

第I部 総論

第1章 2期計画の策定について

第2章 県民の健康を取り巻く現状と課題

第3章 とちぎの目指す健康づくり



第1章 2期計画の策定について

1 計画策定の経緯

(1) 1期計画

急速な少子高齢化の進行や生活習慣の変化により、脳卒中や糖尿病、がんなどの生活習慣病が増加し、これら生活習慣病に係る医療費や介護等の社会負担の増大が懸念される一方、価値観やライフスタイルが多様化する中で、健康で心豊かに生きたいという県民意識が高まっています。こうした中、とちぎの健康づくりを目指し、県民が「自分の健康は自分でつくる」という意識を持って、主体的に健康づくりに取り組み、その取組を家庭や職場、地域など社会全体が一体となって支えていくための、総合的な健康づくりの指針として、平成13年3月に栃木県健康増進計画「とちぎ健康21プラン」（計画期間は平成13年度から平成22年度の10年間。以下「1期計画」という。）を策定しました。

(2) 中間改定及び最終評価

1期計画策定後、健康増進法や食育基本法が施行されるとともに、生活習慣病予防を重視することが盛り込まれた「医療制度改革大綱」が示されるなど、健康づくりを取り巻く状況の変化を踏まえ、新たに4つの目標項目を追加設定するなどして、平成18年3月に1期計画の改定を行いました。

さらに、平成18年に老人保健法の一部が改正され、「高齢者の医療の確保に関する法律」へ改められたことにより、糖尿病等の予防に着目した特定健康診査・特定保健指導が新たに医療保険者に義務付けられたことや、「栃木県保健医療計画」の全面改訂、「栃木県医療費適正化計画」や「栃木県がん対策推進計画」の策定等を受け、これらの計画の目標との調和を図るため、平成20年3月に計画期間を平成24年度まで延長するとともに、新たに5つの目標項目を追加設定するなど、1期計画の一部改定を行いました。

また、平成23年度末には、各重点領域ごとの目標項目の指標の変化や現状値等を基にした、1期計画の評価を行いました。

2 2期計画策定の趣旨

平成24年7月に国において、健康増進法第7条第1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」が全部改正されるとともに、県民の健康を取り巻く環境及び施策が大きく変化してきた中で、1期計画の計画期間が平成24年度末で終了することから、平成25年度を初年度とする健康増進計画「とちぎ健康21プラン（2期計画）」（以下「2期計画」という。）を策定するものです。

3 2期計画の性格

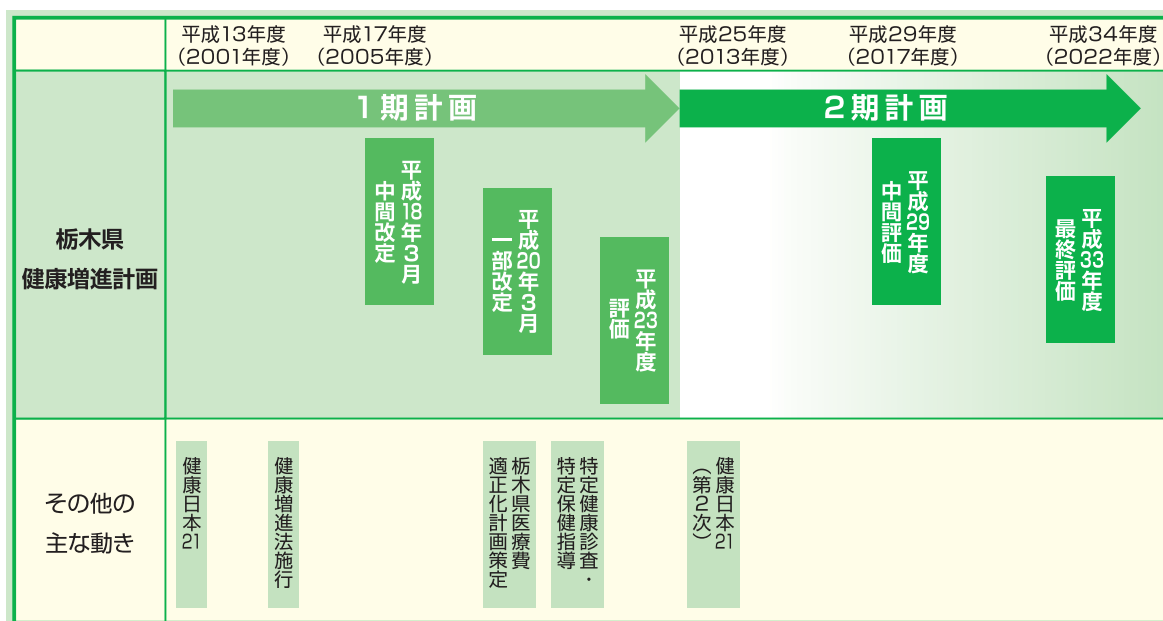
おおむね10年後を展望した本県の総合的な健康づくりの指針として、とちぎの健康づくりの目指すべき方向と具体的目標の設定及び施策の展開を示すものです。

また、健康増進法第8条において都道府県が定めることとされている、県民の健康増進の推進に関する施策についての基本的な計画として、本県の実情に合った計画とするとともに、栃木県重点戦略「新とちぎ元気プラン」、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21（五期計画）」、「栃木県保健医療計画（6期計画）」等と調和のとれた計画とします。

4 計画期間

2期計画は、平成25（2013）年度を初年度とし、平成34（2022）年度を目標年次とする10か年計画とします。

また、2期計画の中間評価を計画期間の中間年に当たる平成29（2017）年度に行います。



(参考) 1期計画の評価

目標項目数57項目のうち、目標値に到達し、かつ、施策等の取組や地域別・ライフステージ別の評価の観点から見ても総合的にバランスがとれた良好な結果となったもの（A評価）は3項目（5.3%）、主として指標の改善などが見られたもののうち、A評価でないもの（B及びC評価）はそれぞれ13項目（22.8%）、11項目（19.3%）、主として指標については変化がないか、または悪化などしたもの（D及びE評価）はそれぞれ18項目（31.6%）、5項目（8.8%）、その他、指標上の評価が困難なため全体評価も困難としたもの（F評価）は7項目（12.3%）でした。

《評価判定（6段階）》

- A 目標値、県・市町等の施策・取組評価、地域別評価、ライフステージ別評価の全てにおいて「a」判定であること
- B 目標値においては「b」判定であり、これまでの取組により県民の意識高揚または行動変容、取組への参加者数など、その効果が十分認められることから、目標値を達成するため、引き続き継続していくべきもの
- C 目標値においては「b」判定であり、目標値を達成するために、これまでの取組に何らかの工夫・見直しを行い、一層の取組に努めるべきもの
- D 目標値において「c」判定であるが、これまでの取組により県民の意識高揚または行動変容、取組への参加者数など、一定の効果がみられることから、引き続き工夫を加えるなどして、一層の取組に努めるべきもの
- E 目標値において「c」判定であり、各取組についても成果等が認められないことから、抜本的に取組を見直すべきもの
- F ベースライン値との比較ができないことなどにより評価が困難なもの

《各評価の主なもの》

- ・ A評価……①80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の割合
②糖尿病有病者数（推計）
- ・ B評価……①朝食を欠食する人の割合 ②運動習慣者の割合 ③未成年者の喫煙率
④未成年者の飲酒率 ⑤1人平均むし歯数 ⑥進行した歯周炎を有する人の割合
⑦脳卒中死亡率（65歳未満） ⑧糖尿病有病者の治療継続率
- ・ C評価……①1日当たりの食塩摂取量 ②がん検診受診者数 ③がん検診受診率
- ・ D評価……①1日当たりの野菜の摂取量 ②最近1ヶ月間でストレスを感じた人の割合
③自殺者数 ④多量飲酒者の割合 ⑤平均最大血圧
⑥高脂血症（脂質異常症）の人の割合
- ・ E評価……①適正体重を維持している人の割合（肥満、やせ） ②日常生活における歩数

《各重点領域における目標達成状況》

総合評価	A	B	C	D	E	F	計
①栄養・食生活	—	1	1	3	1	1	7
②運動・身体活動	—	2	—	1	1	—	4
③休養・こころの健康	—	1	—	2	—	—	3
④喫煙	—	2	—	1	—	2	5
⑤飲酒	—	1	1	—	—	—	2
⑥歯の健康	1	3	—	1	—	—	5
再掲を除く	1	3	—	—	—	—	4
⑦脳卒中・心臓病	1	2	4	4	1	2	14
再掲を除く	—	1	2	2	—	—	5
⑧がん	—	—	4	4	—	—	8
再掲を除く	—	—	2	1	—	—	3
⑨糖尿病	1	1	1	2	2	2	9
再掲を除く	1	1	1	1	—	1	5
合 計	3	13	11	18	5	7	57
(割 合)	(5.3%)	(22.8%)	(19.3%)	(31.6%)	(8.8%)	(12.3%)	(100%)
再掲を除く	2	12	7	11	2	4	38
(割 合)	(5.3%)	(31.6%)	(18.4%)	(28.9%)	(5.3%)	(10.5%)	(100%)

※表中の数値は目標項目数で、目標項目内容は巻末掲載

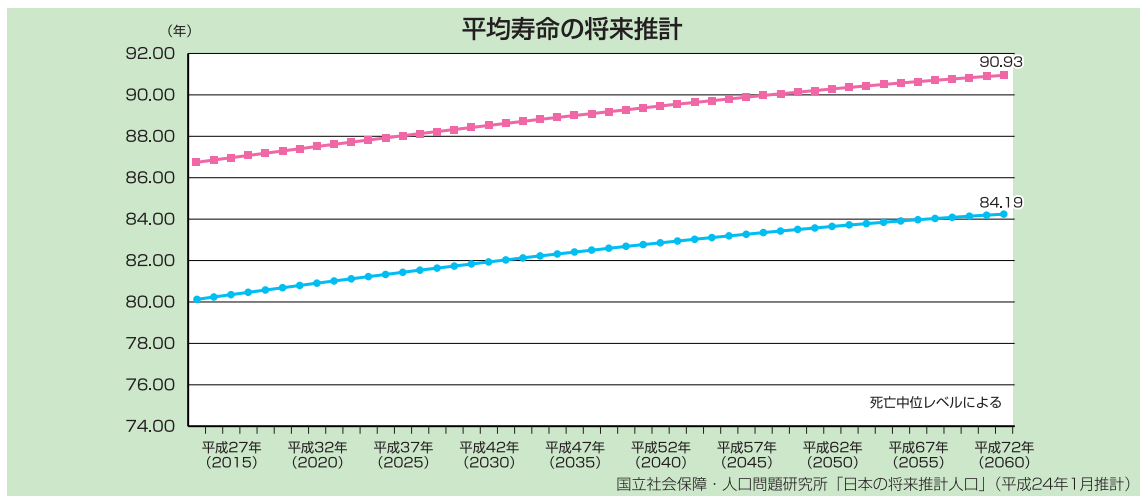
第2章 県民の健康を取り巻く現状と課題

1 将来推計人口

(1) 全国推計

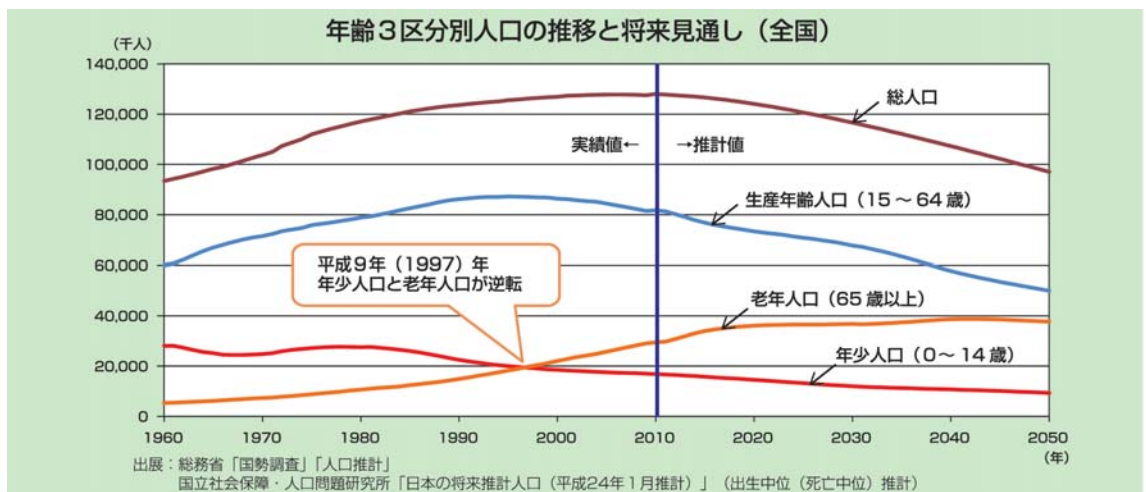
① 平均寿命の伸長

健康状態を示す包括的指標とされる「平均寿命」は、医療技術の進歩、公衆衛生や生活水準の向上などにより、わが国は世界的に見ても高い水準を維持しています。今後もさらに平均寿命は伸長し、将来推計では平成72（2060）年には男性で84.19年、女性では90.93年に到達すると予測されています。



② 人口構造の変化

平均寿命の伸長のほか、未婚率の上昇や晩婚化・晩産化などにより、少子高齢化が急速に進んでいます。総人口が平成22（2010）年をピークに、その後は、長期的に減少に転じる見込みの中、人口構成は、年少人口（0～14歳）と老年人口（65歳以上）の割合が平成9（1997）年に逆転し、今後も、少子高齢化の進行に伴い、65歳以上の高齢者の割合は、平成25（2013）年にはおよそ4人に1人、平成47（2035）年には3人に1人に達すると予測されています。

