

CHIBAちば

健康ちば21（第2次）



平成25年3月
千葉県

はじめに

「健康で充実した人生を送りたい。」これは、全ての県民の願いです。健康で生き生きと生活することは、一人ひとりの幸せと同時に、こころ豊かな社会の実現につながります。

本県でも、高齢化の進展により医療や介護の負担が一層増すと予想されている中で、活力ある社会を実現するには、生活習慣病を予防するとともに、社会生活を営むために必要な機能を維持・向上し、健康づくりを推進することが重要です。



県ではこのたび、「県民が健康でこころ豊かに暮らす社会の実現」を基本理念とし、健康寿命の延伸、健康格差の実態解明と縮小を総合目標とした「健康ちば21（第2次）」（平成25年度～34年度）を策定いたしました。この計画は、県民の皆様元気な力を高めるため、健康づくりに関する施策について基本的な事項を定めたものです。

健康づくりは、健康の大切さを認識し、一人ひとりが生活習慣の改善や健康状態のチェックに主体的に取り組むことが基本です。計画では、そうした個人の取組と密接に関係する家庭・地域・職場などの環境整備の視点を取り入れ、チームスピリットで健康づくりを進めようとするものです。

また、従来から発症予防に取り組んできた、がん、循環器疾患、糖尿病に加え、新たに慢性閉塞性肺疾患や、生活習慣病の重症化防止も重要な課題と位置づけました。さらに、高齢化の進展とともにますます重要となる高齢者の健康づくりでは、運動機能が低下するロコモティブシンドロームの予防等により、QOL（生活の質）が損なわれることなく長寿を楽しめることを目指しています。本計画を推進し、千葉に「生れてよかった」「住んでよかった」と思える「健康ちば」を実現できるよう取り組んでまいります。

結びに、本計画の策定にあたり、多大なる御協力をいただきました「健康ちば 地域・職域連携推進協議会」及び「健康ちば21計画策定作業部会」の委員の皆様をはじめ、貴重な御意見をいただきました県民の皆様、市町村、各団体の皆様に対し、心から感謝申し上げます。

平成25年3月

千葉県知事 森田 健作

目次

計画策定にあたって

I. 第2次計画策定の背景	2
II. 前計画の成果と課題	3
III. 計画の位置づけ	4
IV. 計画期間	4

計画策定の基本的考え方

(基本理念)	7
I. 総合目標	8
1. 健康寿命の延伸	8
2. 健康格差の実態解明と縮小	9
II. 4つの柱(施策の方向性)とその施策分野	10
1. 個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備	11
2. ライフステージに応じた心身機能の維持・向上	12
3. 生活習慣病の発症予防と重症化防止	12
4. つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり	14

具体的施策

I. 個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備	
1. 栄養・食生活	19
2. 身体活動・運動	24
3. 休養	28
4. 飲酒	31
5. 喫煙	34
6. 歯・口腔の健康	39
II. ライフステージに応じた心身機能の維持・向上	
1. こころの健康づくり	44
2. 次世代の健康づくり	48
3. 高齢者の健康づくり	54
III. 生活習慣病の発症予防と重症化防止	
1. がん	60
2. 循環器疾患	65
3. 糖尿病	69
4. COPD(慢性閉塞性肺疾患)	73

IV. つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり	
1. 地域社会のつながりの醸成	76
2. 健康支援のための社会参加・社会貢献	78
3. 健康格差の実態と要因分析	80

ライフステージを通じた健康づくり	82
------------------	----

推進体制と進行管理

推進体制と進行管理	85
I. 各主体の役割	85
II. 計画の推進体制	86
III. 進行管理・評価	86

資料1

健康ちば21（第2次）目標及びデータソース一覧	89
-------------------------	----

資料2

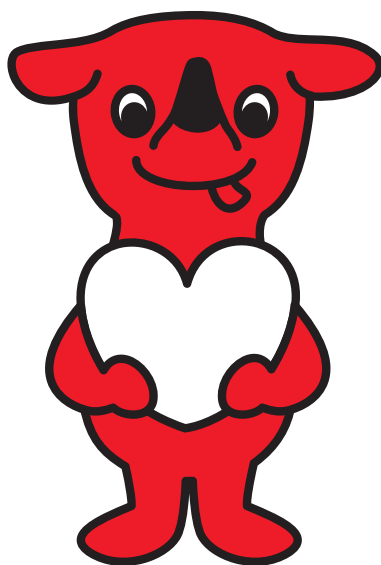
県民の主な健康課題

I. 人口構成	96
II. 健康寿命（平均自立期間）	97
III. 死亡	99
IV. 次世代の健康	109
V. 歯・口腔保健	111
VI. 特定健診・特定保健指導	113
VII. 生活習慣の状況	118
VIII. 医療費	122

参考

用語説明	124
参考ホームページ一覧	129
委員名簿	130
開催状況	132

計画策定にあたって



I 第2次計画策定の背景

千葉県総合計画（平成22年4月）によると、今後の将来人口推計で、県の人口は平成29年を境に緩やかな減少傾向に入るとされており、7年後の平成32年には625万人、12年後の平成37年には617万人と予想されています。（注1）

また、高齢者人口の割合（65歳以上の人口の割合：高齢化率）は、平成22年の21.5%から平成32年には28.9%、平成37年には30.3%と急激に高まることが予想されます。（注2）

平成37年に県全体の高齢化率30.3%を下回る地域は、千葉圏域28.6%、東葛南部圏域26.1%の2地域に限られ、その他の地域は上回ることが予想されます。特に、安房圏域では40%を超えると予測されています。（注3）

このように今後の人口及び高齢化の推移の状況は地域ごとに異なることから、それぞれの地域がその地域の実情にあった施策を検討し取り組む必要があります。

本県の女性が一生の間に産む子どもの数（合計特殊出生率）は、1.31人で、全国の1.39人に比べやや低く、また全国が2005年からは微増してきているのに比べ、本県は再び減少傾向にあり、このまま少子化が進むと人口は減少する一方です。（注4）

注1:推計後(平成24年8月現在)(千葉県人口動態分析検討会議人口動態分析検討報告書によると平成23年は前年に比較し減少しました。

注2:平成22年は国勢調査結果、平成32年、37年は千葉県高齢者保健福祉計画(平成24年3月)「推計人口(圏域別)」による。国立社会保障・人口問題研究所の日本の市区町村別将来推計人口(平成20年12月推計)をもとに作成。

注3:千葉県高齢者保健福祉計画(平成24年3月)「高齢者人口、高齢化率及び高齢者人口の増加数(圏域別)」による。国立社会保障・人口問題研究所の日本の市区町村別将来推計人口(平成20年12月推計)をもとに作成。

注4:合計特殊出生率とは、15歳から49歳の女性の、年齢別出生率を合計した指標。一人の女性が平均して一生の間に何人の子供を産むかを表す。厚生労働省の平成23年人口動態統計(確定数)の概況による数値を用いている。

少子高齢化が進む中で核家族、高齢者の独り暮らしや夫婦のみの世帯が増え、家族の機能が弱まっている中で、地域における支え合いやコミュニティの再生などにより、子どもから高齢者までが生き生きと暮らせる地域社会づくりを進めていく必要があります。

生活習慣病は40歳代から増え始め50歳代で急激に増える傾向にあり、人口の高齢化に伴う生活習慣病患者の増加や、生活習慣病を原因とする死亡や日常生活に介護が必要になるなど重篤な状態に陥ることを防止することが極めて重要です。

疾病の予防や重症化の防止は、小児期からの望ましい生活習慣の獲得をはじめ、労働時間が長く、健康に関心を向ける余力のない若者世代への注意喚起等、ライフステージに応じて進めべき課題があります。

健康で自立的に社会生活を送ることは、一人ひとりが幸福な人生を実現するための基本です。健康を大切に考え、健康を守るためには個人の健康意識のみでなく、社会全体がそうした認識を共有し、社会環境にも目を向けることの両方が必要です。

また、近年の社会・経済情勢に伴い、健診の受診や受診行動、望ましい生活習慣の獲得等について、格差が生じているといわれています。

さらに職場でのうつ病の患者数が年々増加しています。こころの健康は生活の質に大きく影響するもので、重要な健康課題となっています。

国は、国民に広く関わる疾患として重点的な対策が必要と判断し、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾病に、新たに精神疾患を加えて「五大疾病」としました。

Ⅱ 前計画の成果と課題

「健康ちば21」では、①平均寿命の延伸、②健康寿命の延伸、③生活の質の向上を基本目標として、平成14年に策定し、途中平成19年度の改訂を経て平成24年度まで11年間にわたって各種事業等に取り組んできました。

基本目標の平均寿命の延伸及び健康寿命の延伸については、男性・女性とも延伸していますが、生活の質の向上については、指標上大きな変化は見られませんでした。

平成21年の65歳の平均余命をみると男性は18.44年、女性は23.30年で平成17年に比べ、それぞれ0.74年、0.77年の延伸でした。平均余命の期間のうち、自立的に過ごす期間は男性が16.97年、女性は20.10年でした。

差し引きした期間が介護を要する期間となりますが、女性は3.20年と男性の1.47年に比べ2倍以上となっています。

分野別に目標の達成状況をみると、「現状値が変わらない」が30.4%と最も多く、続いて「現状値が目標に達した」が24.2%と1/4の項目で目標に達していました。一方、現状値が策定時に比べて悪化している項目も11.1%(23項目)ありました。

分野別に達成状況を比較すると、「たばこ」分野は目標項目が達成あるいは改善した割合が他の分野よりも多い状況でした。目標達成あるいは改善した項目が5割を超えた分野は、「栄養・食生活」「休養・心の健康づくり」「環境」でした。

一方で、がん分野では全国と同様目標を達成した項目がありませんでした。「身体活動・運動」「歯の健康」「メタボリックシンドローム」「糖尿病」「循環器病」の分野では、目標達成あるいは改善した項目が少なくなっています。

運動習慣のある者の割合、日常生活の歩数、野菜やカルシウムの摂取量等は悪化しており、必要性の認識は増しているものの、実際に行動するまでに至っていない状況と思われました。

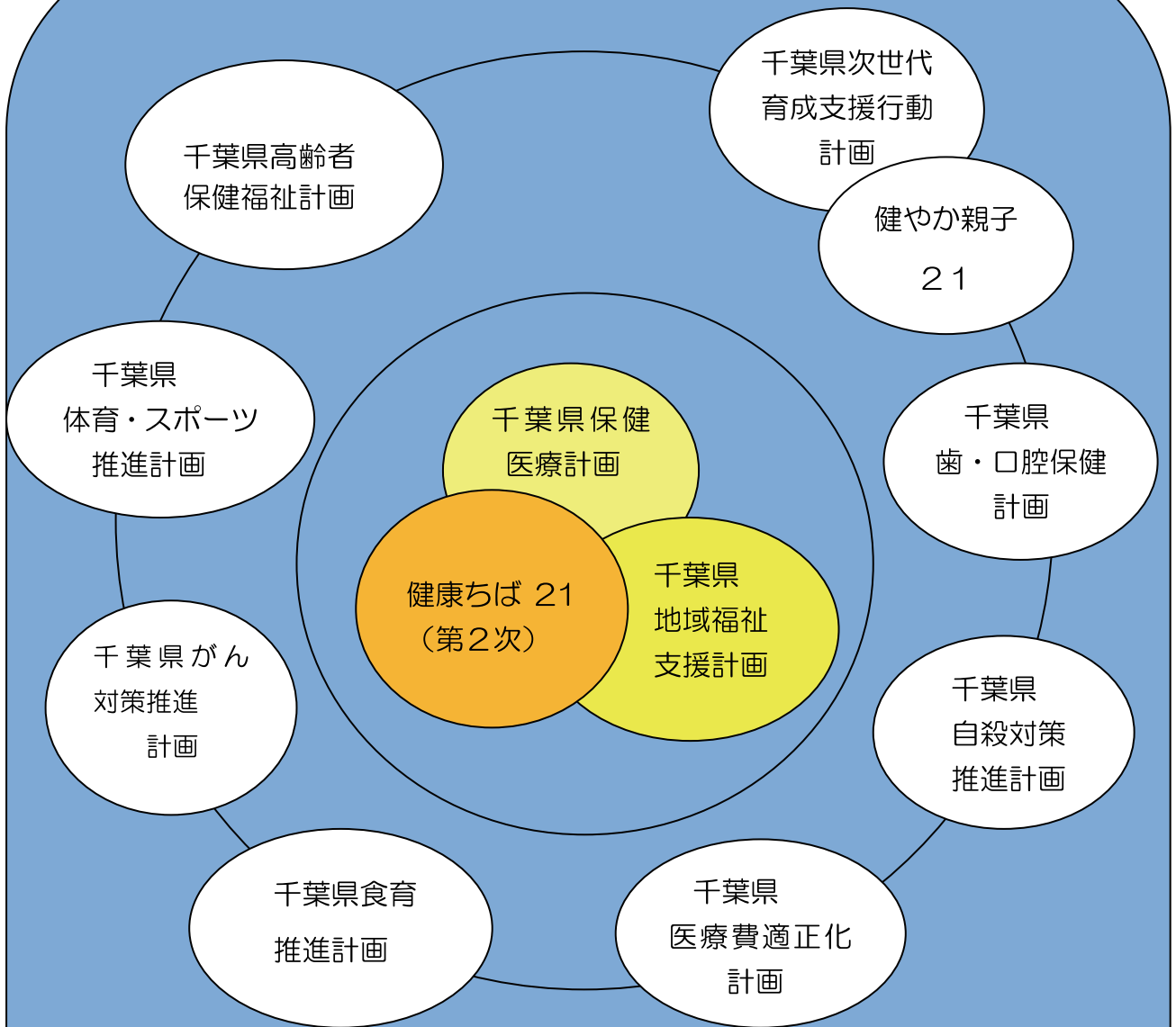
Ⅲ 計画の位置づけ

- 健康増進法第8条の規定による都道府県健康増進計画です。
- 県民の健康づくりに関する施策について基本的な計画を定めたものです。
- 本計画は、千葉県保健医療計画等関係する他の計画との整合性を図りながら進めていきます。

Ⅳ 計画期間

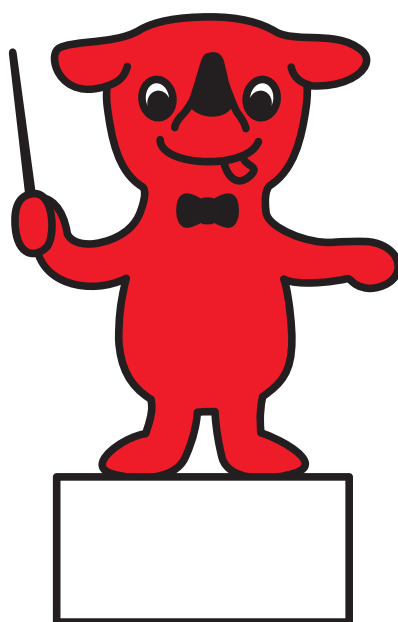
- 平成25年度から平成34年度までの10年間とします。
- 計画全体について5年を目途に中間評価を行い、最終年（平成34年度）に最終評価を行います。

千葉県総合計画



～県民が健康でこころ豊かに暮らす社会の実現～

計画策定の基本的考え方



[基本理念]

県民が健康でこころ豊かに暮らす社会の実現

健康であることは、県民一人ひとりが幸せな人生を送るための基盤です。そこでこの計画では、「県民が健康でこころ豊かに暮らす社会の実現」を基本理念とし、子どもたちも働く世代も、治療を要する病気を抱える方も介護を要する方も、それぞれの「元気力」を高めることを目指すためのものとししました。

元気力とは:

ライフステージや持病の状態に応じて身体的機能が良好であることに加え、精神的、社会的にも健全で、気力、体力が充実し、生き生きと生活できる状態をイメージした言葉です。

この基本理念に向け、「健康寿命の延伸」、及び健康づくりに関する一人ひとりの主体的な取組と併せ、個人だけでは解決が困難な健康に影響する種々の格差に対し、「健康格差の実態解明と縮小」を掲げ、この2つを総合目標として健康づくりの取組を進めていきます。

[総合目標]

健康寿命の延伸 ・ 健康格差の実態解明と縮小

健康づくりは県民一人ひとりが健康づくりの大切さを理解し、健やかな生活を送りたいという意識の下、自らの生活習慣を見つめ直し、改善すべき点を改めるとともにライフステージに応じてそれを継続することが必要です。県では、その実践に向けた支援を行うことにより基本理念の実現、総合目標の達成を目指します。

また、個人の健康は家庭、学校、地域、職場等の社会的な環境の影響を受けることから、個人の健康を支え、守る環境づくりにも目を向け、一人ひとりの健康づくりの取組を支援する社会環境の整備を進める必要があります。

さらに、地域の付き合いや世代間の交流、職場における支援等、健康を支えるコミュニティの相互扶助機能を高める視点を重視していくこととししました。

このため、総合目標を達成するための施策の方向性を次のように4つに区分し、取り組むこととししました。

[4つの柱：施策の方向性]

- 個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備
- ライフステージに応じた心身機能の維持・向上
- 生活習慣病の発症予防と重症化防止
- つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり

I 総合目標

1 健康寿命の延伸

「健康寿命」とは一生のうち、健康で支障なく日常の生活を送れる期間をいいます。ではここでいう健康とはどのような状態でしょうか。日常生活が自立的に行える身体の自由のみでなく、抑うつ感や認知能力などのこころの問題を持っていないか、年齢や持てる機能を生かした社会参加の喜びがあるかなどが十分に満たされることが健康寿命の条件です。

QOL が保たれた状態で、その方の持てる機能を発揮できる生活を送ることこそが、健康であること、長寿であることの喜びに繋がると考えます。

QOL (quality of life) とは

一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念です。物理的な豊かさやサービスの量、個人の身辺自立だけでなく、精神面を含めた生活全体の豊かさと自己実現を含めた考え方として用い、生きがいや幸福感なども含め、一人ひとりが望む生活の質を高めることをさします。

本県の平均寿命は平成 12 年から 22 年までの間で、ほぼ全国と同様に男性は 1.90 歳、女性では 1.72 歳延伸し、平成 22 年には男性 79.95 歳、女性 86.23 歳となっています。

平均寿命の伸び

	男性			女性		
	平成 12 年	平成 22 年	延伸	平成 12 年	平成 22 年	延伸
全国	77.71 歳	79.64 歳	1.93 年	84.62 歳	86.39 歳	1.77 年
千葉県	78.05 歳	79.95 歳	1.90 年	84.51 歳	86.23 歳	1.72 年

資料：平成12年 厚生労働省 都道府県別生命表の概況

平成24年度厚生労働科学 健康寿命研究班 健康寿命の算定結果（平成22年）

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指す健康寿命は、男性が 71.62 歳で全国第 3 位、女性が 73.53 歳で全国 27 位です。

できるだけ長く自立的に日常生活を送ることは、高齢期の QOL の向上に大きな意味を持っています。本県の 65 歳における平均余命と日常生活に制限のない期間を比べると表のとおり、平均余命・平均自立期間とも男女いずれも延伸していますが、平均自立期間の伸び率は平均余命の伸び率を下回っています。

また、平均余命と平均自立期間の差(日常生活に差し障りのある期間)をみると、平成 17 年には男性 1.27 年、女性 2.78 年であったものが、平成 21 年には男性 1.47 年、女性 3.20 年となっており、元気で活動的な高齢期の延伸には至っていないと言えます。

65 歳における平均余命と平均自立期間（千葉県）

65 歳における	男性			女性		
	平成 17 年	平成 21 年	延伸	平成 17 年	平成 21 年	延伸
平均余命	17.70 年	18.44 年	0.74 年	22.53 年	23.30 年	0.77 年
平均自立期間	16.43 年	16.97 年	0.54 年	19.75 年	20.10 年	0.35 年
日常生活に差障りのある期間	1.27 年	1.47 年		2.78 年	3.20 年	

(資料：厚生労働科学 健康寿命研究 平均自立期間の算定プログラムより算出)

「健康ちば 21（第 2 次）」では、個人の生活の質の低下を防ぎ、ライフステージに応じた生き生きとした生活を送れるよう、引き続き「健康寿命の延伸」を総合的な目標とします。

2 健康格差の実態解明と縮小

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されます。

近年の経済状況の停滞に伴う雇用基盤の変化、家族形態や地域のつながりの変化等により、経済的な格差のみでなく、生活に追われて健康が守れない者、健康のための資源にアクセスすることが困難な者等、集団の健康格差が問題となっています。

地域や集団において、健康寿命にどのような差異が生じているのか、差異が生じている場合、人の健康行動や健康を守るための社会環境がどのように異なっているのか等、格差の要因を把握・分析するとともに、格差を縮小するための施策検討に生かすことが重要であり「健康格差の実態解明と縮小」を総合目標とします。

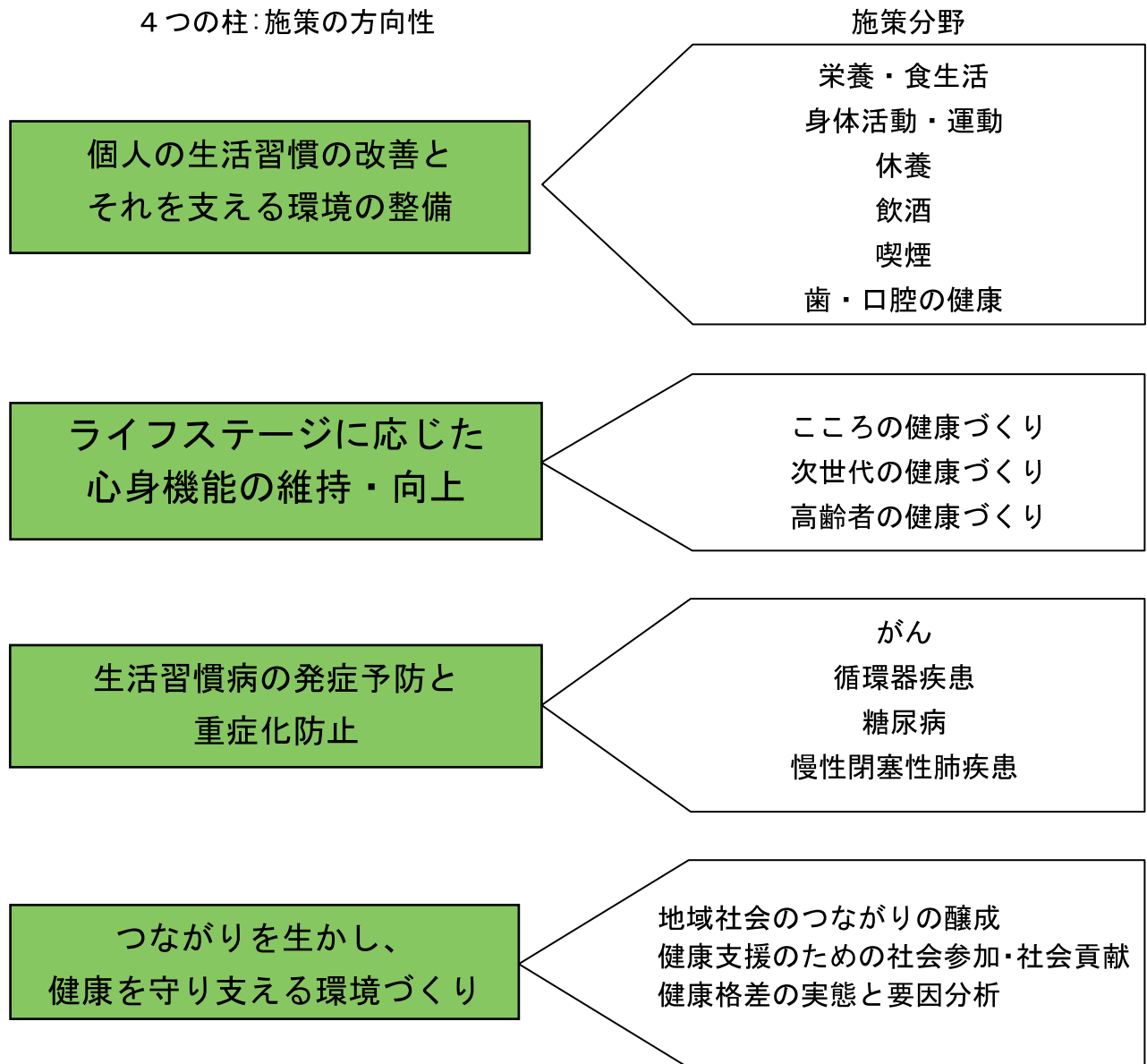
65 歳における平均自立期間の県内市町村における差（平成 20 年）

	最長の市町村 A	最短の市町村 B	差 A-B
男性	17.85 年	15.66 年	2.19 年
女性	21.28 年	19.14 年	2.14 年

(資料：厚生労働科学 健康寿命研究 平均自立期間の算定プログラムより算出)

II 4つの柱(施策の方向性)とその施策分野

総合目標を達成するための施策として以下の4つの柱となる方向性を置き、それぞれの施策分野を定めました。



4つの柱＝施策の方向性

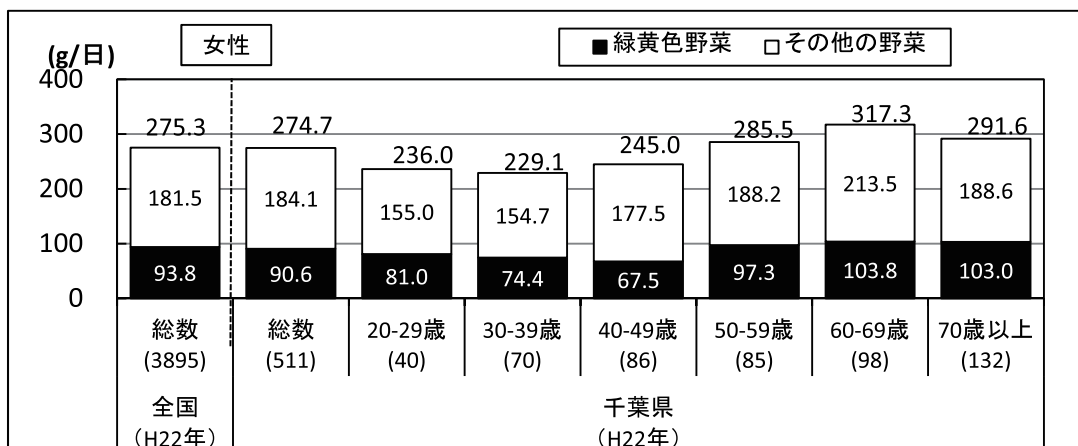
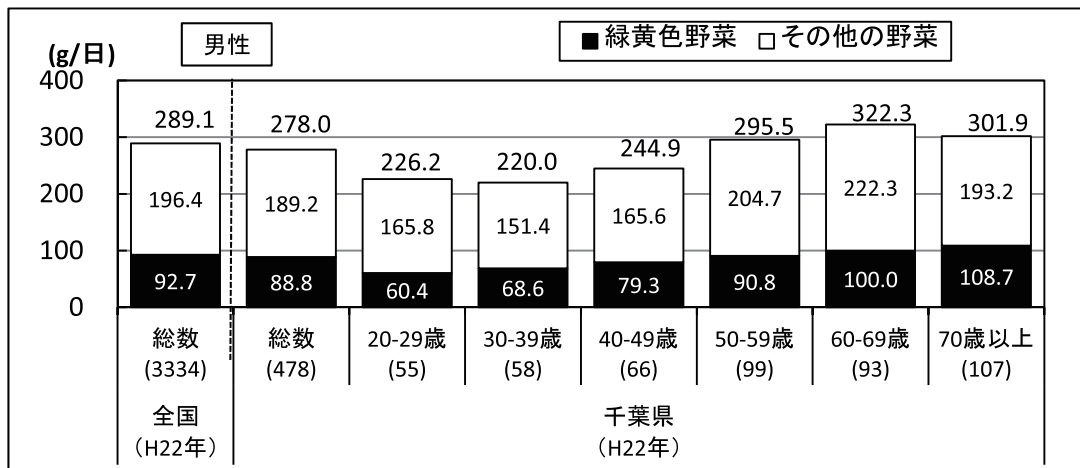
1 個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備

県民の健康増進、疾病予防や心身の機能低下の防止を図る上で、基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要な基盤となります。

生活習慣は、乳幼児期から高齢期までのライフステージや男性と女性の性による違い、置かれている社会経済状況による影響等、対象となる人々ごとに異なってきます。こうした違いに注目し、対象となる集団ごとの生活上の特性やニーズ、健康上のリスクについて十分に把握し、背景となる環境も視野に入れて改善に向けて働きかける必要があります。

例えば下記のグラフは、H22年県民健康・栄養調査による野菜摂取量を示していますが、1日350g以上摂取できている年代はありません。

男女とも20歳代、30歳代で最も少なく、その後やや増加するものの、70歳以上では再び低下しています。野菜摂取量の増加を働きかける場合、この両者の生活背景、食習慣は大きく異なるため、それぞれの生活環境の特性に見合ったアプローチが求められます。



2 ライフステージに応じた心身機能の維持・向上

全国と同様に本県も、今後少子高齢化が進展することが確実な中で、健康寿命の延伸を図るためには、高齢になってもできる限り心身の機能を維持し、広がりを持った社会生活を送ることが重要です。

また、妊娠中(胎児期)や子どもの頃からの一環した健康づくり、すなわち健やかな成長と健康的な生活習慣の定着は、その後のライフステージ全体にわたる健康の基礎となるものであり、さらに子どもたちが成長しやがて次の世代の親となってその子どもたちの生活習慣の形成にかかわることからも重要な意味があります。

現在、母子保健分野における取組としては「健やか親子 21」や次世代育成支援計画に基づく対応が進められており、こうした取組と協働して次世代の健康づくりを進めていきます。

さらに、ライフステージを通じ生き生きと自分らしく生活するためには、身体・心の健康と共に重要なのがこころの健康です。働く世代のストレス対策による自殺等の社会的損失を防止するなど、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指す必要があります。

※こころの健康づくりは、各ライフステージごとに課題があることから、ライフステージに応じた心身機能の維持・向上の柱の中で特出しました。

3 生活習慣病の発症予防と重症化防止

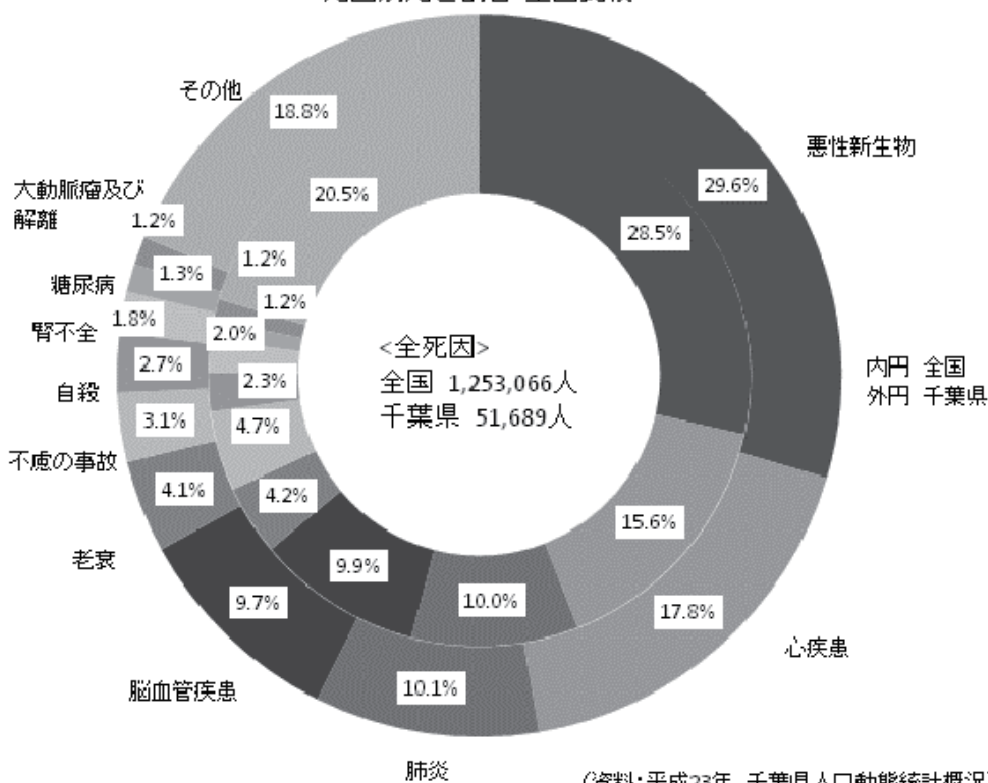
本県の死因の第1位はがんで全体の約30%を占めていることに加え、循環器疾患が第2位の心疾患、第4位の脳血管疾患を合わせて25%を超えており、これらの全死亡に占める割合は約6割に達しています。

また、死亡に至らない場合でも、例えば脳血管疾患では後遺症として運動や言語・感覚が阻害される等、QOLに大きな影響を与える重大な疾患です。

さらに、失明や人工透析の導入など、QOLの著しい低下を招く重大な合併症を引き起こす恐れのある糖尿病の年齢調整死亡率は男女とも全国でも上位に位置しています。

本県での今後の急速な高齢化を背景に、がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病の患者数は増大することが予測され、これらの発症を予防し、適切に治療や健康管理を続けることで重症化を防ぐことは、健康寿命の延伸を図る上で重要な課題です。

死因別死亡割合 全国比較



さらに今後死亡原因として急速に増加が予測されている疾患に慢性閉塞性肺疾患(COPD)が挙げられます。COPDの最も多い症状は、体を動かした後の息切れ(労作時呼吸困難)で、長期間にゆっくりと進行し、このために日常生活が制限されることがしばしばあり、欧米では寝たきりとなる原因の第2位を占める重要な病気です。

肺機能が衰える高齢者の人口増加が予想される本県においては、COPDも重要な課題となることが予測されます。

COPDとは

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

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDに対し、食生活の改善や運動習慣の定着、禁煙などの生活習慣の改善を主とする一次予防対策と同時に、症状の進展や合併症を予防しQOLを維持するための重症化の防止を図る必要があります。

近年、国際的にもこれらの疾患はNCD(Non Communicable Disease:非感染性疾患)として対策が重視されています。

NCD (Non Communicable Disease) とは

世界保健機関 (WHO) は、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患をまとめて「非感染性疾患 (NCD)」と位置付けています。循環器疾患、がん、糖尿病慢性呼吸器疾患などが主なNCDと言えます。

NCDは世界的に中・高齢者で急増しており、2008年の世界の死亡数5,700万人のうち63%にあたる3,600万人がNCDにより死亡しています。WHOは2030年までにこの数はさらに増加し、5,500万人に達すると予測しています。

慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、これらの疾患について単に保健分野だけでなく地域、職場等における環境要因や、経済的要因等の幅広い視点から包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減するための対策が求められ、「NCD対策」として捉える事が世界的な潮流になっています。

4 つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり

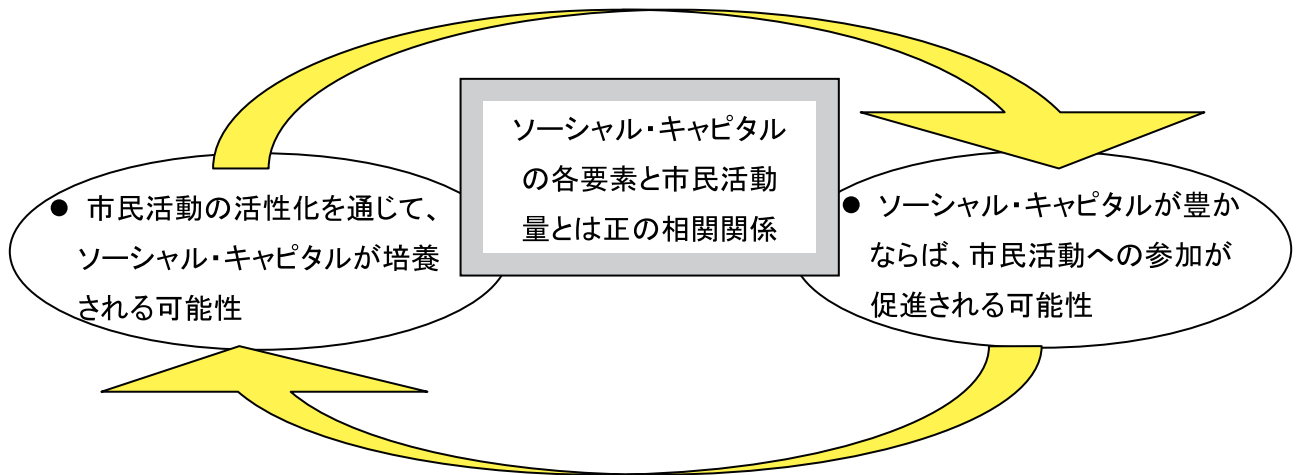
一人ひとりの健康は、社会経済的環境の影響を受けるため、人々が健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、行政機関だけでなく健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な協力を得るなど、社会全体として健康を支える環境を整備することが重要です。

これまで、健康づくりへの取組は、個人の健康づくりへの取組が中心でしたが、今後は個人では解決できない地域社会の課題に取り組むことが求められます。

地域や世代間の相互扶助や地域社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的あるいは精神的に健康に配慮した生活の確保が困難な人や健康に関心のない人を含め、社会全体で支え合いながら健康を守るための環境整備に取り組む必要があります。

地域のつながりの健康への影響について、ソーシャルキャピタルと健康との関連が報告されています。地域のつながりの強化(ソーシャルキャピタルの水準をあげること)、「いいコミュニティづくり」は健康づくりに貢献すると考えられます。

ソーシャル・キャピタルと市民活動との関係



* 出典：コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究調査報告書（内閣府）

ソーシャルキャピタルとは

地域のネットワークによってもたらされる規範と信頼を意味し、地域共通の目的に向けて協働するモデルとされ、社会資本と訳されています。

しかし、それは施設等の物的な社会資本ではなく、行政・企業・住民を結び付ける人間関係、市民関係のネットワークであり、社会関係資本、共同関係資本とも言うべき性格を有しています。

具体的にはボランティア活動や官民連携など幅広い横型ネットワークによって支えられており、地域を支える主体の社会的応答性を高める仕組みでもあります。

健康ちば 21(第2次)の概念図

県民が健康で心豊かに暮らす社会の実現

健康寿命の延伸

健康格差の実態解明と縮小

生活習慣病の
発症予防と
重症化防止

ライフステージに応じた
心身機能の維持・向上

こころ
の
健康づくり

次世代
の
健康づくり

高齢者
の
健康づくり

生活習慣の改善

環境の整備

つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり

具体的施策



I 個人の生活習慣の改善と それを支える環境の整備

施策分野

- ・ 栄養・食生活
- ・ 身体活動・運動
- ・ 休養
- ・ 飲酒
- ・ 喫煙
- ・ 歯・口腔の健康

1. 栄養・食生活

I 現状と課題

栄養・食生活は、人々の生命を維持し、子どもたちの健やかな成長やより健康で幸せな人生を送るために不可欠な営みです。また、これまで見てきたように、望ましい栄養・食生活は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病の予防に重要な役割を果たします。

さらに、小児期から望ましい食生活を身に付けること、ライフステージによって必要な栄養を過不足なく摂取することは、QOL の向上に寄与し、県民の社会生活を豊かにする意味でも重要です。

栄養・食生活の健康生活への影響は、栄養状態、適正な栄養素の摂取状況、食物を摂取するための行動、ならびに個人の食に関する行動変容を支援する食環境の視点から見ていくことが必要です。

(子ども及び高齢者の栄養・食生活については、「ライフステージに応じた心身機能の維持・向上」の章で記載します。)

生涯にわたり適正体重を維持することは、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の予防につながります。

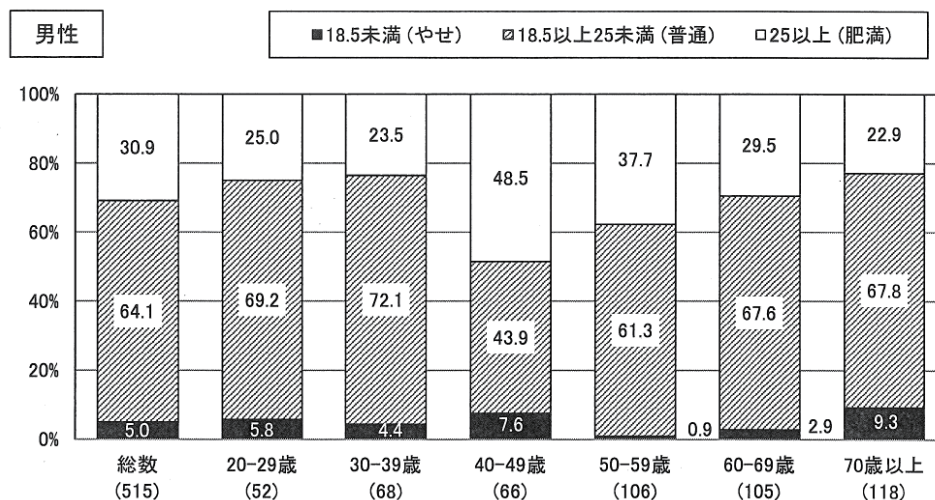
県民のBMIの分布を平成22年県民健康・栄養調査報告書でみると、肥満(*BMI ≥ 25)の人の割合は、男性で約3人に1人(30.9%)、女性で約5人に1人(21.6%)です。

年代別に見ると、肥満の人の割合は40歳代男性が48.5%で最も多くなっています。

*肥満度：BMI (Body Mass Index) を用いて算定。

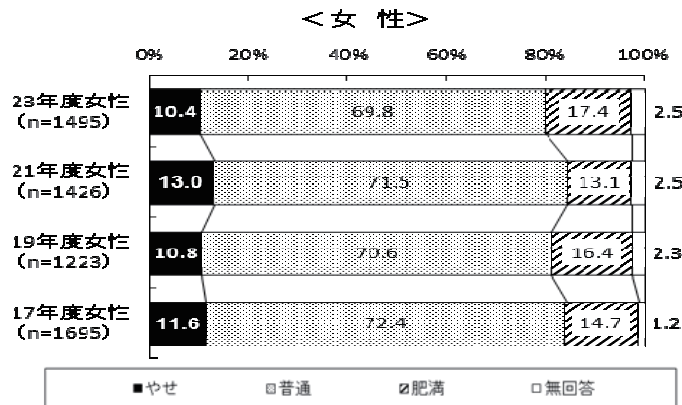
(BMI = 体重 [kg] / (身長 [m])²により算出。BMI < 18.5 低体重(やせ)、18.5 ≤ BMI < 25 普通体重(正常)、BMI ≥ 25 過体重(肥満)(日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会、2000年)

男性年齢別BMI (平成22年県民健康・栄養調査報告書)



一方、平成23年度生活習慣に関するアンケート調査によると、やせ（BMI < 18.5）の者の割合は、男性4.5%、女性10.4%です。若い女性のやせについては、不妊・低体重児の出生や生まれた児の生活習慣病のリスクが指摘されています。さらに、この時期に十分な骨量を蓄えられないことにより、高齢期に入ってから骨粗しょう症の増大が危惧されます。これらのことから、若い女性の健康体重の維持は重要です。

