

| 第1章 |
健康づくりの意義と必要性

1 | 健康づくりの考え方とねらい

(1) 健康づくりとは

生活環境の変化や医学・医療の発達により感染症などの急性疾患が激減し、日本人の平均寿命は飛躍的に伸び、1984年(昭和59年)からは世界一の長寿国になりました。また、その一方で、急激な出生率の低下により少子・高齢化が進み、2020年(平成32年)には4人に1人が65歳以上の高齢者という、どの国もかつて経験したことのない超高齢社会を迎えることとなります。

社会の高齢化に伴い、脳卒中、心臓病、がん等の生活習慣病に伴う痴呆や寝たきりが原因で要介護状態になる人が増え、医療費負担の増加とともに大きな社会問題の一つとなっています。

21世紀の日本は、健康で長生きをしたいといういわゆる「健康寿命」の延伸を図り、自立した生活を送ることができるよう、生活の質の向上を目指した取組が求められています。これらを実現するためには、府民一人ひとりが健康の重要性を自覚し、健康的な生活習慣のあり方について理解し、主体的に取り組むことが基本です。そして、個人の努力と併せて行政や専門家が効果的なサービスを提供し、社会全体として個人の行動変容を支援していく環境づくりが不可欠です。

新しい健康づくり運動を推進していくためには、次の3つの柱が重要となります。



一次予防の重視

従来の健診による病気の早期発見・早期治療(二次予防)に重点を置いた健康づくりにとどまらず、病気にかからないために普段から健康増進に努め、発病を予防する「一次予防」に重点を置いた健康づくり対策を推進していくことが、より重要になってきています。

健康づくりを支える環境整備

病気の予防や体力づくりを各自が努力するだけでなく、個人の主体的な健康づくりを、関連するあらゆる機関や団体が一体となって、社会全体が支援していく体制を整えていく必要があります。

目標値の設定と評価

健康づくり運動を効果的に推進するためには、健康づくりに関わる多くの関係者が健康に関する情報を共有し、共通の認識を持った上で科学的な根拠に基づいた具体的な目標値を設定し、評価していく必要があります。

一口メモ

一次予防

病気にならないように普段から健康増進に努め、病気の原因となるものを取り除くこと

健康寿命

寝たきりや痴呆にならない状態で、健康で明るく元気に生活できる期間のこと

(2) 府民の健康づくり施策

京都府においては、国の「第一次国民健康づくり対策」（1978年度～1987年度）、「第二次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン）」（1988年度～1999年度）を受けて、老人保健事業の充実、施設整備・人材の育成等の基盤整備、また「栄養」「運動」「休養」を柱とする健康づくり対策を、市町村及び関係団体と協力・連携を図りながら推進してきました。

1978年度(昭和53年度)～1987年度(昭和62年度)

- ・健康診査・保健指導体制の確立
- ・健康づくりの3要素「栄養・運動・休養」の推進(栄養に重点)

府民の身近なところで食生活・栄養改善についての普及啓発を図るため、1982年度(昭和57年度)に健康増進車(すこやか号)を整備し、各地域での実践活動を展開してきました。市町村においても、健康づくり協議会の設置や婦人の健康づくり推進事業、食生活改善推進員組織の養成・育成等に取り組みされてきました。

また、1982年には老人保健法が施行され、「高血圧教室」「糖尿病教室」を開催するなど、老人保健事業として実施される健康診査の事後指導体制を拡充してきました。併せて、府民の食生活の実態を把握するため、1983年度(昭和58年度)に「京都府民栄養調査」を実施しました。



1988年度(昭和63年度)～1999年度(平成11年度)

- ・健康づくりのための運動の普及
- ・骨粗しょう症対策の推進



府民生活の中に運動習慣が取り入れられ、運動を通じた健康づくりが進められるよう、1989年度(平成元年度)には、健康運動指導士の養成を開始し、各保健所で「すこやか運動教室」を開催するとともに、「健康づくりの集い」「すこやかフェア」「がん制圧のつどい」「歯の健康フェスティバル」等のイベントを通して、府民の健康意識の高揚を図ってきました。

また、1993年度(平成5年度)には、健康増進車(すこやか号)で府民が楽しみながら体力測定を行い、自らの健康状態を認識し、日常生活の中で運動の習慣化が図れるよう、運動指導機器及び骨密度測定装置を搭載した車に更新し、保健所における健康増進指導事業にも、より運動指導を充実した内容を組み入れました。

