

「滋賀県健康いきいき 21－健康しが推進プラン－(案)」に対して
提出された意見・情報とそれらに対する県の考え方について

1. 県民政策コメントの実施結果

平成 24 年 12 月 27 日(木)から平成 25 年 1 月 28 日(月)までの間、滋賀県民政策コメント制度に関する要綱に基づき、「滋賀県健康いきいき 21－健康しが推進プラン－(案)」について意見・情報の募集を行った結果、県民等 18 名(団体)から 24 件の意見・情報が提出されました。

これらの意見・情報については、内容ごとに整理し、それらに対する滋賀県の考え方を以下に示しています。
なお、取りまとめにあたり、提出された意見・情報は一部要約しています。

2. 提出された意見・情報の概要

章		項目	意見等の件数
1		計画策定にあたって	0
	1	計画の趣旨	0
	2	計画の位置づけ	0
	3	計画の期間	0
2		県民の健康状況	0
3	1	めざす姿	0
	2	基本的な方向	0
4		施策の展開と目標	0
	1	目標設定と評価	0
	2	具体的施策と目標	0
	(1)	健康寿命の延伸	0
	(2)	健康なひとづくり	24
	(3)	健康なまちづくり	0
5	1	それぞれの役割	0
	2	多様な分野における連携	0
	3	正しい知識の普及・啓発	0
	4	計画の進行管理	0
計			24

3. 提出された意見・情報とそれらに対する県の考え方

番号	頁	項目	意見・情報の概要	意見等に対する考え方
第4章 施策の展開と目標				
2 具体的施策と目標 (2)健康なひとづくり				
1	23 ～ 25	④喫煙	健康被害の主因として、たばこが上げられることが多いが、喫煙率と疾患患者数の相関関係はない。喫煙という取り上げやすいテーマを標的にしている感がある(同主旨4件)	喫煙による健康被害は、多数の科学的知見によりその因果関係が確立しています。具体的には、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患などの原因になるとされています(健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より)。また、喫煙率とがん死亡率との継時的変化については20-25年のタイムラグがあることが知られています。 県としては国の方針に沿った対策を進めるものです。
2	23 ～ 25	④喫煙	目標値欄の現状値に行政機関79.4%(敷地内・施設内全面禁煙)と記載されていますが、「敷地内」は間違いではないでしょうか。(同主旨2件)	現状値のとらえ方として、敷地内・施設内禁煙の機関を把握し数値を集計しているものです。 ご意見を踏まえ、以下のとおり修正します 【修正前】 「市町庁舎の敷地内・施設内禁煙」 「目標値 行政機関 79.4%(敷地内・施設内禁煙)」 【修正後】 「市町庁舎の敷地内・建物内禁煙」 「目標値 行政機関 79.4%(敷地内・建物内禁煙)」
3	23 ～ 25	④喫煙	行政機関の「敷地内禁煙」まではやめてください。(同主旨3件)	平成22年 2月25日厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」をうけ、国の方針に沿った受動喫煙防止対策を進めることとしています。 敷地内禁煙は、行政機関が率先して対策することが大切という認識から、案のとおり目標値を設定します。
4	23 ～ 25	④喫煙	たばこは、嗜好品であり、行政が介入するものではない。まして、数値目標を設定する必要はない。(同主旨2件)	今回の数値目標は、行政目標であり、個人個人の選択に県が介入し、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではありません。 なお、計画の推進のため具体的な目標は重要という認識から案のとおり目標と目標

番号	頁	項目	意見・情報の概要	意見等に対する考え方
				値を設定します。
5	23 ～ 25	④喫煙	喫煙対策については、禁煙にすることだけを強く進めるのではなく、分煙対策の徹底による受動喫煙の防止対策を進めてもらいたい。(同主旨5件)	計画は、禁煙を希望する人に対する禁煙支援を進めるものです。また、平成22年2月25日厚生労働省健康局長通知「受動喫煙対策について」をうけ、受動喫煙防止対策を進めることとしています。
6	23 ～ 25	④喫煙	禁煙規制が過度にならないようにしてほしい。(同主旨8件)	今回の計画は、禁煙を希望しない人にまで、禁煙を求めるものではありません。また、施設に対する喫煙対策については国の通知(平成22年2月25日厚生労働省健康局長通知「受動喫煙対策について」)に沿って進める事としています。

「健康いきいき21－健康しが推進プラン－（案）」の概要

計画の位置づけと役割

- 健康増進法第8条に規定する「都道府県の住民の健康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）」
- 「保健医療計画」「医療費適正化計画」「食育推進計画」など関連計画との整合を図る
- 県をはじめ市町・関係団体・県民・家庭・学校・職場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、施策を定めるもの

計画の期間

平成25年度から平成29年度までの5年間とします。
目標値については、国の計画に合わせ、平成34年度までとし、5年後の平成29年度にその達成状況を検証し、評価します。

健康寿命の延伸

【日常生活に制限のない期間】
男性 70.67年(H22) ⇒
女性 72.37年(H22) ⇒
【日常生活動作が自立している期間】
男性 79.08年(H22) ⇒
女性 83.50年(H22) ⇒

平均寿命(H22)
男性 80.58年
女性 86.69年

平均寿命と健康寿命の差を縮める(H34)

【めざす姿】 子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れる社会
～交流を深め、支え合う、つながりのある社会～

4. 計画の構成

- 第1章 計画策定にあたって
- 1 計画の趣旨
 - 2 計画の位置づけ
 - 3 計画の期間
- 第2章 健康状況
- 第3章 計画の基本的な方向
- 1 めざす姿
 - 2 基本的な方向
- (1)健康なひとづくり
(2)健康なまちづくり
- 第4章 施策の展開と目標
- 1 目標設定と評価方法
 - (1)目標の設定方法
 - (2)目標の評価
 - 2 具体的施策と目標
 - (1)健康寿命の延伸
 - (2)健康なひとづくり
- ア 健康増進
- ①栄養・食生活
 - ②身体活動・運動
 - ③休養・こころの健康
 - ④喫煙
 - ⑤飲酒
 - ⑥歯・口腔の健康
- イ 生活習慣病の発症予防と重症化予防
- ①がん
 - ②循環器疾患
 - ③糖尿病
 - ④COPD(慢性閉塞性肺疾患)
- (3)健康なまちづくり
- ア 健康を支援する住民活動推進
- イ 健康を支援する社会環境整備
- 第5章 計画の推進体制の整備
- 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 計画の進捗管理

施策1 健康なひとづくり

【1 健康増進】

- ① 栄養・食生活
野菜摂取増加、減塩
バランスのとれた食生活
若い男性の肥満対策
- ② 身体活動・運動
運動習慣の定着、特に働き盛り世代、女性をターゲットとした働きかけ。
- ③ 休養・こころの健康
睡眠による十分な休養、ストレスに対する知識の普及
- ④ 喫煙
正しい知識の普及、受動喫煙防止対策、未成年の喫煙防止対策、妊娠中の喫煙対策
- ⑤ 飲酒
「節度ある適度な量の飲酒」の情報提供、未成年、妊婦の飲酒対策。
- ⑥ 歯・口腔の健康
むし歯予防・歯周疾患予防および定期的な歯科健診の推進。

【2 生活習慣病の発症予防と重症化予防】

- ① がん
・がんのリスク要因に関する正しい知識の普及・啓発
・がん検診受診率の向上
- ② 循環器疾患
・循環器疾患の危険因子である、栄養、運動、喫煙、飲酒に対する対策の促進。
・知識の普及、啓発および健診の受診率や保健指導実施率の向上に向けた働きかけ。
- ③ 糖尿病
・健診の受診率向上に向けた働きかけ。
・適切な治療の開始、合併症予防のための医療連携体制を構築
- ④ COPD(慢性閉塞性肺疾患)
COPDに関する知識の普及啓発

子どもから高齢者までよりよい生活習慣の定着

施策2 健康なまちづくり

【1 健康を支援する住民活動の推進】

- 県民一人ひとりが、地域や人とのつながりを深め、楽しく主体的に健康づくりに取り組むことを促進します。
- 健康づくり関係のボランティアの活動を促進します。
- 様々な地域活動のネットワークに健康の視点を取り入れていけるよう支援します。

【2 健康を支援する社会環境の整備】

- 健康づくりに無関心な層や、時間等の条件により行動を実行しにくい層に影響をもたらすことが期待できる、受動喫煙ゼロの店や外食栄養成分表示の店等の登録について拡大します。
- 健康的な様々な取組を行う、企業、団体等の活動を促進します。

社会環境の改善・向上

主な数値目標

【1 健康増進】

- 【肥満者の割合の減少】
20～60歳男性 25.1%(H21) ⇒ 22%(H34)
- 【やせの割合の減少】
20歳代女性 24.6%(H21) ⇒ 15%(H34)
- 【運動習慣者の割合の増加(20～64歳)】
男性 16.0%(H21) ⇒ 26%(H34)
女性 14.2%(H21) ⇒ 25%(H34)
- 【成人の喫煙率の減少】
男性 38.4%(H21) ⇒ 27.2%(H34)
女性 7.4%(H21) ⇒ 4.4%(H34)

【2 生活習慣病の発症予防と重症化予防】

- 【脳血管疾患年齢調整死亡率の減少】
男性 42.8人/10万人(H22) ⇒ 35.0人/10万人(H34)
女性 24.2人/10万人(H22) ⇒ 22.2人/10万人(H34)
- 【虚血性心疾患年齢調整死亡率の減少】
※心不全等除く
男性 30.5人/10万人(H22) ⇒ 26.3人/10万人(H34)
女性 14.2人/10万人(H22) ⇒ 12.7人/10万人(H34)
- 【COPD(慢性閉塞性肺疾患)認知度の向上】
29.1%(H24) ⇒ 80%(H34)

主な数値目標

【1 健康を支援する住民活動の推進】

- 地域のつながりの強化
【居住地域でおたがいに助け合っていると思う人の割合の増加】
37.2%(H24 参考値) ⇒ 50%(H34)
- 【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増加】
425団体(H23) ⇒ 850団体(H34)

【2 健康を支援する社会環境の整備】

- 【健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業数の増加】
・受動喫煙ゼロの店
248件(H24) ⇒ 500件(H34)
・外食栄養成分表示店
160件(H23) ⇒ 350件(H34)

案

健康いきいき21

—健康しが推進プラン—

(改定版)

滋賀県

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画の趣旨	
2 計画の位置づけ	
3 計画の期間	
第2章 県民の健康状況	2
第3章 計画の基本的な方向	8
1 めざす姿	
2 基本的な方向	
(1) 健康なひとづくり	
(2) 健康なまちづくり	
第4章 施策の展開と目標	10
1 目標設定と評価	10
(1) 目標の設定方法	
(2) 目標の評価	
2 具体的施策と目標	11
(1) 健康寿命の延伸	
(2) 健康なひとづくり	12
ア 健康増進	
① 栄養・食生活	12
② 身体活動・運動	18
③ 休養・こころの健康	21
④ 喫煙	23
⑤ 飲酒	26
⑥ 歯・口腔の健康	28
イ 生活習慣病の発症予防と重症化予防	31
① がん	31
② 循環器疾患	34
③ 糖尿病	36
④ COPD（慢性閉塞性肺疾患）	38
(3) 健康なまちづくり	39
ア 健康を支援する住民活動推進	
イ 健康を支援する社会環境整備	
第5章 計画の推進体制の整備	41
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 計画策定にあたって

1 計画の趣旨

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。

計画策定から5年後の平成18年度に中間評価を行い、さらに平成19年度に計画の改訂を行い、医療費適正化計画との整合をとり、計画の期間を2年延長し、平成24年度を目標年度としました。

国においては、平成24年7月健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づく、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。

本県においては、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中、県民一人ひとりが実践する健康づくりを基盤に、生活習慣病予防及び重症化予防を推進するとともに、健康を支え、守るための社会環境の改善をすすめるため、「第二次健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を策定しました。

2 計画の位置づけ

この計画は、健康増進法第八条に規定する「都道府県の住民の健康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、県をはじめ市町・関係団体・県民・家庭・学校・職域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 計画の期間

この計画の期間は、平成25年度から平成29年度までの5年間とします。

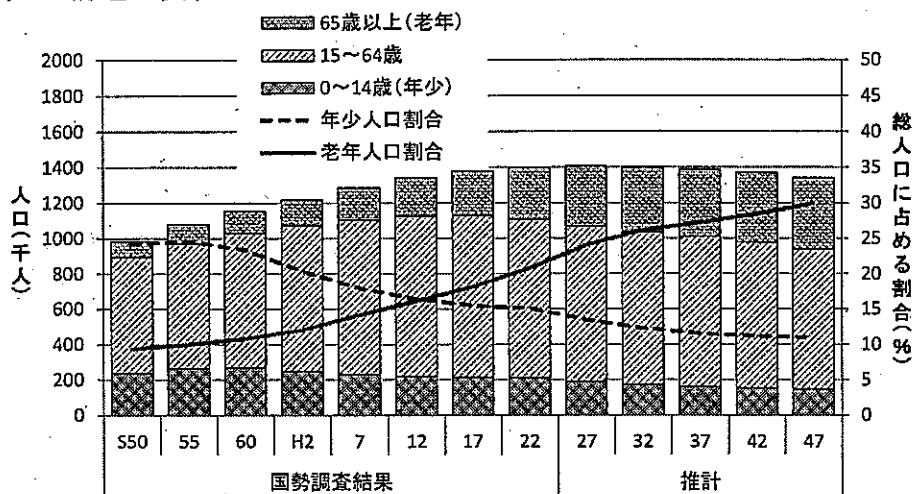
目標値については、国の計画に合わせ、平成34年度とし、5年後の平成29年度にその達成状況を評価し、計画の見直しを行います。

第2章 県民の健康状況

(1) 人口構成

少子高齢化がすすみ、平成24年10月1日現在、高齢化率が21.6%となり、超高齢社会に突入しました。今後、平成47年には65歳以上人口が3人に一人に達すると予測されています。

図1 人口構造の変化

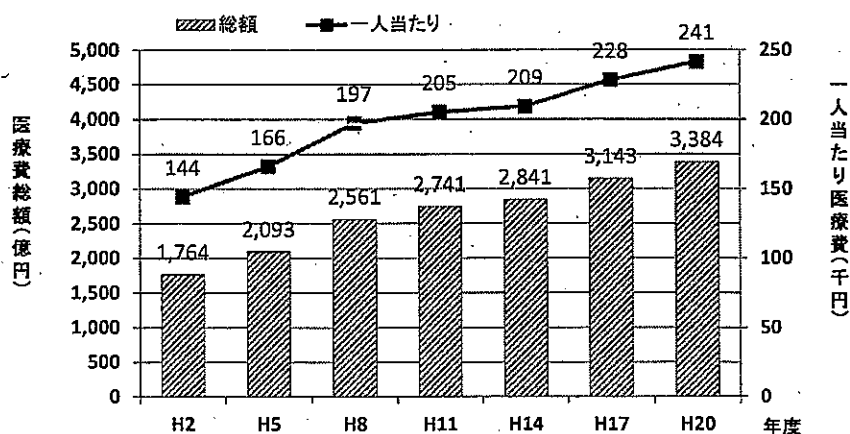


〔総務省「国勢調査」
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成19年5月集計）」〕

(2) 医療費の状況

疾病および加齢により、医療費は年々増加し、平成20年度で3,384億円に達しています。

図2 医療費の年次推移



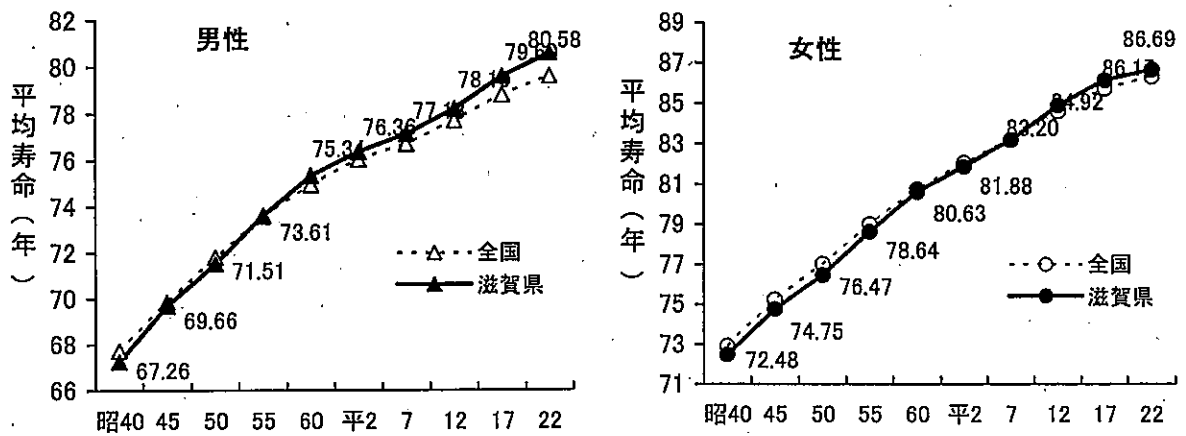
(厚生労働省「国民医療費」都道府県別医療費)

(3) 平均寿命

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 22 年（2010 年）の本県の平均寿命（0 歳の平均余命）は、男性 80.58 年（全国 79.59 年）、女性 86.69 年（全国 86.35 年）となっています。

