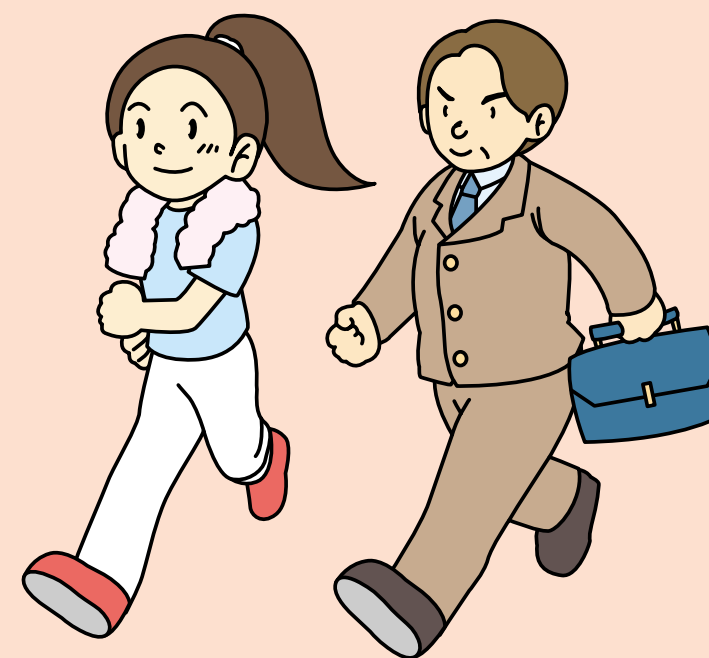


総論

1. 策定にあたって
2. 計画の基本的な考え方
3. 市民の健康の現状と課題



1 策定にあたって

(1) 計画策定の背景

本市の状況

本市においては、これまで、健康の保持・増進や生活習慣病¹の予防を図るため、健康教育や健康相談、健康診査などを行ってきました。

特に、平成4年度からは、生活習慣病全般の予防も踏まえた「がん撲滅市民総ぐるみ運動」(平成8年度「がん征圧市民総ぐるみ運動」と改称)を展開し、平成6年度からモデル地区を設定して、地域住民の健康意識の高揚と生活習慣の改善を推進してきました。

そのような中で、本市のがん、心臓病、脳卒中の三大生活習慣病の年齢調整死亡率²は、ここ5年間ほぼ横ばいで推移しており、全国平均と比較してもまだまだ高い状況にあります。

さらに、基本健康診査³の結果を見ると、「血压」や「コレステロール」、「血糖」等の検査項目において、「要医療⁴」に該当する人の割合が年々増加しています。

このような状況の中で、これからの少子・超高齢社会を健康で活力あるものとしていくためには、健康を増進し、発病を予防する「一次予防⁵」に重点をおいた対策をより一層強力に推進していく必要があります。

国・県の状況

我が国では、人口の急速な高齢化とともに、生活習慣病や寝たきり・痴呆などの要介護状態になる人が増加し、深刻な社会問題となっています。

そのため、国においては、「健康寿命の延伸」「壮年期死亡の減少」「生活の質の向上」を図ることを目的に、「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健



1. **生活習慣病** 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、病気の発症や進行に関与する疾患群で、例えば、がんや脳卒中、心臓病、高血圧症、糖尿病などの病気があります。
2. **年齢調整死亡率** 人口の年齢構成の影響を調整して求められる死亡率のことです。人口構成の異なる地域間の死亡率を比較する場合に用いられます。
3. **基本健康診査** 老人保健法に基づき、心臓病、脳卒中、肝臓病等の早期発見のために、40歳以上の市民を対象に血压、心電図、血液検査等を実施しています。
4. **要医療** 健康診査において、医療機関で治療や精密検査を受ける必要があると判定することです。
5. **一次予防** 病気にならないように予防することです。病気の早期発見、早期治療によって病気が進行しないうちに治してしまうことを二次予防、適切な治療によって病気や障害の進行防止をすることを三次予防といいます。

「健康づくり」などの9領域について目標値を定め、国民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進するため、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を平成12年3月に策定しました。

また、県においては、国と同様の9つの重点領域とライフステージにおいて、目標と目標実現のための取り組みを示した「とちぎ健康21プラン」を平成13年3月に策定し、健康づくり運動の推進を図っています。

（2）計画策定の趣旨

本市の現状、国・県の動向を踏まえ、本市においても、市民一人ひとりが「自分の健康は自分で守り、自分でつくる」という意識を持って、主体的に健康づくりに取り組むとともに、地域・行政・学校・職場などが一体となってこれを支援し、市民の健康づくりを総合的に推進するため、「健康うつのみや21」を策定するものです。

この計画は、市民一人ひとりが生涯にわたり主体的に健康づくりに取り組むための指針となるものであり、また、個人の健康づくりを地域や行政など社会全体で支援していくための諸活動の指針となるものです。

（3）計画の期間

この計画は平成14年度(2002年度)を初年度とし、平成22年度(2010年度)を目標年度とする9か年計画です。なお、平成17年度(2005年度)に中間評価を行います。



2 計画の基本的な考え方

（1）計画の基本目標

基本目標の設定

健康についての考え方は、単に「長く生きる」ということだけではなく、「健康で生きがいをもって、より長く生きる」という視点に重きをおく方向へと変化しています。

このようなことから、すべての市民が、住み慣れた地域社会の中で、生涯にわたって健やかに暮らすことができる「健康で幸せなまちづくり」をめざし、「健康寿命の延伸」、「壮年期死亡の減少」、「生活の質の向上」をこの計画の基本目標とします。

3つの基本目標

健康寿命の延伸

健康で生きがいを持ち、自立して暮らすことができる期間を延ばします。

壮年期死亡の減少

働き盛りの人の死亡を減少させます。

生活の質の向上

個人の価値観や心身の状態に応じて、生きがいや満足感の持てる、よりよい人生を送ることができるよう、生活の質を高めます。

総括的な健康度指標の設定

本計画は、健康づくりに関する目標を設定し、それを達成するためにさまざまな取り組みを行っていく「健康日本21」の理念を取り入れています。そのため、上で述べた基本目標に基づき、「本計画の推進によって、市民の健康度がどのくらい向上したのか」の総括的な健康度指標を設け、計画の中間見直し等を含む各段階において評価を行っていくものとします。

