

東京都健康推進プラン21

—生活習慣病と寝たきりの予防をめざして—

平成13年10月



東京都衛生局

都民の健やかで心豊かな生活を実現するために

我が国の平均寿命は生活環境の改善や医学の進歩などにより、飛躍的に延びています。超高齢化社会に突入した現在、人生80年を健康でいきいきと暮らせることがますます重要になっています。

私たち都民の健康状態をみますと、8割以上の人が自分自身の健康状態はよいと感じていますが、不健康な食生活や運動不足等から、がん、心臓病、糖尿病などの生活習慣病が増加しており、身体機能が低下したり寝たきりになり介護を必要とする人も増えてきています。

都民一人ひとりが健やかで心豊かに充実した生活を送り、活力ある社会を築いていくためには、都民の皆さんが単に「長く生きること」だけでなく、痴呆や寝たきりにならずに自ら健康を実感できることが重要です。

このため、東京都は、昨年12月に策定した都の基本構想である「東京構想2000」の中で、「都民が安心して生活できる東京」を実現するための目標として「都民の健康な長寿を実現する」ことを掲げています。

この「東京都健康推進プラン21」は、都民の健康な長寿を実現するために、生活習慣病と寝たきりの予防に関する目標と健康づくり運動の推進方策などを示し、区市町村等の計画策定や健康に係わる関係者の取組を支援しようと策定したものです。

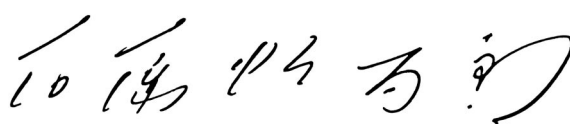
健康づくりの基本は、「自分の健康は、自分で守り、つくる」という自覚を持ち、進んで健康的な生活習慣を身につけることにありますが、個人の取組を家庭や学校、地域、保健医療の専門家、行政など社会全体で支援することにより、その効果を高めたいと考えています。

今後、東京都ではこのプランに基づいて区市町村等との連携を図りながら、健康づくり施策の充実に努めてまいります。

健康づくりの関係者をはじめ都民の皆さんにも「東京都健康推進プラン21」をご活用いただき、都民の皆さんが健やかに、また心豊かに生活できることを念願しています。

平成13年10月

東京都知事



【第1部 総論】

I 東京都健康推進プラン21の基本的考え方	3
1 策定の背景	3
（1）我が国の健康づくり対策	4
（2）東京都の健康づくり対策	4
2 プラン21の趣旨	5
（1）健康づくりの理念	5
（2）プラン21の目的	6
（3）プラン21の性格	6
3 プラン21の対象期間	6
4 プラン21と基本構想等との関係	6
（1）「健康日本21」との関係	6
（2）都の基本構想との関係	7
II 都民の健康状況	8
1 東京都の人口・人口動態	8
（1）人口構成	8
（2）高齢化の進展	8
（3）平均寿命（0歳時の平均余命）と健康寿命	9
（4）死因	10
（5）主な生活習慣病の状況	11
2 都民生活の状況	13
（1）世代別就学・就業状況	13
（2）世帯構成割合	13
（3）高齢者の家族形態	14
（4）生活時間	14
（5）医療保険加入状況	15
3 都民の健康意識	15
（1）健康状態の自己評価	15
（2）健康のために実行していること	16
III 健康づくりの目標	17
1 総合目標	17
2 重点分野	17
3 項目と取組（成果と手段）	17
4 個別目標	17
IV プラン21の推進方策	19
1 プラン21の積極的活用	19
（1）プラン21の普及啓発	19
（2）プラン21の達成度の評価・進行管理等	19
2 健康づくり運動の社会的支援	19
（1）地域活動の推進のために	20
（2）広域的活動の推進に向けて	20
3 関係者に期待される役割	21
（1）都民	21
（2）家庭	21
（3）自主グループ等	22
（4）学校	22
（5）職域	22
（6）企業	23
（7）保健医療専門家・団体	23
（8）区市町村	23
（9）東京都	24

【第2部 各論】

健康づくりの目標一覧	29
I 総合目標について	31
II 生活習慣病の予防	32
（循環器・糖尿病・がん）	
項目1 循環器疾患の減少	35
項目2 糖尿病の減少	40
項目3 がんの減少	42
（栄養・運動・休養）	
項目4 適正な体重の維持	45
取組1 適切な栄養素・エネルギーの摂取	48
取組2 健康的で楽しい食生活の実践	52
取組3 健康的で楽しい食生活を支援する環境づくり	56
取組4 積極的な身体活動・運動の実践	58
取組5 上手な休養をとることができる人を増やす	65
（たばこ・アルコール）	
取組6 喫煙による健康への影響を減らす	70
取組7 分煙化の推進	74
取組8 アルコールによる健康への影響を減らす	76
（健康づくり支援サービス）	
取組9 健康づくり自主活動の推進	79
取組10 健康診査の充実	81
取組11 事後指導の充実	84
（歯と口腔の健康づくり）	
項目5 歯の喪失の抑制	86
項目6 歯科疾患の減少	88
取組12 幼児期・学齢期における歯と口腔の健康の基盤づくり	91
取組13 成人期・高齢期における歯と口腔の健康づくりの推進	95
取組14 歯科保健サービスの充実	98
III 寝たきりの予防	101
（骨折・転倒）	
項目7 骨折・転倒の減少	103
取組15 骨粗しょう症予防対策の充実	105
（高齢者の閉じこもり）	
項目8 高齢者の閉じこもりの減少	108
取組16 自立支援の促進	110
取組17 社会参加の促進	114

【第3部 参考資料】

I 関連分野の組織及び施策の概要	119
II 都内の健康水準	122
1 人口等	122
2 要介護者等の人数	124
3 死亡率	125
III 関連統計調査概要	128
IV 統計及び指標出典等一覧	130
V インターネットURL	141
VI その他	142

東京都健康推進プラン21は —————

目 的

都民の健康上重要な課題である生活習慣病及び寝たきりの予防に関する目標を設定し、あわせて健康づくり運動の推進方策等を示すことにより、健康づくり事業の実施主体である区市町村等の計画策定や、健康に係わる関係者等の取組を支援する。

性 格

国の「健康日本21」を踏まえた地方計画

都民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進するための指針

対象期間

2001（平成13）年度から2010（平成22）年度まで。5年を目途に見直しを行う。

概 要

都民の健康状態を包括的にとらえる総合目標として、「健康寿命の延伸」と「主観的健康感の向上」を設定した。

達成すべき目標とその達成状況を把握・評価するための個別目標を示した。

目標達成に向けての取組のポイントや関連データ、先駆的な事例を紹介した。

健康づくり運動を推進するための関係者の役割を整理した。

第1部 総論

I 東京都健康推進プラン21の基本的考え方

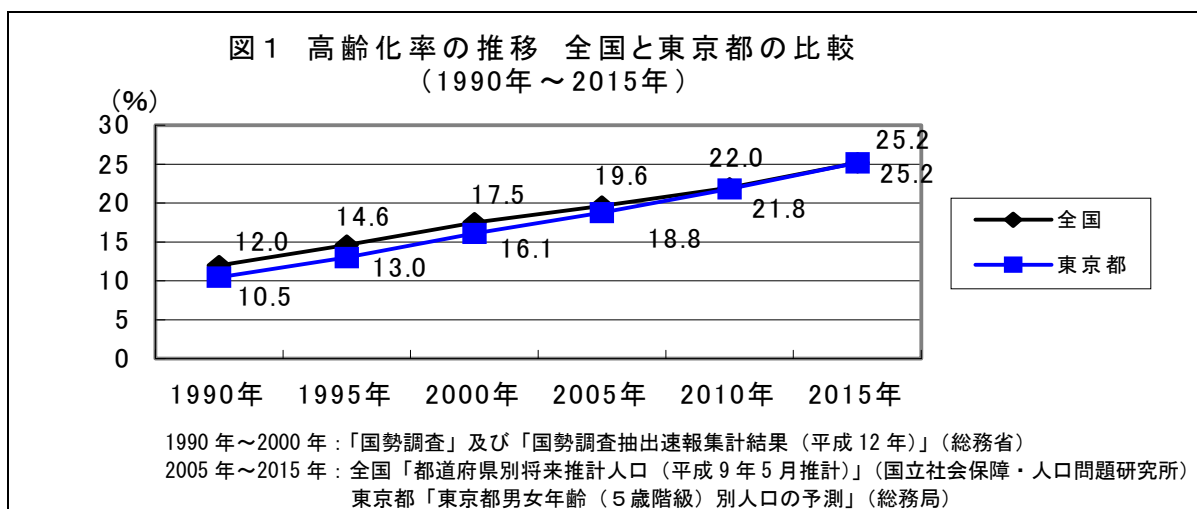
1 策定の背景

我が国の平均寿命は、第二次世界大戦後、生活環境の改善や医学技術の進歩などにより急速に延び、2000（平成12）年には、男性77.64歳、女性84.62歳と世界有数の長寿国となっている。また、2000（平成12）年の世界保健機関（WHO）の推定によると、日本人の健康寿命^{（注1）}は、世界のトップに位置している。

一方、食生活の変化や運動不足等、国民の生活習慣が必ずしも健康上好ましいとはいえないものへと変化した結果、生活習慣病^{（注2）}が増加し、身体機能や生活の質（Quality of Life: QOL）を損なう原因となっている。また、人口の高齢化に伴い、寝たきりや痴呆等の介護を必要とする人々の増加が予測され、こういった人々を支える社会的負担の増大と健康寿命の伸び悩みが懸念されている。

世界有数の都市東京では、都市型の生活習慣への変化が早くから起こり、健康に関して次のような状況が見られる。

- ① 都内の65歳以上の老年人口は、2001（平成13）年1月に約190万人と、都内人口の16.1%^{（注3）}に達し、2015（平成27）年には都民の4人に一人が65歳以上の高齢者になると見込まれている。また、これまで全国平均を下回っていた高齢化率^{（注4）}も2015（平成27）年には全国平均に追いつくことが予想されるなど、急速に高齢化が進行している（図1）。
- ② 主要死因別死亡率の年次推移を見ると、疾病構造は結核等の感染症中心から、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病中心へと変化してきている（図6）。
- ③ 高齢者人口の増加に伴い要介護者等が増える傾向にある（124ページ参照）。
- ④ 健康寿命を表す指標である65歳時のその後の平均自立期間^{（注5）}を見ると、男性15.39年、女性18.64年で、それぞれ全国平均を上回っているが、全国順位は男性10位、女性13位となっている（図5）。



（注1） 健康寿命：痴呆や寝たきり等にならない状態で生活できる期間

（注2） 生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症や進行に関与する疾患の総称。主なものとしてがん、心臓病、脳卒中、糖尿病等がある。

（注3） 「住民基本台帳による東京都の世帯と人口（町丁別・年齢別）平成13年1月」（総務局）による。

（注4） 高齢化率：65歳以上の者の人口に占める割合

（注5） 平均自立期間：要介護の状態にならずに生活できる期間の平均

こうしたことから、都民一人ひとりが豊かで充実した人生を送り、高齢期においても生活の質を維持することができるよう、健康寿命を延ばしていくことが重要となっている。今後都は、一次予防^(注1)に重点を置いた生活習慣病対策や高齢者の寝たきり・閉じこもり予防対策等、都民を中心とした施策を計画的に推進する必要がある。これらの施策は都民の生活の質を向上させることに加えて、将来的には介護負担の減少効果も期待される。

(1) 我が国の健康づくり対策

我が国では、健康づくり対策として、1978（昭和 53）年から第一次国民健康づくり対策を、1988（昭和 63）年から第二次国民健康づくり対策を実施し、市町村保健センター等の整備や、栄養・運動・休養に関する指針の策定等、国民の健康づくりのための基盤整備を推進してきた。

こうした流れを踏まえ、2000（平成 12）年 3 月、第三次国民健康づくり対策として「健康日本 21」が策定され、今後 10 年間の健康づくり運動の目標等が示された。「健康日本 21」は、21 世紀の我が国を、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、従来にも増して、健康を増進し疾病の発症を予防する一次予防に重点を置いた対策を強力に推進し、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的としている。また、健康づくりの具体的な目標（9 分野 70 項目）を設定することにより達成度の評価を可能とし、行政はもとより広く関係団体等の積極的な参加と協力を得ながら、国民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進することが特色とされている。運動の推進にあたっては、地方計画の策定、国による普及啓発の実施、健康情報システム、推進体制の整備のほか、老人保健法による保健事業や保険者による保健事業等との効率的・一体的推進という方向が示されている。

(2) 東京都の健康づくり対策

都では従来から、乳幼児から高齢者に至るまで、ライフステージに応じた保健サービスとして、健康診査や健康教育等の事業を都・区保健所や市町村で展開してきた。

その中で、1980（昭和 55）年、「東京都健康づくり検討委員会」を設置して、健康づくりの基本的な考え方と施策のあり方について検討を行った。この検討会報告では、「健康は自分で守り自分でつくる」という、個人の自覚と実践力を高めるための社会的支援が重視された。都は、区市町村がこうした取組を実施できるよう、補助事業等を行うとともに、財団法人東京都健康推進財団を設立し、健康づくり都民会議による都民運動の展開や、健康づくり推進センターの運営等を行ってきた。

一方、1983（昭和 58）年には、老人保健法による保健事業が区市町村を実施主体として開始されることとなった。このため、都は、都保健所において機能訓練モデル事

（注 1） 一次予防：健康的な生活習慣づくりの取組や予防接種等により、疾病の発症そのものを予防すること。

業、在宅ケアネットワークづくり等の基盤整備事業を実施して、管内の市町村の取組を支援するほか、骨粗しょう症予防対策事業や高齢者の寝たきり予防対策等、新しい課題に先駆的に取り組んできた。さらに1993（平成5）年には、「東京都における西暦2000年の歯科保健目標」を設定し、各種の歯科保健医療事業を実施してきている。1997（平成9）年には、「東京ヘルスプロモーション」において、都民、民間団体・企業、区市町村及び都が一体となって健康づくりを進めることを提唱した。

1997（平成9）年の地域保健法の全面施行に伴い、都は、区市町村が行う保健指導や健康診査等の保健に関する取組を、広域的・技術的・専門的な観点から支援することとなった。老人保健法に基づく保健事業については、「東京都保健サービス評価支援事業」を実施し、保健事業第三次計画による事業成果について、区市町村が行った評価をもとに、広域的、総合的に評価及び支援を行い、区市町村事業の効果的な推進を図ってきた。2000（平成12）年度から、東京の地域特性を踏まえ、健康診査の結果を生活習慣の見直しに効果的につなげるため、地域の医療機関と連携して個人の特性に合った指導を行う「生活習慣改善指導推進事業」及び「歯周疾患改善指導事業」を開始している。

また、2000（平成12）年4月には「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」が施行され、都道府県と区市町村の関係は、基礎的な地方自治体である区市町村がより住民に身近な行政を行い、都道府県は区市町村を包括する自治体として広域的な事務を行うことなどが明確にされた。

このような中で、都の健康づくり対策については、これまでの経緯や区市町村等との役割分担を踏まえ、都民の健康な長寿の実現に向けて、目標と方向性を示し、様々な施策を総合的に推進していくことが求められている。このため「東京都健康推進プラン21」（以下「プラン21」という。）を策定することとした。

2 プラン21の趣旨

（1）健康づくりの理念

人生80年時代が現実のものとなった今日、「健康」は、人それぞれの^{みの}稔り豊かで満足できる人生を実現する面からも活力ある社会を構築する面からも、極めて重要な基盤となっている。健康づくりの目的は、単に「長く生きること」から「より高い生活の質をもってより長く生きること」へと変化してきている。より高い生活の質とは、寝たきり等にならずにいきいきと生活できる期間を延ばしていくことや、自己の健康状態を的確に把握し、それぞれの価値観に照らし合わせた上で、自分の生活について満足感を得られるようにすることなどである。

健康づくりは、元来、都民一人ひとりの自覚と実践が基本となるが、子どもから高齢者に至るまですべての都民が、生涯にわたって自分や家族の心身の健康を維持・増進していくことの大切さを認識し、積極的に健康づくりに取り組もうという気運を醸成していくことが必要であり、このためには、社会全体で個人の取組を支援していくことが不可欠である。

(2) プラン21の目的

健康づくりの理念の実現に向けて、「健康寿命を延伸」し「主観的健康感^(注1)を向上」させることにより、「都民の生活の質的向上を実現」するため、プラン21は、生活習慣病の一次予防など今後解決すべき保健上の課題について目標を設定し、併せて推進方策等を提示することにより、健康づくり事業の実施主体である区市町村等の計画策定や、健康に係わる関係者等の取組を支援することを目的とする。

(3) プラン21の性格

プラン21は、目的達成に向けて、都民一人ひとりが主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進するための指針としての性格を有するものである。

また、取組の重点は、都民の死因の6割を占める生活習慣病の予防と高齢者の生活の質を損なう寝たきりの予防とする。

なお、生涯を通じた健康づくりの一環として取り組む周産期医療や思春期のこころの問題など母子保健や思春期の分野については、2000(平成12)年に国が策定した「健やか親子21」などを踏まえて取り組むこととしている。

3 プラン21の対象期間

プラン21の対象期間は、2001(平成13)年度から2010(平成22)年度までとし、5年を目途に見直しを行うこととする。

4 プラン21と基本構想等との関係

プラン21と「健康日本21」、都の基本構想及び保健医療施策との関係は次のとおりである。

(1) 「健康日本21」との関係

「健康日本21」を推進するにあたって、国は、全体計画の策定、目標の提示と評価、情報の収集提供等の役割を担うこととされている。

区市町村は、住民に最も身近な自治体であり、母子から高齢者までの生涯を通じた保健事業の実施主体であることから、「健康日本21」の趣旨を踏まえた具体的な計

(注1) 主観的健康感：人々が感じる自分の健康の程度のこと。健康度自己評価ともいう。
死亡率や有病率といった客観的な指標ではとらえることのできない健康の質的側面に関する情報を把握する方法の一つ。たとえ、病気や障害があっても、「自分が健康である」と感じられる「主観的健康感」が、生活の質を高めていく上で大切である。

画を策定し、事業を展開していくことが求められる。

都は、国と区市町村との間にある広域自治体として、「健康日本21」の地方計画でもあるプラン21を策定し、都における目標や健康づくり運動の推進方策等を示し、区市町村等の計画策定、健康づくり関係者等の取組を支援するとともに関係者の連携の強化を図っていく。

（2）都の基本構想との関係

ア 「東京構想2000」との関係

都は、2000（平成12）年12月、魅力と活力にあふれた「千客万来の世界都市・東京」の実現に向けた基本構想として、「東京構想2000」を策定した。

この構想は、21世紀初頭の15年間における都の行財政運営の指針であると同時に、都民、企業、区市町村、国等に対して、都が目指す方向を示すことにより、その参加と協力を求めていくものである。また、その実現に向け、「誰もが創造力を発揮できる東京」「都民が安心して生活できる東京」「先駆的なメッセージを発信できる東京」という三つの基本目標が掲げられ、これに沿った16の政策目標及びこれを達成するための取組が示されている。

プラン21は、この「東京構想2000」において、都民の健康な長寿を実現するための取組の一つとして位置付けられており、今後、プラン21に基づき、区市町村等との連携を図りながら、生活習慣改善指導等の健康づくりのための施策を充実させることとしている。

イ 「東京都保健医療計画」等との関係

東京都保健医療計画は、医療法に定められた医療計画にとどまらず、健康づくりから疾病の予防、治療及びリハビリテーションに至る包括的な保健医療体制の整備を目指す計画であり、保健医療に関する都の施策の方向を明らかにした、基本的かつ総合的な計画である。

都民の健康づくりは、東京都保健医療計画の主要課題の一つに位置付けられており、2002（平成14）年度に予定されている保健医療計画の改定に併せ、プラン21の趣旨及び内容等を反映させていく予定である。

また、都の高齢者保健福祉施策の総合的な計画である東京都高齢者保健福祉計画においては、高齢者の健康増進について重点的に取り組むこととされている。この計画は2002（平成14）年度に見直しが予定されているが、見直しにあたっては、プラン21を反映させていく予定である。

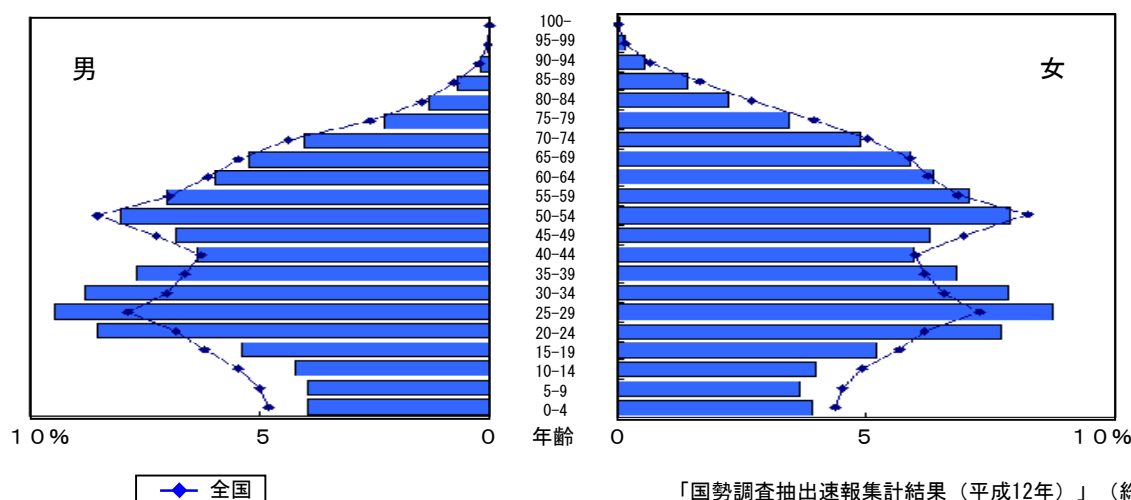
Ⅱ 都民の健康状況

1 東京都の人口・人口動態

(1) 人口構成

都の人口を年齢階級別に見ると、人口構成割合は、男女とも1位は25歳から29歳まで、2位は男性が30歳から34歳まで、女性が50歳から54歳まで、3位は男性が20歳から24歳まで、女性が30歳から34歳までとなっており、20歳代の割合が大きい。全国と比べると、19歳までの割合は小さいが、20歳から39歳まででは大きくなっている（図2）。

図2 東京都の人口ピラミッド

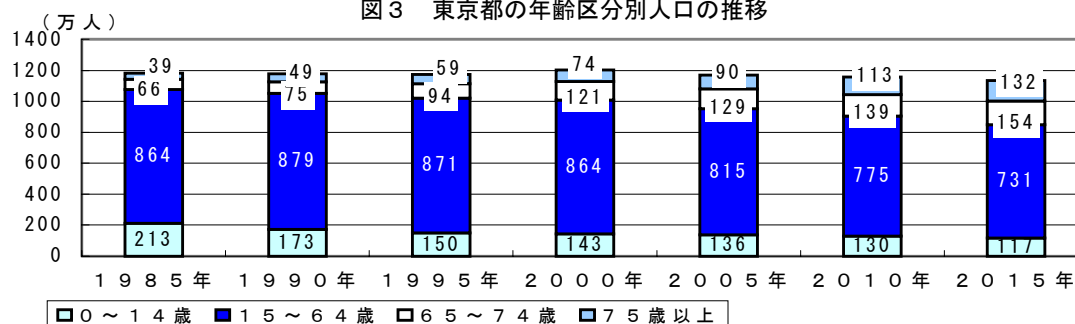


(2) 高齢化の進展

全国に比べ、65歳以上の高齢者の占める割合はやや小さいが、少子化は全国と同様に進んでいる。

将来的には、2010（平成22）年には5人に一人、さらに5年後の2015（平成27）年には、4人に一人が高齢者になると予測されている。

図3 東京都の年齢区分別人口の推移



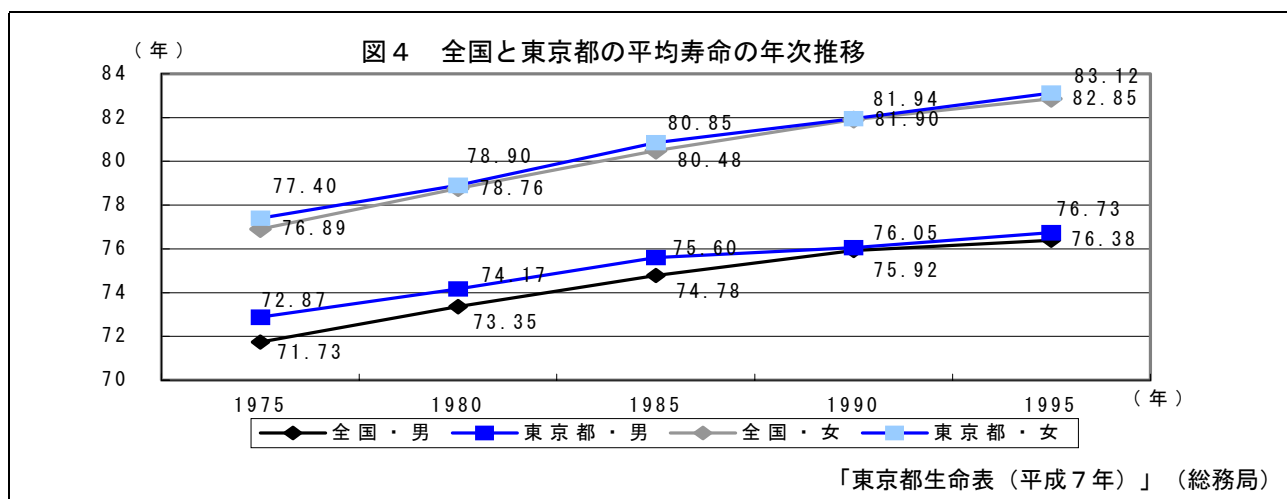
	1985（昭和60）年	1990（平成2）年	1995（平成7）年	2000（平成12）年	2005（平成17）年	2010（平成22）年	2015（平成27）年
0～14歳	213（18.0%）	173（14.6%）	150（12.7%）	143（11.8%）	136（11.6%）	130（11.2%）	117（10.4%）
15～64歳	864（73.0%）	879（74.2%）	871（73.9%）	864（71.6%）	815（69.6%）	775（67.0%）	731（64.4%）
65～74歳	66（5.6%）	75（6.4%）	94（8.0%）	121（10.0%）	129（11.0%）	139（12.0%）	154（13.6%）
75歳以上	39（3.3%）	49（4.2%）	59（5.0%）	74（6.1%）	90（7.8%）	113（9.8%）	132（11.6%）
65歳以上再掲	106（8.9%）	124（10.5%）	153（13.0%）	195（16.1%）	220（18.8%）	252（21.8%）	286（25.2%）

1985年～2000年：「国勢調査」及び「国勢調査抽出速報集計結果（平成12年）」（総務省）
2005年～2015年：「東京都男女年齢（5歳階級）別人口の予測」（総務局）

生産年齢人口（15歳から64歳まで）の構成割合が比較的安定しているのに対して、年少人口（0歳から14歳まで）比率の低下と老年人口（65歳以上）比率の上昇が同時に進行している。1995（平成7）年には老年人口比率が年少人口比率を初めて上回り、その後も両者の差は広がっている（図3）。

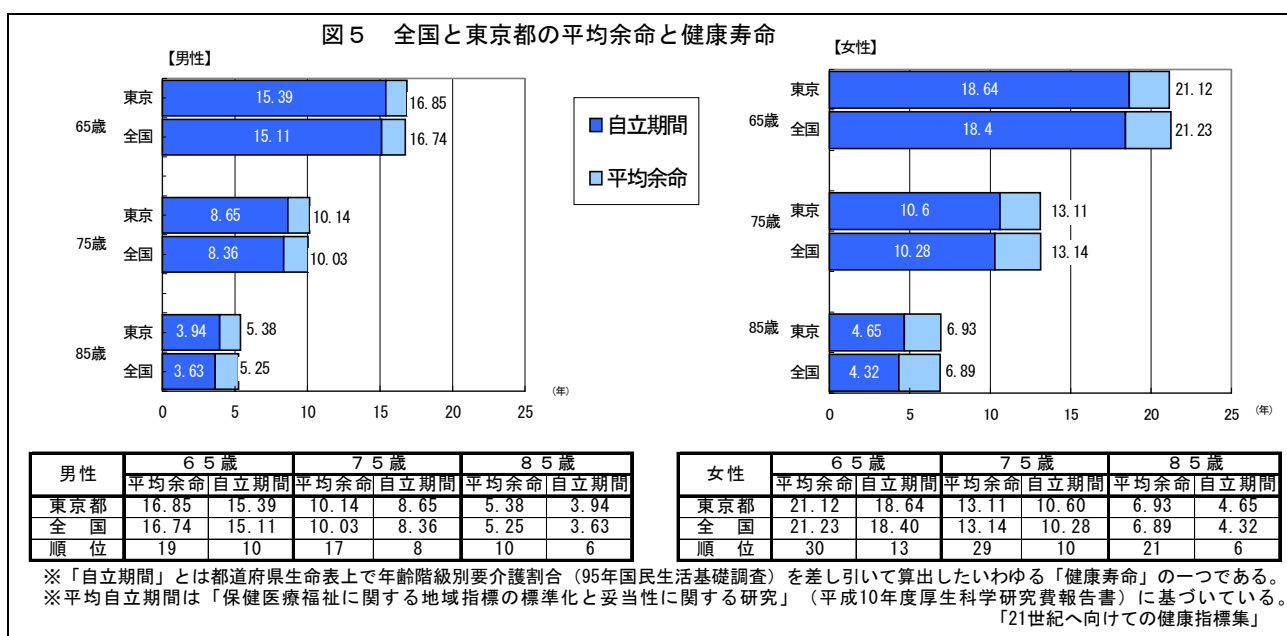
（3）平均寿命（0歳時の平均余命）と健康寿命

平均寿命は年々延びており、1995（平成7）年における東京都の平均寿命は、男性76.73年女性83.12年であり全国に比べると男性で0.35年女性で0.27年長くなっている（図4）。



平均寿命が延び、社会全体の高齢化が進む中で、痴呆や寝たきりにならないなどの要介護状態でない余命を表す指標として、健康寿命（平均自立期間）が用いられてきている。

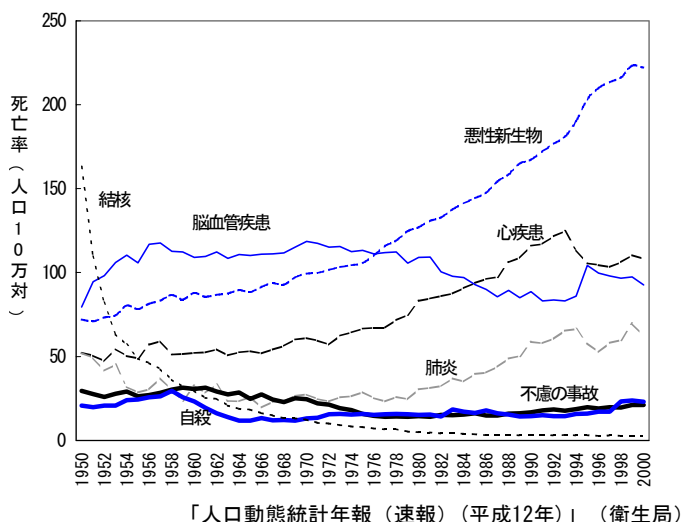
寝たきり等の要介護状態が加齢とともに増えていくことを考慮し、65歳時の平均自立期間を見ると、都は、全国に比べ長く、全国順位では男女とも10位付近となっている。また、平均自立期間が平均余命に占める割合は、男性91.3%、女性88.3%であり、男性の方が高いが、全国平均と同程度（男性90.3%、女性86.7%）である（図5）。



(4) 死因

昭和20年代の半ばごろは、結核、肺炎・気管支炎等の感染性疾患が死亡の上位を占めていた。しかし、戦後の保健医療水準の向上や栄養改善等により、死因も大きく変化し、悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患による死亡が上位を占めるようになった(図6)。

図6 主要死因別死亡率の年次推移



主要死因の割合では、2000(平成12)年は、第1位が悪性新生物、第2位が心疾患、第3位が脳血管疾患となっており、これらの疾患が全体の6割を占めている(図7)。

図7 主要死因の割合

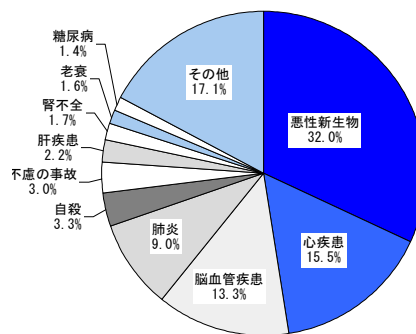
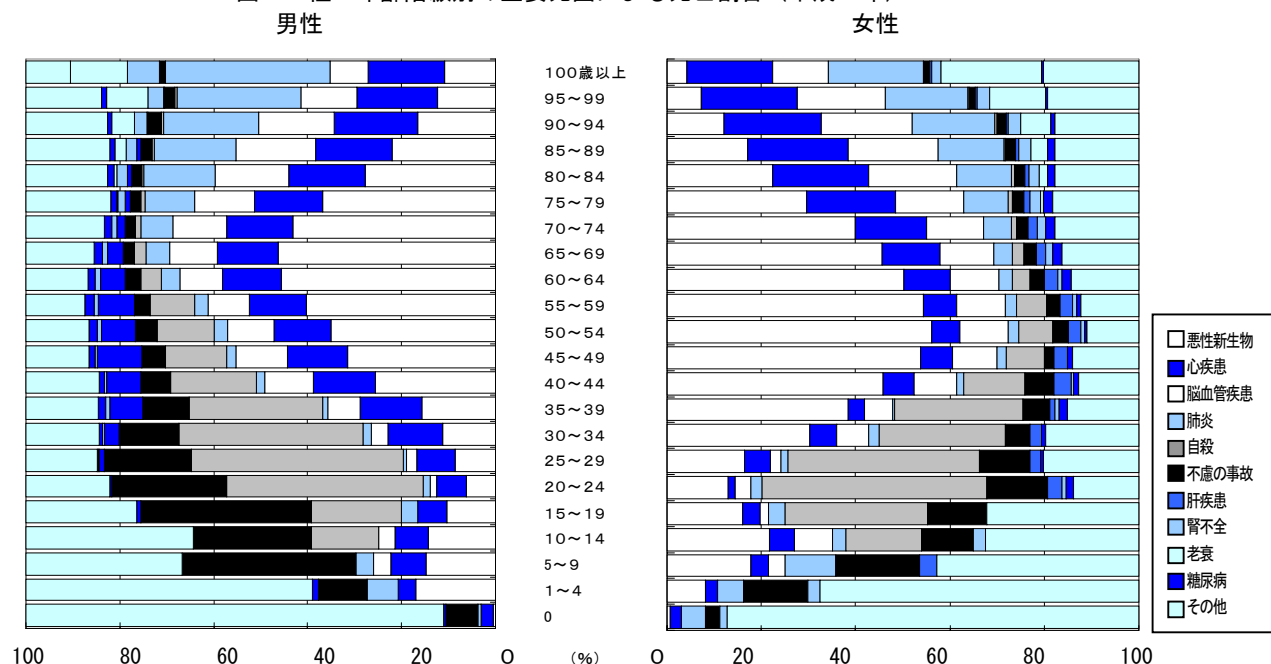
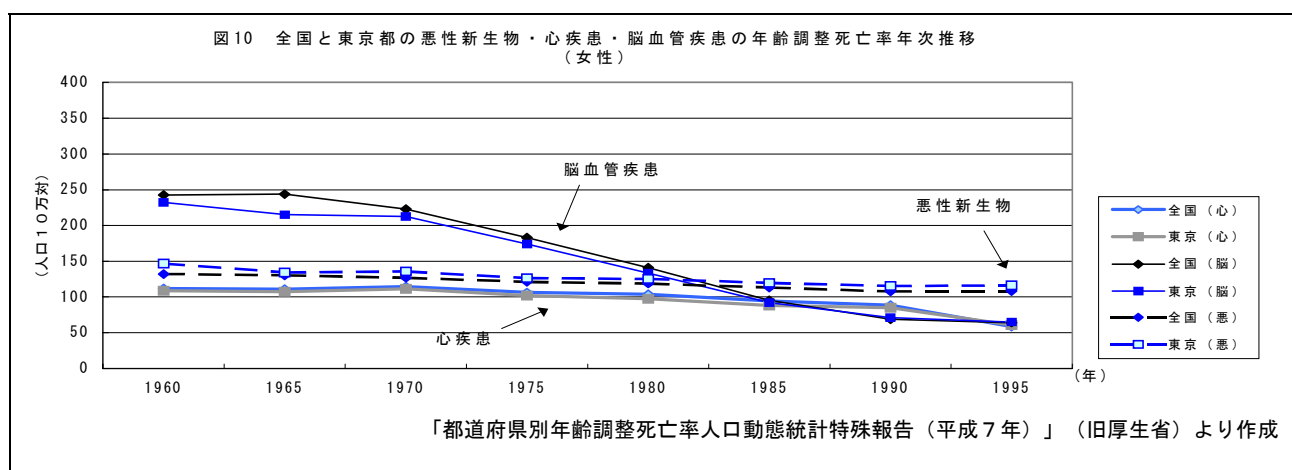
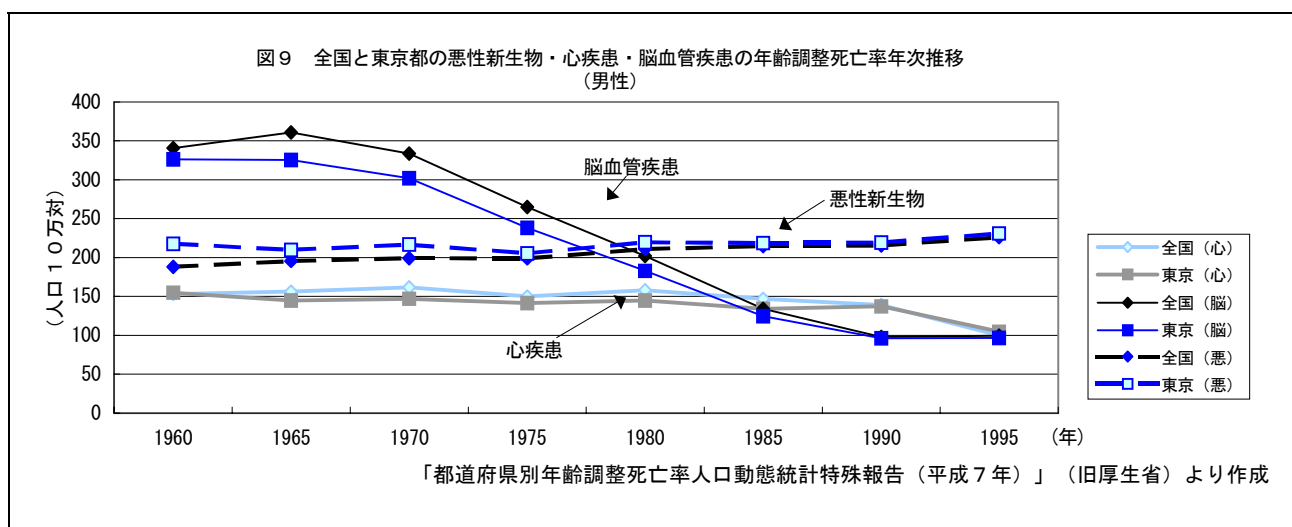


図8 性・年齢階級別の主要死因による死亡割合(平成11年)



悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患の年齢調整死亡率（年齢構成の偏りを補正した死亡率）の年次推移は、都は全国とほぼ同様に推移している（図9及び図10）。

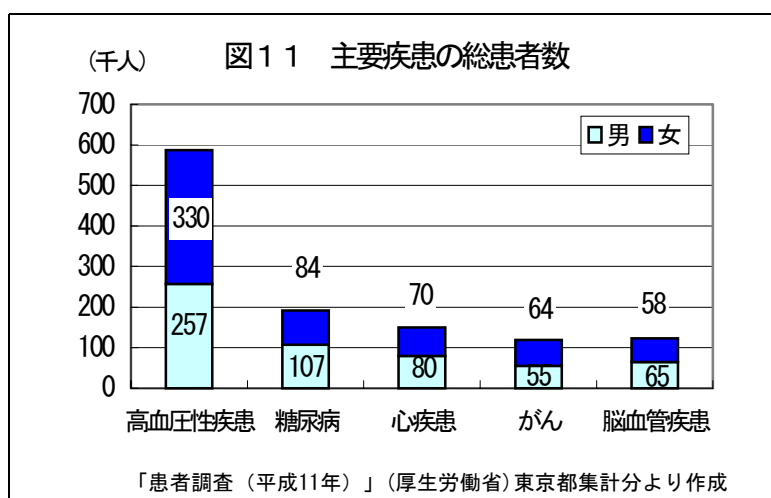


（5）主な生活習慣病の状況

総患者数（傷病別推計）（注1）

では、男女とも高血圧性疾患が最も多い。次いで、糖尿病、心疾患となっている（図11）。

受療率（注2）では、35歳以上から高血圧性疾患が増加している（図12及び図13）。



（注1）総患者数（傷病別推計）：「患者調査」調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日に医療を受けていない者も含む。）の数を推計したもの。

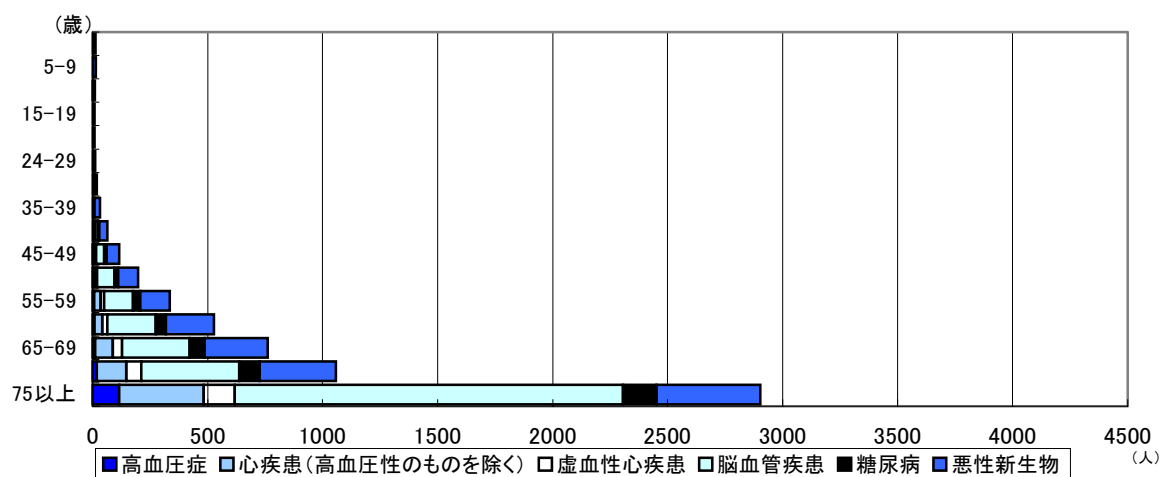
総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来患者数×平均診療間隔×調整係数

（注2）受療率：ある特定の日に医療施設に入院又は通院した患者数と人口の比率をいい、一般的に人口10万対で表す。

受療率＝推計患者数／推計人口×100,000

入院

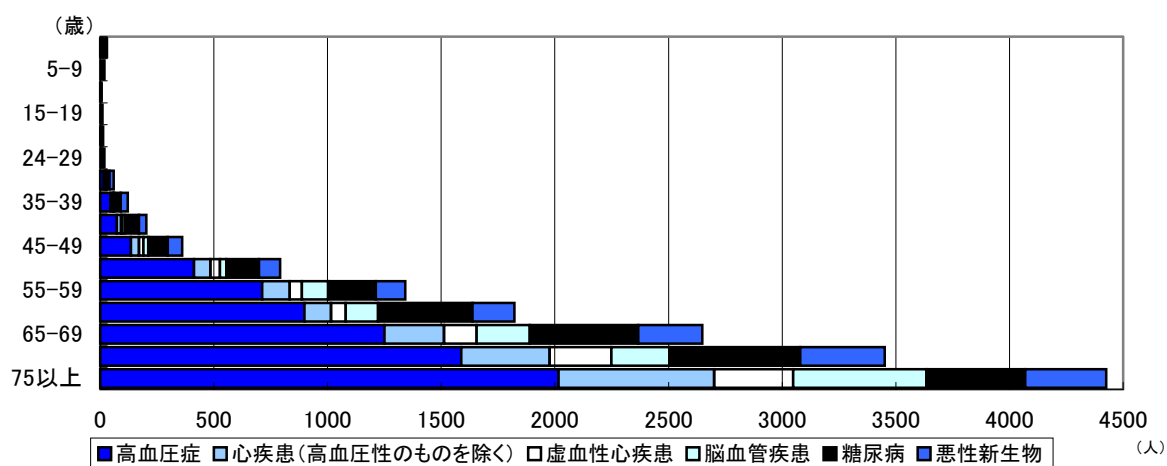
図12 年齢階級別主要疾患受療率(人口10万対)



「患者調査東京都集計結果報告(平成11年)」(衛生局)より作成

外来

図13 年齢階級別主要疾患受療率(人口10万対)

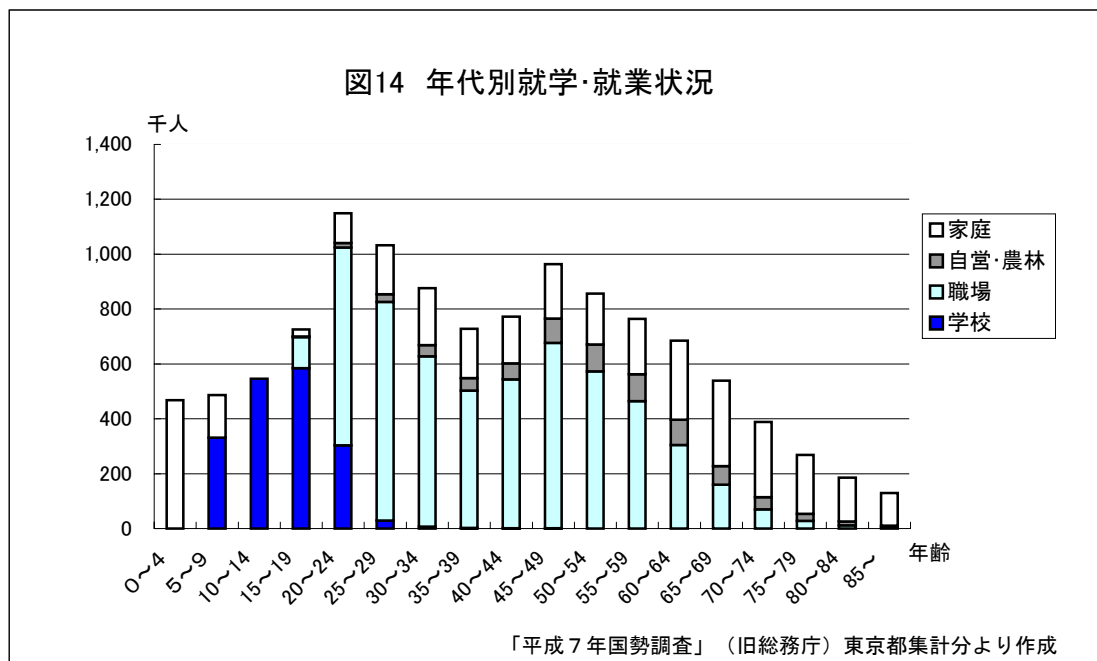


「患者調査東京都集計結果報告(平成11年)」(衛生局)より作成

2 都民生活の状況

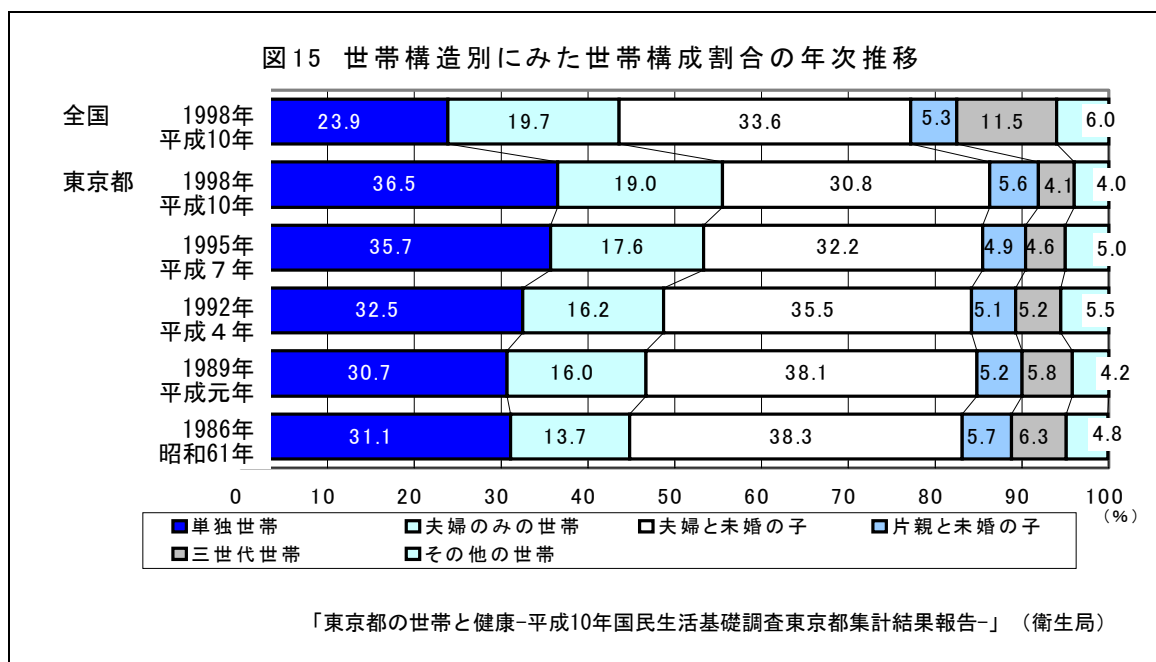
(1) 世代別就学・就業状況

主として過ごしている場については、全年代を通して見ると職場(通勤している人数)が最も多くなっている(図14)。



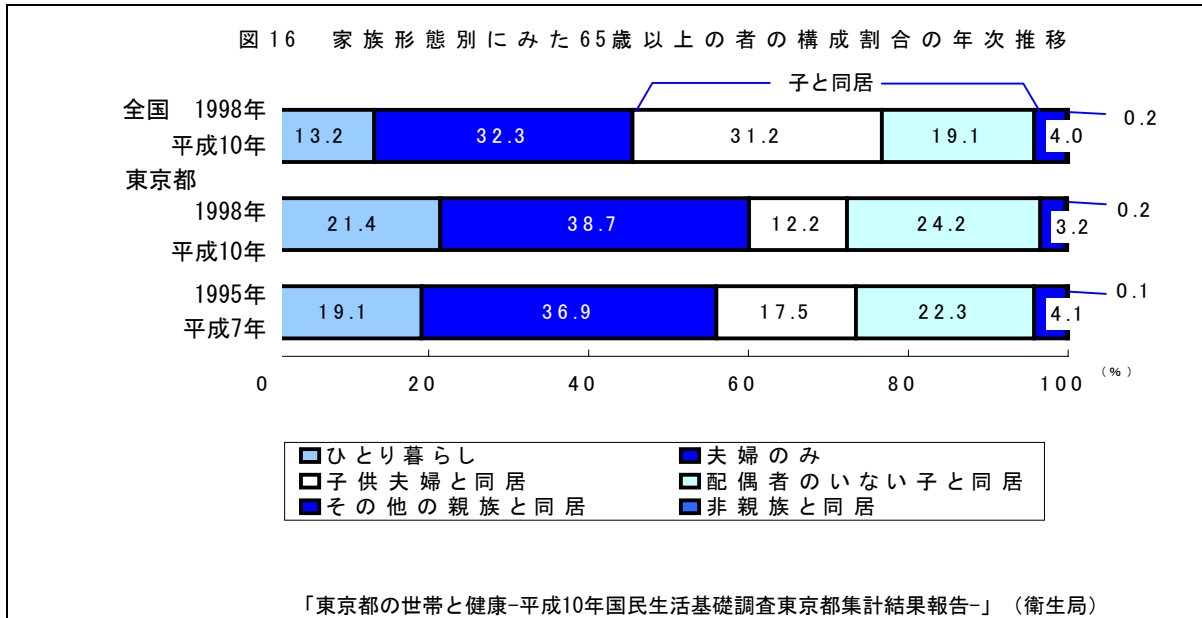
(2) 世帯構成割合

全国と比較すると、「単独世帯」が多く、またその構成割合が年々増えている。一方、「夫婦と未婚の子」の世帯の構成割合は年々減少している(図15)。



(3) 高齢者の家族形態

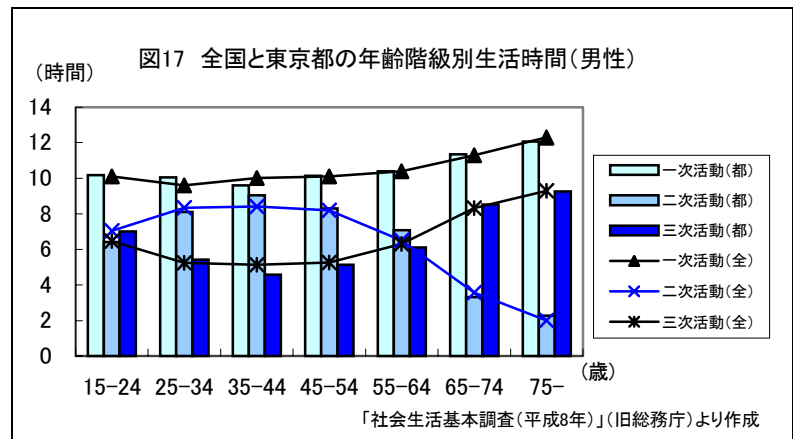
家族形態では、ひとり暮らしが増加している。また、子との同居では、「配偶者のいない子との同居」は全国の割合より多くなっているが、「子供夫婦との同居」は少なくなっている（図16）。



