

第1章 計画策定に当たって

第1節 計画策定の背景

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るところです。

このような事態に対処するために、国は、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。

また、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、福島県においては、多くの県民が被災し、現在も仮設住宅等において長期間の避難生活を余儀なくされており、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ています。

このような状況の中で、福島県では「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」等を考慮した計画を策定し、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。

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 of 寿命の延伸という視点だけではなく、病気や障がいがあっ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、具体的な行動計画として「第二次健康ふくしま21計画」を策定するものです。

第3節 計画策定の視点

計画の策定に当たり、策定の視点について、次のとおり整理しました。

- 1 平成13年度から24年度まで推進してきた「健康ふくしま21計画（以下「前21計画」という。）」の第二次計画として位置付けます。
- 2 福島県独自の状況として、平成23年3月11日に発生した「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を盛り込み推進します。
- 3 前21計画の評価における「次期計画における今後の方向性」を踏まえ、計画推進項目の内容を検討しました。

第4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5節 計画の期間

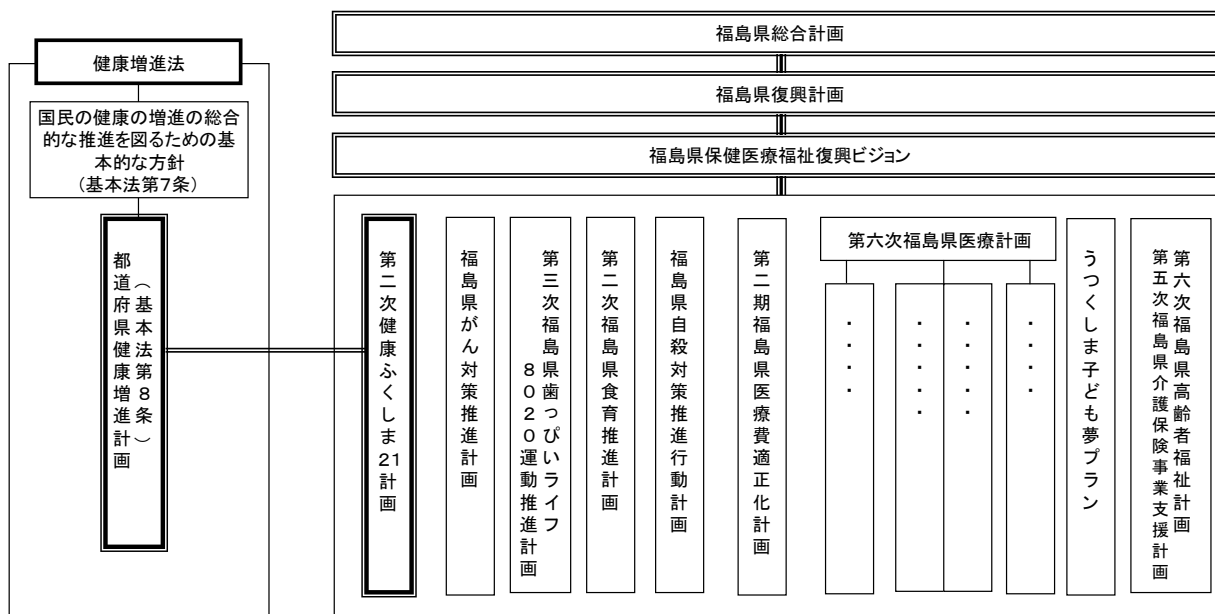
この計画の期間は、平成25（2013）年度を初年度とし、平成34（2022）年度を目標年度とする10年間とします。

なお、今後の社会経済情勢の変化等に弾力的に対応するため、5年後の平成29（2017）年度を目途に、計画の中間評価と内容の見直しを実施します。

第6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その他計画との関連図



第2章 現状と課題

第1節 県民健康の動向

1 少子化・高齢化の進行

(1) 人口構成

福島県の人口構成は、老年人口が増加し、年少人口が減少しています。今後、この少子化・高齢化の傾向はますます強くなると推計されています。また、東日本大震災及び原子力災害の影響を受け、年少人口及び生産人口を中心に予想を上回る人口減少が続いています。

高齢となっても健やかで自立した生活を送れるよう、幼少の頃からの生涯を通じた健康づくりへの取組が必要です。

なお、福島県の人口については、東日本大震災及び原子力災害の発生を踏まえ、以下のとおり、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）の二つ見通しを示しました。本県の人口は、二つのシナリオの間で推移するものと想定されます。

□ 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

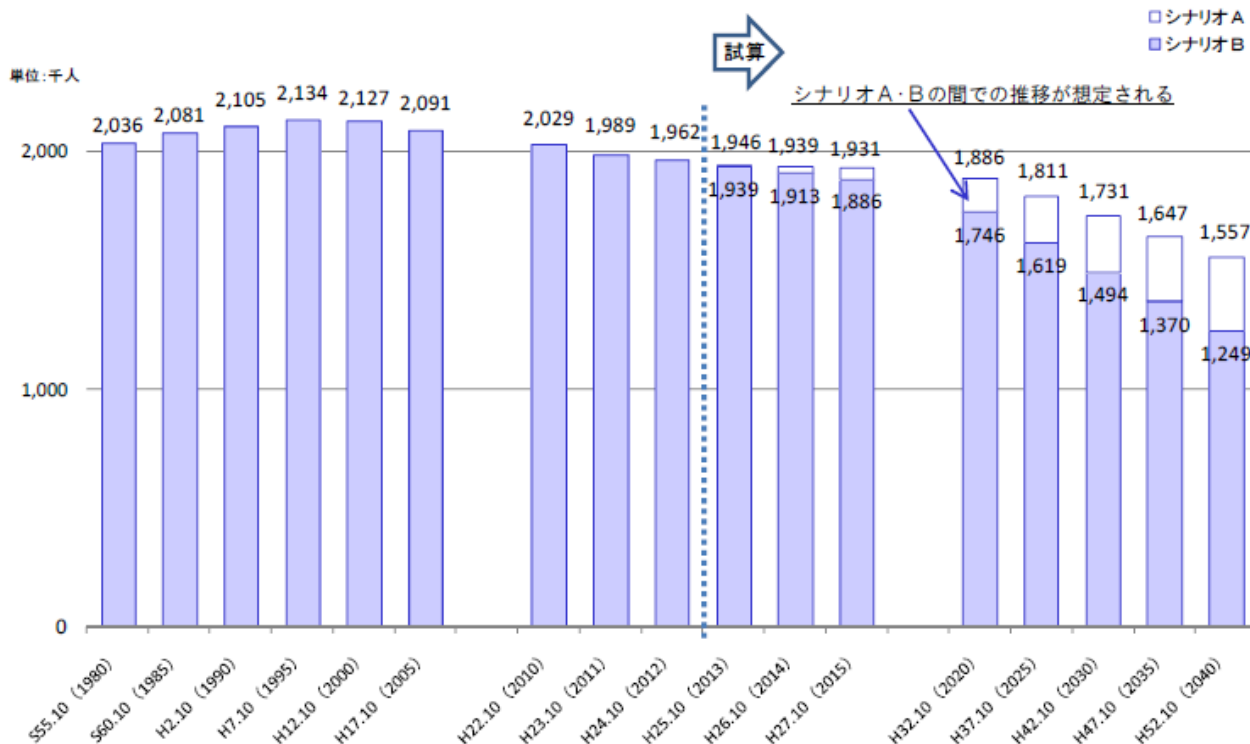
図2 福島県の将来人口の推移

【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)
				試算							
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	1,646,965	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 28.72%	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〕



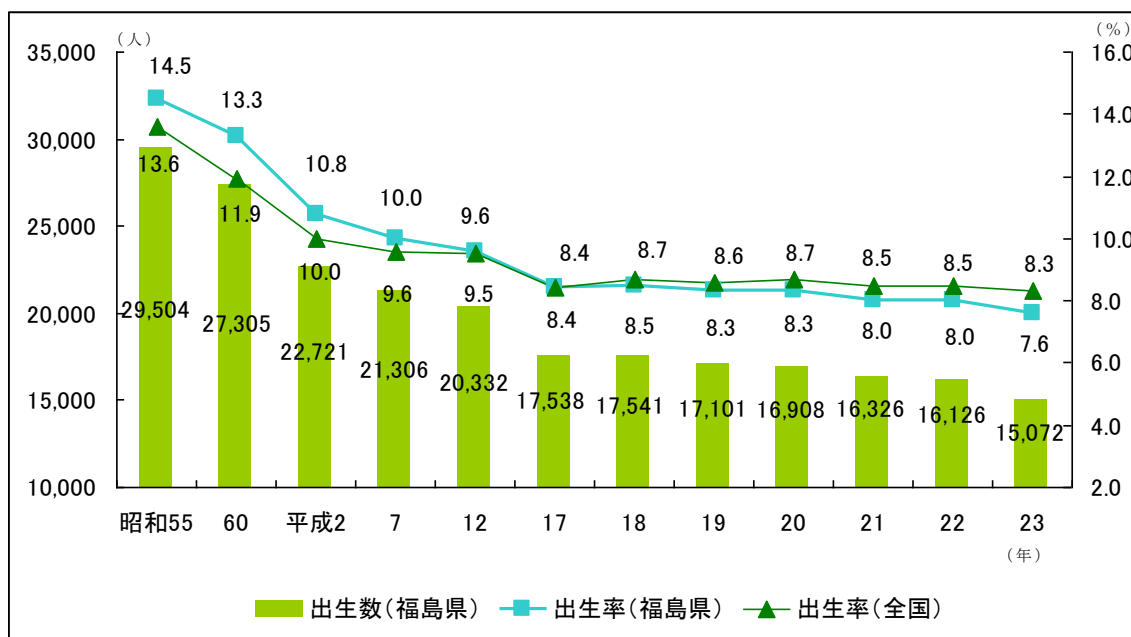
資料：福島県総合計画

(2) 出生率・死亡率・自然増加率の推移

福島県では出生率が図3のとおり年々低下する一方、死亡率は図4のとおり微増傾向にあり、特に平成23年は東日本大震災及び原子力災害の影響により急増しました。

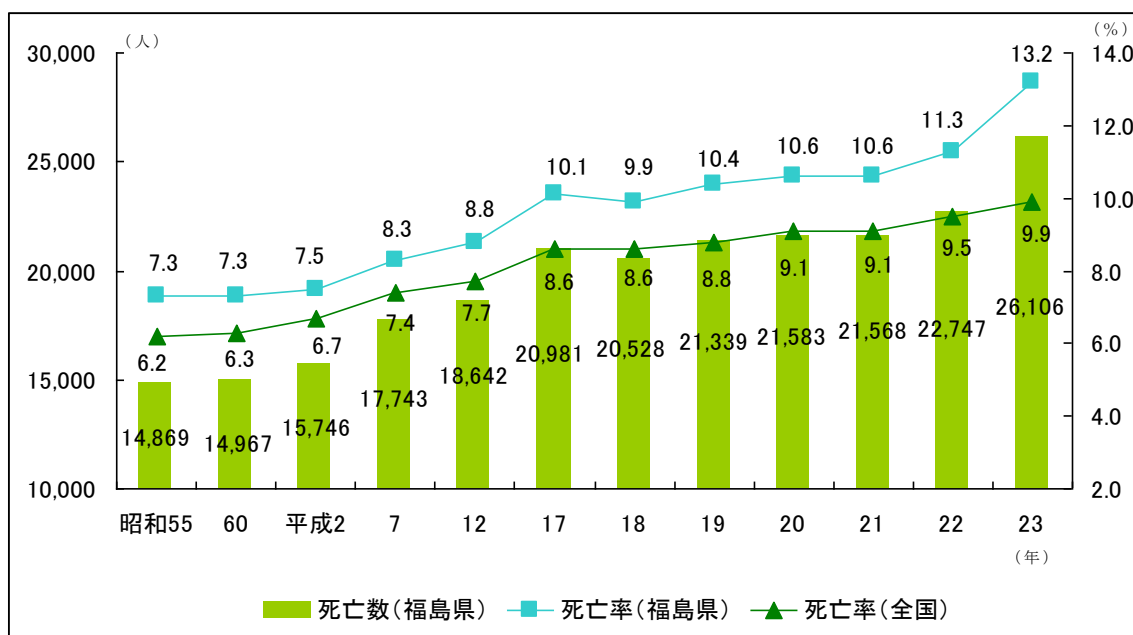
また、出生率と死亡率の差を示す人口の自然増加率は平成15年からマイナスに転じ、現在も減少傾向が続いています。

図3 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4 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）

(3) 平均寿命の推移

福島県の平均寿命は図5のとおり男女とも年々伸びていますが、男性で78.84年（全国79.59年、図6）、女性で86.05年（全国86.35年、図7）と全国平均を下回っています。

図5 平均寿命の推移（年）

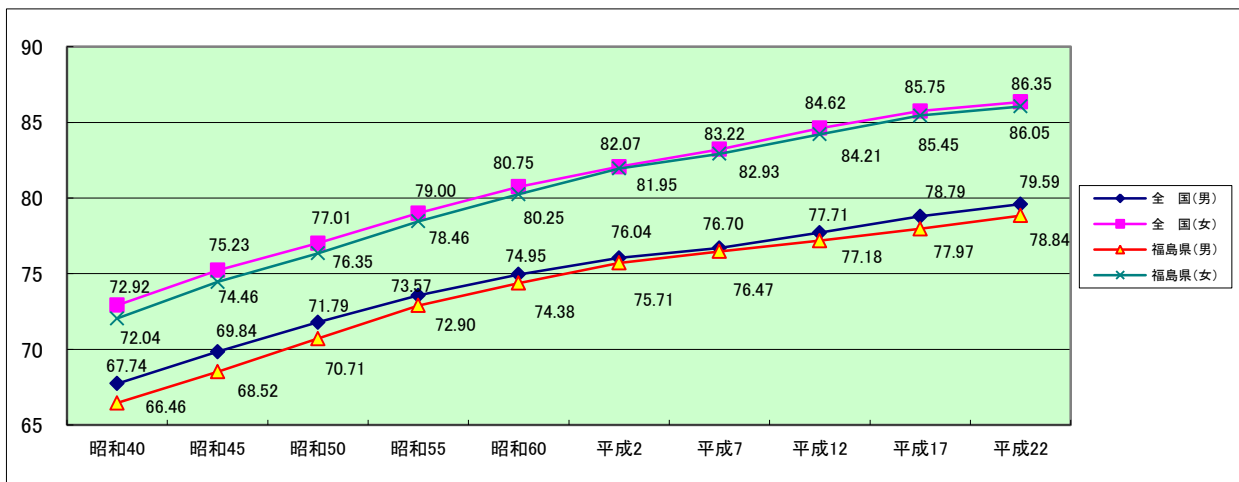


図6 平均寿命（平成22年、男性、年）

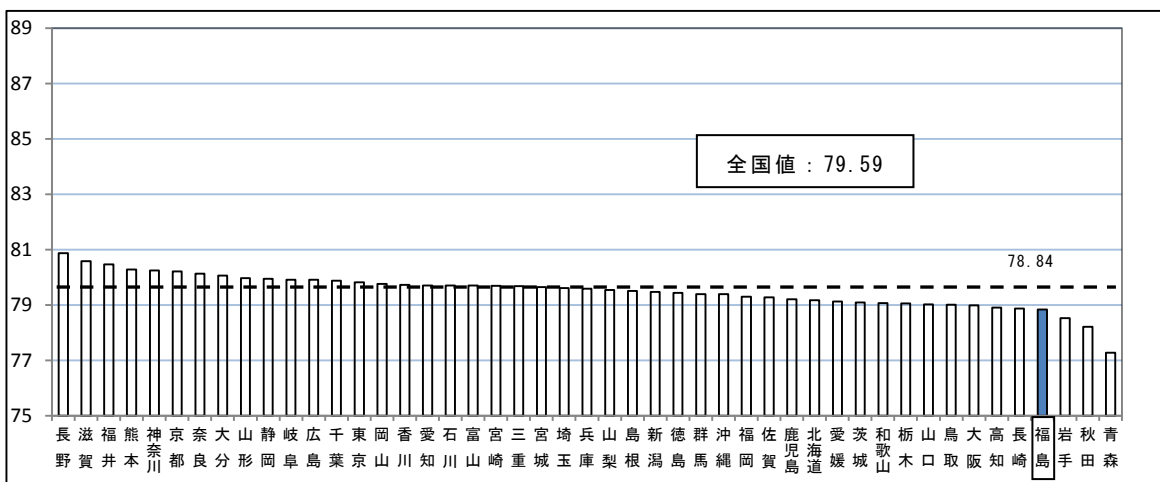


図7 平均寿命（平成22年、女性、年）

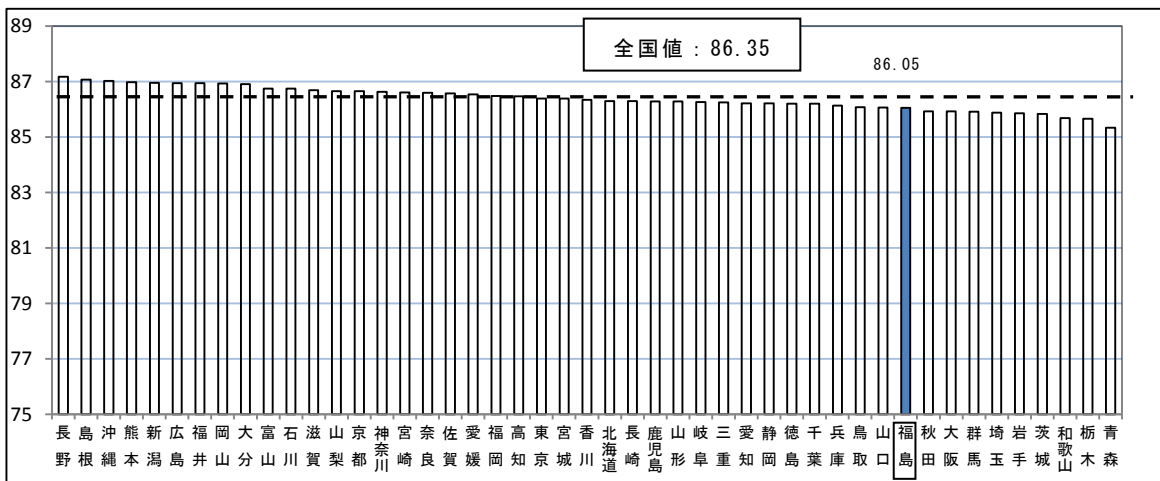


図5～7 資料：都道府県別生命表の概況（厚生労働省）

(4) 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。

平成22年の算定結果によると、福島県の健康寿命は男性69.97年（全国値70.42年）、女性74.09年（全国値73.62年）となり、男性では全国値を0.45年下回り、女性では0.47年上回る結果となりました。

