

健康いきいき 2 1
ー健康しが推進プランー（第 2 次）
（案）

平成 30 年（2018 年）3 月
滋賀県

目次

第1章	はじめに	1
1.	計画の趣旨	
2.	計画の位置づけ	
3.	計画期間	
第2章	現状と課題【県民の健康状況】	3
1.	人口構成の推移と高齢化	
2.	医療費の状況	
3.	平均寿命の状況	
4.	健康寿命の状況	
5.	死亡の状況	
6.	介護の状況	
7.	生活習慣病の状況	
8.	生活習慣の状況	
第3章	計画の基本的な方向	23
1.	めざす姿	
2.	基本的な方向	
第4章	施策の展開と目標	25
1.	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	25
2.	健康なひとづくり	26
[健康増進]		26
(1)	栄養・食生活	
(2)	運動・身体活動	
(3)	休養・こころの健康	
(4)	喫煙	
(5)	飲酒	
(6)	歯・口腔の健康	
[生活習慣病の発症予防と重症化予防]		36
(1)	がん	
(2)	循環器疾患	
(3)	糖尿病	
(4)	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	
3.	健康なまちづくり	42
(1)	健康を支援する住民活動の推進	
(2)	健康を支援する社会環境整備	
4.	みんなで創る「健康しが」の取組	44
第5章	計画の推進体制の整備	45
1.	それぞれの役割	
2.	多様な分野における連携	
3.	正しい知識の普及・啓発	
4.	計画の進行管理	

第1章 はじめに

1 計画の趣旨

我が国の平均寿命は、生活環境の改善や医学の進歩、教育、経済の発展、保健衛生の向上等により世界の中でも高い水準を示しており、本県においても年々伸びてきていますが、社会環境や生活環境の変化、急速な人口の高齢化の進展とともに、疾病全体に占める悪性新生物（以下「がん」という。）や脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、要介護者の増加も深刻な社会問題となっています。

国においては平成24年7月に、健康増進法第7条第1項の規定に基づく国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を改正し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」を推進することとしています。

本県では、平成13年3月に、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸および生活の質の向上を目的に「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を策定し、「一次予防」の観点を重視した県民の健康づくりの推進に取り組んできました。

平成25年には、生活習慣病対策の推進と、健康を支え守るための社会環境の改善を進めるため、改定を行い、県民の豊かな生活と健康寿命の延伸を目指して、これまで取組を進めてきたところです。

平成29年度に行った本計画の目標達成に向けての中間評価では、喫煙や飲酒、食塩摂取量や野菜摂取量などは改善がみられ、がんや脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少がみられるなど、全体の52項目の指標中（再掲項目は含まず）、35項目の指標（約67%）において目標達成または改善との結果となり、県民の健康状態の改善を裏付けるものとなりました。また個人を支える社会環境については、健康に関する活動に取り組む団体や企業の数が増加しています。

一方、課題としては、男性の肥満者の増加、青壮年期の食生活や運動習慣の問題、糖尿病有病者の割合や合併症の指標で改善がみられず、上位目標の健康寿命については延伸しているものの、平均寿命との差の縮小にはいたりませんでした。

このような課題を踏まえ、今回、県民の健康寿命延伸を目指し、健康づくり施策の更なる充実を図るため、「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」の改定を行うこととしました。

2 計画の位置づけ

この計画は、健康増進法第8条に規定する「都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（都道府県健康増進計画）」にあたるものであり、県民をは

じめ、行政、関係団体、保険者、学校、企業などが一体となって健康づくりに取り組むための具体的な目標を設定し、施策を定めています。

3 計画期間

この計画は、本県の保健医療計画、医療費適正化計画などと整合性を図るため、終期を同じくすることとし、計画期間を1年延長し、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間とします。

目標値についても、平成35年度に達成状況进行评估し、計画の改定を行います。

第2章 現状と課題【県民の健康状況】

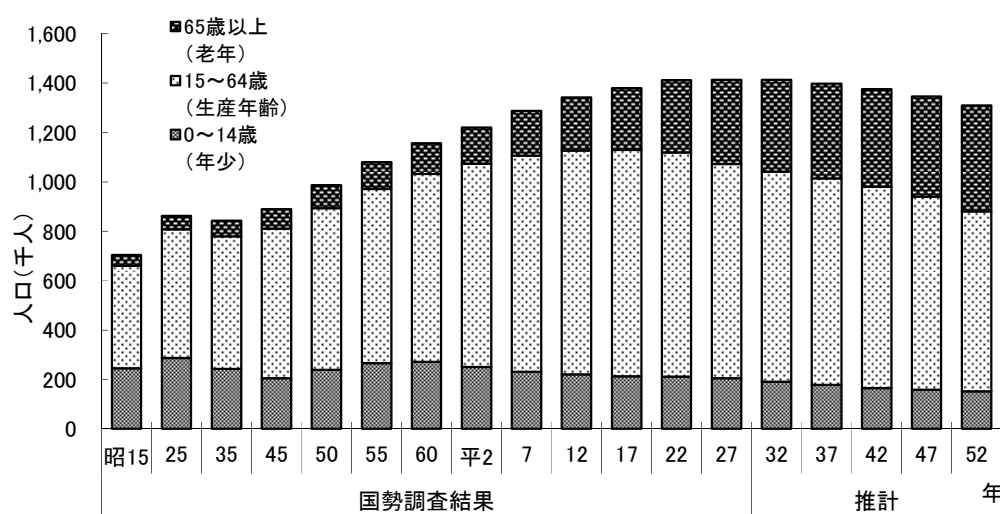
1 人口構成の推移と高齢化

滋賀県の人口は、平成20年に140万人を超えましたが、平成26年には48年ぶりの減少となり、すでに人口減少局面に入ったと推測されます。

一方、高齢者人口は増加し続けており、平成28年10月1日現在、高齢化率が24.8%となっています。今後、平成52年(2040年)には32.8%となり、65歳以上人口が約3人に1人に達すると予測されています。

今後、平成52年(2040年)には、県内のほとんどの市町において高齢化率が30～40%以上になると見込まれています。

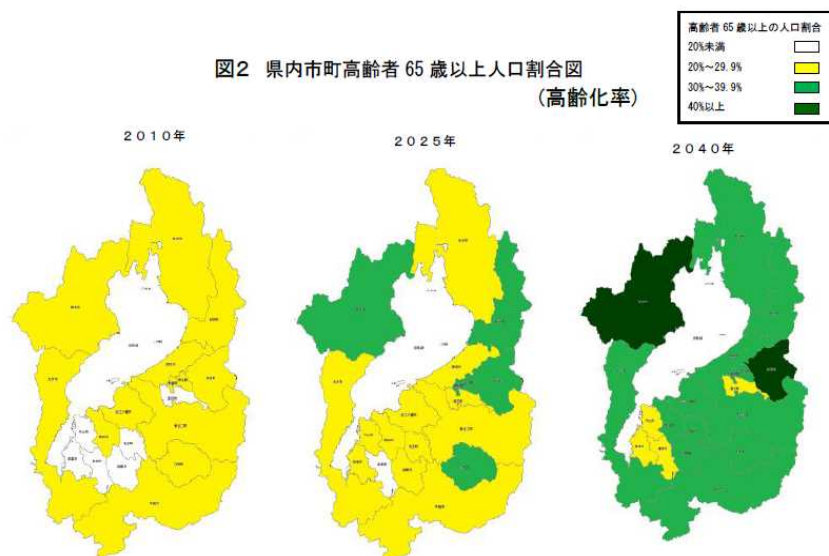
図1 滋賀県の年齢（3区分）別人口の推移と将来推計



(出典)：総務省「国勢調査」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25(2013)年3月集計）」

図2 県内市町高齢者65歳以上人口割合図（高齢化率）



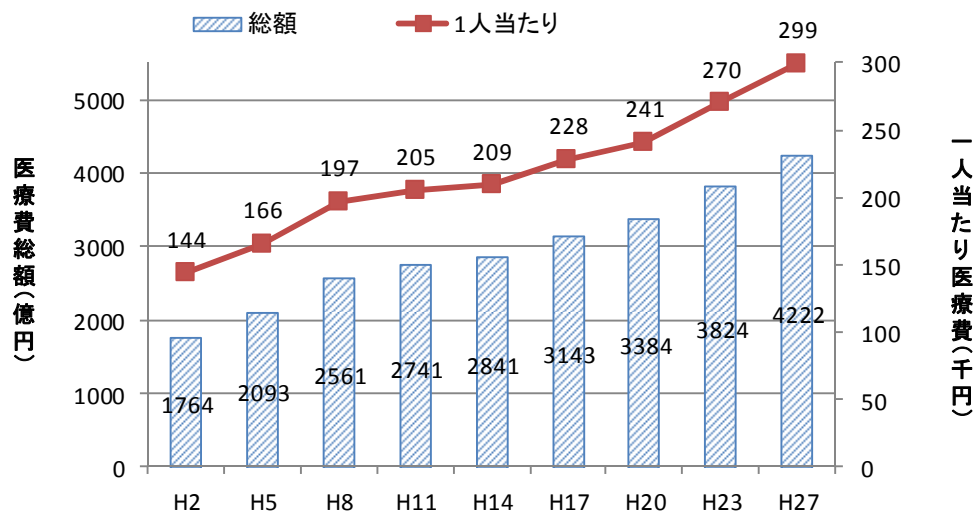
(出典)：総務省「国勢調査」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25(2013)年3月集計）」

2 医療費の状況

高齢化や医療技術の進歩、がん・循環器疾患・糖尿病など生活習慣病の増加等により、医療費は年々増加し、平成 27 年度で 4,222 億円に達しています。また、被保険者一人当たり医療費も増加しています。

図 3 医療費の年次推移



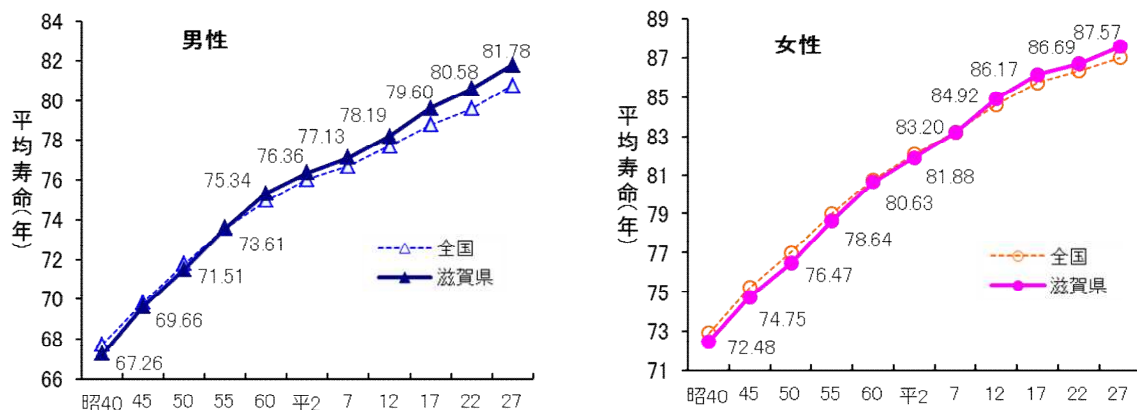
(出典)：厚生労働省「国民医療費」都道府県別医療費)

3 平均寿命の状況

健康状態を示す包括的指標である「平均寿命」については、全国と同様に伸びており、高い水準となっています。

平成 27 年（2015 年）の本県の平均寿命（0 歳の平均余命）は、男性 81.78 年（全国 80.77 年）で全国 1 位、女性 87.57 年（全国 87.01 年）で全国 4 位となっています。

図 4 平均寿命の推移

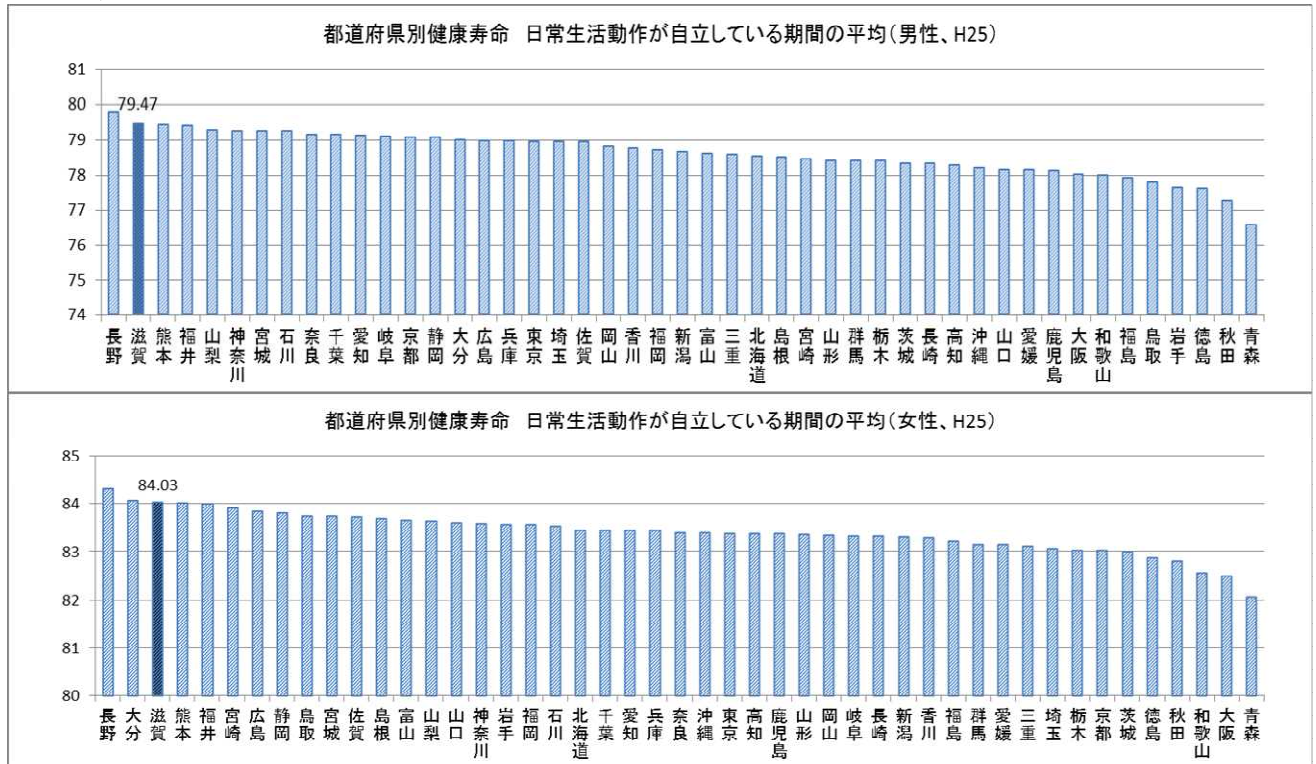


(出典)：厚生労働省「平成 27 年（2015 年）都道府県別生命表」

4 健康寿命の状況

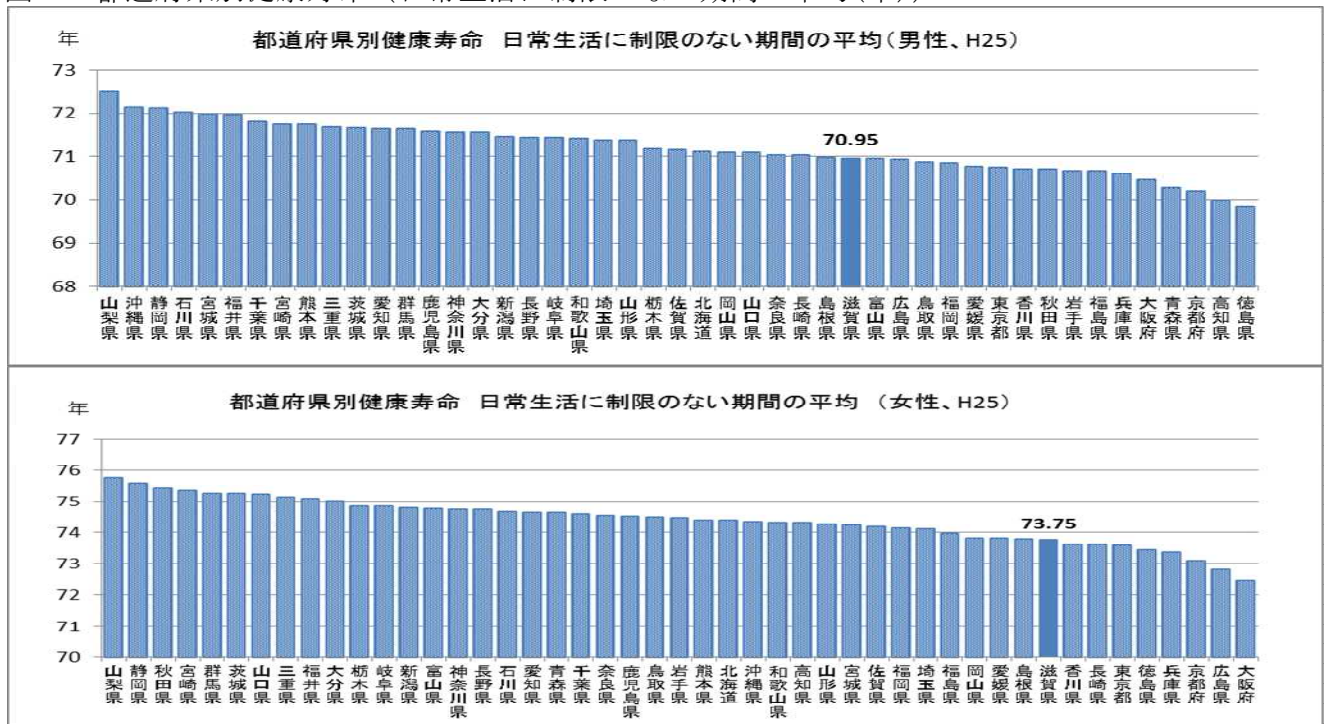
健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」（WHO 提唱）とされていますが、「健康」の定義の違いなどにより様々な算定方法があります。

