

健康長寿のまちづくり

第2次 健康のべおか 2 1

2018(平成 30)年度～2023 年度



延岡市健康増進計画

延岡市

はじめに

近年、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなることが求められています。

そこで国は、「健康日本 21（第 2 次）」の中で、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」「健康を支え、守るための社会環境の整備」「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」の 5 項目を、国民の健康の増進の総合的な推進を図る基本的事項として示しています。

本市では、「市民が共に支え合い、生涯を通じて健康で生き生きと暮らせるまち」の実現をめざす延岡市健康増進計画「第 2 次 健康のべおか 21」を平成 26 年 3 月に策定し、「健康長寿のまちづくり市民運動」と連携を図りながら推進しているところですが、今年度が計画期間の中間年度に当たることから、中間評価を行い、「第 2 次 健康のべおか 21」の見直しを実施しました。

本年度行った中間評価によると、本市では、平成 22 年と平成 25 年の比較では、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回り、不健康な期間（要介護等）も短くなっていることが分かりました。しかし、健康寿命に影響を及ぼす生活習慣や健診実績、疾病等については、様々な課題が明らかになりました。

具体的には、日本人の死因の第 1 位である悪性新生物の早期発見のために、がん検診受診率の向上に努めることや、子どもの頃からの肥満予防、若年期からの高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の発症予防・重症化予防に取り組むことが必要となっています。さらに、高齢期になっても元気で生きがいを持って生活を送るために、ロコモティブシンドロームの予防や、高齢者の地域活動への参加も大切となります。

今回の「第 2 次 健康のべおか 21」の見直しに当たっては、国・県の計画との整合性を図るとともに、「延岡市長期総合計画」、「ハートフルプラン 21」、「データヘルス計画」、「健康長寿のまちづくり 市民運動 行動計画」等との調和に留意しました。

今後、本計画を基本とし、健康長寿のまちづくりを市民の皆様と共にさらに推進してまいりたいと思いますので、より一層のご理解とご協力をお願いいたします。

最後に、この計画の策定を行うにあたり、「健康のべおか 21 会議」の委員の皆様をはじめ、貴重なご意見、ご協力をいただきました多くの皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成 30 年 3 月

延岡市長 読谷山 洋司

【目 次】

はじめに

第Ⅰ章 計画改訂にあたって

- 第1節 「第2次 健康のべおか21」の基本的な考え方 …… 1
- 第2節 計画の改訂における基本的な考え方 …… 4

第Ⅱ章 延岡市の概況と特性

- 第1節 健康に関する概況 ……11

第Ⅲ章 生涯健康づくりの推進

- 第1節 生活習慣病の予防 ……15
 - 1 がん ……15
 - 2 循環器疾患 ……19
 - 3 糖尿病 ……25
 - 4 次世代の健康 ……28
- 第2節 生活習慣の改善 ……31
 - 1 栄養・食生活 ……31
 - 2 身体活動・運動 ……37
 - 3 飲酒 ……39
 - 4 喫煙 ……42
 - 5 歯・口腔の健康 ……45
- 第3節 社会生活に必要な機能の維持・向上(健康づくり・生きがいづくり) ……48
 - 1 高齢者の健康 ……48
 - 2 こころの健康・休養 ……52
- 第4節 目標の設定 ……56

第Ⅳ章 まちの健康づくり

- 第1節 地域における健康づくりの推進 ……59
- 第2節 健康づくり推進のための環境整備 ……62
- 第3節 適切な健康情報の発信 ……63
- 第4節 これからの地域保健活動のあり方 ……63

資料

- 疾病と食品(栄養素)の関係 ……65
- 疾病と食品(栄養素)の関係を詳細にしたもの ……66
- 平成29年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(男性)を詳細にしたもの ……67
- 平成29年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(女性)を詳細にしたもの ……68
- アンケート調査の概要 ……69
- 「第2次 健康のべおか21」中間評価・見直し経過 ……70
- 健康のべおか21計画案作成委員会設置要綱 ……71
- 健康のべおか21会議設置要綱 ……72
- 健康のべおか21会議委員名簿 ……73
- 健康のべおか21計画案作成委員会・ワーキンググループ名簿 ……74

第1章

計画改訂にあたって

第1節 「第2次 健康のべおか 21」の基本的な考え方

1 基本目標と基本方針

『基本目標』

市民が共に支え合い、生涯を通じて健康で生き生きと暮らせるまち

『基本方針』

基本目標を達成するための基本方針を次のとおりとします。

(1) 生涯を通じた健康づくり

生涯を通じて健康で生き生きと過ごすためには、幼少時から規則正しい生活習慣を身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって継続できるようにすることが重要です。

市民一人ひとりが、それぞれのライフステージにおいて、自立して健康づくりに取り組める施策、生涯を通じた健康づくりの施策を展開していきます。

(2) 発症予防(健康増進)と重症化予防の重視

健康づくり・疾病予防の視点として、生活習慣を改善して健康を保持増進し、病気の発症を防ぐ「一次予防」、病気が進行しないうちに発見し、早期に対応する「二次予防」、機能回復や社会復帰を支援し、再発を防ぐ「三次予防」まで総合的な取組が必要です。

健康寿命の延伸を目指し、特に発症予防(健康増進)と重症化予防に重点を置いた対策を推進します。

(3) 地域の絆でつくる健康なまち

一人ひとりの健康づくりの推進のためには、家庭、地域、市民活動団体、学校、職場・企業、保険者、行政などが連携を図ることが大切です。

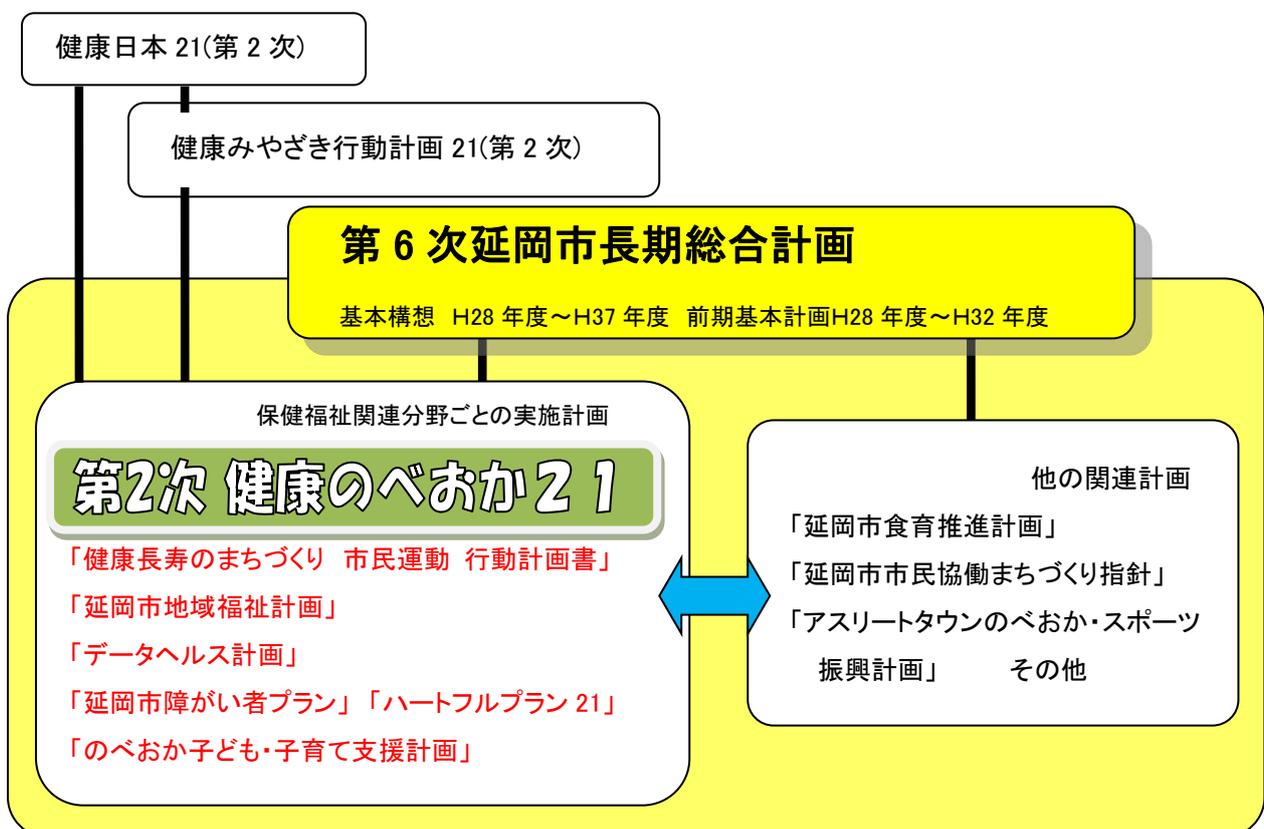
すべての市民が参画する地域づくり運動として“健康長寿のまちづくり”を展開していきます。

2 計画の位置づけ

本計画は、国の「健康日本 21(第 2 次)」、県の「健康みやざき行動計画 21(第 2 次)」を踏まえて、本市の「健康長寿のまちづくり 市民運動 行動計画書」と一体的に市民の健康づくりの施策を推進するための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

本市の「第 6 次延岡市長期総合計画」の基本目標の一つ“安心・安全な暮らしを支える地域づくり”を実現するための主要施策として位置づけ、健康づくりに関連する本市の各計画との整合性を十分に図るものとします。

[関連する各種計画]



3 計画の期間と評価

2013(平成 25)年度に開始したこの計画の最終目標年次は 2023 年度とし、計画の期間は 2018(平成 30)年度から 2023 年度までの後半の計画とします。

最終年度の 2023 年度には、市民の健康に関する課題を把握し、健康づくり活動の企画立案、実施、評価、改善策の実施のサイクル(PDCA)に基づき、次期の目標を策定します。

年度 (平成)	2012 (24)	2013 (25)	2014 (26)	2015 (27)	2016 (28)	2017 (29)	2018 (30)	2019 (31)	2020	2021	2022	2023	2024	2025
第 6 次延岡市長期総合 計画 基本構想	第 5 次計画			2016(H28)～2025										
第 6 次延岡市長期総合 計画 基本計画	第 5 次計画			前期計画						後期計画(～2025)				
延岡市地域福祉計画														
第 2 次 健康のべおか 21	2017(H29)年度に中間評価・見直し													
ハートフルプラン 21 高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画				第 6 期			第 7 期							
延岡市障がい者プラン														
のべおか子ども・ 子育て支援計画														
データヘルス計画							第 2 期							
健康長寿のまちづくり 市民運動 行動計画書														
健康日本 21 (第 2 次)														
健康みやざき 行動計画 21 (第 2 次)														

4 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢者までライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全市民を対象とします。

第2節 計画の改訂における基本的考え方

平成29年度が中間年度にあたることから、「第2次 健康のべおか21」中間評価報告書（平成29年12月）をもとに改訂を行いました。

1 中間評価の方法

中間評価にあたっては、以下の方法により検討を行いました。

(1) 「健康長寿の取り組みアンケート」の実施

平成29年7月に実施した「健康長寿の取り組みアンケート」^{※1}の結果をもとに、市民の意識や生活習慣の現状を分析するとともに、「第2次 健康のべおか21」策定の際の基礎データとなった「平成24年度 健康のべおか21 市民アンケート」^{※2}と比較し、問題点の検討を行いました。

※1、2の概要については、69ページに記載。

(2) 統計資料などによる分析

延岡市国民健康保険課が実施する特定健診の結果やレセプト・健診データ分析をもとに、市民の疾病特徴や健康状態の現状と課題について分析を行いました。

その他に、「乳幼児健診」、「学校保健に関する調査結果」、「平成23年市民健康・栄養調査」、「平成24年・28年国民健康・栄養調査」「介護保険課所持統計」「障がい福祉課所持統計」等の結果から分析を行いました。

(3) 「健康のべおか21 計画案作成委員会 ワーキンググループ」による検討

評価指標に関係する庁内関係課とともに、平成29年12月15日にワーキングを開催し、「第2次 健康のべおか21」に盛り込まれた施策の進捗状況や評価指標の動向、各種統計による市民の健康状況の変化をもとに議論しました。

2 「第2次 健康のべおか21」中間報告書の概要

(1) 延岡市民の健康寿命の延伸について

男女ともに、健康寿命の増加分は平均寿命の増加分を上回っていますが、国が2010(平成22)年から2022年までの3年毎の5時点[2010(平成22)年・2013(平成25)年・2016(平成28)年・2019(平成31)年・2022年]で評価することから、本市も最終年度で評価する必要があります。

生活習慣、健診成績、疾病等の要因が健康寿命に及ぼす影響の度合いははっきりしないため、今後も各目標項目に取り組むことで、健康寿命の延伸を図る必要があります。

(2) がんについて

本市が実施している各種がん検診の受診率は、伸びがみられず、国や県よりも低い状況にあります。また、健康長寿市民アンケートによるがん検診受診率は、職場や個人で受診している人も含まれ、20%前後で推移しています。しかし、がん対策推進基本計画の目標は50%であり、受診率向上のための対策が必要です。

現在の精密検査受診率は約80%ですが、要精密検査者が精密検査を受けないとがん検診を実施した意味がないため、効果的な受診勧奨を行う必要があります。

(3) 循環器疾患について

脳血管疾患や心疾患の年齢調整死亡率は、平成22年から平成27年までの6年間では増減があるため、今後の動向を見ていく必要があります。

延岡市国保特定健診受診者の高血圧有病者(高血圧治療中またはI度高血圧以上の者)の割合は、平成23年度から平成28年度の6年間での増減は見られません。年代が高くなるにつれて、有病者の割合は高くなっています。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は年々少しずつ増加しています。

延岡市国保特定健診受診率は、県よりは高く、国よりは低い状況にありますが、この5年間では変化は見られません。

疾病の発症を予防するために、あらゆる機会を捉えて情報を発信し、生活習慣の改善を促すことや、健診受診率の向上を図ることが大切となります。また、重症化を予防するために、健診結果で検査値の高い方への保健指導の強化が必要です。

(4) 糖尿病について

糖尿病性腎症によって透析導入となった人が増加しています。この5年間での糖尿病有病者(延岡市国保特定健診受診者で糖尿病の服薬ありの人)の割合は、ほとんど変化は見られません。このことは、発症予防の視点では良い傾向であると思われます。しかし、血糖コントロール不良者が増加していることから、発症予防と重症化予防に力を入れる必要があります。

(5) 次世代の健康について

低出生体重児（2,500g未満）の割合は、全出生中の9%前後で推移し、国や県よりも低くなっています。

妊娠中の喫煙の割合は国よりも低いものの増加傾向にあります。妊娠中の喫煙は、早産や低体重出生のリスクが高まり、出生後の乳児突然死症候群の原因になると言われています。胎児への影響について母子健康手帳交付時に啓発をおこなっていますが、意識づけが十分でなかったと考えられます。

肥満傾向にある3歳6か月児の割合は増加しています。幼児肥満は、高い割合で成人肥満に移行し、将来、高血圧や糖尿病等の生活習慣病を発症する可能性も高くなります。乳幼児健診や乳幼児健康相談等の母子と接する機会を通して、乳児期からの肥満予防について働きかけを行ってきましたが、子どもの生活習慣は保護者からの影響も大きく、一度の保健指導だけでは改善が難しいと考えられ、子どもを取り巻く地域とも連携を図りながらの取り組みが必要です。

(6) 栄養・食生活について

幼児期における肥満児（肥満度15%以上）の出現率が国と比べて高く、幼児期からの肥満指導の充実が必要です。

成人期においては、特に男性の若い世代の肥満が多い傾向にあるため、働き世代の保健指導や健康学習会の充実が必要です。

低栄養（BMI20以下）傾向にある高齢者は減少傾向にありますが、今後も、関係機関との連携により、個人への指導の充実を図るとともに、健康学習会等で、適切な質と量の食事をとることの大切さを啓発する必要があります。

(7) 身体活動・運動について

「運動習慣者の割合」や「意識的に体を動かす者の割合」については低下していますが、「健康長寿のまちづくり市民運動モデル事業」を活用し、主体的に運動を実施している地区や団体は増加しています。また、ロコモティブシンドロームの予防や体力づくり、さらに高齢者の引きこもり予防を目的とした「いきいき百歳体操」の普及は年々進んでいます。

運動の継続は、家族や地域の声かけや協力が必要です。今後も、ウォーキング等のイベントを実施するなどして、運動の継続への意欲が高められるよう環境づくりに取り組むことが必要です。

(8) 飲酒について

「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合」は、男女ともに低下しています。男性では50歳代、女性では40歳代が最も高い年代でした。

働く世代の適量飲酒の普及啓発を図るとともに、未成年者の飲酒が身体に及ぼす影響についての正しい知識の普及啓発も図る必要があります。

(9) 喫煙について

「喫煙率」は男女ともに低下しています。また、禁煙を達成している施設も増加しており、喫煙や受動喫煙に対する理解が広まっていると考えられます。今後も、喫煙や受動喫煙が身体に及ぼすリスクについて、妊婦やその家族、学校や地域・職域での正しい知識の普及啓発を図るとともに、受動喫煙の環境整備を行う必要があります。

(10) 歯・口腔の健康について

3歳児むし歯有病者率は減少傾向にありますが、本市は国と比較しても高い状況にあります。また、12歳児むし歯有病者率も県平均よりも高い状況です。乳幼児期はむし歯予防の習慣を身につける時期として非常に重要であることから、乳幼児健診等でむし歯予防についての普及啓発を行い、市立小学校全校で実施するようになったフッ化物洗口の有効性についても理解を進める必要があります。

成人歯科健診の受診者数は、年々増加しています。むし歯や歯周疾患は、その発病・進行により歯の喪失に繋がるため、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るものとなることから、歯や口腔の健康の重要性について周知啓発を行う必要があります。

(12) 高齢者の健康について

高齢者人口の増加に伴い、要介護認定者数は増加傾向にあります。要介護の原因疾患でもある認知症の人への早期介入や介護予防事業の拡充のために、軽度認知症のスクリーニングへの取り組みを進める必要があります。

運動器に痛みのある高齢者の割合は改善傾向にありました。また、「地域の行事」に参加する割合も策定時より20%増加し、ロコモティブシンドロームの認知度も上昇しています。今後も関係機関と連携をとり、ロコモティブシンドロームの知識の普及や、積極的に社会参加できるように運動器の機能維持のための取り組み、健康や生きがいづくりのための情報提供等も実施する必要があります。

(13) こころの健康・休養について

本市の自殺死亡率は増減を繰り返しながら低下傾向となっており、国、県と比べると低い状況です。しかし、本市は毎年20～30人の人が自殺で亡くなっています。自殺を考えるまでに追い込まれた状況では、自ら相談することが難しいため、周囲の人がその人のこころの不調に気づき、声をかけるといった、家族や地域や職域のつながりを強くし、その人を孤立させないようにしていくことが重要です。今後も、「延岡市自殺対策行動計画」に基づき、庁内関係各課と連携し、自殺対策事業を展開するとともに、健康学習会等で相談窓口の認知度の向上を図り、孤立しない環境づくりを行います。

3 評価指標または目標値の変更

※網掛けは「評価指標」

【健康寿命】

変更前	変更後	理由
延岡市民の健康寿命の延伸		算出方法が異なるため。
策定時の現状 (H22)		
男性 75.96 歳 女性 79.34 歳	男性 77.91 歳 女性 82.95 歳	

【がん】

変更前	変更後	理由
がん検診受診率の向上		平成 27 年度から対象者を対象年齢の全人口に変更したため、同様の条件で算出。
策定時の現状 (H24)		
胃がん 5.4% 肺がん 17.6% 大腸がん 13.5% 子宮がん 22.8% 乳がん 14.5%	胃がん 3.0% 肺がん 9.8% 大腸がん 7.5% 子宮がん 13.2% 乳がん 9.5%	
目標 (2023 年)		
胃がん 10% 肺がん 25% 大腸がん 20% 子宮がん 30% 乳がん 20%	胃がん 7% 肺がん 14% 大腸がん 11% 子宮がん 18% 乳がん 13%	

【糖尿病】

変更前	変更後	理由
糖尿病有病者の増加の抑制		算出方法が誤っていたため。
策定時の現状 (H24)		
12.2%	4.1%	
血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c8.0 以上)		HbA1c (NDSP 値) の表記方法が変更された平成 25 年度の割合に変更。
策定時の現状 (H24)		
0.69% (55 人)	H25 年度 1.1% (96 人)	

【栄養・食生活】

変更前	変更後	理由
肥満傾向にある子どもの割合の減少		
策定時の現状 (H24) 小学 5 年生の中・高度肥満児の割合 男子 15.4% 女子 8.7%	小学 5 年生の中・高度肥満児の割合 男児 5.8% 女児 6.7%	軽度肥満も含まれていたため。
適正体重を維持している者の増加		
策定時の現状 (H24) 男性の肥満者の割合 20～44 歳代 43.6% 45～64 歳代 36.2% 女性の肥満者の割合 20～44 歳代 22.4% 45～64 歳代 31.3%	男性の肥満者の割合 20～60 歳代 34.4% 女性の肥満者の割合 40～60 歳代 21.4%	目標と比較できるような年代を揃えた。 策定時に使用した市民健康・栄養調査は今後実施しないため、出典を変更。
低栄養傾向の高齢者の割合の抑制		
目標 (2023 年) 22%	70～79 歳男性 減少傾向へ 80 歳以上女性 22%	男性の目標を達成したため。
食塩摂取量の減少／日	栄養成分表示を「必ず見ている」もしくは、「たまに見る」人の割合の増加	市民健康・栄養調査は今後実施せず、食塩摂取量の把握が困難なため。
野菜摂取量の増加／日	3 食全てで野菜を「ほとんど毎日」もしくは、「週 4 日程度」食べる人の割合の増加	市民健康・栄養調査は今後実施せず、野菜摂取量の把握が困難なため。

【飲酒】

変更前	変更後	理由
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少		
目標 (2023 年) 男性 17 % 女性 6.4%	男性 減少傾向へ 女性 6.4%	男性の目標を達成したため。

【歯・口腔の健康】

変更前	変更後	理由
フッ化物洗口に取り組む保育園・幼稚園の割合の増加		目標をほぼ達成しているため。
目標（2023年） 45%	60%	

【高齢者の健康】

変更前	変更後	理由
介護保険サービス利用者の増加の抑制	介護保険サービス利用者の伸び率の抑制	高齢者が増え、サービス利用者が増えている現状から、伸び率を抑制するに変更。
伸び率の計算＝2017(平成29)年度を基準として、2025年度までの伸び率から1年間の伸び率を算出。2023年時点の伸び率を目標に設定。		
ロコモティブシンドロームを認知している市民の増加		目標を達成したため。
目標（2023年） 50%	80%	
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	運動器に痛みのある高齢者の割合の減少	目標を概ね達成したため。
目標（2023年） 腰痛 30% 肩こり 30% 手足関節 20%	腰痛 23% 肩こり 23% 手足関節 減少傾向	
高齢者の社会参加の促進		地域の行事は目標を概ね達成したため。
目標（2023年） 健康・スポーツ 60% 地域の行事 50%	健康・スポーツ 60% 地域の行事 60%	

第二章

延岡市の概況と特性

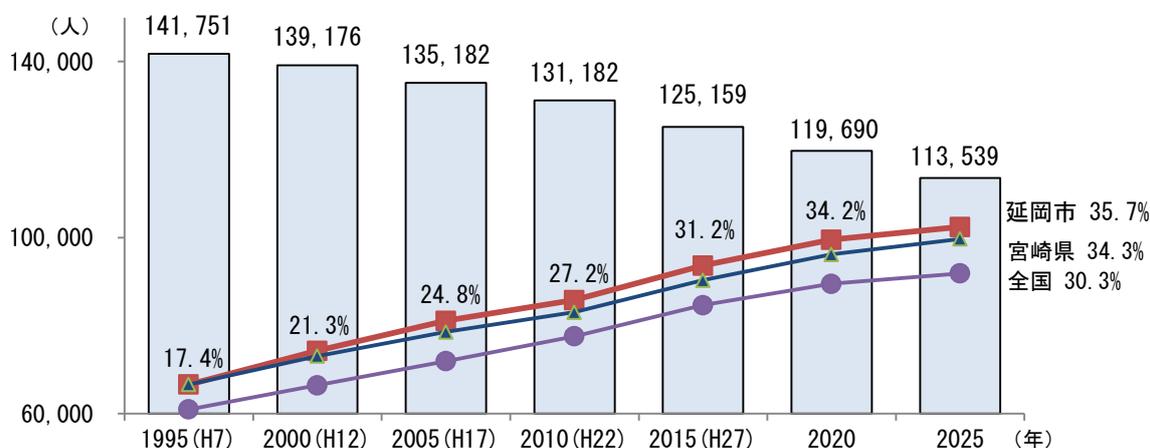
第1節 健康に関する概況

1 人口構成

本市の人口は、2010（平成22）年には131,182人でしたが、2015（平成27）年には125,159人となり減少傾向にあります。将来推計をみても減少が続くと予想されています。

高齢化率は年々上昇してきており、2015（平成27）年には31.2%であったのが、2020年には34.2%、2025年には35.7%まで上昇すると予測されています。また、国や県と比較しても、本市は高い状況にあります【図表1】。

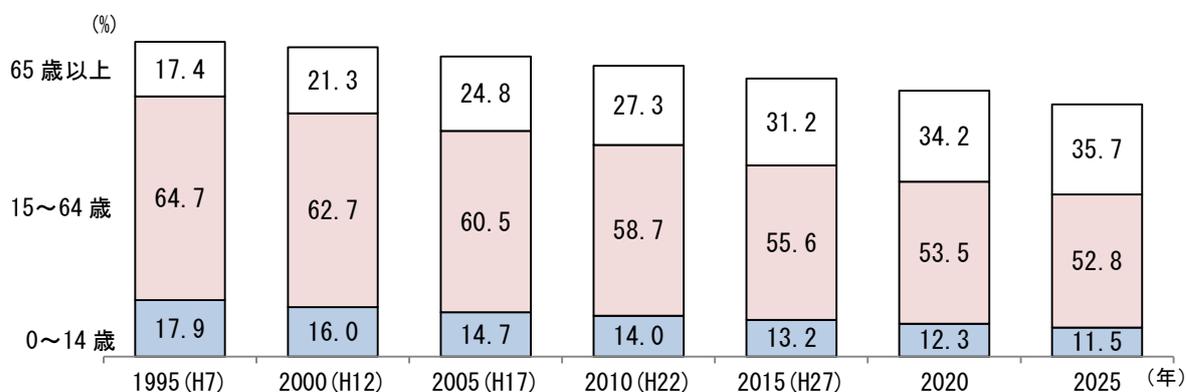
図表1 人口と高齢化率の推移と推計



(国勢調査、2020年以降：延岡市は厚生労働省「第7期将来推計用推計人口」、宮崎県・全国は国立社会保障・人口問題研究所の推計)

年少人口(0～14歳)・生産年齢人口(15～64歳)ともに、総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます【図表2】。