また、都道府県の最高値は、男性71.74年、女性75.32年となり、福島県の健康寿命と最高値との差は、男性で1.77年、女性で1.23年となりました。

これらの状況を踏まえ、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。

表1 都道府県別健康寿命（年）

都道府県	平成22年の算定結果		(参考)自分が健康であると自覚している期間の平均(年)	
	日常生活に制限のない期間の平均(年)		男性	女性
	男性	女性	男性	女性
北海道	70.03	73.19	69.33	73.08
青森	68.95	73.34	68.89	73.46
岩手	69.43	73.25	68.81	72.40
宮城	70.40	73.78	70.80	73.35
秋田	70.46	73.99	69.56	73.37
山形	70.78	78.87	70.81	73.44
福島	69.97	74.09	69.66	73.58
茨城	71.32	74.62	71.09	73.99
栃木	70.73	74.86	69.94	74.33
群馬	71.07	75.27	70.35	74.77
埼玉	70.67	73.07	70.62	72.98
千葉	71.62	73.53	71.32	73.53
東京	69.99	72.88	68.89	73.08
神奈川	70.90	74.36	70.85	74.12
新潟	69.91	73.77	69.36	73.92
富山	70.63	74.36	69.42	73.72
石川	71.10	74.54	70.12	73.18
福井	71.11	74.49	70.23	74.34
山梨	71.20	74.47	70.49	74.77
長野	71.17	74.00	70.76	73.56
岐阜	70.89	74.15	70.32	73.29
静岡	71.68	75.32	71.01	74.86
愛知	71.74	74.93	70.60	73.37
三重	70.73	73.63	70.21	73.07
滋賀	70.67	72.37	70.10	73.03
京都	70.40	73.50	69.56	73.31
大阪	69.39	72.55	68.69	72.12
兵庫	69.95	73.09	68.98	72.72
奈良	70.38	72.93	71.10	74.03
和歌山	70.41	73.41	70.44	73.76
鳥取	70.04	73.24	69.67	72.67
島根	70.45	74.64	69.62	74.23
岡山	69.66	73.48	69.20	73.73
広島	70.22	72.49	68.97	72.59
山口	70.47	73.71	68.92	72.24
徳島	69.90	72.73	69.03	72.45
香川	69.86	72.76	69.27	72.86
愛媛	69.63	78.89	68.70	73.45
高知	69.12	73.11	68.64	71.92
福岡	69.67	72.72	68.89	72.14
佐賀	70.34	73.64	69.80	73.28
長崎	69.14	73.05	69.19	73.73
熊本	70.58	73.84	69.66	73.76
大分	69.85	73.19	69.13	72.85
宮崎	71.06	74.62	71.55	75.31
鹿児島	71.14	74.51	70.77	74.70
沖縄	70.81	74.86	70.46	73.84
全国	70.42	73.62	69.90	73.32

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」

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。

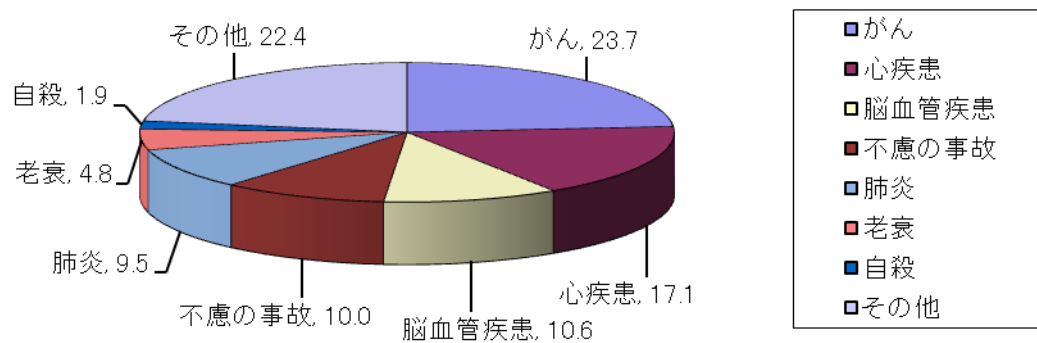
病気や障がいがあっても、生きがいを持って自立した生活をするなど、「生活の質」を高め、健康寿命の延伸を図ることが、平均寿命と健康寿命の差を短くし、健康で長生きすることにつながります。

2 主要死因

福島県の死因別死亡割合（図8）をみると、第1位が「がん」で23.7%、第2位が「心疾患」で17.1%、第3位が「脳血管疾患」で10.6%と生活習慣病による死亡が半数以上を占めています。また、東日本大震災により、不慮の事故による死亡者数が例年の約4倍と多くなっています。

年代別にみると、図9のとおり50歳の働き盛りの年齢から84歳までがんは死因の第1位となっています。また、49歳以下は自殺及び不慮の事故が死因の上位を占めています。

図8 福島県の死因別死亡割合（平成23年、%）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図9 福島県の主な死因別・年齢階層別死亡割合（平成23年）

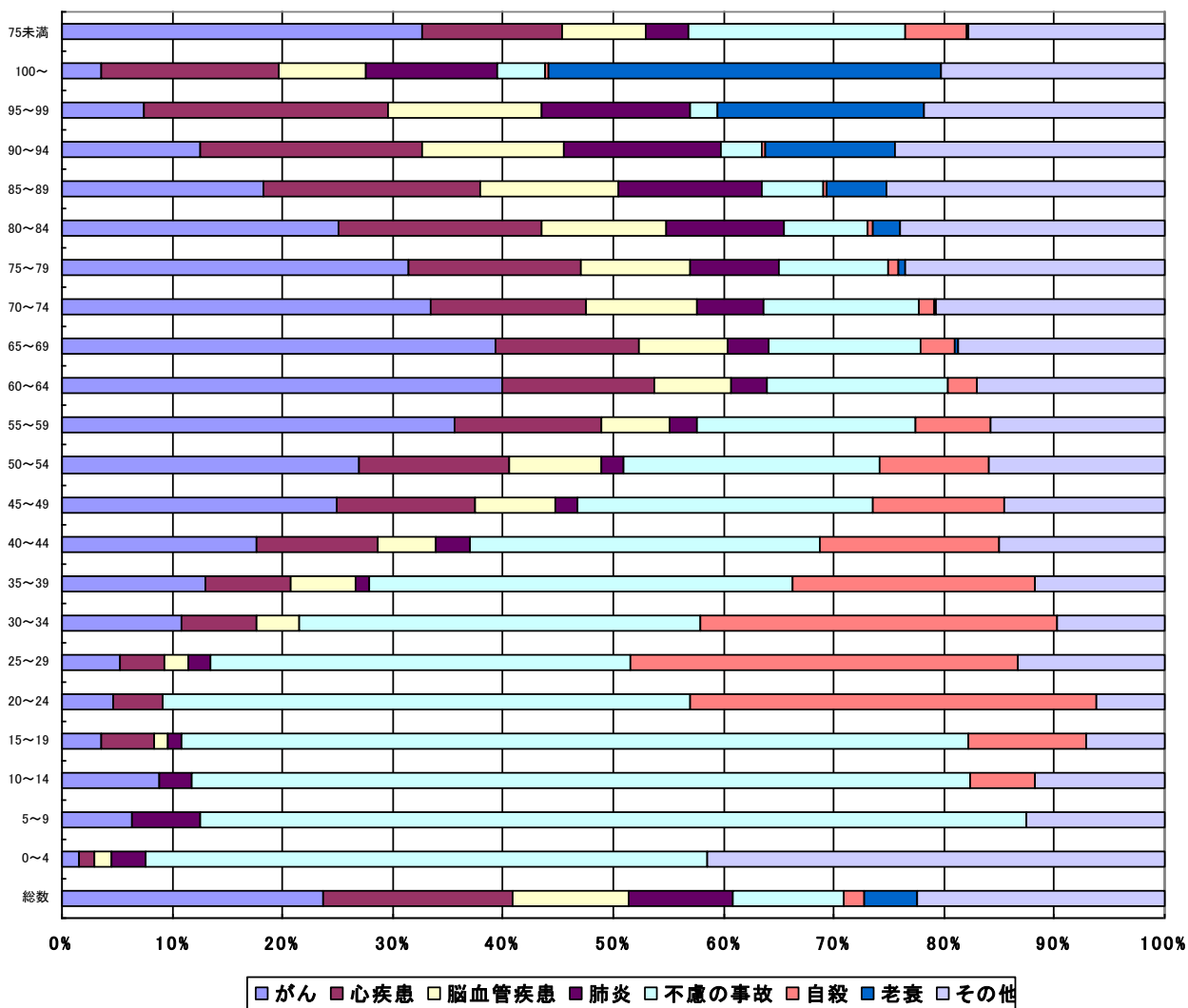
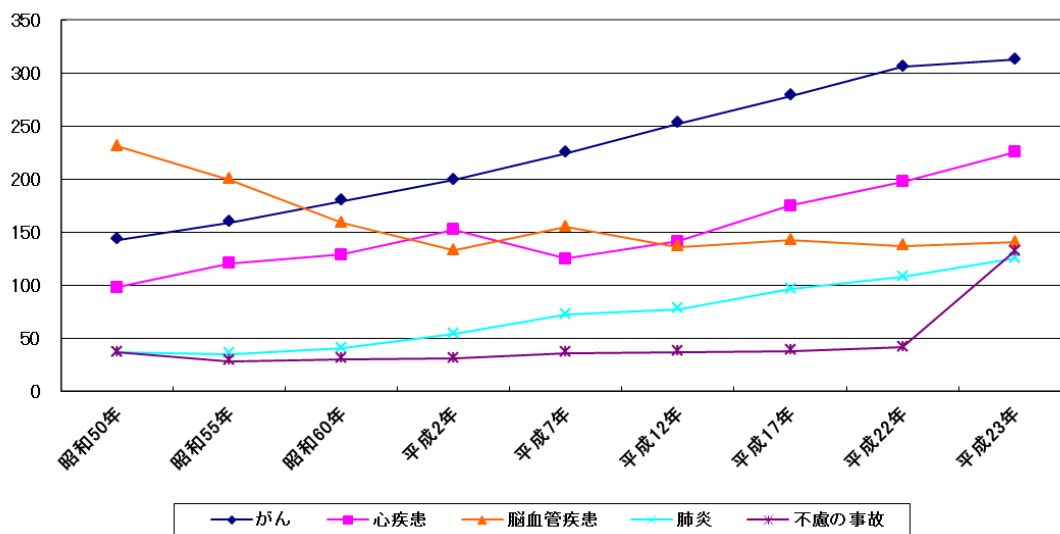


図10 福島県の主な死因別死亡率（人口10万対）の年次推移



3 要介護（要支援）高齢者の現状と将来推計

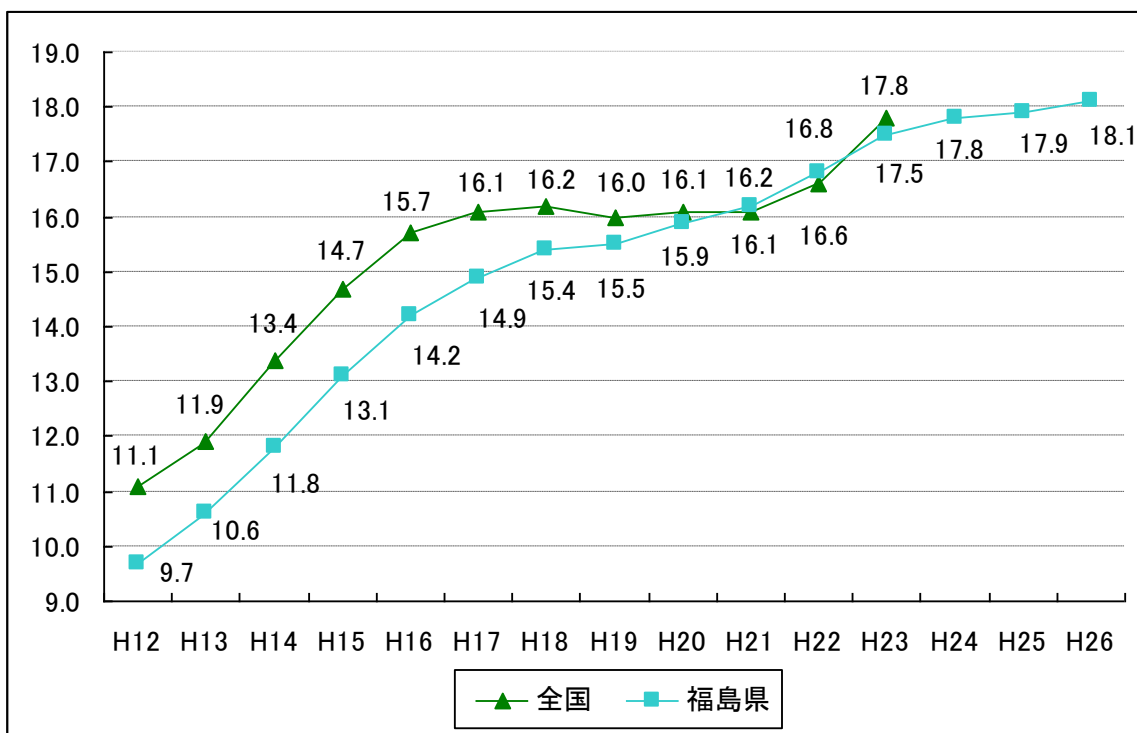
福島県の高齢者に占める要介護・要支援認定者の割合は、図11のとおり介護保険制度の定着や高齢化の進展、特に75歳以上の高齢者の増加などから、制度が始まった平成12年以降一貫して上昇を続けています。

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（相双圏域の10市町村を除く。）が推計した要介護・要支援認定者数等の集計結果では、平成26年度には88,909人、65歳以上の被保険者に占める割合（認定率）は18.1%となる見込みです。

要介護・要支援度区分で見ると、平成26年度では、要介護2が17.2%と最も多く、次が要介護1で、17.1%になる見込みです。

図11 要介護（要支援）認定率の推移（%）



資料：平成12年～23年は、介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

平成24年度以降は、各市町村の第五次介護保険事業計画における推計値

※1 平成23年の数値には、介護保険事業状況報告の作成が困難な広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、飯館村の相双圏域の7町村のデータが含まれていない。

※2 平成24年度～26年度の数値には、将来推計が困難な南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村の相双圏域の10市町村のデータが含まれていない。

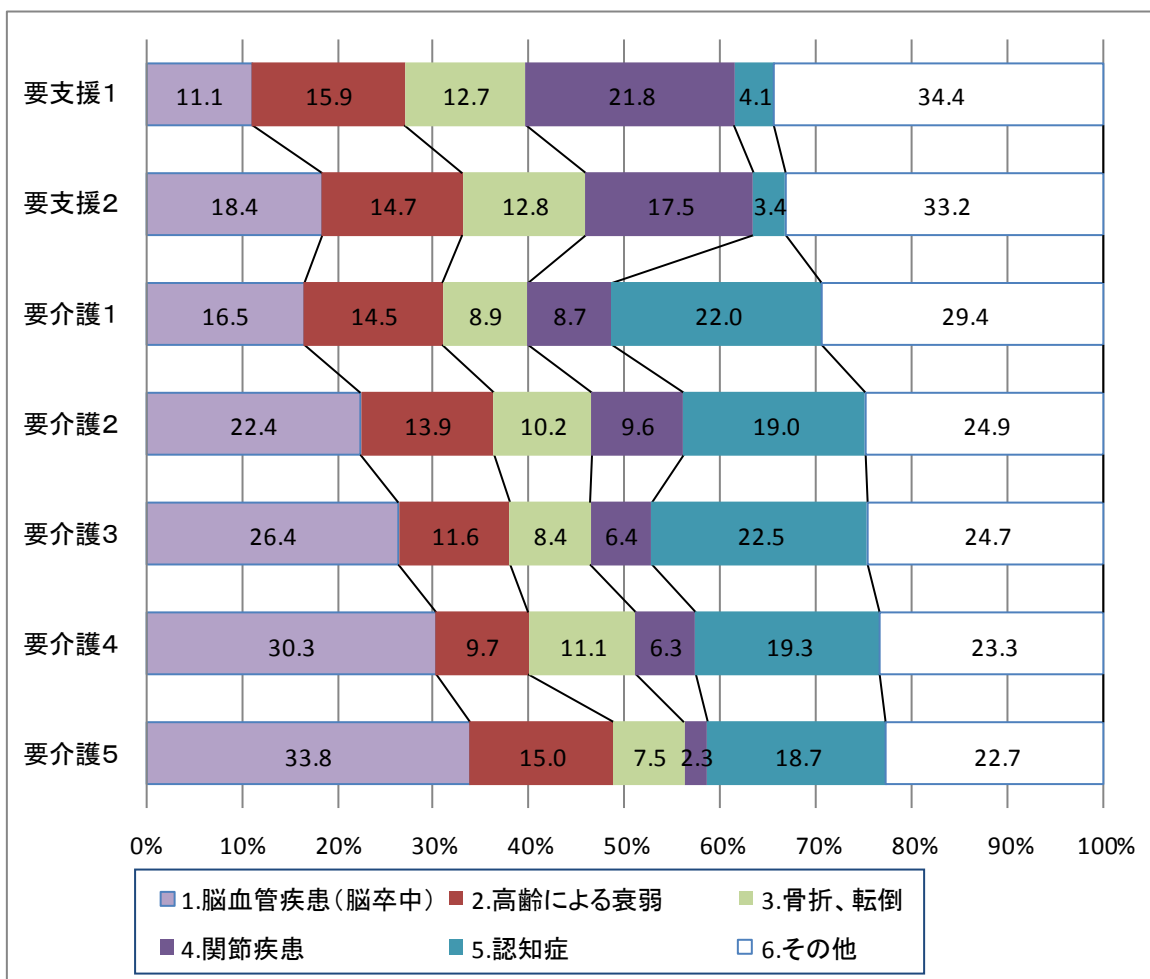
資料：第六次福島県高齢者福祉計画・第五次福島県介護保険事業支援計画

【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、図12のとおり要介護度によって差が見られます。軽度者（要支援1、2や要介護1）では、高齢による衰弱、関節疾患が多く、重度者になると脳血管疾患（脳卒中）や認知症が多くなっています。

図12 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、％）



資料：第六次福島県高齢者福祉計画・第五次福島県介護保険事業支援計画
（平成22年度国民生活基礎調査を基に算出）

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（図13）を見ると全がんでは、概ね全国値と同様であり、地域差はあまり見られないものの、心疾患においては、県中・県南・相双・いわき地域が、脳血管疾患では県南・相双・いわき地域が他の地域に比較して高い状況にあります。

