

第 1 部

東京都健康推進プラン 2 1 の中間評価

中間評価の考え方

東京都健康推進プラン 2 1 の経緯

東京都健康推進プラン 2 1（以下、プラン 2 1）は、平成 13 年 10 月に「健康日本 2 1」の地方計画として、生活習慣病の一次予防等の課題について目標を設定し、推進方策を提示することで区市町村等の計画策定や関係者等の取組を支援してきた。

平成 15 年に健康増進法^(注1)が施行され、プラン 2 1 は都道府県健康増進計画として位置付けられ、引き続き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活用されてきた。

また、都では「東京都健康推進プラン 2 1 評価推進委員会」を設置し、計画の着実な推進、計画の実効性の確保のための進行管理と指標管理を行ってきた。

中間評価の必要性

プラン 2 1 は 10 か年計画として平成 22 年度までの長い期間にわたって多くの指標を追跡するものであり、計画期間中は計画による成果と取組の進捗状況を確認して、常に課題を明らかにするために、随時指標を収集して評価し、最終的な評価を最終年に実施することとしている。そして、計画期間中においても、集積された指標の動向によって、社会の現状や課題を踏まえた内容に変更し、時代に即した計画として活用していくことが必要である。

そのためにも中間年である平成 17 年度を中間評価の年として定め、計画全体の策定プロセスや活動状況についての評価や、各指標による分野別の評価を基に現状と課題について議論し、より実効性のある健康増進計画として、プラン 2 1 の後期 5 か年戦略に反映させていく必要がある。

中間評価の方法

プラン 2 1 の中間評価については、都が設置した東京都健康推進プラン 2 1 評価改定委員会にて、都道府県評価表及び 5 年分の目標指標を用いて、計画の全体的なプロセス評価と各分野別の指標評価を行った。また、評価に資するため、区市町村における健康づくり取組状況調査を行った。

(注 1) 健康増進法：国民の健康増進の総合的な推進に関して基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図ることを目的とした法律で平成 15 年 5 月に施行された。第 8 条において、健康増進計画の策定について規定されている。

プロセス評価

平成 15 年度に厚生労働省が健康日本 2 1 評価手法検討会の議論を踏まえて作成した都道府県評価表により、計画策定プロセス及び地方計画の目標達成のための活動状況、地方計画の目標達成度について 4 段階評価を行い、これをもとにして計画策定、推進体制、活動状況等についての評価を行った。

分野別指標評価

プラン 2 1 策定の際に設定された 161 の指標について、収集された 5 年分の年次推移を調査年別に整理して表を作成し、ベースラインから直近までの経過について、目標の方向性に沿って推移しているか否か、社会的な背景等についてもかんがみながら目標達成度を検討した。

健康づくり取組状況調査

区市町村における健康づくりの取組を把握し、プラン 2 1 の進捗状況を評価するため、健康づくり取組状況調査を実施した。調査では普及啓発や健康相談等の実施事業や環境整備、関係者との連携状況についての集計を実施した。

プロセス評価(計画策定・推進体制・活動状況について)

ヘルスプロモーション活動は結果だけでなくそのプロセスに関する評価も必要である。そこで、厚生労働省により作成された都道府県評価表(参考資料 参照)を用いて、計画策定に至る過程及び計画策定後の進行管理・推進体制など目標達成のための活動状況に関する自己評価を行った。

計画策定のプロセス

策定組織の設置

学識経験者、関係団体、関係行政機関代表者等から構成される「東京都健康推進プラン21検討会」及び検討会の下部組織となる取組分野ごとの部会を設置し、計画内容や推進方策等を検討するとともに、計画の策定経過については広報誌等を活用して住民や関係者に公開することにより共有化を図るよう努めた。このような経過を踏まえ、中間評価においても評価組織を設置し、社会的背景や計画の進捗状況等について広く検討することとした。

現状及びニーズの把握

既存の様々な調査データを活用し、都民のライフスタイルや疾病構造等について経年比較や全国比較等によって健康課題やニーズの把握を行い、課題に基づいた計画を策定した。

計画内容

目標

国が示した「健康日本21」の地方計画として、介護保険制度の創設を踏まえ、生活習慣病の予防と寝たきりの予防を掲げた独自性のある目標となっているが、多様化した都市型のライフスタイルなど都の特性等からも科学的根拠のある目標値の設定は困難であり、定性的な目標値が多かった。そのため、中間評価・改定にあたっては、社会状況等の変化を踏まえて目標体系を全体的に見直し、指標の到達度によっては目標をより実効性のあるものとするため、具体的な数値として目標値を設定することが必要である。

具体的な取組

住民や各関係者に期待される役割についての記載はあるが、取組内容についてはあまり具体的ではなく、参考事例や取組のポイントを示すにとどまっていた。また、健康づくりの実施主体は区市町村等であり、都は間接的支援が多いこと等から都の取組に関しても具体的な記載はなかった。今後は各関係者の自主的取組を促進するためにも重点的に取組が必要な課題に関しては、各関係者に期待される取組内容と、都が担う役割及びその取組についても具体化していくことが望ましい。

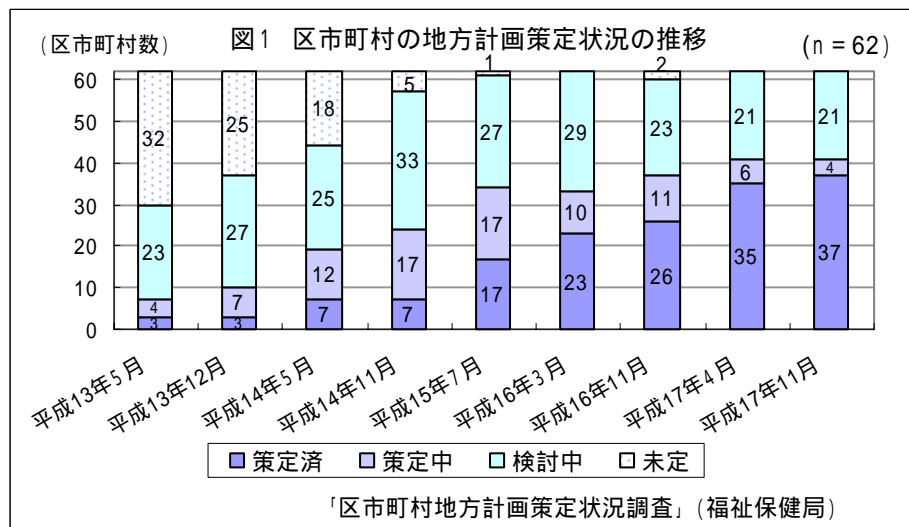
計画の推進と進行管理

地方計画の周知と活用状況

プラン2-1策定時は概要版のリーフレットの作成や広報誌・ホームページ等を活用し、計画内容に関する周知を行った。また、策定後はホームページや研修会等を活用し、区市町村をはじめとした各関係者の取組や、都の取組の進捗状況に関する周知に努めた。今回の中間評価を通して把握した都民の健康課題及び課題に対する今後の取組内容や進捗状況等についても、都民や各関係者の自主的な健康づくりの取組の促進支援となるよう、よりわかりやすく活用しやすい形で周知していくことが必要である。

住民や区市町村など関係者への支援

住民が健康づくりに取り組むための環境整備に重点をおき、健康づくり事業の実施主体である区市町村の地方計画策定の支援を中心に、プラン2-1の取組内容の周知や研修会等を実施してきた。その結果、計画策定済地域が順調に増加してきたが（図1）、市町村においては未策定地域が多い。引き続き、保健所や健康安全研究センター（地方衛生研究所）等と連携し、策定及び評価についても情報提供や技術支援をしていくことが重要である。また、今後は職域や企業等、他の関係者に対しても自主的取組を促進できるよう、連携強化を図ることも必要である。



取組の基盤整備と進行管理組織

プラン2-1策定の翌年より「東京都健康推進プラン2-1評価推進委員会」を設置した。各関係者の取組の進捗状況と推進課題について、経年的に下記のような調査を実施することにより把握し、推進方策を検討するとともに、年度ごとに指標のデータ管理を行ってきた。しかし、計画の着実な推進のための都の具体的な取組について検討する推進組織体制は整備されていなかったことから、今後は計画の実効性を確保するためにも進行管理組織とともに具体的な推進体制の仕組みについても検討していく必要がある。

表1 各関係者の取組状況に関する調査

関係者	調査名	調査対象	調査年度
区市町村	・区市町村地方計画策定状況 ・健康づくりに関する取組状況	全区市町村	平成13~17年度 (2回/年) 平成17年度
職域	健康保険組合の健康増進事業の実施状況	都内の健康保険組合(607機関)	平成15年度
自主グループ	・地域の自主グループ活動の実態 ・区市町村の自主グループ育成の実施状況	・区市町村で把握している地域の自主グループ ・全区市町村	平成15年度
学校	・健康教育の取組状況 ・学校保健委員会の設置状況	「平成16年度教育課程の編成・実施状況(東京都教育委員会)」により把握	平成16年度
保健医療専門家	健康スポーツ医の活動状況	都内の健康スポーツ医(1,759人)	平成16年度
企業	民間事業者と行政との連携事業 ・民間健康増進施設 ・一般公衆浴場	・東京都における民間健康増進施設との連携事業 ・区市町村における「公衆浴場関係施策」より把握	平成16年度

データ収集、モニタリングシステムの構築

目標指標については様々な既存の調査データを活用し、年度ごとに追跡している。しかし、調査の中止等により追跡困難となった指標もあるため、追跡の可否を踏まえた指標の見直しと、必要なデータの収集について検討することが必要である。

目標の見直し

分野別に設定された161の指標の一覧表を作成し、目標の方向性に沿って推移しているか否か、経年推移を見られるよう年度ごとにデータ管理をしてきた。しかし、策定後にベースラインを把握した項目等に関する目標値の設定や全体的な目標の見直しができていないため、指標の5年間の経年推移及び社会状況の変化等を踏まえ、目標や評価指標を見直すことが求められている。

事業の変化

環境整備に向けての取組

各健康づくり関係者の自主的な取組を促進するための仕組みづくりとして、下記のように広域的に事業展開している業界団体等と「栄養成分表示推進協議会」や「民間健康増進施設連絡協議会」を設置し、協働事業に取り組んできた。今後は健康づくり全般にわたる各種の業界団体、企業等の連携を図り、都民の健康づくりを社会全体で支援する広域的な仕組みづくりへと発展させていくことが必要である。

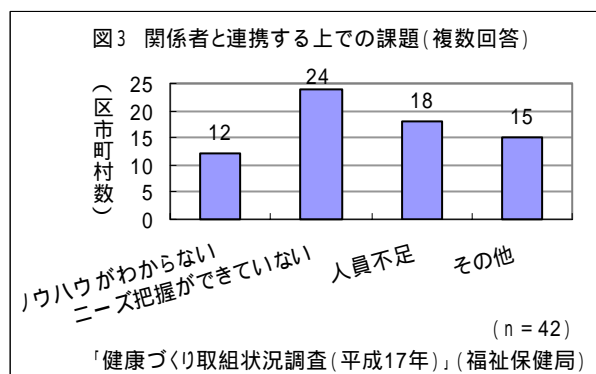
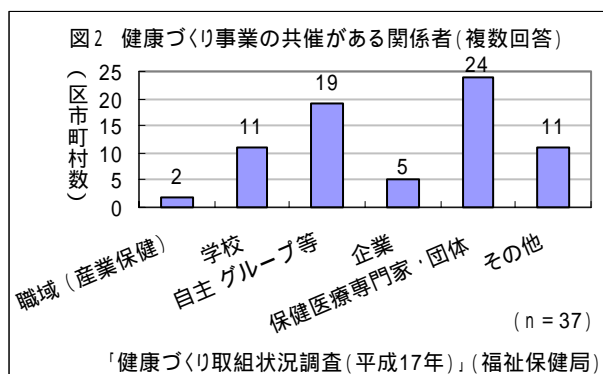
表2 健康づくりを支援する環境整備としての都の取組

取組分野	事業名	取組内容
栄養	栄養成分表示推進協議会	外食産業等における栄養成分の自主表示を促進するため、外食関連団体代表者、都民、学識経験者、行政機関の代表で構成される協議会を設置し、栄養成分表示の推進方策等を協議した。 ・都における外食料理栄養成分表示ガイドライン策定 ・栄養成分表示推進共同宣言 ・飲食店事業者向け外食料理栄養成分表示ガイドブック作成 ・都民向け外食料理栄養成分表示活用パンフレット作成 等
運動	民間健康増進施設連絡協議会	健康づくりを実践する環境を整備し、運動習慣の定着を推進するため、民間健康増進施設関連団体、保険者関係機関・団体、学識経験者、行政機関の代表で構成される協議会を設置し、運動習慣定着の推進方策等を協議した。 ・健康増進施設における教育ツールの共同開発 ・運動習慣キャンペーンの実施 等
たばこ	分煙化対策指導者研修会	公共の場や職場等における受動喫煙防止対策を推進するため、各種事業者、企業の担当者等を対象に研修会を開催した。

連携の推進

関係機関や団体等との連携

平成17年度に全区市町村を対象に実施した「健康づくり取組状況調査」によると、区市町村における健康づくり関係者との連携状況については、健康づくり事業の共催がある関係者としては保健医療専門家や自主グループ等が多く、職域や企業との連携はまだ十分ではない状況がうかがわれた(図2)。また、連携するにあたっての課題については「ニーズが把握できていない」、「ノウハウがわからない」という回答が多く(図3)、連携の必要性は認識しているが、互いに有する機能や課題などを相互に理解し合い、具体的な連携の接点を見出していくことは今後の課題であると思われる。



