

第5章 最終評価のまとめ

I 評価結果の総括

- かながわ健康プラン2 1（第2次）では、全体目標として1分野2項目、社会的目標として11分野53項目の計55項目の目標項目を設定しています。さらに、目標項目を男女別等で区分した細目標項目を設定し、全体目標で4項目、社会的な目標で77項目の計81項目を評価しました。
- 全体目標の「平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる」はC（変わらない）評価、「県内の各地域の健康格差の縮小をはかる」はD（悪化している）評価で、いずれも改善には至りませんでした。
- 社会的な目標の目標項目53項目中、A（目標に達した）評価が12項目、B（現時点で目標値に達していないが改善傾向にある）評価が13項目でした。A・B評価を合わせると約47%の項目で改善を認めました。
- 社会的な目標の細目標項目77項目中、A（目標値に達した）評価が18項目、B（現時点で目標値に達していないが改善傾向にある）評価が18項目、C（変わらない）評価が25項目、D（悪化している）評価が13項目、E（評価困難）評価が3項目となり、A・B評価を合わせると約47%の項目で改善を認めました。
- 一方で、かながわ健康プラン2 1（第2次）策定以降の、県・市町村・各関係団体における取組の状況をみると、平成25年度以降、平成28年度までは年々増加し、その後も令和元年度までは概ね横ばいで推移しています。
- しかし、令和2年度は、新型コロナウイルス感染拡大の影響などを受け、1,078事業まで減少し、令和3年度はやや回復したものの1,185事業となっています。

【全体目標：健康寿命の延伸と健康格差の縮小】

- 最終評価は、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の延伸」について男女とも変わらないという結果でした。
- 特に女性の健康寿命は、基準値（平成22年）から平成25年までは全国平均より高い水準で推移していたものの、平成28年から令和元年にかけては全国平均より短くなり、不健康寿命が伸びました。
- 健康格差に関しては、平均自立期間が最も長い地域政策圏における伸びが大きかったため、格差は拡大しました。なお、2番目に長い地域政策圏と最短の地域政策圏の差は変わっていませんでした。

【主な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底】

- 目標12項目中、A評価が5項目、B評価が2項目でした。A・B評価を合わせると過半数の目標項目においては改善を認めました。

- 「脂質異常症の減少」、「糖尿病有病者数の増加の抑制」、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」がD評価であるほか、「高血圧の改善」、「COPDの認知度の向上」がC評価で改善が認められませんでした。

【社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上】

- 目標 9 項目中、A評価が 2 項目、B評価が 0 項目でした。A・B評価を合わせると 22%の目標項目で改善を認めました。
- A・B評価を除いた項目は、こころの健康分野の「気分障害の患者数の減少」、次世代の健康分野の「小学 5 年生の肥満傾向の割合の減少」、高齢者の健康分野の「介護保険サービス利用者の増加の縮小」がD評価であるほか、こころの健康分野の「自殺者数の減少」、次世代の健康分野の「子どもの週 3 回以上のスポーツ実施率の増加・非実施率の減少」、高齢者の健康分野の「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度の向上」がC評価で改善が認められませんでした。

【健康を支え、守るための社会環境の整備】

- 目標 4 項目中、A評価が 1 項目、C評価が 1 項目、D評価が 2 項目でした。
- 「未病改善の取組を行っている人の割合の増加」はC評価でした。「未病センターの利用者数の増加」、「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加」はD評価で、令和 2 年度以降の新型コロナウイルスの感染拡大の影響を受けていると考えられます。
- 「健康づくり事業等において、健康格差への対策を図っている市町村の増加」は、県内 33 市町村全てが該当し、A評価でした。

【栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善の促進】

- 目標 28 項目中A評価が 4 項目、B評価が 11 項目でした。A・B評価を合わせると、過半数の項目で改善を認めました。
- 休養・こころの健康づくり分野の「目覚めた時に疲労感が残る者の割合の減少」、「週労働時間 60 時間以上の就業者の割合の減少（年間 200 日以上就業）」、歯・口腔の健康分野「3 歳児でむし歯がない者の割合が 80%以上の市町村の増加」、「12 歳児の一人平均むし歯数が 1.0 未満である圏域の増加」は、現時点で設定した目標値に達しています。
- 身体活動・運動分野の「成人の日常生活における歩数の増加」、飲酒分野の「1 日当たりの純アルコール摂取量 男性 40 g 以上の者、女性 20g 以上の割合」はD評価と悪化しています。