図 3 平均寿命の推移

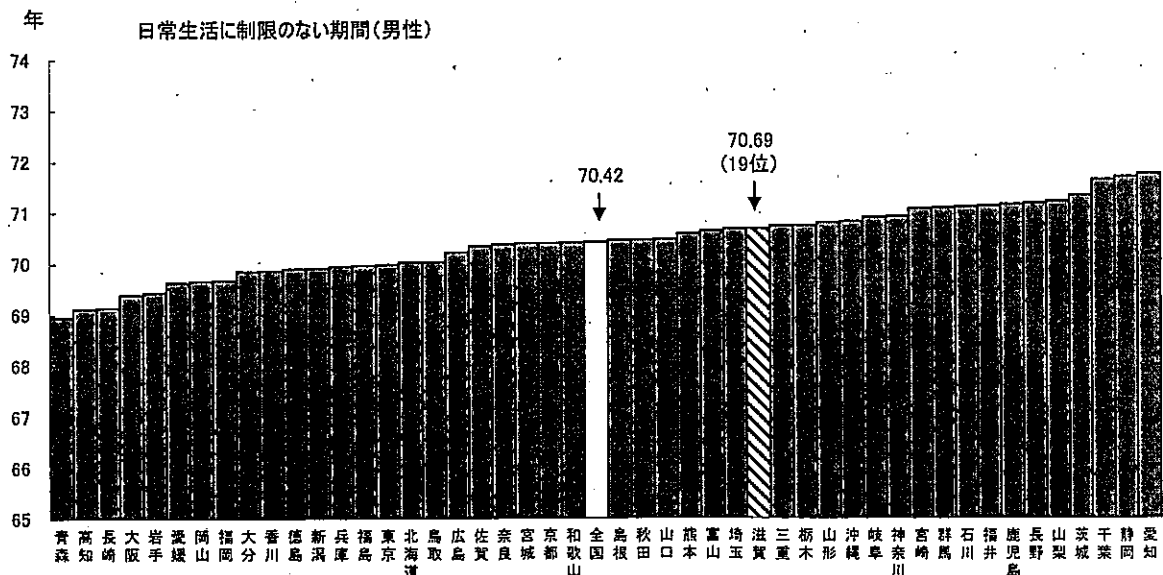


厚生労働省「平成 22 年（2010 年）都道府県別生命表」
厚生労働省「第 21 回生命表（完全生命表）」

(4) 健康寿命

図 4 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)）

(平成 23 年～24 年度厚生労働科学研究：健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究)



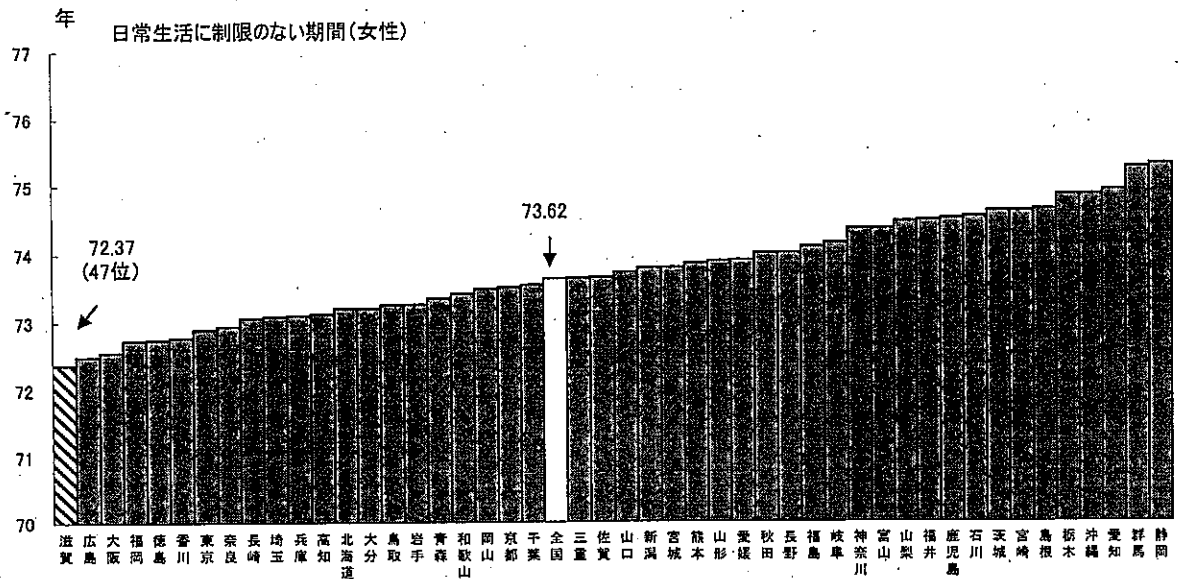
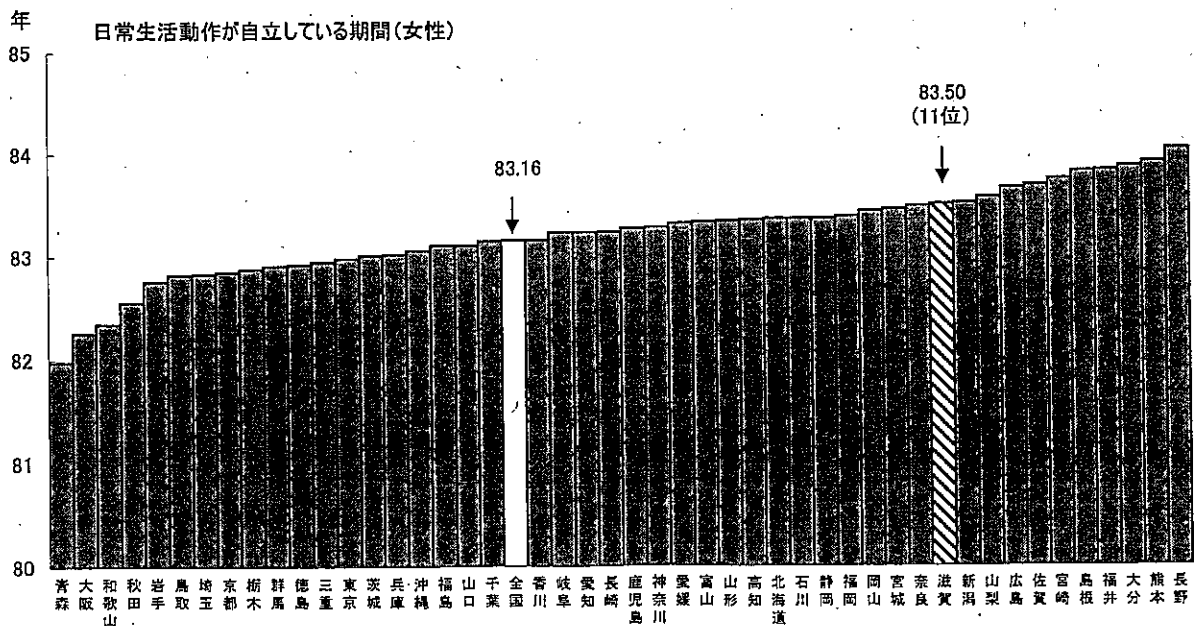
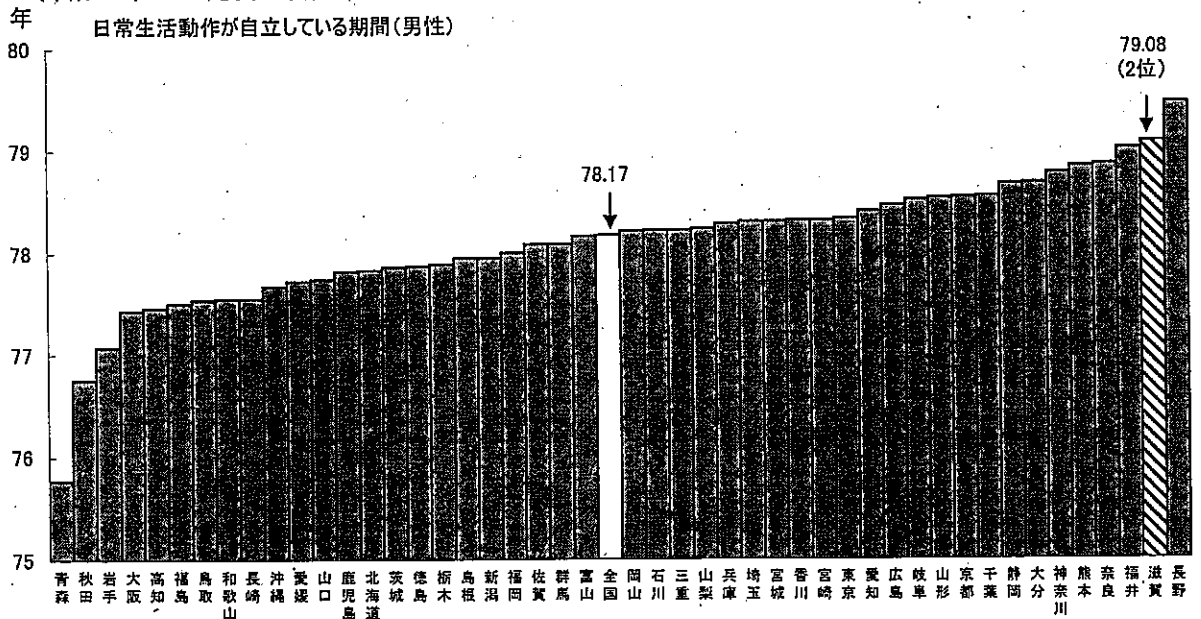


図5 都道府県別健康寿命(日常生活動作が自立している期間の平均(年))

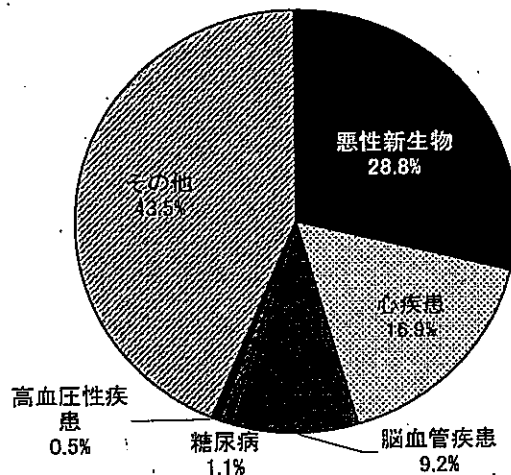
(平成23年~24年度厚生労働科学研究:健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究)



(5) 死亡

疾病構造は生活環境の改善や医学の進歩によって感染症が激減する一方、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変化しています。平成23年の死因別死亡割合をみると、生活習慣病による死亡が約6割になっています。

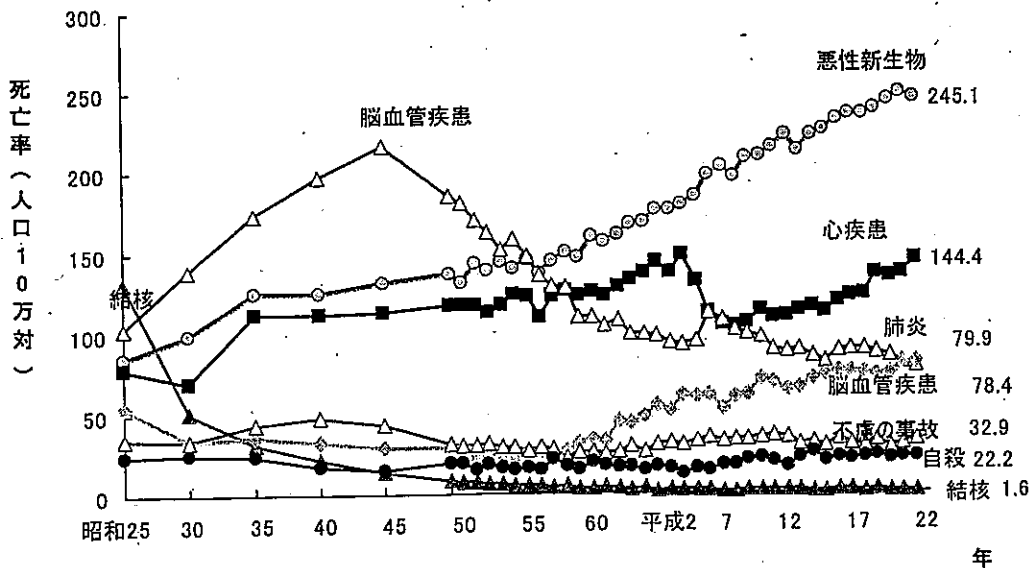
図6 死因別死亡割合（平成23年）



(平成23年厚生労働省人口動態統計)

本県の悪性新生物（がん）による死亡率は、昭和57年（1982年）に死因順位第1位となり、現在も、急激な増加を続けています。脳血管疾患による死亡数は、昭和26年（1951年）に結核にかわって第1位となりましたが、昭和60年（1985年）に心疾患を下回り、以後現在まで横ばい状態です。

図7 死因別死亡率の推移



(厚生労働省人口動態統計)

図8 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の推移

(人口動態調査より日本人人口を用いて計算)

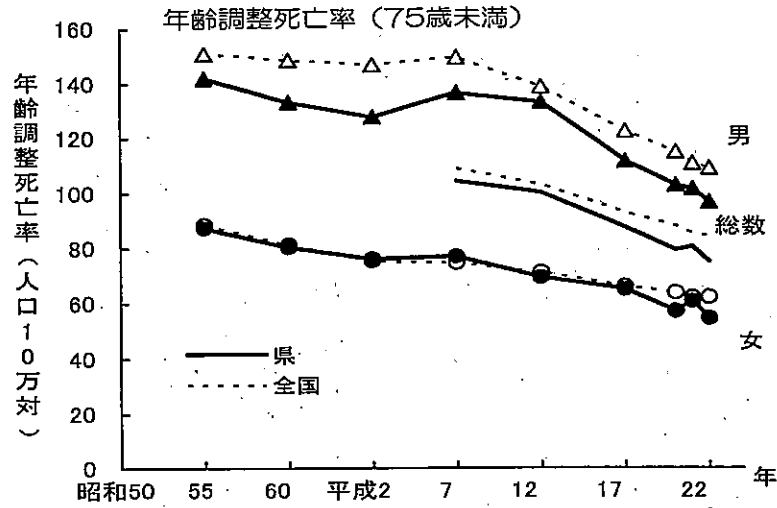


図9 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移

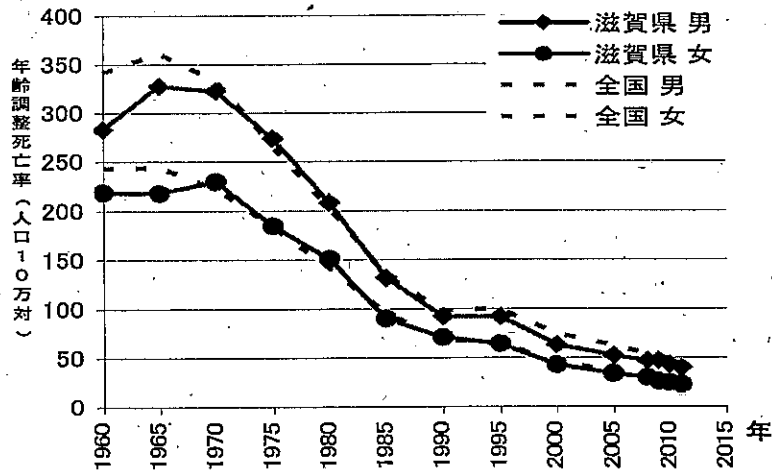


図10 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移

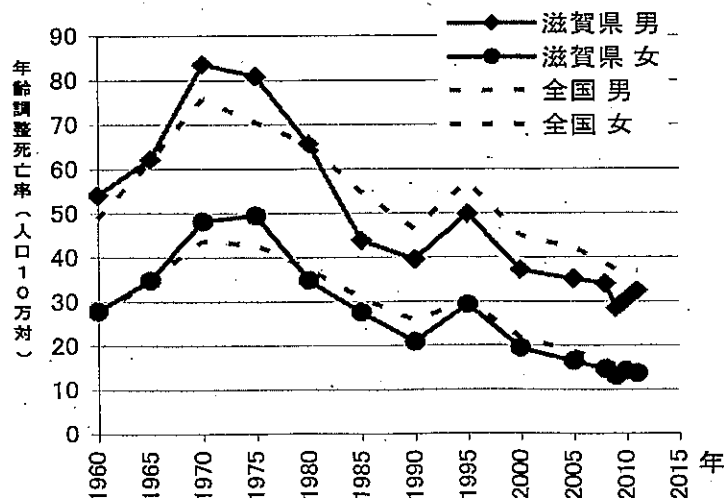
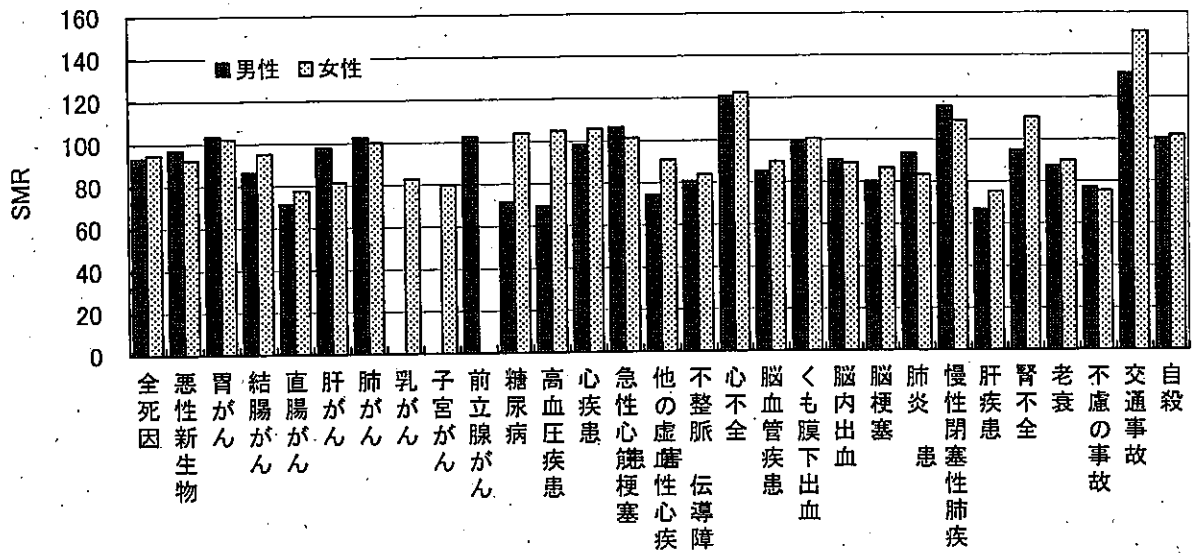


