

「健康ちば21(第2次)」の最終評価について

令和5年6月
千葉県健康福祉部健康づくり支援課

I はじめに

1 国の動き(「健康日本 21(第2次)最終評価報告書」より)

日本では急速な少子高齢化や生活習慣の変化に伴う疾病構造の変化により、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、国民医療費に占めるこれら生活習慣病に係る医療費の割合は約3割となっています。

平成12年度より、国は生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」(以下「健康日本21」という。)を開始しました。

健康日本21の計画期間(平成12年度～平成24年度)の終了時に最終評価を行い、最終評価において提起された課題等を踏まえ、その後続く健康づくり対策の推進に反映させることとしました。その検討過程で、近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10年後の日本の目指す姿を「全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」とし、「目指す姿」の実現に向けて平成25年4月より「21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「健康日本21(第二次)」という。)を開始しました。

健康日本21(第二次)においては、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに、社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保を図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現するという考えのもと、以下5つの基本的な方向を定めました。

- (1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)
- (3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4)健康を支え、守るための社会環境の整備
- (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

また、平成25年度から令和4年度までを運動期間とし、基本的な5つの方向性に基づいた具体的な目標53項目をおおむね10年間を目途として設定しました。

さらに、健康日本21(第二次)の開始に際しては、厚生労働省ホームページにおいて、健康日本21(第二次)に関する大臣告示や局長通知、参考資料(全文)を掲載するとともに、普及啓発用に作成した資料もあわせて公表する等、掲載情報の充実を図りました。

健康日本21(第二次)では個人や企業の「健康意識」と「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動に発展させるため、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」の参画団体数を目標項目の一つとして定め、推進してきました。

また、健康日本21(第二次)の進捗を確認し着実に推進することを目的として、平成26年7月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本21(第二次)推進専門委員会」を設置しました。専門委員会において、健康日本21(第二次)の進捗状況や目標の在り方等に関する事項や、その他の健康日本21(第二次)の推進に関する事項について、定期的に検討を行って

きました。平成 30 年には中間評価報告書を取りまとめ、中間評価の結果も踏まえてそれぞれの取組を引き続き推進してきました。

令和 3 年 8 月には、関連する他の計画と計画期間を一致させるため、健康日本 21(第二次)の計画期間を 1 年延長し、令和 5 年度末までの 11 年間としました。

健康日本 21(第二次)の推進を定める「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 24 年厚生労働省告示第 430 号)」では、健康日本 21(第二次)の目標に関し、「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 年を目処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」としており、健康日本 21(第二次)開始 9 年目にあたる令和 3 年より健康日本 21(第二次)推進専門委員会において最終評価の検討を開始し、令和 4 年度に最終評価報告書をまとめました。

2 本県の動き

健康日本 21(第二次)の策定を受け、本県においても平成 25 年 3 月に健康ちば 21(第 2 次)を策定し、平成 25 年度から令和 4 年度までの 10 年間の計画として推進してきました。この計画の期間は、令和 3 年 8 月の健康日本 21(第二次)の延長に合わせ、計画期間を 1 年延長し、令和 5 年度までの 11 年間の計画の期間としています。

当初の計画期間の 5 年目にあたる、平成 29 年度には中間評価を行い、平成 30 年 3 月に中間評価報告書を公表しました。ここで判明した各分野の課題に対し、取り組むべき方向性を以下のように示しました。

(1)総合目標の状況

- ・平均寿命・健康寿命ともに男女とも延伸していますが、1 年あたりの伸びを比較すると、男性は健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを下回っていました。各施策の取組を一層推進し、健康寿命の延伸を目指します。
- ・県内市町村の健康寿命の最長と最短の差は、平成 22 年と 25 年を比較すると、男性は変わらず、女性は差が開いていました。地域の健康課題に取り組むことで、地域差の縮小を目指します。

(2)個人の生活習慣とそれを支える環境の整備

- ・全国と比べ食塩摂取量が多く、さらなる「減塩」を推進します。
- ・働く世代を中心に、「+10(プラス・テン)*」を推進します。(＊今より 10 分多く、毎日体を動かそうという標語)
- ・働く世代を中心に、休養・睡眠の必要性の普及啓発を図ります。
- ・女性を中心に、適量飲酒の普及啓発を推進します。
- ・若い世代から、たばこによる健康被害の普及啓発を図ります。
- ・成人・高齢者の口腔ケアを推進します。

(3)ライフステージに応じた心身機能の維持・向上

- ・ロコモティブシンドローム(運動器症候群)やフレイル(虚弱)について、高齢期に入る前からの普及啓発を推進します。

(4)生活習慣病の発症予防と重症化防止

- ・糖尿病性腎症重症化予防の推進のため、プログラムの周知や関係機関との連携体制を構築します。

(5)つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり

- ・市町村等が地域の特徴に応じて、健康づくりの取組を推進していけるよう、支援します。

中間評価以降は、これらの健康寿命の延伸に向けた健康づくりに取り組むための合言葉として、「目指そう！元気ちば」をつくり、県民主体の健康づくりに取り組んできました。

この度の最終評価では、計画の最終年となる令和4年度に、これまでの取組の成果をまとめ、次期計画の策定・推進に反映させるため、64項目113指標の全てについて、5段階評価をおこない、現状と課題を記載しています。

3 目標の評価方法

策定時の値と直近値を比較し、以下の区分で評価しました。ただし、中間評価時に新たに指標として追加あるいは、見直しをした項目については、その時点での現状値を基に比較しています。

- A 現状値が目標に達した
- B 現状値が目標に達していないが改善傾向にある
- C 現状値が変わらない(達成率※±5%以内)
- D 現状値が悪化している
- E 目標設定以後、調査等が実施されていない等の理由で現時点では評価できない

※達成率について

$$\text{達成率} = (\text{策定時の値} - \text{現状値}) \div (\text{策定時の値} - \text{目標値}) \times 100$$

千葉県衛生研究所において、評価指標の達成度判定の精査及び、目標値が「増加」「減少」の指標について統計学的処理に基づき評価しました。

なお、「Ⅲ 施策分野別目標の達成状況」に参考として記載している「健康日本 21(第二次)の評価」の評価区分は以下のとおりです。

- A 目標値に達した
- B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
 - B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの
- C 変わらない
- D 悪化している
- E 評価困難

II 総合目標の達成状況

「健康ちば21(第2次)」では、「健康寿命の延伸」と「健康格差の実態解明と縮小」を総合目標としており、いずれも男性では目標に達していなかった一方、女性では目標を達成しました。

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)

◇各指標の目標値と達成度

		策定時①	現状値②	(②-①)	期間内1年あたりの伸び	目標値	評価
男性	平均寿命	79.88年	81.45年	1.57年	0.16年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	B
	健康寿命	71.62年	72.61年	0.99年	0.11年		
女性	平均寿命	86.20年	87.50年	1.30年	0.13年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	A
	健康寿命	73.53年	75.71年	2.18年	0.24年		