図5 都道府県別健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均(年)）



(出典)：平成27年度厚生労働科学研究補助金健康日本21（第二次）の推進に関する研究

図6 都道府県別健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均(年)）



(出典)：平成27年度厚生労働科学研究補助金健康日本21（第二次）の推進に関する研究

図7 平均寿命と健康寿命

		平均寿命(平成27年)		健康寿命※1(平成25年)		健康寿命※2(平成25年)	
				「日常生活に制限のない期間の平均」		「日常生活動作が自立している期間の平均」	
		値	順位	値	順位	値	順位
男性	全国	80.77		71.19		78.72	
	滋賀県	81.78	1	70.95	31	79.47	2
女性	全国	87.01		74.21		83.37	
	滋賀県	87.57	4	73.75	39	84.03	3

(出典) : 厚生労働省・厚生労働科学研究

図8 平均寿命と健康寿命<参考>

		平均寿命(平成27年)		健康寿命※3(平成27年)	
		値	順位	値	順位
男性	全国	79.9		71.5	
	滋賀県	81.7	1	73.0	1
女性	全国	86.3		76.3	
	滋賀県	87.7	1	77.5	1

(出典) : 日本の都道府県別の疾病負荷研究(1990～2015年)東京大学

健康寿命の算出方法について

健康寿命の算出方法にはいくつかの指標が用いられている。

※1 「日常生活に制限のない期間の平均」(主観的指標)

国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の問いに対して「ある」と回答したものを不健康な状態と定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出している。国の健康日本21(第2次)における健康寿命の指標として用いられている。

この指標は、3年に1度、都道府県別値が公表される見通し。

国民生活基礎調査は、無作為抽出によるサンプル調査であり、市町村別の値の算出は不可能である。

※2 「日常生活動作が自立している期間の平均」(客観的指標)

介護保険の要介護度2～5を不健康な状態と定義し、生命表とサリバン法を用いて算出している。

この指標は、国勢調査の年に合わせて5年に1度、厚生労働省が都道府県別の値を公表している。

また、本県では、衛生科学センターにおいて毎年の都道府県値を算出している。市町村別の値は、5年に1度、厚生労働省が公表する市町村別生命表を用いて算出している。

※3 東京大学の研究による健康寿命について

主に平均寿命(生命表)と、障害生存年数を元に推定している。

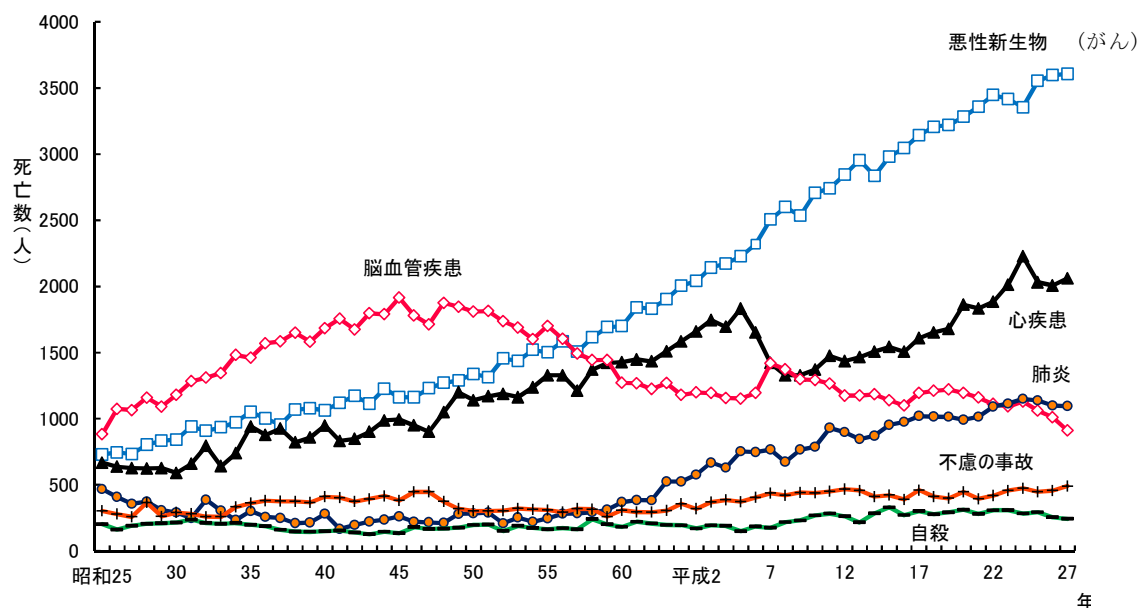
障害生存年数に関しては、315種の疾患の有病率や、各々の疾患の重み(相対的な障害の重度)付けから算出されており、健康寿命は、平均寿命からこの障害生存年数を差し引いたものである。

5 死亡の状況

(1) 主な死因の死亡数の推移

がんは、昭和 57 年(1982 年)に死因順位第 1 位となり、急激に増加しています。脳血管疾患は、昭和 31 年(1956 年)から昭和 56 年(1981 年)まで第 1 位でしたが、昭和 60 年(1985 年)に心疾患を下回り、第 3 位となり、以後横ばい状態です。肺炎は、徐々に増加し、平成 23 年(2011 年)から脳血管疾患を上回り、第 3 位となっています。

図 9 主な死因の死亡数の推移



(出典) : 滋賀県の死因統計解析 (2005～2015)

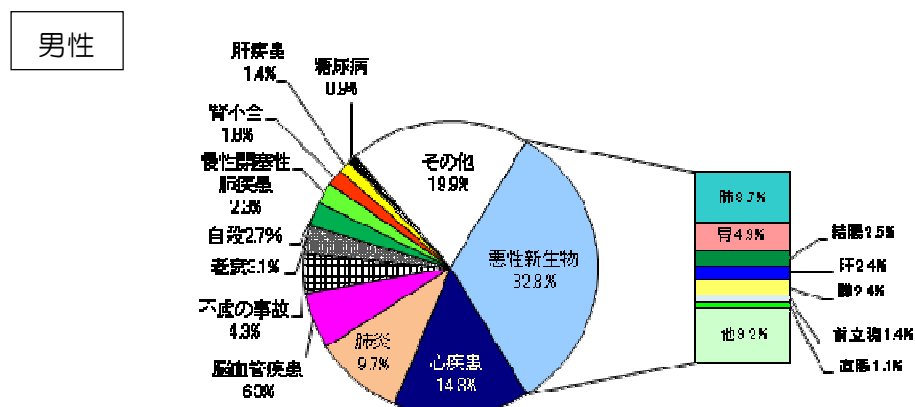
(2) 死因別死亡数の割合とがんの主な部位別死亡率の推移

① 死因別死亡数の割合 (2015 年)

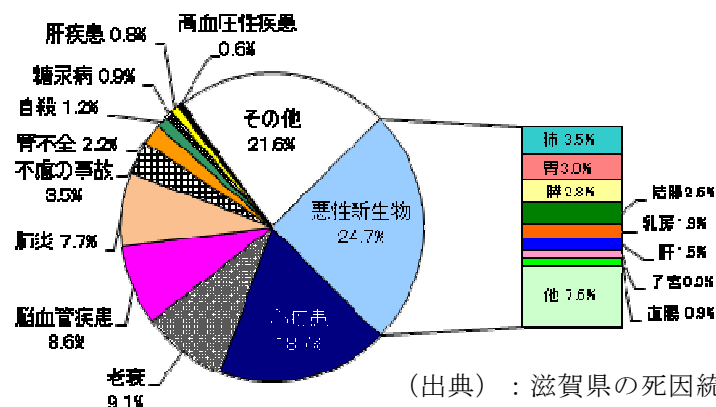
全死因の中で、がんの構成割合は、男性 32.8%、女性 24.7%となっています。

がんの中で、割合の高い部位は、男性では、肺がん、胃がん、大腸がん（結腸および直腸）の順となっており、女性では、肺がん、大腸がん（結腸および直腸）が同率で、次に胃がんとなっています。

図 10 死因別死亡数の割合 (2015 年)



女性



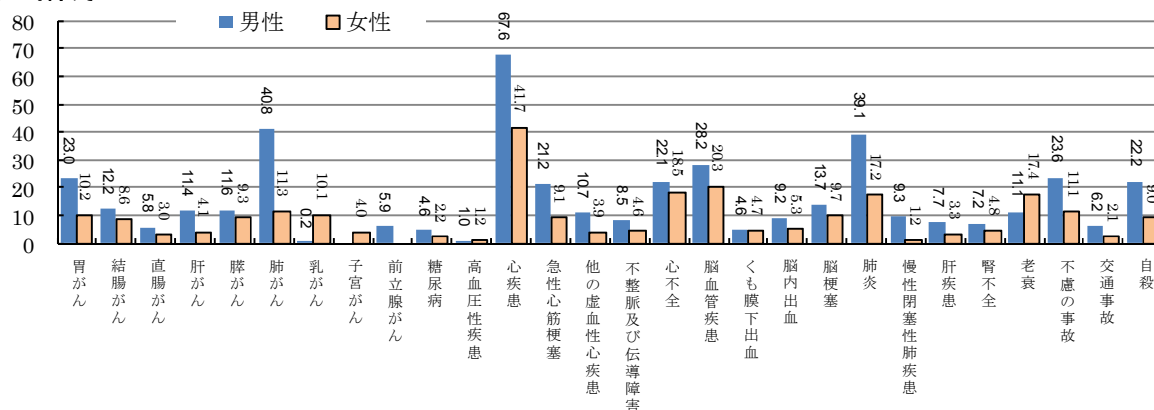
(出典)：滋賀県の死因統計解析 (2005～2014)

(3) 年齢調整死亡率 (DAR) および標準化死亡比 (SMR)

全死因の年齢調整死亡率 (人口 10 万対) は、男性 465.4 (全国 495.3)、女性 276.5 (全国 278.3) となっています。

図 11 滋賀県の年齢調整死亡率 (2015 年)

人口 10 万対

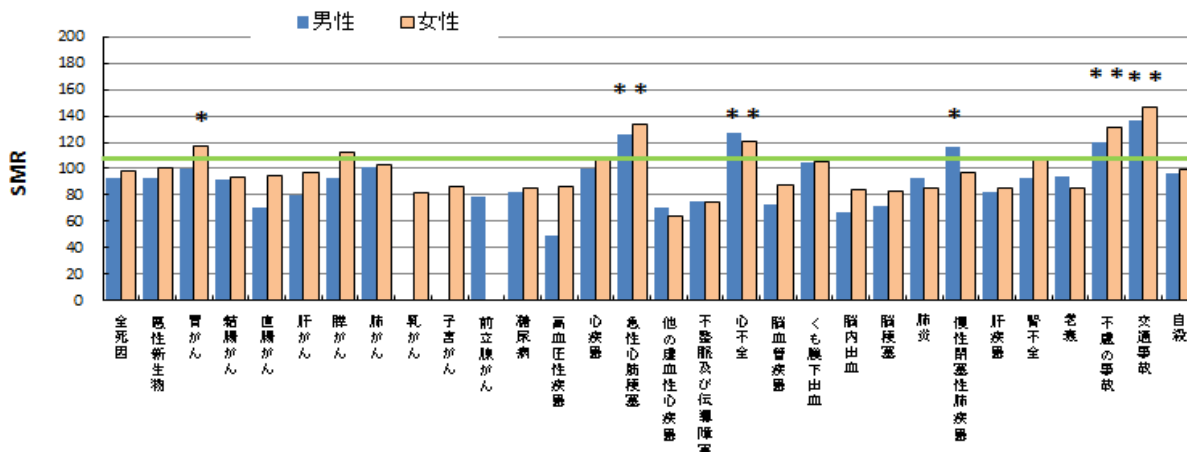


(出典)：滋賀県の死因統計解析 (2005～2014)

全死因の標準化死亡比 (SMR) は、男女ともに全国より低い状況です。男性では、慢性閉塞性肺疾患が 116.3 で有意に高く、女性の胃がんは 116.7 で 2014 年の 127.7 を下回ったものの、有意に高くなっています。

急性心筋梗塞、心不全は、男性女性ともに有意に高くなっています。

図 12 標準化死亡比 (2015 年)



(出典)：滋賀県の死因統計解析 (2005～2014)

