

第1章 基本方針

1 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

- 県では、県民の健康寿命^{※1}の延伸と健康格差の縮小による健康長寿社会の実現を目指した「健康みやざき行動計画 21 (第2次)」(平成 25 年度から令和 5 年度:11 年計画)を県民の健康づくりの基本指針として策定し、その推進に取り組んできました。令和 5 年度は、取組についての最終評価を行い、健康課題を明確にしました。
- 本県においては、疾病全体に占める悪性新生物(がん)や心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病^{※2}の割合は死亡原因の約 5 割となっており、国の統計によると、国民医療費に占める生活習慣病の割合が 21.6%となっています。
また、要支援者及び要介護者における介護が必要となった主な原因は、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が約 3 割、認知症や高齢による衰弱、骨折・転倒、関節疾患が約 5 割を占めています。
高齢化の進行により、生活習慣病の有病者及び要支援・要介護者は今後も増加が見込まれることから、生活習慣病の発症・重症化予防の対策は重要課題です。
- このような中、国において、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(令和 5 年厚生労働省告示第 207 号)に基づく、「21 世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本 21(第三次))」が示されました。
- 国の「健康日本 21 (第三次)」や本県の前計画の最終評価及び新たな健康課題等を踏まえ、県民の健康増進を推進するための方針として 12 年後の目標を掲げた「健康みやざき行動計画 21 (第3次)」を策定し、令和 6 年度より推進していきます。

※1 健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間の平均

※2 生活習慣病：食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。国際的には、COPD(慢性閉塞性肺疾患)を加えた、NCDs(非感染性疾患)として使用

2. 計画の位置付け

本計画は、健康増進法第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画であり、国の「健康日本21（第三次）」や本県の医療計画、医療費適正化計画、がん対策推進計画、循環器病対策推進計画、歯科保健推進計画、高齢者保健福祉計画、自殺対策行動計画等と整合を図り、これら各分野との連携により、県民の健康づくりを推進します。

また、各市町村において、地域の実情に応じた健康増進計画を策定する際の指針となります。

3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和17（2035）年度までの12年間とします。

4. 全体目標

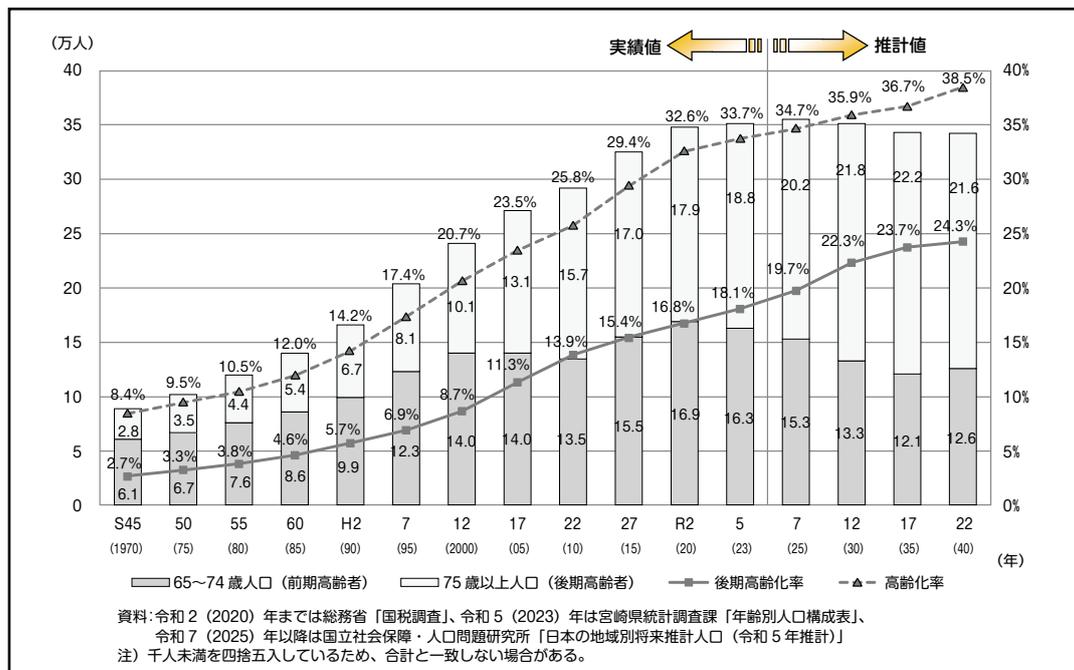
- 健康寿命の延伸
平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目指します。
- 健康格差の縮小
県内市町村における、健康寿命の格差の縮小を目指します。

