

健康みやざき行動計画 21（第3次）

（素案）

宮 崎 県

はじめに

令和6年3月

宮崎県知事 河野 俊嗣

目次

第1章 基本方針

1	計画策定にあたって	1
(1)	計画策定の趣旨	1
(2)	計画の位置付け	2
(3)	計画の期間	2
(4)	全体目標	2
2	本県における健康をとりまく状況	3
(1)	高齢化の進行	3
(2)	介護が必要になった主な疾患	3
(3)	平均寿命・健康寿命の状況	4
(4)	生活習慣病について	5
3	健康みやざき行動計画21（第3次）の方向性について	8
(1)	健康みやざき行動計画21（第2次）最終評価	8
(2)	健康みやざき行動計画21（第3次）の方向性	9

第2章 目標の設定と施策の方向性

1	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	10
2	個人の行動と健康状態の改善	11
(1)	生活習慣の改善	11
①	栄養・食生活	11
②	身体活動・運動	15
③	休養・睡眠	17
④	飲酒	19
⑤	喫煙	21
⑥	歯・口腔の健康	23
(2)	生活習慣病の発症予防・重症化予防	25
①	がん	25
②	循環器病	27
③	糖尿病	29
④	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	31
(3)	生活機能の維持・向上	32
3	社会環境の質の向上	34
(1)	社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	34
(2)	自然に健康になれる環境づくり	36
(3)	誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備	38
4	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	40
(1)	こども	40

(2) 高齢者	.....	43
(3) 女性	.....	44
第3章 計画の推進体制		
1 県の推進体制	.....	45
2 市町村健康増進計画の技術的支援等	.....	45
3 推進団体等と連携した取組	.....	45
4 人材の育成等	.....	46
出典一覧	.....	48
参考	.....	49
宮崎県健康づくり推進協議会委員等	.....	61
問合せ先	.....	63

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22.1%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、「二十一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3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」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

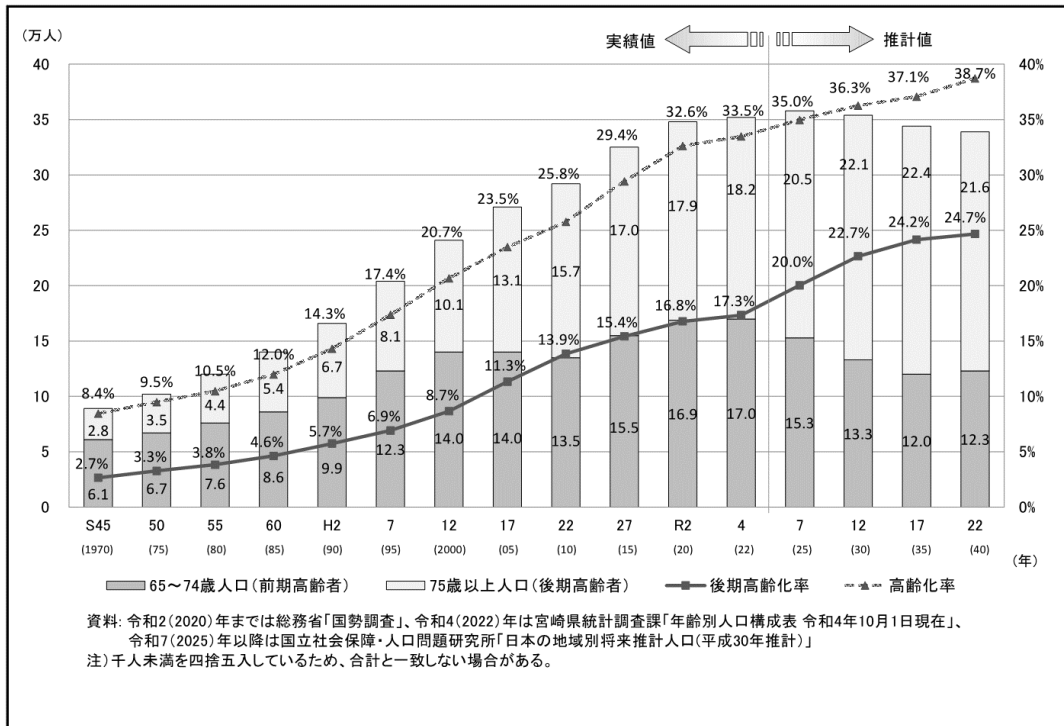
県内市町村における、健康寿命の格差の縮小を目指します。

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4年10月現在の本県の総人口に占める高齢化率は33.5%、後期高齢化率は17.3%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)

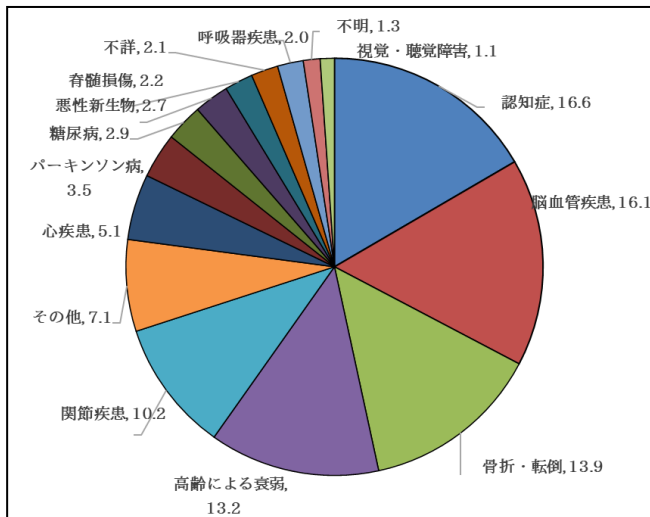


出典：宮崎県高齢者保健福祉計画

(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)



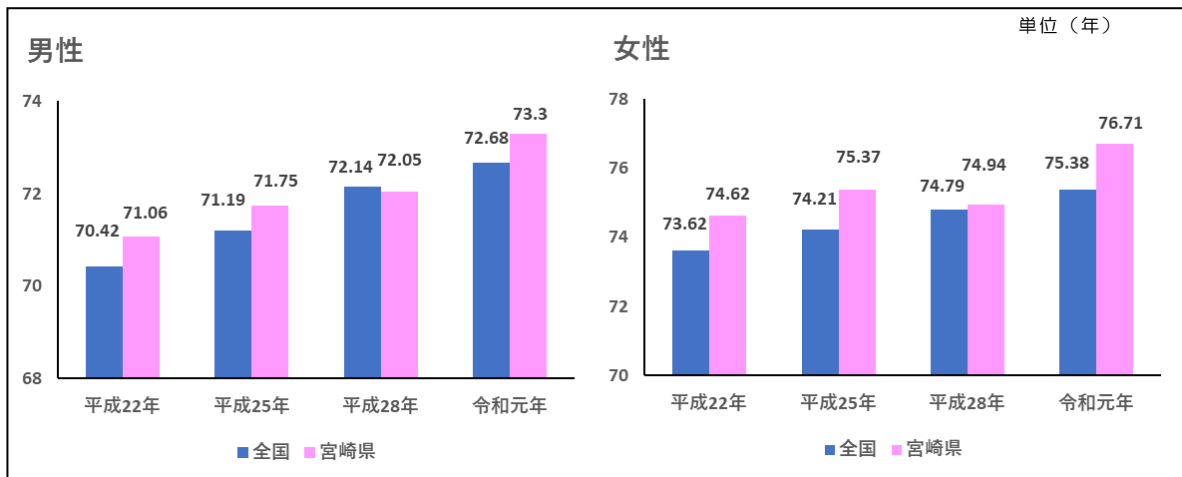
出典：令和4年国民生活基礎調査

(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）

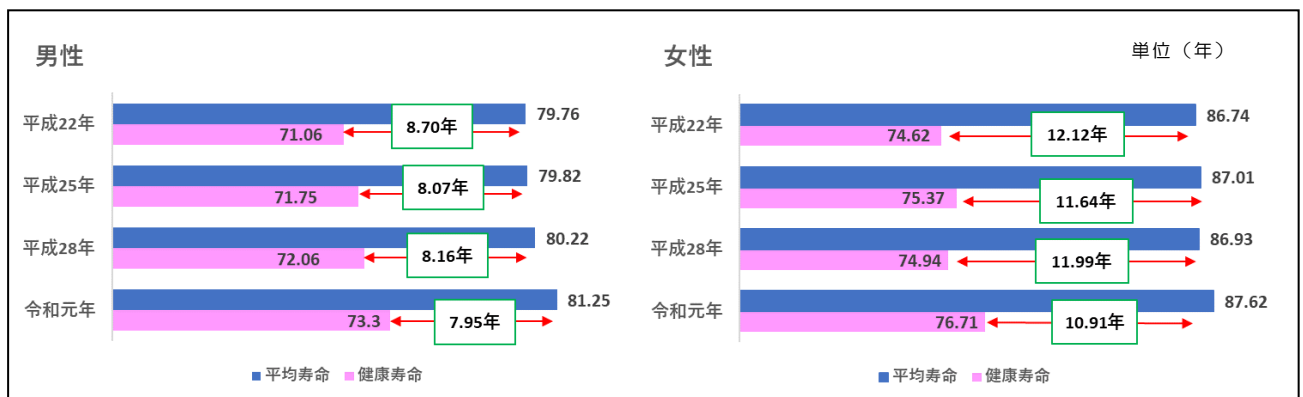


出典：厚生労働科学研究「日常生活に制限のない期間の平均」

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。

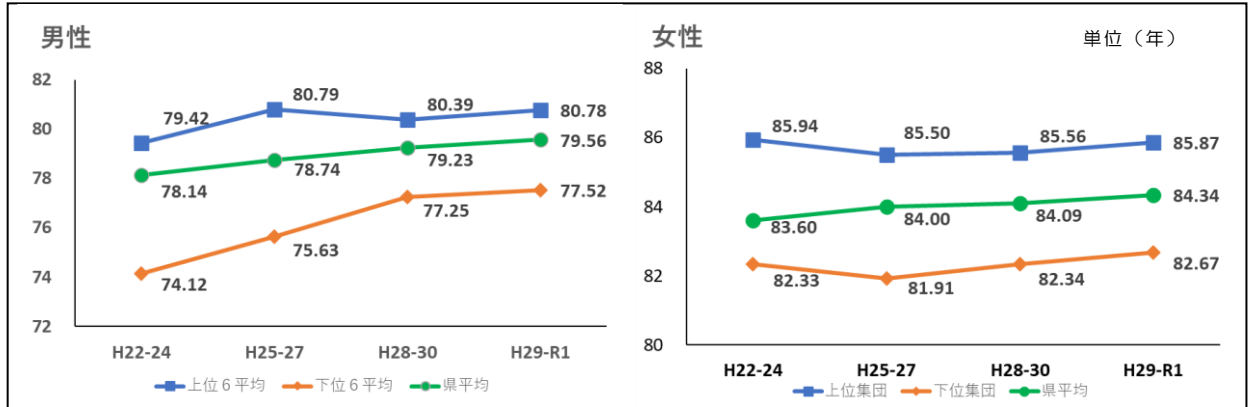
本県における平均寿命と健康寿命の推移



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、男性では下位集団の伸びが大きく、女性では比較的緩やかに推移しています。

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る。

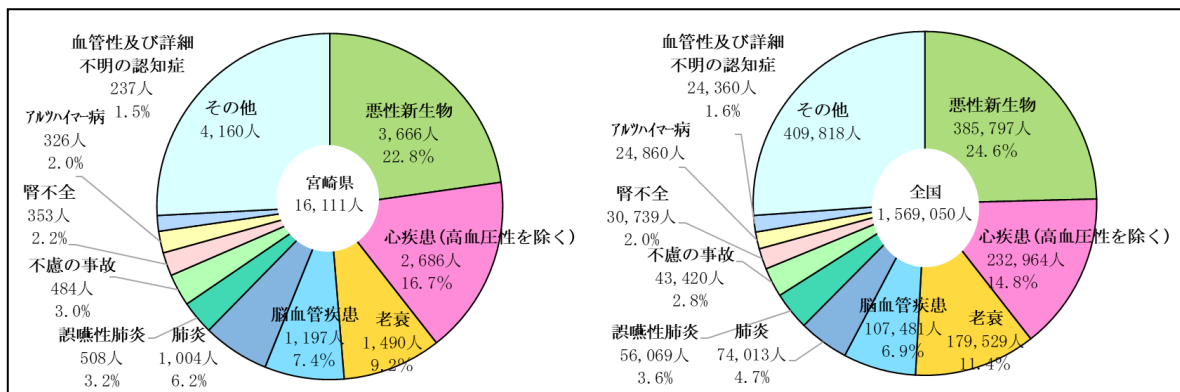
(4) 生活習慣病について

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※

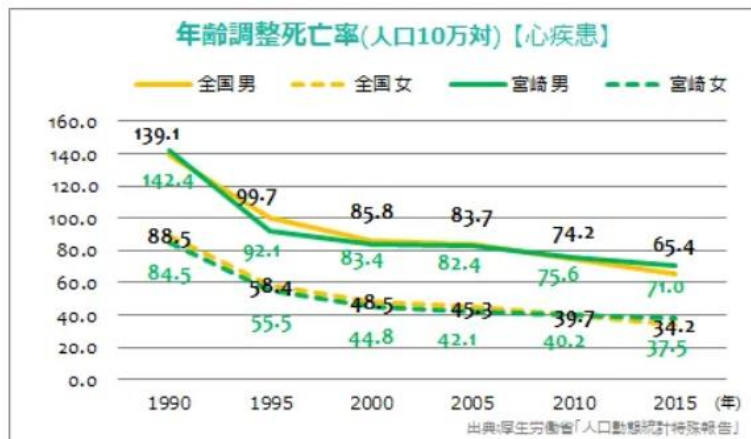
3大生活習慣病の年齢調整死亡率は減少傾向を示していますが、心疾患、脳血管疾患は男女とも全国値よりも高くなっています。