1983年度の「京都府民栄養調査」を基に、「京都すこやか食シリーズ」の第1弾として「京都すこやか長寿食メニュー」を作成しましたが、以後毎年「京都すこやか青年食メニュー」「京都すこやか未来っ子くんメニュー」「京都すこやか女性食メニュー」「京都すこやか高齢者食メニュー」を作成し、1993年度(平成5年度)には、「京都府年代別健康づくり指針(京都すこやかプラン)」を作成し、府民のライフスタイルに合わせた健康づくりの普及を図ってきました。

また、市町村の栄養改善指導の充実を図り、より実践的な運動を府民に普及するため、指導者育成事業として「健康運動実践指導者養成講習会」を開始しました。

1994年度(平成6年度)には「地域保健法」が成立し、保健所及び市町村の役割が明確にされ、地域の保健対策は大きく転換することになりました。この年に京都府では、新規に「骨粗しょう症予防教室」及び「骨粗しょう症相談事業」をはじめとする骨粗しょう症予防の正しい知識の普及を図るとともに、市町村の骨粗しょう症健診の事後フォローとして、骨密度の二次検査体制を整備しました。

1996年度(平成8年度)には、日常の食生活や運動などの生活習慣が発症や進行に関与する「生活習慣病」という新しい概念が導入され、生活習慣の改善がより重要視され始めました。

こうした状況の中、1998年度(平成10年度)には、2回目の実態調査となる「府民健康づくり・栄養調査」を府民約7000人を対象に実施し、身体状況、栄養摂取状況、生活習慣などの実態を把握しました。1999年度(11年度)には、実態調査の結果を基にそれぞれの地域で健康課題の分析を行い、実態に則した健康づくりの基礎資料を作成しました。



一方、2000年(平成12年)3月には、厚生省から「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が発表され、ヘルスプロモーションに基づく健康づくりの新しい考え方が導入されました。また、11月には、「健康日本21」の一翼を担うものとして、21世紀の母子保健の主要な国民運動である「健やか親子21」が提言されました。こうした中、京都府では、各地域の健康課題や基礎資料を基に「総合的な府民の健康づくり指針(きょうと健やか21)」を策定し、総合的に健康づくり運動を推進していくことになりました。

一口メモ

生活習慣病

食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群のこと
例えば、がん、心臓病、脳血管疾患、糖尿病など

2 | 健康づくり指針策定の必要性

(1) 策定の背景

ア 京都府の人口構成

人口減少 少子・高齢化の進行 健康寿命は全国平均

< 人口及び世帯数 >

人口 2,644,331人 (平成12年国勢調査(速報値))
 世帯数 1,026,129世帯 (")

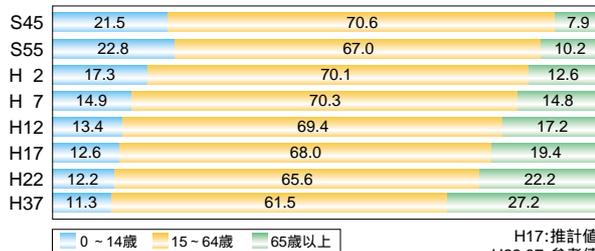
京都府の総人口は増加が続いてきましたが、今後は減少に転じ2005年には約259万人、2010年には約255万人となり、その後も減少が続くと予測されています。(P128 図1)

人口構成について全国と比較すると、男女とも20歳代の割合が多く、35歳から54歳の割合が少なくなっています。(P128 図2,3)

年齢3区分別人口構成比では、年少人口(0~14歳)、生産年齢人口(15~64歳)

の比率が低下する一方、高齢人口(65歳以上)の比率が高まります。高齢化率は2010年(平成22年)には22.2%、2025年(平成37年)には27.2%程度まで上昇すると予測されます。

年齢3区分人口構成比の推移



H17:推計値
 H22,37:参考値
 資料:(財)統計情報開発センター

核家族化等により1世帯当たりの人員は年々減少しており、京都府は平成12年で2.58人と、全国の2.70人を下回っています。(P129 図4)

< 出生率と死亡率 >

出生数 23,831人 <人口千対 9.2> (平成11年)
 死亡数 20,690人 <人口千対 8.0> (")
 合計特殊出生率 1.22人 <全国44位> (")

