

第二次健康ふくしま21計画 ＜改定版＞

2019年5月



目 次

第1章 計画の概要	1
第1節 計画改定の背景	1
第2節 計画策定の趣旨	1
第3節 計画の性格と役割	2
第4節 計画の期間	2
第5節 計画の位置付け	3
第2章 計画の中間評価	4
第1節 福島県の現状	4
第2節 県民の健康意識	18
第3節 計画の中間評価	21
第3章 総合的推進方策	27
第1節 推進の目標と重点施策	27
第2節 推進の方向性	28
第3節 推進主体と役割	30
第4節 目標の設定	32
第4章 具体的な推進項目（目標）	34
第1節 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）	35
1 がん	35
2 循環器病（脳血管疾患及び心疾患）	40
3 糖尿病	47
4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）	51
第2節 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	53
1 次世代の健康	53
2 高齢者の健康	56
第3節 健康を支え、守るための社会環境の整備	58
第4節 健康に関する生活習慣及び社会環境の改善	60
1 喫煙	60

2	栄養・食生活	64
3	身体活動・運動	70
4	休養・こころの健康	73
5	飲酒	76
6	歯・口腔の健康	77
第5節	東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり	80
第5章	計画の推進体制及び進行管理と評価	84
第1節	県の推進体制	84
第2節	計画の進行管理と評価の必要性	85
第3節	計画の進行管理と評価の方法	85
第4節	健康ふくしま21評価検討会の設置	85

第1章 計画の概要

第1節 計画改定の背景

急速な高齢化の進展とともに、疾病全体に占める悪性新生物（以下「がん」という。）、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病※による死亡者の割合やこれらの疾病に伴う要介護者等の増加が社会問題となっています。

国は、2012（平成24）年度に「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）」を定め、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ことを目指しています。

福島県においては、2011（平成23）年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う大津波（以下「東日本大震災」という。）及び東京電力福島第一原子力発電所事故による災害（以下「原子力災害」という。）により、多くの県民が被災し、被災者の方々の生活環境の変化等による心身の健康の悪化が懸念されたため、2013（平成25年）3月に「総合的・長期的な視点に立った健康づくり運動の推進」、「東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり体制の推進」等を考慮した「第二次健康ふくしま21計画」（以下、「計画」という。）を策定し、全国に誇れる健康長寿県を目指して実効性のある運動を展開することとしました。

これまで、計画に基づき、食・運動・社会参加を三本の柱に、県民の生活習慣の改善につながる様々な事業を展開してきたことから、計画策定から5年が経過した2018（平成30）年度に、計画に定めた各目標項目の現況値及び取組状況等からその効果を確認し、計画の中間評価を行うとともに、今後の施策の方向性を検討しました。

また、平成31年3月22日に健康づくりの取組を加速させるため、既存の「健康ふくしま21推進協議会」を改編し、新たに「健康長寿ふくしま会議」を立ち上げ、地域・職域連携推進部会に諮り、計画の改定を行いました。

生活習慣病

「生活習慣病」とは、食生活、運動、喫煙、飲酒、休養、歯・口腔のケアなどの生活習慣が発症原因に深く関与している病気を指します。生活習慣は、がん・脳血管疾患（脳出血、脳梗塞）・心疾患（狭心症、心筋梗塞）・糖尿病など多くの疾病の発症等に深く関わっていることが明らかにされています。

第2節 計画策定の趣旨

「健康」に対する考え方は従来の寿命の延伸という視点だけではなく、病気や障がいがあつ

ても社会の中で積極的役割を果たし、生きがいを持って自立した生活ができるなど、「生活の質の向上」という視点が求められています。

我が国の平均寿命は、世界最高の水準に達していますが、長くなった人生を、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、いわゆる「健康寿命」の延伸の実現や、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、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、いわゆる「健康格差」の縮小を実現することが望まれています。

このため、生活習慣の改善により健康を増進し発病を予防する「一次予防」及び検診等の実施により病気を早期発見・早期治療する「二次予防」の推進、さらには、疾病の重症化を予防する「三次予防」の推進や社会環境等の改善までを含めた新たな健康づくりの取組が重要な課題となっています。

このような状況を踏まえ、県民一人ひとりが実践する健康づくりを基本に、家庭・学校・職域・地域などが一体となった新たな健康づくり県民運動の展開、健康づくりへの社会的・専門的支援の計画的展開を図るための、具体的な行動計画としております。

第3節 計画の性格と役割

この計画は、福島県総合計画「ふくしま新生プラン」に掲げた「疾病の予防と生涯を通じた健康づくり」とともに、福島県復興計画に目指す姿として掲げた「全国に誇れるような健康長寿県」の実現を目指し、県、市町村及び関係団体における健康づくり関連の事業を推進する際の「基本指針」であるとともに、県民を始め、家庭・学校・職域・地域などが一体となって取り組む「行動計画」でもあり、次の役割を担います。

- 1 本県の健康づくり対策を総合的、計画的に進めるための基本指針とします。
- 2 市町村及び関係団体においては、県や他団体との健康づくり対策の連携を図り、重点的・効果的な事業推進のための基本指針とします。
- 3 県民及び家庭・学校・職域・地域に対しては、この計画に対する理解と、一体的かつ積極的な健康づくり実践活動の展開を期待します。
- 4 国等に対しては、この計画の目標の達成のため、必要な支援・協力及び諸施策の推進を要望します。

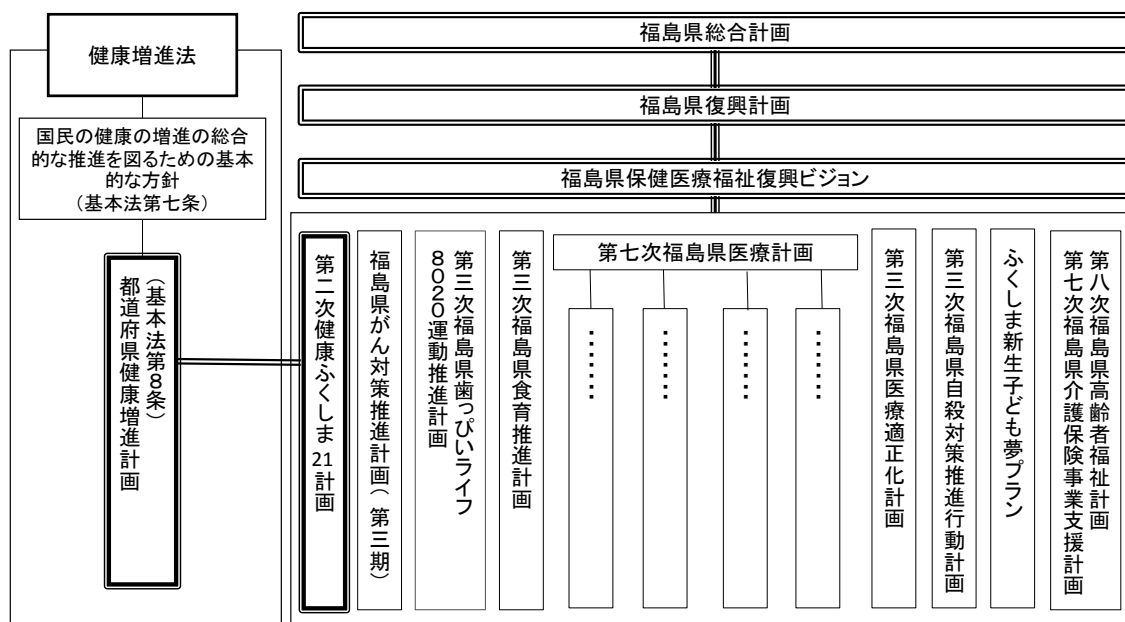
第4節 計画の期間

この計画は、2013（平成25）年度から2022（令和4）年度までの10年計画であり、計画策定から5年が経過した2019（令和元）年5月に見直しを行いました。

第5節 計画の位置付け

この計画は、本県の保健、医療及び福祉に関する基本計画である「福島県保健医療福祉復興ビジョン」につながる、健康づくり分野での基本指針であるとともに具体的な行動計画であり、県民の健康づくり運動を推進するためのものです。

図1 第二次健康ふくしま21計画の法的位置付けと県のお計画との関連図



第2章 計画の中間評価

第1節 福島県の現状

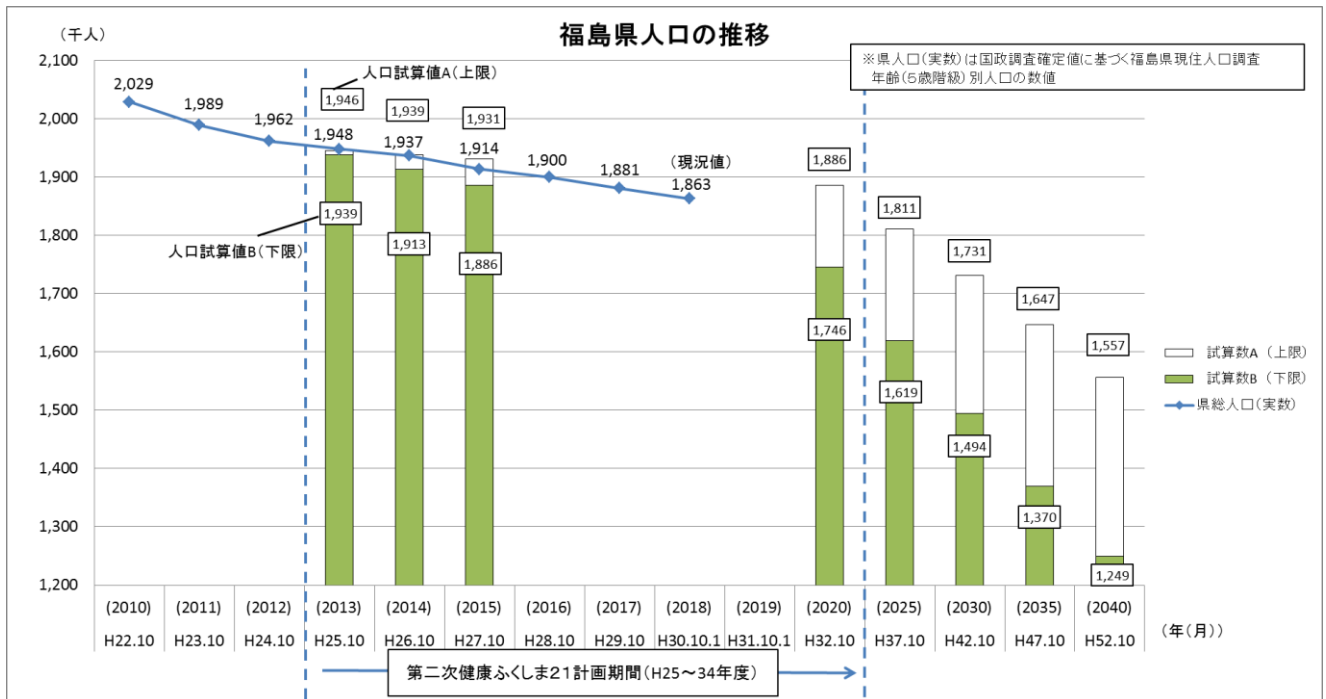
1 少子化・高齢化の進行

(1) 人口の推移

福島県の人口は、計画策定初年度の2013（平成25）10月におよそ194万6千人であったが、2018（平成30）年10月には、およそ186万3千人となり、約5年の間に、約8万3千人減少しています。

人口減少の推移は、計画策定時に想定された緩やかな人口減少（シナリオA）、急激な人口減少（シナリオB）、二つのシナリオの間で推移し、現時点における人口減少は想定範囲内で、今後も同様の減少傾向が続くと考えられます。

図2 福島県の人口推移



資料：福島県総合計画（参考）

数値：福島県現住人口調査（福島県統計課）

<参考>計画策定時の人口減少のシナリオ

□ シナリオ A

以下の条件を前提としたシナリオです。

- ・ 平成 25 (2013) 年 4 月以降、原子力災害を原因とする人口流出は抑制される。
- ・ 平成 23 (2011) 年 3 月～平成 25 (2013) 年 4 月の間に、原子力災害を原因として県外に住民票を移転した人口は、平成 25 (2013) 年 4 月以降、全員県内に戻ってくる。
- ・ 平成 25 (2013) 年 4 月以降、就職などを原因とする人口流出 (転出入超過数) は、様々な産業振興策などの効果により半減する。
- ・ 平成 25 (2013) 年 4 月以降、出生数は緩やかな減少傾向となる。

■ シナリオ B

以下の条件を前提としたシナリオです。

- ・ 今後も長期間、原子力災害を原因とする人口流出が継続する。
- ・ 平成 23 (2011) 年 3 月～平成 25 (2013) 年 4 月の間に、原子力災害を原因として県外に住民票を移転した人口は、平成 25 (2013) 年 4 月以降、一人も県内に戻ってこない。また、県内に住民票を残したまま県外避難をした被災者は、全員県外に住民票を移転させる。
- ・ 就職などを原因とする人口流出 (転出入超過数) は、従前どおり※。
- ・ 平成 25 (2013) 年 4 月以降、出生数は減少傾向となる。

※ 平成 17 (2005) 年度～平成 21 (2009) 年度の平均

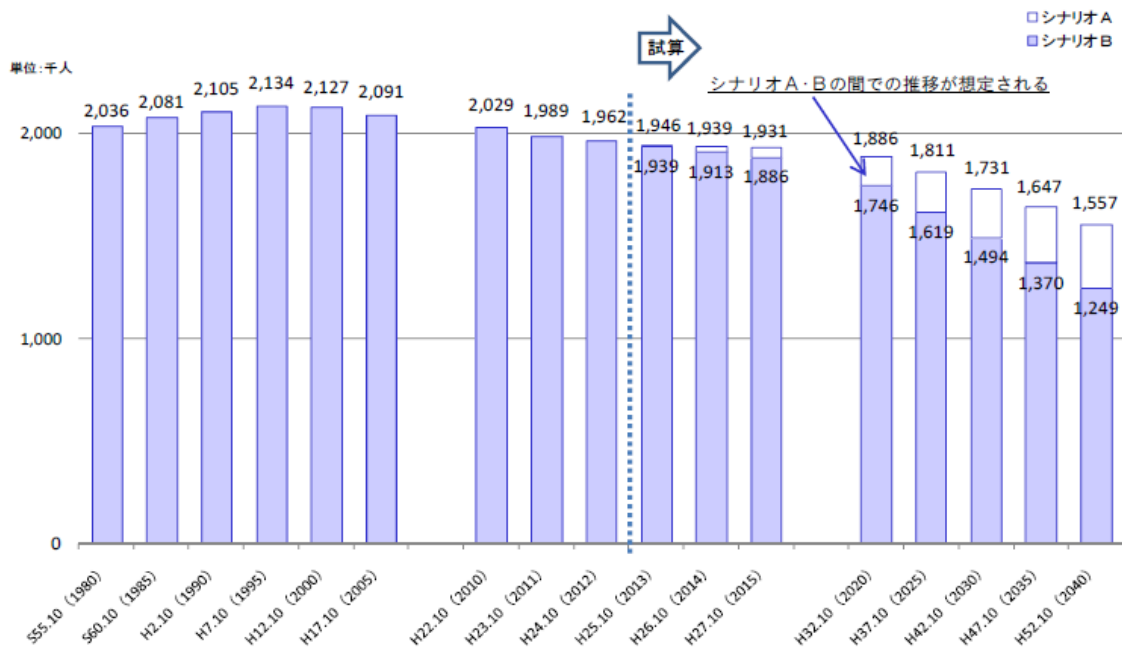
福島県の将来人口の推移

【年齢 3 区分別人口の試算結果】

	H22.10 (2010)	H23.10 (2011)	H24.10 (2012)	H25.10 (2013)	H26.10 (2014)	H27.10 (2015)	H32.10 (2020)	H37.10 (2025)	H42.10 (2030)	H47.10 (2035)	H52.10 (2040)
福島県※	2,029,064	1,988,995	1,962,333	1,945,540	1,938,729	1,931,221	1,886,243	1,811,358	1,731,463	1,646,955	1,557,147
				1,938,951	1,912,834	1,886,067	1,746,346	1,619,471	1,493,694	1,370,371	1,248,993
年少人口	276,069 13.61%	263,028 13.22%	252,391 12.86%	246,424 12.67%	244,330 12.60%	242,519 12.56%	234,105 12.41%	220,175 12.16%	204,598 11.82%	191,071 11.60%	179,576 11.53%
				242,755 12.52%	234,863 12.28%	226,733 12.02%	187,454 10.73%	152,415 9.41%	129,814 8.69%	117,087 8.54%	106,170 8.50%
生産年齢人口	1,236,458 60.94%	1,215,805 61.13%	1,190,194 60.65%	1,164,709 59.87%	1,152,367 59.44%	1,141,060 59.08%	1,094,881 58.05%	1,039,741 57.40%	978,254 56.50%	898,125 54.53%	822,810 52.84%
				1,156,148 59.63%	1,129,832 59.07%	1,106,154 58.65%	1,009,006 57.78%	935,292 57.75%	852,436 57.07%	749,971 54.73%	646,572 51.77%
老年人口	504,451 24.86%	498,076 25.04%	507,662 25.87%	522,331 26.85%	530,008 27.34%	535,678 27.74%	545,629 28.93%	540,443 29.84%	538,246 31.09%	548,041 33.28%	545,735 35.05%
				528,051 27.23%	536,424 28.04%	541,745 28.22%	539,817 30.91%	522,794 32.28%	503,494 33.71%	496,310 36.22%	490,130 39.24%

※年齢不詳者を含むため、3区分人口の合計と県人口の値は異なる。

【□■ シナリオ A・B のグラフ】

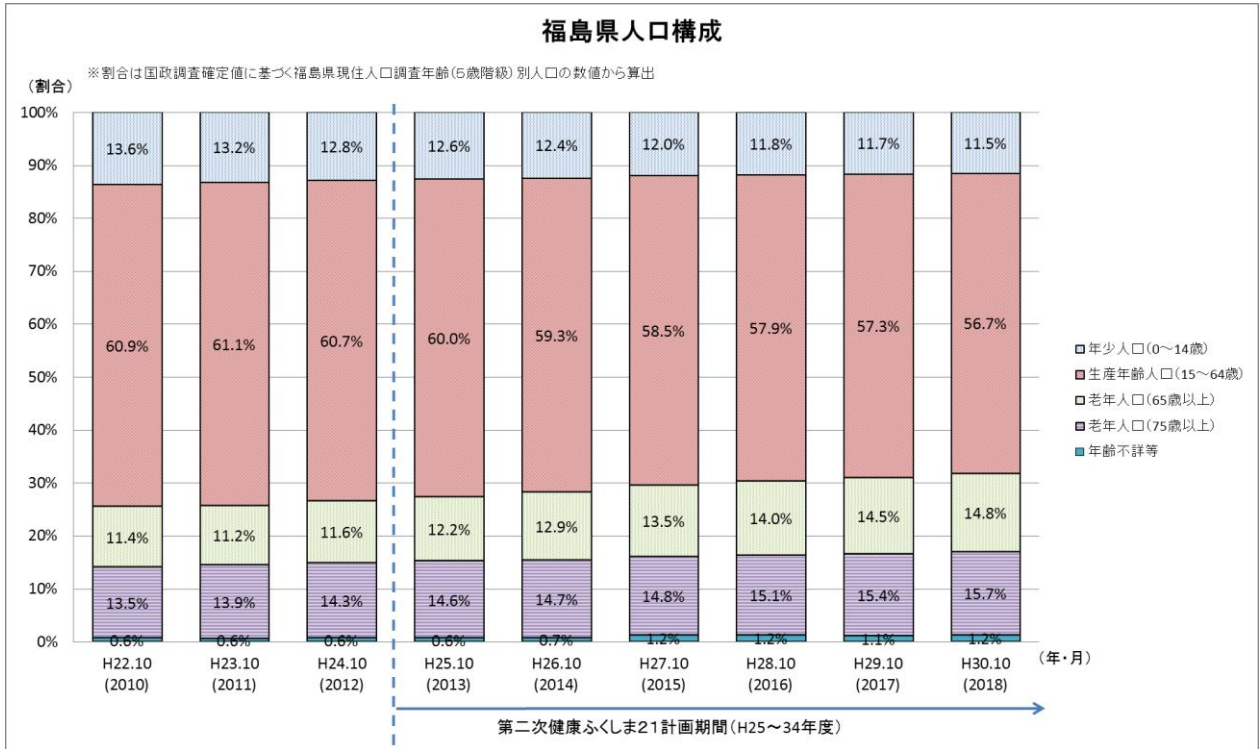


資料：福島県総合計画

(2) 人口構成

福島県の人口構成は、老年人口（65歳以上 12.2%及び75歳以上 14.6%の合計）が、計画策定初年度の2013(平成25)年10月は26.8%であったが、2018(平成30)年10月には30.5%に増加している。また、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）の割合は、2013(平成25)年10月は72.6%であったが、2018(平成30)年10月には68.2%(年少人口11.5%、生産年齢人口56.7%)に減少しており、少子・高齢化の傾向が進行しています。

図3 人口構成の推移

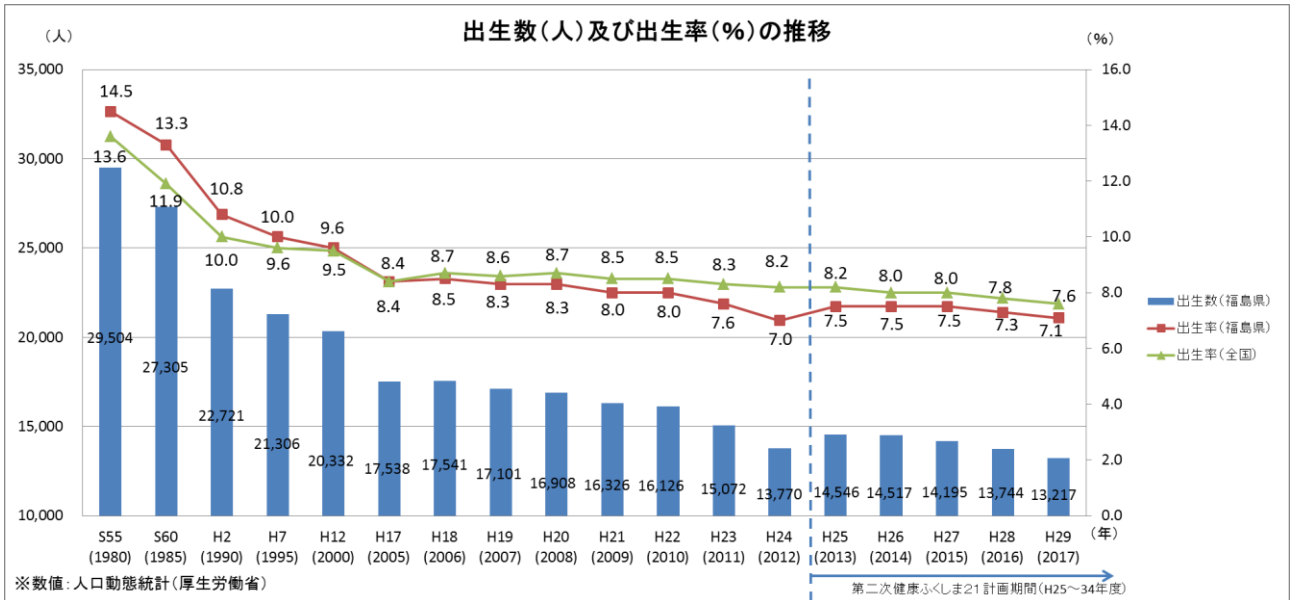


数値：福島県現住人口調査（福島県統計課）

(3) 出生率・死亡率・自然増加率の推移

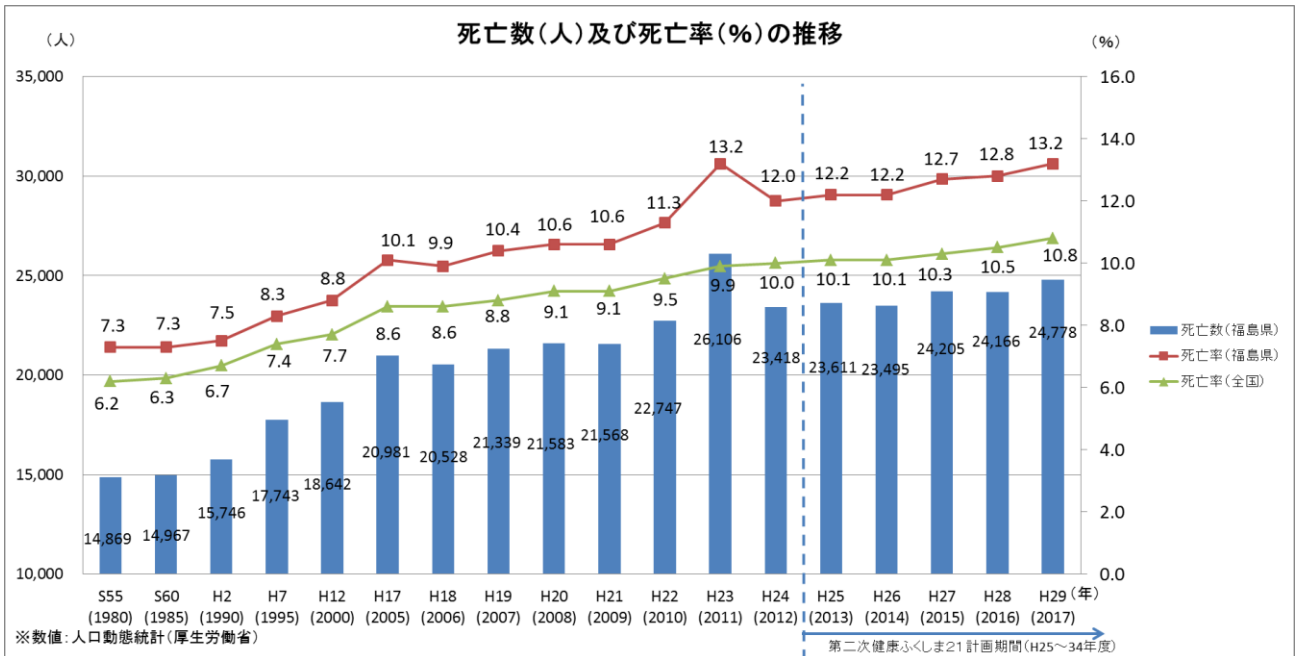
福島県の出生率は、計画策定初年度の2014（平成25）年に7.5%で、2017（平成29）年が7.1%と減少傾向にあり、一方、死亡率は、2013（平成25）年に12.2%で、2017（平成29）年が13.2%と増加傾向にあるため、出生率と死亡率の差を示す人口の自然増加率のマイナス幅は広がっています。

図4 出生数（人）及び出生率（%）の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図5 死亡数（人）及び死亡率（%）の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

(4) 平均寿命の推移

福島県の平均寿命は、2015（平成27）年が男性は80.12年（全国80.77）、女性は86.40年（全国80.01）となり、延伸傾向にあるが、男女ともに全国平均を下回りながら推移しています。

図6 平均寿命の推移（年）

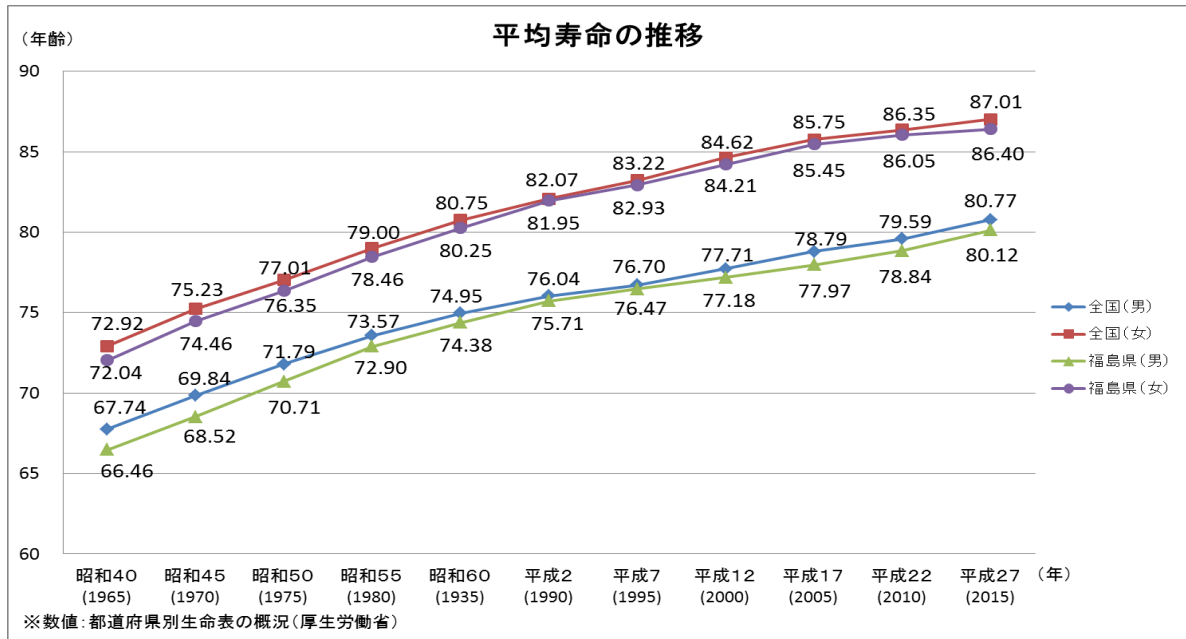


図7 平均寿命（平成27年、男性、年）

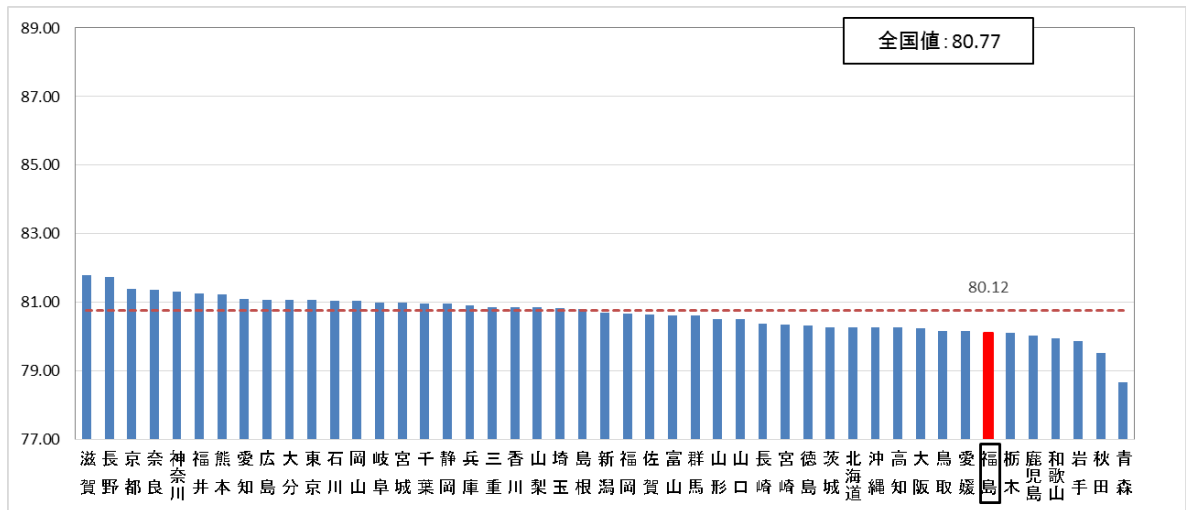


図8 平均寿命（平成27年、女性、年）

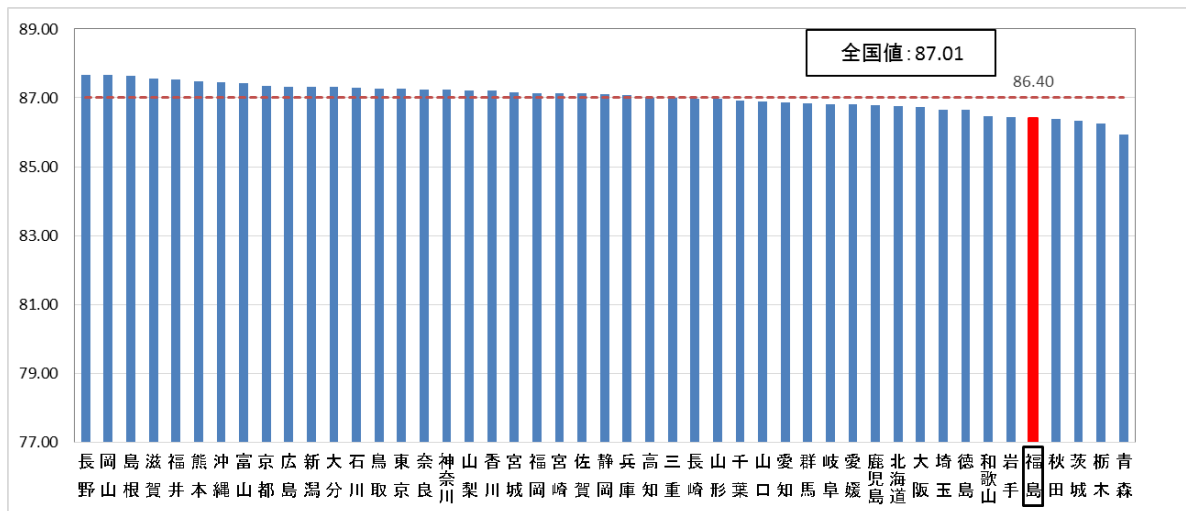


図6～8 資料：都道府県別生命表の概況(厚生労働省)

(5) 健康寿命（日常生活に制限のない期間）

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「健康寿命」といい、表1のとおり厚生労働省において算定しています。

福島県健康寿命は、2018（平成28）年が男性71.54年（全国値72.14年）、女性75.05年（全国値74.79年）となっており、計画策定時の2013（平成25）年から男性は1.57年、女性は0.96年の延伸が図られています。

しかし、健康寿命は全国的に延伸傾向にあり、本県の男性健康寿命は全国で36位、女性は24位となっており、今後とも、生涯を通じた健康づくりを着実に進め、この健康寿命の延伸を図ることが重要となります。