また、これら3つの基本目標を達成するために、さまざまな領域において、健康目標を設定し、その実現に向けた取り組みを行っていくこととします。

健康寿命の延伸

項目	現 状	2010年の目標
健康寿命	男性 75.0 歳	延ばす
	女性 79.3 歳	

算定については様々な考え方があり標準化されてはませんが、本計画では、平均寿命から痴呆や寝たきりなどの時期を差し引いたもの（平均自立期間）としました。

単に「何歳まで長生きするか」ではなく、病気やけがで介護等を要する状態にならず、心身ともに自立して生活できる年齢を伸ばします。

65歳以上の要介護認定者の割合の減少

項目	現 状	2010年の目標
65歳以上の要介護認定者の割合	11.7%	減らす

健康状態や生活の質が低下した、介護や支援を必要とする状況にある高齢者の割合を減らします。

65歳までに死亡する確率の減少

項目	現 状	2010年の目標
65歳までに死亡する確率	男性 16.1%	減らす
	女性 7.7%	

生活習慣の改善によって、生活習慣病を予防し、壮年期までに死亡する（早世）人の割合を減少します。

毎日を健康で充実して暮らしている人の割合の増加

項目	現 状	2010年の目標
毎日を健康で充実して暮らしている人の割合	成人全体 61.5%	増やす
	20歳代 49.7%	
	30歳代 48.7%	
	40歳代 50.8%	

身体面・精神面での疾病や障害の有無にかかわらず、「自分は毎日を健康で充実して暮らしている」（主観的健康感⁶）と感じられる市民の割合を増やします。

6. 主観的健康感 病気の有無に関わらず、現在の自分の健康状態を自分で判定するものです。この主観的健康感の高い人は、低い人に比べて生存率が高いといわれています。（1983年、Kaplan GAの調査より）

（2）重点分野の設定

本計画の基本目標を達成するため、健康寿命を短縮したり、壮年期死亡の原因となる生活習慣病と、その発症などを予防することが期待できる生活習慣に関する9領域を重点分野として設定します。また、各重点分野においては、健康づくりの目標（健康目標）を掲げ、それを達成するための取り組みを推進していきます。

〔健康づくりの三大要素〕

生活習慣の基礎を形成するものであり、また生活の質の向上に大きく関与する健康づくりの重要な要素

- (1)「栄養・食生活」 (2)「身体活動・運動」 (3)「休養・こころの健康」

〔生活習慣病の危険因子〕

三大生活習慣病の発症に影響をもたらしたり、生活の質の維持・向上を妨げるとされる要素

- (4)「歯の健康」 (5)「たばこ」 (6)「アルコール」

〔生活習慣病〕

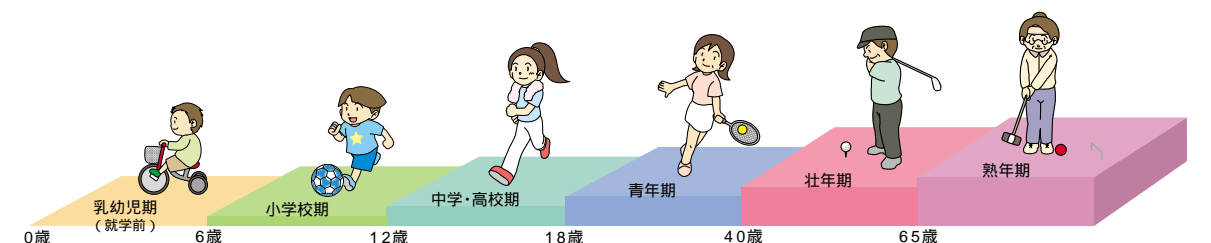
健康づくりの三大要素と生活習慣病の危険因子によって発症し、健康寿命を短縮したり壮年期死亡の原因となる要素

- (7)「循環器病」 (8)「糖尿病」 (9)「がん」

（3）ライフステージ区分の設定

健康づくりは、生涯を通して行うことが重要ですが、人生の各年代ごとに異なった課題があります。

そこで、この計画では、ライフステージを生活習慣や身体的・精神的な発達状況、身体機能などに応じて次の6つに区分し、各ライフステージに応じた健康づくりの目標（健康目標）を掲げ、それを達成するための取り組みを推進していきます。



- (1)「乳幼児期(就学前)」
生活習慣の基礎がつけられる時期
- (2)「小学校期」
生活習慣が形成される時期
- (3)「中学・高校期」
身体的・精神的な発達が最もめざましい時期
- (4)「青年期(18歳～39歳)」
身体的な発達が完了し、体力の維持・増進が重要となる時期
- (5)「壮年期(40歳～64歳)」
身体機能が徐々に低下し、健康や体力に不安を感じ、生活習慣病の発症が多くなる時期
- (6)「熟年期(65歳以上)」
機能低下が肉体のすべてに見られ、個人個人の健康状況の差が大きくなる時期

(4) 健康目標の設定

市民や地域、学校、職場、行政などが共通認識をもって、一体的に健康づくり活動に取り組むとともに、その取り組みの成果を適切に評価して、その後の健康づくり活動に反映できるようにするため、健康目標を次のような考え方にに基づき設定します。

重点分野及び各ライフステージに応じた健康づくり目標（健康目標）を設定します。

重点分野の健康目標には「目標値」を設定しますが、根拠となる数値がないなど、数値設定の困難なものは、「増やす」「減らす」などの表現により、2010年までに目指す姿を提示します。

健康目標は、市民健康意識等調査の結果や既存の統計資料等を踏まえ定めることとします。

* 市民健康意識等調査

「健康うつのみや21」策定にあたり、市民の基本的な生活習慣や健康に関する意識、健康状態、健康づくり活動の促進要因等を把握することを目的として、平成13年8月～10月に実施しました。

	調査対象	回収率
一般市民調査	18歳以上の市民 7,000人	57.3%
中学・高校生調査	市内の中学・高校生 2,049人	99.7%
幼児・小学生調査	市内の幼児・小学生 1,214人 (保護者による代理記入)	88.1%



「健康で幸なまちづくり」の実現

「健康うつのみや21」の基本目標

生活の質の向上

個人の価値観や心身の状態に応じて、生きがいや満足感の持てる、よりよい人生を送ることができるよう、生活の質を高めます。

健康寿命の延伸

健康で生きがいを持ち、自立して暮らすことができる期間を延ばします。

壮年期死亡の減少

働き盛りの人の死亡を減少させます。

6つのライフステージ

熟年期(65歳以上)