図表2 年齢別人口割合の推移



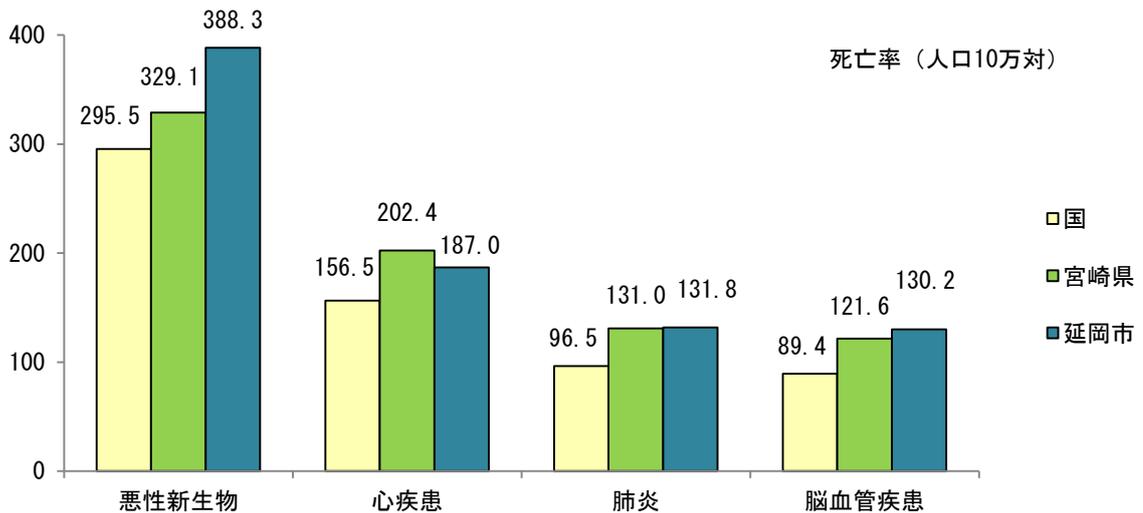
(国勢調査、2020年以降は厚生労働省「第7期将来推計用推計人口」)

2 死亡

本市の主要死因である悪性新生物および脳血管疾患による死亡率は、国や県よりも高くなっています。心疾患による死亡率は、県よりは低くなっていますが、国よりも高くなっています。

平成 23 年には、国、県、本市ともに死亡順位の 3 位が脳血管疾患から肺炎に変わっています【図表 1】。

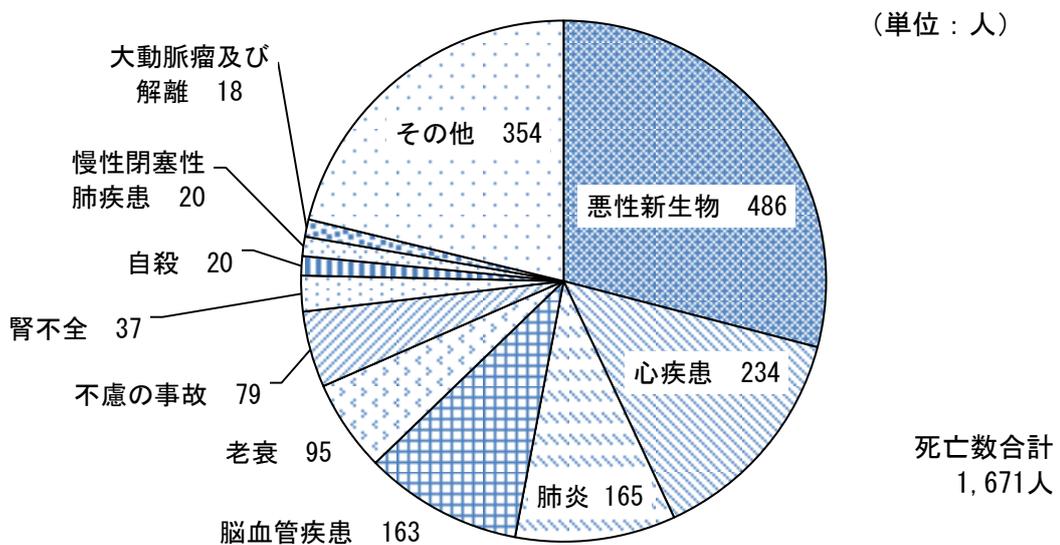
図表 1 主要死因の国・県との比較（H27 年）



(宮崎県衛生統計年報)

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患といった生活習慣病は、死亡原因となるだけでなく、要介護状態などを引き起こし、健康寿命の延伸を妨げる大きな原因となります【図表 2】。

図表 2 死因別死亡数（H27 年）



(宮崎県衛生統計年報)

3 平均寿命及び健康寿命の状況

健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間として定義されています。

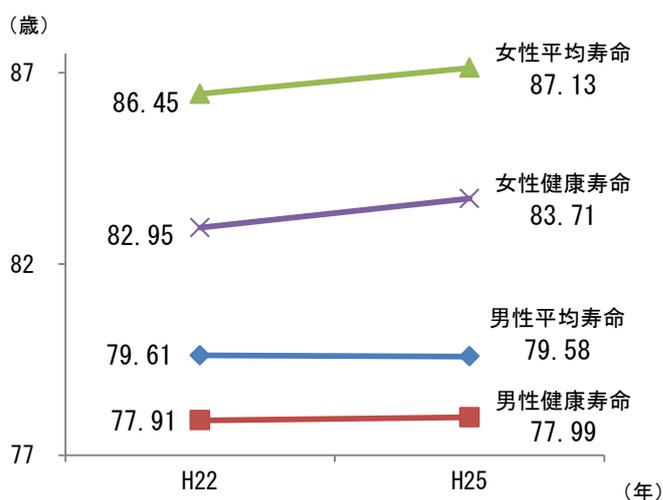
平均寿命と健康寿命との差（期間）は、不健康な（要介護等）期間を意味します。

男性の平均寿命は、平成 22 年に 79.61 歳でしたが、平成 25 年に 79.58 歳となり、0.03 歳短くなっています。健康寿命は、平成 22 年に 77.91 歳でしたが、平成 25 年は 77.99 歳となり 0.08 歳伸びています。

女性の平均寿命は、平成 22 年に 86.45 歳、平成 25 年に 87.13 歳となり、0.68 歳伸びています。健康寿命は、平成 22 年に 82.95 歳、平成 25 年に 83.71 歳で、0.76 歳伸びています。男女ともに、健康寿命の増加分は平均寿命の増加分を上回っています。

また、不健康な期間は、男性が平成 22 年に 1.70 年、平成 25 年に 1.59 年、女性が平成 22 年に 3.50 年、平成 25 年に 3.42 年となっており、男女ともに短くなっています【図表 1、2】。

図表 1 平均寿命と健康寿命の推移



(簡易生命表を用いて「健康寿命の算定プログラム」により宮崎県健康づくり推進センターが算出)

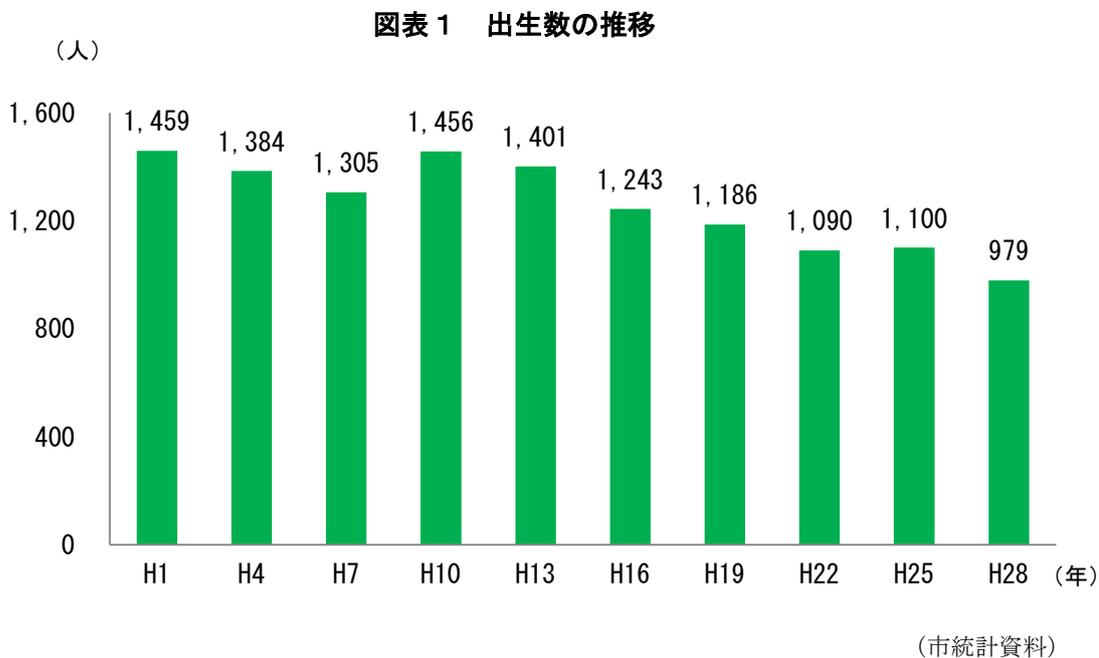
図表 2 平均寿命と健康寿命の伸び・不健康な期間

	男性			女性		
	H22 年	H25 年	伸び	H22 年	H25 年	伸び
平均寿命	79.61 歳	79.58 歳	△0.03 歳	86.45 歳	87.13 歳	0.68 歳
健康寿命	77.91 歳	77.99 歳	0.08 歳	82.95 歳	83.71 歳	0.76 歳
不健康な期間	1.70 年	1.59 年		6.50 年	3.42 年	

(簡易生命表を用いて「健康寿命の算定プログラム」により宮崎県健康づくり推進センターが算出)

4 出生

本市の出生数は、平成元年から平成13年頃までは、1,400人前後で推移していましたが、徐々に減少し、平成28年は979人でした【図表1】。



合計特殊出生率をみると、本市は国、県よりも高率となっています。その推移は平成5～9年の1.81から下降傾向にありましたが、平成20～24年に1.69とやや上昇しています【図表2】。

図表2 合計特殊出生率の国・県との比較

	全国	宮崎県	延岡市
H5～9年	1.44	1.72	1.81
H10～14年	1.36	1.61	1.80
H15～19年	1.31	1.54	1.62
H20～24年	1.38	1.66	1.69

(厚生労働省統計)

※合計特殊出生率 : 15～49歳までの女子の年齢別出生率の合計で、1人の女子がその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした時の子どもの数

第1節 生活習慣病の予防

1 がん

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎、C型肝炎、ヒトパピローマ、成人 T 細胞型白血病）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）への感染、及び喫煙（受動喫煙含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物摂取不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんの発症予防には、ウイルス検診や細菌検査の受診と併せて、循環器疾患や糖尿病予防対策への取組と同様の生活習慣改善が大切です。

② 重症化予防

生涯を通じて、2人に1人は何らかのがんに罹患すると言われています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見であり、定期的ながん検診を受けることが重要です。

(2) 現状

① がん検診受診率

胃がん検診の受診率は低い状態が続いており、肺がん、大腸がん検診は減少、子宮がん検診は横ばい、乳がん検診は微増しています【図表1】。

図表1 がん検診受診率

	H24年度※1	H28年度
胃がん	3.0%	3.6%※2
肺がん	9.8%	7.4%
大腸がん	7.5%	6.9%
子宮がん	13.2%	13.3%
乳がん	9.5%	10.0%

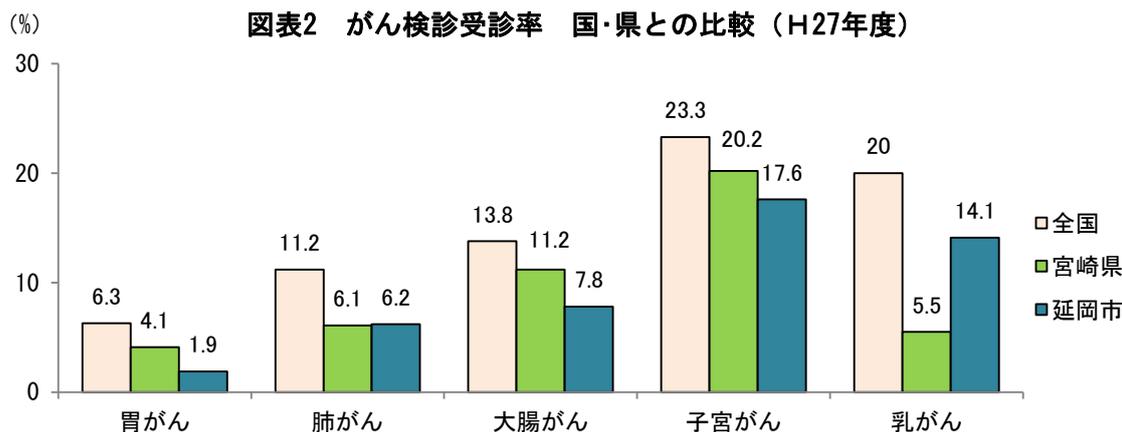
※1 平成27年度から国の通知（地域保健・健康増進事業報告の記載要領内容の変更）によりがん検診対象者を対象年齢の全人口に変更したため、平成24年度も同様の条件で受診率を算出。

※2 国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の改正により、平成28年度から対象年齢や検診間隔が変更となった。

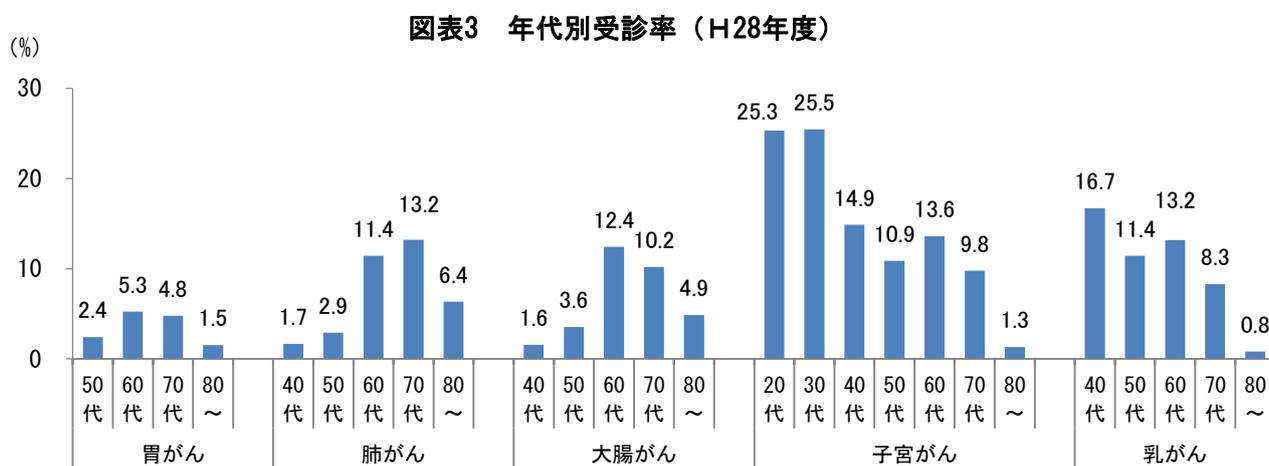
（健康増進課業務概要）

対象年齢の69歳までのがん検診受診率を国や県と比較すると、全ての検診において国よりも低く、胃がん、大腸がん、子宮がん検診では県よりも低くなっています【図表2】。

年代別受診率が高いのは、胃・肺・大腸がん検診では60～70歳代でした。子宮がんは20～30歳代、乳がんは40歳代が高く、これは国の無料クーポン事業の対象者の年代でもあります【図表3】。

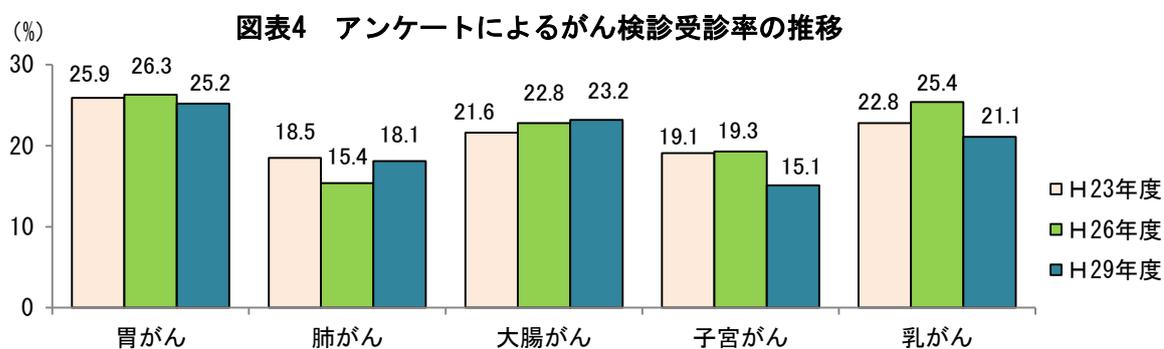


(全国・宮崎県：がんねっとみやざき、延岡市：条件を揃えて算出)
 ※受診率の算定対象年齢は40～69歳（子宮は20歳～69歳）



(宮崎県がん検診結果報告)

健康長寿市民アンケートによる受診率は、図表1の市の実施したがん検診より全て高く、職場等でも検診を受けていると思われます。しかし、平成23年度・26年度と比べ、胃・肺・大腸がん検診は横ばい、子宮・乳がん検診は低下しています。【図表4】。



(健康長寿の取り組みアンケート)

男女別がんの部位別死亡順位は、肺・胃・大腸・乳・膵臓がんが上位です。膵臓以外の部位については、市でがん検診を実施しています【図表5】。

図表5 男女別がんの部位別死亡順位（H27年 延岡市）

	男性		女性	
1位	肺	20.4% (53人)	大腸	17.3% (39人)
2位	胃	15.0% (39人)	肺	14.2% (32人)
3位	大腸	13.1% (34人)	乳房・膵臓	8.4% (19人)

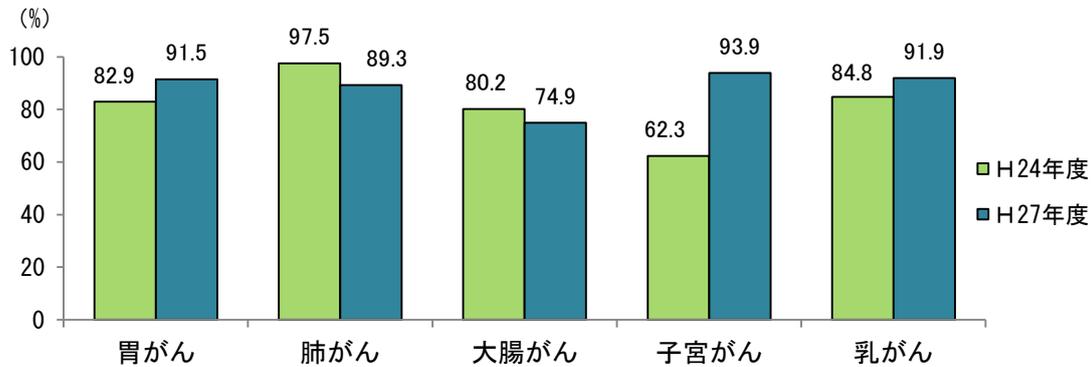
※大腸は、結腸と直腸を合計して計上

(宮崎県衛生統計年報)

② がん精密検査受診率

胃、子宮、乳がん検診の精密検査受診率は上昇、肺、大腸がん検診は低下しています。子宮がん検診については妊婦子宮がん検診の精密検査結果把握の体制を作ったことにより精密検査受診率が上昇しました【図表6】。

図表6 精密検査受診率



(健康増進課業務概要)

精密検査で毎年がんが発見されていますが、そのうちの約7割は早期がんでした。その他の疾患と合わせると、精密検査受診者のうちの53%に何らかの疾患が見つかっています【図表7】。

図表7 精密検査の結果（H27年度）

(単位：人)

	要精密者	精密受診者	精密受診者の内訳	
			がん※	その他の疾患
胃がん	118	105	2 (2)	74
肺がん	116	99	9 (8)	60
大腸がん	591	434	15 (9)	246
子宮がん	165	153	6	9
乳がん	86	79	6 (4)	34

※「がん」の（ ）は、早期がんの再掲

(宮崎県がん検診結果報告)

(3) 課題

① 受診率の向上

がんを早期に発見し、治療につなぐためには、がん検診の受診率を上げることが必要です。個別通知や複数検診の同時勧奨、がん好発年齢対象者等のターゲットを絞った取り組みが必要です。

休日の検診、複数の検診の同時実施など、受けやすい環境の整備が必要です。

② 精密検査の受診率向上

要精密検査者が精密検査を受けなければ、がん検診を受診した意味がないため、要精密者を把握・追跡し、効果的な受診勧奨を行うことが必要です。

精密検査結果を検診実施機関と共有する体制を作る必要があります。

③ 知識の普及

発症予防や検診の必要性等、がんに対する正しい知識の普及啓発が必要です。

(4) 目標

評価指標	策定時	直近値	目標
	2012(H24)年度		2023年度
がん検診受診率の向上	胃がん 3.0% 肺がん 9.8% 大腸がん 7.5% 子宮がん 13.2% 乳がん 9.5%	胃がん 3.6% 肺がん 7.4% 大腸がん 6.9% 子宮がん 13.3% 乳がん 10.0%	胃がん 7% 肺がん 14% 大腸がん 11% 子宮がん 18% 乳がん 13%
		2016(H28)年度	
がん検診精密検査受診率の向上	胃がん 82.9% 肺がん 97.5% 大腸がん 80.2% 子宮がん 62.3% 乳がん 84.8%	胃がん 91.5% 肺がん 89.3% 大腸がん 74.9% 子宮がん 93.9% 乳がん 91.9%	100%
		2015(H27)年度	

(5) 対策

① 各種がん検診の受診率向上

- ・ 検診の必要性に対する市民の意識を高めるため、広報紙、健診ガイド、ホームページ等市民への周知方法、個別通知等の勧奨方法の創意工夫
- ・ がん検診対象年齢の入口となる40歳到達者に対する検診受診の啓発
- ・ 市民が、受診しやすい検診体制の整備・充実
- ・ 血液検査で胃がんのリスクを評価する「胃がんリスク検査（ピロリ菌感染の有無と胃粘膜の萎縮度から胃がんにかかるリスクを判定する検査）」の導入に向けた検討

② 精密検査の受診率向上

- ・ 要精密検査者の未受診理由の把握、効果的な受診勧奨

③ 生活習慣改善のための学習の推進と知識の普及

- ・ 地区、各種団体での健康学習会等様々な機会を捉えての普及啓発活動
- ・ 健康増進普及月間、がん征圧月間（9月）を中心に、がん検診受診についてPR

2 循環器疾患

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並ぶ主要死因です。これらは単に死亡の原因となるだけでなく、急性期治療や後遺症治療が必要となる場合もあり、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防の基本は危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。さらにこれらの危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒があります。

危険因子となる疾患の管理を行うことや生活習慣の改善が発症予防として重要です。そして、病気の早期発見や生活習慣改善への取組をするために、健診を受けることが大切です。

② 重症化予防

まずは、高血圧症・脂質異常症・糖尿病の治療率を上昇させることが必要になります。中でも検査値が高いのに治療していない人への対策は急務です。

自分の身体の状態を正しく理解し、どれほどの値で治療を開始する必要があるか等、予防のための段階に応じた支援が重要です。

(2) 現状

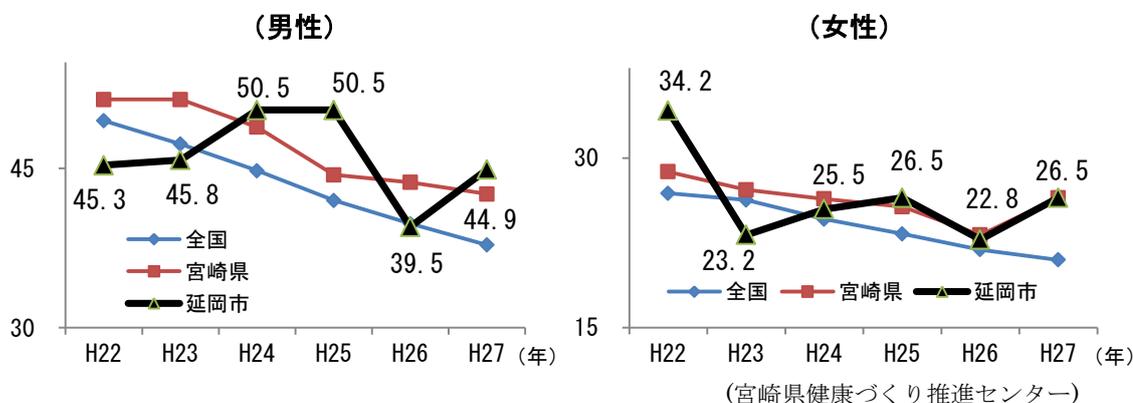
① 脳血管疾患の年齢調整死亡率*

男性の脳血管疾患年齢調整死亡率は、国・県は徐々に減少している状況です。本市は、平成22年に45.3、平成27年に44.9となっており、この6年間での変化は見られません。

女性の脳血管疾患年齢調整死亡率は、国は、徐々に減少傾向にあります。本市については、平成22年から平成23年まで減少しましたが、それ以降はあまり変化は見られません【図表1】。

※「年齢調整死亡率」とは人口の年齢構成の差異を基準人口で調整し、死亡状況を比較したもの

図表1 脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）の推移

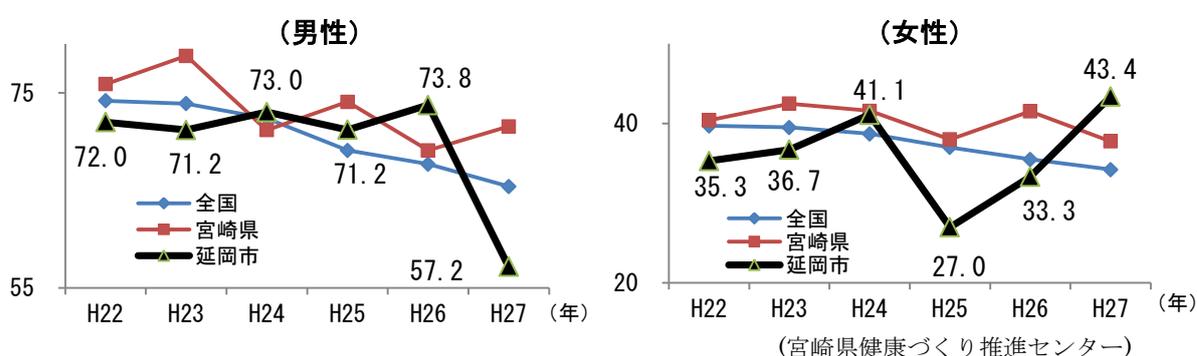


② 心疾患の年齢調整死亡率

男性の心疾患年齢調整死亡率は、平成 22 年から平成 26 年までは、あまり変化は見られませんが、平成 27 年には 57.2 となり、平成 26 年の 73.8 からするとかなり減少しています。国では徐々に減少しており、県でも、増減を繰り返しながらも減少してきています。本市は、平成 27 年の国・県と比較しても低い状況にあります。