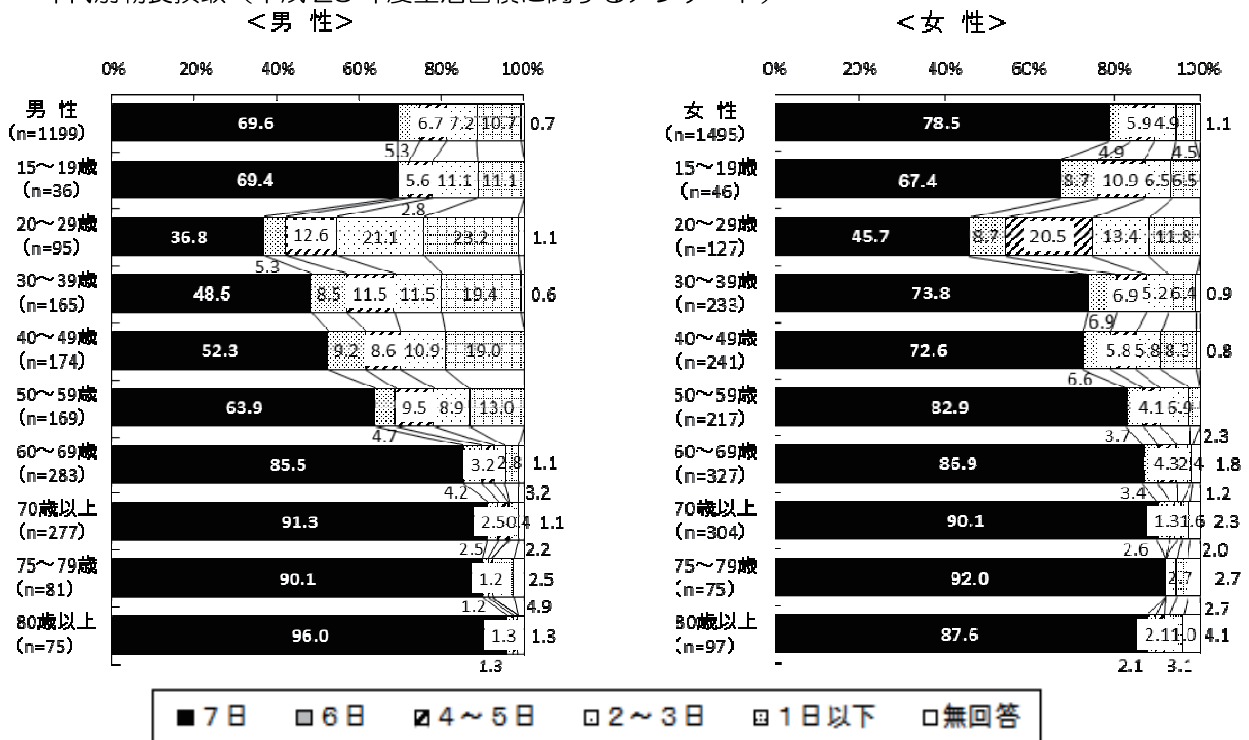
やせの女性の推移（平成23年度生活習慣に関するアンケート）



望ましい1日の食事（量と質）を摂取し、毎日の生活リズムを整えるためにも朝食をきちんと摂取することは重要です。

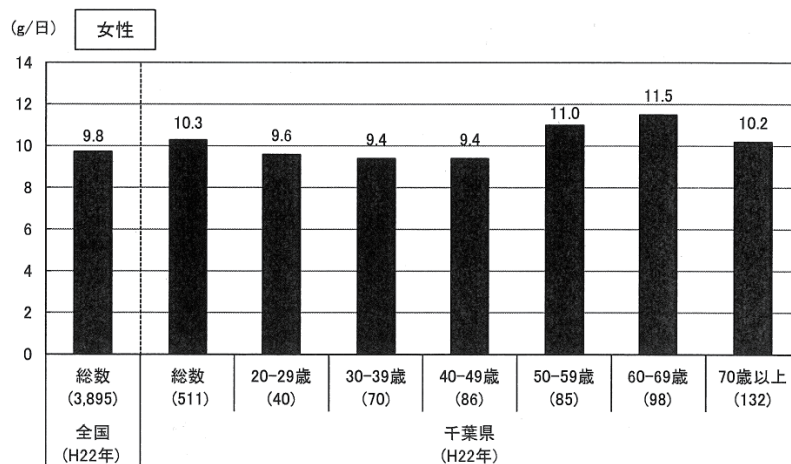
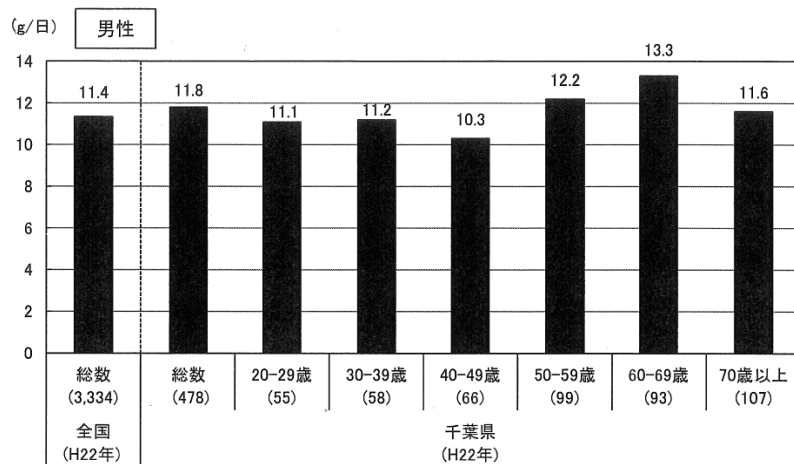
平成23年度生活習慣に関するアンケート調査によると、1週間に朝食を摂る日が6～7日の者の割合が少ないのは、男性では20～40歳代にかけて、女性では20歳代となっています。青年期までは家族が準備した朝食を摂取できていたものの、社会的に自立する時期に入ってから、朝食を準備し摂取することが難しくなっている実態がうかがわれます。

年代別朝食摂取（平成23年度生活習慣に関するアンケート）



また、減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患の減少に繋がること、野菜・果物の摂取量は体重コントロールに重要であり、循環器疾患・がんに対し予防的に働くといわれており、減塩及び野菜・果物の摂取量の適切なコントロールが求められます。

食塩摂取量（平成 22 年県民健康・栄養調査報告書）



さらに、多様な品目をバランスよく摂取することが望ましいことはもちろんですが、まずは食事の基本として「主食（ごはん、パン、麺類など）、主菜（魚、肉、卵、大豆製品など）、副菜（野菜類、きのこ・海藻類、いも類など）」のそろった食事摂取をすすめる必要があります。1日2食において、主食・主菜・副菜の揃った食事をとっている場合と、そうでない場合と比べて、揃った食事をとっている場合の方が、そうでない場合と比べて、たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミンの栄養素の摂取量が適切になることが報告されています。

現代の食生活においては、調理ができない、時間が無い、食生活に関心が無いなどにより、調理加工食品や外食に依存する人もみられます。望ましい食生活のために、調理加工食品や外食をどう選択し、どう食べるかを身につけ実践することが望まれています。

今後はこれらの視点からの実態把握を進め、改善を図る必要があります。

II 目標

目標項目	現状 (H22年)	目標 (H34年)	
適正体重を維持している者の増加 (肥満BMI 25以上、やせBMI 18.5未満の減少)	20歳～60歳代 男性の肥満者の割合	33.2%	28.0%
	40歳～60歳代 女性の肥満者の割合	22.1%	19.0%
	20歳代女性の やせの者の割合	19.0%	15.0%
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日 がほぼ毎日の者の割合の増加	全体		平成25年千葉県 生活習慣アンケート により設定
	一人暮らしの者		
1週間に朝食をとる日が 6～7日の者の割合の増加	30～40歳代男性	59.2% (H23年度)	増加傾向
	20歳代女性	54.4% (H23年度)	増加傾向
食塩摂取量の減少 (1日あたり)	男性	11.8g	9.0g
	女性	10.3g	7.5g
野菜と果物摂取量の増加 (1日あたり)	野菜摂取量の平均値	267g	350g
	果物摂取量100g 未満の者の割合	60.1%	30.0%
健康ちば協力店(注1)の登録数の増加	923店舗 (H23年度)	1,100店舗 (H29年度)	
利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、 改善を実施している特定給食施設(注2)の割合の増加	管理栄養士・栄養士 を配置している施設 の割合 84.1%(H23年度)	90.0%	

注1 健康ちば協力店: メニューの栄養成分表示や、健康・栄養情報等の提供をしたり、ヘルシーオーダーに対応できる飲食店

注2 特定給食施設: 健康増進法において施設設置者の届出が義務づけられている施設
(継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設)

III 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 適正な食生活についての普及啓発

○ライフステージに応じた望ましい食生活を分かりやすく伝えます。

○食に関する体験教室や食育関連のイベント等を通じ、県民がライフステージに応じた適正な食生活が送れるよう啓発します。

2 県民の栄養・食生活の課題把握と対象者にあった取組の検討

○市町村や栄養士会、食生活改善普及団体等と協力し、栄養・食生活の課題及びその対象者を見出し、対応を検討します。

○塩分の過剰摂取、野菜・果物の摂取不足など、県民の栄養・食生活上の課題に対し、特に啓発が必要な対象集団を見極め効果的に普及啓発します。

3 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成

○企業等を含む給食施設の栄養職員、飲食店や弁当業者の栄養・調理職員等に対し、適正な食の提供に関する研修を実施します。

4 外食等におけるヘルシーメニューの提供や栄養成分表示等の推進

○健康ちば協力店の登録数の拡大を図り、望ましい食生活が実践できる環境づくりを推進します。

○スーパー・小売店や食品関連事業団体に働きかけ栄養成分表示やヘルシーメニューの提案を支援します。

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇自分に必要なエネルギー量と望ましい食事・食習慣を理解し心がけましょう。 ◇朝食の摂取、1日2回以上主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をとることを心がけましょう。 ◇自分のライフステージと活動量に応じた食事内容について知識を持ちましょう。
学校等	◇幼児期・学童期から望ましい食生活・生活習慣を身につけていくことが重要です。
市町村	◇学校と連携した食育の推進を図り、地域ぐるみの食生活改善に努めます。 ◇各種の健診機会を活用し、食生活改善について啓発します。
職場・企業	◇県民に向けた食事や食生活の改善に関する提案やメッセージ、情報等を発信します。 ◇社員食堂などを活用し、望ましい食生活等を普及します。
保健医療 専門職・団体	◇行政機関と協力し食に関する課題の把握、社員食堂や給食施設を活用したポピュレーションアプローチを実施します。

ポピュレーションアプローチとは

対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチしていく方法をいいます。

2. 身体活動・運動

I 現状と課題

「身体活動」とは、安静にしている時よりも多くのエネルギーを消費する全ての活動のことをいいます。体力の維持や向上を目的として計画的・意図的に行われる「運動」だけでなく、日常生活における労働や家事、通勤や通学、趣味等の「生活活動」も含まれます。

身体活動・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病の発症のリスクが低いことが分かっています。

日本では身体活動・運動の不足は、喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目に高い危険因子であることも示唆されています。

しかし、交通手段の発達、仕事や家事の自動化により、生活の中で身体を動かすことが少なくなっています。県民健康・栄養調査によると、1日の歩数は減少の傾向にあり、この傾向は全国も同様です。

歩数の増加は生活習慣病のリスクを低減させ、結果的に健康寿命を延伸し、高齢になっても社会生活機能を維持・増進する上で、直接かつ効果的な方策であることから、歩く習慣を身につける必要があります。

平成23年度生活習慣に関するアンケート調査によると、過去の調査結果と比較すると、1回30分以上の運動（週2回以上、1年以上）については、全体では「はい」の割合が年々増加しています。

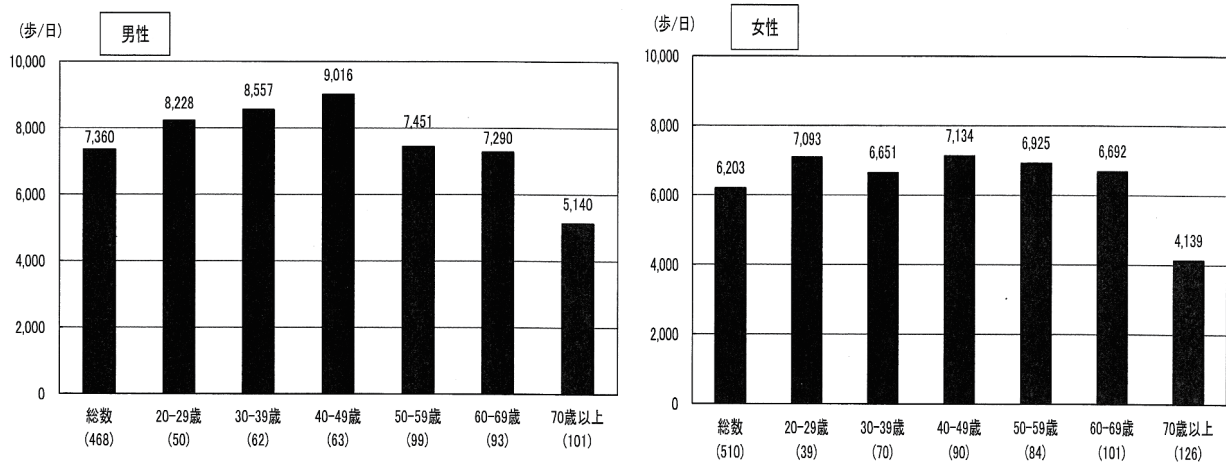
性別でみても、男女とも「はい」の割合は微増傾向にあります。

年齢別では、20～29歳と40～49歳以外は「はい」が微増傾向にあります。特に70歳以上の伸びが大きく、「はい」の割合はこれまでの調査の中で最も高くなっています。

女性は男性に比べ運動習慣を持つ者の割合が全体に低い傾向にあり、特に就学を終えた20歳代での低下が著しいため、若い女性への取組が重要です。また男女とも働き盛りの30～39歳が最も割合が低いことが課題となっています。

○1日の歩数年代別男女別（平成22年県民健康・栄養調査）

歩行数の平均値（20歳以上：歩/日）

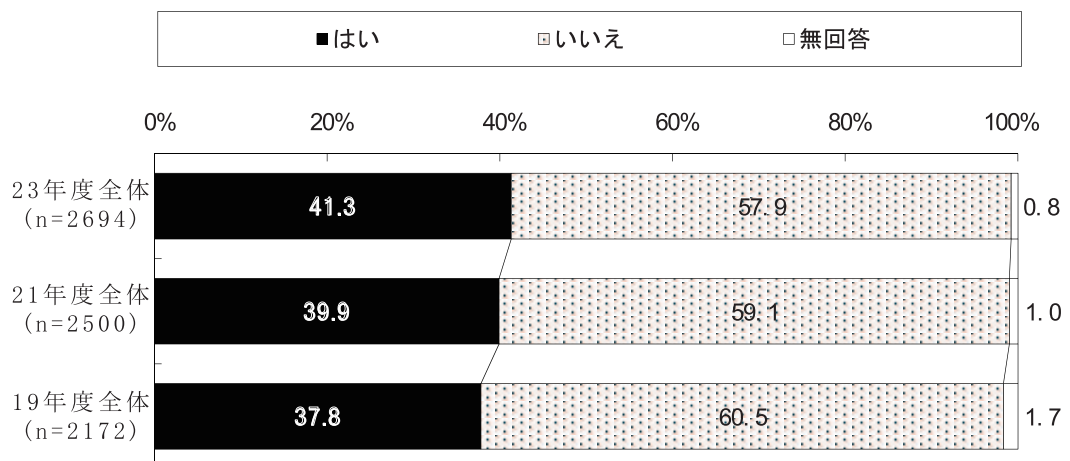


○平成23年度生活習慣に関するアンケート調査

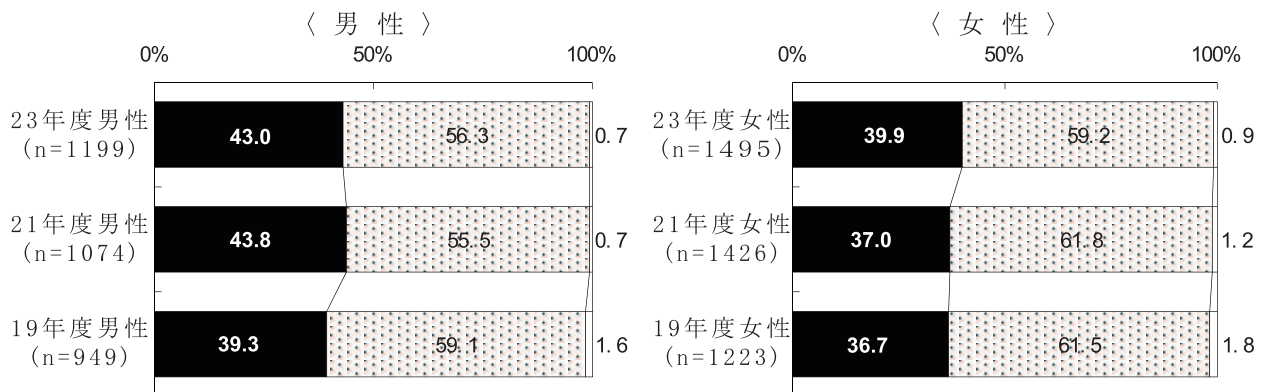
（運動習慣）

【経年調査との比較】

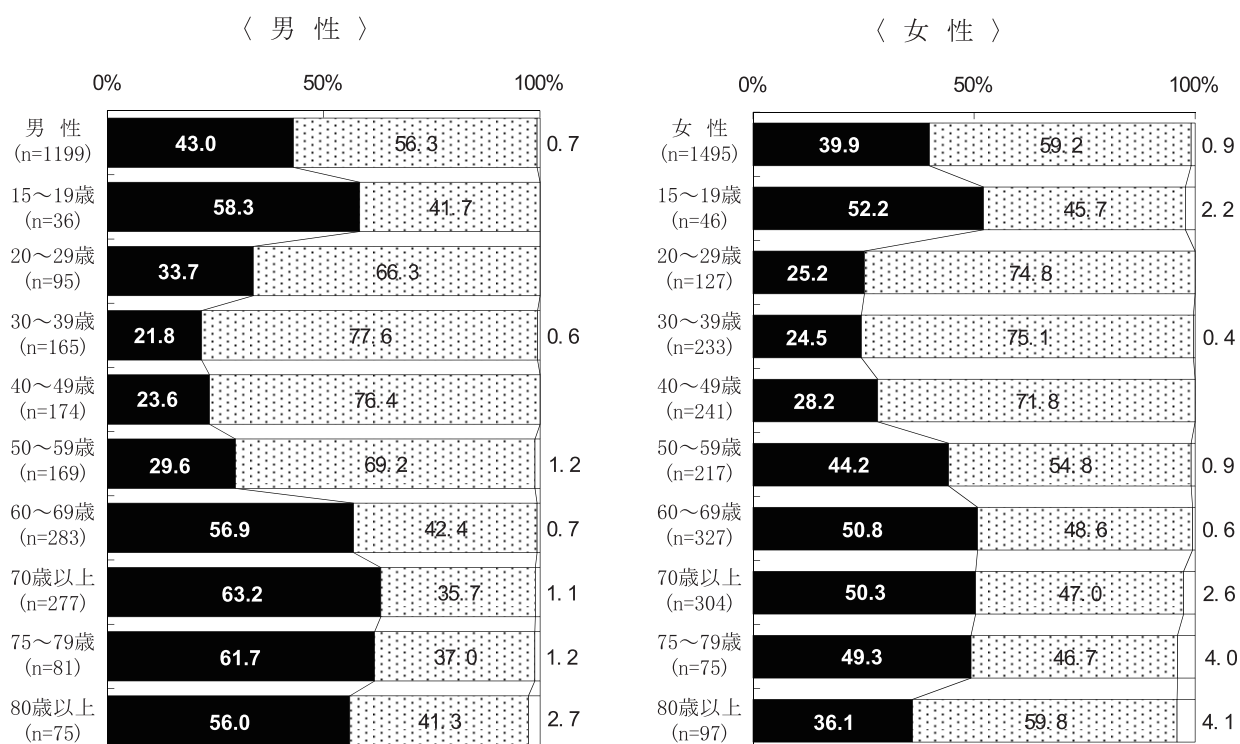
1回30分以上の運動（週2回以上、1年以上）の実施（全体）



1回30分以上の運動（週2回以上、1年以上）の実施（性別）



1回30分以上の運動（週2回以上、1年以上）の実施（性・年齢別）



学校教育における体育活動が終了する若い時期から、意識的に運動・スポーツに取り組む意識の醸成と取り組みやすい環境づくりが必要です。

また、通勤や長時間労働による時間的な制約から運動・スポーツに取り組むことが難しい世代も、意識的に日常生活の中で身体を動かす工夫をし、毎日の身体活動の量を増やすことが必要です。

Ⅱ 目標

目標項目			現状(H22年)	目標(H34年)
日常生活における歩数の増加	20歳以上	男性	7,360歩	8,800歩
		女性	6,203歩	7,700歩
	上記のうち70歳以上	男性	5,140歩	6,600歩
		女性	4,139歩	5,600歩
運動習慣者の割合の増加	40～64歳	男性	18.1% (H22年度)	28.0%
		女性	16.7% (H22年度)	27.0%

	65 歳以上	男性	27.8% (H22 年度)	38.0%
		女性	23.0% (H22 年度)	33.0%
ウォーキングロード、地域独自の体操等を紹介している市町村の数の増加（参考値）			46 市町村 (H24 年度)	54 市町村

※参考値：その地域の身体活動・運動への取組の度合いがわかることから参考値としました。

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 身体活動・運動の効果に関する普及啓発

○運動や身体活動による健康への影響や効果について積極的に県民に発信します。

○気軽に出来る体操や日常生活の中で活動量を増やす工夫について具体的な方法を県民に紹介します。

2 市町村、NPO 法人、地域のスポーツ団体の協力による運動に親しむ環境の整備

○各地域のウォーキングロードやオリジナル体操についてホームページ等により紹介します。

3 運動指導の充実と指導者の育成

○特定保健指導従事者に対する運動指導の具体的な方法に関する研修会の開催や、健康運動指導士やスポーツ指導者を対象とした研修会の開催により、県民一人ひとりの生活に応じた運動・身体活動量の増加を支援する人材を増やします。

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇通勤、職場、家庭等の日常生活の中で意識して身体を動かしましょう。
市町村	◇気軽に運動に取り組めるよう公共施設の開放をします。
地域	◇近隣の知人と誘い合い、ウォーキングなどの運動をしましょう。
学校	◇体育の授業などを通じて身体を動かすことの大切さを教えます。
職場・企業	◇昼休み時間などを利用して少しでも身体を動かしましょう。
保健医療 専門職・団体	◇身体活動・運動に関する教室やイベントを開催します。
医療保険者	◇特定健診・特定保健指導等を通じて身体を動かすことを奨励します。

※運動については、「千葉県体育・スポーツ推進計画」に基づく推進も図られており、当該計画に施策が記載されていますので参考にしてください。

3. 休 養

I 現状と課題

複雑な現代の社会においては、学校、職場や日常的な社会生活に起因する疲労やストレスにより、精神的な疲れを訴える者や健康を損なう者も増えています。こうした社会の中でこころの健康を保つためには、心身の疲労回復と生き生きとした生活を過ごすための休養が重要な要素となります。

適度な運動や適正な食生活に加え、十分な睡眠と、ストレスからの早期回復のために休養を日常生活の中に適切に取り入れた生活習慣を形成することが必要です。

「休」とは、労働や社会活動等によって生じた心身の疲労を安静や睡眠をとることによって解消、疲労を回復し健康の保持を図ることを意味します。

また、「養」とは英気を養うといった言葉からも分かるように、今後の生活に向けて自らの身体・精神・社会的な機能を高めるべく主体的に行動することにより、健康増進を図り、QOLの向上に繋がるものといえます。

質の高い睡眠は心身の休養のために欠かすことができません。一方で近年は交代制勤務の増加や長時間の通勤、受験勉強、ゲームやインターネットで長時間過ごす夜型生活など、睡眠不足や睡眠障害を招く要素が多くなっています。

睡眠不足は、疲労感をもたらす、情緒を不安定にする、適切な判断力を鈍らせる、事故のリスクを高めるなどが指摘されており、生活への影響が大きいといえます。

また、睡眠の障害は、こころの病気の症状の一つとして現れることも多く、病気の再発や再燃のリスクを高めることも知られています。

平成22年の県民健康・栄養調査によると、県民の睡眠時間は5～6時間が30.9%、6～7時間が32.8%となっており、5時間未満の者は7.1%でした。また、この1カ月睡眠が「寝つきが悪い、途中で目が覚める、朝早く目覚める、熟睡できないなど眠れないことがあった」という項目質問で、「頻繁にある」と回答した者は12.4%でした。

問「ここ1カ月間、あなたは寝床に入っても、寝つきが悪い、途中で目が覚める、朝早く目覚める、熟睡できないなど、眠れないことがありましたか」に対する回答（平成22年県民健康・栄養調査）

	人数	%
総数	1,119	100.0
頻繁にある	139	12.4
ときどきある	451	40.3
めったにない	334	29.8
まったくない	194	17.3
無回答	1	0.1

厚生労働省のホームページによれば、睡眠時間が短いと肥満になりやすいこと、また睡眠障害は様々な身体疾患を増悪させ、例えば睡眠時無呼吸症候群はメタボリックシンドロームにしばしば合併し、高血圧、脂質異常症、糖尿病、逆流性食道炎などを増悪させるとあります。睡眠不足や睡眠障害がさまざまな生活習慣病に与える影響が明らかにされつつあり、不眠や睡眠障害を放置せず、適切に対処する必要があります。

前計画の健康ちば21の最終評価でも、効果的な睡眠をはじめとするストレス処理のための生活習慣について、保健指導や情報発信を引き続き実施する、としたところです。

また、近年過重労働に起因する脳血管疾患・心疾患・精神障害の発症が問題となっており、平成22年に閣議決定された「新成長戦略」では、週労働時間60時間以上の雇用者（就業者のうち自営業主、家族従業者を除外）の割合を半減する目標が掲げられるなど、長時間労働が注目されています。

本県における県民の労働時間の実情について、今後関係機関と連携して実態を把握するとともに、改善に向けて取り組む必要があります。

II 目標

目標項目	現状（H22年）	目標（H34年）
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.9% (H23年度)	20.0%以下
睡眠で十分休養が取れている者の割合の増加 (参考値)	38.6% (H22年度)	70.0%
週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	—	平成25年度調査結果により設定

※参考値：母集団が大きい値であることから参考までに記載しました。

III 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 質の高い十分な睡眠の確保の推進

○睡眠の大切さ、睡眠と健康との関連などに関する情報について、広く県民一般に提供していきます。特に、朝の目覚めがスッキリしている、睡眠で十分に休養がとれているなど、睡眠の質の確保は大事です。

○関係機関と連携し、年次有給休暇の取得促進、効率的な業務推進による時間外勤務の縮減などを含め、ライフスタイルに合わせた柔軟で多様な働き方ができるよう県民の理解を広め、意識の啓発を図っていきます。

○「健康づくりのための睡眠指針」の紹介などにより、十分な睡眠と質の高い睡眠の確保のための手法等について情報発信します。

2 ストレスの解消の普及啓発

- 日常生活の中で手軽に出来るストレス解消法について、県民に周知します。
- 過度のストレス状態に陥った場合に現れる症状や相談機関について情報提供します。

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇十分な睡眠を確保できる生活習慣を継続しましょう。
市 町 村	◇広報誌などを通じて、睡眠の大切さを呼びかけます。 ◇過度のストレス状態や睡眠障害であられる症状について情報発信します。
地 域	◇地域のイベントなどにより住民がリラックスできる場や方法を提供します。
学 校	◇「早寝早起き朝ごはん」と連携し睡眠の重要性について指導します。
職 場・企業	◇ライフスタイルに合わせた柔軟で多様な働き方ができる職場環境を目指します。
保 健 医 療 専 門 職・団体	◇過度のストレス状態や睡眠障害に陥った場合に相談・治療対応します。
医 療 保 険 者	◇特定健診・特定保健指導等を通じ、睡眠の大切さを周知します。

4. 飲 酒

I 現状と課題

適度の飲酒は、より良いコミュニケーションや心身のリラックスを促進する一方、過剰であれば肝臓などの臓器障害、アルコール依存症等の健康被害を起こす可能性が高くなります。アルコール依存症も含めたアルコールに関連した健康問題や、飲酒運転を含めた社会問題の多くが、多量飲酒者によって引き起こされていると推定されています。

また多くの研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの健康問題は、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されていますが、全死亡、脳梗塞、虚血性心疾患については飲酒量との関係が直線的とは言えないものの、男性では44g/日（日本酒2合/日）、女性では22g/日（日本酒1合/日）でリスクが高くなることを示す研究もあります。

さらに多くの研究により肝疾患におけるアルコール性肝障害の比率は、成人一人当たりのアルコール消費量と相関していることから、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を超える量の飲酒は避ける必要があります。

一般に女性は男性に比べ肝臓障害などのアルコールによる臓器障害を起こしやすく、アルコール依存症に至るまでの期間も短いことが知られています。

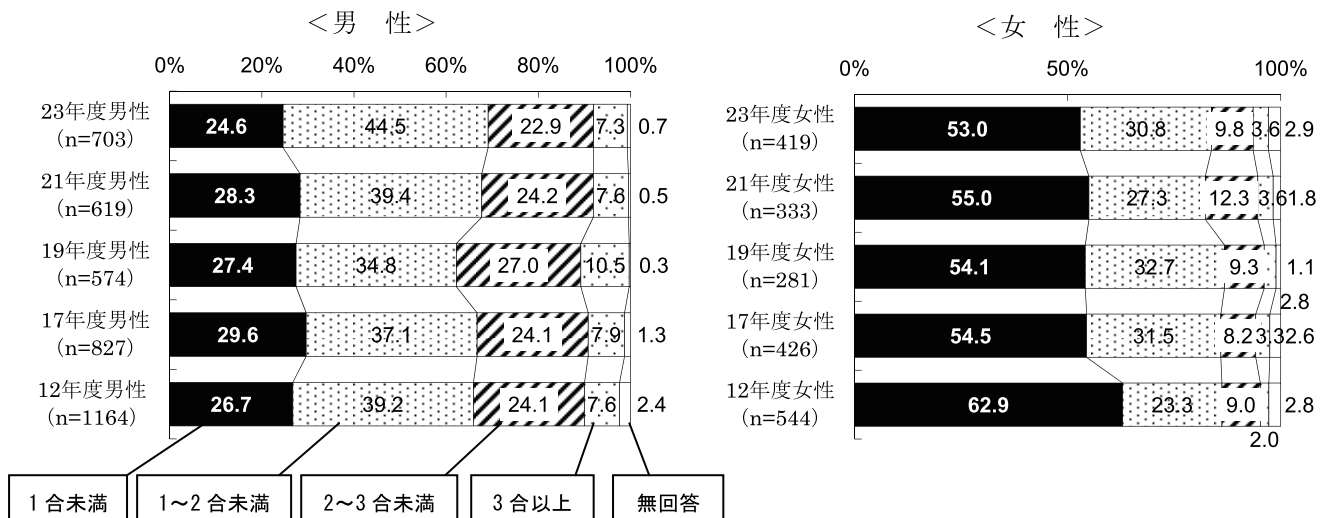
女性は週に平均84g（日本酒で4合）の純アルコール摂取で、肝障害、肝硬変の危険性が高まり、これは男性に比べ半分の量です。1日平均44gの純アルコール摂取で乳がんの危険性が高まるとされています。また性機能への影響も強く、月経周期の乱れ、不妊、自然流産のリスクが高まります。特に妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことから、妊娠中あるいは妊娠を予定している女性はアルコールを断つ必要があります。

本県の成人の飲酒量は、全体、性別とも推移に動きはありませんが、飲酒率については、男性の微減傾向に対し、女性の飲酒については、微増傾向にあり、男性に比べ少ない飲酒量でリスクが高くなることを配慮した取組が必要となります。

胎児性アルコール症候群とは

妊娠中の母親が飲酒するとアルコールやその代謝物が胎盤を通過して胎児の血中に移行し、胎児に発育遅滞や器官形成不全などを生じることがあります。自然流産につながる場合もありますが出生に至った場合、影響は学童期以後にも及び、学習、衝動コントロール、対人関係の障害となっていきます。

1日の飲酒量（平成23年度生活習慣に関するアンケート調査）



未成年の飲酒は、発育途上の身体に大きな影響を与える社会問題です。未成年の身体は発達過程にあるため、アルコールが健全な成長を妨げることや、臓器の機能が未熟なためアルコール分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいことがより大きな影響を与える原因です。

未成年では、急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすく、将来のアルコール依存症リスクがより高くなるのみでなく、社会的な問題も起こしやすいこともあり、未成年の飲酒を防止することが必要です。

高齢者の過度の飲酒は健康寿命に影響します。かつては翌日の仕事や配偶者の存在によって適量飲酒に収まっていたために、身体的・精神的ストレスを調整できていたものが、無節制・過度になって身体的・精神的ストレスを助長することを避ける必要があります。

II 目標

目標項目		現状値 (H22年)	目標値 (H34年)
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性	—	平成25年度調査結果により設定
	女性	—	
未成年の飲酒をなくす(15~19歳)	男子	13.9% (H23年度)	0%
	女子	15.2% (H23年度)	0%
妊娠中の飲酒をなくす		—	0% (H26年)

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 アルコールによる健康被害、適量飲酒の普及啓発

○飲酒の健康影響や「節度ある適度の量の飲酒」など、正確で有益な情報を十分に提供します。

○未成年者や妊婦の飲酒の低減や根絶には、教育活動が重要です。学校教育と協力し、家庭や地域を巻き込んだ啓発を行います。

2 アルコール関連問題の早期発見と早期治療

○アルコール関連問題の早期発見と、アルコール関連問題の低減に結びつく適切な相談を実施します。

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇アルコールによる健康被害について理解を深めましょう。
市町村	◇アルコールによる健康被害、適量飲酒について普及啓発します。
地域	◇地域の未成年の飲酒を防止できるよう取組みます。
学校	◇健康教育の中で、アルコールによる健康被害を伝えます。
職場・企業	◇マナーや適量を守って飲酒を楽しめるよう従業者に働きかけます。
保健医療 専門職・団体	◇治療が必要なアルコール関連問題に対応します。
医療保険者	◇特定健診・特定保健指導等の機会を通じ、適量飲酒を普及啓発します。

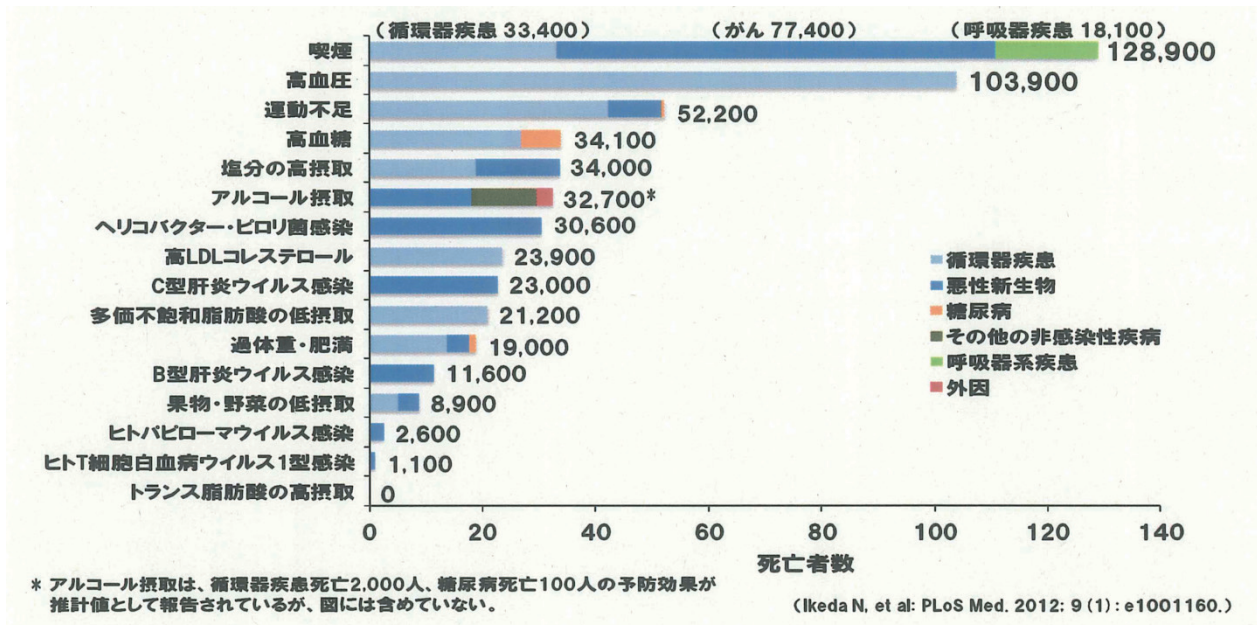
5. 喫煙

I 現状と課題

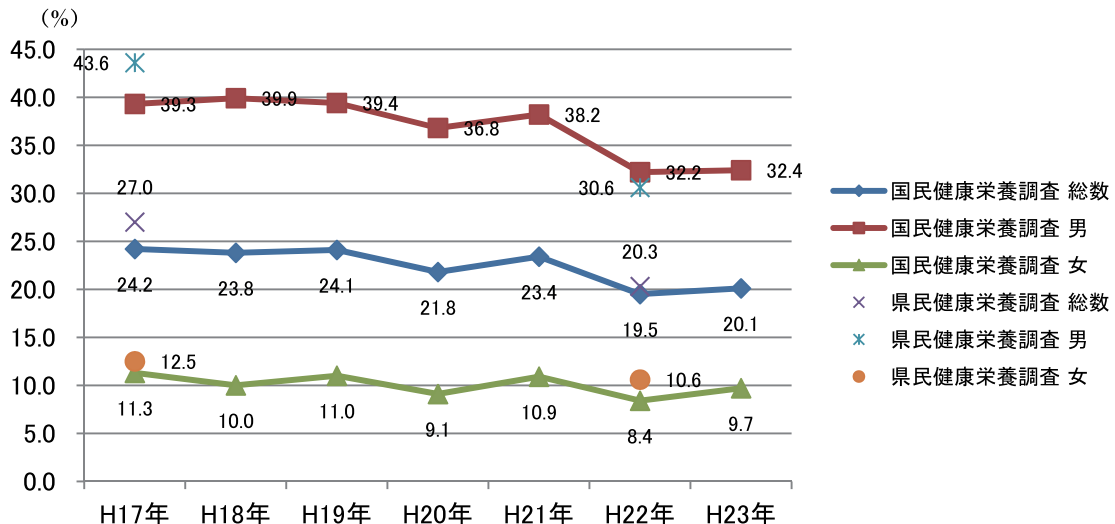
喫煙が肺がんや咽喉がんの発症と関係していることは、多くの県民が知るところですが、たばこ煙と直接触れない膀胱等の尿路系や子宮のがんや他の疾患との関係についてはあまり知られておらず、県民に周知していくことが必要です。

また、がん以外の循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因となることと併せ、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、これらの科学的事実も周知を拡大する必要があります。

我が国におけるリスク要因別の関連死亡数-男女計（平成 19 年）

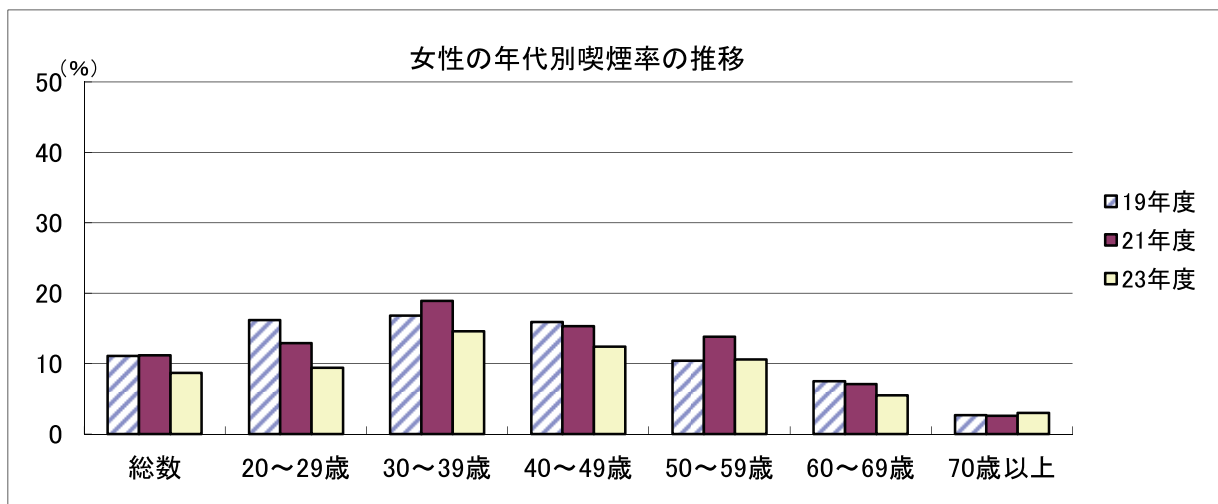
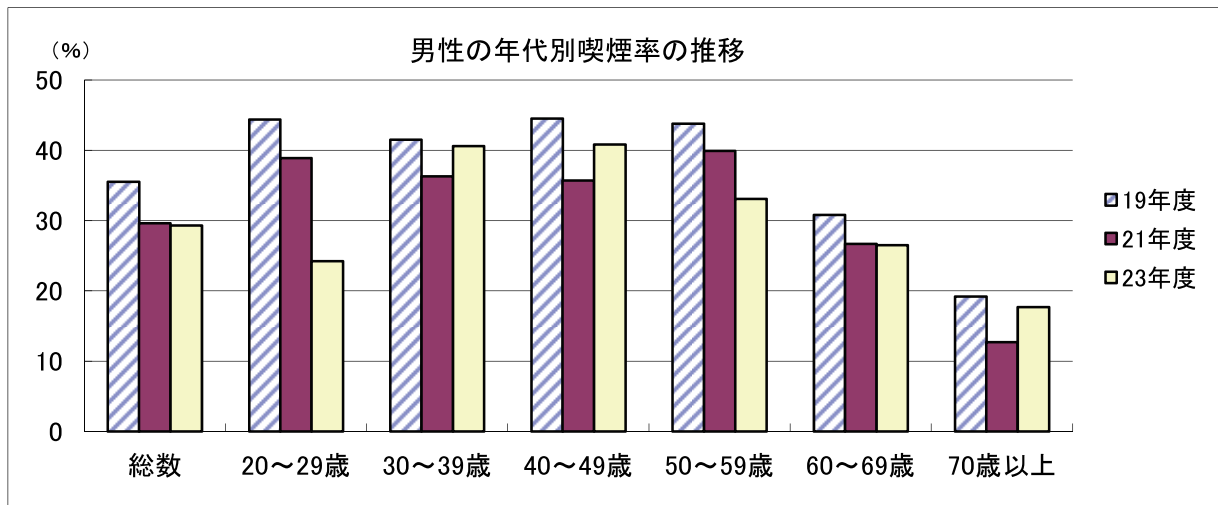


国民健康栄養調査・県民健康栄養調査による喫煙率



本県の成人喫煙率は、全国平均に比べて女性がやや高い数値となっています。国・県ともに男性の喫煙率の低下が女性の低下よりも大きく、本県では男性が平成 17～22 年で 13.0 ポイント低下しているのに比べ、女性は 1.9 ポイントの低下にとどまり、全国に比べ喫煙率が高いと言えます。

県民生活習慣アンケートから得た喫煙率を年代別に見ると、男女ともに 60 歳代以降では喫煙率が低下する傾向にあり、比較的若い年代では喫煙率は平均より高い割合であることを示しています。特に妊産婦では胎児や乳児への悪影響があることから禁煙を徹底する必要があり、若い女性に対する喫煙防止・禁煙に関する健康教育が重要です。



(千葉県「生活習慣に関するアンケート調査」結果による)

また、喫煙率は対象とする集団によって異っており、本県の平成 22 年度の特定健診標準的質問項目の回答では、市町村国保では男性 24.6%、女性 6.2%であったのに比べ、協会けんぽでは男性 47.4%、女性 20.6%と、女性では 3 倍以上の割合を示しています。