壮年期(40歳～64歳)

青年期(18歳～39歳)

中学・高校期

小学校期

乳幼児期(就学前)

重点9分野

[生活習慣病]の減少

[生活習慣病の危険因子]の低減

歯の健康

たばこ

アルコール

循環器病

糖尿病

がん

[健康づくりの三大要素]における取り組み

栄養・食生活

身体活動・運動

休養・こころの健康

計画策定の趣旨

市民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という意識を持ち、主体的に健康づくりに取り組む

地域・行政・学校・職場等が一体となって社会全体で市民の健康づくりを総合的に支援する

生活習慣病の増加

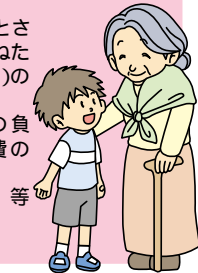
健康診断を受けた結果、「病院での治療が必要」と判断される人の増加

三大生活習慣病(がん・心臓病・脳卒中)の死亡率の横ばい傾向(全国平均より高い)



少子・高齢社会の進行

介護が必要とされる高齢者(ねたきり・痴呆等)の増加
一人あたりの負担する医療費の増大



市民の健康意識の変化

単に「長く生きる」ということだけでなく、「健康で生きがいをもってより長く生きる」ということに重点を置く等

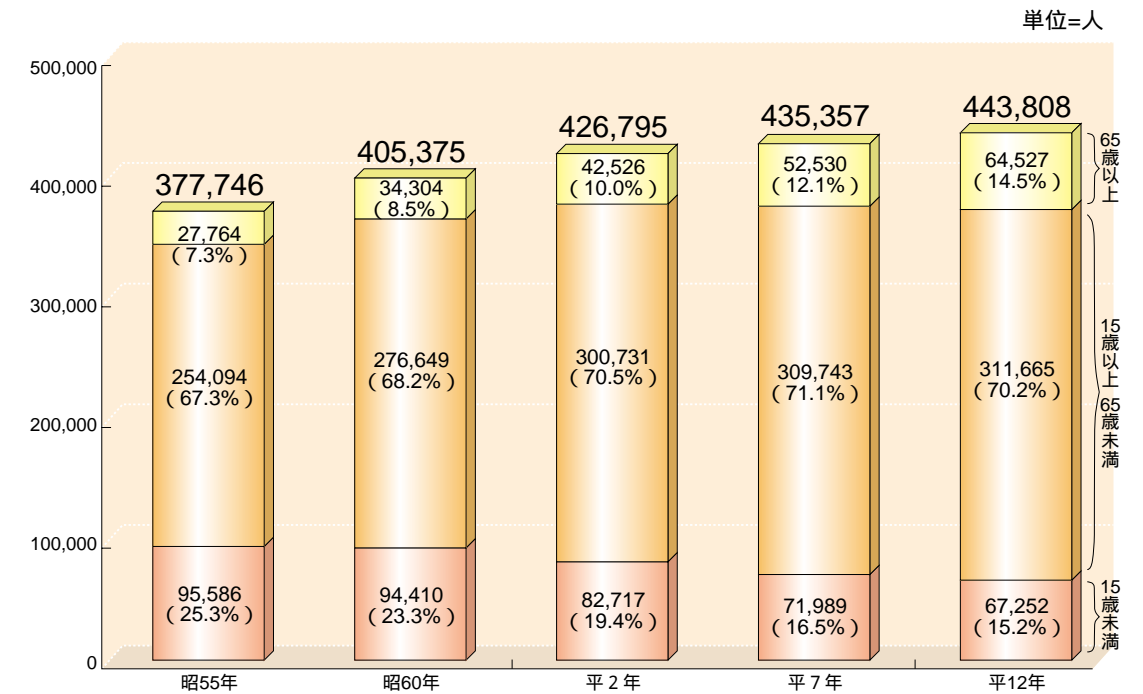


3 市民の健康の現状と課題

市民健康意識等調査や既存の統計資料等から把握した市民の健康や生活習慣の現状については、次のとおりです。

(1) 少子高齢化の進展

年齢三区分別人口の推移

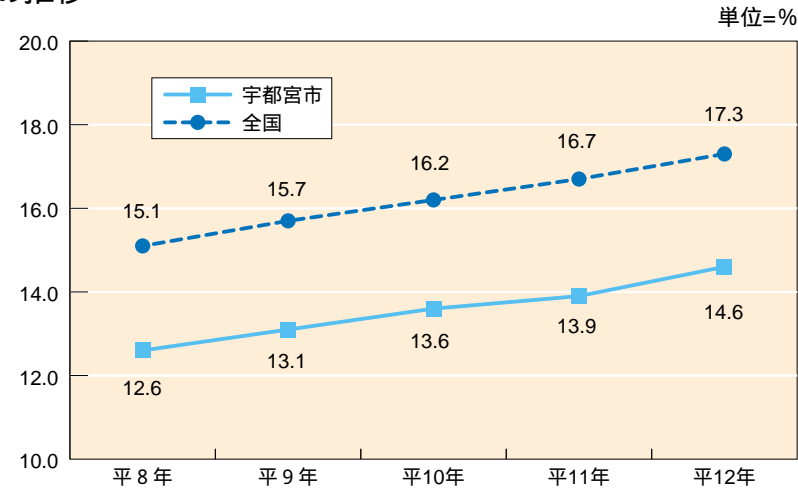


(出典：国勢調査)

- ・ 15歳未満の人口は、平成12年には、昭和55年の95,586人から67,252人と、約28,000人減少し、市民全体に占める割合が10ポイント程度低下しています。
- ・ 65歳以上の人口は、同様に27,764人から64,527人と、約37,000人増加しており、現在では15歳未満の市民の割合とほぼ同程度となっています。

