

ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

表2 平成22年度 都道府県別  
肥満傾向児の出現率

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

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

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の判断が難しいとされており、評価指標の対象とはなっていません。

国の指標の設定となっている小学校5年生(10歳)の、安曇野市の肥満傾向児は、男女ともに全国や県より、出現率が低くなっています。(表2)

小中学校どの年代でも低い状況ですが、経年の変化では、年々増加傾向にあります。(図2)

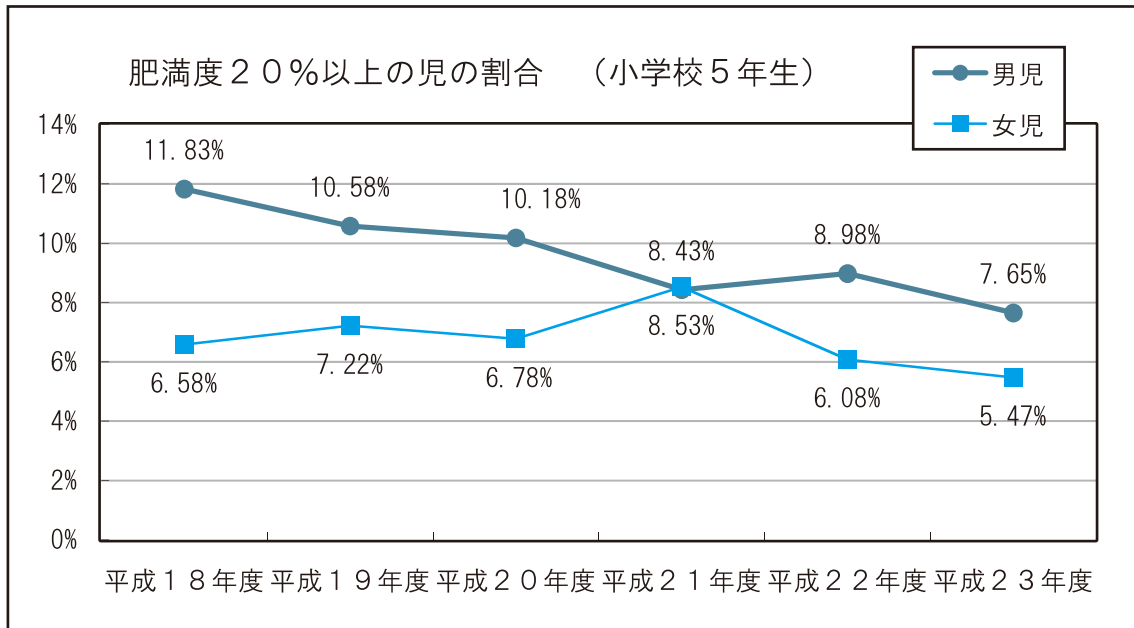
学校保健統計調査

順位	男 児		女 児	
1	北海道	18.43	青森	12.64
2	山形	18.01	岩手	12.42
3	徳島	15.82	宮城	11.76
4	岩手	14.33	栃木	11.68
5	群馬	13.56	宮崎	11.10
6	秋田	13.32	北海道	10.89
7	大分	13.31	秋田	10.46
8	宮城	13.07	群馬	10.37
9	青森	12.55	福島	10.28
10	山梨	12.36	愛媛	9.66
11	宮崎	12.17	三重	9.58
12	愛媛	12.16	沖縄	9.48
13	栃木	12.15	山形	9.36
14	茨城	12.14	熊本	9.34
15	福島	11.81	東京	9.31
16	沖縄	11.81	福岡	8.81
17	静岡	11.69	佐賀	8.79
18	高知	11.66	大分	8.71
19	埼玉	11.47	広島	8.69
20	奈良	11.34	富山	8.66
21	千葉	11.30	鹿児島	8.59
22	佐賀	11.29	千葉	8.45
23	和歌山	11.25	埼玉	8.14
24	鹿児島	10.64	★全国	8.13
25	新潟	10.56	山梨	8.08
26	愛知	10.45	山口	8.08