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。国等の最新のデータ公表を受けて、計画の数値等の変更の可能性があります。

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	27.4% 9	23.6% 9	32.3% 42	32.1% 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
『悪性新生物（がん）』から『う蝕～、補てつ』までの合計	263	324	1,830	2,001
合計に占める割合	27.4%	23.6%	32.3%	32.1%

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。

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	19	13.1%
C 変わらない	20	13.8%
D 悪化している	30	20.7%
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:3 B:12
C:16 D:15

（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19項目（13.1%）、変化がなかった項目（C）は20項目（13.8%）、悪化した項目（D）は30項目（20.7%）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。個別の評価につきましては、参考（53～59頁）をご覧ください。

※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3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）：運動器の障害のため、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。

第2章

目標の設定と施策の方向性

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小（全体目標）

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)
項目	日常生活に制限のない期間の平均
現状	男性 73.30 年、女性 76.71 年（令和元（2019）年）※1

- 平均寿命と健康寿命との差は、「日常生活に制限のある期間」となります。平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことによって、この期間を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、社会保障負担の軽減も期待できることから、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標とします。
- 目標項目は、国が国民生活基礎調査等のデータを用いて算出し、都道府県毎に公表される「日常生活に制限のない期間の平均」です（市町村毎の健康寿命は出されていません）。

目標	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)
項目	県内市町村の日常生活動作が自立している期間の平均
現状	男性 79.56 年、女性 84.34 年 (平成 29 年～令和元年の 3 年平均(県平均)) ※2

- 直近の値である日常生活動作が自立している期間の平均(平成 29 年～令和元年の 3 年平均(県平均))を基準とし、これを上回る市町村数の増加を目標とします。
- 目標項目は、市町村介護保険事業状況報告等のデータを用いて算出する「日常生活動作が自立している期間の平均」です。

※1 出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

※2 出典：宮崎県健康づくり推進センターデータブック 公表データから算出

2 個人の行動と健康状態の改善

(1) 生活習慣の改善

① 栄養・食生活

<現状・課題>

- 20～60 歳代の男性肥満者（BMI 25 以上）の割合は 38.5%と増加しており、全国平均(35.1%)よりも高い傾向であることから、食事のバランスや摂り方を見直す必要があります。
- 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合は17.8%と増加しており、全国平均(16.8%)よりも高い傾向であることから、フレイル（虚弱）予防の観点から、適切な食事摂取につなげるための取組が必要です。
- 肥満傾向^{*1}にある児童の割合（小学5年生）^{*2}は、男子16.46%、女子9.35%と、全国平均（男子12.58%、女子9.26%）と比較して高い状況であることから、適正体重の維持に対する取組が必要です。
- 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合は約6割で、全国平均(40.6%^{*3})よりも高い傾向です。
- 20～40歳代で朝食を毎日食べている者の割合は6～7割程度となっています。
- 朝食を毎日食べるこどもの割合は減少していますが、小学5年生、中学2年生で全国と比較すると、全国平均(小学5年生：男子82.3%、女子81.1% 中学2年生：男子80.1%、女子73.6%^{*4})より多い傾向がみられます。
- 野菜の平均摂取量は236gと、1日に必要とされる350gに達しておらず、全国平均(281g)よりも低い傾向です。また、野菜摂取量が少ない者の割合は82.3%となっています。
- 果物の平均摂取量は120gと、目標の200gに届いていませんが、全国平均(99g)よりは高い傾向です。
- 食塩平均摂取量は男女とも日本人の食事摂取基準の目標量(男性7.5g、女性6.5g)及び全国平均(男性10.9g、女性9.3g)を超えている状況です。
- 小児期全体で、平均野菜摂取量が目標に達しておらず、平均食塩摂取量は目標量より多い状況であることから、食事摂取に対する適正化に向けた取組が必要です。

※1 学校保健統計調査による数値。軽度・中等度・高度肥満の合計

※2 令和3年度学校保健統計調査

※3 令和4年度食育に関する意識調査

※4 令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査報告書

<目標項目と策定時値及び目標値>

※策定時値は現時点での直近値です。

目標項目	策定時値	目標値
適正体重を維持している者の割合	男性 51.6%	66%
	女性 47.8%	
20～60 歳代男性の肥満者(BMI25.0 以上)の割合	38.5%	30%未満
40～60 歳代女性の肥満者(BMI25.0 以上)の割合	24.6%	15%未満
20～30 歳代女性のやせの者(BMI18.5 未満)の割合	13.7%	13%未満
低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者(65 歳以上)の割合	17.8%	13%未満
肥満傾向にある児童の割合(小学5年生)	男子 16.46%	策定時値を下回る
	女子 9.35%	策定時値を下回る
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	60.8%	70%
朝食を毎日食べている者の割合(20,30,40 歳代)	20 歳代 62.7%	85%
	30 歳代 67.7%	
	40 歳代 67.3%	
朝食を毎日食べるこどもの割合 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3 歳児 95.0%	100%
	就学前児 96.5%	
	小5 89.1%	
	中2 86.9%	
	高2 84.0%	
野菜摂取量の平均値(成人)	236g	350g
野菜摂取量の平均値 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3 歳児 121g	240g
	就学前児 114g	240g

目標項目	策定時値	目標値
野菜摂取量の平均値 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	小5 191g	350g
	中2 200g	
	高2 214g	
野菜の摂取量が少ない者(350g未満の者)の割合	82.3%	45%
緑黄色野菜の摂取量が少ない者(1日摂取量が120g以下の者)の割合	73.8%	40%
野菜を多く摂取するよう意識している者の割合	76%	90%
果物摂取量の平均値	120g	200g
食塩摂取量の平均値	男性 11.7g	7.5g
食塩摂取量の平均値	女性 9.4g	6.5g
食塩摂取量の平均値(男女合計)	10.5g	7g
食塩摂取量の平均値 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3歳児 9.2g	3.5g 未満
	就学前児 9.2g	4.5g 未満
	小5 11.3g	6.0g 未満
	中2 男子 12.1g	7.0g 未満
	中2 女子 10.7g	6.5g 未満
	高2 男子 12.2g	7.5g 未満
	高2 女子 10.5g	6.5g 未満

<施策の方向>

○ バランスのよい食事の普及啓発

肥満は生活習慣病との関連があり、若年女性のやせは骨量減少や、低出生体重児出産のリスクが高まります。また、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなることが報告されています。これらのことから、適正体重を維持している者を増加させるため、ライフステージの特徴に応じたバランスのよい食事の普及啓発や食環境づくりを推進します。

また、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上摂っている場合、それ以下の場合と比較して、栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正になることが報告されていることから、生活習慣病の一次予防、朝食を食べる人の割合増加につなげるため、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を摂るための普及啓発や食環境づくりもあわせて行います。

○ 野菜、果物の摂取量を増やす取組の推進

食物繊維やカリウムは、野菜からの摂取寄与度*が高いことや、野菜及び果物の摂取量を増やすことで循環器病死亡率が低下することが認められています。野菜及び果物の摂取量を増やして目標に近づけることで、望ましい食生活の定着が図られるよう普及啓発を行うとともに、引き続き、ベジ活（野菜を積極的に食べる活動）の推進を行います。また、果物摂取量については、2型糖尿病など一部の疾患のある者について、果物の過剰摂取が疾患管理において影響を与えうることに留意しながら、果物の摂取量を増やすための普及啓発を行います。

○ 適塩を促す取組の推進

食塩摂取量を適正にすることは、血圧の低下による循環器病発症リスクの低減につながることから、個人の行動と健康状態の改善を促すための正しい情報発信や、保健指導従事者の資質向上を図ります。また、食品中に含まれる塩分量や適塩の工夫等の情報を分かりやすく提供する、食品の栄養成分表示の活用など、適塩に取り組みやすい普及啓発を行います。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県食育・地産地消推進計画」等と連携して行います。

* 摂取寄与度：ある栄養素の摂取について、食品分類別で摂取割合を示したもの。

② 身体活動・運動

＜現状・課題＞

- 1日の歩数は、男女とも全世代で減少しています。特に20～64歳では、約10年間で約1,500歩減少しており、全国平均(20～64歳：男性7,864歩、女性6,685歩 65歳以上：男性5,396歩、女性4,656歩)より低い傾向です。
- 週に1回以上運動している者の割合(定期的・計画的な運動)は、20～64歳の男性(43.1%)、65歳以上の女性(60.5%)で減少しましたが、健康や楽しみのために運動・スポーツを週1回以上行っている者の割合は増加しました。
- 1週間の総運動時間が60分未満の児童の割合(小学5年生)については男女とも増加傾向であり、全国平均(男子8.8%、女子14.6%^{*1})と比較して男子は多いことから、取組が必要です。

＜目標項目と策定時値及び目標値＞

目標項目	策定時値	目標値
1日の歩数の平均値 20～64歳	男性 6,240歩	9,000歩
	女性 5,410歩	8,500歩
1日の歩数の平均値 65歳以上	男性 4,868歩	6,000歩
	女性 4,377歩	6,000歩
週に1回以上運動している者の割合(計画的・定期的) 20～64歳	男性 43.1%	66%
	女性 42.6%	61%
週に1回以上運動している者の割合(計画的・定期的) 65歳以上	男性 63%	76%
	女性 60.5%	81%
健康や楽しみのために、運動・スポーツを週1回以上行っている者の割合(体操、ウォーキング、散歩、ぶらぶら歩き、一駅歩き等を含む)	50.6%	60%
1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合 小学5年生	男子 9.6%	4.8%(R10)
	女子 14.1%	7.1%(R10)

＜施策の方向＞

○ 身体活動の増加と運動習慣の定着

運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されています。日常生活の中でこまめに身体を動かすことや、ナッジ^{※2}理論を活用した健康無関心層も運動に取り組みやすい環境整備を推進し、健康づくりのための運動習慣の定着を図ります。

○ ライフステージに応じた取組

ライフステージを通じた運動習慣の定着のために、こどもの運動時間の増加に向けた情報発信や取組を推進します。働く世代に対する運動の普及啓発については、健康経営^{※3}の観点からの取組も行います。高齢者に対しては、ロコモティブシンドローム予防の観点からの取組や普及啓発を行います。

○ 人材育成

運動指導を正しく行える健康運動指導士、健康運動実践指導者等の専門家の育成及び活用を図るほか、ロコモティブシンドロームの予防に関する知識やトレーニング等を習得し、地域で普及啓発を行う者の養成及び活用を促進します。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県スポーツ推進計画」等と連携して行います。

※1 令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査報告書

※2 ナッジ：「ひじで軽く突く」という意味。行動経済学上、対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する方法。

※3 健康経営：従業員等の健康保持・増進の取組が将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実施する取組。

③ 休養・睡眠

<現状・課題>

- 睡眠不足により休養がとれていない者の割合の増加や、趣味やスポーツなどの積極的休養をとる者の割合の減少がみられました。
- 睡眠で休養が取れている者の割合は、20歳～59歳では全国平均（70.4%）よりも高く、60歳以上では全国平均（86.8%）よりも低い傾向です。
- 睡眠時間が十分確保できている者の割合は、20～59歳では全国平均（53.2%）よりも高く、60歳以上では全国平均（55.8%）よりも低い傾向であることから、適切な睡眠時間の確保への取組が必要です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
睡眠で休養がとれている者の割合 20歳～59歳	73.4%	75%
睡眠で休養がとれている者の割合 60歳以上	81.6%	90%
睡眠時間が6～9時間の者の割合(20～59歳) ^{※1}	62.1%	66.6%
睡眠時間が6～8時間の者の割合(60歳以上) ^{※1}	54.9%	60%
趣味やスポーツなどの積極的休養をとっている者の割合	58.0%	80%

<施策の方向>

○ 適切な睡眠時間の推進

「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価は、高血圧、糖尿病、心疾患、うつ病等との関連性が認められています。

睡眠休養感^{※2}を高める取組について、健康づくりのための睡眠指針を参考に、県民への普及啓発を行います。

○ 積極的休養の普及

働く世代では、趣味やスポーツなどの積極的休養と労働環境・労働時間等が密接に関係することから、事業所や保険者が行う従業員の健康づくりへの取組を健康経営等の視点から支援します。

-
- ※1 健康日本 21（第三次）における睡眠時間の指標は、年齢相応の生理的な睡眠必要量や短時間睡眠の是正、長すぎる睡眠の健康阻害等を勘案し、20-59 歳では 6 時間以上 9 時間未満、60 歳以上では、6 時間以上 8 時間未満を十分な睡眠時間と設定している。
- ※2 睡眠休養感：夜間の睡眠により休めた主観に基づく睡眠の質の指標であり、生理的な睡眠充足度を反映すると言われている。

④ 飲酒

＜現状・課題＞

- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合は、女性で増加しており、男女とも全国平均（男性14.9%、女性9.1%）よりも高い傾向であることから、より一層の適正飲酒についての取組が必要です。
- 20歳未満の者の飲酒を許すべきではないと考える者の割合は低下しています。
- 妊婦の飲酒率は0.6%と、全国平均（0.9%*）よりも少し低い状況です。

＜目標項目と策定時値及び目標値＞

目標項目	策定時値	目標値
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 （1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、 女性20g以上の割合）	男性 20.1%	16%
	女性 12.5%	5.2%
20歳未満の飲酒を「許すべきではない」と考える者の割合	71.9%	100%
妊婦の飲酒率	0.6%	0%

