

健康にいがた21

こころとからだに優しい健康づくりのとき



新潟県の鳥「朱鷺」優優
優優のように健康にいがた21も育っていきます

(平成13年3月)

21世紀の健康づくりを目指して



近年、保健医療の充実や生活水準の向上等により、県民の平均寿命は延びてきております。しかしながら、がん、心臓病、脳卒中といった生活習慣病や痴呆、寝たきり等の状態になる方が増えており、21世紀の社会に対応した総合的な健康づくり施策の展開が求められております。

このような状況の中、国では、壮年期死亡の減少や痴呆そして寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康寿命）の延伸等を目標に、第3次国民健康づくり対策として、平成12年3月に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を定め推進しております。

本県におきましても、県民の皆様一人ひとりが、積極的に健康づくりに取り組み、すこやかで、いきがいに満ちた生活のできる社会の実現を目指して、平成22年度までの健康づくりの指針「健康にいがた21」を策定いたしました。

この指針は、「健康づくりの推進には一人ひとりが自発的に健康づくりを実践することが重要である」という基本的な考え方の下、「いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康」、「からだの健康」、「こころの健康」を健康の3本柱として位置づけ、県民の皆様がこれらの健康を享受できるよう、分野別に実現目標（県民や関係者に目指していただきたい目標）を掲げるとともに、一人ひとりの取組を社会全体で支援するための方策を提示しております。

今後は、本指針に基づいて、市町村や関係団体との密接な連携の下、県民の皆様の参加を得ながら、すこやかで心豊かに生活できる活力ある社会づくりに取り組んでまいりますので、より一層の御理解と御協力をお願いいたします。

平成13年3月

新潟県知事 平山 征夫

目次

第1編 総論

第1章 健康にいがた21の基本方針	3
1 基本理念	3
2 性格	3
3 位置付け	3
4 期間	3
第2章 新潟県における健康づくりの経緯	4
第3章 健康にいがた21の方向性	9
1 指針策定の背景と必要性	9
本指針が目指す健康の概念と指針の目的	
(1) 「健康」を取り巻く環境の変化と現状	9
(2) 新潟県が目指す「健康」の考え方	13
(3) 健康づくりの主体と支援の考え方	14
(4) 推進体制、役割分担の考え方	14
2 有効な対策を立てるために	17
(1) 自己実現を目指した健康づくり	17
(2) 健康戦略（マーケティング理論）	20
(3) 本指針における目標と評価指標についての考え方	23

第2編 各論

第1章 分野別の健康づくり	31
健康の実現にむけて取り組む課題	
1 いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康	31
(1) 現状と課題	31
(2) 対策の方向性	32
ア 個性・多様性及び自己責任・自己実現と生涯を通じたいきがいづくり	32
イ 社会参加	34
ウ 趣味や楽しみ	39

2 からだの健康	40
(1) 現状と課題 対象とする疾病	40
ア 死亡（壮年期死亡）の観点から（三大死因について）	40
イ 健康寿命・生活の質の観点から	50
ウ 重点的に予防対策を講ずるべき疾病予防のための危険因子の整理	53
(2) からだの健康を取り巻く総合的な対策	56
ア たばこの問題	56
イ 栄養・食生活	67
ウ 運動	75
(3) 個別の疾病等についての対策	80
ア がん（悪性新生物）	80
イ 循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）	82
ウ 糖尿病	84
エ 歯科疾患	85
オ 高齢者の骨折予防	87
カ リハビリテーション	88
3 こころの健康づくり	89
(1) 現状と課題 こころの健康を取り巻く環境と対策の方向性	89
(2) ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防	93
(3) 「目に見える問題」についての対策	99
第2章 年代別の健康づくり	106
1 全年代共通	106
2 乳幼児期	110
3 少年期	114
4 青年期	119
5 壮・中年期	123
6 高・老年期	127
第3章 目標のまとめ	131
参考（健康日本21の目標等について）	134

第1編

総論

第1章 健康にいがた21の基本方針

1 基本理念

県民の一人ひとりが、健康づくりに取り組み、「すこやかで、いきがいに満ちた生活のできる社会」の実現を目指すことを基本理念とします。

県民一人ひとりの主体的な健康づくり活動及び社会の支援や環境整備によって、すべての県民が、すこやかでこころ豊かに生活できる社会の実現を目指すことを基本理念とします。

2 性 格

- (1) この指針は、県民一人ひとりの自覚と実践を基本とする生涯を通じた健康づくりを推進するためのものです。
- (2) 健康の3本柱を「いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康」¹⁾、「からだの健康」、「こころの健康」とし、それぞれに関係の深い内容を取り上げています。
- (3) 県民にそなえて欲しい理想的な姿を「実現目標」、その具体的な内容を「望ましい姿」とし、これを支援するための「考えられる対策」を提示しています。
- (4) 関係機関、健康づくり団体、市町村及び県が役割に応じて、本指針に基づいた県民の健康づくりを積極的に推進することとしています。

3 位置付け

「新潟県長期総合計画」における施策目標「保健・医療・福祉の充実した社会づくり」を具体的に進めるための指針です。

4 期 間

平成12年度から平成22年度までの11か年の指針です。

なお、5年ごとに見直しを行います。

1)「いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康」：

WHO（世界保健機関）は「健康」を、「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」（“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”）と定義している。

平成10年のWHO執行理事会（総会の下部機関）における、WHO憲章全体の見直し作業の中で、「健康」の定義を「完全な肉体的（physical）、精神的（mental）、spiritual及び社会的（social）福祉のdynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」（“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”）（下線部が追加されたもの）と改めることが議論されたが、平成11年5月の総会では審議しないまま見直しを続けていくこととされた。

なお、平成10年のWHO執行理事会では、

Spiritualityは人間の尊厳の確保やQuality of Life（生活の質）を考えるために必要な、本質的なものであるという意見
健康の定義の変更は基本的な問題であるので、もっと議論が必要ではないかとの意見
の両方が出された。

第2章 新潟県における健康づくりの経緯

県民の健康水準は、概ね向上していますが、少子・高齢社会を迎え、新たな課題も生じています。

国では、昭和53年から「第1次国民健康づくり対策（表1-1）」を実施し、生涯を通じる健康づくりを基本に、健康づくりの3要素（栄養・運動・休養）のうち、栄養に重点を置いた健康増進事業を進めてきました。続いて、昭和63年からの「第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）（表1-1）」では、栄養・運動・休養のうち、取り組みが遅れていた運動習慣の普及に重点を置き、健康づくりのための施設整備や人材養成・育成を重点的に行ってきました。

本県でも、昭和53年から「つくろう健康、ゆたかな明日へ（表1-2）」をスローガンに4つの重点項目（すこやかな母と子、すこやかな高年、すこやかな心、すこやかな歯）を掲げ、県民の生涯を通じる健康づくりを推進し、健康づくり県民大会や明日をひらく健康フェアを開催し、広く県民や地域住民への普及啓発を図ってきました。昭和56年からは、「健康にいがたクローバー運動」を県民運動として実施し、さらに平成3年からは、「健康にいがたクローバー運動」の実践項目と数値目標の見直しを行い「健康にいがた新クローバー運動」として展開してきました。

平成元年からは、運動習慣の定着に重点を置き「アクティブ80ヘルスプランにいがた」として、健康増進指導車の県内3保健所への配置や健康運動指導士の養成、ヘルシーウォーキング大会等の事業を実施してきました。また、毎年10月10日を県民健康づくりの日、10月10日から16日までを県民健康づくり週間として制定するなど、普及啓発を図ってきました。

その結果、健康にいがたクローバー運動の実践項目が県民に理解され、生活の中に定着するなどの一定の評価は得られました。しかし、目標の設定についての方法や考え方、地域の実情に即した実践活動、住民参加を踏まえた協力体制づくり及びこれらの事業の評価方法等については不十分な点が残りました。

こうした経緯のもと、本県では、国が策定した21世紀における国民健康づくり運動である「健康日本21」の基本理念を踏まえ、県民の健康づくり指針「健康にいがた21」を策定し、県民の壮年期死亡の減少や健康寿命¹⁾の延伸、生活の質の向上を目指した21世紀における健康づくり運動を推進することとしました。

1) 健康寿命：痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間

表1 1 国民健康づくり対策の変遷

第1次 国民健康づくり対策 (昭和53年～63年)	第2次国民健康づくり対策 (アクティブ80ヘルスプラン) (昭和63年～)	第3次国民健康づくり対策 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21) (平成12年～22年)
<p>[基本的考え方]</p> <p>1 生涯を通じる健康づくりの推進 成人病予防のための一次予防の推進</p> <p>2 健康づくりの3要素(栄養、運動、休養)の健康増進事業の推進 (栄養に重点)</p>	<p>[基本的考え方]</p> <p>1 生涯を通じる健康づくりの推進</p> <p>2 栄養、運動、休養のうち、遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた健康増進事業の推進</p>	<p>[基本的考え方]</p> <p>1 一次予防の重視と高度な生活の質の維持</p> <p>2 国民の保健医療水準の指標となる具体的目標を定め、これを達成するための諸施策を体系化した計画</p>
<p>[施策]</p> <p>(1) 生涯を通じる健康づくりの推進 ア 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の確立</p> <p>(2) 健康づくりの基盤整備等 ア 健康増進センター、市町村保健センター等の整備 イ 保健婦、栄養士等のマンパワーの確立</p> <p>(3) 健康づくりの啓発・普及 ア 市町村健康づくり推進協議会の設置 イ 健康・体力づくり事業財団による啓発普及活動の推進 ウ 栄養所要量の普及 エ 国民栄養調査の実施 オ 加工食品の栄養成分表示 カ 健康づくりに関する研究の実施</p>	<p>[施策]</p> <p>(1) 生涯を通じる健康づくりの推進 ア 乳幼児から老人に至るまでの健康診査保健指導体制の充実</p> <p>(2) 健康づくりの基盤整備等 ア 健康科学センター、市町村保健センター、健康増進施設等の整備 イ 健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等のマンパワーの確保</p> <p>(3) 健康づくりの啓発・普及 ア 栄養所要量の普及・改定 イ 国民栄養調査の実施 ウ 運動所要量の普及 エ 健康増進施設認定制度の普及 オ 健康増進施設利用料金の医療費控除 カ たばこ行動計画の普及 キ 外食栄養成分表示の普及 ク 心の健康づくり推進事業の実施 ケ 健康文化都市及び健康保養地の推進 コ 健康情報ネットワークシステムの推進 サ 健康づくりに関する研究の実施</p>	<p>[基本理念]</p> <p>すべての国民が、健康で明るく元気に生活できる社会の実現を図るため、壮年期死亡の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間(健康寿命)の延伸等を目標に、国民の健康づくりを総合的に推進する。</p>
<p>[指針等]</p> <p>(1) 健康づくりのための食生活指針 (昭和60年)</p> <p>(2) 加工食品の栄養成分表示に関する報告 (昭和61年)</p> <p>(3) 肥満とやせの判定表・図の発表 (昭和61年)</p> <p>(4) 喫煙と健康問題に関する報告書 (昭和62年)</p>	<p>[指針等]</p> <p>(1) 健康づくりのための食生活指針 (対象特性別：平成2年)</p> <p>(2) 外食栄養成分表示ガイドライン策定 (平成2年)</p> <p>(3) 健康づくりのための運動指針 (平成5年)</p> <p>(4) 健康づくりのための運動指針年齢対象別身体活動指針(平成9年)</p> <p>(5) 健康づくりのための休養指針 (平成6年)</p> <p>(6) 喫煙と健康問題に関する報告書(第2版) (平成5年)</p> <p>(7) たばこ行動計画検討会報告書 (平成7年)</p> <p>(8) 公共の場所における分煙のあり方検討会報告書 (平成8年)</p>	

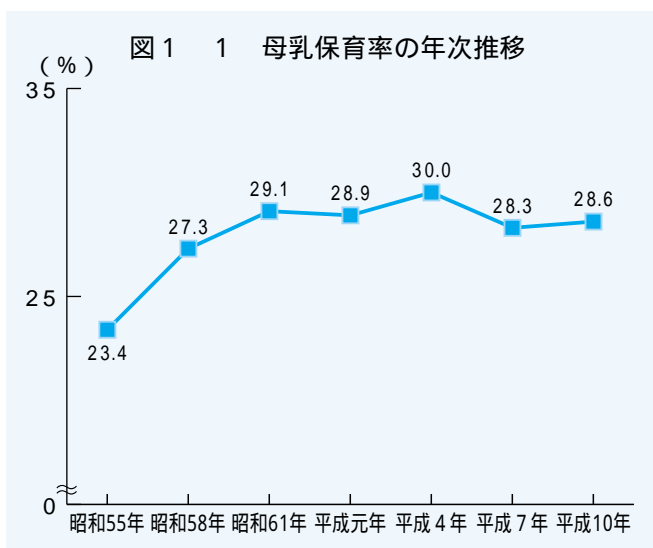
表 1 2 新潟県健康づくり対策

第 1 次健康づくり対策 (昭和53年～63年)	第 2 次健康づくり対策 (昭和63年～)	第 3 次健康づくり対策 「健康にいがた21」 (平成12年～22年)
<p>[基本的な考え方]</p> <p>1 生涯を通じる健康づくりの推進 成人病予防のための一次予防の推進</p> <p>2 健康づくりの 3 要素 (栄養、運動、休養) のうち、栄養に重点をおいた健康増進事業の推進</p>	<p>[基本的な考え方]</p> <p>1 生涯を通じる健康づくりの推進</p> <p>2 健康づくりの 3 要素 (栄養、運動、休養) のうち、運動に重点をおいた健康増進事業の推進</p>	<p>[基本的な考え方]</p> <p>1 生活習慣病の一次予防の重視</p> <p>2 県民の保健医療水準の指標となる具体的目標を定め、これを達成するための諸施策を体系的に実施し、生涯を通じる健康づくりの推進</p>
<p>[主な施策、事業]</p> <p>(1) 生涯を通じる健康づくりの推進</p> <p>ア 健康づくり県民大会 昭和54年～)</p> <p>イ 明日をひらく健康フェア (昭和55年～)</p> <p>ウ 健康づくり大学 (昭和56年～60年)</p> <p>エ 健康づくり総合講座 (昭和61年～63年)</p> <p>オ 我が家の食卓コンクール (昭和56年～63年)</p> <p>カ すこやか運動講座 (昭和62年～平成元年)</p> <p>キ 「健康にいがたクローバー運動」 (昭和56年～平成 2 年)</p> <p>4 つの項目に数値目標を掲げ事業展開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母乳で育てよう ・塩分を減らそう ・牛乳を飲もう ・緑の野菜を食べよう <p>ク 「健康にいがた新クローバー運動」 (平成 3 年～)</p> <p>4 つの実践項目と数値目標の見直しを行ない、事業を展開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母乳で育てて心とからだの健康づくり ・米と減塩で成人病予防 ・牛乳飲んで丈夫な骨づくり ・緑黄色野菜を食べてがん予防 <p>(2) 健康づくりの啓発・普及 (昭和54年～)</p> <p>ア 新潟県健康づくり対策委員会の設置</p> <p>イ 健康づくり連絡調整会議</p> <p>ウ 市町村健康づくり推進協議会の設置</p> <p>エ 健康づくりに関する啓発事業</p>	<p>[主な施策、事業]</p> <p>「アクティブ80ヘルスプランにいがた」推進事業 (平成元年～)</p> <p>(1) 生涯を通じる健康づくりの推進</p> <p>ア 健康増進指導車 3 台 (上・中・下越) 配備</p> <p>イ 青・成年男子健康増進事業 (平成元年～ 3 年)</p> <p>ウ 健康老人育成事業 (平成元年)</p> <p>エ ヘルシー料理コンクール (平成元年～ 6 年)</p> <p>オ ヘルシーウォーキング大会 (平成元年～ 3 年)</p> <p>カ 地域健康運動のつどい (平成 5 年～ 8 年)</p> <p>キ 骨粗しょう症予防事業 (平成 6 年～ 9 年)</p> <p>健康診査、食生活改善講習会等</p> <p>ク 痴呆予防フォーラム (平成 8 年～10年)</p> <p>(2) 健康づくりの基盤整備等</p> <p>ア 運動普及推進員の養成 (市町村)</p> <p>イ 健康運動実践指導者の養成 (市町村)</p> <p>ウ 健康運動指導士の養成 (県)</p> <p>エ 健康づくり総合センター (仮称) 整備事業</p> <p>オ 健康文化都市推進事業 (平成 6 年～10年)</p> <p>(3) 健康づくりの啓発・普及</p> <p>ア 県民健康づくりの日 (10月10日) ・週間 (10日～16日) の制定</p> <p>イ 禁煙、分煙対策の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポスターコンクール ・健康カレンダーの作成 	<p>[基本理念]</p> <p>県民の一人ひとりが、健康づくりに取り組み、「すこやかで、いきがいに満ちた生活のできる社会」の実現を目指すことを基本理念とする。</p> <p>(1) 県民健康づくり指針の策定事業</p> <p>「健康にいがた21」(平成12年～)</p> <p>総論：健康づくりの経緯や方向性を示し、健康の考え方や健康づくりを支える社会の役割を示している。</p> <p>各論：健康の実現に向けて取り組む課題を、健康の 3 本柱である「いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康」、「からだの健康」、「こころの健康」について取り上げている。</p> <p>また、からだの健康づくりについての具体的な対策として「たばこの問題」、「栄養・食生活」、「運動」について、「実現目標」と「望ましい姿」を提示した。年代別の健康づくりを、全年代共通と乳幼児、少年、青年、壮・中年、高・老年のそれぞれの年代で示している。</p> <p>目標と評価指標：平成22年を目標年とする。</p> <p>(2) 「健康にいがた21」県民運動の推進</p>
<p>(1) 中高年の運動指導の手引きの策定 (昭和58年)</p> <p>(2) シルバーヘルスガイドブックの策定 (昭和62年)</p> <p>(3) 健康生活指針の策定 (昭和62年)</p>	<p>(1) 健康運動推進計画の策定 (平成 5 年)</p> <p>(2) 骨粗しょう症健診マニュアル策定 (平成 7 年)</p>	<p>(1) 県民健康づくり指針の策定 (平成12年)</p>

「健康にいがた新クローバー運動」の実践項目と指標の推移

母乳で育てて心とからだの健康づくり

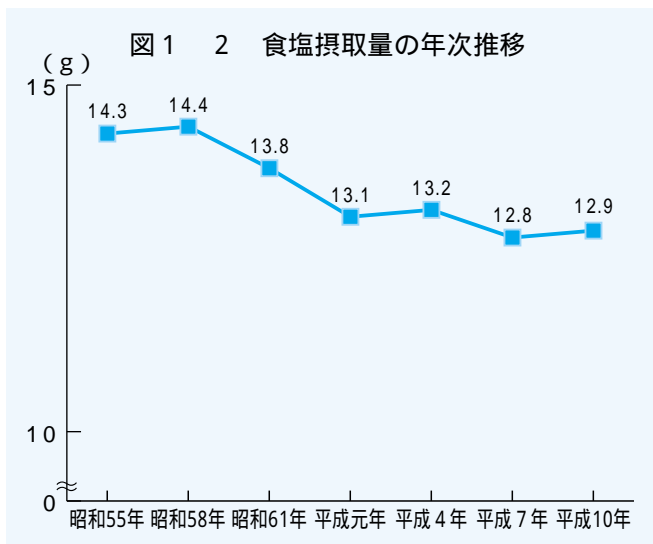
生後4ヶ月未満児の母乳哺育率を
35%まで高める



新潟県「新潟県母子保健事業報告」

米と減塩で成人病予防

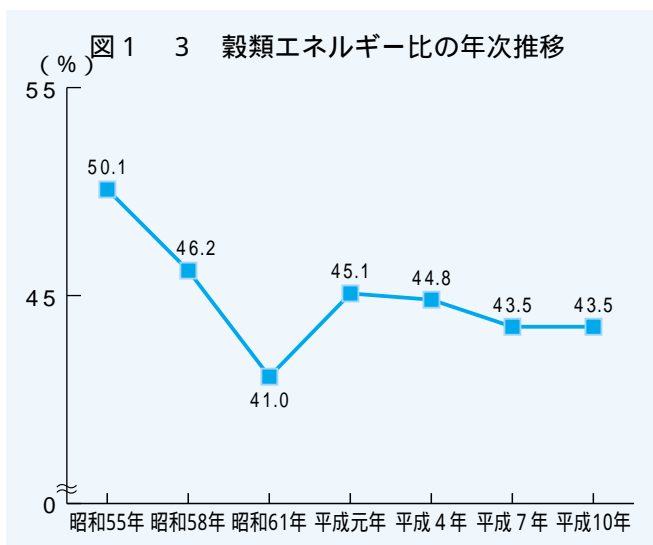
塩分を1日10g以下にし、
穀類エネルギー比を50%まで高める



新潟県「県民栄養実態調査」

米と減塩で成人病予防

塩分を1日10g以下にし、
穀類エネルギー比を50%まで高める

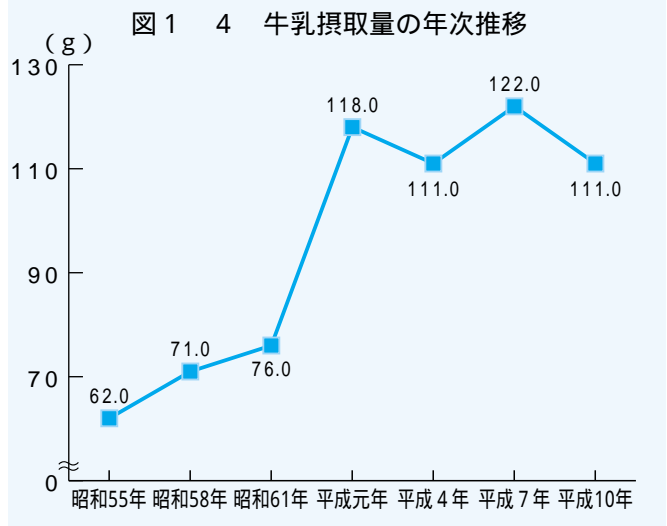


新潟県「県民栄養実態調査」

牛乳飲んで丈夫な骨づくり

牛乳の摂取量を

1日150ccまで高める

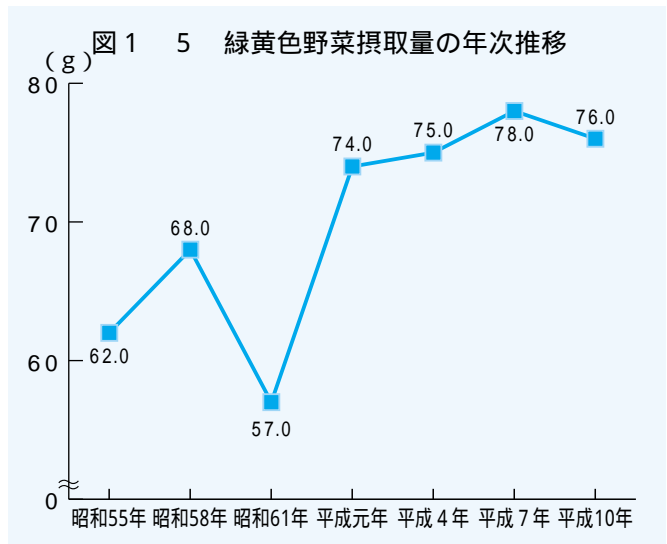


新潟県「県民栄養実態調査」

緑黄色野菜を食べてがん予防

緑黄色野菜の摂取量を

1日100gまで高める



新潟県「県民栄養実態調査」

第3章 健康にいがた21の方向性

1 指針策定の背景と必要性 - 本指針が目指す健康の概念と指針の目的 -

(1) 健康を取り巻く環境の変化と現状

かつては、飢餓、病気、怪我から免れていることが健康の概念として最も重要であり、特に感染症は健康を阻む最大の要因でしたが、戦後の経済発展と衛生状態の改善によって、感染症を中心とした急性疾患による死亡は減少し、その結果、生命を脅かす要因はいわゆる悪性新生物、脳血管疾患、心臓病を中心とした慢性疾患へと大きく変化しました（図1-6、図1-7、図1-8、図1-9、図1-10本県の死因別死亡率の推移）。

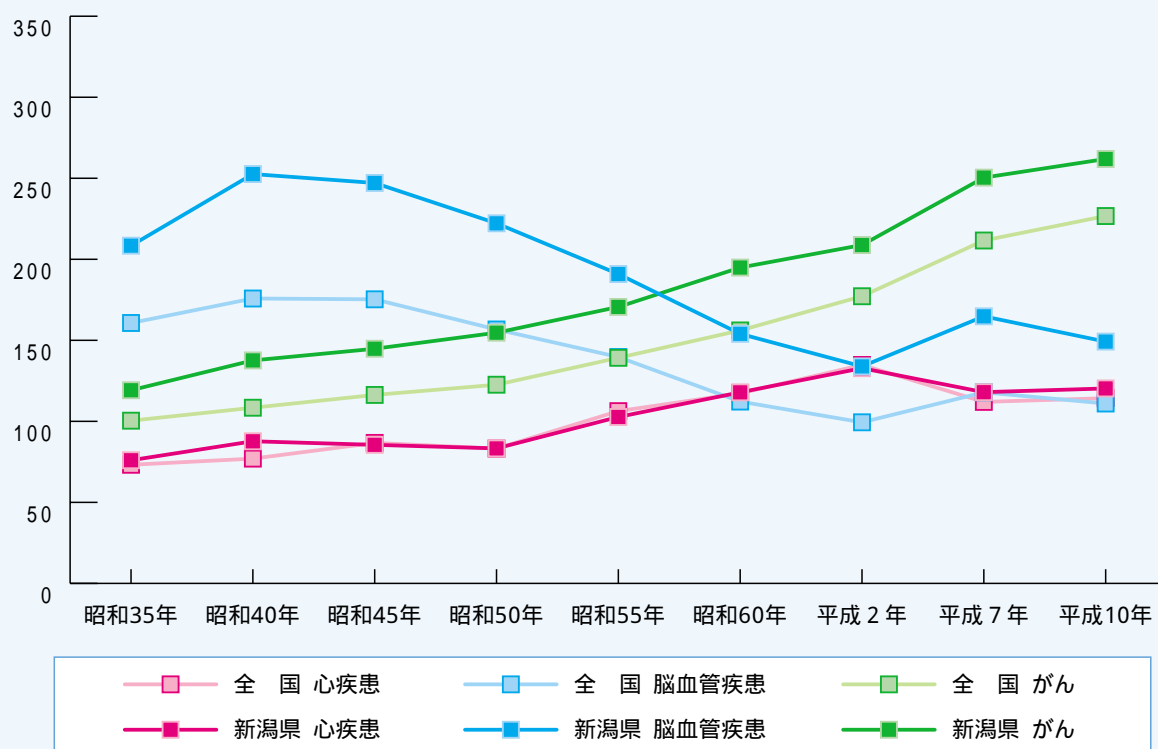
特に比較的若くしてこのような慢性疾患にかかった場合、たとえ死に至らなくても痴呆や寝たきりになるなど、社会生活ができなくなる場合もあります。このため発症年齢を少しでも遅くしたり、自立期間を長くすることが重要課題になってきました（健康寿命の概念）。このような慢性疾患の予防のためには、良好な生活習慣や身体・精神状況の把握が重要であることから、新たに生活習慣病という概念も生まれてきました。

さらに、生活習慣病の概念が広く認識されてくるにしたがって、以前には身体的な異常と認識されていなかった疾病の前段階、すなわち危険因子（高血圧、血清脂質異常、肥満等）が、あたかも「病気」であるかのように意識されるようになり、「健康」と「病気」の境界が不明瞭になってきています。加えて、日本では、社会基盤の整備や疾病罹患後の管理の向上等によって、いわゆる「完全な身体状態」でなくても社会生活を営めるようになってきています。

また、平成10年の日本人の平均寿命は、男性77.2歳、女性84.0歳と世界最長の平均寿命を実現しており、本県においては、男性77.6歳、女性85.6歳と全国平均を若干上回っています（図1-11）。このような状況から、「完全に良好とはいえない身体状態」でありながらも、一定の範囲内で社会生活を営みうる期間が長期にわたることが多くなりました。このため疾病の有無によらず、いかに有意義な生活を過ごせるかという、生活の質からの観点が重要となってきています。

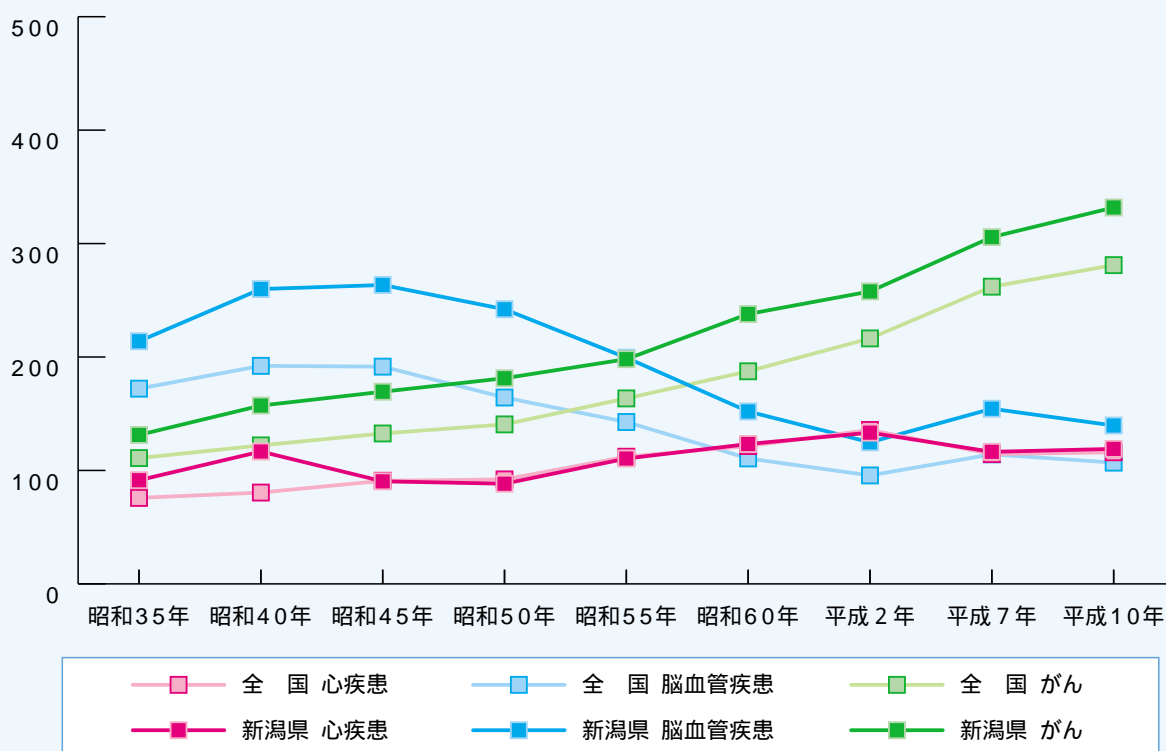
また、本県は全国に比較して自殺による死亡率が極めて高くなっています。加えて、日本においては家庭、教育、職場等を取り巻く環境が急激に変化してきた結果、各世代で「ストレスの増加、精神的に不安定な状態」が多くみられるようになってきており、その結果生ずる不登校、いじめ、思春期の適応障害、壮年から高齢年齢層におけるうつ状態や自殺等が、大きな問題になっています。

図1 6 三大死因別死亡率（人口10万対）の年次推移 全年齢



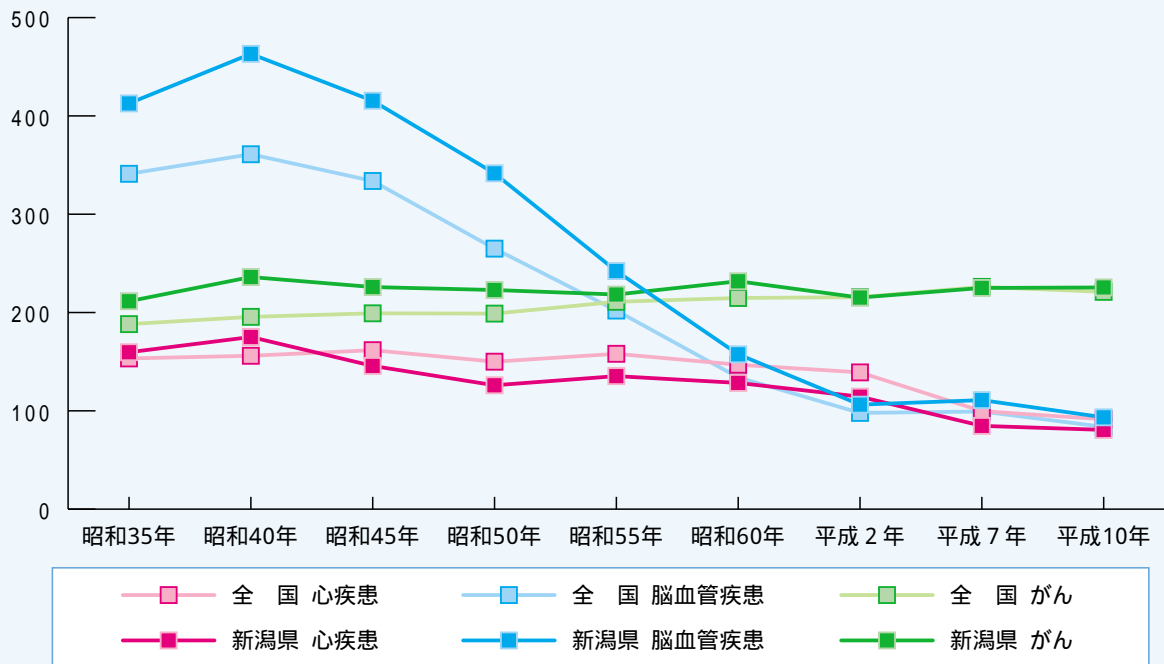
「人口動態統計」

図1 7 三大死因別死亡率（人口10万対）の年次推移 男



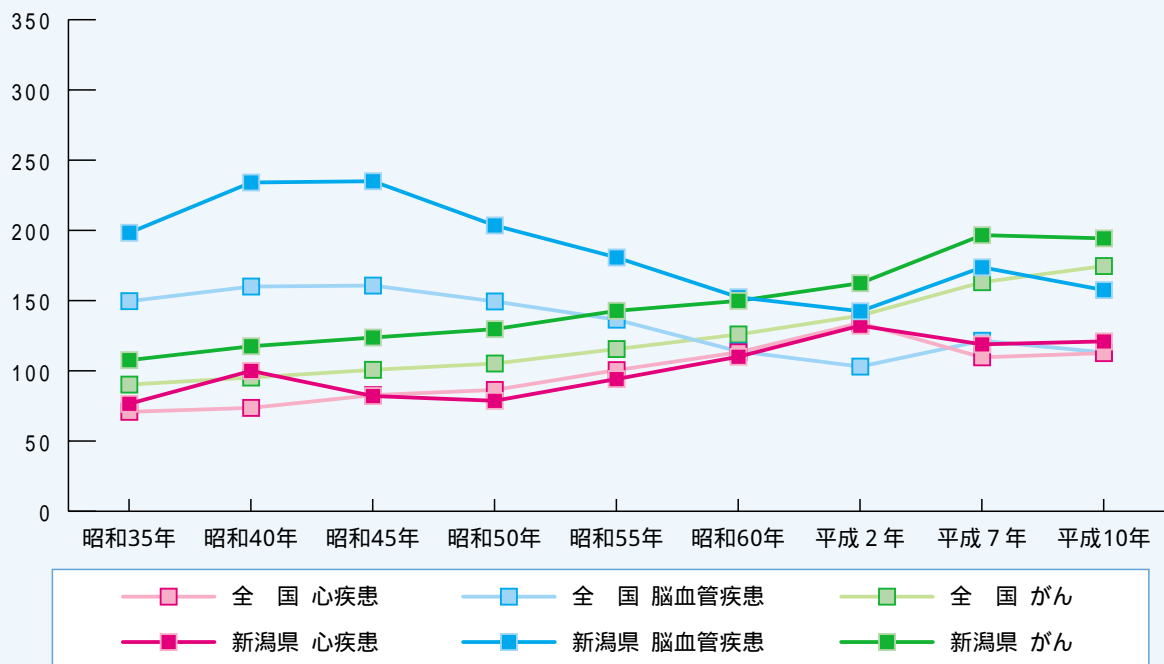
「人口動態統計」

図1 8 三大死因別年齢調整死亡率¹⁾（人口10万対）年次推移 男



「人口動態統計」

図1 9 三大死因別死亡率（人口10万対）の年次推移 女



「人口動態統計」

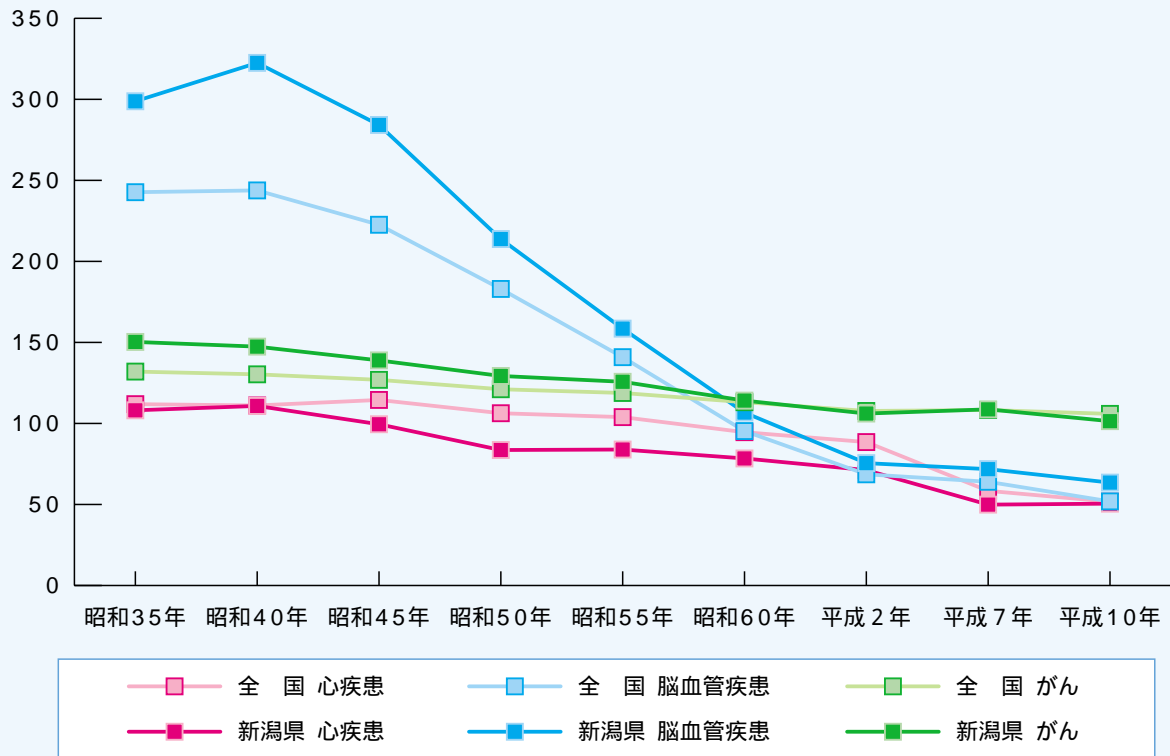
1) 年齢調整死亡率：

$$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\left[\text{年齢5歳階級別死亡率} \times \frac{\text{「昭和60年のモデル人口」}}{\text{その年齢階級の人口}} \right] \text{の各年齢階級の総和}}{\text{「昭和60年モデル人口」の総和}}$$

平成7年までの年齢5歳階級別死亡率の算出には、国勢調査人口を用いた。

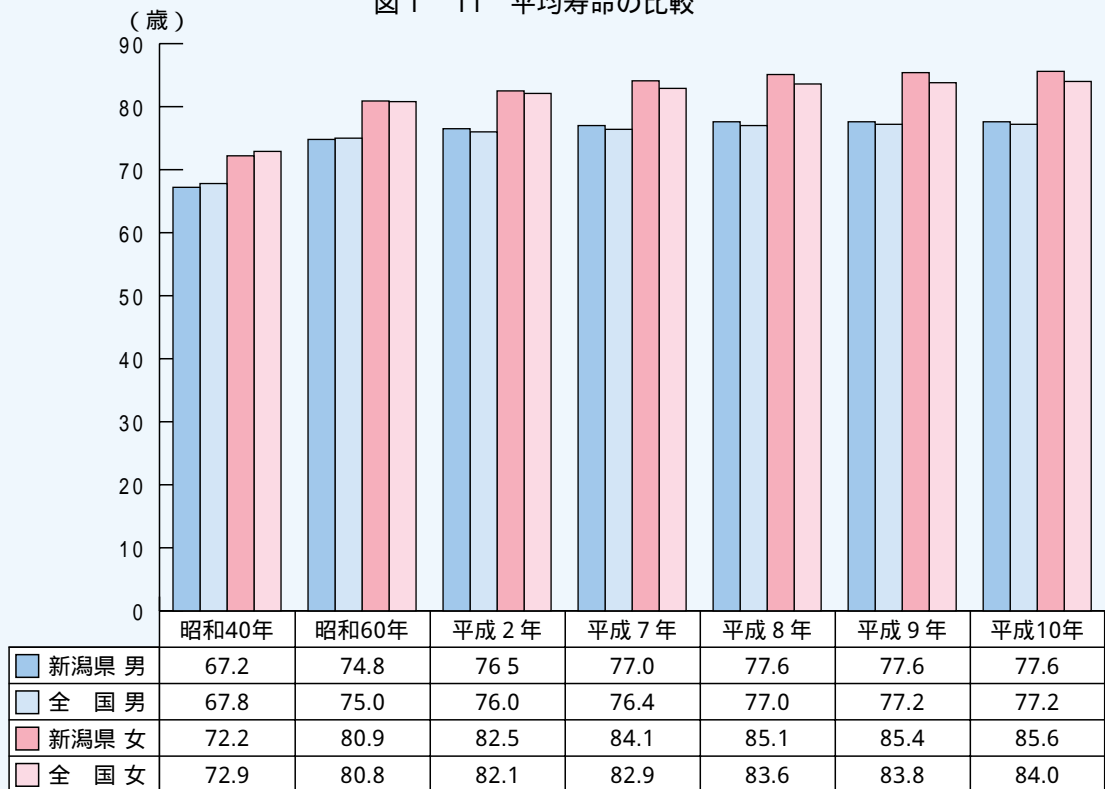
平成8年以降は、10月1日の推計人口を用いた。

図1 10 三大死因別死年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移 女



「人口動態統計」

図1 11 平均寿命の比較



「簡易生命表」、「完全生命表」、新潟県「福祉保健年報」

(2) 新潟県が目指す「健康」の考え方

健康の概念として次の3本柱（ から ）を提示します。

いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康

疾病や障害の有無、年齢にかかわらず、本人や社会にとって有意義でいきがいのある生活を営む能力を身に付けていること。

からだの健康

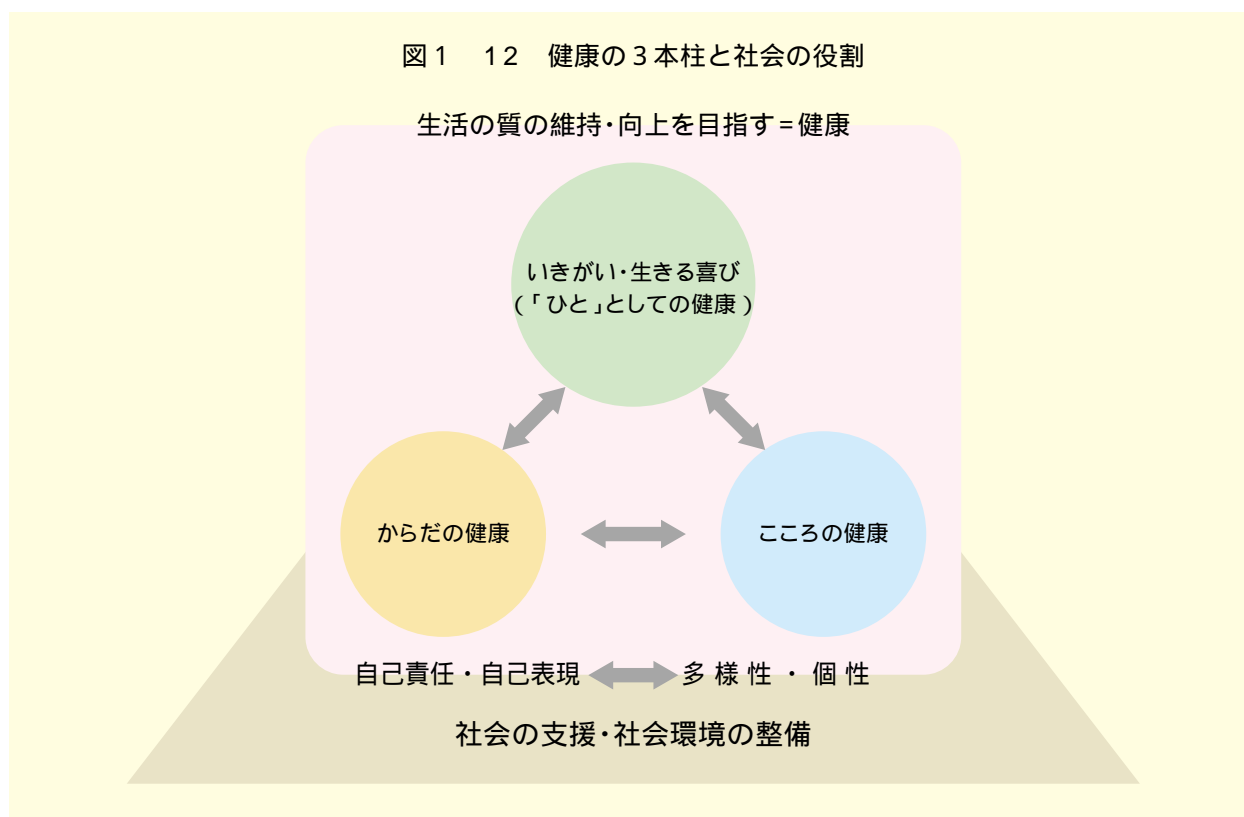
生命や社会生活を阻害する疾病に罹患する年齢を可能な限り遅くして自立期間を長くするため、自己の現状を認識して疾病罹患を予防できるような活動を自ら行えること。

また、疾病罹患後も再発予防やリハビリテーションによって自己管理ができること。

こころの健康

精神的なストレスをはじめとした心の問題に適切に対応できること。

図1 12 健康の3本柱と社会の役割



本指針では、県民一人ひとりが、このような能力を身に付け自らが判断して実行することを重要と考えます。しかし、3本柱のすべてが「完全」であることを健康とするのではなく、自らが置かれた状況のなかで生活の質を高めるために努力し、有意義な人生を送るための意識や能力を身に付けて実践している姿を健康であると考えます。すなわち、健康とは一つの決まった状態を示しているのではなく、生活の質の向上を目指して移り変わる性格をもっています。

また、健康の3本柱は互いに密接に関連しており、切り離して考えることはできません。からだの健康やこころの健康を考える場合には一方に偏らないよう配慮し、常に「いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康」を念頭に置き、バランスのとれた健康づくりを行う必要があります。

(3) 健康づくりの主体と支援の考え方

「健康づくり」の主体は県民個人であり、一人ひとりが目指す健康の姿はさまざまであることから「個性と多様性」が重視されます。また「健康とはこのようなものである」という画一的、押し付け的なものではなく、県民自らが目標と実現手段について判断して実践する「自己責任・自己実現」が最も大切です。

このような県民主体の「健康づくり」を支援するためには、県民一人ひとりが目標と実現手段を決定できる能力を培えるように、家庭、地域社会、学校、職場において情報や教育の場を提供することが重要です。さらに、目標の達成を支援するための社会環境の整備と県民同士の支え合いが不可欠です。このような考え方は、WHO（世界保健機関）によって提唱されたヘルスプロモーションの考え方とも一致しています。

生涯を通じる健康づくりを進めるに当たっては、家庭、地域社会、学校、職域、各種専門家が互いに連携し、役割を補い、問題意識を共有して対策を考えていく必要があります。

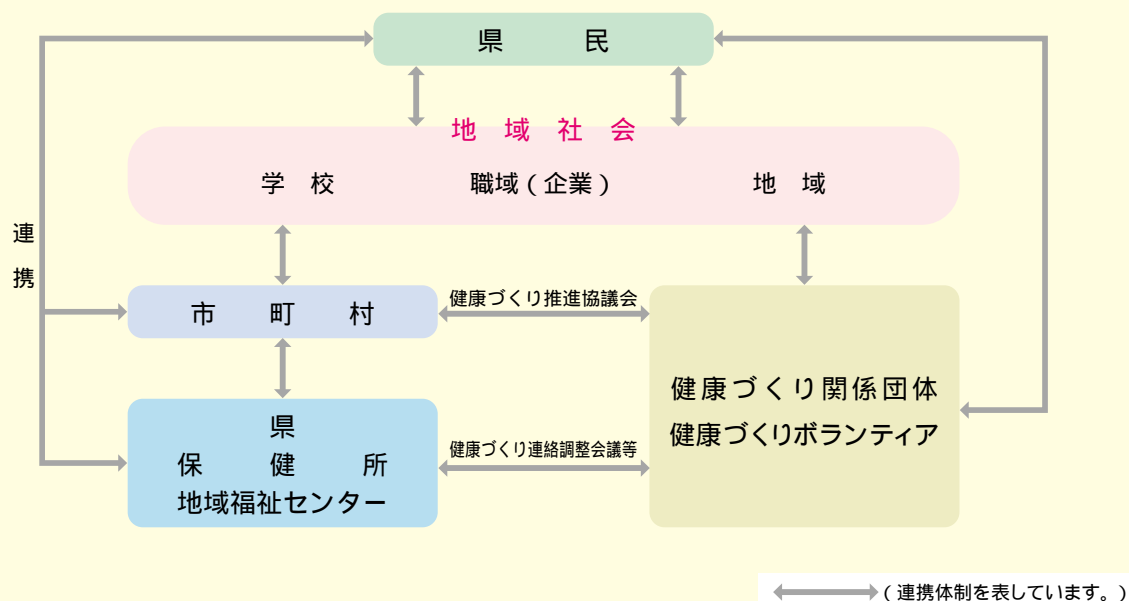
(4) 推進体制、役割分担の考え方

「健康にいがた21」は、基本的には県民一人ひとりが主体として取り組むものですが、目指すべき健康の実現に向け、積極的な健康づくりを支援できるよう、市町村、県及び関係団体等が役割を明確にし、相互の連携を円滑に進めるための共通の基盤づくりを推進する必要があります。

例えば図1-13に示すように、行政における推進体制の整備に加え、県の健康づくり推進対策懇談会、保健所の健康づくり連絡調整会議、市町村の健康づくり推進協議会等の健康づくり推進組織の充実や活性化を図ることが重要です。

特に、保健医療関係団体や地区組織等の育成や強化に努め、行政との連携、ネットワーク化を図ることが重要です。

図1 13 健康にいがた21推進体制



ア 個人の役割

- (ア) 適切な情報収集に基づいた自らの健康観の確立と実現に向けた健康づくり活動
 - ・ いきがい・生活の質の向上を目指した活動
 - ・ 健康課題の把握と疾病予防を意識した生活習慣づくり
 - ・ ストレスをはじめとしたところの問題への理解と取組
- (イ) 家族・隣人・友人等の健康づくりへの理解と支援

イ 家族や地域の役割

- (ア) 家庭における良好な生活習慣の確立
- (イ) 遊びや地域活動と一緒にすることによる、いきいきとした子どもの育成、大人や高齢者のいきがいづくりなど、世代を越えたふれあいの充実
- (ウ) 家族ぐるみの健康づくり活動、地域活動、ボランティア活動やPTA活動等を通じた健康課題に対する取組

ウ 市町村の役割

- (ア) 健康づくり事業への取組
- (イ) 地域の健康づくりに関する情報収集と分析
- (ウ) 地域特性を生かした健康づくり活動の実施
- (エ) 各種専門職による、住民一人ひとりの健康づくりに対する支援
- (オ) 住民に対する広報活動
- (カ) 食生活改善推進委員（ヘルスメイト）、母子保健推進員、運動普及推進員、保健委員（保健推進委員）等健康づくりボランティアの養成・育成
- (キ) 健康づくりサークルやボランティア活動への支援
- (ク) 学校・職域・各種団体等への連携の働きかけ
- (ケ) 健康づくり活動における県及び関係機関との連携

エ 学校の役割

- (ア) 教科や給食等を通じた健康観の確立や望ましい生活習慣の実現に向けた取組
- (イ) 家庭、専門家、地域社会、市町村の関係者との連携による活動

オ 職域の役割

- (ア) 職員の健康づくり活動の実践
- (イ) 職員の健康づくり活動への支援
- (ウ) 健診を通じた健康づくりへの取組

カ 専門職の役割

- (ア) それぞれの専門分野における最新情報の収集・整理と提供及び最新技術の習得と活用
- (イ) 積極的な情報発信
- (ウ) 他分野の重要性の相互理解と連携の充実

健康づくりと関係の深い専門職の例（順不同）

医師、歯科医師、薬剤師、保健婦（士）、看護婦（士）、助産婦、管理栄養士、栄養士、健康運動指導士、健康運動実践指導者、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、歯科衛生士、教諭、養護教諭、保育士、介護福祉士、調理師、ヘルスケアトレーナー 等

キ 県の役割

- (ア) 県民の健康づくりに関する情報収集と分析
- (イ) 健康情報の収集、分析及び提供
- (ウ) 市町村の健康づくり活動に対する支援及び情報の整理と提供
- (エ) マスメディア等を活用した具体的な広報活動
- (オ) インターネット等を利用した、県民が利用しやすい健康情報システムの整備
- (カ) 健康づくりを支援するための施設・制度等の整備と人材の育成
- (キ) 関連団体の育成・指導及びネットワークづくり
- (ク) 健康づくり施策における、分野を越えた連携の推進
- (ケ) 健康関連指標の評価