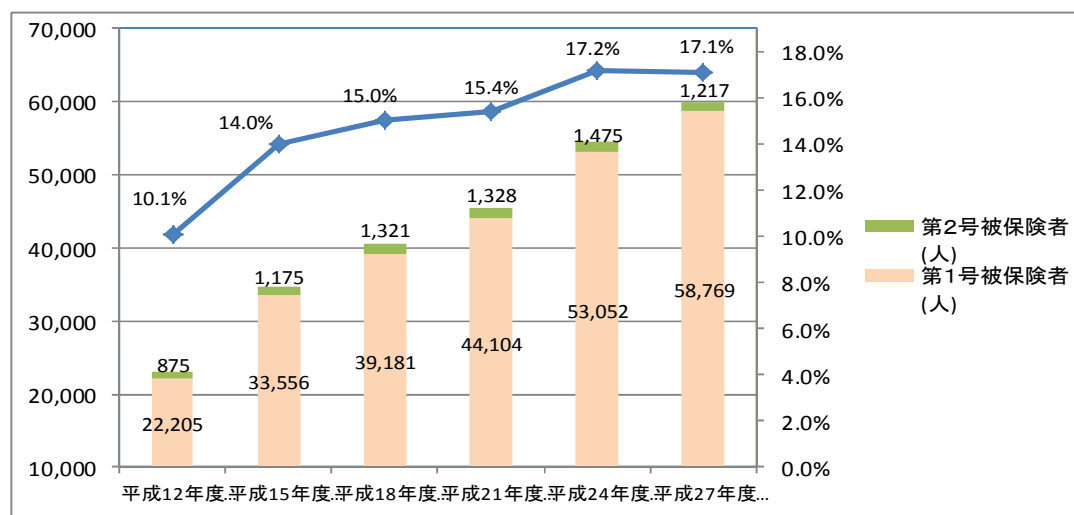
6 介護の状況

(1) 要介護認定者数の推移

要介護（要支援）認定者の総数は、平成27年度で59,986人と、平成12年度の制度創設時と比較して約2.6倍に増加しています。

65歳以上の第1号保険者の認定率は年々高まっていますが、全国平均（約18%）との比較では、平成27年度で約0.9ポイント低い17.1%となっています。

図13 要介護（要支援）認定者数と認定率の推移

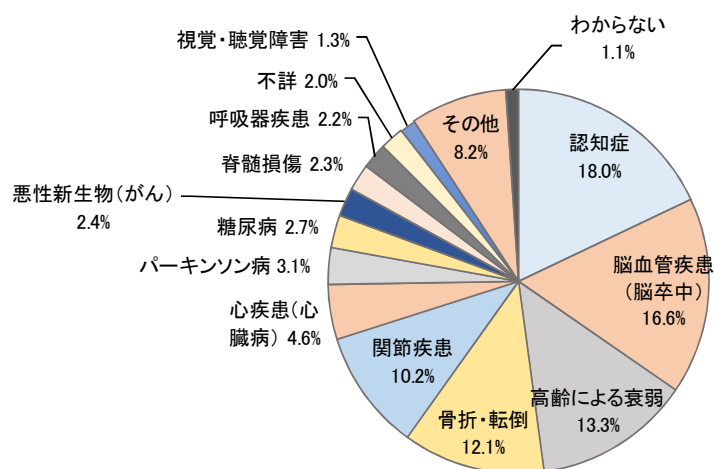


(出典)：介護保険事業状況報告（厚生労働省）

(2) 介護を要する状態となった理由

介護を要する状態となった理由として、最も多いのが認知症で18%、次いで脳血管疾患、高齢による衰弱の順となっています。

図14 介護を要する状態となった理由

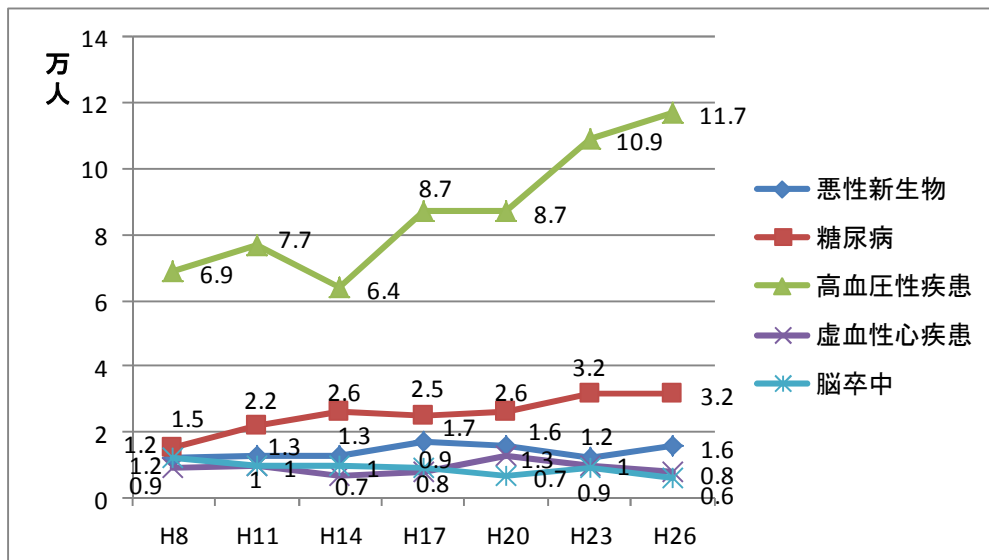


(出典)：平成28年（2016年）国民生活基礎調査（厚生労働省）

7 生活習慣病の状況

滋賀県民の生活習慣病の状況をみると、高血圧は年々増加しています。糖尿病の患者も増加傾向にあります。

図 15 滋賀県の生活習慣病の状況

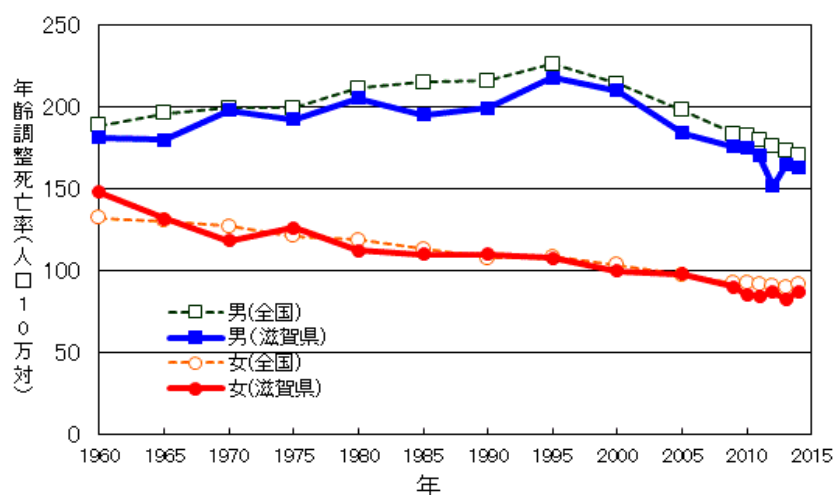


(出典)：患者調査（厚生労働省）

(1) がん

本県の死因の第1位はがんであり、全死亡の約3割を占めています。
全がんの年齢調整死亡率は、長期的にみて低下傾向にあります。

図 16 全がんの年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移

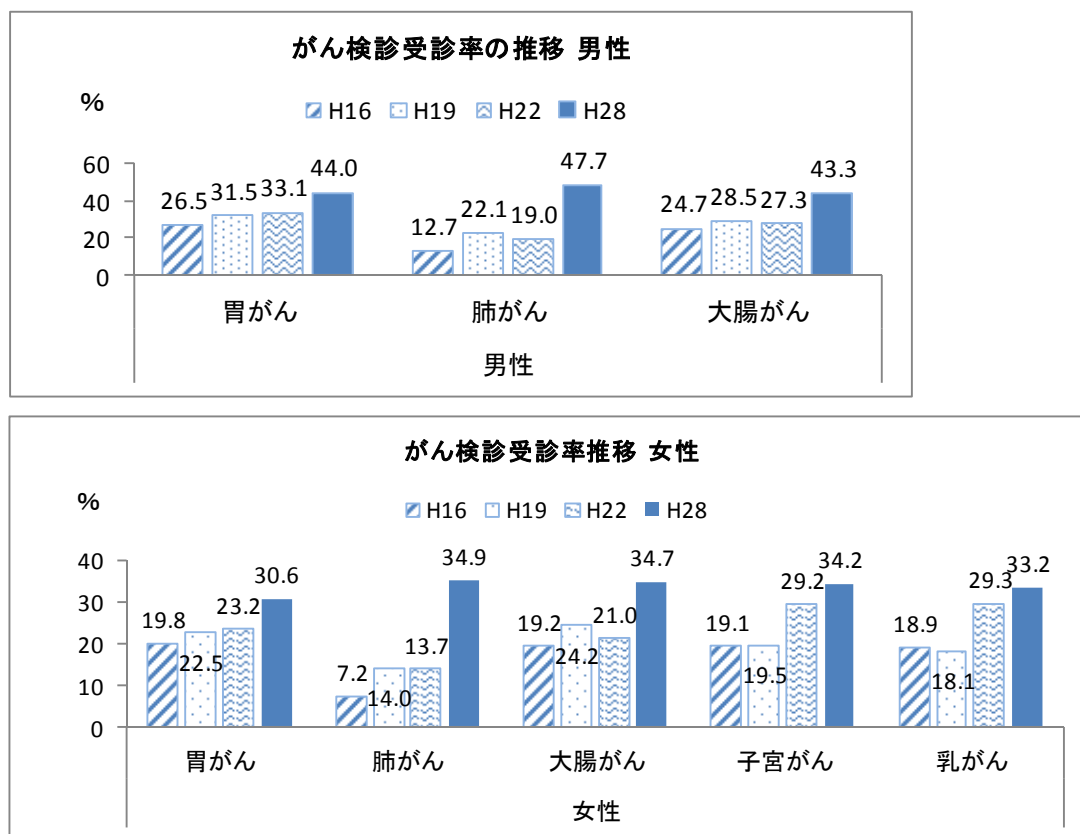


(出典)：平成27年厚生労働省人口動態統計

国民生活基礎調査の結果によると、平成 28 年度のがん検診の受診率は、平成 16 年度と比較して、男性女性ともに上昇しています。

図 17 がん検診受診率の推移

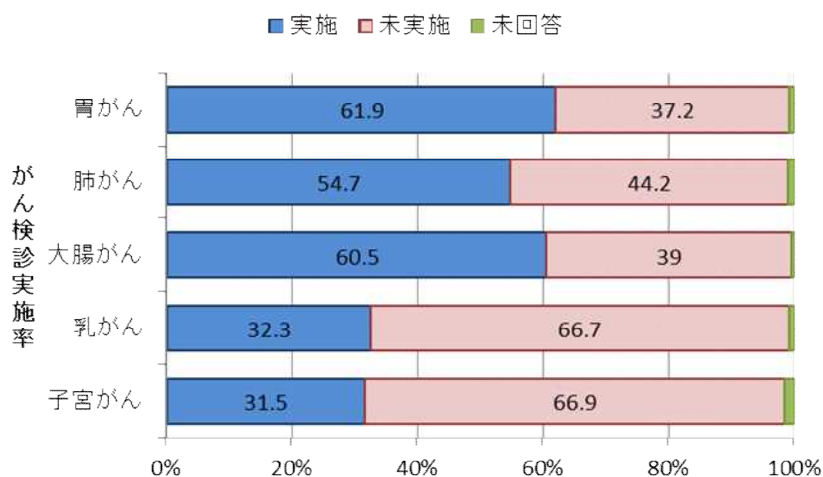
胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん（40 歳以上）、子宮がん（20 歳以上）



（出典）：国民生活基礎調査

事業所のがん検診実施率は、胃がん、肺がん、大腸がん検診は 50%を超えているが、乳がん、子宮がん検診は 30%程度であり低い状況にあります。

図 18 事業所のがん検診実施率



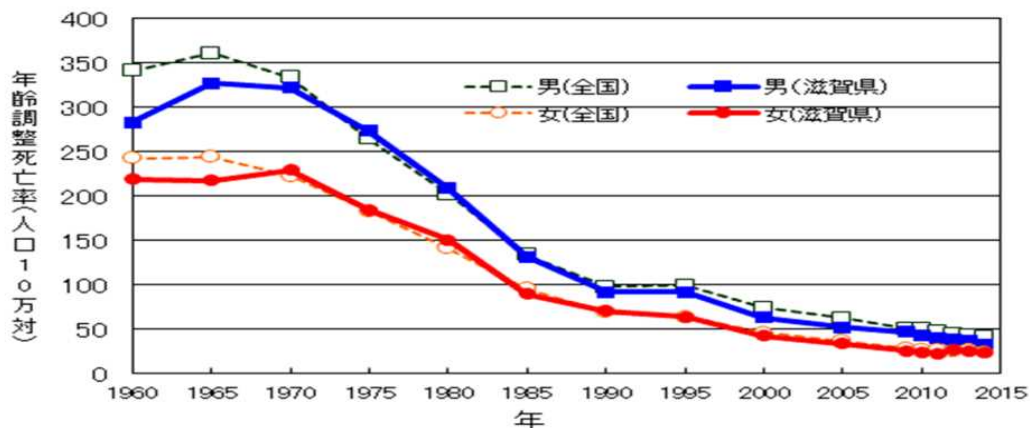
（出典）：滋賀県 平成 26 年度事業所におけるがん検診に関する実態調査

(2) 循環器疾患

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性 26.4（全国 37.8）、女性 17.1（全国 21.0）であり、全国と比較すると低くなっています。

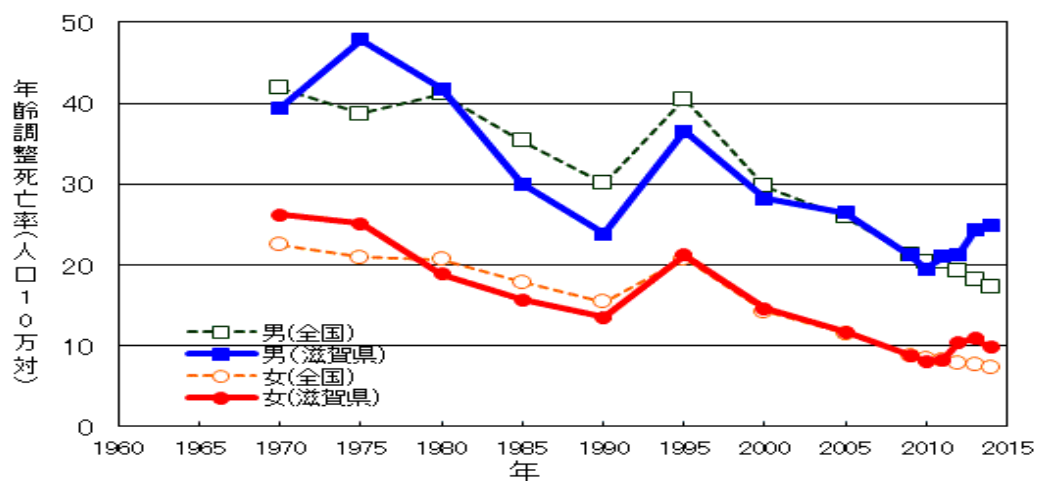
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性 20.3（全国 16.2）、女性 8.1（全国 6.1）となっており、平成 25 年(2013 年)以降増加傾向にあります。また、全国と比較するとやや高い状況にあります。

図 19 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万対)の年次推移



(出典)：平成 27 年都道府県年齢調整死亡率

図 20 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の年次推移

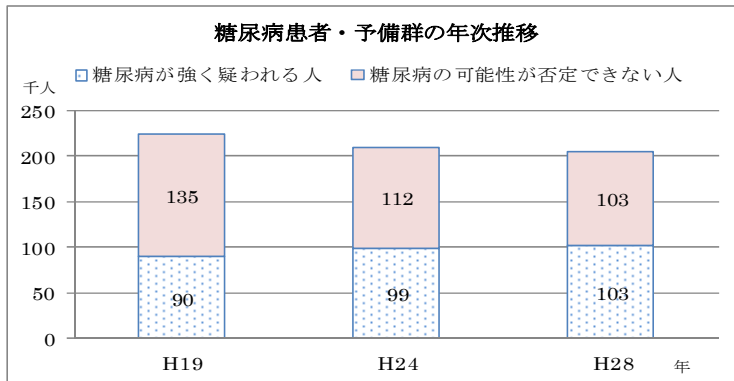


(出典)：平成 27 年都道府県年齢調整死亡率

(3) 糖尿病

糖尿病が強く疑われる人は、平成 28 年では 10 万 3 千人で、平成 19 年以降増加傾向にあります。一方、糖尿病の可能性が否定できない人は、平成 28 年では 10 万 3 千人で、平成 19 年と比べて減少しています。

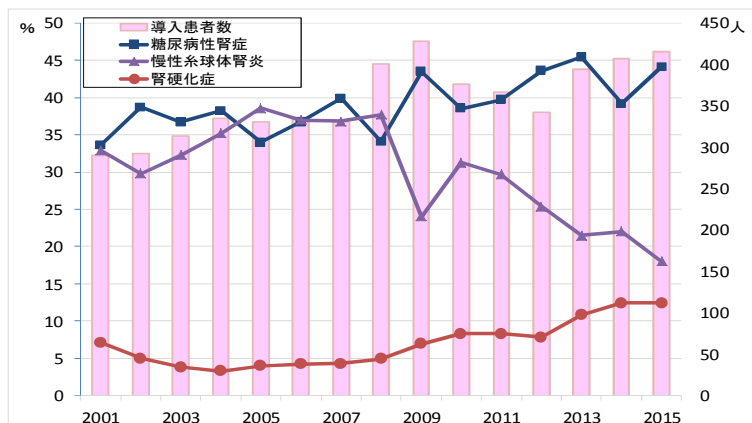
図 21 滋賀県の糖尿病患者・予備群の年次推移



(出典) : 国民健康・栄養調査

新規透析導入患者数は、年間約 400 人であり、そのうち糖尿病性腎症によるものが、約半数を占めている状況です。

図 22 新規透析導入患者数および導入原疾患比率の推移



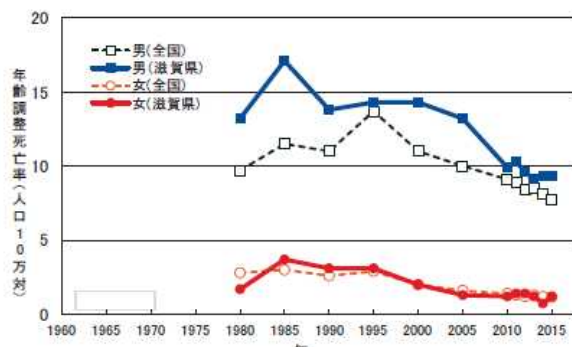
(出典) : 日本透析医学会

滋賀腎・透析研究会調査

(4) COPD (慢性閉塞性肺疾患)

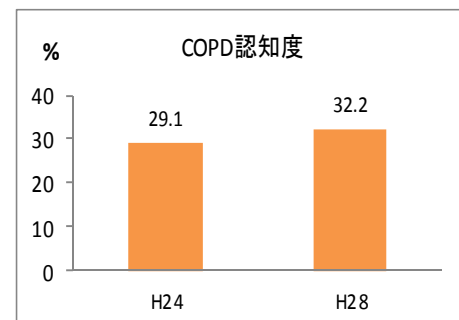
県の年齢調整死亡率は、年々減少傾向にあります。標準化死亡比(全国を100とした場合)は、男性123.1、女性105.5で、男性は全国より有意に高くなっています。COPDの原因の約9割が喫煙であり、喫煙対策により一層努める必要があります。また、県民の認知度は、平成24年と比べると増加しているものの約3割となっています。

