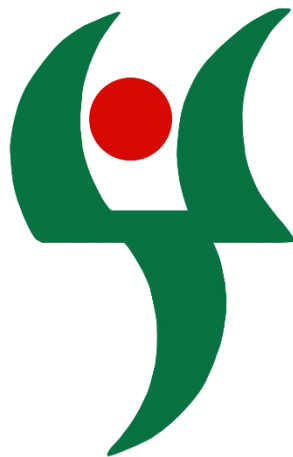


いきいきと健やかに暮らせる社会の実現のために

# 健やか山梨21(第3次)



健やか山梨 21 シンボルマーク

YAMANASHI (山梨) の「Y」の頭文字をアレンジし、赤は血液(健康の源) 緑は体(リラックス)を連想させ、県民が健康づくりに励んでいる姿を表現している。

令和6年3月

山梨県



はじめに

令和元年国民生活基礎調査に基づく都道府県別健康寿命において、本県は男性が 73.57 年、女性は 76.74 年で男女ともに全国第 2 位でした。また、平成 22 年、25 年、28 年の過去 3 回の調査において、男女ともに全国上位 2 位以内を維持しており、本県の健康寿命は全国のトップクラスとなっています。

本県には、健康を自覚している方が多いこと、65 歳以上の就労率が高く、役割や責任を持って生活している方が多いこと、愛育班発祥の地で愛育班活動や食生活改善推進員による活動など人と人とのつながりが強いこと、人口 10 万人あたりの保健師数が多く、地域の実情にあった保健活動を展開していることなどの特徴があり、これらは本県の強みがあります。

人生 100 年時代といわれる中、医療や介護を必要とする者が今後ますます増えると考えられます。生活習慣病の発症、重症化の予防は、早期からの取組が大切ですが、働く世代や子育て世代などにおいては、自身の健康を気遣うゆとりが十分でなく、関係機関による健康づくりのアプローチが必ずしも行き届いていないという課題もあります。

このような中、すべての県民の健康寿命の延伸のためには、健康づくり分野のみならず、幅広い分野の関係機関が連携しながら、自然に健康になれるまちづくりをはじめ、個人の健康を支える社会環境の質の向上に、より一層力を入れて取り組んでいくことが必要です。

また、現在の健康が将来の自分や次世代（子ども）の健康に影響を及ぼすことから、ライフコースアプローチの観点を持ち、より一人ひとりに寄り添ったアプローチができるように取り組むことも必要です。

これらに取り組むにあたっては、本県の強みを生かしながら、関係団体や企業、NPO 法人、学術機関、地区組織など、県民一人ひとりの力を結集し、オールやまなしで進めていきます。

本計画を推進することにより、健康寿命を延伸させ、「全ての県民がいきいきと健やかに暮らせる社会」の実現を目指していきます。

令和 6 年 3 月

# 目 次

## はじめに

### 第1章 「健やか山梨21（第3次）」の基本的事項

1 計画の趣旨	1
2 計画策定の背景	1
3 計画の期間	2
4 計画の位置付け	2

### 第2章 「健やか山梨21（第2次）」の評価

1 最終評価の目的	3
2 最終評価の方法	3
3 全体の目標達成状況の評価	3

### 第3章 県民の健康の状況

1 人口動態	
（1）人口構造	5
（2）世帯の状況	8
（3）産業構造	8
2 疾病構造・健康状態の変化	
（1）死亡の状況	9
（2）介護の状況	12
（3）医療の状況	13

### 第4章 健康づくりの目標設定

1 取り組みの方向性	15
2 目標設定の考え方	16
3 計画の評価	16

### 第5章 県民の健康増進の推進に関する取り組み

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現	18
2 個人の行動と健康状態の改善	
（1）生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防	
① がん	21
② 循環器疾患	25
③ 糖尿病	33
④ COPD（慢性閉塞性肺疾患）	40
（2）生活習慣の改善	
① 栄養・食生活	42

② 身体活動・運動	48
③ 休養・睡眠	53
④ 飲酒	56
⑤ 喫煙	59
⑥ 歯・口腔の健康	62
(3) こころの健康の維持・向上	65

### 3 社会環境の質の向上

(1) 社会とのつながり	70
(2) 自然に健康になれる環境づくり	73

### 4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(1) 次世代の健康（胎児期・乳幼児期・学童期・思春期）	77
(2) 成人の健康（青年期・壮年期）	89
(3) 高齢者の健康（高齢期）	96

第6章 計画の推進体制	104
-------------	-----

## 資料編

## 1 計画の趣旨

健康は、幸福の基礎となるもので、山梨県民が生涯にわたって健やかで心豊かな生活を送るために、自らの健康のレベルに応じた生活習慣及び社会生活の改善に取り組むことが大切です。

また、個人の行動と健康状態の改善のみが健康増進につながるわけではなく、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素になることがわかってきました。

そこで、本計画は、県民が健やかで心豊かに暮らせる持続可能な社会の実現を目指し、個人の行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上を進めることで、健康寿命の延伸・健康格差の縮小の実現を目指します。

また、取り組みにあたっては、①誰一人取り残さない健康づくりの展開やライフコースアプローチを踏まえた健康づくり、PDCA サイクルの推進、教育機関・企業・地域等、さまざまな関係機関との連携等による②より実効性をもつ取り組みの推進をしていきます。

## 2 計画策定の背景

本県においては健康づくりにかかる取り組みとして、平成13年度から「健やか山梨21」が展開されてきました(表1-2-1)。令和5年度は、「健やか山梨21(第2次)」の最終年度に当たり、目標の達成度などの最終評価を行うとともに、同年7月の厚生労働省告示第207号「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(以下「健康日本21(第三次)」という。)」が全部改正され、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性をもつ取り組みの推進を通じて、国民の健康の増進を実現するという基本的な方針が示されたことから、この方針を踏まえ、新たな計画を策定することとしました。

表 1-2-1) 本県におけるこれまでの健康づくりの動向

健やか山梨 21（平成 13 年度～）	一次予防の重点をおいた健康づくり施策を強力に推進することにより、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸を図り、県民一人ひとりの豊かな人生を実現することを目的とし、家庭、地域、学校、職場、各種団体等が情報や学習の機会の提供、ボランティア活動や地域活動の活性化等の環境整備を行い、県民が健康づくりに取り組みやすい社会の創造を目指して取り組みを推進しました。
健やか山梨 21—2006 年版—（平成 18 年度～）	健やか山梨 21 の中間評価の結果を踏まえ、目標に達していない項目に重点的に取り組みました。さらに、一次予防に重点をおいた健康づくり施策を強力に推進することにより、生活習慣病（NCDs）の予防、健康寿命の延伸を図り県民一人ひとりの豊かな人生を実現することを目的に、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪型症候群）」の概念を導入した生活習慣病対策（NCDs 対策）の重要性等、社会情勢の変化や予防医学の新しい知見を取り込みながら取り組みを推進しました。
健やか山梨 21—2008 年版—（平成 20 年度～）	医療制度改革において、生活習慣病（NCDs）が中長期的な医療費適正化を目指す上での重要な柱のひとつに位置付けられたこと併せて、医療保険者に対し、特定健康診査等の実施が義務付けられたことから、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病（NCDs）の有病者及び予備群数の減少率や特定健康診査・保健指導の実施率等、新たな目標項目や数値目標に基づき、取り組みを推進しました。
健やか山梨 21（第 2 次）（平成 25 年度～）	いきいきと健やかに暮らせる社会を実現することを目的に、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く家庭、学校、地域、職場等の社会環境の改善を通じて、ライフステージに応じた生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防を図るとともに、社会生活機能の低下を抑制することにより生活の質の向上を図り、また、社会参加の機会を増加することにより社会環境の質の向上を図ることで、健康寿命の延伸と市町村間の健康格差の縮小の実現を目指しました。

### 3 計画の期間

「健やか山梨 21（第 3 次）」の計画期間は、健康日本 21（第三次）に準じて、令和 6 年度を初年度とし、令和 17 年度を目標年度とする 12 年間とします。なお、今後の健康づくりの実績を踏まえ、策定から概ね 6 年後に中間評価と計画の見直しを行います。

### 4 計画の位置づけ

「健やか山梨 21（第 3 次）」は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 8 条の「都道府県健康増進計画」として位置付けます。

また、健康増進計画と関連する他の計画との調和を図ります。

- 山梨県地域保健医療計画
- 山梨県医療費適正化計画
- 山梨県がん対策推進計画
- 山梨県教育振興基本計画
- 健康長寿やまなしプラン（山梨県高齢者福祉計画・山梨県介護保険事業支援計画）
- 循環器病対策推進計画
- やまなし食育推進計画
- 山梨県スポーツ推進計画
- 山梨県口腔の健康づくり推進計画
- やまなし子ども・子育て支援プラン

## 第2章

# 「健やか山梨21(第2次)」の評価

## 1 最終評価の目的

「健やか山梨21(第2次)」は、平成30年度に中間評価と内容の見直しを行い、令和5年度は最終評価を行い、その評価を令和6年度以降の新しい健康増進計画に反映することとしました。

## 2 最終評価の方法

### (1) 指標の評価方法について

「健やか山梨21(第2次)」に掲げた45項目80数値目標(目標値)について、(直近値-ベースライン)/(目標値-ベースライン)で算出しています。

### (2) 推進に関する取り組み状況について

市町村及び健やか山梨21推進会議や部会等の取り組みや現状について、調査し、整理・評価を行いました。

## 3 全体の目標の達成状況の評価

表1) 評価指標の達成状況

区分	判定基準	判定結果	
A	達成率が100%以上のもの、目標を達成した	27	33.75%
B	達成率が50%以上で100%未満のもの、順調に進捗した	17	21.25%
C	達成率が0%以上で50%未満のもの、やや進捗した	11	13.75%
D	達成率が0%以下のもの、進捗していないか後退している	17	21.25%
E	数値が未把握や把握困難等で判定ができないもの	8	10.00%
合計		80	100.00%

最終評価の結果、「既に目標を達成している(A判定)」及び「順調に進捗している(B判定)」「やや進捗が遅れているが進捗している(C判定)」を含めると数値目標の約70%が計画策定時と比べ改善しているものの、「進捗していないか後退している(D判定)」項目が約20%ありました(表1)。

最上位目標である健康寿命の延伸・健康格差縮小は男女ともに延伸しており、全体とし



て健康づくりの取り組みは進捗していると考えられます。目標が達成、進捗している項目の共通点としては、法的に取り組みが義務付けられている、保健医療分野のみでなく多部署が連携して切れ目ない取り組みを行うことができている、取り組み推進のキーパーソン・団体がいる、医療の進歩の影響を受けやすい（死亡率の改善）という点が挙げられました。

達成していない項目の共通点としては、長年解決ができていない、健康増進の基本となる生活習慣病の発症・重症化に関連する分野でした。健康づくりの優先度が必ずしも高くない、健康づくりのアプローチが十分に届いていない層の中には、生活基盤が整っていない者や未治療・治療中断者等のハイリスク者がいることも課題として挙げられました。

これらの課題を解決するためには、具体的な啓発を行うことや楽しく健康づくりに取り組める体制づくり、家族を通じて生涯にわたった取り組みを実施することが必要です。多様な団体等との密接な連携や社会環境の整備等により、より実効性のある取り組みを実施することで、社会全体として個人の健康を支え、守る環境づくりを推進していくこと、さらに県民・関係団体に課題や取り組み状況を見える化することにより、連携を促進し、効果的・効率的に実施できるよう努めていく必要があります。

また、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、健康づくりの取り組みが中止・縮小を余儀なくされ、取り組みの停滞となっている分野もあり、この経験を生かした非常時の対策についての検討も重要です。

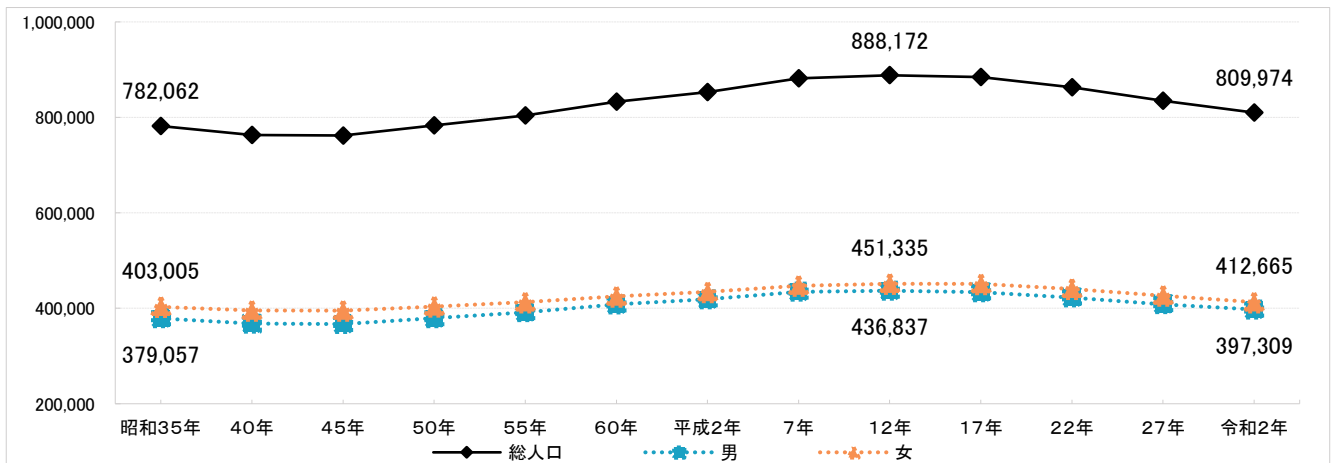
併せて、順調に改善されている項目についても、引き続き、維持・向上を目指すために、本県の強みを生かしながら、子どもから高齢者に至るまで、全ての世代、県民の生涯を通じた健康づくりの取り組みを推進することで、健康寿命の延伸を推進していきます。

## 1 人口動態

### (1) 人口構造

本県の総人口は、平成12年の88万8,172人をピークとして減少に転じており、令和2年は80万9,974人でした（図3-1-1-1）。

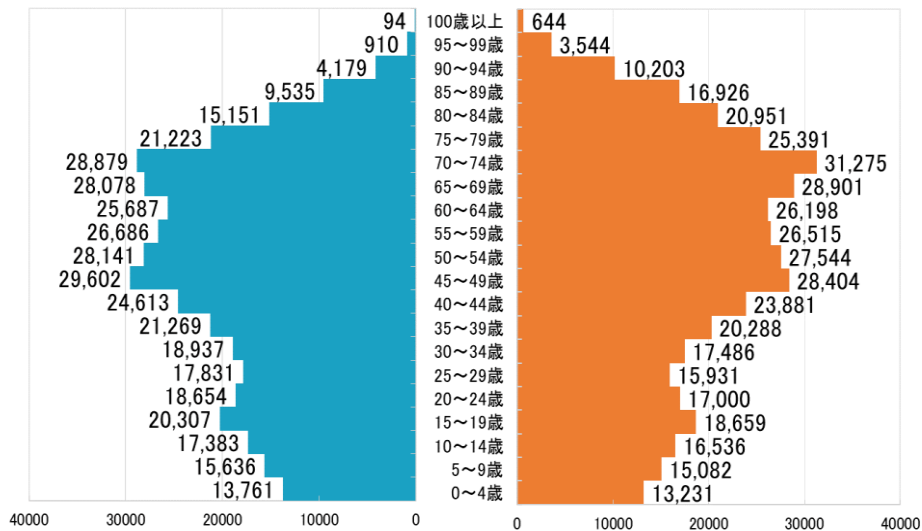
図3-1-1-1) 総人口の男女別年次推移（山梨県）



出典：国勢調査

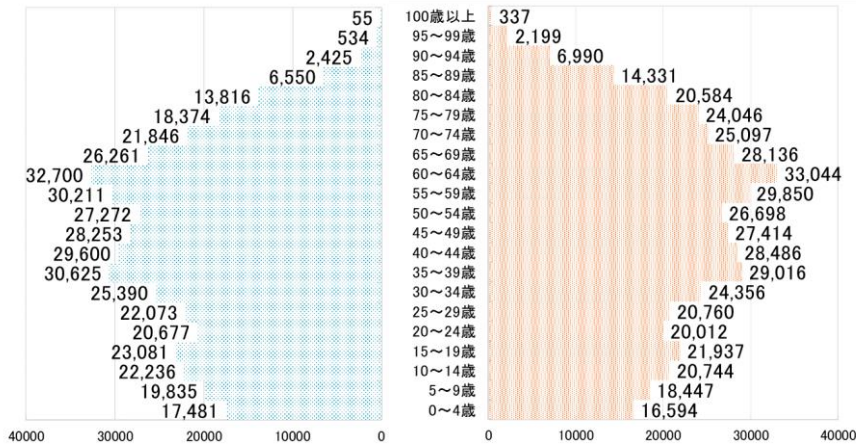
令和2年の人口ピラミッドは平成22年と同様に「つぼ型」となっていて、少子・高齢化は一段と進んでいます（図3-1-1-2、図3-1-1-3）。

図3-1-1-2) 山梨県 人口ピラミッド（令和2年）



出典：国勢調査

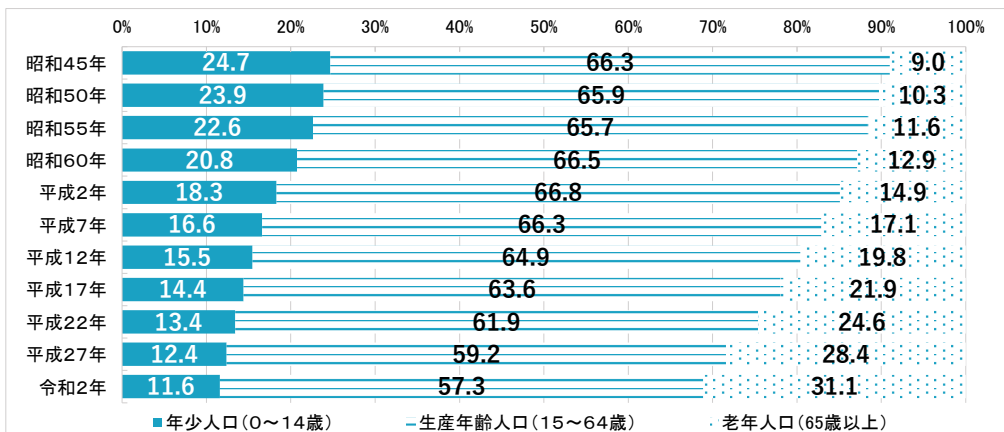
図 3-1-1-3) 山梨県 人口ピラミッド (平成 22 年)



出典：国勢調査

本県の年齢三区分別人口構成の年次推移を見ると、年少人口割合は減少傾向が続き、老年人口割合は増加しており、少子高齢化が進行していることがわかります（図 3-1-1-4）。

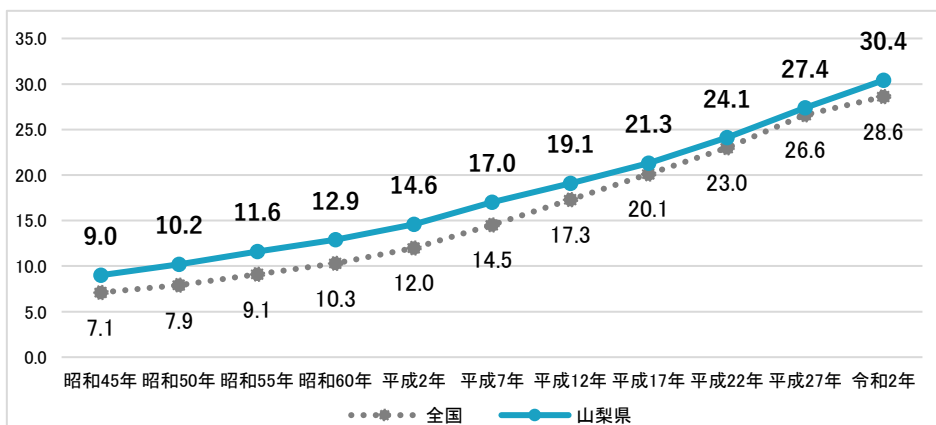
図 3-1-1-4) 山梨県の年齢三区分別人口構成の推移



出典：国勢調査

本県の令和 5 年 4 月 1 日現在の高齢者人口は 253,347 人で、高齢化率は 31.3%で全国平均よりも 2.2 ポイント高く、全国より早く高齢化が進んでいます（図 3-1-1-5）。

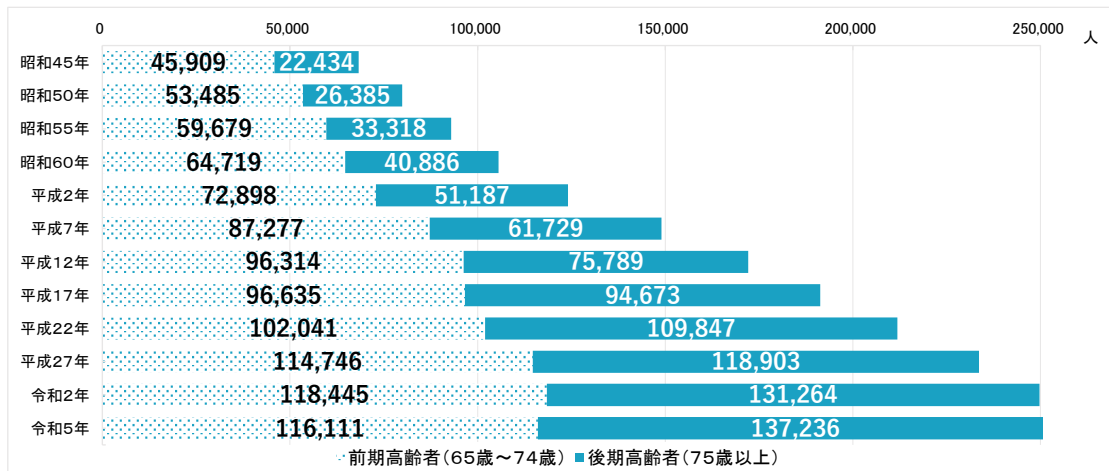
図 3-1-1-5) 高齢化率の年次推移



出典：山梨県高齢者福祉基礎調査

平成18年以降は75歳以上の後期高齢者数が、65歳以上75歳未満の前期高齢者数を上回っており、平均寿命が伸びたことによるものと考えられます（図3-1-1-6）。

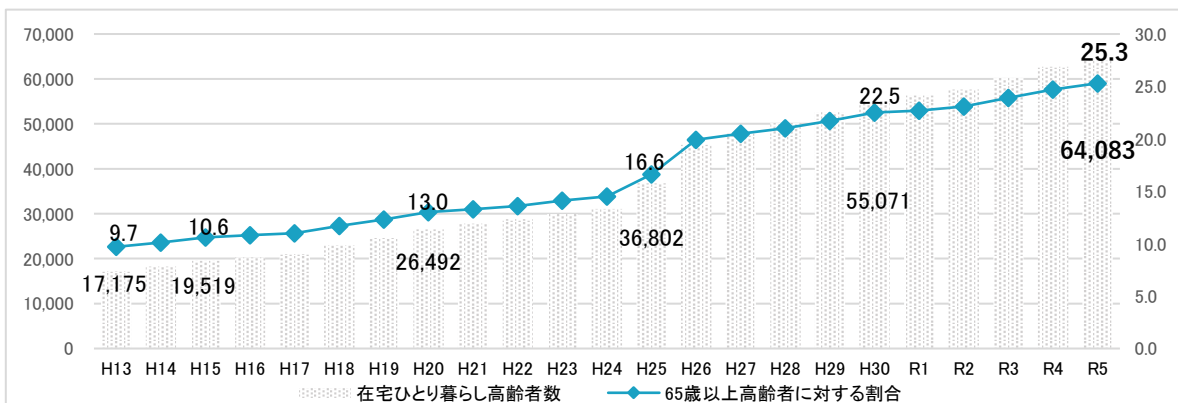
図3-1-1-6) 前期・後期高齢者の推移



出典：山梨県高齢者福祉基礎調査

本県の令和5年4月1日時点の在宅ひとり暮らし高齢者は64,083人で、65歳以上の高齢者のうち25.3%を占めています（図3-1-1-7）。

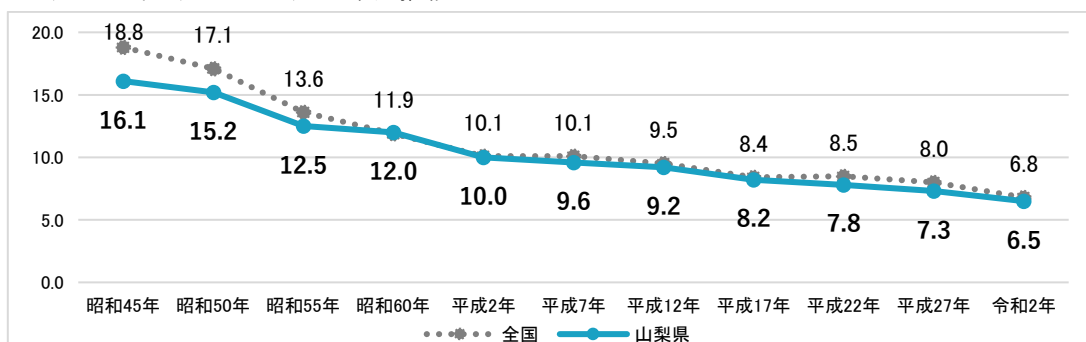
図3-1-1-7) 在宅ひとり暮らし高齢者数と65歳以上高齢者に対する割合の推移



出典：山梨県 高齢者福祉基礎調査

年次推移を見ると、山梨県、全国とも出生率の低下が続き、令和2年においては全国6.8、山梨県6.5となっています（図3-1-1-8）。

図3-1-1-8) 出生率（人口千対）の年次推移

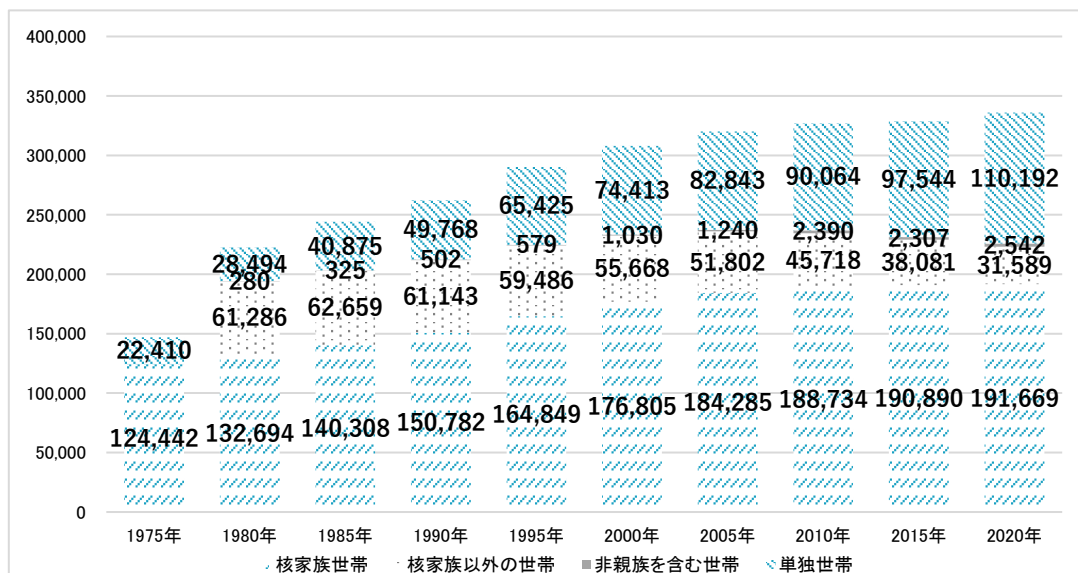


出典：人口動態統計

## (2) 世帯の状況

令和2年の本県の一般世帯数は335,992件で、核家族の割合が最も多くなっています。また、単独世帯数が年々増加しています（図3-1-2-1）。

図3-1-2-1) 山梨県の一般世帯数の内訳の推移

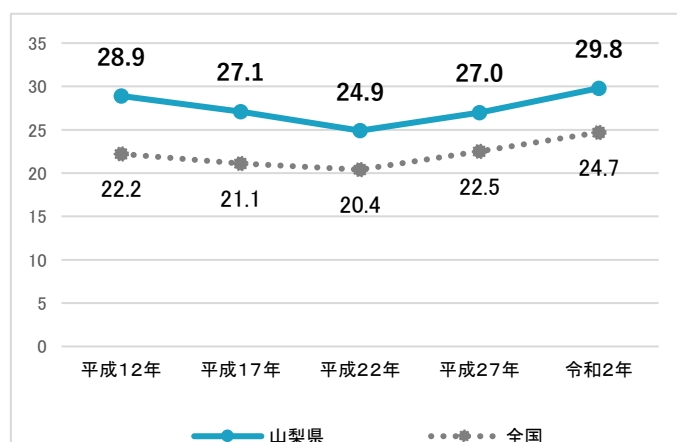


出典：国勢調査

## (3) 産業構造

令和2年の本県の65歳以上の従業者割合は29.8%で、全国よりも高い割合で推移しています（図3-1-3-1）。生涯現役で役割を持って生活している方が多いことは、本県の強みになっています。

図3-1-3-1) 65歳以上の就労状況



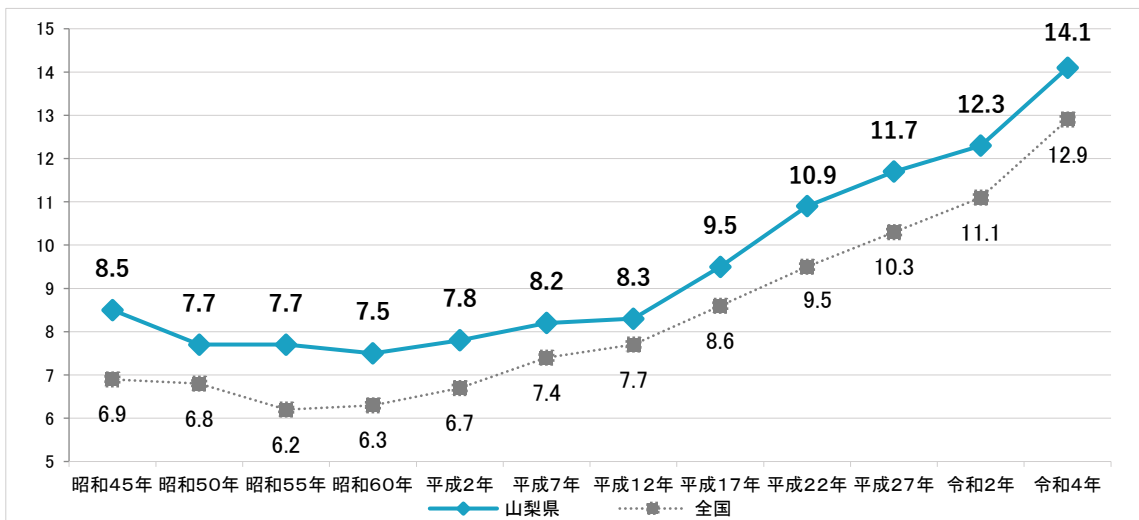
出典：e-stat

## 2 疾病構造の変化

### (1) 死亡の状況

死亡率は、昭和 60 年頃まで山梨県、全国ともに低下していましたが、少子高齢化の影響を受け近年急速に増加しています（図 3-2-1-1）。

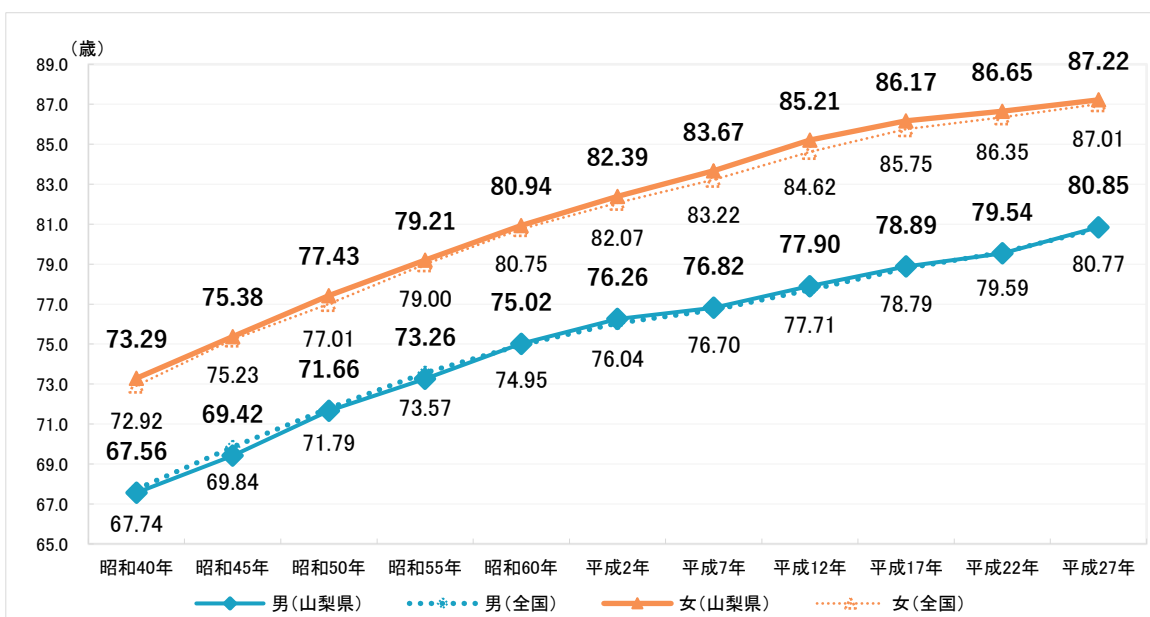
図 3-2-1-1) 死亡率（人口千対）の年次推移



出典：人口動態統計

平均寿命の推移を見ると、山梨県、全国ともに年々増加しており、男女とも全国平均を上回って推移しています（図 3-2-1-2）。

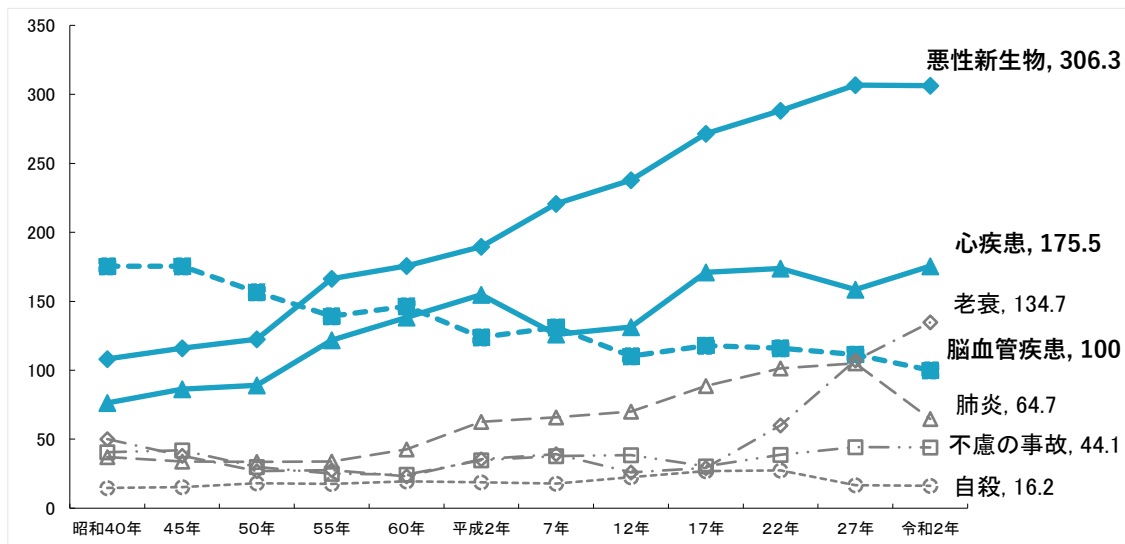
図 3-2-1-2) 平均寿命の年次推移



出典：都道府県生命表

主要な死因の死亡率の年次推移を見ると、昭和40年頃には最も高かった脳血管疾患は減少し、平成12年以降、がんが最も高く、次いで心疾患となっています。近年は、老衰による死亡率が増加しています（図3-2-1-3）。

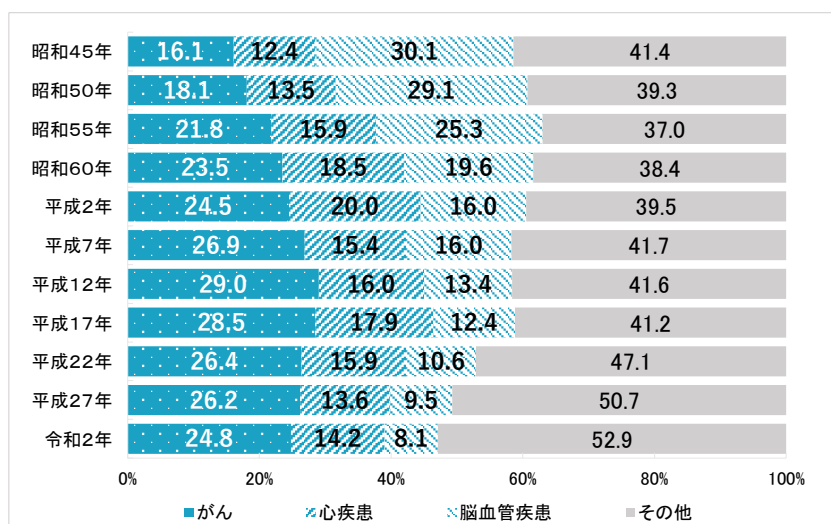
図3-2-1-3) 山梨県の主要死因別に見た死亡率（人口10万対）の年次推移



出典：人口動態統計

がん、心疾患、脳血管疾患の三大死因の占める割合を年次推移で見ると、昭和45年には約3割を占めていた脳血管疾患は、令和2年には1割未満と大幅に減少しています。また、昭和60年からがんが最も多い割合を占めています。心疾患は1~2割程度となっています。（図3-2-1-4）

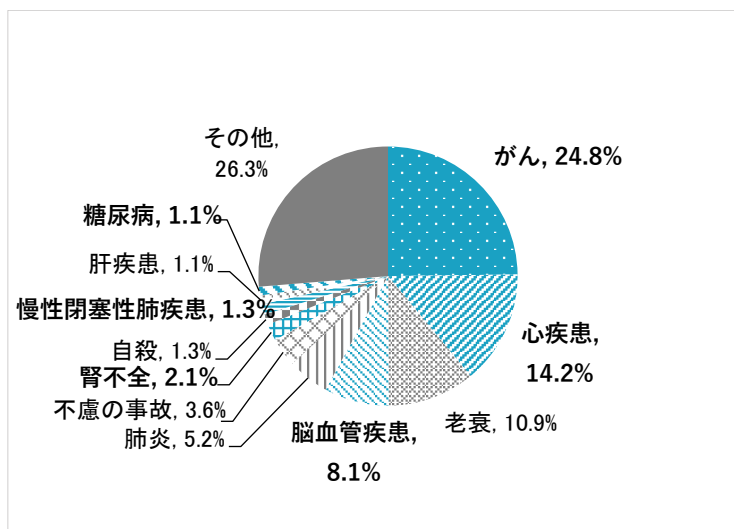
図3-2-1-4) 山梨県の三大死因の占める割合の年次推移



出典：人口動態統計

令和2年の本県の死亡数に占める生活習慣病（NCDs）の割合を見ると、がんが最も多く24.8%、次いで心疾患14.2%、脳血管疾患8.1%と続いており、全体の約半数が生活習慣病（NCDs）となっています（図3-2-1-5）。

図3-2-1-5) 山梨県の死因割合



出典：令和2年人口動態統計



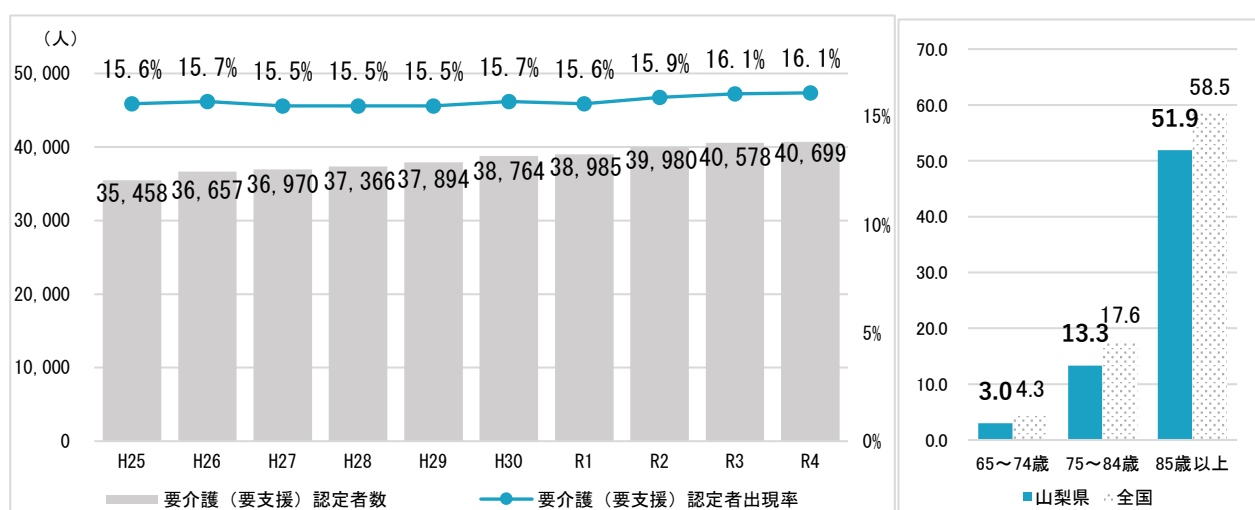
## (2) 介護の状況

本県の第1号被保険者（65歳以上の被保険者）のうち、要介護又は要支援と認定された者（要介護・要支援認定者）は、令和5年3月31日現在で40,699人であり、年々増加しています。要介護認定率（要介護・要支援認定者の第1号被保険者に占める割合）は16.1%と全国平均より低いものの、年々増加しています（図3-2-2-1）。

年代別（65～74歳、75～84歳、85歳以上）の認定率を全国平均と比較すると、いずれも本県の方が低く、年代が高くなるほどその差が広がり、85歳以上では6.6ポイントの差があります（図3-2-2-2）。

図3-2-2-1) 要介護（要支援）認定者数と認定率の推移（第1号被保険者数）【左】

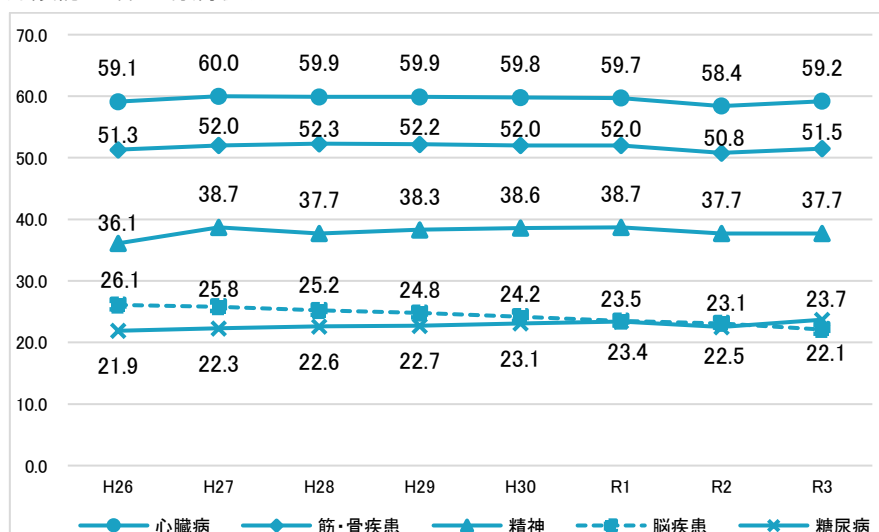
図3-2-2-1) 年齢三区区分ごとの認定率【右】



【左】出典：令和4年度介護保険事業状況報告（速報）【右】出典：介護保険事業状況報告（令和4年度速報・令和5年3月月報）

令和3年の介護認定者の有病率は、心臓病が最も多く59.2%、次いで筋・骨疾患51.5%、精神37.7%となっています。毎年このくらいで推移しています（図3-2-2-3）。

図3-2-2-3) 介護認定者の有病状況



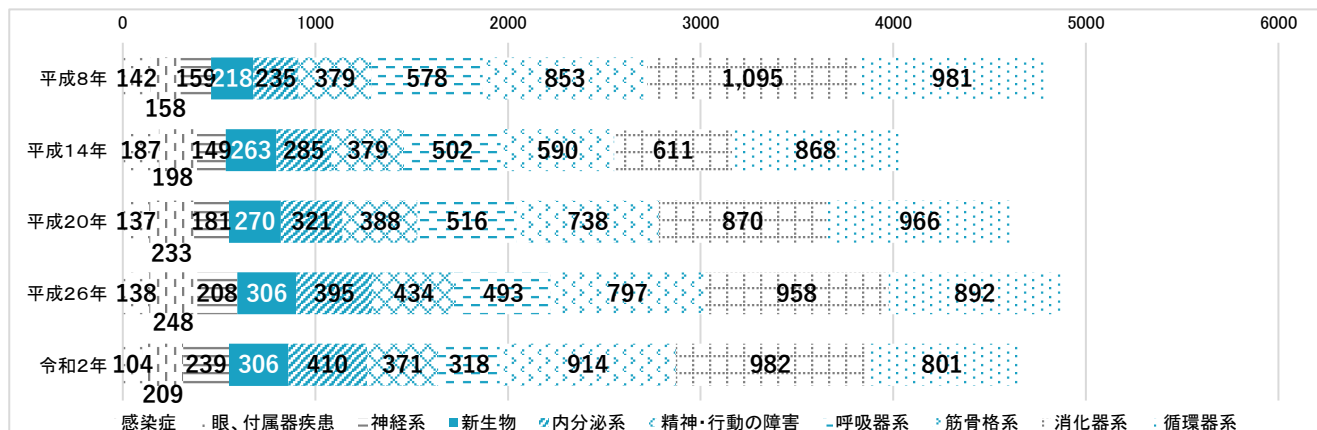
出典：山梨県国民健康保険団体連合会 山梨の国保と後期と介護

### (3) 医療の状況

#### 受療状況

令和2年の受療率が高い疾病は、消化器系、筋骨格系、循環器系などとなっています(図3-2-3-1)。

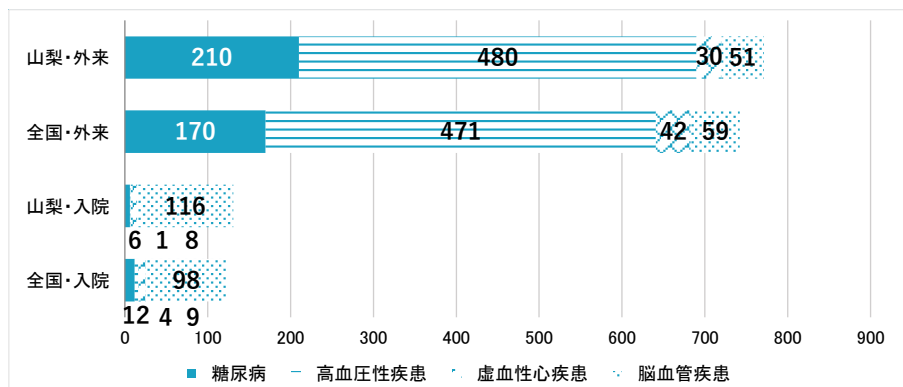
図3-2-3-1) 傷病大分類別受療率(人口10万対)



出典：厚生労働省 患者調査

令和2年の生活習慣病(NCDs)の受療率は、全国と比較すると入院・外来ともに全国よりも多くなっています。特に、糖尿病の外来受療率及び高血圧性疾患の外来受療率、脳血管疾患の入院受療率が高くなっています(図3-2-3-2)。早期から適切な治療を継続し、生命の危機や障害の有無に関連する大きな病気につながらないようにすることが大切です。