- また、栄養・食生活分野の「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」、「野菜一日摂取量が350g以上の者の割合の増加」、「朝食又は夕食を家族と一緒に食べる共食の回数増加」、身体活動・運動分野の「成人の運動習慣者の割合の増加」、飲酒分野の「未成年者の飲酒をなくす(0%にする)」、喫煙分野の「成人の喫煙率の減少」、歯科・口腔の健康分野の「60歳代における咀嚼満足者の割合の増加」、「60歳で24本以上の自分の歯を有する者の割合の増加」はC評価で変化が認められませんでした。

【目標値達成状況別に見た細目標項目(全体目標・社会的な目標)】

○ A(目標値に達した)と評価した項目

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 3 がんの75歳未満の年齢調整死亡率の減少 | 25 健康づくり事業等において、健康格差への対策を図っている市町村の増加 |
| 5 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(男性女性) | 26 20歳代女性のやせの割合の減少 |
| 5 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(男性女性) | 35 目覚めた時に疲労感が残る者の割合の減少(男性女性) |
| 8 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 | 36 週労働時間60時間以上の就業者の割合の減少(年間200日以上就業) |
| 10 糖尿病治療継続者の割合の増加 | 41 未成年者の喫煙をなくす(女性) |
| 11 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 | 51 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 |
| 19 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 | 52 12歳児の一人平均むし歯数が1.0本未満である圏域の増加 |
| 23 低栄養傾向の高齢者の増加の抑制 | |

○ B(現時点で目標値に達していないが改善傾向にある)と評価した項目

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 4 がん検診(胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん・子宮がん)受診率の向上 | 32 栄養成分を表示している特定給食施設の割合の増加 |
| 13 特定健康診査の実施率の向上 | 39 妊娠中の飲酒をなくす |
| 13 特定保健指導の実施率の向上 | 41 未成年者の喫煙をなくす(男性) |
| 18 子どもの週3回以上のスポーツ実施率の増加 | 42 妊娠中の喫煙をなくす |
| 28 食塩一日摂取量が8g未満の者の割合の増加 | 43 公共的施設での受動喫煙を経験した人の割合の減少 |
| 30 果物一日摂取量が100g未満の者の割合の減少 | 45 80歳(75~84歳)で20本以上の自分の歯を有する者の割合の増加 |
| | 47 40歳(35~44歳)喪失歯のない者の割合の増加 |
| | 53 過去一年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 |

○ C（変わらない）と評価した項目

- | | |
|---|---|
| 1 平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる（男性 女性） | 29 野菜一日摂取量が 350 g 以上の者の割合の増加 |
| 2 県内の各地域の健康格差の縮小をはかる（男性） | 31 朝食又は夕食を家族と一緒に食べる共食の回数の増加 |
| 6 高血圧の改善（男性 女性） | 33 成人の日常生活における歩数の増加（60 歳以上の女性） |
| 12 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度の向上 | 34 成人の運動習慣者の割合の増加（20～59 歳の男性 女性、60 歳以上の男性 女性） |
| 15 自殺者数の減少 | 37 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（男性） |
| 17 朝食を欠食する小学 5 年生の割合の減少 | 38 未成年者の飲酒をなくす（男性 女性） |
| 18 子どもの週 3 回以上のスポーツ非実施率の減少 | 40 成人の喫煙率の減少（男性 女性） |
| 22 ロコモティブシンドロームを認知している県民の割合の増加 | 44 60 歳代における咀嚼満足者の割合の増加 |
| 26 20～60 歳代の男性の肥満者の割合の減少 | 46 60 歳で 24 本以上の自分の歯を有する者の割合の増加 |
| 26 40～60 歳代の女性の肥満者の割合の減少 | 54 「未病改善」の取組を行っている人の割合の増加 |
| 27 主食・主菜・副菜を組合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 | |