27	★全国	10.37	岡山	7.77
28	石川	10.21	石川	7.75
29	広島	10.08	茨城	7.41
30	岐阜	9.93	神奈川	7.32
31	福井	9.79	徳島	7.28
32	島根	9.66	福井	7.03
33	熊本	9.20	島根	7.02
34	福岡	9.10	大阪	6.97
35	長野	9.04	滋賀	6.86
36	岡山	8.82	京都	6.81
37	三重	8.71	鳥取	6.79
38	富山	8.59	高知	6.74
39	神奈川	8.58	長崎	6.71
40	大阪	8.57	愛知	6.64
41	安曇野市	8.40	新潟	6.56
42	香川	8.24	奈良	6.32
43	長崎	8.18	兵庫	6.16
44	兵庫	7.98	安曇野市	6.08
45	山口	7.92	静岡	5.99
46	滋賀	7.77	岐阜	5.96
47	東京	7.35	和歌山	5.91
48	京都	7.13	香川	5.44
49	鳥取	5.38	長野	4.28

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

図2 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移



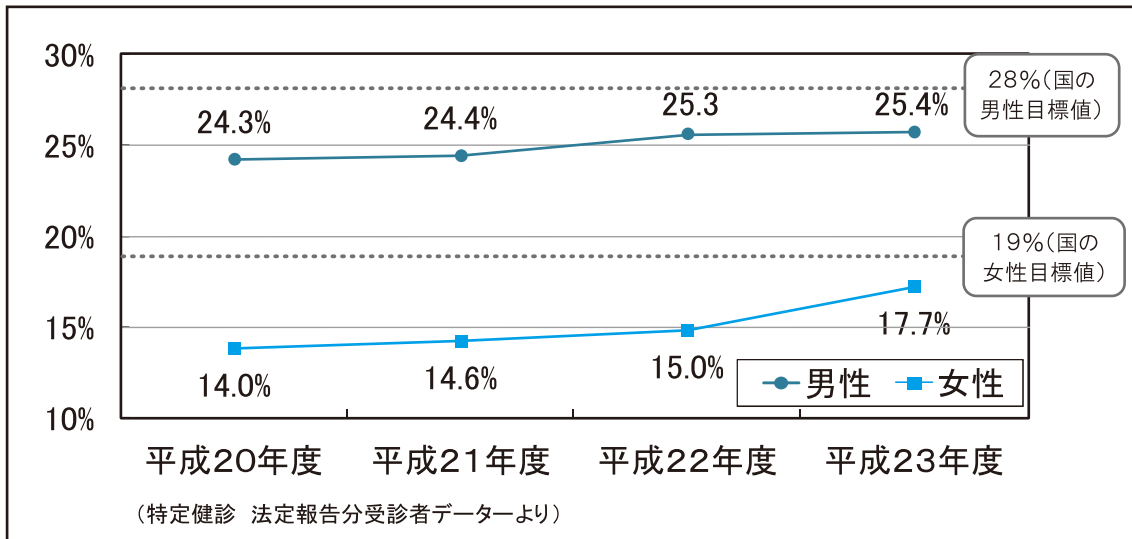
子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取組みが行われているところですが、こうした取組みをより効果的にするために、今後は生活習慣を反映する血液検査結果等を含めて保健指導が可能となるよう、学校、養護教諭等と検討していく必要があります。

#### エ. 40～60 歳代肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本21の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

安曇野市の20代男性のデータがないため、40～60 歳代で比較しました。男女とも肥満者の割合はいずれも増加傾向で、女性で急増していますが、どちらも国より低く、国の平成34年度の目標値より低い状況です。（図3）