図9 健康寿命の推移（男性）

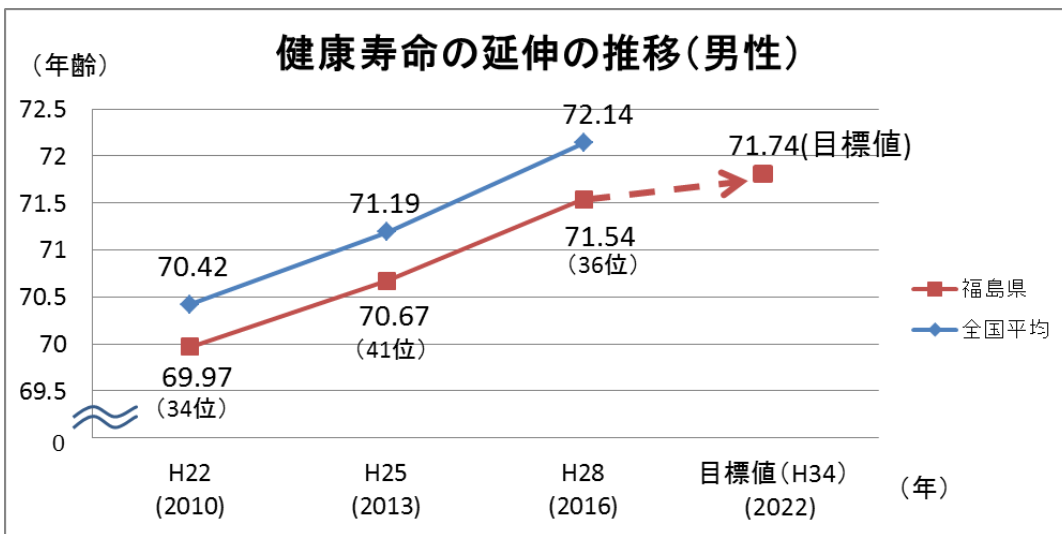


図10 健康寿命の推移（女性）

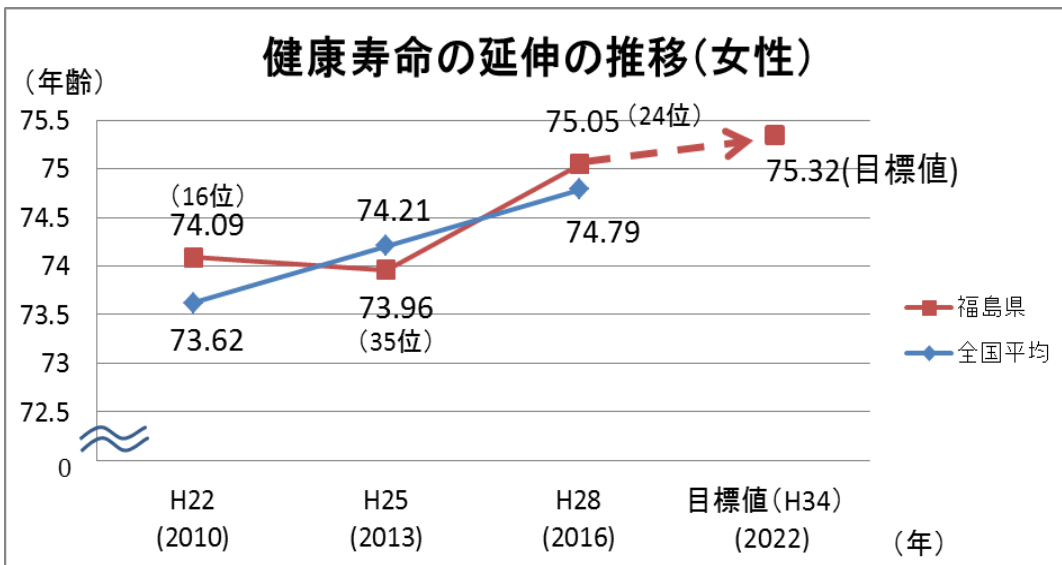


図9～10 数値：健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（厚生労働科学研究）

表1 都道府県別健康寿命(年)

2016(平成28)年の算定結果

都道府県	日常生活に制限のない期間の平均(年)		(参考)自分が健康であると自覚している期間の平均(年)	
	男性	女性	男性	女性
北海道	71.98	73.77	71.65	74.92
青森	71.64	75.14	71.03	75.45
岩手	71.85	74.46	71.52	74.60
宮城	72.39	74.43	72.50	75.52
秋田	71.21	74.53	71.71	75.78
山形	72.61	75.06	72.67	76.11
福島	71.54	75.05	72.12	74.47
茨城	72.50	75.52	72.82	75.34
栃木	72.12	75.73	71.97	76.23
群馬	72.07	75.20	72.13	75.83
埼玉	73.10	74.67	73.12	75.90
千葉	72.37	75.17	73.09	75.38
東京	72.00	74.24	72.53	75.45
神奈川	72.30	74.63	73.08	75.93
新潟	72.45	75.44	72.29	76.32
富山	72.58	75.77	72.56	76.52
石川	72.67	75.18	73.15	76.05
福井	72.45	75.26	73.21	76.81
山梨	73.21	76.22	74.14	77.04
長野	72.11	74.72	72.25	75.59
岐阜	72.89	75.65	72.97	75.62
静岡	72.63	75.37	72.31	76.36
愛知	73.06	76.32	72.77	76.24
三重	71.79	76.30	71.79	77.33
滋賀	72.30	74.07	72.57	75.76
京都	71.85	73.97	73.03	75.02
大阪	71.50	74.46	71.34	74.37
兵庫	72.08	74.23	71.99	75.33
奈良	71.39	74.10	72.26	75.80
和歌山	71.36	74.42	71.49	75.09
鳥取	71.69	74.14	71.65	75.30
島根	71.71	75.74	72.32	76.65
岡山	71.54	75.09	71.84	76.15
広島	71.97	73.62	72.13	74.89
山口	72.18	75.18	71.86	75.64
徳島	71.34	74.04	71.62	74.36
香川	72.37	74.83	72.28	75.09
愛媛	71.33	74.59	71.00	75.48
高知	71.37	75.17	71.32	74.80
福岡	71.49	74.66	71.49	75.26
佐賀	71.60	75.07	71.83	75.99
長崎	71.83	74.71	72.04	75.42
熊本				
大分	71.54	75.38	71.56	75.88
宮崎	72.05	74.93	72.42	76.77
鹿児島	72.31	75.51	73.01	76.22
沖縄	71.98	75.46	72.32	77.16
全国	72.14	74.79	72.31	75.58

(資料) 厚生労働科学研究費補助金「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」<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>

※2016(平成28)年の健康情報は、国民生活基礎調査が熊本地震により熊本県を調査していないため、熊本県が含まれていない。

健康寿命延伸の重要性

平均寿命は、0歳時の平均余命(これから生きるであろう年数)を表し、その寿命の中で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が何年あるかを表すものが、健康寿命です。

病気や障がいがあっても、生きがいを持って自立した生活をするなど、「生活の質」を高め、健康寿命の延伸を図ることが、平均寿命と健康寿命の差を短くし、健康で長生きすることにつながります。

福島県の2017（平成29）年の死因別死亡割合をみると、第1位が「がん（悪性新生物）」で26.1%、第2位が「心疾患」で16.5%、第3位が「脳血管疾患」で9.7%と生活習慣病による死亡が半数以上（52.3%）を占めています。

また、2012（平成24）年度と比較すると、生活習慣病である「がん（悪性新生物）」、「心疾患」、「脳血管疾患」の割合は減少しており、老衰の割合が増加しています。

図11 福島県の死因別死亡割合（平成29年、%）

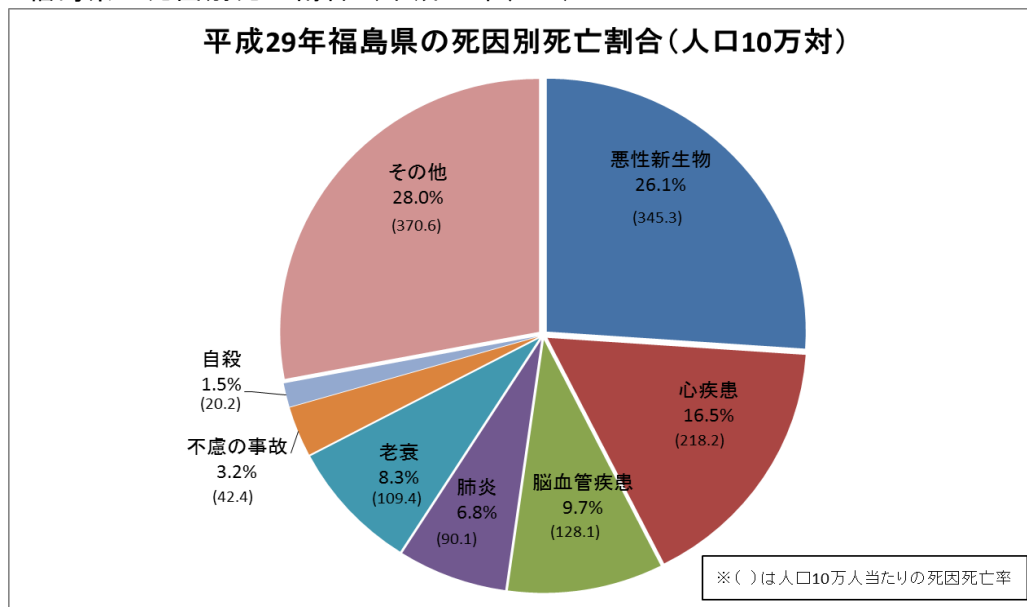


図12 【参考】福島県の死因別死亡割合（平成24年、%）

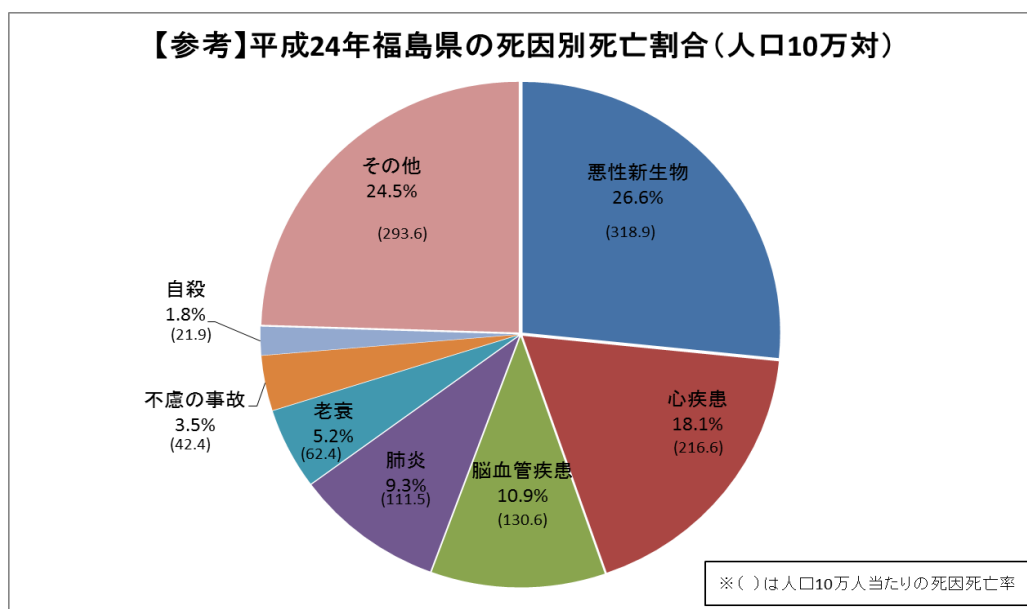


図 11～12 数値：人口動態統計（厚生労働省）

図13 福島県の主な死因別・年齢階層別死亡割合（平成29年）

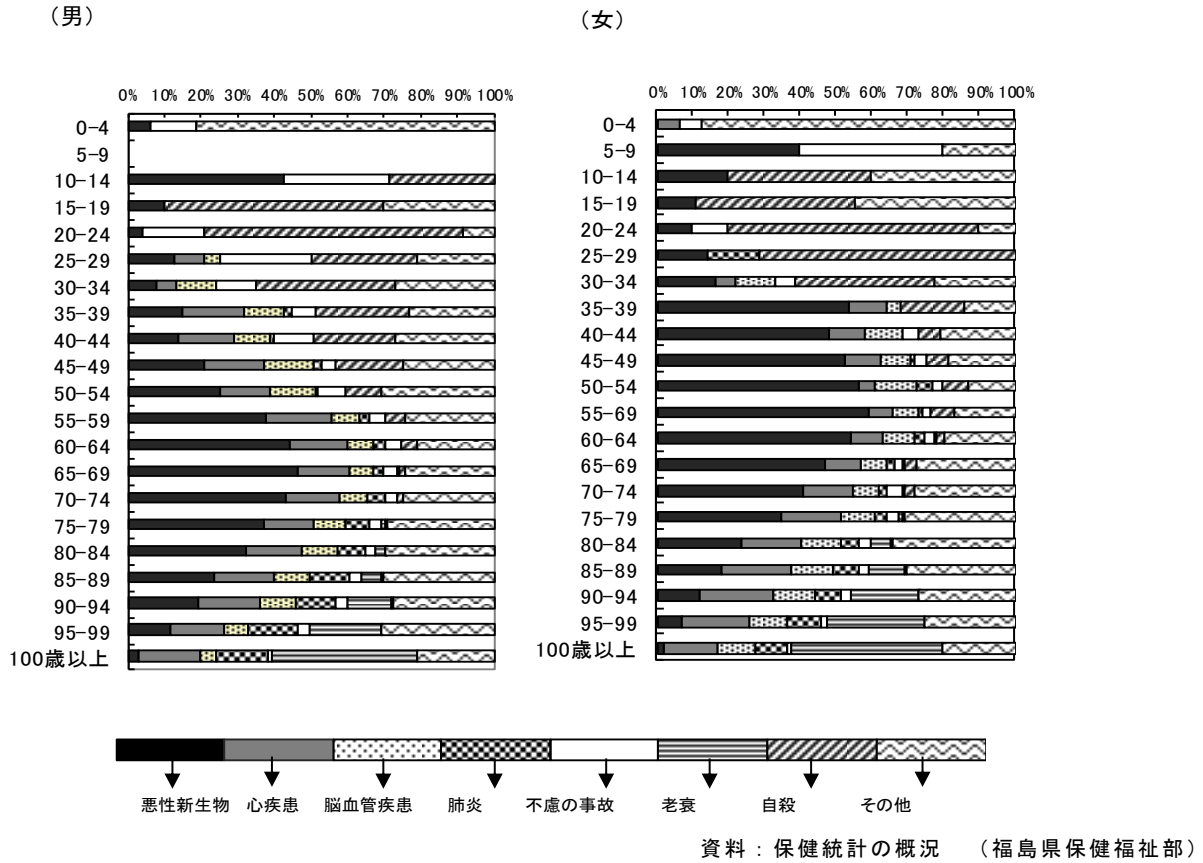
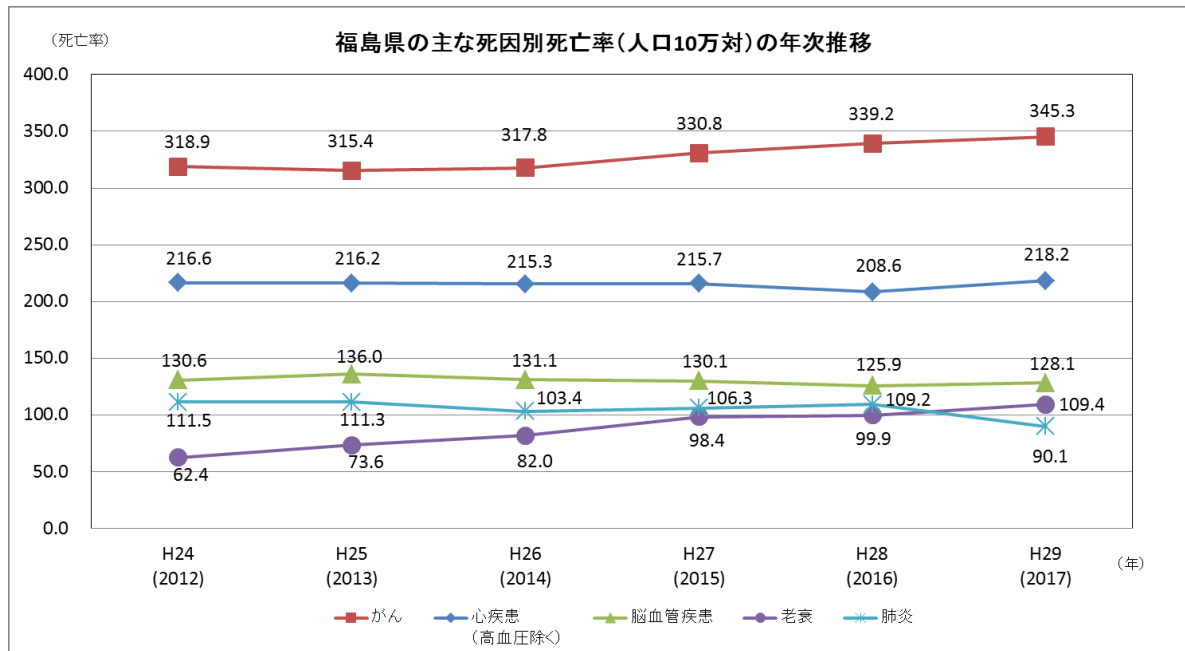


図14 福島県の主な死因別死亡率（人口10万対）の年次推移



3 要介護（要支援）高齢者の現状と将来推計

福島県の高齢者に占める要介護・要支援認定者の割合は、介護保険制度の定着や高齢化の進展、特に75歳以上の高齢者の増加などから、制度が始まった平成12年以降一貫して上昇を続けています。

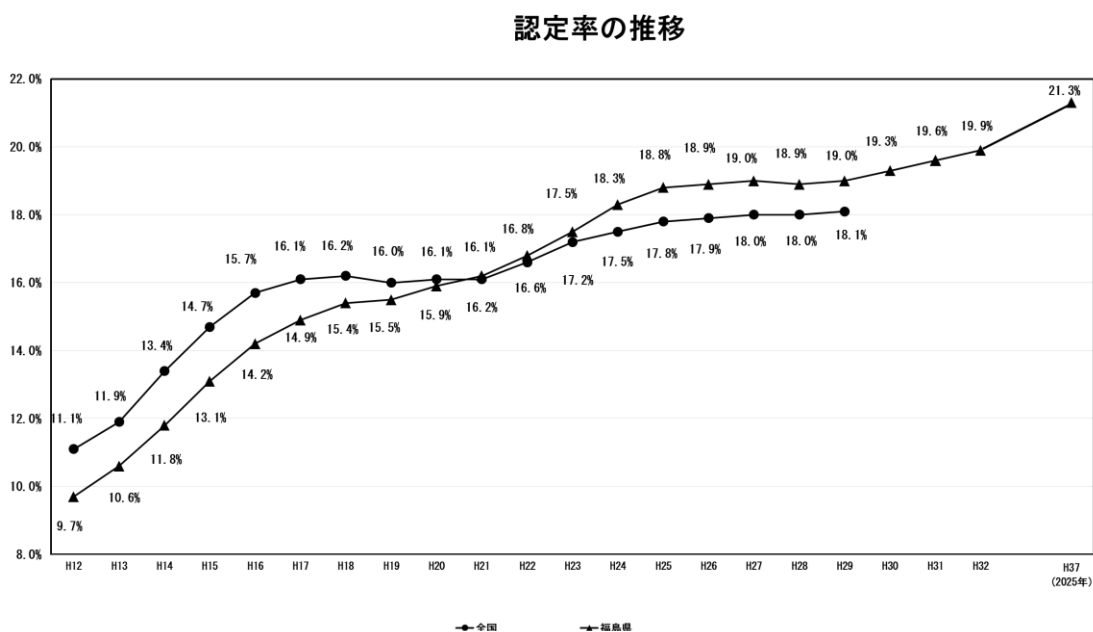
特に、東日本大震災の発生以降、相双圏域を始めとした被災市町村では、避難生活の長期化に伴う要介護・要支援高齢者が急増しています。

計画期間における県内各市町村が推計した要介護・要支援認定者数等の集計結果では、2020（令和2）年には116,034人、第1号被保険者に占める割合（認定率）は19.9%となる見込みです。

要介護・要支援度区分で見ると、2020（令和2）年度では、要介護1が19.9%と最も多く、次が要介護2で、18.0%になる見込みです。

また、2025（令和7）年には126,387人、第1号被保険者に占める割合（認定率）は21.3%となる見込みです。

図15 要介護（要支援）認定率の推移（%）



資料：第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画

【参考資料】

介護が必要となった原因（全国）

介護が必要となった主な原因は、要介護度によって差が見られます。軽度者（要支援1、2）では、関節疾患及び骨折・転倒が第1位であり、重度者になると認知症及び脳血管疾患（脳卒中）が第1位となっています。

図16 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合（全国、％）

要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

（単位：％）

平成28年度国民生活基礎調査

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	18.0	脳血管疾患（脳卒中）	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患（脳卒中）	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患（脳卒中）	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患（脳卒中）	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患（脳卒中）	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患（脳卒中）	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4	認知症	25.4	脳血管疾患（脳卒中）	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

注：熊本県を除いたものである。

資料：第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画

4 地域間格差

福島県の地域別健康関連指標を見ると、次のとおり地域差が見られます。

(1) 標準化死亡比※の地域差

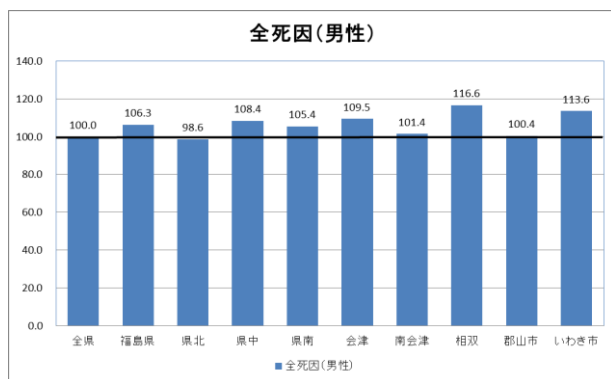
福島県内の地域別の標準化死亡比を県内保健所単位の地域間で比較すると、全がんでは、県北、南会津、相双地域が低い状況にあり、いわき市が高い状況にあります。

また、心疾患（高血圧性を除く）では、県南、いわき市の地域が高い状況にあり、南会津地域の女性が低い状況にあります。脳血管疾患では、県南、相双、いわき市の地域が高い状況にあり、郡山市、南会津地域が低い状況にあります。

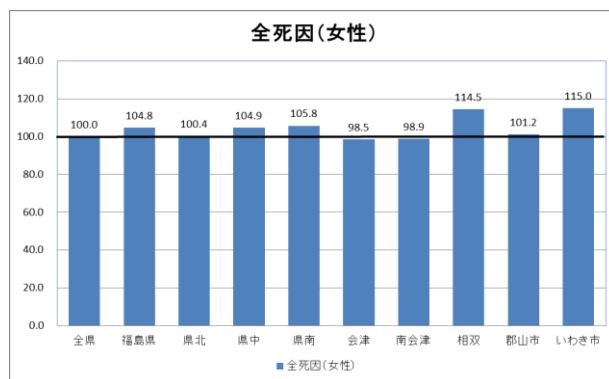
図 17 福島県地域別標準化死亡比（主要死因別、平成 20～24 年）

※1 全国値を100とした場合の指標
 ※2 県中には郡山市は含まれません

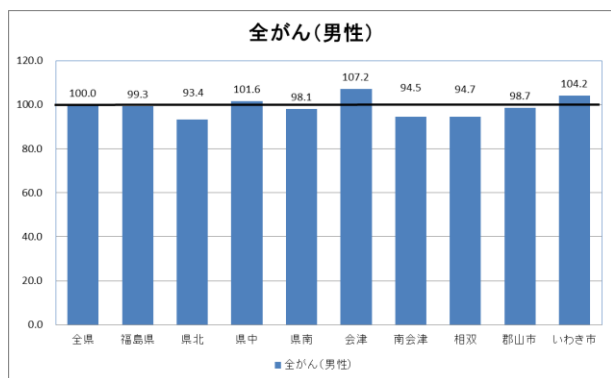
①全死因（男性）



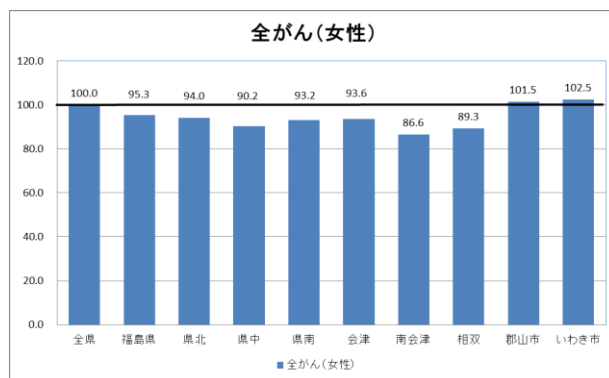
②全死因（女性）



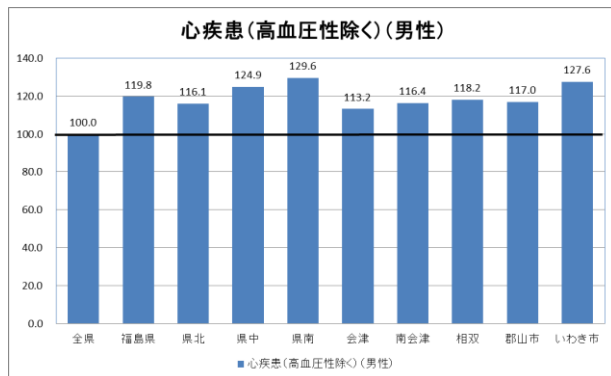
③全がん（男性）



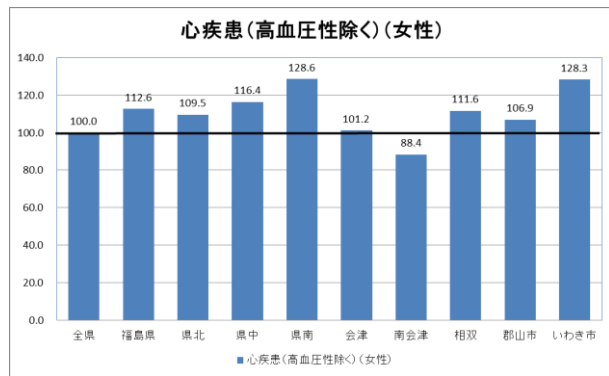
④全がん（女性）



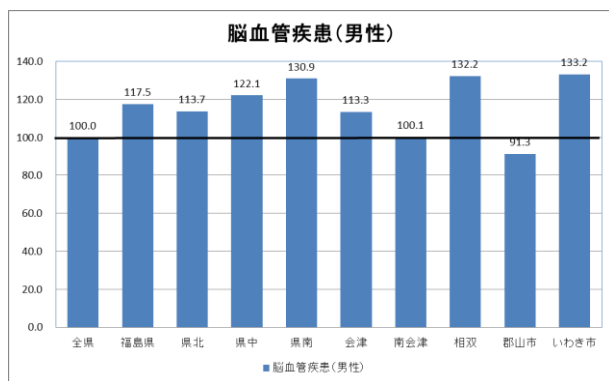
⑤心疾患（※高血圧性除く）（男性）



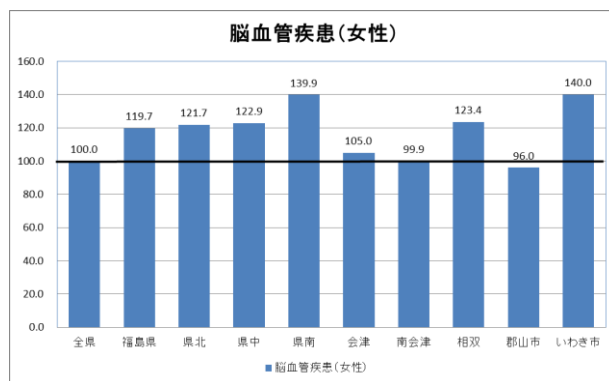
⑥心疾患（※高血圧性除く）（女性）



⑦脳血管疾患（男性）



⑧脳血管疾患（女性）



資料：福島県保健統計の概況（平成 20～24 年人口動態統計特殊報告（厚生労働省））

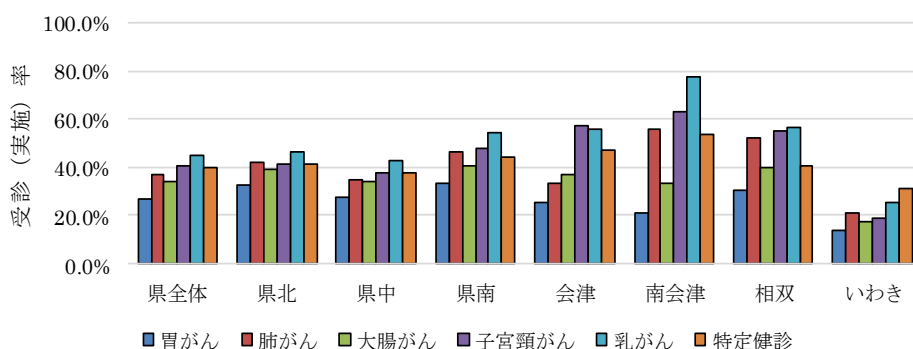
標準化死亡率（SMR：standardized mortality ratio）

集団間の人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標です。全国値を 100 とした場合、この値が 100 以上であると、その集団の死亡率は国の平均より高いことを示しています。

（2）がん検診受診率・特定健診実施率の地域差

福島県内の地域別がん検診受診率・特定健診実施率の状況を見ると、検診ごとにばらつきはあるものの、南会津地域においては、他の地域に比較して高い傾向にあります。

図 18 福島県地域別がん検診受診率・特定健診実施率（市町村（国保）実施分、平成 27 年度、％）



資料：福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料
（対象者：子宮頸がん検診 20 歳以上、その他がん検診 40 歳以上、特定健診 40 歳～74 歳）

（3）健康や生活習慣状況の地域差

福島県内の地域別の健康や生活習慣等の状況について見ると、2018（平成 30）年度に実施した健康ふくしま 21 調査の結果より、「喫煙率」については、いわき地域が他の地域に比較して高い状況にあり、南会津地域が低い状況にあります。

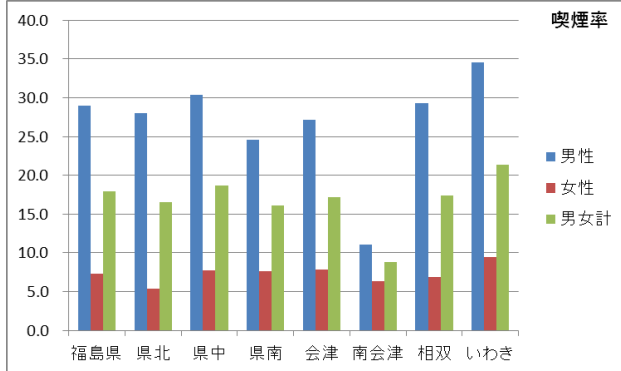
「朝食摂取率」は南会津、相双地域が比較的高い状況にあり、いわき地域が低い状況にあります。

また、「積極的な外出を心掛ける者の割合」は、県南、相双地域が他の地域に比較して高い状況にあり、「睡眠時間 6 時間以下の者の割合」は、南会津地域が他の地域に比較して低い状況にあります。

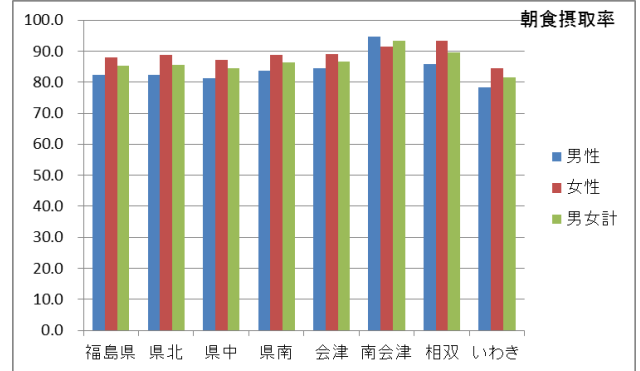
このとおり、地域により健康や生活習慣の状況に差が見られます。

図19 福島県地域別健康や生活習慣の状況の割合（％）

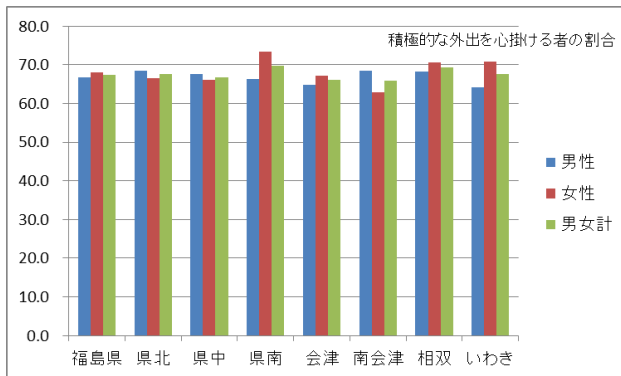
①喫煙率（％）



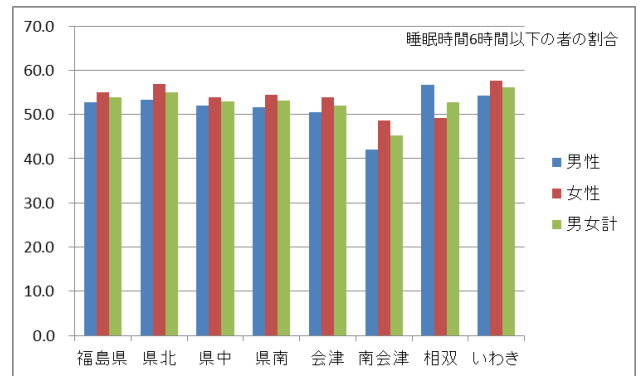
②朝食摂取率（％）



③積極的な外出を心掛ける者の割合（％）



④睡眠時間6時間以下の者の割合（％）



数値：2018（平成30）年度健康ふくしま21調査（福島県保健福祉部）

5 東日本大震災及び原子力災害に伴う避難の現状

東日本大震災及び原子力災害の影響により、福島県では自主的に避難している人も含めて、約4万人の県民が県内外で避難生活をしており、そのうち福島県外に避難している方は約3万2千人（2019（平成31）年1月10日現在、「全国の避難者数（復興庁）」）となっています。長期化している避難生活での疲労やストレス・生活環境の変化等に伴う避難者等の健康状態の悪化も認められています。

また、原子力災害等により避難している市町村では、避難者等が県内外に広域分散している状況から、避難者等の健康づくり支援活動の実施や継続に苦慮している状況があります。