女性の心疾患年齢調整死亡率は、平成 22 年から平成 24 年まで徐々に増加していますが、平成 25 年に 27.0 と減少しています。県では横ばい状態ですが、国では徐々に減少しています。本市は、これまで、国や県と比較しても低い状況にありましたが、その後は、年々増加傾向を示し、平成 27 年には国や県を上回っています【図表 2】。

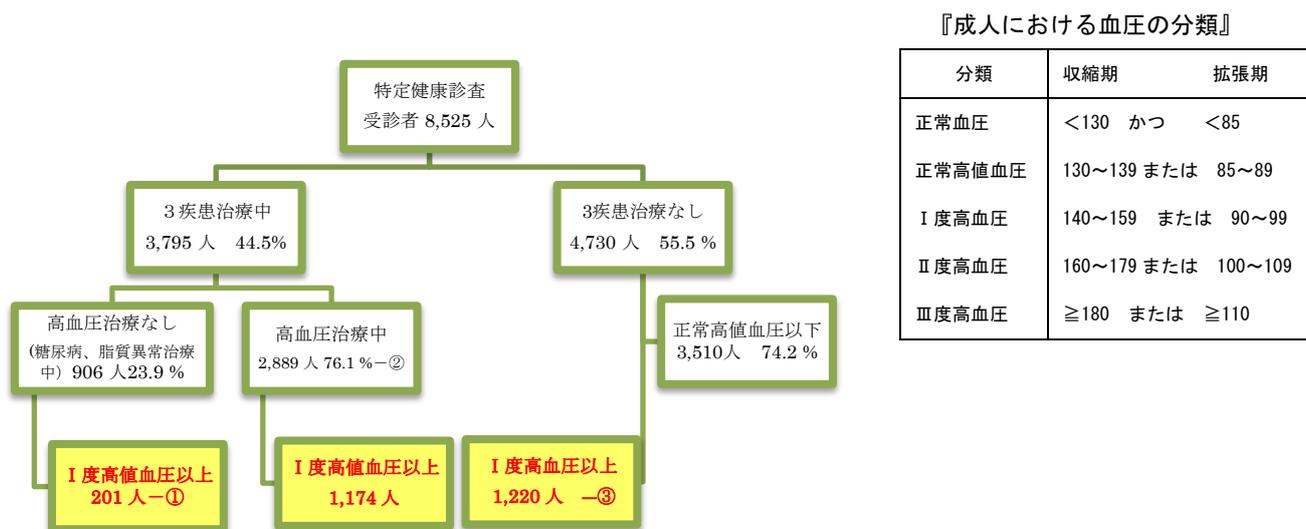
図表 2 心疾患年齢調整死亡率（人口 10 万対）



③ 高血圧有病者(高血圧治療中または I 度高血圧以上の者)の割合

平成 28 年度の特定健診受診者（8,525 人）のうち、高血圧有病者は 4,310 人で、受診者の 50.6%を占めています【図表 3】。

図表 3 高血圧フローチャート（H28 年度延岡市国保特定健診結果）



(特定健診等データ管理システム 167 表)

高血圧有病者 = ①+②+③ = 4,310 人
 高血圧有病者の割合 = 4,310 人 / 8,525 人 = 50.6%

延岡市国保の総医療費は、平成 28 年度は平成 25 年度より、約 6 億 5 千万円減少しています。

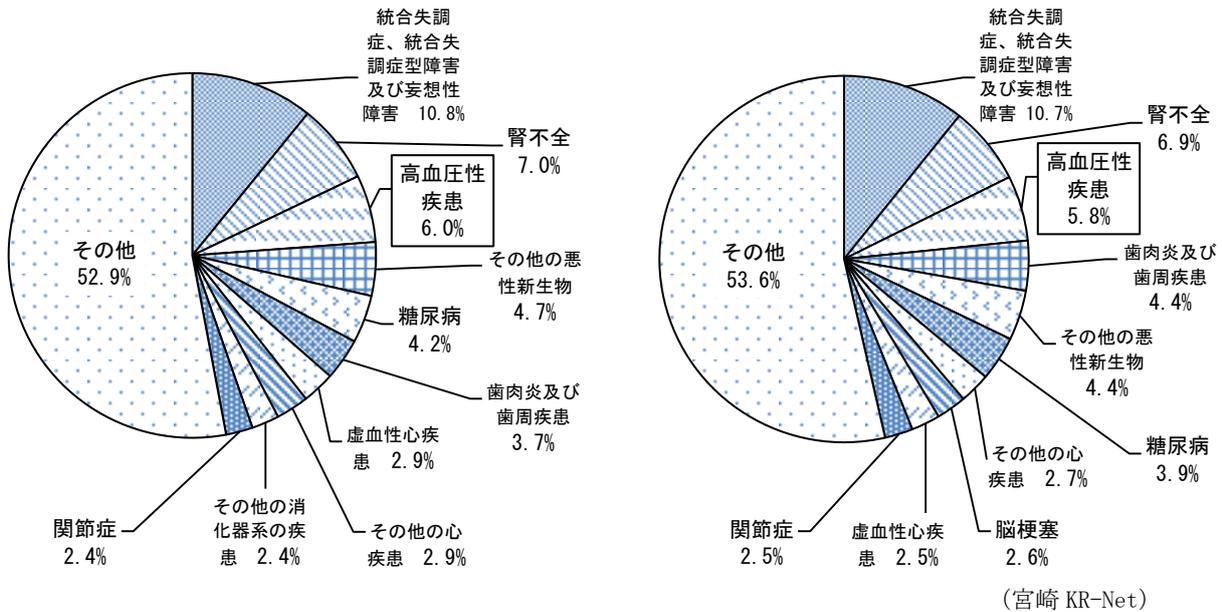
延岡市国保の総医療費に占める高血圧性疾患の割合は 3 位に位置しており、平成 25 年度は 6.0%、平成 28 年度は 5.8%となっています。

さらに、原因の一因が高血圧と糖尿病である腎不全の割合は 2 位に位置しており、平成 25 年度は 7.0%、平成 28 年度は 6.9%となっています【図表 4】。

図表 4 延岡市国保医療費疾病分類

【H25 年度】総医療費 9,960,684,050 円

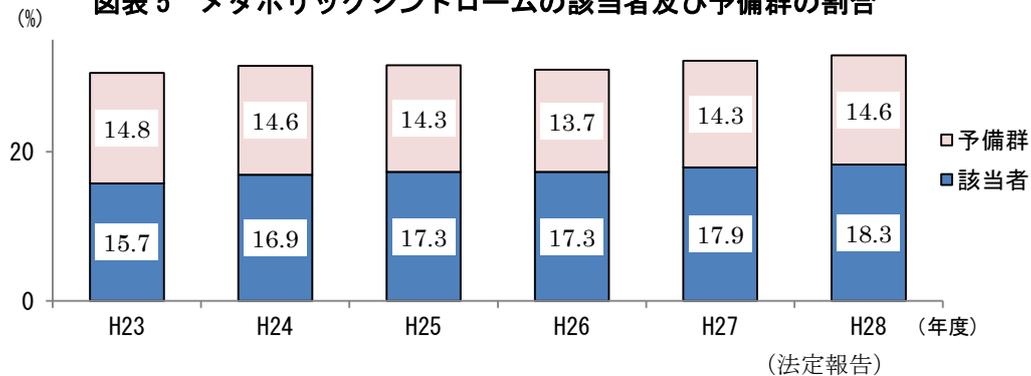
【H28 年度】総医療費 9,307,348,320 円



④ メタボリックシンドローム※の該当者及び予備群

メタボリックシンドロームの予備群は、平成 23 年度は 14.8%で、平成 28 年度は 14.6%となっており、あまり変化は見られません。しかし、メタボリックシンドローム該当者については、平成 23 年度が 15.7%で、平成 28 年度は 18.3%となっており、年々少しずつ増加しています【図表 5】。

図表 5 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合

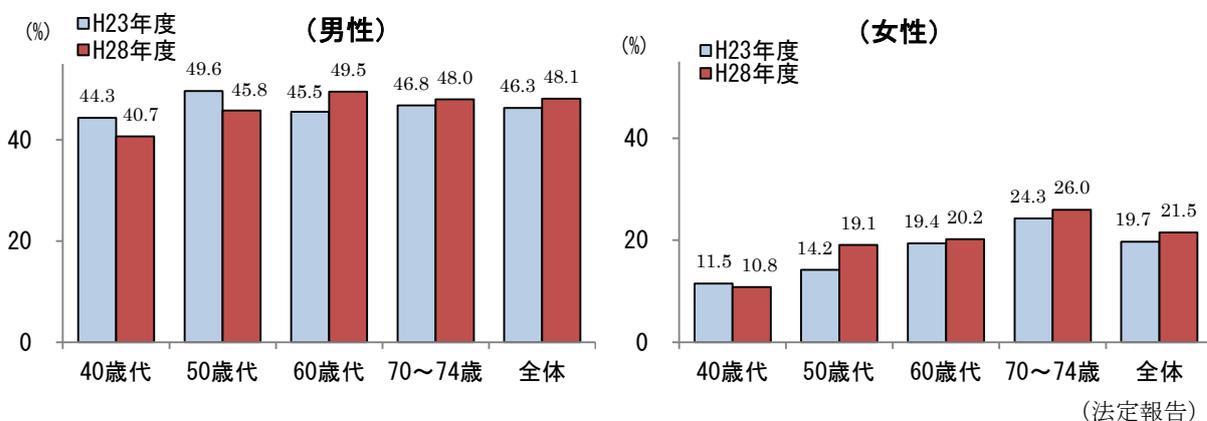


メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を男女別にみると、男性の方が女性よりも高くなっています。

平成 23 年度より平成 28 年度の方が低くなっているのは、男性では 40 歳代と 50 歳代、女

性では40歳代のみで、それ以外の年代では高くなっています。特に男性では、60歳代で4.0%上昇しており、女性では、50歳代で4.9%上昇しています【図表6】。

図表6 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



※わが国のメタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径（臍囲）男性	≥ 85 cm
女性	≥ 90 cm
（内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ² ）	
上記に加え以下の2項目以上	
高トリグリセライド血症	≥ 150 mg/dl
かつ/または	
低HDLコレステロール血症	< 40 mg/dl
収縮期血圧	≥ 130 mmHg
かつ/または	
拡張期血圧	≥ 85 mmHg
空腹時血糖	≥ 110 mg/dl

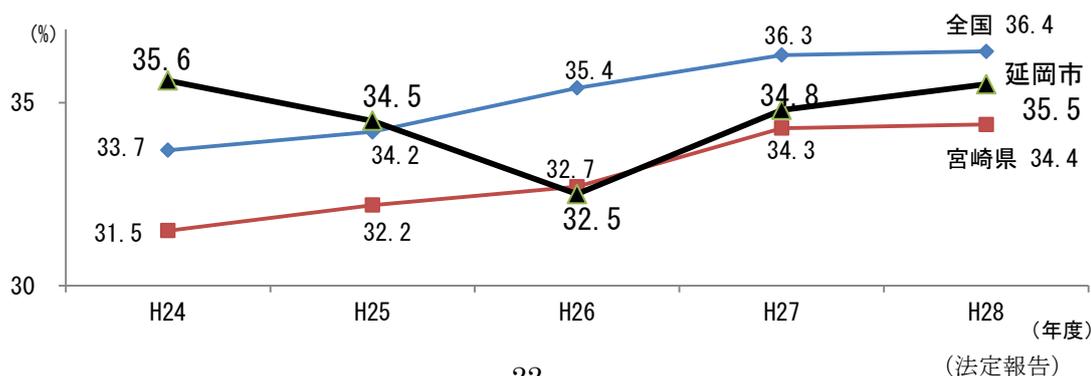
（聖マリアンナ医科大学内科学教授 田中逸著 新セミナー生活習慣病）

⑤ 特定健康診査受診率

国や県の受診率は、年々上昇しています。延岡市国保特定健診の受診率は、平成24年度は35.6%でしたが、平成26年度までは低下し、平成27年度・28年度は上昇してきています。しかし、この5年間では変化は見られません。

延岡市国保特定健診の受診率は、県よりは高く、国よりは低い状況です【図表7】。

図表7 市町村国保特定健診受診率推移

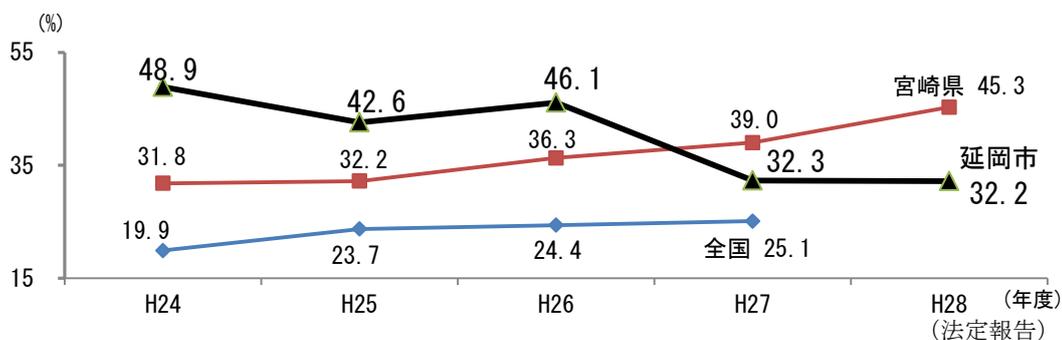


⑥ 特定保健指導実施率

国や県の特定保健指導実施率は、少しずつではありますが上昇してきています。

延岡市国保特定保健指導実施率は、平成24年度は48.9%と国や県よりも高い状況でしたが、その後は低下してきています。平成28年度は32.2%の実施率となっており策定時より低くなっています【図表8】。

図表8 市町村国保特定保健指導実施率推移



(3) 課題

高血圧やメタボリックシンドロームの発症・重症化予防を図るため、健康学習会やイベント等のあらゆる機会を捉えて啓発していく必要があります。

市民が健診を受診することの必要性を理解し受診できるよう、受診しやすい環境づくりのために、健診の実施会場等を考慮していく必要があります。

食生活改善推進員による減塩活動は、調理を含めたものになっており、市民が実践に結びつきやすいことから、今後も継続していく必要があります。

非肥満者対策として、健康づくりに関する情報の発信や、年に1回の健診受診を促すとともに、検査値高値になった対象者への保健指導に力を入れ、重症化予防に努めることが重要です。

(4) 目標

評価指標	策定時	直近値	目標 2023年度
脳血管疾患の年齢調整死亡率(10万人当たり)の減少	男性 45.3 女性 34.2 2010(H22)年	男性 44.9 女性 26.5 2015(H27)年	男性 40.0 女性 32.0
心疾患の年齢調整死亡率(10万人当たり)の減少	男性 72.0 女性 35.3 2010(H22)年	男性 57.2 女性 43.4 2015(H27)年	男性 67.0 女性 32.0
高血圧の改善 (高血圧有病者割合*の減少)	48.3% (3,850人) 2011(H23)年度	50.6% (4,310人) 2016(H28)年度	43%未満
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	30.5% 2011(H23)年度	32.9% 2016(H28)年度	22.9%
特定健康診査受診率の向上	35.6% 2012(H24)年度	35.5% 2016(H28)年度	60%
特定保健指導実施率の向上	50.7% 2012(H24)年度	32.2% 2016(H28)年度	60%

※「高血圧有病者割合」は、降圧剤の服用またはI度高血圧以上の人の割合

(5) 対策

① 循環器疾患の発症予防のための施策

- ・ 高血圧予防等について健康学習会等での啓発
- ・ 食生活改善推進員等による調理実習等を含めた健康教室の開催
- ・ 毎月6日は「のべおか減塩の日」の浸透と活動の拡大

② 循環器疾患の重症化予防のための施策

- ・ 特定健診結果に基づき、検査値高値対象者への保健指導の実施
- ・ 慢性腎臓病（CKD）対策として、ハイリスク者への保健指導の実施
- ・ 特定保健指導実施率の向上、内容の充実

③ 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 健康長寿のまちづくりを推進し、住民自ら健診を受診する環境づくり
- ・ 健康学習会での啓発
- ・ 対象者への個別通知、系統だった広報活動やチラシなどを利用した啓発
- ・ 健診に必要な検査項目の検討・拡充
- ・ 未受診者対策の実施

3 糖尿病

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

糖尿病は動脈硬化のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症によって、生活の質(QOL)に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、循環器疾患（心筋梗塞や脳血管疾患）の発症リスクを2～3倍増加させることがわかっています。

糖尿病のリスクを高める要因としては、加齢・家族歴・肥満・身体活動の低下（運動不足）・耐糖能異常（血糖値の上昇）で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効です。

② 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確にされているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要です。

(2) 現状

① 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)

平成 23 年度と平成 28 年度を比較すると年間新規透析患者数は減少しています。しかし、再掲の糖尿病性腎症によって透析導入となった人が増加しています【図表 1】。

図表 1 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移と割合

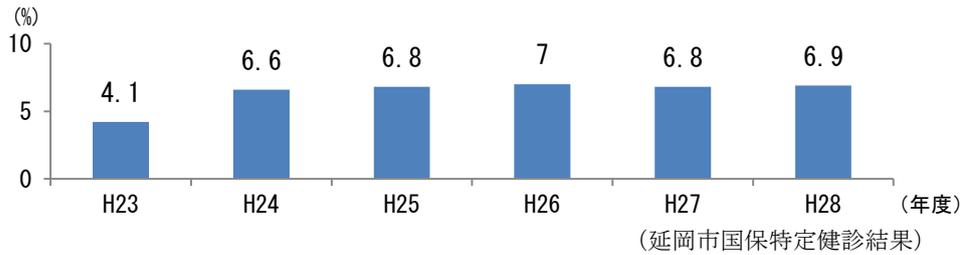
	H23 年度	H28 年度
年間新規透析患者数 (再掲) 糖尿病性腎症	60 (15)	50 (23)
糖尿病性腎症の割合	25%	46%

(障がい福祉課統計)

② 糖尿病有病者(国保特定健診受診者で糖尿病の服薬ありの人の割合)

平成 23 年度からの糖尿病有病者の割合の推移をみると、平成 24 年度に増加した後はほとんど横ばいとなっています【図表 2】。

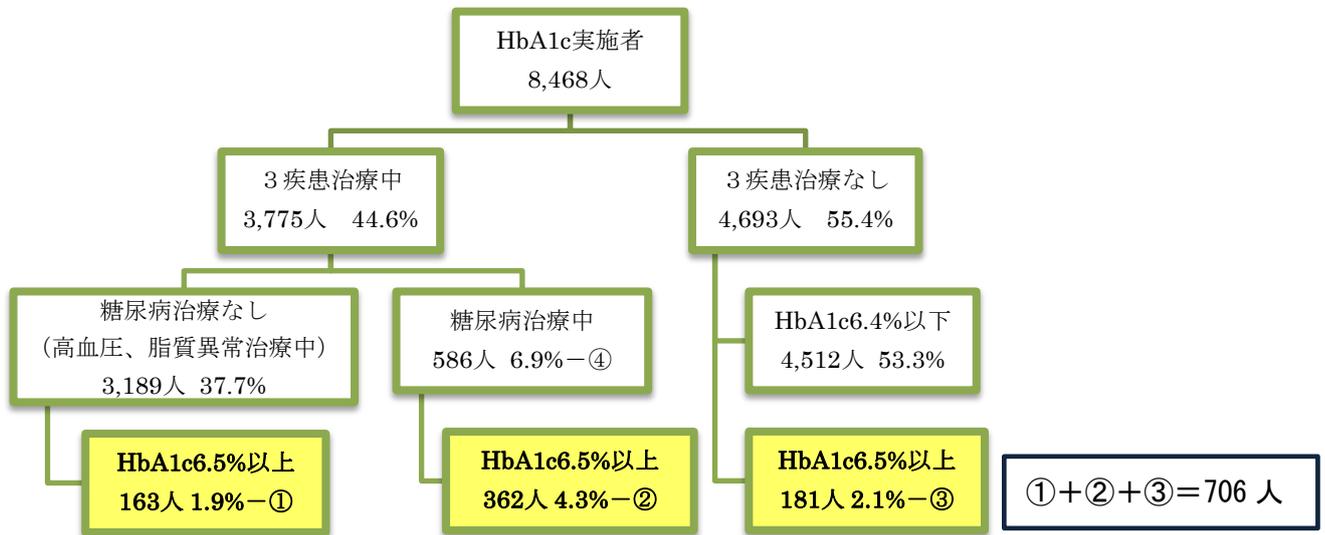
図表2 糖尿病有病者の推移



しかし、図表3のように糖尿病未治療でもHbA1c6.5%*以上で治療の必要性がある人が344人(①+③)いることや、糖尿病治療中のうちHbA1c6.5%以上である人が約6割(②/④)と血糖コントロール不良者が多く、これは平成23年度から変化はありません【図表3】。

*HbA1c6.5%という値は、高血糖状態が続いている状態で糖尿病発症が疑われるため、医療機関への受診勧奨が必要な値となっています。

図表3 糖尿病フローチャート (H28年度 国保特定健診)



(延岡市国保特定健診結果：あなみツール)

③ 血糖コントロール不良者

平成23年度と平成28年度ではHbA1cの表記方法が異なるため、平成28年度のHbA1c(NDSP値)の表記方法を導入した平成25年度と比較します。

平成25年度と平成28年度を比較すると、HbA1c6.5~7.9%では男女ともに増加していますが、HbA1c8.0%以上では横ばいとなっています。【図表4】。

図表4 HbA1cの比較

年度	6.5未満		6.5~7.9		8.0以上		(再掲)6.5以上	
	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
男	90.1%	88.6%	8.2%	9.6%	1.7%	1.8%	9.9%	11.4%
女	94.7%	94.0%	4.6%	5.3%	0.6%	0.7%	5.2%	6.0%
計	92.8%	91.7%	6.1%	7.1%	1.1%	1.2%	7.2%	8.3%

(延岡市国保特定健診結果)

(3) 課題

糖尿病の発症予防のため、健康学習会等を含めた健康長寿のまちづくりの取り組みの中で、特定健診・保健指導を受けてもらうための啓発に力を入れていく必要があります。

糖尿病の重症化予防のため、治療中断や血糖コントロール不良者が減少するよう、かかりつけ医と連携しながら継続して治療を受けるよう指導していく必要があります。

市民が発症予防から重症化予防までのどの段階にいるのかアセスメントすること、そして糖尿病という病態を理解し、『治療＝食事・運動・薬』を意識し行動できる人が増加するような保健指導を行っていく必要があります。

(4) 目標

評価指標	策定時(年度)	直近値 2016(H28)年度	目標 2023年度
合併症（糖尿病・高血圧が原因の年間新規透析患者数）の減少	15人 2012(H24)	23人	減少傾向へ
糖尿病有病者の増加の抑制	4.1% [328人] 2012(H24)	6.9% [586人]	減少傾向へ
血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c 8.0%以上）	1.1% [96人] 2013(H25)	1.2% [102人]	0.5%

(5) 対策

① 糖尿病の発症予防のための施策

- ・糖尿病予防等について健康学習会での啓発
- ・正しい食生活（野菜摂取、よく噛むなど）の啓発

② 糖尿病の重症化予防のための施策

- ・特定健診結果に基づく、対象者に合わせた保健指導の実施、内容の充実
- ・専門職の知識や保健指導力の形成
- ・糖尿病専門医やかかりつけ医との連携

③ 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別通知、系統だった広報活動やチラシなどを利用した啓発
- ・健康学習会での啓発
- ・健診に必要な検査項目の検討・拡充
- ・未受診者対策の実施
- ・健康長寿のまちづくりを推進し、市民自ら健診受診する環境づくり

4 次世代の健康

(1) 基本的な考え方

生涯を通じて健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康が重要です。妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、生涯を通じた健康づくりを推進していくことができます。健やかな生活習慣を幼少期から身につけ、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

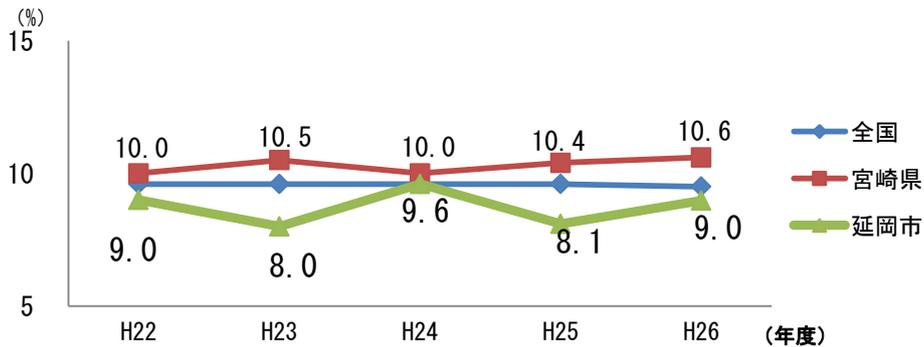
(2) 現状

① 全出生数中の低出生体重児の割合

全出生数中の低出生体重児の割合は、平成 22 年度が 9.0%、平成 24 年度は 9.6%、平成 26 年度は 9.0%と増減に波はありますが、概ね 9%前後を推移しており、国及び県より低い割合となっています【図表 1】。

また、低出生体重児を出生週数で見ると、37 週以上の正期産の割合は、平成 22 年度の 63.6%、平成 26 年度は 63.4%でほとんど変化はありませんでした【図表 2】。

図表 1 低出生体重児の推移



(延岡保健所業務概要)

図表 2 低出生体重児と出生週数

出生体重	H22 年度				H26 年度			
	正期産 (37 週以上)		早産 (37 週未満)		正期産 (37 週以上)		早産 (37 週未満)	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
出生数	1057	96.4	40	3.6	999	96.4	37	3.6
(再掲) 2,500g 未満	63	63.6	36	36.4	59	63.4	34	36.6

(延岡保健所業務概要)

妊娠中の喫煙、飲酒の割合は国と比較すると低い状況ですが、喫煙に関して本市をみるとやや増加しています【図表 3】。

図表 3 生活習慣（飲酒、喫煙）の状況

	延岡市		全国	
	H24 年度	H28 年度	H21 年度	H25 年度
喫煙	2.41%	3.1%	5.5%	3.8%
飲酒	0.98%	0.6%	7.6%	4.3%

※延岡市：母子健康手帳交付時に把握した喫煙・飲酒している人の割合
 ※全 国：健やか親子 21 中間評価及最終評価報告書

② 肥満傾向にある子どもの割合

肥満傾向※にある 3 歳 6 か月児の割合は、平成 22 年度の 3.2%から平成 24 年度には 2.6%と低下していましたが、平成 26 年度以降増加に転じ、平成 28 年度には 6.3%となっています【図表 4】。