図3-2-3-2) 令和2年 生活習慣病(NCDs)の受療率(人口10万対)

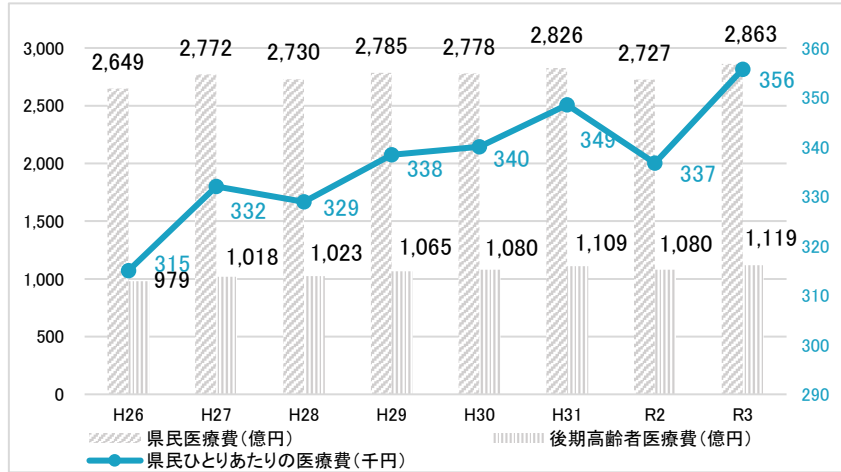


出典：厚生労働省 患者調査

## 医療費の状況

県民医療費は、令和3年に2,863億円となり、増加傾向にあります。そのうち、75歳以上の後期高齢者が全体の39%を占めています。県民ひとりあたり医療費は、令和3年に356千円となり、全国では低い方から19番目ですが、上昇傾向にあります(図3-2-3-3)。

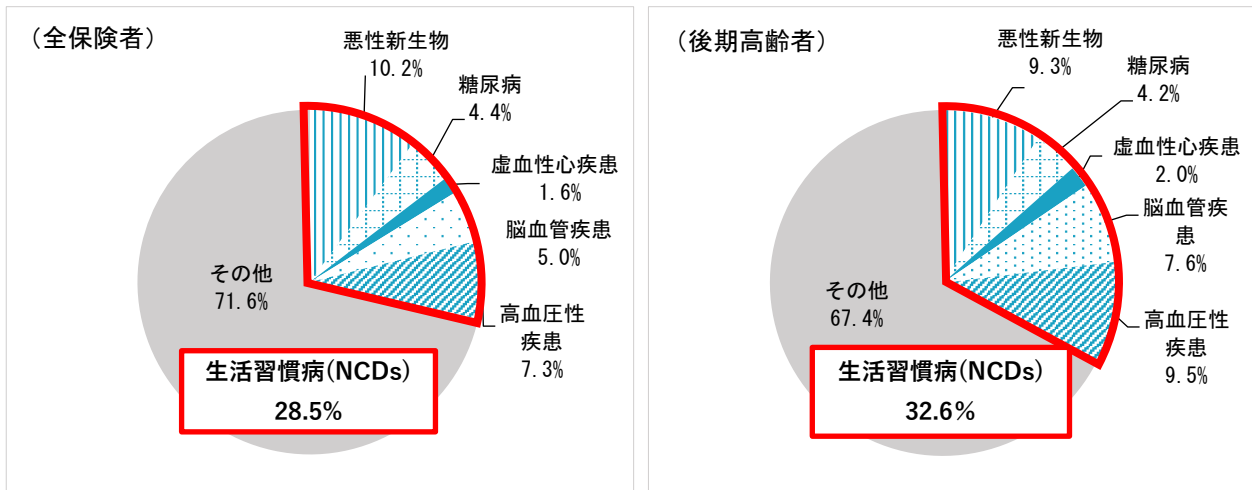
図3-2-3-3) 県民医療費の推移(山梨県)



出典：厚生労働省 各年度の国民医療費

県民医療費総額の疾病別割合(2021年度診療分)は、悪性新生物や糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患など生活習慣病(NCDs)に分類される疾病が、全保険者及び後期高齢者区分のいずれも概ね30%を占めています(図3-2-3-4)。

図3-2-3-4) 医療費総額の疾病別割合(山梨県)



出典：厚生労働省 2021年度分NDBデータを元に作成

## 第4章

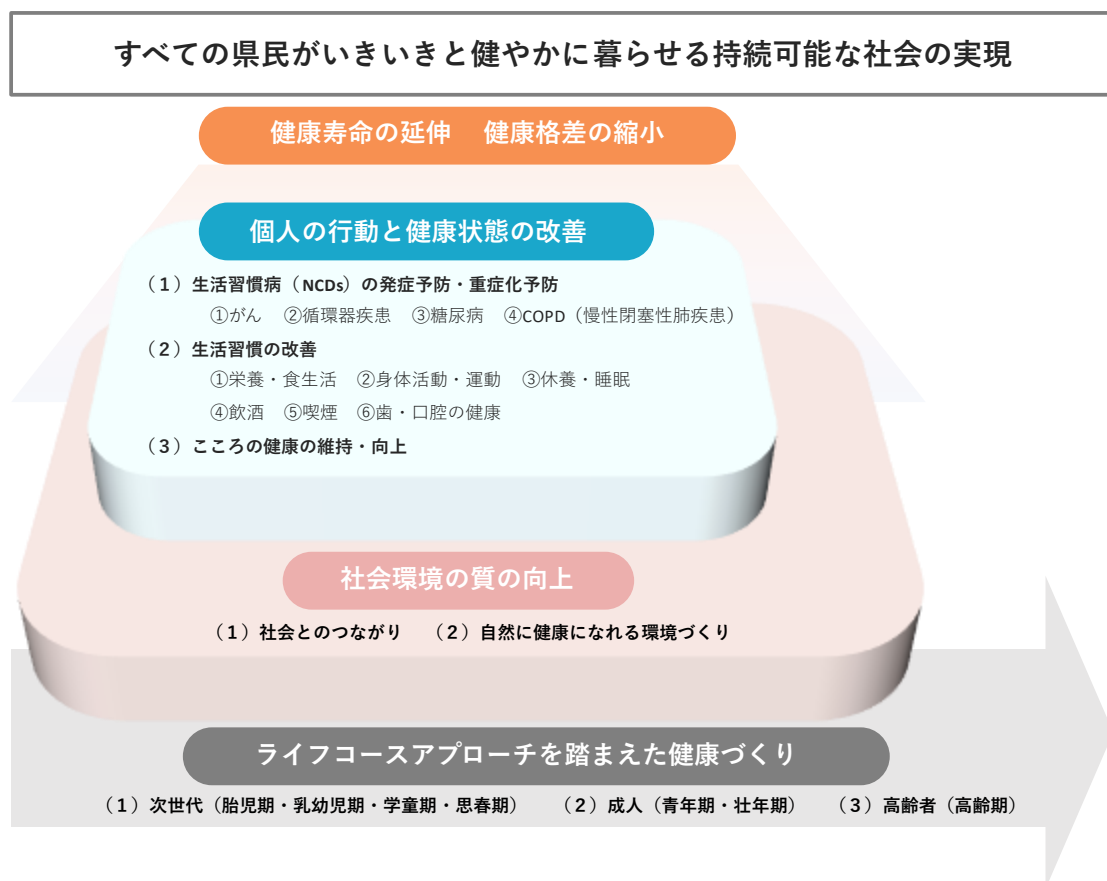
# 健康づくりの目標設定

## 1 取り組みの方向性

個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じ、すべての県民の健康寿命の延伸を目指します。

取り組みにあたっては、年度ごとの重点目標を設定し、取り組み結果の見える化を行い、誰一人取り残さない健康づくりの展開やライフコースアプローチを踏まえた健康づくり、PDCA サイクルの推進、教育機関・企業・地域等、さまざまな関係機関との連携等、より実効性をもつ取り組みの推進をしていきます。

図) 健やか山梨 21（第3次）のイメージ図



健康日本 21（第三次）の資料を参考に健康増進課作成

### (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

全ての県民が健やかで心豊かに暮らせる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の質の向上を通じて、健康寿命の延伸及び

健康格差の縮小を目指します。

## (2) 個人の行動と健康状態の改善

県民の健康増進を形成する基本要素である①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・睡眠、④飲酒、⑤喫煙、⑥歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善に加え、こうした生活習慣の定着等による生活習慣病（NCDs）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重要か予防に関しても引き続き取り組みを進めていきます。

加えて、生活習慣病（NCDs）に罹患しなくても、骨・関節系疾患やフレイル（虚弱）等、日常生活に支障をきたす状態となることもあることから、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取り組みを推進していきます。

## (3) 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取り組みに加え、県民が多様なつながりを持てる環境整備を行うことで、社会とのつながりの維持・向上を図ります。

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り組みを実施するとともに、多様な関係機関と有機的に連携しながら、健康への優先度が低い層を含む誰一人取り残さない健康づくりを推進します。

## (4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

各ライフステージにおける特徴的な健康課題について、引き続き、他計画とも整合を図りながら取り組んでいきます。加えて、現在の健康状態はこれまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があることから、胎児期から高齢期までの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の視点を踏まえ、個人の特性をより重視しつつ、切れ目ない健康づくりを行っていきます。

## 2 目標設定の考え方

健やか山梨 21（第 2 次）においては、計画の進捗状況を具体的に評価できるものに絞り、目標項目を 80 項目に設定しました。健やか山梨 21（第 3 次）においては、他計画との整合を図るとともに、対象ごとの課題を明らかにし、効果的な取り組みにつなげるため、108 項目（内、ライフコースアプローチに位置づくもの 37 項目）を設定しました。

なお、各項目及び目標値の設定における考え方の詳細は、資料編に掲載しています。

## 3 計画の評価

計画開始 6 年後の令和 11 年度を目途にすべての項目について中間評価を実施し、目標

達成状況及び課題を確認し、効果的な取り組みを推進します。

また、計画開始後 10 年を目途に最終評価を実施し、目標を達成するための活動の成果および課題を適切に評価し、さらなる健康増進の取り組みを検討します。

各目標項目の評価においては、評価時点での直近値を目標値と比較し、判定します。目標項目の評価は表のとおりとします。

表) 評価判定について

判定	内容
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

なお、年齢調整や検定ができるものはできる範囲で行い、正確な実態の把握に努めます。

分析にあたっては、目標項目のみならず、その数値に影響を与える関連データや、性・年代・地域別データを踏まえた分析を行います。加えて、数的データのみならず、質的データ（県民の声）も重視します。これらにより、県の特徴が明らかにできるよう努め、効果的な施策及び健やか山梨 21 推進会議等の関係団体の取組に生かしていきます。

評価した内容は、中間評価報告書及び最終評価報告書として、県民へ公開します。

## 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

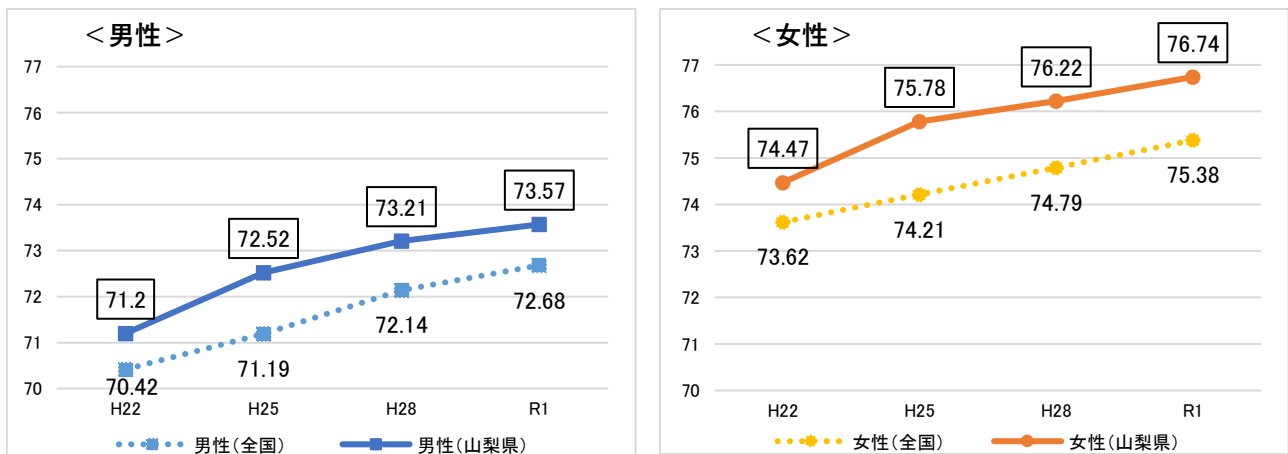
健康寿命は、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定義され、健康寿命の延伸は、健康日本 21（第三次）においても最上位目標となっています。生活習慣の改善、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防、社会環境の質の向上等により健康寿命の延伸を目指すことは、健康づくりを推進するにあたり、引き続き最も重要な課題と考えます。

また、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、誰一人取り残さない健康づくりを展開するために、さまざまな健康格差を把握するとともに、格差の要因を分析し、格差縮小を目指すことが重要です。

### 現状

本県の健康寿命は男女とも延伸しており、全国と比較すると上位で推移しています（図1-1）。

図1-1) 健康寿命の推移



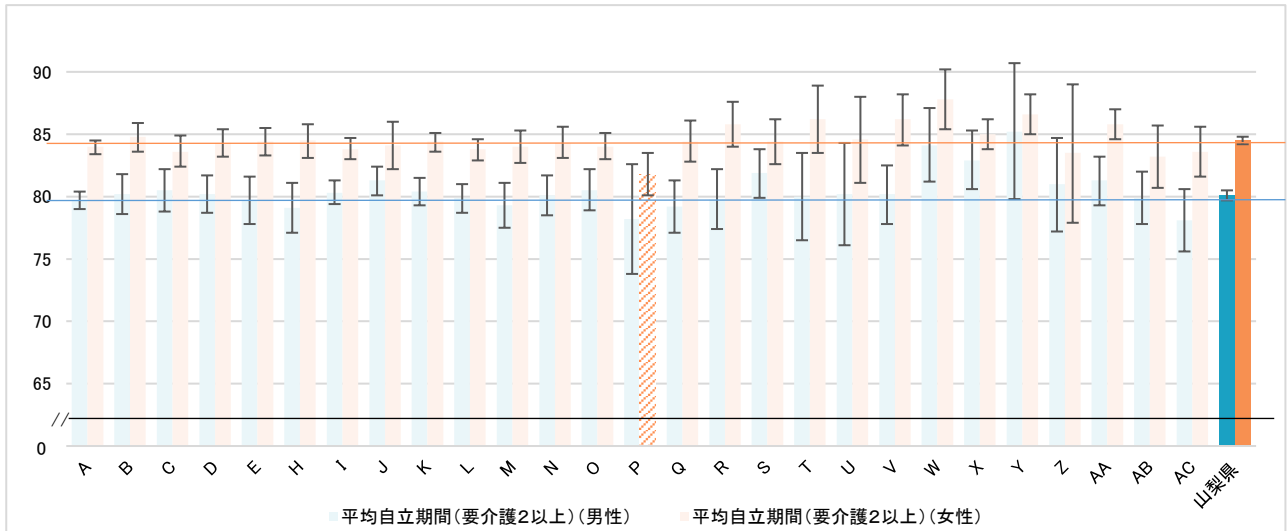
出典：厚生労働科学研究班による算出

本県の健康寿命が長い要因として、以下の積み重ねが考えられます。これまで培ってきた県民の健康意識や行動の成果が山梨の強みとなっています。

1. 地域の特性にあった保健活動により生活習慣病（NCDs）の発症予防ができています
  - 身近な地域（市町村単位）で特定健康診査と各種がん検診が同時に実施できる総合的な集合健診方式が導入されている
  - 保健師による受診勧奨・地区組織から住民同士の誘いや声掛けから県民自らが健診（検診）を受けるといった健康意識が高い など
2. 健康を自覚している（主観的健康度が高い）人が多い
3. 人と人とのつながり・結束力が強い
4. 65歳以上の高齢者の就業率が高く、役割や責任を持って生活している

県内の各市町村の平均自立期間を見ると、男性ではほとんど差がないものの、女性においては1自治体で県平均よりも低いところがありました（図1-2）。なお、このデータは人口規模の小さい自治体においてはデータの信頼性に乏しく、年度によりばらつきもあります。経年変化を確認しながら正しい状況把握に努めていくとともに、健康格差の縮小に向けた市町村支援を引き続き実施していく必要があります。

図1-2) 性別平均自立期間（要介護2以上になるまでの期間）（令和4年度累積値）



出典：KDB データ（令和6年1月15日抽出）

## 課題

- さらなる健康寿命の延伸が必要
- さらなる市町村格差の縮小が必要

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
1	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の増加)	男性 73.57 歳 (R1)	厚生労働科学研究班 による算出	平均寿命の増加分を上 回る健康寿命の増加 (R14)
2		女性 76.74 歳 (R1)		
3	健康格差の縮小 (平均自立期間(要介護 2以上)の差の縮小)	男性 0 市町村 (R4)	KDB データ	市町村格差の縮小 (R14)
4		女性 1 市町村 (R4)		

平均寿命と健康寿命の差を短縮することで、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に寄与するものと考えられます。このため、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばすことを目標とします。

また、自治体間の格差を明らかにすることで、各自治体での自主的な取り組みを促進する効果が期待できることから、引き続き市町村格差を目標項目として設定しました。



## 取り組みの方向性

- **県、市町村、関係機関が連携して取り組みを推進していきます。**

健康寿命の延伸には、健康増進・疾病予防だけでなく、疾病の早期発見・適切な治療管理による疾病の重症化予防、介護予防等の取り組みを一体的に推進していく必要があります。また、健康格差縮小のためには、社会環境へのアプローチも重要です。そのため、保健医療福祉分野のみならず、まちづくり等、あらゆる分野と連携して取り組みを推進していきます。さらに、公共機関のみならず、連携協定企業やNPO 法人などさまざまな機関と連携していきます。

- **市町村間の健康格差の把握に努めます。**

社会環境の質の向上等を通じて、健康寿命の延伸につながる各生活習慣病(NCDs)等についての健康格差を縮小させるとともに、地域間格差だけでなく、社会経済的要因による格差等についても把握・分析し、それらを踏まえた取り組みも検討していきます。

---

※1 健康な状態を、日常生活に制限がないことと規定する。国民生活基礎調査の質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を健康な状態、「ある」の回答を不健康な状態として算出する。

※2 健康な状態を、日常生活動作が自立していることと規定する。介護保険の要介護認定者数を使用して算出する。

※3 対象集団の人口規模が小さいと死亡数が少なく、それによって健康寿命の精度が低くなる。対象集団の人口の目安は13万人以上が望ましいとされている。(健康寿命の算定方法の指針 2012年9月)

## 2 個人の行動と健康状態の改善

健康寿命の延伸に向け、個人の行動と健康状態を変えていくことが重要であり、生活習慣の改善や生活習慣病（NCDs）の予防に加え、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取り組みを推進していきます。

### （1）生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

高齢化に伴い生活習慣病（NCDs）の有病者数の増加が見込まれており、その対策は県民の健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題となっています。このため、山梨県の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、COPD への対策を一層推進していきます。

なお、国際的には、これら 4 つの疾患が重要な NCDs として捉えられ、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されており、本県においても総合的に取り組みを進めていきます。

#### ① がん

がんは、昭和 58 年以降、山梨県の死亡原因の第 1 位となっています。また、加齢によりがんの発症リスクは高まることから、高齢化の進展に伴い、がんにかかる人は今後増加していくと見込まれます。

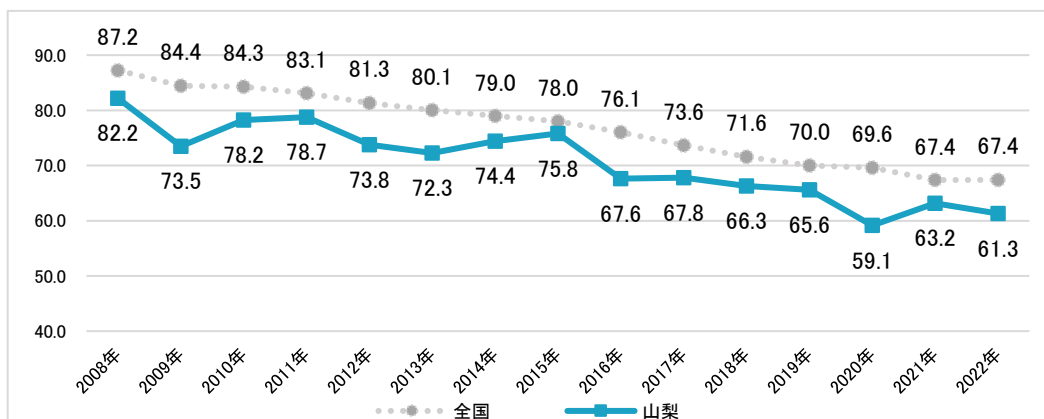
本県においては、平成 20 年から山梨県がん対策推進計画に基づいたがん対策に取り組んでいます。がんの発症には、喫煙、飲酒、食生活、運動などの生活習慣、ウイルスや細菌の感染等、さまざまな因子が関与していると言われていています。健やか山梨 21（第 3 次）においては、予防可能ながんのリスク因子に対する取り組みやがんの早期発見・早期治療を推進していくとともに、山梨県がん対策推進計画の取り組みと連携して対策を推進します。

#### 現状

がんは、山梨県の総死亡数の 24.8%（出典：令和 2 年人口動態統計）を占めています。75 歳未満の年齢調整死亡率の推移をみると、山梨県は全国よりも低い値で推移しています（図 2-1-1-1）。

また、毎年、約 6,000 人余りが新たにがんにかかっています（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）がんの罹患者数）。罹患率の高い部位として乳房、前立腺、大腸と続いており、この順位は過去 10 年間で変わっていません（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」がんの部位別年齢調整罹患率）。

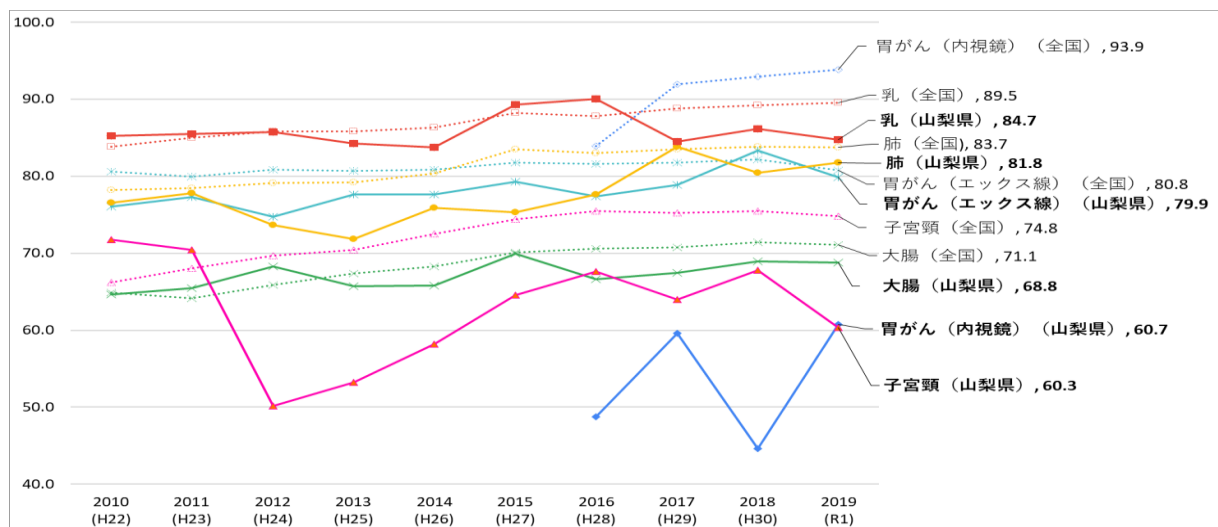
図 2-1-1-1) 75 歳未満年齢調整罹患率(人口 10 万対)



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)

山梨県では、定期的な検診が推奨されている 5 つのがんについて、がん検診受診率を 60% 以上にすることを目標に掲げ、企業、団体、関係機関と連携して普及啓発等を行ってきました。受診率は増加していますが、一部のがんを除き、目標とする 60% には到達していません(出典：国民生活基礎調査)。また、精密検査受診率も 5 つのがんすべてで全国平均を下回っています(図 2-1-1-2)。このことから、がんの早期発見・早期治療の一層の推進が必要となっています。

図 2-1-1-2) がん検診精密検査受診率の推移(男女計)



出典：地域保健・健康増進事業報告

予防可能ながんのリスク因子の中でも、喫煙(受動喫煙を含む)は種々のがんのリスク因子となっており、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要です。

「がんの治療と仕事の両立支援に関するアンケート」(令和 2 年度健康増進課調べ)では、事業主の理解等が十分得られたと回答した者は、平成 28 年度に比べて増加しているものの、3 割程度の者が休職や退職をしていました。その多くが、職場で利用できた制度が少なく、事業主の理解や支援が得られなかったと回答しており、周囲の正しい理解や職場環境の整備が課題となっています。

## 課題

- がん検診受診率が目標値に達していない、がん精密検査受診率が全国平均よりも低いことから、早期発見・早期治療の一層の推進が必要
- がんの正しい知識の啓発の強化が必要

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値	
5	75歳未満の がん年齢調整死亡率の減少 (10万人あたり)	63.2(R3)	国立がん研究センター がん情報サービス 「がん統計」 (人口動態統計)	10年前に比べ おおむね2割 減少させ続ける (R11)	
6	がん検診受診率 の向上	胃がん	57.9%(R元)	国民生活基礎調査	60% (R11)
7		肺がん	61.2%(R元)		
8		大腸がん	53.9%(R元)		
9		子宮頸がん	49.8%(R元)		
10		乳がん	58.6%(R元)		
11	がん検診精密検査 受診率の向上	胃がん (X線)	78.9%(R3)	地域保健・健康増進 事業報告	90% (R11)
12		(内視鏡)	72.9%(R3)		
13		肺がん	80.2%(R3)		
14		大腸がん	65.4%(R3)		
15		子宮頸がん	73.0%(R3)		
16		乳がん	83.3%(R3)		

山梨県がん対策推進計画との整合を図り、健康づくりと関連性が高いと考えられるものを目標に設定しました。

生活習慣の改善等によるがんの予防及び（検診受診率の向上による）がんの早期発見の取り組み等を推進することにより、最終的にはがん年齢調整死亡率を減少させることが重要です。

また、精密検査受診率の向上や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、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診の受診率向上及びがん検診精密検査受診率向上が必要不可欠です。

## 取り組みの方向性

- **がん対策の推進**

山梨県がん対策推進計画（第4次）に基づき、がん対策を進めていきます。

- **正しい知識の普及啓発**

食塩摂取量、野菜と果物の摂取量、飲酒量などががん予防に繋がることに着目し、県民の意識向上のために生活習慣改善の情報提供、普及啓発等を積極的に行います。普及啓発にあたっては、企業、団体、がん体験者、教育機関や関係機関等と連携して取り組みを推進していきます。

- **たばこ対策**→第5章2(2)⑤喫煙（P55～）

- **がん検診の受診率向上**

受診率が目標値に達していないため、さらなるがん検診の受診率の向上に向けて、企業等と連携した受診率向上キャンペーン等により県民の意識向上を図ります。また、従業員ががん検診・精密検査を受診できる環境の整備に努めるよう働きかけていきます。

特性や性別、年代別等の様々な県民ニーズに応じたがん検診の受診勧奨及び検診体制の提供に努めます。さらに市町村が効果的な受診勧奨を実施できるように支援していきます。

がん検診の精度管理の向上のために、山梨県生活習慣病検診管理指導協議会等の一層の活用（研修会等）を図りながら、市町村への助言・支援、県民への情報提供に努めます。

- **仕事と治療の両立支援**

事業者に対して、がんを持つ人が仕事と治療を両立できる環境の整備に努めるよう働きかけていきます。

## ② 循環器病

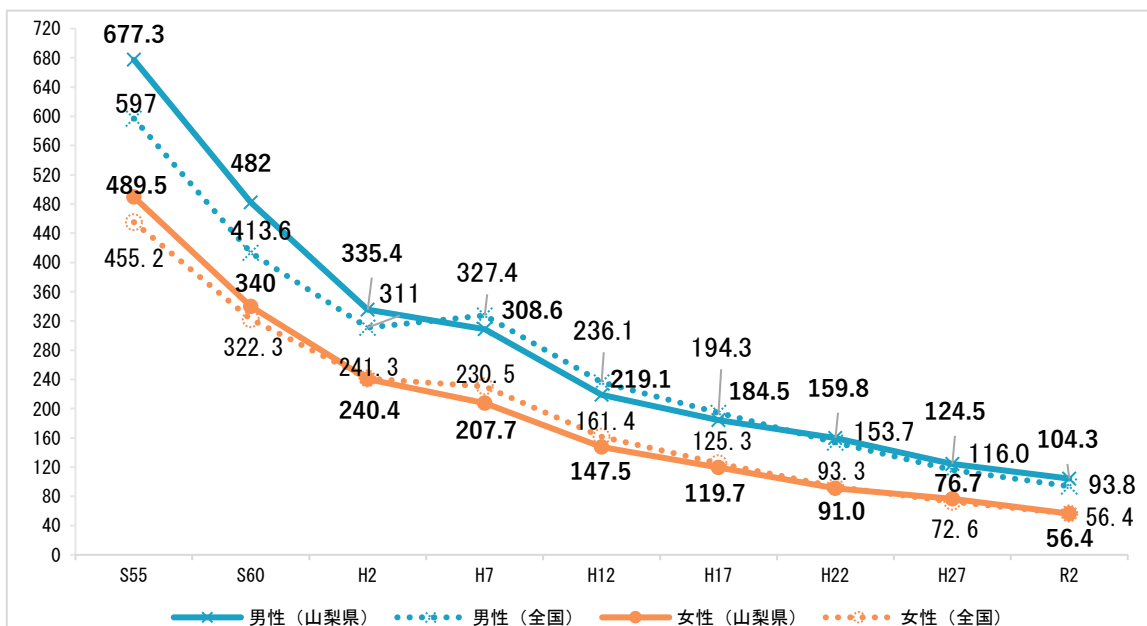
脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで本県の主要な死因となっています。また、介護認定者の有病率は心臓病が最も多く（出典：山梨県国民健康保険団体連合会 山梨の国保と後期と介護）、循環器病は要介護状態にも影響を及ぼしていると考えられます。

本県においては、令和4年度から山梨県循環器病対策推進計画に基づいた対策に取り組んでいます。循環器病のリスク因子には高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病の4つがあり、これらを適切にコントロールすることによる予防が重要と言われています。健やか山梨21（第3次）においては、健康づくりにより予防可能な循環器病のリスク因子に対する取り組みを推進していくとともに、山梨県循環器病対策推進計画の取り組みと連携して循環器病対策を進めていきます。

### 現状

本県における脳血管疾患の年齢調整死亡率は、年々減少傾向にあります。令和2年において男性が104.3（全国平均93.8）、女性が56.4（全国平均56.4）となっており、男性は全国平均より高くなっています（図2-1-2-1）。

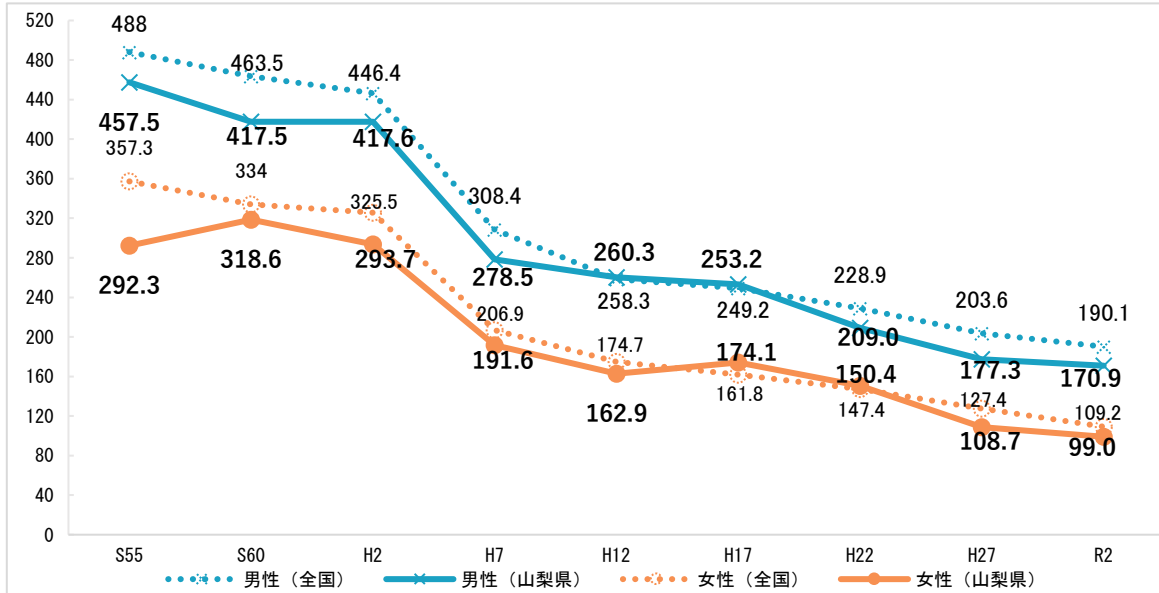
図2-1-2-1) 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



出典：人口動態特殊報告（厚生労働省）

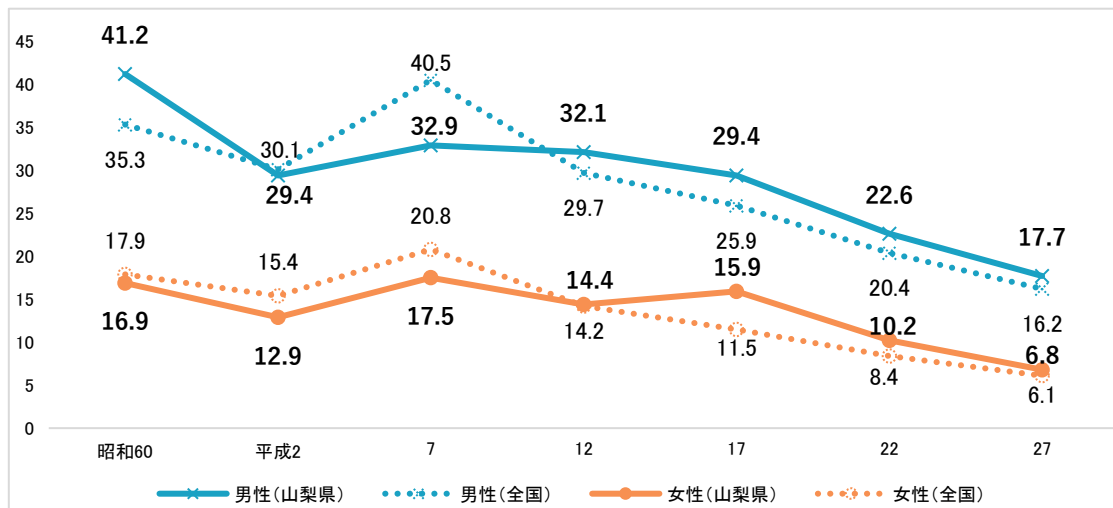
心疾患の年齢調整死亡率は、令和2年において男性が170.9（全国平均190.1）、女性が99.0（全国平均109.2）となっており、いずれも全国平均よりも低い値で推移していますが（図2-1-2-2）、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、令和2年において男性が33.4（全国32.5）、女性が13.6（全国14.0）となっており、男女ともに前回（平成27年）より低下していますが、男性は全国平均より高くなっています。

図2-1-2-2) 心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



出典：厚生労働省 人口動態特殊報告

図2-1-2-3) 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



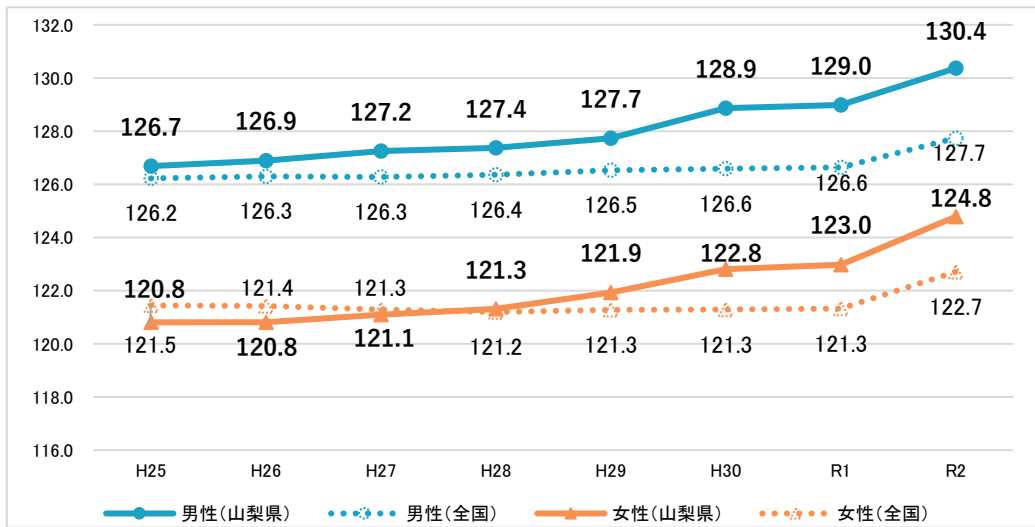
出典：厚生労働省 人口動態特殊報告

令和2年の患者調査では、継続的に医療を受けている県内の推計患者数は、脳血管疾患が約12,000人、心疾患が約20,000人となっています。

令和3年の介護認定者の有病率は心臓病が最も多く59.2%となっています（出典：山梨県国民健康保険団体連合会 山梨の国保と後期と介護）。循環器病による後遺症や治療後の身体機能の低下などにより、要介護状態にも影響を及ぼしていると考えられます。

収縮期血圧の平均値は男女とも年々増加しています。本県は全国平均と比較して、食塩の摂取量が高く、血圧の平均値の上昇に影響している可能性があります（図 2-1-2-4）。

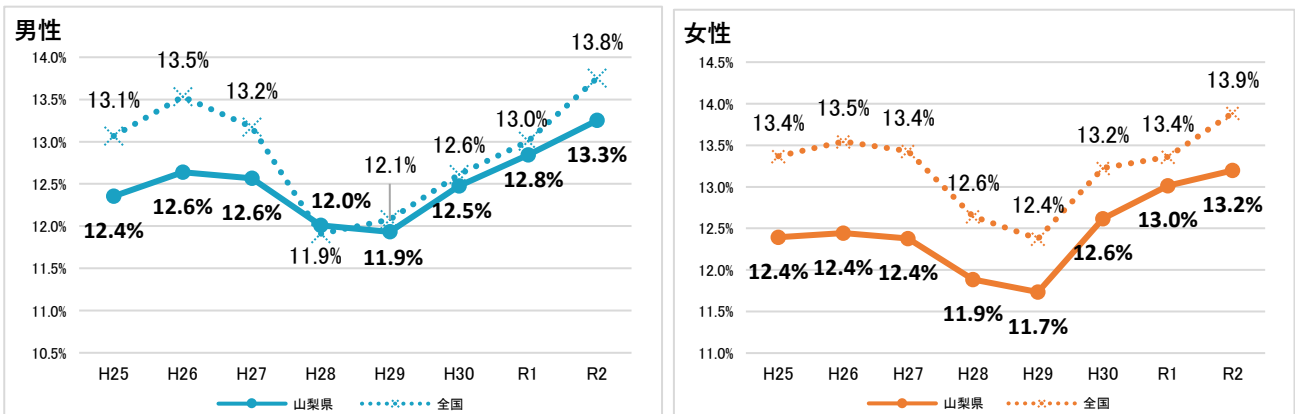
図 2-1-2-4) 収縮期血圧の平均値 (mmHg) の推移



出典：厚生労働省 第1～8回NDBオープンデータ

令和2年のLDLコレステロール値160mg/dL以上の者の割合は男性13.3%、女性13.2%で、いずれも全国平均よりも低い値で推移していますが、平成29年以降、割合が増加しています（図 2-1-2-5）。

図 2-1-2-5) LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合の推移

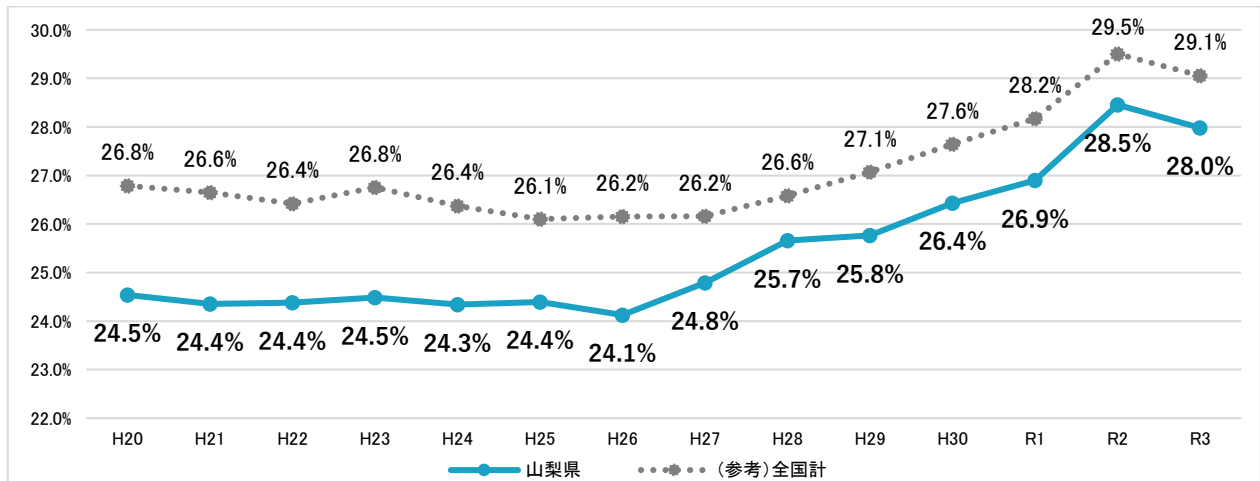


出典：厚生労働省 第1～8回NDBオープンデータ



本県のメタボリックシンドロームの該当者割合は 16.2%（令和 3 年度）で、全国平均 16.6%を下回っていますが、増加傾向にあり、全国との差が小さくなっています。本県のメタボリックシンドローム予備軍の該当者割合は 11.8%（令和 3 年度）で、全国平均 12.5%を下回っており、ほぼ横ばいで推移しています（図 2-1-2-6）。

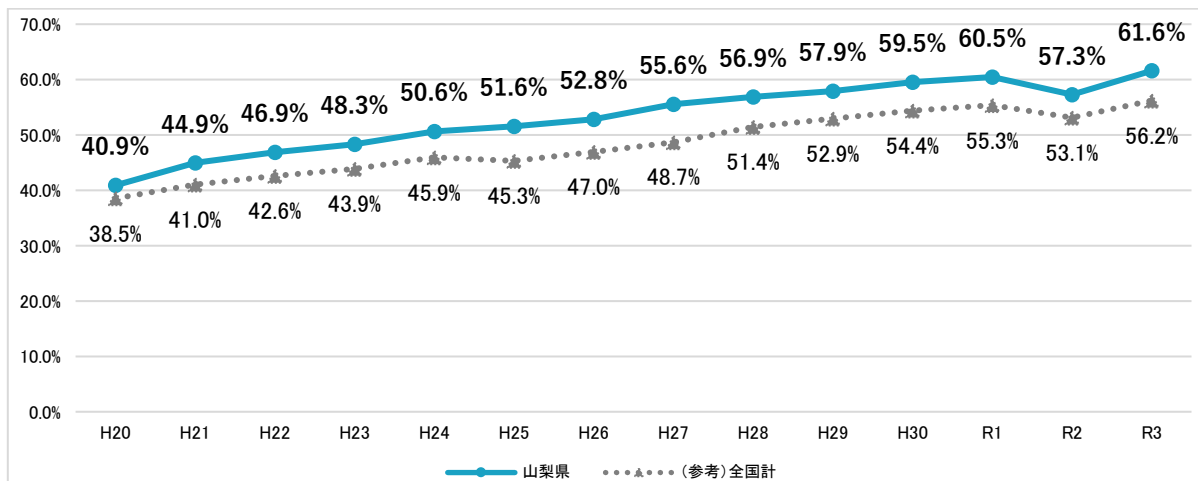
図 2-1-2-6) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍者の割合の推移



出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧） ※健康増進課再計算

本県の特定健康診査受診率は 61.6%（令和 3 年度）で、全国平均 56.2%を上回っており、年々上昇しています（図 2-1-2-7）。

図 2-1-2-7) 特定健康診査受診率の推移

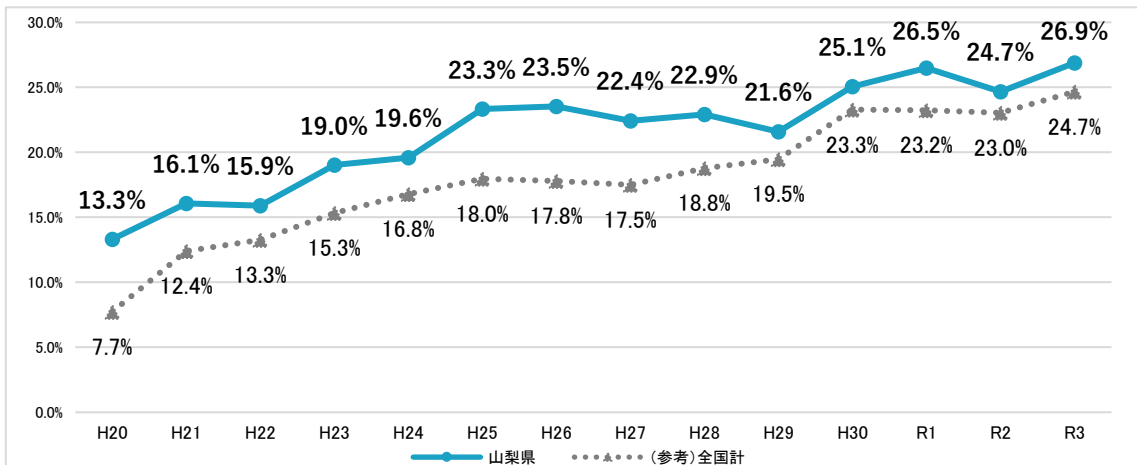


出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）

地区組織の協力を得ながら健診の受診勧奨をしている自治体では県内トップクラスとなっている一方で、「被扶養者は専業主婦が多く、健診受診率は低い、アプローチができない」「コロナや多忙を理由に健診を受けず、受診者は固定化されている」「40 歳代からの働き盛りに健診を受けてほしいが、受診者は高齢者が多い」「個別で健診や医療機関を受診している人を把握できていない」「すでに医療機関にかかっている人は健診を受けない」等、被扶養者や働く世代・子育て世代の受診率向上、定期的に医療にかかっている人の健康状態の把握が課題となっています。

本県の特定保健指導の実施率は26.9%（令和3年度）で、全国平均24.7%を上回っています。年々増加していますが、低率で推移しています（図2-1-2-8）。

図2-1-2-8) 特定保健指導の実施率の推移



出典：厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）

働く世代が保健指導を受けやすいよう、健診当日の保健指導や事業所訪問の実施など工夫して取り組んでいます。しかし、「仕事が忙しいことを理由に断る事業所も多い」「事業所では、健診の受診勧奨はあるが、保健指導は個人任せとなっている」「事業主も必要性はわかっているが費用面の負担が阻害要因のひとつになっている」等、特定保健指導を受けるための職場体制が十分に整っていない可能性があります。

