人ひとりが生活の質を高め、心豊かに生活できる活力ある健康長寿あきたの実現をめざします。

2 健康長寿あきた実現のための13の重点分野

次の13の分野を本計画の重点分野と位置づけることとします。

- | | | |
|-------------------------|-----------|-------|
| 1 栄養・食生活 | 2 身体活動・運動 | 3 休養 |
| 4 心の健康づくり | 5 自殺予防 | 6 たばこ |
| 7 アルコール | 8 歯の健康 | |
| 9 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群） | 10 糖尿病 | |
| 11 脳血管疾患 | 12 心疾患 | 13 がん |

- (1) 早世や介護予防の観点から、その大きな要因となっている「糖尿病」、「脳血管疾患」「心疾患」、「がん」の四つを生活習慣病予防のための重点分野として設定します。
- (2) 「糖尿病」、「脳血管疾患」「心疾患」等の発症の引き金となる「メタボリックシンドローム」を新たに重点分野として設定します。
- (3) また、一次予防重視の観点から、これらの疾病の発症に関係が深いとされる「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「たばこ」、「アルコール」の四つを生活習慣改善の重点分野として設定します。
- (4) さらに、生活の質を高め、心豊かに生活するためには、精神保健対策や歯科保健対策の取り組みも不可欠であることから、「休養」、「心の健康づくり」、「自殺予防」、「歯の健康」の四つを重点分野として設定します。
- 特に「自殺予防」に関しては、自殺率が高いという本県の現状を踏まえ、「心の健康づくり」の分野から独立して設定します。

3 重点分野別の目標の設定

各重点分野ごとに、本県の現状と課題を踏まえ、計画期間に達成すべき総括的な目標として大目標を設定します。

さらに、大目標を達成するための具体的な指標を小目標として設定します。小目標は、「健康状態の指標（健康指標）」、「知識・態度・行動レベルの指標（行動指標）」、「保健サービス・環境整備の指標（環境指標）」の３種類の指標から選定し、特にヘルスプロモーションを推進するという観点から、環境指標を重視した目標設定とします。

また、各指標の目標値は、計画の目標管理や評価・検証を行うため、数値データによって設定します。

なお、現状では基礎データが無いなどの理由での数値データによる目標設定が困難な場合は、文章による表現（増加、減少等）にとどめます。

（指標の種類）

健康状態の指標（健康指標）	疾病による死亡率、有病率、生化学的検査結果の状況など、県民の健康状態を表す統計的な指標
知識・態度・行動レベルの指標（行動指標）	健康に関連する知識の保有率、生活習慣やその改善に向けた活動など、県民の健康に関する知識や態度、行動を表す指標
保健サービス・環境整備の指標（環境指標）	各種保健サービスの実施率、施設整備の状況、保健師・栄養士等のマンパワーの育成など、県民の健康づくりを社会的に支援する環境を表す指標

第5章 分野別の目標と施策の展開

1 栄養・食生活

(1) 基本的な考え方

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、また人々が健康で幸福な生活を送るために、欠くことのできない営みであると同時に、社会的、文化的な営みでもあり、人々の生活の質との関わりも深いものです。

また、がんや脳卒中、心疾患、糖尿病等の多くの生活習慣病の発症に栄養・食生活との関連がみられることから、栄養の過剰又は不足による健康への悪影響を減少させる必要があります。

このため、県民が長い間慣れ親しんできた生活様式や食生活を改善することが、以前にも増して、健康づくりのために大切です。

一方、食生活を取り巻く社会環境の変化に伴い、朝食欠食率の増加、加工食品や特定食品への過度の依存、過度のダイエット志向、食卓を中心とした家族の団らんの喪失などが見受けられ、身体的、精神的に健康への影響が懸念されます。

人々が健康で良好な食生活を実現するためには、個人の意識改革とともに、それを支援する環境づくりを含めた総合的な取り組みが求められています。

(2) 現状と課題

【健康状態】

本県における肥満、高血圧等の状況は次のとおりとなっています。

ア 肥満者の状況

肥満（BMI^{*1}25.0以上）者（男性20～59歳、女性30～59歳）の割合は、横ばいですが、男性は三人に一人が、女性は四人に一人の割合で肥満傾向にあります。

*1 BMI: Body Mass Indexの頭文字をとったもので、体重(kg)／身長(m)² で計算される値。

22を適正体重とする。

表5-1-1 肥満者の割合

(単位：%)

区 分	H11 年度※	H12 年度	H13 年度	H14 年度	H15 年度	H16 年度	H17 年度
男性(20～59歳)	24.8	30.4	30.4	32.1	31.7	31.3	31.2
女性(30～59歳)	31.0	25.8	26.6	27.1	26.8	26.3	25.6

※平成11年度は全年齢での割合

〔秋田県総合保健事業団基本健診〕

女性の「やせ」（BMI18.5未満）の者の割合は、10～20歳代では、20%前後で推移しており、やせ指向に歯止めはかかっていません。

表 5-1-2 女性の「やせ」の者の割合

(単位：％)

区 分	H11 年度	H13 年度	H14 年度	H15 年度	H16 年度	H18 年度
10 歳代	20.1	16.0	22.2	33.3	23.1	27.7
20 歳代	17.5	20.0	19.3	18.1	18.1	21.1

〔秋田県総合保健事業団基本健診（平成 11 ～ 16 年度）県民健康・栄養調査（平成 18 年度）〕

肥満予防は幼年期からの課題ですが、児童・生徒の肥満傾向児^{*2}の割合は、増加傾向にあります。

表 5-1-3 児童生徒の肥満傾向児^{*2}の割合 (単位：％)

区 分	男 子		女 子	
	小学校	中学校	小学校	中学校
平成 17 年度	13.0	12.0	10.2	11.6
平成 10 年度	11.9	10.4	9.9	9.9

〔学校保健安全調査〕

^{*2} 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（％）

イ 高血圧者の状況

高血圧症有病者^{*3}の割合は、男性では60.7%、女性では45.4%、70歳代以上では男女ともに 70%を超えています。男性では50歳代から、女性では60歳代から、半数が有病者になります。

高血圧症予備群^{*4}の割合は、男性では15.5%、女性では13.8%となっています。

^{*3} 高血圧症有病者：収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上であるか、または血圧を下げる薬服用者。

^{*4} 高血圧症予備群：収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満、または拡張期血圧が85mmHg以上または90mmHg未満である者（血圧を下げる薬服用者を除く）。

表 5-1-4 高血圧者の割合

(単位：％)

区 分		20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	総数
男 性	高血圧症有病者	23.1	25.6	43.3	64.1	65.9	73.1	60.7
	高血圧症予備群	11.5	16.3	18.3	11.1	17.4	15.9	15.5
女 性	高血圧症有病者	0.0	5.7	12.6	39.4	56.7	72.9	45.4
	高血圧症予備群	5.4	8.6	8.7	18.6	17.3	12.0	13.8

〔メタボリックシンドローム予備群等調査（平成 18 年度）〕

ウ 血清脂質異常症^{*5}の人の状況

血清脂質異常症有病者の割合は、男性では17.2%、女性では17.7%となっています。

^{*5} 血清脂質異常症：HDL コレステロールが40mg/dl未満、またはコレステロールを下げる薬服用者

表 5－1－5 血清脂質異常症の人の割合

(単位：％)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	総数
男 性	0.0	14.0	15.3	17.1	20.5	18.1	17.2
女 性	2.8	0.0	4.0	14.5	24.8	27.0	17.7

〔メタボリックシンドローム予備群等調査（平成 18 年度）〕

エ 女性の骨密度の状況

20歳代の女性の骨密度の正常者の割合^{*6}は80％台後半で推移しています。

^{*6} 秋田県総合保健事業団骨粗鬆症検診データ

【栄養素摂取の状況】

「県民健康・栄養調査」（平成18年度）によると、本県における栄養素の摂取状況は、次のとおりとなっています。

ア エネルギーの摂取状況（摂取量、比率は成人一人1日あたり平均）

（ア）エネルギー摂取量は1,881kcalと、平成17年の国民健康・栄養調査による全国値と同程度です。

（イ）エネルギー摂取量に占める脂肪エネルギー比率は22.2％と、30歳～69歳の適正比率の上限とされる25％の範囲内となっていますが、女性では30歳代が27.0％、40歳代が26.1％と適正範囲を超えています。

（ウ）穀類エネルギー比率は43.4％と、平成8年度調査時の41.6％よりわずかながら増加しました。

米類の摂取量は減少していますが、これは小麦・その他の穀物の摂取量が増加している影響であると思われます。主食が多様化していることがうかがわれます。

表 5－1－6 エネルギー摂取の状況（一人1日あたり平均）

(単位：％)

区 分		7～14 歳	15～19 歳	20 歳 代	30 歳 代	40 歳 代	50 歳 代	60 歳 代	20 歳以 上(再掲)
脂肪エネルギー比率	総数	28.1	27.1	26.7	25.4	24.7	22.6	20.6	22.2
	男性	27.6	27.3	25.4	23.8	23.1	22.1	20.0	21.6
	女性	28.6	26.8	27.5	27.0	26.1	23.0	21.2	22.7
穀類エネルギー比率	総数	40.2	47.9	45.2	46.7	45.4	41.9	43.5	43.7
	男性	42.0	49.9	45.1	47.5	47.2	42.2	45.7	44.4
	女性	38.3	44.8	45.3	45.0	43.9	41.5	41.7	43.2

〔県民健康・栄養調査（平成 18 年度）〕

イ 女性のカルシウム及び鉄の摂取状況（摂取量は一人1日あたり平均）

女性のカルシウムの摂取量は、15歳以降は、急激に低くなっています。

また、女性の鉄の摂取量は、20歳代が最も少なくなっています。

表 5-1-7 女性のカルシウム及び鉄の摂取量(一人1日あたり平均) (単位: mg)

区 分	7～14 歳	15～19 歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全年齢
カルシウム 摂取量	722	476	433	439	475	547	586	521
鉄摂取量	8.0	7.6	6.4	6.7	7.2	8.5	8.6	7.6

〔県民健康・栄養調査(平成18年度)〕

ウ 食塩の摂取状況 (摂取量は成人一人1日あたり平均)

食塩の摂取量は11.3gと、前回調査時(平成13年度)の13.3gよりも減少しましたが、依然として目標値である10g未満を達成できていません。

年代別に見ると、40歳代は、男性では12.4g(前回調査時14.5g)、女性では10.4g(前回調査時12.5g)、50歳代は、男性では12.7g(前回調査時15.7g)、女性では10.7g(前回調査時12.9g)と、40歳代以降の摂取量が大きく減少しています。みそ、しょうゆからの摂取量が減少したためです。

エ カリウムの摂取状況 (摂取量は成人一人1日あたり平均)

カリウムの摂取量は、男性では2,590mg、女性では2,413mgとなっており、前回調査時(平成13年度)よりも摂取量が少なくなっています。

【食物の摂取・食行動の状況】

県民健康・栄養調査(平成18年度)によると、本県における食物の摂取・食行動の状況は、次のとおりとなっています。

ア 食物の摂取状況 (摂取量は一人1日あたり平均)

(ア) 穀類の摂取量は、男性では289g、女性では230gとなっています。特に「米」については、男性では210g、女性では156gと、前回調査時(平成13年度)よりも男性は27g、女性は10g減少し、減少傾向が続いています。

毎食ごはんを食べると回答した人の割合は55.2%と、前回調査時(平成13年度)とほとんど変わりません。

(イ) 魚介類の摂取量は、平成17年国民健康・栄養調査における全国値と比べて多くなっていますが、塩蔵・加工魚介類の摂取が、そのうちの3割となっています。

(ウ) 乳類の摂取量は119gであり、一時全国値に近い値まで増加しましたが、減少に転じました。

学校給食が関与しなくなる15歳からは、摂取量が大幅に少なくなっています。

(エ) 緑黄色野菜類は、毎日食べると回答した人の割合が約6割で、増加傾向を示しています。摂取量もやや増加傾向にあります。

(オ) つけものは、「毎食食べる」と回答した人の割合が18.4%で、前回調査時(平成13年度)の17.3%とほぼ変わりません。

「毎日1回以上食べる」と回答した人は年齢が高くなるほど多くなりますが、40歳代、50歳代の男性の摂取量は減少しています。

(カ) ビタミンやミネラルを含む補助食品を摂取していると回答した人の割合は、15歳以上では26.8%で、前回調査時（平成13年度）とほぼ変わりません。

(キ) 飲酒については、男性では、「ほとんど毎日飲んでいる」と回答した人が約46%となっています。毎日飲酒する習慣のある男性の平均飲酒量は、清酒換算で1日あたり3合以上飲酒すると回答した人の割合は7.9%、2合以上3合未満飲酒すると回答した人の割合は22.6%となっています。

3合以上の大量飲酒をする人は、20歳代では16.7%、30歳代では12.7%、40歳代では17.2%、50歳代では6.1%と40歳代までの年代で多くなっています。

また、女性でも20歳代で7.9%の人が1日あたり3合以上の大量飲酒をしています。

イ 食習慣、食行動の状況

(ア) 「ふだん食事を欠食することがある」と回答した人の割合は、男女とも20歳代で最も多く、男性では24.1%、女性では11.1%となっています。

欠食する食事については、「ふだん食事を欠食することがある」と回答した男性の92.3%、女性の76.2%が、朝食を欠食すると答えています。

(イ) 外食^{*7}の利用については、週2回以上「外食する」と回答した人の割合が、男性では21.2%、女性では13.4%となっており、中でも40歳代の男性では39.7%と割合が高くなっています。

外食を利用するときに、栄養やカロリー表示を知っていると回答した人の割合は67.0%ですが、表示を参考にしている人の割合は23.4%で、表示を知っていても参考にしない人の割合が多くなっています。男性よりも女性の方が参考にしている人の割合が高くなっています。

^{*7} 外食：飲食店での食事、市販の弁当や出前も含む。

(ウ) 食生活については、「やや問題がある」または「かなり問題がある」と回答した人の割合は55.8%で、多くの人が問題意識を持っています。中でも20歳代では6割、30歳代、40歳代では7割の人が問題意識を持っています。しかし70歳代になると「問題がない」と回答した人の割合が47.3%になります。

(エ) 幼年期における日常の摂食については、朝食を「ほとんど毎日食べる」と回答した人の割合は96.6%となっています。

子供への食事の配慮では、「好き嫌いなく食べさせる」と回答した人の割合が69.0%、「規則正しい食事をする」と回答した人の割合が65.5%、「いろいろな種類の食品をとる」と回答した人の割合が51.7%となっています。

一方、子供の食生活の問題点としては、「栄養のバランスが悪い」と回答した人の割合が37.5%、「偏食が多い」と回答した人の割合が31.3%となっています。

(オ) 平日の夕食の時刻については、男性は20歳代から40歳代では「午後7時～8時台」と回答した人の割合がいずれの年代でも50%を超えていますが、「午後9時台」以降と回答した人の割合も各年代において6～10%となっています。

【保健サービス等の状況】

ア 栄養に関する健康教育

保健所における栄養、健康増進教育の回数は、平成17年度は209回、延8,633人となっています（平成17年度地域保健・老人保健事業報告）。今後は、食育等について、さらに市町村、関係団体等とともに取り組んでいく必要があります。

イ 栄養指導の人的資源

（ア）一般行政に携わっている栄養士を配置している県内の市町村は、平成19年度で、16市町村（64.0%）となっています。その不足をカバーすることが期待されている在宅栄養士で実際に地域活動に携わっている人は、現在のところ、十分とは言えません。

（イ）ボランティアとして地域で活動する食生活改善推進員^{*8}は、県内18市町村で養成されており、平成18年度は県全体で2,118人が活動しています。

この推進員は、住民参加の健康づくりの中核となる人材であり、全県下で活動できるための組織づくりを進める必要があります。

^{*8} 食生活改善推進員：「私たちの健康は私たちの手で」を合い言葉に、食生活改善の実践活動をする女性（愛称：ヘルスメイト）

ウ 食環境の整備

食環境の整備として、外食の栄養成分表示や主食量等の調整、禁煙など健康に配慮した飲食店等を「食の健康づくり応援店」に認定しています。

平成18年度までに403店を認定しましたが、これらの飲食店等についての情報提供や活用のPRが必要です。

エ 健康づくり関連の施設整備

健康づくり活動の拠点となる市町村保健センター（類似施設を含む）は、本県では平成18年度までに23市町村で整備されていますが、全市町村に整備する必要があります。

(3) 大目標

正しい食生活を通して、栄養の過剰又は不足による健康への悪い影響を減少させます。

県民の食生活は、全国と比較するとエネルギーや各栄養素の摂取量は同程度です。しかし、前回調査時（平成13年度）と比較すると、カルシウムや鉄の摂取量は減少傾向にあります。

また、男女別、年代間でかなりの格差があり、生活習慣病の危険因子である肥満をはじめ、健康への影響が懸念されます。

本県は、食塩摂取量が今だに全国平均よりも多くなっています。食塩摂取量を減らすことは、血圧の改善や心疾患の予防だけでなく、がんの発症の抑制、さらには糖尿病性腎症の進行防止にも役立つと言われています。

乳幼児期における食生活は、将来の望ましい食習慣に大きく影響しますが、特に、離乳食の選び方、与え方等は、その後の生活において、食べることの基本となることから、この時期の保護者に対する教育が大切となります。また、乳幼児期から、発達段階に応じた豊かな食体験を積み重ねながら、健康でいきいきした生活が送れるように食育を推進することが必要です。

成長期の児童・生徒に対しては、学校、家庭、地域と連携し、給食等を通して自らが正しい食生活を実践できるよう指導する必要があります。

30～50歳代の男性は、食塩と酒類の摂取が特に多く、肥満や高血圧の出現率の高い年代でもあり、長い間慣れ親しんできた生活様式や習慣を改善し、肥満やメタボリックシンドロームの予防・解消が重要です。

栄養の過不足による健康への悪影響を最小限にするためには、食育の推進、情報提供、食環境の整備、人材の育成等により、県民の健康的な食生活を支援する必要があります。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合				
	①成人男性	全年齢平均 24.8% ^{*1}	59歳以下 28.8% ^{*1} 60歳以上 32.4%	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
	②成人女性	全年齢平均 31.0% ^{*1}	59歳以下 22.0% ^{*1} 60歳以上 33.6%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
	③児童、生徒(20.0%以上)				
	・小学生男子	11.9% ^{*2}	13.0% ^{*2}	7%	7%
	・小学生女子	9.9% ^{*2}	10.2% ^{*2}	7%	7%
	● 若い女性の「やせ」(BMI18.5未満)の割合	10歳代女子 20.1% ^{*1} 20歳代女子 17.5% ^{*1}	27.8% ^{*1} 21.1% ^{*1}	15% 15%	15% 15%
	● 高血圧(血圧SCORE2以上)者の割合				
	①40歳以上の男性	16.7% ^{*1}	—	10%	—
	②40歳以上の女性	11.4% ^{*1}	—	7%	—
	● 高血圧症有病者の割合 (収縮期血圧が140mmHg以上または 拡張期血圧が90mmHg以上であるか、 または血圧を下げる薬の服用者の割合)				
	①40～74歳の男性	—	64.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	②40～74歳の女性	—	45.7% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	● 高コレステロール(221mg/dl以上)の者の割合				
	①成人男性	17.4% ^{*1}	—	10%	—
	②成人女性	30.7% ^{*1}	—	20%	—
	● 血清脂質異常症有病者の割合 (中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬服用者の割合)				
	①40～74歳の男性	—	18.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	②40～74歳の女性	—	18.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	● 骨密度の正常域の者の割合 20歳代女性	88.4% ^{*3}	88.1% ^{*4}	90%	90%

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 脂肪エネルギー比率(一人1日あたり平均)				
	①成人男性	23.7% ^{*4}	21.6% ^{★1}	20～25%	20～25%
	②成人女性	25.3% ^{*4}	22.7% ^{★1}	20～25%	20～25%
				10歳代 30%	10～20歳代 20～30%
	● カルシウム摂取量(所要量600mg) の充足率(一人1日あたり平均)				
	①成人男性	95.5% ^{*4}	—	100%	—
	②成人女性	88.0% ^{*4}	—	100%	—
	● カルシウム摂取量(一人1日あたり)				
	①成人男性	—	552mg ^{★1}	—	600mg
	②成人女性	—	509mg ^{★1}	—	600mg
	● 食塩摂取量(一人1日あたり平均)	13.9g ^{*4}	11.3g ^{★1}	10g未満 40歳以上の 男子について は段階的に 13～10g	10g未満
	● カリウム摂取量(一人1日あたり平均)				
	①成人男性	3,035mg ^{*4}	2,590mg ^{★1}	3,500mg	3,500mg
	②成人女性	2,767mg ^{*4}	2,413mg ^{★1}	3,500mg	3,500mg
	● 穀物の摂取量(一人1日あたり平均)				
	①青・壮年期男性	297.8g ^{*4}	294.7g ^{★1}	300g	300g
	②青・壮年期女性	213.3g ^{*4}	231.5g ^{★1}	300g	300g
	● 乳・乳製品の摂取量(一人1日あたり平均)				
	①成人男性	141.3g ^{*4}	86.0g ^{★1}	200g	200g
	②成人女性	133.2g ^{*4}	99.9g ^{★1}	200g	200g
	● 緑黄色野菜を毎日摂取する者の割合				
	①成人男性	38.6% ^{*4}	61.8% ^{★1}	70%	70%
	②成人女性	44.0% ^{*4}	54.5% ^{★1}	70%	70%
環 境 指 標	● 欠食習慣化の者の割合				
	①20代男性	23.4% ^{*4}	26.7% ^{★1}	10%	10%
	②20代女性	20.0% ^{*4}	23.3% ^{★1}	10%	10%
	● 食事への配慮のある者の割合				
	①成人男性	78.8% ^{*4}	—	100%	100%
	②成人女性	88.6% ^{*4}	—	100%	100%
	● 栄養士が配置されている市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	39市町村 ^{*5}	16市町村 ^{★5}	全25市町村	全25市町村
	● 食生活改善推進員の養成数				
	①県内推進員数	3,178人 ^{*5}	2,118人 ^{★5}	5,000人	5,000人
	②協議会組織数 (合併により市町村総数は25に減少)	53市町村 ^{*5}	18市町村 ^{★5}	全25市町村	全25市町村
	● 外食料理栄養成分表示店(施設)数	128店 ^{*5}	403店 ^{★6}	増 加	増 加
	● 市町村保健センター(類似施設を含む) の整備市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	59市町村 ^{*5}	23市町村 ^{★7}	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 ＊1 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) ＊2 学校保健安全調査(平成10年度:秋田県) ＊3 秋田県総合保健事業団骨粗鬆症検診(平成11年度) ＊4 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) ＊5 秋田県保健衛生課業務概要(平成11年発行、平成10年度実績)					
現状値のデータ出所 ★1 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★2 学校保健安全調査(平成17年度:秋田県) ★3 メタボリックシンドローム予備群等調査(平成18年度:秋田県) ★4 秋田県総合保健事業団骨粗鬆症検診(平成17年度) ★5 栄養改善業務及び給食施設状況報告(平成18年度:秋田県) ★6 秋田県健康推進課独自集計(平成18年度)					