※肥満傾向：肥満度分類で、「太りすぎ」「やや太りすぎ・太りすぎ」に該当している。

図表 4 3 歳 6 か月児健診受診児の肥満度分類

割合		H22 年度	H24 年度	H26 年度	H28 年度
やせ		8 人	4 人	6 人	3 人
	やせすぎ	0.8%	0.4%	0.6%	0.3%
ふつう		960 人	989 人	997 人	883 人
		96.0%	97.0%	96.7%	93.4%
肥満傾向		32 人	26 人	28 人	60 人
		3.2%	2.6%	2.7%	6.3%
内 訳	太りすぎ	23 人	13 人	19 人	39 人
		2.3%	1.3%	1.8%	4.1%
	やや太りすぎ	9 人	13 人	9 人	21 人
	太りすぎ	0.9%	1.3%	0.9%	2.2%
合 計		1,000 人	1,019 人	1,031 人	946 人

(母子保健事業報告)

(3) 課題

妊娠期からの適正な食生活や禁煙について個々の生活状況に応じた保健指導が必要です。

幼児期からの健康的な生活習慣の確立のために、乳幼児健診や相談、家庭訪問等により乳幼児の状況に合せた適切な保健指導が必要です。

子どもの生活習慣は関わっている大人の影響を受けやすいことから、地域や関係機関と連携を図りながら、様々な機会を通じた予防的な働きかけが必要です。

(4) 目標

評価指標	策定時 (年度)	直近値 (年度)	目標 2023 年度
全出生者数中の低出生 体重児の割合の減少	9% 2010 (H22)	9% 2014 (H26)	減少傾向へ
肥満傾向にある 子どもの割合の減少	肥満傾向にある 3 歳 6 か月児の割合 2.6% 2012 (H24)	6.3% 2016 (H28)	減少傾向へ

(5) 対策

① 生活習慣病の発症予防のための取組の推進

- ・妊婦に対する妊婦健診受診勧奨及び食生活、喫煙や飲酒等について生活実態に応じた保健指導の実施
- ・乳幼児期からの適正体重の維持等について乳幼児健診や健康学習会等を通じた啓発
- ・乳幼児健診、健康相談、家庭訪問等による乳幼児の現状に合わせた個別保健指導

② 健康な生活習慣の確立のための取組の推進

- ・健康長寿市民運動との連携
- ・次世代に関わる教育機関との連携
- ・「延岡市食育推進計画」に基づく食育の推進

第2節 生活習慣の改善

1 栄養・食生活

(1) 基本的な考え方

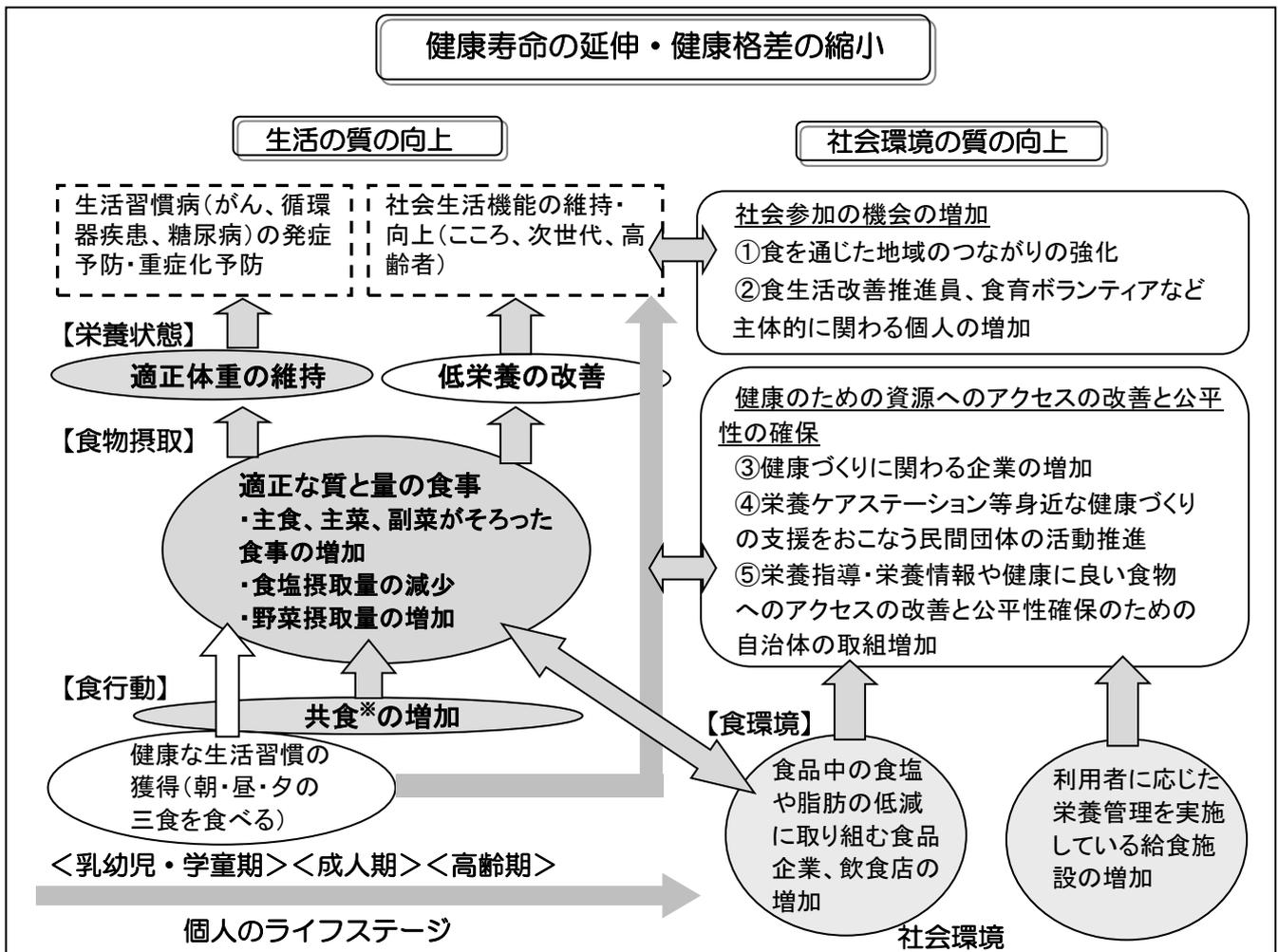
栄養・食生活は、生命を維持し、子どもが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことができない営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点からも重要です。

栄養・食生活に関する目標の考え方は、健康日本 21（第2次）の考え方と同様、適正体重を維持している者の増加、適切な質と量の食事をとる者の増加（食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加）、健康づくりに取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加等があげられます【図表1】。

主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）と、食品（栄養素）には科学的根拠に基づく具体的な関連があり、適正な質と量の食事を摂取することで疾病の発症予防につながります。

また、生活習慣病の発症予防や重症化予防のために参照するエネルギー及び栄養素の摂取量基準が日本人の食事摂取基準（2015年版）に示されており、適正な質と量の食品（栄養素）を摂取するための知識を身につけ実践することが重要です。

図表1 栄養・食生活の目標設定の考え方



※ 共食とは、複数の人が一緒に食事をとること。個食に対して。

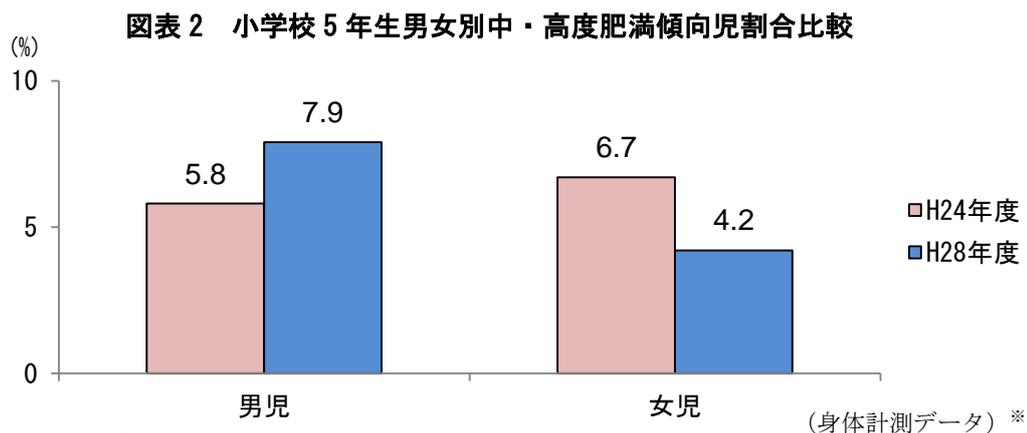
（健康日本 21<第2次>計画栄養・食生活の目標設定の考え方より抜粋）

(2) 現状

① 肥満傾向にある子どもの割合

学校保健統計調査では肥満傾向児は肥満度 20%以上の者とされており、さらに肥満度 20%以上 30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の者を「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の者を「高度肥満傾向児」と区分しています。

本市の小学校 5 年生の中・高度肥満傾向児割合は、平成 24 年度と比較すると男児が 2.1% 上昇、女児は 2.5% 低下しています【図表 2】。



※データは独自で収集したものを使用

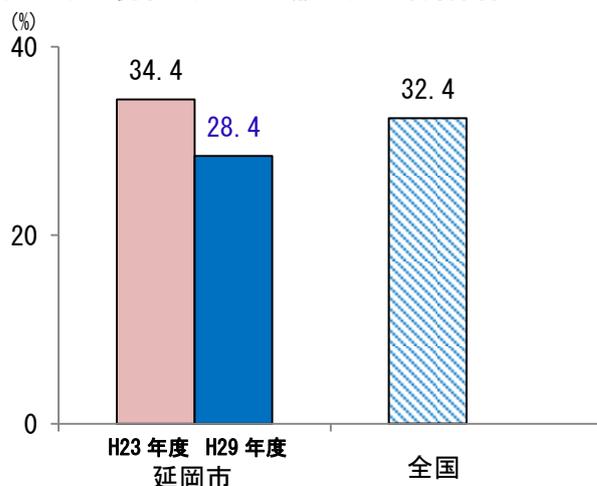
H24 年度：市内小学校 14 校 240 人 (男児 136 人、女児 104 人)

H28 年度：市内小学校 27 校 1,076 人 (男児 571 人、女児 505 人)

② 成人肥満者の割合

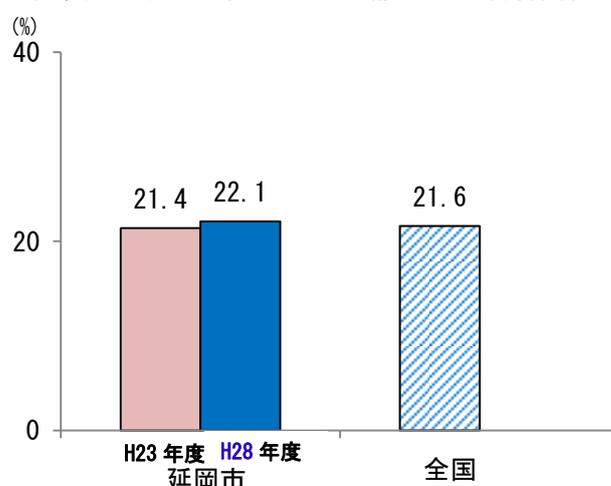
全国的に 20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に最も多く肥満者が認められていたため、この年代の肥満者の減少が指標として設定されていますが、男女別で比較すると、BMI25 以上の者の割合は男性は 5.4% 低下しており、国と比較しても少ない状況です。女性は 0.7% 上昇しただけで、ほぼ横ばい状態であり、国の割合と同程度の状況です【図表 3、4】。

図表 3 成人男性 (20～60 歳代) 肥満者割合



H23 年度：延岡市民健康・栄養調査
H29 年度：健康長寿の取り組みアンケート
全 国：平成 28 年国民健康・栄養調査

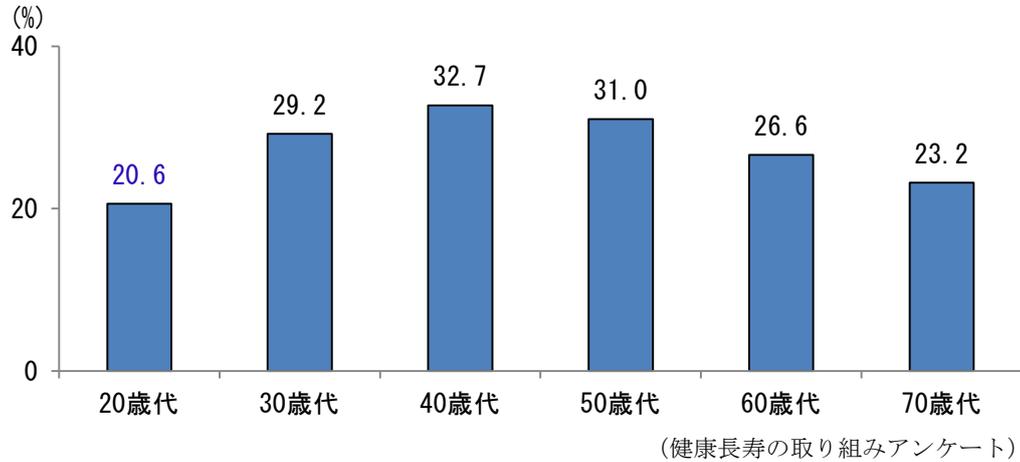
図表 4 成人女性 (40～60 歳代) 肥満者割合



延岡市：特定健診データ管理システム 167 表
全 国：平成 28 年国民健康・栄養調査

男性の肥満者割合は減少していましたが、割合としては28.4%で、約3人に1人は肥満と、高い状況であり、特に30～50歳代の若い世代に肥満が多く見られました【図表5】。

図表5 成人男性の年代別肥満者割合（平成29年度）

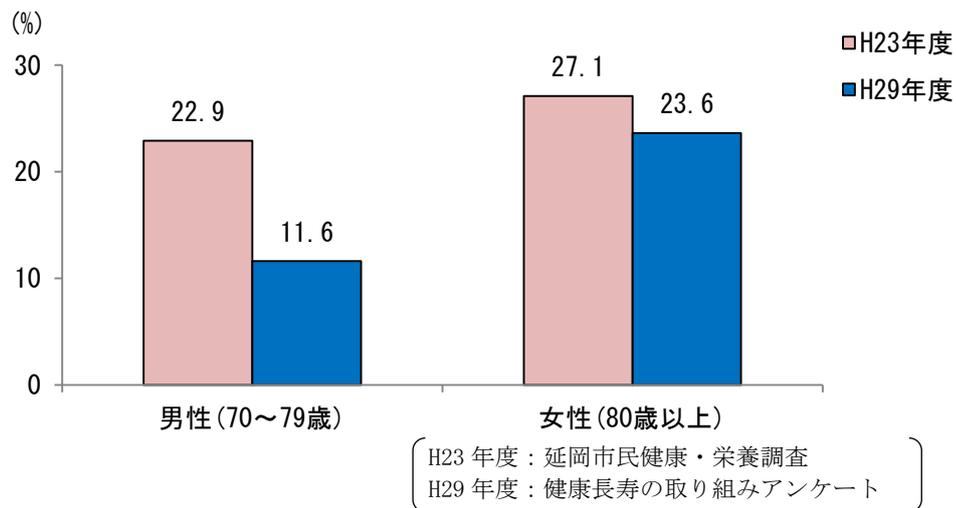


③ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合

「低栄養傾向」の基準は、統計学的に要介護及び総死亡リスクが有意に高くなるBMI 20以下とし、その割合の抑制が国の目標となっています。

男女別の目標設定年代で比較すると、女性は23.6%と若干高い状況ですが、男女共にBMI 20以下の者の割合は低下しています【図表6】。

図表6 高齢者のBMI 20以下の者の割合

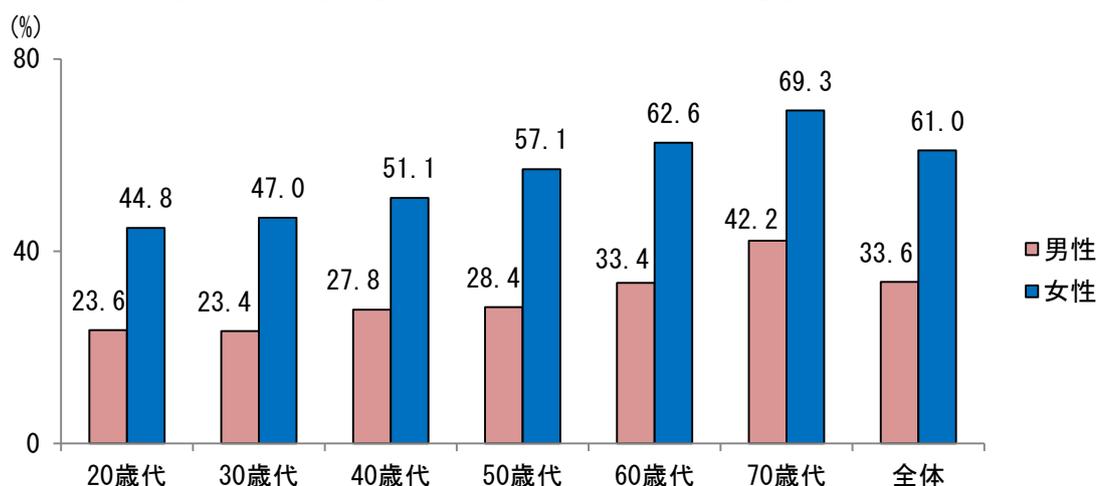


④ 適切な質と量の食事をとる者(減塩、野菜摂取)

健康長寿市民アンケートの結果より、「食品を購入するときや外食の際に栄養成分表示の塩分量を見ているか」という質問に対し、「必ず」もしくは「たまに見ている」と答えた人は女性の方が多く、男女ともに年齢が上がるにつれ、「見ている」と回答しています【図表 7】。

「3食全てで野菜を食べる日が週に何回ほどありますか」という質問に対し、「ほとんど毎日」もしくは「週4日程度」と答えた人は男女であまり大きな差はありませんが、男女ともに年齢が上がるにつれ、「食べている」と回答しています【図表 8】。

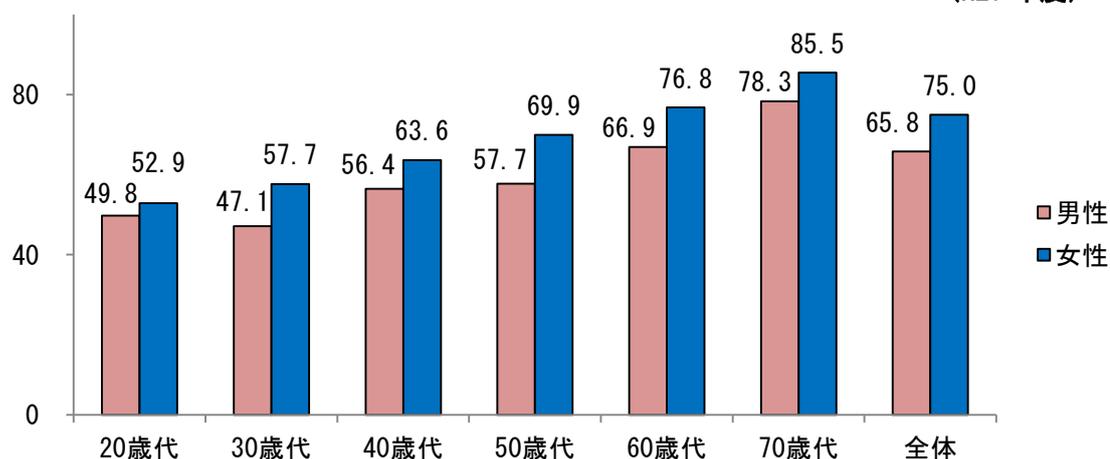
図表 7 栄養成分表示を「必ず見ている」もしくは、「たまに見る」人の割合 (H29 年度)



(健康長寿の取り組みアンケート)

図表 8 3食全てで野菜を「ほとんど毎日」もしくは、「週4日程度」食べる人の割合

(H29 年度)



(健康長寿の取り組みアンケート)

⑤ 健康づくり(食塩の低減や野菜摂取量の増加)に取り組む小売店及び飲食店数

健康づくりに取り組む店舗の増加を目指して、減塩食等を提供する飲食店を公募して宣伝する「ヘルシーフェア」を実施しており、平成 28 年 9 月 1 日～30 日に実施されたフェアでは計 19 店舗から 7,725 食が提供されました。また、平成 29 年度より市内の大型商業施設 4 店舗で、減塩されている調味料や食品の購入を促す[広告をしています](#)。

(3) 課題

① 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

子どもの肥満は家族やその子どもに関わる大人の食生活が大きく関わるため、子どもの肥満が及ぼす影響を知り、対応・対策をする必要があります。

幼児期からの正しい食習慣を身につけることが大切であるため、乳幼児健診における肥満児の把握及び指導が必要です。

学校では肥満傾向児(特に健康被害の出やすい中・高度肥満傾向児)の把握と必要に応じた個別対応を継続しなければなりません。学校関係者と肥満傾向児の動向等子どもの健康実態について、共通認識をもち、その結果に基づいた総合的な教育を検討していくことが重要です。

成人期においては、特に若い世代の男性に肥満が多い傾向にあるため、働き世代への保健指導や健康学習会等の機会を通して正しい食生活の普及、啓発をする必要があります。

低栄養対策としては、関係機関との連携により、個人及び団体への指導の充実を図る必要があります。

② 適切な質と量の食事をとる者の増加(減塩に対する意識の向上、野菜摂取頻度の増加)

年齢が若いほど健康意識が低い傾向にあるため、乳幼児期からの正しい食習慣習得のための指導及び働き世代や親世代への普及啓発が必要です。

食生活改善推進員による講習会の場を高齢者のみならず、幼稚園や保育園、学校など子どもや若い世代が集まる場に広げていく必要があります。

健康づくり(食塩の低減や野菜摂取量の増加)に取り組む食品企業及び飲食店については、今後も増加を図る必要があるため、現在の手法については検討の必要があります。

(4) 目標

評価指標	策定時 (年度)	直近値 (年度)	目標 2023 年度
肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学 5 年生の中・高度肥満傾向児の割合 男児 5.8% 女児 6.7% 2012 (H24)	7.9% 4.2% 2016 (H28)	減少傾向へ
適正体重を維持している者の増加	男性の肥満者の割合 20～60 歳代 34.4% 2011 (H23) 女性の肥満者の割合 40～60 歳代 21.4% 2011 (H23)	28.4% 22.1% 2017 (H29) 2016 (H28)	28% 19.9%
低栄養傾向の高齢者の割合の抑制	70～79 歳代男性 22.9% 80 歳以上の女性 27.1% 2011 (H23)	11.6% 23.6% 2017 (H29)	減少傾向へ 22%
栄養成分表示の塩分量を「必ず見ている」もしくは、「たまに見る」人の割合の増加	—	男性 20～60 歳代 30.2% 女性 20～50 歳代 52.7% 2017 (H29)	33.6% 61.0%
3 食全てで野菜を「ほとんど毎日」もしくは、「週 4 日程度」食べる人の割合の増加	—	男性 20～50 歳代 54.8% 女性 20～50 歳代 64.7% 2017 (H29)	65.8% 75.0%
健康づくり(食塩の低減や野菜摂取量の増加)に取り組む小売店及び飲食店の増加	—	ヘルシーフェア参加店舗 19 店舗 2016 (H28)	増加へ

(5) 対策

① 生活習慣病予防における栄養指導の徹底

- ・ 健診や健康相談、家庭訪問、健康学習会等による全てのライフステージや地域の特性に対応した栄養指導の実施
- ・ 保護者や祖父母等、子どもに関わる大人への栄養指導の実施
- ・ 養護教諭や栄養教諭（学校栄養士）と連携した肥満傾向児の実態把握及び状況に合わせた指導の実施
- ・ 食生活改善推進員等による調理実習等を含めた健康教室の開催

② 正しい食生活を実践するための環境整備

- ・ 減塩や野菜摂取量の増加などの普及運動を行う飲食店の増加
- ・ 減塩されている調味料・食品の普及促進に協力するスーパー・小売店等の増加

2 身体活動・運動

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

日常の身体活動量を増やすことで、メタボリックシンドロームを含めた循環器疾患・糖尿病・がんといった生活習慣病の発症や、加齢に伴う生活機能の低下を予防することができるといわれています。加えて運動習慣を持つことで、これらの疾病等に対する予防効果をさらに高めることが期待できます。

高齢者においては、積極的に体を動かすことで生活機能低下のリスクを低減させ、自立した生活をより長く送ることができます。

また、身体活動や運動に取り組むことで得られる効果は、将来的な疾病予防だけでなく、日常生活の中でも、気分転換やストレス解消につながり、いわゆるメンタルヘルス不調の一次予防として有効であることも期待されます。他にもストレッチや筋力トレーニングにより腰痛や膝痛が改善する可能性もあること等、様々な角度から現在の生活の質(QOL)を高めることが期待できます。

② 重症化予防

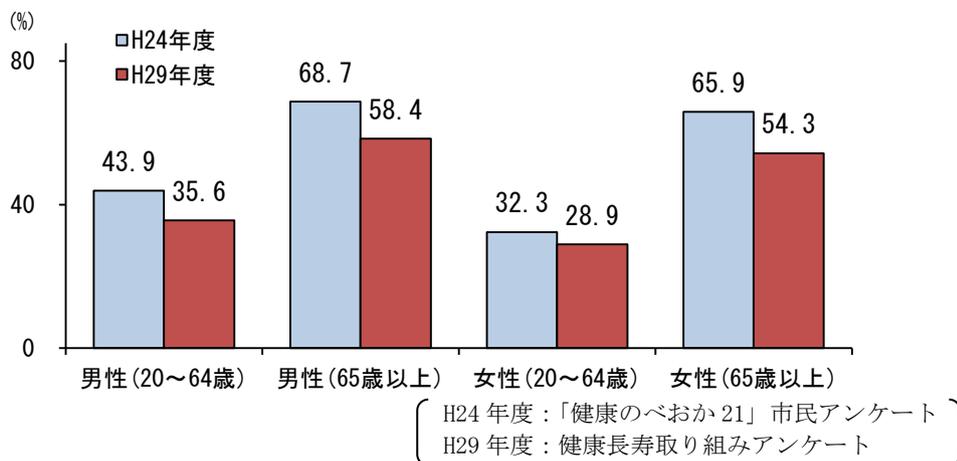
不適切な食生活や身体活動・運動不足等によって内臓脂肪が蓄積し、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の複数の生活習慣病を合併すると、全身の血管の動脈硬化が徐々に進展し、重症化した結果として脳梗塞、心筋梗塞、透析を要する腎症等に至るリスクが高まることが指摘されています。

身体活動量の増加や習慣的な運動によりエネルギー消費量が増加し、内臓脂肪と皮下脂肪がエネルギー源として利用され、腹囲や体重が減少することで、生活習慣病の重症化予防が期待できます。