策定時:H22年 現状値:平均寿命 R2年、健康寿命 R1年

平均寿命は、平成22年から令和2年までの10年間に、男性で1.57年、女性で1.30年延伸し、健康寿命は、平成22年から令和元年までの9年間に、男性で0.99年、女性で2.18年延伸しています。

評価指標では「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標としているため、それぞれの期間の1年あたりの伸びを比較しました。男性では「平均寿命の伸び」が0.16年、「健康寿命の伸び」が0.11年で、どちらも延伸しているものの、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びまでは上回っていないため、達成度ランク「B」としました。一方、女性では「平均寿命の伸び」が0.13年、「健康寿命の伸び」が0.24年で、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回っているため、達成度ランク「A」としました。

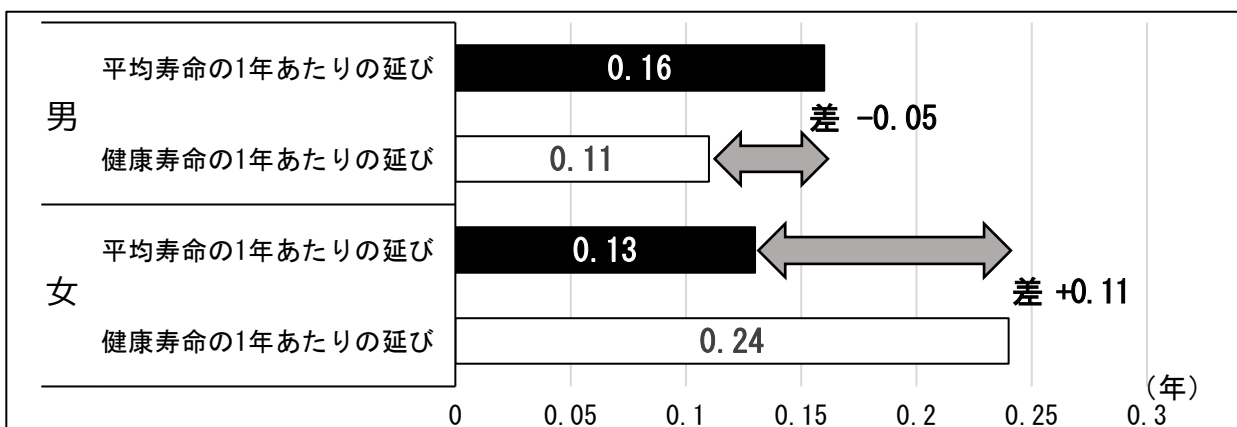


図1 平均寿命と健康寿命の1年あたりの伸びの比較

【参考】

平均寿命と健康寿命の比較(全国と千葉県の比較)

	性別	全国 (年)	千葉県 (年)	全国1位	
				順位	都道府県 年
平均寿命 (R2年)	男性	81.56	81.45	23	滋賀県 82.73
	女性	87.71	87.50	30	岡山県 88.29
健康寿命 (R1年)	男性	72.68	72.61	27	大分県 73.72
	女性	75.38	75.71	21	三重県 77.58

出典:平均寿命「令和2年都道府県生命表」、健康寿命「令和元年健康日本21(第二次)推進専門委員会資料」

2 健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間(65歳)の平均の市町村格差の縮小)

◇各指標の目標値と達成度

		策定時①	現状値②	②-①	目標値	評価
男性	最長市町村の健康寿命	17.94年	19.49年	1.55	市町村格差の縮小	D
	最短市町村の健康寿命	15.74年	16.49年	0.75		
	最長と最短の差	2.20年	3.00年	0.80		
女性	最長市町村の健康寿命	21.37年	21.97年	0.60		A
	最短市町村の健康寿命	18.87年	19.57年	0.70		
	最長と最短の差	2.50年	2.40年	-0.10		

策定時:H22年 現状値:R1年 (千葉県衛生研究所算出)

評価指標では、市町村別の健康寿命を「65歳の日常生活に制限のない期間の平均(=65歳の平均自立期間)」とし、「県内市町村の最長市町村と最短市町村の差の縮小」を目標としています。

男性では最長市町村の健康寿命の伸び(1.55年)が最短市町村の伸び(0.75年)を大きく上回ったため、策定時(平成22年)2.20年に対し現状値(令和元年)3.00年と差が拡大しており、達成度ランクを「D」としました。ただし、最長市町村・最短市町村ともに、健康寿命は確実に延伸しています。

一方、女性では策定時(平成22年)2.50年に対し現状値(令和元年)2.40年と若干差が縮小しているため、達成度ランクを「A」としました。

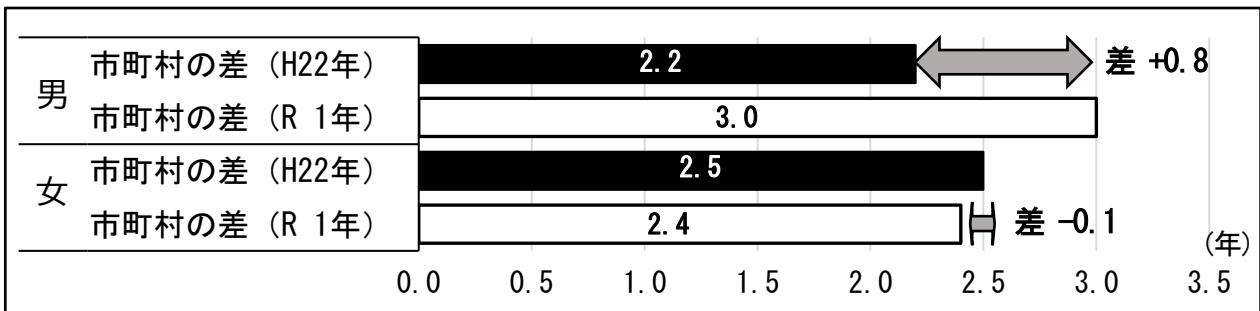


図2 健康寿命の市町村の差の比較(H22年とR1年)

Ⅲ 施策分野別目標の達成状況

全体としては、評価 E(現時点で評価できない)となった指標を除くと、目標項目のうち、評価 B 以上(目標に達した又は改善傾向)の指標の割合は、65%でした。

評価 E のある分野を除いたものとみると、「喫煙」、「こころの健康づくり」、「がん」、「循環器疾患」、「糖尿病」、「COPD」の分野では達成状況が良好だった一方、「次世代の健康づくり」は、現状値が C 以下(変わらない又は悪化傾向)の指標が半数以上を占めました。

また、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「高齢者の健康づくり」の 3 分野は、評価 E が多いため現時点での判定が困難ですが、中間評価時点では指標の悪化傾向が見られていました。