★7 全国市町村保健センター要覧(平成18年度版)

※ 平成24年度の目標値(減少率)は、平成20年度と平成24年度の特定健診結果から算出(算出方法は厚生労働省の定める方法による)

(5) 重点施策

ア 食育の推進

- 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した望ましい食生活の普及
- 保育所・学校での給食を通じた食育の推進
- 減塩運動の推進
- 伝承料理や地域の食材を活かしたヘルシーメニューの開発と普及
- 食品関連事業者等と協力した食育の推進

イ 食生活情報の提供

- 外食や加工食品の栄養成分表示や栄養・食生活に関する正しい情報の提供など健康な食生活を支援するための食環境の整備
- 広報媒体を活用した県民の栄養・食生活の現状や改善点などの情報提供

ウ 保健サービス・環境整備の充実

- 市町村栄養士の配置の促進
- 管理栄養士・栄養士の資質の向上
- 食生活改善推進員等食育アドバイザーの養成と組織の充実
- 健康診査後の栄養指導の充実

(1) 基本的な考え方

身体活動が多い人や運動をよく行っている人は、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患、骨粗鬆症などの発症率が低いほか、身体活動や運動がストレスの緩和や心の健康づくりにもつながります。

さらに、高齢者においても、歩行など日常生活における身体活動が寝たきりや生活習慣病の発症を減少させる効果のあることが明らかになっています。

日常生活の多くのものが自動化・機械化され、活動様式は大きく変わり、家庭での家事は軽減され、職場での労働も身体的に軽い作業が多くなり、日常生活の中で身体を動かす機会が減少しています。

健康意識の高まりや身体活動・運動に関する情報の増加により、比較的短時間で行える手軽な運動を日常生活に取り入れる環境が整えられてきています。

また、メタボリックシンドロームの予防や特定保健指導においても、身体活動・運動は重要です。

生活の中で、運動やスポーツにより気分を転換することは、休養の充実度を増すことでもあり、心豊かな生活の実現を目指して、自由時間を有効に生かした運動の実践方法の提供や、それを可能にする環境づくりを行うことが必要です。

(2) 現状と課題

ア 健康状態

「身体活動・運動」の程度は、生活習慣病との関連が深く、増大している「肥満」等の要因として、大きく関与しています。

本県の肥満の状況は、「1 栄養・食生活」で記述したとおりです。

イ 身体活動・運動の状況

「県民健康・栄養調査」(平成18年度)によると、本県において、身体活動の程度が「日常生活で生活の大部分が座位で静的な活動が中心」(身体活動レベルⅠ)に該当する人の割合は、男性では32.1%、女性では40.7%でした。

また、「健康づくりに関する調査」(平成18年度)によると、本県で、週2回以上運動をしていると回答した人の割合は、男性では49.7%、女性では41.4%となっており、その運動内容について、「農作業など仕事上の運動」と回答した人の割合は48.1%、「散歩、通勤など」と回答した人の割合は39.5%、「ジョギングやラジオ体操など競技を目的としない通勤、スポーツ」と回答した人の割合は19.1%、「競技を目的とする運動、スポーツ」と回答した人の割合は11.9%となっています。

また、一人1日に8,000歩から10,000歩程度歩くことが目標とされていますが、県民一人1日あたりの平均歩数は6,217歩(男性は6,527歩、女性5,992歩)となっています。

さらに、「児童生徒のライフスタイル調査」(平成19年度)によると、調査対象

の小学校6年生において、「室内遊び」、「テレビゲーム」、「テレビ・ビデオ」の時間の平均が、男子では3時間30分、女子では3時間35分となっているのに対し、「外遊び」の時間の平均は、男子では24分、女子では9分となっています。

ウ 保健サービス等の状況〔秋田県調べ（平成18年度）〕

運動の指導に当たる県内の人材としては、健康運動指導士が60人、健康運動実践指導者が75人となっています。

県内の学校体育施設の地域への開放率は、小学校で81.4%、中学校で40.7%となっています。

(3) 大目標

生活習慣として、身近で自分に適した身体活動・運動を行う人を増加させます。

身体活動とは、特に意識して行うスポーツや運動だけでなく、歩行（散歩）、自転車での移動、園芸作業、農作業、休憩時間でのリフレッシュ体操等、日常生活の中で無理なく実践できる軽度から中等度の活動も含みます。

酸素をとり込みながら行う有酸素運動は心肺機能を丈夫にし、全身の持久力を高めるのに効果的であり、1日に合計30分間（起きている時間の約3%）を、運動の時間として意識して生活に組み入れることで、生活習慣病の予防に大きな役割を果たします。

屋外での運動が難しい冬期間中の運動習慣の定着が課題となりますが、屋内でできるラジオ・テレビ体操やストレッチ等で、筋力や柔軟性を高めていくことが大切です。

日常生活の中で、身体活動量を増やす具体的な手段として、歩数計等を所持し、個人が意識的に歩くことに取り組めるような仕組みづくりが必要です。

また、秋田県健康増進交流センター（ユフォーレ）や、県内各地にある豊富な温泉施設等を活用して、温泉療法医、温泉利用指導者、健康運動指導士等による指導を受けられるような体制づくりも、より一層進める必要があります。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	全年齢平均 24.8% ^{*1}	59歳以下 28.8% ^{*1} 60歳以上 32.4% ^{*1}	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
	②成人女性	全年齢平均 31.0% ^{*1}	59歳以下 22.0% ^{*1} 60歳以上 33.6% ^{*1}	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
	③児童、生徒(肥満度20.0%以上)				
	小学生男子	11.9% ^{*2}	13.0% ^{*2}	7%	7%
	小学生女子	9.9% ^{*2}	10.2% ^{*2}	7%	7%

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 週2回以上運動する者の割合				
	①成人男性	23.9% *3	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% *3	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたり平均)	6,542歩 *4	6,217歩 ★1	1,000歩増加	10,000歩
	● 高齢者(60歳以上)で社会に対し 積極的な態度を者の割合				
	①成人男性	45.4% *5	—	55%	55%
	②成人女性	50.1% *5	—	60%	60%
	● 児童・生徒が授業以外で実践する 運動時間(小学校6年)				
	①遊び(帰宅後)	男子 23分 *6 女子 13分 *6	男子 24分 ★3 女子 9分 ★3	増 加 増 加	増 加 増 加
	②非活動時間(帰宅後)	男子 3時間34分 *6 女子 3時間45分 *6	男子 3時間30分 ★3 女子 3時間35分 ★3	減 少 減 少	減 少 減 少
環 境 指 標	● 身体活動等に関連した健康教育を実施している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	28市町村 *7	11市町村 ★4	全25市町村	全25市町村
	● 健康づくりグループ数	—	175グループ ★5	増 加	増 加
	● 運動指導者の数				
	①健康運動指導士	22人 *8	60人 ★6	増 加	増 加
	②健康運動実践指導者	39人 *8	75人 ★6	増 加	増 加
	● 公共スポーツ施設利用者数	—	—	増 加	増 加
	● 学校体育施設の開放率				
	①小学校	51.3% *9	81.4% ★7	増 加	増 加
	②中学校	26.7% *9	40.7% ★7	増 加	増 加
	③高 校(全日制)	10.3% *9	17.7% ★7	増 加	増 加
基準値のデータ出所 *1 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) *2 学校保健安全調査(平成10年度:秋田県) *3 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *4 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) *5 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) *6 児童生徒のライフスタイル調査(平成11年度:秋田県) *7 地域保健事業報告(平成11年度:厚生省) *8 秋田県保健衛生課独自集計:業務概要(平成11年度) *9 秋田県教育庁独自集計:秋田県の学校体育・健康教育資料 現状値のデータ出所 ★1 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★2 学校保健安全調査(平成17年度:秋田県) ★3 児童生徒のライフスタイル調査(平成19年度:秋田県) ★4 地域保健・老人保健事業報告(平成18年度:厚生労働省) ★5 秋田県健康推進課独自集計(平成18年度) ★6 秋田県健康推進課独自集計:業務概要(平成18年度) ★7 秋田県教育庁独自集計:秋田県の学校体育・健康教育資料集(平成18年度)					

(5) 重点施策

ア 健康教育の充実

- 身体活動の有効性と実践方法についての情報の提供
- 家庭、学校、地域、職域などにおける健康教育の機会の増加
- 身近にある施設を活用した運動等の実践指導

イ 運動習慣定着化の推進（日本一健康な県づくり県民運動）

- 健康づくり体操実践運動
県民各自が自分に合った体操（ラジオ体操、秋田花まるっ元気アップ体操その他）を最低一日1回は行う運動の推進
- ウォーキング実践運動
ウォーキング・徒歩通勤等の普及による運動習慣定着化の促進
- 教育委員会と連携した子どもの運動習慣定着化や体力向上に資する事業への支援

ウ 環境整備の充実

- 健康運動指導士等の指導者育成
- ウォーキングや体操、水中運動などのスポーツや運動を気軽に行える環境整備

(1) 基本的な考え方

「休養」は、「バランスのとれた栄養・食生活」や「適度な運動」と並び、健康の三要素の一つとされています。

健康づくりのための「休養」とは、その名のとおり、疲労回復などの「休む」という側面と、主体的に英気を養うなど健康の潜在能力を高める「養う」という側面の二つの側面があります。

第一の「休む」という側面で重要な役割を果たす睡眠は、心身の疲労を回復し、元の活力のある状態に戻す上で不可欠な働きをしており、十分な睡眠を確保することが極めて大切です。

第二の「養う」という側面では、一人ひとりが、開放的で柔軟な発想のもとに、趣味やスポーツ、ボランティア活動などを通じて、「生活の充実」と「心の豊かさの実現」に積極的に取り組むことが健康づくりにとっては重要です。

また、複雑な現代社会の中では、過剰なストレスにより精神的な疲れを訴える者や、健康を損なう者が増加していますが、ストレスそのものを取り除くことは困難でも、豊かな自然を利用した休養や気持ちの切り替えなど、適切なストレス対処行動を取ることで、心の健康を保つことが必要です。

(2) 現状と課題

ア 休養活動等の状況

本県の休養活動の現状については、「社会生活基本調査」（平成18年度）によると、本県での「休養・くつろぎ、社会的活動など生活の充実に充てられる活動（三次活動^{*1}）」の時間の平均は1日あたり6時間20分で、全国平均の6時間23分とほぼ同じです。また、三次活動時間のうち、「積極的な余暇活動^{*2}」時間の平均は1時間31分で、全国平均の1時間39分をやや下回っています。

また、「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、本県の成人1日あたりの睡眠時間の平均は7時間0分ですが、「睡眠で休養が十分とれている者」と回答した人の割合は70.8%と、全国の割合（77%）と比べて低くなっています。「睡眠の質^{*3}」を確保することも重要で、この点に関する配慮も必要です。

さらに、同調査によると、「わけもなく疲れたような感じがする」と回答した人の割合は、男性では38.9%、女性では43.7%となっています。

ストレス対処行動としては、「気分転換」、「ゆっくりすごす」、「人と相談する」、「不満な問題を考えないようにする」等が挙げられます。

*1 三次活動：休養、趣味、娯楽、スポーツ、社会的活動（社会生活基本調査の定義による。）

*2 積極的な余暇活動：「学習・研究」、「趣味・娯楽」、「スポーツ」、「社会的活動」、「交際・つきあい」

*3 睡眠の質：「睡眠の質」の確保には深部体温の変化が関わっていることが確かめられおり、睡眠前の入浴が睡眠促進効果があるものと考えられる。

イ 保健サービス等の状況

平成18年度に休養に関する健康教育を実施した県内の市町村は6市町村のみで、これにより指導を受けた人は1,454人となっています。

休養の実践は、自ら工夫しながら生活の中に取り入れることが重要であり、県内各地にある温泉やスポーツ施設を、休養やストレス対処行動に役立つ施設として一層活用することが望まれます。

(3) 大目標

適切な休養法の実践で、過剰なストレスによる健康への悪影響を減少させます。

睡眠、リラクゼーション、気持ちの切り替えなど、適切なストレス対処行動についての情報提供や、森林浴、温泉等を活用することにより、心の健康を保つことが重要です。

自由時間を活用して、文化、芸術、レクリエーションなどを生活の中に取り入れたり、退職後の生活の変化に柔軟に対応するためにも、「積極的余暇活動」への参加を広めることが必要です。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 「精神的疲れ、ストレス感」を感じている者の割合				
	①成人男性	32.6% ^{*1}	38.9% ^{★1}	27%	27%
	②成人女性	39.4% ^{*1}	43.7% ^{★1}	34%	34%
行動指標	● 家庭や職場での30分間のリフレッシュタイムの実行者	今後調査	63.8% ^{★1}	増 加	増 加
	● 三次活動時間(1日あたり平均)	5時間59分 ^{*2}	6時間20分 ^{★2}	7時間	7時間
	● 休養がとれている者の割合	72% ^{*3}	—	77%	77%
	● 睡眠によって休養が十分とれた者の割合	69.0% ^{*1}	70.8% ^{★1}	80%	80%
	● 温泉利用による休養の確保 年間入湯客数	4,993千人 ^{*4}	5,821千人 ^{★3}	増 加	増 加
環境指標	● 休養に関連した健康教育を実施している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	10市町村 ^{*5}	6市町村 ^{★4}	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 *1 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *2 社会生活基本調査(平成11年度:総務庁) *3 成人の生活習慣と行動に関する調査(平成9年度) *4 入湯税の使途状況調査(平成11年度) *5 地域保健事業報告(平成11年度:厚生省)					
現状値のデータ出所 ★1 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県) ★2 社会生活基本調査(平成18年度:総務省) ★3 秋田県税務課独自集計:市町村税の課税状況等の調(平成18年度) ★4 地域保健・老人保健事業報告(平成18年度:厚生労働省)					

(5) 重点施策

ア 健康教育の充実

- 休養や睡眠に関する知識の啓発・普及
- レクリエーション協会などの関連組織と連携した積極的余暇活動への参加推進
- 温泉等を利用した心身のリラックス方法に関する情報の提供
- 健康的に入浴するための知識の啓発・普及

イ 環境整備の充実

- 健康運動指導士、温泉利用指導者等の健康づくりに関する指導者の育成と関係機関・組織との連携強化
- スポーツ・レクリエーション指導者、健康づくりに関する社会活動支援者、ボランティア組織と連携し、身近な場での社会活動参加者の拡大のための環境づくりの推進

(1) 基本的な考え方

心の健康づくりは、県民の健康増進を考えるうえで重要な課題です。心のゆとりは「生活の質」の向上と関係が深く、県民が精神的に充実し、個性や創造性が尊重される社会環境づくりが実践されることで可能になります。

複雑な現代社会では、幼年期から高年期に至る人生の各段階で多くのストレスや葛藤にさらされる環境にあります。

例えば、いじめや虐待、不登校などの悩みや成長に伴う思春期の問題、アルコール依存や薬物の乱用、職場の人間関係や過重労働、夫婦間や子育て、病苦等の問題、さらには世間や世代間のコミュニケーション不足など多くのメンタルヘルス上の問題があります。

このような過度の緊張や不安、精神的ストレスは心の不健康や心の病気を引き起こす原因となります。

これらの不健康や病気を予防し、心の健康を保つには、身体の健康の3要素である「バランスのとれた栄養・食生活」、「適度な運動」、「休養」とともに、十分に睡眠を取ることやストレスの解消方法を知ること、人生の目標を持つこと、友人・知人・家族などとの間において信頼関係を育てることなど、生活を豊かにするための工夫が必要となります。

人生における悩み、葛藤、ストレスなどに上手に対応するためには、個人がこれらのストレス等に対応する能力を高めるよう努力することに加え、それらの努力を支援できる社会的な支援体制を充実させていくことが重要です。

(2) 現状と課題

ア 健康状態

(ア)「健康づくりに関する調査」(平成18年度)によると、体や心の状態について、「毎日の生活が充実している」と回答した人の割合は57.4% (男性では56.6%、女性では58.1%)、「自分は役に立つ人間だと考えることができる」と回答した人の割合は56.7% (男性では58.7%、女性では56.0%) ですが、一方で、「以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる」と回答した人の割合は56.4% (男性では53.9%、女性では59.0%)、「わけもなく疲れたような感じがする」と回答した人の割合も41.4% (男性では38.9%、女性では43.7%) となっています。

さらに、心の健康づくりには、睡眠時間を確保し、熟睡感を持つことが効果的ですが、同調査によると、本県における成人1日当たりの平均的な睡眠時間は7時間0分 (男性は7時間5分・女性は6時間56分) となっています。年代別に見ると、20歳代、30歳代では6時間30分未満、40歳代では6時間43分、50歳代では6時間59分、60歳代では7時間23分と、高齢になるほど睡眠時間は増えていきます。

また、この1カ月間で睡眠によって休養が十分とれた人の割合は70.8%（男性では73.4%、女性では69.1%）です。年代別に見ると、20歳代では52.9%、40歳代では62.2%、60歳代では80.9%と高齢になるほど増えています。

(イ) 少年期・青年期は、対人関係や自我の確立にとって重要時期ですが、この時期の問題として不登校や薬物の乱用が挙げられます。

「学校基本調査」（平成18年度）によると、本県における不登校生徒児童数^{*1}は802人（小学校では147人、中学校では655人）で、全児童・生徒数に占める割合は、小学校では0.26%（全国値は0.33%）、中学校では2.04%（全国値は2.86%）となっています。本県の割合は全国値より低く、5年前と比較すると減少傾向にありますが、平成18年度は微増しています。

また、薬物乱用の問題については、秋田県警察本部の調べによると、平成18年に薬物乱用で検挙された人は、本県では43人、全国では16,410人です。その中で覚せい剤で検挙された人の割合は、本県では74.4%（全国値は81.3%）で、10歳代と20歳代が9.4%（全国値は27.3%）を占めており、青少年への啓発活動を継続する必要があります。

^{*1} 不登校生徒児童数：学校基本調査における30日以上欠席者数

(ウ) 本県はアルコール消費量の多い県です。適度な飲酒は、ストレス対応策として効果があると言われていますが、多量飲酒の習慣はアルコール依存症につながっていきます。「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、1日あたり清酒に換算して3合（1日あたり純アルコール量約60g）以上飲酒すると回答した人の割合は、男性では7.9%、女性では2.8%です。

イ 行動・意識の状況

人間は誰でも、ある程度のストレスに適応する能力を持っています。自分なりのストレス解消法を持ち、ストレスをためないことが、いきいきとした生活を送る上で大切です。

「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、本県において、日ごろから健康の維持・増進のために日常生活で心掛けていることとして、「打ち込める趣味をもつなどで、精神的なストレスをためないことに心がけている」と回答した人の割合は32.8%、「休日に十分体を休めるなど、休養をとることに心がけている」と回答した人の割合は28.0%でした。

また、「精神的ストレスがあったとき、どのようにしているか」については、「趣味や買い物、スポーツなどで気分を転換する」と回答した人の割合が47.5%、「温泉に行くなどでゆっくりと休養する」と回答した人の割合が34.0%、「医師や専門家、友人、家族など相談する」と回答した人の割合が33.6%となっています。

こうした積極的なストレス対処行動^{*2}をとる人の割合は63.5%（男性では61.9%、女性では65.0%）で、70歳代以上を除いて各年代ともに女性の方の割合が高くなっています。

^{*2} 積極的なストレス対処行動：p46参照

表5-4-1 積極的なストレス対処行動をとる人の割合 (単位：%)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以上	全年齢
男女計	64.3	65.8	64.4	66.9	62.4	60.2	63.5
男 性	63.3	65.0	62.7	62.4	59.3	61.3	61.9
女 性	65.1	66.3	65.8	70.8	64.7	59.7	65.0

(総回答数に占める積極的なストレス対処行動となる回答数の割合、複数回答可)

〔健康づくりに関する調査 (平成 18 年度)〕

また、同調査によると、「精神的ストレスや心の健康」について知りたいと思っている人の割合は44.2%(男性38.4%・女性49.0%)です。20～50歳代までの男性では42～50%、女性では49～64%で、若い人及び女性が心の健康に関心を持っています。

また、「心の健康に関する相談できる窓口を整備、充実してほしい」と回答した人の割合は23.7% (男性22.9%・女性24.9%) です。20～30歳代及び女性の60歳代が高い状況です。

ウ 保健サービス等の状況

本県において、従業員が30人以上の事業所での年間総労働時間の平均は、平成18年は1,946時間です。全国での平均は1,838時間であり、他の都道府県と比較すると、本県は、働く時間が全国6番目に長くなっています。壮・中年期は、家庭や職場における役割が大きくなる一方で、身体機能は徐々に低下していく時期であり、この時期における心の健康づくりは、職場や家庭が中心となります。特に、職場での疲労やストレス、過重労働を防ぐには、ゆとりある職場環境を整備する必要があります。

心の健康に関する相談機関^{*3}としては、県内の多くの相談機関を結んだ「ふきのとうホットライン」がすでに活動していますが、個別としては医療機関の精神科、心療内科など、県の機関では地域振興局福祉環境部 (保健所)、精神保健福祉センター、児童相談所があります。

また、市町村も日常生活の援助や福祉サービスの利用に関する相談等を行っています。

^{*3} 心の健康に関する相談機関：p46参照

(3) 大目標

心の健康づくりに対する関心を高め、家庭・学校・職場・地域を活動の場として、ストレス対策などに必要な社会的支援を拡充し、すべての世代にわたる心の健康づくりを推進します。

現代は多くのメンタルヘルス課題を持つ時代になりました。心の健康づくりには、「病気を持った人への援助」という考え方だけではなく、ストレスや悩みは県民全体の問題、各世代の問題として、社会全体で予防や支援をするという考えが重要であり、かつ、ライフステージに応じた心の健康問題を通して考える必要があります。