15歳未満の人口は徐々に減少していますが、65歳以上の人口は増加しており、本市においても、少子・高齢化が着実に進展しています。

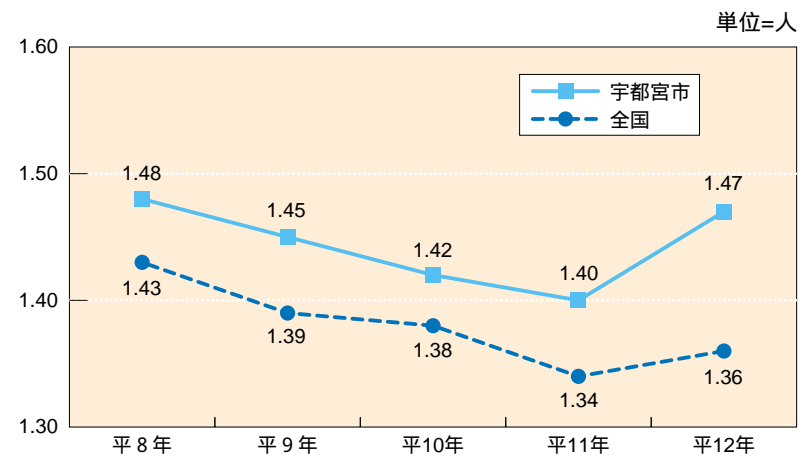
高齢化率⁷の推移



(出典：宇都宮市統計書)

- ・高齢化率は、平成8年から平成12年にかけて、全国と同じく2.0ポイント上昇しており、全国と同様の傾向で高齢化が進んでいます。
- ・しかし、全国と比較すると、高齢化率は低く推移しており、全国平均より「若い」市であるということが出来ます。

合計特殊出生率⁸の推移



(出典：宇都宮市統計書)

7. 高齢化率 総人口に占める65歳以上の老年人口の割合をいい、国連の定義によると、老年人口が7%を超える社会を「高齢化社会」、14%を超えると「高齢社会」、21%を超えると「超高齢社会」といわれています。日本は平成6年から既に高齢社会に入っており、今後は、先進諸国がこれまで経験したことがないほどの規模と速度で人口の高齢化が進行します。

8. 合計特殊出生率 15歳から49歳までの女子が一生の間に生むとした時の子どもの数に相当します。

- ・合計特殊出生率は、平成8年から平成11年にかけて0.08ポイント低下しており、全国と同様に出生率が低下していることがうかがえます。

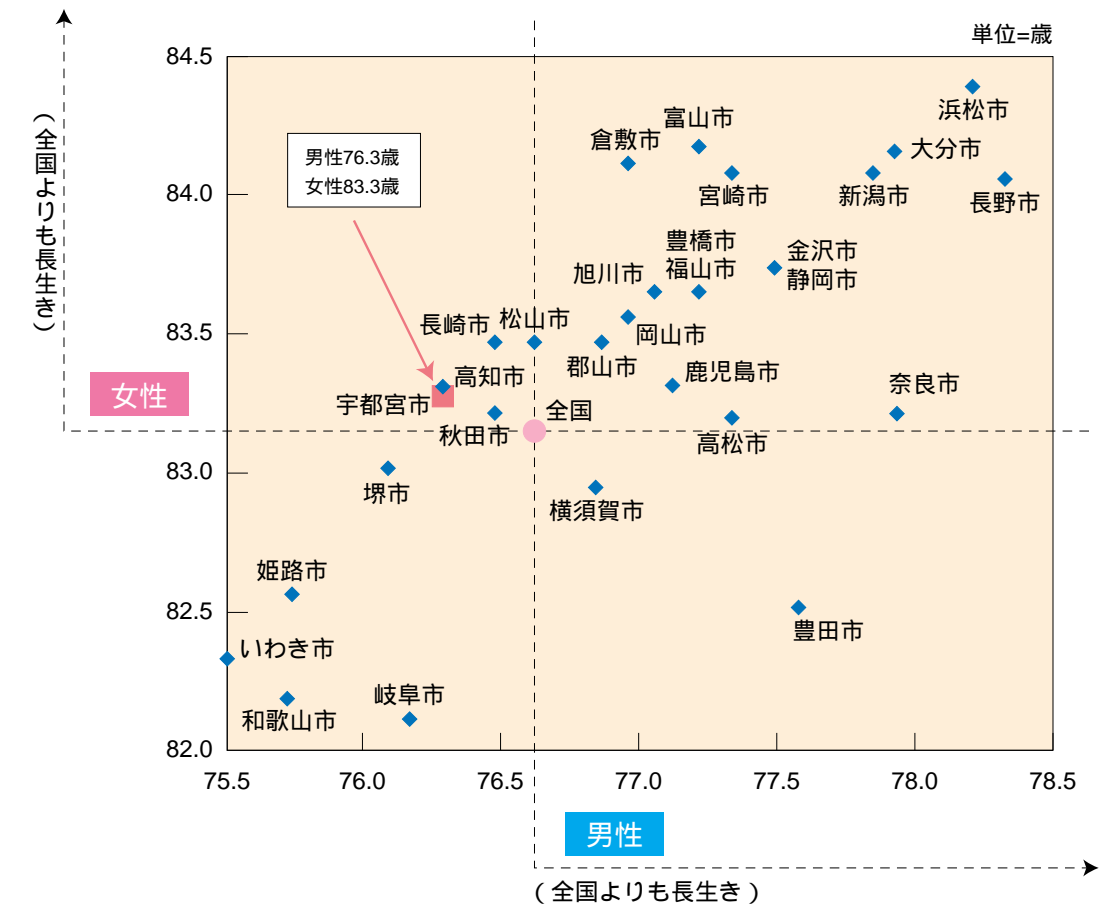
- ・しかし、全国と比較すると、合計特殊出生率は高く推移しており、全国平均より「新しく生まれてくる子どもの多い」市であるということが出来ます。

合計特殊出生率は、平成12年度には一時的に上昇していますが、少子・高齢化は、ほぼ全国と同じ傾向で進展しています。

(2) 健康状況

平均寿命(0歳の平均余命)

男女別平均寿命



(出典：1995年市区町村生命表)

- ・男性の平均寿命（0歳の平均余命）は、76.3歳と全国平均の76.6歳より0.3歳低くなっています。
- ・女性についてみると、平均寿命は83.3歳で、男性を7歳上回っています。更に、全国平均の83.2歳を0.1歳上回っています。

中核市⁹は、概ね、男女共に全国平均よりも平均寿命が高い傾向にありますが、宇都宮市は、特に男性の平均寿命が全国を下回っており、早世に対する取り組みのほか、誰もが健康で長生きできるまちづくりを実現する対策が必要となっています。

健康寿命

男女別健康寿命¹⁰

	男性	女性
健康寿命	75.0歳	79.3歳
0歳の平均余命(平均寿命)	76.8歳	83.4歳
障害期間	1.8歳	4.1歳

（公衆衛生ネットワーク健康寿命算出ソフトを活用して算出）
 * 「男女別平均寿命」は、1995年に公表されている数字であり、この算出ソフトによる数値とは算出方法が異なるため、多少誤差が生じています。