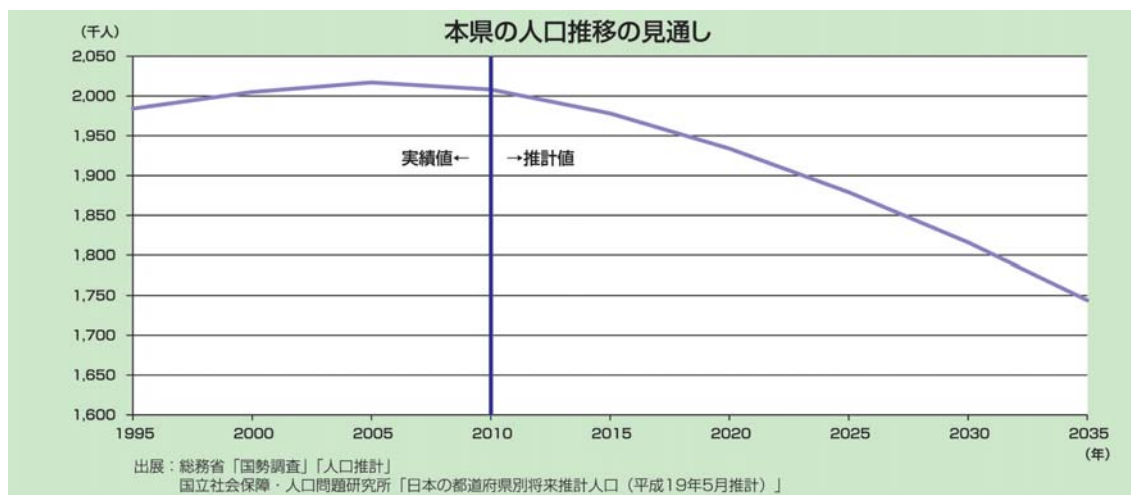


(2) 本県推計

① 人口の減少

本県の人口は、高度成長期から順調に増加してきましたが、平成17（2005）年12月の約201万8千人をピークに緩やかな減少傾向が続いており、平成24（2012）年9月には約199万4千人となっています。

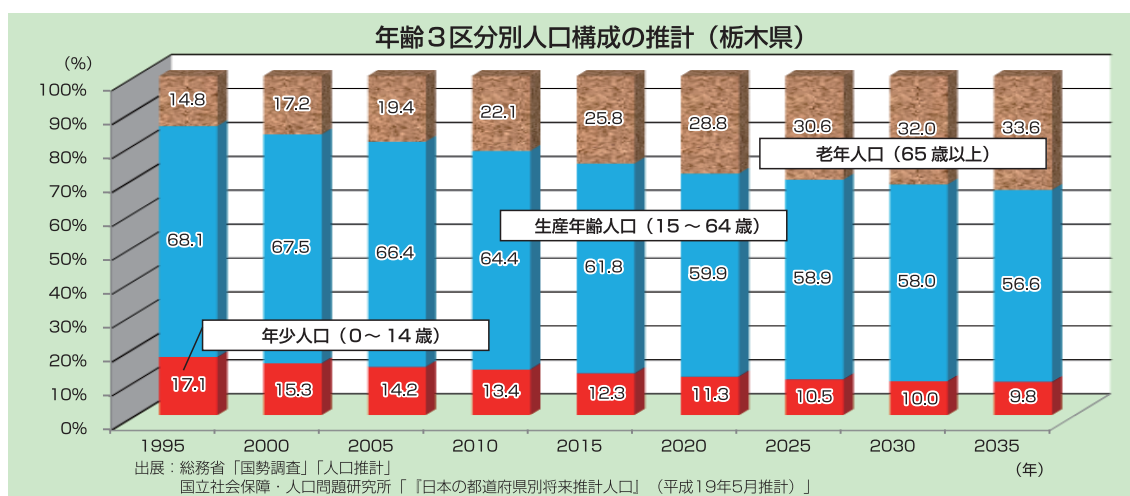
現在のような傾向が続くと、本県の人口は約20年後の平成47（2035）年には1割以上減少し、約174万人に達すると見込まれています。



② 少子高齢化の進行

本県の人口を年少人口（0～14歳）、生産年齢人口（15～64歳）、老年人口（65歳以上）の3区分に分けてみると、平成10（1998）年に老年人口の割合が年少人口を上回り、以降その差が拡大しています。平成47（2035）年時点では、年少人口の割合は1割を切り、生産年齢人口は5割程度まで減少するのに対し、老年人口は3割超にまで増加すると見込まれています。

このように、少子高齢化が一段と進み、平成20（2008）年に県民の5人に1人の割合であった老年人口は、平成27（2015）年には4人に1人、平成47（2035）年には3人に1人の割合まで高まると推測されます。



2 県民の健康状態

(1) 平均寿命・健康寿命

①平均寿命

平均寿命は男性79.06年、女性85.66年(平成22年)で、全国順位では男性が38位、女性が46位(いずれも期間が長い方から)です(平成22年都道府県別生命表)。

②本県の健康寿命

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)は、男性70.73年、女性74.86年(平成22年)で、全国順位では男性が17位、女性が5位(いずれも期間が長い方から)です。

各都道府県の健康寿命と平均寿命(平成22年 男女別)

男 性						女 性							
都道府県	健康寿命(年)	順位	平均寿命(年)	順位	日常生活に制限のある期間の平均(年)	順位	都道府県	健康寿命(年)	順位	平均寿命(年)	順位	日常生活に制限のある期間の平均(年)	順位
愛知	71.74	1	79.79	16	8.04	45	静岡	75.32	1	86.21	33	10.90	45
静岡	71.68	2	80.03	9	8.35	42	群馬	75.27	2	85.89	43	10.61	47
千葉	71.62	3	79.95	13	8.33	43	愛知	74.93	3	86.25	31	11.32	43
茨城	71.32	4	79.14	36	7.82	46	沖縄	74.86	4	86.89	9	12.04	41
山梨	71.20	5	79.58	25	8.39	39	栃木	74.86	5	85.73	45	10.87	46
長野	71.17	6	80.99	1	9.81	9	島根	74.64	6	87.04	4	12.40	30
鹿児島	71.14	7	79.23	34	8.09	44	茨城	74.62	7	85.84	44	11.22	44
福井	71.11	8	80.52	3	9.41	20	宮崎	74.62	8	86.74	13	12.12	37
石川	71.10	9	79.75	18	8.65	34	石川	74.54	9	86.81	10	12.27	33
群馬	71.07	10	79.46	28	8.39	40	鹿児島	74.51	10	86.34	26	11.83	42
宮崎	71.06	11	79.75	19	8.70	33	福井	74.49	11	86.98	7	12.49	28
神奈川	70.90	12	80.36	4	9.46	19	山梨	74.47	12	86.63	16	12.16	35
岐阜	70.89	13	80.00	10	9.11	25	神奈川	74.36	13	86.74	14	12.38	31
沖縄	70.81	14	79.41	30	8.61	36	富山	74.36	14	86.77	11	12.41	29
山形	70.78	15	79.97	11	9.19	23	岐阜	74.15	15	86.31	28	12.16	36
三重	70.73	16	79.73	21	9.00	30	福島	74.09	16	86.18	34	12.08	40
栃木	70.73	17	79.14	37	8.41	38	長野	74.00	17	87.23	1	13.23	16
滋賀	70.67	18	80.68	2	10.01	3	秋田	73.99	18	86.08	37	12.09	39
埼玉	70.67	19	79.71	23	9.04	29	愛媛	73.89	19	86.65	15	12.77	22
富山	70.63	20	79.73	22	9.10	26	山形	73.87	20	86.43	24	12.57	26
熊本	70.58	21	80.32	5	9.75	10	熊本	73.84	21	87.14	2	13.29	13
山口	70.47	22	79.04	41	8.57	37	宮城	73.78	22	86.47	23	12.69	25
秋田	70.46	23	78.26	46	7.79	47	新潟	73.77	23	87.00	6	13.24	15
島根	70.45	24	79.54	26	9.09	27	山口	73.71	24	86.06	39	12.35	32
和歌山	70.41	25	79.06	39	8.65	35	佐賀	73.64	25	86.61	18	12.96	19
京都	70.40	26	80.29	6	9.89	5	三重	73.63	26	86.15	35	12.52	27
宮城	70.40	27	79.74	20	9.34	21	千葉	73.53	27	86.23	32	12.70	24
奈良	70.38	28	80.23	7	9.85	7	京都	73.50	28	86.58	19	13.07	17
佐賀	70.34	29	79.32	32	8.99	31	岡山	73.48	29	86.90	8	13.42	10
広島	70.22	30	79.97	12	9.75	11	和歌山	73.41	30	85.67	46	12.26	34
鳥取	70.04	31	79.09	38	9.05	28	青森	73.34	31	85.45	47	12.11	38
北海道	70.03	32	79.26	33	9.24	22	岩手	73.25	32	85.95	40	12.71	23
東京	69.99	33	79.88	14	9.88	6	鳥取	73.24	33	86.07	38	12.84	21
福島	69.97	34	78.92	43	8.95	32	北海道	73.19	34	86.57	20	13.37	11
兵庫	69.95	35	79.67	24	9.71	13	大分	73.19	35	87.08	3	13.89	3
新潟	69.91	36	79.50	27	9.59	17	高知	73.11	36	86.56	21	13.45	9
徳島	69.90	37	79.46	29	9.56	18	兵庫	73.09	37	86.09	36	13.00	18
香川	69.86	38	79.78	17	9.91	4	埼玉	73.07	38	85.92	41	12.86	20
大分	69.85	39	80.14	8	10.30	1	長崎	73.05	39	86.33	27	13.27	14
福岡	69.67	40	79.36	31	9.69	14	奈良	72.93	40	86.63	17	13.69	5
岡山	69.66	41	79.80	15	10.15	2	東京	72.88	41	86.43	25	13.56	6
愛媛	69.63	42	79.23	35	9.60	16	香川	72.76	42	86.30	29	13.54	7
岩手	69.43	43	78.57	45	9.14	24	徳島	72.73	43	86.27	30	13.54	8
大阪	69.39	44	79.06	40	9.68	15	福岡	72.72	44	86.49	22	13.77	4
長崎	69.14	45	78.89	44	9.75	12	大阪	72.55	45	85.90	42	13.35	12
高知	69.12	46	78.94	42	9.83	8	広島	72.49	46	87.04	5	14.55	1
青森	68.95	47	77.31	47	8.36	41	滋賀	72.37	47	86.75	12	14.38	2
全 国	70.42		79.55		9.13		全 国	73.62		86.30		12.68	

※健康寿命とは、平均寿命から日常生活に制限のある期間の平均を除いた年数のことである。

健康寿命 = 平均寿命 - 日常生活に健康上の制限のある期間

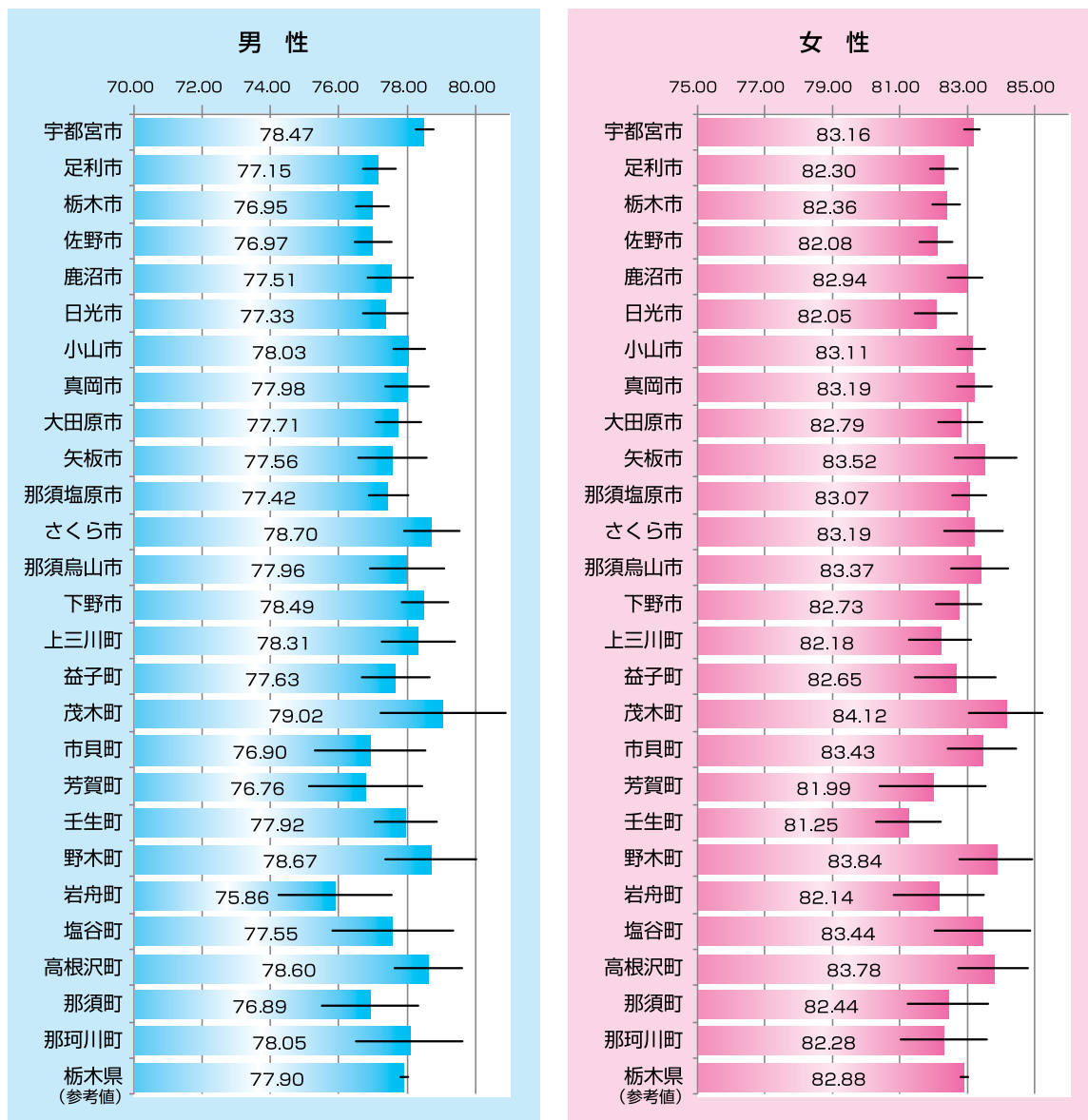
※平成24年度厚生労働科学研究費補助金による「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」作成資料から。