図 11 死因別標準化死亡比 (SMR : 全年齢)



(平成 23 年人口動態統計)

第3章 計画の基本的な方向

1 めざす姿

「 子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れる社会
～交流を深め、支え合う、つながりのある社会～」
を目指して、個人の生活の質の向上と健康を支え守るための社会環境整備を進めます。

2 基本的な方向

個人の生活習慣の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化防止（NCD※の予防）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」を進めます。

あわせて、地域や社会状況の違いによる健康状態を把握し、保健サービスの公平性を確保し、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」により、**健康寿命の延伸**を目指します。

(1) 健康なひとづくり

子どもから高齢者まで、よりよい生活習慣の定着をすすめることで、県民の健康を増進し、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図り、生活の質の向上を図ります。

個人の生活の質の向上の実現のため、県民の健康増進の基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要です。そのため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、生活状況等の違いに着目し、対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行います。

そのうえで、生活習慣病を発症する可能性の高い人々や、これからの超高齢社会に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを行います。あわせて、子どもの頃からの健康な生活習慣づくり、こころの健康づくりなど、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持向上に取り組みます。

また、がん、循環器疾患、糖尿病および COPD（慢性閉塞性肺疾患）などに対応するため、食生活の改善、運動習慣の定着などによる一次予防に重点をおいた対策を推進し、さらに、疾病の重症化予防にも重点を置いた対策を推進します。

めざす姿

子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れる社会
～交流を深め、支え合う、つながりのある社会～

健康寿命の延伸

予防の重視

健康なひとづくり

健康なまちづくり

健康増進

(例示)
・栄養・食生活
・身体活動・運動
・休養・こころの健康
・飲酒
・喫煙
・歯・口腔の健康

生活習慣病発症予防 重症化予防

(例示)
・がん
・循環器疾患
・糖尿病
・COPD
(慢性閉塞性肺疾患)

健康を支援する住民活動 推進

(例示)
・健康推進員活動
・食育ボランティア活動
・高齢者サロン

健康を支援する社会環境 整備

(例示)
・受動喫煙ゼロの店
・栄養成分表示の店
・健康づくりサポーター
・ワークライフバランスの
取り組み
・公園、散歩道の整備

子どもから高齢者までよりよい生活習慣の定着

社会環境の改善・向上

(2) 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・向上をはかります。

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受け、近年、健康格差の拡大も指摘されていることから、社会全体として、個人の健康を支え守る環境づくりに努めることが重要です。そのためには、行政機関だけでなく、企業、民間団体、ボランティア等の参加協力を得て進めるなど、社会全体として、県民が主体的に行う健康づくりを支援する環境の整備を図ります。

また、地域や世代間の交流、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的にゆとりのない人、健康づくりに関心のない人も含めて、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備します。

第4章 施策の展開と目標

1 目標設定と評価

(1) 目標の設定方法

「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を効果的に推進していくためには、市町、健康づくりに関わる団体等すべての関係者が目指すべき目標を共有しながら、その目標達成の状況について進行管理・評価を行っていくことが重要です。

そのため、県は県民の健康増進についての目標を設定し、広く関係者等に目標を周知することとあわせて継続的に指標の推移等を調査、分析することにより、県民の意識の向上や、自主的な取り組みを推進します。

目標設定は、これまでの「個人で達成すべき目標」のみならず、「社会環境に関する目標」についても具体的に設定しました。

目標の終期については、将来の望ましい姿を目指すための中期的な目標として、平成34年を達成時期として設定することとしました。また、本県の関係計画、指針等において、健康づくりに関係する目標が設定されている場合は、これらとの整合性を図ります。

(2) 目標の評価

目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、5年後の平成29年度にすべての目標について中間評価を行うとともに、平成34年度に最終評価を行うことで、目標達成のための活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取り組みに反映することとします。

2 具体的施策と目標

(1) 健康寿命の延伸

健康寿命の延伸は、生活習慣病の改善や社会環境の整備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をいいます。本計画では「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」の2つの指標で評価していくこととします。

目標値の設定については、平均寿命と健康寿命との差に注目します。この差は日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味します。

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、重要な視点です。

今後とも疾病予防と健康増進、介護予防など総合的な取り組みを推進します。

○目標値

目標項目	現状値	目標値 (H34)	備考
健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均)	男性 70.67 年 女性 72.37 年 (平成 22 年厚生労働科学研究)	平均寿命と健康寿命の差を縮める	平均寿命(H22) 男性:80.58 年 女性 86.69 年
(日常生活動作が自立している期間の平均)	男性 79.08 年 女性 83.50 年 (平成 22 年厚生労働科学研究)		

(2) 健康なひとづくり

ア 健康増進

① 栄養・食生活

○ 栄養・食生活の意義

- ・ 栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことの出来ない営みであり、多くの生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要です。
- ・ そこで、生活の質の向上および社会環境の質の向上を図るために、身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現を図ることを目標とします。

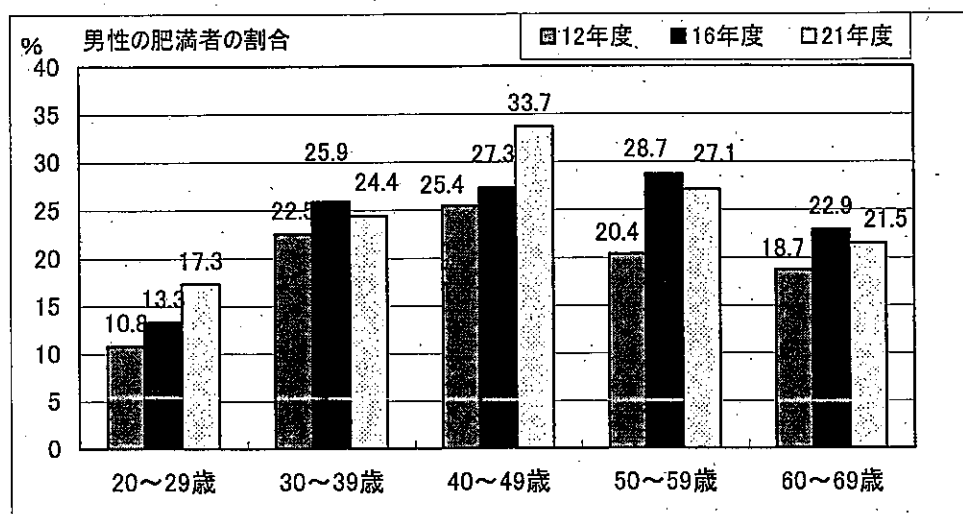
(健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料)

○ 現状

(やせ・肥満の状況)

- ・ 肥満者の割合は、男性で平成 12 年度 19.8%が平成 21 年度 25.1%と増加しており、30～50 歳代で割合が高く、40 歳代では 3 人に一人が肥満となっています。また、平成 12 年度調査の 20 歳代と 10 年後の平成 21 年度調査の 30 歳代を比べると肥満者の割合は 2.3 倍、平成 12 年度調査の 30 歳代と 10 年後の平成 21 年度調査の 40 歳代を比べると肥満の割合は 1.5 倍といずれも大幅に増加しています。

図ア-1-1



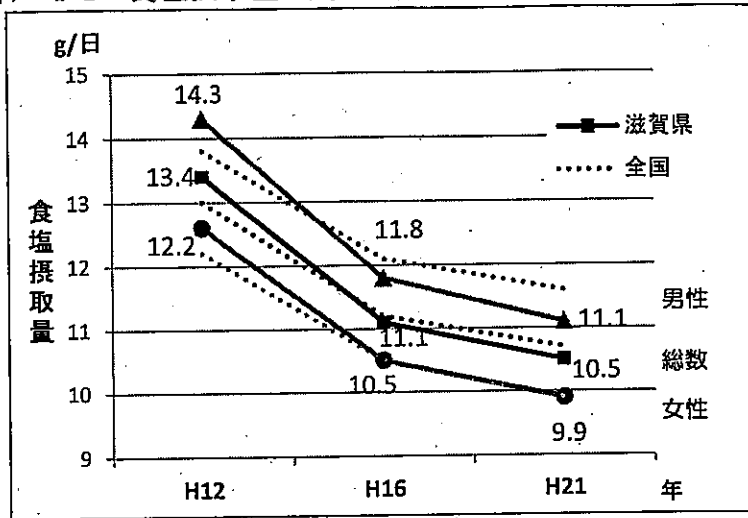
(滋賀の健康・栄養マップ調査)

- ・ 女性のやせの人の割合は、15～19 歳 30.6%、20 歳代 24.6%で、平成 21 年国民健康・栄養調査の 15～19 歳 21.1%、20 歳代 22.3%と比べると、全国より高い状況です。

(食生活状況)

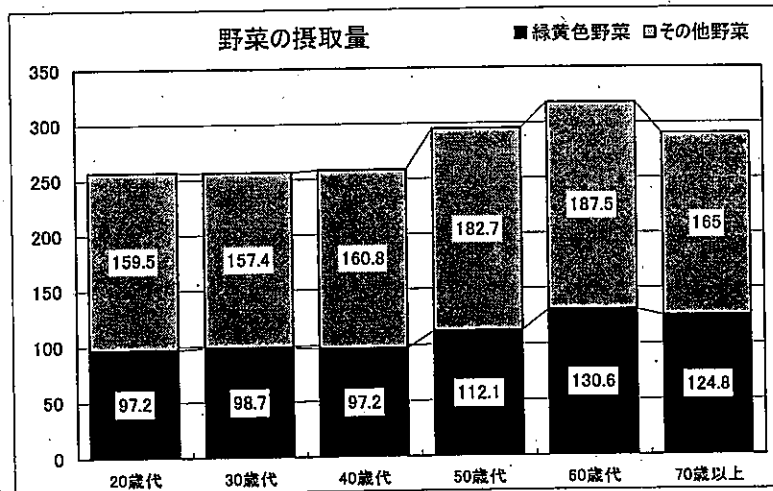
- ・ 食塩の摂取量は減少しています。
- ・ 食事のバランス等に関連して脂肪エネルギー比の平均は 26.2%ですが、20 歳代では、30%以上となる割合が最も高く、特に女性で高い傾向にあります。
- ・ 野菜摂取量の平均は平成 12 年度調査と変わらない状況ですが、特に、20～40 歳代の摂取量が少なく目標量 (350g) に対して、あと 100g 不足しています。

図ア-1-2 食塩摂取量 年次推移 (20歳以上)



滋賀県：滋賀の健康・栄養マップ調査
 全国：国民健康・栄養調査

図ア-1-3 野菜1日平均摂取量 (20歳以上)

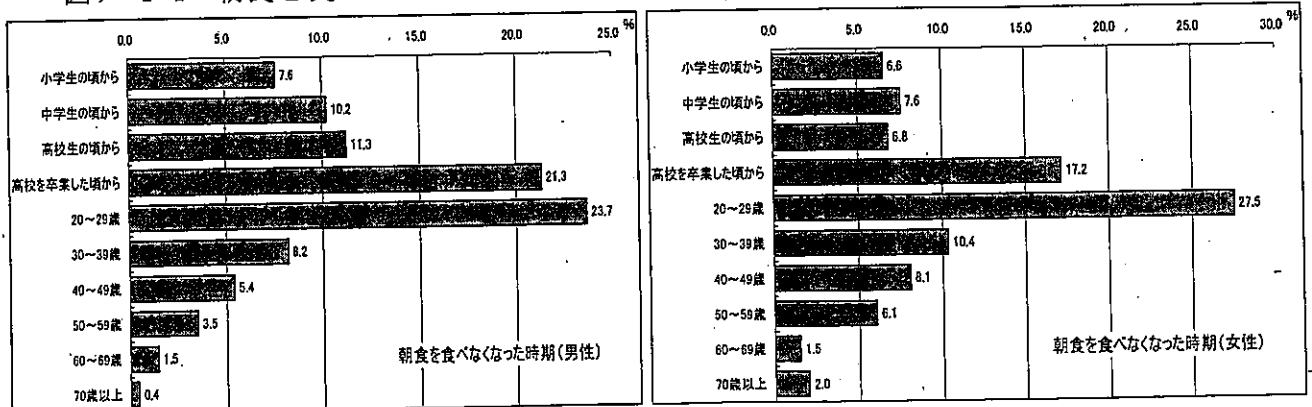


(平成21年度滋賀の健康・栄養マップ調査)

・朝食については、30歳代の男性の欠食率は減少、反対に30歳代の女性の欠食率は増加しており、女性の就労の増加等もあり、働く女性への支援が必要です。

また、欠食習慣は男女とも高校卒業頃、20歳代頃からはじまる人が4割にのぼることから、この年代への支援が必要です。

図ア-1-4 朝食を食べなくなった時期 (20歳以上)



(平成21年度滋賀の健康・栄養マップ調査)

- ・適切な食事内容・量を知っている人は増加していますが、標準体重に近づけよう、維持しようとする人や栄養成分表示を参考にしている人の割合は減少しており、自分の食事を良くしたいと思う人は75.8%で平成12年度調査と変わらない状況です。
- ・このことから、食生活についての知識はあるものの、食生活改善に向けて行動に移す気持ちがないことが見受けられ、今後とも、栄養・食生活の正しい知識の普及に合わせて、その知識を容易に行動に移すことができる食の環境整備が必要です。
- ・また、子どもの頃からの正しい食習慣の定着のための食育推進が必要です。

(対策の経過)

- ・平成14年2月に「滋賀いきいき食生活ガイド」を作成し、「健康いきいき21-健康しが推進プラン-」の栄養・食生活分野の目標達成にむけ、食生活の改善を進めてきました。
- ・平成19年6月には、他分野との連携のもと「滋賀県食育推進計画」を策定し、食育を推進しています。
- ・食育月間、食育の日等において、県民への啓発を進めています。
- ・平成11年度から、飲食店において、エネルギー量や栄養量がメニューに表示されるよう外食栄養成分表示推進事業を進めてきており、平成23年度末で160店となっています。

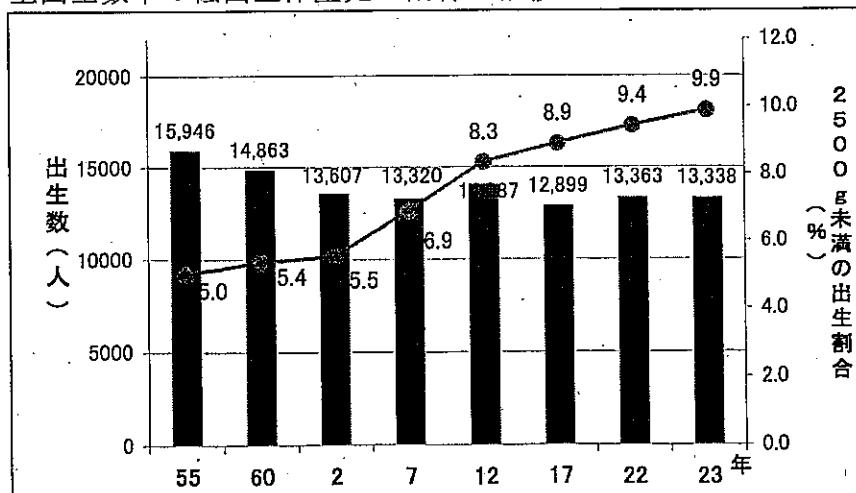
○施策の方向・目標

(健康なひとづくり)

- ・体重は、生活習慣病や健康状態との関連が強く、肥満はがんや循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。このようなことから、「適正体重を維持している人の増加」を目標とします。
- ・また、若年女性のやせは、骨量の減少や低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

低出生体重児増加の要因としては、やせ、低栄養のほか、医療の進歩、多胎妊娠、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等が考えられ、関連する分野において「低出生体重児の割合」を指標とし、その改善をめざします。

図ア-1-5 全出生数中の低出生体重児の割合の推移



(人口動態統計)

- 生活習慣病予防の基本となる、「適切な量と質の食事をとる人の割合の増加」を目標とし、「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」を増加させることを目指し、次の2つの指標を重点に取り組みます。