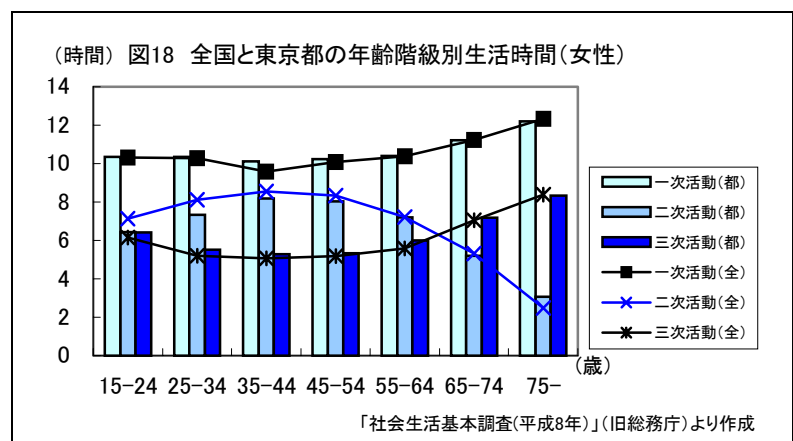
(4) 生活時間

週全体の生活時間の使い方を見ると、全国と東京都では著しい相違は見られない。

年齢階級別では、自ら選択して使える三次活動の占める割合が、高齢者層で多くなっている（図17及び図18）。

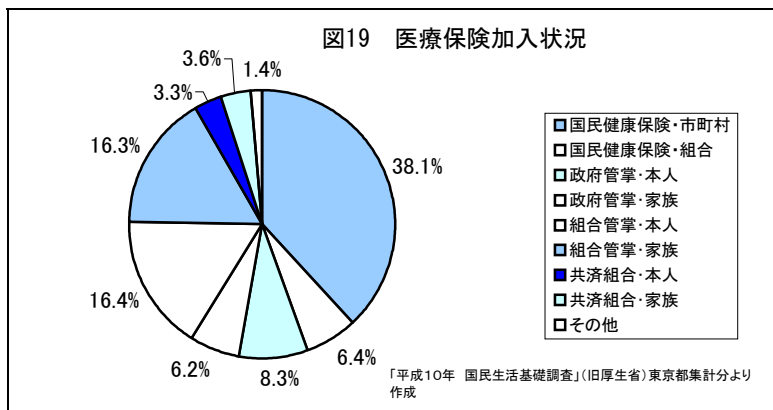


- ※ 一次活動：睡眠、食事等の生理的に必要な活動
- ※ 二次活動：仕事、家事等の社会生活を営む上で義務的な性格の強い活動
- ※ 三次活動：上記以外の各人が自由に使える時間における活動



(5) 医療保険加入状況

国民健康保険が約45%、政府管掌健康保険が約15%、組合管掌健康保険が約33%となっている(図19)。

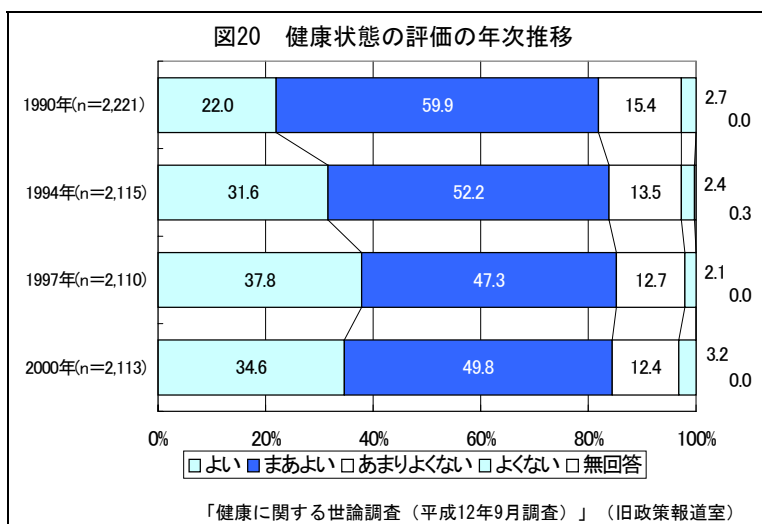


3 都民の健康意識

(1) 健康状態の自己評価

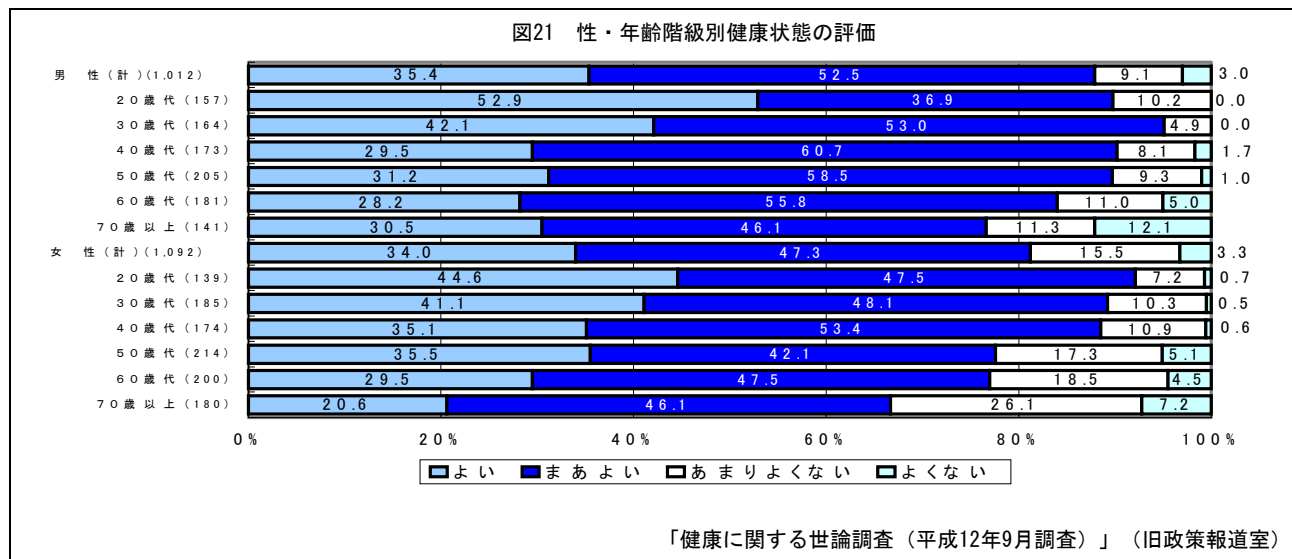
「自分自身の健康状態をどのように感じているか」では、「よい」「まあよい」を合わせ、8割以上がよいと感じている。

過去と比較すると、1997(平成9)年の調査までは、「よい」が増加していたが、2000(平成12)年は前年に比べ、やや減少している(図20)。



性・年齢階級別では、「よい」

「まあよい」を合わせると、男性では30歳代で最も多く、女性は若い世代ほど多くなっている。男女とも70歳以上で「あまりよくない」「よくない」の合計の割合が最も高くなっている(図21)。



(2) 健康のために実行していること

全体では、実行していることは「規則正しい食事」が最も多い（表1）。

表1 日頃健康のために実行している事柄（年齢階級別構成割合〔複数回答〕）

性・年齢階級	総 数	実 行 し て い る									(%)
		規則正しい食事	たばこのバランスのとれ	いうす味を食べて	食べ過ぎない	運動等をしてい	睡眠を十分とつ	たばこを吸わな	お酒を飲み過ぎ	左記についていないは	
総 数	100.0	87.7	53.9	44.5	35.4	45.3	39.3	43.7	45.7	42.3	9.7
男	100.0	84.3	47.0	39.3	28.1	40.4	39.1	40.4	37.1	41.7	13.3
女	100.0	90.8	60.2	49.2	42.2	49.7	39.4	46.6	53.7	42.9	6.3
20-24歳	100.0	82.5	34.6	28.0	17.7	33.5	34.4	37.4	44.2	40.4	14.8
25-34歳	100.0	82.4	37.2	32.9	23.7	32.2	31.9	33.2	41.7	39.3	15.0
35-44歳	100.0	86.1	48.8	40.8	28.2	37.3	34.0	35.3	40.3	37.0	12.0
45-54歳	100.0	87.3	53.7	45.2	34.6	44.3	37.7	39.6	41.9	39.2	9.8
55-64歳	100.0	91.7	66.0	53.6	45.6	53.6	45.2	50.4	49.0	45.1	5.8
65-74歳	100.0	94.9	76.1	61.0	54.5	65.7	52.5	61.2	56.6	53.7	3.0
75-84歳	100.0	93.5	75.1	58.0	57.7	66.4	48.4	64.3	56.0	47.9	2.2
85歳以上	100.0	91.1	75.0	58.4	51.9	61.3	36.5	70.8	50.3	45.9	2.2
(再掲)65歳以上	100.0	94.2	75.7	59.9	55.2	65.6	50.1	62.8	55.9	51.4	2.7
(再掲)70歳以上	100.0	93.9	76.1	59.1	56.7	66.1	48.8	64.1	56.1	50.1	2.3

注：「総数」には、日頃健康のために実行している事柄不詳を含む。

「東京都の世帯と健康-平成10年国民生活基礎調査東京都集計結果報告-」（衛生局）

Ⅲ 健康づくりの目標

- 2 の総合目標
- 2 の重点分野
- 8 の項目と 17 の取組
- 161 の個別目標

1 総合目標

健康づくりの目指すものが、単に長く生きることから、^{みの}稔り豊かで充実した人生の実現等、生活の質の向上に重点が移ってきたことに伴い、健康状態を示す包括的な指標も、従来の「平均寿命」に代わり、心身の自立度等を加味した「健康寿命」という概念が用いられてきている。また、QOLの向上には主観的な要素も大きく関係するため、客観的指標ではとらえられない健康の質的な側面を、健康度の自己評価ともいえる主観的な健康指標により把握することが求められている。そこで、プラン21が目指すQOLの向上の実現を示す総合目標として、「健康寿命の延伸」及び「主観的健康感の向上」を設定した。

2 重点分野

都民の健康状況を見ると、死因の上位を生活習慣病であるがんや心疾患等が占めており、推計患者数でも高血圧性疾患や糖尿病等の生活習慣病が多くなっている。また、人口の急速な高齢化に伴い、高齢期のQOLの確保が大きな課題となっている。このため、「生活習慣病の予防」及び「寝たきりの予防」を重点的に取り組んでいく分野として設定する。

3 項目と取組（成果と手段）

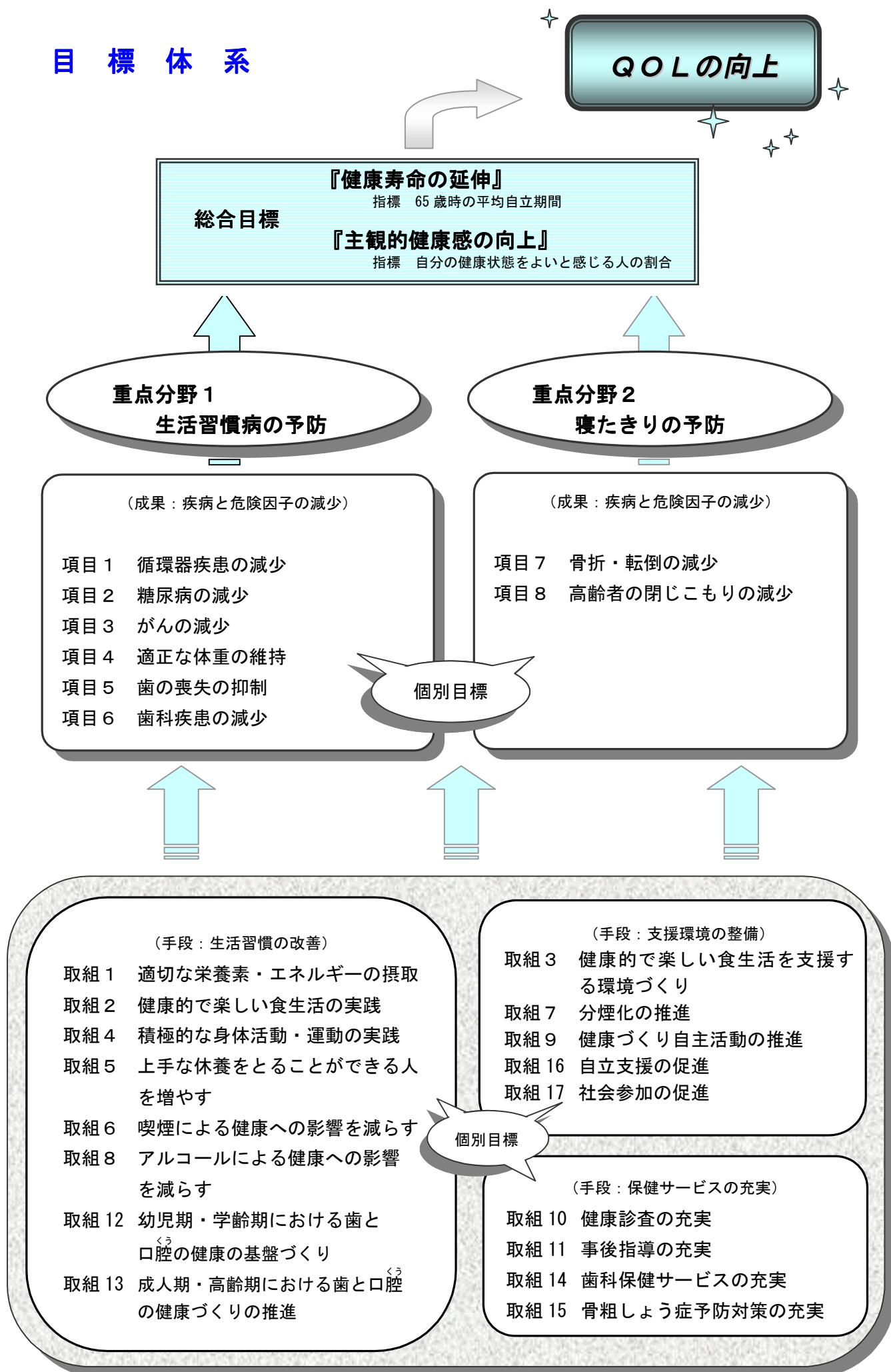
生活習慣病は、遺伝的要因等の不可避の要因が関係することもあるが、食事や運動等の生活習慣の改善等により、発症を予防し進行を抑えることが可能なことが明らかになってきている。また、寝たきりについては、原因となる疾患の予防に加えて、閉じこもりによる心身機能の低下を予防することが重要である。こうしたことから、二つの総合目標を達成するためには、疾病の一次予防に重点を置いた「生活習慣の改善」「支援環境の整備」及び「保健サービスの充実」という手段を講じることにより、その成果として「疾病と危険因子の減少」を目指していくことが必要である。そこで、生活習慣病及び寝たきりの予防に関連の深い8の項目と17の取組を設定することとした。

4 個別目標

項目及び取組の達成状況を評価するために161の指標を設定した。それぞれの指標については、現在把握し得る都の数値を「ベースライン」として示すとともに、2010（平成22）年へ向けての方向を示した。

なお、東京には都市特有の変動要素が存在し、都のレベルでは2010（平成22）年に達成すべき数値目標の設定が困難なものも多いが、科学的根拠に基づいた設定が可能な指標については数値目標を示すこととした。

目標体系



Ⅳ プラン21の推進方策

1 プラン21の積極的活用

(1) プラン21の普及啓発

都は、都の地域特性に応じた健康づくり活動の目標と方向性を示したプラン21の区市町村等への周知に努めることにより、区市町村等の計画策定や関係者の取組を支援していくことが必要である。

また、都民に対しても、メディアの積極的な活用等により、健康づくりの大切さを普及啓発し、自分の健康状態を的確に知り、自分の健康について考え、自主的に健康づくりを実践する取組を広める気運を高めていくことが重要である。

(2) プラン21の達成度の評価・進行管理等

プラン21の策定後は、プラン21に掲げた目標の達成状況や区市町村等の取組状況等を随時把握し、都民や関係機関に情報提供を行っていくことが重要である。策定時点でベースラインデータが把握されていない指標については、別途調査を行い、早急に把握する必要がある。

さらに、目標の達成状況を評価する際には、調査等により数値の推移を把握し、科学的根拠に基づく的確な評価を行うことが必要である。また、関係機関の取組状況の把握や、取組の一層の促進を図っていくためには、関係者間の連携も必要である。これらを踏まえ、プランの達成状況の評価や関係者の取組を推進するための体制を整備する。

プラン21は5年を目途に見直しを行うとともに、得られた成果については、新たな施策展開に反映させていくことが必要である。

2 健康づくり運動の社会的支援

従来の行政の健康づくり対策は、疾病の早期発見と早期治療を中心とする二次予防に重点を置き、直接的な住民サービスの提供を中心に展開してきた。しかし、適正な食事や運動不足の解消といった健康的な生活習慣づくりにより疾病の発症そのものを予防する一次予防に重点を置いて健康づくりを進める場合、行政側の一方的なアプローチだけで個人の生活習慣を変容させることは困難である。都民が健康づくりに求める価値観は多様であり、まずは、一人ひとりが健康づくりの重要性を理解する必要がある。さらに、生活習慣改善への取組を実践・継続していくためには、行政や保健医療専門家等からの直接的なアプローチに加えて、都民の主体的な取組を支援する環

境が整備されている必要がある。

そのためには、行政で提供する健康診査や健康教育、健康相談等の保健サービスを充実するとともに、保健医療専門家や学校、職域、企業等の関係機関が連携して、健康づくりに関するサービスや情報を提供し、都民一人ひとりの取組や自主グループ活動を積極的に支援していくことが望まれる。

また、健康で快適な生活環境を確保するためのまちづくりの工夫等も必要である。

（１）地域活動の推進のために

ア 地域活動の持つ意義

健康づくり活動を推進しＱＯＬの向上を目指すためには、個人がそれぞれの目標に向かって主体的に取り組むことが重要である。このため、家庭や地域の仲間等の身近な存在の支援や、ＰＴＡ、ボランティア活動等での取組等、地域を基盤とした日々の生活の中で、個人が気軽に健康づくりに取り組める環境を整備していく必要がある。

イ 地域活動の推進のために必要なこと

具体的な方法として、まず、「何から始めますか。」「誰と取り組みますか。」といったメッセージの発信により、都民が取り組むための動機付けを行うことが考えられる。また、グループワークや参加型学習などの健康づくり事業の効果的・効率的な実施、地域に密着したサービス提供団体等との連携、学校や企業等の施設開放促進、職域保健や学校保健等との相互連携などが必要である。

地域活動を進めていくためには住民の参加が不可欠であり、計画の策定や推進の過程を通じて、住民の意識を高めていくことも重要となる。

地域活動を継続していくためには、自主グループ、学校、保健医療専門家・団体及び行政等の関係者が共同して取り組んでいく必要があり、そのためには、関係者間の相互理解並びに問題意識及び情報の共有が不可欠である。

個人に対しては、健康づくりへの取組を継続的に働きかけていく必要があり、地域レベルにおいては口コミ等による生の情報伝達や直接的な交流が効果的である。その際には、インターネット等による情報提供、情報交換等も積極的に活用すべきである。

（２）広域的活動の推進に向けて

ア 広域的活動の持つ意義

一方、個人の健康づくりを側面から支援するものとして、マスメディア、企業等による広域的な健康づくり活動が挙げられる。

健康づくりに関して、例えばマスメディアは、出版物、放送媒体等により知識や情報を広く個人に伝達しており、企業は市場を通じて商品やサービスを個人に提供している。東京は経済産業活動の中心であり企業活動が活発なことから、個人の健康づく

り活動が、企業やマスメディアから受けている影響も大きい。一人ひとりの都民は、基本的には自らの意思に基づいて、これらの情報や商品等の取捨選択を行っているが、選択肢は企業等から提供される情報や商品に限定されている場合が多い。

これらのことから、広域的に事業展開している企業、行政、関係者等との連携により、個人を支援する環境を整備していくことが求められる。

イ 広域的活動の推進に必要なこと

広域的活動を推進していくにあたっては、対象者が多岐にわたることや、事業等を実施する際に企業や行政等、複数の関係者間で協力して行うことが必要かつ有効であるため、地域での取組以上に、関係者間の相互理解、問題意識や情報の共有が重要となる。

各関係者が相互の立場や役割を理解し協働することにより、例えば企業等から提供される情報、商品及びサービス等の健康資源の質的向上が期待でき、都民にとってよりよい環境を整備することができる。具体的には、利用者が増加している外食や加工食品の栄養成分表示の推進により、都民が自分の健康状態に合った適切な食品の選択ができる食環境を整備することや、健康増進施設が提供するプログラムに一次予防の視点を導入することなどが考えられる。都民の生活様式が多様化していることから、広域的視点に立って、都民が手軽に健康づくりに取り組める場を確保していく取組も必要である。

3 関係者に期待される役割

(1) 都民

健康づくりは個人の自覚と実践が基本であり、そのためには、自らの健康状態と課題を把握するとともに、都民自身がQOLの向上を目指し、健康的な生活習慣を身につけていくことが大切である。

具体的には、歯科を含めて定期的な健康診査により自らの健康状態を把握した上で、運動習慣を身につける、栄養素やエネルギーに配慮した食事をとる、ストレスに関する正しい知識を持つなど、様々な取組の中で、実施可能なものから実践し、生きがいをもって充実した健康的な生活を送ることが望ましい。

(2) 家庭

家庭は、乳幼児期から青年期における正しい生活習慣を学習する場として重要である。同時に、生涯にわたり望ましい生活習慣を実践する場でもあり、家族ぐるみで健康的な食習慣や運動習慣を身につける、休養を確保するなど、健康的な生活習慣を実践することが望まれる。また、幼児期からのう蝕予防の取組や、未成年者に対する喫

煙・飲酒防止教育の徹底も大切である。さらに、健康的で快適な居住環境の確保のための工夫も大切である。

個人を取り巻く一番身近な環境である家庭が、隣人や友人と共に家族の健康づくりを理解し支えていくことが重要である。

（３）自主グループ等

都民一人ひとりが健康づくりに取り組むにあたっては、共通の目的意識を持ち、共に活動する仲間がいる意義は大きい。地域の様々な自主グループには、健康づくりに取り組む仲間組織されたものも多く、これらのグループに参加することで、一人ひとりの取組への意欲を持続させたり、閉じこもりの予防、社会参加によるＱＯＬの向上を図ることが期待される。さらに、活動を通して都民に学習の場や情報の提供を行ったり、お互いの情報交換をしたりすることが可能である。

自主グループは地域の民間非営利団体であり、町内会や老人クラブ、消費者団体、食生活改善団体等の様々なグループが結成されている。組織体制や活動は多様であり、取組の例として、お散歩マップの作成、ウォーキング大会の開催、生活習慣病予防のための広報活動等、地域に根ざした実践的な取組を行っているところが多い。

また、いろいろな世代が集まる活動を企画することで、地域での子どもの育成や高齢者の生きがいづくりなど、世代を越えたふれあいの地域活動の展開も期待される。

（４）学校

少年期から青年期にかけて生活する場である学校は、集団生活を通した社会生活の基礎及び生涯にわたる望ましい生活習慣の習得の場であることから、児童・生徒に対する健康教育の重要性が増してきている。給食や保健・体育活動等における知識の習得と体験を通し、児童・生徒が心とからだの健康の大切さを認識できるよう指導するとともに、「自分の健康は自分でつくる」といった意識の醸成を図り、生涯を通じて自らの健康を適切に管理していける資質や能力を育てる教育を行う必要がある。

さらに、家庭や地域及び行政と連携し、健康に関する正しい知識の普及に努めるとともに、体育館、運動場及び教室等の学校施設を開放し、地域住民の健康づくりを支援する地域に開かれた健康づくりの拠点としての役割も期待されている。

（５）職域

職域は、主に青年期から壮年後期までの期間を過ごす場であり、働く時期の健康確保のみならず、退職後の健康確保の観点からも重要な役割を果たす。

職場の安全確保や環境改善を図ることと併せて、従業員やその家族の健康づくりの取組への積極的な支援が期待される。従業員の健康診断を実施し、その結果に基づき

適切な指導を行うとともに、必要に応じて健康相談が受けられる体制を充実するほか、メンタルヘルスケア体制の強化も求められている。また、食堂の食事のカロリー等を表示するなど、従業員が自分の健康状態に応じて食事を選べるよう配慮したり、福利厚生事業を充実させるなど、生活習慣病予防や健康づくりに取り組みやすい環境を整備することも重要である。

（６）企業

企業には、自社の従業員の健康づくりを支援する役割のほか、市場を通して健康増進関連商品やサービスを提供することにより、都民の健康づくりに貢献する役割も期待される。例えば、医薬品や医療機器の提供を通じて、また、都民が運動施設やサービス等を利用することなどにより、健康づくりに貢献することができる。さらに、商品やサービスを販売するためのプロモーション活動を通じて、多くの都民に健康的な生活習慣や健康づくり活動のイメージを伝えることが可能である。その際には、科学的根拠に基づく誤りのない情報を提供し、都民が自らの判断に基づき、主体的に選択できるように配慮することが必要である。

また、身近な健康情報を得る窓口であるテレビ、ラジオ、新聞、雑誌等のマスメディアは、不特定多数の人々を対象に、大量の情報を迅速かつ継続して送ることができる。マスメディアはすべての世代へ直接の影響を持つ一方で、一度流された情報は修正されにくい。そのため、マスメディアは、健康に関する記事や番組を通じて、科学的根拠に基づいた分かりやすく正確な健康情報を伝達することが期待される。

（７）保健医療専門家・団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関連団体は、その専門性を活かして、都民の健康問題に対する働きかけや技術・情報の提供ができる。特に、疾病治療の中心的な担い手であるかかりつけ医やかかりつけ歯科医等の専門家には、今後、治療のみならず疾病の予防にも大きな役割が期待される。また、薬局及び薬剤師については、医薬品の適正な使用や健康に関する相談、情報提供等の役割が求められている。

今後、新しい知見を踏まえた上で、生活習慣病の一次予防に積極的に取り組み、都民の心身の健康づくり活動を支援することが必要である。

（８）区市町村

区市町村は、都民に一番身近な自治体であり、地域における住民の健康づくりの推進役として最も大きな役割を担っている。今後は、地域活動を支援するため、行政機関、学校、地域の自主グループや保健医療関連団体等との連携を図り、地域の実情に

応じた健康づくり対策に取り組む必要がある。具体的には、地域に密着した健康づくりや、高齢者の生きがいづくり、生涯学習に関する事業等の企画・調整・実施、医療機関や薬局等と連携した情報提供、地域の各種団体等との連携、住民グループの育成等が重要である。

これらの施策の推進にあたっては、「健康日本21」地方計画等、健康づくりの推進に関する具体的な計画を策定することが望まれる。その際には関係機関・団体等の参加を得て、地域の実情に応じた計画とし、既存の地域保健医療計画、老人保健福祉計画等との整合を図る必要がある。

（9）東京都

都は、区市町村を包括する広域的自治体として、広域性・地域共通性のある事務や区市町村の調整等を行う立場から、プラン21で目指す「健康寿命の延伸」と「主観的健康感の向上」の実現に向けて、区市町村、学校、地域団体、保健医療関連団体、企業等と連携協力し、都民一人ひとりが取り組む健康づくりを支援していくために、以下の役割を担う必要がある。

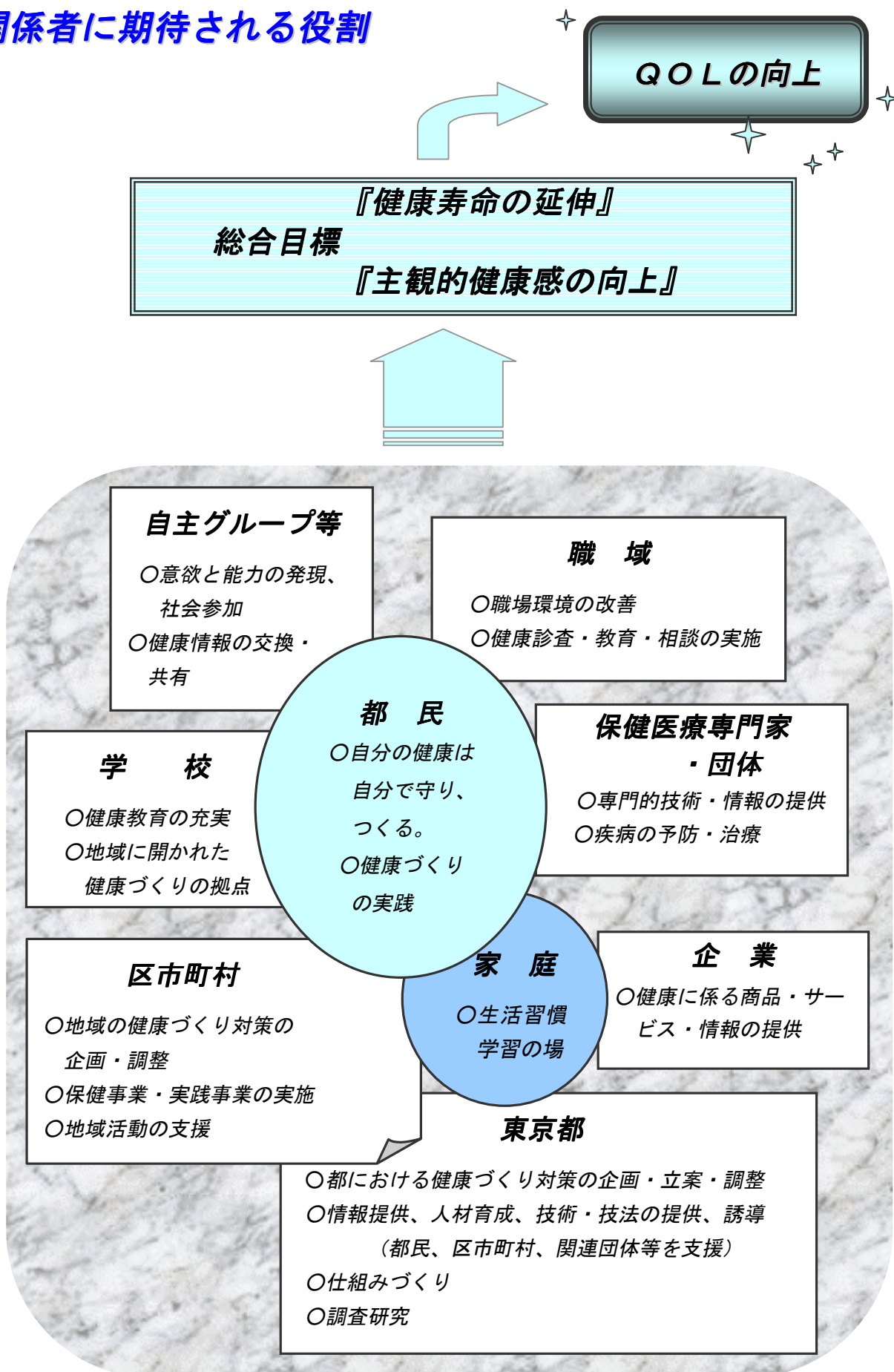
まず、都は、健康づくりの目標や運動の推進方策を示すことにより区市町村等の計画策定を支援するとともに、都民等に対してプラン21を広く普及啓発していく。また、プラン21の達成状況を一元的に管理し、その科学的な評価に基づき健康づくり対策の企画・立案・調整等を行っていく。

都民が健康づくりを実践する際の環境整備は広域的な課題であり、都民を取り巻く各関係者の有機的な連携により整備していかなければならない。このため、都が中心となって各関係者の自主的な取組を促進するための仕組みづくりを行っていくことが重要である。

さらに、健康づくりに関する情報、技術及び技法の提供、人材育成等により、区市町村や関連団体等の取組を支援していくとともに、企画・立案の基盤となる科学的知見を調査研究により集積し、広く情報提供を行っていかなければならない。都保健所においても、市町村の求めに応じ科学的知見に基づいた資料・情報の提供や人材の育成、地域の関係団体等との調整等を行い、市町村の健康づくりを積極的に支援していく必要がある。

なお、都は、これまで実施してきた都民への直接的なサービスの提供を見直し、区市町村や関係者の支援に重点を置くなど、プラン21が示す役割を踏まえて事業及びその執行体制を再構築し、都に求められている役割と責任を適切に果たしていく必要がある。

関係者に期待される役割



第2部 各論

健康づくりの目標一覧

【Ⅰ 総合目標】

総合目標 1 健康寿命の延伸

総合目標 2 主観的健康感の向上

- ・ 65 歳時の平均自立期間
- ・ 自分の健康状態をよいと感じる人の割合

【Ⅱ 生活習慣病の予防】

循環器・糖尿病・がん

項目 1 循環器疾患の減少

- ・ 脳血管疾患の年齢調整死亡率
- ・ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率
- ・ 脳血管疾患受療率
- ・ 虚血性心疾患受療率
- ・ 血圧有所見者
- ・ 高血圧境界領域者
- ・ 高脂血症の人の割合

項目 2 糖尿病の減少

- ・ 糖尿病性腎症による透析患者数
- ・ 糖尿病受療率
- ・ 糖尿病有所見者

項目 3 がんの減少

- ・ 全がんの年齢調整死亡率
- ・ 胃がんの年齢調整死亡率
- ・ 肺がんの年齢調整死亡率
- ・ 大腸がんの年齢調整死亡率
- ・ 子宮がんの年齢調整死亡率
- ・ 乳がんの年齢調整死亡率

栄養・運動・休養

項目 4 適正な体重の維持

- ・ 肥満・やせの人の割合
- ・ 体重コントロールを心がけている人
- ・ 適正な食事量を知っている人

取組 1 適切な栄養素・エネルギーの摂取

- ・ 脂肪エネルギー比率
- ・ 脂肪エネルギー比率が適正な人の割合
- ・ 1 日当たりの平均食塩摂取量
- ・ 食塩摂取量 10 g 未満の人の割合
- ・ カルシウムの充足率
- ・ カルシウムに富む食品の成人 1 日当たりの平均摂取量
- ・ 成人 1 日当たりの野菜の平均摂取量
- ・ 1 日最低 1 食は主食・主菜・副菜をそろえた食事をしている人の割合

取組 2 健康的で楽しい食生活の実践

- ・ 朝食欠食者の割合
- ・ 1 日最低 1 食、きちんとした食事を二人以上で楽しく、30 分以上かけて食べている人の割合
- ・ 栄養成分表示を参考にしている人
- ・ 食生活改善の意欲のある人
- ・ 健康に関する自主的な集まりがある人の割合

取組 3 健康的で楽しい食生活を支援する環境づくり

- ・ 栄養成分表示をしている店舗数

取組 4 積極的な身体活動・運動の実践

- ・ 外遊びをする子どもの割合
- ・ 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合
- ・ ふだん運動やスポーツをしている人の割合
- ・ 1 日の歩数
- ・ 運動習慣のある人の割合
- ・ 外出を心がける人

取組 5 上手な休養をとることができる人を増やす

- ・ ストレスを感じている人の割合
- ・ 気軽に相談できる場所を知っている人の割合
- ・ 睡眠時間が充足していると感じている人の割合
- ・ 余暇が充実している人の割合

たばこ・アルコール

取組 6 喫煙による健康への影響を減らす

- ・ 健康影響を知っている人の割合
- ・ 未成年者の喫煙率
- ・ 禁煙支援プログラムが提供されている区市町村の割合

取組 7 分煙化の推進

- ・ 分煙を実施している施設の割合

取組 8 アルコールによる健康への影響を減らす

- ・ 「適度な飲酒量」を知っている人の割合
- ・ 未成年者の飲酒率
- ・ 多量に飲酒する人の割合

健康づくり支援サービス

取組 9 健康づくり自主活動の推進

- ・自主グループ化を目指した健康づくり事業を実施している区市町村数

取組 10 健康診査の充実

- ・基本健康診査受診率
- ・がん検診受診率

取組 11 事後指導の充実

- ・生活習慣改善指導推進事業実施地区数
- ・個別健康教育実施地区数

歯と口腔の健康づくり

項目 5 歯の喪失の抑制

- ・60 歳における 24 歯以上自分の歯を有する人の割合
- ・70 歳における 20 歯以上自分の歯を有する人の割合
- ・80 歳における 20 歯以上自分の歯を有する人の割合
- ・60 歳における歯が 1 本も無い人の割合
- ・70 歳における歯が 1 本も無い人の割合
- ・80 歳における歯が 1 本も無い人の割合

項目 6 歯科疾患の減少

- ・乳歯のう歯のない子どもの割合
- ・永久歯のう歯のない子どもの割合
- ・12 歳における一人平均う歯数
- ・12 歳における歯肉に炎症所見の認められる子どもの割合
- ・進行した歯周病にかかっている人の割合

取組 12 幼児期・学齢期における歯と口腔の健康の基盤づくり

- ・フッ化物配合歯磨剤を使用している子どもの割合
- ・週に 1 回以上、フロスを使用している子どもの割合
- ・週に 1 回以上、子どもの歯と口腔を観察している保護者の割合
- ・月に 1 回以上、歯や歯肉の自己観察をしている子どもの割合
- ・定期健診や予防処置をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ子どもの割合
- ・甘味食品をほぼ毎日食べる子どもの割合
- ・甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合

取組 13 成人期・高齢期における歯と口腔の健康づくりの推進

- ・1 日 1 回は十分な時間をかけて、ていねいに歯を磨く人の割合
- ・フロスや歯間ブラシを使用している人の割合
- ・フッ化物配合歯磨剤を使用している人の割合
- ・月に 1 回以上、歯や歯肉の自己観察をしている人の割合
- ・自分の歯の数を知っている人の割合
- ・定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合
- ・喫煙が歯周病のリスクであることを知っている人の割合

取組 14 歯科保健サービスの充実

- ・歯周疾患検診実施区市町村数

【Ⅲ 寝たきりの予防】

骨折・転倒

項目 7 骨折・転倒の減少

- ・高齢者の骨折の受療率
- ・高齢者の転倒による搬送人数

取組 15 骨粗しょう症予防対策の充実

- ・骨粗しょう症予防対策事業実施区市町村数

高齢者の閉じこもり

項目 8 高齢者の閉じこもりの減少

- ・外出頻度が週 1 回程度以下の高齢者の割合
- ・近所づきあいのない高齢者の割合

取組 16 自立支援の促進

- ・機能訓練事業実施区市町村数（B 型）
- ・自主グループ・家族会活動のある機能訓練実施施設
- ・「生きがい活動支援通所事業」実施区市町村数

取組 17 社会参加の促進

- ・就業している高齢者
- ・学習活動への参加
- ・ボランティア等への参加

注：各論中の年齢表記について

- ① 年齢区分のあるものは、指標・グラフに表記した。
- ② なお、指標・グラフに特にことわりがない場合は、次の年齢を指す。
 - ・成人—20 歳以上
 - ・人—20 歳以上
 - ・高齢者—65 歳以上

I 総合目標について

1 総合目標設定の考え方

世界有数の長寿国である日本では、健康づくりの目的が「長く生きること」から「より高い生活の質をもってより長く生きること」へと変化している。プラン21が目指すところもこのQOLの向上であり、いきいきと自分らしく生活できる健康の実現である。

これまでは単に生きる長さを示す「平均寿命」が、健康状態を示す包括的な指標とされてきた。しかし、現在では心身の自立度等を加味した「健康寿命」が提唱されている。

また、身体的、精神的及び社会的に困難な状況にあっても、自分が健康であるという実感は、いきいきとした生き方の重要な要素である。さらに、QOLの向上には、主観的要素も大きく関係するため、自分の健康の状態をどのように感じているかといった質的な面を把握するために「主観的な健康感」をとらえる必要がある。

以上のことから、都民の健康状態を示す包括的な指標として、健康を客観的に評価する側面から「健康寿命（平均自立期間）」を、健康を主観的に評価する側面から「主観的健康感」をそれぞれ設定した。

2 使用する指標

健康寿命については、都道府県別に指標が算出されている既存統計として、厚生科学研究による「平均自立期間（痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間）」を、主観的健康感については、都が実施している「健康に関する世論調査」における「自分の健康状態を「よい」とする人の割合」を指標とする。

〔総合目標1 健康寿命の延伸〕

指 標	ベースライン
65歳時の平均自立期間	男性 15.39年 女性 18.64年

〔総合目標2 主観的健康感の向上〕

指 標	ベースライン
自分の健康状態をよいと感じる人の割合	84.4%

Ⅱ 生活習慣病の予防

生活習慣病は、食習慣、運動習慣、休養のとり方等の生活習慣がその発症や進行に大きな影響を及ぼす疾病である。主な疾患としては、がん、心臓病、脳血管疾患等、都民の死因の上位を占める疾患のほか、糖尿病や高血圧等、特に中高齢期のＱＯＬに大きな影響を与えるものがある。

一方で、これらの生活習慣病は、生活習慣を改善することにより疾病の発症や進行の予防が可能である。そのためには、疾病の早期発見・早期治療に加えて、生活習慣改善を中心とした一次予防が大切である。特に、都民一人ひとりが健康的な生活習慣の大切さを理解し自ら実践することと、それを支援する環境の整備が重要である。

具体的には、栄養・食習慣の改善、適度な身体活動・運動習慣の定着、上手な休養のとり方を身につけることなどに加えて、たばこ・アルコール対策及び歯科保健対策を充実することが必要である。さらに、健康診査の受診率の向上や、個人の特性に応じた目標管理型の健康教育の充実等について取り組むことが重要である。

以上のことから、プラン２１では、生活習慣病を予防するため「循環器疾患の減少」等６項目を今後目指すべき方向として設定し、それぞれの項目について個別目標を定めた。各項目の目標設定の考え方は以下のとおりである。

■ 循環器疾患の減少（項目１）

脳血管疾患及び心疾患は発症すると、死に至らなくても後遺障害を残すこともあり、ＱＯＬへ重篤な影響を及ぼしやすい。

虚血性心疾患で見ると、1995（平成７）年の都道府県別年齢調整死亡率^{（注１）}で、都は男性は１位、女性は２位であり、都民の健康を脅かす疾患となっている。

以上のことから、循環器疾患への取組は重要な課題であるため、脳血管疾患の年齢調整死亡率、虚血性心疾患の年齢調整死亡率及び受療率並びに、これらの危険因子ともなる高血圧・高脂血症の人の割合を指標とする。

■ 糖尿病の減少（項目２）

糖尿病は、放置すると腎臓障害、視力障害等の重篤な合併症を引き起こすため、ＱＯＬの低下につながりやすい疾患である。

透析導入の原因となる疾患の第１位が糖尿病性腎症、成人における失明の原因疾患の第１位が糖尿病性網膜症であるなど、重点的に取り組むべき健康課題となっている。

以上のことから、糖尿病性腎症による透析患者数、糖尿病受療率及び糖尿病有所見者の割合を指標とする。

（注１）年齢調整死亡率：年齢構成の偏りを補正した死亡率。年齢構成が異なる地域を比較することができる。

■ がんの減少（項目 3）

がんは、都民の死亡原因の第 1 位であり、死亡数は年々増加している。特に壮年期では死亡原因に占める割合が高く、QOLの低下にもつながる重大な疾患である。

がんの部位別に見ると、1997（平成 9）年の都道府県別標準化死亡比^{（注 1）}では、都は男性では大腸がん、女性では大腸がん、子宮がん及び乳がんが全国平均より高いという特徴が見られる。

以上のことから、全がんの年齢調整死亡率に加えて、都のがん死亡の特性を踏まえて、部位別年齢調整死亡率を指標とする。

■ 適正な体重の維持（項目 4）

肥満は、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧、高脂血症等生活習慣病の発症や悪化の危険因子となり、子どものころからの肥満予防の取組が重要である。

また、骨粗しょう症の発症には、若年期の栄養摂取や運動習慣が関与することが示唆されている。

肥満ややせを予防し、適正体重を維持するためには、個人が適正な食事量や栄養バランスの重要性を理解し、自ら体重のコントロールを心がけることが大切である。

以上のことから、まず、小児期の指標として、児童・生徒の肥満の割合を指標とする。さらに、特に肥満の割合が増加する年代に焦点を当て、男性は 20 歳から 69 歳まで、女性は 40 歳から 69 歳までの肥満者の割合を指標とする。また、骨粗しょう症予防の観点から 20 歳代の女性のややせも指標とする。

■ 歯の喪失の抑制（項目 5）

歯と口腔の健康を維持することは、単に食物を咀嚼^{くう}するということだけでなく、食事や会話を楽しむなど、豊かな人生を送るための基礎となるものである。また、歯の喪失は食生活や社会生活に支障を来し、ひいては全身の健康にも影響を与えることが様々な調査結果から明らかになってきている。

現在、生涯にわたり自分の歯を 20 歯以上保つことにより、健全な咀嚼^{そしゃく}能力を維持し、健やかで楽しく生活しようという「^{ハチマルニイマル}8020 運動^{（注 2）}」が提唱・推進されており、都民の^{ハチマルニイマル}8020 の実現を目指して、歯の喪失の抑制及び無歯顎^{がく}者の減少について指標を設定する。

■ 歯科疾患の減少（項目 6）

歯の喪失を防止するためには、その主な原因であるう蝕（むし歯）及び歯周病（歯周疾

（注 1）都道府県別標準化死亡比：地域の年齢構成の偏りを補正し、基準集団の死亡率を 100 とした場合の、その地域の死亡率の高さを表す。都道府県別標準化死亡比は全国平均を 100 とし、都道府県別、区市町村別に健康マップで公表されている。

（注 2）8020 運動：生涯にわたり自分の歯を 20 歯以上保つことにより、健全な咀嚼^{そしゃく}能力を維持し、健やかで楽しく生活しようという、国が提唱・推進している運動。

患)^(注1)の予防が必要である。そのためには、フッ化物配合歯磨剤等フッ化物の応用、甘味食品や甘味飲料の過剰摂取の制限、歯間部清掃用器具を用いた丁寧な歯口清掃、専門家による定期的な歯石除去や歯面清掃等、適切な生活習慣や保健行動を身につけることが大切である。以上のことから、う蝕及び歯周病の減少に関する目標を設定する。

なお、歯科保健に関する目標については、2000（平成12）年8月に東京都歯科保健対策推進協議会が「西暦2010年の歯科保健目標^(注2)」を提言したところであり、プラン21にはその内容を盛り込んでいる。

（注1） 歯周病（歯周疾患）：歯を支えている歯肉、歯根膜、歯槽骨等の歯周組織の疾患。代表的なものは、歯肉炎と歯周炎（いわゆる歯槽膿漏）

（注2） 西暦2010年の歯科保健目標：2000（平成12）年8月に東京都歯科保健対策推進協議会が提言した、都における今後の歯科保健目標

【項目 1 循環器疾患の減少】

個別 目標	指 標	ベースライン	方 向
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性	96.5	下げる
2	(人口10万対) 女性	65.1	
3	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 男性	71.8	
4	(人口10万対) 女性	36.6	
5	脳血管疾患受療率 (人口10万対)	248	下げる
6	虚血性心疾患受療率 (人口10万対)	69	
7	血圧有所見者 40歳以上	25.1%	減らす
8	高血圧境界領域者 40歳以上	14.2%	
9	高脂血症の人 ^(注1) の割合 男性	15.2%	減らす
10	女性	15.0%	

取組のポイント

■ 性別・年代別の特徴

脳血管疾患、虚血性心疾患は50歳代ごろから増加している（図27及び図29）。

性別の年齢調整死亡率では、脳血管疾患、虚血性心疾患ともに男性が高くなっている（図22及び図24）。

■ 脳血管疾患、心疾患の動向

脳血管疾患は、日本人の死因の第1位を占めていたが、昭和40年代後半から死亡率は減少している。また、この間、主流は脳内出血から脳梗塞へと変化している。

東京都では、1952（昭和27）年以降、結核にかわり脳血管疾患による死亡が1位を占めていたが、1977（昭和52）年には第2位、1985（昭和60）年には第3位となった（図6）。

心疾患による死亡は、全体としては減少傾向にあるが、虚血性心疾患による死亡が増加している。特に東京都は、全国的にも高い状態が続いている（図24）。

■ 脳血管疾患、心疾患の危険因子の低下

脳血管疾患、虚血性心疾患の発症や進行には、生活習慣が大きく関与しており健康的な生活習慣の維持が大切である。

（注1）高脂血症の人：血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

循環器疾患の疫学調査によると、脳血管疾患発症の危険因子は①高血圧、②喫煙、③耐糖能異常、④多量飲酒であり、虚血性心疾患は、①高血圧、②喫煙、③高脂血症等となっており、これらの危険因子の低下を目指す必要がある。

■ 高血圧・高脂血症の一次予防

高血圧及び高脂血症は、脳血管疾患及び心疾患の危険因子である。これらの疾患の発症や進行を防止することは脳血管疾患や心疾患の予防の観点からも重要である。

血圧を上げるものとして、①塩分の過剰摂取、②過度な飲酒、③喫煙、④肥満等がある。一方、カリウムの摂取による血圧低下も知られている。

また、高脂血症は、動物性脂肪の多い食品に偏った食事が影響している。これらの疾患の予防のためには、生活改善を中心とした予防が大切であり、①肥満の解消、②運動習慣、③食生活の改善等で予防が可能である。

関連データ

■ 脳血管疾患の年齢調整死亡率の年次推移

全国（男・女）、都（男・女）とも脳血管疾患の年齢調整死亡率は減少している。

都（男・女）は全国（男・女）より下回っていたが、都の女性は1990（平成2）年に全国を上回った（図22）。

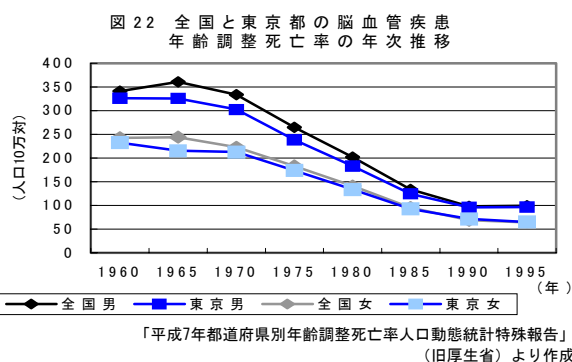
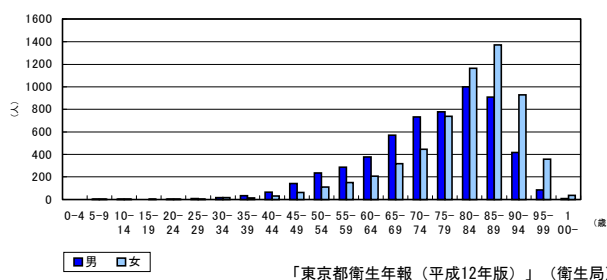
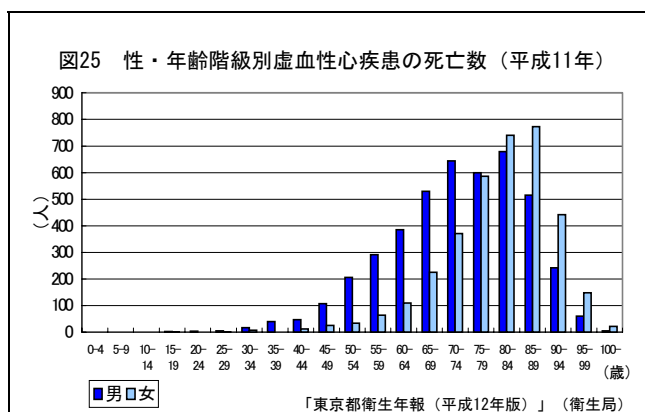
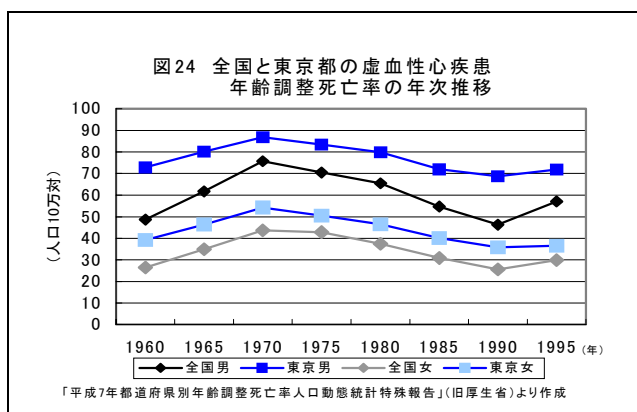