◇施策分野別目標評価表

	分野	目標項目	指標数	評価					評価B以上の割合(Eを除く)
				A	B	C	D	E	
I	栄養・食生活	7	13			3	3	7	0%
	身体活動・運動	3	9	3	1		1	4	80%
	休養	3	3		2		1		67%
	飲酒	3	5		3	2			60%
	喫煙	5	11	5	3	3			73%
	歯・口腔の健康	8	8		5		3		63%
	小計	29	49	8	14	8	8	11	58%
II	こころの健康づくり	4	6	1	4		1		83%
	次世代の健康づくり	8	12	5		2	5		42%
	高齢者の健康づくり	5	7		1		3	3	25%
	小計	17	25	6	5	2	9	3	50%
III	がん	3	14	3	10		1		93%
	循環器疾患	6	14	4	6		4		71%
	糖尿病	3	4	2	1		1		75%
	COPD	1	1		1				100%
	小計	13	33	9	18	0	6	0	82%
IV	つながり	3	3	1	1		1		67%
	小計	3	3	1	1	0	1	0	67%
	合計	62	110	24	38	10	24	14	65%
	割合(%)		100%	22%	35%	9%	22%	13%	

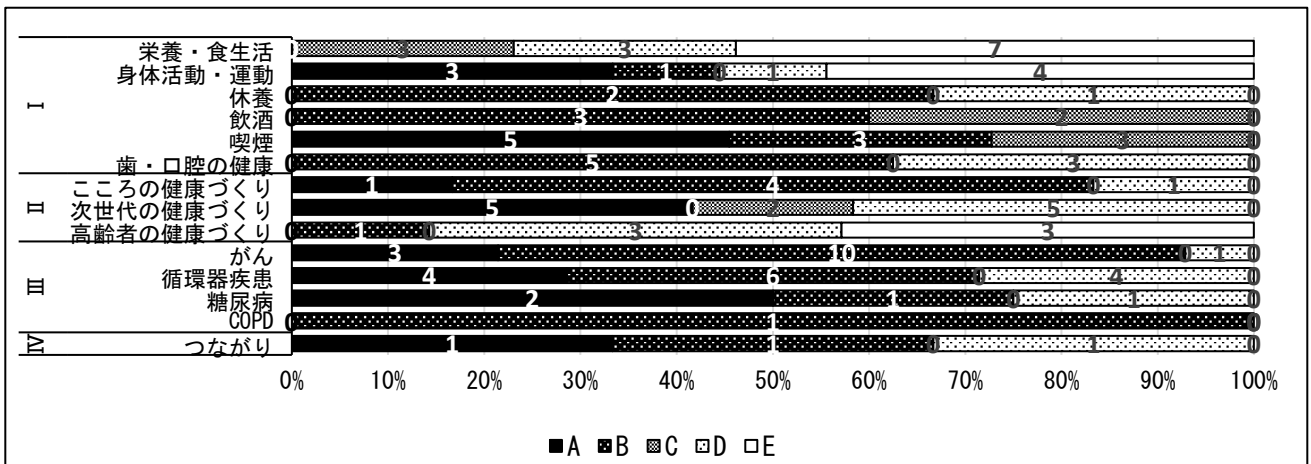


図5 健康ちば 21(第2次)の施策分野別目標達成状況

1 個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備

(1) 栄養・食生活

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	0	0	3	3	7	13
健康日本 21(第二次)	1	2(2*)	2			5

E:中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難(県民健康・栄養調査)

*目標年度までに目標到達が危がまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)	
1	適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合	33.2%	28.7% (H27年度)	E	28.0%
	適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	40～60歳代女性の肥満者割合	22.1%	23.4% (H27年度)	E	19.0%
	適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	20歳代女性のやせの者の割合	19.0%	16.7% (H27年度)	E	15.0%
2	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	全体	53.8% (H25年度)	49.1% (R3年度)	D	80.0%
	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	一人暮らしの者	37.4% (H25年度)	38.5% (R3年度)	C	80.0%
3	1週間に朝食を摂る日が6～7日の者の割合の増加	30～40歳代男性	59.2% (H23年度)	56.5% (R3年度)	C	増加傾向へ
	1週間に朝食を摂る日が6～7日の者の割合の増加	20歳代女性	54.4% (H23年度)	55.5% (R3年度)	C	増加傾向へ
4	食塩摂取量の減少(1日あたり)	男性	11.8g	10.9g (H27年度)	E	8g
	食塩摂取量の減少(1日あたり)	女性	10.3g	9.4g (H27年度)	E	7g
5	野菜と果物の摂取量の増加(1日あたり)	野菜摂取量の平均値	267g	308g (H27年度)	E	350g
	野菜と果物の摂取量の増加(1日あたり)	果物摂取量100g未満の者の割合	60.1%	57.1% (H27年度)	E	30.0%
6	健康ちば協力店登録数の増加		923店舗 (H23年度)	896店舗 (R2年度) (参考:69店舗(R4年度)) (R3～登録要件改正)	D	1,100店舗
7	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	84.1% (H23年度)	78.0% (R3年度)	D	90.0%

◇現状と課題

- ・肥満者割合は、中間評価の時点で、40～60歳代の女性で悪化傾向がみられていましたが、それ以降のデータがないため、現状では評価困難となっています。
- ・「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割合」は、一人暮らしの者に限れば策定時からほぼ横ばいですが、全体としては悪化しています。
- ・「1週間に朝食をとる日が6～7日の者の割合」については、20代女性で微増していますが、30～40歳代男性では策定時より悪化しています。男性の20～50歳代では40%未満、女性の20～30歳代では30%未満と特に低くなっています。10歳代を除き男女とも年齢が高くなるほど割合が高くなりますが、男性では20歳代で42.5%、30歳代で46.4%と2人に1人に満たない状況です。女性の20歳代は若干の増加が見られましたが、55.5%でした。(R3年度生活習慣アンケート)
- ・食塩摂取量については、中間評価時点ではほぼ横ばいでしたが、中間評価以降のデータがないため、評価困難となっています。
- ・野菜摂取量、果物摂取量については、中間評価時点で増加傾向でしたが、中間評価以降のデータがないため、評価困難となっています。
- ・健康ちば協力店は登録要件の改正があり、令和3年度より登録しなおしとなっています。登録要

件改正前の令和2年度末の登録数でも、策定時より減少しています。

- ・新型コロナウイルス感染症により、県民健康・栄養調査が中止となっていたため、中間評価以降のデータがなく評価困難となっている指標(肥満者割合、食塩摂取量、野菜摂取量、果物摂取量)については、平成27年度の値が最新値となっています。

課題

○働く世代への取組の強化と、ライフステージに応じた適正な食生活の普及啓発が必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①適正な食生活についての普及啓発
- ②県民の栄養・食生活の課題把握と対象者にあった取組の検討
- ③県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成
- ④外食等におけるヘルシーメニューの提供や栄養成分表示等の推進
→中間評価後の重点取組
「全国と比べ食塩摂取量が多く、さらなる「減塩」を推進します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI25以上))、やせ(BMI18.5未満)の減少」→C
- ・「適切な量と質の食事をとる者の増加」→C
 - 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→D
 - 食塩摂取量の平均値→B*
 - 野菜と果物の摂取量の増加→D
- ・「共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)」→A
- ・「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」→B*
- ・「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(管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合)」→B*

(2) 身体活動・運動

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	3	1	0	1	4	9
健康日本 21(第二次)	0	1(1*)	2	0	0	3