①「食塩摂取量の減少」

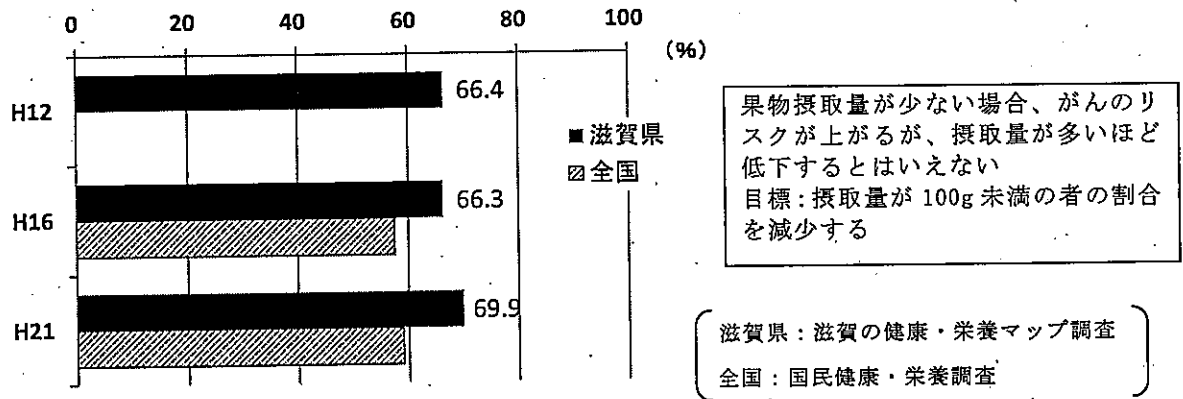
食塩摂取量は、血圧の上昇に関連があり、結果的に循環器疾患と関連します。また、食塩・高塩分食品の摂取は胃がんのリスクを上げることも示されています。

②「野菜・果物の摂取量の増加」

野菜・果物の摂取量の増加は、体重のコントロールに重要な役割をもちます。また、循環器疾患やがんとの関連も示唆されています。

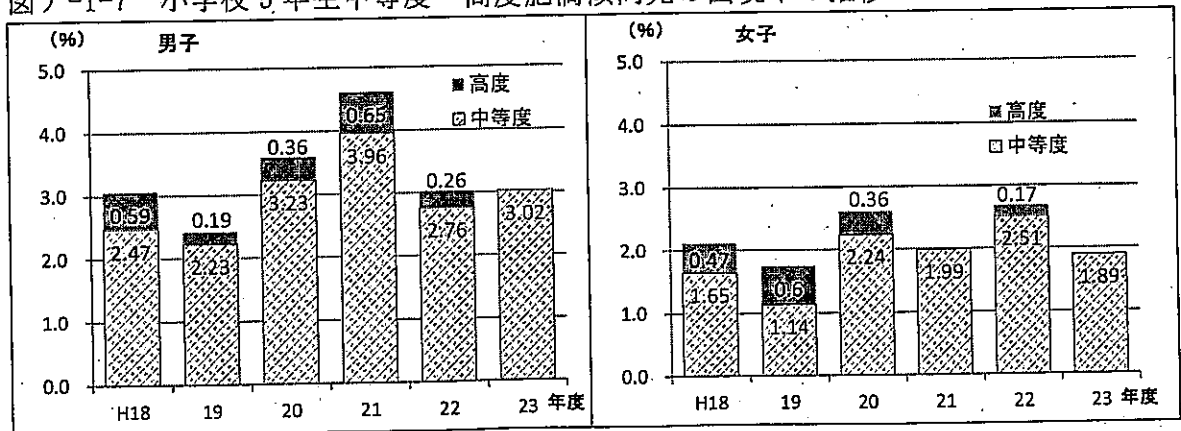
- こうした対策について、特に、若い男性の肥満対策と野菜摂取量の増加に向けた取り組みを関係団体や企業等と連携して進めます。

図ア-1-6 果物1日摂取量が100g未満の者の割合の年次推移（20歳以上）



- また、子どものころからの食習慣の定着が重要であることから、「子どもの朝食の欠食率の減少」「肥満傾向にある子どもの割合の減少」を指標とし、学校や保育所、地域において、生産者や食品関係事業者との連携による、体験を通じた食育を今後とも進めていきます。

図ア-1-7 小学校5年生中等度・高度肥満傾向児の出現率の推移



(滋賀県学校保健統計)

- ・家族との共食（一緒に食べる）頻度と肥満や食物摂取状況との関連が報告されており、学童・思春期の共食の推進は、健康状態や栄養摂取等食習慣の確立につながると考えられます。「家族と一緒に食べる日がない子どもの減少」を目指します。
- ・高齢期の適切な食事は、生活の質だけではなく、身体機能を維持し自立した生活ができるためにも重要です。高齢者の低栄養状態を予防、改善し、適切な栄養状態を維持することができれば、健康寿命の延伸が期待できます。そこで、「低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制」を目指します。
- ・医療機関、介護保健施設、学校、保育所、事業所、行政等の領域において、生活習慣病の発症予防や重症化予防とともに、乳幼児期から高齢期まで対象特性に応じた栄養管理が求められています。こうした様々な場において、管理栄養士等が高度な専門性を発揮できるよう、関係機関等との連携により、資質の向上に向けた取り組みを促進します。

(健康なまちづくり)

- ・健全な食生活の推進のため、食育ボランティア（健康推進員を含む）の活動を把握し、支援、推進します。
- ・地域において、食を通じた世代交流の場づくりをすすめます。
- ・外食の栄養の改善は、多くの人に影響を与え、特に食生活に無関心な層や時間等の条件により健康な食生活が実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できることから、健康に配慮した飲食店・企業等の取り組みを推進します。
- ・また、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、効果的な指導を行います。

○目標値

目標項目	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
肥満者の割合の減少 (適正体重を維持している人の増加)	小5 男子 3.02% 女子 1.89%	減少傾向	
	20~60 歳代男性 25.1%	22%	
	40~60 歳代女性 16.1%	12%	
やせの人の割合の減少 (適正体重を維持している人の増加)	15~19 歳代女性 30.6%	15%	
	20 歳代女性 24.6%	15%	
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.4%	減少傾向へ (H29)	
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)	22.6%	28.6%	
朝食の欠食率の減少	小5 2.7% (H22) 中2 6.3% (H22) 高2 10.7% (H22)	小5 1% 中2 3% 高2 5%	滋賀県食育推進計画に準ずる (目標年度 H29)

目標項目	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
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 14.0% 15~19歳 29.2%	減少傾向へ	
	夕食 12~14歳 0.7% 15~19歳 2.8%	減少傾向へ	
食生活でバランスのとれた食事に気をつけている人の割合の増加	20歳代 男性 19.5% 女性 34.4% 30歳代 男性 26.3% 女性 57.3% 40歳代 男性 32.2% 女性 65.4%	20歳代 男性 30% 女性 55% 30歳代 男性 35% 女性 65% 40歳代 男性 45% 女性 70%	滋賀県食育推進計画に準ずる (目標年度H29)
食塩摂取量の減少 (成人一人当たり平均)	10.6g	8g	
野菜と果物の摂取量の増加 (果物摂取量 100g未満の人の割合の減少)	野菜の平均摂取量 274.6g	350g	
	果物摂取量 100g未満の割合 69.9%	35%	
食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む飲食店登録数の増加	160店 (H23) (外食栄養成分表示店)	350店	
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	56.0% (H22)	67.4%	管理栄養士、栄養士を配置している施設の割合を数値目標とする

②身体活動・運動

○身体活動・運動の意義

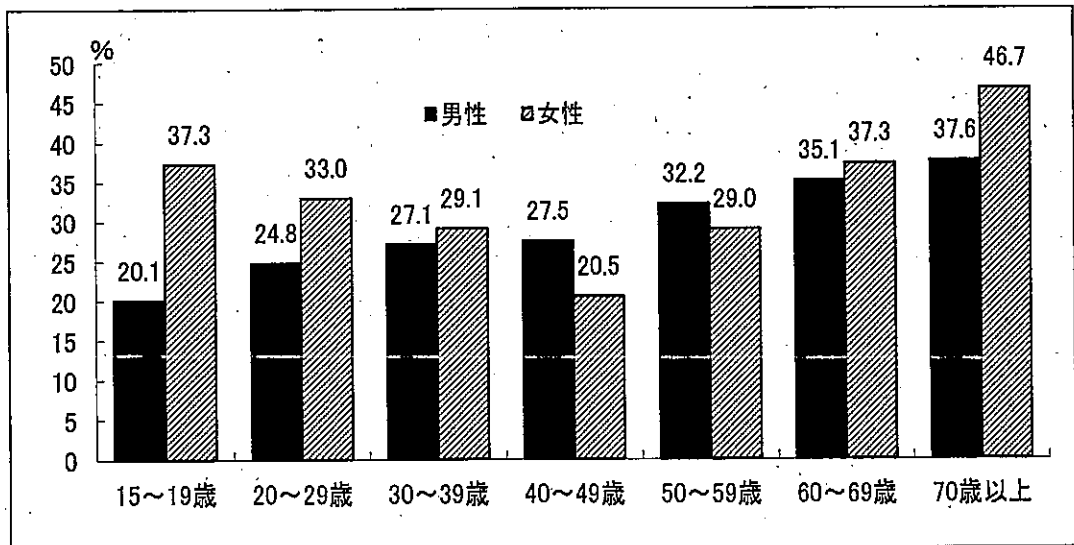
- ・身体活動や運動の量が多い人は、運動量の少ない人と比較して循環器疾患やがんなどのNCD（非感染性疾患）の発症リスクが低いとされており、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いでNCD*による死亡の3番目の危険因子であるとされています。また最近では、身体活動・運動は、高齢者の認知機能や運動器機能の低下などの社会生活機能の低下と関係することとされ、身体活動・運動の意義と重要性が広く認知され実践されることは、健康寿命の延伸に有用です。

（健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料）

○現状

- ・「自分の健康のために意識的に運動をしている人の割合」は、平成12年度は、男性17.3%、女性19.1%でしたが、平成21年度には、男性21.2%、女性20.0%と増加しています。
- ・「徒歩10分のところへ徒歩で行く人の割合」は、平成12年度は、40歳代で、男性20.5%、女性21.1%が、平成21年度には、男性27.5%、女性20.5%、50歳代では、男性25.8%、女性28.3%が平成21年度には、男性32.2%、女性29.0%と男性では増加しています。

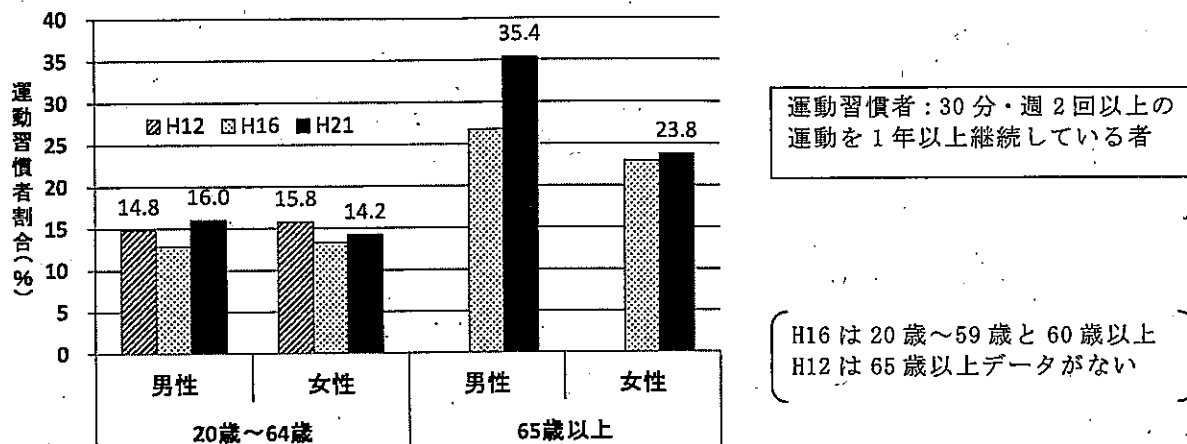
図ア-2-1 徒歩10分の場所へ徒歩で移動する人の割合



（平成21年度滋賀の健康・栄養マップ調査）

- ・「運動を継続している人の割合」は、平成12年度は、男性38.3%、女性37.3%でしたが、平成21年度は、男性36.3%、女性31.2%と減少しています。（滋賀の健康・栄養マップ調査）20歳～64歳と65歳以上で運動を継続している人の割合をみると、65歳以上では男性35.4%、女性23.8%で、20歳～64歳に比べて高い状況です。

図ア-2-2 運動習慣者の割合の年次推移



(対策の経過)

- ・ 県民の運動習慣定着を促進し、市町にその手法を普及させるため、平成16年度～17年度に、「健康運動カレッジ」を開催し、その手法をまとめ、平成18年3月に「運動を中心とした健康づくり支援の企画・運営マニュアル」を作成しました。
- ・ また、このマニュアルの普及および、市町や職域等の運動実践教室等の支援、ウォーキングの啓発等を推進するため、健康運動支援ネットワーク事業（平成18年度から22年度）、糖尿病予防のための運動普及事業（平成23年度から）を実施してきました。
- ・ 平成18年（2006年）度には国民が自分の目標を設定するための身体活動量、運動量および体力の基準値として「健康づくりのための運動基準2006」が厚生労働省より示され、この基準を周知し、健康づくりの運動について啓発してきました。

○施策の方向・目標

(健康な人づくり)

- ・ 意識的に運動をしている人の割合が増加する等、身体活動や運動の必要性を認識している人は増えていますが、実際の行動に至らない状況です。そのため、今後は、「意欲」や「動機付け」を指標とするのではなく、「歩数の増加」や「運動習慣のある人の増加」など、実際に運動をしている人の割合を増加させることをめざします。
- ・ 男性に比べて女性、特に40歳代の女性の運動習慣が低い傾向にあり、働き盛り世代、女性をターゲットとした働きかけを推進します。
- ・ 歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく、余命も長いことが知られています。高齢者における歩行速度は65歳以降、緩やかな直線的な低下を示し、閾値に達する頃に日常生活に不自由が生じ始めます。このことから、高齢者の運動器の健康維持はきわめて重要です。この運動器の健康維持を広く普及することとし、「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」を目標とします。

(健康なまちづくり)

- ・ 県民が運動しやすいまちづくり、環境整備を目標とし、各市町や職域における住環境や就労環境の改善に取り組みます。
- ・ 共に運動する仲間づくりがすすむよう、関係団体等の活動を促進します。

○ 目標値

目標項目	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	(参考値) 週に3日以上 (H22) 小5 男子 62.3% 女子 32.7%	増加傾向へ (目標値については今後検討)	
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 29.7% 女性 29.0%	20歳~64歳 男性・女性 40%	
	65歳以上 男性 35.4% 女性 23.8%	65歳以上 男性・女性 50%	
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 参考値 15.1%	80%	
運動習慣者の割合の増加 (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)	20歳~64歳 男性 16.0% 女性 14.2%	20歳~64歳 男性 26% 女性 25%	
	65歳以上 男性 35.4% 女性 23.8%	65歳以上 男性 45% 女性 34%	
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	10市町 (H24)	全市町	

③休養・こころの健康

○休養・こころの健康の意義

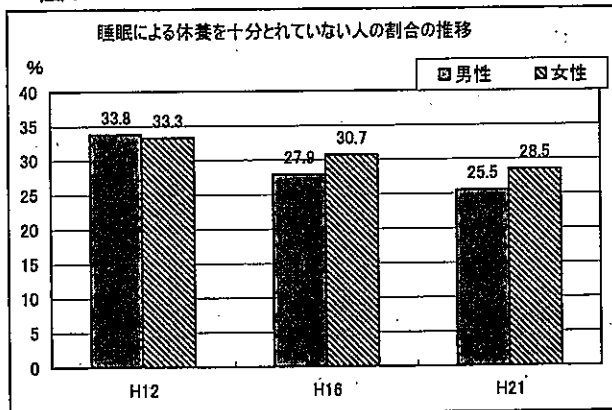
- ・こころの健康を保つためには、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活などが重要となり、これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素です。
- ・健康づくりのための休養には、「休む」と「養う」ことの二つの機能が含まれており、各個人の健康や環境に応じて、これら両者の機能を上手に組み合わせることにより、健康づくりのための休養が一層効果的なものとなります。
- ・うつ病は、こころの病気の代表的なものであり、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患で、自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

(健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料)

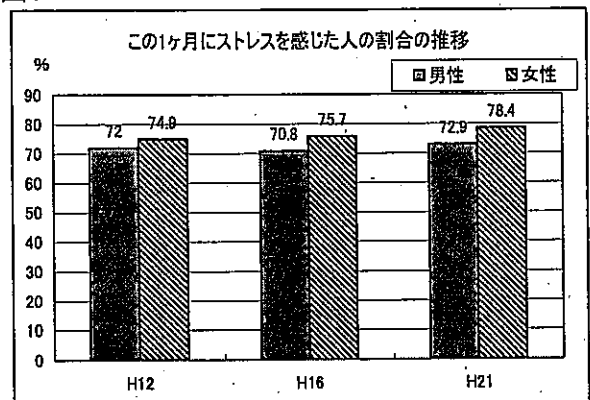
○現状

- ・「睡眠による休養を充分にとれていない人の割合」は、平成12年度は、男性33.8%、女性33.3%でしたが、平成21年度には、男性25.5%、女性28.5%と減少しています。
- ・「この1ヶ月にストレスを感じた人の割合(10~60歳代)」は、平成12年度は、男性72.0%、女性74.9%でしたが、平成21年度には、男性72.9%、女性78.4%と増加しています。