都においては、健康づくり関係者の自主的取組を促進するための環境整備として、健康増進施設や外食産業関係者との協働事業を通して広域的な仕組みづくりに取り組んできた。しかし、地域での健康づくり活動の実施主体である区市町村をはじめとする関係者間の連携状況は必ずしもまだ十分とは言えない状況にある。今後は広域的な仕組みづくりとともに、地域においても関係者間で情報や課題を共有し、具体的な連携体制を構築できるような取組支援も望まれる。

分野別指標評価

プラン 2 1 策定時に設定された 161 の指標について、ベ - スラインから直近までの経過を調査年度ごとに集計し、社会的背景等を踏まえて中間評価を実施した。

1 総合目標

健康寿命の延伸（総合目標 1）

指 標	ベースライン 平成 10 年	12 年	13 年
65 歳健康寿命 / 男性 (65 歳時の平均自立期間 / 男性)	(15.39 年)	80.67 歳 (15.67 年)	80.51 歳 (15.51 年)
65 歳健康寿命 / 女性 (65 歳時の平均自立期間 / 女性)	(18.64 年)	83.56 歳 (18.56 年)	83.11 歳 (18.11 年)

65 歳健康寿命

近年、健康状態を示す包括的指標として、平均寿命とは別に、より高い生活の質（Quality of Life: QOL）をもってより長く生きることの意味する健康寿命^{（注1）}の概念が提唱されている。都民の平均寿命（0 歳平均余命）は延伸しているものの、伸び率は低く、現在は全国平均とほぼ同じである。

健康寿命は、ベースラインに平成 10 年度厚生科学研究により年齢階級別要介護割合から算出した「平均自立期間（認知症や寝たきりにならない状態で生活できる期間の平均）」を用いた。

介護保険制度が導入され、区市町村からデータを収集することができるようになったこと等、社会的な背景が変わってきたことから、今後、各区市町村で継続して追跡できるような指標について検討した。

65 歳健康寿命^{（注2）}は平均自立期間に 65 を足して年齢として表したものである。今回、用いた平均自立期間は、都内 29 区市町村の協力を得て、65 歳以上の介護保険認定者データを用い、65 歳の人が何らかの障害のために要介護認定（要支援以上）を受けるまでの期間を表したものである。

（注 1）健康寿命：従来の平均寿命に心身の自立度を加味し、認知症や寝たきり状態ではない期間により健康状態を客観的に示す包括的指標

（注 2）65 歳健康寿命：65 歳の人何らかの障害のため、要支援以上の要介護認定を受ける年齢を平均的に表すものをいい、65 歳時の平均自立期間に 65 を足して年齢を表す。本報告書では東京保健所長会方式を用いている。

ベースラインとは計算方法が異なるため、両指標を比較することはできないが、参考として平成 12 年のデータを遡って計算し、これと比較したところ、平成 12 年より平成 13 年は 65 歳健康寿命が短くなっていった。65 歳健康寿命を追跡する際には、認定対象者の認定申請状況により、実際と異なる数値となる可能性もあるため、あらかじめ加味して考えなければならない。

今後、東京都では引き続き、健康寿命の延伸を総合目標とし、今回と同じ方法で計算された 65 歳健康寿命と 65 歳時の平均自立期間を追跡し、区市町村への情報提供も行っていく。

主観的健康感の向上（総合目標 2）

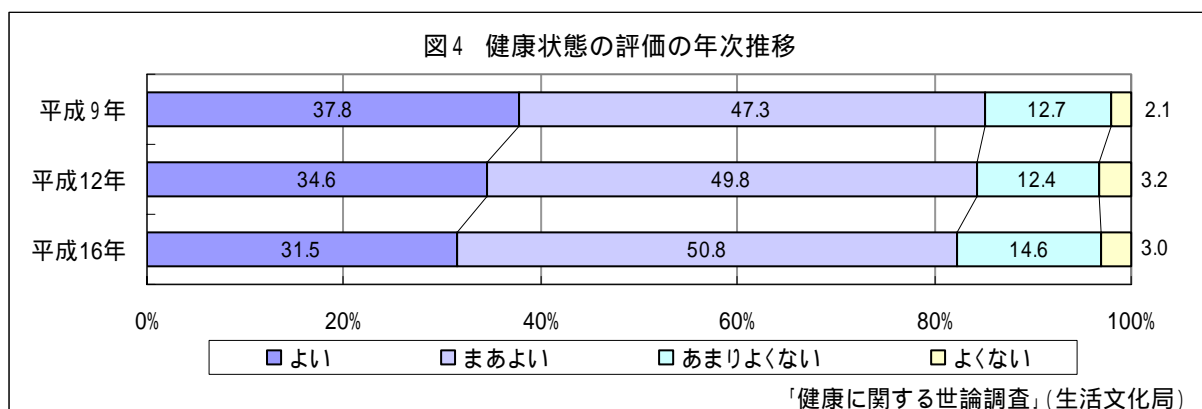
指 標	ベースライン 平成 12 年度	16 年度
自分の健康状態をよいと感じる人の割合	84.4%	82.3%

主観的健康感の推移

主観的健康感とは、疾病等の有無に関わらず「自分が健康である」という主観的な実感を質的に捉えた指標であり、主観的健康感が高い人ほど生命予後が長いことが報告されている。健康状態を客観的に捉えた健康寿命の延伸と併せて総合的な指標として、今後も追跡していく必要がある。

東京都では平成 12 年度と平成 16 年度に東京都全域に居住する満 20 歳以上の男女 3,000 人を対象に世論調査を実施し、「自分の健康状態をよいと感じる人の割合」を主観的健康感として集計した。その結果、4 年間で主観的健康感は 2.1 ポイント低下しているが、その内訳を見ると、「よい」と感じる人が 3 ポイント以上減少している。（図 4）

また、IADL（日常生活関連動作）^(注1)の自立した在宅高齢者において、主観的健康感が高く、趣味を持っている人は、主観的幸福感と生活満足度が高いという報告もあり、余暇の充実についての対策も併せて強化することが重要である。



(注 1) IADL(日常生活関連動作)：日常生活において社会環境に適応するための活動や動作。家事や買い物等の動作を指す。

2 生活習慣病の予防

(1) 循環器・糖尿病・がん

循環器疾患の減少(項目1)

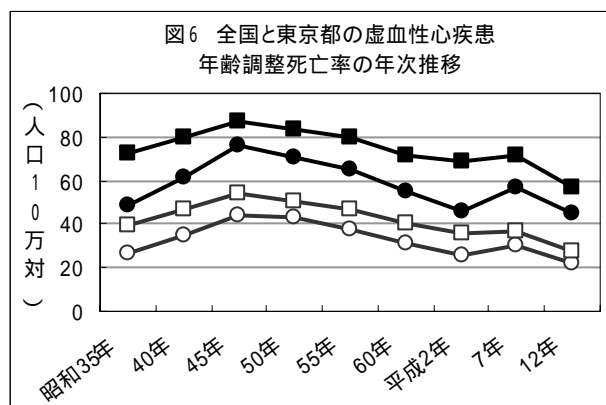
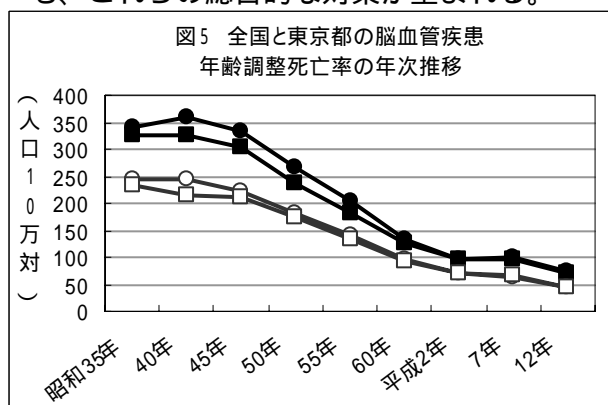
指 標	方向	ベースライン 平成 11 年	12 年	13 年	14 年	15 年	16 年
脳血管疾患の年齢調整死亡率 ^(注1) 男性 (人口 10 万対)	下げる	78.7	71.1	69.3	65.9	62.8	63.6
女性		48.5	46.0	41.6	39.2	38.9	37.5
虚血性心疾患の年齢調整死亡率 男性 (人口 10 万対)	下げる	60.8	56.8	53.9	55.5	53.6	54.2
女性		29.5	27.9	25.9	24.6	23.9	23.6
脳血管疾患受療率 ^(注2) (人口 10 万対)	下げる	248			203		
虚血性心疾患受療率 (人口 10 万対)	下げる	69			53		

基準人口は昭和 60 年モデル人口を用いて直接法により算出

脳血管疾患と虚血性心疾患の現状

全国的には、脳血管疾患(脳梗塞等)虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症等)の年齢調整死亡率は減少傾向であり、東京都においても同様の傾向がみられる(図5及び図6)。今回の6年間の評価では、脳血管疾患及び虚血性心疾患による死亡は近年減少傾向にあり、併せて受療率も減少傾向にある。

しかし虚血性心疾患では、東京都は全国の中でも死亡率が男女とも高く、近年、内臓脂肪型肥満を共通の要因とした虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクが指摘されていることから、これらの総合的な対策が望まれる。



● 全国・男性

■ 東京都・男性

○ 全国・女性

□ 東京都・女性

「人口動態統計」より作成

(注1) 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡率が比較できるように、年齢構成を調整した死亡率

(注2) 受療率：推計患者数を人口 10 万対で表した数

指 標	方向	ベースライン 平成11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
血圧有所見者 40歳以上	減らす	21.3%	要指導(a):16.2% 要指導(b):4.4%	要指導(a):15.6% 要指導(b):4.6%	要指導:20.8% 要医療:13.0% (異常なし:66.2%)	要指導:22.9% 要医療:11.3% (異常なし:65.8%)
高血圧境界 領域者 40歳以上		12.1%	要医療:16.3% (異常なし:63.1%)	要医療:15.9% (異常なし:64.0%)		

指 標	方向	ベースライン 12年度	13年度	14年度	15年度
高脂血症の 人の割合 40歳以上 (男性・女性)	減らす	要指導(a):17.7% 要指導(b):11.9% 要医療:15.9% (異常なし:54.4%)	要指導(a):17.4% 要指導(b):12.3% 要医療:14.4% (異常なし:55.9%)	要指導(a):22.2% 要指導(b):13.0% 要医療:14.9% (異常なし:49.9%)	要指導(a):22.4% 要指導(b):13.7% 要医療:15.8% (異常なし:48.1%)

高血圧と高脂血症の現状

高脂血症の人の割合は「東京都民の健康・栄養状況」により追跡していたが、他の循環器疾患等の指標と同じように老人保健事業報告の基本健康診査の検査結果を用い、上記のように逆って集計した。血圧と血中コレステロールの有所見者の割合は、両項目とも判定基準の変更により、推移についての評価は困難である。しかし、基準が変わっていない血圧の「異常なし」について推移をみると増加傾向にあり、血中コレステロールの「異常なし」は減少傾向にある。

糖尿病の減少（項目2）

指 標	方向	ベースライン 平成12年	13年	14年	15年
糖尿病性腎症による透析患者数	減らす	5,550人	5,561人		

指 標	方向	ベースライン 平成11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
糖尿病受療率 (人口10万対)	下げる	166			127	
糖尿病有所見者 40歳以上	減らす	15.0%	要指導:6.3% 要医療:7.3% (異常なし:86.3%)	要指導:6.0% 要医療:7.4% (異常なし:86.6%)	要指導:8.7% 要医療:9.2% (異常なし:82.2%)	要指導:9.3% 要医療:9.9% (異常なし:80.8%)

糖尿病の現状

糖尿病の有所見者については、基本健康診査の検査結果により追跡しているが、平成 14 年度から判定基準が厳しくなったことを差し引いても「異常なし」割合は減少傾向にあり、糖尿病有病者数が増加していることをうかがわせる。「平成 14 年糖尿病実態調査」(厚生労働省)によると、平成 9 年と比較して全国における有病者は増加しており、東京都においても同様に増加していることが予想される。

また、近年、メタボリックシンドロームの診断基準の一つに高血糖が挙げられており、注目されているところである。

治療継続と健康診断の受診勧奨

一方、受療率は平成 8 年以降減少しており、要医療の者が治療を受けていない、または治療を中断している可能性が高い。実際、「平成 14 年糖尿病実態調査」(厚生労働省)によると、治療を受けている者が 50.6%、治療を受けていない者が 41.9%、治療を中断した者が 7.5% であると報告されており、治療を受けやすく継続しやすい環境づくりが必要である。

東京都の独自調査では、都民の 27.1%が「勤務先にて糖尿病検査を実施している」と回答しており、そのうちの 82.4%が健康診断を受診している。職域における健康診断は老人保健法ではなく労働安全衛生法にて定められたものであるが、今日の都民の糖尿病対策を考える上では、一定の割合を占める職域についても同時に検討する必要がある。

このようなことから、基本健康診査の対象者のみならず、職域における健康診断も含め、都民全体が健康診断を受診するよう普及啓発する等、都民全体に対する取組が必要である。

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

腹部の内臓周囲に脂肪が蓄積する内臓脂肪型肥満を共通の要素として、高血糖、脂質代謝異常、血圧高値の 3 項目のうち 2 項目以上を伴うものをメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)という。メタボリックシンドロームは、平成 17 年 4 月に国内 8 学会が合同で疾患概念と診断基準を策定したもので、虚血性心疾患、脳血管疾患などの動脈硬化性疾患に進展する可能性が大きくなる。