2 有効な対策を立てるために

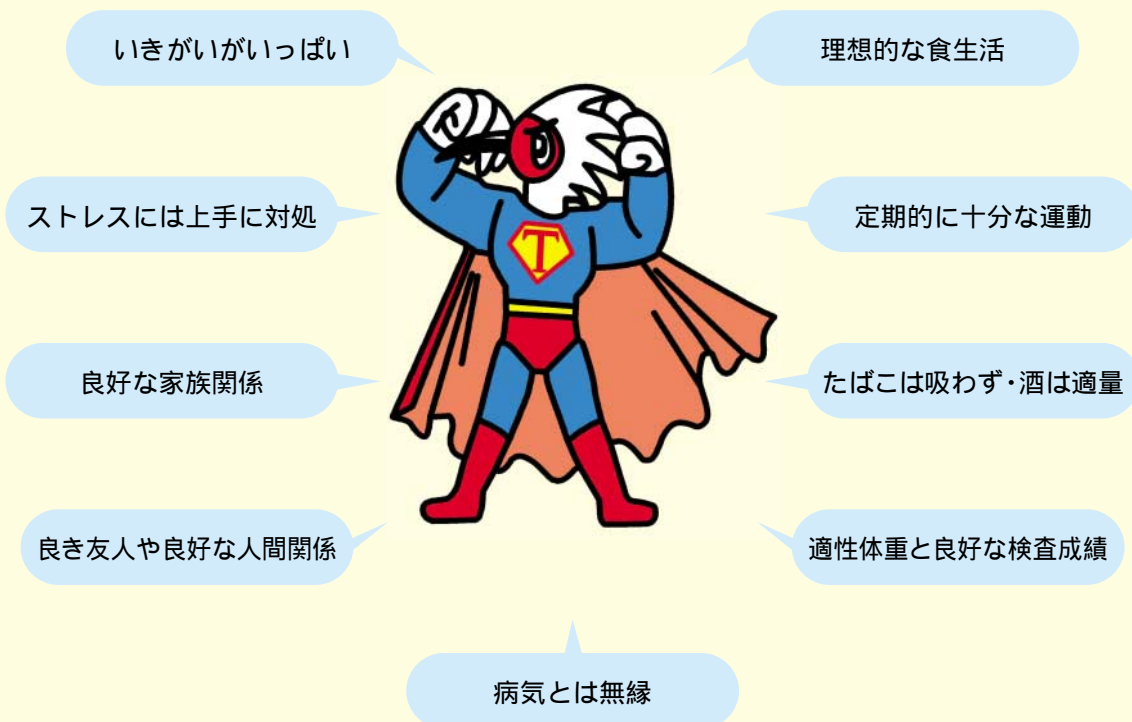
これまでは、基本的な健康づくりの方向性を示してきましたが、ここでは、県民の健康づくりを支援する各種サービスの担い手（市町村、関係団体等）が有効な対策を立てる場合、視野に入れておくべきいくつかの考え方を提示します。

（1）自己実現を目指した健康づくり

ア 「ねばならない」からの脱却

今までの保健活動で、「このようにあるべき」が「このようにあらねばならない」に直結してはいなかったでしょうか。本指針でも、各項目別、年代別に「望ましい姿」を示しますが、この「望ましい姿」のすべてを実現できる人はいったい県民にどのくらいいるでしょうか。膨大な「望ましい姿」をすべて実現しなければならないと考えたとき、すでに実現が困難な目標となって、取り組み意欲の低下をもたらす可能性があります。また、「ねばならない」がストレスとなって、こころの健康を阻害する原因にもなりえます。

図1 14 あなたのまわりにいますか？
すべてが完璧なスーパーマン的なひと



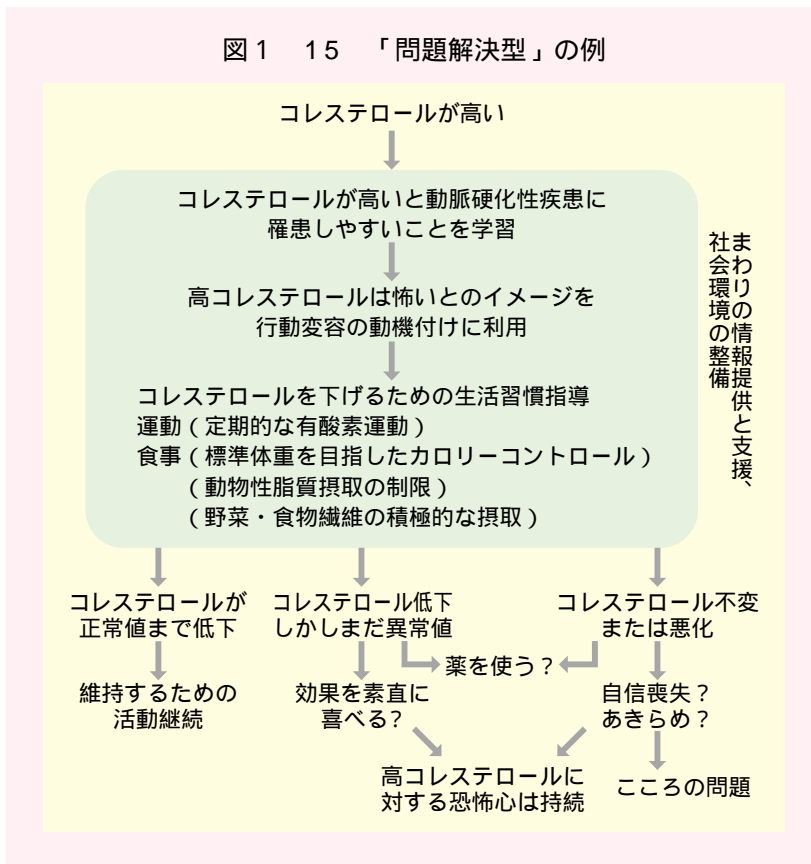
イ 健康についての自己実現を支援するための正しい知識の提供

従来、保健活動は健康診断等で見つけられた「問題点」をいかに解決するかといった「問題解決型」が主流でした。これはもちろん重要なことであり、現状把握はすべての出発点です。しかし、保健指導によってその問題点が解決できなかったとしたら、指導する側やされる側もしたいに健康づくりへの意欲の低下や、自信喪失につながりかねません。

これに対して「自己実現型」の健康づくりでは、まず目標とする将来像を一人ひとりが設定し、そのために重要な生活習慣を学習して自己評価を行い、必要な行動変容について本人が決定し実現に努力することが重要となります。また、家庭、地域社会、学校、職域等で健康づくり活動に携わる人々にとっては、情報の整理と積極的な提供を通した目標づくり及び生活習慣の変容への支援と環境整備を行うことが重要になります。本指針で提示した「望ましい姿」や、それに対する対処方法は、この目標設定や活動方法及びまわりの支援方法を決定する際の参考として用いるのが適切と考えます。

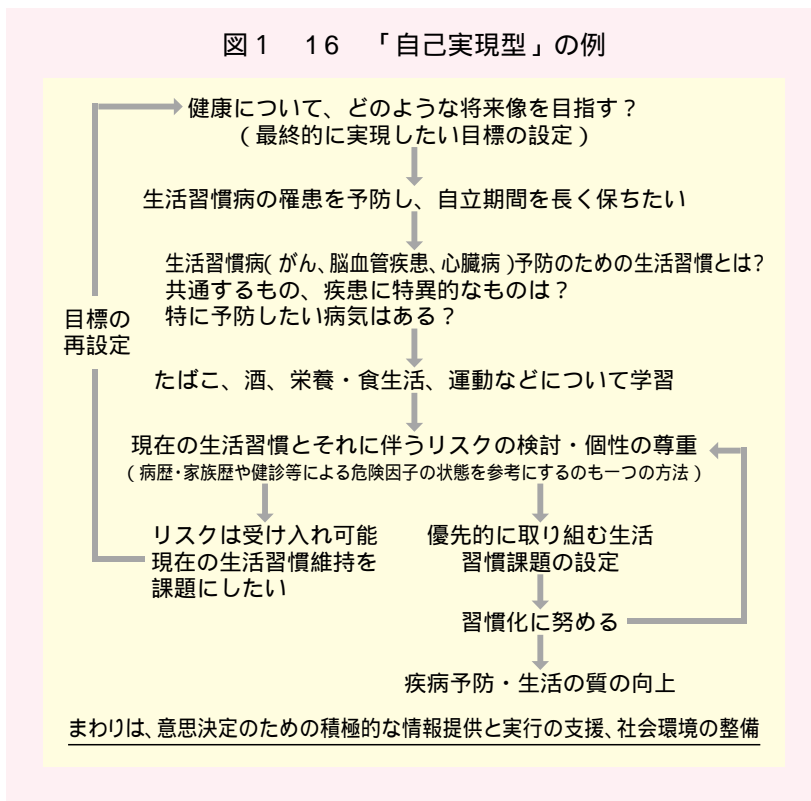
ウ 成人を対象にした健康づくり活動の例：疾病予防の観点から

図1 15 「問題解決型」の例



「血清総コレステロールが高い」等の問題を発見した場合に、その発見された問題を解決するために努力する方法が「問題解決型」健康づくりとすることができます。その問題のために「疾病罹患の不安」を動機付けとした場合、問題が解決されれば良いのですが、解決されなかった場合には「疾病罹患の不安」が残ります。また、問題が解決できなかったことに対する自信喪失等から、こころの問題など新たな問題を引き起こすこともありえます。（出発点の課題が終点に残る問題がある。）

図1 16 「自己実現型」の例



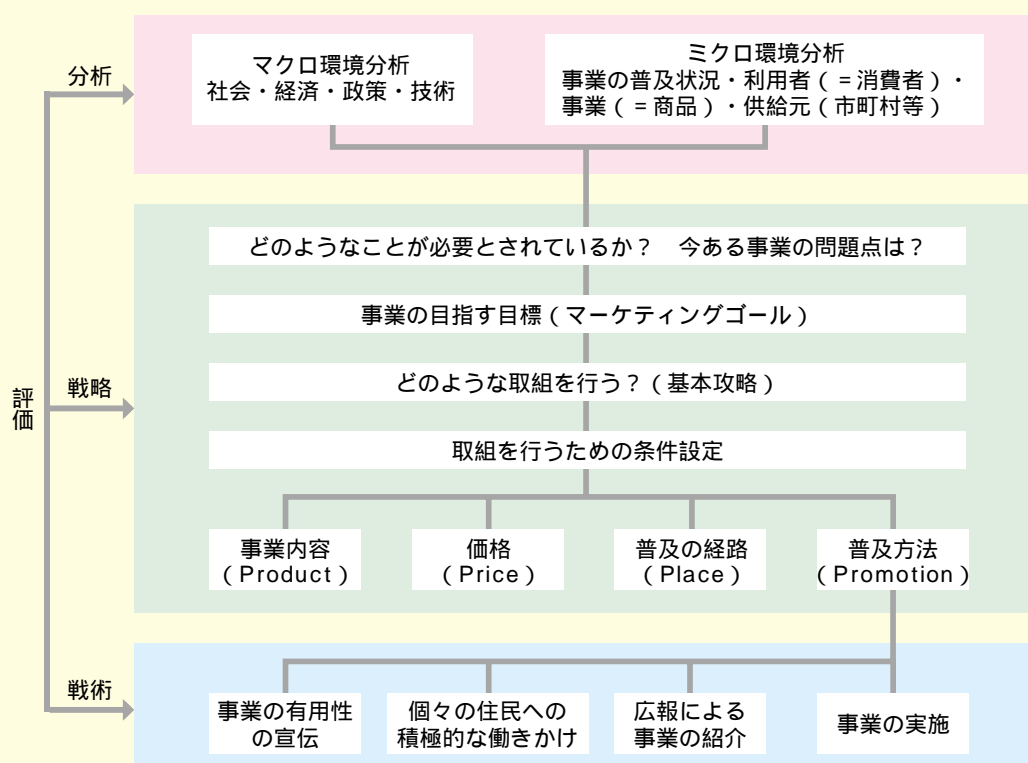
例えば、「生活習慣病への罹患を予防して自立期間を長く保ちたい」ということを目標とした場合、生活習慣病の危険因子や関連する生活習慣を学びます。その際、現在の危険因子の状況や生活習慣の状態及び疾病罹患の可能性等を把握して、その予防法について学びます。現状を少しでも改善したいと判断した場合には、その改善法を検討して新たな生活習慣の習慣化に努める等の対策を行い、「生活習慣病への罹患可能性が少ない」という自分の目指す姿の実現を図ります。（広い視野に立った終点を先に設定して、その実現を図る。その実現過程に現状の問題把握がある。）

(2) 健康戦略（マーケティング理論）

県民の健康施策を考えて事業を実行していく過程は、マーケティング理論を参考に、例として次のようにまとめることができます。

- ア 分析：健康づくりにとって有用かつ十分な最新情報を収集し、分析する。
- イ 戦略：健康づくりを支援するための事業・取組を企画する。
- ウ 戦術：国や他の都道府県・市町村、専門家との連携を図り、事業を実施する。
- エ 評価：事業の評価を行い、新たな事業に発展させる。

図1 17 マーケティング理論に基づいた事業計画の道筋



岸孝博：「改訂版ビジネスマンのためのマーケティングハンドブック」PHP出版

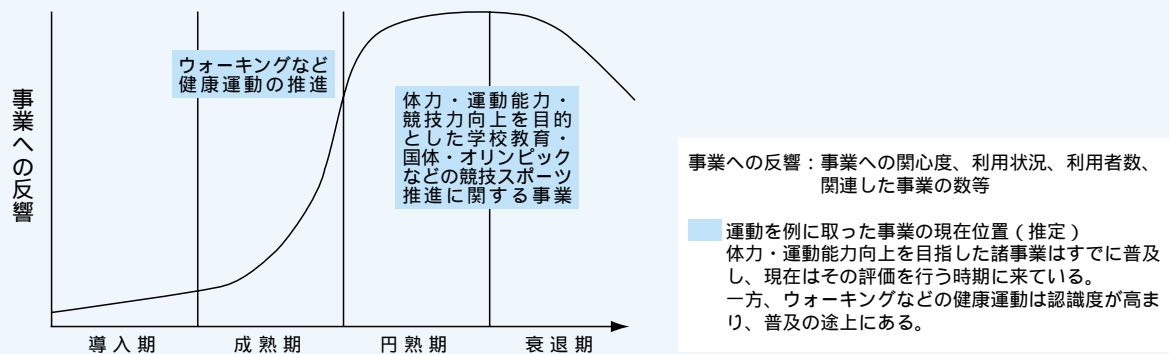
ア 分析

はじめに、社会環境や経済状況、現在の健康政策の流れ、健康に関する考え方や利用できる手法等の技術的な側面等の、大きな視野に立った分析（マクロ環境分析）と、現在普及している事業について、利用している人たちや普及している事業の特徴、事業を実施している市町村等の人的・経済的状况など、事業単位の分析（ミクロ環境分析）を行う必要があります。

イ 戦略

次に、分析をもとに、新たな事業の企画を立てる段階に入ります。このとき、これから行おうとしている事業は、ライフサイクル（図1 18）のどの段階にあるのか見極め、県民の需要に合っているのか、いかに事業を普及させるかの検討を行う必要があります。そして、事業が目指す目標や評価指標を設定し、効果的に目標を達成するための基本戦略を検討します。さらに、実施方法の詳細を決定して、事業の実施に至ります。

図1 18 事業（＝商品）のライフサイクル



岸孝博：「改訂版ビジネスマンのためのマーケティングハンドブック」、PHP出版

ウ 戦術

実施に当たっては、事業を確実に実施して魅力あるものにすることが重要です。しかし、いかに事業が立派であっても、利用者に認知されなければ利用者は増えません。まず広報等で事業を紹介して注意を引き、興味をもった住民に働きかけて事業への参加意欲を高め、また事業の魅力や有効性を積極的に宣伝することによって、より多くの人を事業参加に誘導することが必要です（図1 19）。

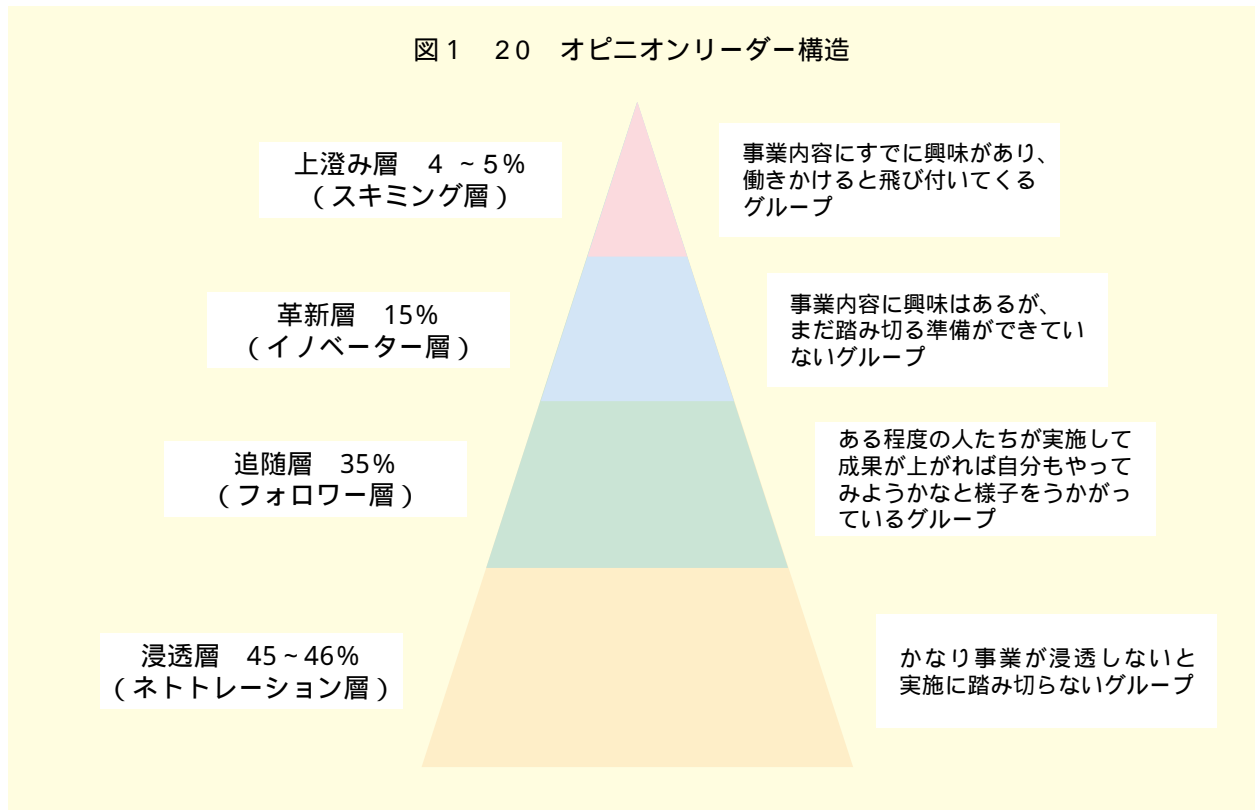
このときに参考になるのが、オピニオンリーダー構造です（図1 20）。すなわち、新たな事業（新商品）が実施された場合に、すぐに受け入れる「上澄み層」は4～5%いると考えられています。積極的な働きかけや宣伝によって、この人たちを確実に事業参加に結びつけることが事業成功の鍵となります。この層の人たちが事業の結果に満足し、その成果が多くの人に伝えられることによって、興味はもっているがまだ態度を決められなかった「革新層」の人たちを事業参加に結びつけることができます。さらに成果や有用性を繰り返し宣伝し、幅広く認知されるに至ってはじめて、大多数を占める「追随層」や「浸透層」に位置する人たちを引きつけることができます。

図1 19 事業に参加するプロセス

認知レベル	注 意 Attention	事業の存在を知った
	興 味 Interest	その事業に興味をもった
態度変容レベル	欲 求 Desire	事業に参加しようと思った
	確 信 Conviction	良い事業だと確信した
行動レベル	行 動 Action	事業に参加した
	満 足 Satisfaction	事業に満足したのでまた参加したい

岸孝博：「改訂版ビジネスマンのためのマーケティングハンドブック」、PHP出版

図1 20 オピニオンリーダー構造



岸孝博：「改訂版ビジネスマンのためのマーケティングハンドブック」、PHP出版

エ 評価

事業の計画・実施・実施後すべての段階において評価を行うことが重要です。より魅力的な事業に発展させ、多くの人々を引きつけるためには、事業に参加した人たちの満足度をチェックして、常に事業の修正を図っていくことが、事業の寿命を保ち、知識や行動の常識化まで発展させる要になります。

マーケティングの考えを取り入れ、常に県民需要の評価と掘り起こしを行って魅力ある事業を実行していくことが、これからの健康づくりにとって重要です。

(3) 本指針における目標と評価指標についての考え方

本指針の実現までの期間（今後10年程度）において達成が可能であるかどうかを考え、長期目標、中期目標、実現目標の3段階の目標を示します。

表1-3 目標の名称とその考え方

目 標	内 容
長期目標	長期（10年以上）にわたる対策の結果として実現することを目指す新潟県の姿（行政側の目標）
中期目標	長期目標を実現するための過程で実現が望まれる新潟県の姿で、10年程度でその動向の評価が可能なもの（行政側の目標）
実現目標	長期目標や中期目標の実現に向け、県民にそなえて欲しい理想的な姿（県民や関係者に目指して欲しいと提案された目標） この具体的な内容を「望ましい姿」とし、その実現を支援するために有効と考えられる方策を「考えられる対策」として示す。

ア 目標の考え方

(ア) 長期目標

本指針の基本理念である「県民の一人ひとりが、健康づくりに取り組み、「すこやかで、いきがいに満ちた生活のできる社会」の実現に向け、健康の三本柱（いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康、からだの健康、こころの健康）それぞれについて長期目標を示します。

長期目標は、今後11年での達成を目指すものではなく、より長期的な視野に立って常にその実現に向けて努力すべきものであり、行政の立場からは、10年以上の長期にわたる対策の成果として実現することを目指す新潟県の姿を表すものです。

長期目標の例：壮年期死亡の減少

(イ) 中期目標

長期目標を実現するための過程で実現が望まれる新潟県の姿で、行政の立場からは、10年程度でその動向の評価が可能なものを中期目標として示します。

中期目標は、長期目標と密接に関連する県民の健康指標であると同時に、比較的短期間に変動し具体的な提示が可能なものであり、例えば疾病予防における危険因子の改善等がこれに相当しますが、前提とする長期目標の内容によっては、中間的に介在する中期目標を提示できない場合もあります。

中期目標の例：県民の血圧レベルの低下

㊦ 実現目標

長期目標や中期目標の実現に向けて、県民にそなえて欲しい姿、いわば一つの理想的な姿を実現目標として示すとともに、その具体的な内容を「望ましい姿」として提案し、さらに、その実現を支援するため有効と考えられる方策を「考えられる対策」として示します。

「望ましい姿」とは、「このようにするべきである」と押し付けられるものではなく、県民一人ひとりが自己を見つめ直し、自らの目標を設定する上で参考とすべきものであり、関係者にとっては、重点的に普及したい「望ましい姿」を決定し、対策を考え始める出発点となるものです。

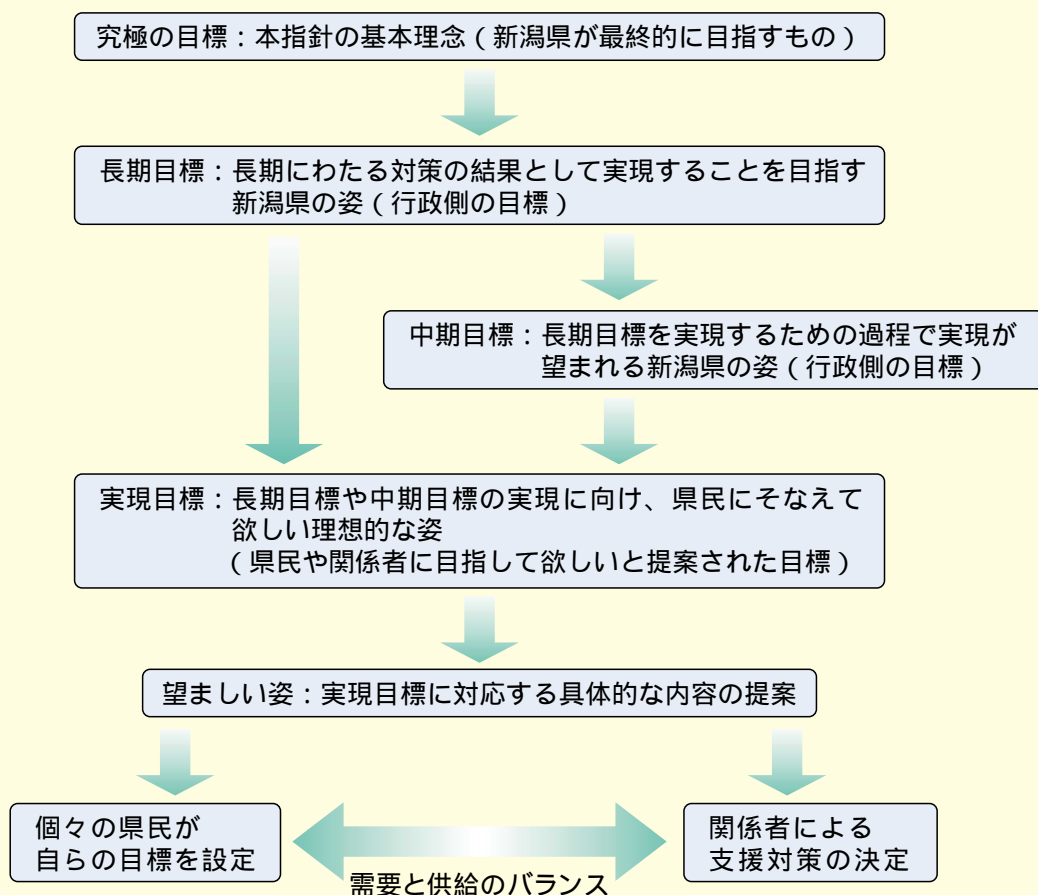
また、「考えられる対策」も、「すべてを実行しなければならない」ものではなく、支援を行う立場にある関係者が、県民それぞれが置かれている状況を踏まえ、重点的な対策を決定し実行する上で参考とすべきものです。

実現目標の例：十分な日常運動量を確保する

望ましい姿の例：生活・社会活動による運動と付加的運動によって、日常運動量が十分にある

考えられる対策の例：毎日の活動の中で積極的に歩くことの推奨及び安全に歩ける環境整備

図 1 21 目標設定の手順のイメージ図



イ 評価指標の考え方

評価指標とは、目標自体の達成度や目標の達成に向けて実行した対策の達成度及び有効性を評価するための指標です。

目標には、数値的な評価が可能なものと困難なものがあります。例えば中期目標で示した「県民の血圧レベルの低下」は、県民の血圧レベルの継続的なモニタリングを行うことによって評価が可能です。この場合、「県民の血圧レベル低下」が目標であり、「血圧レベル」が評価指標となります。

しかし、特にア（ウ）で示した実現目標は、例えば「十分な日常運動量を確保する」というように直接的に評価しにくいものが多くみられます。この「十分な日常運動量を確保する」という実現目標に対応する「望ましい姿」がどれだけ県民に受け入れられたかを判断するためには、一日の平均歩数、遊歩道整備状況（延長km）、運動量の自己評価アンケート結果等を把握するとともに、「考えられる対策」として「毎日の活動の中で積極的に歩くことの推奨及び安全に歩ける環境整備」を実行した結果、一日の平均歩数や遊歩道整備状況等がどのような動向をたどったか、更に、行われた対策そのものの達成度、対策の有効性の評価及び今後行うべき対策の検討といった手順が必要であり、この時活用できる指標が評価指標になります。

ただし、こうしたプロセスにおいて、単に県全体として評価指標の個々の数値目標を設定し、その数値目標の実現に向けて個々の対策を行うだけではあまり意味がありません。個々の対策を実行するに当たり、対応する評価指標が何であるのか、その評価指標をどのような方向に動かしたいか等について、あらかじめ十分に議論を重ねた上で、評価指標を設定しておくことが重要となります。

表 1 4 目標及び目標に対応する評価指標の一例

目 標 例		各目標達成度に関し対応する評価指標例
長 期 目 標	壮年期死亡の減少	壮年期（例えば45～64歳）死亡率
中 期 目 標	県民の血圧レベルの低下	性・年齢階級別の血圧平均値、高血圧者の割合
実 現 目 標	十分な日常運動量を確保する	直接的な指標はなし この実現目標に関する複数の「望ましい姿」に対応する指標を分析して総合的に判断する
実現目標に対応する「望ましい姿」	生活・社会活動による運動と付加的運動によって、日常運動量が十分にある	県民の一日平均歩数
対 策	毎日の活動のなかで積極的に歩くことの推奨及び安全に歩ける環境整備	安全に歩行が行える歩道や散歩道の整備状況

ウ 支援を行う立場からの対策の立て方と評価の道筋

対策の対象となる人たちの実態や需要を把握して分析し、各々の地域や団体の実情に合わせて、優先的に普及したい「望ましい姿」、例えば「生活・社会活動による運動と付加的運動によって、日常運動量が十分にある」を設定します。

次に、その「望ましい姿」の普及に向けて、「考えられる対策」として「毎日の活動のなかで積極的に歩くことの推奨及び安全に歩ける環境整備」等を検討・立案し、併せて「望ましい姿」や立案した対策の達成度を評価するための評価指標（例えば「一日の平均歩数」、「遊歩道整備状況（延長km）」や「運動量が十分にあると思っている者」等）と、その指標をどれくらいの期間でどのように変化させたいかをあらかじめ設定します。

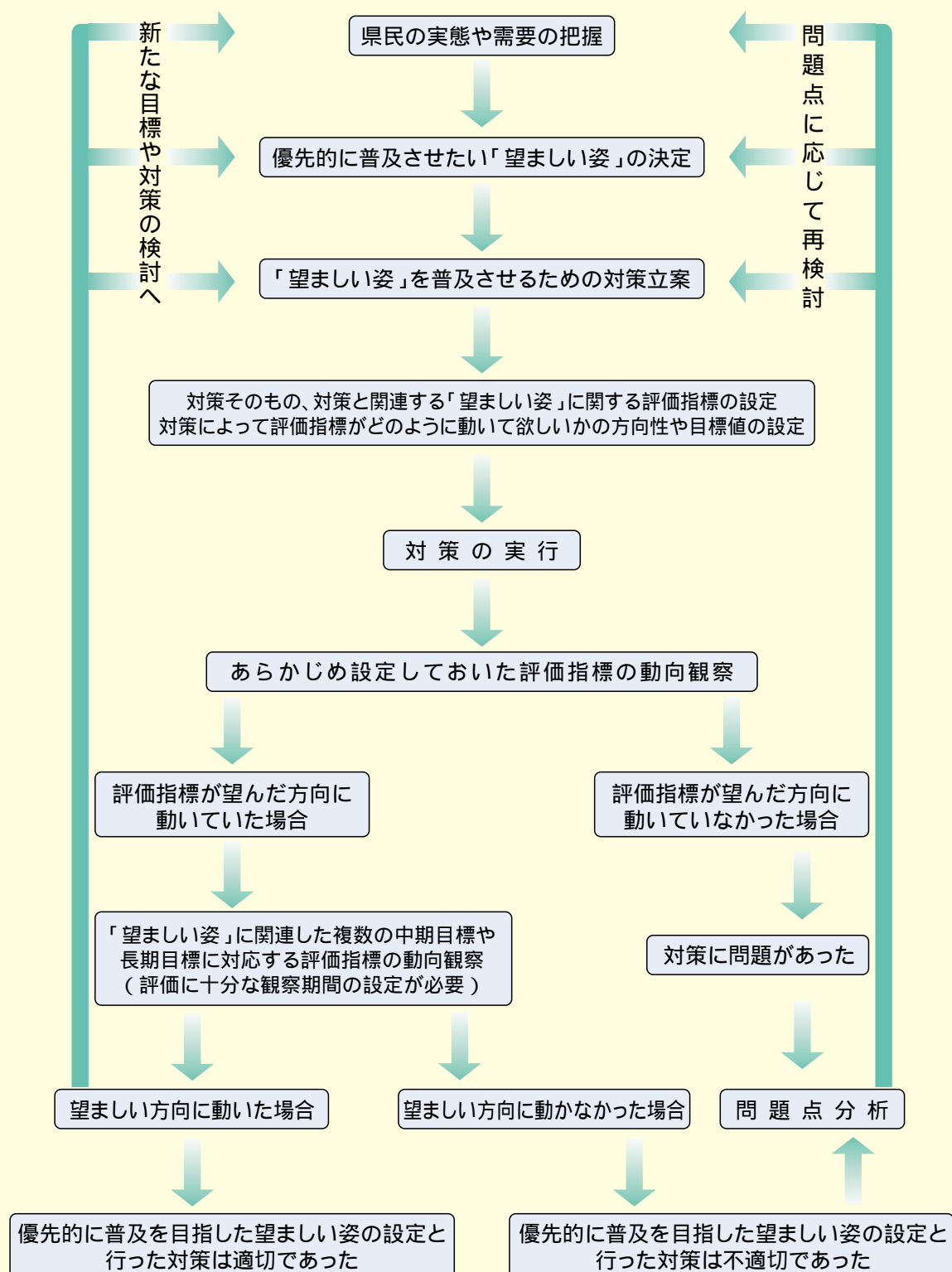
さらに、対策を実行すると同時に評価指標の動向を観察し、設定した期間においてどのように変化したかを検討し、対策の達成度と有効性の評価を行います。

その結果、対策が十分に達成されていなかった場合や、対策は達成されていても「望ましい姿」に関連する評価指標が予測した方向に動いていなかった場合（例えば「安全に歩行が行える歩道や散歩道の整備状況」は目標に達したが、「一日の平均歩数」や「運動量が十分にあると思っている者」があまり増えていない場合等）には、対策の立て方や実行方法に問題があったと考え、その問題点を分析し、新たに対策を立て直す必要があります。

対策の達成度が十分と判断され、評価指標も望ましい方向に動いていた場合には、関連する複数の中期目標・長期目標ごとに対応する評価指標の動向を十分な期間観察し、評価指標の達成度を評価します。この達成度が不十分であった場合には、問題点を検討し、新たな対策や追加対策の再検討を行います。一方、達成度が望ましい方向にあった場合には、その達成度に応じて新たな目標や対策の検討を行います。

加えて、このような対策の立案や評価に当たっては、前項で示されたマーケティングの考え方を十分に考慮しながら行うことが重要です。

図1 25 対策の立て方と 評価指標を用いた評価の方法



第2編

各論

第1章 分野別の健康づくり

健康の実現に向けて取り組む課題

1 いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康

(1) 現状と課題

ひとが生きたときには、「どのようにして生きるか」という現実的な問題だけではなく、「何を目的として生きるか」という大きな課題があります。従来、健康の概念を説明する場合、「身体的に良好な状態を維持する」、「精神的に良好な状態を追求する」という考え方は「どのように生きるか」という問題に関わっています。しかし、生活の質を高めるためには、「いきがいがある」、「生きる喜びや楽しみがある」ということが不可欠であり、これはむしろ「何を目的として生きるか」という問題と関わってきます。

平均寿命が世界最長となっている日本のなかであって、本県の平均寿命は、それを更に上回っていますが、身体的に「完全に良好な状態」のままいつまでも生き続けることが困難である以上、「完全に良好とはいえない身体状態」を抱えつつ生きることも視野に入れる必要があります。また、精神的にも「完全な状態」であり続けることは困難であり、精神的に完璧であるとするのは、かえってこころのひずみを生じる可能性さえあります。そこで、人々が長く生き続ける上で大切なことは、現在の肉体的・精神的な状態でいかに有意義な人生・生活を送るかということであり、これがこれからの健康観の基礎であるといえます。このことはいかに長く生き続けるかという「量」の問題から、いかなる人生・生活を送るかという「質」の問題への転換を意味します。

このような背景から、県では健康の概念として「いきがい・生きる喜び」を「ひと」としての健康」として新たに提示しました。しかし、「いきがい」や「生きる喜び・楽しみ」は人それぞれであるという側面が大きく、県民すべてに共通した方向性や対策を打ち出すことは困難です。むしろ一人ひとりが自らの生き方を考える「自己実現」をいかに支援するかが大切になります。本指針では「いきがい・生きる喜び」を考えるとときに有用と考えられる要素について方向性を示し、「健康にいがた21」の実施期間である11年間で、県内外で行われつつある「いきがいづくり」活動を見守りながら有効な取組を考えていく期間として位置付けます。

(2) 対策の方向性

長期目標：疾病の有無によらず、いきがいや生きる喜びを持って生活できる社会の実現

中期目標： 社会参加をしている者や趣味・楽しみをもつ者の増加
いきがいを感じている者の増加

実現目標：個人の実情に合ったいきがい・楽しみ等を発見・持続する

ア 個性・多様性及び自己責任・自己実現と生涯を通じたいきがいづくり

戦後、私たちの生活環境や考え方は、「家」重視の価値観から、一人ひとりの考え方を大切に方向に変化しました。

県民のなかにも「個性」や「多様性」を重視し、本当に自分の求めているものは何かを見極め、自ら目指す将来を実現するために努力する「自己実現」の考え方が強まってきています。すなわち自身の人生・生活は自ら切り拓く必要があると人々が感じ始めていると同時に、自らの人生・生活の責任は自分にあるという「自己責任」の考え方が芽生えてきているとみることができます。

このような自らの目標づくりから始まる「いきがい・生きる喜び」を作り出していくためには、自己の価値に気づき、人生の価値や意義を見いだすこと、人生の価値観を「いかに良く生きるか」という質的な豊かさへと転換することが重要な要素になっています。

(ア) 生涯を通じた「いきがい・生きる喜び」づくり

個人の能力や考え方は一様ではなく多面性を有しており、個人の年齢や置かれた立場によっても変わります。また、最近は、自分を表現できる場所も一つだけではなく多様化しています。

このため、個人の目標や目指す将来像が絶えず変化するのもやむを得ないことであり、むしろこれを当然のこととして受け入れ、柔軟に対応していくことが大切です。しかし、この変化に対応できず、目標を喪失しかけたときに、個人を心理的に支える重要な役割を果たすのが「いきがい・生きる喜び」です。

ただし、「いきがい・生きる喜び」は簡単に得られるものではありません。生涯にわたる楽しみを若いときから見だし、それを生涯にわたって継続・発展させていくことが重要です。

このような生涯にわたるいきがいづくりや、楽しみの発見・発展を手助けするための教育のあり方、社会のあり方、支援策のあり方について議論を深め、有効な対策を立てることが、これからの健康づくりには必要です。

図2 1 生き方の一例

状況の変化への対応が難しい生き方の一例

子ども時代	教育期	労働期	隠退期
-------	-----	-----	-----

状況ごとの目標が断絶している生き方

具体的な例：

- 「教育期の目標」有名大学に入る 大学に入ったら何をしたら良いか分からない
優良企業に就職する 就職後、仕事にやりがいが見つからない
- 「労働期の目標」会社の発展に貢献する 退職したら何をしたら良いか分からない
子どもを立派に育てたい 子どもが独立したら何を楽しみにすれば良いのか

状況が変わるたびに目標を失い、「いきがい・生きる喜び」の喪失感が生まれる

状況の変化に対応した生き方の一例

子ども時代	教育期	労働期	隠退期
-------	-----	-----	-----

常に学習して自らをみがき、状況の変化によって目標が断絶しない準備ができる

具体的な例：

- 「教育期の目標」将来何をやりたいか考え、そのために必要な進路を考える
- 「労働期の目標」仕事や子育ての喜び以外にも自らの活躍する場を見いだす
退職後や子育て後に何をやりたいのか考えながら準備を進める
- 「生涯にわたる楽しみの発見と発展」
生涯にわたる「楽しみ」を若いときから見だし、生涯にわたって発展させる

「健康にいがた21」の年代別区分

乳幼児期	少年期	青年期	壮・中年期	高・老年期
------	-----	-----	-------	-------

(イ) 高齢者の「いきがい・生きる喜び」についての課題

高齢者の多くはすでに職を離れたり、家庭における子育てを終えるなど、生きる目標について大きな転換を迫られ、いきがいや生きる喜びの喪失に悩む者も多いと言われているなか、高齢者がいきがい・生きる喜びを再び見いだせるように支援することが求められています。その際、「すでに高齢である人々のために」、「高齢になることが近づいている人々のために」、「いずれ高齢になる人々のために」の視点から支援策を考えることが必要です。

特に、すでに目標の喪失やいきがい・生きる喜びの喪失で悩んでいる人たちをどうやって見だし、誰がどのような支援をするか、家庭の主役や職場から引退することが近づいている人たちに対して、どこで、どのような支援をするかが、差し迫った課題になっています。

このような課題の解決のためにどのような支援が有効か、一般化された考えは出ておらず、現在、さまざまな地域・立場から手探りで行われているのが現状です。今後このような支援の効果や問題点を見極めつつ、有効な支援策を導き出していくことが重要です。

イ 社会参加

社会とつながりを持ち「自分が誰かの役に立っている」、「社会の一員である」と自覚できることは、いきがいにとって欠かせない要素です。県内で行われた調査でも、活動を通じて良かった点は、「社会や地域のために役に立つことができた」が最も多く出ていました（図 2 - 2）。さまざまな立場や年代の人たちとふれあい、役割を尊重しあう意識を子どもの頃から育てることが大切です。

社会との関わり方はさまざまですが、ボランティア活動はその代表的な方法です。ボランティア活動とは、自分がもっている能力や時間を、必要としている人たちのために自発的に提供する活動です。

本県のボランティアグループ団体数やボランティア人口は年々増えており（図 2 - 3、図 2 - 4）、ボランティアへの関心が高まっているといえます。新潟県県民保健医療福祉意識調査では、ボランティア活動をしやすいするためには「ボランティアを求めている施設や場所の情報提供」が年代を問わず最も必要との結果が得られています（図 2 - 5）。したがって、関心をもっている人たちを実際の活動に結びつけるためには、「ボランティアを必要としている人・場所・施設に関する情報」と「ボランティア活動をしたい人・団体に関する情報」を一元的に把握し、集約する機能が必要です。

また、このような機能を有する組織の所在や現在行われているボランティア活動に関する情報を広く周知することも重要です（図 2 - 6）。

さらに、それらの情報を一つの市町村だけで活用するのではなく、複数の市町村や県全体で共有しあうことも視野に入れる必要があります。このような情報集約の機能の担い手としてボランティアに活躍してもらおうというのも一つの考え方です。

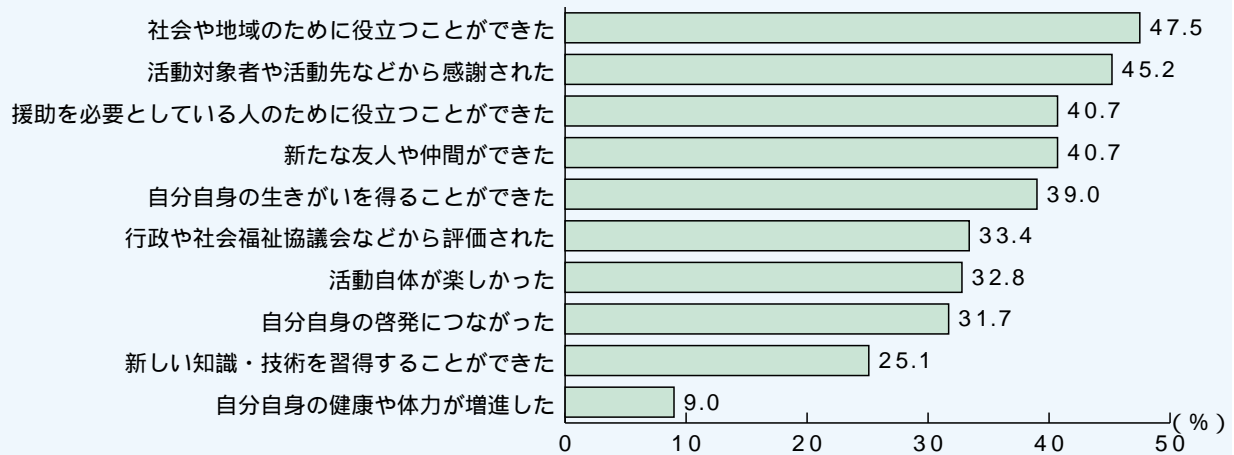
「厚生白書」では、ボランティア活動を行った者は、自らの意識が深まり人間性も豊かになったなどの調査結果をまとめています（図 2 - 7）。また、本県のボランティア団体についての調査でも、自分自身のためにもなったという点が多くあげられています（図 2 - 2）。ボランティア活動は「他人のために行うもの」だけではなく、「自分のため」にもなるという意識を深めるよう教育・周知に努めることが有効と考えられます。

また、ボランティアを支援する学習・教育・訓練やボランティア団体が活動する場についても検討すべき事項と考えます。

< ボランティア活動を推進するために >

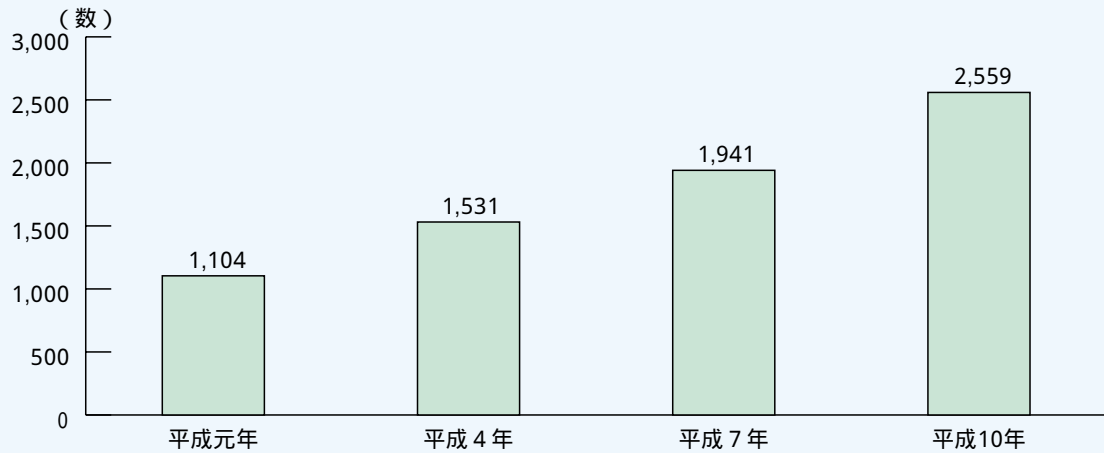
- ・ ボランティア活動に関する情報集約と周知
（情報集約機能の担い手にボランティアを活用することも視野に入れて）
- ・ 「他人のため」だけではなく「自分のため」のボランティア活動という意識の教育・啓発
- ・ ボランティア希望者の支援のための学習・教育・訓練

図2-2 活動を通じて良かった点(新潟県のボランティア団体、上位10項目)(複数回答)



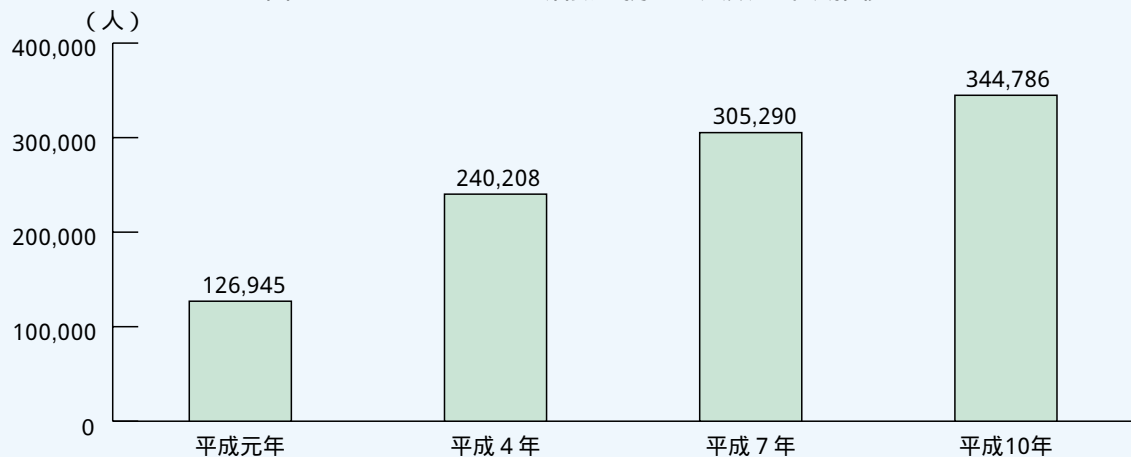
新潟県「新潟県ボランティア活動団体・グループ実態調査」(平成8年)

図2-3 ボランティアグループ・団体数の年次推移



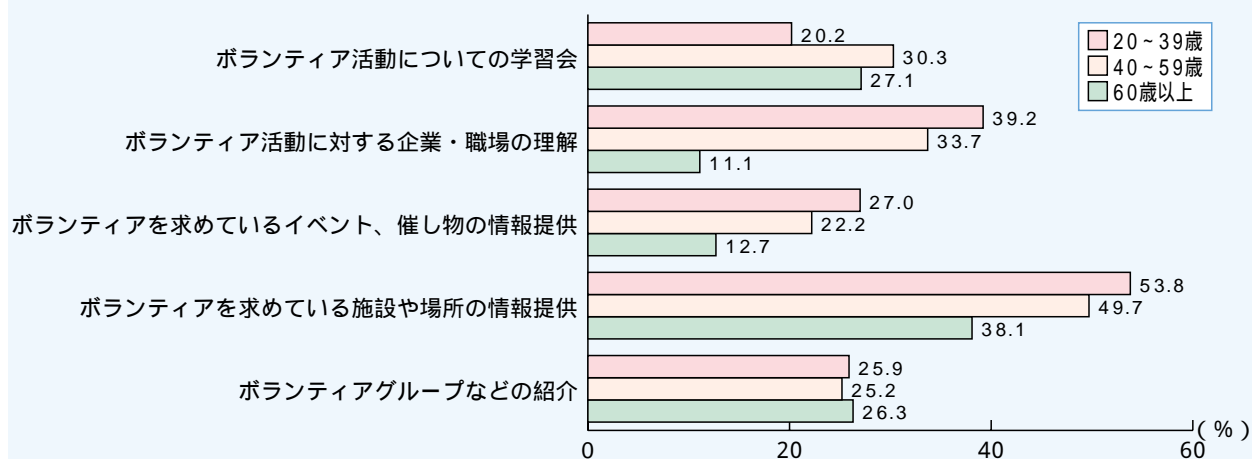
新潟県社会福祉協議会「新潟県ボランティアグループ等の現状」

図2-4 ボランティア活動に携わる人数の年次推移



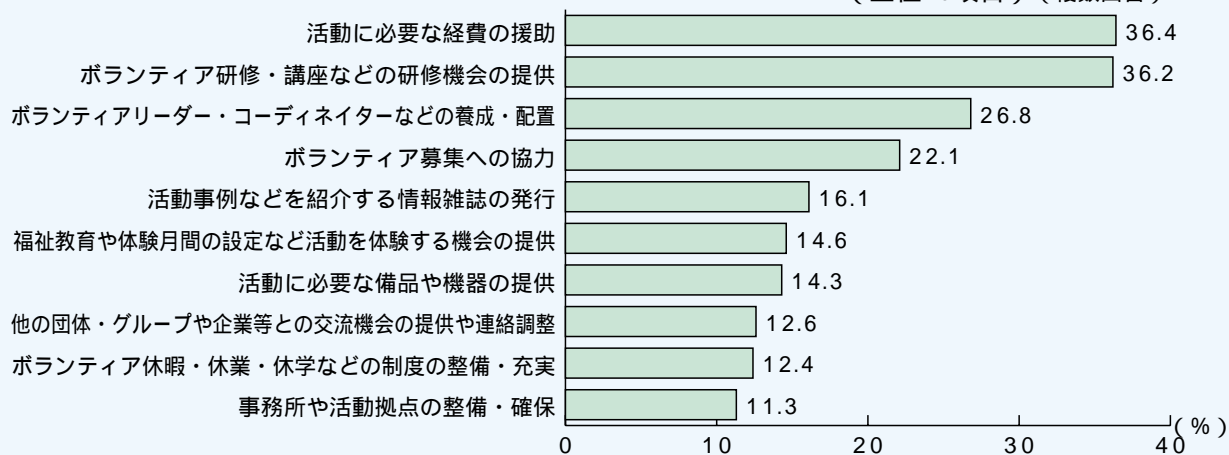
新潟県社会福祉協議会「新潟県ボランティアグループ等の現状」

図2 5 ボランティア活動をしやすいするためには、どのようなことが必要だと思いますか？（複数回答）



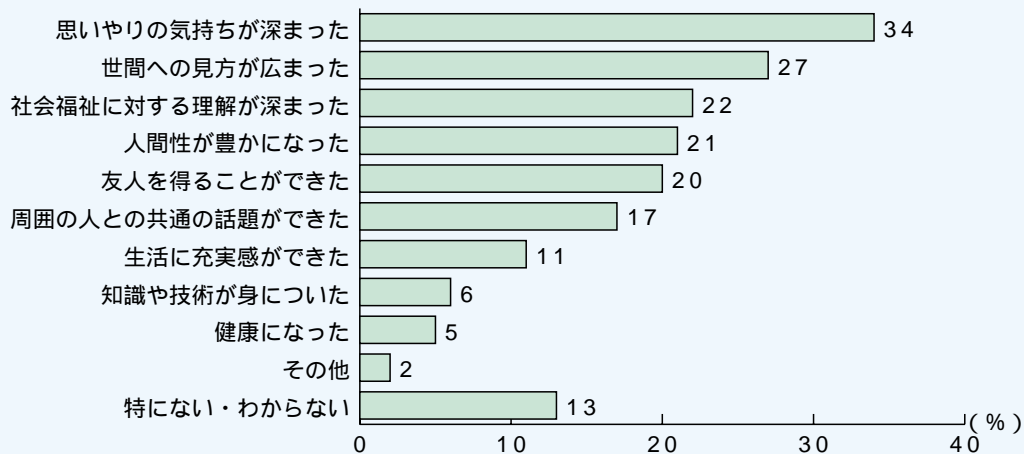
新潟県「新潟県県民保健医療福祉意識調査」（平成11年度）

図2 6 新潟県のボランティア団体が、「今後行政が力を注ぐべきこと」と考えている事項（上位10項目）（複数回答）



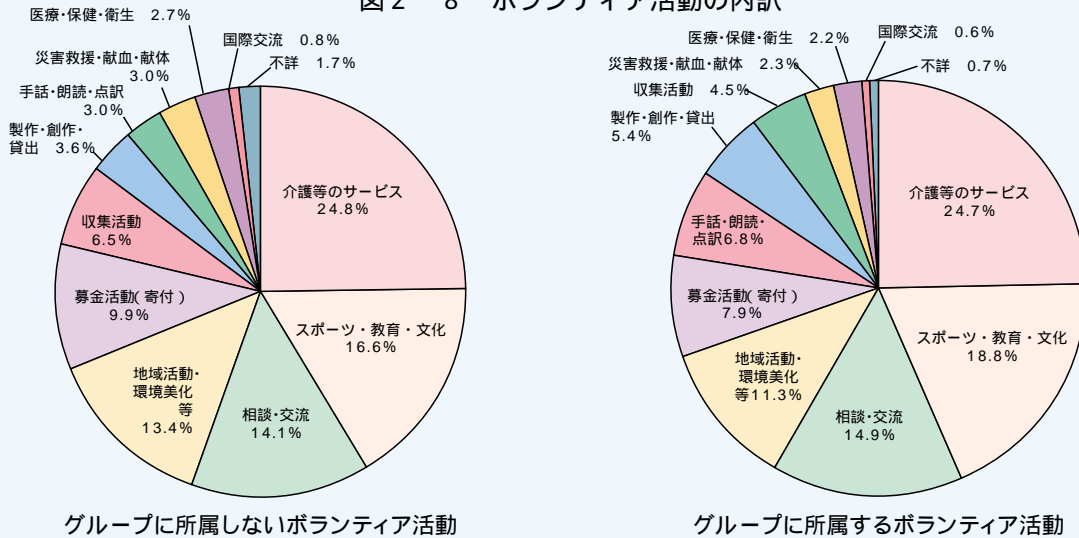
新潟県「新潟県ボランティア活動団体・グループ実態調査」（平成8年）

図2 7 過去にボランティア活動をしたことがある者が活動を行って良かったと思ったこと（複数回答）



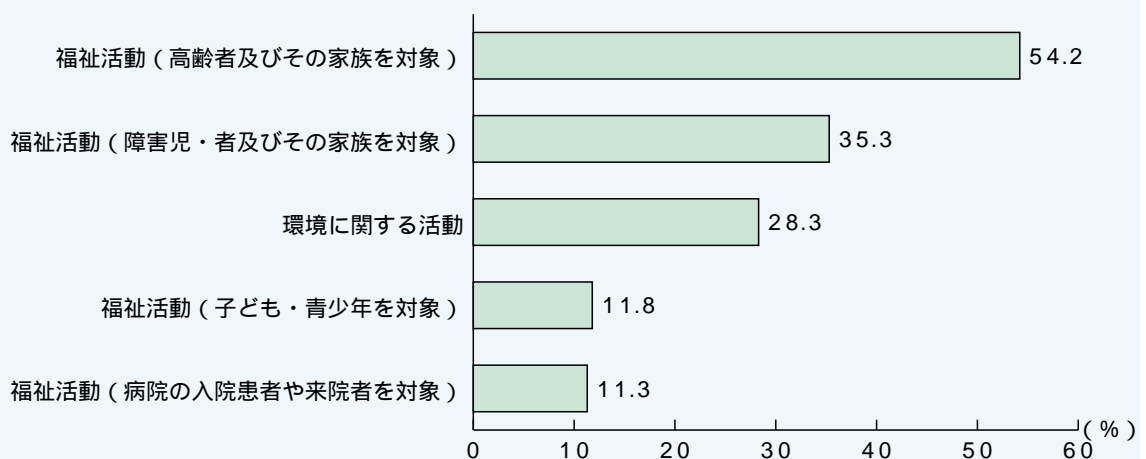
「厚生白書」（平成3年）

図 2 8 ボランティア活動の内訳



全国社会協議会「全国ボランティア活動実態調査報告」(平成2年)