図ア-3-1



図ア-3-2

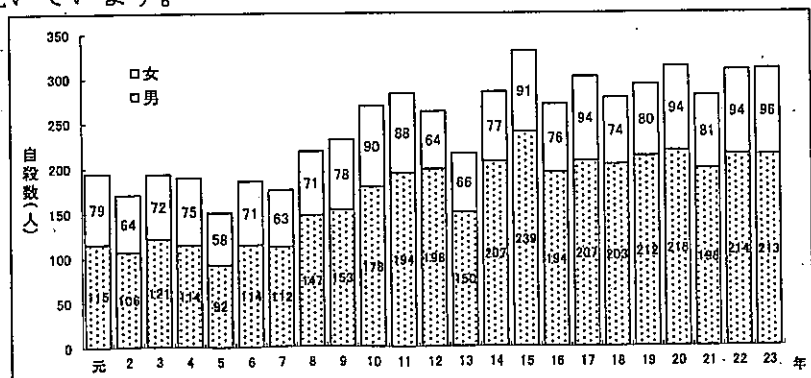


(滋賀の健康・栄養マップ調査)

- ・厚生労働省の患者調査によると、うつ病を含む気分障害の患者が増加しており、平成8年に約4千人あったものが、平成20年には8千人となっています。
- ・人口動態統計によると、県内の自殺者数は、平成10年は268人、平成18年は277人、平成23年は309人であり、全国の自殺者数は減少傾向ですが、本県では年による変動はあるものの、高い状況が続いています。

図ア-3-3

自殺死亡数の年次推移
(人口動態統計)



(対策の経過)

- ・県では、平成 22 年 7 月に「滋賀県自殺対策指針」を策定し、こころの健康づくり、うつ病等への早期対応、相談体制の充実等を推進しています。
- ・自殺予防週間、いのちの日、自殺対策強化月間等で、県民への啓発を進めています。

○施策の方向・目標

(健康な人づくり)

- ・睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断力を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることが多く、また、肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因ともされることから、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ます。
- ・ストレスを感じている人は増加傾向であり、過度のストレスは、精神的健康や身体的健康に影響を及ぼすことから、ストレスをコントロールすることが重要です。そこで、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・気分転換の取り組みについての情報提供等を進めます。

(健康なまちづくり)

- ・自殺予防のため、こころの健康を高め孤立を防ぐ地域づくりを進めます。そのため、県民の方や、地域のキーパーソンへの普及啓発を行います。
- ・県民が、職場や学校、地域などで、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、各種の講演会や研修会等を実施します。
- ・こころの健康問題に対応できる相談機関を充実するとともに、周知します。

○目標値

目標項目	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 (20 歳以上)	23.3%	16%	
この 1 ヶ月間に、不満、悩み、ストレスを感じている人の減少 (20 歳以上)	男性 68.8% 女性 73.4%	男性 59% 女性 63%	
自殺者の減少	309 人 (H23)	249 人 (H29)	滋賀県自殺対策基本方針による
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	44.5% (H23)	100%	滋賀県労働条件実態調査
ワークライフバランスの取り組みで労働時間削減を実施している割合	46.1% (H23)	増加傾向へ	

④喫煙

○喫煙の健康影響

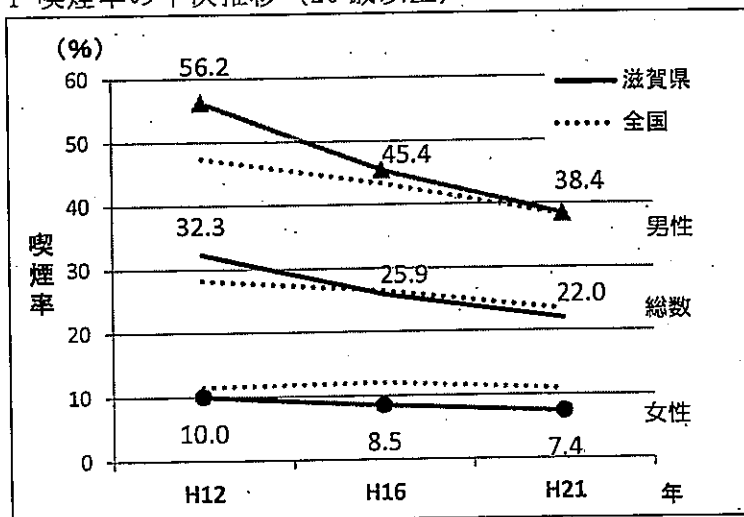
- ・喫煙による健康被害は、多数の科学的知見によりその因果関係が確立しています。具体的には、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常、歯周病等の原因になるとされています。また、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がん、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群（SIDS）等の原因です。
- ・たばこの消費を継続的に減らすことによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができることから、たばこ対策の着実な実行が求められています。

(健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料)

○現状

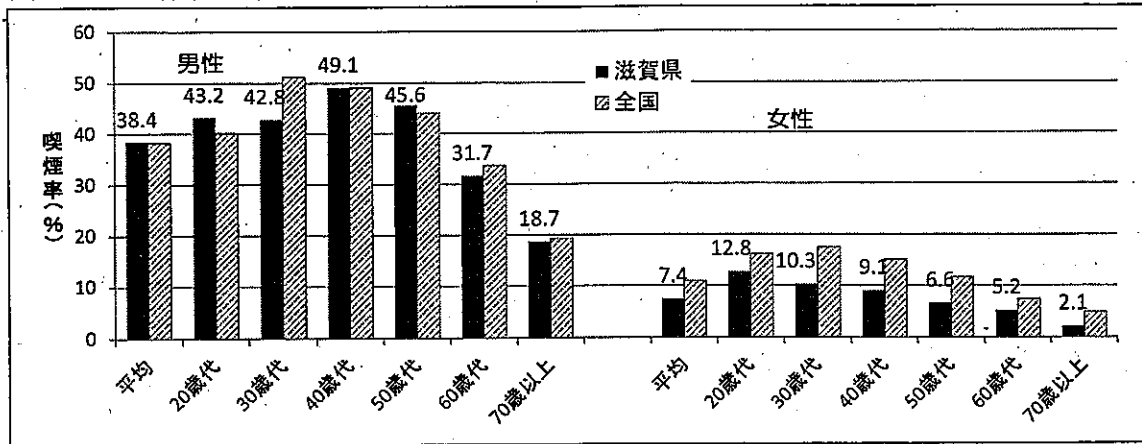
- ・成人の喫煙率 (20 歳代～60 歳代) は、平成 12 年度は、男性 56.2%、女性 10.0%でしたが、平成 21 年度には、男性 38.4%、女性 7.4%と男女ともに減少しています。
- ・喫煙が及ぼす健康影響についての知識を持つ者の割合は、平成 16 年度調査から大きく増えたとは言えませんが、喫煙と歯周病・肺気腫等との関連についての知識を持つ者は増加しています。
- ・未成年者の喫煙率は、平成 12 年度は、男性 10.7%、女性 2.1%、平成 21 年度は、男性 3.8%、女性 2.3%となっています。
- ・官公庁の禁煙、分煙は健康増進法により普及しており、市町庁舎の敷地内・建物内禁煙は 79.4%です。
- ・市町が実施主体である健康増進事業に基づく、禁煙プログラムを実施している市町数は、5 市町です。

図ア-4-1 喫煙率の年次推移 (20 歳以上)



(厚生労働省 国民健康・栄養調査報告、滋賀県 滋賀の健康・栄養マップ調査)

図ア-4-2 成人の喫煙率（20歳以上）



(厚生労働省 平成 21 年国民健康・栄養調査報告、滋賀県 平成 21 年度滋賀の健康栄養マップ)

(対策の経過)

- ・本県では、平成 14 年（2002 年）12 月に、「健康しが たばこ対策指針」を策定し、たばこの健康への影響に関する普及啓発を進めるとともに、未成年者の防煙（喫煙防止）、受動喫煙を防止するための分煙対策、喫煙習慣を改善するための禁煙支援を進めてきました。
- ・その後、国において平成 15 年に施行された健康増進法において、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙防止のための措置を講じることが努力義務として規定されました。また、平成 17 年 2 月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約」に批准、さらに、平成 22 年厚生労働省健康局長通知（「受動喫煙防止対策について」）では、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべきとされました。
- ・これらの流れを受け、平成 22 年 11 月に「健康しが たばこ対策指針」を改定しました。
- ・本県では、平成 16 年から飲食店での受動喫煙を防止するため「受動喫煙ゼロのお店」推進事業を開始し、平成 23 年度末現在 237 店が登録しています。

○施策の方向・目標

(健康な人づくり)

- ・喫煙による健康影響を低下させるため、成人の喫煙率を低下させることを目指します。
- ・「健康日本 21（第二次）」では、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」こととされており、喫煙をやめたい人が禁煙する環境整備を推進します。
- ・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正確で十分な情報提供を行います。
- ・また、いったん習慣化した喫煙行動を中断することが困難であることから、未成年の喫煙開始を防止し、「喫煙習慣を持たない」世代の育成を推進します。
- ・さらに、妊婦の喫煙は、妊娠合併症のリスクを高め、児の低体重等のリスクとなることから、妊娠中の喫煙をなくすことを目指し、たばこを吸わない世代の育成を妊娠期から

始めることとします。

(健康なまちづくり)

- ・受動喫煙防止対策では、受動喫煙の機会が少なくなることが重要です。そのため、医療機関、官公庁等の公共の場の禁煙に加え、職場における受動喫煙防止対策の推進のほか、子どもへの受動喫煙防止対策の観点から、家庭での受動喫煙防止の普及啓発を行います。
- ・「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	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	男性 38.4% 女性 7.4%	男性 27.2% 女性 4.4%	
未成年者の喫煙をなくす (15~19歳の喫煙者の割合)	男性 3.8% 女性 2.3%	0%	
妊娠中の喫煙をなくす	今後モニタリング予定		
受動喫煙対策を実施している機関の増加(行政機関・医療機関)	行政機関 79.4% (H24) (敷地内・建物内禁煙) 医療機関 80.5% (H24) (受動喫煙対策実施)	100%	行政機関(滋賀県禁煙・分煙実態調査) 医療機関(病院機能調査)
受動喫煙の機会の減少 (家庭)	12.6%	4%	
(職場)	34%(職場・学校での受動喫煙 20歳以上)	受動喫煙のない職場の実現	*今後職場でもモニタリング
(飲食店)	40.4%	14%	

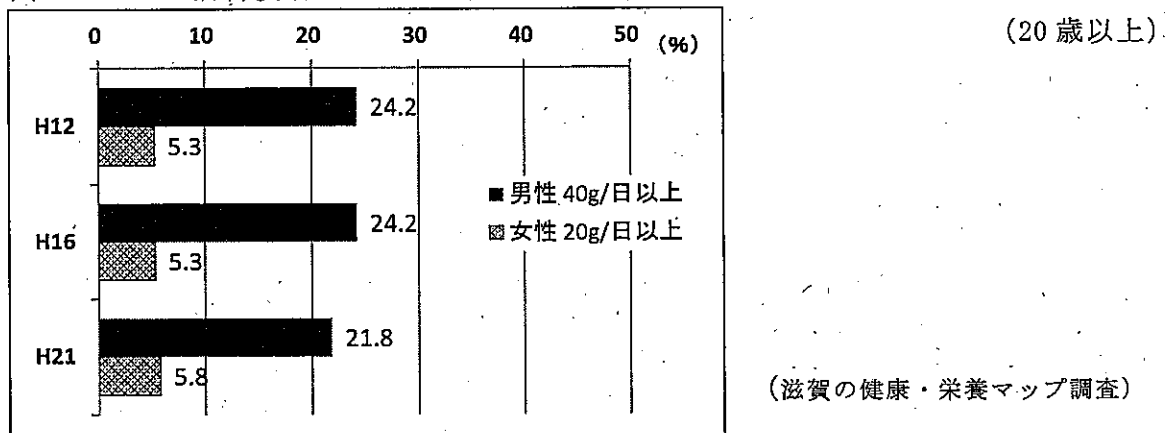
⑤ 飲酒

○ 飲酒の健康影響

- ・ 飲酒の健康影響は、WHOの推計によると、死亡への負荷は第8位ですが、死亡以外の有病や障害なども加味すると3番目に大きな健康リスクといわれています。
- ・ 平成15年（2003年）に実施された全国飲酒実態調査に基づく推計では、アルコール依存症が疑われる人は、全国で440万人、アルコール依存症の診断を満たす人は約80万人と推計されました。また、患者調査の結果によると、総患者数（調査日現在において、継続的に医療を受けているアルコール依存症患者数）の推計値は、平成11年が3.7万人、平成14年が4.2万人、平成17年が4.3万人、平成20年が4.4万人と増加傾向にあります。
- ・ 生活習慣病のリスクを高める飲酒量は、1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上とされています。

（健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料）

図ア-5-1 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の年次推移



○ 現状

- ・ 20歳代～60歳代の多量飲酒者（1日平均純アルコール60g以上、日本酒なら3合程度以上）の割合は、平成12年度は、男性7.4%、女性0.4%でしたが、平成21年度には、男性8.3%、女性1.2%と増加しています。
- ・ 未成年者の飲酒は、平成12年度は、男性12.7%、女性11.5%が、平成21年度には、9.2%、7.0%と減少しています。
- ・ 「節度のある飲酒を1合と知っている人の割合」は、平成16年度は、男性51.3%、女性55.2%、平成21年度は、男性77.8%、女性72.9%と増加しています。

(対策の経過)

- ・ アルコール関連問題への対策は、基本的には地域や教育現場での予防活動を中心として、教育機関との連携による未成年者へのアルコール教育や、地域関係機関や企業などを通しての一般の市民向けへのセミナーなどを実施して、「節度ある適度の飲酒」の啓発を行ってきました。
- ・ また、地域で住民への健康づくり支援を行っている市町等職員を対象とした、アルコー

ル依存症についての研修を行って来ました。

○施策の方向・目標

(健康な人づくり)

- ・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。
- ・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、未成年者の飲酒をなくすことを目指します。
- ・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、妊娠中の飲酒をなくすことを目指します。

(健康なまちづくり)

- ・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、適切な介入が必要です。そのため、従事者の資質向上のための適切な情報提供や研修が必要です。
- ・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	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
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 (一日あ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)	男性 21.8% 女性 5.8%	男性 18.5% 女性 5.0%	
未成年者の飲酒をなくす (15~19歳の飲酒者の割合)	男性 9.2% 女性 7.2%	0%	
妊娠中の飲酒をなくす	今後モニタリング予定		

*表 主な種類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶 1本 500ml)	清酒 (1合 180ml)	ウイスキー ・ブレンデード (ダブル 60ml)	焼酎(25度) (1合 180ml)	ワイン (1杯 120ml)
アルコール 度数	5%	15%	43%	25%	12%
純アルコー ル量	20g	22g	20g	36g	12g

⑥ 歯・口腔の健康

○ 歯・口腔の健康の意義

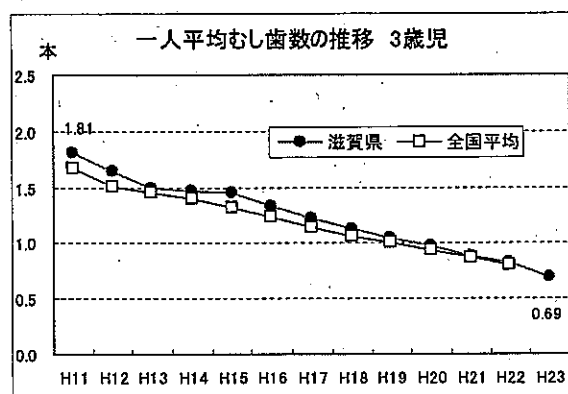
- ・健康でいきいきとした生活を送るために、「食べる」「話す」などの機能を果たす口腔の健康が重要です。
- ・歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は生活の質に大きく関連することから、歯の喪失原因の二大疾患である、むし歯と歯周病を予防することが大切です。

(健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料)

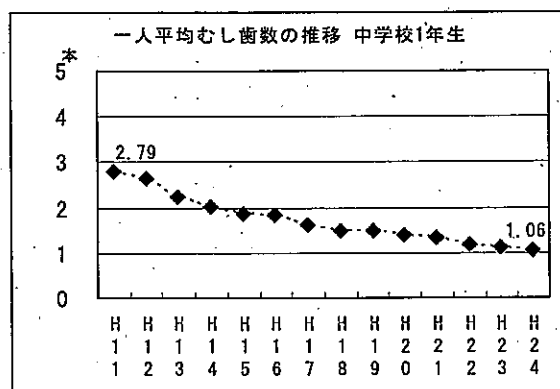
○ 現状

- ・自分の歯でよく味わって食べていくために“80歳で20本以上の歯を保とう”という8020運動が、全国的に展開されています。本県では、80歳以上で20本以上の歯をもつ者は、15.5% (平成21年度滋賀の健康・栄養マップ調査) となっています。
- ・また、60歳代で24本以上の歯を有する者は49.5%となっています。傾向としては、加齢により歯を喪失せず一生涯自分の歯を多く持つ者が増えてきており、その結果、食生活を営むうえで、噛むことに満足している者は年々増加しています。
- ・むし歯は、乳幼児や学齢期において、年々減少してきていますが、罹患状況は圏域によって差があります。歯周病については、県での罹患状況は把握できていませんが、成人の約8割に歯肉炎や歯周炎などの所見があるとされており (平成23年歯科疾患実態調査)、現状把握も含め対策の充実が必要です。

図ア-6-1



図ア-6-2



- ・歯周疾患と糖尿病が相互の病状に影響するなど、近年歯周疾患と全身疾患についての関連があることがわかってきました。相互の効果的な治療のため、医科と歯科の連携による治療体制の構築を推進しており、糖尿病治療における医科と歯科の連携状況としては、歯科診療所では31診療所(6.5%)、病院歯科では15病院(100%)で連携がある状況です^{※1}。また、医科の一般診療所では69診療所(10.7%)、病院では38病院(77.6%)で糖尿病治療において歯科と連携している状況です^{※2}