※本表における平均寿命は、健康寿命を算定するために同研究班が推計したものであり、平成22年度都道府県別生命表における平均寿命の数値は異なる。

③県内市町別の平均寿命

- 県内各市町の健康寿命は、最も長い市町は男性で79.02年、女性で84.12年、最も短い市町は男性で75.86年、女性で81.25年となっており（平成22年）、その差は男性で3.16年、女性で2.87年となっています。
- 市町の健康寿命については、国民生活基礎調査データでは各市町単位の母数が少ないことから不健康な期間を算定するには適さないため、代わりに介護保険事業における要介護度2以上の認定者数を用いて算出します。（厚生労働省研究班が定めた指針及びプログラムを使用して県が算定）
以下この指標を使用する場合は、国民生活基礎調査データにより算出した健康寿命と区別するために、「市町健康寿命」と表示します。
- なお、市町健康寿命については、市町間の年数差だけでなく、同一市町における年次間の相対的な比較を見ていくことが重要と考えられています。

市町健康寿命（平成22年）



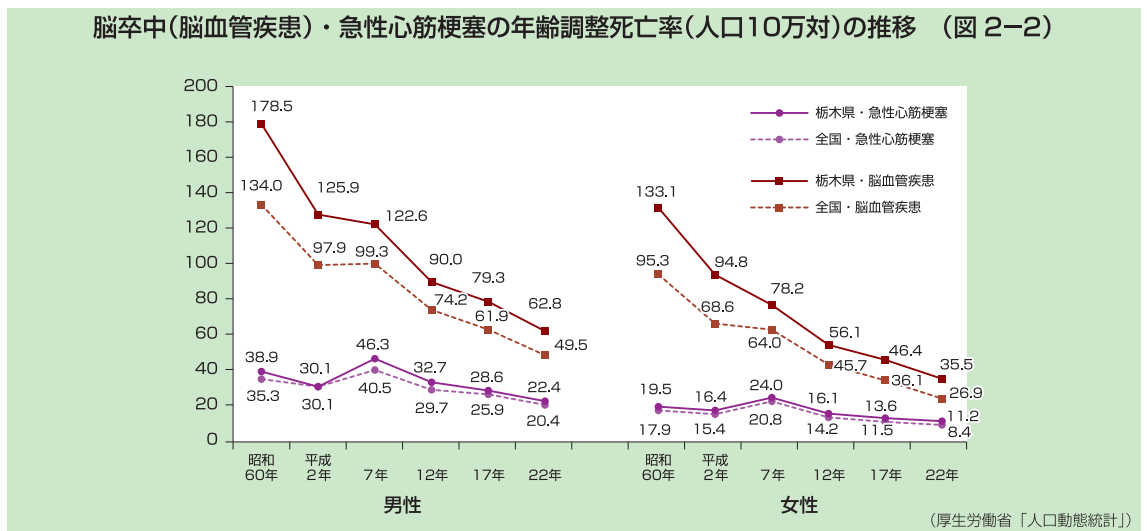
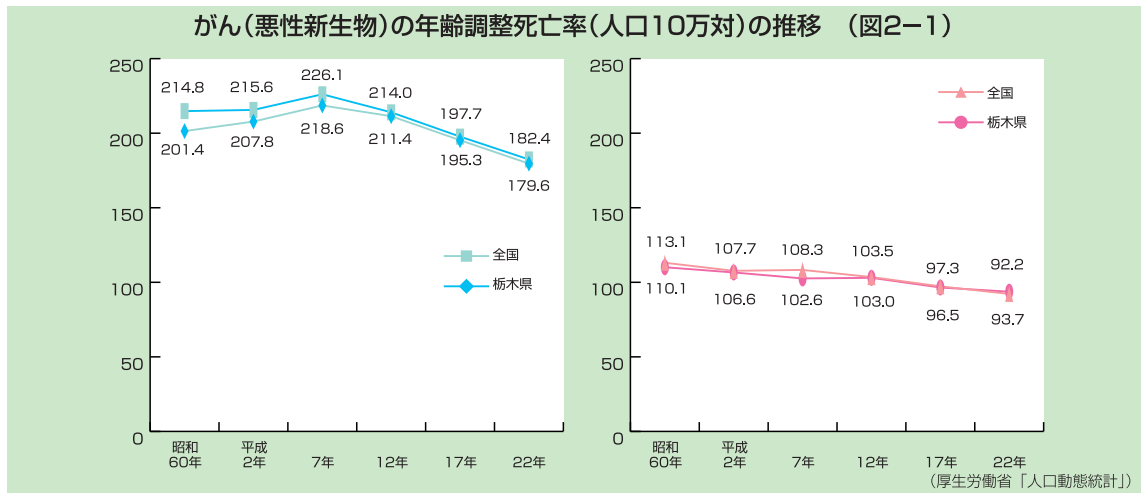
※厚生労働科学研究費補助金による「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」が定めた『健康寿命の算定方法の指針』及び『健康寿命の算定プログラム』を用いて、県保健福祉部が算定した値。

※人口規模が小さい市町がほとんどであるため、精度確保の観点から死亡数等について平成21年～平成23年の3か年分を捕捉した。また、「不健康な期間」を算定するに当たって介護保険事業における要介護度2以上の認定者数を基礎数値として用い、市町健康寿命を算定した。

※上記算定値は推定値であり、真の値は95%の信頼度で信頼区間（グラフ中の——部分）に含まれているものとみなされる。

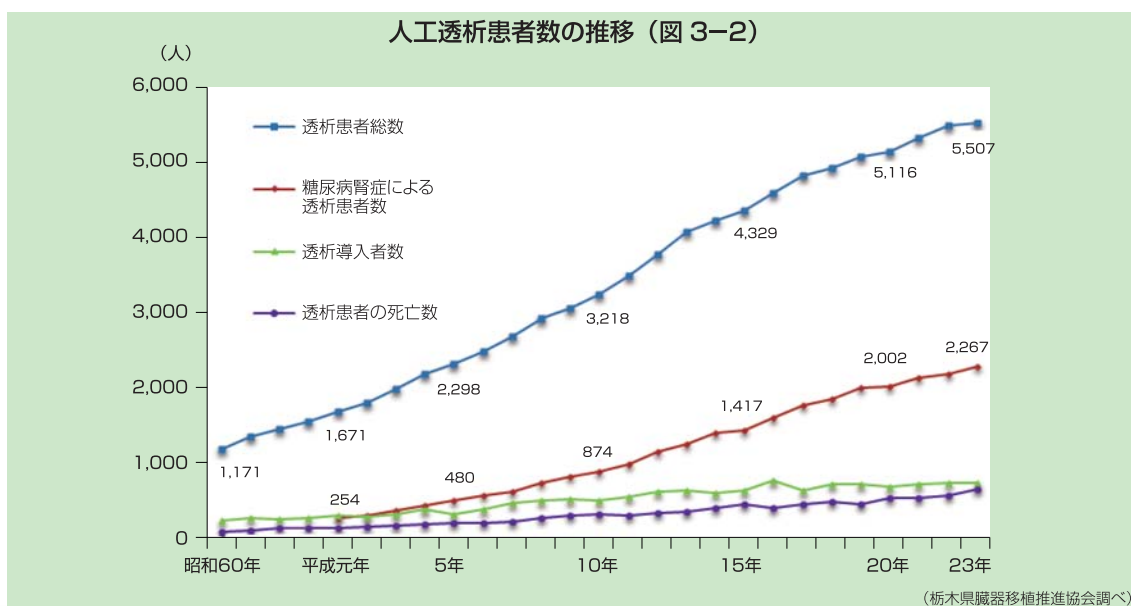
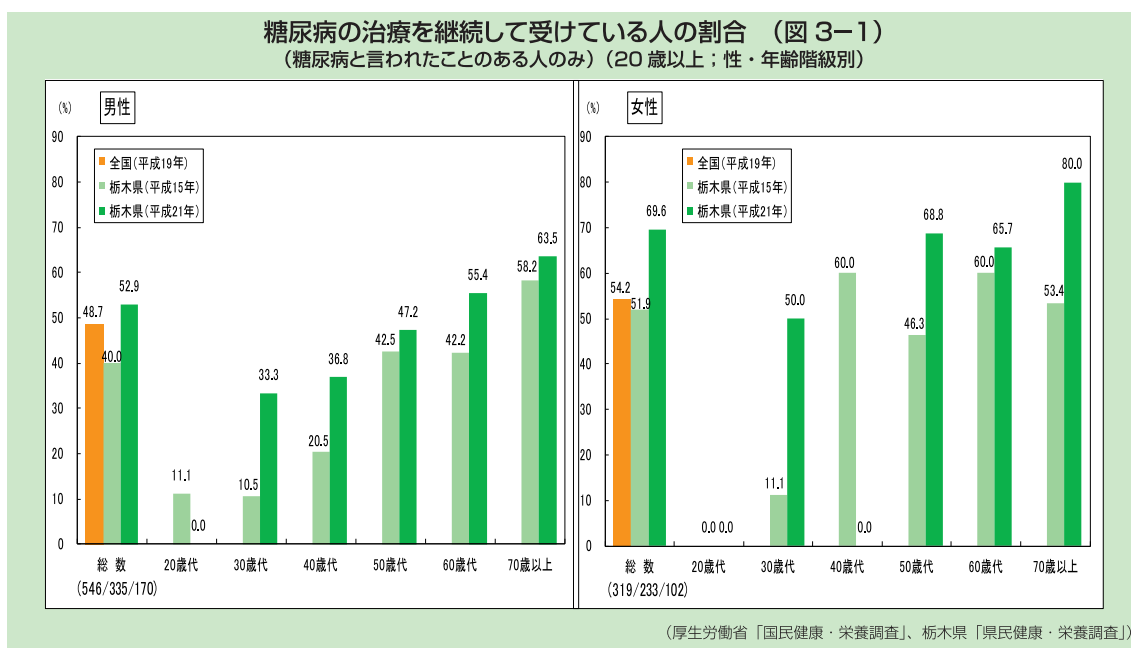
(2) 年齢調整死亡率

- 疾病別の死因順位は、平成15年以降第1位はがん（悪性新生物）、第2位は心臓病（心疾患）、第3位は脳卒中（脳血管疾患）となっており、この三大死因が全死因の約6割を占めています。
- 全死因の年齢調整死亡率（人口10万人対）は、男性573.7（全国ワースト9位）、女性295.7（全国ワースト2位）となっています。
- がん（悪性新生物）の年齢調整死亡率（人口10万人対）は全体として減少傾向にあります。依然として死因の1位です。（図2-1）
- 脳卒中（脳血管疾患）・急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人対）は男女ともに改善しつつありますが、全国よりも依然高い状況が続いています。（図2-2）

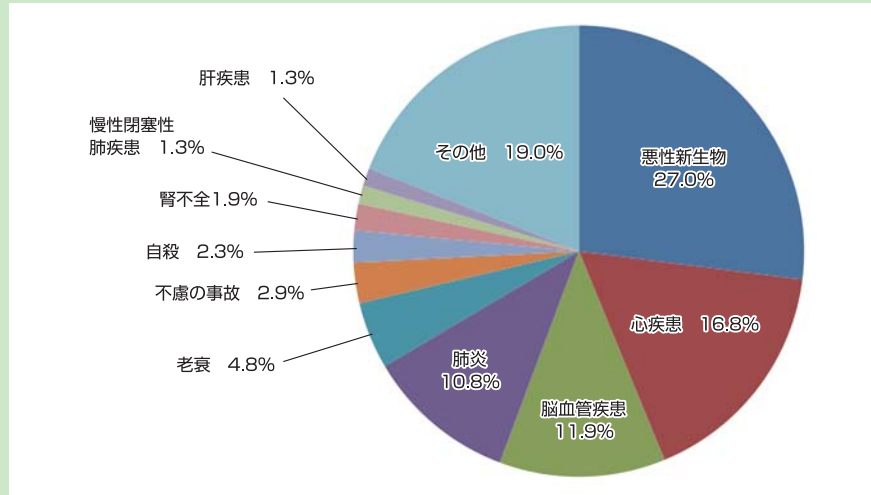


(3) 生活習慣病の発症等

- がんによる平成22年の1年間の新入院患者数は約2万9千人、延べ外来患者数は約5万4千人でした（栃木県保健医療計画に基づく平成23年度機能別医療機関現況調査）。
- 脳卒中（脳血管疾患）による入院患者数は約10,800人と推計されています（平成20年患者調査）。
- 急性心筋梗塞による入院患者数は約5,100人と推計されています（平成20年患者調査）。
- 糖尿病有病者（受診者数）は約39,000人と推計されています（平成20年患者調査）。
- 糖尿病患者で治療を継続している人の割合は増加傾向にありますが、6割程度に留まっています。（図3-1）
- 糖尿病腎症を原因とする透析患者が年々増加しています。（図3-2）
- 慢性閉塞性肺疾患の死亡数は増加しており、平成22年の死因別順位は9位です。（図3-3）



栃木県における平成22年死因順位(図3-3)

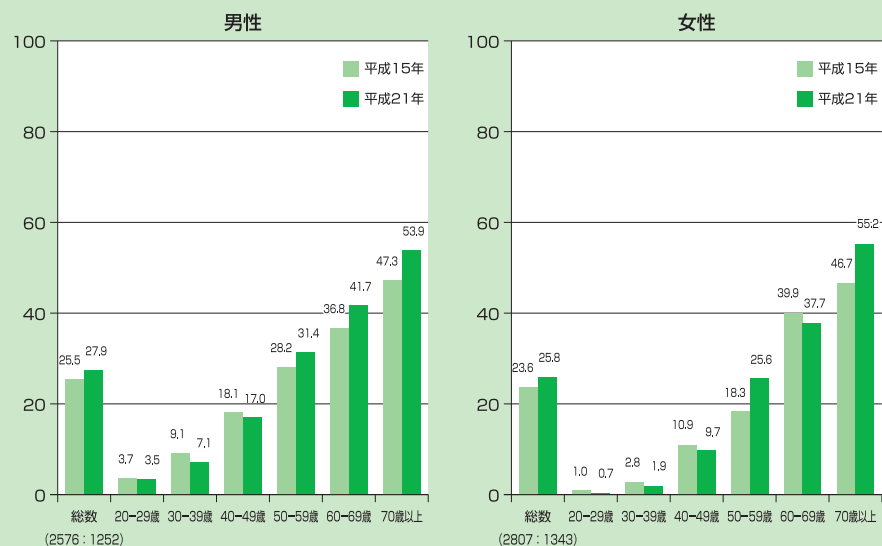


(厚生労働省「人口動態統計」)