京都府の平成11年の出生数は前年より481人減少し23,831人、出生率は9.2で、前年より0.2ポイント低下しています。出生率の低下は全国的な傾向ですが、京都府の合計特殊出生率(1人の女性が一生の間に生む平均子ども数)は1.22人で、全国の1.34人をさらに下回っています。(P129 図5)

出生率が減少する一方で死亡率は増加傾向にあり、自然増加率(出生数から死亡数を減じた割合)は減少傾向を示し、京都府においても少子・高齢化が一層進行することが予測されます。(P129 図6)

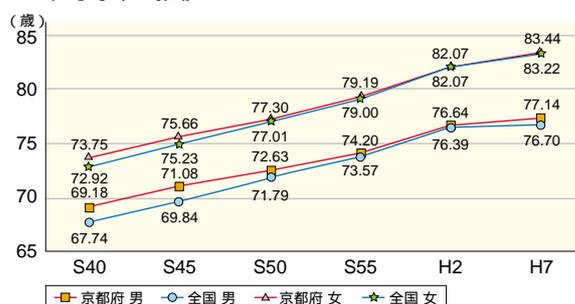
< 平均寿命と健康寿命 >

・平均寿命(平成7年)

男性 77.14歳
女性 83.44歳

平均寿命は男女とも年々伸びており、京都府では平成7年に男性77.14歳、女性83.44歳と男女とも全国平均を上回っています。

平均寿命の推移



資料:総務庁「国勢調査」

平成11年の全国平均寿命が男性77.10歳、女性83.99歳であるのに対し、平成12年6月にWHOが公表した日本人における健康寿命は男性71.9歳、女性77.2歳で、平均寿命と健康寿命の間に約6歳の隔たりがあります。

また、ある研究によれば、平成7年における、平均自立期間が平均余命に占める割合は、65歳時点の高齢者については、全国平均では男性91%、女性87%と、男性の方が女性より大きくなっています。なお、京都府は、男性91%、女性88%となっており、全国平均と同程度です。

イ 京都府の死因別死亡及び疾病

3大死因による死亡が6割
生活環境の変化により増加する糖尿病

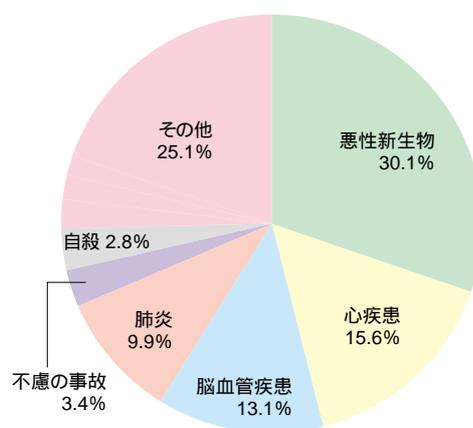
< 主要死因 >

平成11年の死亡数は、第1位悪性新生物(がん) 6,236人、第2位心疾患 3,236人、第3位脳血管疾患 2,713人、第4位肺炎、第5位不慮の事故、第6位自殺となっています。

3大死因の死亡率を年次推移でみると年々増加傾向を示していますが、脳血管疾患は平成8年から減少傾向がみられます。3大死因の総死亡数に占める割合は58.9%で、毎年ほぼ6割を占めています。

ここ数年増加傾向にあった自殺の死亡数は前年に比べ38人減少し、死亡率も前年より1.4ポイント低下しています。(P130 図7)

京都府の死因別死亡割合(平成11年)



資料:「平成11年保健福祉統計年報」

< り患状況 >

平成10年に実施した「府民健康づくり・栄養調査」によると、現在何らかの病気にかかっていると認識している者は、2人に1人と加齢とともに多くなり、70歳以上では4人に3人でした。

疾患別では高血圧症が最も多く、糖尿病についてみると40歳代から増え始め、60歳代、70歳以上では男性が8.2%、9.5%、女性が6.5%、7.7%となっています。

京都府における糖尿病による死亡確率(生命表の上で、ある年齢の者が将来特定の死因によって死亡する確率を計算したもの)を全国と比較すると、男性1.27%(全国10位)、女性1.41%(全国13位)と高い傾向にあります。また、基本健康診査において糖尿病(疑いを含む)を指摘された者の割合は、平成5年は