(2) 現状

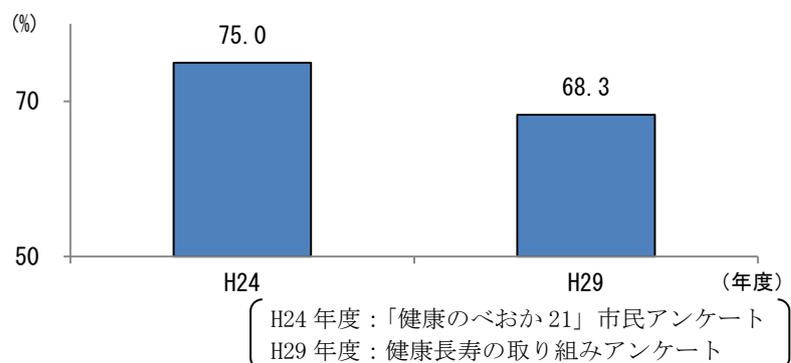
「運動習慣者の割合」は、男女各年代とも策定時より低下しています。特に、女性の65歳以上の年代で、策定時が65.9%、平成29年度が54.3%となっており、11.6%低下しています。また、男性の65歳以上の年代で、策定時が68.7%、平成29年度が58.4%で、10.3%低下しています【図表1】。

図表1 運動習慣者の割合



「意識的に体を動かす者の割合」は、策定時は75.0%でありましたが、平成29年度は68.3%と低下しています【図表2】。

図表2 意識的に体を動かす者の割合



(3) 課題

運動に対する意識づけを図るためには、広報や健康学習会を通して、身近な所で、気軽にできる運動などの情報を定期的に発信していく必要があります。

「健康長寿のまちづくり市民運動モデル事業」を活用し、必要な器具等を購入したり、自然環境を活かしたウォーキング等のイベントを実施することで、運動の継続への意欲を高められるよう環境づくりに取り組むことも必要です。

(4) 目標

評価指標	策定時 2012(H24)年度	直近値 2017(H29)年度	目標 2023年度	
運動習慣者の割合の増加	男性 20～64 歳	43.9%	35.6%	51%
	男性 65 歳以上	68.7%	58.4%	75%
	女性 20～64 歳	32.3%	28.9%	47%
	女性 65 歳以上	65.9%	54.3%	75%
意識的に体を動かす者の増加	75%	68.3%	80%	

(5) 対策

① 健康づくりにおける運動効果の普及・啓発

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な指導
- ・ロコモティブシンドロームについての知識の普及

② 自分に合った運動習慣が身に付くきっかけづくり

- ・地域で呼びかけあい、ウォーキングや「いきいき百歳体操」等の普及
- ・体力測定会や運動教室の開催など運動の機会の充実
- ・運動施設の整備

3 飲酒

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、利酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

したがって、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者への健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響、成人への「リスクの少ない飲酒」など正確な知識の普及が必要です。

② 重症化予防

飲酒を多量にすると肝臓に負担をかけ脂肪肝や肝炎、重症化すると肝硬変を引き起こすこともあります。また、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等は、1日平均飲酒量とともに上昇することが示されています。

さらに、絶え間ない多量の飲酒によりアルコール依存症等の社会不適応を引き起こすこともあります。ストレスや何らかの原因で飲酒に走ってしまう飲酒者のこころの相談も必要になります。

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

そのため国の健康日本21計画においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で1日平均40g以上、女性で20g以上と定義されました。

(2) 現状

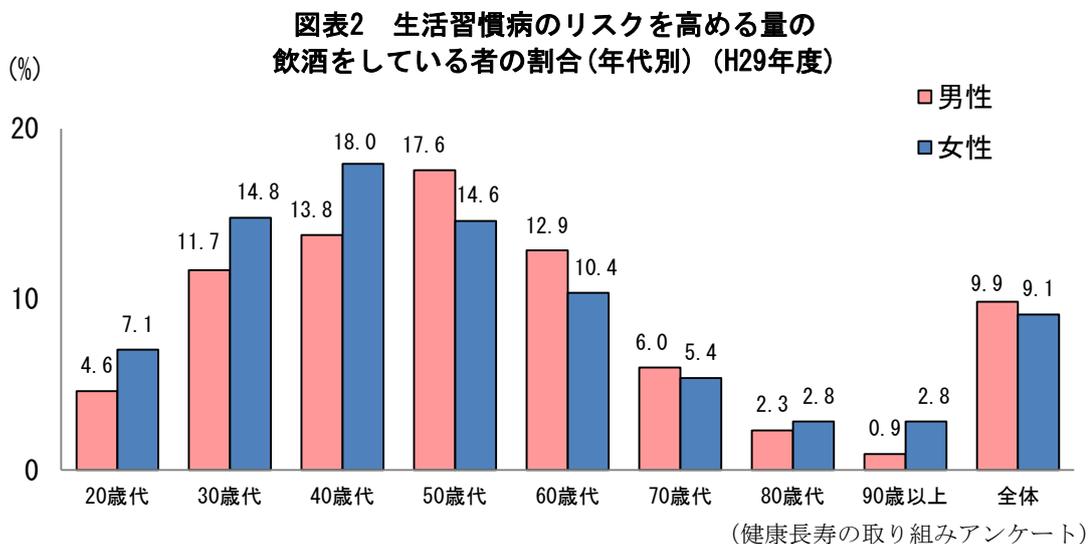
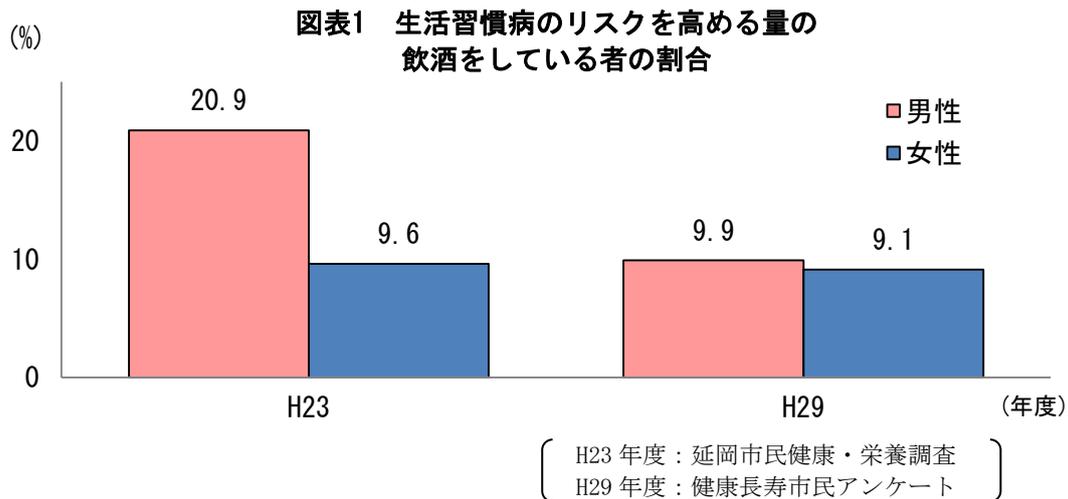
① 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合

策定時に生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合[※]は、男性（20.9%）が女性（9.6%）の2倍以上の割合でしたが、健康長寿市民アンケートでは、男女差はあまり見られず、男性に関しては約11%低下しています【図表1】。

健康長寿市民アンケート結果を男女別、年代別にみると、男性は50歳代、女性は40歳代がそれぞれ最大値でした。男女共に、最大値の前後の年代が次に割合が高く、20歳代と70歳代以降は割合が低い結果となっています【図表2】。

※ 生活習慣病のリスクを高める飲酒量

1日の純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上。純アルコールで約20g程度は、日本酒1合分、ビール500ml、ウイスキー60mlに相当。健康長寿市民アンケートは、男性2合以上、女性1合以上の飲酒を、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者として割合を計上。



② 未成年者の飲酒

飲酒習慣のある者は、未成年の飲酒に対し否定しない傾向にあることが平成23年度延岡市民健康・栄養調査で分かっています。

未成年の飲酒の危険性について正しい知識の普及が必要ですが、平成24年度から平成28年度までの5年間で、学校を対象にした飲酒に関する健康学習会の開催はありませんでした。

(3) 課題

① 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合の低下

男女共に30～60歳代の割合が高いため、働き世代の適量飲酒の普及啓発が必要です。

② 未成年者の飲酒をなくす

小中学校での教育活動を実施し、飲酒が身体に及ぼす影響について正しい知識の普及が必要です。

(4) 目標

評価指標	策定時		直近値	目標
	2011 (H23) 年度		2017 (H29) 年度	2023 年度
生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の減少	男性	20.9%	9.9%	減少傾向へ 6.4%
	女性	9.6%	9.1%	

(5) 対策

① 飲酒のリスクに関する正しい知識の普及啓発

- ・ 子ども、妊婦、成人、高齢者の年代別にそれぞれの保健事業の場（母子健康手帳交付、乳幼児健診、健康相談、健康学習会等）での**保健指導**や情報提供
- ・ 学校でのアルコールに関する教育の推進

② 生活習慣病予防のための適切な飲酒量の啓発

- ・ 健康診断の受診勧奨と、その結果に基づいた適度な飲酒への個別指導

③ 飲酒についての個別相談窓口の充実

- ・ 断酒のための当事者会、家族会の紹介
- ・ 飲酒についての個別相談

4 喫煙

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

喫煙は、がんや呼吸器疾患、動脈硬化などの生活習慣病を引き起こす大きな原因の一つです。その他、日常的に不眠や頭痛、胃もたれをもたらすこともあり、喫煙できないときのイライラ感等から精神的不安定や歯周疾患の原因にもなります。

また、妊婦の喫煙は子宮や胎盤の血液の流れを妨げる原因にもなり、胎児の成長に悪影響を及ぼします。

さらに、受動喫煙は、気管支炎や肺炎に罹る子どもの増加、非喫煙者の肺がんの増加など近年の社会問題となっています。

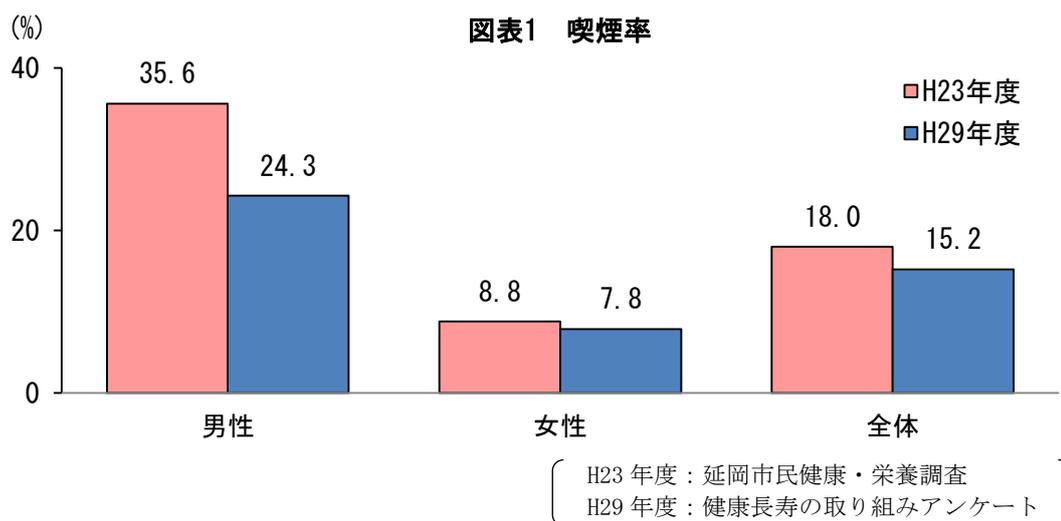
② 重症化予防

長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴としてゆるやかに呼吸障害が進行する COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、きわめて重要な疾患であるにもかかわらず、十分認識されていません。禁煙による健康改善効果は明らかで、早期に禁煙するほど有効性は高くなることから、COPD の予防も含め、喫煙が身体に及ぼす害について未成年者や喫煙者への理解を深めるための啓発が必要です。

(2) 現状

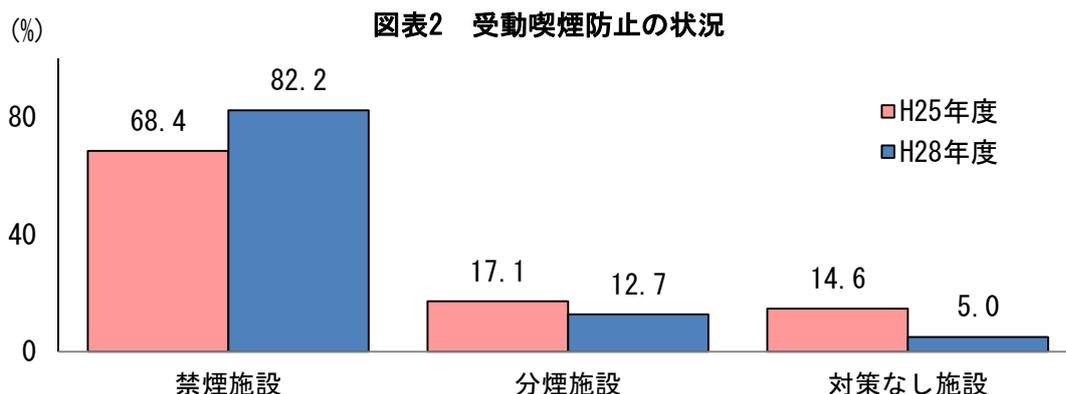
① 成人喫煙率

平成 24 年度の喫煙率は 18.0%で、平成 29 年度は 15.2%と約 2.8%低下しています。男性は約 11.3%、女性は約 1%低下しています【図表 1】。



② 公的施設での受動喫煙防止対策の状況

「平成 28 年度宮崎県北部地域・職域受動喫煙防止状況調査」の結果では、禁煙施設は 82.2%と平成 25 年度と比べ約 13.8%上昇していました【図表 2】。



(宮崎県北部地域・職域受動喫煙防止状況調査)

禁煙達成率が100%であったのは、「図書館・文化施設等」、「児童館」、「小学校・特別支援学校」、「中学校」、「高等学校・大学」、「病院」、「診療所」でした。禁煙達成率が100%ではありませんが、20%以上の改善がみられたのは、「旅館・ホテル」、「運動施設・屋外施設・公園等」、「飲食店」「農協」の順でした。

一方、対策なしの割合が30%以上のところは、「飲食店」でした【図表3】。

図表3 禁煙状況

	平成25年度			平成28年度			
	施設数	禁煙施設数	禁煙達成率	施設数	禁煙施設数	禁煙達成率	対策なし
国・県の庁舎等	16	13	81.3%	16	14	87.5%	0%
市町村の庁舎等	16	9	56.3%	15	11	73.3%	0%
公民館・集会施設等	128	90	70.3%	127	107	84.3%	11%
図書館・文化施設等	4	2	50.0%	4	4	100.0%	0%
運動施設・屋外施設・公園等	24	17	70.8%	24	23	95.8%	0%
高齢者・福祉施設等	101	92	91.1%	101	97	96.0%	0%
児童館	7	6	85.7%	7	7	100.0%	0%
保育所・幼稚園	37	32	86.5%	37	36	97.3%	3%
小学校・特別支援学校	34	31	91.2%	31	31	100.0%	0%
中学校	17	17	100.0%	17	17	100.0%	0%
高等学校・大学	8	7	87.5%	8	8	100.0%	0%
病院	16	16	100.0%	16	16	100.0%	0%
診療所	70	66	94.3%	69	69	100.0%	0%
歯科診療所	46	44	95.7%	45	44	97.8%	0%
薬局	60	59	98.3%	60	59	98.3%	0%
旅館・ホテル	21	1	4.8%	9	4	44.4%	11%
遊技場	7	1	14.3%	4	1	25.0%	25%
金融・交通機関等	15	11	73.3%	15	11	73.3%	0%
飲食店	104	13	12.5%	56	19	33.9%	38%
事業所(全体)	178	91	51.1%	171	106	62.0%	1%
再掲							
農協	39	25	64.1%	37	32	86.5%	0%
製造業1社	38	3	7.9%	35	4	11.4%	0%
健康づくり協会	18	13	72.2%	18	15	83.3%	6%
全国健康保健協会	83	50	60.2%	81	55	67.9%	1%
全体	906	620	68.4%	832	684	82.2%	5%

(宮崎県北部地域・職域受動喫煙防止状況調査)

※網掛けは、禁煙達成率100%の施設、20%以上の改善がみられた施設、対策なしの割合が30%以上の施設

(3) 課題

① 成人の喫煙

女性の喫煙率は減少率が低く、妊婦の喫煙率は増加しているため、喫煙が自身の身体や胎児に及ぼす影響について普及啓発を行っていく必要があります。

② 学校における教育活動

教育機関と連携をとりながら喫煙に対する正しい知識の普及啓発を行っていく必要があります。

③ 受動喫煙防止対策の推進

2020年の東京オリンピック・パラリンピックの開催に向けて、禁煙政策に動きが見られているため、政策状況に応じた受動喫煙の環境整備も行う必要があります。

(4) 目標

評価指標	策定時 2011(H23)年度	直近値 2017(H29)年度	目標 2023年度
成人の喫煙率の減少	18%	15.2%	減少傾向へ

(5) 対策

① 喫煙が及ぼす害に関する正しい知識の普及・啓発

- ・妊婦や家族への禁煙指導
- ・学校における禁煙教育の推進
- ・地域での各種保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

② 喫煙者への個別支援

- ・禁煙希望者に対する禁煙支援医療機関等の紹介や個別相談の充実
- ・保健指導対象者に対する禁煙指導

③ 受動喫煙防止対策

- ・公的施設での受動喫煙防止対策の推進

5 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

歯の健康は、全身の健康に大きく影響します。特にむし歯・歯周病は、糖尿病や心臓病などの全身疾患に影響を及ぼします。むし歯の原因として、口腔ケアの不徹底や糖分の摂り過ぎ等があります。また、歯周病の原因には、歯垢の蓄積、糖尿病、喫煙、口腔内の乾燥、ストレス等があげられます。

むし歯や歯周病の発症予防策として、生活習慣改善と定期的な歯科健診受診や歯の質を強くするフッ化物の応用を行うことが、歯・口腔の健康及び全身疾患の予防・改善につながります。

② 重症化予防

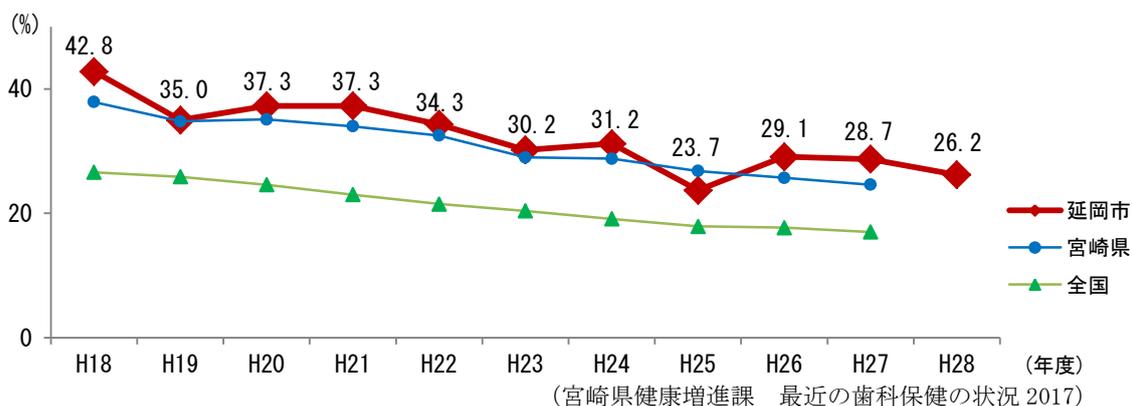
歯を失う80%以上の原因は、歯周病もしくはむし歯によるものです。喫煙者は歯周病に3～8倍程度かかりやすいといわれており、糖尿病の人も歯周病が進行しやすいといわれています。全身疾患の治療を含め、生活習慣の改善、日頃の口腔ケア、定期的な歯科健診が重要です。

(2) 現状

① 3歳児むし歯有病者率

増減をしながらではありますが、3歳児むし歯有病者率は減少傾向にあります。しかし、国と本市とを比較すると、約10%の差があり、本市の有病者率は高い状況にあることがわかります【図表1】。

図表1 3歳児健診時むし歯有病者率の年次推移



② フッ化物洗口に取り組む保育所・幼稚園の割合

本市は、保育所・幼稚園におけるフッ化物洗口取り組みの支援を行っています。保育所・幼稚園のフッ化物洗口への理解も徐々に広まっており、平成28年度では42%の保育所・幼稚園でフッ化物洗口が行われています【図表2】。

図表 2 フッ化物洗口に取り組む保育所・幼稚園の割合

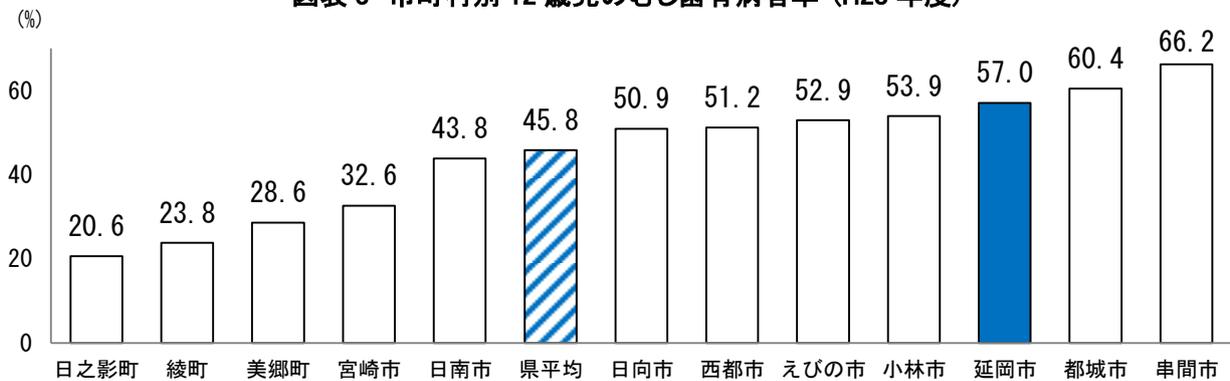
年度	H25	H26	H27	H28
園数	9	13	18	25
割合 (%)	14.5	20.6	29.3	42.0

(宮崎県健康増進課 最近の歯科保健の状況 2017)

③ 12 歳児むし歯有病者率

本市の 12 歳児むし歯有病者率は 57.0%と、県内の市で 3 番目に高い状況です。県内の 12 歳児むし歯有病者率が 20%台の上位 3 町は、保育所・幼稚園のフッ化物洗口の取り組む割合が 100%であり、フッ化物洗口の効果が高いことがわかります。本市では、平成 27 年度より小学校でフッ化物洗口を開始し、平成 29 年度には市立小学校全校にフッ化物洗口が導入されました【図表 3】。

図表 3 市町村別 12 歳児のむし歯有病者率 (H28 年度)



(宮崎県健康増進課 最近の歯科保健の状況 2017)

④ 定期的に歯科健診に行っている者の割合

平成 24 年度の定期的に歯科健診に行っている者の割合は 36%^{※1}でした。平成 28 年度に歯科健診を受診した人の割合は 26.3%^{※2}と低い状況でした。しかし、質問内容が若干変わっており、策定時との比較ができませんでした。年間の成人・妊婦歯科健診の受診者数をみると、増減を繰り返しながらも受診者数は増えています【図表 4】。

※1 H24 年度「健康のべおか 21」市民アンケート ※2 H29 年度 健康長寿の取り組みアンケート

図表 4 成人・妊婦歯科健診受診者数

年 度		H24	H25	H26	H27	H28
受診者数 (人)		349	413	376	398	509
内 訳	成人個別	178	157	134	125	187
	成人集団	/	/	/	55	80
					3 回	4 回
妊 婦	171	256	242	218	242	

(健康増進課業務概要)

(3) 課題

① 幼児・児童のむし歯有病者率の減少

乳幼児健診や健康相談等の機会を通して乳歯の大切さについて説明し、健診受診者を増やして歯の状態を知ってもらうことが重要です。子どもは周りの大人の影響を受けるため、保護者及び孫育てに参加している祖父母に対して、むし歯にならない食生活についての啓発や指導が必要です。

幼児期からのむし歯を予防するため、むし歯予防効果の高いフッ化物洗口を実施する保育所・幼稚園を更に増やしていくことが必要です。

② 成人歯科健診と高齢期の口腔ケアの充実

母子健康手帳交付時に妊婦に対して歯科保健指導を行うことで、歯の健康についての意識を高め、健診受診者を増やすことが必要です。

成人歯科健診の受診勧奨を継続するとともに、健診内容等の見直しの検討を行う必要があります。

むし歯や歯周病の発症予防のため、歯・口腔の健康の重要性について周知啓発を行います。

(4) 目標

評価項目	策定時 2012(H24)年度	直近値 2016(H28)年度	目標 2023年度
3歳児のむし歯を持たない者の割合の増加	69.8%	73.8%	80%
フッ化物洗口に取り組む保育所・幼稚園の割合の増加	12%	42%	60%
12歳児のむし歯を持たない者の割合の増加	37.9%	43%	50%
定期的に歯科健診に行っている者の割合の増加	36%		50%

(5) 対策

① 乳幼児期におけるむし歯予防のための保健指導の充実

- ・乳幼児健診・歯科健診時における、保護者や祖父母への、むし歯予防のための正しい食生活の普及・啓発
- ・歯と口腔の健康週間を利用した啓発活動

② フッ化物洗口の啓発、推進

- ・乳幼児健診、歯科健診（フッ化物塗布）における保護者への継続的なフッ化物塗布勧奨
- ・市内保育所・幼稚園でのフッ化物洗口実施の推進
- ・中学校におけるフッ化物洗口導入の検討

③ 成人歯科健診と高齢期の口腔ケアの充実

- ・健康学習会での歯の健康に関する正しい知識の普及・啓発
- ・妊婦や成人への歯科健診の受診勧奨と歯科保健指導
- ・介護予防事業での口腔ケアの推進

第3節 社会生活に必要な機能の維持・向上(健康づくり・生きがいづくり)

1 高齢者の健康

(1) 基本的な考え方

生活自立度の低下や寝たきり、つまり要支援・要介護状態は健康寿命を縮める原因といえます。また、本人だけでなく家族など周囲の人にとって介護の問題もでてきます。

加齢とともに現れてくる日常生活への不具合を及ぼす症状（足腰が弱る、記憶力の低下、握力や噛む力の低下等）の出現を少しでも遅らせるために、そして生きがいを持って生活を送るためにも、身体機能の維持・向上を目指すことは、高齢者の健康にとって大切です。

(2) 現状

① 介護保険サービス利用者

高齢者人口の増加に伴い、要介護認定者数は増加傾向にあります。平成 28 年度実数は、要介護 1 が最も多く、要支援と合わせた認定者数は 3,698 人で、認定者数全体の 46%を占めていました【図表 1】。