純アルコール量 20g に相当する酒類の量

お酒の種類	ビール	焼酎（20度）	清酒	ワイン	ウイスキー・ ブランデー
純アルコール量 (目安)	中瓶1本 500ml	1合 180ml	1合 180ml	1杯 120ml	ダブル 60ml
	20g	29g	22g	12g	20g
純アルコール量 20gに相当する 酒類の量	中瓶1本 500ml	6：4のとき コップ約1杯 200ml	1合 180ml	ワイングラス 約2杯 200ml	ダブル 60ml

＜施策の方向＞

○ 飲酒についての正しい知識の普及

生活習慣病のリスクを高める量の飲酒については、脳梗塞及び虚血性心疾患との関連が報告されています。アルコールが健康に及ぼす影響や適正飲酒について、広く周知を図るとともに、保健指導実施者の資質向上を図ります。

○ 20歳未満の飲酒防止

20歳未満の飲酒は、身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げることなどアルコールの影響を受けやすく医学的に好ましくないとされ、法律上禁止されています。県民全てが20歳未満の者の飲酒を許すべきではないと認識するよう啓発を進めるとともに、学校や地域社会における20歳未満の飲酒防止の教育を積極的に推進します。

○ 妊婦の飲酒防止

妊娠中の飲酒は、胎児・乳児の低体重、脳障害等を引き起こす可能性があるため、母子健康手帳の配布時等に適切な情報提供を行います。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県アルコール健康障がい対策推進計画」と連携して行います。

※ 令和3年度母子保健事業の実施状況等調査（乳幼児健康診査回答状況）

⑤ 喫煙

<現状・課題>

- 喫煙率は男性で減少傾向がみられます。女性は男性に比べて低いものの、一定割合で推移しています。全国平均(男性 27.1%、女性 7.6%)よりも低い状況です。
- 20歳未満の者の喫煙を「許すべきではない」と考える者の割合は低下していることから、20歳未満の者の喫煙防止についての積極的な取組が必要です。
- 妊婦の喫煙率は 1.6%で、全国平均(1.9%^{※1})よりも少し低い状況です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
喫煙率	男性 24.0%	20%
	女性 3.7%	2.7%
20歳未満の者の喫煙を「許すべきではない」と考える者の割合	77.8%	100%
妊婦の喫煙率	1.6%	0%

<施策の方向>

○ 喫煙者に対する普及啓発

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策です。喫煙による健康被害について周知するとともに、喫煙をやめたいと考えている人に対し、個人に応じた禁煙支援及び禁煙外来等に関する情報提供を積極的に行い、保健指導実施者の資質向上を図ります。

また、副流煙^{※2}などによる他者への影響を周知し、望まない受動喫煙^{※3}の防止に努めます。

○ 20歳未満の喫煙防止

20歳未満の者の喫煙は法律上禁止されています。また、20歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、成人期を通して喫煙継続につながりやすくなります。県民全てが20歳未満の者の喫煙を「許すべきではない」と認識するよう

啓発を進めるとともに、学校や地域社会における20歳未満の者の喫煙防止の教育を積極的に推進します。

○ 妊婦の喫煙防止

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があることから、母子健康手帳の配布時等に適切な情報提供を行います。

※1 令和3年度母子保健事業の実施状況等調査（乳幼児健康診査回答状況）

※2 副流煙：たばこを吸う際に発生する煙のうち、たばこの先端の燃焼部分から立ち上る煙。

※3 受動喫煙：副流煙と呼出煙とが拡散して混ざった煙を吸うこと。

⑥ 歯・口腔の健康

<現状・課題>

- 12 歳児の一人平均むし歯数^{*1} は減少していますが、全国(0.6 本^{*2})と比較して高い状況です。
- 進行した歯周炎^{*3} を持つ者の割合は、25～34 歳で 52.7%、35～44 歳で 72.4%、45～54 歳で 74.8%と高い状況です。
- 50 歳以上における咀嚼良好者(よく噛んで食べることができる者)の割合は、7 割を超えています。
- 過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合(定期的に歯科健診に行っている者の割合)は増加しており、全国平均(58.0%^{*4})に近づいています。
- 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合は 64.4%と、全国平均(74.4%^{*5})よりも低い状況です。
- 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合は 42.2%と、全国平均(51.6%^{*4})よりも低い状況です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値		目標値
12 歳児の一人平均むし歯数	0.76 本		0.6 本
進行した歯周炎を持つ者の割合	25-34 歳	52.7%	40%
	35-44 歳	72.4%	50%
	45-54 歳	74.8%	50%
50 歳以上における咀嚼良好者の割合(50～74 歳) (よく噛んで食べることができる者の割合)	77.5%		85%
過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合 (定期的に歯科健診に行っている者の割合)	51.1%		65%
60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合	64.4%		70%
80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合	42.2%		60%

<施策の方向>

○ 歯科疾患の予防

むし歯や歯周病は、歯の喪失の主な原因であるとともに、糖尿病や循環器病等の全身疾患との関係も指摘されています。

生涯を通じて健康な歯・口腔を保つため、フッ化物を応用したむし歯予防、

定期的な歯科健診、歯・口腔の健康に関する正しい知識の普及啓発を図るなど、歯科口腔保健の推進に取り組みます。

○ 定期的な歯科健診の推進

定期的な歯科健診受診による継続的な口腔管理は、歯の喪失予防など歯・口腔の健康状態に大きく貢献します。市町村や事業所、保険者が行う歯科健診を推進するとともに、歯・口腔の健康と全身の健康との関係など正しい知識の普及啓発を行い、かかりつけ歯科医での定期的な歯科健診受診を推進します。

○ 口腔機能の維持・向上

口腔機能の低下（オーラルフレイル^{※6}）は、心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態（フレイル）の前段階と言われており、要介護状態となるリスクが高まると言われています。

食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上等のためにも、口腔機能の維持・向上のために必要な知識や誤嚥性肺炎を予防するための口腔ケアの重要性について、多職種との連携を通じて普及啓発を行い、オーラルフレイル対策に取り組みます。

○ 歯科保健に関する正しい知識の普及啓発

県民に対して、歯科保健に関する正しい情報を提供し、県民が生涯にわたって歯科疾患の予防に向けた適切な歯科保健行動をとれるよう働きかけます。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県歯科保健推進計画」と連携して行います。

※1 一人平均むし歯数：永久歯の一人あたりの未治療のむし歯、むし歯により失った歯、治療済みのむし歯の本数の合計(DMF 歯数)をいう。

※2 令和3年度学校保健統計調査

※3 進行した歯周炎：4mm以上の深い歯周ポケットのあるものをいう。

※4 令和4年歯科疾患実態調査

※5 平成28年歯科疾患実態調査

※6 オーラルフレイル：口腔機能の低下により、食べる機能への障がいや、心身の機能低下に繋がる状態のこと。

(2) 生活習慣病の発症予防・重症化予防

生活習慣病は、喫煙、飲酒、身体活動・運動、適正体重、食生活、睡眠等を適切に保つことで、発症リスクが低下することから、生活習慣病の発症予防・重症化予防においては、個人の行動が健康状態の改善に大きく影響します。

生活習慣病の発症予防・重症化予防分野の目標項目は、危険因子（基礎的病態）等を低減する視点で、目標項目を設定します。

① がん

<現状・課題>

- 75歳未満におけるがんの年齢調整死亡率は、全国と比較して高い状況であることから、がんの予防及びがんの早期発見の取組を推進する必要があります。
- がん検診受診率は全体的に増加傾向にありますが、男性の胃がん及び肺がん以外は、50%に満たない状況です。全国平均と比較すると、胃がん（女性 43.5%）、大腸がん（男性 49.1%、女性 42.8%）、子宮頸がん（43.6%）及び乳がん（47.4%）で全国平均よりも低い状況です。
- がん精密検査受診者の割合は、肺がん、子宮頸がん及び乳がんでは減少しています。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
がんの年齢調整罹患率(人口10万人当たり)	356.0	全国平均を下回る*
75歳未満におけるがんの年齢調整死亡率(人口10万人当たり)	73.0	全国平均を下回る
がん検診受診者の割合		
胃がん	男性 56.5% 女性 42.3%	60%
肺がん	男性 54.5% 女性 48.0%	
大腸がん	男性 49.0% 女性 40.4%	
子宮頸がん	42.7%	
乳がん	46.2%	

目標項目	策定時値	目標値
がん精密検査受診者の割合		
胃がん	89.5%	100%
肺がん	79.7%	
大腸がん	76.5%	
子宮頸がん	73.4%	
乳がん	73.9%	

※がんの年齢調整罹患率は、25の部位別に公表されており、直近（2019年）では9の部位で全国平均を上回っているため、すべてのがん種別年齢調整罹患率において、全国平均を下回ることを目標とする。

<施策の方向>

○ 発症予防のための環境整備

栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒に対して、正しい情報提供や県民が予防に取り組みやすい普及啓発や支援を行います。

また、発症予防に効果のあるワクチン接種の普及啓発や接種率向上等の取組を進めます。

○ がん検診の受診率及び精密検査受診率の向上並びに検診体制の整備

科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんによる死亡率を減少させるために必要不可欠です。科学的根拠に基づく各種がん検診の実施、地域の特性や受診対象者の特性に対応し、ナッジ理論等も活用した受診勧奨など、がん検診体制の構築に努めます。

また、市町村が実施するがん検診の精度管理のため、宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会の一層の活用を図るとともに、市町村や検診機関への助言・指導に努めます。

さらに、がん検診の受診率向上に向けた啓発活動や県内企業と連携した「がん検診受診率向上プロジェクト」を積極的に推進し、県民の意識向上に努めます。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県がん対策推進計画」と連携して行います。

② 循環器病

＜現状・課題＞

- 循環器病の年齢調整死亡率は、男性・女性ともに改善されています。
- 高血圧有病者の割合は、男性 50.4%、女性 38.7%にみられることから、高血圧の改善への取組が必要です。
- LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合は改善傾向がみられます。全国平均(男性 9.1%、女性 12.3%)よりも、男性は多い傾向です。
- メタボリックシンドローム予備群の割合は男性 24.3%、女性 8.4%で、該当者の割合は男性 18.8%、女性 7.9%にみられます。男性のメタボリックシンドローム予備群の割合は変化がみられませんが、女性の予備群及び該当者(男女)の割合は改善傾向がみられます。
- 特定健康診査の実施率は増加傾向ですが、全国平均(56.5%)よりも低い状況です。特定保健指導の実施率は変化がみられませんでした。全国平均(24.6%)よりも高い状況です。

＜目標項目と策定時値及び目標値＞

目標項目	策定時値	目標値
脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万人当たり)		
脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 42.2	全国平均以下
	女性 26.3	
心疾患による年齢調整死亡率	男性 71.0	
	女性 37.5	
高血圧有病者の割合 40-74 歳(収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上、または血圧を下げる薬を服用している者の割合)	男性 50.4% 女性 38.7%	策定時値を下回る
LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合(40 歳以上、内服加療中の者を含む。)	男性 9.3%	男性 7.0% 女性 8.0%
	女性 10.7%	
メタボリックシンドローム該当者数及び予備群の減少率(2008 年度比)	16.48%	25%
メタボリックシンドローム予備群の割合 40-74 歳	男性 24.3%	策定時値を下回る
	女性 8.4%	

目標項目	策定時値	目標値
メタボリックシンドローム該当者の割合 40-74 歳	男性 18.8%	策定時値を下回る
	女性 7.9%	
特定健康診査の実施率	51.5%	70%
特定保健指導の実施率	26.5%	45%

＜施策の方向＞

○ 発症予防のための環境整備

栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒に対して、正しい情報提供や県民が予防に取り組みやすい普及啓発や支援を行います。

○ 循環器病の早期発見、重症化の予防

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施率を向上させるため、特定健康診査の受診勧奨に努め、生活習慣病の発症予防や早期発見に取り組みます。さらに、ハイリスク者（特定保健指導対象者、受診勧奨対象者）への特定保健指導の徹底や、医療機関への受診勧奨を推進します。

○ 保健指導従事者の人材育成

特定健康診査・特定保健指導従事者を対象とした研修等を行うことで、従事者の資質向上を図ります。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県循環器病対策推進計画」と連携して行います。

③ 糖尿病

<現状・課題>

- 糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数に変動はみられませんでした。
- 治療継続者の割合は 69.1%で全国平均(67.6%)よりも高く、血糖コントロール不良者（HbA1c8.0%以上）の割合は、1.3%で全国平均と同様です。
- 糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）は、40～74 歳で男性 23.2%、女性 11.3%にみられ、いずれも全国平均(男性 21.6%、女性 9.7%)より高い傾向であることから糖尿病の発症予防、重症化予防への取組が必要です。なお、糖尿病予備群（糖尿病の可能性を否定できない者）は、40～74 歳で男性 11.0%、女性 12.4%にみられ、全国平均(男性 13.0%、女性 13.6%)よりも低い傾向です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	163 人	144 人
治療継続者の割合	69.1%	75%
HbA1c8.0%以上の者の割合（40-74 歳）	1.3%	1.0%
糖尿病有病者数(糖尿病が強く疑われる者)の割合（40-74 歳）	男性 23.2% 女性 11.3%	男性 21.6% 女性 10.5%
(再)メタボリックシンドローム該当者数及び予備群の減少率 （2008 年度比）	16.48%	25%
(再)メタボリックシンドローム予備群の割合 40-74 歳	男性 24.3% 女性 8.4%	策定時値を下回 る
(再)メタボリックシンドローム該当者の割合 40-74 歳	男性 18.8% 女性 7.9%	策定時値を下回 る
(再)特定健康診査の実施率	51.5%	70%
(再)特定保健指導の実施率	26.5%	45%