10.1%、11年には15.0%と上昇し、京都市を含めると24.1%(全国47位)となっています。

糖尿病は、生活習慣と社会環境の変化に伴い急速に増加します。また、糖尿病はひとたび発症すると生活習慣を改めない限り治癒することなく、進行すると視力障害・腎臓障害・神経障害等の合併症を引き起こしたり、脳卒中や虚血性心疾患などを起こしやすくなることも知られています。その大きな原因としては、脂肪分の多い食事や運動不足による肥満があげられ、欧米化している食生活や生活習慣、社会環境などの変化から、このままでは今後増え続けることが予測されます。(P131 図9)

ウ 生活環境の変化

ライフサイクルの変化 食生活の変化 家族の生活時間の変化

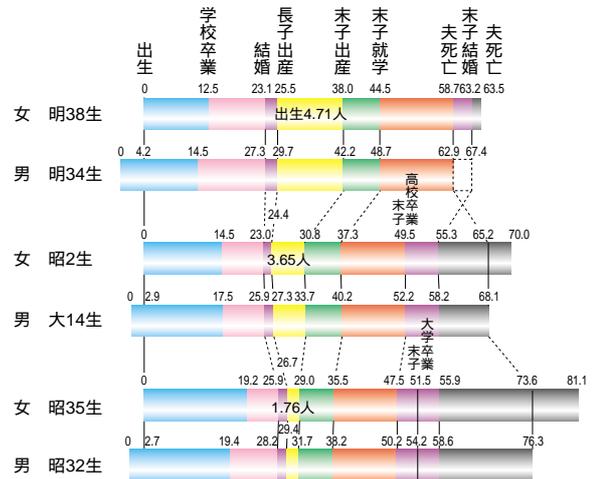
ライフサイクル(人間の出生から死亡までの生活の変化が年齢と結びついて生じる人生のできごとと役割)をみると、乳幼児期、思春期及び壮年期がその親の時代と比べて大きく変化しています。出生児数の減少による育児期の短縮、新たな育児不安や親子関係の形成問題の出現、末子の就職や結婚後のいわゆる老夫婦期の著しい延長などがみられます。ライフサイクルのこうした変化は、壮年期以降の人生設計に次のような新たな可能性と問題を投げかけています。

「脱育児期」の過ごし方や長くなった「老夫婦期」の人生設計の持ち方
子どもを扶養しながらの老親の介護といった「二重扶養」の問題

また、長寿国日本は世界でも注目されていますが、その要因として、衛生状態の改善と並んで食生活のバランスのよさが評価されてきました。しかし、栄養摂取の年次推移や若年層での食生活の変化等をみると、栄養バランスが崩れる兆しにあります。(P131 図10)

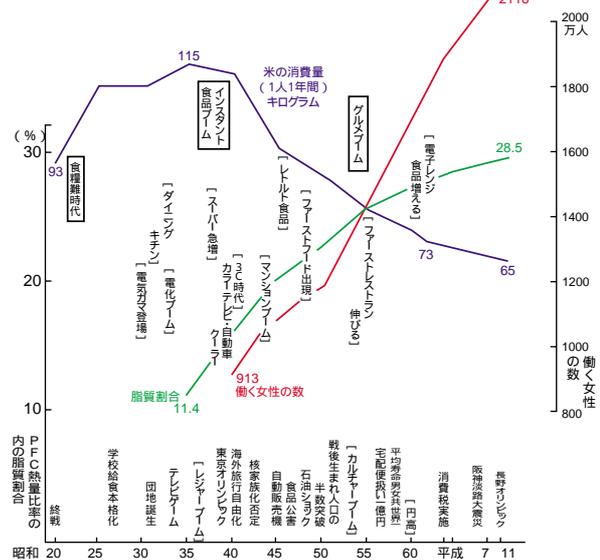
これらの背景には、我が国が高度成長期を経て経済的にも豊かになり、食品産業や外食産業が発達し、外食や中食(総菜や弁当等を持ち帰って食べること)の需要が伸びるとともに、台所用品・電子レンジ等の調理器具の改良や女性の社会進出など、様々な環境の変化があります。家庭で炊事にかかる時間や労力の削減、原材料からの手作り料理が減少傾向にあり、外食や中食が増えていますが、これらは便利な反面、一般に濃い味付け、脂質が多い、野菜が少ないなどの栄養素の偏りや原材料の種類や品質がわかりにくいといった状況も見受けられます。