2 本県における健康をとりまく状況

(1) 高齢化の進行

令和5年10月現在の本県の総人口に占める高齢化率は33.7%、後期高齢化率は18.1%となっており、今後も高く推移すると見込まれます。

高齢化率の推移（宮崎県）

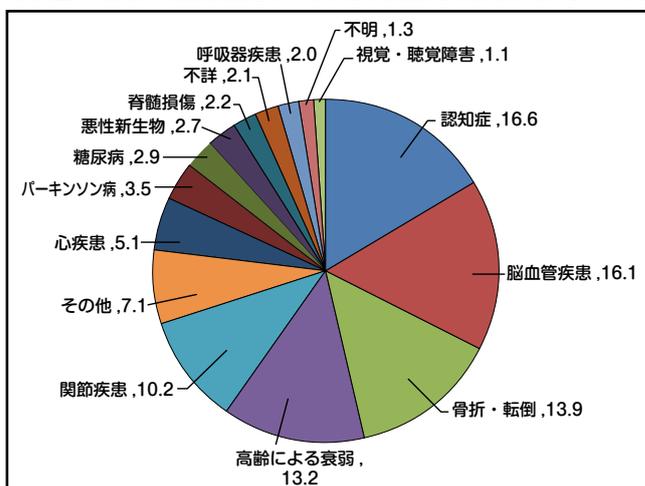


出典：宮崎県高齢者保健福祉計画

(2) 介護が必要になった主な疾患

健康寿命の延伸には、日常生活における自立期間を延ばす必要がありますが、我が国の要支援者及び要介護者における介護が必要となった主な原因としては、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が約3割、認知症や高齢による衰弱、骨折・転倒、関節疾患が約5割を占めています。