(4) 健康の状態

- 高血圧や脂質異常の県民の割合が増加しています。(図4-1)
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が平成20年と比較し増加しています。
(表4-1)
- 20~60歳代男性の約4割、40~60歳代女性の約3割が肥満傾向にあります。(図4-2)
- 20歳代女性のやせの者の割合が34.4%(平成21年度)であり、増加傾向にあります。(図4-3)
- 低出生体重児の出生割合は全国と比較して高い状況にあります。(図4-4)
- 肥満傾向にある子どもの割合は全国と比較してほとんどの学年で高い状況にあります。
(図4-5)
- 高齢者人口の増加に伴い、要支援・要介護認定者が増加しています。(図4-6)
- 認知症高齢者も増加していると見込まれています。

医師から高血圧と言われた人の割合(図4-1)



(厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」)

メタボリックシンドローム該当者及び予備群推計数等（表4-1）

	メタボリックシンドローム該当者 及び予備群推計数 (人)	メタボリックシンドロームの該当者 及び予備群の減少率 (対平成20年度比)
平成20年度	約237,000人	—
平成21年度	約245,000人	△2.7% (2.7%増加)
平成22年度	約243,000人	△1.6% (1.6%増加)

(平成25年3月8日厚生労働省保険局提供データに基づく栃木県保健福祉部推計)

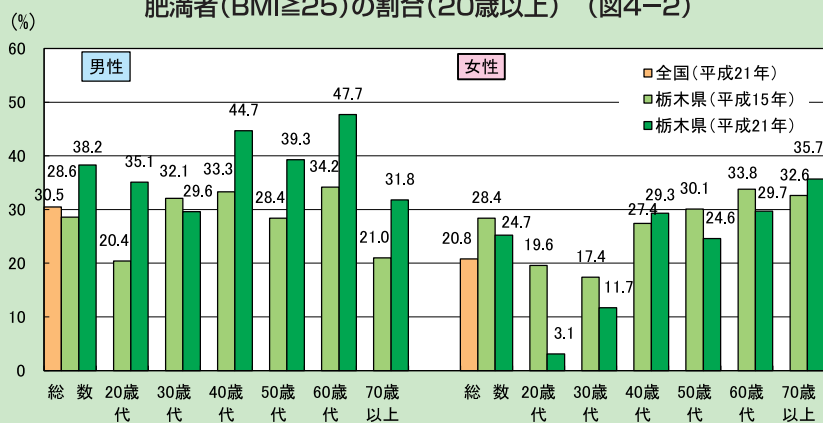
○メタボリックシンドローム該当者及び予備群推計方法

- ・栃木県「栃木県毎月人口調査報告書」年齢別人口調査結果(市町別年齢別人口)を使用し、該当年のメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合から推計

○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率算定方法

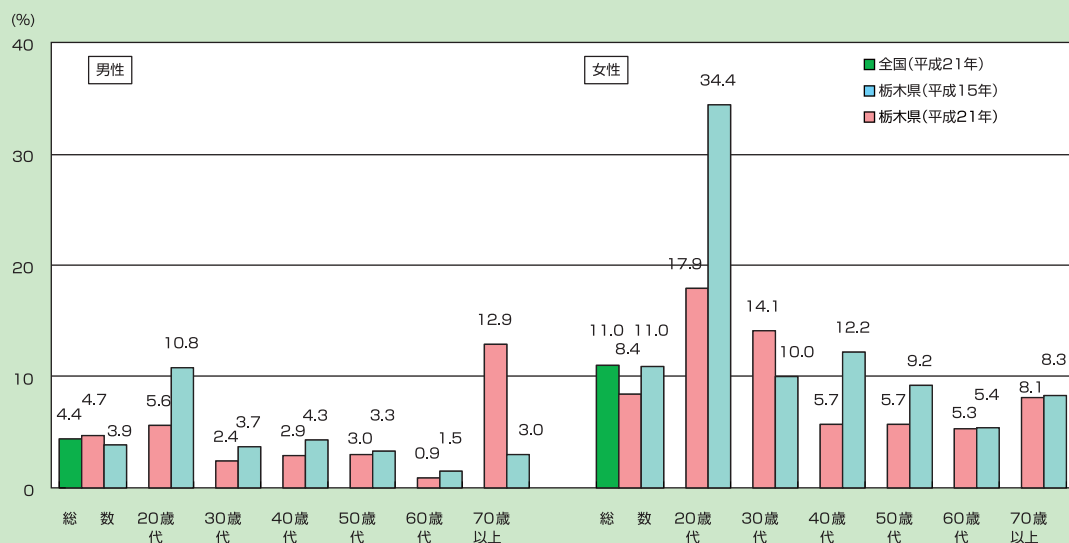
- ・厚生労働省から配布されたツールを使用し算出

肥満者(BMI \geq 25)の割合(20歳以上) (図4-2)



(厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」)

低体重(やせ)の者(BMI<18.5)の場合(20歳以上) (図4-3)

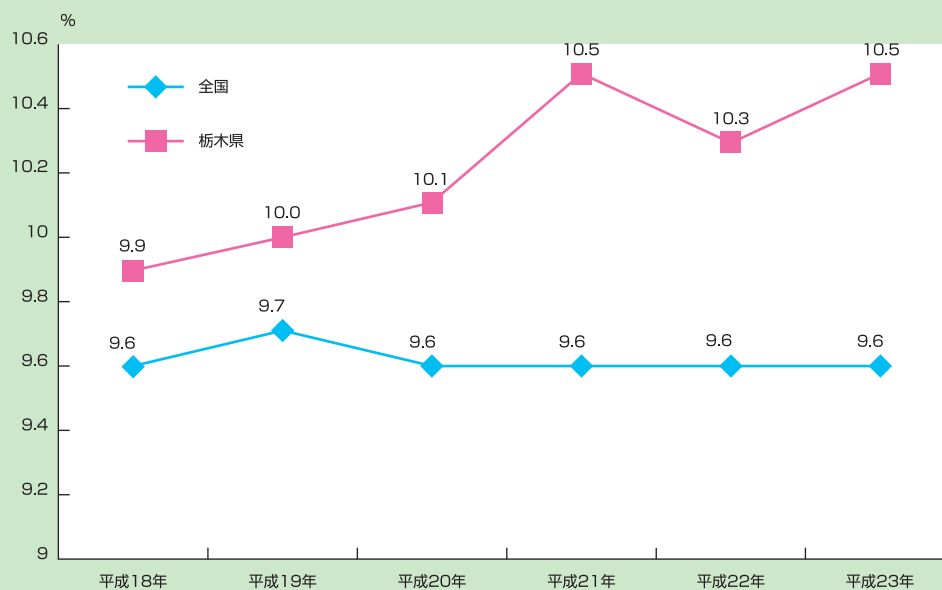


(厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」)

(参考) 肥満の判定【Body Mass Index (BMI) = 体重[kg] ÷ (身長[m]) ÷ (身長[m])】

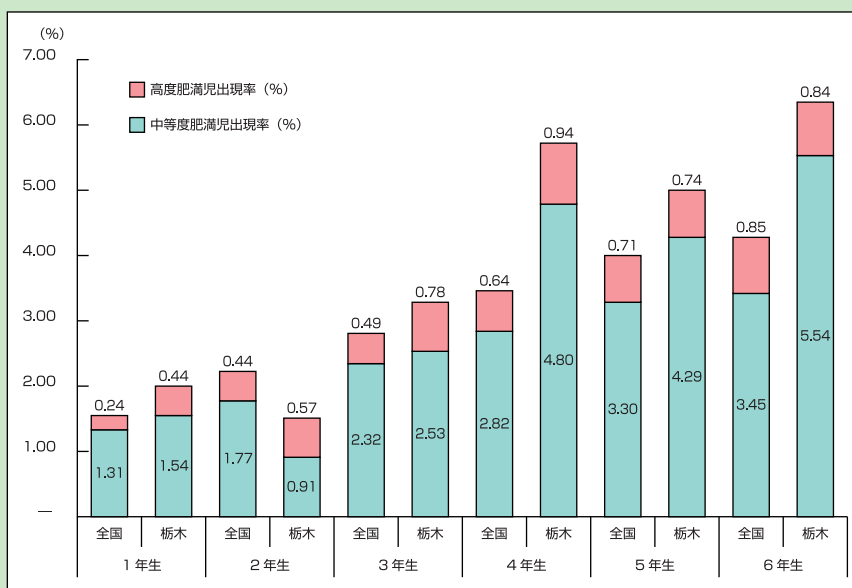
判定区分	低体重(やせ)	普通	肥満
BMI	18.5未満	18.5以上25.0未満	25.0以上

低出生体重児(2500g未満)出生割合の推移 (図4-4)



(厚生労働省「人口動態統計」)

小学校1年生～6年生の中等度・高度肥満傾向児の出現率 (図4-5)



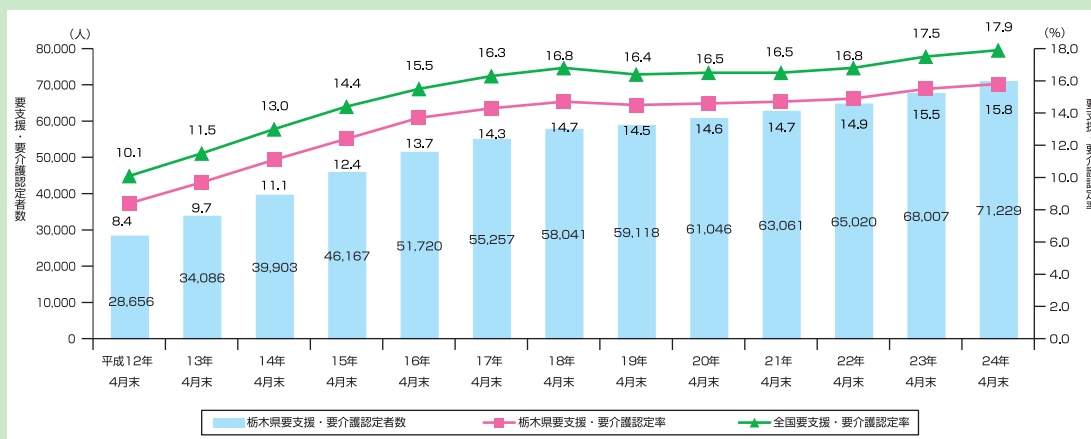
(文部科学省「平成23年度学校保健統計調査」)

※高度肥満：肥満度+50%以上

中等度肥満：肥満度+30%以上50%未満

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

要支援・要介護認定者数及び認定率の推移 (図4-6)



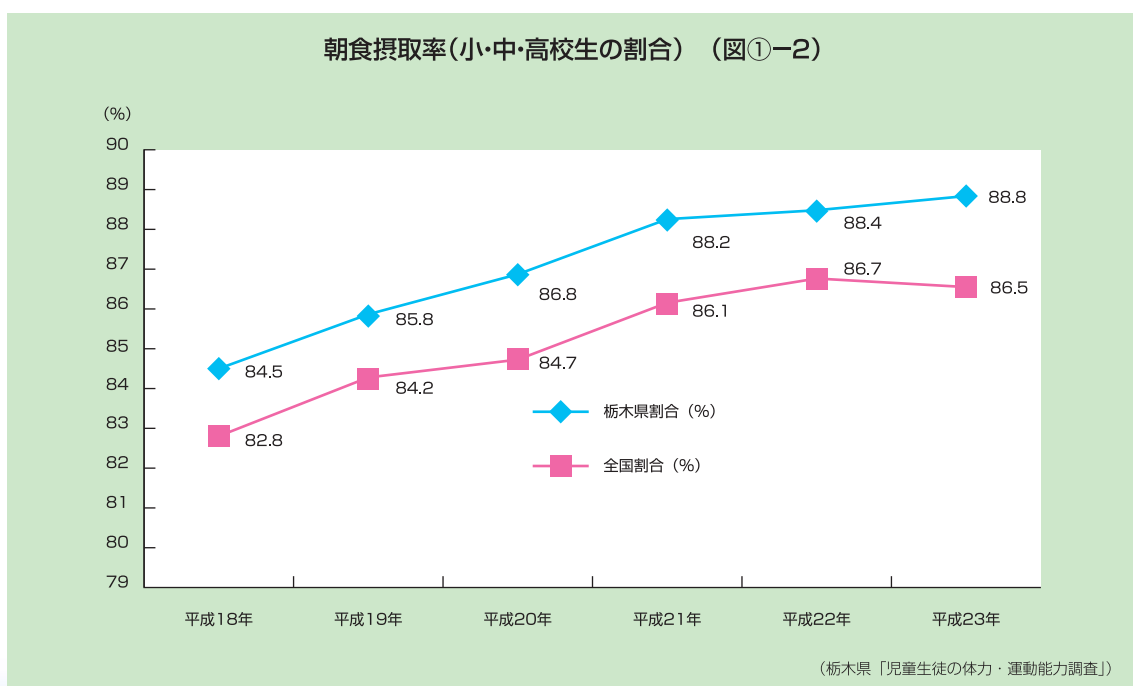
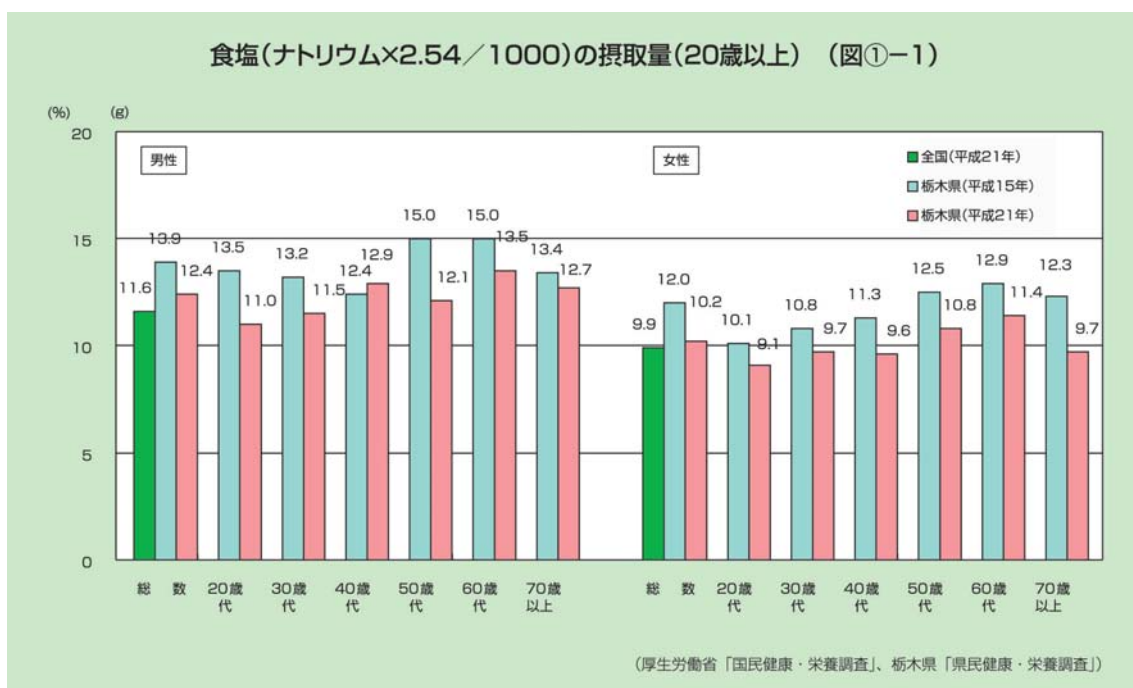
(厚生労働省「介護保険事業報告」)