E:中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難(県民健康・栄養調査)

*目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)	
1	日常生活における歩数の増加	20歳以上 (国は20~64歳)	男性	7,360歩	7,253歩 (H27年)	E	8,800
	日常生活における歩数の増加	20歳以上 (国は20~64歳)	女性	6,203歩	6,821歩 (H27年)	E	7,700
	日常生活における歩数の増加	上記のうち 70歳以上(国は65歳以上)	男性	5,140歩	6,023歩 (H27年)	E	6,600
	日常生活における歩数の増加	上記のうち 70歳以上(国は65歳以上)	女性	4,139歩	4,815歩 (H27年)	E	5,600
2	運動習慣者の割合の増加	40~64歳	男性	18.1% (H22年度)	29.7% (R1年度)	A	28%
	運動習慣者の割合の増加	40~64歳	女性	16.7% (H22年度)	25.7% (R1年度)	B	27%
	運動習慣者の割合の増加	65歳以上	男性	27.8% (H22年度)	43.9% (R1年度)	A	38%
	運動習慣者の割合の増加	65歳以上	女性	23.0% (H22年度)	40.1% (R1年度)	A	33%
3	ウォーキングロード、地域独自の体操等を紹介している市町村の数の増加(参考値)			46市町村 (H24年)	38市町村 (R4年9月)	D	54

◇現状と課題

- ・「日常生活における歩数の平均値」は、中間評価の時点で、男性で悪化傾向がみられていましたが、それ以降のデータがないため、現状では評価困難となっています。他のデータから身体活動・運動の実施状況を見ると、男女とも15~19歳及び60歳以上では高く、30~40歳代で低い割合となっています。(R3年度生活習慣アンケート)
- ・「運動習慣者の割合」は、40~64歳男性、65歳以上男女で目標を達成していますが、40~64歳女性はまだ目標に達していません。女性の20~50歳代、男性の30~50歳代の働く世代を中心に運動習慣者の割合が低くなる傾向があります。
- ・「ウォーキングロード、地域独自の体操等を紹介している市町村数」については、目標の全市町村には達しておらず、策定時よりも減っています。

課題

- 働く世代を中心に日常生活の中で身体活動を増やす普及啓発が必要です。
- 一人ひとりの生活に応じた効果的な支援ができる人材育成を行うとともに、市町村や職場等では意識なくとも日常生活で体を動かす機会を増やせるような環境づくりが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①身体活動・運動の効果に関する普及啓発
- ②市町村、NPO 法人、地域のスポーツ団体の協力による運動に親しむ環境の整備
- ③運動指導の充実と指導者の育成

→中間評価後の重点取組

「働く世代を中心に、「+10(プラス・テン)」を推進します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「日常生活における歩数の増加」→C
 - 20～64 歳 男性→C
 - 20～64 歳 女性→D
 - 65 歳以上 男性→C
 - 65 歳以上 女性→C
- ・「運動習慣者の割合の増加」→C
 - 20～64 歳 男性→C
 - 20～64 歳 女性→D
 - 65 歳以上 男性→C
 - 65 歳以上 女性→C
- ・「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」→B

(3) 休養

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば21(第2次)	0	2	0	1	0	3
健康日本21(第二次)	0	1(1*)	0	1	0	2

*目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.9% (H23年度)	26.0% (R3年度)	D	20%
2	睡眠で十分休養がとれている者の割合の増加(参考値) 40~74歳	38.6% (H22年度)	64.8% (R1年度)	B	70%
3	週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	10.8% (H25年度)	8.3% (R3年度)	B	5%

◇現状と課題

- ・「睡眠による休養を十分とれていない者の割合」は、策定時よりも増加しており、目標値に達していません。性別・年代別にみると、男性の30~40歳代、女性の10歳代、30~50歳代では30%を超えており、特に高い割合になっています。(令和3年度生活習慣アンケート)
- ・「週労働時間60時間以上の雇用者の割合」は、策定時よりは減少していますが、目標値には達していません。男性12.5%、女性4.1%と特に男性は依然として高い状況にあります。年齢別では、男性では30~50歳代で高く、女性では20~40歳代で高い状況です。(R3年度生活習慣アンケート)

課題

- 若い世代からの、休養、睡眠の必要性の普及啓発が必要です。
- 従業員の健康づくりに取り組む事業所や企業の取組を支援することが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①質の高い十分な睡眠の確保の推進
- ②ストレスの解消の普及啓発

→中間評価後の重点取組

「働く世代を中心に、休養・睡眠の必要性の普及啓発を図ります」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」→D
- ・「週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少」→B*

(4) 飲酒

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば21(第2次)	0	3	2	0	0	5
健康日本21(第二次)	0	2	0	1	0	3

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)	
1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	男性	21.9% (H25年度)	21.5% (R3年度)	C	18.6%	
		女性	24.4% (H25年度)	29.3% (R3年度)	C	20.7%	
2	未成年者の飲酒をなくす	15歳～19歳	男子	13.9% (H23年度)	3.2% (R3年度)	B	0%
	未成年者の飲酒をなくす	15歳～19歳	女子	15.2% (H23年度)	1.2% (R3年度)	B	0%
3	妊娠中の飲酒をなくす			1.9% (H25年度)	0.6% (R3年度)	B	0%

◇現状と課題

- ・「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」は、女性で約5%増加しています。
- ・「未成年者の飲酒」、「妊娠中の飲酒」は、いずれも減少していますが、0にはなっていません。
- ・「節度ある適度な飲酒(1日平均清酒1合)の認知度」は、男性49.3%、女性43.2%と、アルコールによる健康影響を受けやすい女性で、より低い状況でした。(R3年度生活習慣アンケート)

課題

- 飲酒に伴う健康影響は、年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、わかりやすく啓発していくことが必要です。
- 特に、アルコールによる健康影響を受けやすく、指標が悪化した女性に対し、適量飲酒の普及啓発が必要です。
- 「千葉県アルコール健康障害対策推進計画」に記載された施策と整合性を図り、アルコール関連問題に取り組むことが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①アルコールによる健康被害、適量飲酒の普及啓発
 - ②アルコール関連問題の早期発見と早期治療
- 中間評価後の重点取組 「女性を中心に、適量飲酒の普及啓発を推進します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「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減少」→D
 - 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合→C
 - 1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合→D
- ・「未成年者の飲酒をなくす」→B
- ・「妊娠中の飲酒をなくす」→B

(5) 喫煙

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	5	3	3	0	0	11
健康日本 21(第二次)	0	4(3*)	0	0	0	4