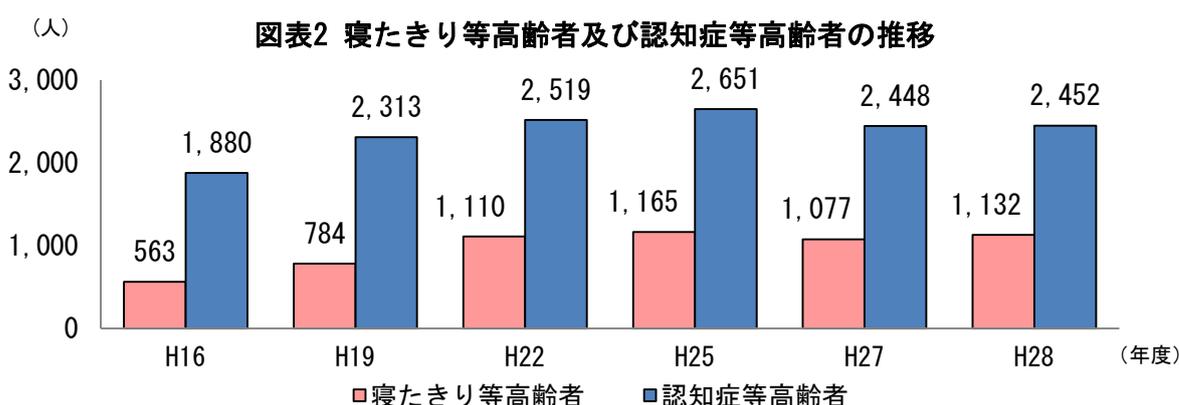
高齢者実態調査によると平成 25 年度をピークに「寝たきり等高齢者」は減少傾向、「認知症等高齢者」の人数はほぼ横ばいとなっています【図表 2】。

また、介護が必要となった主な原因の 1 位は認知症、2 位は脳血管疾患となっています【図表 3】。

図表1 要介護度別認定者実数

	実績値(人)	
	H27年度	H28年度
要支援1	1,033	975
要支援2	831	845
要介護1	1,792	1,878
要介護2	1,369	1,367
要介護3	1,070	1,102
要介護4	1,049	1,063
要介護5	791	753
合計	7,935	7,983

(介護保険事業報告)



(介護保険課高齢者実態調査)

図表3 介護が必要となった主な原因

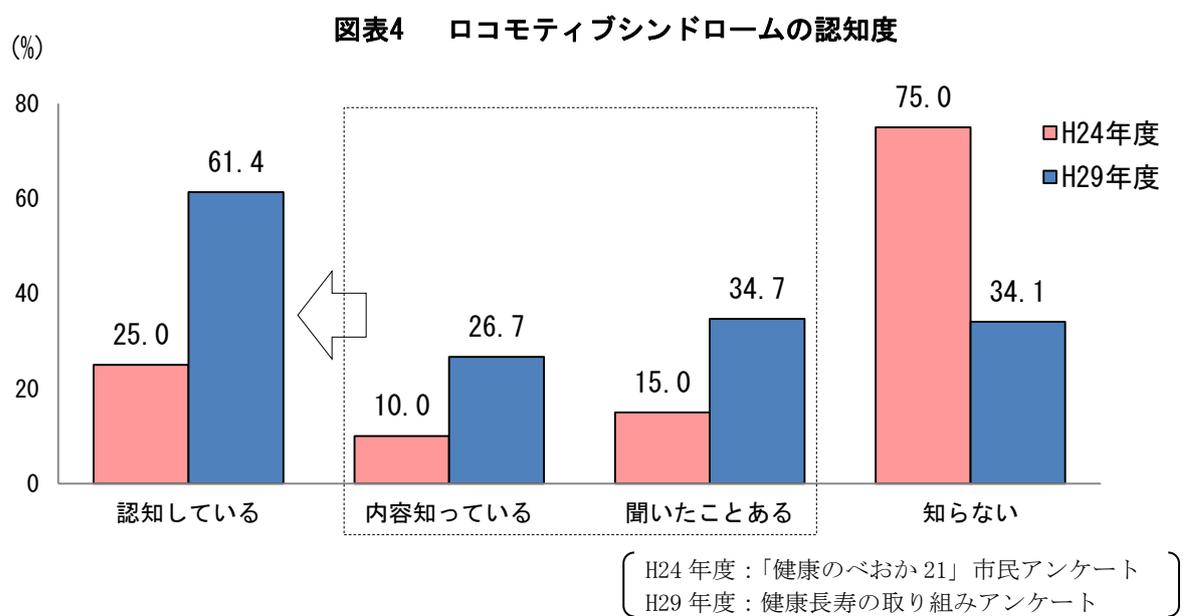
1位	2位	3位	4位	5位
認知症	脳血管疾患	高齢による衰弱	骨折・転倒	関節疾患

(平成 28 年国民生活基礎調査の概況一部抜粋)

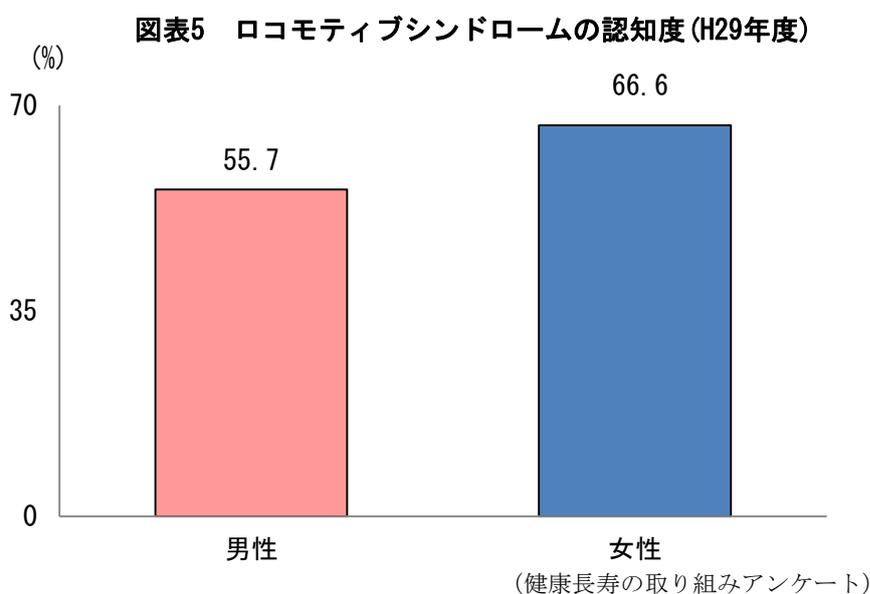
② ロコモティブシンドローム^{※1}を認知している市民の割合

健康長寿市民アンケートによると、「ロコモティブシンドロームを認知している」市民の割合は、策定時と比較すると 25.0%から 61.4%と約 2.5 倍上昇しています【図表 4】。

また男女差をみると、女性の方が男性より認知度が約 10%高い結果となりました【図表 5】。



※1 筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、歩行や日常生活に何らかの障害をきたしている状態のこと

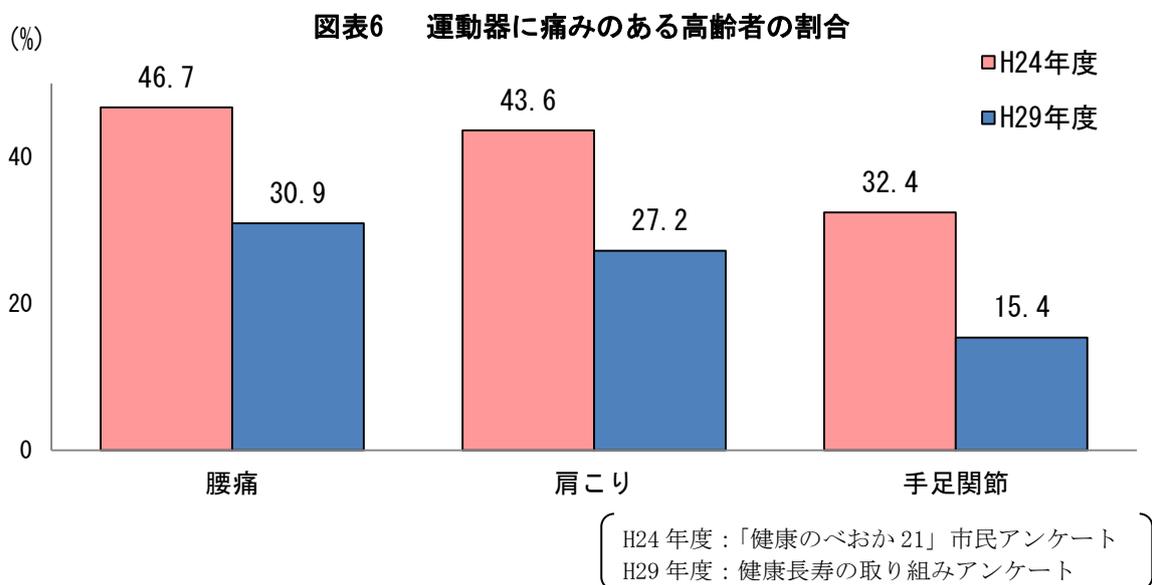


平成 28 年度から健康学習会や講演会等でロコモについて普及啓発する機会が増え、宮崎県作成のロコモ CM が放送されるなど、市民がロコモティブシンドロームについて知る機会が増えています。

③ 運動器に痛みのある高齢者の割合

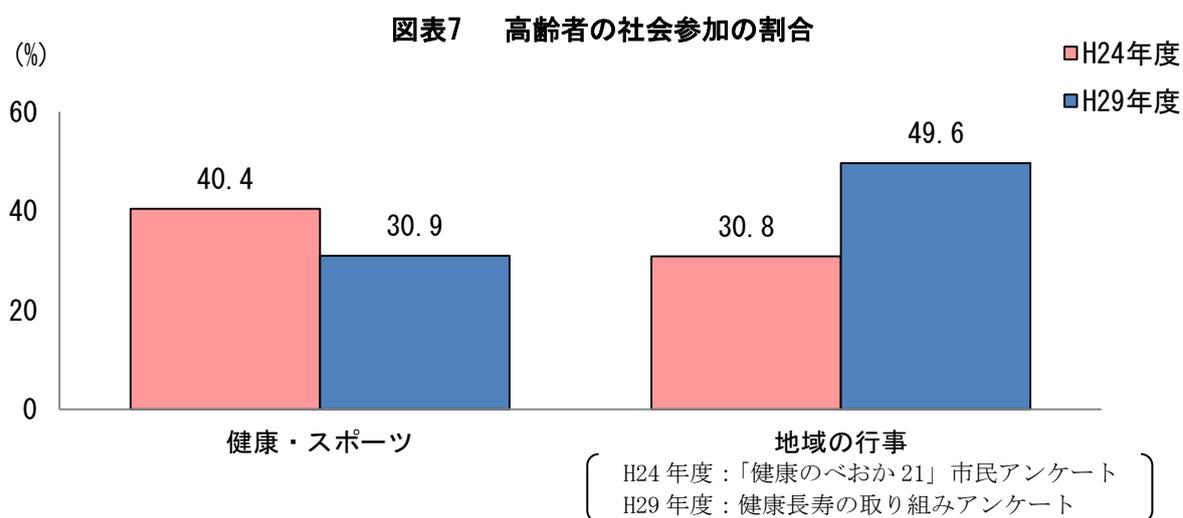
運動器に痛みのある高齢者の割合は、策定時と健康長寿市民アンケートの結果を比較すると、全ての項目において改善傾向にありました。

それぞれ 15～17%の低下であったため、各項目における大きな差はありませんでした【図表 6】。



④ 高齢者の社会参加

昨年から本市でも「いきいき百歳体操」に取り組む地域が増えましたが、「健康・スポーツ」の割合は約 10%低下しました。「地域の行事」は約 20%上昇しています【図表 7】。



(3) 課題

① 認知機能低下高齢者の早期発見、早期支援

軽度認知症の人への早期介入や介護予防事業の拡充のために、軽度認知症のスクリーニングへの取り組みを進める必要があります。

② 運動機能の維持向上

転倒や加齢に伴う自立度の低下を防ぐために、ロコモティブシンドロームの更なる普及啓発が必要です。

③ 社会参加の促進

積極的に社会参加できるように、健康づくりや生きがいづくりのための情報を提供する必要があります。

(4) 目標

評価指標	策定時 2012(H24)年度	直近値 2017(H29)年度	目標 2023年度
介護保険サービス利用者の伸び率の抑制		100%	109.6%
ロコモティブシンドロームを認知している市民の増加	25%	63.9%	80%
運動器に痛みのある高齢者の割合の減少	腰痛 46.7% 肩こり 43.6% 手足関節 32.4%	30.9% 27.2% 15.4%	23% 23% 減少傾向
高齢者の社会参加の促進	健康・スポーツ 40.4% 地域の行事 30.8%	30.9% 49.6%	60% 60%

(5) 対策

① 認知症の早期支援

- ・ MCI ※2 への早期介入や介護予防事業の拡充
- ・ 認知症に対する市民の理解の拡充と地域での体制づくり

② 介護保険認定者に多い原因疾患の予防

ア 脳血管疾患の発症予防・重症化予防のための生活習慣病対策の推進

- ・ 生活習慣改善を行うための健康学習会の開催
- ・ 特定健診や後期高齢者健診結果に基づき、未治療者やコントロール不良者等、優先順位を決めた訪問指導

イ 関節疾患の予防対策

- ・ 関係機関との連携により「ロコモティブシンドローム」の知識の普及、運動器の機能維持のための健康学習会の開催

③ 社会参加の促進

- ・ 健康長寿のまちづくりを推進し、地域のつながりを強化するための環境づくり

※2 MCI=軽度認知症

近い将来、認知症になる可能性の高い“認知症予備群”と言える状態。

診断基準として、①本人または家族から記憶障害の訴えがある ②記憶以外の認知機能はだいたい保たれている ③日常生活に支障はきたしていない 等があげられる。

2 こころの健康・休養

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

体の健康と同様にこころの健康も、損なわれると日常生活に支障をきたします。ストレス社会の現在、ストレスの蓄積により、こころの不調を訴える人が増えています。こころの健康を守るためには軽い不調の段階で気づき、対処していくことが重要です。

こころの健康を保つには、自分自身のストレスに気づき、自分なりの解消法を身につけておくことが大切です。また、人と人との繋がり・地域の絆づくりも大切だと言われています。

「健康づくり」をキーワードとした「まちづくり運動」は、こころの健康にもつながります。

② 重症化予防

ストレスの蓄積が許容量を超えたとき、うつ病などの精神疾患を発症します。うつ病は、絶望感や孤独感が強くなるために、自殺願望へとつながりやすいといわれています。自殺の原因・動機としては、「健康問題」が最も多く、その中でも「うつ病」は特に多いようです。

厚生労働省が実施する患者調査によると、うつ病の患者数は毎年増加しており、国民の15人に1人がうつ病を経験しているといわれています。また、そのうち75%の人が専門の治療を受けていないとされています。

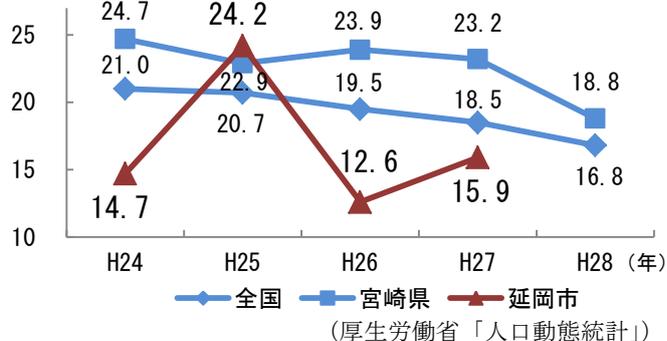
こころの健康を維持増進していくためには、今後うつ病の予防や適正受診の勧めが重要です。

(2) 現状

① 自殺死亡率

本市の自殺死亡率は増減を繰り返しながら減少傾向となっており、国県と比べると低い状況です。しかし、毎年20～30人の人が自殺で亡くなっており、平成27年の死因別順位では10～40歳代の死亡原因トップ3に自殺が入っています【図表1、2】。

図表1 自殺死亡率（人口10万対）の推移



図表2 平成27年 延岡市年代別死因順位

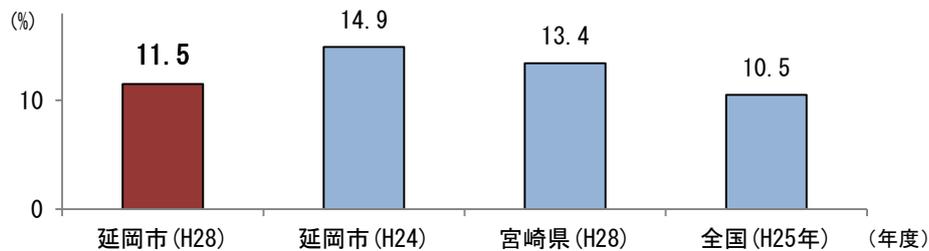
年齢	1位	2位	3位
10歳代	自殺		
20歳代	自殺	不慮の事故	
30歳代	悪性新生物、心疾患	自殺、脳血管疾患、不慮の事	
40歳代	悪性新生物	心疾患	自殺
50歳代	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患、肺炎、肝疾患
60歳代	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
70歳代	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
80歳以上	悪性新生物	心疾患	肺炎

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合(K6:10点以上※)

平成28年度に県が実施したこころの健康に関する県民意識調査と策定時を比較しました。気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合は、平成28年度では11.5%で策定時の14.9%と比べると3.4%減少しています。これは、県の13.4%と比べても低い傾向です。しかし、国の10.5%（平成25年）と比べるとまだ高い傾向にあります【図表3】。

※K6（うつ病・自殺予防対策のためのスクリーニングツール）の質問項目
 1 神経過敏に感じましたか
 2 絶望的だと感じましたか
 3 そわそわ、落ち着かなく感じましたか
 4 気分が沈みこんで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか
 5 何をすることも骨折りだと感じましたか
 6 自分は価値のない人間だと感じましたか
 選択肢を5段階として採点し、合計得点が9点以上の場合には、心の健康を崩されている可能性が高いとされている。

図表3 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合

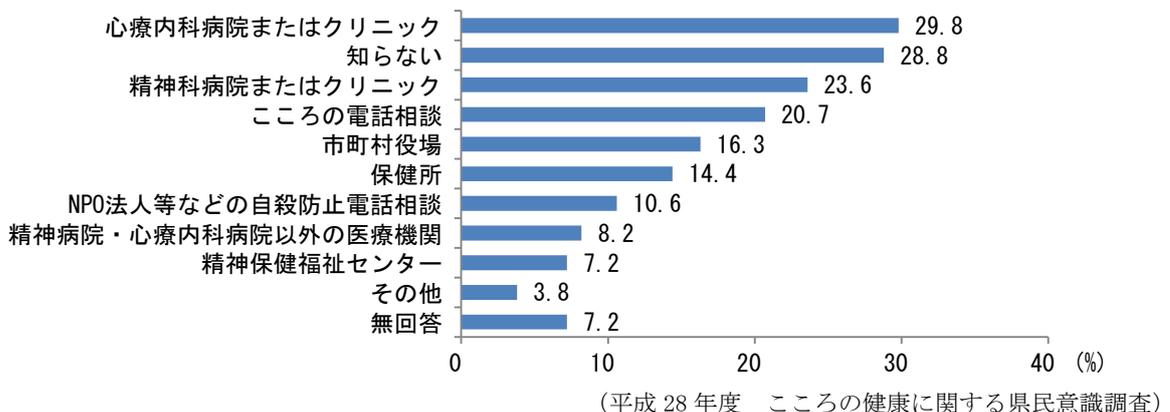


延岡市・宮崎県 (H28年度)：平成28年度こころの健康に関する県民意識調査
 延岡市 (H24年度)：「健康のべおか21」市民アンケート
 全 国 (H25年)：厚生労働省 健康日本21 (第二次)

③ こころの悩みを相談できる公共サービスを知っている者の割合

こころの悩みの相談先を知っている人は64.0%で、策定時の60.8%と比べると3.2%増加しています。中でも、こころの悩みの相談先として認知度が高かったのが「心療内科病院またはクリニック」で29.8%でした。しかし、次に多かった回答が「知らない」で28.8%でした【図表4】。

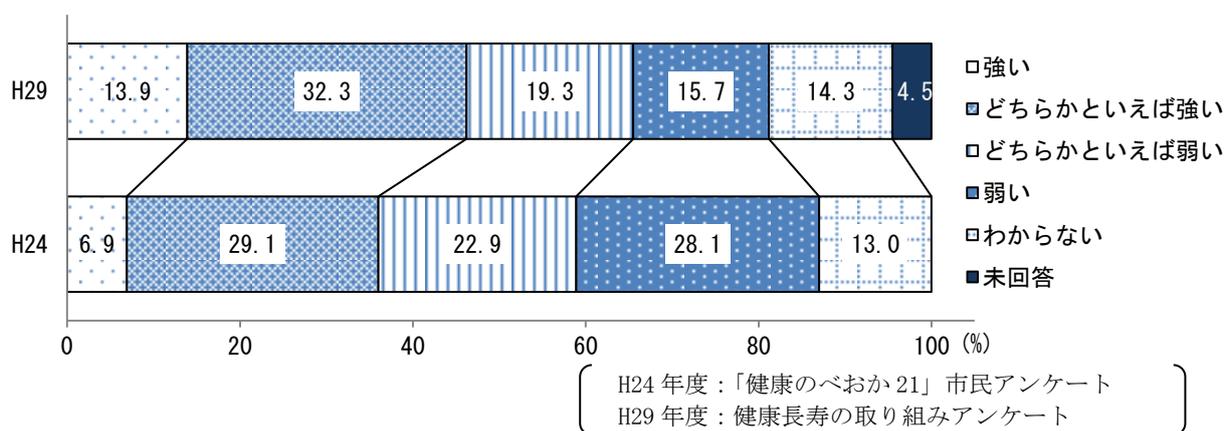
図表4 こころの悩みを相談できる公共サービスを知っている者の割合



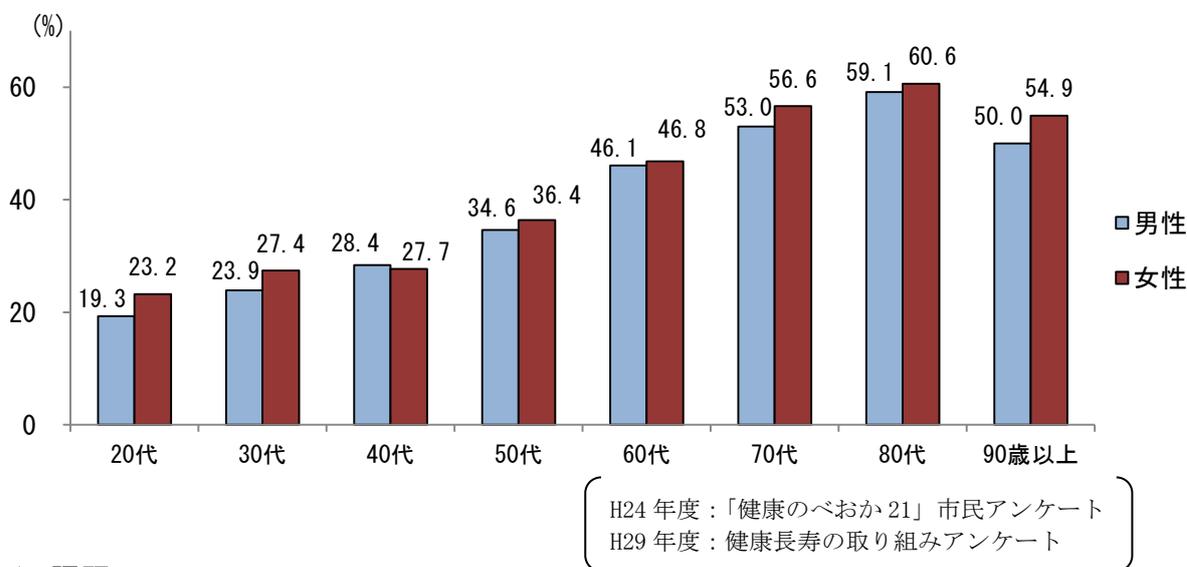
④ 地域の人たちとのつながりの強さ

健康長寿市民アンケートより、地域の人たちとのつながりの強さについて、「強い方だと思う・どちらかといえば強い方だと思う」と答えた人が合わせて46.2%と、策定時と比べると10.2%増加しています。年代別にみると、年代が上がるほど、地域をつなかりを強く感じている傾向にあります【図表5、6】。

図表5 地域の人たちとのつながりの強さ



図表6 地域をつなかりを強く感じている人の年代別割合(H29年度)



(3) 課題

大きなストレスにさらされ続けることで住民のこころの健康・休養の質が低下し、自殺に追い込まれる人が少しでも減るよう、今後うつ病や相談先の周知等の啓発を行っていく必要があります。

自殺を考えるまでに追い込まれた状況では自ら相談することが難しいため、今後も地域をつなかりを強くし、その人を孤立させないよう「健康長寿のまちづくり」の取り組みに力を入れていく必要があります。

周囲の人がその人のこころの不調に気づき、声をかけ、見守ることができるようなスキルを身につけるための人材育成に取り組む必要があります。

(4) 目標

評価指標	策定時 2012(H24)年度	直近値 (年度)	目標 2023年度
気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 (K6:10点以上)	14.9%	11.5% 2016(H28)	10%
こころの悩みを相談できる公共サービスを知っている者の割合の増加	61%	64% 2017(H29)	70%
地域の人たちのつながりの強さを強い・どちらかといえば強いほうだと思うと感じている者の割合の増加	36%	46.2% 2017(H29)	50%

(5) 対策(※平成30年度見直し予定の延岡市自殺対策行動計画と関連してすすめる)

① 休養・こころの健康づくりに関する情報提供

- ・自殺予防週間(9月10日～1週間)、自殺対策強化月間(3月)を中心に、自殺予防に絡めたうつ病予防PR
- ・地域・団体等でのこころの健康に関する健康学習会の実施
- ・こころの健康相談窓口の周知

② 支援ネットワークの充実

- ・地域住民や市職員に対するゲートキーパー※養成講座の実施
- ・相談窓口の充実
- ・各種健(検)診や相談等で、こころの不調を訴える人の早期発見・早期受診の勧奨
- ・「健康長寿のまちづくり」の取組の充実による、地域のごつながりの強化
- ・庁内外の関係機関と情報を共有し、それぞれの立場から自殺対策の取り組みを行うための連携の強化