○ D（悪化している）と評価した項目

- | | |
|-----------------------------|--|
| 2 県内の各地域の健康格差の縮小をはかる（女性） | 24 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加 |
| 7 脂質異常症の減少（男性 女性） | 33 成人の日常生活における歩数の増加（20～59 歳の男性・女性、60 歳以上の男性） |
| 9 糖尿病有病者の増加の抑制 | 37 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（女性） |
| 14 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 | 55 未病センターの利用者数の増加 |
| 16 気分障害（躁うつ病含む）の患者数の減少 | |
| 20 小学 5 年生の肥満傾向の割合の減少 | |
| 21 介護保険サービス利用者の増加の縮小 | |

II 次期健康増進計画に向けての課題

- 「かながわ健康プラン21（第2次）」では、健康寿命の延伸や健康格差の縮小を図り、「誰もが元気でいきいきと自分らしい生活を送れる」ことを目指して、県民一人ひとりの取組とともに、地域・関係団体・企業・学校・行政等が一体となり社会全体で健康づくりを促進してきました。
- 全体目標の「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」は、生活習慣の改善や社会環境の整備等に基づく目標の達成によって実現される最終目標と位置づけていますが、平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸は達成しておらず、健康格差も拡大しました。引き続き、これらの最終目標の達成に向けて対策を検討していく必要があります。
- 細目標項目で見ると、約半数の項目において基準値からの改善は見られましたが、目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの、さらに、変化がない項目、悪化した項目も多くあり、順調ではありません。
- 「脂質異常症の減少」、「糖尿病有病者の増加の抑制」、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、「小学5年生の肥満傾向の割合の減少」、「成人の日常生活における歩数の増加」、「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」などの項目がD（悪化している）評価となり、個人の生活習慣やそれに起因する項目の悪化が認められました。
- 栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒等の生活習慣に関する目標や、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の抑制等の生活習慣病に関連する目標において、改善が認められない項目（C評価又はD評価）が多い傾向が見られました。
- これらの目標には、かながわ健康プラン21（第1次）から継続して掲げられているものも多く、重要な課題であること、また、その他全体の目標の進捗にも影響を及ぼすことから、課題背景を考慮し、対策を推進していく必要があります。
- がんや循環器疾患については、がんの75歳未満の年齢調整死亡率や脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率は減少し、目標を達成しているものの、これらの疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病有病者率、喫煙率や、生活習慣に係る項目に改善が見られていないため、今後、各疾病の指標に影響を与える可能性も懸念されます。
- 次期計画に向けて、項目間や分野間の関係性も考慮しながら施策を検討することになりますが、特に生活習慣に係る各項目の改善は、重点的に取組を進めるべきと考えます。
- また、次期計画においても、引き続き、県、市町村、保険者、企業、関係団体、大学等の関係者が連携して、健康づくりに向けた対策が充実・強化されることにより、全ての県民がともに支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現につながるよう取り組んでいく必要があります。

【健康寿命の延伸と健康格差の縮小】

- 健康寿命の延伸に向けては、高齢者の社会参加を進めるための積極的な啓発活動や、環境整備とともに、若年層の健康状態も健康寿命に影響するため、幅広い世代での取組が必要です。また、健康状態・健康観の分析、その他経済状況などにも着目しながら、施策を検討していく必要があります。
- また、病気にならない対策、介護を受けずに生活できることを目指す取組だけではなく、病気になっても日常生活に制限なく過ごせるような社会環境づくりにより、健康寿命を延ばしていくという考え方も必要です。
- 健康格差の縮小に向けては、栄養・食生活や身体活動、喫煙率等、各政策圏別に分析し、健康格差の拡大に関与している因子を検討しながら、健康増進施策に取り組んでいく必要があります。さらに、地域間格差だけでなく、保険者間格差や、所得・職業等の社会経済的要因による集団間格差等も把握していくことが求められます。

【主な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底】

(がん)

- がんについては、主要因子である喫煙対策や感染症対策の推進や、がんになるリスクを減らす取組として食生活改善、運動習慣の推進などが重要です。また、がん検診は、市町村がん検診、職域におけるがん検診、人間ドックといった受診機会がありますが、受診割合の多い、職域におけるがん検診については、現在、受診者数等を把握する仕組みが整備されていないため、データの収集等が課題です。また、市町村がん検診については、市町村による実施方法の違い等から、検診受診率に地域差が生じています。
- 令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えがあったと考えられますが、今後、感染対策に配慮したうえで必要な検診の受診行動につながるよう、普及啓発が必要です。