図 2 9 新潟県内ボランティア団体の活動内容(上位5項目)(複数回答)



新潟県「新潟県ボランティア活動団体・グループ実態調査」(平成8年)

(ア) 生涯を通じた「いきがい・生きる喜び」

幼・少年期では、さまざまな社会事象にふれて視野を広げるという観点から、教育や課外活動、地域活動の一環としてボランティア活動を経験しておくことが大切です。

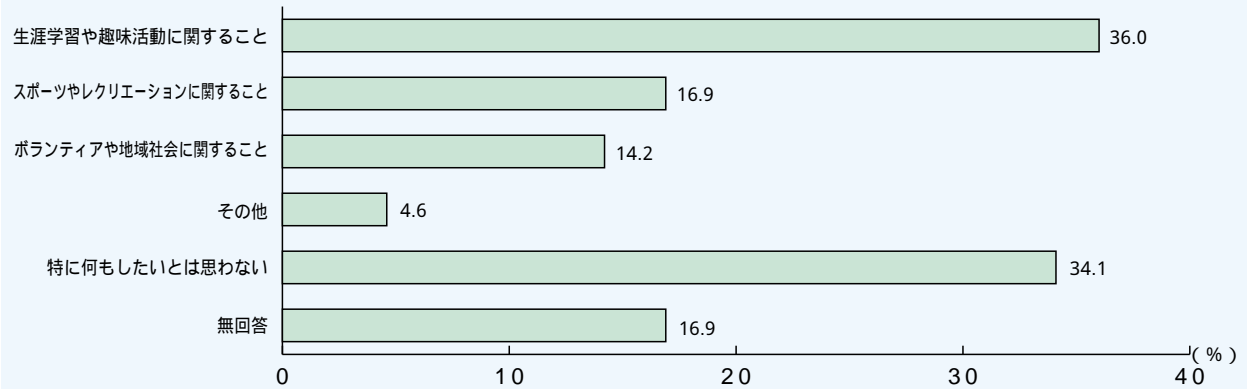
青年期以降では、新潟県県民保健医療福祉意識調査において、ボランティア活動をしやすいするためには、企業・職場の理解が必要との回答もあることから(図2-5)青年期以降におけるボランティア活動を活性化させるため、企業・職場における理解、ボランティア休暇の定着等が求められます。

また、高齢期では、高齢者基礎調査から、今後行ってみたい活動として「ボランティアや地域社会に関すること」をあげている人も少なからずみられます(図2-10)。高齢者のボランティア活動は高齢者のいきがいと健康づくり、社会参加の場としても大切と考えられていますが、その一つとして老人クラブの活動があります。高齢者は、今までの人生を通じてさまざまな能力を身に付けており、仕事や交友関係で培ってきた能力や人脈もさまざまな活動に役立つと考えられるので、地域のより若い世代の人々や組織、ボランティアグループ等が、老人クラブ等の意見を積極的に聞いたり、協力を依頼すること等が有用

と考えます。

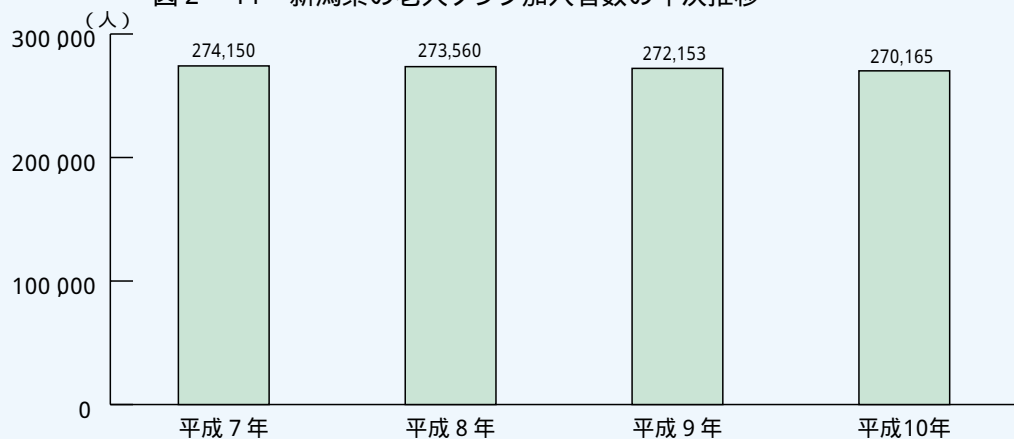
一方で、高齢者の中には、若い世代との交流活動に「あまり参加したくない」、「全く参加したくない」という人たちが約40%いるという現実もあるので（図2-12）、同世代での交流にとどまりやすい高齢者の意識を変えていくことも重要な課題の一つです。

図2 10 今後行ってみたい活動（複数回答）



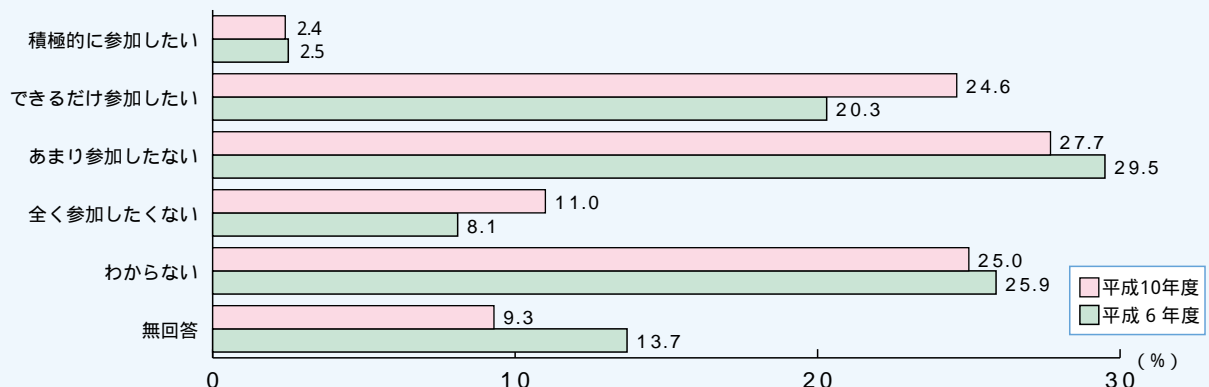
新潟県福祉保健部「高齢者基礎調査」（平成10年）

図2 11 新潟県の老人クラブ加入者数の年次推移



「厚生省報告例」

図2 12 若い世代との交流活動への動向



新潟県福祉保健部「高齢者基礎調査」（平成10年）

ウ 趣味や楽しみ

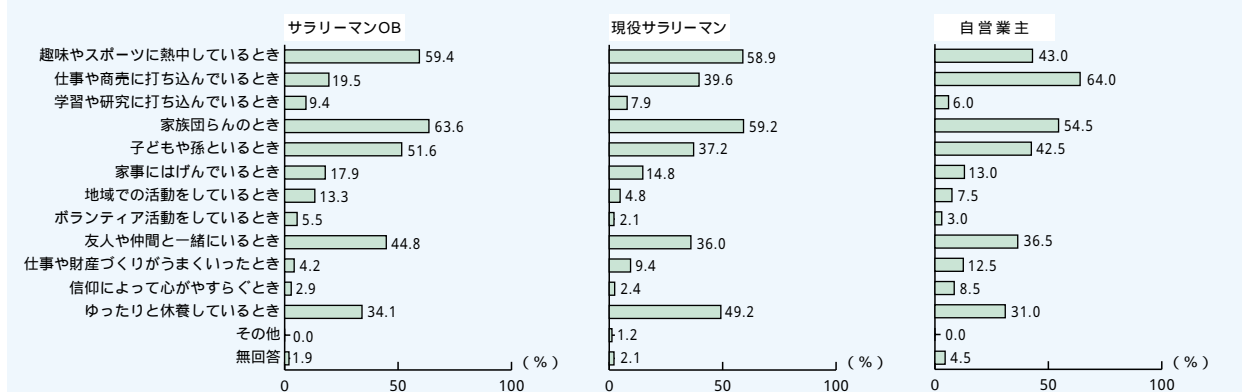
趣味や楽しみは、いきがいをを持って生きるうえで重要な要素です。

サラリーマンOBの社会参加に関する調査では、サラリーマンOBや現役サラリーマンの約60%、自営業主の約40%が「趣味やスポーツに熱中しているとき」にいきがいや充実感を感じており（図2-13）高年齢基礎調査では、「旅行や買い物をしているとき」、「生涯学習や趣味活動をしているとき」、「スポーツ・レクリエーションをしているとき」等趣味や楽しみに関連した項目が喜びや生活の張り大きく関係しているとの結果が示されています（図2-14）。また、高齢者の「今後行ってみたい活動」でも「生涯学習や趣味活動に関すること」、「スポーツやレクリエーションに関すること」が高い割合を占めています（図2-10）。

また、生涯にわたる趣味を持つことは、卒業、退職、子育ての終了等をきっかけとした「目標喪失」を防止するためにも重要と考えられます。このため、若いときから音楽や美術、文学等の鑑賞、体育、クラブ活動、外国語の学習を通じた異文化とのふれ合い等を通じて趣味を見つけることも重要です。

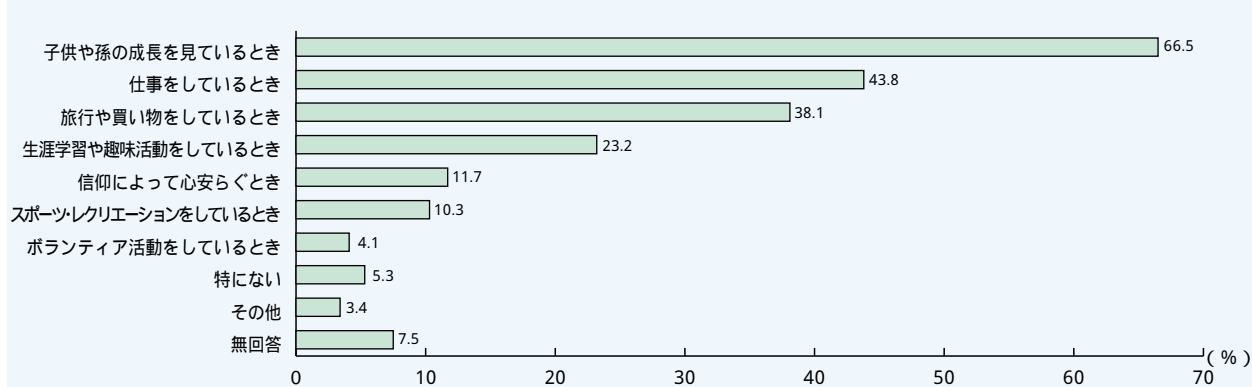
高齢者については、カルチャーセンターやスポーツクラブ等の生涯学習活動を積極的に支援していく必要があります。このような支援策を講ずる際、企画立案や指導者の確保・育成、活動場所の確保等について、体育協会加盟団体、レクリエーション協会等既存の団体、地域の大学等と連携することも有効です。この際、指導者として現役を引退した高齢者にボランティアを依頼することは、ボランティア活動のすそ野を広げることから有効です。

図2-13 いきがいや充実感を感じる時（複数回答）



財団法人新潟県長寿社会振興財団「サラリーマンOBの社会参加に関する調査報告書」（平成10年）

図2-14 喜びや生活の張りを感じる時（複数回答）



新潟県福祉保健部「高齢者基礎調査」（平成10年）

2 からだの健康

(1) 現状と課題 対象とする疾病

世界一の長寿国家となった我が国や全国より平均寿命の長い本県においては、単に死亡率を減らして寿命を長くするといったことの重要性は従来に比べて低くなっており、むしろ、社会的にも問題が大きい壮年期死亡の減少や、生活の質を維持しつつ自立期間を長く保つという健康寿命の延伸が重要となっています。このような状況を踏まえ、特に一次予防を中心として、重点的に予防対策を講ずるべき疾病の現状と課題を以下に示します。

長期目標： 死亡（罹患）減少（特に壮年期死亡）
健康寿命の延伸と生活の質の向上

表 2 1 からだの健康づくりで対象とする主要な疾病等

長 期 目 標	主 要 な 疾 病 ・ 要 因	
死亡（罹患）減少 （特に壮年期死亡）	がん（悪性新生物）、脳血管疾患、心疾患	
健康寿命の延伸と 生活の質の向上	寝たきり	脳血管疾患、高齢者の骨折
	痴 呆	脳血管疾患
	その他の慢性疾患	糖尿病、歯科疾患

ア 死亡（壮年期死亡）の観点から 三大死因について

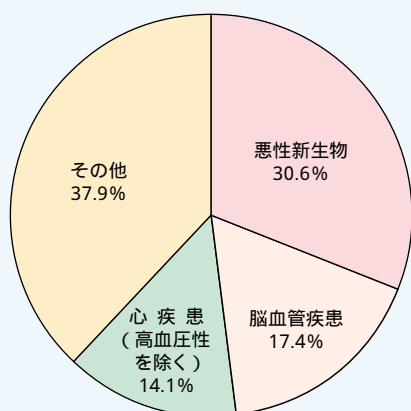
ア) がん（悪性新生物）

本県においては、がん（悪性新生物）、脳血管疾患、心疾患が全死因の約60%を占め、がん（悪性新生物）が30.6%で最も高くなっています（図2 - 15）。特に、45から64歳の壮年期では45.4%を占めることから（図2 - 16）、壮年期死亡減少の観点からがん（悪性新生物）を念頭に置いた対策が最重要課題となります。

平成10年の部位別死亡率では、男女ともに胃がん（男1位、女1位）、肺がん（男2位、女3位）、大腸がん（男3位、女2位）が上位を占めています（図2 - 19、図2 - 20、図2 - 23、図2 - 24）。胃がん死亡率は着実に低下しつつありますが、年齢階級別死亡率は従来からほとんどの年齢層で全国平均を上回っています（図2 - 26）。また、肺がん、大腸がんの死亡率は上昇を続けています。このような状況から、胃がんの減少、肺がん、大腸がんの増加抑制に向けて、今後一層対策を講じていく必要があります。

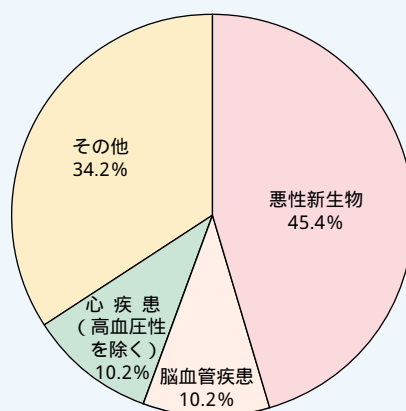
乳がんは、部位別死亡率で第6位ですが、近年増えてきています。乳がんは治療による治癒の可能性が高いため死亡率は低い値ですが、治療後の乳房欠損・変形等が女性のこころの健康や生活の質にも大きく関わってくるため、重要な疾病とします。

図2 15 新潟県の死亡原因内訳
男女全年齢（平成10年）



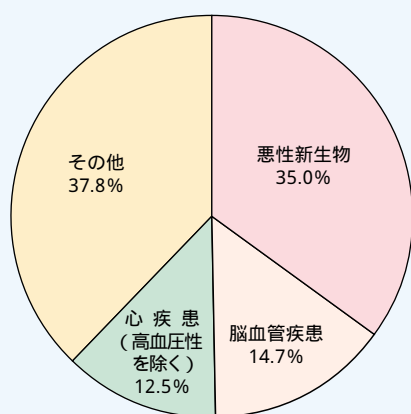
「人口動態統計」

図2 16 新潟県の死亡原因内訳
男女45～64歳（平成10年）



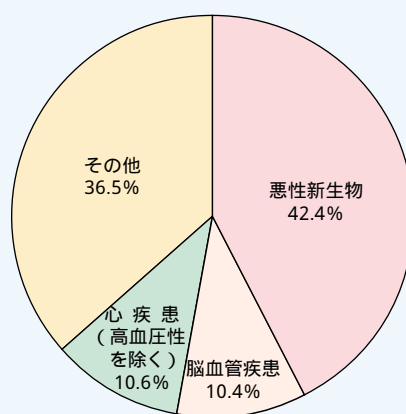
「人口動態統計」

図2 17 新潟県の死亡原因内訳
男全年齢（平成10年）



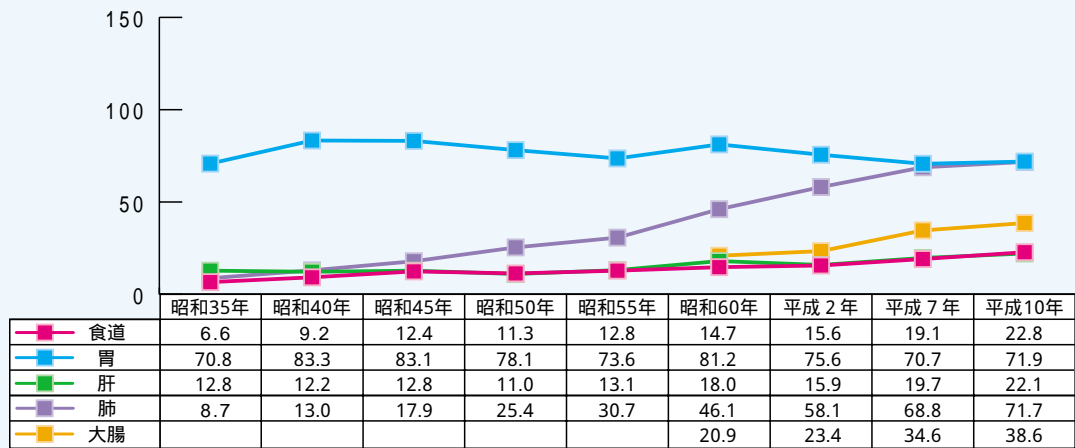
「人口動態統計」

図2 18 新潟県の死亡原因内訳
男45～64歳（平成10年）



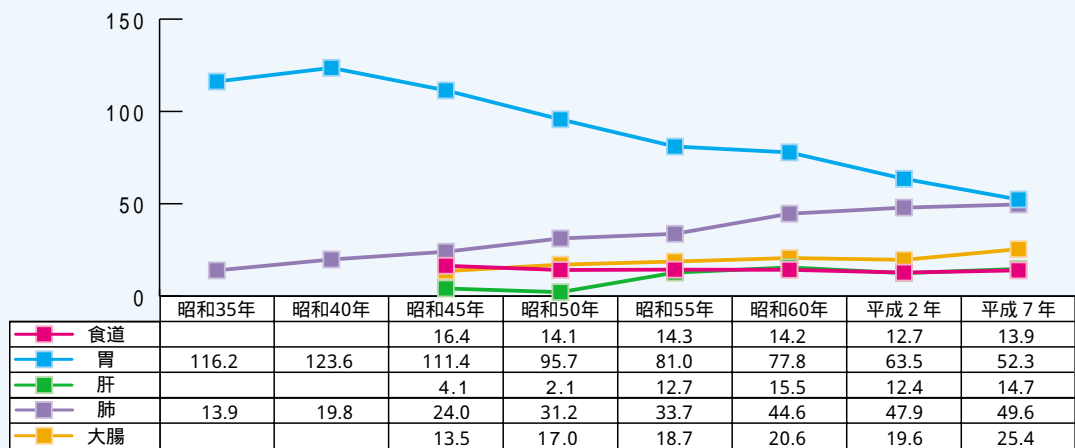
「人口動態統計」

図2 19 新潟県の主要部位別悪性新生物死亡率（人口10万対）の年次推移 男



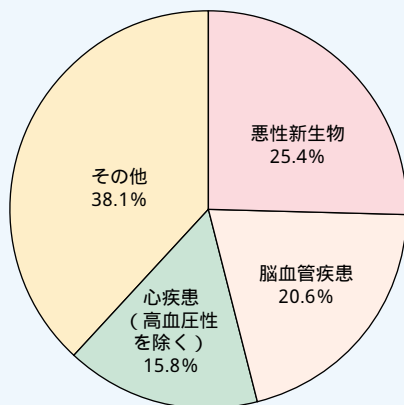
「人口動態統計」

図2 20 新潟県の主要部位別悪性新生物年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移 男



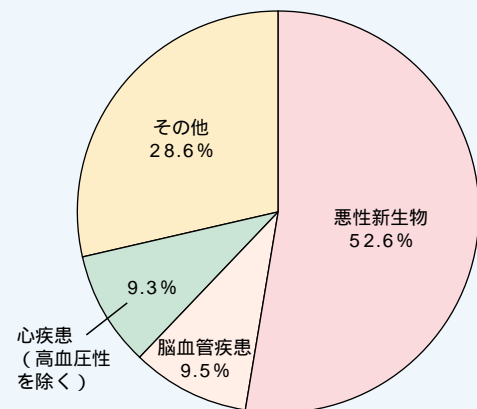
「平成7年都道府県別年齢調整死亡率」

図2 21 新潟県の死亡原因内訳
女全年齢（平成10年）



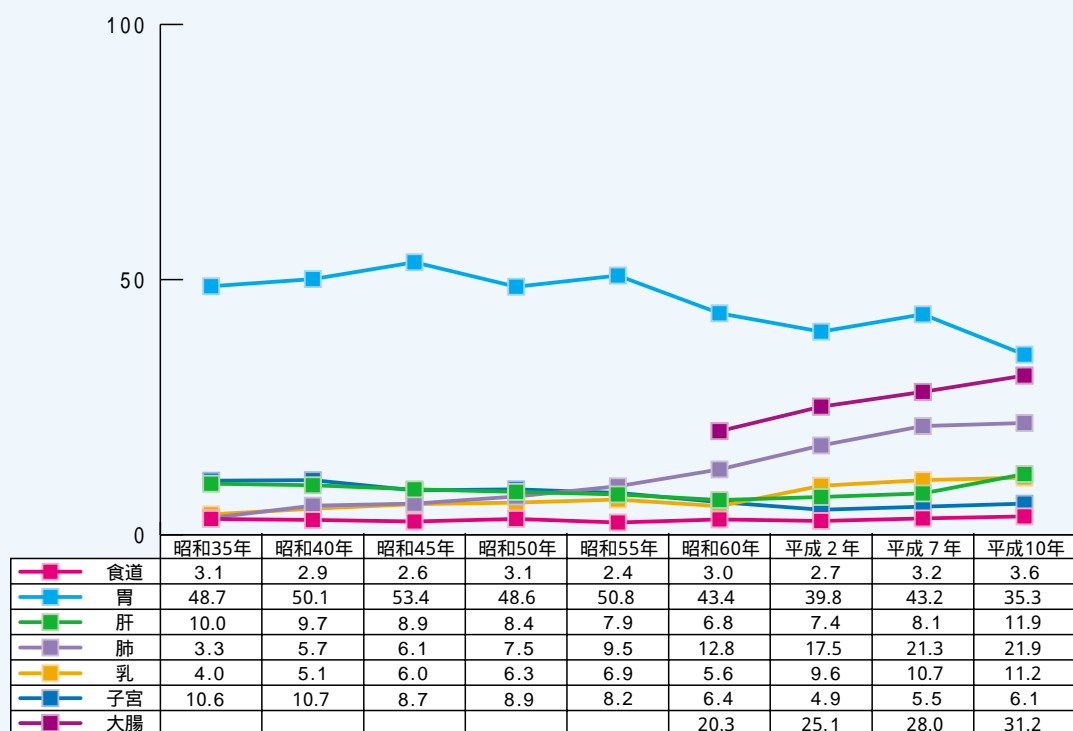
「人口動態統計」

図2 22 新潟県の死亡原因内訳
女45～64歳（平成10年）



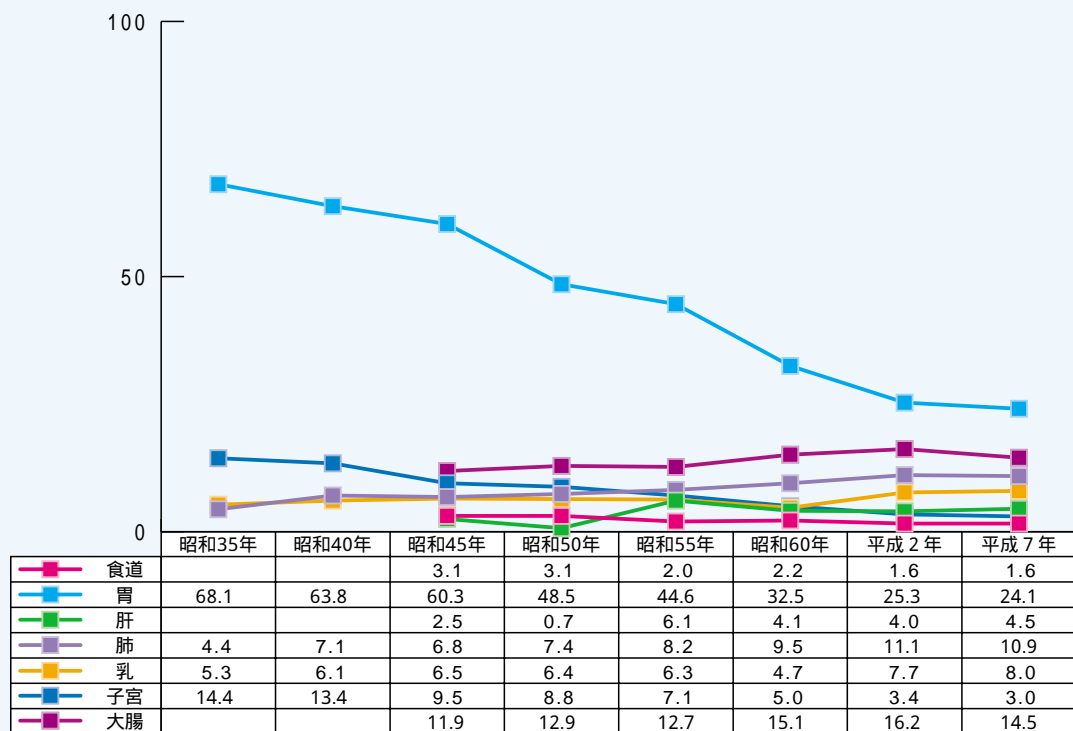
「人口動態統計」

図 2 23 新潟県の主要部位別悪性新生物死亡率（人口10万対）の年次推移 女



「人口動態統計」

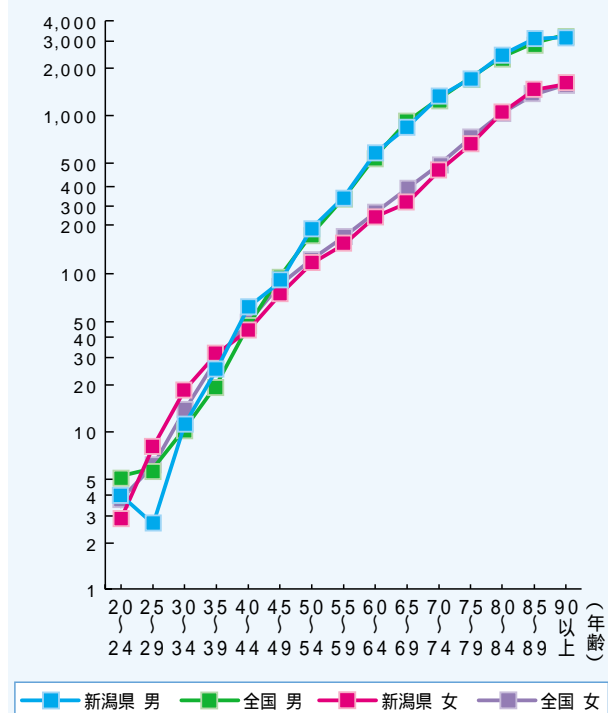
図 2 24 新潟県の主要部位別悪性新生物年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移 女



「平成 7 年都道府県別年齢調整死亡率」

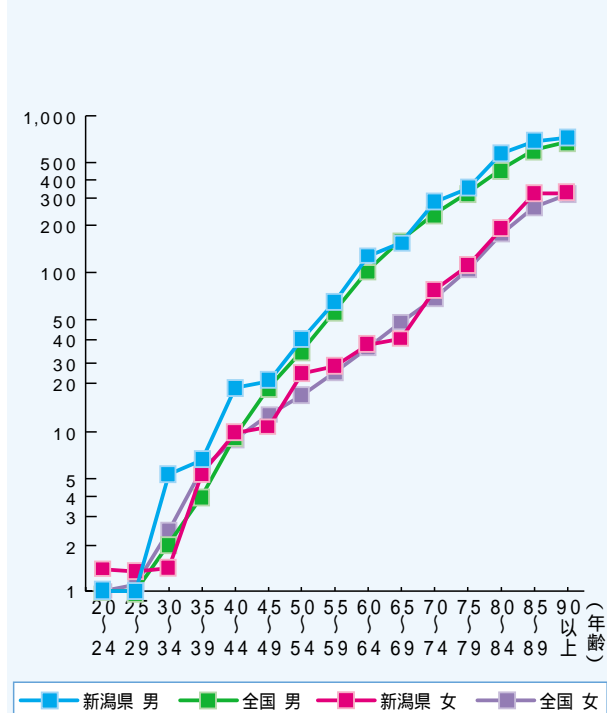
年齢階級別部位別がん（悪性新生物）死亡率（人口10万対） 男女（平成10年）

図2 25 全部位



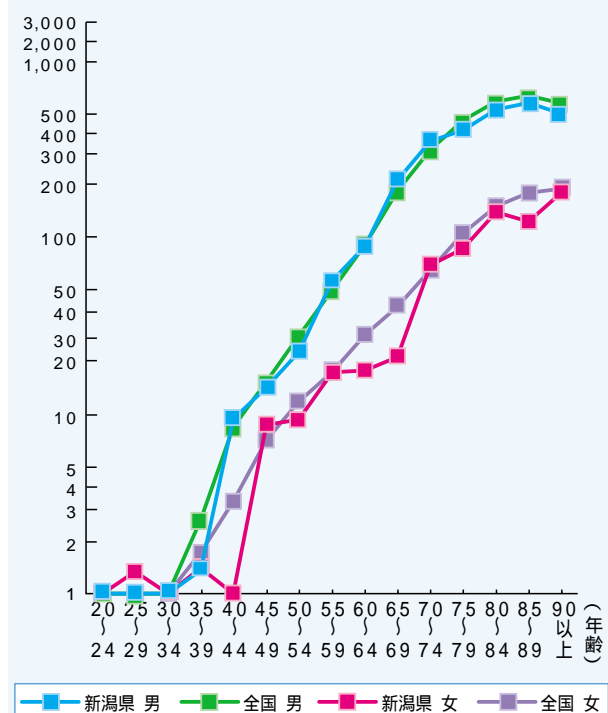
「人口動態統計」

図2 26 胃がん



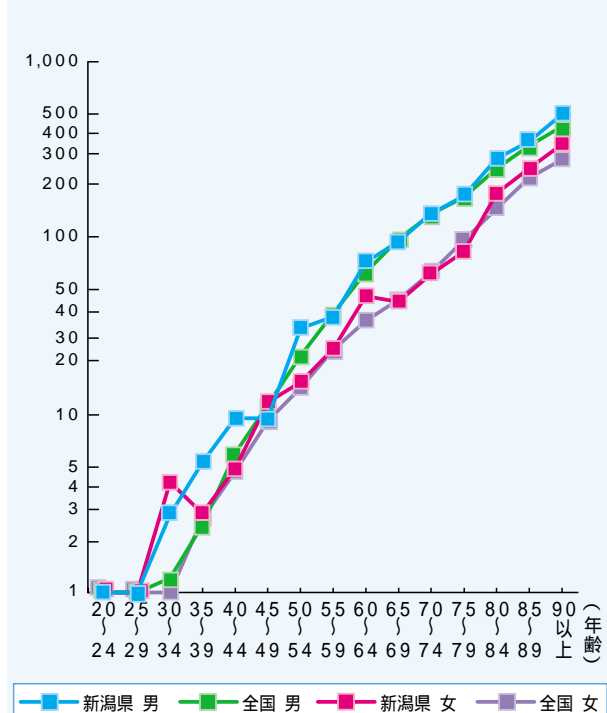
「人口動態統計」

図2 27 肺がん



「人口動態統計」

図2 28 大腸がん



「人口動態統計」

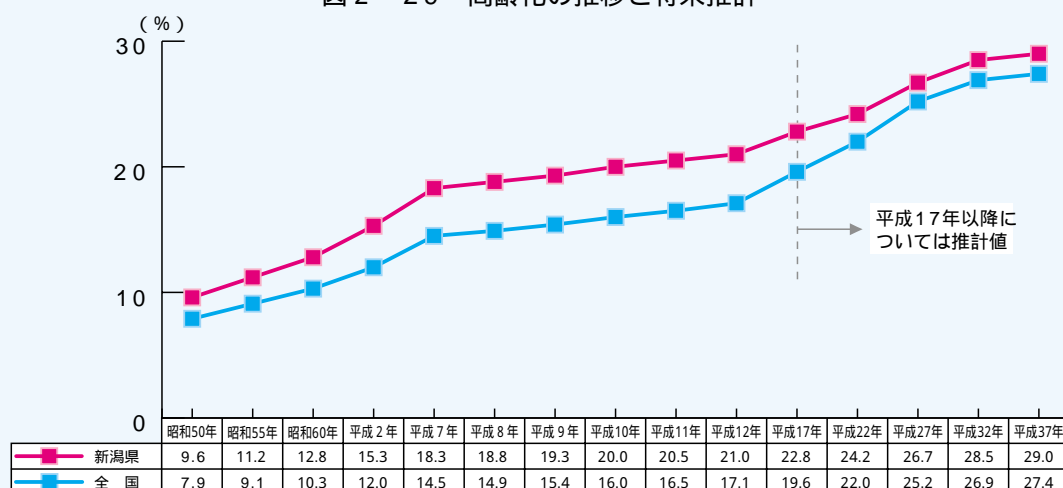
(イ) 脳血管疾患

本県は、高齢化率が高いこともあり（図2-29）、高齢者に多い脳血管疾患の（粗）死亡率が全国平均に比べて高くなっています。このため「新潟県は脳血管疾患が多い」とのイメージがいまだ強く残っていますが、死亡率は着実に低下しており、年齢階級別死亡率は75歳未満ではすでに全国平均と同レベルです。

なお、平成6年から平成7年にみられる脳血管疾患死亡率の急激な上昇は、死亡診断書の書式が改正されたことに起因する変化と考えられます。

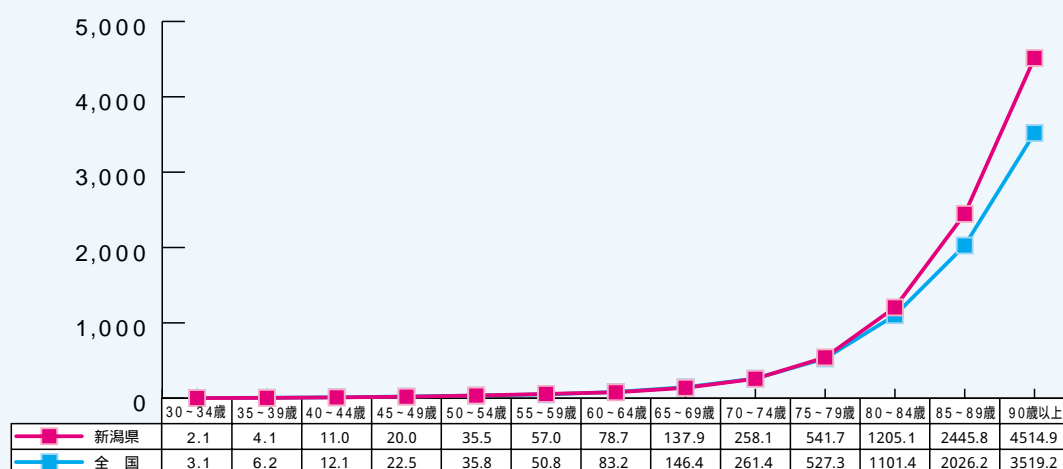
45歳から64歳の死亡では約10%を占め（図2-16）、壮年期死亡の減少の観点からみた重要性はがん（悪性新生物）に比べてやや低いものの、主要な疾病です。がん（悪性新生物）とは異なり、罹患後死亡するまでの期間が長くなる場合が多いこと、麻痺、寝たきり、痴呆の主要な原因であることから、健康寿命・日常生活障害要因としてとらえ、対策を講じていく必要があります。

図2 29 高齢化の推移と将来推計



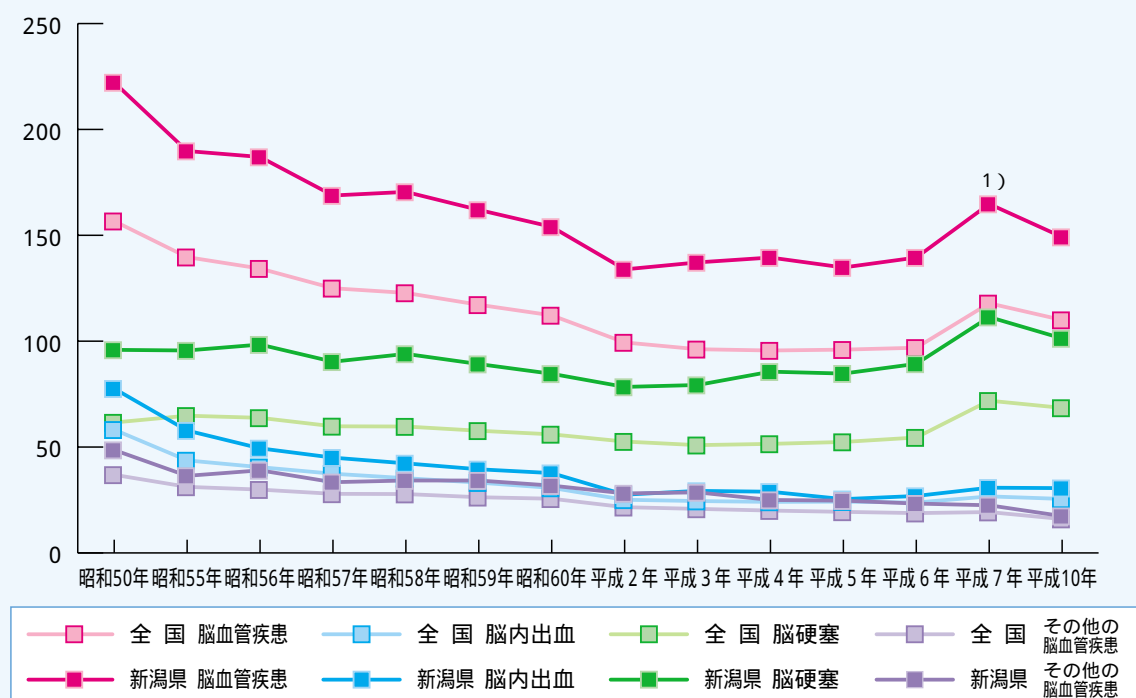
新潟県「平成12年新潟県高齢者現況調査」

図2 30 年齢階級別脳血管疾患死亡率（人口10万対）・男女計（平成10年）



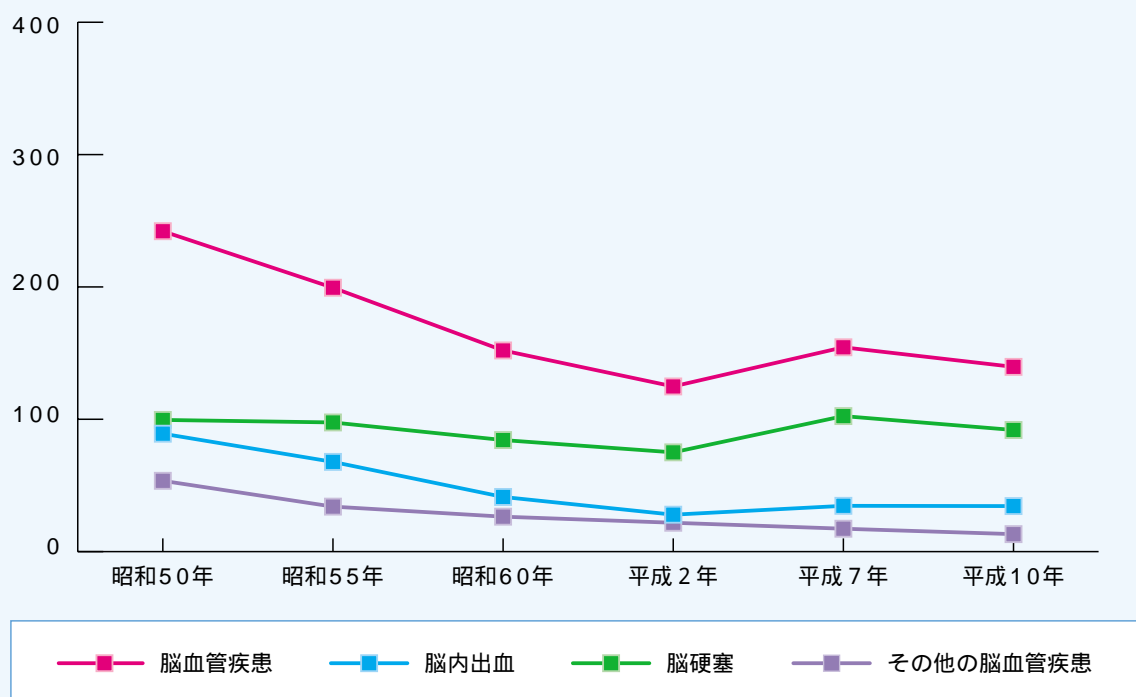
「人口動態統計」

図2 31 病類別脳血管疾患死亡率（人口10万対）の年次推移 男女



「人口動態統計」

図2 32 新潟県の病類別脳血管疾患死亡率（人口10万対）の年次推移 男

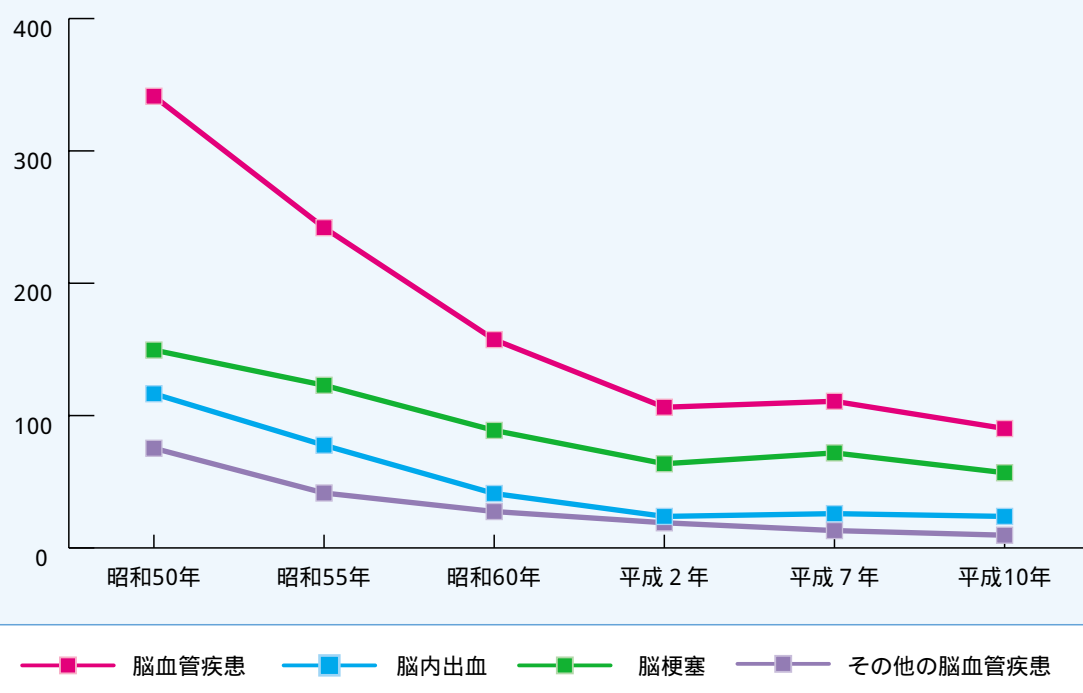


「人口動態統計」

1) 平成7年にみられる死亡率の上昇は、死亡診断書の改正による変化と考えられる。

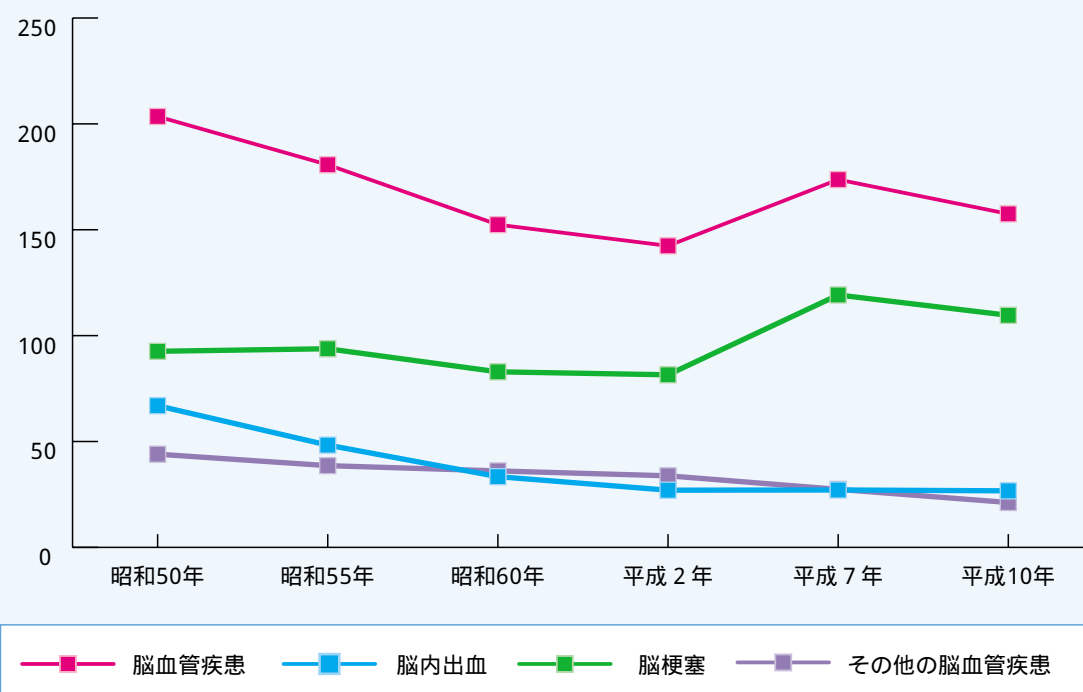
(図2 31から図2 35)

図2 33 新潟県の病類別脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移 男



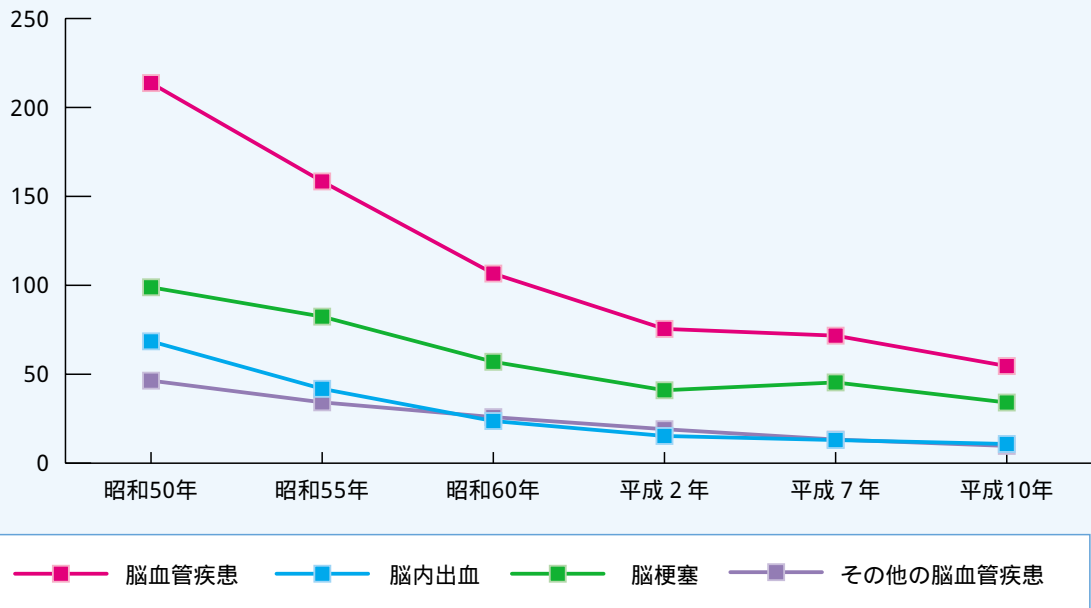
「人口動態統計」

図2 34 新潟県の病類別脳血管疾患死亡率（人口10万対）の年次推移 女



「人口動態統計」

図2 35 新潟県の病類別脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移 女

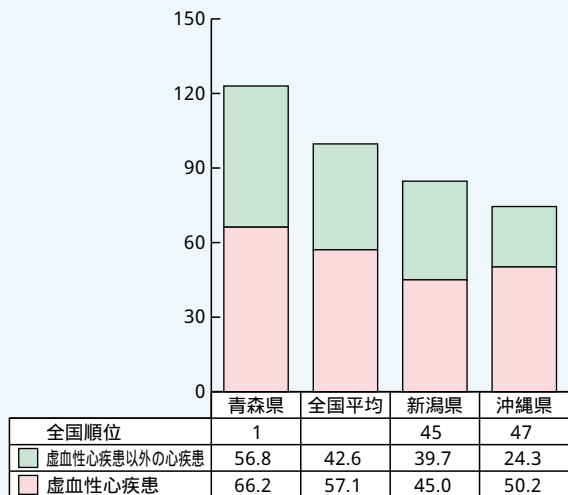


「人口動態統計」

(ウ) 心疾患

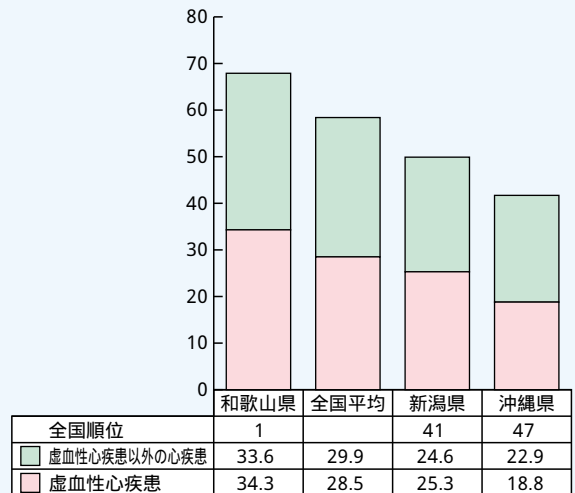
心疾患は、死因の第3位であり、45歳から64歳の死亡では約10%を占めています（図2-16）。その約2分の1は心筋梗塞等の虚血性心疾患であり、男性の死亡率が高いことから、特に男性に対して重点的に取り組む必要があります。我が国において現段階では死亡率、罹患率ともに、世界最低レベルを維持しており（図2-38、図2-39）治療手段の進歩が著しいこともあって死亡率は低下し続けています。しかし、生活習慣が密接に関与する疾患であること、また、いわゆる食習慣の欧米化が特に若い年代で進みつつあり、主要な危険因子であるコレステロールレベルが上昇してきており、今後の増加が危惧されていることなどから、特に若い世代に重点を置いた取組が必要です。