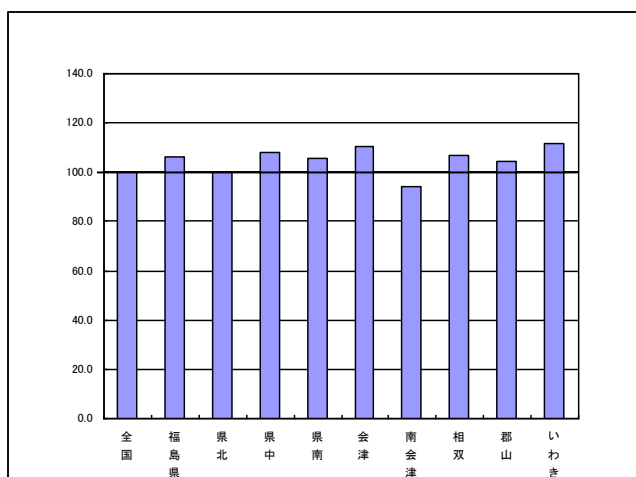
なお、ここでは、福島県内の保健所単位の状況を示しています。

図13 福島県地域別標準化死亡比（主要死因別、平成15～19年）

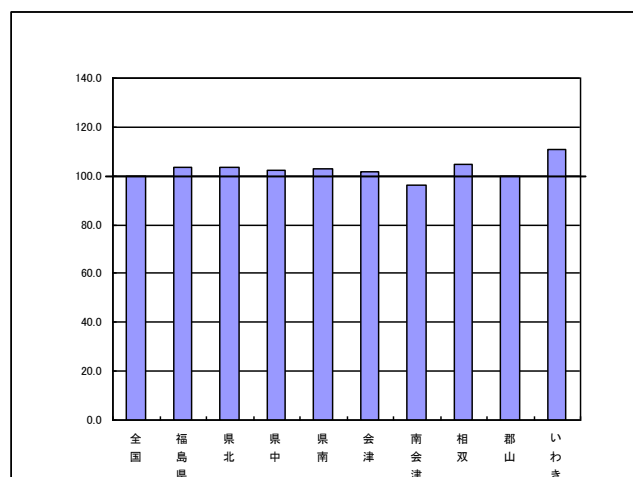
※1 全国値を100とした場合の指標

※2 県中には郡山市は含まれません

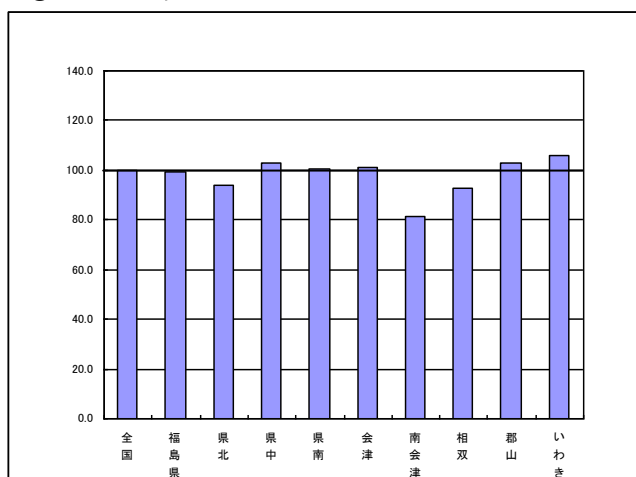
①全死因（男性）



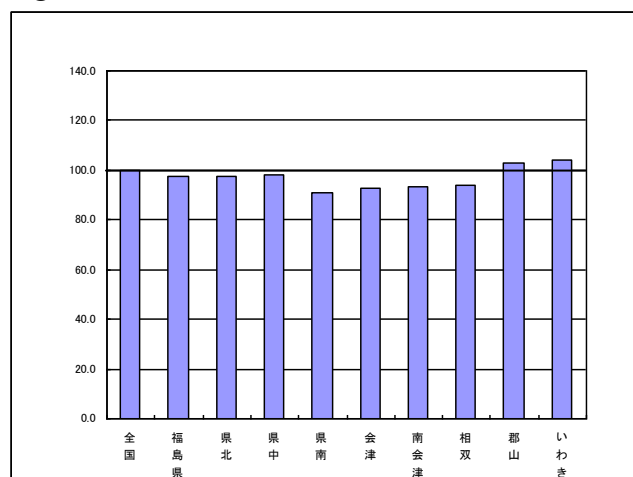
②全死因（女性）



③全がん（男性）



④全がん（女性）

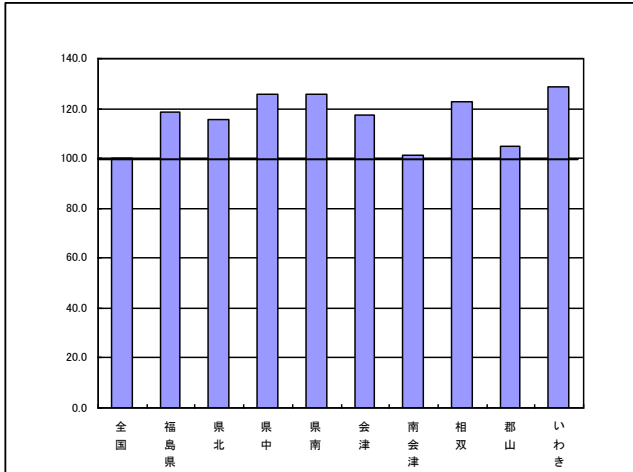


資料：福島県保健統計の概況（平成15～19年人口動態統計特殊報告（厚生労働省））

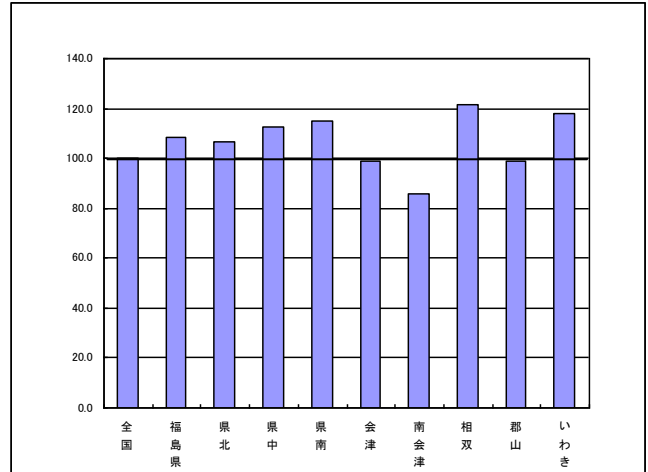
標準化死亡比（SMR：standardized mortality ratio）

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。

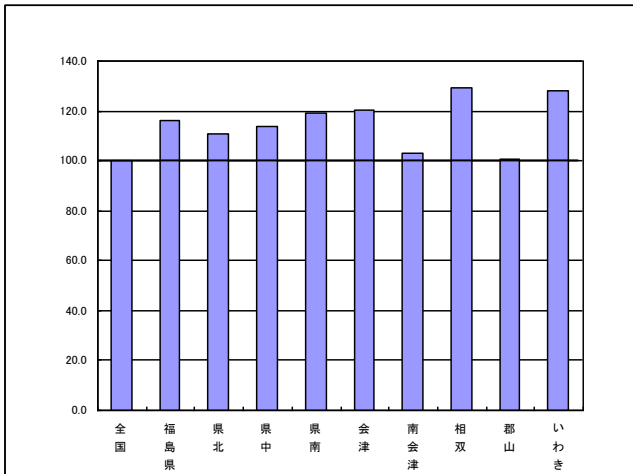
⑤心疾患（※高血圧性除く）（男性）



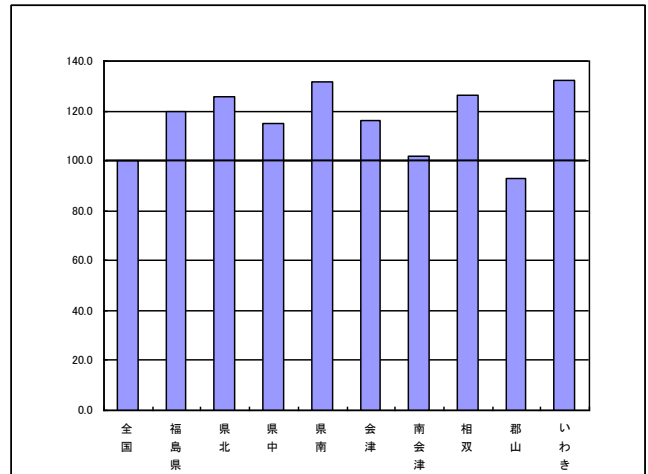
⑥心疾患（※高血圧性除く）（女性）



⑦脳血管疾患（男性）



⑧脳血管疾患（女性）



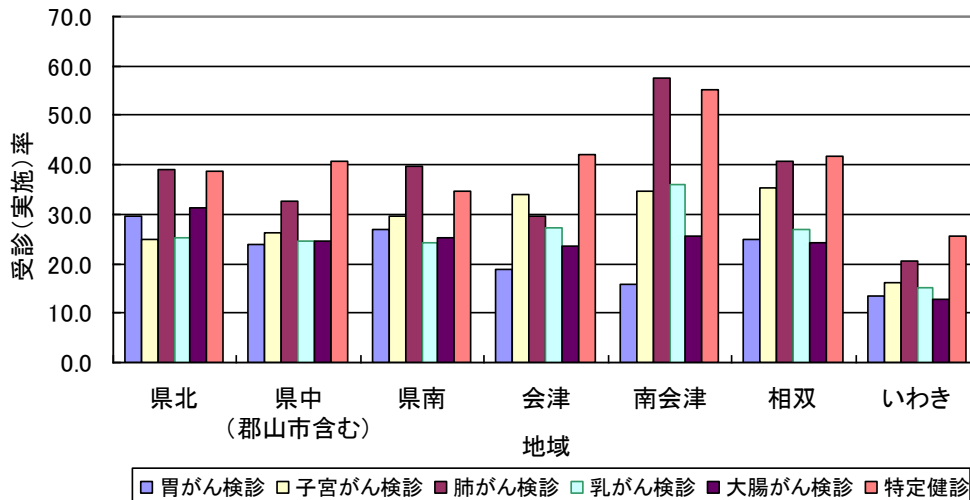
資料：福島県保健統計の概況（平成15～19年人口動態統計特殊報告（厚生労働省））

（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（図14）を見ると、検診ごとにばらつきはあるものの、南会津や相双地域においては、他の地域に比較して高い傾向にあります。

なお、ここでは、福島県内の2次医療圏単位の状況を示しています。

図14 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21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

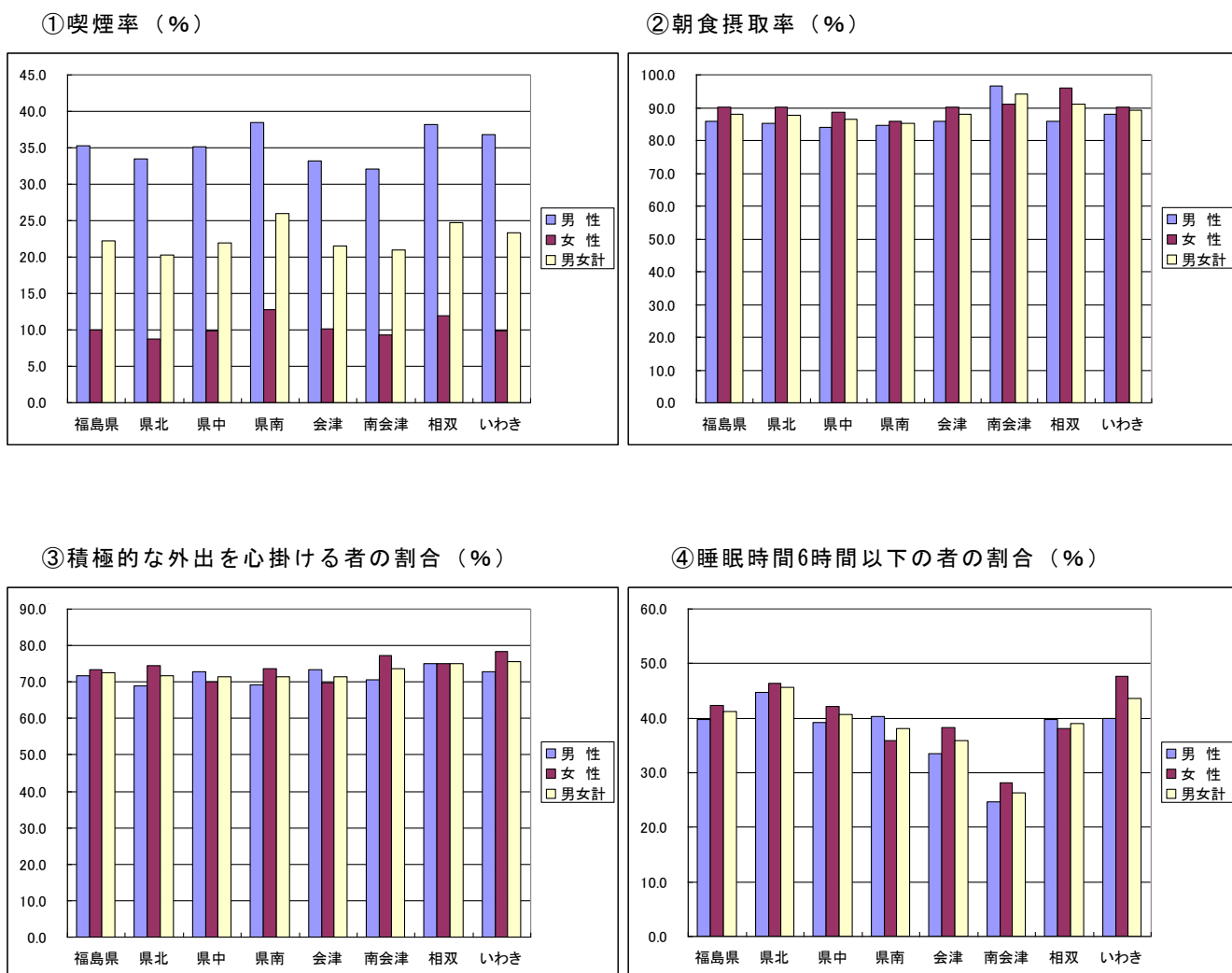
福島県内の地域別の健康や生活習慣等の状況（図15）について見ると、平成21年度に実施した県民健康調査の結果より、「喫煙率」については、県南・相双・いわき地域において、他の地域に比較して高い状況にあり、「朝食摂取率」「積極的な外出を心掛ける者の割合」については、南会津・相双・いわき地域において他の地域に比較して高い状況にあります。

また、「睡眠時間6時間以下の者の割合」については、会津、南会津地域において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。

なお、ここでは、福島県内の2次医療圏単位の状況を示しています。

図15 福島県地域別健康や生活習慣の状況の割合（％）



資料：平成21年度県民健康調査（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16万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5万7千人（平成25年2月7日現在、「震災による避難者の避難場所別人数調査（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、県民の健康に関する調査を次のとおり平成21年度に行いました。その中から健康意識に関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：郵送による配布・回収

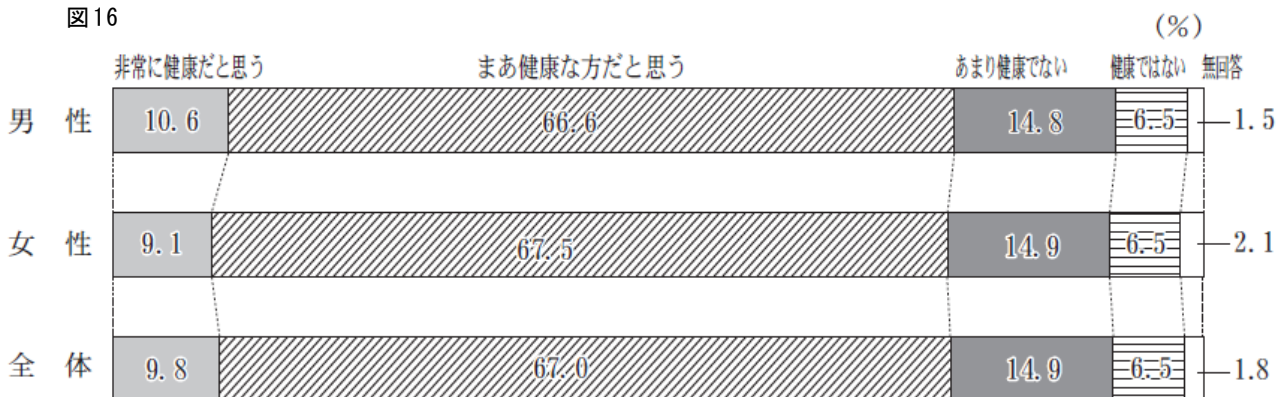
調査時期：平成21年9月～平成22年3月

回答数（率）：4,628人（47.1%）

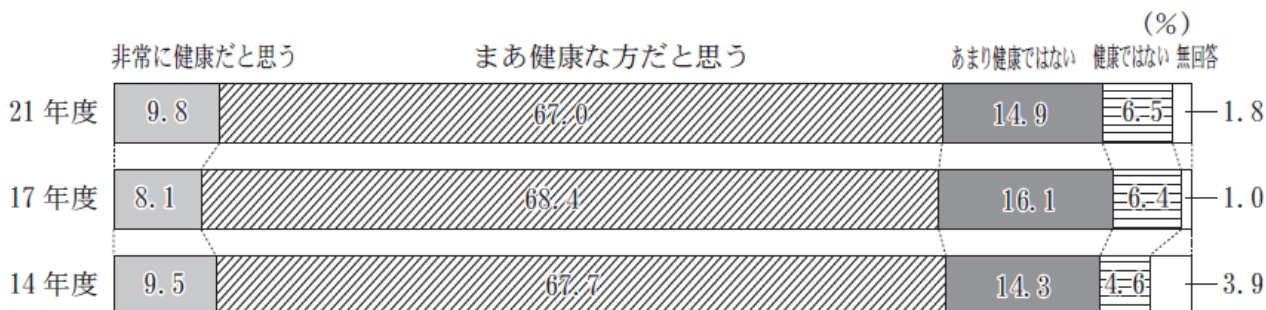
1 健康についての意識

図16のとおり全体の76.8%が、「非常に健康だと思う、まあ健康な方だと思う」と答えているのに対し、21.4%が「あまり健康ではない、健康ではない」と答えています。年齢別にみると健康状態が「あまり健康ではない、健康ではない」とする者の割合は年齢上昇とともに増加しています。