*B の中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目			策定時の値 (H22年)	現状値 (H 年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	成人の喫煙率の減少		男性	29.3% (H23年度)	21.9% (R3年度)	B	20.0%
	成人の喫煙率の減少		女性	8.7% (H23年度)	6.9% (R3年度)	B	5.0%
2	未成年者の喫煙をなくす	15歳～19歳	男子	5.6% (H23年度)	1.6% (R3年度)	C	0%
	未成年者の喫煙をなくす	15歳～19歳	女子	0% (H23年度)	1.2% (R3年度)	C	0%
3	妊娠中の喫煙をなくす			5.0% (H22参考値)	1.5% (R3年度)	B	0%
5	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		行政機関	7.8% (H25年度)	2.1% (R3年度)	A	望まない受動喫煙のない 社会の実現(R4年)
	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		医療機関	5.7% (H25年度)	3.7% (R3年度)	C	望まない受動喫煙のない 社会の実現(R4年)
	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		職場	30.7% (H25年度)	19.5% (R3年度)	A	望まない受動喫煙のない 社会の実現(R4年)
	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		家庭	8.2% (H25年度)	5.0% (R3年度)	A	望まない受動喫煙のない 社会の実現(R4年)
	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		飲食店	58.9% (H25年度)	16.0% (R3年度)	A	望まない受動喫煙のない 社会の実現(R4年)
6	禁煙外来の増加(医療機関数)			426 (H24年)	580 (R4年2月)	A	増加

◇現状と課題

- ・「成人の喫煙率」は、男女ともに減少していますが、目標値には届いていません。男女とも 30～50 歳代で高い状況で、男性では 3 割を超えています。喫煙者のうち、紙巻きたばこや葉巻等を吸っている者は 71.9%、加熱式たばこを吸っているものは 36.9%となっています。(R3 生活習慣アンケート)
- ・「未成年者の喫煙」は、0にはなっていません。
- ・「妊娠中の喫煙」は、減少していますが、目標の 0にはなっていません。
- ・「受動喫煙の機会を有する者の割合」は、行政機関、医療機関、職場、家庭、飲食店のすべての区分で減少しています。「飲食店」での減少が特に大きくなっています。(R3 生活習慣アンケート)
- ・喫煙者のうち喫煙を「やめたい」と考えている者の割合は、男性 28.3%、女性 35.9%です。「やめたい」と考えている者の割合は、喫煙し始めた年齢が 16～19 歳の者で 27.6%と最も低く、また、喫煙し始めた年齢が若年ほど 1 日の喫煙本数が 21 本以上の者の割合が多くなっています。(R3 生活習慣アンケート)

課題

- 若い世代から、たばこによる健康被害の普及啓発を図ることが必要です。
- 職場での対策をはじめとした、受動喫煙防止対策に取り組むことが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①喫煙(受動喫煙を含む)に関する知識の普及啓発
- ②喫煙者の禁煙を支援
- ③未成年者の喫煙防止
- ④妊婦の喫煙(受動喫煙を含む)防止
- ⑤受動喫煙防止対策の推進

→中間評価後の重点取組

「若い世代から、たばこによる健康被害の普及啓発を図ります」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「成人の喫煙率の減少」→B*
- ・「未成年者の喫煙をなくす」→B
- ・「妊娠中の喫煙をなくす」→B*
- ・「受動喫煙の機会を有する者の割合の減少」→B*
 - 行政機関→B*
 - 医療機関→B*
 - 職場→B*
 - 家庭→B*
 - 飲食店→B*

(6) 歯・口腔の健康

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	0	5	0	3	0	8
健康日本 21(第二次)	0	1	1	0	3	5

E:中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難(歯科疾患実態調査(国民健康・栄養調査の身体状況調査と共に実施)の中止)

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	60歳代における咀嚼良好者の増加	70.1% (H25年度)	69.3% (R3年度)	D	80.0%
2	80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	23.8% (H23年度)	43.9% (R3年度)	B	50.0%
3	40歳代で喪失歯のない者の割合の増加	50.4% (H23年度)	73.6% (R3年度)	B	75.0%
4	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	41.5% (H23年度)	47.9% (R3年度)	D	25.0%
5	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	50.2% (H23年度)	55.0% (R3年度)	D	45.0%
6	3歳児でむし歯がない者の割合が80%以上である市町村の増加	13市町村 (H23年度)	51市町村 (R3年度)	B	54
7	12歳児(中1)の一人平均むし歯数が1.0歯未満である市町村の増加	9市町村 (H23年度)	52市町村 (R3年度)	B	54
8	過去1年間に歯科健診を受診した者の割合の増加(20歳以上)	39.7% (H23年度)	57.0% (R3年度)	B	65.0%

◇現状と課題

- ・「60歳代における咀嚼良好者」は、策定時よりも減少し、目標に達していません。
- ・「80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合」、「40歳代で喪失歯のない者の割合」は策定時よりも増加していますが、目標には達していません。
- ・「進行した歯周炎を有する者の割合」は40歳代、60歳代ともに増加し、悪化しています。
- ・「3歳児でむし歯がない者の割合が80%以上である市町村」、「12歳児の一人平均むし歯数が1.0歯未満である市町村」は、策定時より大きく増加していますが、目標には達していません。
- ・「過去1年間に歯科健診を受診した者の割合」は増加していますが、目標には達していません。

課題

- 中年期から高齢期の歯周病予防の推進が必要です。
- 定期的な歯科健診を受けることが必要です。
- オーラルフレイル等の口腔機能に関する知識の普及啓発が必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発
- ②市町村その他関係者の連携体制の構築
- ③歯・口腔の健康づくりの業務に携わる者の確保・資質の向上
- ④歯・口腔の健康づくりの効果的な実施に関する調査分析・研究の実施
→中間評価後の重点取組
「成人・高齢者の口腔ケアを推進します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「口腔機能の維持・向上(60歳代における咀嚼良好者の割合の増加)」→C
- ・「歯の喪失防止」→E
- ・「歯周病を有する者の割合の減少」→E
 - 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→A
 - 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→E
 - 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→E
- ・「乳幼児・学齢期のう蝕がない者の増加」→B
 - 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→B
 - 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加→B
- ・「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加」→E

2 ライフステージに応じた心身機能の維持・向上

(1) こころの健康づくり

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	1	4	0	1	0	6
健康日本 21(第二次)	1	2(1*)	1	0	0	4

*Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H 年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	自殺者の減少(人口10万人当たり)	総数	21.5 (H20~H22平均)	16.4 (R1~R3平均)	B	13.0 (R6~R8平均)
	参考値:自殺者の減少(人口10万人当たり)	男性	29.9	20.5 (令和3年)	B	18.6 (R9年度)
	参考値:自殺者の減少(人口10万人当たり)	女性	13.4	11.5 (令和3年)	B	7.4 (R9年度)
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		14.8% (H25年度)	16.0% (R3年度)	D	13.3%
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		60.1% (H25年度)	67.5% (R3年度)	B	100%
4	自分には良いところがあると思う児童の増加	小学校6年生	75.8% (H24年度)	78.7% (R4年度)	A	増加へ

◇現状と課題

- ・「人口10万人当たりの自殺者数」は、男女ともに減少傾向です。
- ・「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」は悪化傾向がみられます。また、性別・年代別にみると、40歳代を除くすべての年代で女性が男性よりも高くなっていました。(R3年度生活習慣アンケート)
- ・「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合」は増加傾向ですが、目標には届いていません。
- ・「自分には良いところがあると思う児童の割合」は増加がみられています。