図23 性・年齢階級別脳血管疾患の死亡数（平成11年）



■ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の年次推移

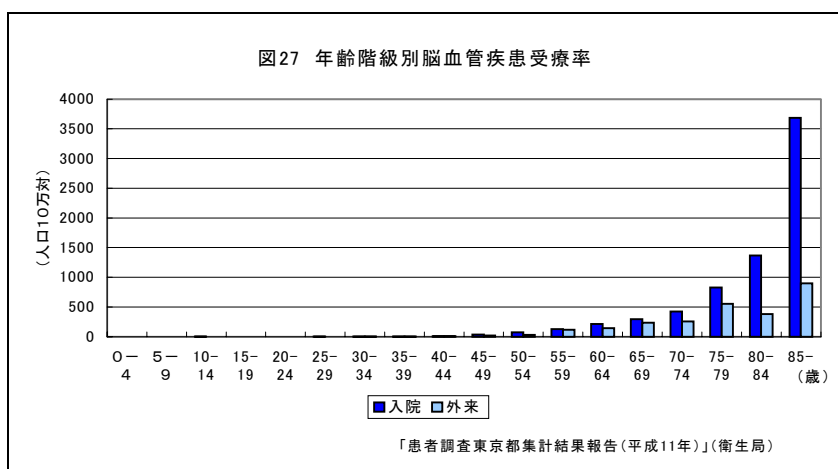
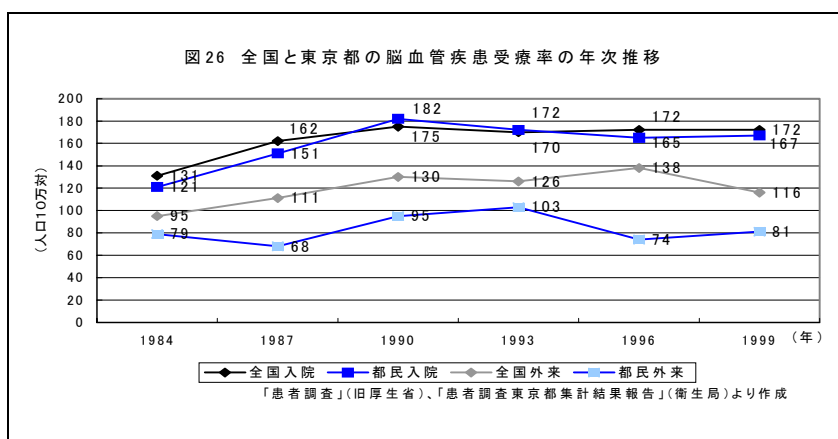
全国（男・女）に比べ、都（男・女）の虚血性心疾患の死亡率は高い（図24）。1995（平成7）年の全国順位では、男性が1位、女性が2位である。



※虚血性心疾患：急性心筋梗塞、その他の虚血性心疾患

■ 脳血管疾患の受療状況

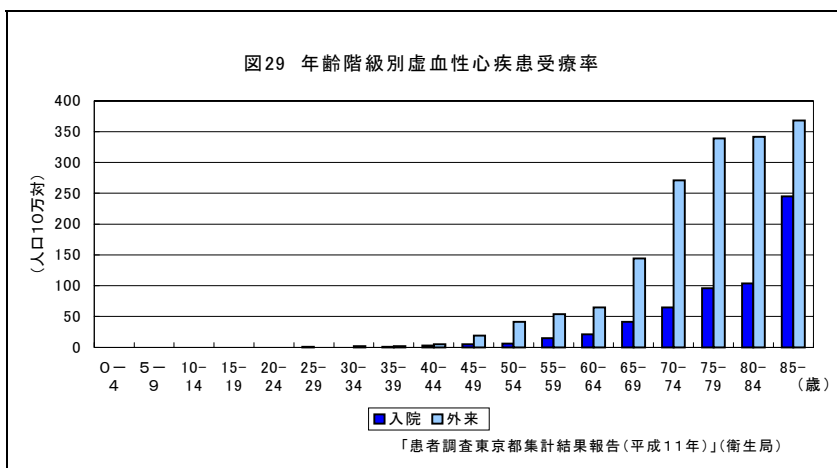
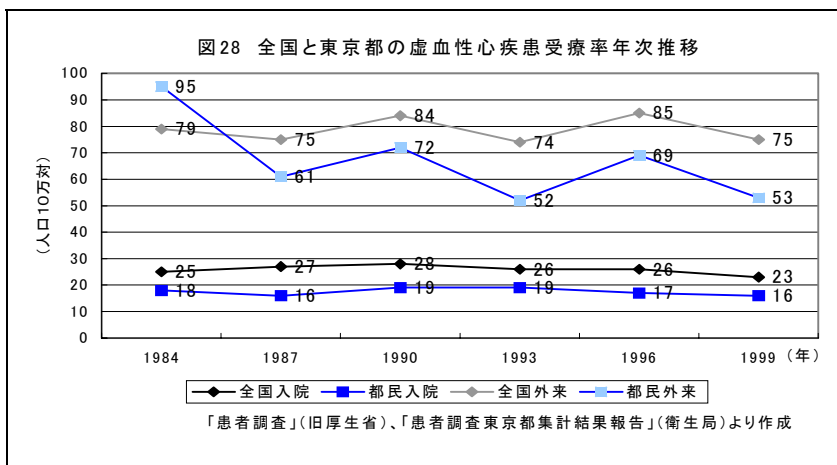
入院による受療率はほぼ全国と同様に推移しているが、外来では、全国を下回っている（図26）。年齢階級別では、75歳以上の入院が著しく多い（図27）。



■ 虚血性心疾患の受療状況

入院、外来ともに全国より低くなっている（図28）。

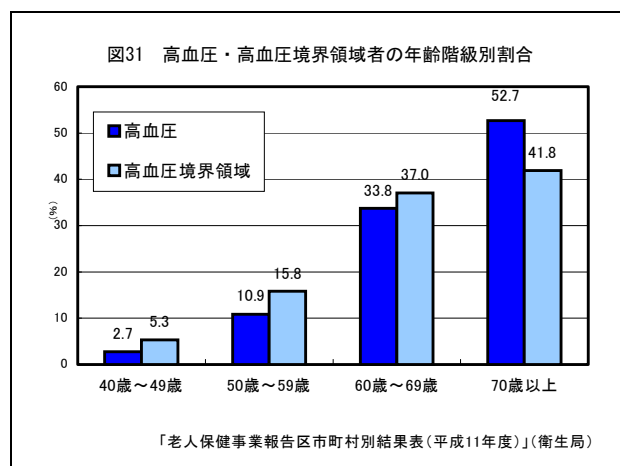
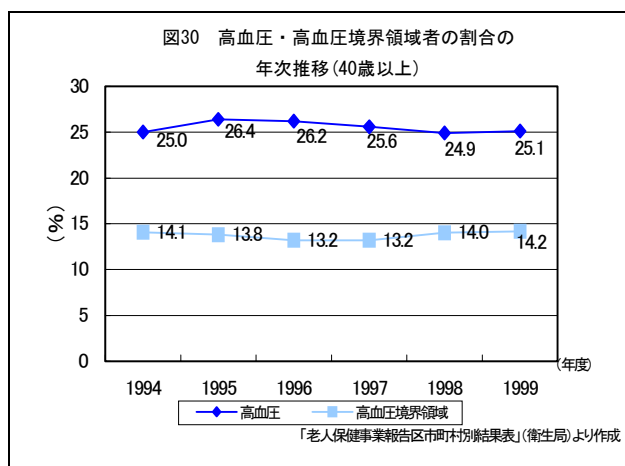
年齢階級別では、50歳代ごろから増加し始め、入院よりも外来によるものが多くなっている（図29）。



■ 血圧有所見者・高血圧境界領域者（40歳以上）の割合

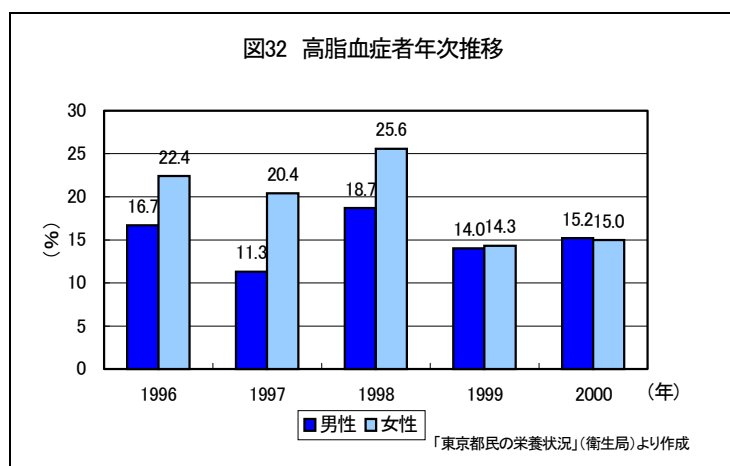
老人保健法に基づく基本健康診査で、高血圧、高血圧境界領域と判定された者の割合は、年度別に見ると、ともに大きな変化はない（図30）。

年齢別では、70歳以上で高血圧が多くなっている（図31）。



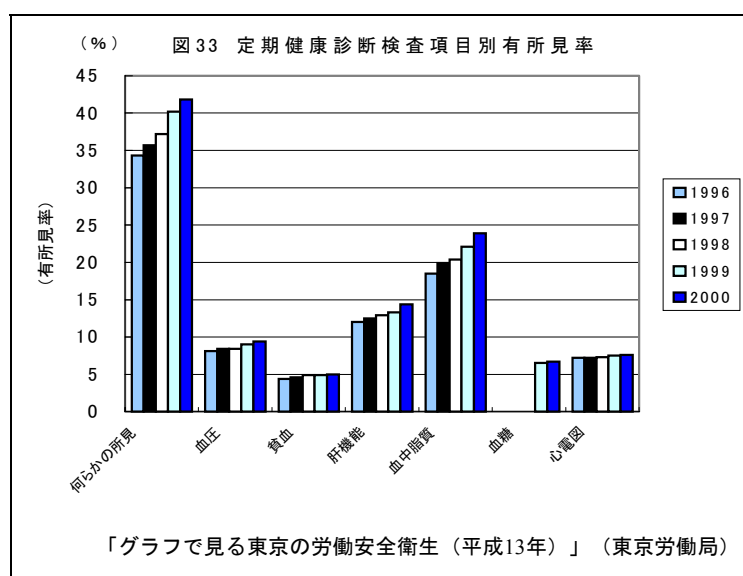
■ 高脂血症の人の割合

血清総コレステロール値240mg/dl以上の人の割合は右図（図32）のとおりである。



■ 労働者の有所見率

定期健康診断実施状況を見ると、有所見率が高くなっており、健康診断項目別に見ると、生活習慣と関係している血圧、肝機能及び血中脂質の有所見率が高くなっている（図33）。



【項目 2 糖尿病の減少】

個別 目標	指 標	ベースライン	方 向
11	糖尿病性腎症による透析患者数	5,550人	減らす
12	糖尿病受療率（人口10万対）	166	下げる
13	糖尿病有所見者 40歳以上	15.0%	減らす

取組のポイント

■ 糖尿病の合併症によるQOL低下の予防

糖尿病を放置すると、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、末梢神経障害等の重篤な合併症を引き起こすことがあり、QOLを著しく低下させる。また、脳血管疾患、虚血性心疾患等の心血管疾患、歯周病の発症及び進行を促進することも知られている。

糖尿病の中には、ほとんど生活習慣と無関係に発症する1型糖尿病もあるが、大多数は生活習慣が発症に大きく関与する2型であり、その一次予防が重要である。

■ 危険因子の減少

糖尿病発症の危険因子は、①加齢、②家族歴、③肥満、④身体活動の低下（運動不足）、⑤耐糖能異常であり、これ以外に、高血圧や高脂血症も独立した危険因子とされている。生活習慣の改善では、肥満予防、身体活動の増加及び適正な食事（過食や脂肪の過剰摂取を控え、質・量ともにバランスのとれた食事）の摂取がポイントとなる。

■ 要医療者の受診勧奨と治療継続

糖尿病が発症しても、血糖値をコントロールすることによって、合併症の発症、進行の危険を減らすことができる。

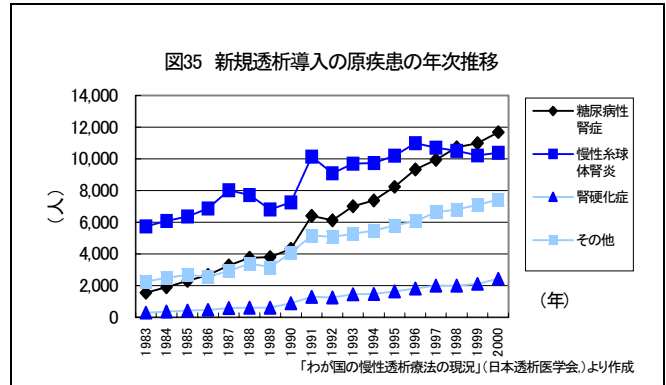
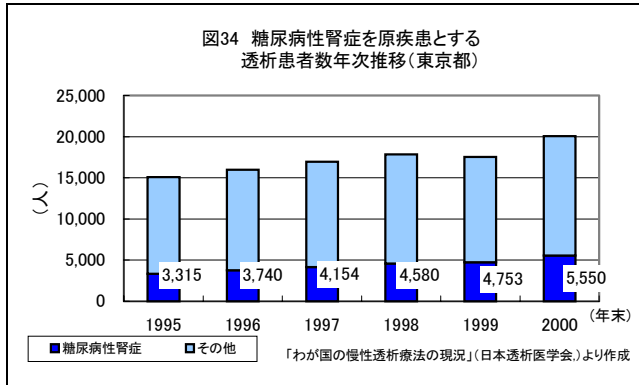
老人保健法による基本健康診査や職域での健康診断等で、糖尿病の疑いのある人を早期に発見し、医療機関で診断した上で治療を開始するとともに、治療中断とならないようにする工夫が重要である。

関連データ

■ 透析患者数の推移

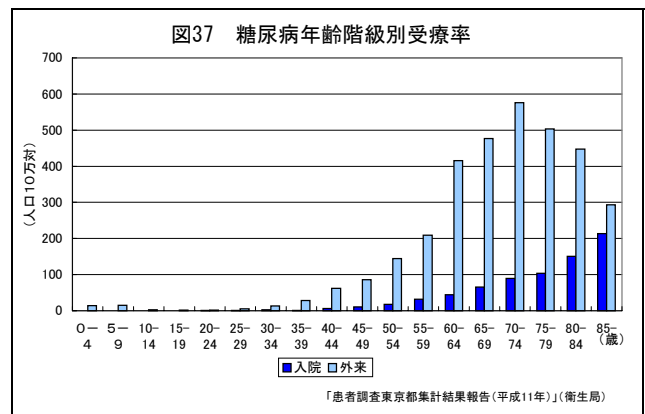
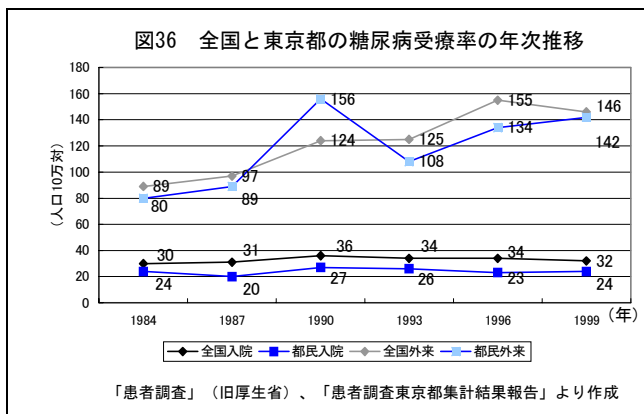
糖尿病性腎症を原疾患とする透析患者数は年々増加している（図34）。

全国では、1998（平成10）年に糖尿病性腎症が慢性糸球体腎炎を抜いて、透析導入の原因疾患の1位となった（図35）。



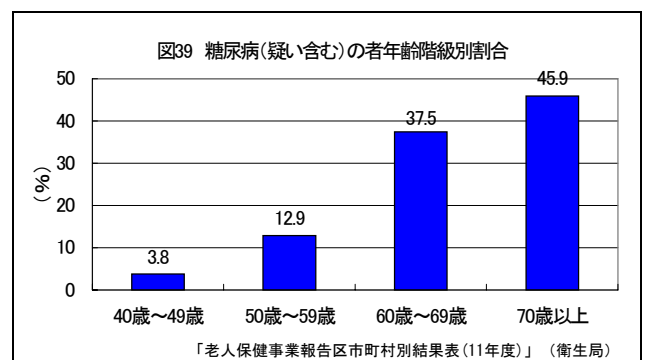
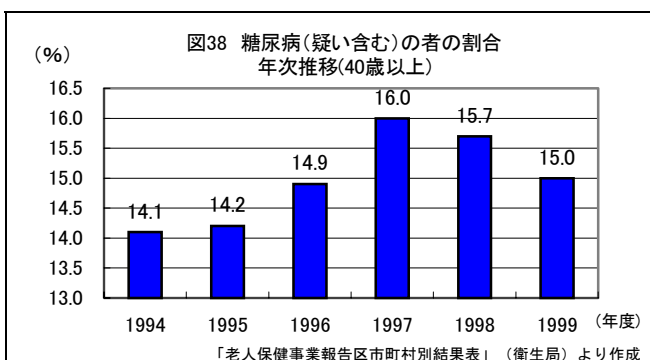
■ 受療率

東京都は全国と比べほぼ同様の傾向であるが、やや低い値となっている（図36）。



■ 糖尿病有所見者（40歳以上）の割合

老人保健法に基づく基本健康診査において、「要指導」又は「要医療」と判定された者のうち、糖尿病（疑いを含む。）で「要指導」又は「要医療」と判定された者の割合は下図（図38及び図39）のとおりである。



【項目3 がんの減少】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
14	全がんの年齢調整死亡率 男性	231.1	下げる
15	(人口10万対) 女性	116.3	
16	胃がんの年齢調整死亡率 男性	46.3	
17	(人口10万対) 女性	18.8	
18	肺がんの年齢調整死亡率 男性	46.2	
19	(人口10万対) 女性	13.7	
20	大腸がんの年齢調整死亡率 男性	27.7	
21	(人口10万対) 女性	15.3	
22	子宮がんの年齢調整死亡率 (人口10万対) 女性	6.4	下げる
23	乳がんの年齢調整死亡率 (人口10万対) 女性	12.8	

取組のポイント

■ 部位別の死亡の動向

がんの部位別の年齢調整死亡率の推移を見ると、胃がんは男女とも減少傾向を示しているが（図43）、肺がんは男女とも増加傾向を示し（図44）、大腸がんは男女とも全国より高くなっている（図45）。また、子宮がん及び乳がんも全国平均より高く（図46及び図47）、特に乳がんは全国で1位となっている。

■ がんの一次予防と二次予防

これまでに行われた多くの疫学的研究によると、がんの危険因子としては喫煙、食物摂取等の関与が明らかになっている。長年の喫煙習慣により、肺がん・喉頭がん等の発生のリスクが高まるほか、胃がんは塩辛い食品の取り過ぎが、結腸がん、乳がん等は動物性脂肪の多量摂取が関係しているといわれている。また、多量の飲酒は、特に口腔がん、肝臓がん等との関係が明らかになってきている。

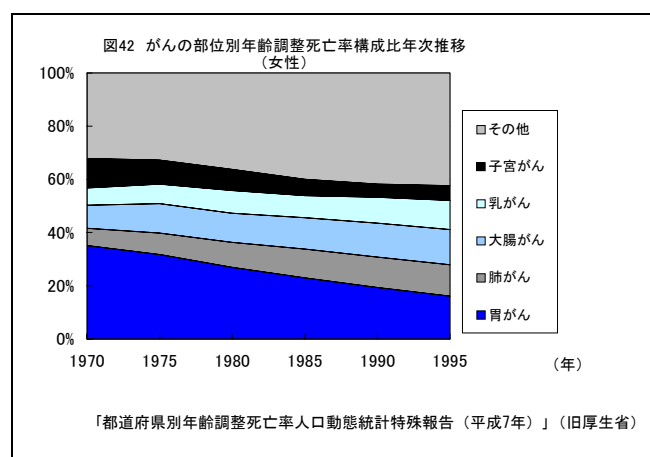
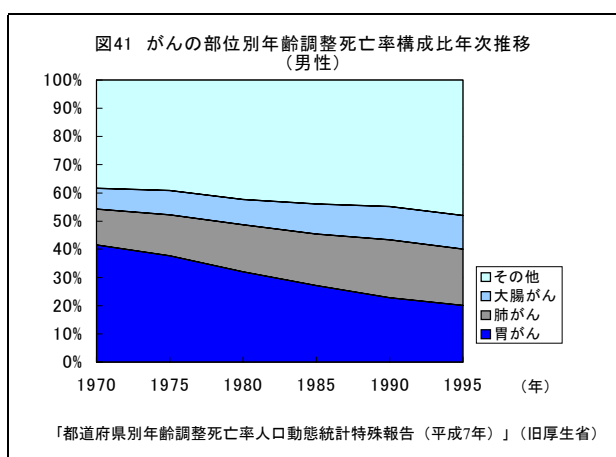
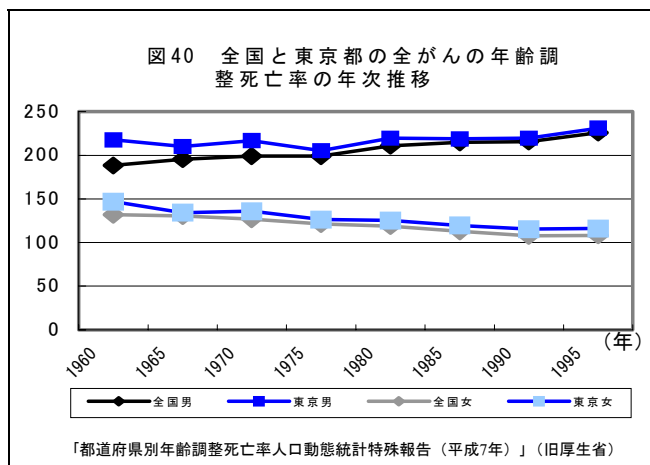
さらに、定期的な検診等による早期発見、早期治療も重要である。特に乳がんは比較的簡単に自己チェックできるため、自己検診法の普及や、気になる症状があった場合の早期受診を呼びかけていくことが必要である。

関連データ

■ 年齢調整死亡率の年次推移

がんの年齢調整死亡率は、全国平均と比べ、都は男女ともやや高くなっている（図40）。

部位別構成比は、男女とも胃がんが低下し肺がんが増加している（図41及び図42）。



■ がん部位別年齢調整死亡率の年次推移の特徴

- （１） 胃がん 全国とほぼ同様に推移している（図43）。
- （２） 肺がん 女性は全国と比べ高い（図44）。
- （３） 大腸がん 男女とも全国と比べ高い（図45）。
- （４） 子宮がん 全国と比べ高い（図46）。
- （５） 乳がん 全国と比べかなり高い（図47）。

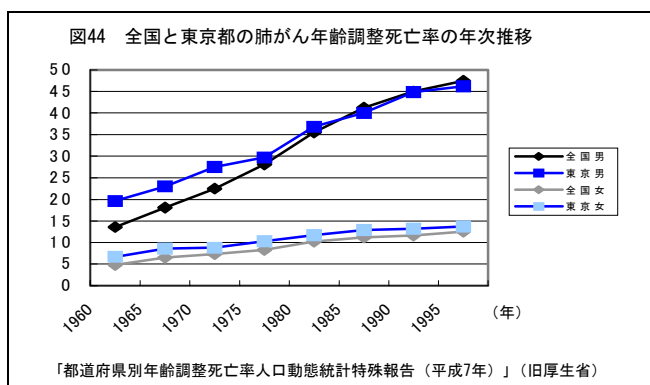
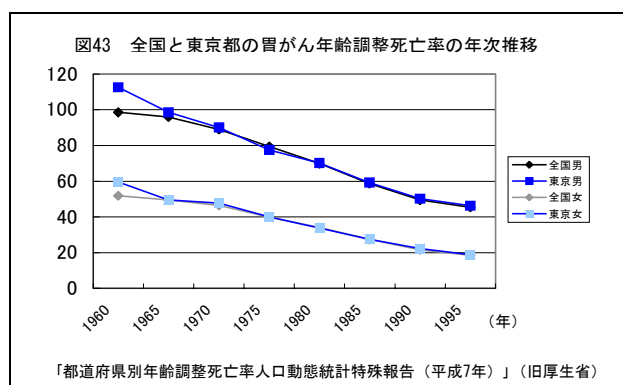
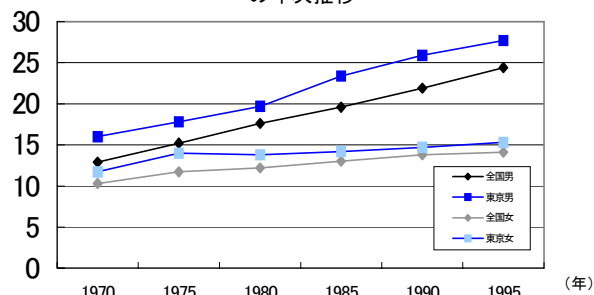
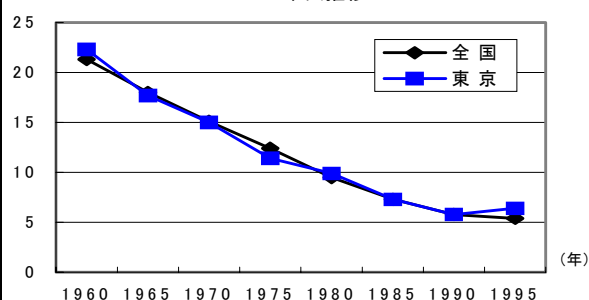


図45 全国と東京都の大腸がん年齢調整死亡率の年次推移



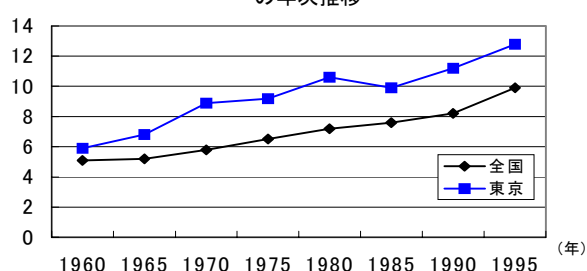
「都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告（平成7年）」（旧厚生省）

図46 全国と東京都の子宮がん年齢調整死亡率の年次推移



「都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告（平成7年）」（旧厚生省）

図47 全国と東京都の乳がん年齢調整死亡率の年次推移



「都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告（平成7年）」（旧厚生省）

《がんを防ぐための12ヵ条》

- 1 バランスのとれた栄養をとる ーいそどり豊かな食卓にしてー
- 2 毎日、変化のある食生活を ーワンパターンではありませんか？ー
- 3 食べすぎをさけ、脂肪はひかえめに ーおいしい物も適量にー
- 4 お酒はほどほどに ー健康的に楽しみましようー
- 5 たばこは吸わないように ー特に、新しく吸いはじめないー
- 6 食べものから適量のビタミンと繊維質のものを多くとる ー緑黄色野菜をたっぷりとー
- 7 塩辛いものは少なめに、あまり熱いものはさましてから ー胃や食道をいたわってー
- 8 焦げた部分はさける ー突然変異を引きおこしますー
- 9 かびの生えたものに注意 ー食べる前にチェックしてー
- 10 日光に当たりすぎない ー太陽はいたずら者ですー
- 11 適度にスポーツをする ーいい汗、流しましようー
- 12 体を清潔に ーさわやかな気分でー

（財団法人がん研究振興財団広報資料「がんを防ぐための12ヵ条」）

【項目 4 適正な体重の維持】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
24	肥満・やせの人の割合		
25	児童・生徒の肥満 小学校4年生 男子	5.8%	
26	女子	3.9%	
27	中学校1年生 男子	4.0%	
28	女子	2.9%	減らす
29	男性の肥満 20歳～69歳	24.8%	
30	女性の肥満 40歳～69歳	20.1%	
31	若い女性のやせ 20歳代	30.8%	
32	体重コントロールを心がけている人	72.6%	増やす
33	適正な食事量を知っている人	71.4%	増やす

取組のポイント

■ 肥満と生活習慣

肥満は糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病等の生活習慣病の発症に大きくかかわっている。肥満につながりやすい生活習慣として、運動不足、過食、内容の偏った食事、多量飲酒等が挙げられている。

子どものころに身についた生活習慣は変えることが難しく、子どものころから適切な食事や運動を習慣として身につけることが大切である。

また、若年期の過剰な食事制限（ダイエット）は、不足しがちなカルシウム摂取量をますます減少させることになり、骨粗しょう症の重大な危険因子となる。また、貧血を引き起こしたり、ホルモンバランスを崩す原因となることがある。

■ 適正体重の普及

適正体重の判定には、一般的には、次の基準が用いられることが多い。

（児童・生徒）

$$\text{肥満度（％）} = \left(\text{実測体重（kg）} - \text{標準体重（kg）} \right) \div \text{標準体重} \times 100$$

判定基準 学童以降は肥満度＋20％以上が肥満

(成人)

BMI (Body Mass Index) = 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m))

判定基準 やせ:18.5未満 普通:18.5以上25未満 肥満:25以上

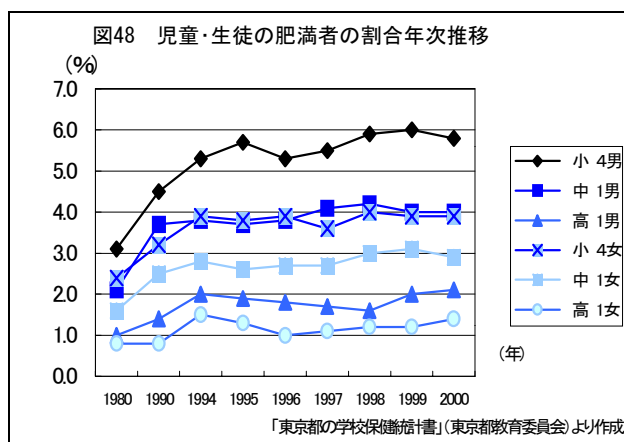
■ 効果的な働きかけ

児童・生徒の肥満予防には、本人への健康教育に加えて家族への働きかけが効果的である。また、成人に対しては、健康診査をきっかけとした指導等のほか、健康的な生活習慣変容への取組を支える環境を整えていくことも重要である。必要以上にやせたいと願う女性に対しても、正確な情報が提供されるよう働きかけていく必要がある。

関連データ

■ 児童・生徒の肥満の状況

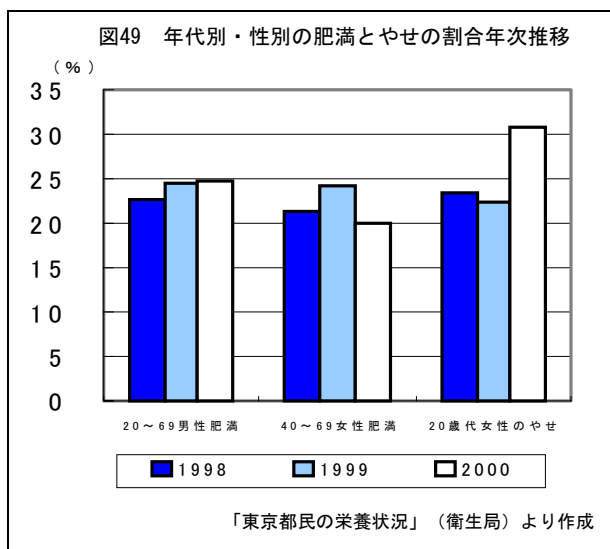
肥満と判定された者の割合は増加傾向にあり、1980（昭和55）年と2000（平成12）年と比較すると、おおむね2倍になっている（図48）。



■ 成人の体格

2000（平成12）年は、20歳から69歳までの男性の約4人に一人が肥満と判定されている。

一方、20歳代の女性の約3人に一人がやせと判定されている（図49）。



参考事例

《健康チェックコーナー普及月間～身近な場所で健康チェック～》（江戸川区）

1998（平成10）年11月になぎさ保健相談所を開所。一般成人向けの健康相談事業として生活習慣病予防の視点から、自由に来所・利用できる健康チェックコーナー（自動血圧計、体脂肪計、呼気中CO濃度測定器等）を相談所の2階に常設した。

1999（平成11）年5月、利用促進に向け所内プロジェクトチームを設置し、このコーナーの利用を図るため普及月間を実施することとした。

1999（平成11）年7月の1か月間を「適正体脂肪月間～自分の体脂肪を知ろう～」、2000（平成12）年2月を「生活習慣病予防月間」、2000（平成12）年7月を「適正体脂肪月間～余分な体脂肪を減らそう～」、2001（平成13）年2月を「事故予防～こどもの事故予防、60歳からの転倒予防」でこの月間の利用延べ人数は1,136人であった。

また、所内職員だけではなく、ファミリーヘルス推進員（町会又は自治会より推薦を受け、区から委嘱を受けた健康推進員）による地域へのPR等、地域住民の協力によるところも大きい。

今後も、健康づくりのリーダー役のファミリーヘルス推進員との協働を強化し、区民が自分の健康について考えるきっかけの場となるよう、コーナーの活用と充実を目指していく。

【取組 1 適切な栄養素・エネルギーの摂取】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
33	脂肪エネルギー比率 1 歳以上	27.9%	25%以下
34	脂肪エネルギー比率が適正な人の割合 1 歳～17歳	32.5%	増やす
35	18歳以上	24.7%	
36	1 日当たりの平均食塩摂取量 15歳～69歳	12.4 g	10 g 未満
37	食塩摂取量10 g 未満の人の割合 15歳～69歳	35.0%	増やす
38	カルシウムの充足率 1 歳以上	87.0%	100%
39	カルシウムに富む食品の成人1日当たりの平均摂取量 緑黄色野菜	107 g	120 g 以上
40	豆・豆製品	71 g	100 g 以上
41	牛乳・乳製品	100 g	130 g 以上
42	成人 1 日当たりの野菜の平均摂取量	306 g	350 g 以上
43	1 日最低 1 食は主食・主菜・副菜をそろえた食事をしている人の割合	—	—

取組のポイント

■ 脂肪エネルギー比率

脂肪エネルギー比率とは、総エネルギーに占める脂肪に由来するエネルギーの割合をいい、脂質の摂取状況を表す。「第六次改定日本人の栄養所要量」^(注1)によると、適正な比率を1歳から17歳まででは25%から30%、18歳以上では20%から25%と定めている。

脂質の過剰摂取は肥満や高脂血症の原因となるばかりでなく、心臓病や大腸がんにも関連する。一方、脂質の不足により、脳血管疾患が起こりやすくなる。

(注1) 第六次改定日本人の栄養所要量：厚生労働省が国民の健康の保持・増進、生活習慣病予防のために標準となるエネルギー及び各栄養素等の摂取量を示したもの。5年に一度改定を行い、第六次改定は平成12年度から平成16年度まで5年間使用する。

■ 食塩摂取量の減少

食塩の過剰摂取は、高血圧の要因の一つである。また、塩辛いもののとり過ぎは、胃がんを起しやすくするといわれている。「第六次改定日本人の栄養所要量」では、高血圧予防の観点から、成人(15歳から69歳まで)の摂取目安量を10 g 未満としている。2000（平成12）年の都民の1日平均摂取量は12 g であり（図53）、かつ個人差が著しい。

■ カルシウム摂取量の増加

都民の栄養素平均摂取量を見ると、カルシウムは摂取が不足している栄養素である（図55）。年代別では、15歳から49歳までのすべての年齢階級で不足しており、特に20歳代の充足率が低い（図56）。

カルシウムを効果的に摂取することのできる食品群としては、乳・乳製品、豆・豆製品、緑黄色野菜等があり、これらの摂取を心がける必要がある。

■ 食物繊維、カリウム、ビタミンCの適正摂取

これらの栄養素は心臓病やがんを予防する効果があるといわれる。効果的に摂取するためには、成人では野菜を1日当たり350 g 以上とることが望ましい。

■ エネルギー量の適正摂取

エネルギーの過剰摂取は肥満の原因となり、自分の健康状態や生活強度に合った適正なエネルギー量を知り、食物選択に生かせることが大切である。全体量が適正で、かつ栄養のバランスのよい食事が基本となる。

■ バランスのよい食事のとり方

主食・主菜・副菜という栄養面の特徴を異にする料理の分類を基本において食事をとることにより、必要な栄養素をバランスよく摂取できる。主食は、米、小麦等の穀類を主材料として、主として糖質エネルギーの供給源となり、主菜は、魚や肉、卵、大豆製品を主材料とし、主として良質たんぱく質や脂肪の供給源となる。副菜は、野菜を主材料とする料理でビタミン、ミネラル、食物繊維等を補う役割を果たす。

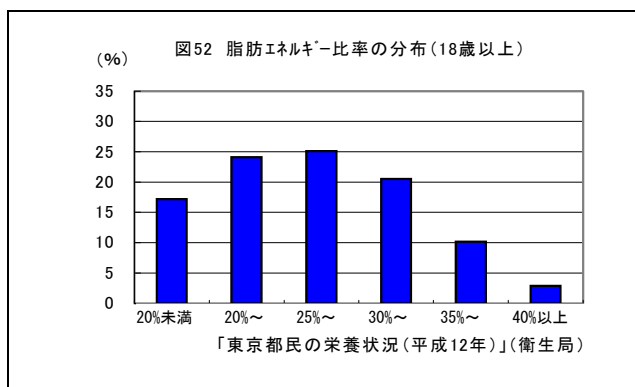
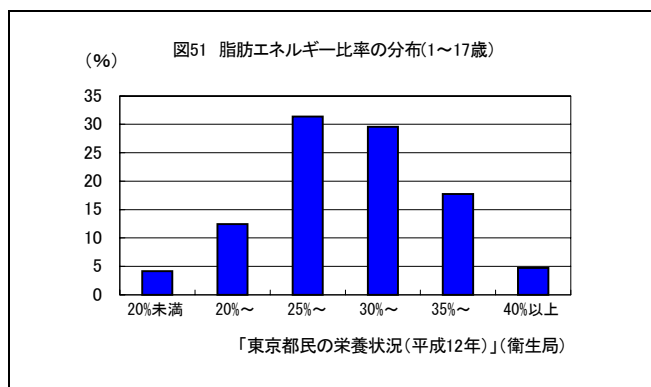
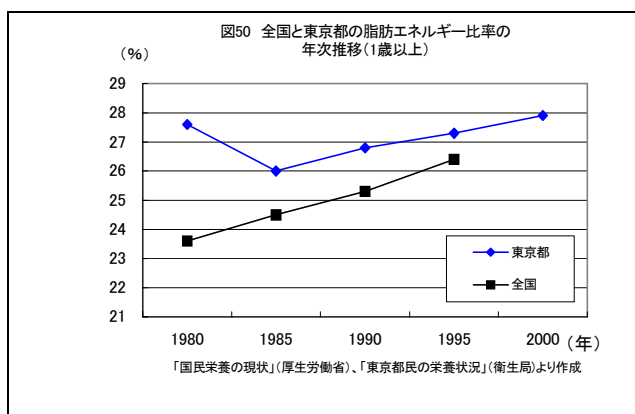
このような主食・主菜・副菜をそろえた食事を、1日最低1食はとることを続けていくことが大切である。

関連データ

■ 脂質摂取状況

都民の脂肪エネルギー比率は、1973（昭和48）年以来、25%を上回っており、ここ数年は横ばい状況である（図50）。

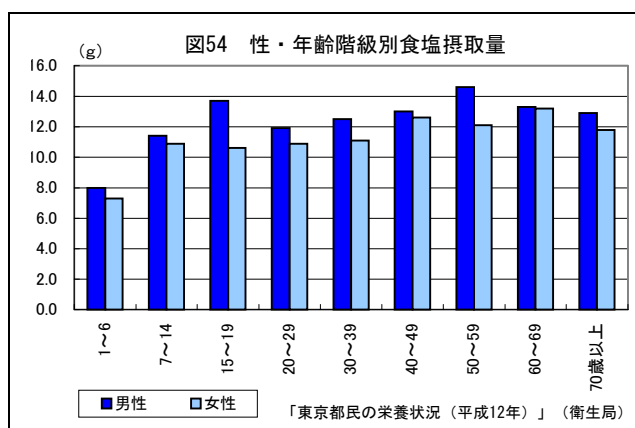
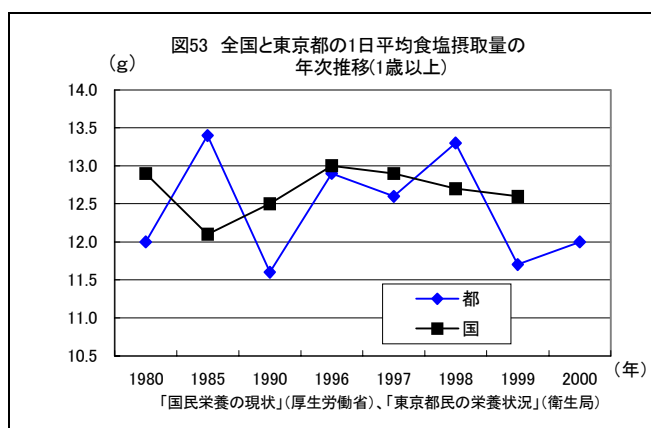
個人の摂取状況は、下図のとおり、1歳から17歳まで、18歳以上共に、25%以上30%未満の人が多い（図51及び図52）。



■ 食塩摂取状況

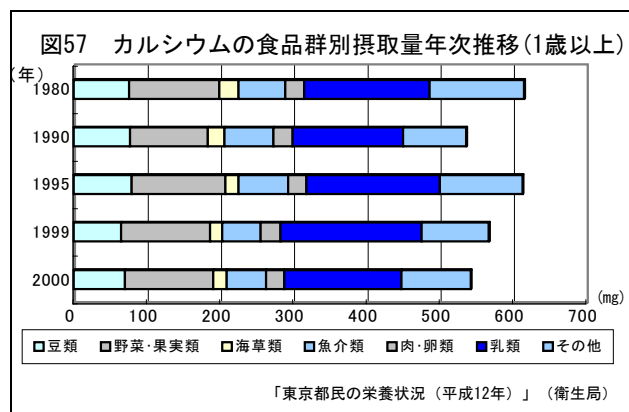
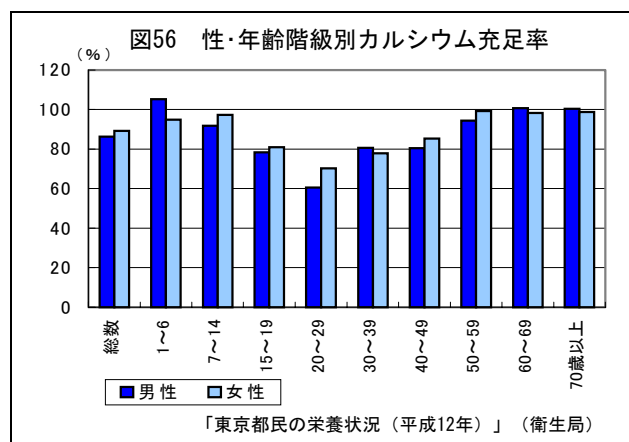
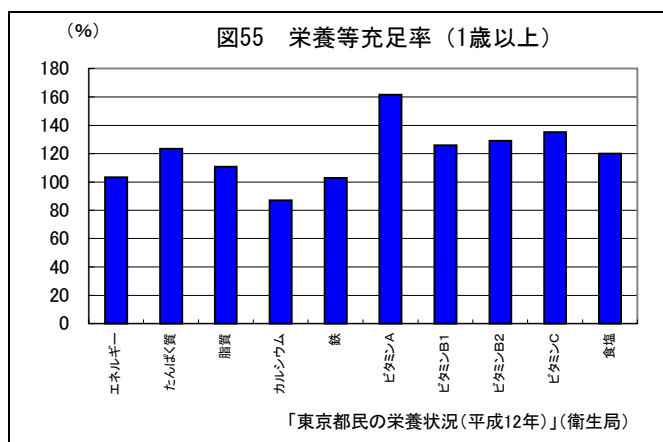
性・年齢階級別では、7歳以上のすべての年齢階級で10gを超えている。男性では、15歳から19歳まで、50歳から59歳までの食塩摂取量が多く、女性では40歳以上すべての年齢階級で多い（図54）。

女性に比較し男性の摂取量が多いのは、食事量が多いことによるものと考えられる。年齢が進むほど、摂取エネルギーに比較して食塩摂取量が多くなっているのは、濃い味付けを好む傾向があるためと考えられる。



■ カルシウム摂取状況

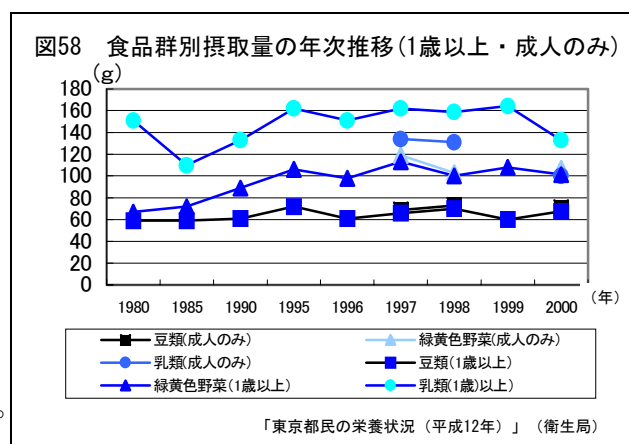
性・年齢階級別の充足率を見ると、特に20歳代で男性60.5%、女性70.3%と著しく充足率が低い（図56）。



■ カルシウムの多い食品の摂取量

カルシウムを多く含む食品群は、乳類、豆類及び緑黄色野菜類である。これらの食品群別の平均摂取量は、20年前と比較すると、豆類はほぼ横ばい、緑黄色野菜はやや増加している。

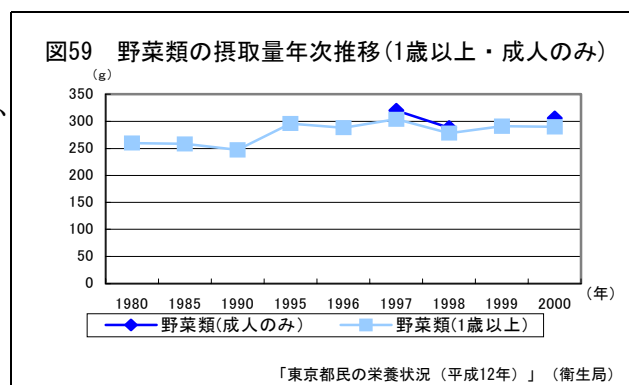
成人のみの平均摂取量は1歳以上の平均と比較すると、乳類が少なくなっている（図58）。



■ 野菜類の摂取状況

野菜類の摂取状況は、20年前と比較すると、やや増加している。

成人のみの摂取量も、同様の傾向である（図59）。



【取組 2 健康的で楽しい食生活の実践】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
44	朝食欠食者の割合 20歳代 男性	37.3%	減らす
45	女性	14.3%	
46	30歳代 男性	20.0%	
47	中学・高校生 (15歳～19歳)	18.6%	
48	1日最低1食、きちんとした食事を二人以上で楽しく、 30分以上かけて食べている人の割合 男性	61.1%	増やす
49	女性	71.5%	
50	栄養成分表示 ^(注1) を参考にしている人 男性	23.5%	増やす
51	女性	49.3%	
52	食生活改善の意欲のある人 男性	30.4%	増やす
53	女性	42.9%	
54	健康に関する自主的な集まりがある 人の割合	9.8%	増やす

取組のポイント

■ 朝食の欠食、きちんとした食事

朝食を欠食している人は、1日の食事量が少なくなることから、不足しがちな食物繊維、カルシウム及び鉄の摂取量が更に低くなりやすい。都民の欠食状況は、20歳代から30歳代の男性及び20歳代の女性で高く、成長期の欠食率も高い。

著しく食事に偏りが見られる人の割合を減らすために、エネルギー必要量や栄養バランスのよい食事を1日1食はとることが望ましい。特に小児期は、心身の健やかな発育や好ましい食習慣を身につけるためにも、家族と一緒に楽しく食事をとることが重要である。

■ 栄養成分表示

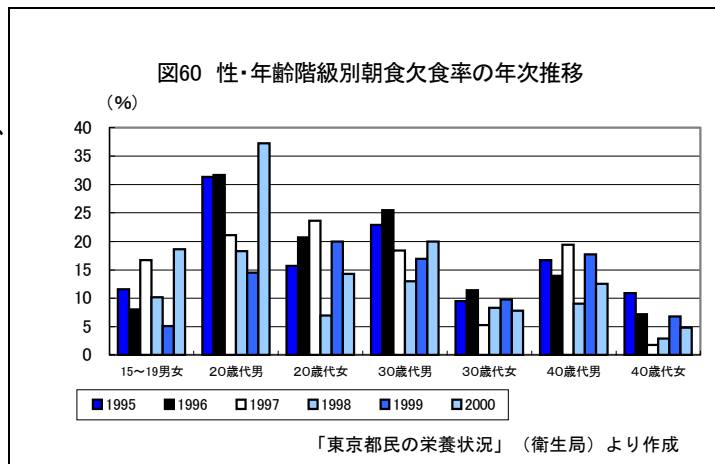
近年、外食の機会や調理済食品の利用が増えており、都民の二人に一人が外食を利用している。そのため、自分にとって必要なエネルギー量や栄養成分を把握した上で、栄養成分表示等を参考にし、効果的に利用していくことが望ましい。

(注1) 栄養成分表示：販売する食品や外食などに栄養成分や熱量含有量の表示をすること。

関連データ

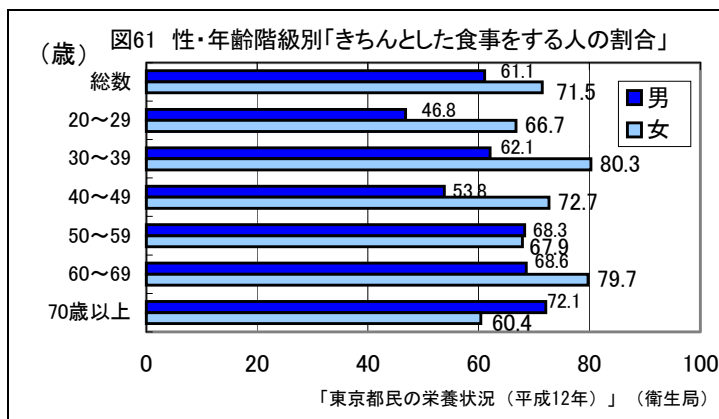
■ 朝食の欠食状況

20歳代及び30歳代の男性、20歳代の女性で高い傾向にある（図60）。また、成長期にある15歳から19歳までの朝食の欠食率は、2000（平成12）年で18.6%にも上っている。



■ きちんとした食事をする人の割合

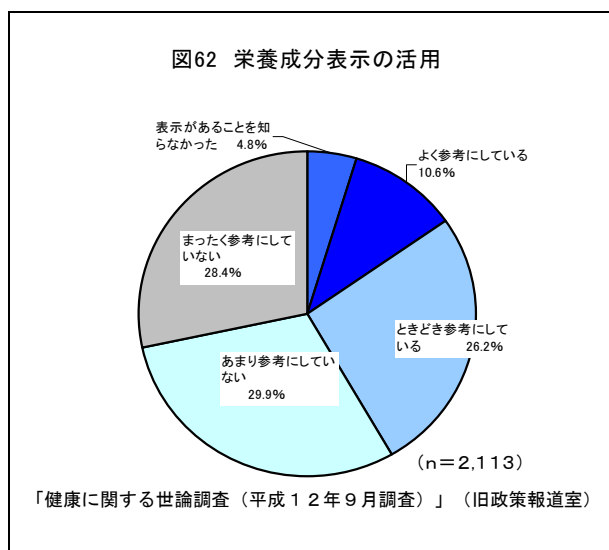
男性は女性と比較して約1割以上低くなっている（図61）。



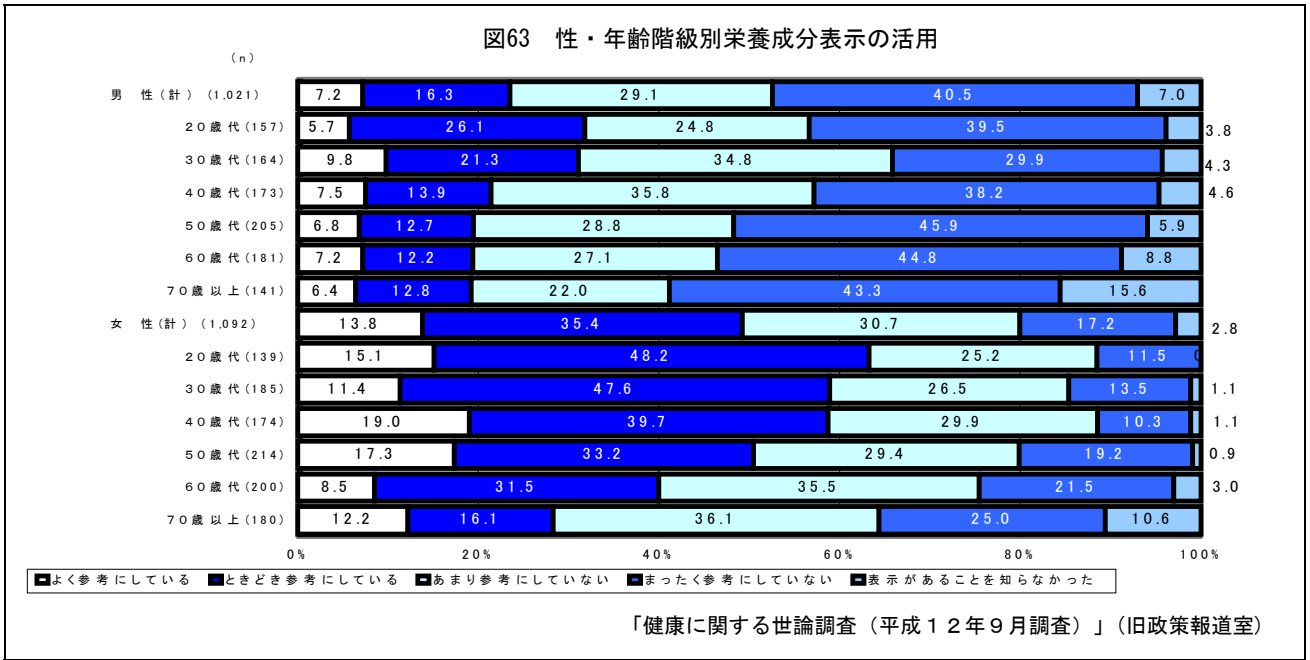
■ 栄養成分表示を参考にする人の割合

外食や食品購入時等に栄養成分表示を参考にしている人は、「よく参考にしている」「ときどき参考にしている」を合わせて、36.8%であった。また、表示があることを知らなかった人は、4.8%であった（図62）。

