



第1章

基本方針

1 計画策定にあたって

○ 宮崎県では、県民の健康寿命^{*}の延伸と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」（平成 13 年度から 24 年度 :12 年計画）を県民の健康づくりの基本指針としてその推進に取り組んでまいりました。平成 24 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。

○ わが国では、急速な少子高齢化の進行に伴い疾病構造は大きく変化し、疾病全体に占めるがんや虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病は死亡原因の約 6 割に達し、こうした生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合は、約 3 割となっています。

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についても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が 3 割を占め、認知症や、高齢による衰弱、関節疾患、骨折・転倒が 5 割を占めています。

高齢化の進行による病気や介護の負担が極めて大きなものとなることから、生活習慣病一次予防の重要性は増すとともに、合併症や症状の進展等の重症化予防も重要となっています。がん、心疾患、脳血管疾患の 3 大生活習慣病の死亡率を低下させるためには、食生活や運動等の生活習慣の改善により、徹底してその予防を図ることが重要です。

○ 今回、平成 25 年度から平成 34 年度までの「21 世紀における第 2 次国民健康づくり運動（健康日本 21（第 2 次））」が示され、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終目標として、次の 5 つの基本的な方向が示されています。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 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及び社会環境の整備

○ 本県の健康寿命は、男女とも全国平均より上回っており、主観的な指標である「自分が健康であると自覚している期間の平均」も、男女とも全国平均より上回っています。

しかし、国と同様に虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病は増加し、寝たきりや認知症のように生活の質の低下や介護の負担が増大していることから、これまでの取組の評価及び新たな健康課題をふまえ、10 年後の目標を掲げた「健康みやざき行動計画 21」（第 2 次）を策定し、平成 25 年度より推進していきます。

^{*} 健康寿命とは、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と定義され、平均寿命と健康寿命との差を縮めることが健康日本 21 では最上位の目的となっています。

2 計画の位置づけ

- 「健康増進法」に基づき策定するものであり、国の「健康日本21」（第2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、歯科保健推進計画、高齢者保健福祉計画、自殺対策行動計画と整合をはかり、これらの各分野との連携により、生活習慣の改善を柱とした県民の健康づくりを推進します。
- また、この計画は県民の健康づくりやその支援への取組の指針となるとともに、各市町村で地域の実情に応じた健康づくり計画を策定する際の指針となります。
- 県は健康増進法に基づく健康増進事業を実施する市町村に対して支援を行うとともに、市町村や関係団体と連携し広く健康に関する普及啓発を推進します。

3 計画の期間と評価

- 本計画の推進期間は「健康日本21」（第2次）に合わせ平成25年度から平成34年度までの10年計画とします。
- 目標項目についてモニタリングし、概ね5年後に中間評価を行い、最終年度である平成34年度には目標値の達成度を評価し、さらにその後の計画に反映させます。

4 本県における生活習慣病対策の方向性

- 県では科学的根拠に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒、歯などの生活習慣の改善に関する目標値を定め、全国の結果を上回っている肥満者率をはじめとするメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の減少やがんのリスク低減などを目標とした施策をすすめます。
- メタボリックシンドロームは、高血糖、高血圧、脂質異常の状態が重複し、喫煙習慣とあわせ虚血性心疾患や脳血管疾患などの発症リスクが大きい疾患です。健康診断やがん検診の受診を勧奨し早期発見を推進するとともに、運動や食生活を中心とした生活習慣の改善によるがんや循環器疾患などの発症予防を図ります。
- 今後は、生涯にわたるスポーツやレクリエーションの普及をとおした運動習慣の定着及び「食事バランスガイド」の普及を推進するなど、「予防」に対する理解を深めていくことが重要です。
- 特に、生活習慣病の予防の徹底は、健康寿命の延伸や、医療費の適正化にもつながることから、小児期から適切な生活習慣を身につけるための普及啓発などに積極的に取り組むことが重要です。
- 健康に関心のある人の健康づくりの支援にとどまらず、健康に関心のない人や、生活習慣病の「予備群」でありながら自覚していない人に対し、「予防」の重要性や生涯にわたる個人の健康や生活の質（QOL）の向上につながるよう、社会全体として支える環境の整備が必要です。