現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合（全国）



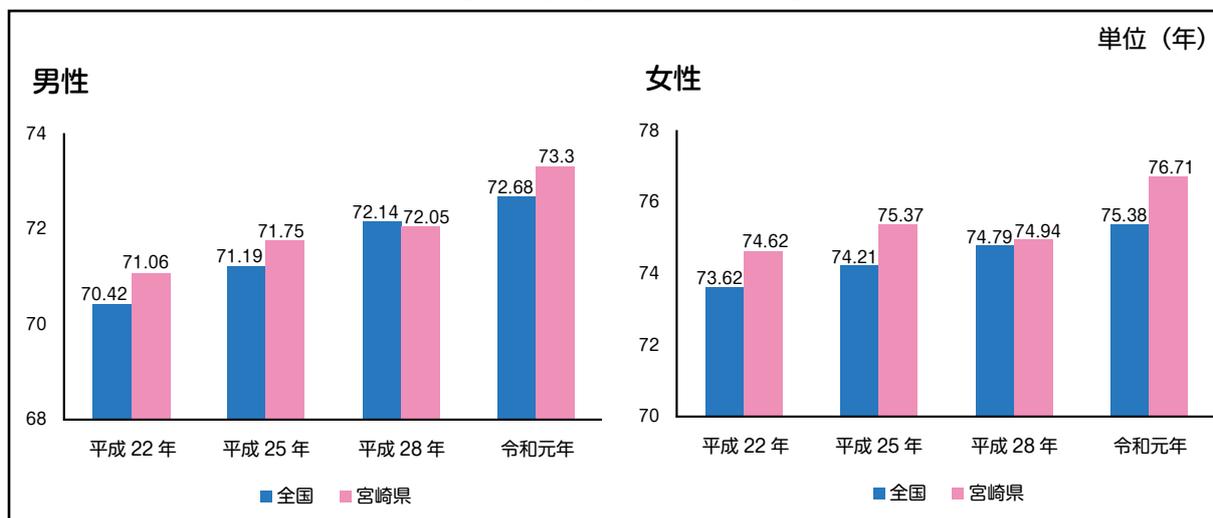
出典：令和4年国民生活基礎調査

(3) 平均寿命・健康寿命の状況

①健康寿命の推移

健康寿命は男女とも全国平均と同様に延伸傾向にあります。

健康寿命の推移（全国・宮崎県）

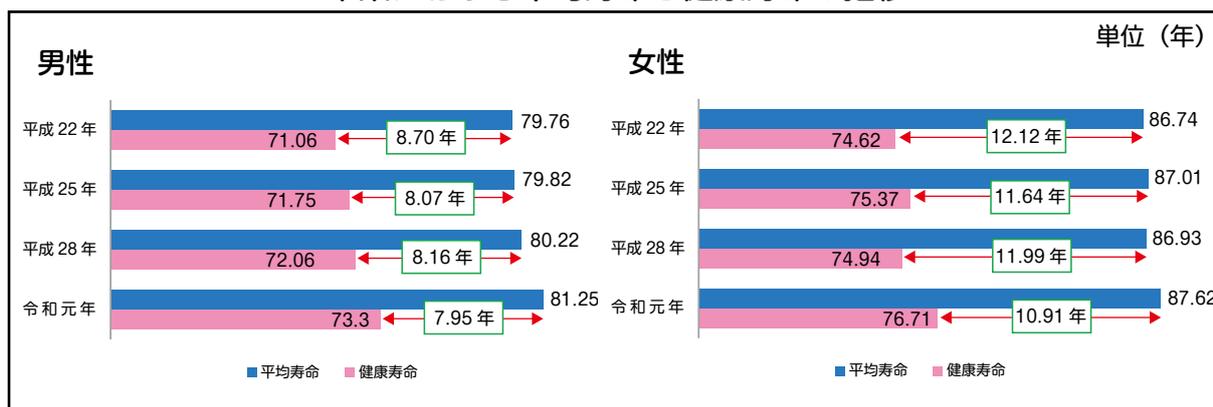


出典：厚生労働科学研究「日常生活に制限のない期間の平均」

②本県の平均寿命と健康寿命の推移

健康寿命については、平成22年と比較して、令和元年の数値は平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加がみられました。