「働く世代は家庭・仕事に偏りがちで自身の健康はあまり気にしていない」「健診結果を見ない人もおり、すでに治療が必要なレベルの人なのに案内をしても反応がない」等、自身の健康が後回しにされやすい働く世代全体のヘルスリテラシーを高めるなど、従業員と雇用主双方の健康意識の向上が必要な状況です。

## 課題

### ● 好ましくない生活習慣が継続され、メタボリックシンドロームの者の割合が増加しており、生活習慣病(NCDs)の発症リスクを高めています

（要因）健康への優先度が低い、正しい知識の不足、健診未受診で健康状態を把握していない、特定保健指導未受診で生活改善のための方法を知らないなど

### ● 高血圧リスク者割合が全国より高く、特に循環器疾患の発症リスクを高めており、要介護状態や死亡にも影響を及ぼしています

（要因）塩分摂取量が全国よりも高い、肥満・血圧管理が十分でない、健診で要医療となっても医療機関に結び付かないなど

## 目標の設定

	項目		ベースライン	出典	目標値
17	脳血管疾患の年齢調整	男性	104.3 (R2)	人口動態特殊報告	93.8 (R11)
18	死亡率(人口10万対)の減少	女性	56.4 (R2)		56.4 (R11)
19	急性心筋梗塞の年齢調整	男性	33.4 (R2)	人口動態特殊報告	32.5 (R11)
20	死亡率(人口10万対)の減少	女性	13.6 (R2)		13.6より減少 (R11)
21	収縮期血圧の平均値	男性	130.4 (R2) (年齢調整なし)	NDB データ	127.7(R14)
22	(年齢調整値)の減少 ※40歳以上、内服加療中の者を含む	女性	124.8 (R2) (年齢調整なし)		122.1(R14)
23	LDL コレステロール 160 mg/dL 以上の者の	男性	13.2% (R2) (年齢調整なし)	NDB データ	11% (R14)
24	割合の減少 (年齢調整値) ※40歳以上、内服加療中の者を含む	女性	13.3% (R2) (年齢調整なし)		11% (R14)
25	メタボリックシンドロームの 該当者及び予備軍の減少		28.0% (R3)	厚生労働省 特定健康診 査・特定保健指導・メタ ボリックシンドロームの 状況(都道府県別一覧)	18.4%(R11)
26	特定健康診査の実施率の向上		61.6% (R3)	厚生労働省 特定健康診 査・特定保健指導・メタ ボリックシンドロームの 状況(都道府県別一覧)	70%以上 (R11)
27	特定保健指導の実施率の向上		26.9% (R3)	厚生労働省 特定健康診 査・特定保健指導・メタ ボリックシンドロームの 状況(都道府県別一覧)	45%以上 (R11)

山梨県循環器対策推進計画等との整合を図り、健康づくりと関連性が強いと考えられるものを目標に設定しました。生活習慣の改善等による循環器病の予防及び特定健康診査等の取り組みを推進することにより、最終的には脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率を減少させることが重要であり、評価指標に設定しました。なお、心疾患については、本県の課題を踏まえ、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率としました。

高血圧は循環器病の確立したリスク因子で、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されています。また、脂質異常症は虚血性心疾患(冠動脈疾患)のリスク因子であり、脳血管疾患では高LDLコレステロール血症がアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めるとも言われています。これらのことから、評価指標として設定しました。

目標値については、健康日本21(第三次)参考に、本県の課題である食塩摂取量及び歩数の目標値を達成した場合の収縮期血圧の平均値を算出しました。 $-1g = -1\text{mmHg}$ 、 $30\text{分} = -3\text{mmHg}$ ( $1,000\text{歩} = 10\text{分}$ )を目安として、男女とも $-2.7\text{mmHg}$ としています。

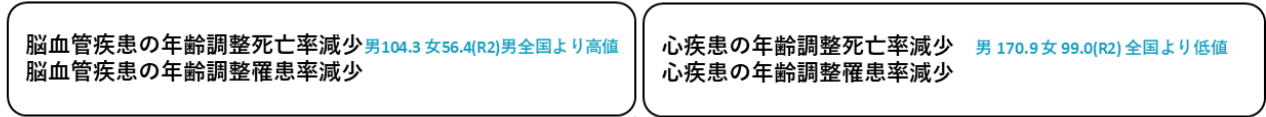
メタボリックシンドロームは、動脈硬化性疾患(心筋梗塞や脳梗塞など)の危険性を高める複合型リスク症候群であるため、この該当者と予備群の減少を目標としました。目標値の設定は山梨県医療費適正化計画の考え方を基に、平成20年度と比較してメタボリッ

クシンドロームの該当者及び予備軍の減少率を 25%以上として算出した値としています。

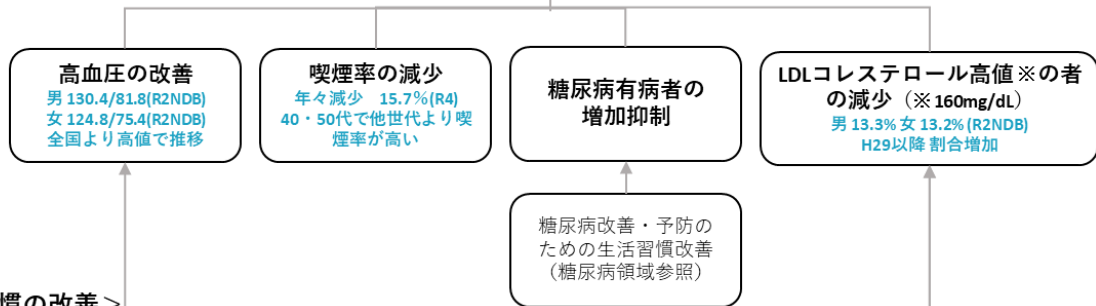
なお、循環器病の主要なリスク因子のうち、喫煙については、第 5 章 2 (2) ⑤喫煙 (P56～)、糖尿病については、第 5 章 2 (1) ③糖尿病 (P.30～) に記載しています。

参考資料：循環器病領域のロジックモデル

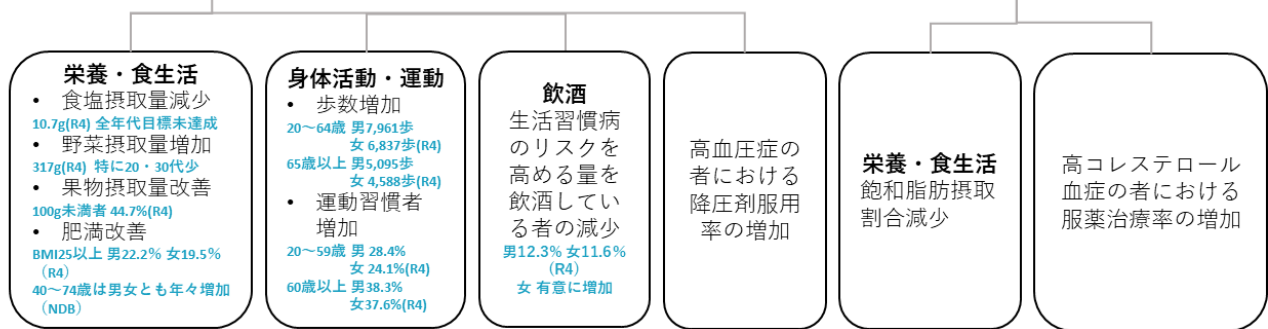
<循環器病の予防>



<危険因子（基礎的病態）の低減>



<生活習慣の改善>



健康日本 21 を参考に健康増進課で作成

## 取り組みの方向性

### ● 正しい知識の普及啓発

市町村、医療保険者、関係機関、企業、地域組織等と連携を図りながら循環器疾患の発症や重症化・再発予防のために、循環器病の危険因子となる生活習慣の改善の重要性について普及啓発を行い、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備や支援を行います。

特に、働く世代を中心としたヘルスリテラシーの向上に向け、山梨県地域・職域保健連携推進協議会で協議するとともに、健康経営の推進を強化し、職場での健康づくりの取り組みを支援します。詳しくは、第5章3(2) 自然に健康になれる環境づくり(P.69～)に記載しています。

### ● 生活習慣の改善

特に、長年課題となっている食塩摂取量について、減塩対策を引き続き強化して取り組みます。詳しくは、第5章2(2)①「栄養・食生活」(P.39～)をご確認ください。

### ● 特定健康診査・特定保健指導実施率及び質の向上

山梨県医療費適正化計画(第4期)に基づいて、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施率を向上させるために、引き続き、関係機関等と連携しながら普及啓発を行います。

県民が受けやすい健診・保健指導のために、山梨県保険者協議会の一層の活用・連携を図り、現状及び取り組み状況の分析・評価を行い、市町村や医療保険者への情報提供・支援に努めます。加えて、健診機関等の協力を得ながら当日保健指導の推進等、受診しやすい体制整備に努めます。

また、職場において健康診断や特定保健指導を受けやすい環境を整えられるように関係団体等と連携して支援します。

### ● 多職種連携の推進

山梨県循環器対策推進計画や山梨県地域保健医療計画とも連動し、要医療者が医療機関に結び付き、血圧や脂質管理を継続することができるよう、健やか山梨21推進会議・部会をはじめとする関係団体等と連携して取り組みます。

### ● 人材育成

保健指導等を行う従事者の資質向上を図るための研修等を行います。

また、リスク因子の適切なコントロールが行えるように、研修会等を行います。

### ③ 糖尿病

糖尿病は、適切な管理ができていない状態が長年継続すると神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を引き起こします。また、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子になる他、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっています。さらに、高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も糖尿病予備群は増加することが予測されています。

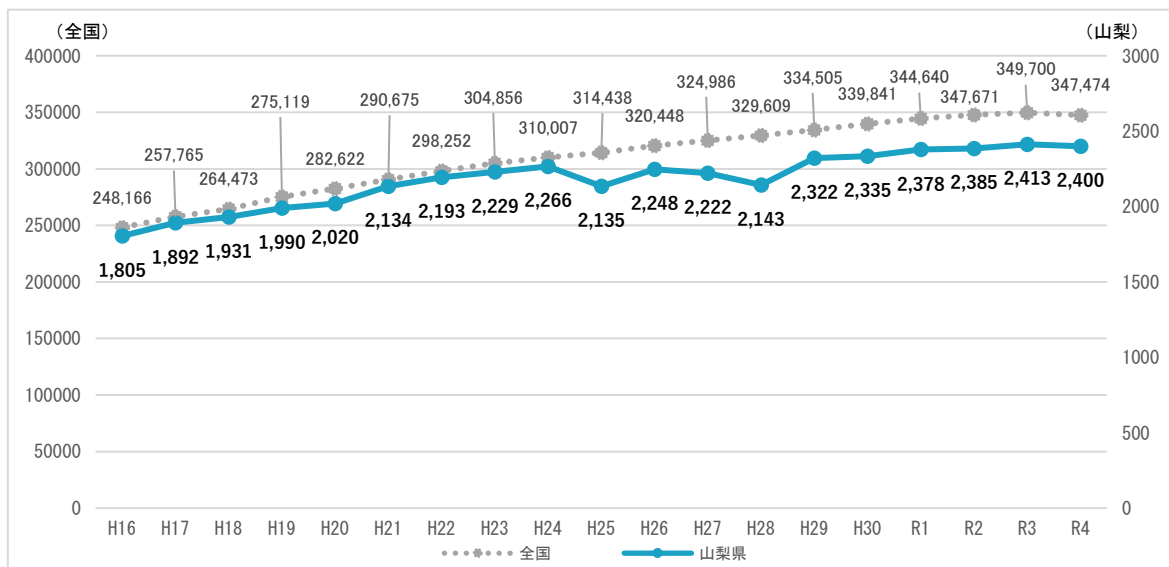
生活の質および社会経済的活力と社会保障費に多大な影響を及ぼすことから、さらなる糖尿病対策の強化が必要です。

#### 現状

全死亡における糖尿病の占める割合は、令和2年人口動態統計で、山梨県は1.1%であり全国（1.2%）と同様と考えられます。年齢調整死亡率は16.7で、全国（13.9）よりも高くなっています（出典：人口動態特殊報告）。本県における死因の順位で糖尿病は第10位ですが、主要な死亡原因である脳血管疾患や虚血性心疾患など生命に直結する大きな病気のリスク因子にもなっており、糖尿病による死亡への影響は大きくなっています。

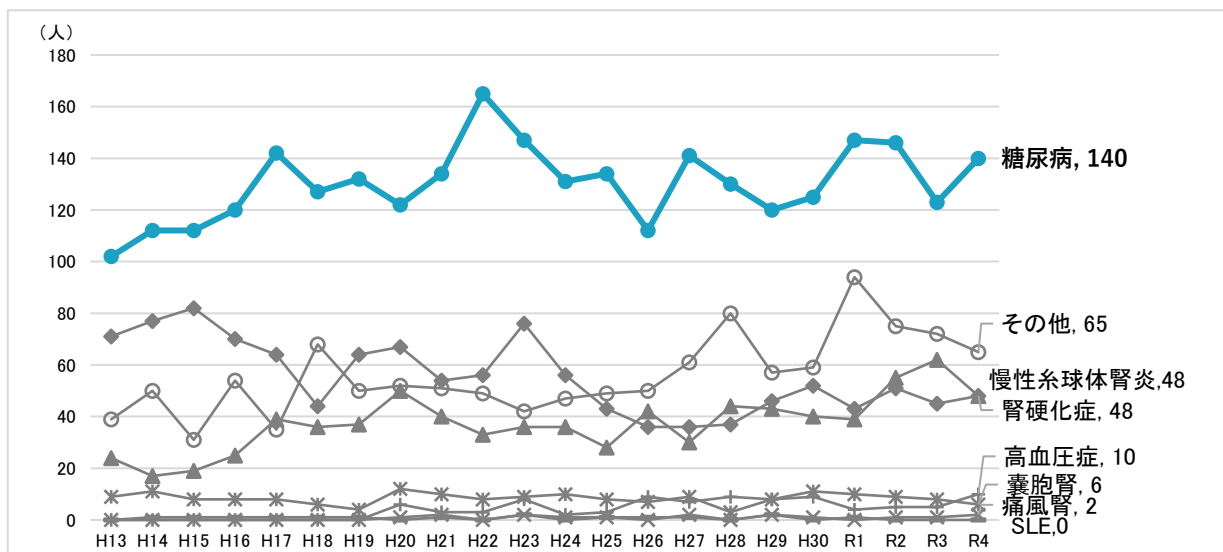
合併症の状況をみると、令和4年の新規透析導入患者は286人で、そのうち105人（36.7%）は糖尿病が原因でした（図2-1-3-3）。糖尿病は透析に至る原因疾患の最も多くを占めています（図2-1-3-2、図2-1-3-4）。

図 2-1-3-1) 透析患者数の推移



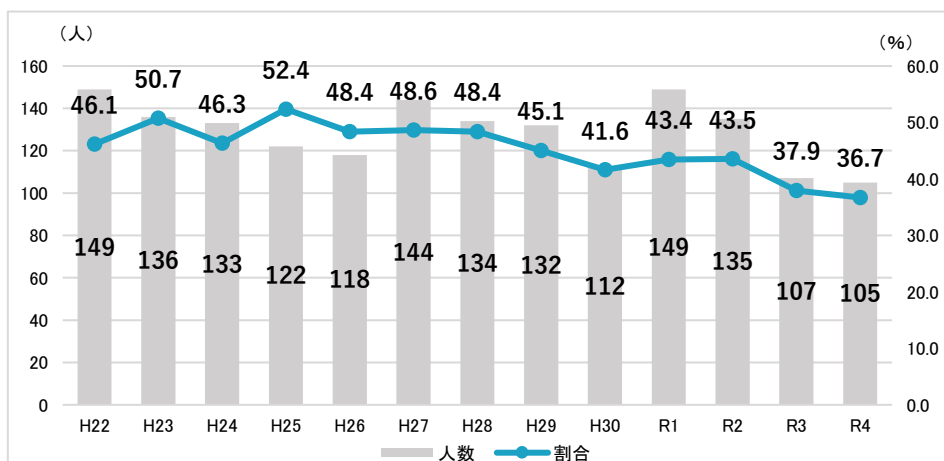
出典：日本透析医学会 わが国の慢性透析療法の現況

図 2-1-3-2) 人工透析新規導入患者の主要原疾患の年次推移



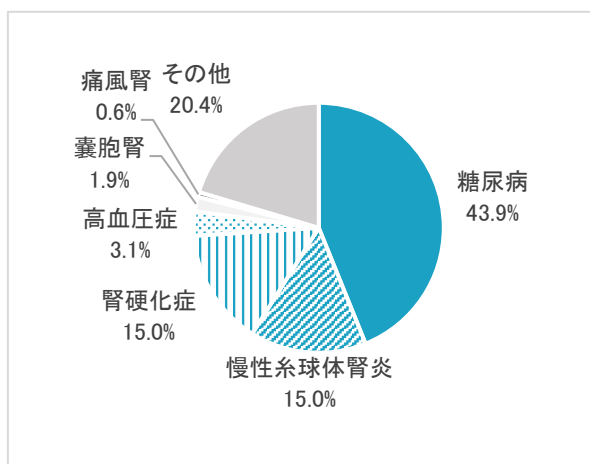
出典：山梨県国保連合会 山梨の国保と後期と介護

図 2-1-3-3) 新規透析患者数のうち原疾患が糖尿病の者の人数と割合の推移



出典：日本透析医学会 「各年新規透析導入患者」(患者調査票による集計)

図 2-1-3-4) 令和 4 年 人工透析新規導入患者の主要原疾患の割合

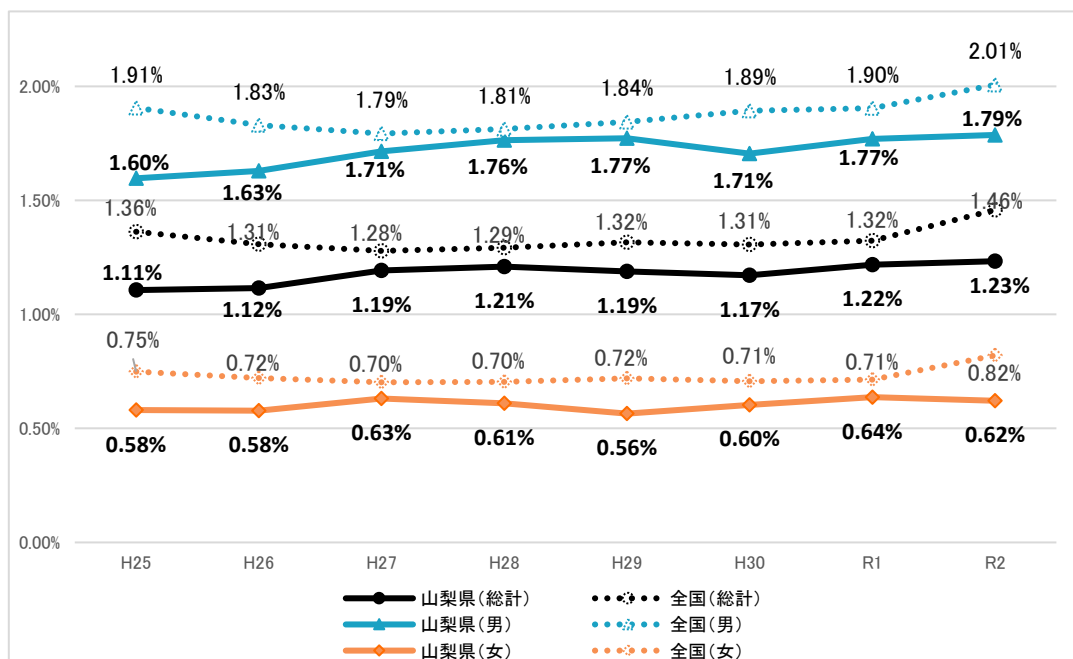


出典：山梨県国保連合会 山梨の国保と後期と介護

本県の糖尿病の入院受療率は人口 10 万人に対して 6 人で全国（12 人）より低く、外来受療率は人口 10 万人に対して 210 人で全国（170 人）より高くなっています（出典：令和 2 年患者調査）。

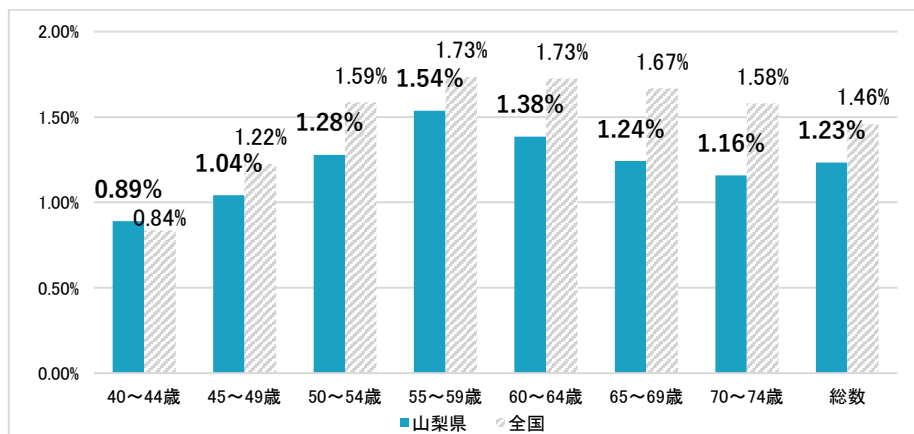
HbA1c8.0%以上の者は 1.23%（令和 2 年度）でした（図 2-1-3-5）。年代別に見ると、55～59 歳で最も高くなっています（図 2-1-3-6）。

図 2-1-3-5) HbA1c8.0%以上の者の割合の推移



出典：厚生労働省 第 1～8 回 NDB オープンデータ

図 2-1-3-6) 年代別 HbA1c8.0%以上の者の割合（男女計）

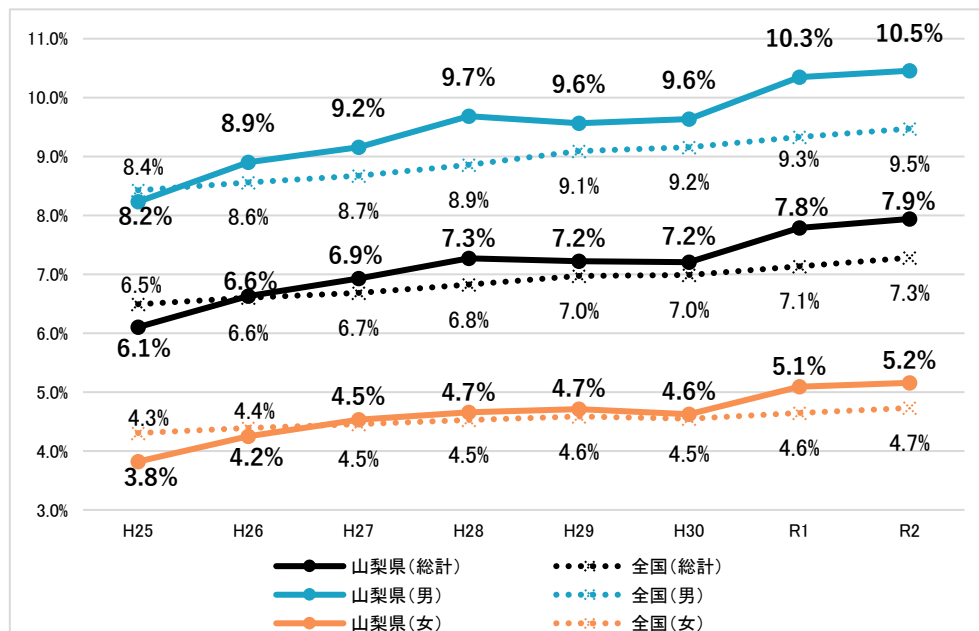


出典：厚生労働省 第 8 回 NDB オープンデータ



また、本県は全国と比較してHbA1c5.6%以上の者の割合が高いことが特徴で、その割合は平成25年度からの7年間で1.8%増加しており、糖尿病の発症リスクを有する者が多いと考えられます（図2-1-3-7）。

図2-1-3-7) HbA1c6.5%以上の者の割合の推移



出典：厚生労働省 第8回NDBオープンデータ

糖尿病は未治療・治療中断のうちに症状が進行し、合併症の発症リスクを高めるため、早期から治療を開始し、治療を継続して適切な血糖管理をすることが非常に大切です。しかし、糖尿病専門医からは「働き盛り世代では仕事を理由に治療中断してしまい、残念な結果になってしまうケースがある」「(食事療法や運動療法をしても)薬の処方がないと治療に来なくなる。通院の大切さを知ってほしい」「(血糖値が)“少し高め”でも長期間持続すると合併症のリスクを高めるので、医療機関も含めて厳格な血糖管理の必要性を伝えていくことが大切」等の課題が出され、糖尿病に対する正しい知識の不足や仕事と治療の両立が困難な状況が影響している可能性があります。そのほか、糖尿病に対するスティグマも治療中断の要因と言われています。

また医療機関と地域が連携し、多職種による保健指導を実施していくため、市町村の実態、問題を把握し、市町村に共通する問題については県全体で検討し、解決できるよう市町村と共に取り組むことが必要です。

○特定健診・保健指導について

詳しくは、第5章2(2)②循環器疾患(P.23～)に記載しています。

## 課題

### ● 血糖高値の者の割合が全国よりも高く、糖尿病の発症リスクが高い状態にある

(要因) 糖尿病の未治療者・治療中断者がいる、健康への優先度が低い、正しい知識の不足、健診未受診で健康状態を把握していない、特定保健指導未受診で生活改善のための方法を知らない

### ● 糖尿病のコントロール不良のために、合併症の発症に影響を及ぼしている

(要因) 忙しい・正しい知識の不足等から治療中断している、周囲の理解不足で治療と仕事の両立が困難な可能性がある、糖尿病性腎症重症化予防事業の運用が不十分、定期的なモニタリングが不十分

### ● 【再掲】好ましくない生活習慣の改善ができず、メタボリックシンドロームの者の割合が増加しており、生活習慣病（NCDs）の発症リスクを高めている

(要因) 健康への優先度が低い、正しい知識の不足、健診未受診で健康状態を把握していない、特定保健指導未受診で生活改善のための方法を知らないなど

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
28	糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少（糖尿病による新規透析患者数の前後5年平均値）	122人(R2)	日本透析学会「わが国の慢性透析療法の現況」	115人(R8)
29	治療継続者の増加	なし	国民健康・栄養調査	75%(R17)
30	HbA1c8.0%以上の者(血糖コントロール不良者)の割合の減少	1.23%(R2)	NDB データ	1.0%(R11)
31	HbA1c6.5%以上の者の割合の減少(年齢調整値)	7.9%(R2)	NDB データ	7.4%(R14)
32	【再掲】 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	28.0%(R3)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況(都道府県別一覧)	18.4%(R11)
33	【再掲】 特定健康診査の実施率の向上	61.6%(R3)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況(都道府県別一覧)	70%以上(R11)
34	【再掲】 特定保健指導の実施率の向上	26.9%(R3)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況(都道府県別一覧)	45%以上(R11)

糖尿病合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目し、引き続き、新規透析患者数のうち原疾患が糖尿病の者の数の減少を目標値として設定しました。

また、治療を継続し、良好な血糖管理を維持することで糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができるため、治療継続者の増加とHbA1c8.0%以上の者の割合の減少を設定しました。治療継続者数は減少値が把握できていないため、健康日本21(第三次)と同じ値を目標値として設定しました。HbA1c8.0%以上の者の割合は、ほぼ横ばいで推移している状況から、国と同じく1.0%に減少させることを目標としました。

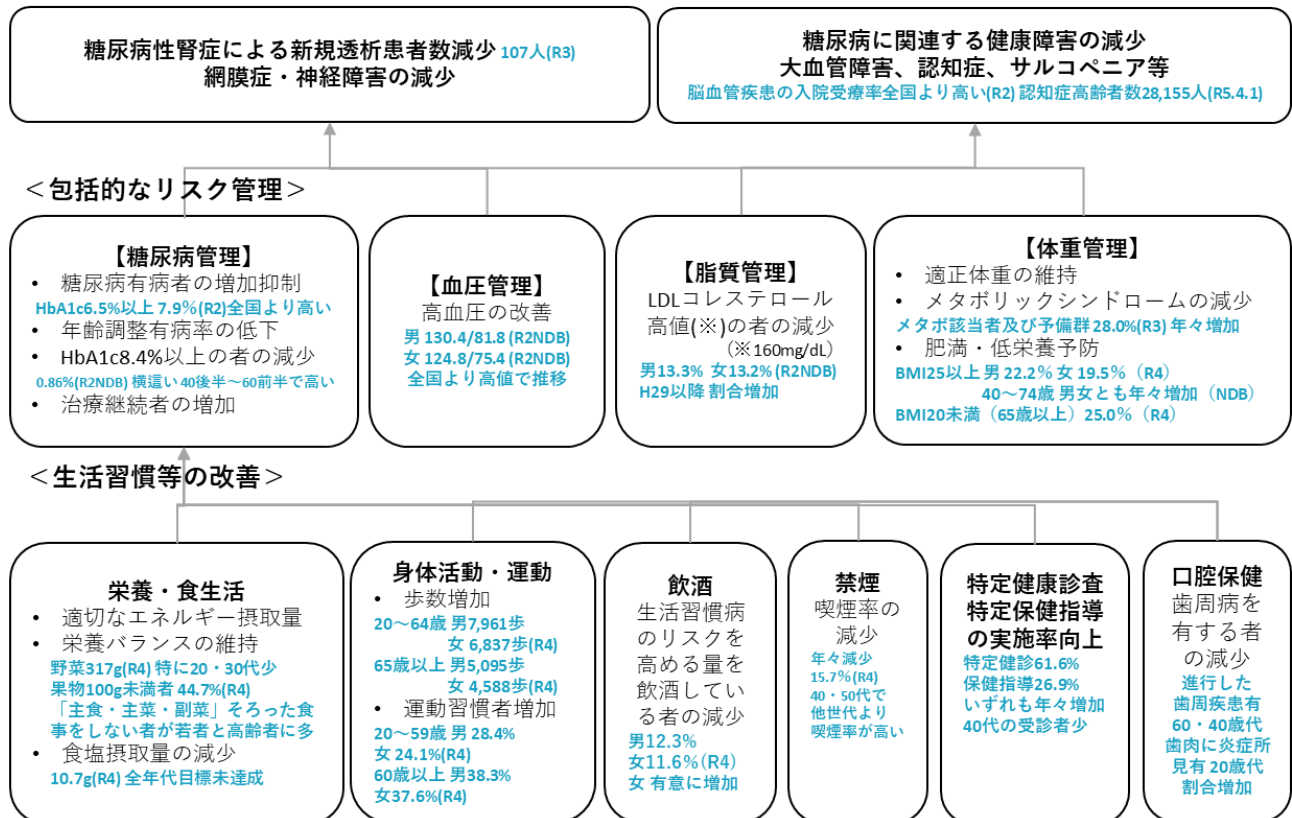
NDBデータより、本県はHbA1c値がやや高い値の者の割合が高いことが特徴です。糖尿病の発症予防が重要なことから「HbA1c6.5%以上の者の割合」を設定しました。健康日本21(第三次)では糖尿病有病者数(糖尿病が強く疑われる者)を予測値から6.7%減少させることを目標としています。「HbA1c6.5%以上の割合」が「糖尿病が強く疑われる者の割合」と近いことから、同様に6.7%減少させることを目標としました。

また、プロセス指標として「特定健康診査受診率の向上」及び「特定保健指導受診率の向上」を設定しました。詳しくは、第5章2(2)②循環器疾患(P.23~)に記載しました。

なお、糖尿病の発症要因である肥満については、第5章2(2)①栄養・食生活(P.39~)及び第5章4ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり(P.84~)の中で目標値を設定しました。

参考資料：糖尿病領域のロジックモデル

<重症化予防>



健康日本21を参考に健康増進課作成

## 取組の方向性

- **糖尿病の正しい知識の普及啓発**

2型糖尿病の発症には遺伝も関与していることや通院治療の重要性などを、教育機関・企業・メディア等と連携して広く普及啓発し、糖尿病とともに生きる人が治療を継続しやすい環境づくりの推進に努めます。また、企業へも正しい情報を発信し、治療と仕事の両立支援にも繋げていきます。

- **関係機関等との連携の強化**

山梨県地域・職域保健連携推進協議会や山梨県保険者協議会の一層の活用・連携を図るとともに、市町村や医療保険者への情報提供・支援に努めます。

- **糖尿病性腎症の発症予防・重症化予防(糖尿病の重症化予防含む)**

県医師会等の医療関係団体と協力して「山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいた医療保険者・かかりつけ医・専門医等の多職種連携体制の構築を一層推進していきます。

特に、糖尿病患者の医療未受診者及び医療中断者への受診勧奨により糖尿病性腎症の発症予防(糖尿病の重症化予防)に努めます。県と市町村が一体となり、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組むとともに、経年の状況把握に努めつつ、より効果的な事業を実施していきます。

- **人材育成**

保健指導等を行う従事者の資質向上を図るための研修等を行い、初期介入時や合併症の早期発見のための検査の重要性などについて学べる機会を提供します。

- **働く世代を中心としたヘルスリテラシーの向上**

正しい情報提供を行い、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備や支援を行います。

また、健康経営の推進を強化し、職場での健康づくりの取組を支援します。

- (再掲) **特定健康診査・特定保健指導実施率及び質の向上**

山梨県医療費適正化計画(第4期)に基づいて、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施率を向上させるために、引き続き、関係機関等と連携しながら普及啓発を行います。

県民が受けやすい健診・保健指導のために、山梨県保険者協議会の一層の活用・連携を図り、現状及び取組状況の分析・評価を行い、市町村や医療保険者への情報提供・支援に努めます。

また、職場において健康診断や特定保健指導を受けやすい環境を整えられるよう関係団体等と連携して支援します。

#### ④ COPD(慢性閉塞性肺疾患)

COPDは、主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳、痰、息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行します。COPDにより、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や、肺がんをはじめ、他の呼吸器疾患の合併も多くなっています。さらに、栄養障害によるサルコペニアはフレイルの原因になるため、予防をはじめ、さまざまな取り組みが必要です。

COPDの原因の50～80%はたばこの煙であり、喫煙者の20～50%がCOPDを発症するとされています。喫煙だけでなく、遺伝的因子、感染、大気汚染等も原因として挙げられますが、健やか山梨21(第3次)の取り組みとしては、予防可能な喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見・早期治療により増悪や重症化を防ぐことで死亡率の減少に加え、長期的に生活の質が改善することが期待できます。

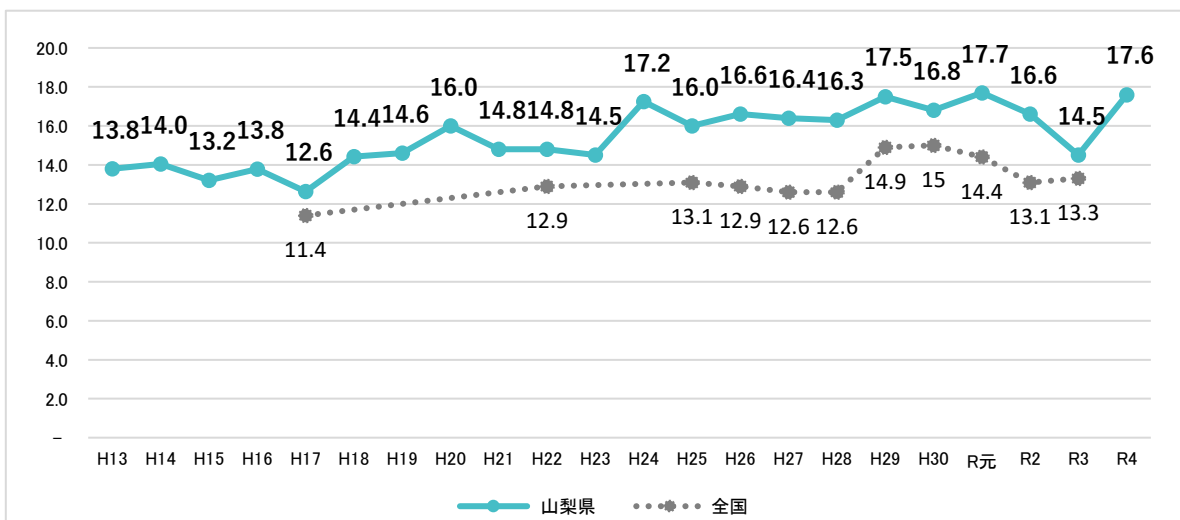
#### 現状

COPDの認知度は、令和4年度は55.7%で、平成26年度(41.5%)よりも増加していました(出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査、平成26年度県民栄養調査)。

喫煙者の割合は15.7%(令和4年度県民健康づくり実践状況調査)で、特に働く世代の40歳代、50歳代で高く、2割を超えていました。

本県の喫煙率は全国平均よりも高く、COPDの死亡率は全国平均よりも高い値で推移しています(図2-1-4-1)。死亡者の9割以上を70歳以上の高齢者が占めており、今後も高齢化の進行が見込まれることから、早期発見・治療に向けた取り組みが今後も必要であると考えられます。

図2-1-4-1) 慢性閉塞性肺疾患 死亡率(人口10万対)の推移



出典：人口動態統計

## 課題

### ● COPD の発症・重症化リスクを有する者が多い

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
35	人口10万対COPDの死亡率の減少	17.6 (R4)	人口動態統計	13.2 (R17)
36	COPDの認知度	55.7% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	80% (R17)

COPD対策としては、予防、早期発見・介入、重症化予防等、総合的な対策を行うことが重要であり、その最終的な目標として死亡率の減少を指標とし、健康日本21（第三次）において13.3を10（25%減少）にする目標であることから、同様の割合で減少させる目標としました。

また、COPDの認知度を高めることで、予防行動や対象者の受診行動を促すことにつながると考えられることから目標として設定することとし、ベースライン値が第2次計画の目標値に達していないことから、引き続き80%を目標としました。

## 取り組みの方向性

### ● COPDの普及啓発

市町村、医療保険者、職域（企業等）、病院・診療所、関係団体等と連携し、COPDの最大の発症因子であるたばこの対策と併せて広く県民への普及啓発を実施します。喫煙については、第5章2（2）⑤喫煙（P56～）に記載しています。

## (2) 生活習慣の改善

### ① 栄養・食生活

栄養・食生活は、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病（NCDs）の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要です。

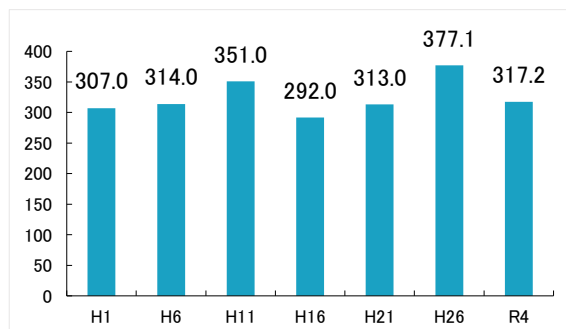
#### 現状

令和4年度県民栄養調査によると、適正体重の者の割合は60.3%でした。BMI25以上の者（20歳以上）の割合は、男性22.6%、女性17.4%でした。性・年代別にみると、男女ともに30～40歳代でBMI25以上の者の割合が高くなっています。

保険者や健診機関、自治体などでは、肥満改善のための健康教室や保健指導などを実施していますが、同じ人が何度も参加しているのが実情で本当に参加して欲しい人の参加は得られていません。

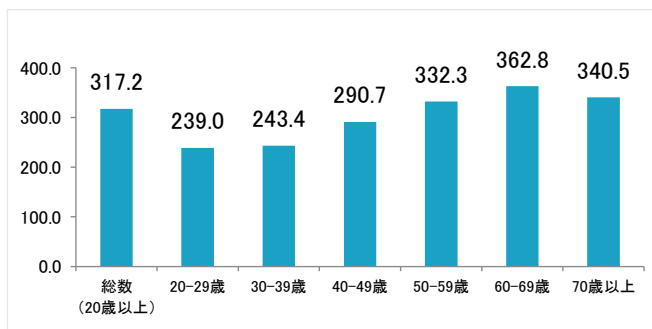
バランスの良い食事について、令和4年度の野菜摂取量は317g（図2-2-1-1）、果物の摂取量は100.1gでした。野菜摂取量を年代別にみると、20・30歳代で特に低くなっています（図2-2-1-2）。

図2-2-1-1) 野菜摂取量の推移



出典：県民栄養の現状、県民栄養調査

図2-2-1-2) 年代別野菜摂取量

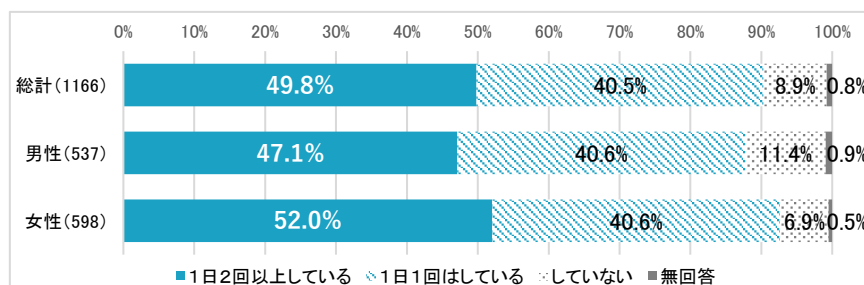


出典：令和4年度県民栄養調査

※平成26年度、令和4年度は20歳以上の値

「主食・主菜・副菜」のそろったバランスのよい食事について、「1日2回以上している」者の割合は49.8%でした（図2-2-1-3）。

図2-2-1-3) 性別 「主食・主菜・副菜」のそろったバランスのよい食事をしているか (%)

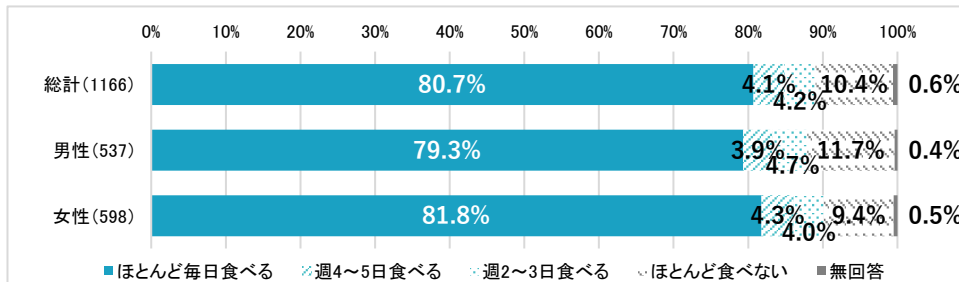


出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査※健康増進課再計算

調理するものに偏りがあることや共働きが増えて調理に割く時間を確保することが難しい状況が影響を及ぼしている可能性があります。加えて、「収入が少ない中、食料品が値上がりしていること、時間がなくバランスのよい食事をとることが難しい」等、経済格差が栄養格差に繋がっているのではないかと考えられます。また、口腔機能の低下により食べやすいものを食べていることが、食事の偏りに影響を及ぼしている可能性があります。

朝食の摂取状況について「ほとんど毎日食べる」者の割合は 80.7%でした（図 2-2-1-4）。

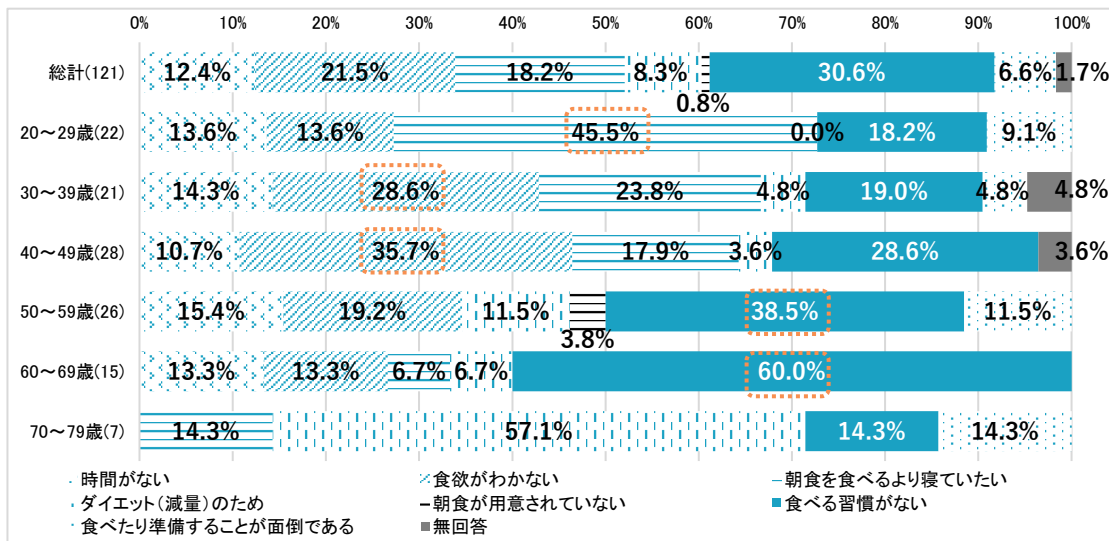
図 2-2-1-4) 性別 朝食の摂取状況 (%)



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査 ※健康増進課再計算

朝食を食べない最も大きな理由は、20 歳代では「朝食を食べるより寝ていたい」、40 歳代では「食欲がわかない」、60 歳代では「食べる習慣がない」が最も高く、生活習慣の乱れから朝食よりも睡眠が重視され、朝食を食べなくなることで、食欲がわかなくなり、食べないことが習慣化していくと推察されます（図 2-2-1-5）。

図 2-2-1-5) 年代別朝食欠食理由 (%) (朝食をほとんど食べない者のみが回答)



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査 ※健康増進課再計算

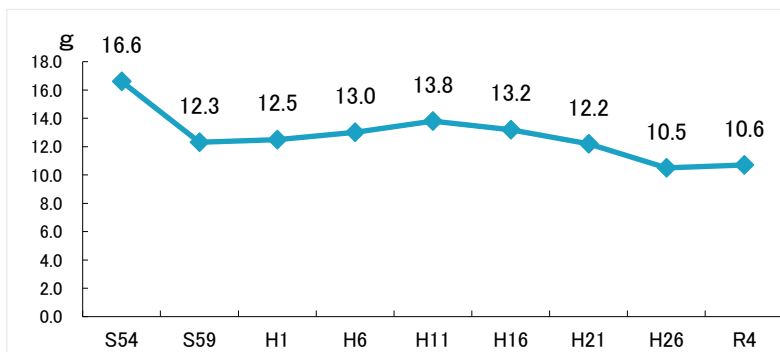
山梨県の塩分摂取量は、平成 11 年度に 13.8g でしたが、その後減少し、近年は 10.5~11.0g で推移しています（図 2-2-1-6）。令和 4 年度県民栄養調査によると、塩分摂取量が目標値に達していなかった人とそうでない人とでは、調味料からの摂取量に 4.7g もの違いがありました。



図 2-2-1-6) 塩分摂取量の推移

※昭和 54 年度～令和 6 年度は 1 歳以上、平成 11 年度以降は 20 歳以上の者の値

※平成 26 年度、令和 4 年度は重み付けをした 20 歳以上の者の値



(出典) 県民栄養の現状、県民栄養調査

令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査によると、減塩に取り組んでいる人は 54.8% で、減塩方法として「調味料（塩・味噌・しょう油など）の使用量を控える」「めん類の汁は残すようにしている」は、半数以上の者が実践していました（図 2-2-1-7）。一方で、移動販売車等では減塩商品が売っていない等、居住地域によっては取り組める減塩対策に制限があります。

減塩をしていない理由で多かったのは、「現在健康上の問題がないから」が最も高く 42.3%、「特に必要だと思わないから」36.4%、「濃い味付けが好きだから（薄い味付けはおいしくないから）」32.8%でそれぞれ 3 割を超えていました（図 2-2-1-8）。また、令和 4 年度子どもの食生活状況調査によると、県民の食塩摂取量が多いことを知っている学生の割合は 1 割程度でした。