【メタボリックシンドローム診断基準】

内臓脂肪型肥満：ウエスト周囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上に
加えて、

空腹時血糖：110 mg/dl 以上

中性脂肪：150 mg/dl 以上、かつ / または HDL コレステロール：40 mg/dl 未満

血圧：収縮期(最大)130 mm Hg 以上、かつ / または 拡張期(最小)85 mm Hg 以上の 3 項目のうち、2 項目以上を満たす場合

がんの減少（項目3）

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年	12 年	13 年	14 年	15 年	16 年
全がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	221.0	211.9	210.2	205.9	201.7	212.6
	女性	111.4	111.0	107.0	104.5	101.2	107.6
胃がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	41.4	38.0	36.0	35.7	35.1	35.8
	女性	15.9	15.1	13.6	13.6	12.3	13.0
肺がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	43.8	43.4	44.0	43.0	41.4	44.4
	女性	13.5	13.8	12.4	12.7	11.9	12.5
大腸がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	男性	26.5	25.9	25.2	26.5	24.7	26.8
	女性	15.1	14.9	14.4	15.3	14.3	15.0
子宮がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	女性	5.6	6.2	5.3	6.0	5.3	6.3
乳がんの年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	女性	13.6	13.2	13.9	12.7	12.7	14.2

がん死亡の推移

近年の全国のがん死亡は、胃がんと子宮がんが減少傾向であるのに対して、肺がん、大腸がん、乳がんが増加傾向にある。東京都においてもほぼ同じ状況であるが、子宮がんについては横ばいとなっている。

各がんとも、最近 5 年間の推移のみでは評価は難しいが、ほぼ横ばいかやや減少している。ただし、近年のがん死亡の推移から、肺がん、大腸がん、乳がんについては増加傾向にあり、喫煙や肥満といった、がんのリスクファクターに関する普及啓発や、全国と比較して低い東京都のがん検診受診率を向上させるような取組が必要である。

依然として高い乳がん死亡率

全国と比較して、東京都はいずれのがんも死亡率が高く、特に乳がんは全国と比較して非常に高く、他県との比較では全国で最も高いという現状が続いている。

区市町村の検診のみでなく、都民全体の検診受診状況の把握とともに、マンモグラフィ検診^(注1)の導入や自己触診法^(注2)の普及、都民が検診を受診しやすい環境づくり等が必要である。

(注1) マンモグラフィ検診：乳房専用のエックス線撮影装置（マンモグラフィ）を使用したエックス線画像による乳がん検診。しこりとして触れないごく早期の乳がんの発見が可能。

(注2) 自己触診法：乳がんを早期に発見するため、検診の補助的手段として、定期的に自分で乳房の状態を観察（見る、触る）する方法。

(2) 栄養・運動・休養

適正な体重の維持 (項目 4)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
(肥満・やせの人の割合)						
児童・生徒の肥満	減らす	小学校4年生 男子	5.8%	5.6%	5.1%	4.8%
		女子	3.9%	3.7%	3.4%	3.0%
		中学校1年生 男子	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%
		女子	2.9%	2.6%	3.1%	2.4%
男性の肥満	20 歳 ~ 69 歳	24.8%	25.0%	30.7%	28.6%	28.5%
女性の肥満	40 歳 ~ 69 歳	20.1%	20.9%	22.3%	19.4%	20.4%
若い女性のやせ	20 歳代	30.8%	20.0%	25.5%	14.7%	19.4%

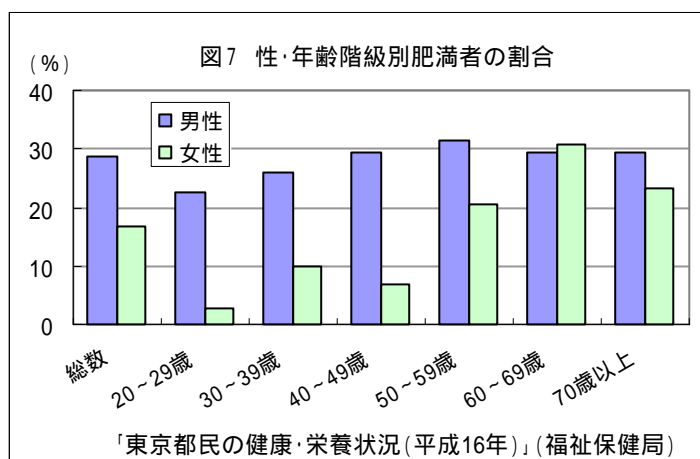
指 標	方向	ベースライン 平成 10 年度	14 年度	16 年度
体重コントロールを心がけている人の割合	増やす	72.6%	70.7%	64.4%

指 標	方向	ベースライン 平成 8 年度	14 年度	16 年度
適正な食事量を知っている人の割合	増やす	71.4%	43.1%	76.1%

肥満・やせの状況

児童・生徒の肥満は減少傾向であり、女性の肥満はほぼ横ばいであるが、男性の肥満についてはやや増加している。

男性の肥満を年代別に見ると、すべての年代で 20% を超えており、50 歳代では 30% を超えている(図 7)。肥満は糖尿病や高血圧、高脂血症等の生活習慣病のリスクを高めることから、若い世代から肥満対策を行い、生活習慣病を予防していくことが重要である。

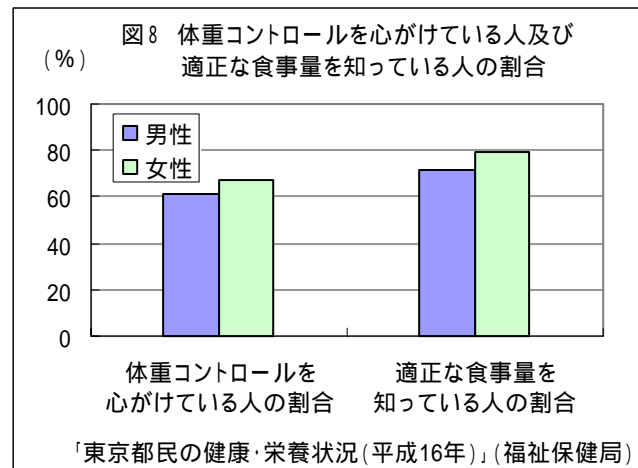


若い女性のやせについては、ベースライン時と比べ減少しているが、調査の対象数が少ないため、年ごとの変動が激しい。しかし、平成15年度を除き、一貫して20%前後であることから、今後の指標の推移に注意が必要である。

適正体重維持のための意識付け

適正な体重を維持している人を増やすためには、その必要性を認識し、自ら体重コントロールを心がける人を増やすとともに、適正な食事量を知っている人を増やすことが重要である。

「体重コントロールを心がけている人の割合」は、ベースライン時と比べ減少しており、性別に見ると、女性より男性のほうが少ない。また、「適正な食事量を知っている人の割合」も同様に男性のほうが少ない傾向がある(図8)ため、重点的な取組が必要である。



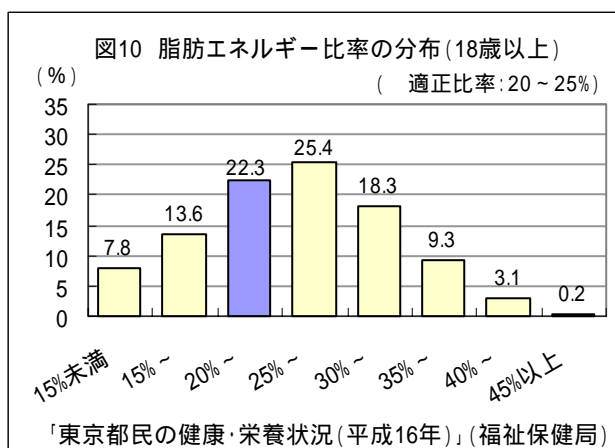
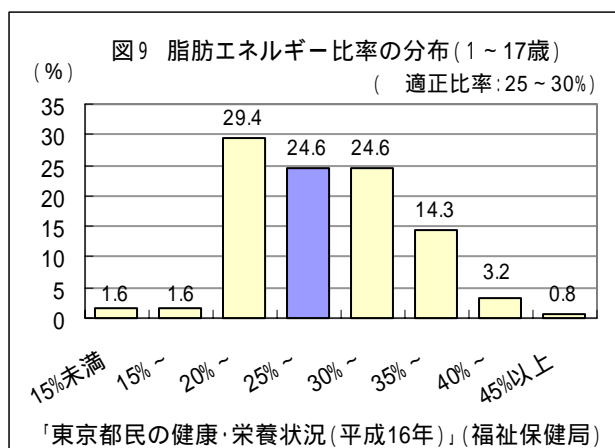
適正な栄養素・エネルギーの摂取(取組1)

指 標	方向	ベースライン 平成12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
脂質エネルギー比率 1歳以上 脂質エネルギー比率が適正な人の割合	25%以下	27.9%	26.7%	26.0%	26.9%	26.6%
1歳～17歳	増やす	32.5%	32.8%	37.2%	32.7%	24.6%
18歳以上		24.7%	26.6%	27.2%	24.6%	22.3%
1日当たりの平均食塩摂取量 15歳～69歳 食塩摂取量10g未満の人の割合	10g未満	12.4g	12.2g	11.9g	11.0g	10.9g
15歳～69歳	増やす	35.0%	33.2%	39.2%	40.8%	46.3%
カルシウムの充足率 1歳以上	100%	87.0%	87.5%	83.6%	88.7%	87.8%
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	120g以上	107g	109g	114g	112g	113g
豆・豆製品	100g以上	71g	67g	76g	75g	69g
牛乳・乳製品	130g以上	100g	121g	118g	118g	122g
成人1日当たりの野菜の平均摂取量	350g以上	306g	286g	310g	312g	293g

指 標	方向	ベースライン 平成 14 年度	
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	増やす	81.8%	

脂肪の摂取状況

脂肪エネルギー比率^(注1)はやや減少しているが、脂肪エネルギー比率が適正な人の割合は減少傾向にある。摂取状況の分布を見ると、18歳以上では半数以上の人が高脂肪範囲を超えて過剰に摂取している(図10)。脂質の摂取は、過剰になると肥満や高脂血症の原因になるが、不足しても脳血管疾患のリスクが高まるため、脂肪エネルギー比率は適正な範囲内であることが重要である。そのため、平均された値だけでなく、脂肪エネルギー比率が適正な人の割合を用いて評価を行うことが望ましい。



食塩の摂取状況

1日当たりの平均食塩摂取量は徐々に減少しており、平成16年度は10.9gとなっている。平成13年の食品成分表の切り替わりを考慮しても減少が認められる。しかし、10g未満という目標は達成されていないことから、食塩摂取量を減らすための継続した取組が必要である。

カルシウムの摂取状況

カルシウムに富む食品の摂取量を見ると、緑黄色野菜はやや増加しているものの、目標としている摂取量には届いていない。また、牛乳・乳製品については、平成13年の食品分類の変更以降、横ばい状態である。豆・豆製品については、平成13年以降はみその摂取量約13gを加えて数値を比較しているが、ほぼ横ばいであり、目標としている100gからはかなり不足した状態である。全体的に、カルシウムに富む食品の摂取量は十分とは言えず、これらの食品の摂取を促す取組の強化が求められる。

(注1) 脂肪エネルギー比率：摂取総エネルギーに占める脂肪由来のエネルギーの割合をいい、脂質の摂取状況を表す。

日本人の食事摂取基準の策定

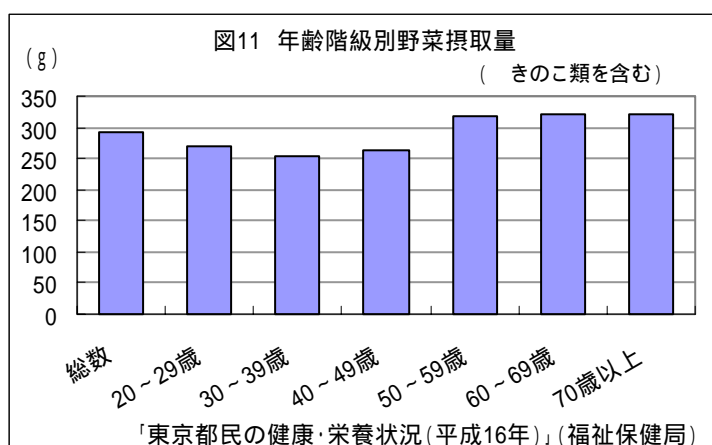
「日本人の食事摂取基準」とは、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防等を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示したものである。これまで、5年ごとに6回にわたり「日本人の栄養所要量」が改定されてきたが、平成17年度からの5年間は新たに「日本人の食事摂取基準」として策定された。プラン21の指標のうち、基準の変更があったものは以下のとおりである。

	第六次改定日本人の栄養所要量 (平成12年度～平成16年度)	日本人の食事摂取基準 (平成17年度～平成21年度)
脂肪エネルギー比率	【1～17歳】 25～30% 【18歳以上】 20～25%	【1～29歳】 20%以上 30%未満 【30～69歳】 20%以上 25%未満 【70歳以上】 15%以上 25%未満
食塩摂取量	【15歳以上】 10g未満	【男性12歳以上】 10g未満 【女性10歳以上】 8g未満

野菜の摂取状況

食物繊維、カリウム、ビタミンCの摂取の面から野菜は1日に350g以上摂取することが望ましいとされている。

しかし、ベースライン時と比較してほぼ横ばい状態であり、目標とする摂取量から50g程度不足している。特に若い世代における摂取量が少ない傾向にあるため(図11)、若い世代をターゲットにした普及啓発が必要である。



食事のバランス

バランスのよい食事をとるための目安として、「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」を指標としている。平成14年度にベースラインを把握したが、その後のデータを把握していないため、今後、定期的にデータを把握し、評価を行う必要がある。また、食事バランスガイド^(注1)等も活用して、バランスのよい食事に関する普及啓発を行うことが重要である。

(注1) 食事バランスガイド：「食生活指針」をより具体的な行動に結びつけるため、厚生労働省及び農林水産省の協働により、1日に「何を」「どれだけ」食べればよいか、わかりやすくコマ型のイラストで示したものの。主食、主菜、副菜、果物、牛乳・乳製品の5つの料理区分について、1日にとる料理の組合せとおおよその量を表している。