本県における平均寿命と健康寿命の推移

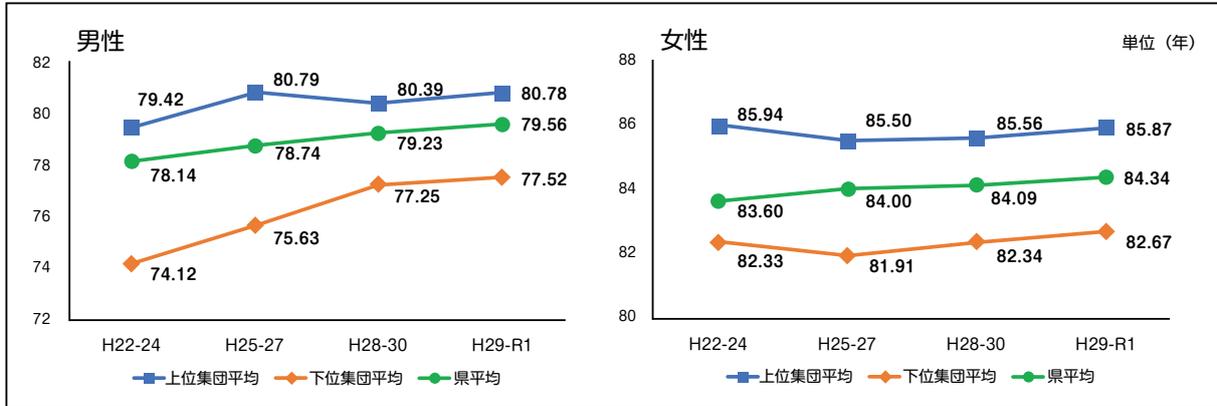


出典：平均寿命 平成 22 年完全生命表、平成 25 年・28 年・令和元年簡易生命表
健康寿命 厚生労働科学研究「日常生活に制限のない期間の平均」

③市町村別健康寿命（日常活動動作が自立している期間の平均）の推移

市町村別健康寿命の上位集団と下位集団の平均の推移をみると、男性の下位集団で伸びが大きくみられます。

市町村別健康寿命（日常活動動作が自立している期間の平均）



出典：宮崎県健康づくり推進センター データブックの数値を用いて図作成

※上位集団とは、市町村別健康寿命の上位4分の1（6市町村）、下位集団は市町村別健康寿命の下位4分の1（6市町村）のことをいう。

※市町村別健康寿命（日常活動動作が自立している期間の平均）は、人口規模が小さい市町村（人口12,000人未満）では、わずかな死亡数の違いで数値が大きく変動する可能性が高いことに留意する必要があります。