図3 男性（40～60歳代）及び女性（40～60歳代）の肥満（BMI25以上）の割合の推移



オ. 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

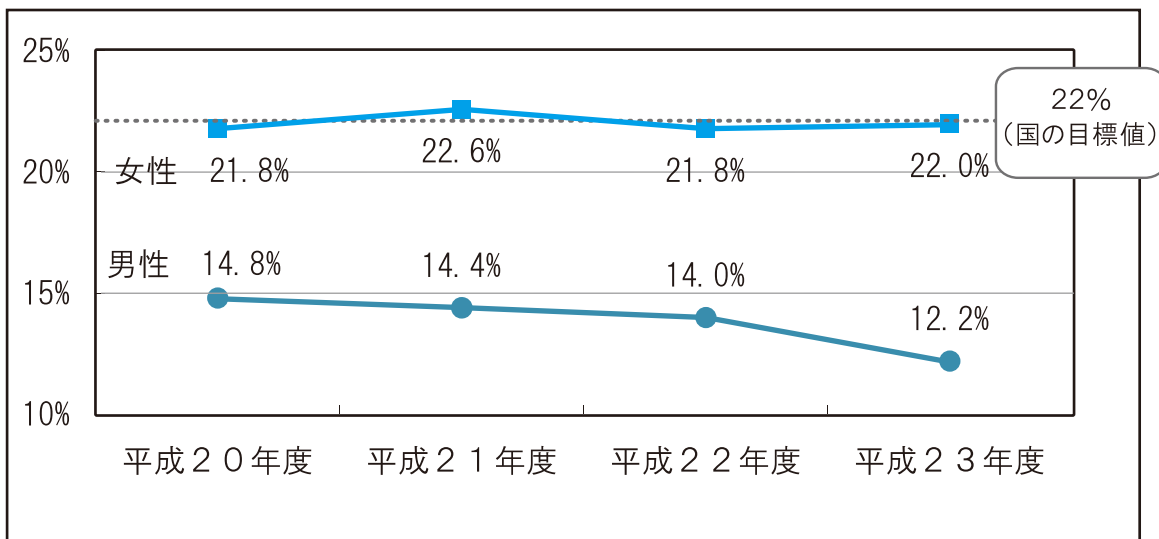
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなるBMI20以下が指標として示されました。

安曇野市の65歳以上のBMI20以下の割合は、平成34年度の国の目標値を下まわっていますが、特に女性では高齢化に伴って増加する可能性もあるため、現状の割合を維持していくことが大切です。（図4）

図4 65歳以上のBMI20以下の割合の推移



## ii 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（表3）

安曇野市では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査に加え、小学校5年生と中学校2年生には脂質と貧血検査を行っていますが、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が、現在のところありません。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、子どもの生活習慣病健診の実施を検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要だと考えます。

※ 別表 VI 参照

## ④対策

### i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・ 妊婦教室（妊娠期）
- ・ 乳幼児健康診査・乳幼児相談・離乳食教室（乳幼児期）
- ・ 健康づくり推進員教育事業（各地域）
- ・ 食生活改善推進員教育事業（青年期・壮年期・高齢期）
- ・ 健康診査及び特定健康診査、骨検診結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）

- ・ 住民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・ 家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

### ii 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・ 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要。そのため、生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

### iii 学齢期への保健指導の推進

現在は重症化予防を重点的に取り組んでいるため、重症化予防の目標が達成された以降、推進を検討していく。

- ・ 小中学校の養護教諭との課題の共有  
現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有  
肥満傾向児の詳細な実態把握
- ・ 学齢期の生活習慣病健診導入に向けた検討