図2 36 心疾患年齢調整死亡率（人口10万対）男（平成7年）



「平成7年都道府県別年齢調整死亡率」

図2 37 心疾患年齢調整死亡率（人口10万対）女（平成7年）



「平成7年都道府県別年齢調整死亡率」

図2 38 虚血性心疾患年齢調整死亡率の国際比較 (ICD 9)

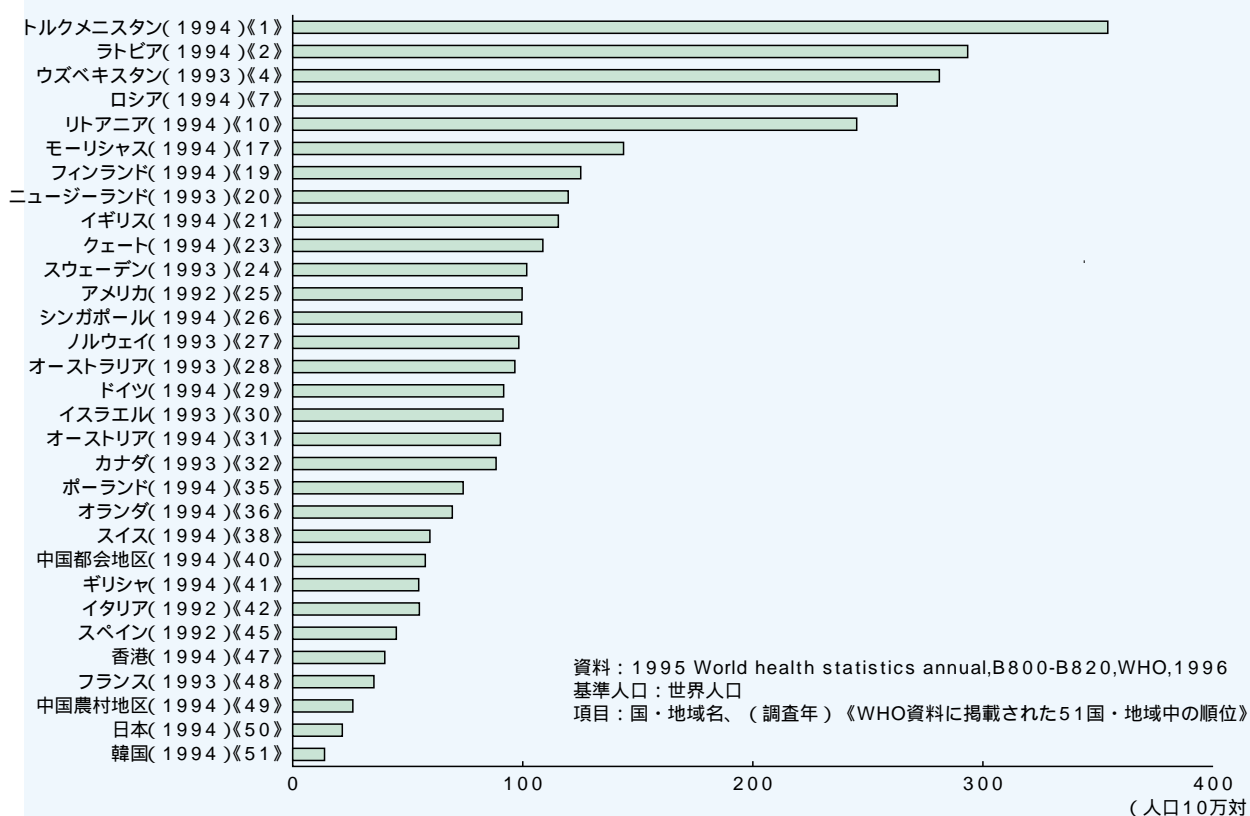
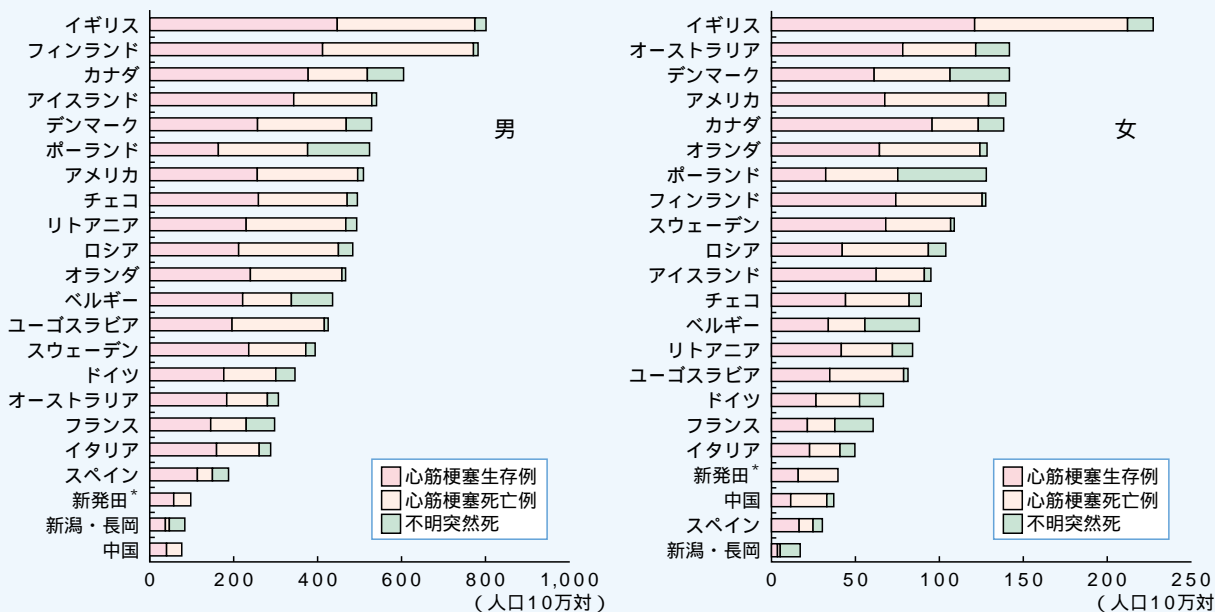


図2 39 WHO-MONICA基準による急性心筋梗塞と詳細不明突然死発生率の国際比較 (年間年齢調整発生率、35～64歳)



基準人口：世界人口

注：諸外国の調査で同一国内に数地域のデータがあった場合には、その平均値を示した。

* 新発田の心筋梗塞死亡例には、詳細不明突然死を含む。

新潟・長岡のデータは、平成6から7年度新潟市・長岡市における急性心筋梗塞と突然死の発症調査報告書（平成10年）より

イ 健康寿命・生活の質の観点から

(ア) 脳血管疾患

脳血管疾患は痴呆（図2 - 40）や寝たきり（図2 - 41）の主要な原因疾患であり、自立期間を長く保つといった健康寿命の延伸の観点から、一次予防に取り組むことが最も重要です。さらに、罹患後に麻痺を残す場合が多いことから、罹患後の生活の質を高めるため、リハビリテーションや再発予防に取り組むことも重要です。

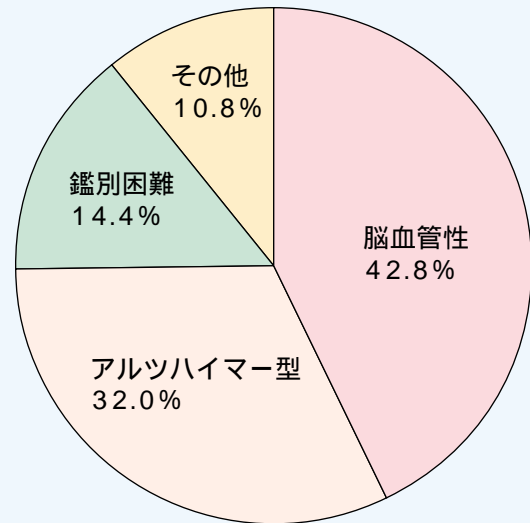
(イ) 骨折・筋力低下

骨折は寝たきりの主要な原因の一つです。高齢化の進行に伴い、寝たきりの原因に占める割合は、今後更に増大すると見込まれています。

骨折には、骨粗しょう症等の骨密度低下、筋力や敏捷性の低下、転倒しやすい社会環境等が複雑にからみあっていることから、総合的な対策が必要です。

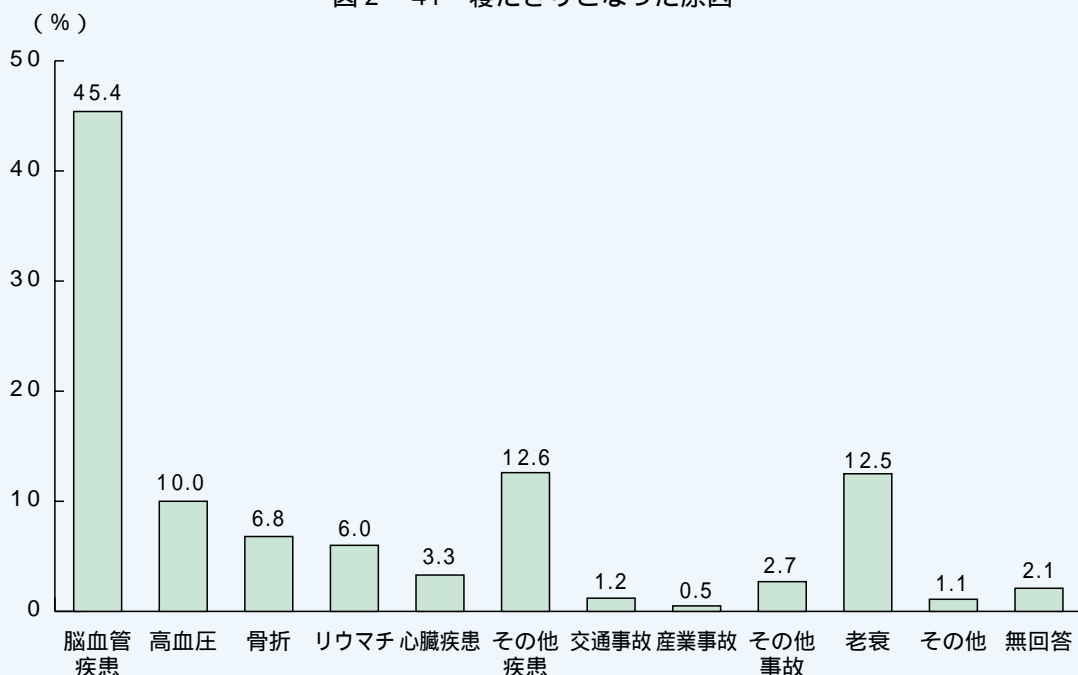
また、若い女性のダイエット指向やカルシウムの摂取不足が、将来の骨粗しょう症・骨折に大きな影響を及ぼすことから、若い世代に重点を置いた予防対策が重要です。さらに、脳血管疾患と同様に、骨折治療後の寝たきりを防ぐためのリハビリテーションも重要です。

図2 40 我が国における在宅痴呆性老人の原因による分類（10自治体の平均）



日本医師会雑誌臨時増刊「老年期痴呆診療マニュアル」

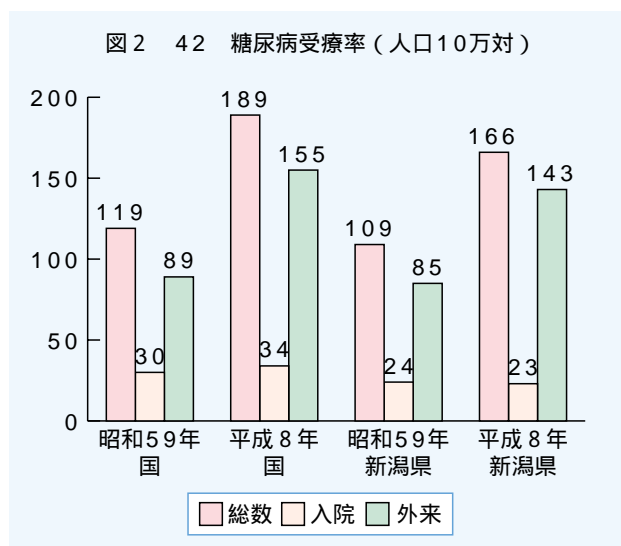
図2 41 寝たきりとなった原因



新潟県民生部「在宅寝たきり老人実態調査」(昭和63年)

(ウ) 糖尿病

糖尿病に対する関心の高まりや高齢化の進展を反映し、糖尿病受療率が上昇しています（図2 - 42）。検診にヘモグロビンA1cを取り入れる等のスクリーニング強化、糖尿病診断基準の変更（「空腹時血糖」糖尿病型：140mg/dl以上から126mg/dl以上に変更（表2 - 2））等によって、糖尿病受療率がさらに上昇することが予想されます。



「患者調査」

表2 - 2 「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」

（1999年：日本糖尿病学会）抜粋

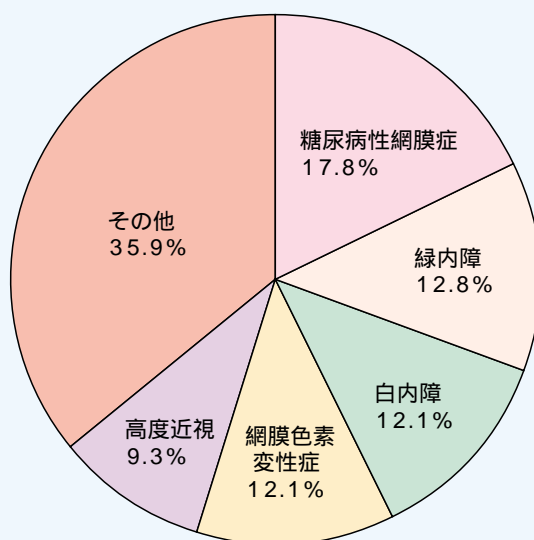
空腹時血糖値及び75 g 糖負荷試験（OGTT）2 時間値の判定基準 （静脈血漿値：mg / dl、カッコ内はmmol / l）		
	正 常 域	糖 尿 病 域
空腹時値	< 110（6.1）	126（7.0）
75 g OGTT 2 時間値	< 140（7.8）	200（11.1）
75 g OGTTの判定	両者をみたまのものを 正常型とする。	いずれかをみたまのものを 糖尿病型とする。
正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。		
随時血糖値 200mg / dl（11.1mmol / l）の場合も糖尿病型とみなす。		
正常型であっても、1 時間値が180mg / dl（10.1mmol / l）以上の場合は、180mg / dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱い（経過観察等）が必要である。		
（附）血糖値の換算式		
$\text{血糖値（mg / dl）} \div 18 = \text{血糖値（mmol / l）}$		

糖尿病治療には厳重な生活習慣の管理が重要ですが、このような管理が生活の質の低下をもたらす可能性があります。さらに、視覚障害、神経障害によるしびれ、壊疽等の合併症（図2 - 43）や人工透析の導入（図2 - 44）等により、日常生活動作（ADL）ひいては生活の質の低下を招くという観点から、糖尿病予防に重点的に取り組む必要があります。

また、糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者が増え続けており、医療費の面からも重要視されています。さらに、脳梗塞や虚血性心疾患をはじめとした動脈硬化性疾患の重

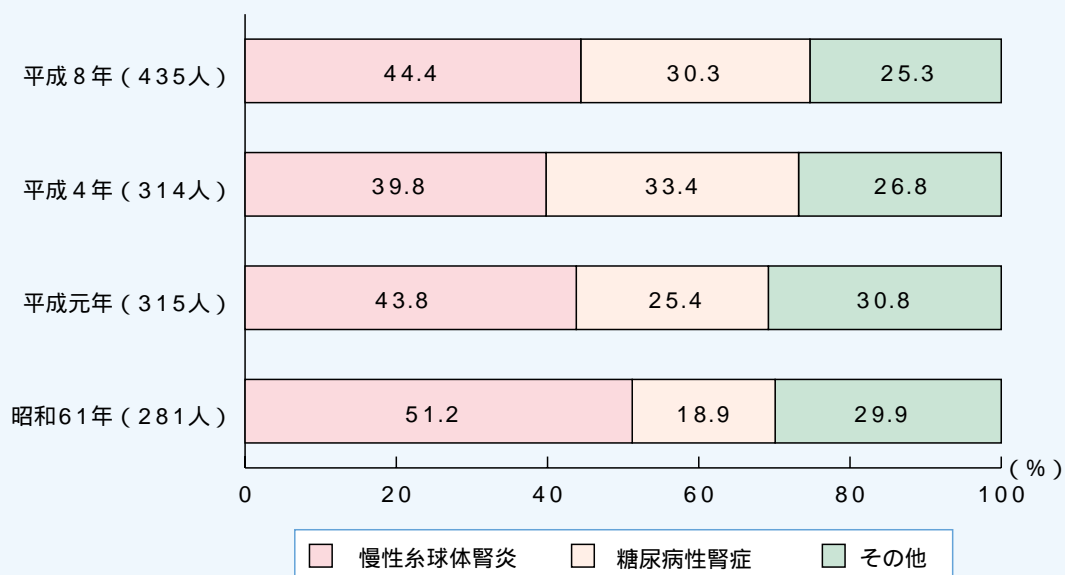
要な危険因子にもなります。これらの対策を考える上でも、糖尿病は重要な疾病として位置付けられます。

図2 43 視覚障害の主要原因



「視聴障害の疾病調査研究」(昭和63年)

図2 44 新規人工透析導入患者の原因疾患



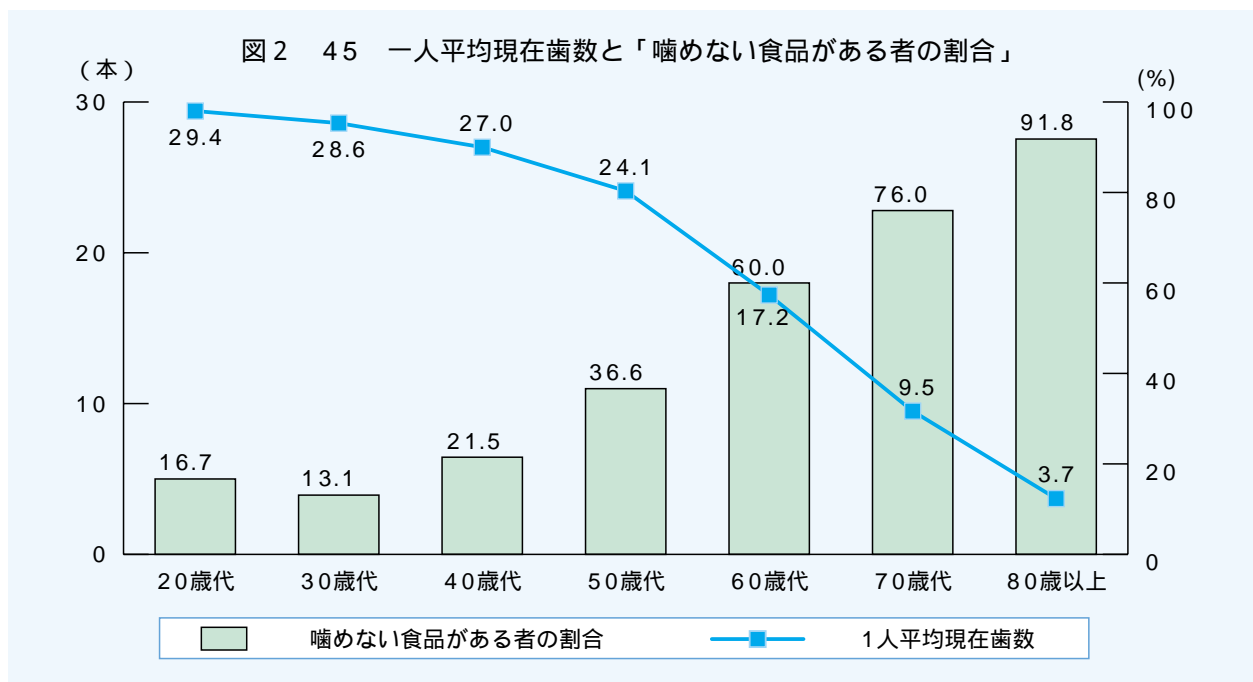
「新潟県腎臓バンク調査」

(四) 歯科疾患

歯の喪失は食生活や社会生活、全身的な健康状態、活動能力等に影響することが明らかになっており、要介護者では、口腔の衛生状態や機能の改善が、誤嚥性肺炎の減少や日常生活動作（ADL）の改善に有効であることが示されています。

また、重度のむし歯は感染性心内膜炎との関係が、歯周病は虚血性心疾患の危険因子になる可能性が指摘されています。

健全な口腔機能を維持するには約20本以上の現在歯数を保つ必要がありますが、県民の現在歯数は加齢とともに減少し、摂食・嚥下、発音等の口腔機能に支障をきたす傾向にあります（図2 - 45）。なかでも、むし歯と歯周病が、歯を失う原因の約90%を占めていることから、生涯を通じてその予防に取り組む必要があります。



新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

ウ 重点的に予防対策を講ずるべき疾病予防のための危険因子の整理

重点的に予防対策を講ずるべき疾病と関連する生活習慣について整理すると表2 - 3のとおりとなります。

この表を見て明らかなように、一つの生活習慣は一つの疾病だけでなく、多くの疾病に共通した危険因子である場合が多くなっています（図2 - 46）。したがって、多くの疾患に共通した生活習慣について県民一人ひとりが認識し、良好な習慣を身に付けることによって効率的な疾病予防が期待できます。特に、喫煙はほとんどの重点対象疾病の危険因子であり、早急かつ重点的に取り組む必要があります。

さらに、地域の特性や家族の疾病罹患歴等を考慮し、特に予防すべき疾病がある場合にはその疾病特有の危険因子にも対処していくことが望ましいといえます。

このように、県民一人ひとりが自らの生活習慣を見直し、適切に対処することが疾病予防を通じた健康づくりにとって有効となります。

なお、表に示した各疾病群に関連して、重点的に予防対策を講ずるべき対策については、本項の「個別の疾病等についての対策」(P.80)において示します。

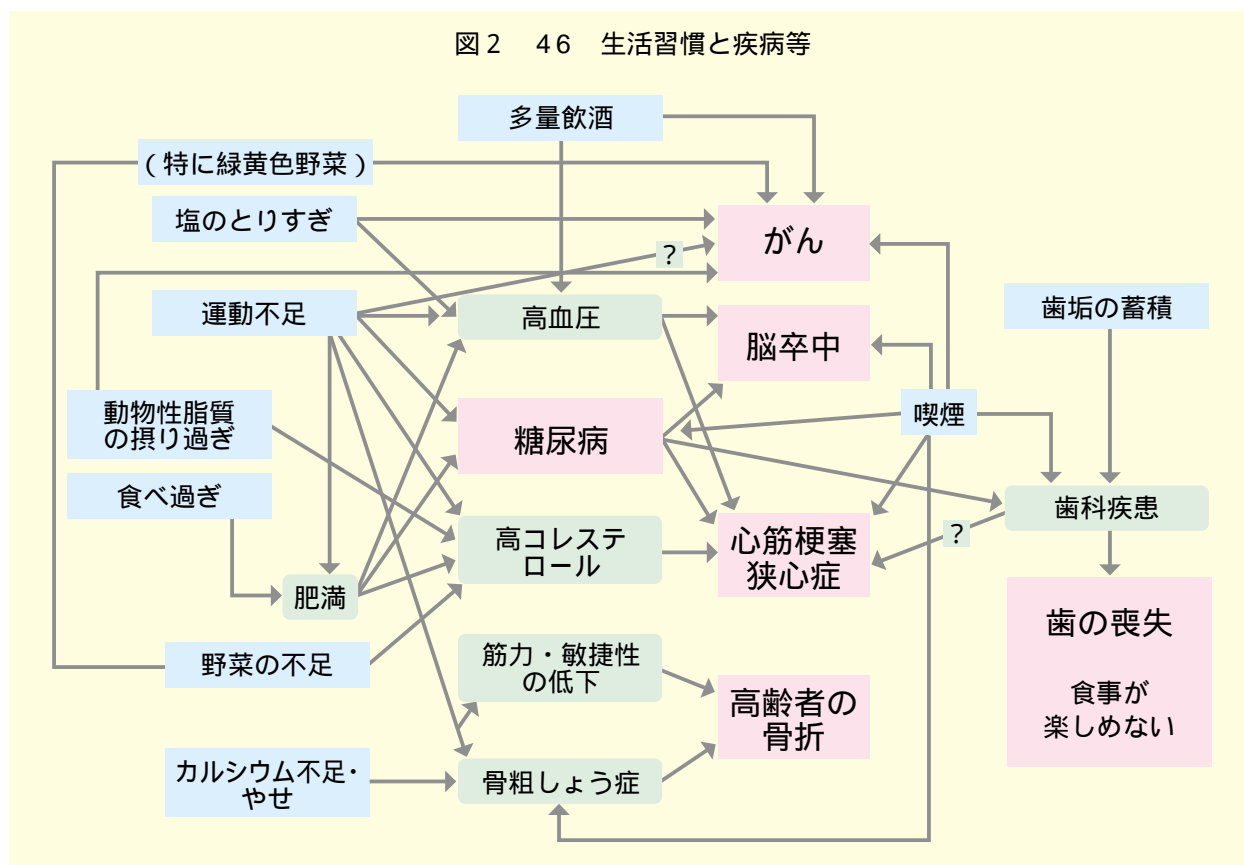
表 2 3 予防対策疾病別に見た危険因子の整理

疾 病		中間段階の疾病・危険因子	身 近 な 危 険 因 子
が ん	胃 が ん	慢性胃炎	喫煙 野菜（特に緑黄色）の不足・果物の不足 高塩分食 ヘリコバクター・ピロリ感染
	肺 が ん		喫煙・受動喫煙 野菜（特に緑黄色）の不足・果物の不足 アスベスト 大気汚染・排気ガス？
	大 腸 が ん		喫煙？ 野菜の不足？ 肉の摂取 動物性脂肪？ 運動不足
	乳 が ん		飲酒 肥満（閉経後） 高脂肪摂取？ 緑黄色野菜の不足・果物の不足 未婚・高初婚年齢の女性 高齢初産・未経産 初潮年齢が早い 閉経年齢が遅い
脳 血 管 疾 患	脳 硬 塞 ・ 塞 栓	高血圧	喫煙 多量飲酒 高塩分食（低カリウム食） 運動不足 肥満 ストレス？ 寒冷期
		血圧上昇・変動、易血栓性	（糖尿病の危険因子参照）
		糖尿病	心房細動等の心疾患
		血栓・塞栓 頸動脈～皮質枝系動脈の粥状硬化	高血圧・高コレステロール血症・糖尿病・低HDLコレステロール血症等の生活習慣関連動脈硬化危険因子
	脳 出 血	高血圧	飲酒 高塩分食（低カリウム食） 運動不足 ストレス？
		低コレステロール血症？ 低アルブミン血症？ 血圧上昇・変動	低栄養状態？ 寒冷期
	クモ 膜 下 出 血	脳動脈瘤 高血圧 脳動静脈奇形	（高血圧の危険因子） 先天性
心 疾 患	急 性 心 筋 梗 塞	高血圧	喫煙 高塩分食（低カリウム食）
		高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、低HDLコレステロール血症	肥満、運動不足
		高コレステロール血症	動物性脂肪・乳脂肪（飽和脂肪酸）摂取が多い 野菜・食物繊維不足
		易血栓性	魚（青魚・ ω -3系脂肪酸）の摂取が少ない
		血圧上昇・変動、易血栓性	ストレス・A型行動様式 ²⁾
		歯周病？	
そ の 他	糖尿病（インスリン非依存症）	肥満、高インスリン血症、インスリン抵抗性など	遺伝要因 喫煙 運動不足 過食 ストレス？
	歯 科 疾 患	むし歯・歯周病	喫煙 歯垢蓄積・甘味の不適切な摂取
	高 齢 者 の 骨 折	骨粗しょう症	特に骨形成期（思春期から20歳頃）のカルシウム不足、やせ 運動不足 転びやすい環境（段差のある家・道路など）

《 》で囲った部分は生活習慣に関連した危険因子
表中の？について：？は関係が指摘されているが、まだ議論されているもの

- 1) 3系脂肪酸：食事に含まれる脂肪酸の種類。エイコサペンタエン酸（EPA）を代表とする。3系は、海藻類やプランクトンで作られ、これを食べる魚に多く含まれる。血管系の障害で起こる動脈硬化、心疾患の発症を予防すると考えられている。
- 2) A型行動様式：常に時間に切迫感をもっており、競争心が強く、野心的で常にトップを目指し、攻撃的で怒りの感情を表すような、特徴的な行動パターンのこと。虚血性心疾患の危険因子として考えられている。

図 2 46 生活習慣と疾病等



図中の？について：関係が指摘されているが、まだ議論されているもの

表 2 4 複数の疾病罹患の危険因子となる生活習慣

生活習慣		罹患が促進される重点対象疾病
喫煙		ほぼ全てのがん、脳硬塞、虚血性心疾患、糖尿病、歯周病、高齢者の骨折（骨粗しょう症を介して）
栄養・食生活	野菜（特に緑黄色）の不足・果物の不足	胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、虚血性心疾患
	高塩分食	胃がん、脳血管疾患（高血圧を介して）、虚血性心疾患（高血圧を介して）
	高脂肪食（特に動物性脂質）または肉が主体の食生活	大腸がん、乳がん？、脳硬塞？、虚血性心疾患
	過食	脳硬塞（肥満を介して）、虚血性心疾患（肥満を介して）、糖尿病（肥満を介して）
	飲酒	脳硬塞（多量飲酒から）、脳出血
運動の不足		大腸がん、脳血管疾患（高血圧を介して）、虚血性心疾患、糖尿病、高齢者の骨折（骨粗しょう症を介して）
ストレス		脳血管疾患？（高血圧を介して）、虚血性心疾患、糖尿病？

表中の？について：関係が指摘されているが、まだ議論されているもの

(2) からだの健康を取り巻く総合的な対策

ア たばこの問題

(ア) たばこの問題の背景

たばこの煙にはニコチン、さまざまな発がん物質、発がん促進物質、一酸化炭素、線毛障害性物質（気管支の排出機能を妨げる有害物質）その他多くの有害物質が含まれています。喫煙は、肺がんをはじめとするほぼすべてのがん（悪性新生物）、虚血性心疾患、脳梗塞、慢性気管支炎、肺気腫等の閉塞性肺疾患、胃・十二指腸潰瘍等の消化器疾患、歯周疾患、その他さまざまな疾患の危険因子です（表2 - 4）。

妊婦が喫煙した場合には、低出生体重児、早産、妊娠合併症が多くなると言われています。

また、このような疾病による医療費等の経済的な損失は、たばこ税等による経済的な利益の2倍に達するとの試算があります（表2 - 5）。

このように、喫煙は、すべての人々にさまざまな面から健康を害し、社会全体として経済的な損失が大きいことから、「たばこの問題」は最も重要な課題と位置付けられます。

WHOはこのようなたばこの有害性に関する疫学的データに基づき、

- ・喫煙は死亡に直結する疾病の原因となる重大因子であること。
- ・喫煙者だけでなく、受動喫煙でも同様の危険性があること。
- ・人々の健康問題だけでなく、国家経済への負担ももたらしていること。
- ・喫煙開始年齢が低くなる傾向にあり、これに対する対策の遅れにより、喫煙が危険因子になる疾患のまんえんが危惧されること。

等を世界に向けて訴え、1988年以降「たばこのない社会」に向けた世界的キャンペーンを展開しています。

このような世界の動向を受けて、我が国においても厚生省（「たばこ行動計画」：1994年10月）、労働省（「職場における喫煙対策のためのガイドライン」：1996年2月）等がたばこ対策を打ち出した結果、深夜の自動販売機稼働時間の自主規制、職場での禁煙・分煙への取組の増加等、しだいに各方面で効果が現れ始めています。しかし、青少年の喫煙経験率や20歳代の喫煙率が上昇の傾向を示しており、特に妊婦の喫煙が胎児に与える悪影響が懸念されていることから、当人の健康問題にとどまらない社会問題になっています。本県においても全体的な傾向は、我が国全体に準じていると考えられることから、世界の動向を見すえたたばこ対策を講じていく必要があります。

米国の事例

米国のたばこ会社「フィリップ・モリス」が喫煙の害について全面的に認め、今後その有害性について宣伝することになった。

平成11年10月14日

asahi.com

（朝日新聞のホームページ）より

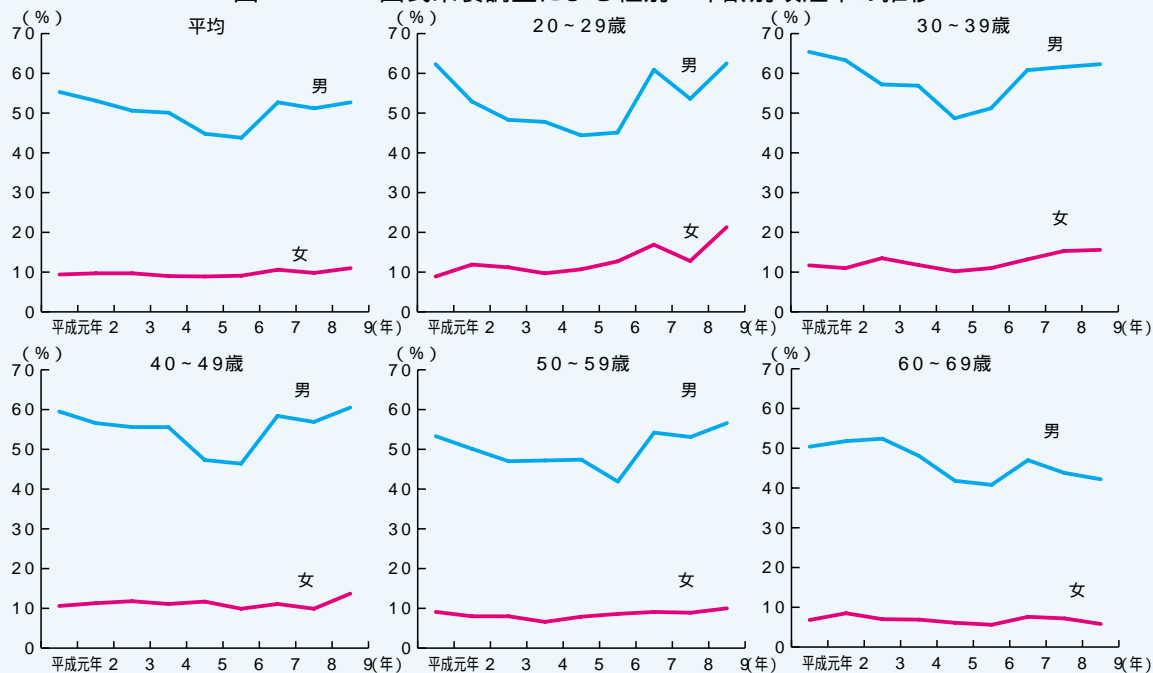
表2 5 たばこの経済分析

たばこ産業経済メリット （喫煙者がいることによる社会的収入）	
たばこ税	19,000億円
日本たばこ産業内部留保	1,600億円
日本たばこ産業賃金	1,900億円
関連他産業利益	3,300億円
関連他産業賃金	1,700億円
上記の合計	27,500億円
たばこ産業社会コスト （喫煙者がいることによる社会的損失）	
医療費	32,000億円
休業による損失	2,000億円
消防費用 / 清掃費用	2,000億円
喪失国民所得	20,000億円
上記の合計	56,000億円

日本医師会「日本医師会雑誌」平成8年8月

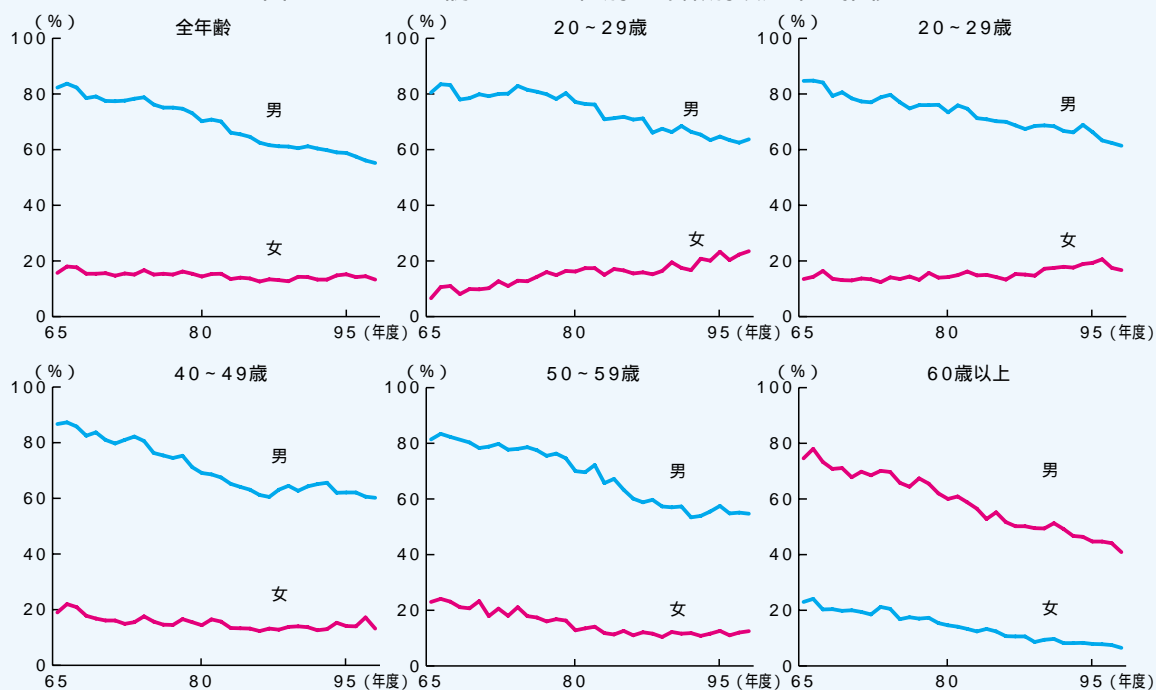
さらに、WHOによる第10回修正国際疾病傷害死因分類（ICD - 10）では「精神作用物質による精神及び行動の障害」の原因として、アルコールや麻薬・覚醒剤と並んでたばこがあげられ、「依存症」としての位置付けもなされています。いったん喫煙習慣が身に付いた場合には禁煙が困難であることから、「喫煙はたばこ（ニコチン）依存症である」ととらえ、この観点から予防・治療を行うとの考え方も重要です。

図2 47 国民栄養調査による性別・年齢別喫煙率の推移



「国民栄養調査」

図2 48 JT調査による性別・年齢別喫煙率の推移



「JT全国喫煙者率調査」

(f) 目標と望ましい姿

長期目標：喫煙による健康被害や環境被害がない新潟県（無煙環境の実現）

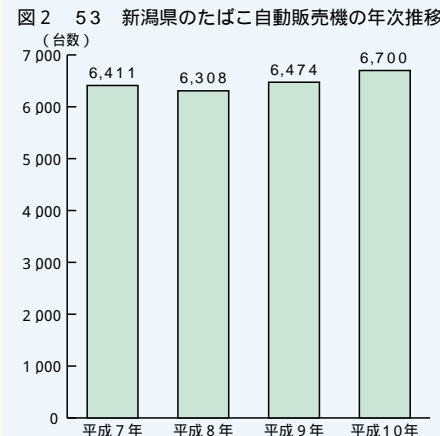
実現目標： 喫煙しない（喫煙する場合には、その害について自らが十分理解する）
喫煙者と非喫煙者が共に理解し合い、互いに迷惑をかけない社会を目指す

（「望ましい姿」すべてが、2つの実現目標と関係しています。）

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																																																				
望まない受動喫煙がない (他人のたばこ煙に曝されない権利は喫煙する権利に勝る)	受動喫煙による不快感の減少 受動喫煙による健康影響の低減 ・肺がん減少の可能性 ・呼吸器疾患減少 ・妊婦を介した胎児への影響 (早産、低出生体重児出産の低減)	<p>図2 49 職域の分煙対策実施状況</p> <table><tr><th></th><th>全面禁煙</th><th>喫煙室設置</th><th>喫煙室以外全面禁煙</th><th>禁煙タイム</th></tr><tr><td>■全施設</td><td>1.7</td><td>32.6</td><td>20.7</td><td>12.5</td></tr><tr><td>■50人未満</td><td>0.0</td><td>24.6</td><td>19.3</td><td>7.0</td></tr><tr><td>■50-100人</td><td>1.6</td><td>27.7</td><td>16.8</td><td>10.9</td></tr><tr><td>■100-500人</td><td>2.0</td><td>37.7</td><td>23.8</td><td>14.8</td></tr><tr><td>■500人以上</td><td>3.6</td><td>50.0</td><td>32.1</td><td>17.9</td></tr></table> <p>労働福祉事業団 新潟産業保健推進センター調べ(平成11年)</p> <p><あると有用な指標> 公共施設や学校の分煙状況 飲食店の分煙状況</p>		全面禁煙	喫煙室設置	喫煙室以外全面禁煙	禁煙タイム	■全施設	1.7	32.6	20.7	12.5	■50人未満	0.0	24.6	19.3	7.0	■50-100人	1.6	27.7	16.8	10.9	■100-500人	2.0	37.7	23.8	14.8	■500人以上	3.6	50.0	32.1	17.9	分煙対策 禁煙対策・防煙対策 (喫煙者が減れば受動喫煙も減る)																						
	全面禁煙	喫煙室設置	喫煙室以外全面禁煙	禁煙タイム																																																			
■全施設	1.7	32.6	20.7	12.5																																																			
■50人未満	0.0	24.6	19.3	7.0																																																			
■50-100人	1.6	27.7	16.8	10.9																																																			
■100-500人	2.0	37.7	23.8	14.8																																																			
■500人以上	3.6	50.0	32.1	17.9																																																			
他人の喫煙から受ける被害がない(やけど、火災、環境ゴミ)	たばこの火によるやけど、火災、環境ゴミ、こどもの誤飲の減少等	<p>図2 50 火災の原因別出火件数</p> <table><tr><th></th><th>こんろ</th><th>たばこ</th><th>たき火</th><th>放火</th><th>ストーブ</th><th>電灯</th><th>電気の火</th><th>ライター</th><th>電気機器</th><th>火遊び</th><th>火入れ</th><th>その他</th></tr><tr><td>■平成8年</td><td>109</td><td>53</td><td>57</td><td>55</td><td>64</td><td>33</td><td>16</td><td>11</td><td>19</td><td>18</td><td>18</td><td>385</td></tr><tr><td>■平成9年</td><td>111</td><td>87</td><td>82</td><td>63</td><td>59</td><td>37</td><td>35</td><td>27</td><td>26</td><td>23</td><td>22</td><td>400</td></tr><tr><td>■平成10年</td><td>107</td><td>57</td><td>42</td><td>56</td><td>61</td><td>31</td><td>35</td><td>14</td><td>21</td><td>19</td><td>14</td><td>362</td></tr></table> <p>新潟県環境生活部「消防防災年報」</p> <p><あると有用な指標> たばこの火によるやけどの件数 道路・公園・公共の場における吸いながらゴミの量、掃除にかかった費用</p>		こんろ	たばこ	たき火	放火	ストーブ	電灯	電気の火	ライター	電気機器	火遊び	火入れ	その他	■平成8年	109	53	57	55	64	33	16	11	19	18	18	385	■平成9年	111	87	82	63	59	37	35	27	26	23	22	400	■平成10年	107	57	42	56	61	31	35	14	21	19	14	362	分煙対策 喫煙マナー対策 たばこ管理の徹底
	こんろ	たばこ	たき火	放火	ストーブ	電灯	電気の火	ライター	電気機器	火遊び	火入れ	その他																																											
■平成8年	109	53	57	55	64	33	16	11	19	18	18	385																																											
■平成9年	111	87	82	63	59	37	35	27	26	23	22	400																																											
■平成10年	107	57	42	56	61	31	35	14	21	19	14	362																																											

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																																																			
乳児の周囲でたばこを吸わない	乳幼児突然死症候群（SIDS）の減少		分煙対策 （乳児の周囲でたばこを吸わない）																																																			
喫煙しない人は、喫煙を始めない 喫煙する人は、禁煙する	喫煙による健康被害の減少 ・肺がん等をはじめとするさまざまながんの減少 ・肺気腫等の呼吸器疾患減少 ・脳梗塞、虚血性心疾患、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍等、がん・呼吸器以外の疾患減少 ・歯周病予防による歯の保持 ・食べる楽しみの維持 ・妊婦の喫煙を減らすことによる低出生体重児、早産、妊娠合併症の減少	<div>図 2 51 中学・高校生の喫煙経験率</div> <div><table><tr><th></th><th>中学1年</th><th>中学2年</th><th>中学3年</th><th>高校1年</th><th>高校2年</th><th>高校3年</th></tr><tr><td>男子</td><td>29.9</td><td>35.1</td><td>38.7</td><td>47.7</td><td>52.6</td><td>55.6</td></tr><tr><td>女子</td><td>16.7</td><td>20.4</td><td>22.7</td><td>29.2</td><td>33.6</td><td>38.5</td></tr></table></div> <div>資料：「未成年者の喫煙行動に関する全国調査報告書（平成8年）」</div> <div><div>図 2 52 喫煙率の国際比較</div><div><table><tr><th>国</th><th>男 (%)</th><th>女 (%)</th></tr><tr><td>新潟県</td><td>58.8</td><td>5.4</td></tr><tr><td>日本</td><td>55.1</td><td>13.3</td></tr><tr><td>アメリカ</td><td>28.0</td><td>23.7</td></tr><tr><td>イギリス</td><td>28.0</td><td>26.0</td></tr><tr><td>イタリア</td><td>38.0</td><td>26.0</td></tr><tr><td>カナダ</td><td>32.0</td><td>29.0</td></tr><tr><td>ドイツ</td><td>37.0</td><td>22.0</td></tr><tr><td>フランス</td><td>40.0</td><td>27.0</td></tr><tr><td>ロシア</td><td>67.0</td><td>30.0</td></tr></table></div><div>「国民衛生の動向（1999年）新潟県」県民栄養実態調査</div><div>＜あると有用な指標＞ 喫煙率や禁煙者率の推移 （基本健康診査等・性年齢階級別） 未成年、成年の喫煙実態 （小学生、中学生、高校生、成人）</div></div>		中学1年	中学2年	中学3年	高校1年	高校2年	高校3年	男子	29.9	35.1	38.7	47.7	52.6	55.6	女子	16.7	20.4	22.7	29.2	33.6	38.5	国	男 (%)	女 (%)	新潟県	58.8	5.4	日本	55.1	13.3	アメリカ	28.0	23.7	イギリス	28.0	26.0	イタリア	38.0	26.0	カナダ	32.0	29.0	ドイツ	37.0	22.0	フランス	40.0	27.0	ロシア	67.0	30.0	防煙対策 ・特に小・中学生を重点にした未成年の喫煙実態調査と、その結果に基づいた防煙教育が必要 禁煙対策 ・すべての喫煙者対象の禁煙対策 ・特に妊婦の喫煙は、胎児にとって自ら避けることができない「究極の受動喫煙」であることから、防煙・禁煙対策を徹底する必要がある
	中学1年	中学2年	中学3年	高校1年	高校2年	高校3年																																																
男子	29.9	35.1	38.7	47.7	52.6	55.6																																																
女子	16.7	20.4	22.7	29.2	33.6	38.5																																																
国	男 (%)	女 (%)																																																				
新潟県	58.8	5.4																																																				
日本	55.1	13.3																																																				
アメリカ	28.0	23.7																																																				
イギリス	28.0	26.0																																																				
イタリア	38.0	26.0																																																				
カナダ	32.0	29.0																																																				
ドイツ	37.0	22.0																																																				
フランス	40.0	27.0																																																				
ロシア	67.0	30.0																																																				

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
マナーを考えて喫煙する	環境や社会への影響 ・吸いがらゴミ減少による環境美化及び清掃費用の減少 ・税収入減少と医療費減少等の差し引きによる社会的コストの減少	<あると有用な指標> 吸がらゴミの実態 喫煙と医療費等の関係	喫煙マナー対策 防煙対策
	他の人に煙の害を及ぼさない	<あると有用な指標> 喫煙者の意識調査 ・他の人が近くにいる場合の喫煙の仕方	喫煙マナー対策
	他の人や環境・社会に火の害を及ぼさない	・歩行喫煙の是非についての意識 ・灰皿が置かれていない場所での喫煙の仕方（屋内・屋外）	
	他の人や環境、社会にゴミの迷惑をかけない （環境美化や清掃費用の観点だけではなく、多岐にわたる）	・携帯吸いがら入れ携行状況 ・その他、喫煙マナーに関すること 道路歩行者の喫煙実態 （定点観測調査）	
	受動喫煙による被害やたばこによる各種被害の減少	環境の吸いがらゴミの実態 公共施設や飲食店等の分煙状況	分煙対策の徹底

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策										
不特定多数が集まる場所を原則禁煙にする	受動喫煙による影響の軽減	＜あると有用な指標＞ 不特定多数が集まる場所の分煙状況	分煙対策 （可能な場合は、非喫煙者と分離され、空調に配慮した喫煙場所の確保）										
未成年者にたばこを売らない	喫煙開始者の減少	<div>図2 53 新潟県のたばこ自動販売機の年次推移 (台数)</div>  <table><thead><tr><th>年度</th><th>台数</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成7年</td><td>6,411</td></tr><tr><td>平成8年</td><td>6,308</td></tr><tr><td>平成9年</td><td>6,474</td></tr><tr><td>平成10年</td><td>6,700</td></tr></tbody></table> <div>新潟県福祉保健部「青少年を取り巻く社会環境の実態調査」</div>	年度	台数	平成7年	6,411	平成8年	6,308	平成9年	6,474	平成10年	6,700	法律を補完する条例・規則整備 未成年者喫煙防止法（明治33年制定・昭和22年改正） 未成年へのたばこ販売は自用に共することを知って販売した場合のみ罰せられる。 防煙対策 ・対面販売の励行や未成年と思われる場合の確認 ・自動販売機の新規設置自粛と既設販売機の屋内への移動等
年度	台数												
平成7年	6,411												
平成8年	6,308												
平成9年	6,474												
平成10年	6,700												

(ウ) 考えられる対策

1994年のたばこ行動計画検討会の報告によれば、たばこ対策の基本的な考え方は次のような項目があげられ、非喫煙者と喫煙者のコンセンサスが得られるよう努めながらたばこ対策を推進することが示されています。

- ・ 未成年者の喫煙防止の徹底
- ・ 非喫煙者に対する受動喫煙の影響を排除・減少させるための環境づくり
- ・ 禁煙希望者に対する禁煙のサポート及び喫煙継続者の節度ある喫煙

具体的なたばこ対策は主に4つの内容に分けて考えられるとしています。

- ・ 禁煙サポート・節煙対策
- ・ 防煙対策（主として未成年者の喫煙開始の防止と喫煙習慣化の防止対策）
- ・ 分煙対策（受動喫煙の影響の排除・減少対策）
- ・ その他

2000年には、厚生省の「健康日本21」で「情報提供」、「喫煙防止」、「非喫煙者の保護」、「禁煙支援」、「実施主体」からなるたばこ対策が示されました。

本県は、これらの考え方に「喫煙マナー対策」を付け加え、「喫煙による健康被害や環境被害がない新潟県」を究極の目標として、a 全般的な対策、b 防煙対策、c 分煙対策、d 禁煙対策、e 喫煙マナー対策の各項目ごとに、考えられる対策を提案します。

a 全般的な対策

- (a) 喫煙が発症に関与する疾病、たばこの依存性（ニコチン依存症の側面）、受動喫煙の害、経済的な不利益、たばこの火による傷害や火災、環境ゴミとしての側面等、たばこの問題についての情報を広く普及する。

b 防煙対策（非喫煙者の喫煙開始防止）

- (a) 喫煙者の大多数が未成年で喫煙を開始していることから、未成年の喫煙開始予防対策が重要である。また、妊婦の喫煙は、胎児にとって自ら避けることができない「究極の受動喫煙」であることから、女性に対して喫煙しないことの重要性を重点的に指導する必要がある。
- (b) 未成年者喫煙の防止教育に、喫煙者・禁煙者を問わず地域住民や教師等が参加することを呼びかける。大人が未成年者の喫煙を注意しやめさせる。

広島県での事例

13歳の息子の喫煙を制止しなかった父親が、「未成年者喫煙禁止法違反」の疑いで書類送検された。

（父母又は親に代わって未成年者を監督する者が未成年者の喫煙を知っていて制止しなかった場合には、千円以上一万円以下の罰金）

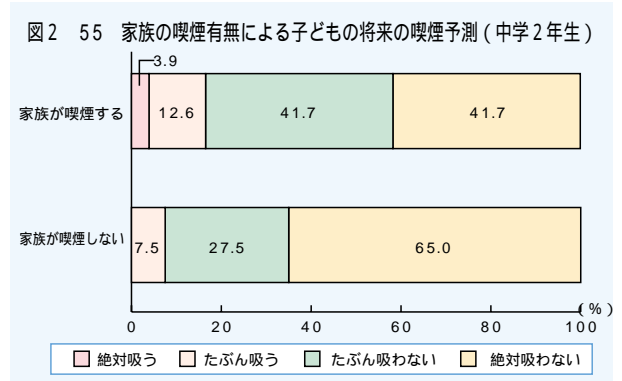
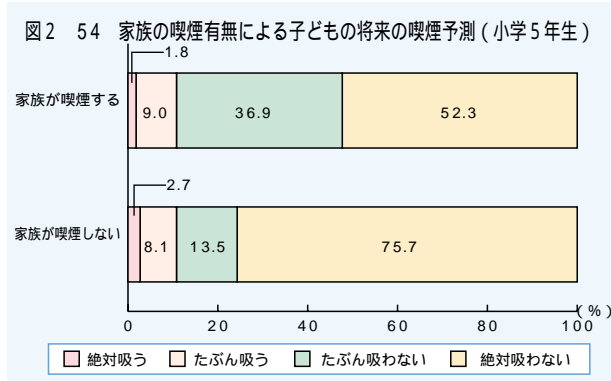
（平成10年11月25日 毎日新聞 大阪朝刊より）