(循環器)

- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率については、目標を達成していますが、高血圧の改善や脂質異常症の減少は目標を達していないため、対策を進めていく必要があります。
- 高血圧の改善については、減塩対策を中心に、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒等の生活習慣の改善等の取組の推進を、脂質異常症の減少については、適切な栄養摂取と適度な運動をさらに推進していくこととともに、LDLコレステロールのコントロールについての正しい知識や保健指導等について周知・啓発をしていくことが必要です。

(糖尿病)

- 糖尿病については、全体として、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、糖尿病の発症・重症化予防や健診の

受診率の向上を進めていくことが必要です。

- 糖尿病有病者の増加の抑制に向けては、栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣の改善に関する取組の推進を、発症予防に関しては、健診受診率等の向上や受診勧奨等の取組も進めていく必要があります。また、引き続き、市町村や保険者、医療機関と連携しながら、糖尿病の重症化予防等の関連する取組の推進、治療中断防止の啓発及び保険者が行う治療継続や受診勧奨等の取組への支援などを、より一層推進していく必要があります。

（COPD）

- COPDについては、発症予防の観点から、幅広い年齢層へ正しい知識の普及を効果的かつ継続的に行う必要があります。また、喫煙が最大の発症要因であるため、喫煙対策と連動した普及啓発の取組も必要です。
- また、COPDが新型コロナウイルス感染症の重症化因子であることが知られているため、新型コロナウイルス感染症の知識の普及と合わせた取組が重要です。

（健診等）

- 特定健康診査については、保険者、自治体、関係機関がそれぞれ取組を工夫し、相互に連携協力しながら、引き続き推進していく必要があります。
- 特定保健指導については、保険者で工夫や改善を図ったことで実施率が向上したものの、依然として全国を大きく下回っている状況です。引き続き、より充実した保健指導を行えるよう標準的な健診・保健指導プログラムの周知啓発と、行政、保険者、関係団体等が連携した取組の推進が必要です。

【社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上】

（こころの健康）

- 自殺対策の強化としては、自殺の状況の詳細を把握し、それに基づきながら、「With コロナ」など新たな生活環境を考慮した効果的な対策を、関係機関と検討し、取り組む必要があります。
- 気分障害（躁うつ病含む）の患者数は、全国的にも増加傾向が見られ、対策を考える上でも更なる要因分析が必要です。
- 今後も、コロナ禍の社会不安等からこころの健康への影響が考えられますが、引き続き、相談体制の充実や普及啓発を推進していく必要があります。

（次世代の健康）

- 朝食を欠食する小学5年生の割合の減少がみられませんでした。別の調査では、朝食欠食の割合は、小学生よりも中学生の方が増加傾向にあるというデータもあります。学齢期から成人期への切れ目ない対策を推進するためにも、今まで把握していない年代も含めて、朝食欠食率や、食べられない原因を把握し、対応を検討する必要があります。

- 子どものスポーツ実施率は横ばいであり、引き続き実施率の向上に取り組んでいく必要があります。運動嫌いやスポーツが苦手な子どもたちが、自由な時間にスポーツに親しめる場や、気軽に活動できるような仕組み作りとともに、保護者に対する普及・啓発や、大人と子どもが一緒に体を動かすことの喜びを体験できるような機会の提供にも取り組んでいく必要があります。
- 肥満傾向児の割合は、男女別の傾向を捉え対応する必要があります。また、子どもの肥満とやせは、将来の大人の肥満とやせ、生活習慣病に移行する可能性があり、食生活の改善及び身体活動の増加の推進等、総合的な取組を行う必要があります。また、健診等で異常値を早期発見し、栄養教諭等を活用し、肥満とやせに対する健康課題への対応を、身体活動と栄養摂取の両面から個別に行える環境づくりが必要です。

(高齢者の健康)