<施策の方向>

○ 発症予防のための環境整備

栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、飲酒に対して、正しい情報提供や県民が予防に取り組みやすい普及啓発や支援を行います。

○ **糖尿病の早期発見、重症化の予防**

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施率を向上するため、受診勧奨に努め、生活習慣病の発症予防や早期発見に取り組みます。さらに、ハイリスク者（特定保健指導対象者、受診勧奨対象者）の特定保健指導の徹底や、医療機関への受診勧奨を推進します。

○ **保健指導従事者の人材育成**

特定健康診査・特定保健指導従事者を対象とした研修等を行うことで、従事者の資質向上を図ります。

○ **他計画との連携**

推進にあたっては、「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針」と連携して行います。

④ COPD（慢性閉塞性肺疾患）※1

＜現状・課題＞

- COPDの概念について知っている人の割合は、40.9%です。
- COPD死亡率は、全国平均（13.7※2）よりも高い状況であることから、死亡率減少に向けた取組が必要です。

＜目標項目と策定時値及び目標値＞

目標項目	策定時値	目標値
COPD死亡率(人口10万当たり)	18.3	11.0

＜施策の方向＞

○ COPDの普及啓発

COPDの原因は、50～80%程度にたばこ煙が関与しているとされています。そのほか、遺伝的因子や感染、大気汚染等も原因として挙げられますが、健康づくりの取組としては予防可能な原因への対策を進めることが重要であることから、COPDについて、引き続き普及啓発を進めるとともに、たばこ対策等の推進により、COPD死亡率減少に向けた取組を推進します。

※1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）：肺の炎症性疾患で咳、痰、息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患

※2 令和4年人口動態統計

(3) 生活機能の維持・向上

生活習慣病に罹患せずとも、日常生活に支障を来す状態になることもあることから、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでなく健康づくり対策も大変重要です。

心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められていることから、ロコモティブシンドローム、骨粗鬆症、こころの健康に関して目標を設定します。

<現状・課題>

- 足腰に痛みのある高齢者数は全国平均（人口千人当たり 232 人^{※1}）よりも高い状況であることから、運動器疼痛の改善への取組が必要です。
- 骨粗鬆症検診の受診率は 6.2%（全国平均 5.3%^{※2}）、K6（こころの状態を評価する指標^{※3}）の合計得点が10点以上の者の割合は 7.5%（全国平均 10.3%^{※1}）で、いずれも全国平均よりも良い結果になっています。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
足腰に痛みのある高齢者数(人口千人当たり)(65 歳以上)	264 人	237 人
骨粗鬆症検診受診率	6.2%	13%
K6(こころの状態を評価する指標)の合計得点が 10 点以上の者の割合	7.5%	4.0%

<施策の方向>

○ ロコモティブシンドロームの普及啓発

ロコモティブシンドロームの予防に関する知識やトレーニング等を習得し、地域で普及啓発を行う者の養成等を通して、ライフステージを通じたロコモティブシンドロームの普及啓発を行うとともに、実践的な指導が地域で広く浸透するための支援を行います。

○ 骨粗鬆症検診の普及啓発

骨粗鬆症を無症状の段階で発見し、早期に介入することは、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸に繋がります。骨粗鬆症検診についての普及啓発を行い、受診率向上に向けた取組を行います。

○ こころの健康づくりに関する情報の提供

栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、飲酒、喫煙などはうつ病や不安障害との関連が明らかになっており、こころの健康には適切な生活習慣が重要になります。こころの健康保持に関する正しい情報提供を行うとともに、適切なストレス解消法や快眠のための生活習慣など、わかりやすく具体的な情報を提供します。

※1 令和元年国民生活基礎調査

※2 公益財団法人骨粗鬆症財団調

※3 K6：うつ病や不安障害など精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された調査手法のこと。

3 社会環境の質の向上

(1) 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。ソーシャルキャピタル^{*1}の醸成を促すことは健康づくりにおいても有用です。また、こころの健康の維持・向上は、地域だけでなく職域での環境整備が重要です。

<現状・課題>

- 過去5年間で、まちづくりや助け合いなどの活動（地域社会づくり）をした者は約6割です。
- ストレスチェック結果を分析し、その結果を活用する事業場の割合は42.1%^{*2}でした。
- こころの健康の維持・向上には、相談しやすい環境づくりが必要です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
過去5年間程度で、まちづくりや助け合いなどの活動（地域社会づくり）をした者の割合	58.9%	策定時値を上回る
ストレスチェック結果を分析し、その結果を活用した事業場（規模50人以上）の割合	42.1%	60%
不満・悩み・つらい気持ちを受け止め、耳を傾けてくれる人がいないと思う者の割合	14.8	策定時値を下回る

<施策の方向>

○ 社会とのつながりが心身の健康に資することの情報発信・環境整備

ボランティア等の地域社会づくりや通いの場、社会参加が心身の健康に資することの情報発信や、環境整備を行うことで、心身の健康の維持及び向上を図ります。

○ 地域・職域連携推進事業等におけるメンタルヘルスの推進

メンタルヘルス対策を行う事業場の増加を図るため、地域・職域連携推進事業等を活用し、職域におけるメンタルヘルス対策を推進します。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県地域福祉支援計画」、「宮崎県自殺対策行動計画」等と連携して行います。

※1 ソーシャルキャピタル：社会や地域における、人々の信頼関係・結びつきを意味する概念
※2 第三次宮崎労働局メンタルヘルス対策推進計画

(2) 自然に健康になれる環境づくり

健康寿命の延伸には、健康の関心の有無に関係なく、幅広い県民に対してアプローチを行うことが重要です。そのため、個人が無理なく自然に健康な行動を取ることができるような環境整備を行うことが求められています。

<現状・課題>

- 食生活では、ベジ活応援店の店舗を増やす取組や、コンビニエンスストアと連携した取組、SNS 等を活用して若い世代がバランス良く食事を摂る工夫の普及啓発などを行っています。
- 身体活動・運動では、アプリ等を活用したウォーキングイベントの開催や、ロコモティブシンドローム予防のための養成講座等により、県民の運動機会を増やすための取組を進めています。
- 受動喫煙対策については、健康増進法改正(2020年4月全面施行)により屋内が原則禁煙になるなど対策が強化されたことについて周知を図るとともに、受動喫煙に対する普及啓発を行っています。継続して受動喫煙対策の取組が必要です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
適塩の食環境づくりを支援する企業・事業所数	調査中	策定時値を上回る
宮崎県ベジ活応援店の店舗数	164	250
ウォーキング等を伴うイベント実施数 (市町村・事業所等実施) ※市町村等で実施する県民参加型のイベント	調査中	策定時値を上回る
ロコモティブシンドローム予防養成講座の受講者数(延べ)	77 R2-4年度受講者数合計	400 R2-16年度の受講者数累計
受動喫煙対策を行っている事業所数 (敷地内禁煙及び屋内禁煙実施の割合)	93.6%	100%

<施策の方向>

○ 食環境づくりの推進

国が示す自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会報告書等を参考に、本県の健康課題に応じた食環境づくりを推進します。

○ **運動しやすい環境づくりの推進**

県民が手軽に運動（生活活動を含む）を取り入れるための環境づくりについて、先進的な取組を行う自治体の事例等を参考に、楽しみながら運動できるような取組を推進します。

○ **受動喫煙のない環境づくりの推進**

誰もが受動喫煙を受けることがないように、多くの人々が利用する施設における受動喫煙対策を推進するとともに、受動喫煙が健康に及ぼす影響について広く情報発信を行います。

(3) 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

健康づくりを行うにあたっては、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されていることに加えて、健康づくりを行う基盤整備が重要です。自治体のみならず企業や民間団体といった、多様な主体による健康づくりの取組を推進することが重要です。

<現状・課題>

- 健康経営優良法人^{※1} 認定数(中小規模法人部門)は、増加傾向にあります。全国では中小規模法人部門で 14,012 法人^{※2}が認定されています。
- 健康経営の推進のため、健康経営をサポートする企業の支援や、企業等が主催する健康経営に関する研修等の後方支援等を行っています。
- 宮崎県ベジ活応援店の店舗数も増加傾向にあり、ベジ活応援店の認知度向上・利用促進に向けたキャンペーン等を通じて、ベジ活等の情報発信を行っています。
- 食生活改善推進協議会と連携し、野菜たっぷりで適塩な野菜料理レシピや、主食・主菜・副菜が揃った食事の普及啓発を行っています。
- 宮崎県健康長寿サポートサイトや県公式・県健康増進課公式 SNS により、健康づくり等に関する情報発信を行っています。健康無関心層にも届くような情報発信への取組が必要です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
県内でスマート・ライフ・プロジェクト ^{※3} へ参画し活動している企業・団体数	46	90
健康経営優良法人認定数(中小規模法人部門)	85	策定時値を上回る
管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合(病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く)	71.0%	75.0%
(再) 宮崎県ベジ活応援店の店舗数	164	250
食生活改善推進員の活動量(対象延べ人数)	35,825 人 (R2-4 平均)	80,000 人 (R14-16 平均)
宮崎県健康長寿サポートサイト 延べアクセス数	103,712 回	1,000,000 回 (R4 年度以降の累計)

＜施策の方向＞

○ 健康経営の推進

より多くの事業所が健康経営に取り組むことで、個人の健康そして事業所全体の健康状態が良好となることが期待されます。従業員の健康づくりに取り組む事業所の表彰制度や、健康経営を支援する事業所の整備、地域・職域連携推進事業を通じた取組やスマート・ライフ・プロジェクトに関する普及啓発等を行うことで、健康経営の推進を図ります。

○ 利用者に応じた食事を提供する給食施設の増加、宮崎県ベジ活応援店の普及

事業所の給食施設等への管理栄養士・栄養士の配置が進み、利用者の特性に応じて栄養管理された給食が提供されることは、バランスのとれた食事の摂取につながります。利用者に応じた食事を提供する給食施設の増加を推進するとともに、健康増進法の特定給食施設指導等により、給食施設の栄養管理の充実を図ります。また、宮崎県ベジ活応援店の店舗数を増やし、県民に対して利用促進を呼びかけることで、県民の野菜摂取量の増加に繋がります。

○ 食生活改善推進協議会の活動の推進

食生活改善推進員の育成や資質向上を支援するとともに、会員一人ひとりの積極的な活動を推進します。

○ 健康づくり等に関する情報の発信

宮崎県健康長寿サポートサイトや県公式・県健康増進課公式 SNS 等を通じて、最新情報等を発信することで、県民が健康づくりに関する情報を収集しやすい環境を整備します。情報発信の際は、県民誰もがアクセスしたくなるような魅力ある内容や、健康無関心層にも情報が届く方法等を考慮して行います。

※1 健康経営優良法人：経済産業省が行う健康経営に関する顕彰制度で、大規模法人部門と中小規模法人部門がある。

※2 令和4年度経済産業省公表

※3 スマート・ライフ・プロジェクト：厚生労働省が行っている、国民の健康づくりをサポートするプロジェクト。食事・運動・けんしん・禁煙の4つを柱として推進している。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

健康課題を取り巻く状況は、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）ごとに異なっています。

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、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の取組等、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

こうしたことを踏まえ、特にこども、高齢者、女性に関する取組について設定します。なお、取組を設定していない就労世代や男性等に対する健康づくりの取組についても、引き続き進めます。

(1) こども

<現状・課題>

- 肥満傾向にある児童の割合（小学5年生）は、男子16.46%、女子9.35%で、全国平均（男子12.58%、女子9.26%）と比較して高い状況であることから、適正体重の維持に対する取組が必要です。
- 1週間の総運動時間が60分未満の児童の割合（小学5年生）については男女とも増加しており、全国平均（男子8.8%、女子14.6%）と比較して男子は多いことから、ライフステージを通じた運動の取組が必要です。
- 小児期全体で、平均野菜摂取量が目標に達しておらず、平均食塩摂取量は目標量より多い状況であることから、食事摂取に対する適正化に向けた取組が必要です。
- 朝食を毎日食べるこどもの割合は減少しています。小学5年生、中学2年生で全国と比較すると、全国平均（小学5年生：男子82.3%、女子81.1%、中学2年生：男子80.1%、女子73.6%）より多い傾向がみられます。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
(再)肥満傾向にある児童の割合(小学5年生)	男子 16.46%	策定時値を下回る
	女子 9.35%	

目標項目	策定時値	目標値
(再) 1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合(小学5年生)	男子 9.6%	4.8%(R10)
	女子 14.1%	7.1%(R10)
(再)朝食を毎日食べるこどもの割合 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3歳児 95.0%	100%
	就学前児 96.5%	
	小5 89.1%	
	中2 86.9%	
	高2 84.0%	
(再)野菜摂取量の平均値 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3歳児 121g	240g
	就学前児 114g	240g
	小5 191g	350g
	中2 200g	
	高2 214g	
(再)食塩摂取量の平均値 (3歳児、就学前児、小5、中2、高2)	3歳児 9.2g	3.5g 未満
	就学前児 9.2g	4.5g 未満
	小5 11.3g	6.0g 未満
	中2男子 12.1g	7.0g 未満
	中2女子 10.7g	6.5g 未満
	高2男子 12.2g	7.5g 未満
	高2女子 10.5g	6.5g 未満
食に関する指導の全体計画※を整備している学校の割合 ※食に関する指導の全体計画②から算出	80.5%	100%

<施策の方向>

○ 適正体重の維持に向けた取組

こどもの肥満は、将来の成人肥満に結びつきやすく、生活習慣病のリスクとなります。生涯にわたり健康を維持するために、生活リズムに連動した望ましい食習慣、運動習慣を身につけられるための取組を推進します。