さらに、未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、成人期をとおした喫煙の継続につながりやすいことからこれをなくすことが重要であり、小児期からの喫煙防止教育を引き続き実施する必要があります。

また、たばこを吸わない人でも他人のたばこの煙を吸わされること（受動喫煙）により、肺がんや循環器疾患の危険性が高まるなど、健康への悪影響を受けることが明確になっています。

さらに、受動喫煙による急性影響は、たばこ煙の粘膜への直接刺激と肺から吸収された煙によるものがあり、目の痛み、涙、くしゃみ、鼻閉、頭痛、咳などがあります。

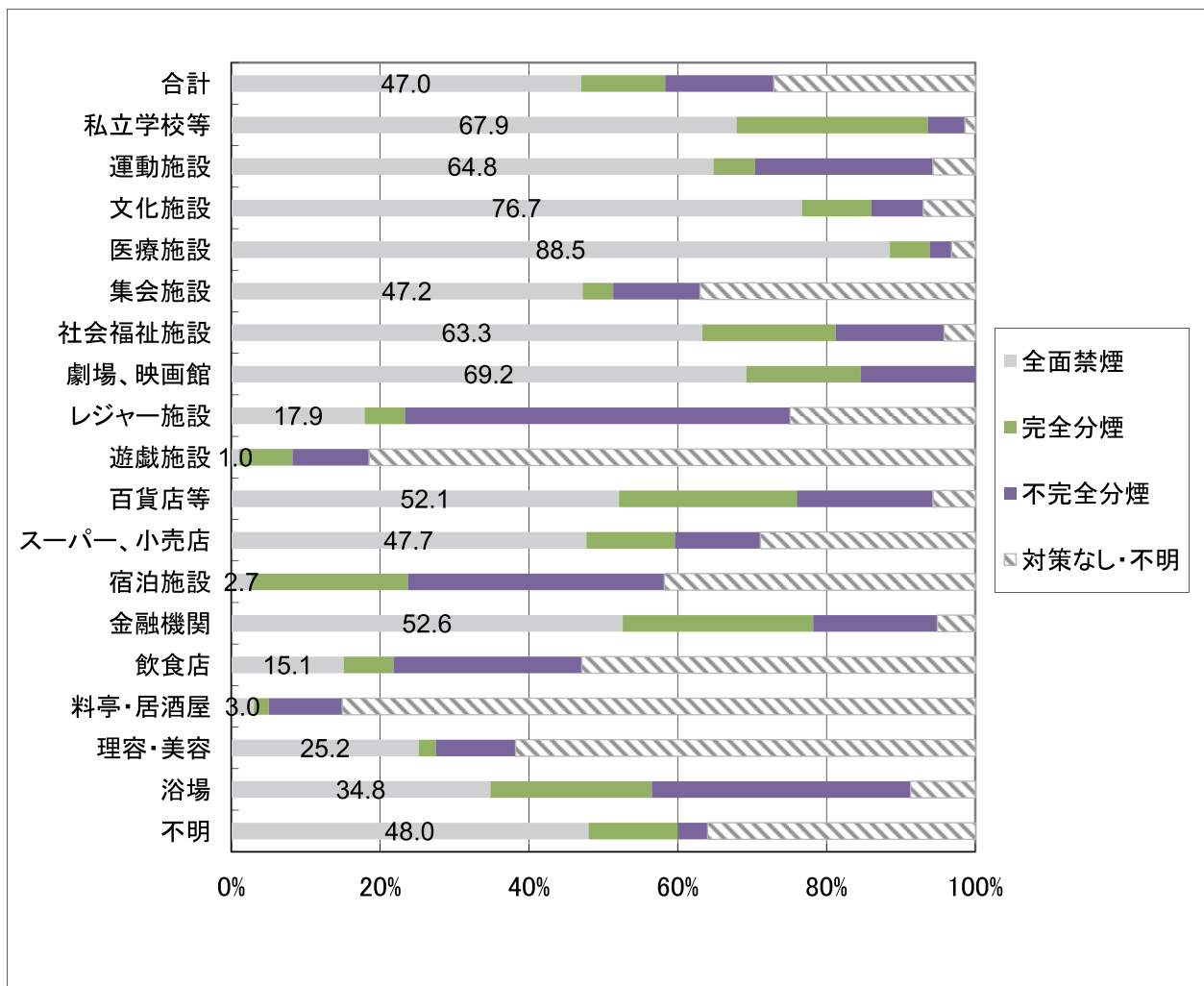
そこで、健康増進法第25条は以下のように定めています。

「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内またはこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

本県が平成23年1月に施設に対し実施した「受動喫煙防止対策に関するアンケート調査」結果によると、医療施設や文化施設では敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施している割合が高くなっていますが、宿泊施設、飲食店、レジャー施設では分煙の割合が高くなっていました。

また、受動喫煙防止対策を実施していない施設も多く、施設の種別などにより受動喫煙防止対策の実施状況には大きな差があり、今後これらの施設の受動喫煙防止対策を推進していくことが必要です。

千葉県受動喫煙防止対策施設アンケート



Ⅱ 目標

目標項目		現状（H22年）	目標値（H34年）
成人の喫煙率の減少	男性	29.3% (H23年度)	20.0%
	女性	8.7% (H23年度)	5.0%
未成年者の喫煙をなくす	15～19歳 男子	5.6% (H23年度)	0%
	女子	0% (H23年度)	0%
妊娠中の喫煙をなくす		5.0%参考値（参考値は全国H22年調査）	0%
禁煙の施設	行政（県）	99.1%	100%
	行政（市町村）	92.0%	100%
	医療機関	88.5%	100%
受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	職場		H25年アンケート調査結果により設定
	家庭		
	飲食店		
禁煙外来の増加（医療機関数）		426 (H24年)	増加

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 喫煙(受動喫煙を含む)に関する知識の普及啓発

- 喫煙はがんのみでなく、循環器疾患や糖尿病をはじめとする多くの疾患の原因であることは科学的に明確であることから、喫煙の健康被害について県民への啓発を継続します。
- 施設、職場、家庭における受動喫煙の健康被害について普及啓発します。
- 啓発事業は、学校、市町村、医療保険者、医療機関、民間企業・団体等の実施する様々な事業を活用し多面的に実施します。

2 喫煙者の禁煙を支援

- 禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質の向上を図ります。
 - ・特定保健指導に従事する保健師・管理栄養士等に対し、禁煙指導をスキルアップするための研修を実施します。
 - ・有資格者に限らず、職場や学校等の身近な場面で喫煙者に禁煙に向けて声をかけられる支援者を増やすための講習を実施します。
- 禁煙治療に関する情報をタイムリーに得られるよう、リーフレットを作成し様々な機会でも活用できるようホームページ上に掲載します。
- 禁煙治療を行っている医療機関の情報を積極的に提供します。

3 未成年者の喫煙防止

○保育所・幼稚園・学校等と協力し、これらの機関が実施する喫煙防止教育を支援するため、教材の提供、効果的な教育内容の情報提供を行います。

○生活習慣病予防やがん予防に関する催し等、様々な機会を通じて喫煙防止の啓発を実施します。

4 妊婦の喫煙(受動喫煙を含む)防止

○市町村と協力し、妊娠届の提出、母親学級・両親学級等の機会に妊娠中の喫煙による合併症のリスクや児(胎児)への影響についてお知らせする冊子を配付します。

○冊子は喫煙する妊婦のみでなく、喫煙する家族からの受動喫煙を防止できるよう、家族全員に呼び掛ける内容とします。

5 受動喫煙防止対策の推進

○多数の人が集まる公共的な施設において受動喫煙防止の対策が推進されるよう関係機関に働きかけます。特に官公庁、医療機関については禁煙化を推進します。

○禁煙や分煙に取り組んでいる施設がその取組内容を利用者に分かりやすく伝えるため、入口等に禁煙や分煙の表示をするよう促していきます。

IV 県民・関係団体等の活動

県民	◇喫煙(受動喫煙を含む)の健康被害について理解を深めましょう。 ◇喫煙者は禁煙にチャレンジしましょう。 ◇一人ひとりの自発的な受動喫煙防止対策を実行しましょう。 ◇たばこの煙から子どもを守りましょう。
市町村	◇喫煙(受動喫煙を含む)の健康被害について普及啓発します。 ◇妊婦や乳幼児を持つ保護者へのたばこの健康被害に関する情報を提供します。 ◇禁煙したい方を支援します。
学校	◇喫煙(受動喫煙を含む)の健康被害について健康教育を実施します。
保健医療 関係団体	◇喫煙(受動喫煙を含む)の健康被害について普及啓発します。 ◇禁煙したい方を支援し、適切な治療を実施します。
医療保険者	◇被保険者の喫煙実態を把握し、禁煙を支援します。 ◇特定健診・保健指導等を活用し、たばこの健康被害に関する情報提供を推進します。
民間企業	◇従業員の健康のために施設の受動喫煙防止に取り組みましょう。 ◇特に多くの人が集う施設では、利用者の受動喫煙防止を進めましょう。

6. 歯・口腔の健康

I 現状と課題

歯・口腔の健康は、生涯を通じて食べるよろこび、明瞭に会話できる楽しみにつながり、身体面のみならず、精神面や社会的な健康にも影響しています。

歯の喪失により咀嚼(そしゃく)や構音(発音の操作)の機能が低下することは、生活に多面的な影響を与え、最終的にはQOLに大きく関連することからも、これまで取り組んできた「8020(ハチマルニイマル)運動」(80歳になっても自分の歯を20歯以上保つ取組)についても高齢化のさらなる進展を踏まえ、今まで以上に意義ある活動として一層の推進が必要です。

歯の喪失の2大原因疾患は、むし歯と歯周病であり、歯・口腔の健康にはむし歯と歯周病予防を欠くことができません。

小児期のむし歯予防については、歯科健康診査等、地域での歯科保健活動が進められたことなどにより前計画の状況からは大きく改善しています。

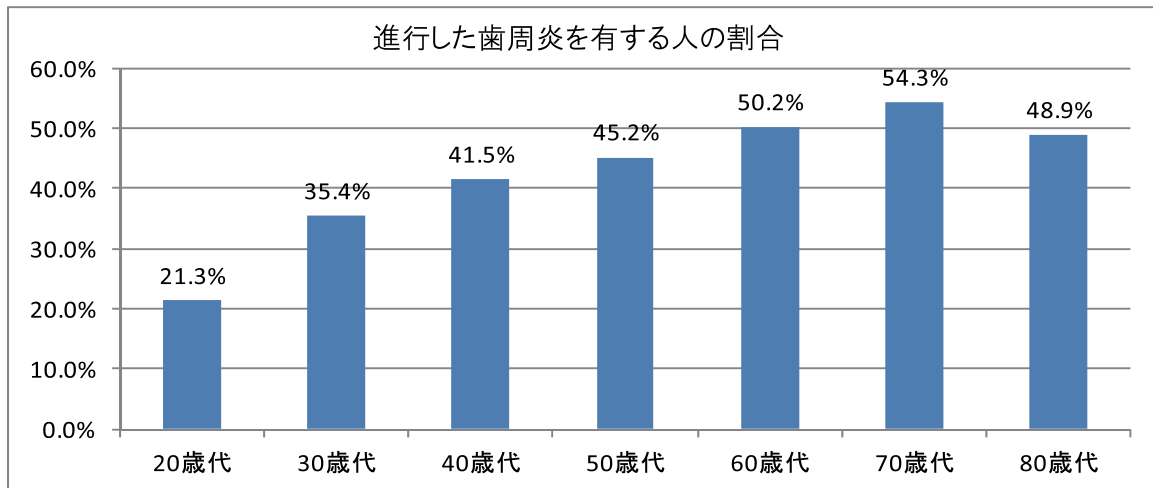
	むし歯のない者の割合	一人平均むし歯数
平成11年度千葉県3歳児歯科健康診査	60.1%	1.77 歯
平成23年度千葉県3歳児歯科健康診査	78.5%	0.77 歯

一方、平成23年度3歳児歯科健康診査結果からむし歯の有病者率を市町村別にみると、最も有病者率の少ない13.2%から最も多い38.7%まで、市町村による差が約3倍と大きく開いています。

また、12歳(中学1年生)の一人平均むし歯数を平成23年度の児童生徒定期健康診断結果から比較すると、最も少ない市町村は0.7歯であるのに対し、最も多い市町村は4.0歯と6倍近い格差が存在します。

一般に学校健診において、年齢を増すとともにむし歯数も増加しています。むし歯が多い生徒は翌年度の学校歯科健診においても治療されておらず、更にむし歯が増加する傾向が見られ、歯の状態の良い生徒と状態の悪い生徒との格差が増えています。また、市町村別の状況のとおり地域格差もあり、これらの格差の原因や推移を把握し、社会環境の改善を図る必要があります。

歯周病は歯を喪失する2大要因の一つで、若年期はむし歯による喪失が多いのですが、年齢が重なるにつれ歯周病で喪失する歯が増加します。歯周病を有する者の減少が歯の喪失防止に直結します。平成23年度成人歯科健康診査によると、進行した歯周炎を有する人(CPIがコード3以上の者)の割合は40歳代で41.5%、50歳代で45.2%を占め、60歳代では半数の50.2%にのぼっています。



（平成23年度成人歯科健康診査結果）

近年の研究では、歯周病と糖尿病や循環器疾患などとの関連や、喫煙が口腔がんや歯周病のリスク因子であることが証明されており、こうしたことを視野に成人期における歯周病予防対策のさらなる推進が必要です。

口腔機能が日常生活に不可欠な摂食と構音に密接に関連していることは前述のとおりですが、特に咀嚼機能については、自分は健康だと思えるか否かに影響することや、咀嚼機能の低下により摂取できる食品群に差が出ることは容易に予測されます。このことは高齢者、中でも虚弱高齢者や要介護高齢者では低栄養のリスク要因として咀嚼機能の低下に注意する必要があることを示しています。

Ⅱ 目標

目標項目	現状（H22年）	目標（H34年）
60歳代における咀嚼良好者の増加		平成25年度調査結果により設定
80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	23.8% (H23年度)	25.0%以上 (H27年度)
40歳代で喪失歯のない者の割合の増加	50.4% (H23年度)	75.0%
40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	41.5% (H23年度)	25.0%
60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	50.2% (H23年度)	45.0%
3歳児でむし歯がない者の割合が80%以上である市町村の増加	13市町村 (H23年度)	32市町村
12歳児（中1）の一人平均むし歯数が1.0歯未満である市町村の増加	9市町村 (H23年度)	27市町村
過去1年間に歯科健診を受診した者の割合の増加（20歳以上）	39.7% (H23年度)	65.0%

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発

○生活習慣病の予防や全身と口腔の関係等を考慮しながら、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、口腔保健週間や「いい歯の日」の実施など、市町村等と連携しながら普及啓発を行います。

2 市町村その他関係者の連携体制の構築

○生涯を通じた歯・口腔の健康づくりの推進には、地域特性を踏まえ、市町村との一層の連携、学校保健、産業保健をも含めた幅広い連携が必要であり、県はこうした連携推進を図ります。

○また、県の役割として、千葉県歯・口腔保健計画の策定、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する先進的事業、調査研究等を市町村・関係機関・団体と連携しながら実施します。

○障害のある方や介護を必要とする方も、地域で安心して歯科相談や治療を受けられる「かかりつけ歯科医」の体制を整備するため、歯科医師会等の関係機関との連携を図ります。

○市町村等が実施するフッ化物応用によるむし歯予防等の事業実施に際し、効率的・効果的に行われるよう情報提供や技術的助言を行います。

3 歯・口腔の健康づくりの業務に携わる者の確保・資質の向上

○関係団体等と連携して、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、教育関係者、保健医療福祉関係者等の研修会を実施します。

○市町村の歯科衛生士が歯・口腔保健サービスに果たす役割は大きいことから、市町村等に歯科衛生士の配置を働きかけます。

4 歯・口腔の健康づくりの効果的な実施に関する調査分析・研究の実施

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇健康の保持・増進のための歯・口腔保健の重要性に関する関心と理解を深め、日頃から積極的に予防に努めましょう。 ◇ご自分の歯・口腔の状態を把握し、一人ひとりの状態にあった予防法の指導を受けるとともに、問題に早期に対応できるよう年に1度は歯科の健診を受けましょう。
市町村	◇母子、成人、高齢者等の領域で実施される健康診断、健康教育、健康相談等の場を活用したポピュレーションアプローチを推進します。
学校	◇教育の場における児童生徒の歯・口腔の健康づくりについて学校が一丸となって取組に努める必要があります。
保健医療 専門職・団体	◇歯・口腔の専門家として歯・口腔保健の重要性に関する普及啓発を図るとともに、県及び市町村が実施する事業に積極的に協力できる体制を構築します。
医療保険者	◇成人の歯周疾患の予防が生活習慣病の予防にもつながることから、定期的な歯科健診、保健指導の機会の確保等歯・口腔の健康づくりの取組に努める必要があります。

Ⅱ ライフステージに応じた 心身機能の維持・向上

施策分野

- ・ こころの健康づくり
- ・ 次世代の健康づくり
- ・ 高齢者の健康づくり

1. こころの健康づくり

I 現状と課題

「こころが健康であること」は、人々が生き生きと自分らしく生きるための重要な条件であり、生涯にわたって QOL に大きな影響を与えるものです。

「こころが健康である状態」について、厚生労働省の「健康日本 21」に関する記載からみると、自分の感情に気づいて表現できる(情緒的健康)、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができる(知的健康)、他人や社会と建設的で良い関係を築ける(社会的健康)、自分の人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択する(人間的健康)とされ、ここからもこころの健康が生涯にわたって人々の生活の重要な要素であることが確認できます。

こころの健康には個人の資質や能力の他に身体的な状況、社会経済状況、職場や居住地の環境、人間関係など多くの要因が関係しますが、特に身体の状況とこころは相互に強く関係しています。脳を含めた体の中では、自律神経系、内分泌系および免疫系が複雑に絡み合いながら、こころと身体の間を調節していると考えられています。ストレス状態が長く続くと、これらの3つのシステムのバランスが崩れ、こころだけでなく身体の病気を引き起こすこととなります。適度な運動、バランスのとれた食生活、疲労を回復し体力と気力を養う休養は、こころの健康を保つ基礎となる重要な要素であり、加えて十分な睡眠をとりストレスとうまく付き合うことがこころの健康づくりに欠かせません。

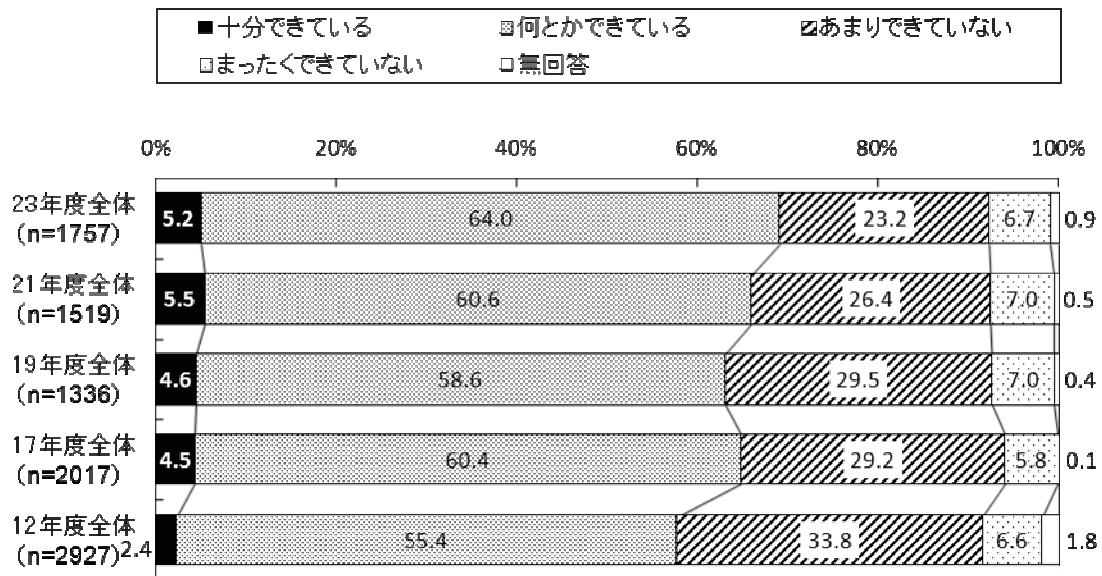
ストレスへの対策として、一人ひとりのストレスへの対応能力を高めることが挙げられます。具体的には、ストレスについて正しく知る、健康的な生活習慣を継続する、自分の置かれたストレス状態を正しく把握する、自分なりのリラックス方法を身につける等があります。

個人の受けるストレスの影響は、家族、友人、知人、職場や地域の周囲の人々からのサポートによって緩和されます。過剰なストレスにさらされている個人の側からサインを出すとともに、求めに応じて個人を支える周囲が理解し、協力できるような環境作りも重要です。

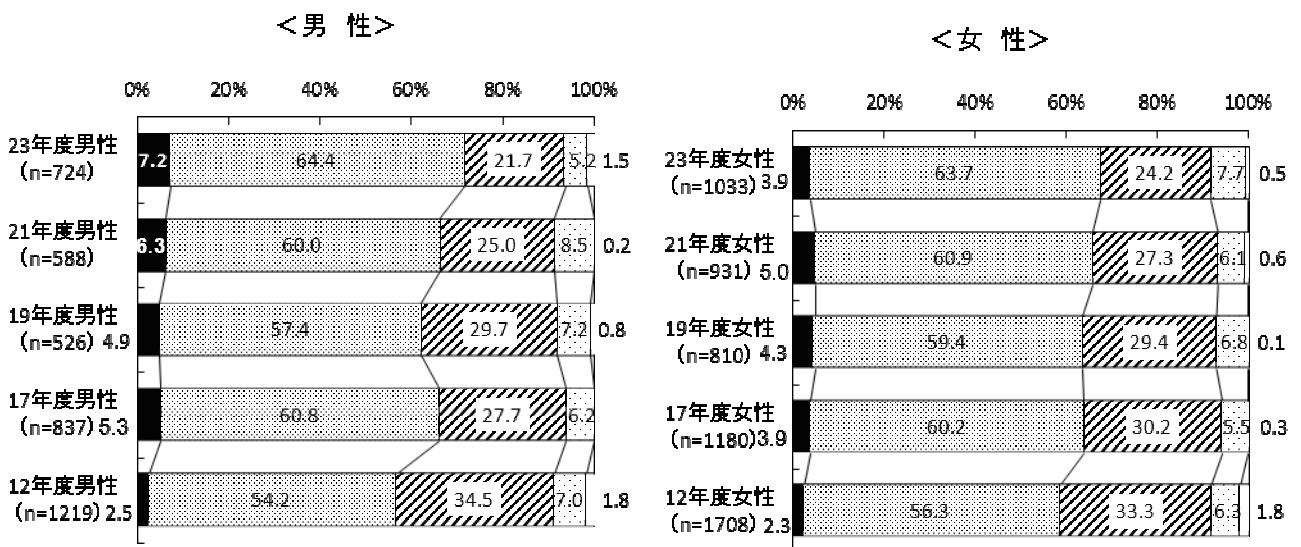
また、ストレスの大きさを個人の対応能力を超えないようにすることができれば過度の影響を避けることができます。社会経済的環境や職場環境などを含め、よりストレスの少ない社会を目指す全体としての取組が必要です。

ストレスの解消状況について、生活習慣アンケートの結果を経年比較すると、全体では《できている》の割合が増加傾向にあり、平成23年度調査では最も割合が高くなっています。性別でも、男女とも《できている》の割合は増加傾向にあり、平成23年度調査では最も割合が高くなっています。

ストレスの解消状況（平成23年度 生活習慣に関するアンケート調査）
問17-1 不満・悩み・苦勞・ストレスの解消状況（全体）



問17-1 不満・悩み・苦勞・ストレスの解消状況（性別）



※12年度調査と比較のため、17年度・19年度・21年度・23年度調査は15～19歳の回答者数を除く

こころを健康な状態に保つ取組と併行して、こころの健康を損ねたりこころの病気となった人々の早期発見・早期対応の取組を進める必要があります。

特に、自殺については近年の社会問題となっており、総合的な対策を行っていく必要があり、うつ病等の精神疾患の正しい知識の普及を図るとともに、こころの不調を感じたら、気軽に相談できる相談体制の充実を図ることが大切です。

また、睡眠は休養の大事な一つですが、睡眠の質等はメンタルヘルスの重要な観点であるとともに、不眠はうつ病の身体症状として本人のみでなく、周りの人も気づくことのできる症状であり、早期発見・早期治療の鍵として睡眠とこころの健康の正しい知識を普及することも大切です。

睡眠対策も重要な要素ですが、「休養」の項に記載します。

Ⅱ 目標

目標項目		現状 (H22 年)	目標 (H34 年)
自殺者の減少 (人口 10 万人当たり)	男性	29.9	25.1 (H28年)
	女性	13.4	10.1 (H28年)
気分障害(注 1)・不安障害(注 2)に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少			平成 25 年度調査結果により設定
メンタルヘルス(注 3)に関する措置を受けられる職場の割合の増加			平成 25 年度調査結果により設定
自分には良いところがあると思う児童の増加		75.8% (H24年度)	増加へ

注 1 気分障害：ある程度の期間にわたって持続する気分（感情）の変調により、苦痛を感じたり、日常生活に何らかの支障をきたしたりする状態のこと。うつ病などがある。

注 2 不安障害：不安が強く、行動や心理的障害をもたらす症状を総称して不安障害と呼ぶ。

注 3 メンタルヘルス (mental health)：精神面における健康のことである。心の健康、精神衛生、精神保健と称され、主に精神的な疲労、ストレス、悩み、などの軽減・緩和とそれへのサポート

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

- 1 こころの健康や病気、こころの健康を保つためのセルフケアについての知識について普及啓発します。
- 2 悩みや問題を抱えた方が、一人でそれを抱え込むことのないよう、多様な機関による相談体制の充実とその周知を図ります。
- 3 多様な相談機関の間の連携を強化し、こころの健康を損ねた人に対し早期に適切な対応ができるよう体制を整備します。
- 4 かかりつけ医と精神科専門医の連携体制づくりを進めます。

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇生活リズムを整え、自分にあったストレス解消方法を実行しましょう。 ◇ストレスへの対応が困難な時には周囲に相談しましょう。
市町村	◇こころの相談、育児不安への対応等、身近な相談の場を提供します。
学校	◇相手を思いやるこころを育み、こころの健康づくりを推進します。
職場・企業	◇こころの不調を気軽に相談できる職場環境づくりを推進します。
保健医療 専門職・団体	◇こころの健康を損なわない予防の知識の情報を発信します。 ◇こころの健康に関する相談に応じ、治療が必要な場合に対応します。
医療保険者	◇特定保健指導等の機会を通じ、こころの健康の大切さを周知します。

2. 次世代の健康づくり

I 現状と課題

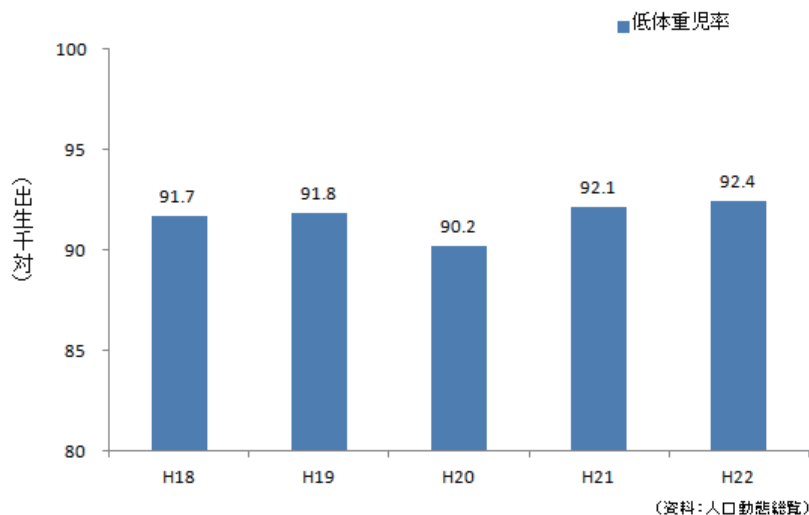
生涯を通じ健やかでこころ豊かに生活するためには、母親の胎内にいる頃を含め子どもの頃からの健康が重要です。子どもの健やかな発育とより良い生活習慣の形成が、その後の青年期、壮年期、高齢期、それぞれに応じた元気力を発揮できる基礎となっています。

次世代育成支援行動計画における保健対策や、ちば学校保健推進サポートプランとの連動により、子どもや若者の健康づくり、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣を確立、継続し、啓発していくことが重要です。

子どもの健やかな生活習慣の形成には、適切な体重や食生活、運動習慣の獲得が主たる項目として考えられ、加えてメンタルヘルスも重要と考えています。

前計画の健康ちば21の最終評価では、低出生体重児の割合は悪化しました。胎児期に低栄養にさらされ発育不良であった児は、成長した後に肥満、高血圧、糖尿病、脳梗塞などの生活習慣病にかかるリスクが上昇したとの報告があり、低出生体重児が生まれる割合を減らすことが重要です。

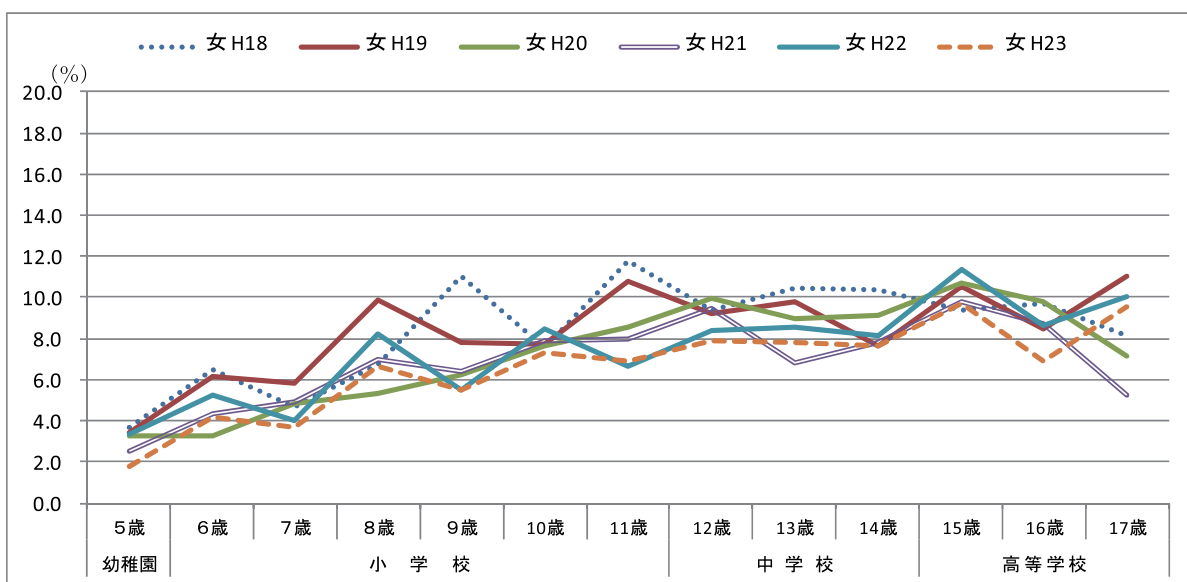
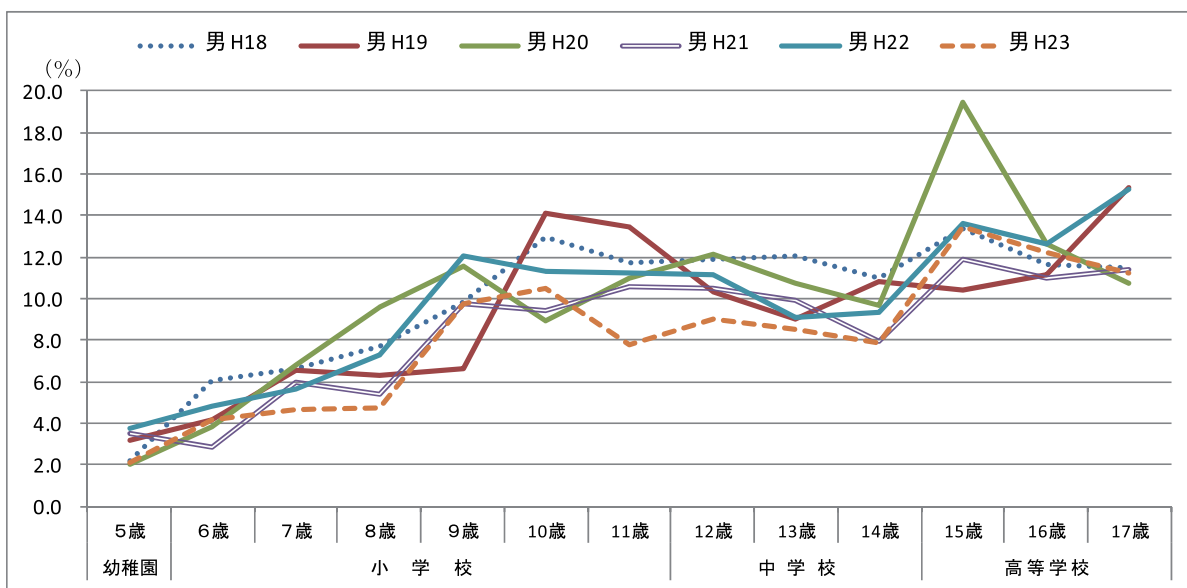
全出生数中の低出生体重児の出生率（千葉県）



子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつくと報告があることから、肥満傾向のある子どもの動向にも注目が必要です。

学校保健統計調査では、性別・年齢別・身長別標準体重をもとに肥満度を計算し、肥満度20%以上を「肥満傾向児」としています。

児童・生徒の肥満傾向児の年齢別出現頻度の年次推移（参考：学校保健統計調査）



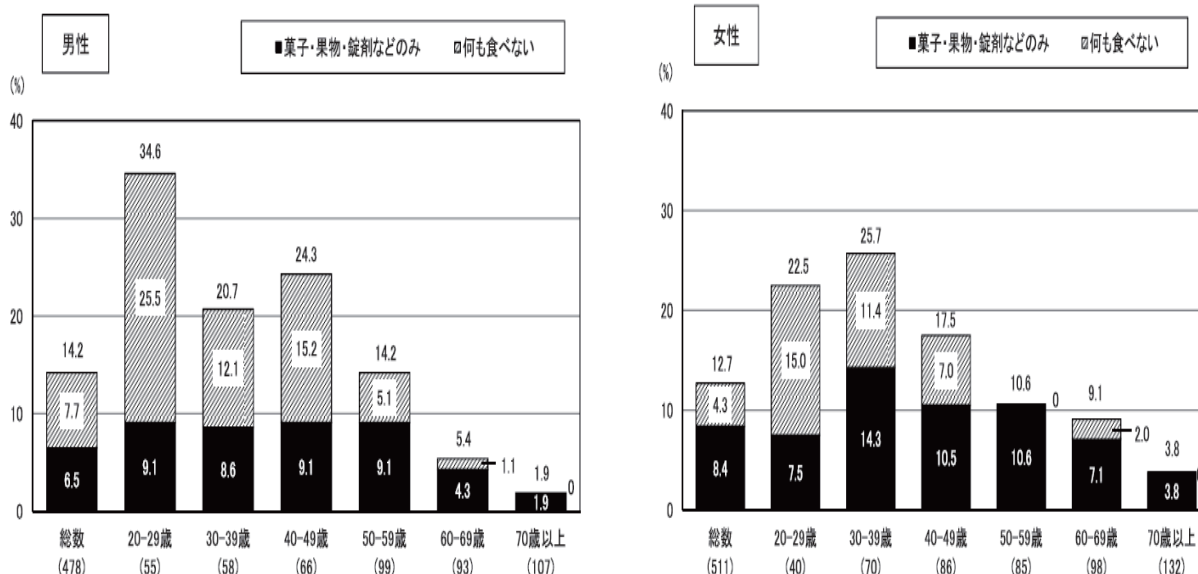
交通手段の発達をはじめ社会環境の変化により、日常の身体活動が減少傾向にあることや、携帯電話やインターネットなどの通信機器の急速な発達による情報社会環境の中で、特に子どもが一人で長時間過ごす環境を放置することに起因する生活リズムの乱れから引き起こされる心身のバランスの不調について着目されています。

朝食の欠食については、午前中の活動に必要なエネルギーの不足に加え、1回の食事の摂取量が多くなり、過食につながる可能性があることが指摘されています。

食生活習慣を見直すためには、家族とともに食事を摂る機会を増やすような生活習慣が子どもにも親世代にとっても重要になります。

朝食欠食状況（20歳以上）

※朝食の欠食率：調査を実施した日（特定の1日）における朝食を欠食した割合



出典：平成22年県民健康・栄養調査

※「欠食」とは下記の場合である

- 菓子・果物・乳製品・嗜好飲料などの食品のみを食べた場合
- 錠剤などによる栄養素の補給、栄養ドリンクのみの場合
- 何も口にできなかった場合

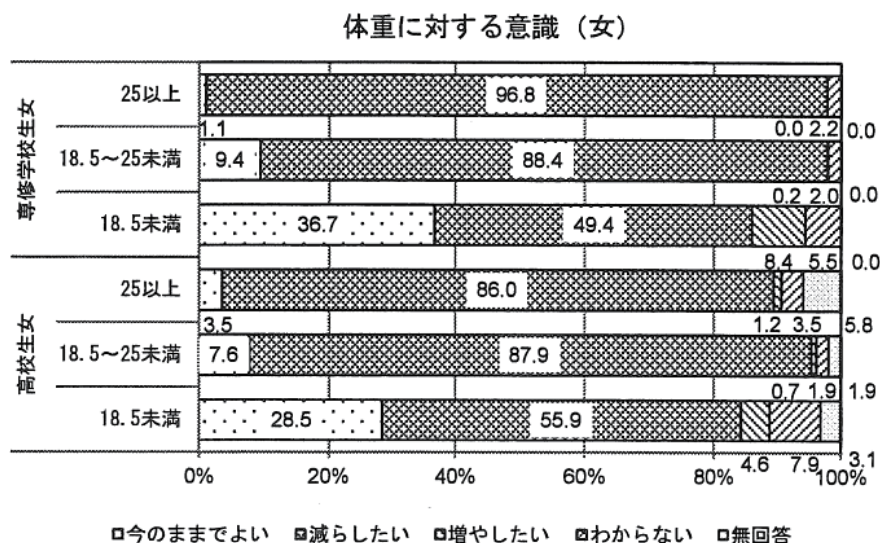
平成22年県民健康・栄養調査によると、男性では20歳代、女性ではこれから親世代となる20～30歳代の朝食欠食率が高くなっており、社会的自立期にあるこの年代への啓発も重要です。

妊娠中の低栄養は妊婦のやせと密接な関係があることから、若い女性のやせの問題に注目する必要があります。平成22年県民健康・栄養調査によると、20歳代の女性におけるやせの者の割合は19.0%で、平成17年に比べて横ばいとなり減少傾向には至りませんでした。

本県の平成21年度に実施した高校生の健康・生活実態調査及び平成23年度に実施した専修学校生の健康・生活実態調査によると、実際の体型がやせ（BMI18.5未満）であるにもかかわらず、体重を減らしたいと考える割合は高校生女子で55.9%、専修学校生女子で49.4%とやせ願望が根強いことが伺えます。

給食がなくなり、欠食が増加する高校生以降の年代では、やせに伴う鉄やカルシウムなどの不足が懸念されます。骨量の低下や貧血などの健康障害は自覚症状として表れにくく、若い世代の女性にとって将来のリスクが想像しにくいことから、様々な場面で知識の普及を図る必要があります。

体重に対する意識（女）（平成23年度専修学校生健康・生活実態調査）



生涯にわたる運動習慣の獲得は、こころの発達においても重要な役割を果たしています。子どもの頃からの運動習慣を身につけるとともに、特に中学・高等学校卒業後も運動の習慣を維持できるような環境づくりが求められます。

また、睡眠は子どもの成長に不可欠なホルモンの活発な分泌を促すために必要で、睡眠時間の長さに加え、良質な睡眠の確保に向け、からだの仕組みや発達に応じた生活スタイルに留意する必要があります。

今後は、子どもの健康な生活習慣の形成のために、学校、家庭、地域、企業、民間団体等が連携し社会全体で取り組むことが求められます。

II 目標

目標項目	現状（H22年）	目標（H34年）
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.2%	減少傾向へ（H26年）
肥満傾向にある子どもの割合の減少 小学5年生の中等度・高度肥満児の割合	男子 4.9% (H22年度)	減少傾向へ (H26年)
	女子 2.8% (H22年度)	
朝食を毎日食べている子どもの割合の増加 (小学5年生)	88.6% (H24年度)	100%に近づける

運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	男子	(参考値: 週に3日 以上・小学 5年生)	62.0% (H22年度)	増加傾向へ
	女子		38.1% (H22年度)	
月～金の間1日にどれくらいの睡眠時間を取ることが多いですか(8時間以上の者の割合)		(小学 5年生)	72.0% (H24年度)	増加傾向へ
月～金の間1日にどれくらいの時間テレビやビデオDVDを見たり聞いたりしますか(3時間以上の者の割合)			42.3% (H24年度)	増加を抑制
月～金の間1日にどれくらいの時間テレビゲームをしますか(2時間以上の者の割合)			24.9% (H24年度)	増加を抑制
家の人と普段(月～金曜日)夕食を一緒に食べる子どもの割合の増加	(小学 5年生)		88.4% (H24年度)	増加傾向へ
	(中学 2年生)		80.8% (H24年度)	

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの増加

○教育分野との連動により、食育を通じ「早寝、早起き、朝ごはん」を推進し、学童期からの生活習慣形成を推進します。

○家庭を離れ自立する時期にある青年期に対し、基本的な食事(主食・主菜・副菜)の揃った食事の摂取や、毎日の朝食摂取がバランスの良い栄養を摂りやすくなることの啓発を図ります。

○子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があることを踏まえ、肥満傾向にある子どもの減少に向けた取組を進めます。

2 学校教育等との連動を図り、地域や職域との連携による卒業後も運動の機会を得やすい環境を整えるための支援

○幼児期からの外遊び等、体を動かす習慣づくりを推進します。

○地域における次世代の健康づくりを推進するための人材の育成・資質向上を支援します。

○民間団体、事業主等が行う次世代育成活動を推進します。

- 3 子どものメンタルヘルスに取り組むための関係機関・民間団体との連携を推進
- 相談活動の機能の充実に向け、学校保健と地域保健との連携促進や支援ネットワークの整備を図ります。
 - 地域の専門家や学校の連携をもとにした効果的な性に関する教育や健康教育の方法の検討を進め、思春期の心の健康や性の問題に関する研究の推進を支援します。

IV 県民・関係団体等の活動

県民	<ul style="list-style-type: none"> ◇自身のところと身体の状態について知り、正しい生活習慣を身につけましょう。 ◇地域の中の親子の子育てを見守り、若者の心身とともに健やかな自立を支援しましょう。
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ◇妊娠届出・母子健康手帳交付等の機会を通じて体系的な育児支援情報の提供を図ります。 ◇住民が利用しやすい子育て支援サービスや環境の整備を推進します。 ◇次世代育成支援対策の推進に向けた人材育成及び資質向上を図ります。 ◇民間団体や事業主等による若年者の健康を守り育てる活動を支援します。
地域	<ul style="list-style-type: none"> ◇地域・職域連携を通じ、子どもの健康に悪影響を与える有害情報や環境問題への取組を推進します。
学校	<ul style="list-style-type: none"> ◇子どもたちが自身のところと身体の発達について関心を持てるよう働きかけます。 ◇性（感染症、人工妊娠中絶の心身への影響、妊娠出産、生命の尊重等）、喫煙・飲酒防止教育を含む薬物乱用防止に関する教育の推進を図ります。 ◇スクールカウンセラーをはじめ、専門職を活用しやすい環境整備を推進します。
保健医療 関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ◇行政や教育機関との連携、協働による健康教育に協力します。 ◇思春期専門の外来や両親学級など、相談体制の整備に協力します。 ◇妊娠中の適正な食生活や体重管理、禁煙についての啓発を実施します。
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> ◇親世代に対し、子どもの健康生活習慣に関する情報提供を行います。
民間企業	<ul style="list-style-type: none"> ◇食育事業に協力し推進を図ります。 ◇学校や地域、職場内のスポーツ推進を支援します。 ◇有害情報の自制へ協力します。