性・年齢階級別では、参考にしている男性は23.5%、女性は49.3%^{（注1）}で、女性はほぼ半数の人が参考にしており、20歳代の女性では、63.3%と参考にしている割合が最も高い（図63）。

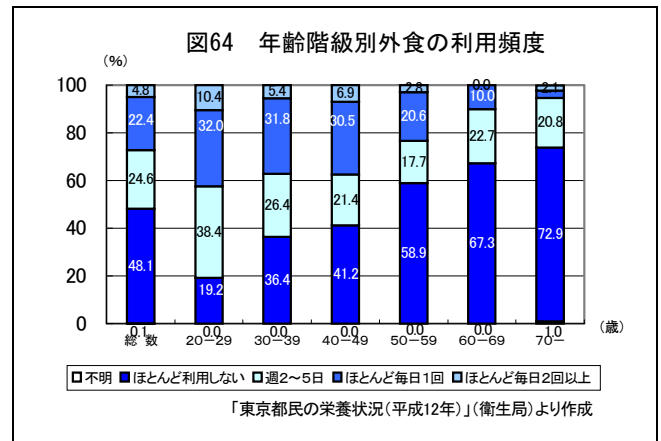


（注1）参考にしている人の割合：「よく参考にしている」「ときどき参考にしている」を合わせた人数から算出しているため、割合の単純集計と合わない場合がある。



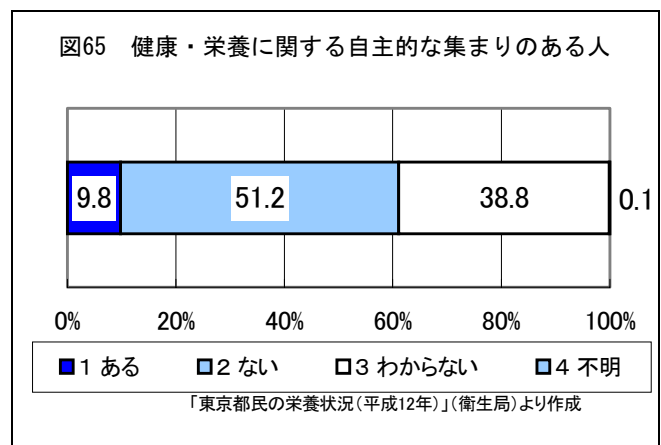
都民の外出利用状況

ほとんど毎日1回以上利用する人が27.2%、週に2日から5日程度利用する人まで含めると51.8%の人が外食を利用している（図64）。



健康に関する自主的な集まりがある人

「健康・栄養に関する自主的な集まり」の有無について、「ある」と回答した者は9.8%であった（図65）。



参考事例

《熟年男性栄養教室からの発展》（北区）

北区では、1998(平成10)年度より健康づくりモデル地区事業を3保健センターで開始。王子保健センターでは、地域参加の機会の少ない男性の健康づくりグループの育成を目指し、在住在勤の60歳以上の男性を対象とした熟年男性栄養教室を開始した。

熟年男性栄養教室はフォロー教室を含め8回、調理実習を中心とした食と健康のかかわりについての教室で、4、5人の班に分け、班ごとに職員1名が入りサポートした。教室終了後は、自主グループ結成の話し合いを経て、1999(平成11)年4月に「前掛ボーイズ」が結成され、現在、平均年齢70歳、24名で活動中。活動内容は、保健センターで月1回の調理実習、野外実習や歩行運動を兼ねたごみ拾い等。また、自分たちの活動をまとめた「前掛ボーイズの菜（しおり）」を作成。「旬活かし、野菜たっぷり、塩ちょっぴり」を標語とし、楽しみながら活動している。

さらに、高齢者単身住宅で住人に料理を作り、歌をうたう等いいの場を提供したり、野外実習やハイキングを通して他のグループへも働きかけている。

今後は、これまでの活動を充実させ、さらに調理実習献立を献立集としてまとめ、それをを用いて地域の健康づくりに役立てようと計画している。このように前掛ボーイズは、自分たちの健康づくりのみでなく、保健センター等に協力しつつ地域の健康づくりに貢献している。

《高齢者食事学事業～高齢期の正しい食習慣の普及～》（武蔵野市）

武蔵野市では、1973（昭和48）年から老人食事サービス（配食）事業を開始し、高齢者の食生活の改善を図っているが、正しい食習慣の普及・啓発活動も必要という考えから、1985（昭和60）年に老人福祉施設や保育園の栄養士により「高齢者食事学研究会」を組織し、高齢期の正しい食習慣の普及・啓発、高齢者の食生活の充実のための各種料理講習会や地域会食会での栄養指導、相談等を行っている。

講習会等の対象は、おおむね50歳以上の市民。会場は、コミュニティーセンター、市民会館、保健センターの調理室等で、2000(平成12)年度には料理講習会を延べ67回、地域会食会指導6回等を実施。

料理講習会は、生活習慣病を毎日の食事と栄養面から予防する献立（生活習慣病予防料理講習会）、介護が必要となった方向けの献立（介護食料理講習会）、男性が食に関心を持ち、実践しやすい献立（男性のための料理講習会）等の講習を行っている。

この事業は、コミュニティーセンター等の身近な場を活用しているため、地域に定着してきている。また、参加者が実際に調理することで、実践に結びつきやすくなっている。更に、男性のための料理講習会は、男性が地域に出ていくきっかけともなっている。

《健康田端21～田端中学校の文化祭における取組～》（北区）

田端中学校では、養護教諭が、一学期に生活習慣病の予防をテーマにした運動・睡眠・栄養に関するアンケートを実施した。その結果を生徒保健委員が、学校保健委員会で発表するために、養護教諭と共に集計・分析する中で、睡眠不足や運動不足といった中学生の生活実態が明らかとなった。生徒が自分達の問題としてとらえ始めていること、また、「健康日本21」と重なったこともあり、給食・保健委員会で文化祭の発表に、生活習慣病予防を取り上げることとした。

文化祭では、テーマを「健康田端21」とし、見るだけではつまらないという意見も出されたので、体力テスト、体脂肪の測定コーナー等を取り入れた体験型の発表にした。

養護教諭が、区内の保健に関する部署を生徒に紹介するとともに、健康増進センターや保健センターの協力を得て、記録用紙付きの体脂肪計や指導用掲示物、体力測定用具等を借用した。生徒保健委員は、生徒のみではなく、地域の人にも生活習慣病の予防をアピールすることを考慮し、事前に実験を行い、スナック菓子里に含まれる油、ジュースに含まれる砂糖の量等も掲示し、視覚に訴えるよう工夫した。

この取組は、文化祭の場を通し、生徒・保護者・地域の方も体験しながら生活習慣病を考えるよい機会となった。

【取組3 健康的で楽しい食生活を支援する環境づくり】

個別目標	指標	ベースライン	方向
55	栄養成分表示をしている店舗数	539件	増やす
56	多摩地区 特別区	1,226件	

取組のポイント

■ 食物の提供と情報の提供

楽しい食生活を実践していくためには、食品の安全性が確保されていることに加え、都民を支援する食環境の整備が大切である。

そのためにはまず、食物を提供する側の環境整備が重要である。これには外食産業、食品製造業に携わる企業等のかかわりが大きく、ヘルシーメニュー等、都民の健康に配慮した食物が日常的に提供されるよう、関係者と連携して体制を整えていく必要がある。

さらに、情報提供環境の整備が必要である。現在、20歳代及び30歳代の男性の多くは、食品や栄養に関する情報を得ていないと感じている。個人が健康的な食生活を実践していくためには、地域や職域での学習機会の増加、栄養成分表示の普及、マスメディアとの連携等により、栄養や食品に関する正確な情報が提供される環境を整備していく必要がある。

参考事例

■ 栄養成分表示の普及

一般の消費者に販売する加工食品（鶏卵を含む。）には、栄養改善法に基づき、栄養成分・熱量が表示されているものが増えてきており、この活用を都民に働きかけていく必要がある。

■ 地域における情報提供体制の整備

学校、企業、福祉部門等との連携や、地域専門家とのネットワークの活用等により情報提供機能を強化する。また、自主グループや地区組織に効率的に情報が広がっていくよう、各リーダーに働きかけていくことも大切である。

《健康管理の一環として食をとらえる～社員給食を健康づくりに活かす～》（株式会社エトワール海渡）

社員の健康管理の一環として食をとらえることが会社の福利厚生事業の基本方針で明確に示されており、給食部門の栄養士と健康管理部門が連携協力し、食を通じた健康づくりを推進している。その一環として、健康に関する意識向上と正しい情報提供を目的とした健康教育講習会を開催している。また、健康診断の結果により、系列のクリニックを受診し、糖尿病や高血圧と診断され食生活の改善が必要な社員に対して、医師の指示に基づいた食事を社員食堂で提供している。さらに、社員食堂では、すべてのメニューの栄養成分表示と併せて、数種類の組合わせ例を提示し、栄養のバランスのとれた食事のとり方を学べる工夫をしており、健康的な食習慣を身につけられる社員食堂を目指している。これらの取組により、食生活に注意が必要な社員も自分に合わせた食事管理が可能になった。

《健康づくり協力店～民間との連携による適正な栄養情報の提供～》（板橋区）

板橋区では、区民の生活習慣病予防や健康づくりを支援するために、適正な栄養情報を提供する「健康づくり協力店」制度を1998(平成10)年から開始した。これは、区内飲食店や給食施設等で栄養成分表示や健康に配慮したメニューづくりの実施を推進することにより、食生活を通じた区民の健康づくりを推進することを目的としている。

保健所は、提供されている料理の栄養計算、表示方法、健康に配慮したメニューのアドバイス等の支援を行い、飲食店や、商店街、商工振興課、消費者センター、自主グループ等と連携協力しながら街づくりの一環としても「健康づくり協力店」制度の普及に努めている。また、飲食店、利用者、関係機関、団体等が一同に会し、事業実施報告会を開催するほか、様々な機会を活用しPRしている。2001(平成13)年3月で151店が登録しており、協力店一覧を作成し公共施設や区ホームページで情報提供を行っている。

1999(平成11)年度に「協力店」を対象に、協力店になってからの変化をアンケート調査したところ、「健康意識が高くなった。」60.9%、「客に喜ばれた。」43.5%等の結果が得られた。そして、商店街として積極的に取り組む例も現れてきている。今後も様々な機関、団体等と連携し、地域性を生かした事業展開を目指している。

《支援ネットワークづくり》（多摩小平保健所）

多摩小平保健所では、地域の活力を生かし、ライフステージに応じた地域ぐるみの健康づくりを食を通して推進していくため、圏域内の保健衛生部門、教育部門及び福祉部門の行政栄養士によるネットワーク会議を立ち上げた。会議には、保健所他職種も加わり、それぞれの立場で共通して使用できる指導用リーフレットを作成した。リーフレットの活用方法の検討や評価のためのアンケート調査等を通して、連携体制や、地域ぐるみの健康づくり支援の基盤が一層強化された。

今後は、行政以外の集団給食施設や飲食店、商工会、民生委員、在宅栄養士等地域のリーダーへもネットワークを広げていく予定である。

【取組 4 積極的な身体活動・運動の実践】

	個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
子 ど も	57	外遊びをする子どもの割合 小学校 3 年生	65.4%	増やす
	58	小学校 5 年生	60.3%	
	59	中学校 2 年生	31.1%	
	60	運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合 小学校 3 年生 男子	30.4%	増やす
	61	女子	23.0%	
	62	小学校 5 年生 男子	44.4%	
	63	女子	26.9%	
	64	中学校 2 年生 男子	63.2%	
成 人	65	女子	47.2%	
	66	ふだん運動やスポーツをしている人の割合 男性	50.0%	増やす
	67	女性	41.9%	
	68	1 日の歩数 15 歳以上 男性	8,563 歩	1,000 歩増やす
	69	女性	8,048 歩	1,000 歩増やす
	70	運動習慣のある人の割合 男性	18.2%	増やす
高 齢 者	71	女性	22.5%	
	72	1 日の歩数 70 歳以上 男性	4,516 歩	増やす
	73	女性	5,206 歩	
	74	外出を心がける人 男性	41.9%	増やす
	75	女性	45.1%	

取組のポイント

■ 身体活動の意義

身体活動や運動は、生活習慣病の予防や改善、さらにメンタルヘルスやQOLの改善に効果をもたらす。家事、庭仕事、通勤のための歩行等、日常生活活動、趣味・レジャー活動、運動・スポーツ等、すべての身体活動が健康に欠かせないものと考えられている。旧厚生省では、1997（平成9）年に生涯を通じた健康づくりのための身体活動のあり方が検討され、「健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針」（64ページ参照）が示された。

児童・生徒においては、心身の健全な発育のために運動、スポーツ等の身体活動は重要である。高齢者では運動やスポーツといった特別な形をとらなくても、家事、散歩、買物等により無理なく身体を動かすことがまず大切である。さらに、基礎体力の保持や転倒予防のために、体操、ウォーキング等を適度にバランスよく行うことが望ましい。

また、身体活動量と死亡率等との関連から、「1日1万歩」の歩数を確保することが理想といわれているが、都は、取り組みやすい目標を掲げる意味で、1,000歩増やすことを個別目標とした。

■ ウォーキングのすすめ

身体活動量を増やすためには、通勤や買物で歩くこと、階段を上がること等、身体を動かすことを意識的に日常生活に取り入れることが大切である。身体活動量と死亡率等の関連を見た疫学的研究の結果からは、「1日1万歩」の歩数を確保することが理想と考えられている。

ウォーキングは手軽に始められ、話をしながらでも楽に歩ける程度の運動であり、簡単に身体活動量を増やすことができる。背筋を伸ばし、あごを軽く引き、足をかかとから着地し爪先から蹴り出し、歩幅はやや広めにとり、ひじを軽く曲げ、腕をリズムカルに前後に振るといった点に気をつけ、正しいフォームで行うことが大切である。また、ウォーキングを継続するためには、自己目標への達成感や仲間とのふれあいを味わうなど、自分なりの楽しみを見つけることが重要である。

関連データ

■ 「ふだん運動やスポーツをしている人」の割合

過去と比較すると「現在している人」の割合は増加している（図66）。女性より男性に多く、年齢階級別では、男性の60歳代の59.1%、70歳以上の62.4%及び女性の60歳代の53.5%が高くなっている（図67）。

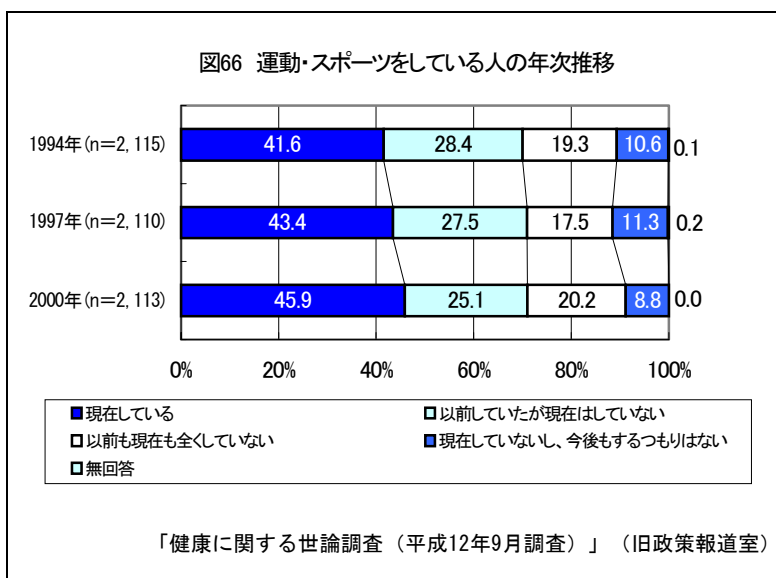
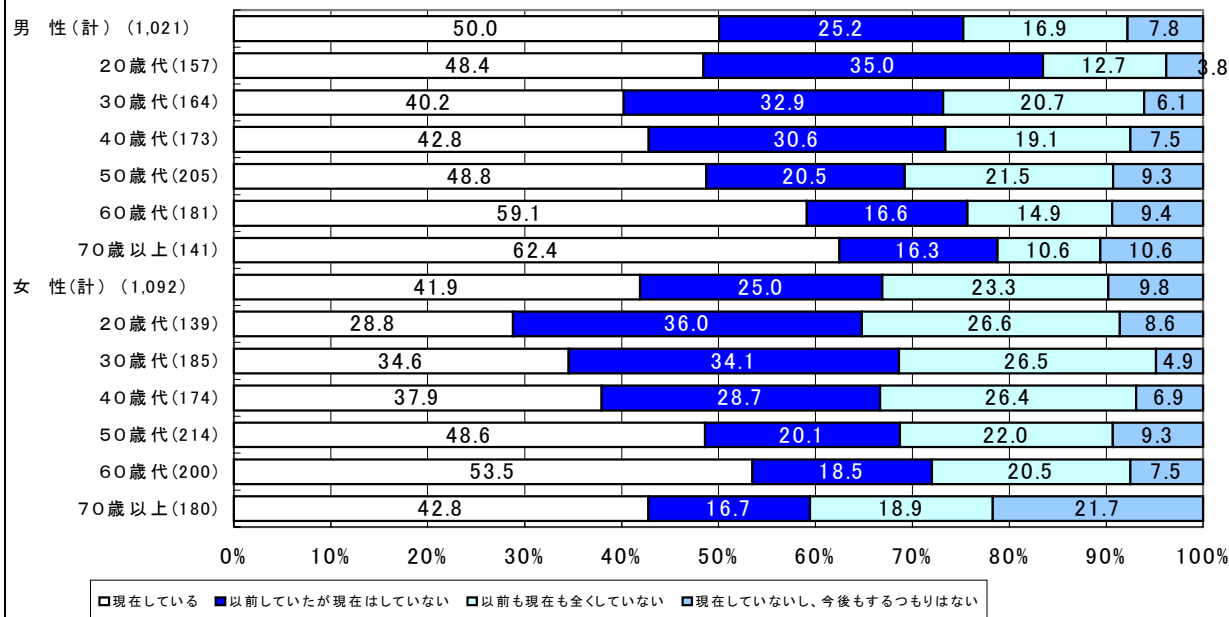


図67 性・年齢階級別運動・スポーツの実践



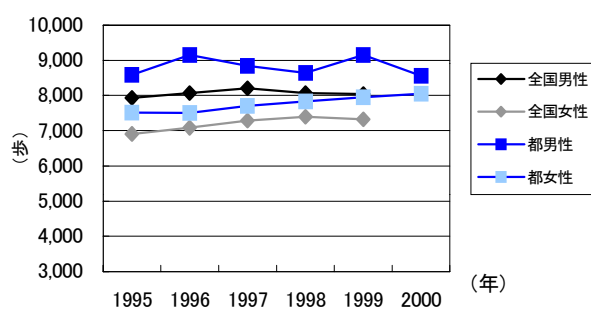
「健康に関する世論調査（平成12年9月調査）」（旧政策報道室）

1日の歩数

全国の平均では女性より男性の方がよく歩いている。しかしここ数年、男性の歩数は低下し、女性は増加している（図68）。

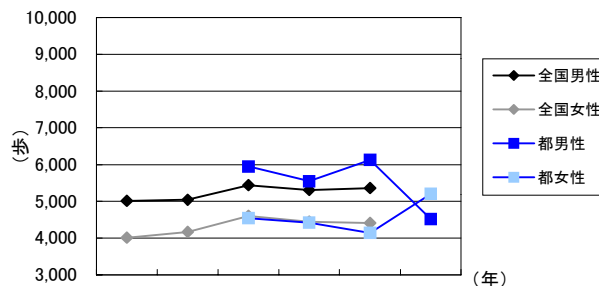
1999（平成11）年の70歳以上男性の歩数は、全国の平均よりやや多くなっている（図69）。

図68 全国と東京都の性別1日平均歩数の年次推移(15歳以上)



「東京都民の栄養状況」（衛生局）より作成

図69 全国と東京都の性別平均1日歩数の年次推移(70歳以上)

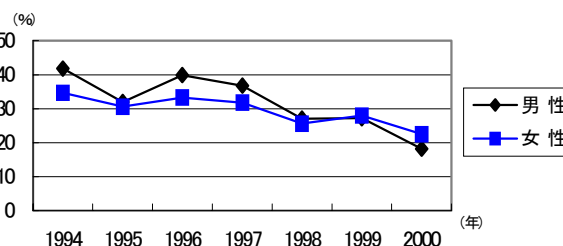


「東京都民の栄養状況」（衛生局）より作成

「運動習慣のある人」の割合の年次推移

運動習慣（運動を週2回以上、30分以上、1年以上継続している。）のある人の割合は、男女とも減少傾向にある（図70）。

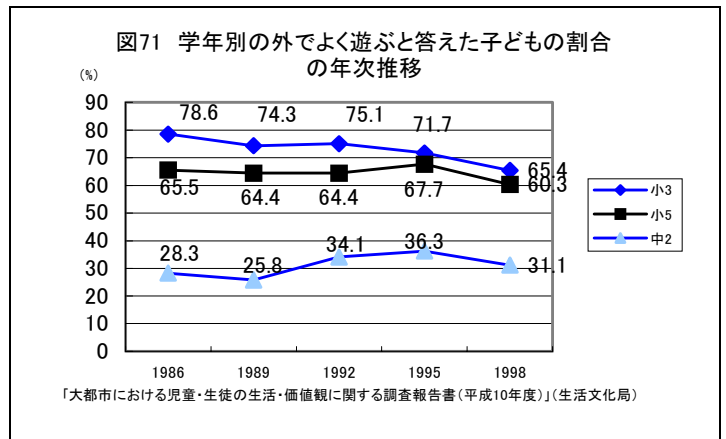
図70 性別運動習慣のある人の割合の年次推移



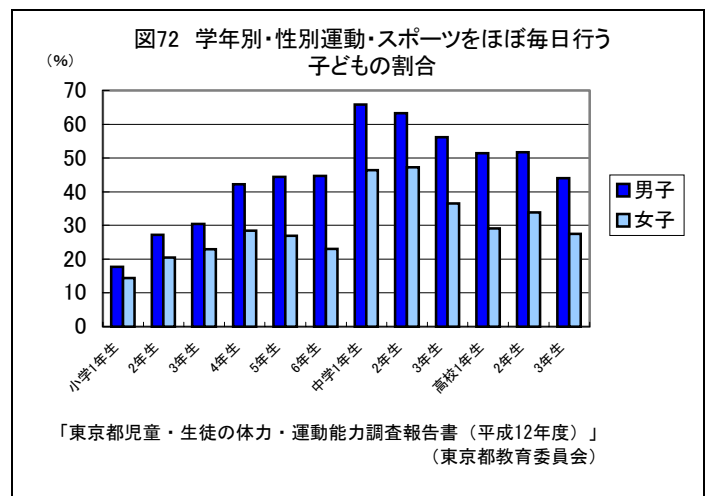
「東京都民の栄養状況」（衛生局）より作成

■ 外でよく遊ぶと答えた子どもの割合の推移

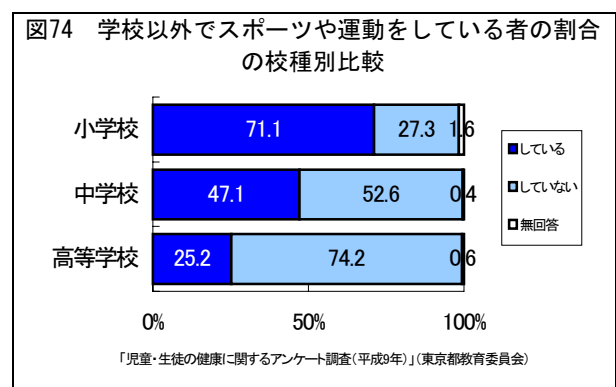
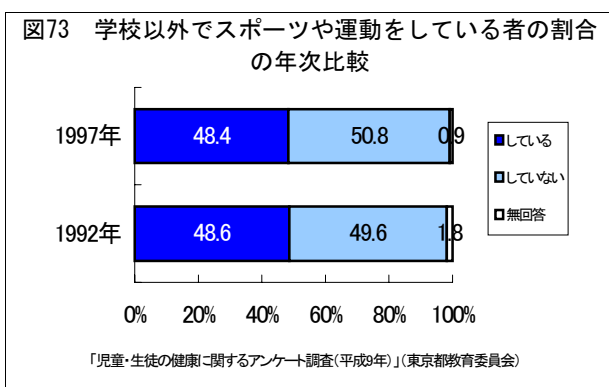
外遊びをする子どもは年々低下してきている（図71）。



■ 運動・スポーツの実施頻度
男女とも中学生時期が最も高い（図72）。



■ 学校以外でスポーツや運動をしている者の割合（図73及び図74）



■ 健康運動指導士・健康運動実践指導者の数

健康運動指導士は、医学的基礎知識、運動生理学の知識等に基づき個人に対して、安全で適切な運動指導や、生活習慣病の危険因子を有する人への運動プログラムの作成等を行うために養成された人である。また、健康運動実践指導者は、医学的基礎知識、運動生理学の知識等に基づき、健康づくりを目的として作成された運動プログラムに基づき実践的に指導するために養成された人である。

これらは、財団法人健康・体力づくり事業財団により、認定試験、登録等がされており、現在の登録数は以下のとおりである。

健康運動指導士及び健康運動実践指導者の登録状況（財団法人健康・体力づくり事業財団）

東京都 健康運動指導士 1,200人（14.3%）

健康運動実践指導者 1,499人（10.4%）（平成13年9月1日現在）

※（ ）内は、登録総数に占める割合

参考事例

《コミュニティ主体の健康づくりの一事例～ウォーキングマップの作成～》（三鷹市住民協議会）

三鷹市では、コミュニティ（住民）主体の自主的な健康づくり活動を目指し、住民協議会を中心とした健康づくり事業に支援・助成を行ってきた。市のすべてのコミュニティーセンターは住民管理方式を採っており、その住民管理の組織母体が“住民協議会”である。住民協議会では、事業や活動を立案し、執行するための部会を設けている。このような母体を生かし、厚生部会や健康に関する委員会を中心に活動を展開している。

井の頭地区住民協議会では、健康づくり委員会が主催したウォーキング教室をきっかけとして、「井の頭ウォーキングコースマップ」を作成した。これには、時間、歩数及び距離が4コース示されており、利用者が自ら記入できるように工夫されている。

新川中原地区住民協議会でも、コミュニティーセンターまつりの健康づくりコーナーで「歩く」をテーマにしたことをきっかけに、所要時間、歩数及び参考の消費カロリーが5コース示された手作りのマップ「歩いてみませんかあなたのまちを」を作成した。両地区ともウォーキングの自主グループがあり、遊び心を取り入れつつ活動中である。

《保健とスポーツによる健康づくり》（羽村市）

羽村市では、教育委員会の中にスポーツ振興の専門職として「社会体育主事」を設置し、長年、生涯学習におけるスポーツの普及及び振興を図っている。

市のスポーツセンターでは、年間36にもものぼる独自の企画・指導事業を進めている。例えば、ウォーキングからの健康づくりを目指して、毎年5月を「歩け歩け月間」に指定し、1か月間の歩数が記録できる「歩いて帳」の配布、スポーツセンター・スイミングセンターでの記録証の交付等により、住民が楽しく参加できる工夫をこらしている。また、保健センターを中核として、骨粗しょう症予防教室や各種健康教室の開催等多彩な事業を展開している。

市の長期総合計画後期基本計画（1997（平成9）年度から2001（平成13）年度まで）においては、健康づくりの推進に関して、保健センターとスポーツセンター等で行う健康管理、健康増進のための事業について十分な連携を図ることが掲げられている。実際の事業では、施設を相互利用したり、お互いの事業に参加しそれぞれの専門知識を提供したりするなど連携を図っている。また、総合的な健康・体力づくりを促すパンフレットを作成し市民への普及啓発に努めている。

《地域ぐるみのスポーツ活動》（向陽スポーツ文化クラブ（杉並区））

向陽スポーツ文化クラブは、1975（昭和50）年、向陽中学校のプール開放に関するPTAの活動から始まり、翌年「地域の青少年の育成と地域住民の健康増進、教養文化の向上を図ること。」を目的に「向陽スポーツクラブ」が発足した。その後、活動拠点となるクラブハウスが向陽台中学の敷地内に建設されたことからスポーツ以外の文化活動が加わり、1980（昭和55）年、現在の名称となった。サッカー、野球、テニス等のスポーツ活動、書道、コーラス、俳句等の文化活動、病院でのボランティア、子育て講座、お年寄りのデイサービス等の福祉活動まで幅広く活動している。

会員数は、現在約1,100人、子どもから高齢者まで様々な人が参加しており、活動の種類は約40種にも及びそれぞれが自主的に活動している。活動回数は、おおむね週1回から3回程度となっている。

活動の拠点のクラブハウスは区が学校開放の一環として建築したものであり、区から委託を受けてクラブが管理している。その他のクラブの収入は、会費で、必要なものは自己負担が原則となっている。また、運営事務は事務局や広報部員が有償で行っている。

「教える－教わる側」の関係だけでなく、一人ひとりが自分たちのクラブという意識を持ち活動している。

《高齢者の自主的な活動》（都内老人クラブの活動事例）

東京都内の、市区町村の老人クラブでは、「からだと心の健康づくり」及び「寝たきりゼロ運動」の普及に取り組んでいる。

例えば、文京区の老人クラブでは、各地区単位で定期的にウォーキングを行い、年1回合同の歩こう会を実施しており、参加者は約1,000名にもなる。武蔵野市の老人クラブでは、市から委託を受け、週1回公衆浴場での不老体操を実施している。練馬区の老人クラブでは、地区レベルで老人大学を開講し、フォークダンス、社交ダンス、いきいきクラブ体操（高齢者のために構成された体操で全国の老人クラブで平成4年から実施）、太極拳等を定期的の実施し、毎年、練馬区の体操フェスティバルに参加している。大田区の老人クラブでは、女性部が中心になって、1993（平成5）年からいきいきクラブ体操の普及に取り組み、毎月第3月曜日の練習会には、おそろいのユニフォーム姿で最高齢87歳までの高齢者、約80人が参加している。

また、東京都老人クラブ連合会では、今年度から「シニアの体力測定」を活動に取り入れ、より積極的な健康・体力づくりを目指している。

仲間同士がお互いに支え合い、楽しく、自主的に健康づくり活動を実践するとともに、学習や発表の場、さらに他の活動グループとの交流の機会を持つなどの取組が活動の継続を可能にしている。

生活習慣病の予防／栄養・運動・休養

[illegible]

【取組5 上手な休養をとることができる人を増やす】

個別目標	指標	ベースライン	方向
76	ストレスを感じている人の割合	65.6%	減らす
77	気軽に相談できる場所を知っている人の割合	—	—
78	睡眠時間が充足していると感じている人の割合	68.9%	増やす
79	余暇が充実している人の割合	62.6%	増やす

取組のポイント

■ 休養の意義

健康づくりのための休養には、「休む」と「養う」の二つの側面がある。一つは、仕事や活動によって生じた心身の疲労を回復し、元の活力ある状態に戻すという「休む」ことを意味する。もう一つは、明日に向かっての鋭気を養い、身体的、精神的及び社会的な健康能力を高めるという「養う」である。例えば、積極的に社会参加をしたり、趣味やスポーツを行うなどの能動的で積極的な休養をいう。

休養を日常生活の中に適切に取り入れることが重要である。

■ ストレスへの対応

外界に起きた変化に適応しようとして、内部にストレス反応と呼ばれる緊張状況が引き起こされる。これは誰にでも起こる反応であり、外部から身を守ったり課題に挑戦したりする際に必要な反応であるが、過度のストレスが続くと、精神的及び身体的に影響を及ぼすことがある。ストレスの影響を強く受けるかどうかには個人差があり、ストレスの発散方法も人それぞれであり、早めにストレスに気づき、上手に解消することが肝要である。

不調に気付いたときに早めに専門家に相談すること、個人を取り巻く周囲のサポートの充実等が大切である。また、日ごろからストレスに対処する能力を高めるために、適度な運動をしたり、ミネラル、ビタミン等の栄養摂取に気を付けたり、十分睡眠をとって規則正しい生活を送ったりすることが大切である。趣味や社会活動等の余暇生活も耐性を強化する。

■ 睡眠について

睡眠は、身体全体の活動を単に休息させるだけでなく、大脳を積極的に休ませる生理機能であり、心身の疲労回復に重要な役割を果たす。睡眠不足は疲労感をもたらし、適切な判断力を鈍らせるなど、生活の質に影響する。

ヒトの標準睡眠時間は7、8時間であるが、実際にはかなりの個人差があり、加齢に伴って量や内容も変化する。自分に適した睡眠時間を確立し睡眠環境を調整して、質のよい眠りを確保することが大切となる。

■ 余暇について

ストレスの解消や予防策の一つに余暇の充実がある。余暇は個別的なものであり、健康づくりの場で一律に提供することは難しいが、男性更年期における自覚症状の研究において、余暇の充実していない人に自覚症状を訴える例が多いとの報告もあり、個人の問題では済まされない。

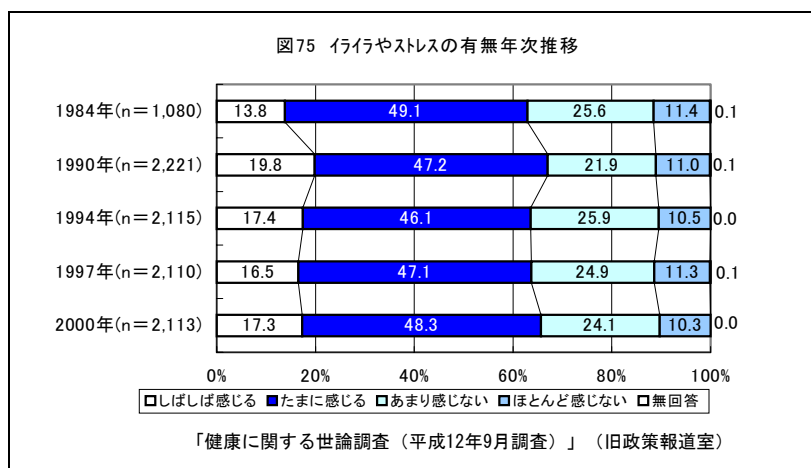
「健康に関する世論調査」（2001（平成13）年、旧政策報道室）によると、余暇の充実度と休養充足感との間には関連性があり、休養がとれている人ほど余暇も充実していると答えている。余暇の充実は休養のための大切な要素である。

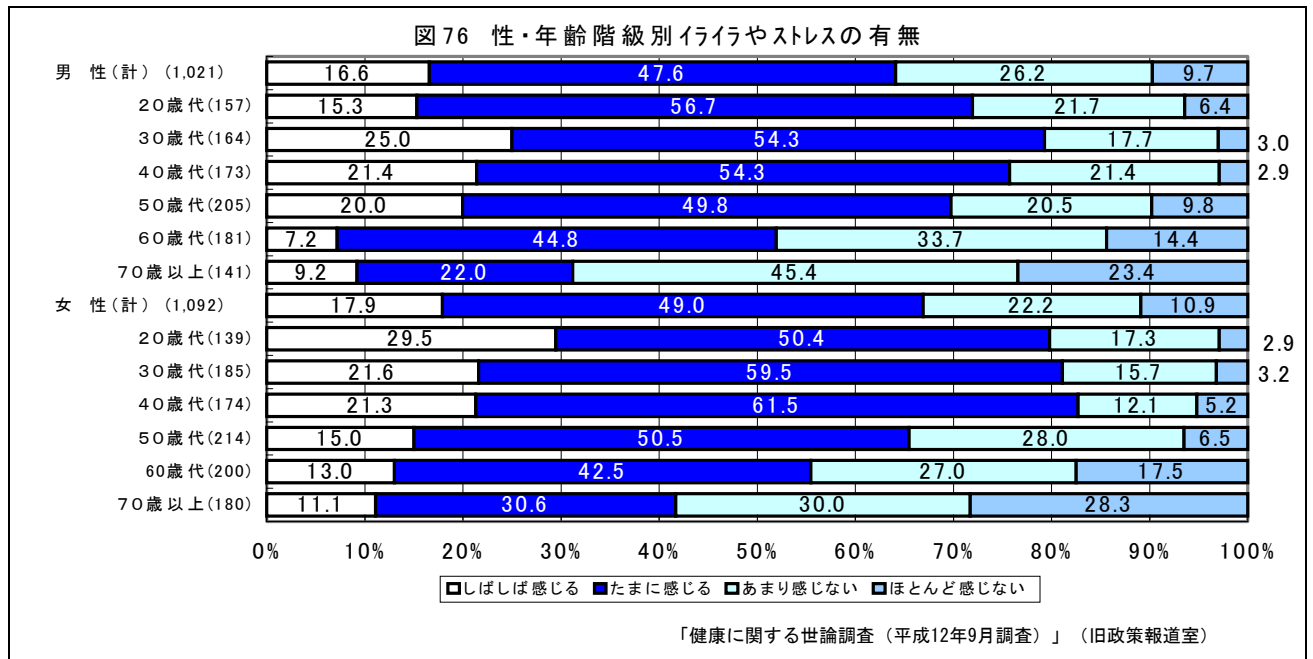
関連データ

■ ストレスを感じている人の割合

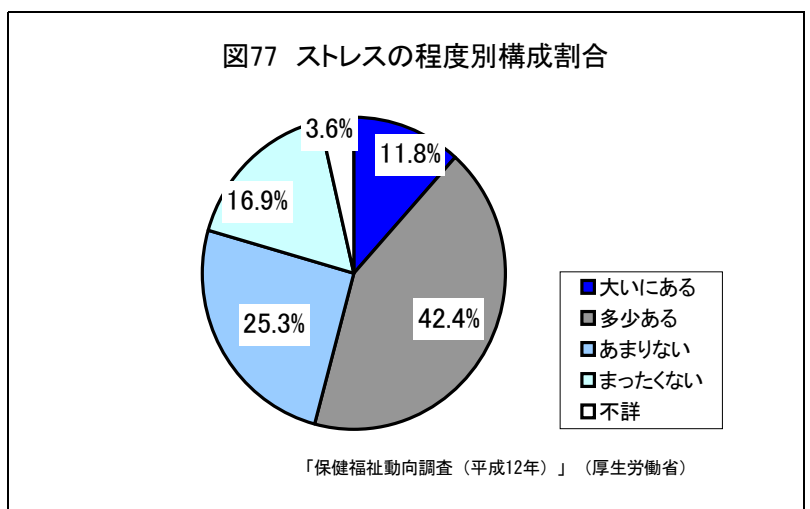
都民のイライラやストレスの有無を過去の調査と比較すると、大きな差は見られないが、約6割の人がイライラやストレスを感じている（図75）。

また、性・年齢階級別では、「しばしば感じる」「たまに感じる」を合わせた感じる人の割合は、男女とも20歳代から40歳代までに多く、特に女性の30歳代及び40歳代は8割を上回っている（図76）。



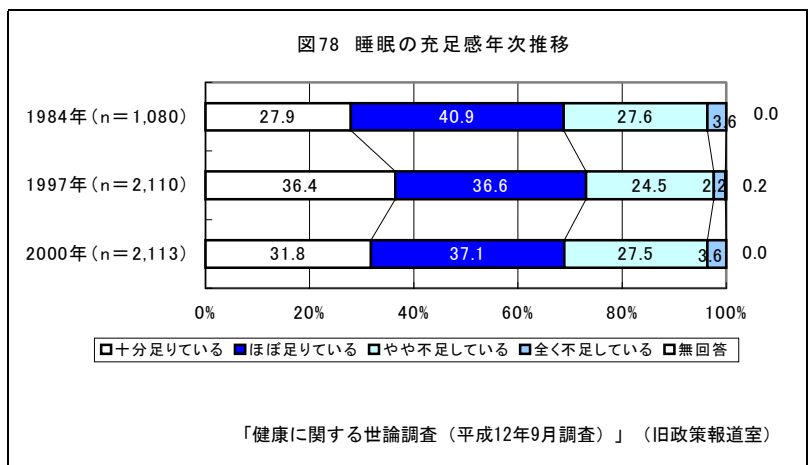


2000（平成12）年の保健福祉動向調査でも、国民の54.2%の人がストレスを感じている（図77）。

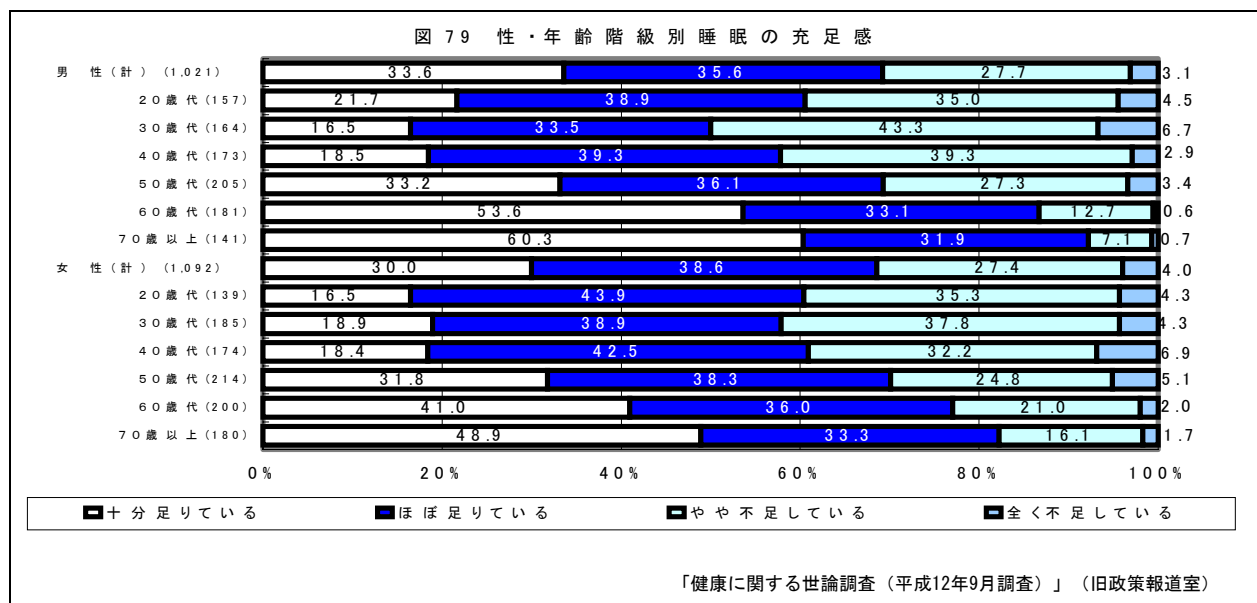


■ 睡眠時間が足りている人の割合

睡眠の充足感を過去の調査と比較すると、1997（平成9）年に比べ「十分足りている」「ほぼ足りている」を合わせた、「足りている」の割合が減少している（図78）。

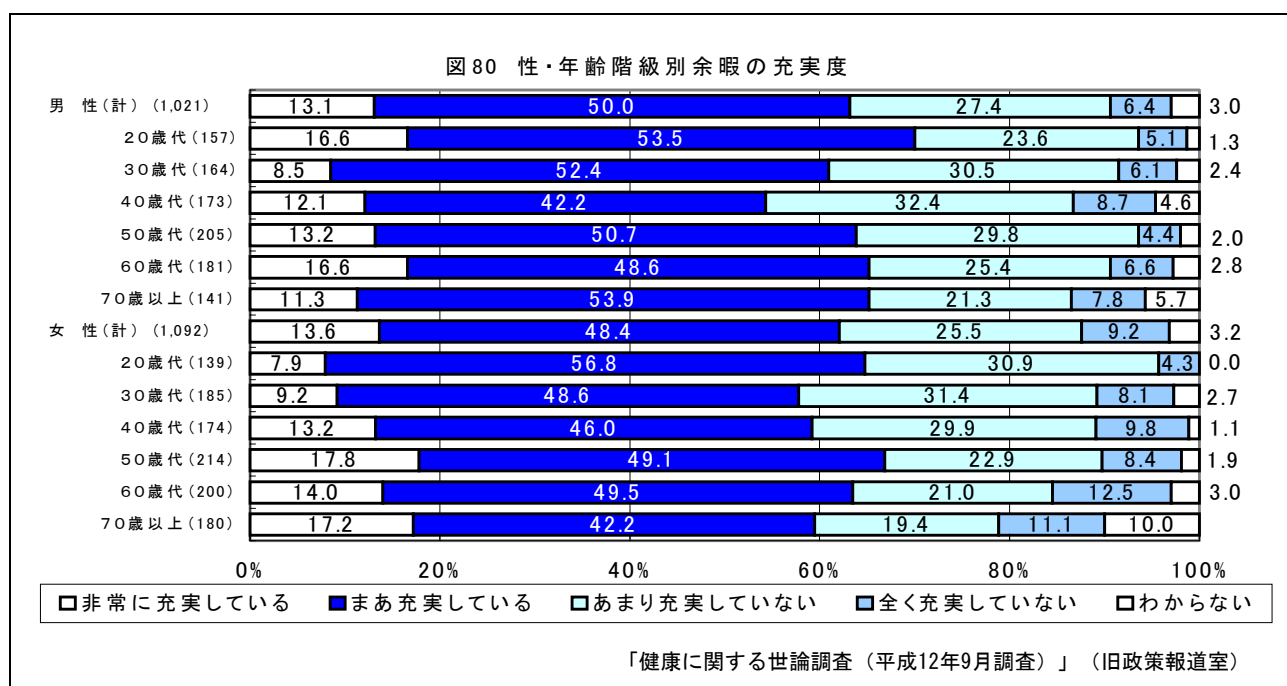


性・年齢階級別では「足りている」は男性の60歳代以上、女性の70歳以上で多くなっている。一方、「やや不足している」「全く不足している」を合わせると、男性の30歳代で最も多くなっている（図79）。



■ 余暇が充実している人の割合

「体を休めること以外に、趣味や運動・スポーツ等の余暇は充実しているか。」を性・年齢階級別に見ると、「非常に充実している」「まあ充実している」を合わせると充実している人の割合は、男性20歳代の70.1%で最も多く、「あまり充実していない」「全く充実していない」を合わせた充実していない人の割合は、男性40歳代並びに女性の30歳代及び40歳代で4割前後となっている（図80）。



《休養についての普及啓発～やすらぎ休養ノート～》（財団法人東京都健康推進財団）

東京都健康推進財団では、1999(平成11)年に「やすらぎ休養ノート～あなたの生活に、いい休養習慣を～」を作成した。これは、豊かで質の高い生活を送るためには、栄養・運動面でバランスをとるとともに、積極的な休養が大切であり、一人ひとりのライフスタイルに休養が生かされるように具体的にヒントをまとめたものである。現在の生活の仕方をより豊かにするヒントや、質のよい睡眠のとり方、ストレスと心とからだの関係、人それぞれストレスの受けとり方が異なること、早めに自分のストレスに気づくこと、積極的な休養の勧め等を提案している。

《健康づくりのための休養指針》（平成6年 旧厚生省）

- | | |
|---|---|
| <p>1 生活にリズムを</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 早めに気付こう、自分のストレスに 2) 睡眠は気持ちよい目覚めがバロメーター 3) 入浴で、からだもこころもリフレッシュ 4) 旅に出かけて、こころの切り換えを 5) 休養と仕事のバランスで能率アップと過労防止 | <p>3 生活の中にオアシスを</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 身近な中にもいこいの大切さ 2) 食事空間にもバラエティを 3) 自然とのふれあいで感じよう、健康の息づきを |
| <p>2 ゆとりの時間でみのりある休養を</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 一日30分、自分の時間をみつけよう 2) 活かそう休暇を、真の休養に 3) ゆとりの中に、楽しみや生きがいを | <p>4 出会いときずなで豊かな人生を</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 見出そう、楽しく無理のない社会参加 2) きずなの中ではぐくむ、クリエイティブ・ライフ |

【取組 6 喫煙による健康への影響を減らす】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
80	健康影響を知っている人の割合		
	肺がん	91.3%	すべての人に 知ってもらう
	気管支炎	49.6%	
	妊婦への影響（未熟児など）	47.5%	
	ぜんそく	38.8%	
	心臓病	27.9%	
	脳卒中	17.5%	
	胃潰瘍	14.2%	
	歯周病（歯槽膿漏など）	11.0%	
81	未成年者の喫煙率		なくす
	中学校 2 年生 男子	6.5%	
82	女子	1.8%	
83	禁煙支援プログラムが提供されている区市町村の割合	29.0%	増やす

取組のポイント

■ 健康影響についての情報提供

喫煙によって、肺がんをはじめとする多くのがん、心臓病、気管支炎、歯周病等多くの疾患や未熟児、早・流産等妊娠に関連した異常等のリスクが高くなるという疫学調査の結果が報告されている。また、未成年期に喫煙を開始すると、成人後に喫煙を開始した場合に比べ、これらの疾患のリスクがより高くなる。さらに、周囲の喫煙者の副流煙^{（注1）}による受動喫煙も、肺がん、心臓病、呼吸器疾患等のリスクを増大させている。

たばこは古くからの嗜好品であるが、喫煙が健康に与える影響が大きいことから、たばこの健康影響に関する都民の認識を一層向上させ、すべての人に知ってもらうことを目指し、今後とも適切な情報提供を図っていく必要がある。

（注1）副流煙：喫煙者が吸い込むたばこの煙（主流煙）とは別に点火部分から立ち昇る煙をいう。
この副流煙には、主流煙より有害物質の量が多く含まれている。

■ 未成年者の喫煙防止

都は、未成年者、特に児童生徒の喫煙開始と喫煙習慣化を防止するため、地域保健と学校保健等が連携協力し、指導者研修会や啓発用リーフレットの作成等を実施してきた。未成年者の喫煙防止のためには、喫煙の健康影響についての正しい情報を伝え、子どもの周りにいる大人達が協力して取り組んでいくことが大切である。

未成年者の喫煙は、未成年者喫煙禁止法で禁止されており、保護者や販売者に対する罰則も規定されている。2000（平成12）年12月には、販売禁止違反に対する罰則の強化（2万円以下の罰金を50万円以下に引き上げる。）、処分対象の拡大（法人の代表者、法人・個人の代理人、使用人等の行為者に加え、法人や個人自体も含む。）を内容とする改正が行われている。未成年者の喫煙防止に向けて、法律を遵守する観点からも保護者や教育機関等を中心とした取組が必要である。

■ 禁煙支援の充実

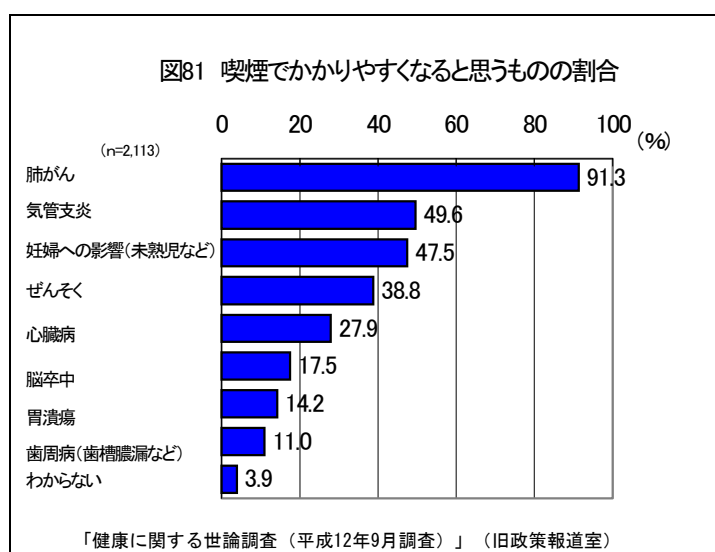
「喫煙と健康問題に関する実態調査」（1998（平成10）年度、旧厚生省）によると、喫煙者の禁煙希望者は約6割である。また、都の「健康に関する世論調査」（2001（平成13）年、旧政策報道室）でも、禁煙希望者の割合はほぼ6割となっている。