図 23 COPD年齢調整死亡率



(出典) : 平成 27 年都道府県年齢調整死亡率

図 24 COPDの認知度



(出典) : 平成 28 年

滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

8 生活習慣の状況

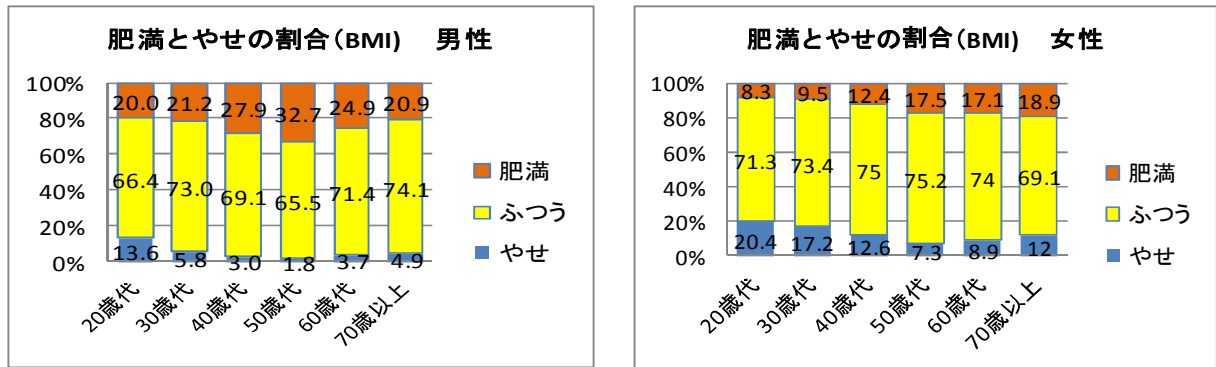
(1) 栄養・食生活

①肥満とやせ

肥満者（BMI ≥ 25 kg/m²）の割合は、40歳代、50歳代の男性で割合が高く、約3人に1人が肥満となっています。

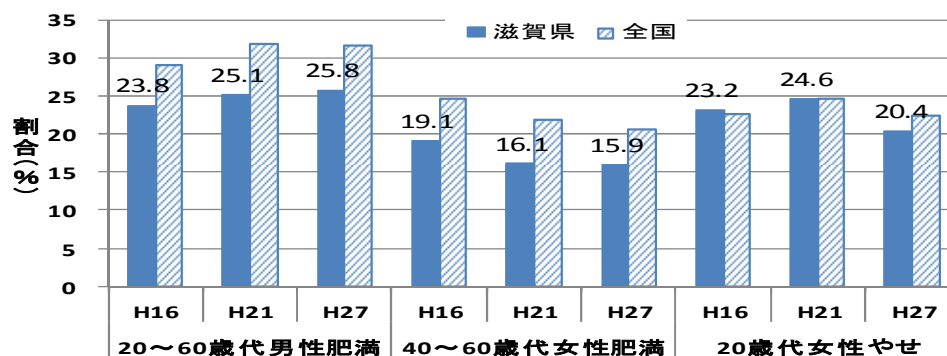
年次推移では、男性の20歳代～60歳代の肥満の割合が年々増加しています。

図 25 肥満とやせの割合（BMI）



（出典）：平成 27 年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

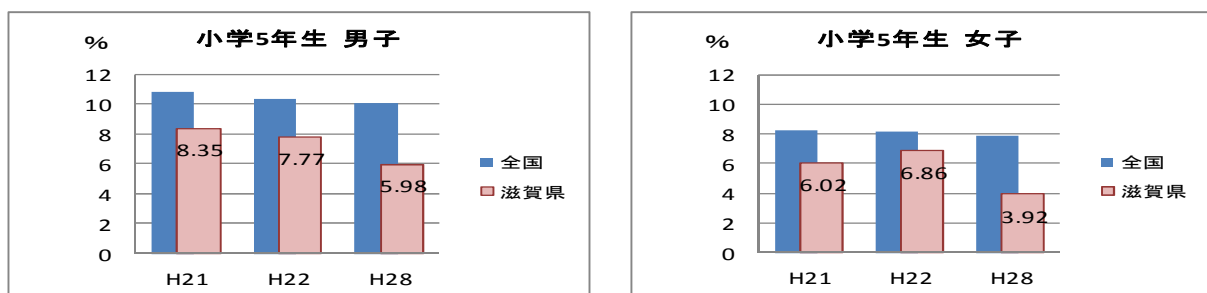
図 26 肥満とやせの割合 年次別・性別・年齢別



（出典）：滋賀の健康・栄養マップ調査

小学 5 年生（10 歳）の肥満傾向児の出現率では、平成 22 年度は、男子は 7.77%、女子が 6.86%であったのが、平成 28 年度は男子 5.98%、女子 3.92%と減少傾向にあり、全国平均と比べても男女とも低い傾向にあります。

図 27 肥満傾向児の出現率

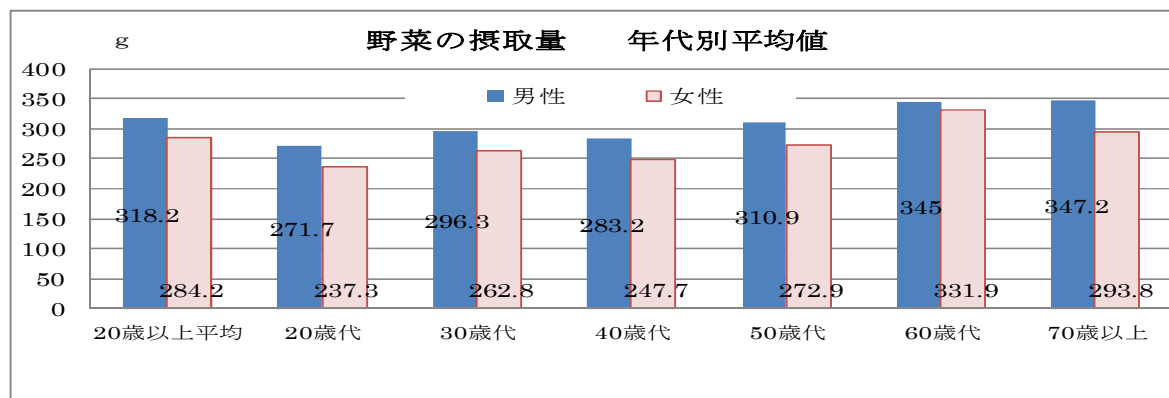


（出典）：学校保健統計

②野菜の摂取量

野菜摂取量の平均は、男女とも1日の目標量の350gに達していない状況です。
年代別にみると、20歳代の摂取が低くなっています。

図 28 野菜摂取量 年代別平均値

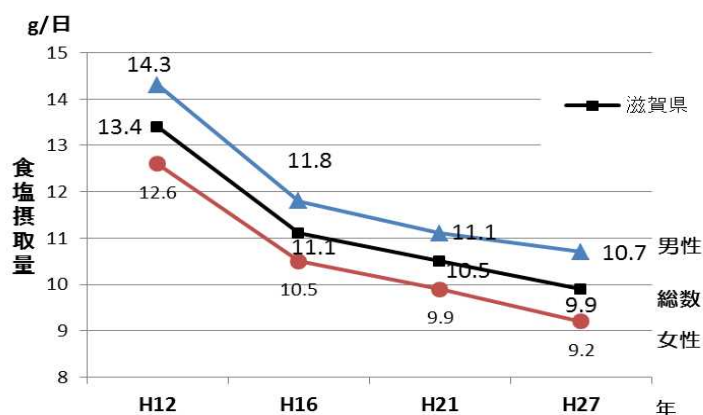


(出典)：平成 27 年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

③食塩摂取量

成人の一日食塩摂取量は、年々低下していますが、男女とも年齢が上がるにつれて多くなり、全体では、男女とも約7割が一日の目標摂取量（男性8g未満、女性7g未満）を超えています。

図 29 食塩摂取量年次推移



(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査および国民健康・栄養調査

図 30 食塩摂取量年代別平均値

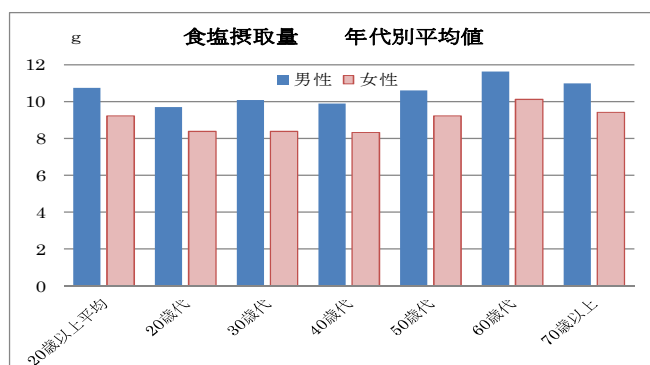
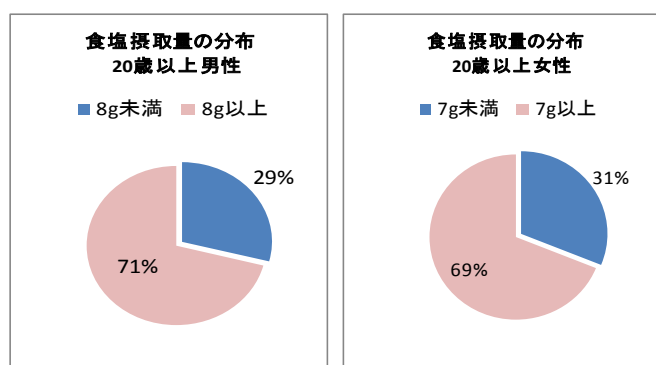


図 31 食塩摂取量の分布

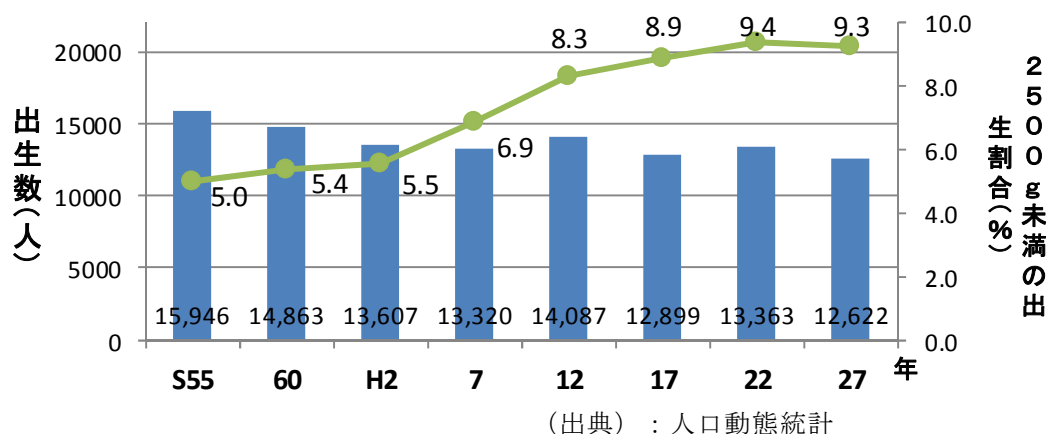


(出典)：平成 27 年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

④低出生体重児の割合の推移

滋賀県の低出生体重児の割合は、平成2年以降増加傾向にあります。その要因としては、やせ、低栄養のほか、医学の進歩、多胎妊娠、妊娠中の体重増加抑制、喫煙などが考えられ、関連する分野において改善に取り組む必要があります。

図 32 全出生数中の低出生体重児の割合の推移



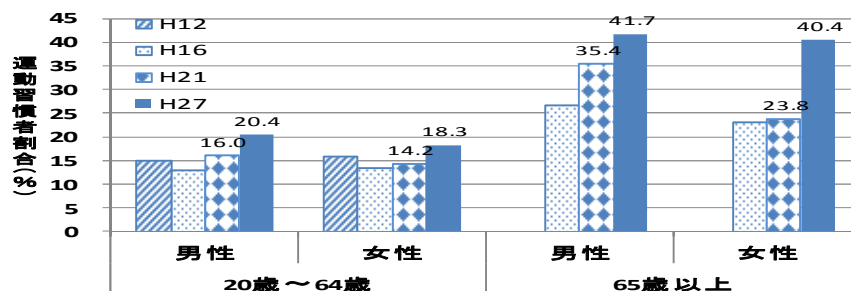
(2) 身体活動・運動

①運動習慣のある者の割合(20歳以上)

1回30分、週2日以上の運動を1年以上している人の割合は、年々増加傾向にあり、平成27年度では、20歳～64歳では男女ともに約2割で、65歳以上では約4割となっています。

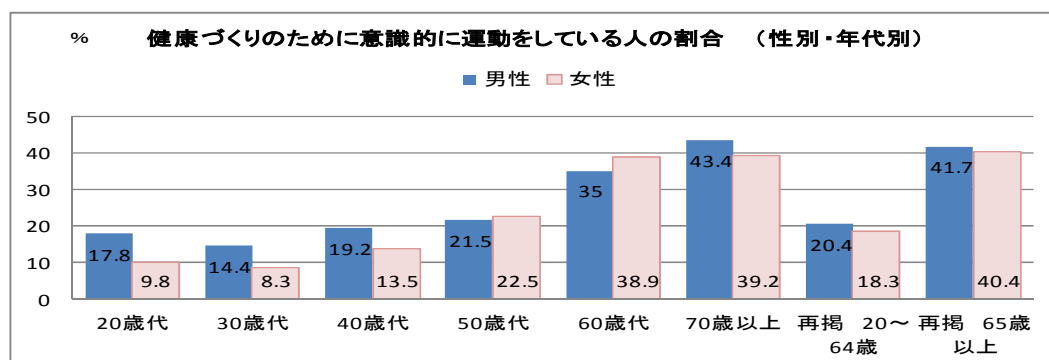
男女ともに20～40歳代において、意識的に運動をしている割合は低くなっています。

図 33 運動習慣者の割合の年次推移



(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査

図 34 運動習慣者の割合(性別・年代別)

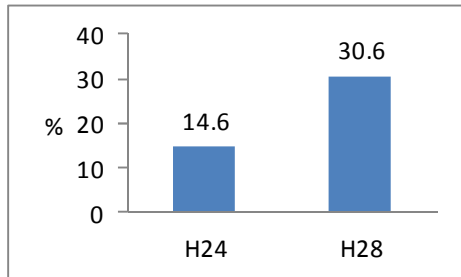


(出典)：平成27年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

②ロコモティブシンドロームの認知度

ロコモティブシンドロームの認知度は、平成24年では約14.6%でしたが、平成28年では、30.6%に増加しています。

図 35 ロコモティブシンドローム認知度

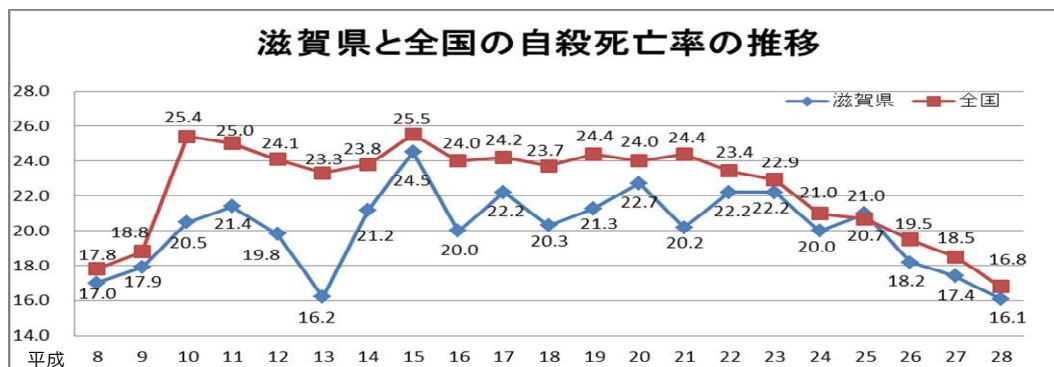


(出典)：平成28年滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

(3) 休養・こころの健康

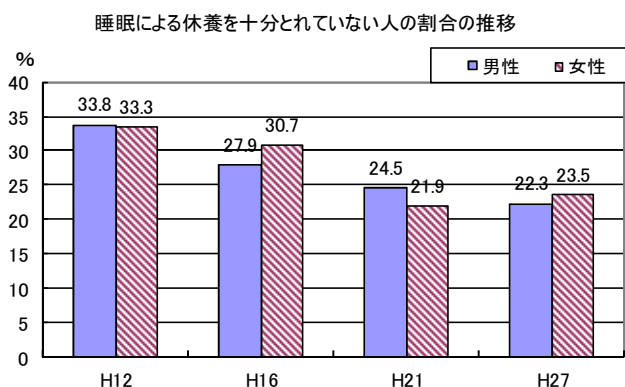
滋賀県の人口10万人当たりの自殺者数(自殺死亡率)は、平成25年以外は、全国平均を下回って推移しています。

図 36 滋賀県の自殺死亡率の年次推移(人口10万対)