- (c) 未成年（特に小学生から高校生）の喫煙状況に関する調査
- (d) 学校を主体とした防煙教育（小学生から高校生、重点は小学生から中学生）
- たばこの害
- 勧められた時に断れる意志・態度の教育
- (e) 大人に対する教育・啓発
- 親に対して：親がたばこを吸わないことの重要性（子は親のまねをする。）
- たばこの管理の徹底
- 子に教えられるように親がたばこの害やマナーを熟知する。

釧路禁煙・分煙ネットワーク調査（1999年、小学5年生の調査結果）

喫煙経験者の36.2%が家族からたばこを入手し、21.6%が家にあるたばこをこっそり喫煙していた（計57.8%が家庭内で入手）

（第9回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会学術プログラムより）



家族の喫煙の有無による子どもの将来の喫煙予測では、小・中学生とも「家族が喫煙しない」の方が、「将来絶対喫煙しない」と回答している。

喫煙者に対して：（特に手本となる教育関係者・医療関係者・保健従事者）

非喫煙者（特に未成年）にたばこを勧めないこと

非喫煙者（特に未成年）の前で喫煙しないこと

教育関係者に対して：学校内禁煙、児童・生徒の喫煙制止

(f) テレビドラマ、映画、漫画等での喫煙シーンにおける配慮の要請

喫煙がかっこいいというイメージをもたせない配慮や喫煙シーン自粛

喫煙シーンが出てくる漫画、雑誌、映画、ドラマ、コマーシャル等に対する有害指定等（NPOの育成）

米国での事例

- ・たばこ広告規制の結果、映画の喫煙シーンが増えたことが報告されている（映画シーンを利用したたばこの宣伝）。（Stockwell TF et al. Tobacco Control 6(4):282-4,1997より）
- ・喫煙が関連するがんに罹患した俳優（ユル・プリンナー）が、たばこを吸わない重要性をテレビコマーシャルで呼びかけ、防煙や禁煙への動機付けに効果を示した。（WHOの資料 ビデオから）

タイでの事例

- ・映画スターや歌手が、たばこを吸わないことについてのイメージづくりに協力している。（1998年「世界禁煙デー・アドバイザー・キット」より）

スウェーデンでの事例

- ・ミス・スウェーデン・コンテストでは応募資格者を非喫煙者に限定し、ミス・スウェーデンには地方の学校に禁煙のメッセージを送り続ける役目を果たすことが求められる。（1998年「世界禁煙デー・アドバイザー・キット」より）

- (g) 広告・宣伝の規制
 - 未成年者の目にとまる場所での広告制限や禁止（ビルボード、店先等）
 - 道路や公園、スキー場等における宣伝行為の自粛要請や制限（サンプル無料配布等）
- (h) 未成年に販売しない対策の強化・販売した場合の罰則の強化等
 - 未成年者が購入しうる場所の自動販売機新規設置禁止及び既設自動販売機の移設勧告等（店内など販売機管理者の目が届く場所へ）
- c 分煙対策
 - (a) 職場・学校・飲食店における禁煙・分煙の推進
 - 経営者等に対する正しく十分な情報提供と研修機会の提供
 - クリーンな企業イメージと企業内での禁煙・分煙の推進を社会にアピールすることが社会貢献であるという社会理念の確立を目指す（企業の禁煙・分煙コンクールを行うなど）
 - 飲食店等の原則禁煙化（灰皿を置かない。）と喫煙場所の設置
 - (b) 公共の場所は原則禁煙が当たり前の社会を目指した取組
 - （学校、病院、保健所、公共交通機関、駅、集会所、公衆浴場や日帰り温泉等の広間、公園、道路等、不特定多数の者が集まる場所）
 - (c) 喫煙者にとって適切な喫煙場所の設置推進
 - 屋外も含めて原則禁煙とする一方、喫煙者にとって適切な喫煙場所を確保する必要がある。将来的には、喫煙場所の整備普及によって、「喫煙場所」と書いていない場所はすべて禁煙が原則であるという意識の定着を図ることが必要と考えられる。
 - (d) 受動喫煙の害の有無に関わらず非喫煙者（一部の喫煙者も）は、たばこの煙そのものが嫌いであるということを喫煙者に周知し、「他人に迷惑をかけない」ことが喫煙の基本であることを広める。
- d 禁煙対策（ニコチン依存症への対策）
 - すべての喫煙者が対象となる。特に「妊婦の喫煙は胎児にとって避けることができない究極の受動喫煙である」との認識に立って、女性及び妊娠中の女性に対する対策が最大の重点課題と考えられる。
 - (a) 禁煙指導者の養成
 - (b) 禁煙希望者が実行に踏み切るために必要な支援システムを構築する。
 - 情報サポート：
 - ・禁煙希望者が知りたい、正確かつ十分な情報が、どこに行けばいいか、どうすればいいかなど、手軽に入手できる広報システムを用意する。また、そのようなシステムがあることを広報することも必要
 - ・インターネット等の利用、禁煙ホームページの開設等
 - 動機付けサポート：
 - ・折にふれてたばこの健康被害等について広報する。
 - ・たばこ販売所や自動販売機での「たばこの問題」についてのポスター掲示
 - ・マスメディアを利用して、たばことさまざまな疾病についての最新の情報を流す。
 - ・講演会、講習会を企画し実施する。
 - ・経営者に対して、喫煙が仕事にとって非効率的であることを教え、職場での禁煙意識を高める。

ロンドンでの事例

「オフィスでたばこを毎日吸う職員は年間三週間分の労働時間をムダにしている」とする報告書を基に、ロンドンのイーストエンド区役所が喫煙職員に週2時間30分（一日30分）の超過勤務を義務づけた。

（平成12年5月1日 朝日新聞より）

行動化のサポート：

- ・市町村・保健所・医療機関等における禁煙教室への積極的な取組
- ・ニコチン依存症との視点に立って、希望者には「ニコチン置換療法」を積極的に適用
- ・地域・学校・PTA等での子どもの防煙教室への親の参加（親、子そろった喫煙問題への取組、子どもからの働きかけ）

e 喫煙マナー対策

- (a) 現在喫煙している人への啓発：学校、職場、広報、マスコミ、講演、ポスター（たばこ販売所や自動販売機等を重点的に）など、あらゆる機会をとらえて喫煙マナーについての普及を行う。
- (b) これから喫煙を始める可能性がある人への教育：特に学校や地域等で防煙教育を行う場合、喫煙マナーについての教育も併せて行う。

（内容）

不特定多数が集まる場所では原則禁煙

灰皿が置いてあっても非喫煙者の可能性がある人が周囲にいる場合には喫煙しない。

道路等での歩行中に喫煙しない。

吸いがらをポイ捨てしない、携帯吸いがら入れの携行等による喫煙者自身による吸いがらの始末

船橋市の事例

JR船橋駅で歩行中に吸っていたたばこの火が女兒のまぶたにあたり、やけどをおった。歩きたばこをしていた男は気づかずに歩き去ってしまった。

（平成6年3月19日 読売新聞朝刊）

このように何気ない歩きたばこやポイ捨てが他人への傷害や火事につながり、犯罪となる可能性も秘めている。本人は気づいていなくても、不注意な喫煙はどこかで他人を傷つけている可能性がある。

(四) 対策を進めるに当たり配慮すべきこと

a 喫煙者と非喫煙者の互いの権利の尊重

「健康への害」を十分認識した上で喫煙を選択するのか否かは、最終的に「自己責任」であるといえます。喫煙者と非喫煙者が反目するのではなく、喫煙者は非喫煙者に配慮しない喫煙が「迷惑」であることを十分認識するとともに、非喫煙者は喫煙者のニコチンの禁断症状にも理解を示すという姿勢が大切です。

喫煙者は「吸いがらゴミ」を他人（特に非喫煙者）に始末させるのを当たり前とするのではなく、喫煙者自らが喫煙場所の環境を保持する責任があります。また、非喫煙者

は喫煙者を排除・隔離するのではなく、煙の逃げ道に配慮した喫煙場所の確保に協力するのが望ましいといえます。

喫煙者の分煙を前提とした「吸う権利」、非喫煙者の「受動喫煙に曝されない権利」をお互いが尊重することが求められています。

b たばこ税の減少と医療費の減少

喫煙者が減少すれば、短期的にはたばこ税収入が減少し、財政の負担が増加すると予測されます。しかし、長期的に考えると、県民医療費の減少等、社会全体の損失が軽減すると期待できます。最終的には、たばこ税収入の減少というデメリットよりも、社会全体の損失の減少というメリットの方が大きいとの経済試算もあることから、社会経済的な視点から幅広く検討していく必要があります。

WHO「タバコ禍の実態をつかみ制圧するためのガイドライン」(1993)より

- ・タバコ税の一部をタバコ規制対策予算と文化・スポーツ活動の後援費用に回すこと
- ・ネパールでは、健康教育プログラムを喫煙開始防止と禁煙推進に重点を置いたものに変え、タバコに特別税を課して公衆保健向上の新たな資金を捻出した。

世界銀行「たばこ流行の抑制」(1999)より

- ・たばこ対策は、たばこ葉輸出が多い一部の国を除いたほとんどの国で経済上のメリットをもたらすことを試算された。
- ・低所得者で喫煙率が高い現状から、たばこ税は「逆進性」が強く問題が大きいことを指摘。たばこ税の税率を高くすることは低所得者のたばこ離れを起こすことから「健康上のメリット」があり、逆進性の低減にもつながり、かつ税収の総額を減らさない重要な方策であると提言している。

イ 栄養・食生活

(ア) 栄養・食生活が健康づくりになぜ必要か

食事は健康なからだを保つための基礎であるとともに、食べる楽しみ、家族や仲間と食卓を囲む楽しみといった側面もあり、人生をいかに豊かに生きるかという生活の質にも大きく関わっています。しかし、近年家族で食卓を囲むことが少なくなり、孤食等の問題が表面化してきたため、生活の質の観点からも食生活の見直しが必要となっています。

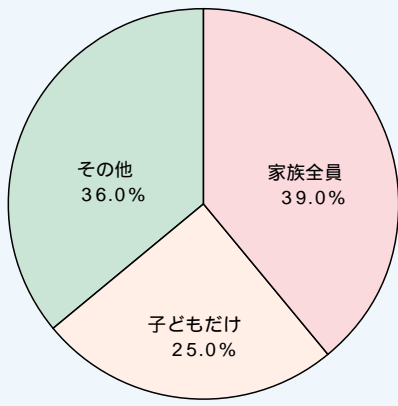
また、限りある資源を考え、残食をしないよう環境に配慮したエコクッキングや適切な食事の作り方、摂り方を実行するとともに、食品の表示や安全性等を確認した取扱いを行うことも大切です。

さらに、生活習慣病には、栄養や食行動が影響しているので、毎日の食事を楽しく食べるなかで、このような疾病を予防するための栄養や食生活を自然と身に付けること、自らが判断して実践していくことが重要です。

(イ) 目標と望ましい姿

実現目標： 食の楽しみや食卓でのコミュニケーションを通して、生活の質の向上や望ましい食生活ができる
 自らの生活リズムや、環境に配慮した適正な食事の作り方、摂り方が実行できる
 自分の適正な食事の質と量を判断し摂ることができる

食の楽しみや食卓でのコミュニケーションを通して、生活の質の向上や望ましい食生活ができる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
家族とともに食卓を囲む機会が多い（一緒に食事することのみではなく、食事の場に参加していることが重要である）	家族のコミュニケーションが図れる 望ましい食習慣の伝達が図れる	<p>図2 56 朝食はだれと食べますか</p>  <p>新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会 「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査(平成6年度)」</p>	食を通じた生活の質の向上を図ることに重点を置く普及啓発

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
<div>食事や料理が楽しめる</div> <div><div>・友人や家族等と食事が楽しめる</div><div>・楽しみながら料理に参加できる</div></div>	<div>生活の張りや楽しみがもてる</div> <div>コミュニケーションが図れる</div> <div>食事が変化に富む</div>	<div>図2 57 家族そろって食事を楽しむようにしている</div> <div><div>(%)</div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div>100</div><div>80</div><div>60</div><div>40</div><div>20</div><div>0</div></div><div><div>全体</div><div>10歳代</div><div>20歳代</div><div>30歳代</div><div>40歳代</div><div>50歳代</div><div>60歳代</div><div>70歳以上</div></div><div><div>不明・無回答</div><div>0.8</div><div>1.9</div><div>0.0</div><div>0.0</div><div>0.4</div><div>0.4</div><div>1.6</div><div>1.4</div></div><div><div>いいえ</div><div>17.5</div><div>39.0</div><div>38.6</div><div>20.7</div><div>17.3</div><div>14.4</div><div>11.0</div><div>9.4</div></div><div><div>はい</div><div>81.7</div><div>59.0</div><div>61.4</div><div>79.3</div><div>82.3</div><div>85.3</div><div>87.4</div><div>89.2</div></div></div></div> <div>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div> <div><あると有用な指標></div> <div>家族と食卓を囲む頻度</div> <div>(1日何回)</div> <div>1日1回以上家族と食卓を囲む者の割合</div>	<div>食を通じた生活の質の向上を図ることに重点を置く普及啓発</div>
<div><div>・自分の歯で食事を楽しめる</div><div>・摂食・嚥下機能が保持できる</div></div>		<div><利用可能な指標></div> <div>年代別の現在歯数</div> <div>60歳で24本以上の人の割合65%</div> <div>70歳で20本以上の人の割合52%</div> <div>80歳で20本以上の人の割合21%</div> <div>(平成11年度県民歯科疾患実態調査)</div>	<div>食事を楽しむことができる歯や摂食・嚥下機能の保持</div>
<div><div>・多彩なメニューを使って、変化に富んだ食事ができる</div><div>・必要な場合は、外食や惣菜が上手に利用できる</div></div>		<div><あると有用な指標></div> <div>食事を楽しめる者の割合</div> <div>楽しんで料理できる者の割合</div> <div>友人や家族等と食事を楽しむ頻度</div>	<div>外食や惣菜の分かりやすい栄養成分表示等の普及</div>

自らの生活リズムや、環境に配慮した適正な食事の作り方、摂り方が実行できる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																		
適正な食事リズムと配分ができる ・生活リズムに合った規則正しい食事をする ・食事の量とバランスの配分が適正である	肥満の予防 生活リズムの確立	<div>図2 58 朝食欠食率の年次推移</div> <table><caption>新潟県「県民栄養実態調査」</caption><thead><tr><th>調査年度</th><th>男 (%)</th><th>女 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成10年度</td><td>7.3</td><td>4.0</td></tr><tr><td>平成7年度</td><td>7.6</td><td>4.8</td></tr><tr><td>平成4年度</td><td>6.7</td><td>3.3</td></tr><tr><td>平成元年度</td><td>5.7</td><td>3.5</td></tr><tr><td>昭和61年度</td><td>5.9</td><td>2.6</td></tr></tbody></table> <div>< あると有用な指標 > 生活リズムに合った食事ができているか 食事配分の現状</div>	調査年度	男 (%)	女 (%)	平成10年度	7.3	4.0	平成7年度	7.6	4.8	平成4年度	6.7	3.3	平成元年度	5.7	3.5	昭和61年度	5.9	2.6	自らのライフスタイルや生活リズムに配慮した食事の作り方や摂り方の普及啓発
調査年度	男 (%)	女 (%)																			
平成10年度	7.3	4.0																			
平成7年度	7.6	4.8																			
平成4年度	6.7	3.3																			
平成元年度	5.7	3.5																			
昭和61年度	5.9	2.6																			
自分で食事を作ることができる	食べている料理の食材が分かるようになる 食材や食材の安全性に対する関心が深まる	< あると有用な指標 > 料理に参加している頻度 自分で料理が作れる者の割合 楽しんで料理が作れる者の割合	自らのライフスタイルや生活リズムに配慮した食事の作り方や摂り方の普及啓発																		
自らの体格や運動量に見合った食事の量や内容を判断できる ・運動量に見合った食事量が摂られ、作ることができる ・食事の量に合わせた運動量を実行できる	肥満の予防 生活習慣病の予防	< 利用可能な指標 > 県民栄養実態調査全般 (肥満度や運動量を含めて) 平成10年度県民栄養実態調査のアンケート項目 ・ご自身の食生活についてどう思いますか ・食事はいつも腹八分目にしていますか	生活習慣病の予防に重点を置いた普及啓発																		
食材の環境等に配慮した料理や食事ができる ・食材ゴミや残り物に配慮した調理の工夫ができる ・自給率や食材の安全性、食材の生産地等に関心をもつ	残食や食材ゴミが減る 資源のむだ使いが減る	< あると有用な指標 > 生ゴミ量の推移 外食産業等での廃棄率	無駄の少ない食材や調理方法等のエコッキングについての普及啓発																		

自分の適正な食事の質と量を判断し摂ることができる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																
穀類（米飯等）を主食とし、主菜、副菜がそろった食生活を維持している	生活習慣病の予防	<div>図2 59 穀類エネルギー比の年次推移</div> <table><caption>図2 59 穀類エネルギー比の年次推移</caption><thead><tr><th>年次</th><th>穀類エネルギー比 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>昭和55年</td><td>50.1</td></tr><tr><td>昭和58年</td><td>46.2</td></tr><tr><td>昭和61年</td><td>41.0</td></tr><tr><td>平成元年</td><td>45.1</td></tr><tr><td>平成4年</td><td>44.8</td></tr><tr><td>平成7年</td><td>43.5</td></tr><tr><td>平成10年</td><td>43.5</td></tr></tbody></table> <div>新潟県「県民栄養実態調査」</div> <div><利用可能な指標></div> <div>県民栄養実態調査</div> <div>(世帯調査と個人調査による性年齢別の評価が必要)</div> <div>・糖質エネルギー比</div> <div>・穀類エネルギー比</div> <div>・米摂取量（米飯給食の頻度）</div>	年次	穀類エネルギー比 (%)	昭和55年	50.1	昭和58年	46.2	昭和61年	41.0	平成元年	45.1	平成4年	44.8	平成7年	43.5	平成10年	43.5	生活習慣病の予防に重点を置いた普及啓発 主食（米等の穀類）、主菜（魚・肉類等）、副菜（野菜等）を基本としたバランスのとれた食生活の普及啓発
年次	穀類エネルギー比 (%)																		
昭和55年	50.1																		
昭和58年	46.2																		
昭和61年	41.0																		
平成元年	45.1																		
平成4年	44.8																		
平成7年	43.5																		
平成10年	43.5																		
・主菜として、魚と肉を同程度か魚を多く利用、大豆製品の積極的な利用、卵の適度な利用ができる (コレステロール値が高い人などは医師や栄養士の意見を参考にする)	生活習慣病の予防 血清コレステロール上昇の抑制 (虚血性心疾患予防)	今後目指したい方向性 ・魚の摂取量は現状維持、若年では増やす方向 ・肉の摂取量は総体的には現状維持、若年では肉に偏らないよう留意 ・魚と肉の摂取比率は同程度とする ・大豆製品の摂取量は現状維持、特に若年では増やす方向 ・卵の摂取量は現状維持																	
・副菜として、野菜、特に緑黄色野菜の積極的な摂取ができる	がんの予防（ほぼすべてのがん） 血清コレステロール上昇の抑制 (虚血性心疾患予防) 便秘予防	<div>図2 60 野菜類摂取量の比較</div> <table><caption>図2 60 野菜類摂取量の比較</caption><thead><tr><th>野菜の種類</th><th>国 (g)</th><th>新潟県 (g)</th></tr></thead><tbody><tr><td>緑黄色野菜</td><td>92.0</td><td>76.0</td></tr><tr><td>その他の野菜</td><td>197.0</td><td>229.0</td></tr></tbody></table> <div>厚生省「国民栄養調査」(平成9年) 新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div> <div>・その他の野菜の摂取量は現状維持</div> <div>・緑黄色野菜の摂取量は増やす方向</div>	野菜の種類	国 (g)	新潟県 (g)	緑黄色野菜	92.0	76.0	その他の野菜	197.0	229.0	緑黄色野菜の摂取量を増やす工夫の普及啓発							
野菜の種類	国 (g)	新潟県 (g)																	
緑黄色野菜	92.0	76.0																	
その他の野菜	197.0	229.0																	

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																
主として疾病予防の観点から、栄養素に配慮した食事ができる ・適正なエネルギー摂取ができる	肥満の予防 生活習慣病の予防	<div>図2 61 エネルギー比率の年次推移</div> <table><thead><tr><th>年次</th><th>たんぱく質 (%)</th><th>脂質 (%)</th><th>糖質 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>標準</td><td>12.0</td><td>22.5</td><td>65.5</td></tr><tr><td>平成10年</td><td>15.8</td><td>24.7</td><td>59.5</td></tr><tr><td>昭和61年</td><td>14.6</td><td>23.4</td><td>62.0</td></tr></tbody></table> <div>新潟県「県民栄養実態調査」</div>	年次	たんぱく質 (%)	脂質 (%)	糖質 (%)	標準	12.0	22.5	65.5	平成10年	15.8	24.7	59.5	昭和61年	14.6	23.4	62.0	生活習慣病の予防に重点を置いた普及啓発 脂肪エネルギー比率を増やさない工夫の普及啓発
年次	たんぱく質 (%)	脂質 (%)	糖質 (%)																
標準	12.0	22.5	65.5																
平成10年	15.8	24.7	59.5																
昭和61年	14.6	23.4	62.0																
・食塩摂取量が少ない	胃がん、高血圧、脳血管疾患、心臓病の予防	<div>図2 62 食塩の摂取状況</div> <table><thead><tr><th>食塩摂取状況</th><th>割合 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>9g未満</td><td>7.4</td></tr><tr><td>9g以上11g未満</td><td>16.9</td></tr><tr><td>11g以上13g未満</td><td>26.3</td></tr><tr><td>13g以上15g未満</td><td>19.3</td></tr><tr><td>15g以上17g未満</td><td>15.0</td></tr><tr><td>17g以上19g未満</td><td>8.6</td></tr><tr><td>19g以上</td><td>6.5</td></tr></tbody></table> <div>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div> <div>食塩の摂取量は現状より少しでも減少する</div>	食塩摂取状況	割合 (%)	9g未満	7.4	9g以上11g未満	16.9	11g以上13g未満	26.3	13g以上15g未満	19.3	15g以上17g未満	15.0	17g以上19g未満	8.6	19g以上	6.5	食塩の摂取量を減らす工夫の普及啓発
食塩摂取状況	割合 (%)																		
9g未満	7.4																		
9g以上11g未満	16.9																		
11g以上13g未満	26.3																		
13g以上15g未満	19.3																		
15g以上17g未満	15.0																		
17g以上19g未満	8.6																		
19g以上	6.5																		
・脂質摂取の量と質に配慮した食事ができる (特に動物性脂質や乳脂質の摂取量を少なめにし、油脂を使ったお菓子(洋菓子やスナック菓子等)や食事が過度にならない)	大腸がん、乳がん 虚血性心疾患の予防	<div>図2 63 脂肪エネルギー比の比較</div> <table><thead><tr><th>地域</th><th>脂肪エネルギー比 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>国</td><td>26.3</td></tr><tr><td>新潟県</td><td>24.7</td></tr></tbody></table> <div>厚生省「国民栄養調査」(平成9年) 新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div>	地域	脂肪エネルギー比 (%)	国	26.3	新潟県	24.7	脂肪エネルギー比率を増やさない工夫の普及啓発 動物性脂質の摂取量を増やさない工夫の普及啓発										
地域	脂肪エネルギー比 (%)																		
国	26.3																		
新潟県	24.7																		

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																
<ul style="list-style-type: none">脂質摂取の量と質に配慮した食事ができる	虚血性心疾患の予防	<p>< 利用可能な指標 ></p> <p>県民栄養実態調査</p> <p>今後目指したい方向性</p> <ul style="list-style-type: none">脂肪エネルギー比は、現状より増えない動物：植物：魚類（４：５：１） <p>動物性脂質比率が現状より増えない</p> <p>（乳脂質は動物に入ることにより留意が必要）</p>	生活習慣病の予防に重点を置いた普及啓発																
<ul style="list-style-type: none">カルシウムの摂取量を多くする食事の工夫ができるカルシウムを多く含む食品（豆類、緑黄色野菜、乳製品等）を用いて、料理の中でカルシウム摂取を増やす工夫を行う（除脂肪乳や低脂肪乳を利用する等乳脂質摂取量が増えないような配慮を行う）	骨粗しょう症の予防	<div><p>図 2 64 所要量に対するカルシウム摂取量の充足状況</p><table><thead><tr><th>所要量に対するカルシウム摂取量の充足状況 (%)</th><th>割合 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>50%未満</td><td>3.0</td></tr><tr><td>50%以上 70%未満</td><td>11.9</td></tr><tr><td>70%以上 90%未満</td><td>26.4</td></tr><tr><td>90%以上 110%未満</td><td>21.9</td></tr><tr><td>110%以上 130%未満</td><td>20.4</td></tr><tr><td>130%以上 150%未満</td><td>8.1</td></tr><tr><td>150%以上</td><td>8.3</td></tr></tbody></table></div> <p>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</p> <p>< 利用可能な指標 ></p> <p>県民栄養実態調査</p> <p>今後目指したい方向性</p> <ul style="list-style-type: none">カルシウム摂取量を多くする食事の工夫特に10歳代、20歳代で充足率を満たしている者の増加	所要量に対するカルシウム摂取量の充足状況 (%)	割合 (%)	50%未満	3.0	50%以上 70%未満	11.9	70%以上 90%未満	26.4	90%以上 110%未満	21.9	110%以上 130%未満	20.4	130%以上 150%未満	8.1	150%以上	8.3	カルシウムの摂取量を増やす工夫の普及啓発
所要量に対するカルシウム摂取量の充足状況 (%)	割合 (%)																		
50%未満	3.0																		
50%以上 70%未満	11.9																		
70%以上 90%未満	26.4																		
90%以上 110%未満	21.9																		
110%以上 130%未満	20.4																		
130%以上 150%未満	8.1																		
150%以上	8.3																		
<ul style="list-style-type: none">食物繊維の摂取量を多くする食事の工夫ができる	血清コレステロールの低下	<p>今後目指したい方向性</p> <ul style="list-style-type: none">食物繊維が多く取れる食品(穀類、野菜、いも、海藻、果物等)の摂取量は相対的に見て増える方向	食物繊維を多く含む食品の摂取に心がけ、食事のなかで、無理なく摂れる工夫の普及啓発																

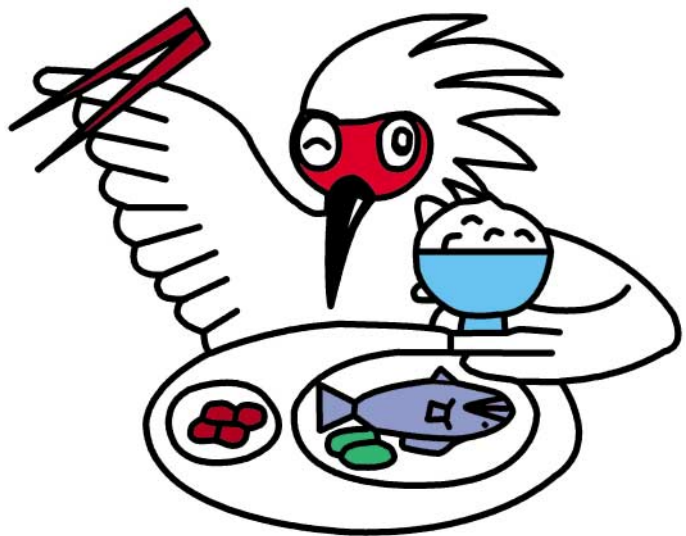
望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																																																																																										
<ul style="list-style-type: none">・間食やお菓子、飲物等を摂る場合には、1日のエネルギー摂取量、糖分や脂質の量に配慮することができる	肥満の予防		<p>適正な間食の量を自ら判断できる食教育の推進</p> <p>菓子や飲物等の栄養成分表示等の普及</p>																																																																																										
<p>アルコールと上手につきあうことができる</p> <ul style="list-style-type: none">・節度ある適正な飲酒¹⁾を理解し、習慣的な飲酒はこの量を限度とする・お酒を飲まない日を設ける・常に自分の飲んでいる量を認識しながら飲む・多量飲酒²⁾をしない・お酒に弱い人は飲まない・妊婦はお酒を飲まない	<p>高血圧の予防</p> <p>一部のがん（食道がん等）の予防</p> <p>肝障害の予防</p> <p>膵障害の予防</p> <p>アルコール依存症の予防</p> <p>脳血管疾患の予防</p> <p>胎児性アルコール症候群等の予防</p>	<p>図2 65 性・年齢階級別酒の飲酒状況 男</p> <table><thead><tr><th>年齢階級</th><th>常時飲む (%)</th><th>時々 (%)</th><th>飲まない (%)</th><th>不明 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>80歳以上</td><td>37.7</td><td>14.3</td><td>44.0</td><td>4.0</td></tr><tr><td>70歳代</td><td>49.7</td><td>15.2</td><td>30.7</td><td>4.3</td></tr><tr><td>60歳代</td><td>57.3</td><td>16.3</td><td>21.9</td><td>4.5</td></tr><tr><td>50歳代</td><td>60.6</td><td>16.8</td><td>17.9</td><td>4.6</td></tr><tr><td>40歳代</td><td>60.5</td><td>18.3</td><td>16.4</td><td>4.9</td></tr><tr><td>30歳代</td><td>52.6</td><td>24.5</td><td>19.2</td><td>3.6</td></tr><tr><td>30歳未満</td><td>28.0</td><td>34.9</td><td>35.2</td><td>1.8</td></tr><tr><td>平均</td><td>53.9</td><td>16.5</td><td>25.2</td><td>4.4</td></tr></tbody></table> <p>新潟県成人病予防協会「平成10年度健康診査結果集計」</p> <p>図2 66 性・年齢階級別酒の飲酒状況 女</p> <table><thead><tr><th>年齢階級</th><th>常時飲む (%)</th><th>時々 (%)</th><th>飲まない (%)</th><th>不明 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>80歳以上</td><td>2.8</td><td>4.5</td><td>89.7</td><td>3.0</td></tr><tr><td>70歳代</td><td>3.0</td><td>6.0</td><td>88.0</td><td>3.1</td></tr><tr><td>60歳代</td><td>4.0</td><td>10.0</td><td>83.3</td><td>2.8</td></tr><tr><td>50歳代</td><td>7.3</td><td>17.5</td><td>72.8</td><td>2.3</td></tr><tr><td>40歳代</td><td>10.1</td><td>25.8</td><td>61.9</td><td>2.3</td></tr><tr><td>30歳代</td><td>10.2</td><td>26.1</td><td>61.1</td><td>2.5</td></tr><tr><td>30歳未満</td><td>7.9</td><td>30.0</td><td>61.1</td><td>1.0</td></tr><tr><td>平均</td><td>5.6</td><td>13.8</td><td>77.9</td><td>2.7</td></tr></tbody></table> <p>新潟県成人病予防協会「平成10年度健康診査結果集計」</p> <p><あると有用な指標> 1 回当たりの飲酒量</p>	年齢階級	常時飲む (%)	時々 (%)	飲まない (%)	不明 (%)	80歳以上	37.7	14.3	44.0	4.0	70歳代	49.7	15.2	30.7	4.3	60歳代	57.3	16.3	21.9	4.5	50歳代	60.6	16.8	17.9	4.6	40歳代	60.5	18.3	16.4	4.9	30歳代	52.6	24.5	19.2	3.6	30歳未満	28.0	34.9	35.2	1.8	平均	53.9	16.5	25.2	4.4	年齢階級	常時飲む (%)	時々 (%)	飲まない (%)	不明 (%)	80歳以上	2.8	4.5	89.7	3.0	70歳代	3.0	6.0	88.0	3.1	60歳代	4.0	10.0	83.3	2.8	50歳代	7.3	17.5	72.8	2.3	40歳代	10.1	25.8	61.9	2.3	30歳代	10.2	26.1	61.1	2.5	30歳未満	7.9	30.0	61.1	1.0	平均	5.6	13.8	77.9	2.7	アルコールと上手につきあう普及啓発
年齢階級	常時飲む (%)	時々 (%)	飲まない (%)	不明 (%)																																																																																									
80歳以上	37.7	14.3	44.0	4.0																																																																																									
70歳代	49.7	15.2	30.7	4.3																																																																																									
60歳代	57.3	16.3	21.9	4.5																																																																																									
50歳代	60.6	16.8	17.9	4.6																																																																																									
40歳代	60.5	18.3	16.4	4.9																																																																																									
30歳代	52.6	24.5	19.2	3.6																																																																																									
30歳未満	28.0	34.9	35.2	1.8																																																																																									
平均	53.9	16.5	25.2	4.4																																																																																									
年齢階級	常時飲む (%)	時々 (%)	飲まない (%)	不明 (%)																																																																																									
80歳以上	2.8	4.5	89.7	3.0																																																																																									
70歳代	3.0	6.0	88.0	3.1																																																																																									
60歳代	4.0	10.0	83.3	2.8																																																																																									
50歳代	7.3	17.5	72.8	2.3																																																																																									
40歳代	10.1	25.8	61.9	2.3																																																																																									
30歳代	10.2	26.1	61.1	2.5																																																																																									
30歳未満	7.9	30.0	61.1	1.0																																																																																									
平均	5.6	13.8	77.9	2.7																																																																																									

1) 節度ある適正な飲酒：純アルコールで20g以内（日本酒換算で1合以内） 「健康日本21」から

2) 多量飲酒：純アルコールで60g以上（日本酒換算で3合以上） 「健康日本21」から

(ウ) 考えられる対策

- a 生活の質や栄養素（食物）摂取の観点から
 - (a) 食を通じた生活の質の向上を図ることに重点を置く普及啓発
 - (b) 生活習慣病の予防に重点を置いた普及啓発
 - (c) 食事を楽しむことができる歯や摂食・嚥下機能の保持
 - (d) 自らのライフスタイルや生活リズムに配慮した、食事の作り方や摂り方の普及啓発
 - (e) 無駄の少ない食材や調理方法等のエコクッキングについての普及啓発
 - (f) 主食（米等の穀類） 主菜（魚・肉類等） 副菜（野菜等）を基本としたバランスのとれた食生活の普及啓発
 - 特に県民栄養実態調査の現状を踏まえて -
 - ・緑黄色野菜の摂取量を増やす。
 - ・食塩の摂取量を減らす。
 - ・カルシウムの摂取量を増やす工夫をする。
 - ・脂肪エネルギー比率を増やさない工夫の普及啓発
 - ・動物性脂質の摂取量を増やさない工夫の普及啓発
- b 自分の適正な栄養や食事が判断できるための支援
 - (a) 適正な食事を自ら判断できるための情報の提供及び食教育の推進
 - (b) 自らの食事内容が把握できるシステムづくりの推進
（外食や惣菜の分かりやすい栄養成分表示等）
 - (c) 個人を対象とした栄養・食生活の診断と処方等の栄養評価指導体制の整備



ウ 運 動

(ア) 運動と健康づくり

運動には、いわゆる「スポーツ」など、ある程度強度のものをを行う特別な活動であるとのイメージがありますが、人間は、日常の生活や社会活動のなかで身体を動かしており、このような身体活動の全体を運動ととらえる視点が必要です。

日常生活における運動量は、機械化・省力化によって急激に減少し、更に付加的な運動習慣が少ない「運動不足」の者が増加していますが、「運動不足」の者が疾病に罹患しやすく、寿命が短いことが明らかにされてきました。しかし、運動不足を、時々行うスポーツのみで補うことには無理があります。むしろ、家事、通勤のための歩行など、日常生活での運動量を増やすとともに、散歩、空き時間を利用した遊び・体操等を通して、付加的な運動を無理なく取り入れることが、身体的な健康を維持するために有効です。例えば、10分程度の歩行を1日に数回加える程度でも、健康面での効果が期待できます。

さらに、運動には楽しみ・趣味としての要素もあります。余暇を利用したスポーツ・サークル活動等は、ストレス発散や仲間づくりを通しての「こころの健康づくり」や生活の質の面からの効果が期待できます。

図 2 67 運動の3要素

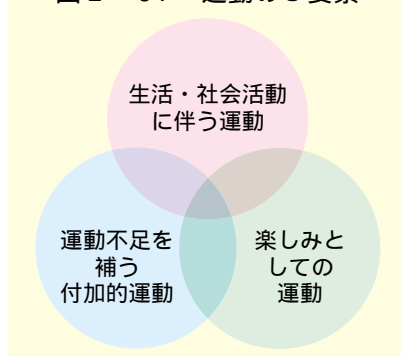


表 2 6 運動（主に有酸素運動）により期待できる効果

総合的な観点から 寿命延長、総合的な生活の質の維持 (特に小児期において) 基本的な活動能力の発達
疾病予防の観点から(予防が期待できる疾病) 大腸がん、脳血管疾患、虚血性心疾患(急性心筋梗塞・狭心症)、糖尿病、高齢者の骨折、痛風、脂肪肝
疾病の危険因子改善の観点から(改善・予防が期待できる危険因子) 高血圧、血清脂質異常、肥満、骨密度の低下(骨粗鬆症)、筋力低下、高尿酸血症
生活の質(QOL)や「こころの健康づくり」の観点から ストレス解消、家族や運動仲間とのふれあい、活動的な老後(筋力・心肺機能の維持)、肩こり・腰痛・便秘・不眠等の症状改善

表 2 7 運動の危険性

危 険 性	注 意 事 項
急性心筋梗塞や突然死発症の引き金 脱水・熱中症 怪我	特に中・高齢者、高血圧や心疾患、高脂血症、糖尿病などに罹患している者、運動によって胸が痛くなったり冷や汗が出たり異常に動悸を感じる者、胸や筋肉などに整形外科的な問題がある者では注意が必要

一方、運動には危険性もあり、特に高齢者や心疾患に罹患している者、高血圧等循環器疾患の危険因子を有している者等では、急性心筋梗塞発症や突然死等の引き金になる場合があります。また、暑い時期の運動は脱水・熱中症を引き起こす可能性があり、体力を越えた無理な運動は怪我の原因にもなります。

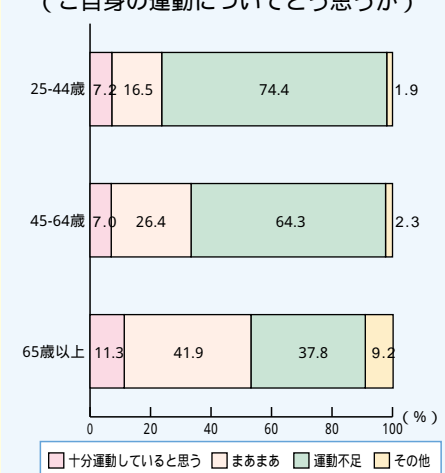
新たに運動や今まで以上の運動を行う場合には、健康の事前チェックや医師・指導者のアドバイス等によって自己の状態を把握しておく必要があります。また、適切なアドバイスができる指導者の養成や、安全に楽しく運動できる環境（歩道、公園、運動施設等）の整備も重要です。

運動には、何らかの障害が起こることがあるため、日ごろから救急の場合の対応について学ぶことも大切です。学校教育、日本赤十字社や消防署での救急教室、運動教室の場等で救急処置法を学べるシステムづくりも視野に入れる必要があります。

(f) 目標と望ましい姿

実現目標： 運動の3要素をバランス良く取り入れ、さまざまな手段を利用して十分な日常運動量を確保する
 楽しみとしての運動や、運動を通した楽しみがある
 安全に運動が行える

(「望ましい姿」すべてが、3つの実現目標と関係しています。)

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																				
特別な運動だけではなく、身体活動全体が身体的な健康維持のために重要な運動であることが理解できる	運動の効果について関心が高まる		<p><行政サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none">・運動の効果や危険性について適切な情報の提供をする・体育教育やクラブ活動を通した健康意識の啓発（競技スポーツに偏らない学校教育）																				
日常の運動量が把握できる	日常生活で、運動量を増やす工夫ができる	<div>図 2 68 運動量自己評価の状況 （ご自身の運動についてどう思うか）</div>  <table><thead><tr><th>年齢層</th><th>十分運動していると思う (%)</th><th>まあまあ (%)</th><th>運動不足 (%)</th><th>その他 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>25-44歳</td><td>7.2</td><td>16.5</td><td>74.4</td><td>1.9</td></tr><tr><td>45-64歳</td><td>7.0</td><td>26.4</td><td>64.3</td><td>2.3</td></tr><tr><td>65歳以上</td><td>11.3</td><td>41.9</td><td>37.8</td><td>9.2</td></tr></tbody></table> <div>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div>	年齢層	十分運動していると思う (%)	まあまあ (%)	運動不足 (%)	その他 (%)	25-44歳	7.2	16.5	74.4	1.9	45-64歳	7.0	26.4	64.3	2.3	65歳以上	11.3	41.9	37.8	9.2	<p><県民サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none">・歩数計やカロリー計、運動日記等による把握 <p><行政サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none">・歩数計、運動評価法等の普及啓発
年齢層	十分運動していると思う (%)	まあまあ (%)	運動不足 (%)	その他 (%)																			
25-44歳	7.2	16.5	74.4	1.9																			
45-64歳	7.0	26.4	64.3	2.3																			
65歳以上	11.3	41.9	37.8	9.2																			

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
<p>通勤、家事、買い物等の生活活動や、空き時間等を利用した付加的運動を取り入れることによって、日常の運動量が十分にある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日の歩数が1万歩ある ・付加的な運動の習慣がある 	<p>肥満の予防</p> <p>生活習慣病の予防</p> <p>その他運動により期待できる効果（表2-6参照）</p>	<p>図2 69 平均歩数</p> <p>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</p> <p>図2 70 1日平均歩数(性年齢階級別)</p> <p>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</p> <p>図2 71 運動習慣の有無の状況</p> <p>新潟県「県民栄養実態調査」</p>	<p><県民サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通勤、通学、買い物等で、公共交通機関を利用し、歩行や自転車等を組み合わせて運動量を増やす工夫をする ・散歩や空き時間を利用し、運動を積極的に行う <p><行政サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ノーマイカーデーの推進 ・マイカー乗り入れ制限区間の設定と、区間外駐車場の整備 ・距離に応じた通勤・通学方法の提案 ・歩道、自転車道、駐輪場などの整備 ・利用しやすい運動施設の整備・普及

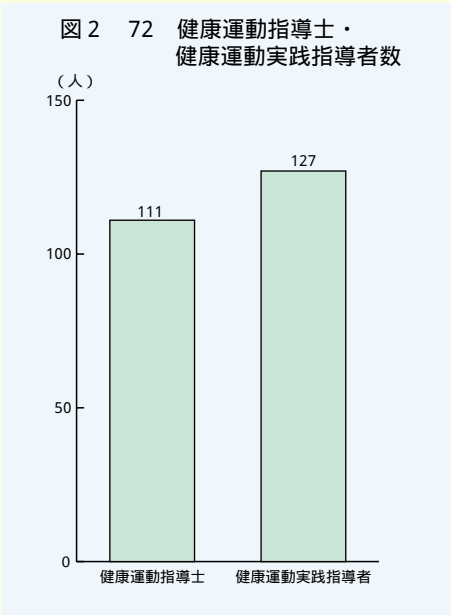
望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
<p>運動を通じたストレス解消</p> <p>仲間づくりや社会活動ができる</p>	<p>ストレス解消</p> <p>家族や運動仲間とのふれあい</p> <p>生活習慣病の予防</p> <p>その他運動により期待できる効果 (表2-6参照)</p>		<p><県民サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・楽しめる運動を見つける <p><行政サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用しやすい運動施設の整備・普及 ・学校のグラウンド・体育館の夜間解放等、運動サークルへの支援
<p>安全に運動を行える</p>	<p>運動の危険性について関心が深まる</p> <p>自分の健康状態を把握できる</p> <p>運動の安全性を理解できる</p>	<p>図2 72 健康運動指導士・健康運動実践指導者数</p>  <p>「健康対策課調べ」(平成11年10月末現在)</p>	<p><県民サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断や医師への相談等によって、自分の体力や健康状態を把握する ・危険な徴候について学習し、無理な運動をしない <p><行政サイドの対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動前のチェックリストなど、自己チェックの方法についての普及啓発 ・安全な運動法や危険な徴候の周知 ・指導員の養成及び指導を受けられる場の整備と広報

図2 8 運動のための自己チェック（PAR-Q）¹⁾

PAR-Qは、自己診断のためのものです。規則正しい運動は、健康増進に役立ちます。あなたが生活のなかで運動量を増やそうと思う場合、PAR-Qに答えるのが賢明な第一歩です。

運動によって、障害を起こしては大変です。PAR-Qは運動をやってはいけない人や、自分に適した運動の種類について、医師よりアドバイスが必要な人を見つけるためのものです。

下の文章をよく読んで、質問に答えて当てはまる方に（ ）印をして下さい。

はい いいえ

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 医師より心臓に問題があると言われたことがありますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 心臓や胸部が痛むことがしばしばありますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 気を失いそうになったり、強い息切れの発作がありますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 血圧が高すぎると言われたことはありますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. 運動で悪くなるような骨や関節の障害があると言われたことはありますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. これ以外に運動ができない身体的な理由を持っていますか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. 65歳以上で、強い運動をやったことがないですか？ |

1つ以上「はい」があった場合

もし、最近医師に相談していなければ上記の質問の「はい」の項目について医師と相談してください

医学的検査の後で、運動のやり方について医師と相談してください

すべて「いいえ」の場合

徐々に強度を増すプログラムに参加し、体力検査を受けて下さい

感冒等、一時的な病気になった場合延期する

財団法人 日本食生活協会「健康づくりのための運動指針」



1) PAR-Q: Physical Activity Readiness Questionnaire

(カナダのプリティッシュコロンビア州厚生省により開発された身体活動状態検査質問表であり、自己チェック表の一例として示す。)

(3) 個別の疾病等についての対策

総合的なからだの健康については、第1章分野別の健康づくりの「2 からだの健康」(P.40)で説明していますが、さらに、この項目では、各疾病群の予防を考える際に、県が重要と考える個別の疾病についての対策方針を示します。

がん(悪性新生物)、循環器疾患、糖尿病、高齢者の骨折に示す疾病の予防については、「からだの健康を取り巻く総合的な対策」の「たばこの問題」、「栄養・食生活」、「運動」で示したように、良好な生活習慣を身に付けることが、効率的な疾病の予防のために重要ととなっています。歯科疾患、リハビリテーションについては、更に個別の視点からの対策が必要であり、その要点を示します。

なお、従来から保健活動の中心として取り組まれてきた検診については、早期発見・早期治療という観点に加えて、今後は、検診データをもとに県民一人ひとりの健康づくり活動の効果を評価するという考え方も広めていく必要があります。

ア がん(悪性新生物)

長期目標：がん(悪性新生物)死亡(特に壮年期死亡)や罹患の減少

部位別では

胃がん・子宮がん死亡率低下傾向の維持

肺がん()、大腸がん、乳がん()死亡率上昇傾向の抑制から減少へ

各がん罹患率の低下

長期目標に対応する評価指標

：全がん及び部位別がんの年齢調整死亡率と壮年期総死亡率

：がん登録を利用した各がんの推定罹患率

(印は、肺がんの死亡率が上昇を続けていること、乳がんは治療後の乳房欠損・変形等がこころの健康や生活の質にも大きく関わってくるため、特に重点と考えます。)

がん(悪性新生物)は、45歳から64歳の死亡の半数近くを占めており、壮年期死亡の減少という観点から最も重要な疾病です。

がん(悪性新生物)の一次予防では、ほとんどのがん(悪性新生物)で関連性が指摘されている喫煙対策が最も重要です。次いで、野菜(特に緑黄色野菜)の積極的な摂取を勧めることが大切です。

また、平成10年度に実施した「がん検診評価・推進事業報告書」において、本県では質の高いがん検診が行われていることが示されたところですが、二次予防では、検診による早期発見・早期治療の有効性や検診のリスク等について広く県民に知識の普及啓発を行って、自主的な受診行動に結びつけることが大切です。

また、検診受診者に対しては、一次検診で異常があった場合にどのような二次検診(精検)が行われるのかなど、検診の仕組みや進め方について周知を図ることにより、二次検診(精検)受診率の向上につなげます。

部位別のがん(悪性新生物)で追加する対策については、以下のとおりです。

(ア) 胃がん

胃がんの年齢調整死亡率は低下しつつありますが、この傾向を維持することが重要です。この死亡率低下には、高塩分食の摂取が減少してきたなどの食生活の変化や、検診による

早期発見・早期治療等が関与したことが考えられ、従来から実施されてきた検診等の対策を引き続き推進していきます。

(イ) 肺がん

一次予防では、喫煙対策、緑黄色野菜の積極的な摂取が重要であるため、この点に重点を置いた取組を進めていきます。

二次予防では、更に早期発見・早期治療を推進する必要性が指摘されています。その方策として、X線間接撮影による従来型の検診で指摘された異常については確実に精密検査に結びつけ、ヘリカルCT¹⁾を利用した検診体制を検討します。

なお、ヘリカルCTを利用した検診については、今後その有効性について評価していきます。

(ウ) 大腸がん

一次予防では、肉食（あるいは動物性脂質摂取）や野菜不足が発症と関連する可能性が指摘されており、いわゆる「食生活の欧米化」の歯止めをかけることが重要です。特に若い世代での肉食嗜好が懸念されます。「からだの健康を取り巻く総合的な対策」における栄養・食生活分野の対策において、この点に重点を置いた取り組みを進めます。

二次予防では、便潜血を利用した簡便な検診は早期発見・早期治療に寄与することが示されています。しかし、大腸内視鏡を用いた二次検診は、専門の技術を持った医師が必要であり、一次検診受診者が増えた場合には二次検診受診者も増加することから、これに対応できるように医師の養成や確保を促進するなど医療機関との連携を進めていきます。

(エ) 乳がん

女性の乳がん死亡率は第6位ですが、近年増えてきています。たとえ治癒したとしても乳房欠損・変形などがこころの健康や生活の質にも影響することなどから重要な疾病です。

一次予防では、緑黄色野菜や果物の摂取不足や、閉経後の肥満などが発症と関連すると指摘されています。また、未婚、初婚年齢が高いこと、高年初産等が発症と関連するとの指摘があります。これらに対する知識の普及啓発を図ります。高脂肪食と乳がんの関連性については未だ結論が出ていませんが、高脂肪食を特徴とする地域で発症率が高いことが指摘されています。高脂肪食に偏らない食生活を維持するように、栄養・食生活対策のなかで重視することが望ましいといえます。

二次予防では、マンモグラフィ²⁾を利用した検診が早期発見・早期治療に有効であることが指摘されています。早期発見により乳房を温存した治療も可能であり、生活の質の維持にも寄与できることから、マンモグラフィを用いた乳がんの検診体制の充実を促進します。併せて今後は、その有効性についても評価していきます。

(オ) 子宮がん

子宮がんは、発生する部位により頸がんと体がんに分けられます。頸がんは性体験や出産経験が多い女性に、体がんは妊娠経験のない女性に多くみられる傾向があります。最近では、30歳代における検診での頸がん発見率が高くなっています。頸がんの発症にはウイルス感染が関係するとの指摘もあることから、若い世代に対し、性感染の予防に関する情報の提供に努めます。

1) ヘリカルCT：ヘリカルCTは、身体の断層像を得ることができるCTの新しい手法の1つ。胸部撮影においては、従来困難であった1cm以下の小さな病変を捉えることができ、肺がん等の早期診断が可能となった。

2) マンモグラフィ：乳房エックス線撮影装置

また、二次予防では、現在、頸がん検診は全市町村で実施されていますが、体がん検診を実施している市町村が少ないので、市町村で体がん検診を受けられる体制づくりを検討します。

イ 循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）

長期目標： 循環器疾患死亡率（特に壮年期死亡）の低下
病類別では
ア 脳血管疾患死亡率の低下（ ）
イ 虚血性心疾患死亡率低下傾向の維持
脳血管疾患罹患率の低下とそれに伴う痴呆や寝たきりの減少

長期目標に対応する評価指標

- ：循環器疾患全体及び疾患別の年齢調整死亡率・壮年期死亡率
- ：循環器疾患全体及び疾患別の年齢階級別受療率
- ：脳血管性痴呆の年齢階級別有病率や介護者数
- ：脳血管疾患による年齢階級別の寝たきり者率や要介護者率

（ 印は、壮年期死亡の減少や健康寿命の延伸の観点から特に重点と考えます。）

中期目標： 県民の血圧レベル低下と高血圧者の減少（ ）
未治療高血圧者の減少（ ）
糖尿病（ ）について（糖尿病の項P.84を参照）
県民の血清コレステロール値上昇傾向の抑制

中期目標に対応する評価指標

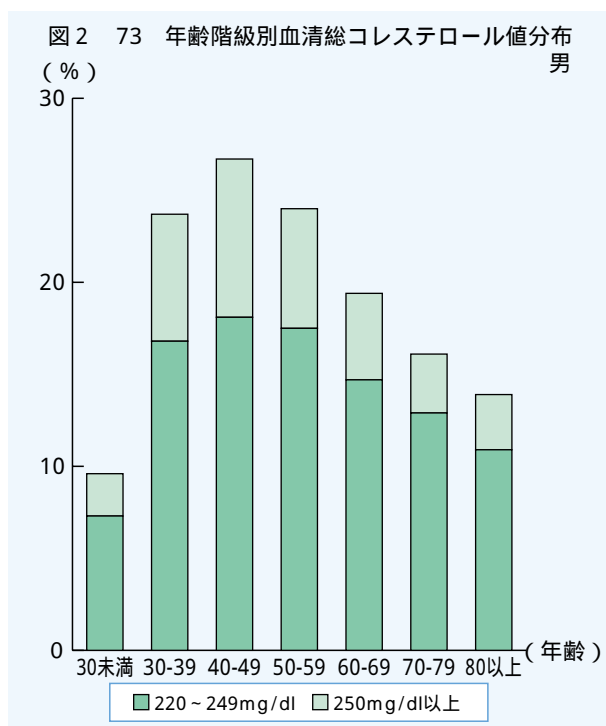
- ：基本健康診査や県民栄養実態調査を利用して
年齢階級別の血圧レベル及び高血圧の者の割合
年齢階級別の高血圧で未治療者の割合
糖尿病に関する指標（糖尿病の項P.84を参照）
年齢階級別血清総コレステロール値（今後可能ならLDLコレステロール値）及び高コレステロール症者の割合
（ 印は、高血圧は脳血管疾患の危険因子であり、糖尿病が重なった場合は発症リスクも高くなることから、特に重点と考えます。）
- ：その他の健康指標
高血圧の年齢階級別の受療率（短期から中期的には未治療者の掘り起こしにより増加の方向を目指す。）
高血圧性疾患の年齢階級別の死亡率、年齢調整死亡率