禁煙希望者に対する支援については、医療機関、区市町村等において、積極的に推進していく必要がある。

関連データ

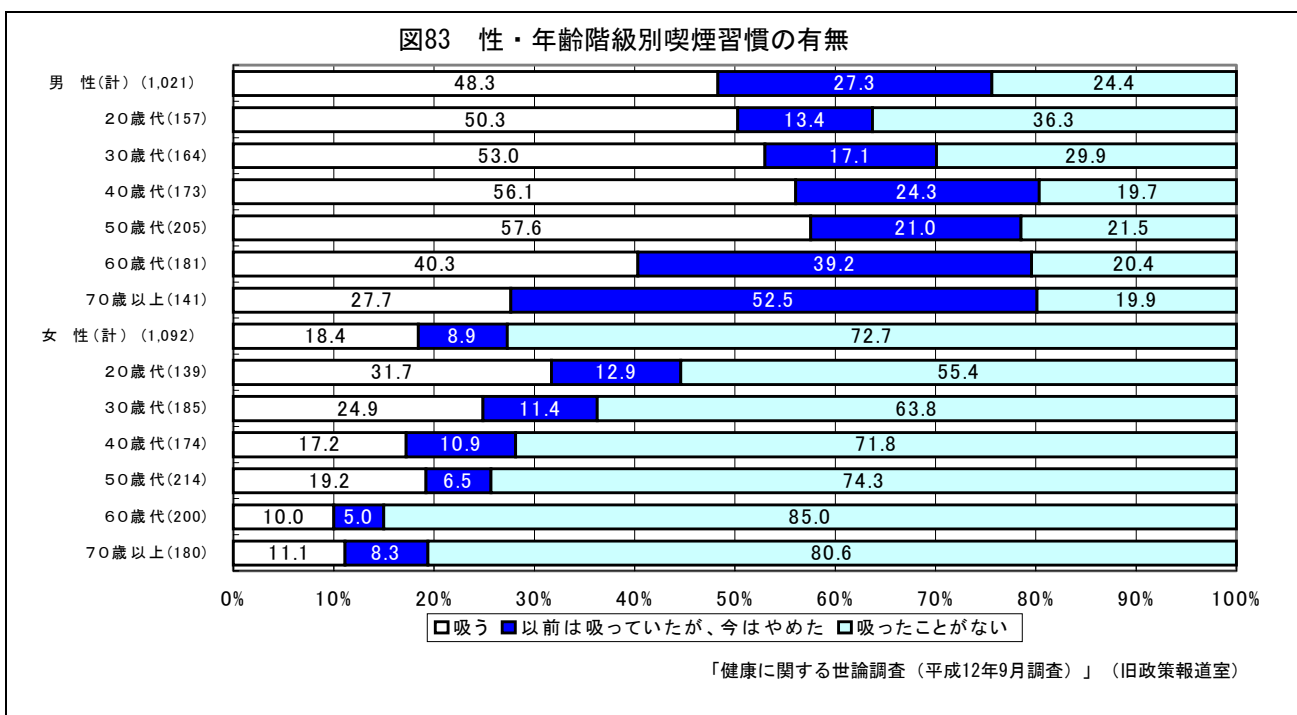
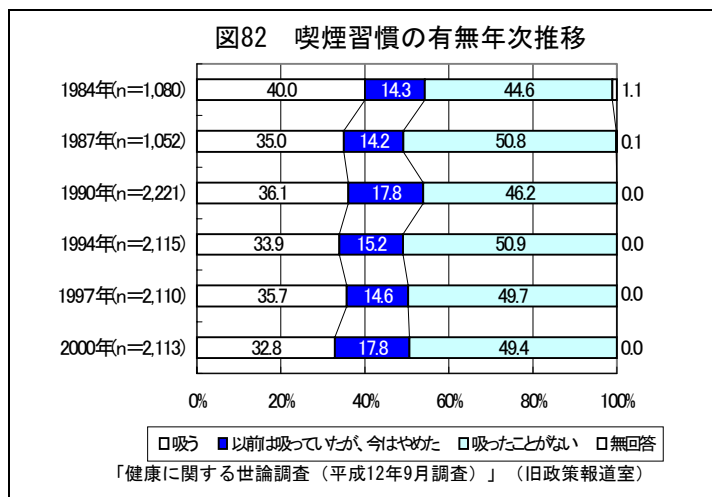
■ 健康影響についての知識

「タバコを吸うとかかりやすくなると思うもの」は、「肺がん」で91.3%と高いが、他の項目は半数以下である（図81）。

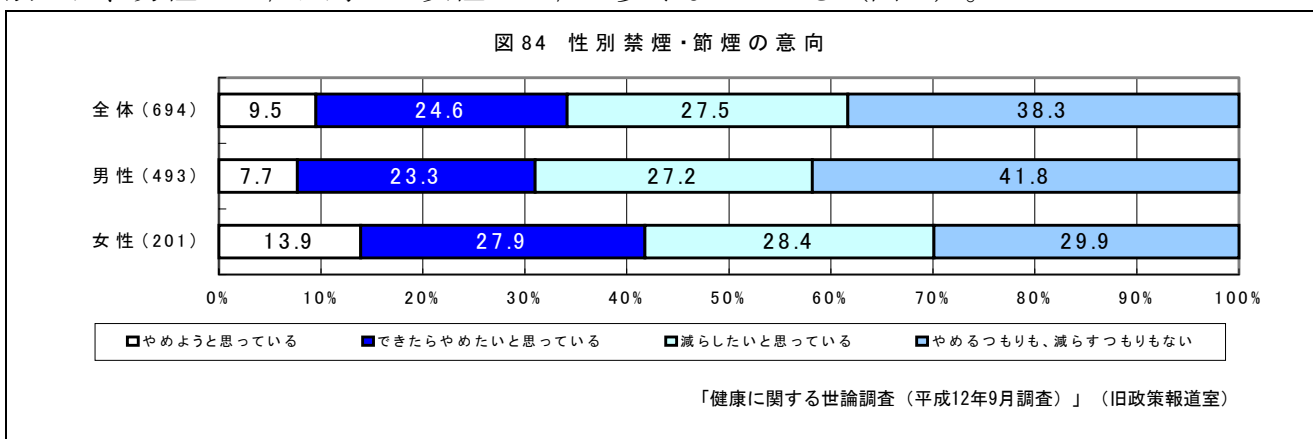


■ 成人の喫煙習慣

都民の成人喫煙率は、2000（平成12）年の調査では、全体で32.8%、性別では、男性48.3%、女性18.4%であった（図82及び図83）。年齢階級別では、男性の20歳代から50歳代まででは半数以上、女性では20歳代及び30歳代の喫煙率が高い（図82）。



一方、現在喫煙者の禁煙・節煙意向は、「やめようと思っている」「できたらやめたいと思っている」「減らしたいと思っている」を合わせると、全体では、61.7%である。性別では、男性58.2%に対して女性70.1%と多くなっている（図84）。



■ 未成年者の喫煙行動

「1996年度 未成年者の喫煙行動に関する全国調査報告書」（1998（平成10）年、平成9年度厚生科学研究費補助金健康増進研究事業「防煙の実態に関する研究」）によると、喫煙経験率は、男女とも学年が上がるにつれて増加しており、男子は中学1年生で既に30%あり、高校2年生では過半数に達している。女子は中学2年生で17%、高校3年生では4割近くに上がっている。また、月1回以上喫煙する者の割合は、中学1年生男子7.5%、女子3.8%、中学2年生男子10.8%、女子5.4%と、学年が上がるほど高くなり、高校3年生では男子36.9%、女子15.6%となっている。

都の調査では、「今の学年（中学2年生）で喫煙したことがあるか」を尋ねており、「よくある」に「ときどきある」を含めると男子6.5%、女子1.8%となっている。

参考事例

《たばこ・さよなら教室》（品川区）

品川区では、2000（平成12）年度から、一次予防に重点を置いた取組の一環として、禁煙を希望する区民等を対象に、「たばこ・さよなら教室」を行っている。

教室を開催する前には、禁煙支援の方法を学ぶ指導者講習会を開催し、92人の参加があった。これには保健高齢事業部の職員だけではなく、学校保健関係者、更に地域での禁煙指導を推進していくために医師会・歯科医師会・薬剤師会、健康づくり推進委員等の各組織を通じて呼びかけた。

講習会では、ニコチン代替療法としてのニコチンパッチが効果的であることが認識され、教室ではニコチンパッチを用いた指導を行うことにした。

教室は、1日制で、ニコチンパッチを使った新しい禁煙法についての講演、スモーカーライザーによる呼気測定、禁煙体験者の体験談とフリーディスカッションで構成されている。本年度は更に、栄養・歯科等も加える予定である。1か月後と2か月後にフォロー教室が開催され、参加者38名中2か月後も、9名が禁煙に成功した。

現在、ニコチンパッチの処方については、医師会等を通じて地域の医療機関の協力を得ており、今後更に関係機関の連携の下、禁煙サポートを推進していく予定である。

《子ども健康読本》（港区）

みなと保健所では、1999（平成11）年度から、小学校5、6年生を対象として、生活習慣病や感染症等についての知識や、喫煙・飲酒・麻薬等の健康への影響等を内容とする冊子を発行し、学童期からの健康全般に関する知識の普及を図っている。

作成にあたっては、子どもたちの生活実態を反映させるため、2か月間にわたりアンケート調査や取材を行った。

構成は、4章からなり、「Ⅰ基本的な生活習慣づくり」で、睡眠、食事、運動、休養、清潔の生活リズムを整える大切さと、基本的な生活習慣がなぜからだによいのかについて、「Ⅱ絶対にしてはいけない」では、シンナー・トルエン、覚せい剤、たばこ及びアルコールの健康影響について、「Ⅲ予防しよう・気をつけよう」では、感染症及び食中毒の予防について、「Ⅳケガなどの手当て」では、ケガや風邪をひいたときの処置について紹介している。

今後とも、教育委員会と連携をとりながら活用方法や内容等について検討していき、毎年5年生に配布するとともに、2年に1回は内容の見直しを行っていく予定である。

【取組 7 分煙化の推進】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
84	分煙 ^(注1) を実施している施設の割合 都立施設	95.9%	100%
85	都区市町村施設の公共の場	92.5%	

取組のポイント

■ 分煙化の推進

1997（平成9）年の「健康に関する世論調査」（旧政策報道室）では、8割以上の都民が「公共の場では分煙化を進めるべきだ」と回答している。

喫煙は、喫煙者本人のみならず、受動喫煙により周囲の非喫煙者の健康にも影響を与え、といわれており、公立の施設だけでなく、民間の医療機関や公共交通機関、飲食店等、不特定多数の人々が利用する場所においては、分煙化の推進が求められている。

また、既に分煙化が実施されているところについては、より効果の高い分煙化を目指すことが求められる。さらに、家庭における分煙も進める必要がある。

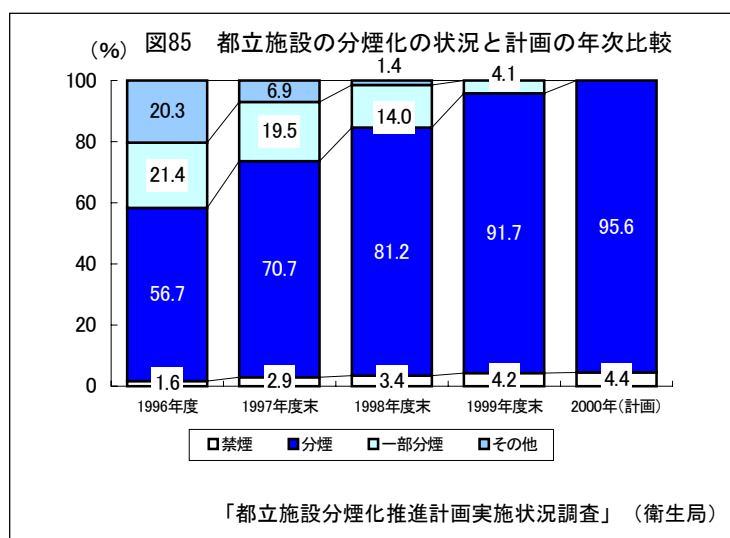
■ 喫煙時の周囲への配慮

喫煙時には、①妊婦や子どもの周囲では喫煙しない、②分煙ルールを守る、③歩行喫煙と吸がらのポイ捨てはしないなど、喫煙マナーを守ることが求められている。

関連データ

■ 都立施設の分煙状況

都は1997（平成9）年5月に策定した「都立施設分煙化推進計画」に基づき、すべての都立施設（約3,000施設）が、2000（平成12）年度末までに100%分煙化することを目指しに取り組んできた。1999（平成11）年度末現在、95.9%の施設が分煙化している（図85）。



（注1）分煙：受動喫煙の影響を排除・減少させるため、喫煙を空間や時間で制限すること。分煙の方法には、空間分煙、時間分煙及び禁煙がある。

■ 公共の場所での分煙実態調査

1999（平成11）年度に旧厚生省が実施した「喫煙と健康問題に関する実態調査」では、公共交通機関のホーム、待合場所等での分煙化率は、約4割程度であった。

■ 事業所の喫煙対策の分煙状況

1997（平成9）年の「労働者健康状況調査」（1998（平成10）年6月、旧労働省）によると、喫煙対策に取り組んでいる事業所の割合は47.7%である。そのうち、「禁煙場所、喫煙場所を設けている」は78.8%、「会議、研修等の場所を禁煙にしている」は28.8%等となっている。

また、都内に事業所を有する企業に対する「職域における健康づくりに関する調査」（1996（平成8）年2月、健康づくり都民会議）では、30人以上の事業所で、何らかのたばこ対策を実施している企業は52.4%で、その対策の内容は「職場内の禁煙・分煙の実施」93.2%等となっている。

参考事例

《職場内分煙システムの推進について》（日本航空株式会社）

1992（平成4）年の労働安全衛生法の改正に伴い、事業者は快適な職場環境の形成に努めることとされ、必要に応じ喫煙場所を指定する等の喫煙対策を講じることなどを内容とする国の指針も出された。

これを受けて、出発ロビー等を含むすべての部署で分煙に取り組むこととし、1994（平成6）年12月から、下記を内容とする分煙システムを羽田地区事業所全体に導入した。

- 1 会議室は常時禁煙とし、灰皿等は配備しない。
- 2 歩行中及び通路では禁煙とする。
- 3 オフィス内では各防火責任者単位毎に喫煙場所を設定し、それ以外の場所では禁煙とする。
（喫煙場所は必ずしも室内に限らず、建物ごとに休養室、来客コーナー等を利用するなどの実情に合わせて決定する。）
- 4 終業時における喫煙場所の灰皿の後始末を徹底する。

これらの取組を基本に推進し、喫煙場所の特性に合わせた喫煙対策機器も設置している。

また、分煙の推進とともに、健康管理室では禁煙プログラム支援委員会による禁煙サポートも行っている。希望者は禁煙プログラム実行委員会にメンバーとして登録され、禁煙前の準備の後、E-mail等でのサポートを受けながら取り組むシステムとなっている。

《都立施設分煙化推進計画～分煙化の推進～》（東京都）

東京都では1996（平成8）年5月、分煙化の推進にあたって、各部局の理解と協力を得るため、庁内に副知事を委員長に各局長を構成委員とする「東京都分煙化推進会議」を設置した。まず、庁内の分煙化実態調査を行い、それに基づき1997（平成9）年5月に都立施設における分煙化の基準を定めるとともに、2000（平成12）年度までに約3,000か所の全都立施設を100%分煙化することを内容とする「都立施設分煙化推進計画」を策定した。1997（平成9）年度から2000（平成12）年度までの年次計画を策定し、毎年度各局の実施状況を把握・公表することにより分煙化の取組を推進した。

【取組 8 アルコールによる健康への影響を減らす】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
86	「適度な飲酒量」を知っている人の割合 男性	—	—
87			
88	未成年者の飲酒率 男性	—	—
89			
90	多量に飲酒する人の割合 男性	4.7%	減らす
91		0.5%	

取組のポイント

■ アルコールの健康影響

過度の飲酒は、肝炎、肝硬変等の肝疾患、がん、高血圧、脳血管疾患、糖尿病等の疾患を引き起こす要因となる。妊娠している女性の飲酒は、胎児への影響が大きく、未成年者では、アルコールの心身に与える影響は成人に比較して大きいものと考えられている。

また、「一気飲み」に見られる多量飲酒による急性アルコール中毒は、死亡に至る危険性があり、正しい知識の普及が大切である。

■ 未成年者の飲酒防止

「青少年とタバコ等に関する調査研究報告書」（2001（平成13）年、総務庁青少年対策部）によると、「酒類を飲んで親から注意をされたことがありますか」で「ある」と回答したものは21.1%、「親は知らない」が8.2%であるのに対し、喫煙に関する同様の質問項目では、「ある」が36.4%、「親は知らない」が39.0%となっている。このことから、飲酒に関しては親が許容している可能性が高いことがうかがわれる。

未成年の飲酒問題には、飲酒者自身の現在の健康問題だけでなく、将来にわたっての影響が大きく、これを防止するためには、地域、学校等における取組、子どもの周りにいる大人の協力が不可欠である。

一方、国は2000（平成12）年12月、未成年者飲酒禁止法の一部を改正し罰則を強化した。主な改正点は、販売禁止違反の処分対象を法人の代表者、法人・個人の代理人、使用人等の行為者のほか法人や個人自体を加えたことである。

関連データ

■ 成人の飲酒状況

性・年齢階級別では、男性で「毎日飲む」が40歳代以上で4割を上回っている。女性は「全く飲まない」が約半数であり、70歳以上では73.9%を占める（図87）。

図86 飲酒習慣の有無年次比較

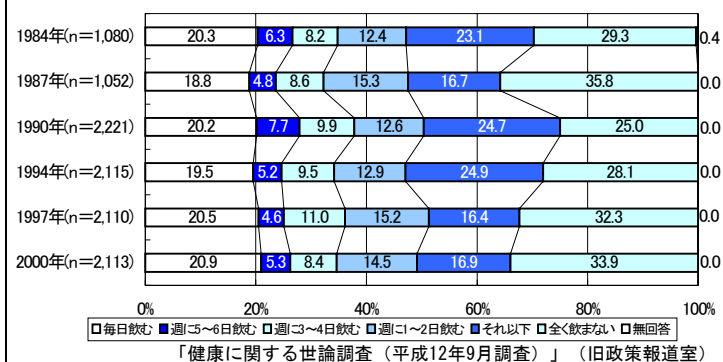
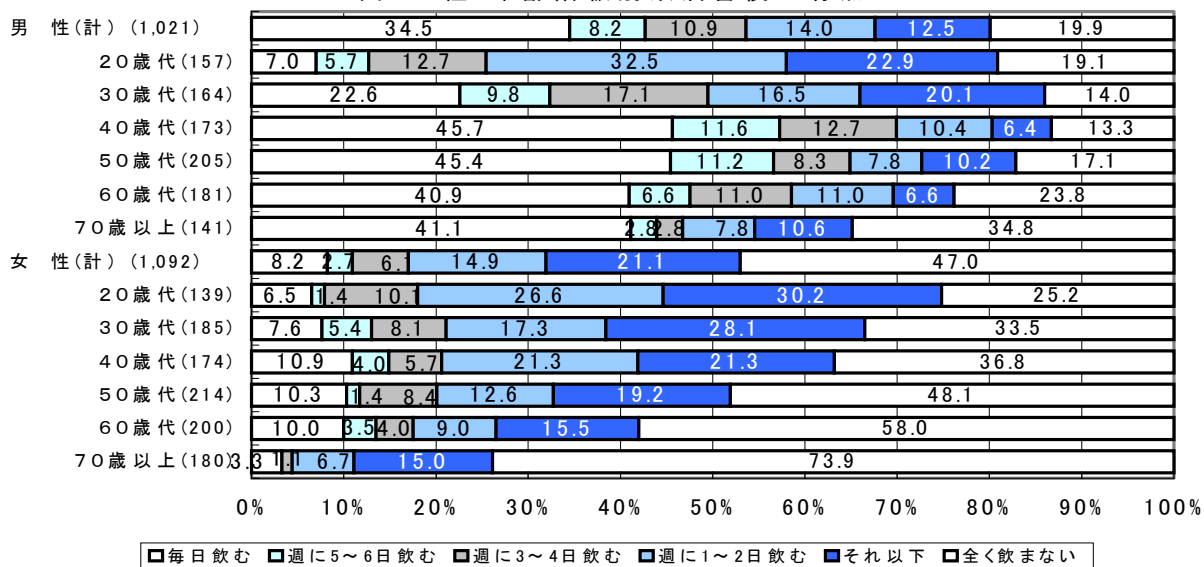


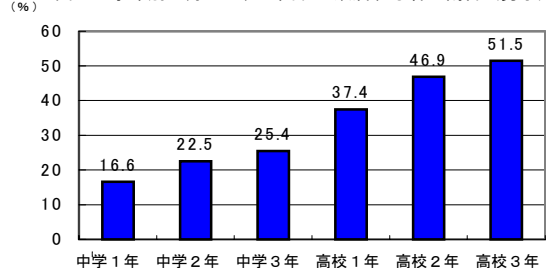
図87 性・年齢階級別飲酒習慣の有無



■ 未成年の飲酒行動

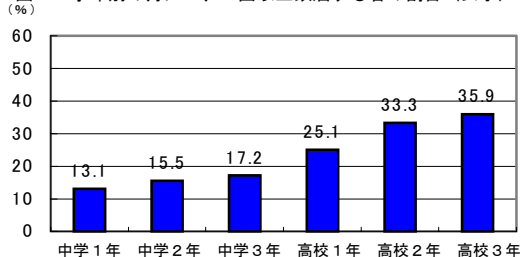
「1996年度 未成年者の飲酒行動に関する全国調査報告書」（1997（平成9）年、平成8年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「未成年の飲酒行動に関する実態調査」研究班）によると、月に1、2回以上の頻度で飲酒する者の割合は、学年が上がるほど高くなっている（図88及び図89）。

図88 学年別の月に1、2回以上飲酒する者の割合（男子）



「未成年者の飲酒行動に関する全国調査報告書（平成8年度）」より作成

図89 学年別の月に1、2回以上飲酒する者の割合（女子）



「未成年者の飲酒行動に関する全国調査報告書（平成8年度）」より作成

《未成年者飲酒防止強調月間》

「酒類に係る社会的規制等関係省庁連絡協議会」（公正取引委員会、警察庁、総務庁、国税庁、文部省、厚生省、自治省（当時））では、2000（平成12）年は、12月1日から同月31日までを「未成年者飲酒防止強調月間」とし、関係省庁が全国的な広報啓発活動を行い、未成年飲酒防止に関する意識の高揚を図った。

■ 節度ある適度な飲酒量

「健康日本21」報告書では、節度ある適度な飲酒として、通常のアアルコール代謝機能を有する日本人においては、1日平均純アルコール約20g程度（表2「主な酒類の換算の目安」参照）としている。また、「節度ある適度な飲酒」の留意点として以下を挙げている。

- （1）女性は男性よりも少ない量が適当である。
- （2）少量の飲酒で顔面紅潮を来す等アルコール代謝能力の低い者では通常の代謝機能を有する人よりも少ない量が適当である。
- （3）65歳以上の高齢者においては、より少量の飲酒が適当である。
- （4）アルコール依存症者においては適切な支援のもとに完全断酒が必要である。
- （5）飲酒習慣のない人に対してこの量の飲酒を推奨するものではない。

表2 主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶1本500ml)	清酒 (1合180ml)	ウイスキー・ ブランデー (ダブル60ml)	焼酎(35度) (1合180ml)	ワイン (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

（「健康日本21」報告書）

【取組 9 健康づくり自主活動の推進】

個別 目標	指 標	ベースライン	方 向
92	自主グループ化を目指した健康づくり事業を実施している区市町村数	46区市町村	増やす

取組のポイント

■ 住民主体の活動へ

健康的な生活習慣を確立するためには、個人の努力だけではなく、ヘルスプロモーション^(注1)の視点に立ち、住民の参加や協働により、日常生活の中に健康づくりが組み込みやすい環境を整備していく必要がある。

中でも住民のごく身近に存在し気軽に参加できる、健康づくり自主グループの役割は大きい。

■ 保健事業をきっかけとした自主グループづくり

都内の区市町村では、健康教室や講座等の健康教育をきっかけにして、自主グループづくりに取り組んでいる例が多い。健康教室等の終了後も活動が継続できるようプログラムや指導内容を工夫し、自主グループの結成に結びつけている。このような自主グループでは、健康的な生活習慣が継続できるだけでなく、仲間同士が集う喜びが得られるなど、QOL向上への効果大きい。

老人保健事業等をきっかけとして、住民が楽しく取り組める自主グループを育成し、支援していくことは、地域で取り組む健康づくりとしての意義は大きい。

■ 活動の継続、発展のための効果的な支援

自主グループが積極的に活動を行っていくために、行政はグループの発展段階に応じた支援や働きかけを行うことが大切である。行政からの健康に関する情報提供、健康まつりや交流会・活動発表会等の共同実施、自主グループ同士のネットワーク構築のためのコーディネート等により、段階的にグループを育成し、最終的にはグループの活動が自立していくことが重要である。

(注1) ヘルスプロモーション：「人々が自らの健康をコントロールし改善できるようにするプロセス」と定義されている。(1986(昭和61)年WHOオタワ会議)

参考事例

《地域でのヘルスプロモーション活動の取組》（多摩東村山保健所・清瀬市）

多摩東村山保健所と清瀬市では共同して、竹丘地区のヘルスプロモーション活動に取り組んでいる。

竹丘地区は、特に高齢化率が高く、高齢者の単独世帯が多い等の特徴があり、1999(平成11)年度を初年度とする3年計画で住民主体の健康づくり活動に取り組むこととした。1999(平成11)年度は、ヘルスプロモーション活動のための保健所内、市役所内の体制づくりを中心に進め、住民対象にヘルスプロモーション活動や生涯現役に関する講演会を行い、活動の参加を呼びかけ、住民参加による活動の場（活動会）を立ち上げた。

活動会“わいわい竹丘クラブ”は1999(平成11)年10月に1回目を開催し、その後月1回の定期活動会を開催している。運営事務局は保健所及び清瀬市のスタッフが回り、運営方法やプログラムの決定は、住民を主体とした世話人会で行っている。当初、「竹丘地区で今後より健康で暮らすために行っていきたいこと（生涯現役）」をテーマに住民、スタッフがお互いに意見をまとめていく作業をした結果、仲間づくり、体を動かすこと、学習、健康づくり等の要望があり、それらを参考に世話人会でプログラムを検討しつつ活動を続けている。

《住民を主体とした健康まつり》（奥多摩町）

奥多摩町では、住民一人ひとりが健康の自己管理の重要性に気づき、実践していけるよう気づきの場としての「おくたま健康まつり」を企画している。

地域で活躍する保健推進員を中心に、福祉会館を会場として、楽しく健康づくり・予防活動に興味や意識が持てるイベントにしている。

具体的には、年度初めに保健推進員の組織の中に「おくたま健康まつり実行委員会」を設置し、委員会が主体となって健康まつりの企画運営にあたる。委員会メンバーは各自治会から1名ずつ参加しているため、各自治会の要望等も集約できる。委員会の決定事項は、「保健推進員活動だより」によって、随時全推進員に周知・徹底されるため、奥多摩町全体の動きとして足並みがそろえられる。健康まつり開催後は、自分達の活動を評価し次年度の初めの全体会で報告し次回の活動に生かしている。

この健康まつりは、1996(平成8)年度から開始しており毎年延べ1,500人から2,000人程度の住民が参加している。

今後も保健推進員主体の事業として、保健推進員自身が楽しめ、かつ他の住民も楽しく参加できる企画運営を目指していく。

《健康づくり推進員活動～日の出町健康づくり推進事業～》（日の出町）

日の出町では、全町27自治会から2、3人の女性を健康づくり推進員として委嘱し、健診・健康教育の機会の少ないおおむね30歳から60歳までの女性の健康の維持・増進を図り、健康な町づくりへの取組を行っている。

日の出町健康づくり推進員は、14日間に及ぶ学習と「母と子の健康教室」や「地域リハビリ教室」等への見学参加等幅広い研修を受講する。2年の任期中は、研修会で習得した技術や知識を基本として、月1回定例学習会や各地区でウォーキングやストレッチ体操等、推進員が中心となった健康づくり活動を企画している。また、それぞれの地区で創意工夫した手作りの情報誌を作成し、自治会内に回覧している。

さらに、子育て支援グループの食生活学習の講師や、地域リハビリ教室へのボランティア参加等の活動も行っている。

任期（2年）終了時には、“健康づくり活動のつどい”を開催し活動の発表を行い、2年間の活動過程を「万歩溪」という冊子にまとめている。これらの過程を通して、より深く自分や家庭、地域の健康の大切さを学んでいる。

【取組 10 健康診査の充実】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
93	基本健康診査受診率※ 40歳以上	56.6%	上げる
94	がん検診受診率※ 胃がん 40歳以上 肺がん 40歳以上 大腸がん 40歳以上 子宮がん 30歳以上 乳がん 30歳以上	6.0% 5.4% 12.5% 8.5% 7.0%	上げる

※ 老人保健法等により区市町村が実施する健康診査の受診者

取組のポイント

■ 健診の目的とデータ管理

健康診査の目的は、疾患を早期に発見し治療に結びつけることに加え、受診者が自分の健康状態を正確に理解し、健康的な生活習慣を身につけることにより、生活習慣病の一次予防を図ることである。

健康診査の結果については、受診者が自らの健康管理のために、継続的に保管し活用することはもちろんだが、健康診査の実施主体である区市町村等でも、受診者ごと時系列的に整理するなどして、地域の健康状況の特徴を把握することや保健事業の内容充実を図ること等が望まれる。

■ 受診率向上の取組

健康診査の受診率向上の取組には、広報の活用、対象者への個別通知、自治会や町内会を通しての呼びかけ、健康づくり推進員を中心とした呼びかけ、健康教育や健康相談の利用等がある。

■ 早期受診の勧奨と結果の把握

健康診査の結果、「要医療」、「要精検^(注1)」と判定された者へのアプローチは重要であり、早期に医療機関を受診するよう働きかけることが大切である。がん検診の精密検査については、要精検者の受診状況の確認や、検診によるがんの発見率の把握等に努め、検診の精度管理に活用することが望ましい。

(注1) 要精検：検診にて精密検査の必要が認められること。

■ 生活習慣改善に向けて

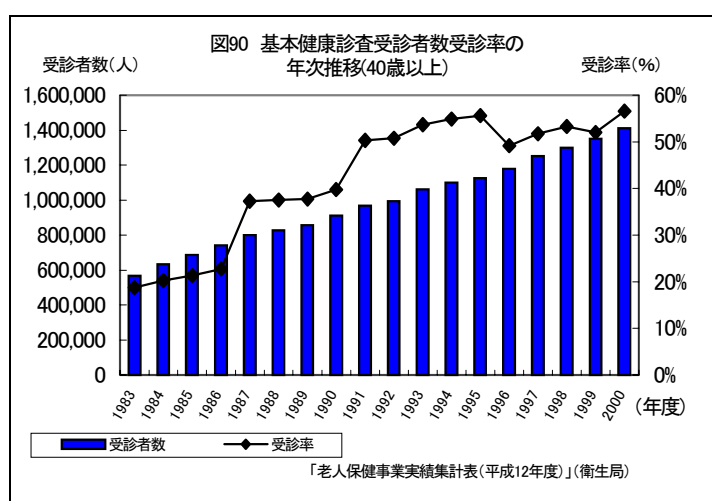
健康診査は、生活習慣を見直すきっかけとして、重要な役割を持つ。そのため、「要指導」と判定された者については、生活習慣の改善に向けた積極的な取組が重要である。

健康教室等の集団教育、個人の特性に合わせた個別健康教育、同じ体験を持つ仲間づくり等の取組に加えて、かかりつけ医による事後指導の一層の充実も必要である。また、ITを活用した情報提供等により、個人の取組が継続できる環境づくりが重要である。

関連データ

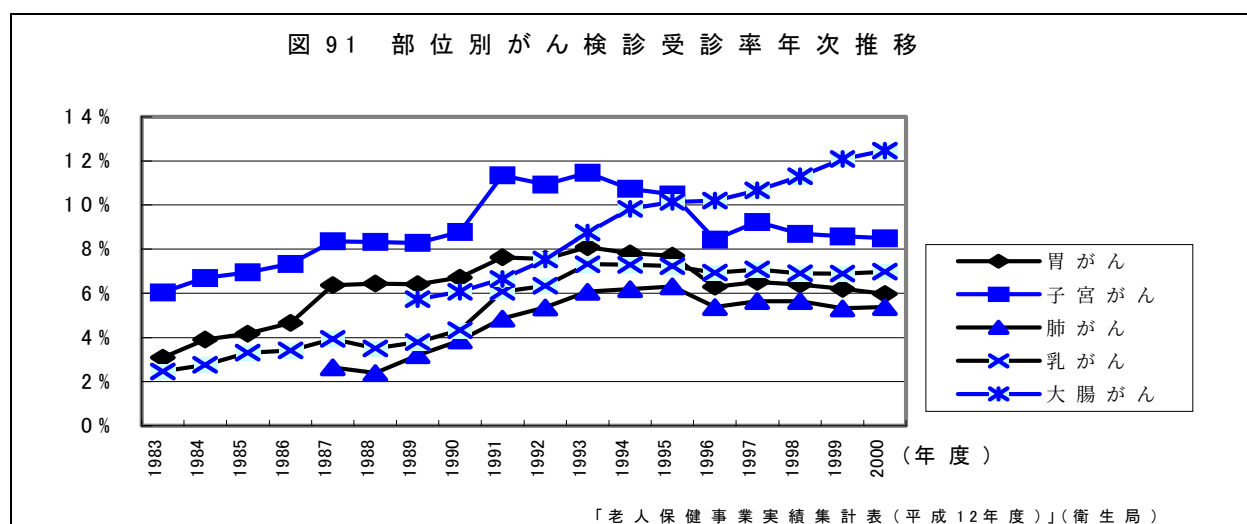
■ 基本健康診査受診率の年次推移

受診率は1991（平成3）年に50%を超えたが、その後は微増となっている（図90）。



■ がん検診受診率の年次推移

大腸がん検診の受診率は増加が見られるが、他のがんは横ばい又は減少している（図91）。



参考事例

《健康診査の再編成～一次予防の充実へ～》（足立区）

足立区では、健康日本21の理念に基づき、一次予防を重視し、健康診査と個別健康教育を一体化した。

これまで実施してきた「成人健康診査（40歳から64歳まで）」と「高齢者健康診査（65歳以上）」を、2001（平成13）年4月から「生活習慣病予防健診」とした。この予防健診の結果を参考に、一人ひとりをフォローする個別健康教育「生活習慣改善指導事業」を実施している。

具体的には、糖尿病、高血圧、高脂血症の一次予防を重視し、また、禁煙希望者をサポートするため健診受診者のうち、これらの4項目で「要指導」と判定された方（喫煙者については禁煙意向のある方）には、身近な医療機関で生活習慣改善指導を個別指導で実施している。「要医療」の方へは医療機関での受診を勧奨し、健診から医療への橋渡しをしている。

健康診査を希望する区民は申込みをすることが原則である。ただし、前年受診者のうち、糖尿病、高血圧又は高脂血症で、「異常なし」又は「要指導」と判定された方には、誕生月に受診票を送付する。

申込方法には、はがきによるものと、保健総合センターの窓口で申し込む方法がある。

【取組 1 1 事後指導の充実】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
95	事後指導を受けた人	6 区市町村	増やす
96	生活習慣改善指導推進事業実施地区数 個別健康教育実施地区数	3 区市町村	

取組のポイント

■ 事後指導の重要性

健康診査は、早期に病気を発見し治療する目的に加えて、「要指導」と判定されたリスクグループにアプローチする絶好の機会である。健康診査後の指導を充実することにより、健康的な生活習慣への変容を図ることが重要である。

■ 行動変容^(注1)のための効果的な手法

客観的なデータに基づく動機付けを行い、個人の特性を踏まえた目標を設定した上で、継続的な働きかけを行うことが重要である。また、同じ目的を持った人々による自主グループ活動を促進するなど、楽しく取り組める環境づくりも大切である。さらに、日ごろから受診者の健康状態を把握しているかかりつけ医による指導も効果的である。

■ 都内の健康診査の特徴

老人保健法に基づく基本健康診査は、都内では医療機関での受診が9割を占めている。このため、従来から区市町村で実施している保健事業に加え、医療機関での事後指導の充実が求められる。

■ 継続的な支援と評価の必要性

生活習慣改善に向けての事後指導が、どのような行動変容につながったか、また、検査結果がどのように改善したかなど、評価結果を蓄積していくことが大切である。

(注1) 行動変容：好ましくない生活習慣や行動を自らの意志で見直して、望ましいものとなるよう自分の行動を変えること。

《健康診査後の指導充実に向けて》（立川市）

立川市では、1999(平成11)年度から老人保健法に基づく「個別健康教育」に取り組んでいる。2000(平成12)年度は、高コレステロール血症を対象として、2コース実施した。個人差はあるものの、指導前に比べ総コレステロール値と体重の低下する傾向が見られ、一定の効果が認められた。

さらに、地区医師会と連携し、老人保健法に基づく基本健康診査の糖代謝が「要指導」と判定された人を対象とした「生活習慣改善指導推進事業」も2000(平成12)年度から開始した。これは、健康診査を実施したかかりつけの医療機関で、6か月間に、3回の個別指導、1回の血液検査を行うもので、健康的な生活習慣への定着を目指している。

市の保健センターや地域の医療機関が連携し、市民の健康づくりを積極的に支援し、健康のまちづくりを目指している。

《梅島住区センターにおける糖尿病予防教室》（足立区）

足立区では、地域住民のコミュニケーションが図りやすい単位として、人口8,000から12,000人程度（半径約500メートル程度）に1か所、住区センターを設置しているが、1992（平成4）年から、住区センターを拠点とした健康づくり活動の展開を開始している。1995（平成7）年には健康づくり推進員を任命し、現在86人が活発に活動している。

梅島住区センターでは1999(平成11)年度より健康づくり推進員4名が地域での健康づくりを目指し活動している。ここでは、健康づくり推進員が2000(平成12)年度から、「糖尿病予防教室」を4回コースで開催している。きっかけは、健康フェスティバルで行われた血液検査でヘモグロビンA_{1c}の検査を受けた人のうち、ヘモグロビンA_{1c}5.6以上で糖尿病が疑われる人が22%見られ、全国の調査に比べ高い値であったことによる。2か月に1回程度の間隔で開催し、糖尿病のしくみ、適正カロリー、適正体重、自分の生活習慣の振り返り、適正カロリーに合った献立づくり、糖尿病予防に必要な運動等の内容になっている。血液検査はプログラムには入っていないが、自分の状態を客観的にとらえられるように保健センターでの血液検査（実費）や医療機関での血液検査結果の活用を勧めている。

2001（平成13）年度は、前回のコース参加者の体験発表等を取り入れるなどして、グループリーダーとしての役割を担ってもらいながら、健康づくり推進員と一体となって実施している。

《糖尿病のコホート調査》（葛飾区）

葛飾区では、2000(平成12)年4月から、糖尿病とその合併症の実態を調べ生活習慣等との関係を明らかにするため、「厚生労働省多目的コホート班との共同による糖尿病実態及び発症要因の研究」班と共同で区内の糖尿病実態に関する調査を行っている。

対象は、50歳節目健康診査受診者の中で、10年前の40歳節目健康診査を受診した人である。2000（平成12）年度に調査を行ったのは407人（男性161人、女性246人）であった。調査方法は、①50歳節目健康診査票を事前に送付する際、対象者に糖尿病アンケートを同封する。②健診当日、アンケートを回収するとともに協力の同意を署名により確認する。③対象者には健康診査項目に追加して、ヘモグロビンA_{1c}検査を実施するというもので、アンケートと検査結果については大学に分析を依頼している。2001(平成13)年度には調査結果に基づく区民向けの講演会を企画している。

調査結果では、厚生省（当時）の糖尿病実態調査と比較して、糖尿病の有病率は男女ともやや高く、特に男性の方が高くなっている。男性では、仕事の労働強度が強い群で新規糖尿病が多かった。また、治療を受けている人が半数程度にとどまっており患者への動機付けと治療継続への対策が必要であることが分かった。

今後も継続的に調査を行い、区民の健康管理に役立てていく予定である。

【項目5 歯の喪失の抑制】

個別目標	指標	ベースライン	方向
97	歯の喪失の抑制 60歳における24歯以上自分の歯を有する人の割合	55.2%	65%以上
98	70歳における20歯以上自分の歯を有する人の割合	53.5%	60%以上
99	80歳における20歯以上自分の歯を有する人の割合	27.0%	30%以上
100	無歯顎 ^{がく} 者の減少 60歳における歯が1本も無い人の割合	0.8%	1%以下
101	70歳における歯が1本も無い人の割合	3.9%	5%以下
102	80歳における歯が1本も無い人の割合	12.2%	10%以下

※ 無歯顎^{がく}者の診療所受診は低率なことが予測されることから、上記の目標値を設定した。

取組のポイント

■ 歯の喪失の原因

歯を失う主な原因は、う蝕と歯周病である。

う蝕も歯周病も直接の原因は歯垢^{こう}（プラーク）中の細菌であるが、その発症や進行に食生活等の生活習慣が大きくかかわっている。

今日ではう蝕や歯周病のリスク因子がある程度明らかになったため、フッ化物の応用、専門的口腔^{くわう}ケア等、具体的な予防法が示されつつある。

■ 歯の喪失の年齢的特徴

歯周病の有病率^{（注1）}が上がる40歳代から、歯の喪失のカーブは急上昇していく。

東京都歯科診療所患者調査（1999（平成11）年）によると、歯の喪失は現在歯が24本から26本までは比較的穏やかであるが、この段階を超えると歯の喪失傾向が強まる。

（注1）有病率：対象集団における傷病者数の割合

■ 現在歯数とQOLの関係

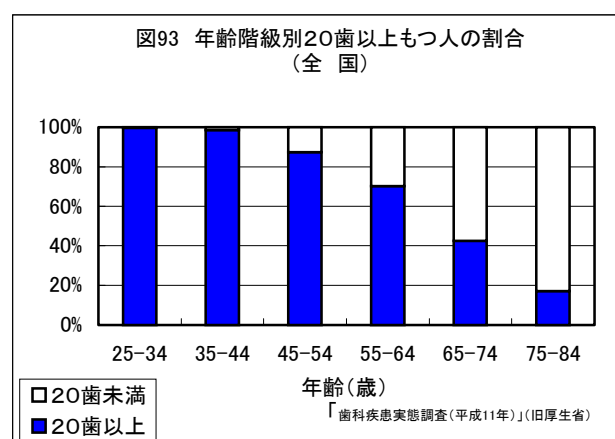
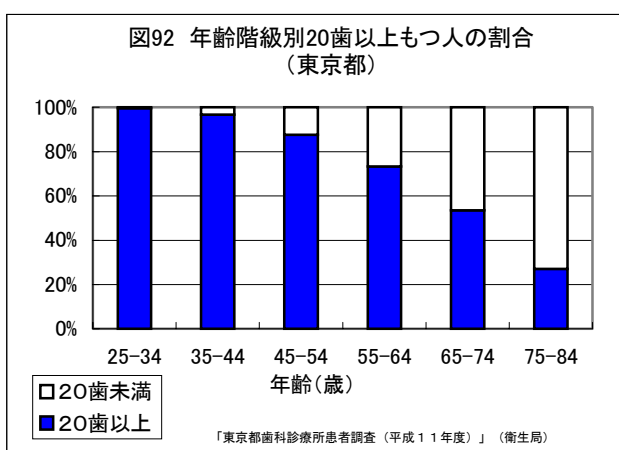
最近の調査研究から、^{ハチマルニイマル}8020達成者（80歳で20本以上の歯を持っている人）は日常の身体活動量が多く、体力的な面で健康な傾向にあるという結果が出ている。また、フェーススケール^{（注1）}でも、現在歯の多い人ほど点数が高く、現在歯数とQOLに関係があることが示された。

咬合力は、第一大臼歯を1本失っただけでも3分の2程度に減少することがわかっているが、かむ力を良好に保つことは、QOLの向上に寄与していることが示唆されたといえる。

関連データ

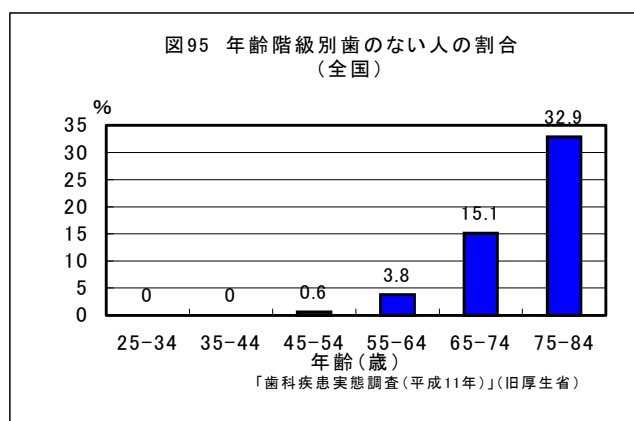
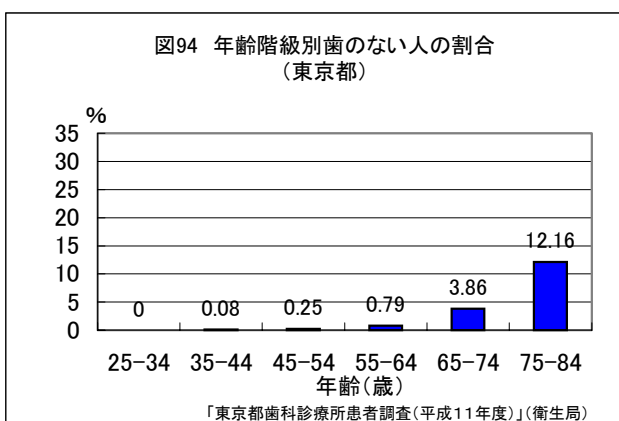
■ 年齢階級別現在歯数の保有状況（20歯以上もつ人の割合）

20歯以上もつ人の割合は、65歳以降、急激に減少している（図92及び図93）。



■ 年齢階級別無歯顎者（^{がく}歯のない人）の割合

歯のない人の割合は、年齢区分が10歳上がるごとに3倍程度の割合で増加している（図94及び図95）。



（注1）フェーススケール：ニコニコ顔から涙顔まで、自分の気分にあふさわしい顔つきの絵を選ぶ方法。QOL評価方法の一つ。

【項目 6 歯科疾患の減少】

個別 目標	指 標	ベース ライン	方 向
103	乳歯のう蝕予防		
104	乳歯のう蝕のない子どもの割合 3歳 5歳	70.3% 42.5%	90%以上 70%以上
105	永久歯のう蝕予防		
106	永久歯のう蝕のない子どもの割合 6歳 9歳	88.5% 57.1%	95%以上 75%以上
107	12歳	24.9%	50%以上
108	※ 12歳における一人平均う蝕数（DMF歯 数 ^{（注1）} ）	2.6歯	1.3歯以下
109	若年者における歯周病予防 ※ 12歳における歯肉に炎症所見の認められ る子ども（GO ^{（注2）} 及びG ^{（注3）} の者）の割合	13.5%	10%以下
110	重度歯周病の予防 進行した歯周病にかかっている人（CPI ^{（注4）} 最大コード3以上の者）の割合 40歳	31.7%	20%以下
111	50歳	48.9%	30%以下
112	60歳	56.8%	40%以下

※12歳は、中学校第1学年

取組のポイント

■ う蝕の原因とリスク因子

う蝕は砂糖、ブドウ糖等の糖類を多く含む飲食物の摂取によって歯垢（プラーク）中で産生された有機酸^{（注5）}による歯の脱灰現象^{（注6）}に起因する。酸性飲料の過剰摂取によって、直接エナメル質が脱灰されることもその原因となる。そのリスクは、エナメル質が未成熟な萌出直後の歯ほど高いので、乳歯では歯の生え始めから3歳過ぎまで、永久歯では5歳から15歳くらいまでが、最もう蝕になりやすい時期である。

乳歯う蝕のリスク因子としては、3歳児のう蝕に関する研究等により、フッ化物応用の有無、甘味食品・飲料の過剰摂取、授乳方法やその期間等が示されている。永久歯う蝕についても、フッ化物応用の有無、甘味食品・飲料の過剰摂取等がリスク因子として挙げられている。

（注1）DMF歯数：一人平均う蝕経験歯数。ある集団のう蝕になっている歯、う蝕を治療した歯、う蝕によって抜歯した歯の数を総計し、人数で割った数

（注2）GO：歯周病要観察者（軽い歯肉炎が見られる場合）

（注3）G：歯周病に関して歯科医による診断と治療が必要な場合

（注4）CPI：地域歯周病指数。最大コードが3以上とは、「4mm以上の歯周ポケットがあり歯周病の治療が必要な状態」をいう。

（注5）有機酸：有機化合物（炭素を含む化合物）で酸の性質を持つものの総称。口腔に存在する酸産生菌の代謝により生成される乳酸などのこと。

（注6）脱灰現象：骨や歯など石灰化組織の無機質が溶解し除去される現象。う蝕におけるエナメル質及び象牙質の崩壊において見られる。

■ 歯周病の原因とリスク因子

歯周病の最大のリスク要因は歯垢^{こう}であるが、素因や全身的な疾患等に影響されることも多い。

歯垢^{こう}が蓄積するとポケット^(注1)内の細菌のバランスが変化して、歯周病を起こす菌が優勢になる。歯周組織の原因菌に対する抵抗の強さが歯周病の発症と進行に影響する。

全身的な要因は、主に歯周組織の代謝を障害し、その修復機能や免疫機能を低下させるものであり、糖尿病、白血病、喫煙等がこれにあたる。

局所的なリスク因子としては、歯垢の蓄積等が挙げられる。いくつかの調査研究から、定期的な歯石除去、専門的な歯面清掃、歯間部清掃用器具使用等で歯垢^{こう}が除去されることにより、歯周病が治癒^ゆしたり軽減したりすることが報告されている。

■ 歯周病の全身への影響

歯周病と全身の健康との関連については、歯周病により絶えず口腔内の菌や様々な炎症産物等が血流に入り、全身状態の悪化を招いていることが指摘されている。

その一つとして、歯周病が虚血性心疾患のリスク因子であるという報告や、逆に歯周病の改善が糖尿病の改善につながるなどの報告もある。また、寝たきり高齢者等、口腔機能^{くう}の低下した人に見られる誤嚥^{えん}^(注2)性肺炎の原因菌は、歯周病原性細菌であるともいわれ、従来にも増して、口腔状態と全身状態との関連が注目されている。

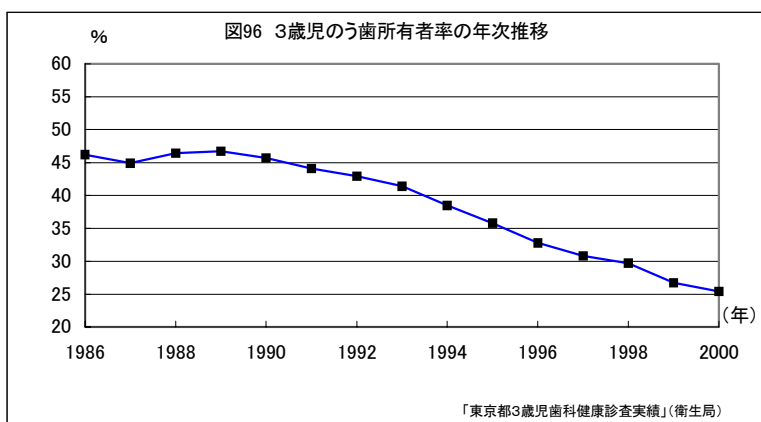
関連データ

〔幼児期・学齢期〕

■ 3歳児のう歯所有者率の年次推移

3歳児のう歯所有者率は、1990（平成2）年、都全体で45.7%であったが年々減少し、1998（平成10）年には29.7%となった。

その後も更に減少しながら推移している（図96）。

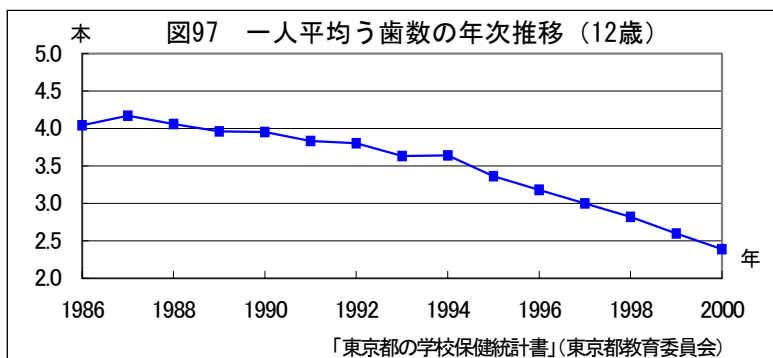


（注1）ポケット：歯肉と歯との間隙。歯周病が進むと、歯肉の歯に付着している部分が歯から剥離^{はく}して、ポケットが深くなっていく。

（注2）誤嚥^{えん}：口腔内に含んだものが気管内に入ってしまう現象

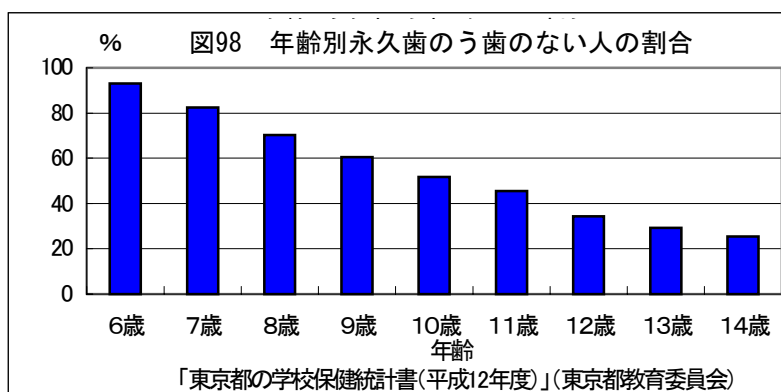
■ 12歳における一人平均う歯数の年次推移

12歳における一人平均う歯数は1994（平成6）年ごろから急速に減少しており、最近10年間で3分の2程度に減っている（図97）。



■ 永久歯のう歯のない人の割合（年齢別・平成12年度）

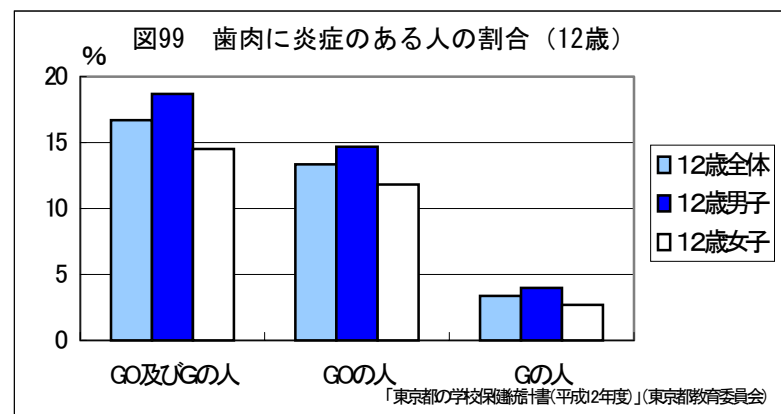
永久歯のう歯のない人の割合は6歳では90%を超えているが、年齢とともに減少し、13歳で3分の1以下となっている（図98）。