図16



【参考：健康についての意識の推移】

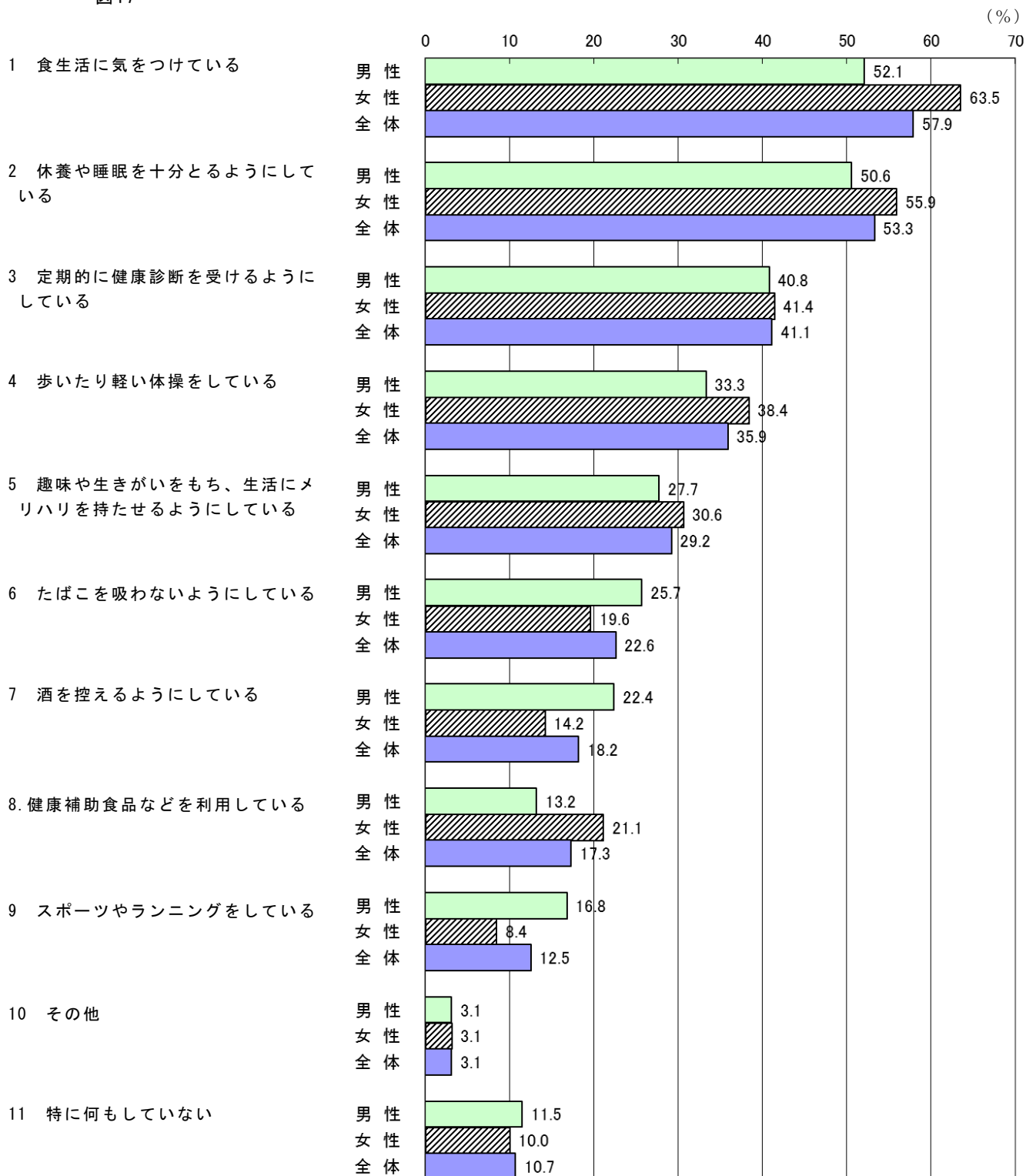


2 健康づくりのために気をつけていること

健康づくりのために気をつけていることの内容（図17）を見ると、全体では「食生活に気をつけている」が57.9%と最も多く、次いで「休養や睡眠を十分とるようにしている」53.3%、「定期的に健康診断を受けるようにしている」41.1%などとなっています。

一方、「特に何もしていない」とする方も10.7%います。

図17



第3節 第二次健康づくり県民運動に向けた課題

1 前21計画評価を踏まえた課題

前21計画の評価は、その評価を平成25年度以降の運動の推進に反映させることとし、平成22年度に「健康ふくしま21評価検討会」において、喫煙からがんまでの9分野の評価を実施しました。また、平成24年度には「地域・職域連携推進専門部会」において、平成20年度から推進してきたメタボリックシンドローム対策分野の評価を実施しました。評価は、目標の達成状況や関連する取組の状況について行いました。

(1) 評価の結果

ア 全体目標達成状況等の評価

10分野の全指標から再掲項目を除く、111項目の達成状況は次のとおりとなります。評価においては、各推進方策の目標値を達成しているものは少なく大変厳しい結果となりましたが、数値目標の多くは進展がみられました。

項目別数値目標評価の基準	該当項目【割合】
評価S：目標に対する達成状況が、10割以上（目標達成）	9項目【8.1%】
評価A：目標に対する達成状況が、8割以上10割未満（概ね達成）	12項目【10.8%】
評価B：目標に対する達成状況が、5割以上8割未満	12項目【10.8%】
評価C：目標に対する達成状況が、5割未満	52項目【46.9%】
評価未実施	17項目【15.3%】
目標値・基準値未設定	9項目【8.1%】
合 計	111項目【100.0%】

なお、10分野の目標の中、主なものは、以下のとおりとなりました。

評価S：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を知っている人の割合の増加
年齢調整死亡率の推計値（全がん：男性、大腸がん：男性等、肺がん：男女）の減少
毎食後歯を磨く者の割合の増加 など

評価A：脂肪エネルギー比率が過剰な者の割合の減少
日常生活における歩数の増加（女性）、65歳以上の自殺率の減少 など

評価B：喫煙率の減少（男性）
料理の栄養成分表示及び健康に配慮した食事を提供するレストラン等の数の増加
3歳児におけるう歯のない者の割合の増加 など

評価C：特定健診・保健指導の実施率の向上、がん検診受診率の向上、
多量飲酒者の割合の減少
運動習慣者の割合の増加 など

イ 取組状況の評価内容

各推進方策の評価内容は次のとおりとなりました。

(ア) たばこ

空間分煙はかなり進展しているが、まだ不十分な状況。男性の喫煙率は未達成であるものの進展が見られる。しかし、女性の喫煙率については横ばいで推移しており問題が残る。また、各施策とも十分とは言えないが、一定の事業は実施されていた。

(イ) 栄養・食生活

食生活形成のための教育の推進、情報提供については十分に推進されている。概ね実施率は高い状況にあるが、職域保健との連携や食生活の環境整備については不十分である。

(ウ) 身体活動・運動

高齢者への身体活動について普及啓発の実施率は高い。成人では実施状況は悪く、数値目標も改善傾向は認められるものの、ほとんど達成されていない。運動習慣者においては悪化している。より効果的な普及啓発活動が望まれる。

(エ) 休養・こころの健康

高齢者自殺率の項目は減少し、進展が見られるが、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など、その他の項目については未達成の状況にあり、今後更なる対策を講じる必要がある。

(オ) アルコール

習慣的飲酒者の割合については、男性では未達成であるが進展がみられる。しかし、女性では目標値に達していない。

アルコール依存症等疾患としての飲酒問題解決のための諸事業については評価できるが、節度ある飲酒を促す啓発活動が不足している。

(カ) 歯の健康

ライフステージにより数値目標の達成度にかかなりの違いが認められる。幼児期のう蝕有病状況は全国と比較すると高い状況にある。学齢期、成人期では進展が見られるが、歯科保健行動に関する項目については、一部を除き未達成であった中間評価とほぼ同じ状況にある。

(キ) 糖尿病

発症予防、早期発見に対する取組は評価できる。「糖尿病予防のための知識の普

及」「健康教育・健康相談・保健指導」、「健診受診の推進」等に関する実施率は高い。受診率は10年間でやや向上している。しかし、他の項目は未達成であり、今後更なる取組が必要である。全体的に見ると実施不十分である。それに追従するように目標値もほとんど横ばいであり、悪化したものもある。

(ク) 循環器病

脳血管疾患については改善が見られるものの、心疾患等のその他の項目については未達成の状況にあり、今後更なる取組が必要である。

(ケ) がん

がんの一次予防事業の実施率が目標に到達していない。二次予防としても、要精検者の更なる受診率の向上が必要である。

(コ) メタボリックシンドローム対策

メタボリックシンドロームの認知度が高くなったことは、評価に値するが、県民の具体的な行動に結びついていないことが大きな課題である。

重要項目である特定健診・保健指導の実施率を上げることが必要である。

(2) 第二次計画に向けた各推進方策の今後の方向性

評価では、現状を踏まえ第二次健康ふくしま21計画の策定に向け、今後の方向性を以下のとおり整理しました。

ア たばこ

- 県は、引き続き喫煙率低下につながる取組を実施していく。とりわけ、女性に視点をおいた取組を強化していく必要がある。
- 市町村は、県・関係団体等と連携を取りながら積極的なたばこ対策を推進していく必要がある。
- 県や市町村は、小中学生を対象とした喫煙の害に関する啓発教育の更なる推進を図る必要がある。

イ 栄養・食生活

- 県は、「うつくしま健康応援店」の普及拡大など、食生活環境の整備に努めるとともに、職域保健事業との連携を図る必要がある。
- 市町村は、食生活改善推進員の拡充や職域保健事業との連携を推進する必要がある。
- 県民は、日常生活の中で、規則的な食事摂取や毎食の野菜摂取を心がけるなど、健康的な食生活の実践に努める必要がある。

ウ 身体活動・運動

- 県と市町村は、職域保健と連携した労働者へのアプローチや情報提供に努めていく必要がある。
- 県と市町村は、「県民健康の日」に合わせたイベントを実施するなど、運動等の継続を促す取組等を企画し、情報提供に努めていく必要がある。
- 県民は、日々の生活の中で、短時間でも継続的に身体を動かす取組に努める必要がある。

エ 休養・こころの健康

- 県・市町村・関係団体等は、密接な協力体制を構築し、休養やこころの健康に関する課題に取り組み、実績を上げていくことが必要である。
- 市町村は、関係団体と協力しながら、地域の中で一人ひとりが人々とのつながりを感じながら暮らすことができるよう、個別訪問や相談体制の強化などを通し、孤独にならない環境づくりを更に推進していく必要がある。

オ アルコール

- 県は、個人のアルコールの適量チェックが可能となるリストの作成などの情報提供及び啓発教育に努める必要がある。
- アルコールに起因する問題行動を防ぐため、家庭・職場・地域において、互いに関わり合える環境づくりを心がけていく必要がある。
- 県民は、自らのアルコール摂取について理解し、節度のある適度な飲酒に努める必要がある。

カ 歯の健康

- 県は、「歯科保健情報システム」を有効活用し、情報の収集・分析・評価を行い、その結果を基に、市町村の支援をしていく必要がある。
- う蝕、歯周病及び口腔がんと生活習慣病との関わりなどの情報を県民に周知していく必要がある。
- 市町村は、幼児期における歯科保健を充実させるため、健診従事者に対し「幼児歯科健康診査マニュアル」を周知し活用を図るとともに、う蝕ハイリスク児へのフォローアップ体制を確立する必要がある。
- 県は、より効果的な事業の推進を図るため、歯科保健推進条例※の制定等を含めた対策の検討を進める必要がある。

福島県歯科口腔保健の推進に関する条例

歯や口腔の健康づくりに取り組み、県民の生涯にわたる健康保持増進を図ることを目的に制定しました。（平成24年7月10日公布、平成24年8月1日施行）

キ 糖尿病

- 県は、糖尿病及びその合併症予防に関する知識の普及啓発に努めるとともに、市町村における効果的な事業の推進に対する支援を行う必要がある。

- 市町村は、健診要医療者の二次健診受診率向上に向けた対策を推進していく必要がある。
- 県民は、日々の生活の中で糖尿病予防のための望ましい食生活や運動の実践に努める必要がある。

ク 循環器病

- 県は、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、健康教育担当者の資質向上を図る取組を実施していく必要がある。
- 市町村は、運動しやすい地域環境や飲食店における塩分使用の適正化など、生活習慣を改善できる環境整備を積極的に推進する必要がある。

ケ がん

- 県や市町村は、がんの予防に関する情報提供を積極的に行うとともに、学校・事業所などのあらゆる関係機関とともに、がん予防健康教育の実施に努めていく必要がある。
- 県や市町村は、民間企業や医療保険者との連携など、あらゆる手段を活用し、がん検診の受診率向上を図る必要がある。
- 市町村などのがん検診実施者は、がん検診要精検者の精検受診率100%を目指し、積極的な受診勧奨等を実施する必要がある。

コ メタボリックシンドローム対策

- 県、市町村及び関係機関において協力しながら、食生活や運動、喫煙対策及び糖尿病対策等の普及啓発などのポピュレーションアプローチを、今後も積極的に取り組むことが必要である。
- 医療保険者は、健診実施率を高めるとともに、ハイリスク者を絞り込み個別にアプローチするなど、ハイリスクアプローチを効果的に実施する必要がある。
- 県、市町村及び医療保険者は、ハイリスクアプローチに関わる保健医療専門職及びボランティア等の人材を育成し、ハイリスクアプローチの積極的な推進を図るための基盤を整備していく必要がある。
- 県及び市町村は、東日本大震災及び原子力災害の影響により長期間避難生活をしている方などに対し、生活習慣病予防等に関する支援を重点的に実施する必要がある。
- いずれのアプローチにおいても、県及び市町村は、各関連機関等と密接な連携のもと事業を推進していく必要がある。
- 県は、市町村との連携を強化し、更なる専門的支援及び技術的支援をする必要がある。
- 県は、保険者等関係機関との更なる連携強化のため、保険者協議会等への積極的な関わりが必要である。

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

基本目標を達成するためには、重点施策に基づいた次のような方策が必要です。

生活習慣病予防とはまさに、個人の生活習慣の改善（行動変容）にほかなりません。行動変容のためには、まず意識を変えること（意識変容）が必要です。意識変容が行動変容を起こし、この行動変容が集団全体に波及して、集団全体の行動変容として定着していく仕組みを構築していきます。

○健康づくりに必要な場所、時間、仲間を創出するための仕組みづくり

健康づくりは、日常生活の場において、その場を構成する人々と、手軽に楽しく、継続的に取り組むことが重要であることから、家庭・学校・職域・地域など身近な場において、

健康づくりに必要な場所の整備、仲間や組織づくり、適切な機会の提供など、各々の場における具体的な仕組みづくりを進め、人々の生涯を通じた健康づくりの実践を支援する社会を形成することが必要です。

○地域の特性や機能を活かした、健康を重視し育み支え合う社会環境づくり

地域には地域特有の生活様式や習慣があり、住民の健康状態についても地域間のさまざまな格差が存在することから、各地域の特性や健康課題を的確に把握し、地域の特性を活かしながら、その課題に対する対策を効果的・重点的に実施していくことが重要です。地域住民が「より健康な地域は自分たちでつくる」という意識をもって、自主的な提案や参加・交流を活発に行い、健康を重視し育み支え合う社会環境づくりに取り組むことが必要です。

○健康づくり推進のための包括的な連携体制づくり

県民の健康づくりを目指した対策を、より効果的・重点的に実施するため、県や市町村、健康づくり関係団体間の役割分担に基づく連携体制はもとより、それぞれの組織内における保健・医療・福祉部門の連携体制、学校・職域保健事業、健康増進事業、医療保険者の保健事業などの横断的な連携体制を構築する必要があります。

第3節 推進主体と役割

第二次健康ふくしま21計画を策定し、推進することの意義は、健康づくりの目標値の設定自体にあるのではなく、その達成すべき目標を関係者が共有するとともに、各々の立場からその役割を果たすことにより、健康づくりを推進していくことにあります。

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、地域活動に積極的に参加する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つなが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 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り、県や市町村とも連携して、より効果的かつ効率的な活動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。

9 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。

10 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・活用して効果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。

11 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、平成 34 年（2022 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ます。

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、前計画においても使用した重要な指標を加えることとしました。

また、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ました。今後、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行うこととします。

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、設定することとしました。

- (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) 県のお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まで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っていくこととします。

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

平成22年の算定結果によると、福島県の健康寿命は男性69.97年（全国値70.42年）、女性74.09年（全国値73.62年）となり、男性では全国値を0.45年下回り、女性では0.47年上回る結果となりました。

また、都道府県の最高値は、男性71.74年、女性75.32年となり、福島県の健康寿命と最高値との差は、男性で1.77年、女性で1.23年となりました。

このため、健康寿命の延伸を図り、都道府県最高値との差を縮小するための対策を実施する必要があります。

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計画で掲げる全ての取組を計画的に実施し、健康寿命の延伸を図ります。
- 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するとともに、県内における地域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ます。

数値目標

目標項目	基準値	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	男性 71.74年	
	女性 74.09年	女性 75.32年	
	（平成22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」）		

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

福島県における平成23年のがんによる死亡者数は6,192人（死亡率人口10万対312.6）であり、これは総死亡の23.7%を占め、死因の第1位です。

がんの部位別の死亡率は図18のとおりであり、がんの年齢調整死亡率※を主要部位別に全国と比較したものは図19のとおりです。

福島県の年齢調整死亡率の年次推移（図20）では、全国と同様の推移を示し、男性では、胃がん、肝臓がん、大腸がん、前立腺がんで減少傾向にあり、肺がんは横ばい傾向を示しています。また女性では、胃がん、肝臓がんで減少傾向を示していますが、乳がん、大腸がん、肺がんで横ばい傾向、子宮がんで増加傾向を示しています。

このため、増加傾向にある子宮がんの強化対策が重要となります。

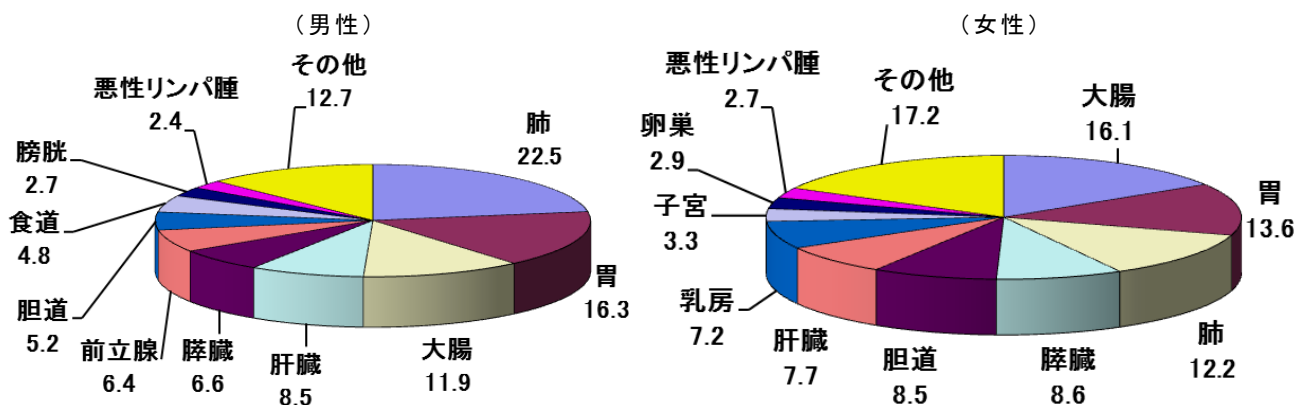
また、福島県においても、がんの部位別死因で肺がんが1位となっていることから、肺がん対策もあわせて重要となります。