(出典)：厚生労働省 人口動態統計

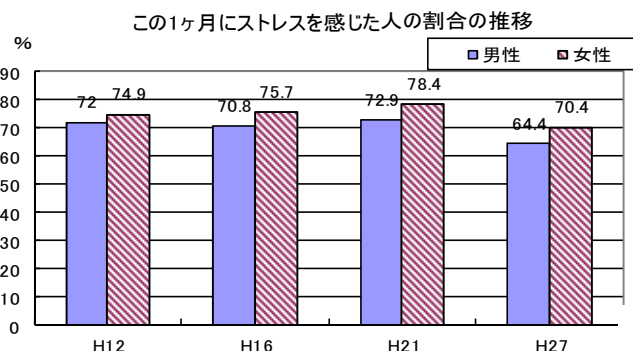
図 37 睡眠による休養を十分に取れていない人の割合の推移



睡眠による休養を十分に取れていない人の割合は、年々低下しており、平成16年以降、男性よりも女性が高くなっています。

(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査

図 38 この1か月にストレスを感じた人の割合の推移

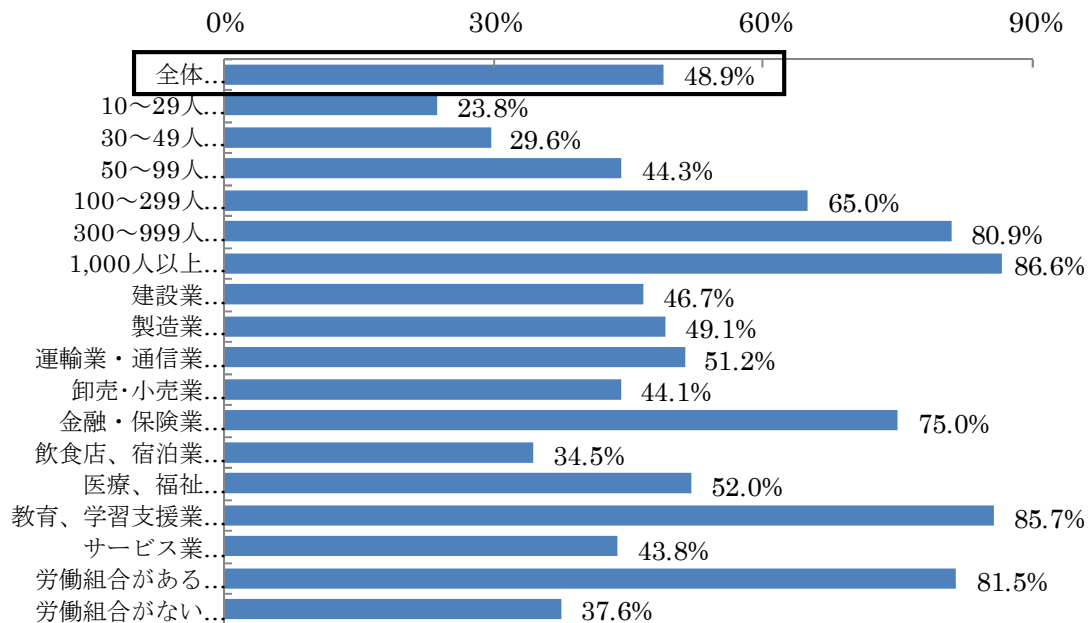


この1か月にストレスを感じた人の割合は、平成12年以降、ほぼ横ばいで推移していますが、平成27年度では、平成21年度と比較して男女とも低下しています。

(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査

メンタルヘルスケアを実施している事業所の割合は全体では 48.9% となり、平成 23 年の 44.5% に対し、4.4 ポイント増加しています。従業員が 50 人未満の事業所においてその実施率が 3 割未満となっています。

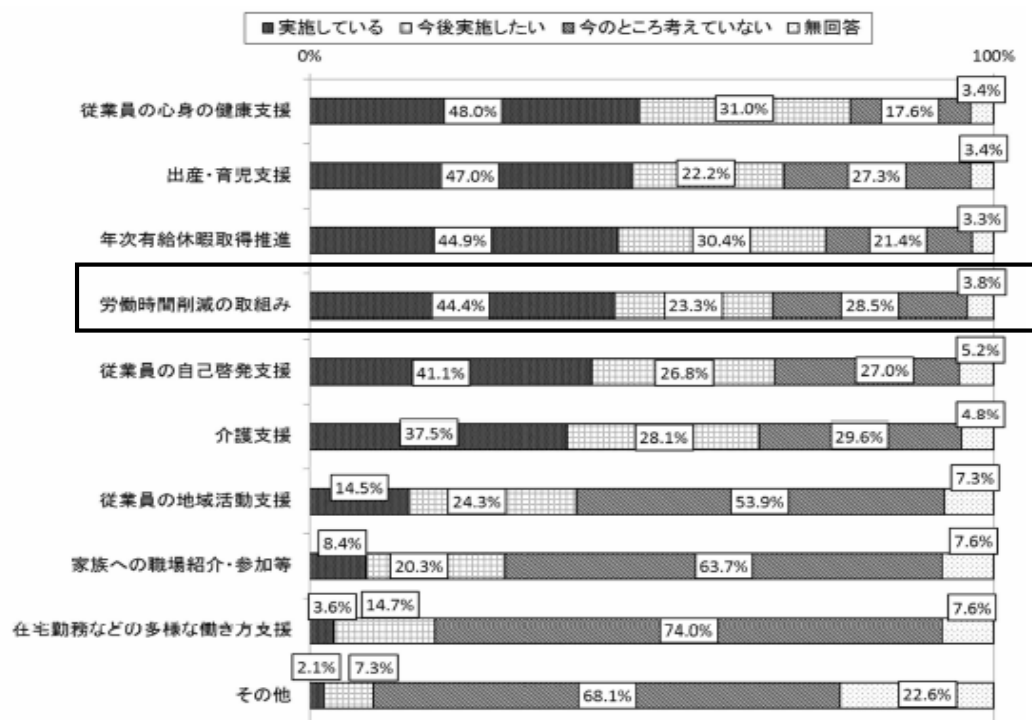
図 39 メンタルヘルスケアを実施している事業所の割合



(出典)：平成 28 年版 滋賀県の労働条件

ワーク・ライフ・バランスに関する取組で、「労働時間削減の取組」を実施している事業所は 44.4% であり、平成 23 年度の 46.1% と比較して減少しています。

図 40 ワーク・ライフ・バランスに関する事業所の取組状況



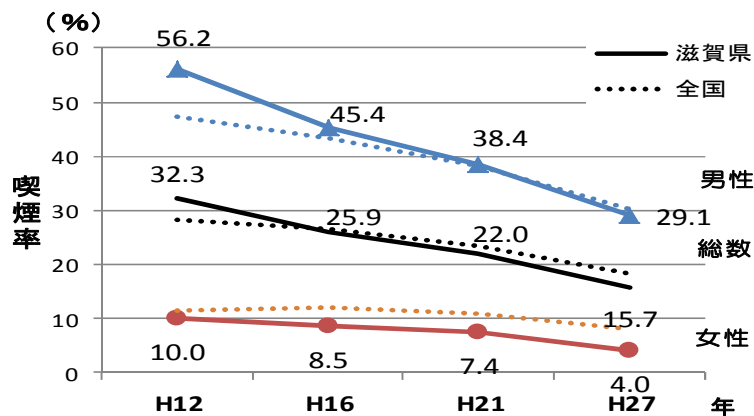
(出典)：平成 28 年版 滋賀県の労働条件

(4) 喫煙

滋賀の健康・栄養マップ調査の結果によると、成人の喫煙率は年々低下し、平成27年度では、男性29.1%、女性4.0%となっており、男性女性ともに全国平均を下回っています。

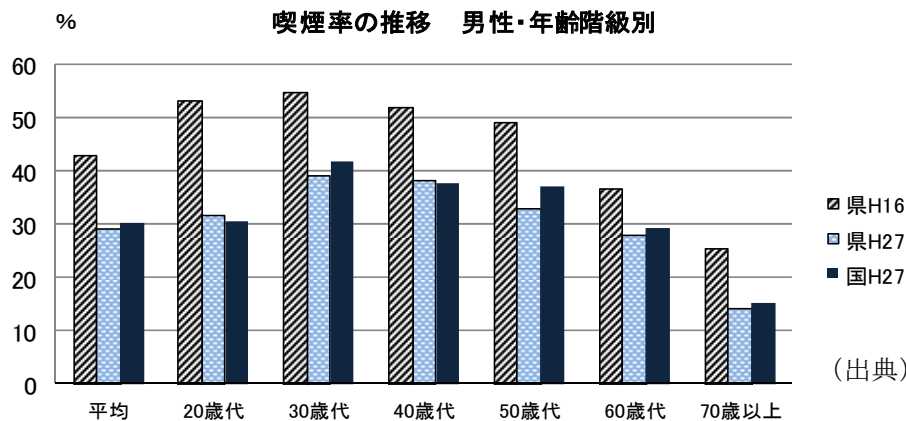
年齢別では、男性は30歳代、40歳代で、女性は40歳代でいずれも喫煙率が高くなっています。

図41 喫煙率の年次推移

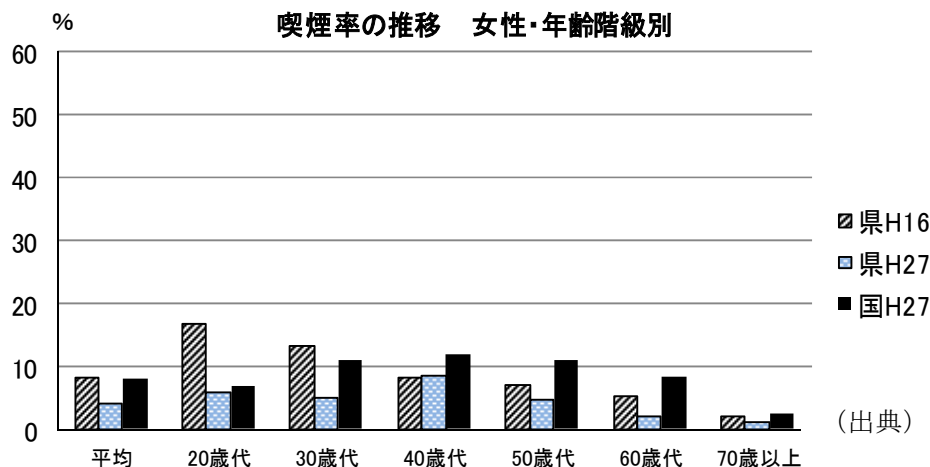


(出典) : 滋賀の健康・栄養マップ調査、国民健康・栄養調査

図42 喫煙率 (年代別)



(出典) : 滋賀の健康・栄養マップ調査



(出典) : 滋賀の健康・栄養マップ調査

(5) 飲酒

生活習慣病のリスクを高める量*を飲酒している人の割合は、平成 27 年度は男性 11.7%、女性は 4.6%であり、いずれも平成 21 年度と比較して低下しています。

年齢別では、男性は 50 歳代、女性では 40 歳代においてその割合が高くなっています。

*一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上

図 43 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合（年次推移）

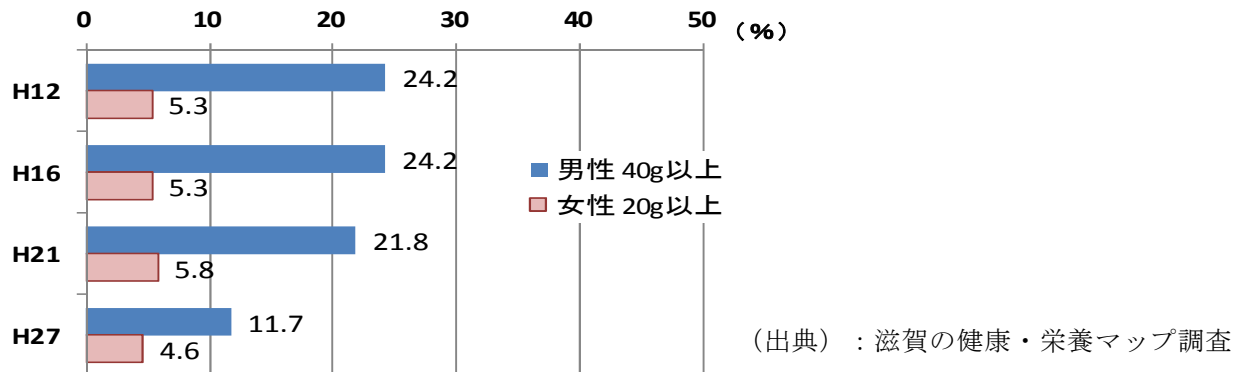
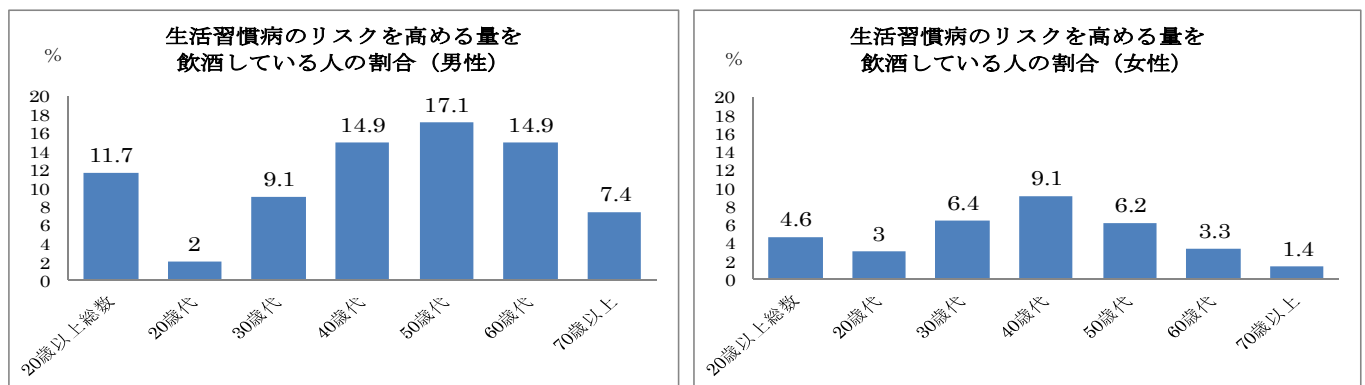


図 44 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合（性別・年代別）

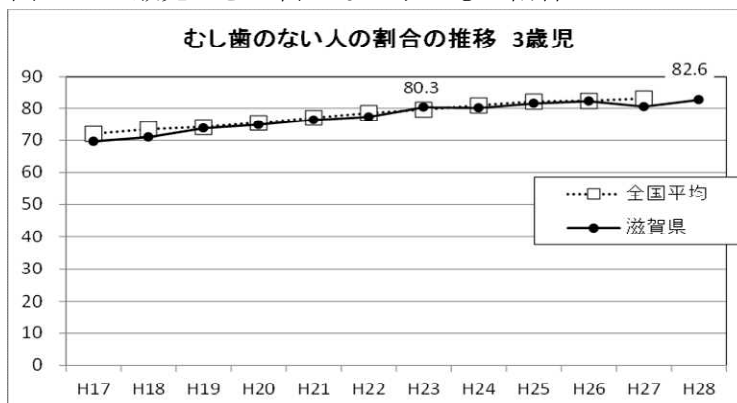


(出典)：平成 27 年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

(6) 歯・口腔の健康

3 歳児でむし歯がない子どもの割合は、平成 23 年度（2011 年度）の 80.3%から平成 28 年度（2016 年度）は 82.6%に増加しています。

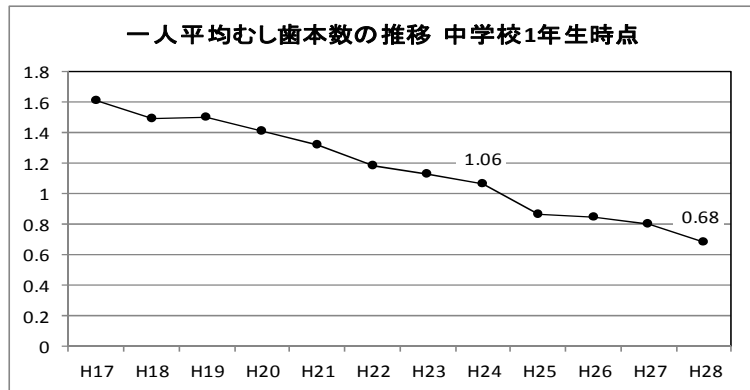
図 45 3 歳児でむし歯のない子どもの割合



(出典)：乳幼児歯科健診の結果

12歳児の一人平均むし歯本数は平成24年の1.06本から平成28年は、0.68本に減少しています。

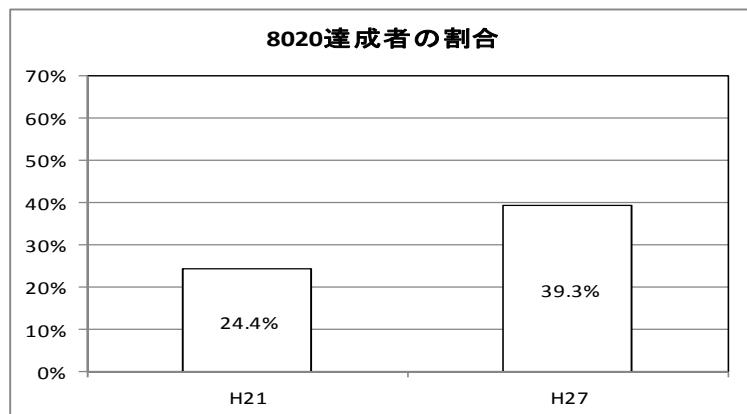
図46 12歳児の一人平均むし歯本数



(出典) : 学校歯科健診の結果

80歳で20本以上の歯を持つ人(8020達成者)の割合は、平成21年の24.4%から平成27年は39.3%に増加しています。

図47 8020達成者



(出典) : 滋賀の健康・栄養マップ調査

(7) 特定健康診査・特定保健指導

平成20年度から実施されている特定健康診査の受診率は年々上昇していますが、平成27年度では、49.7%で全国平均をわずかに下回っています。

また、特定保健指導の実施率についても年々上昇していますが、平成27年度は、前年度を下回り、20.5%にとどまっています。

メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合は、全国的には減少傾向ですが、滋賀県は平成22年度から、ほぼ横ばいで推移しています。