循環器疾患の予防では、高血圧がほぼすべての疾病の危険因子であることから、血圧対策に最も重点を置く必要があります。血圧上昇を予防するためには、従来から行われてきた、食塩摂取量の低減とカリウムを含む食品の積極的な摂取、過度な飲酒に対する対策、肥満対策、運動の推進等が重要です。複数の危険因子が重なった場合には循環器疾患の発症リスクも高くなることから、従来の「血圧対策」のように「血圧を下げるために、何々しましょう」といった決められた治療法を容易に勧めるだけではなく「喫煙対策」や「糖尿病対策」等を総合的に取り組むことが重要です。

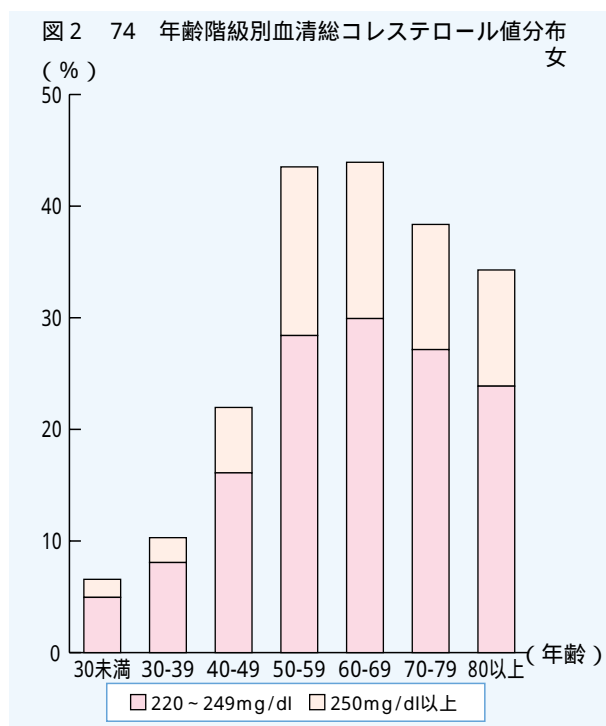
個別の疾病では、脳血管疾患が、壮年期死亡の観点だけではなく、痴呆や寝たきりの大きな要因であることから特に重要視しなければならない疾病群です。特に死亡、痴呆や寝たきりのいずれにおいても脳梗塞の関与が大きいことから、一次予防では血圧対策に加えて、喫煙対策、糖尿病対策等を推進していきます。

心疾患のうち生活習慣との関連が強い虚血性心疾患は、重要な危険因子である血清コレステロール平均値が近年我が国において上昇傾向にあることから、今後増加する可能性が指摘されています。特に若年者における肉食嗜好、高脂肪食嗜好等が将来の悪影響を及ぼす可能性があることから、栄養・食生活、運動を重視した対策を進めるとともに、虚血性心疾患予防の観点からも、喫煙対策、糖尿病対策等を推進します。

また、高コレステロール血症高値者が多数把握されており（図2-73、図2-74）、これらの者に対するより効果的な指導方法について検討します。



新潟県成人病予防協会「平成10年度基本健康診断結果集計表」
(新潟市を除く。)



新潟県成人病予防協会「平成10年度基本健康診断結果集計表」
(新潟市を除く。)

ウ 糖尿病

長期目標： 糖尿病罹患率の低下

糖尿病性腎症による人工透析や視覚障害等の糖尿病の合併症によって日常生活を著しく阻害されている者の減少

糖尿病が危険因子である疾病の減少

脳梗塞（ ） 虚血性心疾患

長期目標に対応する評価指標

：基本健康診査等を利用して

年齢階級別ヘモグロビン A1c 平均値と異常者割合

（全員実施の地区で評価）

糖尿病の年齢階級別推定罹患率（推定方式は国に準じて行う。）

糖尿病性腎症の年齢階級別人工透析新規導入率

：糖尿病性網膜症の患者の受療率や要介護者率

：脳梗塞、虚血性心疾患の年齢階級別死亡率と年齢調整死亡率

（印は、糖尿病が重なった場合は発症リスクも高くなることから、特に重点と考えます。）

中期目標： 未治療糖尿病患者の治療への導入率上昇

肥満者の減少

中期目標に対応する評価指標

：基本健康診査等を利用した糖尿病患者の未治療者と治療者の割合

：糖尿病の年齢階級別受療率

（短期的から中期的には未治療者の掘り起こしにより増加の方向を目指す。）

：基本健康診査や県民栄養実態調査等を利用した年齢階級別の肥満状況

糖尿病は腎症による人工透析、網膜症等による視覚障害、末梢神経障害による感覚異常、壊疽、動脈硬化を介した脳梗塞・心筋梗塞・閉塞性動脈硬化症等、多彩な合併症によって、生活の質を阻害する原因となります。これらを予防するためには、糖尿病に罹患する者を減らす一次予防、罹患者を早期に発見して確実に医療に結びつける二次予防の両方から対策を行う必要があります。

一次予防については、「からだの健康を取り巻く総合的な対策」に示された対策すべてが関係してくることから、総合的な健康づくりを推進します。対策の効果を高めるためには、境界型に区分される軽度の糖代謝異常者や糖尿病の家族歴がある者等の高危険群を対象とした重点的な指導が必要です。特に軽度の糖代謝異常は、糖尿病に至らなくても動脈硬化性疾患の危険因子になりうることを示されているため、健診等を通じた高危険群の把握と高危険群の者に対する健康教育、指導等の対策を推進します。

二次予防については、健診等で異常が指摘された者を確実に医療機関への受診につなげることを重点対策とします。また、糖尿病と診断された者に対しては、継続した医学的管理の必要性について普及啓発に努めます。

なお、一次予防では新たな糖尿病罹患者を減らすことを目的としていますが、二次予防で

の糖尿病の早期発見の推進や糖尿病診断基準の変更に伴い、短期的から中期的には患者数が増加することが予想されます。このような状況を踏まえた上で糖尿病実態調査の実施等により糖尿病対策の評価を行っていきます。

エ 歯科疾患

長期目標： むし歯の減少
進行した歯周疾患の有病者率の低下
自分の歯を多く持つ者の増加

長期目標に対応する評価指標

：乳幼児健診、学校健診、県民歯科疾患実態調査、県民栄養実態調査等を利用して
1人平均むし歯数（3歳児、5歳児、12歳児、17歳児）
歯周ポケットを有する者の割合（30歳、40歳、50歳）
現在歯数が多い者の増加（60歳、70歳、80歳）

中期目標： フッ化物の利用者率の増加
歯間部清掃用具の利用者率の増加
定期的な歯科医療機関における予防処置の受診者率の増加

中期目標に対応する評価指標

：市町村むし歯予防事業、県民歯科疾患実態調査、県民栄養実態調査等を利用して
フッ素塗布、フッ素洗口、フッ素入り歯磨剤を利用する者の割合
デンタルフロス、歯間ブラシ等を使用している者の割合
歯科医療機関でシーラント¹⁾、専門的歯面清掃等を受ける者の割合

歯を失う原因として、むし歯と歯周病が全体の約90%を占めていることから、本県では生涯を通じて、「一生自分の歯で食生活を楽しめる」ことを目標とした歯科保健施策を推進しています。

具体的には、むし歯を誘発する甘味飲食物の適正摂取等の食生活への配慮、むし歯や歯周疾患の原因となる歯垢を歯ブラシや歯間部清掃用具で除去すること、歯質を強化するフッ素を利用することなどが基本となります。

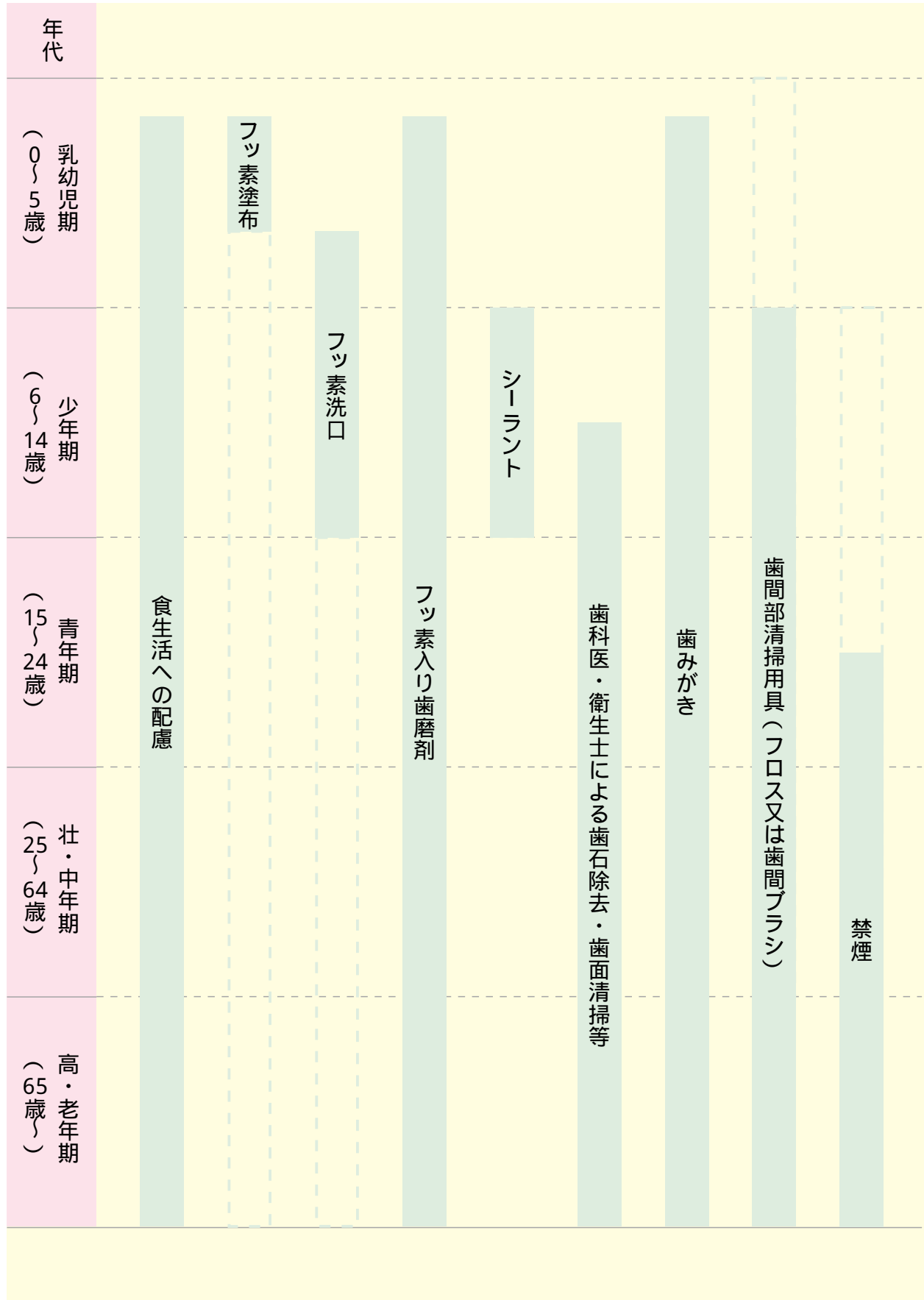
さらに、歯科医療機関を定期的に受診し、専門家による歯科健診、歯石除去・歯面清掃、奥歯を強化するシーラント¹⁾等の予防管理を受けることも必要です。

このように、歯の健康づくりは、県民への普及啓発と理解の向上を図りながら、適切な保健行動を生活習慣として定着し、生涯を通じ実践することが重要となります（図2-75）。

歯や口腔の健康を保つことは、単に食物を咀嚼するという点からだけでなく、充実した食生活、楽しい会話・表情等、豊かな人生を送るための基礎として大切です。

1) シーラント：むし歯が発生しやすい「歯の溝」を合成樹脂等でふさぐことにより、むし歯を予防する。

図2 75 歯や口腔の健康づくり 年代別保健行動指針



オ 高齢者の骨折予防

長期目標： 骨折が原因で寝たきりになる者の減少
骨折しにくい骨を持つ高齢者の増加

長期目標に対応する評価指標

- ：介護保険受給者の調査を利用して、骨折が原因で寝たきりになった者の年齢階級別人数及び人口に占める割合
- ：壮・中年期から高・老年期（特に女性）までの骨密度状況調査結果

中期目標： 高齢者における大腿骨頸部骨折の減少
加齢に伴う骨密度減少に対応できる骨を持つ者の増加（特に若年女性で）

中期目標に対応する評価指標

- ：高齢者における大腿骨頸部骨折の受療率
- ：青年期から壮・中年期（特に女性）の骨密度状況調査結果

高齢者の骨折予防対策については、骨折しにくい骨をつくる「骨粗しょう症対策」、転びにくい体力をそなえるための対策、転びにくい環境をつくる対策の3点が重要です。

(ア) 骨折しにくい骨をつくる「骨粗しょう症対策」

「からだの健康を取り巻く総合的な対策」で対処可能ですが、特に若年女性におけるカルシウム摂取を増やす、無理なダイエット指向をなくすなど栄養・食生活面での対策や若年から中・高年の積極的な運動推進に関しての対策を強調した健康づくりを進めていきます。なお、この効果が高齢者の骨折減少という形で現れるには数十年といったかなり長期の期間が必要です。

(イ) 転びにくい体力をそなえるための対策

高齢者の筋力・平衡機能低下を抑制するための運動対策で対処可能であり、これも「からだの健康を取り巻く総合的な対策」での一環として位置付けられます。

また、高齢者の歩き方に関する指導もここに含まれます。これらの効果は比較的短期的から中期的な対策で得られることから、運動対策ではこのような効果も視野に入れて進めていきます。

(ウ) 転びにくい環境を作る対策

高齢者の骨折予防を中期的に達成するために最も重要な対策であり、早急な取組が必要です。具体的に考えられる対策を次に示します。

- ・段差や急な起伏が少ない道路・歩道の整備
- ・段差がある道路や階段における手すりの設置
- ・家屋における段差の解消と手すりの整備や照明の工夫、転んだ時のショックが少ない床の普及等の対策
- ・杖やシルバーカーの普及

カ リハビリテーション

長期目標：脳卒中、その他の疾病等が原因で寝たきりになる者の減少

長期目標に対応する評価指標

：寝たきり者数の推移等、新たな指標が必要

中期目標：リハビリテーションを必要とする者が利用しやすい環境の整備

中期目標に対応する評価指標

：医療機関や地域でリハビリテーションが行える施設数と受療状況

：機能訓練に従事している各種専門職の実働数

脳卒中、高齢者の骨折、その他の疾病等で身体機能が低下した者の機能の維持向上は、その後の生活の質を高めるために重要です。

また、高齢化が進行し、介護を要する高齢者の数が増加すると予測され、社会資源を有効に活用するといった政策的な観点からも、可能な限り機能を維持向上して自立度を高める必要があります。

当面の対策として、障害者や高齢者等が地域において、疾病の発症後の早期リハビリテーションから在宅ケア、施設ケアまで必要なサービスが連続して受けられる体制、いわゆる「地域リハビリテーション」の体制整備に努めます。

3 こころの健康づくり

(1) 現状と課題 こころの健康を取り巻く環境と対策の方向性

ア 時代背景と現状

「こころの健康づくり」という言葉が広く一般的に使われ始めたのは、精神衛生法が精神保健法に改正された昭和62年以降になります。それまでの精神障害者対策は医療と保護を中心とした施策の展開がなされてきました。

昭和63年からスタートした第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）のなかで、「こころの健康づくり推進事業」が始まり、広く一般国民の精神的健康面を対象とした「こころの健康づくり」が、からだの健康づくりと一体として積極的に進めるという方向性が打ち出されました。

その背景には、高度成長時代から低成長時代への移行、価値観の多様化、人生の目標や目的意識の喪失、将来に対する不安、人間関係の希薄化等が広がって、こころのひずみ（ストレス状態）が現れやすい社会環境になってきたことがあげられます。また、その後のバブル崩壊によって倒産やリストラ・解雇等によるストレスも拡大しています。

このように先行きが不透明で不安な社会のなかで、さまざまなストレス等を背景とした「こころの問題」を一因とする自殺、アルコールや薬物への依存、いじめ・不登校等に大きく目が向けられるようになりました。

個人や集団が、自然災害や犯罪、事故等に巻き込まれた時に引き起こされるこころの障害（PTSD：心的外傷後ストレス障害）が注目されたことを契機に、社会的な危機管理の重要性も認識されるようになってきました。

このように「こころの健康」の重要性そのものは社会に十分認識され浸透してきていますが、「こころの健康づくり」については概念が抽象的で具体的に説明しにくい面があるため、実際の対策や活動としてはまだまだ県民になじみが薄いのが現状です。

イ 「からだの健康」と比較した「こころの健康」対策の問題点

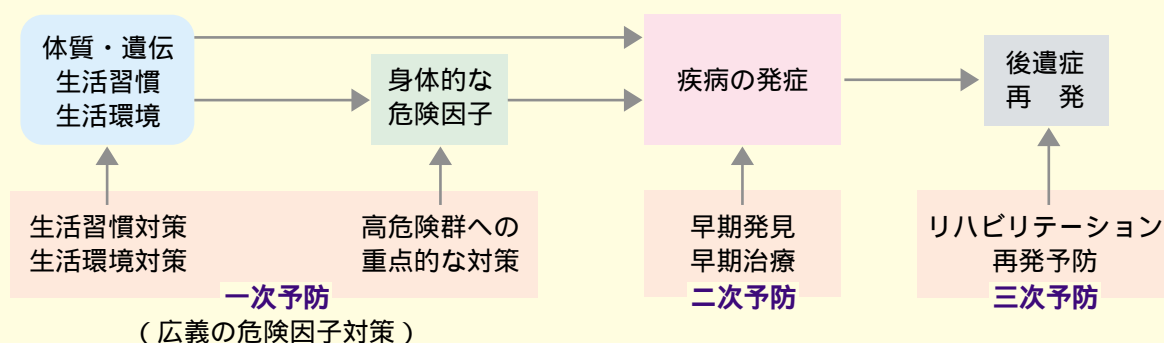
県においては、がん（悪性新生物）、脳血管疾患、心疾患をはじめとしたからだの疾病、特に生活習慣病においては、病因や発生機序が具体的に解明されていたり、疾病の状態を数値や肉眼等で確認できることが多いことから、原因（危険因子）と疾病の関係を結びつけて考え、これらの疾病を予防するため、危険因子の低減を目指すという対策がとられてきました。

一方、「こころへの負荷・刺激」から「こころのひずみ（ストレス状態）や疲労」、「こころの不調」、「こころの病」、「自殺、アルコールや薬物への依存、いじめ・不登校等目に見える問題」にまで至る「こころの問題」の発生・進展機序には未解明な部分やケース・バイ・ケースの部分の部分が大きいため、こころの健康づくりについては、総合的な対策を立てにくいということがあります。

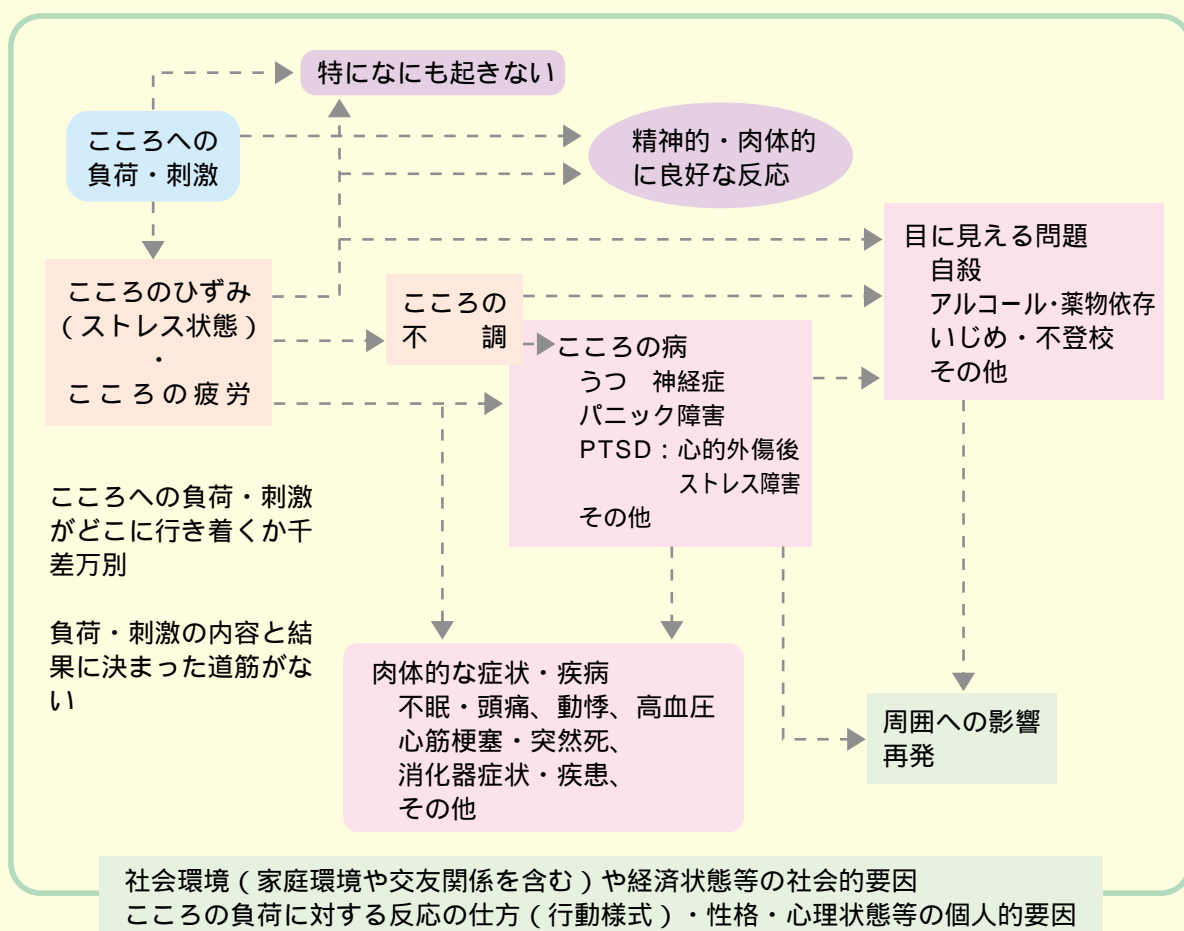
また、「自殺、アルコールや薬物への依存、いじめ・不登校等の目に見える問題」には社会的な関心が高いため、目に見えにくい「こころの不調」や「こころの病」には対策が遅れがちにならざるを得なかったという側面がありました。

図2 76 からだの健康、特に生活習慣病予防対策と比較したこころの健康対策の問題点

<生活習慣病の各レベルに応じた予防対策>



<こころの問題の発現経過及びこころの健康対策の問題点>



こころの問題では、ある程度の確率で予測できる道筋がなく、その時どきの社会環境や経済状態等の社会的要因、性格・行動様式・心理状態等の個人的要因によって、千差万別。特にからだの健康に比べて社会的要因の占めるウエイトが大きい。よってケース・バイ・ケースの対応が必要であり、一般化した対策が難しい。

ウ 「こころの健康づくり」の方向性

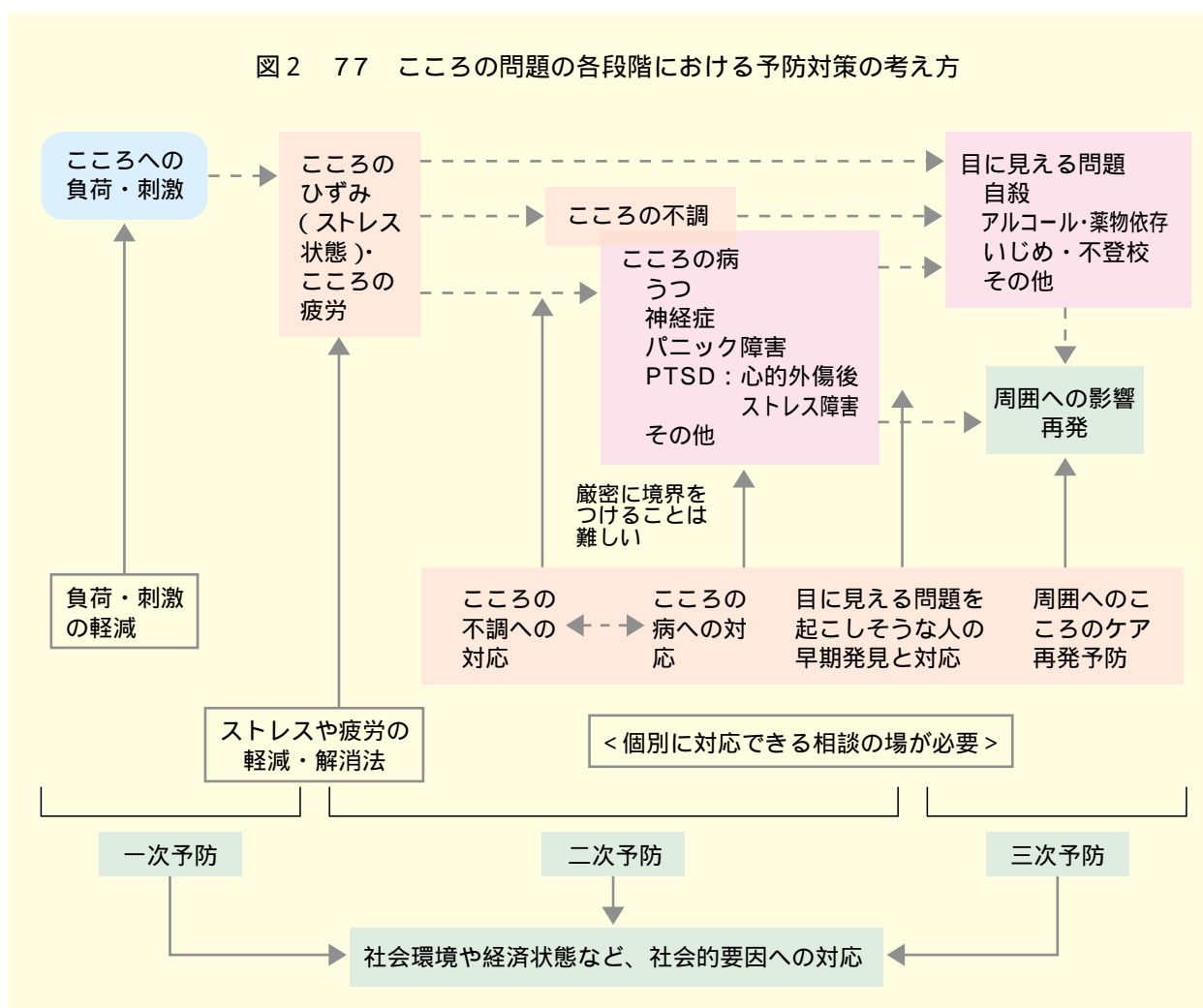
「21世紀はこころの時代」とも言われるようになってきました。そして、うつ、神経症等、こころのひずみ（ストレス状態）やこころの不調等が一因となって起きる「こころの病」を起こさないような休養のとり方、何らかのストレスにより、こころに不調を感じても、「こころの問題」を重症化させない対処方法を学んでいくことが、重要であると考えられるようになってきました。

このようなこころへの負荷・刺激の軽減される方法、ストレスを解消する方法を身に付けることは、「こころの病」や自殺、アルコールや薬物への依存、いじめ・不登校等「目に見える問題」の一次予防としての側面があります。

「こころの不調」や「こころの病」を自覚した者に対して適切な対処や治療を行うこと、あるいは「目に見える問題」が、まさに発症しようとしている者を把握して対処することは二次予防としての側面があります。

このような対策を立てる際、「目に見える問題」だけに目を向けるのではなく、根本的には、多くの人を対象となりうる「こころの病」への対応が重要です。さらに、「目に見える問題」が起きた後の「再発予防」や「周囲の者への影響軽減」を目的とした三次予防を行うことが重要です。

図2 77 こころの問題の各段階における予防対策の考え方



このような観点から、「こころの病」の一次・二次予防を「こころの健康づくり」としてとらえ、積極的に推進する必要があります。この際、「こころの不調」と「こころの病」には境界を設けることが難しく、誰もがこころの病になる可能性があるという意識をもつことが大切です。「目に見える問題」については「こころの健康づくり」だけで対応しきれない部分もあるので、個別の対策を考える必要があります。

こころの問題の発現・進展は個人差が大きいことから、一次から三次予防のすべての段階において、ケース・バイ・ケースに対応できる体制づくりと情報提供を重点として、「困ったときに相談できる場」を確保し周知を図る必要があります。

また、「こころの問題」は「いつ」、「どこで」、「だれに」起こるか予測できないことから、専門家や組織、施設等をあらかじめリストアップしておき、いつでも対応できるような危機管理の考え方を取り入れる必要があります。

さらに、県民一人ひとりが「こころの問題」をかかえた者に対する理解を深め、互いに支え合うという考え方を広める必要があります。その一方で、このような「こころの問題」や「目に見える問題」の背景にある社会環境にも広く目を向けて対策を考えることが必要です。

(ア) 「こころの問題」にかかわる相談体制整備の方向性

a 個別の対応体制の整備

(a) 相談機関や施設の周知と拠点化

- ・こころの問題全般やその支援・援助等に精通した専門家を保健所や市町村等の各保健関係機関に配置していく。

(b) 相談窓口の拡充

- ・健康問題で住民と接する地域の担当者（保健婦等）に対し研修を実施

b 情報提供や支援のネットワーク化、システム化

(a) リストアップし、広く提供することが望ましい情報

- ・こころの問題や健康づくりについて情報を集約し、相談先を教えてくれる「窓口」（行政の窓口（精神保健福祉センター、保健所等）、ボランティアグループ等）
- ・地域や団体におけるこころの健康づくり活動と窓口、その内容（健康教室、ボランティア活動、趣味や運動の同好会等）
- ・こころの問題について気軽に相談できる場（行政の窓口（精神保健福祉センター、保健所等）、病院、クリニック開業カウンセラー、いのちの電話、インターネットの相談サイト等）
- ・自助グループなど悩みをもった者が互いに支援し合うことを目的とした組織及びその活動内容（家族会、患者会、断酒会、A A¹⁾、ボランティアグループ、ピアカウンセリング等）
- ・専門組織及びその活動内容（日本精神保健福祉連盟、精神病院協会、精神保健福祉協会等）

(b) 情報の収集・提供元として想定される機関（精神保健福祉センター）

1) A A : Alcoholic Anonymous（匿名アルコール依存者の会）経験や知識・力・希望を分かち合って問題を解決し、アルコール依存からの回復や断酒の維持を支援しあう人々の集まり。

(2) ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防

長期目標：こころの問題に苦しんでいる者の減少

中期目標：こころの問題についての県民の理解と相互支援、専門家への積極的な相談

中期目標に対応する評価指標

：自助グループ活動やこころの問題に関するボランティアグループ等の数や活動状況
軽度のこころの問題に関する精神科受診者数や保健相談数（増える方向で）等

実現目標

ア 一次予防

(ア) ストレスに負けないための生き方、休養のとり方

ストレスやこころの疲労を蓄積させない方法を身に付ける

(イ) ストレスの原因の軽減

自らに好ましくないストレスをもたらす原因を把握でき、必要な場合には軽減することができる

他者に負荷・刺激をかける立場にある者は、相手へのストレスに目を向け過大なストレスを与えないように配慮できる

イ 二次予防

(ア) 「こころの不調」や「こころの病」を自覚したときの対処

自他の「こころの不調」や「こころの病」の徴候に気づき、適切な対処ができる

ア 一次予防

(ア) ストレスに負けないための生き方、休養のとり方

「こころへの負荷・刺激」は、日常のなかに多く存在しており、その結果、生じる「こころのひずみ（ストレス状態）」や疲労は避けられません。また、適度なストレスによる緊張感は人生のスパイスとしての側面もあり、必ずしもストレスを感じるが悪いわけではありません。しかし、「こころへの負荷・刺激」や「ストレス」に常にさらされ続けることは、こころの疲労として現れます。この疲労を蓄積させずに回復するため、こころを休めることが必要になります。そのための睡眠は最も基本的な手段ですが、他にも自分に合ったリラックス方法等を身に付け、積極的にこころを休ませることも必要です。

また、人生の目標や目的意識、生きる楽しみの喪失等は、こころの問題全般にわたって悪影響を及ぼします。そのため、健康の3本柱の一つである「いきがい・生きる喜び」を見いだすことは、こころの健康づくりにおいても重要な役割を担っています。積極的な社会参加や趣味等を通して「いきがい・生きる喜び」を養う（休養の「養」）ことがこころの健康づくりにとっても欠かせません。

以上のような休養の二つの側面を、個人の実情に応じて取り入れることが積極的なこころの健康づくりにとって重要です。

ストレスやこころの疲労を蓄積させない方法を身に付ける

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																											
余暇時間等を利用し、趣味やサークル活動、運動、社会活動等を行うことができる	いきがいや生きる喜び ストレスの解消・軽減	<p>図2 78 休日の余暇時間</p> <table><thead><tr><th>活動</th><th>男 (%)</th><th>女 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>テレビ・ラジオ</td><td>60.9</td><td>52.8</td></tr><tr><td>家事</td><td>11.1</td><td>56.3</td></tr><tr><td>家族と家で</td><td>23.7</td><td>26.1</td></tr><tr><td>新聞・本・雑誌</td><td>29.2</td><td>23.4</td></tr><tr><td>友人と交流</td><td>15.0</td><td>29.9</td></tr><tr><td>ドライブ・小旅行</td><td>23.6</td><td>16.9</td></tr><tr><td>手芸・庭いじり</td><td>18.4</td><td>20.3</td></tr><tr><td>運動・スポーツ</td><td>17.1</td><td>6.6</td></tr></tbody></table> <p>新潟県「県民健康づくり意識調査」(平成4年度)</p>	活動	男 (%)	女 (%)	テレビ・ラジオ	60.9	52.8	家事	11.1	56.3	家族と家で	23.7	26.1	新聞・本・雑誌	29.2	23.4	友人と交流	15.0	29.9	ドライブ・小旅行	23.6	16.9	手芸・庭いじり	18.4	20.3	運動・スポーツ	17.1	6.6	生涯を通じたいきがいづくり対策 趣味・運動・サークル活動・社会活動等が、健康づくりの重要な要素であることの普及
活動	男 (%)	女 (%)																												
テレビ・ラジオ	60.9	52.8																												
家事	11.1	56.3																												
家族と家で	23.7	26.1																												
新聞・本・雑誌	29.2	23.4																												
友人と交流	15.0	29.9																												
ドライブ・小旅行	23.6	16.9																												
手芸・庭いじり	18.4	20.3																												
運動・スポーツ	17.1	6.6																												
自分に合ったリラックス法等を身に付け、こころの疲労回復ができる	ストレスの解消・軽減 こころとからだの疲労回復	<p>図2 79 休養の状況</p> <table><thead><tr><th>状況</th><th>男 (%)</th><th>女 (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>十分である</td><td>23.7</td><td>25.0</td></tr><tr><td>とっている方だ</td><td>41.2</td><td>45.3</td></tr><tr><td>不足がち</td><td>23.2</td><td>18.1</td></tr><tr><td>不足</td><td>8.9</td><td>7.2</td></tr><tr><td>未記入</td><td>3.0</td><td>4.4</td></tr></tbody></table> <p>新潟県「県民健康づくり意識調査」(平成4年度)</p>	状況	男 (%)	女 (%)	十分である	23.7	25.0	とっている方だ	41.2	45.3	不足がち	23.2	18.1	不足	8.9	7.2	未記入	3.0	4.4	こころの疲労を回復させるためのリラックス法等を身に付けることの重要性についての普及啓発									
状況	男 (%)	女 (%)																												
十分である	23.7	25.0																												
とっている方だ	41.2	45.3																												
不足がち	23.2	18.1																												
不足	8.9	7.2																												
未記入	3.0	4.4																												

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																																																						
自分に合ったリラックス法等を身に付け、こころの疲労回復ができる		<div>図2 80 疲労感の状況</div> <table><tr><th></th><th>計</th><th>10歳代</th><th>20歳代</th><th>30歳代</th><th>40歳代</th><th>50歳代</th><th>60歳代</th><th>70歳以上</th></tr><tr><td>不明・無回答</td><td>1.2</td><td>0.0</td><td>0.0</td><td>1.3</td><td>0.4</td><td>1.1</td><td>0.9</td><td>2.8</td></tr><tr><td>いつも疲れている</td><td>7.7</td><td>14.3</td><td>9.1</td><td>5.5</td><td>9.4</td><td>6.8</td><td>4.7</td><td>8.6</td></tr><tr><td>疲れが残る</td><td>38.9</td><td>25.7</td><td>39.4</td><td>40.1</td><td>47.3</td><td>50.0</td><td>36.3</td><td>29.1</td></tr><tr><td>一晩くらいですぐ回復する</td><td>35.8</td><td>45.7</td><td>43.9</td><td>43.1</td><td>34.3</td><td>30.2</td><td>38.8</td><td>28.3</td></tr><tr><td>疲労は感じない</td><td>16.4</td><td>14.3</td><td>7.6</td><td>9.9</td><td>8.7</td><td>11.9</td><td>19.2</td><td>31.3</td></tr></table> <div>新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)</div>		計	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	不明・無回答	1.2	0.0	0.0	1.3	0.4	1.1	0.9	2.8	いつも疲れている	7.7	14.3	9.1	5.5	9.4	6.8	4.7	8.6	疲れが残る	38.9	25.7	39.4	40.1	47.3	50.0	36.3	29.1	一晩くらいですぐ回復する	35.8	45.7	43.9	43.1	34.3	30.2	38.8	28.3	疲労は感じない	16.4	14.3	7.6	9.9	8.7	11.9	19.2	31.3	
	計	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上																																																	
不明・無回答	1.2	0.0	0.0	1.3	0.4	1.1	0.9	2.8																																																	
いつも疲れている	7.7	14.3	9.1	5.5	9.4	6.8	4.7	8.6																																																	
疲れが残る	38.9	25.7	39.4	40.1	47.3	50.0	36.3	29.1																																																	
一晩くらいですぐ回復する	35.8	45.7	43.9	43.1	34.3	30.2	38.8	28.3																																																	
疲労は感じない	16.4	14.3	7.6	9.9	8.7	11.9	19.2	31.3																																																	
十分な睡眠をとることができる	こころとからだの疲労回復	<div>図2 81 子どもの睡眠不足の状況</div> <table><tr><th></th><th>小学校1～3年生</th><th>小学校4～6年生</th><th>中学生</th></tr><tr><td>不明</td><td>0.4</td><td>0.1</td><td>0.2</td></tr><tr><td>感じている</td><td>20.1</td><td>24.7</td><td>44.8</td></tr><tr><td>感じていない</td><td>79.5</td><td>75.2</td><td>54.9</td></tr></table> <div>新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会 「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)</div>		小学校1～3年生	小学校4～6年生	中学生	不明	0.4	0.1	0.2	感じている	20.1	24.7	44.8	感じていない	79.5	75.2	54.9	こころの健康づくりにおける睡眠の重要性についての普及啓発 睡眠が十分にとれる社会環境の整備																																						
	小学校1～3年生	小学校4～6年生	中学生																																																						
不明	0.4	0.1	0.2																																																						
感じている	20.1	24.7	44.8																																																						
感じていない	79.5	75.2	54.9																																																						

(イ) ストレスの原因の軽減

自分にとって好ましくない「負荷・刺激」について、県民一人ひとりが経験のなかで学習し、その「負荷・刺激」を回避したり、あるいはまわりの人に「負荷・刺激」の軽減を依頼することも必要です。

一方、子どもに対する「親」、生徒に対する「教師」、勤労者に対する「雇用主・上司」等、他者に「負荷・刺激」をかける立場にある者は、相手に過大な「負荷・刺激」をかけていないか常に自他を観察し、必要な場合にはその軽減に努めることが要求されます。

特に、長時間労働等による「過労」等からくるさまざまなストレスは、「負荷・刺激」をかける側の配慮によってその軽減を図ることも可能です。騒音などのストレスの原因を与えにくい社会環境の整備も重要と考えられます。

自らに好ましくないストレスをもたらす原因を把握でき、必要な場合には軽減することができる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策																					
自らのストレスの有無やその原因を把握できる	ストレスに対処するための基本になる	<p>図2 82 精神的疲労やストレスを感じるか</p> <table border="1"><caption>図2 82 精神的疲労やストレスを感じるか (%)</caption><thead><tr><th>年次</th><th>大いに感じる</th><th>ある程度感じる</th><th>あまり感じない</th><th>ほとんど感じない</th><th>わからない</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成9年</td><td>12.7</td><td>42.0</td><td>35.4</td><td>9.7</td><td>0.3</td></tr><tr><td>平成6年</td><td>9.6</td><td>40.1</td><td>37.1</td><td>12.7</td><td>0.5</td></tr></tbody></table>	年次	大いに感じる	ある程度感じる	あまり感じない	ほとんど感じない	わからない	平成9年	12.7	42.0	35.4	9.7	0.3	平成6年	9.6	40.1	37.1	12.7	0.5	ストレス度自己チェック表等、自らのストレス状態を把握できる方法の普及			
年次	大いに感じる	ある程度感じる	あまり感じない	ほとんど感じない	わからない																			
平成9年	12.7	42.0	35.4	9.7	0.3																			
平成6年	9.6	40.1	37.1	12.7	0.5																			
自らの性格や行動様式がストレスに弱いかどうか把握できる			ストレスに弱い性格・行動の特徴（行動様式）があることを把握するために自己チェック表等の普及																					
ストレスがこころの病やからだの病の原因になることを知る		<p>図2 83 精神的疲労やストレスを（大いに・ある程度）感じると答えた割合</p> <table border="1"><caption>図2 83 精神的疲労やストレスを（大いに・ある程度）感じると答えた割合 (%)</caption><thead><tr><th>年代</th><th>男</th><th>女</th></tr></thead><tbody><tr><td>20歳代</td><td>48.8</td><td>64.3</td></tr><tr><td>30歳代</td><td>64.3</td><td>61.7</td></tr><tr><td>40歳代</td><td>60.8</td><td>60.3</td></tr><tr><td>50歳代</td><td>59.6</td><td>55.0</td></tr><tr><td>60歳代</td><td>46.1</td><td>41.6</td></tr><tr><td>70歳以上</td><td>34.4</td><td>46.3</td></tr></tbody></table>	年代	男	女	20歳代	48.8	64.3	30歳代	64.3	61.7	40歳代	60.8	60.3	50歳代	59.6	55.0	60歳代	46.1	41.6	70歳以上	34.4	46.3	学校、職域等で、ストレスとこころの病やからだの病との関係についての普及啓発
年代	男	女																						
20歳代	48.8	64.3																						
30歳代	64.3	61.7																						
40歳代	60.8	60.3																						
50歳代	59.6	55.0																						
60歳代	46.1	41.6																						
70歳以上	34.4	46.3																						

他者に負荷・刺激をかける立場にある者は、相手のストレスに目を向け過大なストレスを与えないように配慮できる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
<p>親は子の、教師は生徒の、雇用主や上司は部下の、その他自らが影響を与える者のストレスに気を配ることができる</p> <p>他人に過大なストレスを与えないよう配慮できる</p>	弱い立場にある者のストレスの軽減	長時間労働の状況等	<p>労働環境を改善するための対策 教師や親に対する研修</p> <p>(不況、競争社会等の社会的要因の影響も大きいので有効的な対策法については検討する必要がある)</p>

イ 二次予防

(ア) 「こころの不調」や「こころの病」を自覚したときの対処

ストレスや「こころの不調」を感じたとき、あるいは「こころの病」を自覚したときは、早期に対処し、改善を図ることが重要です。

休養も一つの対処法ですが、その他にもさまざまな角度から原因を探り、対処方法を考えることが必要です。また、同じような症状であっても、その原因や対処方法は各人各様であるため、対処方法も様ではないという考え方が大切です。

まず、県民一人ひとりが自己の「こころの不調」や「こころの病」に早期に対処することの重要性を認識し、ストレス自己チェック表等を利用して自分の不調や異常に気づき、それに見合った対処方法を見いだす能力を身に付けておく必要があります。また、このような能力を身に付けることにより、他人の不調や異常に早期に気づき、支援することも可能になります。

なお、「こころの不調」や「こころの病」に対処するためには、専門家による支援を必要とする場合が少なくないため、「専門家に相談できる場」を広報し普及させることが求められます。この場合、単に相談の場を広報するだけでなく、相談内容に最もふさわしい場を選択し提示する「総合相談窓口」的機能が重要となります。

こころの健康相談に関する窓口等の例（順不同）

こころの健康相談の専門家

精神科医師、精神保健福祉士、臨床心理士

こころの健康相談を受けられる場所

精神科医院・精神病院、開業カウンセラー、精神保健福祉センター、いのちの電話

生活支援センター、看護協会（思春期のこころとからだの電話相談）
 自助グループ（セルフヘルプグループ）
 産業保健センター（職場）
 保健室（学校）

こころの健康について助言が得られる場所
 市町村
 保健所 等

自他の「こころの不調」や「こころの病」の徴候に気づき、適切な対処ができる

望ましい姿	期待できる効果	現状または評価指標	考えられる対策
自他の「こころの不調」や「こころの病」の徴候をチェックできる	「こころの不調」、「こころの病」の早期発見	保健所や精神保健福祉センターへの相談件数 （短期的から中期的には増加の方向を目指す） うつ、神経症等（特に軽症者）の医療機関やカウンセラー等への受療率、受診者数 （短期的から中期的には増加の方向を目指す）	「うつ」等の「こころの病」やストレスによる症状についての教育、広報 「こころの不調」や「こころの病」のチェックリストの普及
「こころの不調」や「こころの病」に気がついたときに、専門家への相談も含めた適切な対処法をとることができる	「こころの不調」、「こころの病」の早期治療 こころの問題に起因する諸問題（自殺、アルコールや薬物への依存、いじめ、不登校等の予防）		臨床心理士等の専門家の養成と活動できる場の整備 相談を受ける人の増加（保健婦等の研修） 困ったときに相談できる場、気軽にカウンセリングを受けられる場の整備とネットワーク化、及び情報の積極的な提供
「こころの不調」や「こころの病」等のこころの問題をもつ人への偏見がなくなり、仕事や学校を休んだり、医療機関等を受診することについて理解が深まる	「こころの不調」や「こころの病」を持つ人の早期発見・早期治療が容易になる		こころの問題に対する理解を深めるための学校や職場での教育、広報、マスコミ等での普及啓発 教師や事業主等に対する研修

(3)「目に見える問題」についての対策

こころの問題に関連する「目に見える問題」は、数多くありますが、本指針では、本県の死亡率が全国平均より高い「自殺」とともに、本県は酒どころで飲酒習慣のある者が多いという特性があること、二次から三次予防についてある程度対策が確立していることから、「アルコール依存症」についても取り上げます。

なお、「実現目標」、「望ましい姿」、「期待できる効果」、「現状または評価指標」については、(2)「ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防」が基本となるため、ここでは対策の考え方について示します。

なお、いじめ・不登校、思春期の問題、性の問題、未成年の喫煙や薬物依存等、少年期から青年期（主として学齢期）に特有な問題については、「第2章の3 少年期（小・中学生）の年代別対策（P.114）」で示します。

ア 自殺

長期目標：自殺者数の減少

長期目標に対応した評価指標：人口動態統計における年齢調整死亡率と年齢階級別死亡率
警察の統計による自殺者数（率）

中期目標： ストレスや「うつ」等、自殺に関連するこころの問題に対処できない者の低下
自殺企図者がいた場合に積極的な予防対策がとれる者の増加とシステムの整備
自殺があった場合に、連鎖予防に対処できる者の増加とシステムの整備

中期目標に対応した評価指標

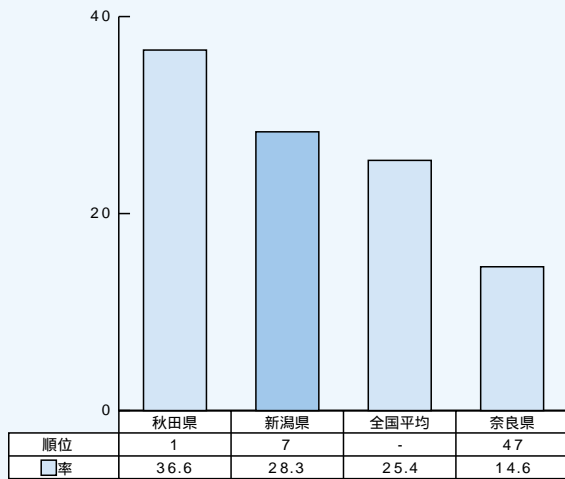
：ストレスについては(2)ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防を参照する（P.93）

「うつ」の受診率や患者数

（短期的から中期的には、軽症者を含めた受診勧奨によって増加する方向を目指す）

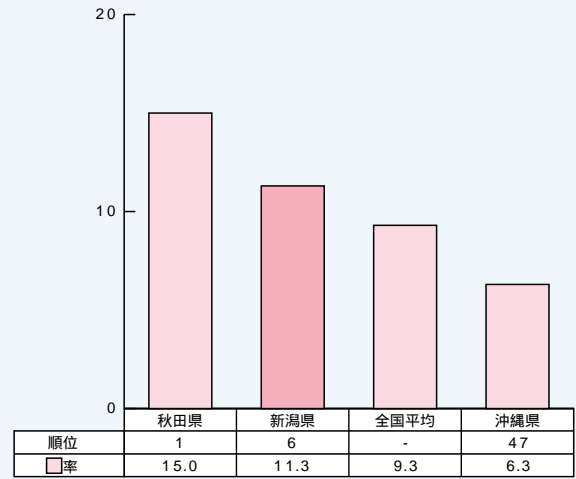
その他、具体的な対策の達成度で評価する

図2 84 自殺の年齢調整死亡率(人口10万対)男



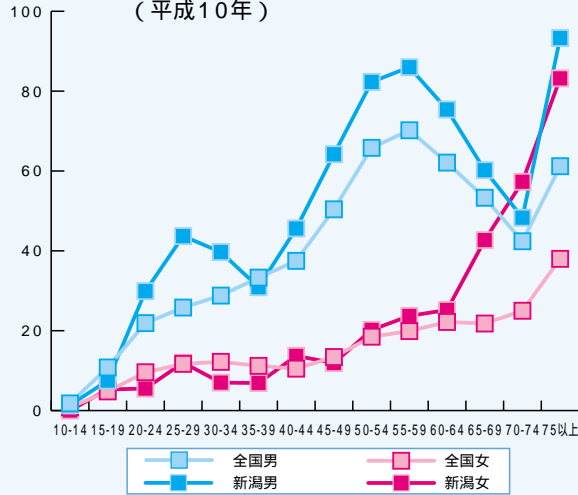
「平成7年都道府県別年齢調整死亡率」

図2 85 自殺の年齢調整死亡率(人口10万対)女



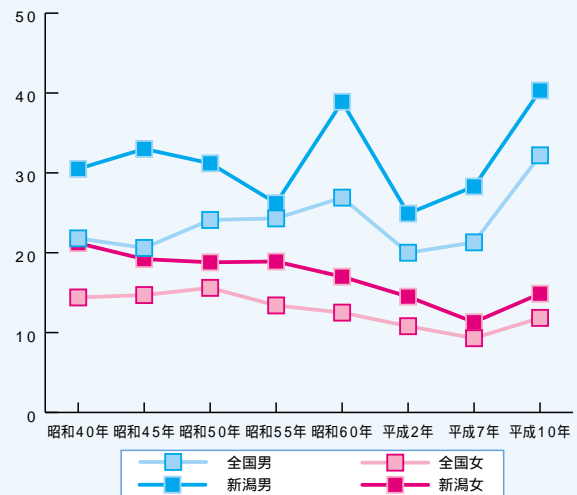
「平成7年都道府県別年齢調整死亡率」

図2 86 自殺の年齢階級別自殺死亡率(人口10万対)(平成10年)



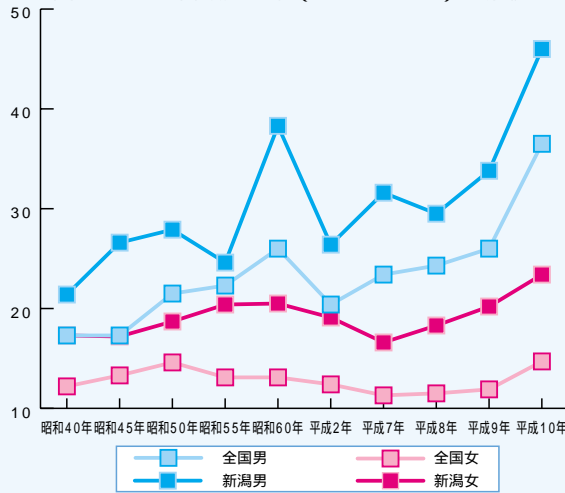
「人口動態統計」

図2 87 自殺の年齢調整死亡率(人口10万対)の推移



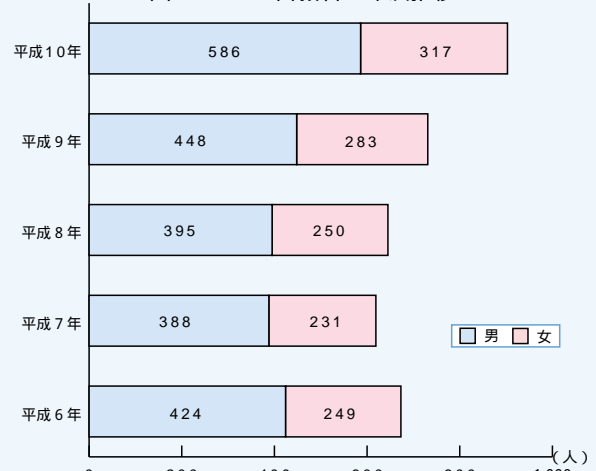
「人口動態統計」

図2 88 自殺死亡率(人口10万対)の推移



「人口動態統計」

図2 89 自殺者の年次推移



新潟県警察本部生活安全部調べ(平成10年)

(ア) 「こころの健康づくり」からの取組

健康の３本柱である「いきがいや生きる喜び」は、自殺を予防するため最も大切です（一次予防）。

また、こころの問題、特に「うつ」が自殺に深く関わっていることも良く知られています。「うつ」は「こころの風邪」と言われることもあり、だれでもかかりうる「こころの病」の代表です。