(※1 医科から歯科・歯科から医科への患者情報提供状況調査より 平成24年3月現在)

(※2 医療機能および医療連携実態調査より 平成24年8月現在)

- ・たばこは歯周病を悪化させる要因になりますが、たばこが歯周病を進行させる原因になると知っている者は、72%となっています。

(対策の経過)

- ・ 県では、平成 6 年より歯科保健に関する計画を策定し、その間、平成 13 年、平成 23 年に二度の改定を行い、歯科疾患の予防、口腔機能維持向上のための対策等を推進しています。
- ・ 歯の衛生週間等で、県民への啓発を進めています。

○施策の方向・目標

(健康な人づくり)

- ・ 定期的に歯科健診や歯石取りを受けることは、むし歯予防や歯周病予防として大変重要です。定期的に歯科健診を受ける人は少しずつ増えている状況ですが、さらに増加させることを目指します。
- ・ むし歯は、ジュースやおやつを頻回に摂取することが罹患リスクの要因となります。そのため、市町の乳幼児健診時において積極的に歯科保健指導（支援）や情報提供が行えるよう支援します。
- ・ 歯周疾患は、適切な歯磨きや歯石除去等により予防することが可能なことから、歯磨き習慣の定着化や歯間清掃用具の使用等について、歯科保健指導等の機会を通じて推進します。また、禁煙は歯周病治療の改善の大きな要因となることから、禁煙支援による歯周疾患対策について推進します。

(健康なまちづくり)

- ・ 市町においては、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。
- ・ 職域での歯周疾患対策について、効果的かつ実施可能な取り組みの普及について検討します。
- ・ むし歯を予防するには、規則正しい食生活や歯磨き習慣の定着とともに、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。
- ・ 歯周病治療および糖尿病治療の相互の治療充実のため、医科歯科連携による糖尿病および歯周病の治療を推進します。

○目標値

目標項目	現状値 (H21)	目標値 (H34)	備考
80 歳以上で 20 本以上の自分の歯がある人の割合の増加	15.5%	50%	滋賀県歯科保健計画と整合をとる
口腔機能の維持向上 (60 歳代で噛むことに満足している人の割合の増加)	59.4%	70%	
60 歳代で 24 本以上の自分の歯がある人の割合の増加	49.5%	60%	

目標項目	現状値 (H21)	目標値(H34)	備考
20歳代で歯ぐきから血が出る人の割合の減少	34%	25%	滋賀県歯科保健計画と整合をとる
12歳児の一人平均むし歯数の減少	1.06本 (H24)	0.5本	
3歳児でむし歯のない人の割合の増加	80.3% (H23)	90%	
定期的に歯科健診を受ける人の割合の増加	30歳代 14.5% 50歳代 20.5%	30歳代 20% 50歳代 40%	

イ 生活習慣病の発症予防と重症化予防

健康寿命の延伸のためには、生活習慣病の予防・重症化予防が必要です。特に主要な死亡原因であるがんおよび循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるCOPDへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題です。

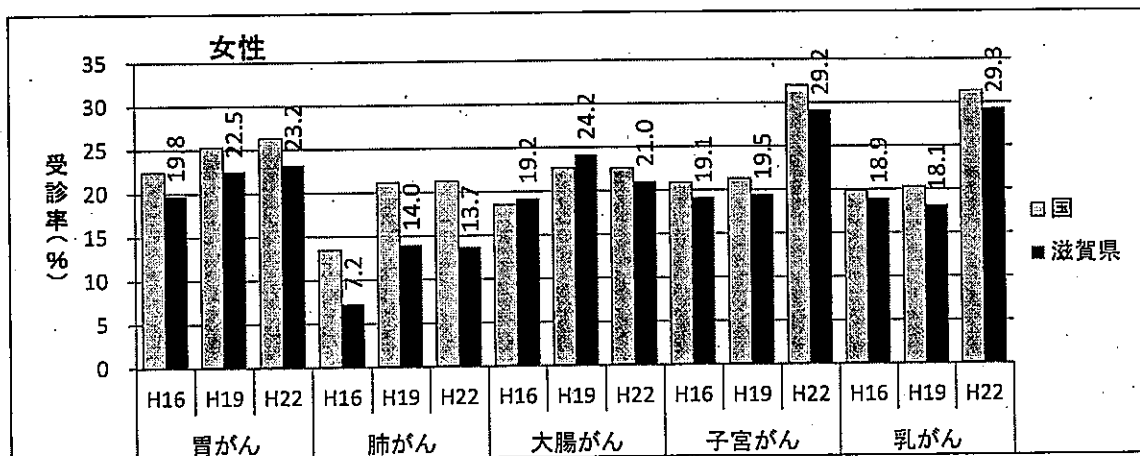
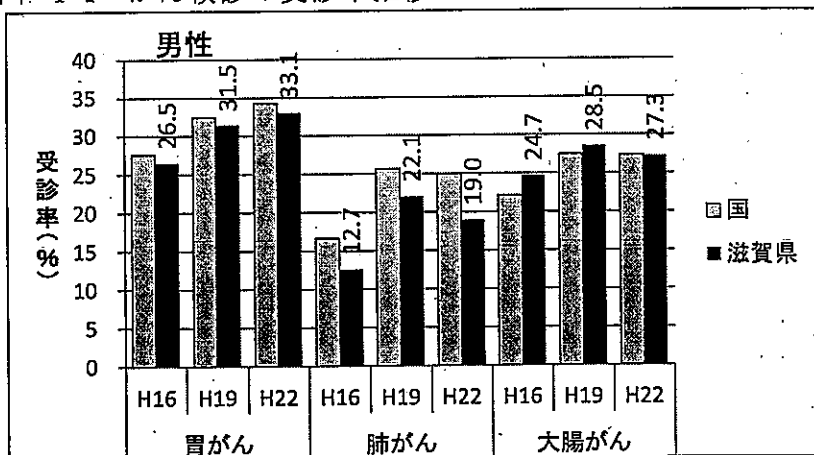
(健康日本 21 (第2次) の推進に関する参考資料)

①がん

○現状

- ・平成 23 年人口動態統計によると、滋賀県でがんにより死亡した県民は約 3417 人（男性 2090 人、女性 1327 人）で、総死亡の約 30% を占めています。がんによる死亡数を部位別に見ると、男性では、肺がん、胃がんの順に多く、女性では、肺がん、大腸がん、胃がんの順に多い状況です。（人口動態統計調査より）
- ・がん検診の受診率は、全国と比べて低い状況にあります。（国民生活基礎調査より）

図イ-1-1 がん検診の受診率推移



(国民生活基礎調査)

- ・肺がん・胃がん・大腸がんの合計年齢調整死亡率は平成 10 年で 75.7 でしたが、平成 21 年は、57.8 と減少しました。
- ・年齢調整死亡率の推移を部位別にみると、男性では胃がんが減少傾向にあり、肺がんお

よび大腸がんは、平成 12 年頃までは増加傾向でしたが、その後減少傾向にあります。しかし、膵がんおよび前立腺がんが増加傾向がみられます。また、女性では胃がんが減少傾向にあり、子宮がんは平成 2 年まで減少傾向でしたが、その後横ばいとなっています。大腸がんは男性と同様で、平成 12 年頃までは増加傾向でしたが、その後減少傾向にあります。しかし、乳がんおよび膵がんが増加傾向がみられます。

- ・男性の肺がんの標準化死亡比(SMR)は平成 10 年が 119 でしたが、平成 21 年が 108.6 と減少しています。
- ・女性の胃がんの標準化死亡比(SMR)は平成 10 年が 113.2 でしたが、平成 21 年が 112.4 と変わらない状況です。

(対策の経過)

- ・滋賀県のがん予防対策を総合的に推進するための指針として平成 15 年 9 月に「滋賀県がん予防戦略」を策定し、一次予防から三次予防にいたるまで一貫した施策を進めてきました。
- ・こうした中、平成 19 年 4 月に「がん対策基本法」が施行され、同年 6 月「がん対策推進基本計画」が閣議決定されました。本県においては、平成 20 年 12 月にがん対策を強力に推進するため「滋賀県がん対策推進計画」を策定し、平成 23 年 3 月中間評価を行いました。平成 25 年度より「第 2 期滋賀県がん対策推進計画」により対策をすすめます。

○施策の方向・目標

(発症予防)

- ・がんのリスクを高める要因として、喫煙(受動喫煙を含む)、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分の過剰摂取、がんに関連するウイルスや細菌への感染があります。これらのリスクを低減させるため、正しい知識の普及・啓発および環境整備を推進します。
- ・がん検診の受診率は増加していますが、いずれも全国平均を下まわっていることから、受診率 50%に向けて、市町、企業や関係団体に積極的に働きかけを行います。
- ・がん検診精密検査受診率についても向上していますが、100%達成に向けてさらに働きかけを行います。
- ・市町で行うがん検診について、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。

(重症化予防)

- ・進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なことは、早期発見です。定期的ながん検診の受診と、自覚症状がある場合にはいち早く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。
- ・がんの年齢調整死亡率を減少させるため、がん予防及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揚げられている放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実等のがん医療への対応や、小児がん対策の充実等を総合的かつ計画的に実施して行きます。

○目標値

目標項目	現状値 (H22)	目標値 (H29)	備考
75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万対)	75.0 男性 96.8 女性 54.3	63.7 男性 82.4 女性 46.6	滋賀県がん対策推進計画と整合をとる
がん検診の受診率向上 (胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん 40~69歳)	胃がん 男性 35.9% 女性 26.6%	50%	
	肺がん 男性 20.5% 女性 15.6%		
	大腸がん 男性 28.2% 女性 23.9%		
	子宮頸がん 女性 34.7%		
(子宮頸がん 20歳~69歳) 乳がん 女性 28.7%			

②循環器疾患

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患はがんと並んで主要死因となっており、平成 22 年人口動態統計では、25.8%と 4 人に一人が循環器疾患で亡くなっている状況です。

循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理が重要で、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の 4 つがあります。このうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）についてここでとりあげることとし、喫煙と糖尿病については別に記載します。

また、関連する生活習慣として、栄養・食生活、運動、飲酒がありますが、別に記載します。

(健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料)

○現状

- ・カリウム摂取量については、平成 12 年度調査 2.78 g、平成 21 年度調査 2.19 g と有意に減少しています。(滋賀の健康・栄養マップ調査)
- ・食塩の摂取量は低下していますが目標としていた 10 g 未満には届かない状況です。
- ・高血圧症で服薬中の人の割合は、平成 20 年度 30.2%、平成 23 年度 34.9%となっています。(特定健診・特定保健指導法定報告(市町国保分))
- ・脂質異常症で服薬中の人の割合については、平成 20 年度 18.3%、平成 23 年度 16.9%となっています。(特定健診・特定保健指導法定報告(市町国保分))

(対策の経過)

- ・適切な栄養・食生活の理解のため、「滋賀いきいき食生活ガイド」の作成や「食事バランスガイド」の普及・啓発を実施しました。
- ・健康づくり運動支援ネットワーク事業により、運動実践のための支援体制を推進しました。あわせて、「健康づくりのための運動基準 2006」を啓発しました。
- ・食の環境整備として、外食栄養成分表示を推進しました。
- ・平成 20 年度から実施された特定健診・特定保健指導について、従事者研修を実施する等支援してきました。

○施策の方向

(発症予防)

- ・循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理であり、そのためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。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、必要とされる対策については該当項目に記載しています。
- ・その他として、循環器疾患と危険因子の関連、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促進します。保健指導が必要な人が支援を受けられるため、健診受診率の向上に向けた働きかけを促進します。
- ・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。

(重症化予防)

- ・高血圧及び脂質異常症の治療率をあげるため、受診継続のための支援が必要です。
- ・高血圧及び脂質異常症、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かわり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、各医療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	現状値 (H22)	目標値 (H34)	備考
脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万対)	脳血管疾患 男性 42.8 女性 24.2	男性 36.0 女性 22.2	
	虚血性心疾患 男性 30.5 女性 14.2	男性 26.3 女性 12.7	
高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	男性 130.2mmHg 女性 127.8mmHg	男性 126mmHg 女性 124mmHg	市町国民健康保険データ
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 10.6% 女性 16.3%	男性 8.0% 女性 12.2%	市町国民健康保険データ
メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少	H20に比べて 2.3%減少	H20に比べて 25%減少(H29)	医療費適正化計画と整合
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査 42.6% 特定保健指導 13.0%	70%(H29) 45%(H29)	

③糖尿病

糖尿病実態調査をもとにした滋賀県糖尿病患者推計によると、平成 19 年では糖尿病を強く疑う者約 11 万 6 千人、糖尿病を否定できない者約 16 万 7 千人と増加しています。

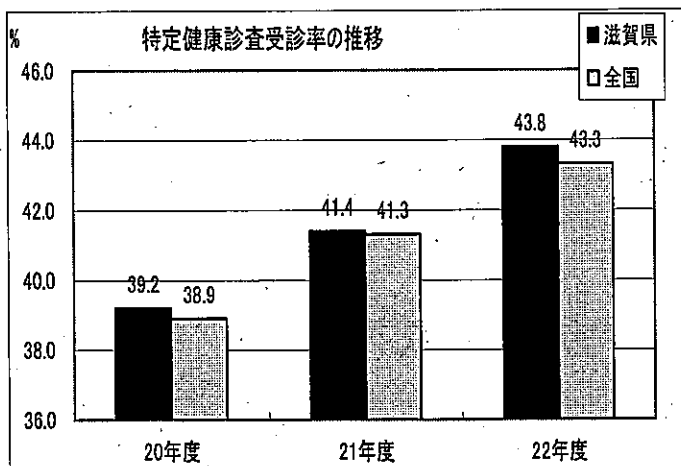
糖尿病は血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどにより、生活の質ならびに社会経済的活力に多大な影響を及ぼします。

(健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料)

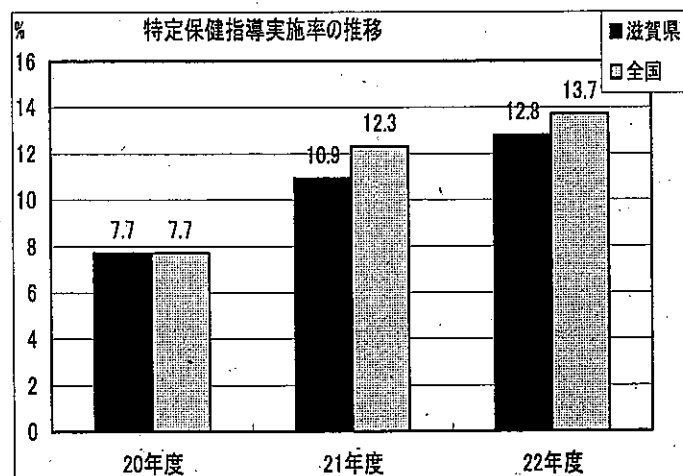
○現状

- ・糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・保健指導が実施されています。
- ・平成 22 年度の特定健康診査の受診率は、42.6%、特定保健指導の実施率は 13.0%でした。

図イ-3-1



図イ-3-2



- ・特定健康診査の結果、医療受診が必要となった人への受診勧奨はすべての市町国民健康保険保険者で実施されていますが、未受診者への働きかけを行っているのは 63.2%でした。
- ・平成 20 年患者実態調査では、滋賀県において医療機関に受診している糖尿病患者数は、約 2 万 6 千人と推計されます。
- ・平成 18 年に滋賀県医師会が実施した糖尿病実態調査によると、調査機関に医療機関を受診した糖尿病患者について 19,039 例の報告がありました。そして、その管理状況をみると、全登録患者の平均 HbA1c は 6.9% (JSD 値) であり、平成 12 年の同調査と同じ値でした。全登録患者の 60%、薬剤治療患者の 70% が HbA1c 6.5% 以上と血糖管理は不良な状況でした。
- ・日本透析医学会および滋賀透析研究会の調査によると、県内の慢性透析患者数は増加しており、平成 23 年 12 月末現在で、2,862 人となっています。また、新規透析導入患者のうち導入原疾患が糖尿病性腎症の割合は 39.7% と最も多くを占めており、課題となっています。

(対策の経過)

- ・平成 16 年度に滋賀県糖尿病対策推進プランを策定し、糖尿病対策を具体的に推進するため、滋賀県糖尿病対策マニュアルを作成しました。
- ・平成 23 年度には、医療連携体制の構築を目指して、滋賀県糖尿病地域医療連携指針を策定しました。
- ・平成 20 年度から実施された特定健診・特定保健指導の実施を推進・支援してきました。

○施策の方向

(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も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促進します。保健指導が必要な人が支援を受けられるため、健診受診率の向上に向けた働きかけを促進します。
- ・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。

(重症化予防)

- ・未治療の人や、治療を中断している人をさらに減少させるために、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。
- ・治療中の人により積極的な保健指導を実施できるよう体制を促進します。
- ・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、二次医療圏ごとの医療連携体制の構築を推進します。

○目標値

目標項目	現状値 (H22)	目標値 (H34)	備考
(再掲)メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少	H20 に比べて 2.3%減少	H20 に比べて 25%減少 (H29)	医療費適正化計画 と整合
(再掲)特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査 42.6%	70% (H29)	
	特定保健指導 13.0%	45% (H29)	
糖尿病有病者の減少 (増加の抑制)	8.0%	8.0%	糖尿病有病者の増加が見込まれるが、割合は増加しないことを目指す(市町国保データ)
治療継続者の割合の増加	50.8%	61%	市町国保データ