子どもの時期は、発達の過程にあるので、多くの混乱はあるものの、概して将来への展望が見込まれる時期ですが、親子関係の不安定、発達障害、チック、知的障害、不安障害など、親子ともに諸問題に遭遇することがあります。

思春期は、身体的・社会的・心理的に大きな変化を迎える「疾風怒濤」の時期に当たり、不登校、いじめ、虐待、摂食障害、気分障害、神経症、統合失調症など多くの問題が生じやすい時期です。

成人期は、就職や結婚、子育てを通じて人として成熟していく時期に当たりますが、この時期にも、職場への不適応、転職、家庭の不和、夫婦関係の危機、子どもとの関係の危機、親の看病などにより、多くのストレスや葛藤が生じる可能性があります。うつ病、アルコール依存、心身症、神経症、自殺などの問題につながる可能性があります。

初老期や老年期は、役割の低下、経済力の喪失、心身の機能低下、さらには認知症など大きな問題に直面します。

心の健康づくりには、一人ひとりが家庭・学校・職場、地域において、これらの問題を認識し共有することが大事ですが、メンタルヘルスの知識や対処法を生活の知恵として活用できるようになることも重要です。趣味やスポーツ、ボランティア活動や社会参加などは有効なストレス解消法ですが、一人ひとりが家族や地域の中で孤独にならないで相談できる環境整備や、楽しく社会参加でき、生活が豊かになるよう援助することが重要になります。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行動指標	● 睡眠によって休養が十分とれた者の割合	(「休養」の項目再掲) 69.0% *1	(「休養」の項目再掲) 70.8% ★1	(「休養」の項目再掲) 80%	(「休養」の項目再掲) 80%
	● 多量(1日あたり清酒に換算して8合以上:純アルコール量60g以上)に飲酒する者の割合				
	①成人男性	8.0% *1	7.9% ★1	0%	0%
	②成人女性	1.3% *1	2.8% ★1	0%	0%
	● 精神的ストレスがあったとき、人に話して発散したり、趣味やスポーツに打ち込んだり等の積極的なストレス対処行動をとる者の割合	69% *1	63.5% ★1	80%	80%
環境指標	● 薬物乱用による検挙者の数	51人 *2	43人 ★2	25人	25人
	● 学校において薬物乱用防止教育の取り組んでいる割合	中学校 56.3% *3 高等学校60.0% *3	中学校 53.8% ★3 高等学校83.6% ★3	100% 100%	100% 100%
	● 年間総労働時間	1,938時間 *4	1,946時間 ★4	1,800時間	1,800時間
	● 気楽にストレスや心の健康を相談できる機会や場所の数	38 *5	84 ★5	増 加	増 加
	● 地域において心の健康(メンタルヘルス)に関する専門的な研修を受けた相談員の数	2,000 *5	1,365 ★5	増 加	増 加
基準値のデータ出所 *1 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *2 秋田県警察本部独自集計(平成12年度)					

- *3 秋田県医務薬事課独自集計(平成12年度)
- *4 毎月勤労統計調査(平成12年度:労働省)
- *5 秋田県健康対策課独自集計調査(平成15年度)

現状値のデータ出所

- ★1 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県)
- ★2 秋田県警察本部独自集計(平成18年度)
- ★3 秋田県医務薬事課独自集計(平成18年度)
- ★4 毎月勤労統計調査(平成18年度:厚生労働省)
- ★5 秋田県健康推進課独自集計(平成18年度)

(5) 重点施策

ア 啓発活動の充実

- 心の健康づくりに関する啓発・普及事業の継続的推進
- 薬物乱用防止等に関する啓発・普及活動の充実

イ 相談体制の充実

- 気軽に相談できる多様な相談窓口の拡大
- 相談機関間の連携の強化
- 学校における子どもや親に対する心の相談事業の充実
- 人材の確保と教育・支援体制の構築

ウ 環境整備の充実

- 職場におけるメンタルヘルス対策の実施
- 市町村における心の健康づくり事業の実施
- 病院・診療所の医師による心の健康づくりへの支援

参 考

1 積極的ストレス対処行動

積極的ストレス対処行動： 悩みやストレスの内容の解決に積極的に取り組む、計画的に休暇をとる、人に話して発散する、周辺の人や専門家などに相談する、趣味・スポーツにうちこむ、動物(ペット)と遊ぶ、買い物をする、テレビを見たりラジオを聞いたりする、のんびりする、温泉に行く

消極的ストレス対処行動： なにか食べる、ギャンブル・勝負事をする、タバコを吸う、アルコール飲料(酒)を飲む、睡眠補助品(睡眠薬・精神安定剤)を飲む、じっと耐える、寝てしまう

2 心の健康づくりに関する相談機関

- ・ (ふきのとうホットライン) は、心の健康や自殺予防をねらいとした(心の健康相談)(倒産危機に関する相談)(法律相談)等18分野73相談窓口をネットワーク化した相談網です。必要に応じて他の専門機関を紹介し、問題の改善や解決を図ります。
- ・ 精神科は、ストレス関連疾患、統合失調症、気分障害(そううつ病)、人格障害、薬物依存、認知症など精神疾患全般を扱い、薬物療法やカウンセリング(相談者と問題解決の道を一緒に考えること)などを行います。
- ・ 心療内科は、過剰なストレスが関与して身体の病気にかかった人を診療し、心理面に配慮しながら病気の治療にあたります。
- ・ 地域振興局福祉環境部(保健所)は、保健師や精神保健相談員などが、心の健康について相談に応じています。また、心の病気から回復した人の社会復帰指導も行います。
- ・ 精神保健福祉センターは、精神科医師、心理判定員、精神保健福祉士、精神保健相談員、保健師など精神保健の専門スタッフがいて、精神保健の知識の普及や調査研究を行うとともに、精神保健相談や社会復帰相談などを行います。
- ・ 児童相談所は、児童福祉司、心理判定員などの専門スタッフがいて、児童(18歳未満の子ども)に関する様々な問題について相談に応じています。
- ・ いのちのケアセンターは、自死遺族等の方々の心理的支援と相談に対応することを目的に精神保健福祉センター内に設置されました。電話相談、面接相談(予約制)に応じるほか、自死遺族の理解や遺族ケアに関する研修等を実施しています。

(1) 基本的な考え方

「人口動態統計」（平成18年）によると、本県の自殺者数は482人です。自殺率（人口10万対）は42.7で、12年連続で全国で最も高くなっています。この事実を重く受け止め、県民が健康でいきいきと暮らせる活力ある社会を築いていけるよう、自殺予防に対して効果的な事業を確実に実施することが必要です。

平成18年10月には、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより自殺の防止と自殺者の親族等に対する支援の充実を図ることを目的として「自殺対策基本法」が施行され、平成19年6月には自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が策定されました。同大綱では「基本認識」として、①「自殺は追い込まれた末の死」、②「自殺は防ぐことができる」、③「自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している」を掲げています。

自殺の要因は、社会的、経済的、家庭的及び個人的な要因など多岐にわたり、さらに、これらの要因が複合的に影響していることも考えられます。なかでも、複雑な現代社会では、特に、うつ病が大きな問題となっています。うつ病は心の病気の代表的なもので、誰もがこの病気になる可能性を持っています。自殺をする人の多くが、このうつ病と関連があると考えられています。

うつ病については、有効な治療法が確立されており、早期に発見されて適切な治療を受ければ大部分の人が改善します。しかし、現実には、うつ病にかかった人のうち、ごく一部の人しか医療機関を受診しておらず、しかも精神科を受診する人は、その中でもさらに限られているのが現状です。心の不調は自覚できないことが多く、心に不調があっても、身体の不調を訴えて一般診療科を受診することが多いので、かかりつけ医と精神科専門医との連携も必要です。

社会的側面からの自殺予防対策としては、人生の各段階において、家庭や職場、地域の社会的支援を得られやすい環境づくり（ソーシャルネットワークづくり）を推進していくことが重要です。例えば、日照時間が短く、雪が降るため、冬期間は家に閉じこもりがちな高齢者を、家族や地域の人々が外に連れだして日光を浴びる機会を増やすことにより、うつ傾向を軽くできる可能性もあると言われています。

心配ごとや悩みごとを聞いてくれる人、ちょっとした用事や留守番を頼める人、寝込んだとき看病してくれる人など、家族、友人、地域などの身近な人たちの社会的支援を得ながら、生活を楽しめるような環境を整えていくことが求められています。

県民一人ひとりが個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、自殺のサインや適切な対応法などについての理解を十分に深め、自殺予防という課題に積極的に関わっていくことが必要です。

また、自殺予防にはさまざまな取り組みが必要であり、短期的な対策のみならず、中長期的な視点に立った継続的な対策が必要です。

(2) 現状と課題

ア 自殺者の状況

本県の平成18年の自殺者数は482人、自殺率（人口10万対）は42.7です。自殺率が全国平均の23.7をはるかに上回っており、平成7年から12年連続で全国で最も高くなっています。

表5-5-1 秋田県の自殺者の状況

区 分	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以 上	65 歳以上 (再掲)
自 殺 者 数 (人)	7	38	49	73	126	67	122	158
自殺率 (人口 10 万対)	6.6	36.2	38.3	52.9	66.7	45.9	52.1	51.0
自殺者総数に占める 構成比 (%)	1.5	7.9	10.2	15.1	26.1	13.9	25.3	32.8

〔人口動態統計（平成18年）〕

本県における人生の各段階ごとの死亡原因を見ると、自殺は、青年期（15～24歳）及び壮年期（25～44歳）での死亡原因の第1位です（自殺者数 青年期18人、壮年期106人）。中年期（45～64歳）では、がん（684人）に次いで第2位（200人）、高年期（65歳以上）では第10位（158人）ですが、自殺者数で見ると、45歳以上の中・高年期の自殺者が自殺者全体の74.3%を占めています。

イ 県民の意識

「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、「この1カ月間、死にたいと思ったことがありますか」という質問に、「ない」と答えた人の割合は82.5%でしたが、「ある」、「少しある」と答えた人の割合もそれぞれ4.0%、10.8%となっています。

心の不調を自覚し、うつ病的症状からうつ病への進行を防ぐためには、うつ病的症状を自覚することが病気の早期発見・治療に重要です。同調査によると、本県では、下記のようなうつ病的症状を訴える人の割合が48.1%（男性49.4%、女性47.9%）となっています。

特に20歳代から40歳代の男性と20歳代の女性で割合が高くなっています。

うつ病的 の例示	毎日の生活が充実していない、これまで楽しんでやれたことが楽しんでもできない、以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる、わけもなく疲れたように感じる、なかなか眠れない ほか
-------------	--

表5-5-2 うつの症状を訴える人の割合

(単位：％)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以上	全年齢
男女計	69.2	59.9	61.4	57.8	42.9	30.7	48.1
男 性	64.1	68.9	62.9	56.5	42.0	29.6	49.4
女 性	73.4	54.0	60.1	58.9	43.6	31.3	47.9

〔健康づくりに関する調査（平成 18 年度）〕

ウ 保健サービス等の状況

一人ひとりが受けるストレスの影響は、配偶者や家族、友人、知人、職場や地域社会などからの支援を受けることによって緩和されていきます。しかし、若い頃のように働くことができなくなった高齢者が、生きがいを持っていきいきと生活できるためには、家庭や地域の社会的支援が必要であり、そのためには、身近な人たちからの社会的支援が得られやすい環境（ソーシャルネットワーク）づくりが重要です。

「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、本県におけるソーシャルネットワークの状況については、家族や親戚、隣近所の人、友人、知人などで「心配ごとや悩みごとを聞いてくれる人」がいない人と回答した人の割合は6.3％です。全ての年代で男性の方が女性よりも高くなっています。特に、30歳代と50歳代以上で割合が高くなっています。

表5-5-3 「心配ごとや悩みごとを聞いてくれる人」がいない人の割合 (単位：％)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以 上	全年齢
男女計	3.4	7.5	5.1	7.2	6.0	6.1	6.3
男 性	5.7	12.2	8.9	10.6	9.6	9.0	9.5
女 性	1.6	4.4	2.0	4.0	3.1	4.4	3.7

〔健康づくりに関する調査（平成 18 年度）〕

「ちょっとした用事や留守番を頼める人」がいないと回答した人の割合は9.9％です。男性では20歳代と60歳代、女性では20歳代と70歳以上で割合が高くなっています。

表5-5-4 「ちょっとした用事や留守番を頼める人」がいない人の割合 (単位：％)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以 上	全年齢
男女計	14.5	6.4	8.1	10.5	9.4	11.5	9.9
男 性	11.3	6.8	6.5	9.4	13.4	8.5	9.4
女 性	17.2	6.2	9.5	10.9	6.2	13.5	10.4

〔健康づくりに関する調査（平成 18 年度）〕

「寝込んだとき看病したり家のことを手伝ってくれる人」がいないと回答した人の割合は6.5%です。全体的には20歳代で割合が高く、また、70歳以上の女性でも割合が高くなっています。

表5-5-5 「寝込んだとき看病してくれる人」がいない人の割合

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代 以上	全年齢
男女計	8.5	4.8	4.4	6.4	6.0	7.9	6.5
男 性	9.4	6.8	4.8	5.9	5.7	5.5	5.9
女 性	7.8	3.5	4.1	6.4	6.2	9.4	6.9

〔健康づくりに関する調査（平成18年度）〕

(3) 大目標

すべての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域の場において、個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、すべての世代における自殺者を減少させます。

本県の自殺率は12年連続で全国で最も高く、各年代別に見ても自殺率が全国より高いことから、すべての世代において、自殺者を減少させることが県民の願いです。そのため、県民をはじめ健康づくりに参加するすべての主体が一緒になり、効果的な自殺予防対策を総合的に実施しています。

自殺の要因としては様々なものが考えられますが、特に留意すべきものとして、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患、家族関係や人間関係による心理的・社会的ストレス等が挙げられます。特に、うつ病の罹患と自殺には強い関連があるとされており、うつ病の早期発見・早期治療は自殺予防の重要な対策です。

また、中年期の自殺者が多いことから、広報・啓発、教育研修の実施、相談体制の整備、事業主、管理監督者、産業医、衛生管理者等への研修など職場におけるメンタルヘルス対策が重要です。さらに、自殺の動機の3割が失業、倒産、多重債務などの経済・生活苦であることを考えると、多重債務等に対する対策など経済的側面を重視した対策も必要です。経済・生活苦による自殺への対策については、関係部局と情報を共有しながら早急に進める必要があります。

「事業所・企業統計調査」（平成18年度）によると、県内には事業所が59,669カ所あり、従事者数は487,538人となっています。そのうち、従事者50人以上の規模で産業医を置いている事業所は894カ所ありますが、精神科の産業医はほとんどいないのが現状です。

また、本県では農業などの第一次産業に従事する人も多く、働く世代に対する自殺予防対策は、職域保健と地域保健が相互に連携しながら実施することが重要です。職場や家庭での役割が大きい中年期や、若い頃のように働くことができなくな

った高年期の人に対しては、生きがいを持っていきいきと生活できるように、家族、友人、地域等の身近な人たちからの社会的支援を得られやすい環境づくりも重要な対策です。

さらに、自殺者の家族（自死遺族）への心のケアなど自殺者の周囲の人たちへの支援も、自殺予防対策の一環として実施していくことが必要です。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 自殺者数	486人 ^{*1}	482人 ^{★1}	330人	330人
	①10歳代	4人 ^{*1}	7人 ^{★1}	0人	0人
	②20～39歳	65人 ^{*1}	87人 ^{★1}	45人	45人
	③40～59歳	170人 ^{*1}	199人 ^{★1}	115人	115人
	④60歳以上	247人 ^{*1}	189人 ^{★1}	170人	170人
	● うつの症状を訴える者の割合	28% ^{*2}	48.1% ^{★2}	25%	25%
行動指標	● 家庭や職場、地域からの社会的支援のない者の割合（ソーシャルネットワークが少ない人）				
	①「心配ごとや悩みごとを聞いてくれる人」のいない人の割合	5.7% ^{*2}	6.3% ^{★2}	3%	3%
	②「ちょっとした用事や留守番を頼める人」のいない人の割合	8.9% ^{*2}	9.9% ^{★2}	5%	5%
	③「寝込んだとき看病してくれる人」のいない人の割合	5.8% ^{*2}	6.5% ^{★2}	3%	3%
環境指標	● うつ病の早期発見・早期治療のための病院・診療所の数	50 ^{*3}	49 ^{★3}	充 実	充 実
	● 医師等による協力体制				
	いのちの電話など自殺予防に関する相談窓口	38 ^{*3}	84 ^{★4}	増 加	増 加
	自殺予防に関する相談窓口を設置している市町村数（合併により市町村総数は25に減少）	36 ^{*4}	23 ^{★4}	全25市町村	全25市町村
	自殺予防に関する情報を住民に提供している市町村数（合併により市町村総数は25に減少）	23 ^{*4}	25 ^{★4}	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 ＊1 人口動態統計(平成11年:厚生省) ＊2 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) ＊3 秋田県健康対策課独自集計(平成16年度) ＊4 秋田県健康対策課独自集計(平成14年度) 現状値のデータ出所 ★1 人口動態統計(平成18年:厚生労働省) ★2 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県) ★3 秋田県障害福祉課独自集計(平成18年度) ★4 秋田県健康推進課独自集計(平成18年度)					

(5) 重点施策

ア 啓発・普及

- マスメディアを活用した自殺予防に関する啓発・普及事業の継続的推進
- 民間団体等による自殺予防に関する啓発事業への支援

イ 相談体制の充実

- 気軽に相談できる多様な相談窓口の拡大
- 民間機関による相談事業等の支援
- 自死遺族等に対する相談・支援

ウ うつ病対策の充実

- うつ家族教室、うつ講座の実施
- 一般科医へのうつ研修の実施

エ 環境整備の充実

- 市町村における自殺予防対策事業の実施
- 職場におけるメンタルヘルス対策の実施
- 学校における心の相談事業等の実施

(1) 基本的な考え方

たばこは呼吸器疾患、歯周病、低体重児出生や流・早産等の妊娠に関連する異常の危険因子であるほか、日本人の三大死亡原因であるがん、心臓病、脳卒中の発症にも強く関与しています。さらに、たばこは、本人のみならず、たばこの煙による受動喫煙によって、周囲の人の健康にも大きな影響を与え、肺がん等の呼吸器疾患、虚血性心疾患、乳幼児突然死症候群等を引き起こす一つの原因になっています。

たばこに関連するこれらの疾患の発症には、数十年の年月がかかるため、喫煙者の多くが、たばこの害についてそれなりの認識を持ちながらも緊迫感を持たず、喫煙を継続することが多いのが現状です。未成年者も、好奇心から喫煙を始めると、ニコチンによる依存症もあって喫煙を継続し、禁煙の機会を失うことが少なくありません。

このようなたばこの特性、喫煙の特徴等を県民に対して正確、かつ、わかりやすく情報提供することや未成年者や若年女性の喫煙防止、受動喫煙防止、禁煙希望者への支援などの環境づくりが重要です。

(2) 現状と課題

ア たばこに関連する疾患

「人口動態統計」（平成18年）によると、本県の年間死亡者数は13,558人で、死亡原因別に内訳を見ると、がんが3,877人（男性2,332人、女性1,545人）、虚血性心疾患が626人（男性336人、女性290人）、慢性閉塞性肺疾患が144人（男性110人、女性34人）、脳血管疾患が1,929人（男性890人、女性1,039人）となっています。

がんによる死亡に関与していると考えられる様々な要因のうち、たばこは食事に次ぐ重要な要因であり、男性の場合、毎日の喫煙が、がんによる死亡に及ぼす寄与危険度^{*1}は、がん全体では32%で、中でも喉頭がんでは96%、肺がんでは72%となっています。一方、虚血性心疾患では36%、くも膜下出血では38%となっています。

また、妻がたばこを吸わない場合、夫の喫煙が妻に及ぼす寄与危険度は、副鼻腔がんでは36%、肺がんでは31%、虚血性心疾患では12%となっています^{*2}。

この考え方によると、喫煙率が半減した場合、本県において、がん、脳卒中、心筋こうそく梗塞による死亡者を救える数は、年間の事故死や自殺死の合計を上回ることが統計学的に推測されており、喫煙対策は生活習慣病を予防する上で、極めて重要な課題です。

このほか、喫煙により免疫機能が低下するため、炎症に気づきにくく、歯周病の発見が遅れることとなります。なお、受動喫煙により、喫煙者本人だけでなく、その家族にも歯肉変色(メラニン色素沈着)が多く見られます。

*1 寄与危険度：P57を参照。

*2 「平山雄著『予防がん学その新しい展望』メディカルサイエンス社、1987年」による。

イ 喫煙状況及び禁煙希望者の状況

(ア) 喫煙状況

「国民健康・栄養調査」(平成17年)によると、わが国における喫煙率は、男性では39.3%、女性では11.3%で、諸外国における喫煙率(アメリカ男性26%、女性22%、イギリス男性28%、女性26%、イタリア男性38%、女性26%(米国厚生省、WHO資料 2002年))と比べ、男性は高く、女性は低くなっています。

「健康づくりに関する調査」(平成18年度)によると、本県における喫煙率は、男性では37.3%、女性では7.6%となっており、男性では20歳代、女性では30歳代の喫煙率が高くなっています。

表5-6-1 秋田県の喫煙率の状況

(単位: %)

区 分	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	総数
男 性	58.5	55.4	48.4	43.5	26.8	21.1	37.3
女 性	9.4	27.4	16.2	5.4	2.1	1.3	7.6

〔健康づくりに関する調査(平成18年度)〕

また、「未成年者の喫煙行動に関する全国調査」(平成16年)によると、全国における未成年者の喫煙率は、中学1年生で月1回以上の喫煙者の割合は、男子では4%、女子では2%ですが、高校3年生では、男子では22%、女子では10%と、中学1年生の5~7倍となり、毎日喫煙者も中学1年生では、男女とも1%未満のものが、高校3年生になると、男子では13%、女子では5%と大幅に増加しています。

なお、本県における未成年者の喫煙については、平成17年に秋田県こども研究会が秋田地区の高校生を対象として実施した調査によると、高校3年生の男子では11%、女子では2%と、全国の喫煙率に近い状況です。