5 全体目標

(1) 健康寿命の延伸

健康寿命とは、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として定義されています。平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味します。本県の平成 22 年の平均寿命と健康寿命の差^{*}は、男性 8.69 年、女性 12.12 年であり、今後平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護に係る費用が増大し、個人の生活の質(QOL)の低下を招くことから、その差を縮めることがきわめて重要です。

本県の健康寿命(平成 22 年)は、男性 71.06 歳、女性 74.62 歳で、どちらも全国平均(男性 70.42 歳、女性 73.62 歳)より上回っています。また、主観的な指標である「自分が健康であると自覚している期間の平均」も、男性 71.55 歳、女性 75.31 歳と全国平均(男性 69.90 歳、女性 73.32 歳)より上回っています。

目標項目	健康寿命(日常生活に制限のない期間)の平均の延伸
現 状	男性 71.06 歳、女性 74.62 歳(平成 22 年)
目 標	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

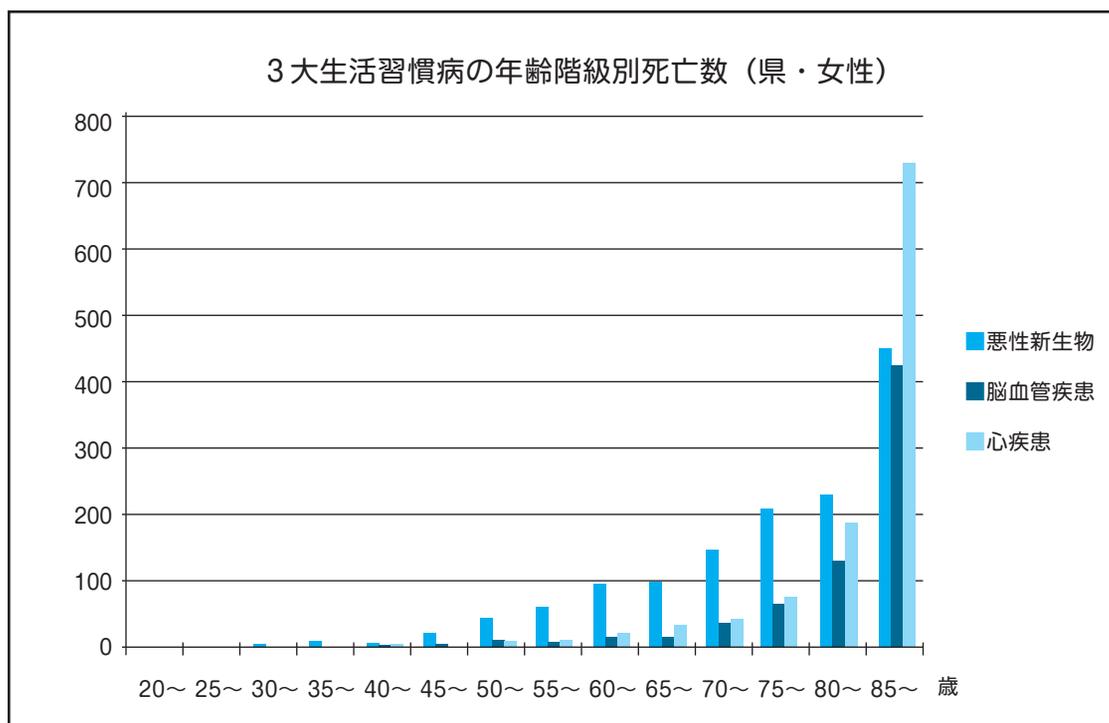
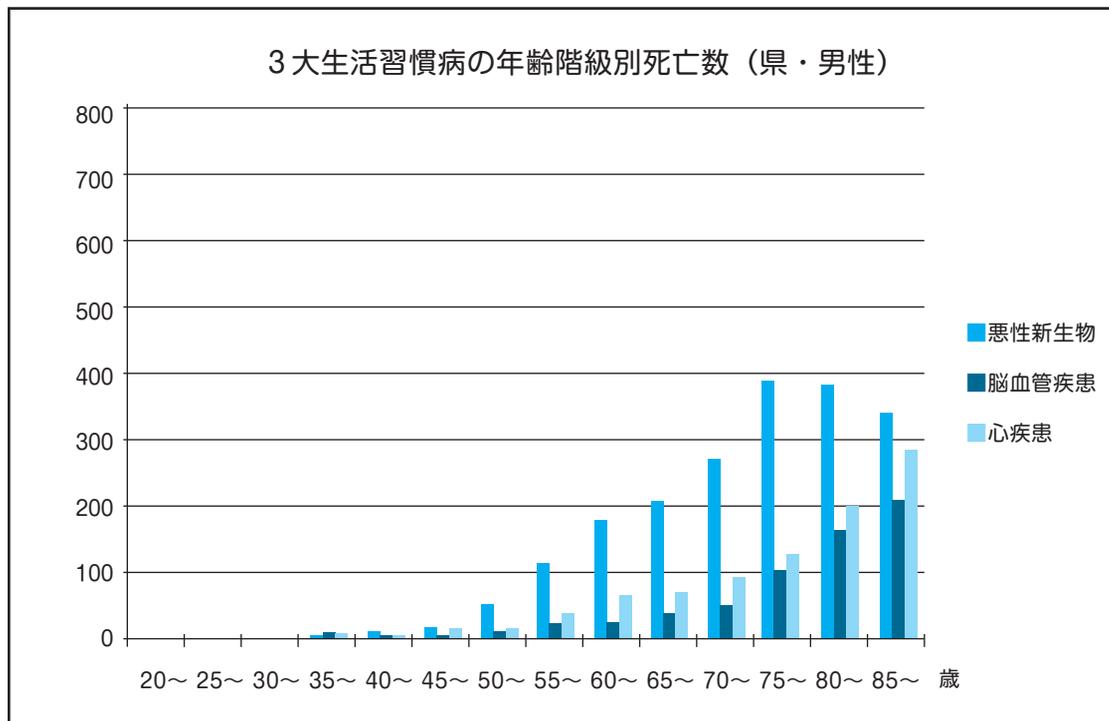
^{*}平成 24 年度厚生労働科学研究「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」で算出された平均寿命と健康寿命の差による。