3 県民の生活習慣と意識

(1) 生活行動・生活習慣

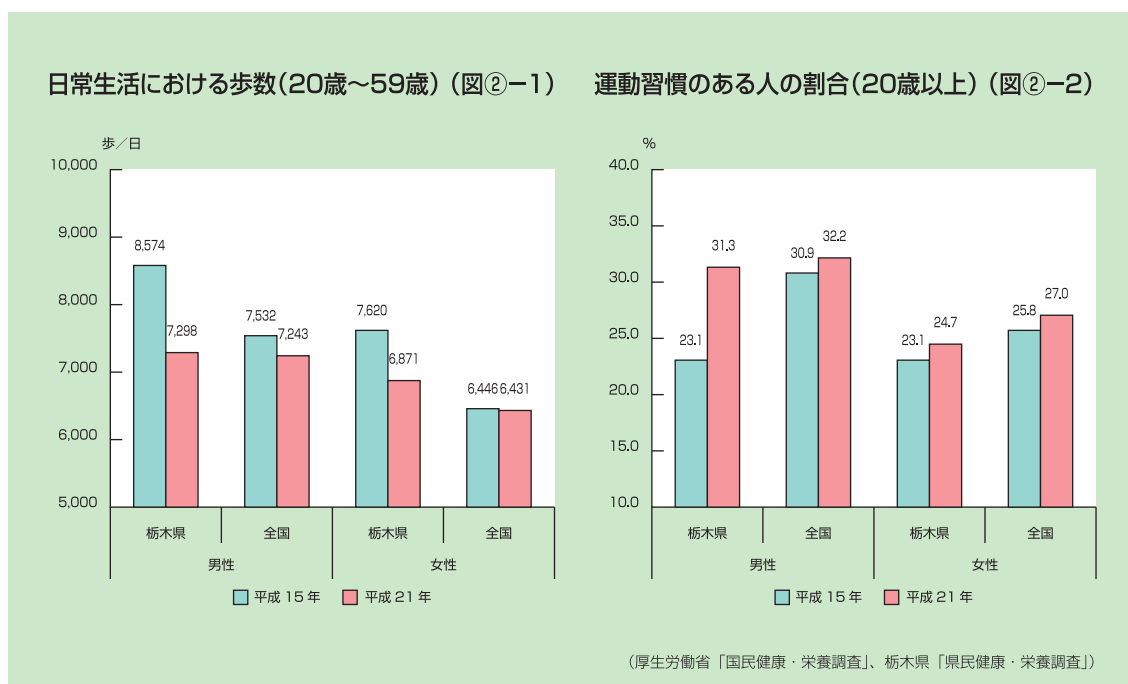
① 栄養・食生活

- 1日当たりの食塩摂取量は男性12.4g、女性10.2g(平成21年度)で減少傾向にありますが、全国と比べると依然多い摂取状況にあります。(図①-1)
- 野菜やカルシウムに富む食品の摂取量が少ないなど、食事の栄養バランスが悪い状況にあります。
- 児童生徒の朝食摂食の状況は改善傾向にあります。(図①-2)



② 身体活動・運動

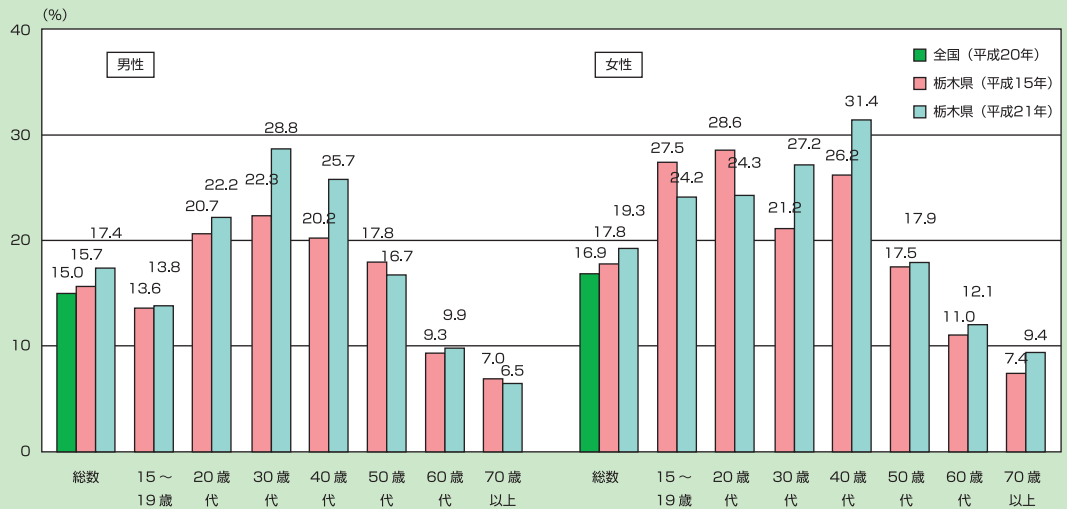
- 日常生活の身体活動量を顕著に表す指標とされる1日当たりの歩数は、男性7,298歩、女性6,871歩（平成21年度）であり、身体活動量の少ない人が増えています。（図②-1）
- 運動習慣のある人（20歳以上）の割合は男性31.3%、女性24.7%（平成21年度）であり、増加傾向にあります。（図②-2）
- 運動やスポーツを習慣的（週1～2日以上）にしている子どもの割合は、小学校から高校生まですべての学年で男女とも全国と比較して低い状況にあります。



③ こころの健康

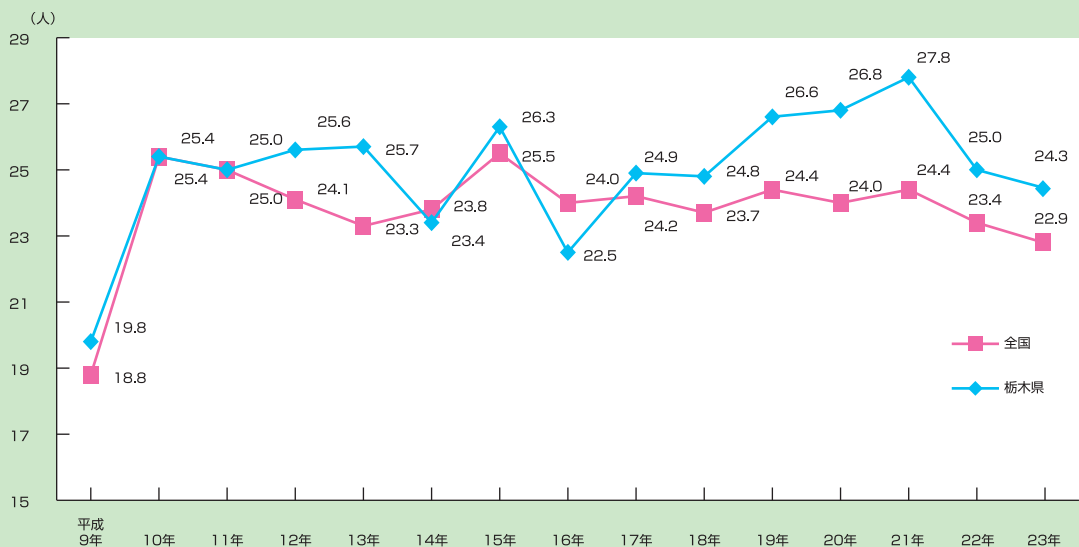
- ストレスを感じている人の割合は増加しており、なかでも働く世代でストレスを感じている人の割合が高くなっています。（図③-1）
- 人口10万人当たりの自殺者数は減少傾向にあるものの、平成10年以降高い水準で推移しています。原因・動機別に見ると、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順になっており、うつ病などこころの病気の占める割合が高くなっています。（図③-2）

ストレスが大いにあった者の割合(15歳以上) (図③-1)



(厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」)

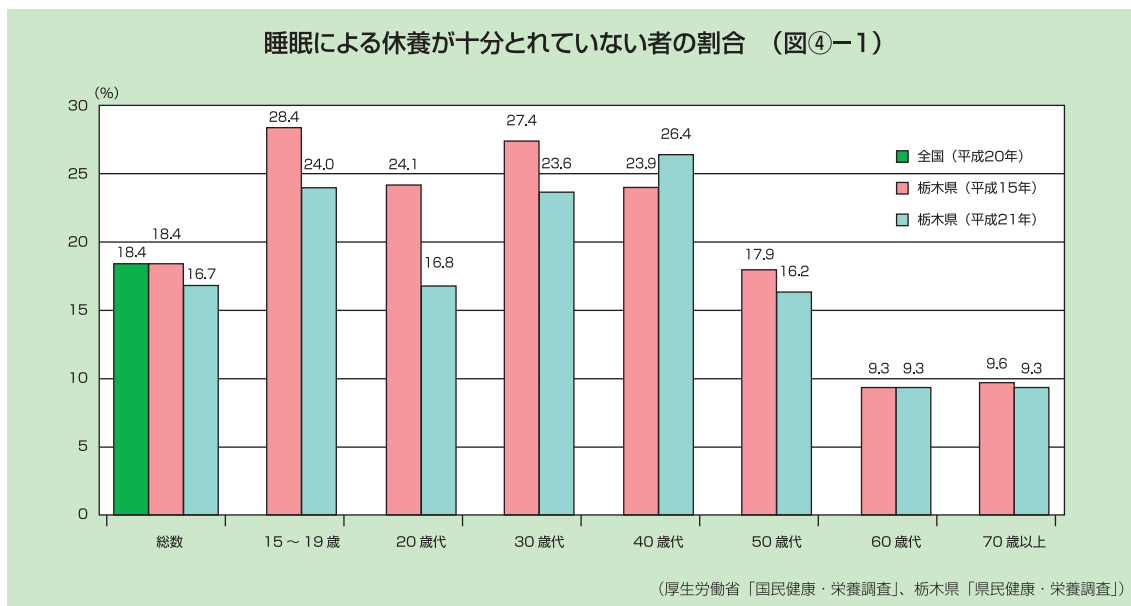
自殺者(人口10万人当たり) (図③-2)



(厚生労働省「人口動態統計」)