## (2) 身体活動・運動

### ①はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、運動とは身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

### 参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

・運動器(運動器を構成する主要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。

運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

## ②基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様な個別の健康課題の改善につながります。

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

## ③現状と目標

### i 日常生活における歩数の増加

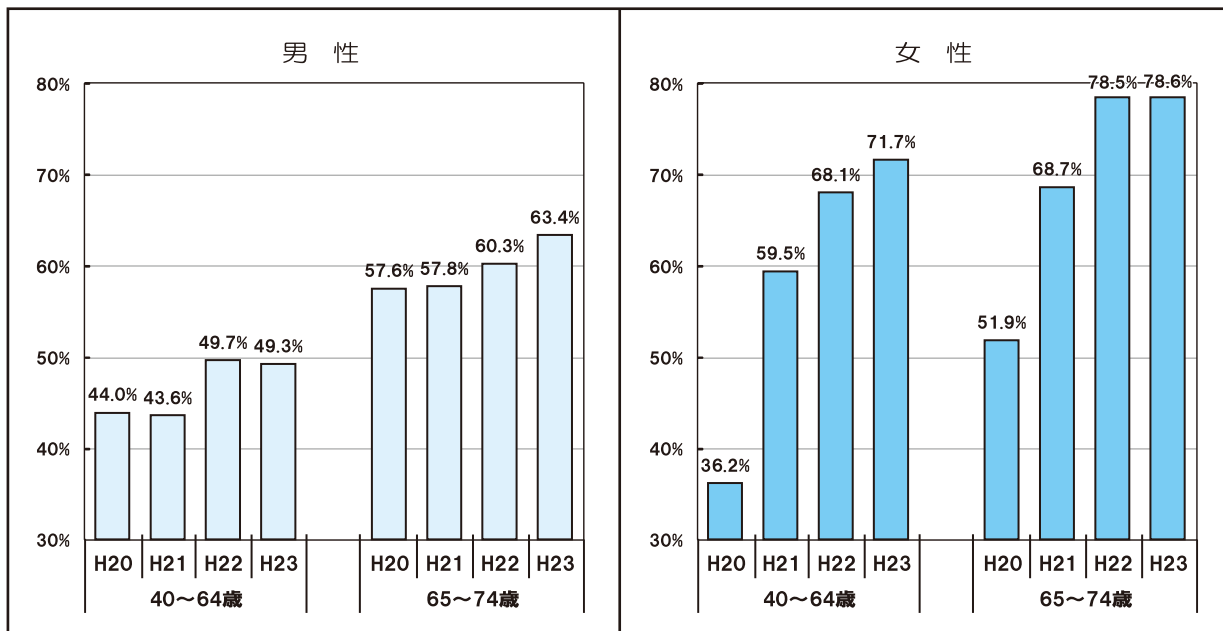
(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

安曇野市では、国保特定健診・後期高齢者健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、男女ともに年齢とともに増加傾向にあり、特に女性では多くなっています。(図1)

図1 性別・年代別の体をよく使っている人の推移



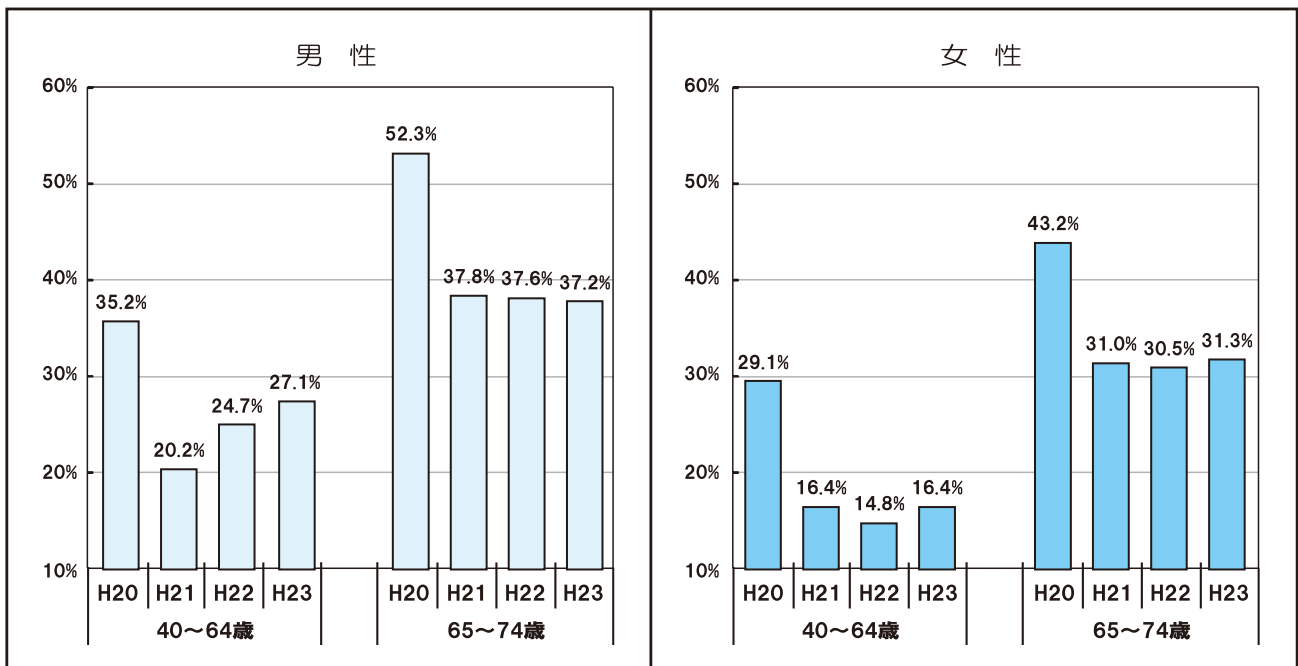
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、安曇野市は道路の凍結等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に身体活動ができる環境整備が必要になります。