以上のことから、減塩の必要性が伝わっていないこと、減塩にマイナスイメージあることが、減塩が進まない要因のひとつとなっていると考えられます。

図 2-2-1-7) 減塩方法（複数回答）

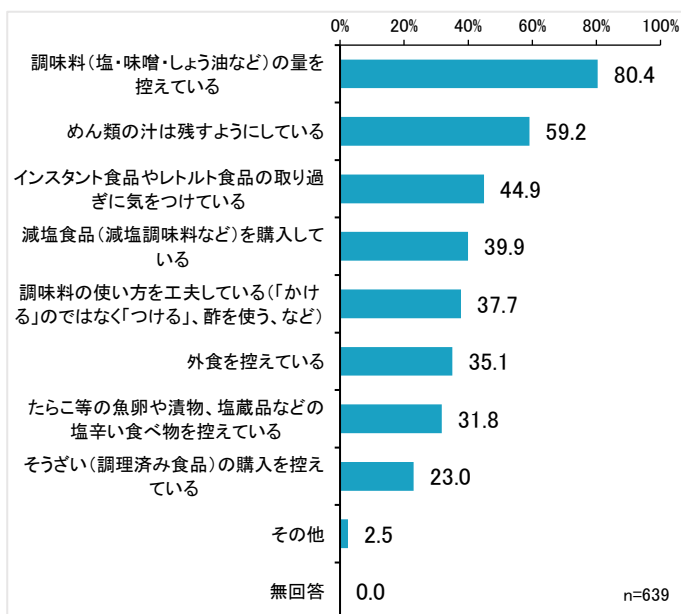
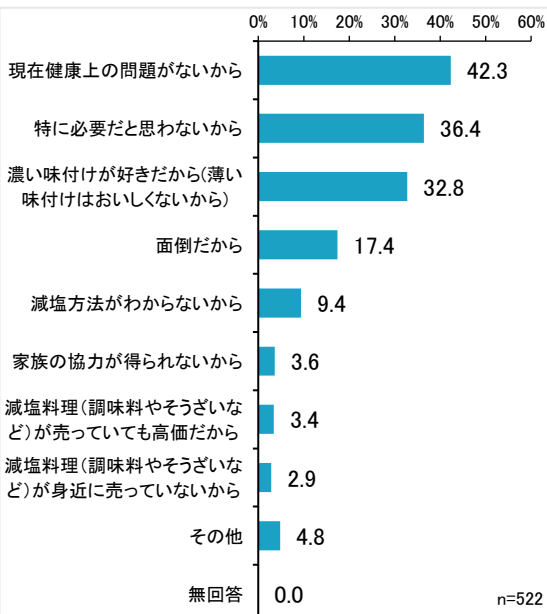


図 2-2-1-8) 減塩をしていない理由



【左右とも】(出典) 令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

## 課題

### ● 食事内容が偏り、栄養バランスが悪く、肥満・脂質異常症・糖尿病等のリスクを高めている

(要因) 朝食を欠食している(特に 20～30 歳代)、外食等で好きなものを食べやすい、調理技術が低く作れるものが限られる、共働きで調理のために多くの時間を割くのが困難、やせ願望(特に学生・若い女性)、孤食による簡単なメニューですませてしまう(特に独居、ひとり親家庭)、免許返納などで買い物できる場所に制限、咀嚼機能低下、身体機能低下に伴う調理の幅の減少や不活発な生活(高齢者)

### ● 塩分摂取量が多いため、血圧上昇に影響を及ぼしており、循環器疾患の発症・重症化リスクを高めている

(要因) 減塩の必要性・正しい知識が伝わっていない、減塩へのマイナスイメージ、外食やインスタント食品利用

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
37	適正体重を維持している者の割合の増加(20歳以上)(年齢調整値) ※BMI18.5以上25未満(65歳以上はBMI20を超え25未満)の者の割合	60.3% (R4) 年齢調整なし	県民栄養調査	65% (R17)
38	朝食をほぼ毎日摂取する者の割合の増加(20歳以上)	80.7% (R4)	県民健康づくり実践 状況調査	85% (R17)
39	バランスの良い食事を摂っている者の増加 ※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	(参考値) 49.8% (R4)	県民健康づくり実践 状況調査	50% (R17)
40	野菜摂取量の平均値の増加(20歳以上)	317.2g (R4)	県民栄養調査	350g (R17)
41	果物摂取量の平均値の増加(20歳以上) ※果実類(ジャムを除く)	100.1g (R4)	県民栄養調査	200g (R17)
42	食塩摂取量の平均値の減少(20歳以上)	10.6g (R4)	県民栄養調査	8g (R17)
43	【再掲】 やまなし食育推進応援団登録事業所数の増加	330件 (R4)	県民生活安全課調べ	335件 (R7)
44	【再掲】 「(仮称)山梨県版健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」参画事業所数	なし (参考値) 129社(R5)	健康増進課調べ	321社 (R17)

すべての世代において、適正体重を維持することが重要であることから、適正体重の者の割合の増加を目標として設定しました。目標値は、ベースライン値+5%の近似値としました。なお、「子どもの肥満の減少」「20～30歳代女性のBMI18.5未満の者の割合の減少」「20～60歳代男性のBMI25以上の者の割合の減少」「40～60歳代女性のBMI25以上の者の割合の減少」「65歳以上のBMI20未満の者の割合の減少」については、それぞれ第5章4ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり(P.73～)の中で目標値を設定しました。

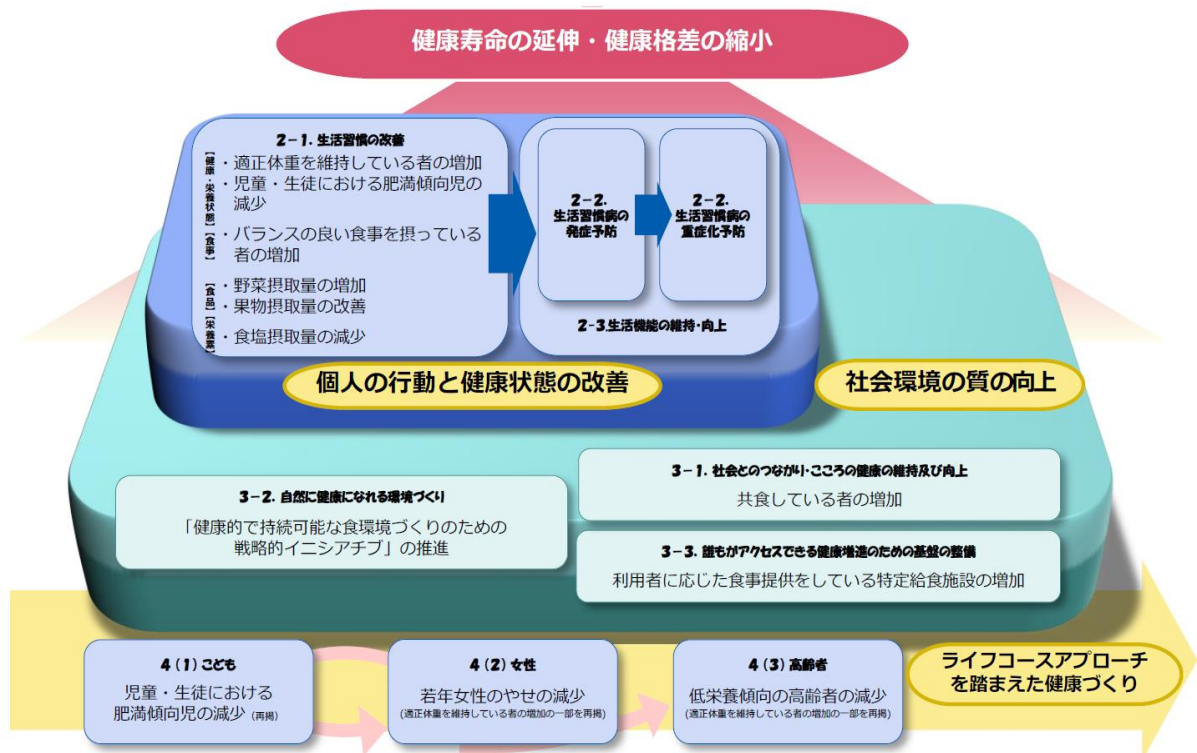
朝食を毎日食べることは、栄養バランスに配慮した食生活や基本的な生活習慣を身につける観点から非常に重要であるため、目標として設定しました。目標値は、次世代90%、働く世代75%を目指していることから、全体としては85%を目指すこととしました

減塩は血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させるため、第2次計画に引き続き「食塩摂取量の平均値」を目標として設定し、目標値が未達成だったことから8gの達成を目指していきます。

また、消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が高血圧対策において費用対効果が高いこと、さらに、食塩、高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることがわかっていますので、社会環境の質の向上の観点から、民間企業や地区組織等と一緒に取り組みを推進していくことを目的にやまなし食育応援団の数を目標として設定しました。

本県の健康課題解決のための食環境整備とともに取り組んで行くため、今後立ち上げ予定の「山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ(仮称)」へ参画した企業数を目標に設定しました。現在、企業で減塩対策に取り組んでいる事業所数を参考に目標値を設定しました。

資料：栄養・食生活に関連する目標



出典：健康日本 21 (第三次)

## 取組の方向性

### ● やまなし食育推進計画に基づく食育の推進

食育について、県民に対する正しい知識の普及を図るとともに、幅広い情報提供を行い、関係機関と連携しながら、食育を推進します。

### ● 普及啓発の強化

#### \*バランスの良い食事について

朝食の重要性、主食・主菜・副菜を取り入れたバランスのとれた食事、適切な量と質について市町村や食生活改善推進員、関係団体と連携しながら、さまざまな媒体を通じ、いまのライフスタイルにあった食事や調理の工夫などを情報発信していきます。また、野菜摂取量・果物摂取量の増加に向けて、農家や関係部局などとも連携しながら取り組みの強化について検討していきます。

#### \*減塩について

減塩の重要性や必要性について、食育とも連携しながら普及啓発を行い、食品に含まれる食塩量や減塩の工夫等の情報を分かりやすく具体的に提供します。情報提供にあたっては、山梨県の食生活に合わせた内容としていきます。減塩料理のおいしさを知る機会を増やす取り組みやさまざまな減塩方法の周知などにより、減塩に対するイメージ改革も図ります。

また、しばルトメニュー販売店など、これらの取り組みに積極的に取り組む飲食店の情報発信をしていきます。

#### \*適正体重について

適正体重を維持している人を増加させるために、自分の適正体重を知ることや適正体重を維持することの大切さについての普及啓発や情報提供を行います。

### ● 食環境整備の強化

働き盛り世代等の食生活では、中食や外食が多くなるため、コンビニやスーパー等の食品販売店や飲食店等と連携して、山梨県の基準（減塩や野菜摂取量等）を満たしたしばルト弁当・しばルト定食の販売整備等を行い、食環境の整備を推進します。

さらに、飲食店が健康づくり事業に参画しやすいよう、調理技術獲得のための研修会の開催などについて検討し、飲食店等との連携強化を図ります。

山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ（仮称）を設置し、食環境整備に取り組みます。

高齢者の食環境の充実について、関係機関と検討していきます。

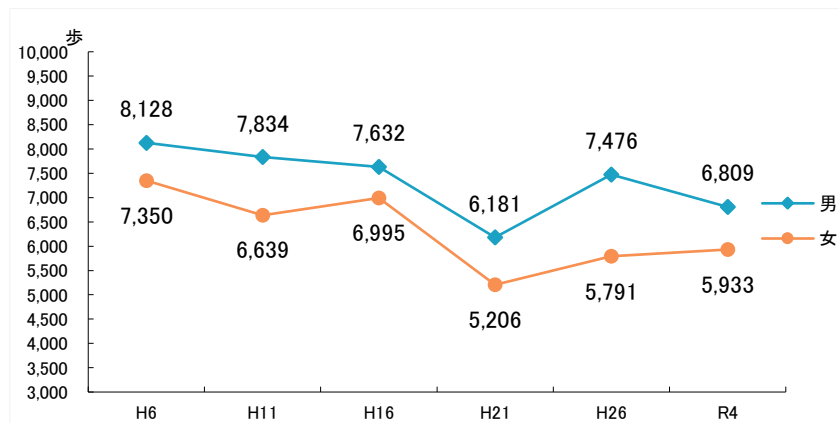
## ② 身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病（NCDs）の予防のほか、高齢者の認知機能や運動器機能など社会生活機能の維持、向上と関係することから、身体活動・運動の意義と重要性が広く県民に認知され実践されることが、高齢社会の健康寿命の延伸を目指すために極めて重要です。

### 現状

歩数の推移をみると、男女ともに減少傾向にあります（図 2-2-2-1）。

図 2-2-2-1) 歩行数の推移



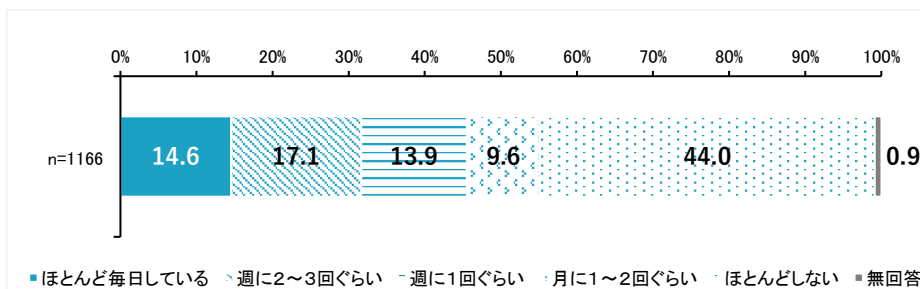
※R4は粗データ 出典：県民栄養調査

本県は自動車が必要な交通手段となっており、通勤等で歩行する機会が少ないことや気軽に自動車を使ってしまうことも影響を及ぼしている可能性があります。また、「さまざまなモノがデジタル化され、移動しなくてもできることが増えた」ことやテレワークの普及など、社会環境の変化に伴い、身体活動の機会が減少していることが影響を及ぼしている可能性もあります。

「本県は盆地地形で夏暑く、冬寒い。そういった環境下で運動習慣の定着は大変なことである」「運動＝外でするものというイメージを持っている人も一定数いる」等、本県の自然環境を踏まえて運動習慣が定着できるような取り組みの強化が必要だと考えられます。

健康づくりのための運動やスポーツについて、「ほとんどしない」者の割合は44.0%でした。男女別に見ると女性の方が7.1%高く、47.3%となっていました（図 2-2-2-2）。

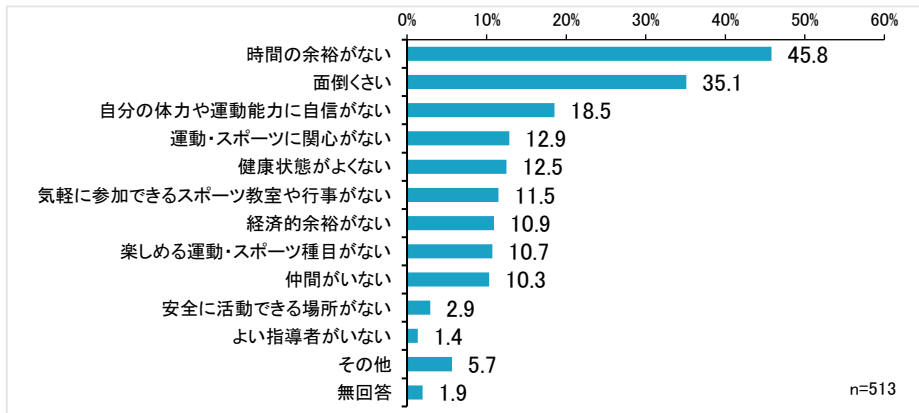
図 2-2-2-2) 自らの健康づくりを意識して行っている運動やスポーツの頻度



出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

運動・スポーツをしていない理由は「時間の余裕がない」、「面倒くさい」、「自分の体力や運動能力に自信がない」などでした（図 2-2-2-3）。

図 2-2-2-3) 運動・スポーツをしていない主な理由



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

また、保健指導などの場面では「仕事や農作業で日頃身体は動かしている」と返答があり、運動習慣を身に付けることの必要性を伝えていく必要があります。

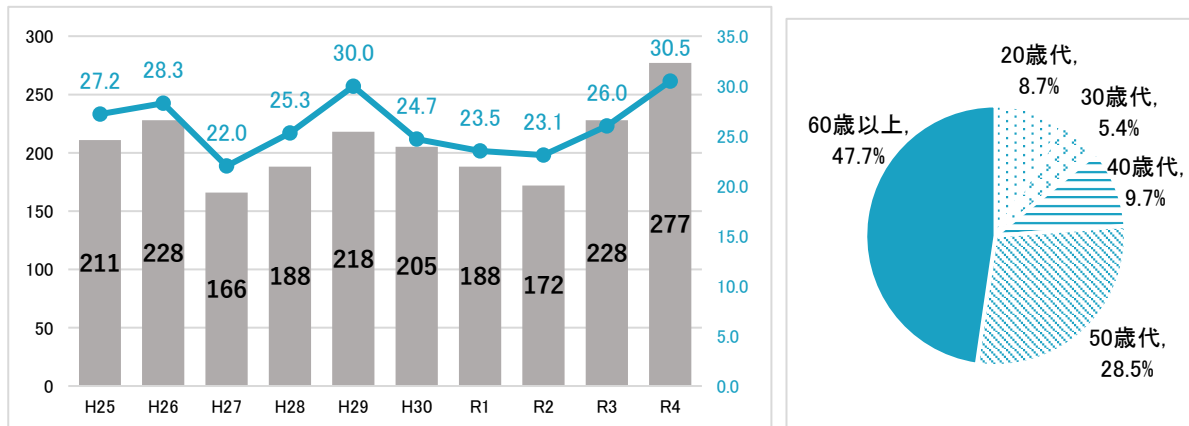
「コロナが5類に移行し、さまざまな運動教室などが再開しはじめたが、これまで参加していた人が参加しなくなった」等、運動習慣の定着に向けたより一層の取り組みが必要であると考えられます。

一方で、令和 4 年度県民のスポーツに関する意識・活動調査結果によると、「運動不足を感じる」者の割合は 43.9% でした。また、どのような問題が解消されれば、運動・スポーツを行うかという問いに対し、「余暇時間の確保」が最も多く 86.0%、「身近に活動場所」が 62.8% でした。

山梨県内における「転倒災害」の現状（山梨労働局）によると、労働災害においては「転倒」が最も多く、令和 4 年の転倒災害の 277 人を年代別で見ると、約半数が 60 歳以上となっていました。また、50 歳代及び 60 歳代では女性労働者の割合が増加傾向となっています（図 2-2-2-4、図 2-2-2-5）。

図 2-2-2-4) 転倒災害の発生件数と割合の推移【左】

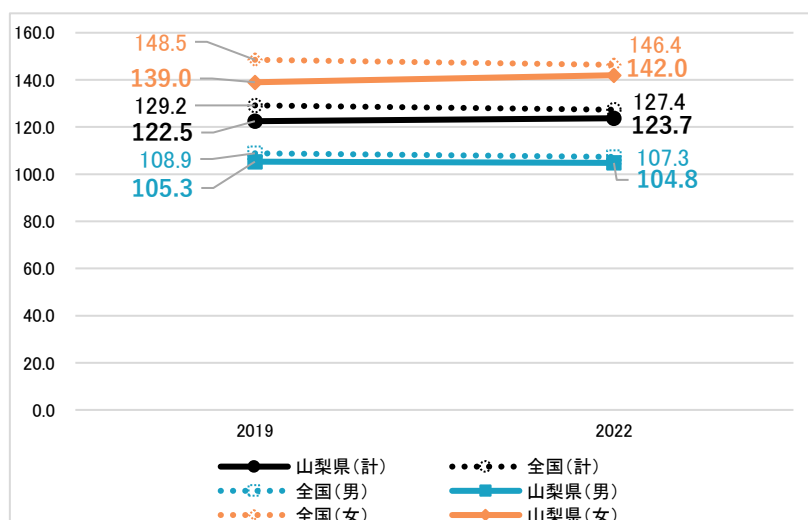
図 2-2-2-5) 転倒災害の年齢別発生グラフ（令和 4 年）(%)【右】



【左右とも】出典：山梨労働局 山梨県内における「転倒災害」の現状

足腰に痛みのある者は人口 1,000 人あたり 123.7 人で男女とも全国を下回っていました(図 2-2-2-6)。

図 2-2-2-6) 有訴者率 (人口千対) 足腰に痛みがある



出典：国民生活基礎調査

令和 4 年の山梨の国保と後期と介護によると、筋・骨疾患を持つ者の割合は要支援では 60%、要介護 1・2 では 50%、要介護 3・4 では 40%を超え、二番目に多くなっています。

「農作業などで膝を酷使し、骨・関節系疾患があると運動することが難しい。また閉じこもりにも繋がる」等、正しい身体の使い方を身に付けることも必要と考えられます。

「近所の人にウォーキングしている姿を見られるのが恥ずかしい」という人もいるため、運動することが特別視されないような社会・文化をつくっていく必要があります。

また、犯罪等の安全面からも健康づくりに取り組みやすい環境の整備が必要です。

## 課題

### ● 安心して運動することができない環境である

(要因) コロナ、犯罪、運動していることが恥ずかしいという思い、本県の自然環境

### ● 運動不足を感じているが、行動化に至っておらず、筋力・体力の低下により、骨・関節系疾患や生活習慣病(NCDs)の発症リスクを高めている

(要因) 時間がない、車社会で運動の機会を持ちにくい、怪我により運動できないと感じている、運動していることへの恥ずかしさ、子どもの運動習慣割合が減少している等により運動のハードルが高い

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
45	1日の歩数の平均値の増加 (20歳以上)(年齢調整値)	6,468 歩 (R4) 年齢調整なし	県民栄養調査	7,100 歩 (R17)
46	運動習慣者の割合の増加 (20歳以上)(年齢調整値)	(参考値) 24.0% (R4) 年齢調整なし	県民健康づくり 実践状況調査	30% (R17)
47	足腰に痛みのある者の割合 の減少(20歳以上)(人口千対)	123.7 (R4)	国民生活基礎調査	120 (R17)
48	【再掲】 まちなかウォークアブル地区 を設定している市町村数	1市(R4)	国土交通省 ウェブサイト	5市町村 (R17)

歩数は疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の相関があることから、現状値+10%とし、近似の値を目標値として設定しました。

また、運動についても疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の関係があることから、現状値+10%とし、近似の値を目標値として設定しました。なお、年代別の歩数及び運動習慣の割合は、それぞれ第5章4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり(P.84~)の章で目標値として設定しました。

足腰に痛みのある者の割合の減少は、働く世代においてはプレゼンティーズム、高齢者においてはロコモティブシンドロームの観点から目標値として設定しました。目標値は、現状値-3%程度として近似の値を設定しました。

なお、身体活動・運動は社会環境の整備も重要であり、そのことについては、第5章3(2)「自然に健康になれる環境づくり」(P.69~)に記載しています。

※現状値の運動習慣あり者は「週2~3日以上かつ1回あたり30分以上かつ半年以上運動・スポーツを行ったと回答した者の割合」



## 取り組みの方向性

### ● 運動しやすい環境整備の推進

健康経営を一層推進し、忙しい働く世代においても日常生活の中でこまめに体を動かすことや健康づくりのための運動習慣の推進を図ります。

多くの分野の施策を連携させながら、運動施設や道路などハード面の整備や安心して運動できるまちづくりなどにより、運動に取り組みやすい環境整備を推進します。

連携協定企業等と連携したインセンティブ付与やホームページでの情報提供等、運動に取り組みきっかけづくりを支援していきます。

### ● 身体活動・運動に関する正しい知識の普及啓発

日常生活における身体活動（移動、仕事、家事、趣味活動、社会参加等）や運動が重要であるため、年代（子ども、働き盛り世代、高齢者等）に応じた、歩数及び運動習慣の向上のための取り組み等の情報提供に努めます。特に、身体活動の増加について、すき間時間や屋内でできるもの、人目を気にせずひとりでもできるもの等、気軽に取り組める具体的な情報提供に努めます。座位行動の時間を減らし、いまより少しでも身体活動が増やすことの重要性も伝えていきます。

運動によりこころの健康維持にも繋がる等、運動のメリットを積極的に発信していきます。

併せて、過度な運動や誤った方法による骨・関節系疾患の発症・重症化を防ぐため、運動の功罪についても発信していきます。

### ● 楽しく取り組める仕組みづくり

健康づくり以外の分野とのコラボやICTの活用等により、楽しく身体活動量を増やせる取り組みについて、関係機関との連携・検討をしていきます。

### ● 人材育成

特定健康診査・保健指導に関わる保健医療従事者、行政職員等関係者のスキルアップを図り、対象者に併せた指導（例えば、疾患があっても可能な運動の提示等）ができるようにしていきます。

また、運動指導を正しく行える健康運動指導士や健康運動実践指導者等の専門家の育成や活用を図ります。

### ③ 休養・睡眠

休養は、心身の健康を維持するために重要な要素であり、日常的に質・量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で身体や心を養うことが重要です。

睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の心身愁訴の増加、情緒不安定、注意力・判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたって悪影響を及ぼし、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

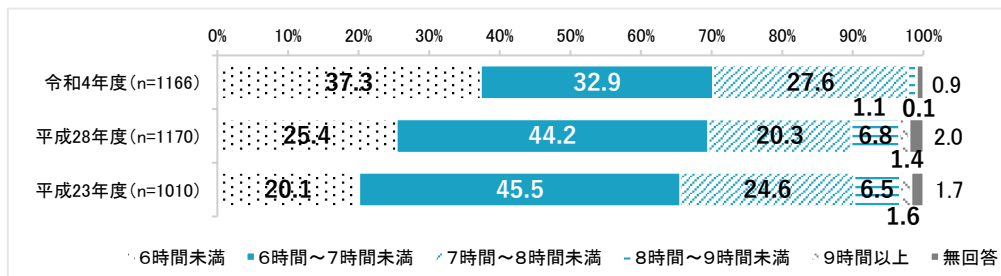
さらに、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスクを高め、症状を悪化させる等、死亡率の上昇にも関与することが明らかになっています。また、うつ病等の精神障害の発症、再燃・再発リスクも高めます。

長時間労働は疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられており、脳・心疾患との関連性が強いと言われています。そのため、長時間労働削減の取り組みを含む労働環境整備も併せて行う必要があります。

#### 現状

成人の睡眠時間について、6～9 時間の者の割合は年々減少しており、令和 4 年度は 60.6%でした（図 2-2-3-1）。

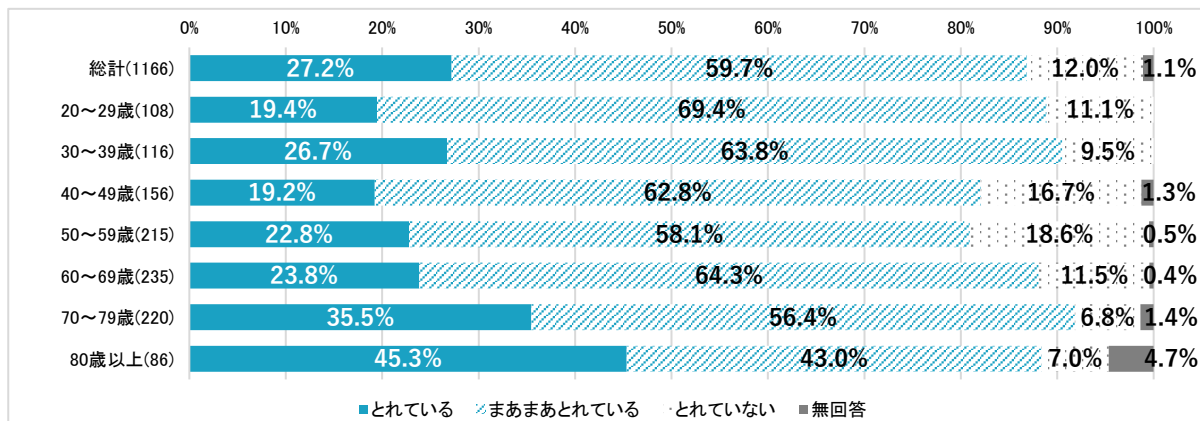
図 2-2-3-1) 1日の平均睡眠時間



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

睡眠で休養が十分とれているまたはまあまあとれている者の割合は 86.9%でした。特に他年代と比較して 40～50 歳代でやや低くなっています（図 2-2-3-2）。

図 2-2-3-2) 年代別 睡眠による休養感



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

令和4年度県民健康づくり実践状況調査によると、普段、イライラしやストレスで精神的な疲れを感じる県民の割合は69.7%でした。そのうち、57.4%がストレスを上手に発散していました。

表 2-2-3-1) ストレス解消方法上位5位 (ストレスをいつも感じている・時々感じている者のみ回答)

	n	%
趣味や買い物、スポーツなどで気分転換する	462	56.9
よく眠る	351	43.2
医師や専門家、友人、家族などに相談する	204	25.1
不満などの問題を考えないようにする	187	23.0
温泉に行くなどゆっくりと休養する	171	21.1

出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、県民が休養を日常生活の中に適切に取り入れた生活習慣を確立することは、健康づくりの課題となっています。

週労働時間60時間以上の者の割合はベースライン時と比較して2.5ポイント減少しましたが、目標の達成には至っていません。(図2-2-3-3)。また、長時間労働が急性心筋梗塞、糖尿病などの生活習慣病(NCDs)や精神疾患の発症リスクを高めることが指摘されています。過重労働を解消し、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活時間を確保して働いていけるような労働環境を整備することが課題となっています。

## 課題

### ● 休養が十分とれず、生活習慣の乱れやストレス等に繋がり、日中のパフォーマンスに悪影響を及ぼし、長期的には生活習慣病(NCDs)の発症リスクを高める

(要因) 熟睡感が少ない、過重労働、ストレス発散不十分、休養の仕方を身に付けていない

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
49	睡眠で休養がとれている者の割合(年齢調整値)	86.9%(R4)	県民健康づくり実践状況調査	90.0%(R17)
50	ストレスを上手に発散している者の割合(20歳以上)	57.4%(R4)	県民健康づくり実践状況調査	70.0%(R11)
51	週労働時間50時間以上の者の割合の減少(年200日以上)の就業者)	17.4%(R4)	就業構造基本調査	10.0%(R17)

「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「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については、高血圧、糖尿病、心疾患やうつ病等の精神的健康と強く関連すると言われ、睡眠時間と併せて評価する有用性が示されています。

睡眠によって休養感がとれていない者の割合は横ばいで推移しています。質のよい睡眠をとることは心身の健康の保持増進において極めて重要であることから目標として設定しました。目標値は、本県の現状値が国よりも 8.6%高いことから、目標値も健康日本 21（第三次）よりも 8.6%以上高い近似の値としました。

また、ストレスを感じることも多くても、自分に合った方法でストレスをため込みすぎないセルフケアが重要です。依存症とならないレベルに“上手に”ストレスと付き合い、こころの健康を維持するため目標に設定しました。過去 10 年間でほとんど割合に変化がないことから、最も「はい」と回答した者の割合が高かった 20 代 67%を目安に、目標値を設定しました。

長時間労働は、仕事と家庭の両立だけでなく、健康の確保も困難にする要因となっています。働き方改革の一環として、労働基準法が改正され、時間外労働の上限が原則月 45 時間と規定されました。週労働時間 40 時間に月 45 時間の時間外労働分（約 10 時間）を足し、週 50 時間以上勤務している者の割合を指標としました。目標値は、現状値から 40%減少させることとし、近似値の 10%としました。

## 取り組みの方向性

### ● 「積極的休養」「良質な睡眠」の普及啓発

趣味、スポーツ活動等から個人の生きがいを通じてこころの健康づくりを進めるための普及啓発を行います。

また、広報や健康教育の機会を活用して、睡眠と生活習慣病（NCDs）の関連や睡眠の大切さ、ストレス解消法や快眠のための習慣等についての情報提供を行います。

年代に合わせた睡眠に関する正しい知識や適切な睡眠習慣について、情報提供していきます。

### ● 事業所のメンタルヘルス対策の推進

山梨県地域・職域保健連携推進協議会のより一層の活用と、労働局や山梨産業保健総合支援センターとの連携により、ワーク・ライフ・バランスの推進を図りながら、労働者のメンタルヘルス対策や休養についての普及啓発を行います。

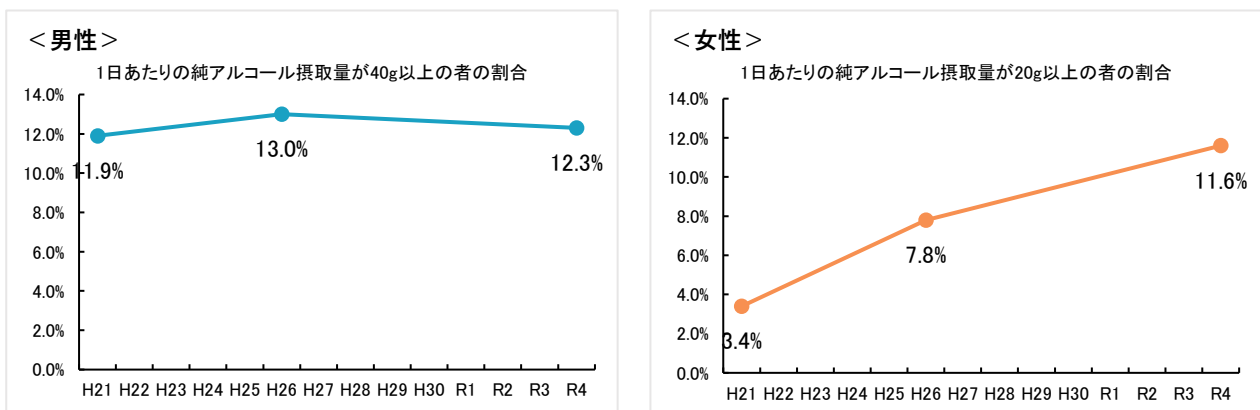
## ④ 飲酒

飲酒は、さまざまな健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連しています。さらに、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連しています。

### 現状

生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒量を摂取している者の割合（令和4年度）は、男性12.3%、女性11.6%でした（図2-2-4-1）。特に、女性では健やか山梨21（第2次）策定時と比較して悪化しています。

図2-2-4-1) 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の割合の推移



出典：県民栄養調査（平成21年度、平成26年度）、県民健康づくり実践状況調査（令和4年度）

低濃度のアルコールで飲みやすいものや大容量のもの等、多様な商品が販売されるようになったこと、また宴会ではなく、ひとりまたは家族との飲酒割合が高く、自宅での飲酒が身近になったこと等が、飲酒機会や飲酒量に影響を及ぼしている可能性があります（表2-2-4-1）。

また、家族の在り方の多様性や人と人とのつながりの希薄化等により、孤立・孤独世帯が増えており、自由に飲酒でき、飲酒量が増えやすいことから、アプローチの強化が必要です。

表2-2-4-1) 日ごろ飲酒する機会、最も多いものの割合（N=483）

項目	割合
家族と一緒に、家や店での飲酒	45.5%
一人で、家や店での飲酒	35.6%
同僚、知人、友人との飲酒	8.9%
職場の飲み会（忘年会、送別会、懇親会など）	1.2%
その他	0.2%
無回答	8.5%

出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

アルコールの健康への影響に関する正しい知識を学んだことのある者の割合は20.8%（出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査）でした。飲酒の時に注意していることとして「適量を決めている」（53.0%）でしたが（表2-2-4-2）、生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒量を知っている者の割合は19.6%（出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査）でした。また、「休肝日を設ける」は29.0%でした。以上から、正しい知識がないことで適切な飲酒行動をとれていない可能性が考えられます。

表 2-2-4-2) お酒を飲むときに注意していること（複数回答）（N=483）

項目	割合
食べながら飲む（空腹で飲まない）	71.4%
適量を決めている	53.0%
休肝日（お酒を飲まない日）を設ける	29.0%
寝酒はしない	14.5%
はしご酒はしない	8.5%
その他	3.1%
無回答	3.3%

出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

## 課題

### ● 特に女性で生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量の飲酒をする者の割合が高い

（要因）多様な商品の販売や新たな生活様式等により飲酒が身近になった可能性、正しい知識が届いておらず適切な行動をとることができない可能性

## 目標の設定

	項目		ベースライン	出典	目標値
52	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少 ※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	男性	12.3% (R4)	県民健康づくり 実践状況調査	10.1% (R17)
53		女性	11.6% (R4)		9.5% (R17)

飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、山梨県がん対策推進計画と整合を図りました。さらに依存症等対策推進計画においても、アルコール健康障害の発症予防が重点課題とされていることとも整合を図りました。

男性の目標値は第2次計画に引き続き、10.1%を目標値としました。女性は、増加している現状から男性と同じ減少率（-17.9%）を目標値としました。

## 取り組みの方向性

- **飲酒についての正しい情報の発信**

飲酒と生活習慣や疾患等との関連性を含めて、情報発信していきます。

- **普及啓発**

アルコール関連問題啓発週間（11月10日～16日）を中心に、国や市町村、関係機関等と連携した啓発事業を展開し、県民のアルコール関連問題に対する関心と理解を深めます。

また、20歳未満者等の飲酒を防止するため、国や市町村、関係団体、事業者等と連携し啓発するとともに、小学校、中学校及び高等学校において、アルコールが心身に及ぼす影響等について教育を行います。

さらに、妊婦健康診査及び母親学級等を通じて、妊婦自身や乳児への飲酒の悪影響に関する知識等の普及啓発を図ります。

職域及び事業所への出前講座等において、飲酒に伴う生活習慣病（NCDs）のリスクや適正飲酒等に関する啓発普及を行います。

- **人材育成**

市町村や医療保険者が、特定健康診査及び特定保健指導等で、アルコールの適正飲酒の保健指導が行えるように支援します。

また、市町村が、母子健康手帳交付時や妊産婦訪問時に、飲酒が胎児・乳児に及ぼす影響に関する保健指導を行っています。市町村や医療機関等において、妊娠中や出産後の飲酒防止に向けた、妊婦健診や母親学級、両親学級などで女性・妊婦等に対する妊婦自身や乳児への飲酒の悪影響に関する知識等の普及啓発を行えるよう支援します。

- **適切な酒類販売管理**

酒類業界は、20歳未満者等への販売禁止を周知徹底するとともに、酒類の特殊性とリスクについての知識習得を含め、適正な販売管理の確保が図られるよう、酒類販売管理研修の定期的な受講に取り組みます。

風俗営業管理者等に対し、管理者講習等を通じて20歳未満者等への酒類提供の禁止を周知徹底します。風俗営業を営む者等による営業所での20歳未満者等への酒類提供について、指導・取締りを強化します。

## ⑤ 喫煙

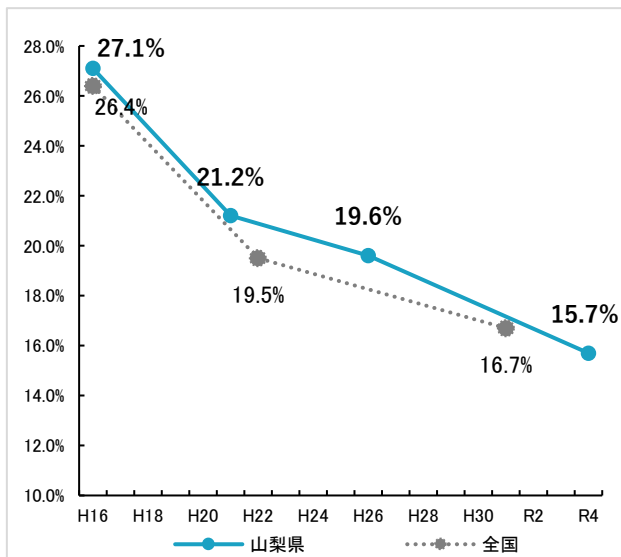
喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPD といった疾病を引き起こす最も危険な要因となっています。妊娠中の喫煙は胎児にも影響し、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症などのリスクとなることから、妊娠中の喫煙をなくすことは周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少のためにも重要です。また、20歳未満からの喫煙は健康への影響が大きく、喫煙の継続に繋がりがやすいことがわかっています。

喫煙対策は、これらの疾病予防に有効であり、喫煙による健康被害を回避することが重要な課題となっています。

### 現状

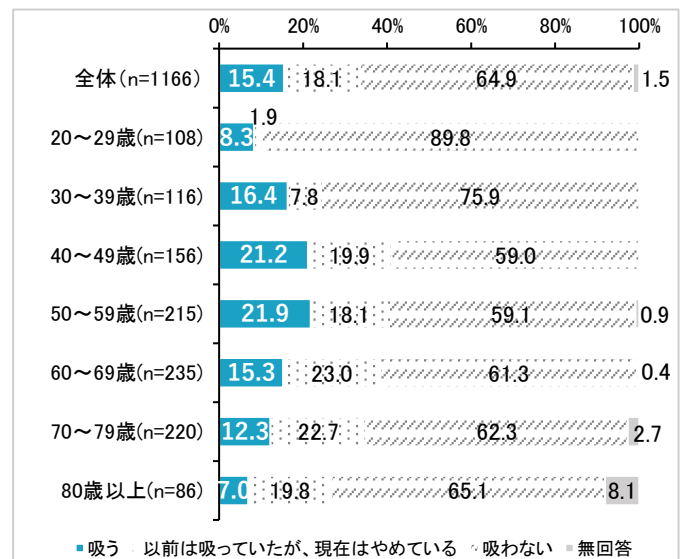
成人の喫煙率は 15.7%（令和 4 年度）で、年々減少しています（図 2-2-5-1）。性別で見ると、男性 25.3%、女性 7.0%となっていました。年代別で見ると、働き世代の 40 歳代、50 歳代で高く 2 割を超えていました（図 2-2-5-2）。

図 2-2-5-1) 成人の喫煙率の推移



出典：県民栄養調査（平成 16、21、26 年度）、県民健康づくり実践状況調査（令和 4 年度）、厚生労働省 国民健康・栄養調査

図 2-2-5-2) 年代別喫煙率



出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査では、たばこを吸っている者のうち 45.0%はやめたいと感じていました。たばこをやめた主なきっかけは「家族や友人など周囲にすすめられて」が最も多く 15.6%、「医師などの専門家からすすめられて」が 14.2%、「健康チェックや健診の結果をみて」が 12.8%と続いていました。その他、結婚・妊娠・出産等のライフイベントや病気をきっかけにやめていました。

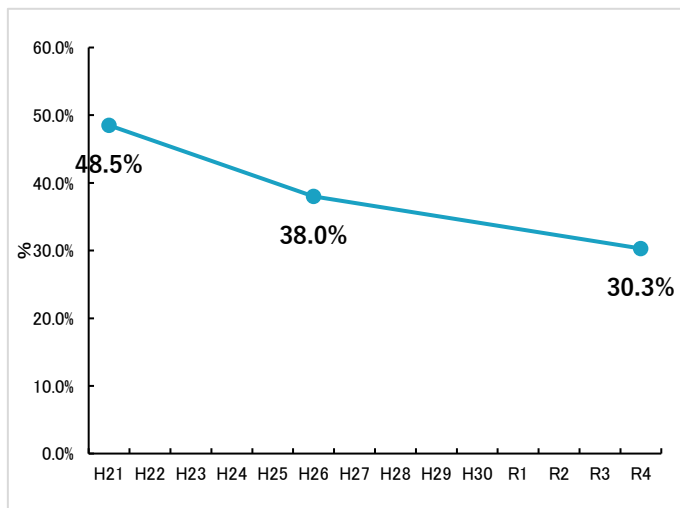
たばこをやめたいと思わない理由は「ストレスが多いから」が 30.8%で最多でした。一方で「今吸っている量であれば害がないと思っているから」（23.1%）、「やめることは大変だから」（12.3%）という意見もあり、たばこの害が正しく理解できていないことや禁煙治療のハードルが高いことが、たばこをやめたいと思わないことに影響している可能性があります。



受動喫煙で不快な思いをしている方の割合は 30.3%（令和 4 年度）に改善しました（図 2-5-5-3）。健康増進法の一部改正（平成 30 年 7 月 25 日公布）により、対策が進んだことが影響していると考えられます。令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査によると、受動喫煙による悪影響について、「ぜんそく」60.5%、「すべてのがん」56.8%は半数を超えた一方で、「COPD」37.0%、「心臓病、脳卒中、低出生体重児」20%と低率となっています。

図 2-5-5-3) 受動喫煙で不快な思いをしている人の割合の推移（左）

表 2-5-5-1) 受動喫煙で嫌な思いをした場所（複数回答）（右）



項目	割合
路上	39.1%
飲食店	28.9%
家庭	22.1%
職場・学校	21.2%
公共機関・施設	18.4%
車の中	11.3%
公園	5.4%
ゲームセンター・パチンコ店など	3.1%
その他	10.2%

出典：県民栄養調査（平成 21 年度、平成 26 年度）  
県民健康づくり実践状況調査（令和 4 年度）

出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

## 課題

- 特に 40～50 歳代では喫煙率が高く、喫煙による本人及び周囲の者の健康被害のリスクを高めている
- 受動喫煙を含む喫煙対策が引き続き必要

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
54	喫煙率の減少 ※20 歳以上の現在習慣的に喫煙している者のうち、たばこをやめたいと思う人がやめる	15.7% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	13.9% (R17)
55	【再掲】 受動喫煙で不快な思いをした者の減少	30.3% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	17.0% (R17)

たばこ対策に関する目標項目としては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への暴露状況の改善」の視点で、個人の行動と健康状態の改善に関するものを設定しました。

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あり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として設定することとし、第 2 次計画の目標が未達成であったため、引き続き 13.9%を目標値としました。

なお、受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候順などの疾患リスクが上昇することが報告されています。また、改正健康増進法においては、望まない受動喫煙を防止するため、学校・病院、児童福祉施設など、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）などについては原則屋内禁煙とされました。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、目標として設定しました。目標値は、これまでの推移から年-1%としました。喫煙対策については、第5章 3 (2) 自然に健康になれる環境づくり (P69～) にも記載しています。

## 取組の方向性

### ● たばこについての正しい情報の発信

加熱式たばこ（ニコチン入り電子たばこを含む）も含め、たばこについての正しい情報を発信していきます。

また、たばこと生活習慣や疾病等との関連性を含めて情報発信していきます。

### ● 禁煙支援の推進

たばこ対策に取り組む保健医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等）と連携し、たばこに含まれるニコチンには依存性があり、本人の意思でやめることは難しいことや禁煙治療、禁煙支援・禁煙治療に取り組む医療機関や禁煙支援をする薬局（禁煙サポート薬局）についての情報を提供し、喫煙者の禁煙サポートを行います。

特に、働き盛り世代のたばこをやめたい人が禁煙に取り組みやすい環境づくりのために、健康経営を一層推進していきます。

### ● 20歳未満者の喫煙防止

教育委員会と連携を図り、保健所、学校医、学校薬剤師等の協力により、学校や地域社会における効果的な喫煙防止教育の推進を継続します。

### ● 妊娠中の喫煙防止

妊娠中の喫煙のリスクについて、早期から教育機関、医療機関等と連携し、普及啓発を図ります。

### ● 受動喫煙対策の推進

市町村や保健医療関係団体、医療保険者、事業所等との協働により、施設管理者へ受動喫煙対策の意義・必要性、義務について周知を継続して行います。

また、受動喫煙が健康に及ぼす影響等について、普及啓発を強化していきます。

## ⑥ 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく影響し、健康寿命の延伸や県民が健康で質の高い生活を送る上で重要な役割を果たしています。また、近年は口腔の健康が全身の健康にも関係しているともいわれ、全身の健康を維持するためにも歯・口腔の健康づくりが重要です。