課題

- 「千葉県自殺対策推進計画」、「千葉県障害者計画」に記載された施策と整合性を図り、メンタルヘルス対策を推進することが必要です。
- 従業員のメンタルヘルス対策に取り組む事業所や企業の取組を支援することが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①こころの健康や病気、こころの健康を保つためのセルフケアについての知識について普及啓発します。
- ②悩みや問題を抱えた方が、一人でそれを抱え込むことのないよう、多様な機関による相談体制の充実とその周知を図ります。
- ③多様な相談機関の間の連携を強化し、こころの健康を損ねた人に対し早期に適切な対応がで

きるよう体制を整備します。

④かかりつけ医と精神科専門医の連携体制づくりを進めます。

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「自殺者の減少(人口10万人当たり)」→B
- ・「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」→C
- ・「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」→B*
- ・「小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加」→A

(2) 次世代の健康づくり

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	5	0	2	5	0	12
健康日本 21(第二次)	0	0	1	1	0	2

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	全出生数中の低出生体重児の割合の減少		9.2%	9.2% (R2年)	C	減少傾向へ
2	肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学校5年生の中等度・高度肥満児の割合)	男子	4.9% (H22年度)	6.7% (R3年度)	D	減少傾向へ
	肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学校5年生の中等度・高度肥満児の割合)	女子	2.8% (H22年度)	3.8% (R3年度)	D	減少傾向へ
3	朝食を毎日食べている子どもの割合の増加(小学校6年生)		88.6% (H24年度)	84.5% (R4年度)	D	100%に近づける
4	学校の運動部や地域のスポーツクラブに入っている子どもの割合(スポーツ少年団を含む)	男子	(参考値:週に3日以上 ・小学校5年生) 76.1% (H22年度)	68.2% (R3年度)	D	増加傾向へ
	学校の運動部や地域のスポーツクラブに入っている子どもの割合(スポーツ少年団を含む)	女子	(参考値:週に3日以上 ・小学校5年生) 52.5% (H22年度)	51.0% (R3年度)	C	増加傾向へ
5	毎日どのくらい寝ていますか(8時間以上の者の割合)	男子 小学校5年生	56.6% (H22年度)	67.1% (R3年度)	A	増加傾向へ
	毎日どのくらい寝ていますか(8時間以上の者の割合)	女子 小学校5年生	56.5% (H22年度)	69.2% (R3年度)	A	増加傾向へ
6	月～金の間1日にどれくらいの時間テレビやビデオDVDを見たり聞いたりしますか(3時間以上の者の割合)	小学校6年生	42.3% (H24年度)	34.5% (H29年度)	A	増加を抑制
7	月～金の間1日にどれくらいの時間テレビゲームをしますか(2時間以上の者の割合)	小学校6年生	24.9% (H24年度)	51.7% (R4年度)	D	増加を抑制
8	家の人と学校での出来事について話をする割合の増加	小学校6年生	75.7% (H24年度)	77.6% (R1年度)	A	増加傾向へ
	家の人と学校での出来事について話をする割合の増加	中学校3年生	66.2% (H24年度)	75.6% (R1年度)	A	増加傾向へ

◇現状と課題

- ・「全出生中の低出生体重児の割合」は横ばいであり、妊娠前からの女性の健康管理や、妊娠中の適正な食生活や体重管理、禁酒や禁煙についての啓発、ハイリスク妊婦への妊娠期からの継続的なケアが必要です。
- ・「肥満傾向にある子どもの割合」は増加、「学校の運動部や地域のスポーツクラブに入っている子どもの割合」は減少し、悪化傾向です。
- ・「朝食を毎日食べている子どもの割合」、「毎日の睡眠が8時間以上の者の割合」、「家の人と学校での出来事について話をする割合」は増加し、改善傾向です。
- ・「月～金の間1日にどれくらいの時間テレビやビデオDVDを見たり聞いたりしますか(3時間以上の者の割合)」は減少した一方、「月～金の間1日にどれくらいの時間テレビゲームをしますか(2時間以上の者の割合)」は策定時の倍以上に増加し、半数以上の者が2時間以上のテレビゲームをしていました。(全国学力・学習状況調査)

課題

○幼少期からの体を動かす習慣づくり等、健康な生活習慣について、保護者も含めて推進することが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの増加
- ②学校教育と運動を図り、地域や職域との連携による卒業後も運動の機会を得やすい環境を整えるための支援
- ③子どものメンタルヘルスに取り組むための関係機関・民間団体との連携を推進

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「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」→C
 - 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→C
 - 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合→B*
- ・「適正体重の子どもの増加」→D
 - 全出生中の低出生体重児の割合→C
 - 肥満傾向にある子どもの割合→D

(3) 高齢者の健康づくり

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	0	1	0	3	3	7
健康日本 21(第二次)	2	2(2*)	1	0	1	6

千葉県 E:中間評価以降調査が実施されていないため評価困難(県民健康・栄養調査)

最新の県別・男女別データがないため評価困難(国民生活基礎調査)

全国 E:中間評価以降調査が実施されていないため評価困難(国民健康・栄養調査)

*目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H 年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	介護予防に資する住民主体の通いの場への高齢者の参加率の増加		3% (令和元年度)	2.8% (令和2年度)	D	6% (令和5年度)
2	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制		18.9% (参考値)	15.1% (H27年度)	E	22.0%
3	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人当たり)	男性	197人	211人 (H28年) 最新のRIは男女別 データなし 222人	E	177人
	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人当たり)	女性	287人	269人 (H28年) 最新のRIは男女別 データなし 222人	E	258人
4	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		34.6% (H25年度)	44.6% (R3年度)	B	80.0%
5	高齢者の社会参加の促進(就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	男性	(参考値:何らかの地域活動をしている高齢者の割合) 71.6% (H25年度)	60.1% (R3年度)	D	80.0%
	高齢者の社会参加の促進(就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	女性	(参考値:何らかの地域活動をしている高齢者の割合) 63.0% (H25年度)	48.8% (R3年度)	D	80.0%

◇現状と課題

- ・「介護予防に資する住民主体の通いの場への高齢者の参加率」は、若干減少しています。この指標は、国の地域支援事業実施要綱の改正及び県高齢者保健福祉計画の指標の変更に伴い変更されたものであり、令和元年度の値をベースラインとしているため、今後引き続き数値の変化を見ていく必要があります。
- ・「低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合」は、中間評価時点では減少傾向でしたが、それ以降のデータがないため、現状では評価困難となっています。
- ・「足腰に痛みのある高齢者の割合(千人当たり)」は、中間評価時点では、男性で増加、女性で減少していましたが、最新の値では男女別データが公表されていないため、評価困難となっています。
- ・「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合」は増加していますが、目標値には届いていません。
- ・「就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合」は、男女ともに減少しており、特に女性での減少割合が大きくなっています。令和3年度の生活習慣アンケートでは、60歳以上で地域