図48 特定健康診査受診率

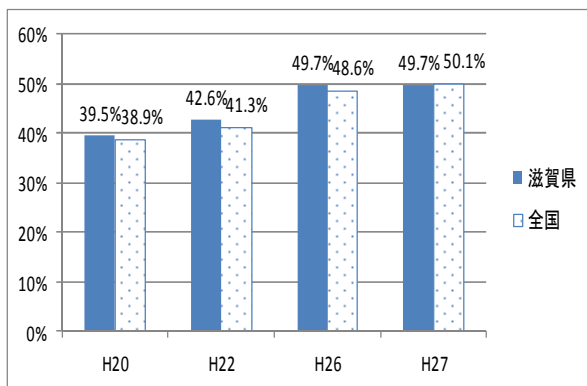
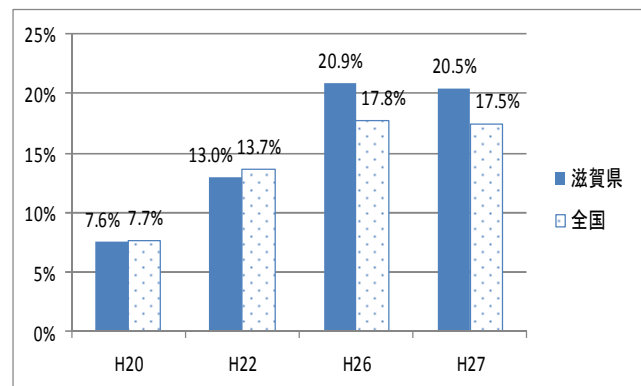
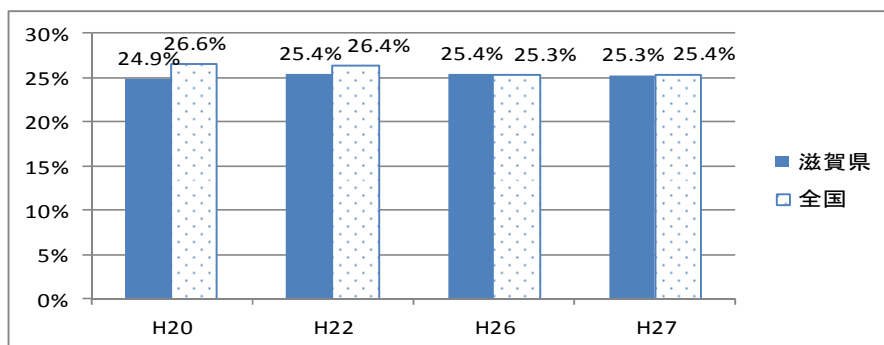


図49 特定保健指導実施率



(出典)：特定健診・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

図50 メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合 年次推移



(出典)：特定健診・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

第3章 計画の基本的な方向

1 めざす姿

生涯を通じた健康づくりの取組により、子どもから高齢者まで、すべての人が、いつまでもその人らしく活躍し、本人を取り巻く地域・社会の支え合いにより、心身の健康が保持増進されることを目指します。

(基本理念)

「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現

～いつまでもその人らしく活躍し、ともに支え合う社会～」

2 基本的な方向

健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指し、次の取組を進めます。

(1) 健康寿命延伸のための予防を重視した健康づくりの推進

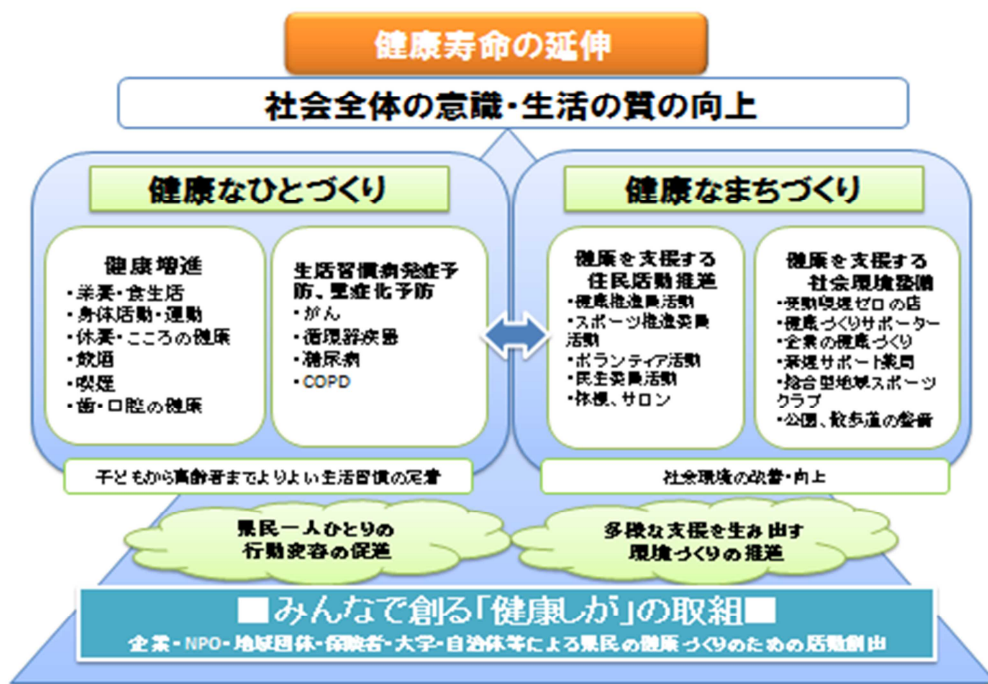
若い頃からの生活習慣の改善による疾病予防や適切な治療の継続による重症化予防が重要であり、市町、保険者、企業、地域団体等との連携による予防を重視した取組を推進します。

(2) 健康格差の把握と地域の特性を踏まえた施策の推進

各地域の特性や健康課題の明確化に取り組み、情報の発信（見える化）に努めるとともに、健康寿命延伸に向けた施策を推進します。

(3) 健康なひとづくりと健康なまちづくりを柱にした取組の推進

個人の生活習慣の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ることにより、個人の生活の質を向上させる「健康なひとづくり」と、併せて、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える社会環境の質を向上させる「健康なまちづくり」を進めます。



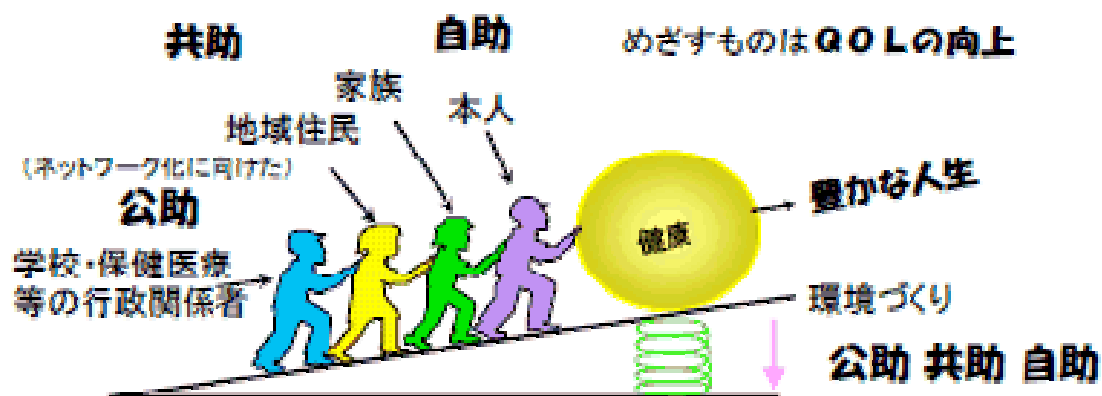
健康づくりとヘルスプロモーションの推進

個人の生活や健康づくりには、個人を取り巻く生活環境が大きくかかわっていることから、住民が健康的な日常生活を送るためには、その生活環境をより健康的な、もしくは、健康づくりが容易に実践しやすいものに変化させることが重要です。

つまり、「健康を支援する環境(まち)づくり」が必要です。

個人を取り巻く自治会、住民組織、ボランティア団体、保育所、幼稚園、各学校、大学、企業、NPO 法人、保険者、行政などが同じ目的に向かって主体的に取り組むことや連携して取り組むことが、個人の健康の保持増進につながり、地域全体の健康意識の醸成や健康度の向上に寄与すると考えられます。

ヘルスプロモーションの理念



(島内 1987, 吉田・藤内 1995を改題)

第4章 施策の展開と目標

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸は、生涯にわたる健康の保持増進や疾病予防、社会環境の改善、希望や生きがい等により実現されるべき最終的な目標です。

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活ができる期間」と定義されており、本計画では「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標で評価します。

平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費の軽減も期待できることから、健康寿命の延伸と平均寿命の伸びを上回る健康寿命の伸びを目指します。

また、健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されており、今期の計画では、健康に関する指標の地域格差を明らかにし、その縮小に向けた取組を推進することとします。

【現状】

・滋賀県の平均寿命は、平成27年の厚生労働省の公表によると、男性81.78年、女性87.57年と年々延伸しており、全国では男性1位、女性4位と長寿な県です。

・滋賀県の健康寿命は、介護保険の要介護度に基づき算出された「日常生活動作が自立している期間の平均」では、男性79.47年（全国2位）、女性84.03年（全国3位）と上位にあります。

【目標値】

表1：健康寿命の現状値と目標値

目標項目		現状値			目標値(H35)
健康寿命の延伸 (日常生活が自立している期間の平均)	男	平均寿命	81.06年		・健康寿命の延伸 ・平均寿命と健康寿命 の差の縮小
	(H25)	健康寿命	79.47年	(差)1.59年	
	女	平均寿命	87.20年		
	(H25)	健康寿命	84.03年	(差)3.17年	

(出典)：厚生労働科学研究

参考：平均寿命 出典：

平成22年 男 80.58年 女 86.69年（厚生労働省）

平成25年 男 81.06年 女 87.20年（滋賀県衛生科学センター）

【施策の展開】

- ・各地域の特性や健康課題の明確化に取り組み、情報の発信（見える化）に努めます。
- ・健康、医療、介護、社会環境等のデータ分析をすすめ、県や市町における予防的な取組への活用を図ります。
- ・県内の健康に関する地域格差について検討し、健康寿命延伸に向けた施策の実施に努めます。

2 健康なひとづくり

【健康増進】

(1) 栄養・食生活

【主な課題】

- ・40歳代、50歳代男性の3人に1人が肥満です。(図25)
- ・朝食の欠食率が小学5年生において増加しています。また、朝食の共食の割合が10歳代で減少しています。(目標値表)
- ・バランスのとれた食事に気を付けている割合が全年齢で減少しています。(目標値表)
- ・野菜摂取量は男女ともに1日目標量(350g)に達していません。(図28)
- ・食塩の摂取は、20歳以上の男女の約7割がとり過ぎています。(図31)

【施策の展開】

①適正体重を維持する人の増加

- ・肥満は、循環器疾患や糖尿病等の生活習慣病の発症リスクであることから、特に割合の高い40歳代、50歳代の男性の肥満対策を、企業や保険者等と連携して進めます。
- ・高齢期の適切な食事は、生活の質の向上だけではなく、身体機能を維持し自立した生活を送るためにも重要であることから、フレイル対策として、市町や栄養士会等と連携して低栄養状態を予防、改善し、適切な栄養状態を維持するための食生活の普及啓発を行います。
- ・低出生体重児増加の要因としては、妊娠前の女性のやせ、低栄養、妊娠中の体重増加抑制等が考えられるため、学校や市町等と連携して、適正体重ややせの弊害について普及啓発を行います。

②バランスのとれた食事に気を付けている人の増加

- ・母子手帳交付時や乳幼児健診、相談の機会を通じて、保護者自身と子どもの望ましい食事についての情報提供を行います。
- ・保育所、幼稚園、学校、地域で行う食育活動と連携し、望ましい食事や共食の推進についての啓発を行います。
- ・各健康診断等に合わせて、健康を維持するための望ましい食事のとり方に関する指導等を進めます。
- ・循環器疾患の予防のために、食塩摂取量の減少と、野菜・果物摂取量の増加を目指した普及啓発を行います。

③食環境の整備

- ・栄養バランスのとれたメニューの提供や健康づくり情報の提供を行う飲食店・企業を、「しがの健康づくりサポーター」として登録するとともに、県や市町、地域団体と共同した取組を推進します。
- ・給食施設において適切な栄養管理の下で給食が提供されるよう指導を行います。
- ・医療機関、介護保険施設、学校、保育所、事業所、地域において、栄養指導を行う管理栄養士・栄養士の資質向上のための研修会を栄養士会等関係機関と連携しながら進めます。

【目標値】

目標項目				基準値	現状値	目標(H35)
2	適正体重を維持している人の増加	肥満傾向児の割合の減少	小5男子 小5女子	(H22) 7.77% 6.86%	(H28) 5.98% 3.92%	減少傾向
		肥満者の割合の減少	20～60歳代男性 40～60歳代女性	(H21) 25.1% 16.1%	(H27) 25.8% 15.0%	22% 12%
		やせの人の割合の減少	15～19歳女性 20歳代女性	(H21) 30.6% 24.6%	(H27) 20.5% 20.4%	15% 15%
3	全出生数中の低出生体重児の割合の減少			(H23) 9.9%	(H27) 9.3%	減少傾向
4	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制(65歳以上)			(H21) 22.6%	(H27) 19.1%	増加の抑制 (19.1%以下)
5	朝食の欠食率の減少	小5 中2 高2		(H22) 2.7% 6.3% 10.7%	(H28) 2.8% 5.1% 8.4%	1% 3% 5%
6	家族と一緒に食べる日がない子どもの割合の減少(共食の増加)	朝食 12-14歳 15-19歳 夕食 12-14歳 15-19歳		(H21) 13.5% 29.1% 0.9% 2.7%	(H27) 15.1% 31.6% 0.2% 2.0%	減少傾向
7	食生活でバランスのとれた食事に気を付けている人の割合の増加	20歳代男性 女性 30歳代男性 女性 40歳代男性 女性		(H21) 19.5% 34.4% 26.3% 57.3% 32.2% 65.4%	(H27) 18.1% 33.3% 28.0% 55.1% 28.8% 62.1%	(H34) 30% 55% 35% 65% 45% 70%
8	食塩摂取量の減少 (成人1日当たり平均)			(H21) 10.6g	(H27) 9.9g	8g
9	野菜・果物の摂取量の増加	野菜の平均摂取量の増加 果物摂取量 100g未満の人の割合の減少		(H21) 274.6g 69.9%	(H27) 282.7g 61.6%	350g 35%
10	食品中の食塩や脂肪の低減等に取り組む飲食店の登録数の増加			(H23) 160店	(H28) 207店	350店
11	利用者に応じた食事計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加			(H22) 56.0%	(H28) 56.2%	67.4%

(2) 運動・身体活動

【主な課題】

- ・意識的に運動をしている割合は、20 歳～64 歳の男女とも約 2 割であり、高齢者よりも低くなっています。(図 33)
- ・女性の運動実施率は男性と比べて低い状況です。(図 33)
- ・徒歩 10 分のところへ徒歩で行く人の割合は、男女ともに 20 歳～64 歳で増加していますが、65 歳以上では減少しています。(目標値表)
- ・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している県民の割合は約 3 割です。(図 35)

【施策の展開】

①運動習慣者の割合の増加

- ・保育所、幼稚園、学校、地域団体と連携し、子どものころからの運動習慣の定着化に向けた取組を進めます。
- ・日常の身体活動量を 10 分増やすことを目的に、市町や企業、保険者、地域団体等と連携して「運動プラス^{テン}10」の啓発を進めます。
- ・運動習慣者の割合は 20 歳～64 歳で低く、特に 40 歳代の女性で低い傾向にあることから、働き盛り世代や女性をターゲットとした働きかけを推進します。

②ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している県民の割合の増加

- ・高齢者の運動器の機能維持はきわめて重要であり、「ロコモティブシンドロームを認知している県民の割合の増加」を目標とし、啓発活動を行います。

③県民が運動しやすいまちづくり・環境整備

- ・公共の運動施設や地域のスポーツクラブの利用促進等、自主的な活動を支援します。
- ・共に運動する仲間づくりが進むよう、市町の取組や、企業・保険者等の主体的な活動を支援します。
- ・適切な運動指導が行える健康運動指導士や健康運動実践指導者、理学療法士などの専門職の活用を図ります。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
12	一週間の総運動時間が 60 分未満の子ども の割合の減少	小 5 男子 小 5 女子	(H22) 10.4% 22.9%	(H27) 6.3% 13.7%	減少傾向
13	徒歩 10 分のところへ徒歩で 行く人の割合の増加	20 歳～64 歳 男性 女性 65 歳以上 男性 女性	(H21) 29.7% 29.0% 37.8% 43.8%	(H27) 30.5% 29.7% 36.4% 41.9%	40% 40% 50% 50%
14	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知して いる県民の割合の増加		(H24) 14.6%	(H28) 30.6%	80%

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
15	運動習慣者の割合の増加※		(H21)	(H27)	
		20 歳～64 歳 男性	16.0%	20.4%	26%
		女性	14.2%	18.3%	25%
		65 歳以上 男性	35.4%	41.7%	45%
		女性	23.8%	40.4%	45%
16	住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む市町の増加		(H24) 10 市町	(H29) 15 市町	全市町