■ 12歳における歯肉に炎症のある人（GO及びGの者）の割合

GOの割合は男女とも10%を超えている。

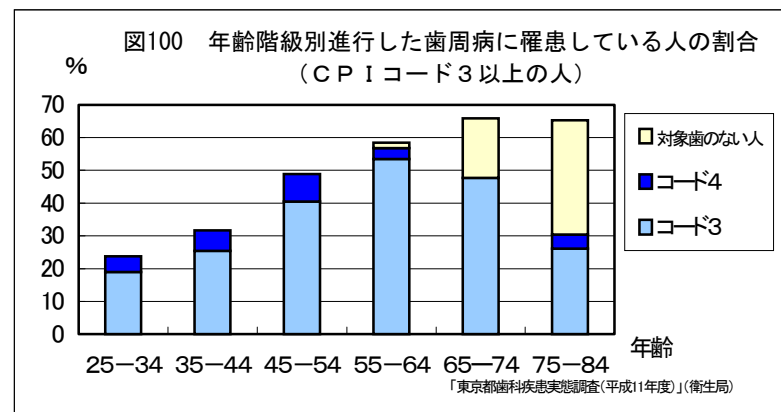
男子と女子を比べると、GO、Gの割合は、いずれも男子の割合の方が高い（図99）。



〔成人期・高齢期〕

■ 進行した歯周病に罹患している人（CPIコード3以上の人）の割合

CPIコード3以上の進行した歯周病に罹患している人の割合は、45歳から54歳までで、ほぼ半数に達している（図100）。



【取組 1 2 幼児期・学齢期における歯と口腔^{くう}の健康の基盤づくり】

個 別 目 標	指 標	ベース ライン	方 向
113	フッ化物配合歯磨剤 ^(注1) の普及 フッ化物配合歯磨剤を使用している子どもの割合 3歳	29.3%	70%以上
114	5歳	43.2%	90%以上
115	小学生(6歳～11歳) 9歳	15.6%	90%以上
116	中学生(12歳～14歳) 12歳	17.2%	90%以上
117	フロスによる歯口清掃習慣の定着 週に1回以上、フロスを使用している子どもの割合 中学生(12歳～14歳) 12歳	23.8%	40%以上
118	保護者による観察習慣の定着 週に1回以上、子どもの歯と口腔 ^{くう} を観察している保護者の割合 幼児期(1歳～5歳) 1歳6か月	78.1%	90%以上
119	3歳	80.2%	
120	5歳	69.4%	
121	小学校低学年(6歳～8歳) 6歳	65.5%	
122	セルフチェック習慣の獲得 月に1回以上、歯や歯肉の自己観察をしている子どもの割合 小学校高学年(9歳～11歳) 9歳	68.5%	90%以上
123	中学生(12歳～14歳) 12歳	70.8%	
124	専門的口腔 ^{くう} ケアを受ける習慣の定着 定期健診や予防処置(フッ化物歯面塗布、シーラント処置 ^(注2) 等)をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ子どもの割合 3歳	31.3%	60%以上
125	5歳	65.9%	90%以上
126	9歳	73.9%	90%以上
127	12歳	53.6%	90%以上
128	甘味食品・甘味飲料の過剰摂取の制限 甘味食品をほぼ毎日食べる子どもの割合 3歳	42.0%	減らす
129	5歳	35.2%	
130	9歳	23.9%	
131	甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合 3歳	36.7%	減らす
132	5歳	27.9%	
133	9歳	22.8%	

(注1) フッ化物配合歯磨剤：う蝕予防を目的として、フッ素化合物を配合した歯磨剤

(注2) シーラント処置：う蝕になりやすい臼歯の溝を埋めてう蝕の発生を予防すること。予防填塞ともいう。

取組のポイント

■ フッ化物配合歯磨剤の使用

う蝕予防の重要な時期である幼児期・学齢期に、う蝕抑制効果が明らかなフッ化物配合歯磨剤を使用することは、極めて効果が高いと思われる。しかし、実際にフッ化物配合歯磨剤を意識して選択し、使用している人は少ない。また、年少者の歯磨剤の使用率はまだ低く、歯科保健医療従事者からの情報提供が十分とはいえない状況である。したがって、フッ化物配合歯磨剤の有用性ととともに、歯磨剤の使用量、歯磨き後の適切な洗口等、効果的な使用法についての周知を十分図る必要がある。

■ 歯間部清掃用器具(フロス)の使用

歯肉炎の改善のためには歯垢^{こう}の除去が不可欠であり、学齢期に自分の口腔^{くわう}状況に合った歯口清掃法を身につけることは、生涯を通じた習慣の形成という点からも重要である。フロスの有用性についても周知を図り、フロスの使用を定着化させる必要がある。

■ 歯や歯肉の観察習慣

歯周病の初期段階は歯肉の観察で見つけられるため、健康な歯肉と歯肉炎の見分け方を習得し、自分で歯肉をチェックする必要がある。小学校高学年から歯肉炎が増え始めるので、この時期には、歯肉の自己観察法を習得し、習慣化を図ることが好ましい。また、幼児期から家庭で、保護者による歯と歯肉の観察が継続されることは、単に口腔^{くわう}内の変化に早く気付くということだけでなく、自分の体への興味を育むという点でも、保護者から本人へ観察習慣をスムーズに移行させるという点でも大切である。

■ 専門家による支援(定期健診、予防処置、健康教育等)

幼児期、学齢期を通じて、個々のう蝕のリスクに応じた予防管理を定期的に受けることが重要である。そのためには、区市町村の保健センター、学校歯科医、かかりつけ歯科医等による定期健診や適切な予防処置を受けることが必要である。予防処置としては、フッ化物歯面塗布、シーラント処置(予防填塞)等が挙げられるが、学齢期においては、歯周病予防のための歯石除去、歯面清掃も状況に応じて必要となる。また、フッ化物応用法の一つとして、かかりつけ歯科医でフッ化物洗口剤についての指導を受け、家庭で実施する方法も効果的である。いずれにしても、定期健診や予防処置と併せて、歯口清掃や食生活等に関する健康教育・相談及び保健指導が行われるべきである。

■ 甘味食品・甘味飲料の過剰摂取の制限

甘味食品・甘味飲料の摂取回数が多くなるほど、う蝕の発病のリスクは高くなるため、適切な間食の内容や回数等について、いろいろな場面で効果的な指導を行う必要がある。食事を楽しく、規則正しくとる子どもの間食の回数は少ないことが知られており、好ましい食習慣を身につけることが大切である。さらに、う蝕誘発性のほとんどない甘味料や食品に関する正確な情報提供も含めて、過剰摂取を避けるための実践可能な方策を具体的に示す必要がある。

また、1歳6か月を過ぎての就寝時の授乳習慣は、う蝕のリスク因子となることが示されている。長期にわたる就寝前の授乳がう蝕のリスクを高くすることを周知する必要がある。

■ 多様な場の活用による健康教育

乳幼児期は基本的な歯科保健習慣を身につける時期であり、学齢期はその定着を図る時期であることから、学校及び地域社会において、これらの時期に、様々な機会を通じた健康教育が行われることが重要である。

特に学校においては、健康づくりの一環として、歯科健康診断や健康教育等が、計画的に実施されることが、児童・生徒の健康の自己管理能力を育成する面からも重要である。

参考事例

《チャレンジ教室～永久歯のむし歯予防教室～》（中野区）

中野区では、地域の4歳から12歳までの子供たちが自ら参加し、遊びの中から学ぶ《チャレンジ教室》を年に2回、春と夏に開催している。この《チャレンジ教室》は、「くじらのしお吹きできる？」「水ってすごい！」「かぜにご用心！」等季節に合わせたテーマと、具体的な6から8の体験コースから成っている。体験コースは、「口で野菜ジュースを作る。」「うがいできる？ガラガラ（かぜ予防）ブクブク（むし歯予防）」「よいつば作ろう。」「舌で元気・病気がわかる。」「お口のクリーニングに挑戦」「口びるの力ある？クリスマスツリーをかざれる？」等、実際に口を使つての興味深く魅力的な内容ぞろい。福祉保健センターの1階から3階までを丸ごとフルに活用して行っている。

また、自分の参加した体験コースごとに結果を評価し、「がんばろう」が多かった場合には「すばらしい」に改善するためのメニュー（宿題）を提供して、次回のチャレンジで再評価できるようなプログラムを組んでいる。

ここでは、単に永久歯のむし歯予防にとどまらず、栄養や環境への取組をも含めて、健康にとって何が大切かを学んでいく。本物を見極めるスキルを身につけるために、「ようこそ、チャレンジ教室へ！」

《レインボー会～同一地区の保育所、幼稚園、小学校、中学校における予防活動～》（港区）

港区台場地域は、1996(平成8)年3月中旬に初めて住民が入居した全く新しい街である。住宅も保育所も幼稚園、小学校、中学校もすべてが新しくオープンした近代的な施設である一方で、児童、生徒は全員転校生、職員と教員も全員転勤者、保護者もまた初対面の方ばかりという、手探りの生活のスタートであった。もちろん、園医と学校歯科医も同様である。当然、学校歯科保健活動においても年間計画を立案する状況ではなかったが、せっかくの新任スタートというチャンスの下、ともに連携して地域での歯科保健活動に取り組むことで盛り上がり、園医と学校歯科医4人の情報交換の場《レインボー会》が、1996(平成8)年7月に結成された。ここでの取組の最大の特徴は、健診データの評価と検討のみならず、事後措置に関してより一層の有効性を高めるために科学的手法を用いたり、長期的に指導するための資料の保存等を地域全体でプログラムしたりしていることにある。具体的には、0歳から15歳までの15年間を通した歯科健康管理であり、う蝕及び歯周病ハイリスク児の継続的健康管理や不正咬合の経過観察と指導、科学的手法を用いたリスク判定、口腔内写真を利用した口腔観察の記録保存とその保健指導への応用等が挙げられる。この《レインボー会》は、各々の健診又は保健上の問題点等を話し合い、地域としての方策を検討する定期的な会合で、「CO（要観察歯）の動向について」等、研究の成果を着実に積み上げているところである。

《総合的な学習の時間における取組～小学校と地域との連携～》（狛江市）

狛江市立狛江第八小学校（2001(平成13)年度学校統廃合により現在狛江市立和泉小学校）では、1999・2000(平成11・12)年度文部省「歯・口の健康づくり推進指定校」の指定を受け、歯・口の健康づくりを通して先進的な教育の開発に取り組んだ。

中でも、「総合的な学習の時間」においては、福祉・健康の課題を取り上げ、学校が、地域の保健福祉施設や老人ホーム等と連携を図り、児童の主体的な活動を支援した。

児童が設定したそれぞれの課題を追求するにあたり、学年によっては、歯科保健の課題についてインターネットで調べたり、企業や動物園に電話で質問をしたり、さらに、地域の歯科医院や商店等を訪問して情報を集めたり、街頭インタビューを行ったり、範囲を市内全域に広げて幅広い活動を行ったりした。また、地域の歯科医療施設調査や住民の歯や口の健康に関する意識調査等により、自分たちの健康づくりに目を向けることもできた。

この研究を通して、歯や口は、児童の普段の生活にとっても身近な学習教材であり、健康に関する「総合的な学習の時間」のテーマとして、効果的であり、広がりのあるものであることがわかった。

【取組 1 3 成人期・高齢期における歯と口腔の健康づくりの推進】

個別 目標	指 標	ベース ライン	方 向
134	積極的な歯口清掃習慣の獲得 1日1回は十分な時間（10分程度）をかけて、 ^{くう} ていねいに歯を磨く人の割合	20.8%	50%以上
135	20歳～39歳	23.5%	
136	40歳～64歳	35.4%	
137	65歳以上		
137	歯間部清掃用器具を用いた歯口清掃習慣の定着 フロスや歯間ブラシを使用している人の割合	43.3%	80%以上
138	成人期 20歳～39歳	44.6%	80%以上
139	40歳～64歳	34.5%	60%以上
140	高齢期 65歳以上		
140	フッ化物配合歯磨剤の普及 フッ化物配合歯磨剤を使用している人の割合	25.2%	90%以上
140	20歳～39歳		
141	セルフチェック習慣の定着 月に1回以上、歯や歯肉の自己観察をしている人の割合	73.9%	90%以上
141	20歳～39歳		
142	自分自身の口腔保健に関する関心喚起 自分の歯の数を（誤差が0～1歯の範囲で）知っている人の割合	63.1%	70%以上
142	20歳～39歳		
143	専門的口腔ケアを受ける習慣の定着 定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合	20.0%	50%以上
144	20歳～39歳	39.6%	60%以上
145	40歳～64歳	25.4%	70%以上
145	65歳以上		
146	喫煙と歯周病の関係の周知 喫煙が歯周病のリスクであることを知っている人の割合	35.1%	すべての人に 知ってもらう
146	20歳～39歳		

取組のポイント

■ 積極的な歯口清掃習慣

歯周病に関する歯口清掃の予防効果は学問的にも確立されており、実際には歯のすべての面をくまなく磨いて歯垢^{こう}を取り去ることが重要である。そのためには、かかりつけ歯科医等に歯磨き指導を受けて、各人に合った磨き方を身につけ、歯間部清掃用器具も使いながら、10分程度の時間をかけて、丁寧に歯を磨く必要がある。

歯周病の好発部位である歯間部の歯垢^{こう}は、通常使用する歯ブラシで落とすことは難しいため、フロスや歯間ブラシ等の歯間部清掃用器具を使用することが大切である。

■ フッ化物配合歯磨剤の使用

近年、歯肉の退縮に伴う根面う蝕^{うしやく}の増加が懸念されており、成人期・高齢期においても、う蝕抑制効果の明らかなフッ化物配合歯磨剤の使用が推奨されている。

■ 専門家による支援（かかりつけ歯科医による歯石除去、歯面清掃等）

う蝕や歯周病の原因となる歯垢^{こう}の除去は、日常の歯口清掃で完全に行うことは難しく、特に歯間部等の歯垢^{こう}除去は困難である。また、歯石が沈着している場合は自分で除去することはできない。したがって、毎日のセルフケアに加え、定期的に受診して歯石除去や歯面清掃等の予防処置を受けることが必要とされる。

また、定期健診や予防処置に併せて、歯口清掃、食生活や喫煙等に関する保健指導が実施されることが効果的である。その際、糖尿病等全身的な疾患と歯周病等との関連についても指導を行い、必要に応じて専門医への受診を勧めるなどの対応も必要である。

以上のことは、主に歯科診療所において実施されており、身近なところに「かかりつけ歯科医」をもって継続的に管理を受ける習慣をつけることが重要である。

■ 喫煙と歯周病に関する知識の普及

近年、喫煙が歯周病のリスク因子であることが多くの疫学調査により明らかになっている。

したがって、喫煙が及ぼす歯周病への影響についても、すべての人に知ってもらうことを目指し、健康教育等で知識を十分普及させ、さらに禁煙希望者に対しても支援していくことが、歯科保健の分野から見ても必要である。

《60歳からの健康大学～新たな健康教育プログラムの展開～》（足立区）

足立区の健康大学は、地域での健康問題をテーマに、関係職種が協働して企画・運営する連続講座である。高齢化率の高い千住地域では、プレ高齢者を対象に《60歳からの健康大学～若いあなたの老いじたく》を総合テーマとして、今までにない新しい健康教育プログラムを組んでいる。生理学的な講義とともに老いるとはどういうことかを学ぶため、「浦島太郎セット」を装着して高齢者の擬似体験をしたり、加齢による体と心の変化や生活習慣病予防や食生活に関する知識等を通して、若い頃からの生活習慣と健康的な食事が重要であることを再認識するなど、参加者がいきいきと健やかに過ごすための「課題発見」につなげている。さらに、地域の法律事務所から弁護士を講師に迎え、自分の財産管理や生活設計等を含め、自己決定するための法的知識を学習するなど、「これからの人生プラン」を喚起する場となっている。

歯科保健分野の取組である「若さの歯科保健学～60歳からの健口プラン」は、自分や家族等身近な歯と口の健康問題についてワークシートを使うなど工夫した参加型の内容で、これからの人生を豊かにするための「歯と口の健康づくり」を目指している。また、体験学習では、ガムを使用した入れ歯擬似体験、唾液検査の体験、セルフケアの実践や自分の歯の目標づくりまで、グループワークを交えて幅広く展開している。この健康大学は、常に参加者が主体となって参加できる講義・グループワーク・発表を一貫して行うため、参加者相互が影響し合いながら自主グループや地域活動へと発展している。

《みんなでよい歯のまちづくり～健康家族の事例紹介の取組～》（大田区）

大田区では、「むし歯ゼロの育児」を実践している家族に注目し、健康家族の事例を区民に紹介しながら地域での健康づくりを推進している。人々が本当に知りたいことは、日常での実践的なちょっとした工夫、アイディア、テクニックなのということ、それは実践されている住民の方々だけが持ち得るもので、そこには学ぶべき多くの事柄が散りばめられている。

区民の方々が日々奮闘しながらも、工夫を凝らして歯の健康を守っている様子は、まさに生活に根ざした手法でありとても身近なものとして人々の心に響く。そして“何かを教えられた”ではなく、“何かに気づき、自分で学んだ”と感じさせる力を持っている。これらの事例を「健康家族紹介パネル」に仕立て、大田区の四つの保健福祉センター内に常設するほか、人の集まる所はどこでも情報発信の拠点と考えて、区役所ロビーや文化施設、スーパーマーケット等にも展示し、両親学級や生活習慣病予防教室等で教材として活用している。また、歯を入口にした健康づくりの実践事例集を作成したり、事例紹介の対象者を区民講師として招いて健康教育の場で体験を話してもらうなど、健康づくりの輪が地域全体に広げられていくよう支援している。「むし歯ゼロの育児」からスタートした《みんなでよい歯のまちづくり》の取組は、現在、高齢者や障害者にも対象を広げ、区民参加の親しみやすい事業として定着している。

【取組 1 4 歯科保健サービスの充実】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
147	歯周疾患検診の実施 歯周疾患検診実施区市町村数	18区市町村	増やす

取組のポイント

■ 歯科健診の目的

健康診査の目的は、疾患を早期に発見して早期治療に結びつけるだけでなく、自分の健康状態を正確に把握し、より健康的な生活習慣を身につけて健康のレベルを上げることにある。そのため、健診後の指導とその後の継続的フォローが重要である。

歯科の二大疾患であるう蝕と歯周病は、生活習慣病としての側面を持っており、健診がリスクを低減する生活習慣の改善に結びついてこそ意義がある。

■ かかりつけ歯科医との連携

歯科疾患の予防のためには、単に健診だけでなく、健診後のフォローも含め、個々のう蝕及び歯周病のリスクに応じた継続的な予防管理が不可欠である。そのためには、各人が自分にあった「かかりつけ歯科医」をもつことが望ましい。病気の症状や予防方法等の説明を丁寧に行い、好ましい生活習慣獲得のための行動変容を支援する地域の歯科診療所が望まれている。

関連データ

■ 母子歯科健康診査の受診率（平成12年度）

表 3 地区別母子歯科健康診査の受診率

事業名 \ 地区	全 体	区 部	多 摩 地 区	島 しょ 地 区
1 歳 6 か 月 児 歯 科 健 康 診 査	83.7%	80.2%	90.2%	86.6%
3 歳 児 歯 科 健 康 診 査	86.0%	84.3%	89.1%	87.7%

■ 成人歯科健康診査の実施状況（平成12年度）

表 4 地区別成人歯科健康診査の実施地区数

（実施地区数）

地区	全 体	区 部	多 摩 地 区	島しょ地区
成人対象の歯科健康診査	42地区	23地区	17地区	2地区
うち歯周疾患検診 [※]	18地区	9地区	7地区	2地区

※ 歯周疾患検診：老人保健法に基づく40歳及び50歳に対する歯科健康診査

参考事例

《歯周疾患改善指導事業～地域の歯科医療機関との連携～》（千代田区）

千代田区では、30歳以上の区民を対象に、1993(平成5)年9月から成人歯科健診を実施してきたが、2000(平成12)年9月からは生活習慣病予防対策の一環として《歯周疾患改善指導事業》を開始した。

この事業は、40歳・50歳を対象とする成人歯科健診（歯周疾患検診）を受診した区民のうち「要指導」となった人を対象に、健診を受けた地域の歯科医療機関において4か月にわたって継続的に個別の指導を行うものである。2000(平成12)年度の実績を見ると、40歳・50歳の受診率は11.3%で、1999(平成11)年度と比較すると3.6ポイント、特に40歳では7ポイントもの伸びが見られた。このことは、歯周疾患改善指導事業が広く区民に受け入れられ、成人歯科健診の受診率の向上に役立ったためと思われる。

歯の健康を保つことは、食事や会話を楽しむなど生涯にわたって健康な生活を営む(健康寿命を保つ)ために大切なことである。80歳で20本以上の歯を残す8020運動を目標に、区民に身近な地域の歯科医療機関（かかりつけ歯科医）と連携しながら、区民一人ひとりが健康づくりについての知識を身につけ、健康増進のための行動を自ら選択できるよう、区は積極的に支援していかなければならない。

そのためにも、成人歯科健診の受診率をより向上させ歯周疾患の早期改善を図るために、「歯周疾患改善指導事業」を今後もなお一層充実したものにしていける必要がある。

《地域デイサービス事業～要支援・虚弱高齢者に対する閉じこもり予防の取組～》（府中市）

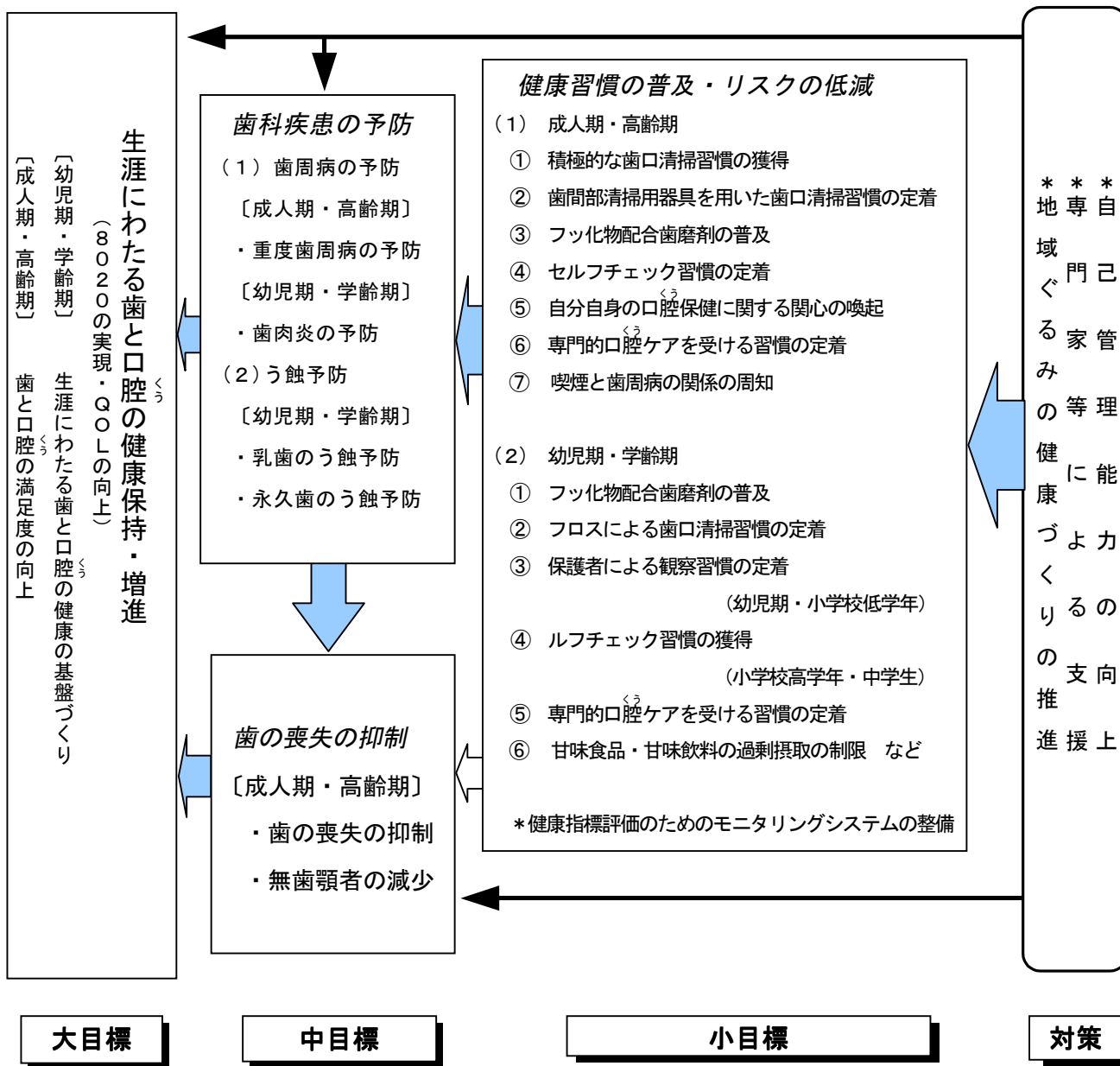
府中市では、2001(平成13)年度から介護予防・生活支援事業として「地域デイサービス事業」を開始した。この事業は、市内8か所ある高齢者在宅介護支援センターのうちの5か所が中心となり、地域の文化センター及び公会堂を利用して行っている。対象となるのは65歳以上の介護予防を必要とする方々である。週1回、自宅に近い会場で昼食会をはさんで午前・午後にレクリエーション、介護予防のためのリハビリ体操等を行うもので、この中に「介護予防講座」があるが、現在3か所のサービスセンターの事業に歯科医師及び歯科衛生士が参加をしている。

寝たきりになってからの口腔の問題は、現在、各方面で取り上げられているが、何より大切なことは寝たきりにならないための予防、むしろ健康づくりといえる。そのため、加齢に伴う身体の機能低下とともに口腔の機能も低下する点を踏まえ、従来からの口腔清掃を中心とした内容から、「健口体操」等、口腔のリハビリ体操等を取り入れた機能面の取組を積極的に行っている。

また、この機会に「口腔の健康と全身とのかかわり」についても十分伝えるよう配慮している。

今後は、すべての地域デイサービス事業に参加することにより、高齢者に対する歯科保健事業をますます発展させていきたい。

東京都歯科保健対策推進協議会では、2000（平成12）年8月、歯科目標（西暦2010年の歯科保健目標）を設定し提言している。



Ⅲ 寝たきりの予防

都の高齢化は急速に進んでおり、総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は、2001（平成13）年1月現在で16.1％である。今後更に高齢化が進み、2015（平成27）年には25.2％が65歳以上の高齢者になるものと予測されている。

また、65歳以上の高齢者のうち、要介護者等の人数は1998（平成10）年度の229,000人から、2004（平成16）年度には283,000人に増加することが予測されている。

このような状況の中で、高齢期になっても、いつまでも自立して、いきいきと暮らしていけることが大切である。

そのためには、寝たきりにならず、いつまでも社会に参加する意欲を持って生活できるよう、家族や地域が支援していくことが重要である。

寝たきりになる主なきっかけとしては、脳血管疾患等の生活習慣病や骨折等の身体的要因だけでなく、やりたいことができなくなったり、行きたいところに行けなくなったりするなどの、心理的・社会的要因も影響している。

寝たきりの予防のためには、生活習慣病や骨折を予防する取組に加えて、高齢者が地域で孤立したり閉じこもることがないように、サークル活動やボランティア活動等、高齢者が参加しやすい活動の場を用意することも大切である。特に、ひとり暮らし高齢者や虚弱な高齢者等の孤立しがちな人々に対しては、社会全体で支えていく仕組みづくりが必要である。

プラン21では、寝たきり予防に向けて、「骨折・転倒の減少」及び「高齢者の閉じこもりの減少」の2項目を今後目指すべき方向として設定し、それぞれの項目について個別目標を定めた。各項目の目標設定の考え方は以下のとおりである。

■ 骨折・転倒の減少（項目7）

骨折は、高齢者が寝たきりになる要因の一つである。

また、転倒は骨折の直接的な原因となるばかりでなく、転倒に対する恐怖心から活動範囲が狭くなるなど、心理的・社会的な影響も与える。

以上のことから、高齢者の骨折の受療率と、高齢者の転倒による救急車での搬送人数を指標として設定する。また、骨折の要因となる骨粗しょう症の予防を目的として実施している骨粗しょう症予防対策事業の実施状況も指標として設定する。

■ 高齢者の閉じこもりの減少（項目8）

高齢者が寝たきりになる要因には、身体的な機能低下に加えて、心理的・社会的な要因による「閉じこもり」がある。

外出頻度が週 1 回程度以下の高齢者の割合は、2000（平成12）年の調査では13.9%であった。

以上のことから、閉じこもりの指標として、高齢者の外出頻度と近所づきあいの状況を指標とする。また、閉じこもりを減らすための自立支援の活動として、機能訓練及び生きがい活動支援通所事業の実施状況について指標を設定する。さらに、社会参加の促進の指標として、高齢者の就労状況、学習への参加及びボランティア等への参加状況を指標とする。

【項目7 骨折・転倒の減少】

個別目標	指標	ベースライン	方向
148	高齢者の骨折の受療率（人口10万対）	271	下げる
149	高齢者の転倒による搬送人数	21,683人	減らす

取組のポイント

■ 高齢者の骨折の特徴と重点課題

脊椎骨折及び大腿骨頸部骨折は、加齢とともに発生率が急上昇することが知られている。特に、大腿骨頸部骨折は、歩行障害や寝たきりの原因になるほか、高齢者のQOLを著しく低下させるため、大腿骨頸部骨折予防を中心とした取組が望まれる。

大腿骨頸部骨折の発症には転倒の関与が強いことが知られており、転倒の予防を充実していくことが必要である。

■ 転倒の危険因子とその予防

高齢者の転倒については、身体機能に関連した危険因子として、感覚障害、反応時間の遅延、筋力低下、バランス機能低下、歩行機能低下、起居動作能力の低下等が知られている（表5）。

特に女性は、加齢による筋力低下のため、転倒の衝撃をやわらげられなくなることや、骨量の低下等により、大腿骨頸部骨折の危険性が高くなる。このため、日ごろから適度な運動を心がけて体力低下を防ぐほか、安全な履き物を使う、段差の解消に努めるなどの環境整備が大切であり、これらを視野に入れた取組が必要である。

表5 転倒の危険因子

内的要因	外的要因
不可変的因子 年 齢 転倒の既往 虚弱（健康状態の悪化） 慢性疾患（特に歩行障害をもたらす痴呆、パーキンソン病、片麻痺、変形性関節症など） 可変的因子 視力障害（白内障、近視） 薬物服用（長時間作用鎮静剤） 平衡機能失調（ふらつき） 下肢筋力低下 低身体活動性 アルコール飲用	1～2cmほどの室内段差（敷居） 滑りやすい床 履物（スリッパ） つまづきやすい敷物（カーペットの端、ほころび） 電気器具コード類 照明不良 戸口の踏み段

「老人保健法による骨粗鬆症予防マニュアル」（旧厚生省）

■ 高齢者の転倒事故の発生状況

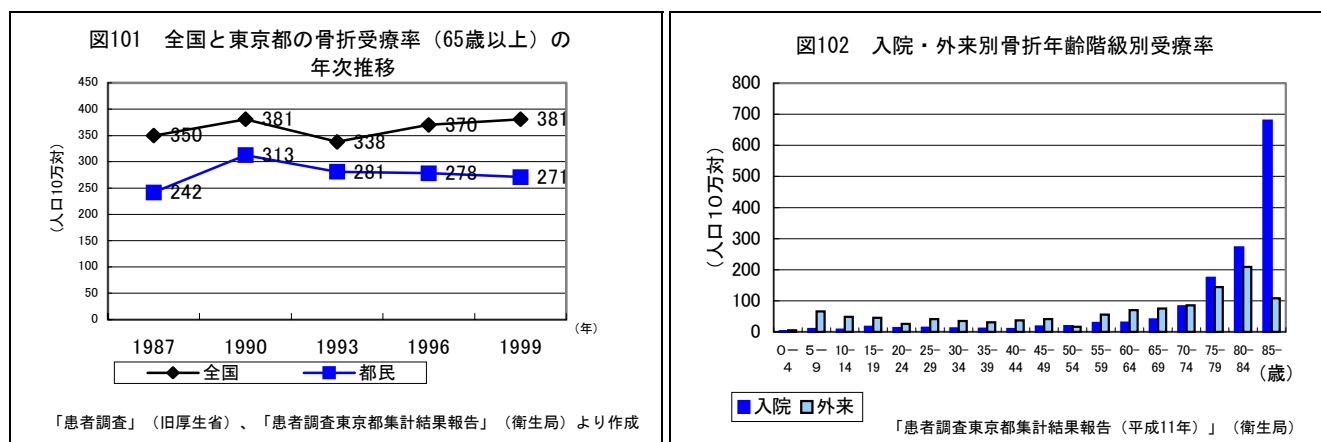
高齢者の一般負傷による搬送人数の受傷形態別では、「転倒」が75.6%と大部分を占め、他の年齢層に比べ大幅に多くなっている。

関連データ

■ 65歳以上の骨折受療率の推移

骨折受療率の年次推移は、全国よりも低く、おおむね横ばいである（図101）。

年齢階級別では、60歳ごろから増加し、80歳以降は入院の増加が著しい（図102）。



また、過去3回にわたり大腿骨頸部骨折の全国調査（「大腿骨頸部骨折全国調査」1987（昭和62）年・1992（平成4）年・1997（平成9）年折茂ほか）が行われているが、それによると、10年間で患者数は1.7倍になっており、80歳以上の高齢者で増加している。

■ 転倒の発生率

在宅高齢者を対象とした転倒の年間発生率の調査（全国規模）によると、65歳以上の在宅高齢者の1年間での転倒発生率は、ほぼ20%程度である（表6）。

表6 在宅高齢者の転倒の年間発生率

報告者 (年)	安村ほか (1994)	新野ほか (1995)	加納・鈴木 (1997)	崎原・當銘 (1997)	芳賀 (1997)
地 域	秋田県N村	新潟県N村	静岡県M町	沖縄県U市	北海道O町
対象者	65歳以上 685人	65歳以上 1,207人	65歳以上 534人	65歳以上 837人	65～84歳 882人
転倒発生率	男17.3% 女15.6%	平均19.8%	男18.7% 女22.9%	男6.8% 女13.7%	男16.4% 女19.1%

上記報告はいずれも地域の在宅高齢者を対象とし、面接聞き取り調査を主体として調査方法、調査項目をほぼ標準化し1年間における転倒の経験を調査したものである。

「平成7年度-平成8年度科研究費補助金研究成果報告書（代表 柴田 博）地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合研究、1997」より引用

「生活習慣・生活環境アセスメントマニュアル」（旧厚生省）

【取組 15 骨粗しょう症予防対策の充実】

個別目標	指標	ベースライン	方向
150	骨粗しょう症予防対策事業実施 区市町村数	34区市町村	増やす

取組のポイント

■ 骨粗しょう症の危険因子

危険因子には、食塩の過剰摂取や運動不足等、他の生活習慣病と共通するものが多く、生活習慣を改善することで、リスクを減らしたり、発症を遅らせたりできるものも多い（表7）。

表7 骨粗しょう症の危険因子

除去しえない危険因子	除去しうる危険因子
加齢 性（女性） 人種（白人・黄色人種・黒人） 家族歴 遅い初経 早期閉経 過去の骨折	カルシウム不足 ビタミンD不足 ビタミンK不足 リンの過剰摂取 食塩の過剰摂取 極端な食事制限（ダイエット） 運動不足 日照不足 喫煙 過度の飲酒 多量のコーヒ

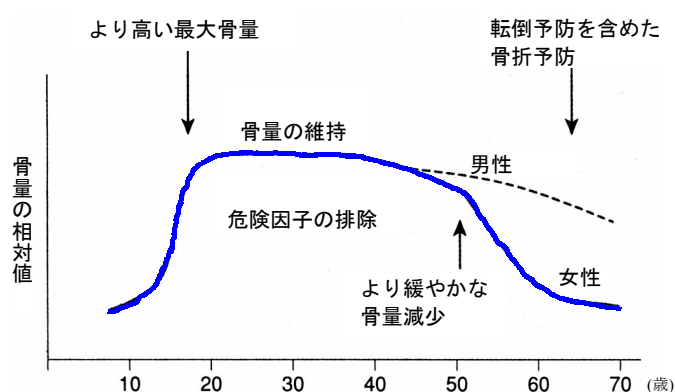
「老人保健法による骨粗鬆症予防マニュアル」（旧厚生省）

■ ライフステージにあわせた指導

骨粗しょう症の主なリスクとして、加齢による骨量の減少、栄養（蛋白質、カルシウム、ビタミンD等）の摂取不足、骨への物理的刺激の減少等が挙げられる。

小児期から青年期までは、できるだけ高い骨量が得られるよう、また、中高年期には骨量の減少をできるだけ緩やかにするため、カルシウム等を十分に摂取するとともに、継続的な運動習慣を身につけることが大切である（図103）。

図103 ライフステージごとの骨粗しょう症対策



「老人保健法による骨粗鬆症予防マニュアル」（旧厚生省）

寝たきりの予防／骨折・転倒

■ 高齢者の転倒予防の重要性

骨粗しょう症は、^{せきつい}脊椎、^{たい}大腿骨、^{とう}橈骨に好発するため、^{せきつい}脊椎骨折、^{とう}橈骨遠位端骨折（手首の骨折）、^{たい}大腿骨頸部骨折等が起こりやすい。

^{たい}大腿骨頸部骨折は加齢とともに発生率が急上昇し、つまずいたり、転倒したりすることにより起こることがある。高齢期の寝たきりのきっかけとなることも多く、高齢期では、転倒を予防することが重要である。

■ 若年期の生活習慣の改善

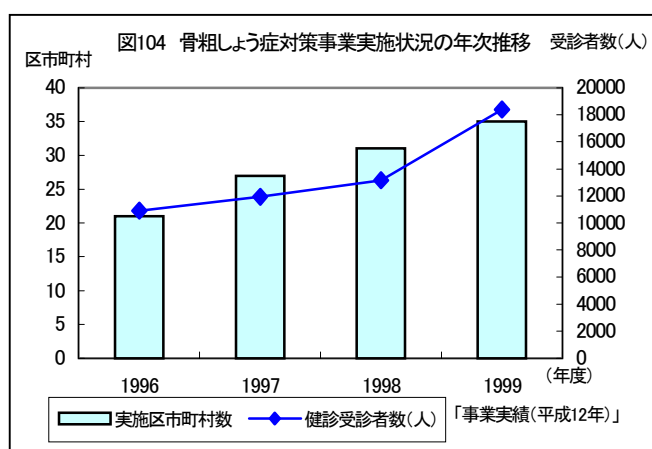
骨量が増加する若年期は、カルシウムの摂取量が最大骨量（骨密度）を決定する要因の一つであり、この時期にカルシウムを十分摂取することが重要である。

一方、若年期には過剰なやせを願う傾向も見られるため、無謀なダイエットによって、不足しがちなカルシウム摂取が一層少なくなることも考えられる。そのため、栄養バランスのよい食事をするよう心がけ、十分なカルシウムが摂取できるよう、情報提供に努めるなどの取組が必要である。

関連データ

■ 骨粗しょう症対策事業実績

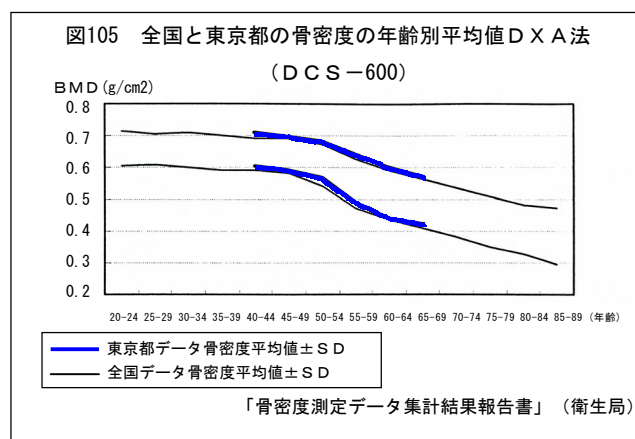
事業実施区市町村数、骨粗しょう症健診受診者数共に増加している（図104）。



■ 骨密度の平均値の全国との比較※

都の骨密度（BMD）の平均値は、全国データとほぼ同様の傾向であった（図105）。

※ 1995（平成7）年度から1997（平成9）年度までの東京都骨粗しょう症予防対策事業における骨密度測定データを全国データ（日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会）と比較できる機種（DCS-600、DTX-200、DPX、DIP-1000）について比較したものである。



参考事例

《ライフステージにあわせた展開事例～骨粗しょう症予防のための骨密度相談（測定）～》（中野区）

中野区では、骨粗しょう症を予防し、骨粗しょう症を原因とする骨折による寝たきりを防ぎ、健康づくりへの関心を高めることを目的に骨密度相談を行っている。

年齢対象別の3コースを設け、ライフステージの特徴にあわせた指導を行っており、各コースとも、1日目は、問診と検査（18歳から59歳までは腰椎DXA法、65歳以上は第2中手骨CXD法、身体計測）、2日目は結果説明及び生活指導となっている。

18歳から39歳までの女性を対象とした「わくわく骨量増進コース」では、骨量の維持増進を目的としており、授乳期の産婦の参加もある。40歳から59歳までの女性を対象とした「はつらつ更年期コース」は、更年期の骨量減少の著しい時期への対応を目的としている。一次予防としての骨量の維持増進に加え、特に、この時期に骨量減少割合の高い群（fast loser）を発見し医療に結びつける二次予防にも努めている。60歳以上の男女を対象とした「いきいき熟年コース」は、骨量低下の予防と同時に、転倒による骨折を防ぎ、寝たきりを予防することを目的としている。

今後は、更年期女性を中心とした要指導域の者へのフォローの充実を目指し、高齢者に対しては、高齢保健・福祉対策の一環として、転倒予防をメインテーマにした取組を総合的に組み立てていく。

《骨粗しょう症検診後のフォローを充実～骨粗しょう症予防コース～》（羽村市）

羽村市では、1997（平成9）年度に新たに骨粗しょう症検診を開始した。骨粗しょう症予防のための知識の普及を図るため、検診後のフォロー事業として骨粗しょう症予防コースを開始した。

骨粗しょう症検診の結果、要指導又は要医療と判定された方を対象に、3日間コースで保健センター及びスポーツセンターを会場として開催し、医師、保健婦、栄養士及びスポーツトレーナーが相談・指導にあたっている。1日目には、スポーツトレーナーによる運動指導、2日目には参加者の個人別指導せんを作成し、個別指導を実施、3日目には調理実習を行う。参加者には運動習慣がない方も多く、健康づくりのための運動を始めるきっかけともなっている。

この事業は、栄養指導、筋力づくり等の運動指導の二本柱となっている。栄養、運動の両面から指導を行っていくために、保健センターのみではなく体育課と共同実施している。

参加者からの希望によりコース終了後、自主グループが誕生しており、活動を続けている。

《高齢者住宅改修》（杉並区）

杉並区では、2000（平成12）年4月から高齢者の住宅内での転倒を予防するとともに、介護者の負担軽減を図るために、介護予防・生活支援サービス事業の一環として、住宅改修工事の給付等について必要な事項を定め、予防給付・設備給付を行っている。

対象は、予防給付の対象者が、区内居住の65歳以上の在宅高齢者で介護保険の対象とならない者、設備給付の対象者が、区内居住の65歳以上の在宅高齢者で要介護認定で要支援・要介護となった者である。予防給付は手すりの取付けや床段差の解消等、設備給付は浴槽の取替え、流し・洗面台の取替え及び便器の洋式化が対象である。

希望者の相談に対しては、保健衛生、福祉部門の担当者や理学療法士、作業療法士、ケアマネジャー等が連携しながら応じており、家庭訪問を経て給付内容を決定している。そのため、改修には作業療法士や理学療法士等のアドバイスが生かされている。

また、住宅事情その他で改修の行えない人等には福祉用具の給付がある。

【項目 8 高齢者の閉じこもりの減少】

個別 目標	指 標	ベースライン	方 向
151	外出頻度が週 1 回程度以下の高齢者の割合	13.9%	減らす
152	近所づきあいのない高齢者の割合	9.6%	減らす

取組のポイント

■ 閉じこもり状態を把握する指標

閉じこもりに関する広く認められた概念や統計はなく、「生活習慣・生活環境アセスメントマニュアル」（旧厚生省老人保健課）では、アセスメント表の閉じこもりの測定尺度を「外出頻度（外出先は問わない）」とし、定義を「日常の外出頻度が週 1 回程度以下」としている。また、東京都老人総合研究所の調査では、「外出頻度が週 1 回以下」の者に「健康ではない」という自己評価をする者が多いなど、外出頻度と主観的健康感との関連が見られている。そのため閉じこもりの指標を「外出頻度週 1 回程度以下」とした。

閉じこもりはADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）、QOLや健康感の低下につながりやすく、高齢者の外出を促進する取組が必要であり、「1 日 1 回は外に出ましょう。」といった呼びかけも効果的である。

■ 閉じこもりと寝たきりの関連

前述のマニュアルによると、閉じこもりには、①身体的な障害があるなど「外出が困難あるいはできない」高齢者（タイプ 1）と、②障害がないかあっても軽度にもかかわらず「外出しようとしなない」高齢者（タイプ 2）に分かれる。

地域で生活する高齢者の中での閉じこもりの頻度は、65歳以上の高齢者の約10%程度、うちタイプ 1 が 3、4 割、タイプ 2 が 6、7 割と推定されている。

タイプ 1 は、寝たきりに移行する可能性が高い状態であるが、いったん閉じこもりになっても、約 1 年後には約 3 分の 1 が閉じこもり状態から回復しており、回復した人はその後も良好であったことが報告されている。

また、タイプ 2 は、寝たきりへの直接的な関連は十分に検証されていないが、閉じこもりにより生活範囲が縮小し、心身活動量の低下から廃用症候群^{（注 1）}をきたし、寝たきりになりやすいと考えられている。

（注 1） 廃用症候群：長時間の臥床や運動不足等、体を動かさないことにより、筋萎縮、関節拘縮^{こうしゆく}、起立性低血圧、褥瘡^{じよく}、精神活動低下等を生じた状態

関連データ

■ 高齢者の外出頻度

「高齢者の生活実態」（2001（平成13）年、福祉局）によると、「ほぼ毎日」の外出は、51.3%と半数を占めている。一方、「週1回程度」は6.0%、「ほとんど外出しない」は7.9%である。また、健康状態が「大変よい」と回答した者のうち、「週1回程度」「ほとんど外出しない」を合わせると6.1%となっている。

■ 「閉じこもり」と外出頻度

東京都老人総合研究所の調査によると、「外出頻度を週1回以下」を閉じこもりとした場合、調査した65歳以上の687人のうち、20.2%が該当し、年齢別頻度は、80歳以上で明らかに高い(表8)。また、日常生活の自立度との間に強い関連が見られた。日常生活の自立度が高い人でも閉じこもり状態と判定される人が53人(9.3%)あり(表9)、閉じこもりは二つのタイプに分けられると考えられている。

表8 性別、年齢階級別の外出頻度

性	年齢階級 (歳)	毎日1回 以上	1回/2～3日	1回/週	ほとんど 外出せず
男 性	65～69	36 (73.5)	7 (14.3)	3 (6.1)	3 (6.1)
	70～74	57 (74.0)	10 (13.0)	3 (3.9)	7 (9.1)
	75～79	33 (67.3)	9 (18.4)	2 (4.1)	5 (10.2)
	80～84	29 (67.4)	6 (14.0)	—	8 (18.6)
	85以上	20 (55.6)	3 (8.3)	5 (13.9)	8 (22.2)
女 性	65～69	47 (74.6)	11 (17.5)	1 (1.6)	4 (6.3)
	70～74	74 (69.2)	23 (21.5)	3 (2.8)	7 (6.5)
	75～79	81 (64.8)	26 (20.8)	4 (3.2)	14 (11.2)
	80～84	42 (48.3)	15 (17.2)	10 (11.5)	20 (23.0)
	85以上	11 (21.6)	8 (15.7)	8 (15.7)	24 (47.1)

対象：東京都老人医療センター外来受診患者（1999年10月～12月）

データソース：東京都老人総合研究所短期プロジェクト「高齢者のインフルエンザおよびその合併症の予防」

「生活習慣・生活環境アセスメントマニュアル」（旧厚生省）

表9 日常生活自立度と外出頻度との関連

総合的 A D L	厚生省 自立度判定	該当人数 (%)	外出頻度			
			毎日1回以上	1回/2～3日	1回/週	ほとんど 外出せず
レベル1	J0、J1	463 (100)	367 (79.3)	70 (15.1)	17 (3.7)	9 (1.9)
レベル2	J2	105 (100)	53 (50.5)	25 (23.8)	10 (9.5)	17 (16.2)
レベル3	A1	55 (100)	6 (10.9)	12 (21.8)	7 (12.7)	30 (54.5)
レベル4	A2	34 (100)	4 (11.8)	9 (26.5)	3 (8.8)	18 (52.9)
レベル5	B	30 (100)	1 (3.3)	2 (6.7)	2 (6.7)	25 (83.3)
レベル6	C	—	—	—	—	—
合 計		687 (100)	431 (62.7)	118 (17.2)	39 (5.7)	99 (14.4)

対象：東京都老人医療センター外来受診患者（1999年10月～12月）

データソース：東京都老人総合研究所短期プロジェクト「高齢者のインフルエンザおよびその合併症の予防」

レベル1：自転車、車、バス、電車を使ってひとりで外出できる

レベル2：家庭内および近所ではほぼ自由なく動き活動するが、一人で遠出できない

レベル3：少しは動ける（庭先に出てみる、小鳥の世話をしたり、簡単な縫い物などをするという程度）

レベル4：起きてはいるがあまり動けない（床から離れている時間のほうが多い）

レベル5：寝たきり（床は常時敷いてある。トイレ、食事には起きてくる）

レベル6：寝たきり

「生活習慣・生活環境アセスメントマニュアル」（旧厚生省）

【取組 16 自立支援の促進】

個 別 目 標	指 標	ベースライン	方 向
153	機能訓練事業 ^(注1) 実施区市町村数 (B型)	33区市町村	増やす
154	自主グループ・家族会活動のある機能 訓練実施施設		
155	自主グループ 家族会	26.3% 8.6%	増やす
156	「生きがい活動支援通所事業 ^(注2) 」 実施区市町村数	52区市町村	増やす

取組のポイント

■ 様々な自立支援の取組とネットワーク

地域社会において一人ひとりが主体性を持って、友人や仲間と交流しながら生活することは、QOLの向上を目指す際に大切である。

このため、行政が提供する保健福祉サービスに加え、ひとり暮らし高齢者や虚弱な高齢者等の孤立しがちな人の社会参加を促し、見守り支えあう仕組みが大切であり、このような機能を担う組織や活動の充実が重要である。

■ 自助グループ活動を推進するための働きかけ

機能訓練事業の参加者を中心として自主活動グループを育成するなどして、自立に向けた社会参加の支援を進めていくことが必要である。

例えば、行政が場所を提供したり、保健医療専門職が必要に応じて助言をしたりするなど、行政主導で活動がスタートした場合でも、趣味やレクリエーションを中心に取り組むなど、「仲間が集う場」としての役割を持たせるなどの工夫をしながら、徐々にグループのメンバー一人ひとりが主体的に活動に取り組めるよう支援することが大切である。

■ 地域ぐるみの活動を推進するための働きかけ

ひとり暮らしや虚弱な高齢者等、閉じこもりがちな人々を支えるための仕組みづくりには、地域の身近なところに多様な活動や場があることが望ましい。

なお、「あなたの町の寝たきりゼロ活動」（1999（平成11）年、衛生局）では主体別に活動事例を紹介している。

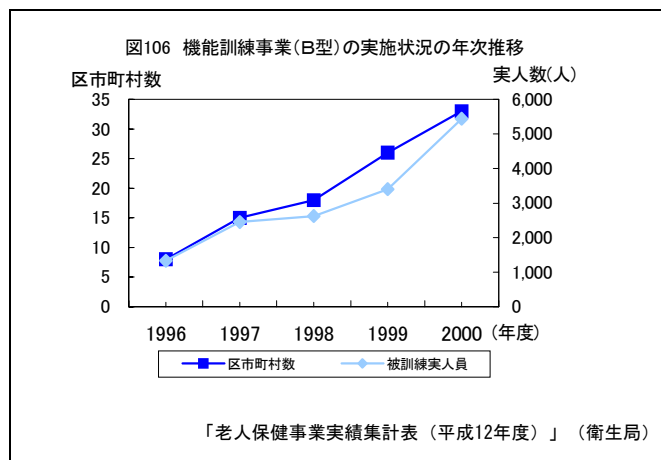
（注1） 機能訓練事業：老人保健法に基づく保健事業の一つ。40歳以上の住民を対象として、国の保健事業実施要領に基づき区市町村が実施する。疾病や外傷等による障害や機能低下に対する訓練を行うA型と、老化等に伴って生じる閉じこもりや孤立等の回復・予防を対象とするB型がある。

（注2） 生きがい活動支援通所事業：国の介護予防生活支援事業実施要綱に基づき区市町村が実施する事業。指定通所施設に生きがい活動援助員を配置し、要介護認定で自立と判定された高齢者への日常動作訓練や趣味活動を行い、自立生活の助長や要介護状態の予防を図るもの