○ 運動習慣の定着に向けた取組の推進

現代は、こどもの運動習慣の二極化が指摘されています。小児期に体を動か

す習慣を身につけることは、身体能力やバランス能力等に影響を与えるほか、心肺機能や筋力を高め、成人期以降の運動習慣や生活習慣病予防に繋がります。身近な遊びや生活活動を通して、体を動かす楽しさを啓発するとともに、運動時間の増加に繋がる取組を推進します。

○ 食事摂取の適正化に向けた取組

小児期の中でも、幼児期は生涯にわたる食習慣の基礎が形成される時期であることから、望ましい食習慣や豊かな味覚を身につけることが重要です。学童期に、食に関する知識や基本的な生活習慣を身につけ、食を選択する力を習得することで、学校給食がなくなる高校生以降も、一人ひとりが自覚して健全な食生活確立できるような教育・支援が必要になります。それぞれの成長段階で、適切な教育・支援が切れ目なく継続できるための取組を行います。

○ 朝食摂取の習慣化を図る取組の推進

幼児期は、発育・発達に応じた食事形態とともに、規則正しい生活リズムの定着が、食事前の空腹感につながり食べる意欲をはぐくみます。また、学童期・思春期は、心身の成長が著しく、多くのエネルギー量と栄養量を必要とするため、「1日3食」食べることが重要です。朝食の欠食は、必要なエネルギーや栄養素を確保できず、生涯の身体づくりに影響を及ぼすことから、朝食摂取の向上に向けた取組を推進します。

(2) 高齢者

<現状・課題>

- 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合は17.8%と増加しており、全国平均(16.8%)よりも多い傾向であることから、フレイル（虚弱）予防の観点から、適切な食事摂取につなげるための取組が必要です。
- 足腰に痛みのある高齢者の人数は全国平均（人口千人当たり 232 人）よりも高い状況であることから、運動器疼痛の改善への取組が必要です。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
(再)低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者(65 歳以上)の割合	17.8%	13%未満
(再)足腰に痛みのある高齢者数(人口千人当たり)(65 歳以上)	264	237

<施策の方向>

○ バランスのよい食事の普及啓発

高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなることが報告されていることから、適正体重を維持している者を増加させるため、バランスのよい食事の普及啓発を行うとともに、市町村等と連携し、配食サービス業者等が個人の健康状態に応じた食事が提供できるための食環境づくりを推進します。

○ ロコモティブシンドロームの普及啓発

ロコモティブシンドローム予防養成講座等により、ライフステージを通じたロコモティブシンドロームの普及啓発を行うとともに、実践的な指導が地域で広く浸透するための支援を行います。

○ 他計画との連携

推進にあたっては、「宮崎県高齢者保健福祉計画」等と連携して行います。

(3) 女性

<現状・課題>

- 20～30歳代の女性のやせの割合は 13.7%であり、全国平均（18.1%）よりも低い状況であることから、若年女性のやせの減少への取組を進める必要があります。
- 骨粗鬆症検診の受診率は 6.2%で、全国平均（5.3%）よりも高い状況になっています。
- 妊婦の喫煙率、妊婦の飲酒率は、全国平均（喫煙率 1.9%、飲酒率 0.9%）よりも低い状況になっています。

<目標項目と策定時値及び目標値>

目標項目	策定時値	目標値
(再)20～30歳代女性のやせの者(BMI18.5未満)の割合	13.7%	13%未満
(再)骨粗鬆症検診受診率	6.2%	13%
(再)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 (1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の割合)	12.5%	5.2%
(再)妊婦の喫煙率	1.6%	0%
(再)妊婦の飲酒率	0.6%	0%

<施策の方向>

○ 適正体重の維持

若年女性のやせは、女性ホルモンの分泌減少・骨量減少との関連や、低出生体重児の出産リスクが高いことが報告されています。若年女性を対象とした健康づくりの情報発信等を行い、適正体重の維持に向けた取組を推進します。

○ 妊婦の飲酒防止、喫煙防止

妊娠中の飲酒は、胎児・乳児の低体重、脳障害等を引き起こす可能性があります。喫煙も妊婦自身の妊娠合併症などのリスクや胎児への悪影響があることから、母子健康手帳の配布時等に正しい情報の啓発を推進します。

○ 相談体制の整備

女性ホルモン等の影響で変化する女性の健康問題に対する相談窓口の周知や利用促進を図るとともに、相談員の資質向上を行います。

- ◆第2章における全国値は、令和元年国民健康・栄養調査のデータを用いているものがあります。最新の調査報告が入り次第、最新値に反映します。
- ◆令和4年度県民健康・栄養調査は、国民健康・栄養調査と調査方法の異なる部分があることに留意する必要があります。

第3章

計画の推進体制

1 県の推進体制

- 各分野の調査や統計等を活用し、本計画の目標について定期的に分析・評価した上で、必要な改定を行います。改定にあたっては、国の施策を勘案しつつ、庁内の関連する部局と連携し、関連する計画との調和に配慮します。
- 地域・職域連携推進協議会等を活用し、市町村や医療保険者、企業、教育機関、民間団体等との連携強化のため中心的役割を担い、健康課題の解決に向けた総合調整を行います。

2 市町村健康増進計画の技術的支援等

- 県は、市町村の保健師や管理栄養士等を対象に、計画策定や評価に関する研修を実施します。また、各分野の調査や統計の収集・分析を行い、その結果を積極的に公表します。
- 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康づくりに関する情報を収集・分析し、地域住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定を支援します。

3 推進団体等と連携した取組

- 誰一人取り残さない健康づくりを効果的に展開するために、行政、医療保険者、保健・医療・福祉の関係機関、教育機関、マスメディア、企業、各種同業組合、住民組織等の多様な関係者が連携し、取組を進める必要があります。
- 様々な関係者と連携し、健康づくりに関する正しい情報の提供に努めます。また、健康増進普及月間、食生活改善普及運動、禁煙週間、女性の健康週間などの実施にあたっては、多様な関係者と連携したイベントや広報活動等を行います。
- 生産者組合、食品企業、食品販売店、飲食店など、生産から消費まで食に関わる様々な業種と連携し、社会全体の取組として食環境の整備を推進します。
- 公共の運動施設の開放や地域のスポーツクラブの利用促進など、県民の自主的な運動の活動を支援します。
- 行政、医療保険者、医療機関、企業等が連携し、特定健康診査・特定保健指導やがん検診の確実な実施による生活習慣病予防や重症化予防、企業における健康経営の取組を推進します。

- 小児期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えるため、行政、教育機関、地域の住民組織等が連携して、望ましい生活習慣や食習慣の確立と定着に向けた取組を推進します。
- 関係機関・団体がそれぞれの特性を生かしつつ、主体的に、またはそれぞれが連携しながら健康づくりの取組を推進します。

4 人材の育成等

- 市町村の保健師、管理栄養士等を対象に特定健康診査・特定保健指導事業の企画・評価及び技術の向上に関する研修を実施するとともに、民間事業者等の医師、保健師、管理栄養士等を対象に新たな保健指導に関する知識・技術の向上を目指した研修を実施します。
- 健康づくり推進員や食生活改善推進員など、市町村において健康づくり活動を実施する人材の育成や資質向上の支援を行うとともに、健康運動指導士や健康運動実践指導者などの専門家の育成及び活用を図ります。

健康みやざき行動計画21（第3次）

出典一覧

- 1) 令和4年度県民健康・栄養調査
- 2) 令和3年度学校保健統計調査
- 3) 令和4年度宮崎県県民意識調査
- 4) 令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査
- 5) 令和4年国民生活基礎調査
- 6) 令和3年度（2021）母子保健事業の実施状況等調査
- 7) 令和4年度歯科疾患実態調査（歯科医療機関）
- 8) 第8回 NDBオープンデータ
- 9) 令和4年度宮崎県の学校における歯科保健統計調査
- 10) 全国がん登録
- 11) 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」（人口動態統計）
- 12) 令和4年度宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会集計結果
- 13) 平成27年人口動態特殊統計特殊報告
- 14) 令和3年度厚生労働省調
- 15) 令和3年「わが国の慢性透析療法の現況」（一般社団法人日本透析医学会）
- 16) 令和4年人口動態統計
- 17) 令和2年度健康増進法に基づく自治体検診
- 18) 令和元年度宮崎県における「地域共生社会の実現」に向けた県民意識調査
- 19) 第三次宮崎労働局メンタルヘルス対策推進計画
- 20) 令和5年度こころの健康に関する県民意識調査
- 21) 令和5年度健康増進課調
- 22) 令和5年度禁煙・分煙状況調査
- 23) 令和5年度スマート・ライフ・プロジェクト事務局調
- 24) 令和5年度宮崎県食生活改善推進協議会定期総会資料
- 25) 令和4年度学校給食の現況

調整中

参 考

○令和4年度県民健康・栄養調査について

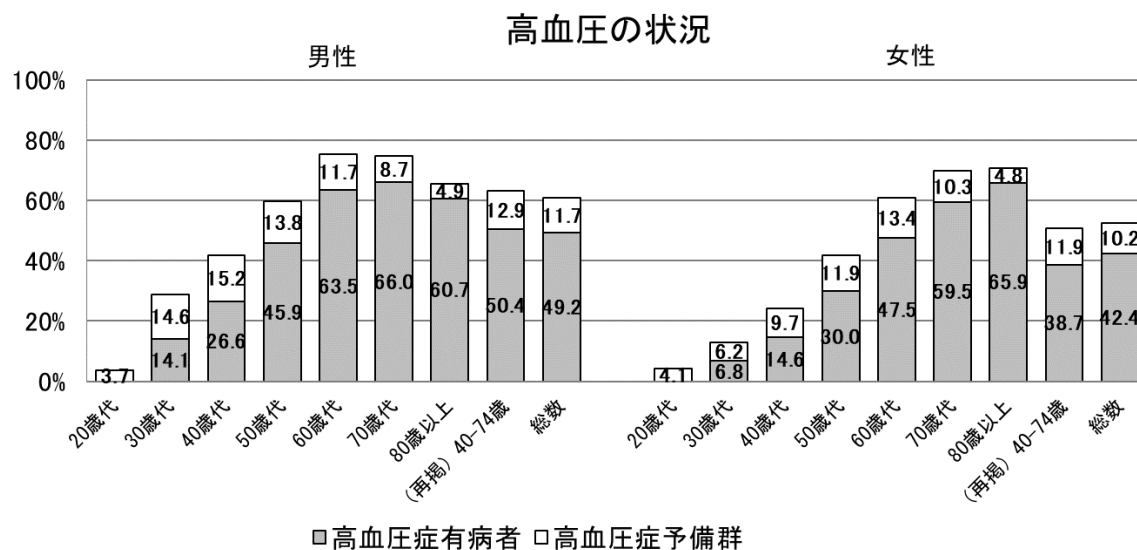
令和4年度県民健康・栄養調査では、新型コロナウイルス感染症の拡大により、従来と調査方法が異なる部分がある。

一般調査	平成23,28年度	令和4年度
身体状況調査	被対象者を調査会場に集めて測定	身長・体重・腹囲・血圧・血液検査 ※県内保険者からデータを収集
歯科疾患実態調査	被対象者を調査会場に集めて測定	①歯科医療機関を対象とした患者調査 ②生活習慣調査（歯の本数を含む） ※郵送配布、郵送回収
食事状況調査	秤量食事記録法 ※対面による配布、説明、聞き取り	簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ） ※郵送配布・郵送回収
生活習慣状況調査	留め置き法 ※対面による配布、説明、聞き取り	留め置き法 ※郵送配布・郵送回収
歩行数調査	歩数計による調査（1日） 一部の対象者に複数日調査を実施 （土日を含めた4日間調査） ※対面による配布、説明、聞き取り	歩数計による調査（1日） ※郵送配布、郵送回収

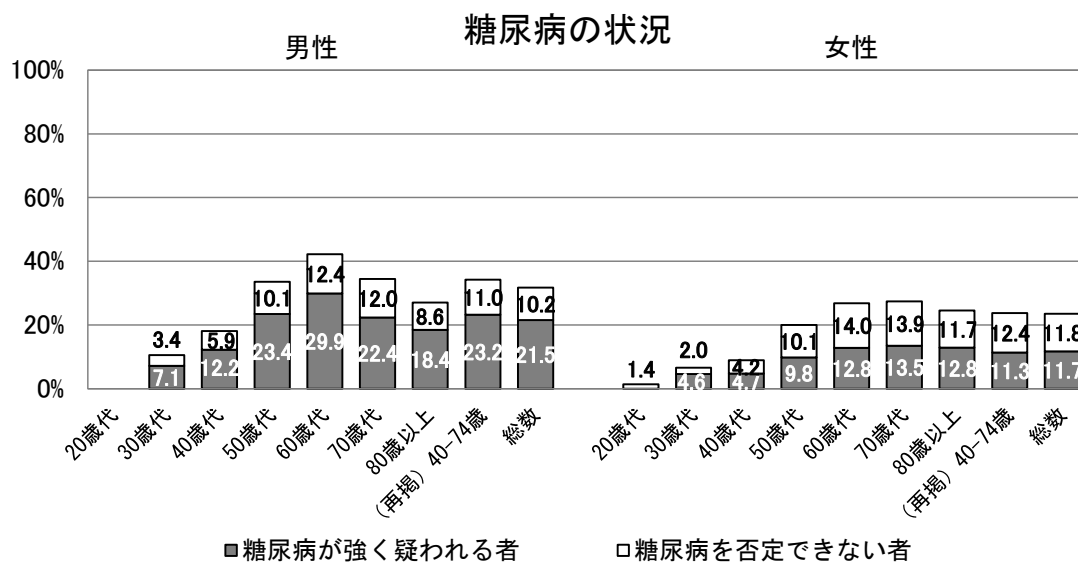
小児調査	平成23,28年度	令和4年度
身体状況調査	身長・体重 ○3歳児・就学前児（健診に併せて実施） ※郵送配布、健診時に回収。 ※調査票に健診時健診時の測定値を記載、健診当日受取。 ○小5・中2・高2 ※学校を通じて配布。学校側で回収。 ※測定時期の身長・体重を記入（自記式）	身長・体重 ○3歳児・就学前児（健診に併せて実施） ※郵送配布、健診時に回収。 ※保護者による記述回答。 ○小5・中2・高2 ※学校を通じて配布。学校側で回収。 ※本人による記述回答。
食事状況調査	秤量食事記録法 ○3歳児・就学前児 （健診に併せて実施） 記入済みの調査票を対面で聞き取り ※郵送配布、健診時に回収。 ○小5・中2・高2：自記式回答 ※学校を通じて配布。学校側で回収。	簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ） ○3歳児・就学前児：家族が記入 ※郵送配布、健診時に回収。 ○小5・中2・高2：自記式回答 ※学校を通じて配布、学校側で回収。
生活習慣状況調査	○3歳児・就学前児：家族が記入した調査票を聞き取り ※郵送配布、健診時に回収。 ・小5・中2・高2：自記式回答 ※学校を通じて配布。学校側で回収。	○3歳児・就学前児：家族が記入 ※郵送配布、健診時に回収。 ・小5・中2・高2：自記式回答 ※学校を通じて配布、学校側で回収。