健康的で楽しい食生活の実践（取組２）

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
朝食欠食者の割合 20 歳代 男性 女性 30 歳代 男性 中学・高校生(15 歳～19 歳)	減らす	37.3%	26.7%	35.7%	30.0%	36.0%
		14.3%	14.1%	27.7%	18.4%	27.5%
		20.0%	30.7%	25.0%	26.5%	26.5%
		18.6%	11.3%	16.7%	30.8%	9.1%

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	
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 女性	増やす	61.1% 71.5%	

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	16 年度
栄養成分表示を参考にしている人の割合 男性 女性	増やす	23.5% 49.3%	26.8% 48.9%

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年度	
食生活改善の意欲のある人の割合 男性 女性	増やす	30.4% 42.9%	

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	16 年度
健康に関する自主的な集まりがある人の割合	増やす	9.8%	12.8%

食事状況

朝食の欠食率は15歳～19歳を除き、横ばいまたは増加傾向である。しかし、調査の対象数が少ないため、年ごとの変動が激しくなっている。

欠食がある人は、1日の食事量が少なくなることから様々な栄養素が不足しやすくなるため、成長期である中学・高校生のうちから、朝食をとることを習慣化させていくことが重要である。

また、「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」はベースライン以降把握していないが、望ましい食習慣を身に付けている人の状況を見るために、今後のデータの推移を把握していく必要がある。

健康的な食生活のための取組状況

栄養成分表示を参考にしている人の割合は、男性はやや増加しているが、女性は横ばいである。しかし、依然として栄養成分表示を参考にしている男性は4人に1人程度であり、女性より20%以上低い。栄養成分表示を参考にしている人の増加のためには、食生活改善の意欲のある人の割合の増加も重要な要素であると考えられる。食生活改善の意欲のある人についても、女性に比べ、男性のほうが低い状況にある。男性に対し、食生活改善の重要性について普及啓発を行う必要がある。

健康に関する自主的な集まりがある人の割合は、やや増加している。参加を希望する人が気軽に参加できるように、身近なところに健康に関する自主的な集まりがあることが重要である。

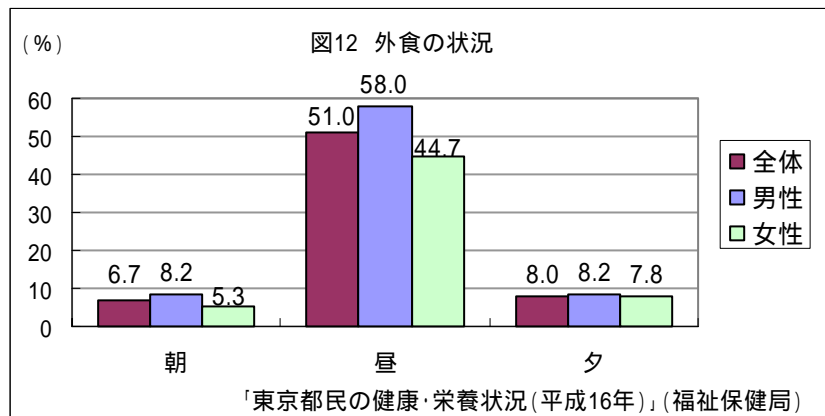
健康的で楽しい食生活を支援する環境づくり（取組3）

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
栄養成分表示をしている店舗数 多摩地区 特別区	増やす	539 件	831 件	1,078 件	1,166 件	1,430 件
		1,226 件	1,226 件	1,945 件	2,304 件	2,594 件

栄養成分表示の推進

東京都では、健康づくり協力店の制度や栄養成分表示推進協議会などの取組を通して、外食や惣菜の栄養成分表示を推進してきた。また、特別区においても、栄養成分表示を実施している飲食店等の登録制度を設けているところが増えてきている。その結果、栄養成分表示をしている店舗数は、多摩地区・特別区共に年々増加している。

都民の外食率は全国と比較しても高く、昼食では半数以上の人を外食を利用していることから（図 12）、栄養成分表示や食品に関する情報の提供など食物を提供する側の環境整備は重要であり、栄養成分表示のより一層の推進が必要である。



積極的な身体活動・運動の実践（取組４）

【子ども】

指 標	方向	ベースライン 平成 10 年度	
外遊びをする子どもの割合	増やす		
小学校 3 年生		65.4%	
小学校 5 年生		60.3%	
中学校 2 年生		31.1%	

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合	増やす					
小学校 3 年生 男子		30.4%	36.7%	41.6%	42.8%	38.9%
女子		23.0%	22.0%	32.2%	29.8%	27.3%
小学校 5 年生 男子		44.4%	40.3%	51.3%	51.3%	47.3%
女子		26.9%	22.2%	31.7%	33.2%	28.7%
中学校 2 年生 男子		63.2%	65.3%	72.2%	65.8%	66.6%
女子	47.2%	50.2%	45.3%	46.2%	48.0%	

子どもの状況

外遊びをする子どもの割合については、「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（生活文化局）」により追跡していたが、調査が廃止され、追跡が困難となったことから、今後は調査内容が類似している「児童・生徒の健康に関するアンケート調査」（教育委員会）を用いて評価していく。

運動・スポーツをほとんど毎日する子どもの割合については、平成 15 年度から体力テスト受検者のみへの質問へと調査方法が変更されており、ベースライン時からの評価は困難である。15 年度と 16 年度との比較では、小学生は男女ともわずかに減少し、中学生は男女ともほぼ横ばいである。

平成 16 年度東京都児童・生徒の体力テスト調査報告書（教育委員会）によると、体力は 10 年前の調査結果に比較して、小学生では全般的に下回り、中学生では変化していなかった。平成 17 年 2 月に東京都教育委員会により策定された「都立学校における健康づくり推進計画」では、「運動・体力づくりの推進」を緊急かつ優先度の高い重点施策に掲げ、取組を推進している。運動やスポーツなどの身体活動は体力の向上など心身の健全な発育のために重要であり、生活習慣病を予防し、健康な生活を送る基礎的習慣の確立のためにも不可欠であることから、引き続き指標の追跡と対策の強化が望まれる。

【成人】

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
ふだん運動やスポーツをしている人の割合	男性	50.0%				42.5%
	女性	41.9%				40.4%
1 日の歩数 15 歳以上	男性	8,563 歩	8,648 歩	8,495 歩	8,426 歩	8,029 歩
	女性	8,048 歩	7,714 歩	7,589 歩	7,450 歩	7,064 歩
運動習慣のある人の割合	男性	18.2%	22.3%	30.0%	33.1%	26.1%
	女性	22.5%	23.2%	26.0%	28.1%	20.4%

成人の状況

ふだん運動やスポーツをしている人の割合、1 日の歩数については男女とも減少傾向にある。運動習慣のある人の割合は年ごとの変動が大きいため、評価が困難である。運動に関連性のある指標について見ると「体重コントロールを心がけている人」は男女とも減少しており、「肥満者の割合」では女性は減少しているが、男性は増加傾向にある。そのため、特に働き世代の男性を中心にした肥満予防対策として、今後も運動習慣の定着に向けて積極的に取り組むことが必要である。

多くの区市町村ではウォーキング教室の開催や、ウォーキングコース・ウォーキングマップの作成など健康教育や環境整備に取り組んでいるが、今後も都民が運動の必要性についての理解を深め、身近な場で手軽に運動が実践できるよう、更なる取組の推進が望まれる。また、職域との連携を図り、健康診断後の事後指導や健康教育の充実など身近な場における運動をはじめきっかけづくりとして、具体的な動機付けや運動する機会を提供していくことも重要である。

現在、運動に関する指標として、運動習慣の定着状況を把握する指標のみ設定されているが、運動習慣の定着に向け、運動する意欲や自分に合う適切な運動量の理解度等を把握する指標の設定についても検討する必要がある。

【高齢者】

指 標	方向	ベースライン 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
1 日の歩数 70 歳以上	男性	4,516 歩	4,643 歩	5,532 歩	6,661 歩	4,395 歩
	女性	5,206 歩	4,407 歩	5,527 歩	5,240 歩	3,584 歩

指 標	方向	ベースライン 12 年度	17 年度
外出をこころがける人	男性	41.9%	調査中
	女性	45.1%	調査中

高齢者の状況

1日の歩数については、男性はほぼ横ばい、女性は減少傾向にある。外出をこころがける人については、5年ごとの調査により追跡しているため、現時点では評価困難であり、次年度、評価予定とする。

高齢期における歩数の減少や運動量の減少は、筋力低下から転倒の危険性が高まるなど生活機能低下、ひいてはQOLの低下につながることを懸念される。このようなことから、適度な身体活動や定期的な運動により体力低下を防ぐという介護予防の意識を高めていくと同時に、活動的な生活により適度な身体活動を維持し、閉じこもり予防のためにも、積極的な社会参加の促進に取り組むことも望まれる。

上手な休養をとることができる人を増やす（取組5）

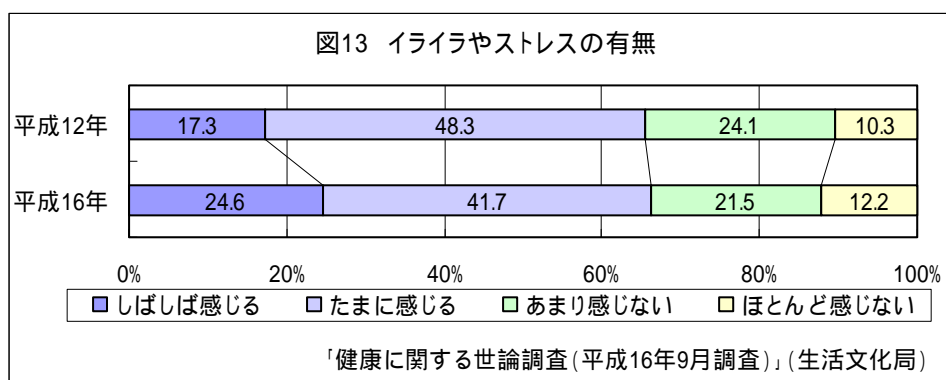
指 標	方向	ベースライン 平成12年度	16年度
ストレスを感じている人の割合	減らす	65.6%	66.3%
睡眠時間が充足していると感じている人の割合	増やす	68.9%	66.6%
余暇が充実している人の割合	増やす	62.6%	58.7%

指 標	方向	ベースライン 平成15年度	
気軽に相談できる場所を知っている人の割合	増やす	88.9%	

ストレスへの対応

ストレスを感じることは誰にでも起こることであり、その対処法を心得ている人の割合が増えることが重要である。

ストレスを感じている人の割合は微増しているが、その内訳を見ると、「しばしば感じる」人が7ポイント以上増加している（図13）。職場や家庭等に対する普及啓発により、気軽に相談できる場所や人を知っているなど、ストレス対処法を知っている人、あるいは実践している人を増やすことが望まれる。



余暇と睡眠時間の充実

睡眠時間が充足していると感じている人、余暇が充実している人の割合は、いずれも減少しており、上手に休養をとることができる人を増やすことが急務である。

充実した余暇や十分な睡眠時間を得るため、余暇の過ごし方や正しい睡眠の知識の普及とともに、余暇を充実させる活動の場を確保することが重要であり、今後、団塊の世代^(注1)の定年退職が増えていくことから、退職前から地域での受け入れプログラムを実施するなど、地域と職域をまたいだ取組が望まれる。

(注1) 団塊の世代：戦後間もない昭和22～24年のいわゆるベビーブーム時代の3年間に生まれた世代のこと。堺屋太一氏が小説「団塊の世代」(昭和51年)で命名した。

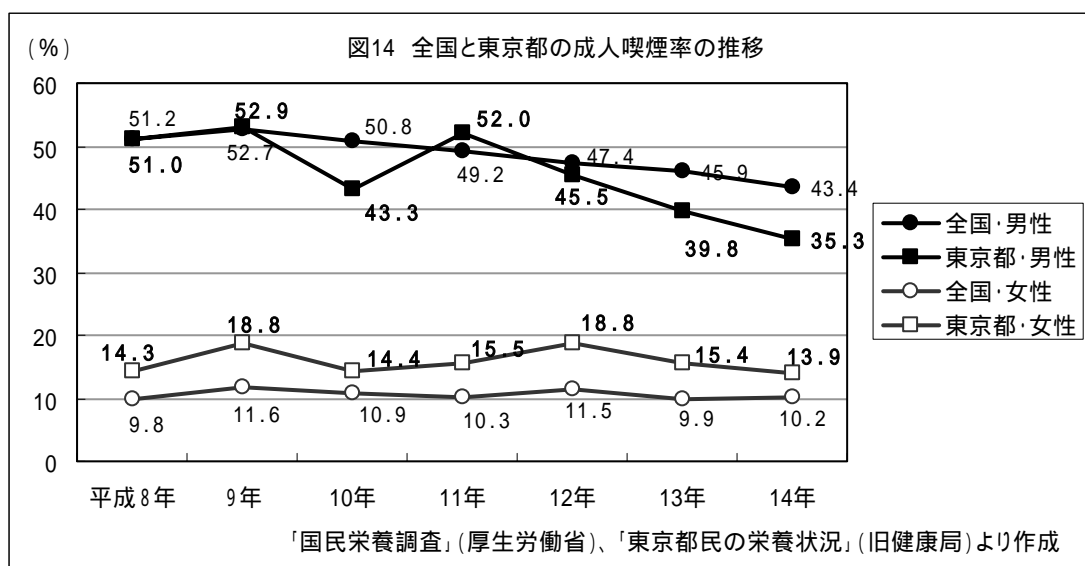
(3) たばこ・アルコール

喫煙による健康への影響を減らす (取組 6)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	16 年度
健康影響を知っている人の割合			
肺がん		91.3%	90.9%
気管支炎		49.6%	49.6%
妊婦への影響 (未熟児など)	すべての	47.5%	41.3%
ぜんそく	人に知っ	38.8%	39.6%
心臓病	てもら	27.9%	33.3%
脳卒中		17.5%	31.2%
胃潰瘍		14.2%	15.3%
歯周病 (歯槽膿漏など)		11.0%	14.5%