③ 個別支援の充実

- ・専門機関との連携の強化

※ゲートキーパーとは、地域で悩みを抱えた人のサインに気づき、早めに適切な相談機関につなげることができる人のこと。

第4節 目標の設定

基本目標に関する評価指標	策定時(年度)	直近値(年度)	目標値(2023年度)	出典	算定方法	
延岡市民の健康寿命の延伸	男性 77.91歳 (H22年) 女性 82.95歳 (H22年)	77.99歳 (H25年) 83.71歳 (H25年)	平均寿命の増加分を上回る 健康寿命の増加	宮崎県健康づくり推進センター統計	簡易生命表を用いて「健康寿命の算定プログラム」により算出	
がん	がん検診受診率の向上	胃がん 3.0% (H24)	胃がん 3.6% (H28)	胃がん 7%	健康増進課業務概要	検診対象者に対する受診者の割合
		肺がん 9.8% (H24)	肺がん 7.4% (H28)	肺がん 14%		
		大腸がん 7.5% (H24)	大腸がん 6.9% (H28)	大腸がん 11%		
		子宮がん 13.2% (H24)	子宮がん 13.3% (H28)	子宮がん 18%		
		乳がん 9.5% (H24)	乳がん 10.0% (H28)	乳がん 13%		
	がん検診精密検査受診率の向上	胃がん 82.9% (H24)	胃がん 91.5% (H27)	100%	健康増進課業務概要	要精密対象者に対する精密検査受診者の割合
		肺がん 97.5% (H24)	肺がん 89.3% (H27)			
		大腸がん 80.2% (H24)	大腸がん 74.9% (H27)			
		子宮がん 62.3% (H24)	子宮がん 93.9% (H27)			
		乳がん 84.8% (H24)	乳がん 91.9% (H27)			
循環器疾患	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 45.3 (H22年)	男性 44.9 (H27年)	男性 40.0	宮崎県健康づくり推進センター統計	「宮崎県の推計人口と世帯数」及び「衛生統計年報」をもとに算定
		女性 34.2 (H22年)	女性 26.5 (H27年)	女性 32.0		
	心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 72.0 (H22年)	男性 57.2 (H27年)	男性 67.0	宮崎県健康づくり推進センター統計	健診受診者に対する高血圧治療中またはI度高血圧以上の者の割合
		女性 35.3 (H22年)	女性 43.4 (H27年)	女性 32.0		
	高血圧の改善 (高血圧有病者割合の減少)	48.3% [3,850人] (H23)	50.6% [4,310人] (H28)	43%未満	特定健診等データ管理システム167表	健診受診者に対する割合
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	30.5% (H23)	32.9% (H28)	22.9%	法定報告	健診受診者に対する割合
	特定健康診査受診率の向上	35.6% (H24)	35.5% (H28)	60%	法定報告	健診対象者に対する受診者の割合
	特定保健指導実施率の向上	50.7% (H24)	32.2% (H28)	60%	法定報告	保健指導対象者に対する実施者の割合

※ 和暦→西暦 H22→2010、H23→2011、H24→2012、H2→2013、H26→2014、H2→2015、H28→2016、H29→2017

基本目標に関する評価指標		策定時(年度)	直近値(年度)	目標値(2023年度)	出典	算定方法
糖尿病	合併症(糖尿病・高血圧が原因の年間新規透析患者数)の減少	15人(H24)	23人(H28)	減少傾向へ	延岡市障がい福祉課統計	自立支援医療給付事業
	糖尿病有病者の増加の抑制	4.1% [328人] (H24)	6.9% [586人] (H28)	減少傾向へ	延岡市国保特定健診結果	特定健診分析ツールより算出
	血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c8.0%以上)	1.1% [96人] (H25)	1.2% [102人] (H28)	0.5%	延岡市国保特定健診結果	
次世代の健康	全出生者数中の低出生体重児の割合の減少	9% (H22)	9% (H26)	減少傾向へ	延岡保健所業務概要	出生児に対する割合
	肥満傾向にある子どももの割合の減少	肥満傾向にある3歳6か月児の割合 2.6% (H24)	肥満傾向にある3歳6か月児の割合 6.3% (H28)	減少傾向へ	母子保健事業報告	健診受診者に対する割合
栄養・食生活	肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中・高度肥満傾向児の割合(H24) 男児 5.8% 女児 6.7%	小学5年生の中・高度肥満傾向児の割合(H28) 男児 7.9% 女児 4.2%	減少傾向へ	身体計測データ	データ提出校(小・中・高の約9割が協力)の児に対する割合
	適正体重を維持している者の増加	男性の肥満者の割合(H23) 20~60歳代 34.4% 女性の肥満者の割合(H23) 40~60歳代 21.4%	男性の肥満者の割合(H29) 20~60歳代 28.4% 女性の肥満者の割合(H28) 40~60歳代 22.1%	男性の肥満者の割合 20~60歳代 28% 女性の肥満者の割合 40~60歳代 19.9%	健康長寿の取り組みアンケート 特定健診データ管理システム167表	対象者におけるBMI25%以上の割合
	低栄養傾向の高齢者の割合の抑制	70~79歳代男性 22.9%(H23) 80歳以上の女性 27.1%(H23)	70~79歳代男性 11.8%(H29) 80歳以上の女性 23.6%(H29)	70~79歳代男性 減少傾向へ 80歳以上の女性 22%	健康長寿の取り組みアンケート	対象者におけるBMI20%以下の割合
	栄養成分表示の塩分量を「必ず見ている」もしくは、「たまに見る」人の割合の増加	—	男性20~60歳代 30.2%(H29) 女性20~50歳代 52.7%(H29)	男性20~60歳代 33.6% 女性20~50歳代 61.0%	健康長寿の取り組みアンケート	アンケート結果
		3食全てで野菜を「ほとんど毎日」もしくは、「週4日程度」食べる人の割合の増加	—	男性20~50歳代 54.8%(H29) 女性20~50歳代 64.7%(H29)	男性20~50歳代 65.8% 女性20~50歳代 75.0%	健康長寿の取り組みアンケート
	健康づくり(食塩の低減や野菜摂取量の増加)に取り組む小売店及び飲食店の増加	—	ヘルシーフェア参加店舗19店舗 (H28)	増加へ	健康長寿のまちづくり市民運動にてH25年度より取組中	—
身体活動・運動	運動習慣者の割合の増加	男性20~64歳 43.9%(H24) 男性65歳以上 68.7%(H24) 女性20~64歳 32.3%(H24) 女性65歳以上 65.9%(H24)	男性20~64歳 35.6%(H29) 男性65歳以上 58.4%(H29) 女性20~64歳 28.9%(H29) 女性65歳以上 54.3%(H29)	男性20~64歳 51% 男性65歳以上 75% 女性20~64歳 47% 女性65歳以上 75%	健康長寿の取り組みアンケート	アンケート結果
	意識的に体を動かす者の増加	75%(H24)	68.3%(H29)	80%		

飲酒	生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の減少	男性 20.9% (H23) 女性 9.6% (H23)	男性 9.9% (H29) 女性 9.1% (H29)	男性 減少傾向へ 女性 6.4%	健康長寿の取り組みアンケート	アンケート結果
喫煙	成人の喫煙率の減少	18% (H23)	15.2% (H29)	減少傾向へ		
歯・口腔の健康	3歳児のむし歯を持たない者の割合の増加	69.8% (H24)	73.8% (H28)	80%	健康受診者に対する割合	
	フッ化物洗口に取り組む保育所・幼稚園の割合の増加	12% (H24)	42% (H28)	60%	宮崎県健康増進課 最近の歯科保健の状況2017	実施施設数の全体に対する割合
	12歳児のむし歯を持たない者の割合の増加	37.9% (H24)	43% (H28)	50%		対象者に対する割合
	定期的に歯科健診に行っている者の割合の増加	36% (H24)	—	50%	H24年度健康のべおか21市民アンケート	アンケート結果
高齢者の健康	介護保険サービス利用者の伸び率の抑制	—	100% (H29)	109.6%	介護保険課統計	介護保険1号保険者に対する介護保険認定者割合
	ロコモティブシンドロームを認知している市民の増加	25% (H24)	63.9% (H29)	80%		
	運動器に痛みのある高齢者の割合の減少	腰痛 46.7% (H24) 肩こり 43.6% (H24) 手足関節 32.4% (H24)	腰痛 30.9% (H29) 肩こり 27.2% (H29) 手足関節 15.4% (H29)	23% 23% 減少傾向へ	健康長寿の取り組みアンケート	アンケート結果
	高齢者の社会参加の促進	健康・スポーツ 40.4% (H24) 地域の行事 30.8% (H24)	健康・スポーツ 30.9% (H29) 地域の行事 49.6% (H29)	60% 60%		
こころの健康・休養	気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	14.9% (H24)	11.5% (H28)	10%	こころの健康に関する県民意識調査	うつ病・自殺予防対策のためのスクリーニングツールより算出
	こころの悩みを相談できる公共サービスの知っている者の割合の増加	61% (H24)	64% (H29)	70%		
	地域の人のつながりの強さを「強い」「どちらからかと言えれば強いほうだと思う」と感じている者の割合の増加	36% (H24)	46.2% (H29)	50%	健康長寿の取り組みアンケート	アンケート結果

※ 和暦→西暦 H22→2010、H23→2011、H24→2012、H2→2013、H26→2014、H2→2015、H28→2016、H29→2017

第Ⅳ章

まちの健康づくり

第1節 地域における健康づくりの推進

1 活動展開の視点

現在、核家族や独居高齢者の増加、ライフスタイルの変化等により、地域社会における人と人の関係性は希薄になっていると言われており、全ての市民が住み慣れた地域で安心して健やかに暮らせるためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援が相互に関係し、連携しながら生活を支えていくことが求められています。

また、健康づくりのためには「ご近所づきあい」など積極的な地域社会との交流、仲間づくりが良い影響をもたらすことが指摘されています。地域や職場、サークル活動など共通した生活圏での横軸の交流と子どもから高齢者まで幅広い世代間による縦軸の交流の広がり、個人の健康づくりを支援する原動力になります。すなわち目指すところは、ヘルスプロモーション※の実践であり、「健康づくり」に“まちづくり”の視点を明確に加えた「健康長寿のまちづくり」です。

したがって個人の健康づくりを支援するためには、ソーシャルキャピタルの醸成と活用による市民活動の活性化と、誰もが健康づくりに取り組みやすい環境の支援が必要です。



※ヘルスプロモーションの定義

WHO（世界保健機関）が提唱した 21 世紀の健康戦略「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」

2 健康長寿推進市民会議との連携（市民活動の活性化）

2010(平成 22)年 4 月に産学民官からなる、「延岡市健康長寿推進市民会議」（以下、市民会議という。）が設立されました。市民会議では「市民運動行動計画」を策定し、2011(平成 23)年度から具体的な「健康長寿のまちづくり」市民運動に取り組んでいます。行動計画は 2020 年度までの 10 年計画となっており、「運動」「食事」「健診受診」の 3 つの活動を柱としています。活動主体の区分※に応じて計画を立て、各主体が連携したソーシャルキャピタルの醸成と活用を基本的な手段としています。

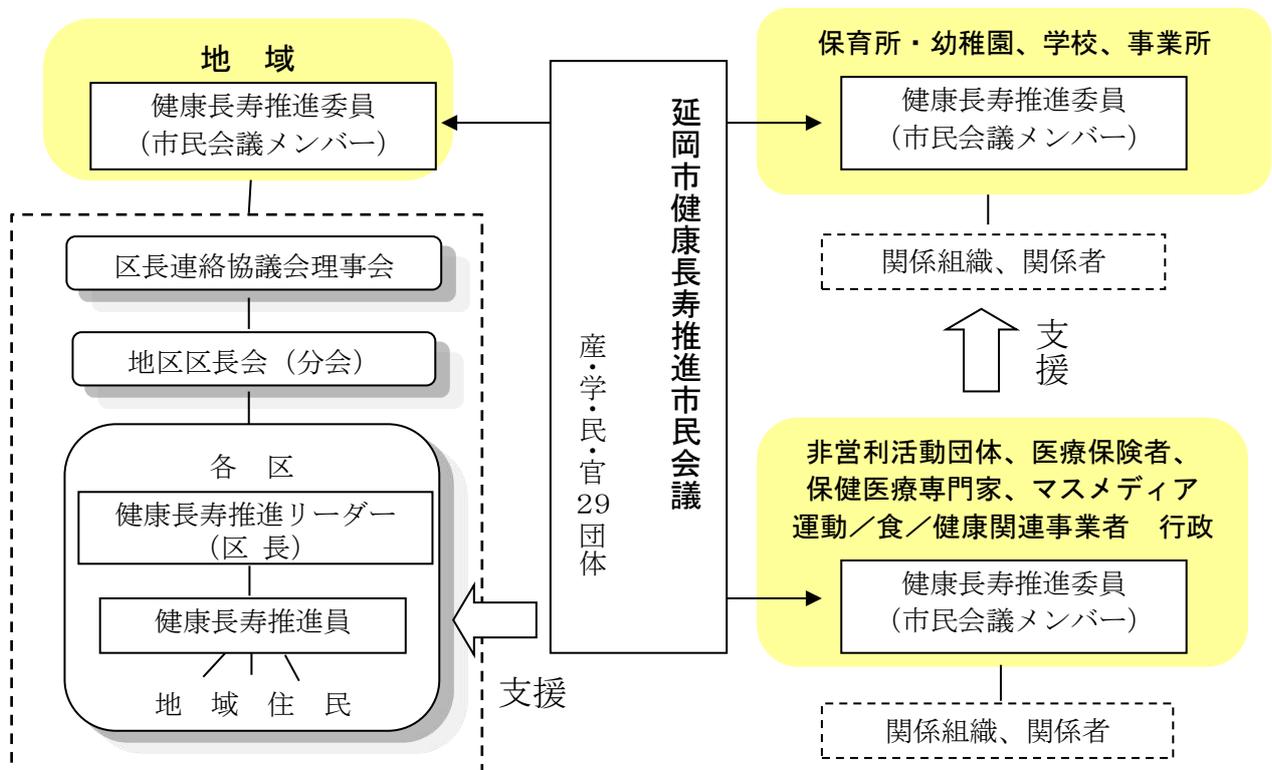
- ※活動主体区分 ①個人・家庭 ②地域 ③保育所・幼稚園 ④学校 ⑤事業所
 ⑥非営利活動団体 ⑦医療保険者 ⑧保健医療専門家
 ⑨運動・食・健康関連事業者 ⑩マスメディア ⑪行政

(1) 推進体制の連携

市民会議は産学民官の様々な組織・団体により構成され、それぞれ市民会議委員のほかに健康長寿推進委員を選任しています。また、特に地域においては、各自治区の区長が健康長寿推進リーダーとなり、それを補佐する健康長寿推進員を選任する体制を構築し行動計画を推進しています。健康のべおか21の推進においても、市民会議と連携できる推進体制の構築を図ります。

(2) 協働による推進活動

「健康長寿のまちづくり」市民運動においては、目標を明確にするため「運動」「食事」「健診受診」に絞った取組を行っています。健康のべおか21計画は、生涯健康づくりの推進のためのあらゆる健康課題に対する計画になりますが、その推進においては個々に独立して行うものではなく、互いに関連を持たせながら推進していくことが効果的です。したがって、「運動」「食事」「健診受診」以外の取組項目についても、市民会議と十分調整を図りながら各組織と協働した活動を展開します。



延岡市健康長寿推進市民会議 構成団体（29 団体）

役 職 名	
会長	旭化成（株）延岡支社
副会長	延岡市区長連絡協議会
運動部会	九州保健福祉大学
	延岡市公民館連絡協議会
	（一社）延岡市体育協会
	延岡市文化連盟
	延岡市さんさんクラブ連合会
	宮崎県立学校長協会
	延岡市社会福祉協議会
	延岡市自立支援協議会
	延岡市教育委員会
食事部会	のべおか男女共同参画会議 21
	のべおか市民力市場
	延岡市学校法人立幼稚園協会
	延岡農業共同組合
	島浦町漁業協同組合
	延岡市保育協議会
	延岡市小中学校校長会
	延岡市 P T A 連絡協議会
	延岡保健所
健診部会	宮崎県北の地域医療を守る会
	延岡市地区社会福祉協議会連絡協議会
	（一社）延岡市医師会
	（一社）延岡市歯科医師会
	（一社）延岡市西臼杵郡薬剤師会
	延岡商工会議所
	延岡市民生委員児童委員協議会
	（公財）デイリー健康福祉事業団
延岡市	

第2節 健康づくり推進のための環境整備

1 行政組織内の連携

誰もが健康づくりに取り組めるようにするには、健康づくりを支援する環境の整備が必要です。環境整備にあたっては、健康づくりを保健部門だけの政策と捉えず、福祉はもちろん農林水産、土木、都市計画、教育など行政組織内部の関連する部門において「健康長寿のまちづくり」を視点においた政策の検討（例：スポーツ環境の整備、公園緑地整備、歩道のバリアフリー化、地域や学校での健康づくり等）が必要です。

2 関係機関との連携

多方面の協力が必要な健康課題について、関係機関や専門機関との連携を図り、健康づくりを推進します。

(1) 延岡市歯科保健推進協議会

市民の生涯にわたる歯・口腔の健康づくりの推進のため、延岡市歯科保健推進協議会を平成25年度に設置しました（平成24年度までは、保健所主催）。

「宮崎県歯・口腔の健康づくり推進条例」に基づき、本市の現状と課題を踏まえた取組を関係機関と連携しながら推進します。

(2) 延岡地域自殺対策協議会

全国的にも対策が急がれる自殺対策として、本市においても平成25年度地域の実状を分析し地域に密着したきめ細やかな取組を展開するための「延岡市自殺対策行動計画」を策定しました。

自殺予防は、その原因が多岐にわたることから、延岡地域自殺対策協議会を構成する各専門分野と協力・連携により、本市の実状に合った対策を進めていきます。

(3) 宮崎県北部地域・職域連携推進協議会

地域保健と職域保健の連携により、行政機関、事業者及び医療機関等の関係者が、情報交換を行い、それぞれの保健医療資源の相互活用、保健事業の共同実施による連携体制を構築し、生涯を通じて継続的な保健サービスの提供体制を整備することにより、県民の健康増進を図ることを目的として、宮崎県二次医療圏域ごとに設置されています（庶務担当：延岡保健所）。

この協議会では、受動喫煙防止状況調査、「適正体重の維持」、「野菜摂取向上」などのさまざまな取組を推進しています。

第3節 適切な健康情報の発信

現代は、健康に関する情報は、テレビや新聞、書籍、インターネットなどの様々な媒体から容易に得ることができる時代と言えます。しかし、多くの情報から、健康に関して誤った認識を持ってしまう危険性や、情報を入手する手段の有無によって一人ひとりの情報量に偏りが出るなどの心配も出てきます。

そのため、行政や事業者には、健康に関する正確な情報をいち早く多くの人へ届ける努力が望まれ、情報の内容や対象者の特徴を考慮した発信の取組などが必要になります。

《取組内容》

○マスメディアの活用

- ・新聞、ラジオ、テレビ、インターネットなどの活用
- ・ホームページ活用方法の見直し

○広報のべおかの活用

- ・各家庭保存版配付、組回覧、記事掲載等

○リーフレット配付

- ・内容に合わせて、小中学校や健康学習会、講演会等での配付
- ・対象者に合わせた配布先の検討と実施

第4節 これからの地域保健活動のあり方

「市民が共に支え合い、生涯を通じて健康で生き生きと暮らせるまち」を目標に、「第2次 健康のべおか 21」を推進し、地域の実情に合った成果の上がる保健活動を展開していくために、以下の指針を踏まえ、今後も地域保健活動を展開していきます。

1 「地域における保健師の保健活動に関する指針」

(平成 25 年 4 月 19 日付健発 0419 第 1 号)

- (1) 地域診断に基づく P D C A サイクルの実施
- (2) 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開
- (3) 予防的介入の重視
- (4) 地区活動に立脚した活動の強化
- (5) 地区担当制の推進
- (6) 地域特性に応じた健康なまちづくりの推進
- (7) 部署横断的な保健活動の連携及び協働
- (8) 地域のケアシステムの構築
- (9) 各種保健医療福祉計画の策定及び実施
- (10) 人材育成

2 「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針」

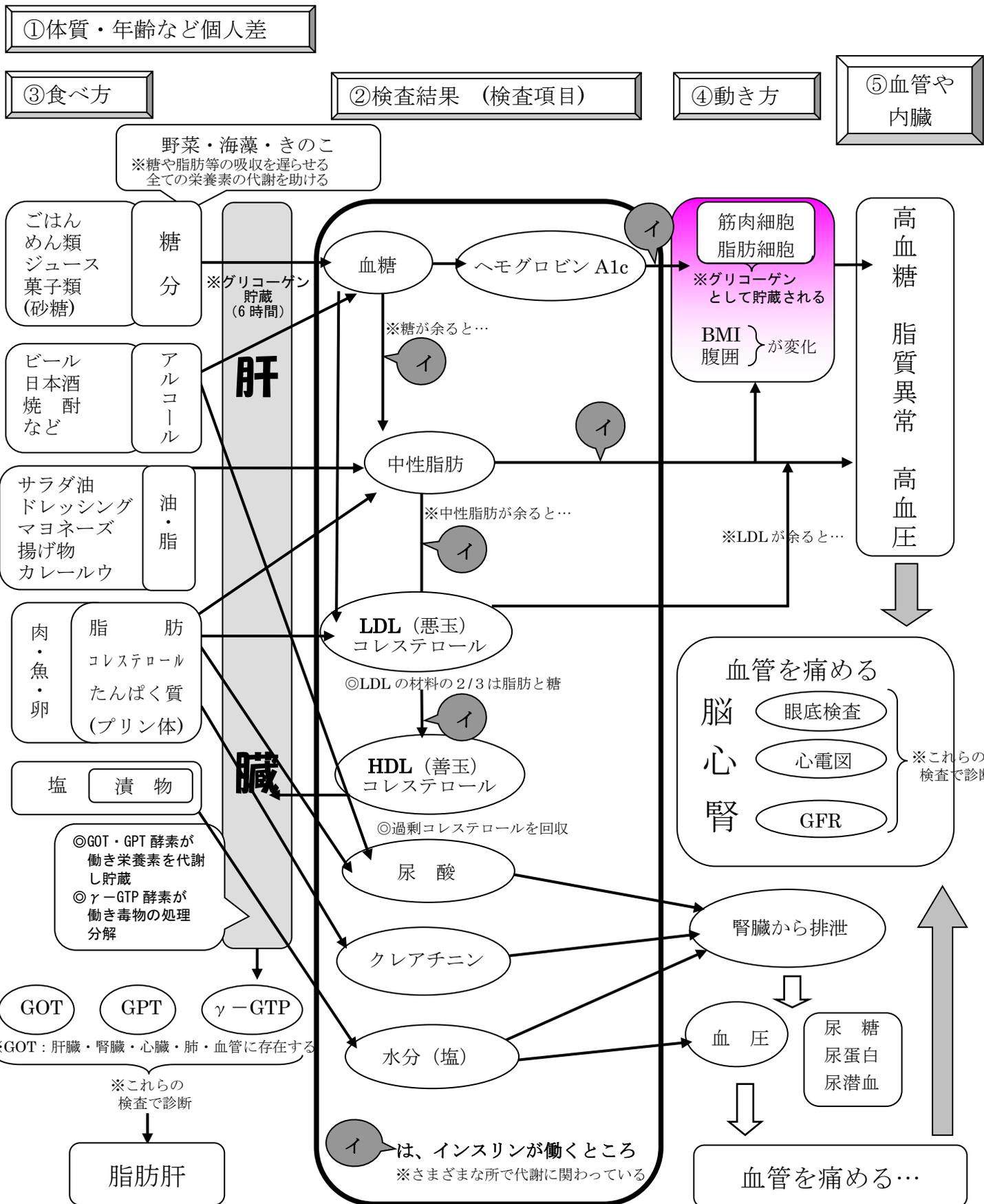
(平成 25 年 3 月 29 日付健が発 0329 第 4 号)

- (1) 組織体制の整備
- (2) 健康・栄養課題の明確化と P D C A サイクルに基づく施策の推進
- (3) 生活習慣病予防の発症予防と重症化予防の徹底のための施策の推進
- (4) 社会生活を自律的に営むために必要な機能の維持及び向上のための施策の推進
- (5) 食を通じた社会環境の整備の促進

資料

疾病と食品(栄養素)の関係	・・・65
疾病と食品(栄養素)の関係を詳細にしたもの	・・・66
平成 29 年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(男性)を詳細にしたもの	・・・67
平成 29 年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(女性)を詳細にしたもの	・・・68
アンケート調査の概要	・・・69
「第 2 次 健康のべおか 21」中間評価・見直し経過	・・・70
健康のべおか 21 計画案作成委員会設置要綱	・・・71
健康のべおか 21 会議設置要綱	・・・72
健康のべおか 21 会議委員名簿	・・・73
健康のべおか 21 計画案作成委員会・ワーキンググループ名簿	・・・74