3. 高齢者の健康づくり

I 現状と課題

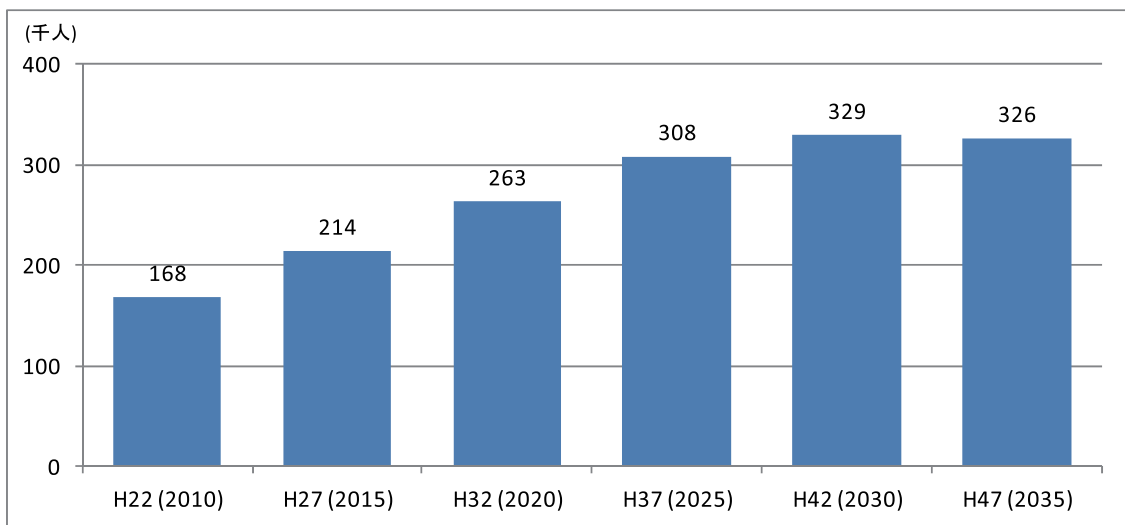
急速な高齢化が進む本県では、75歳以上人口の増加は顕著で、平成36年（2024年）には100万人を超えると見込まれています。

高齢になっても、健康で過ごすことは誰もが願う姿です。健康であることは体が不自由なく動くだけでなく、認知能力の低下やうつ状態などのこころの問題がなく、役割を持って社会と交流しているかなどを併せて考えるべきで、その観点から健康寿命を捉えていくことが求められます。

QOLが損なわれることなく、年齢に応じ自立的に生活できることが長寿の喜びにつながります。そのためには、介護を要する状態にできるだけならないことが重要です。

寝たきり等、介護度の高い要介護4、要介護5の高齢者は、平成22年（2010年）の約4万1千人から、平成27年（2015年）には約5万2千人と、高齢者人口の増加率を上回って増えることが見込まれています。しかもこの見込みは、健康づくりや介護予防に取り組んだ場合の推計数であり、その意味でも健康づくり等に対する一層の取組が求められています。

要介護（要支援）高齢者数の状況と将来推計（千葉県）

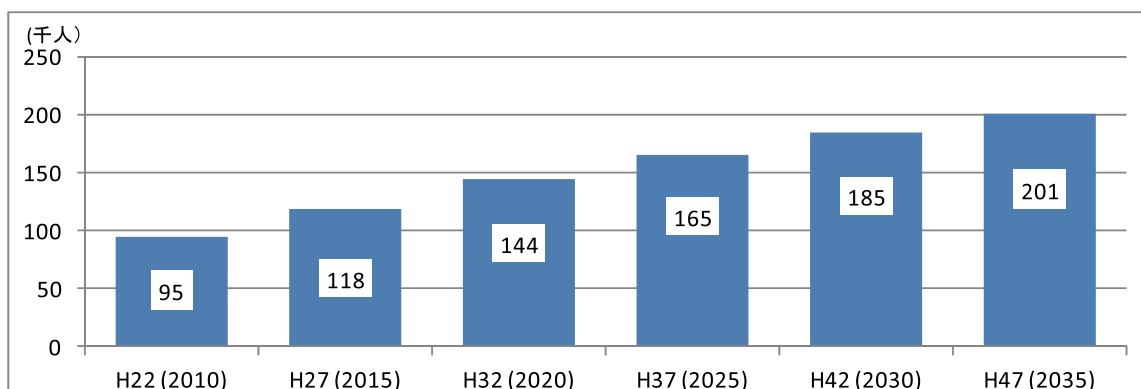


- ※ 平成22年（2010年）は保健指導課調べによる実績値（4月1日時点）。
平成27年（2015年）以降は65歳未満・65歳以上高齢者の推計人口に平成23年（4月1日時点）の認定率を乗じて算出した推計値。
高齢者の推計人口は、平成37年（2025年）以前は千葉県「政策環境基礎調査（将来人口推計）」、平成42年（2030年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年（2007年）5月推計）」による。
平成23年（2011年）（4月1日時点）の認定率は、千葉県「町丁字別人口」及び千葉県調べによる。

介護を要する原因のひとつに認知症があります。本県の認知症高齢者は平成22年(2010年)の約9万5千人から平成27年(2015年)には約11万8千人、平成37年(2025年)には約16万5千人に増加すると見込まれることから、その予防対策が重要な課題となっています。現状では認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、生活習慣の改善、食生活の見直し、定期的な運動や趣味等の活動による脳の活性化を図ることなどで、発症や進行を遅らせることが期待されており、県民一人ひとりの生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要です。

また、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握を進め、地域のグループや認知症予防のための介護予防事業の活用を図る取組が必要です。

要介護（要支援）高齢者における認知症高齢者（自立度Ⅱ以上）の将来推計（千葉県）



※ 厚生労働省「2015年の高齢者介護」における認知症高齢者出現率に基づき推計。

高齢期における低栄養傾向（BMI 20以下）は、要介護・総死亡リスクが統計学的に高くなるポイントとして示されています。平成22年の県民健康・栄養調査結果からは70歳以上の低栄養傾向（BMI 20以下）者の割合が18.4%でした。

高齢者では自分で栄養バランスの良い食事を作ることが困難であったり、運動量の減少のため便秘傾向になったり、食欲が減退していたりする方、また病気や障害のために咀嚼能力が低下している方も多く、こうした方は十分な食事が摂れず、低栄養に陥りがちです。低栄養は貧血を招き、免疫力を低下させ、身体機能を維持することや日常生活の自立を妨げる要因となることから、介護が必要となる重要な要因となっています。

高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態を確保することは、生活機能を維持する健康寿命の延伸につながります。

介護を要する状況に至る原因疾患として、介護度が重いグループでは脳血管疾患が、介護度が低いグループでは運動器の障害が課題となります。

高齢者に多い疾患としては、約4人に1人が循環器疾患で受診し、次いで5～6人に1人が筋骨格系及び結合組織の疾患、消化器系疾患、精神及び行動の障害で受診しています。

高齢者疾患別推計患者数（千葉県）

疾病構造	入院		外来	
	人数	割合	人数	割合
循環器系の疾患	7,600	26.8%	27,400	21.4%
脳血管疾患（再掲）	5,400	19.0%	4,400	3.4%
高血圧性疾患（再掲）	300	1.1%	19,200	15.0%
精神及び行動の障害	4,500	15.8%	2,400	1.9%
新生物	3,500	12.3%	4,700	3.7%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2,600	9.2%	3,200	2.5%
呼吸器系の疾患	2,100	7.4%	4,100	3.2%
消化器系の疾患	1,600	5.6%	22,100	17.3%
神経系の疾患	1,800	6.3%	2,400	1.9%
筋骨格系及び結合組織の疾患	1,200	4.2%	22,200	17.4%
腎尿路生殖器系の疾患	1,100	3.9%	5,900	4.6%
内分泌、栄養及び代謝疾患	800	2.8%	8,400	6.6%
その他	1,600	5.6%	25,000	19.6%
総数	28,400	100.0%	127,800	100.0%

※ 厚生労働省「平成20年患者調査」をもとに作成

循環器疾患を早期に発見し、適切に治療管理することにより、脳血管疾患の発症を予防することは、重度の要介護状態を予防する上で重要です。また、筋骨格系、結合組織等の運動器の機能低下を防ぐことが、軽度の要介護状態に陥ることを防止します。

歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく余命も長いことが知られており、歩行速度は要介護状態に対する予知因子とも言える機能です。健康長寿を目指すうえで、高齢者における運動器の健康維持が極めて重要です。

また、腰や膝、足部等、痛みの発生に関しては、身体活動・運動不足や体力低下などの生活習慣が関係していることがあまり知られていないため、正しい知識を普及し、生活習慣の見直しにより発症や重症化予防が可能であることを周知する必要があります。近年こうした運動器の機能低下がロコモティブシンドロームとして着目されており、ロコモティブシンドロームとは運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のことです。

持病を持っていても上手に残存機能（身体に障害があっても、活用することができる残された機能）を活用し、廃用症候群にならないための機能維持や自らの活力を引き出せるような取組が求められます。医師や健康運動指導士等による状態に応じた安全な運動指導が受けられる環境の整備を促進する必要があります。

Ⅱ 目標

目標項目		現状（H22年）	目標（H34年）
要介護認定者の増加の抑制		19万人 (H23年度)	22万3千人以下 (H26年度)
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制		18.4% (参考値)	22.0%
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 (千人当たり)	男性	329人	300人
	女性	359人	320人
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合の増加			H25調査結果により設定
高齢者の社会参加の促進 (就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	男性	(参考値： 何らかの地域活動をしている高齢者の割合)	H25調査結果により設定
	女性		

注： 目標項目については、要介護認定者数については、今後高齢者人口の急増に伴い、できる限りの施策を実施したとしても、一定数の増加になるのは避けられないと予測されるため、本数値としたところです。低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合についても、参考値としたのは今後高齢者の中でも75歳以上の割合が増加すると予測され、その出現率を考慮したためです。

また、何らかの地域活動をしている高齢者の割合について参考値とあるのは、健康日本21において暫定的に当該指標を用いているためです。

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

- 1 高齢者保健福祉計画と連動し、健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化し、介護予防を推進します。
- 2 認知症対策の推進
 - 認知症に対する正しい理解の普及・啓発を行います。
 - 早期診断と適切な医療・介護サービスの提供体制を整備します。
 - 本人と介護家族への相談支援体制を整備し充実を図ります。
 - 認知症ケアに携わる人材の養成や資質向上を図ります。
 - 若年性認知症対策を推進します。
 - 学童期からの生活習慣病予防対策に取り組み、脳の活性化を阻害する生活習慣や活性化を促す環境などについての情報発信を行います。
- 3 高齢者の低栄養の実態把握を進め、対応を検討します。

4 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）についての普及啓発

○ロコモティブシンドロームの予防に関し、実践的に指導を行う人材を育成します。

○ロコモティブシンドロームに取り組む地域の介護予防事業や好事例の情報を収集し、情報提供を行います。

○ロコモティブシンドロームとその予防に関する知識の普及啓発を行います。

ロコモティブシンドロームとは

運動器官の障害によって日常生活で人や道具の助けが必要な状態やその一手手前の状態をいいます。運動器官とは筋肉、関節、骨など、人が移動するために使う器官のことを指します。筋力が低下したり、関節に疾患があったり、骨がもろくなっていたりすると、運動機能が低下し日常生活に不便が生じます。

こうした運動機能の低下は高齢期に入ってからではなく、初期症状は40代から始まると言われており、中年期からロコモティブシンドロームを意識し予防する必要があります。

IV 県民・関係団体等の活動

県民	<ul style="list-style-type: none"> ◇ バランスの取れた栄養、身体活動や運動による体力の維持・増進につとめましょう。 ◇ 地域活動等へ積極的な参加、趣味の仲間との交流等によりこころの元気を保ちましょう。
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 介護予防事業における二次予防事業対象者の早期発見・早期対策の第一層の普及・推進を図ります。 ◇ ロコモティブシンドロームに係る知識の普及啓発を図ります。 ◇ 情報がいきわたる環境整備に向けた取組を支援します。 ◇ 高齢者を孤立させないための住民同士の相互扶助の推進を図ります。
保健医療・福祉関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 高齢期の特性に応じた栄養指導や運動指導について、情報・技術に関し情報を発信します。 ◇ 認知機能の低下の原因や予防についての情報を発信します。 ◇ 高齢期を上手に過ごすための相談に対応します。 ◇ 認知症やロコモティブシンドロームの予防のための事業を推進します。
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 介護予防のための知識普及に向けた情報の提供を図ります。 ◇ かかりつけ医を持つことを啓発します。
民間企業	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 高齢者の就労分野を創出し、雇用の機会の確保を図ります。 ◇ 一人暮らしや移動が困難となった高齢者への支援方針に積極的に取り組みます。 ◇ 生活機能を維持するために、加齢と共に低下する機能を補助、あるいは代用機能の開発を進めます。

Ⅲ 生活習慣病の発症予防と

重症化防止

施策分野

- ・ がん
- ・ 循環器疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 慢性閉塞性肺疾患

1. が ん

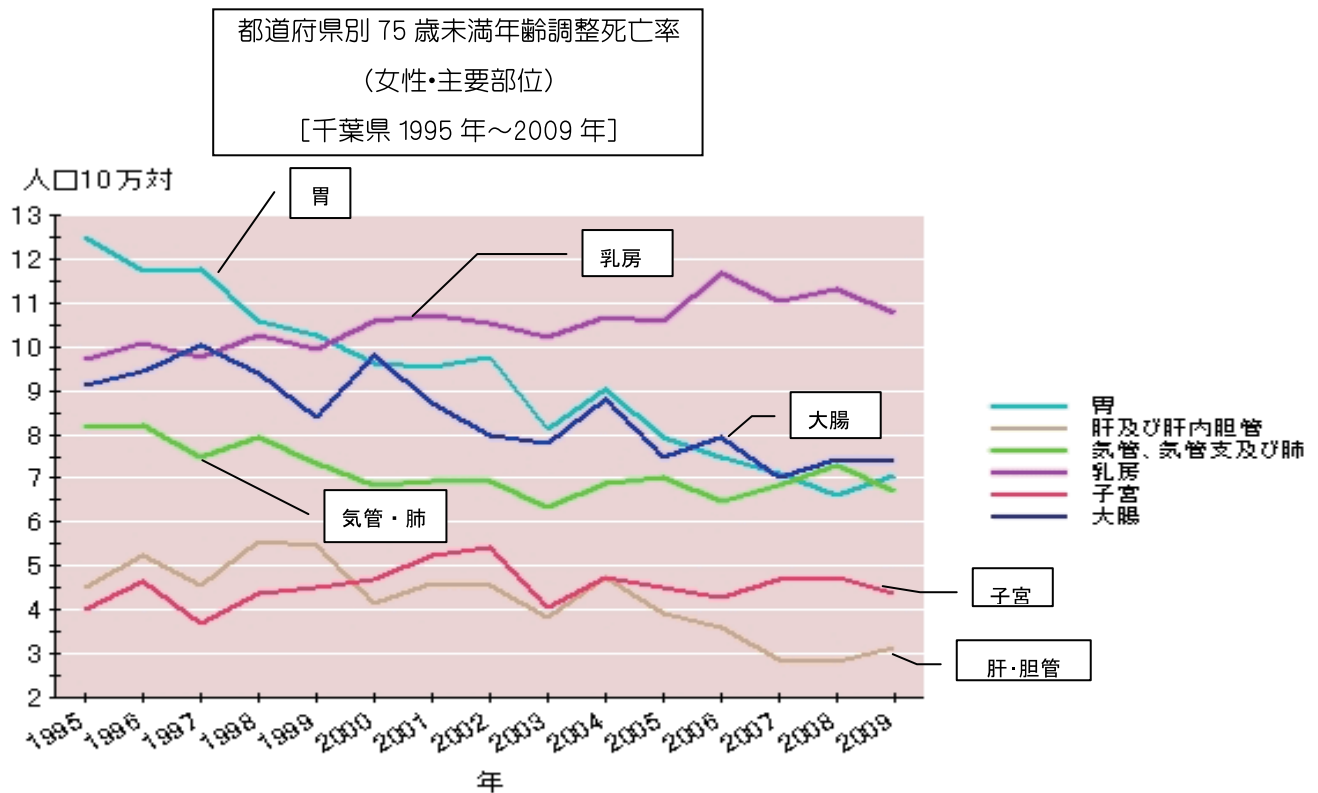
I 現状と課題

本県のがんによる死亡者数は、1982年から今日まで30年間、死因の第1位を占めており、がん対策は県民の健康とQOLを守り、健康寿命を延伸する上で極めて重要になっています。

がんによる死亡の動向をみるには、高齢化や75歳以上の死因分類の不確な要素による影響を除いた75歳未満年齢調整死亡率が用いられます。これによると1990年代以降、全がんの75歳未満年齢調整死亡率は全国的に減少傾向にあり、本県においても全国平均よりも低い死亡率を保ちつつ、減少を続けています。

がんの部位別に推移をみると、男性では1995年の時点で最も多かった胃がん死亡率は減少を続け、呼吸器がんによる死亡率はやや減少から横ばいに留まっていることにより部位別では最も多くなっています。また、肝がん・大腸がんも減少傾向です。

女性では胃がん・大腸がん・呼吸器がん・肝がんが減少傾向であるのに比べ、乳がんは増加を続けており、子宮がんも横ばいからやや増加傾向です。



資料: 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

がんになる危険性を高める要因として、喫煙(受動喫煙を含む)、過剰な飲酒、運動不足、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分や塩分を多く含む食品の過剰な摂取、がんに関連するウイルス感染などが挙げられています。

現状では、こうした要因への対策ががんの予防に重要となります。なお、このうち喫煙(受動喫煙を含む)、生活習慣の改善については、別項で述べています。

これまでに行われた評価の一覧

	全がん	肺がん	肝がん	胃がん		大腸がん		乳がん		食道がん	膵がん	子宮がん	
				男性	女性	結腸	直腸	閉経後	子宮頸			子宮内膜	
喫煙	△ 确实	△ 确实	△ ほぼ确实	△ 确实	△ 确实	△ 可能性あり		△ 可能性あり	△ 可能性あり	△ 确实	△ 确实	△ 确实	
飲酒	△ 确实		△ 确实			△ 确实	△ 确实	△ 确实		△ 确实			
肥満			△ ほぼ确实			△ ほぼ确实	△ ほぼ确实		△ 确实				△ 可能性あり
運動						△ ほぼ确实	△ ほぼ确实						
感染症		(肺結核) △可能性あり	(HBV) (HCV) △确实	(H.ピロリ菌) △ 确实									
野菜				可能性あり ▽	可能性あり ▽					△可能性あり			
果物		可能性あり ▽		可能性あり ▽	可能性あり ▽					△可能性あり			
塩・増藏品				△可能性あり	△可能性あり								

☆評価の基準(科学的根拠としての信頼性の強さ) WHO/FAO Expert Consultationの基準を参考に作成

△ 确实	确实である 疫学研究の結果が一致していて、逆の結果はほとんどない。相当数の研究がある。なぜそうなのか生物学的な説明が可能である。	
△ ほぼ确实	△ ほぼ确实 ▽	ほぼ确实である 疫学研究の結果がかなり一致しているが、その方法に欠点(研究期間が短い、研究数が少ない、対象者数が少ない、追跡が不完全など)があったり、逆の結果も複数あったりするために決定的ではない。
△ 可能性あり	△ 可能性あり ▽	可能性がある 研究は症例対照または横断的研究に限られる。観察型の研究の数が十分でない。疫学研究以外の、臨床研究や実験結果などからは支持される。確認のために、もっと多くの疫学研究が実施され、その理由が生物学的に説明される必要がある。

出典:科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ライン提言に関する研究(国立がん研究センター)

また、重症化予防の観点では、進行がんの罹患率を減らし、がんによる死亡を防ぐために重要なのが早期発見です。自覚症状がなくても定期的ながん検診を受けること、精密検査が必要と判定された場合には、速やかに精密検査医療機関を受診すること、自覚症状がある場合にはできるだけ早く医療機関を受診すること、を様々な機会を捉えて普及する必要があります。

市町村が実施するがん検診で精密検診が必要とされた方についてその後の追跡状況をみると、100%把握している市町も多くある一方で、70%以下の市町もあり改善が必要です。

がん検診受診率(H22年国民生活基礎調査)

単位:%

部位	性別	全国	千葉県
胃がん (40~69歳)	男性	36.6	35.6
	女性	28.3	31.0
肺がん (40~69歳)	男性	26.4	26.7
	女性	23.0	26.1
大腸がん(40~69歳)	男性	28.1	28.9
	女性	23.9	26.7
子宮頸がん (20~69歳)		37.7	39.9
乳がん (40~69歳)		39.1	43.0

がん検診受診場所(H23 千葉県生活習慣アンケート) 複数回答有 単位:%

受診場所	男性	女性
市町村が実施したがん検診	34.1	52.3
職場が実施したがん検診	39.8	20.2
上記以外に自主的に申し込んだ検診・人間ドック	31.7	40.0

H23 年度千葉県の生活習慣に関するアンケート調査によると、がん検診の受診場所は女性で市町村が実施する検診受診者が半数を超えるものの、職場での検診や自主的に受ける者も多く、受診勧奨には事業所やかかりつけ医等、多様な関係機関のかかわりが必要と考えられます。

がん検診は無症状の者が受けるものであるにも関わらず、上記アンケートでは検診を受けない理由として、男女とも約 1/4 が「自覚症状がない」ことをあげており未受診の理由の第一位となっています。

このようにがん検診は自覚症状のない者が時間を割いて費用をかけて受診するものであることから、受診率向上のためには検診の意義を十分に理解することが必要です。

II 目標

上記に述べたように、がんの予防法としても、喫煙をはじめ食生活や運動、多量飲酒などの生活習慣の改善が必要です。本計画では、生活習慣の改善について別に章を起こしていることから、ここではそれ以外の対策等について整理します。

目標項目		現状 (H22 年)	目標値 (H34 年)
75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10 万人当たり)		79.6 (H23 年)	72.7 (H27 年)
がん検診の受診率 の向上	胃 が ん (40~69 歳)	男性	35.6%
		女性	31.0%
	肺 が ん (40~69 歳)	男性	26.7%
		女性	26.1%
	大 腸 が ん (40~69 歳)	男性	28.9%
		女性	26.7%
	子宮頸がん(20~69 歳)	39.9%	50.0%
乳がん(40~69 歳)	43.0%	50.0%	
子宮頸がん予防ワクチン接種率		71.8%	95.0%
精密検査結果等の把握割合(胃がん)		83.2%	90.0%

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

- 1 がん及びがん予防、並びに検診の意義に関する知識の普及啓発
 - 県民一人ひとりががん及びがん予防に関する知識を持ち、がんを予防するための生活行動をとることができるよう、啓発普及を図ります。
 - 特にがん検診は、自覚症状がない時から継続的に受診することが重症化を防ぎ、がんによる死亡やQOLの低下を防ぐ有効な方法であることを県・市町村のみでなく、企業・事業所や医療機関等においても様々な機会に周知します。

- 2 発症予防のための生活習慣改善の支援(詳細は別章で後述)
 - 喫煙率(受動喫煙を含む)の低下
 - 多量飲酒者の割合の低下
 - 身体活動が少ない者の割合の低下
 - 適正体重を維持する者の割合の増加
 - 高塩分食品の摂取の減少、野菜・果物不足の者の割合の減少

- 3 がんに関連するウイルス感染対策
 - 子宮頸がんワクチンに関する知識の普及を図り、予防接種の推進を図ります。
 - 肝炎ウイルス検査に関する知識の普及を図り、感染者で未診断・未対策の者の割合の低下を推進します。

- 4 検診受診率の向上、精密検査の確実な受診
 - 検診の実施時間・場所に関するわかりやすい提供と情報へのアクセス向上、予約や申し込みの手続きの簡略化等が実施できるよう市町村・医療保険者・検診実施機関を支援します。
 - 利便性を向上させるため、休日や夜間の実施、特定健診との同時実施、複数の受診場所の確保等、好事例の取組の紹介を含め市町村・医療保険者・健診実施機関を支援します。
 - 特定のがんのハイリスク集団やある年齢層に重点的に受診勧奨を行う方法等、受診率向上に向け効果的な取組について科学的に検討し、公表・普及していきます。
 - 精密検査を確実に実施するよう啓発するとともに、市町村等の検診主体に受診結果の把握を働きかけます。

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇がん予防も意識して生活習慣の改善を図りましょう。 ◇年 1 回は検診を受診しましょう。 ◇精密検診が必要な場合は速やかに受診しましょう。
市町村	◇がん予防としての生活習慣の改善やウイルス感染について知識の普及を図ります。 ◇受診しやすいがん検診に向け工夫をします。 ◇精密検診が確実に受診されるよう結果把握に努めます。
地域	◇市町村と連携し、検診受診を勧めます。
職場・企業	◇事業主や衛生管理者から受診を勧奨します。
保健医療 専門職・団体	◇かかりつけ医や薬局から受診を勧奨します。
医療保険者	◇市町村との連携やがん検診に関する情報提供を進めます。

2. 循環器疾患

I 現状と課題

千葉県民の主要死因として、がんに次いで心疾患と脳血管疾患等の循環器疾患が上位を占めています。

これら心臓・血管系の病気の原因は、糖尿病・高血圧・脂質異常や喫煙などによる動脈硬化であることから、循環器疾患の予防にはこれらの危険因子を適切に管理することが必要です。（糖尿病と喫煙については他の章）

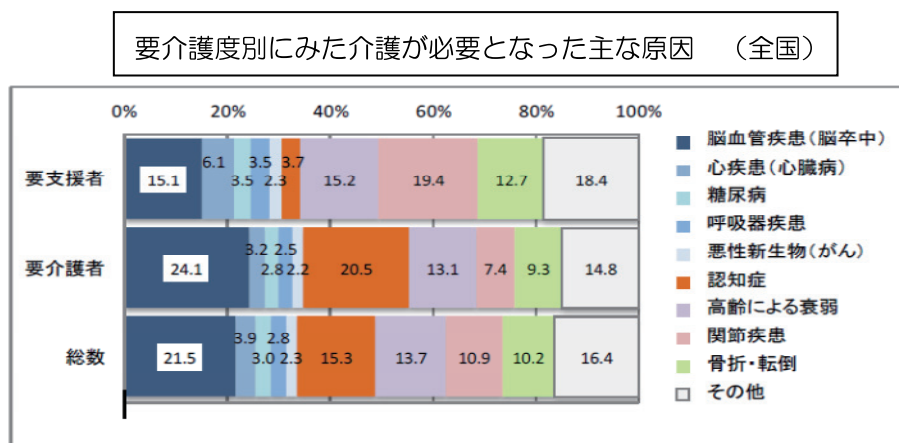
死亡率を全国と比較すると男女ともほぼ中位にあります。脳血管疾患による死亡率は改善していますが、急性心筋梗塞による死亡はやや増加傾向にあります。

県内の状況について、市町村の人口規模の影響を除外した標準化死亡比で見ると、脳血管疾患で県平均の1.5倍、心筋梗塞で2.5倍の地域がみられ、格差が大きいと言えます。

		脳血管疾患		急性心筋梗塞	
		男	女	男	女
県全体の年齢調整死亡率（2005～2009年）		57.4	33.7	24.7	10.7
県全体の死亡率を100とした場合の市町村別標準化死亡比（ベイズ推計値） (注)	県全体	100.0	100.0	100.0	100.0
	最も高い市町村	150.6	148.0	250.6	214.9
	最も低い市町村	82.7	79.6	55.3	48.1

注 ベイズ推計値：地域間比較や経年比較に耐えうる、より安定性の高い指標を求めるための統計手法により得られた数値

また、脳血管疾患については、その発症により寝たきりや認知症の主要な原因となっていることから、健康寿命を延伸する上でその発症の予防は介護予防の観点からも極めて重要です。



(資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査の概況」)

高血圧は、あらゆる循環器疾患の危険因子となっており、本県では男女共に加齢に伴い増加することから、各年代を通じ定期測定による早期発見の徹底や発症予防に向けた周知が必要です。

また、現状では収縮期血圧平均値による全国比較では、本県は男女ともに全国平均より低い状況ですが、依然として有病率は高齢者を中心として高いことから、今後急速な高齢化に伴う平均値の上昇が見込まれます。

栄養（減塩、野菜・果物の摂取の増加、肥満者の減少）・運動（1日歩数の増加・運動習慣者の増加）・飲酒（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）（「個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備」でそれぞれ該当する項に記載しています）により、高血圧の発症予防に向けた生活習慣の周知や環境整備への支援に向けて対策をさらに進める必要があります。

また、脂質異常症の発症予防に加え、メタボリックシンドロームの発症予防に向け、特定健診、特定保健指導の実施率のさらなる向上を目指し、地域、保険者、健診機関、医療機関等の連携等、保健医療計画との連動により早期発見や重症化予防への取組の促進を図る必要があります。

メタボリックシンドロームとは

内臓脂肪症候群とも呼ばれ、内臓脂肪型肥満をベースとして高血糖、高血圧、脂質異常が複数重なることによって、急速に動脈硬化を引き起こし、心臓病や脳卒中の危険性が急激に高まる状況を引き起こす。

II 目標

目標項目		現状（H22年）	目標（H34年）
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 （10万人当たり）	男性	47.7	40.2
	女性	27.3	25.0
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 （10万人当たり）	男性	20.3	17.5
	女性	8.4	7.5
高血圧の改善 （収縮期血圧の中央値の低下）	男性 （40歳～74歳）	130mmHg （H22年度）	126mmHg
	女性 （40歳～74歳）	128mmHg （H22年度）	124mmHg
脂質異常症の減少	LDL-C160mg/ dL以上の者	男性 （40歳～74歳）	9.2% （H22年度）
	女性 （40歳～74歳）	14.3% （H22年度）	6.9%
メタボリックシンドローム該当者及び 予備群の割合の減少 （平成20年度と比べて25%減少）	男性 （40歳～74歳）	43.2% （H22年度）	33.2% （H27年度）
	女性 （40歳～74歳）	15.3% （H22年度）	13.0% （H27年度）
特定健康診査・特定保健指導の実施率 の向上	健康診査	34.9%	70.0%
	保健指導	19.0%	45.0%

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

1 生活習慣病と循環器疾患の関係についての周知

○栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と危険因子の関連について、また発症予防のための早期発見について理解できるよう、情報を発信していきます。

○教育関係機関と連携し、子どもの頃からの生活習慣病予防に関する知識を普及します。

○関係機関と連携し、社会的自立期にある若者への生活習慣病予防への啓発を推進します。

○医療保険者と連携し、自覚症状に頼るのではなく年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。

2 特定健診等の早期発見のための取組への支援

○地域の実情に応じたきめ細かな対策を講ずることができるよう特定健診を企画する人材の育成を図ります。

○好事例について情報の収集、提供を行います。

○地域・職域間における相互支援体制整備など保険者間協力による利便性向上への取組を推進します。

3 重症化の予防に向けた取組への支援

○重症化の予防に向け、年齢だから仕方がないではなく、検査値がどれほどであれば治療を開始する必要があるかについて知識を普及します。

○ハイリスクアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

ハイリスクアプローチとは

生活習慣病のリスクを持った者への保健指導の実施等

4 対策推進のための支援体制の整備

○生活習慣改善を支援する保健と治療を施す医療の間の相談支援のための協働・連携を図ります。

○地域や職域、集団給食等の領域において、低塩・低脂肪メニューなどの導入、運動する機会の確保などといった、健康習慣づくりへの取組をサポートする体制の整備に向け、ネットワークの整備や情報の提供を通じ、関係者の活動を支援します。

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	<p>◇生活習慣と循環器疾患の発症、重症化の関連についての知識を身につけ、生活習慣を見直し、改善に向け努力しましょう。</p> <p>◇定期的に健診を受け、必要な保健指導は積極的に受けましょう。</p> <p>◇再検査や精密検査を指示された場合は速やかに受診しましょう。</p>
市町村	<p>◇特定健診等実施計画を推進します。</p> <p>◇高血圧、脂質異常症予防に関する知識を普及・啓発します。</p> <p>◇各種サービスを組み合わせるなどし、住民による健康づくり活動を展開しやすい環境をつくれます。</p>
職場・企業	<p>◇事業主や衛生管理者からの受診勧奨を強化します。</p>
保健医療 専門職・団体	<p>◇かかりつけ医や歯科医、薬局から受診を勧奨します。</p>
医療保険者	<p>◇受診しやすい健診の企画・運営による特定健診受診率の向上を図ります。</p> <p>◇特定保健指導対象者を確実にフォローします。</p> <p>◇保健事業部門や市町村健康増進事業と積極的に連携を推進します。</p>

3. 糖尿病

I 現状と課題

糖尿病は過食、運動不足、肥満などの生活習慣によりインスリンの正常な作用が障害されることが原因で発症することから、これらの生活習慣の改善に取り組む必要があります。

糖尿病になると、心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、壊疽などによって、QOLの著しい低下を招き、社会的な影響も大きい疾患であることから、その発症や重症化を予防することは重要な課題です。

また、自覚症状がないことが多いため、受診しようとする意識が少なく、結果的に放置することにより悪化を招く可能性が高く、健診による早期発見が欠かせません。

平成 22 年年齢調整死亡率（人口 10 万対）	全国		県	
	男	女	男	女
	6.7	3.3	7.3	3.2

本県における糖尿病の死亡を高齢化による影響を除外してみると（年齢調整死亡率）平成 17 年に男性 8.4、女性 4.4 でしたが、平成 22 年には男性 7.3、女性 3.2 と減少しています。

しかし、全国での順位では、男性が 10 位から 17 位へ、女性が 9 位から 23 位へと低下しています。

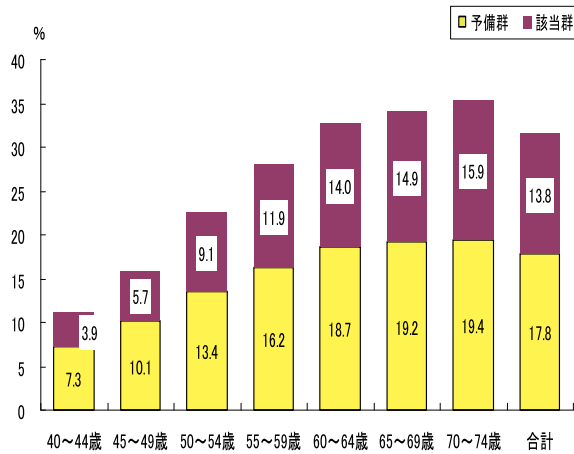
本県の特定健診・特定保健指導に係るデータ収集・評価・分析結果によると、糖尿病有病者の割合は、男性が女性より大きく、男女とも年齢が上がるにしたがい増加しています。男性は 70～74 歳（15.9%）では、40～44 歳（3.9%）の 4 倍に、女性では 70～74 歳（9.4%）では、40～44 歳（1.4%）の約 6 倍に至っています。

糖尿病予備群の割合も、男女とも年齢が上がるにしたがい増加し、男性は 70～74 歳（19.4%）では、40～44 歳（7.3%）の 2 倍余りに、女性は 70～74 歳（21.2%）で、40～44 歳（5.6%）の 3～4 倍に至っており、男性より女性のほうが加齢に伴い該当者が大きく増加しています。

40～74 歳の糖尿病の有病者の割合は男女ともに減少傾向にあるものの、予備群の割合は増加しており、予備群が有病者に移行することを防ぐためにも健診の受診率と保健指導実施率のアップを図る必要があります。

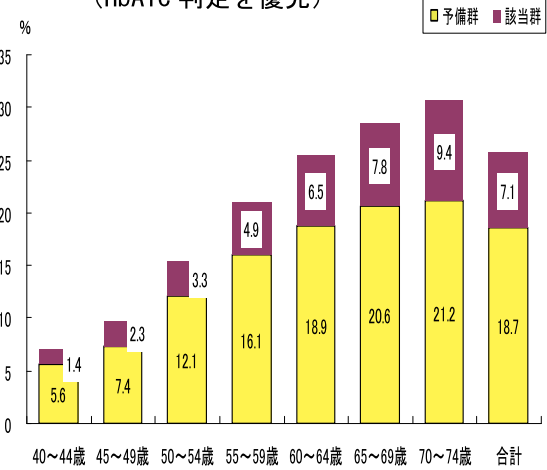
糖尿病有病者・予備群該当率(男)

(HbA1c 判定を優先)



糖尿病有病者・予備群該当率(女)

(HbA1c 判定を優先)



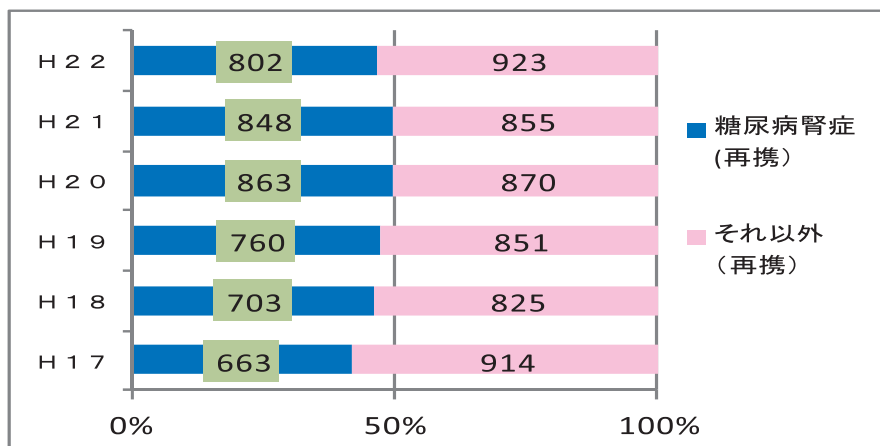
(平成 22 年度 特定健診・特定保健指導に係るデータ集計結果(速報)より)

糖尿病は、発症を予防することと併せ、様々な段階で悪化を防止し、重症化を防ぐことで、合併症の発症を予防することが重要です。

本県では糖尿病が人工透析の新規導入の原因疾患の第 1 位を占めており、全国の糖尿病による透析導入患者の人口 10 万対割合が 12.9 であるのに比べ 13.1 とやや高くなっています。

また、成人の中途失明者の原因疾患の第 2 位を糖尿病が占めており、QOL の維持に向けて合併症を発症しないための取組が大切です。

人工透析新規導入者のうち糖尿病性腎症の占める割合(千葉県)



出典：社団法人日本透析医学会「慢性透析患者に関する基礎調査」

Ⅱ 目標

目標項目		現状（H22年）	目標（H34年）
合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少		802人	738人
治療継続者の割合の増加		88.1% (H23年度)	95%
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者）の割合の減少	男性	1.6%	1.4%
	女性	0.7%	0.6%

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

- 1 生活習慣と糖尿病の関係についての周知
 - 生活習慣と糖尿病の関係について周知を徹底します。
 - 自覚症状が乏しいことから、年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。
- 2 特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施を支援
 - 特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施に向け、受診率を高めることができるよう医療保険者を支援します。
 - 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果を情報発信します。
 - 特定保健指導の実施率を高めるため、指導者のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。
 - 効果的な実践例の紹介、広域的な関係機関の調整、情報提供などにより医療保険者を支援します。
- 3 重症化防止に向けた取組を支援
 - 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
 - ハイリスクアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。
- 4 対策推進のための支援体制の整備
 - 生活習慣改善を支援する保健と治療を施す医療の間の相談支援のための協働・連携を図ります。

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 糖尿病予防のための生活習慣の改善を図りましょう。 ◇ 年1回の定期健診を受けましょう。 ◇ 健診で要医療となった場合は必ず受診し、治療中の方は自己判断で中断せず、継続して診察を受けましょう。
市町村	◇ 糖尿病予防の知識を普及・啓発します。
地域	◇ 糖尿病患者の会等と連携し、キャンペーン、講演会等を行います。
学校	◇ 小児期からの生活習慣病予防に取り組みます。
職場・企業	◇ 事業主や衛生管理者からの受診や保健指導への参加を勧奨します。
保健医療 専門職・団体	◇ 県・市町村と協力し、普及啓発します。
医療保険者	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 糖尿病の早期発見のため特定健診受診率向上を図ります。 ◇ 保健指導の実施率を高めます。 ◇ 保険者間の連携を進めます。

4. COPD（慢性閉塞性肺疾患）

I 現状と課題

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

平成22年の全国の年齢調整死亡率を見ると、男性が9.1、女性が1.4であり死因順位は9位となっています。本県では年齢調整死亡率が男性7.7、女性1.3と全国に比較してやや低くなっています。WHOはタバコ対策を行わなかった場合、COPDによる死亡は今後10年間で30%増加するとしています。

本県でも最近の喫煙率は減少傾向にありますが、COPDは20年以上の喫煙歴を経て発症することから、20年前の喫煙率や高齢化の進展により、今後、罹患率・有病率・死亡率の増加が続くと予測され、タバコ対策の強化によりこれらを軽減する必要があります。また、COPDは、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつなどの併存疾患が多く、COPDの抑制はこれら疾患の低減効果の可能性も期待されます。

COPDは進行性の病気であり、細気管支や肺胞に起こった病変は、治療を行っても完全に元の状態に戻すことはできないことから、早い時期に治療を開始し、重症化させないことが重要です。

早期の適切な治療により、病気の進行を遅らせ息切れや咳、痰、呼吸機能の改善が図れ、長期的にはQOLの改善や、生命予後の改善が期待できます。

しかしながら、大規模疫学調査の結果から、40歳以上の日本人のCOPD有病率は8.6%、患者数は530万人と推定されたにもかかわらず、患者調査によるCOPD患者数は約17万人と大きな隔たりがあります。このことは患者の多くがCOPDであることに気付いておらず、未受診・未治療であることを示唆しています。

これらのことから、男女共に喫煙が最大の発症リスクであることや、早期に禁煙するほど有効性が高くなること、禁煙によってCOPDの発症予防と進行の阻止が可能であることへの啓発が求められます。

II 目標

目標項目	現状（H22年）	目標（H34年）
COPDの認知度の向上		H25 調査結果により設定

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

- 1 特定健康診査等を活用しCOPDについての情報を発信します。
- 2 医療保険者の取組を支援します。
 - 医療保険者にCOPDのスクリーニング票の紹介をするなどにより、健診導入事例の紹介を行うなど、早期発見に向けた取組を促します。
 - 特定保健指導従事者の研修において、COPDをプログラムに取り入れます。
- 3 禁煙したい人が直ちに禁煙できるための支援環境を整えるため、禁煙に向けた相談窓口や禁煙外来の情報提供を行います。

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇ COPDについて関心を持ち、予防可能な疾患であることを知りましょう。 ◇ 喫煙者は禁煙しましょう。
市町村	◇ COPDについて知識普及を図ります。 ◇ 受動喫煙防止対策を推進します。
保健医療 専門職・団体	◇ COPDについての情報を発信します。 ◇ イベント等における普及啓発を行います。 ◇ 先駆的取組、好事例等を紹介します。
医療保険者	◇ 特定健診・保健指導等において、喫煙者等のハイリスク者対策を講じます。