目標項目	現状値 (H22)	目標値 (H34)	備考
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	0.6%	0.5%	HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少(市町国保データ)
合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	137人	126人	新規導入率8%低下

④ COPD (慢性閉塞性肺疾患)

COPD (慢性閉塞性肺疾患) は、主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを愁訴として徐々に呼吸障害が進行します。かつて、肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。

COPDの原因の90%はたばこの煙によっており、喫煙者の20%がCOPDを発症するとされています。

(健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料)

○現状

(国の現状)

- ・2000年の日本における、40歳以上のCOPD有病率は、8.6%、患者数530万人と推定されています。一方、2008年患者調査によると、医療機関に入院又は通院しているCOPD患者数(治療患者数)は約17万3千人に過ぎず、大多数の患者が未診断、未治療の状況であると推察されます。
- ・COPDによる死亡数は増加傾向にあり、平成22年には16,293人となり、死亡順位9位で、男性では7位になっている。

(本県の現状)

- ・平成22年人口動態統計によると、滋賀県のCOPD(慢性閉塞性肺疾患)による死亡数は男性138人、女性31人です。
- ・平成24年度「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、COPDの認知度(名前は聞いたことがある・どんな病気かよく知っている)は29.1%でした。

○施策の方向

- ・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。

○目標値

目標項目	現状値 (H24参考値)	目標値(H34)	備考
COPD認知度の向上	29.1%	80%	

(3) 健康なまちづくり

ア 健康を支援する住民活動の推進

○現状と施策の方向

- ・地域のつながりが健康に影響するといわれています。また、健康でかつ医療費が少ない地域の背景には「いいコミュニティ」があることが指摘されています。これらのことから、「いいコミュニティ」が健康づくりに貢献すると考えられます。
- ・平成24年「滋賀の医療福祉に関する県民意識実態調査」によると、地域のつながりがいい方だと思う人（強い方だと思う・どちらかといえば強い方だと思う）は36.9%で、域別に見ると、東近江・湖北圏域はつながりが強いと思っている人が多く、4割を超えていました。
- ・県民一人ひとりが、主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深め、楽しく主体的に健康づくりに取り組むことを促進します。
- ・これまで、健康づくりのボランティアとして、健康推進員が地域で活動を展開しており、平成24年度は3,794人が活動を行っています。また、食育推進ボランティアの登録数は平成23年度3,341人です。今後とも健康づくり・食育推進のための活動を促進します。
- ・子どもから高齢者までが参加できる健康づくりを目的とした主体的活動の展開が必要で、すでに実施されている生涯スポーツ、福祉、防災等の様々な地域活動のネットワークに、健康の視点を取り入れていけるよう支援していきます。

○目標値

目標項目	現状値	目標値(H34)	備考
地域のつながりの強化	36.9% (H24参考値)	50%	
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増加	425団体(H23)	850団体	参考：(介護予防・食育ボランティア団体数)

イ 健康を支援する社会環境整備

○現状と施策の方向

- ・健康を支え、守るための社会環境が整備されるために、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことができるよう支援します。
- ・職業生活等において強いストレス等を感じる労働者は約60%に上っており、精神障害に係る労災認定件数は増加傾向にある一方、職場におけるメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所は3分の1にとどまっています。(全国の状況)
平成23年滋賀県労働条件実態調査において、メンタルヘルスカケアを実施している事業所は44.5%でした。
- ・受動喫煙ゼロの店や外食栄養成分表示の店等の推進は健康づくりに無関心な層や、時間

等の条件により行動を実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できることから、登録数を拡大します。

- 健康づくりを県民運動として実効性のあるものとするためには、健康意識の向上や行動変容をサポートする関連情報を積極的に発信する企業の役割は重要で、企業等と連携し、健康づくり対策を積極的に推進します。

○目標値

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H34)	備考
(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	44.5%	100%	滋賀県労働条件実態調査
(再掲) ワークライフバランスの取り組みで労働時間削減を実施している事業所の割合の増加	46.1%	増加傾向へ	
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の増加	82	170	(相談支援が受けられる薬局数、栄養ケアステーション数)
(再掲) 食品中の食塩や脂肪の低減等に取組む飲食店登録数の増加	160 店 (外食栄養成分表示店)	350 店	
(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	56.0% (H22)	67.4%	(管理栄養士、栄養士を配置している施設の割合)
健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加	754 件	1500 件	(外食栄養成分表示店・受動喫煙ゼロの店・その他の取組の合計)
(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	10 市町 (H24)	全市町	
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	11 市町 (H24)	全市町	

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ー健康しが推進プランー」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、地域・職域連携推進会議などを活用して、市町、健康関連団体、医療保険者、職域、学校等において、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、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会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り組みを進めます。

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、市町や関係団体等において科学的根拠に基づいた健康づくり活動が実施されるよう、健康関連情報の収集や提供を行うとともに、地域の健康課題を明らかにするための調査研究や、市町健康増進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、医療保険者として策定する特定健康診査等実施計画と一体的に策定するなど、医療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調和に配慮する必要があります。

さらに、市町は健康増進法第17条及び第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、健康について考え、学ぶ場であることから学習したことを生かし、適切な健康行動を選択できる能力を身につける機会を提供する必要があります。

また、学校は、地域に開かれた場として、地域の人々の健康学習やネットワークづくりの場の機能を果たしていく必要があります。

(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。

(7) 医療保険者

平成20年度より医療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。滋賀県保険者協議会においては、医療保険者間の連携による健診・保健指導の効果的・効率的な実施を進めています。地域・職域連携推進会議等への参画等により、情報の共有・連携を進め、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。

(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、健康づくり等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

健康増進の取り組みを進めるにあたり、健康づくり対策、母子保健、食育、精神保健、介護予防及び産業保健の各分野における対策、医療保険者による対策の連携を推進することが重要です。さらに、学校保健対策、生涯学習対策、ウォーキングロードの整備等

の対策等との連携を積極的に進めることが必要です。

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、健康増進の取り組み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、ICT※を含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、健康相談等多様な経路を活用すると共に、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で行うことが重要です。

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・家庭にいたるまでの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。

資料編

目標項目及び目標値一覧

	目標項目	現状(H22) (滋賀の健康栄養マップ調査データはH21)	目標(H34)
健康寿命の延伸	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 70.67年 女性 72.37年	平均寿命と健康寿命の差を縮める
	(日常生活動作が自立している期間の平均の延伸)	男性 79.08年 女性 83.50年	
栄養・食生活	適正体重を維持している人の増加 肥満傾向にある子どもの割合の減少	男子 3.0% 女子 1.9%	減少(平成29年)
	肥満者の割合の減少	20～60歳代男性 25.1% 40～60歳代女性 16.1%	20～60歳代男性 22% 40～60歳代女性 12%
	やせの人の割合の減少	15～19歳女性 30.6% 20歳代女性 24.6%	15～19歳女性 15% 20歳代女性 15% (平成29年度)
	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.9%(H23)	減少(平成29年)
	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)	22.6%	28.6%
	朝食の欠食率の減少	小5 2.7% 中2 6.3% 高2 10.7%	小5 1% 中2 3% (H29) 高2 5%
	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 14.0% 15～19歳 29.2% 夕食 12～14歳 0.7% 15～19歳 2.8%	減少傾向へ(H29)
	食生活でバランスのとれた食事に気をつけている人の割合の増加	20歳代 男性19.5% 女性34.4% 30歳代 男性26.3% 女性57.3% 40歳代 男性32.2% 女性65.4%	20歳代 男性30% 女性55% 30歳代 男性35% 女性65% (H29) 40歳代 男性45% 女性70%
	食塩摂取量の減少(成人一人当たり平均)	10.5g	8g
	野菜・果物の摂取量の増加 野菜:成人一人当たり平均摂取量の増加	274.6g	350g
	果物:摂取量100g未満の人の割合の減少	100g未満の者の割合 69.9%	35%(半減する)
	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	160店(H24)	350店
	利用者に応じた食事の計画、調理および栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	56.0%	67.4%
	身体活動・運動	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	(参考値)週に3日以上 小学5年生 男子62.3% 女子32.7%
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29.7% 女性29.0%	40%
		65歳以上 男性37.8% 女性43.8%	50%
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加		H24参考値 15.1%	80%
運動習慣者の割合の増加		20歳～64歳 男性 16.0% 女性 14.2%	20歳～64歳 男性 26% 女性 25%
	65歳以上 男性 35.4% 女性 23.8%	65歳以上 男性 45% 女性 34%	
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	10市町 (H24)	全市町	

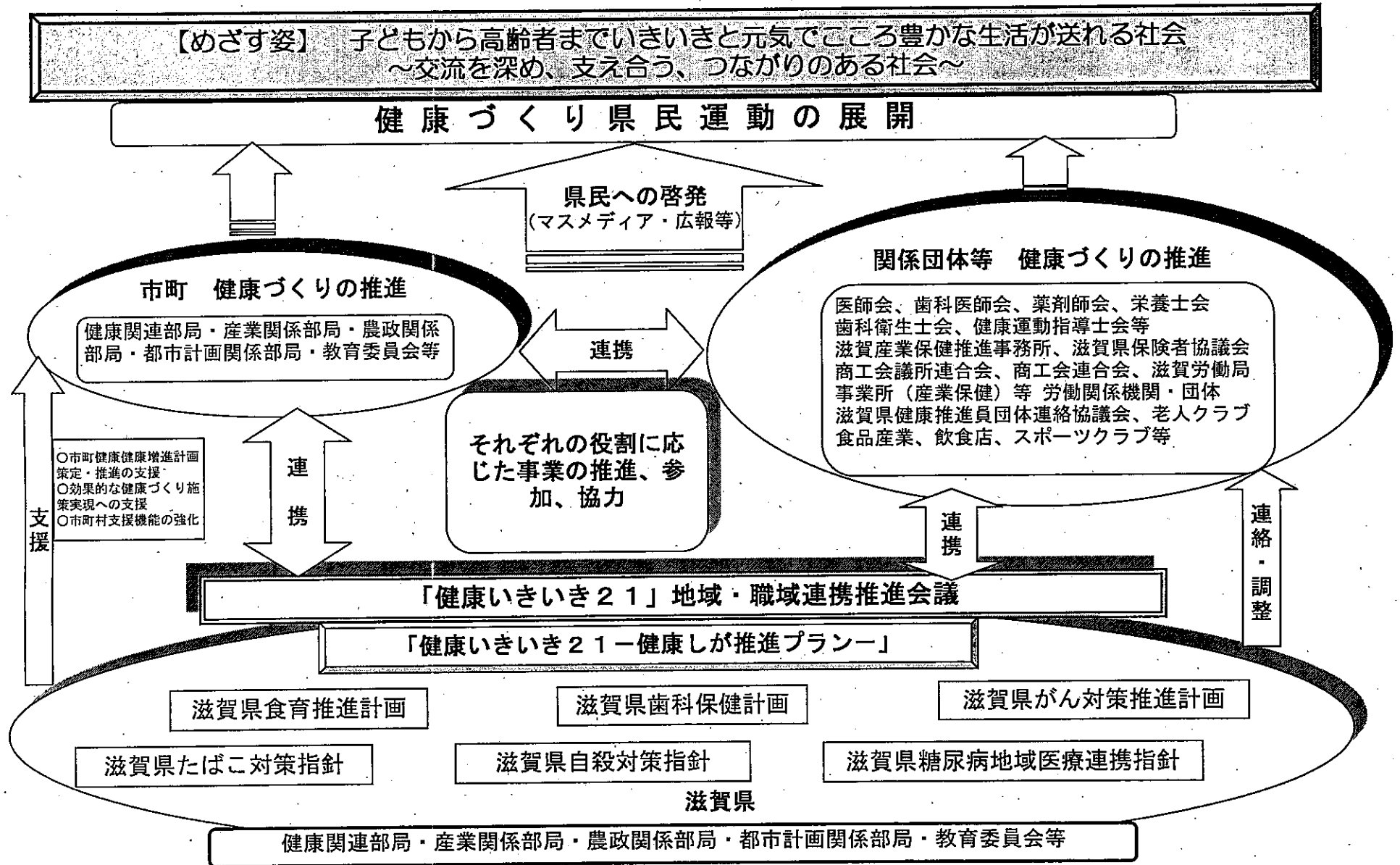
目標項目及び目標値一覧

	目標項目	現状(H22) (滋賀の健康栄養マップ調査データはH21)	目標(H34)
休養・こころの健康	睡眠による休養を十分とれていない人の割合の減少	23.3% (20歳以上)	16.0%
	この1ヶ月に、不満、悩み、ストレスを感じている人の減少	男性 72.9% 女性 78.4%	男性 64% 女性 67%
	自殺者の減少	309人(H23)	249人(H29)
	メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	メンタルヘルスケアを実施している事業所 44.5%	100%
	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	46.1%	増加
喫煙	成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	男性 38.4% 女性 7.4%	男性 27.2% 女性 4.4%
	未成年者の喫煙をなくす	15～19歳の喫煙者の割合 男性 3.8% 女性 2.3%	0%
	妊娠中の喫煙をなくす	目標設定について要検討	
	受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する人の割合の減少		
	行政機関・医療機関における受動喫煙対策を実施している割合の増加	行政機関 79.4%(敷地内・建物内禁煙) 医療機関 80.5%(受動喫煙対策をしている) (平成24年)	100%
	職場 * 非喫煙者が毎日受動喫煙の機会を有する割合の減少	34% (H21:職場・学校での受動喫煙 20歳以上)	受動喫煙のない職場の実現
家庭(* 非喫煙者が毎日受動喫煙の機会を有する割合の増加) 飲食店(* 非喫煙者が月1回以上受動喫煙の機会を有する割合の増加)	家庭 12.6% 飲食店 40.4%	家庭 4% 飲食店 14%	
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人(一日あ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)の割合の減少	男性 21.8% 女性 5.8%	男性 18.5% 女性 5.0%
	未成年者の飲酒をなくす	15～19歳の飲酒者の割合 男性 9.2% 女性 7.2%	0%
	妊娠中の飲酒をなくす	目標設定について要検討	
歯・口腔の健康	80歳以上で20本以上の自分の歯がある人の割合の増加	15.5%	50%
	口腔機能の維持向上(60歳代で噛むことに満足している人の割合の増加)	59.4%	70%
	60歳代で24本以上の自分の歯がある人の割合の増加	49.5%	60%
	20歳代で歯ぐきから血が出る人の割合減少	34.0%	25%
	12歳児の一人平均むし歯数の減少	1.13本(平成23年)	0.5本未満
	3歳児でむし歯がない人の割合の増加	77.3%(平成23年)	90%
	定期的に歯科健診を受ける人の割合の増加	30歳代14.5% 50歳代20.5%	30歳代 20% 50歳代 40%

目標項目及び目標値一覧

	目標項目	現状 (H22) (滋賀の健康栄養マップ調査データはH21)	目標 (H34)
がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人あたり)	男性 96.8 女性 54.3	男性 82.4 (H29) 女性 46.6 (H29)
	がん検診の受診率の向上	胃がん 男性35.9% 女性26.6%	50% (H29)
		肺がん 男性20.5% 女性15.6%	
		大腸がん 男性28.2% 女性23.9%	
		子宮頸がん 女性34.7%	
乳がん 女性28.7%			
循環器疾患	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 42.8 女性 24.2 虚血性心疾患 男性 30.5 女性 14.2	脳血管疾患 男性 36.0 女性 22.2 虚血性心疾患 男性 28.3 女性 12.7
	高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	男性 130.2mmHg 女性 127.8mmHg	男性 126mmHg 女性 124mmHg
	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 10.6% 女性 16.3%	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合 男性 8.0% 女性 12.2%
循環器疾患	メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少	平成20年度に比べて 2.3%減	平成20年度と比べて25%減少 (平成29年度)
	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 42.6% 特定保健指導の実施率 13.0%	70% (H29) 45% (H29)
糖尿病	糖尿病有病者の増加の抑制	8.0%	8.0%
	治療継続者の割合の増加	50.8%	61%
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	0.6%	0.5%
	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	137人	126人
COPD	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上	29.1% (参考値H24調査)	80%
健康を 支える 住民 生活	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調査参考値 36.9%	50%
	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	425団体 (H23)	850団体
健康を 支える 社会 環境 整備	(再掲) メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	メンタルヘルスケアを実施している事業所 44.5%	100%
	(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	46.1%	増加
	健康づくりに関して身近で気軽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の増加	82	170
	(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	160店 (H24)	350店
	(再掲) 利用者に応じた食事の計画、調理および栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	56.0%	67.4%
	健康づくりに関する活動に取組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加	参考:754件	1500
	(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	10市町 (H24)	全市町
	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	11市町	全市町