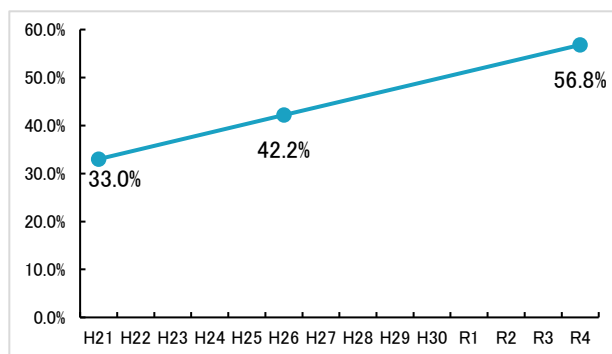
本県においては、平成 26 年から山梨県口腔の健康づくり推進計画に基づき、歯・口腔の健康づくりが推進されており、連携を図りながら、総合的に歯科口腔保健対策を進めています。

### 現状

県では、市町村が地域の実情に応じた効果的なフレイル予防対策を行えるようフレイル予防アドバイザー事業で市町村の取り組みを支援しているほか、歯科保健従事者等を対象にオーラルフレイル研修会の開催などを行っていますが、60 歳代における咀嚼良好者割合は 73.6%でした（出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査）。

進行した歯周疾患を有する者の割合（60 歳代、40 歳代）、歯肉に炎症所見を有する者の割合（20 歳代）は、直近 10 年間でいずれも増加しています。これらは成人期以前に正しい口腔ケアの定着ができていないこと、過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合が低く（図 2-2-6-1）、口腔状態の把握ができず早期に治療介入できていないことなどが関連している可能性があります。

図 2-2-6-1) 過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合



出典：県民栄養調査（平成 21 年度、平成 26 年度）、県民健康づくり実践状況調査（令和 4 年度）

12 歳の永久歯の一人平均虫歯等数は 0.7 歯で、減少傾向にあります。全国平均 0.56 歯よりも高くなっています（出典：令和 4 年度学校保健統計調査）。教育現場などでは、継続した給食後の歯磨き指導や保健及び特別活動での虫歯予防に関わる知識・技能の学習を行っていますが「歯磨き指導は各園・学校の判断によりばらつきがあり、取り組みに限界もある」という声もあり、家庭での歯磨きの習慣が定着できるように、妊娠期から保護者への指導を徹底していく必要があります。

## 課題

- さらなる歯科保健対策の推進が必要
- 20歳代、40歳代で歯肉に炎症所見ありの者の割合が増加しており、高齢期の口腔機能に影響を及ぼしている。

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
56	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	56.8%(R4)	県民健康づくり実践状況調査	60%(R17)

山梨県口腔の健康づくり推進計画との整合を図り、特に予防・健康づくりの推進と関係の強い項目を、共通の指標として目標に設定しました。

定期的な歯科健診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要であり、第2次計画から引き続き目標として設定しました。目標値は「山梨県口腔の健康づくり推進計画」と同様としました。

なお、「40歳以上における歯周炎を有する者の割合」及び「50歳以上における咀嚼両後者の割合」は、第5章4(2)成人の健康(青年期・壮年期)(P.84～)に記載しています。

## 取り組みの方向性

- **う蝕対策の推進**

引き続き、学校保健活動において、学齢期の歯みがきの習慣づけを働きかけるとともに、産前産後等のきっかけを活用して、保護者への歯科指導を強化していきます。

- **歯周病対策の推進**

日頃のセルフケアに加え、専門的な指導・助言を受けるために、定期的な歯科健（検）診の受診率の向上に努めます。

また、喫煙等の生活習慣が歯周病を引き起こすことから、たばこ対策も含めた歯周病対策を推進します。

- **口腔機能の維持・向上**

口腔機能の低下が早期発見できるよう、市町村や事業所等に対し、歯科健（検）診の実施やオーラルフレイルの予防を働きかけます。

- **資質向上**

市町村や各関係団体等と連携し、歯科保健従事者等の質の向上を図るための研修などを行っていきます。

- **関係団体との連携強化**

効果的な歯科口腔保健対策を実施するために、関係機関や団体と連携を図りながら、情報収集と情報提供を行います。

### (3) こころの健康の維持・向上

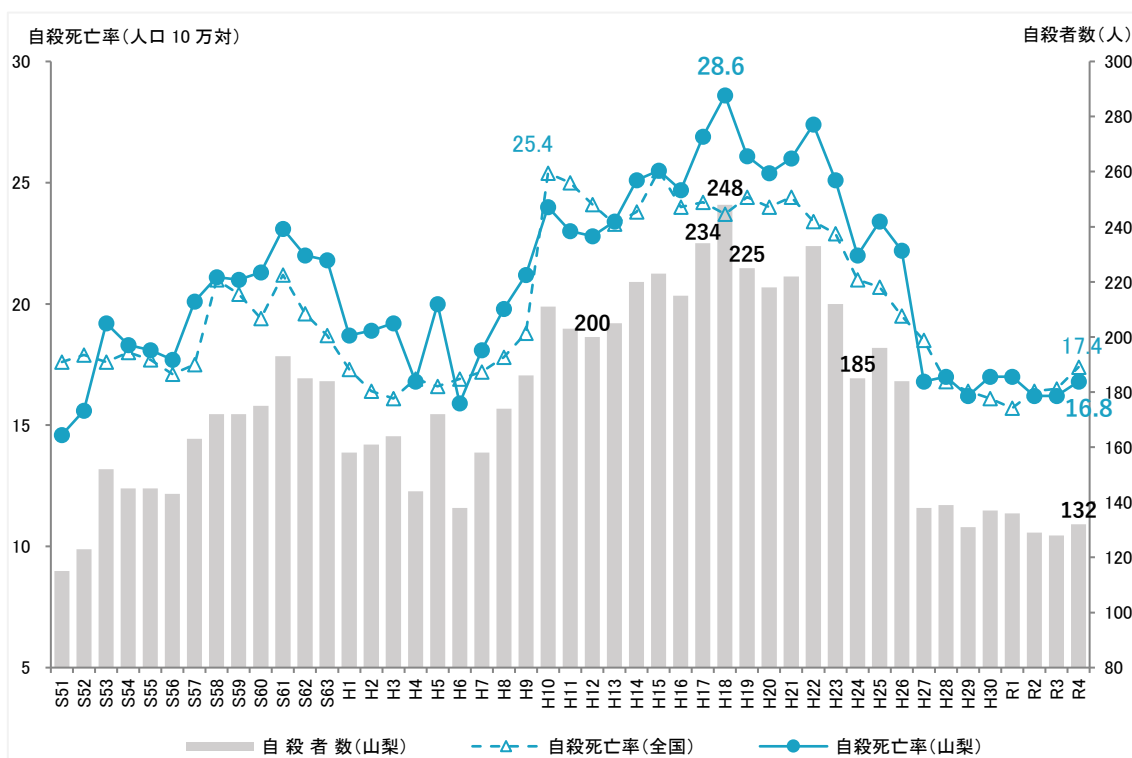
社会生活を営むのに必要な機能を維持するために、心身の健康とともに重要なのがこころの健康です。こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は身体だけではなくこころの健康においても基礎となるものです。これに休養が加えられ、健康のための三要素とされてきました。さらに、十分な休養をとり、ストレスと上手に付き合うことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域などさまざまな場面で課題の解決に繋がる社会環境の整備が重要です。

#### 現状

本県の自殺者数は132名（令和4年）でした。人口10万人あたり16.8で全国（17.4）を下回っています。H28をピークに減少していますが、近年は横ばいで推移しています（図2-3-1）。

図2-3-1)自殺者数及び自殺死亡率（人口10万人あたり）の推移

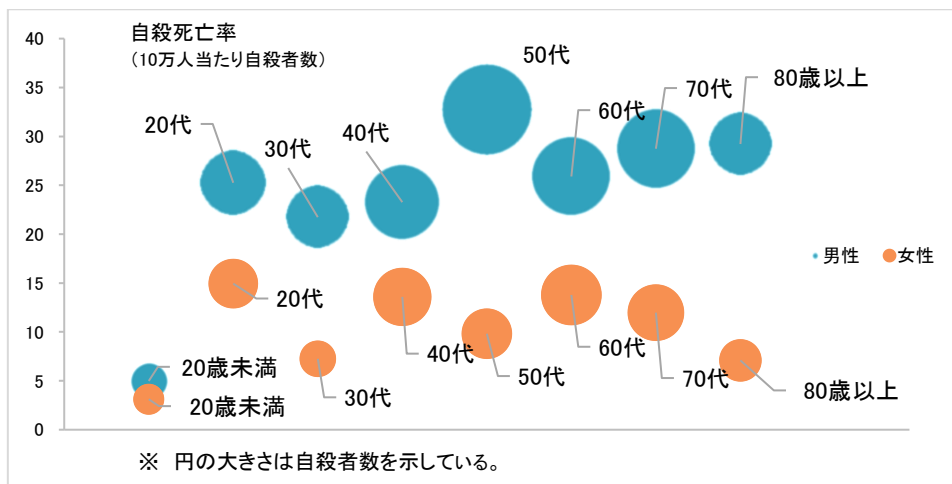


出典：厚生労働省 人口動態統計（住所地ベース）

本県の自殺死亡率を性・年齢階級別に見ると、20歳代、50～80歳代の男性において、自殺死亡率が高く、50～70歳代は自殺者数も多くなっています。女性においては、20歳代、40歳代、60歳代の自殺死亡率が高くなっています（図2-3-2）。

また、本県の平成30年～令和4年における人口動態統計の死因順位を年齢階級別に見ると、10～39歳の各年代の死因の第1位が自殺となっています。特に、10～24歳の若い世代の死因に占める自殺の割合は50%を超えています（表2-3-1）。

図 2-3-2)性・年代別の平均自殺死亡率及び自殺者数（山梨県）



出典：厚生労働省人口動態統計、総務省人口推計をもとに山梨県作成

表 2-3-1) 年齢階級別 自殺の死因順位（山梨県）（2018（平成 30）～2022（令和 4）年）

年齢階級	死亡数	割合	死因順位	年齢階級	死亡数	割合	死因順位
10～14 歳	6	54.5%	第 1 位	40～44 歳	44	18.3%	第 2 位
15～19 歳	21	55.3%	第 1 位	45～49 歳	56	14.1%	第 2 位
20～24 歳	47	62.7%	第 1 位				
25～29 歳	28	42.4%	第 1 位				
30～34 歳	25	28.1%	第 1 位				
35～39 歳	34	27.6%	第 1 位				

出典：「人口動態統計」（厚生労働省）を基に山梨県作成

※死亡数が3人以下の死因については\*で標記

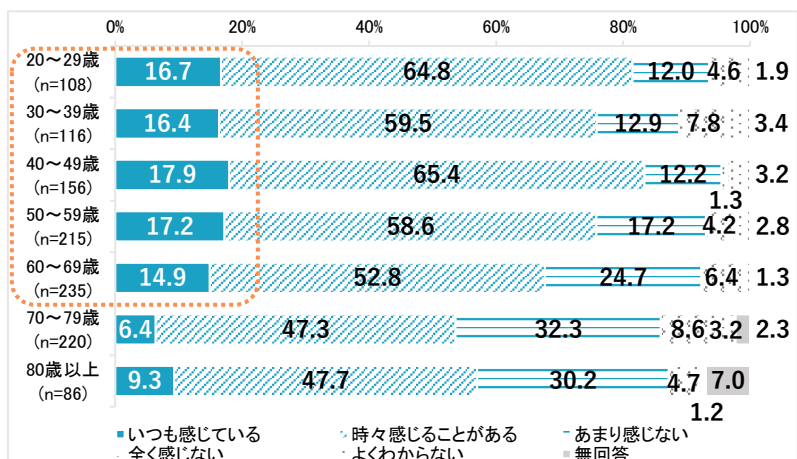
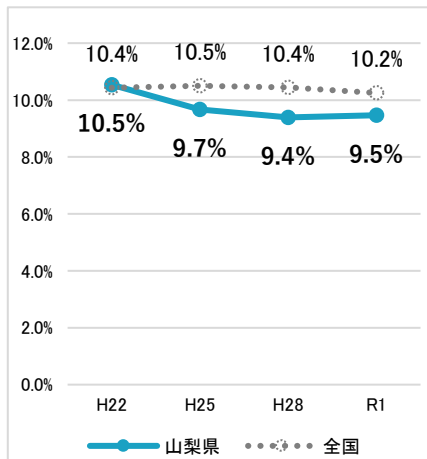
令和 3 年度自殺リスクの低い社会の実現に向けた社会・経済的要因の調査・分析によると、趣味等を通じたゆるやかなつながりが自殺を抑制すると言われ、本県は地縁的なコミュニティがいまも残っており、無尽によるつながりがあるなど、近隣への信頼が強いこと分析されています。一方で、社会的体面を気にする傾向が強く、人間関係が閉鎖的である等、メンタルヘルスに対する正しい理解の促進や、人とのつながりの多様性などに取り組んでいく必要があります。

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は、9.5%（令和元年度）でした（図 2-3-3）。

普段、イライラする、ストレスで精神的な疲れを感じている者の割合は、20～60 歳代の働く世代に多くなっています（図 2-3-4）。

図 2-3-3) 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（20 歳以上）の割合の推移【左】

図 2-3-4) 年代別 普段、イライラしたり、ストレスで精神的な疲れを感じることもあるか【右】



【右】 出典：国民生活基礎調査

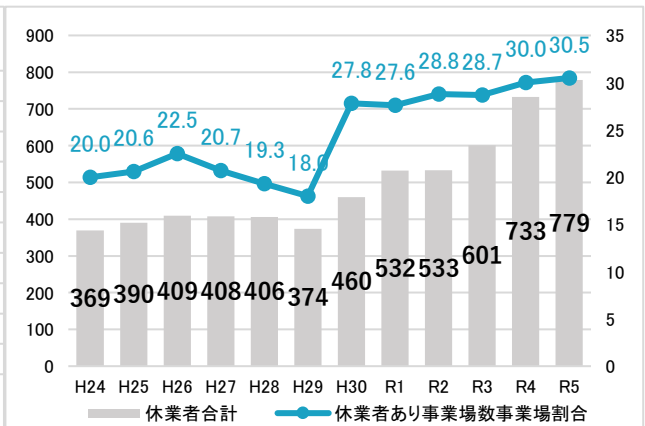
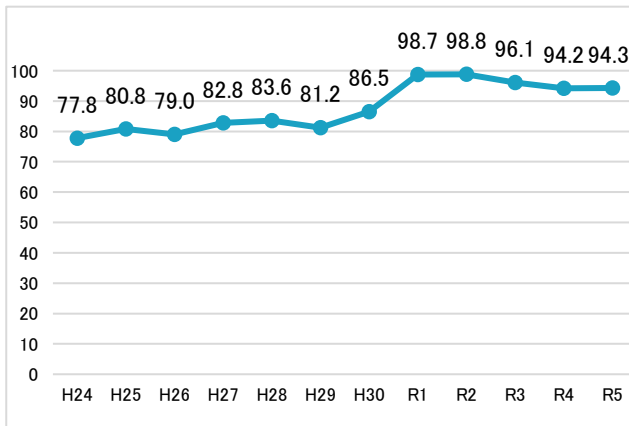
【左】 出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査

メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合は 94.3%（令和 5 年度）です（図 2-3-5）。

メンタルヘルスによる休業数は、年々増加しており、779 名（令和 5 年度）で 30.5%の事業所でメンタル不調による休業者がいる状況となっています（図 2-3-6）。

図 2-3-5) メンタルヘルス対策の実施状況の推移【左】

図 2-3-6) メンタルヘルス上の理由による休業者の状況【右】



【左右とも】 出典：山梨労働局「安全衛生管理活動実施計画」より

これらは従業員が 50 人以上の事業所で山梨労働局に報告のあった数であり、「50 人未満の事業所ではストレスチェックの義務がなく、また総務担当の職員が（労働衛生対策）兼務していることが多く、本来業務以外の負担がある」「健康管理を組織的に行うことが難しい」「メンタル不調となり退職している者もある」等、企業で組織的に健康管理を行うことが難しい中小企業等においては、十分にメンタルヘルス対策ができていない可能性があります。



## 課題

### ● サポートが得られず、強いストレス状態が続くことで精神疾患や生活習慣病(NCDs)の発症リスクを高めている

(要因) コロナ禍で外出制限され人とのつながりの希薄化、ボランティアの高齢化・会員数減少により孤立、(特に) 中小企業では人的・金銭的資源が限定的、体面を気にする県民性、ストレスに対する正しい理解がさらに必要

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
57	自殺死亡率(人口10万対)の減少	16.8(R4)	人口動態統計 (住所地ベース)	13.0 (R8)
58	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	9.5%(R元)	国民生活基礎調査	8.6%(R17)
59	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	94.2%(R4)	山梨労働局安全衛生管理活動実施計画書	100.0%(R17)
60	ストレスチェックの受検率	なし	県民健康づくり実践状況調査	50%(R17)
61	心のサポーター数の増加	0人(R4)	健康増進課調べ	600人(R11)

こころの健康分野のアウトカムとして、第2次計画から引き続き、自殺死亡率を目標として設定しました。目標値は、「山梨県自殺対策推進計画(第3期)」との整合を図りました。

「国民生活基礎調査」におけるこころの状態に関する6項目の質問の合計点(0~24点)が10点以上の者は、気分障害・不安障害と同等の状態にあると考えられています。目標値は、国の減少率と同じく、現状値から10%減として算出しました。

仕事に対して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特に課題となっているメンタル不調や過重労働による健康障害の対策を推進することが重要であることから、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を目標として設定しました。第2次計画の目標が未達成であったため、引き続き、100%を目標値として設定しました。

また、セルフケアの観点からストレスチェックを受検し、自身のこころの健康状態に気づくことが大切であることから、ストレスチェックの受検率を目標値として設定しました。令和3年度厚生労働省委託事業「ストレスチェック制度の効果検証に係る調査等事業」における調査結果から、受検率は84.3%(49人以下の事業場では37.8%)であったため、目標値を50%と設定しました。

さらに、こころの健康に関しては地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策が求められており、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用した心のサポーター(メンタルヘルスやうつ病・不安障害など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える方を支援する者)を増加させることにより、こころの健康の維持・向上につながる社会環境の整備を目指すという

観点で新規指標として追加しました。目標値は「山梨県依存症等対策推進計画」との整合を図りました。

## 取り組みの方向性

### ● こころの健康づくりに関する情報発信

山梨県自殺対策推進計画に基づき、精神保健福祉センター（自殺防止センター）と連携して、こころの健康づくり（適度な運動、バランスのとれた食生活、休養、睡眠等）に関する情報提供を行います。

また、メンタルヘルスの異常を早期発見・早期改善できるよう、相談窓口や専門相談の充実を図り、身近な場で相談できる体制を整備するとともに、相談窓口等の周知を図ります。

### ● 事業所(働き盛り世代)のメンタルヘルス対策の推進

山梨県地域・職域保健連携推進協議会のより一層の活用と、労働局、山梨産業保健総合支援センターと連携を図りながら、特に、従業員 49 人以下の小規模事業所へのメンタルヘルス対策の支援を一層強化します。

加えて、労働者自身が自身のこころの健康状態に気づくことの重要性も周知していきます。併せて、ストレスチェックの受検状況など、労働者のメンタルヘルス対策の実態把握に努めていきます。

### ● 多様なつながりの確保

自殺はその多くが追い込まれた末の死であり、自殺の背景には精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があります。山梨県自殺対策推進計画（第 3 期）に基づき、社会全体で継続的に自殺対策に取り組んでいきます。

なお、社会とのつながりについて、詳しくは第 5 章 3(2)自然に健康になれる環境づくり (P.69～) に記載しています。

### 3 社会環境の質の向上

人々の健康は社会経済的な環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境の整備とともに、時間的または精神的にゆとりのある生活をするのが難しい人や健康づくりに関心のない人なども含めて、社会全体で相互に支え合いながら、健康を守るための環境の整備が必要です。

関係する行政分野との連携を進めるとともに、多様な主体による取組を推進し、健康づくりを行う地域や職域での理解の促進や取組を加速させていきます。

#### (1) 社会とのつながり

就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくりや社会参加は健康に影響することが明らかになっており、ソーシャルキャピタルの醸成を促すことが重要です。

#### 現状

令和4年の就業基本構造調査によると、本県の有業者割合は62.0%で、仕事を通じて社会とのつながりを持つ人が多くいます。また、令和4年の社会生活基本調査によると、健康づくりにつながるボランティア活動の行動者率は19.3%で、ボランティア活動を通じて地域の人々とつながりを持っている人もいます。

地域のつながりの一助となっている地区組織について、人の役に立つ喜びや達成感を感じながら共に活躍している会員がいる一方で、会員数の推移を見ると、いずれの組織も年々会員数が減少しており、地区によっては休会・廃会しているところもあります。

「若い人は『忙しい』と言っており、会員を引き受けることができない。仕事をしているし、働き方も昔と違っている」「『隣の人もやっていたし……』』ということはありません、よく考え、『自分は自分、他人は他人』『不要なものはない』という意見を持っている人が増えているように感じる」等、ライフスタイルや価値観の多様化等により、担い手不足・会員の高齢化が課題となっています。

「働く世代は忙しく、地域のイベントに参加することが少ない」「共働き世代が増え、日中は会えない人が多い」など、家庭と学校・職場以外での人とのつながりが少なくなっている可能性があります。また、「困ったことはスマホで調べる（他人に聞かない）」という声があり、他者と協力することの良さを感じる場面も少なくなっています。「コロナ禍でさらに拍車がかかり、人と人との繋がりが失われている」といった声も聞かれています。

これらのことから、相互扶助の考えを薄れさせ、地域コミュニティ機能の低下や他人の目を気にして困り・悩みを発信しにくいことに影響を及ぼしている可能性が考えられます。

社会とのつながりの希薄化が、高齢者の孤食・低栄養や、気軽に相談できる関係性が持たずメンタルヘルス疾患による休職など、あらゆる世代の健康課題と関連しています。

## 課題

### ● 地域の繋がりが減少し、地域コミュニティ機能が低下している

#### 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
62	地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合	なし	県民健康づくり 実践状況調査予定	45% (R17)
63	いずれかの社会活動（就労・就業を含む）を行っている者の割合	なし	県民健康づくり 実践状況調査予定	ベースライン値から +5% (R17)
64	地域等で共食している者の割合	なし	県民健康づくり 実践状況調査予定	30% (R17)

社会的なつながりを持つことは精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスクなどにより影響を与えることがわかっています。また地域とのつながりが豊かな人はさまざまな人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態がよいとされています。このことから、認知的ソーシャルキャピタルを評価することが重要と考え、評価指標に設定しました。現状値が算出できていないことから、健康日本 21（第三次）と同様としました。

社会活動への参加は社会とつながるひとつの手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、県民に社会参加を促していくことは健康づくり対策においても重要です。これまで、健康づくりに関連した社会活動への参加を目標としていましたが、健康目的に特化しないさまざまな社会活動への参加も結果として健康増進につながる事が明らかになっています。このことから、就労・就学も含め、エビデンスの確立したさまざまな社会活動への参加を推進していく必要があり、新たに目標に設定しました。目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本 21（第三次）と同様としました。

共食には、コミュニケーションの増加や食事がおいしく感じられるなどのメリットがあります。一方で、近年、高齢者のひとり暮らし、ひとり親世帯などが増加する中、さまざまな家庭環境や生活の多様化により、家庭での共食が難しい人も増えています。そのため、地域や職場等、所属するコミュニティを通じて、さまざまな人と共食する機会を持つことが重要と考え、新たに目標として設定しました。目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本 21（第三次）と同様としました。

## 取組の方向性

- **自助・互助・共助の推進**

地域のつながり（人と人とのつながり）、子どもから高齢者まで多様な年齢層による自助・互助・共助を引き出す活動を引き続き推進し、地域のコミュニティづくり等に努めます。

地区組織活動に主体的に参画を促す啓発活動や人材育成に向けて市町村や関係団体との連携に努めるとともに、新たな組織の在り方の検討や、既存の組織だけでなくさまざまな団体や媒体の活用等、多様なつながりを持てるような仕組みづくりも検討してきます。加えて、地区組織の活動の重要性について広く県民へ周知していきます。

- **他分野との連携**

社会的なつながりを持つことは精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスクなどにより影響を与えることを他分野に伝えていくとともに、現在も地域のつながりが残っている地区の分析など、本県の強みを生かした地域のつながりの強化等について検討していきます。

## (2) 自然に健康になれる環境づくり

生活習慣の見直し・健康増進（一次予防）や疾病の早期発見・早期治療（二次予防）は、健康に無関心であったり、関心を寄せる余裕がなかったりする人たちへ十分アプローチができないという課題がありました。

このような人たちも取り残さないためには、個人の原因にあたる環境に介入し、そこに暮らしているだけで無理なく自然に健康になれる環境づくり（ゼロ次予防）が重要です。

### 現状

平成 26 年度 e-stat によると、本県は人口 10 万人あたりのコンビニエンスストア数（全国 2 位）や人口 1,000 人あたりの飲食店数（全国 5 位）が多いことが特徴です。共働き世帯が増え、忙しく、調理に十分な時間が割けなかったり、加齢による骨・関節系疾患の合併により調理内容に制限があったりする中で、中食（購入した調理済みの食品を自宅などで食べる）が増えています。（詳細は第 5 章 2（2）①栄養・食生活(P.39～)を参照）

本県では、幅広い年代の方が利用するコンビニやスーパーマーケット等の事業者と連携し、お弁当やお店の料理で食塩の摂取を控え、一定量以上の野菜が含まれるように設定した「やまなししばルトメニュー販売促進事業」を行ってきました。しかし、「減塩は売り上げに結びつかない」など飲食店との協力体制が十分に構築できていない状況です。そのため、提供できるメニューや店舗に限りがあり、すべての県民が栄養バランスのよい食事を身近で気軽にとれる環境には至っていないことが課題です。

本県は周囲を急峻な山々に囲まれた盆地地形で、坂道が多く、また夏と冬の温度差が激しいといった盆地特有の内陸的気候となっています。「夏暑く、冬寒いので、屋外での運動は難しい時期もある」という声があります。また、車社会であり、歩道や自転車走行のための道の整備が不十分であることも課題です。

コロナ禍においてはソーシャルディスタンスを保つ、大声を出さないなど、活動内容が制限されたり、地域防災機能の低下などにより「夜、出歩くのは怖い」という声が聞かれたりと、安心・安全に、楽しく運動することができる環境が整っていないことが課題となっています。

さらに、運動習慣のある者の割合が少なく、「周囲の人にウォーキングしている姿を見られるのが恥ずかしい」という声もあり、気軽に運動をはじめにくい環境であるともいえます。

バランスのよい食事や運動の重要性については、多くの県民が理解していますが、仕事や家事・育児・介護などにより、ゆとりがなく、健康の優先度が下がっている方が多いと考えられます。

本県では、従業員の健康づくりを戦略的に行う企業を「やまなし健康経営優良企業」として認定しており、令和 5 年度末時点で 211 社が認定を受けています。やまなし健康経営優良企業においては、ラジオ体操の定着や階段利用の推進など、さまざまな取り組みを工夫して行い、働きながら健康に気遣える環境づくりを進めています。

一方で、「中小企業はリソースが少なく、組織的な取り組みを行うことは難しい」「健康経営という言葉を知らない人もいる。意識が高い企業が積極的に取り組む一方、健康格差

が広がる危険性もある」などの声があり、中小企業において健康経営を一層推進していくとともに、事業所規模や実態に即した支援が求められている状況です。

その他、禁煙サポート薬局・薬店や、健康サポート薬局、やまなし食育推進応援団など、さまざまな機関と連携しながら健康づくりに向けた取り組みを実施しています。身近な場所で健康にアクセスできる環境づくりをより一層充実させることで、健康づくりのきっかけづくりをしていくことが大切です。

## 課題

- 気軽に栄養を摂れる環境が整っていない(再掲)
- 安心して運動できる環境が整っていない(再掲)
- 気軽に運動できる環境が整っていない(再掲)
- さらなる受動喫煙対策が必要(再掲)

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
65	「山梨県版健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ(仮称)」への事業所数	なし (参考値) 129社(R4)	健康増進課調べ	321社(R17)
66	やまなし食育推進応援団登録事業所数の増加	330(R4)	県民生活安全課調べ	335件(R17)
67	滞在快適性等向上区域(まちなかウォーカブル区域)を設定している市町村数	1市(R4)	国土交通省ウォーカブルポータルサイト	5市町村(R17)
68	受動喫煙で不快な思いをした者の減少	30.3(R4)	健康づくり実践状況調査	17.0%(R17)
69	やまなし健康経営優良企業認定社数	211(R5)	健康増進課調べ	700社(R17)
70	禁煙サポート薬局の増加	66件(R4)	健康増進課調べ	100社(R17)
71	【再掲】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	94.2(R4)	山梨労働局 安全衛生管理活動実施計画書より	100%(R17)

健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心のない者を含む、幅広い者に対してアプローチを行うことが重要です。

本県の健康課題解決と食環境の整備のためには、さまざまな企業との連携が不可欠です。令和6年度以降に立ち上げ予定の「山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ(仮称)」の参画事業所数を目標として設定しました。

健康で持続可能な環境づくりを行っていく上で、特に食環境づくりは重要であり、健康的で消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと、さらに、食塩、高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることがわかっています。そのため、民間企業や地区組織等とともに取り組みを推進していくことを目的にやまなし食育応援団の数の増加を目標として設定し、目標値はやまなし食育推進計画と整合を図りました。

身体活動・運動の向上には、個人の行動変容を促すための社会環境の影響が大きく、自治体において住民が居心地よく歩きたくなるまちづくりを積極的に推進していくことが必要であることから目標としました。目標値は各圏域に1カ所として5市町村としました。

受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候順などの疾患リスクが上昇することが報告されています。また、改正健康増進法においては、望まない受動喫煙を防止するため、学校・病院、児童福祉施設など、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）などについては原則屋内禁煙とされました。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、目標として設定しました。目標値は、これまでの推移から年-1%として算出しました。

また地域だけでなく、職域においても健康づくりを進めることが重要です。これまでも働く世代を対象にさまざまな対策を実施してきましたが、労働者の健康課題は多様化しており、より効果的に産業保健活動の推進を図る必要があります。このような状況を踏まえ、事業者には、法令で定める健康確保措置に加え、それぞれの事業場の特性に応じて優先的に対応すべき健康課題を検討し、必要な産業保健サービスを提供することが求められています。健康経営は従業員に対する健康づくりを行うことで、県民の健康寿命の延伸につながるだけでなく、従業員の活力向上や生産性の向上などの組織の活性化、ひいては業績向上にもつながるもので、健康経営のさらなる浸透を促進していくことが重要と考え目標として設定しました。目標値は過去5年間の認定社数の推移から、1年あたり40社増加すると考え算出しました。

禁煙サポート薬局の増加は、たばこ対策における社会環境の質の向上の観点から、引き続き目標として設定しました。これまでの推移から1年あたり約2.5件増加すると考え、近似の値を目標としました。



## 取り組みの方向性

### ● 食環境整備の強化

働き盛り世代等の食生活では、中食や外食が多くなるため、コンビニやスーパー等の食品販売店や飲食店等と連携して、山梨県の基準を（減塩や野菜摂取量等）満たしたしぼルト弁当・しぼルト定食の販売整備等を行い、食環境の整備を推進します。

さらに、飲食店が健康づくり事業に参画しやすいよう、調理技術獲得のための研修会の開催などについて検討し、飲食店等との連携強化を図ります。

山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ（仮称）を立ち上げ、食環境整備に取り組みます。

高齢者の食環境の充実について、関係機関と検討していきます。

### ● 受動喫煙対策の推進

市町村や保健医療関係団体、医療保険者、事業所等との協働により、施設管理者へ受動喫煙対策の意義・必要性、義務について周知を継続して行います。

また、受動喫煙が健康に及ぼす影響等について、普及啓発を強化していきます。

### ● 健康経営に取り組む企業の増加

保険者や商工会等と連携しながら、やまなし健康経営優良企業認定制度を推進していきます。また、認定を受けた企業がより充実した健康経営の取り組みを行えるよう支援していきます。

認定数の増加にこだわらず、中小企業の実態に合わせた健康経営を実践できるよう、地域・職域連携推進協議会等でよりよい仕組みについて、引き続き、地域・職域連携推進協議会等で検討していきます。

### ● 運動しやすい環境整備の推進

多くの分野の施策を連携させながら、運動施設や道路などハード面の整備や安心して運動できるまちづくりなどにより、運動に取り組みやすい環境整備を推進します。

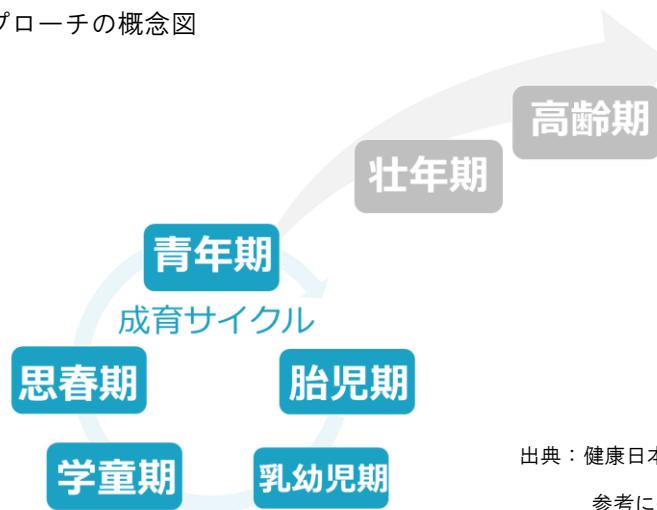
連携協定企業等と連携したインセンティブ付与やホームページでの情報提供等、運動に取り組むきっかけづくりを支援していきます。

## 4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

現在の健康状態はこれまでの自らの生活習慣や社会環境などの影響を受ける可能性があり、子ども（次世代）の健康にも影響を及ぼす可能性があります。

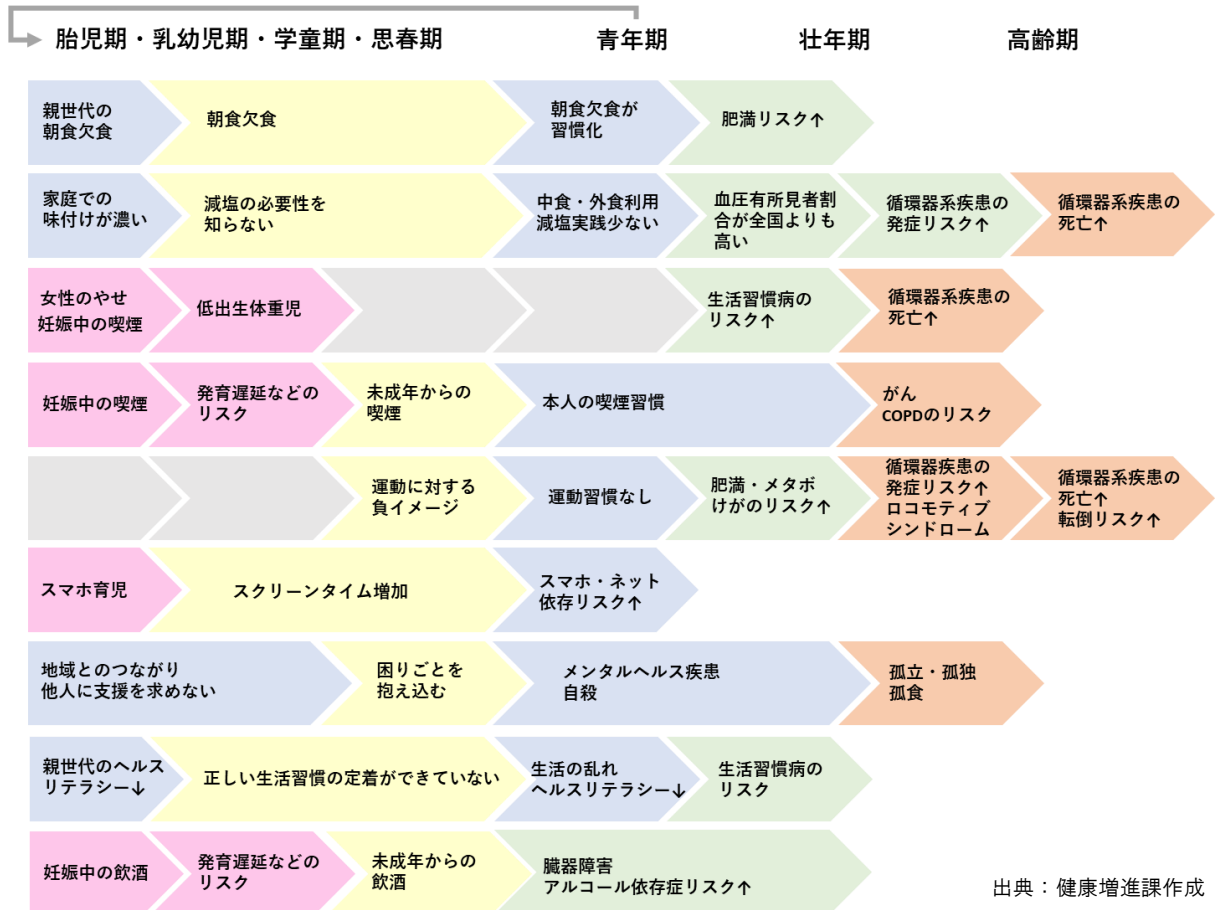
このことから、胎児期から高齢期にいたるまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）（図1）の観点を取り入れ、個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが「誰一人取り残さない健康づくり」に重要です。

図1) ライフコースアプローチの概念図



出典：健康日本 21（第二次）最終評価報告書を参考に健康増進課作成

図2) ライフコースアプローチの視点を踏まえた課題について



出典：健康増進課作成

## (1) 次世代の健康（胎児期・乳幼児期・学童期・思春期）

妊婦の健康が子どもの健康に影響することから、妊婦の健康増進を図ることが重要です。また、幼少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、生涯を通じた健康づくりが重要です。

次世代を健やかに育てるための基盤となる母子保健の取り組み「やまなし子ども・子育て支援プラン」と児童生徒の健やかな身体の育成を目指す「山梨県教育振興基本計画」と連携して取り組みを推進していきます。

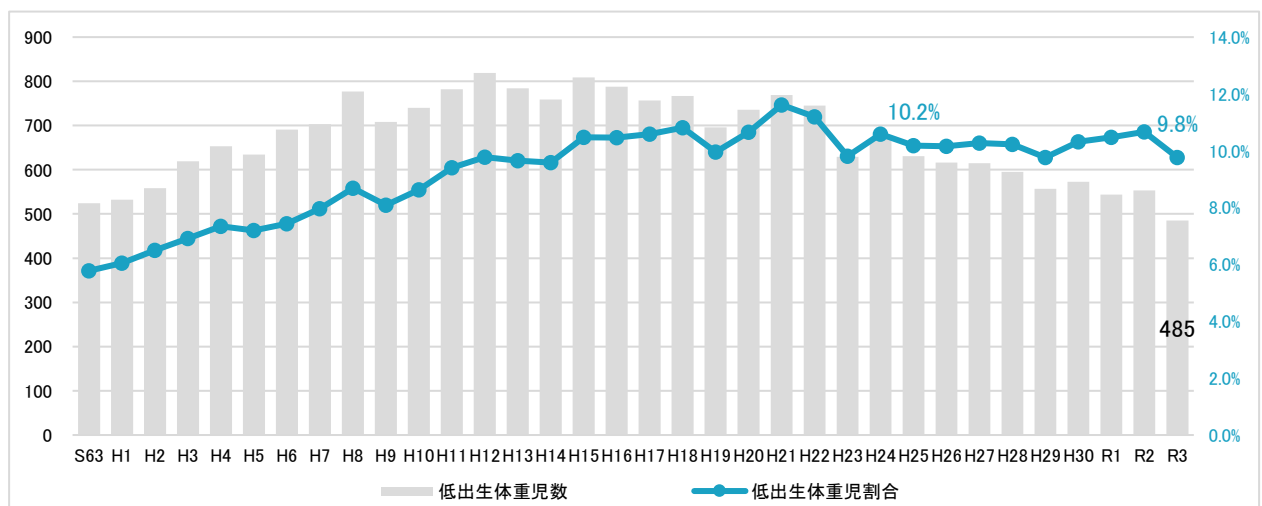
### 現状

＜栄養・食生活＞

＊適正体重の維持

全出生数中の低出生体重児の割合は 9.8%（令和 3 年）で、その推移をみると近年は 10%台で推移しています（図 4-1-1）。

図 4-1-1) 本県の低出生体重児数及び割合の推移

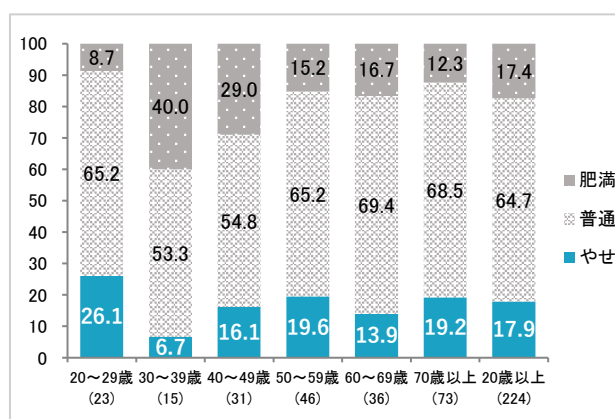
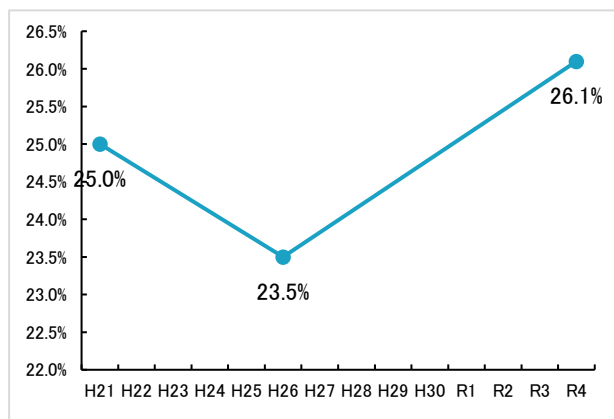


出典：人口動態統計

本県の20歳代女性のやせ（BMI18.5未満の者）の割合の推移を見ると20%台で推移しており（図4-1-2）、令和4年度は20歳代が26.1%、30歳代が6.7%でした（図4-1-3）。

図4-1-2) 本県の20歳代女性のBMI18.5未満の者の割合の推移【左】

図4-1-3) 本県の女性のBMIの分布【右】

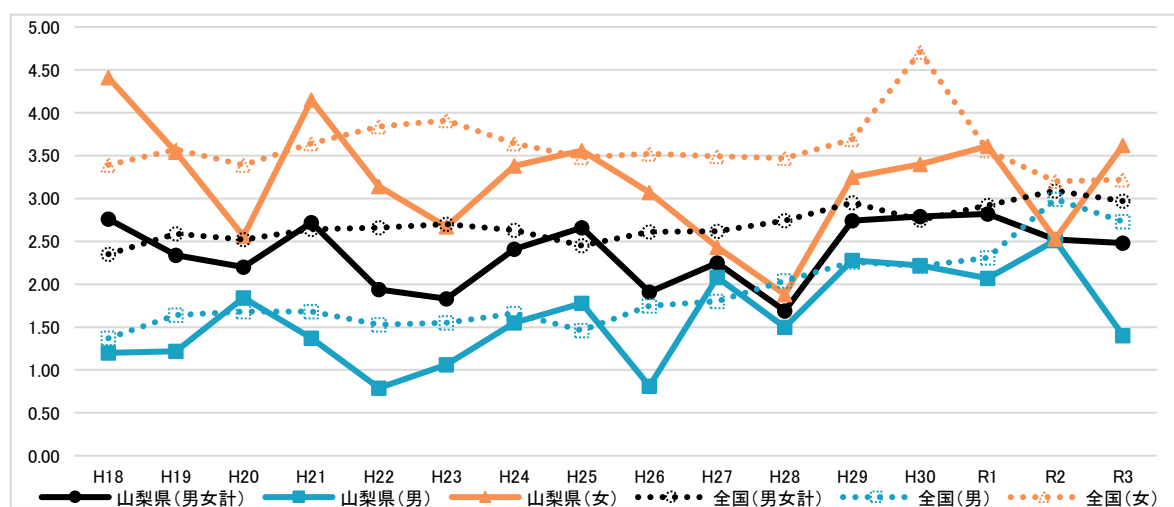


出典：県民栄養調査

出典：令和4年度県民栄養調査

痩身傾向児は全国と同様に男児よりも女児で高く、全体としてはおよそ2～3%台で推移しています（図4-1-4）。

図4-1-4) 痩身傾向児の出現率の推移（中学2年・13歳）（%）



出典：学校保健統計

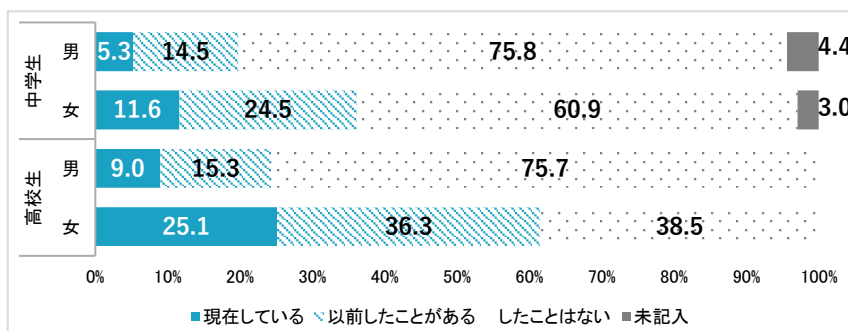
表4-1-1) 痩身傾向児の出現率の推移（中学2年・13歳）（%）

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
山梨県	計	2.76	2.34	2.20	2.72	1.94	1.83	2.41	2.66	1.91	2.25	1.69	2.74	2.79	2.82	2.52	2.48
	男	1.20	1.22	1.84	1.37	0.79	1.06	1.55	1.78	0.81	2.08	1.50	2.28	2.22	2.07	2.51	1.40
	女	4.41	3.54	2.56	4.15	3.14	2.67	3.38	3.56	3.07	2.43	1.88	3.25	3.40	3.61	2.53	3.62
全国	計	2.35	2.59	2.52	2.64	2.66	2.70	2.63	2.45	2.61	2.62	2.74	2.95	2.75	2.92	3.09	2.97
	男	1.37	1.64	1.68	1.68	1.53	1.55	1.66	1.46	1.75	1.80	2.04	2.26	2.21	2.31	2.99	2.73
	女	3.39	3.57	3.39	3.64	3.84	3.91	3.64	3.48	3.52	3.49	3.47	3.69	4.71	3.56	3.20	3.22

出典：学校保健統計

特に女子では、高校生までに約半数がダイエットの経験があるまたは現在もしており、正しいボディイメージを持つ必要があります（図 4-1-5）。

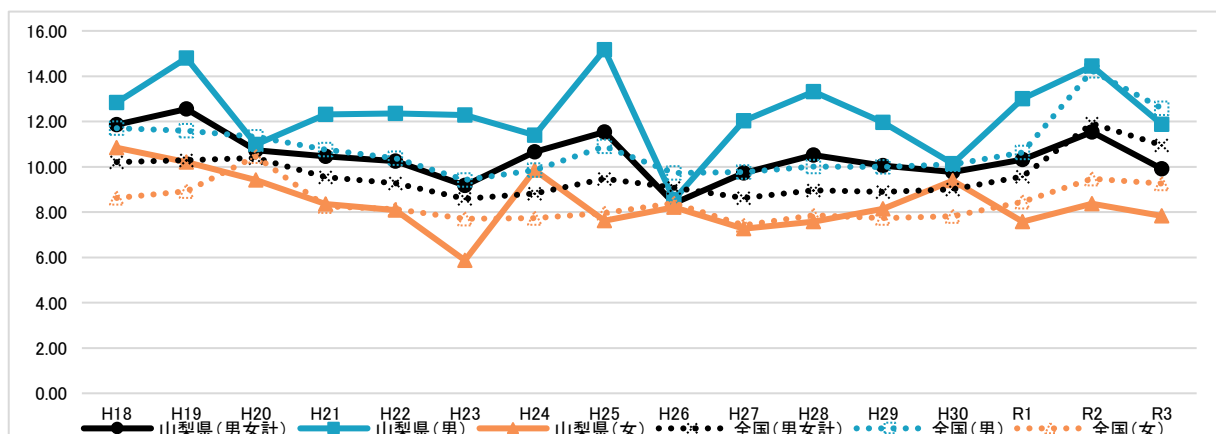
図 4-1-5) 減量経験の有無



出典：令和 4 年度子どもの食生活状況調査

10 歳の肥満傾向児の出現率をみると、令和 3 年度は全国平均を下回っているものの、全体としては全国平均を上回って推移しています（図 4-1-6）。特に男児で肥満傾向児の出現率が高くなっています。