- ・健康寿命は、男性が75.0歳、女性が79.3歳と、女性が男性を4.3歳上回っています。
- ・障害期間は、女性が男性を2.3歳上回っています。

概ね、女性が男性よりも、「単に長生き」だけでなく、「健康で長生き」であるということが出来ます。しかし、長生きする人が多いため、寝たきりや痴呆の時期を長く過ごす人も女性に多いことが明らかになっています。

9. 中核市 人口30万以上、面積100 km²以上の自治体のうち、国が指定した市に対し権限特例を認める制度。保健所の設置は指定要件の一つであり、宇都宮市は平成8年に中核市となりました。
 10. 健康寿命の算出 本市の健康寿命の算出方法は、平均寿命（0歳平均余命）から痴呆や寝たきりなど、障害期間を差し引いたものとししました。ここでは介護保険の要支援・要介護者数を利用して算出しました。

早世¹¹の状況（65歳までに死亡する確率）

早世率（生命表による）

	男性	女性
宇都宮市	16.1%	7.7%
全国	15.3%	7.4%

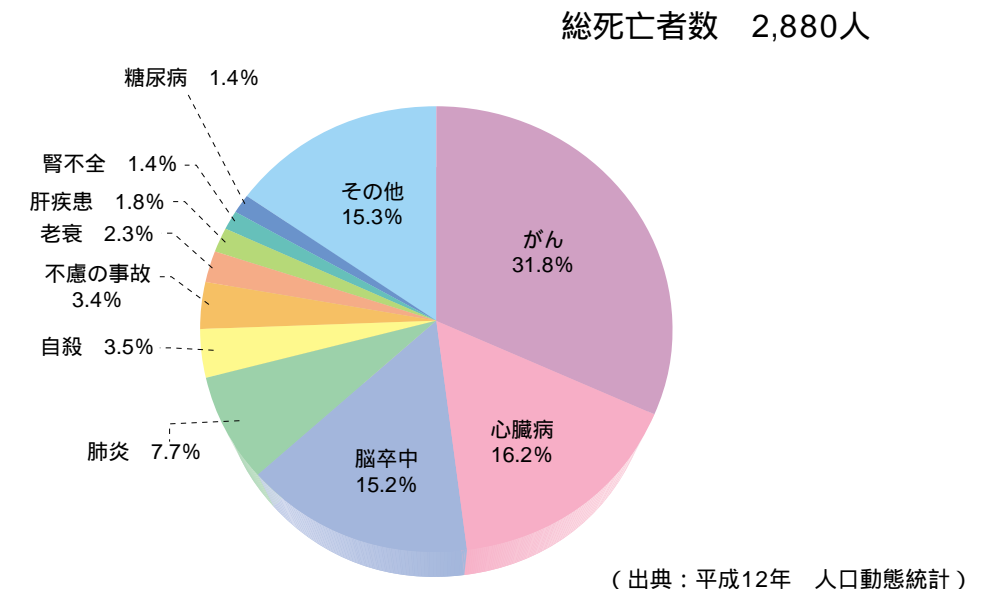
（本市の生命表は、チャン(C.L.Chang)法により平成8年から12年の5年間の死亡数を平均化して作成しています。）

- ・本市は、全国平均より男女とも早世となっており、65歳になるまでに死亡する確率は、男性16.1%、女性7.7%となっています。特に男性では、その割合が女性の2倍以上となっています。

早世を防ぎ、「誰もが健康で長生き」するための取り組みが必要です。

本市の主な死因

平成12年の死因別死亡状況



11. 早世 高齢に達せず死亡することで、本計画では、65歳未満で亡くなることをさしています。

・本市における死因の第一位は「がん」であり、全体の1/3を占めています。次いで、「心臓病」、「脳卒中」の順となっており、これら三大生活習慣病による死亡(三大死因)割合は63.2%を占めており、全国値(59.8%)より上回っています。

「発症してからでは治りにくい、重篤化する」のが生活習慣病の特色でもあります。若い頃から、生活習慣の改善と健康チェックで、兆候を把握し、一次予防に努めることが課題です。

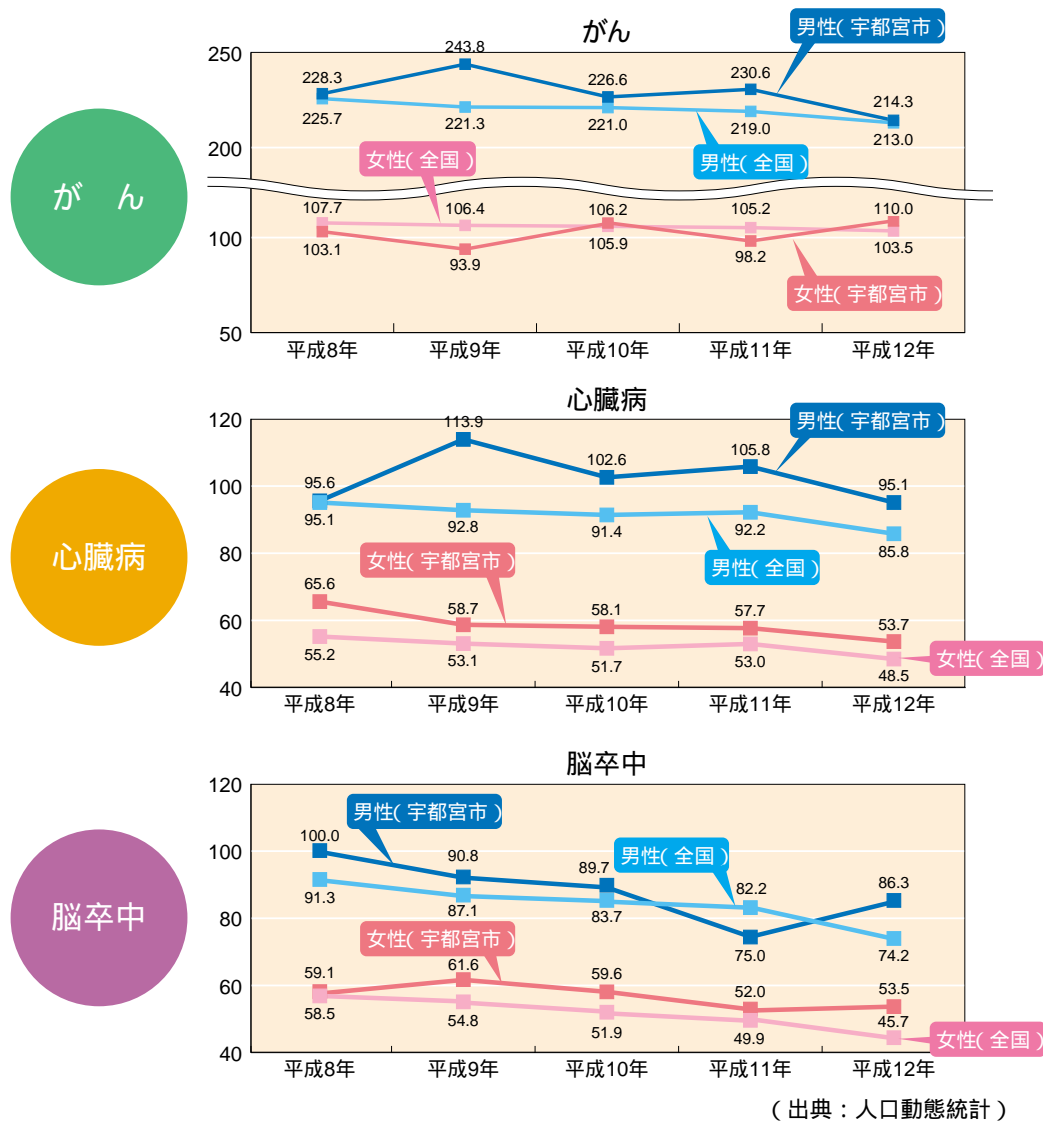
・本市の三大生活習慣病の年齢調整死亡率は、平成8年からほぼ横ばいで推移しています。しかし、全国平均と比較すると、男女ともに、ほぼ全国を上回りながら推移する傾向にあります。