参考：運動習慣者とは、1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上、1 年以上継続している人。

(3) 休養・こころの健康

【主な課題】

- ・睡眠による休養を十分にとれていない人の割合は2割以上あります。(図 37)
- ・この1か月で、不満や悩み、ストレスを感じた人の割合は男女とも6割以上です。(図 38)
- ・メンタルヘルスケアを実施している職場の割合は半数以下となっています。(図 39)

【施策の展開】

①休養、ストレス解消のための普及啓発

- ・睡眠による休養を充分とれていない人の割合を減少させることを目指し、睡眠の効能や重要性について啓発を行います。
- ・ストレスに対する知識の普及、健康的な生活による心身の健康の維持、ストレス状態の把握、リラックス・気分転換の取組についての情報提供等を進めます。

②企業における取組

- ・労働局や産業保健総合支援センター、企業や保険者、事業者団体等と連携し職場におけるメンタルヘルス対策の取組を推進します。
- ・ワーク・ライフ・バランスの取組で、労働時間の削減を実施している事業所の割合の増加をめざし、労働局や産業保健総合支援センター、企業や保険者、事業者団体等と連携した取組を推進します。

③自殺対策の取組

- ・自殺対策の観点から、孤立を防ぐ地域づくりを進めるため、県民や地域のゲートキーパーの養成を行います。
- ・自殺と関連が強いとされるうつ病やアルコール依存症、統合失調症などの精神疾患に対する正しい知識と理解を深めるため、企業や学校、地域において各種の講演会や研修会等を実施します。
- ・地域におけるこころの健康問題の相談体制の充実と相談窓口の情報発信に努めます。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
17	睡眠による休養を十分にとれていない人の割合の減少 (20歳以上)		(H21) 23.3%	(H27) 23.0%	16.0%
18	この1か月に、不満、悩み、ストレスを感じ ている人の減少(20歳以上)	男性	(H21) 72.9%	(H27) 64.4%	64%
		女性	78.4%	70.4%	67%
19	自殺死亡率の割合の減少(10万対)		(H22) 22.2	(H27) 17.4	(H34) 14.8%以下
20	メンタルヘルスケアを実施している事業所の割合の 増加		(H23) 44.5%	(H28) 48.9%	100%
21	ワーク・ライフ・バランスの取組で、労働時間削減を 実施している事業所の割合の増加(総労働時間)		(H23) 46.1%	(H28) 44.4%	増加

（４）喫煙

【主な課題】

- ・喫煙率は、男性は 30 歳代、40 歳代、女性は 40 歳代において高くなっています。（図 42）
- ・未成年者（15～19 歳）や妊娠中の女性の喫煙がみられます。（目標値表）
- ・飲食店における受動喫煙の機会を有する割合は約 4 割です。（目標値表）
- ・喫煙との関連が強い C O P D（慢性閉塞性肺疾患）の男性の死亡比が、全国と比べ高い状況です。（図 12）

【施策の展開】

①成人の喫煙率の減少

- ・喫煙による健康影響についての正しい知識が持てるよう、様々な機会を通じて情報提供を行います。
- ・喫煙をやめたい人が禁煙できるよう、市町、医療機関、薬局等とともに、禁煙支援や治療に関する情報提供を行います。
- ・各健康診断に合わせて、禁煙に関する適切な情報提供や保健指導が行えるよう、保健指導従事者の資質向上のための研修を実施します。

②未成年者の喫煙をなくす

- ・未成年者の喫煙は、将来の疾病リスクが大幅に増加すること、いったん習慣化した喫煙行動を中断させることは困難であることから、学校、市町、医師会、薬剤師会、地域団体等と連携しながら、未成年者の喫煙開始を防ぐための啓発を行います。

③妊娠中の喫煙をなくす

- ・母子手帳交付時や乳幼児健診、相談の機会を通じて、母親自身と子どもに対し、喫煙が及ぼす健康影響についての情報提供を行います。

④受動喫煙防止のための環境づくり

- ・健康増進法第 25 条に基づき、医療機関、官公庁等の公共の場の禁煙に加え、多数の者が利用する施設について全面禁煙をめざす普及啓発を行います。
- ・健康増進法第 25 条および労働安全衛生法第 68 条の 2 に基づき、職場における受動喫煙防止対策について、労働局、産業保健総合支援センター、保険者等と連携し、企業の取組の推進を図ります。
- ・子どもの受動喫煙防止対策の観点から、学校や市町と連携し、家庭での受動喫煙防止の普及啓発を行います。
- ・禁煙または完全分煙を行っている飲食店を認定する「受動喫煙ゼロのお店」の普及を引き続き推進します。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
22	成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	男性	(H21) 38.4%	(H27) 29.1%	27.2%
		女性	7.4%	4.0%	3.0%
23	未成年者の喫煙をなくす (15～19歳の喫煙者の割合)	男性	(H21) 3.8%	(H27) 2.0%	(H38) 0%
		女性	2.3%	0.3%	0%
24	妊娠中の喫煙をなくす		(H26) 3%	(H28) 2.3%	0%
25	受動喫煙の機会を有する人の割合の減少				
	受動喫煙対策を実施している割合の増加 行政機関		(H24) 79.4%	(H29) 87.3%	100%
	受動喫煙対策を実施している割合の増加 医療機関		(H24) 80.5%	(H28) 82.9%	100%
	受動喫煙の機会の減少（職場）		(H21) 34%	(H27) 10.2%	受動喫煙のない職場の実現
	受動喫煙の機会の減少（家庭）		(H21) 12.6%	(H27) 8.8%	4%
	受動喫煙の機会の減少（飲食店）		(H21) 40.4%	(H27) 37.2%	14%

（５）飲酒

【主な課題】

- ・ 未成年者（15～19 歳）の飲酒がみられます。（目標値表）
- ・ 妊娠中の飲酒がみられます。（目標値表）
- ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性で 11.7%、女性で 4.6% であり、改善が必要です。（図 43）

【施策の展開】

①飲酒についての正しい知識の普及

- ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人（1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の人）の割合を減らすことを目指し、飲酒の健康影響や「節度ある適度な量の飲酒」などの情報提供を行います。

②未成年者および妊娠中の飲酒防止

- ・ 未成年者の飲酒は、アルコールの健康影響を受けやすく、また、将来アルコール依存症になるリスクが高くなること等から、学校、市町、医師会、薬剤師会、地域団体等と連携しながら、未成年者の飲酒をなくすための啓発を行います。
- ・ 妊婦の飲酒は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があるため、母子手帳交付時や乳幼児健診、相談の機会を通じて、飲酒による母親自身と子どもに及ぼす健康影響についての情報提供を行います。

③アルコール関連問題の早期発見と早期介入

- ・ 家庭、学校、職場、地域など、あらゆる場面でアルコール関連問題の早期発見とその対応等、適切な介入ができるよう、県民や関係者に対する適切な情報提供や研修を行います。
- ・ 健診結果でアルコール健康障害の可能性のある方に対して、適切な保健指導を行い、必要に応じて医療機関につなぐなどの支援ができるよう、保健指導従事者の資質向上のための研修を行います。
- ・ また、アルコール関連問題に気づいた県民が相談できる場を確保し、その周知を図るとともに、相談ネットワーク体制の構築をすすめます。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
26	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合の減少※	男性	(H21) 21.8%	(H27) 11.7%	10%
		女性	5.8%	4.6%	4%
27	未成年者の飲酒をなくす (15～19 歳の飲酒者の割合)	男性	(H21) 9.2%	(H27) 7.0%	0%
		女性	7.2%	5.1%	
28	妊娠中の飲酒をなくす		(H26) 2.0%	(H28) 1.6%	0%

参考：生活習慣病のリスクを高める量

一日当たり 純アルコール摂取量：男性 40 g 以上 女性 20 g 以上

表：主な酒類の換算の目安

	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(25 度) (1 合 180ml)	ワイン (1 杯 120ml)
純アルコール量	20 g	22 g	20 g	36 g	12 g

(6) 歯・口腔の健康

【主な課題】

- ・ 80 歳で 20 本以上の歯を持つ人（8020 達成者）の割合は 39.3%となっていますが、目標の 50%には達していません。（目標値表）
- ・ 定期的に歯科健診を受ける人の割合は 3 割未満となっています。（目標値表）

【施策の展開】

①歯と口腔の健康に関する啓発

- ・ 市町において、歯周疾患予防、むし歯予防について様々な効果的な取組が行われるよう情報提供を行います。
- ・ 企業での歯周疾患対策について、効果的かつ実施可能な取組の普及について検討します。
- ・ 歯科口腔の健康と全身の健康との関連を広く啓発するとともに、かかりつけ歯科医を持つことを推奨し、定期的に口腔の健康管理を続けることを推進します。

②乳幼児・学童期の歯科疾患の予防

- ・ むし歯や歯周病を予防するには、幼少期からの規則正しい食生活や歯磨き習慣の定着、歯質を強化するためのフッ化物の利用が効果的です。学校歯科医などを中心に、関係者で問題の共有や解決策としてのフッ化物洗口の導入について検討します。

③多職種連携の推進

- ・ 歯周病と糖尿病との関連をはじめ、歯科疾患と全身の健康は関係が深く、歯科専門職のみならず、医科歯科薬科の連携をはじめ、在宅療養者においては、介護職やリハビリテーション関係職等との連携により対策を推進します。

【目標値】

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
29	80 歳で 20 本以上の自分の歯がある人の割合の増加 (8020 達成者)	(H21) 24.4%	(H27) 39.3%	50%
30	口腔機能の維持向上 (60 歳代で嚙むことに満足している人の割合の増加)	(H21) 59.4%	(H28) 39.2%	70%
31	60 歳で 24 本以上の自分の歯がある人の割合の増加	(H21) 49.5%	(H27) 51.7%	70%
32	20 歳代で歯ぐきから血が出る人の割合の減少	(H21) 34.0%	(H28) 37.0%	25%
33	12 歳児の一人平均むし歯数の減少	(H24) 1.06 本	(H28) 0.68 本	0.5 本未満
34	3 歳児でむし歯のない人の割合の増加	(H23) 80.3%	(H28) 82.6%	90%
35	定期的に歯科健診を受ける人の割合の増加	(H21) 14.5% 20.5%	(H27) 23.6% 29.1%	30% 40%

[生活習慣病の発症予防と重症化予防]

(1) がん

【主な課題】

- ・がん検診の受診率については、いずれも平成 22 年度と比較し平成 28 年度は上昇していますが、男性の肺がん検診以外は 50%の目標に達していません。(目標値表)
- ・企業におけるがん検診の実施率は、胃がん、肺がん、大腸がんでは 50%を超えていますが、女性のがん(乳がん、子宮がん)検診が3割程度であり低くなっています。(図 18)

【施策の展開】

①発症予防

- ・がんのリスクを低減させるため、喫煙、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、食塩の過剰摂取、がんに関連するウイルスや細菌への感染等について、正しい知識の普及・啓発を推進します。
- ・啓発にあたっては市町、医療機関、企業、保険者、地域団体等との連携をとりながら実施します。

②がん検診受診率の向上

- ・がん検診の受診率 50%に向けて、市町、企業、保険者、地域団体等に積極的に働きかけを行います。
- ・市町や企業において、科学的根拠に基づくがん検診が実施できるよう支援します。

③重症化予防

- ・定期的ながん検診の受診と、自覚症状がある場合には早急に医療機関を受診することについて、様々な機会を通じて普及・啓発します。
- ・がん検診精密検査受診率について、100%達成に向けた働きかけを企業や保険者等に対して行います。

④治療と職業生活の両立支援

- ・県、医療機関、労働局、産業保健総合支援センターおよびその他の関係機関は、互いに連携して、がんの治療と職業生活の両立支援に関する制度や情報の啓発を行い、企業における体制整備を支援します。

⑤年齢調整死亡率の減少

- ・年齢調整死亡率を減少させるため、がん予防およびがんの早期発見を推進するとともに、滋賀県がん対策推進計画に掲げられている放射線療法、薬物療法、手術療法に加えて副作用対策などのがん医療の充実や、小児から高齢者までのライフステージに応じた対策の充実等を総合的かつ計画的に実施します。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
36	75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10 万対)		(H22)	(H28)	減少
		男性	96.8	88.1	
		女性	54.3	53.8	
37	がん検診の受診率の向上		(H22)	(H28)	50%
	胃がん	男性	35.9%	49.6%	
	胃がん	女性	26.6%	34.8%	
	肺がん	男性	20.5%	52.5%	
	肺がん	女性	15.6%	39.3%	
	大腸がん	男性	28.2%	47.5%	
	大腸がん	女性	23.9%	39.7%	
	子宮頸がん	女性	34.7%	39.9%	
	乳がん	女性	28.7%	43.1%	

参考：対象年齢）胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん：40 歳～69 歳
子宮頸がん：20 歳～69 歳

(2) 循環器疾患

【主な課題】

- ・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は男女ともに全国を上回っています。(図 20)
- ・血圧の平均値は、平成 22 年時と比較してほとんど改善はみられません。(目標値表)

【施策の展開】

①発症予防

- ・循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒があり、危険因子と個々の生活習慣の関連についての理解を深めるための啓発および必要とされる対策についての取組を推進します。
- ・循環器疾患と危険因子の関連や、危険因子と個々の生活習慣の関連についての理解を深めるための啓発を行います。
- ・保険者における特定健康診査の結果、発症リスクの高い人に保健指導が確実にできる体制を整備します。また、未受診者に対する受診勧奨に努め、健診受診率の向上に向けた取組を推進します。
- ・平成 23 年度に作成した国民健康保険保健指導事業管理ガイドラインをもとに、特定健康診査・保健指導の実施体制充実のための支援を行います。

②重症化予防

- ・高血圧および脂質異常症、この 2 つの危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められ、発症リスクは肥満を伴う場合と相違がないことが示されていることにも注意し、特定健康診査の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよう、各保険者が働きかけを行う体制づくりを支援します。

【目標値】

目標項目			基準値	現状値	目標値 (H35)
38	脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率の減少 (人口 10 万対)	脳血管疾患 男性	(H22)	(H27)	
			42.8	26.4	23.8
		虚血性心疾患 男性	24.2	17.1	15.4
			30.5	31.9	26.3
			14.2	13.0	12.7
39	高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下)	男性	(H22)	(H27)	
		女性	130.2 127.8	130.2 127.9	126mmHg 124mmHg
40	脂質異常症の減少 (LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合)	男性	(H22)	(H27)	
		女性	10.6% 16.3%	9.0% 14.2%	8.0% 12.2%
41	特定保健指導対象者の割合の減少率 (H20 と比べて) ※H22 はメタボリックシンドロームの該当者および予備群の値		(H22) 1.3%増※	(H27) 11.3%減	25%以上 減少
42	特定健診・特定保健指導実施率の向上	特定健康診査	(H22)	(H27)	
		特定保健指導	42.6% 13.0%	49.7% 20.5%	70%以上 45%以上

（３）糖尿病

【主な課題】

- ・メタボリックシンドロームの該当者および予備群の割合は、平成 20 年度と比較し増加しています。（図 50）
- ・特定健康診査、特定保健指導実施率は年々上昇していますが、平成 26 年度から平成 27 年度は上昇はみられず、目標には達していません。（図 48・49）
- ・糖尿病有病者の割合は増加しています。（目標値表）
- ・糖尿病性腎症による年間新規透析導入者数は増加傾向にあります。（図 22）

【施策の展開】

①健診受診率の向上

- ・市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診の受診率向上のため、積極的な情報提供や啓発を行います。
- ・健診未受診者に対する受診勧奨を積極的に行います。またその効果的な方法について情報提供に努めます。

②発症予防

- ・糖尿病予防対策として、適切な食生活や運動の必要性など、県民が正しい知識を持ち、実践できるよう啓発等を進めます。
- ・保険者における特定健康診査の結果、発症リスクの高い人に保健指導が確実にできる体制を整備し、保健指導従事者の質の向上に努めます。
- ・県版データヘルス計画をもとに市町とともに、国保の保健事業を進めます。

③重症化予防

- ・未治療の人や治療中断者の減少のために、糖尿病治療の重要性に対する社会全体の認知度向上のための啓発を行います。
- ・未治療者、治療中断者に対して、受診勧奨に努め治療につなげる取組を推進します。
- ・通院治療している者のうち、腎不全など重症化するリスクの高い者に対しては、医療機関、保険者、市町の連携により、保健指導を実施できる体制整備を促進します。
- ・滋賀県糖尿病地域医療連携指針をもとに、適切な治療の開始、継続を支援できるよう、二次医療圏ごとの地域医療連携体制の構築を推進します。

【目標値】

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
41	（再掲） 特定保健指導者の割合の減少率（平成 20 年度比べて） ※H22 はメタボリックシンドロームの該当者および予備群の値	(H22) 1.3%増※	(H27) 11.3%減	25%以上 減少