IV つながりを生かし、 健康を守り支える環境づくり

施 策 分 野

- ・ 地域社会のつながりの醸成
- ・ 健康支援のための社会参加・社会貢献
- ・ 健康格差の実態と要因分析

1. 地域社会のつながりの醸成

I 現状と課題

一人ひとりの健康は、社会的環境や経済的環境の影響を受けています。このため、個人への対策のみでは解決できない問題に対し、健康を支え守るための環境づくりに取り組む必要があります。

それには、一人ひとりが積極的に社会参加しつつお互いを支えあい、地域や職場等における人とのつながりを深め、互いの健康な生活に関心を寄せるとともに、地域の民間団体、企業等多様な主体による健康づくりへの取組が重要となります。

地域のつながりと健康との関係について、ソーシャルキャピタルと健康との関連が指摘されています。ソーシャルキャピタルとは社会全体の人間関係の豊かさや社会的な問題に関わるボランティア団体等の自発的な団体の多様性を示し、地域・社会が繋がる力であるともいえます。

ソーシャルキャピタルが豊かであることにより健康増進を導く可能性があることが指摘されています。様々な国の研究成果として、平均余命の長さや個人が持つ社会的なつながりの程度は関係していると示されています。個人が家族・友人・知人と緊密に繋がっていること、すなわちソーシャルキャピタルが豊かであることによって、社会生活によるストレスを低下させ、具体的な支援やケアを提供することになると解釈されています。

ソーシャルキャピタルは家族や仲間、職場などの様々なグループにより形成される社会的相互関係であり、学校、地域コミュニティ、企業、市民団体などもその要素となります。

阪神淡路大震災以降、先の東日本大震災においてもその復興過程において、ソーシャルキャピタルの重要性が指摘されており、健康を支え守るための環境づくりの一環として、地域社会におけるつながりを培っていくことが必要です。

特に未曾有の被害をもたらした東日本大震災の発生、その復旧や復興においては、家族や地域の絆や助け合いの重要性が再認識されたところです。

時間的、精神的にゆとりある生活の確保が困難な者、健康づくりに関心のない者なども含め、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上を目指し、社会全体が相互に支え合いながら健康を守り合える環境づくりが望まれます。

II 目標

目標項目	現状（H22年）	目標（H34年）
地域のつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると思う人の割合の増加)		H25年調査により設定

III 県が実施する施策・取組の方向性

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

IV 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇積極的に周囲の人と関わりを持てるよう努めましょう。 ◇地域や市民団体の活動に興味を持つようにしましょう。
市町村	◇行政が取り組む市民団体の育成やコミュニティ活動の場に健康づくりの視点を取り入れる工夫を進めます。
地域	◇年代を超えた人とのつながりを推進します。 ◇孤立を防ぐ工夫を取り入れます。
学校	◇学校・家庭・地域の連携に健康づくりの視点を取り入れる工夫を進めます。
保健・医療 専門職・団体	◇団体が実施する教室やイベントについて、利用の拡大に向けた広報活動を実施します。 ◇他の団体の活動にも関心を向け、ネットワークの形成に協力します。
医療保険者	◇時間的・精神的ゆとりの無い加入者対策を推進します。

2. 健康支援のための社会参加・社会貢献

I 現状と課題

従来の健康づくりでは、こうあるべきとする行政主導型でしたが、これからの健康づくりにはこうありたいとする人々の主体的な考え方による楽しめる健康づくりの場も求められます。

例えば、自分の近親者ががんで死亡した場合、がんに対する関心が高まり、自らもがん検診を受ける気持ちになった、という話はよく聞くことであり、身近な人々の動向や、働きかけは、本人への健康づくりに重要な役割を果たしていると考えられます。健康づくりに関する住民の主体的な活動として、自身の健康づくりのための運動サークルやグループ活動と並んで、健康づくりに関わるボランティア活動があります。

本県では従来から栄養改善推進員や母子保健推進員等行政との協力の下、ボランティア団体の活動が積極的に行われています。また、糖尿病をはじめとする各種患者団体による市民向けの教室の開催等の社会貢献活動も推進されてきているところです。

今後も近隣の人への支援や生活習慣改善のための活動にとどまらず、多様な分野で活動が推進されるよう支援する必要があります。

特に、本県では今後急速な高齢化により一人あるいは二人暮らしの高齢者が増えることが予想されます。こうした高齢者が社会参加することにより、ご自身の生きがいや健康が保持されるのみでなく、活動を通じて世代間交流の促進や人とのつながりの強化が期待できると考えます。

また、健康づくり対策に社会として取り組んでいく上で、行政と企業との連携が不可欠であり、人々の健康意識の向上や行動変容に関連する情報を積極的に発信する企業・団体による支援が重要です。本県では、県医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会をはじめとする専門職団体等との協働による健康づくりに関するイベント等が従来から実施されていますが、今後もこれらの活動を推進する必要があります。

II 目標

目標項目	現状 (H22年)	目標 (H34年)
健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている人の割合の増加	2.7% (H23年)	25.0%
健康づくりに関する活動に取り組み自発的に情報発信を行う企業・団体の増加	12団体 (H23年度)	100団体

Ⅲ 県が実施する具体的施策・取組の方向性

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

Ⅳ 県民・関係団体等の活動

県民・家庭	◇地域や市民団体の活動に興味を持つようにしましょう。
市町村	◇行政と協力して進める各種推進員活動において、主体的な活動が推進されるよう働きかけを進めます。 ◇管内の自主サークルや団体の活動についてPRを進めます。
保健医療・教育 関係団体	◇県・市町村と連携し、県民の健康づくりを支援する活動に協力するとともに団体が実施する保健サービスのPRに努めます。 ◇健康課題を共有し、連携の推進を図ります。 ◇人材育成のための技術支援（人材・教材・情報等）に協力します。
企業・団体	◇団体等が実施する教室やイベントについて、利用の拡大に向けた広報活動を実施します。 ◇他の団体の活動にも関心を向け、ネットワークの形成に協力します。

3. 健康格差の実態と要因分析

I 現状と課題

近年、地域、職業、経済力、世帯構成等の社会経済的要因によって、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告され、健康格差の存在が指摘されています。

日本学術会議が平成 23 年 9 月に行った提言によると、所得及び学歴が低い場合には自覚的健康度が低く、慢性疾患の罹患や死亡が多いこと、肉体労働や機械操作などの職業階層では、管理職や専門的職業に比べて、また非正規雇用労働者では正規労働者に比べて心身の健康状態が悪いこと、高齢者においても、社会経済的状态により、死亡、要介護状態、社会的活動等に格差があること等に関する報告が多くなされています。

社会経済的に不利なこうした人々では、時間的または精神的に健康づくりに関心を向けられなかったり、健康情報に接する機会が少なく健康に関心がない人々も見られ、こうした人々へのアプローチがこれまで十分とはいえませんでした。

さらに、地理的に保健医療サービスや食料品店、運動施設などへのアクセスの悪さが地域の健康状態の格差と繋がる可能性があることは容易に想像されます。また、1 日の歩数などでは、都市部では公共交通機関が発達していることからこれらを利用し、最寄り駅までの歩行や乗換えなど日常の通勤による歩数が一定以上あることに対し、郡部では自家用車に頼ることが多いために歩数が少ない傾向にあることなども指摘されています。

本県において、どのような地域、あるいは対象グループにどのような健康格差があるかについて、現状ではつまびらかではありませんが、今後格差が拡大することなく、保健医療サービスが公平に提供され格差の解消に繋がるよう、実態把握に努める必要があります。

行政としては、実態把握をしたのち、速やかに分析をし、格差の原因となる行動・環境などを幅広く県民に周知します。

Ⅱ 県が実施する具体的施策・取組の方向性



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


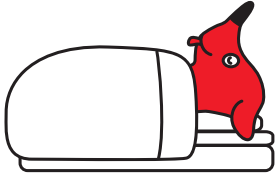

Ⅲ 県民・関係団体等の活動

県民	◇周囲の人々と健康情報や健康サービスへのアクセスに関する情報交換を積極的に行いましょう。
市町村	◇市民の健康状態について周辺地域と比較検討し、対策を検討します。
教育機関	◇発達段階に応じ、健康面での適切な意思決定に必要な基本的健康情報やサービスを調べ理解し、効果的に利用する個人の能力の獲得を図ります。

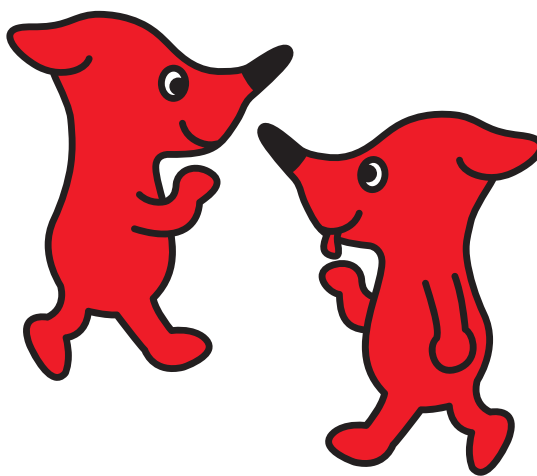
ライフステージを通じた健康づくり

(これは一例であり、生活スタイルや健康状態に合わせてお一人お一人が健康づくりに向け目標を設定しましょう)

	乳幼児期 (0~5歳)	少年期 (6~15歳)	青年期 (16~29歳)
特徴	<p>生活習慣の基礎をつくる時期です。親が望ましい習慣の見本を示し、家族との触れ合いの中で子どもの健やかな心と体の発達を育みましょう。</p> <p>また、この時期は不慮の事故が多いため、事故防止に配慮が必要です。</p>	<p>身体成長と精神発達をとおして自我が形成される時期であり、生活習慣の基礎が固まる時期でもあります。</p> <p>子ども自らが心身の健康について考え、健康づくりに必要な知識を身に付けることが必要です。</p>	<p>身体的成長が頂点に達し、子どもから成人に移行する重要な時期です。</p> <p>また、進学・就職・結婚など人生の転換期でもあり、生活環境の変化も大きいものがあります。環境の変化に伴って生活習慣も乱れやすくなりますが、健康への関心は薄れがちです。</p>
目標	<p>健やかな人生の土台づくり！</p> <p>正しい生活習慣を身に付けましょう</p>	<p>規則正しい生活リズムを確立！</p> <p>自分のことと身体について、及び健康を守るための方法を学びましょう</p>	<p>自分のことと身体に関心と責任を持ち、将来の自分の健康に備えましょう！</p>
健康づくりの行動目標例	<ul style="list-style-type: none"> ・多様な食品、素材を生かした薄い味付けを覚えさせましょう ・家族そろって食事する機会をできるだけ増やしましょう ・体を動かす遊びを取り入れ、テレビは時間を決めて見せましょう ・遅くまで起こしているのは止めましょう ・規則正しい生活リズムで暮らしましょう ・不慮の事故についての知識を得、事故を防止する環境を整えましょう ・受動喫煙から子どもを守りましょう ・むし歯予防に配慮し、歯磨き習慣をつけましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・早寝早起き朝ごはんをしっかりと実践し規則正しい生活リズムを身に付けましょう ・家族と一緒に食事をする機会をできるだけ多く持ちましょう ・体育の授業以外にできるだけ身体を動かしたりスポーツをしたりして運動する習慣を持ちましょう  <ul style="list-style-type: none"> ・テレビ・ゲーム・インターネットは時間を限り、就寝する時間を決めて必要な睡眠時間をしっかりと取りましょう ・自分の身体の発育やことや性の発達についてきちんと知りましょう ・喫煙や飲酒の健康被害について正しく知りましょう ・心配事は一人で悩まず友達や家族、周りの大人に相談しましょう ・むし歯予防に配慮し、歯磨き習慣を確立しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食を抜かず 1日3食の食習慣を定着させましょう ・主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をこころがけましょう ・自分にあった運動を見つけ、運動する習慣を定着させましょう ・適正な体重について知り、肥満や痩せがもたらす健康への悪影響を理解しましょう ・喫煙や飲酒の健康被害から自分自身を守りましょう ・妊娠中は喫煙・飲酒をしない  <ul style="list-style-type: none"> ・夜型生活にならないよう、就寝・起床時間に気をつけましょう ・定期的に健康診査・歯科健診を受けましょう ・女性は二十歳になったら子宮がん検診を受けましょう

	壮年期 (30~44 歳)	中年期 (45~64 歳)	高齢期(65 歳以上)
特徴	<p>心身ともに充実し社会的な活動も活発な時期ですが、身体的機能は少しずつ減退が始まり、生活習慣病の前触れが現れ始めます。</p> <p>一方で、働くことや子育てに追われ、自身の健康を顧みる余裕がない時期です。</p>	<p>精神面では円熟期と言えますが身体機能が少しずつ衰え生活習慣病が増加するなど健康について気になり始める時期です。</p> <p>社会的には重要な役割を担うため、仕事や家庭において無理をしがちでストレスも増加します。これまでの生活を見直し、改めて自分の健康を考えてみましょう。</p>	<p>加齢や社会的環境の変化に伴い、身体面のみでなく、こころの面でも不安感・孤独感が生じやすく健康問題が大きくなる時期です。</p> <p>興味あることに積極的に関わり、自分にあったやり方で健康づくりを続けることが大切です。</p>
目標	<p>「まだまだ若い」との思いこみは禁物！</p> <p>自分の健康状態をじっくり見つめましょう</p>	<p>ライフスタイルを見直し生活習慣のギアチェンジをしましょう</p> 	<p>自分なりの、楽しめる健康づくりを見つけ続けましょう</p>
健康づくりの行動目標例	<ul style="list-style-type: none"> ・摂取するエネルギーと出ていくエネルギーのバランスを意識し、自分の適正体重を維持しましょう ・家族との食事をとる機会をできるだけ持ちましょう ・意識的に歩く、体を動かすことを心がけましょう ・喫煙者は禁煙にチャレンジ! ・飲酒は適正な範囲の量を、休肝日を設けましょう ・自分にかかっているストレスを意識しましょう ・質の良い睡眠を確保できるよう工夫しましょう  <ul style="list-style-type: none"> ・歯周病予防に努め、定期的な歯科健診を受けましょう ・定期的に健康診査やがん検診を受けましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の量と内容を見直し、適正な体重管理に努めましょう ・塩分の多い食品や料理を控えましょう ・できるだけ歩くよう心がけ、体力に応じた運動を習慣づけましょう ・喫煙者は禁煙にチャレンジ! ・飲酒は適正な範囲の量を、休肝日を設けましょう ・ストレスへの対応が難しい時は周囲に相談するなど対処しましょう ・質の良い睡眠を確保し休養をしっかり取りましょう ・年に 1 回は健康診査やがん検診を受け、去年の結果と見比べましょう ・歯周病予防に努め定期的な歯科健診を受けましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢にあった栄養バランスに配慮し、楽しく食事する工夫をしましょう ・家事や散歩などで意識的に身体を動かしましょう ・地域の行事や趣味の会など外へ出る機会を意識して増やしましょう ・転倒予防や認知症予防に関心を持ち、自分にできることを始めましょう ・喫煙者は禁煙にチャレンジ ・飲酒は適正な範囲の量を、休肝日を設けましょう ・体調の変化に気をつけ、症状がある時は早めに受診しましょう ・治療中の方は確実に受療を続けましょう ・年に 1 回は健康診査やがん検診、歯科健診を受けましょう 

推進体制と進行管理



推進体制と進行管理

I 各主体の役割

(1) 県の役割

県は、健康づくり・医療・福祉の連動を図りながら計画を総合的に推進するために、各種施策を実施し、県民それぞれが自らの健康づくりに対する責任を持ちながら積極的に取り組んでいくための環境づくりを進めます。

健康づくりのため、関係機関との連携促進を図り、健康づくり対策が円滑に推進されるように総合的な調整を行うとともに、市町村が行う健康増進事業に対する支援を行います。市町村健康増進計画の策定・推進や健診・保健指導等に対する必要な情報の提供や専門的・技術的な支援を行います。

また、市町村ごとの分析を行い、市町村間の健康格差の是正に努めます。

さらに、企業等の取組の中で優れた取組を行う事例の広報を行うことで、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機づけを行います。

加えて、「日本一の健康県ちば」の実現に向け、県民の健康に対する意識の高揚と健康づくりへの実践活動の推進を図るため、各種イベント等における普及・啓発や、ホームページを活用した健康情報の発信を行います。

(2) 市町村の役割

市町村は、住民生活に最も身近な行政機関として、市町村健康増進計画の策定・推進を行い、住民と一体となった健康づくりをはじめ、健康づくり対策の調整、各種施策の実施が求められます。県、近隣市町村、健康関連事業者等との広域的な連携を図りながら、それぞれの地域資源や機能を相互に活用して、効率的な施策を進めることが必要です。

(3) 関係機関・団体の役割

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、調理師会、歯科衛生士会などの専門団体や、大学、研究機関などは、それぞれの専門的な立場から健康づくり事業に対する積極的な支援を行う役割が求められます。

スポーツ施設、医薬品・医療機器、食品、環境衛生などの健康増進に関連する企業・NPOは、健康関連商品やサービスを提供することにより、県民の健康づくりに貢献しています。県民が、主体的に健康的生活を選択できるような適切な情報や、適切な商品、サービスの提供が求められます。

(4) 医療保険者の役割

生活習慣病の予防や早期発見に取り組んでいくため、国民健康保険や被用者保険などの医療保険者に対して、メタボリックシンドロームの概念を導入した特定健診・特定保健指導が義務付けられています。各医療保険者は、各都道府県単位で設置される保険者協議会等の場を活用し、関係機関等との連携を図りながら、保健師、管理栄養士等のマンパワーに対する研修、医療保険者間の資源の有効利用、医療費の調査・分析・評価、効果的な保健事業に関する情報交換等を行うことが求められます。

(5) 学校等の役割

児童生徒の様々な健康課題に対応し、地域の関係機関とも連携しながら日常的な児童生徒の心身の健康管理や健康教育を行います。幼稚園や保育所においても同様の対応をします。

Ⅱ 計画の推進体制

地域・職域連携推進協議会

広域的な地域と職域の連携を図り、生涯にわたる健康づくりを推進するため、地域保健関係機関、職域保健関係機関、県民・就労者等で構成する「健康ちば地域・職域連携推進協議会」を設置しており、また、各保健所圏域単位「地域・職域連携推進協議会」において、地域の実情に応じた健康サービスの提供、健康管理体制の整備・構築を図るとともに、健康づくり運動を推進しています。

「健康ちば地域・職域連携推進協議会」で、計画の進捗状況、健康格差等について把握し、経年的に分析評価等を行い、計画推進を図ります。

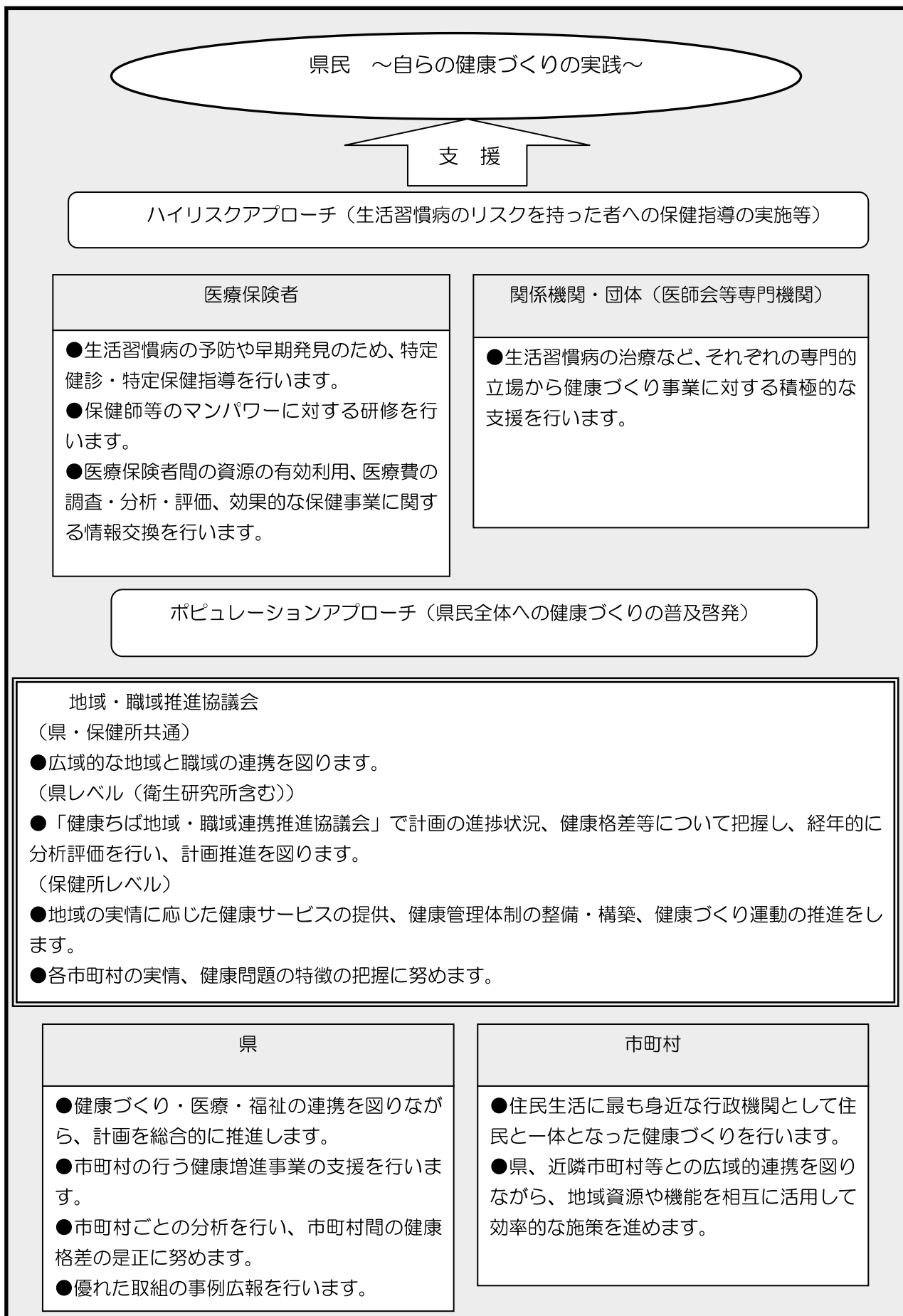
特に、各保健所圏域単位「地域・職域連携推進協議会」においては、各市町村の実情、健康問題の特徴の把握に努めます。

Ⅲ 進行管理・評価

健康ちば21（第2次）の推進を図るため、施策や目標等について、各種統計指標の収集分析や評価に必要な調査を実施し、計画の検証・評価を行います。特定健診・特定保健指導の実施主体である医療保険者は、毎年度、前年度の普及啓発や健診・保健指導等の事業の実施状況について把握し、経年的な傾向など、分析評価を行います。

これに合わせ、計画の進捗状況等を毎年把握し、計画推進を図ります。

健康づくりへの各主体の役割



資料 1

- ・健康ちば21(第2次)目標及びデータソース一覧



健康ちば21(第2次)目標及びデータソース一覧

- ・現状欄に示す数値がH22年以外の場合、(H 年(年度))と表記。
- ・目標年をH34年以外に設定する場合、(H 年(年度))と表記。

健康寿命の延伸・健康格差の実態説明と縮小に関する目標

	目標項目	現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性	71.62年	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 厚生労働省算出
		女性	73.53年	
2	健康格差の縮小 (日常生活に制限のない期間の平均の市町村格差の縮小)	男性	2.19	市町村格差の縮小 千葉県算出
		女性	2.14	

個人の生活習慣の改善とそれを支える環境の整備に関する目標

(1) 栄養・食生活

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	適正体重を維持している者の増加(肥満BMI25以上・やせBMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合	33.2%	28.0%	「県民健康・栄養調査」
		40～60歳代女性の肥満者割合	22.1%	19.0%	
		20歳代女性のやせの者の割合	19.0%	15.0%	
2	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	全体		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として設定
		一人暮らしの者			
3	1週間に朝食を摂る日が6～7日の者の割合の増加	30～40歳代男性	59.2% (H23年度)	増加傾向へ	生活習慣アンケート
		20歳代女性	54.4% (H23年度)		
4	食塩摂取量の減少(1日あたり)	男性	11.8g	9.0g	「県民健康・栄養調査」
		女性	10.3g	7.5g	
5	野菜と果物の摂取量の増加(1日あたり)	野菜摂取量の平均値	267g	350g	「県民健康・栄養調査」
		果物摂取量100g未満の者の割合	60.1%	30.0%	
6	健康ちば協力店登録数の増加	923店舗 (H23年度)	1,100店舗 (H29年度)	栄養改善実績報告	
7	利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価改善を実施している特定給食施設の割合の増加	参考値:管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	84.1% (H23年度)	90.0%	衛生行政報告例

(2) 身体活動・運動

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース		
1	日常生活における歩数の増加	20歳以上	男性	7,360	8,800	「県民健康・栄養調査」
			女性	6,203	7,700	
		上記のうち70歳以上	男性	5,140	6,600	
			女性	4,139	5,600	
2	運動習慣者の割合の増加	40～64歳	男性	18.1% (H22年度)	28%	特定健診の標準的質問項目
			女性	16.7% (H22年度)	27%	
		65歳以上	男性	27.8% (H22年度)	38%	
			女性	23% (H22年度)	33%	
3	ウォーキングロード、地域独自の体操等を紹介している市町村の数の増加(参考値)	46市町村 (H24年)	54市町村	各市町村HP		

(3) 休養

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.9% (H23年度)	20%以下	生活習慣アンケート
2	睡眠で十分休養がとれている者の割合の増加(参考値)	38.6% (H22年度)	70.0%	特定健診の標準的質問項目
3	週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として設定

(4) 飲酒

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	男性		H25年度調査結果により設定 生活習慣アンケート新規項目として設定
		女性		
2	未成年者の飲酒をなくす 15歳～19歳	男子	13.9% (H23年度)	0%
		女子	15.2% (H23年度)	0%
3	妊娠中の飲酒をなくす		0%(H26年)	妊娠届出時の聞き取り(今後市町村への協力依頼。協力できる市町村のみ)

(5) 喫煙

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	成人の喫煙率の減少	男性	29.3% (H23年度)	20.0%	
		女性	8.7% (H23年度)	5.0%	
2	未成年者の喫煙をなくす 15歳～19歳	男子	5.6% (H23年度)	0%	
		女子	0% (H23年度)	0%	
3	妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (H22参考値)	0%	妊娠届出時の聞き取り(今後市町村への協力依頼)	
4	禁煙の施設	行政(県)	99.1%	100%	千葉県資料
		行政(市町村)	92.0%	100%	千葉県資料
		医療機関	88.5%	100%	千葉県資料
5	受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	職場		H25年度調査結果により設定 生活習慣アンケート新規項目として設定	
		家庭			
		飲食店			
6	禁煙外来の増加(医療機関数)	426 (H24年)	増加	ニコチン依存症管理料算定医療機関	

(6) 歯・口腔の健康

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	60歳代における咀嚼良好者の増加		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として設定
2	80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	23.8% (H23年度)	25.0%以上 (H27年度)	生活習慣アンケート
3	40歳代で喪失歯のない者の割合の増加	50.4% (H23年度)	75.0%	生活習慣アンケート
4	40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	41.5% (H23年度)	25.0%	成人歯科健康診査(歯周病疾患検診)
5	60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	50.2% (H23年度)	45.0%	成人歯科健康診査(歯周病疾患検診)
6	3歳児でむし歯がない者の割合が80%以上である市町村の増加	13市町村 (H23年度)	32市町村	3歳児歯科健康診査
7	12歳児(中1)の一人平均むし歯数が1.0歯未満である市町村の増加	9市町村 (H23年度)	27市町村	児童生徒定期健康診断結果
8	過去1年間に歯科健診を受診した者の割合の増加(20歳以上)	39.7% (H23年度)	65.0%	生活習慣アンケート

ライフステージに応じた心身機能の維持・向上に関する目標

(1)こころの健康づくり

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	自殺者の減少(人口10万人当たり)	男性	29.9	25.1(H28年)	厚生労働省「人口動態統計」
		女性	13.4	10.1(H28年)	
2	気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケートの新規項目として設定	
3	メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケートの新規項目として設定	
4	自分には良いところがあると思う児童の増加	75.8% (H24年度)	増加へ	全国学力・学習状況調査	

(2)次世代の健康づくり

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.2%	減少傾向へ (H26年)	厚生労働省「人口動態統計」	
2	肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満児の割合)	男子	4.9% (H22年度)	減少傾向へ (H26年)	全国体力運動能力、運動習慣等調査
		女子	2.8% (H22年度)		
3	朝食を毎日食べている子どもの割合の増加(小学5年生)	88.6% (H24年度)	100%に近づける	全国学力・学習状況調査	
4	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	男子	62.0% (H22年度)	増加傾向へ	全国体力運動能力、運動習慣等調査
		女子	38.1% (H22年度)		
5	月～金の間1日にどれくらいの時間睡眠をとることが多いですか(8時間以上の者の割合)	72.0% (H24年度)	増加傾向へ	全国学力・学習状況調査	
6	月～金の間1日にどれくらいの時間テレビやビデオDVDを見たり聞いたりしますか(3時間以上の者の割合)	42.3% (H24年度)	増加を抑制	全国学力・学習状況調査	
7	月～金の間1日にどれくらいの時間テレビゲームをしますか(2時間以上の者の割合)	24.9% (H24年度)	増加を抑制	全国学力・学習状況調査	
8	家の人と普段(月～金曜日)夕食を一緒に食べる子どもの割合の増加	小学5年生	88.4% (H24年度)	増加傾向へ	全国学力・学習状況調査
		中学2年生	80.8% (H24年度)		

(3)高齢者の健康づくり

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	要介護認定者の増加の抑制	19万人 (H23年度)	22万3千人以下 (H26年度)	介護保健事業報告 高齢者保健福祉計画	
2	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	18.4% (参考値)	22.0%	「県民健康・栄養調査」	
3	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 (千人当たり)	男性	329人	300人	国民生活基礎調査
		女性	359人	320人	
4	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合の増加		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として設定	
5	高齢者の社会参加の促進(就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	男性	(参考値:何らかの地域活動をしている高齢者の割合)	H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として設定
		女性			

生活習慣病の発症予防と重症化防止に関する目標

(1)がん

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース	
1	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	79.6 (H23年)	72.7 (H27年)	厚生労働省「人口動態統計」	
2	がん検診の受診率の向上	胃がん (40～69歳)	男性	35.6%	40% (H28年)
			女性	31.0%	
		肺がん (40～69歳)	男性	26.7%	40% (H28年)
			女性	26.1%	
		大腸がん (40～69歳)	男性	28.9%	40% (H28年)
			女性	26.7%	
子宮頸がん(20～69歳)		39.9%	50.0%		
乳がん(40～69歳)		43.0%	50.0%		
3	子宮頸がん予防ワクチン接種率	71.8%	95.0%	千葉県資料	
4	精密検査結果等の把握割合(胃がん)	83.2%	90.0%	保健事業関係補足調査	

(2)循環器疾患

目標項目		現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性	47.7	40.2
		女性	27.3	25.0
2	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性	20.3	17.5
		女性	8.4	7.5
3	高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 (40～74歳)	130mmHg (H22年度)	126mmHg
		女性 (40～74歳)	128mmHg (H22年度)	124mmHg
4	脂質異常症の減少 LDL-C160mg/dL 以上の者	男性 (40～74歳)	9.2% (H22年度)	6.9%
		女性 (40～74歳)	14.3% (H22年度)	10.7%
5	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少 (平成20年度と比べて25%減少)	男性 (40～74歳)	43.2% (H22年度)	33.2% (H27年度)
		女性 (40～74歳)	15.3% (H22年度)	13.0% (H27年度)
6	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	健康診査	34.9%	70.0%
		保健指導	19.0%	45.0%

(3)糖尿病

	目標項目	現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	802人	738人	(一社)日本透析医学会「慢性透析患者に関する基礎調査」 *患者調査における年末患者数
2	治療継続者の割合の増加	88.1% (H23年度)	95.0%	生活習慣アンケート
3	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	男性	1.6%	「特定健診・特定保健指導に係るデータ分析」
		女性	0.7%	

(4)COPD

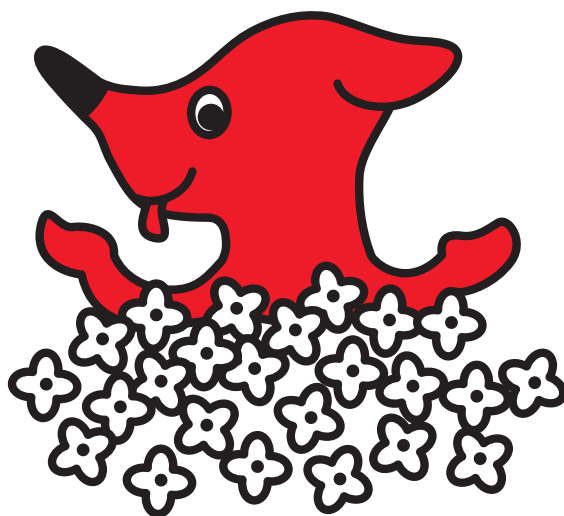
	目標項目	現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	COPDの認知度の向上		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケートの新規項目として設定

つながりを生かし、健康を守り支える環境づくりに関する目標

	目標項目	現状(H22年)	目標(H34年)	データソース
1	地域のつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると 思う人の割合の増加) (参考値:自分と地域のつながりが強い 方だと思ふ割合)		H25年度調査結果により設定	生活習慣アンケート新規項目として 設定
2	健康づくりを目的とした活動に 主体的に関わっている人の割合 の増加 (参考値:健康や医療サービスに関係 したボランティア活動をしている割合)	2.7%(H23年)	25.0%	総務省「社会生活基本調査」都道府 県別データ
3	健康づくりに関する活動に取り組み 自発的に情報発信を行う企業・団 体の増加	12団体 (H23年度)	100団体	Smart Life Projectの参画企業数

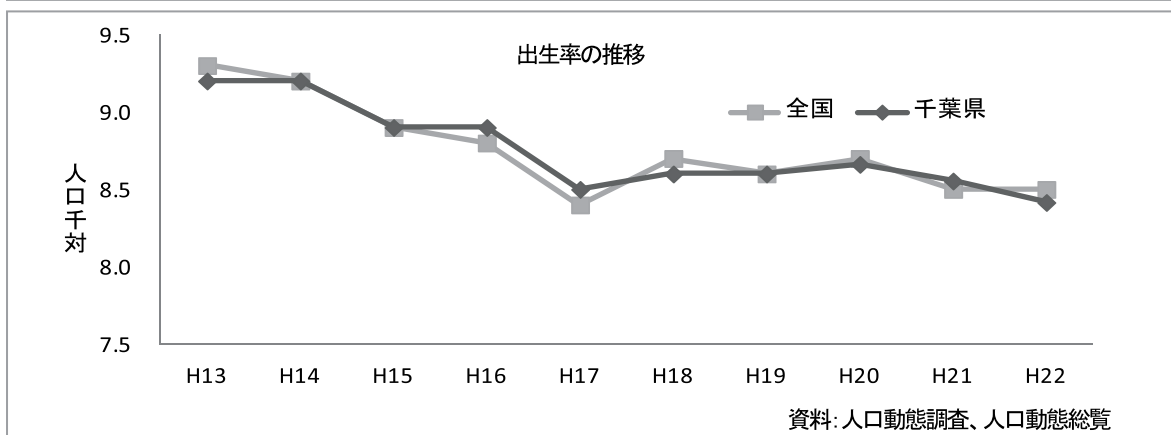
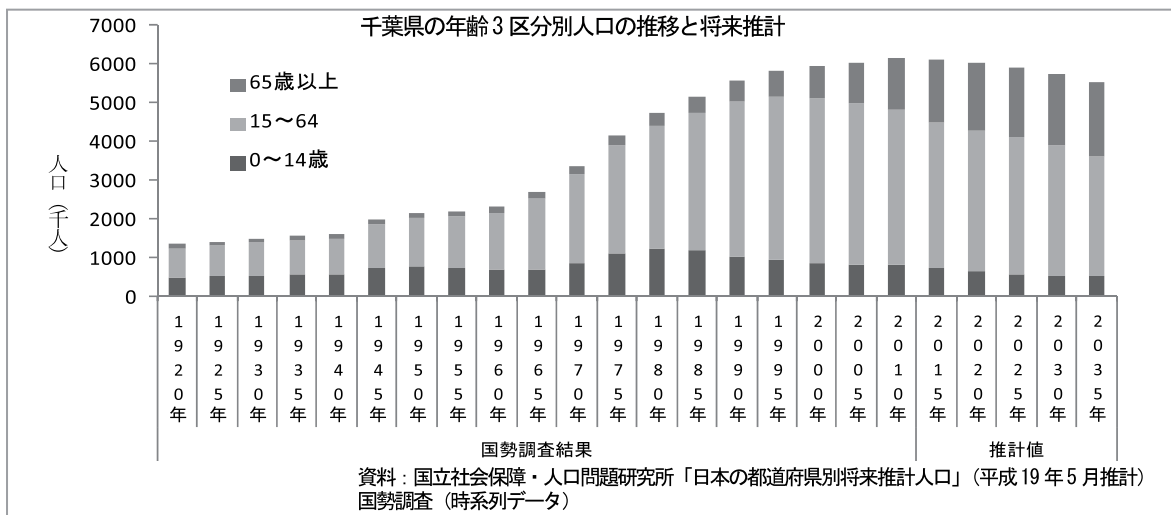
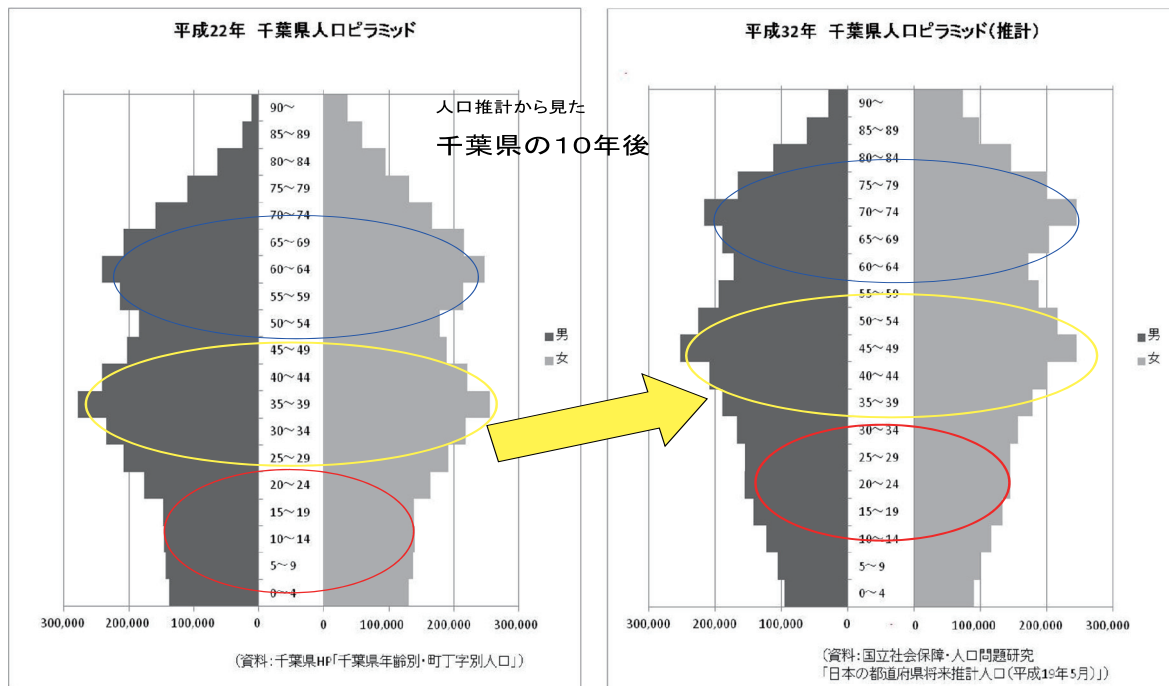
資料 2

- ・ 県民の主な健康課題



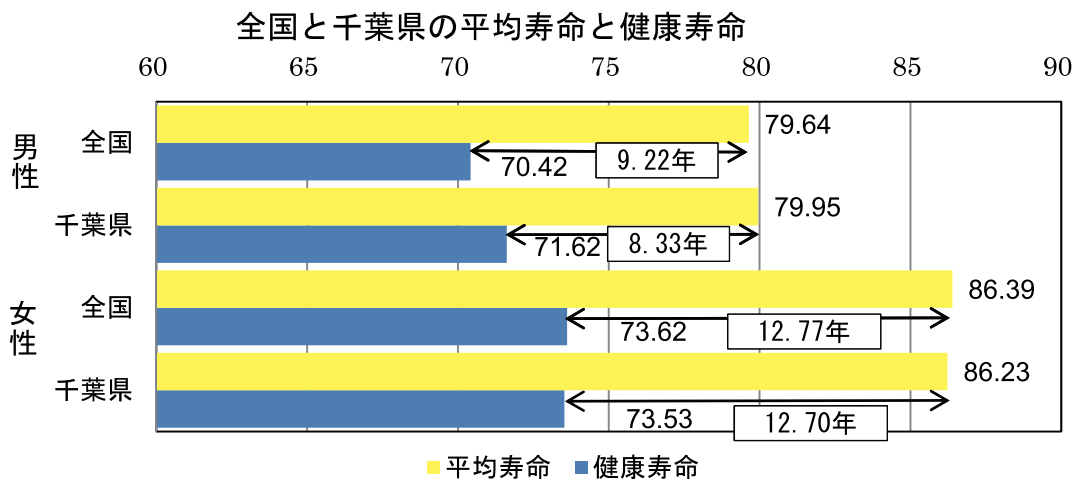
I 人口構成

千葉県は首都圏のベッドタウンとしての発展に伴い、団塊の世代の流入や近年の出生率の低下により、少子高齢化が急速に進んでいます。高齢化の速度は平成27年までの期間においては、埼玉県に次いで2番目となっています。