図 4-1-6) 肥満傾向児の出現率の推移（10 歳）



出典：学校保健統計

表 4-1-2) 肥満傾向児の出現率の推移（10 歳）

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
山梨県	計	11.86	12.55	10.73	10.46	10.25	9.18	10.66	11.53	8.39	9.72	10.52	10.05	9.77	10.32	11.53	9.91
	男	12.83	14.80	10.98	12.31	12.36	12.29	11.40	15.17	8.55	12.03	13.32	11.96	10.13	13.01	14.45	11.88
	女	10.84	10.20	9.42	8.35	8.08	5.87	9.86	7.62	8.22	7.27	7.58	8.15	9.38	7.58	8.37	7.83
全国	計	10.20	10.29	10.39	9.54	9.28	8.59	8.82	9.47	9.07	8.62	8.96	8.89	9.00	9.57	11.91	10.96
	男	11.70	11.59	11.32	10.76	10.37	9.42	9.86	10.90	9.72	9.77	10.01	9.99	10.11	10.63	14.24	12.58
	女	8.62	8.92	10.46	8.26	8.13	7.71	7.73	7.96	8.40	7.42	7.86	7.74	7.82	8.46	9.47	9.26

出典：学校保健統計

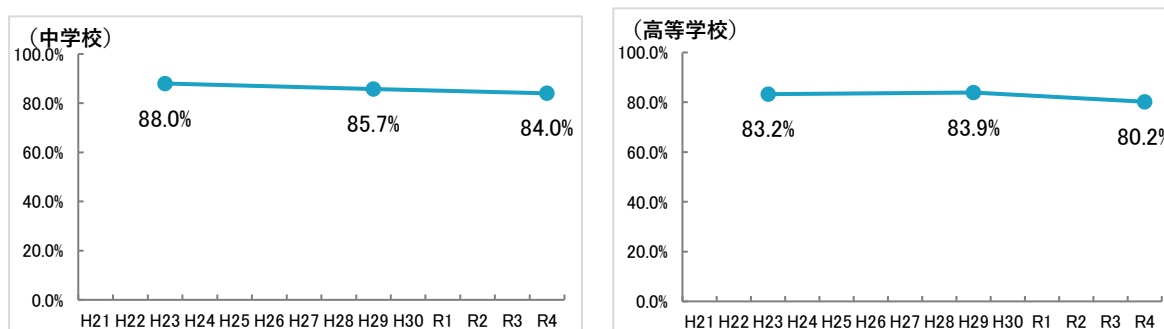
学校保健現場では、成長曲線を確認しながら、必要に応じて肥満改善のための個別指導を児童及びその保護者に行っています。しかし「親も同じ生活習慣であり、問題意識を感じてもらえず肥満解消に結び付けるのは難しい」という意見もあります。

子どものうちから適正体重を維持することの重要性を伝えるとともに、親世代の生活習慣改善のための取り組みを併せて推進していく必要があります。また、生涯を通じて健康的な生活習慣を送る上でも妊娠期からの健康づくりが重要です。

＊バランスのよい食事について

朝食を摂取している生徒の割合は、中学生 84.0%、高校生 80.2%でした（図 4-1-7）。朝食を摂取している児童の割合は、小学生、中学生、高校生の順に高く、年代が上がる程、欠食の割合が増えています。

図 4-1-7) 朝食を摂取している児童の割合の推移（中学生、高校生）



出典：山梨県新体カテスト・健康実態調査

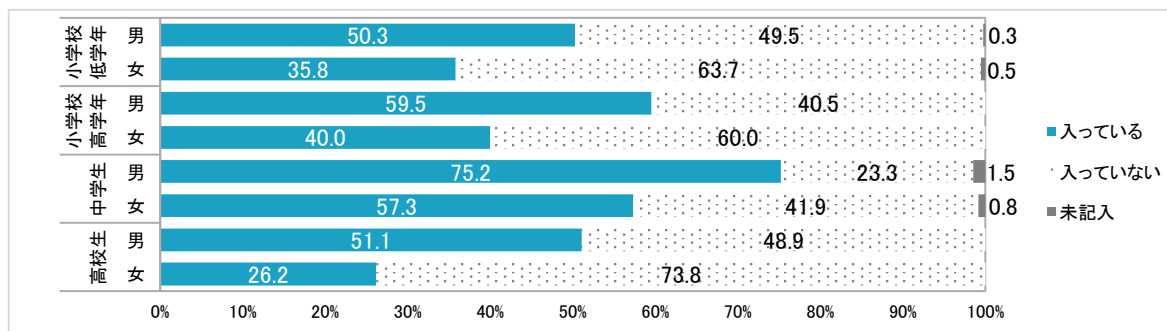
「妊娠期から欠食をしており、(妊婦健診の) 異常者のうち貧血の者の割合が高い」、  
「幼児期になると保護者と同じ生活習慣となり、1日2食の児もいる」などの声もあり、  
こどもの生活習慣は親の影響を受けることに加え、朝食の欠食が定着すると成人期の健康課題にもつながっていくことから、家族全体への働きかけが必要な課題となっています。

<身体活動・運動>

少子化に伴って小学校の統廃合が進み、登下校がスクールバスの利用や親の車による送迎である児童が以前に比べ増えたという声があります。また、「ゲーム・スクリーンタイムが増えている」、「子どもが自由に遊べる場が減少して、外で遊ぶことが減っている」という意見もあります。このような子どもの日々の過ごし方が変化したことにより、運動機会が減少していると考えられます。

また、運動部やスポーツクラブの加入状況をみると、中学校男子が 75.2%で最も高く、高校生女子が 26.2%で最も低くなっています（図 4-1-8）。運動を全くしない子とクラブチームに入って専門的にする子とで、二極化が進んでいることが課題です。

図 4-1-8) 運動部やスポーツクラブへの加入状況



出典：令和4年度子どもの食生活状況調査

週1日以上、授業以外でスポーツや運動をしている割合が最も高いのは小学校高学年

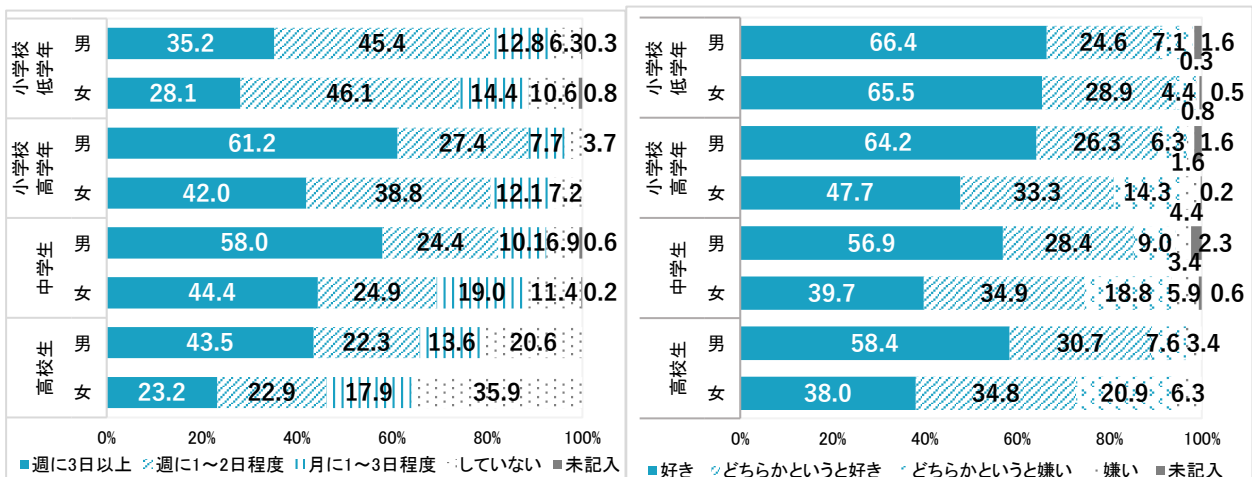
男子の 88.6%で、最も低いのは高校生女子で 46.1%でした（図 4-1-9）。

運動に対するイメージについて、小学校高学年女子以降では男子よりも女子の方がどちらかという嫌い・嫌いの割合が増えています（図 4-1-10）。「子どもは楽しければ自然と身体が動き運動する」「スポーツ少年団での指導が専門性に特化している。指導者に ACP（アクティブ・チャイルド・プログラム）の考えを普及していく必要がある」「山梨県は全国と比較して体力テストの結果が悪いが、運動は好きと回答した児の割合は全国上位。中学になると、体力テストの結果が全国よりも高くなっており、運動に対するポジティブなイメージを持ってもらうことが長期的に良い影響を及ぼしているのではないか」等の意見があり、運動を好きと思えるようなかわりを継続して行うことが、子どもや成人の運動習慣の定着に影響を及ぼす可能性があります。

また、高校生男子は運動することが好きと回答している者の割合と学校以外での運動実施状況に差があり、競技スポーツ以外にも運動ができる場の確保も重要であると考えられます。

図 4-1-9) 学校の保健体育の授業以外で運動（体を動かす遊びを含む）やスポーツの実施状況【左】

図 4-1-10) 体を動かしたり、運動したりすることに対する思い【右】



【左右とも】出典：令和4年度子どもの食生活状況調査

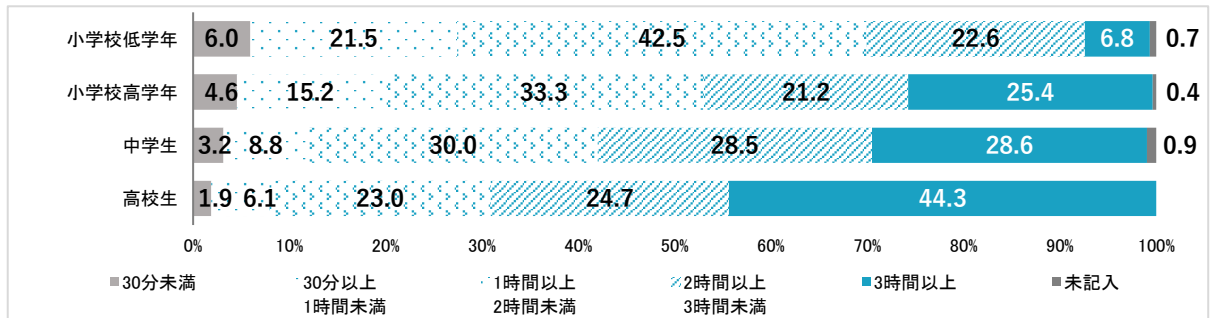
### <睡眠・休養>

令和4年度子どもの食生活状況調査によると、小学校高学年からデジタルデバイスを長時間利用する子が増えています（図 4-1-11）。「ゲーム・YouTubeの時間が増えた」「睡眠不足、ゲーム依存、スクリーンタイム増加、体力の減少など、子どもたちの課題が山積している」など、ゲーム・ネット等の利用時間が増加したことが、子どもの生活時間（睡眠や身体活動など）に影響を及ぼしている可能性があります。

また「スマホ育児をしている」「友達との共通の話題がゲームのことになっている。社会に出てから世間話などできず、人間関係がうまく作れないのではないか」など、幼少期からネットに触れ、自分の興味関心のある分野の考え・価値観に偏ることで、コミュニケーション能力や社会性の発達に影響を及ぼす可能性もあります。

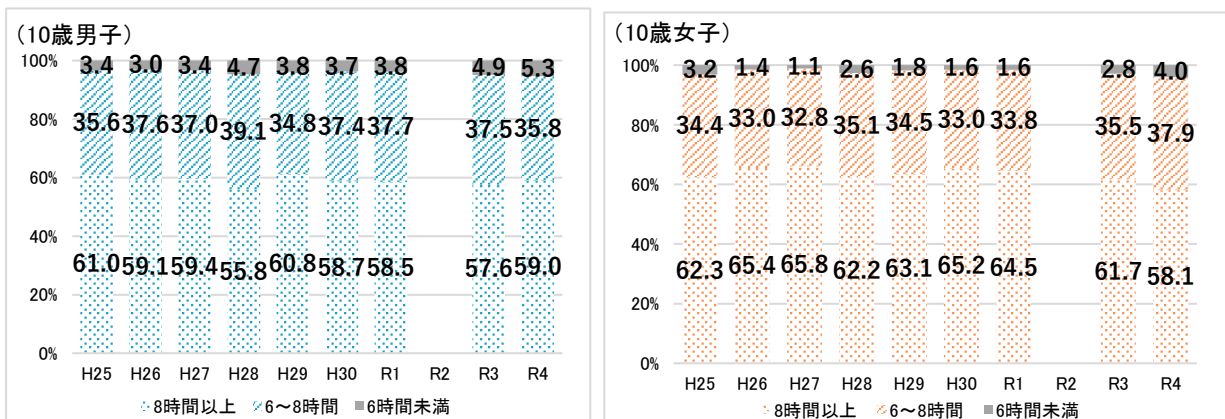
「スマホ等の長時間利用の背景には、現実逃避したいという子どもの思いがあると考えられる」という声もあり、子どもの健やかな成長に向けては全体的な取組が必要です。

図 4-1-11) 平日のテレビ・ゲーム・スマホ等の平均利用時間



出典：令和4年度子どもの食生活状況調査

図 4-1-12) 一日の睡眠時間の推移 (10歳)



出典：令和4年度山梨県新体カテスト・健康実態調査報告書

### <飲酒>

未成年者の飲酒は、成人と比べて、急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすく、また将来のアルコール依存症のリスクを高めます。本県の中学生・高校生の飲酒率は、1.6%でした（出典：令和4年度子どもの食生活状況調査）。

また、妊娠中の飲酒は胎児性アルコール症候群や発育障害のリスクを高めます。本県の妊娠中の飲酒率は0.8%でした（出典：令和3年度山梨県母子保健事業報告）。

### <喫煙>

未成年からの喫煙は健康への影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続に繋がりやすいです。本県の中学生・高校生の喫煙率は0.2%でした（出典：令和4年度子どもの食生活状況調査）。教育現場の敷地内禁煙の取り組み、たばこの害についての教育、青少年健全育成の社会環境整備等の取り組みが影響していると考えられます。

また、妊娠中の喫煙は妊娠合併症や低出生体重児などのリスクになります。本県の妊婦の喫煙率は1.8%でした（出典：令和3年度山梨県母子保健事業報告年報）。しかし、受動喫煙の影響も含めて、子どもや妊婦を取り巻く環境の整備は、引き続き取り組んでいく必要があります。



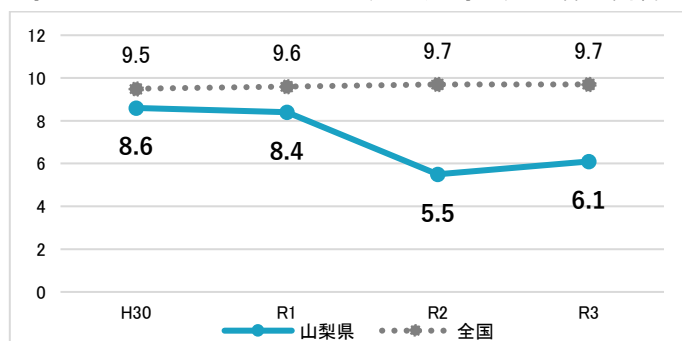
### <歯・口腔の健康>

12歳の永久歯の一人平均虫歯等数は0.7歯で、減少傾向にありますが、全国平均0.56歯よりも高くなっています（出典：令和4年度学校保健統計調査）。教育現場などでは、継続した給食後の歯磨き指導や保健及び特別活動での虫歯予防に関わる知識・技能の学習を行っていますが「歯磨き指導は各園・学校の判断によりばらつきがあり、取り組みに限界もある」という声もあり、家庭での歯磨きの習慣が定着できるように、妊娠期から保護者への指導を徹底していく必要があります。

### <こころの健康>

令和3年度の本県の産後1か月時点におけるEPDS9点以上（1か月時点）の者の割合は、6.1%でした（図4-1-13）。近年、男性の育児休業の取得により、母親の育児負担も軽減されてはいますが「休暇が終わればまたママの負担が増え、一時的である」という声もあり、継続した母親への心身のサポートが必要な状況です。

図4-1-13) 産後1か月時点におけるEPDS9点以上（1か月時点）の者の割合（%）の推移



出典：山梨県 母子保健事業報告年報

全国 成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム

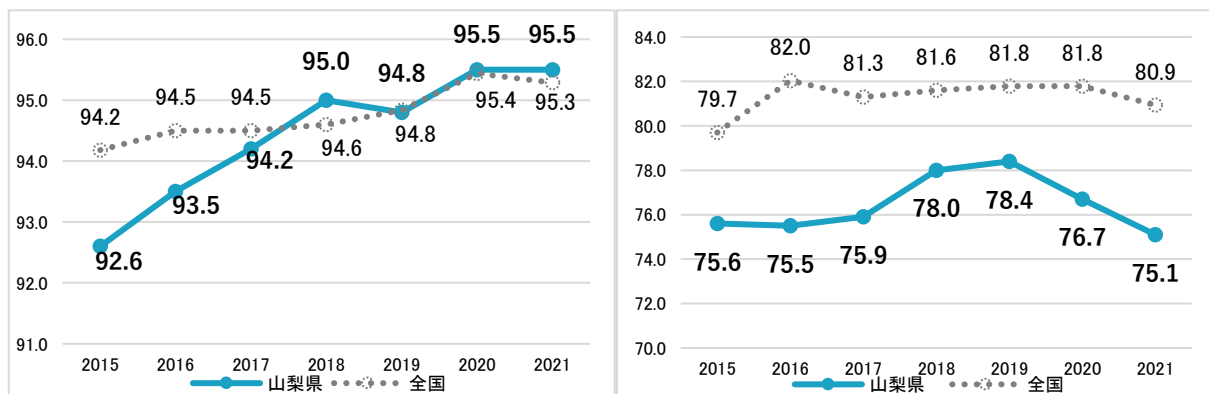
また「ネットの情報に振り回され、育児不安が大きくなっている人がいる」「スマホ育児をしている」など、スマホの不適切な利用により妊産婦のこころの健康や子どもの発達に影響を及ぼしている可能性も考えられます。

一方、「健診は“呼ばれたから来た”という考えで、子育ての悩みや困りごとの相談など、支援者の介入を望んでいない。保健師の気になる点について母親と共通認識を持つことが難しいことがある」「困ったことはスマホで調べる（他人には聞かない）」などの声が聞かれ、支援者のサポートへのつながりにくさに課題があります。

母子・女性の健康づくりにあたる関係者からは「生活基盤が不安定な状態での結婚・妊娠が増えた印象がある」「母親が安心して子育てができないと、子どものこころや発達にも悪影響を及ぼしている」という声があり、母親が心理的に安心して妊娠～出産～子育てができる支援が重要です。

図 4-1-14) この地域で子育てをしたいと思う親の割合の推移【左】

図 4-1-15) 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合の推移 (%)【右】



【左右ともに】出典：成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム

### 課題

● **親世代の健康観やライフスタイルが、子どもの規則正しい生活や社会性の獲得等に関連しており、健やかな子どもの育成に影響を及ぼしている**

(要因) 朝食欠食、夜型生活、スマホ育児などスマホとの付き合い方、地域の行事へ参加しない

● **心理的に安全な環境で子育てができる環境づくりの推進が必要**

(要因) 核家族・共働きで家族や地域のサポートを得にくい、ジェンダーに対する不平等さ、コロナ禍で母親学級や集いの場が減少

● **多様な運動が不十分で、子どもの運動習慣の定着や身体活動量に影響を及ぼしている(競技スポーツ以外の場や、通学等の日々の活動を通じた身体活動が必要)**

(要因) 親が忙しくスポーツ少年団等の習い事ができない、運動は好きだが授業以外での運動はしない者がいる、運動習慣が二極化、学校の統廃合等に伴う登下校の送迎

### 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
72	全出生数中の低出生体重児割合の減少	9.8% (R3)	人口動態統計	減少 (R9)
73	20～30 歳代女性のやせ (BMI18.5 未満) の割合の減少	18.4% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	15% (R17)
74	児童生徒における痩身傾向児の割合 (中学 2 年生・13 歳・女)	3.62% (R3)	学校保健統計	減少(R9)
75	児童生徒における肥満傾向児の割合 (小学 5 年生・10 歳・男女計)	9.91%(R3)	学校保健統計	減少(R9)

76	朝食をほぼ毎日摂取している生徒の割合 (中学・高校1～3年生の男女の平均)	81.1% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	90% (R17)
77	授業以外でほとんど毎日(週420分以上)運動やスポーツを実施している児童(小5)の割合の増加	男子 54.1% 女子 34.0% (R4)	全国体力・運動能力、運動習慣等調査	男子 55.6% 女性 36.0% (R10)
78	妊娠中の飲酒率	0.8%(R3)	山梨県母子保健事業報告	0%(R17)
79	中学生・高校生の飲酒者の割合 (この30日間で1日でも飲酒した中学・高校1～3年生の男女の平均)	1.6% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	0%(R17)
80	妊婦の喫煙率	1.8%(R3)	山梨県母子保健事業報告	0%(R17)
81	中学生・高校生喫煙者の割合 (この30日間で1日以上紙巻きタバコまたは加熱式タバコを喫煙した中学・高校1～3年生の男女の平均)	0.2% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	0%(R17)
82	10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	4.8%(R4)	学校保健統計	3.0%(R17)
83	産後1か月時点での産後うつ のハイリスク者の割合	6.1%(R3)	母子保健事業報告 年報	減少(R9)
84	育てにくさを感じた時に対処 できる親の割合	75.1%(R3)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム	90% (R17)
85	この地域で子育てをしたいと 思う母親の割合	95.5%(R3)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム	95.5% (R17)
86	外部講師など地域と連携した 健康教育(がん教育)を行っている学校の割合	15.1%(R4)	がん教育の実施状況調査	30.0% (R17)

「全出生数のうち低出生体重の割合」について、妊娠前の体格、妊娠中の体重増加、喫煙、高血圧等の因子と関連することから、介入により改善する余地があります。しかし、胎盤機能不全や胎児疾患、母体基礎疾患等と関連した低出生体重が一定数存在することから、具体的な値を設定せず、現状から低出生体重児の割合が減少することを目標とします。

「20～30歳代女性のやせ(BMI18.5未満)の割合」について、これまで20歳代女性

を対象としていましたが、第2次計画期間中の大きな増減はなく、30歳代においても同様に一定の割合がいることから対象年代を拡大して評価指標としました。

また、若年女性の痩せが一定数存在していることから、生涯を通じた健康づくりがスタートする学童期・思春期において、「児童生徒における痩身傾向児の割合（中学2年生・13歳・女）」を新規指標として設定しました。

自ら健康に関する様々な情報に触れ、行動を選択しはじめる学童期において、「児童生徒における肥満傾向児の割合（10歳・小学5年生・男女計）」を引き続き目標として設定しました。

「朝食をほぼ毎日摂取している生徒の割合（中学1～3・高校1～3年生の男女の平均）」について、中学生以降から自らの意思で朝食欠食する者が増加することから、目標として設定しました。目標値は、第2次計画に引き続き90%としました。

「授業以外でほとんど毎日（週420分以上）運動やスポーツを実施している児童（小5）の割合」を引き続き評価指標として設定しました。山梨県教育振興基本計画との整合性を図り、目標値を設定しました。

妊娠中の多量飲酒は胎児奇形等のリスクを高めることから、引き続き「妊娠中の飲酒をなくす」ことを目標としました。

「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の飲酒が禁止されていることや20歳未満の者に対する飲酒による心身の悪影響を踏まえ、引き続き0%を目標に設定しました。

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等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、引き続き「妊娠中の喫煙をなくす」ことを目標としました。

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の喫煙が禁止されていることから、20歳未満の者に対する喫煙による健康への悪影響を踏まえ、引き続き0%を目標値に設定しました。

歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることから、10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合を減少させることを目標値として設定しました。目標値は山梨県口腔の健康づくり推進計画と整合性を図りました。

妊娠中からの早期支援により、産後うつの予防、ハイリスク者への支援が適切に行われ、継続的な支援につながることを目指すべき方向です。産後1か月時点での産後うつのハイリスク者の割合を減少させることを目標として設定しました。

育てにくさを感じる親に寄り添う様々な支援は、事業や体制を整備するとともに、育てにくさを気軽に相談できる相談窓口等の情報を母親が知り、利用するといった対処行動に結び付けることが肝要であることから「育てにくさを感じた時に対処できる親の割合」を新規指標として設定しました。目標値は成育医療基本方針と整合性を図りました。

自分の住む地域で子育てをしたいと思う親が増えるということは、その地域におけるソーシャルキャピタル、すなわち、社会関係資本、人間関係資本が充実していることを意味し、人と人とのつながりが育まれ、どの世代の人も暮らしやすいコミュニティであると言えることから、「この地域で子育てをしたいと思う母親の割合」を新規指標として設定しました。目標値は成育医療基本方針と整合性を図りました。

子どもの頃からの生活習慣を身につけることが、成人期以降の健康にも重要です。家

庭だけでなく教育機関や地域の関係団体等と連携し、ヘルスリテラシーを身につける取り組みが必要であることから、データを把握することが可能な外部講師を活用してがん教育を行っている学校の割合を新規指標として設定しました。目標値は、全国で最も実施割合が高い都道府県の値を参考に、現状値を倍増させることとしました。

## 取り組みの方向性

### ● 妊産婦等の健康づくりの推進

未熟児等ハイリスク児の出生と生活習慣（栄養・食生活、喫煙、飲酒等）と関連についての正しい知識の情報提供を行います。特に、20～30歳代の女性のやせが多いことから、妊娠・出産に向けた生活習慣の改善については、市町村や産科医療機関等との連携を図り、妊産婦への支援を行います。

妊娠期からの健康管理～妊娠～出産～育児を通じた相談体制の整備や妊産婦メンタルヘルスに関わる人材育成などを行うとともに、子育て分野とも連携しながら子育てを社会全体で取り組む機運を醸成し、母親が安心して子育てができるように努めます。

産後うつのフォロー体制が整っている本県の強みを生かし、引き続き、産前・産後ケアセンターの普及や効果的な活用などを推進していきます。

市町村において体系的に行われている母子保健事業について、引き続き、関係機関と連携しながら効果的・効率的に運営をしていくとともに、保健師、助産師等による個別支援も丁寧に行い、すべての県民が健やかに過ごせるよう支援していきます。

加えて、山梨県母子保健評価委員会において、県全体の現状と課題の把握・分析に努めます。

### ● 子どもの生活習慣の形成のための支援

子どもの頃から健全な生活習慣を身につけることが、成人期の健康にも重要です。子どもの生活習慣（栄養・食生活、運動、睡眠、口腔の健康など）の形成、正しい生活習慣の獲得などに向け、支援を行います。運動能力や好き嫌いに関わらず、授業の場以外も含め、全ての子どもが多様な身体活動が楽しめるような取り組みを引き続き関係機関等と検討していきます。

また、子どもの生活習慣は親の影響を大きく受けることから、学校や地域、関係団体等と連携し、子どもだけではなく親、家族等へ正しい知識の情報提供を行います。

3食食べることの重要性や子ども自らができる朝食について啓発していきます。児童への働きかけのみならず、保護者も含め、家族全体で朝食摂取するなどの望ましい生活習慣の大切さについて考える機会をつくる必要があります。

### ● 生涯にわたる健康づくりの推進

プレコンセプションケア（女性やカップルを対象として、将来の妊娠のための健康管理を促す取り組み）の実施を含め、男女問わず性や生殖に関する健康支援の総合的な推進に努めます。

## (2) 成人の健康（青年期・壮年期）

青年期は社会人として独立する時期にあり、健康への優先度が低くなりがちで、生活習慣が乱れやすく、この時期の過ごし方が将来の生活習慣病（NCDs）など疾病の発生に影響します。また、妊娠・出産・育児という視点では、次世代の健康づくりを担う重要な時期です。

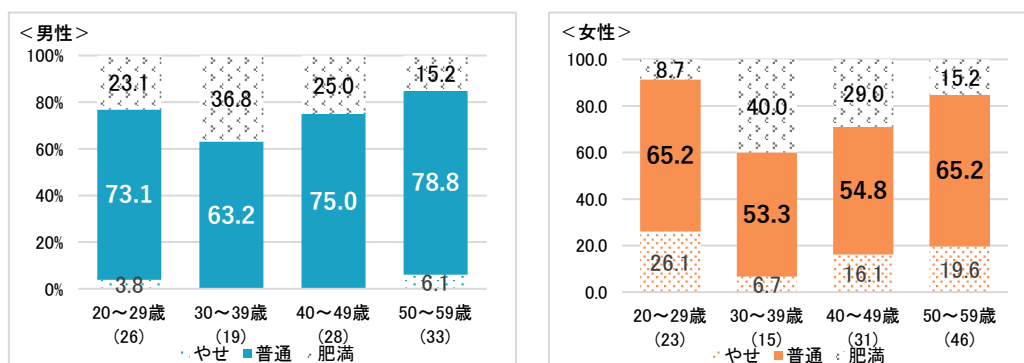
壮年期は子育てなど家庭内での役割に加え、働き盛りとして職場でも大きな役割を担うなど、極めて活動的な時期です。また、身体機能が徐々に低下していく時期でもあり、心身の健康リスクが高まります。また、高齢期への準備期としても重要な時期で、健康面を考慮した生活設計をしていく必要があります。

### 現状

#### \* 適正体重の維持について

適正体重を維持している者の割合は50歳代で最も高く、女性では20歳代でも高くなっています。一方、30歳代ではBMI25以上の者の割合が最も高くなっています（図4-2-1）。

図4-2-1) BMI範囲別人数の割合

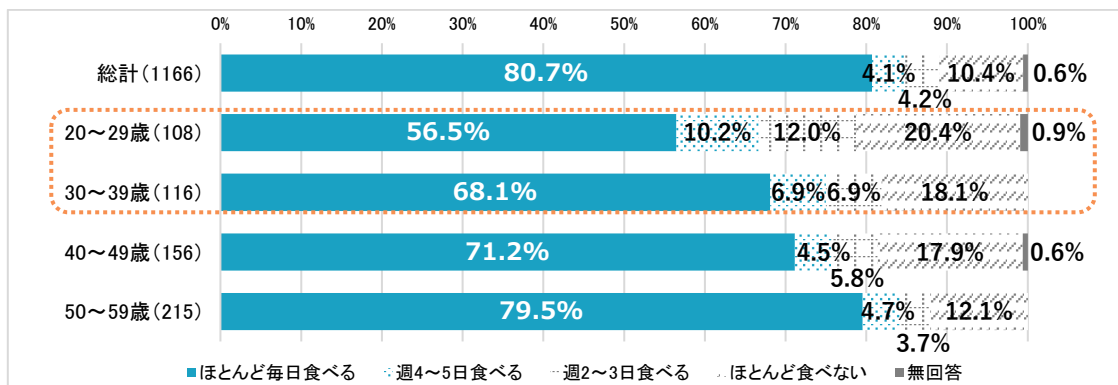


出典：令和4年度県民栄養調査

#### \* 栄養・食生活

朝食の摂取状況について、年代が低い程、ほぼ毎日食べる者の割合も低く、最も低い20~29歳では56.5%でした（図4-2-2）。

図4-2-2) 年代別朝食の摂取状況 (%)



出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査 ※健康増進課再計算

朝食を食べていない最も大きな理由を見ると（表 4-2-1）、生活習慣の乱れから朝食よりも睡眠が重視され、朝食を食べなくなることで食欲がわかなくなり、食べないことが習慣化していくと推察されます。

表 4-2-1) 年代別朝食欠食の理由 (%) ※ほとんど食べないと回答した者のみ回答 ※上位3つのみ掲載

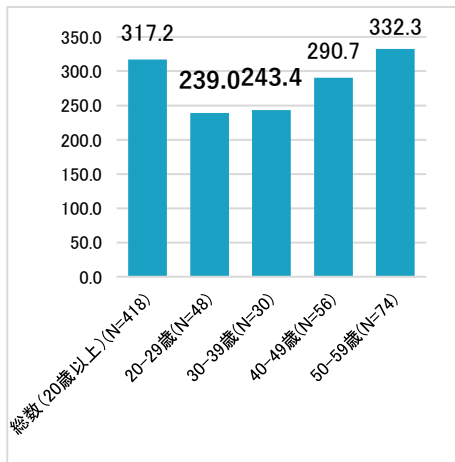
年代	第一位		第二位		第三位	
総計 (N=121)	食べる習慣がない	30.6%	食欲が湧かない	21.5%	朝食を食べるより寝ていたい	18.2%
20～29 歳 (N=22)	朝食を食べるより寝ていたい	45.5%	食べる習慣がない	18.2%	時間がない、食欲が湧かない(同率)	13.6%
30～39 歳 (N=21)	食欲が湧かない	28.6%	朝食を食べるより寝ていたい	23.8%	食べる習慣がない	19.0%
40～49 歳 (N=28)	食欲が湧かない	35.7%	食べる習慣がない	28.6%	朝食を食べるより寝ていたい	17.9%
50～59 歳 (N=26)	食べる習慣がない	38.5%	食欲が湧かない	19.2%	時間がない	15.4%

出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査 ※健康増進課再計算

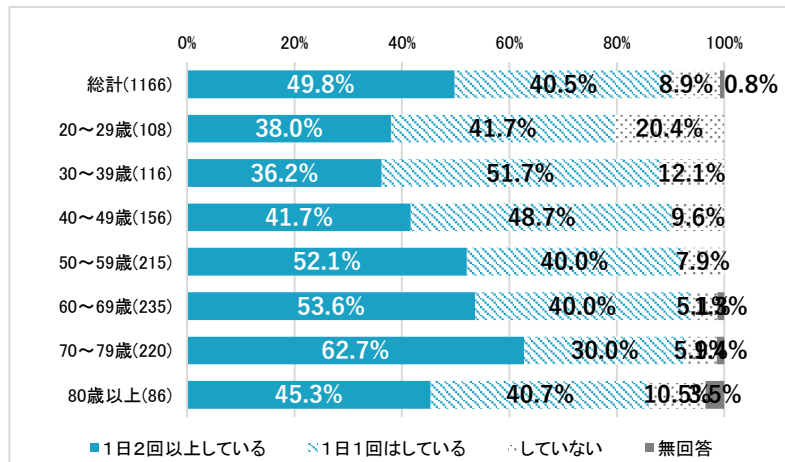
年代別の野菜摂取量をみると、特に 20～30 歳代においては 250g 未満と他年代と比較して低くなっています（図 4-2-3）。また、「主食・主菜・副菜」のそろったバランスのよい食事をしていない者の割合は、20 歳代で最も高く 2 割となっています（図 4-2-4）。

図 4-2-3) 年代別野菜類摂取量 (g) 【左】

図 4-2-4) 年代別「主食・主菜・副菜」のそろったバランスのよい食事をしている者の割合 (%) 【右】



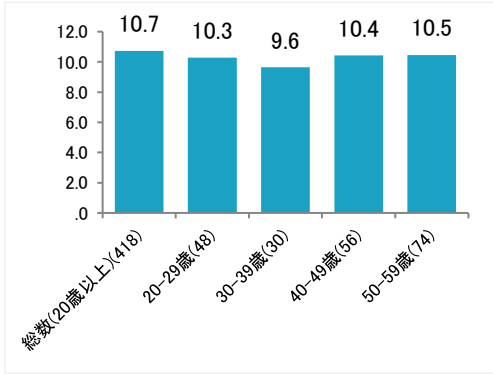
【左】 出典：令和 4 年度県民栄養調査



【右】 出典：令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査 ※健康増進課再計算

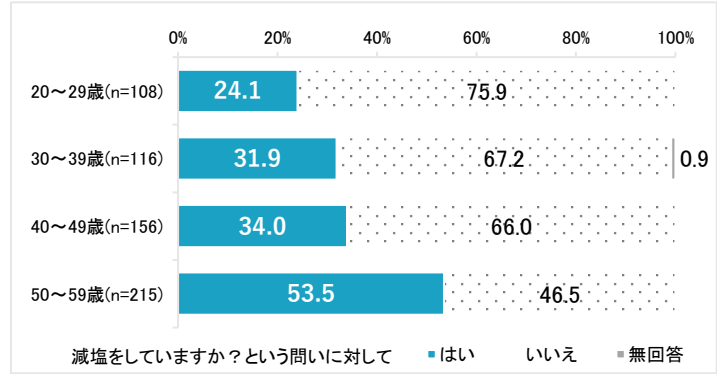
食塩摂取量について、全ての年代で8g以上摂取していますが（図4-2-5）、「若者世代を中心に、塩分が多いインスタントみそ汁などの利用が増えている」という声が聞かれています。一方で、20～30歳代は3割程度しか減塩に取り組んでいません（図4-2-6）。

図4-2-5) 年代別食塩摂取量の平均値



【左】 出典：令和4年度県民栄養調査

図4-2-6) 年代別減塩への実践状況

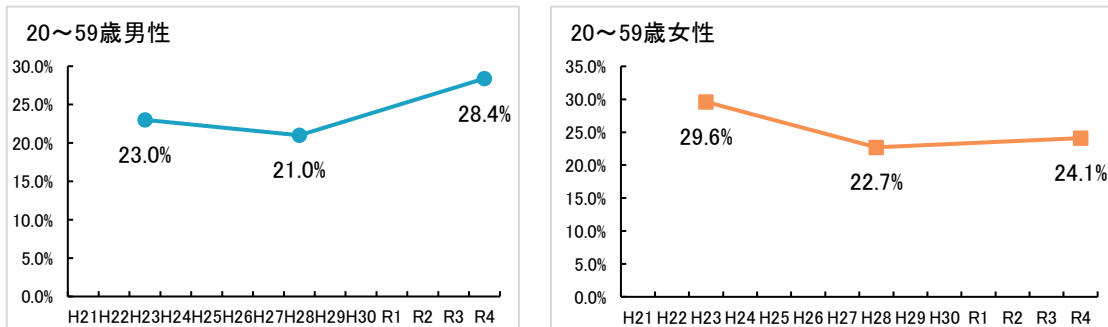


【右】 出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

＊ 身体活動・運動

運動習慣あり者の割合は男女とも3割未満でした（図4-2-7）。

図4-2-7) 性別 20～59歳の運動習慣のある者の割合の推移



※運動習慣を「週2～3回以上、1回あたり30分以上、半年以上運動・スポーツを行った者」と定義している

出典：県民健康づくり実践状況調査

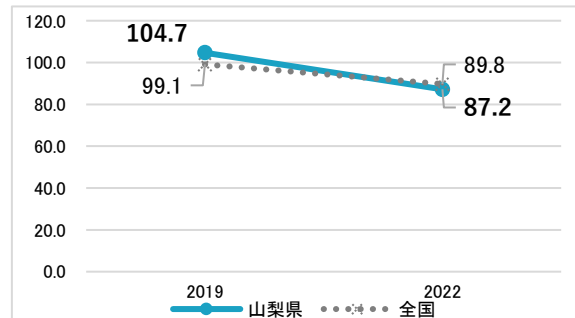
令和4年度県民健康づくり実践状況調査によると、30～40歳代では半数以上が健康づくりのための運動やスポーツについて「ほとんどしない」と回答しており、働く世代においても運動習慣が二極化しています。



山梨県内における「転倒災害」の現状（山梨労働局）によると、労働災害においては「転倒」が最も多く、50歳代及び60歳代では女性労働者の割合が増加傾向となっています。また、足腰に痛みのある者（15～64歳）は人口1,000人あたり87.2人となっています（図4-2-8）。

「小さな段差でけがに繋がっている人が増えている」「子どもの体力も低下しており、大人になってからも運動していないことで、けがのリスクが高くなっている」といった声が聞かれています。

図4-2-8) 有訴者率（人口千対）足腰に痛み（15～64歳）



出典：国民生活基礎調査

運動器系疾患により、アブゼンティーイズムやプレゼンティーイズム（※）に影響を及ぼしている可能性があります。

（※）アブゼンティーイズム：病欠、病気休業の状態

プレゼンティーイズム：何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、なんらかの体調不良があるまま働いている状態

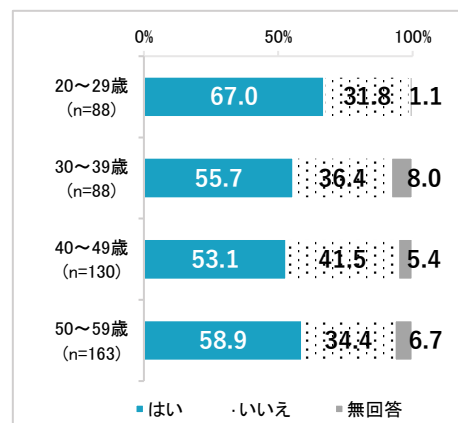
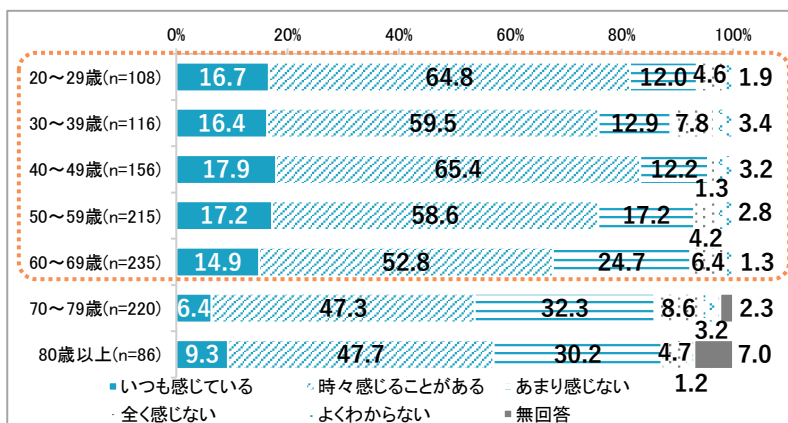
＊睡眠・休養

普段、イライラやストレスで精神的な疲れを感じている者の割合は20～60歳代の働く世代に多くなっています（図4-2-9）。

一方で、半数以上の人々がストレスを上手に発散しています（図4-2-10）。

図4-2-9) 年代別 普段、イライラやストレスで精神的な疲れを感じたことの有無【左】

図4-2-10) 年代別 ストレスを上手に発散している者の割合【右】



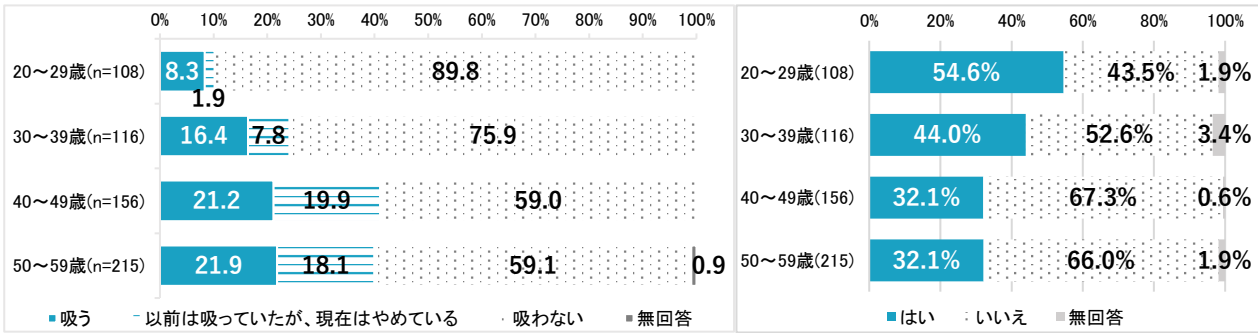
【左右とも】出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

＊喫煙

喫煙率は40～50歳代で最も高く、およそ20%となっています（図4-2-11）。喫煙に対する正しい知識を学習したことがある者の割合が、20歳代が最多で、次いで30歳代といずれも他世代よりも高く（図4-2-12）、喫煙率も他世代よりも低いことから、喫煙についての正しい知識が良い影響を及ぼしている可能性があります。

図4-2-11) 年代別 喫煙率【左】

図4-2-12) 年代別 喫煙の健康への影響に関する正しい知識についての学習の有無【右】



【左右とも】出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

＊生活習慣病（NCDs）の予防

HbA1c8.0%以上の者の割合は、「55～59歳」が最も多く1.54%（出典：第8回NDBデータ）で、高血糖状態が継続することにより糖尿病性腎症を発症している者がいると考えられます。糖尿病は未治療・治療中断のうちに症状が進行し、合併症発症リスクを高めるため、早期から治療を開始し、継続し続けることが非常に大切です。しかし、糖尿病専門医からは、「働き盛り世代では仕事が忙しくて休めない」と、治療中断してしまい、残念な結果になってしまうケースがある」「（食事療法や運動療法をしても）薬の処方がないと治療に来なくなる。通院の大切さを知ってほしい」という声が聞かれます。

課題

● 進学・就職・結婚・出産などのさまざまなライフイベントにより生活スタイルが変わり、健康の優先度が低く、また健康づくり施策に触れる機会が少なく、心身の健康が乱れやすい

（要因）朝食欠食・調理技術が低く作れるものが限られる・共働きで調理のために多くの時間を割くのが困難・やせ願望（特に学生・若い女性）・孤食（特に独居）などにより、食事バランスが悪く、食塩摂取量が多く野菜摂取量が少ない  
 運動習慣がない 口腔ケアが定着しておらず歯肉炎症所見あり  
 自殺割合が高い 健康よりも目先の仕事・家庭の優先度が高くなる

● 高血圧リスク者割合やHbA1cが正常値よりも高めの者の割合が全国より高く、好ましくない生活習慣の継続や疾患管理不良（治療中断やコントロール不良）などにより、症状が重症化している

（要因）食塩摂取量が多い、肥満、喫煙、特定保健指導未受診で生活改善のための方法を知らない、要医療であっても医療機関に結び付かない、忙しい・正しい知識不足等から治療中断している、健康よりも家庭や仕事が優先される

● 保険者や自治体等の取り組みが届かず、特に中小企業では健康管理が必ずしも徹底できておらず、さらなる取組の強化が必要

(要因) 健康よりも家庭や仕事が優先される、正しい知識不足、健診未受診で健康状態を把握していない、中小企業では人的・金銭的資源に制限あり

● 運動習慣が少なく、筋力低下や骨・関節系疾患に結び付くこともあり、労働に影響を与えることもある

(要因) 運動習慣が定着していない、運動不足を感じているが行動化に至らない、転倒による労働災害増加、怪我等によりできる運動に制限あり

目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
87	【一部再掲】 20～60 歳代男性の肥満者の割合	22.2% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	22.0% (R17)
88	【一部再掲】 40～60 歳代女性の肥満者の割合	19.5% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	15.0% (R17)
89	【一部再掲】 20～30 歳代の朝食欠食割合	62.5% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	75.0% (R17)
90	【一部再掲】 20 歳代の主食・主菜・副菜のそろった食事をほぼ毎日摂る者の割合	(参考値) 37.1% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	40.0% (R17)
91	【一部再掲】 1 日の歩数の増加(20～64 歳)	7,313 歩 (R4)	県民栄養調査	8,000 歩 (R17)
92	【一部再掲】 運動習慣者の割合の増加(20～64 歳)	(参考値 20～59 歳) 17.2% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	30.0% (R17)
93	【一部再掲】 足腰に痛みのある者の割合(20～64 歳)	87.2(R4)	国民生活基礎調査	78.5 (R17)
94	【一部再掲】 睡眠による休養を十分とれている者の割合(20～59 歳)	84.5% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	90.0% (R17)
95	【一部再掲】 50 代の喫煙率	21.9% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	19.3% (R17)
96	40 歳以上における歯周炎を有する者の割合	69.5% (R4)	歯科疾患実態調査	40% (R17)
97	50 歳以上における咀嚼良好	72.4% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	80.0%