成人の喫煙率

平成 14 年の「東京都民の栄養状況」の結果によると、都民の喫煙率は男性 35.3%、女性 13.9% であり、男性は減少傾向、女性は横ばいである。特に女性では全国平均と比べて高い傾向にある (図 14)。今後も喫煙率の推移を把握し、喫煙の健康影響に関する普及啓発に取り組む必要がある。

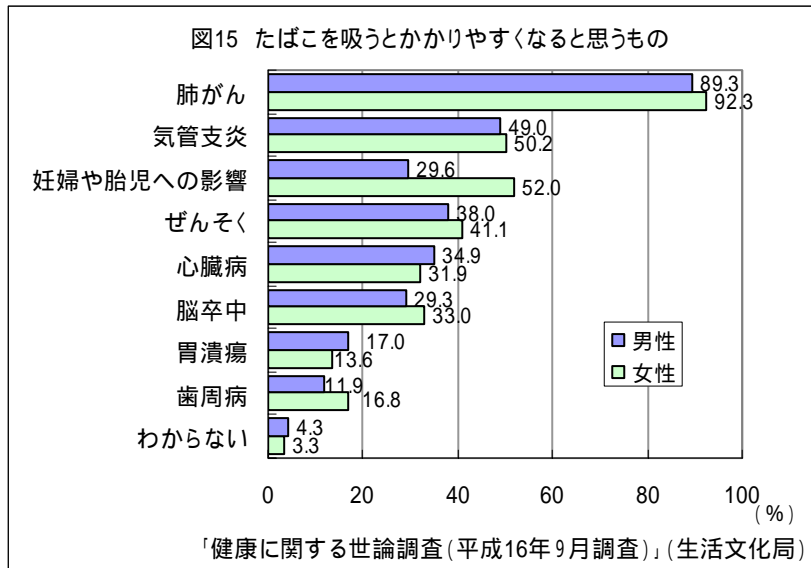


喫煙の健康影響に関する知識

喫煙の健康影響については、肺がんとの関連を知っている人は 90% を超えている。その他の項目は、ベースライン時より知っている人が増えているものが多いが、どの項目も半数以下であり、胃潰瘍や歯周病への影響を知っている人は 20% 以下である。肺がん以外の健康影響についても知識を持っている人を増やすために、引き続き情報提供していく必要がある。

性別に見ると、心臓病と胃潰瘍を除き、男性の方が知っている人の割合が少なく、妊婦や胎児への影響では女性との間に20%以上の開きがある(図15)。妊婦や胎児を喫煙の健康影響から守るためには、家族や周囲の人の理解は欠かせないものであり、女性だけでなく、男性の認識も向上させていくことが重要である。

また、指標としている項目のうち、呼吸器疾患に関連するものは気管支炎やぜんそくがあげられているが、近年は喫煙による肺気腫等の慢性閉塞性肺疾患(COPD)への影響が重要視されていることから、調査項目の追加、変更等も検討する必要がある。



指 標	方向	ベースライン 平成10年度	
未成年者の喫煙率 中学校2年生 男子 女子	なくす	6.5% 1.8%	

未成年者の喫煙

未成年者の喫煙率は、「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」(生活文化局)のデータを活用していたが、調査が廃止になったことにより、追跡が困難になった。今後は、対象年齢が異なるが同様の調査項目がある「児童・生徒の健康に関するアンケート調査報告書」(教育委員会)によりデータの把握を行う。

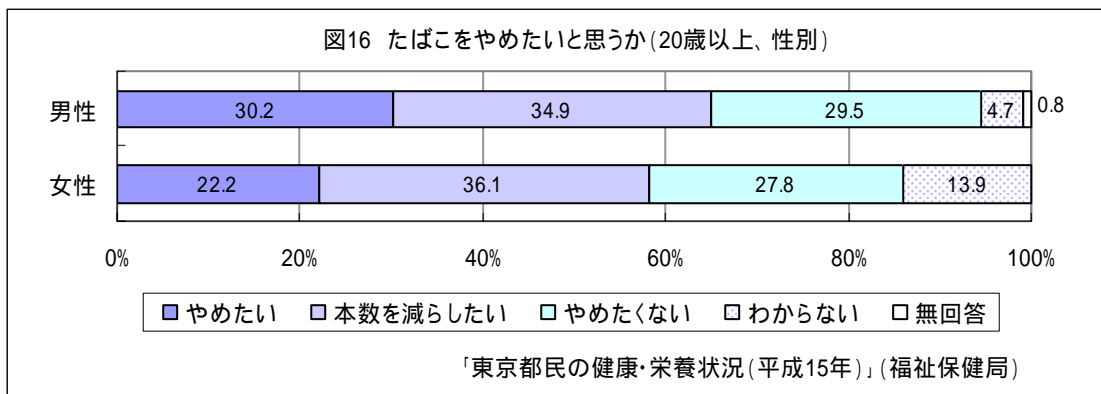
未成年者の喫煙を防止するためには、喫煙の健康影響についての正しい情報を伝える必要があり、保護者や教育機関等を中心とした取組が望まれる。また、未成年者がたばこを入手しにくくすることも重要である。平成17年2月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約^(注1)」には、未成年者へのたばこの販売を防止するための措置をとるよう規定されており、我が国においても成年識別機能付たばこ自動販売機が導入される予定である。

(注1) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約：たばこが健康、社会、環境及び経済に及ぼす影響から、現在及び将来の世代を保護することを目的とした、保健分野における初めての国際条約。平成15年5月にWHO総会において採択され、我が国は平成16年6月に批准した。喫煙の健康影響に関する普及啓発や、たばこ包装面の警告表示、未成年のたばこ購入を防止するための自動販売機の適切な措置などを規定している。

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	17 年度
禁煙支援プログラムが提供されている区市町村の割合	増やす	29.0%	43.5%

禁煙希望者への支援

平成 15 年の「東京都民の健康・栄養状況」によると、たばこを吸っている人のうち、「たばこをやめたい」と答えた人が男性で 30.2%、女性では 22.2%であり、「本数を減らしたい」と答えた人は男女ともに約 35%であった(図 16)。区市町村や医療機関等において、禁煙希望者に対する支援を実施できる体制を整備することが重要である。指標の推移をみると、禁煙教室等の禁煙支援プログラムを提供している区市町村は、29.0% (18 区市町村) から 43.5% (27 区市町村) に増えている。今後も、禁煙支援の体制の更なる充実が望まれる。



分煙化の推進(取組7)

指標	方向	ベースライン 平成 11 年度	12 年度
分煙*を実施している施設の割合 *旧基準による分煙 都立施設	100%	95.9%	100%

指標	方向	ベースライン 平成 12 年度	15 年度
分煙を実施している施設の割合 都区市町村施設の公共の場	100%	92.5%	97.1%

健康増進法と受動喫煙防止

平成 15 年 5 月に施行された健康増進法の第 25 条^(注 1)において、施設管理者に対する受動喫煙防止の努力義務が初めて規定されたことにより、公共の場における受動喫煙防止対策の一層の推進が求められている。プラン 2 1 では、「分煙化の推進」の指標として、都立施設や区市町村施設など公的な施設の分煙実施状況のみをあげてきたが、飲食店や職場など、幅広い公共の場における取組状況を把握することが必要である。

都立施設の受動喫煙防止対策

分煙の基準については、平成 14 年 6 月に発表された「分煙効果判定基準策定検討会報告書^(注 2)」により、喫煙室の設置や屋外排気を原則にするなど、プラン 2 1 策定時と比べ、大きく変更があった。都立施設の「分煙を実施している施設の割合」は、平成 12 年度末に旧基準で目標の 100% を達成したが、平成 17 年 3 月の調査によると新基準への適合状況は 8 割程度にとどまっている。今後は新基準による分煙実施施設の割合を指標とし、把握していく必要がある。

なお、都立学校においては、健康増進法の趣旨等を踏まえ、平成 16 年度末までに敷地内を全面禁煙とし、児童・生徒の受動喫煙の防止及び喫煙防止教育の推進を図っている。

アルコールによる健康への影響を減らす（取組 8）

指 標	方向	ベースライン 平成 13 年度	15 年度
「適度な飲酒量」を知っている人の割合	増やす	男性	55.6%
		女性	70.9%
			62.7%
			66.4%

指 標	方向	ベースライン 平成 14 年度	
未成年者の飲酒率	なくす	中学 1 年生 男子	9.9%
		女子	8.6%
		高校 1 年生 男子	34.1%
		女子	29.8%

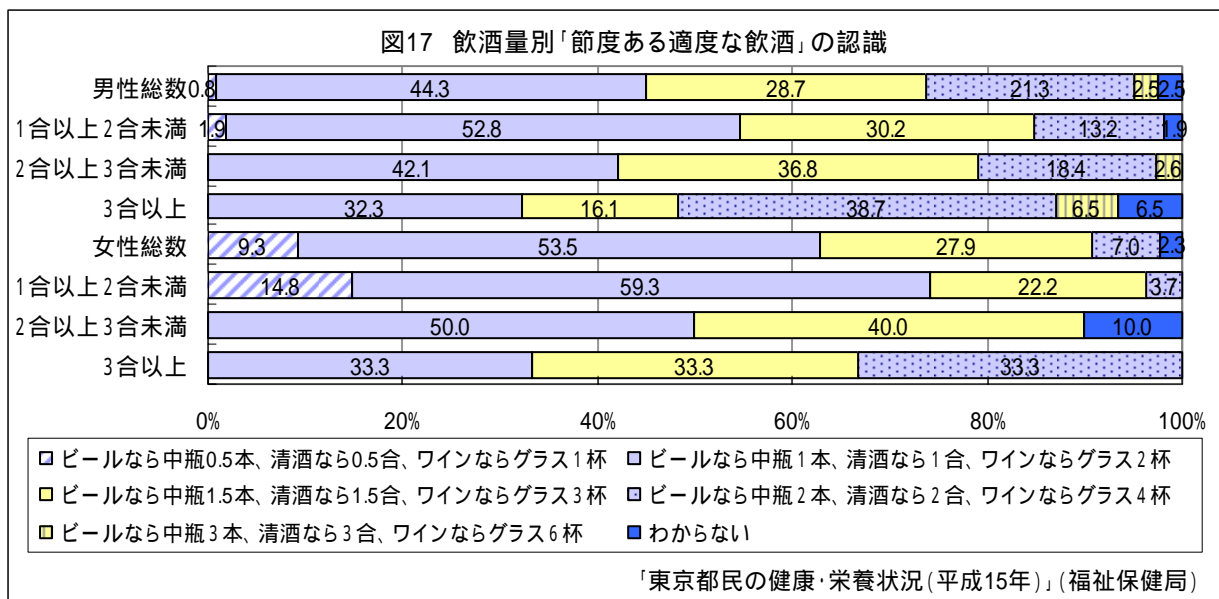
(注 1) 健康増進法第 25 条：受動喫煙による健康への影響を排除するため、学校、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙を防止する措置をとる努力義務を規定したもの。

(注 2) 分煙効果判定基準策定検討会報告書：平成 14 年 6 月に公表された報告書で、受動喫煙の健康への影響や分煙の評価方法、分煙を実施する上での基準等について専門家の意見をまとめたもの。有効な分煙条件として、たばこの煙を屋外に排気すること、非喫煙場所から喫煙場所へ一定の空気の流れを確保することなどを挙げている。

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13年度	14年度	15年度	16年度
多量に飲酒する人の割合 (1日に3合以上)	男性	4.7%	5.1%	8.0%	10.5%	11.1%
	女性	0.5%	1.0%	0.4%	1.7%	4.4%

成人の飲酒状況と適度な飲酒量の認識

「適度な飲酒量」を知っている人の割合は、男性は約7ポイント増えたが、女性は4.5ポイント減少している。また、多量(1日に3合以上)飲酒する人の割合は、男女とも増加傾向にある。飲酒量が多い人ほど、適度と考えている飲酒量も多いことから(図17)、まずは適度な飲酒量について普及啓発する必要がある。



未成年者の飲酒

未成年者の飲酒率については、「児童・生徒の健康に関するアンケート調査報告書」(教育委員会)によりベースラインの把握を行った。中学1年生では、男女とも1割程度であるのに対し、高校1年生になると、3割前後に増加している。年齢の低いうちから、保護者や教育機関等を中心に飲酒防止教育を行う必要がある。

(4) 健康づくり支援サービス

健康づくり自主活動の推進 (取組 9)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	15 年度
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	増やす	46 区市町村	46 区市町村

自主グループ育成の取組

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は、平成 12 年度から 15 年度まで増減なく推移している。

現在の取組状況としては、自主グループの育成については、栄養・運動・休養に関しては 56.5%、たばこ・アルコールに関しては 11.3%の区市町村が事業を実施している。

一方、地域でのネットワークづくりとして、栄養・運動・休養に関しては 58.1%、たばこ・アルコールに関しては 14.5%の区市町村が自主グループ活動の支援事業を実施しており、今後も段階的なグループの育成が望まれる。