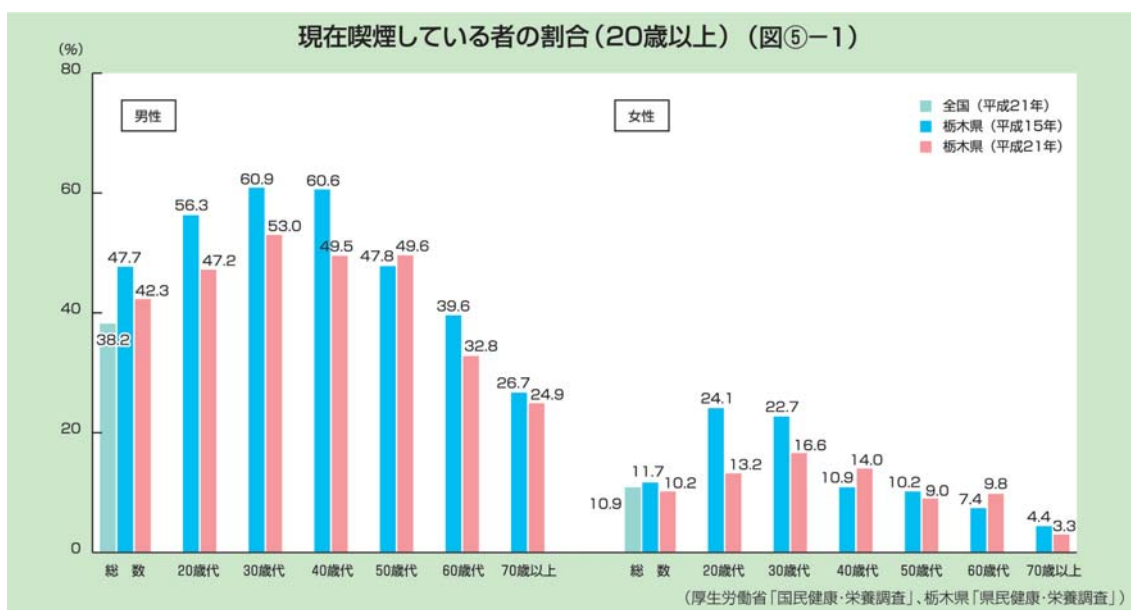
④ 休養

- 睡眠による休養を十分取れていない人の割合は16.7%（平成21年度）であり減少してきていますが、働く世代では高くなっています。（図④-1）

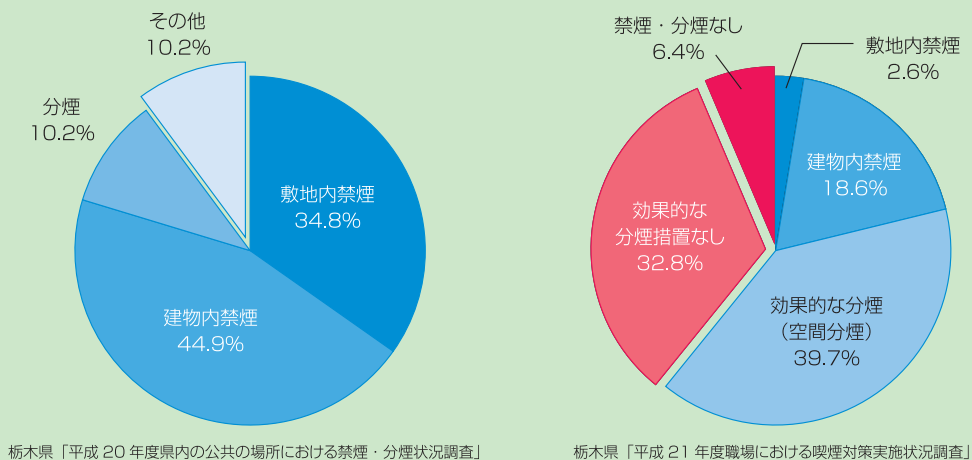


⑤ 喫煙

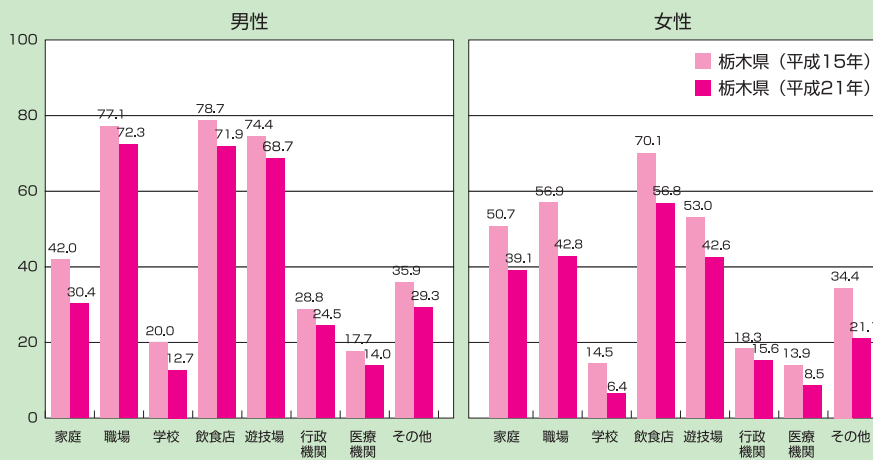
- 喫煙率は男女とも減少していますが、男性の喫煙率は全国値より高い状況です。（図⑤-1）
- 禁煙支援の取組等により県民の禁煙達成者の割合は67.0%となっています。
- 未成年者（高校2年生）の喫煙率は、男性4.1%、女性2.3%（平成21年度）となっています。
- 効果的な受動喫煙防止対策（禁煙または空間分煙）の実施率は、公共の場で89.9%、職場で60.9%となっています。（図⑤-2）
- 受動喫煙の機会は減少しているものの、飲食店、職場、遊戯場、家庭における受動喫煙の機会は依然として高い状況です。（図⑤-3）



受動喫煙防止策の実施状況 (図⑤-2)



受動喫煙の機会(15歳以上)※1か月に1回以上受動喫煙の機会があった者の割合 (図⑤-3)

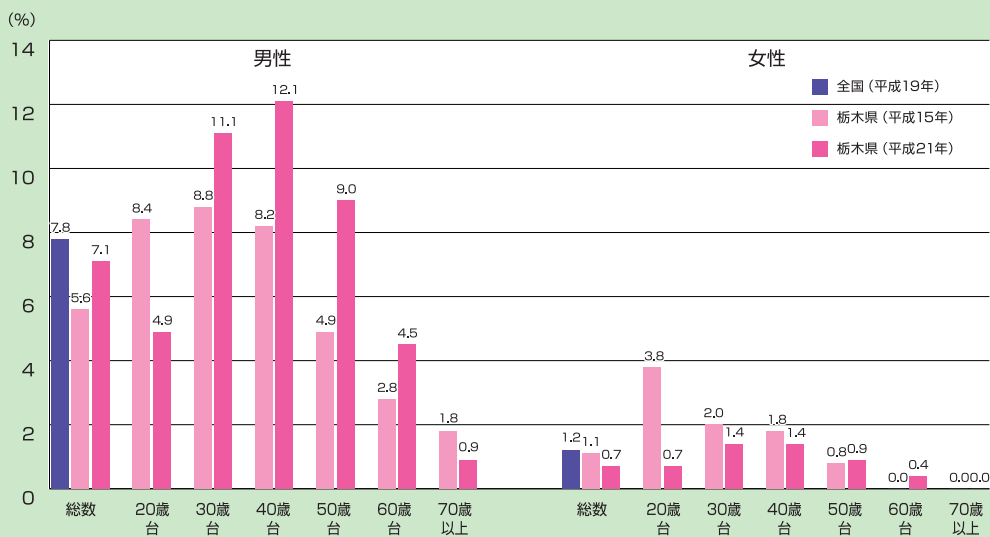


(栃木県「県民健康・栄養調査」)

⑥ 飲酒

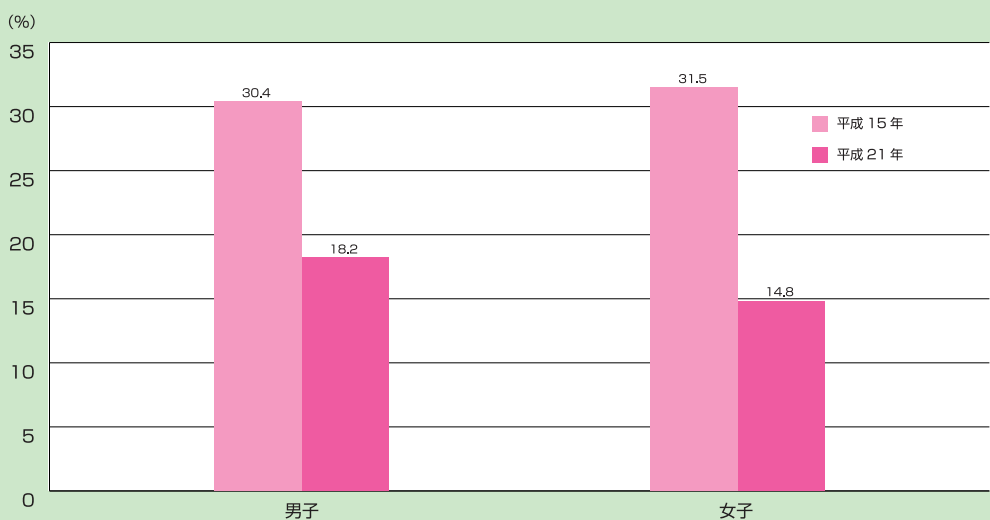
- 多量飲酒者（1日平均60グラム（日本酒換算で3合）を超える飲酒者）の割合は、女性は減少傾向にありますが、男性は増加傾向が見られます。（図⑥-1）
- 未成年者（高校2年生）の飲酒率は、男性18.2%、女性14.8%（平成21年度）と減少傾向にあります。（図⑥-2）

多量に飲酒する者の割合(20歳以上)※週1回以上の飲酒頻度、1日の飲酒量が3合以上 (図⑥-1)



(厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」)

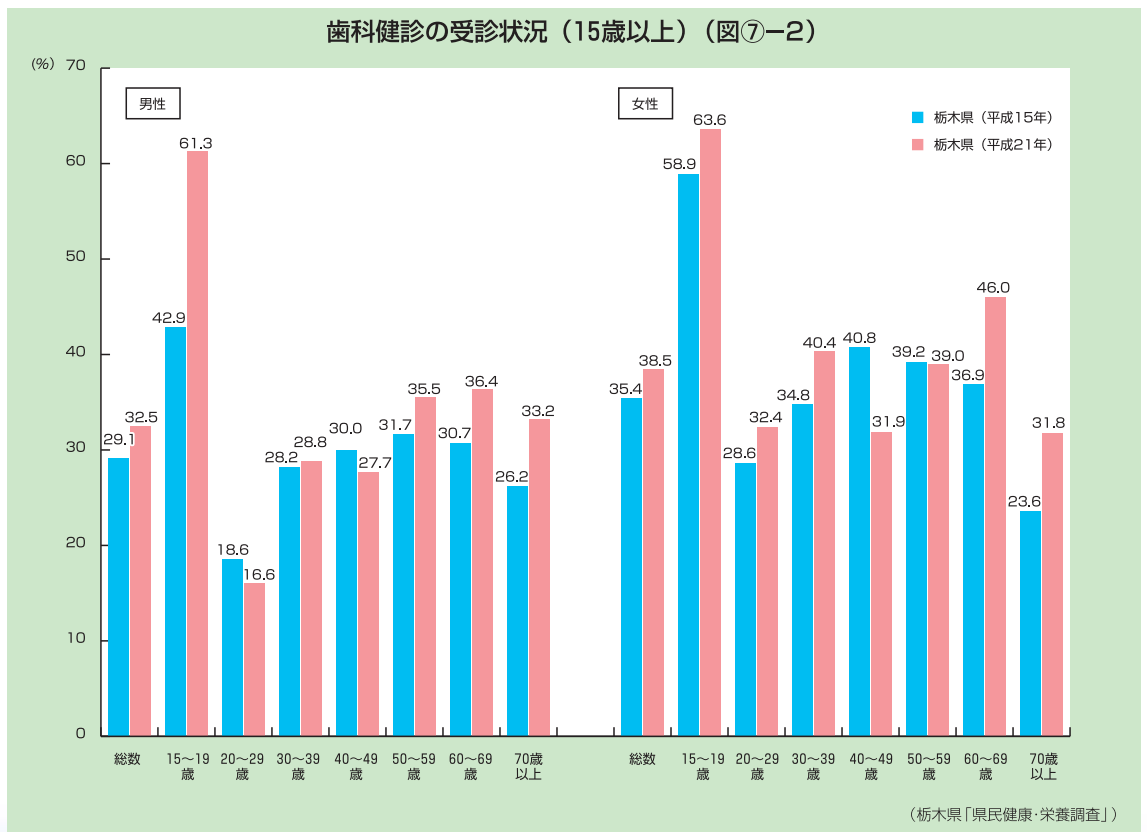
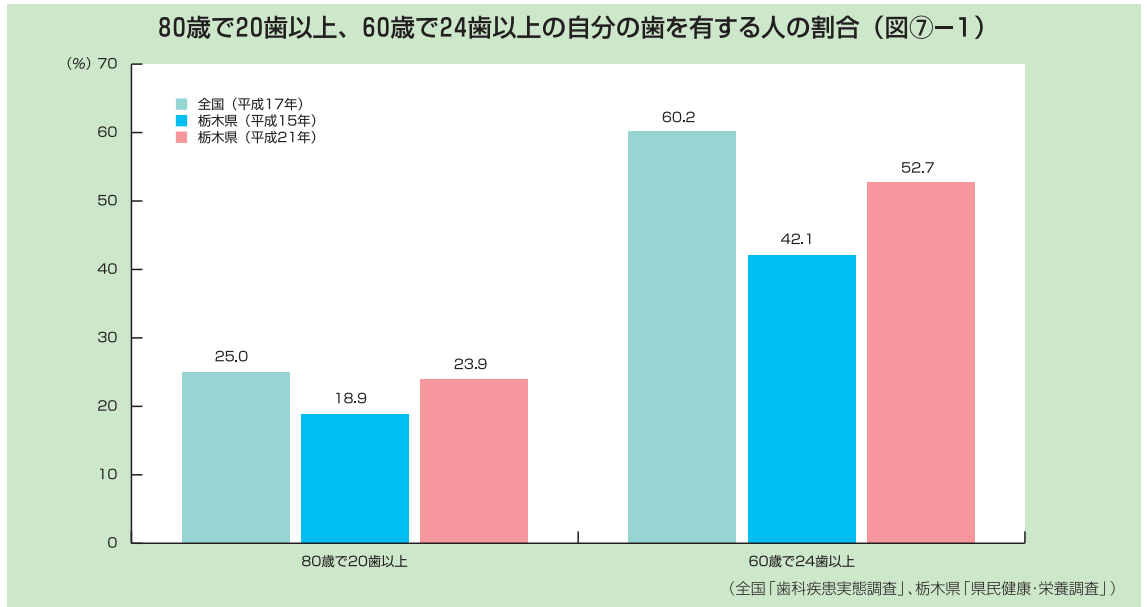
未成年者の飲酒率 (図⑥-2)



(栃木県「県民健康・栄養調査」)

⑦ 歯・口腔の健康

- 子どものむし歯（12歳児の一人平均むし歯数は1.4歯（平成21年度）、成人の歯周病（進行した歯周炎を有している者（40歳）の割合は22.5%（平成21年度）、高齢者の残歯数（80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合は23.9%、60歳で24歯以上有する者の割合は52.7%（平成21年度））については改善の傾向にあります。（図⑦-1）
- 歯科健診の受診・歯間部清掃器具の使用など適切な行動が取れている人は、まだ少ない傾向にあります。（図⑦-2）