県内では、高齢者の「うつ」に積極的に介入することで自殺率の低下に成功している事例があります。このような事例を広く紹介し、実践を通じて「自殺は予防しうる」との考えを広めるとともに、「うつ」の微候と自己スクリーニング法、専門家への積極的な相談の必要性を普及することが重要です（「こころの病」の二次予防）。

(イ) 自殺企図者に対する二次予防（早期発見・早期対処）

自殺にはさまざまな原因が複雑にからみあっているため、「こころの問題」とは別の観点から対策を講ずることも必要です。

自殺企図者は自らが抱えている問題にどう取り組んでよいか途方に暮れている場合も多いと考えられ、「その問題は解決できるかもしれない」という救いの手をさしのべることが自殺予防に寄与するものと思われます。そのため、家族や身近な人の自殺企図者を早期に発見できるよう、パンフレットや広告等で自殺のサインについての知識を広めることも有用と思われます。

自殺原因では病苦によるものが多く（図２－９０）、本人が病気に絶望していないかを主治医や周囲が注意深く観察し、相談にのることが必要です。

次いで、原因が明らかなものでは経済問題による自殺が多いため、相談先や経済的に困った場合の対応手段を周知することが必要です。

また、自殺の年代別の実態を明らかにし、各年代の特徴に合わせた予防対策を立てることが必要です。

しかし、このような社会的要因による自殺の背景にも「うつ」をはじめとしたこころの問題が隠れている可能性もあり、自殺企図者に対しては「こころの病」の有無にも目を向けて対応する必要があります。

(ウ) 自殺の三次予防

自殺は周囲の者、特に近親者に与えるショックが大きいことから、そのショックを和らげるこころのケアも重要です。周囲の支援や「相談できる場」を広く普及するといった「こころの問題」全般への取組を通じて三次予防に努める必要があります。

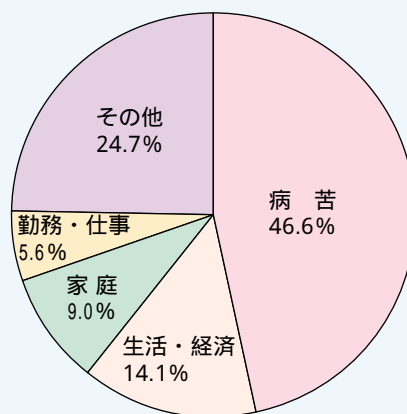
また、特に青少年において最も重要なことは、連鎖自殺の予防です。身近な人や有名人等の青少年に影響のある人物が自殺した場合に、学校や家庭で自殺について議論を深めて連鎖自殺を予防する努力が求められます。万一、自殺があった場合に連鎖自殺を予防するため、学校関係者等が対応方法について議論しておくなどの「危機管理」も必要です。

表 2 9 精神病院受療者数（入院・通院）

診 断 名			入 院	(割 合 %)	通 院	(割 合 %)
精 神 病	精 神 分 裂 病		3,820	54.0	7,142	31.6
	そ う う つ 病		602	8.5	5,992	26.5
	て ん か ん		180	2.5	1,210	5.4
	脳器質性 精神障害	アルツハイマー型痴呆	409	5.8	490	2.2
		脳 血 管 性 痴 呆	573	8.1	614	2.7
		そ の 他 の 痴 呆	240	3.4	215	1.0
		そ の 他	90	1.3	157	0.7
	そ の 他 の 精 神 病		153	2.2	763	3.4
中 毒 性 精 神 障 害		ア ル コ ー ル 中 毒	270	3.8	933	4.1
		覚 醒 剤 中 毒	1	0.0	1	0.0
		そ の 他 の 中 毒	12	0.2	10	0.0
知 的 障 害			400	5.7	663	2.9
人 格 障 害			80	1.1	168	0.7
神 経 症			156	2.2	3,256	14.4
そ の 他			93	1.3	973	4.3
合 計			7,079	100.0	22,587	100.0

新潟県福祉保健部健康対策課調べ（平成11年3月中）

図 2 90 自殺者の原因・動機別状況



新潟県警察本部生活安全部調べ（平成10年）

イ アルコール依存症

長期目標：アルコール依存症の減少

長期目標に対応する評価指標：アルコール依存症の受療率や保健所等での相談率
(短期的から中期的には増加の方向、その後長期的には減少を目指す)

中期目標： アルコール問題について専門家や自助活動グループに相談する者の増加
アルコール問題に関する県民の理解・支援の広まり

中期目標に対応する評価指標

- ：アルコール依存症の受療率や保健所等での相談率
(潜在的なアルコール依存症患者を通院に結びつけることにより、短期的から中期的には増加を目指す)
- ：その他、具体的な対策の達成度で評価する

本県は「酒どころ」として知られ、成人一人当たりの清酒販売数量は47都道府県中の第1位、度数換算をしないアルコール飲料の総量では東京都、大阪府に次いで第3位であり、消費量が多いと言われています(表2-10)。また、男性の飲酒習慣がある割合は、全国に比べ高くなっています(図2-91)。

自らの健康を害さない範囲であれば、お酒を飲むこと自体は、人生を楽しむための一つの手段としてとらえることができます。しかし、問題飲酒行動をとったり、自分の許容量を越えて無理して飲んだり飲まされたりすることなどについては、飲酒の弊害として考える必要があります。

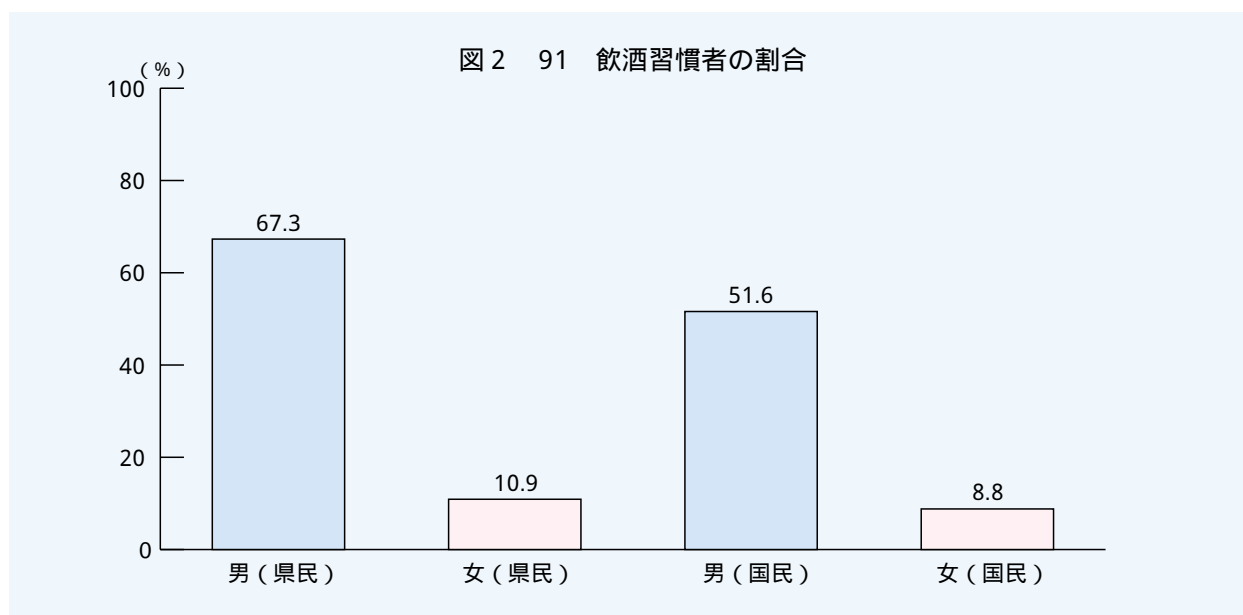
そのなかで、アルコール依存症は「こころの問題」の一つとして考える必要があります。ほぼ毎日習慣的に飲酒している者は、程度の差はあれ、アルコール依存があると考えて良いかもしれません。そのうち、飲酒量の自制ができず、家庭生活や社会生活に支障をきたすなどの問題飲酒行動をとる者をアルコール依存症として考えることができます。

軽症者を含めた実態の把握は困難ですが、精神病院受療者数(表2-9)(ア「自殺」の項参照P.99)だけを見ても、疾病別の受療者数の第5位、中毒性精神障害の第1位であり、また保健所や精神保健福祉センターで実施される精神保健相談においても重要な分野に位置付けられています(表2-11)。

表2 10 平成10年度成人一人当たりの酒類販売数量（リットル）

				新 潟 県	全 国 平 均	順 位*
清			酒	25.6	10.6	1
合	成	清	酒	1.5	0.5	1
焼			酎	4.1	6.9	33
み		り	ん	1.1	1.0	11
ビ		ー	ル	65.4	58.9	7
果	実		酒	2.6	3.1	13
ウ	イ	ス	キ	1.8	1.7	11
ス	ピ	リ	ッ	0.3	0.2	9
リ	キ	ュ	ー	2.1	2.6	26
雑			ル	9.1	9.5	18
			種			
合		計		113.6	95.1	3

国税庁調べ
* 47都道府県中の新潟県の順位



厚生省「国民栄養調査」（平成10年度）
新潟県「県民栄養実態調査」（平成10年度）

表2 11 保健所と精神保健福祉センターにおける精神保健相談実績（平成10年度、新潟県）

区 分		人 数	総数に対する 割 合（％）
被 相 談 総 数	実 人 数	5,065	
	延 べ 人 数	14,222	
アルコール中毒（再掲）	実 人 数	319	6.3
	延 べ 人 数	743	5.2

(ア) 一次予防

アルコール依存症に至る過程はさまざまであり、一般化して考えることはできません。さまざまな社会的要因やストレスからの逃避行動の一つとして考えた場合には、ストレスに負けないための手段を身に付け、こころに不調をきたした場合に早期に対処するという観点からの「こころの健康づくり」も一つの方法として重要です。

また、「節度ある適度な飲酒は純アルコールで20 g 程度（日本酒換算で約 1 合）」であるという知識を普及することも重要です。

広報誌や学校、職域等でアルコールの害や依存性、問題飲酒行動等について教育する機会を増やし、体質的にアルコールに合わない人（ALDH 2¹⁾ 欠損症等）のスクリーニング方法²⁾を普及させる、アルコール問題について意識を高める努力も一次予防として重要と考えられます。

(イ) 二次予防（早期発見・早期対応）

問題飲酒行動のスクリーニングテスト³⁾を普及させるなど、問題飲酒行動の自己チェックや、他人の問題飲酒を早期に発見することなどによって、適切な対応に結びつける必要があります。また、本人や家族等がアルコール依存症であることを認識した場合に、その背景となった社会的要因やこころの問題を含めて適切な助言や支援、治療を受けられることが必要です。そのためには、保健所、市町村、自助グループ等の活動援助内容を知るとともに、精神病院やアルコール依存症の専門病院等のアルコール依存症者を対象とした回復者の治療プログラムを自覚したり、家族の問題飲酒行動について相談できる場の確保と周知が重要となります。

また、アルコール依存症では、問題を持った人々が問題意識を共有して問題解決を支援し合うという、断酒会や A A（Alcoholic Anonymous）等の自助グループ活動（セルフヘルプ活動）が発展してきていることから、このような活動について情報を広め、利用しやすくすることも必要です。

(ウ) 三次予防

アルコール依存症は周囲、特に家族に与える影響が大きいことから、アルコール依存症の家族を持った人たちが相談できる場を広く知ってもらうことが必要です。

また、再発予防のためには、依存症から脱却した後も、原因となった社会的要因やこころの問題に配慮しつつ、支援を続けることが必要です。そのためには、自助グループ活動等への支援を積極的に進めていくことが重要です。また、アルコール依存症についての県民の理解を広めることも必要です。

1) ALDH 2（アルデヒドデヒドロゲナーゼ 2）：ALDH 2 は、飲酒後エタノールが代謝されてできるアセトアルデヒドを酸化して代謝する酵素であり、日本人には、本酵素の欠損例が多い（約 50%）。ALDH 2 欠損者は、飲酒後の血中アセトアルデヒド濃度の上昇によるフラッシング反応（顔面紅潮、動悸、悪心、低血圧など）により、大量飲酒が困難であると考えられる。

2) ALDH 2 欠損症等のスクリーニング方法：「アルコール(エタノール)・パッチテスト」皮膚の柔らかいところにアルコールを浸したテープを貼り反応を見る。皮膚が赤くなるのは、悪酔いの原因となるアセトアルデヒドができていていると考えられる（考案者 国立療養所久里浜病院）

3) 問題飲酒行動のスクリーニングテスト：久里浜式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）等

第2章 年代別の健康づくり

第2編各論の第1章の分野別の健康づくりでは、健康の実現に向けて取り組む課題を示していますが、さらに第2章年代別の健康づくりでは、「全年代共通」と「乳幼児期」、「少年期」、「青年期」、「壮・中年期」、「高・老年期」のそれぞれの年代ごとに、取り組む課題を示しています。

1 全年代共通

健康づくりの主役は、県民個人であり、人間形成の出発点である家族の重要性を再認識することは大切です。

県民主体の健康づくりを身近で支える市町村の役割は重要で、国、県等関係各機関との連携は不可欠です。

県は、広域的な情報や活動のネットワーク化、マスコミ等を通じた広範囲な広報活動、利用できる情報や資料の整理を通じた支援等を行うことが必要です。

(1) 望ましい姿

自らの健康観をもち、健康状態について自ら判断でき、必要に応じて情報を収集し、学習し、相談し、いきがいを持って、社会のなかで自立した生活ができる。

(2) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 家族・地域の役割

- (ア) 家族の健康（いきがい・生きる喜び、からだの健康、こころの健康づくり）について互いに気を配り、教え合い、支え合い、生き生きとした人生が送れるよう協力し合う。
- (イ) 各年代の健康課題への取組や世代を越えた協力やふれあいの場等が必要である。

イ 市町村の役割

地域の実情を踏まえ、次のことをできることから始めることが重要である。

- (ア) 住民や健康づくり関係者が、健康についていつでも情報が得られ、学べる場の提供等普及啓発活動が必要である。

健康の考え方

疾病や寝たきりの危険因子、予防法

（喫煙、栄養・食生活、運動の不足、ストレス等）

健康づくりにおける検診の利用と、がんの二次予防を目的とした検診の実施と受診勧奨

身体やこころの健康状態自己診断法

こころの健康や性の問題、薬物問題等について

地域内・近郊で身体の問題、こころの問題や悩み、性の問題等を相談できる窓口、専門家、団体等の情報

ボランティアやサークル活動の情報

ボランティア等を通じた社会活動やサークル活動ができる場の整備

- (イ) たばこの問題に対する対策を推進する。

- 公共の場（施設、道路、公園等）における禁煙・分煙の徹底
- ポスター等による、喫煙の害やポイ捨て禁止に関する啓発活動
- たばこ販売店における携帯用吸いがら入れの販売、喫煙の害に関するポスター掲示、対面販売や自動販売機の屋内設置等の依頼
- 飲食店等における分煙推進
- 公共の場におけるたばこの無料配布や宣伝活動の自粛
- 住民やたばこ関連事業者、禁煙・分煙を推進する団体、行政、議会、農協等の諸関係者を集めた懇談会
- その他、地域の実情に合った対策
- (ウ) 地域の実態に合った栄養・食生活改善活動を行う。
 - 住民の希望に応じて、栄養の食生活診断・処方ができる指導者の養成と指導が受けられる場の整備とその周知
 - 家族や仲間と食卓を囲むことの効用の普及啓発
 - 生活習慣病予防に重点を置いた食生活の普及啓発
 - 食事の内容を自己診断するための情報の提供及び食教育の推進
 - 外食や惣菜の分かりやすい栄養成分表示等の見方の普及
 - 食事を楽しむことができる歯や摂食・嚥下機能の把握
 - その他、地域の実情に合った対策
- (エ) 運動についての普及啓発及び住民が安全に運動できる場を整備する。
 - 運動の効用や危険性、運動量の自己測定法等の普及啓発
 - 日常生活のなかで運動量を増やす方法の検討と普及啓発
 - 歩道や散歩道、自転車道、公園、運動場等の整備
 - 公立学校のグラウンド、体育館等を住民が活用できる方策
 - 安全な運動法を指導できる指導者の養成と、住民が指導を受けられる場の整備とその周知
 - 運動前のチェックリストや運動を中止すべき危険な徴候の普及啓発（運動施設におけるポスター配布等）
 - その他、地域の実情に合った対策

ウ 各種団体等の役割

関係団体等（P.109表2 12各種団体一覧）は、生涯を通じた健康づくりの推進や種々の健康上の問題解決に当たり、家庭、地域、学校や市町村を専門的立場から支援し、個人が健康づくりの取組を行えるようにする。

エ 県の役割

- (ア) 健康指標、たばこの問題、栄養・食生活、運動、こころの健康づくり関連指標、県民の生活に関する調査等健康に関連した各種実態調査を実施し分析する。
- (イ) 分析結果の公表と、それをもとにした対策を立案する。
- (ウ) 市町村が行う健康教育やその他の健康づくりに対する支援を行う。
- (エ) 住民や健康づくり関係者が、インターネット等を通じて、健康についてのあらゆる情報をいつでも得られ学ぶためのシステムづくり（健康情報ネットワーク（仮称））の検討を行う（図2-92）。必要な情報は、市町村の役割の項（P.106）を参照。

- ㊦ 健康についての考え方のイメージを県民に定着させるため、さまざまな手段を活用して（マスコミ、ポスター、有名人等）イメージの定着を図る。
（たばこの問題、栄養・食生活、運動、こころの健康づくり、「節度ある適正な飲酒」や薬の正しい使い方や薬物乱用防止、歯の健康等）
- ㊧ 健康教育等で利用できる教材・資料を整備する。
- ㊨ 県民が自らの生活習慣、身体状況、こころの健康づくり等について判断できるチェックリストの普及を図る。
- ㊩ たばこの問題に対する対策を推進するための環境整備を図る。
（P.106市町村の役割参照）
- ㊪ 自分の適正な栄養や食事を判断できるための支援を行う。
（P.106市町村の役割参照）
 - 適正な栄養や食事を自ら判断できるための情報の提供及び食教育の推進
 - 食事内容を把握できるシステムづくりの推進
 - （外食や惣菜の分かりやすい栄養成分表示等）
 - 個人を対象とした栄養・食生活の診断と処方等の栄養評価指導体制の整備
- ㊫ 栄養・食生活、運動、こころの問題等、各種の健康づくり活動に携わる指導者の養成と最新情報に基づいての再教育及び組織、ボランティア団体、関連業界等の育成をする。
- ㊬ 高齢者等が活動する際に安全を確保するための社会環境の整備を行う。
- ㊭ 必要に応じてガイドライン、条例や規則を制定する。

図2 92 健康情報ネットワーク（仮称）のイメージ図

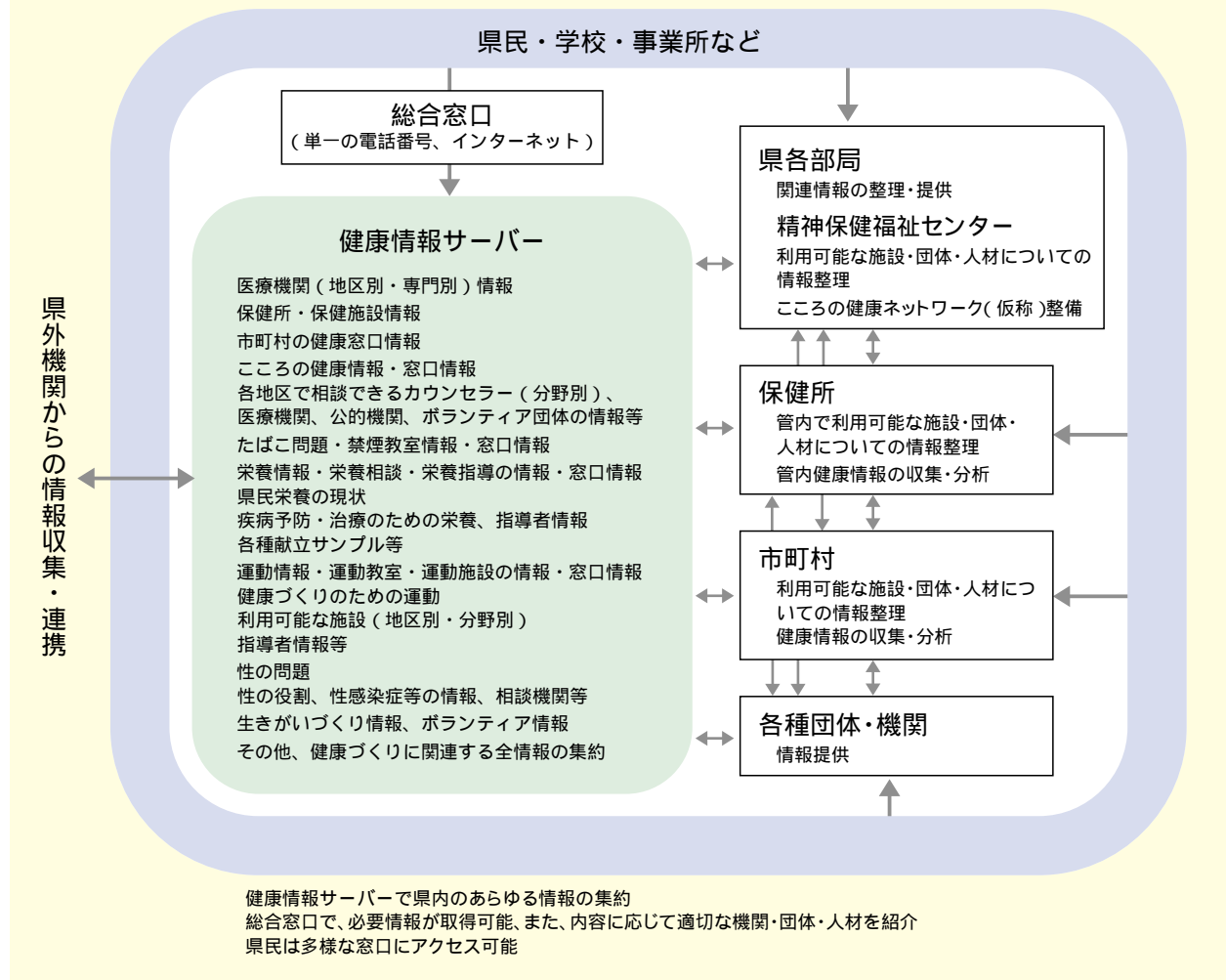


表2 12 各種団体一覧の例（順不同）

新潟県市長会	日本助産婦会新潟県支部	新潟県成人病検診機関協議会
新潟県町村会	新潟県体育協会	新潟県学校保健会
新潟県医師会	新潟県社会教育委員連絡協議会	新潟県社会福祉協議会
新潟県歯科医師会	結核予防会新潟県支部	新潟県公民館連合会
新潟県薬剤師会	新潟県成人病予防協会	新潟県老人クラブ連合会
新潟県看護協会	新潟県精神保健福祉協会	新潟県受胎調節実地指導員協会
新潟県栄養士会	新潟県食品衛生協会	新潟県体育指導委員協議会
新潟県放射線技師会	新潟県地区衛生組織連合会	新潟県婦人連盟
新潟県理学療法士会	新潟県母子保健推進協議会	J A 新潟県女性組織協議会
新潟県作業療法士会	新潟県食生活改善推進委員協議会	新潟県女性財団
新潟県歯科衛生士会	新潟県国民健康保険団体連合会	新潟県薬事協会
新潟県調理師会	新潟県歯科保健協会	新潟県医療社会事業協会
新潟県保育士会	新潟県保健センター連絡協議会	等

2 乳幼児期（就学前）

生理的機能・運動機能がしだいに確立し、自我の発達する時期であり、生活習慣の形成が徐々に進行する時期です。この時期に身に付いた生活習慣が将来の健康を決定づける大きな要因となります。

また、社会性の発達についても、親を中心とした対人関係から家族以外の人や仲間との関係へと広がりをみせていきます。そして、この時期の愛情と信頼に満ちた環境は、こころの栄養であると言われています。

これらのことから、親をはじめとした家族、大人が身をもって健康的な生活習慣を示すこと、日常生活のなかで生きる力や健康的な生活習慣を身に付けられるようにすること、発達段階にそった成長発達を助けられることが大切です。

平成10年人口動態統計によると、1歳から4歳の死因の第1位は不慮の事故となっています。乳幼児の不慮の事故による死亡については、防止対策の徹底により多くの子どもが救命される可能性があり、そのことは厚生省の研究¹⁾でも指摘されていることから、養育者への啓発が重要です。

(1) 望ましい姿

ア からだの健康

(ア) からだの健康全般

安全な環境のなかで育てられ、不慮の事故を防ぐ事ができる。

(イ) 栄養・食生活

母乳哺育で、こころとからだの健康づくりを行う。

主食、主菜、副菜をそろえた食事と、うす味の習慣が身に付く。

規則的な食事と十分な睡眠で生活リズムがそなわる。

家族等と一緒に食卓を囲む。

(ウ) たばこの問題

たばこの害から守られる。

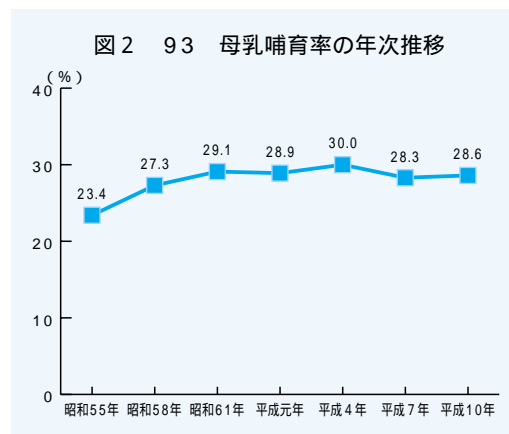
イ こころの健康づくり

愛情と信頼に満ちた環境で育てられる。

1) 厚生省の研究：平成11年度厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「小児の事故とその防止に関する研究」

(2) 現在の姿

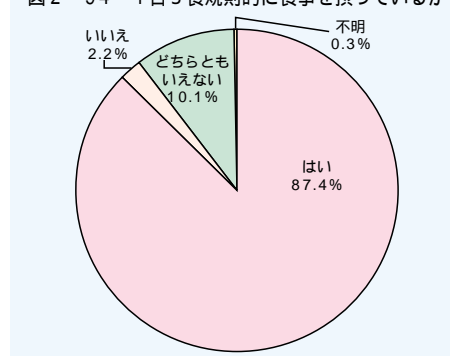
生後4か月未満の母乳哺育率は、約30%となっている。母乳には、免疫力を高める、栄養的価値が高い、母と子の心の絆をはぐくむという利点があり、ここからだの健康づくりのためには、母乳哺育率の向上が重要である。



新潟県「新潟県母子保健事業報告」

3歳以上7歳未満の幼児の食生活では、3食規則正しく食事を摂っているのは87.4%である。

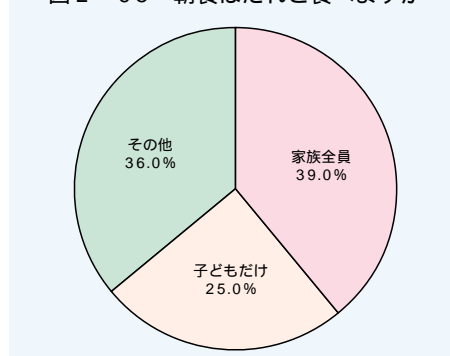
図2 94 1日3食規則的に食事を摂っているか



新潟県：新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

朝食を3歳以上から中学生までの子どもだけで食べる割合は、25.0%である。

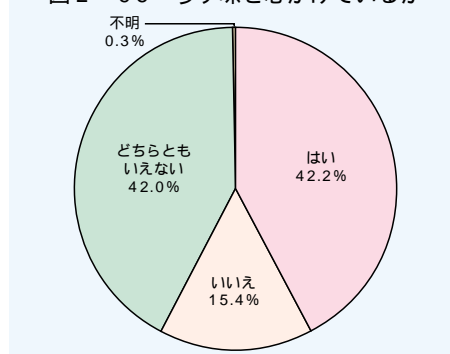
図2 95 朝食はだれと食べますか



新潟県：新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成6年度)

3歳以上7歳未満の幼児の食生活で、うす味に心がけている保護者の割合は、42.2%であり、「どちらともいえない」割合とほぼ同じである。「いいえ」との回答は15.4%あり、この時期のうす味の習慣化は将来の生活習慣病予防にとって重要である。

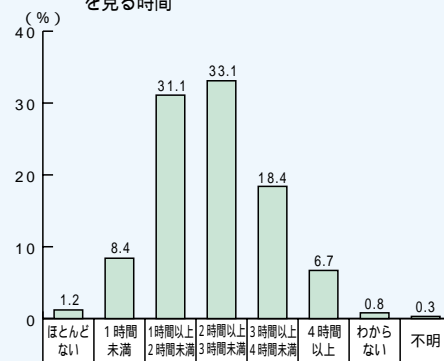
図2 96 うす味に心がけているか



新潟県：新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

1日のなかで幼児がテレビ、ビデオ等を見る時間は、「2時間以上3時間未満」が最も多く33.1%となっており、「3時間以上」見る幼児は、約26%である。

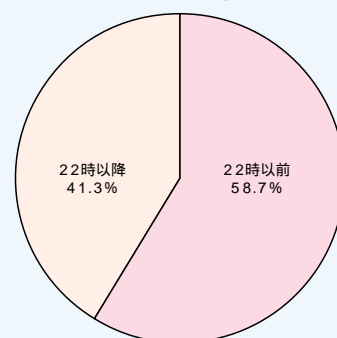
図2 97 テレビ・ビデオ(テレビゲーム・パソコン含む)を見る時間



新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

1歳から4歳の幼児の41.3%は22時以降に就寝している。

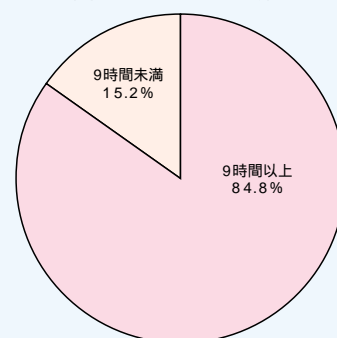
図2 98 就寝時間



厚生省「乳幼児栄養調査(全国)」(平成7年度)

1歳から4歳の幼児の1日の平均睡眠時間は、9時間以上のものが84.8%である。

図2 99 睡眠時間



厚生省「乳幼児栄養調査(全国)」(平成7年度)

(3) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 市町村の役割

- (ア) 専門家や保健所と連携し、母親・父親学級や乳幼児健康診査の場等を利用した健康教育を推進する。
- (イ) 母乳哺育の普及啓発を図るとともに、母乳哺育に関する相談の実施や相談機関を紹介する。
- (ウ) 親子が遊べる場の提供や、楽しい親子遊びの指導を行う。
- (エ) 保育施設を整備するなど、子育て支援を充実する。
- (オ) 子どもの虐待や心の発達の問題に対応するため、関係機関との連携を強化し、育児不安の解消と虐待の防止を図る。
- (カ) 母子保健計画に基づく母子保健活動、予防接種、歯科保健等の推進とともに、活動の評価と新しい課題への対応を行う。
- (キ) 子育て中の親が、育児の悩みや子育て不安で孤立することがないように、親同士の交流が地域でもてるような機会の提供や子育て支援を行う。
- (ク) 乳幼児期からの健康的な食生活について、親とともに考え、実践できるよう支援・協力を行う。

イ 保育所・幼稚園等の役割

- (ア) 健康づくりや事故防止のための基本的な習慣を養い、心身の健康の基礎を培うように努める。
- (イ) 子どもの良好な嗜好形成や健康に配慮したおやつや給食を提供する。
- (ウ) 家庭と連携し、幼児が理解できる食育に取り組む。
- (エ) 親・保護者に対して子育て相談をしたり、交流の場を提供する。
- (オ) 保育士、教諭、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦(士)、看護婦(士)等、管理栄養士(栄養士)等と連携して健康管理を行う。

ウ 企業・職場の役割

- (ア) 妊娠中や出産後に適切な健康管理を受けられるようにする。
- (イ) 育児休業や育児時間のとりやすい雰囲気づくりに努める。

エ 各種団体等の役割

関係団体等(P.109表2 12各種団体一覧)は、乳幼児期における健康づくりの推進や、種々の健康上の問題解決にあたり、市町村、保育所等を専門的立場から支援する。

オ 県の役割

- (ア) 乳幼児期からの健康づくりを推進するため、市町村・保健所職員等母子保健関係者を対象とした研修会を開催し、資質の向上を図る。
- (イ) 長期にわたる観察や療育が必要な乳幼児に対する相談指導の充実と、関係機関との連携を強化し、支援を行う。
- (ウ) 子どもの虐待やこころの健康づくり等、対応が難しい問題について、児童相談所、市町村、関係機関と連携し対応する。
- (エ) 市町村母子保健計画の策定や見直しについて支援する。
- (オ) 地域の特性に的確に対応した母子保健サービスの提供を行うため、情報の収集、調査及び研究を行う。

3 少年期（小・中学生）

少年期前期（主として小学生）は、学校生活の開始により、思考能力や知能等の面で著しい発達が見られます。

友人関係が広まり、精神的にも大きな成長がみられるこの時期は、食生活や運動、趣味に対する嗜好・興味が明確化され、生活習慣の基礎がつくられる時期でもあります。したがって、健康や疾病について関心をもち、自分で考え、好ましい行動が取捨選択できる能力の基礎を身に付けることが重要です。また、家庭においても、学校と協力しながら1日の生活リズムを見直し、健康的な生活習慣を身に付けることも大切です。

少年期後期（主として中学生）は、考え方に理論性が加わるなどの発達を続ける反面、特に思春期では二次成長の発現や親からの自立の始まり等を通して、こころと体がアンバランスになりやすく、その結果、不安を感じたり、性的に悩んだりするなど精神的に不安定になります。

一方、学業における競争や挫折、友人関係の複雑化等をきっかけとした、こころの傷を負いやすい時期でもあります。加えて、身体的には病気に最もかかりにくい時期であるため健康についての認識が低く、喫煙、飲酒、薬物使用の誘惑にかられやすい時期です。

このような時期には、良き相談相手を得ることが大切です。また、趣味やクラブ活動、友人との交流を通じて精神的・身体的に健全な発達を遂げる必要があります。このようななかから自らの将来像や目標を持ち、健康情報や習慣を取捨選択する能力を育てる必要があります。

（1）望ましい姿

ア いきがい・生きる喜び

多くのことを体験し、学ぶことで自分の将来像や目標を描ける。

遊びやクラブ活動、学校生活、地域活動、家庭生活、自然との交わり等のなかから、自分にあった趣味や楽しみを見いだす。

同世代との交流とともにボランティア活動等の世代間の交流等を通じた、社会参加の基礎・喜びが身に付く。

イ からだの健康

（ア）からだの健康全般

性や性感染症等の正しい知識を身に付ける。

災害や事故等から身を守るための知識や対処方法を身に付ける。

他人の病気や事故にも気を配ることができる。

（イ）たばこの問題

喫煙と受動喫煙についての害を知る。

喫煙をしない。

たばこを勧められても断る意志を身につける。

親が喫煙者であった場合、禁煙を勧めることができる。

（ウ）栄養・食生活

朝、昼、晩の食事を規則正しく摂り、欠食や余分な間食をしない。

家族と一緒に食卓を囲む。

日常の食事を通して、うす味でバランスの良い食事の習慣が身に付く。

食事と疾病（特に生活習慣病）の関係について理解する。
自分に適した食事内容・量が判断できるようになる。
簡単な食事が作ることができるようになる。
歯の健康に配慮した保健行動が習慣化される。

(四) 運動

基本的な運動パターン¹⁾の発達過程が良好である。
競技スポーツや一つの運動に偏らず、散歩、自転車、ボール遊び等楽しみながら日常的に行うことができる運動の習慣が身に付く。

ウ こころの健康づくり

親しい友人をもつなど悩みを相談できる機会や場がある。
「こころの不調」や「こころの病」について相談できる窓口の所在を知り、必要に応じて利用できる。
ストレスに対処できるよう、趣味やスポーツ等を心から楽しみ、リラックスできる。
喫煙、飲酒、薬物乱用をしない。
十分な睡眠をとる。

エ 親・保護者等

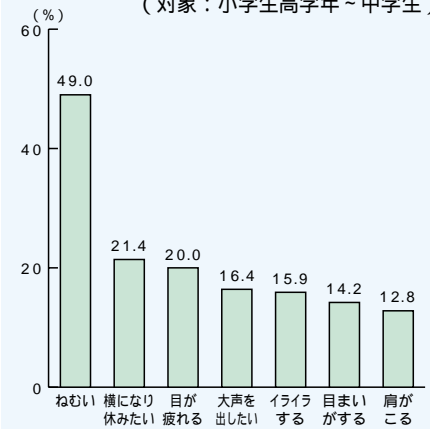
地域活動、サークル活動、クラブ活動、ボランティア活動等多くのことを体験させる。
積極的に子どもと接し、ともに行動する機会をつくる。
子どもの前でたばこを吸わない。
たばこや未成年での飲酒の害について教える。
アルコール依存や薬物依存の害について教える。
子どもと性や性感染症等についての会話ができる。
生活や食事のリズムを身に付けさせる。
家族そろって食事をするよう心がけ、生活習慣病を予防するための、うす味や偏食の是正等望ましい食習慣の確立が図れるようにする。
子どもとともに買い物や料理をする機会をもち、望ましい食品の摂取方法や、食材と環境、飽食の問題をともに考える機会とする。
子どもの言動、心理状態に気を配り、その状況に応じて教師や専門家に相談することができる。
子どもに歯科保健行動を習慣化させる。

1) 基本的な運動パターン：歩行（上下肢の動き） 立ち幅跳び（上肢の動き、体幹の動き、下肢・股の動き） ボール投げ（オーバー
スロー：上下肢、体幹の動き） 捕球（頭部、上下肢、手の動き） ボール蹴り（上下肢、体幹の動き） 片足立ち（バランス）等

(2) 現在の姿

小学校高学年から中学生の2人に1人は日ごろ「ねむい」と感じている。

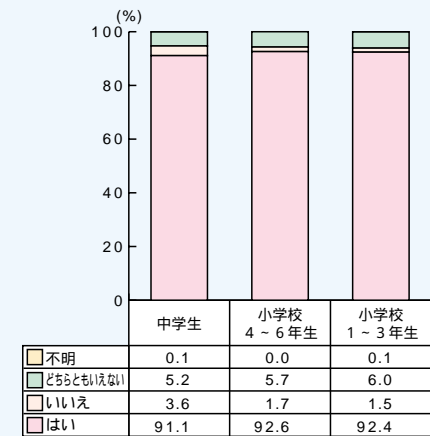
図2 100 日ごろ感じる症状
(対象：小学生高学年～中学生)



新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成8年度)

小学生から中学生の各年代とも、約90%の者が1日3食規則的に食事を摂っている。

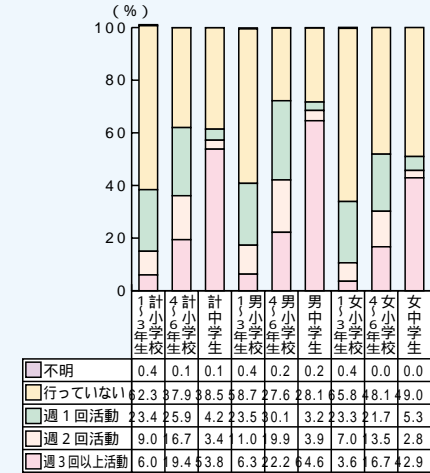
図2 101 1日3食規則的に食事を摂っているか



新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

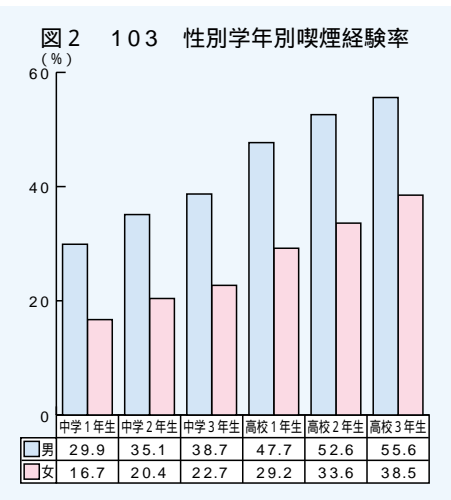
学校、地域、民間のスポーツクラブ等でのスポーツ活動状況では、年代が進むにつれて増える傾向にある。週1回以上活動している割合は、男子が女子を上回っており、週3回以上活動している割合は中学生の男子が64.6%となっている。

図2 102 学校・地域・民間のスポーツクラブ等でのスポーツ活動状況について



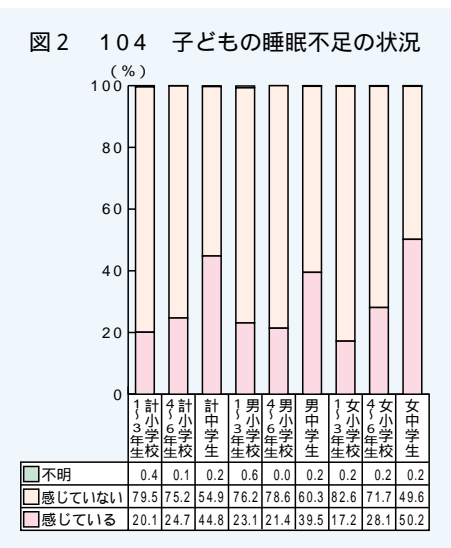
新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

未成年者の喫煙に関する調査結果によると、中学生の男子で約30%から約40%、中学生の女子で約20%が喫煙経験者であり、学年が上がるほど喫煙経験者は増加している。



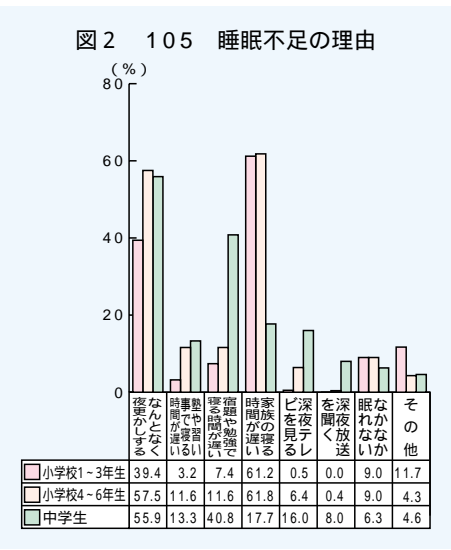
袁輪真澄ら「未成年の喫煙行動に関する全国調査報告書」(平成8年)

年代が進むにつれて、睡眠不足を感じている割合が増加しており、特に中学生女子の2人に1人は、睡眠不足を感じている。



新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10)

睡眠不足の理由で最も多かったのは、小学生では、「家族の寝る時間が遅い」が約60%であり、小学校4～6年生、中学生では、「なんとなく夜ふかしする」が約55%強となっている。



新潟県・新潟県食生活改善推進委員協議会
「ヘルシー21食育普及事業アンケート調査」(平成10年)

(3) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 市町村の役割

- (ア) 少年期は、生涯にわたる生活習慣の基礎が形成されることを十分に踏まえ、学校やPTA等と協力し、子どもや親・保護者を対象とした健康教育を行う。
- (イ) 家庭・学校・地域社会が連携し、役割分担を明確にし健康づくり活動を行う。
- (ウ) たばこ・酒販売店に対し、未成年者にたばこや酒を売らないなど協力を求める。

イ 学校の役割

- (ア) 少年期の健康づくりは、生涯にわたる生活習慣の基礎となるという意識を共有化し、学校全体で健康づくりに取り組む。
- (イ) 将来の生活習慣病の予防に視点を置いた健康教育を実施する。実施に当たっては、保健所や市町村保健担当者、専門家等と協力する。
- (ウ) 小学校からの喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育を行う。
- (エ) 性や性感染症等の問題について、正しい知識の普及啓発を行う。
- (オ) 児童・生徒の健康に配慮した給食の提供を行う。
- (カ) プライバシーが守られるなかで、こころや性、喫煙・飲酒・薬物乱用の害に関する情報が容易に入手でき、かつ、これらの問題について相談できる場を保健室等に設置する。
- (キ) こころや性、喫煙・飲酒・薬物乱用の問題に対応するため、あらかじめ関係機関や専門家の情報を収集整理し、市町村や保健所の情報等と併せて活用する。
- (ク) 支援機関や専門家との連携を円滑化するため、支援機関や専門家とのネットワークづくりを行う。
- (ケ) 児童・生徒の視野を広げたり、自分の将来像や目標を考えるきっかけを与えるため、ボランティア等の社会参加活動や職場訪問等の学外研修を企画する。
- (コ) 児童・生徒の面前でたばこを吸わないよう、教職員の禁煙・分煙の理解を深める。

ウ 各種団体等の役割

関係団体等（P.109表2 12各種団体一覧）は、少年期（小・中学生）における健康づくりの推進や種々の健康上の問題解決に当たり、学校や市町村、児童・生徒、PTA等を専門的立場から支援する。

エ 県の役割

- (ア) 保健や教育分野等関係機関・団体と連携し、役割分担を明確にするとともに効果的な活動を推進する。
- (イ) たばこ、酒の販売に関するガイドライン等、未成年者が容易に入手できない方策を検討する。
- (ウ) 必要な情報の整備、講師の派遣・推薦等を通じて、学校における健康教育を支援・協力する。
- (エ) こころに関する相談を受け付け、思春期精神保健について普及啓発を行う。
- (オ) 健全な母性や父性の意識を育むため、地域での思春期保健の取組を支援する。
- (カ) 喫煙・飲酒・薬物乱用防止のための普及啓発を行う。

4 青年期（中学校卒業から概ね24歳を想定）

精神的な自立が強まる反面、親・保護者との葛藤、進学や就職等を通して、競争を強く意識する時期でもあります。事故に次いで自殺が死因の第2位を占めています。このため、精神的な支援が最も重要な時期ですが、家族や教師等との人間関係は疎遠になり、友人や第三者等の役割が重要になります。

また、将来の生活習慣病発症に大きな影響を与えることとなりますが、喫煙・飲酒、女性のやせ指向等が、この時期は流行や「カッコいい」といった考えが自らの行動を決定しがちなため、「健康のためにどうあるべきか」という意識をもたせることは困難です。しかし、生理的な働きが最も活発な時期であり、栄養所要量が多い時期であるため、正しい食習慣が確立されることが重要です。このため、マスメディア等を通じて、この時期の生活習慣形成の大切さを繰り返し広報することも有効です。

一方、身体活動では、競技としてスポーツに取り組んでいた者がこの時期で止める場合が多く、身体活動量が低下するため、食事量の調整とスポーツ以外での日常の活動量を増やすことを考える必要があります。

（1）望ましい姿

ア いきがい・生きる喜び

友人・恋人との交際や趣味、アルバイト・就職やボランティア等を通じた社会参加等、多様な機会・手段等を利用し、生きる楽しみや意義を自覚する。

イ からだの健康

（ア）からだの健康全般

性や性感染症等の正しい知識を身に付ける。

災害や事故等から身を守るための知識や対処方法を身に付ける。

他人の病気や事故にも気を配ることができる。

（イ）たばこの問題

喫煙の害について熟知する。

喫煙を始めない、禁煙する。

喫煙する場合は、喫煙しない人への配慮やポイ捨てしない等のマナーを習得する。

友人等に、たばこを無理に勧めない。

喫煙する友人・家族に禁煙を勧めることができる。

（ウ）栄養・食生活

欠食の習慣を付けない。

食事と疾病（特に生活習慣病）の関係を理解し、食事の選択や判断ができる。

活動量の変化に応じ、食事量を調整できる。

無理なダイエットをしない。

十分なカルシウムを摂取する。

歯の健康に配慮した保健行動を習慣化する。

（エ）運動

運動を趣味や楽しみとして生活の一部として取り入れられる。

競技や趣味・楽しみとしての運動のほかに、日常生活のなかで意識して体を動かすよ

うにする。

肥満は食事量だけではなく、運動や日常活動量が大きく関係していることを認識して対処できる。

ウ こころの健康づくり

趣味や運動等を通じて、「こころへの負荷・刺激」やストレスを解消できる。

友人のほか、専門家、公的機関、「いのちの電話」等、「こころへの負荷・刺激」を相談できる場があることを知り、必要な場合には利用できる。

薬物の依存性や害を認識し、誘惑に負けない意志をもつ。

飲酒の依存性や害を認識し、過度の飲酒や問題飲酒に陥らない。

過度のダイエットは栄養上の問題があるだけでなく、重要なこころの問題でもあることを理解できる。

エ 親・保護者等

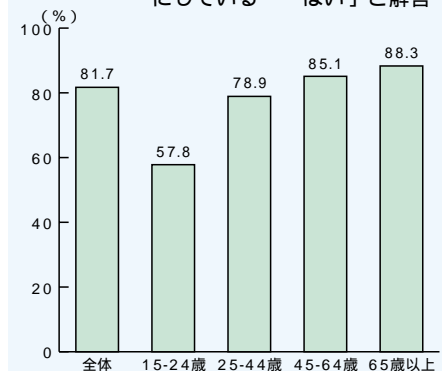
特に青年前期においては、子どもが自立する上で重要な時期であるが、精神的な支援も必要であることを理解し、干渉し過ぎたり、放任になり過ぎないように配慮した接し方を考える。

たばこや未成年での飲酒の害、薬物依存、過度のダイエット等の問題行動に注意し、普段からこれらの害・問題点についてコミュニケーションを図る。

(2) 現在の姿

青年期では、家族そろって食事を楽しむようにしている割合が、他の年齢階級に比べて低く、57.8%である。

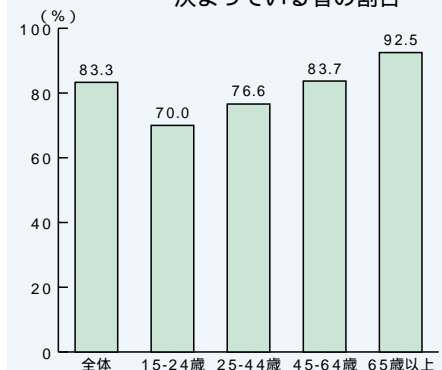
図2 106 家族そろって食事を楽しむようにしている「はい」と解答



新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

青年期では、三度の食事時間がほぼ決まっている者は70.0%で、他の年齢階級に比べて低い。

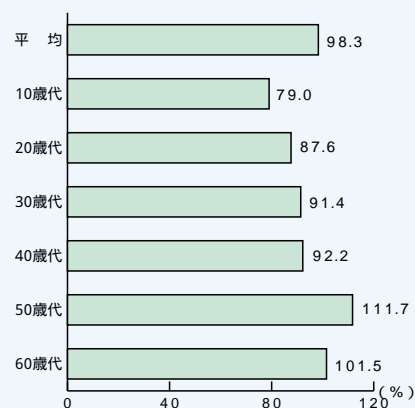
図2 107 三度の食事時間がほぼ決まっている者の割合



新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

10歳代から40歳代の女性のカルシウムの摂取状況は所要量を下回っており充足していない。

図2 108 カルシウムの平均充足状況
(栄養所要量 = 100) 女

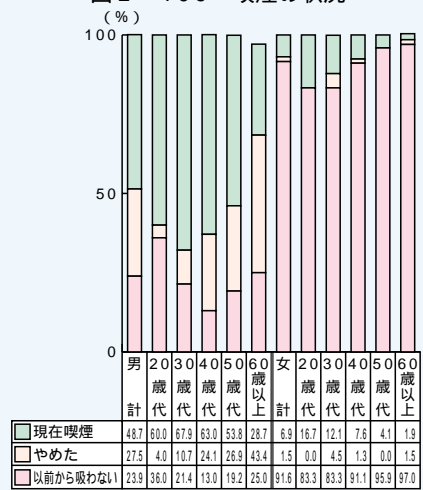


新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

多くの生活習慣病の危険因子である喫煙の状況は、男性では30歳代が最も高く、年齢階級が上がるにつれて低くなる傾向にある。

また、20歳代及び30歳代の女性の喫煙も他の年代に比べ高い割合となっている。

図2 109 喫煙の状況

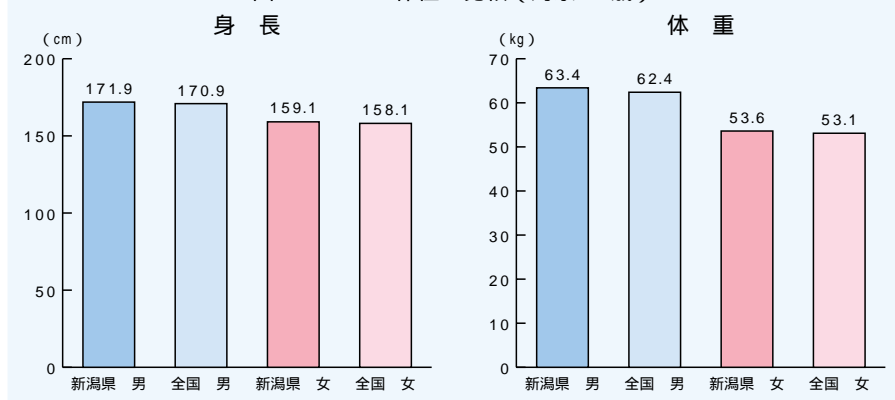


新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

県内の高校生の身長は、男女とも全国平均を上回っており、都道府県別で、男子は1位、女子は2位となっている。

また、体重についても、男女とも全国平均を上回っており、都道府県別で、男子は6位、女子14位となっている。

図2 110 体位の比較(対象17歳)



「学校保健統計調査」(平成11年度)

(3) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 市町村の役割

- (ア) 青年期は、精神的な自立が強まることを踏まえ、学校やPTA等と協力し、子どもや親・保護者を対象とした健康教育を行う。
- (イ) 家庭・学校・地域社会が連携し、役割分担を明確にし健康づくり活動を行う。
- (ウ) たばこ・酒販売店に対し、未成年者にたばこや酒を売らない等協力を求める。