健康診査の充実 (取組 10)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
基本健康診査受診率 / 40 歳以上	上げる	56.6%	55.3%	58.4%	61.3%	62.1%
胃がん検診受診率 / 40 歳以上	上げる	6.0%	5.5%	5.5%	5.5%	5.6%
肺がん検診受診率 / 40 歳以上		5.4%	5.0%	5.4%	5.9%	6.2%
大腸がん検診受診率 / 40 歳以上		12.5%	12.3%	13.0%	13.8%	13.9%
子宮がん検診受診率 30 歳以上		8.5%	8.7%	8.6%	9.2%	7.1%
子宮がん検診受診率 20 歳以上						
乳がん検診受診率 30 歳以上	7.0%	7.2%	7.4%	7.7%	5.5%	
乳がん検診受診率 40 歳以上						

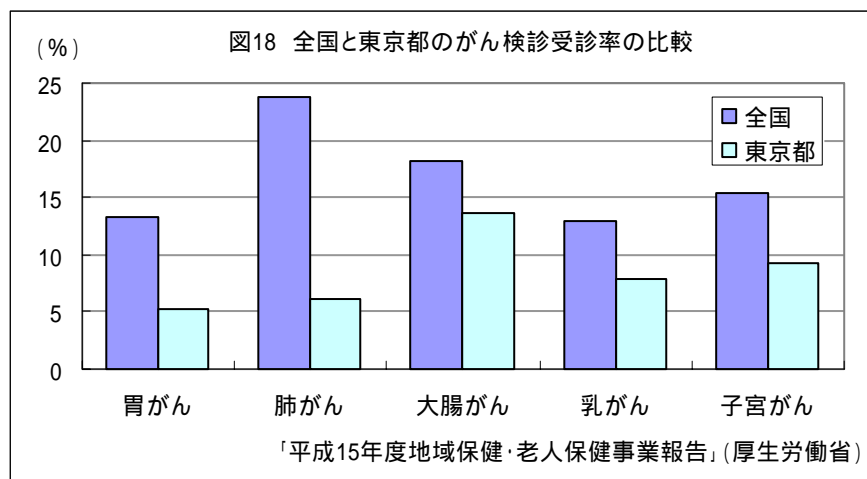
老人保健法により区市町村が実施する健康診査等の受診対象者における受診率

受診率の推移

基本健康診査受診率は増加傾向にあり、各がん検診はほぼ横ばいである。大腸がん検診は 10%を超えるものの、その他のがん検診は 10%以下で推移しており、いずれも全国と比較して低い状態である (図 18)。今後、全国平均を具体的な目標値として示すことなどにより、受診率向上を図ることが望まれる。

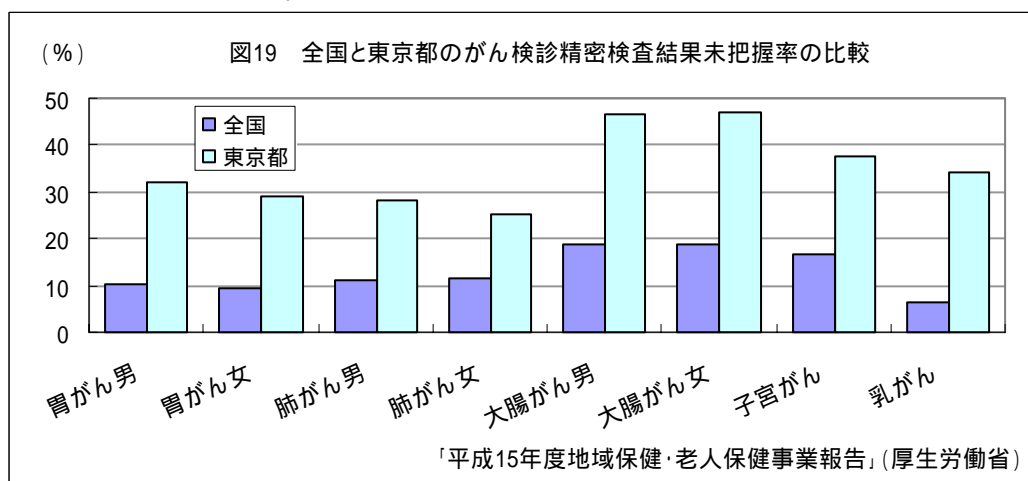
受診率向上の取組

基本健康診査及びがん検診の受診率向上のため、区市町村では、リーフレットの配布やポスターの掲示のほか、個別通知の発送や健康づくりパスポートの配布など、75.8%の区市町村が普及啓発に取り組んでいる。



結果の把握

がん検診の結果、「要精検^(注1)」と判定された者へのアプローチについては、その重要性が指摘されているところであるが、都における精密検査結果の「未把握率」は全国と比較して高い(図19)。区市町村は早期に受診を働きかけるとともに受診状況について把握し、がん検診の精度管理^(注2)に活用するべきであり、「未把握率」については、必要な指標として今後も追跡していくことが望ましい。



(注1) 要精検：検診にて精密検査の必要が認められること。

(注2) がん検診の精度管理：検診ではより効率的に有病者が発見されるべきであり、検診の精度を一定に保つ必要がある。そのために検診の受診結果等の情報を集約する必要がある、これを精度管理という。

事後指導の充実（取組 11）

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
事後指導を受けた人 / 生活習慣改善指導推進事 業 ^(注1) 実施地区数	増やす	6 区市町村	27 区市町村	25 区市町村	22 区市町村	22 区市町村
事後指導を受けた人 / 個別健康教育実施地区数	増やす	3 区市町村	8 区市町村	10 区市町村	7 区市町村	8 区市町村

評価の必要性

健康的な生活習慣への変容のためには、健康診断の結果「要指導」となった者への保健指導が重要であり、今後、更なる環境整備が望まれる。

生活習慣改善指導推進事業及び個別健康教育についての指標だけでは、東京都における事後指導の実施状況として正確に評価できないため、今後、東京都全体の事後指導を評価できる指標の収集が必要である。

なお、生活習慣改善指導推進事業については、事業評価を実施しており、有効性を確認している。

(注1) 生活習慣改善指導推進事業：基本健康診査の要指導者に対し、医療機関での事後指導を充実させることによって生活習慣病予防対策を強化する東京都の補助事業

(5) 歯と口腔の健康づくり

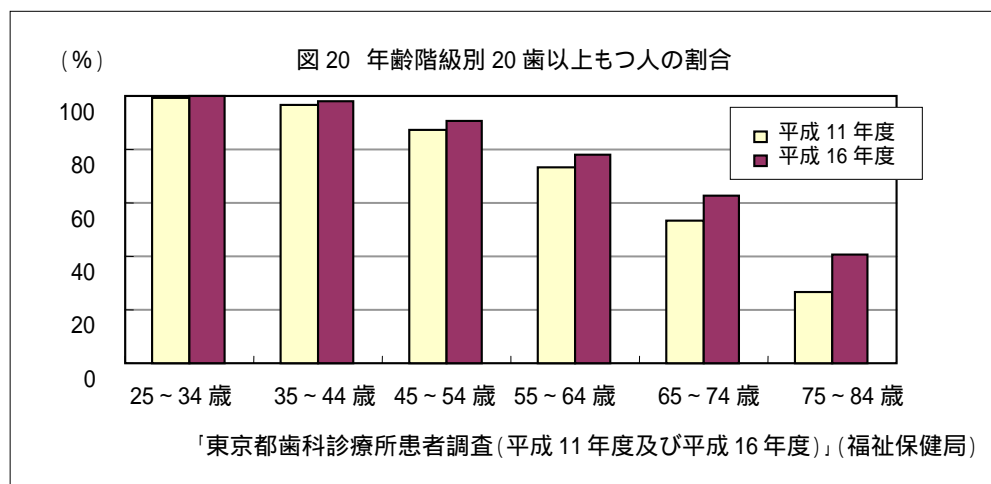
歯の喪失の抑制 (項目 5)

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年度	16 年度
60 歳における 24 歯以上自分の歯を有する人の割合	65%以上	55.2%	60.0%
70 歳における 20 歯以上自分の歯を有する人の割合	60%以上	53.5%	62.9%
80 歳における 20 歯以上自分の歯を有する人の割合	30%以上	27.0%	41.0%
60 歳における歯が 1 本も無い人の割合	1 %以下	0.8%	0.5%
70 歳における歯が 1 本も無い人の割合	5 %以下	3.9%	1.6%
80 歳における歯が 1 本も無い人の割合	10%以下	12.2%	4.4%

歯の喪失状況の推移

高齢者の現在歯数はこの 5 年間で相当増えていると推察される。

70 歳及び 80 歳における 20 歯以上自分の歯を有する者の割合は既に目標を達成しており、また、60 歳における 24 歯以上自分の歯を有する者の割合も、5 年後には目標がほぼ達成できるであろうと思われる。



一方、無歯顎者の割合に関する目標では、三つの年齢階級すべてで目標が達成された。(ただし、目標設定時には無歯顎者の診療所受診は低率なことが予測されたため、目標値が高めに設定されている。したがって、今回 5 年後の最終評価に向けて、診療所患者調査における目標値を参考値として新たに設定した。)

【無歯顎者の割合に関する 新たな目標値 (参考値) (歯科診療所患者調査用)	55 ~ 64 歳 (無歯顎者の割合) 0 %
	65 ~ 74 歳 (無歯顎者の割合) 1 %以下
	75 ~ 84 歳 (無歯顎者の割合) 3 %以下

歯科疾患の減少（項目6）

指 標	方向	10年度	ベースライン 平成11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
乳歯のう蝕予防 乳歯のう蝕のない子ども の割合	3歳 5歳	(ベースライン) 70.3%	73.3% 42.5%	74.6%	76.1%	76.7%	78.0%	51.1%
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 9歳 12歳	95%以上 75%以上 50%以上	88.5% 57.1% 24.9%	92.9% 60.6% 34.2%	93.7% 63.4% 36.3%	93.7% 65.0% 39.0%	94.5% 67.8% 43.2%	94.5% 69.4% 45.1%
12歳における一人平均 う蝕数(DMF 歯数) ^(注1)	1.3 歯以下		2.6 歯	2.4 歯	2.2 歯	2.0 歯	1.9 歯	1.7 歯
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	10%以下		13.5%	16.7%	17.1%	17.0%	17.4%	17.7%
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 50歳 60歳	20%以下 30%以下 40%以下	31.7% 48.9% 56.8%					21.7% 36.5% 46.0%

幼児期・学齢期におけるう蝕の状況の推移

乳歯のう蝕のない子どもの割合は、3歳児、5歳児ともに5年間で8ポイント程度上昇しており、順調な増加傾向を示しているが、目標値にはまだ遠い状況である。3歳から5歳にかけての2年間にう蝕のできる子どもを少なくする必要があると思われ、フッ化物配合歯磨剤に関する普及啓発やかかりつけ歯科医の定着など、歯科保健行動の更なる定着が望まれる。

一方、永久歯については、6歳、9歳、12歳ともう蝕のない子どもの割合が順調に増加しており、どの年齢層でも5年後の目標達成は可能と考えられる。

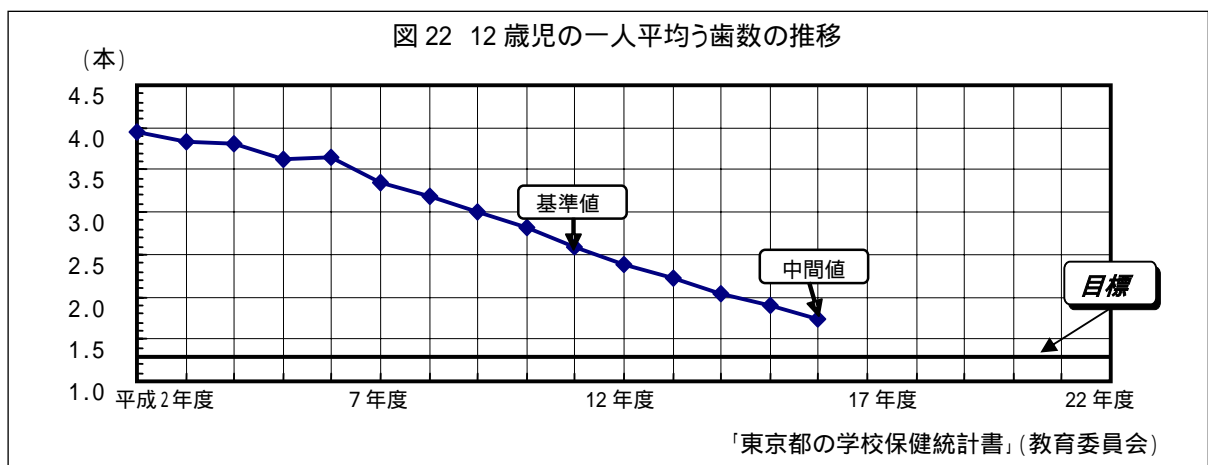
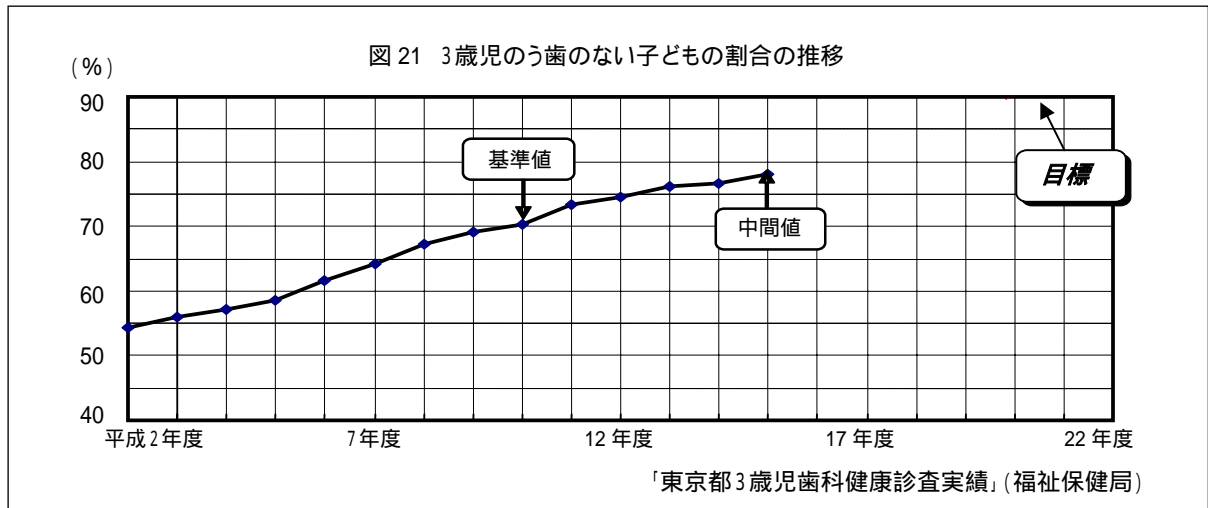
また、12歳児における一人平均う蝕数も1.7歯まで減少しており(図22)、目標達成も可能と推察される。