	者の割合		況調査	(R17)
98	【一部再掲】 HbA1c8.0%以上の者の割合の 減少(55～59 歳)	1.54%(R2)	NDB データ	1.31% (R11)

各分野別において、特に他年代と比較して課題となっているものを一部再掲するかたちで目標として設定しました。また、プレゼンティーズムの観点から「足腰に痛みのある者の割合（20～64 歳）」「睡眠による休養を十分とれている者の割合（20～64 歳）」を目標として設定しました。

## 取組の方向性

### ● 働く世代を中心としたヘルスリテラシーの向上

正しい情報提供により、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備や支援を行います。

身近な健康問題による労働生産性への影響など、忙しい働く世代のニーズにあった情報提供を行い、自分自身の健康に目が向けられるような働きかけに努めます。

健康診断やストレスチェックの推進など、地域・職域連携推進協議会などを活用し、保険者や産業衛生スタッフなどと連携して行っていきます。

また、引き続き、効果的なハイリスクアプローチができるように保健指導従事者のスキルアップなどを保険者協議会などと連携して行っていきます。

取組の推進にあたっては、ナッジ理論などを活用し、働く世代の生活に沿った効果的・効率的な取組を推進していきます。

### ● (再掲)健康経営の推進による職場での健康づくり支援

保険者や商工会等と連携しながら、やまなし健康経営優良企業認定制度を推進していきます。また、認定を受けた企業がより充実した健康経営の取組を行えるよう支援していきます。

認定数の増加にこだわらず、中小企業の実態に合わせた健康経営を実践できるよう、地域・職域連携推進協議会等でよりよい仕組みについて、引き続き、地域・職域連携推進協議会等で検討していきます。

### (3) 高齢者の健康（高齢期）

生活習慣病（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障をきたす状態となることもあります。健康寿命のさらなる延伸に向けては、高齢者の健康の保持・増進を図り、個々の高齢者の特性に応じた生活の質の向上が図られる必要があります。

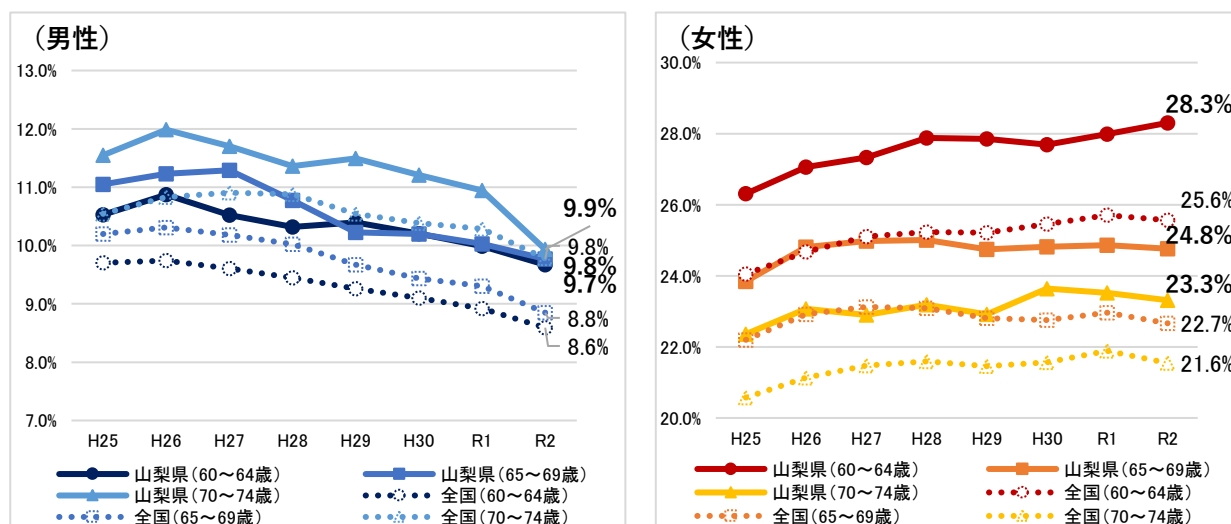
取り組みの推進にあたっては、「健康長寿やまなしプラン」との整合を図ります。

#### 現状

##### ○栄養・食生活について

低栄養傾向（BMI20 以下）の者の割合は、男女とも年代が上がるほど高く、性別では男性より女性の方が高い状況でした。令和 2 年度は 60 歳～74 歳の全ての年代で全国を上回っています（図 4-3-1）。

図 4-3-1) 性別 BMI20 未満の者の割合の推移



出典：厚生労働省 第 1～8 回 NDB オープンデータ

令和 4 年度県民健康づくり実践状況調査によると、80 歳以上の者では夕食をひとりで食べる人が多いと回答した者の割合が 23.3%で他世代と比較して最も高かったです。また、主食・主菜・副菜のそろった食事をしていない者の割合も 10.5%と若者世代に次いで高くなっていました。

配偶者の死亡や配食サービスの普及等により、ひとりで食べるが増えたり、加齢や骨・関節系疾患の合併によって手足が動かしにくく、自分で作れるものや食べやすいものを食べたりし、栄養バランスに偏りが出ていることが影響している可能性があります。また、移動販売車での買い物は食材の選択肢が限られしまうこと、移動販売車の利用も不可能な地域も多い等、食品へのアクセスも食事の質に影響していると考えられます。

○身体活動・運動について

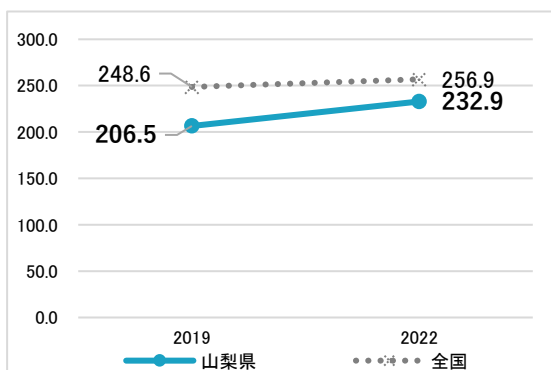
足腰に痛みがある者は1,000人あたり232.9人（令和4年）でした（図4-3-2）。  
 「農作業等で膝を酷使し、骨・関節系疾患を合併。運動習慣や移動に影響を与えている」  
 「元気に働いていても、骨折等で長期入院し、退院後も閉じこもりがち。一気に要介護認定になってしまうという人が多い」等、運動器の痛みや骨折などにより、筋力や日常生活動作に影響を与え、閉じこもりや要介護につながっている可能性があります。

また、骨粗鬆症の早期発見のための検診受診率は11.2%（令和3年）で、全国平均よりは高いものの低値で推移しています（図4-3-3）。

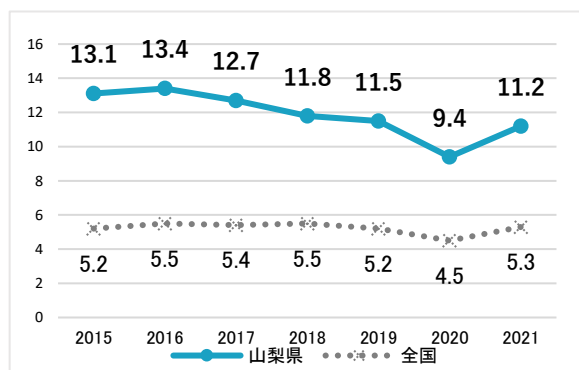
図4-3-2) 有訴者率（人口千対）足腰に痛み（65歳以上）【左】

図4-3-3) 骨粗鬆症検診率【右】

※骨粗鬆症検診率(%)= (40,45,50,55,60,65,70歳の骨粗鬆症検診者数) / (40,45,50,55,60,65,70歳の女性人口)



【左】出典：国民生活基礎調査

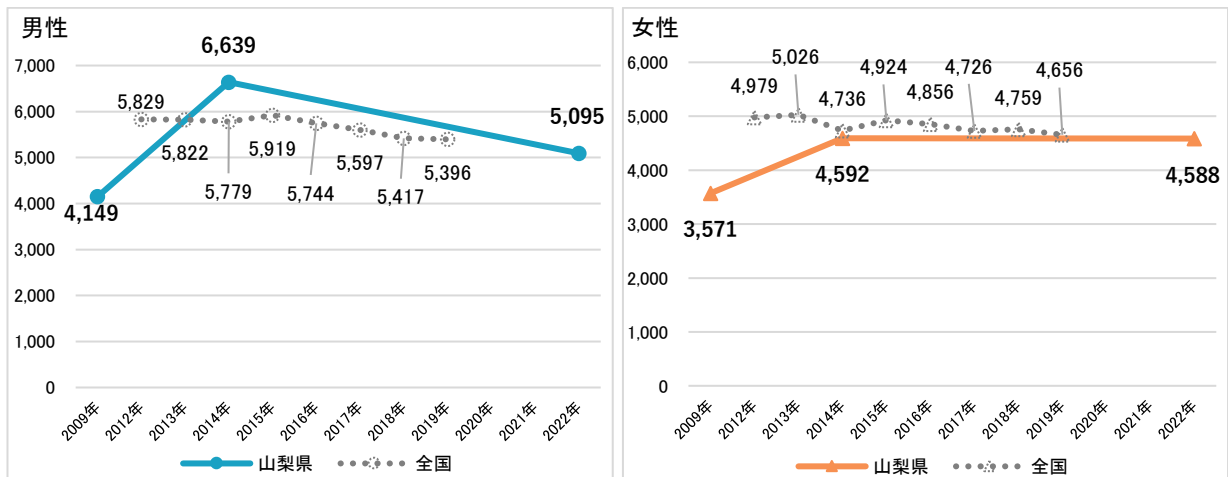


【右】出典：公益財団法人 骨粗鬆症財団からの提供データ

運動機能の維持のためには、高齢期以前の運動習慣が重要ですが、1日の歩数は男性5,095歩、女性4,588歩（令和4年度）でした（図4-3-4）。また、運動習慣のある者は男女とも4割未満（令和4年度）と低率でした（図4-3-5）。

本県においては、子どもの身体活動量や成人の運動習慣が少ないことが課題であり、これまでの生活習慣が影響していると考えられます。

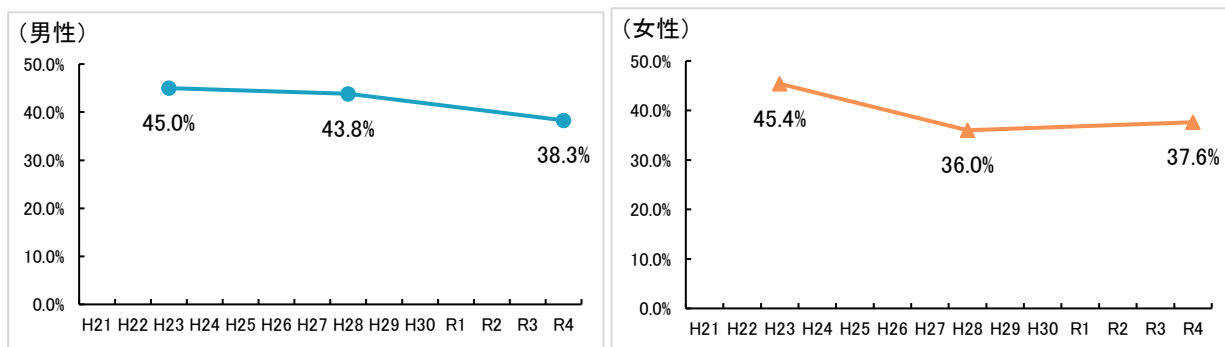
図4-3-4) 一日の歩行数の平均値の推移（65歳以上）



出典：（県）県民栄養調査 （全国）国民健康・栄養調査

図 4-3-5) 本県の運動習慣者の割合の推移 (60 歳以上)

※運動習慣あり者を「ほぼ毎日」「週2～3日以上」と回答した者としている

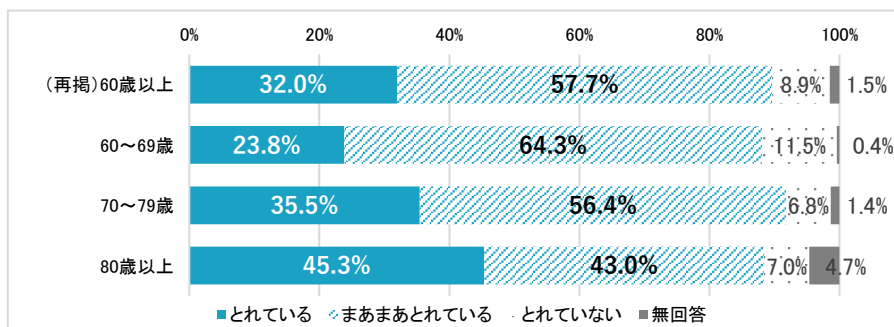


出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

○睡眠・休養

睡眠で休養が十分とれている者の割合は61.5%で、全国よりも5.4ポイント低い状況です。性・年代別に見ると、すべてで全国よりも低い割合となっており、特に60歳代以上で全国との差が大きくなっています(図4-3-6)。

図 4-3-6) 睡眠によって休養がとれている者の割合



出典：令和4年度県民健康づくり実践状況調査

○医療について

令和3年度KDB広域連合健康スコアリングによると、後期高齢者の医療費は、外来医療費では循環器系疾患にかかる医療費が最も高く18.7%、次いで筋骨格12.9%(内、骨の密度及び構造の障害4.3%)、内分泌疾患12.6%(内、糖尿病8.2%、脂質異常症3.2%)、泌尿器系疾患12.6%(内、腎不全9.5%)と続いています。

入院医療費では、循環器疾患が最も多く21.1%(内、脳梗塞5.7%、虚血性心疾患1.8%)で、次いで筋骨格疾患16.8%、損傷中毒12.7%(内、骨折10.8%)と続いています。

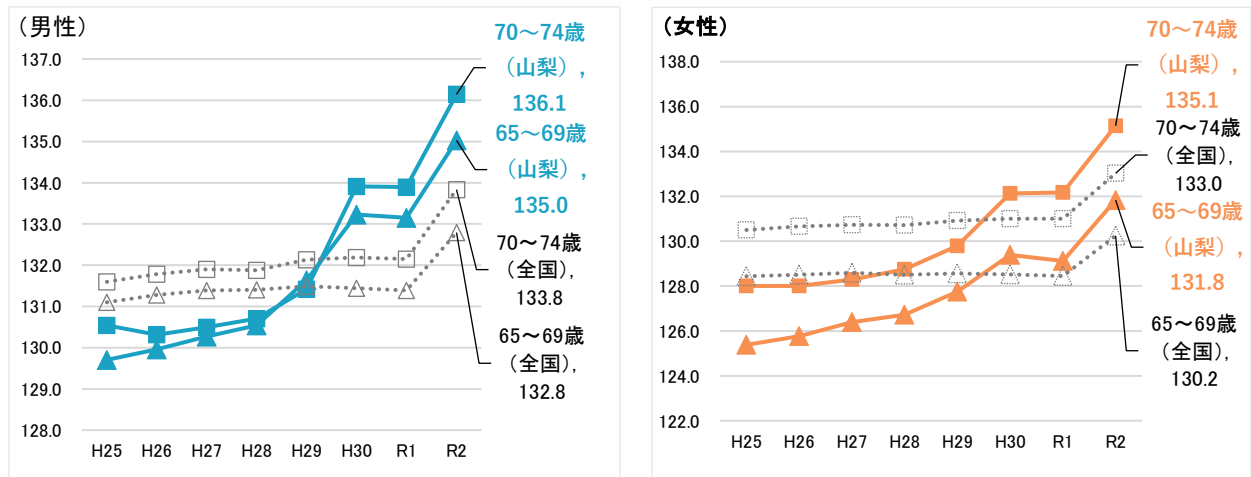
これらのことから、高血圧・骨粗鬆症・糖尿病などで外来通院している者が多く、1件あたり医療費が高い透析患者もいること、循環器系疾患や骨折等で入院する者が多いと考えられます。

## ○健診について

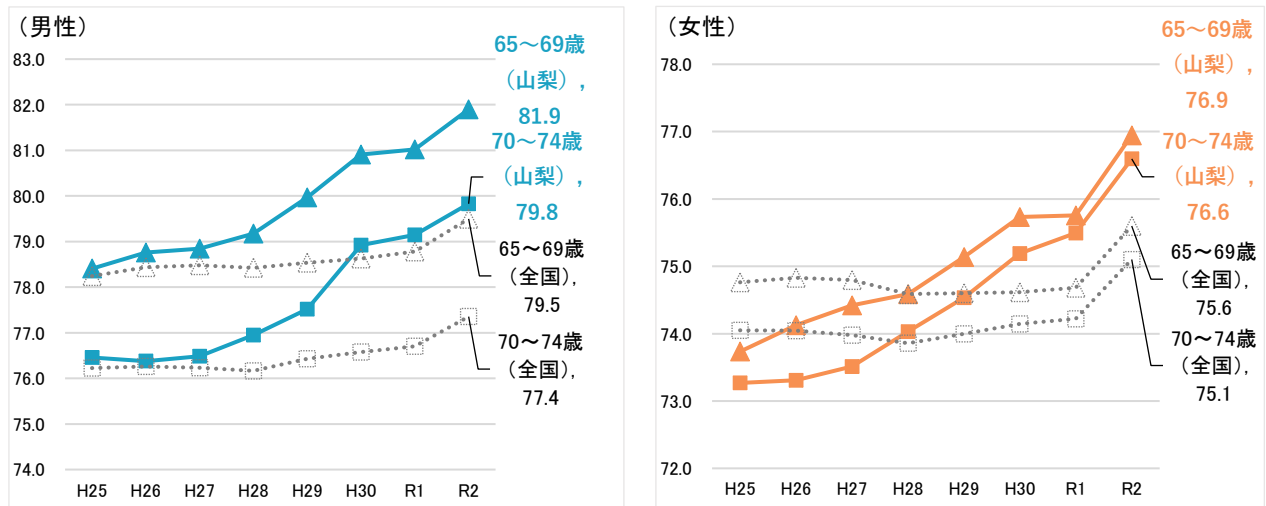
令和3年度の後期高齢者の健診受診率は22.5%でした（出典：山梨県後期高齢者医療広域連合 後期高齢者健康診査推進計画実績値）。これは、すでに医療機関にかかっているため、健診を受けない人が多いことが原因であると考えられ、後期高齢者の健康状態の実態把握が課題となっています。

NDBデータによると、本県は男女とも、収縮期血圧・拡張期血圧の平均値が全国よりも高く、また推移をみると、収縮期血圧は5%以上、拡張期血圧は3%以上、平均値が上昇しています（図4-3-7、図4-3-8）。

（図4-3-7）収縮期血圧の平均値（mmHg）の推移



（図4-3-8）拡張期血圧の平均値（mmHg）の推移



出典：厚生労働省 第1～8回NDBオープンデータ

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業においては、高齢者の特性を踏まえた保健指導などを行っています。高齢者になってから生活習慣等を変えることの難しさもあることから、高齢期になる前からの介入にも力を入れていく必要があります。

## ○高齢者の社会参加について

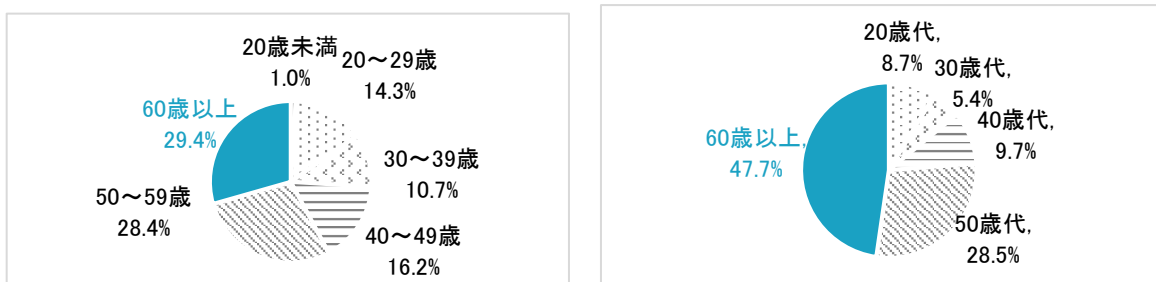
令和2年の本県の65歳以上の就業者割合は18.4%（e-stat）で、高齢になっても就労により役割を果たす者の割合が増加しています。



一方で、山梨労働局によると、山梨県内における令和4年の死傷者（休業4日以上でコロナによる死傷者を除く。）の29.4%が60歳以上と最も多く（図4-3-9）、特に死亡災害については、令和3年以降に発生した死亡災害13人のうち半数以上の7名が60歳以上であり、高齢労働者による災害の増加、重篤化が懸念されます。また、高齢になるほど身体能力の低下等により、若年層に比べ災害発生率が高く、休業日数も長期化しやすい傾向があります。本県の労働災害の原因で最も多いのは「転倒」で、全体の約3割を占めています。このうち、令和4年は60歳以上の者が47.7%となっています（図4-3-10）。以上から、長く就労を継続できるようにエイジフレンドリーな職場環境の確立が必要です。

図4-3-9) 令和4年 年齢階層別労働災害発生状況【左】

図4-3-10) 令和4年 転倒災害の発生年齢別割合【右】

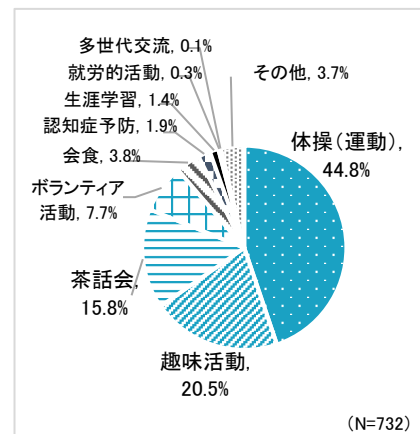
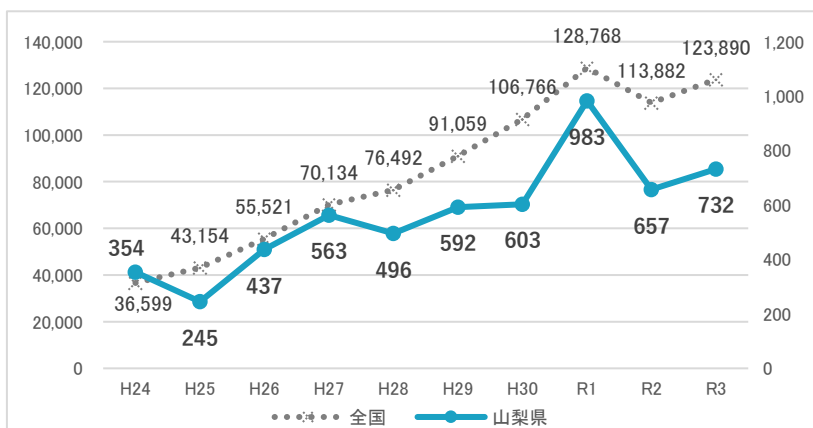


【左右とも】出典：山梨労働局 令和4年の山梨県における労働災害等の現況

令和3年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業報告によると、本県の通いの場数は732か所（図4-3-11）で、全市町村に通いの場があります。参加者実人数は9,517人でした。運営主体は「住民団体」が最も多く79.1%で、「住民個人(16.0%)」や「行政(1.8%)」「社会福祉協議会(1.4%)」等が運営しています。活動場所は「公民館・自治会館・集会所」が最も多く82.0%を占めています。活動内容は体操（運動）、趣味活動、茶話会、ボランティア活動などです（図4-3-12）。以上から、身近な場所でさまざまな活動を通じて、交流を持てる環境が整備されつつあると考えられます。

図4-3-11) 通いの場の箇所数の推移【左】

図4-3-12) 山梨県 通いの場の活動内容の内訳【右】



【左】出典：介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業報告（平成24年度～平成28年度）、介護予防・日常生活総合支援事業報告（平成29年度～令和3年度）

【右】出典：介護予防・日常生活総合支援事業報告（令和3年度）

## 課題

- **これまで運動習慣がないことに加え、食事の質が低下し、フレイルリスクを高めている**
  - (要因) 配偶者の死亡や配食サービスの普及等により孤食が増加
    - 配偶者の死亡や骨・関節系疾患の合併により調理しやすいものを食べる
    - 免許返納により買い物に行けない
    - 口腔機能低下により食べられるものに制限
- **好ましくない生活習慣の継続や疾病コントロール不良等により、高血圧の有所見者割合が高く、循環器疾患の発症・重症化や透析導入リスクを高めており、QOLに影響を及ぼしている**
  - (要因) これまでの疾患管理の体験から行動変容が困難な場合がある
- **骨折・転倒を契機にADLが低下し、閉じこもりや要介護状態に影響を及ぼしている**
  - (要因) これまでに運動習慣がない、高齢期においては疾患を合併しできる運動が制限されることがある

## 目標の設定

	項目	ベースライン	出典	目標値
99	【一部再掲】 低栄養（BMI20以下）の65歳以上の者の割合	25.0% (R4)	県民栄養調査	19% (R17)
100	【一部再掲】 一日の歩数の平均値の増加（65歳以上）	5,006歩 (R4)	県民栄養調査	5,500歩 (R17)
101	【一部再掲】 運動習慣者の割合の増加（65歳以上）	(参考値 60歳以上) 24.3% (R4)	県民健康づくり実践 状況調査	35% (R17)
102	【一部再掲】 足腰に痛みのある者の人数（人口千人あたり）（65歳以上）	232.9 (R4)	国民生活基礎調査	232.9 (R17)
103	【一部再掲】 睡眠による休養を十分とれている者の割合の増加（60歳以上）	89.7% (R4)	県民健康づくり実践 状況調査	90% (R17)
104	【一部再掲】 いずれかの社会活動（就労・就学を含む）をおこなっている者の割合の増加（65歳以上）	なし	県民健康づくり実践 状況調査	45% (R17)
105	【一部再掲】 地域などで共食している者の割合の増加（65歳以上）	なし	県民健康づくり実践 状況調査	30% (R17)
106	【一部再掲】 収縮期血圧の平均値の減少（65～69歳・男性）	135.0mmHg (R2)	NDB データ	132.3mmHg (R14)
107	【一部再掲】 収縮期血圧の平均値の減少（65～69歳・女性）	131.8mmHg (R2)	NDB データ	129.1mmHg (R14)

108	骨粗鬆症検診受診率	11.2% (R2)	骨粗鬆症財団報告	15.0% (R17)
-----	-----------	---------------	----------	----------------

各分野別において、特に他年代と比較して課題となっているものを一部再掲するかたちで目標として設定しました。

「足腰に痛みのある者の人数（人口千人あたり）（65歳以上）」について、生活機能のなかでも移動機能は健康寿命の延伸の観点から特に重要項目と考えられます。運動器の障害による疼痛があると、活動量が低下し、移動機能の低下を来します。運動器疼痛はロコモティブシンドローム（※、以下、ロコモ）発症や悪化の主要因のひとつとなっています。運動器疼痛の改善はロコモの減少に寄与すると考えられるほか、腰痛症や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性も示唆されていることから目標としました。高齢化が進行することを考慮すると、足腰の痛みのある者の割合は増加することから、現状値の維持を目指します。

骨粗鬆症検診受診率の向上により、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考え、新たに目標値として設定しました。目標値は健康日本21（第三次）に準じて15.0%としました。

「いずれかの社会活動（就労・就学を含む）をおこなっている者の割合（65歳以上）」について、本県において65歳以上の就労者割合は30.7%（R4 就業基本構造調査）でした。就労以外のかたちで社会とのつながりを持っている者もいると考えられることから、この割合を10%としました。今後、ますます65歳以上の就労人数が増加することに加え、今後も多様なつながりが持てるよう+10%を目標として45%としました。

## 取組の方向性

### ● フレイル予防の推進

フレイル予防の視点から、低栄養対策として高齢者に不足しがちなたんぱく質や炭水化物等を適正に摂取できるよう望ましい食のあり方等を介護者、支援者等にも情報提供します。また、高齢者食環境整備について、引き続き、関係団体などと検討していきます。

加えて、フレイルの知識の普及啓発や住民主体の通いの場でフレイル状態を自己点検するプログラムを推進します。

口腔機能の維持の重要性について普及啓発を行うとともに、オーラルフレイル対策を推進します。

引き続き、ロコモティブシンドロームという言葉や概念の認知度を高めながら、高齢者の運動機能の維持を図ります。

また、高齢期以前からの運動習慣の定着や骨・関節系疾患の発症予防（運動ができる身体を保持）が重要であることから、関係機関等と連携しながら取組を推進していきます。

地区組織などによる訪問活動や通いの場等の地域に根ざした活動により、特に独居高齢者等の孤独・孤立リスクの高い方へのアプローチを強化していきます（社会的フレイル対策）。

### ● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

かかりつけ医等と連携しながら、介護と医療の両方のニーズを持つ高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施します。

### ● 社会参加の促進

高齢者が安全に就労を継続し、仕事を通じて社会参加できるよう、エイジフレンドリーな職場環境の推進をしていきます。

いきがいを持ちながら自分らしく生活できるよう、引き続き、通いの場をはじめとした地域における多様な居場所づくりを推進していきます。

## 1 計画の推進

本計画を推進していくためには、健康づくりの主体である県民一人ひとりが、県の現状や健康課題を理解し、また自分自身の健康に目を向け取り組みを実践していくことが必要です。そのため、様々な視点や県民の意見を取り入れ、計画を推進していきます。

この計画の推進にあたっては、計画内容についてホームページ等のさまざまな媒体により、県民をはじめ市町村、関係機関及び関係団体へ周知するとともに、保健・医療に関する情報を広く提供し、県民や関係機関及び関係団体の理解と協力が得られるように努めます。

## 2 関係機関との連携の強化

本計画を着実に推進し、誰一人取り残さない健康づくりを実践するためには、県、市町村、保健医療関係機関及び関係団体、教育機関、研究機関、企業、地域組織及び県民が一体的に取り組む必要があります。

### (1) 健やか山梨 21 推進会議・健やか山梨 21 推進部会

県、市町村、健康づくり団体等で構成する「健やか山梨 21 推進会議」を推進母体として、各関係機関の役割を明確にし、連携を図りながら、事業を推進していきます。

また、「健やか山梨 21 推進部会」では、効果的な取り組みを推進するにあたっての検討を行っていきます。

### (2) 地域・職域保健連携推進協議会

地域保健と職域保健が連携して、総合的な健康づくりを進めるために、「地域・職域保健連携推進協議会」を活用し、県、市町村と企業等が情報交換や、健康情報の共有・分析を行っていきます。併せて、参加する企業や団体は、自らの従業員やその家族、それを取り巻く人々に対し、率先して健康づくりに関する情報提供や普及啓発を行っていきます。

### (3) 保険者協議会

県内の保険者で構成する山梨県保険者協議会の場を通じ、保険者間の情報交換や健康情報の共有を図り、加入者の健康づくりを推進していきます。

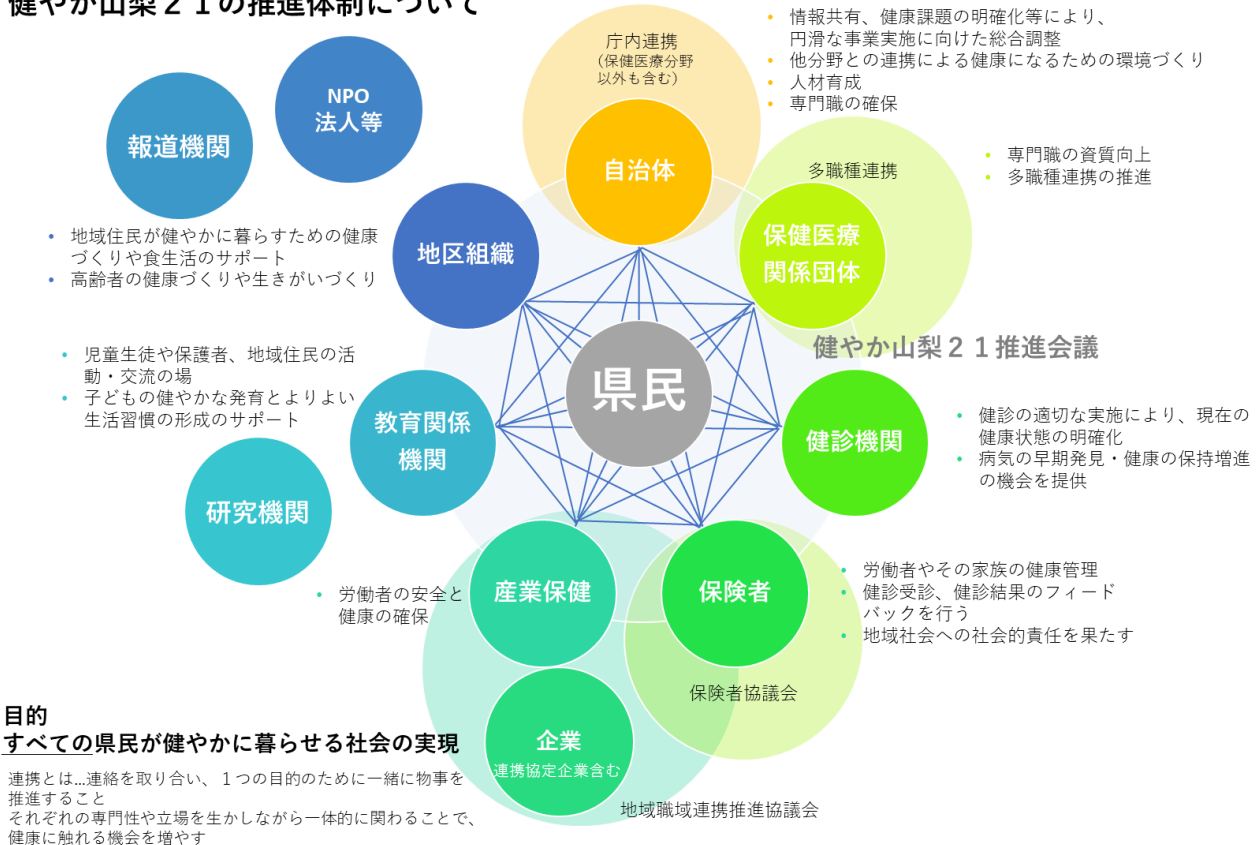
## (4) 地区組織

県民個人への情報発信等行政サービスを充実させるとともに、「人と人との絆」、「人と人との支え合い」など地域に根ざした相互扶助の関係やネットワークといったソーシャルキャピタル※1の核となる人材育成をしていきます。また、その存在する場である学校や企業、NPO等の民間団体、愛育会・食生活改善推進員連絡協議会等ボランティア団体や自助グループなどへの支援やその活用を通じて地域住民の共助活動の活性化を図っていきます。

## (5) 分野間連携の推進

健康増進の取り組みを総合的に進めるには、地域保健のみならず、職域保健、学校保健、まちづくり施策など部署横断的な施策の推進が重要なことから、関係機関とも十分に連携を取りながら、健康増進の観点を取り入れた施策が推進できるように努めていきます。

### 健やか山梨21の推進体制について



## 3 PDCA サイクルの推進

毎年、目標値の進捗状況についてモニタリングを行い、進捗管理を行います。必要に応じて、目標項目のみならず、その数値に影響を与える関連データや、性・年代別、地区別データを踏まえた分析を行います。加えて、数的データだけではなく、質的データ（県民の声）も重視します。また、健やか山梨21推進会議等において、データの分析・評価を行

うとともに、アクションプランを作成し、具体的な取り組みについても検討をしていきます。これらにより、本県の特性を生かしながら、多様化している価値観・ニーズに合わせた対策に繋げていきます。

なお、事業の見える化・魅せる化を推進し、県ホームページ等を通じ、進捗状況の公表をしていきます。

---

※1 ソーシャルキャピタルは、地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本のこと。保健医療分野での取り組みを推進する基盤として見た場合、次のように分類できる。

- ・地縁に基づくネットワーク（例：自治会、老人クラブ、子ども会等）
- ・価値観や経験を共有し、健康課題の解決に強い動機をもつネットワーク（例：愛育会、食生活改善推進員連絡協議会、患者会など）
- ・職業を通じて住民の健康課題を共有するネットワーク（例：生活衛生・食品安全関係同業組合等）
- ・児童生徒の活動の場であるとともに、保護者や地域住民との交流の場でもある学校
- ・労働者等の健康管理を担うとともに、地域社会への社会的責任を果たすことも求められる企業・保険者

## 資料編

### 1 検討体制

評価・次期計画策定委員会をはじめ、庁内外の関係者と検討しながら計画を策定しました。

併せて、パブリックコメントを行い、広く県民の御意見も伺い、作成しました。

#### (1) 検討経過

##### ●評価・計画策定委員会

	開催日時	議事
第一回	令和5年9月5日(火) 19:00~20:45 防災新館409会議室	・健康日本21(第三次)について ・本県の現状と課題について
第二回	令和5年12月12日(火) 19:00~20:30 防災新館409会議室	・本県の現状と課題について(ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり含む) ・計画の推進体制について
第三回	令和6年1月30日(火) 19:00~20:30 防災新館409会議室	・最終評価について ・次期計画について(評価指標の検討含む)

##### ●県民等からの意見募集

令和6年2月13日~2月26日までの14日間、パブリックコメントを募集しました。

##### ●その他

庁内検討会議等を実施するとともに、各種計画担当者と密に連携しながら、計画の整合性が図れるように努めました。



## (2) 策定委員名簿

### 第1回 健やか山梨21(第2次)次期計画策定委員会 委員

	選出機関	職名	氏名
1	学識経験者	山梨大学 教授	土屋 恭一郎
2	学識経験者	山梨大学 教授	山縣 然太郎
3	母子保健評価委員会	会長(山梨大学 教授)	吉野 修
4	山梨県医師会	理事	小林 正洋
5	山梨県歯科医師会	会長	吉田 英二
6	山梨県薬剤師会	常務理事	中田 満
7	山梨県看護協会	会長	佐藤 悦子
8	山梨県栄養士会	会長	平井 美樹夫
9	日本健康運動指導士会山梨県支部	支部長	谷口 裕美子
10	保険者協議会	全国健康協会山梨支部保健グループ長	岡田 卓也
11	甲斐市	副保健師長	渡邊 由香
12	早川町	福祉保健課長	鈴木 宏記
13	精神保健福祉センター	所長	志田 博和
14	保健所	保健所長会長	岩佐 敏

### 第2回 健やか山梨21(第2次)次期計画策定委員会 委員

### 第3回 健やか山梨21(第2次)評価及び次期計画策定委員会 委員

	選出機関	職名	氏名
1	学識経験者	山梨大学 教授	土屋 恭一郎
2	学識経験者	山梨大学 教授	山縣 然太郎
3	母子保健評価委員会	会長(山梨大学 教授)	吉野 修
4	山梨県医師会	理事	小林 正洋
5	山梨県歯科医師会	会長	吉田 英二
6	山梨県薬剤師会	常務理事	中田 満
7	山梨県看護協会	会長	佐藤 悦子
8	山梨県栄養士会	会長	平井 美樹夫
9	日本健康運動指導士会山梨県支部	支部長	谷口 裕美子
10	保険者協議会	全国健康協会山梨支部保健グループ長	松浦 正也
11	甲斐市	副保健師長	渡邊 由香
12	早川町	福祉保健課長	鈴木 宏記
13	精神保健福祉センター	所長	志田 博和
14	保健所	保健所長会長	岩佐 敏

## 2.評価指標及び目標値設定の考え方

健康日本21（第三次）及び健やか山梨21（第2次）の評価指標を基にしながら、現行計画の進捗状況を把握できる方法を検討しました。

No.	分野	指標名	ベースライン	出典	目標値	定義・算出方法	目標設定の理由	備考	
1	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の増加）	男性73.57歳（R1）	厚生労働科学研究班による算出	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（R14）	平均寿命は、都道府県別生命表の各年のデータを確認した。健康寿命は、国民生活基礎調査結果（大規模調査3年ごと）の調査結果、簡易生命表をもとに厚生労働科学研究班で算出されるデータを使用した。	平均寿命と健康寿命の差を短縮することで、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に寄与するものと考えられます。このため、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことを目標とします。		
2	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の増加）	女性76.74歳（R1）	厚生労働科学研究班による算出	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（R14）				
3	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康格差の縮小(平均自立期間(要介護2以上)の差の縮小)	男性0市町村（R4）	KDBデータ	市町村格差の縮小	KDBデータの「地域の全体像」の帳票から「平均自立期間（要介護2以上）」の値を確認し、県の95%信頼区間の上限に、市町村の95%信頼区間の下限が入っていない自治体の数をカウントする。現状値はR6.1.15確認時点のR4累計値をもとにしている。	自治体間の格差を明らかにすることで、各自治体での自主的な取組を促進する効果が期待できることから、引き続き市町村格差を目標項目として設定しました。	KDBデータは閲覧時点でデータに変動があるため、データ抽出日を記載しておくこと。KDBデータにおいては人口13万人以下の規模の自治体については、正確性が乏しいと言われている。経年的にデータを把握していくこと。	
4	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康格差の縮小(平均自立期間(要介護2以上)の差の縮小)	女性1市町村（R4）	KDBデータ	市町村格差の縮小				
5	がん	75歳未満のがん年齢調整死亡率の減少（10万人あたり）	63.2(R3)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）	10年前に比べおおむね2割減少させ続ける（R11）	国立がん研究センターが公表する都道府県別75歳未満年齢調整死亡率を利用 <a href="https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html">https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html</a>	生活習慣の改善等によるがんの予防及び（検診受診率の向上による）がんの早期発見の取組等を推進することにより、最終的にはがんによる死者数の増加を抑制させることが重要です。目標値は、山梨県がん対策推進計画に基づき、設定しました。		
6	がん	がん検診受診率の向上	胃57.9%（R元）	国民生活基礎調査	60%(R11)	国民生活基礎調査の結果から、以下の（対象年齢）の回答者のうち、（対象期間）にがん検診を受けたと回答した者の割合 （対象年齢）（対象期間） 胃 50-69歳 過去2年間 肺 40-69歳 過去1年間 大腸 40-69歳 過去1年間 子宮 40-69歳 過去2年間 乳 20-69歳 過去2年間	精密検査受診率の向上や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、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診の精密検査受診率及びがん検診受診率向上が必要不可欠であることから目標として設定しました。目標値は山梨県がん対策推進計画に基づき、設定しました。		
7	がん	がん検診受診率の向上	肺61.2%（R元）		60%(R11)				
8	がん	がん検診受診率の向上	大腸53.9%（R元）		60%(R11)				
9	がん	がん検診受診率の向上	子宮頸49.8%(R元)		60%(R11)				
10	がん	がん検診受診率の向上	乳58.6%（R元）		60%(R11)				<a href="https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html">https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html</a>
11	がん	がん検診精密検査受診率の向上	胃(X)78.9%(R3)		90%(R11)				国立がん研究センターが公表するがん検診のプロセス指標から抜粋  <a href="https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html">https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html</a>
12	がん	がん検診精密検査受診率の向上	胃(内)72.9%(R3)	90%(R11)					
13	がん	がん検診精密検査受診率の向上	肺80.2%(R3)	90%(R11)					
14	がん	がん検診精密検査受診率の向上	大腸65.4%(R3)	90%(R11)					
15	がん	がん検診精密検査受診率の向上	子宮頸73.0%(R3)	90%(R11)					
16	がん	がん検診精密検査受診率の向上	乳83.3%(R3)	90%(R11)					
17	循環器病	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)の減少	男性104.3（R2）	人口動態特殊報告	93.8（R11）	厚生労働省で公表される人口動態特殊報告（H27モデル人口）の各年の値を確認した。	生活習慣の改善等による循環器病の予防及び特定健診等の取組等を推進することにより、最終的には脳血管疾患・心疾患の死者数の増加を抑制させることが重要なため、脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率を評価指標に設定しました。なお、心疾患については、本県の課題である急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を指標としました。評価指標及び目標値は、山梨県循環器病対策推進計画、地域保健医療計画との整合を図り目標値を設定しました。		
18	循環器病	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)の減少	女性56.4（R2）	人口動態特殊報告	56.4（R11）				
19	循環器病	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）の減少	男性33.4（R2）	人口動態特殊報告	32.5（R11）				
20	循環器病	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）の減少	女性13.5（R2）	人口動態特殊報告	13.6より減少（R11）				

21	循環器病	収縮期血圧の平均値（年齢調整値）の減少 ※40歳以上、内服加療中の者を含む	男性130.4mmHg (R2)（年齢調整なし）	NDBデータ	127.7mmHg (R14)	NDBオープンデータ「各項目の平均値都道府県別性年齢階級別分布」から各年の平均値を確認する。中間評価及び最終評価時は、R2の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	目標値については、健康日本（第三次）より、食塩と身体活動・運動が血圧に与える影響が大きいことから、食塩摂取量及び歩数の目標値を達成した場合の収縮期血圧の平均値を算出した。-1g=-1mmHg、30分=-3mmHg（1,000歩=10分）であることから、男女とも-2.7mmHgとした。
22	循環器病	収縮期血圧の平均値（年齢調整値）の減少 ※40歳以上、内服加療中の者を含む	女性124.8mmHg (R2)（年齢調整なし）		122.1mmHg (R14)		
23	循環器病	LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合の減少（年齢調整値） ※40歳以上、内服加療中の者を含む	男性13.2% (R2)（年齢調整なし）	NDBデータ	11.0% (R14)	NDBオープンデータ「LDLコレステロール都道府県別性年齢階級別分布」の各年のデータを確認し、（180以上）＋（160以上180未満）／（LDLコレステロールが測定され登録されている合計人数）×100で算出。現状値は男性（5,203+9,244）／109,028*100、女性（4,620+7,998）／95,614*100で算出した。中間評価及び最終評価時は、R2の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	動脈硬化と直接的な影響が大きいことからLDLコレステロール値を項目として設定した。本県のこれまでの推移から、最も低かった時の値を参考に、男女とも11%まで減少させることを目標としました。
24	循環器病	LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合の減少（年齢調整値） ※40歳以上、内服加療中の者を含む	女性13.3% (R2)（年齢調整なし）		11.0% (R14)		
25	循環器病	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	28.5% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	18.4%(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年のデータを確認し、以下のとおり算出した。（メタボリックシンドローム該当者数＋メタボリックシンドローム予備群数）／（特定健康診査受診者数）	メタボリックシンドロームは、動脈硬化性疾患（心筋梗塞や脳梗塞など）の危険性を高める複合型リスク症候群であるため、この該当者と予備群の減少を目標としました。目標値の設定は山梨県医療費適正化計画の考え方を基に、H20と比較してメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を25%以上として算出した値としています。
26	循環器病	特定健康診査の実施率の向上	57.3% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	70%以上(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年の「特定健康診査受診率」の値を確認した。	特定健康診査・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組みを反映することから、医療費適正化計画と整合を図り、目標として設定しました。
27	循環器病	特定保健指導の実施率の向上	24.7% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	45%以上(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年の「特定保健指導の実施率」の値を確認した。	
28	糖尿病	糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少（糖尿病による新規透析患者数の前後5年平均値）	122人 (R2)	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	115人 (R8)	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」より、各年の「新規透析導入患者」と糖尿病性腎症について「各年新規透析患者（患者調査票による集計）」から糖尿病性腎症の数を確認した。年度ごとのデータにばらつきが大きいことから、該当年を含む前後5年間の平均値を確認する。現状値は（112+149+135+107+105）／5で算出。	糖尿病合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目し、引き続き、新規透析患者数のうち原疾患が糖尿病の者の数の減少を目標として設定しました。CKD対策において、新規透析導入患者数を平成28年比で、5年間で5%以上、10年間で10%以上の減少を目指して取り組みを行っています。このことから、平成27年（前後5年間値）128人から、令和8年（前後5年値）までに115人にすることを目標としました。
29	糖尿病	治療継続者の増加	なし	県民栄養調査	75%(R17)	健康日本21（第三次）と同様に、「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無」に「あり」と回答した者の割合を確認していく予定。	治療を継続し、良好な血糖管理を維持することで糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができます。そのため、治療継続者の増加とHbA1c8.0%以上の者の割合の減少を設定しました。治療継続者数は現状値が把握できていないため、国の健康日本21（第三次）と同じ値を目標値として設定しました。
30	糖尿病	HbA1c8.0%以上の者（血糖コントロール不良者）の割合の減少	1.23% (R2)	NDBデータ	1.0%(R11)	NDBオープンデータ「HbA1c都道府県別性年齢階級別分布」の各年のデータを確認し、（8.4以上の男性）＋（8.0以上8.4未満男性）＋（8.4以上の女性）＋（8.0以上8.4未満の女性）／（HbA1cが測定され登録されている男女計）×100で算出。現状値は（1,141+465）＋（337+168）／（89,877+81,300）*100で算出した。中間評価及び最終評価時は、R2の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	治療を継続し、良好な血糖管理を維持することで糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができます。そのため、治療継続者の増加とHbA1c8.0%以上の者の割合の減少を設定しました。HbA1c8.0%以上の者の割合は、ほぼ横ばいで推移している状況から、国と同じく1.0%に減少させることを目標としました。