ライフサイクルの変化



資料:有信堂「生き方としての健康科学」

「食」をめぐる戦後の移りかわり



資料:日本看護協会出版「公衆衛生における保健婦の役割」

また、個人の社会参加の増加やライフスタイルの変化、調理が手軽にできる食品の登場により、「こ食」という現象が起こってきています。家族がそろって食卓を囲むことが減り、ひとりで食事をする「孤食」、家族がそろっていても各自が好みで別々の物を食べる「個食」という状況も現れてきています。食事は栄養面のみでなく、コミュニケーションをとったり、マナーや食文化を伝承する大切な場でもありますが、これらの役割も稀薄になりつつあります。

府民健康づくり・栄養調査でも、家族そろっての夕食は「週1～2回」「月1～2回」が60歳以上を除くいずれの年齢階級でも4人に1人みられ、「朝食を子ども1人で食べている」が小学生で5.0%、中学生で14.4%という結果が出ており、家族の生活時間のずれや単身世帯の増加など、家族のあり方自体にも変化が生じてきています。

エ 健康志向の変化

ストレスの多い現代社会 生活意識の変化 若い時期からの健康づくり

現代社会は、過度なストレス、不規則な生活、喫煙、運動不足、食生活の乱れなどのストレスがあふれており、人々は疾病の発症要因となる様々な環境にさらされています。また、健康志向の多様化により「抗菌グッズ」が出回り、社会に清潔感を求める傾向が増えているとともに、ビタミンやミネラル剤がスーパーマーケットやコンビニエンスストアにも出回るようになり、通常の食事からでは取り得ないような量を一度に取り過ぎる危険性もはらんでいます。

ここ40年ほどの間に「日本人の暮らし方」に対する意識は、「金や名誉を考えずに、自分の趣味にあった暮らし方をする」「のんきにくよくよしないで暮らす」といったマイペース型の暮らし方を望む方向に変化しています。

(P132 図12)

人々が日ごろの生活でどのような時に充実感を感じているかについてみると、「家族だんらんの時」(45.1%)と答えた者が一番多く、「ゆったりと休養している時」(35.8%)、「友人や知人と会合、雑談している時」(35.0%)、「趣味やスポーツに熱中している時」(34.1%)が続いており、家族形態は多様化している反面、家族を大切に考える考え方は依然として高い傾向にあります。

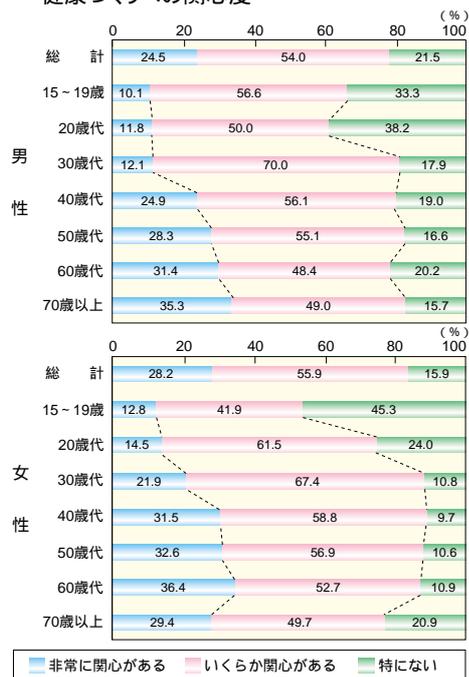
(P132 図13)

人々が今後、生活のどのような面に力を入れたいと考えているかについては、昭和58年以降「レジャー・余暇生活」とする者が最も高くなっており、次いで「住生活」「食生活」となっています。

(P132 図14)

健康づくりへの関心については、府民健康づくり・栄養調査によると、「非常に関心がある」者の割合が加齢とともに増加し、男性では70歳以上の35.3%、女性では60歳代の36.4%が最も高く、逆に若年層では「特にない」と回答している者が男女とも高率であり、若い時期からの健康づくりの動機づけが重要になってきています。

健康づくりへの関心度



「平成10年度 府民健康づくり・栄養調査」

この結果は、現代社会における価値観の多様化に伴い、心のよりどころをレジャーや余暇に求める一方で、次第に薄れゆく家族の絆を求める現代人の不安も見え隠れしています。このような現代社会で心身の健康を保持し、さらに増進するために、住生活や食生活の改善を図るとともに、様々なストレスを引き受けながら自己表現を図る「力」を一人ひとりが身につけることが求められるようになってきています。加えてこころとからだの健康は別物ではなく、生活習慣のゆがみから生じる様々な障害も、こころとからだの双方の健康に対する自覚がなければ克服できません。この意味で21世紀の健康志向の変化は、身体の健康から心身の健康への転換をもたらしています。