活動に参加していない者のうち、2割程度が「新型コロナウイルスの影響により参加していない」と回答していました。

課題

- 「高齢者保健福祉計画」に記載された施策と整合性を図り、新興感染症等の感染防止に配慮したうえで、社会参加や介護予防を推進することが必要です。
- ロコモティブシンドローム(運動器症候群)やフレイル(虚弱)について、高齢期に入る前からの普及啓発が必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①高齢者保健福祉計画と連動し、健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化し、介護予防を推進します。
- ②認知症対策の推進
- ③高齢者の低栄養の実態把握を進め、対応を検討します
- ④ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)についての普及啓発
→中間評価後の重点取組
「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)やフレイル(虚弱)について、高齢期に入る前からの普及啓発を推進します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「介護保険サービス利用者の増加の抑制」→B*
- ・「認知症サポーター数の増加」→A
- ・「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」→C
- ・「低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制」→A
- ・「足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)」→B*
 - 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 男性→B*
 - 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 女性→A
- ・「高齢者の社会参加の促進(就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)」
→E

3 生活習慣病の発症予防と重症化防止

(1) がん

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	3	10	0	1	0	14
健康日本 21(第二次)	1	1	0	0	0	2

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目			策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
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)			79.6 (H23年)	68.2 (R2年)	B	65.7 (R5年度)
2	がん検診の受診率の向上	胃がん (40~69歳, 過去1年)	男性	35.6%	46.6% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	胃がん (40~69歳, 過去1年)	女性	31.0%	39.6% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	肺がん (40~69歳)	男性	26.7%	53.9% (R1年)	A	50.0%
	がん検診の受診率の向上	肺がん (40~69歳)	女性	26.1%	48.7% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	大腸がん (40~69歳)	男性	28.9%	47.6% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	大腸がん (40~69歳)	女性	26.7%	42.7% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	子宮頸がん(20~69歳)		39.9%	41.8% (R1年)	B	50.0%
	がん検診の受診率の向上	乳がん(40~69歳)		43.0%	51.9% (R1年)	A	50.0%
3	精密検査受診率の向上	胃がん		82.4% (H26年度)	86.9% (H30年度)	B	90.0% (R5年度)
	精密検査受診率の向上	肺がん		78.3% (H26年度)	81.0% (H30年度)	B	90.0% (R5年度)
	精密検査受診率の向上	大腸がん		54.8% (H26年度)	67.4% (H30年度)	B	90.0% (R5年度)
	精密検査受診率の向上	子宮頸がん		88.8% (H26年度)	77.2% (H30年度)	D	90.0% (R5年度)
	精密検査受診率の向上	乳がん		68.2% (H26年度)	92.1% (H30年度)	A	90.0% (R5年度)

◇現状と課題

- ・「75歳未満のがんの年齢調整死亡率」は、令和2年度時点で改善しています。引き続きデータを確認していく必要があります。
- ・「がん検診受診率」については、各種がん検診において、達成度「A」または「B」となっており、目標値に達成及び改善傾向がみられています。
- ・「精密検査受診率」については、改善してきているとはいえ、大腸がんで他の部位よりも受診率が特に低くなっています。また、子宮頸がんについては策定時よりも受診率が悪化しています。

課題

○「千葉県がん対策推進計画」と整合性を図り、がん予防に係る生活習慣の改善及びがん検診の普及について取り組むことが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①がん及びがん予防、並びに検診の意義に関する知識の普及啓発
- ②発症予防のための生活習慣改善の支援
- ③がんに関連するウイルス感染対策

④検診受診率の向上、精密検査の確実な受診

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

・「75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少」→A

・「がん検診の受診率の向上」→B

胃がん検診受診率 男性→B

胃がん検診受診率 女性→B*

肺がん検診受診率 男性→A

肺がん検診受診率 女性→B

大腸がん検診受診率 男性→B

大腸がん検診受診率 女性→B*

子宮頸がん検診受診率→B*

乳がん検診受診率→B

(2) 循環器疾患

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば21(第2次)	4	6	0	4	0	14
健康日本21(第二次)	1	2(2*)	1	1	0	5

*目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目		策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		男性	35.8 (H27年)	A	40.2
	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		女性	21.7 (H27年)	A	25.0
2	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		男性	17.3 (H27年)	A	17.5
	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		女性	6.5 (H27年)	A	7.5
3	高血圧の改善(収縮期血圧の中央値の低下)		男性 (40~74歳)	130mmHg (H22年度)	B	126.0
	高血圧の改善(収縮期血圧の中央値の低下)		女性 (40~74歳)	128mmHg (H22年度)	B	124.0
4	脂質異常症の減少	LDL-C160mg/dL以上の者	男性 (40~74歳)	9.2% (H22年度)	D	6.9%
	脂質異常症の減少	LDL-C160mg/dL以上の者	女性 (40~74歳)	14.3% (H22年度)	D	10.7%
5	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少 (平成20年度と比べて25%減少)		男性 (40~74歳)	43.2% (H22年度)	D	33.2%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少 (平成20年度と比べて26%減少)		女性 (40~74歳)	15.3% (H22年度)	D	13.0%
6	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	国保	特定健診	35.1% (H22年度)	B	60.0%
	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	国保	特定保健指導	21.1% (H22年度)	B	60.0%
	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	全体	特定健診	42.2% (H22年度)	B	70.0%
	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	全体	特定保健指導	14.2% (H22年度)	B	45.0%

◇現状と課題

- ・「脳血管疾患の年齢調整死亡率」及び「急性心筋梗塞の年齢調整死亡率」は改善しており、達成度ランク「A」でしたが、疾患の危険因子である「高血圧」はほぼ横ばい、「脂質異常症」、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合」は男女ともに増加し、悪化傾向です。
- ・「特定健診・特定保健指導実施率」については、国保・全体ともに増加し改善傾向ですが、目標には達していません。

課題

○循環器疾患を引き起こすメタボリックシンドローム対策のため、特定健診・特定保健指導の受診をさらに推進することが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①生活習慣病と循環器疾患の関係についての周知
- ②特定健診等の早期発見のための取組への支援
- ③重症化の予防に向けた取組への支援
- ④対策推進のための支援体制の整備

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「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)」→A
- ・「高血圧の改善」→B*
 - 収縮期血圧の平均値 男性→B*
 - 収縮期血圧の平均値 女性→B
- ・「脂質異常症の減少」→「C:変わらない」
 - 総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性→C
 - 総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 女性→D
 - LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性→C
 - LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 女性→C
- ・「メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少」→D
- ・「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」→B*
 - 特定健康診査の実施率→B*
 - 特定保健指導の実施率→B*

(3) 糖尿病

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば21(第2次)	2	1	0	1	0	4
健康日本21(第二次)	1	0	2	0	1	4

E:中間評価以降のデータの更新がなく評価困難(国民健康・栄養調査)

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)	
1	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	802人	806人 (R3年末)	D	738	
2	治療継続者の割合の増加	88.1% (H23年度)	88.8% (R3年度)	B	95.0%	
3	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	男性 (40~74歳)	1.6%	1.2% (R1年度)	A	1.4%
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	女性 (40~74歳)	0.7%	0.5% (R1年度)	A	0.6%