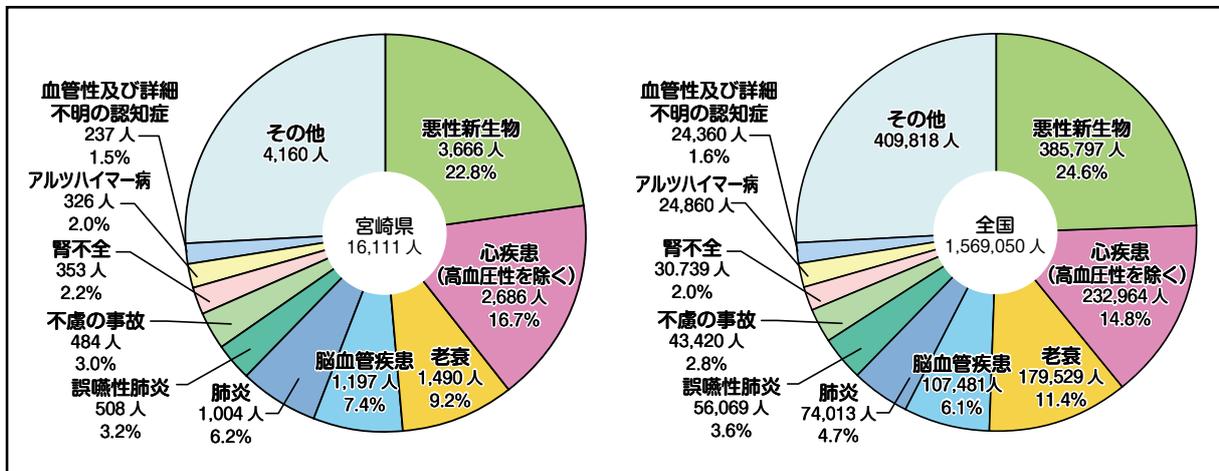
（4）生活習慣病について

生活習慣病によって介護が必要になる割合が多くを占めることから、健康寿命の延伸には生活習慣病対策が重要になります。

①生活習慣病の死因別割合

生活習慣病を原因とした死亡割合は、全国同様に全死因の約5割となります。

主要死因別死亡数・割合（全国・宮崎県）



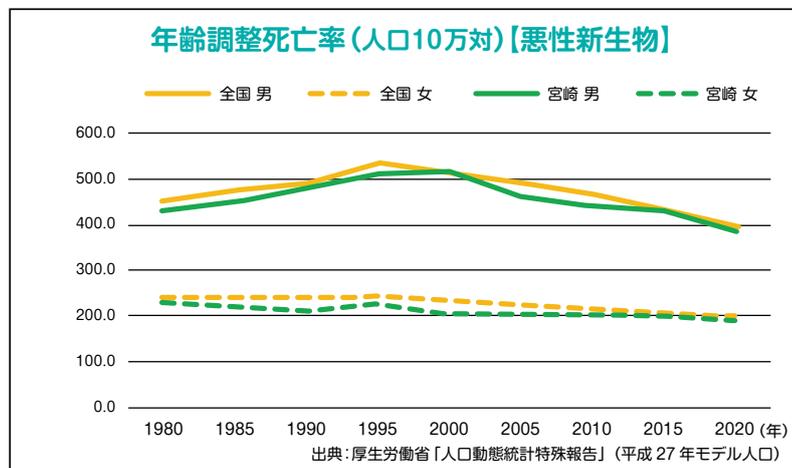
出典：厚生労働省 令和4年「人口動態統計」

②本県の主な生活習慣病の年齢調整死亡率※

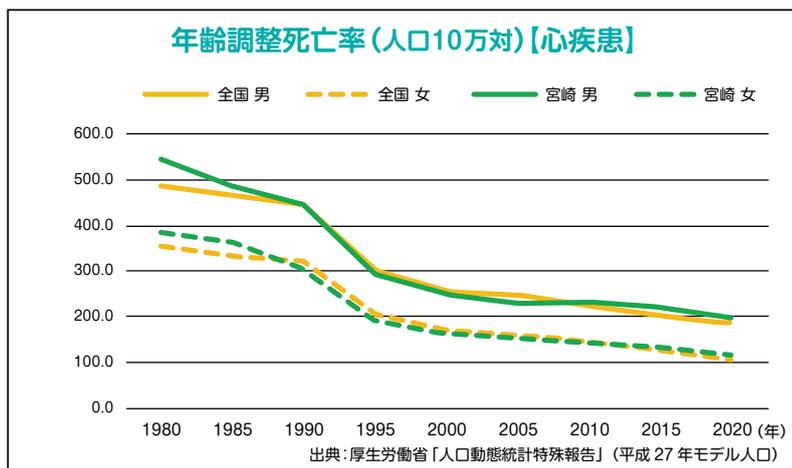
主な生活習慣病の年齢調整死亡率は減少傾向を示していますが、心疾患、脳血管疾患は男女とも全国値よりも高くなっています。

疾患別の年齢調整死亡率（全国・宮崎県）

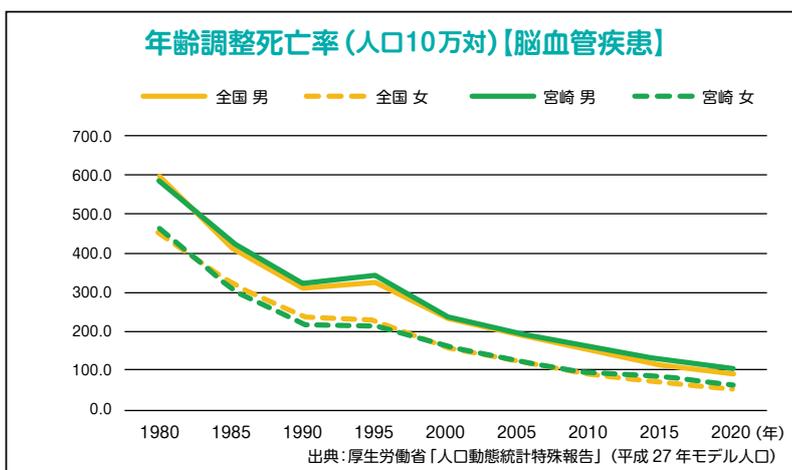
【悪性新生物】



【心疾患】



【脳血管疾患】



出典：厚生労働省「人口動態特殊報告」 宮崎県健康づくり推進センター

※ 年齢調整死亡率：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のこと。

③生活習慣病の受療率

本県では、受療率のうち生活習慣病が占める割合が入院においては疾病全体の23.6%、外来においては32.1%です。

入院・外来別生活習慣病に係る受療率（人口10万対）（全国・宮崎県）

疾病名	入院		外来	
	全国	宮崎県	全国	宮崎県
悪性新生物（がん）	89	118	144	165
糖尿病	12	20	170	200
高血圧性疾患	4	6	471	621
心疾患（高血圧性のものを除く）	46	52	103	116
虚血性心疾患	9	9	42	47
脳血管疾患	98	112	59	87
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	5	7	14	15
う蝕、歯肉炎及び歯周疾患、補てつ	0	0	827	750
上記以外	697	1,050	3,828	4,223
合計	960	1,374	5,658	6,224