(イ) 禁煙希望者の状況

「健康づくりに関する意識調査」(平成12年度)によると、本県では、たばこをやめたいと思っている人は、男性では29.2%、女性では47.4%であり、吸っている本数を減らしたいと思っている人を含めると、男性では77.5%、女性では80.1%となっています。

ウ 禁煙に対する取り組みの状況

平成18年度に禁煙希望者への個別健康教育を実施した県内の市町村は9市町村であり、実施市町村を拡大していく必要があります。

また、禁煙を希望する人に対する禁煙治療を保険診療で実施している県内の医療機関は36医療機関(平成19年4月末現在)となっています。

未成年者に対するたばこ教育については、教育機関と十分に連携を図りながら指導内容や方法を確立するとともに、指導者の確保に努める必要があります。

(3) 大目標

- ① たばこの害について情報提供し、知識の普及に努めます。
- ② たばこの被害防止のための社会環境の整備に努めます。
- ③ 禁煙希望者に対する支援を促進します。

喫煙者や周囲の受動喫煙者に及ぼすたばこの害について、正確な情報の提供による知識の普及に努め、できるだけ多くの県民の禁煙意識を高めることが必要です。

また、公共の場等での喫煙抑制により、たばこによる環境汚染を少なくして、受動喫煙による害を予防することが必要です。

さらに、たばこをやめたいと思う人には、禁煙治療を保険診療で実施している医療機関を紹介するなど、効果的な禁煙指導による個別支援を行うことも必要です。

なお、たばこを吸うかどうかは、本来一人ひとりの自由な選択に任されるべきものであり、その前提として、県民がたばこに関する知識を十分に得る必要があることから、たばこに関する情報を積極的に提供することが必要です。

こうした情報の提供に基づき、県民が主体的に禁煙に取り組むことを通じて、喫煙率が大幅に減少するように努めます。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行動指標	● 習慣的に喫煙する者の割合				
	成人男性	—	37.3% ★ ¹	—	減 少
	成人女性	—	7.6% ★ ¹	—	減 少
	● 未成年者の喫煙率	参考(全国値)	参考(全国値)		
	① 中学1年男子	7.5% ★ ¹	3.2% ★ ²	0%	0%
	② 中学1年女子	3.8% ★ ¹	2.2% ★ ²	0%	0%
	③ 高校3年男子	36.9% ★ ¹	21.7% ★ ²	0%	0%
	④ 高校3年女子	15.6% ★ ¹	9.7% ★ ²	0%	0%
	● 妊産婦の喫煙率	—	8.1% ★ ³	0%	0%
	● 喫煙によりかかりやすい疾患を知っている者の割合				
	① 肺がん	75.0% ★ ²	73.1% ★ ¹	100%	100%
	② ぜんそく	48.9% ★ ²	49.6% ★ ¹	100%	100%
	③ 気管支炎	50.8% ★ ²	50.5% ★ ¹	100%	100%
	④ 心臓病	30.5% ★ ²	37.7% ★ ¹	100%	100%
	⑤ 脳卒中	21.3% ★ ²	33.1% ★ ¹	100%	100%
環境指標	⑥ 胃潰瘍	25.4% ★ ²	27.0% ★ ¹	100%	100%
	⑦ 妊娠への影響	60.3% ★ ²	60.6% ★ ¹	100%	100%
	⑧ 歯周病	20.5% ★ ²	24.8% ★ ¹	100%	100%
	● 公共の場や職場での空間分煙している割合				
	① 公共施設	44.8% ★ ³	—	100%	100%
	② 職場	—	—	100%	100%
	● 禁煙のための個別健康教育を実施している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	5市町村 ★ ⁴	9市町村 ★ ⁴	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所					
★ ¹ 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省)					
★ ² 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県)					
★ ³ 市町村におけるたばこ対策事業実施状況調査(平成10年度:秋田県)					
★ ⁴ 保健事業実施計画(平成12年度:厚生省)					

現状値のデータ出所

- ★1 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県)
- ★2 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成16年度:厚生労働省)
- ★3 秋田健やか親子21計画調査(平成17年度:秋田県)
- ★4 地域保健・老人保健事業報告(平成18年度:厚生労働省)

(5) 重点施策

ア 健康教育の充実

- 学校における喫煙防止教育の強化
- 職場でのたばこに関する健康教育の普及
- 市町村が実施する禁煙支援のための個別健康教育に対する支援

イ 情報提供の推進

- マスメディアやインターネットの活用、キャンペーンの展開等によるたばこの危険性や、がん等疾病との関係、受動喫煙による害についての正確な情報の積極的な提供

ウ 禁煙支援の強化

- 禁煙の動機づけ強化のため、市町村で行う検診や健康教育でのニコチン濃度検査などの導入促進
- 禁煙への意識改革をもたらすため、医学的知識の普及、禁煙サポーターの育成等、育成心理や行動科学等を用いた広い分野での教育技法の導入
- 相談室の設置、進路指導、ストレスケア等、生活や精神面のサポートを並行させた未成年者の喫煙防止の強化
- 禁煙希望者が支援相談を受けられる窓口の設置
- 禁煙治療を保険診療で実施している医療機関の活用促進

エ 社会環境の整備の促進

- 教育機関、公共施設等での禁煙の促進
- 電車、バス、タクシー等公共交通機関内での禁煙の導入促進
- 事務室、作業場、会議室、休憩室、食堂、レストラン等多数の人が集まる場所での禁煙の拡大
- たばこ自動販売機の屋外設置や通学路での設置の自主規制等、未成年者に対するたばこ防止の環境形成の促進

オ たばこ対策推進体制の整備

- 禁煙対策を総合的に推進するため、保健、医療、企業、教育、地域等の関係者を構成メンバーとする協議の場の設置

(参考) 寄与危険度

曝露を受けた集団の罹患率が曝露を受けない場合に比べてどれだけ増加したかを、両集団の罹患率から、次の式で計算する。

$$\text{寄与危険度} = \frac{I R_1 - I R_2}{I R_1} \times 100$$

ただし $I R_1$: 曝露集団の罹患率
 $I R_2$: 非曝露集団の罹患率

例：喫煙者の集団で肺がん罹患率が 10 万人当たり 200、非喫煙者の集団では 25 であったとすると、上記式から寄与危険度は 87.5 になり、肺がん罹患率 87.5 % に喫煙が寄与していると考えられる。

(1) 基本的な考え方

アルコールは、多飲による様々な身体的、精神的障害のほか、社会的にも未成年者の多飲による心身の発育障害、家族の機能不全^{*1}による諸問題、地域社会での交通事故並びに反社会的行為を招くことが少なくありません。

経済面でも、多飲による心身の障害に対する医療費、休業、事故などによる収入減等、その影響は極めて大きいものがあります。このような多飲により引き起こされる諸問題をできる限り少なくするため、「節度ある適度な飲酒」の知識の普及、未成年者の飲酒防止及び多量飲酒者の早期発見や適切な治療が重要です。

^{*1} 機能不全家族：親がアルコール関連問題等のために、子どもを安全で安定した環境で養育するという、親としての役割を充分果たしていない家族。

(2) 現状と課題

本県は、一人あたりの清酒消費量が全国で2番目に多く、一人あたりの総アルコール飲料消費量も、全国で6番目に多くなっています（平成17年度版 国税庁「酒のしおり」）。

「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、本県における飲酒する人の割合は、男性では75.2%、女性では33.6%で、飲酒する人のうち、「ほとんど毎日飲んでいる」と回答した人の割合は、男性では45.9%、女性では6.9%となっています。また、飲酒する人のうち、「一日あたり清酒に換算して3合以上飲酒する」と回答した人（多量飲酒者）の割合は、男性では7.9%、女性では2.8%となっています。

アルコール多飲による個人及び社会に対する影響としては次の点が挙げられます。

① 個人に対する影響として、急性影響としては、短時間の多量飲酒（いわゆるイッキ飲み等）によって死に至ることがあり、また、慢性影響としては、肝疾患・膵疾患・脳卒中やがんなどの臓器障害や精神依存・身体依存をきたしやすくなります。

また、脳への影響として前頭葉の萎縮による判断力や思考力の低下、人格変化さらには痙攣発作、幻覚、嫉妬妄想、認知症など様々な精神障害を起こします。

② 社会に対する影響として、次のようなものがあり、その影響は大きいものがあります。

- ・ 妊婦を通じた胎児への影響として、胎児性アルコール症候群^{*2}が生じやすい。
- ・ 心身の発育途上にある未成年者は、心身とも障害を受けやすい。
- ・ 多量飲酒者の家族は、子どもを安全で安定した環境で養育する機能が損なわれ、AC（アダルトチルドレン）^{*3}、DV（ドメスティック・バイオレンス）^{*4}、児童虐待^{*5}などの問題が起きやすい。
- ・ 交通事故の加害者又は被害者になりやすく、また飲酒の上での暴力や離脱症状としての幻覚、妄想時に衝動行動を起こしやすい。
- ・ 多量飲酒がもたらす心身の障害によって、医療費の増加、休業や事故など収

入の減少が生じる。

- *2 胎児性アルコール症候群：妊娠中に飲酒すると奇形児を出産することがある。
- *3 AC（アダルトチルドレン）：アルコール依存症者を親に持った（又は機能不全家族の中で育った）子どもが大人になっても生きづらさを抱えている状態
- *4 DV（ドメスティックバイオレンス）：夫から妻への若しくは恋人等親密な関係の男性から女性への暴力を指す。
- *5 児童虐待：身体的・心理的・性的・ネグレクト（養育放棄）の4つの型があり、時として死に至ることもあるが、死に至らないまでも虐待された子どもは大人になったとき、虐待する立場になりやすく、ACとの関連が考えられている。

(3) 大目標

未成年者の飲酒を防止するとともに、多量飲酒者の減少に努め、アルコール関連問題の防止を図ります。

1日あたりの純アルコール量で見ると、男性では10～19g、女性では9gまでの人が最も死亡率が低く、1日あたりの純アルコール量が増加するに従い、死亡率が上昇することが明らかになっています。

したがって、通常のアアルコール代謝能力を有する日本人においては、「節度ある適度な飲酒」とは、1日あたり清酒に換算して1合（180ml）（純アルコール約20g）程度^{*6}とされています。

「節度ある適度な飲酒」を中心とするアルコールに関する情報を県民に提供することが必要です。

なお、適度な飲酒のためには、次の点について留意することが必要です。

- ① 飲酒量が適量であること（女性は男性よりも身体的影響を受けやすいので、少ない量が適当）。
- ② 少量の飲酒で顔面紅潮をきたす等アルコール代謝能力が低い人は、特に注意が必要であること。
- ③ 65歳以上の高齢者においては、より少ない量が適当であること。

^{*6} 飲酒習慣のない人に対してこの量の飲酒を推奨するものではありません。また、アルコール依存症者には適切な支援のもとに完全断酒が必要です。

アルコールの許容量には、個人差がありますが、適度な飲酒を心がけ、多量飲酒の機会を減らすとともに、週1～2回は飲酒をしない日を設けることが重要です。肝臓のアルコール分解能力は1時間に約7gといわれています。日本酒1合（180ml）を分解するためには3～5時間かかります。したがって「1日あたり清酒に換算して3合以上飲酒する」人（多量飲酒者）は、翌日にアルコールが残る可能性が高く、出勤時の酒気帯び運転を招きます。飲酒運転防止の観点からも「節度ある適度な飲酒」が必要です。

表5-7-1 主な酒類の換算目安と適切な飲酒量

区 分	ビール (中瓶 1本 500ml)	清酒 (1合 180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブル 60ml)	ワイン (1杯 120ml)
アルコール度数	5 %	15 %	43 %	12 %

純アルコール量	20 g	22 g	20 g	12 g
適切な飲酒量	中瓶 1 本 500ml	1 合 180ml	ダブル 60ml	2 杯弱

〔健康日本 21：厚生労働省〕

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 多量(1日あたり清酒に換算して3合以上：純アルコール量60g以上)に飲酒する者の割合	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)
	①成人男性	8.0% *1	7.9% ★1	0%	0%
	②成人女性	1.3% *1	2.8% ★1	0%	0%
	● 未成年者の飲酒率	参考(全国値)			
	①中学3年男子	25.4% *2	—	0%	0%
	②中学3年女子	17.2% *2	—	0%	0%
	③高校3年男子	51.5% *2	—	0%	0%
	④高校3年女子	35.9% *2	—	0%	0%
	● 「節度ある適度な飲酒」の内容を知っている者の割合				
	①成年男性	58.0% *1	51.7% ★1	100%	100%
	②成年女性	50.7% *1	41.4% ★1	100%	100%
基準値のデータ出所 *1 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *2 未成年者の飲酒行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) 現状値のデータ出所 ★1 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県)					

(5) 重点施策

ア 情報提供の推進

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用した「節度ある適度な飲酒」等のアルコールに関する正確な情報の提供

イ 未成年者の飲酒防止の推進

- 学校教育や地域保健の健康教育の機会を通じた未成年者の飲酒が心身に与える影響に関する知識の普及
- 酒販売店等に対する酒類自動販売機の撤廃及び未成年者に対する酒類販売禁止の徹底の要請

ウ アルコール関連問題の早期発見と適切な介入

- 職場、学校、地域、保健、医療、福祉等の関係者の協力によるアルコール関連問題の早期発見及び適切な介入の実施
- 多量飲酒者に対し働きかけをしている断酒会等の自助グループ、アルコールを考える市民グループ等が行うアルコール関連問題解決のための活動に対する支援

(1) 基本的な考え方

う蝕（むし歯）^{しよく}及び歯周病に代表される歯科疾患は、その発症、進行により歯の喪失につながります。歯の喪失は、食生活や社会生活等に支障をきたし、ひいては、全身の健康に影響を与えます。

口腔内の健康を保つことは、単に、食物を咀嚼（そしゃく）^{そしゃく}（噛み砕くこと）できるというだけでなく、生活習慣病につながる肥満やメタボリックシンドロームの予防及び解消にも効果があります。しっかり噛んでゆつくりと食事や会話を楽しむことは、豊かな人生を送るための基礎となるものです。

高齢者（80歳）において、歯の喪失が少なく、よく噛むことのできる人は、QOL（生活の質）及び活動機能が高く、運動・視聴覚機能に優れていることが明らかになっています。

要介護者における調査でも、口腔衛生状態や咀嚼機能の改善を図ることが、誤嚥性肺炎^{ごえん}*¹の減少やADL（日常生活動作）の改善に有効であることが示されています。

自分の歯が20本以上あれば、食生活に大きな支障を生じないことから、8020（ハチマル・ニイマル）運動²*²を一層推進していく必要があります。

*1 誤嚥性肺炎：食物等を摂取した時、誤って気管に入ることが原因で起こる肺炎

*2 8020運動：80歳で20本以上自分の歯を保つことで、健全な咀嚼機能^{そしゃく}を維持し、健やかで楽しい生活を送ることを目指した運動

(2) 現状と課題

本県における歯科保健対策は、幼年期・少年期におけるう蝕^{しよく}予防に重点を置いて実施されてきましたが、全国との格差は依然として大きいのが現状です。

「健康づくりに関する調査」（平成18年度）によると、本県において8020運動を知っていると回答した人の割合は42.3%です。

「県民歯科疾患実態調査」（平成18年度）によると、本県における8020達成者の割合は13.0%と、全国における割合（21.1%）よりも低くなっています。

また、歯の残存状況についても、50歳代では平均21.9本であり、60歳代以降は急速に歯を失い、70歳代では平均9.7本と、8020の目標達成には程遠い状況にあることから、歯の喪失防止に向けた歯科保健活動の推進が今後の大きな課題です。

表5-8-1 残存歯数の状況

区 分	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	80 歳以上
秋田県	25.9 本	21.9 本	16.8 本	9.7 本	3.3 本
全 国	26.9 本	24.1 本	19.7 本	13.3 本	8.0 本

〔県民歯科疾患実態調査（平成18年度）、歯科疾患実態調査（平成17年）〕

歯の喪失は咀嚼機能^{そしゃく}の低下を招き、全身の健康に影響を与えることから、歯を喪失した人に対して義歯（入れ歯）を入れる等により咀嚼機能^{そしゃく}の回復を図ることも重要ですが、「県民歯科疾患実態調査」によると、本県では65歳以上の義歯が必要な人の約30%が義歯未装着・未使用の状態です。

以上のことから、歯の健康については、8020の目標実現に向け、生涯を通じた一層の歯科保健知識の啓発・普及を図ることが必要です。

本県では、子供のう蝕^{しよく}を防止することが将来の歯の喪失を防止し、8020を達成するために重要であるとの考えから、う蝕^{しよく}予防に効果的なフッ化物を利用した洗口事業を積極的に推進しています。

現在、フッ化物を利用した洗口事業への取り組みには、地域によって大きな差が見られることから、今後、保健所及び市町村が、歯科医師の協力の下に、幼稚園・保育所、学校等と連携し、効果的なフッ化物洗口事業の推進を図ることが大切です。

ア 歯の喪失防止

（ア）う蝕^{しよく}予防

う蝕^{しよく}は、あらゆる世代で起こる疾患であり、有病者率も高く、成人のほぼ100%にう蝕^{しよく}経験があります。特に、生えたばかりの歯のエナメル質³は柔らかく、う蝕^{しよく}になりやすいため、幼年期のう蝕^{しよく}予防が重要です。中・高年期では、歯周病により歯根⁴が露出することがありますが、歯根表面はエナメル質ほど硬くなく、う蝕^{しよく}になりやすいため、中・高年期のう蝕^{しよく}（歯根面う蝕^{しよく}）予防も大切です。

う蝕^{しよく}予防対策としては、甘味飲食物の過剰摂取の制限、口腔内清掃による歯垢（プラーク）の除去、再石灰化を促進して歯質を強化するフッ化物（フッ化ナトリウム等）の応用が行われています。特に、フッ化物の応用は、あらゆる世代のう蝕^{しよく}予防に効果的であることから、一層の推進が必要です。

*3 エナメル質：歯の口腔内に表れている部分の表面を覆う硬い組織

*4 歯根：歯の歯茎の中に入っている部分

a 幼年期のう蝕^{しよく}予防

幼年期は、口腔内清掃や食習慣等の基本的な保健習慣を身につける重要な時期であり、この時期に歯科保健習慣を確立することは、生涯を通じた歯の健康づくりに対する効果も期待できます。

う蝕^{しよく}は、口腔内に存在するミュータンスレンサ球菌が作り出す酸によって、歯が溶けることで起こります。乳歯のう蝕^{しよく}が、1歳6カ月から3歳にかけて急激に増加するのは、この期間に、ミュータンスレンサ球菌が箸やスプーン等を介し、保護者から幼児へ移行するためだと考えられています。

また、保護者のう蝕^{しよく}治療や、専門家による徹底した口腔内清掃等により、子供のう蝕^{しよく}も減少したという報告があることから、乳幼児のう蝕^{しよく}予防には、保護者に対する健診や指導が有効です。保護者自らの早期治療や定期的な歯

科受診について、妊婦歯科健診や妊産婦教室等を通じて啓発することが大切です。

特に、本県における妊婦歯科健診の受診率は、平成18年度で36.7%（健康推進課調べ）と低いため、受診率の向上を図ることが必要です。

表5-8-2 乳歯う蝕の状況 (DMF 歯数：一人平均う蝕本数)

区 分		秋田県		全 国	
		平成 8 年	平成 17 年	平成 8 年	平成 17 年
う蝕罹患率 ^{しよくり}	1 歳 6 カ月児	7.93 %	5.16 %	5.35 %	3.07 %
	3 歳 児	61.92 %	43.68 %	43.40 %	28.01 %
DMF 歯数	1 歳 6 カ月児	0.26 本	0.15 本	0.16 本	0.09 本
	3 歳 児	3.40 本	2.06 本	1.99 本	1.14 本

〔母子保健課所管国庫補助事業等に係る実施状況調べ：厚生労働省〕

【間 食】

幼児の健全な発育を促すためには、1日2回程度の間食を取ることが有効ですが、3回以上の間食を取ると、う蝕になる危険性が急激に高まることから、間食の回数を2回程度に抑えることが大切です。

間食を与える場合には、甘みを抑えた手作りのものを与えると同時に、代用甘味料（キシリトール等）を使用したものを利用することも、う蝕予防に効果的です。

また、睡眠中は唾液の分泌が著しく減少するため、就寝前の飲食は、う蝕の発生の危険性が高まることから、規則正しい生活リズムの中で、バランスの良い食事をしっかり噛んで食べるという食育の基本を守ることが、歯育へとつながります。

【フッ化物の応用】

フッ化物歯面塗布^{*5}等を伴う定期的な歯科健診や保健指導は、う蝕予防に有効であり、塗布の回数に応じて、う蝕の発生を抑える効果が高くなるため、乳歯の生えている状況に応じて、適宜塗布を受けることが大切です。

また、子供用歯磨剤にはフッ化物が入っており、適量の歯磨剤をつけて歯を磨くことやフッ化物含有スプレーを使用することも、歯質の再石灰化に有効です。

なお、1歳6カ月児歯科健診で、既にう蝕がある幼児は、う蝕多発傾向者と考えられるため、重点的に指導することが必要です。

^{*5} フッ化物歯面塗布：歯科医師や歯科衛生士が歯に直接フッ化物溶液を塗布すること

【保護者の役割】

幼児自身の歯磨きは、自立や習慣づけのため大切ですが、まだ十分な口

腔内清掃を行うことは難しいため、保護者が、毎日仕上げ磨きをする習慣を徹底することが必要です。

また、定期的な歯科健診や保健指導の結果に基づき、口腔内清掃習慣や好ましい食習慣を幼児に身につけさせることも大切です。

b 少年期のう蝕^{しよく}予防

永久歯は5歳前後から生え始めますが、「学校保健統計調査」(平成18年度)によると、本県では、第二大臼歯(12歳臼歯)が生えそろった12歳で既にDMF歯数(一人平均う蝕^{しよく}本数)が2.44本と、全国平均よりかなり悪いことから(平成18年度全国ワースト3位)、小・中学校期のう蝕^{しよく}予防対策は、歯が生え始めてからエナメル質がう蝕^{しよく}になりにくくなるまでの数年間に重点を置く必要があります。

表5-8-3 12歳児DMF歯数(一人平均う蝕^{しよく}本数)

区 分	秋 田 県	全 国
平成12年(2000)	3.95 本	2.65 本
平成18年(2006)	2.44 本	1.71 本

〔学校保健統計調査：文部科学省〕

(WHOの2000年目標値：12歳児DMF歯数 3本以下)