第2節 県民の健康意識

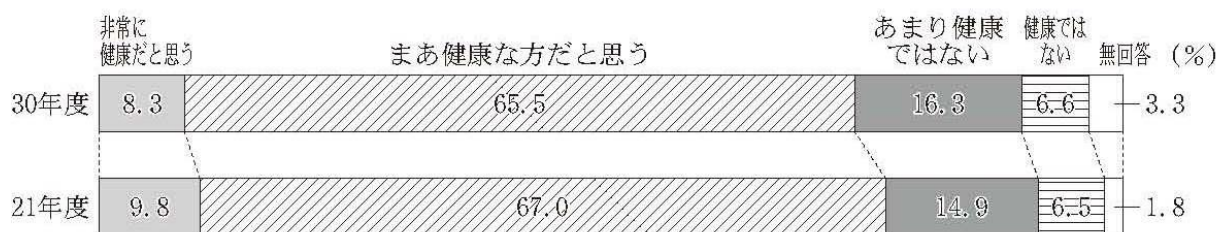
福島県では、2018（平成30）年6月から11月まで全県約1万人、約4千世帯を対象に健康ふくしま21調査（県民アンケート調査）を実施しました。その中から健康意識、食、運動、喫煙及びこころの健康に関係する部分について分析した結果を示します。

調査対象者：福島県在住の15歳以上の男女約10,000人
 調査方法：アンケートによる回答（郵送による配布・回収）
 調査時期：2018（平成30）年6月～2018（平成30）年11月
 回答数（率）：4,066人（40.0%）

1 健康についての意識

2018（平成30）年度調査結果では、図20のとおり、全県で73.8%が「非常に健康だと思う」及び「まあ健康な方だと思う」と答えており、その割合は、前回調査の2009（平成21）年度と比較し、3ポイント低下しています。

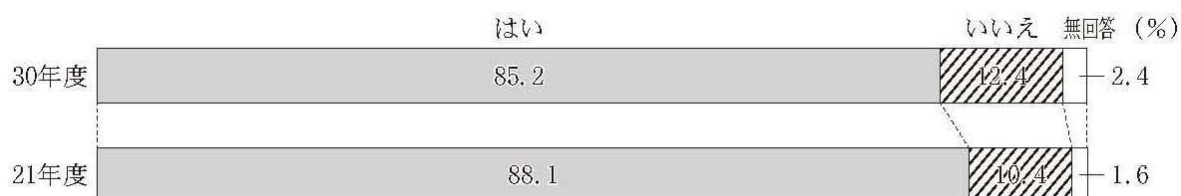
◆質問：あなたはふだん自分で健康だと思われますか。（満15歳以上対象） 【図20】



2 食生活（朝食）の状況

2018（平成30）年度調査結果では、図21のとおり、全県で85.2%が「朝食をだいたい毎日とっている」と答えており、2009（平成21）年度と比較し2.9ポイント低下しています。

◆質問：あなたは朝食をだいたい毎日とっていますか。（満15歳以上対象） 【図21】



3 最近1年間の運動状況

2018（平成30）年度調査結果では、図22のとおり、全県で36.1%が、「何らかの運動をほとんど毎日している」及び「何らかの運動を週2～4回程度している」と答えており、2009（平成21）年度と比較し1.9ポイント増加しています。

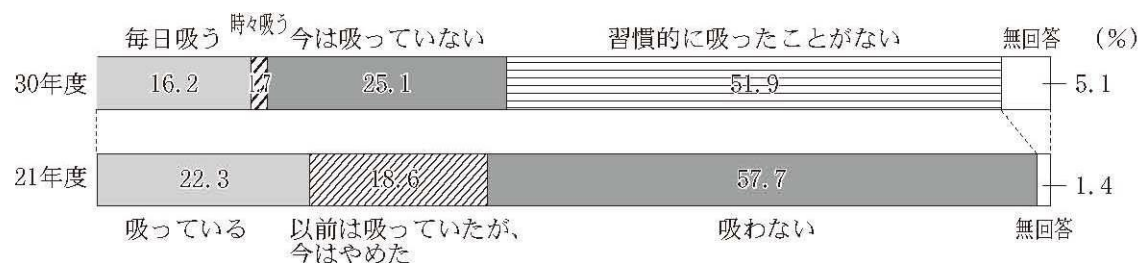
◆質問：最近1年間の運動状況について（満15歳以上対象） 【図22】



4 喫煙の状況

2018（平成30）年度調査結果では、図23のとおり、全県で17.9%が「吸っている」及び「時々吸う」と答えており、2009（平成21）年度の「吸っている」と答えた人と比較し4.4ポイント低下しています。

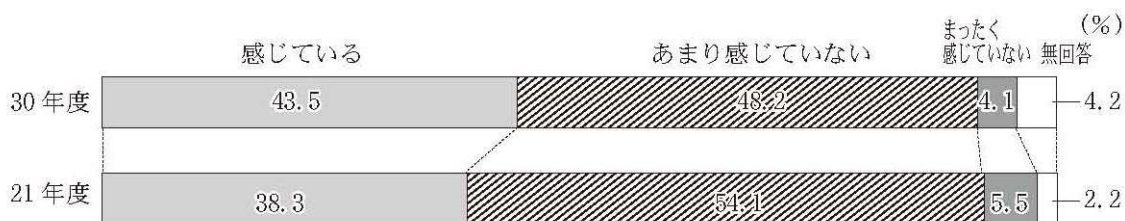
◆質問：あなたはたばこを吸っていますか。（満20歳以上対象） 【図23】



5 疲労の状況

2018（平成30）年度調査結果では、図24のとおり、全県で43.5%が、「疲れすぎたと感じている」と答えており、2009（平成21）年度と比較し5.2ポイント増加しています。

◆質問：疲れすぎたと感じていますか。（満15歳以上対象） 【図24】



<まとめ>

健康ふくしま21調査の結果では、震災前の平成21年度調査と比較し、運動の状況及び喫煙の状況は改善傾向にあるものの、健康の意識、食生活及び疲労の状況が悪化傾向にあることから、今後も食・運動・社会参加を柱とし、県民のライフステージに応じた心身の健康づくりの施策の推進を図っていく必要があります。

※ 図20～24 資料：平成30年度健康ふくしま21調査報告書

第3節 計画の中間評価

計画の期間中、これまで、食・運動・社会参加を三本柱に、食育活動の推進、健民アプリを活用した健康づくりへの動機付け及び従業員の健康増進に積極的に取り組む事業所や老人クラブの社会活動への支援など、県民の生活習慣の改善等につながる様々な健康長寿事業を展開してきました。

計画策定から5年が経過した2018（平成30）年度に、計画に定めた各目標項目の現況値及び取組状況等からその効果を確認し、計画の中間評価を行うとともに、今後の施策の方向性を検討しました。

その主な内容については、次のとおりです。

1 目標の進捗状況

（1）目標全体の状況

計画に掲げる具体的な目標項目 122 項目（再掲含む）のうち、評価可能な目標 106 項目（再掲含む）の進捗状況は、表 2「目標の進捗状況（全体）」のとおりであり、中間評価目標値に対する目標達成率が「(A) 10 割以上」及び「(B) 概ね 8 割以上 10 割未満」の項目数は 37 項目で、35%の達成率となっています。

また、基準値と現況値の比較で、改善傾向にある項目は 72 項目で、68%の改善率となっています。

※ 達成率は評価可能目標項目のうち達成度 A 及び B の割合

※ 改善率は評価可能目標項目のうち改善度◎及び○の割合

◆達成度の評価基準

A：目標達成率が 10 割以上（達成）

B：目標達成率が概ね 8 割以上 10 割未満（概ね達成）

C：目標達成率が概ね 5 割以上 8 割未満

D：目標達成率が概ね 5 割未満

※目標達成率：中間評価目標値に対する現況値の達成率。

※中間評価目標値：基準値と目標値の中間値（50%）を中間評価年度の目標値として一律に設定する。

◆改善度の評価基準

◎：基準値と比較し現況値が改善傾向にあり、目標値を達成している

○：基準値と比較し現況値が改善傾向にあるが、目標値まで達していない

△：基準値と比較し現況値が概ね変わらない

×：基準値と比較し現況値が悪化している

表 2

目標の進捗状況(全体表)

達成区分	A	B	C	D	達成率	【参考】改善率	直近値が未公表等で評価困難	参考
中間評価目標値に対する達成率	10割以上	概ね8割以上10割未満	概ね5割以上8割未満	5割未満	A、B評価の割合(分母は評価困難を除く)	改善傾向にある項目の割合(分母は評価困難を除く)		評価可能目標項目数
全体	31 29%	6 6%	24 23%	45 42%	37 35%	72 68%	16	106

※割合(%)はの母数は評価困難の数を除く

(内訳)

健康寿命の延伸	2 100%				2 100%	2 100%		2
がん			3 27%	8 73%	0 0%	9 82%		11
循環器病	5 38%		3 23%	5 38%	5 38%	10 77%		13
糖尿病	1 17%		4 67%	1 17%	1 17%	4 67%	1 14%	6
COPD	1 33%	1 33%	1 33%		2 67%	3 100%	1 25%	3
次世代の健康	4 67%		2 17%		4 67%	5 83%	4 40%	6
高齢者の健康	1 25%	1 25%		2 50%	2 50%	2 50%	3 43%	4
社会環境整備	2 67%			1 33%	2 67%	3 100%		3
喫煙	4 67%	1	1 17%		5 83%	6 100%	1 14%	6
栄養・食生活	6 35%	1 6%	5 24%	5 35%	7 41%	10 59%		17
身体活動・運動		1 13%		7 88%	1 13%	3 38%	6 43%	8
休養・こころの健康	1 33%			2 67%	1 33%	1 33%		3
飲酒				2 100%	0 0%	1 50%		2
歯・口腔の健康	3 50%	1 50%			4 100%	4 100%		4
東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり	1 6%		5 28%	12 67%	1 6%	9 50%		18

※目標項目数のカウントは再掲を含む。

※A～D欄の割合及び改善率(AとBの割合)の母数は評価可能な項目数(A～D)の計

※【参考】改善率は◎及び○評価の割合

(2) 達成率が低い分野(5割未満)

○ がん(達成率0% 改善率82%)

指標は82%が改善傾向にあるものの、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率」や「がん検診の受診率」及び「要精検者の精密検査受診率」の達成度が低い状況にあります。

○ 循環器病(達成率38% 改善率77%)

「脂質異常」及び「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

○ 糖尿病（達成率 17% 改善率 67%）

「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。また、「血糖コントロール指標におけるコントロール不良」や「特定健診・特定保健指導の実施率」等の指標は改善傾向にあるものの、目標達成率が低い状況にあります。

○ 栄養・食生活（達成率 41% 改善率 59%）

「適正体重を維持している者の割合」や「職域等における給食施設において健康に配慮した食事を提供する施設の割合」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

○ 身体活動・運動（達成率 13% 改善率 38%）

「外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合」や「日常生活における1日当たりの歩数（20～64歳）」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

○ 休養・こころの健康（達成率 33% 改善率 33%）

「睡眠時間（6時間以下）の者の割合」や「疲労を感じている者の割合」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

○ 飲酒（達成率 0% 改善率 50%）

「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（男性）」の指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

○ 東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり（達成率 6% 改善率 50%）

「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」、「適正体重を維持している者の割合」、「疲労を感じている者の割合」及び「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（男性）」指標が悪化傾向にあるとともに、達成度も低い状況にあります。

（3）悪化傾向にある指標

評価可能な目標項目のうち、基準値と比較し現況値が悪化傾向にある項目は、下記のとおりです。

目標項目	基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	指標データ
22 脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少)	男性	10.7% <2010年度>	8.0% <2022年度>	9.4%				特定健診データ
	女性	11.8% <2010年度>	8.8% <2022年度>	10.3%				
24 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	28.8% <2008年度>	21% <2017年度>	21%	29.8% <2016年度>	×	-12.8%	D	特定健診データ 【全国ワースト2位】 ※達成度を最終目標数値の100%とする。
目標項目	基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考
50 外出に積極的な態度を持つ者(60歳以上)の割合の増加	男性	72.6% <2009年度>	78% <2022年度>	75.3%				健康ふくしま21調査
	女性	68.9% <2009年度>	73% <2022年度>	71.0%				
51					×	-151.2%	D	

目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
71	適正体重を維持している者の割合の増加(肥満・やせの減少)	肥満者の割合	男性 33.2% <2010年度>	27% <2022年度>	30.1%	35.3% <2015年度>	×	-67.7%	D	特定健診データ	
72		女性	23.4% <2010年度>	20% <2022年度>	21.7%	24.1% <2015年度>	×	-41.2%	D		
73		やせの割合	女性	7.6% <2010年度>	5% <2022年度>	6.3%	8.8% <2015年度>	×	-92.3%		D
目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
75	職域等における給食施設において健康に配慮した食事を提供する施設の割合の増加		66.7% <2011年度>	75% <2022年度>	70.9%	57.8% <2017年度>	×	-214.5%	D	「健康に配慮した食事提供」に関する取組状況の実態調査	
目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
92	日常生活における1日当たりの歩数の増加	20~64歳	男性	8,146歩 <2006~2010年平均>	9,700歩 <2022年度>	8,923歩	7,297歩 <2016年度>	×	-109.3%	D	国民健康・栄養調査、年齢調整
93		女性	7,104歩 <2006~2010年平均>	8,600歩 <2022年度>	7,852歩	6,470歩 <2016年度>	×	-84.8%	D		
目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
97	睡眠時間(6時間以下)の者の割合の減少		45.1% <2009年度>	34%以下 <2022年度>	39.6%	59.5% <2018年度>	×	-259.5%	D	健康ふくしま21調査(40歳~69歳)	
目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
98	疲労を感じている者の割合の減少		39.6% <2009年度>	32%以下 <2022年度>	35.8%	47.6% <2018年度>	×	-210.5%	D	健康ふくしま21調査(40歳~69歳)	
目標項目			基準値	目標値	中間評価目標値	現況値	改善度	目標達成率	達成度	備考	
99	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(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の減少)	男性	13.6% <2006~2010年平均>	11% <2022年度>	12.3%	18.3% <2018年度>	×	-361.5%	D	健康ふくしま21調査(1日あたり2合以上の飲酒量)	

「脂質異常」、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」、「適正体重を維持している者の割合」及び「多量飲酒」などの生活習慣病に関する指標及び「疲労を感じている者の割合」などの休養・こころの健康に関連する指標が悪化傾向にあります。

(4) 今後の課題

計画に掲げる具体的な目標項目の68%は改善傾向にあるものの、目標達成率は35%に留まっていることから、今後に向けては、各推進主体がこれまで以上に連携を強化し、健康づくりに関する取組を強力かつ効果的に推進し、健康指標の改善を加速化させる必要があります。

また、食、運動、社会参加を柱とした健康づくり施策の更なる推進により、特に悪化傾向にある生活習慣病の発生リスクとなる指標及び休養・こころの健康に関する指標の改善を重点的に推進することで、県民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図ります。

2 重点施策ごとの現状と課題

(1) 生活習慣病の発生予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)

生活習慣病の各指標は概ね改善傾向にあるものの、がん、循環器病及び糖尿病の目標達成率は低い状況にあります。

一次予防(発症予防)に重点を置いた対策では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群や脂質異常等の指標悪化に見られる生活習慣の改善を図るため、健康に配慮した食環境や運動しやすい環境の整備に加え、禁煙と受動喫煙対策の更なる充実を図る必要があります。また、重症化を予防するため、効果的な保健指導の実施などに、引き続き取り組むことが重要です。

二次予防(早期発見・早期治療)の推進では、がん検診や特定健診等の受診率向上に向け、県、市町村、関係機関及び職域と連携を強化し、普及啓発や受診者の利便性を高めるための取組の更なる推進を図るとともに、保健指導や検診の質の向上を図るため、保健医療専門職等を

対象とした研修を実施するなど、継続して人材育成に取り組む必要があります。

(2) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

次世代の健康分野の目標達成率は67%であり、高齢者の健康分野の目標達成率は50%となっており、引き続き取組の推進が必要です。

児童・生徒については、肥満傾向が全国平均を上回っており、食生活や適切な運動など、健康な生活習慣を身につけるための健康教育の推進に、継続して取り組む必要があります。

また、高齢者の健康づくり推進に向け、生活習慣の改善や介護予防の推進に努めるとともに、県、市町村、関係団体及び企業等が連携強化を図り、高齢者の就業機会やスポーツ等の機会の確保など、積極的に社会参加しながら、いきいきと生活できる社会環境の整備促進に努めることが重要です。

(3) 健康を支え、守るための社会環境の整備

当該分野の各指標はすべて改善傾向にあり、目標達成率は67%となっていますが、社会環境の整備は、健康づくりに対する県民の意識改革、健康寿命の延伸及び地域格差縮小に向けた取組推進など、本県の健康づくり推進体制の基盤となるものであることから、今後も一層の取組強化が必要です。

あらゆる世代の県民が、健康を守りながら生活できる社会の実現に向け、地域において自主的に、気軽に健康づくりに取り組める仕組みづくりや、健康づくり活動及び自ら健康経営に取り組む企業等の増加に資する取組など、地域保健及び職域保健が連携を強化し、県民一人ひとりの健康を守る環境の整備に取り組むことが重要です。

また、専門機関等と連携し、健康に関する様々なデータを活用した地域の健康課題の分析及び見える化の推進や、民間企業の健康づくりに関するノウハウを市町村等が積極的に活用し、実効性の高い取組が推進できる環境の整備に努めるなど、健康寿命の延伸と健康格差の縮小に、引き続き努める必要があります。

(4) 健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

県民の健康増進を形成する基本的な要素となる各分野（喫煙、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、飲酒、歯・口腔の健康）は、喫煙及び歯・口腔の健康以外は改善の傾向が鈍く、目標達成率もまだ低い状況にあります。

生活習慣病対策として、これまで、健民アプリ及びテレビ、新聞等を活用した健康づくりの意識改革や普及啓発を始め、食、運動、社会参加を柱とした各種健康づくり事業を展開してきたところですが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群などの生活習慣病に関係する指標が依然として悪化傾向にあることから、今後は、地域保健・職域保健がこれまで以上に連携を強化し、無関心層や働き盛り世代等を積極的に巻き込みながら、県民一人ひとりに効果的な取組を推進する必要があります。

また、疲労を感じている者の割合が増加していることを踏まえ、県、市町村、関係機関及び

企業等が連携しながら、働き方改革や健康経営の取組の浸透を図るなど、保健、労働及び生活環境等の総合的な視点からこころの健康も含めた健康増進に努める必要があります。

(5) 東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくりの推進

当該分野の指標は、改善率が50%であり、達成率は6%とまだ低い状況にあることから、より一層の取組推進が求められます。

被災者の健康支援に向け、生活習慣病予防・介護予防対策、検診受診環境の体制整備、こころのケア対策など、被災市町村の状況に応じた複合的な地域課題に対して、包括的な施策の推進を図りながら、長期的視点で課題解決に取り組む必要があります。

また、震災後、特に指標が悪化している生活習慣病対策やこころの健康に向け、県、市町村、関係機関等が連携を強化しながら、県民に分かりやすい適切な情報提供や相談体制の充実、更には、生活習慣病の予防に関する支援等、被災者自らが健康づくりに取り組める社会環境の整備などに重点的に取り組む必要があります。

第3章 総合的推進方策

第1節 推進の目標と重点施策

1 基本目標

県民の「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目指した「すこやか、いきいき、新生ふくしま」の創造

2 基本目標を達成するための重点施策

(1) 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）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着による一次予防に重点を置いた対策とともに、合併症発症や症状進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

(2) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

県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。

(3) 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、広く県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を得るなど、県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。

(4) 健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

県民の健康増進を形成する基本的な要素となる喫煙、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要であり、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。

(5) 東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくりの推進

東日本大震災及び原子力災害により、多くの県民が健康に不安を抱えている状況を踏まえ、長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなぐ対策を進める。

NCD（Non - Communicable Disease：非感染性疾患）

喫煙や不健康な食事、運動不足、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「NCD（非感染性疾患）」と位置付けています。がん、循環器疾患、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などが主な疾患です。

COPD（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：慢性閉塞性肺疾患）

COPD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す。咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障がいが増進するもので、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称された疾患が含まれています。

3 重点施策を推進するための総合的推進方策

(1) ライフステージに応じた個人の主体的な健康づくり

ライフステージに応じ、県民一人ひとりが、それぞれの健康観により、生涯を健康で生き生きと過ごすことができる健康づくりを推進します。

全ての県民が、ライフステージに応じた健康づくりに対する自覚と実践を基本とし、身体的にも精神的にも社会的にも良好な状態を維持し、生活の質を高め、より良い状態で長寿を得ることをめざします。

(2) 地域や職場等を通じた健康づくり

地域や職場等の特性や健康課題に応じた健康づくりを推進します。

地域や職場等にはそれぞれ固有の健康課題や社会環境などがあります。こうした個人を取り巻く様々な問題を、住民一人ひとりが自らの課題として捉え、地域や職場等の健康水準を維持し、向上させていくことが必要です。個人に身近な市町村における特色ある取組や広域的な視点に立った市町村間・市町村と事業者間、保護者間の多様な交流・連携を進めるなど、地域住民や職場等が行政と協働しながら主体的な健康づくり運動に取り組み、その実践と広がりをめざします。

(3) 社会全体が相互に支え合う健康づくり

県民の健康づくりを支援する環境を整備し、社会全体で相互に支え合う健康づくりを推進します。

健康を個人の努力のみで守ることは困難であることから、民間、行政が一体となって、健康づくりに視点を置いた環境づくりの実施や地域保健活動などの運動を展開し、社会全体で相互に支え合い、全ての人が健康を享受することができる社会が必要です。特に、健康は、日常生活における継続的な取組が重要であることから、家庭・学校・職域・地域などにおいて、県民一人ひとりの健康づくりを支援するための仕組みづくりを進めるなど、社会的ネットワークの構築をめざします。

第2節 推進の方向性

2018年度の間評価時点では、本計画に掲げる具体的な目標項目の健康指標は、計画策定時と比較し7割近くが改善傾向にあるものの、中間評価目標値に対する達成率は3割台にとどまっています。

計画期間（2013年度～2022年度）の後半においては、中間評価における課題を踏まえ、より効果的・効率的な健康づくり事業を実践していくことで健康指標の改善を図り、基本目標の達成に向け取り組んでいきます。

2018年度中間評価では、重点施策を推進するため、今後の方向性を次のようにまとめました。

(1) 生活習慣の確立に向けた取組の強化

健康寿命の延伸に向けては、生活習慣を改善し、生活習慣病の予防や身体機能の維持・向上を図ることが課題であり、引き続き、あらゆる世代の県民に健康づくりを行うための意識醸成を図るとともに、食・運動・社会参加を柱とした健康づくり事業を推進していく必要があります。

特に、重点的な取組として、無関心層に向けた積極的な健康づくりへの意識改革や、生活習慣病の発生リスクが高まる働き盛り世代の健康増進に向け、事業所等に健康経営の取組を浸透させるなど、県内に健康づくりの取組を広げるとともに、その効果促進を図ります。

(2) 地域課題に応じた実効性の高い健康づくり事業の推進

健康格差の縮小を図るため、二次医療圏ごとの地域保健及び職域保健が、地域の健康課題を明確に把握し、地域の特性を活かしながら対策を効果的・重点的に実施していくことが重要です。

そのためには、専門機関と連携し、健康づくりに関する様々なデータを活用し、健康課題の見える化を図るとともに、民間企業のノウハウを活用して健康づくりを推進する市町村等を支援するなど、県内すべての地域が、実効性の高い健康づくり事業に取り組める環境の整備に努める必要があります。

(3) 正しく分かりやすい情報発信や普及啓発の強化

県民や地域・職域（企業）が効果的かつ持続的な健康づくり活動に取り組むためには、正しく分かりやすい情報発信や普及啓発が不可欠です。マスメディア、アプリやホームページなど様々な媒体を活用し、食生活、運動、健康づくりのイベント及びがん検診等の情報を積極的にわかりやすく発信することで、健康づくりの取組の更なる推進を図る必要があります。

(4) 健康づくりを強力に推進するための体制強化（平成31年3月22日「健康長寿ふくしま会議」の設立）

健康づくりの取組を強力かつ効果的に推進し、県民運動として健康づくりに取り組むため、健康ふくしま21計画の推進体制の強化を図ります。

既存の健康ふくしま21推進協議会を、より多様な主体が共働して一体的に事業を推進する組織とするとともに、情報発信力強化や健康経営部会の新設など、推進組織の機能を強化し、地域保健と職域保健の更なる推進を目指します。

また、県、市町村、関係団体及び企業等が連携を強化し、地域保健と職域保健が県民の様々なライフステージに応じた健康づくり事業を積極的に推進することで、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の加速化を図ります。

第3節 推進主体と役割

第二次健康ふくしま 21 計画を推進していくための、各推進主体の役割は次のとおりです。

1 県民

健康づくりは、個人の自覚と実践が基本となることから、自ら健康的な生活習慣を追求し、実践することが重要です。

また、個人の行動や生活様式が、地域社会や自然環境などと密接に関係していることを自覚して、ライフスタイルを改善するなど責任ある行動に努めるとともに、自分の住む地域への関心を深め、地域活動へ自主的に参加することも大切です。

2 家庭

家庭は、個人の生活の基礎単位であり、食習慣など、乳幼児期から生涯を通じて健康的な生活習慣を身につけるための役割を果たすことが期待されています。

また、家庭には健康の重要性について学習する場であるとともに、個人や家族にとっての休息の場としての機能が求められます。

3 地域

人々の健康は、日常の生活習慣や社会的な仕組みに影響されることが大きいことから、地域を構成する人々が自ら、地域の健康問題を明らかにして、健康を阻害する社会環境を改善する活動を実践して、より健康な地域づくり・まちづくりを進めることが期待されています。

また、他の組織との積極的な交流を図り、活動で得た成果、知識、技術を交換するなど、相互の活動啓発を促進することが必要です。

4 学校

学校には、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を培うための役割が期待されていることから、児童・生徒や学生に対して、健康について学習する機会や適切な行動を自ら選択できるような学習の場を提供することが重要です。

5 職域（企業）

職域（企業）は、その構成員の健康づくりを支援するため、労働環境や職場のコミュニケーションの改善などを通じて産業保健の向上を図るとともに、健康経営を推進することが重要です。また、地域社会の一員として地域への関心を深め、地域活動に参加することや、働く世代やその家族の健康づくりに積極的に取り組むことが期待されています。

6 マスメディア

マスメディアは、若年層から高齢層まで、不特定多数の人々を対象に大量の情報を、迅速かつ継続して送ることができます。健康情報を手に入れる機会はマスメディアによるところが多

い状況となっており、特に青少年に対して強い影響力を持つこともあるので、科学的根拠に基づいた正しい健康情報を伝達する社会的責務を負っているといえます。

7 ボランティア団体

ボランティア団体は、活動を通じて多方面にわたり多くの人々となつなげることができることから、第二次健康ふくしま 21 計画を推進するにあたって、健康に関する情報とサービスをより身近にきめ細かく提供することが期待されます。

8 健康づくり関係団体

主に食・運動・社会参加に関連する健康づくり関係団体は、各専門分野における正しく分かりやすい情報やサービスの提供等により、地域住民の健康づくりに貢献することで、県民一人ひとりが自主的に健康づくりに取り組める社会環境整備の一翼を担うことが期待されています。

9 医療保険者

医療保険者は、被保険者の健康の保持、増進を目指した保健事業の充実強化を図るとともに、保険者と事業主が連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の健康づくりを効果的かつ効率的に実行するコラボヘルスを推進するなど、積極的に健康増進事業を展開していくことが求められます。

また、病気のリスクを減らすために被保険者の健康の保持、増進を目指した一次予防中心の保健事業の充実・強化など保険者機能の強化が期待されています。

10 保健医療専門家

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、管理栄養士、栄養士、臨床心理士、歯科衛生士等の保健医療専門家は健康問題に対し専門的見地から技術・情報の提供を行っています。

今後も病気の治療のみならず、発症予防及び重症化予防にもより大きな役割を担うことが期待されます。

11 市町村

市町村は、県や関係機関・団体と連携しながら、住民の健康づくりや地域活動組織の支援を始め、健康に係わる社会環境の整備、さらには健康なまちづくりに至る広範な健康づくり対策の調整・推進役としての役割が求められます。

健康づくり対策の実施にあたっては、市町村保健センター等が中心となって、住民の健康課題や地域特性を明らかにするとともに、健康づくりの達成目標とその改善方策を設定した「市町村健康増進計画」の策定に努め、施策を実行し評価するというプロセスを重視する必要があります。

また、近隣の市町村との広域的な連携を図り、それぞれの地域資源や機能を相互に補完・活

用して効率的かつ持続的な健康づくり施策を進めることも必要です。

12 県

県は、県全域を視野に入れた健康づくり対策を総合的に推進するための方策を設定するとともに、第二次健康ふくしま 21 計画の具体的な推進に向けた施策を実施します。

特に専門的役割を担う保健福祉事務所（保健所）は、市町村の健康づくり対策が円滑に実施されるように、専門的・技術的な側面から支援していきます。

また、必要に応じて、市町村が近隣の市町村との広域的な連携を図り、それぞれの地域資源や機能を相互に補完・活用できるよう、市町村間の調整や運営の支援を行うこととします。

第 4 節 目標の設定

この計画の基本目標である、県民の「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目指した「すこやか、いきいき、新生ふくしま」の創造を実現するため、2022（令和 4）年度までに改善すべき健康づくりのための目標項目及び目標値を設定しています。

また、2018（平成 30）年度中間評価を踏まえ、目標項目の追加設定及び一部見直しを行いました。

1 目標項目の設定

健康づくりの目標項目については、疾病の発症や進行に密接に関係して、死亡や障がい発生の原因となっており、かつ、家庭・学校・職域・地域における予防対策によってその改善効果が期待できる「生活習慣病の予防」に関連するものとし、次のとおり目標項目を設定しています。

- (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）
 - ア がん
 - イ 循環器病（脳血管疾患及び心疾患）
 - ウ 糖尿病
 - エ COPD（慢性閉塞性肺疾患）
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上
 - ア 次世代の健康
 - イ 高齢者の健康
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 健康に関する生活習慣及び社会環境の改善
 - ア 喫煙
 - イ 栄養・食生活
 - ウ 身体活動・運動

エ 休養・こころの健康

オ 飲酒

カ 歯・口腔の健康

(6) 東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり

2 目標値の設定

各推進項目の数値目標については、健康日本 21（第 2 次）において示された「地方自治体が活用可能な統計例」を参考に、前計画（第 1 次健康ふくしま 21 計画）においても使用した重要な指標を加えています。

各推進項目の目標値については、今後 10 年間に到達すべきレベルをできる限り数値で設定していますが、一部、県内の状況に関する基礎資料がないものについては、全国の平均値ないし県内の一部の調査による平均値を用いています。

また、今回の計画改定で目標項目の追加設定及び一部見直しを行いました。今後においても、国の調査や県独自の調査により県民の健康情報の収集・分析を行い目標値の追加設定や見直しを必要に応じて行っていきます。

なお、目標値設定の考え方については、目標項目の内容に応じて以下から選択し、設定しています。

- (1) 健康日本 21（第 2 次）の目標値設定の考え方に準じて目標値を設定する。
- (2) 前 21 計画において達成されていない目標値については、前 21 計画の目標値を基本に設定する。
- (3) 県の他計画において設定されている目標値については、他計画との整合性を図る必要があることから、基本的に他計画において設定されている数値及び目標年度を設定する。
- (4) 第二次健康ふくしま 21 計画を推進する上で、政策的に高い目標値を掲げる必要がある目標項目については、個別に目標値を設定する。
- (5) その他上記 1～4 に当てはまらないものは、個別に算出し目標値を設定する。

3 目標達成の手法

死亡や障がい発生の原因となる主たる疾病は、がん、脳血管疾患、心疾患などです。特に脳血管疾患、心疾患は、動脈硬化などを要因として生じる疾病であり、高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満などがその危険因子として相乗的に作用しています。

このような「生活習慣病」を減少させるためには、個々人の健康的な生活習慣の確立とそれを社会的に支援するための環境づくりが必要となります。

この計画では、これからの健康づくりを推進するにあたり、県民がより健康な状態を目指して、自らの健康に積極的に関心を持ち、一人ひとりを取り巻く環境も視野に入れながら活動することで、個々人の健康的な生活習慣の確立を進め、疾病等の危険因子を減らして、県民の健康と生活の質の向上を図ります。

第4章 具体的な推進項目（目標）

「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目的とした各推進項目の取組を次のとおり実施します。

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

現状と課題

2016（平成28）年の福島県の健康寿命は、男性71.54年（全国値72.14年）、女性75.05年（全国値74.79年）で、基準値の2010（平成22）年と比較し、男性は1.57年、女性は0.96年延伸している結果となりました。

しかし、全国の健康寿命も延伸傾向にあり、特に、本県の男性の健康寿命は依然として全国平均より低い状況にあることから、引き続き、健康づくり事業を計画的かつ効果的に実施し、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を図る必要があります。

施策の方向性

（1）各推進項目における取組の実施・支援

- 第二次健康ふくしま21計画に基づき、食、運動、社会参加を柱とした健康づくり事業を計画的かつ効果的に推進し、健康寿命の延伸を図ります。
- 県内における健康格差を縮小するため、市町村の健康寿命の延伸に資する取組を支援し、健康寿命について全国トップレベルを目指すための対策を推進します。
- 全国に誇れる健康長寿県の実現に向け、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を加速化させるため、県、市町村、関係団体及び職域等が連携を強化し、健康づくり推進のための社会環境の構築を図ります。

（2）人材の育成・確保

- 各推進項目における取組を着実に実施するため、保健専門職等の人材育成及び確保に努めるとともに職域保健との連携の強化を図ります。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間の延伸）	男性 69.97年 女性 74.09年 （2010年度：厚生労働科学研究費補助金省「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」）	男性 71.54年 女性 75.05年 （2016年度：厚生労働科学研究費補助金省「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」）	男性 71.74年 女性 75.32年	

第1節 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

1 がん

現状と課題

福島県における2017(平成29)年のがんによる死亡者数は6,461人(死亡率人口10万対345.3)であり、これは総死亡の26.1%を占め、計画策定時の2011(平成23)年の23.7%より高くなっており、依然として死因の第1位です。