出典：令和2年患者調査（厚生労働省）

3 健康みやざき行動計画 21(第3次)の方向性について

(1) 健康みやざき行動計画 21 (第2次) 最終評価

策定時の値と直近値を比較し、策定時からの目標の達成状況や関連する取組の状況を評価しました。必要なものについては、年齢調整^{※1}及び有意差検定^{※2}を実施しました。

評価区分は、次のとおりです。

- A 目標値に達した
- B 目標値に達していないが、改善傾向にある
- C 変わらない
- D 悪化している
- E 評価困難（評価項目の内容や把握方法が異なる、中間評価で追加したなど比較できない項目）

※ 令和4年度県民健康・栄養調査では、新型コロナウイルス感染症の拡大により、従来と調査方法が異なる部分があることから、過去のデータと単純比較することができない項目は、評価困難（E）としています（調査方法は、参考54頁参照）。
 なお、評価困難（E）のうち参考となるデータがある項目については、参考指標による評価を併せて行いました。

評価区分	項目数	構成比
A 目標値に達した	12	8.3%
B 目標値に達していないが、改善傾向にある	20	13.8%
C 変わらない	21	14.5%
D 悪化している	28	19.3%
E 評価困難	64	44.1%
合計	145	100%

※E 評価のうち、
 参考指標での評価
 A:9 B:13
 C:16 D:16

（再掲項目を含まない）

- 最終評価は評価困難（E）が最も多く、64項目（44.1%）でした。目標値に達した項目（A）は12項目（8.3%）、目標に達していないが改善傾向にある項目（B）は20項目（13.8%）、変化がなかった項目（C）は21項目（14.5%）、悪化した項目（D）は28項目（19.3%）でした。
- 全体目標である健康寿命の延伸は目標を達成しました。75歳未満のがんの年齢調整死亡率は改善傾向、脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率は目標を達成しましたが、BMI25以上の者の割合は男性で悪化、栄養・食生活、身体活動・運動等、生活習慣に関する評価項目は変わらない又は悪化が多くみられました（個別の評価は、参考56～62頁参照）。

※1 年齢調整：比較する集団で年齢構成の差による影響が生じないように調整したもの。

※2 有意差検定：第2次計画の評価結果(A～D)について、統計的に意味のある結果かどうかを判断するために行う統計的手法

(2) 健康みやざき行動計画 21（第3次）の方向性

健康みやざき行動計画 21（第2次）の最終評価と国の「健康日本 21（第三次）」を踏まえ、基本的な方向性を以下のとおりとします。

<基本的な方向性>

- ・ 個人の行動と健康状態の改善
- ・ 社会環境の質の向上
- ・ ライフコースアプローチ^{※1}を踏まえた健康づくり

○ 個人の行動と健康状態の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加えて、改善後の生活習慣の定着等による生活習慣病の発症予防及び重症化予防について、取組を進めます。

一方、生活習慣病に罹患しなくても、日常生活に支障を来す恐れもあることから、ロコモティブシンドローム^{※2}、やせ、こころの健康面の不調等も予防することが必要です。誰一人取り残さない健康づくりの観点から、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進します。

○ 社会環境の質の向上

個人の社会参加やこころの健康を守るための環境整備のほか、健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い層を含む幅広い対象に向けた取組を推進します。また、多様な主体が健康づくりに取り組むための支援や、様々な健康情報を入手しやすい環境づくり及び普及啓発を行います。

○ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

成長してからの健康状態に大きく影響を与えるこどもの健康づくり、青年期から高齢期に至るまでの健康を保持するための取組、ライフステージ毎に女性ホルモンの変化によって健康課題が変化する女性の健康づくりなど、関連する計画とも連携しながら取り組みます。

※1 ライフコースアプローチ：胎児期から高齢期に至るまで、人の一生を通じて継続した健康づくりを行うこと。

※2 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）：運動器の障がいのため、立ったり歩いたりするための身体能力（移動機能）が低下した状態のこと。