(健康日本21の2010年目標値：12歳児DMF歯数 1本以下)

特に、第一大臼歯^{だいいきゅうし}(6歳臼歯)は、永久歯の中で最も早く生え始めるため、う蝕^{しよく}になりやすいことから、フィッシャーシーラント^{*6}を行うといった、う蝕^{しよく}予防対策が重要です。

^{*6} フィッシャーシーラント：歯の小さく狭い溝等を人工材料等で塞ぐ処置(小窩裂溝充填^{しょうかくれつこうてんそく})

【フッ化物洗口の推進】

フッ素は歯の耐酸性を増強し、再石灰化により、う蝕^{しよく}になりにくい歯にする働きがあるため、定期的に低濃度のフッ化物を歯に作用させることが、う蝕^{しよく}予防に最も効果的であり、フッ化物の応用に対する関係者の理解を深めることが必要です。

特に、フッ化物洗口剤等による洗口は、少ない費用で大きなう蝕^{しよく}予防効果が得られることから、継続的に実施可能な学校等の施設で集団的に行う場合に適した方法です。

県では、平成16年度から「お口ブクブク大作戦」として、幼稚園・保育所でのフッ化物洗口の実施を推進しており、平成18年度末で103施設で実施されています。

平成19年度からは、市町村が行うフッ化物洗口事業を支援する「市町村等フッ素洗口推進事業」を実施し、フッ化物洗口実施施設の拡大及び定着を図っています。今後は、地域の関係機関が連携しながら、永久歯の生え変わり時期に当たる小・中学校でも引き続き実施する体制を整えることが大切です。

【健康教育】

学校における健康教育等の様々な機会を通じて、一人ひとりの状況に応じた、口腔衛生指導を受けることにより、適切な口腔内清掃法を身につけることが必要です。

歯と口の健康だけでなく肥満や生活習慣病の予防のために、甘味飲食物の摂取方法や、唾液の作用とう蝕との関係についてもきちんと理解し、適切な生活習慣と食習慣の定着に結びつけることが大切です。

また、「歯科疾患実態調査」（平成17年）によると、全国的に10～14歳で、既に50%を超える人が歯肉炎を生じていることから、歯周病予防に関する正しい歯科保健知識・行動を身につけるようにすることも重要です。

（イ）青年・壮年期以降の歯周病予防

中・高年期で歯を失う大きな原因には、歯周病があります。歯周病は、軽度の歯肉炎と中程度から重度の歯周炎に分類されます。

歯周病の危険因子としては、糖尿病、喫煙、多量の飲酒、ストレス、口腔衛生状態不良、歯ぎしり、食いしばり等が示されています。「県民歯科疾患実態調査」（平成18年度）によると、本県では35～44歳の人の34.0%に歯周炎の罹患が見られました。歯肉炎も含めると、81.1%の人に症状が認められており、これ以降、加齢的に歯周病が進行し、それとともに喪失歯数が増加しています。

しかし、中程度の歯周病の人は、口腔内清掃や歯石除去により症状が改善されるため、歯の喪失防止には、セルフケアと歯科医師・歯科衛生士による専門的管理を実践することが必要です。

a 専門的管理（プロフェッショナルケア）

歯周病は目立った自覚症状がなく進行し、気づいた時は手後れである場合も多いため、自ら歯肉等をチェックしたり、歯科医療機関を受診することが重要です。歯周病の発症及び進行を防止するためには、かかりつけ歯科医等の下で、定期的な健診、歯石除去及び口腔内清掃など、歯周疾患管理を受けることが大切です。

b 歯間部清掃用器具^{*7}の使用

通常の歯ブラシでは、歯間部の歯垢を完全に除去できないため、歯間部分から歯肉の炎症を生じることが多くなります。そのため、歯間部清掃用器具を使用することが大切です。

^{*7} 歯間部清掃用器具：デンタルフロス（糸ようじ）、歯間ブラシ等

c 喫煙の影響

喫煙は、歯周病及び歯の喪失の危険因子として、重要な位置を占めており、喫煙の慢性刺激により口腔がん（歯肉がん、舌がん）も誘発されます。成人

の80%以上が歯周病に罹患している現状では、歯周病の悪化を防ぐため、喫煙の健康への影響についての十分な知識の普及が必要です。

また、受動喫煙により、喫煙者本人だけでなく、その家族にも歯肉変色（メラニン色素沈着）が多く見られます。

（ウ）中・高年期における歯の喪失防止

中・高年期の健康づくりを推進し、肥満、メタボリックシンドローム及び認知症を予防するためには、バランスの良い食事をしっかり噛むことが必要です。しっかり噛むためには、8020を確立することが重要ですが、本県では、自分の歯を20本以上有しているのは50歳代までであり、60歳以降では20本未満であるのが実態です（p61 表5－8－1参照）。

歯の喪失の危険因子としては、進行した歯周病、口腔内清掃不良、歯根面う蝕^{しよく}、喫煙及び糖尿病等が示されています。

中・高年期の歯の喪失は、歯科医療機関への受診の仕方によって大きく異なり、自覚症状がある時のみ受診する人と、定期的に診査、指導、予防処置等を受けている人では、特に40歳以降で、歯の喪失率に差が表れています*⁸。

歯の喪失を防止し、咀嚼機能を維持していくという観点から、定期的に歯科健診や歯周疾患検診を受け、早期治療、歯石除去及び口腔ケア*⁹等の予防処置を受けることが大切ですが、「県民歯科疾患実態調査」（平成18年度）によると、本県では、定期的に歯科健診を受けている人の割合は13.1%であり、歯周疾患検診（老人保健法による歯周疾患検診）の受診率も6.6%と非常に低いのが現状です。

また、治療していないう蝕^{しよく}や喪失歯を放置することが、新たな歯の喪失の危険因子となることから、適切な義歯を入れる等の処置を受けることも大切です。

*⁸ 新庄文明ほか「老年歯科医学」（1989）

*⁹ 口腔ケア：専門的な口腔内清掃、歯科治療、義歯の装着等、口腔内疾患の予防や、QOL（生活の質）の向上のために行うケア

イ 口腔機能の回復

歯の喪失が健康状態に与える影響は、あらゆる世代に認められますが、歯の喪失が多くなる中・高年期では、食事や栄養摂取時の障害を通じて、咀嚼機能の低下が健康に影響をもたらすだけでなく、日常生活、社会活動、家族関係や精神面にも影響します。特に、要介護高齢者では、この傾向が顕著に表れます。

歯の喪失による咀嚼機能の低下に対しては、義歯を入れる等の処置が有効です。よく調製された義歯を装着することで、通常の食事は十分に可能であるため、食生活や栄養状態の改善、身体機能の維持、QOL（生活の質）の向上に寄与できます。

また、要介護高齢者への適切な口腔ケアによる唾液分泌の促進、嚥下機能の改善等の口腔機能の回復は、体重増加や運動機能の改善といった全身の健康につながり、寝たきり防止対策としてだけでなく、終末期患者に対する緩和ケアとしても有効です。

ウ 障がい児（者）歯科保健の充実

障がい児（者）は、介護者の支援がないと良好な口腔衛生状態を維持することが難しいため、一度う蝕や歯周病に罹患すると、重症化してしまう危険性があります。

障がい児（者）は、治療に際して困難なことが多いため、う蝕や歯周病に罹患させないように、口腔ケアを行い、予防に努めることが重要です。

県では、全身管理が可能な障がい児（者）歯科診療施設を整備しており、平成17年度には雄勝中央病院に、平成19年度には大館市立総合病院に整備しました。平成22年度には中央地区にも整備される予定です。

今後、保健所及び市町村が歯科医療機関と協力・連携し、在宅の重症心身障がい児（者）への効果的な支援体制の推進を図っていくことが必要です。

(3) 大目標

- ① 生涯にわたり、自分の歯を20本以上保つことを目指します。
- ② 咀嚼機能の低下した者に対して、治療や義歯を入れる等の保健指導を行い、口腔機能の回復を目指します。

「永久歯の抜歯原因調査」（平成17年）によると、歯の喪失の原因の多くは、う蝕（32%）と歯周病（42%）です。多くの人々が高齢になるにつれて歯を失っていますが、この歯科の二大疾患は生活習慣病であることから、個人の生活習慣の改善により歯の喪失を防止することが可能です。

「県民歯科疾患実態調査」（平成18年度）によると、う蝕については、本県では、成人の歯の20本以上が既にう蝕に罹患している状況であるため、幼・少年期における甘味飲食物の摂取制限、口腔内清掃による歯垢除去、フッ化物洗口による再石灰化の促進等のう蝕予防対策や、う蝕に罹患した歯の早期治療による新たなう蝕の発生防止が重要です。

歯周病については、本県では、成人の80%以上に歯周病の症状がみられる状況であるため、定期的な健診及び歯石除去、口腔内清掃の徹底、歯間部清掃用器具の使用、禁煙等による進行の抑制及び予防や、歯周病に関する知識の啓発・普及が大切です。

また、8020達成のためには食習慣の改善も必要であり、ゆっくりとしっかり噛むことで、肥満やメタボリックシンドロームの予防及び解消にもつながります。

要介護高齢者には、咀嚼機能の低下により栄養状態が悪化している者も多いことから、歯科治療、義歯の装着、口腔内清掃等による口腔機能の改善が必要であり、口からの栄養摂取がない経管栄養患者に対しても、口腔ケアは身体機能の回復やQOLの向上に有効であることから、口腔ケアの充実が必要です。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
① 歯の喪失防止に関する目標					
健康指標	3歳児におけるう蝕のない者の割合	43.9% ^{*1}	60.3% ^{★1}	70%	70%
	12歳児におけるDMF歯数	3.91本 ^{*2}	2.44本 ^{★2}	2本	1.6本
	進行した歯周病に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する人)の割合				
	①40歳	42.3% ^{*3}	37.1% ^{★3}	減 少	30%
	②50歳	45.3% ^{*3}	56.8% ^{★3}	減 少	30%
	60歳において24本以上自分の歯を有する者の割合	35.4% ^{*3}	35.0% ^{★3}	増 加	50%
	80歳において20本以上自分の歯を有する者の割合	—	10.3% ^{★3}	増 加	20%
行動指標	3歳までにフッ化物歯面塗布を受けたことのある者の割合	—	—	増 加	50%
	間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者の割合	—	—	減 少	30%
	少年期において過去1年間に個別的口腔清掃指導を受けたことのある者の割合	76.1% ^{*3}	—	100%	100%
	大臼歯のフィッシャーシーラントの処置を受けた者の割合	20.1% ^{*3}	—	増 加	40%
	フッ素洗口を実施している施設(幼稚園・保育所)の割合	16.3% ^{*4}	26.5% ^{★4}	40%	40%
	歯間部清掃用器具を使用している者の割合				
	①40歳	43.5% ^{*3}	27.1% ^{★3}	70%	70%
	②50歳	33.8% ^{*3}	25.4% ^{★3}	70%	70%
	40歳以上で定期的に歯科検診を受けている者の割合	38.0% ^{*3}	31.6% ^{★3}	100%	100%
	40歳以上で定期的に歯石除去や歯口清掃を受けている者の割合	20.7% ^{*3}	28.5% ^{★3}	70%	70%
	喫煙によりかかりやすい疾患を知っている者の割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	歯周病	20.5% ^{*5}	24.8% ^{★5}	100%	100%
	8020運動の内容を知っている者の割合	38.2% ^{*3}	42.3% ^{★5}	100%	100%
② 咀嚼機能の回復に関する目標					
健康指標	65歳以上の義歯が必要な人の義歯未装着者、未使用者の割合	52.4% ^{*3}	31.9% ^{★3}	減 少	20%
基準値のデータ出所 ＊1 母子保健課所管国庫補助事業等に係る実施状況調べ(平成10年度:厚生省) ＊2 学校保健安全調査(中学校1年生、平成11年度:秋田県) ＊3 県民歯科疾患実態調査(平成13年度:秋田県) 注: 歯科診療所を受診した満1歳以上の者に対し、歯科診療所にて口腔内診査及び問診を実施した。 ＊4 秋田県健康対策課独自集計(平成16年度) ＊5 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県)					
現状値のデータ出所 ★1 母子保健課所管国庫補助事業等に係る実施状況調べ(平成18年度:厚生労働省) ★2 学校保健統計調査(平成18年度:文部科学省) ★3 県民歯科疾患実態調査(平成18年度:秋田県) 注: 調査会場に会場した満20歳以上の者に対し、調査会場にて口腔内診査及び問診を実施した。 ★4 秋田県健康推進課独自集計(平成18年度) ★5 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県)					

(5) 重点施策

ア 歯科保健体制の推進

- 地域住民の歯科疾患等の現状把握及び情報の収集管理
- 地域、学校、職場等が連携した8020運動の推進
- 市町村におけるフッ化物洗口事業の支援
- 地域、医療機関、行政等が連携した要介護者・障がい児（者）歯科保健体制の整備

イ 歯科保健習慣の確立

- う蝕^{しよく}予防の知識や正しい口腔内清掃法の啓発・普及
- 歯周病予防知識の啓発・普及

ウ 歯科専門職種による支援

- 歯科医師、歯科衛生士等による歯科健康相談・教育の実施
- 専門的知識によるフッ化物の応用の啓発・普及
- 口腔ケアによる咀嚼^{そしゃく}機能回復と専門的継続管理の重要性の啓発・普及

エ 定期健診の推進

- 定期的な歯科健康診査の重要性の啓発・普及
- 市町村における歯周疾患検診の推進

（1）基本的な考え方

肥満症や高血圧症、糖尿病、血清脂質異常症などの生活習慣病は、自覚症状が現れにくく日常生活に大きな支障がない場合が多いのですが、そのまま生活習慣を改善せずに経過すると、脳卒中や心筋梗塞、その他重症な合併症に進展する危険性の高い病気です。近年、これらの生活習慣病有病者やその一步手前の状態の人（予備群）は、いずれも内臓に蓄積した脂肪による影響が大きいことが明らかになりました。

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）とは、この内臓脂肪型肥満に高血糖、高血圧、血清脂質異常のうち、二つ以上を合併した状態をいいます。食べ過ぎや運動不足などにより内臓脂肪が蓄積され、その結果引き起こされる代謝異常が原因となりメタボリックシンドロームが引き起こされます。そして生活習慣を改善しないままでは、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病を発症し、虚血性心疾患や脳卒中等につながる危険性が高まります。

このため、高血糖、高血圧などの症状一つ一つを抑えるのではなく、運動習慣の徹底と食生活の改善など生活習慣を改善することにより内臓脂肪の減少を図り、生活習慣病を予防することが重要です。

平成20年度から、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導を医療保険者に義務化し、効果的な保健指導を実施することでメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少を目指すことになりました。

今後は、市町村・医療保険者等の関係機関のほか、教育部門や産業界（職域）との連携を図り、メタボリックシンドロームの予防、該当者・予備群の減少に重点を置いた健康づくり運動を推進します。

（2）現状と課題

ア メタボリックシンドロームの状況

（ア）メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

「国民健康・栄養調査」（平成17年）によると、わが国のメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の割合は、男性、女性とも40歳以上で高く、40歳から74歳の男性では二人に一人、女性では五人に一人となっています。

「メタボリックシンドローム予備群等調査」（平成18年度）によると、本県の40歳から74歳のメタボリックシンドローム該当者及びその予備群の割合は、男性では二人に一人、女性では四人に一人と、女性では全国の割合よりも高くなっています。また、40歳から74歳のメタボリックシンドローム該当者は、男性では25.8%の約69,000人、女性では13.6%の約40,000人、予備群は男性では27.4%の約73,000人、女性では12.0%の約35,000人と推定されています。

年代別に見ると、男性では40歳代で予備群の割合が高く、女性では年代が高くなるにつれて、予備群・該当者の割合が高くなる傾向にあります。

このことから、若い時からメタボリックシンドロームの予防について正しい知識を持ち、運動や正しい食生活の習慣を身につけることが必要です。

(イ) メタボリックシンドロームに関する県民の意識

「健康づくりに関する調査」(平成18年度)によると、本県では、メタボリックシンドロームという言葉の意味について、「よく知っている」と回答した人の割合は40.3%となっています。

男女別では、「よく知っている」と回答した人の割合は、男性では38.7%、女性では42.4%となっています。

年齢階層別では、「よく知っている」と回答した人の割合が、男性では「30～39歳」の58.1%、女性では「50～59歳」の58.9%で最も高い割合となっています。

今後は、生活習慣病対策を推進するために、メタボリックシンドロームの予防に関する正しい知識の普及が必要です。

イ 計画の中間評価からの主な課題

(ア) 運動習慣の状況

「県民健康・栄養調査」(平成18年度)によると、本県では、日常生活における一人1日あたりの平均歩行数は6,217歩(男性では6,527歩、女性では5,992歩)で、平成13年度の調査時の平均歩行数である6,542歩(男性では7,008歩、女性では6,155歩)よりも減少しています。

(イ) 肥満者の割合

「県民健康・栄養調査」(平成18年度)によると、本県では、15歳以上の男性肥満者(BMI 25.0以上)の割合は29.7%で、平成13年度の調査時の割合である27.3%よりも増加しています(女性肥満者の割合は減少)。

このように、日常生活における歩数や肥満に関する指標の数値は平成13年度の調査時と比べて悪化しており、今後、なお一層、行動変容につながる啓発や運動指導・栄養指導等が必要です。

(3) 大目標

生活習慣の改善を図り、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を図ります。

若い時からメタボリックシンドロームの予防について正しい知識を持ち、よりよい生活習慣を確立できるよう、地域、学校、職域の保健関係者が連携を図り、運動習慣の定着や食生活の改善を図る取組みを強力に展開します。

さらに、医療保険者が実施する特定健康診査、特定保健指導が円滑に実施されるよう支援し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を図ります。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● メタボリックシンドローム該当者数				
	①男性(40～74歳)	—	25.8% ★ ¹	—	10%以上減少※
	②女性(40～74歳)	—	13.6% ★ ¹	—	10%以上減少※
	● メタボリックシンドローム予備群数				
	①男性(40～74歳)	—	27.4% ★ ¹	—	10%以上減少※
	②女性(40～74歳)	—	12.0% ★ ¹	—	10%以上減少※
	● メタボリックシンドロームという言葉の意味をよく知っている者の割合	—	20歳以上 40.3% ★ ¹	—	20歳以上 80%
	● 糖尿病有病者数の割合 (空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.1以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者の割合)				
	①男性(40～74歳)	—	16.6% ★ ¹	—	10%以上減少※
	②女性(40～74歳)	—	7.9% ★ ¹	—	10%以上減少※
	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	全年齢平均 24.8% ★ ¹	59歳以下 28.8% ★ ² 60歳以上 32.4%	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
	②成人女性	全年齢平均 31.0% ★ ¹	59歳以下 22.0% ★ ² 60歳以上 33.6%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
	③児童、生徒(肥満度20.0%以上)				
	・小学生男子	11.9% ★ ²	13.0% ★ ³	7%	7%
	・小学生女子	9.9% ★ ²	10.2% ★ ³	7%	7%
	● 高血圧(血圧SCORE2以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	16.7% ★ ¹	—	10%	—
	②成人女性	11.4% ★ ¹	—	7%	—
行動指標	● 高血圧症有病者の割合 (収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上であるか、または血圧を下げる薬の服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	—	64.2% ★ ¹	—	10%以上減少※
	②成人女性	—	45.7% ★ ¹	—	10%以上減少※
	● 高コレステロール(221mg/dl以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①男性(40～74歳)	17.4% ★ ¹	—	10%	—
	②女性(40～74歳)	30.7% ★ ¹	—	20%	—
	● 血清脂質異常症有病者の割合 (中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	—	18.2% ★ ¹	—	10%以上減少※
	②成人女性	—	18.2% ★ ¹	—	10%以上減少※
	● 特定健康診査実施率	—	—	—	70%以上
	● 特定保健指導実施率	—	—	—	45%以上
	● 野菜摂取量	—	314.2g ★ ²	350g	350g
	● 脂肪エネルギー比率(一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	23.7% ★ ³	21.6% ★ ²	20～25%	20～25%
	②成人女性	25.3% ★ ³	22.7% ★ ²	20～25% ※10歳代 30%	20～25% ※10～20歳代 20～30%
	● 欠食習慣化の者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①20歳代男性	23.4% ★ ³	26.7% ★ ²	10%	10%
	②20歳代女性	20.0% ★ ³	23.3% ★ ²	10%	10%

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 週2回以上運動する者の割合	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
	①成人男性	23.9% ^{*4}	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% ^{*4}	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたりの平均)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
		6,542歩 ^{*5}	6,217歩 ^{★2}	1,000歩増加	10,000歩
	● 睡眠によって休養が十分とれた者の割合	(「休養」の項目再掲)	(「休養」の項目再掲)	(「休養」の項目再掲)	(「休養」の項目再掲)
		69.0% ^{*4}	70.8% ^{★4}	80%	80%
	● 習慣的に喫煙する者の割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	成人男性	—	37.3% ^{★4}	—	減 少
	成人女性	—	7.6% ^{★4}	—	減 少
	● 多量(1日あたり清酒に換算して3合以上: 純アルコール量60g以上)に飲酒する者の 割合	(「心の健康づくり」 の項目再掲)	(「心の健康づくり」 の項目再掲)	(「心の健康づくり」 の項目再掲)	(「心の健康づくり」 の項目再掲)
	①成人男性	8.0% ^{*4}	7.9% ^{★4}	0%	0%
	②成人女性	1.3% ^{*4}	2.8% ^{★4}	0%	0%
	● 「節度ある適度な飲酒」の内容を知って いる者の割合	(「アルコール」の 項目再掲)	(「アルコール」の 項目再掲)	(「アルコール」の 項目再掲)	(「アルコール」の 項目再掲)
	①成年男性	58.0% ^{*4}	51.7% ^{★4}	100%	100%
	②成年女性	50.7% ^{*4}	41.4% ^{★4}	100%	100%
基準値のデータ出所 ＊1 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) ＊2 学校保健安全調査(平成10年度:秋田県) ＊3 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) ＊4 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) ＊5 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) 現状値のデータ出所 ★1 メタボリックシンドローム予備群等調査(平成18年度:秋田県) ★2 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★3 学校保健安全調査(平成18年度:秋田県) ★4 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県) ※ 平成24年度の目標値(減少率)は、平成20年度と平成24年度の特定健診結果から算出(算出方法は厚生労働省の 定める方法による)					