○令和4年度県民健康・栄養調査（身体状況調査）における生活習慣病の状況

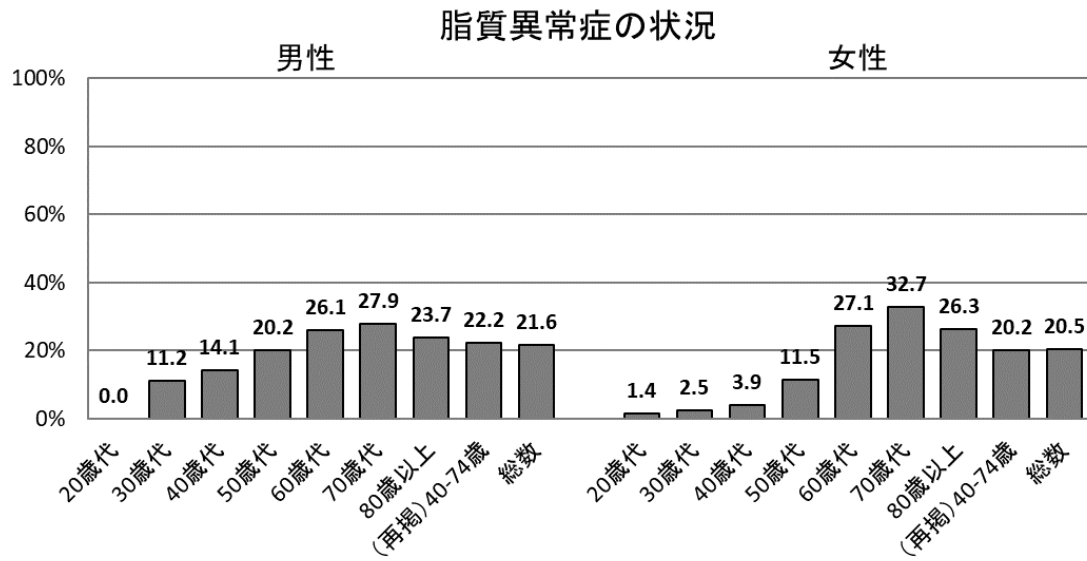
① 高血圧症



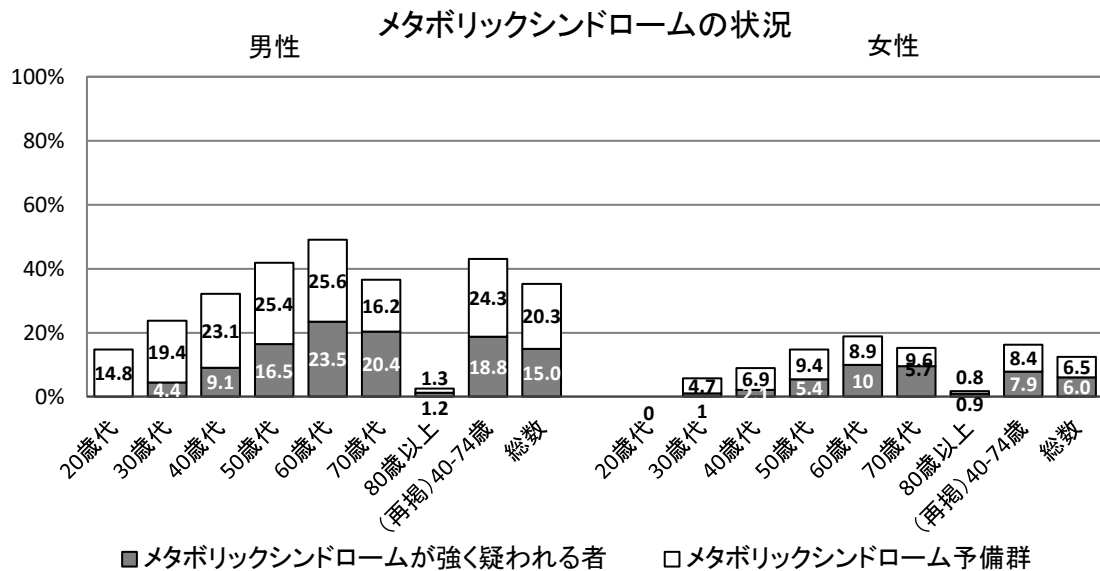
② 糖尿病



③ 脂質異常症



④ メタボリックシンドローム



用語の解説

用語	定義
メタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群	<p>腹囲該当（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）かつ、下記 3 項目のうち 2 項目以上該当する者を「強く疑われる者」、1 項目該当する者を「予備群」としている。</p> <p>①HDL コレステロール 40mg/dL 未満、かつ／または薬（コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬）服用</p> <p>②収縮期血圧 130mmHg 以上、かつ／または拡張期血圧 85 mmHg 以上、もしくは血圧を下げる薬服用</p> <p>③HbA1c(NGSP)6.0%以上かつ／または、インスリン注射を使用または血糖を下げる薬服用</p>
糖尿病が強く疑われる者	HbA1c(NGSP)値が 6.5%以上であるか、インスリン注射を使用または血糖を下げる薬を服用している者
糖尿病の可能性を否定できない者	HbA1c(NGSP)値が 6.0%以上、6.5%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者
高血圧症有病者	収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上、または血圧を下げる薬を服用している者
高血圧症予備群（正常高値血圧）	収縮期血圧 130mmHg 以上 140mmHg 未満かつ拡張期血圧 90mmHg 未満の者、または収縮期血圧 140mmHg 未満かつ拡張期血圧 85mmHg 以上 90mmHg 未満の者（血圧を下げる薬を服用している者を除く）
脂質異常症が疑われる者	HDL コレステロールが 40mg/dL 未満、またはコレステロールを下げる薬または中性脂肪（トリグリセライド）を下げる薬を服用している者

参考：健康みやざき行動計画21（第2次）の最終評価一覧

	目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)
		男性	女性				
1 栄養・食生活	BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.5%	39.8%	保険者 38.5% (年齢調整 36.5%)	31%	E(D)
		女性	26.2%	29.4%	保険者 24.6% (年齢調整 24.6%)	24%	E(C)
	1.1 腹囲のみ基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	59.6%	57.8%	保険者 51.6% (年齢調整 47.5%)	54%	E(A)
		女性	28.4%	30.8%	保険者 19.8% (年齢調整 20.0%)	26%	E(A)
	BMIが25以上で腹囲が基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.0%	37.9%	保険者 35.8% (年齢調整 33.5%)	30%	E(C)
		女性	20.5%	23.7%	保険者 16.2% (年齢調整 16.3%)	19%	E(A)
	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	14.6%		13.9%	保険者 17.8% (年齢調整 17.8%)	13.9%	E(D)
	1.2 脂肪をとりすぎている人の割合を減らす (脂肪エネルギー比率が目標値以上)	36%		25%	28.5% (年齢調整 32.3%)	20%	E(B)
	1.3 野菜類の摂取量が少ない人の割合を減らす (1日摂取量が350g未満)	90%		74%	82.3% (年齢調整 83.6%)	45%	E(B)
		緑黄色野菜の摂取量が少ない人の割合を減らす (1日摂取量が120g未満の人)		76%	69%	73.8% (年齢調整 74.9%)	40%	E(B)
	1.4 1日平均野菜摂取量を増やす	241g		278g	236g (年齢調整 230g)	350g	E(C)
	1.5 1日果物摂取量100g未満の人の割合を減らす	61%		61%	51.5% (年齢調整 58.9%)	30%	E(B)
1.6 食塩をとりすぎている人の割合を減らす (1日摂取量男性9g、女性7.5g以上)	男性	67%	71%	73.1% (年齢調整 71.7%)	30%	E(C)	
	女性	72%	74%	71.5% (年齢調整 69.3%)	30%	E(C)	
1.7 1日平均食塩摂取量を減らす	男性	10.1g	10.6g	11.7g (年齢調整 11.5g)	9.0g	E(D)	
	女性	8.9g	9.2g	9.4g (年齢調整 9.3g)	7.5g	E(D)	
1.8 カルシウムが足りない(目標値以下)人の割合を減らす	68%		68%	63.7% (年齢調整 67.9%)	40%	E(B)	
1.9 鉄が足りない人の割合を減らす(女性)	25%		32%	33.4% (年齢調整 45.5%)	20%	E(D)	
1.10 朝食を毎日食べている人の割合を増やす	20歳代	66%	47%	62.7% (年齢調整 62.7%)	85%	C	
	30歳代	75%	60%	67.7% (年齢調整 67.7%)	85%	C	
	40歳代	88%	75%	67.3% (年齢調整 67.3%)	95%	D	
1.11 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を増加させる	-		52.1%	51.7% (年齢調整 46.7%)	65%	E(C)	
1.14 食生活改善推進員の人数を増やす	1,115人		933人	682人	1,500人	D	
1.15 食生活改善推進協議会を設置している市町村の割合を増やす	88%		84%	69.2%	100%	D	
1.16 栄養士を配置している市町村の割合を増やす	92%		100%	100%	100%	A	

	目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)	
		男性	女性					
2	1.1 BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.5%	39.8%	保険者 38.5% (年齢調整 36.5%)	31%	E(D)	
		女性	26.2%	29.4%	保険者 24.5% (年齢調整 24.6%)	24%	E(C)	
		男性	59.6%	57.8%	保険者 51.6% (年齢調整 47.5%)	54%	E(A)	
		女性	28.4%	30.8%	保険者 19.8% (年齢調整 20.0%)	26%	E(A)	
	BMIが25以上で腹囲が基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.0%	37.9%	保険者 35.8% (年齢調整 33.5%)	30%	E(C)	
		女性	20.5%	23.7%	保険者 16.2% (年齢調整 16.3%)	19%	E(A)	
	2.1 1日の平均歩数(習慣歩数)を増やす	(20～64歳)	男性	7,962歩	7,092歩	6,240歩 (年齢調整 6,309)	9,000歩	E(D)
			女性	7,301歩	6,256歩	5,410歩 (年齢調整 5,308)	8,500歩	E(D)
		(65歳以上)	男性	5,606歩	5,993歩	4,868歩 (年齢調整 4,891)	7,000歩	E(D)
			女性	5,009歩	5,481歩	4,377歩 (年齢調整 4,244)	6,000歩	E(D)
	2.2 週に1回以上運動している人の割合を増やす	(20～64歳)	男性	56.1%	50.4%	43.1% (年齢調整 43.6%)	66%	D
			女性	50.8%	48.6%	42.6% (年齢調整 43.7%)	61%	C
(65歳以上)		男性	65.6%	67.4%	63.0% (年齢調整 62.9%)	76%	C	
		女性	70.8%	74.8%	60.5% (年齢調整 60.9%)	81%	D	
2.3 1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合を減らす (小学5年生)	男子	-	5.7%	9.6%	減少傾向へ	E(D)		
	女子	-	9.4%	14.1%		E(D)		
3	3.1 睡眠不足により休養がとれていない人の割合を減らす	16%		18%	19.7% (年齢調整 20.9%)	14%	D	
	3.2 自殺死亡率を減らす(人口10万対)	27		23.2	20.4	18.5	C	
	3.3 趣味やスポーツなどの「積極的休養」をとっている人の割合を増やす	64%		67%	58.3% (年齢調整 59.8%)	80%	D	
	3.4 相談窓口等を知っている人の割合を増やす	59%		63%	75.1%	70%	E	
	3.5 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合を減らす	-		9.3%	7.5%	8.4%	E(A)	
	3.6 週20時間以上残業がある人の割合を減らす	2.3%		2.9%	-	1.2%	E	
4	4.1 未成年者(12～19歳)の喫煙をなくす	男性	2.2%	-	-	0%	E	
		女性	2.2%	-	-		E	
	4.2 未成年者がたばこを吸うことを「許すべきではない」と考える人の割合を増やす	85.5%		81.1%	77.8% (年齢調整 75.3%)	100%	D	
	4.3 公共の場や事業所での禁煙・分煙実施率を上げる ※禁煙: 屋内禁煙及び敷地内禁煙(全面禁煙) ※分煙: 屋内に喫煙場所を設置し、換気扇等による分煙を徹底している	行政機関	禁煙	77.8%	84.7%	禁煙100% (敷地内禁煙 69.8%)	100%	A
			分煙	13%	14.9%			
		医療機関	禁煙	76.1%	81.8%	禁煙100% (敷地内禁煙 88.9%)		A
			分煙	16.2%	12.5%			
		事業所	禁煙	54.8%	62.1%	84.5%		B
			分煙	28.3%	17.5%	9.1%		
	4.4 喫煙率を減らす	男性	31.5%	27.8%	24.0% (年齢調整 28.7%)	20%	B	
女性		4.4%	6.6%	3.7% (年齢調整 4.4%)	2.7%	C		
4.5 COPD(慢性閉塞性肺疾患)の概念について知っている人の割合を増やす	-		39%	40.9% (年齢調整 42.7%)	80%	E(B)		