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
42	(再掲) 特定健診・特定保健指導実施率の向上 特定健康診査 特定保健指導	(H22) 42.6% 13.0%	(H26) 49.7% 20.5%	70%以上 45%以上
43	糖尿病有病者の増加の抑制	(H22) 8.0%	(H27) 11.2%	増加の 抑制 (11.2%以下)
44	治療継続者の割合の増加	(H22) 50.8%	(H27) 54.9%	61%
45	糖尿病治療中の者で、HbA1c が 7.0% (合併症予防のための目標値) 以上の者の割合の減少	(H24) 45.8%	(H27) 37.7%	30.0%
46	合併症 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) の減少	(H22) 137 人	(H27) 181 人	増加の 抑制 (181 人以下)

（４）ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）

【主な課題】

- ・ＣＯＰＤの標準化死亡比は男性において全国より高くなっています。（図 12）
- ・ＣＯＰＤは禁煙による予防と薬物等による治療が可能な疾患ですが、認知度は低く、県民の約３割です。（図 24）

【施策の展開】

- ・ＣＯＰＤが予防可能な生活習慣病であることを理解できるよう啓発を行います。
- ・喫煙をやめたい人が禁煙できるよう、市町、医療機関、薬局等とともに、禁煙支援や治療に関する情報提供を行います。
- ・健康増進法第 25 条に基づき、医療機関、官公庁等の公共の場の禁煙に加え、多数の者が利用する施設について全面禁煙をめざす普及啓発を行います。
- ・健康増進法第 25 条および労働安全衛生法第 68 条の 2 に基づき、職場における受動喫煙防止対策について、労働局、産業保健総合支援センター、企業、保険者等と連携し、取組の推進を図ります。

【目標値】

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
47	ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上	(H24) 29.1%	(H28) 32.2%	80%

3 健康なまちづくり

県民への保健・医療・福祉等のサービスの改善と公平性の確保を図り、社会参加の機会を増加させるとともに、あらゆる分野の企業、民間団体等の参加協力を得て、健康づくりを支援する環境を整備することにより、社会環境の質の改善・向上を図ります。

(1) 健康を支援する住民活動の推進

【施策の展開】

- ・健康づくりのボランティアである健康推進員や食育推進ボランティアなど住民リーダーの活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動を促進します。
- ・生涯スポーツ等生涯学習、福祉、防災等の様々な地域活動のネットワークに、子どもから高齢者まで参加できる健康づくりの視点を取り入れていけるよう取組を進めます。
- ・本県での国体、全国障害者スポーツ大会を見据え、全ての県民がスポーツに取組やすい環境づくりを進めます。
- ・退職した方がこれまでの知識や技術を活かして身近な地域で活躍できる仕組みづくりに努めます。

【目標値】

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
48	地域のつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると思う人の割合の増加)	(H24) 36.9% (参考値)	(H27) 53.0%	65%
49	健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている団体の割合の増加	(H23) 425団体	(H28) 1214 団体	増加

(2) 健康を支援する社会環境整備

【施策の展開】

- ・運動しやすいまちづくりや職場環境について、行政、企業、大学、地域団体等の主体的な活動の推進と多機関の連携による取組を推進します。
- ・健康に配慮した食事を提供する飲食店や給食施設の取組を推進します。
- ・多くの人が利用する医療機関、公共施設、飲食店、量販店等での受動喫煙対策を引き続き推進します。
- ・健康に関して、身近で気楽に専門的な支援や相談が受けられる機会や場所（健康サポート薬局など）の増加について、関係機関と連携して取組を推進します。

- ・企業における健康経営※や健康づくり対策がより積極的に推進されるよう、労働局、産業保健総合支援センター、保険者、事業者団体等と連携した取組を進めます。
- ・従業員が治療と職業生活を両立できるような職場環境の整備について、労働局、産業保健総合支援センターおよびその他の関係機関と連携して取り組むとともに、医療機関と企業の産業保健スタッフ等との情報連絡の推進を図ります。

【目標値】

目標項目		基準値	現状値	目標値 (H35)
10	(再掲) 食品中の食塩や脂肪の低減等に取り組む飲食店の登録数の増加	(H24) 160 店	(H28) 207 店	350 店
11	(再掲) 利用者に応じた食事計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	(H22) 56.0%	(H28) 56.2%	67.4%
16	(再掲) 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む市町の増加	(H24) 10 市町	(H29) 15 市町	全市町
20	(再掲) メンタルヘルスケアを実施している事業所の割合の増加	(H22) 44.5%	(H28) 48.9%	100%
21	(再掲) ワーク・ライフ・バランスの取組で、労働時間削減を実施している事業所の割合の増加（総労働時間）	(H23) 46.1%	(H28) 44.4%	増加
50	健康づくりに関して身近で気楽に専門的な支援相談が受けられる民間団体の活動拠点数増加	(H23) 82	(H28) 84	170
51	健康経営※や健康づくりの活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加	(H22) 754 件 (参考)	(H28) 1289 件	1500 件
52	課題となる健康の実態を把握し、対策を実施している市町の数	(H22) 11 市町	(H29) 4 市町	全市町

※「健康経営」は、NPO 法人健康経営研究会の登録商標です。

4. みんなで創る「健康しが」の取組

県民がいつまでもその人らしくいきいきと生活していくためには、県民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組むとともに、個人を取り巻く環境づくりが大変重要です。

企業やNPO法人、大学等の多様な主体による自発的取組や健康に関する地域団体の取組を連携して実施することにより、行政による限られたアイデアや対象への取組の枠を超えて、広く県民の健康づくりを推進することが可能となります。

県では、県民の健康づくりのための活動を創出し、取組を進めていきます。

- (1) 企業・NPO法人・大学・地域団体・保険者・行政などが連携し、参加者による提案や話し合いにより、既存事業の拡大や新規事業を創出するための会議（プラットフォーム）を設置します。
- (2) 健康・医療・介護・社会環境等のデータ分析や意識調査により、県民の意識や健康課題を踏まえた取組を推進します。
- (3) 県民の健康づくりにつながる健康情報や取組方法を積極的に発信するとともに、ICTを活用した取組を推進します。
- (4) 庁内の部局横断はもとより、参加者が一体となって「健康しが」を創り、活かし、暮らす取組を推進し、県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現を目指します。

第5章 計画の推進体制の整備

1 それぞれの役割

「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を推進していくためには、県民自らが健康づくりを実践するとともに、県、市町、学校、職場など健康づくりに関わっているそれぞれの主体が、この計画の趣旨や達成すべき目標を共有し、各々の立場から役割を果たし、健康づくりを県民運動として展開していくことが必要です。

(1) 県民

県民一人ひとりが健康づくりの重要性を認識し、生活習慣の改善のための行動を実践していく必要があります。

さらに、自分の住んでいる地域への関心を深め、地域活動への参加や健康づくりを支援するための公共政策の実施に向け、積極的な働きかけを行っていくことも大切です。

(2) 家庭

家庭は、個人の生活の基礎的単位であり、食習慣・喫煙習慣など、乳幼児期から生涯を通じて望ましい生活習慣を身につけるための役割があります。

また、家族の休息の場であり、心身の健康づくりを培う場として重要です。

(3) 県

県は、この計画を推進し、設定した目標値を達成するため、全県的な健康づくりに係る施策を円滑にかつ総合的に推進する必要があります。

このため、食事のバランス・喫煙の健康影響・適正な飲酒量等の健康づくりに関する啓発や必要な健康情報の提供を行い、市町の実施する健康増進事業を支援するとともに、「健康いきいき21」地域・職域連携推進会議などを活用して、市町、学校、健康関連団体、保険者、企業、大学、事業者団体等において、共通の認識のもとに効果的な健康づくり事業が推進されるよう環境整備に努めます。

また、県民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、「滋賀の健康・栄養マップ」調査等の企画を行い、効率的に実施します。

市町、保険者、企業、事業者団体、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、大学等の関係団体等と連携し、健康づくりの推進のため、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対して、最新の知見に基づく研修を充実し、多面的な活動が推進されるよう取組を進めます。

保健所にあっては、市町の健康づくり施策が効果的、効率的に実施されるよう、専門的・技術的支援を行います。

さらに、県は、衛生科学センターを中心に、健康・医療・介護・その他社会因子のデータ分析を行い、地域の健康課題や特性について市町や関係団体に対して情報提供を行うことにより、市町や関係機関における科学的根拠に基づいた施策展開や各種計画の策定や推進に関する支援を行います。

(4) 市町

県民の最も身近な自治体である市町における健康づくり活動は最も重要なものです。

市町は、住民の健康意識の向上に向けた啓発、必要な健康情報の提供、住民参加の促進、地域組織活動の活性化等を図ることが必要です。特に、母子保健事業と連動し、喫

煙習慣や飲酒習慣についての啓発を行う等、次世代の健康づくりを推進することが求められています。

また、市町健康増進計画を策定するにあたっては、県や保健所と連携しつつ事業の効率的な実施を図る観点から、保険者として策定する特定健康診査等実施計画やデータヘルス計画と一体的に策定するなど、保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町介護保険事業計画など関連する計画との整合性を図る必要があります。

さらに、市町は健康増進法第 17 条および第 19 条の 2 に基づき実施する健康増進事業について、市町健康増進計画に位置づけ、地域や社会状況の違いによる健康状態を把握するとともに、住民の健やかな暮らしを支える保健サービスの提供に努める必要があります。

(5) 学校

学童期、思春期は心身の発達の時期であるのみならず、基本的な生活習慣が形成される重要な時期であることから、健康づくりに関しての学校保健の役割は大きいと言えます。

学校は、家庭や地域と連携しながら、健康に関する学習を行い、子どもの望ましい健康習慣の獲得に取り組む必要があります。

(6) 職場

職場においては、その構成員の心身の健康を支援するため、個別の健康管理のみならず、健康増進への取組を促進し、労働環境や職場のコミュニケーションの改善を図ることが重要です。従業員の健康管理が企業利益をもたらすという考え方のもと、企業の健康経営の推進に努める必要があります。

職場は、県や市町、労働局、事業者団体等の経済団体などの支援・協力を得ながら加入者の健康の保持増進に努める必要があります。

(7) 保険者

平成 20 年度より保険者による特定健診・特定保健指導の実施が義務づけられました。

保険者間の連携により、健診・保健指導の効果的・効率的な実施に努めるとともに、地域・職域連携推進会議等への参画等により、情報の共有を進め、関係団体と連携して被保険者および被扶養者の健康の保持増進の充実、強化を図っていく必要があります。

平成 30 年度の国保の都道府県単位化により県も保険者となることから、このような保険者間の連携に、県は中心的な役割を担っていきます。

(8) 関係団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の健康関連の専門団体は、それぞれの専門的立場から、県民や家庭・地域・学校・職場の健康づくりのための活動への積極的な参加や支援を行う役割を担っています。

また、健康推進員連絡協議会や民生委員児童委員協議会、スポーツ推進委員、総合型地域スポーツクラブ等健康づくりに取り組んでいる関係団体については、地域や他の実施主体とも連携しながら、健康づくりに関する県民運動への参加が期待されます。

2 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるにあたり、健康づくり、生活習慣病対策、母子保健、精神保健、介護予防等、各分野において連携をして取り組む必要があります。

また、青壮年期からの予防の重要性から、市町や地域団体のみならず、大学や、企業、保険者、事業者団体等職域団体との連携による対策を推進することが重要です。

3 正しい知識の普及・啓発

健康増進のためには、県民の意識と行動変容が必要であり、県民が主体的に健康増進に取り組むための十分かつ的確な情報提供が必要です。このため、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、わかりやすく健康増進の取組に結びつきやすい魅力的、効果的かつ効率的な情報提供となるよう工夫します。

また、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるような情報提供に努めます。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ホームページや報道機関、ソーシャルメディア等の活用に努めるとともに、ボランティア団体、産業界、学校教育、保険者、健康相談等、多様な経路を活用し、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを複数の方法を組み合わせて行います。

情報提供にあたっては、常に科学的根拠に基づいた情報提供に努めます。

4 計画の進行管理

計画の推進に当たって、施策を効果的に推進するため、滋賀県「健康いきいき21」地域・職域連携推進会議において計画の進捗状況を適切に把握し、評価していくこととします。

健康づくりを県民運動として広く推進するためには、行政、関係機関、団体や地域、職域、家庭など全ての領域で意識づけと連携を図ることが重要です。そのため各々の立場から役割を明確にして課題解決に向けた具体的取組の実効性を高めることとします。

【用語解説】

○ BMI

肥満度を測る指標で、Body Mass Indexの略。

$$\frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$
 で割り出される数値。18.5未満がやせ、25以上が肥満とされる。

○ COPD（慢性閉塞性肺疾患）

有毒な粒子やガス（主にたばこの煙）の吸入による進行性の疾患であり、運動時の呼吸困難や慢性の咳・痰などの症状がある。

○ ICT（Information and Communication Technology）

コンピュータやネットワークに関連する諸分野における情報通信技術の総称。

あ行

○ アルコール関連問題

アルコールに関係した問題の全てはアルコール関連問題と呼ばれている。
多量飲酒・有害な使用・アルコール乱用・アルコール依存症が含まれる。

○ アルコール健康障害

アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害をいう。

○ 医療費適正化計画

健康の保持増進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、県民の生活の質の維持・向上を図り、医療費の伸びの低減を図ることを目的とした計画。

○ 運動プラス10

厚生労働省の「身体活動指針」で定められた基準を達成するための全年齢層における身体活動（生活活動・運動）の考え方。日常生活の中で無理なく運動を実施するためのキャッチフレーズとして全国で取組が進められている。

か行

○ 喫煙率

本計画では、「滋賀の健康・栄養マップ」調査結果から、「毎日または時々たばこを吸う者」が回答者全体に占める割合をいう。

○ ゲートキーパー

悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のこと。

○ 健康格差

地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差。

○ 健康寿命

健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間をいい、本計画では「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標で評価することとしている。

「日常生活動作が自立している期間の平均」は健康な状態を、日常生活動作が自立していることと規定し、介護保険の要介護度の要介護2～5 を不健康（要介護）な状態とし、それ以外を健康（自立）な状態とし、介護保険の認定数と生命表を基礎情報として算出。

さ行

○ 滋賀産業保健総合支援センター

産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、独立行政法人労働者健康安全機構が都道府県に1か所設置している。

○ 滋賀県食育推進計画

食育基本法の目的・基本理念を踏まえ、同法第17条第1項に定める「都道府県計画」として、すべての食育関係者ならびに県民がそれぞれの役割に応じて連携・協力しながら食育に取り組むための基本指針。
平成19年6月策定、平成30年3月 第3期策定。

○ 「滋賀の健康・栄養マップ」調査

県民の健康および栄養に関する現状と課題を把握するために、昭和61年度よりおおむね5年に一度実施している調査。

○ ソーシャルメディア

インターネットを利用して誰でも手軽に情報を発信し、相互のやりとりができる双方向のメディア。

た行

○ 地域・職域連携推進会議

県、市町、事業者および医療保険者等の地域と職域の関係者が相互に情報交換を行うことで、保健事業に関する共通理解を図り、生涯を通じた健康づくりのために必要な課題やその解決のための施策を検討する場。

○ 低出生体重児

低出生体重児とは、出生時の体重（出生体重）が2,500g未満の新生児のことをいう。出生体重が1,500g未満の新生児を極低出生体重児、1,000g未満の新生児を超低出生体重児といい、低出生体重児には極低出生体重児も超低出生体重児も含まれる。

○ 適正体重

BMI（肥満度）が18.5以上または25未満の体重。

な行

○ 年齢調整死亡率（DAR）

$$= \frac{\sum \{(\text{観察集団の年齢階級別死亡率}) \times (\text{基準となる人口集団の年齢階級別人口})\}}{\text{基準となる人口集団の総和}}$$

人口構成の異なる集団間で死亡率を比較するために、一定の基準人口にあてはめて調整した指標である。
基準人口は昭和60年モデル人口を用いた。

は行

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

20%以上であれば肥満傾向とされる。身長別標準体重は、平成 18 年に「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(財団法人日本学校保健会作成、文部科学省監修)により示された判定方法。

○ 標準化死亡比 (SMR)

$$= \frac{\text{観察集団の死亡数}}{\sum \{(\text{基準となる人口集団の年齢階級別死亡率}) \times (\text{観察集団の年齢階級別人口})\}} \times 100$$

年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したものであり、主に小地域の比較に用いる。標準化死亡比が基準値(100)より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということをし、基準値より小さいということは、全国より良いということを意味する。

○ フッ化物洗口

むし歯予防のため、フッ化物水溶液を用いてうがいを行う方法で、毎日法と週 1 回法がある。フッ化物水溶液とは、フッ素を水溶液にしたもの。フッ素は自然界に普遍的に存在する元素で、歯の一番表層の組織であるエナメル質の結晶構造を丈夫にする作用がある。

○ フレイル

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能など)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。なお、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

○ 平均寿命

x 歳に達した者が、その後生存する年数の平均を x 歳の平均余命といい、0 歳の平均余命を平均寿命という。

ま行

○ メタボリックシンドローム

腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上かつ、脂質異常・高血圧・高血糖のうち 2 項目以上が基準値以上の状態をいう。

ら行

○ ロコモティブシンドローム

運動器症候群。筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態をいう。進行すると介護が必要になるリスクが高くなる。

わ行

○ ワーク・ライフ・バランス

一人ひとりがやりがいや充実感を持って働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できること。