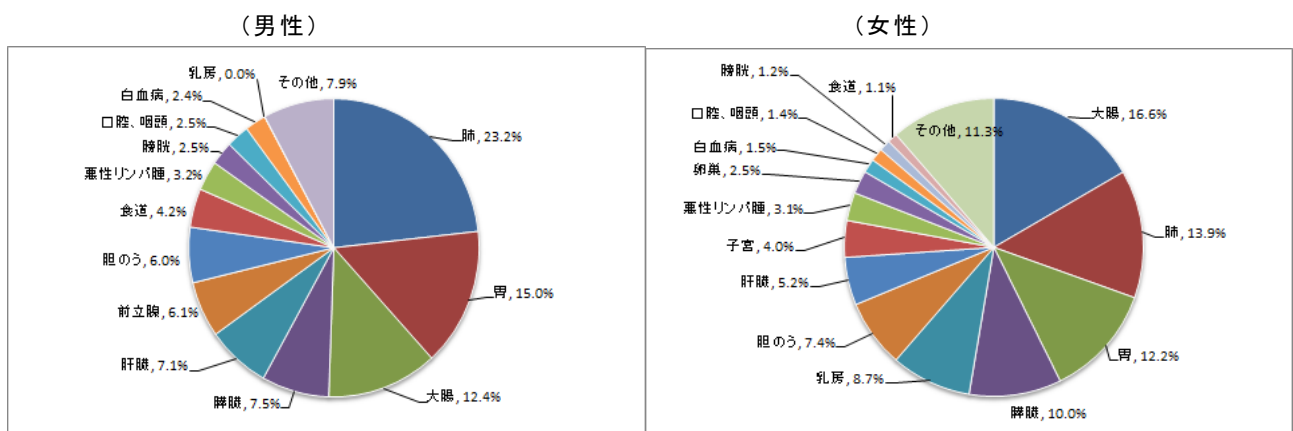
2017(平成29)年度の75歳未満のがんの年齢調整死亡率(10万人当たり)は、2010(平成22)年度の基準値と比較し、男性は12.2、女性は0.6減少しているが、目標達成が厳しい状況にあります。

また、早期発見、早期治療につながるがん検診受診率や要精検者の精密検査受診率についても、改善傾向にあるものの目標達成が厳しい状況にあることから、福島県がん対策推進計画(2018年～2023年)と連動しながら、一次予防(発症予防)及び二次予防(早期発見・早期治療)の更なる取組の推進を図る必要があります。

年齢調整死亡率

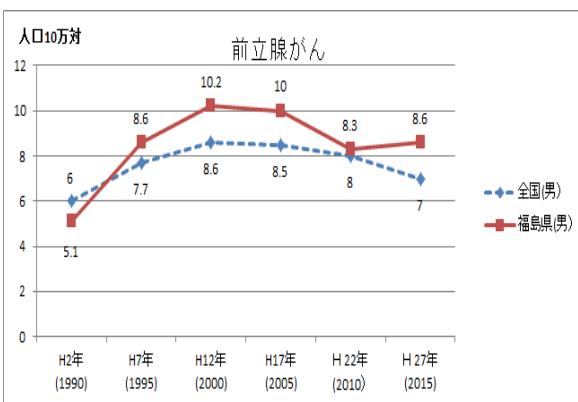
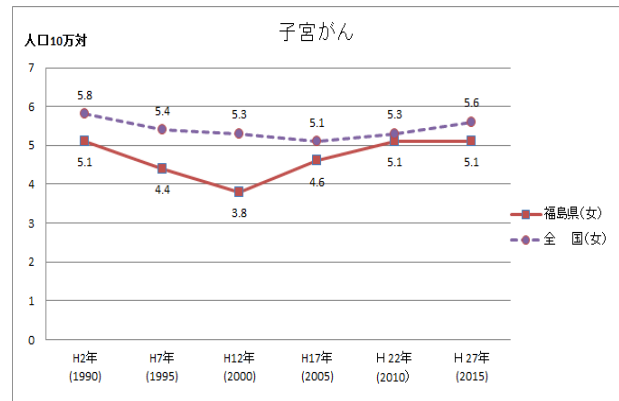
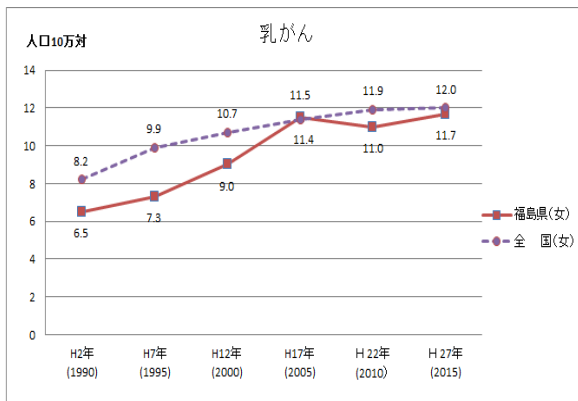
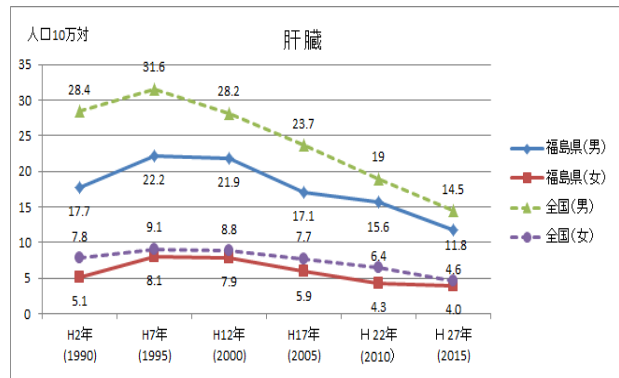
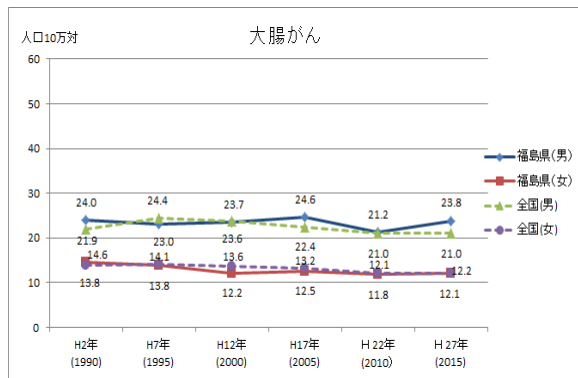
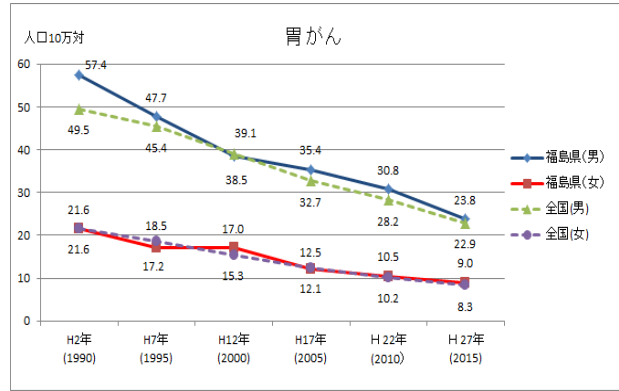
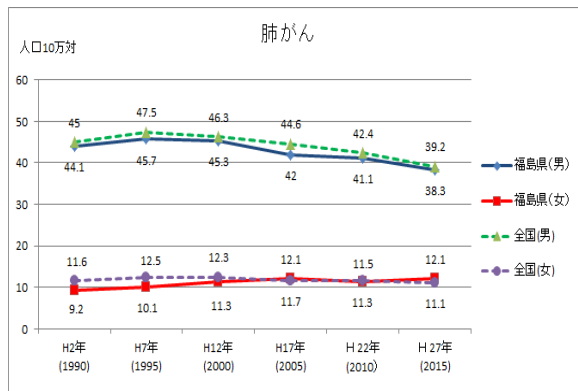
死亡数を人口で除した通常の死亡率(以下「粗死亡率」という。)を比較すると、高齢者の多い地域では高くなり、若年者の多い地域では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率(人口10万対)です。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域比較や年次比較をすることができます。

図25 福島県のがん部位別死亡割合(%) [平成28(2016)年]



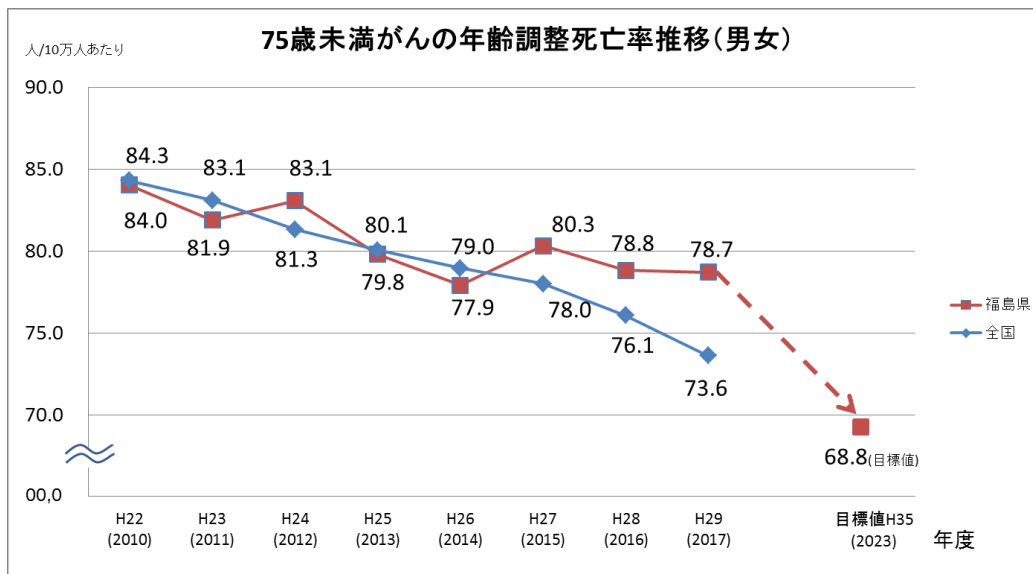
資料：人口動態統計(厚生労働省)

図 26 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率(人口 10 万対)の推移(全国との比較)



資料: 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

図 27 75歳未満がんの年齢調整死亡率推移（男女）



数値：人口動態統計（厚生労働省）

図 28 がん検診受診率の推移

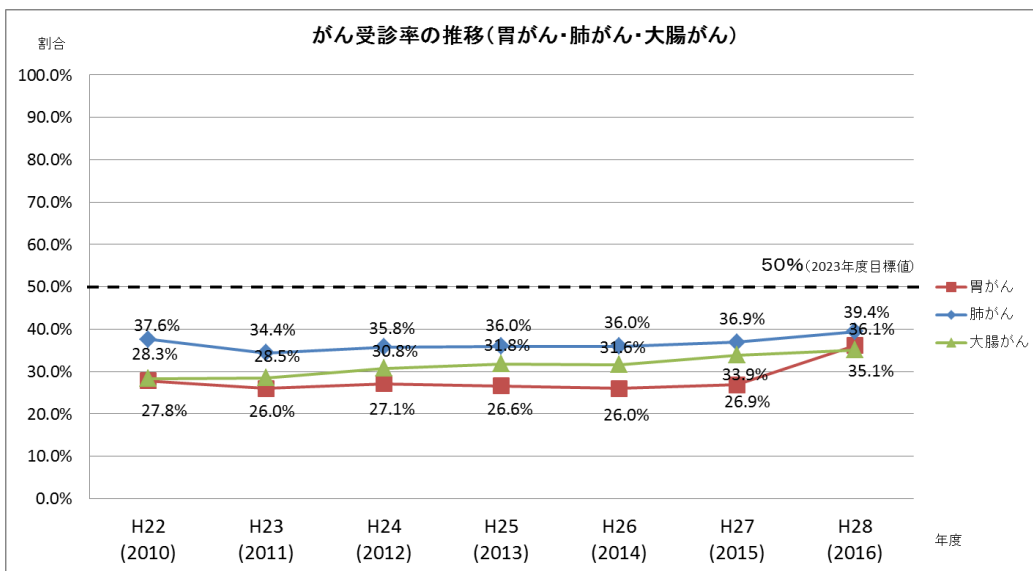


図 29 要精密検査者の精密検査受診率の推移

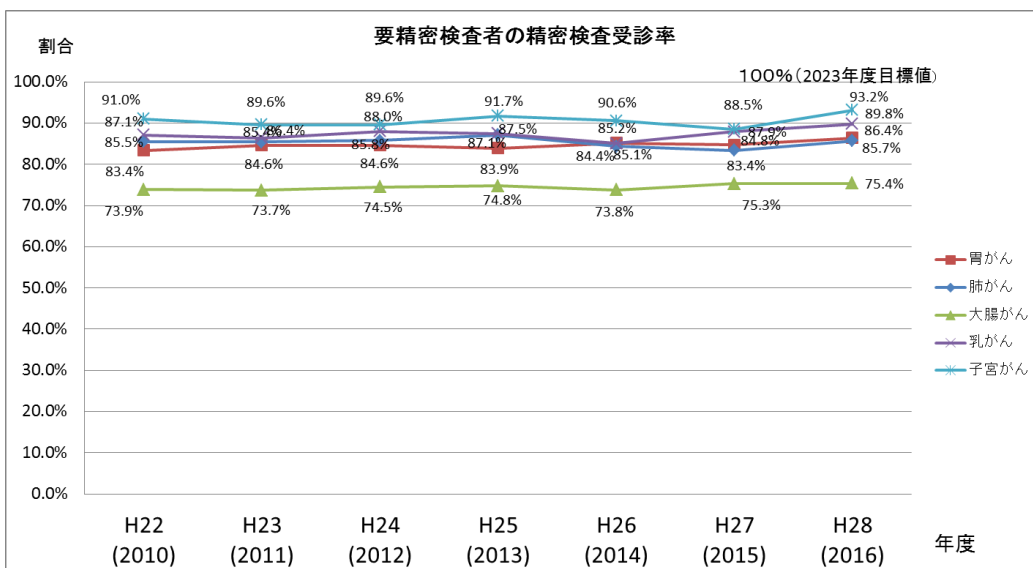


図 28～29 数値：市町村実施がん検診受診率・生活習慣病健診等管理指導協議会資料

施策の方向性

(1) 一次予防（発症予防）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、がん予防のための生活習慣（食生活、運動、喫煙等）の改善を含めた適切な情報提供を図ります。特に、肺がんを始めとするがんのリスクを増大させる原因である喫煙について、禁煙を推進し、受動喫煙の機会を減らすための取組の強化を図ります。
- 県民一人ひとりのライフステージに応じたがん対策について、その現状や予防対策等も含めたがんの正しい知識の普及・啓発を積極的に実施します。
- 関係機関と連携し、がんに関する健康教育実践者の育成のための研修会等を実施します。
- ハイリスク者の生活習慣を改善するため、健康教育の推進を図ります。
- 生活習慣を改善できる環境の整備を図るため、健康に配慮した食環境整備や運動しやすい環境整備等を推進します。

(2) 二次予防（早期発見・早期治療）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、がん検診の実施に関する情報交換を行うとともに、多様な広報媒体や機会を活用してがん検診の重要性を周知することや受診勧奨の充実を図ります。
特に、初回受診者や長期未受診者に対する積極的な周知・啓発に努めます。
- がんを早期発見するため、市町村や関係機関等と連携し、がん検診受診率向上及び精検受診率100%に向けた取組の促進を図ります。
- 県民が、がん検診を受診しやすいよう関係機関の協力を得て、県内全域のどの医療機関でもがん検診が受診できる体制整備に努めます。
- 市町村、関係機関と連携しながら、地域におけるがんの実態を把握するため、地域がん登録の推進に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	全がん 84.0 ※参考内訳 男性 109.4 女性 60.6 (2010年人口動態計)	全がん 78.7 ※参考内訳 男性 97.2 女性 60.0 (2017年人口動態計)	全がん 72.4 《2023年度》	※
がん検診の受診率の向上	胃がん 27.8% 肺がん 37.6% 大腸がん 28.3% 乳がん 46.6% 子宮頸がん 43.7% ※40～69歳対象、子宮頸がん 20～69歳対象 (2010年度市町村実施がん検診受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料より算出)	胃がん 36.1% 肺がん 39.4% 大腸がん 35.1% 乳がん 49.2% 子宮頸がん 43.9% ※40～69歳対象、子宮頸がん 20～69歳対象 (2016年度市町村実施がん検診受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料より算出)	胃がん 50%以上 肺がん 50%以上 大腸がん 50%以上 乳がん 60%以上 子宮頸がん 60%以上 《2023年度》	※
要精検者の精密検査受診率の向上	胃がん 83.4% 肺がん 85.5% 大腸がん 73.9% 乳がん 87.1% 子宮頸がん 91.0% (2010年度市町村実施がん検診精検受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料)	胃がん 86.4% 肺がん 85.7% 大腸がん 75.4% 乳がん 89.8% 子宮頸がん 93.2% (2016年度市町村実施がん検診精検受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料)	胃がん 100% 肺がん 100% 大腸がん 100% 乳がん 100% 子宮頸がん 100% 《2023年度》	※

※ 福島県がん対策推進計画との整合性を図って目標値を設定。

2 循環器病（脳血管疾患及び心疾患）

現状と課題

2017（平成 29）年の循環器病（脳血管疾患及び心疾患）による死亡は、全国では総死亡の 23.5%、福島県では 26.1%と全国に比し高くなっており、脳血管疾患及び心疾患の死亡率は、全国では人口 10 万人あたりそれぞれ 88.2、164.3 であるのに対し、福島県では、それぞれ 128.1、218.2 と高い状況にあります。

また、高齢化の状況等を補正した年齢調整死亡率では、男女ともに年々減少傾向にはあるものの、全国に比して高い状況にあり、2015（平成 27）年の脳血管疾患年齢調整死亡率は、男性が 43.7（全国 37.8）で、女性が 27.4（全国 21.0）となっており、虚血性心疾患年齢調整死亡率は、男性が 43.2（全国 31.3）で、女性が 18.5（全国 11.8）で、どちらも全国より高い数値となっています。

福島県においては、脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率が男女ともに高い状況にあることから、循環器病対策の充実が重要となります。

特に、中間評価時点において、「脂質異常」及び「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」といった循環器病の発生リスクとなる生活習慣病に関する指標が悪化傾向にあることから、発症を防ぐための一次予防（発症予防）の徹底を図るとともに、「特定健診・特定保健指導の実施率の向上」の目標達成も厳しい状況にあることから、重症化予防のための二次予防（早期発見・早期治療）の更なる推進を図る必要があります。

図 30 都道府県別 脳血管疾患 年齢調整死亡率（平成 27 年・男性、人口 10 万人対）

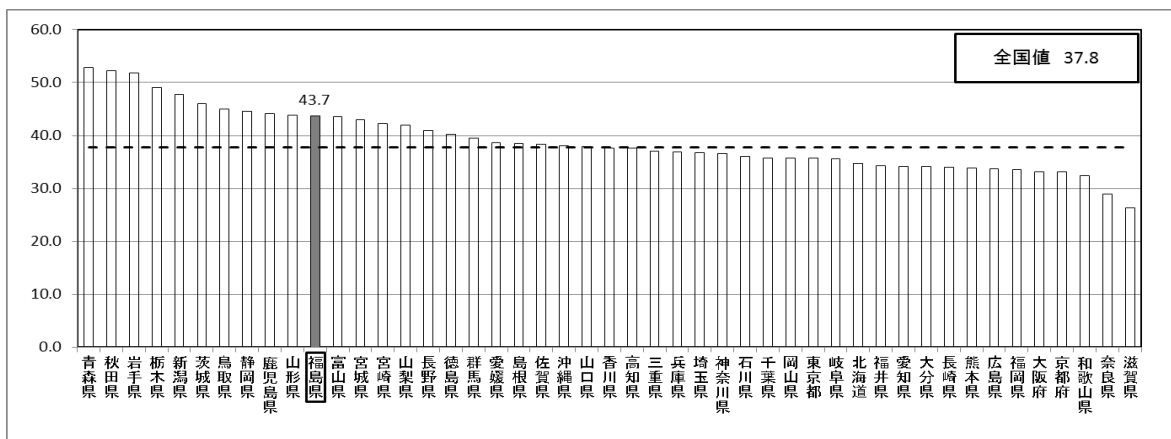


図 31 都道府県別 脳血管疾患 年齢調整死亡率（平成 27 年・女性、人口 10 万人対）

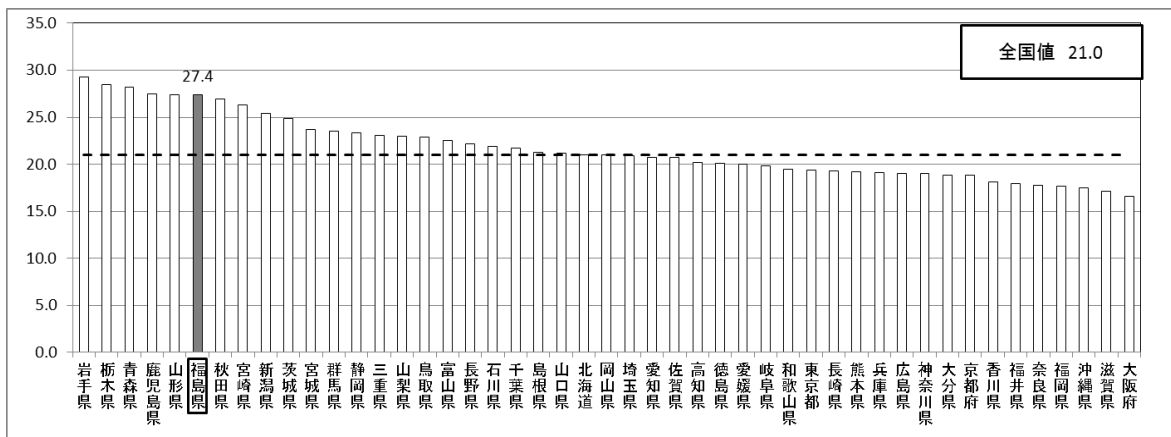


図 32 都道府県別 虚血性心疾患 年齢調整死亡率（平成 27 年・男性、人口 10 万人対）

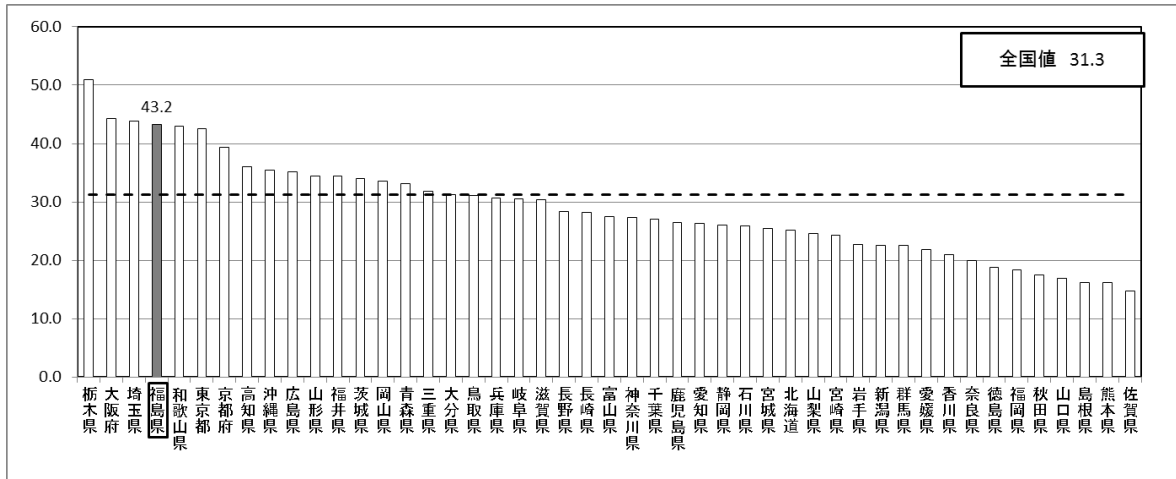


図 33 都道府県別 虚血性心疾患 年齢調整死亡率（平成 27 年・女性、人口 10 万人対）

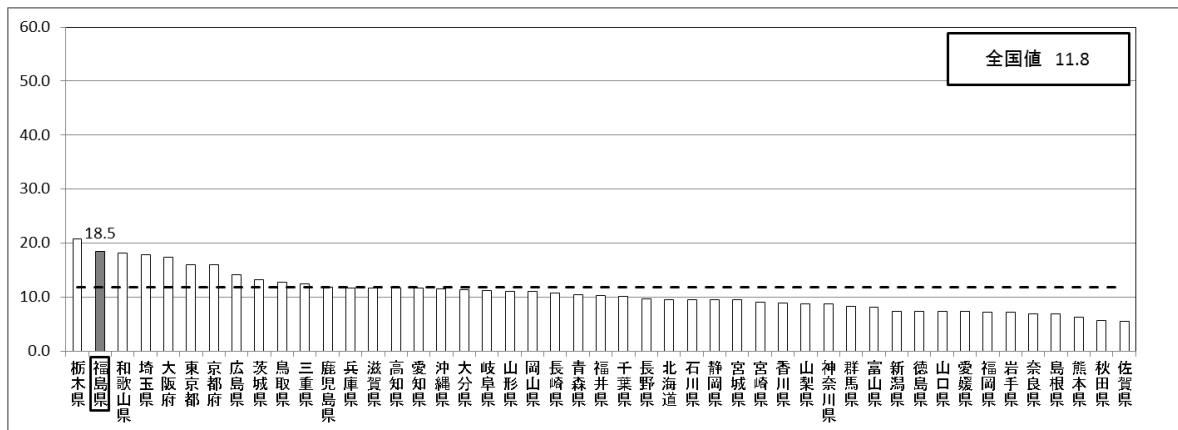


図 32～33 資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 34 都道府県別 特定健康診査実施率（平成 28 年度、%）