関連データ

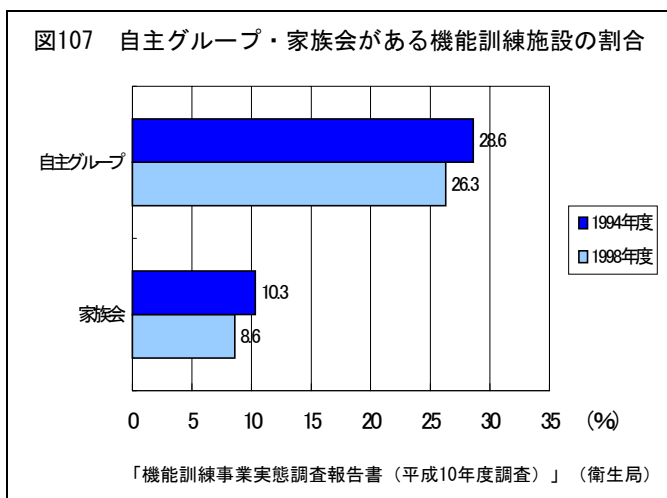
■ 機能訓練事業（B型）実施区市町村数の推移

区市町村数、被訓練実人数ともに増加傾向にある（図106）。



■ 自主グループ・家族会がある機能訓練施設の割合

自主グループ、家族会とも、やや減少している（図107）。



参考事例

《婦人学級の活動からNPO法人の設立へ～考える会から活動する会へ～》

(特定非営利活動法人 長寿社会を考える会)

婦人学級での出会いがきっかけとなり、「すてきな長寿を迎えるために」「新たな生きがいを作ろう」という思いの人が集まり、1987(昭和62)年7月に「八王子の長寿社会を考える会」が発足した。発足後、2年間は学習会や見学会等を通じて高齢社会での生き方を学ぶ活動を行っていたが、勉強会講師の「考える会から行動する会へ」の言葉がきっかけとなり、非営利の有償家事援助サービスから活動を始めた。今では幅広い活動を続けており、高齢者の健康維持・増進を図るためには、保健事業のみならず、福祉との連携や一体的な提供が重要と考え、1999(平成11)年度から現在の団体名「特定非営利活動法人 長寿社会を考える会」に改称し、NPO法人の認定を受け、福祉サービスも手がけている。

現在、260名から300名程度の会員がおり、食事サービスは常時100名前後の利用者が登録している。主な活動内容としては、栄養バランスに配慮した高齢者への食事作りと宅配、高齢者・障害者を対象とした家事援助サービス・介護サービス、ミニ・デイケアサービス、「生きがいづくり」「健康づくり」「ふれあいづくり」を目指した生涯学習活動、介護保険指定訪問介護事業等がある。

《地域ぐるみで考えよう、ねたきりゼロのための介護教室》(多摩市)

多摩市では、いつまでも住み慣れたところで生きがいのある生活が送れるように、自分の地域の中で、寝たきり・閉じこもりにしない地域介護支援について考えることを目標とした「ねたきりゼロのための介護教室」に取り組んだ。

この教室は、参加者個人が寝たきりにならないようにするための生活の工夫を学び、閉じこもりにさせない地域のあり方を考えることに特徴がある。3日間のプログラムにより、グループワークや病気の体験談、体験実習等を通して、介護することされることを自分達の問題として考えられるよう工夫している。各地域(地区)30名を定員として、地域のコミュニティセンター、公民館、健康センター等を会場に、地域単位ごとに8回開催した。対象は、地域の住民のほか、健康づくり推進員、民生委員、コミュニティセンター運営協議会、老人クラブメンバー及び自治会等、地域活動の実践者へも参加を呼びかけた。

教室終了後3地区で自主グループが形成され、ミニ講座、体操、交流会等それぞれで活動を展開している。このような輪の広がりから、寝たきり、閉じこもりを予防していけるような地域づくりを目指している。

3地区において寝たきりゼロをめざす会が生まれ、活動している。

《ミニデイサービスでの歯科相談》(日野市)

日野市では、社会福祉協議会が主催するミニデイサービスの中で、3か月に1度、歯科相談を実施している。

これは、高齢者のQOL向上に重要な口腔機能^{くわう}の維持・回復のために、ミニデイサービスの通所者を対象に、歯科医と歯科衛生士による摂食・嚥下機能^{えんげ}指導を行うものである。

歯科医師による健診や指導・相談、歯科衛生士による歯科保健指導を行うとともに、家族と連携を取るための連絡用カードも作成している。歯科医師は、昼食時等を利用して会話の輪に入り、楽しい雰囲気の中で、義歯がうまく機能的に使用できているかなどを観察できるため、利用者の口腔状態^{くわう}にあった指導ができています。

《要介護認定で自立と判定された高齢者等への老人保健・福祉サービスの提供》（東久留米市）

東久留米市では、1999(平成11)年10月から、介護・福祉・保健部門、在宅介護支援センターの職員から構成された「自立支援会議」を設置して、介護保険制度における要介護認定で「自立」と認定された高齢者等に対して、生活支援の必要性を検討するほか、ケア計画（ケアプラン）や事後対応を協議し、老人保健・福祉サービスを中心とした自立支援を図っている。

介護保険制度の初回訪問時には「認定調査」のほか「生活支援調査」を実施。これは、生活支援の必要性が判断できる情報を確保するため、介護に関する本人・家族の困っていること、家族介護の状況や問題点、経済状況等を調査する。

介護認定審査会で、「自立」と判定された人は、すべて自立支援会議で検討され、生活支援の必要性和、適切なサービスが検討される。生活支援の判定を客観的に行うため、世帯類型、要因別類型（動作能力の不安、健康面の不安等）の判定基準を設け、判定結果をサービス提供のモデルに活用している。サービスの提供水準は、介護保険制度の「要支援」の支給限度月額以内を原則としている。支援方針に基づき、高齢者等とケアマネジャーの協議でケア計画の作成が行われる。

要介護認定申請者には、介護保険の「非該当」の通知とともに、生活支援判定結果通知が送付されるため、介護保険によるサービスが受けられないという不安の軽減につながる。

なお、適切なサービス提供等の確認やサービス利用回数の増減等、サービス内容のモニタリングは在宅介護支援センターが行うシステムになっている。

《地域ささえ愛グループ支援》（杉並区）

杉並区では、1995(平成7)年から、加齢や疾病等により閉じこもりがちな高齢者等に対し、生きがいと社会参加の促進を図るために、機能訓練終了後の自主グループやボランティアが運営している「ミニデイホーム」等、自主的に心身機能の維持向上活動を行っているグループに対して支援を行っている。

これらの自主グループには、訪問指導事業により寝たきりから回復した人達の外出の場を確保するために結成されたものや、デイサービスや機能訓練事業の卒業生が外出できる場の確保を目的に結成されたもの等がある。

活動内容はグループにより様々であるが、おおむね、月1回から4回程度、リハビリや体操のほか、手工芸や音楽等を通したプログラムを行っており、現在では、敬老会館など35か所、延べ1,029回もの活動が行われている。

区は、グループが活動を継続できるよう、スタッフの派遣、バスハイク時のバス提供、有料施設の利用に係る経費の補助や情報誌の発行などを支援している。

今後、加齢や疾病後により閉じこもりがちな高齢者等の状況に合わせて、早期に保健指導や機能訓練を実施するほか、訪問指導・機能訓練等とともに、この事業を「高齢者等自立度アップ支援事業」の中に位置付け、自主グループ活動を支援していくことにより、高齢者がより自立し元気な生活が送れるよう取り組んで行くこととしている。

《「健康を考える会 はなみずき」》（品川区）

1993(平成5)年から1995(平成7)年まで、敬老会館において、理学療法士による機能回復訓練事業が行われていたが、事業終了にあたり、参加者から「今後も集まりたい。」との要望があり自主グループ「健康を考える会 はなみずき」として活動を開始した。

活動内容は、健康に関する懇談会、ストレッチや簡単な運動である。

現在、平均年齢82歳、参加人数は平均10人程度で活動しており、後期高齢者が安心して参加できる場となっている。

区では、高齢者が自ら健康や生活、将来等について考え、参加者同士が情報交換を行いながら地域の相互互助関係へと繋げられることを目的に働きかけている。

【取組 17 社会参加の促進】

個別目標	指標	ベースライン	方向
157 158	就業している高齢者 65歳～69歳 70歳以上	44.0% 22.4%	増やす
159	学習活動への参加 65歳以上	7.7%	増やす
160 161	ボランティア等への参加 65歳以上 男性 女性	14.6% 10.4%	増やす

取組のポイント

■ 生きがいの必要性

社会活動と自立の関連については、70歳時での社会活動の高い人ほど、80歳又は85歳時の自立度が高いという報告があり、社会との接点を保ち交流を図って、何らかの社会活動を継続していくことが大切である。自ら社会参加の意欲を持って、生活の質を維持し、豊かに暮らすことができるよう試みることが重要である。

活動意欲のある高齢者の社会参加を支援するために、生涯学習や就業等、生きがいづくりの方策について目標を設定した。

■ 社会参加のきっかけづくり

退職等により職域から地域社会へと生活の場が移行すると、新しい人間関係を築くことが必要となるが、地域社会に溶け込む機会がないなどの理由から、家に閉じこもりがちになりやすい。いきいきと暮らすためには、地域社会との交流に積極的に取り組むことが大切である。

この時期は地域へつながる大事な時期であることから、高齢者が容易に社会参加できるよう、きっかけや参加の場を地域に用意していくことが必要である。

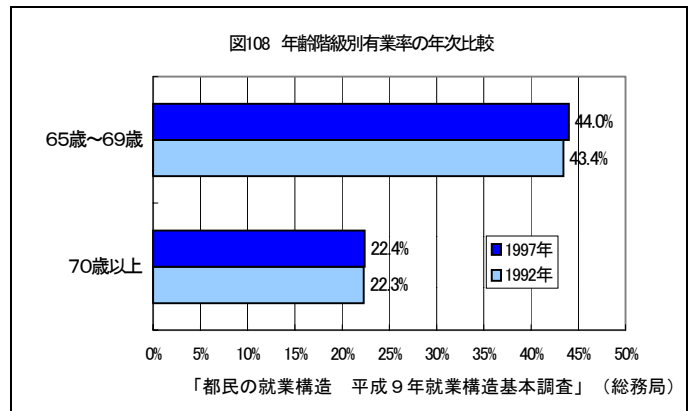
■ 身近な地域のまちづくり活動との連携

公民館、敬老館・児童館、学校の空き教室等、地域の身近な場を活用した活動が行われている。例えば、社交ダンス、碁の会、学習会等、目的はそれぞれであっても、外出し、人と交わり、活動を楽しむといったことは、閉じこもり予防や寝たきり予防につながっていく。このような視点を持って、地域の中に参加できる場所を見つけていくことが大切である。

関連データ

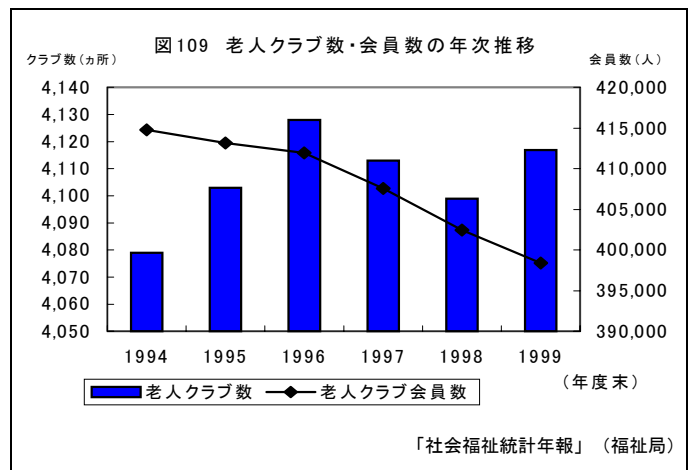
■ 65歳以上の有業者率

有業者率は、前回の調査と比べ、大きな変化はない（図108）。



■ 老人クラブ・会員数の年次推移

老人クラブ数及び会員数は減少傾向にある（図109）。



■ 活動への参加状況

「高齢者の生活実態」（2001（平成13）年、福祉局）によると、過去1年間にに行った活動では、「趣味・サークル活動」22.9%が最も多く、次いで「スポーツ」13.6%となっている（表10）。

表10 活動の参加状況割合（複数回答）

	趣味・ 活動の サークル	学 習 活 動	ス ポ ー ツ	活 動 ラ ン テ ィ ア	は特 左 に記 い し の 中 も の は	無 回 答
総数	229	7.7	13.6	123	62.4	0.7
男性	19.1	8.5	17.3	14.6	59.9	0.8
女性	25.8	7.1	10.7	10.4	64.3	0.7

「高齢者の生活実態」（福祉局）

参考事例

《老人クラブ健康講座～老人クラブの健康づくり》（府中市）

府中市では、1994（平成6）年度から介護予防、閉じこもり予防、社会参加の促進、地域関係者との連携の促進と、講座を通じた市の関連事業のPRを目的として、市内の老人クラブへの健康教育を計画的に実施している。

この事業は、市の健康課が健康に関する講座を年間計画し、老人クラブが自由に申し込むもので、テーマには、保健、栄養及び歯科を設定している。希望テーマに応じて、各老人クラブが活動の拠点としている公会堂、集会所、文化センター等へ職員が出張し講演している。参加者の平均は70歳代後半で平均参加人数は1回35人程度、2000（平成12）年度は21回開催している。このような老人クラブの会員を中心とした健康教育は、参加も得られやすく、効果的である。

《培った経験・知識を生かした企業OBボランティア》（東友会・関東支部）

東友会・関東支部ボランティア部会（東海シルバー・ボランティアーズ）が発足したのは1994（平成6）年1月である。これは、東海銀行のOBの集まりである東友会・関東支部がOB会の活動として行っているものである。

「OB会は親睦を深めるだけでよいのだろうか。」との東友会・関東支部長の言葉から、メンバーが、さわやか福祉財団のリーダー研修を受講した。その際、経理が手薄な様子を見て、銀行での仕事から「これならできる。」と、お手伝いしたところ大変喜ばれたことから、銀行員OBの知識・経験を生かした経理・総務を主とした“事務ボランティア”を中心に活動を始めることとした。

会の目的は、会員が生活リズムを活性化させ、生きがいのある人生を送れるようにすること。また、ボランティアは目的というよりは結果であり、60、65歳はまだ働き盛りであって、社会参加の橋渡しが大切と考えている。事務局の常務理事は「ボランティアというとすごいことのように思う人が多いが、何でもよいからやることが大切。何もしないのは健康にもよくない。」と話している。

現在では、さわやか福祉財団、財団法人地球・人間環境フォーラム等、約22の公益法人や社会福祉法人などに事務ボランティアを紹介している。その他、施設サービスボランティアや環境美化ボランティアも紹介している。

第 3 部 參考資料

I 関連分野の組織及び施策の概要

■ 健康に関連する東京都の組織、施策、関連団体等 (2001(平成13)年7月31日現在)

保 健：母子保健、学校保健、職域保健、老人保健等
福 祉 等：子ども家庭、障害者、勤労者、高齢者等
地域活動：生涯学習、スポーツ、地域福祉、ボランティア・NPO等

保 健

組 織

- 衛生局総務部地域保健課・・・保健所の設置、管理及び運営に関すること。
- 衛生局健康推進部健康推進課・・・健康づくり施策の計画、実施に関すること。
- 衛生局健康推進部母子保健課・・・母子保健及び母子医療事業に関すること。
- 衛生局健康推進部成人保健課・・・生活習慣病の予防に関すること。
老人保健法に基づく保健事業に関すること。
- 衛生局医療計画部医務指導課・・・歯科保健に関すること。
- 衛生局医療福祉部精神保健福祉課・・・精神保健福祉に関すること。
- 産業労働局労働部就業推進課・・・労働安全衛生環境の改善に関すること。
- 産業労働局労働部能力開発支援課・・・介護雇用環境整備奨励金制度の雇用管理改善計画の認定等
- 産業労働局労働部労働環境課・・・労働相談に関すること。
心の健康相談（労働相談情報センター、立川労政事務所）
- 教育庁体育部保健給食課・・・学校保健の総合的な計画、指導、実施等
- 教育庁体育部体育健康指導課・・・健康教育に関する研修会実施、指導資料作成等
- 教育庁指導部指導企画課・・・スクールカウンセラー（臨床心理士）配置事業等

施策に関する審議会等

審議会等名称	最近の報告等
東京都医療審議会（衛生局）	東京都保健医療計画（平成10年度改定） （答申：平成10年12月）
東京都歯科保健対策推進協議会（衛生局）	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の 歯科保健目標の達成度評価 （報告：平成12年8月）
東京都学校保健審議会（教育庁）	児童・生徒の心と体の健康と保健室の機能の在り方 について－心の健康問題を中心に－ （第23期答申：平成11年5月）

関連団体

- ◇財団法人東京都健康推進財団（健康づくりに関する普及啓発、情報提供、技法の普及等）
- ◇財団法人東京都勤労福祉協会（中小企業勤労者の健康増進、自己啓発事業等）
- ◇財団法人東京都学校保健会（学校保健関係者に対する指導、研修、情報提供及び資材の推薦等）

福 祉 等

組 織

- 福祉局子ども家庭部計画課・・・児童の福祉等に関すること。
- 福祉局子ども家庭部育成課・・・児童、ひとり親家庭及び女性の福祉等に関すること。
- 福祉局子ども家庭部子育て推進課・児童の健全育成及び保育対策等に関すること。
- 福祉局障害福祉部計画課・・・障害者(児)福祉施策の企画、立案等に関すること。
- 福祉局障害福祉部在宅福祉課・・・心身障害者(児)の在宅福祉に関すること。
- 福祉局障害福祉部施設福祉課・・・心身障害者(児)施設及びこれらを経営する社会福祉法人の運営指導等に関すること。
- 福祉局保険部国民健康保険課・・・国民健康保険事業の指導及び検査等に関すること。
- 福祉局保険部介護保険課・・・介護保険事業支援計画等に関すること。
- 福祉局高齢者部在宅サービス課・・・高齢者の在宅福祉サービス等に関すること。

施策に関する審議会等

審議会等名称	最近の報告等
東京都社会福祉審議会（福祉局）	利用者が必要とするサービスを選択できるよう バックアップするしくみの構築に向けて (意見具申：平成13年4月)
東京都児童福祉審議会（福祉局）	ひとり親家庭の自立生活を支援する総合的な 施策のあり方について (意見具申：平成11年11月)
東京都障害者施策推進協議会(福祉局)	ノーマライゼーション推進東京プラン ー東京都障害者計画 (平成9年度改定) (提言：平成9年7月)
東京都高齢者施策連絡調整会議（福祉局）	東京都高齢者保健福祉計画
東京都介護保険事業支援計画作成委員会 (福祉局)	東京都介護保険事業支援計画 (報告：平成12年3月)

関連団体

- ◇財団法人東京都老人総合研究所（老化、老年病、高齢社会等に関する調査・研究等）

地 域 活 動

組 織

- 福祉局生活福祉部地域福祉振興課・地域福祉活動の推進、民間社会福祉事業の振興、福祉のまちづくり等に関すること。
- 生活文化局都民協働部
市民活動推進課・・・市民活動等の促進に係る企画・調整に関すること。
- 生活文化局都民協働部青少年課・・・青少年の健全な育成、青少年関係団体、関係業界の指導に関すること。
- 教育庁生涯学習部振興計画課・・・都立学校公開講座の実施
- 教育庁生涯学習部社会教育課・・・社会教育に関すること。
- 教育庁生涯学習部文化課・・・・・・芸術文化の振興、文化財の保存及び活用に関すること。
- 教育庁体育部スポーツ振興課・・・体育団体及びレクリエーション団体の育成

施策に関する審議会等

審議会等名称	最近の報告等
東京都福祉のまちづくり推進協議会(福祉局)	東京都福祉のまちづくり整備基準等の改正の考え方について (意見具申:平成12年5月)
東京都ボランティア・NPOとの協働に関する検討委員会 (生活文化局)	東京都ボランティア・NPOとの協働に関する検討委員会報告『協働の推進指針』策定への提言 (報告:平成12年10月)
東京都生涯学習審議会 (教育庁)	東京における社会参加と生涯学習 (建議:平成12年5月)
社会教育委員の会議 (教育庁)	中・高校生世代に焦点をあてた社会教育施策のあり方について (助言:平成11年6月)
東京都スポーツ振興審議会 (教育庁)	東京スポーツビジョンの策定にむけて (第19期建議:平成13年7月)

関連団体

- ◇財団法人東京都地域福祉財団 (地域福祉振興事業、東京いきいきらいふ推進センターの運営等)
- ◇社会福祉法人東京都社会福祉協議会 (ふれあいのまちづくり事業、
東京ボランティア・市民活動センターの運営等)
- ◇財団法人生涯学習文化財団 (体育施設・文化施設等の管理運営等)
- ◇財団法人東京都体育協会 (スポーツ振興事業等)
- ◇社団法人東京都レクリエーション協会 (レクリエーション普及振興事業等)

関連住民組織等

- ◇東京都小学校PTA協議会 ◇東京都公立中学校PTA協議会 ◇東京都公立高等学校PTA連合会
- ◇東京都公立高等学校定通PTA連合会 ◇東京都知的障害養護学校PTA連合会
- ◇社団法人東京都老人クラブ連合会

Ⅱ 都内の健康水準

1 人口等

平成12年10月1日現在

地 域	人 口			面積 (km ²)	人口密度 (1km ² 当たり)	(参 考) 世帯数
	総 数	男	女			
総 数	12,059,237	6,026,284	6,032,953	2 187.04	5,514	5,414,187
区 部	8,130,408	4,041,845	4,088,563	621.42	13,084	3,804,078
市 部	3,840,875	1,940,093	1,900,782	783.94	4,899	1,578,835
郡 部	60,319	30,198	30,121	375.96	160	19,058
島 部	27,635	14,148	13,487	405.72	68	12,216
区 部	8,130,408	4,041,845	4,088,563	621.42	13,084	3,804,078
千代田区	36,032	16,990	19,042	11.64	3,096	16,160
中央区	72,546	35,293	37,253	10.15	7,147	35,768
港区	158,581	74,719	83,862	20.34	7,797	80,306
新宿区	286,621	143,083	143,538	18.23	15,722	154,163
文京区	175,852	85,975	89,877	11.31	15,548	85,290
台東区	156,271	79,354	76,917	10.08	15,503	74,346
墨田区	215,713	106,835	108,878	13.75	15,688	93,927
江東区	376,789	188,358	188,431	39.44	9,553	161,922
品川区	324,142	160,611	163,531	22.69	14,286	157,699
目黒区	250,102	118,831	131,271	14.70	17,014	127,597
大田区	650,327	327,443	322,884	59.46	10,937	296,966
世田谷区	814,873	398,628	416,245	58.08	14,030	404,227
渋谷区	196,596	94,286	102,310	15.11	13,011	106,258
中野区	309,495	154,809	154,686	15.59	19,852	165,407
杉並区	521,885	254,502	267,383	34.02	15,341	268,320
豊島区	248,906	125,254	123,652	13.01	19,132	134,263
北区	326,729	161,945	164,784	20.59	15,868	152,648
荒川区	180,578	90,251	90,327	10.20	17,704	79,298
板橋区	513,052	257,990	255,062	32.17	15,948	239,864
練馬区	656,713	326,671	330,042	48.16	13,636	287,001
足立区	617,178	310,757	306,421	53.20	11,601	250,469
葛飾区	421,504	212,058	209,446	34.84	12,098	173,487
江戸川区	619,923	317,202	302,721	49.86	12,433	258,692
市 部	3,840,875	1,940,093	1,900,782	783.94	4,899	1,578,835
八王子市	536,000	273,786	262,214	186.31	2,877	210,035
立川市	164,634	82,495	82,139	24.38	6,753	69,009
武蔵野市	135,775	66,122	69,653	10.73	12,654	66,833
三鷹市	171,601	86,344	85,257	16.50	10,400	79,198
青梅市	141,307	71,195	70,112	103.26	1,368	49,278
府中市	226,769	118,622	108,147	29.34	7,729	96,349
昭島市	106,547	53,841	52,706	17.33	6,148	41,787
調布市	204,758	103,848	100,910	21.53	9,510	93,895
町田市	377,546	187,985	189,561	71.64	5,270	145,703
小金井市	111,665	56,888	54,777	11.33	9,856	51,199
小平市	178,562	89,612	88,950	20.46	8,727	73,656
日野市	167,934	87,164	80,770	27.53	6,100	71,505
東村山市	142,311	70,745	71,566	17.17	8,288	54,759
国分寺市	111,310	56,670	54,640	11.48	9,696	51,071
国立市	72,163	36,368	35,795	8.15	8,854	32,021

地 域	人 口			面積 (km ²)	人口密度 (1km ² 当たり)	(参 考) 世帯数
	総 数	男	女			
田 無 市	78,167	39,174	38,993	6.80	11,495	32,864
保 谷 市	102,713	51,114	51,599	9.05	11,350	43,115
福 生 市	61,407	31,155	30,252	10.24	5,997	25,367
狛 江 市	75,691	38,122	37,569	6.39	11,845	35,722
東 大 和 市	77,188	38,527	38,661	13.54	5,701	28,364
清 瀬 市	68,016	33,087	34,929	10.19	6,675	26,123
東久留米市	113,264	56,301	56,963	12.92	8,767	43,634
武蔵村山市	66,051	33,565	32,486	15.37	4,297	23,986
多 摩 市	145,859	73,799	72,060	21.08	6,919	59,710
稲 城 市	69,260	35,532	33,728	17.97	3,854	26,826
羽 村 市	56,019	28,768	27,251	9.91	5,653	21,066
あきる野市	78,358	39,264	39,094	73.34	1,068	25,760
町 村 部	87,954	44,346	43,608	781.68	113	31,274
西 多 摩 郡	60,319	30,198	30,121	375.96	160	19,058
瑞 穂 町	32,857	16,633	16,224	16.83	1,952	10,764
日 の 出 町	16,631	8,216	8,415	28.08	592	4,795
檜 原 村	3,256	1,616	1,640	105.42	31	1,009
奥 多 摩 町	7,575	3,733	3,842	225.63	34	2,490
島 部	27,635	14,148	13,487	405.72	68	12,216
大 島 支 庁	14,812	7,330	7,482	141.82	104	6,259
大 島 町	9,221	4,562	4,659	91.06	101	4,116
利 島 村	302	165	137	4.12	73	169
新 島 村	3,145	1,515	1,630	27.77	113	1,206
神 津 島 村	2,144	1,088	1,056	18.87	114	768
三 宅 支 庁	308	172	136	76.08	4	175
三 宅 村	-	-	-	55.50	-	-
御 蔵 島 村	308	172	136	20.58	15	175
八 丈 支 庁	9,691	4,872	4,819	83.41	116	4,461
八 丈 町	9,488	4,753	4,735	72.62	131	4,345
青 ケ 島 村	203	119	84	5.98	34	116
小 笠 原 支 庁	2,824	1,774	1,050	104.41	27	1,321
小 笠 原 村	2,824	1,774	1,050	104.41	27	1,321

注1 この表における平成12年10月1日現在の人口及び世帯数は、平成12年国勢調査の速報値である。

2 面積は、総務局行政部長通知「東京都区市町村別の面積について」(平成12年2月15日付11総行区第610号)による平成11年10月1日現在の数値である。なお、区部には、荒川河口部(1.15km²)、中央防波堤埋立地(3.65km²)を含み、八丈支庁には、鳥島(4.79km²)、ペヨネース列岩(0.00km²)、須美寿島(0.02km²)、孀婦岩(0.00km²)を含む。

3 人口総数に対する割合は、四捨五入しているため、個々の数を合計しても必ずしも総数に一致しない。

4 三宅島については、平成12年国勢調査による人口がゼロになっている。

「東京都総務局統計部」

2 要介護者等の人数

(単位:人)

	区 分	平成10年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
区 部	高齢者人口	1,222,550	1,315,409	1,361,865	1,406,193	1,445,939	1,478,656
	要介護者等	163,821 (13.40)	174,090 (13.23)	181,066 (13.30)	187,814 (13.36)	194,276 (13.44)	200,170 (13.54)
	施 設	32,955 (2.70)	36,969 (2.81)	39,359 (2.89)	41,572 (2.96)	43,574 (3.01)	45,627 (3.09)
	在 宅	130,866 (10.70)	137,121 (10.42)	141,707 (10.41)	146,242 (10.40)	150,702 (10.42)	154,543 (10.45)
多 摩	高齢者人口	488,004	539,491	567,913	595,943	622,947	647,913
	要介護者等	63,824 (13.08)	66,357 (12.30)	70,187 (12.36)	73,939 (12.41)	77,657 (12.47)	81,475 (12.57)
	施 設	14,736 (3.02)	16,182 (3.00)	17,200 (3.03)	18,076 (3.03)	18,909 (3.04)	19,868 (3.07)
	在 宅	49,088 (10.06)	50,176 (9.30)	52,987 (9.33)	55,863 (9.37)	58,748 (9.43)	61,607 (9.51)
島 しょ	高齢者人口	7,509	7,784	7,985	8,172	8,364	8,544
	要介護者等	1,131 (15.06)	1,199 (15.40)	1,239 (15.52)	1,276 (15.62)	1,315 (15.72)	1,352 (15.82)
	施 設	287 (3.82)	319 (4.10)	369 (4.63)	362 (4.43)	370 (4.42)	367 (4.30)
	在 宅	844 (11.24)	880 (11.31)	870 (10.89)	914 (11.19)	945 (11.30)	985 (11.52)
計	高齢者人口	1,718,063	1,862,684	1,937,763	2,010,308	2,077,250	2,135,113
	要介護者等	228,776 (13.32)	241,647 (12.97)	252,492 (13.03)	263,029 (13.08)	273,248 (13.15)	282,997 (13.25)
	施 設	47,978 (2.79)	53,470 (2.87)	56,928 (2.94)	60,010 (2.99)	62,853 (3.03)	65,862 (3.08)
	在 宅	180,798 (10.52)	188,177 (10.10)	195,565 (10.09)	203,019 (10.10)	210,395 (10.13)	217,135 (10.17)

注1 要介護者等とは、要介護者と要支援者である。

2 平成10年度は、高齢者実態調査で取りまとめたものである。

3 平成12年度から平成16年度までは、各区市町村が介護保険事業計画の策定に向けて推計したものを、取りまとめたものである。

4 ()内の数値は、高齢者人口に占める割合(%)である。

「東京都介護保険事業支援計画」(旧高齢者施策推進室 平成12年3月)

3 死亡率

平成11年 区市町村別・間接年齢調整死亡率

基準人口：東京都の人口(平成11年10月1日現在)

区市町村名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
東京都												
区部	50.5	26.5	32.9	26.2	54.6	23.4	8.3	18.2	111.7	107.0	97.9	100.4
市部	49.1	26.4	30.5	23.6	48.6	21.2	7.7	17.9	110.6	112.3	86.6	96.1
郡部	64.9	32.0	41.3	34.9	41.2	16.3	5.9	18.5	169.0	165.8	161.6	159.0
島部	21.4	12.8	21.7	4.3	50.6	17.0	14.4	15.8	99.6	127.9	105.3	72.4
千代田区	29.1	4.3	34.1	38.5	52.9	30.0	14.0	35.0	115.6	113.7	155.2	99.2
中央区	42.0	25.9	39.1	33.1	84.0	33.3	2.5	26.2	131.1	139.3	105.5	143.9
港区	48.6	29.9	25.0	30.0	55.9	37.5	15.5	26.3	113.0	89.1	83.0	86.4
新宿区	46.1	29.0	26.0	26.0	59.5	25.9	7.6	17.0	102.7	92.4	92.6	96.4
文京区	52.2	22.4	28.3	21.5	49.8	19.6	8.9	18.7	91.5	98.0	101.4	99.5
台東区	54.8	32.2	31.9	28.2	47.9	32.1	14.7	24.5	134.4	113.8	126.1	99.2
墨田区	54.6	28.8	36.8	33.5	43.2	27.0	6.5	21.7	120.0	128.4	140.5	113.9
江東区	45.7	19.9	39.4	31.9	56.5	28.5	7.4	14.8	107.2	127.5	96.5	119.3
品川区	58.2	23.2	29.2	28.7	50.0	30.8	5.6	17.8	124.8	96.9	95.9	99.4
目黒区	50.3	27.3	34.8	13.0	46.1	13.7	7.5	20.0	103.4	108.5	76.0	87.7
大田区	49.9	26.9	32.7	29.3	61.1	25.1	9.1	16.5	114.2	116.5	97.9	99.8
世田谷区	47.6	27.5	29.2	27.2	47.6	21.0	8.0	20.2	95.8	89.3	82.5	85.6
渋谷区	49.3	32.1	29.3	17.5	52.0	14.7	12.2	20.3	95.0	101.2	78.4	82.9
中野区	43.2	18.8	37.8	29.4	56.6	19.4	9.2	24.9	110.5	99.0	78.2	94.5
杉並区	32.8	23.1	33.8	19.6	53.1	23.2	10.7	14.6	104.4	86.5	87.3	95.9
豊島区	57.5	31.9	35.6	30.5	50.5	22.1	5.1	24.9	107.8	98.9	97.9	90.2
北区	64.6	26.2	35.1	21.6	49.3	27.4	6.2	17.6	111.5	118.6	104.4	114.9
荒川区	53.4	32.0	27.8	20.6	52.2	22.4	4.9	12.1	139.7	126.1	110.2	128.7
板橋区	54.2	24.2	36.0	25.8	58.6	23.4	6.3	18.4	102.9	117.3	104.6	86.1
練馬区	44.6	28.7	31.9	25.3	49.3	18.3	8.4	16.0	97.4	104.4	82.7	98.7
足立区	62.0	25.0	33.1	30.7	58.5	21.8	9.5	17.6	133.0	113.5	111.7	119.2
葛飾区	44.3	23.6	40.7	24.5	68.6	21.6	7.4	13.9	122.9	123.7	120.5	111.0
江戸川区	59.2	33.1	30.2	26.5	59.9	22.5	8.4	16.2	129.1	110.9	105.1	103.4
八王子市	48.8	28.4	26.5	20.3	52.4	20.8	10.5	14.2	111.0	125.8	94.5	107.4
立川市	59.9	21.5	40.7	30.9	57.5	22.9	10.6	16.9	142.9	125.7	74.8	89.8
武蔵野市	38.2	23.5	25.2	25.0	32.1	12.5	17.3	25.3	114.1	99.1	66.6	90.3
三鷹市	41.0	25.8	30.2	23.4	38.4	19.7	4.9	22.4	108.6	105.0	85.8	80.8
青梅市	76.6	32.1	38.1	26.8	40.0	18.6	10.3	13.4	141.8	158.1	150.6	133.6
府中市	60.0	32.3	32.4	18.7	59.1	15.6	11.1	24.9	138.4	124.7	72.4	82.6
昭島市	73.6	35.2	33.7	22.8	61.8	37.2	14.0	19.4	96.7	138.3	78.9	98.5
調布市	48.7	29.2	29.7	15.7	51.9	13.4	6.5	15.9	105.6	89.2	68.5	72.4
町田市	44.6	21.2	33.5	25.4	55.8	22.5	7.5	15.9	88.1	95.5	86.4	106.0
小金井市	46.5	13.5	37.4	23.3	60.9	23.3	3.9	27.1	83.1	84.6	82.5	107.6
小平市	49.0	30.8	32.2	16.7	40.6	15.4	3.7	24.3	102.4	118.6	73.8	91.3
日野市	47.6	18.3	29.4	22.4	52.9	23.9	5.4	18.1	117.0	121.0	70.2	84.5
東村山市	45.3	30.0	31.7	29.9	52.0	24.3	5.7	12.8	102.4	106.0	109.8	81.7
国分寺市	40.5	14.7	21.2	18.9	28.8	31.5	6.1	28.0	77.3	74.9	65.9	81.3
国立市	62.4	38.3	31.2	25.6	40.5	12.8	3.1	12.2	102.5	136.5	84.1	49.9
田無市	40.2	19.7	18.8	30.9	37.5	28.1	2.7	15.8	109.1	104.8	79.5	68.7
保谷市	41.3	19.9	28.3	25.8	37.2	17.8	0.0	15.7	112.4	99.8	89.7	77.5
福生市	42.6	11.5	30.7	38.5	54.6	23.1	11.1	28.6	186.3	125.5	148.9	104.8
狛江市	37.4	14.5	32.1	23.1	55.9	23.0	8.4	21.9	95.4	110.1	82.3	79.3
東大和市	45.7	21.7	22.6	30.9	60.7	31.1	8.7	10.9	141.3	109.3	67.5	90.9
清瀬市	41.7	17.1	35.7	19.8	23.9	28.6	5.7	22.5	94.0	118.1	82.7	106.3
東久留米市	51.3	30.6	35.9	32.5	40.2	30.6	11.4	19.8	95.8	71.8	85.3	104.2
武蔵村山市	53.0	25.9	31.3	22.1	46.7	26.0	0.0	9.7	138.9	151.6	100.3	173.8
多摩市	37.2	40.2	27.7	23.9	52.4	14.9	5.0	10.8	106.5	86.3	58.4	104.1
稲城市	54.4	19.5	30.5	19.6	51.5	15.9	7.3	23.9	81.5	96.5	105.1	99.1
羽村市	50.3	31.9	27.0	32.1	23.2	27.8	0.0	16.5	113.3	109.7	96.7	117.7
あきる野市	47.4	55.9	24.8	22.0	50.1	17.3	5.1	7.7	128.8	136.4	128.4	106.9
瑞穂町	64.3	35.4	35.3	28.6	43.4	21.6	13.9	13.4	185.6	148.9	166.1	154.5
日の出町	61.7	24.7	51.4	33.3	51.4	8.5	0.0	31.0	108.0	151.3	96.2	138.0
檜原村	29.5	52.3	30.0	26.2	28.9	0.0	0.0	0.0	133.4	161.7	127.7	81.9
奥多摩町	88.5	26.8	45.2	53.7	28.8	26.9	0.0	18.7	245.8	217.9	267.7	242.5
大島町	41.1	40.6	14.0	0.0	53.8	26.9	0.0	0.0	144.7	119.8	89.5	97.1
利島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
新島村	0.0	0.0	38.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.3	191.4	72.6	0.0
神津島村	0.0	0.0	68.9	79.1	0.0	0.0	0.0	0.0	68.3	75.9	336.3	77.0
三宅村	69.0	0.0	34.9	0.0	68.0	31.5	0.0	40.7	105.1	84.9	69.1	143.6
御蔵島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
八丈町	0.0	0.0	14.4	0.0	56.5	12.8	29.4	32.6	93.1	153.7	128.9	55.5
青ヶ島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
小笠原村	0.0	0.0	0.0	0.0	143.4	0.0	134.8	0.0	69.8	0.0	0.0	0.0

平成11年 標準化死亡比 (SMR : Standardized Mortality Ratio)

基準人口：東京都の人口(平成11年10月1日現在)

区市町村名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
東京都	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
区部	100.9	100.1	102.2	103.0	103.6	103.1	102.2	100.5	100.1	98.2	103.0	100.9
市部	98.1	100.0	94.7	92.9	92.1	93.4	94.4	99.0	99.0	103.0	91.1	96.5
郡部	129.7	121.0	128.3	136.9	78.2	71.7	72.4	102.2	151.3	152.1	170.1	159.7
島部	42.7	48.4	67.4	16.8	96.0	74.7	177.0	87.3	89.2	117.3	110.9	72.8
千代田区	58.1	16.1	105.9	151.4	100.3	132.3	172.4	192.8	103.5	104.3	163.4	99.6
中央区	83.8	98.0	121.4	130.0	159.3	146.6	30.8	144.5	117.4	127.8	111.1	144.6
港区	97.1	113.3	77.6	117.9	106.1	165.3	191.0	144.9	101.2	81.8	87.4	86.8
新宿区	92.0	109.7	80.8	102.0	112.9	114.0	93.1	93.8	92.0	84.7	97.5	96.9
文京区	104.3	84.8	88.0	84.6	94.5	86.5	109.8	103.2	82.0	89.9	106.8	100.0
台東区	109.5	121.9	99.1	111.0	90.9	141.4	181.0	135.0	120.4	104.4	132.8	99.7
墨田区	109.1	108.9	114.2	131.7	81.9	119.1	80.5	119.5	107.5	117.8	147.9	114.5
江東区	91.3	75.1	122.3	125.4	107.2	125.6	91.2	81.8	96.0	116.9	101.6	119.9
品川区	116.3	87.6	90.5	112.6	94.9	135.6	69.3	98.0	111.7	88.9	101.0	99.9
目黒区	100.4	103.4	107.9	51.1	87.4	60.5	91.6	110.5	92.6	99.5	80.0	88.2
大田区	99.6	101.9	101.4	115.2	115.9	110.4	111.5	90.9	102.3	106.8	103.1	100.3
世田谷区	95.1	104.2	90.6	106.7	90.4	92.5	98.4	111.2	85.7	81.9	86.9	86.0
渋谷区	98.4	121.4	91.1	68.6	98.7	64.6	150.3	112.2	85.0	92.8	82.5	83.3
中野区	86.2	71.2	117.2	115.6	107.3	85.4	113.1	137.3	98.9	90.8	82.3	94.9
杉並区	65.5	87.5	104.8	77.1	100.8	102.2	131.9	80.4	93.5	79.4	91.9	96.4
豊島区	114.8	120.5	110.3	119.6	95.9	97.2	62.4	137.4	96.5	90.7	103.1	90.7
北区	129.1	99.0	108.9	84.7	93.5	120.7	76.7	97.0	99.8	108.8	109.9	115.4
荒川区	106.6	121.0	86.1	81.1	99.1	98.7	60.1	66.7	125.1	115.7	116.0	129.3
板橋区	108.3	91.7	111.7	101.4	111.2	103.0	77.5	101.5	92.2	107.6	110.1	86.5
練馬区	89.1	108.6	99.1	99.5	93.5	80.7	103.4	88.0	87.2	95.8	87.0	99.2
足立区	123.9	94.7	102.7	120.5	110.9	96.1	117.3	97.1	119.1	104.1	117.5	119.8
葛飾区	88.6	89.4	126.2	96.2	130.2	95.1	91.4	76.5	110.0	113.5	126.8	111.5
江戸川区	118.2	125.1	93.7	104.1	113.7	99.1	103.4	89.2	115.6	101.7	110.7	103.9
八王子市	97.5	107.5	82.3	79.7	99.5	91.7	129.2	78.5	99.4	115.4	99.5	108.0
立川市	119.7	81.4	126.2	121.5	109.1	101.1	130.0	93.1	128.0	115.3	78.7	90.3
武蔵野市	76.4	89.0	78.3	98.3	60.9	55.1	212.2	139.7	102.2	90.9	70.1	90.7
三鷹市	81.9	97.6	93.8	91.8	72.9	86.6	60.7	123.6	97.3	96.3	90.3	81.2
青梅市	153.0	121.6	118.3	105.1	75.9	81.7	126.6	74.2	126.9	145.1	158.5	134.2
府中市	120.0	122.1	100.5	73.6	112.2	68.8	137.0	137.5	123.9	114.4	76.2	83.0
昭島市	147.1	133.2	104.7	89.6	117.3	164.0	172.3	107.2	86.6	126.9	83.1	99.0
調布市	97.4	110.3	92.1	61.5	98.5	59.0	79.5	87.5	94.6	81.8	72.1	72.7
町田市	89.1	80.0	103.8	99.6	105.9	99.0	91.9	87.7	78.9	87.6	91.0	106.5
小金井市	92.9	51.3	116.0	91.5	115.6	102.6	47.5	149.6	74.4	77.6	86.8	108.1
小平市	97.9	116.6	100.0	65.5	77.0	67.8	45.7	134.0	91.7	108.8	77.6	91.8
日野市	95.1	69.2	91.3	88.1	100.4	105.3	65.9	99.6	104.8	111.0	73.9	84.9
東村山市	90.6	113.3	98.3	117.5	98.7	107.1	70.1	70.4	91.7	97.2	115.6	82.1
国分寺市	80.8	55.8	65.9	74.4	54.6	138.8	75.1	154.3	69.2	68.7	69.4	81.7
国立市	124.6	144.8	96.9	100.5	76.8	56.2	38.1	67.3	91.8	125.2	88.5	50.1
田無市	80.4	74.6	58.4	121.5	71.1	123.6	33.3	87.4	97.7	96.1	83.7	69.0
保谷市	82.4	75.3	87.8	101.3	70.6	78.4	0.0	86.5	100.6	91.6	94.4	77.8
福生市	85.1	43.6	95.4	151.2	103.7	101.6	135.9	158.0	166.8	115.2	156.7	105.3
狛江市	74.7	54.8	99.6	90.5	106.1	101.4	102.9	120.7	85.4	101.0	86.6	79.7
東大和市	91.3	82.1	70.2	121.4	115.1	137.1	106.7	60.4	126.5	100.2	71.1	91.4
清瀬市	83.4	64.6	110.7	78.0	45.4	125.8	70.0	124.3	84.2	108.3	87.0	106.8
東久留米市	102.6	115.7	111.3	127.5	76.3	134.6	140.5	109.3	85.8	65.8	89.8	104.7
武蔵村山市	105.9	97.9	97.2	86.8	88.6	114.4	0.0	53.5	124.4	139.1	105.6	174.6
多摩市	74.3	152.1	86.1	93.9	99.4	65.7	62.0	59.4	95.4	79.2	61.5	104.7
稲城市	108.7	73.8	94.7	77.1	97.8	70.0	89.5	132.0	73.0	88.5	110.6	99.6
羽村市	100.5	120.8	83.7	125.9	44.1	122.5	0.0	90.8	101.5	100.6	101.8	118.2
あきる野市	94.7	211.6	77.0	86.3	95.0	76.2	62.5	42.5	115.4	125.1	135.2	107.4
瑞穂町	128.4	134.0	109.6	112.1	82.3	95.3	171.4	74.1	166.1	136.6	174.9	155.3
日の出町	123.2	93.6	159.5	130.7	97.5	37.5	0.0	171.1	96.7	138.8	101.3	138.7
檜原村	58.9	197.8	93.1	102.9	54.9	0.0	0.0	0.0	119.4	148.3	134.4	82.3
奥多摩町	176.8	101.6	140.1	211.1	54.6	118.6	0.0	103.0	220.1	199.9	281.8	243.7
大島町	82.1	153.7	43.3	0.0	102.0	118.7	0.0	0.0	129.6	109.9	94.2	97.5
利島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
新島村	0.0	0.0	120.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.4	175.6	76.4	0.0
神津島村	0.0	0.0	213.7	310.8	0.0	0.0	0.0	0.0	61.1	69.6	354.0	77.4
三宅村	137.9	0.0	108.3	0.0	128.9	138.8	0.0	224.3	94.1	77.9	72.8	144.3
御蔵島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
八丈町	0.0	0.0	44.6	0.0	107.2	56.3	361.1	180.0	83.4	141.0	135.7	55.8
青ヶ島村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
小笠原村	0.0	0.0	0.0	0.0	272.0	0.0	1657.4	0.0	62.5	0.0	0.0	0.0

平成11年 間接年齢調整死亡率・標準化死亡比（SMR）
（二次保健医療圏・都保健所管内別）

基準人口：東京都の人口（平成11年10月1日現在）

間接年齢調整死亡率

二次保健医療圏名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
区中央部	49.7	26.3	30.1	28.0	54.4	29.9	11.8	24.1	115.0	106.1	108.2	101.4
区南部	52.7	25.6	31.5	29.1	57.3	27.1	7.9	16.9	117.8	109.5	97.2	99.6
区西南部	48.4	28.3	30.4	22.5	48.0	18.4	8.6	20.2	97.2	95.4	80.5	85.6
区西部	39.2	23.5	32.8	24.0	55.8	22.9	9.5	18.1	105.6	91.5	86.2	95.7
区西北部	53.6	27.4	34.3	25.5	52.1	22.4	6.8	18.3	103.6	110.3	95.9	97.4
区東北部	54.4	25.8	34.8	26.8	60.9	21.8	8.0	15.4	130.7	119.4	114.5	118.1
区東部	53.8	27.7	34.6	29.9	55.1	25.5	7.7	16.8	119.9	120.5	110.4	111.1
西多摩	60.4	34.3	33.5	29.4	42.5	19.5	7.3	15.8	146.7	146.6	141.6	128.2
南多摩	46.5	25.7	29.3	22.4	53.5	20.9	8.2	15.3	103.2	111.1	85.8	103.4
北多摩西部	56.5	25.3	31.2	25.7	50.0	27.3	8.1	17.2	116.1	120.7	76.6	93.5
北多摩南部	47.0	25.2	30.9	20.9	49.4	16.9	8.8	22.5	111.4	103.0	75.3	84.4
北多摩北部	45.6	26.1	30.9	25.4	40.5	22.9	4.9	18.6	102.9	104.3	87.6	88.1
島しょ	21.4	12.8	21.7	4.3	50.6	17.0	14.4	15.8	99.6	127.9	105.3	72.4

間接年齢調整死亡率

都保健所名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
多摩川	65.0	28.4	34.9	31.4	39.9	21.6	8.6	17.2	155.5	148.7	149.7	135.2
秋川	48.9	49.0	30.0	24.6	48.9	14.3	3.8	11.7	125.2	141.8	122.2	112.3
八王子	48.8	28.4	26.5	20.3	52.4	20.8	10.5	14.2	111.0	125.8	94.5	107.4
南多摩	45.0	26.4	29.0	22.5	52.5	19.3	5.6	16.3	107.7	104.5	71.6	94.0
町田	44.6	21.2	33.5	25.4	55.8	22.5	7.5	15.9	88.1	95.5	86.4	106.0
多摩立川	58.7	25.8	32.7	25.3	48.7	26.8	9.2	19.4	109.0	118.5	75.0	83.7
村山大和	49.0	23.6	26.5	26.9	54.4	28.8	4.7	10.4	140.2	128.5	82.1	128.6
府中小金井	55.3	25.7	34.1	20.3	59.8	18.3	8.6	25.7	118.7	110.3	76.0	91.5
狛江調布	45.5	25.1	30.4	17.7	53.0	16.1	7.0	17.5	102.7	95.1	72.4	74.3
三鷹武蔵野	39.7	24.7	28.0	24.1	35.6	16.3	10.6	23.7	111.1	102.2	77.0	85.4
多摩小平	44.8	25.1	28.2	22.6	38.9	18.9	2.4	19.9	106.9	109.8	79.9	82.2
多摩東村山	46.6	27.2	33.9	28.4	42.2	27.3	7.6	17.3	98.5	98.7	96.3	94.2

標準化死亡比(SMR)

二次保健医療圏名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
区中央部	99.2	99.5	93.5	109.8	103.3	131.6	145.1	133.0	103.0	97.3	113.9	101.9
区南部	105.2	96.9	97.7	114.3	108.8	119.3	96.8	93.4	105.5	100.5	102.4	100.1
区西南部	96.7	106.9	94.2	88.5	91.1	81.0	105.6	111.2	87.1	87.5	84.7	86.1
区西部	78.3	89.0	101.8	94.4	105.8	100.8	116.3	99.6	94.6	83.9	90.7	96.1
区西北部	107.0	103.7	106.5	100.0	98.8	98.6	84.0	101.2	92.8	101.2	101.0	97.9
区東北部	108.7	97.5	108.0	105.2	115.6	96.2	98.9	85.2	117.0	109.5	120.5	118.7
区東部	107.4	105.0	107.5	117.3	104.5	112.4	94.5	92.9	107.4	110.6	116.2	111.6
西多摩	120.8	129.8	104.0	115.6	80.6	85.9	89.9	86.9	131.4	134.5	149.1	128.8
南多摩	92.8	97.1	91.0	88.1	101.5	92.1	100.8	84.6	92.4	101.9	90.3	103.9
北多摩西部	112.8	95.7	96.9	100.9	94.9	120.1	100.0	95.0	103.9	110.7	80.6	94.0
北多摩南部	93.9	95.2	95.8	82.3	93.7	74.6	108.7	124.3	99.7	94.5	79.3	84.8
北多摩北部	91.1	98.8	95.9	99.8	76.8	101.0	60.3	102.8	92.1	95.7	92.2	88.5
島しょ	42.7	48.4	67.4	16.8	96.0	74.7	177.0	87.3	89.2	117.3	110.9	72.8

標準化死亡比(SMR)

都保健所名	胃がん		大腸がん		肺がん		子宮がん	乳がん	心疾患		脳血管疾患	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性			男性	女性	男性	女性
多摩川	130.0	107.3	108.3	123.2	75.7	95.1	106.3	95.0	139.2	136.4	157.6	135.8
秋川	97.7	185.6	93.1	96.8	92.8	62.9	46.6	64.8	112.1	130.1	128.7	112.8
八王子	97.5	107.5	82.3	79.7	99.5	91.7	129.2	78.5	99.4	115.4	99.5	108.0
南多摩	89.9	99.9	90.0	88.3	99.6	85.2	68.5	89.9	96.4	95.9	75.3	94.4
町田	89.1	80.0	103.8	99.6	105.9	99.0	91.9	87.7	78.9	87.6	91.0	106.5
多摩立川	117.4	97.6	101.5	99.5	92.4	118.1	112.9	107.1	97.6	108.7	79.0	84.1
村山大和	97.9	89.3	82.3	105.6	103.3	126.7	58.0	57.2	125.6	117.9	86.4	129.2
府中小金井	110.6	97.3	105.8	79.9	113.4	80.6	106.2	141.6	106.3	101.2	80.0	92.0
狛江調布	90.9	94.8	94.2	69.6	100.6	70.9	86.0	96.8	92.0	87.2	76.2	74.7
三鷹武蔵野	79.4	93.6	86.8	94.8	67.5	71.8	130.6	130.9	99.5	93.7	81.1	85.8
多摩小平	89.4	94.8	87.4	88.7	73.8	83.2	29.2	109.5	95.7	100.7	84.1	82.6
多摩東村山	93.0	103.0	105.2	111.7	80.1	120.1	93.5	95.6	88.2	90.6	101.3	94.6