がん対策においては、発症と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。

年齢調整死亡率

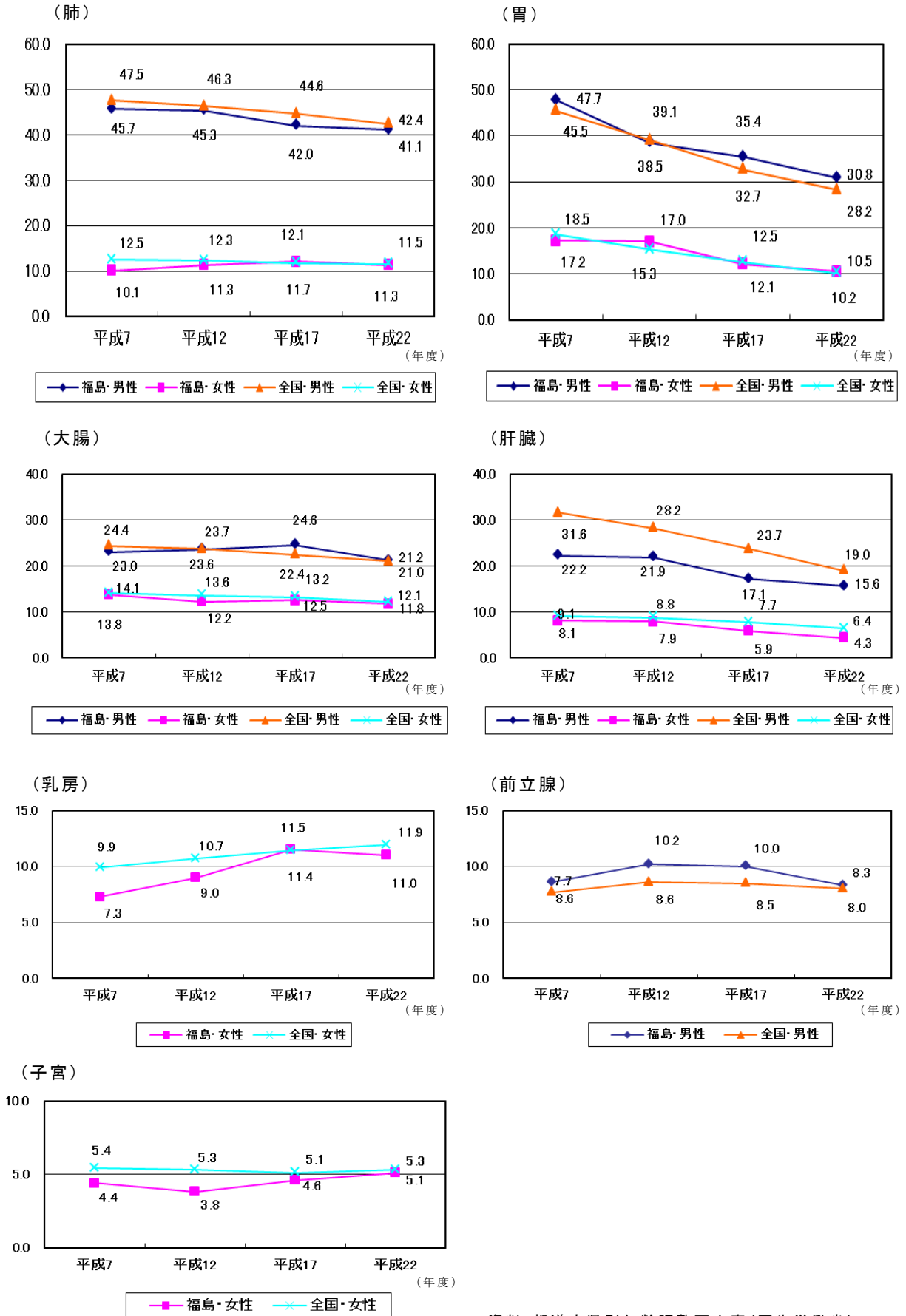
死亡数を人口で除した通常の死亡率（以下「粗死亡率」という。）を比較すると、高齢者の多い地域では高くなり、若年者の多い地域では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率（人口10万対）です。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域比較や年次比較をすることができます。

図18 福島県のがん部位別死亡率（平成23年、粗死亡率、%）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 19 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移及び全国との比較



資料：都道府県別年齢調整死亡率（厚生労働省）

図 20 がん年齢調整死亡率（全がん・男女計・75歳未満、人口10万人対）の年次推移

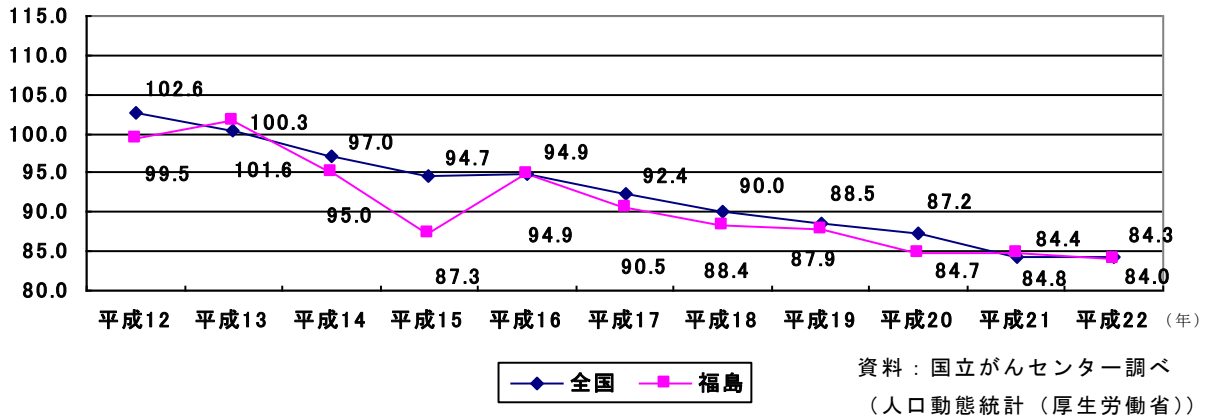


図 21-1 市町村が実施したがん検診受診率(%)の推移(子宮頸がん20歳以上、その他40歳以上)

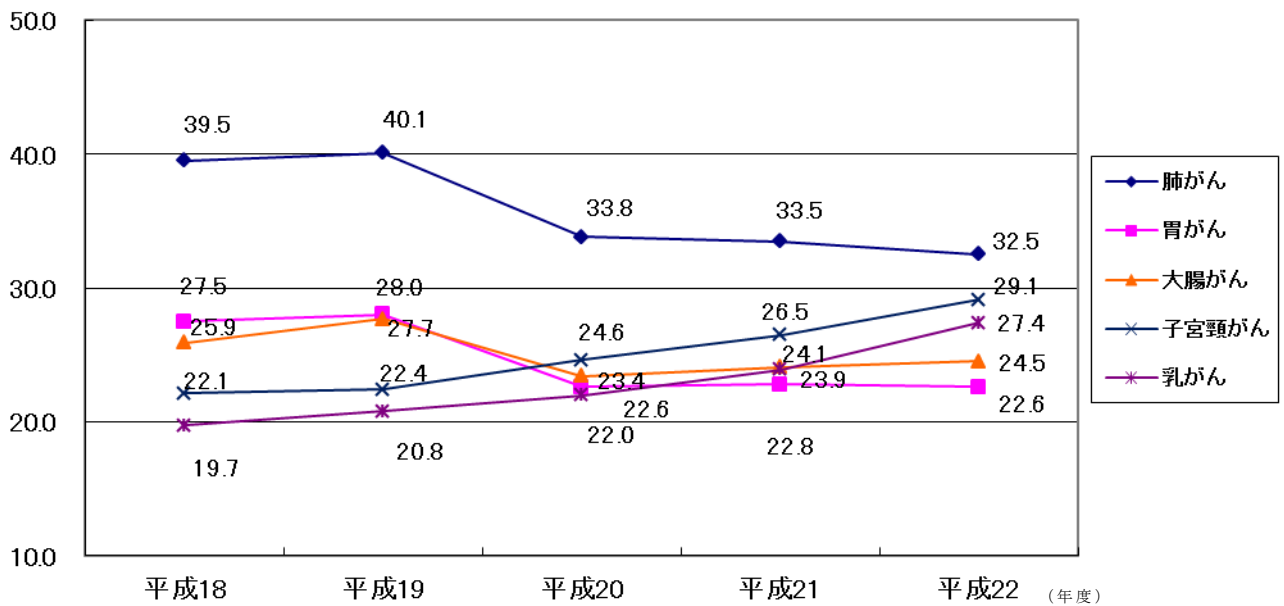


図 21-2 市町村が実施したがん検診受診率(%)の推移(子宮頸がん20~69歳、その他40~69歳)

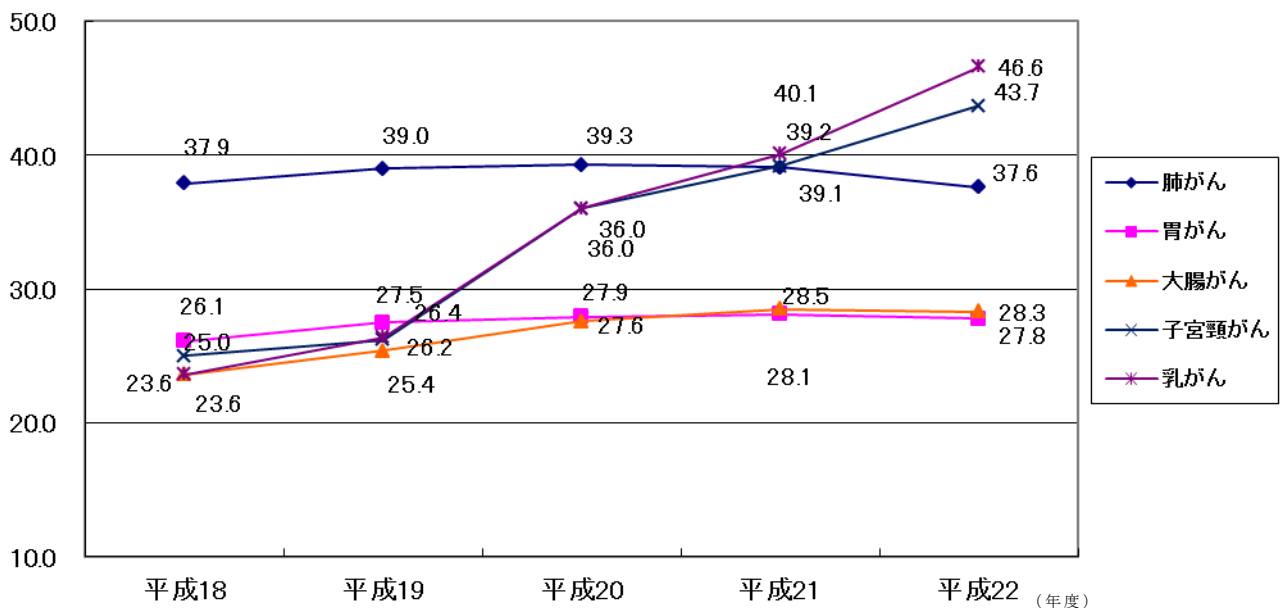


図 21 資料：平成23年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

図 22 市町村が実施したがん検診要精検者の精検受診率（％）の推移

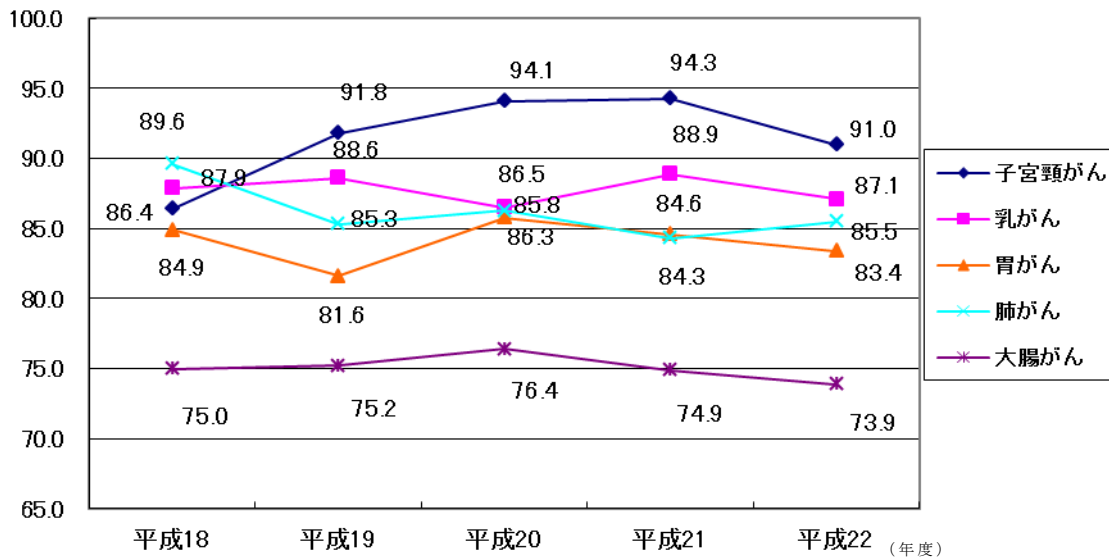


図 22 資料：平成 23 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

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を実施します。

また、増加傾向にある子宮頸がんや部位別死因第 1 位の肺がんについて、その現状や予防対策等の積極的な周知・啓発を図ります。

- 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%に向けた取組を実施します。
- 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	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 （平成22年人口動態統計）	全がん 72.4 《平成29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 （平成22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 《平成29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% （平成22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% 《平成29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

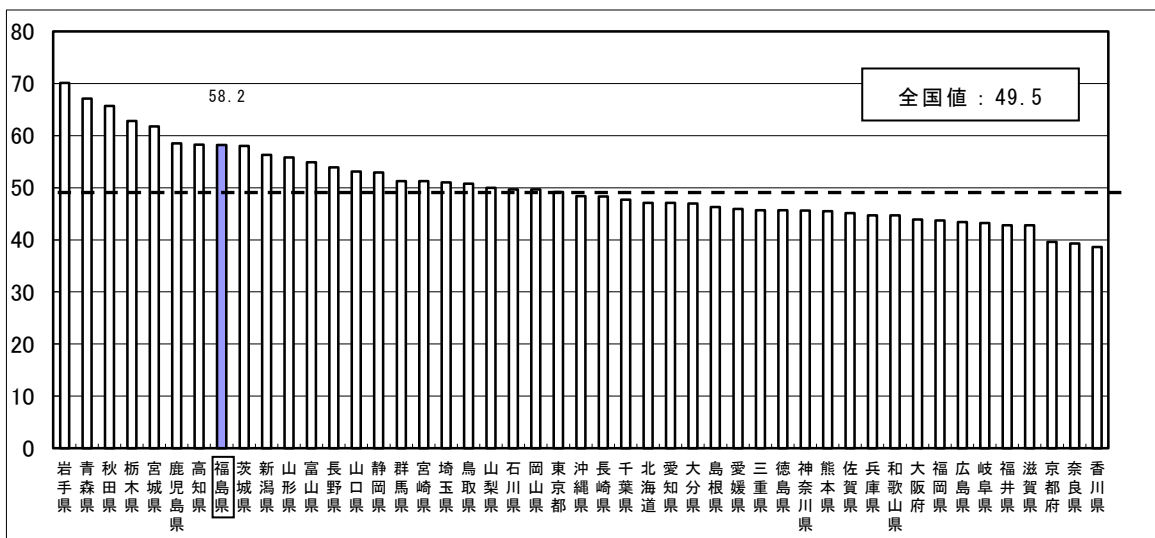
循環器病（脳血管疾患及び心疾患）による死亡は、全国では総死亡の25.5%、福島県では27.7%（平成23年）と全国に比し高くなっており、平成23年における脳血管疾患及び心疾患の死亡率は、全国では人口10万人あたりそれぞれ98.2、154.5であるのに対し、福島県では、それぞれ140.3、225.8と高い状況にあります。

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、平成22年の脳血管疾患年齢調整死亡率は、男性が58.2（全国49.5）で全国8位、女性が32.7（全国26.9）で全国6位、虚血性心疾患年齢調整死亡率は、男性が47.7（全国36.9）で全国6位、女性が20.0（全国15.3）で全国6位となっています。（図23～26）

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。

循環器病対策においては、発症と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23 都道府県別 脳血管疾患 年齢調整死亡率（平成22年・男性、人口10万人対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 30 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 22 年度、％）