II 健康寿命（平均自立期間）

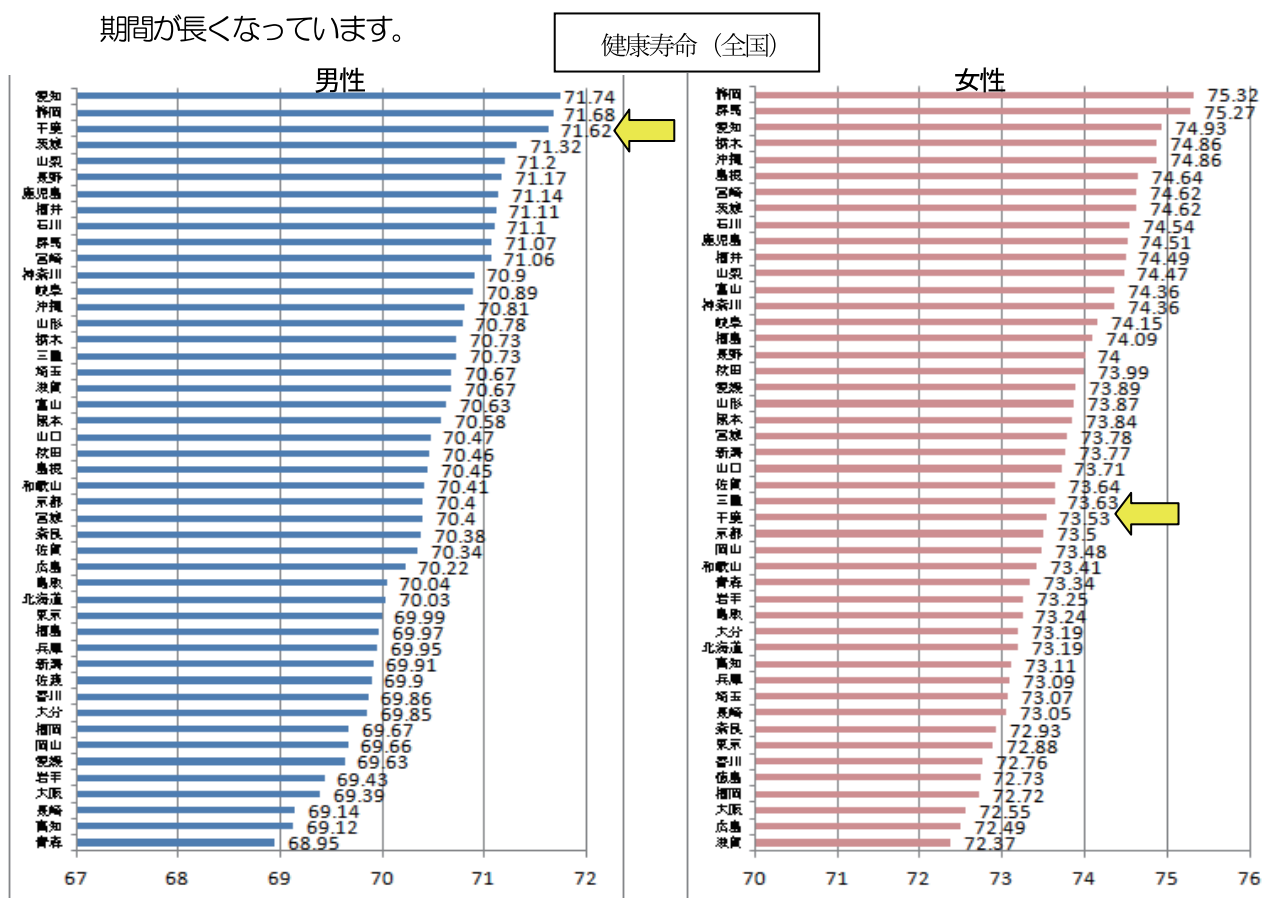
千葉県民は平均寿命、健康寿命とも、男女共に伸びています。男性は65歳以上の平均余命の伸びに加え健康寿命の伸び率が女性を上回っています。



(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に関する研究」) (平成22年)

◇健康寿命の性差

男性は平均寿命、健康寿命共に全国上位にあります。女性は全国平均よりやや低く、女性の要介護期間が長くなっています。



最長と最短の差 2.79年

最長と最短の差 2.95年

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」

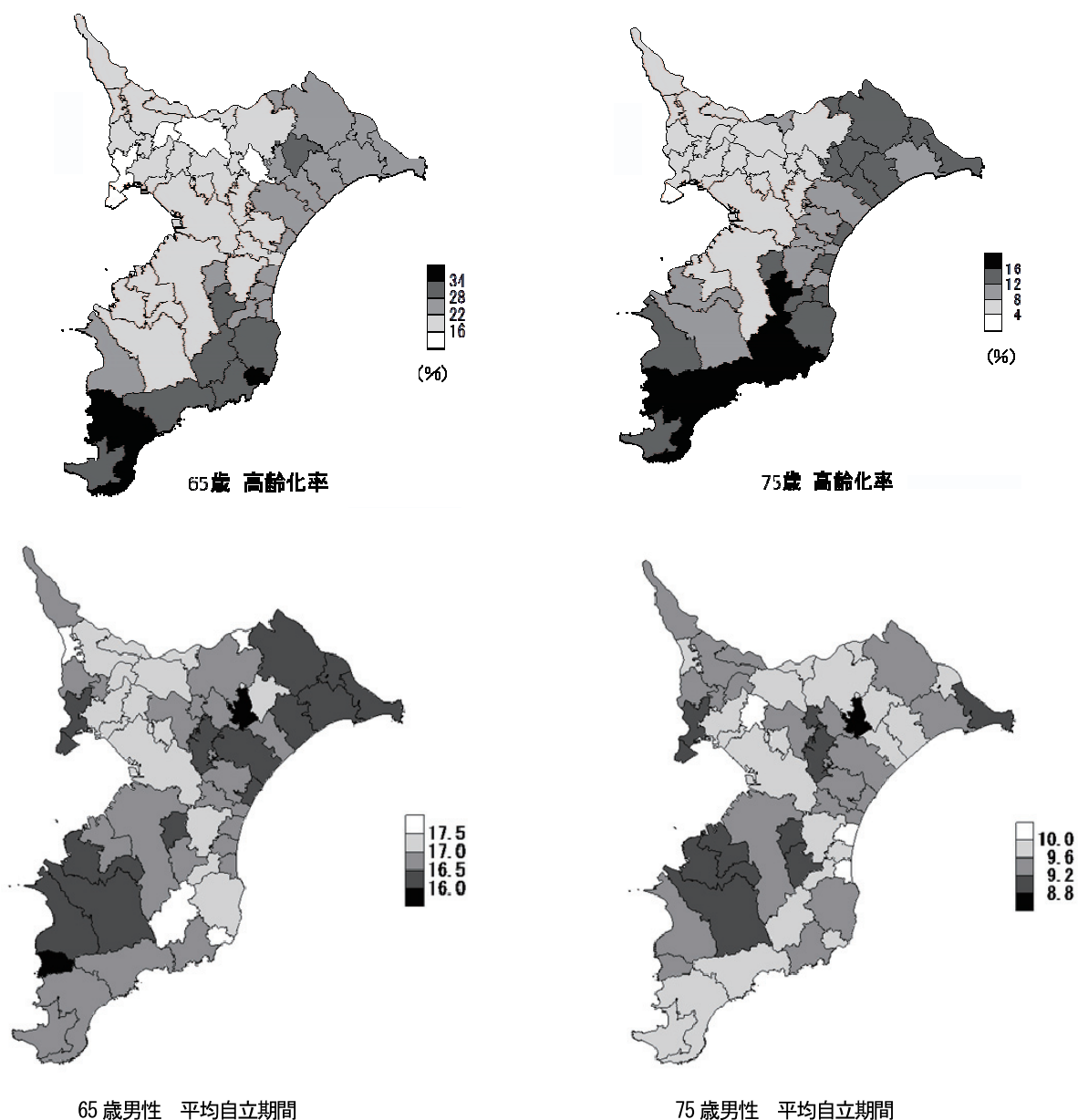
◇ 健康寿命の地域格差

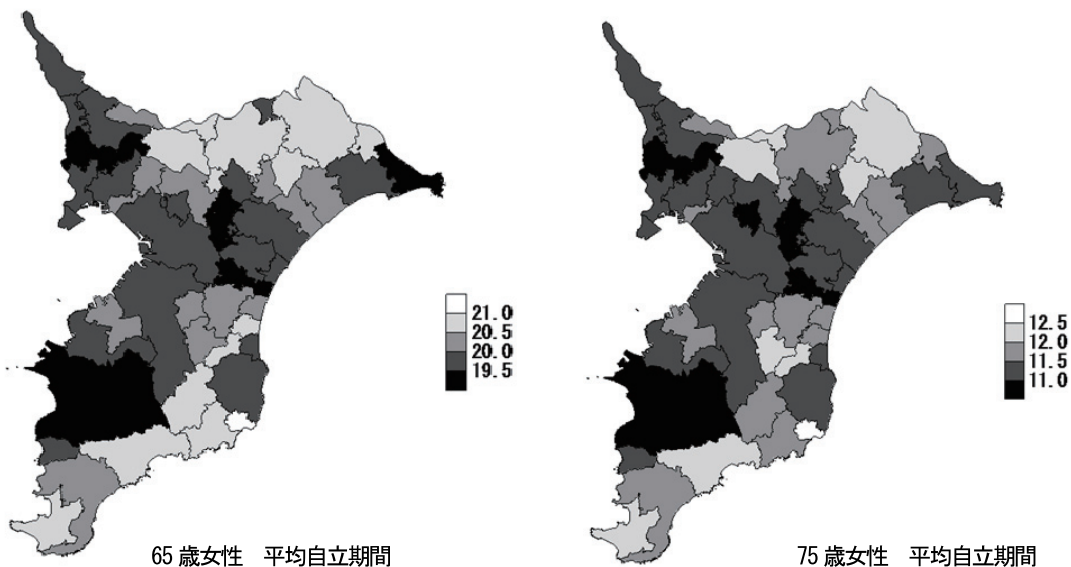
本県の高齢化率は、最も低い浦安市12.8%から、最も高い御宿町40.8%まで、地域格差が大きい状況です。夷隅・安房地域をはじめ太平洋沿岸部での高齢化が進んでいます。

65歳・75歳の平均自立期間が比較的長い地域は安房地域で、君津・海匝地域では介護を必要とする期間が比較的長い傾向があります。

また東葛北部・南部地域をはじめ、首都圏のベッドタウンとして団塊の世代が多い地域においては、今後急速に高齢化が進むことから、健康寿命については特に注目する必要があります。

高齢化率と65歳75歳の平均自立期間

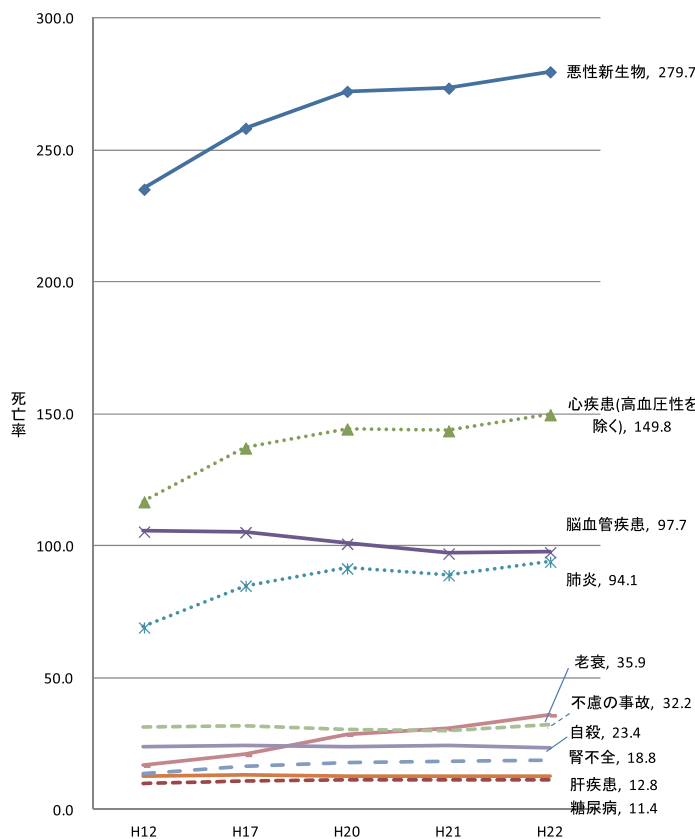




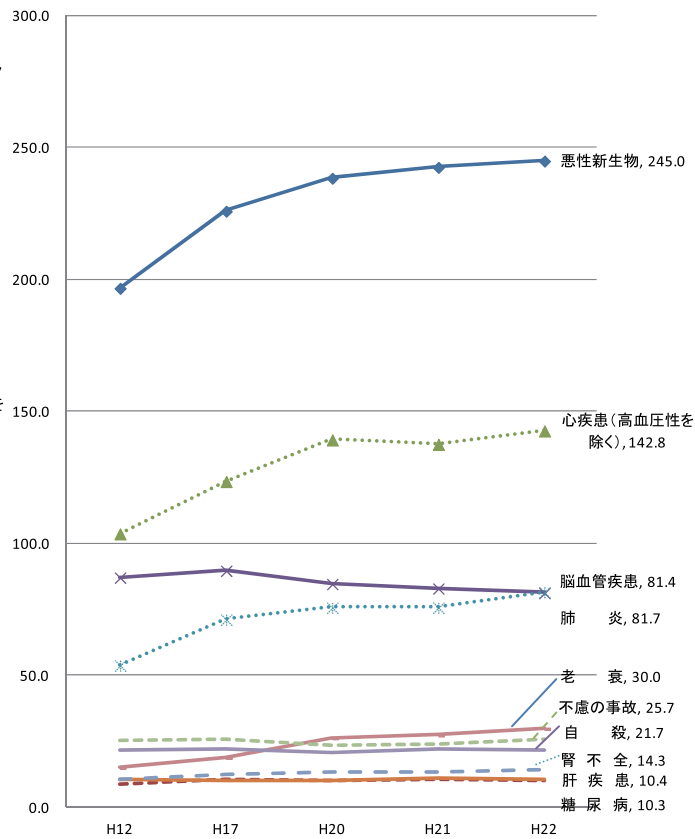
Ⅲ 死亡

千葉県民の主要死因の第1位はがん、第2位は心疾患（高血圧性を除く）、第3位は脳血管疾患に代わり肺炎となり、いずれも増加傾向です。全国同様、本県でも脳血管疾患による死亡率は減少傾向にあります。全国調査結果によると脳血管疾患は介護が必要となった最も多い原因となっています。

10死因で見た全国の死亡率推移



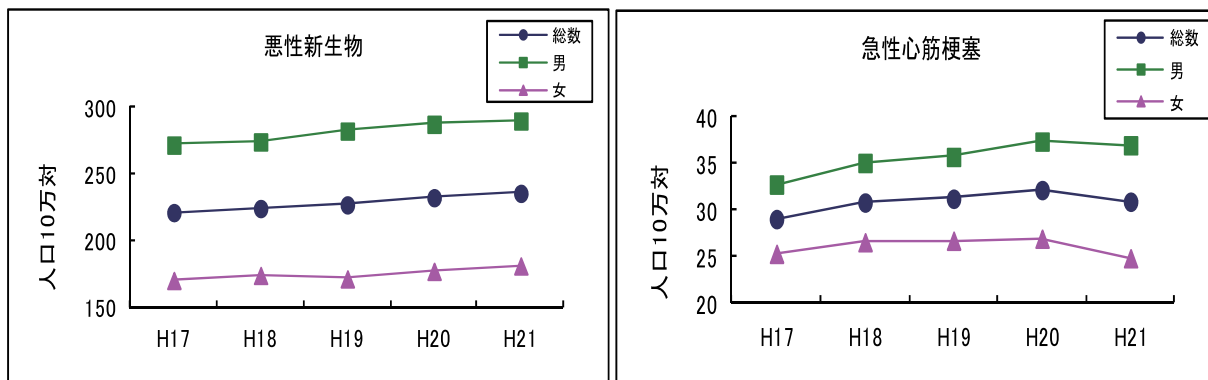
10死因で見た千葉県の死亡率推移



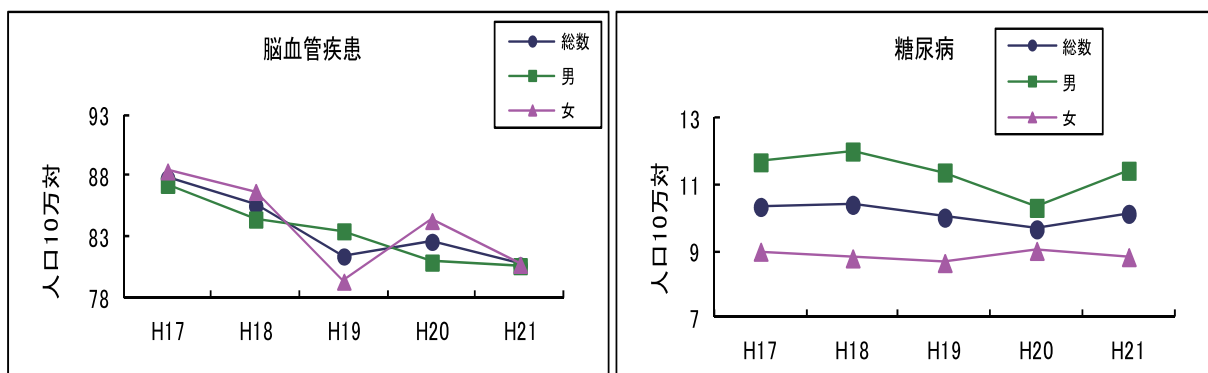
(資料：人口動態統計)

千葉県的主要死因の粗死亡率推移（H17～H21年）

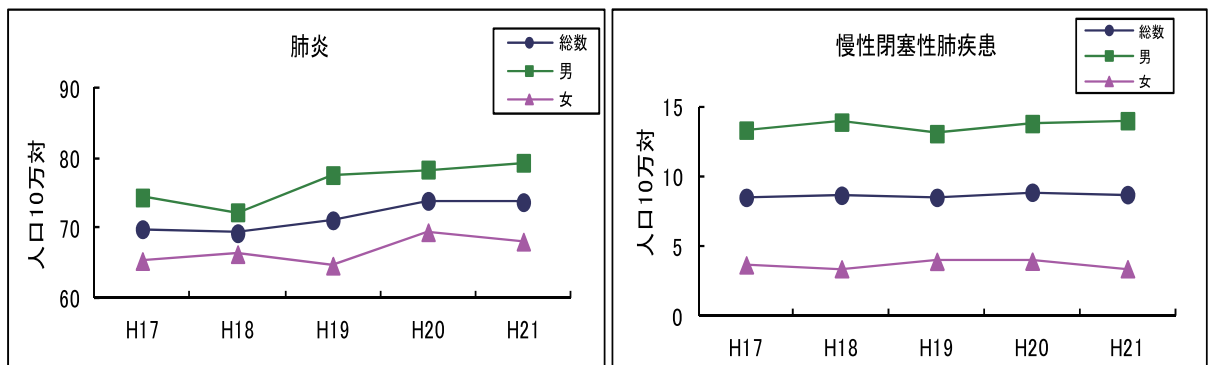
がんの粗死亡割合は、男女共に増加傾向にあり、男性が女性の1.2倍となっています。急性心筋梗塞の粗死亡割合は、男性は女性の1.3倍で、男女共微増傾向から、減少傾向への兆しがみられます。



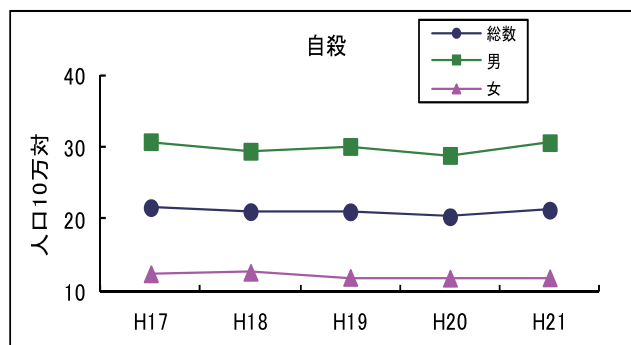
脳血管疾患の粗死亡割合の男女差は小さく、ともに減少傾向にあります。糖尿病の粗死亡割合は、男性が女性より高く、ほぼ横ばいです。



肺炎の粗死亡割合は、男性が女性よりやや高く、男女共に増加傾向です。慢性閉塞性肺疾患 COPD の粗死亡割合は、男性が女性より高く、男女共に横ばいです。

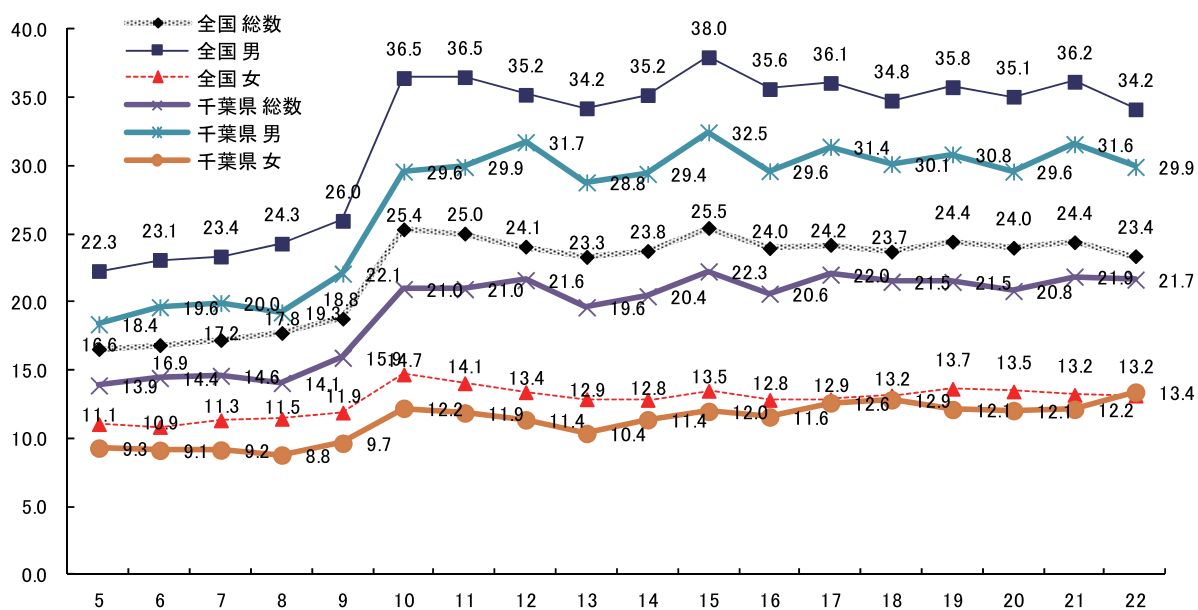


自殺の粗死亡割合は、男性は女性の2倍を超えています。



千葉県自殺死亡者の割合は男性が女性の2倍以上に及んでいます。全国に比べ死亡者の割合は低いものの、女性の自殺者の割合が徐々に増加傾向を示しています。

自殺粗死亡率の推移



参考：e-stat 「人口動態調査」

☆年代別の主要死因

2006年～2010年までの県の死亡状況によると、乳幼児期は先天性疾患が最も多く、不慮の事故、乳幼児突然死症候群などが主な死因となっています。少年期（5～14歳）では、不慮の事故が最も多く、次いでがん、自殺、青年期（15～24歳）では、自殺が4割と最も多く、次いで不慮の事故、壮年期（25～39歳）では自殺が3割と最も多く、次いでがん、不慮の事故が主な死因となっています。

中年期（40～64歳）では、4割ががんで、次いで心疾患（高血圧を除く）、脳血管疾患、自殺、高齢期（65～74歳）では4割ががんで、次いで心疾患（高血圧を除く）、脳血管疾患、肺炎が主な死因となっています。長寿期（75歳以上）ではがん、心疾患（高血圧を除く）、肺炎、脳血管疾患が主な死因となっています。

千葉県のリフステージ別死因順位（平成18～22年合計）

	幼年期 (0～4歳)	少年期 (5～14歳)	青年期 (15～24歳)	壮年期 (25～39歳)	中年期 (40～64歳)	高齢期 (65～74歳)	長寿期 (75歳以上)	総数
第1位	循環器系の先天奇形 14.0%	不慮の事故 26.9%	自殺 42.5%	自殺 34.9%	悪性新生物 44.0%	悪性新生物 45.2%	悪性新生物 23.2%	悪性新生物 30.6%
第2位	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害 9.5%	悪性新生物 19.6%	不慮の事故 26.2%	悪性新生物 17.6%	心疾患(高血圧性を除く) 14.4%	心疾患(高血圧性を除く) 14.9%	心疾患(高血圧性を除く) 19.5%	心疾患(高血圧性を除く) 17.5%
第3位	その他の先天奇形及び変形 8.5%	自殺 7.3%	悪性新生物 7.0%	不慮の事故 13.4%	脳血管疾患 8.8%	脳血管疾患 9.1%	肺炎 13.5%	脳血管疾患 10.8%
第4位	不慮の事故 7.2%	その他の新生物 6.1%	心疾患(高血圧性を除く) 4.9%	心疾患(高血圧性を除く) 11.2%	自殺 7.9%	肺炎 5.0%	脳血管疾患 12.2%	肺炎 9.7%
第5位	染色体異常、他に分類されないもの 6.4%	その他の神経系の疾患 6.1%	その他の外因 3.6%	脳血管疾患 4.7%	不慮の事故 4.1%	不慮の事故 2.8%	老衰 5.3%	老衰 3.3%
第6位	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 5.4%	循環器系の先天奇形 5.7%	その他の神経系の疾患 3.3%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.5%	肝疾患 3.1%	その他の呼吸器系の疾患 2.7%	その他の呼吸器系の疾患 4.0%	その他の呼吸器系の疾患 3.2%
第7位	心疾患(高血圧性を除く) 4.2%	心疾患(高血圧性を除く) 4.5%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.0%	肝疾患 1.8%	肺炎 2.1%	自殺 2.0%	不慮の事故 2.5%	不慮の事故 3.2%
第8位	乳幼児突然死症候群 4.2%	脳血管疾患 2.4%	その他の新生物 1.7%	その他の神経系の疾患 1.7%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 1.9%	肝疾患 1.9%	腎不全 2.2%	自殺 2.8%
第9位	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害 3.8%	肺炎 2.4%	脳血管疾患 1.5%	肺炎 1.4%	糖尿病 1.5%	糖尿病 1.8%	その他の消化器系の疾患 1.8%	腎不全 1.7%
第10位	その他の呼吸器系の疾患 3.0%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.4%	肺炎 0.9%	その他の外因 1.4%	その他の呼吸器系の疾患 1.2%	大動脈瘤及び解離 1.3%	慢性閉塞性肺疾患 1.5%	その他の消化器系の疾患 1.5%
その他	33.6%	16.3%	6.4%	9.5%	10.9%	13.4%	14.5%	15.9%
合計	100.0% (n=901)	100.0% (n=245)	100.0% (n=1076)	100.0% (n=4222)	100.0% (n=37289)	100.0% (n=45940)	100.0% (n=145536)	100.0% (n=235233)

資料：人口動態統計

※死因順位に用いる分類項目による。死亡割合が同率の場合は死因単分類のコード番号順に掲載している。

11位以下は10位と同率であっても掲載していない。

ライフステージ別死因順位(平成18～22年合計)

【千葉県(男性)】

	幼年期 (0～4歳)	少年期 (5～14歳)	青年期 (15～24歳)	壮年期 (25～39歳)	中年期 (40～64歳)	高齢期 (65～74歳)	長寿期 (75歳以上)	総数
第1位	循環器系の先天奇形 12.0%	不慮の事故 30.6%	自殺 42.6%	自殺 37.1%	悪性新生物 39.0%	悪性新生物 45.8%	悪性新生物 28.5%	悪性新生物 34.2%
第2位	その他の先天奇形及び変形 10.3%	悪性新生物 16.7%	不慮の事故 29.0%	不慮の事故 15.4%	心疾患(高血圧性を除く) 16.6%	心疾患(高血圧性を除く) 15.0%	心疾患(高血圧性を除く) 16.9%	心疾患(高血圧性を除く) 16.2%
第3位	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害 8.9%	自殺 9.7%	悪性新生物 5.8%	心疾患(高血圧性を除く) 13.4%	脳血管疾患 8.9%	脳血管疾患 8.9%	肺炎 14.6%	脳血管疾患 9.8%
第4位	不慮の事故 8.1%	循環器系の先天奇形 6.9%	心疾患(高血圧性を除く) 5.0%	悪性新生物 11.3%	自殺 8.7%	肺炎 5.3%	脳血管疾患 11.0%	肺炎 9.5%
第5位	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 7.0%	その他の新生物 6.3%	その他の外因 3.7%	脳血管疾患 5.0%	不慮の事故 4.5%	不慮の事故 2.8%	その他の呼吸器系の疾患 4.4%	自殺 3.6%
第6位	乳幼児突然死症候群 4.8%	心疾患(高血圧性を除く) 4.9%	その他の神経系の疾患 3.1%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.8%	肝疾患 3.6%	その他の呼吸器系の疾患 2.8%	老衰 2.8%	不慮の事故 3.5%
第7位	染色体異常、他に分類されないもの 4.5%	その他の神経系の疾患 2.8%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.1%	肝疾患 2.0%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.4%	肝疾患 2.0%	不慮の事故 2.6%	その他の呼吸器系の疾患 3.3%
第8位	周産期に特異的な感染症 3.3%	脳血管疾患 2.8%	その他の新生物 1.5%	その他の神経系の疾患 1.6%	肺炎 2.3%	自殺 1.9%	慢性閉塞性肺疾患 2.6%	慢性閉塞性肺疾患 1.7%
第9位	心疾患(高血圧性を除く) 3.1%	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.8%	脳血管疾患 1.3%	その他の新生物 1.2%	糖尿病 1.8%	糖尿病 1.7%	腎不全 2.1%	肝疾患 1.6%
第10位	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害 3.1%	貧血 1.4%	循環器系の先天奇形 0.9%	肺炎 1.2%	その他の呼吸器系の疾患 1.2%	大動脈瘤及び解離 1.3%	その他の消化器系の疾患 1.5%	腎不全 1.6%
その他	34.9%	15.3%	4.9%	9.0%	11.0%	12.5%	12.9%	15.1%
合計	100% (n=516)	100% (n=144)	100% (n=753)	100% (n=2834)	100% (n=25587)	100% (n=31730)	100% (n=67885)	100% (n=129472)

資料:人口動態統計

※死因順位に用いる分類項目による。死亡割合が同率の場合は死因単分類のコード番号順に掲載している。

11位以下は10位と同率であっても掲載していない。

ライフステージ別死因順位(平成18～22年合計)

【千葉県(女性)】

	幼年期 (0～4歳)	少年期 (5～14歳)	青年期 (15～24歳)	壮年期 (25～39歳)	中年期 (40～64歳)	高齢期 (65～74歳)	長寿期 (75歳以上)	総数
第1位	循環器系の先天奇形 16.6%	悪性新生物 23.8%	自殺 42.1%	自殺 30.5%	悪性新生物 55.1%	悪性新生物 43.9%	心疾患(高血圧性を除く) 21.7%	悪性新生物 26.1%
第2位	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害 10.4%	不慮の事故 21.8%	不慮の事故 19.8%	悪性新生物 30.3%	心疾患(高血圧性を除く) 9.5%	心疾患(高血圧性を除く) 14.7%	悪性新生物 18.6%	心疾患(高血圧性を除く) 19.1%
第3位	染色体異常、他に分類されないもの 9.1%	その他の神経系の疾患 10.9%	悪性新生物 9.6%	不慮の事故 9.3%	脳血管疾患 8.7%	脳血管疾患 9.7%	脳血管疾患 13.1%	脳血管疾患 12.0%
第4位	その他の先天奇形及び変形 6.2%	その他の新生物 5.9%	心疾患(高血圧性を除く) 4.6%	心疾患(高血圧性を除く) 6.6%	自殺 6.1%	肺炎 4.2%	肺炎 12.5%	肺炎 10.0%
第5位	不慮の事故 6.0%	心疾患(高血圧性を除く) 4.0%	その他の神経系の疾患 3.7%	脳血管疾患 4.0%	不慮の事故 3.2%	不慮の事故 2.9%	老衰 7.4%	老衰 5.5%
第6位	心疾患(高血圧性を除く) 5.7%	肺炎 4.0%	その他の外因 3.4%	その他の神経系の疾患 2.1%	肝疾患 1.8%	その他の呼吸器系の疾患 2.4%	その他の呼吸器系の疾患 3.6%	その他の呼吸器系の疾患 3.1%
第7位	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害 4.7%	循環器系の先天奇形 4.0%	その他の新生物 2.2%	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 2.0%	肺炎 1.7%	自殺 2.1%	不慮の事故 2.3%	不慮の事故 2.7%
第8位	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 3.4%	自殺 4.0%	脳血管疾患 1.9%	その他の外因 1.9%	糖尿病 1.1%	糖尿病 1.8%	腎不全 2.2%	腎不全 1.9%
第9位	肺炎 3.4%	インフルエンザ 3.0%	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 1.9%	肺炎 1.8%	その他の呼吸器系の疾患 1.1%	肝疾患 1.7%	その他の消化器系の疾患 2.1%	その他の消化器系の疾患 1.8%
第10位	乳幼児突然死症候群 3.4%	他殺 3.0%	肺炎 1.5%	その他の精神及び行動の障害 1.5%	その他の神経系の疾患 1.0%	その他の消化器系の疾患 1.4%	糖尿病 1.2%	自殺 1.8%
その他	31.2%	15.8%	9.3%	10.0%	10.6%	15.2%	15.2%	16.1%
合計	100% (n=385)	100% (n=101)	100% (n=323)	100% (n=1388)	100% (n=11702)	100% (n=14210)	100% (n=77651)	100% (n=105761)

資料：人口動態統計

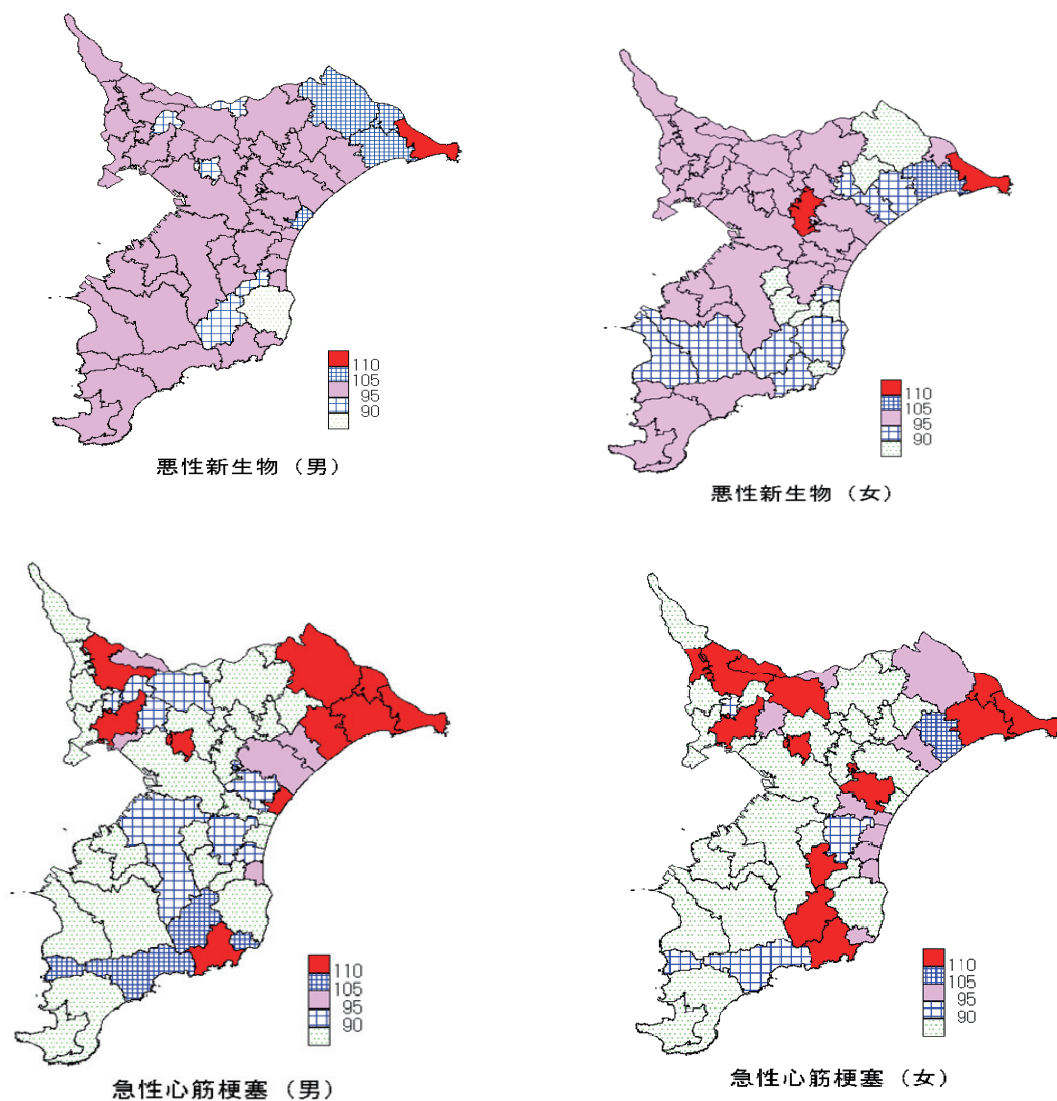
※死因順位に用いる分類項目による。死亡割合が同率の場合は死因简单分類のコード番号順に掲載している。

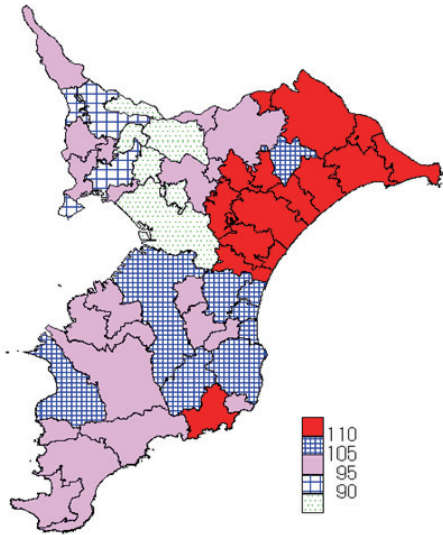
11位以下は10位と同率であっても掲載していない。

☆主要死因別地域別状況

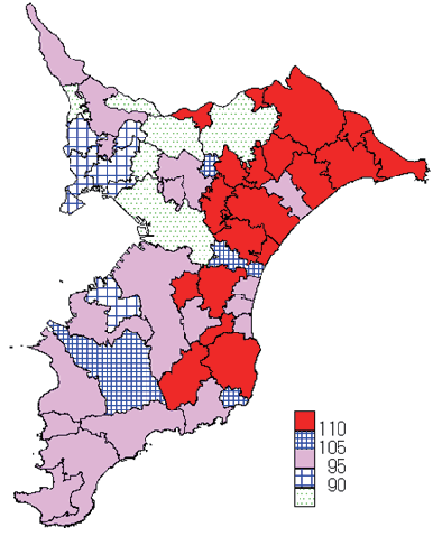
県内の死亡状況（平成17年～平成21年の5年間）を市町村別の標準化死亡比で見ると、がんが原因で死亡する者の割合で男女共に高い地域は、海匠管内が、虚血性心疾患では、柏、船橋、海匠、夷隅管内が、脳血管疾患及び糖尿病は海匠、香取、山武、長生、市原管内が高い状況です。肺炎は野田、君津、市原管内、慢性閉塞性肺疾患は松戸、海匠、夷隅、安房管内の、自殺は香取、海匠、市原、君津、夷隅管内の一部市町村が高い状況です。

死亡の状況

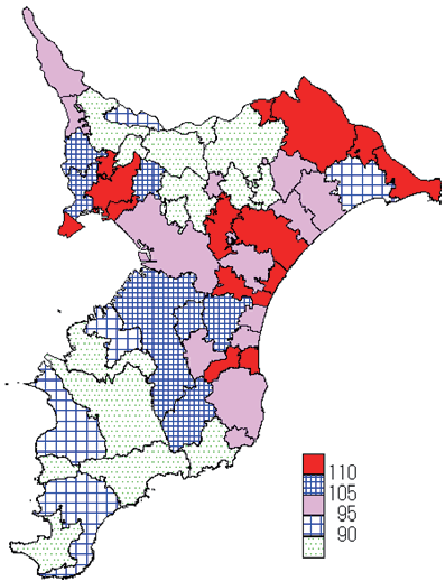




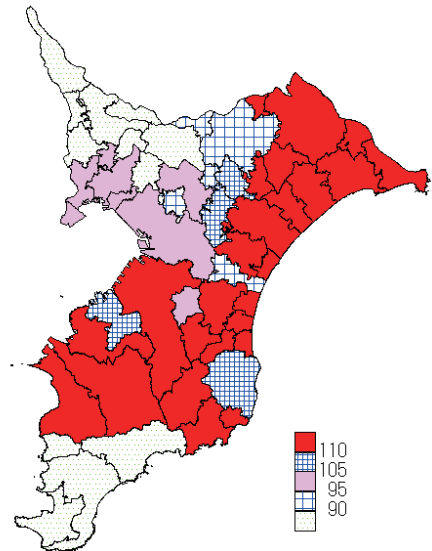
脑血管疾患（男）



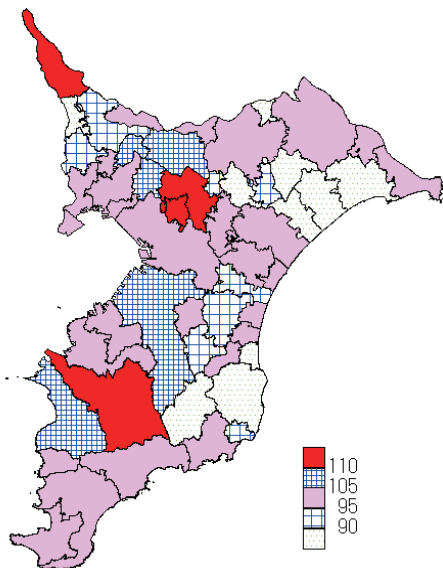
脑血管疾患（女）



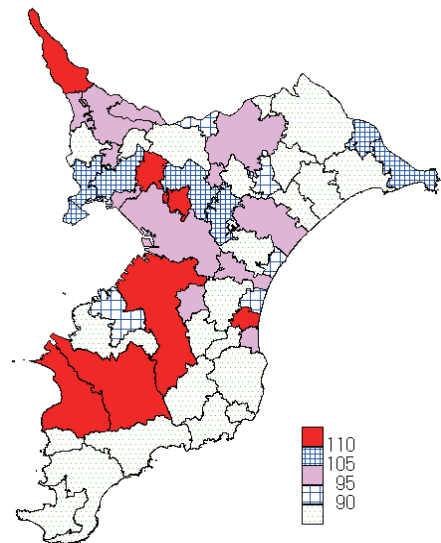
糖尿病（男）



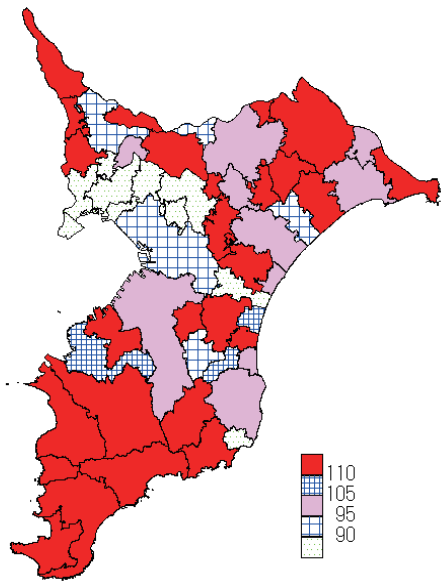
糖尿病（女）



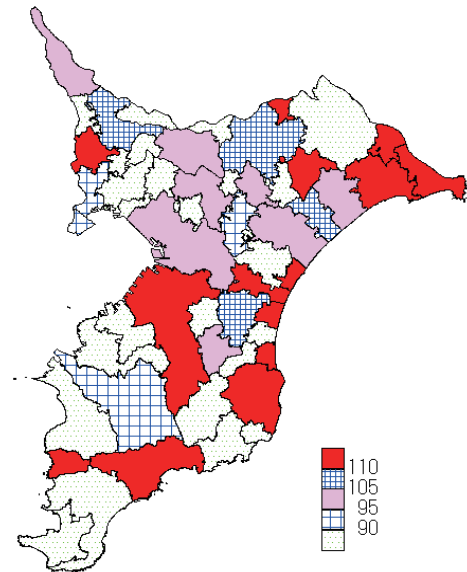
肺炎（男）



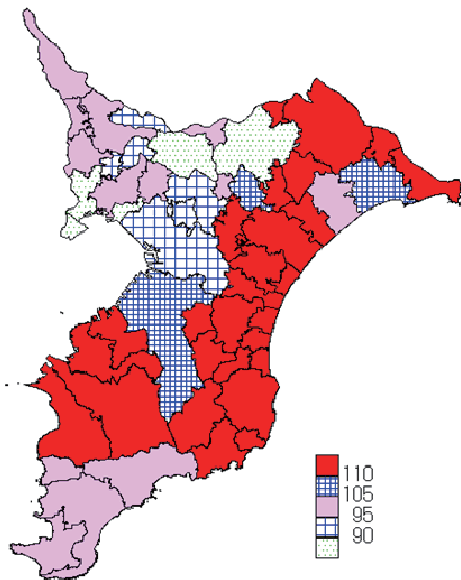
肺炎（女）



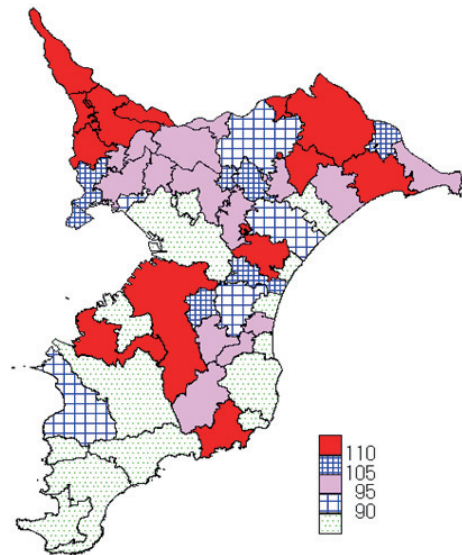
慢性閉塞性肺疾患（男）



慢性閉塞性肺疾患（女）



自殺（男）



自殺（女）

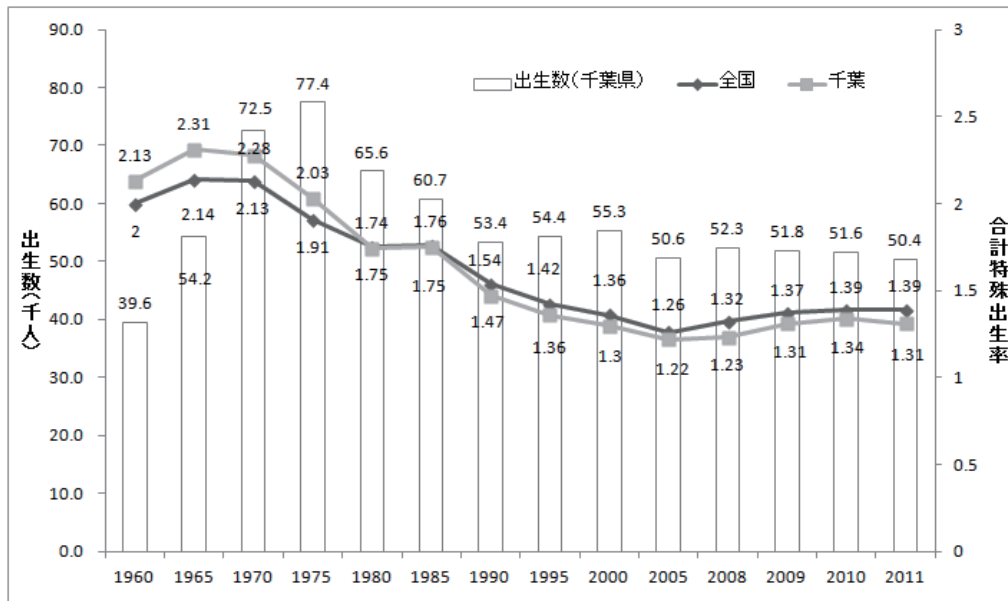
データ：人口動態統計：2005～2009年合計値（千葉県の死亡を100としたときの、各市町村死亡状況の標準化死亡比）