注1 各疾患について、男女別に63区市町村ごとに、人口動態統計資料を基に、東京都を基準集団とした、SMR（標準化死亡比）及び年齢調整死亡率を算出した。

2 ただし、単年度集計のため、人口規模の小さい町村部については、郡部、島部集計、又は都保健所管内別集計を参考にされた。

3 間接年齢調整死亡率の算出法（例）A区・男性の胃がんの場合

・間接年齢調整死亡率 = 東京都の胃がん（男性）粗死亡率（基準集団の死亡率）× SMR/100

・標準化死亡比（SMR: Standardized Mortality Ratio）= 実死亡率/期待死亡率 × 100

・期待死亡率 = {(A区の各年齢階級の男性人口) × (東京都（基準集団）の男性の各年齢階級の胃がん死亡率)} の総和

「衛生局健康推進部成人保健課」

Ⅲ 関連統計調査概要

区分	都の所管部署	調査目的	調査対象	客体のとり方	開始時期	周期	統計調査報告書名 ※(都)は東京都発行 (国)は厚生労働省等の発行。
指 定 統 計 等 (国)	人口動態調査 (指定統計第5号)	我が国の人口現象を動態的に把握する。	出生・死亡・死産及び婚姻・離婚の届出による。	全数	明治5年～	通年実施	(国)人口動態統計速報 人口動態統計月報年計 (概数) http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報) (都)人口動態統計年報 (速報) / 人口動態統計年報 (確定数) http://www.eisei.metro.tokyo.jp/ (衛生局ホームページ)
	医療施設調査 (指定統計第65号)	医療施設の分布・整備の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得る。	医療法に基づき、許可又は届出を行っているすべての病院及び診療所	全数	昭和23年～	静态調査：昭和47年まで毎年実施、昭和50年から3年ごと 動態調査：昭和48年から通年実施	(国) 医療施設調査・病院報告 http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報) (都) 東京都の医療施設 http://www.eisei.metro.tokyo.jp/ (衛生局ホームページ)
	患者調査 (指定統計第66号)	病院、一般診療所、歯科診療所を利用する患者について、その傷病等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得る。	抽出された施設を調査日利用した患者	層別抽出	昭和23年「医療施設調査」からみた 「患者調査」、28年～指定統計	昭和58年まで毎年実施、昭和59年からは3年ごと	(国) 患者調査 (上巻・中巻・下巻) http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報) (都) 患者調査 東京都集計結果報告書 http://www.eisei.metro.tokyo.jp/ (衛生局ホームページ)
	国民生活基礎調査 (指定統計第116号)	保健、医療、福祉、年金、所得等国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得る。	全国の世帯及び世帯員	国勢調査区をフレームとして随化無作為抽出した地区の世帯及び世帯員	昭和61年～	大規模調査：昭和61年から3年周期 小規模調査：昭和62年から大規模調査の中間年に実施	(国) 国民生活基礎調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報) (都) 東京都の世帯と健康 (大規模調査の結果を独自に集計した報告書)
	国民栄養調査 (承認統計)	国民の食品摂取量、栄養素等摂取量を把握するとともに、栄養と健康の関係を明らかにし、今後の栄養改善、健康増進の方途を講ずる基礎資料を得る。	国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為抽出された単位区内の世帯及び世帯員	無作為抽出	昭和21年～	毎年11月	(国) 国民栄養の状況 http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0309-7.html (都) 東京都民の栄養状況 (厚生労働省の指定する都内の世帯の集計結果) http://www.metro.tokyo.jp/kensui/ (健康推進課ホームページ)
	歯科疾患実態調査	我が国の歯科保健状況を把握し、今日まで行われてきた種々の対策の効果について検討を行い、今後の歯科保健医療政策の推進に必要な基礎資料を得る。	全国を対象として、平成11年国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為抽出された300単位区内の世帯及び世帯員のうち満1歳以上の世帯員すべて	無作為抽出	昭和32年～	6年間隔	(国) 平成11年歯科疾患実態調査の概要 http://www.mhlw.go.jp/topics/0105/tp0524-1.html (平成11年)
	保健福祉動向調査 (承認統計)	国民の保健福祉に関する事項について、その実態や意識を世帯の面から把握する。	全国の世帯員を対象とし、国民生活基礎調査の調査地区から随化無作為抽出した地区内における満15歳以上のすべての世帯員	層別抽出	昭和62年～	国民生活基礎調査の小規模調査年にあたる年に実施され、行政上の緊急必要性等の観点から調査課題を決定している。	(国) 保健福祉動向調査 昭和60年までは「保健衛生基礎調査」(調査は昭和38年から開始)として実施され、結果は「保健衛生基礎調査」として報告されている。 ※歯科保健 (平成11年) ※心身の健康 (平成12年) http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報)
	学校保健統計調査 (指定統計第15号)	幼児、児童及び生徒の発育状態、健康状態を調査し、学校保健行政上の基礎資料を得る。	幼児、児童及び生徒 (満5歳～17歳)	層別抽出	昭和23年度～	毎年実施 (昭和23年度から昭和34年度までは、統計の名称を「学校衛生統計」として実施)	(国) 学校保健統計調査報告書 http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/ (都) 学校保健統計調査結果概要
	労働者健康状況調査	事業所における労働者の健康状況、健康管理対策の推進状況、労働者の健康状態、自主的な健康管理の推進及び心の健康(メンタルヘルス)をも含めた総合的な健康対策、予防対策等の実態を把握し、労働安全衛生行政運営の基礎資料とする。	・日本標準産業分類による林業、鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、運輸・通信業、卸売・小売業、飲食店、金・金融・保険業、不動産業及びサービス業に属する常務労働者数が10人以上の事業所 ・事業所調査の対象として抽出された事業所に雇用されている労働者	層化二段抽出	昭和49年～	5年ごと (昭和52年、57年、62年、平成4年、9年に実施)	(国) 労働者健康状況調査結果報告 http://www.mhlw.go.jp/toukei/ (厚生労働省 統計情報)

区 分	都の所管部署	調査目的	調査対象	客体のとり方	開 始 時 期	周 期	統計調査報告書名 ※(都)は東京都発行 (国)は厚生労働省等の発行。
社会生活基本調査 (指定統計 第114号)	総務局統計部 人口統計課	国民の生活時間の配分及び自由時間における主な活動について調査し、国民の社会生活の実態を明らかにすることにより、各種行政施策の基礎資料を得る。	国勢調査調査区から選定した調査区の地区を対象。抽出された調査区内に居住する世帯及び10歳以上の世帯員	多段抽出	昭和51年～	5年ごと	(国) 社会生活基本調査報告 http://www.stat.go.jp/data/shakai/index.htm
東京都の学校保健 統計調査	教育庁 体育部 保健給食課	児童・生徒の健康状態を把握し、学校保健行政の基礎資料とする。	公立学校の児童・生徒	全数	昭和36年度～	毎年	(都) 東京都の学校保健統計書
東京都児童・生徒 の 体力運動能力調査	教育庁体育部 体育健康 指導課	児童・生徒の体格及び体力・運動能力の実態を明らかにして体育行政上の基礎資料を得る。	公立学校の児童・生徒	有意選定	昭和41年度～	毎年	(都) 東京都児童・生徒の体力運動能力調査報告書 http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/toukei/jido_tai.htm
学校開放実態調査	教育庁 生涯学習部 振興計画課	区市町村の小中学校の学校開放の実態を調査し、学校の開放事業の発展に資する。	区市町村教育委員会	全数	昭和56年度～	毎年	(都) 学校開放実態調査
東京都社会体育 総合調査	教育庁体育部 スポーツ 振興課	東京都におけるスポーツ振興の現状と課題を把握するための資料及び区市町村のスポーツ振興の基礎資料に資する。	区市町村教育委員会	全数	昭和47年度～	隔年	(都) 東京都社会体育総合調査報告書
健康に関する 世論調査	生活文化局 広報広聴部 広聴課	国民の意見や意識を社会調査の手法を用いて、統計的・科学的に把握することによって、都政運営に反映させる。	都内在住の満20歳以上の男女	層化二段無作為抽出	昭和51年度以来7回 (昭和58年度、62年度、平成2年度、5年度、9年度、12年度)実施	現在まではおおむね3年ごとに行われている。	(都) 各テーマごととの報告書 ※昭和26年度～「世論調査」として実施 ※都政の重点課題や重点施策及び都民生活に係わる基本的な問題を取り上げ調査を行う。
高齢者の生活実態	福祉局総務部 計画調整課	高齢者の生活実態を明らかにし、高齢者の福祉施策推進のための基礎資料を得る。	高齢者(65歳以上)	無作為抽出	昭和55年度以来5回(昭和60年度、平成2年度、7年度、12年度)	現在まではおおむね5年ごとに行われている。	(都) テーマごととの報告書 ※昭和42年から「東京都社会福祉基礎調査(都指定統計調査第4号)」で毎年調査を実施 ※テーマは年度により異なる。 調査者の生活実態(平成10年度)福祉のまちづくりに関する都民の意識(平成11年度)高齢者の生活実態(平成12年度)等 http://www.fukushi.metro.tokyo.jp(福祉局ホームページ)

参考資料

「厚生労働省の動向 2000年」(財)厚生統計協会)
「東京都統計調査等実施状況(平成11年度)」(東京都総務局統計部)
「東京都統計調査年度予定表(平成12年度)」(東京都総務局統計部)
「厚生労働省ホームページ」
「文部科学省ホームページ」

IV 統計及び指標出典等一覧

1 「第1部 総論」

図	表	資 料	発 行
図 1 高齢化率の推移 全国と東京都の比較（1990～2015年）	国勢調査	総務庁	総務庁
	平成12年国勢調査抽出速報集計結果	総務省	総務省
	都道府県別将来推計人口（平成9年5月推計）	国立社会保障・人口問題研究所	国立社会保障・人口問題研究所
	東京都男女年齢（5歳階級）別人口の予測	東京都総務局	東京都総務局
図 2 東京都の人口ピラミッド	平成12年国勢調査抽出速報集計結果	総務省	総務省
	国勢調査	総務庁	総務庁
図 3 東京都の年齢区分別人口の推移	平成12年国勢調査抽出速報集計結果	総務省	総務省
	東京都男女年齢（5歳階級）別人口の予測	東京都総務局	東京都総務局
	東京都生命表平成7年	東京都総務局	東京都総務局
図 4 全国と東京都の平均寿命の年次推移	「健康日本21」計画策定参考資料 21世紀へ向けての健康指標集	瀬上清貴編著	瀬上清貴編著
図 5 全国と東京都の平均余命と健康寿命	平成12年人口動態統計年報（速報）	東京都衛生局	東京都衛生局
図 6 主要死因別死亡率の年次推移	平成12年人口動態統計年報（速報）	東京都衛生局	東京都衛生局
図 7 主要死因の割合	東京都衛生年報平成12年版	東京都衛生局	東京都衛生局
図 8 性・年齢階級別の主要死因による死亡割合（平成11年）	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	厚生省	厚生省
図 9 全国と東京都の悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率年次推移（男性）	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	厚生省	厚生省
図 10 全国と東京都の悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率年次推移（女性）	平成11年患者調査	厚生労働省	厚生労働省
図 11 主要疾患の総患者数	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	東京都衛生局	東京都衛生局
図 12 年齢階級別主要疾患受療率（人口10万対） 入院	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	東京都衛生局	東京都衛生局
図 13 年齢階級別主要疾患受療率（人口10万対） 外来	平成7年国勢調査	総務庁	総務庁
図 14 年代別就学・就業状況	東京都の世帯と健康－平成10年国民生活基礎調査東京都集計結果報告－	東京都衛生局	東京都衛生局
図 15 世帯構造別にみた世帯構成割合の年次推移	東京都の世帯と健康－平成10年国民生活基礎調査東京都集計結果報告－	東京都衛生局	東京都衛生局
図 16 家族形態別にみた65歳以上の者の構成割合の年次推移	平成8年社会生活基本調査	総務庁	総務庁
図 17 全国と東京都の年齢階級別生活時間（男性）	平成8年社会生活基本調査	総務庁	総務庁
図 18 全国と東京都の年齢階級別生活時間（女性）	平成10年国民生活基礎調査	厚生省	厚生省
図 19 医療保険加入状況	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	東京都政策報道室	東京都政策報道室
図 20 健康状態の評価の年次推移	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	東京都政策報道室	東京都政策報道室
図 21 性・年齢階級別健康状態の評価	東京都の世帯と健康－平成10年国民生活基礎調査東京都集計結果報告－	東京都衛生局	東京都衛生局
表 1 日頃健康のために実行している事柄（年齢階級別構成割合〔複数回答〕）			

2 「第2部 各論」

東京都健康推進プラン 21											健康日本 21		
区分	項目	取組	個別目標	指標	現 状 (ベースライン)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年		
総 合				65歳時の平均自立期間／男性	15.39年	—	「健康日本21」計画策定参考資料21世紀へ向けての健康指標集	平成11年3月					
総 合				65歳時の平均自立期間／女性	18.64年	—	「健康日本21」計画策定参考資料21世紀へ向けての健康指標集	平成11年3月					
総 合				自分の健康状態をよいと感じる人の割合	84.4%	—	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	平成13年1月 東京都政策報道室					
循環器	1	1		脳血管疾患の年齢調整死亡率 （人口10万対）／男性	96.5	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					
循環器	1	2		脳血管疾患の年齢調整死亡率 （人口10万対）／女性	65.1	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					
循環器	1	3		虚血性心疾患の年齢調整死亡率 （人口10万対）／男性	71.8	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					
循環器	1	4		虚血性心疾患の年齢調整死亡率 （人口10万対）／女性	36.6	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					
循環器	1	5		脳血管疾患受療率（人口10万対）	248	下げる	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	平成13年6月 東京都衛生局					
循環器	1	6		虚血性心疾患受療率（人口10万対）	69	下げる	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	平成13年6月 東京都衛生局					
循環器	1	7		血圧有所見者／40歳以上	25.1%	減らす	老人保健事業報告区市町村別結果表	東京都衛生局					
循環器	1	8		高血圧境界領域者／40歳以上	14.2%	減らす	老人保健事業報告区市町村別結果表	東京都衛生局					
循環器	1	9		高脂血症の人の割合／男性	15.2%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	8.7a	高脂血症の人の割合／男性	10.5% 5.2%以下		
循環器	1	10		高脂血症の人の割合／女性	15.0%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	8.7b	高脂血症の人の割合／女性	17.4% 8.7%以下		
循環器									8.2a	1日当たりのカリウム平均摂取量／成人	2.5g 3.5g以上		
糖尿病	2	11		糖尿病性腎症による透析患者数	5,550人	減らす	わが国の慢性透析療法の現況（2000年12月31日現在）	平成13年6月 （社）日本透析医学会	7.8a	糖尿病合併症を発症した人の数／糖尿病性腎症	10,729人		
糖尿病									7.8b	糖尿病合併症を有する人の数／失明	約3,000人		
糖尿病	2	12		糖尿病受療率（人口10万対）	166	下げる	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	平成13年6月 東京都衛生局	7.6a	糖尿病有病者数	690万人 1,000万人		
糖尿病									7.7a	糖尿病有病者の治療継続率	45% 100%		
糖尿病	2	13		糖尿病有所見者／40歳以上	15.0%	減らす	老人保健事業報告区市町村別結果表	東京都衛生局					
がん	3	14		全がんの年齢調整死亡率（人口10万対）／男性	231.1	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					
がん	3	15		全がんの年齢調整死亡率（人口10万対）／女性	116.3	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省					

東京都健康増進プラン 21										健康日本 21		
区分	項目	取組	個別目標	指標	現状 (ハースライフ)	方向	資料	発行	指 標	現 状		
											2010年	
がん	3		16	胃がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／男性	46.3	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
	3		17	胃がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／女性	18.8	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
	3		18	肺がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／男性	46.2	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん	3		19	肺がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／女性	13.7	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん	3		20	大腸がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／男性	27.7	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん	3		21	大腸がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／女性	15.3	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん	3		22	子宮がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／女性	6.4	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん	3		23	乳がんの年齢調整死亡率（人口10万対） ／女性	12.8	下げる	平成7年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告	平成10年3月 厚生省				
がん									9.4a	1日の食事において、果物類を摂 取している人の割合／成人	29.3% 60% 以上	
栄養	4		24	肥満・やせの人の割合 児童・生徒の肥満／小学校4年生男子	5.8%	減らす	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断 疾病異常調査	平成13年3月 東京都教育委 員会	1.1a			
栄養	4		25	児童・生徒の肥満／小学校4年生女子	3.9%	減らす	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断 疾病異常調査	平成13年3月 東京都教育委 員会		肥満者等の割合 ／児童生徒の肥満児	10.7% 7%以下	
栄養	4		26	児童・生徒の肥満／中学校1年生男子	4.0%	減らす	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断 疾病異常調査	平成13年3月 東京都教育委 員会				
栄養	4		27	児童・生徒の肥満／中学校1年生女子	2.9%	減らす	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断 疾病異常調査	平成13年3月 東京都教育委 員会				
栄養	4		28	男性の肥満／20歳～69歳	24.8%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3% 15% 以下	
栄養	4		29	女性の肥満／40歳～69歳	20.1%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2% 20% 以下	
栄養	4		30	若い女性のやせ／20歳代	30.8%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3% 15% 以下	
栄養	4		31	体重コントロールを心がけている人	72.6%	増やす	東京都民の栄養状況（平成10年国民栄養調査成績） 「理想の体重に近づけよう、あるいは理想の体重を 維持しよう」と心がけているか」で「はい」と回答し た人	平成11年11月 東京都衛生局	1.6a	自分の適正体重を認識し、体重コ ントロールを実践している人の割 合／男性（15歳以上）	62.6% 90% 以上	
栄養									1.6b	自分の適正体重を認識し、体重コ ントロールを実践している人の割 合／女性（15歳以上）	80.1% 90% 以上	
栄養	4		32	適正な食事量を知っている人	71.4%	増やす	東京都民の栄養状況（平成8年国民栄養調査成績） 「自分にとって適切な食事内容・量を知っている」 で「はい」と回答した人	平成9年11月 東京都衛生局	1.10a	自分の適正体重を維持することの できる食事量を理解している人の 割合／成人男性	65.6% 80% 以上	
栄養									1.10b	自分の適正体重を維持することの できる食事量を理解している人の 割合／成人女性	73.0% 80% 以上	

区分	東京都健康推進プラン 21						健康日本 21			
	項目	値別 目標	指標	現状 (パーセント)	方向	資料	発行	指標	現状	2010 年
栄養	1	33	脂防エネルギー比率／1歳以上	27.9%	25%以下	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1日当たりの平均摂取比率 ／20～40歳代	27.1%	25% 以下
栄養	1	34	脂防エネルギー比率が適正な人の割合 ／1歳～17歳	32.5%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	1	35	脂防エネルギー比率が適正な人の割合 ／18歳以上	24.7%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	1	36	1日当たりの平均食塩摂取量／15歳～69歳	12.4g	10g未満	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1日当たりの食塩の平均摂取量 ／成人	13.5g	10g 未満
栄養	1	37	食塩摂取量10g未満の人の割合 ／15歳～69歳	35.0%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	1	38	カルシウムの充足率／1歳以上	87.0%	100%	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	1	39	カルシウムに富む食品の成人1日当たりの平均 摂取量／緑黄色野菜	107g	120g 以上	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	カルシウムに富む食品の1日当たりの 平均摂取量（成人）／緑黄色野菜	98g	120g 以上
栄養	1	40	カルシウムに富む食品の成人1日当たりの平均 摂取量／豆・豆製品	71g	100g 以上	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	カルシウムに富む食品の1日当たりの 平均摂取量（成人）／豆類	76g	100g 以上
栄養	1	41	カルシウムに富む食品の成人1日当たりの平均 摂取量／牛乳・乳製品	100g	130g 以上	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	カルシウムに富む食品の1日当たりの 平均摂取量（成人）／牛乳・乳製品	107g	130g 以上
栄養	1	42	成人1日当たりの野菜の平均摂取量	306g	350g 以上	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1日当たりの野菜の平均摂取量 ／成人	292g	350g 以上
栄養	1	43	1日最低1食は主食・主菜・副菜をそろえた 食事をしている人の割合	—	—	—	—			
栄養	2	44	朝食欠食者の割合／20歳代男性	37.3%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	欠食する人の割合／男性（20歳 代）	32.9%	15% 以下
栄養	2	45	朝食欠食者の割合／20歳代女性	14.3%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	2	46	朝食欠食者の割合／30歳代男性	20.0%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	欠食する人の割合／男性（30歳 代）	20.5%	15% 以下
栄養	2	47	朝食欠食者の割合／中学・高校生（15歳～19 歳）	18.6%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	欠食する人の割合／中学・高校生 （15歳～19歳）	6.0%	0%
栄養	2	48	1日最低1食、きちんとした食事を二人以上 で楽しく、30分以上かけて食べている人の割合 ／男性	61.1%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	1日最低1食、きちんとした食事を を、家族等で2人以上で楽しく、 30分以上かけてとる人の割合／ 成人	56.3%	70% 以上
栄養	2	49	1日最低1食、きちんとした食事を二人以上 で楽しく、30分以上かけて食べている人の割合 ／女性	71.5%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局			
栄養	2	50	栄養成分表示を参考にしている人／男性	23.5%	増やす	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	平成13年1月 東京都政策 推進室	外食や食品を購入する時に栄養成分 表示を参考にしている人の割合／成 人	—	—
栄養	2	51	栄養成分表示を参考にしている人／女性	49.3%	増やす	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	平成13年1月 東京都政策 推進室			
栄養	2	52	食生活改善の意欲のある人／男性	30.4%	増やす	東京都民の栄養状況（平成11年国民栄養調査成績） 「自分の健康や食生活により良い方向にすることに関 心があるか」と回答した人	平成12年11月 東京都衛生局	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 人の割合／成人男性	55.6%	80% 以上
栄養	2	53	食生活改善の意欲のある人／女性	42.9%	増やす	東京都民の栄養状況（平成11年国民栄養調査成績） 「自分の健康や食生活により良い方向にすることに関 心があるか」と回答した人	平成12年11月 東京都衛生局	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 人の割合／成人女性	67.7%	80% 以上
栄養	2	54	健康に関する自主的な集まりがある人の割合	9.8%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	自主グループの数	—	—

区 分	東 京 都 健 康 推 進 プ ラ ン 2 1							健 康 日 本 2 1		
	項 目	取 組 目 標	指 標	現 状 (ハ・スライ)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年
栄養								1.13a	学習の場の数	—
								1.13b	学習に参加する人の割合	—
栄養	3	55	栄養成分表示をしている店舗数／多摩地区	539件	増やす	独自調査	東京都衛生局	1.12a	ヘルシーメニューの提供数	—
栄養	3	56	栄養成分表示をしている店舗数／特別区	1,226件	増やす	独自調査	東京都衛生局			
栄養								1.12b	ヘルシーメニューを利用する人の割合	—
運動	4	57	(子ども) 外遊びする子どもの割合／小学校3年生	65.4%	増やす	第8回東京都子ども基本調査報告書大都市における児童・生徒の生活・価値観に関する調査報告書	平成11年11月 東京都生活文化局			
運動	4	58	(子ども) 外遊びする子どもの割合／小学校5年生	60.3%	増やす	第8回東京都子ども基本調査報告書大都市における児童・生徒の生活・価値観に関する調査報告書	平成11年11月 東京都生活文化局			
運動	4	59	(子ども) 外遊びする子どもの割合／中学校2年生	31.1%	増やす	第8回東京都子ども基本調査報告書大都市における児童・生徒の生活・価値観に関する調査報告書	平成11年11月 東京都生活文化局			
運動	4	60	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／小学校3年生男子	30.4%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	61	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／小学校3年生女子	23.0%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	62	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／小学校5年生男子	44.4%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	63	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／小学校5年生女子	26.9%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	64	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／中学校2年生男子	63.2%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	65	(子ども) 運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合／中学校2年生女子	47.2%	増やす	平成12年度東京都児童・生徒の体力・運動能力調査報告書	平成13年3月 東京都教育委員会			
運動	4	66	(成人) ふだん運動やスポーツをしている人の割合／男性	50.0%	増やす	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	平成13年1月 東京都政策報道室	2.1a	意識的に運動をしている人の割合／男性	52.6% 63%以上
運動	4	67	(成人) ふだん運動やスポーツをしている人の割合／女性	41.9%	増やす	健康に関する世論調査（平成12年9月調査）	平成13年1月 東京都政策報道室	2.1b	意識的に運動をしている人の割合／女性	52.8% 63%以上
運動	4	68	(成人) 1日の歩数／15歳以上男性	8,563歩	1,000歩 増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.2a	日常生活における歩数／男性	8,202歩 9,200歩以上
運動	4	69	(成人) 1日の歩数／15歳以上女性	8,048歩	1,000歩 増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.2b	日常生活における歩数／女性	7,282歩 8,300歩以上
運動	4	70	(成人) 運動習慣のある人の割合／男性	18.2%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.3a	運動習慣者の割合／男性	28.6% 39%以上
運動	4	71	(成人) 運動習慣のある人の割合／女性	22.5%	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.3b	運動習慣者の割合／女性	24.6% 35%以上
運動	4	72	(高齢者) 1日の歩数／70歳以上男性	4,516歩	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.6a	日常生活における歩数／男性（70歳以上）	5,436歩 6,700歩以上
運動	4	73	(高齢者) 1日の歩数／70歳以上女性	5,206歩	増やす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	2.6b	日常生活における歩数／女性（70歳以上）	4,604歩 5,900歩以上

区 分	東 京 都 健 康 推 進 プ ラ ン 2 1						健 康 日 本 2 1			
	項 目	取 組 目 標	指 標	現 状 (パースライン)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年
運動	4	74	(高齢者)外出をこころがける人／男性	41.9%	増やす	高齢者の生活実態(平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書)「健康のために気をつけていること」と回答した人	平成13年10月 東京都福祉局	運動習慣者の割合 ／男性(60歳以上)	59.8%	70% 以上
運動	4	75	(高齢者)外出をこころがける人／女性	45.1%	増やす	高齢者の生活実態(平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書)「健康のために気をつけていること」と回答した人	平成13年10月 東京都福祉局	運動習慣者の割合 ／女性(60歳以上)	59.4%	70% 以上
運動								2.4c 運動習慣者の割合 ／80歳以上(全体)	46.3%	56% 以上
休養	5	76	ストレスを感じている人の割合	65.6%	減らす	健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	3.1a ストレスを感じた人の割合／ 全国平均	54.6%	49% 以下
休養	5	77	気軽に相談できる場所を知っている人の割合	—	—	—	—			
休養	5	78	睡眠時間が充足していると感じている人の割合	68.9%	増やす	健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	3.2a 睡眠による休養を十分とれない人の割合／ 全国平均	23.1%	21% 以下
休養								3.3a 睡眠補助品等を使用する人の割合 ／全国平均	14.1%	13% 以下
休養								3.4a 自殺者数／全国数	31,755人	22,000人 以下
休養	5	79	余暇が充実している人の割合	62.6%	増やす	健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室			
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／肺がん	91.3%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1a 健康影響を知っている人の割合／ 肺がん	84.5%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／気管支炎	49.6%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1c 健康影響を知っている人の割合／ 気管支炎	65.5%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／妊婦への影響(未熟児など)	47.5%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1g 健康影響を知っている人の割合／ 妊婦に関連した異常	79.6%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／ぜんそく	38.8%	すべての人に知ってもらおう	健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1b 健康影響を知っている人の割合／ 喘息	59.9%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／心臓病	27.9%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1d 健康影響を知っている人の割合／ 心臓病	40.5%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／脳卒中	17.5%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1e 健康影響を知っている人の割合／ 脳卒中	35.1%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／胃潰瘍	14.2%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1f 健康影響を知っている人の割合／ 胃潰瘍	34.1%	100%
たばこ	6		健康影響を知っている人の割合／歯周病(歯槽膿漏など)	11.0%		健康に関する世論調査(平成12年9月調査)	平成13年1月 東京都政策報道室	4.1h 健康影響を知っている人の割合／ 歯周病	27.3%	100%
たばこ	6	81	未成年者の喫煙率／中学校2年生男子	6.5%	なくす	第8回東京都子ども基本調査報告書大都市における児童・生徒の生活・価値観に関する調査報告書	平成11年11月 東京都生活文化局	4.2a 未成年者の喫煙している人の割合 ／男性(中学1年)	7.5%	0%
たばこ								4.2b 未成年者の喫煙している人の割合 ／男性(高校3年)	36.9%	0%
たばこ	6	82	未成年者の喫煙率／中学校2年生女子	1.8%	なくす	第8回東京都子ども基本調査報告書大都市における児童・生徒の生活・価値観に関する調査報告書	平成11年11月 東京都生活文化局	4.2c 未成年者の喫煙している人の割合 ／女性(中学1年)	3.8%	0%
たばこ								4.2d 未成年者の喫煙している人の割合 ／女性(高校3年)	15.6%	0%

東京都健康推進プラン 21										健康日本 21			
区分	項目	取組	個別目標	指標	現状	方向	資料	発行	指 標	現 状	2010 年		
たばこ		7	83	禁煙支援プログラムが提供されている区市町村の割合	29.0%	増やす	厚生労働省調査東京都集計分	東京都衛生局	4.4a 禁煙支援プログラムが提供されている区市町村の割合／全国	—	100%		
		7	84	分煙を実施している施設の割合	95.9%	100%	都立施設分煙化推進計画実施状況調査報告書（平成11年度末現在）	平成12年11月 東京都衛生局	4.3a 分煙を実施している割合／公共の場	—	100%		
		7	85	分煙を実施している施設の割合	92.5%	100%	厚生労働省調査東京都集計分	東京都衛生局	4.3b 分煙を実施している割合／職場	—	100%		
									4.3c 効果の高い分煙に関する知識／知っている人の割合	—	100%		
アルコール		8	86	「適度な飲酒量」を知っている人の割合	—	—	—	—	5.3a 「節度ある適度な飲酒」を知っている人の割合／男性	—	100%		
アルコール		8	87	「適度な飲酒量」を知っている人の割合	—	—	—	—	5.3b 「節度ある適度な飲酒」を知っている人の割合／女性	—	100%		
アルコール		8	88	未成年者の飲酒率／男性	—	—	—	—	5.2a 未成年者の飲酒している人の割合／男性（中学3年）	25.4%	0%		
アルコール									5.2b 未成年者の飲酒している人の割合／男性（高校3年）	51.5%	0%		
アルコール		8	89	未成年者の飲酒率／女性	—	—	—	—	5.2c 未成年者の飲酒している人の割合／女性（中学3年）	17.2%	0%		
アルコール									5.2d 未成年者の飲酒している人の割合／女性（高校3年）	35.9%	0%		
アルコール		8	90	多量に飲酒する人の割合（1日に3合以上）／男性	4.7%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	5.1a 多量に飲酒する人の割合／男性	4.1%	3.2%以下		
アルコール		8	91	多量に飲酒する人の割合（1日に3合以上）／女性	0.5%	減らす	東京都民の栄養状況（平成12年国民栄養調査結果）	平成13年10月 東京都衛生局	5.1b 多量に飲酒する人の割合／女性	0.3%	0.2%以下		
健康づくり支援サービス		9	92	自主グループ化を目指した健康づくり事業を実施している区市町村数	46区市町村	増やす	独自調査	東京都衛生局					
健康づくり支援サービス		10	93	基本健康診査受診率／40歳以上	56.6%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局					
健康づくり支援サービス									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		
健康づくり支援サービス									8.10a 検診受診者数／全国数	4,573万人	6,860万人以上		
健康づくり支援サービス				がん検診受診率／胃がん 40歳以上	6.0%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局	9.7a がん検診受診者数／胃がん	1,401万人	2,100万人以上		
健康づくり支援サービス				がん検診受診率／肺がん 40歳以上	5.4%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局	9.7d がん検診受診者数／肺がん	1,023万人	1,540万人以上		
健康づくり支援サービス		10	94	がん検診受診率／大腸がん 40歳以上	12.5%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局	9.7e がん検診受診者数／大腸がん	1,231万人	1,850万人以上		
健康づくり支援サービス				がん検診受診率／子宮がん 30歳以上	8.5%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局	9.7b がん検診受診者数／子宮がん	1,241万人	1,860万人以上		
健康づくり支援サービス				がん検診受診率／乳がん 30歳以上	7.0%	上げる	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局	9.7c がん検診受診者数／乳がん	1,064万人	1,600万人以上		
健康づくり支援サービス		11	95	事後指導を受けた人／生活習慣改善指導推進事業実施地区数	6区市町村	増やす	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局					

東京 都 健 康 推 進 プ ラ ン 2 1										健 康 日 本 2 1		
区 分	項目	取組	個別目標	指標	現 状 (ハースライン)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年	
健康づくり支援サービス		11	96	事後指導を受けた人／個別健康教育実施地区数	3 区市町村	増やす	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局				
	健康づくり支援サービス								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%	
	健康づくり支援サービス								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%	
歯と口腔の健康づくり	5		97	歯の喪失の抑制 60歳における24歳以上自分の歯を有する人の割合	55.2%	65%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.11b	自分の歯を有する人の割合／60歳（55～64歳）で24歳以上	44.1% 50%以上	
	5		98	70歳における20歳以上自分の歯を有する人の割合	53.5%	60%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局				
	5		99	80歳における20歳以上自分の歯を有する人の割合	27.0%	30%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.11a	自分の歯を有する人の割合／80歳（75～84歳）における20歳以上	11.5% 20%以上	
歯と口腔の健康づくり	5		100	無歯顎者の減少 60歳における歯が1本も無い人の割合	0.8%	1%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局				
	5		101	70歳における歯が1本も無い人の割合	3.9%	5%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局				
	5		102	80歳における歯が1本も無い人の割合	12.2%	10%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局				
歯と口腔の健康づくり	6		103	乳歯のう蝕予防 乳歯のう蝕のない子どもの割合／3歳	70.3%	90%以上	東京の歯科保健－3歳児歯科健康診査結果	平成12年3月 東京都衛生局	6.1a	う蝕のない幼児の割合（3歳）／全国平均	59.5% 80%以上	
	6		104	乳歯のう蝕のない子どもの割合／5歳	42.5%	70%以上	幼稚園・保育所等歯科健康診査結果	東京都衛生局				
	6		105	永久歯のう蝕予防 永久歯のう蝕のない子どもの割合／6歳	88.5%	95%以上	平成12年度小学校定期健康診断結果抽出調査	東京都衛生局				
歯と口腔の健康づくり	6		106	永久歯のう蝕のない子どもの割合／9歳	57.1%	75%以上	平成12年度小学校定期健康診断結果抽出調査	東京都衛生局				
	6		107	永久歯のう蝕のない子どもの割合／12歳	24.9%	50%以上	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断疾病異常調査	平成12年3月 東京都教育委員会				
	6		108	12歳における一人平均う蝕数（DMF歯数）	2.6歯	1.3歯以下	平成12年度東京都の学校保健統計書－定期健康診断疾病異常調査	平成12年3月 東京都教育委員会	6.4a	1人平均う蝕数（12歳）／全国平均	2.9歯 1歯以下	
歯と口腔の健康づくり	6		109	若年者における歯周病予防 12歳における歯肉に炎症所見の認められる子ども（GO及びGの者）の割合	13.5%	10%以下	平成12年度中学校定期健康診断結果抽出調査	東京都衛生局				
	6		110	重度歯周病の予防 進行した歯周病にかかっている人（CPI最大コード3以上の者）の割合／40歳	31.7%	20%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科疾患実態調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.7a	進行した歯周炎を有する人の割合／40歳	32.0% 22%以下	
	6		111	進行した歯周病にかかっている人（CPI最大コード3以上の者）の割合／50歳	48.9%	30%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科疾患実態調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.7b	進行した歯周炎を有する人の割合／50歳	46.9% 33%以下	

区分		東京都健康推進プラン 21										健康日本 21		
		項目	取組	指標	現状 (パーセント)	方向	資料	発行	指標	現状	2010年			
歯と口腔の健康づくり		6	112	進行した歯周病にかかっている人（ＣＰⅠ最大コード3以上の者）の割合／60歳	56.8%	40%以下	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健対策推進協議会報告書―東京都歯科疾患実態調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	113	フッ化物配合歯磨剤の使用している子どもの割合／3歳	29.3%	70%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	114	フッ化物配合歯磨剤を使用している子どもの割合／5歳	43.2%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	115	フッ化物配合歯磨剤を使用している子どもの割合／小学生（6歳～11歳）9歳	15.6%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	116	フッ化物配合歯磨剤を使用している子どもの割合／中学生（12歳～14歳）12歳	17.2%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.5a	学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤を使用している人の割合／全国平均	90%以上			
歯と口腔の健康づくり		12	117	フロスによる歯口清掃習慣の定着	23.8%	40%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	118	保護者による観察習慣の定着	78.1%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	119	週に1回以上、子どもの歯と口腔を観察している保護者の割合／幼児期（1歳～5歳）1歳6か月	80.2%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	120	週に1回以上、子どもの歯と口腔を観察している保護者の割合／5歳	69.4%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	121	週に1回以上、子どもの歯と口腔を観察している保護者の割合／小学校低学年（6歳～8歳）6歳	65.5%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	122	セルフチェック習慣の獲得	68.5%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	123	月に1回以上、歯や歯肉の自己観察をしている子どもの割合／小学校高学年（9歳～11歳）9歳	70.8%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						
歯と口腔の健康づくり		12	124	専門的口腔ケアを受ける習慣の定着	31.3%	60%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局	6.2a	フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の割合（3歳）／全国平均	50%以上			
歯と口腔の健康づくり		12	125	定期健診や予防処置（フッ化物歯面塗布、シーラント処置等）をしてもらった「かかりつけ歯科医」をもつ子どもの割合／5歳	65.9%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局						

東京 都 健康 推進 プ ラ ン 2 1			健康 日本 2 1							
項目	取組	指 標	現 状 (ハースライフ)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年	
歯と口腔の健康づくり	12	126	定期健診や予防処置（フッ化物歯面塗布、シーラント処置等）をしてもらえる「かかりつけ歯科医」をもつ子どもの割合／9歳	73.9%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局	過去1年間に個別的な歯口清掃指導を受けたことのある人の割合／全国平均	12.8%	30%以上
	12	127	定期健診や予防処置（フッ化物歯面塗布、シーラント処置等）をしてもらえる「かかりつけ歯科医」をもつ子どもの割合／12歳	53.6%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	12	128	甘味食品・甘味飲料の過剰摂取の制限 甘味食品をほぼ毎日食べる子どもの割合／3歳	42.0%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局	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割合（1歳6ヶ月児）／全国平均	29.9%	—
	12	129	甘味食品をほぼ毎日食べる子どもの割合／5歳	35.2%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	12	130	甘味食品をほぼ毎日食べる子どもの割合／9歳	23.9%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
	12	131	甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合／3歳	36.7%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	12	132	甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合／5歳	27.9%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
	12	133	甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合／9歳	22.8%	減らす	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科保健推進協議会報告書―東京都幼児期・学齢期の歯科保健行動に関する調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	13	134	積極的な歯口清掃習慣の獲得 1日1回は十分な時間（10分程度）をかけて、ていねいに歯を磨く人の割合／20歳～39歳	20.8%	50%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局			
	13	135	1日1回は十分な時間（10分程度）をかけて、ていねいに歯を磨く人の割合／40歳～64歳	23.5%	50%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	13	136	1日1回は十分な時間（10分程度）をかけて、ていねいに歯を磨く人の割合／65歳以上	35.4%	50%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局			
	13	137	歯間部清掃用具を用いた歯口清掃習慣の定着 フロスや歯間ブラシを使用している人の割合／成人期20歳～39歳	43.3%	80%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局			
歯と口腔の健康づくり	13	138	フロスや歯間ブラシを使用している人の割合／成人期40歳～64歳	44.6%	80%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	歯間部清掃用具を使用する人の割合／40歳（35～44歳）	19.3%	50%以上
	13	139	フロスや歯間ブラシを使用している人の割合／高年齢期65歳以上	34.5%	60%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	歯間部清掃用具を使用する人の割合／50歳（45～54歳）	17.8%	50%以上
歯と口腔の健康づくり	13	140	フッ化物配合歯磨剤の使用 フッ化物配合歯磨剤を使用している人の割合／20歳～39歳	25.2%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局			

区 分			東 京 都 健 康 推 進 プ ラ ン 2 1						健 康 日 本 2 1		
項 目	取 組 目 標	指 標	現 状 (ハ・スライツ)	方 向	資 料	発 行	指 標	現 状	2010 年		
歯と口腔の健康づくり		セルフチェック習慣の定着									
	13 141	月に1回以上、歯や歯肉の自己観察をしている人の割合／20歳～39歳	73.9%	90%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局					
	13 142	自分自身の口腔保健に関する関心喚起	63.1%	70%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局					
歯と口腔の健康づくり		専門的口腔ケアを受ける習慣の定着									
	13 143	定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合／20歳～39歳	20.0%	50%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局					
	13 144	定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合／40歳～64歳	39.6%	60%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	過去1年間に定期的な歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合／60歳（55～64歳）	15.9%	30%以上		
歯と口腔の健康づくり		定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合／65歳以上									
	13 145	定期健診、歯石除去及び歯面清掃をしてくれる「かかりつけ歯科医」をもつ人の割合／65歳以上	25.4%	70%以上	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局	過去1年間に定期的に歯科検診を受けた人の割合／60歳（55～64歳）	16.4%	30%以上		
		喫煙と歯周病の関係の周知									
歯と口腔の健康づくり	13 146	喫煙が歯周病のリスクであることを知っている人の割合／20歳～39歳	35.1%	すべての人に知ってもらう	西暦2010年の歯科保健目標の提言と西暦2000年の歯科保健目標の達成度評価―東京都歯科診療所患者調査	平成12年8月 東京都衛生局					
	14 147	歯周疾患検診の実施／歯周疾患検診実施区市町村数	18区市町村	増やす	東京の歯科保健―老人保健法に基づく歯科保健事業実績	平成13年9月 東京都衛生局					
	7 148	高齢者の骨折の受療率（人口10万対）	271	下げる	患者調査東京都集計結果報告平成11年10月実施	平成13年6月 東京都衛生局					
骨折・転倒	7 149	高齢者の転倒による搬送人数	21,683人	減らす	災害と防災環境からみる高齢者の実態	東京都消防庁					
骨折・転倒	15 150	骨粗しょう症予防対策事業実施区市町村数	34区市町村	増やす	平成12年度事業実績	東京都衛生局					
閉じこもり	8 151	外出頻度が週1回程度以下の高齢者の割合	13.9%	減らす	高齢者の生活実態（平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書）	平成13年10月 東京都福祉局					
閉じこもり	8 152	近所づきあいのない高齢者の割合	9.6%	減らす	高齢者の生活実態（平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書）	平成13年10月 東京都福祉局					
閉じこもり	16 153	機能訓練事業実施区市町村数（B型）	33区市町村	増やす	平成12年度老人保健事業実績集計表	平成13年6月 東京都衛生局					
閉じこもり	16 154	自主グループ・家族会活動のある機能訓練実施施設／自主グループ	26.3%	増やす	機能訓練事業実態調査報告書（平成10年度調査）	平成12年2月 東京都衛生局					
閉じこもり	16 155	自主グループ・家族会活動のある機能訓練実施施設／家族会	8.6%	増やす	機能訓練事業実態調査報告書（平成10年度調査）	平成12年2月 東京都衛生局					
閉じこもり	16 156	「生きがい活動支援通所事業」実施区市町村数	52区市町村	増やす	平成12年度事業実績	東京都福祉局					
閉じこもり	17 157	就業している高齢者／65歳～69歳	44.0%	増やす	都民の就業構造平成9年就業構造基本調査報告	平成11年3月 東京都総務局					
閉じこもり	17 158	就業している高齢者／70歳以上	22.4%	増やす	都民の就業構造平成9年就業構造基本調査報告	平成11年3月 東京都総務局					
閉じこもり	17 159	学習活動への参加／65歳以上	7.7%	増やす	高齢者の生活実態（平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書）	平成13年10月 東京都福祉局					
閉じこもり	17 160	ボランティア等への参加／65歳以上男性	14.6%	増やす	高齢者の生活実態（平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書）	平成13年10月 東京都福祉局	2.5a	地域活動を実施している人／男性（60歳以上）	48.3%		
閉じこもり	17 161	ボランティア等への参加／65歳以上女性	10.4%	増やす	高齢者の生活実態（平成12年度東京都社会福祉基礎調査報告書）	平成13年10月 東京都福祉局	2.5b	地域活動を実施している人／女性（60歳以上）	39.7%		

V インターネットURL

東京都庁	http://www.metro.tokyo.jp/
東京都衛生局	http://www.eisei.metro.tokyo.jp/
東京都衛生局健康推進部健康推進課	http://www.eisei.metro.tokyo.jp/kensui/
東京都福祉局	http://www.fukushi.metro.tokyo.jp/
東京都教育委員会	http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/
東京都産業労働局	http://www.sangyo-rodo.metro.tokyo.jp/
東京都生活文化局	http://www.seikatubunka.metro.tokyo.jp/
東京都立衛生研究所	http://www.tokyo-eiken.go.jp/
(財) 東京都老人総合研究所	http://www.tmig.or.jp/
東京いきいきらいふ推進センター	http://www.nenrin.or.jp/tokyo/
東京ボランティア・市民活動センター	http://www.tvac.or.jp/
(財) 東京都健康推進財団	http://www.tokyo-hpc.or.jp/
(財) 東京都地域福祉財団	http://www.chiiki.metro.tokyo.jp/
東京都国民健康保険団体連合会	http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/
健康保険組合連合会東京連合会	http://www.kprt.jp/
健康保険組合連合会	http://www.kenporen.or.jp/
(財) 社会保険健康事業財団	http://www.peare.or.jp/
国民健康保険中央会	http://www.kokuho.or.jp/
社団法人東京都医師会	http://www.tokyo.med.or.jp/
社団法人東京都歯科医師会	http://www.tokyo-da.org/
社団法人東京都薬剤師会	http://www.toyaku.or.jp/
社団法人東京都看護協会	http://www.tna.or.jp/
厚生労働省	http://www.mhlw.go.jp/
内閣府	http://www.cao.go.jp/
東京労働局	http://www.roudoukyoku.go.jp/
総務省統計局・統計センター	http://www.stat.go.jp/
国立社会保障・人口問題研究所	http://www.ipss.go.jp/
国立医療・病院管理研究所	http://www.nih.go.jp/byoken/index-j.html
独立行政法人国立健康・栄養研究所	http://www.nih.go.jp/eiken/index-j.html
国立公衆衛生院	http://www.iph.go.jp/
国立がんセンター	http://www.info.ncc.go.jp/
国立循環器病センター	http://www.ncvc.go.jp/
健康日本21ホームページ	http://www.kenkounippon21.gr.jp/
(財) 健康・体力づくり事業財団	http://www.health-net.or.jp/
(財) 厚生統計協会	http://www.hws-kyokai.or.jp/
(財) 長寿社会開発センター	http://www.nenrin.or.jp/
(財) アルコール健康医学協会	http://www.arukenkyo.or.jp/
NIPPON-NET	http://www.nippon-net.ne.jp/

VI その他

東京都健康推進プラン21 検討会設置要綱

平成12年5月24日
12衛健健第162号

(設置)

第1条 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を踏まえ、都における保健医療水準の指標及び運動の推進方策を検討するため、「東京都健康推進プラン21 検討会」（以下「検討会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2条 検討会は、次の事項を検討し、その結果を衛生局長に報告する。
(1) 東京都健康推進プラン21の対象分野及び各分野の指標に関すること。
(2) 都における健康づくり運動の推進方策に関すること。
(3) その他局長が必要と認めること。

(構成)

第3条 検討会は、次に掲げる者のうちから、衛生局長が委嘱し、又は任命する25名以内の委員をもって構成する。
(1) 学識経験者
(2) 各種団体代表
(3) 関係行政機関職員

(任期)

第4条 委員の任期は最終報告書の完成までとする。
2 委員の欠員により補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(座長)

第5条 座長は、委員の互選により選任する。
2 座長は、検討会を招集し、会務を総理する。
3 座長に事故があるとき又は欠けたときは、あらかじめ座長の指名する委員がその職務を代理する。
4 座長は、必要と認められるときは、検討会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。

(部会)

第6条 検討会に、部会を置くことができる。
2 部会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。

(会議等の公開)

第7条 検討会の会議及び議事録等は、特に非公開とする必要がある場合を除き、すべて公開する。
2 会議又は議事録等を公開するときは、座長は、必要な条件を付けることができる。

(庶務)

第8条 検討会の庶務は、衛生局健康推進部健康推進課において処理する。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成12年5月24日から施行する。

東京都健康推進プラン2 1 検討会委員名簿

	委員氏名	所 属
学 識 経 験 者 ・ 関 係 団 体 等	足立 己幸	女子栄養大学教授
	大関 正章	東京労働局労働基準部労働衛生課長（～13年3月）
	稲垣 稔	東京労働局労働基準部労働衛生課長（13年4月～）
	小林 祐子	北区健康推進部長（～13年3月）
	上間 和子	渋谷区保健衛生部長（13年4月～）
	増田 昭治	奥多摩町健康福祉課長（～12年9月）
	滝口 光男	奥多摩町健康福祉課長（12年10月～13年4月）
	江川 益弘	日の出町福祉健康課保健衛生担当主幹（13年5月～）
	浦野 龍治	あきる野市福祉部長（～13年3月）
	加藤 光章	西東京市保健福祉部長（13年4月～）
	○川口 毅	昭和大学医学部教授
	井口 ちよ	東京都健康づくり推進センター所長（～13年3月）
	桜山 豊夫	東京都健康づくり推進センター所長（13年4月～13年8月）
	川口 忠彦	東京都健康づくり推進センター所長（13年9月～）
	佐藤 堅一	健康保険組合連合会東京連合会専務理事
	武井 正子	順天堂大学スポーツ健康科学部教授
	竹内 孝仁	日本医科大学教授
	◎野崎 貞彦	日本大学医学部教授
	平野かよ子	国立公衆衛生院公衆衛生看護学部長
	増谷 忠雄	東京都国民健康保険団体連合会事務局長
	宮武 光吉	鶴見大学歯学部客員教授
	安達 高之	東京いきいきらいふ推進センター所長（～12年7月）
	森 勝幸	東京いきいきらいふ推進センター所長（12年8月～）
都 職 員	森岡 俊介	東京都歯科医師会理事
	山崎美貴子	東京ボランティア・市民活動センター所長
	湯藤 進	東京都医師会理事
	村山 寛司	福祉局企画担当部長
	有手 勉	高齢者施策推進室高齢政策部長（～12年7月）
	金内 善健	高齢者施策推進室高齢政策部長（12年8月～13年3月）
	坂本 満穂	労働経済局労政部長（～12年7月）
	生井 規友	労働経済局労政部長（12年8月～13年3月）
	渡邊 泰弘	産業労働局労働部長（13年4月～）
	小栗慎次郎	教育庁生涯学習部長（～12年7月）
	嶋津 隆文	教育庁生涯学習部長（12年8月～）
	土村 孝夫	教育庁体育部長（～12年7月）
	桜井 武男	教育庁体育部長（12年8月～）
	上間 和子	衛生局健康推進部長（～13年3月）
	長岡 常雄	衛生局健康推進部長（13年4月～）
	金田麻里子	東京都島しょ保健所長（～13年3月）
	百濟 さち	東京都府中小金井保健所長（13年4月～）

◎座長 ○副座長

東京都健康推進プラン2 1 検討会 部会委員名簿

平成13年3月現在

第1部会（健康づくり）

氏 名	所 属 等
○ 足 立 己 幸	女子栄養大学教授
井 出 多延子	東京都村山大和保健所保健サービス課長
井 口 ち よ	東京都健康づくり推進センター所長
小 川 田鶴子	衛生局総務部副参事(地域保健推進担当)
栗 本 文 子	新宿区新宿区保健所健康推進課健康推進係栄養指導主査
黒 岩 京 子	教育庁体育部保健給食課長

第2部会（生活習慣病予防）

氏 名	所 属 等
○ 川 口 毅	昭和大学医学部教授
金 田 麻里子	東京都島しょ保健所長
清 古 愛 弓	葛飾区葛飾保健所予防課長
田 嶋 尚 子	東京慈恵会医科大学教授
多 田 久 子	足立区衛生部衛生管理課計画調整担当係長
藤 沢 衣佐子	衛生局総務部副参事(地域保健推進担当)

第3部会（骨折・寝たきり予防）

氏 名	所 属 等
○ 竹 内 孝 仁	日本医科大学教授
上 間 和 子	衛生局健康推進部長
牛 島 和 美	高齢者施策推進室高齢政策部企画課長
木 村 博 子	中野区保健所予防二課長
鈴 木 隆 雄	東京都老人総合研究所副所長
東 條 敏 子	衛生局総務部副参事(地域保健推進担当)
福 田 恭 子	府中市福祉部健康課健康づくり係

○部会長（委員は50音順）

東京都健康推進プラン 2 1 ー生活習慣病と寝たきりの予防をめざしてー

2001（平成 13）年 10 月発行

印刷物規格表第 2 類

登録番号(13) 1 6 1

編集・発行 東京都衛生局健康推進部健康推進課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
TEL 03（5320）4353（ダイヤルイン）
FAX 03（5388）1429

印刷 株式会社 山下印刷
〒167-0043 東京都杉並区上荻一丁目 2 4 番 1 3 号
TEL 03（3393）1321