	目標項目	策定時値	中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)	
5 アルコール	5.1 未成年者の飲酒を「許すべきではない」と考える人の割合を増やす	78%	77%	71.9% (年齢調整 69.3%)	100%	D	
	5.2 妊娠中の飲酒は、妊娠における危険因子であると知っている人の割合を増やす	43%	-	-	100%	E	
	5.3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性	22.7%	18.7%	20.1% (年齢調整 23.2%)	16%	C
女性		6.1%	13.3%	12.5% (年齢調整 14.9%)	5.2%	D	
6 歯の健康	6.1 むし歯を持たない3歳児の割合を増やす	71.0%	78.2%	84.7%	90%	B	
	6.2 12歳児の一人平均むし歯数を減らす	2本	1.16本	0.76本	0.8本	A	
	6.3 60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の割合を増やす	49.7%	63.3%	64.4%	70%	E(C)	
	6.4 80歳で20歯以上の自分の歯を有する人の割合を増やす	25.3%	33.6%	42.2%	50%	E(B)	
	6.5 進行した歯周炎を持つ人の割合を減らす	25～34歳	27.3%	44.4%	52.7%	20%	E
		35～44歳	40.0%	43.3%	72.4%	30%	E
		45～54歳	39.5%	57.5%	74.8%	30%	E
	6.6 歯間部清掃用具(デンタルフロス、歯間ブラシ)を使用している人の割合を増やす	35～44歳	35.4%	32.9%	46.8%	50%	C
		45～54歳	33.3%	32.7%	45.1%		B
	6.7 1日1回十分に時間をかけ、ていねいに磨く人(1回の歯磨きで4分以上磨く人)の割合を増やす	35～44歳	12.3%	16.8%	34.0%	50%	B
		45～54歳	16.0%	15.8%	25.0%		B
	6.8 過去1年間に歯科健診を受診した者の割合を増やす	17.9%	21.5%	51.1%	50%	A	
	6.9 妊産婦に集団指導や個別指導をしている市町村の割合を増やす	50%	69.2%	57.7%	100%	C	
	6.10 フッ化物洗口に取り組む保育所・幼稚園の割合を増やす	保育所	39.4%	52.1%	51.5%	70%	B
幼稚園		30.3%					
6.11 フッ化物洗口に取り組む小学校・中学校の割合を増やす	小学校	16.5%	48.5%	77.7%	60%	A	
	中学校	15.6%	37.5%	51.1%	50%	A	
6.12 年1回以上専門家による歯科保健指導を実施している小学校の割合を増やす	51.7%	50.9%	18.0%	70%	D		
6.13 成人へ歯科健診を行っている市町村の割合を増やす	50%	69.2%	92.3%	100%	B		
10.10 時間を決めておやつを与えている保護者の割合を増やす	3歳児	65.2%	63.8%	72.1%	80%	B	
	就学前児	66.6%	65.0%	63.5%		C	

		目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)
7	糖尿病	BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.5%	39.8%	保険者 38.5% (年齢調整 36.5%)	31%	E(D)
			女性	26.2%	29.4%	保険者 24.5% (年齢調整 24.6%)	24%	E(C)
		1.1 腹囲のみ基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	59.6%	57.8%	保険者 51.6% (年齢調整 47.5%)	54%	E(A)
			女性	28.4%	30.8%	保険者 19.8% (年齢調整 20.0%)	26%	E(A)
		BMIが25以上で腹囲が基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.0%	37.9%	保険者 35.8% (年齢調整 33.5%)	30%	E(C)
			女性	20.5%	23.7%	保険者 16.2% (年齢調整 16.3%)	19%	E(A)
	2.1 1日の平均歩数(習慣歩数)を増やす	(20～64歳)	男性	7,962歩	7,092歩	6,240歩 (年齢調整 6,309)	9,000歩	E(D)
			女性	7,301歩	6,256歩	5,410歩 (年齢調整 5,308)	8,500歩	E(D)
		(65歳以上)	男性	5,606歩	5,993歩	4,868歩 (年齢調整 4,891)	7,000歩	E(D)
			女性	5,009歩	5,481歩	4,377歩 (年齢調整 4,244)	6,000歩	E(D)
	2.2 週に1回以上運動している人の割合を増やす	(20～64歳)	男性	56.1%	50.4%	43.1% (年齢調整 43.6%)	66%	D
			女性	50.8%	48.6%	42.6% (年齢調整 43.7%)	61%	C
		(65歳以上)	男性	65.60%	67.4%	63.0% (年齢調整 62.9%)	76%	C
			女性	70.80%	74.8%	60.5% (年齢調整 60.9%)	81%	D
	7.1 メタボリックシンドローム予備群の割合(推定数)を減らす(40～74歳)	男性	27%	31%	24.3% (年齢調整 24.6%)	22%	E(C)	
68,000人			77,000人	59,000人	-			
女性		12%	16%	8.4% (年齢調整 8.4%)	10%	E(A)		
		32,000人	43,000人	21,000人	-			
7.2 メタボリックシンドローム該当者の割合(推定数)を減らす(40～74歳)	男性	26%	27%	18.8% (年齢調整 18.3%)	21%	E(A)		
		60,000人	60,000人	45,000人	-			
	女性	12%	12%	7.9% (年齢調整 7.2%)	10%	E(A)		
		32,000人	29,000人	20,000人	-			
7.3	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)を減らす	156人	181人	163人	144人	C		
7.4	特定健診を受ける人の割合を増やす(40～74歳)	35.7%	44.6%	51.5%	70%	B		
7.5	特定保健指導を受ける人の割合を増やす(40～74歳)	23.5%	24.5%	26.5%	45%	C		
8	循環器疾患	BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.5%	39.8%	保険者 38.5% (年齢調整 36.5%)	31%	E(D)
			女性	26.2%	29.4%	保険者 24.5% (年齢調整 24.6%)	24%	E(C)
		1.1 腹囲のみ基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	59.6%	57.8%	保険者 51.6% (年齢調整 47.5%)	54%	E(A)
			女性	28.4%	30.8%	保険者 19.8% (年齢調整 20.0%)	26%	E(A)
		BMIが25以上で腹囲が基準値以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.0%	37.9%	保険者 35.8% (年齢調整 33.5%)	30%	E(C)
			女性	20.5%	23.7%	保険者 16.2% (年齢調整 16.3%)	19%	E(A)
	1.2	脂肪をとりすぎている人の割合を減らす (脂肪エネルギー比率が目標量以上)	36%	25%	28.5% (年齢調整 32.3%)	20%	E(B)	
	1.7	1日平均食塩摂取量を減らす	男性	10.1g	10.6g	11.7g (年齢調整 11.5g)	9.0g	E(D)
			女性	8.9g	9.2g	9.4g (年齢調整 9.3g)	7.5g	E(D)
	1.4	1日平均野菜摂取量を増やす	241g	278g	236g (年齢調整 230g)	350g	E(C)	
1.5	1日果物摂取量100g未満の人の割合を減らす	61%	61%	51.5% (年齢調整 58.9%)	30%	E(B)		

		目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)	
8	2.1	1日の平均歩数(習慣歩数)を増やす	(20~64歳)	男性	7,962歩	7,092歩	6,240歩 (年齢調整 6,309)	9,000歩	E(D)
				女性	7,301歩	6,256歩	5,410歩 (年齢調整 5,308)	8,500歩	E(D)
			(65歳以上)	男性	5,606歩	5,993歩	4,868歩 (年齢調整 4,891)	7,000歩	E(D)
				女性	5,009歩	5,481歩	4,377歩 (年齢調整 4,244)	6,000歩	E(D)
	2.2	週に1回以上運動している人の割合を増やす	(20~64歳)	男性	56.1%	50.4%	43.1% (年齢調整 43.6%)	66%	D
				女性	50.8%	48.6%	42.6% (年齢調整 43.7%)	61%	C
			(65歳以上)	男性	65.6%	67.4%	63.0% (年齢調整 62.9%)	76%	C
				女性	70.8%	74.8%	60.5% (年齢調整 60.9%)	81%	D
	5.3	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性	22.7%	18.7%	20.1% (年齢調整 23.2%)	16%	C	
			女性	6.1%	13.3%	12.5% (年齢調整 14.9%)	5.2%	D	
	7.1	メタボリックシンドローム予備群の割合(推定数)を減らす(40~74歳)	男性	27%	30.7%	24.3% (年齢調整 24.6%)	22%	E(C)	
				68,000人	77,000人	59,000人	-		
			女性	12%	16.2%	8.4% (年齢調整 8.4%)	10%	E(A)	
				32,000人	43,000人	21,000人	-		
	7.2	メタボリックシンドローム該当者の割合(推定数)を減らす(40~74歳)	男性	26%	27.2%	18.8% (年齢調整 18.3%)	21%	E(A)	
				60,000人	60,000人	45,000人	-		
			女性	12%	12.4%	7.9% (年齢調整 7.2%)	10%	E(A)	
				32,000人	29,000人	20,000人	-		
	7.4	特定健診を受ける人の割合を増やす(40~74歳)	35.7%	44.6%	51.5%	70%	B		
	7.5	特定保健指導を受ける人の割合を増やす(40~74歳)	23.5%	24.5%	26.5%	45%	C		
8.1	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率を減らす (10万人当たり)	脳血管疾患	男性	51.3	42.2	42.2	42.2	A	
			女性	28.7	26.3	26.3	26.3	A	
		虚血性心疾患	男性	33.3	24.3	24.3	24.3	A	
			女性	13.9	9.1	9.1	9.1	A	
8.2	高血圧を改善する(収縮期血圧の平均値を低下させる)	男性	138mmHg	137mmHg	129mmHg	134mmHg	E		
		女性	134mmHg	136mmHg	125mmHg	130mmHg	E		
8.3	脂質異常症を減らす	総コレステロール 240mg/dL以上の者の割合	男性	17.2%	15.4%	9.9% (年齢調整 10.2%)	13%	E(A)	
			女性	32.4%	24.0%	11.0% (年齢調整 12.1%)	17%	E(A)	
		LDLコレステロール 160mg/dL以上の者の割合	男性	16.3%	8.6%	10.0% (年齢調整 10.0%)	6.2%	E(B)	
			女性	26.4%	13.4%	11.5% (年齢調整 11.8%)	8.8%	E(B)	

	目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)	
		男性	女性					
9 が ん	1.1 BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	33.5%	39.8%	保険者 38.5% (年齢調整 36.5%)	31%	E(D)	
		女性	26.2%	29.4%	保険者 24.5% (年齢調整 24.6%)	24%	E(C)	
	1.2 脂肪をとりすぎている人の割合を減らす (脂肪エネルギー比率が目標値以上)	36%		25%	28.5% (年齢調整 32.3%)	20%	E(B)	
	1.3 野菜類の摂取量が少ない人の割合を減らす (1日摂取量が350g未満)	90%		74%	82.3% (年齢調整 83.6%)	45%	E(B)	
		緑黄色野菜の摂取量が少ない人の割合を減らす (1日摂取量が120g未満の人)		76%	69%	73.8% (年齢調整 74.9%)	40%	E(B)
	1.4 1日平均野菜摂取量を増やす	241g		278g	236g (年齢調整 230g)	350g	E(C)	
	1.5 1日果物摂取量100g未満の人の割合を減らす	61%		61%	51.5% (年齢調整 58.9%)	30%	E(B)	
	1.6 食塩をとりすぎている人の割合を減らす (1日摂取量男性9g、女性7.5g以上)	男性	67%	71%	73.1% (年齢調整 71.7%)	30%	E(C)	
		女性	72%	74%	71.5% (年齢調整 69.3%)	30%	E(C)	
	1.7 1日平均食塩摂取量を減らす	男性	10.1g	10.6g	11.7g (年齢調整 11.5g)	9.0g	E(D)	
		女性	8.9g	9.2g	9.4g (年齢調整 9.3g)	7.5g	E(D)	
	4.1 未成年者(12～19歳)の喫煙をなくす	男性	2.2%	-	-	0%	E	
		女性	2.2%	-	-		E	
	4.4 喫煙率を減らす	男性	31.5%	27.8%	24.0% (年齢調整 28.7%)	20%	B	
		女性	4.4%	6.6%	3.7% (年齢調整 4.4%)	2.7%	C	
	4.2 未成年者がたばこを吸うことを「許すべきではない」と考える人の割合を増やす	85.50%		81.1%	77.8% (年齢調整 75.3%)	100%	D	
	5.3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性	22.7%	18.7%	20.1% (年齢調整 23.2%)	16%	C	
		女性	6.1%	13.3%	12.5% (年齢調整 14.9%)	5.2%	D	
	9.1 がん検診受診者の割合を増やす	胃がん※	男性	34.7%	44.9%	46.5%	50%	B
			女性	27.5%	35.9%	34.1%		B
肺がん		男性	23.6%	50.9%	54.5%	A		
		女性	21.9%	44.7%	48.0%	B		
大腸がん		男性	26.4%	42.6%	49.0%	B		
		女性	20.6%	35.4%	40.4%	B		
子宮がん	女性	38.2%	41.8%	42.7%	B			
乳がん	女性	39.5%	44.7%	46.2%	B			
9.2 がん検診精密検査受診者の割合を増やす	胃がん	88.4%	85.2%	89.5%	100%	C		
	肺がん	90.4%	86.1%	79.7%		D		
	大腸がん	76.0%	73.6%	76.5%		C		
	子宮がん	81.2%	72.1%	73.4%		D		
	乳がん	87.9%	87.7%	73.9%		D		
9.3 がん検診の重要性を知っている人の割合を増やす	97%		96.0%	96.6% (年齢調整 96.4%)	100%	C		
9.4 75歳未満のがんの年齢調整死亡率を減らす(10万人当たり)	79.4		78.8	73.0%	全国平均を下回る	B		