主な死因別年齢調整死亡率(人口 10 万人対) (平成 22 年)

	全死因		悪性新生物		悪性新生物(胃)		糖尿病		急性心筋梗塞		脳血管疾患		自殺															
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女														
1	長野	477.3	長野	248.8	長野	148.4	宮城	39.3	沖縄	13.5	沖縄	4.2	滋賀	3.5	佐賀	2.2	島根	12.5	島根	4.5	香川	38.6	香川	20.6	徳島	24.1	福井	8.0
2	滋賀	496.4	新潟	254.6	沖縄	158.9	山梨	80.2	熊本	17.8	大分	7.0	奈良	4.1	熊本	2.2	奈良	13.1	熊本	5.4	奈良	39.3	奈良	20.7	三重	24.6	三重	9.0
3	福井	499.9	島根	254.7	福井	166.3	長野	80.3	鹿児島	21.1	長野	7.5	広島	4.7	大分	2.3	熊本	13.5	京都	6.0	京都	39.6	大阪	21.5	奈良	25.2	愛知	9.2
4	熊本	508.2	福井	255.2	熊本	167.7	大分	82.1	大分	22.2	熊本	7.7	神奈川	4.8	奈良	2.5	群馬	14.1	群馬	6.1	福井	42.8	広島	22.1	愛知	25.6	宮城	9.3
5	京都	512.2	大分	255.6	岐阜	168.7	三重	84.3	長野	23.2	福岡	8.6	岐阜	4.9	京都	2.6	京都	14.4	東京	6.1	滋賀	42.8	沖縄	22.4	岐阜	25.8	岡山	9.6
6	神奈川	512.8	熊本	257.1	千葉	170.6	岡山	84.8	静岡	24.2	鹿児島	8.7	山形	5.0	山形	2.7	山口	14.8	秋田	6.4	岐阜	43.2	京都	23.1	神奈川	25.9	静岡	9.8
7	奈良	515.0	岡山	258.7	三重	172.0	滋賀	84.9	宮崎	24.6	岩手	9.0	島根	5.2	神奈川	2.7	大阪	15.9	山口	6.4	広島	43.4	兵庫	23.2	東京	26.1	奈良	10.1
8	大分	519.0	広島	259.3	岡山	172.2	沖縄	85.2	福井	25.2	徳島	9.0	石川	5.4	愛媛	2.7	秋田	16.0	香川	6.5	福岡	43.7	長崎	23.3	千葉	26.7	広島	10.1
9	岐阜	520.2	富山	262.5	香川	172.3	新潟	85.6	岡山	25.5	北海道	9.2	京都	5.4	長崎	2.7	東京	16.1	大阪	6.7	大阪	43.9	佐賀	23.6	愛媛	27.7	佐賀	10.1
10	千葉	526.3	滋賀	263.1	大分	172.4	高知	85.7	三重	25.6	岡山	9.2	和歌山	5.4	秋田	2.8	佐賀	16.2	奈良	6.8	兵庫	44.7	愛媛	23.9	富山	28.3	鹿児島	10.1
11	静岡	526.7	石川	264.8	静岡	172.8	島根	86.0	宮城	25.7	東京	9.4	愛知	5.5	新潟	2.8	香川	16.7	徳島	6.9	和歌山	44.7	福岡	24.0	滋賀	28.3	石川	10.3
12	広島	527.1	神奈川	266.6	宮崎	173.6	広島	86.5	徳島	25.7	神奈川	9.4	高知	5.6	長野	2.8	宮城	16.9	佐賀	7.2	佐賀	45.1	徳島	24.1	埼玉	29.0	大分	10.3
13	山形	530.7	京都	266.7	山梨	174.2	山形	86.7	広島	26.7	長崎	9.4	宮崎	5.7	宮崎	2.8	静岡	17.0	福岡	7.3	熊本	45.5	滋賀	24.2	福井	29.1	福島	10.5
14	香川	531.5	沖縄	267.0	滋賀	174.8	富山	87.1	神奈川	26.9	香川	9.5	山口	5.9	宮城	2.9	福岡	17.0	静岡	7.4	神奈川	45.6	和歌山	24.2	広島	29.1	神奈川	10.5
15	岡山	534.8	宮城	267.5	神奈川	175.8	石川	87.2	長崎	27.0	静岡	9.7	福井	6.0	滋賀	2.9	長野	18.2	富山	7.5	三重	45.7	熊本	24.7	兵庫	29.6	島根	10.5
16	石川	535.4	山梨	267.9	鹿児島	176.7	熊本	87.3	島根	27.2	宮崎	9.7	北海道	6.3	岡山	2.9	愛媛	18.4	宮城	7.9	徳島	45.7	福井	24.8	香川	29.6	栃木	10.6
17	東京	535.9	奈良	268.1	群馬	177.0	愛媛	87.4	高知	27.2	宮城	9.8	熊本	6.3	福井	3.0	石川	19.5	神奈川	7.9	愛媛	45.9	島根	25.1	☆全国	29.8	岐阜	10.6
18	三重	537.1	佐賀	268.3	宮城	177.1	福井	87.9	京都	27.4	三重	9.9	埼玉	6.5	岐阜	3.0	滋賀	19.5	長野	7.9	島根	46.3	北海道	25.2	石川	30.0	千葉	10.8
19	富山	537.3	山形	269.2	富山	177.4	岐阜	88.1	福岡	27.4	高知	10.1	☆全国	6.7	愛知	3.0	広島	19.5	広島	7.9	大分	47.0	岡山	25.2	大阪	30.0	香川	10.8
20	愛知	538.3	宮崎	270.6	広島	177.6	香川	89.0	山梨	27.5	☆全国	10.2	長野	6.7	島根	3.0	徳島	19.6	岩手	8.0	北海道	47.1	石川	25.3	岡山	30.0	愛媛	10.8
21	宮崎	539.3	福岡	272.0	島根	177.7	福島	89.2	北海道	27.7	広島	10.2	三重	6.7	福岡	3.0	愛知	20.0	新潟	8.1	愛知	47.1	大分	25.6	京都	30.3	☆全国	10.9
22	宮城	539.4	愛媛	272.1	京都	179.4	徳島	89.4	東京	27.7	愛媛	10.4	兵庫	6.7	東京	3.1	千葉	20.3	滋賀	8.1	千葉	47.7	山梨	25.7	静岡	30.4	長野	10.9
23	島根	540.6	東京	273.6	埼玉	179.5	宮崎	89.5	☆全国	28.2	佐賀	10.4	愛媛	6.9	千葉	3.2	☆全国	20.4	岐阜	8.3	長崎	48.3	東京	25.8	大分	30.8	埼玉	11.0
24	埼玉	541.3	高知	274.3	山形	179.6	静岡	90.1	千葉	28.2	福島	10.5	秋田	7.0	石川	3.2	富山	20.6	☆全国	8.4	沖縄	48.4	神奈川	26.0	茨城	30.9	京都	11.0
25	兵庫	544.2	香川	274.3	栃木	179.6	鹿児島	91.6	岐阜	28.3	島根	10.5	静岡	7.0	広島	3.2	北海道	21.5	千葉	8.4	東京	49.2	☆全国	26.9	長野	31.0	長崎	11.0
26	☆全国	544.3	☆全国	274.9	茨城	180.2	群馬	91.7	香川	28.3	千葉	10.6	栃木	7.1	☆全国	3.3	神奈川	21.9	愛媛	8.5	☆全国	49.5	愛知	26.9	栃木	31.1	徳島	11.1
27	新潟	544.7	岐阜	274.9	徳島	180.9	千葉	92.0	愛媛	28.4	福井	10.6	東京	7.1	山梨	3.4	岐阜	21.9	愛知	8.7	石川	49.7	山口	27.0	鹿児島	31.1	高知	11.2
28	沖縄	547.3	長崎	275.5	愛知	181.6	☆全国	92.2	山口	28.6	京都	10.6	新潟	7.2	三重	3.4	埼玉	22.2	北海道	9.2	岡山	49.7	千葉	27.3	宮城	31.4	福岡	11.2
29	群馬	549.1	三重	276.4	石川	182.0	茨城	92.2	滋賀	28.7	群馬	10.7	岡山	7.2	鳥取	3.4	栃木	22.4	福井	9.5	山梨	50.0	三重	27.5	福岡	31.6	宮崎	11.3
30	山梨	549.1	愛知	277.1	☆全国	182.4	神奈川	92.4	群馬	28.9	山形	10.8	徳島	7.2	高知	3.4	山梨	22.6	石川	9.7	鳥取	50.8	富山	27.7	和歌山	31.7	茨城	11.6
31	徳島	552.3	徳島	277.8	福島	182.6	岩手	92.7	富山	29.2	大阪	11.0	鹿児島	7.2	群馬	3.5	岡山	22.6	沖縄	9.8	埼玉	51.0	高知	27.8	山口	32.0	滋賀	11.6
32	福岡	557.6	静岡	277.8	東京	183.2	愛知	93.1	愛知	29.3	鳥取	11.0	千葉	7.3	埼玉	3.5	岩手	22.8	埼玉	9.9	群馬	51.3	岐阜	28.0	熊本	32.6	群馬	11.7
33	佐賀	560.3	鳥取	278.5	奈良	184.3	奈良	93.1	兵庫	29.3	岐阜	11.2	宮城	7.4	富山	3.5	兵庫	22.9	兵庫	9.9	宮崎	51.3	宮崎	28.7	群馬	33.1	東京	11.8
34	北海道	561.2	千葉	278.7	山口	185.5	埼玉	93.4	石川	29.4	愛知	11.2	福島	7.4	大阪	3.5	三重	23.2	鹿児島	9.9	静岡	52.9	埼玉	29.2	山形	33.2	熊本	11.9
35	鹿児島	562.7	北海道	279.0	愛媛	185.9	兵庫	93.4	佐賀	29.7	青森	11.3	長崎	7.4	兵庫	3.5	大分	23.3	山梨	10.2	山口	53.1	鳥取	29.6	鳥取	33.3	富山	12.0
36	茨城	563.4	鹿児島	279.5	岩手	187.4	栃木	93.7	奈良	30.1	山梨	11.3	大分	7.5	鹿児島	3.6	新潟	23.6	岡山	10.2	長野	53.9	群馬	29.7	北海道	33.6	和歌山	12.1
37	愛媛	565.6	兵庫	280.2	新潟	187.9	山口	93.7	福島	30.8	山口	11.3	富山	7.6	福島	3.8	和歌山	24.6	大分	10.2	富山	54.9	静岡	30.3	高知	33.6	新潟	12.2
38	鳥取	570.0	福島	281.4	高知	187.9	秋田	94.3	栃木	31.0	埼玉	11.4	大阪	7.6	栃木	3.9	宮崎	24.8	宮崎	10.3	山形	55.8	秋田	31.6	福島	33.8	山梨	12.3
39	長崎	572.8	秋田	282.4	長崎	190.5	東京	94.5	埼玉	31.2	石川	11.4	沖縄	7.6	青森	4.0	沖縄	25.0	和歌山	10.6	新潟	56.4	山形	31.7	宮崎	35.8	青森	12.4
40	栃木	573.7	山口	287.1	兵庫	192.2	佐賀	95.0	大阪	31.2	滋賀	11.5	群馬	8.0	和歌山	4.0	長崎	25.4	三重	10.7	茨城	58.0	新潟	32.1	長崎	36.0	兵庫	12.4
41	山口	573.8	群馬	287.8	佐賀	194.6	福岡	96.4	岩手	32.0	兵庫	11.6	岩手	8.3	北海道	4.1	山形	25.7	栃木	11.2	福島	58.2	鹿児島	32.2	沖縄	36.2	山形	12.6
42	高知	575.6	埼玉	288.0	和歌山	197.2	京都	96.5	茨城	32.1	茨城	12.0	福岡	8.3	沖縄	4.1	茨城	26.4	山形	11.3	高知	58.3	長野	32.3	島根	36.3	鳥取	12.6
43	福島	576.2	岩手	288.6	福岡	198.0	和歌山	97.2	山形	32.2	富山	12.0	佐賀	8.3	岩手	4.2	鹿児島	26.6	青森	11.4	鹿児島	58.5	福島	32.7	新潟	36.9	山口	12.7
44	大阪	576.7	茨城	289.1	鳥取	198.1	長崎	97.3	和歌山	32.3	栃木	12.1	香川	8.5	茨城	4.2	福井	26.7	茨城	11.4	宮城	61.8	茨城	32.7	山梨	37.0	北海道	12.8
45	和歌山	576.9	大阪	289.9	大阪	198.2	鳥取	97.8	新潟	32.5	新潟	12.2	鳥取	8.6	山口	4.2	青森	32.0	鳥取	12.1	栃木	62.8	宮城	33.9	佐賀	37.1	沖縄	13.2
46	岩手	590.1	和歌山	294.5	北海道	199.1	北海道	99.2	青森	34.4	奈良	12.3	山梨	8.7	静岡	4.4	鳥取	33.8	高知	12.1	秋田	65.7	青森	34.0	秋田	38.7	大阪	13.5
47	秋田	613.5	栃木	295.7	秋田	205.7	大阪	100.3	鳥取	35.6	秋田	12.8	青森	9.0	香川	4.6	高知	34.0	長崎	13.0	青森	67.1	栃木	35.5	青森	39.1	秋田	14.1
48	青森	662.4	青森	304.3	青森	215.9	青森	105.6	秋田	41.3	和歌山	13.5	茨城	9.0	徳島	5.2	福島	36.7	福島	15.5	岩手	70.1	岩手	37.1	岩手	39.5	岩手	16.1

IV 次世代の健康

県内で1年間に生まれる子どもの数は昭和50年（1975年）の77,400人をピークに減少傾向にあり、平成23年では約50,000人となり、また合計特出生率※は全国平均より低く、少子化傾向は更に続きます。



資料:e-stat 人口動態調査 平成23年人口動態統計

※合計特殊出生率：15歳から49歳の女性の、年齢別出生率を合計した指標。一人の女性が平均して一生の間に何人の子供を産むかを表す。

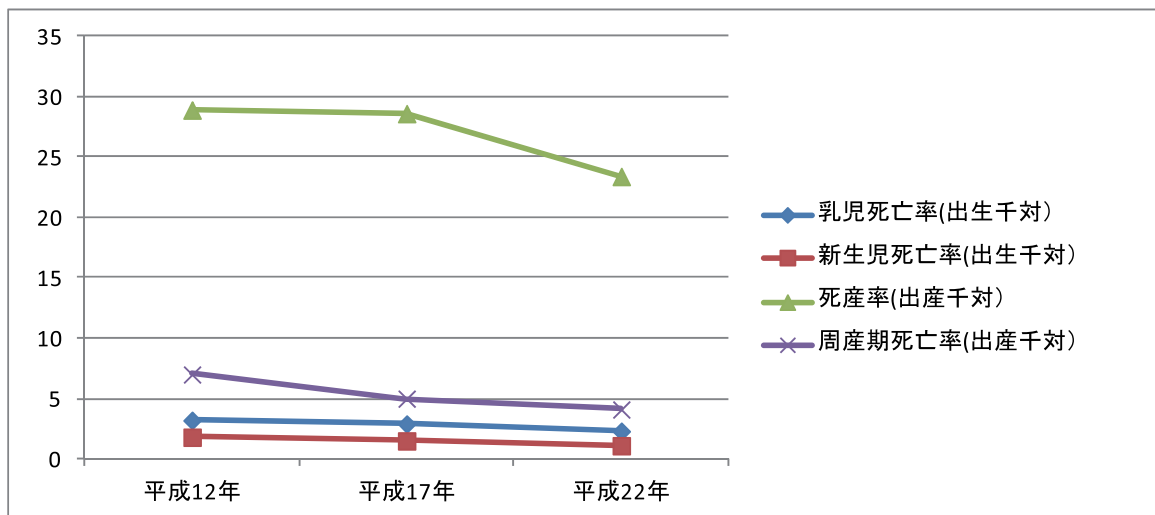
母子保健の状況（平成23年）

出生			死亡		婚姻		離婚	
実数	率 (人口千対)	2,500g未満 (再掲)	実数	率 (人口千対)	実数	率 (人口千対)	実数	率 (人口千対)
50,379	8.2	4,652	51,889	8.4	32,186	5.2	11,591	1.89

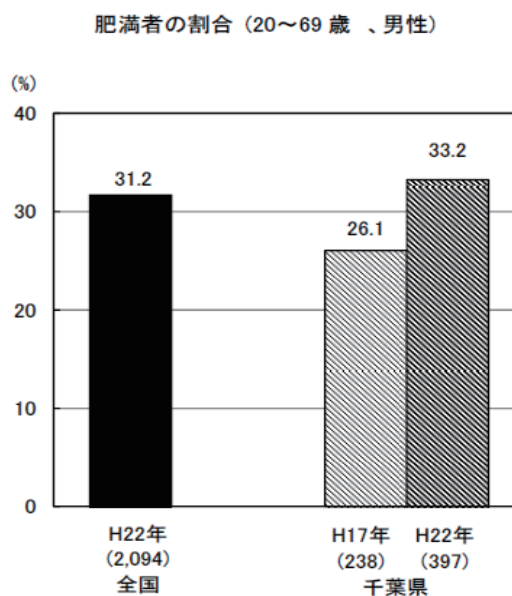
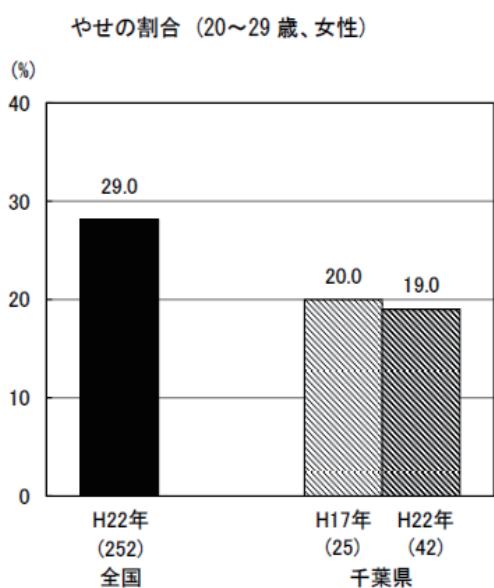
死産		人工死産		周産期死亡		乳児死亡 (1歳未満再掲)		15歳未満死亡	
自然死産		実数	率 (出産千対)	実数	率 (出産千対)	実数	率 (出生千対)	実数	率 (出生千対)
628	12.2	507	9.8	220	4.4	117	2.3	274	5.4

千葉県は、平成23年に初めて死亡数が出生数を上回りました。

新生児や乳児の死亡、周産期の死亡、死産の状況は改善傾向にあります。

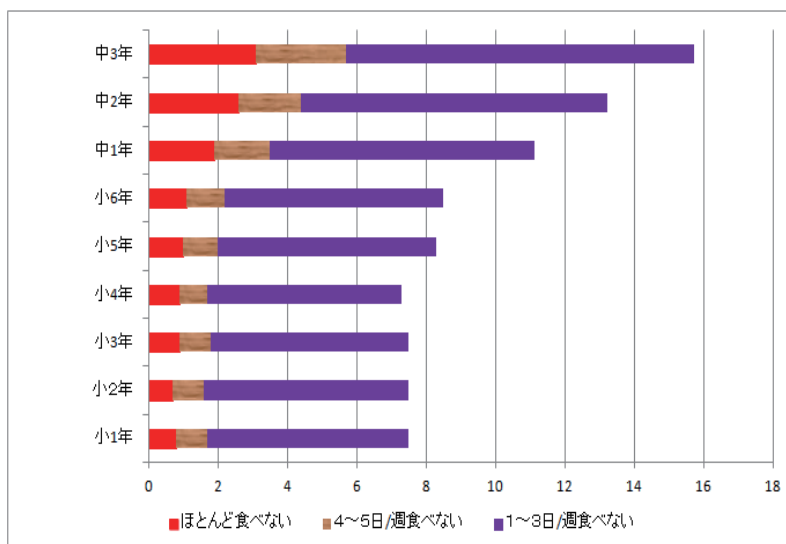


資料：千葉県 各種統計厚生調査 人口動態統計の概況より



出典：平成22年県民健康・栄養調査報告書

子どもの朝食欠食率 (%)



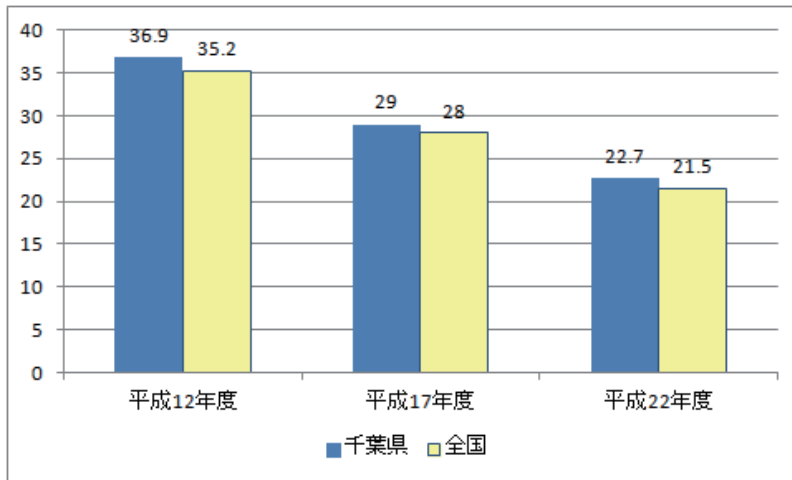
出典：千葉県 HP 平成23年度学校給食実施状況等調査

V 歯・口腔保健

子どものむし歯

乳歯、永久歯ともに、むし歯を有する子どもの割合は減少していますが、特に乳歯においては、3歳児でのむし歯がある児の出現率が全国に比べ高い状況です。

3歳児歯科健康診査 むし歯保有者率(%)の状況



資料：厚生労働省 歯科健康診査

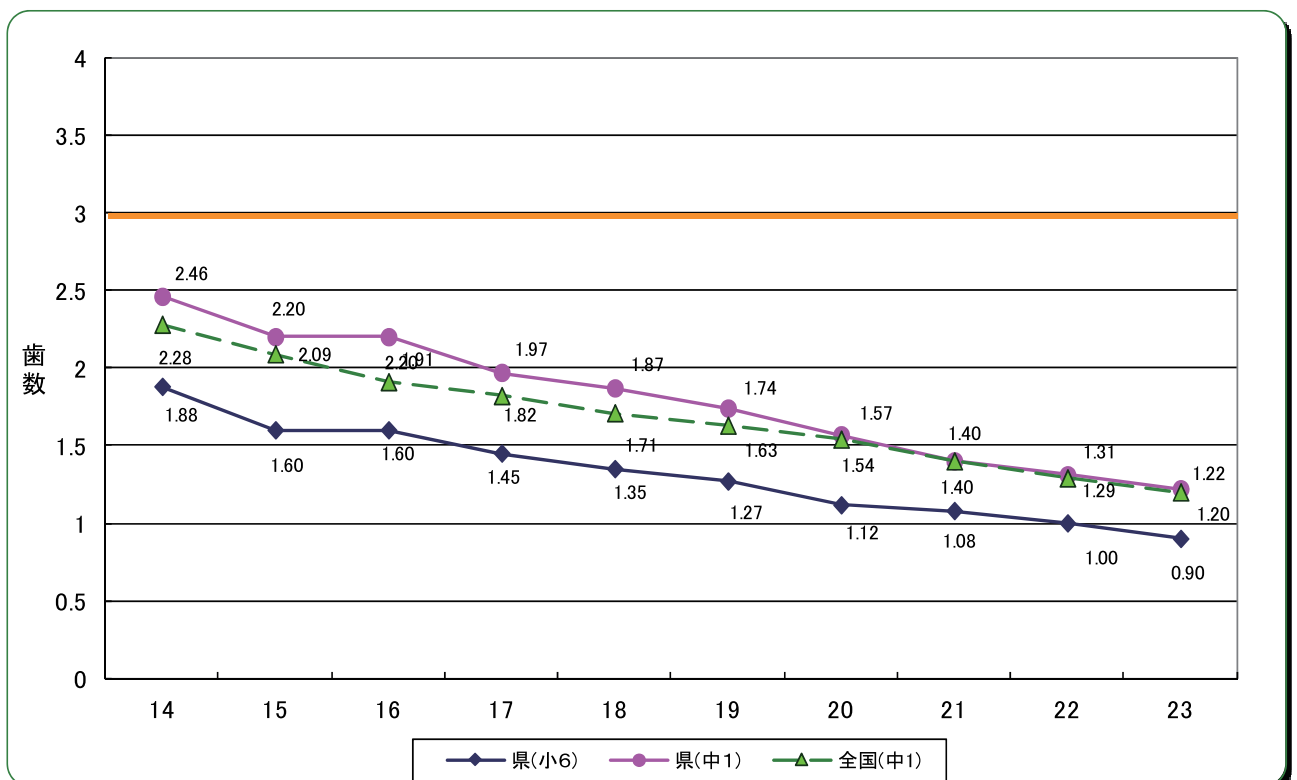
(3歳児健康診査)に係る実施状況(結果)

永久歯の状況 (12歳のむし歯)

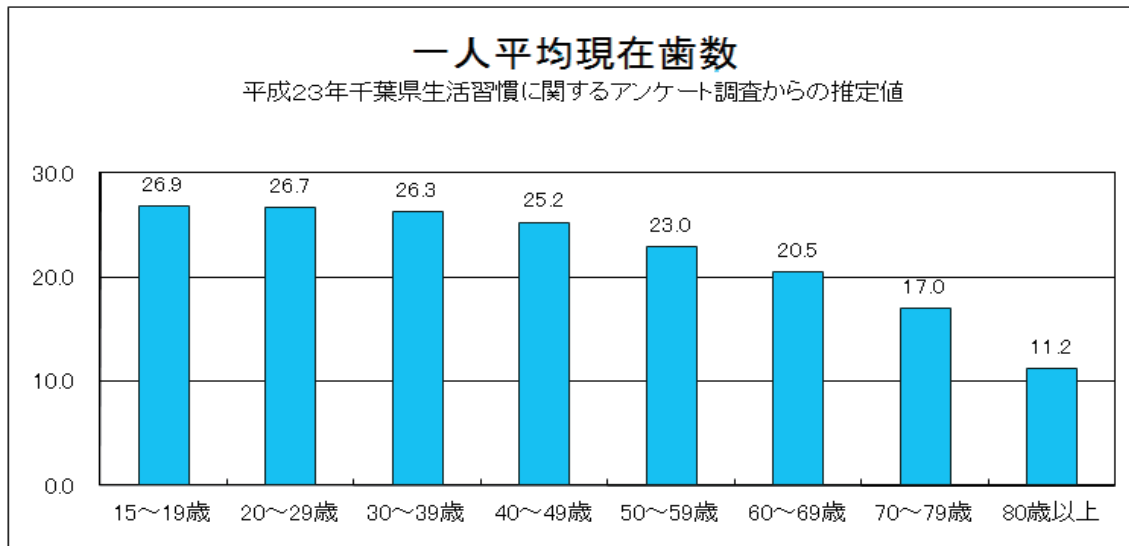
DMF 指数の年次推移

$$\text{DMF 歯数} = \frac{D+M+F}{\text{被検者数}}$$

D: 永久歯の未処置歯
 M: 永久歯の喪失歯
 F: 永久歯の処置歯



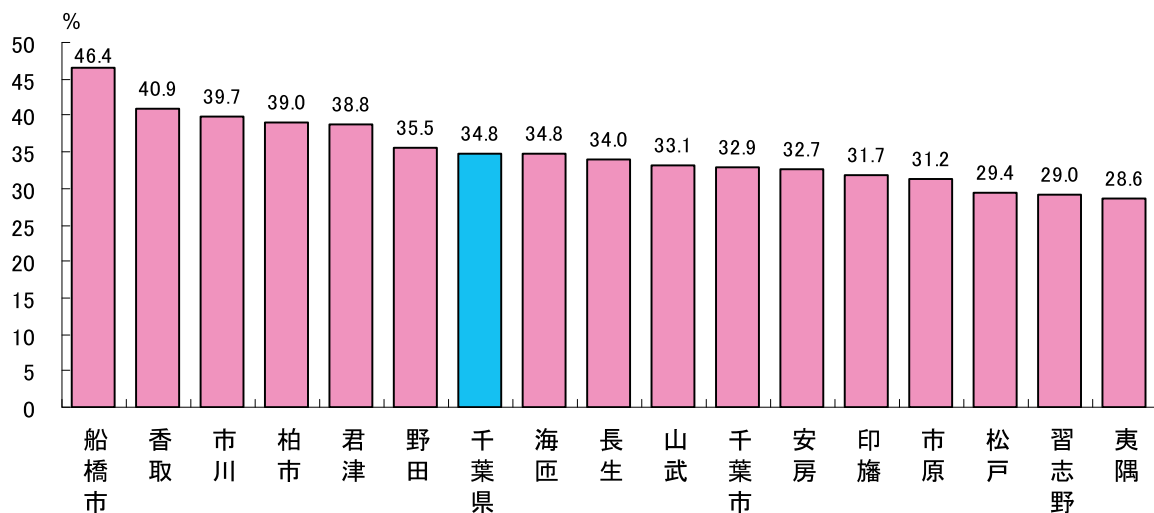
出典：平成23年度 千葉県児童生徒定期健康診断結果



VI 特定健診・特定保健指導

特定健診受診率

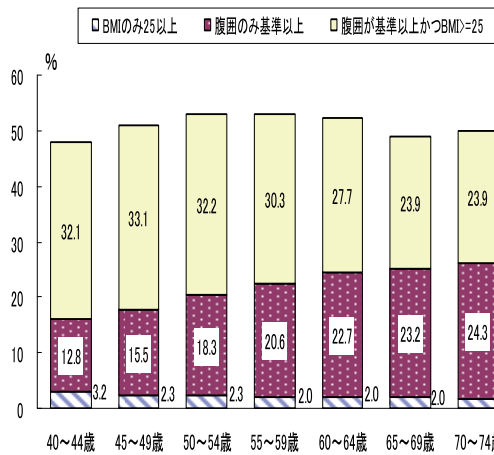
保健所圏域別受診率では、平成21年度では松戸29.0%から船橋46.3%の分布に、平成22年度でも夷隅28.6%から船橋の46.4%の分布と、受診率の地域格差は大きい状況です。



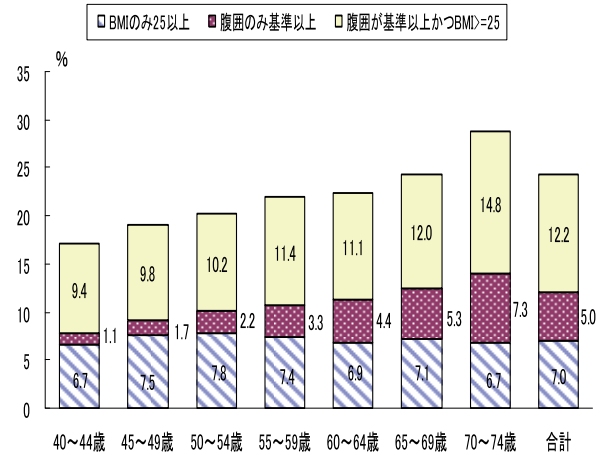
保健所圏域別の受診率（平成22年度市町村国保特定健診・特定保健指導データ集計結果）

特定健診結果 （平成22年度 特定健診・特定保健指導に係るデータ集計結果（速報）より）

肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病の予備群・該当者のいずれも男女差や年齢差、地域格差がみられます。



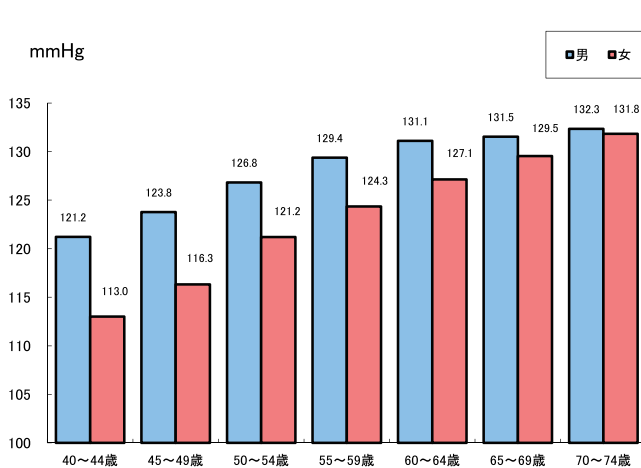
肥満の状況 (男)



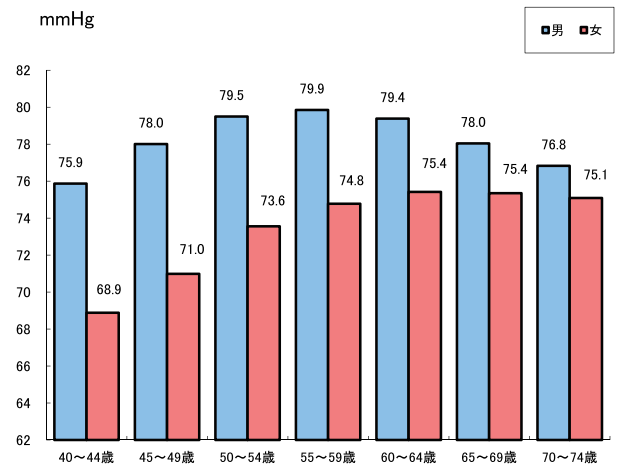
肥満の状況 (女)

収縮期血圧の平均は、男性の全国平均（40歳～89歳）が138mmHgに比べ、千葉県は40歳以上平均値131mmHgですが、女性は全国平均（40歳～89歳）が133mmHgに比べ千葉県は128mmHgと男女共に全国平均を下回っています。

男女とも加齢に伴い収縮期血圧値は上昇していますが、40～44歳では男女の収縮期血圧は8.2mmHgの差があったのに対し、70～74歳では男女差は0.5mmHgと上昇の度合いに男女差がみられています。（全国値は平成22年国民健康・栄養調査から、千葉県値は平成22年特定健診結果による）



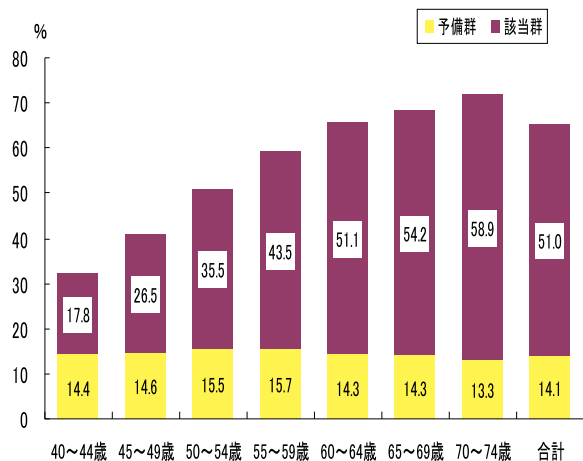
収縮期血圧平均



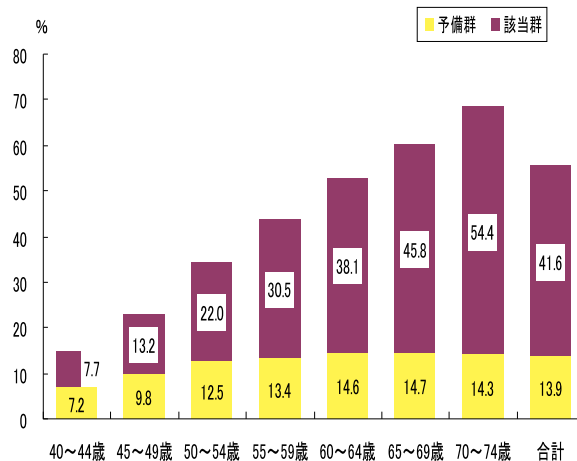
拡張期血圧平均

高血圧有病者の割合は男女とも加齢に伴い増加しています。また、男性に比べて女性の方が加齢に伴う有病率の差は大きい状況にあります。

高血圧予備群の割合は男性ではほぼ横ばいですが、女性では60～64歳まで増加しその後はほぼ横ばいです。

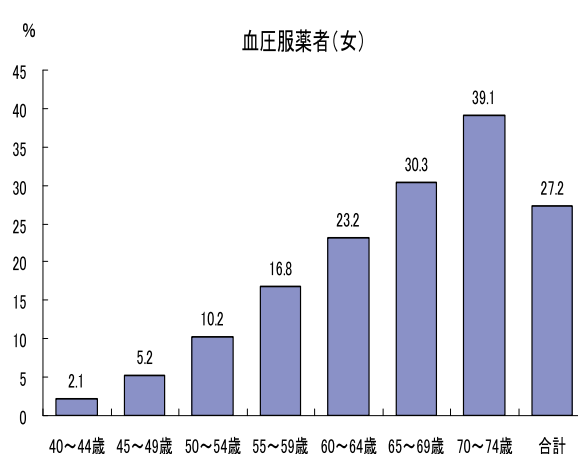
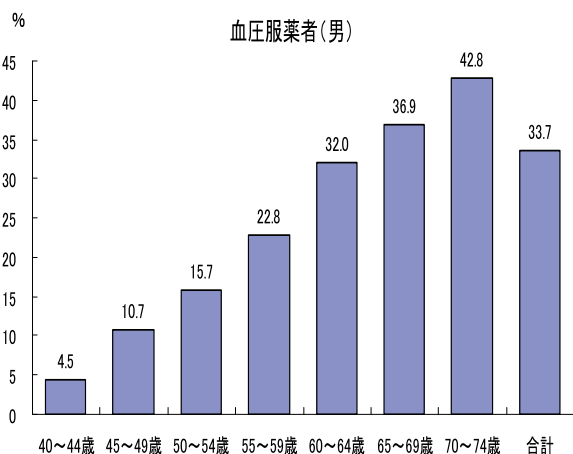


高血圧症有病者・予備群該当率(男)

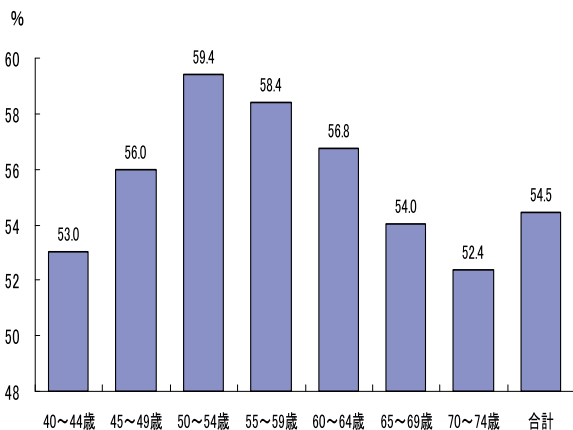


高血圧有病者・予備群該当率(女)

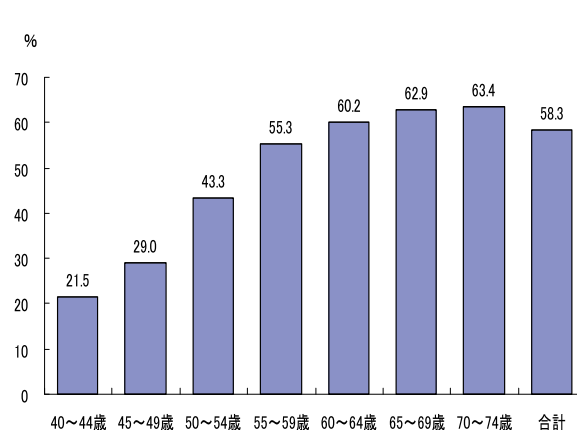
降圧剤の服用者は、平成22年度の市町村国保特定健診結果によると男性が33.7%、女性が27.2%であり、加齢とともにこの割合が増加し、70~74歳では男性42.8%、女性39.1%に上っています。



脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子です。40歳以上の男性は、本県の状況を見るとすべての年代で異常ありが5割を超えており、50~54歳で最も高くその後は徐々に低下しています。女性は40~44歳では21.5%でしたが、年齢階級が上がるにつれて割合が高くなっています。