(5) 重点施策

ア 運動習慣定着化の推進(日本一健康な県づくり県民運動)

● 健康づくり体操実践運動

県民各自が自分に合った体操(ラジオ体操、秋田花まる元気アップ体操その他)を最低一日1回は行う運動の推進

● ウォーキング実践運動

ウォーキング・徒歩通勤等の普及による運動習慣定着化の促進

● 教育委員会と連携した子どもの運動習慣の定着化や体力向上に資する事業への支援

イ 食生活の改善

● 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した望ましい食生活の普及

- 保育所・学校での給食をととした食育の推進
- 減塩運動の推進
- 伝承料理や地域の食材を活かしたヘルシーメニューの開発と普及
- 外食や加工食品の栄養成分表示や食事・栄養に関する情報提供など、健康な食生活を支援するための食環境の整備の推進
- 食品関連事業者等と協力した食育の推進

ウ 健康教育（広報啓発）の充実強化

- マスメディアやインターネット等の様々な広報媒体を活用したメタボリックシンドロームに関する広報啓発
- 市町村、事業所、健康関連業界、食品関連業界等の関係機関等と連携したメタボリックシンドロームの予防に関する正しい知識の普及

エ 環境整備の充実

- 健康運動指導士等の指導者育成
- ウォーキングや体操、水中運動などのスポーツや運動を気軽に行える環境整備

オ 特定健康診査及び特定保健指導体制等の充実

- 特定保健指導実践者の資質向上をめざした研修の実施
- 地域・職域連携推進協議会等を活用した市町村、医療保険者、事業所の連携による特定健康診査・特定保健指導等の推進
- 特定健康診査及び特定保健指導に関するデータ等の保健事業への効果的な活用
の支援
- 「老人保健法」の改正により「健康増進法」に移行した市町村健康増進事業への支援

(1) 基本的な考え方

わが国の糖尿病の患者は、食生活の変化（食習慣の欧米化、脂肪摂取の増加）と車社会を始めとする社会環境の変化（運動不足）などに伴って、急速に増加してきました。

糖尿病に対する治療には、食事療法、運動療法、薬物療法等がありますが、治療が不十分で血糖値が長期（数年から十数年）にわたって高い状態が続くと、糖尿病に特徴的な三大合併症（神経障害、網膜症、腎症）のほか、虚血性心疾患、脳卒中、下肢の壊_えそ、歯周病等をきたし、著しくQOL（生活の質）の低下をもたらします。

高齢社会が進展する中で、糖尿病は、今後ますます増加が予想される疾患で、現在、成人の失明や人工透析の原因の第1位となっています。

また、糖尿病医療費は1兆1,165億円にものぼっており、社会的にも大きな負担となっています（平成17年度国民医療費）。

糖尿病は、その成因により、1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病、その他の4つの型に分類されますが、生活習慣の改善等によって発症の抑制が可能な2型糖尿病が多くを占めており、その発症及び進展を抑制するためには、生活習慣を改善していくことが大切です。

(2) 現状と課題

ア 糖尿病患者の状況

「糖尿病実態調査^{*1}」（平成14年）によると、わが国の糖尿病患者は、糖尿病が強く疑われる人は740万人、糖尿病の可能性を否定できない人も含めると1,620万人と推計されており、40歳以上の成人のうち概ね十人に一人が糖尿病と考えられています。

「地域保健・老人保健事業報告」（平成17年度）によると、本県における基本健診受診者148,207人のうち、糖尿病（疑いも含む）の人は15,237人で、受診者の10%を占めており、全国と同様の傾向を示しています。これを年代別にみると、40歳代では4.6%、50歳代では8.0%、60歳代では11.3%、70歳以上では12.4%となっており、年代が上がるにつれて多くなっています。

また、「県民健康・栄養調査^{*2}」（平成18年度）によると、本県では、糖尿病が強く疑われる人や可能性が否定できない人の割合は29.9%（男性では32.7%、女性では27.9%）でした。

^{*1} 平成14年糖尿病実態調査における定義

糖尿病が強く疑われる人：ヘモグロビンA1c6.1%以上、または、質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人

糖尿病の可能性を否定できない人：ヘモグロビンA1c5.6%以上6.1%未満で、上記以外の人

^{*2} 平成18年度県民健康・栄養調査における定義

糖尿病が強く疑われる人：ヘモグロビンA1c6.1%以上または、インスリン注射または血糖を下げる薬を服薬中の者

糖尿病の可能性が否定できない人：ヘモグロビンA1c5.5%以上6.1%未満

(但し、インスリン使用・血糖値を下げる薬服薬者を除く)

イ 糖尿病予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、運動不足、耐糖能異常（血糖値の上昇）とされています。特に、2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食生活、運動、喫煙、飲酒であり、発症予防には、適切な食生活、適度な運動が重要です。

また、糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、医療保険者によるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導が重要です。

なお、糖尿病あるいは糖尿病が強く疑われる人に対しては、早期に治療を開始するため医療機関への円滑な移行と合併症を防ぐ継続した治療が必要です。

ウ 糖尿病に対する取り組み

日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本医師会、厚生労働省、日本糖尿病財団が協賛して、毎年11月14日の世界糖尿病デーに合わせて、糖尿病週間が設けられました。

また、現在、各医療機関では、定期的に糖尿病教室を開催するとともに、「糖尿病患者の会」を組織し、患者相互の理解を深めるために活動しています。

今後、本週間を活用した啓発等も関係者と連携を図りながら進める必要があります。

さらに、また、秋田県医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、秋田県歯科医師会の四者で構成する秋田県糖尿病対策推進会議では、糖尿病の発症予防、早期治療、合併症の予防のための調査研究や啓発活動を行っています。

エ 合併症の状況

糖尿病は合併症が大きな問題であり、血糖値が健常人よりも高い状態が長期（数年から十数年）にわたって続くと、糖尿病に特徴的な三大合併症のほか、虚血性心疾患、脳卒中、下肢の壊^えそ、歯周病等を起こしてきます。

糖尿病患者の死亡原因の分析^{*3}でも、血管障害（心臓、腎臓、脳）によるものが約45%、がんによるものが約30%と、血管障害によるものが最も多くなっています。合併症の進行を防止するための教育と、専門医による指導が必要です。

本県では、糖尿病学会の教育認定指導施設が数カ所にとどまっており、血管障害の治療にも精通した糖尿病専門医及び糖尿病性網膜症の治療に精通した眼科医の育成が重要な課題です。

^{*3} 坂本信夫ら 糖尿病 1994 ; 37 : 773-786

(ア) 網膜症

糖尿病性網膜症の初期の病変の進行防止には、患者教育と血糖管理が必要であり、全ての糖尿病患者が、年1～2回の定期的な眼科検診を受診することが必

要です。なお、糖尿病性網膜症の治療には、光凝固療法^{*4}が重要な位置を占めており、光凝固療法を行う施設の整備が必要です。

糖尿病の治療を受けている人でも、初期には眼科の受診をせずに、視力が低下して初めて眼科を受診する人が少なくありません。この状態になってからでは、光凝固療法の機会を失っていることが少なくなく、視力低下を防止しにくくなります。今後、糖尿病に合併する眼科疾患の診療システムを地域において確立することが重要です。

^{*4} 光凝固療法：レーザー光など高エネルギーの強光線を、これを吸収する組織に集光し、その部に発生する熱により組織の火傷を起こさせることによる治療法

(イ) 腎症

糖尿病性腎症においては、収縮期血圧^{*5}が10mmHg低下すると細小血管症^{*6}の発症が約37%減少すると報告されており、血糖管理に加えて、血圧管理の重要性が強く指摘されています。

現在、わが国における人工透析患者の原因となる疾患で最も多いのが糖尿病(新規透析導入必要糖尿病患者数、平成17年 14,350人、日本透析医学会)であり、血糖の管理と共に十分な血圧管理^{*7}が重要です。

^{*5} 収縮期血圧：心臓が収縮する時の血圧＝最高血圧

^{*6} 細小血管症：臓器の細小血管に障害をきたす疾患

^{*7} 血圧管理：日本高血圧学会の糖尿病患者及び腎障害患者に対する血圧の目標は、130/80mmHg未満(高齢者は別枠)と定められている。

(ウ) 虚血性心疾患^{*8}

虚血性心疾患や脳卒中が糖尿病になる前の耐糖能異常の患者でも多いこと、また、これらの血管障害は発症してしまうと、血糖を管理しても、その治療効果が少ないことが報告されており、早期診断の重要性が指摘されています。

虚血性心疾患患者の減少には、高血圧治療のほか、血糖管理、血清脂質異常症の治療、禁煙の徹底、肥満の是正が重要です。

なお、糖尿病に見られる虚血性心疾患は無症状のことが多く、糖尿病患者の中から、虚血性心疾患を早期に診断するための検査法の確立が重要です。

^{*8} 虚血性心疾患：「12 心疾患」の「基本的考え方」の項を参照

(エ) 歯周病

近年、歯周病が糖尿病の合併症の一つとして捉えられてきています。糖尿病患者は、歯周病の罹患率が高く、重症化しやすいことがわかっています。特に、血糖の管理が悪い場合は、顎の骨の吸収を伴う重篤な歯周炎に罹患する例が多く認められます。

(3) 大目標

- ① 生活習慣の改善を図り、糖尿病の発症を予防します。
- ② 適切な血糖管理や血圧管理などを行い、糖尿病の進展を抑制します。

糖尿病は、生活習慣の改善によって、その発症を予防できるとともに、発症しても適切な血糖管理、血圧管理や口腔管理などの治療を行うことによって、その進展を抑制することが可能な疾患です。

一方、治療が不適切な場合、三大合併症を含む慢性の合併症を起こし、その段階では治療が難しい疾患でもあります。したがって、糖尿病の発症及びその進展を抑制するため、県民一人ひとりが糖尿病に対する十分な理解を持つことが重要です。

(4) 小目標

	指 標	基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 糖尿病有病者数の割合 (空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.1以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者の割合) ①40～74歳男性 ②40～74歳女性	「メタボリックシンドローム」の項目再掲	「メタボリックシンドローム」の項目再掲	「メタボリックシンドローム」の項目再掲	「メタボリックシンドローム」の項目再掲
		—	16.6% ^{★1}	—	10%以上減少 [※]
		—	7.9% ^{★1}	—	10%以上減少 [※]
	● 糖尿病による死亡者(年齢調整死亡率) ①男性 ②女性	6.4 ^{★1}	6.8 ^{★2}	減少	減少
		4.2 ^{★1}	3.3 ^{★2}	減少	減少
	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合 ①成人男性 ②成人女性 ③児童、生徒(肥満度20.0%以上) ・小学生男子 ・小学生女子	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
		全年齢平均 24.8% ^{★2}	59歳以下 28.8% ^{★3} 60歳以上 32.4% ^{★3}	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
		全年齢平均 31.0% ^{★2}	59歳以下 22.0% ^{★3} 60歳以上 33.6% ^{★3}	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
		11.9% ^{★3}	13.0% ^{★4}	7%	7%
		9.9% ^{★3}	10.2% ^{★4}	7%	7%
	● 高コレステロール(221mg/dl以上)者の割合 ①成人男性 ②成人女性	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
		17.4% ^{★2}	—	10%	—
		30.7% ^{★2}	—	20%	—
行動指標	● 血清脂質異常症有病者数 (中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬服用者の割合) ①成人男性 ②成人女性	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
		—	18.2% ^{★1}	—	10%以上減少 [※]
		—	18.2% ^{★1}	—	10%以上減少 [※]
	● 食塩摂取量(一人1日あたり平均)	13.9g ^{★4}	11.3g ^{★3}	10g未満 ※40歳以上の男子については段階的に13～10g	10g未満
行動指標	● カリウム摂取量(一人1日あたり平均) ①成人男性 ②成人女性	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
		3,035mg ^{★4}	2,590mg ^{★3}	3,500mg	3,500mg
		2,767mg ^{★4}	2,413mg ^{★3}	3,500mg	3,500mg

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 週2回以上運動する者の割合	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
	①成人男性	23.9% *5	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% *5	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたり平均)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
		6,542歩 *6	6,217歩 *3	1,000歩増加	10,000歩
	● 脂肪エネルギー比率(一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	23.7% *4	21.6% *3	20～25%	20～25%
	②成人女性	25.3% *4	22.7% *3	20～25%	20～25%
				※10歳代 30%	※10～20歳代 20～30%
	● 食事への配慮のある者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	78.8% *4	—	100%	100%
	②成人女性	88.6% *4	—	100%	100%
環 境 指 標	● 糖尿病に関する個別健康教育を実施 している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	7市町村 *7	10市町村 *5	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 *1 人口動態統計(平成11年:厚生省)を基に秋田県健康対策課算出 *2 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) *3 学校保健安全調査(平成10年度:秋田県) *4 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) *5 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *6 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) *7 保健事業実施計画(平成12年度:厚生省) 現状値のデータ出所 ★1 メタボリックシンドローム予備群等調査(平成18年度:秋田県) ★2 人口動態統計(平成18年:厚生労働省)を基に秋田県健康推進課算出 ★3 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★4 学校保健安全調査(平成17年度:秋田県) ★5 地域保健・老人事業実施報告(平成18年度:厚生労働省) ※ 平成24年度の目標値(減少率)は、平成20年度と平成24年度の特定健診結果から算出(算出方法は厚生労働省の定める方法による)					

(5) 重点施策

ア 運動習慣定着化の推進(日本一健康な県づくり県民運動)

● 健康づくり体操実践運動

県民各自が自分に合った体操(ラジオ体操、秋田花まる元気アップ体操その他)を最低一日1回は行う運動の推進

● ウォーキング実践運動

ウォーキング・徒歩通勤等の普及による運動習慣定着化の促進

● 教育委員会と連携した子どもの運動習慣の定着化や体力向上に資する事業への支援

イ 食生活の改善

● 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した望ましい食生活の普及

- 保育所・学校での給食をととした食育の推進
- 減塩運動の推進
- 伝承料理や地域の食材を活かしたヘルシーメニューの開発と普及
- 外食や加工食品の栄養成分表示や食事・栄養に関する情報提供など、健康な食生活を支援するための食環境の整備の推進
- 食品関連事業者等と協力した食育の推進

ウ 健康教育（広報啓発）の充実

- 事業所、健康関連業界、食品関連業界等の関係機関等と連携した糖尿病や合併症の予防などに関する正しい知識の啓発・普及
- 糖尿病の家族歴のある県民に対する糖尿病の知識の啓発・普及

エ 情報提供の推進

- マスメディアやインターネット等の様々な広報媒体を活用した正確な情報の提供（肥満の改善、運動量の増加、食事時における脂肪摂取量の適正化など）

オ 特定健康診査及び特定保健指導体制等の充実

- 特定保健指導実践者の資質向上をめざした研修の実施
- 地域・職域連携推進協議会等を活用した市町村、医療保険者、事業所の連携による特定健康診査・特定保健指導等の推進
- 特定健康診査及び特定保健指導に関するデータ等の保健事業への効果的な活用
の支援
- 市町村の健康増進事業（ポピュレーションアプローチ）への助言と指導
- 特定健康診査において糖尿病が強く疑われる者に対する医療機関における早期治療勧奨の支援

11 脳血管疾患（脳卒中）

(1) 基本的な考え方

脳卒中^{*1}は、脳の血流障害による脳梗塞^{こうそく}と、出血による頭蓋内出血^{ずがいない}からなり、頭蓋内出血は、さらに脳出血とくも膜下出血などに分けられます。最近の外国の分類では、脳卒中や脳血流障害で引き起こされる血管性認知症も脳血管障害の一つに分類されています。

わが国における寝たきりや老人性認知症の最大の要因は脳卒中です。老人医療費は、国民医療費全体の35.1%（平成17年度）にも達しています。医療費高騰の問題に加えて、患者のADL（日常生活動作）やQOL（生活の質）の低下に対処して、介護に当たる家族、介護者の経済的、精神的負担は計り知れないほど大きくなっていることから、脳卒中の発症予防に積極的に取り組むことが大切です。

本県では、脳卒中発症者を早期に把握し、治療を行うため、平成2年度から脳卒中の発症登録事業を行っています。平成18年度末までの登録実績は31,918件に達しており、本県の脳卒中の予防及び治療に大きな貢献をしていますが、引き続き、研究成果に基づく予防と患者の総合的なケアを行うことが必要です。他職種との連携によるNST（栄養サポートチーム）の構築と併せ、栄養管理と口腔機能の回復・維持を計ることも必要です。

脳卒中の発症を予防するためには、生活習慣の改善による高血圧、高血糖、血清脂質異常、肥満、喫煙、多量飲酒などの危険因子の排除（一次予防）や、健康状態を確認する健康診査（二次予防）の充実が重要です。

また、県民が脳卒中について正しい知識を持つことも重要です。

^{*1} この場合の「脳卒中」は、国際疾病障害死因分類における「脳血管疾患」にあたる。

(2) 現状と課題

ア 脳卒中による死亡の状況

脳卒中による死亡者数は、平成18年の全国の総死亡者数の11.8%を占め、がん、心疾患による死亡者数に次いで第3位となっています。

一方、本県における脳卒中による死亡者数は、本県の総死亡者数の14.2%を占め、平成16年までは、がんによる死亡者数に次いで第2位となっていました。平成17年からは、全国の状況と同様、第3位となっています。

表5－11－1 脳卒中による死亡者数

（単位：人、％）

区 分		脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他	計
秋田県	人 数	1,184	474	201	70	1,929
	割 合	61.4	24.6	10.4	3.6	100.0
全 国	人 数	77,008	33,290	14,466	3,504	128,268
	割 合	60.0	26.0	11.3	2.7	100.0

〔人口動態統計（平成18年）〕

なお、脳卒中死亡率（人口10万対）の年次推移については、「第3章 1 主要疾患の状況」で記述したとおりです。

脳卒中の病類型死亡率（人口10万対）の年次推移（p85表5－11－2参照）を見ると、脳卒中に占める脳梗塞の割合が、最近では、脳出血やくも膜下出血を大きく上回っています。このことから、従来、重点的に行ってきた高血圧対策だけでなく、今後は、脳梗塞の危険因子である糖尿病や血清脂質異常症の対策にも重点的に取り組む必要があります。

イ 脳卒中の危険因子（高血圧、糖尿病）の状況

脳卒中の危険因子である高血圧、糖尿病（疑いも含む）と診断された者の割合は、全国及び本県ではほぼ同様の傾向を示しています（p86表5－11－3参照）。

したがって、これらの危険因子をチェックし、異常があるときは事後指導を徹底するとともに、医療機関へ円滑に移行することが重要です。

ウ 急性期治療の状況

従来のCT、MRI検査のような脳の組織の形態を画像化する検査に加えて、最近では、PET^{*2}やSPECT^{*3}検査のような脳の血流や代謝などを測定し、脳の活動状態を画像化する検査が臨床に導入されています。

また、新しい薬剤が血栓溶解療法に用いられ、急性期治療の医療体制の確立とあいまって、急性期（超急性期）における治療が格段と進歩しています。急性期に、適切な治療を迅速に行えば、後遺症の程度が従来に比べ、著しく軽減することが明らかにされており、患者搬送にかかる時間を短縮するなど、救急体制の充実が重要です。

^{*2} PET：positron emission tomography（陽電子放射断層撮影）の略

^{*3} SPECT：single photon emission computed tomography（単光子放射線コンピュータ断層撮影）の略

エ 急性期治療後の状況

急性期を脱した患者には後遺症が残ることが多いため、自分で食事を取ることが困難な場合があります。病院では、入院中から運動機能訓練が行われていますが、今後は、栄養管理も重要です。

医師、看護師、歯科医師、栄養士、歯科衛生士などによる栄養サポートチームが、患者の栄養状態の把握・管理、摂食嚥下機能の評価、口腔ケアなどを行い、退院後のQOLの向上を図ることが必要です。

(3) 大目標

生活習慣の改善を図り、脳卒中の発症を予防します。

脳卒中の危険因子について、県民が正しい知識を持てるように啓発する必要があります。

また、脳卒中の危険因子は、高血圧、高血糖、血清脂質異常、肥満、喫煙、多量飲酒であることから、一人ひとりが毎日の生活の中で、食事内容に十分配慮しつつ、適度な運動を行うとともに、喫煙や多量飲酒を避けるなど、危険因子を除くよう啓発することが重要です。

さらに、県民が定期的に健康診査を受け、健康状態を確認し、異常があるときは十分な事後指導を受けることが必要です。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 脳血管疾患による死亡者 (年齢調整死亡率)				
	①男性	107.3 ^{*1}	73.1 ^{*1}	減 少	減 少
	②女性	63 ^{*1}	43.3 ^{*1}	減 少	減 少
	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	全年齢平均 24.8% ^{*2}	59歳以下 28.8% ^{*2} 60歳以上 32.4% ^{*2}	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
	②成人女性	全年齢平均 31.0% ^{*2}	59歳以下 22.0% ^{*2} 60歳以上 33.6% ^{*2}	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
	● 高血圧(血圧SCORE2以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40歳以上の男性	16.7% ^{*2}	—	10%	—
	②40歳以上の女性	11.4% ^{*2}	—	7%	—
	● 高血圧症有病者の割合 (収縮期血圧が140mmHg以上または 拡張期血圧が90mmHg以上であるか、 または血圧を下げる薬の服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40～74歳の男性	—	64.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	②40～74歳の女性	—	45.7% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	● 高コレステロール(221mg/dl以上)の者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	17.4% ^{*2}	—	10%	—
	②成人女性	30.7% ^{*2}	—	20%	—
行動指標	● 血清脂質異常症有病者の割合 (中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40～74歳の男性	—	18.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	②40～74歳の女性	—	18.2% ^{*3}	—	10%以上減少 [※]
	● 食塩摂取量(成人一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲) 13.9g ^{*3}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 11.3g ^{*2}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満 ※40歳以上の男子については段階的に13～10g	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満
	● カリウム摂取量(一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	3,035mg ^{*3}	2,590mg ^{*2}	3,500mg	3,500mg
	②成人女性	2,767mg ^{*3}	2,413mg ^{*2}	3,500mg	3,500mg
	● 週2回以上運動する者の割合	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
	①成人男性	23.9% ^{*4}	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% ^{*4}	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたり平均)	(「身体活動・運動」の項目再掲) 6,542歩 ^{*5}	(「身体活動・運動」の項目再掲) 6,217歩 ^{*2}	(「身体活動・運動」の項目再掲) 1,000歩増加	(「身体活動・運動」の項目再掲) 10,000歩