(2) 健康格差の縮小

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ています。各健康課題を把握・分析し、健康寿命を延ばすための健康施策を実施します。

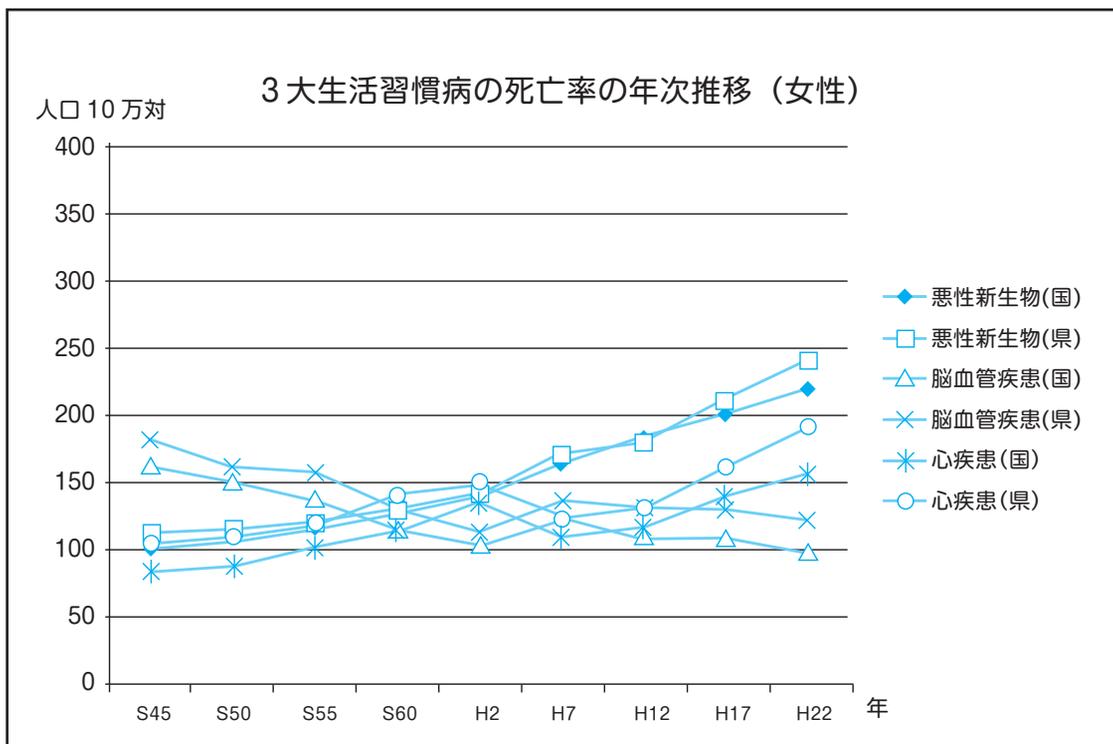
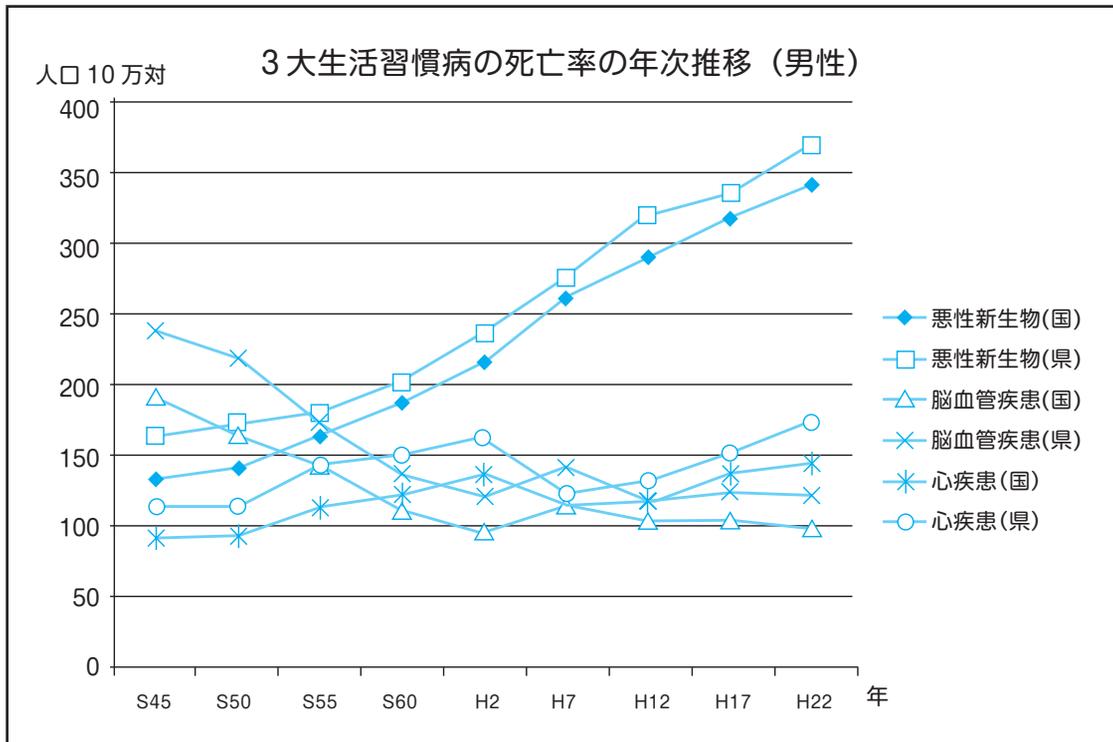
今後は、健康寿命を算出し「日常生活に制限のない期間」と「自分が健康であると自覚している期間」についてモニタリングを継続するとともに、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目標に、健康寿命の延伸の実現を図ります。

〈参考〉



3大生活習慣病の年齢階級別死亡数（県）

3大生活習慣病の死亡数は年齢とともに増加するが、男性は特に50歳代から悪性新生物による死亡数が増加している。



3大生活習慣病の死亡率の年次推移（県と全国）

3大生活習慣病全てにおいて、男女ともに本県の死亡率は全国より高い数値で推移している。

生活習慣病に関する推定数の状況

1 メタボリックシンドローム

(1)男性

年齢	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	25,068	39,303	50,321	13,717	128,409
該当者推定数	7,713	15,379	27,837	9,385	60,315
(%)	12.5	20.0	35.6	31.7	26.3
予備群推定数	17,355	23,924	22,484	4,332	68,094
(%)	28.1	31.1	28.8	14.6	26.8