疾病と食品(栄養素)の関係



平成29年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(男性)を詳細にしたもの

	小学生								中学生								高校生							
	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳	21歳	22歳							
1	青森	7.91	北海道	9.90	福島	14.76	秋田	16.29	福島	19.48	北海道	16.56	群馬	15.81	秋田	12.99	沖縄	12.38	宮城	18.47	青森	15.87	愛媛	15.95
2	宮城	7.88	青森	9.55	秋田	14.01	北海道	15.73	北海道	14.92	福島	16.33	青森	15.58	山形	12.54	北海道	12.19	大分	18.13	福島	14.67	北海道	15.12
3	秋田	7.26	青森	9.47	山形	12.99	福島	14.59	山形	14.79	山形	14.17	秋田	14.58	福島	12.32	北海道	12.49	高松	17.87	栃木	14.48	岩手	14.83
4	山形	7.08	栃木	8.82	高松	11.96	青森	13.51	沖縄	14.73	山形	13.63	秋田	14.05	北海道	11.88	青森	11.23	徳島	16.45	岩手	13.39	高松	14.50
5	北海道	6.67	秋田	8.74	宮城	10.92	大分	13.23	山形	13.14	宮城	13.56	北海道	13.77	群馬	11.51	山形	11.13	青森	16.45	大分	13.30	秋田	14.35
6	茨城	6.66	福島	8.64	北海道	10.85	岩手	13.28	岩手	13.01	岩手	13.41	山形	13.72	徳島	11.48	長崎	10.61	青森	15.29	群馬	13.29	茨城	14.33
7	宮城	6.60	山形	8.13	青森	10.68	茨城	12.20	青森	13.01	岩手	13.23	沖縄	13.03	宮城	11.47	大分	10.35	石川	15.29	群馬	12.94	茨城	14.28
8	大分	6.53	新潟	7.87	山口	9.86	宮城	12.05	宮城	12.79	青森	12.58	岩手	12.96	青森	11.33	大分	10.08	長野	14.60	京都	12.75	徳島	13.91
9	岩手	6.11	岩手	7.55	佐賀	9.79	栃木	11.72	青森	12.56	佐賀	12.46	山形	12.91	栃木	11.09	福岡	9.97	和歌山	14.41	埼玉	12.60	岐阜	13.56
10	群馬	5.90	山形	7.48	徳島	9.74	山形	11.34	宮城	12.40	秋田	12.32	宮城	12.79	群馬	10.72	三重	9.81	栃木	13.94	富山	12.38	京都	13.04
11	熊本	5.88	群馬	7.48	宮城	9.69	千葉	11.30	新潟	12.28	長崎	12.11	福島	12.62	高松	10.40	三重	9.66	富山	13.70	和歌山	12.36	鳥取	12.98
12	和歌山	5.79	和歌山	7.46	大分	9.67	熊本	11.30	埼玉	11.97	高松	11.87	徳島	12.33	鹿児島	9.91	宮城	9.63	埼玉	13.67	鹿児島	12.36	山梨	12.89
13	栃木	5.77	茨城	7.02	栃木	9.42	徳島	11.17	山梨	11.96	徳島	11.52	栃木	12.26	新潟	9.88	熊本	9.54	沖縄	13.67	鹿児島	12.29	栃木	12.82
14	沖縄	5.64	高松	7.02	石川	9.13	鳥取	10.77	茨城	11.55	徳島	11.21	佐賀	11.79	新潟	9.83	熊本	9.52	茨城	13.57	山形	12.04	富山	12.73
15	佐賀	5.57	東京	6.88	茨城	8.93	長崎	10.71	京都	11.26	大分	11.10	高松	11.64	大分	9.81	岡山	9.49	群馬	13.25	岐阜	11.80	大分	12.44
16	福岡	5.32	徳島	6.65	岐阜	8.72	福岡	10.69	熊本	11.02	茨城	10.96	和歌山	11.44	佐賀	9.72	徳島	9.46	東京	13.21	茨城	11.33	長野	12.34
17	滋賀	5.26	宮城	6.52	奈良	8.63	山形	10.67	山形	10.91	山形	10.93	熊本	11.04	茨城	9.70	岩手	9.33	山形	13.07	高松	11.12	愛媛	12.11
18	千葉	5.21	千葉	6.21	和歌山	8.62	新潟	10.19	岡山	10.72	和歌山	10.84	愛媛	10.77	宮城	9.51	鹿児島	9.10	愛媛	12.96	宮城	11.09	石川	11.82
19	山梨	5.11	埼玉	6.05	沖縄	8.52	和歌山	10.18	佐賀	10.51	群馬	10.63	富山	10.76	和歌山	9.37	茨城	8.81	福岡	12.68	東京	11.08	埼玉	11.74
20	富山	4.99	島根	6.03	新潟	8.50	福岡	10.17	千葉	10.10	千葉	10.61	大分	10.70	静岡	9.27	宮城	8.65	鳥取	12.62	沖縄	10.44	東京	11.58
21	埼玉	4.93	熊本	6.00	山形	8.45	神奈川	10.04	全	9.99	埼玉	10.52	茨城	10.59	大阪	8.86	群馬	8.55	秋田	12.56	宮城	10.40	宮城	11.46
22	鳥取	4.86	長野	5.99	愛媛	8.37	鹿児島	10.00	三重	9.99	宮城	10.37	岡山	10.57	三重	8.81	千葉	8.81	千葉	12.28	長崎	10.21	宮城	11.14
23	岐阜	4.48	佐賀	5.98	熊本	8.15	高松	9.93	愛媛	9.88	三重	10.29	埼玉	10.35	熊本	8.78	兵庫	8.36	熊本	12.24	長崎	10.03	長崎	10.94
24	福岡	4.42	福岡	5.79	群馬	8.04	奈良	9.87	秋田	9.98	大阪	10.12	茨城	10.11	山形	8.77	福岡	8.35	山梨	12.16	全	9.93	三重	10.87
25	全	4.39	鹿児島	5.78	愛媛	7.79	愛媛	9.75	和歌山	9.72	沖縄	10.03	全	9.89	全	8.69	愛媛	8.31	鹿児島	12.15	愛媛	9.93	和歌山	10.80
26	鹿児島	4.39	石川	5.71	東京	7.72	佐賀	9.58	福岡	9.52	全	9.69	岐阜	9.89	香川	8.61	愛媛	8.07	奈良	11.98	熊本	9.90	全	10.71
27	神奈川	4.38	全	5.65	山形	7.66	三重	9.56	群馬	9.44	岡山	9.25	三重	9.77	香川	8.37	全	8.04	岩手	11.93	奈良	9.83	山形	10.71
28	三重	4.26	愛媛	5.53	全	7.24	全	9.52	長野	9.24	岐阜	9.22	香川	9.76	滋賀	8.33	大阪	7.96	北海道	11.87	茨城	9.82	広島	10.49
29	奈良	4.21	滋賀	5.28	福岡	6.99	沖縄	9.27	高松	9.14	香川	9.09	千葉	9.61	山口	8.32	富山	7.84	福岡	11.72	佐賀	9.79	大阪	10.33
30	島根	4.21	奈良	5.02	三重	6.76	群馬	9.20	鹿児島	9.11	福岡	8.99	長野	9.59	東京	8.31	鳥取	7.61	全	11.57	香川	9.72	鹿児島	10.20
31	新潟	4.20	香川	4.92	静岡	6.58	鳥取	9.12	東京	9.08	新潟	8.89	石川	9.41	広島	8.20	鳥取	7.55	香川	11.48	鳥取	9.59	千葉	10.18
32	愛媛	4.14	岡山	4.91	福岡	6.44	香川	8.91	愛媛	9.08	愛媛	8.87	愛媛	9.34	福岡	8.02	岐阜	7.29	新潟	11.18	北海道	9.51	福岡	9.87
33	愛媛	4.06	愛媛	4.89	鹿児島	6.34	山梨	8.88	奈良	8.80	熊本	8.80	奈良	8.91	長野	8.00	静岡	7.09	静岡	10.30	福岡	9.19	岡山	9.73
34	広島	4.02	大分	4.79	長野	6.29	富山	8.77	岐阜	8.69	京都	8.51	静岡	8.89	京都	7.96	石川	7.08	神奈川	10.24	千葉	9.01	滋賀	9.57
35	長崎	3.90	鳥取	4.71	香川	5.92	岡山	8.76	大阪	8.67	鳥取	8.47	大阪	8.82	岡山	7.96	東京	7.07	兵庫	10.20	愛媛	8.87	群馬	9.52
36	徳島	3.62	神奈川	4.63	埼玉	5.88	宮城	8.73	大分	8.64	福岡	8.43	長崎	8.55	千葉	7.95	京都	7.07	広島	10.12	鳥取	8.86	鳥取	9.12
37	石川	3.57	兵庫	4.51	千葉	5.65	愛媛	8.39	長崎	8.61	東京	8.35	福岡	8.50	埼玉	7.93	長野	7.06	岡山	9.88	大阪	8.81	香川	9.07
38	香川	3.56	京都	4.46	京都	5.60	東京	8.35	静岡	8.25	山口	8.30	東京	8.44	兵庫	7.71	香川	6.99	新潟	9.69	新潟	8.79	熊本	8.98
39	長野	3.54	富山	4.43	神奈川	5.59	山口	8.23	神奈川	8.20	茨城	8.23	鹿児島	8.32	山口	7.50	山口	6.97	京都	8.96	静岡	8.49	新潟	8.96
40	山梨	3.50	茨城	4.37	兵庫	5.43	鳥取	7.99	福岡	7.74	奈良	8.14	鳥取	8.32	鳥取	7.32	佐賀	6.91	三	8.95	石川	8.40	奈良	8.90
41	静岡	3.28	福岡	4.33	岡山	5.41	京都	7.80	兵庫	7.70	長崎	7.79	兵庫	8.29	神奈川	7.24	埼玉	6.63	大阪	8.92	山梨	8.20	山口	8.90
42	大阪	3.28	福岡	4.34	滋賀	5.10	埼玉	7.07	福岡	7.38	愛媛	7.69	鳥取	8.21	長崎	7.03	滋賀	6.56	鳥取	8.75	福岡	7.82	沖縄	8.74
43	東京	3.27	三重	3.83	福岡	5.01	埼玉	7.03	鳥取	7.22	鹿児島	7.68	神奈川	8.03	福岡	6.77	愛媛	6.33	滋賀	8.30	岡山	7.47	福岡	8.62
44	京都	3.18	長崎	3.43	鳥取	4.66	岐阜	6.95	鳥取	6.88	神奈川	7.51	新潟	7.87	富山	6.31	福岡	6.15	山口	8.24	三重	7.36	福岡	8.14
45	岡山	2.91	山口	3.42	兵庫	4.58	鳥取	6.84	香川	6.84	香川	7.20	鳥取	7.64	愛媛	6.10	和歌山	6.04	愛媛	7.94	神奈川	7.35	佐賀	8.09
46	福岡	2.52	岐阜	3.39	大阪	4.55	長崎	6.11	広島	6.50	滋賀	6.95	福岡	7.15	鳥取	6.05	神奈川	5.84	愛媛	7.92	山口	6.78	神奈川	7.66
47	高松	2.51	大阪	3.00	長崎	4.48	大阪	6.09	山口	6.06	鳥取	6.35	福岡	7.11	岐阜	5.98	神奈川	5.54	佐賀	7.32	兵庫	6.12	静岡	6.90
48	兵庫	2.10	沖縄	1.78	鳥取	4.41	滋賀	5.82	滋賀	5.60	兵庫	6.17	京都	6.77	奈良	4.96	奈良	5.38	岐阜	5.72	滋賀	4.94	兵庫	4.04

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。

肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100 (%)

(H29年度学校保健統計調査)

平成29年度 都道府県別肥満傾向児の出現率(女性)を詳細にしたもの

順位	小学生							中学生							高校生									
	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳									
1	岩手	7.87	青森	10.54	徳島	11.95	青森	11.61	山形	14.08	全	8.72	宮崎	13.09	岩手	12.59	福島	11.61	青森	12.58	徳島	13.18	青森	13.74
2	宮城	7.86	岩手	10.27	岩手	11.05	茨城	11.21	福島	13.33	福島	14.05	山形	12.33	福島	11.12	宮崎	11.25	大分	12.01	茨城	12.00	宮崎	13.44
3	秋田	7.47	秋田	9.68	高知	10.48	北海道	10.99	高知	12.77	秋田	12.72	大分	12.21	山形	10.76	高知	11.22	高知	11.96	愛媛	11.54	徳島	12.00
4	青森	6.91	秋田	9.43	福島	10.46	秋田	10.29	山形	12.08	秋田	12.62	福島	12.21	大分	10.70	秋田	10.25	秋田	11.79	福島	11.48	新潟	11.91
5	福島	6.86	宮城	8.95	青森	9.72	福島	9.72	鹿儿岛	11.42	山形	12.31	茨城	11.38	高知	10.61	山形	10.10	愛媛	11.63	宮崎	11.37	鹿儿岛	11.66
6	愛媛	6.83	沖繩	8.78	山形	9.18	鹿儿岛	9.63	茨城	11.30	北海道	11.80	沖繩	11.30	佐賀	10.57	栃手	10.08	福島	11.58	岩手	10.67	茨城	11.29
7	大分	6.72	長崎	8.12	北海道	8.92	大分	9.44	鹿儿岛	10.93	高知	11.74	秋田	11.23	宮崎	10.48	岩手	10.07	岩手	11.12	群馬	10.67	秋田	11.02
8	群馬	6.21	徳島	8.06	栃手	8.89	新潟	9.27	鹿儿岛	10.83	高知	11.19	秋田	11.05	青森	10.42	茨城	9.66	北海道	10.57	北海道	10.05	山形	10.85
9	山形	6.09	岡山	7.31	宮城	8.43	宮城	9.25	青森	10.45	大分	11.16	栃手	11.03	沖繩	10.34	北海道	9.65	静岡	10.48	大分	9.85	岩手	10.75
10	北海道	5.68	群馬	7.03	山口	7.78	山口	8.98	青森	10.25	茨城	10.96	青森	11.03	山形	10.15	群馬	9.42	山形	10.46	宮城	9.72	高知	10.72
11	徳島	5.68	山梨	6.96	新潟	7.69	徳島	8.80	徳島	10.12	宮城	10.82	熊本	10.17	山形	10.14	山梨	8.90	北海道	10.15	青森	9.67	栃手	10.65
12	山梨	5.50	岐阜	6.76	大分	7.66	山形	8.70	山形	9.34	山梨	10.79	北海道	10.10	北海道	10.02	高知	8.83	宮崎	9.99	香川	9.20	群馬	10.35
13	山梨	5.20	茨城	6.75	宮崎	7.56	栃手	8.45	北海道	8.66	岩手	9.93	高知	9.92	和歌山	9.20	愛媛	8.52	宮崎	9.66	栃手	8.49	沖繩	9.72
14	神奈川	4.91	新潟	6.60	佐賀	7.39	佐賀	8.39	岡山	8.53	佐賀	9.84	長崎	9.74	栃手	9.01	香川	8.50	徳島	9.60	熊本	8.40	福島	9.09
15	熊本	4.73	鹿儿岛	6.60	秋田	7.35	沖繩	8.29	三重	8.43	長崎	9.78	愛媛	9.20	大分	8.81	秋田	8.20	熊本	9.43	東京	8.33	宮崎	9.59
16	岡山	4.54	北海道	6.32	千歳	7.35	大分	8.27	愛媛	8.25	福岡	9.29	佐賀	9.29	秋田	8.79	福岡	7.99	埼玉	9.39	高知	8.32	大分	9.51
17	山口	4.49	北海道	6.33	千歳	7.35	大分	8.27	愛媛	8.25	福岡	9.29	佐賀	9.29	秋田	8.79	福岡	7.99	埼玉	9.39	高知	8.32	大分	9.51
18	山口	4.45	香川	6.08	茨城	7.14	鳥取	8.16	熊本	8.19	東京	9.18	石川	9.22	徳島	8.78	鹿儿岛	7.98	長崎	9.19	高知	8.27	長野	9.26
19	全	4.42	山口	6.04	大分	7.10	滋賀	7.96	山梨	8.15	宮崎	9.14	静岡	9.22	徳島	8.68	徳島	7.84	長崎	9.14	鹿儿岛	8.10	和歌山	8.86
20	東京	4.22	兵庫	5.86	群馬	7.01	滋賀	7.83	香川	8.08	群馬	9.07	和歌山	8.68	茨城	8.40	熊本	7.56	福島	8.70	長崎	7.77	京都市	8.78
21	茨城	4.22	宮崎	5.79	群馬	6.99	群馬	7.83	新潟	8.05	群馬	9.07	和歌山	8.68	茨城	8.40	熊本	7.56	福島	8.70	長崎	7.77	京都市	8.78
22	栃手	4.19	千葉	5.78	富山	6.89	全	7.70	福井	7.79	山口	8.88	群馬	8.55	熊本	7.83	岡山	7.44	茨城	8.30	和歌山	7.56	福井	8.38
23	千葉	4.18	福井	5.68	全	6.55	奈良	7.65	全	7.74	岡山	8.77	徳島	8.55	熊本	7.83	岡山	7.44	茨城	8.30	和歌山	7.56	福井	8.38
24	鳥取	4.18	熊本	5.68	岐阜	6.33	岐阜	7.58	奈良	7.54	千歳	8.75	山梨	8.30	宮崎	7.74	大分	7.18	茨城	8.23	和歌山	7.46	三重	8.36
25	埼玉	4.16	埼玉	5.64	愛媛	6.32	岡山	7.56	佐賀	7.49	長野	8.55	全	8.01	岡山	7.74	宮崎	7.16	茨城	7.98	滋賀	7.07	東京	8.15
26	和歌山	4.09	佐賀	5.62	長崎	6.26	長崎	7.42	和歌山	7.41	鳥取	8.33	福井	7.98	全	7.45	山口	7.06	全	7.96	千歳	7.03	鳥取	8.15
27	鹿儿岛	4.06	鳥取	5.28	東京	6.22	愛媛	7.04	石川	7.36	徳島	8.33	鳥取	7.88	鳥取	7.36	根	7.01	沖繩	7.93	埼玉	6.98	愛媛	7.79
28	静岡	4.03	全	5.24	香川	6.14	高知	7.04	東京	7.35	愛媛	8.30	京都市	7.67	福井	7.24	根	6.99	千歳	7.87	福井	6.98	愛媛	7.99
29	鹿儿岛	4.02	奈良	5.14	和歌山	6.08	広	7.02	神奈川	7.35	三重	8.24	大分	7.62	長崎	7.19	沖繩	6.85	富山	7.68	長崎	6.78	千葉	7.38
30	香川	3.81	高知	5.10	埼玉	5.88	愛媛	6.95	宮崎	7.33	富山	8.22	山口	7.28	鹿儿岛	7.07	岐阜	6.82	岐阜	7.22	新潟	6.64	富山	7.35
31	三重	3.81	高知	5.09	京都市	5.88	愛媛	6.95	宮崎	7.33	富山	8.22	山口	7.28	鹿儿岛	7.07	岐阜	6.82	岐阜	7.22	新潟	6.64	富山	7.35
32	鳥取	3.81	高知	5.09	京都市	5.88	愛媛	6.95	宮崎	7.33	富山	8.22	山口	7.28	鹿儿岛	7.07	岐阜	6.82	岐阜	7.22	新潟	6.64	富山	7.35
33	三重	3.81	高知	5.09	京都市	5.88	愛媛	6.95	宮崎	7.33	富山	8.22	山口	7.28	鹿儿岛	7.07	岐阜	6.82	岐阜	7.22	新潟	6.64	富山	7.35
34	高知	3.74	京都市	4.89	兵庫	5.75	兵庫	6.78	富山	6.89	奈良	8.13	岐阜	7.13	千歳	6.84	東京	6.42	鳥取	6.99	秋田	6.20	佐賀	7.24
35	長崎	3.63	愛媛	4.82	三	5.63	宮崎	6.78	大分	6.86	山梨	7.97	東京	7.00	東京	6.63	和歌山	6.09	福井	6.87	兵庫	6.16	滋賀	7.18
36	石川	3.60	愛媛	4.82	岡山	5.62	神奈川	6.69	千葉	6.72	愛媛	7.95	埼玉	6.81	岐阜	6.47	奈良	6.02	兵庫	6.87	愛媛	6.15	滋賀	7.64
37	滋賀	3.58	富山	4.67	神奈川	5.55	千葉	6.67	愛媛	6.59	熊本	7.91	兵庫	6.62	岐阜	6.39	神奈川	5.56	鹿儿岛	6.73	石川	5.86	香川	6.64
38	大阪	3.56	山形	4.47	石川	5.36	長崎	6.58	岐阜	6.35	鳥取	7.84	富山	6.55	埼玉	6.37	長崎	5.50	三重	6.64	福井	5.70	岐阜	6.61
39	愛知	3.55	三	4.45	静岡	5.09	群馬	6.33	山口	6.33	神奈川	7.38	神奈川	6.47	神奈川	6.23	群馬	5.42	香川	6.56	大分	5.70	埼玉	6.57
40	兵庫	3.51	和歌山	4.23	福井	5.00	福井	6.07	兵庫	6.20	大分	7.23	香川	6.43	神奈川	6.22	新潟	5.27	山梨	6.39	佐賀	5.65	愛媛	6.33
41	岐阜	3.37	広	3.96	奈良	4.94	岐阜	6.06	兵庫	6.17	静岡	7.22	三	6.16	新潟	5.98	新潟	5.13	東京	6.39	佐賀	5.59	鳥取	6.19
42	奈良	3.06	三	3.90	愛媛	4.84	山梨	5.91	長崎	5.48	香川	6.60	長崎	5.98	愛媛	5.83	愛媛	4.82	愛媛	6.39	三	5.53	静岡	5.99
43	新潟	2.93	大分	3.90	沖繩	4.37	鳥取	5.77	鳥取	5.38	福岡	6.42	新潟	5.83	奈良	5.83	埼玉	4.78	栃手	6.23	岐阜	5.48	北海道	5.98
44	長崎	2.93	神奈川	3.36	鳥取	4.15	静岡	5.54	鳥取	5.34	滋賀	6.40	滋賀	5.62	滋賀	5.82	滋賀	4.59	大分	6.23	岐阜	5.29	兵庫	5.87
45	京都市	2.85	静岡	3.09	鳥取	4.09	三重	5.16	鳥取	5.23	京都市	6.25	愛媛	5.49	兵庫	5.78	滋賀	4.58	神奈川	5.54	奈良	4.99	奈良	5.51
46	福井	2.35	滋賀	2.61	福井	3.96	山口	5.03	静岡	4.93	岐阜	6.11	奈良	5.10	大分	5.76	京都市	4.40	和歌山	5.01	山梨	4.78	神奈川	5.21
47	富山	1.03	東京	2.45	滋賀	3.86	京都市	4.67	滋賀	4.49	埼玉	5.33	滋賀	5.03	京都市	5.74	富山	4.14	山梨	4.58	神奈川	4.59	広島	5.21
48	富山	1.03	東京	2.45	滋賀	3.86	京都市	4.67	滋賀	4.49	埼玉	5.33	滋賀	5.03	京都市	5.74	富山	4.14	山梨	4.58	神奈川	4.59	広島	5.21

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。

肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100 (%)

(H29年度学校保健統計調査)

アンケート調査の概要

○ H24 年度「健康のべおか 21」市民アンケート

- ・ アンケート対象者

住民基本台帳から無作為抽出した 20～79 歳の男女 9,840 人

- ・ 調査方法

郵送調査法（郵送により調査票を配布し、返信用封筒利用により回収）

- ・ 調査時期

平成 24 年 12 月

- ・ 回収結果

	標本数	回収数	回収率
20 歳代	3,000	450	15.0%
30 歳代	1,740	421	24.2%
40 歳代	1,840	482	26.2%
50 歳代	1,360	422	31.0%
60 歳代	900	375	41.7%
70 歳代	1,000	479	47.9%
合計	9,840	2,629	26.7%

○ H29 年度 健康長寿の取り組みアンケート

- ・ アンケート対象者

18 歳以上の市民 105,506 人

- ・ 調査方法

全戸配布し、区の役員等により回収

- ・ 調査時期

平成 29 年 7 月～平成 29 年 8 月

- ・ 回収結果

	標本数	回収数	回収率
18～29 歳	12,237	500	4.1%
30 歳代	12,898	1,295	10.0%
40 歳代	15,454	2,198	14.2%
50 歳代	15,180	3,199	21.1%
60 歳代	21,007	7,114	33.9%
70 歳代	14,675	5,733	39.1%
80 歳代	11,396	3,467	30.4%
90 歳以上	2,659	307	11.5%
無回答		674	
合計	105,506	24,487	23.2%

「第2次 健康のべおか 21」中間評価・見直し経過

	平成29年									平成30年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
アンケート実施・集計				←————→								
目標項目ごとに 評価シートの作成							←————→					
中間評価報告書(案)の 作成							←————→					
ワーキング									●			
中間報告書 市長決裁										●		
後期（2018～2023年度） 計画書(案)の作成									←————→			
健康のべおか 21 計画案 作成委員会											●	
健康のべおか 21 会議											●	
後期計画書 市長決裁											●	
計画書作成（印刷）											●	

健康のべおか21計画案作成委員会設置要綱

(設置)

第1条 健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第2項の規定に基づく延岡市健康増進計画「健康のべおか21（第2次）」（以下「計画」という。）の案を作成するため、健康のべおか21計画案作成委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(組織)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる職にある者をもって組織する。

- (1) 市長事務部局 健康福祉部長、企画課長、国民健康保険課長、介護保険課長、こども家庭課長、障がい福祉課長、地域医療対策室長、健康増進課長兼健康長寿推進室長、総合農政課長、土木課長、都市計画課長、北方総合支所市民サービス課長、北浦総合支所市民サービス課長及び北川総合支所市民サービス課長
- (2) 教育委員会 学校教育課長、保健体育課長及び社会教育課長

(委員長)

第3条 委員会に委員長を置き、健康福祉部長の職にある者をもって充てる。

2 委員長は、委員会の会務を総理する。

3 委員長に事故があるときは、あらかじめその指名する者がその職務を代理する。

(会議)

第4条 委員会の会議は、委員長が招集する。

(ワーキンググループ)

第5条 計画の案を作成するための資料の収集、分析等を行うため、委員会の下にワーキンググループを置く。

2 ワーキンググループは、第2条各号に掲げる職にある者の命を受けて計画に関する事務に従事する者をもって組織する。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成14年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年11月1日から施行する。

健康のべおか21会議設置要綱

(設置)

第1条 健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第2項の規定に基づく延岡市健康増進計画「健康のべおか21（第2次）」の策定に関して広く意見を聴くため、健康のべおか21会議（以下「21会議」という。）を設置する。

(組織)

第2条 21会議は、委員20人以内で組織する。

2 委員は、公共的団体の代表者、医療機関又は行政機関の職員その他健康の増進に関し学識経験のある者のうちから、市長が指定する。

(会長及び副会長)

第3条 21会議に、会長及び副会長を置き、会長は委員の互選により定め、副会長は委員の中から会長が指名する。

2 会長は、21会議の会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 21会議の会議は、市長が招集する。

(庶務)

第5条 21会議の庶務は、健康福祉部健康増進課において処理する。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、21会議に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成14年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年6月1日から施行する。

健康のべおか 21 会議 委員名簿

団 体 名	職 名	氏 名
◎ 旭化成(株)延岡支社	延岡総務部長	片山 俊之
○ 延岡市区長連絡協議会	会 長	吉田 敏春
九州保健福祉大学	薬学部教授	佐藤 圭創
延岡市公民館連絡協議会	会 長	佐藤 進一
のべおか男女共同参画会議 21	会 長	三原 隆子
のべおか市民力市場	事務局 長	福田 政憲
宮崎県北の地域医療を守る会	副 会 長	高橋 忠彦
延岡市地区社会福祉協議会 連 絡 協 議 会	会 長	吉 永 清
延岡市社会福祉協議会	地域福祉課長	金丸 雅彦
延 岡 市 医 師 会	副 会 長	佐藤 信博
延 岡 市 歯 科 医 師 会	会 員	松尾 朋哉
延岡市西臼杵郡薬剤師会	会 長	田中 俊一
宮崎県栄養士会延岡事業部	部 長	海野 昌子
延 岡 市 体 育 協 会	専務理事	木原 一成
延 岡 保 健 所	課 長	茂 三枝

◎会 長 ○副会長

敬称略

健康のべおか 21 計画案作成委員会委員名簿

所 属	補 職 名	氏 名
健康福祉部	部 長	佐藤 純子
介護保険課	課 長	粟田 哲郎
こども家庭課	〃	兒崎 文昭
障がい福祉課	〃	三浦 健
地域医療対策室	室 長	千坂 恒利
国民健康保険課	課 長	甲斐 国雄
保健体育課	〃	楠生 修
健康増進課	〃	佐藤 欣司

健康のべおか 21 計画案作成委員会ワーキンググループ名簿

所 属	補 職 名	氏 名
介護保険課	課長補佐兼地域包括ケア推進係長	吉田 光成
障がい福祉課	障がい福祉係長	矢野 卓郎
保健体育課	課長補佐兼保健給食係長	忍賀 礼広
国民健康保険課	健診指導係主査	森山 佳江
健康増進課	課長補佐兼健康づくり第1係長	甲斐 恵美子
	健康づくり第2係長	太田 康晶
	健康づくり第1係専門員（保健師）	緒方 由美
	〃 主査（保健師）	見附 香世
	〃 主任技師（管理栄養士）	甲斐 李紗
	〃 技師（保健師）	金子 彩
	〃 技師（保健師）	東 達也
	健康づくり第2係専門員（保健師）	熊谷 菜穂子
〃 技師（保健師）	石束 航平	
健康長寿推進室	室長補佐	赤木 利克
	主任主事	小原 大輔
	主事	矢野 裕樹

第2次 健康のべおか 21

2018(平成 30)～2023 年度

発行 平成 30 年 3 月 延岡市

編集 延岡市 健康福祉部 健康増進課

〒882-8686 延岡市東本小路 2 番地 1

TEL 0982-22-7014 FAX 0982-22-1347

E-mail kenkou@city.nobeoka.miyazaki.jp

延岡市 HP <http://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/>