◇現状と課題

- ・「合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)」については、微増しています。
- ・「治療継続者の割合」は微増していますが、目標に達していません。
- ・「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」は、男女とも改善し、目標に達しています。

課題

○糖尿病性腎症重症化予防の推進のため、プログラムの周知や関係機関との連携強化をしていくことが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①生活習慣と糖尿病の関係についての周知
- ②特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施を支援
- ③重症化防止に向けた取組を支援
- ④対策推進のための支援体制の整備

→中間評価後の重点取組

「糖尿病性腎症重症化予防の推進のため、プログラムの周知や関係機関との連携体制を構築します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少」→C
- ・「治療継続者の割合の増加」→C
- ・「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%(N

GSP値 8.4%)以上の者の割合の減少)→A

- ・「糖尿病有病者の増加の抑制」→E
- ・「メタボリックシンドローム該当者及び予備分の減少」(循環器疾患と共通の目標項目)→D
- ・「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」(循環器疾患と共通の目標項目)→B*

(4) COPD (慢性閉塞性肺疾患)

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば21(第2次)	0	1	0	0	0	1
健康日本21(第二次)	0	0	1	0	0	1

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
I	COPDの認知度の向上	47.7% (H25年度)	50.7% (R3年度)	B	80.0%

◇現状と課題

- ・「COPDの認知度」は、やや増加していますが、目標には達していません。男女別では、男性で47.7%、女性で53.4%と、女性で認知度がやや高くなっています。
- ・喫煙状況別にみると、現在たばこを吸っている人の認知度は64.3%であり、非喫煙者よりも高い傾向があります。(R3生活習慣アンケート)

課題

○健診等の機会を活用し COPD の啓発を実施するとともに、県民に向けて広く周知を図ることが必要です。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

- ①特定健康診査等を活用し COPD についての情報を発信します。
- ②医療保険者の取組を支援します。
- ③禁煙したい人が直ちに禁煙できるための支援環境を整えるため、禁煙に向けた相談窓口や禁煙外来の情報提供を行います。

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・「COPDの認知度の向上」→C

※COPD(慢性閉塞性肺疾患)とは

たばこの煙を主とする有害物質が長期間に気道に触れることによって起きる炎症性の疾患で、主な症状としては、咳・痰・息切れがあり、緩徐に呼吸障害が進行し、喫煙者の20%がCOPDを発症すると言われています。

4 つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり

	A	B	C	D	E	指標数
健康ちば 21(第2次)	1	1	0	1	0	3
健康日本 21(第二次)	0	2	1	0	2	5

E:・中間評価以降調査が実施されていないため評価困難(国民健康・栄養調査)

・集計対象としていた「地域住民の健康支援・相談等を行いその旨を積極的に地域住民に周知している薬局の数」が、平成 29 年以降把握されていないため評価困難

◇各指標の目標値と達成度

No	目標項目	策定時の値 (H22年)	現状値 (H 年(年度))	達成度	目標値 (R4年度)
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人の割合の増加) (参考値:自分と地域のつながりが強い方だと思ふ割合)	40.0% (H25年度)	41.3% (R3年度)	B	65.0%
2	健康づくりを目的とした活動に主体的にかかわっている人の割合の増加 (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)	3.2% (H23年)	1.7% (R3年)	D	25.0%
3	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・団体の増加	12団体 (H23年度)	234団体 (R4年11月末)	A	200

◇現状と課題

- ・「地域のつながり(居住地域でお互いに助け合っていると思う人の割合)」については、生活習慣アンケートの令和元年度調査までは増加を続けていましたが、令和 3 年度調査では中間評価時よりも減少し、策定時からみるとわずかな増加にとどまっています。
- ・「健康づくりを目的とした活動に主体的にかかわっている人の割合」は、策定時・中間評価時よりも悪化しています。
- ・「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・団体」は、中間評価時に既に目標値に達していたため、新たな目標を設定しましたが、着実に増加し、新たな目標値も達成しています。

課題

- 地域の特徴に応じて、地域のつながりを強化する市町村等の取組を支援することが必要です。
- 従業員の健康づくりに自発的に取り組む企業や団体の活動を経営者等へ情報提供するとともに、地域と職域の連携を強化する取組が必要です。
- 地域のつながり、ソーシャルキャピタルの強化とともに、健康無関心層に対するアプローチや意識しなくても健康になれる仕掛けを取り入れた取組をすすめる必要があります。

◇参考

(1)健康ちば21(第2次)の具体的施策・取組の方向性

①地域社会のつながりの醸成

- ・生涯教育、スポーツ、防災、福祉等既に活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- ・先駆的な取組やソーシャルキャピタルの強化の成功事例などについて情報収集に努め、様々な場面で県民に発信します。

②健康支援のための社会参加・社会貢献

- ・ 県民の主体的な活動による健康づくり対策の成功事例の活動内容の把握に努め、情報発信します。
- ・ 健康づくりに自発的に取り組む企業・団体等の活動を把握し、県民に情報提供するとともに、行政等地域と職域のさらなる連携推進を図ります。
- ・ 住民の主体的な活動を推進するための人材育成を支援します。

③健康格差の実態と要因分析

- ・ 市町村、医療保険者、保健医療関係団体が対象を絞った働きかけができるよう、健康格差に関する情報を提供します。
- ・ 健康格差の背景にある要因を分析し、格差解消の方策を検討するための基礎資料となるよう、各種健診結果やアンケート結果の分析等を通じモニタリングを実施します。
- ・ 健康格差の縮小にはソーシャルキャピタルの強化が必要であることから、これに努めます。

→中間評価後の重点取組

「市町村等が地域の特徴に応じて、健康づくりに関する取組を推進していけるよう、支援します」

(2)健康日本21(第二次)の評価(最終評価報告書より)

- ・ 「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)」→C
- ・ 「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」→E
- ・ 「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等登録数の増加」→B
- ・ 「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」→E
- ・ 「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)」→B

IV 次期計画に向けて

この 20 年の取組として、健康日本 21 では、「一次予防の重視」等を基本方針とし取り組み、次いで平成 25 年から開始された健康日本 21(第二次)では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標として、国民の健康づくりを推進してきました。平成 27 年に国連サミットで採択された国際目標である「持続可能な達成目標(SDGs)」においても、「すべての人に健康と福祉を」が目標の一つとされており、国際的にも健康づくりの重要性がより認識されるようになってきています。加えて、データヘルス・ICT活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブなど健康づくりに関する新たな要素もでてきています。

そのような中で、自治体のみならず、保険者・企業など多様な主体が健康づくりの取組を進めてきた結果、健康寿命は着実に延伸しましたが、新興感染症の拡大を契機に、健康格差が拡大しているとの指摘もあり、そのような傾向は本県でもみられるものです。

次期計画では、それらの現状を踏まえ、総人口の減少、少子高齢化の進展、独居世帯の増加等の予想される社会変化や社会の多様化、次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式へも対応した健康づくりの取組を進めていく必要があります。