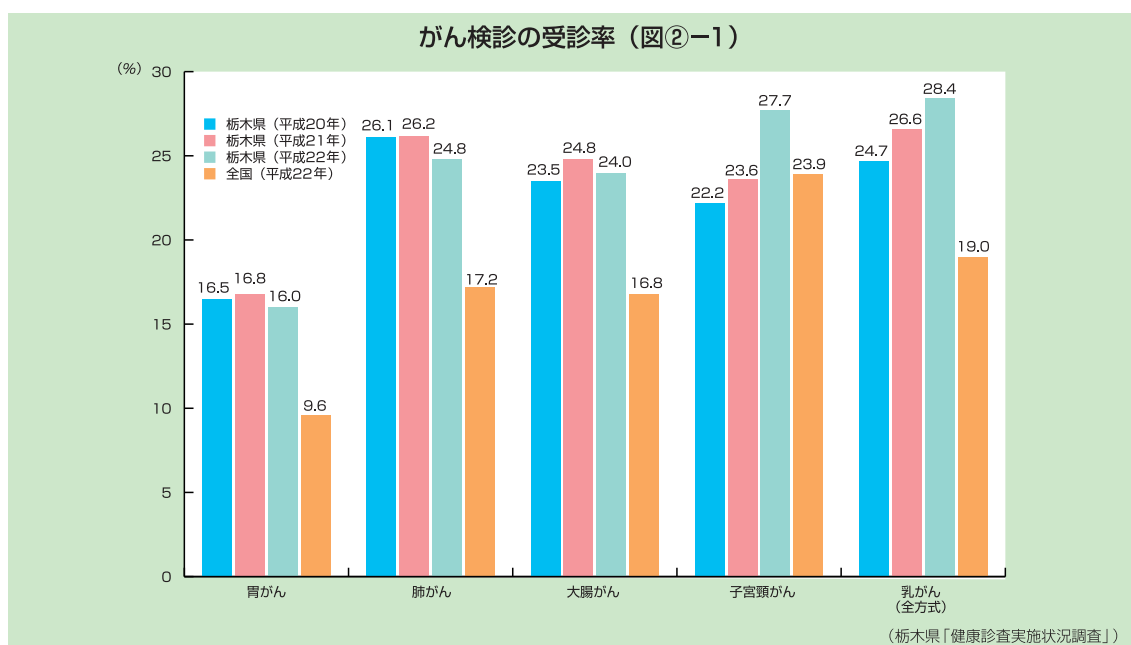
(2) 健康についての意識

① 健康や健康管理に関する意識

- 自らの健康状態について、男性の31.1%、女性の26.7%（平成21年度）が「とてもよい」または「よい」と意識しており、過去5年間でわずかに増加しています。
- 塩分の多いものの摂取を控えている人の割合は、男性で54.7%、女性で73.3%（平成21年度）であり、過去5年間ほぼ横ばいです。
- 食品や外食の栄養成分表示を参考にしている者の割合は、男性22.4%、女性40.0%（平成21年度）であり、過去5年間で増加しています。
- 日常生活で意識的に運動を心がけている人の割合は、男性61.5%、女性63.9%（平成21年度）で過去5年間で増加しています。

② 健診等に関する意識

- 特定健康診査・特定保健指導の実施率は低い状況です。
- がん検診受診率はいずれのがんにおいても全国値を上回っていますが、総じて低いレベルで推移しています。その中でも、乳がん（28.4%）、子宮頸がん（27.7%）については向上してきています。（図②-1）
- 脳卒中発症後、専門的な治療が受けられる医療機関を速やかに受診する患者の割合は3割程度です。
- 脳卒中発症後の在宅療養において、再発予防や肺炎予防の取組が十分なされてはいません。
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度は十分とはいえず、多くの患者が未診断・未治療の状況にあると推測されています。

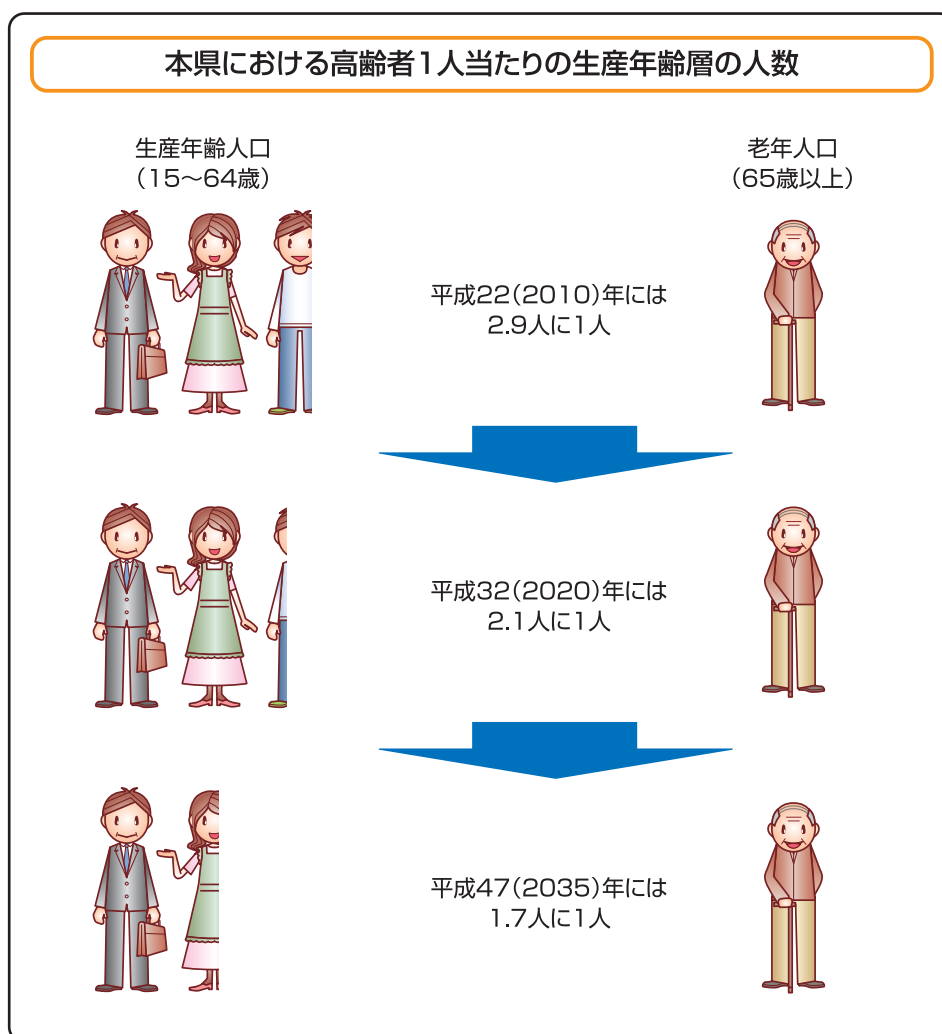


4 課題

(1) 人口構造の変化に対応した社会づくり

人口減少と少子高齢化に伴う人口構造の変化は、国内需要や労働力人口の減少等による経済規模の縮小、老年人口の増加による年金、医療、介護等の社会保障給付費の増嵩など、社会に大きく影響を及ぼすことが懸念されます。

本県が、今後とも豊かで活力ある地域として発展していくためには、人口構造の変化に伴う諸課題について県民一人一人が問題意識を持つとともに、高齢になっても心身ともに健康で、多様な分野で活躍し、いきいきと暮らせる社会づくりを進めていくことが求められています。



(2) 生活習慣病の発症予防及び重症化の予防に向けて

① がん

- がんを予防するために、食生活や身体活動、喫煙等の生活習慣の更なる改善を図る必要があります。
- がんを予防するために、がんの原因となる感染症の対策を進める必要があります。
- がんの早期発見・早期治療を推進するために、がん検診及び精密検査の受診率を向上させる必要があります。

② 脳卒中・心臓病

- 脳卒中・心臓病の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの基礎疾患を十分に管理し、また、望ましい食生活の実践や身体活動量の増加、禁煙等、生活習慣を見直す必要があります。
- 脳卒中・心臓病の危険因子ともなるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の早期発見・改善を図るために、特定健康診査・特定保健指導の実施率を向上させる必要があります。
- 脳卒中・心臓病による死亡や後遺症を防ぐために、発症後、専門的な治療が受けられる医療機関を速やかに受診する必要があります。
- 脳卒中の発症後の嚥下性肺炎を予防するために、適切な食事支援や口腔ケア等が行われる必要があります。

③ 糖尿病

- 糖尿病の発症や合併症を予防するために、望ましい食生活の実践や身体活動量の増加等、生活習慣の改善を推進する必要があります。
- 糖尿病の危険因子ともなるメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるために、特定健康診査・特定保健指導の実施率を向上させる必要があります。
- 糖尿病の合併症を予防するために、早期発見・早期治療、治療継続の重要性について、県民の意識を向上させる必要があります。

④ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

- COPDについての理解を広めるために、県民に対してCOPDに関する正しい知識の普及を図る必要があります。
- COPD患者が適切な医療を受けられるよう、医療従事者に対してCOPDについて啓発する必要があります。
- COPD患者の重症化を防止するために、禁煙と継続的な治療の必要性について啓発する必要があります。

(3) 子どもや高齢者の健康づくりに向けて

- 低出生体重の原因は様々ですが、妊婦の喫煙、やせなど予防できるものもあることから、今後母親となりうる女性に対して、安全な出産に向けた健康づくりのための支援が求められています。
- 運動やスポーツを習慣的（週1～2日以上）にしている子どもの割合が低いため、地域で安全に運動や活動できる場の提供が求められています。
- 高齢者も生活習慣病の予防や体力向上のため、食生活の改善や身体活動量の増加など、日頃の健康づくりに取り組むことが重要です。
- 高齢になっても介護が必要な状態に陥らないよう、また介護が必要な状態となっても重度化しないよう、介護予防に取り組むことが重要です。
- 県民の認知症に関する理解が広がり、認知症の方やその家族に対して、医療や介護・福祉の関係機関が連携して、効果的な支援を行うことが重要です。
- 高齢者が社会における役割を見出し、生きがいを持って社会参加や社会貢献ができる環境づくりを進めることが求められます。

(4) 生活行動・生活習慣の改善に向けて

① 栄養・食生活

- 適正体重維持の重要性についての啓発と行動変容を促進する必要があります。
- 食塩摂取量の減少をはじめとした、栄養バランスのとれた適切な量と質の食事の重要性についての啓発と行動変容を促進する必要があります。
- 外食をする人の割合が増加していることを踏まえ、外食時における減塩促進や栄養バランスのとれた食事の摂取に向けて取り組む必要があります。
- 子どもの頃から適切な食習慣を確立することが重要であることから、家庭、地域及び学校と連携して啓発を継続していく必要があります。

② 身体活動・運動

- 歩数の増を図ること等により日常生活における身体活動量を増やす必要があります。
- 運動しやすいまちづくり・職場づくりが求められています。

③ こころの健康

- ストレスを感じている人が増加傾向にあることから、ストレスと上手に付き合えるよう個人の対処能力を高めることが必要です。
- 特に、働く世代でストレスを感じている人の割合が高いことから、働く世代をターゲットとしたこころの健康の確保に関する取組が求められています。
- 自殺予防対策の一環として、うつ病などのこころの健康面へのアプローチが必要です。

④ 休養

- 適切な睡眠習慣の定着により十分な休養の確保が求められています。
- 働く世代が休養を取りやすい環境の整備が求められています。

⑤ 喫煙

- 喫煙の健康への影響について、正しい知識の一層の普及啓発が必要です。
- 喫煙をやめたい県民が禁煙を達成できるよう支援していく必要があります。
- 未成年者の喫煙をなくすため、社会全体の機運醸成や環境整備が必要です。
- 妊婦や授乳している女性に対しては、本人の意識のみならず、周囲の人たちが理解し、喫煙しないよう支援する体制づくりが必要です。
- 公共の場及び職場等で受動喫煙防止対策を徹底する必要があります。

⑥ 飲酒

- 生活習慣病のリスクを高める量(1日の平均純アルコール摂取量が男性で40グラム以上、女性で20グラム以上)の飲酒をしないよう周知し、生活習慣を改善していく必要があります。
- 未成年者の飲酒をなくすため、社会全体の機運醸成や環境整備が必要です。
- 妊婦や授乳している女性に対しては、本人の意識のみならず、周囲の人たちが理解し、飲酒しないよう支援する体制づくりが必要です。

⑦ 歯・口腔の健康

- 子どものむし歯予防、成人の歯周病予防、高齢者の口腔ケアなど、ライフステージに応じた対応が必要です。
- 歯や口腔の健康づくりが全身の健康の向上や生活習慣病の予防に寄与することなどについて啓発を行う必要があります。
- 歯や口腔の健康づくりの取組や環境整備を進めることにより、地域による健康格差を生じさせないことが必要です。

第3章 とちぎの目指す健康づくり

1 「健康長寿とちぎ」の実現に向けて

健康は、県民が生涯を通じていきいきと暮らすための基本であり、県民一人一人の健康は、豊かで活力ある地域社会を築くための基盤でもあります。

2期計画においては、10年後を見据え、目指すべき健康長寿社会「健康長寿とちぎ」の姿を次のとおり設定し、その実現を図るために「健康寿命の延伸」及び「健康格差の縮小」を基本目標に掲げるとともに、10年間の取組の4つの基本方向を示し、施策の展開を図ります。

(1) 目指すべき健康長寿社会

健康づくりを社会全体で取り組むことにより、県内のどの地域に住んでいても健康を実感し、とちぎで暮らすことに心身ともに充実を感じながら、健康でいきいきとして歳を重ね暮らすことのできる、豊かで活力ある健康長寿社会を目指します。

**生涯にわたり健康でいきいきと暮らせる、
豊かで活力ある“健康長寿とちぎ”の創造**

(2) 基本目標

健康寿命の延伸 健康格差の縮小

① 健康寿命の延伸

ア 基本的な考え方

健康寿命とは、寝たきりになったり、介護が必要になるなど、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のことであり、1期計画においても目標の一つに位置付けていましたが、具体的な概念や算定方法は明確にしていませんでした。

2期計画では、国の健康日本21（第2次）において、その概念や算定方法が明示され、全国統一の指標として示されたことを受け、本県においても具体的な目標掲げるとともに、健康づくり施策の基本目標として設定します。

イ 算定方法

$$\text{健康寿命} = \text{平均寿命} - \text{日常生活の健康上の制限のある「不健康な期間」}$$

本県の健康寿命算定に当たっては、健康上の問題で日常生活に制限のある「不健康な期間」を国民生活基礎調査データを用いて算出します。（厚生労働省研究班算定）

ウ 目標設定の考え方

健康寿命の延伸に向けては、本県が全国的に見ても平均寿命が短いことを念頭に、生活習慣の改善や社会環境の改善、生活習慣病の発症予防・重症化予防などに取り組み、健康寿命の延伸を図ることにより平均寿命の延伸も実現していくこととします。

また、平均寿命の延伸に伴う健康寿命との差（不健康な期間）の期間が増大することを回避すること、つまり、平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目指すことが、健康長寿の実現に寄与することに他ならない上、医療費や介護給付費を抑制する観点からも重要であることから、目標設定する上での考え方とします。