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

(注2) GO：歯周病要観察者(軽い歯肉炎がみられる場合)

(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。(平成16年度調査 歯科診療所患者調査 では、CPIの測定は行わず、歯周ポケット5mm以上をCPI3以上とした。)



若年者における歯肉の状況の推移

12歳(中学校第1学年)における歯肉に炎症のある子ども(GO及びGの者)の割合は改善傾向がみられない。したがって、歯周病の予防は減少著しいう蝕と異なり、今後の学齢期における歯科保健対策の重要な項目と考えられる。

成人における重度歯周病の状況の推移

どの年齢階級においても、進行した歯周病にかかっている人の割合は減少しており、この減少傾向が続けば、5年後には目標達成は可能と推測される。

しかしながら、歯周病の有病者率が上がる40歳代から、歯の喪失のカーブは急上昇していくことが知られており、歯周病は歯の喪失の大きな原因となっているため、成人期の歯周病の予防対策は、QOLの維持向上のためにも引き続き重点的に取り組むべき課題である。

歯周病と全身との関連については、歯周病によって口腔内の菌や様々な炎症産物等が絶えず血流に入り、全身状況の悪化を招いていることが指摘されている。特に、糖尿病ではインスリンの働きが炎症産物によって弱められることがわかっており、歯周病の進行は糖尿病を明らかに悪化させると言われている。逆に、歯周病を治療して口腔内状況が良くなると、糖尿病の症状が改善するとの報告もある。したがって、糖尿病の予防、進行抑制のためにも、歯周病の予防、悪化防止が重要である。

幼年期・学齢期における歯と口腔の健康の基盤づくり（取組 12）

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年度	16 年度
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子どもの割合	3 歳 70%以上 5 歳 90%以上 小学生（6 歳～11 歳） 9 歳 90%以上 中学生（12 歳～14 歳） 12 歳 90%以上	29.3% 43.2% 15.6% 17.2%	50.6% 60.2% 40.8% 24.4%
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 40%以上	23.8%	25.9%
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 90%以上 幼児期（1 歳～5 歳） 3 歳 90%以上 幼児期（1 歳～5 歳） 5 歳 90%以上 小学校低学年（6 歳～8 歳） 6 歳 90%以上	78.1% 80.2% 69.4% 65.5%	77.6% 80.0% 70.4% 62.2%
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 90%以上 中学生（12 歳～14 歳） 12 歳 90%以上	68.5% 70.8%	74.8% 68.8%
専門的口腔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1）} 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 60%以上 5 歳 90%以上 9 歳 90%以上 12 歳 90%以上	31.3% 65.9% 73.9% 53.6%	31.0% 68.0% 72.5% 48.3%
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 減らす 5 歳 減らす 9 歳 減らす	42.0% 35.2% 23.9%	34.8% 37.1% 23.2%
甘味飲料をほぼ毎日飲む子どもの割合	3 歳 減らす 5 歳 減らす 9 歳 減らす	36.7% 27.9% 22.8%	33.3% 26.4% 19.8%

（注1）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。

フッ化物配合歯磨剤の使用

幼児期に歯磨剤を使用している子どもはこの5年間に増加しており、歯磨剤の使用は少しずつ定着してきているが、フッ化物配合であることを認識して使っている割合はいまだ5～6割程度である。最近の子ども向け歯磨剤のほとんどにフッ化物が配合されていることを考え合わせると、フッ化物配合歯磨剤の有用性を十分啓発し、幼児期から歯磨剤を使う習慣を更に定着させることが必要である。

一方、学齢期においては歯磨剤の使用率は高いにもかかわらず、フッ化物配合歯磨剤と知って使用している子どもは少なく、使っている歯磨剤への関心が低い傾向が示唆された。子どもたちが自らフッ化物配合歯磨剤を選択し効果的に使用できるよう、有用性、成分表示の見方、具体的な使用法などを十分に周知する必要がある。

歯間部清掃用器具（フロス）の使用

12歳における週1回以上フロスを使用している者の割合は、ベースライン時とあまり変化がない。学校における保健指導等も活用しながら、歯ブラシ以外の清掃用具についての知識普及を図ることが必要である。

歯や歯肉の観察習慣

保護者による歯や歯肉の観察や学齢期における自己観察の実施状況はあまり改善しておらず、90%以上という目標達成にはどの年齢層もほど遠い状況である。今後、生涯を通じて歯や歯肉の観察をするというセルフチェックが重要であることを、観察の具体的なポイントなども含めて丁寧に普及啓発する必要がある。学齢期においては、歯肉炎の増え始める時期である小学校高学年で歯肉の自己観察を習得させるとともに、中学生の時期に自主的な健康習慣として定着させることが肝要である。

専門家による支援（定期健診、予防処置、健康教育等）

かかりつけ歯科医の有無についてみると、3歳ではベースライン時とほぼ同じで目標値6割の約半分であり、5歳、9歳、12歳においても目標の9割にはほど遠い状況である。

幼児期・学齢期を通じて、個々のう蝕等のリスクに応じた予防管理を定期的に受けることが大切であり、区市町村の保健センターや学校等で実施される定期健診や相談等を受けるだけでなく、できる限り早い時期からかかりつけ歯科医をもって定期的な受診を継続し、その中で子ども自らの保健行動として定着させていくことが望まれる。

成人期・高齢期における歯と口腔の健康づくりの推進（取組 13）

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年度	16 年度
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	50%以上	20.8%	19.3%
40歳～64歳	50%以上	23.5%	21.5%
65歳以上	50%以上	35.4%	33.7%
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			
成人期 20歳～39歳	80%以上	43.3%	43.9%
成人期 40歳～64歳	80%以上	44.6%	53.5%
高齢期 65歳以上	60%以上	34.5%	48.3%
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			
20歳～39歳	90%以上	25.2%	32.4%
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			
20歳～39歳	90%以上	73.9%	68.6%
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			
20歳～39歳	70%以上	63.1%	53.1%
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歳～39歳	50%以上	20.0%	22.8%
40歳～64歳	60%以上	39.6%	35.4%
65歳以上	70%以上	25.4%	28.4%
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	すべての人に知ってもらおう		
20歳～39歳		35.1%	43.2%

積極的な歯口清掃習慣

歯を1日1回は丁寧に10分程度磨く人の割合は、どの年齢層でも減少しており、時間をかけての歯磨きが実践されていないことがうかがわれる。

また、フロスや歯間ブラシを使用している人の割合は、40歳以上では増加がみられるが、40歳未満の若い世代ではほとんど変化がみられない。

歯周病が40歳以降の歯の喪失の大きな原因であり、歯間部清掃用具も使いながらの丁寧な歯磨きが歯周病予防に重要であることを考えると、若い世代からの好ましい歯磨き習慣の定着が大切である。

フッ化物配合歯磨剤の使用

目標設定時には歯磨剤を使っている人が 90%以上で、そのうちフッ化物配合かどうか知らずに使っている人が多かったが、その状況はあまり変わらず、90%という目標には程遠い。

成人期・高齢期においても、歯肉退縮に伴う根面う蝕の予防の視点からフッ化物配合歯磨剤の使用が推奨されており、更なる普及啓発が必要である。

歯や歯肉の健康観察

月に1回以上、歯や歯肉の自己観察をしている人の割合は、中間値のほうが低い結果となっている。

多くの都民が当たり前のこととして自己観察を行うようになるためには、具体的な観察方法を含め、きめ細かな情報提供が必要であると思われる。

自分自身の口腔保健に関する関心の喚起（自分の歯の数の把握）

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は、5年前に比べて低くなっている。

歯の数の把握は、自分の歯と口腔への関心の一つの指標であり、健康づくりにおける歯と口腔の健康の重要性を若い世代から認識し、日常生活の中で好ましい保健行動を定着させるよう、地域における健康づくり運動に一層の工夫が望まれる。

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）

かかりつけ歯科医の定着に関する項目として、歯石除去、歯面清掃等の専門的口腔ケアを受けていることを条件として指標が設定されている。その割合はあまり増えておらず、40歳から64歳ではむしろ減少している。この目標は、他の小目標の推進のためにも重要であり、都民にかかりつけ歯科医の意義と大切さを普及啓発する、地域歯科診療所のかかりつけ歯科医機能の充実を図る、区市町村保健事業や職域における保健事業とかかりつけ歯科医機能の連携を図り、地域における専門家の支援がスムーズに行われるようなシステムを整備する、の三つの側面から、更に強力にかかりつけ歯科医の定着を図る必要がある。

喫煙と歯周病に関する知識の普及

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は8ポイント程度増加したが、いまだ5割にも届かず、都民への更なる周知が必要である。

また、歯周病との関連のみならず、喫煙者は口腔内に歯の着色・口臭などの変化が現れること、都民が継続的に歯科診療所を訪れるため治療や予防管理と並行して禁煙のきっかけづくりや具体的な禁煙支援を行いやすいことなど、歯科は禁煙支援を導入しやすい環境にある。したがって、未成年者の喫煙防止や産婦の喫煙再開の防止を含め、歯科診療所における禁煙支援の取組を推進することは、喫煙によるがんをはじめとする他の疾患のリスクを減らすためにも効果的であると思われる。

歯科保健サービスの充実（取組 14）

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
歯周疾患検診 ^(注1) の 実施 歯周疾患検診実施区 市町村数	増やす	18 区市町村	25 区市町村	29 区市町村	35 区市町村	29 区市町村

歯周疾患検診

歯周疾患検診実施地区数は、平成 15 年度には 35 地区と平成 12 年度のほぼ倍まで増加した。（平成 16 年度に実施地区が減少したのは、この年から急きょ 60 歳、70 歳も対象年齢になったため対応できず、区市町村単独事業の成人健診として実施した地区があったためと思われる。）

歯周疾患検診以外の成人対象の歯科健診を実施している地区も含めると、全体のほぼ 4 分の 3 の区市町村で成人に対して何らかの歯科健診が実施されており、地域における成人歯科健診の場は広がりつつあると言えよう。

特に成人期の課題となる歯周病は生活習慣病としての側面が強く、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ため、健診後の指導とその後の継続的なフォローを更に充実させる必要がある。

職域における歯科保健の取組

地域における成人歯科健診等の歯科保健サービスは、勤労者にはなかなか受けにくい側面もあり、成人歯科保健を推進するためには、職域における取組も重要と思われる。

近年、職域でも、健康が職場の安全や効率的業務の視点から欠かせないものとの認識が強まり、直接的に命にかかわらない歯科疾患についても関心が深まってきている。

今後、職域において、歯科健診や歯科健康教育、歯科保健に関する普及啓発活動を進めるためには、職域保健と地域保健の一層の連携が必要であり、職域における歯科保健活動とかけつけ歯科医機能が連携して機能することが重要である。

歯科疾患のハイリスク者に対する取組

歯周病の発病・進行には、歯垢、歯石などの局所的因子だけでなく、喫煙や糖尿病などの全身的因子も大きく関与すると言われている。したがって、歯周病のハイリスク者である喫煙者、糖尿病患者などについては、歯周病との関係について十分周知するとともに、保健行動の変容に向けて歯科の視点からも支援することが、歯周病の予防及び悪化防止のみならず、全身状態をより良好に保つためにも重要である。

（注 1）歯周疾患検診：老人保健法に基づく成人に対する歯科健康診査。対象が事業開始時は 40 歳、50 歳だったが、平成 16 年度から 40 歳、50 歳、60 歳、70 歳に拡大された。

また、多数のう歯がある幼児（う蝕ハイリスク児）については、歯科保健の面だけでなく、生活全体の支援を考慮すべき場合が多いと言われており、地域において保健医療関係者が連携した子育て支援を提供するとともに、歯科保健についてもきめ細やかな対応が求められる。

口腔機能に関する取組

最近咀嚼等の口腔機能と全身の健康に関する研究が進み、高齢者にとって口腔機能の減退を早期に予防することが健康寿命延伸の大きな鍵になるなどの指摘がなされ、平成 18 年度から介護保険における介護予防のメニューとして口腔機能向上が取り上げられることとなった。

乳幼児期における口腔機能の健全な発達の重要性及び高齢期における口腔機能維持の重要性をかんがみると、今後、口腔機能の評価法等についても考慮しながら、歯科保健目標の中に口腔機能に関する項目を追加すべきであろう。