※評価時は、検診間隔は1年に1度の場合の受診率です。

		目標項目	策定時値		中間評価値	最終評価値	目標値	評価 (参考評価)	
10	10.1	肥満傾向※にある子どもの割合を減らす ※学校保健統計調査の肥満判定区分による中等度・高度肥満傾向児の割合を指す。	小5男子	8.31%	7.78%	18.3%	4.55%	D	
			小5女子	5.51%	4.51%	13.4%	3.75%	D	
	10.2	脂肪をとりすぎている子ども(脂肪エネルギー比率30%以上)の割合を減らす	3歳児	41%	33%	39.0%	30%	E(C)	
			就学前児	49%	37%	37.5%		E(B)	
			小学5年	51%	45%	58.8%		E(D)	
			中学2年	46%	35%	43.2%	20%	E(C)	
			高校2年	48%	43%	50.0%		E(C)	
	10.3	野菜が足りない子どもの割合を減らす	1日摂取量240g未満	3歳児	85%	89%	93.8%	60%	E(D)
			1日摂取量240g未満	就学前児	80%	86%	94.9%		E(D)
			1日摂取量290g未満	小学5年	76%	77%	82.0%		E(D)
			1日摂取量300g未満	中学2年	63%	74%	82.7%		E(D)
			1日摂取量350g未満	高校2年	83%	80%	85.9%		E(C)
10.4	カルシウムが足りない子どもの割合を減らす	推定平均必要量 男子500mg、女子450mg	3歳児	54%	64%	50.3%	30%	E(C)	
		推定平均必要量 男子500mg、女子450mg	就学前児	52%	55%	52.7%		E(C)	
		推定平均必要量 男子600mg、女子600mg	小学5年	45%	53%	42.9%		E(C)	
		推定平均必要量 男子800mg、女子650mg	中学2年	58%	73%	56.5%		E(C)	
		推定平均必要量 男子650mg、女子550mg	高校2年	75%	82%	51.1%	50%	E(B)	
10.5	鉄が足りない子どもの割合を減らす	推定平均必要量 中2女子10.0mg以下	中学2年	85%	97%	81.7%	50%	E(C)	
		推定平均必要量 高2女子8.5mg以下	高校2年	82%	86%	63.0%		E(B)	
10	10.6	朝食を毎日食べる子どもの割合を増やす	3歳児	95%	94%	95.0%	100%	C	
			就学前児	95%	95%	96.5%		C	
			小学5年	94%	93%	89.1%		D	
			中学2年	92%	88%	86.9%		D	
			高校2年	89%	87%	84.0%		D	
	10.7	夜食を食べる子ども(毎日、ときどき)の割合を減らす	中学2年	49%	42%	50.6%	30%	C	
			高校2年	38%	41%	49.7%		D	
	10.8	朝食をいつも一人で食べる子どもの割合を減らす	3歳児	4.5%	5.2%	6.8%	0%	D	
			就学前児	3.5%	4.4%	6.4%		D	
			小学5年	4.5%	6.0%	10.3%		D	
			中学2年	12.4%	15.9%	19.2%		D	
			高校2年	32.1%	31.6%	37.8%		D	
10.9	夕食をいつも一人で食べる子どもの割合を減らす	3歳児	1.8%	2.9%	6.8%	0%	D		
		就学前児	1.0%	2.1%	3.0%		D		
		小学5年	0.8%	0.7%	3.5%		D		
		中学2年	1.5%	3.0%	2.9%		D		
		高校2年	6.1%	7.6%	10.1%		D		
10.10	おやつ時間が決まっている子どもの割合を増やす	3歳児	65%	64%	72.1%	80%	B		
		就学前児	67%	65%	63.5%		C		
10.11	親が決めた量のおやつを食べている子どもの割合を増やす	3歳児	86%	86%	89.2%	95%	B		
		就学前児	86%	85%	88.7%		C		
10.12		「食に関する指導の全体計画」※を整備している学校を増やす ※食に関する指導の全体計画②の実施状況から算出(出典:令和4年度学校給食の現況)	小中学校	81.9%	88.8%	80.5%	100%	C	

○ 二次医療圏別 標準化死亡率※（R2）

悪性新生物	延岡西臼杵	日向入郷	宮崎東諸県	西都児湯	日南串間	都城北諸県	西諸
男性	105.2	108.6	94.3	97.8	93.3	108.7	98.1
女性	104.8	98.2	104.2	88.7	111.7	88.6	101.4
総数	104.7	104.7	98.5	94.6	101.1	99.5	99.9

心疾患	延岡西臼杵	日向入郷	宮崎東諸県	西都児湯	日南串間	都城北諸県	西諸
男性	94.1	118.6	87.3	91.8	97.3	125.1	106.5
女性	89.7	111.3	84.0	101.2	110.1	122.4	110.7
総数	91.5	114.8	85.6	97.2	104.6	123.1	109.1

脳血管疾患	延岡西臼杵	日向入郷	宮崎東諸県	西都児湯	日南串間	都城北諸県	西諸
男性	99.5	108.7	96.5	84.4	124.1	104.5	93.1
女性	103.5	87.7	103.2	106.8	117.5	94.6	79.9
総数	101.4	98.0	100.0	96.5	120.4	98.7	86.1

* 宮崎県統計調査情報データベース「令和2年宮崎県の推計人口と世帯数（年報）」、令和2年衛生統計年報をもとに算定。

* 標準化死亡率 = 当該市町村の死亡数 / (当該市町村の年齢階級別人口 × 宮崎県の年齢階級別死亡率) の総和 × 100 全年齢の死亡数が「0」の場合、標準化死亡率を「-」と記載。年齢階級は、5歳刻みで下限0歳、上限95歳一括とした。（令和元年までは上限85歳一括で算定）

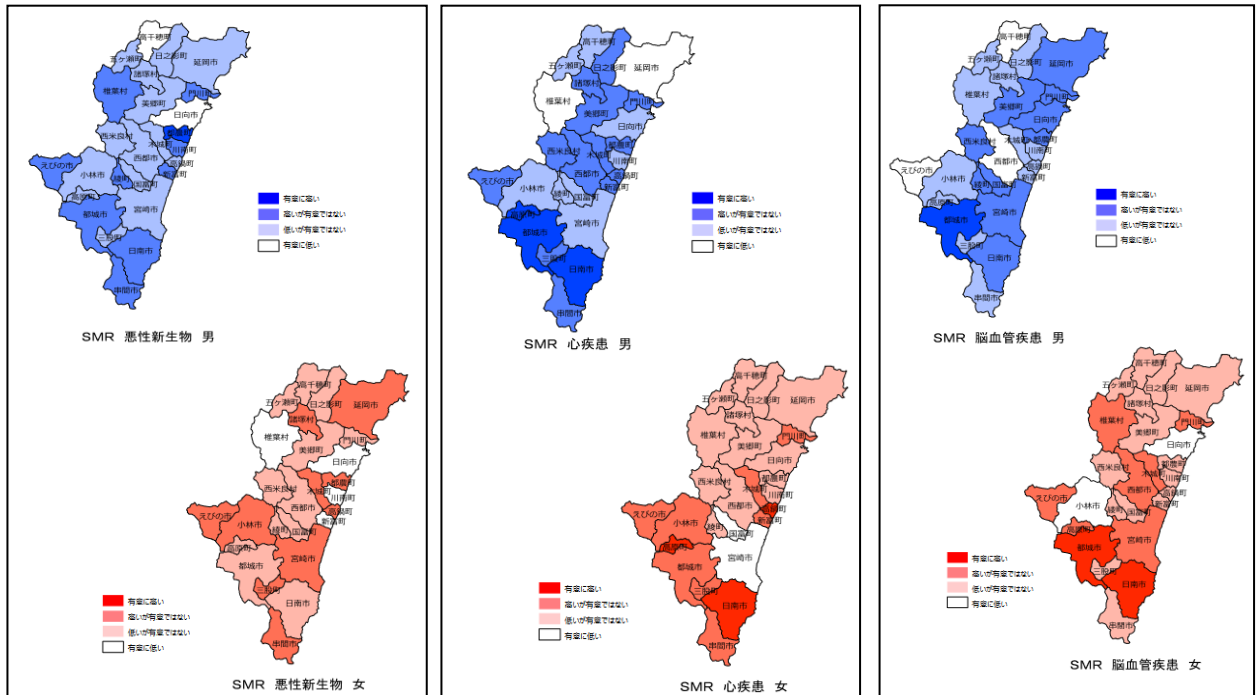
出典：宮崎県健康づくり推進センター データブック

○ 市町村別の標準化死亡率（H27~H29）

【悪性新生物】

【心疾患】

【脳血管疾患】



出典：宮崎県健康づくり推進センター データブック

※標準化死亡率：性、地域ごとに「期待死亡数」（その地域の死亡率が県と同等であると仮定したときの死亡数）に対する「実際の死亡数」の比を100倍したもの。年齢構成の違いの影響を除いた死亡状況の比較に用いる。標準化死亡率が100より大きい場合、その地域の死亡率は県より高い、100未満の場合は県より低いと診断される。

令和5年度 宮崎県健康づくり推進協議会

所 属	職 名	氏 名
公益社団法人 宮崎県医師会	副会長	山村 善教
一般社団法人 宮崎県歯科医師会	副会長	佐野 裕一
一般社団法人 宮崎県薬剤師会	副会長	岩崎 恭子
公益社団法人 宮崎県栄養士会	副会長	甲斐 敬子
公益社団法人 宮崎県看護協会	副会長	久保 敦子
公益財団法人 宮崎県健康づくり協会	健康推進部長	岡山 昭彦
宮崎県国民健康保険団体連合会	常務理事	佐野 詔藏
宮崎県地域婦人連絡協議会	会長	甲斐 恵子
宮崎県食生活改善推進協議会	会長	瀬戸口 みつ子
一般社団法人 宮崎県商工会議所連合会	常務理事	松田 広一
独立行政法人 労働者健康安全機構 宮崎産業保健総合支援センター	副所長	木村 剛
一般社団法人 宮崎県保育連盟連合会	常務理事兼事務局長	柳田 美千代
公益財団法人 宮崎県老人クラブ連合会	常務理事兼事務局長	兒玉 洋一
国立大学法人 宮崎大学	講師	塩瀬 圭佑
宮崎県市長会	会長	池田 宜永
公立大学法人 宮崎県立看護大学	教授	松本 憲子
宮崎県教育庁	スポーツ振興課長	木宮 浩二
公募委員	南九州大学 准教授	長友 多恵子

令和4年度県民健康・栄養調査解析・評価検討会

○検討委員

氏 名	所 属
西田 敏秀	高 鍋 保 健 所
武田 靖子	中 央 保 健 所
松尾 祐子	延 岡 保 健 所
清水 裕衣	日向保健所兼高鍋保健所
二川 香織	都城保健所兼小林保健所
那須 さおり	ス ポ ー ツ 振 興 課
中尾 裕之	県 立 看 護 大 学

○検討部会委員

氏 名	所 属
宮戸 瑞穂	中 央 保 健 所
湯池 咲子	日南保健所兼中央保健所
仲村 律子	日南保健所兼中央保健所
西野 夢佳	日 南 保 健 所
長岡 彩夏	都 城 保 健 所
木下 輪太郎	都城保健所兼小林保健所
二川 香織	都城保健所兼小林保健所
磯貝 公美	小 林 保 健 所
清水 裕衣	日向保健所兼高鍋保健所
高野 吉輝	高 鍋 保 健 所
吉岡 泰代	日 向 保 健 所
横山 月香	日向保健所兼高鍋保健所
大西 宣子	延岡保健所兼高千穂保健所
坂本 美咲	延 岡 保 健 所
岸田 真治	延岡保健所兼高千穂保健所
稲留 和磨	高 千 穂 保 健 所

「健康みやざき行動計画21」の問合せ先

関係機関等	住所	電話
中央保健所	宮崎市霧島1-1-2	0985(28)2111
日南保健所	日南市吾田西1-5-10	0987(23)3141
都城保健所	都城市上川東3-14-3	0986(23)4504
小林保健所	小林市堤3020-13	0984(23)3118
高鍋保健所	高鍋町大字蚊口浦5120-1	0983(22)1330
日向保健所	日向市北町2-16	0982(52)5101
延岡保健所	延岡市大貫町1-2840	0982(33)5373
高千穂保健所	高千穂町大字三田井1086-1	0982(72)2168
宮崎県福祉保健部 健康増進課	宮崎市橋通東2-10-1	0985(26)7078

健康みやざき行動計画 21（第3次）

発 行 宮崎県福祉保健部健康増進課

電 話 0985-26-7078

F A X 0985-26-7336