ここでは、現時点で健康寿命の目標を数値として定めることはせずに、「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」を具体的な目標とします。

② 健康格差の縮小

ア 基本的な考え方

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」とし、その指標としては様々なものが考えられますが、2期計画において「健康寿命の格差」を健康格差を捉える最も重要な指標とします。

また、健康寿命の市町間の差を明らかにすることにより、各市町が健康寿命の格差の要因を把握・分析し、その延伸に向けた取組の一助にするとともに、県も県全体の健康寿命の延伸に向け市町と連携を図るものとします。

県は、市町健康寿命の延伸及び市町間の健康格差の縮小を図るため、健康寿命に関する実態の把握を行うとともに、市町への情報提供等を行います。

イ 算定方法

$$\text{市町健康寿命の格差} = \text{市町健康寿命最長市町の数値} - \text{市町健康寿命最短市町の数値}$$

ウ 目標設定の考え方

市町健康寿命の格差の縮小を目指すとともに、県全体として市町健康寿命の平均値の延伸を図ります。

③ 目標項目

項 目	指 標	ベースライン値	目 標 値
1) 健康寿命の延伸	健康寿命 〔不健康な期間の算定に当たり国民生活基礎調査結果を用いて算出した値〕 平均寿命	健康寿命 男性 70.73年 女性 74.86年 平均寿命 男性 79.06年 女性 85.66年 (平成22年)	平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸 (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市町格差の縮小〕	市町健康寿命の格差及び県全体の平均値 〔不健康な期間の算定に当たり介護保険事業における要介護度2以上の認定者数を用いて算出した値〕	格差 男性 3.16年 女性 2.87年 県全体 (平均値) 男性 77.90年 女性 82.88年 (平成22年)	市町格差の縮小 県全体 (平均値) の延伸 (平成34年度)

(3) 4つの基本方向

- ① 生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底
- ② 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ③ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ④ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

① 生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底

生活習慣病の一次予防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の予防に取り組みます。

② 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

ライフステージに応じて、県民自らがそれぞれの健康観に基づき、生活習慣の改善のための健康づくりを主体的に選定し、楽しく実践できるよう、また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもも含め、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組みます。

③ 健康を支え、守るための社会環境の整備

時間的または精神的にゆとりのある生活を確保できない県民や健康づくりに関心のない県民も含め、県民全てが健康で心豊かな生活を送るため、健康づくりに関わる行政、医療保険者、医療機関、企業、ボランティア団体、学校、マスメディア等の多様な主体が連携・協働して、家庭、学校、職場、地域等で県民一人一人の健康を支え、守るための社会環境の整備に取り組みます。

④ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

健康づくりの基本要素としての栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康に関して、分野ごとに、県民一人一人の生活習慣の改善を図るとともに、健康を意識するしないにかかわらず県民だれもが自然に健康によい行動（健康づくり）ができるよう社会環境の改善に取り組みます。

2 とちぎの目指す健康づくり支援の新たな展開

(1) 健康づくり推進に関する条例の制定

県民の健康づくりを社会全体で支えるために、その基本理念、県をはじめ企業や民間団体等の責務、健康づくり県民運動の展開のあり方等を明示した健康づくり推進に関する条例（健康づくり推進条例（仮称））を制定します。

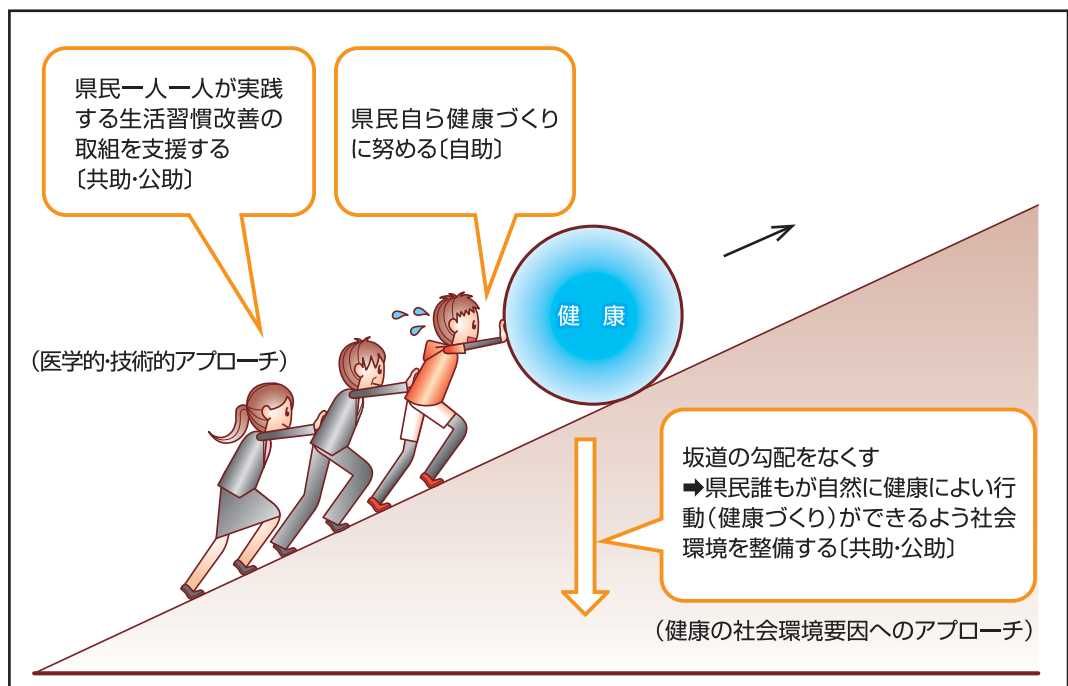
(2) 健康づくり県民運動の展開

県民一人一人が、自らの健康づくりに対する意識と積極的な姿勢を持てるよう、また、行政や医療機関等の健康づくり関係者だけでなく、地域社会を構成する企業や民間団体等の多様な主体の自発的意思により県民の健康づくりを支援する活動に参加できるよう、その実践活動として健康づくり県民運動を展開します。

【県民運動に関する取組例】

- ・ 県民健康づくりの日の制定
- ・ 健康づくりに対する県民の行動規範となる健康づくり県民憲章の制定など

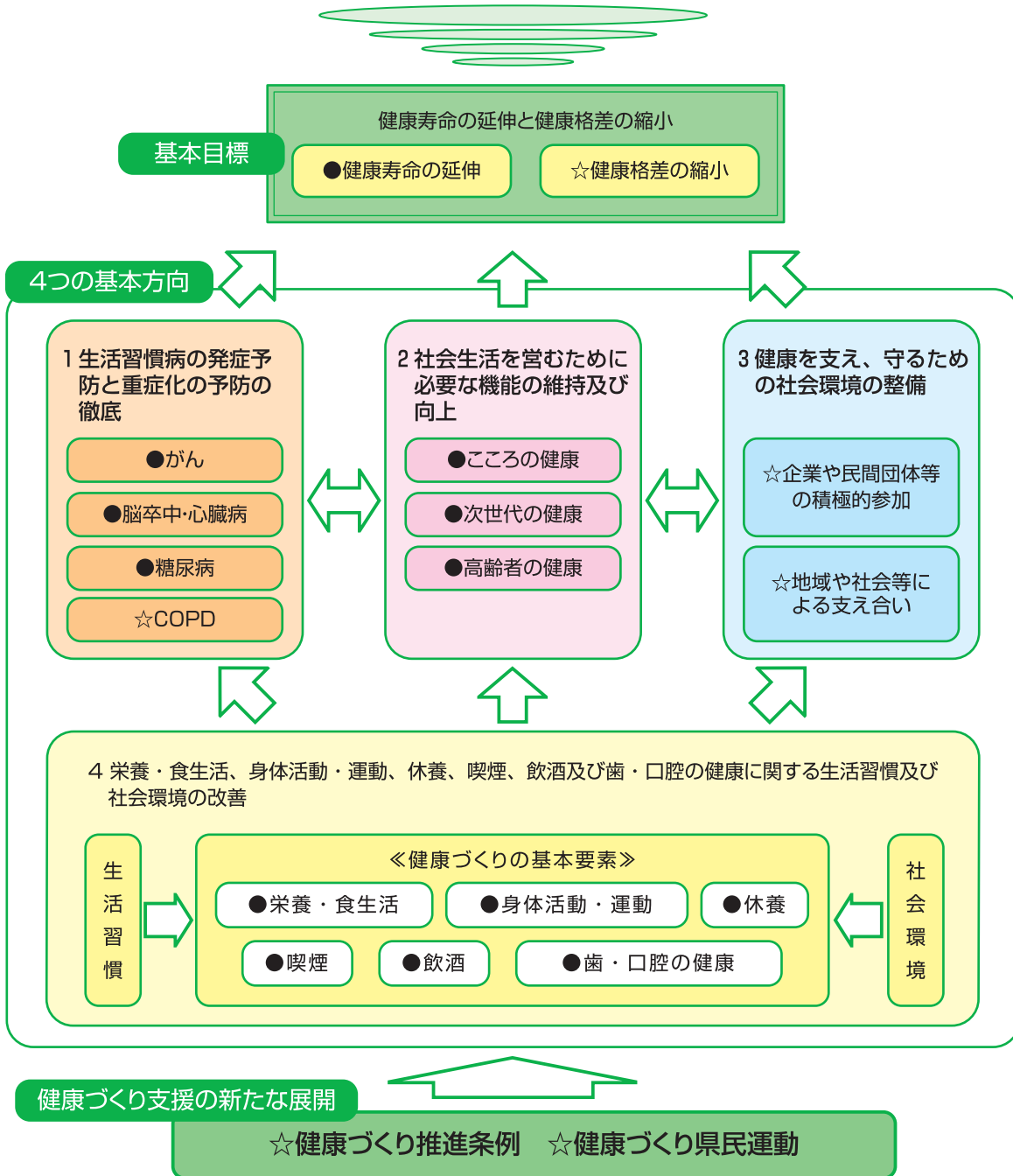
2期計画の目指す健康づくりのイメージ



島内憲夫1987 / 島内憲夫・鈴木美奈子2011を改編

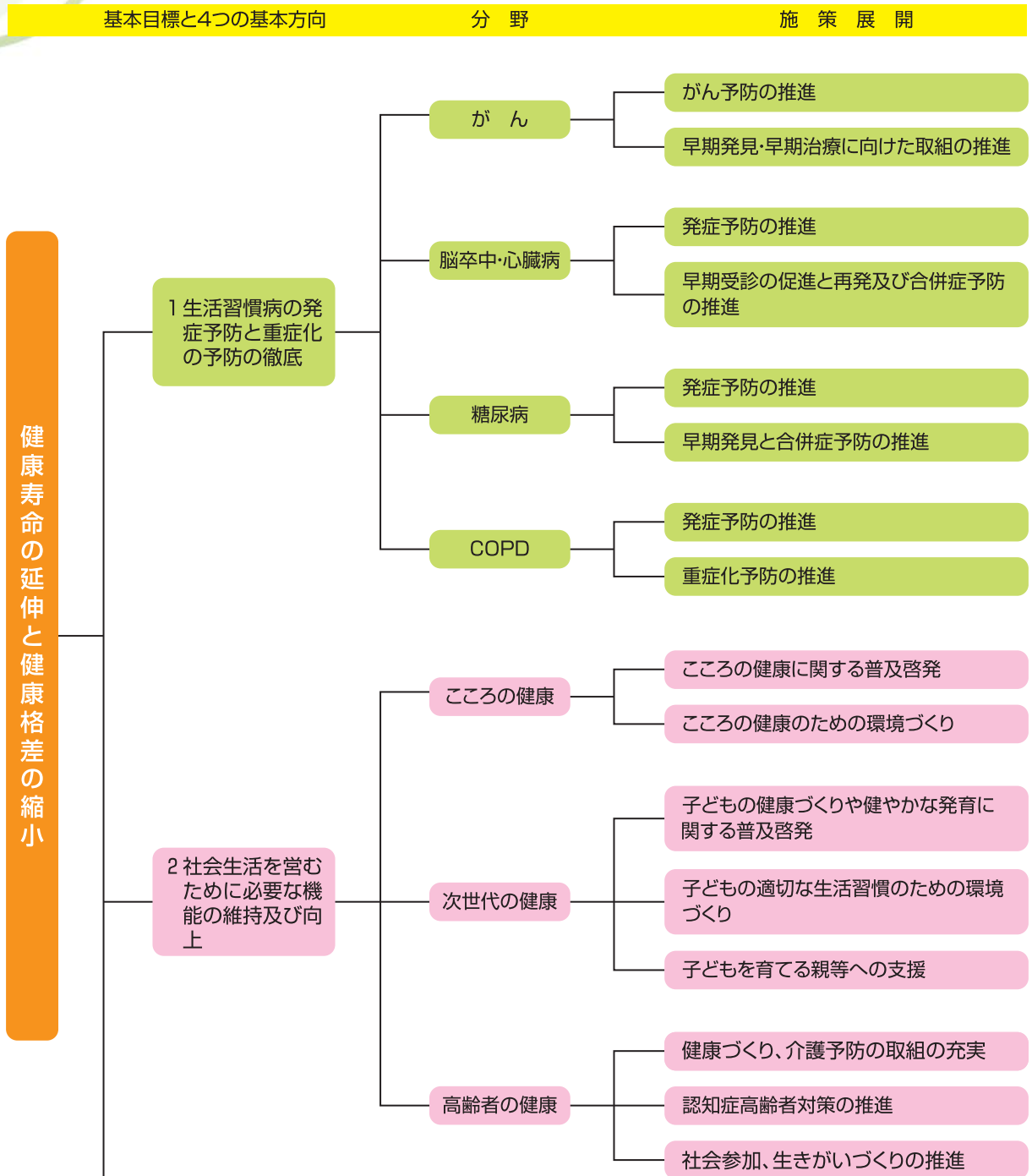
2期計画の全体構成

“健康長寿とちぎ”の創造



- 1期計画において対応した分野・領域等
- ☆ 2期計画において新たに設定する分野・領域等

3 施策の体系



基本目標と4つの基本方向 分 野 施 策 展 開

健康寿命の延伸と健康格差の縮小