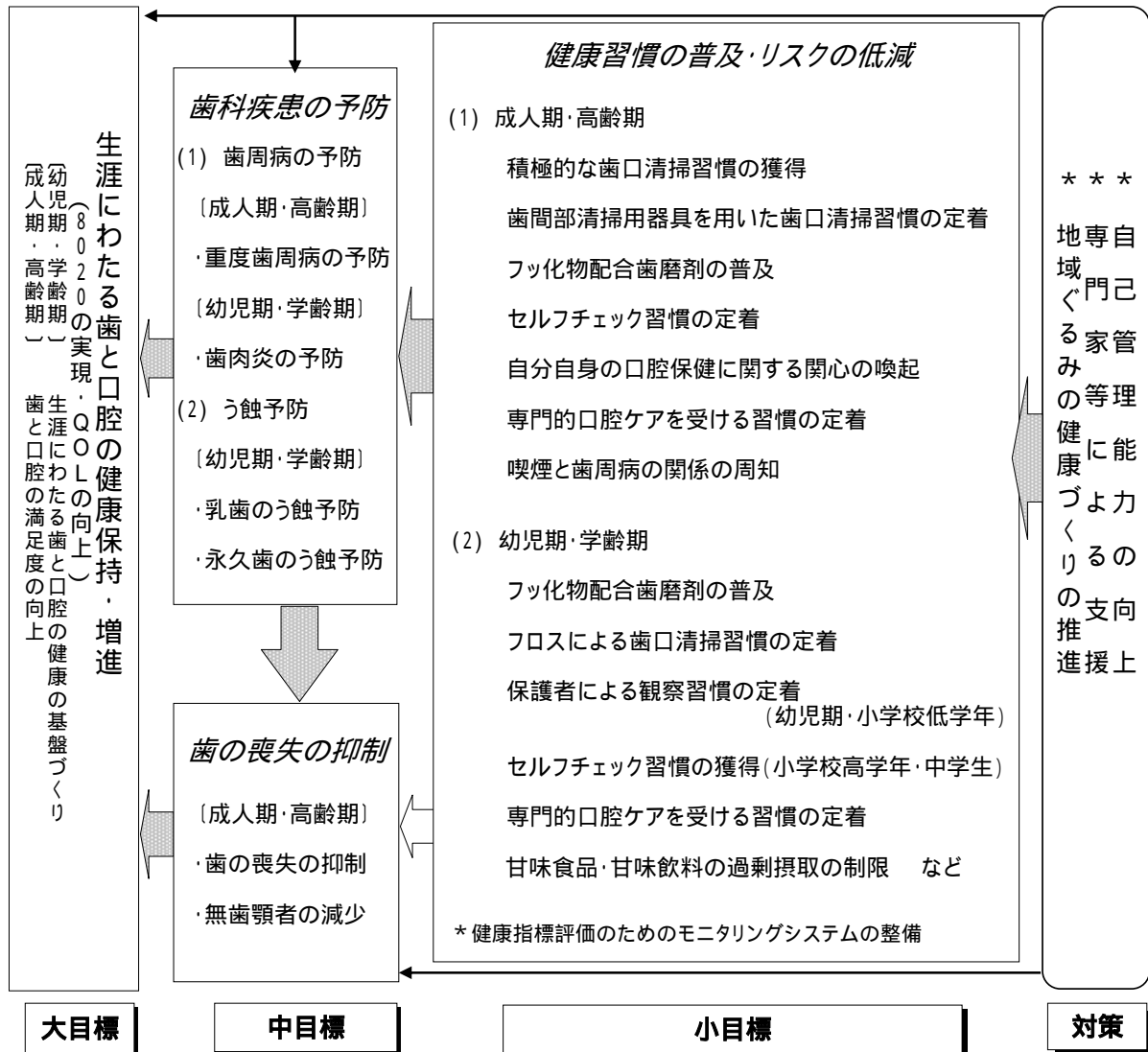
【西暦 2010 年の歯科保健目標】

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、この目標が「東京都健康推進プラン 21」に盛り込まれた。

その後 5 年が経過したことから、協議会では、2005（平成 17）年 8 月に、「西暦 2010 年の歯科保健目標」の達成度中間評価報告書をまとめた。

本報告書の“歯と口腔の健康づくり”の中間評価に関する記載は、上記報告書の内容に基づいている。

〔 「西暦 2010 年の歯科保健目標」の構成 〕



3 寝たきりの予防

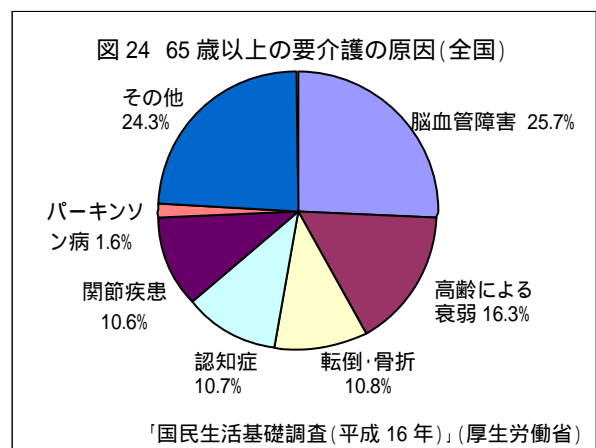
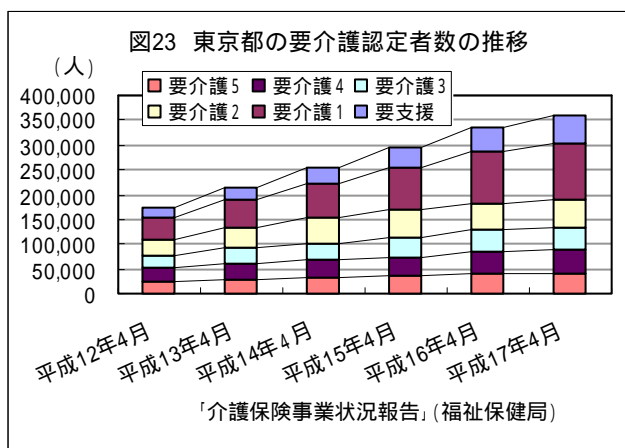
プラン2-1策定より5年が経過し、高齢者を取り巻く状況は大きく変化している。東京都の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は平成17年1月現在17.9%であり、高齢化率は全国と比較すると低いながらも依然として増加傾向にあり、今後も団塊の世代が高齢期を迎えるなど急速に高齢化が進展することが予測される。

また、平成12年度に創設された介護保険制度における要介護・要支援認定者は、認定者数、高齢者人口に占める割合ともに増加しており、特に軽度の介護を要する要支援者及び要介護者1の増加率が高く（図23）、これに伴いサービス利用者も増加しており、高齢者の生活支援として定着してきている。

平成17年度の介護保険制度改革では、基本理念として「自立支援」に加えて「尊厳の保持」が明記され、これまでの事後対応型システムから予防重視型システムへと転換を図ることが示された。また、老人保健法に基づく老人保健事業及び介護保険制度に基づく介護保険サービスが見直され、生活機能全般の改善を図り要介護状態になることを未然に防ぐための介護予防事業が、介護保険制度の中に地域支援事業や新予防給付として明確に位置付けられ、平成18年4月から開始される。

このような状況の中、高齢期になってもいつまでも自立していきいきと生活していくには、要介護状態とならないために一人ひとりが健康づくりを実践することが重要である。また、その取組を支援する環境整備として、成人期からの生活習慣病予防への取組の更なる強化と、介護予防を連続性のあるものとして取り組んでいくことが求められている。

都では平成17年度に「東京都高齢者保健福祉計画^(注1)」を改定し、高齢者の自立と尊厳を支える社会の実現に向けた高齢者施策の視点の一つとして「介護予防・健康づくりの推進」を掲げ、介護予防のための様々な施策の一体的・総合的な展開をしていく予定である。



(注1) 東京都高齢者保健福祉計画：老人福祉法第20条の9第1項に規定する都道府県老人福祉計画及び介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画並びに老人保健法第46条の19に規定する都道府県老人保健計画を一体のものとして作成している。計画期間は平成27年度までを見据え、最初の3年間である平成18年度から20年度までである。

(1) 骨折・転倒

骨折・転倒の減少(項目7)

指 標	方向	ベースライン 平成 11 年	14 年
高齢者の骨折の受療率 (人口 10 万対)	下げる	271	300

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年	13 年	14 年	15 年	16 年
高齢者の転倒による搬送人数	減らす	21,683 人	24,337 人	25,772 人	28,307 人	29,730 人

骨折・転倒の状況

65 歳以上の高齢者の骨折受療率は増加している。転倒による搬送人数についても増加しているが、高齢者割合の増加や全搬送人数の増加を考慮すると、実際に高齢者の転倒が増加傾向にあるかどうかは不明である。しかし、骨折・転倒は介護保険制度における要介護の原因として女性及び後期高齢者に多いことが明らかになっており、今後は虚弱な高齢者及び要介護高齢者の中で、骨折・転倒予防の必要性が高い対象者に対する介護予防として取り組んでいくことが望まれる。

骨粗しょう症予防対策の充実(取組 15)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
骨粗しょう症予防対策事業実施区市町村数	増やす	34 区市町村	35 区市町村	36 区市町村	35 区市町村	32 区市町村

骨折・転倒予防の取組

骨粗しょう症予防対策事業実施区市町村数については横ばいである。骨粗しょう症予防に関連性のある生活習慣としてカルシウム摂取量や運動習慣があるが、カルシウム量の多い食品の摂取状況、運動習慣ともにやや減少傾向にある。骨粗しょう症は特に女性に多く、骨折・転倒の原因であることから、今後も生活習慣病予防の一つとして、このような事業の取組とともに若年期からの骨粗しょう症予防の普及啓発などに取り組むことが必要である。

(2) 高齢者の閉じこもり

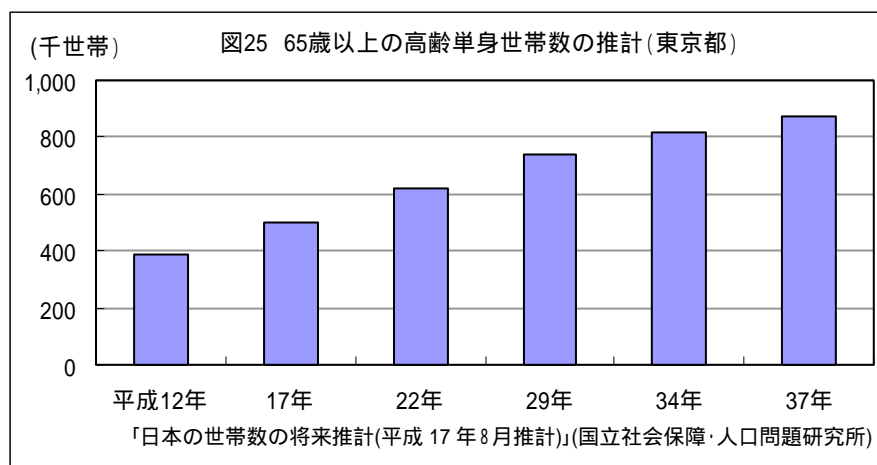
高齢者の閉じこもりの減少 (項目 8)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	17 年度
外出頻度が週 1 回程度以下の高齢者の割合	減らす	13.9%	調査中
近所づきあいのない高齢者の割合	減らす	9.6%	調査中

高齢者の閉じこもり予防

外出頻度が週 1 回程度以下の高齢者、近所づきあいのない高齢者の割合については、5 年ごとの調査により追跡しているため、現時点では評価困難であり、次年度、評価予定とする。

高齢化や核家族化などに伴い、65 歳以上の高齢単身世帯は平成 17 年 10 月 1 日現在 50 万 2 千世帯であり、今後も増加していくことが予測されている (図 25)。一人暮らしの高齢者は地域において孤立化や閉じこもりになりやすいことから、その予防として、生活機能全般の改善を図る介護予防の取組と、積極的な社会参加を促すための取組をより一層推進していくことが望まれる。



自立支援の促進 (取組 16)

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
機能訓練事業実施 区市町村数(B 型)	増やす	33 区市町村	37 区市町村	34 区市町村	36 区市町村	31 区市町村
「生きがい活動支援通所 事業」実施区市町村数	増やす	52 区市町村	55 区市町村	56 区市町村	54 区市町村	

指 標	方向	ベースライン 平成 10 年度	
自主グループ・家族会活動のある機能 訓練実施施設	増やす	26.3%	
自主グループ		8.6%	
家族会			

自立支援の取組

機能訓練事業、生きがい活動支援通所事業の実施区市町村数については横ばいである。また、自主グループ・家族会活動のある機能訓練実施施設についてはベースライン以降、調査の実施がなく、上記の事業も含め、介護予防・地域支え合い事業など実施事業の変更に伴い、現在は異なる事業形態となっている。

本項目の「自立支援の促進」は、孤立しがちな人に対する社会参加の促しと、見守り支え合う仕組みづくりに取り組むことであり、次項目の取組にある「社会参加の促進」と類似した内容及び指標の設定となっている。そのため、今後はその指標により目標達成度を評価することとし、本項目は削除する。

社会参加の促進（取組 17）

指 標	方向	ベースライン 平成 9 年度	14 年度
就業している高齢者 65 歳～69 歳	増やす	44.0%	41.6%
70 歳以上		22.4%	19.0%

指 標	方向	ベースライン 平成 12 年度	17 年度
学習活動への参加 65 歳以上	増やす	7.7%	調査中
ボランティア等への参加			
65 歳以上男性	増やす	14.6%	調査中
65 歳以上女性		10.4%	

社会参加の促進

就業している高齢者は減少傾向にある。学習活動への参加、ボランティア等への参加については、5年ごとの調査により追跡しているため、現時点では評価困難であり、次年度、評価予定とする。

今後、団塊の世代が定年退職期を迎え、高齢者のライフスタイルやニーズがより多様化していくことが予測される。高齢者が他の世代とともに社会との関わりを持ち、就労や社会貢献など様々な形で充実した生活を実現できるよう、退職前から地域における活動の場を確保していくなど、職域と地域をまたいだ社会参加の機会の提供や環境の整備を図っていくことが望まれる。