男性においては、三大死因の年齢調整死亡率が女性を大きく上回り、更に全国を上回って推移している傾向にあります。特に男性における生活習慣病予防対策が急を要する課題です。

三大死因別死亡率の年次推移

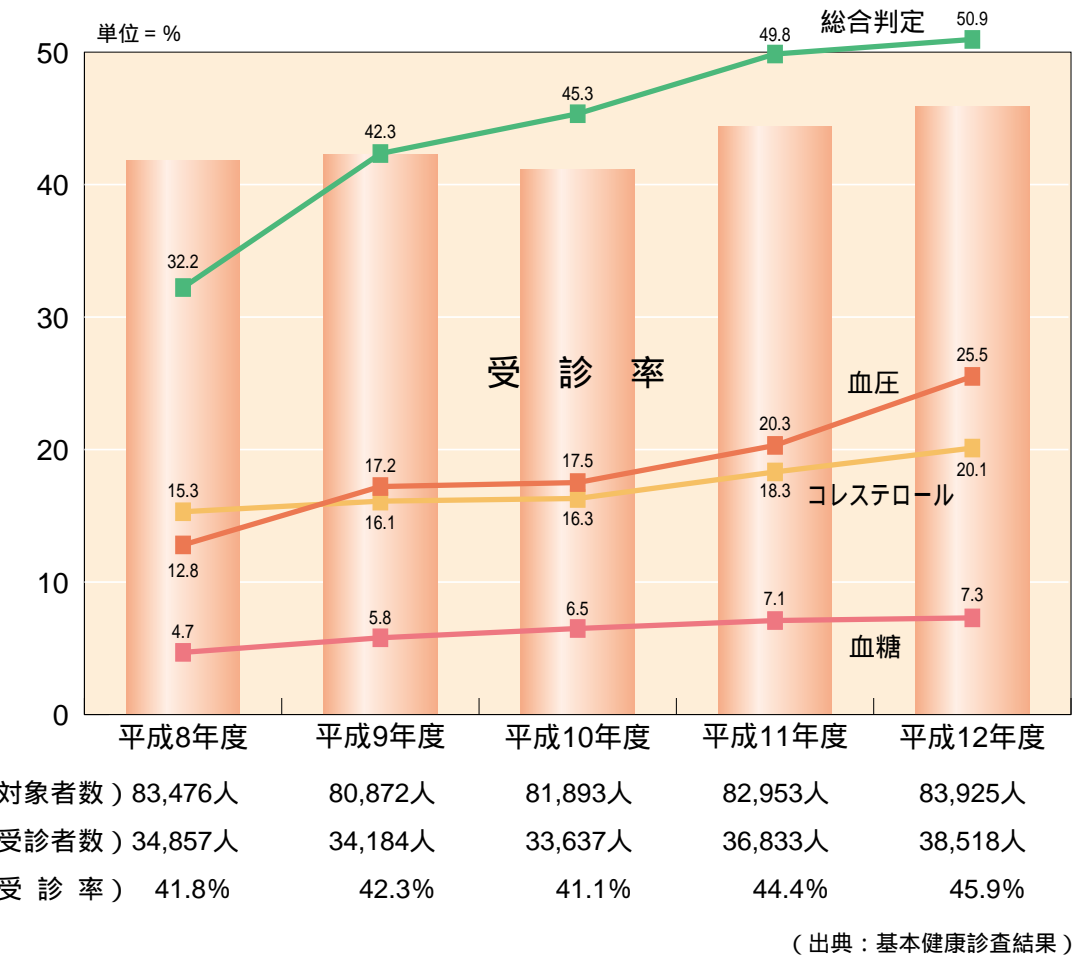
三大死因による年齢調整死亡率の年次推移

単位=人口10万人あたりの人数



基本健康診査の状況

基本健康診査で要医療に該当する人の推移(基本健康診査の結果、「総合判定」「血圧」「コレステロール」「血糖」の項目において要医療と判定された人の推移)



・基本健康診査の受診率は、年々上昇傾向にあります。

- ・基本健康診査の総合判定で要医療¹²に該当する人の割合は、平成8年度から平成12年度にかけて、約19ポイント高くなっています。特に、「血压」で要医療に該当する人の割合が、同様の比較で約2倍の増加となっています。「コレステロール」「血糖」についても同様に上昇傾向にあります。