才 都市・農村・漁村部別生活習慣の特徴

農村部、漁村部の生活様式の都市化

京都府は南北に長く、日本海に面する地域、山間部の自然環境豊かな地域、京都市や他府県の大都市と隣接しベッドタウンとして住宅が建ち並ぶ地域、また、核家族化が進んでいる地域や三世同居などの大家族が多く見られる地域など生活環境は様々ですが、新聞・テレビなどの情報や、鉄道の電化や縦断道路の発達などによる物流は、府内のどの地域においても差がなく、地域格差はほとんどありません。

情報や物流に差がなくなってきた現在、昔から地域に根付いていた生活習慣がどのように変化したかを、府内を都市部・農村部・漁村部に大きく分けてみると次のようになります。

- | | |
|-----|--|
| 都市部 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養素は過剰摂取傾向にある。 ・塩分、脂質の摂取量が多く、野菜不足の傾向にある。 ・健康づくりへの関心が他の地域より高いが、塩分、脂質の過剰摂取など実践面での課題が多い。 |
| 農村部 | <ul style="list-style-type: none"> ・米、野菜の摂取量が他の地域より多く、いわゆる日本型食生活に最も近い地域となっているが、生活習慣が都市部に近づき、脂質の摂取過剰、運動不足、高血圧者の増加がみられる。 |
| 漁村部 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養摂取状況は、昭和58年時と比べ都市部に近づいている。 ・健康づくりへの関心が他の地域より薄く、日常の運動習慣や食生活に何らかの影響を与えていると思われる。 |

<平成10年度 府民健康づくり・栄養調査の結果>

区分	都市部	農村部	漁村部
栄養素の摂取状況	・たんぱく質は摂取過剰傾向 (充足率128.8%)	・たんぱく質は摂取過剰傾向 (充足率121.3%)	
充足率の分布	・カルシウム充足率80%未満者が全体の約4割	・カルシウム充足率100%未満 ・カルシウム充足率80%未満者が全体の約4割	・エネルギー、カルシウム充足率100%未満 ・エネルギー充足率80%未満者が全体の約3割 ・カルシウム充足率80%未満者が全体の約4割
脂質エネルギー比率	・25.9%と上限を超え3地域の中で最も高い ・25%を超えている者の割合は46.7%	・昭和58年時と比較し増加が顕著	・20%未満者と25%以上者がほぼ同率 ・個人差が著しい
塩分の摂取	・摂取量 13.6g ・3地域の中で最も多い	・摂取量 13.2g ・しょうゆ・漬け物からの摂取割合が高い	・摂取量 11.3g ・昭和58年時より減少しているが、依然10gを超過
食品群別摂取状況	・油脂類の摂取量が3地域で最も多い ・野菜(緑黄色、その他)の摂取量が3地域で最も少ない	・米類の摂取量は最も多いが減少傾向	・油脂類の摂取量が増加傾向
血圧の区分	・昭和58年時と比較し、正常域の者の割合は男女とも激減	・昭和58年時と比較し、男女とも正常域の者の割合が減少し、高血圧域の割合が増加	
健康づくりへの関心	・3地域で最も関心度が高い		・3地域で最も関心度が低い ・「特になし」が「非常にある」より高率
食品の食べ方	・昼食を簡単に済ますことが「よくある」「時々ある」が他の地域より多い ・食品の組み合わせをよく考える者の割合が高い	・野菜をたっぷり使った料理の頻度が最も多い	・野菜をたっぷり使った料理の頻度が他の地域より少ない ・家族そろっての夕食の頻度「毎日」、「週に3～5回」が高い
運動習慣等	・定期的な運動を「週に1～2回」以上している者の割合が、他の地域より高い ・「していない」者が半数以上	・運動習慣のない者の割合が高い	・運動習慣のない者の割合が高い ・からだを動かすことへの心掛けをあまり考えない者の割合が高い
自由時間	・自由時間が「3時間以上」の者の割合が高く約半数		・自由時間をテレビを見て過ごす者の割合が約7割