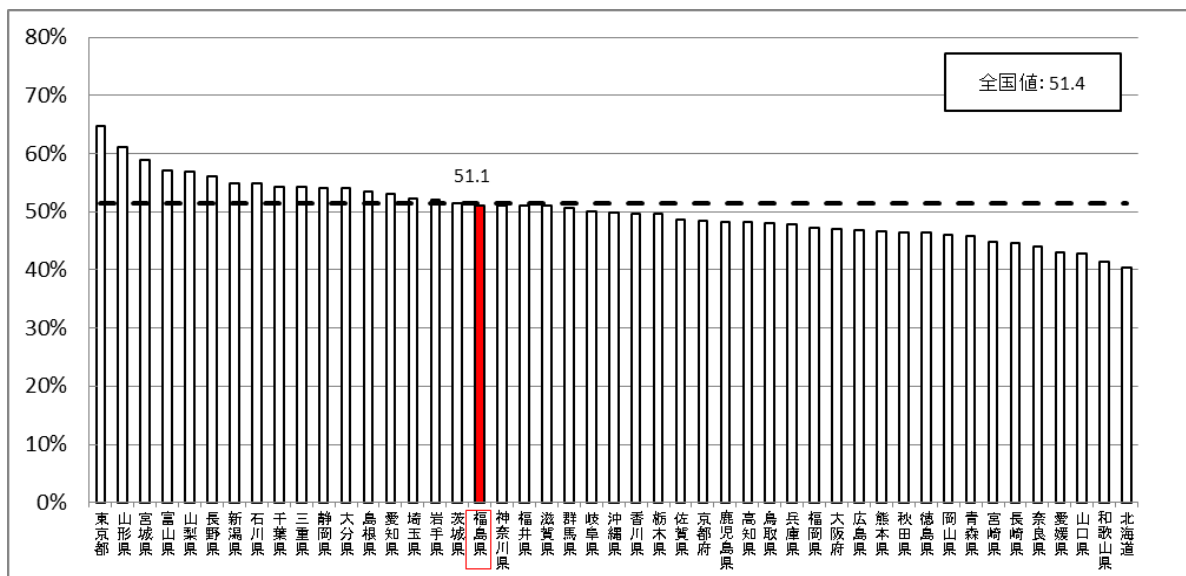


図 34 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

図 35 都道府県別特定保健指導実施率（平成 28 年度、％）

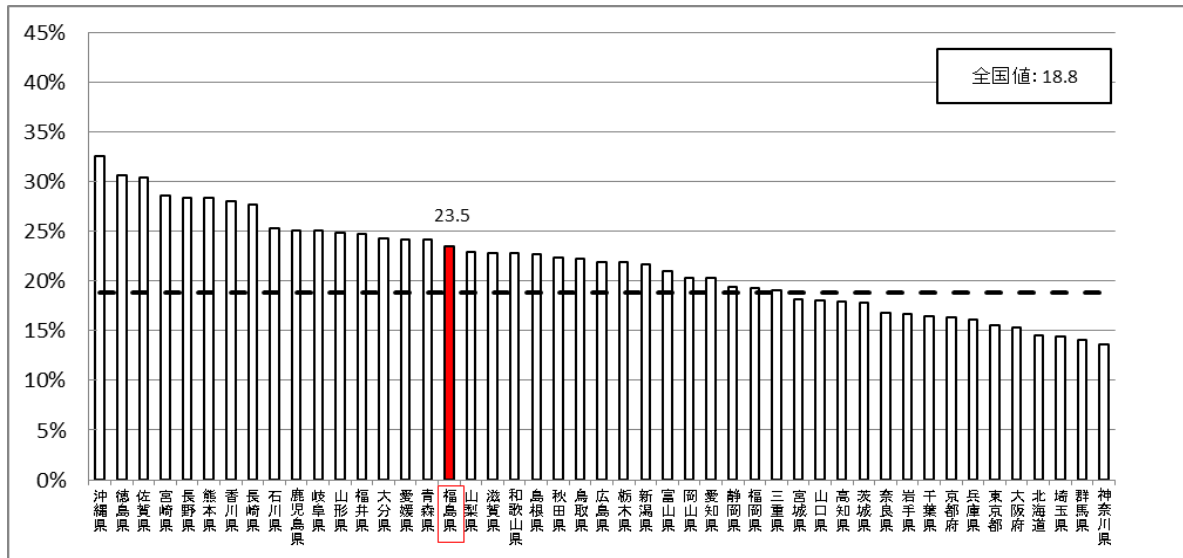


図 36 都道府県別メタボリックシンドローム該当者数の割合（平成 28 年度、％）

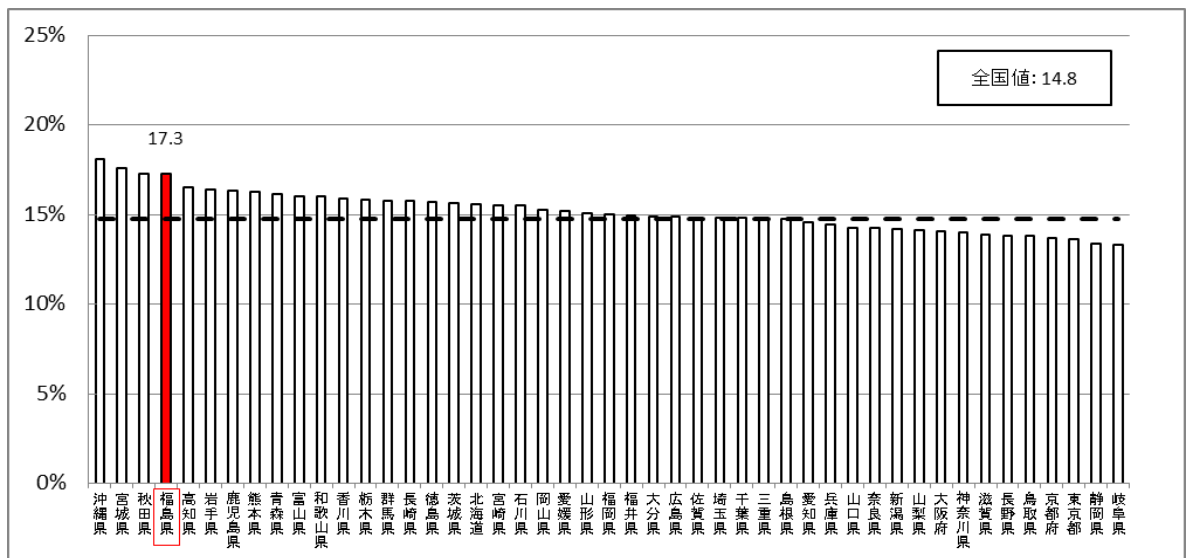


図 37 都道府県別メタボリックシンドローム予備群者数の割合（平成 28 年度、％）

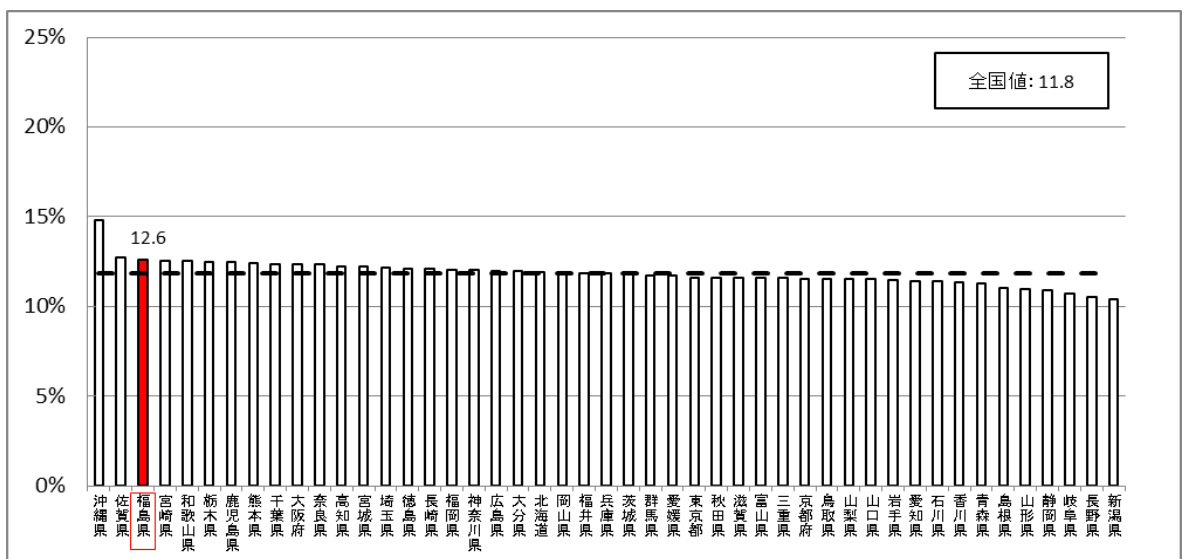


図 35~37 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

図 38 高血圧症治療薬服用者の割合（平成 28 年度、％）

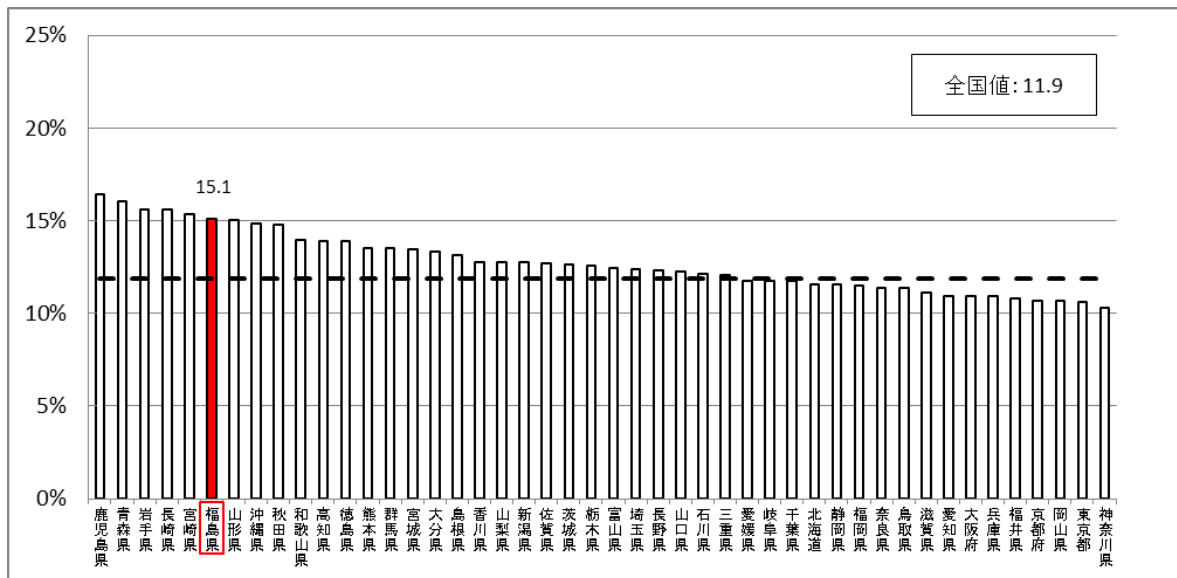


図 39 脂質異常症治療薬服用者の割合（平成 28 年度、％）

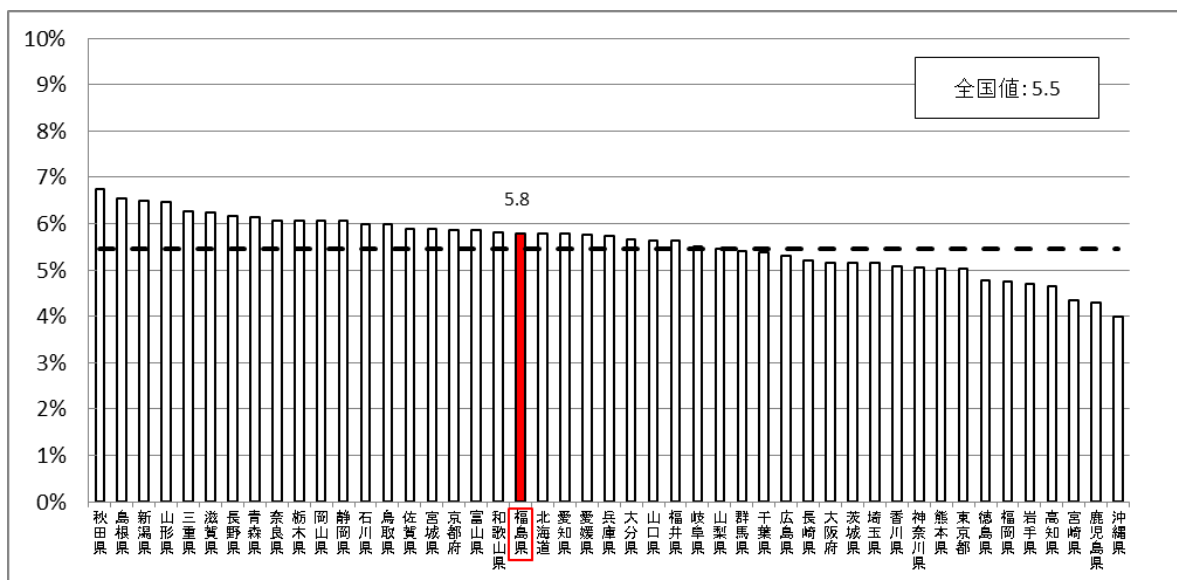


図 38～39 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

図 40 糖質異常症の割合推移

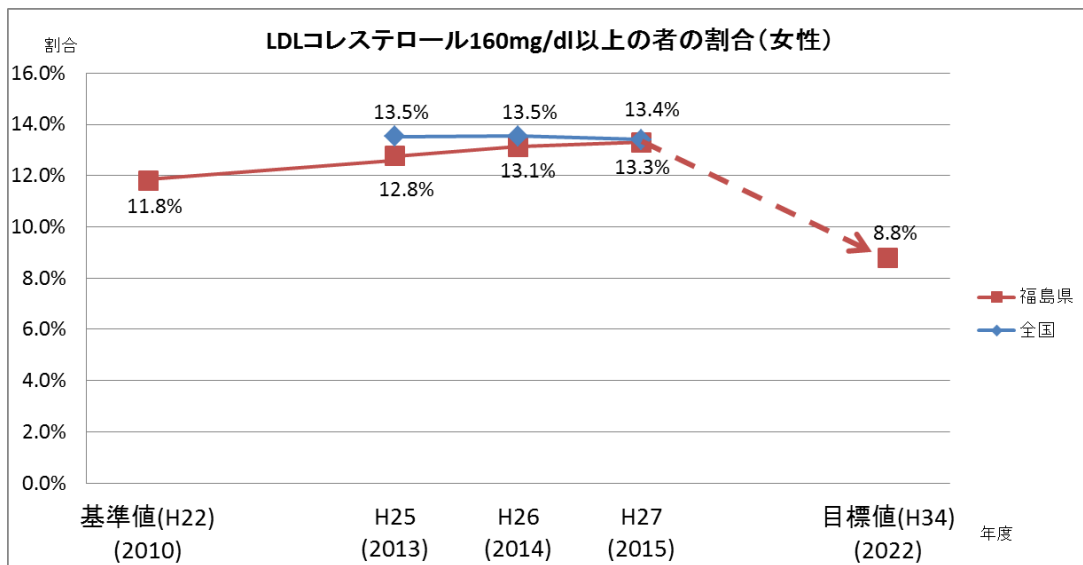
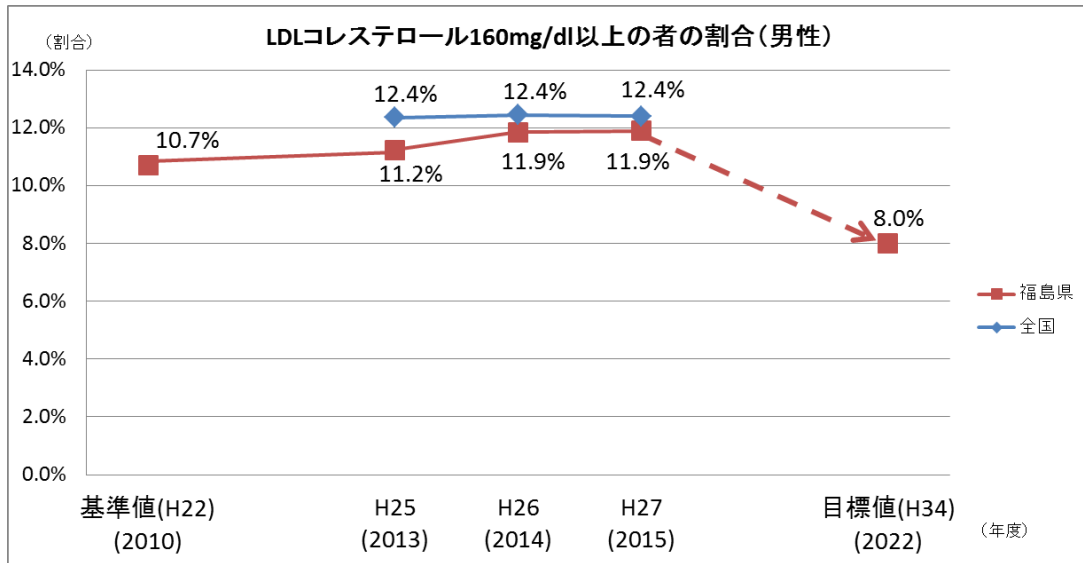


図 41 特定健康診断者におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

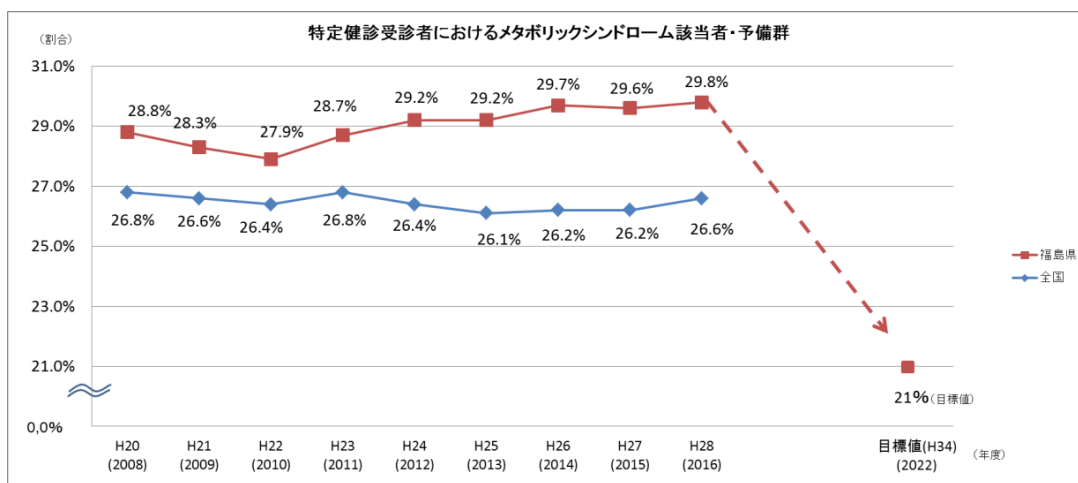


図 40～41 数値：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

施策の方向性

(1) 一次予防（発症予防）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、循環器病予防のための生活習慣（食生活、運動、喫煙等）の改善を含めた適切な情報提供を図ります。特に、循環器病の危険因子である喫煙について、禁煙を推進し、受動喫煙の機会を減らすための取組を積極的に実施します。
- 健康教育の担当者等に対する情報提供や研修会等を行うなど、健康教育担当者等の育成及び資質向上を図る取組を積極的に実施します。
- 生活習慣を改善できる環境の整備を図るため、健康に配慮した食環境整備や運動しやすい環境整備等を推進します。

(2) 二次予防（早期発見・早期治療）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、特定健診の普及啓発を実施するとともに、職域とも連携を強化し、特定健診実施率向上に向けた取組を実施します。
- 市町村や医療保険者が実施する特定健診におけるハイリスクアプローチの効果的実施を支援します。
- 特定健診や特定保健指導に関わる保健医療専門職等の人材を育成するなど、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に資する取組を実施します。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値
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 58.2 女性 32.7 虚血性心疾患 男性 47.7 女性 20.0 (2010年人口動態統計)	脳血管疾患 男性 43.7 女性 27.4 虚血性心疾患 男性 43.2 女性 18.5 (2015年人口動態統計)	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
高血圧の改善（収縮期血圧140mmHg以上の割合の減少、拡張期血圧90mmHg以上の割合の減少）	収縮期血圧 (140mmHg以上) 男性 23.0% 女性 17.8% 拡張期血圧 (90mmHg以上) 男性 18.2% 女性 9.3% (2010年度特定健診データ)	収縮期血圧 (140mmHg以上) 男性 19.0% 女性 14.8% 拡張期血圧 (90mmHg以上) 男性 16.3% 女性 7.9% (2015年度特定健診データ)	収縮期血圧 (140mmHg以上) 男性 17% 女性 13% 拡張期血圧 (90mmHg以上) 男性 13% 女性 7%
脂質異常症の減少（LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少）	男性 10.7% 女性 11.8% (2010年度特定健診データ)	男性 11.9% 女性 13.3% (2015年度特定健診データ)	男性 8.0% 女性 8.8%

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	28.8% (2008年度特定健診データ)	29.8% (2016年度特定健診データ)	21% 《2022年度》
特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診実施率 43.3% 特定保健指導 実施率 14.4% (2010年度特定健診データ)	特定健診実施率 51.1% 特定保健指導 実施率 23.5% (2016年度特定健診データ)	特定健診実施率 70% 特定保健指導 実施率 45% 《2023年度》
特定保健指導対象者の割合の減少率(平成20年比)	15.45% (2015年度特定健診データ)		25%以上 《2023年度》

3 糖尿病

現状と課題

2016（平成 28）年の糖尿病による死亡は、全国では総死亡の 1.0%、福島県では 1.3%となっており、糖尿病死亡率は、全国では人口 10 万人あたり 10.8 であるのに対し、福島県では、16.3 と高い状況にあります。

また、高齢化の状況等を補正した年齢調整死亡率では、男女ともに年々低下傾向にあるものの、全国に比して高い状況にあり、2015（平成 27）年の糖尿病年齢調整死亡率は、男性が 6.6（全国 5.5）で、女性が 2.9（全国 2.5）で全国より高い数値となっています。

糖尿病有病者数は、人口の高齢化に伴って、増加ペースが加速することが予想されています。

糖尿病は、神経障害や網膜症、腎症などの合併症※を併発するとともに、脳血管疾患や心疾患、歯周病、足病変等の発症リスクを増大させ、寿命や生活の質などに大きな影響を及ぼします。

このため、糖尿病にならないための日常生活上の注意が必要となります。糖尿病発症予防のためには、適正体重の維持、身体活動の増加、過食や脂肪等の過剰摂取を控えるなどの適切な食事等、生活習慣改善による危険因子の除去に努める必要があります。

特に、中間評価時点において、糖尿病や心臓血管病の発生リスクとなる「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」の指標が悪化傾向であることから、食生活の改善や運動しやすい環境整備、保健医療専門職の人材育成など、発症と重症化予防に向けた一次予防（発症予防）と二次予防（早期発見・早期治療による合併症発症・進展抑制）の対策を徹底する必要があります。

糖尿病の合併症

糖尿病になると合併症を引き起こしやすくなります。

代表的な合併症として、神経障害、網膜症、腎症などの細小血管障害と脳卒中、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症などの大血管障害があります。神経障害は重症化すると手足のしびれや壊疽（えそ）などの症状が出現し、網膜症は視力が低下し、重症化すると失明する場合があります。また、腎症は慢性腎臓病（CKD：慢性的に腎臓の機能が低下する病気）の原因疾患のひとつであり、さらに重症化すると末期腎不全となり透析療法が必要となります。我が国の慢性透析導入の原因疾患の第 1 位はこの糖尿性腎症です。

いずれも日常生活や寿命に大きな影響を及ぼします。

図 42 都道府県別 糖尿病 年齢調整死亡率（平成 27 年・男性、人口 10 万人対）

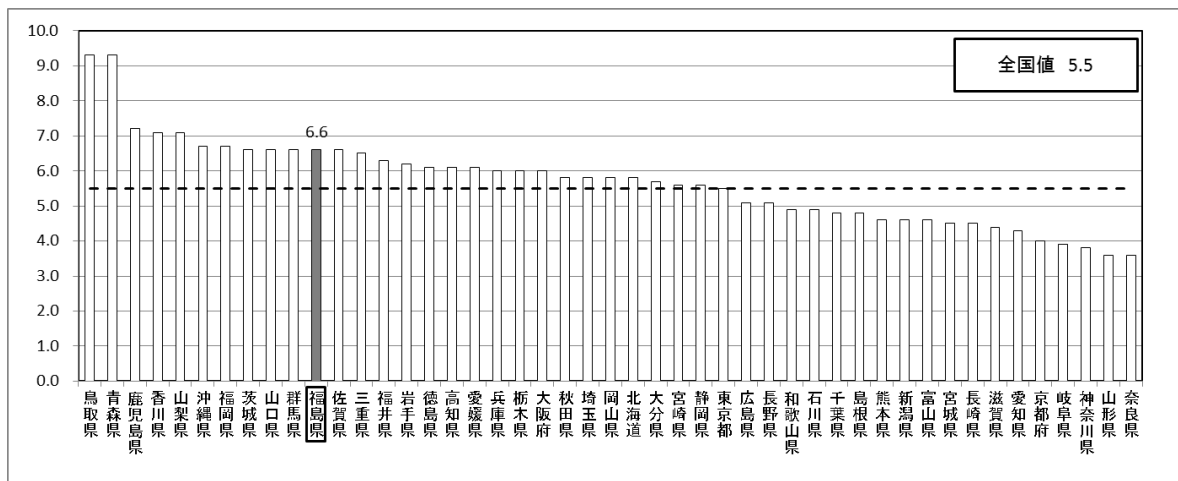


図 42 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

図 43 都道府県別 糖尿病 年齢調整死亡率（平成 27 年・女性、人口 10 万人対）

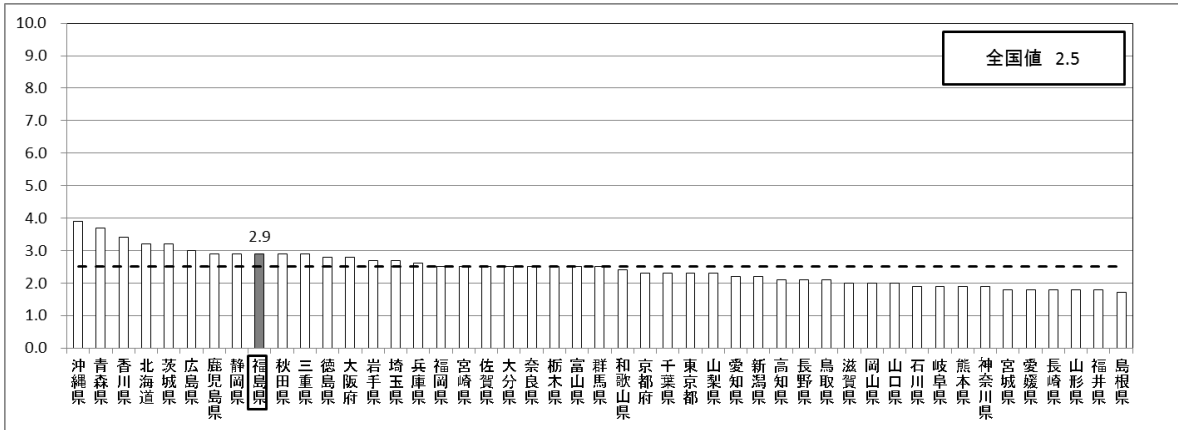


図 44 糖尿病治療薬服用者の割合（平成 28 年度、%）

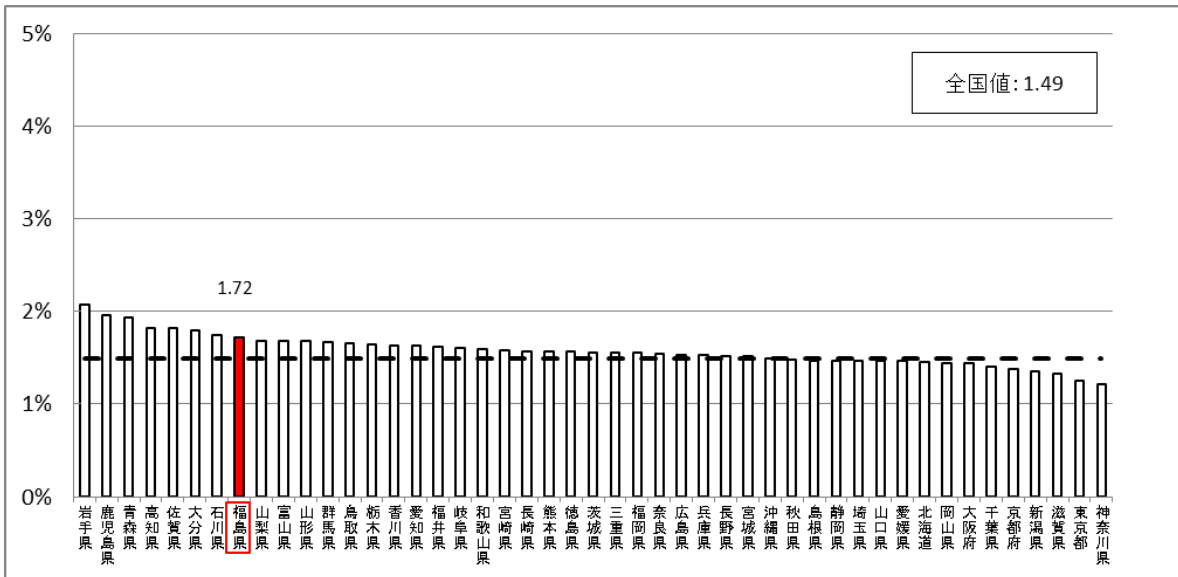
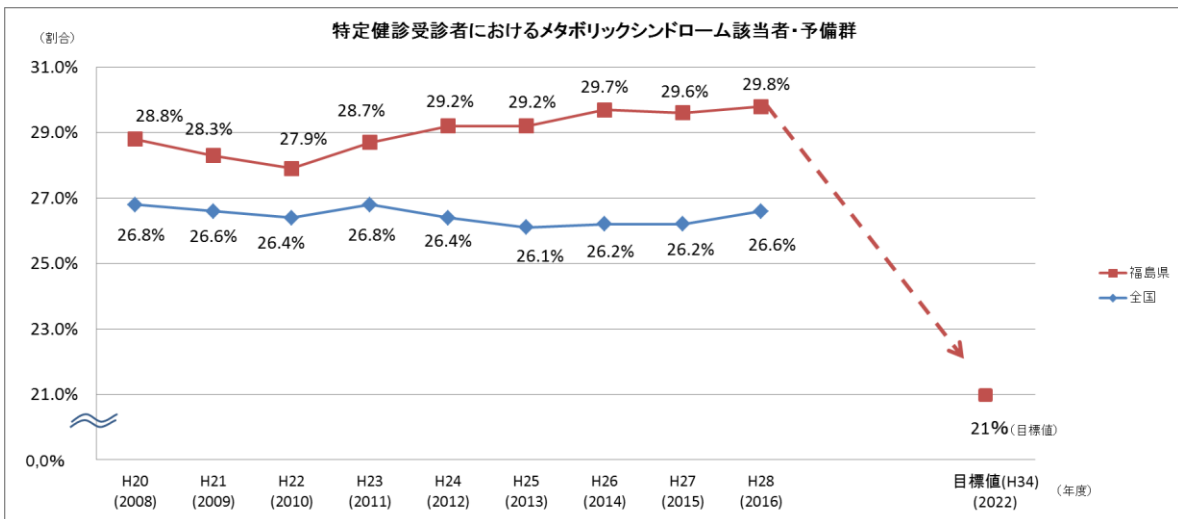


図 43~44 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

図 45 特定健康診断者におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移



数値：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

施策の方向性

(1) 一次予防（発症予防）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、糖尿病発症及びその合併症予防に関し、生活習慣（食生活、運動、喫煙等）の改善を含めた適切な情報提供を図ります。
- 行政、保険者、関係機関及び職場等が連携して健康に配慮した食環境や運動しやすい環境整備を積極的に推進するとともに、特定健診・特定保健指導の実施率の向上や効果的な特定保健指導の実施に努めることで、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を図ります。

(2) 二次予防（早期発見・早期治療）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、特定健診の普及啓発を実施するとともに、特定健診実施率向上に向けた取組を実施します。
- 市町村や医療保険者が実施する特定健診におけるハイリスクアプローチの効果的実施を支援します。
- 特定健診や特定保健指導に関わる保健医療専門職等を対象とした研修を実施し、適切な保健指導の実施や質の向上を図るための人材育成に継続的に取り組むとともに、特定健診・保健指導の着実な実施により、糖尿病の早期発見・早期介入を推進し、糖尿病合併症の発症及び重症化の抑制に努めます。
- 管理栄養士が配置されていない診療所等における糖尿病の重症化予防や合併症予防のための栄養指導や在宅訪問栄養指導ができるよう、栄養士会栄養ケア・ステーションとの連携を図りながら地域の栄養指導体制の充実に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入者の減少） （新規透析導入者の減少）	265人 （2010年度わが国の慢性透析療法の現況）	254人 （2016年度わが国の慢性透析療法の現況）	243人	
糖糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c:NGSP値6.5%（JDS値6.1%）以上の者の割合の減少）	6.3% （2010年度特定健診データ）	6.8% （2015年度特定健診データ）	7%	
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:NGSP値8.4%（JDS値8.0%）以上の者の割合の減少）	0.96% （2010年度特定健診データ）	0.92% （2015年度特定健診データ）	0.81%	
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】「循環器病」参照	28.8% （2008年度特定健診データ）	29.8% （2016年度特定健診データ）	21% 《2022年度》	

特定健診・特定保健指導の実施率の向上 【再掲】「循環器病」参照	特定健診実施率 43.3%	特定健診実施率 51.1%	特定健診実施率 70%
	特定保健指導 実施率 14.4% (2010年度特定健 診データ)	特定保健指導 実施率 23.5% (2016年度特定健 診データ)	特定保健指導 実施率 45% 《2023年度》

HbA1c (ヘモグロビン・エーワンシー)

HbA1c は、糖尿病の診断や病状判断上欠かすことのできない検査項目の1つであり、血糖値と同様に血中に含まれるブドウ糖の量(血糖状態)を調べることに使います。

グリコヘモグロビンとも呼ばれ、採血から過去約1~2ヵ月間の血糖値の平均を知ることができる検査値です。

NGSP 値 (国際標準値)、JDS 値 (日本糖尿病学会値)

NGSP 値と JDS 値はいずれも HbA1c 値を表記するための標準値です。

基準値は NGSP (JDS) 値で 6.2% (5.8%) 未満であり、6.5% (6.1%) 以上で糖尿病と診断されます。

なお、これまで日本のみで使用されていた JDS 値から、国際的に使われている表記である NGSP 値に変更されます。

4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

現状と課題

COPD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・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障がいが増進するもので、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称された疾患が含まれています。

COPDによる死亡は、我が国においても増加傾向にあり、全国では総死亡の1.4となり、福島県においても1.4%となっています。2017（平成29）年におけるCOPD死亡率は、全国では人口10万人あたり14.9であるのに対し、福島県では、18.4と高い状況にあります。

また、2015（平成27）年の年齢調整死亡率では、男性が8.1（全国7.5）で、女性が1.2（全国1.1）で、全国より高い数値となっています。

COPDという疾患は県民の健康増進において極めて重要な疾患にもあるにもかかわらず、新しい疾患名であることから、十分に認知されていません。中間評価時点においても認知度は、25.8%と低い状況であることから、COPDという疾患の認知度を高め、COPDの死亡率低下を図る必要があります。

また、COPD対策においては、重症化を防ぐためにも一次予防（発症予防）と二次予防（早期発見・早期治療）の徹底をする必要があります。

図46 都道府県別 COPD（慢性閉塞性肺疾患）年齢調整死亡率（平成27年・男性、人口10万人対）

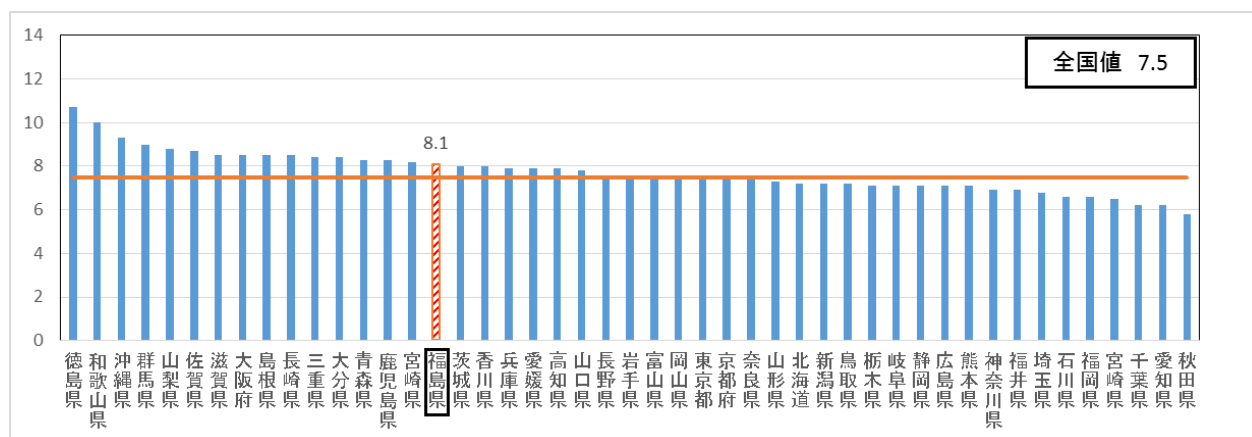


図47 都道府県別 COPD（慢性閉塞性肺疾患）年齢調整死亡率（平成27年・女性、人口10万人対）

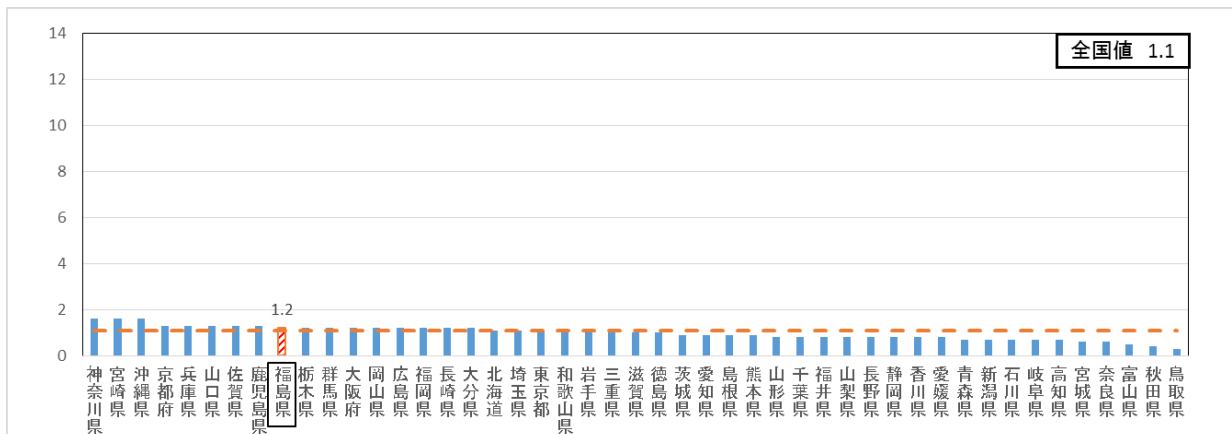


図46～47 資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 48 平成 30 年度健康ふくしま 21 調査報告書

14 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」の認知度（満15歳以上対象）（調査票 問14の集計結果）

あなたは、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」という病気を知っていましたか。			
	全 体	男 性	女 性
1 知っている	1,031 (25.4%)	418 (21.0%)	613 (29.5%)
2 知らない	2,872 (70.6%)	1,500 (75.5%)	1,372 (66.0%)
3 無回答	163 (4.0%)	70 (3.5%)	93 (4.5%)
合 計	4,066	1,988	2,078



施策の方向性

(1) 一次予防（発症予防）の推進

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、積極的にCOPD認知度の向上に資する事業の実施に努めるとともに、COPDに関する適切な情報提供を図ります。
- COPDは主として長期の喫煙習慣によってもたらされる疾患であることから、がん対策や循環器病対策等と一体的に喫煙対策を推進し、COPDの発生予防に取り組みます。

(2) 二次予防（早期発見・早期治療）の推進

- 特定健診や肺がん検診等の場や機会等を活用した、肺年齢の検査などCOPDの早期発見・早期治療に資する取組の推進に努めます。
- COPDの疑いのある者の早期発見を促進するため、健診等に従事する保健医療専門職等のCOPD理解促進のための取組の実施に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
喫煙率の減少	22.3% 内訳 男性 35.3% 女性 10.0% (2009年度県民健康調査)	17.9% 内訳 男性 29.0% 女性 7.3% (2018年度健康ふくしま21調査)	12% 内訳 男性 19.0% 女性 5.4%	
COPDの認知度の向上	— % (今後の調査等により把握)	25.8% (2018年度健康ふくしま21調査)	80%	

第2節 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

1 次世代の健康

現状と課題

生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、すなわち次世代の健康が重要です。

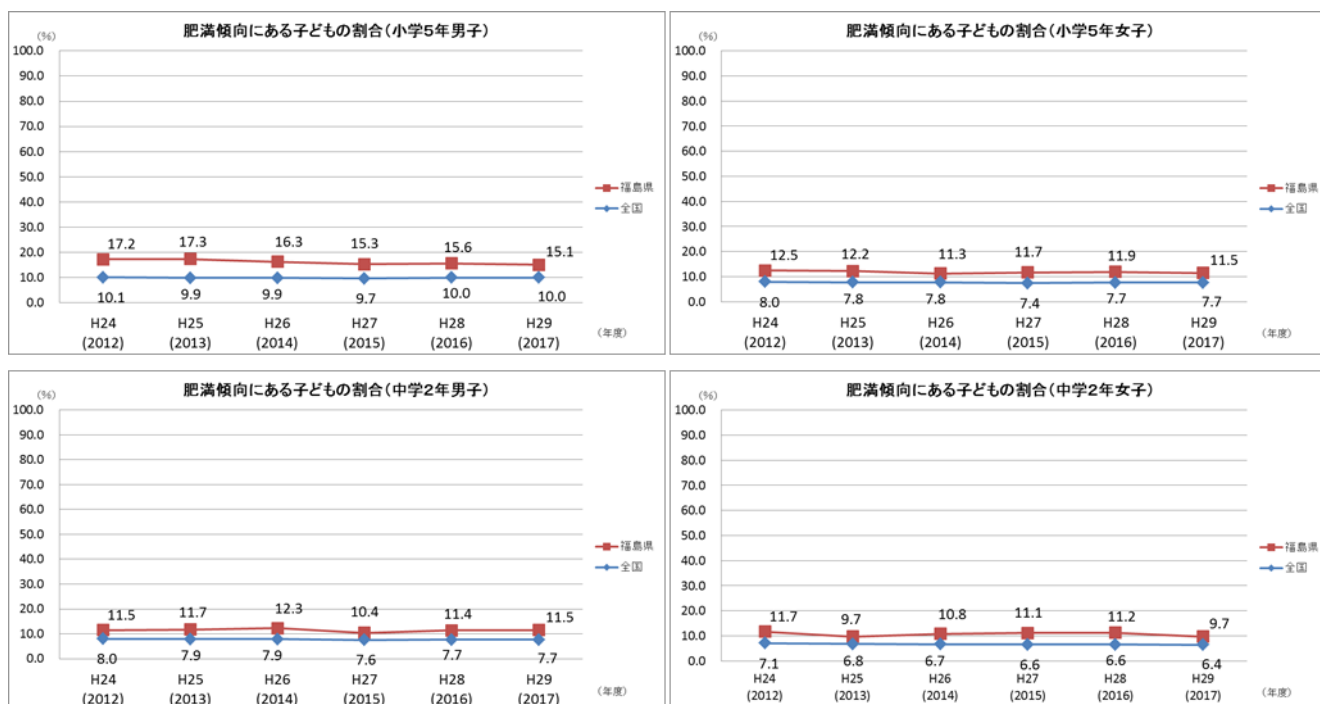
子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していくことができることとなり、やがて、子どもが成長し、親となり、その次の世代を育むという環境においても、子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、家庭生活がその基盤となるものです。