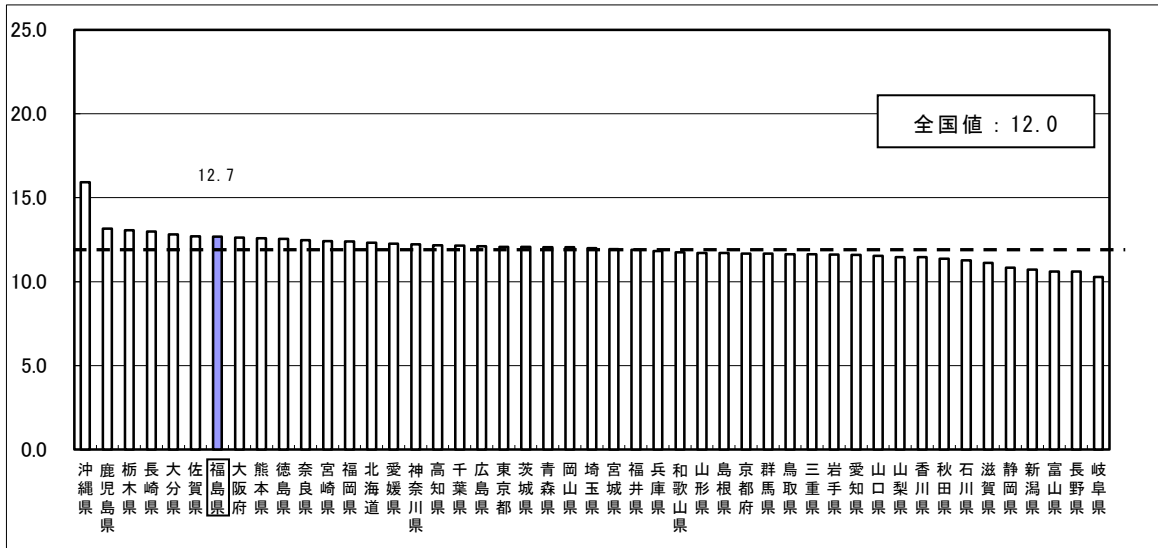


図 31 高血圧症治療薬服用者の割合（平成 22 年度、％）

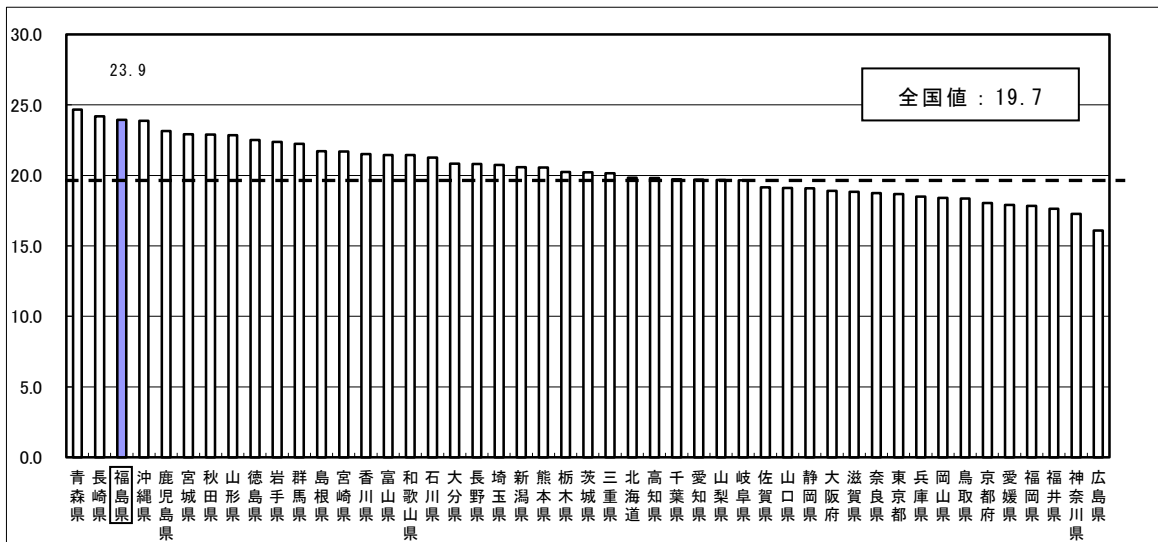


図 32 脂質異常症治療薬服用者の割合（平成 22 年度、％）

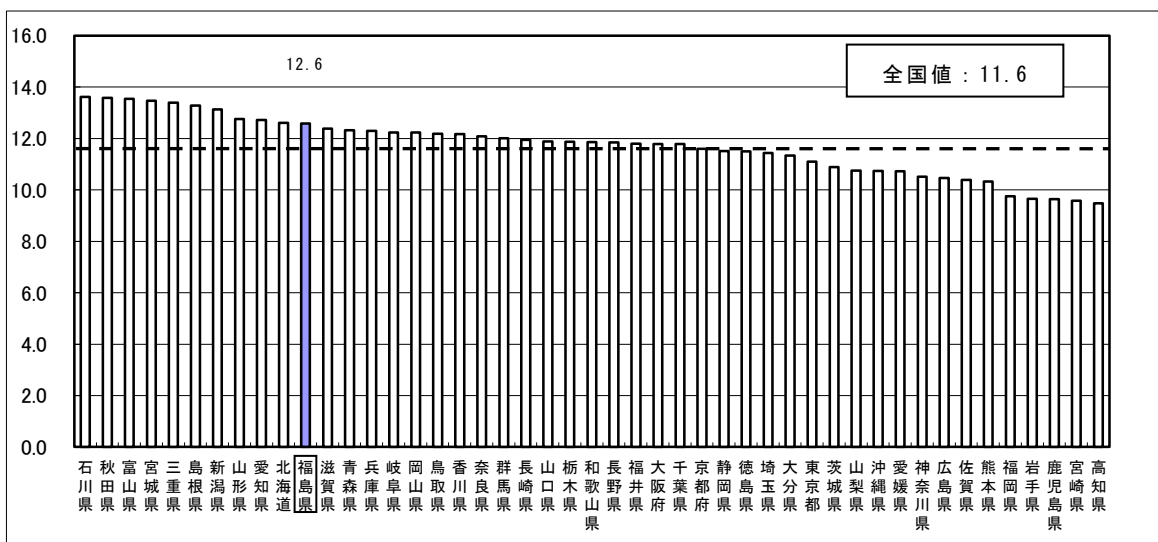


図 30～32 資料：レセプト情報・特定健康診査等データベース（厚生労働省）

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、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	目標値	備考
脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	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 <small>（平成22年人口動態統計）</small>	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% <small>（平成22年度特定健診データ）</small>	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% <small>（平成22年度特定健診データ）</small>	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% <small>（平成20年度特定健診データ）</small>	21% 《平成29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% <small>（平成22年度特定健診データ）</small>	特定健診実施率 70% 特定保健指導実施率 45% 《平成29年度》	

3 糖尿病

現状と課題

糖尿病による死亡は、全国では総死亡の1.2%、福島県では1.3%（平成23年）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11.6であるのに対し、福島県では、17.1（平成23年）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、平成22年の糖尿病年齢調整死亡率は、男性が7.4（全国6.7）で全国14位、女性が3.8（全国3.3）で全国11位となっています。（図33・34）

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。

また、糖尿病対策においては、発症と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・早期治療による合併症発症・進展抑制）の徹底を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33 都道府県別 糖尿病 年齢調整死亡率（平成22年・男性、人口10万人対）

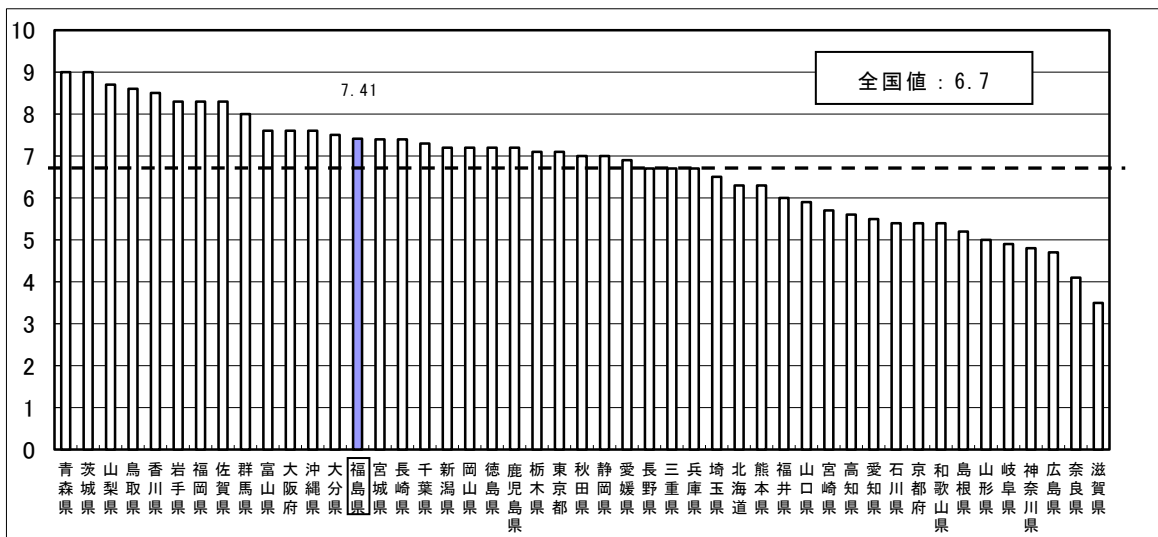
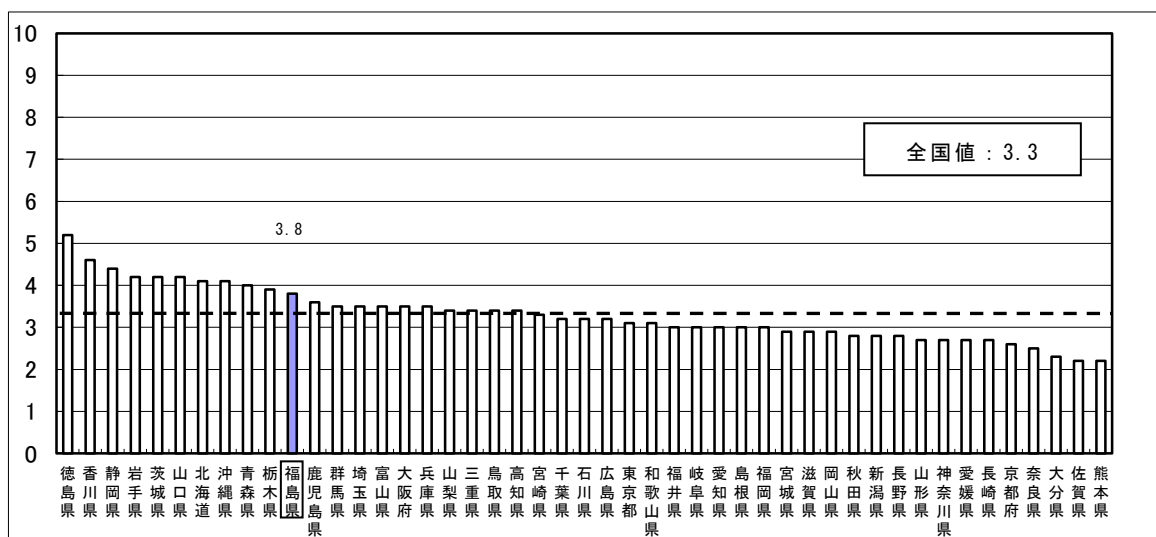
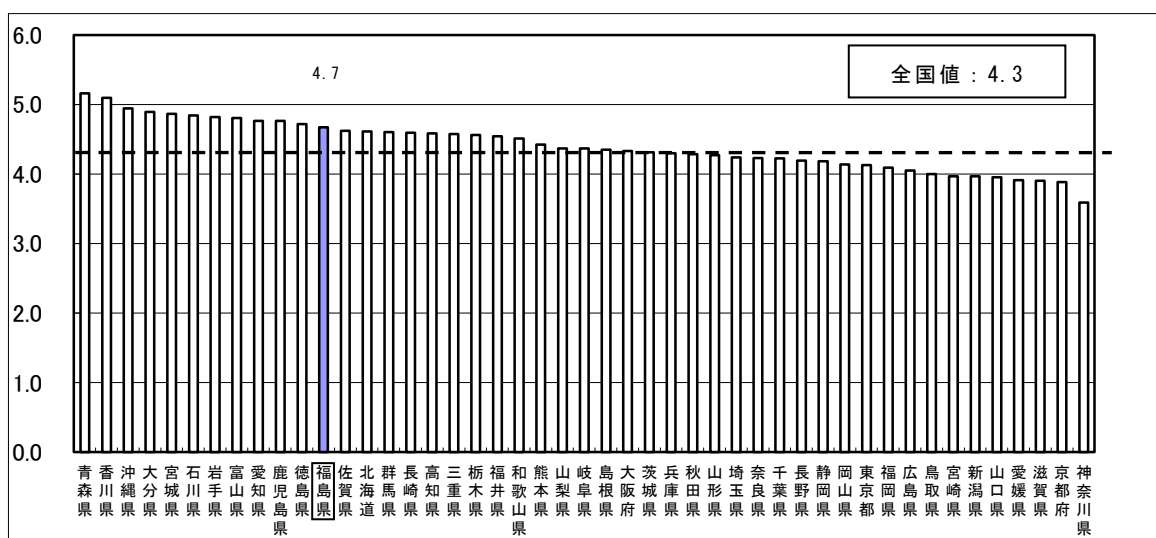


図 34 都道府県別 糖尿病 年齢調整死亡率（平成 22 年・女性、人口 10 万人対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 35 糖尿病治療薬服用者の割合（平成 22 年度、%）



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）

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。
- 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、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。

- 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進展の抑制に努めます。
- 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※(P57参照)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	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 （平成22年度わが国の慢性透析療法の現況）	243人	
治療継続者の割合の増加（HbA1c※：NGSP値※6.5%（JDS値※6.1%）以上の者のうち治療中と回答した者の割合の増加）	調査中 （平成22年度特定健診データ）	現況値プラス10%	
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% （平成22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% （平成22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% （平成20年度特定健診データ）	21% 《平成29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% （平成22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% 《平成29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1.3%となり、福島県においても1.4%となっています。平成23年におけるCOPD死亡率は、全国では人口10万人あたり13.2であるのに対し、福島県では、18.0と高い状況にあります。

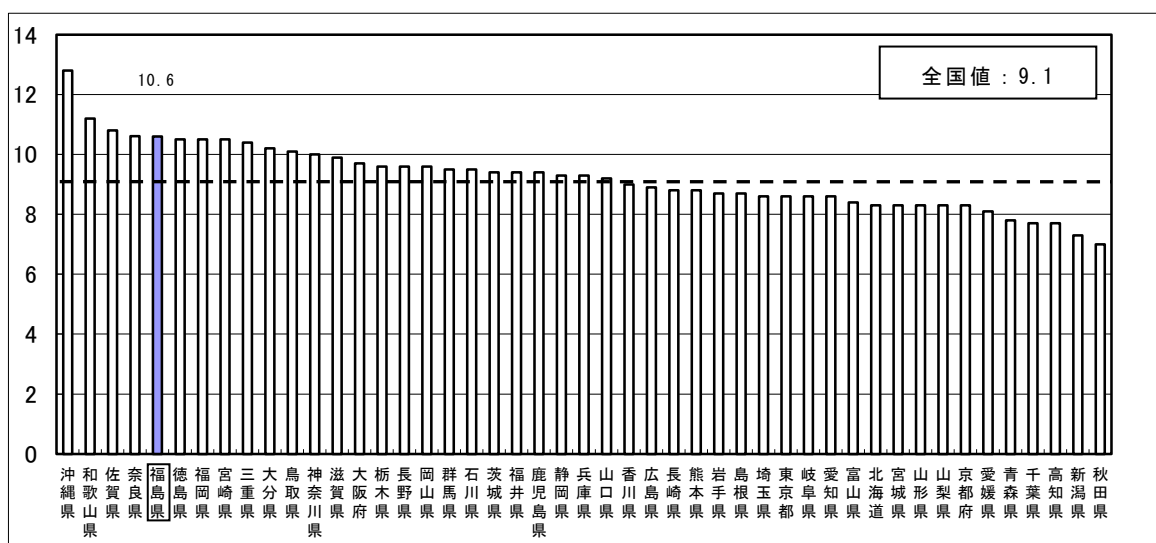
また、平成22年の年齢調整死亡率では、男性が10.6（全国9.1）で全国5位、女性が1.2（全国1.4）で全国27位となっています。（図36・37）

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。

そのため、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。

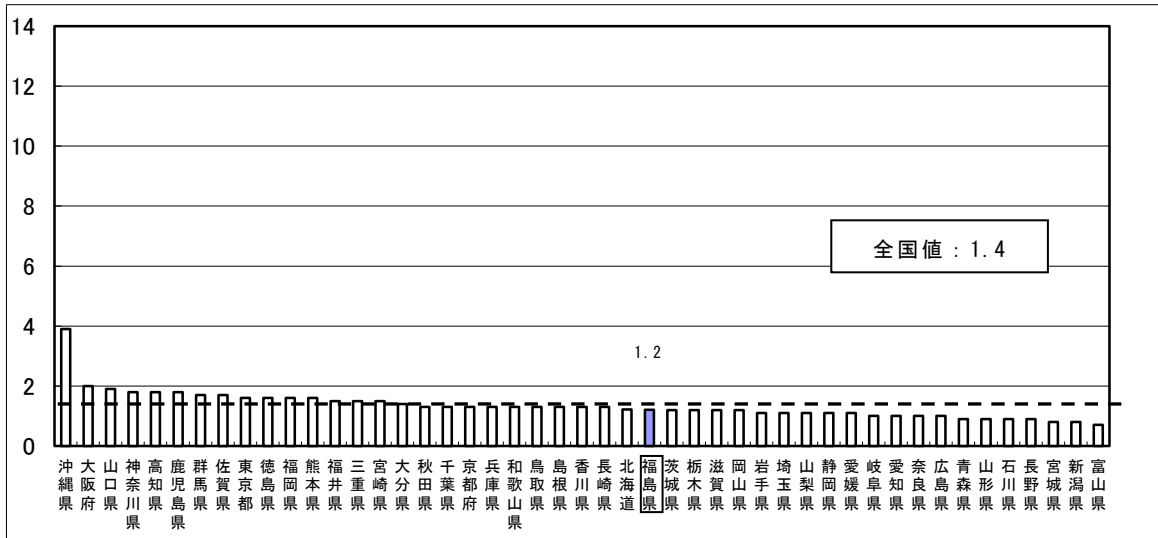
また、COPD対策においては、重症化を防ぐためにも一次予防（発症予防）と二次予防（早期発見・早期治療）の徹底をする必要があります。

図36 都道府県別 COPD（慢性閉塞性肺疾患）年齢調整死亡率（平成22年・男性、人口10万人対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 37 都道府県別 COPD（慢性閉塞性肺疾患）年齢調整死亡率（平成 22 年・女性、人口 10 万人対）



資料：人口動態統計（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、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、特に喫煙対策を積極的に推進します。

(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	目標値	備考
喫煙率の減少	22.3%	12%	
	内訳	内訳	
	男性 35.3%	男性 19.0%	
	女性 10.0%	女性 5.4%	
(平成 21 年度県民健康調査)			
COPD の認知度の向上	— %	80%	
(今後の調査等により把握)			

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、大人が子どもに対し良い見本を示していくことが求められています。

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。

また、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。

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適切な情報提供を図ります。
- 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。
- 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。

(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	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% （平成23年度朝食について見直そう週間運動調査） 運動やスポーツをしている子どもの割合 小学5年生 男性 55.3% 女性 34.4% 中学2年生 男性 86.2% 女性 63.0% （平成24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 97.2%以上 《平成32年度》 運動やスポーツをしている子どもの割合 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% （平成23年人口動態統計）	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% （平成24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無い超高齢社会を迎えています。

本県においても、平成22年の国勢調査によると、高齢化率が25.0%で、4人に1人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。

そのため、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適切な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を実施します。

(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

- 高齢者の社会参加・生きがい対策を推進するため、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に努めます。

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	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% (平成 22 年度介護保険事業状況報告)	18.1%以内 《平成 26 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% (平成 22 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% (平成 21 年度県民健康調査)	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)	80%	
日常生活における 1 日当たりの歩数の増加 (65 歳以上)	65 歳以上 男性 5,196 歩 女性 4,856 歩 (国民健康・栄養調査 18～22 年、平均)	65 歳以上 男性 6,700 歩 女性 6,400 歩	

※目標値については、第六次福島県高齢者福祉計画・第五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す。

従来、個人の健康づくりへの取組が中心でありましたが、今後は、地域社会におけるつながりの強化などの取組も重要となります。

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

- 健康に影響するとされている地域のつながりの強化に資する取組の実施に努めます。
- 健康づくりを目的とした活動に主体的に関われる環境の整備に努めます。
- 健康づくりに関する活動に取り組む企業等の増加、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の実施に努めます。

数値目標

目標項目	基準値	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% (平成21年度県民健康調査)	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	20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(平成23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