(2)女性

	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	10,073	17,318	24,436	12,865	64,691
該当者推定数	7,195	4,937	13,329	6,739	32,199
(%)	10.6	6.1	15.6	18.3	12.2
予備群推定数	2,878	12,381	11,107	6,126	32,492
(%)	4.3	15.2	13.0	16.7	12.4

2 糖尿病

(1)男性

年齢	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	11,944	29,050	34,261	12,996	88,249
有病者推定数	5,972	10,253	16,060	5,776	38,060
(%)	9.7	13.3	20.5	19.5	15.8
予備群推定数	5,972	18,797	18,201	7,220	50,189
(%)	9.7	24.4	23.3	24.4	20.3

(2)女性

	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	10,073	14,810	25,560	11,837	62,279
有病者推定数	4,317	2,468	12,218	4,984	23,987
(%)	6.4	3.0	14.3	13.6	9.5
予備群推定数	5,756	12,342	13,342	6,853	38,292
(%)	8.5	15.2	15.6	18.6	14.4

3 高血圧症

(1)男性

年齢	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	28,925	59,808	66,540	27,485	182,759
有病者推定数	21,212	34,176	54,922	25,371	135,681
(%)	34.4	44.4	70.3	85.7	59.3
予備群推定数	7,713	25,632	11,618	2,114	47,078
(%)	12.5	33.3	14.9	7.1	18.1

(2)女性

	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
総数	24,461	41,961	62,200	31,243	159,866
有病者推定数	10,072	34,556	51,093	28,180	123,902
(%)	14.9	42.4	59.7	76.7	48.1
予備群推定数	14,389	7,405	11,107	3,063	35,964
(%)	21.3	9.1	13.0	8.3	12.9

4 脂質異常症

(1)男性

年齢	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
有病者推定数	27,868	41,012	44,968	19,493	133,340
(%)	45.2	53.3	57.5	65.9	54.8

(2)女性

	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	計
有病者推定数	30,217	46,898	44,429	22,427	143,971
(%)	44.7	57.6	51.9	61.0	53.8

平成 23 年度県民健康・栄養調査結果

各総数は、有病者推定数及び予備群推定数の和。有病者及び予備群推定数は、各年代毎の割合 (%) と平成 23 年 10 月 1 日時点の宮崎県推計人口より算出した。

用語の解説

用語	定義
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されことなく生活できる期間
BMI	Body Mass Index (ボディマスインデックス) の略。 体重 (kg) を身長 (m) の2乗で割って求める肥満の程度を表す指標で、22を標準値とし、25以上を肥満と判定する。 (参考: 適正体重=身長 (m) の2乗×22)
メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満を共通要因とし、高血糖、高血圧、脂質異常といった異常が重複した状態。虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高まる。
習慣摂取量	1日の調査においては、個人内変動の多い食事摂取量について、ばらつきが出やすいため、複数日の食事調査を実施し近似させることで、全体の集団を習慣的な摂取量として推定した量
習慣歩行数	1日の調査においては、個人内変動の多い歩行数について、ばらつきが出やすいため、複数日の歩行数調査を実施し近似させることで、全体の集団を習慣的な歩行数として推定した数
糖尿病予備群	空腹時血糖110mg/dl以上126mg/dl未満又はHbA1c (JDS値) 5.5%以上6.1%未満の者(インスリン使用・血糖を下げる薬の服用者を除く)
糖尿病有病者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c (JDS値) 6.1%以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者
高血圧症予備群	収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満かつ拡張期血圧が90mmHg未満の者、または収縮期血圧が140mmHg未満かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満の者(血圧を下げる薬の服用者を除く)
高血圧症有病者	収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上の者、若しくは血圧を下げる薬服用者
脂質異常症有病者	中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、またはLDLコレステロール140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬を服用している者