- 高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域包括ケアシステムの構築が進められており、地域全体で、より一層充実した仕組みづくりが必要です。
- 高齢者の栄養改善については、メタボリックシンドローム対策からフレイル対策の食べ方へ切り換えをするなどの普及啓発を重点的に行う必要があります。
- また、高齢者の低栄養対策は、前期高齢者と後期高齢者で、アプローチの内容や方法、評価等を分けて行う必要があります。
- これらの実施がロコモティブシンドロームやフレイルを防ぎ、ひいては介護保険サービス利用者の増加の抑制につながるものと考えます。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の中で活用が進む、通いの場なども利用しながら、普及啓発、情報発信を進める必要があります。

【健康を支え、守るための社会環境の整備】

- 健康に無関心・無行動な人たちの、生活習慣の改善につながるような普及啓発等の取組が必要です。
- 健康格差対策については、取組の有無のみでなく、今後、その内容についても検証が必要です。地域性だけでなく、世帯状況、職業、所得等の社会経済的な属性にも着目して取り組む必要があります。

【栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善の促進】

(栄養・食生活)

- 適正体重を維持するため、自分に合った食事量を摂取することが基本ですが、全身の健康状態の維持・増進には、主食・主菜・副菜をそろえた食事内

容や食べ方にも配慮するよう普及啓発が必要です。より対象者に伝わるように、栄養・運動・休養等の分野横断での取組が必要です。

- また、若年女性のやせの割合は目標に達しましたが、小中高校生の女子におけるやせに比較して、20歳代のやせの割合が増えていることから、次世代から成人期までの切れ目ない取組が必要です。
- 減塩対策は、高血圧や脳血管疾患等の健康課題を解決するために、引き続き取り組む必要があります。食育等を通じて、乳幼児期から全世代で取り組む必要があります。
- 特定給食施設の栄養成分表示、食品表示法の栄養成分表示など、県民が表示を活用することにつながる取組が必要です。

(身体活動・運動)

- 労働・家庭・移動場面において歩数の減少や座位時間の増加の傾向がありますが、生活の様々な場面において、運動習慣を身に着けるための啓発や、身体活動として生活の中で歩くことを増やすような啓発を行っていく必要があります。

(休養・こころの健康づくり)

- 働き方も多様化しており、生活に応じた睡眠や余暇を日常生活に適切に取り入れる生活習慣を確立するよう、普及啓発を図る必要があります。
- また、質のよい睡眠を確保するため、就寝前の携帯電話、メール、ゲーム等の悪影響などについても、家庭や学校、企業等において注意喚起を推進する必要があります。
- 週労働時間については、長時間労働者の実情を把握するとともに、職場全体としてさらに働き方改革を推進するための取組が必要です。

(飲酒)

- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者では、女性が悪化傾向にあるので、飲酒による健康影響について、更なる普及啓発を図っていく必要があります。また、がんのリスク因子となる過剰飲酒をしないための周知も必要です。
- 20歳未満の飲酒をなくすため、学校や職場等での飲酒リスクの普及啓発や、20歳未満の者が酒類を購入できない、飲酒ができない環境の整備などを、関係業界団体等の協力も得て、進めていく必要があります。

(喫煙)

- がんを始め、多くの疾患の原因となる喫煙は、健康づくりを推進する上で最大の課題の1つです。成人の喫煙者が禁煙(卒煙)できるサポート体制を確実に整備していくことが重要です。また、たばこの健康影響(特に加熱式たばこ)、禁煙治療などについて周知し、20歳未満の者が喫煙しない環境の整備を行うことが必要です。妊婦に対する喫煙防止指導も、効果的に行うことが望まれます。

- 健康増進法や神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例に基づく取組を、県、関係機関及び団体が連携して効果的に推進する必要があります。

(歯・口腔の健康)

- むし歯の罹患状況は改善傾向にありますが、地域によってむし歯の罹患状況が異なります。地域のむし歯罹患状況を分析し、それに基づくフッ化物応用等の効果的なむし歯対策の実施が必要です。
- 歯の喪失につながる、むし歯、歯周病対策を行うとともに、口腔機能を維持するためにも、かかりつけ歯科医を持ち定期的にプロフェッショナルケアを受けることの重要性や、歯及び口腔の健康づくりへの関心を高めることが必要です。