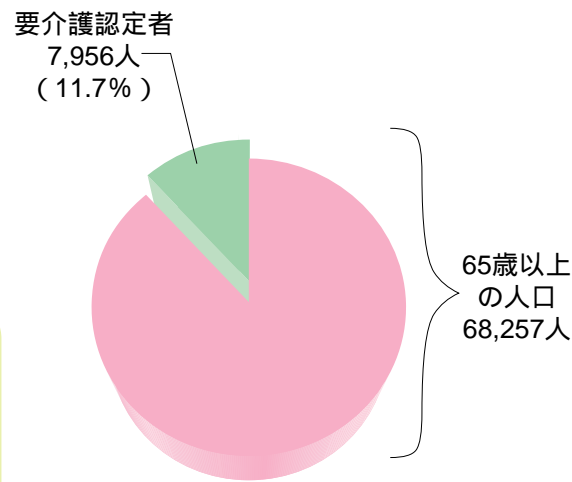
治療や経過観察が必要な人が年々増加する傾向にあります。健診を定期的に受け、要医療と判断された時には、専門家の指導に従って必要な健康管理を行い、生活習慣病の発症につながらないようにすることが求められています。

(3) 介護が必要な高齢者の状況

介護保険認定状況

- ・本市の平成14年3月31日現在の要介護認定¹³者(要支援・要介護)数は、合計7,956人であり、65歳以上の人口の11.7%となっています。

介護が必要な高齢者の割合を減らすよう努めると共に、高齢者のQOL(生活の質)を高め、生きがいづくりを進めることが課題です。



(出典：平成13年 宇都宮市介護保険事業報告)

12. 要医療数値 基本健康診査の判定基準に基づき、コレステロール値は「総コレステロール240mg/dl以上(50歳以上の女性は260mg/dl以上)の場合」、血压値は「最大血压値160mmHg以上、最小血压値100mmHg以上のいずれか一方または両方に該当する場合」、血糖値は「空腹時血糖が126mg以上の場合」をいいます。

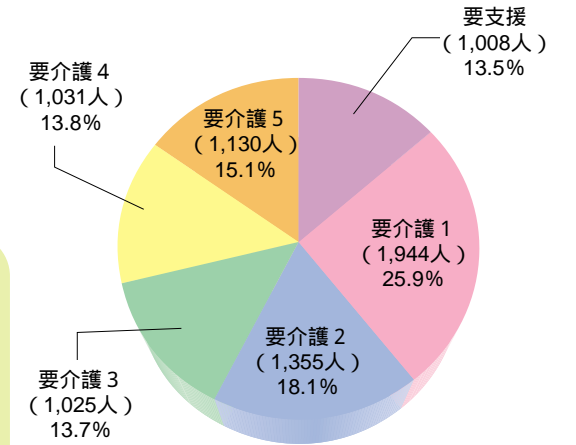
*上記の基準は、平成14年度からのものです。平成13年度までは、血压値は「最大血压値180mmHg以上、最小血压値100mmHg以上のいずれかまたは両方に該当する場合」、血糖値は「空腹時血糖が140mg以上の場合」という基準で要医療者が判定されています。

13. 要介護認定 高齢者に対し、必要な介護の度合いを医療・保健・福祉の専門家で構成される介護認定審査会において判定し、その判定結果を受け、市が認定を行うことです。認定の結果によって、1か月に受けられる介護サービスの量(金額)が決まります。

介護保険認定者の要介護度¹⁴割合

- ・要介護認定者のうち、日常生活に全面的な手助けが必要な要介護4以上の人が全体の3割弱を占めています。

要介護状態の重症化を防ぐとともに、たとえ障害や介護を必要とする状態であっても、毎日を生きて暮らせるよう支援することが必要です。

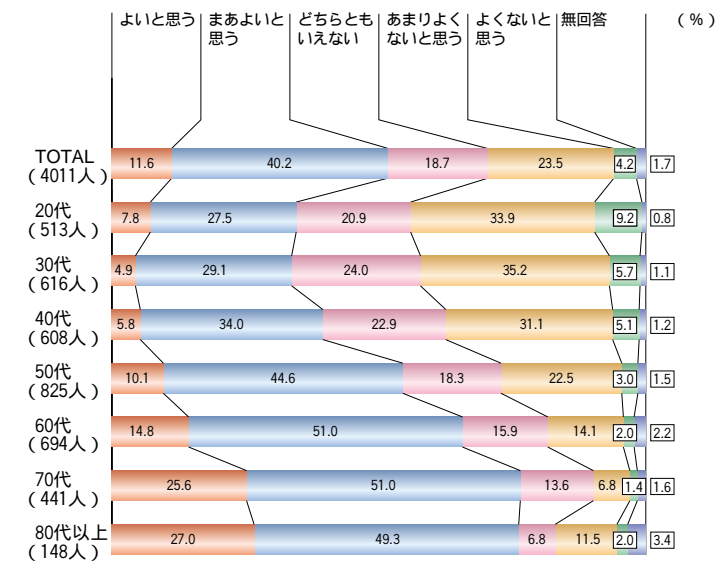


(出典：平成13年 宇都宮市介護保険事業報告)

(4) 市民の健康についての意識

健康と生活習慣

自分の生活習慣についてどう思うか



(出典：平成13年 市民健康意識等調査(一般市民))

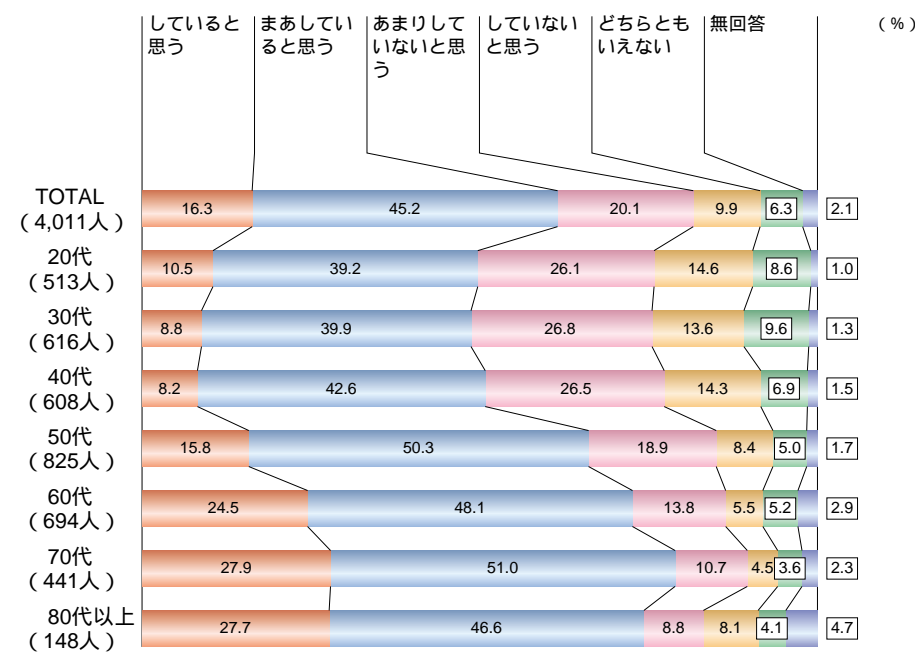
14. 要介護度 要介護認定における認定区分。「日常生活の能力は基本的にあるが、入浴などに一部介助が必要」という要支援のほか、要介護1(「立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴など一部介助が必要」)～要介護5(「意思の伝達が困難。生活全般について全面的な介助が必要」)の区分があります。「非該当(自立)」の場合は、介護保険からのサービスは受けられませんが、心身の状況などに応じて保健福祉サービスが利用できます。