その一方で、現在の社会状況においては、いじめや虐待、不登校、少年犯罪など多くの問題があることから、行政、学校、家庭、地域などの子どもを取り巻く様々な主体が連携を密にしながら課題に取り組む必要があります。

また、中間評価時点で、肥満傾向にある子どもの割合が全国出現率を上回る傾向にあることから、健やかな生活習慣を乳幼児期から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるような取組を実施する必要があります。

加えて、福島県においては、原子力災害の影響で、避難等により家族が揃って過ごすことが困難となった県民や屋外での運動を控えるようになった子ども等の心身の健康を守るための対策にもしっかりと取り組む必要があります。

図 49 肥満傾向にある子どもの割合（数値：全国体力・運動能力・運動習慣等調査（スポーツ庁））



施策の方向性

(1) 子どもの健やかな発育やより良い生活習慣の形成に資する取組の推進

- 健康な生活習慣（食生活、運動等）を有する子どもの割合を増加させるため、県、市町村、関係機関等が連携しながら正しく分かりやすい情報提供を図るとともに、肥満傾向にある子どもの割合の減少に資する事業の実施に努めます。
- 低出生体重児の割合の減少については、喫煙や妊娠中の健康管理に関する保健指導等の充実に努めます。

(2) 次世代の健康に取り組む体制の整備

- 子どもの健やかな発育のため、行政、学校、家庭、地域、企業、民間団体等と連携し、社会全体で次世代の健康に取り組む体制を整備します。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
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	朝食を食べる児童生徒の割合 96.3% （2011年度朝食について見直そう週間運動調査） 1週間の総運動時間が420分以上の児童・生徒の割合 小学5年生 男性 48.1% 女性 26.9% 中学2年生 男性 87.7% 女性 66.2% （2018年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査）	朝食を食べる児童生徒の割合 96.6%以上 （2018年度）	朝食を食べる児童生徒の割合 97.2%以上 《2022年度》 1週間の総運動時間が420分以上の児童・生徒の割合 小学5年生 増加傾向へ 中学2年生 増加傾向へ	※
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.1% （2011年人口動態統計）	9.0% （2017年人口動態計）	減少傾向へ	
肥満傾向にある子どもの割合の減少（中等度・高度肥満児の割合の減少）	小学5年生 男性 8.8% 女性 6.9% 中学2年生 男性 6.0% 女性 6.0% （2012年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査）	小学5年生 男性 15.1% 女性 11.5% 中学2年生 男性 11.5% 女性 9.7% （2017年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査）	小学5年生 減少傾向へ 中学2年生 減少傾向へ	

※ 福島県総合計画「ふくしま新生プラン」との整合性を図って目標値を設定。

2 高齢者の健康

現状と課題

わが国では、世界に例のない速度で高齢化が進行し、他のどの国も経験したことのない超高齢社会を迎えています。

本県においても、2015（平成27）年の国勢調査によると、高齢化率が28.7%で、4人に1人以上が高齢者という状況にあります。

今後10年先を見据えたときに、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小や社会参加、社会貢献の促進等が重要となっています。

特に、中間評価時点では、60歳以上で外出に積極的な態度を持つ者の割合が減少傾向にあることから、高齢者が積極的に社会参加できる環境の整備に努めるとともに、第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画「うつくしま高齢者いきいきプラン」と連動しながら、個々の高齢者の特性に応じた対策を実施し、生活の質の向上等を図る必要があります。

施策の方向性

（1）高齢者の生活習慣に関する普及啓発

- 健康的な生活習慣（食生活、運動等）を有する高齢者の割合を増加させるため、県、市町村、関係機関等が連携しながら正しく分かりやすい情報提供を図ります。
- 運動器の障がいによる自立度の低下を予防するため、介護が必要となる危険性の高い状態であるロコモティブシンドローム（運動器症候群）※の認知度向上を目的とする普及啓発等の強化を図ります。

（2）介護予防の推進

- 高齢者が要介護状態になることを予防し、また要介護状態になってもその状態が悪化しないようにするため、健康寿命の延伸を目指した、生活習慣の改善や介護予防の取組の推進に努めます。

（3）高齢者の社会参加・生きがい対策の推進

- 県、市町村、関係団体及び企業等が連携を強化しながら、高齢者の就業機会やスポーツ、学習機会等の確保を図るとともに、老人クラブ活動の支援等に努め、高齢者が積極的に社会参加しながらいきいきと生活できる社会環境の整備促進を図ります。

ロコモティブシンドローム（locomotive syndrome：運動器症候群）

骨、関節、筋肉などの運動器の障がいのために、要介護になっていたり、要介護になる危険の高い状態をロコモティブシンドロームといいます。

世界に類を見ない急速なペースで高齢化が進む中、健康な自分の足で生活していくこと（健康寿命を延ばすこと）は、非常に重要な課題となっています。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
介護保険の要介護（要支援）に該当する高齢者の割合の増加の抑制	16.8% (2010年度介護保険事業状況報告)	19.0% (2017年度介護保険事業状況報告)	18.1%以内 《2025年度》	※
低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制（BMI値20未満）	12.5% (2010年度特定健診データ（65～74歳）)	13.4% (2015年度特定健診データ（65～74歳）)	14%	
外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合の増加	男性 72.6% 女性 68.9% (2009年度県民健康調査)	男性 68.1% 女性 65.8% (2018年度健康ふくしま21調査)	男性 78% 女性 73%	
ロコモティブシンドロームの認知度の向上	— % (今後の調査等により把握)	23.3% (2018年度健康ふくしま21調査)	80%	
日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合の増加（65～74歳）	男性 44.6% 女性 40.1% 2017年度特定健診データ（国保データのみ）		男性 50% 女性 45% 《2022年度》	

※目標値については、第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画と整合性を図ります。

第3節 健康を支え、守るための社会環境の整備

現状と課題

人々の健康は社会環境の影響を受けることから、県民一人ひとりが健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備する必要があります。

社会全体の中で相互に支え合いながら、ゆとりのある生活の確保が困難な人や健康づくりに関心のない人なども含めて、一人ひとりの健康を守るための環境を整備する必要があります。

また、地域のつながり・絆が健康に貢献することについて、ソーシャルキャピタル※と健康との関連性において報告されているところであり、個人の健康づくりへの取組に限らず、地域社会におけるつながりの強化などの取組も重要です。

これらの社会環境の整備は、健康づくりに対する県民の意識改革、健康寿命の延伸及び地域格差縮小に向けた取組推進など、本県の健康づくり推進体制の基盤となるものであることから、今後も一層の取組強化が必要です。

ソーシャルキャピタル (social capital)

「社会資本」と訳され、人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴をいいます。

ソーシャルキャピタルは、その社会を構成する人たちがお互いに信頼のある関係を持ち、良好な関係を築いていけば、さまざまなものが産み出され、結果的に社会が全体的にうまくいくということを説明する概念であり、地域社会が抱える多くの問題の解決に新たな道筋を与えてくれるものとして、幅広い領域において関心を集めています。

施策の方向性

(1) 健康を支え、守るための社会環境の整備の推進

- マスメディアやアプリなど様々な媒体を活用し、健康づくりに関する正しく分かりやすい情報発信に努めるとともに、無関心層に向けた健康づくりへの意識改革のための取組を推進します。
- あらゆる世代の県民が健康に関心を持ち、自主的かつ気軽に健康づくりに取り組める仕組みづくりを推進します。
- 地域における健康づくり活動及び自ら健康経営に積極的に取り組む企業等の増加や健康づくりに関して身近で支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加に資する取組を実施します。
- 専門機関等と連携し、健康に関する様々なデータを活用した地域の健康課題の分析及び見える化の推進や、民間企業の健康づくりに関するノウハウを市町村等が積極的に活用し、実効性の高い取組が推進できる環境の整備に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
何らかの地域活動を実践している者の割合の増加	45.0% (2011年度県民健康調査)	47.1% (2017年度健康ふくしま21調査)	65%	
健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業の増加 (福島県食育応援企業団の数の増加)	0社	50社 (2017年度末)	60社	
料理の栄養成分表示や健康に配慮した食事を提供するレストランや食堂の数の増加 (うつくしま健康応援店の増加)	372店 (健康応援店登録数 (2011年度末))	424社 (健康応援店登録数 (2017年度末))	450店	

第4節 健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

1 喫煙

現状と課題

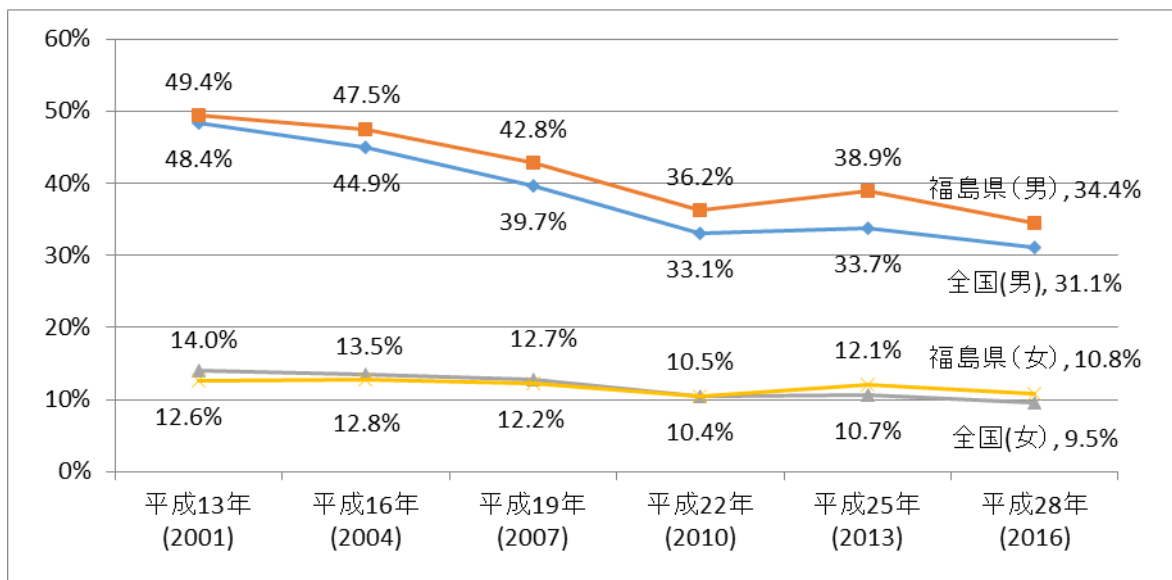
喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。肺がんを始めとするがんや呼吸器系疾患（COPD（慢性閉塞性肺疾患）等）、糖尿病、周産期の異常等の原因となっており、受動喫煙など短期間の少量取り込み（曝露）によっても、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息などの健康被害が生じるとされています。

また、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下するとされています。

福島県の喫煙率は2018（平成30）年度に実施した健康ふくしま21調査によると、男女計17.9%であり、基準値22.3%（平成21年度県民健康調査）と比較すると改善傾向にありますが、目標値の12.0%には達していないことから、引き続き喫煙率の減少に資する取組を推進していく必要があります。

喫煙は疾病等を引き起こし、かつNCD（非感染性疾患）などにおける成人死亡の原因としても最大のものでありながら、その一方で、健康への影響を回避することが可能なものであることから、その対策に重点的に取り組む必要があります。

図50 喫煙率（%）の推移（資料：国民生活基礎調査（厚生労働省））



【参考資料】

图 51 都道府県別喫煙率（平成 28 年、男性、%）

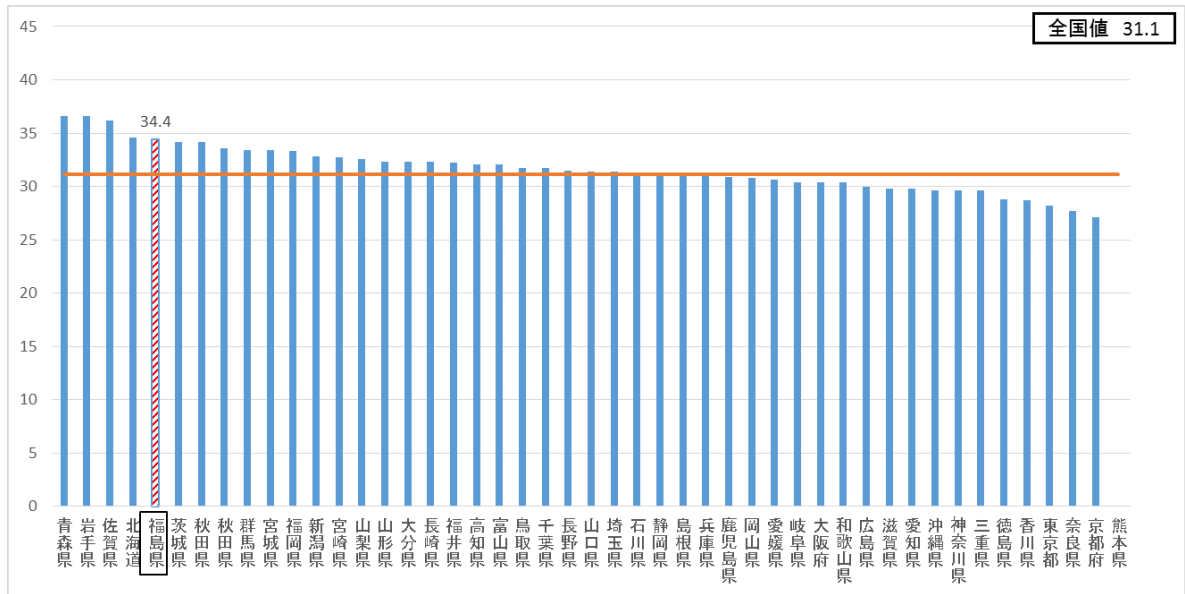


图 52 都道府県別喫煙率（平成 28 年、女性、%）

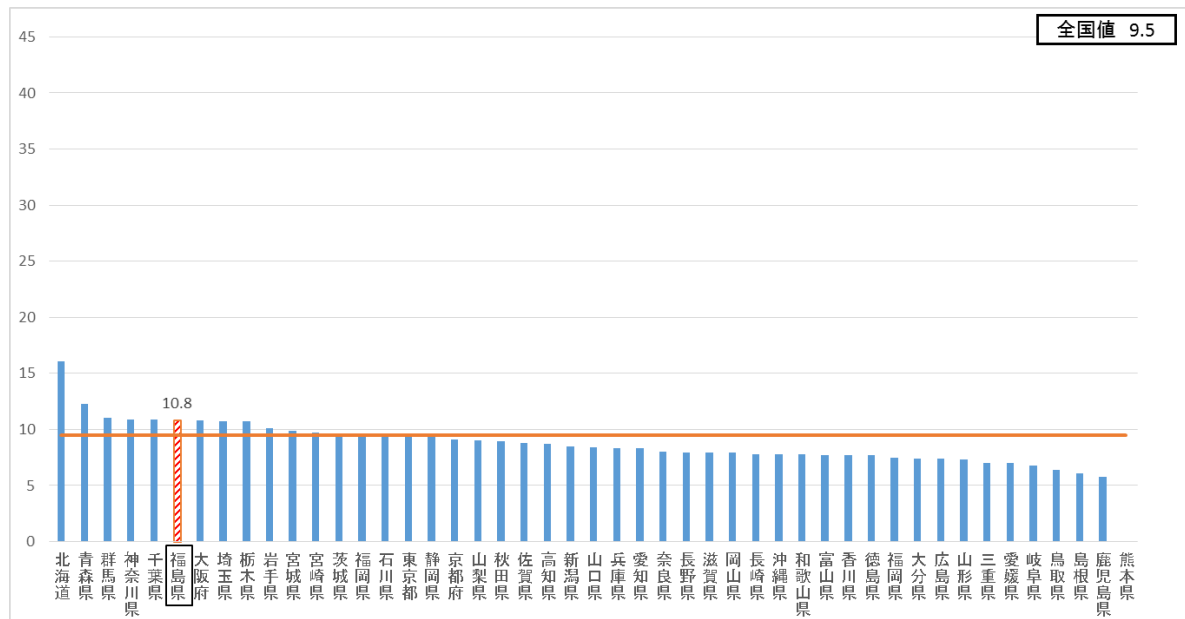


图 50~52 資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

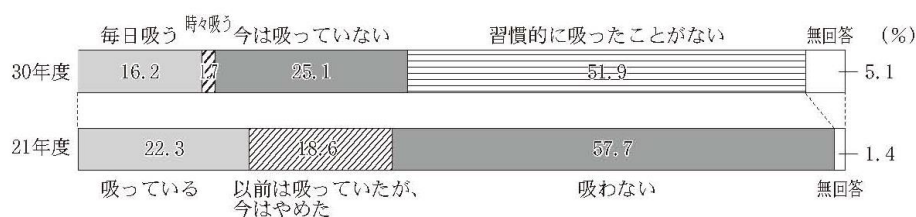
図 53 喫煙の状況（資料：平成 30 年度健康ふくしま 21 調査）

11 喫煙の状況

(1) 喫煙の有無（満20歳以上対象）（調査票 問11の集計結果）

あなたは、たばこを吸っていますか。			
	全 体	男 性	女 性
1 毎日吸う	634 (16.2%)	502 (26.3%)	132 (6.6%)
2 時々吸う	67 (1.7%)	52 (2.7%)	15 (0.7%)
3 今は吸っていない	984 (25.1%)	768 (40.2%)	216 (10.7%)
4 習慣的に吸ったことがない	2,036 (51.9%)	523 (27.4%)	1,513 (75.3%)
5 無回答	201 (5.1%)	67 (3.5%)	134 (6.7%)
合 計	3,922	1,912	2,010

【平成21年度県民健康調査】			
	全 体	男 性	女 性
1 吸っている	983 (22.3%)	755 (35.3%)	228 (10.0%)
2 以前は吸っていたが、今はやめた	823 (18.6%)	671 (31.4%)	152 (6.7%)
3 吸わない	2,545 (57.7%)	690 (32.3%)	1,855 (81.6%)
4 無回答	62 (1.4%)	23 (1.1%)	39 (1.7%)
合 計	4,413	2,139	2,274



施策の方向性

(1) 喫煙の害に関する情報提供・普及啓発の実施

○ 県、市町村、関係団体等が連携しながら、喫煙の害に関する情報提供・普及啓発を積極的に行うなど、成人の喫煙率の減少に資する取組を実施します。

また、女性の喫煙率は、男性に比較して低い水準であるものの、ほぼ横ばいで推移していることから、女性に視点を置いた対策に取り組みます。

(2) 受動喫煙防止対策・禁煙の推進

○ 望まない受動喫煙の防止のため改正された健康増進法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 78 号）を踏まえ、県、市町村、関係団体、職域等と連携しながら、受動喫煙の機会を減らすための取組を実施するとともに、公共施設や職場等における禁煙を推進します。

(3) 未成年及び妊産婦の喫煙防止

○ 未成年者の喫煙は、身体に悪影響を及ぼし健全な発達を妨げることから、学校教育における喫煙防止教育を実施するなど、未成年者の喫煙防止に資する事業に取り組みます。

○ 妊娠中の喫煙は、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ります。また、授乳時にも乳児に悪影響があることから、妊産婦の喫煙に関す

る影響等について、適切な情報提供を図るとともに、健康教育の実施について推進します。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
喫煙率の減少 【再掲】「COPD」参照	22.3% 内訳 男性 35.3% 女性 10.0% (2011年度県民健康調査)	17.9% 内訳 男性 29.0% 女性 7.3% (2018年度健康ふくしま21調査)	12% 内訳 男性 19.0% 女性 5.4%	
施設内禁煙実施率の向上	県・市町村 公共施設 81.5% (2010年度公共施設における分煙化実態調査)	県・市町村 公共施設 92.1% (2017年度公共施設の受動喫煙防止に関する実態調査)	県・市町村 公共施設 100%	
敷地内禁煙実施率の向上	学校 90.8% (2010年度公共施設における分煙化実態調査)	学校 97.6% (2017年度公共施設の受動喫煙防止に関する実態調査)	学校 100%	
喫煙者のいない世帯の割合の増加	53.3% (2009年度県民健康調査)	62.7% (2018年度健康ふくしま21調査)	70%	

2 栄養・食生活

現状と課題

栄養・食生活は、生命を維持するだけでなく、子どもたちが健やかに成長し、健康で幸福な生活を送るために欠くことのできないものです。また、食生活は、社会的、文化的な営みでもあり、人々の生活の質に影響を与えるとともに、多くの生活習慣病の発症との関連も深いものです。

わが国では、戦後の保健・医療の進歩、食環境の変化に伴う栄養状態の改善等から、結核その他の感染症による死亡が急速に減少しましたが、その一方で、栄養過剰等による生活習慣病の増加、高齢者の低栄養問題など、多様な栄養課題が見られるようになりました。また、世帯構成の変化、外食産業の拡大、食関連情報の氾濫等食生活を取り巻く社会環境の変化に伴い、個人の食行動は多様化し、外食や中食※・加工食品等の利用機会の増加、朝食欠食者の増加、男性の肥満傾向及び若い女性のやせ志向など、健康への影響が懸念される食行動や志向が見受けられます。

2018(平成30)年度の中間評価時点では、特に、成人の適正体重の維持の指標が悪化傾向にあり、食塩と野菜の摂取量の指標とともに目標の達成は厳しい状況にあります。

また、職域等における給食施設において健康に配慮した食事を提供する施設の割合が減少傾向にあることから、職域保健と連携し、各職場における健康づくりの取組を推進するための働きかけが必要です。

福島県の成人一人当たりの野菜摂取量(図41・42)は、男女ともに全国に比して高い状況にあるものの、1日の摂取目標量とされる350gを女性は下回っています。また、塩分摂取量(図43・44)も、男女ともに全国に比して高い状況にあります。

このため、県民一人ひとりが健康で望ましい食生活を実現し、生活の質を高めるための取組が必要です。

また、生活の質の向上とともに社会環境の質の向上を目指して、個人の自発的な健康づくりを推進できるような“食環境づくり”等、総合的な取組を実施する必要があります。

中食(なかしょく・ちゅうしょく)

外食と家庭での料理の中間に位置付けられ、家庭外で調理された食品(惣菜や弁当類など)を購入し、持ち帰りや届けてもらうなどして、家庭や職場で食べる食事の形態をいいます。

图 54 都道府県別 野菜摂取量 年齢調整 (平成 28 年平均値・男性(20 歳以上)、g)

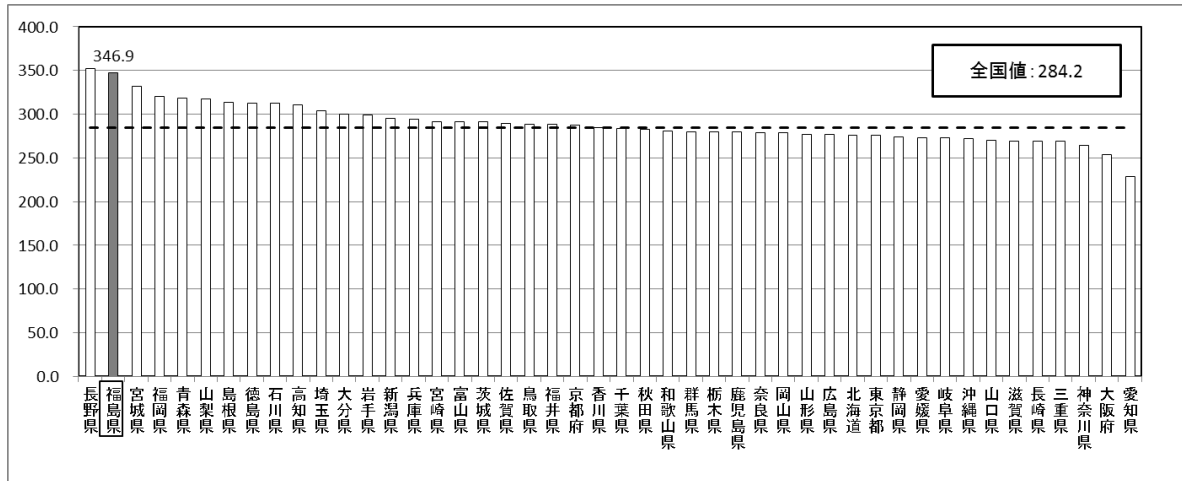


图 55 都道府県別 野菜摂取量 年齢調整 (平成 28 年平均値・女性(20 歳以上)、g)

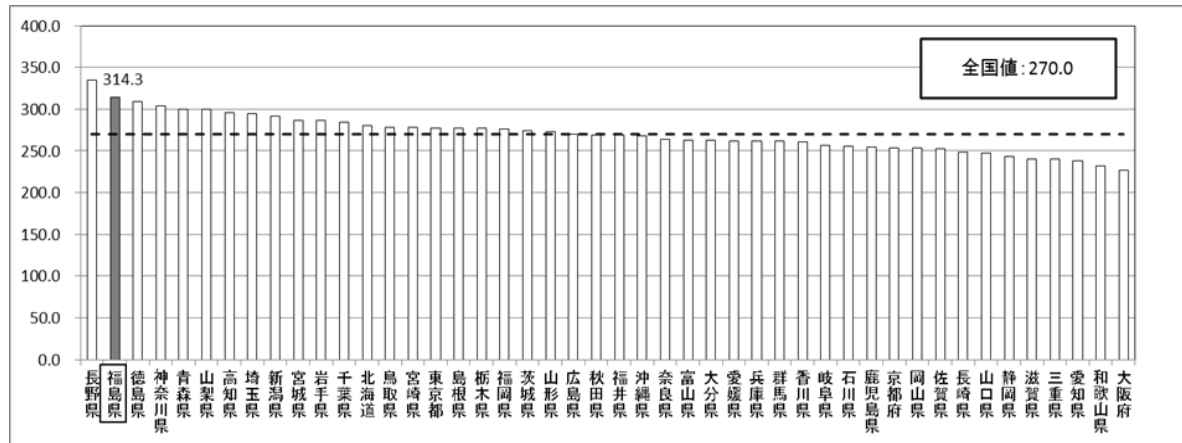


图 56 都道府県別 食塩摂取量 年齢調整 (平成 28 年平均値・男性(20 歳以上)、g)

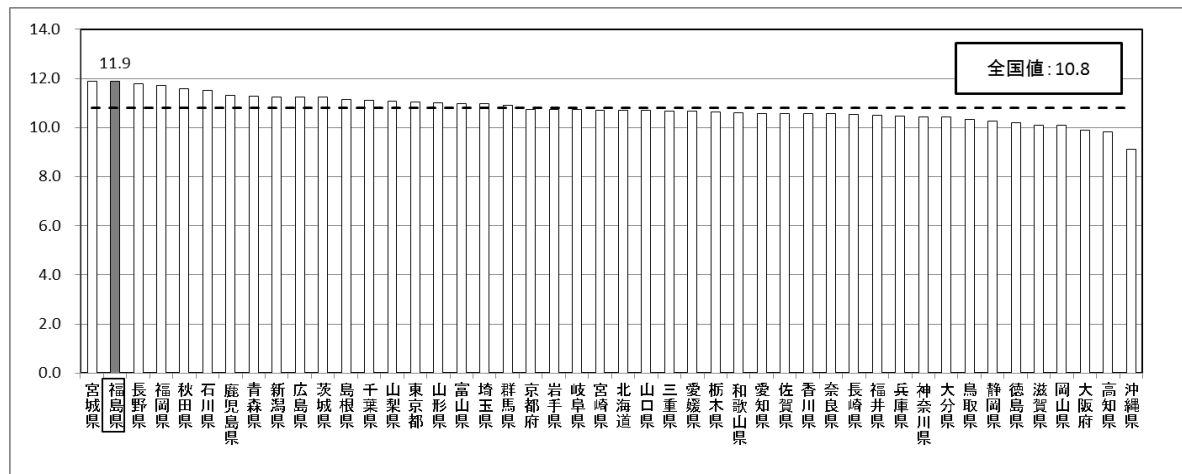
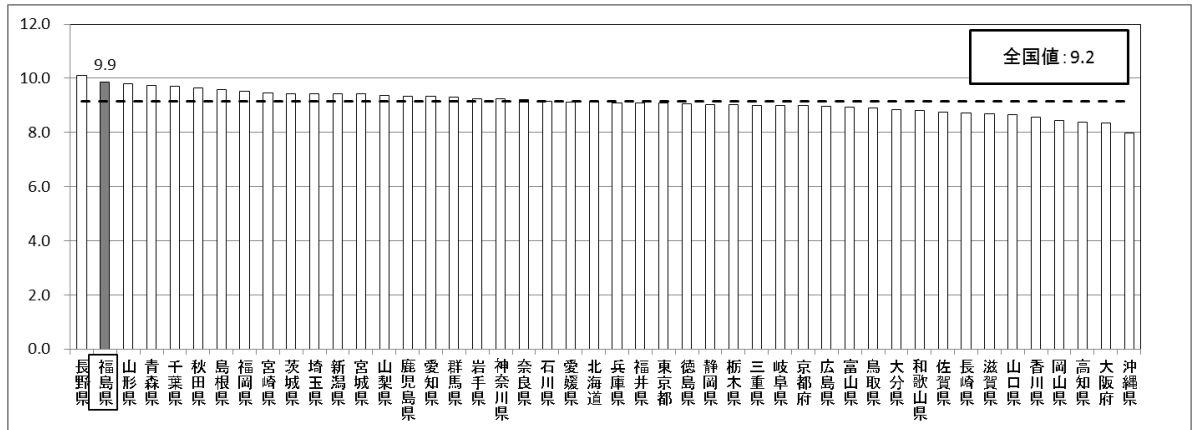


图 54~56 資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

図 57 都道府県別 食塩摂取量 年齢調整（平成 18～22 年平均値・女性（20 歳以上）、g）



資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

図 58 適正体重を維持している者の割合（数値：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省））

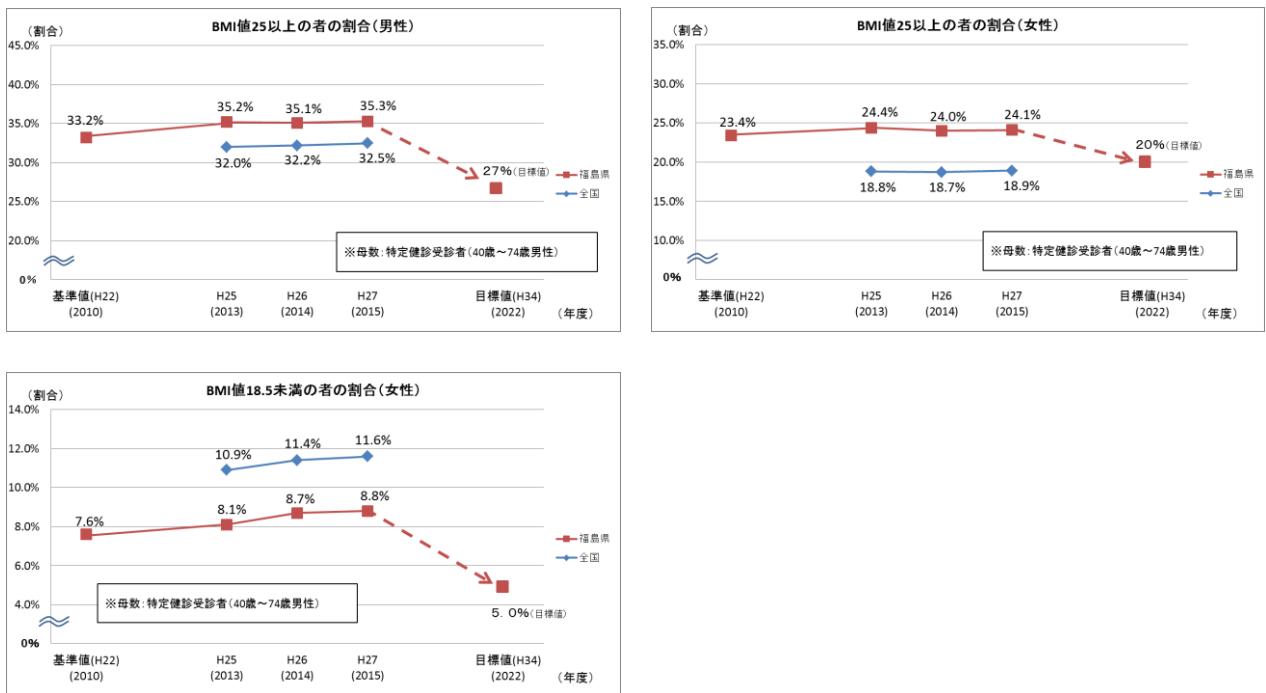


図 59 成人 1 日当たりの食塩摂取量（数値：国民健康・栄養調査（厚生労働省））

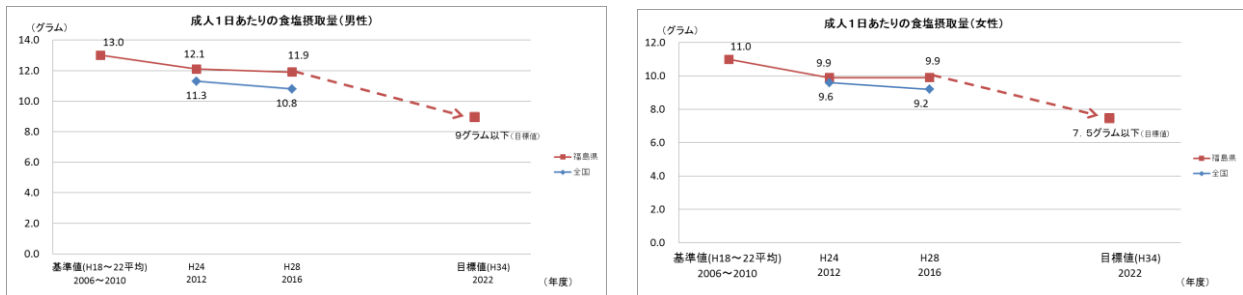


図 60 成人 1 日当たりの食塩摂取量 (数値：国民健康・栄養調査 (厚生労働省))