健康いきいき21推進体制図



施策体系と主な取組

めざす姿	2つの視点	基本施策	施策の展開	目標項目	具体的な取組み		関係組織・団体	
					県	市町		
子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れるまち	全体目標		健康寿命の延伸	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	各市町健康増進計画の支援 県健康増進計画の推進 地域・職域連携推進事業	市町健康増進計画策定・推進	滋賀県健康づくり県民会議による啓発・情報発信・集約	
				健康寿命の延伸 (日常生活動作が自立している機関の平均の延伸)				
	健康なひとづくり	健康増進	栄養食生活	適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)(成人・子ども)	食育三行詩コンクール 食育啓発 生涯を通じた食育推進事業 特定給食施設指導 学校給食を通じた食指導 学校における食に関する指導の推進 外食栄養成分表示店の推進	食育啓発 食育推進事業・ボランティア育成 栄養相談・保健指導 学校保健委員会参画		健康増進事業
				全出生数中の低出生体重児の割合				
				子どもの朝食欠食率の減少(朝・昼・夕の三食を必ず食べる事に気をつけて食事をしている子どもの割合の増加)				
				家族と一緒に食べる日がない子どもの減少(家族と一緒に食事をしている子どもの割合の増加)				
				食生活でバランスのとれた食事に気をつけている人の割合の増加				
				食塩摂取量の減少(成人一人当たり平均)				
				野菜と果物の摂取量の増加(成人一人当たり平均)				
			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)	市町事業支援(介護予防)・介護予防交付金				
			身体活動・運動	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	スポーツ推進計画の推進	ウォーキングマップ作成 保健指導 介護予防事業の実施		
				徒歩10分のところへ徒歩で行く人の割合の増加				
				運動習慣者の割合の増加				
				ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	市町事業支援(介護予防)・介護予防交付金			
			休養・こころの健康	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	うつ対策	啓発		
この1ヶ月に、不満、悩み、ストレスを感じて人の減少								
自殺者の減少(人口10万人あたり)	「滋賀県自殺対策指針」							
							健康推進員団体連絡協議会 医師会 栄養士会 PTA 介護予防ボランティア・サポーター	
							地域総合型スポーツクラブ ウォーキング協会 健康運動指導士会 健康推進員団体連絡協議会	
							健康体操推進団体 介護予防ボランティア・サポーター	
							医療保険者 事業者 滋賀労働局	

施策体系と主な取組

めざす姿	2つの視点	基本施策	施策の展開	目標項目	具体的な取り組み		関係組織・団体		
					県	市町			
子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れるまち	健康なひとづくり	健康増進	喫煙	成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	「滋賀県たばこ対策指針」の推進 受動喫煙ゼロの店	禁煙支援 市町での妊婦へ啓発	滋賀県健康づくり県民会議による啓発・情報発信・集約		
				未成年者の喫煙をなくす					
				妊娠中の喫煙をなくす					
			受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の減少 行政・医療機関	職場・学校 (*非喫煙者が毎日受動喫煙の機会を有する割合) 家庭 (*非喫煙者が毎日受動喫煙の機会を有する者の割合) 飲食店 (*非喫煙者が月1回以上受動喫煙の機会を有する者の割合)	啓発	スポーツ少年団 医師会(産科) 青少年センター 健康推進員団体連絡協議会 滋賀労働局			
			生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上女性20g以上の者)の割合の減少					啓発 従事者研修	啓発
			未成年者の飲酒をなくす						
			妊娠中の飲酒をなくす						
			歯・口腔の健康	80歳以上で20本以上の自分の歯がある人の割合の増加	「滋賀県歯科保健計画」の推進	歯科健診の実施 学校保健委員会参画 フッ素洗口の推進		歯科医師会 歯科衛生士会 栄養士会 健康推進員団体連絡協議会	
				口腔機能の維持向上(60歳代で噛むことに満足している人の割合の増加)					
				60歳代で24本以上の自分の歯がある人の割合の増加					
				20歳代で歯ぐきから血が出る人の割合減少					
				12歳児の一人平均むし歯数の減少					
				3歳児でむし歯がない人の割合の増加					
			定期的に歯科健診を受ける人の割合の増加						

施策体系と主な取組

めざす姿	2つの視点	基本施策	施策の展開	目標項目	具体的な取り組み		関係組織・団体
					県	市町	
子どもから高齢者までいきいきと元気でこころ豊かな生活が送れるまち	健康なひとづくり	生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万対)	「滋賀県がん対策推進計画」の推進 がん検診受診率向上支援	市町健康増進事業実施	医師会・薬剤師会・ 健康推進員団体連絡協議会
				がん検診の受診率の向上			
			循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	地域・職域連携推進会議 地域・職域連携推進事業	特定健診・保健指導の実施 健康増進事業実施	医師会 薬剤師会 歯科医師会 栄養士会
				高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)			
				脂質異常症の減少			
			循環器疾患 糖尿病	メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少	国民健康保険保健指導事業管理ガイドライン	健康教室の開催	健康推進員団体連絡協議会
				特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			
			糖尿病	糖尿病有病者の増加の抑制	「糖尿病地域医療連携指針」 糖尿病対策事業		滋賀県保険者協議会
				治療継続者の割合の増加			
				血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)			
	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少						
	COPD	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上	周知啓発	健康増進事業実施	医師会・薬剤師会 健康推進員団体連絡協議会		
	健康なまちづくり	健康を支援する社会環境整備	多様な団体・組織の活動	地域をつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	関係団体等への働きかけ	健康づくり自主グループ(健康推進員等)の養成、育成 老人クラブ等への働きかけ 公民館サークルへの働きかけ	健康推進員団体連絡協議会 老人クラブ・自治会等
				高齢者の社会参加・健康づくり活動への主体的参加の増加	健康推進員団体連絡協議会の育成		
		推進体制の整備	メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	地域・職域連携推進事業 健康づくりサポーター(湖北健康福祉事務所) 受動喫煙ゼロの店 栄養成分表示店	健康づくり応援団 健康づくり推進協議会	医師会・歯科医師会 薬剤師会・栄養士会 健康推進員団体連絡協議会	
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割合							
健康づくりに関する活動に取組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加							
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の増加							
県・市町の役割		食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業および飲食店の登録数の増加	各圏域における健康状況の分析および市町支援 サイクリングロード等の整備	公園・ウォーキング道路の整備	健康推進員団体連絡協議会		
	利用者に応じた食事の計画、調理および栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加						
	課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している市町の数						
多様な分野における連携	地域・職域連携推進事業・健康づくり県民会議等 関係団体・組織等の連携による健康づくりの推進						

用語の解説

○ BMI = $\frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$ 18.5未満がやせ、25以上が肥満

○ 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的な咳・痰などの症状がある。

○ ICT

情報や通信に関する技術の総称

○ NCD 非感染性疾患

不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患をまとめて「非感染性疾患（NCD）」と位置づけている。主なNCDは心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患（COPD）など。

あ行

○ 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。

か行

○ 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「日常生活に制限のない期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」の2つの指標で評価することとしている。

「日常生活に制限のない期間の平均」は健康な状態を、日常生活に制限がないことと規定し、国民生活基礎調査と生命表を基礎情報として算出。

「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。

○ 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。

さ行

○ 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25年3月改定。

○ 滋賀県保険者協議会

県内の医療保険者を構成員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を図ることを目的に設立された団体。

○ 「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5年に一度実施している調査。

○ 死亡率 = $\frac{\text{死亡数}}{\text{人口}} \times 100,000$ (人口10万対)

た行

○ 特定給食施設

特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設のうち栄養管理が必要なものとして厚生労働省令で定める施設。継続的に1回100食以上または1日250食以上の食事を提供する施設。

○ 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。

な行

○ 乳幼児突然死症候群 (SIDS : Sudden Infant Death Syndrome)

それまで元気だった赤ちゃんが、事故や窒息ではなく眠っている間に突然死亡してしまう病気です。

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

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ユ

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示し、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示す。

○ 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。

○ 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。

○ 平均自立期間と平均要介護期間 生存期間で、日常生活に介護を要しない期間を自立期間、介護を要する期間を要介護期間とよび、集団における平均を平均自立期間、平均介護期間とよぶ。平均自立期間はいわゆる健康寿命のひとつで、自立して暮らせる生存期間の平均である。

今回用いた計算は、下記のとおり。

- 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)による健康寿命の地域指標算定の標準化に関する研究班 平均自立期間算定プログラムにより計算

<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/index.html>

- 障害者を介護保険「要介護2以上の者」と定義

年齢階級別無障害定常人口

$$= \text{定常人口} \times (1 - \text{年齢階級別要介護2~5の認定者数} / \text{年齢階級別推計人口})$$

ら行

○ ローレル指数 = $\frac{\text{身長 (cm)}}{\text{体重 (kg)}^3} \times 10^7$ 一般的に160以上であれば肥満

「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」の策定経過

年月日	内 容	
平成24年6月19日	第1回会議	「健康いきいき21ー健康滋賀推進プランー」の評価と課題 次期計画策定スケジュール
7月25日	第1回作業部会	次期計画骨子案について
8月23日	第2回作業部会	次期計画の具体的取組について
9月18日	第2回会議	「健康いきいき21ー健康滋賀推進プランー」次期計画骨子 案について
10月4日	常任委員会	計画素案説明
10月中旬	関係機関意見照会	
11月6日	第3回会議	「健康いきいき21ー健康滋賀推進プランー」次期計画 (案) について
12月14日	常任委員会	計画案、意見募集について
12月27日から1月28日	県政県民コメントの実施	
平成25年2月12日	第4回会議	「健康いきいき21ー健康滋賀推進プランー」次期計画 (案) について
3月11日	常任委員会	県政県民コメントの結果について

滋賀県「健康いきいき21」地域・職域連携推進会議名簿

<順不同 敬称略>

所 属		氏 名
滋賀医科大学	教授	三浦 克之
滋賀県医師会	会長	笠原 吉孝
滋賀県歯科医師会	会長	芦田 欣一
滋賀県薬剤師会	副会長	中野 一枝
滋賀県栄養士会	会長	小澤 恵子
滋賀県市町保健師協議会	会長	今堀 初美
滋賀県健康推進員団体連絡協議会	会長	井上喜代子
滋賀産業保健推進連絡事務所	産業保健推進員	高羽 明
滋賀県商工会議所連合会	専務理事	沢井 進一
滋賀県商工会連合会	専務理事	廣田 由行
健康保険組合連合会滋賀連合会	事務局長	近藤 勇
滋賀県国民健康保険団体連合会	事務局長	八田 公信
全国健康保険協会滋賀支部	滋賀支部長	若林 善文
滋賀県後期高齢者医療広域連合	副広域連合長	古川 源二郎
県民委員		井上 典子
滋賀労働局労働基準部健康安全課		岡部 雄治
保健所長会	会長	寺尾 敦史
教育委員会スポーツ健康課	主幹	高野 清

健康いきいき21 計画策定作業部会

所 属	氏 名
滋賀県市町保健師協議会	五坪 千恵子
滋賀県健康推進員団体連絡協議会	山田 和代
滋賀県国民健康保険団体連合会	畑中美知子
全国健康保険協会滋賀支部	小守 達夫
積水化学工業(株)滋賀栗東工場	長澤 孝子
滋賀労働局労働基準部健康安全課	岡部 雄治
教育委員会スポーツ健康課	高野 清
南部健康福祉事務所	福山 一枝
東近江健康福祉事務所	宮田 克子
湖北健康福祉事務所	井上 由理
大津市	藤本亜由美
湖南市	東野 幸恵

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、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（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣 小宮山洋子

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

この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）にに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、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事項を示し、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））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、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う。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なNCD（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

一 目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね10年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後5年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

二 目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるCOPDへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

COPDは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持することが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

5 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的技能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

(2) 身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

(3) 休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

(4) 飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

(5) 喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPD といった NCD の予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕^{しよく}予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020 (ハチマルニイマル) 運動」の更なる推進等に取り組む。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

二 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。
- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）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、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第1項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。
また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。
- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府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、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療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、市町村が策定する介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。
また、市町村は、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条及び第19条の2に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。
- 5 都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。
- 6 都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるように留意すること。

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律

第 57 号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 58 号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 59 号)、統計法(平成 19 年法律第 53 号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第 1 項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術をいう。以下同じ。)を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関する確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進を図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効果的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第 9 条第 1 項に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一 基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ確かな情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、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工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ICTを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、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うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、9 月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を9月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二 多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自衛グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、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、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

別表第一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項 目	現 状	目 標
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性 70.42年 女性 73.62年 (平成22年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)
② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	男性 2.79年 女性 2.95年 (平成22年)	都道府県格差の縮小 (平成34年度)

(注) 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1) がん

項 目	現 状	目 標
① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3 (平成22年)	73.9 (平成27年)
② がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 36.6% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% (平成22年)	50% (胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%) (平成28年度)

(注) がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

(2) 循環器疾患

項 目	現 状	目 標
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 (平成22年)	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 (平成34年度)
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg (平成22年)	男性 134mmHg 女性 129mmHg (平成34年度)
③ 脂質異常症の減少	総コレステロール240mg/	総コレステロール240mg/

	d1以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% (平成22年)	d1以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 6.2% 女性 8.8% (平成34年度)
④ メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて 25%減少 (平成27年度)
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の 実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	平成25年度から開始する第 2期医療費適正化計画に合 わせて設定 (平成29年度)

(3) 糖尿病

項 目	現 状	目 標
① 合併症（糖尿病腎症による年間 新規透析導入患者数）の減少	16,247人 (平成22年)	15,000人 (平成34年度)
② 治療継続者の割合の増加	63.7% (平成22年)	75% (平成34年度)
③ 血糖コントロール指標におけ るコントロール不良者の割合の 減少 (HbA1cがJDS値8.0% (NG SP値8.4%) 以上の者の割合の 減少)	1.2% (平成21年度)	1.0% (平成34年度)
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 (平成19年)	1000万人 (平成34年度)
⑤ メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少（再掲）	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて25%減 少 (平成27年度)
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の 実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	平成25年度から開始する第 2期医療費適正化計画に合 わせて設定 (平成29年度)

(4) COPD

項 目	現 状	目 標
① COPDの認知度の向上	25% (平成23年)	80% (平成34年度)

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

項 目	現 状	目 標
① 自殺者の減少（人口10万人当た	23.4	自殺総合対策大綱の見直し

り)	(平成22年)	の状況を踏まえて設定
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% (平成22年)	9.4% (平成34年度)
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% (平成19年)	100% (平成32年)
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医 94.4 (平成22年) 児童精神科医 10.6 (平成21年)	増加傾向へ (平成26年)

(2) 次世代の健康

項 目	現 状	目 標
① 健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	小学5年生 89.4% (平成22年度)	100%に近づける (平成34年度)
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	(参考値)週に3日以上 小学5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年)	増加傾向へ (平成34年度)
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	減少傾向へ (平成26年)

(3) 高齢者の健康

項 目	現 状	目 標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 (平成24年度)	657万人 (平成37年度)
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成21年)	10% (平成34年度)
③ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	(参考値)17.3% (平成24年)	80% (平成34年度)
④ 低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% (平成22年)	22% (平成34年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)	男性 218人 女性 291人 (平成22年)	男性 200人 女性 260人 (平成34年度)
⑥ 高齢者の社会参加の促進(就業)	(参考値)何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (平成20年)	(平成34年度)
---------------------------	--	----------

(注) 上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項 目	現 状	目 標
① 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国民の割合の増加)	(参考値)自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% (平成19年)	65% (平成34年度)
② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	(参考値)健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% (平成18年)	25% (平成34年度)
③ 健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 (平成24年)	3,000社 (平成34年度)
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	(参考値)民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 (平成24年)	15,000 (平成34年度)
⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加(課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)	11都道府県 (平成24年)	47都道府県 (平成34年度)

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

項 目	現 状	目 標
① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 22.2% 20歳代女性のやせの者の割合 29.0% (平成22年)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20% (平成34年度)
② 適切な量と質の食事をとる者の増加		
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	68.1% (平成23年)	80% (平成34年度)

イ 食塩摂取量の減少	10.6g (平成22年)	8g (平成34年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100g未満の者の割合 61.4% (平成22年)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (平成34年度)
③ 共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	朝食 小学生 15.3% 中学生 33.7% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.0% (平成22年度)	減少傾向へ (平成34年度)
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数 14社 飲食店登録数 17,284店舗 (平成24年)	食品企業登録数 100社 飲食店登録数 30,000店舗 (平成34年度)
⑤ 利用者に応じた食事の計画、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	(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% (平成22年)	80% (平成34年度)

(2) 身体活動・運動

項 目	現 状	目 標
① 日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性 7,841歩 女性 6,883歩 65歳以上 男性 5,628歩 女性 4,584歩 (平成22年)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (平成34年度)
② 運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性 26.3% 女性 22.9% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.6% (平成22年)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (平成34年度)
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	17都道府県 (平成24年)	47都道府県 (平成34年度)

(3) 休養

項 目	現 状	目 標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% (平成21年)	15% (平成34年度)
② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	5.0% (平成32年)

(4) 飲酒

項 目	現 状	目 標
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性 15.3% 女性 7.5% (平成22年)	男性 13% 女性 6.4% (平成34年度)
② 未成年者の飲酒をなくす	中学3年生 男子 10.5% 女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7% 女子 19.9% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成22年)	0% (平成26年)

(5) 喫煙

項 目	現 状	目 標
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% (平成22年)	12% (平成34年度)
② 未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成26年)
④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (平成22年)	行政機関 0% 医療機関 0% (平成34年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実現 (平成32年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成34年度)

(6) 歯・口腔の健康

項 目	現 状	目 標
① 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼 ^{そく} 良好者の割合の増加）	73.4% (平成21年)	80% (平成34年度)
② 歯の喪失防止		
ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0% (平成17年)	50% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% (平成17年)	70% (平成34年度)
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% (平成17年)	75% (平成34年度)
③ 歯周病を有する者の割合の減少		
ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% (平成21年)	25% (平成34年度)
イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% (平成17年)	25% (平成34年度)
ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% (平成17年)	45% (平成34年度)
④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		
ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	6 都道府県 (平成21年)	23 都道府県 (平成34年度)
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	7 都道府県 (平成23年)	28 都道府県 (平成34年度)
⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% (平成21年)	65% (平成34年度)

健康いきいき 21

—健康しが推進プラン—

(改定版)

平成 25 年 3 月

発 行 滋賀県健康福祉部健康長寿課

〒520-8577 滋賀県大津市京町四丁目 1-1

TEL 077-528-3615