- ・自分の生活習慣を「よいと思う」「まあよいと思う」人の割合は、若年者よりも高齢者で高い傾向にあります。

ライフスタイルの影響で、なかなか自分の生活習慣を改めることのできない状況にある30～50歳代の働き盛りの人たちに対して、自分の生活習慣を見直すよう働きかけることが必要となっています。

日常生活の充実感

自分は健康で充実した毎日を過ごしていると思うか



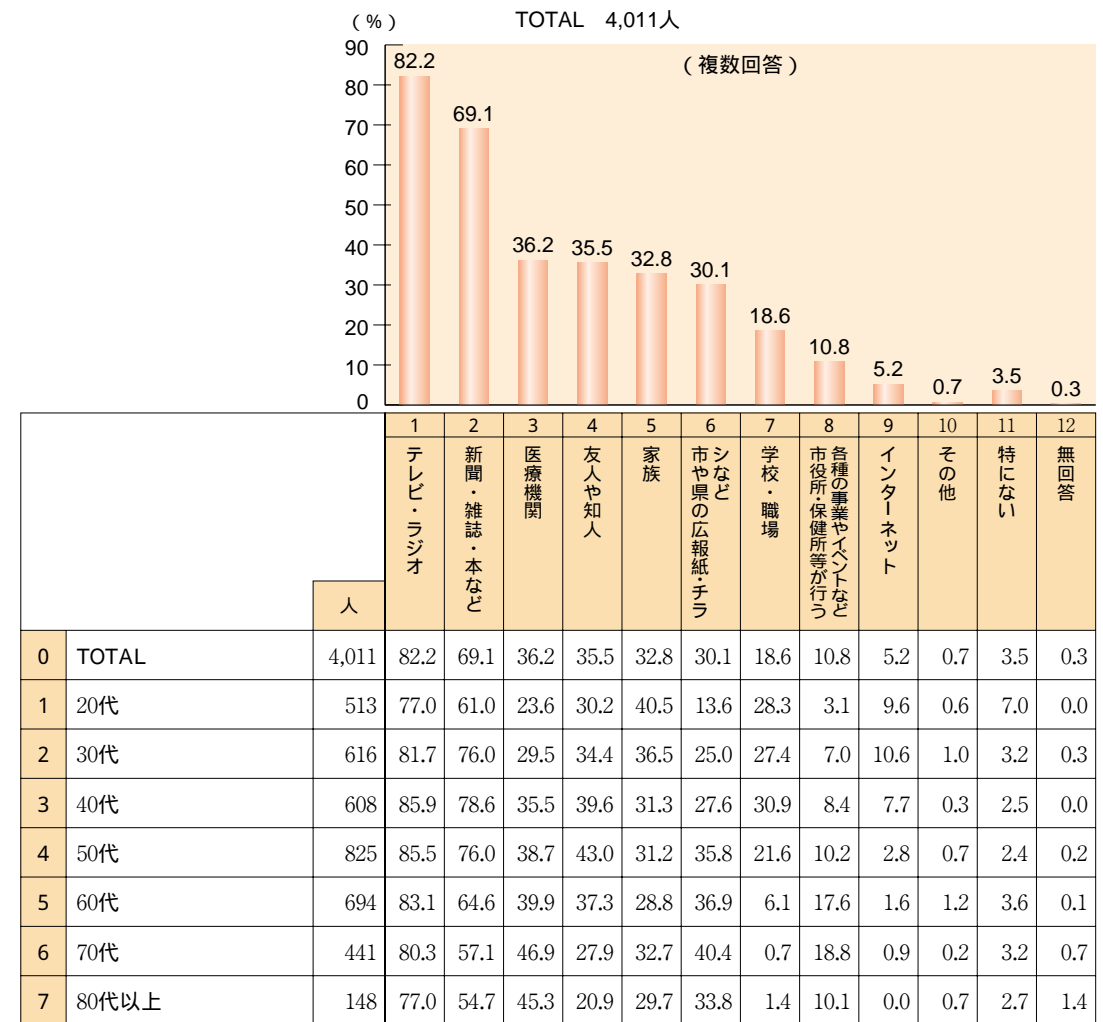
(出典：平成13年 市民健康意識等調査(一般市民))

- ・自分の日常生活について、若年層ほど「毎日を充実して過ごせていない」という人が多くなっています。
- ・充実感をもつ人の割合は、50代からは年齢が上がるにつれて高くなり、70代でもっとも高くなっています。

特に若年層において、こころの健康を維持・向上し、毎日の生活の充実感を高めていくことが課題となっています。また、高齢者層においては、それまでの経験で培った知識や経験を地域活動に生かすなど、なお一層充実した毎日を過ごしていくことが求められます。

健康に関する情報源

健康に関する情報をどこから得ているか



(出典：平成13年 市民健康意識等調査(一般市民))

- ・健康に関する情報をどこから得ているかについては、「テレビ・ラジオ」「新聞・雑誌・本など」等のマスメディアが上位を占めています。次いで、「医療機関」や、「友人や知人」「家族」といった身の回りの人が多くなっています。

多くの人々に対しての主な情報発信源であるマスメディアとの連携のもと、正確でわかりやすい情報を市民に提供していくことが必要です。また、新しい情報提供手段を活用するなど、多様な媒体を用いて、健康に関する情報を提供していくことが求められます。