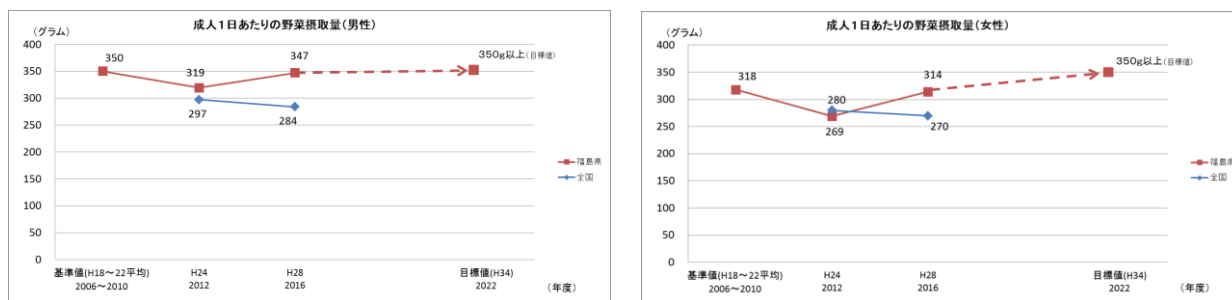
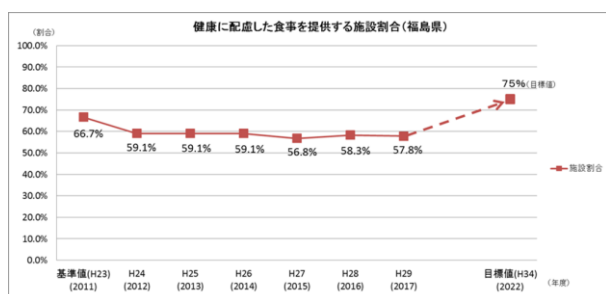


図 61 職域等における給食施設において健康に配慮した食事を提供する施設の割合

(数値：「健康に配慮した食事提供」に関する取組状況の実態調査 (福島県保健福祉部))



施策の方向性

(1) 乳幼児期からライフステージに応じた望ましい食生活形成のための食育の推進

- 家庭、学校、地域、企業及び行政機関等が連携して、健康的な生活習慣の定着に向けた取組を図るとともに、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた望ましい食生活の実現に向けて、積極的に食育を推進します。
- 第三次福島県食育推進計画に基づき、市町村の食育推進計画策定や食育推進事業の充実強化に向けた指導助言等の支援を行います。

(2) 望ましい食生活の実現のための情報提供及び個人の健康づくりの支援

- 適正体重の維持や 1 日当たりの食塩摂取量の減少及び野菜摂取量の増加に資する取組を強化するとともに、新たに野菜を先に食べるベジファーストの普及啓発に努めるなど、食生活に関する正しく分かりやすい情報提供を行います。
- 食を通じた健康づくりボランティア活動を行う「食生活改善推進員」の育成及び増加に努めるとともに、その地区活動を支援します。

(3) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の推進

- 糖尿病や高血圧、脂質異常症等いわゆる生活習慣病の予防には、適正体重の維持や減塩、脂肪等の摂りすぎに注意するなど健康に配慮した食生活の習慣化が重要であるため、食事についての正しい知識を習得する機会や情報提供する場の確保に努めます。
- 栄養士会栄養ケア・ステーション※との連携を図りながら、診療所等に管理栄養士を継続的に派遣する仕組みづくりを検討するなど地域の栄養指導体制の確立に努め、栄養指導や在宅訪問栄養指導等を充実させることにより、糖尿病等の重症化予防や合併症の発症予防に努めます。

(4) 食環境の整備

- 健康に配慮した食事を提供する飲食店等（うつくしま健康応援店※）の増加や福島県の食育活動に協力してくれる企業等（福島県食育応援企業団）の数の増加を図るなど、食環境整備を推進します。
- 職域保健との連携強化や健康経営の取組の浸透により、職場の給食施設における健康に配慮した食事を提供する施設の増加を図るなど、食環境の整備促進を図ります。
- 消費者が健康の保持増進のため食品の栄養表示を活用できるよう普及啓発に努めるとともに、事業者に対しては栄養表示基準制度の徹底を図ります。

栄養ケア・ステーション

全国の管理栄養士・栄養士が地域や医療機関等に対して栄養支援を行う拠点です。

地域住民の栄養改善に寄与することを目的に、栄養士会は栄養ケア・ステーションを設置し、医療・介護予防・健康増進等に果たす栄養改善や食育の推進などの栄養・食生活指導及び相談業務を実施しています。

うつくしま健康応援店

県では、県民の外食機会の増大に伴い、安心して外食を楽しみながら健康な食生活を育むことのできる環境をつくるため、提供するメニューの栄養成分表示やヘルシーメニューの提供、受動喫煙防止対策等に取り組む飲食店等を「うつくしま健康応援店」として登録しています。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
朝食を食べる児童生徒の割合の増加 【再掲】「次世代の健康」参照	96.3% (2011年度朝食について見直そう週間運動調査)	96.6% (2018年度朝食について見直そう週間運動調査)	97.2%以上 《2022年度》	※1
肥満傾向にある子どもの割合の減少(中等度・高度肥満児の割合の減少) 【再掲】「次世代の健康」参照	小学5年生 男性 8.8% 女性 6.9% 中学2年生 男性 6.0% 女性 6.0% (2012年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査)	小学5年生 男性 15.1% 女性 11.5% 中学2年生 男性 11.5% 女性 9.7% (2017年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査)	小学5年生 減少傾向へ 中学2年生 減少傾向へ	
低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制(BMI値20未満) 【再掲】「高齢者の健康」参照	12.5% (2010年度特定健診 [†] →(65~74歳))	13.4% (2015年度特定健診 [†] →(65~74歳))	14%	

適正体重を維持している者の割合の増加 (肥満(BMI値25以上)・やせ(BMI値18.5未満)の減少)	肥満者の割合 男性 33.2% 女性 23.4% やせの割合 女性 7.6% (2010年度特定健診データ)	肥満者の割合 男性 35.3% 女性 24.1% やせの割合 女性 8.8% (2015年度特定健診データ)	肥満者の割合 男性 27% 女性 20% やせの割合 女性 5%	
成人1日当たりの食塩摂取量の減少	男性 13.0g 女性 11.0g (国民健康・栄養調査18~22年、年齢調整)	男性 11.9g 女性 9.9g (国民健康・栄養調査2016年、年齢調整)	男性 9g以下 女性 7.5g以下	
成人1日当たりの野菜摂取量の増加	男性 350g 女性 318g (国民健康・栄養調査18~22年、年齢調整)	男性 347g 女性 314g (国民健康・栄養調査2016年、年齢調整)	男性 350g以上 女性 350g以上	
食育計画を策定している市町村数の増加	28市町村 (2011年度食育計画策定に関する調査)	50市町村 (2017年度)	59市町村 《2020年度》	※2
職域等における給食施設において健康に配慮した食事を提供する施設の割合の増加	66.7% (2011年度「健康に配慮した食事提供」に関する取組状況の実態調査)	57.8% (2017年度)	75%	
健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業の増加 (福島県食育応援企業団の数の増加) 【再掲】「社会環境の整備」参照	0社	50社 (2017年度末)	60社	
料理の栄養成分表示や健康に配慮した食事を提供するレストランや食堂の数の増加 (うつくしま健康応援店の増加) 【再掲】「社会環境の整備」参照	372店 (健康応援店登録数 (2011年度末))	424店 (健康応援店登録数 (2017年度末))	450店	

※1 福島県総合計画「ふくしま新生プラン」と整合性を図って目標値を設定。

※2 第三次福島県食育推進計画と整合性を図って目標値を設定。

3 身体活動・運動

現状と課題

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを言い、「運動」とは、身体活動のうちスポーツやフィットネス等の健康、体力の維持・増進を目的に計画的・意図的に行われるものとされています。

身体活動・運動の量が多い者においては、不活発な者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ことが実証されています。さらに、身体活動や運動は爽快感や楽しさを伴うことから、メンタルヘルスや生活の質の改善にも効果が期待されます。10分程度の歩行を1日に数回行う程度でも、長期間継続すれば、健康上の効果が期待できます。

また、高齢者においても、歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりを減少させる効果のあることが示されています。

2018（平成30）年度の中間評価時点では、特に、外出に積極的な態度を持つ者（60歳以上）の割合や日常生活における1日当たりの歩数（20～64歳）の指標が悪化傾向となっており、日常生活の中で身体活動や運動しやすい環境づくりの推進を強化する必要があります。

肥満、生活習慣病や高齢者の自立度の低下、虚弱を防止するためにも、身体活動・運動の定着化を図る取組を実施する必要があります。

図 62 都道府県別 歩数 年齢調整（平成28年平均値・男性（20歳以上）、歩／日）※熊本県を除く

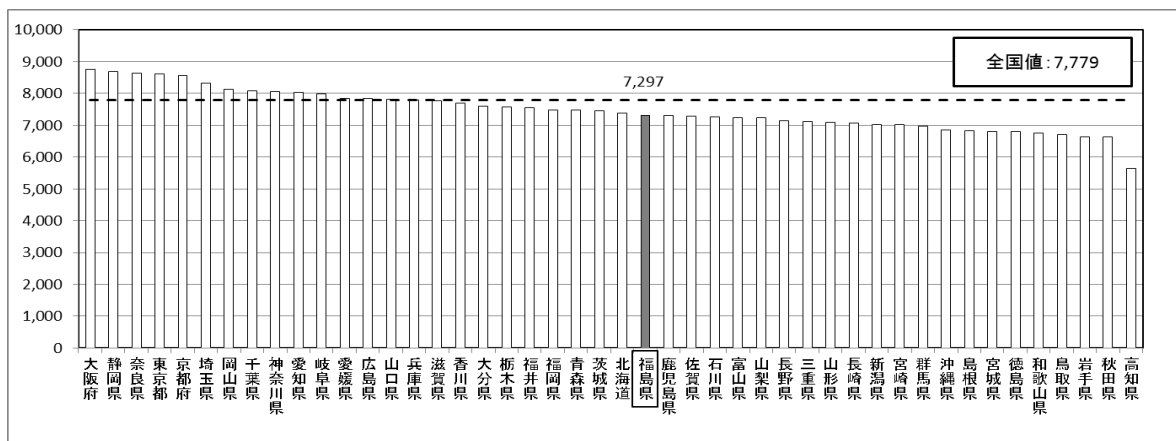


図 63 都道府県別 歩数 年齢調整（平成28年平均値・女性（20歳以上）、歩／日）※熊本県を除く

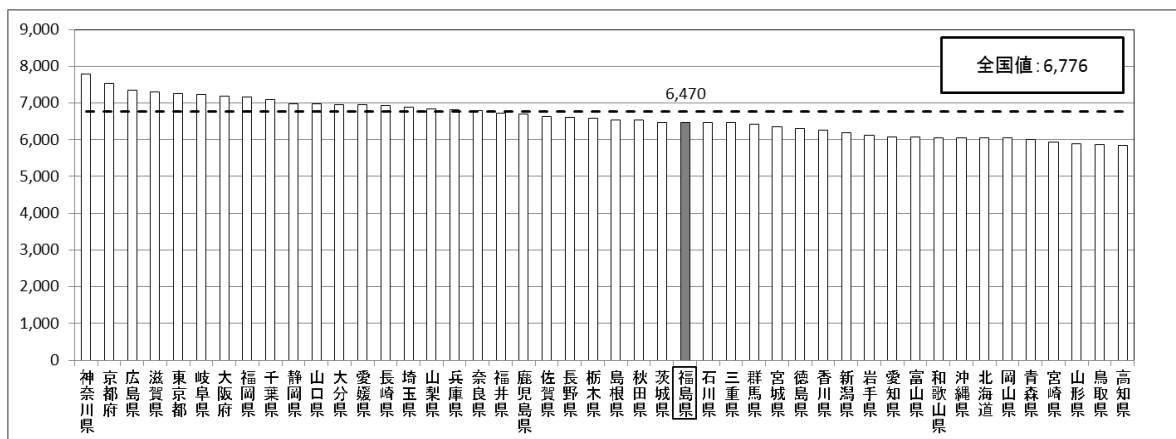
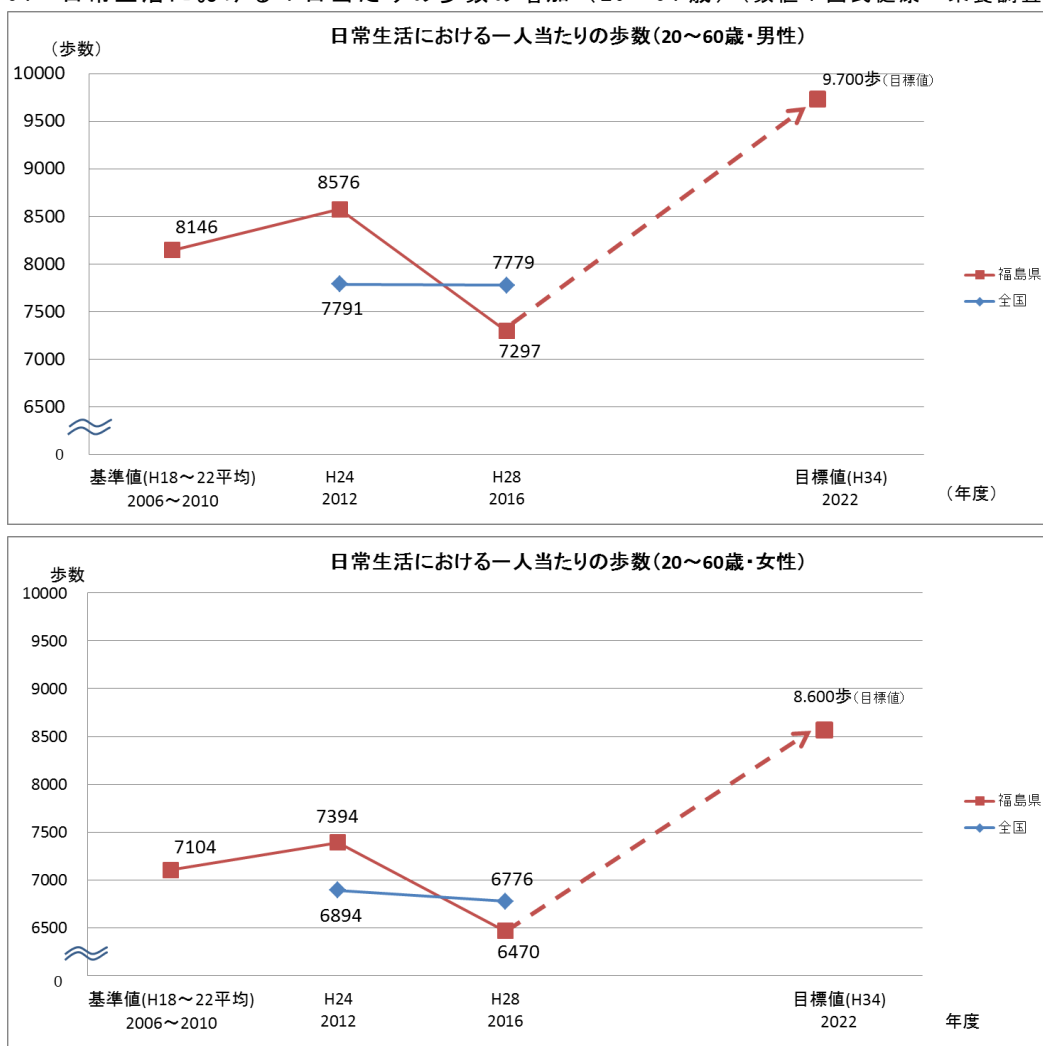


図 64 日常生活における 1 日当たりの歩数の増加（20～64 歳）（数値：国民健康・栄養調査（厚生労働省））



施策の方向性

(1) 運動習慣の普及啓発

- 県、市町村及び関係団体等が連携強化を図るとともに、ふくしま健民アプリやプロジェクト大使等を活用しながら、運動習慣の効果的な普及啓発や健康づくりへの動機付けの拡大を図ります。
- 県民健康の日（10月10日）等に合わせ、運動・身体活動の普及啓発に積極的に取り組みます。
- 生活習慣の改善に重要である日常生活の中での身体活動や運動に関し、正しく分かりやすい情報提供を図ります。

(2) 運動しやすい環境づくりの推進

- 県、市町村、関係機関等が連携した事業実施やふくしま健民アプリの更なる普及等により、県民が自主的かつ気軽に楽しく健康づくりに参加できる仕組みづくりの推進に努めます。
- 生活習慣の改善に重要である日常生活の中での身体活動や運動に関する適切な情報発信及び県内で実施されるウォーキング大会等の情報を、ホームページ等を活用して情報提供を行うなど、運動しやすい環境づくりを、より積極的に推進します。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
1週間の総運動時間が420分以上の児童・生徒の割合 【再掲】「次世代の健康」参照	小学5年生 男性 48.1% 女性 26.9% 中学2年生 男性 87.7% 女性 66.2% (2018年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査)		小学5年生 増加傾向へ 中学2年生 増加傾向へ	
外出に積極的な態度を持つ者(60歳以上)の割合の増加 【再掲】「高齢者の健康」参照	男性 72.6% 女性 68.9% (2009年度県民健康調査)	男性 68.1% 女性 65.8% (2018年度健康ふくしま21調査)	男性 78% 女性 73%	
何らかの地域活動を実践している者の割合の増加 【再掲】「社会環境の整備」参照	45.0% (2009年度県民健康調査)	47.1% (2018年度健康ふくしま21調査)	65%	
日常身体活動・運動(積極的に歩いたり、スポーツ・ランニングをする等)を心掛けている者の割合の増加	42.5% (2009年度県民健康調査)	53.3% (2018年度健康ふくしま21調査)	60%	
運動習慣を持つ者の割合の増加	男性 19.5% 女性 13.3% (2009年度県民健康調査)	男性 19.9% 女性 14.7% (2018年度健康ふくしま21調査)	男性 31% 女性 26%	
日常生活における1日当たりの歩数の増加(20~64歳)	男性 8,146歩 女性 7,104歩	男性 7,297歩 女性 6,470歩	男性 9,700歩 女性 8,600歩	
日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合の増加(65~74歳) 【再掲】65歳以上:「高齢者の健康」参照	男性 44.6% 女性 40.1% 2017年度特定健診データ(国保データのみ)		男性 50% 女性 45% 《2022年度》	

4 休養・こころの健康

現状と課題

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な要素です。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択することも大切であり、こころの健康は生活の質に大きく影響されるものです。

社会が高度化・複雑化する中で、大人、子どもを問わず強くストレスを感じ、不登校、睡眠障害、うつ病、アルコール依存など様々な「こころの健康」の問題を抱える者が増加しています。

2017（平成 29）年における自殺による死亡は、全国では総死亡の 1.5% となり、福島県においても 1.5% となっています。自殺死亡率は、全国では人口 10 万人あたり全国値で 16.4 であるのに対し、福島県では、20.2 と高い状況にあります。

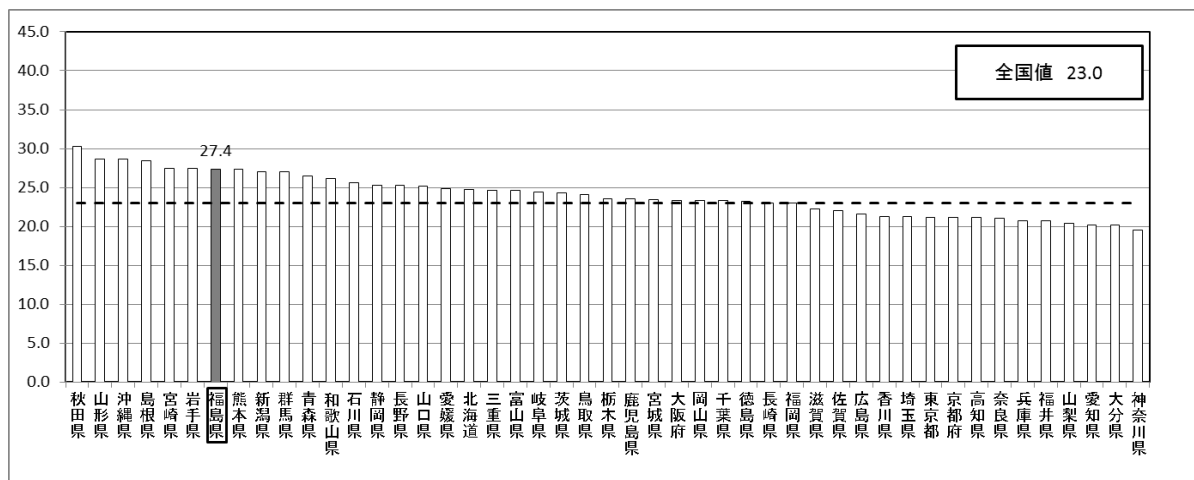
また、2015（平成 27）年の自殺年齢調整死亡率は、男性が 27.4（全国 23.0）で全国 7 位であり、女性は 10.3（全国 8.9）で全国 4 位と高い状況になっています。

こころの健康を保つため、心身の疲労回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つとなります。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康にとって欠かせないことであり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立する必要があります。

現在のストレス社会では、こころの病であるうつ病が大きな問題となっており、自殺においても最も重要な要因と言われています。うつ病を早期に発見し、適切に治療することが自殺防止のためにも大切となっています。

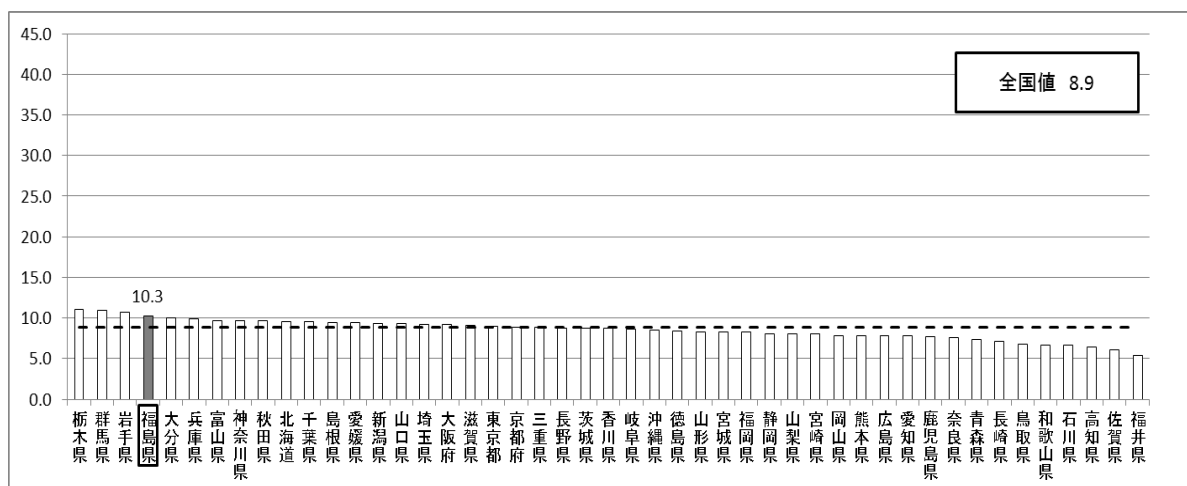
2018（平成 30）年度の中間評価時点では、特に、疲労を感じている者の割合の指標が悪化傾向にあることから、各ライフステージに応じた、家庭、学校、職場、地域社会等の様々な場において、こころの健康づくりに向けた取組を推進していく必要があります。

図 65 都道府県別 自殺 年齢調整死亡率（平成 28 年・男性、人口 10 万人対）



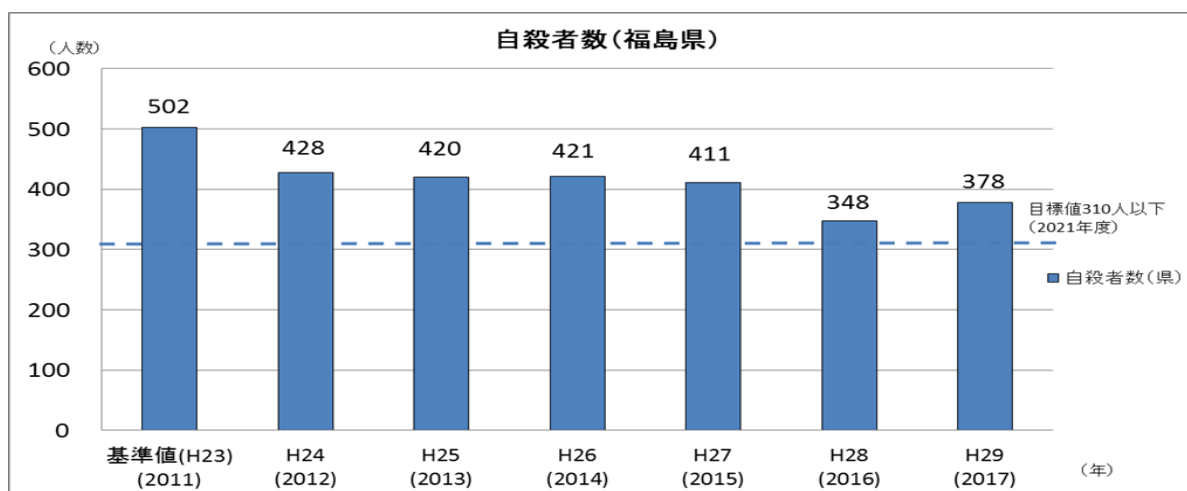
資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 66 都道府県別 自殺 年齢調整死亡率（平成 28 年・女性、人口 10 万人対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 67 福島県自殺者数（数値：人口動態統計（厚生労働省））



施策の方向性

(1) 休養・こころの健康に関する正しい情報発信と普及啓発

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、休養やこころの健康に関し、正しく分かりやすい情報提供を図ります。

(2) 自殺者の減少に資する取組の実施

- 第二次福島県自殺対策推進行動計画に基づき、自殺者の減少に資する取組を実施します。特に、男性の自殺率の高さに対応した取組を実施します。

(3) こころの健康に関し社会全体で相互に支え合う環境の整備

- 休養やこころの健康に関する課題を把握するとともに、県、市町村、関係機関等が連携しながら、個別訪問や相談体制を強化するなど、社会全体で相互に支え合う環境の整備に努めます。
- 働き方改革や健康経営の取組を推進し、健康で元気に働ける職場環境の整備を進めるなど、働く世代が心身の健康を保ちながら生活しやすい環境の整備を図ります。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
自殺者数の減少	502 人 (2011 年人口動態統計)	378 人 (2011 年人口動態統計)	310 人以下 《2021 年》	※
睡眠で休養が十分にとれていない者の割合の減少	<参考(全国値)> 19.7% (2016 年国民健康・栄養調査)		15%	※
疲労を感じている者の割合の減少	39.6% (2009 年度県民健康調査)	47.6% (2018 年度健康ふくしま 21 調査)	32%以下	

※ 第三次福島県自殺対策推進行動計画と整合性を図って目標値を設定。

※ 健康日本 21 (第二次) と整合を図って目標値を設定。都道府県別の値が算出されていないため、最終評価時は、県独自に調査を行い評価を実施。

5 飲酒

現状と課題

我が国における国民一人当たりの年間平均アルコール消費量は減少傾向にあるものの、アルコールの健康に対する影響は大きなリスクと報告されています。

具体的には、過度の飲酒習慣は健康に悪影響を及ぼし、肝機能障がいや糖尿病、心臓病などの身体的健康問題のほか、脳神経系に作用して、さまざまな精神症状・障がいを来したり、事故や犯罪、自殺につながるなど、家庭や職場に対しても大きな影響を及ぼします。

2018（平成30）年度の中間評価時点では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している男性の割合が悪化傾向にあることから、生活習慣の改善を図るとともに、福島県アルコール健康障害対策推進計画（平成30年3月）と連動しながら、過度な飲酒の防止対策等を確実に推進する必要があります。

施策の方向性

（1）過度な飲酒の防止対策の普及

○ 過度の飲酒による健康への影響等の予防対策として、県、市町村、関係機関等が連携しながら、アルコールに関する正しい知識の普及啓発及び健康教育を推進します。

また、多量飲酒者の減少に資する取組を積極的に実施します。

（2）未成年者及び妊産婦の飲酒防止

○ 未成年者の飲酒は、身体に悪影響を及ぼし健全な発達を妨げることから、学校教育における飲酒防止教育を実施するなど、未成年者の飲酒防止に資する事業に取り組みます。

○ 妊娠中の飲酒は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけではなく、胎児にも悪影響があります。また、授乳時にも乳児に悪影響があることから、妊産婦の飲酒に関する影響等について、正しく分かりやすい情報提供を図るとともに、健康教育の実施について推進します。

（3）飲酒関連問題の防止の推進

○ 飲酒に起因する問題行動を防ぐため、相談窓口を設置するなど、県、市町村、関係機関等が連携しながら、社会全体で相互に支え合う環境の整備に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
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（1日当たりの純アルコール摂取量※が男性40g以上、女性20g以上の者の減少）	男性 13.6% 女性 6.3% （国民健康・栄養調査18～22年平均）	男性 18.3% 女性 6.0% （2018年度健康ふくしま21調査）	男性 11% 女性 5%	

※純アルコール量：主な酒類の換算の目安（資料：健康日本21（第2次））

お酒の種類	ビール （中瓶500ml）	清酒 （1合180ml）	ウイスキー・ブランデー （ダブル60ml）	焼酎（25度） （1合180ml）	ワイン （1杯120ml）
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

現状と課題

歯・口腔の健康は、食べる喜び、話す楽しみなどを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく関係しています。

福島県の3歳児及び12歳児のう蝕※有病率とひとり平均う歯数の推移（図49・50）は、全国と同様に減少傾向にあるものの、全国に比して高い状況にあります。

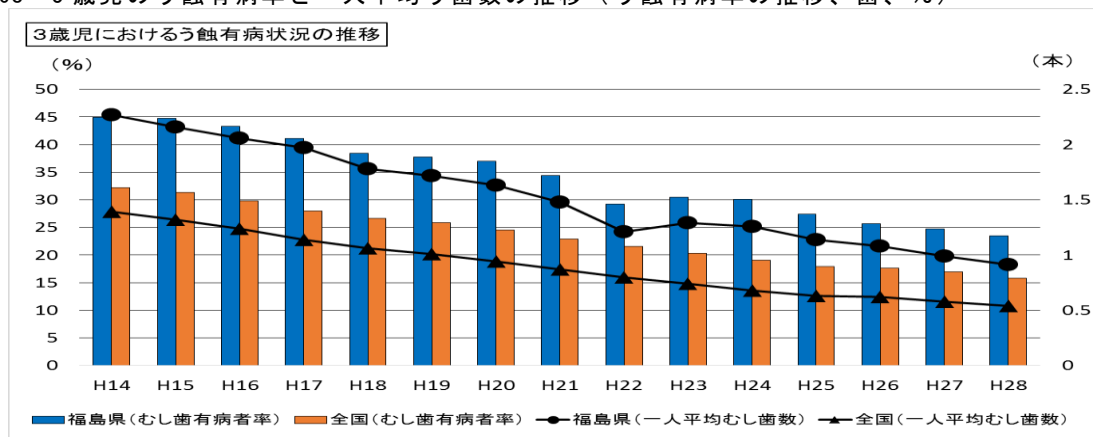
本格的な人生80年時代を迎えた中、全ての県民が生涯にわたり歯・口腔の健康を保ち、自分の歯で食べる楽しみを持ち、健康で質の高い生活を送ることができるよう、各ライフステージに応じたう蝕予防及び歯周疾患予防とともに、口腔機能の維持・向上などが重要となります。

これらの歯・口腔の健康の実現を図るためには、個人への働きかけだけでなく、良好な歯・口腔環境の保持及び適切な生活習慣を習得するための社会環境を整えることが必要となっています。

う蝕

歯の硬組織に細菌が産生する酸の作用によって浸食される疾患のことを指します。また、う蝕に罹患した歯を「う歯（うし）」と呼称し、一般的には「むし歯」といいます。

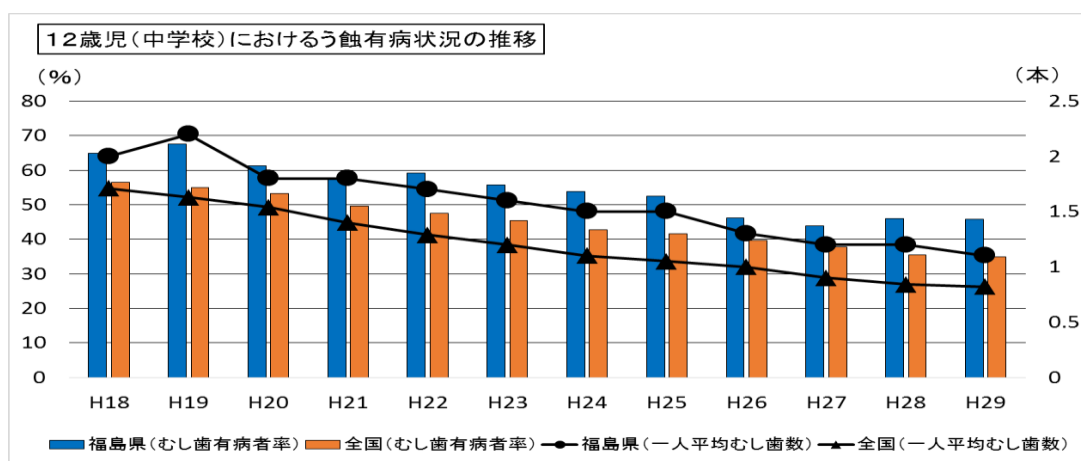
図 68 3歳児のう蝕有病率と一人平均う歯数の推移（う蝕有病率の推移、歯、％）



資料：母子保健事業実績（厚生労働省）

※平成22年度分には、広野町、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない

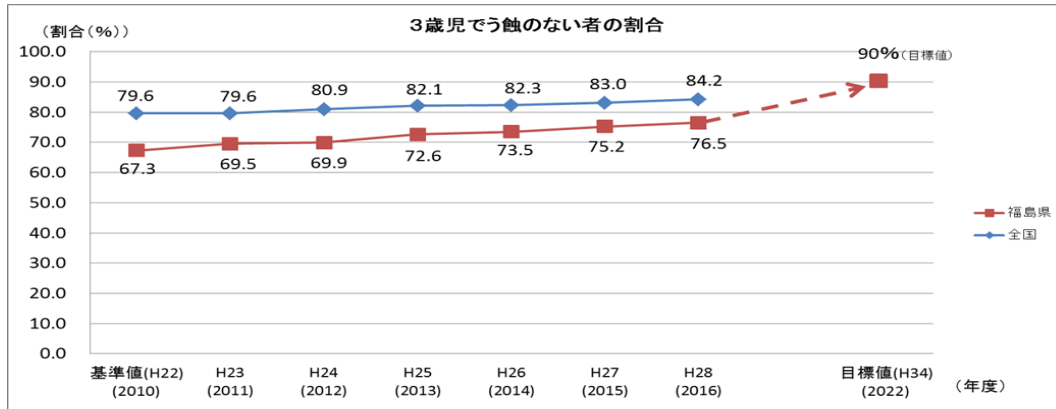
図 69 12歳児のう蝕有病率と一人平均う歯数の推移（う蝕有病率の推移、歯、％）