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 習慣的に喫煙する者の割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	成人男性	—	37.3% ★4	—	減 少
	成人女性	—	7.6% ★4	—	減 少
	● 未成年者の喫煙率	(「たばこ」の項目再掲) 参考(全国値)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①中学1年男子	7.5% *6	3.2% ★5	0%	0%
	②中学1年女子	3.8% *6	2.2% ★5	0%	0%
	③高校3年男子	36.9% *6	21.7% ★5	0%	0%
	④高校3年女子	15.6% *6	9.7% ★5	0%	0%
	● 喫煙によりかかりやすい疾患を知っている者の割合(脳卒中)	(「たばこ」の項目再掲) ★4	(「たばこ」の項目再掲) ★4	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
		21.3%	33.1%	100%	100%
	多量(1日あたり清酒に換算して3合以上: ● 純アルコール量60g以上)に飲酒する者の割合	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)
	①成人男性	8.0% *4	7.9% ★4	0%	0%
	②成人女性	1.3% *4	2.8% ★4	0%	0%
	● 未成年者の飲酒率	(「アルコール」の項目再掲) 参考(全国値)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)
	①中学3年男子	25.4% *7	—	0%	0%
	②中学3年女子	17.2% *7	—	0%	0%
	③高校3年男子	51.5% *7	—	0%	0%
	④高校3年女子	35.9% *7	—	0%	0%
環 境 指 標	● 「節度ある適度な飲酒」の内容を知っている者の割合	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)
	①成年男性	58.0% *4	51.7% ★4	100%	100%
	②成年女性	50.7% *4	41.4% ★4	100%	100%
	● 公共の場や職場での空間分煙している割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①公共施設	44.8% *8	—	100%	100%
	②職場	—	—	100%	100%
	● 禁煙に関する個別健康教育を実施している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	(「たばこ」の項目再掲) *9	(「たばこ」の項目再掲) ★6	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
		5市町村	9市町村	全25市町村	全25市町村
	基準値のデータ出所				
	*1 人口動態統計(平成11年:厚生省)を基に秋田県健康対策課算出 *2 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) *3 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) *4 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) *5 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) *6 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) *7 未成年者の飲酒行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) *8 市町村におけるたばこ対策事業実施状況調査(平成10年度) *9 保健事業実施計画(平成12年度:厚生省)				
	現状値のデータ出所				
	★1 人口動態統計(平成18年:厚生労働省)を基に秋田県健康推進課算出 ★2 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★3 メタボリックシンドローム予備群等調査(平成18年度:秋田県) ★4 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県) ★5 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成16年度:厚生労働省) ★6 地域保健・老人保健事業報告(平成18年度:厚生労働省)				
	※ 平成24年度の目標値(減少率)は、平成20年度と平成24年度の特定健診結果から算出(算出方法は厚生労働省の定める方法による)				

(5) 重点施策

ア 健康教育の充実

- 一人ひとりの健康状態に応じた適切な健康教育や健康相談が受けられる体制の整備
- 脳卒中の危険因子である高血圧、糖尿病、血清脂質異常症及び喫煙に関する健康教育の実施に向けての市町村支援
- 身体活動の有効性と実践方法についての情報の提供
- 減塩運動の推進
- 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した望ましい食生活の普及
- 家庭、学校、職域などにおける健康教育の機会の増加
- 身近にある施設を活用した運動等の実践指導

イ 情報提供の推進

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用した脳卒中に関する正確な情報の提供

ウ 特定健康診査及び特定保健指導体制等の充実

- 特定保健指導実践者の資質向上をめざした研修の実施
- 地域・職域連携推進協議会等を活用した市町村、医療保険者、事業所の連携による特定健康診査・特定保健指導等の推進
- 特定健康診査及び特定保健指導に関するデータ等の保健事業への効果的な活用への支援
- 市町村の健康増進事業（ポピュレーションアプローチ）への助言と指導

エ 関連施策の推進

- 脳卒中の危険因子である喫煙や多量飲酒についての対策の推進
- 「脳卒中情報システム事業」による調査研究の充実と成果の還元
- 脳卒中後遺症患者に対する保健、医療、福祉が一体化した総合ケアシステムの構築

表5－11－2 脳卒中の病類型死亡率（全国）

（単位：人口10万対）

	死 亡 率								年齢調整死亡率							
	脳卒中		くも膜下出血		脳内出血		脳梗塞		脳卒中		くも膜下出血		脳出血		脳梗塞	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
S 35 年	172.1	149.7	4.0	3.8	132.4	114.6	22.7	20.1	341.1	242.7	6.1	5.5	258.5	185.5	50.0	33.5
40 年	192.2	160.0	4.8	4.4	117.3	95.0	46.1	40.8	361.0	243.8	7.0	6.0	212.2	143.4	96.0	64.1
45 年	191.5	160.7	5.3	5.0	92.6	73.6	60.5	54.1	333.8	222.6	7.1	6.1	152.0	100.1	115.5	77.1
50 年	164.3	149.4	5.8	6.0	63.9	52.7	62.4	60.9	265.0	183.0	7.3	6.9	95.7	63.3	108.7	76.1
55 年	142.7	136.4	6.4	7.5	46.8	39.6	65.0	64.5	202.0	140.9	7.4	7.7	61.9	40.8	96.9	66.7
60 年	110.6	113.9	7.0	10.0	32.0	27.8	55.0	57.0	134.0	95.3	7.5	9.1	36.9	24.0	68.9	46.6

H2 年	95.6	103.0	8.1	11.9	26.3	22.0	50.5	54.7	97.9	68.6	7.8	9.4	26.1	15.7	52.7	34.6
7 年	114.2	121.4	9.0	14.1	29.0	24.5	70.1	73.7	99.3	64.0	7.9	9.6	25.0	14.3	61.1	35.8
12 年	102.7	108.2	9.0	14.5	27.3	22.2	63.5	68.0	74.2	45.7	7.1	8.4	20.3	10.8	44.7	25.0
17 年	103.3	107.1	9.2	14.2	29.7	23.3	61.7	66.5	61.9	36.1	6.7	7.2	19.0	9.3	34.5	18.6
18 年	99.6	103.6	8.9	14.0	29.7	23.2	58.4	63.5	57.8	33.4	6.3	6.8	18.6	8.9	31.3	16.8

表５－１１－３ 平成17年度基本健診受診者に占める高血圧及び糖尿病の割合

区 分		要医療と診断され(受診者(人))				総受診者に占める割合(%)		
		総受診 者 数	中 等 度 高 血 圧	高 度 高 血 圧	糖尿病(疑 いを含む)	中 等 度 高 血 圧	高度 高血圧	糖尿病 (疑いを含む)
秋 田 県	40～49歳	15,294	502	147	702	3.3	1.0	4.6
	50～59歳	33,654	1,615	406	2,707	4.8	1.2	8.0
	60～64歳	20,215	1,287	308	2,156	6.4	1.5	10.7
	65～69歳	25,821	1,767	389	3,046	6.8	1.5	11.8
	70～74歳	26,344	2,170	443	3,236	8.2	1.7	12.3
	75歳以上	26,856	2,519	587	3,390	9.4	2.2	12.6
	計	148,184	9,860	2,280	15,237	6.7	1.5	10.3
全 国	40～49歳	1,294,440	32,257	12,805	32,435	2.5	1.0	2.5
	50～59歳	2,417,061	125,449	45,636	142,247	5.2	1.9	5.9
	60～64歳	1,885,144	121,286	43,728	154,416	6.4	2.3	8.2
	65～69歳	2,284,874	171,607	60,033	213,960	7.5	2.6	9.4
	70～74歳	2,255,598	191,525	69,383	229,827	8.5	3.1	10.2
	75歳以上	2,872,726	275,252	113,880	285,498	9.6	4.0	9.9
	計	13,009,843	917,376	345,465	1,058,383	7.1	2.7	8.1

注 診断の基準値(老人保健事業基本健康診査結果の判定区分による)

(1) 血圧の分類

区分	軽度	中等度	重度
収縮期血圧 mmHg	140～159	160～179	180以上
拡張期血圧 mmHg	90～99	100～109	110以上

※要医療は、中等度高血圧及び高度高血圧とする。

- (2) 糖尿病：空腹時血漿血糖値 126mg/dl 以上(要医療) ヘモグロビンA1c 検査値 6.1%以上
 随時血漿血糖値 200mg/dl 以上(要医療) ヘモグロビンA1c 検査値 6.1%以上

※目安を定めたものであり、医師の判断による。

(1) 基本的な考え方

心臓壁に分布する血管（冠動脈）が動脈硬化によって閉塞し、心臓の筋肉(心筋)への血流低下又は途絶（虚血）によって引き起こされる虚血性心疾患は、急性冠症候群と総称される不安定狭心症、急性心筋梗塞、心臓性急死に進展する極めて危険な疾患です。

虚血性心疾患の要因である冠動脈硬化の発症阻止、さらに、急性冠症候群への進展を阻止するには、危険因子とされている高血圧、高血糖、血清脂質異常、肥満の予防や改善のため、欧米型食生活から日本食を中心とした食生活に切り替えることや、運動を習慣化すること、禁煙すること、さらに生活に休養を取り入れストレスを少なくするなど、生活習慣の改善が極めて重要です。

虚血性心疾患は先進国では国民病とされ、例えば、アメリカでは禁煙運動やコレステロールキャンペーンをはじめとする食事指導が、具体的に、息長く、かつ徹底的に続けられています。

現在、全国的に虚血性心疾患が増加していますが、本県においても同様と考えられ、同じ循環器病として共通の危険因子を持つ脳卒中とともに、虚血性心疾患を予防することが必要です。

(2) 現状と課題

ア 心疾患による死亡の状況

昭和22年以降、我が国における心疾患による死亡者数は年々増加し、死亡原因別の死亡者数で見ると、平成9年以降は、がんに次いで2番目に多くなっており、平成18年では心疾患による死亡者数が死亡者数全体の16.0%を占めています。

一方、本県における心疾患による死亡者数は、平成6年以降は、がん、脳卒中による死亡者数に次いで3番目で、平成17年は2番目となり、平成18年は、死亡者数全体に占める割合が14.8%となっています。

なお、食習慣の欧米化によって、今後、心疾患による死亡率が上昇することが見込まれることから、今から生活習慣の改善に取り組むことが必要です。

イ 心疾患を原因とする心肺停止者の状況

本県で平成18年に急病で救急隊により搬送された22,057人のうち、心疾患等によるものは、2,581人（11.7%）を占めており、脳疾患によるもの、消化器系疾患によるものに次いで3番目に多くなっています。

一方、家庭、職場などで心肺が停止し、救急施設に搬送された1,309人のうち、家族又は救急隊員による応急手当が実施された619人の中で、1か月後の生存者数は、34人（5.5%）となっています（「救急業務の概要」：秋田県総合防災課）。

ウ 健康診査の状況

本県では、これまで、市町村を実施主体とした集団方式又は医療機関方式による基本健康診査で年間約15万人に循環器疾患等のスクリーニングが行われてきました。

しかし、平成20年度からは、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導が実施されますので、健康診査の状況等の把握が必要です。

(3) 大目標

生活習慣の改善を図り、虚血性心疾患の発症及び進展を予防します。

虚血性心疾患の要因となる冠動脈硬化の予防、虚血性心疾患の進展を阻止するため、その危険因子である高血圧、高血糖、血清脂質異常、肥満の予防及び改善、さらに、喫煙、飲酒、休養などの生活習慣の改善を図る必要があります。そのためには、脳卒中と同様、地域における健康教室の場などで指導を行うことが有効です。

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● 心疾患による死亡者(年齢調整死亡率)				
	①男性	80.8 ^{*1}	79.7 ^{★1}	減少	減少
	②女性	48.1 ^{*1}	41.1 ^{★1}	減少	減少
	● 肥満(BMI25.0以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	全年齢平均 24.8% ^{*2}	59歳以下 28.8% ^{★2} 60歳以上 32.4% ^{★2}	59歳以下 15% 60歳以上 20%	59歳以下 15% 60歳以上 20%
	②成人女性	全年齢平均 31.0% ^{*2}	59歳以下 22.0% ^{★2} 60歳以上 33.6% ^{★2}	30～50歳代 15% 60歳以上 20%	30～50歳代 15% 60歳以上 20%
	● 高血圧(血圧SCORE2以上)者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40歳以上の男性	16.7% ^{*2}	—	10%	—
	②40歳以上の女性	11.4% ^{*2}	—	7%	—
	● 高血圧症有病者の割合 (収縮期血圧が140mmHg以上または 拡張期血圧が90mmHg以上であるか、 または血圧を下げる薬の服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40～74歳の男性	—	64.2% ^{★3}	—	10%以上減少※
	②40～74歳の女性	—	45.7% ^{★3}	—	10%以上減少※
	● 高コレステロール(221mg/dl以上)の者の割合	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	17.4% ^{*2}	—	10%	—
	②成人女性	30.7% ^{*2}	—	20%	—
行動指標	● 血清脂質異常症有病者の割合 (中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬服用者の割合)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①40～74歳の男性	—	18.2% ^{★3}	—	10%以上減少※
	②40～74歳の女性	—	18.2% ^{★3}	—	10%以上減少※
	● 食塩摂取量 (成人一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲) 13.9g ^{*3}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 11.3g ^{★2}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満 ※40歳以上の男子については段階的に13～10g	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行動指標	● カリウム摂取量(一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	3,035mg ^{*3}	2,590mg ^{★2}	3,500mg	3,500mg
	②成人女性	2,767mg ^{*3}	2,413mg ^{★2}	3,500mg	3,500mg
	● 週2回以上運動する者の割合	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
	①成人男性	23.9% ^{*4}	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% ^{*4}	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたり平均)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
		6,542歩 ^{*5}	6,217歩 ^{★2}	1,000歩増加	10,000歩
	● 習慣的に喫煙する者の割合				
	成人男性	—	37.3% ^{★4}	—	減 少
	成人女性	—	7.6% ^{★4}	—	減 少
	● 未成年者の喫煙率	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
		参考(全国値)			
	①中学1年男子	7.5% ^{*6}	3.2% ^{★5}	0%	0%
	②中学1年女子	3.8% ^{*6}	2.2% ^{★5}	0%	0%
	③高校3年男子	36.9% ^{*6}	21.7% ^{★5}	0%	0%
	④高校3年女子	15.6% ^{*6}	9.7% ^{★5}	0%	0%
	● 喫煙によりかかりやすい疾患を知っている者の割合(心疾患)	(「たばこ」の項目再掲) ^{*4}	(「たばこ」の項目再掲) ^{★4}	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
		30.5%	37.7%	100%	100%
	● 多量(1日あたり清酒に換算して3合以上: 純アルコール量60g以上)に飲酒する者の割合	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)
	①成人男性	8.0% ^{*4}	7.9% ^{★4}	0.0%	0.0%
	②成人女性	1.3% ^{*4}	2.8% ^{★4}	0.0%	0.0%
環境指標	● 未成年者の飲酒率	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)
		参考(全国値)			
	①中学3年男子	25.4% ^{*7}	—	0%	0%
	②中学3年女子	17.2% ^{*7}	—	0%	0%
	③高校3年男子	51.5% ^{*7}	—	0%	0%
	④高校3年女子	35.9% ^{*7}	—	0%	0%
	● 「節度ある適度な飲酒」の内容を知っている者の割合	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)
	①成年男性	58.0% ^{*4}	51.7% ^{★4}	100%	100%
	②成年女性	50.7% ^{*4}	41.4% ^{★4}	100%	100%
	● 公共の場や職場での空間分煙している割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①公共施設	44.8% ^{*8}	—	100%	100%
	②職場	—	—	100%	100%
	● 禁煙に関する個別健康教育を実施している市町村数 (合併により市町村総数は25に減少)	(「脳血管疾患」の項目再掲)	(「脳血管疾患」の項目再掲)	(「脳血管疾患」の項目再掲)	(「脳血管疾患」の項目再掲)
		5市町村 ^{*9}	9市町村 ^{★6}	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 ＊1 人口動態統計(平成11年:厚生省)を基に秋田県健康対策課算出 ＊2 秋田県総合保健事業団基本健診(平成11年度) ＊3 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) ＊4 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) ＊5 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) ＊6 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) ＊7 未成年者の飲酒行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) ＊8 市町村におけるたばこ対策事業実施状況調査(平成10年度:秋田県) ＊9 保健事業実施計画(平成12年度:厚生省)					

現状値のデータ出所

- ★1 人口動態統計(平成18年:厚生労働省)を基に秋田県健康推進課算出
- ★2 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県)
- ★3 メタボリックシンドローム予備群等調査(平成18年度:秋田県)
- ★4 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県)
- ★5 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成16年度:厚生労働省)
- ★6 地域保健・老人保健事業報告(平成18年度:厚生労働省)

※ 平成24年度の目標値(減少率)は、平成20年度と平成24年度の特定健診結果から算出(算出方法は厚生労働省の定める方法による)

(5) 重点施策

ア 健康教育の充実

- 一人ひとりの健康状態に応じた適切な健康教育や健康相談が受けられる体制の整備
- 虚血性心疾患の危険因子である高血圧、高血糖、血清脂質異常及び喫煙に関する健康教育の実施に向けての市町村支援
- 減塩運動の推進
- 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した望ましい食生活の普及
- 身体活動の有効性と実践方法についての情報の提供
- 家庭、学校、職域などにおける健康教育の機会の増加
- 身近にある施設を活用した運動等の実践指導

イ 情報提供の推進

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用した心疾患に関する正確な情報の提供
- 心肺蘇生法など発症時の的確な応急処置法の普及

ウ 特定健康診査及び特定保健指導体制等の充実

- 特定保健指導実践者の資質向上をめざした研修の実施
- 地域・職域連携推進協議会等を活用した市町村、医療保険者、事業所の連携による特定健康診査・特定保健指導等の推進
- 特定健康診査及び特定保健指導に関するデータ等の保健事業への効果的な活用への支援
- 市町村の健康増進事業（ポピュレーションアプローチ）への助言と指導

エ たばこやアルコールについての対策の推進

- 禁煙の推進と多量飲酒防止の推進

(1) 基本的な考え方

昭和56年にわが国における死亡原因の第1位が、それまでの脳卒中から、がんになり、本県においても、昭和58年以降、がんは死亡原因の第1位となり、その数を増やしながら現在に至っています。

表5-13-1 秋田県のがん、脳血管疾患及び心疾患の死亡数、死亡率(人口10万対)の年次別推移

年	が ん			脳血管疾患			心 疾 患		
	実 数	死亡率	全国 順位	実数	死亡率	全国 順位	実数	死亡率	全国 順位
平成 7 年	3,279	270.6	2	2,093	172.7	4	1,437	118.6	28
平成 12 年	3,766	317.5	1	1,988	167.6	1	1,620	136.6	14
平成 17 年	3,857	337.8	1	1,842	161.3	3	1,977	173.1	9
平成 18 年	3,877	343.1	1	1,929	170.7	1	2,002	177.2	7

〔人口動態統計：厚生労働省〕

とりわけ、本県においては、胃がん、大腸がんなど消化器がんによる死亡率が高く、食道がん、胃がん及び結腸がんによる平成18年の死亡率は全国第1位となっています。

本県のこのような状況に対応するためには、まず第一に、生活習慣の改善に取り組むことが必要です。特に、その中でも、各種のがんの発症と強い関係があることが判明しているたばこ対策が重要です。また、がんとの関連が明らかにされている食物の摂取に注目した食生活の改善も望めます。

さらに、これらと平行して、がん検診に力を入れることも必要です。なお、がん検診を行うに際しては、その有効性の評価と精度管理を行い、実効性のある検診を推進することが求められています。

また、県内におけるがんの実態を把握し、がんの罹患率、患者生存率等の評価を行うために、地域がん登録事業を推進し、充実させていくことも大切です。

(2) 現状と課題

ア がんによる死亡の状況

本県のがんによる死亡の年齢調整死亡率（人口10万対）を見てみると、平成17年は、男性では214.6、女性では95.9であり、各がんごとに見ると、男性では胃がんが最も多く、以下、肺がん、大腸がんの順に多くなっています。一方、女性ではやはり胃がんが最も多く、以下、大腸がん、乳がん、肺がんの順となっています。

全国と比較すると、本県においては消化器系のがんによる死亡率が高くなっていることが特徴です。

表5-13-2 主ながんの年齢調整死亡率

(人口 10 万対)

年・性別		胃がん		肺がん		大腸がん		子宮がん		乳がん	
		全 国	秋 田	全 国	秋 田	全 国	秋 田	全 国	秋 田	全 国	秋 田
平成 7 年	男性	45.4	57.4	47.5	47.1	24.4	29.3				
	女性	18.5	22.6	12.5	9.9	14.1	15.8	5.4	2.5	9.9	9.3
平成 12 年	男性	39.1	51.5	46.3	46.2	23.7	29.6				
	女性	15.3	19.2	12.3	11.5	13.6	17.6	5.3	3.9	10.7	10.1
平成 17 年	男性	32.7	47.4	44.6	40.5	22.4	24.1				
	女性	12.5	14.9	11.7	8.9	13.2	14.4	5.1	4.1	11.4	11.6
平成 18 年	男性	31.9	41.1	44.0	42.7	22.1	26.6				
	女性	12.0	17.0	11.7	10.9	12.7	13.8	5.1	4.1	11.7	11.6

〔人口動態統計を基に秋田県健康推進課作成〕

イ がんの予防対策の状況

がんの発症を促す要因には、喫煙や飲酒、食生活、運動などの生活習慣に関わるものがあげられます。

このため、この計画に基づき健康教育の充実、情報提供の推進、社会環境の整備の促進等の施策を展開してきました。

ウ がん検診と地域がん登録の状況

がん検診については、県内の市町村による胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がんの各検診の受診率は、平成14年度からおおよそ20～30％であり、全国に比べて高い状況にあります。

なお、がん検診は、市町村のほかに、医療保険者による保健事業や事業所健診、個人が任意で受診する人間ドック等により実施されています。

今後、その状況を把握することが課題となっています。

地域がん登録（全がん登録）については、平成18年度から実施していますが、平成19年7月現在で本県での登録者数は5,449人、協力医療機関は308か所となっています。