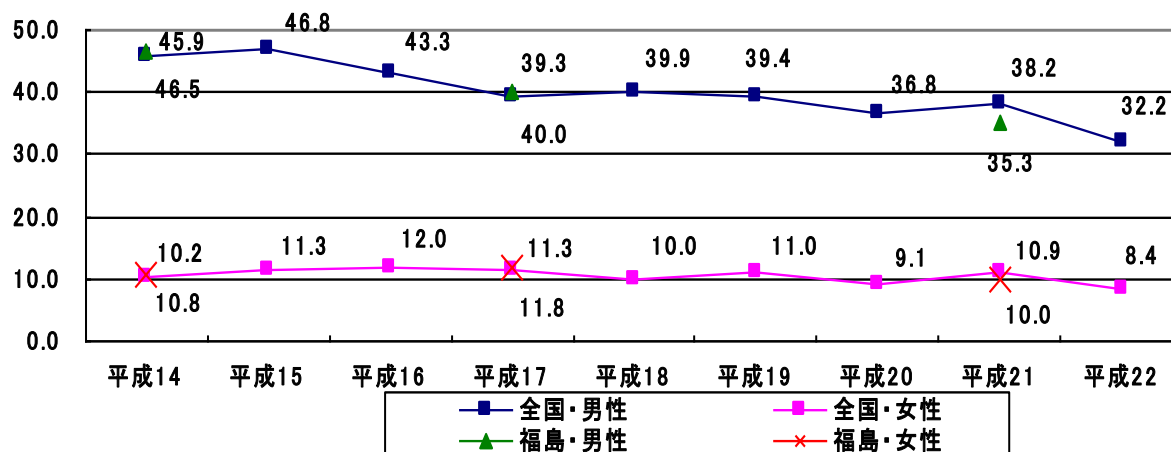
喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。肺がんを始めとするがんや呼吸器系疾患（COPD（慢性閉塞性肺疾患）等）、糖尿病、周産期の異常等の原因となっており、受動喫煙など短期間の少量取り込み（曝露）によっても、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息などの健康被害が生じるとされています。

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。

福島県の喫煙率は平成21年度に実施した県民健康調査(図38)によると、男女計22.3%であり、国の19.5%と比較しても高い状況にあります。また、男性の喫煙率は35.3%であり年々減少傾向にあります。女性の喫煙率は10.0%であり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38 喫煙率（％）の推移



資料： 全国喫煙率：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

福島県喫煙率：県民健康調査（福島県保健福祉部）

【参考資料】

図 39 都道府県別喫煙率（平成 22 年、男性、％）

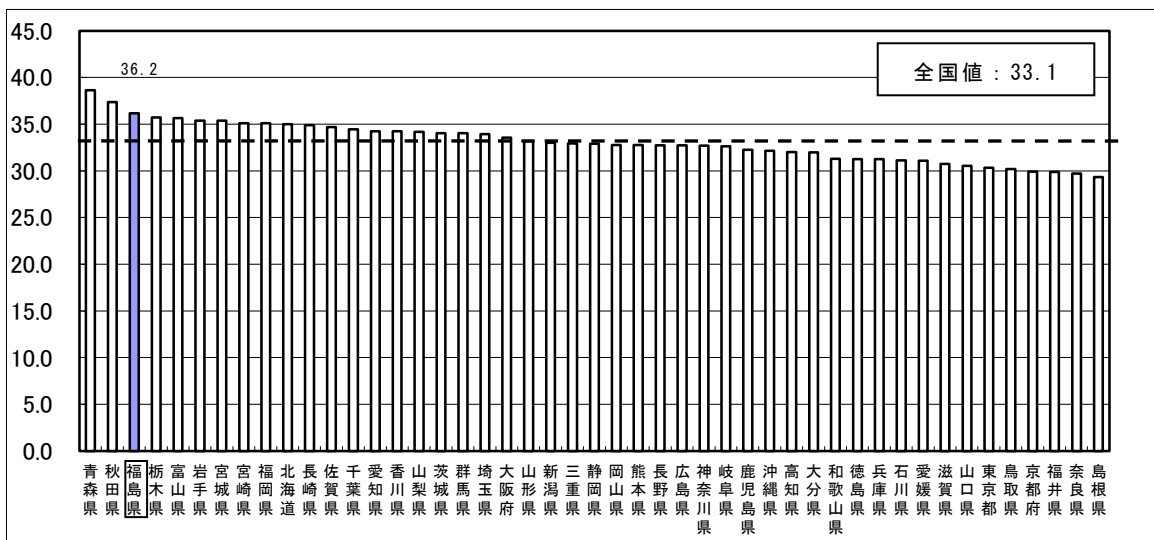


図 40 都道府県別喫煙率（平成 22 年、女性、％）

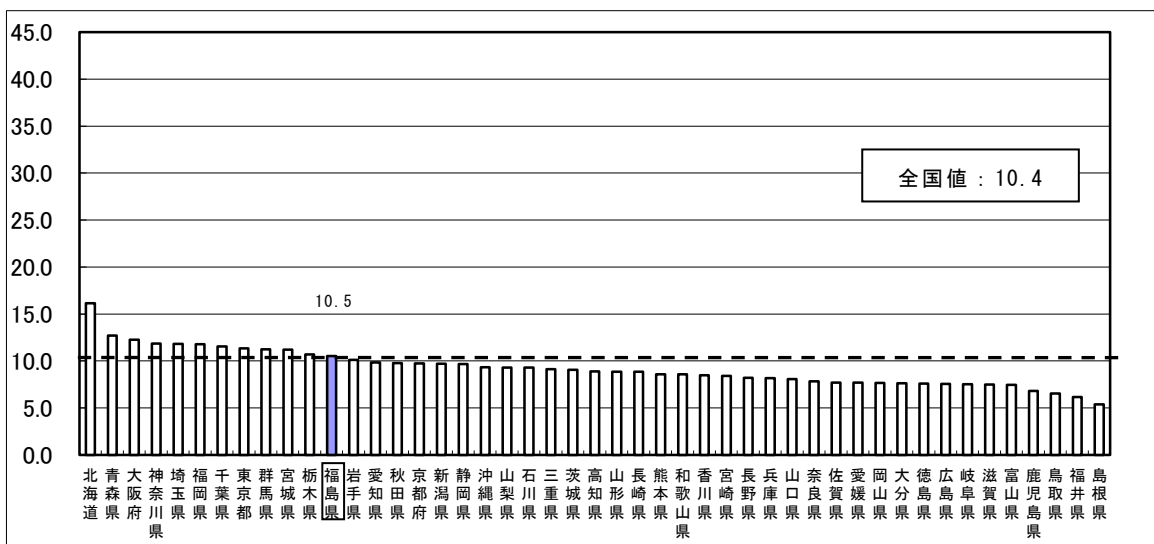


図 39～40 資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

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めます。

(2) 受動喫煙防止対策・禁煙の推進

- 県、市町村、関係団体、職域等と連携しながら、公共施設や職場等における禁煙を推進するとともに、受動喫煙の機会を減らすための取組を実施します。

(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	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% (平成21年度県民健康調査)	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% (平成22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 100%	
敷地内禁煙実施率の向上	学校 90.8% (平成22年度公共施設における分煙化実態調査)	学校 100%	
受動喫煙の無い職場の実現	事業所(従業員50人以上) 89.5% (平成21年度事業所における健康づくりに関する調査(敷地内禁煙、施設内禁煙、分煙実施の合計))	事業所(従業員50人以上) 100%	
喫煙者のいない世帯の割合の増加	53.3% (平成21年度県民健康調査)	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。

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。

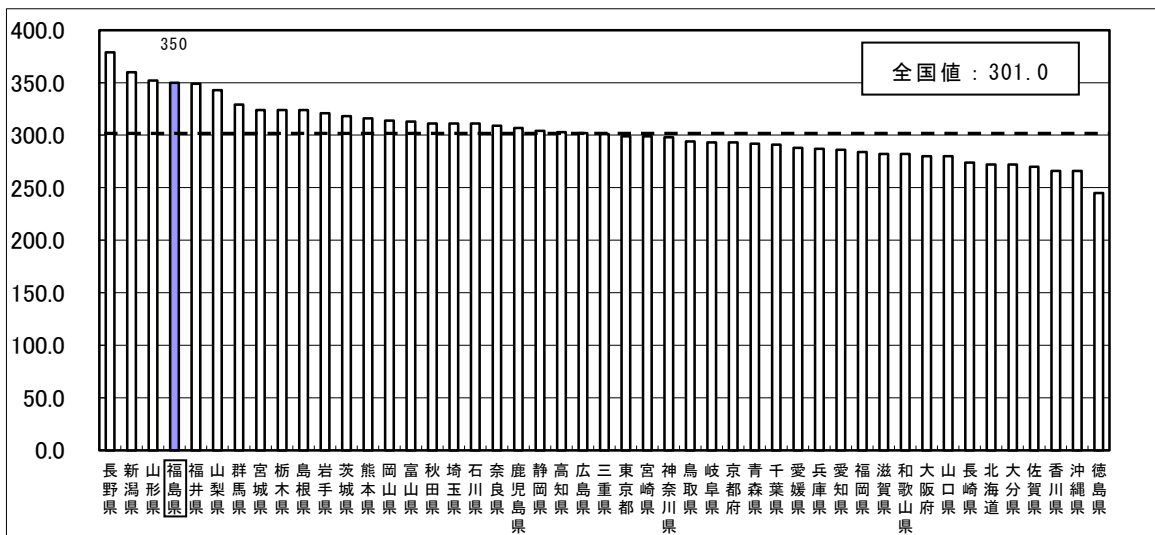
このため、県民一人ひとりが健康で望ましい食生活の実現し、生活の質を高めるための取組が必要です。

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。

図 41 都道府県別 野菜摂取量 年齢調整（平成 18～22 年平均値・男性（20 歳以上）、g）



資料：国民健康・栄養調査（厚生労働省）

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、行政等が連携して、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。
 - 第二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
 - 適正体重を維持している者の増加及び適切な量と質の食事をとる者の増加に資する取組を実施するとともに、食生活に関する適切な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割合の増加等、職域保健との連携による健康づくりを推進します。
 - 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、県民の外出機会が増大に伴い、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	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% (平成23年度朝食について見直そう週間運動調査)	97.2%以上 《平成32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% (平成24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% (平成22年度特定健診データ(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% (平成22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 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 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 (平成23年度食育計画策定に関する調査)	33市町村 《平成26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% (平成23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)	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	20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(平成23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 第二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。

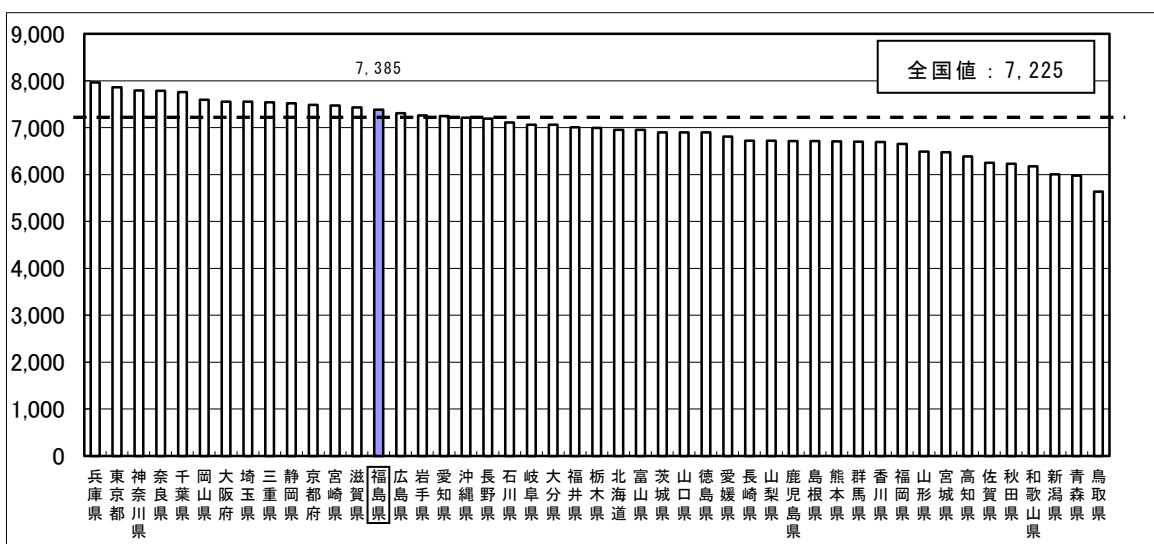
身体活動・運動の量が多い者においては、不活発な者と比較して循環器疾患やがんなどのNCD（非感染性疾患）の発症リスクが低いことが実証されています。さらに、身体活動や運動は爽快感や楽しさを伴うことから、メンタルヘルスや生活の質の改善にも効果が期待されます。10分程度の歩行を1日に数回行う程度でも、長期間継続すれば、健康上の効果が期待できます。

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。

福島県の1日当たりの歩数の状況（図45・46）を見ると、男女ともに全国に比較して高い状況にあるものの、原子力災害の影響により屋外での活動を控える方もいる状況にあります。

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 45 都道府県別 歩数 年齢調整（平成18～22年平均値・男性（20歳以上）、歩／日）



施策の方向性

(1) 運動習慣の普及啓発

- 県、市町村、関係機関等が連携しながら、運動習慣の定着に資する取組を実施します。
また、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者と連携し、運動を通じた健康づくりの普及に努めます。
- 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し、適切な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、運動しやすい環境づくりを推進し、県民が、日々の生活の中で、継続的に身体を動かす取組ができるよう努めます。
- 県内で実施されるウォーキング大会等の情報を集約し、ホームページ等を活用して情報提供するなど、運動機会の周知を図ります。

数値目標

目標項目	基準値	目標値	備考
運動やスポーツをしている子どもの割合の増加 【再掲】「次世代の健康」参照	小学5年生 男性 55.3% 女性 34.4% 中学2年生 男性 86.2% 女性 63.0% (平成24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% (平成21年度県民健康調査)	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% (平成21年度県民健康調査)	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% (平成21年度県民健康調査)	60%	
運動習慣を持つ者の割合の増加	男性 19.5% 女性 13.3% (平成21年度県民健康調査)	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 【再掲】65 歳以上：「高齢者の健康」参照	20～64 歳		20～64 歳	
	男性	8,146 歩	男性	9,700 歩
	女性	7,104 歩	女性	8,600 歩
	65 歳以上		65 歳以上	
	男性	5,196 歩	男性	6,700 歩
	女性	4,856 歩	女性	6,400 歩
(国民健康・栄養調査 18～22 年、平均)				

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。

自殺による死亡は、全国では総死亡の2.3%となり、福島県においても1.9%となっています。平成23年における自殺死亡率は、全国では人口10万人あたり全国値で22.9であるのに対し、福島県では、25.3と高い状況にあります。

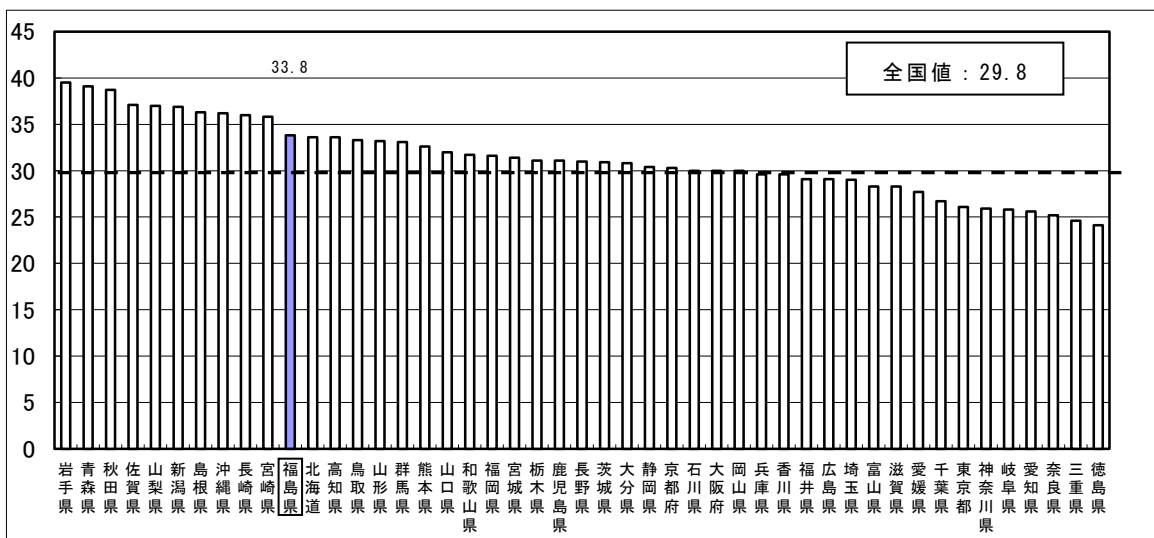
また、平成22年の自殺年齢調整死亡率は、男性が33.8（全国29.8）で全国11位と高い状況にあり、女性は10.5（全国10.9）で全国34位となっています。（図47・48）

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。

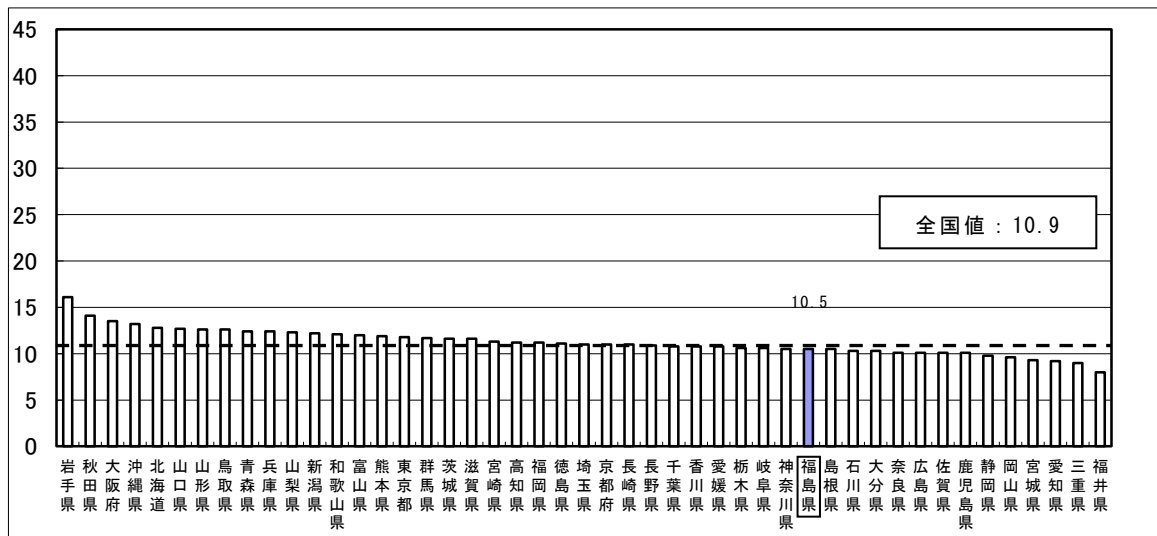
このため、各ライフステージに応じた、家庭、学校、職場、地域社会等の様々な場において、こころの健康づくりへの取組が必要となっています。