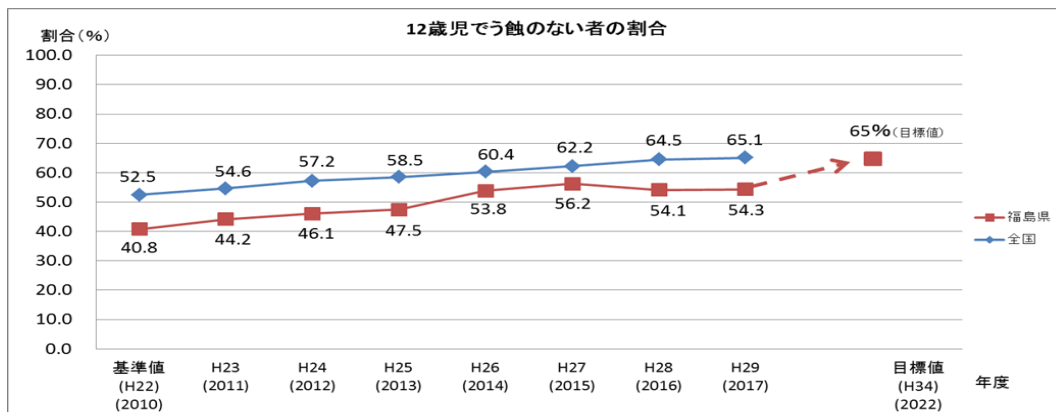
資料：福島県統計調査課編 学校保健統計調査報告書より抜粋

※一人平均う歯数は12歳児、う蝕有病率は中学校における有病率を掲載

図 70 3歳児でう蝕のない者の割合



数値：福島県3歳児健診



数値：学校保健統計（福島県）

図 71 60歳で自分の歯を24歯以上有する者の割合（数値：歯科情報システム）

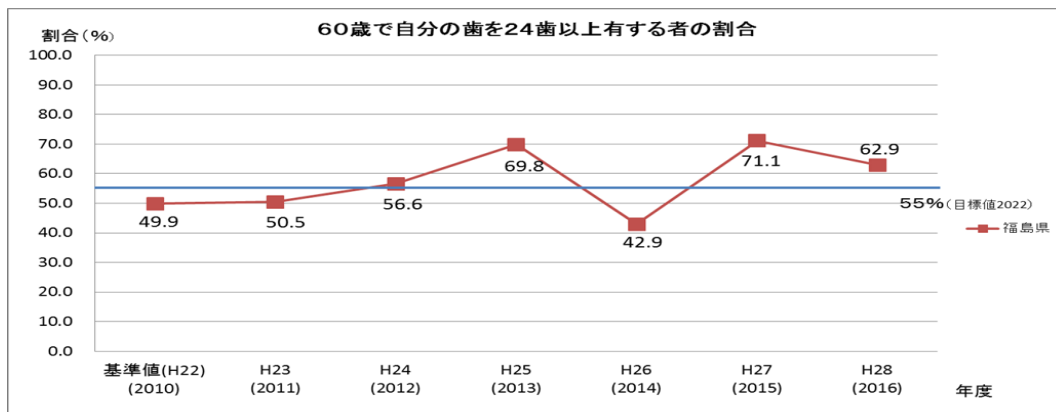
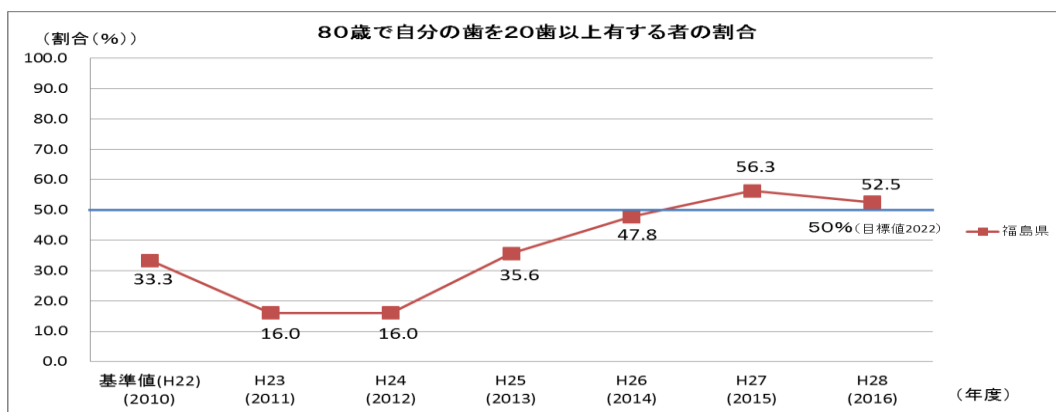


図 72 80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合（数値：歯科情報システム）



施策の方向性

(1) 口腔機能の維持・向上に資する取組の実施

- 第三次福島県歯っぴいライフ8020運動推進計画に基づき、乳幼児期から高齢期まで全てのライフステージに応じた口腔機能の維持・向上に資する取組を実施します。

(2) 歯・口腔の健康に関する情報提供

- う蝕、歯周疾患及び口腔がんと生活習慣病との関わりなど、歯・口腔の健康に関し、適切な情報提供を図ります。

(3) 8020運動の更なる推進

- 高齢期における歯の喪失予防対策として、8020運動の推進を図ります。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価目標値	目標値	備考
3歳児でう蝕のない者の割合の増加	67.3% (2010年度福島県母子保健事業実績)	76.5% (2016年度福島県母子保健事業実績)	90%	※
12歳児でう蝕のない者の割合の増加	40.8% (2010年度学校保健統計)	54.3% (2017年度学校保健統計)	65%	※
60歳で自分の歯を24歯以上有する者の割合の増加	49.9% (2011年度歯科情報システム)	62.9% (2016年度歯科情報システム)	80%	※
80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合の増加	33.3% (2011年度歯科情報システム)	52.5% (2016年度歯科情報システム)	60%	※

※ 第三次福島県歯っぴいライフ8020運動推進計画と整合性を図って目標値を設定。

第5節 東日本大震災及び原子力災害の影響に配慮した健康づくり

現状と課題

東日本大震災及び原子力災害により、多くの県民が健康に不安を抱えている状況を踏まえ、長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなぐ対策を進めていく必要があります。

2018（平成 30）年度の中間評価時点においては、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合」、「適正体重を維持している者の割合」「疲労を感じている者の割合」及び男性の「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」などの生活習慣病やこころの健康状態に関する指標が悪化傾向にあります。

また、長期間の避難生活を余儀なくされている方々においては、生活環境の変化等による循環器病や糖尿病等の生活習慣病発症のリスクの増大やストレス等によるこころの健康状態の悪化が懸念される状況にあります。

このため、生活習慣病予防、生活機能低下予防、検診受診環境の体制整備及びこころのケアに関する対策を重点的に実施するとともに、被災市町村の状況に応じた複合的な地域課題に対して、包括的な施策の推進を図りながら、長期的視点で課題解決に取り組む必要があります。

あわせて、県民の健康への不安等に配慮した対策を進めていく必要があります。

施策の方向性

（1）生活習慣病予防・介護予防対策の推進

○ 東日本大震災及び原子力災害による生活習慣の変化に伴う健康状態の悪化が懸念されることから、県、市町村、関係機関等が連携を強化しながら、生活習慣の改善に関する正しく分かりやすい情報提供を行います。

また、生活習慣病の予防に関する支援や被災者自らが健康づくりに取り組める社会環境の整備などに重点的に取り組みます。

○ 特に、長期間避難生活をしている方等に対しては、生活環境の変化に伴う糖尿病の発症リスクが増大していることから、糖尿病予防対策の重点的な実施に努めます。

○ 長期にわたる避難生活等により、高齢者の廃用症候群等が増加し、それに伴い要介護・要支援も増加していることから、要介護・要支援の発生や悪化の防止に努めます。

（2）検診受診環境の体制整備

○ 東日本大震災及び原子力災害による生活習慣の変化に伴う健康状態の悪化が懸念されることから、県民の健康を管理する上で重要ながん検診、特定健診等について、受診しやすい体制を整備するなど、がん検診・特定健診の受診（実施）率の向上に資する取組を実施します。

（3）こころのケア対策の推進

○ 多くの県民が放射線の健康への影響に対する不安や避難生活の長期化などに伴うストレス等により、こころの健康状態の悪化が懸念されていることから、こころのケア対策の重点的な実施に努めます。

(4) 県民の健康への不安等に配慮した対策の推進

- 東日本大震災及び原子力災害により、仮設住宅等で避難生活をしている方等の健康悪化の予防や健康不安解消などの健康支援事業を実施します。
- 放射線による健康への影響について、県民等へ正しく分かりやすい情報提供をすすめ、リスクコミュニケーションの環境整備に取り組みます。

東日本大震災及び原子力災害の影響への健康づくりに関する取組

(平成 24 年 12 月現在)

1 被災者の健康支援

- 被災者の生活環境の変更等による健康状態の悪化や感染症の発生、ストレスや不安の増大、孤立化等の健康問題が懸念される中、仮設住宅入居者等被災者への健康支援活動を継続していくことが重要な課題となっていることから、関係機関や団体と課題や情報を共有するとともに、被災市町村における健康支援活動に対する支援に努めています。なお、心のケア活動として、被災者の不安やストレスの軽減を図るため、平成 23 年度は心のケアチームを、平成 24 年度には心のケアセンターを設置し、不安やストレス対策、要支援者の早期発見と継続支援などを実施しています。

また、健康支援活動を実施するための住民の健康状態を十分に把握できていない地域もあることから、被災市町村や関係機関とともに情報収集に努めています。

- 放射線の健康への影響について県民が抱く不安やストレスの軽減を図るため、医療機関における放射線に関する相談外来設置への支援を実施するとともに、「甲状腺検査説明会」や「専門家意見交換会」等の住民参加型のワークショップの開催により、県民が放射線に関する情報や知識を充分得られるよう、リスクコミュニケーション※を強化しています。

リスクコミュニケーション

リスクに関する情報を共有し、意見交換等を通じて意思疎通と相互理解を図ること。

2 県民健康管理調査による長期的な見守り

- 東日本大震災及び原子力災害により、多くの県民が健康に不安を抱え、避難生活を余儀なくされた状況を踏まえ、長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなぐことを目的とした「県民健康管理調査」を、福島県立医科大学と連携して実施しています。あ

「県民健康管理調査」では、全県民を対象とした基本調査(外部被ばく線量の推計)、震災当時概ね 18 歳以下の県民を対象とした甲状腺検査、既存制度の健診を活用した健康診査などに取り組み、疾病の早期発見・早期治療を図るなど、長期にわたり県民の健康を見守っています。

3 その他

- 東日本大震災及び原子力災害に伴う食品中の放射性物質対策も踏まえ、平成 24 年度に「ふくしま食の安全・安心に関する基本方針」と「ふくしま食の安心・安全対策プログラム」を策定し、生産から消費に至る監視・指導體制を強化するとともに、「日常食の放射線モニタリング調査」の実施等、改めて食の安全確保と安心の実現に向けて取り組んでいます。

数値目標

目標項目	基準値	中間評価現況値	目標値	備考
がん検診の受診率の向上 【再掲】「がん」参照	胃がん 27.8% 肺がん 37.6% 大腸がん 28.3% 乳がん 46.6% 子宮頸がん 43.7% ※40～69歳対象、 子宮頸がん 20～69歳対象 (2010年度市町村実施がん検診受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料より算出)	胃がん 36.1% 肺がん 39.4% 大腸がん 35.1% 乳がん 49.2% 子宮頸がん 43.9% ※40～69歳対象、 子宮頸がん 20～69歳対象 (2016年度市町村実施がん検診受診率・生活習慣病検診等管理指導協議会資料より算出)	胃がん 50%以上 肺がん 50%以上 大腸がん 50%以上 乳がん 60%以上 子宮頸がん 60%以上 《2023年度》	
特定健診・特定保健指導の実施率の向上 【再掲】「循環器病」参照	特定健診実施率 43.3% 特定保健指導実施率 14.4% (2010年度特定健診データ)	特定健診実施率 51.1% 特定保健指導実施率 23.5% (2016年度特定健診データ)	特定健診実施率 70% 特定保健指導実施率 45% 《2023年度》	
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】「循環器病」参照	28.8% (2008年度特定健診データ)	29.8% (2016年度特定健診データ)	21% 《2022年度》	
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c : NGSP 値 6.5% (JDS 値 6.1%) 以上の者の割合の減少) 【再掲】「糖尿病」参照	6.3% (2010年度特定健診データ)	6.8% (2015年度特定健診データ)	7%	
介護保険の要介護(要支援)に該当する高齢者の割合の増加の抑制 【再掲】「高齢者の健康」参照	16.8% (2010年度介護保健事業状況報告)	19.0% (2017年度介護保健事業状況報告)	18.1%以内 《2025年度》	

適正体重を維持している者の割合の増加 (肥満(BMI値25以上)・やせ(BMI値18.5未満)の減少) 【再掲】「栄養・食生活」参照	肥満者の割合 男性 33.2% 女性 23.4% やせの割合 女性 7.6% (2010年度特定健診データ)	肥満者の割合 男性 35.3% 女性 24.1% やせの割合 女性 8.8% (2015年度特定健診データ)	肥満者の割合 男性 27% 女性 20% やせの割合 女性 5%
運動習慣を持つ者の割合の増加【再掲】 「身体活動・運動」参照	男性 19.5% 女性 13.3% (2009年度県民健康調査)	男性 19.9% 女性 14.7% (2022年度県民健康調査)	男性 31% 女性 26%
疲労を感じている者の割合の減少 【再掲】「休養・こころの健康」参照	39.6% (2009年度県民健康調査)	47.6% (2018年度健康ふくしま21調査)	32%以下
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 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の減少) 【再掲】「飲酒」参照	男性 13.6% 女性 6.3% (国民健康・栄養調査18~22年平均)	男性 18.3% 女性 6.0% (2018年度健康ふくしま21調査)	男性 11% 女性 5%

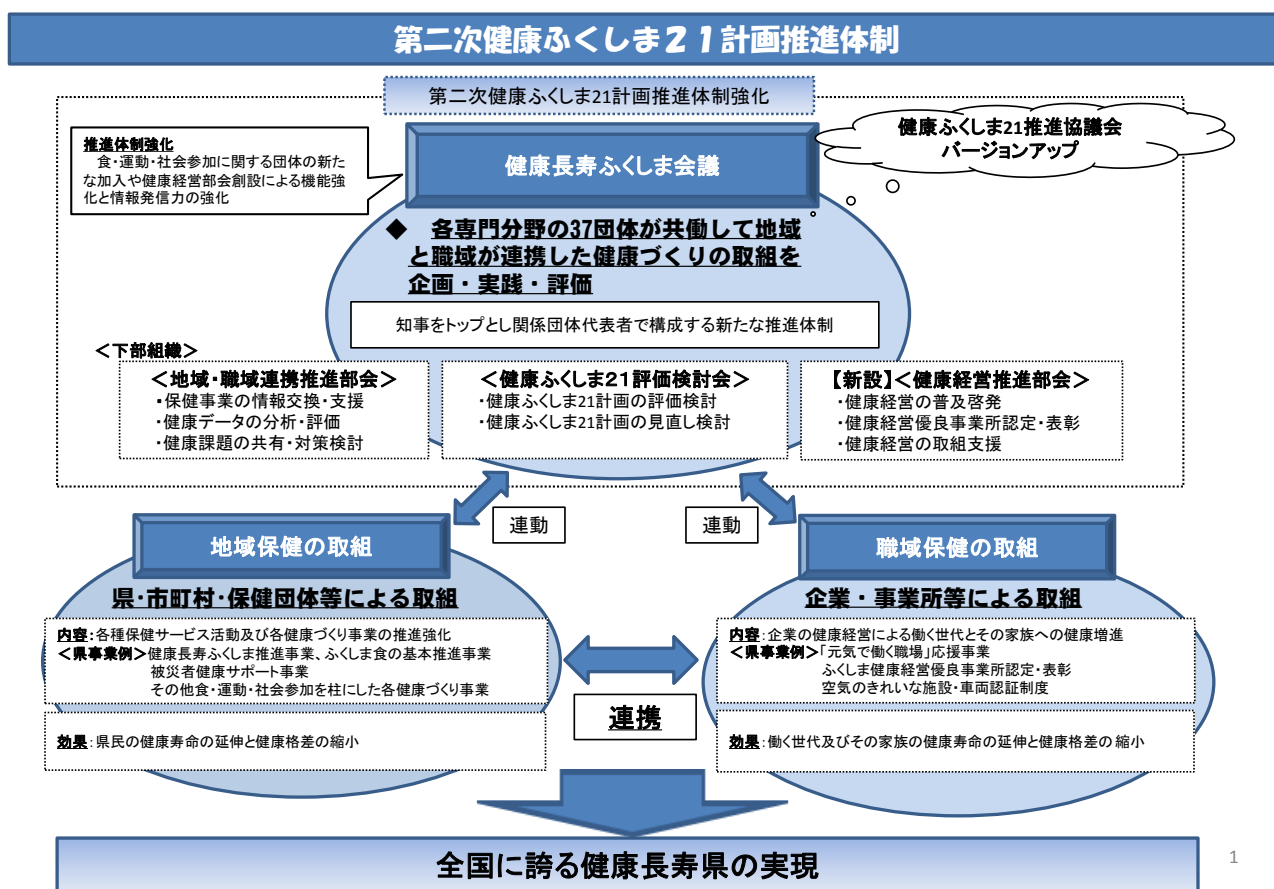
第5章 計画の推進体制及び進行管理と評価

第1節 県の推進体制

1 健康長寿ふくしま会議による推進体制強化

健康寿命の延伸と健康格差の縮小に向け、「健康ふくしま 21 推進協議会」を、新たな推進体制として知事をトップとし、市町村、関係機関及び団体等の代表者で構成する「健康長寿ふくしま会議」に改編し、取組の加速化を図ります。

また、食・運動・社会参加に関する団体やマスコミ等を新たに構成団体に加え、健康経営に関する機能や情報発信力の強化を図るなど、より強力な推進体制の下で、地域保健・職域保健連携強化及び健康経営の積極的な推進を図っていきます。



2 市内連携の強化

市内関係部局と連携を図りながら健康づくりに関する施策を推進するため、市内各部局との連絡会議である「健康長寿ふくしま推進会議」を適宜開催し、健康長寿に向けた普及啓発の連携や関係部局と連動した施策の総合的な企画及び調整を図ります。

第2節 計画の進行管理と評価の必要性

社会経済情勢が急速に変化している中で、各種施策を効率的かつ効果的に進めていくためには、施策の点検・評価を行い、その結果を次の企画立案に生かすことによって政策の質的向上を図ることが求められています。

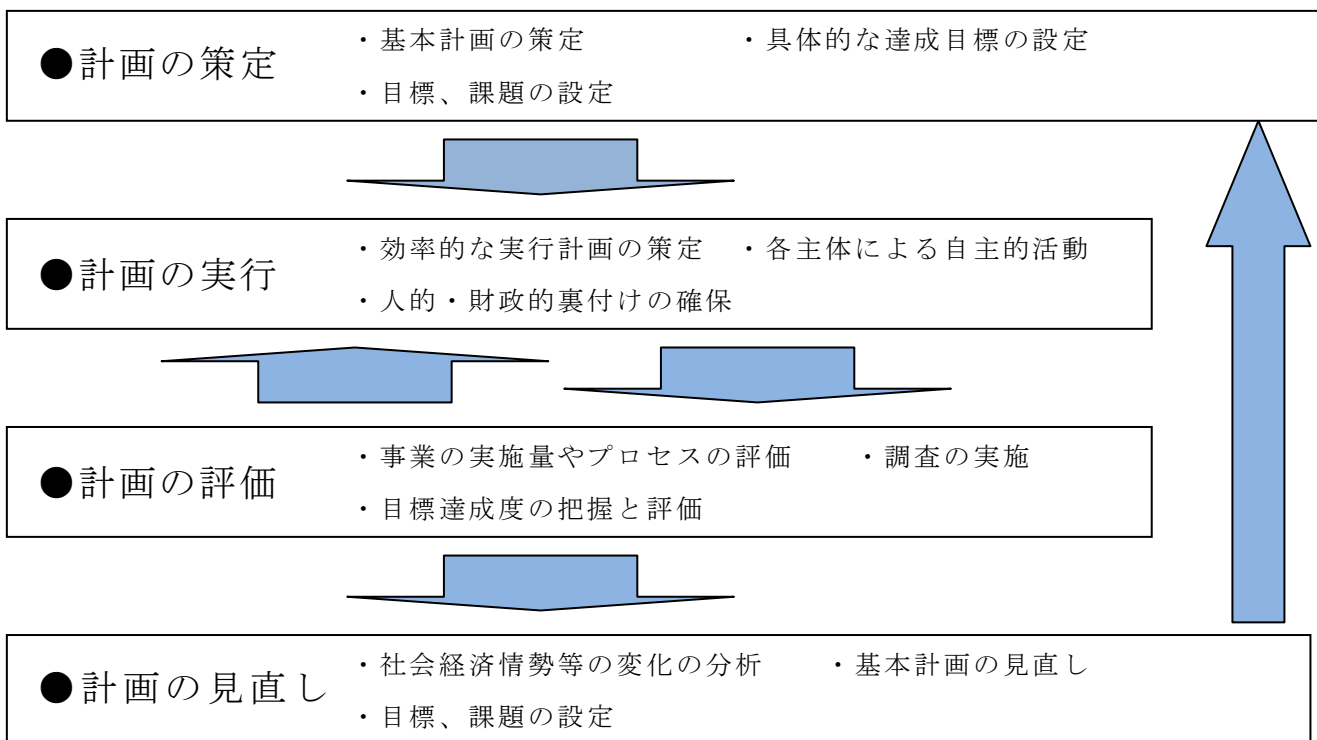
このため、本計画に掲げる目標や計画に基づき行われた事業等について、定期的な進行管理、評価、見直しを実施する必要があります。

第3節 計画の進行管理と評価の方法

計画の進行状況を管理するため、「健康長寿ふくしま会議」において、毎年、目標項目の現況値及び実施事業等の取組状況を確認・評価していきます。

また、2022（令和4）度を実施する最終評価に向けた健康情報の収集・分析を行います。

なお、計画の進捗状況や社会情勢等の変化に合わせて、計画期間内であっても必要に応じて本計画の見直しを行います。



第4節 健康ふくしま21評価検討会の設置

計画の進行管理と目標達成の評価を実施するために、「健康ふくしま21評価検討会」を設置し、以下の内容について検討します。

- (1) 健康指標把握のための情報収集・評価・改善システムを確立します。
- (2) 評価のための基礎資料がない指標について、調査内容及び調査方法等について検討します。
- (3) 県民の健康の現状を把握し、目標達成状況を評価するためのモニタリングシステムについて検討します。

健康長寿ふくしま会議設置要綱

(目的)

第1条 福島県を健やかでいきいきと生活できる活力ある社会とするため、県民の「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目指す「第二次健康ふくしま21計画」（以下「計画」という。）を推進するとともに、地域保健と職域保健の連携（以下「地域・職域連携」という）強化による保健事業の共有・展開及び健康経営の積極的な推進など、各専門分野の団体等が食・運動・社会参加に視点を置いた健康づくりに共働で取り組むことで、全国に誇れる健康長寿県の実現に寄与することを目的として、健康長寿ふくしま会議（以下「本会議」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 本会議は、次の事項を協議する。

- (1) 計画に基づく事業推進に関すること。
- (2) 計画の策定及び見直しに関すること。
- (3) 関係機関及び団体等の健康づくりの取組に関する情報交換に関すること。
- (4) 健康課題の明確化及び健康づくり施策の方向性の共有に関すること。
- (5) その他必要な事項に関すること。

(構成)

第3条 本会議は、別表に掲げる団体をもって組織する。

2 本会の委員は、別表第1に掲げる職にある者をもって構成する。

(役員)

第4条 本会議は、会長1名及び副会長4名を置く。

2 会長は、福島県知事をもって充てる。

3 副会長は、本会議において選任する。

4 会長は、本会議を代表し、会務を総理する。

5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

6 会長、副会長ともに事故あるときは、あらかじめ会長が指名した委員が職務を代理する。

(役員任期)

第5条 副会長の任期は2年とし、再任を妨げない。

2 役員は、任期を満了した場合においても、後任者が就任するまでは、その職務を行う。

(会議)

第6条 本会議は会長が招集する。

2 本会議の進行のため議長を置き、会長がこれにあたる。

3 本会議は、総構成委員の過半数の委員（委員の代理人を含む。）の出席をもって成立する。

4 本会議は、会長がやむを得ない事情があると認めるときは、書面による本会議とすることができる。

5 会長は、必要と認めるときは、委員以外の関係者の出席を求め、その説明又は意見等を聞くことができるものとする。

6 本会議は公開とする。

(専門部会)

第7条 本会議の円滑な運営に資するため、本会議の下に専門部会を置くことができる。

2 専門部会の協議事項及び運営に必要な事項は別に定める。

(検討会)

第8条 本会議には、必要に応じ検討会を置くことができる。

2 検討会の協議事項及び運営に必要な事項は別に定める。

参考資料

(庶務)

第9条 本会議の庶務は事務局で行い、事務局は保健福祉部健康づくり推進課に置く。

(雑則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、協議会の事務処理及び運営に関し必要な事項は、別に協議して定める。

附則

この要綱は、平成31年3月22日から施行する。

附則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

別表第1

	団体名	役職	備考
1	福島県	知事	
2	公立大学法人福島県立医科大学	理事長	
3	一般社団法人福島県医師会	会長	
4	福島県商工会議所連合会	会長	
5	JA福島中央会	会長	
6	福島県商工会連合会	会長	
7	福島県中小企業団体中央会	会長	
8	福島県経営者協会連合会	会長	
9	日本労働組合総連合会福島県連合会	会長	
10	独立行政法人労働者健康安全機構 福島産業保健総合支援センター	所長	
11	福島県国民健康保険団体連合会	会長	
12	全国健康保険協会福島支部	支部長	
13	健康保険組合連合会福島連合会	会長	
14	一般財団法人福島県社会保険協会	会長	
15	公益社団法人福島県歯科医師会	会長	
16	一般社団法人福島県薬剤師会	会長	
17	公益社団法人福島県看護協会	会長	
18	公益社団法人福島県栄養士会	会長	
19	福島県市長会	会長	
20	福島県町村会	会長	
21	厚生労働省福島労働局	局長	
22	国立大学法人福島大学	学長	
23	福島県学校保健会	会長	
24	福島県PTA連合会	会長	
25	福島県食生活改善推進連絡協議会	会長	
26	公益財団法人福島県体育協会	会長	
27	福島県スポーツ少年団	本部長	
28	特定非営利活動法人 福島県レクリエーション協会	会長	
29	福島県健康を守る婦人連盟	会長	
30	公益財団法人福島県老人クラブ連合会	会長	
31	株式会社福島民報社	代表取締役社長	
32	福島民友新聞株式会社	代表取締役社長	
33	福島テレビ株式会社	代表取締役社長	
34	株式会社福島中央テレビ	代表取締役社長	
35	株式会社福島放送	代表取締役社長	
36	株式会社テレビユー福島	代表取締役社長	
37	株式会社ラジオ福島	代表取締役社長	

順不同

地域・職域連携推進部会設置要綱

(目的)

第1条 県民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小に向け、地域保健と職域保健の連携（以下「地域・職域連携」という。）強化により、健康づくりに関する取組の情報交換や健康データの分析・共有、健康課題の共有及び地域等の健康課題に応じた対策を検討するなど、県民の様々なライフステージに合わせた継続的な保健サービスの充実を図ることを目的として、地域・職域連携推進部会（以下「地域・職域部会」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 地域・職域部会は、次の事項を協議する。

- (1) 第二次健康ふくしま21計画（以下「計画」という。）の推進に関すること。
- (2) 計画の策定及び見直しに関すること。
- (3) 地域・職域連携による保健事業の情報交換及び健康情報の分析・共有等に関すること。
- (4) 地域における健康課題の明確化及び対策の検討に関すること。
- (5) その他「健康長寿ふくしま会議」（以下「本会議」という。）が指示した事項

(構成)

第3条 地域・職域部会は、計画の推進主体である次に掲げる者のうちから、委員26名以内で組織する。

- (1) 県民（家庭・地域含む）
- (2) 学校関係者
- (3) 地域（企業）関係者
- (4) ボランティア等関係者
- (5) 医療保険関係者
- (6) 保健医療関係者
- (7) 行政機関等関係者

(委員の委嘱等)

第4条 地域・職域部会の委員は、知事が委嘱又は任命する。

(任期)

第5条 地域・職域部会の委員の任期は、2年以内とする。ただし、補欠委員の任期は、前年者の残任期間とする。

2 委員は再任されることができる。

(部会長及び副部会長)

第6条 地域・職域部会に部会長及び副部会長を置く。

2 部会長及び副部会長は、委員の互選により定める。

3 部会長は、地域・職域部会を代表し、部会を総理する。

4 副部会長は、部会長を補佐し、部会長が事故あるときは、その職務を代理する。

5 部会長、副部会長ともに事故あるときは、あらかじめ部会長が指名した委員が職務を代理する。

(会議)

第7条 地域・職域部会は部会長が招集する。

2 地域・職域部会の進行のため議長を置き、部会長をもってあてるものとする。

3 地域・職域部会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

4 地域・職域部会は公開とする。

(庶務)

第8条 地域・職域部会の事務は事務局で行い、事務局は保健福祉部健康づくり推進課に置く。

参考資料

(雑 則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、専門部会の事務処理及び運営に関し必要な事項は、別に協議して定める。

附 則

この要綱は、平成31年3月22日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

健康経営推進部会設置要綱

(目的)

第1条 県民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小に向けては、生活習慣病の発症リスクが高まる働く世代への効果的な支援が重要であることから、従業員の健康を重要な経営資源と捉え、健康づくりに積極的に取り組む企業等の醸成を図るなど、健康経営を通じた健康長寿県の実現に向け、関係団体が連携して健康づくりを推進することを目的として健康経営推進部会（以下「健康経営部会」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 健康経営部会は、次の事項を協議する。

- (1) 第二次健康ふくしま21計画（以下「計画」という。）の推進に関する事。
- (2) 健康経営の推進及び普及啓発に関する事。
- (3) 企業等への健康づくり支援の総合的な企画及び調整に関する事。
- (4) ふくしま健康経営優良事業所認定及び表彰に関する事。
- (5) その他「健康長寿ふくしま会議」（以下「本会議」という。）が指示した事項

(構成)

第3条 健康経営部会は、計画の推進主体である次に掲げる者のうちから、委員19名以内で組織する。

- (1) 地域（企業）関係者
- (2) 保健医療関係者
- (3) 医療保険関係者
- (4) 保健医療専門家
- (5) 報道機関関係者
- (6) 行政機関関係者

(委員の委嘱等)

第4条 健康経営部会の委員は、知事が委嘱又は任命する。

(任期)

第5条 健康経営部会の委員の任期は、2年以内とする。ただし、補欠委員の任期は、前年者の残任期間とする。

2 委員は再任されることができる。

(部会長及び副部会長)

第6条 健康経営部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長及び副部会長は、委員の互選により定める。
- 3 部会長は、健康経営部会を代表し、部会を総理する。
- 4 副部会長は、部会長を補佐し、会長が事故あるときは、その職務を代理する。
- 5 部会長、副部会長ともに事故あるときは、あらかじめ部会長が指名した委員が職務を代理する。

(会議)

第7条 健康経営部会は会長が招集する。

- 2 健康経営部会の進行のため、必要に応じて議長を置く。
- 3 健康経営部会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 4 健康経営部会は原則として公開するものとする。ただし、公開することにより、事業の適切な執行、意思決定の中立性及び公正な会議の議事運営が困難になると部会長が判断した場合は、会議の全部又は一部を公開しないことができる。

(庶務)

第8条 健康経営部会の事務は事務局で行い、事務局は保健福祉部健康づくり推進課に置く。

参考資料

(雑 則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、健康経営部会の事務処理及び運営に関し必要な事項は、別に協議して定める。

附 則

この要綱は、平成31年3月22日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

健康ふくしま 2 1 評価検討会設置要綱

(目 的)

第1条 健康ふくしま 2 1 評価検討会（以下「検討会」という。）は、「第二次健康ふくしま 2 1 計画」（以下「計画」という。）に基づく健康づくり施策をより実効性の高いものとして推進していくため、事業の進行管理、計画の評価及び見直しの方向性の検討を行うことを目的に設置する。

(構 成)

第2条 検討会は、知事が委嘱又は任命した委員で組織する。

(協議事項)

第3条 検討会は、次の事項を協議する。

- (1) 計画の評価及び見直しの方向性の検討に関すること。
- (2) 計画に基づく事業の進行管理に関すること。
- (3) その他「健康長寿ふくしま会議」（以下「本会議」という。）が指示した事項

(委員長及び副委員長)

第4条 検討会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長及び副委員長は、委員の互選により定める。
- 3 委員長は、検討会を代表し、会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理する。
- 5 委員長、副委員長ともに事故あるときは、あらかじめ委員長が指名した委員が職務を代理する。

(会 議)

第5条 検討会は委員長が招集する。

- 2 検討会の進行のため議長を置き、委員長をもってあてるものとする。
- 3 検討会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 4 検討会は公開とする。

(庶 務)

第6条 検討会の庶務は事務局で行い、事務局は保健福祉部健康づくり推進課に置く。

(雑 則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の事務処理及び運営に関し必要な事項は、別に協議して定める。

附 則

この要綱は、平成31年3月22日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