この登録事業から、がんの罹患率や生存率など、がん対策の基礎データを把握・評価し、医療機関等への情報の還元による医療のレベルの向上を推進します。

(3) 大目標

- ① 生活習慣の改善を支援し、がんの予防に努めます。
- ② がん検診を推進し、がんを早期に発見することにより、がんによる死亡の減少を図ります。

ア 生活習慣の改善によるがん予防への取り組み

がんの発症には、喫煙、食生活などの生活習慣が大きく関わっていることが明らかにされています。

(ア) 喫煙

たばこは、肺がんだけでなく、喉頭がんや口腔・咽頭がん、食道・膀胱がんなど多くのがんの発症に大きく関与していることが解明されてきました。

さらに、たばこは、本人のみならず、たばこの煙による受動喫煙によって、周囲の人の健康にも大きな影響を与えています。

たばこに関連する疾患の発症には、数十年の年月がかかるため、喫煙者の多くが、たばこの害についてそれなりの認識を持ちながらも、喫煙を継続していることが多い現状です。

未成年者も、好奇心から喫煙を始めると、ニコチンによる依存もあり喫煙を継続し、禁煙の機会を失うことが少なくありません。

このようなたばこの特性、喫煙の特徴等から、県民に対して正確で、かつ、わかりやすい情報を提供することが重要であり、特に、未成年者や若年女性の喫煙防止、受動喫煙防止、禁煙希望者への支援などの環境づくりが重要です。

(イ) 食生活

「県民健康・栄養調査」(平成18年度)によると、胃がんの危険因子とされている食塩の本県における摂取量(成人一人1日あたり平均)は11.3gと前回調査時(平成13年度)の13.3gよりも減少しました。

年代別では、40歳代の男性では12.4g(前回調査時14.5g)、女性では10.4g(前回調査時12.5g)、50歳代の男性では12.7g(前回調査時15.7g)、女性では10.7g(前回調査時12.9g)と、40歳代以降の摂取量が大きく減少しています。

しかし、本計画で目標としている10g未満には達していません。

また、脂肪エネルギー比率は、20～40歳代で25.4%となっています。

一方、野菜摂取量は、成人一人1日あたり314.2gとやや増加傾向にあります。

1日の食事において、果物を摂取している者の割合は52.1%となっています。

毎日の食生活の中で、これらのがんと関係する食物の摂取に配慮することは、がんの発生を減少させることにつながるものと考えられています。

イ がん検診の啓発・普及等(受診率の向上等)

より多くのがんを早期に発見し、早期に治療するためには、がん検診の受診率を高くするとともに、質の高いがん検診を実施していく必要があります。

がん検診は、市町村による検診のほか、医療保険者による保健事業や事業所検診、個人が任意で受診する人間ドック等により実施している場合があります。

平成17年度に県内の市町村が実施したがん検診の受診率は、胃がんは21.1%(全国平均12.4%)、肺がんは33.6%(全国平均23.2%)、子宮がんは25.2%(全国平均18.9%)、乳がんは31.2%(全国平均17.6%)、大腸がんは30.3%(全国平均18.1%)といずれも全国平均を上回っていますが、ここ数年横ばいの状況にあります。

受診率の向上を図るため、市町村は広報活動など啓発に努めているほか、老人保健法による基本健康診査との同時実施や早朝検診の実施など、検診を受けやす

い環境づくりに取り組んでいます。

平成20年度以降、市町村におけるがん検診等は、健康増進法に基づく事業（努力義務）として、引き続き市町村が実施し、老人保健法に基づく基本健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を取り入れた特定健康診査として、医療保険者が実施することになりました。今後、がん検診の受診率の向上を図るためには、がん検診の重要性に関する啓発・普及の強化、検診受入体制の整備等が必要です。

表5－13－3 秋田県の各がん検診の受診者の推移（単位：人、％）

	年度	受診者数	受診率		年度	受診者数	受診率
胃がん	平成 7 年度	92,189	26.3	肺がん	平成 7 年度	70,204	18.7
	平成 12 年度	82,411	23.9		平成 12 年度	89,679	44.2
	平成 17 年度	70,379	21.1		平成 17 年度	90,455	33.6
	平成 18 年度	69,324	20.7		平成 18 年度	95,014	33.2
子宮がん	平成 7 年度	68,331	25.6	大腸がん	平成 7 年度	108,696	28.7
	平成 12 年度	58,878	23.6		平成 12 年度	116,522	31.1
	平成 17 年度	33,694	25.3		平成 17 年度	109,376	30.3
	平成 18 年度	33,603	19.6		平成 18 年度	111,749	31.2
乳がん	平成 7 年度	68,154	25.2	〔老人保健事業報告：厚生労働省〕			
	平成 12 年度	61,932	24.2	※ただし、平成 18 年度は県の独自集計			
	平成 17 年度	27,661	31.2				
	平成 18 年度	29,230	21.6				

※受診率を計算する際の母集団(受診対象者)は次のとおり。

受診対象者：（４０歳以上の人口）－（職域健診対象者）－（各臓器疾患で医療機関にかかっている者）

表5－13－4 秋田県内市町村におけるがん検診精密検査の状況
（単位：人、％）

	受診者数	要精検者数	要精検率	精検受診者	精検受診率
胃がん	70,379	9,655	13.7	7,668	79.4
子宮がん	33,694	866	2.6	636	73.4
肺がん	90,455	3,492	3.9	2,532	72.5
乳がん	27,661	2,690	9.7	2,178	81.0
大腸がん	109,376	6,552	6.0	4,554	69.5
合計	331,565	23,255	7.0	17,568	75.5

〔地域保健・老人保健事業報告（平成 17 年度）〕

(4) 小目標

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
健康指標	● がんによる死亡者(年齢調整死亡率)				
	①全がん				
	男性	237.7 ^{*1}	—	減少	—
	女性	108.7 ^{*1}	—	減少	—
	②胃がん				
	男性	57.9 ^{*1}	—	減少	—
	女性	19.3 ^{*1}	—	減少	—
	③肺がん				
	男性	46.2 ^{*1}	—	減少	—
	女性	10.4 ^{*1}	—	減少	—
	④大腸がん				
	男性	25.7 ^{*1}	—	減少	—
	女性	18.6 ^{*1}	—	減少	—
行動指標	● がんによる年齢調整死亡率(75歳未満)				
	男性	—	135.1 ^{★1}	減少	減少
	女性	—	63.7 ^{★1}	減少	減少
	● がん検診受診率				
	①胃がん	24.1% ^{*2}	21.1% ^{★2}	—	50%
	②肺がん	28.0% ^{*2}	33.6% ^{★2}	—	50%
	③子宮がん	20.5% ^{*2}	25.2% ^{★2}	—	50%
	④乳がん	24.5% ^{*2}	31.2% ^{★2}	—	50%
	⑤大腸がん	29.0% ^{*2}	30.3% ^{★2}	—	50%
	● 食塩摂取量 (成人一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲) 13.9g ^{*3}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 11.3g ^{★3}	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満 40歳以上の 男子については段階的に 13～10g	(「栄養・食生活」の項目再掲) 10g未満
	● 野菜摂取量(一人1日あたり平均)	(「メタボリックシンドローム」の項目再掲) —	(「メタボリックシンドローム」の項目再掲) 314.2g ^{★3}	(「メタボリックシンドローム」の項目再掲) 350g	(「メタボリックシンドローム」の項目再掲) 350g
	● 1日の食事において、果物類を摂取している者(成人)の割合	—	52.1% ^{★3}	60%	60%以上
	● 脂肪エネルギー比率(一人1日あたり平均)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)	(「栄養・食生活」の項目再掲)
	①成人男性	23.7% ^{*3}	21.6% ^{★3}	20～25%	
	②成人女性	25.3% ^{*3}	22.7% ^{★3}	20～25%	
				10歳代 30%	10～20歳代 20～30%
	● 週2回以上運動する者の割合	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)	(「身体活動・運動」の項目再掲)
	①成人男性	23.9% ^{*4}	—	35%	35%
	②成人女性	22.1% ^{*4}	—	35%	35%
	● 日常生活における歩数 (一人1日あたり平均)	(「身体活動・運動」の項目再掲) 6,542歩 ^{*5}	(「身体活動・運動」の項目再掲) 6,217歩 ^{★3}	(「身体活動・運動」の項目再掲) 1,000歩増加	(「身体活動・運動」の項目再掲) 10,000歩
	● 習慣的に喫煙する者の割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	成人男性	—	37.8% ^{★4}	—	減少
	成人女性	—	7.6% ^{★4}	—	減少
	● 未成年者の喫煙率	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①中学1年男子	7.5% ^{*6}	3.2% ^{★5}	0%	0%
	②中学1年女子	3.8% ^{*6}	2.2% ^{★5}	0%	0%
	③高校3年男子	36.9% ^{*6}	21.7% ^{★5}	0%	0%
	④高校3年女子	15.6% ^{*6}	9.7% ^{★5}	0%	0%

指 標		基準値	現状値(H18年度)	目標値(H22年度)	目標値(H24年度)
行 動 指 標	● 喫煙によりかかりやすい疾患を知っている者の割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①肺がん	75.0% ^{*4}	73.1% ^{★4}	100%	100%
	②ぜんそく	48.9% ^{*4}	49.6% ^{★4}	100%	100%
	③気管支炎	50.8% ^{*4}	50.5% ^{★4}	100%	100%
	④心臓病	30.5% ^{*4}	37.7% ^{★4}	100%	100%
	⑤脳卒中	21.3% ^{*4}	33.1% ^{★4}	100%	100%
	⑥胃潰瘍	25.4% ^{*4}	27.0% ^{★4}	100%	100%
	⑦妊娠への影響	60.3% ^{*4}	60.6% ^{★4}	100%	100%
	⑧歯周病	20.5% ^{*4}	24.8% ^{★4}	100%	100%
	● 多量(1日あたり清酒に換算して3合以上: 純アルコール量60g以上)に飲酒する者の割合	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)	(「心の健康づくり」の項目再掲)
	①成人男性	8.0% ^{*4}	7.9% ^{★4}	0%	0%
	②成人女性	1.3% ^{*4}	2.8% ^{★4}	0%	0%
	● 「節度ある適度な飲酒」の内容を知っている者の割合	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)	(「アルコール」の項目再掲)
	①成年男性	58.0% ^{*4}	51.7% ^{★4}	100%	100%
	②成年女性	50.7% ^{*4}	41.4% ^{★4}	100%	100%
環 境 指 標	● 公共の場や職場での空間分煙している割合	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)	(「たばこ」の項目再掲)
	①公共施設	44.8% ^{※7}	—	100%	100%
	②職場	—	—	100%	100%
	● 禁煙のための個別健康教育を実施している市町村 (合併により市町村総数は25に減少)	(「たばこ」の項目再掲) 5市町村 ^{*8}	(「たばこ」の項目再掲) 9市町村 ^{★2}	全25市町村	全25市町村
基準値のデータ出所 ※1 人口動態統計(平成11年:厚生省)を基に秋田県健康対策課算出 ※2 老人保健事業報告(平成11年度:厚生省) ※3 県民の健康と食生活に関する調査(平成8年度:秋田県) ※4 健康づくりに関する意識調査(平成12年度:秋田県) ※5 県民の健康と食生活に関する調査(平成13年度:秋田県) ※6 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成8年度:厚生省) ※7 市町村におけるたばこ対策事業実施状況調査(平成10年度:秋田県) ※8 保健事業実施計画(平成12年度) 直近値のデータ出所 ★1 人口動態統計(平成17年:厚生労働省)を基に国立がんセンターがん対策情報センター算出 ★2 地域保健・老人保健事業報告(平成17年度:秋田県) ★3 県民健康・栄養調査(平成18年度:秋田県) ★4 健康づくりに関する調査(平成18年度:秋田県) ★5 未成年者の喫煙行動に関する全国調査(平成16年度:厚生労働省)					

(5) 重点施策

ア がん予防の推進

【たばこ対策の推進】

- 学校における喫煙防止教育の強化や職場でのたばこに関する健康教育の実施、市町村が実施する禁煙のための個別健康教育に対する支援など健康教育の充実
- マスメディアやインターネットの活用、キャンペーンの展開等によるたばこの危険性やがん等疾病との関係、受動喫煙による害についての正確な情報の提供
- 教育機関、医療機関、公共施設や公共交通機関等での禁煙及び事務室、作業場、会議室、休憩室、食堂、レストラン等多数の人が集まる場所での分煙・禁煙の実行

- 禁煙治療を保険診療で実施している医療機関の活用促進など禁煙支援の強化

【食生活改善の推進】

- 乳幼児期、学童期等における望ましい食習慣、食行動の形成支援
- 減塩運動の推進
- 「食生活指針」や「食事バランスガイド」などを活用した各ライフステージに対応した食育の推進
- 広報媒体を活用した正しい食生活情報の提供
- 食生活改善推進員の養成と組織の充実

【多量飲酒防止の推進】

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用した「適度な飲酒」等のアルコールに関する正確な情報の提供
- 未成年者の飲酒防止の推進
- 多量飲酒者に対し働きかけをしている断酒会等の自助グループ、アルコールを考える市民グループ等が行うアルコール関連問題解決のための活動への支援

【身体活動・運動の推進】

- 身体活動の有効性と実践方法についての情報の提供
- 県民各自が自分に合った体操（ラジオ体操、秋田花まる元気アップ体操その他）を最低一日1回は行う運動の推進
- ウォーキング・徒歩通勤等の普及による運動習慣定着化の促進

【大規模コホート研究の活用】

- 大規模コホート研究の成果の県内各地域での予防活動への反映

イ がん検診の啓発・普及等

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用するとともに、関係機関との連携した、がん検診の必要性や重要性についての啓発・普及
- 未受診者に対する啓発・普及や受診勧奨の実施
- 受診対象者を正確に把握して、未受診者をなくすための取り組みの推進
- 人間ドックや職域での受診などを含めた正確ながん検診受診率の把握
- 医療保険者が実施する特定健診との同時実施や費用負担など、受診者の利便性を向上させた検診の推進
- がん検診受診率50%を目指した検診体制の充実

ウ がん検診の質の向上

- マスメディアやインターネット等様々な広報媒体を活用した精密検査受診の必要性や重要性についての啓発・普及
- 精密検診未受診者に対する啓発・普及や受診勧奨の実施
- がん検診の評価と検診の精度管理の適切な実施
- 関係機関との連携による検診に従事する医師等を対象とした精度の高い検診のための研修の実施

参 考

生活習慣病による年齢調整死亡率の年次推移

男 性	が ん		脳卒中		心疾患		糖尿病	
	全国	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県
昭和 35 年	188.2	226.6	341.1	607.7	153.3	205.2	5.6	5.9
昭和 40 年	195.6	225.0	361.0	578.7	156.0	181.4	8.4	7.1
昭和 45 年	199.2	235.7	333.8	481.7	161.7	173.2	11.5	7.8
昭和 50 年	198.9	226.1	265.0	364.5	150.0	148.7	11.7	9.3
昭和 55 年	210.9	243.2	202.0	264.0	158.0	164.2	9.4	6.9
昭和 60 年	214.8	219.1	134.0	174.8	146.9	157.2	8.5	6.4
平成 2 年	215.6	236.1	97.9	121.7	139.1	138.9	7.5	4.3
平成 7 年	226.1	238.9	99.3	119.5	99.7	81.0	10.1	11.3
平成 12 年	214.0	239.0	74.2	91.1	85.8	74.3	7.8	8.0
平成 17 年	197.7	214.6	61.9	76.3	83.7	76.6	7.3	4.7
女 性	が ん		脳卒中		心疾患		糖尿病	
	全国	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県
昭和 35 年	132.0	138.8	242.7	367.0	111.9	138.2	5.2	2.1
昭和 40 年	130.3	128.1	243.8	368.9	111.1	121.0	7.4	7.9
昭和 45 年	126.9	135.0	222.6	303.4	114.5	119.3	9.5	8.9
昭和 50 年	121.1	132.0	183.0	236.8	106.3	108.7	9.6	8.0
昭和 55 年	118.8	126.2	140.9	184.0	103.9	116.2	7.7	5.2
昭和 60 年	113.1	111.3	95.3	120.4	94.6	98.2	7.0	6.6
平成 2 年	107.7	110.1	68.6	85.4	88.5	89.4	5.7	4.4
平成 7 年	108.3	110.9	64.0	74.3	58.4	51.2	6.6	6.8
平成 12 年	103.5	106.4	45.7	57.6	48.5	45.2	4.4	3.2
平成 17 年	97.3	95.9	36.1	39.5	45.3	44.5	3.9	4.6

第6章 計画の推進体制

1 推進基盤の整備

この計画を推進するためには、最終的には県民一人ひとりがそれぞれ自分の意志によって、自分のやりやすい方法を選択し、健康づくりを進める必要がありますが、そのためには、健康づくりに関する情報提供など県民の健康づくりを支える関係者の支援がとても重要です。

このため、県をはじめとして、市町村、企業・職域、マスメディア、保健・医療機関、教育機関、ボランティア・NPOなど県民の健康づくりを支援する関係者が連携し、各機関が一体的に事業を推進するための組織づくりの推進を図ります。

2 各種保健事業の連携強化と事業の一体的推進

生涯を通じた健康づくりを推進していくためには、各種保健事業を実施している市町村や保険者等が連携し、全ての県民が地域や職域の別を問わず、生涯を通じて共通の基盤に立った保健サービスが受けられるような仕組みづくりが必要です。このため、県では、地域保健、職域保健及び学校保健の関係者間の連携を強化し、各種保健事業が一体的に進められるよう関係者間の協議会を設置し、各種保健事業の一体的な推進に努めます。

3 実施主体の基本的な役割

この計画を策定し、推進することの意義は、健康づくりの目標値の設定自体にあるのではなく、その達成すべき目標を県民と県民の健康づくりを支援する関係者（健康づくり関係者）とが共有し、互いに協力しながら県民の健康を実現することにあります。

健康を実現することは、元来、個人の価値観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題ですが、こうした個人の力に加えて、社会全体として個人の健康づくりの行動を支援していくことが不可欠です。

このためには、「秋田県健康づくり推進条例」の基本理念にのっとり、県、市町村、健康づくり関係者がそれぞれの立場から求められている役割を果たすことによって県民の健康づくりを支援します。

(1) 県 民

健康づくりの主役は県民個人です。県民一人ひとりが主体的に自分の健康の意味を考え、自分に最も適した健康づくりの方法や資源を選択し、生涯を通じた健康づくりに自らが積極的に取り組み、自分の健康を実現することが求められます。

(2) 企 業

企業が提供するサービスの中には、食品や飲食サービス、医薬品、医療機器、環

境衛生、運動用品、スポーツ施設など健康に直接関連するものが数多く含まれており、企業が県民の健康に果たす役割は非常に大きいものがあります。そのため、企業は加工食品や外食の栄養成分表示、健康器具の使用方法、たばこやアルコールの有害性表示など健康に関連する情報を積極的に開示することが求められます。

また、企業は地域社会の一員として、健康づくりのための場や機会を地域の人々に提供したり、自ら地域活動に参加することが求められます。

(3) 非営利団体

ボランティア団体などの非営利団体が行う活動は保健、医療、福祉、社会教育、まちづくりなど多岐にわたりますが、保健・医療・福祉分野の占める割合は高齢社会が進展するにつれ、増加しています。非営利団体は、他の健康づくり関係者が提供できない、対象者に身近できめの細かい情報とサービスを提供することが期待されます。

(4) マスメディア

県民が健康情報を得る機会は大衆メディアにより提供されることが多いので、マスメディアはその影響力の大きさを十分に認識し、確かな根拠に基づいた正しい健康情報を県民に提供することが求められます。

(5) 保健・医療専門家

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、栄養士、歯科衛生士等の保健・医療専門家は、健康の問題に関し専門的立場からの技術・情報の提供が可能です。特に疾病の治療や予防を担うこれらの専門家については、治療のみならず、疾病を予防するための生活習慣の改善指導などにもより大きな役割を担うことが期待されます。

(6) 医療保険者

医療保険者は、これまで加入者の健康づくり事業を実施してきましたが、今後はメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施者として大きな役割を担うことになります。

(7) 市町村

市町村は、従来から母子保健事業や老人保健事業のサービス提供者として、住民の健康に対して重要な役割を担ってきましたが、地方分権の進展により、住民に最も身近な行政機関として、住民の健康状態に即した市町村独自の計画を主体的に策定し、それに基づいた健康づくり対策を推進することが期待されます。

(8) 県

県は、健康秋田21計画を推進する実施主体であり、全県的な健康づくり施策を円滑かつ総合的に推進するための方策を講じるとともに、健康秋田21計画に基づく施策や事業を着実に実施する必要があります。

また、健康指標の目標値の達成状況を評価し、県民に対し、その結果を提供することも求められます。

各地域振興局福祉環境部は、管轄する市町村の健康づくり対策が円滑に実施されるように専門的・技術的な側面から市町村を支援していくことが求められます。管轄する市町村の健康関連情報を収集し、その提供を行うとともに、地域の健康課題を明らかにするための調査研究を行い、市町村や関係団体と協働して地域の健康課題に対応していく必要があります。

4 県民の健康状態の把握

この計画を効果的に推進するためには、県民や健康づくり関係者が県民の健康状態や行政機関の行う健康づくり施策、ボランティア団体等の活動状況など、県民の健康に関連する情報を共有しながら、現状や課題について共通の認識を持ち、目標に到達するための具体的な諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康づくり運動に反映させることが必要です。

このため、国が行う人口動態調査等の調査に加え、国の調査だけでは県民の健康状態を十分に把握できないものについては、県民健康・栄養調査や歯科疾患実態調査など、県民の健康状態を的確に把握するための調査を県において独自に行うほか、県民の健康に関する意識や行動に関する調査等も継続して実施する必要があります。

5 計画の進行管理

この計画を円滑、かつ効率的に推進するためには、計画の進ちょく状況を確認するとともに、社会経済情勢の変化等に対応しながら目標達成に向けた取り組みが必要です。

このため、県では、「秋田県健康づくり審議会」や同審議会健康秋田21計画企画評価分科会などの機関も活用しながら、計画の適切な評価と進行管理を行います。

健康秋田 2 1 計画

印刷発行 平成 20 年 3 月
発 行 秋田県健康福祉部健康推進課
〒 010-8570
秋田県秋田市山王四丁目 1 番 1 号
電 話 018-860-1421
F A X 018-860-3821