(2) 「きょうと健やか21(総合的な府民の健康づくり指針)」の策定に当たって

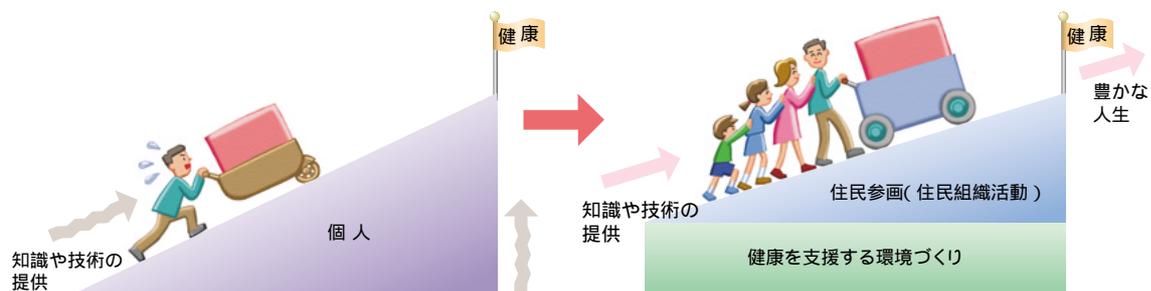
ア 指針策定の趣旨

京都府の少子・高齢化は全国平均を上回る勢いで進行しており、このままいけば、21世紀は病気や介護による負担が極めて大きな社会になると考えられます。府民一人ひとりが、がん、心臓病、脳卒中等の生活習慣病にならないよう日ごろから健康づくりを実践し、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会をいかに実現するかが大きな課題です。

国においては、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の、国民の保健医療対策上重要となる課題について、2010年度を目途とした目標等を提示する「健康日本21」を定め(2000年3月)、国及び地方公共団体等にとどまらず広く関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、「一次予防」の観点を重視した国民に対する十分かつ的確な情報提供を行うとともに、健康づくりに関わる関係団体等との連携の取れた効率的な取組の推進等を図ることにより、国民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進していくこととされたところです。

また、安心して子どもを生み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりという少子化対策としての意義と、「健康日本21」の一翼を担うものとして、21世紀の母子保健の主要な取組を提示し、かつ関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動として、2000年11月「健やか親子21」が提言されたところです。

このような状況を踏まえ、京都府においては、府民一人ひとりが乳幼児期から高齢期にいたるまでいきいきと暮らしていけるよう、府民自らが積極的に取り組むことができる具体的な生活習慣病予防の実践目標を定め、家庭、保育所・学校、職場、地域などが一体となって新たな府民の自主的な健康づくり運動を展開し、その地域に応じた府民の健康づくりを支援するための環境づくりを推進し、総合的な府民の健康づくりを図るために「総合的な府民の健康づくり指針(きょうと健やか21)」を策定することとしました。



イ 指針の特徴

この指針は、新京都府総合計画「むすびあい、ともにひらく新世紀・京都」に掲げる「一人ひとりがいきいきと暮らせる社会」を目指し、何をするにもまず健康を実現するため、府民をはじめ、家庭、保育所・学校、職場、地域が一体となって自主的に取り組む健康づくり運動を示したものです。また、京都府、市町村、学校、職場、医療、保険者等の健康づくりに関わる関係機関における事業推進の基本指針としても位置づけ、健康づくり支援のための環境整備を推進します。

府民の健康づくり運動をより効果的に推進するため、健康づくりに関わる多くの関係機関が情報を共有しながら、京都府における現状及び課題について共通認識を持った上で、保健医療上の地域に応じた重要な課題を選択し、科学的根拠に基づいて、2010年度を目標年度として取り組むべき具体的な目標値を設定しています。

また、目標を達成するため、2005年度(平成17年度)を目途に中間評価を行うとともに、2010年度に最終評価を行い、その後の運動の推進に反映させることとします。

「総合的な府民の健康づくり運動」のイメージ



新たな健康づくり「総合的な府民の健康づくり指針」とヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」(1986年 オタワ憲章)と定義され、個人が健康を増進する能力を備えること及び個人を取り巻く環境を健康に資するように改善することが2つの大きな柱とされています。

これまでの健康づくりは、生活習慣を改善するために、個人への指導や知識の伝達が行われてきましたが、生活習慣の改善は個人への働きかけのみでは困難な場合が多いことがわかってきました。

新たな健康づくりとして「総合的な府民の健康づくり指針(きょうと健やか21)」では、ヘルスプロモーションの考え方を導入し、府民一人ひとりが自ら取り組んでいけるよう個人への働きかけに加え、地域特性に応じた健康づくりを支援する環境づくりを推進します。