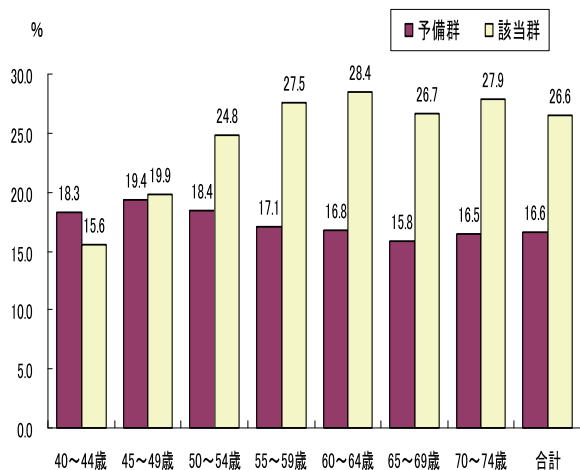


脂質異常症有病者該当率(男)

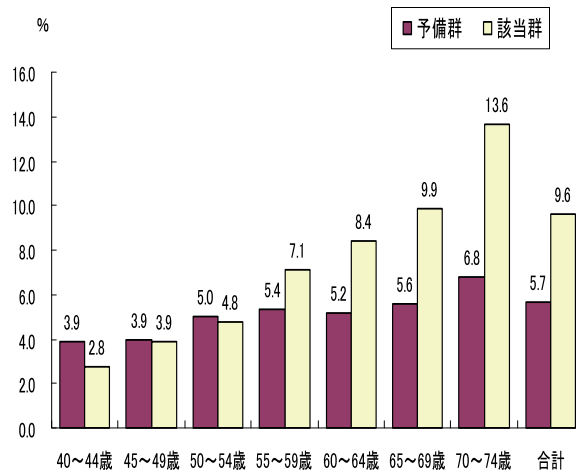


脂質異常症有病者該当率(女)

メタボリックシンドロームについては、平成22年度の特定健診における予備群の割合は、男性は16.6%、女性は5.7%で、女性に比べ男性の方が予備群の割合が高い状況です。また、該当者の割合は男女共に予備群を上回り、男性26.6%、女性9.6%で、本県の男性4人に1人はメタボリック該当者となっています。



メタボ該当者・予備群該当率(男)

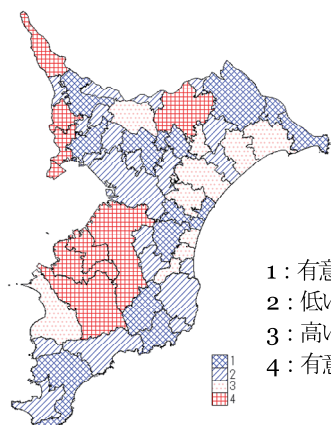


メタボ該当者・予備群該当率(女)

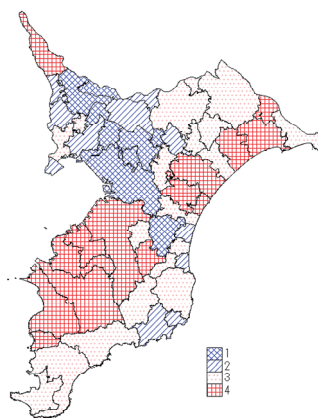
標準化該当比（県全体の該当率を100とし、市町村の該当率を同じ基準で比較）

〈凡例〉 1: 有意に低い 2: 低い有意ではない 3: 高い有意ではない 4: 有意に高い

肥満該当者の出現は、市原、君津管内に男女とも高い傾向がみられます。（平成21年度、平成22年度連続）



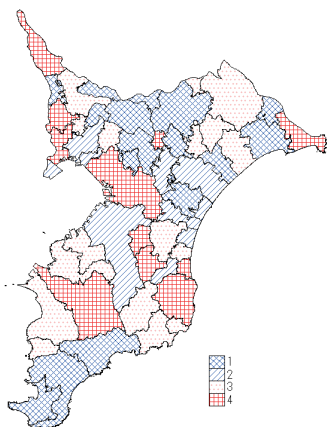
肥満該当者（男）



肥満該当者（女）

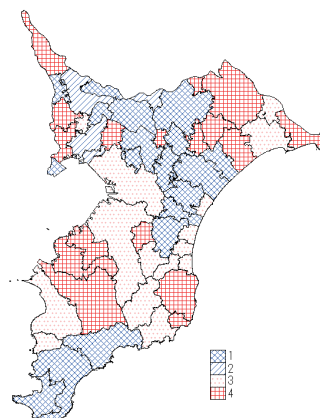
高血圧の該当者の出現は、市川、松戸、君津、海匝管内では、男女とも高い傾向がみられます。

予備群の出現は、長生、夷隅管内に男女とも高い傾向がみられます。（平成21年度、平成22年度連続）



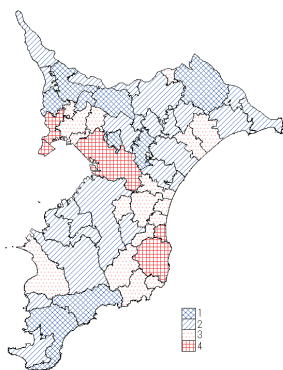
高血圧予備群・該当者（男）

- 1: 有意に低い
- 2: 低い有意ではない
- 3: 高い有意ではない
- 4: 有意に高い



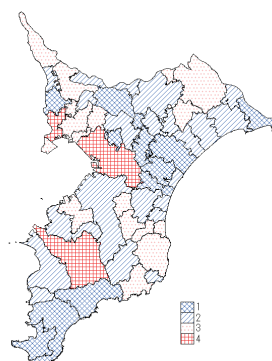
高血圧予備群・該当者（女）

脂質異常症の該当者は、千葉、市川管内が男女とも高い傾向にあります。（平成21年度、平成22年度連続）



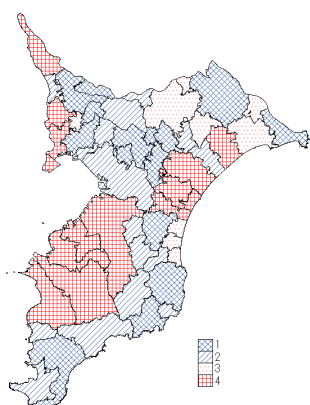
脂質異常症該当（男）

- 1: 有意に低い
- 2: 低い有意ではない
- 3: 高い有意ではない
- 4: 有意に高い



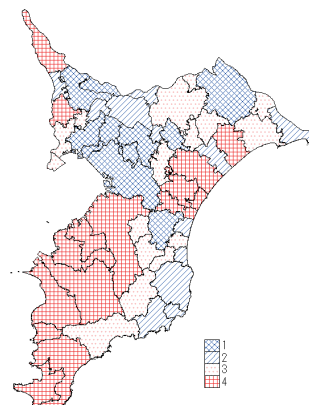
脂質異常症該当（女）

メタボリックシンドローム予備群・該当者の出現状況は、市原管内、君津管内が男女とも高い傾向にあります。（平成21年度、平成22年度連続）



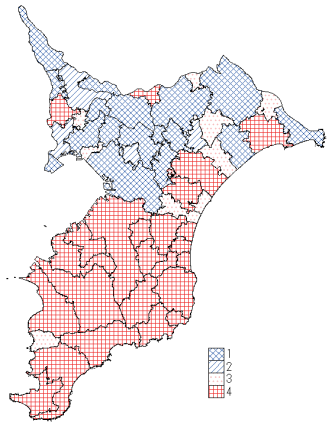
メタボ予備群・該当者（男）

- 1: 有意に低い
- 2: 低い有意ではない
- 3: 高い有意ではない
- 4: 有意に高い



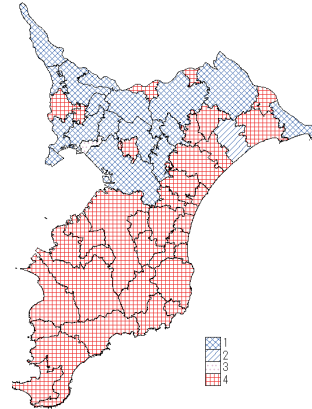
メタボ予備群・該当者（女）

糖尿病の予備群・該当者では、君津管内、安房管内、夷隅管内、長生管内、山武管内に男女とも高い傾向がみられます。（平成21年度、平成22年度連続）



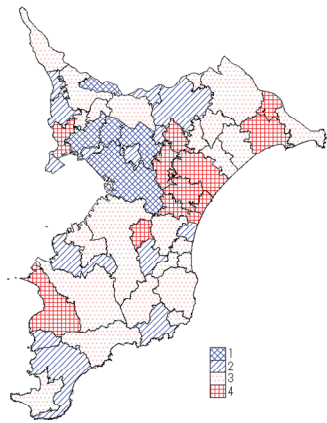
糖尿病予備群・該当者（男）

- 1：有意に低い
- 2：低い有意ではない
- 3：高い有意ではない
- 4：有意に高い



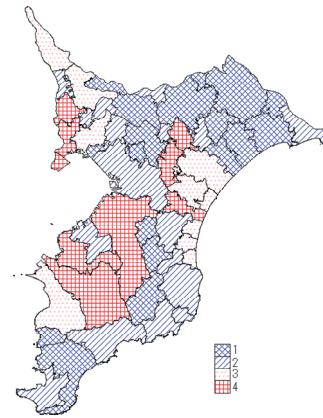
糖尿病予備群・該当者（女）

男女共に喫煙者の割合は、市川、山武、君津管内が高い状況です。



喫煙（男）

- 1：有意に低い
- 2：低い有意ではない
- 3：高い有意ではない
- 4：有意に高い



喫煙（女）

（平成22年度 特定健診・特定保健指導に係るデータ集計結果（速報）より）

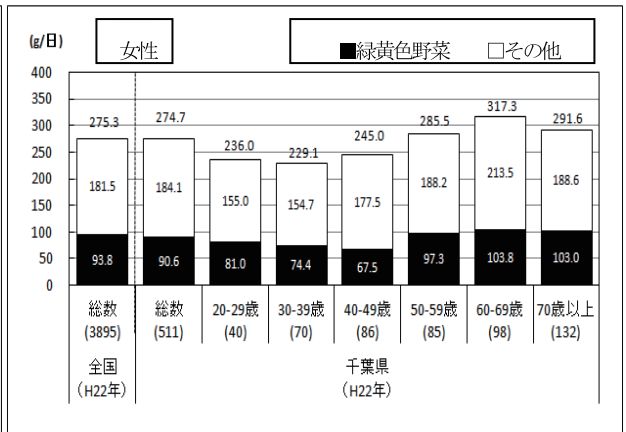
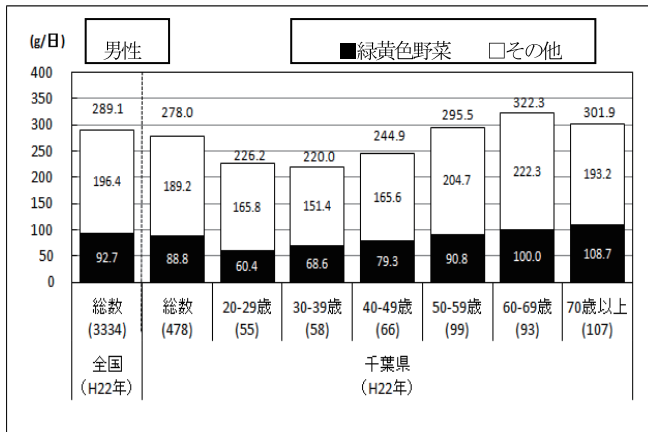
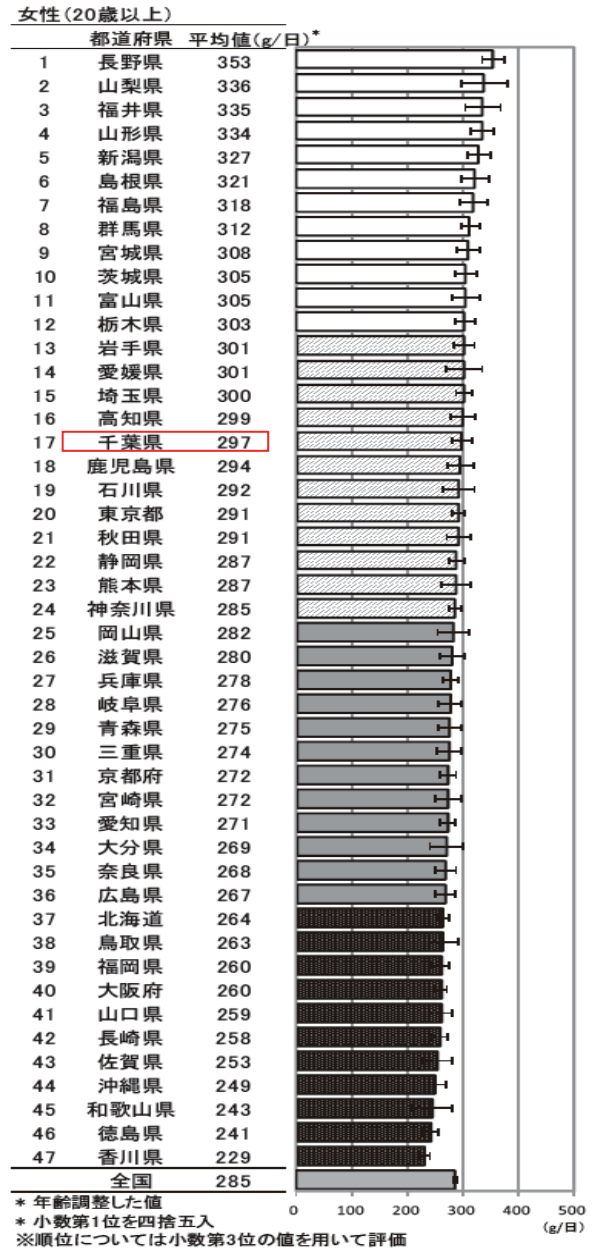
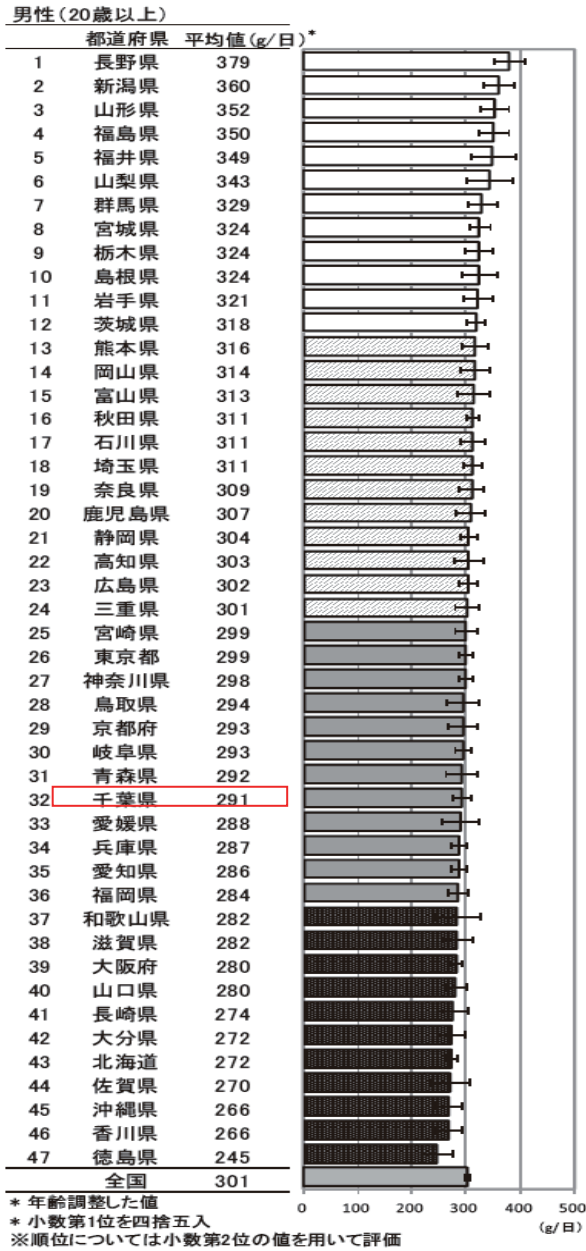
VII 生活習慣の状況

野菜摂取量

県民の野菜の摂取量は、全国平均に至らず、男女とも30歳代が最も野菜不足で、次いで20歳代、40歳代が野菜不足の傾向がみられます。（平成22年国民健康栄養調査・県民健康・栄養調査結果）

野菜摂取量

〈参考〉 都道府県別の肥満及び生活習慣等の状況より



出典：平成22年県民健康・栄養調査

肥満及び主な生活習慣の状況

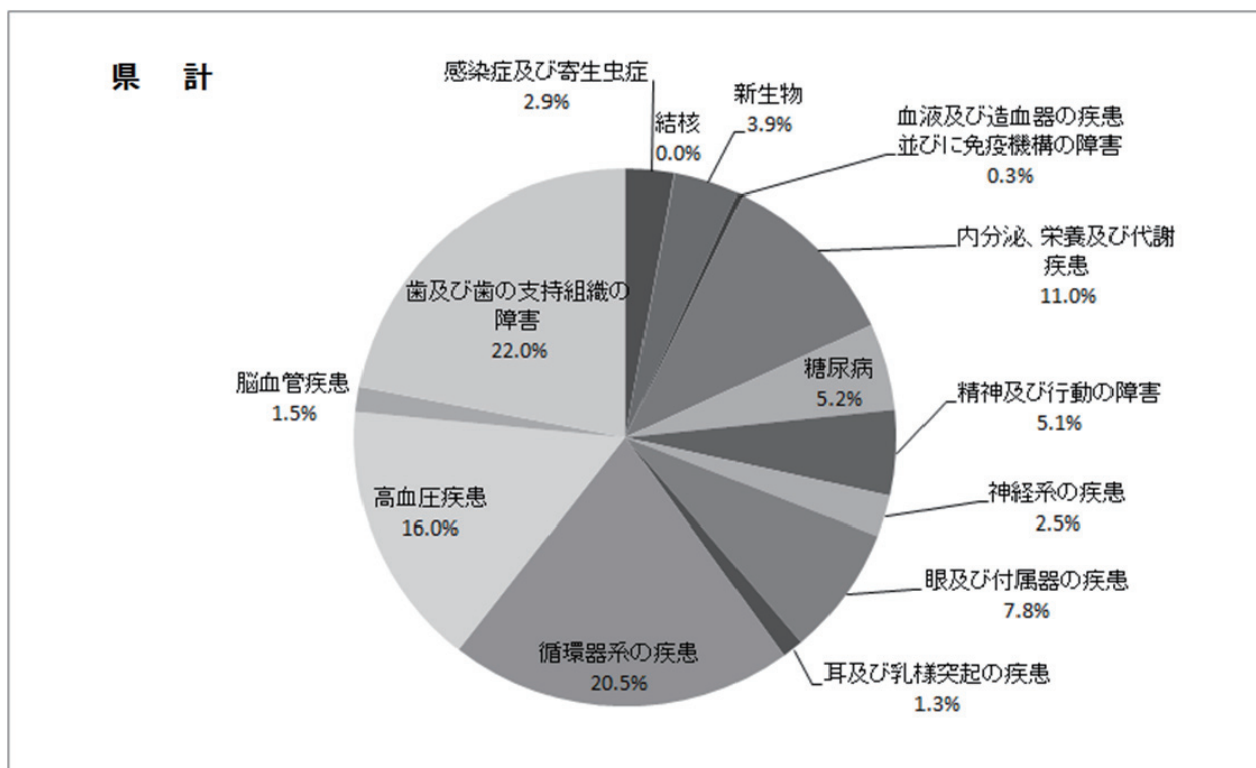
資料:平成22年国民健康・栄養調査

	肥満者 (%)		野菜摂取量 (g/日)				食塩摂取量 (g/日)				歩数 (歩/日)		喫煙者 (%)		飲酒習慣者 (%)			
	男性 20~69歳		男性 20歳以上	女性 20歳以上			男性 20歳以上	女性 20歳以上			男性 20歳以上	女性 20歳以上	男性 20歳以上		男性 20歳以上			
1	山口	22.1	長野	379	長野	353	沖縄	9.5	沖縄	8.1	兵庫	7,964	兵庫	7,063	福井	31.5	三重	28.6
2	福井	22.5	新潟	360	山梨	336	佐賀	10.9	徳島	9.2	東京	7,866	神奈川	6,988	群馬	32.3	静岡	29.5
3	滋賀	23.0	山形	352	福井	335	香川	11.0	香川	9.2	神奈川	7,796	東京	6,949	熊本	32.7	香川	30.1
4	鳥取	25.1	福島	350	山形	334	大阪	11.1	佐賀	9.3	奈良	7,787	奈良	6,688	長野	33.3	沖縄	30.8
5	静岡	25.2	福井	349	新潟	327	大分	11.1	大阪	9.5	千葉	7,761	静岡	6,504	岐阜	33.6	群馬	31.7
6	香川	25.4	山梨	343	鳥根	321	山口	11.2	岡山	9.6	岡山	7,595	岩手	6,502	東京	33.7	福井	31.9
7	京都	25.6	群馬	329	福島	318	熊本	11.2	福岡	9.6	大阪	7,558	埼玉	6,488	広島	33.8	徳島	31.9
8	長野	25.7	宮城	324	群馬	312	徳島	11.3	熊本	9.6	埼玉	7,554	愛媛	6,465	宮崎	33.9	愛知	32.1
9	山梨	27.2	栃木	324	宮城	308	宮崎	11.3	大分	9.6	三重	7,541	滋賀	6,442	徳島	34.3	高知	32.5
10	岡山	27.5	鳥根	324	茨城	305	岐阜	11.4	岐阜	9.7	静岡	7,525	千葉	6,422	神奈川	34.5	岐阜	33.0
11	新潟	27.7	岩手	321	富山	305	滋賀	11.4	広島	9.7	京都	7,485	長野	6,422	兵庫	34.6	北海道	33.1
12	兵庫	27.7	茨城	318	栃木	303	高知	11.4	長崎	9.7	宮崎	7,471	愛知	6,421	千葉	35.3	石川	33.2
13	鳥根	27.8	熊本	316	岩手	301	福岡	11.4	宮崎	9.7	滋賀	7,436	福島	6,417	石川	35.7	山梨	33.3
14	石川	28.4	岡山	314	愛媛	301	愛知	11.5	京都	9.8	福島	7,385	大阪	6,366	沖縄	35.7	佐賀	33.5
15	岐阜	29.2	富山	313	埼玉	300	京都	11.5	山口	9.8	広島	7,310	広島	6,309	山形	35.9	山口	33.6
16	三重	29.2	秋田	311	高知	299	兵庫	11.5	秋田	9.9	岩手	7,265	京都	6,291	滋賀	36.0	栃木	34.0
17	山形	29.3	埼玉	311	千葉	297	岡山	11.5	愛知	9.9	愛知	7,247	☆全国	6,287	静岡	36.1	奈良	34.0
18	愛知	29.4	石川	311	鹿児島	294	鹿児島	11.5	奈良	9.9	☆全国	7,225	岐阜	6,278	長崎	36.1	福岡	34.3
19	広島	29.4	奈良	309	石川	292	北海道	11.6	高知	9.9	沖縄	7,214	茨城	6,205	京都	36.3	宮崎	34.4
20	群馬	29.6	鹿児島	307	秋田	291	東京	11.7	北海道	10.0	長野	7,196	福岡	6,180	大分	36.3	福島	34.6
21	富山	29.6	静岡	304	東京	291	長崎	11.7	岩手	10.0	石川	7,114	石川	6,154	三重	36.5	滋賀	34.6
22	福岡	29.8	高知	303	静岡	287	☆全国	11.8	新潟	10.0	岐阜	7,063	熊本	6,154	大阪	36.5	熊本	34.6
23	神奈川	30.3	広島	302	熊本	287	広島	11.8	静岡	10.0	大分	7,063	宮崎	6,148	鹿児島	36.5	長崎	35.1
24	東京	30.5	☆全国	301	☆全国	285	愛媛	11.8	兵庫	10.0	福井	7,011	徳島	6,142	☆全国	37.2	和歌山	35.2
25	埼玉	31.0	三重	301	神奈川	285	秋田	11.9	愛媛	10.0	栃木	6,996	三重	6,139	香川	37.2	茨城	35.4
26	☆全国	31.1	東京	299	岡山	282	富山	11.9	鹿児島	10.0	北海道	6,958	福井	6,122	奈良	37.4	兵庫	35.5
27	秋田	31.2	宮崎	299	滋賀	280	岩手	12.0	☆全国	10.1	富山	6,958	高知	6,110	埼玉	37.7	☆全国	35.9
28	茨城	31.2	神奈川	298	兵庫	278	千葉	12.0	東京	10.1	茨城	6,901	群馬	6,071	鳥根	37.8	埼玉	36.2
29	佐賀	31.3	鳥取	294	岐阜	276	静岡	12.0	三重	10.1	山口	6,901	富山	6,061	愛知	38.5	千葉	36.4
30	大阪	31.4	岐阜	293	青森	275	鳥取	12.0	滋賀	10.1	徳島	6,898	岡山	6,046	新潟	38.6	長野	36.5
31	和歌山	31.5	京都	293	三重	274	神奈川	12.1	神奈川	10.3	愛媛	6,814	大分	6,016	岡山	38.6	東京	36.6
32	千葉	31.7	青森	292	京都	272	三重	12.1	富山	10.3	長崎	6,723	鳥根	5,960	茨城	39.1	岡山	36.7
33	奈良	32.6	千葉	291	宮崎	272	奈良	12.1	和歌山	10.3	山梨	6,721	佐賀	5,897	岩手	39.7	山形	36.8
34	愛媛	33.0	愛媛	288	愛知	271	埼玉	12.2	石川	10.4	鹿児島	6,717	山口	5,888	佐賀	39.8	神奈川	37.1
35	鹿児島	33.5	兵庫	287	大分	269	新潟	12.2	埼玉	10.5	鳥根	6,716	鹿児島	5,844	秋田	40.2	広島	37.2
36	熊本	33.7	愛知	286	奈良	268	石川	12.3	千葉	10.5	熊本	6,710	北海道	5,825	福島	40.4	京都	37.5
37	長崎	36.5	福岡	284	広島	267	茨城	12.4	鳥根	10.5	群馬	6,700	沖縄	5,823	愛媛	40.4	愛媛	38.1
38	大分	37.3	滋賀	282	北海道	264	群馬	12.4	栃木	10.6	香川	6,695	長崎	5,796	山口	40.6	大阪	38.3
39	高知	37.6	和歌山	282	鳥取	263	和歌山	12.4	宮城	10.7	福岡	6,655	宮城	5,791	福岡	41.0	大分	39.3
40	青森	38.0	大阪	280	大阪	260	宮城	12.5	福井	10.7	山形	6,490	香川	5,790	宮城	41.4	富山	39.8
41	北海道	38.5	山口	280	福岡	260	栃木	12.5	長野	10.7	宮城	6,479	和歌山	5,716	高知	41.4	宮城	40.2
42	岩手	38.7	長崎	274	山口	259	長野	12.5	山形	10.8	高知	6,390	青森	5,657	栃木	41.5	鹿児島	40.3
43	宮城	39.5	北海道	272	長崎	258	鳥根	12.5	群馬	10.8	佐賀	6,249	新潟	5,630	富山	41.9	新潟	42.5
44	徳島	40.1	大分	272	佐賀	253	山形	12.7	青森	10.9	秋田	6,232	山形	5,618	山梨	42.5	岩手	46.1
45	福島	40.3	佐賀	270	沖縄	249	福井	12.9	茨城	10.9	和歌山	6,178	栃木	5,448	北海道	42.6	秋田	46.9
46	栃木	40.5	香川	266	和歌山	243	青森	13.0	鳥取	10.9	新潟	6,005	鳥取	5,285	鳥取	43.7	鳥根	48.3
47	宮崎	44.7	沖縄	266	徳島	241	福島	13.0	福島	11.0	青森	5,976	秋田	5,174	和歌山	44.7	鳥取	48.5
48	沖縄	45.2	徳島	245	香川	229	山梨	13.3	山梨	11.2	鳥取	5,634	山梨	5,152	青森	44.8	青森	51.6

女性の肥満者割合、喫煙者、飲酒習慣者の割合は該当者が少なく、変動係数が大きいための解析から除かれている。

VIII 医療費

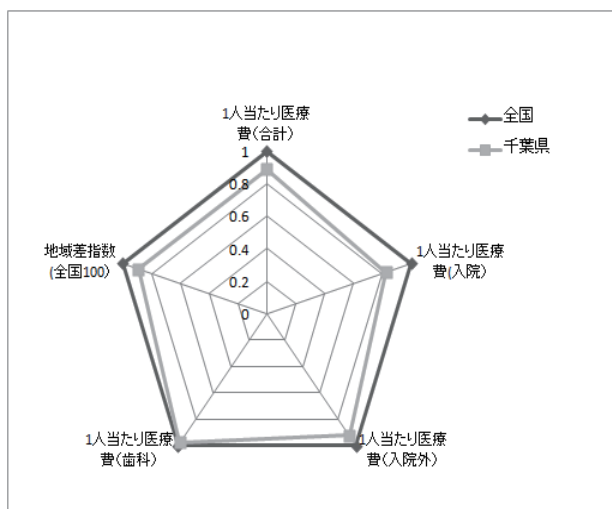
平成 23 年 国保医療費 総件数割合



資料：千葉県ホームページ『国民健康保険病類別疾病統計』より

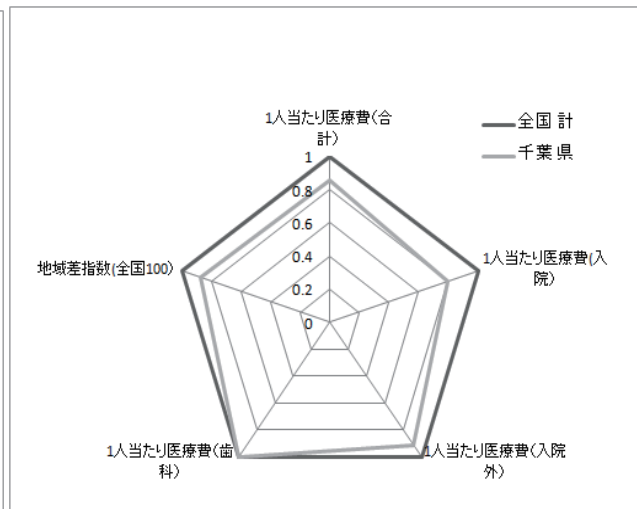
千葉県国保医療費の状況

(全国の国民健康保険医療費を基準)



千葉県の後期高齢者医療費の状況

(全国の後期高齢者医療費を基準)



資料：医療保険データベース

参 考

- 用語説明
- 参考ホームページ一覧
- 委員名簿
- 開催状況

【い】

○ 医療保険者

我が国の医療保険制度では、国民は公的医療保険に加入することになっているが、その公的医療保険の実施者をいう。公的医療保険は、病院等の医療機関の受診により発生した医療費について、その一部又は全部を医療保険者が給付する仕組みであり、地域住民を対象とし市町村が医療保険者となる国民健康保険などがある。

【き】

○ 気分障害

ある程度の期間にわたって持続する気分（感情）の変調により、苦痛を感じたり、日常生活に何らかの支障をきたしたりする状態のこと。うつ病などがある。

【け】

○ 健康格差

地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差のこと。

○ 健康寿命

一生のうち、健康で支障なく日常の生活を送れる期間のこと。

健康寿命の算定は、

厚生労働科学研究 健康寿命のページ 「健康寿命算定プログラム」

<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/> を参照している。

算定に必要な基礎資料として、当該市町村の性・年齢階級別の人口、死亡数（人口動態統計）、要介護2～5の認定者数などのほか、同一年次における全国の人口、死亡数と生命表が用いられる。

○ 健康ちば協力店

メニューの栄養成分表示や、健康・栄養情報等の提供をしたり、ヘルシーオーダーに対応できる飲食店を「健康ちば協力店」として登録しています。

○ 健康余命

平均余命のうち、健康で支障なく日常生活を送れる年数(期間)のこと。

【こ】

○ 合計特殊出生率

15歳から49歳の女性の、年齢別出生率を合計した指標。一人の女性が平均して一生の間に何人の子供を産むかを表す。

○ 構音

構音とは音声学で言う調音のことで、一般的には発音と呼ぶ。咽頭から口腔・鼻腔までの呼気の通り道の形をかえたりすることで出された音声を変化させ言語音にすること。

【さ】

○ 残存機能

病気や障害による影響を逃れ、活用することができる残された機能のこと。

【そ】

○ 咀嚼（そしゃく）

食べ物を口の中でかみ切る、砕く、すりつぶすなどして、飲み込みや消化をしやすくすること。

○ 咀嚼・嚥下機能

食べ物を口から食べ、飲み込む機能のこと。

○ ソーシャルキャピタル

地域のネットワークによってもたらされる規範と信頼を意味し、地域共通の目的に向けて協働するモデルとされ、社会資本と訳されている。しかし、それは施設等の物的な社会資本ではなく、行政・企業・住民を結び付ける人間関係、市民関係のネットワークであり、社会関係資本、共同関係資本とも言うべき性格を有している。

具体的にはボランティア活動や官民連携など幅広い横型ネットワークによって支えられており、地域を支える主体の社会的応答性を高める仕組みでもある。

【た】

○ 胎児性アルコール症候群

妊娠中の母親が飲酒するとアルコールやその代謝物が胎盤を通過して胎児の血中に移行し、胎児に発育遅滞や器官形成不全などを生じることがある。自然流産につながる場合もあるが、出生に至った場合、影響は学童期以後にも及び、学習、衝動コントロール、対人関係の障害となっていく。

【と】

○ 特定給食施設

継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設で、健康増進法において施設設置者の届出が義務付けられている給食施設。

○ 特定健診・特定保健指導

特定健康診査を省略して特定健診と言い、メタボリックシンドロームの早期発見を目的とした健康診査をいう。特定保健指導は、特定健診でメタボリックシンドローム、あるいはその予備群とされた人に対して実施される保健指導をいう。

特定健診・特定保健指導は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に義務付けられている。

【ね】

○ 年齢調整死亡率

死亡数を人口で除した通常の死亡率（粗死亡率）を比較すると、各地域の年齢構成に差があるため、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る。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）である。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る。

【は】

○ 廃用症候群

安静状態が長期に渡って続く事によって起こる、心身の機能低下等を指す。「生活不活発病」とも呼ばれる。

○ ハイリスクアプローチ

疾患を発症しやすい高いリスクを持った者を対象として絞り込んで対処していく方法のこと。

【ふ】

○ 不安障害

不安が強く、行動や心理的障害をもたらす症状を総称して不安障害と呼ぶ。

○ フッ化物

フッ素を含む化合物のこと。むし歯予防に利用されるのは、主にフッ化ナトリウムやリン酸酸性フッ化ナトリウムなどである。

【へ】

○ 平均寿命

0歳の平均余命を平均寿命という。

○ 平均自立期間

平均余命のうち、日常生活に介護を要しない期間のこと。

- 算定に要介護者数を用いることから、介護保険の申請状況や要介護度の判定方法が結果に強く影響する。従って、平均自立期間を絶対的な値として厳密に解釈せず、相対的にみる必要がある。

○ 平均余命

基準となる年の死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が平均的にみて今後何年生きられるかという期待値をあらわしたものをいう。

○ ベイズ推計値

出現数の少なさに起因する影響を減少させ、地域間比較や経年比較に耐えうる、より安定性の高い指標を求めするため、統計手法により得られた数値。

【ほ】

○ ポピュレーションアプローチ

対象を一部に限定しないで集団全体を対象として対処し、集団全体で危険因子を下げる方法。

【め】

○ メタボリックシンドローム

内臓脂肪症候群とも呼ばれ、内臓脂肪型肥満に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち二つ以上が重なる状態をいう。まだ病気とは診断されない「ちょっと高め」の状態でも併発することで、急速に動脈硬化が進行し、心臓病や脳卒中の危険性が急激に高まる状況を引き起こす。

○ **メンタルヘルス**

精神面における健康のことである。心の健康、精神衛生、精神保健と称され、主に精神的な疲労、ストレス、悩みなどの軽減・緩和とそれへのサポート。

【ゆ】

○ **有意**

統計上の用語で、「確率的に偶然とは考えにくく、意味があると考えられる」ことを指す。

【ら】

○ **ライフステージ**

人間の一生において節目となる出来事（出生、入学、卒業、就職、結婚、出産、子育て、退職等）によって区分される生活環境の段階のことをいう。

【ろ】

○ **ロコモティブシンドローム**

運動器官の障害によって日常生活で人や道具の助けが必要な状態やその一歩手前の状態をいう。運動器官とは筋肉、関節、骨など、人が移動するために使う器官のことを指す。

筋力が低下したり、関節に疾患があったり、骨がもろくなっていたりすると、運動機能が低下し日常の生活に不便が生じる。こうした運動機能の低下は高齢期に入ってからではなく、初期症状は40代から始まると言われており、中年期からロコモティブシンドロームを意識し予防する必要がある。

【B】

○ **BMI (Body Mass Index)**

肥満度を表す指標として一般的に用いられている。

$BMI = \text{体重 [kg]} \div (\text{身長 [m]})^2$ により算出。BMI < 18.5 低体重（やせ）、

$18.5 \leq BMI < 25$ 普通体重（正常）、 $BMI \geq 25$ 過体重（肥満）（日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会、2000年）

【C】

○ **COPD**

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

○ **CPI**

地域歯周疾患指数（ちいきししゅうしっかんしすう、Community Periodontal Index:CPI）は歯周病に関する指数の一つ。集団の歯周疾患の罹患状態の評価を簡便に調査でき、歯周疾患の地域保健対策に適しているとされる。

【N】

○ NCD (Non Communicable Disease)

世界保健機関（WHO）は、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患をまとめて「非感染性疾患（NCD）」と位置付けている。循環器疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患などが主なNCDといえる。

NCDは世界的に中・高齢者で急増しており、2008年の世界の死亡数5,700万人のうち63%にあたる3,600万人がNCDにより死亡している。WHOは2030年までにこの数はさらに増加し、5,500万人に達すると予測している。

慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、これらの疾患について単に保健分野だけでなく地域、職場等における環境要因や、経済的要因等の幅広い視点から包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減するための対策が求められ、「NCD対策」として捉えることが世界的な潮流になっている。

【Q】

○ QOL (quality of life)

一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということを経験としてとらえる概念である。物理的な豊かさやサービスの量、個人の身辺自立だけでなく、精神面を含めた生活全体の豊かさと自己実現を含めた考え方として用い、生きがいや幸福感なども含め、一人ひとりが望む生活の質を高めることを指す。

参考ホームページ一覧

- (1) 健康日本21
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/>
- (2) 平成23年人口動態統計（確定数）の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/>
- (3) 生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/press/2011/enq-h23.html>
- (4) 県民健康・栄養調査（千葉県）
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/toukeidata/h22eiyou.html>
- (5) 特定健診・特定保健指導に係るデータ収集、評価・分析事業 集計結果（速報）
<http://www.pref.chiba.lg.jp/eiken/toukeidata/kenshintoukei.html>
- (6) 千葉県保健医療計画（改訂中）
- (7) 千葉県地域福祉支援計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/2chiiki.html>
- (8) 千葉県高齢者保健福祉計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/keikaku/kenkoufukushi/5ki/hokenhukusikeikaku.html>
- (9) 千葉県体育・スポーツ推進計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kyouiku/taiiku/sports/shougaisports/sports-plan11.html>
- (10) 千葉県がん対策推進計画（改訂中）
- (11) 千葉県食育推進計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/annou/press/h24/syokuiku/keikaku-sakutei.html>
- (12) 千葉県医療費適正化計画（改訂中）
- (13) 千葉県自殺対策推進計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kokoro/zisatukeikaku.html>
- (14) 千葉県歯・口腔保健計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kuchi/hakeikaku.html>
- (15) 千葉県次世代育成支援行動計画
<http://www.pref.chiba.lg.jp/jika/sougou/jisedai/koudoukeikaku.html>
- (16) 健やか親子21
<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>
- (17) 市町村別の100歳以上人口
<http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/press/100sai/h24hyakusai.html>
- (18) 喫煙による健康被害についての調査研究
<http://www.health-net.or.jp/tobacco/risk/rs360000.html>

健康ちば 地域・職域連携推進協議会委員名簿

(平成25年3月現在)

氏 名	役 職 名 等
浅野 薫之	(社) 千葉県歯科医師会 会長
麻生 忠男	(社) 千葉県薬剤師会 会長
井上 雄元	(社) 千葉県医師会 会長
久保 秀一	保健所長会 会長
黒河 悟	(社) 千葉県労働者福祉協議会 会長
佐藤 正巳	全国健康保険協会千葉支部 支部長
高橋 金雄	生活習慣病防止に取り組む市民と医療者の会 副理事長
高橋 秀典	千葉県PTA連絡協議会 会長
鳥飼 孝	健康保険組合連合会千葉連合会 常任理事 保健事業部会長
中澤 正道	千葉県国民健康保険団体連合会 常務理事
長野 正	千葉県商工会連合会 参与
中山 雄二	(一社) 千葉県商工会議所連合会 事務局長
能川 浩二	労働者健康福祉機構千葉産業保健推進センター 所長
長谷川克己	(公社) 千葉県栄養士会 会長
羽田 明	千葉大学大学院医学研究院 (公衆衛生) 教授
林 敏行	東庄町 健康福祉課長
林 茂壽	千葉県厚生農業協同組合連合会 代表理事会長
◎藤澤 武彦	(公財) ちば県民保健予防財団 理事長
○松永 敏子	(公社) 千葉県看護協会 会長
三輪 規夫	千葉労働局 労働基準部 部長
山浦 晶	県立保健医療大学 学長

◎ 会長 ○ 副会長

【50音順・敬称略】

健康ちば21計画策定作業部会委員名簿

(平成25年3月現在)

氏名	役職名等
東 憲三	(公社)千葉県栄養士会 副会長
石丸 美奈	千葉大学看護学部(地域看護)准教授
磯野 宗徳	労働者健康福祉機構千葉産業保健推進センター 副所長
大塚 義明	野田市 保健福祉部保健センター センター長
○久保 秀一	保健所長会 会長
小柳 光廣	(社)千葉県労働者福祉協議会 常務理事
高橋 金雄	生活習慣病防止に取り組む市民と医療者の会 副理事長
高橋 秀典	千葉県PTA連絡協議会 会長
内藤 久士	順天堂大学スポーツ健康科学部(運動)教授
西牟田敏之	(社)千葉県医師会 理事
◎羽田 明	千葉大学大学院医学研究院(公衆衛生)教授
本澤葉留美	(社)千葉県薬剤師会 副会長
溝口万里子	(社)千葉県歯科医師会 理事
宮崎 重一	千葉県国民健康保険団体連合会 参事
柳堀 朗子	(公財)ちば県民保健予防財団 主席研究員
山木 まさ	(公社)千葉県看護協会 専務理事
渡邊 智子	県立保健医療大学(栄養)教授

◎ 座長 ○ 副座長

【50音順・敬称略】

◆健康ちば21計画策定作業部会開催状況◆

	開催日	開催時間	会場
1	平成24年8月30日(木)	14:30~16:30	千葉県教育会館 604 会議室
2	平成24年10月17日(水)	18:30~20:30	千葉県教育会館 203 会議室
3	平成24年11月21日(水)	14:30~16:30	千葉県教育会館 604 会議室

※いずれも一般傍聴可能な(公開)会議として開催

◆健康ちば地域・職域連携推進協議会開催状況◆

	開催日	開催時間	会場
1	平成24年6月8日(金)	10:00~11:30	千葉県教育会館 303 会議室
2	平成25年3月15日(金)	15:00~16:40	千葉県教育会館 303 会議室

※いずれも一般傍聴可能な(公開)会議として開催

健康ちば21（第2次）

平成25年3月策定

編集・発行 / 千葉県 健康福祉部 健康づくり支援課

電話043（223）2633

〒260-8667

千葉県千葉市中央区市場町1-1

県ホームページ

<http://www.pref.chiba.lg.jp/>



千葉県マスコットキャラクター
「チーバくん」