## ii 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなりますが、安曇野市も同様の傾向です。

また、身体活動と同様に、女性の就労世代の運動習慣者が少なくなっていますが、男性では就労世代の運動習慣は増加傾向にあります。(図2)

図2 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が少なくなることも考慮し、多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整える必要があります。

## iii 運動器機能低下予防

安曇野市の要介護認定者数は平成23年度には、4,213人となり、1号被保険者に対する割合は16.81%となっています。平成18年度の要介護認定者数3,564人と比較して、介護認定者数は約1.18倍に増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測され、安曇野市でも、平成26年度には要介護認定者数が4,769人で現在より556人の増加、1号被保険者の要介護認定率も16.5%になると予測されています。

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。(表1)



表 1 運動器の変化

年齢	保育園・幼稚園児	小学生	中学生	高校生	成人 → 高齢者						
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
骨	紫外線, 重力, 圧力, カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる				18歳 骨密度ピーク			閉経	女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊椎の骨密度が優先的に低下		
筋力		12～14歳 持久力最大発達時期	14～16歳 筋力最大発達時期			筋力減少 始まる	目立って 減少				ピーク時の約2/3に減少
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成								閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が20歳代の20%に低下	
足底	6歳 土踏まずの完成										
運動	園での遊び	体育の授業 スポーツ少年団 部活動				運動習慣ありの割合が低い					
	持久力・筋力の向上				持久力・筋力の維持						

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考:長野県松川町保健活動計画等

また、運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法がありますが、運動器の1つである関節への負担を軽減しながら行うことのできる健康体操や、水中での歩行や体操といった個人に合った運動の指導も必要となってきます。特に運動器や、内科的な疾患のある場合は集団ではなく、個別の運動指導が有効になります。安曇野市では、常勤の健康運動指導士がいるため、保健指導で個別運動指導が必要な場合は、健康運動指導士と協力して対応していきます。

#### ④対策

##### i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・市内体操自主グループへの支援

##### ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・健康運動指導士による個別運動指導
- ・ハイリスク者への健康体操教室
- ・健康づくり推進員会地区活動などを通じて、運動習慣の普及
- ・市のウォーキングロードの周知
- ・市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨  
高齢者体操教室、スポーツ推進事業 等

### (3) 飲酒

#### ①はじめに

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

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1 日平均純アルコール摂取量 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22 g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

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

#### ②基本的な考え方

飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

#### ③現状と目標

- i 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減

安曇野市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男女とも年々減少しています。（図 1）