図47 都道府県別 自殺年齢調整死亡率（平成22年・男性、人口10万人対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図 48 都道府県別 自殺 年齢調整死亡率（平成 22 年・女性、人口 10 万人対）



資料：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、適切な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。
- 十分な睡眠時間や余暇活動時間の確保が重要であることから、県民一人ひとりが積極的に休養することの大切さを認識できるようその意識の醸成に努めるとともに、働く場での休暇を取りやすい環境の整備を進めます。

数値目標

目標項目	基準値	目標値	備考
自殺者数の減少	502人 (平成 23 年人口動態統計)	410 人以下 《平成 28 年》	※
睡眠時間「6 時間以下」の者の割合の減少	45.1% (平成 21 年度県民健康調査)	34% 以下	
疲労を感じている者の割合の減少	39.6% (平成 21 年度県民健康調査)	32% 以下	

※ 第二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。

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。

このため、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を下げることの施策の実施などに取り組む必要があります。

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の実施に努めます。

(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めます。
- 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、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。

(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	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%	男性 11%	
	女性 6.3%	女性 5%	
(国民健康・栄養調査 18~22年平均)			

※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。

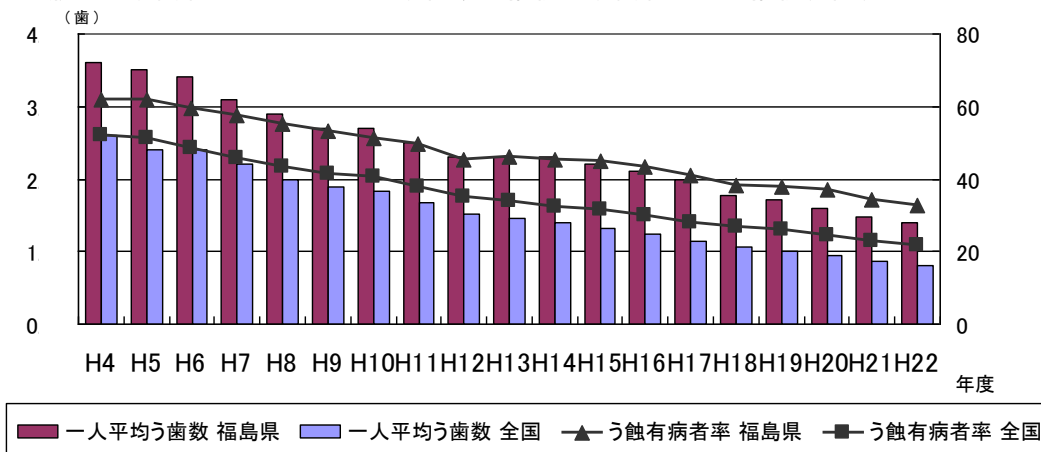
本格的な人生80年時代を迎えた中、全ての県民が生涯にわたり歯・口腔の健康を保ち、自分の歯で食べる楽しみを持ち、健康で質の高い生活を送ることができるよう、各ライフステージに応じたう蝕予防及び歯周疾患予防とともに、口腔機能の維持・向上などが重要となります。

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。

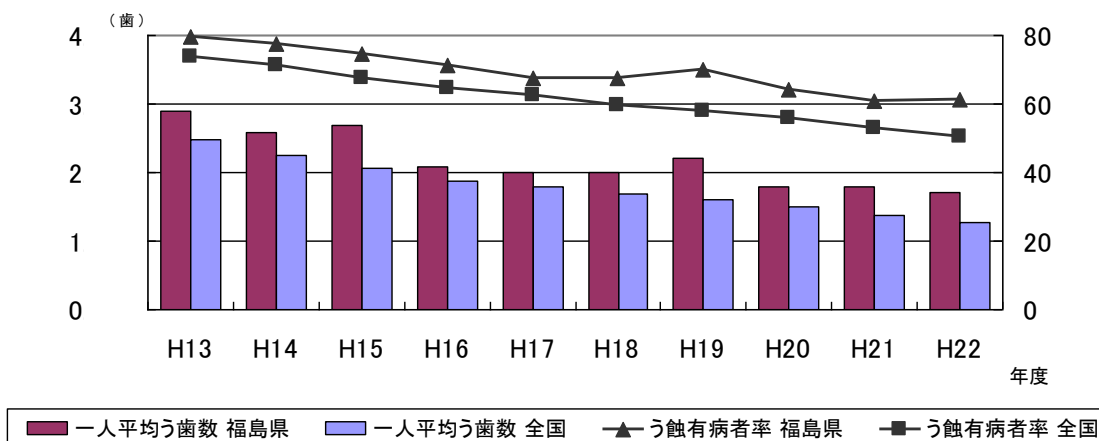
図49 3歳児のう蝕有病率と一人平均う歯数の推移(う蝕有病率の推移、歯、%)



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50 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

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	目標値	備考
3歳児でう蝕のない者の割合の増加	67.3% (平成22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% (平成22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% (平成23年度歯科情報システム)	55%	※
80歳で自分の歯を20歯以上有する者の割合の増加	33.3% (平成23年度歯科情報システム)	50%	※

※ 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。

また、現在も仮設住宅等において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ることから、生活習慣病予防や生活機能低下予防、こころのケアに関する対策を重点的に実施する必要があります。

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、生活習慣の改善に関する適切な情報提供を行うなど、生活習慣病の予防に関する支援を重点的に実施します。
- 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・指導体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	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 (平成22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 《平成29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% (平成22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% 《平成29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% (平成20年度特定健診データ)	21% 《平成29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% (平成22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% (平成22年度介護保健事業状況報告)	18.1%以内 《平成26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% (平成22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% (平成21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% (平成21年度県民健康調査)	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 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

県民を始め、県、市町村及び関係機関・団体等健康づくりの関係者の総意と活力を結集して県民健康づくり運動を効果的に展開することを目的に、次の取組を実施します。

1 健康ふくしま 21 推進協議会の開催

重要な健康課題の解決に向け、県民各層の英知を結集して検討するとともに、県民各層の役割の確認と健康づくりの実践を促す場を設定することにより、第二次健康ふくしま 21 計画に基づく第二次県民健康づくり運動（以下「第二次健康ふくしま 21」）を民間、行政が一体となって推進します。

(1) 健康づくり活動の普及啓発

健康づくりに関する知識、施設、イベント等について、広報媒体等を活用して普及啓発を図ります。

また、「県民健康の日」について、普及のためのイベント等を開催し、県民健康づくり運動の促進を図ります。

(2) 健康づくりに関する調査・研究等の推進

健康づくり関連施策を円滑に推進するため、県、市町村、関係機関・団体等が連携して、先駆的、独創的なプログラムの開発、関係職員等を対象とする研修の実施、健康関連情報の収集及び提供、調査、研究等を行うことについて検討します。

(3) 市町村、関係機関・団体等との連携強化

市町村、関係機関・団体等との役割分担を図るとともに、市町村等の健康関連専門職の確保について支援します。

(4) 学校保健、職域保健、地域保健との連携

学校、職域、地域と連携し、様々な支援を行うとともに、効果的な健康教育等の推進を図ります。

2 部局間連携の強化

部局間の連携を強化するため、必要に応じて「庁内会議」を開催し、庁内における県としての各種施策の調整を図るとともに、各部局の関係機関・団体に積極的に働きかけることにより、第二次健康ふくしま 21 を官民一体となった運動として展開していきます。

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。

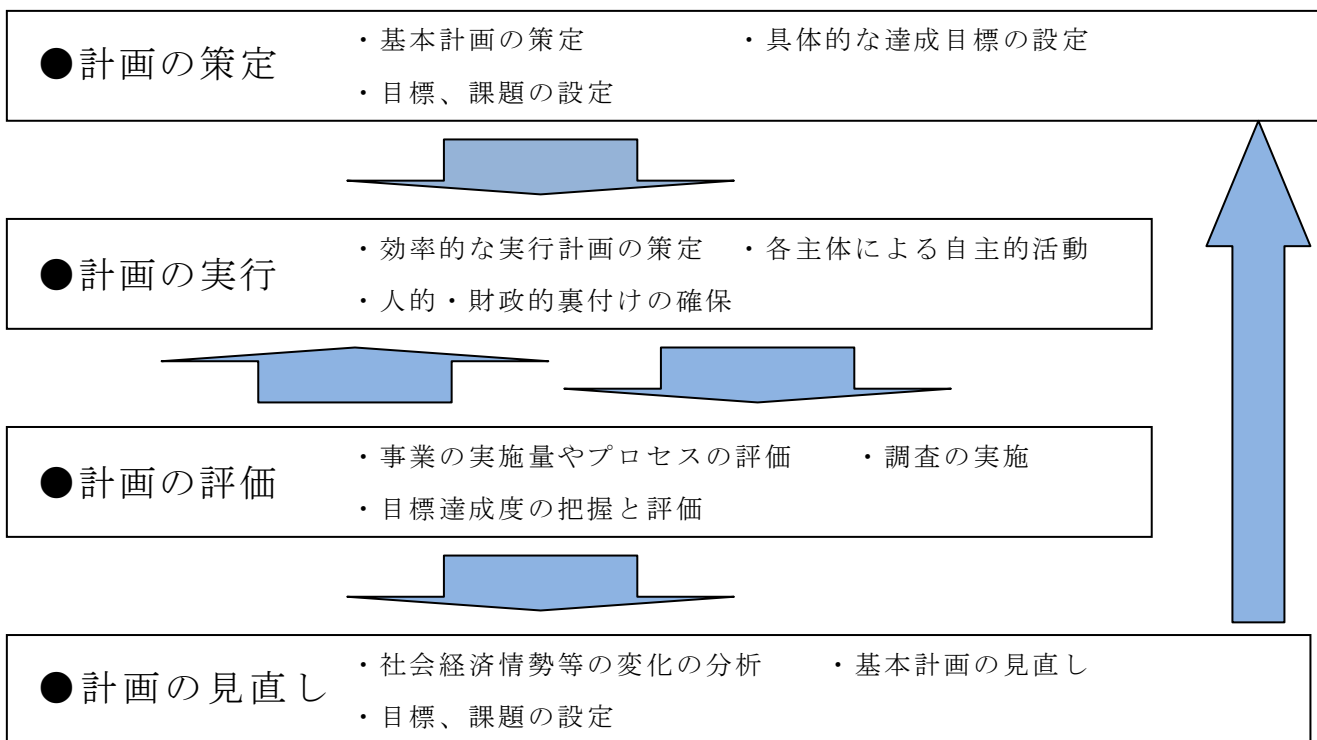
このため、第二次健康ふくしま 21 計画のスタートに合わせ、本計画に掲げる目標に向けて、より有効な手段を探り、改善実行していくために、定期的かつ系統的な計画の進行管理、評価、見直しを実施する必要があります。

第 3 節 計画の進行管理と評価の方法

この計画を実効性のあるものとして推進していくため、計画の「策定」に留まることなく、「実行」、「評価」、「見直し」を実施します。

目標設定の基礎資料については、定期的かつ系統的に把握するための方法を確立するとともに、現在、基礎資料がない指標については、県独自の調査を行い、平成 29 年（2017 年）度を実施する中間評価及び見直し、平成 34 年（2022 年）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、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。

第二次「健康ふくしま21計画」策定の経過

開催年月日	会議名称	検討内容
平成24年3月28日	平成23年度 健康ふくしま21推進協議会	次期「健康ふくしま21計画」 策定スケジュール等について ・次期計画策定の進め方・ス ケジュール等について検討
平成24年7月24日	第1回 第二次「健康ふくしま21計画」 策定検討会	委員長、副委員長選出 第二次「健康ふくしま21計 画」の策定に関連する国の動 きについて 第二次「健康ふくしま21計 画」の策定について ・計画構成案等の検討
平成24年10月11日	第2回 第二次「健康ふくしま21計画」 策定検討会	第二次「健康ふくしま21計 画」（素案）について ・計画全体構成等の検討
平成24年11月21日	第3回 第二次「健康ふくしま21計画」 策定検討会	第二次「健康ふくしま21計 画」（素案）について ・施策の方向性、目標項目設 定等の検討
平成25年2月14日	第4回 第二次「健康ふくしま21計画」 策定検討会	第二次「健康ふくしま21計 画」（案）について ・数値目標設定等の検討
平成25年3月25日	平成24年度第2回 健康ふくしま21推進協議会	第二次「健康ふくしま21計 画」（案）について

健康ふくしま21推進協議会設置要綱

(目的)

第1条 21世紀の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、『県民の健康と生活の質の向上を目指した「すこやか、いきいき、うつくしま」の創造』を基本目標とした「健康ふくしま21計画」(以下「計画」という。)の推進を図ることを目的として、健康ふくしま21推進協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

更に、地域保健と職域保健の連携(以下「地域・職域連携」という。)により、健康づくりのための健康情報の共有のみならず、保健事業の実施に要する社会資源を相互に有効活用し、保健事業を共有・展開することにより、生涯を通じた継続的な保健サービスの提供体制を整備することを目的とする。

(構成)

第2条 協議会は、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) 職域(企業)関係者
- (4) ボランティア関係者
- (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

(協議事項)

第3条 協議会は、次の事項を協議する。

- (1) 計画の推進に関すること。
- (2) 計画の見直し及び評価に関すること。
- (3) 地域・職域連携による保健事業情報の交換及び健康情報の分析、共有等
- (4) 県内における健康課題の明確化
- (5) その他計画について必要な事項に関すること。

(検討会)

第4条 協議会には、必要に応じ検討会を置くことができる。

2 検討会は、協議会が指示した事項を協議する。

(専門部会)

第5条 協議会の円滑な運営に資するため、協議会の下に専門部会を置くことができる。

2 専門部会は、協議会が指示した事項を協議する。

(委員の委嘱等)

第6条 協議会及び検討会の委員は、知事が委嘱又は任命する。

参考資料

（任 期）

第7条 協議会及び検討会の委員の任期は、2年以内とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

（会長及び副会長）

第8条 協議会に会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。

3 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

4 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。

5 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。

（会 議）

第9条 協議会は会長が招集する。

2 協議会の進行のため議長を置き、会長をもってあてるものとする。

3 協議会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

4 協議会は公開とする。

（庶 務）

第10条 協議会の庶務は事務局で行い、事務局は保健福祉部健康増進課に置く。

（雑 則）

第11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13年7月25日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年10月12日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年9月18日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年10月17日から施行する。

参考資料

健康ふくしま21推進協議会委員

(敬称略)

	区 分	所 属	職 名	氏 名	備 考
1	県 民	(公募)		小野 克美	
2	"	(公募)		齋藤 恒夫	
3	学校関係者	福島県学校保健会	養護教諭部会 副会長	田辺 真佐子	専門部会
4	"	福島県PTA連合会	母親代表理事	山岸 波	
5	職域(企業)関係者	日本労働組合総連合会福島県 連合会	副事務局長	佐藤 孝	
6	"	福島県経営者協会連合会	会長	福井 邦顕	
7	ボランティア関係者	福島県食生活改善推進連絡協 議会	会長	須釜 千代	
8	"	福島県健康を守る婦人連盟	副会長	齋藤 幸子	専門部会
9	医療保険関係者	福島県国民健康保険団体連合 会	常務理事	吉川 三枝子	専門部会
10	"	健康保険組合連合会福島連合 会	常務理事	石井 伸典	専門部会
11	"	(財)福島県社会保険協会	事務局長	五十嵐 和典	
12	"	全国健康保険協会福島支部	企画総務部長	齋藤 昌之	専門部会
13	保健医療関係者	福島県立医科大学	公衆衛生学講 座教授	安村 誠司	会長 専門部会
14	"	福島大学	人間発達文化 学類教授	佐藤 理	
15	"	(社)福島県医師会	常任理事	岩波 洋	副会長 専門部会
16	"	(社)福島県歯科医師会	専務理事	海野 仁	専門部会
17	"	(社)福島県薬剤師会	理事	藤田 元	
18	"	(社)福島県看護協会	専務理事	鈴木 ミドリ	専門部会
19	"	(社)福島県栄養士会	会長	中村 啓子	専門部会
20	"	独立行政法人労働者健康福祉機 構福島産業保健推進センター	副所長	近藤 正道	専門部会
21	行政機関等関係者	福島労働局	健康安全課長	泉川 茂	専門部会
22	"	福島県市長会	事務局長	佐藤 幸英	
23	"	福島県町村会	事務局長	安田 清敏	

(平成25年3月31日現在)

参考資料

第二次「健康ふくしま21計画」策定検討会設置要綱

（目的）

第1条 21世紀における第二次県民健康づくり運動の推進を目指して、総合的な健康づくり施策を構築するために必要な事項を協議し、国の「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）」の趣旨を踏まえた福島県の健康政策の基本となる計画を策定するため第二次「健康ふくしま21計画」（以下「計画」という。）策定検討会（以下「検討会」という。）を設置する。

（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、健康ふくしま21推進協議会が指示した、次の事項を協議する。

- （1）計画策定の基本的考え方と方針
- （2）計画の具体的数値目標の設定
- （3）計画の推進方策

（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。

（任期）

第5条 委員の任期は、2年以内とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（検討会の開催）

第6条 検討会は、委員長が招集する。

- 2 検討会の進行のため座長を置き、委員長をもってあてるものとする。
- 3 委員長は、必要に応じて、検討会に構成委員以外の者の出席を求めることができる。
- 4 検討会は、原則、公開とする。

（庶務）

第7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増進課に置く。

（雑則）

第8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24年6月29日から施行する。

参考資料

第二次「健康ふくしま21計画」策定検討会委員

(敬称略)

	所 属	職 名	氏 名	主 な 分 野 等
1	福島県立医科大学	公衆衛生学講座教授	安村 誠司	委員長 総括、がん、循環器疾患、喫煙、COPD
2	社団法人福島県医師会	常任理事	岩波 洋	副委員長 がん、循環器疾患、喫煙、COPD
3	福島県立医科大学	放射線健康管理学講座教授	大津留 晶	総括（東日本大震災及び原子力災害に配慮した健康づくり）
4	福島県立医科大学	腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科学講座准教授	佐藤 博亮	糖尿病
5	会津大学短期大学部	食物栄養科准教授	鈴木 秀子	栄養食生活
6	福島大学	人間発達文化学類准教授	杉浦 弘一	身体活動・運動
7	東北福祉大学	福祉心理学科教授	渡部 純夫	休養・こころの健康づくり、飲酒
8	福島県精神保健福祉センター	所長	畑 哲信	休養・こころの健康づくり、飲酒
9	社団法人福島県歯科医師会	常務理事	安藤 昌廣	歯・口腔の健康

(平成25年3月31日現在)