イ 学校の役割

- (ア) 青年期の健康づくりは、生涯にわたる生活習慣の基礎となることから、学校全体で健康づくりに取り組む。
- (イ) 将来の生活習慣病の予防に視点を置いた健康教育を実施する。実施に当たっては、保健所や市町村保健担当者等専門家と協力する。
- (ウ) 未成年者の喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育を行う。
- (エ) 性や性感染症等の問題について、正しい知識の普及啓発を行う。
- (オ) 生徒の健康に配慮した給食の提供を行う。
- (カ) プライバシーが守られるなかで、こころや性、喫煙・飲酒・薬物乱用の害に関する情報が容易に入手でき、かつ、これらの問題について相談できる場を保健室等に設置する。
- (キ) こころや性、喫煙・飲酒・薬物乱用の問題に対応するため、あらかじめ関係機関や専門家の情報を収集整理し、市町村や保健所の情報等と併せて活用する。
- (ク) 支援機関や専門家との連携を円滑化するため、支援機関や専門家とのネットワークづくりを行う。
- (ケ) 生徒の視野を広げたり、自分の将来像や目標を考えるきっかけを与えるため、ボランティア等としての社会参加活動や職場訪問等の学外研修を企画する。
- (コ) 生徒の面前でたばこを吸わないよう、教職員の禁煙・分煙の理解を深める。

ウ 各種団体等の役割

関係団体等（P.109表2 12各種団体一覧）は、青年期における健康づくりの推進や種々の健康上の問題解決にあたり、学校や市町村、児童・生徒、PTA等を専門的立場から支援する。

エ 県の役割

- (ア) 保健や教育分野等関係機関・団体と連携し、役割分担を明確にするとともに効果的な活動を推進する。
- (イ) たばこ、酒の販売に関するガイドライン等、未成年者が容易に入手できない方策を検討する。
- (ウ) 必要な情報の整備、講師の派遣・推薦等を通じて、学校における健康教育を支援・協力する。
- (エ) こころに関する相談を受け付け、思春期精神保健について普及啓発を行う。
- (オ) 健全な母性、父性を育むため、地域での思春期保健の取組を支援する。
- (カ) 喫煙・飲酒・薬物乱用防止のための普及啓発を行う。

5 壮・中年期（概ね25歳から64歳を想定）

壮年期（概ね25歳から44歳）は、身体的な機能が完成し、精神的、社会的にも最も自立している時期です。体力の自信もあり無理がきくので自らの健康を過信しやすく、不規則な食生活、過度の喫煙、飲酒、運動不足等についても健康的ではない生活習慣がみられ、肥満・糖尿病・高血圧等の生活習慣病が発症しやすい時期でもあります。

特にこの時期は、多くの者が、結婚、子どもの誕生、育児等といった大きな節目を経験する時期であるため、自らの健康と子どもの健康のためにも正しい知識を身に付けるとともに、健康づくりを実践したり、健康管理に努めることが大切です。

中年期（概ね45歳から64歳）は、社会的には高・老年期への準備期であり、身体・生理的機能は徐々に低下していく時期でもあります。また、肥満や女性における高脂血症等の生活習慣病の要因が顕在化しやすい時期であり、職場や地域における健康診査の定期的な受診とその後の保健指導を参考に、疾病の早期発見・早期治療に努めることも大切です。

社会や家庭で重要な役割を担う時期でもあり、職場においては仕事に対する責任、ストレスが増大し、睡眠不足や運動不足、不規則な生活も重なって「からだところ」に疲労が蓄積しやすい状態にあります。

このため、十分な休養の確保や自分に適した趣味や運動を行ったり、余暇時間の効果的な活用によってからだところのリフレッシュに努めることが大切です。

また、社会の一線を退くときのための準備期間として、いきがいや趣味を見つけることも重要です。無理のない範囲で地域における社会活動に参加するとともに、老後も見据えた生活設計や将来の目標、健康観等について考える必要があります。

（1）望ましい姿

ア いきがい・生きる喜び

将来の生活設計や人生観、健康観等を身に付けられる。

友人との交際や趣味、アルバイト・就職やボランティア等を通じた社会参加等、多様な機会・手段等を利用し、生きる楽しみや意義を自覚する。

家族と共に行動する機会を増やしたり、趣味やいきがいについて楽しく話し合える雰囲気づくりをするなどコミュニケーションが図れる。

イ からだの健康

（ア）からだの健康全般

がん検診を受診し疾病の早期発見・早期治療に努める。

基本健康診査、職場検診や人間ドック等を受診することにより、自らの健康状態を把握して、適切に対処できる。

（イ）たばこの問題

喫煙の害について熟知し、喫煙者は禁煙する。

喫煙する場合は、喫煙しない人への配慮やポイ捨てしない等のマナーを守る。

友人・家族等にたばこを勧めない。

喫煙する友人・家族に禁煙を勧めることができる。

（ウ）栄養・食生活

規則正しい食生活を心がける。

食事と生活習慣病をはじめとした疾病の関係を理解して、適切に食事を摂る。

活動量の変化に応じて食事量を調整する。

食事量や運動量で体重をコントロールすることができる。

食品や食材の組み合わせや栄養バランスを考慮しながら、総菜や弁当を利用する。

食品や食材の成分を知り安全性に配慮できる。

歯の健康に配慮した保健行動を習慣化する。

(ロ) 運動

運動を趣味や楽しみとして、生活の一部として取り入れられる。

競技や趣味・楽しみとしての運動のほかに、日常生活の中で意識して体を動かすようにする。

サークル活動や地域活動、遊び等を通じて、楽しみとしての運動も心がける。

肥満は食事量だけではなく、運動や日常活動量が大きく関係していることを認識して対処できる。

ウ こころの健康づくり

趣味や運動等を通じて、「こころへの負荷・刺激」やストレスを解消できる。

友人のほか、専門家、公的機関、「いのちの電話」等、「こころへの負荷・刺激」やストレスを相談できる場があることを知り、必要な場合には利用できる。

薬物の依存性や害を認識し、誘惑に負けない意志をもつ。

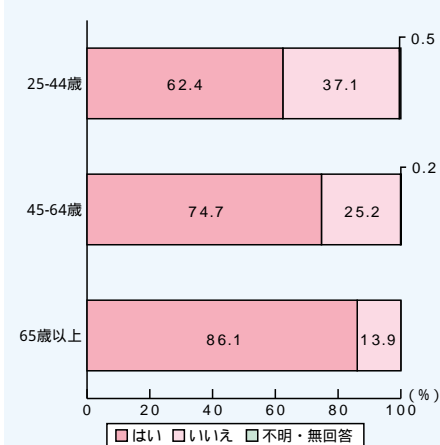
飲酒の依存性や害を認識し、過度の飲酒や問題飲酒に陥らない。

仕事の後や休日に、自分の自由に使える時間をつくる。

(2) 現在の姿

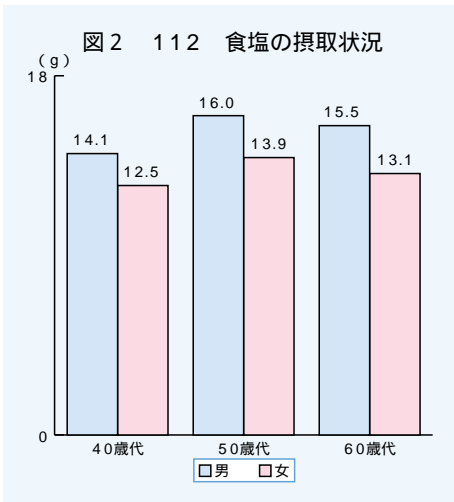
塩分をとり過ぎないようにしている者は、年齢階級が加わるにつれて多くなっている。

図2 111 塩分をとり過ぎないようにしている



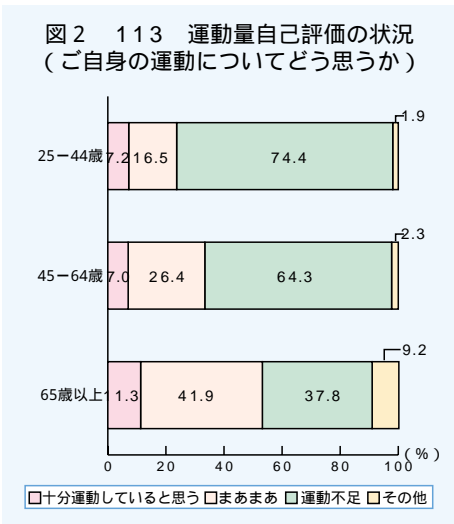
新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

塩分を摂り過ぎないようにしているが、摂取量は必ずしも減っていない。



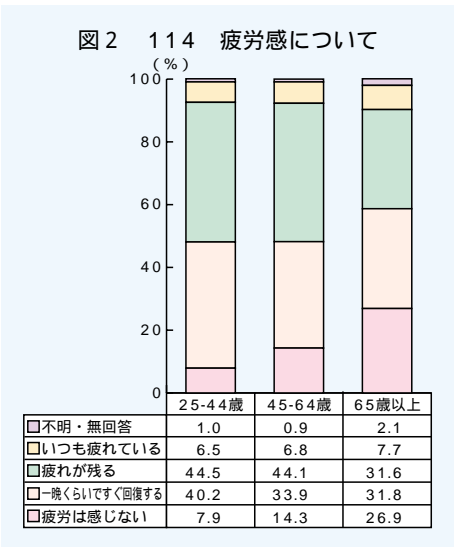
新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

運動については、年齢が高くなるにつれて「不足していると思っている」者は少なくなっている。



新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

疲労感については、壮年期の50.9%が、いつも疲れている、疲れが残ると回答している。



新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

(3) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 市町村の役割

- (ア) 禁煙、節煙、アルコール依存症や薬物乱用に関する健康教育、広報活動を行う。
- (イ) 生活習慣病の要因を顕在化させないよう、栄養・食生活、運動・身体活動に関する健康教育、広報活動を行う。
- (ウ) 基本健診やがん健診を充実するとともに、事後指導会を通じて生活習慣病予防に関する健康教育を行う。
- (エ) こころの健康づくりのための健康教育、広報活動を行い自殺予防に努める。
- (オ) 感染症予防に関する健康教育、広報活動を行う。
- (カ) 一人ひとりに見合った健康づくりを進めるため、専門家による栄養・食生活や運動の診断・処方を行うシステムづくりを進める。

イ 企業・職場の役割

- (ア) 保健所・市町村と連携した健康づくり対策を実施する。
- (イ) 個別や集団の保健指導を通じて健康づくりの普及啓発を図る。
- (ウ) 職場での禁煙・分煙を推進する。
- (エ) こころの問題を含め、一人ひとりの健康に配慮した対応を行う。
- (オ) 趣味やリクリエーション、ボランティア活動等に対する支援を通じていきがいづくりを促進する。
- (カ) 健診結果の活用を図りながら、健康づくりを推進する。
- (キ) 家庭・地域との連携を視野に入れた取り組みを行う。

ウ 各種団体等の役割

関係団体等（P.109表2 12各種団体一覧）は、壮・中年期における健康づくりの推進や種々の健康上の問題解決にあたり、個人が健康づくりの取組を行えるよう積極的に支援・協力する。

エ 県の役割

- (ア) 健康づくりに関係する関係機関や団体と連携しながら、事業を推進する。
- (イ) 市町村や職場における健康教育に対する支援・協力体制を整備する。（必要な情報の整備、講師の派遣・推薦等）
- (ウ) 市町村の老人保健事業等に対する支援・協力体制を整備する。
- (エ) 健康づくりに関する情報収集・提供・調査研究を行う。

6 高・老年期（概ね65歳以上を想定）

高・老年期は、社会的には完成期ともいえる時期であり、人生を楽しみ、豊かな収穫が得られる時期です。

しかし、視力、聴力、消化吸収等身体の機能の低下が進むとともに、筋力、体力も衰え、高齢になるほど個人差が大きくなります。食生活においては、熱量やたんぱく質の過不足に注意し、体力低下を予防するための楽しい運動を継続的に行い、身体的な健康の維持に努めることが大切です。また、骨折による寝たきりを予防するために、骨粗しょう症の予防や生活環境の安全性を高める必要もあります。

さらに、本県においては高齢者の自殺率が高いことが特徴であり、平成10年では全国3位となっています。

この時期に、いきがいのある生活を送るためには、健康的なこころのあり方が重要な要素となります。社会の一線からの引退によるこころの張りの喪失等から社会生活の積極性を欠き、狭いエリアに閉じこもりがちになります。このため、自分の趣味や同好のサークル活動、ボランティア活動等を通して、地域社会での人や自然とのふれあいが大切になります。また、家庭や地域に伝わる歴史や文化、郷土料理や食事づくりの知恵等を、家族や地域の人々、友人等に伝えることによって、地域社会との結びつきを再確認していくことも重要です。

（1）望ましい姿

ア いきがい・生きる喜び

家族と共に行動する機会を増やしたり、趣味やいきがいについて楽しく話し合える雰囲気づくりをする等コミュニケーションが図れる。

友人との交際や趣味、ボランティア等を通じた社会参加等、多様な機会・手段を利用し、生きる楽しみ・意義を自覚する。

家庭や地域に伝わる歴史や文化、郷土料理や食事づくりの知恵等を家族や地域の人々に語り継ぐことによって、家族関係や地域での自分の役割を再認識する。

家族や地域における役割の再認識やいきがいづくりに協力できる。

イ からだの健康

（ア）からだの健康全般

がん検診を受診し疾病の早期発見・早期治療に努める。

基本健康診査や人間ドック等を受診することにより、自らの健康状態を把握して、適切に対処できる。

家族等に体力や生理的機能の低下を理解してもらい、良好な健康管理を行うことができる。

（イ）たばこの問題

喫煙する場合は、喫煙しない人への配慮やポイ捨てしない等のマナーを守る。

喫煙する人は、禁煙、節煙に心がける。

（ウ）栄養・食生活

食事をおいしく食べることができる。

食事と生活習慣病をはじめとした疾病の関係を理解して、食事の選択や判断ができる。自分で食事を作ることができる。また、家族と協力して作ることができる。

歯の健康に配慮した保健行動を習慣化し、摂食・嚥下機能を保持する。

(四) 運動

趣味や楽しみとして、体力に合った運動を安全に継続して行うことができる。

競技や趣味・楽しみとしての運動のほかに、日常生活の活動のなかで安全に継続して体を動かすことにより、体力、身体機能の低下を予防できる。

友人や隣人等との交流を通じた運動が行える。

ウ こころの健康づくり

趣味や運動等を通じて、「こころへの負荷・刺激」やストレスを解消できる。

友人のほか、専門家、公的機関、「いのちの電話」等、「こころへの負荷・刺激」やストレスを相談できる場があることを知り、必要な場合には利用できる。

薬物の依存性や害を認識し、誘惑に負けない意志をもつ。

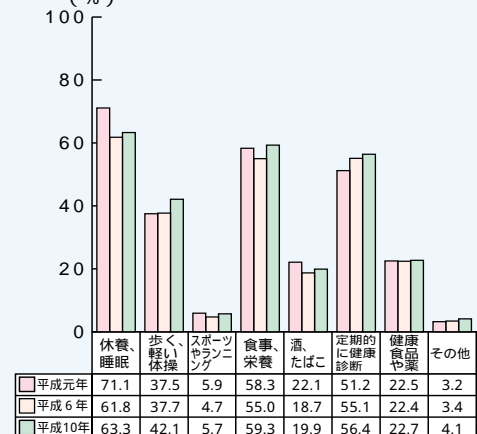
飲酒の依存性や害を認識し、過度の飲酒や問題飲酒に陥らない範囲で楽しんで飲む。

家族や仲間と有意義な時間をもつ。

(2) 現在の姿

健康のために気をつけていることの内容として最も多いのは、「休養・睡眠」で63.3%、続いて「食事・栄養」、「定期健康診断」となっている。

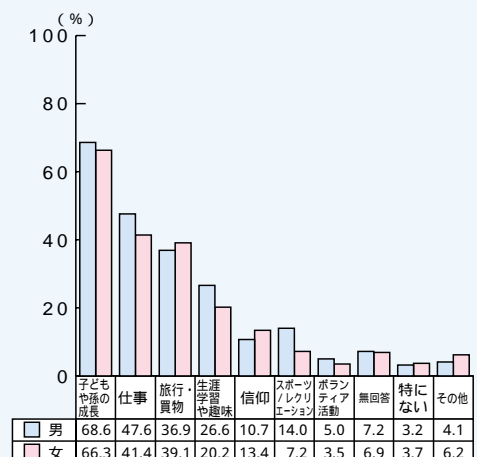
図2 115 健康のために気をつけていることの内容
(%) (65歳以上)



新潟県「新潟県県民健康調査」(平成元年、平成6年)
新潟県「高齢者基礎調査」(平成10年)

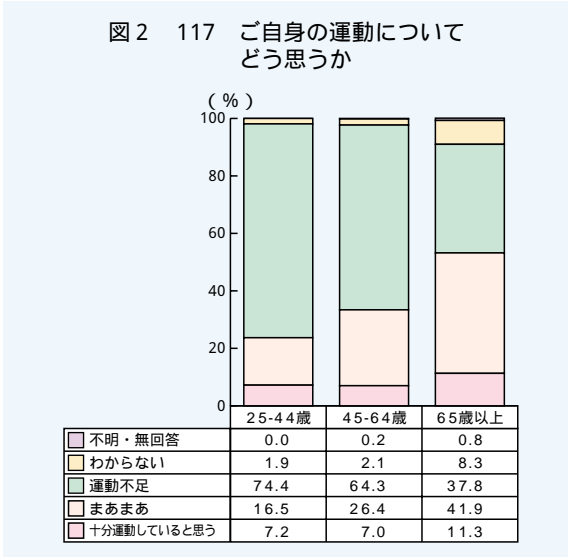
喜びや生活の張りを感じるときは、「子どもや孫の成長」が男女とも最も多く約66%以上となっている。

図2 116 喜びや生活の張りを感じるとき
(%)



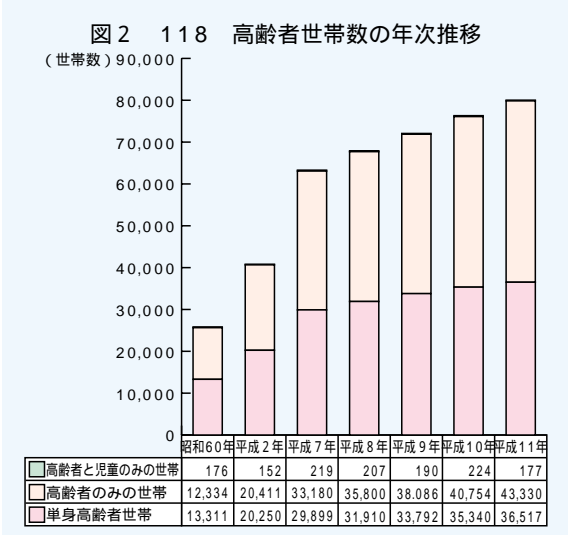
新潟県「高齢者基礎調査」(平成10年)

「ご自身の運動についてどう思うか」と運動の充実状況を聞いたところ、41.9%が「まあまあ」運動していると思っている。年齢が高くなるほど「運動不足」と思っている割合が減っている。

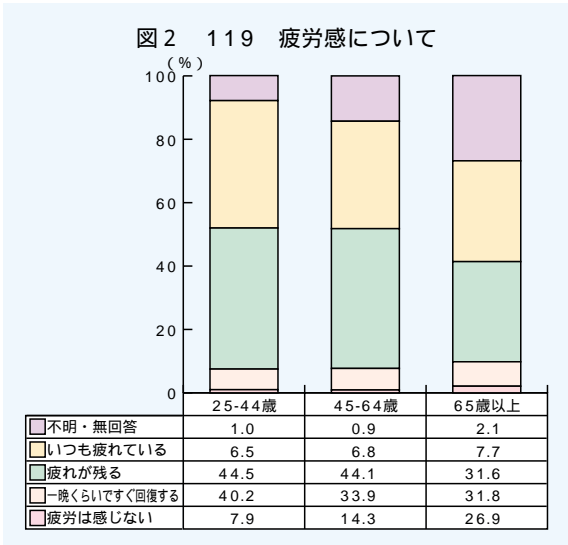


新潟県「県民栄養実態調査」(平成10年度)

高齢化の進展に伴い、高齢者世帯や単身高齢世帯が増加している。



新潟県「新潟県高齢者現況調査」(平成11年度)



(3) 関係者・関係機関・団体の役割

ア 市町村の役割

- (ア) 仲間づくり、サークル活動等を通じたいきがい、楽しみづくりの支援を行う。
- (イ) 高齢者が集まれる、また、さまざまな世代とのふれあいができる場づくりを行う。
- (ウ) 禁煙、節煙、アルコール依存症や薬物乱用に関する健康教育、広報活動を行う。
- (エ) 生活習慣病の要因を顕在化させないよう、栄養・食生活、運動・身体活動に関する健康教育、広報活動を行う。
- (オ) 基本健診やがん健診を充実するとともに、事後指導会を通じて生活習慣病予防に関する健康教育を行う。
- (カ) 機能訓練事業等を充実する。
- (キ) こころの健康づくりのための健康教育、広報活動を行うとともに、高齢者等に積極的に働きかけ、高齢者等の自殺予防に努める。
- (ク) 感染症予防に関する健康教育、広報活動を行う。
- (ケ) 一人ひとりに見合った健康づくりを進めるため、専門家による栄養・食生活や運動の診断・処方を行うシステムづくりを進める。
- (コ) ボランティア活動への参画など、積極的な社会参加や社会貢献での支援を行う。

イ 各種団体等の役割

関係団体等（P.109表2 12各種団体一覧）は、高・老年期における健康づくりの推進や種々の健康上の問題解決に当たり、個人が健康づくりの取組を行えるよう積極的に支援・協力する。

ウ 県の役割

- (ア) 健康づくりに関係する関係機関や団体と連携しながら、事業を推進する。
- (イ) ボランティア団体等の育成を通し、高齢者の社会参加の支援を行う。
- (ウ) 福祉サービスの向上や道路・施設等の改善を通し、体力低下や疾病罹患後も安心して生活できる環境・制度の整備を行う。
- (エ) 市町村における健康教育や老人保健事業等に対する支援・協力体制を整備する（必要な情報の整備、講師の派遣・推薦等）。
- (オ) 健康づくりに関する情報収集・提供・調査研究を行う。

第3章 目標のまとめ

本指針における目標についての考え方は、第1編総論の第3章で示しています。

本指針の基本理念である「県民の一人ひとりが、健康づくりに取り組み、「すこやかで、いきがいに満ちた生活のできる社会」の実現に向け、健康の三本柱（いきがい・生きる喜び：「ひと」としての健康、からだの健康、こころの健康）それぞれについての目標を一覧にしました。

区分	いきがい・ 生きる喜び	からだの健康				
		たばこの問題	栄養・食生活			運動
長期目標	疾病の有無によらず、いきがいや生きる喜びを持って生活できる社会の実現	死亡(罹患)減少(特に壮年期死亡) 健康寿命の延伸と生活の質の向上 喫煙による健康被害や環境被害がない新潟県(無煙環境の実現)				
中期目標	社会参加をしている者や趣味・楽しみをもつ者の増加 いきがいを感じている者の増加	からだの健康については、良好な生活環境を身に付けることにより、多くの疾病予防が期待できる。そのため具体的な対策として「たばこの問題」、「栄養・食生活」、「運動」について、「実現目標」と「望ましい姿」を提示した				
実現目標	個人の实情に合ったいきがい・楽しみ等を発見・持続する	喫煙しない (喫煙する場合には、その害について自らが十分理解する) 喫煙者と非喫煙者が共に理解し合い、互いに迷惑をけない社会を目指す	食の楽しみや食卓でのコミュニケーションを通して、生活の質の向上や望ましい食生活ができる	自らの生活リズムや、環境に配慮した適正な食事の作り方、摂り方が実行できる	自分の適正な食事の質と量を判断し摂ることができる	運動の3要素をバランス良く取り入れ、さまざまな手段を利用して十分な日常運動量を確保する 楽しみとしての運動や、運動を通じた楽しみがある 安全に運動が行える
望ましい姿		望ましい受動喫煙がない 他人の喫煙から受ける被害がない 乳児の周囲でたばこを吸わない 喫煙しない人は喫煙を始めない 喫煙する人は禁煙する マナーを考えて喫煙する 不特定多数が集まる場所を原則禁煙にする 未成年者にたばこを売らない	家族とともに食卓を囲む機会が多い 食事や料理が楽しめる ・友人や家族等と食事が楽しめる ・楽しみながら料理に参加できる ・自分の歯で食事を楽しめる ・摂食・嚥下機能が保持できる ・多彩なメニューを使って、変化に富んだ食事ができる ・必要の場合は、外食や惣菜が上手に利用できる	適正な食事リズムと配分ができる ・生活リズムに合った規則正しい食事をする ・食事の量とバランスの配分が適正である 自分で食事を作ることができる 自らの体格や運動量に見合った食事の量や内容を判断できる ・運動量に見合った食事量が摂られ、作ることができる ・食事の量に合わせた運動量を実行できる 食材の環境等に配慮した料理や食事ができる ・食材ゴミや残り物に配慮した調理の工夫ができる ・自給率や食材の安全性、食材の生産地等に関心をもつ	穀類(米飯等)を主食とし、主菜、副菜がそろった食生活を維持している ・主菜として、魚と肉を同程度が魚を多く利用、大豆製品の積極的な利用、卵の適度な利用ができる ・副菜として、野菜、特に緑黄色野菜の積極的な摂取ができる 主として疾病予防の観点から、栄養素に配慮した食事ができる ・適正なエネルギー摂取ができる ・食塩摂取量が少ない ・脂質摂取の量と質に配慮した食事ができる ・カルシウム摂取量を多くする食事の工夫ができる ・カルシウムを多く含む食品を用いて、料理の中でカルシウム摂取を増やす工夫を行う ・食物繊維の摂取量を多くする食事の工夫ができる ・間食やお菓子、飲み物等を摂る場合には、1日のエネルギー摂取量、糖分や脂質の量に配慮することができる アルコールと上手につきあうことができる ・節度ある適正な飲酒を理解し、習慣的な飲酒はこの量を限度とする ・お酒を飲まない日を設ける ・常に自分の飲んでいる量を認識しながら飲む ・多量飲酒をしない ・お酒に弱い人は飲まない ・妊婦はお酒を飲まない	特別な運動だけではなく、身体活動全体が身体的な健康維持のために重要な運動であることが理解できる 日常の運動量が把握できる 通勤、家事、買い物等の生活活動や、空き時間等を利用した付加的運動を取り入れることによって、日常の運動量が十分にある ・一日の歩数が1万歩ある ・付加的な運動の習慣がある 運動を通じたストレス解消 仲間づくりや社会活動ができる 安全に運動を行える

区分	こころの健康づくり				
	ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防			「目に見える問題」についての対策	
				自殺	アルコール依存症
長期目標	こころの問題に苦しんでいる者の減少			自殺者数の減少	アルコール依存症の減少
中期目標	こころの問題についての県民の理解と相互支援、専門家への積極的な相談			ストレスや「うつ」等、自殺に関連するこころの問題に対処できない者の低下 自殺企図者がいた場合に積極的な予防対策がとれる者の増加とシステムの整備 自殺があった場合に、連鎖予防に対処できる者の増加とシステムの整備	アルコール問題について専門家や自助活動グループに相談する者の増加 アルコール問題に関する県民の理解・支援の広まり
実現目標	一次予防		二次予防		「目に見える問題」についての対策は、ストレスに重点を置いたこころの病の一次・二次予防対策が基本となるため「実現目標」、「望ましい姿」は示していない
	ストレスに負けないための生き方のとり方	ストレスの原因の軽減		「こころの不調」や「こころの病」を自覚した時の対処	
	ストレスやこころの疲労を蓄積させない方法を身に付ける	自らに好ましくないストレスをもたらす原因を把握でき、必要な場合には軽減することができる	他者に負荷・刺激をかける立場にある者は、相手のストレスに目を向け過大なストレスを与えないように配慮できる	自他の「こころの不調」や「こころの病」の徴候に気づき、適切な対処ができる	
望ましい姿	余暇時間等を利用し、趣味やサークル活動、運動、社会活動等を行うことができる 自分に合ったリラックス法等を身に付け、こころの疲労回復ができる 十分な睡眠をとることができる	自らのストレスの有無やその原因を把握できる 自らの性格や行動様式がストレスに弱いかどうか把握できる ストレスがこころの病やかからだの病の原因になることを知る	親は子の、教師は生徒の、雇用主や上司は部下の、その他自らが影響を与える者のストレスに気を配ることができる 他人に過大なストレスを与えないよう配慮できる	自他の「こころの不調」や「こころの病」の徴候をチェックできる 「こころの不調」や「こころの病」に気がついたときに、専門家への相談も含めた適切な対処法をとることができる 「こころの不調」や「こころの病」等こころの問題を持つ人への偏見がなく、仕事や学校を休んだり、医療機関等を受診することについて理解が深まる	

区分	からだの健康					
	長期目標		死亡（罹患）減少（特に壮年期死亡）		健康寿命の延伸と生活の質の向上	
	個別の疾病等についての対策					
	がん （悪性新生物）	循環器疾患 （脳血管疾患・心疾患）	糖尿病	歯科疾患	高齢者の骨折予防	リハビリテーション
長期目標	がん（悪性新生物）死亡（特に壮年期死亡）や罹患の減少 部位別では 胃がん・子宮がん死亡率低下傾向の維持 肺がん（ ）、大腸がん、乳がん（ ）死亡率上昇傾向の抑制から減少へ 各がん罹患率の低下	循環器疾患死亡率（特に壮年期死亡）の低下 病類別では ア 脳血管疾患死亡率の低下（ ） イ 虚血性心疾患死亡率低下傾向の維持 脳血管疾患罹患率の低下とそれに伴う痴呆や寝たきりの減少	糖尿病罹患率の低下 糖尿病性腎症による人工透析や視覚障害等の糖尿病の合併症によって日常生活を著しく阻害されている者の減少 糖尿病が危険因子である疾病の減少 脳梗塞（ ）、虚血性心疾患	むし歯の減少 進行した歯周疾患の有病者率の低下 自分の歯を多く持つ者の増加	骨折が原因で寝たきりになる者の減少 骨折しにくい骨を持つ高齢者の増加	脳卒中、その他の疾病等が原因で寝たきりになる者の減少
中期目標		県民の血圧レベル低下と高血圧者の減少（ ） 未治療高血圧者の減少（ ） 糖尿病（ ）について（糖尿病のP.84項を参照） 県民の血清コレステロール値上昇傾向の抑制	未治療糖尿病患者の治療への導入率上昇 肥満者の減少	フッ化物の利用者率の増加 歯間部清掃用具の使用率の増加 定期的な歯科医療機関における予防処置の受診者率の増加	高齢者における大腿骨頸部骨折の減少 加齢に伴う骨密度減少に対応できる骨を持つ者の増加（特に若年女性で）	リハビリテーションを必要とする者が利用しやすい環境の整備

（ ）は、特に重点と考えるものであり、がん（悪性新生物）（P80）、循環器疾患（P82）、糖尿病（P84）の項を参照

参考（健康日本21の目標等について）

国では、平成12年から、第3次国民健康づくり対策として、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）に、取り組んでいくこととしています。

この運動は、21世紀のすべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸等を目指すものであり、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の国民の健康に関し重要となる課題について、2010年度を目途とした達成の数値目標等を提示するなどにより、行政のみならず、住民、関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、国民の主体的な健康づくりを総合的に推進しようとするものです。

「健康にいがた21」では、県民や関係者に目指して欲しい目標を提案し、その内容として「望ましい姿」を提示しております。

数値目標については、参考として「健康日本21」の目標等を掲載します。

健康日本21の目標等

1 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について
（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1適正体重を維持している人の増加

指標の目安

【肥満者等の割合】

	現状*	2010年
1.1a 児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b 20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c 20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d 40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

*：平成9年国民栄養調査

《用語の説明》

児童・生徒の肥満児：日比式による標準体重の20%以上

肥満者：BMIが25以上の者

やせ：BMIが18.5未満の者

BMI（Body Mass Index）：体重（kg）/[身長（m）]²

1.2脂肪エネルギー比率の現象

指標の目安

【1日当たりの平均摂取比率】

	現状*	2010年
1.2a 20～40歳代	27.1%	25%以下

*：平成9年国民栄養調査

《用語の説明》

脂肪エネルギー比率：総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3食塩摂取量の減少

指標の目安

【1日当たりの平均摂取量】

	現状*	2010年
1.3a 成人	13.5g	10g未満

*：平成9年国民栄養調査

1.4野菜の摂取量の増加

指標の目安

【1日当たりの平均摂取量】

	現状*	2010年
1.4a 成人	292g	350g以上

*：平成9年国民栄養調査

1.5カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

【1日当たりの平均摂取量（成人）】

	現状*	2010年
1.5a 牛乳・乳製品	107g	130g以上
1.5b 豆類	76g	100g以上
1.5c 緑黄色野菜	98g	120g以上

*：平成9年国民栄養調査

《用語の説明》

カルシウムに富む食品：牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

適正な栄養素（食物）を摂取するための行動の変容について
（知識・態度・行動レベル）

1.6自分の適性体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

【実践する人の割合】

	現状*	2010年
1.6a 男性（15歳以上）	62.6%	90%以上
1.6b 女性（15歳以上）	80.1%	90%以上

*平成10年国民栄養調査

《用語の説明》

適正体重：「[身長（m）]²×22」を標準（BMI=22を標準とする）

1.7朝食を欠食する人の減少

指標の目安

【欠食する人の割合】

	現状*	2010年
1.7a 中学、高校生	6.0%	0%
1.7b 男性（20歳代）	32.9%	15%以下
1.7c 男性（30歳代）	20.5%	15%以下

*：平成9年国民栄養調査

1.8量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加
指標の目安

【1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合】

	現状*	2010年
1.8a 成人	56.3%	70%以上

*：参考値、「適量の食事を、家族や友人等と共に、ゆっくり時間をかけてとる人の割合」平成8年国民栄養調査

《用語の説明》

きちんとした食事：1日あたりのエネルギー必要量及び各種栄養素密度について一定条件をみだす食事

1.9外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加
指標の目安

【参考にする人の割合】

	現状*	2010年
--	-----	-------

1.9a 成人

*：平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

1.10自分の適正体重を維持することのできる食事を理解している人の増加
指標の目安

【理解している人の割合】

	現状*	2010年
1.10a 成人男性	65.6%	80%以上
1.10b 成人女性	73.0%	80%以上

*：参考値、「自分にとって適切な食事内容・量を知っている人の割合」平成8年国民栄養調査

1.11自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加
指標の目安

【改善意欲のある人の割合】

	現状*	2010年
1.11a 成人男性	55.6%	80%以上
1.11b 成人女性	67.7%	80%以上

*：平成8年国民栄養調査

（全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性31.6%、女性33.0%）

適正な栄養素（食物）の摂取するための個人の行動変容に係る環境づくりについて（環境レベル）

1.12ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

【提供数】

	現状*	2010年*
--	-----	--------

1.12a

【利用する人の割合】

	現状*	2010年*
--	-----	--------

1.12b

*：平成12年度中に調査し、設定する

《用語の説明》

ヘルシーメニューの提供：給食、レストラン、食品売場における、食生活改善のためのバランスのとれたメニューの提供

1.13学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

【学習の場の数】

	現状*	2010年*
--	-----	--------

1.13a

【学習に参加する人の割合】

	現状*	2010年*
--	-----	--------

1.13b

*：平成12年度中に調査し、設定する

《用語の説明》

学習の場：地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

1.14学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

【自主グループの数】

	現状*	2010年*
--	-----	--------

1.14a

*：平成12年度中に調査し、設定する

《用語の説明》

自主グループ：地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取り組む住民、地区組織、企業等

2 身体活動・運動

成人

2.1意識的に運動を心がけている人の増加

指標の目安

【意識的に運動をしている人の割合】	現状*	2010年
2.1a 男性	52.6%	63%以上
2.1b 女性	52.8%	63%以上

*：平成8年保健福祉動向調査

《用語の説明》

意識的に運動を心がけている人：日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人

2.2日常生活における歩数の増加

指標の目安

【日常生活における歩数】	現状*	2010年**
2.2a 男性	8,202歩	9,200歩以上**
2.2b 女性	7,282歩	8,300歩以上**

*：平成9年国民栄養調査

**：約1,000歩の増加：1,000歩は、歩く時間で約10分、歩行距離で600～700m程度の歩行に相当

2.3運動習慣者の増加

指標の目安

【運動習慣者の割合】	現状*	2010年
2.3a 男性	28.6%	39%以上
2.3b 女性	24.6%	35%以上

*：平成9年国民栄養調査

《用語の説明》

運動習慣者：1回30分以上の運動を、週2回以上実施し、1年以上持続している人

高齢者

2.4外出について積極的な態度をもつ人の増加

指標の目安

【運動習慣者の割合】	現状*	2010年
2.4a 男性（60歳以上）	59.8%	70%以上
2.4b 女性（60歳以上）	59.4%	70%以上
2.4c 80歳以上（全体）	46.3%	56%以上

*：平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」（総務庁）

《用語の説明》

外出について積極的な態度をもつ人：日常生活の中で買い物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」と意識している人

2.5何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

【地域活動を実施している人】	現状*	2010年
2.5a 男性（60歳以上）	48.3%	58%以上
2.5b 女性（60歳以上）	39.7%	50%以上

*：平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（総務庁）

2.6日常生活における歩数の増加

指標の目安

【日常生活の歩数】	現状*	2010年**
2.6a 男性（70歳以上）	5,436歩	6,700歩以上**
2.6b 女性（70歳以上）	4,604歩	5,900歩以上**

*：平成9年国民栄養調査

**：約1,300歩の増加：約1,300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650～800m程度の歩行に相当

3 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1ストレスを感じた人の減少

指標の目安

【ストレスを感じた人の割合】

現状* 2010年

3.1a 全国平均 54.6% 49%以下**

*：平成8年度健康づくりに関する意識調査（財団法人健康・体力づくり事業財団）

**：1割以上の減少

《用語の説明》

ストレスを感じた人：最近1ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

【とれない人の割合】	現状*	2010年
3.2a 全国平均	23.1%	21%以下**

*：平成8年度健康づくりに関する意識調査（財団法人健康・体力づくり事業財団）

**：1割以上の減少

3.3睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

【睡眠補助品等を使用する人の割合】	現状*	2010年
3.3a 全国平均	14.1%	13%以下**

*：平成8年度健康づくりに関する意識調査（財団法人健康・体力づくり事業財団）

**：1割以上の減少

《用語の説明》

睡眠補助品：睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4自殺者の減少

指標の目安

【自殺者数】	現状*	2010年
3.4a 全国数	31,755人	22,000人以下**

*：平成10年厚生省人口動態統計

4 たばこ

4.1喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

【知っている人の割合】	現状*	2010年
-------------	-----	-------

4.1a 肺がん 84.5% 100%

4.1b 喘息 59.9% 100%

4.1c 気管支炎 65.5% 100%

4.1d 心臓病 40.5% 100%

4.1e 脳卒中 35.1% 100%

4.1f 胃潰瘍 34.1% 100%

4.1g 妊娠に関連した異常 79.6% 100%

4.1h 歯周病 27.3% 100%

*：平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

《用語の説明》

健康影響：別表「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

【喫煙している人の割合】	現状*	2010年
--------------	-----	-------

4.2a 男性（中学1年） 7.5% 0%

4.2b 男性（高校3年） 36.9% 0%

4.2c 女性（中学1年） 3.8% 0%

4.2d 女性（高校3年） 15.6% 0%

*：平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

【分煙を実施している割合】	現状*	2010年
---------------	-----	-------

4.3a 公共の場 100%

4.3b 職場 100%

【知っている人の割合】 現状* 2010年

4.3c 効果の高い分煙に関する知識の普及 100%

*：平成12年度中に調査する

《用語の説明》

分煙の徹底：公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙：受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

【禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合】 現状*

2010年

4.4a 全国

100%

*：平成12年度中に調査する

《用語の説明》

禁煙支援プログラム：個人の禁煙を支援するための個別保健指導

等禁煙・節煙を希望する人	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合計	63.1%	69.6%	64.2%

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

別表

喫煙が及ぼす健康影響

1.喫煙者是非喫煙者に比べ病気になる危険度が何倍高いのか

(1)がんの死亡

	男	性	女	性
平山らによる計画調査(1966~82)	1.7		1.3	
原爆被爆者コホート(1963~87)			1.6	
厚生省コホート(1990~)*	1.5		1.6	

(資料) 厚生省コホート(現在集計中)

4保健所管内の40~59歳の地域住民男女各2万人を1990年より7年間追跡。

がん部位別死亡

	男	性	女	性
肺がん	4.5	22.4	2.3	11.9
喉頭がん	32.5	10.5	3.3	17.8
口腔・咽頭がん	3.0	27.5	1.1	5.6
食道がん	2.2	7.6	1.8	10.3
胃がん	1.5		1.2	
肝がん	1.5		1.7	
腎がん		3.0		1.4
膵臓がん	1.6	2.1	1.4	2.3
膀胱がん	1.6	2.9	2.3	2.6
子宮頸部がん			1.6	1.4

(資料) 左段：平山らによる計画調査(1966~82)

右段：アメリカがん協会の「がん予防研究」(1982~86)

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(2)循環器病の死亡

	男	性	女	性
総死亡	1.2		1.2	
循環器病総死亡	1.4		1.5	
虚血性心疾患	1.7			
脳卒中	1.7		1.7	

(資料) 1980~90年の循環器疾患基礎調査、いわゆる「NIPPON DATA」(現在集計中) 30歳以上の約10,000人を対象。

(注) 数字は非喫煙者を1とした1日20本喫煙する者の相対危険度

(3)その他の疾患

	男	性	女	性
気管支喘息*1	1.8		4.0	
胃潰瘍*2	3.4			
十二指腸潰瘍*2	3.0			

(資料)*1：平山らによる計画調査(1966~82)

*2：A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking and diet(1968~90)

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(4)妊婦への影響

	早	産
低出生体重	3.3	
全先天異常	2.4	
	1.3	

(資料) 昭和54年度 厚生省心身障害研究

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(5)歯周病

Shizukui(1998)	2.1
Dolanら(1997)	1.9
Sakkiら(1995)	1.7
Brownら(1994)	2.7

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

2.喫煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1)肺がんの死亡(男性)

Hirayama(1990)	0.3*
Dollら(1976)	0.3

*10年以上の値

(注) 数字は非喫煙者を1としたときの喫煙して10~14年経過した者の相対危険度

(2)虚血性心疾患の死亡(男性)

喫煙本数(本/日)	禁煙して1~4年	禁煙して10~14年
1~19本	0.6	0.5
20本以上	0.6	0.5

(資料) アメリカがん協会(1969)

(注) 数字は、現在喫煙している者を1としたときの禁煙した者の相対危険度

3.喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率	脳卒中の減少	虚血性心疾患の減少	総循環器疾患の減少
男性 女性	男性 女性 全体	男性 女性 全体	男性 女性 全体
55% 15%	16% 6% 11%	11% 7% 9%	17% 4% 10%
45 10	29 15	22 24	17 20
35 10	42 15	28 37	17 26
25 5	55 24	39 50	26 38
15 5	68 24	46 63	26 44
0 0	87 33	60 82	36 59
			66 23
			45

(注) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たな日常生活動作能力(ADL)低下者数の減少割合を示す。

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

成人の1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少

平均カリウム摂取量1g増量

肥満者(BMI25以上)を男性15%、女性18%以下に減少

成人男性の多量飲酒者(1日3合以上)が1%低下

国民の10%が早歩き毎日30分を実行する

などの生活習慣の改善による平均最大血圧約4.2mmHgの低下を前提とする。

5 アルコール

5.1多量に飲酒する人の減少

指標の目安

【多量に飲酒する人の割合】

現状*

2010年**

5.1a 男性

4.1%

3.2%以下

5.1b 女性

0.3%

0.2%以下

*：平成8年度健康づくりに関する意識調査

(財団法人健康・体力づくり事業財団)

**：2割以上の減少

《用語の説明》

多量に飲酒する人：1日平均純アルコール約60グラムを超えて摂取する人

5.2未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

【飲酒している人の割合】

現状*

2010年

5.2a 男性(中学3年)

25.4%

0%

5.2b 男性(高校3年)

51.5%

0%

5.2c 女性(中学3年)

17.2%

0%

5.2d 女性(高校3年)

35.9%

0%

*：平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

【知っている人の割合】

現状*

2010年

5.3a 男性

100%

5.3b 女性

100%

*：平成12年度中に調査する

《用語の説明》

節度ある適度な飲酒：1日平均純アルコールで約20グラム程度の飲酒

(注) 主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール	清酒	ウイスキー・ ブランデー	焼酎(35度)	ワイン
	(中瓶1本500ml)	(1合180ml)	(ダブル60ml)	(1合180ml)	(1杯120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

6. 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う蝕のない幼児の増加

指標の目安

【う蝕のない幼児の割合（3歳）】	現状*	2010年
6.1a 全国平均	59.5%	80%以上

*：平成10年度3歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

【受けたことのある幼児の割合（3歳）】	現状*	2010年
6.2a 全国平均	39.6%	50%以上

*：平成5年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

【習慣のある幼児の割合（1歳6ヶ月児）】	現状*、**	2010年**
----------------------	--------	---------

6.3a 全国平均 29.9%
*：参考値、1日3回以上の間食をする1歳6ヶ月児の割合（久保田らによる調査、平成3年）

**：平成12年度中に調査し、設定する

《用語の説明》

頻回飲食：間食として1日3回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う蝕数の減少

指標の目安

【一人平均う蝕数（12歳）】	現状*	2010年
6.4a 全国平均	2.9歯	1歯以下

*：平成11年学校保健統計調査

《用語の説明》

一人平均う蝕数：一人あたり平均の未治療のう蝕、う蝕により失った歯、治療済みのう蝕の合計（DMF歯数）

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

【使用している人の割合】	現状*	2010年
6.5a 全国平均	45.6%	90%以上

*：参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率

（荒川らによる調査、平成3年）

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

【過去1年間に受けたことのある人の割合】	現状*	2010年
6.6a 全国平均	12.8%	30%以上

*：参考値、平成5年保健福祉動向調査（15～24歳）

《用語の説明》

個別的な歯口清掃指導：歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

【有する人の割合】	現状*	2010年**
6.7a 40歳	32.0%	22%以下
6.7b 50歳	46.9%	33%以下

*：参考値、平成9～10年富士宮市モデル事業報告

**：3割以上の減少

《用語の説明》

進行した歯周炎：歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃器具の使用の増加

指標の目安

【使用する人の割合】	現状*	2010年
6.8a 40歳（35～44歳）	19.3%	50%以上
6.8b 50歳（45～54歳）	17.8%	50%以上

*：平成5年保健福祉動向調査

《用語の説明》

歯間部清掃器具：歯と歯の間に清掃するための専用器具

（デンタルフロス、歯間ブラシ等）

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及（4.たばこ参照）

6.10 禁煙支援プログラムの普及（4.たばこ参照）

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

【自分の歯を有する人の割合】	現状*	2010年
6.11a 80歳（75～84歳）で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b 60歳（55～64歳）で24歯以上	44.1%	50%以上

*：平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

【過去1年間に受けた人の割合】	現状*	2010年
6.12a 60歳（55～64歳）	15.9%	30%以上

*：参考値、過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合、平成4年寝屋川市調査

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

【過去1年間に受けた人の割合】	現状*	2010年
6.13a 60歳（55～64歳）	16.4%	30%以上

*：平成5年保健福祉動向調査

7. 糖尿病

7.1 成人の肥満者の減少（1.栄養・食生活参照）

7.2 日常生活における歩数の増加（2.身体活動・運動参照）

7.3 質・量ともにバランスのとれた食事（1.栄養・食生活参照）

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

【受けている人の数】	現状*	2010年**
------------	-----	---------

7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者 4,573万人 6,860万人以上

*：参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

【受けている人の割合】	現状*	2010年
-------------	-----	-------

7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率（男性） 66.7% 100%

7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率（女性） 74.6% 100%

*：平成9年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者数の減少（推計）

【推計値】

現状*	2010年**
7.6a 糖尿病有病者数	690万人 1,000万人

*：平成9年糖尿病実態調査

**：生活習慣の改善がない場合、1,080万人と推計されている

（注）本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続

指標の目安

【治療継続している人の割合】	現状	2010年
----------------	----	-------

7.7a 糖尿病有病者の治療継続率 45%* 100%

*：平成9年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少

指標の目安

【合併症を発症した人の数】	現状	2010年
---------------	----	-------

7.8a 糖尿病性腎症 10,729人* ***

【合併症を有する人の数】 現状 2010年

7.8b 失明 約3,000人** ***

*：1998年日本透析医学会

**：1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」

***：平成14年度中に設定

8 循環器病

8.1食塩摂取量の減少（1.栄養・食生活参照）

8.2カリウム摂取量の増加

指標の目安

【1日当たりの平均摂取量】

8.2a 成人 現状* 2010年

8.2a 成人 2.5g 3.5g以上

*：平成9年国民栄養調査

8.3成人の肥満者の減少（1.栄養・食生活参照）

8.4運動習慣者の増加（2.身体活動・運動参照）

8.5高血圧の改善（推計）

【推計値】平均最大血圧約4.2mmHgの低下

（注）以下を実行することによる効果の推計

・成人1日当たりの平均食塩摂取量3.5g減少

・平均カリウム摂取量1g増量

・肥満者（BMI25以上）を男性15%（20歳以上）

女性18%（20歳以上）以下に減少

・成人男性の多量飲酒者を1%低下

・国民の10%が早歩きを毎日30分実行

8.6たばこ対策の充実（4.たばこ参照）

8.7高脂血症の減少

指標の目安

【高脂血症の人の割合】

8.7a 男性 現状* 2010年

8.7a 男性 10.5% 5.2%以下

8.7b 女性 17.4% 8.7%以下

*：平成9年国民栄養調査

《用語の説明》

高脂血症者：血清総コレステロール値240mg/dlの者

8.8糖尿病有病者の減少（7.糖尿病参照）

8.9飲酒対策の充実（5.アルコール参照）

8.10健康診断を受ける人の増加

指標の目安

【検診受診者の数】

8.10a 全国数 現状* 2010年

8.10a 全国数 4,573万人 6,860万人以上

*：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

喫煙率			脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性		男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%		16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10		29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10		42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5		55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5		68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0		87	33	60	82	36	59	66	23	45

（注1）それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

（注2）現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対）死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患57.2（人口10万人対）死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9 がん

9.1たばこ対策の充実（4.たばこ参照）

9.2食塩摂取量の減少（1.栄養・食生活参照）

9.3野菜の摂取量の増加（1.栄養・食生活参照）

9.41日の食事において、果物類を摂取している者の増加

指標の目安

【摂取してる人の割合】

9.4a 成人 現状* 2010年

9.4a 成人 29.3% 60%以上

*：平成9年国民栄養調査

9.5脂肪エネルギー比率の減少（1.栄養・食生活参照）

9.6飲酒対策の充実（5.アルコール参照）

9.7がん検診の受診者の増加

指標の目安

【検診受診者数】

9.7a 胃がん 現状* 2010年**

9.7a 胃がん 1,401万人 2,100万人以上

9.7b 子宮がん 1,241万人 1,860万人以上

9.7c 乳がん 1,064万人 1,600万人以上

9.7d 肺がん 1,023万人 1,540万人以上

9.7e 大腸がん 1,231万人 1,850万人以上

*：参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

（注）各がん検診の受診者数は「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査」の各がん検診の受診者数と人間ドック受診者の合計である。

新潟県健康づくり推進対策懇談会構成員名簿

[敬称略]

団 体 等 名 称	役 職 名	氏 名	備 考
新潟大学医学部（公衆衛生学）	教 授	鈴 木 宏	
新潟大学歯学部（予防歯科学）	教 授	宮 崎 秀 夫	
新潟大学教育人間科学部	教 授	杉 本 英 夫	
新潟大学教育人間科学部	教 授	皆 川 興 栄	
新潟県医師会	会 長	松 元 寿	平成11年度
新潟県医師会	会 長	倉 品 克 明	平成12年度
新潟県医師会	副 会 長	渡 部 透	
新潟県歯科医師会	会 長	神 成 肅 一	
新潟県薬剤師会	会 長	佐久間 明 三	
新潟県看護協会	会 長	望 月 綾 子	
新潟県栄養士会	会 長	佐 藤 一 義	
新潟県市長会	代 表	竹 内 正	白根市長
新潟県町村会	代 表	佐 藤 末 吉	神林村長
新潟日報社	報 道 部 長	永 田 幸 男	
新潟県社会教育委員連絡協議会	会 長	尾 嶋 静	
新潟県国民健康保険団体連合会	常 務 理 事	佐 藤 信 雄	
新潟市市民局保健福祉部	部 長	長谷川 守	
新潟労働基準局安全衛生課	課 長	谷 藤 仁	平成11年度
新潟労働局労働基準部安全衛生課	課 長	吉 田 邦 昭	平成12年度
新潟県教育庁保健体育課	課 長	岡 本 義 生	
新潟県保健所長会	会 長	武 藤 經 一	新発田保健所 平成11年度
新潟県保健所長会	会 長	大 村 紘 一	上越保健所 平成12年度
新潟県精神保健福祉センター	所 長	後 藤 雅 博	

新潟県健康づくり指針「健康にいがた21」策定作業部会構成員名簿

[敬称略]

団 体 等 名 称	役 職 名	氏 名	備 考
新潟大学医学部（公衆衛生学）	助 教 授	田 辺 直 仁	策定作業部会長
新潟経営大学経営情報学部	教 授	関 博 之	
新潟大学教育人間科学部	助 教 授	篠 田 邦 彦	
新潟市中央地域保健福祉センター	所 長	高 橋 力 ネ	
弥彦村福祉保健課	参 事	佐 藤 史 子	
三和村住民課	主任栄養士	佐 藤 美奈子	
新潟労働基準局安全衛生課	地方労働衛生専門官	宮 島 吉 郎	平成11年度
新潟労働局労働基準部安全衛生課	地方労働衛生専門官	寺 島 正 輝	平成12年度
新潟県教育庁保健体育課	指 導 主 事	滝 沢 ミチ子	
新潟県精神保健福祉センター	所 長 代 理	磯 野 靖 男	
新潟県十日町保健所	主 任	鈴 木 一 恵	平成11年度

健康にいがた21の10カ条

- 1 健康づくりは、自分が主役
- 2 たばこは吸わない・吸わせない・ポイ捨てしない
- 3 食べ過ぎ・食べなさ過ぎ、どちらも病気のもと
- 4 バランス、リズムを大切に、主食・主菜・副菜がそろった食生活
- 5 食塩・動物性脂質を控えめに
- 6 カルシウムと運動で丈夫な骨づくり
- 7 日ごろの運動が、病気・老化・寝たきりを防ぐ
- 8 だれにでもある、悩み・ストレス・こころの疲れ、ためずに相談しよう
- 9 アルコールへの依存はこころもからだも蝕む^{むしば}
- 10 生涯を通じて食生活を楽しめる健康な歯と歯ぐき



新潟県