31	糖尿病	HbA1c6.5%以上の者の割合の減少（年齢調整値）	7.9% (R2)	NDBデータ	7.4% (R14)	NDBオープンデータ「HbA1c都道府県別性年齢階級別分布」の各年のデータを確認し、（8.4以上の男性）＋（8.0以上8.4未満男性）＋（6.5以上8.0未満の女性）＋（8.4以上の女性）＋（8.0以上8.4未満の女性）＋（6.5以上8.0未満の女性）の人数／（HbA1cが測定され登録されている男女計）×100で算出。現状値は(1,141+465+7,792+3,688)/(89,877+81,300)*100で算出した。中間評価及び最終評価時は、R2の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	NDBデータより、本県はHbA1c値がやや高い値の者の割合が高いことが特徴です。一般に、合併症予防のための血糖管理目標は7.0%と言われていますが、低血糖を伴わなければHbA1cの値が低ければ低いほど合併症のリスクが低いことが明らかになっています。HbA1c6.5%以上の者の割合について、全国・本県ともに年々増加しています。高齢化による影響を加味し、年齢調整値で現状維持することを目標としました。	
32	糖尿病	【再掲】メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	28.5% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	18.4%(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年度のデータを確認し、以下のとおり算出した。（メタボリックシンドローム該当者数＋メタボリックシンドローム予備群数）／（特定健康診査受診者数）	メタボリックシンドロームは、動脈硬化性疾患（心筋梗塞や脳梗塞など）の危険性を高める複合型リスク症候群であるため、この該当者と予備群の減少を目標としました。目標値の設定は山梨県医療費適正化計画の考え方を基に、H20と比較してメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を25%以上として算出した値としています。	
33	糖尿病	【再掲】特定健康診査の実施率の向上	57.3% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	70%以上(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年度の「特定健康診査受診率」の値を確認した。	特定健康診査・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組みを反映することから、医療費適正化計画と整合を図り、目標として設定しました。	
34	糖尿病	【再掲】特定保健指導の実施率の向上	24.7% (R2)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）	45%以上(R11)	厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）から、各年度の「特定保健指導の実施率」の値を確認した。		
35	COPD	人口10万対COPDの死亡率の減少	17.6 (R4)	人口動態統計	13.2 (R17)	人口動態統計「第28表 選択死因別死亡率・率、市町村別」から各年の山梨県の値を確認した。	COPD対策としては、予防、早期発見・介入、重症化予防等、総合的な対策を行うことが重要であり、その最終的な目標として死亡率の減少を指標としました。健康日本21（第三次）の目標値と同様の値としました。目標値の設定は、健康日本21（第三次）が13.3→10にすることから、17.6*（10/13.3）で算出しました。	
36	COPD	COPDの認知度	55.7% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	80% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「内容を知っている」＋「聞いたことはあるが、内容は知らない」／無回答を除いた総数で算出。現状値は（105＋157）／470で算出。	COPDの認知度を高めることで、予防行動や対象者の受診行動を促すことにつながると考えられ目標として設定しました。第2次の目標を達成できていないことから、引き続き80%を目標としました。	
37	栄養・食生活	適正体重を維持している者の割合の増加（20歳以上）（年齢調整値）	60.3% (R4) 年齢調整なし	県民栄養調査	65% (R17)	20～64歳のBMI18.5～24.9及び65歳以上のBMI20～24.9の者の割合を確認した。中間評価及び最終評価時は、R4の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	すべての世代において、適正体重を維持することが重要であることから、適正体重の者の割合の増加を目標として設定しました。目標値は、現状値＋5%かつ分かりやすく覚えやすい値としました。	「子どもの肥満の減少」「20～30代女性のBMI18.5未満の者の割合の減少」「20～60代男性のBMI25以上の者の割合の減少」「40～60代女性のBMI25以上の者の割合の減少」「65歳以上のBMI20未満の者の割合の減少」については、それぞれライフコースアプローチで目標として設定しました。
38	栄養・食生活	朝食をほぼ毎日摂取する者の割合の増加（20歳以上）	80.7% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	85% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「朝食を食べるか」という問いに「ほとんど毎日食べる」と回答した者の人数／回答者数（無回答含む）の割合を確認した。	朝食を毎日食べることは、栄養バランスに配慮した食生活や基本的な生活習慣を身につける観点から非常に重要であるため、目標として設定しました。目標値は、次世代90%、働く世代75%を目指していることから、全体としては85%を目指すこととしました。	

39	栄養・食生活	バランスの良い食事を摂っている者の増加 ※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	(参考値) 49.8% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	50% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。 現状値(参考値)は「1日2回以上、『主食・主菜・副菜』のそろった食事をしているか」という問いに対し、「1日2回以上していると回答した人数」/回答者数(無回答含む)の割合であるため、評価時に留意が必要。	バランスの良い食事を摂取することが重要であることから、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を目標として設定しました。ベースライン値は参考地として「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をほぼ毎日摂る者の割合」を掲載しており、朝食欠食や高齢化の進行などを考慮し、50%を目標値として設定しました。	
40	栄養・食生活	野菜摂取量の平均値の増加(20歳以上)	311.9g (R4)	県民栄養調査	350g (R17)	野菜類の20歳以上の平均値(R4人口で重み付けした値)を確認した。	野菜摂取量は第2次から引き続き目標として設定しました。目標が未達成であったので、引き続き、350gを目標値としました。	
41	栄養・食生活	果物摂取量の平均値の増加(20歳以上) ※果実類(ジャムを除く)	100.1g (R4)	県民栄養調査	200g (R17)	果実類(ジャムを除く)の20歳以上の平均値(R4人口で重み付けした値)を確認した。	果物摂取量について、健康日本21(第三次)に合わせて評価指標を設定しました。高血圧、肥満及び2型糖尿病の発症リスクを、200g/日までは低減させることから目標値を200gとしました。なお、疾病によっては過剰摂取がリスクになることにも留意して取組を推進していきます。	
42	栄養・食生活	食塩摂取量の平均値の減少(20歳以上)	10.6g (R4)	県民栄養調査	8g (R17)	食塩摂取量の20歳以上の平均値(R4人口で重み付けした値)を確認した。	減塩は血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させるため、第2次に引き続き「塩分摂取量の平均値」を目標として設定し、目標値が未達成だったことから8gの達成を目指していきます。	
43	栄養・食生活	【再掲】やまなし食育推進応援団登録事業所数の増加	330件 (R4)	県民生活安全課調べ	335件 (R17)	年度末時点の登録事業所数を確認した。	消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと、さらに、食塩、高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることがわかっています。以上から、社会環境の質の向上の観点から、民間企業や地区組織等と一緒に取組みを推進していくことを目的にやまなし食育応援団の数を目標として設定しました。目標値は、やまなし食育推進計画と整合を図りました。	
44	栄養・食生活	【再掲】「(仮称)山梨県版健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」への事業所数	なし (参考値) 129社	健康増進課調べ	321社 (R17)	毎年度末の時点の登録事業所数を確認予定 参考値はやまなし健康経営優良企業のうち、減塩に関する取組を実施している企業数	本県の健康課題解決と食環境の整備のためには、さまざまな企業との連携が不可欠です。R6以降に立ち上げ予定の「(仮称)山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」への参画事業所数を目標として設定しました。目標値はR5末時点でやまなし健康経営優良企業のうち減塩に関する取組を実施している企業数が58.4%であったことから、健康経営と同様に年55件をベースに、55件/年*0.584*10年(制度立ち上げ期間2年を除く。)で算出しました。	
45	身体活動・運動	1日の歩数の平均値の増加(20歳以上)(年齢調整値)	6,468歩 (R4) 年齢調整なし	県民栄養調査	7,100歩 (R17)	歩行数の20歳以上の平均値(R4人口で重み付けした値)を確認した。	歩数は疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の相関があることから、現状値+10%かつ分かりやすく覚えやすい値を目標値として設定しました。	なお、年代別の歩数及び運動習慣の割合は、それぞれライフコースアプローチの章で目標値として設定しました。
46	身体活動・運動	運動習慣者の割合の増加(20歳以上)(年齢調整値)	(参考値) 24.0% (R4) 年齢調整なし	県民健康づくり実践状況調査	30% (R17)	国民健康・栄養調査と同様に今後確認していく予定 ※現状値の運動習慣あり者は「週2~3日以上かつ1回あたり30分以上かつ半年以上運動・スポーツを行ったと回答した者の割合」	運動についても疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の関係があることから、現状値+10%かつ分かりやすく、覚えやすい目標値としました。	なお、年代別の歩数及び運動習慣の割合は、それぞれライフコースアプローチの章で目標値として設定しました。
47	身体活動・運動	足腰に痛みのある者の割合の減少(20歳以上)(人口千対)	123.7 (R4)	国民生活基礎調査	120 (R17)	国立保健医療科学院 歯科口腔保健の情報提供サイト(通称:歯っとサイト) Excel見える化国民生活基礎調査 ( <a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data5.html">https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data5.html</a> ) から、「都道府県・性・年齢階級別健康票(大規模調査1998~2022)」データを取得した。	足腰に痛みのある者の割合の減少は、働く世代においてはプレゼンティーイズム、高齢者においてはロコモティブシンドロームの観点から目標値として設定しました。目標値は、現状値-3%で覚えやすくわかりやすい値としました。	
48	身体活動・運動	【再掲】まちなかウォークラブル地区を設定している市町村数	1市 (R4)	国土交通省ウェブサイト	5市町村 (R17)	国土交通省ウォークラブルポータルサイトの「ウォークラブル推進都市」の数を確認した。		身体活動・運動は社会環境の整備も重要であり、そのことについては、社会環境の整備に記載しています。
49	休養・睡眠	睡眠で休養がとれている者の割合(年齢調整値)	86.9% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	90% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「睡眠によって休養が十分とれているか」という問いに対し(「とれている」+「まあまあとれている」)/回答者数(年代不明者含む、無回答含む)*100を確認した。	睡眠によって休養感がとれていない者の割合は横ばいで推移している。質のよい睡眠をとることは心身の健康の保持増進において極めて重要であるので目標として設定しました。目標値は、本県の現状値が国よりも8.6ポイント高いことから、目標値も健康日本21(第三次)よりも8.6ポイント高くし、覚えやすくわかりやすい値としました。	年代別データを一部再掲でライフコースアプローチに入れている評価にあたっては、睡眠時間も併せて確認、分析すること。

50	休養・睡眠	ストレスを上手に発散している者の割合（20歳以上）	57.4% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	70%(R11)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「（ストレスをいつも感じている・時々感じることがあると回答した者のうち）ストレスを上手に発散しているか」という問いに「はい」と回答した者の人数／回答者数（無回答含む）＊100を確認した。	ストレスを感じることも多くても、自分に合った方法でストレスをため込みすぎないセルフケアが重要です。依存症とならないレベルに”上手に”ストレスと付き合い、こころの健康を維持することを目的に目標に設定しました。過去10年間でほとんど割合に変化がないことから、最も「はい」と回答した者の割合が高かった20代67%を目安に、目標値を設定しました。	ストレスを感じる頻度についても、確認していくこと。
51	休養・睡眠	週労働時間60時間以上の者の割合の減少（年200日以上の就業者）	17.1% (R4)	就業構造基本調査	10.0% (R17)	第19表「男女、従業上の地位・雇用形態・起業の有無、産業、年間就業日数・就業の規則性・週間就業時間別人口（有業者）－全国、都道府県、政令指定都市、県庁所在都市、人口30万以上の市」から、（50～54時間（200～249日）＋55～59時間（200～249日）＋60～64時間（200～249日）＋65～69時間（200～249日）＋70～74時間（200～249日）＋75時間以上（200～249日））＋（50～54時間（250～299日）＋55～59時間（250～299日）＋60～64時間（250～299日）＋65～69時間（250～299日）＋70～74時間（250～299日）＋75時間以上（250～299日））＋（50～54時間（300日以上）＋55～59時間（300日以上）＋60～64時間（300日以上）＋65～69時間（300日以上）＋70～74時間（300日以上）＋75時間以上（300日以上））／（200～249日＋250～299日＋300日以上）＊100で算出した。	長時間労働は、仕事と家庭の両立だけでなく、健康の確保も困難にする要因となっています。長時間労働を是正することによって、ワーク・ライフ・バランスの改善が見込まれます。働き方改革の一環として、労働基準法が改正され、時間外労働の上限が原則月45時間と規定されました。週労働時間40時間に月45時間の時間外労働分（約10時間）を足して、週50時間以上勤務している方の割合を指標としました。目標値は、現状値から40%減とし、近似値の10%としました。	
52	飲酒	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少 ※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	男性12.3%(R4)	県民健康づくり実践状況調査	10.1% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、1日あたりの純アルコール量が40g（日本酒換算2合/日）/男性の回答者数（無回答除く）で算出した。現状値は66/535＊100で算出した。	飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、がん対策推進基本計画と整合性を図りました。さらに、山梨県アルコール健康障害対策推進計画においても、アルコール健康障害の発症予防が重点課題とされており、そちらとも整合性を図りました。	
53	飲酒	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少 ※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	女性11.6%(R4)	県民健康づくり実践状況調査	9.5% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、1日あたりの純アルコール量が20g（日本酒換算1合/日）/女性の回答者数（無回答除く）で算出した。現状値は68/587＊100で算出した。	男性の目標値は第2次に引き続き、10.1%を目標値としました。女性は、増加している現状から男性と同じ減少率（－17.9%）を目標値としました。	
54	喫煙	喫煙率の減少 （※20歳以上の現在習慣的に喫煙している者のうち、たばこをやめたいと思う者の割合の減少）	15.7% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	13.9% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「たばこを吸うか」という問いに「はい」と回答した者の人数／回答者数（無回答含む）の割合を確認した。現状値は180/1,166＊100で算出した。	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あり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として設定しました。第2次の目標が未達成であったため、引き続き、13.9%を目標値としました。	
55	喫煙	【再掲】受動喫煙で不快な思いをした者の減少	30.3% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	17.0%(R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「最近1か月の間で、受動喫煙で不快な思いをしたか」という問いに「はい」と回答した者の人数／回答者数（無回答含む）の割合を確認した。現状値は353/1,166＊100で算出した。	受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候順などの疾患リスクが上昇することがほろこくされています。また、改正健康増進法においては、望まない受動喫煙を防止するため、学校・病院、児童福祉施設など、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）などについては原則屋内禁煙とされた。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、目標として設定しました。目標値は、これまでの推移から年-1%と仮定して算出した。	
56	歯・口腔	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	56.8% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	65% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「この1年間に歯科検診を受けたか」という問いに「受けた」と回答した者の人数／回答者数（無回答含む）の割合を確認した。	定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔尾健康状態に大きく寄与するため、障害を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要なため、目標としました。目標値は、「山梨県口腔の健康づくり推進計画」と整合を図りました。	

57	こころの健康の維持・向上	自殺死亡率（人口10万対）の減少	16.8 (R4)	人口動態統計	13.0 (R8)	毎年公表される人口動態統計の住所地ベースの自殺死亡率の各年データを確認しました。	こころの健康分野のアウトカムとして、第2次から引き続き、自殺死亡率を目標として設定しました。目標値は、山梨県自殺対策推進計画（第3期）との整合性を図りました。	
58	こころの健康の維持・向上	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（20歳以上）	9.5% (R元)	国民生活基礎調査	8.6% (R17)	国民生活基礎調査（3年ごとの大規模調査）における「こころの健康状態（点数階級）・性・年齢（10歳階級）・都道府県別」の各年のデータを確認し、20歳以上の10点以上の者の数/（総数-不詳）*100で計算する。現状値は、58/(644-31)*100で算出した。	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あきらかになっています。また、うつがあると喫煙率が高くなり、肥満が増えるなどの健康的な生活習慣が妨げられます。以上から、こころの健康は自分らしく生きるための重要な条件であるとともに、心身の健康を保つ上でも重要です。「国民生活基礎調査」におけるこころの状態に関する6項目の質問の合計点（0～24点）が10点以上の者の頻度は、気分障害・不安障害と同等の状態の頻度の推定値と考えられています。第2次の目標が未達成であったことから、引き続き9.5%を目標値に設定しました。	
59	こころの健康の維持・向上	【再掲】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	94.2%(R4)	山梨労働局安全衛生管理活動実施計画書	100.0%(R17)	山梨労働局ホームページ>事例・統計情報>安全衛生関係から「メンタルヘルス対策取り組み概況」に掲載されている各年の「メンタルヘルス対策の取組率」を確認していった。	仕事に対して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタル不調や過重労働による健康障害が課題となっていることから、これらの対策を推進することが重要であり、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を目標として設定しました。第2次の目標が未達成であったため、引き続き、100%を目標値として設定しました。	50人以上の事業所の状況となるため、今後50人未満の事業所の実態把握に努めていく。
60	こころの健康の維持・向上	ストレスチェックの受検率	なし	県民健康づくり実践状況調査	50%(R17)	今後、確認予定	セルフケアの観点からストレスチェックを受検し、自身のこころの健康状態に気づくことが大切であることから、ストレスチェックの受検率を目標値として設定しました。R3厚生労働省委託事業「ストレスチェック制度の効果検証に係る調査等事業」における調査結果から、R3年度の実験率は84.3%（49人以下の事業場では37.8%）であったため、目標値を50%として設定しました。	
61	こころの健康の維持・向上	心のサポーター数の増加	0人 (R4)	健康増進課調べ	600人 (R11)	年度末時点の人数を把握していく。	こころの健康に関しては地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策が求められており、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用した心のサポーター（メンタルヘルスやうつ病・不安障害など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える方を支援する者）を増加させることにより、こころの健康の維持・向上につながる社会環境の整備を目指すという観点で新規指標として追加しました。目標値は「山梨県依存症対策推進計画」との整合性を図りました。	
62	社会とのつながり	地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合	なし	県民健康づくり実践状況調査	45% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。	社会的なつながりを持つことは精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスクなどにより影響を与えることがわかっています。またm地域とのつながりが豊かな人はさまざまな人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態がよいとされています。このことから、認知的ソーシャルキャピタルを評価することが重要と考え、評価指標に設定しました。現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。	
63	社会とのつながり	いずれかの社会活動（就労・就業を含む）を行っている者の割合	なし	県民健康づくり実践状況調査	ベースライン値から+5% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。	社会活動への参加は社会とつながるひとつの手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、県民に社会参加を促していくことは健康づくり対策においても重要です。これまで、健康づくりに関連した社会活動への参加を目標としていましたが、健康目的に特化しないさまざまな社会活動への参加もきっかけとして健康増進につながるものが明らかになっています。このことから、就労・就学も含め、エビデンスの確立したさまざまな社会活動への参加を推進していく必要があり、新たに目標に設定しました。目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。	ライフコースアプローチ（高齢期）で一部再掲
64	社会とのつながり	地域等で共食している者の割合	なし	県民健康づくり実践状況調査	30% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。	共食には、コミュニケーションの増加や食事がおいしく感じられるなどのメリットがあります。一方で、近年、高齢者のひとり暮らし、ひとり親世帯などが増加する中、さまざまな家庭環境や生活の多様化により、家庭での共食が難しい人も増えている。そのため、地域や職場等、所属するコミュニティを通じて、さまざまな人と共食する機会を持つことが重要と考え、新たに目標として設定しました。目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。	
65	自然に健康になれる環境づくり	「（仮称）山梨県版健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」への事業所数	なし (参考値) 129社	健康増進課調べ	321社 (R17)	毎年度末の時点の登録事業所数を確認予定 参考値はやまなし健康経営優良企業のうち、減塩に関する取組を実施している企業数	本県の健康課題解決と食環境の整備のためには、さまざまな企業との連携が不可欠です。R6以降に立ち上げ予定の「（仮称）山梨県版持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」への参画事業所数を目標として設定しました。目標値はR5末時点でやまなし健康経営優良企業のうち減塩に関する取組を実施している企業数が58.4%であったことから、健康経営と同様に年55件をベースに、55件/年*0.584*10年（制度立ち上げ期間2年を除く。）で算出しました。	

66	自然に健康になれる環境づくり	やまなし食育推進応援団登録事業所数の増加	330件(R4)	県民生活安全課調べ	335件 (R17)	年度末時点の登録事業所数を確認した。	消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと、さらに、食塩、高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることがわかっています。以上から、社会環境の質の向上の視点から、民間企業や地区組織等と一緒に取り組みを推進していくことを目的にやまなし食育応援団の数や減塩メニューの数の増加を目標として設定しました。目標値はやまなし食育推進計画と整合を図りました。	
67	自然に健康になれる環境づくり	まちなかウォークアブル地区を設定している市町村数	1市 (R4)	国土交通省ウェブサイト	5市町村(R17)	国土交通省ウォークアブルポータルサイト ( <a href="https://www.mlit.go.jp/toshi/walkable/index.html">https://www.mlit.go.jp/toshi/walkable/index.html</a> ) で確認した。	身体活動・運動の向上には、個人の行動変容を促すための社会環境の影響が大きく、自治体が住民が居心地がよく歩きたくなるまちづくりを積極的に推進していくことが必要であることから目標としました。目標値は各圏域に1カ所として5市町村としました。	
68	自然に健康になれる環境づくり	受動喫煙で不快な思いをした者の減少	30.3% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	17.0%(R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「最近1か月の間で、受動喫煙で不快な思いをしたか」という問いに「はい」と回答した者の人数/回答者数(無回答含む)の割合を確認した。現状値は353/1,166*100で算出した。	受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候順などの疾患リスクが上昇することが報告されています。また、改正健康増進法においては、望まない受動喫煙を防止するため、学校・病院、児童福祉施設など、行政機関(第一種施設)については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設(第二種施設)などについては原則屋内禁煙とされた。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、目標として設定しました。目標値は、これまでの推移から年-1%と仮定して算出した。	
69	自然に健康になれる環境づくり	やまなし健康経営優良企業新規認定件数	211社 (R5)	健康増進課調べ	700社 (R17)	年2回認定を行っている。評価年度末時点で新規に認定を受けた企業数を確認する。現状値はR5末時点における認定者数である。	地域だけでなく、職域においても健康づくりを進めることが重要です。これまでも働く世代を対象にさまざまな対策をおこなってきましたが、労働者の健康課題は多様化しており、より効果的に安行保険活動の推進を図る必要があります。このような状況を踏まえ、事業者には、法令で定める健康確保措置に加え、それぞれの事業場の特性に応じて優先的に対応すべき健康課題を検討し、必要な産業保健サービスを提供することが求められています。健康経営は従業員に対する健康づくりを行うことで、県民の健康寿命の延伸につながるだけでなく、従業員の活力向上や生産性の向上などの組織の活性化、ひいては業績向上にもつながるもので、健康経営のさらなる浸透を促進していくことが重要と考え目標として設定しました。目標値は過去5年間の認定社数の推移から、55件/年とし目安となる近似値を採用しました。	
70	自然に健康になれる環境づくり	禁煙サポート薬局の増加	66件 (R4)	健康増進課調べ	100件 (R17)	年1回更新している禁煙サポート薬局・薬店登録一覧値を確認していた。	たばこ対策における社会環境の質の向上の観点から、引き続き目標として設定しました。これまでの推移から約2.5/年増加しているため、覚えやすくわかりやすい値を目標とした。	
71	自然に健康になれる環境づくり	【再掲】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	94.2%(R4)	山梨労働局安全衛生管理活動実施計画書	100.0% (R17)	山梨労働局ホームページ>事例・統計情報>安全衛生関係から「メンタルヘルス対策取り組み概況」に掲載されている各年の「メンタルヘルス対策の取組率」を確認していった。	仕事に対して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタル不調や過重労働による健康障害が課題となっていることから、これらの対策を推進することが重要であり、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を目標として設定しました。第2次の目標が未達成であったため、引き続き、100%を目標値として設定しました。	
72	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	全出生数中の低出生体重児割合の減少	9.8% (R3)	人口動態統計	減少 (R9)	「出生数、性・出生体重(平均第十)・年次別」の各年の(1kg未満+1.0~1.4kg+1.5~1.9kg+2.0~2.4kg)/総数*100を確認していった。	「全出生数のうち低出生体重の割合」について、妊娠前の体格、妊娠中の体重増加、喫煙、高血圧等の因子と関連することから、介入により改善する余地があります。しかし、胎盤機能不全や胎児疾患、母体基礎疾患等と関連した低出生体重が一定数存在することから、成育医療等基本方針と同様に具体的な値を設定せず、中間評価で見直して数値目標を設定していきます。	
73	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	20~30歳代女性のやせ(BMI18.5未満)の割合の減少	18.4% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	15% (R17)	20~30歳代のBMI18.5未満の女性の割合を確認した。現状値は、(6+1)/(23+15)*100で算出。	体重は各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病(NCDs)や健康状態との関連が強く、若年女性のやせは骨量減少、低出生体重児出産のリスクなどと関連があります。「20~30歳代女性のやせ(BMI18.5未満)の割合」について、これまで20歳代女性を対象としていましたが、第2次計画期間中の大きな増減はなく、30歳代においても同様に一定の割合がいることから対象年代を拡大して評価指標としました。目標値は健康日本21(第三次)と同様としました。	
74	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	児童生徒における痩身傾向児の割合(中学2年生・13歳・女)	3.62%(R3)	学校保健統計	減少 (R9)	学校保健統計「都道府県別痩身傾向児(計)の出現率」(1)痩身傾向児の各年の値を確認した。	若年女性の痩せが一定数存在していることから、生涯を通じた健康づくりがスタートする学童期・思春期において、13歳女子の数値を目標としました。目標値は成育医療等基本方針と同様に減少とし、中間評価で見直して数値目標を設定していきます。	近年、男子の痩身者割合も2%台の年が多くなっていることから、参考値として13歳男の値も確認していく。
75	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	児童生徒における肥満傾向児の割合(小学5年生・10歳・男女計)	9.91%(R3)	学校保健統計	減少 (R9)	学校保健統計「都道府県別肥満傾向児(男)の出現率」の小学校10歳の各年の値を確認した。	自ら健康に関する様々な情報に触れ、行動を選択しはじめる学童期において、「児童生徒における肥満傾向児の割合(10歳・小学5年生・男女計)」を引き続き目標として設定しました。目標値は成育医療等基本方針と同様に減少とし、中間評価で見直して数値目標を設定していきます。	



76	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	朝食をほぼ毎日摂取している生徒の割合（中学1～3・高校1～3年生の男女の平均）	81.1% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	90% (R17)	「ほとんど毎日食べる」と回答した者の数/総数（未記入含む） 現状値は（410+397+510+752）/（476+473+646+955）で算出した。	「朝食をほぼ毎日摂取している生徒の割合（中学1～3・高校1～3年生の男女の平均）」について、中学生以降から自らの意思で朝食欠食する者が増加することから、目標として設定しました。目標値は成育医療等基本方針と同様に減少とし、中間評価で見直して数値目標を設定していきます。
77	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	授業以外でほとんど毎日（週420分以上）運動やスポーツを実施している児童（小5）の割合の増加	男子54.1% 女子33.8% (R4)	全国体力・運動能力、運動習慣等調査	男子55.6% 女性36.0% (R10)	山梨県教育委員会保健体育課でとりまとめているデータを確認した。	「授業以外でほとんど毎日（週420分以上）運動やスポーツを実施している児童（小5）の割合」を引き続き評価指標として設定しました。山梨県教育振興基本計画との整合性を図り、目標値を設定しました。
78	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	妊婦の飲酒率	0.8% (R3)	山梨県母子保健事業報告	0%(R17)	山梨県母子保健事業報告より妊娠中の妊婦の飲酒率より値を確認した。	妊娠中の多量飲酒は胎児奇形のリスクを高めることから、引き続き「妊娠中の飲酒をなくす」ことを目標としました。
79	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	中学生・高校生飲酒者の割合（この30日間で1日も飲酒した中学1～3・高校1～3年生の男女の平均）	1.6% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	0%(R17)	「（最近1年間にお酒を飲んだことがあると回答した生徒に対し）最近1ヶ月の間にお酒を飲んだ日数が何日か」という問いに対し、「1～2日」「3～5日」「6～9日」「10～19日」「毎日」と回答した者の数/総数（未記入含む） 現状値は（8+5+10+19）/（476+473+646+955）で算出した。	「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の飲酒が禁止されていることや20歳未満の者に対する飲酒による心身の悪影響を踏まえ、引き続き0.0%を目標に設定しました。
80	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	妊婦の喫煙率	1.8% (R3)	山梨県母子保健事業報告	0%(R17)	山梨県母子保健事業報告より妊娠中の妊婦の喫煙率より値を確認した。	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、引き続き「妊娠中の喫煙をなくす」ことを目標としました。
81	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	中学生・高校生の喫煙者の割合（この30日間で1日以上紙巻きたばこまたは加熱式たばこを喫煙した中学1～3・高校1～3年生の男女の平均）	0.2% (R4) ※健康増進課再計算	子どもの食生活状況調査	0%(R17)	（今までに一度でもたばこを吸ったことがあると回答した生徒に対し）「最近1ヶ月いないにたばこを吸った」と回答した者の数/総数（未記入含む） 現状値は（1+0+2+1）/（476+473+646+955）で算出した。	「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の喫煙が禁止されていることや、20歳未満の者に対する喫煙による健康への悪影響を踏まえ、引き続き0.0%を目標値に設定しました。
82	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	4.8% (R4)	学校保健統計	3.0% (R17)	10歳、11歳、12歳、13歳、14歳、15歳、16歳、17歳の歯肉炎症所見のある者の割合/8*100で算出した。	歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることから、10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合を減少させることを目標値として設定しました。目標値は山梨県口腔の健康づくり推進計画と整合性を図りました。
83	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	産後1か月時点での産後うつハイリスク者の割合	6.1% (R3)	母子保健事業報告年報	減少 (R9)	母子保健事業報告年報の市町村母子保健事業産婦健康診査（1か月）で、産婦健康診査受診票で9点以上の者の人数/受診者数の割合を確認した。現状値は299/4,909*100で算出。	妊娠中からの早期支援により、産後うつ予防、ハイリスク者への支援が適切に行われ、継続的な支援につながることを目指すべき方向です。産後1か月時点での産後うつハイリスク者の割合が減少となることを目標として設定しました。
84	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	育てにくさを感じた時に対処できる親の割合	75.1%(R3)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム	90% (R17)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステムで山梨県データを確認した。	育てにくさを感じる親に寄り添う様々な支援は、事業や体制を整備するとともに、育てにくさを気軽に相談できる相談窓口等の情報を母親が知り、利用するといった対処行動に結び付けられることが肝要です。「健やか親子21（第2次）」の中間評価において、育てにくさを感じている親の割合はこどもの年齢とともに増加する一方で、育てにくさを感じた時に対処法を知っている親の割合は同程度でした。目標値は、成育医療基本方針と整合性を図りました。
85	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	この地域で子育てをしたいと思う母親の割合	95.5%(R3)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステム	95.5% (R17)	成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標モニタリングシステムで山梨県データを確認した。	自分の住む地域で子育てをしたいと思う親が増えるということは、その地域におけるソーシャルキャピタル、すなわち、社会関係資本、人間関係資本が充実していることを意味し、人と人とのつながりが育まれており、どの世代の人も暮らしやすいコミュニティであると言えることから「この地域で子育てをしたいと思う母親の割合」を新規指標として設定しました。目標値は成育医療基本方針と整合性を図りました。
86	胎児期・乳幼児期・学童期・思春期	外部講師など地域と連携した健康教育（がん教育）を行っている学校の割合	15.1% (R4)	がん教育の実施状況調査	30.0% (R17)	文部科学省がん教育ホームページ「がん教育の実施状況調査の結果」より、がん教育外部講師活用状況（国公私立）の全体の値を確認した。	幼少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大きく影響を与えることから、幼少期から正しい健康情報を身につけることが重要です。家庭だけでなく、教育機関や地域の関係団体等と連携し、ヘルスリテラシーを身につける取組が必要であることから、データを把握することが可能な外部講師を活用してがん教育を行っている学校の割合を評価指標として設定しました。全国で最も実施割合が高い都道府県の値を参考に、現状よりを倍増させることを目標としました。

87	青年期・壮年期	【一部再掲】 20～60歳代男性の肥満者の割合	22.2% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	22.0% (R17)	20～64歳のBMI18.5～24.9の割合を確認した。 現状値は、 (6+7+7+5+5)/(26+19+28+33+29)*100で算出した。	体重は各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病（NCDs）や健康状態との関連が強く、肥満はがん、循環器病、2型糖尿病などの生活習慣病（NCDs）との関連があります。このことから、適正体重を維持することが重要であり目標として設定しました。 本県においては全国よりも肥満の者の割合が低くなっています。また、健やか山梨21（第2次）期間中には、統計学的に有意な減少は見られませんでした。これらのことから、現状を維持することを目標とし、かつ覚えやすくわかりやすい値を目標として設定しました。	NDBデータを毎年モニタリングしていく。（参考）34.9%（R2）
88	青年期・壮年期	【一部再掲】 40～60歳代女性の肥満者の割合	19.5% (R4) ※健康増進課再計算	県民栄養調査	15% (R17)	40～64歳のBMI18.5～24.9の割合を確認した。 現状値は (9+7+6)/831+46+36)*100で算出した。	体重は各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病（NCDs）や健康状態との関連が強く、肥満はがん、循環器病、2型糖尿病などの生活習慣病（NCDs）との関連があります。このことから、適正体重を維持することが重要であり目標として設定しました。 目標値は健康日本21（第三次）と同様にしました。	NDBデータを毎年モニタリングしていく。（参考）20.5%(R2)
89	青年期・壮年期	【一部再掲】 20～30歳代の朝食欠食割合	62.5%(R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	75.0% (R7)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「朝食を食べるか」という問いに「ほとんど毎日食べる」と回答した者の人数/20代・30代の回答者数（無回答含む）の割合を確認した。 現状値は、(61+79) / (108+116) *100で算出した。	朝食を毎日食べることは、栄養バランスに配慮した食生活や基本的な生活習慣を身につける観点から非常に重要です。20～30代の若い世代は朝食欠食割合が高く、加えて、次世代に食育をつなぐ大切な担い手でもあるため目標として設定しました。 目標値は、県食育推進計画と整合をはかりました。	県食育推進計画20・30代欠食（週3回以上朝食を抜くことがある者の割合）24.5%（R1）→15%（R7）
90	青年期・壮年期	【一部再掲】 20～30歳代の主食・主菜・副菜のそろった食事をほぼ毎日摂る者の割合	(参考値) 37.1% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	40% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。 現状値（参考値）は「1日2回以上、『主食・主菜・副菜』のそろった食事をしているか」という問いに対し、（1日2回以上している回答した人数）/20・30代の回答者数（無回答含む）の割合であるため、評価時に留意が必要。	生涯にわたって健全な心身を培うためには、若い世代から健全な食生活を実践することが必要なことから、栄養バランスに配慮した食生活を実践する若い世代を増やすことを目標としました。 目標値は、国の食育推進計画を参考に40%としました。	国食育推進計画20・30代 現状値R2 27.4%→40%以上（R7）
91	青年期・壮年期	【一部再掲】 1日の歩数の増加（20～64歳）	7,313歩 (R4)	県民栄養調査	8,000歩 (R17)	歩行数の20～64歳の平均値（R4人口で重み付けした値）を確認した。	歩数は疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の相関があることから、現状値+10%かつわかりやすく覚えやすい値を目標値として設定しました。	
92	青年期・壮年期	【一部再掲】 運動習慣者の割合の増加（20～64歳）	(参考値20～59歳) 17.2% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	30% (R17)	国民健康・栄養調査と同様に今後確認していく予定 ※現状値の運動習慣あり者は「週2～3日以上かつ1回あたり30分以上かつ半年以上運動・スポーツを行ったと回答した者の割合」	運動についても疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の関係があることから、現状値+10%かつわかりやすく、覚えやすい目標値としました。	
93	青年期・壮年期	【一部再掲】 足腰に痛みのある者の割合（20～64歳）	87.2(R4)	国民生活基礎調査	78.5(R17)	国立保健医療科学院 歯科口腔保健の情報提供サイト（通称：歯ととサイト）Excel見える化国民生活基礎調査（ <a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data5.html">https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data5.html</a> ）から、「都道府県・性・年齢階級別健康票（大規模調査1998～2022）」データを取得した。	足腰に痛みのある者の割合の減少は、働く世代においてはプレゼンティーズム、高齢者においてはロコモティブシンドロームの観点から目標値として設定しました。目標値は、現状値-10%で覚えやすくわかりやすい値としました。	
94	青年期・壮年期	【一部再掲】 睡眠による休養を十分とれている者の割合（20～59歳）	84.5% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	90% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「睡眠によって休養が十分とれているか」という問いに対し（20～29歳、30～39歳、40～49歳、50～59歳の「とれている」+「まあまあとれている」）/20～29歳、30～39歳、40～49歳、50～59歳の回答者数（無回答含む）*100を確認した。 現状値は (21+31+30+49)+(75+74+98+125)/(108+116+156+215)*100で算出した。	睡眠によって休養感がとれていない者の割合は横ばいで推移しています。質のよい睡眠をとることは心身の健康の保持増進だけでなく、働く世代においてはプレゼンティーズムの観点からも重要なので目標として設定しました。 現時点において、国よりも高い割合となっていることから、60歳以上と同様に90%を目標として設定しました。	

95	青年期・壮年期	【一部再掲】 50代の喫煙率	21.9% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	19.3% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「たばこを吸うか」という問いに「はい」と回答した者の人数/回答者数(無回答含む)の割合を確認した。 現状値は47/215*100で算出した。	R4県民健康づくり実践状況調査において、40代・50代で喫煙率が高かったことから、働く世代の喫煙率を減少させることを目標としました。 目標値は20歳以上全体の喫煙率を15.7→13.9%にすることから、同じ減少率を達成すると仮定して算出しました。
96	青年期・壮年期	40歳以上における歯周炎を有する者の割合	69.5% (R4)	歯科疾患実態調査	40% (R17)	40歳以上で4mm以上の歯周ポケットがある者の数/40歳以上の調査協力者数*100で算出した。	歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつです。歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待されます。歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われる一方、歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であること、高齢になってもより多く自分の歯を保つ者が増加し歯の寿命が延びていることから、切れ目のない対策が必要であり、生涯を通じた歯周病対策を総合的に評価する観点から、「40歳以降における歯周炎を有する者の割合」を指標として設定しました。目標値は、「山梨県口腔の健康づくり推進計画」と整合を図りました。
97	青年期・壮年期	50歳以上における咀嚼良好者の割合	72.4% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	80.0% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、50歳以上で「何でもかんで食べることができ」と回答した者の数/50歳以上の回答者数(無回答含む)*100で算出した。	よく噛んで食べることができる者の割合は、県民の歯・口腔の状況について、器質的及び機能的な要素を含めて総合的に評価しうる指標と考えられるため、50歳以上における咀嚼良好者の割合を目標として設定しました。目標値は、「山梨県口腔の健康づくり推進計画」と整合を図りました。
98	青年期・壮年期	【一部再掲】 HbA1c8.0%以上の者の割合の減少(55～59歳)	1.54%(R2)	NDBデータ	1.31% (R17)	NDBオープンデータ「HbA1c都道府県別性年齢階級別分布」の各年の55～59歳のデータを確認し、(8.4以上の男性)+(8.0以上8.4未満男性)+(8.4以上の女性)+(8.0以上8.4未満の女性)/(HbA1cが測定され登録されている男女計)*100で算出。 現状値は(212+84)+(66+33)/(13,835+11,871)*100で算出した。中間評価及び最終評価時は、R2の人口構成で年齢調整を行い、高齢化による影響を排除する。	年代別のHbA1c8.4%以上の者の割合を見ると、特に50代で高くなっていることから目標としました。 目標値は、20愛以上全体のHbA1c8.0%以上の者の割合を1.23→1.0%にすることから、同じ減少率を達成すると仮定して算出しました。
99	高齢期	【一部再掲】 低栄養(BMI20以下)の65歳以上の者の割合	25.0% (R4)	県民栄養調査	19% (R17)	65歳以上の者でBMIが20以下の者の割合を確認した。	高齢期においては肥満よりもやせの死亡率が高いことがわかっています。BMI20以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受け、65歳以上で年齢の上昇に伴い増加することから、65歳以上の低栄養の者の割合の減少を目標に設定しました。 目標値は、健康日本21(第三次)と同様の減少率を達成すると仮定して、25*(13/16.8)で算出し、覚えやすくわかりやすい値にしました。
100	高齢期	【一部再掲】 一日の歩数の平均値の増加(65歳以上)	5,006歩 (R4)	県民栄養調査	5,500歩 (R17)	歩数の65歳以上の平均値(R4人口で重み付けした値)を確認した。	歩数は疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の相関があることから、現状値+10%かつ分かりやすく覚えやすい値を目標値として設定しました。
101	高齢期	【一部再掲】 運動習慣者の割合の増加(65歳以上)	(参考値60歳以上) 24.3% (R4)	県民健康づくり実践状況調査	35% (R17)	国民健康・栄養調査と同様に今後確認していく予定 ※現状値の運動習慣あり者は「週2～3日以上かつ1回あたり30分以上かつ半年以上運動・スポーツを行ったと回答した者の割合」	運動についても疾病罹患率あるいは死亡率と明確な負の関係があることから、現状値+10%かつわかりやすく、覚えやすい目標値としました。
102	高齢期	【一部再掲】 足腰に痛みのある者の人数(人口千人あたり)(65歳以上)	232.9 (R4)	国民生活基礎調査	232.9 (R17)	国立保健医療科学院 歯科口腔保健の情報提供サイト(通称:歯ととサイト) Excel見える化国民生活基礎調査 (https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data5.html) から、「都道府県・性・年齢階級別健康票(大規模調査1998～2022)」データを取得した。	生活機能のなかでも移動機能は健康寿命の延伸の観点からも特に重要項目と考えられます。運動器の障害による疼痛があると、活動量が低下し、移動機能の低下を来します。運動器疼痛はロコモティブシンドローム(※、以下、ロコモ)発症や悪化の主要因のひとつとなっています。運動器疼痛の改善はロコモの減少に寄与すると考えられるほか、腰痛種や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性も示唆されていることから目標としました。高齢化が進行することを故横領すると、足腰の痛みのある者の割合は増加することから、現状値の維持を目指します。

103	高齢期	【一部再掲】 睡眠による休養を十分とれている者の割合の増加（60歳以上）	89.7% (R4) ※健康増進課再計算	県民健康づくり実践状況調査	90% (R17)	評価及び策定前年度に実施される県民健康づくり実践状況調査において、「睡眠によって休養が十分とれているか」という問いに対し（60～69歳、70～79歳、80歳以上の「とれている」＋「まあまあとれている」と回答した人数）／60～69歳、70～79歳、80歳以上の回答者数（無回答含む）＊100を確認した。 (56+78+39)+(151+124+37) / (235+220+86) ＊100で現状値を算出した。	睡眠によって休養感がとれていない者の割合は横ばいで推移している。質のよい睡眠をとることは心身の健康の保持増進において極めて重要であるので目標として設定しました。目標値は健康日本21（第三次）と同様に90%を目標としました。	
104	高齢期	【一部再掲】 いずれかの社会活動（就労・就学を含む）をおこなっている者の割合の増加（65歳以上）	なし	県民健康づくり実践状況調査	45% (R17)	国民健康・栄養調査と同様に確認予定	社会活動への参加は社会とつながるひとつの手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、県民に社会参加を促していくことは健康づくり対策においても重要です。これまで、健康づくりに関連した社会活動への参加を目標としていましたが、健康目的に特化しないさまざまな社会活動への参加もきっかけとして健康増進につながる事が明らかになっています。また、高齢者においては、社会参加や就労が健康増進につながる事が示されており、年数回の社会参加でも死亡リスクや要介護リスクが低下するという報告もあります。このことから、就労・就学も含め、エビデンスの確立したさまざまな社会活動への参加を推進していく必要があり、新たに目標に設定しました。 目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。 現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。	本県の65歳以上の就労者割合は30.7%（R4就業基本構造調査）
105	高齢期	【一部再掲】 地域などで共食している者の割合の増加（65歳以上）	なし	県民健康づくり実践状況調査	30% (R17)	国民健康・栄養調査の質問表と同様に確認していく。	共食には、コミュニケーションの増加や食事がおいしく感じられるなどのメリットがあります。一方で、近年、高齢者のひとり暮らし、ひとり親世帯などが増加する中、さまざまな家庭環境や生活の多様化により、家庭での共食が難しい人も増えている。そのため、地域や職場等、所属するコミュニティを通じて、さまざまな人と共食する機会を持つことが重要と考え、新たに目標として設定しました。 目標値は、現状値が算出できていないことから、健康日本21（第三次）と同様としました。	
106	高齢期	【一部再掲】 収縮期血圧の平均値の減少（65～69歳）	男性135.0mmHg(R2)	NDBデータ	男性132.3mmHg (R17)	NDBオープンデータ「各項目の平均値都道府県別性年齢階級別分布」から各年の平均値を確認する。	目標値については、健康日本（第三次）より、食塩と身体活動・運動が血圧に与える影響が大きいことから、食塩摂取量及び歩数の目標値を達成した場合の収縮期血圧の平均値を算出した。-1g=-1mmHg、30分=-3mmHg（1,000歩=10分）であることから、男女とも-2.7mmHgとした。	
107	高齢期	【一部再掲】 収縮期血圧の平均値の減少（65～69歳）	女性131.8mmHg(R2)	NDBデータ	女性129.1mmHg (R17)			
108	高齢期	骨粗鬆症検診受診率	11.2% (R2)	骨粗鬆症財団報告	15% (R17)	公益財団法人骨粗鬆症財団ホームページ「調査・研究」＞「骨粗鬆症検診率」の「検診者数及び各都道府県の検診受診率」の値を問い合わせ確認した。 ( <a href="https://www.jpof.or.jp/research/kenshin.html">https://www.jpof.or.jp/research/kenshin.html</a> )	骨粗鬆症検診受診率の向上により、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考え、新たに目標値として設定しました。目標値は健康日本21（第三次）に準じて15.0%としました。	

	A 胎児期・乳幼児期（0～5歳）	B 学童期・思春期（6～18歳）	C 青年期（19～39歳）	D 壮年期（40～64歳）	E 高齢期（65歳以上）
栄養・食生活	<p>家庭での基本的な生活習慣の基礎を身に付ける</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・低出生体重児9.8%（R3人口動態統計）</li> <li>・20～30歳代女性のやせ18.4%（R4県民栄養調査）</li> </ul> <p>・「妊娠前から欠食をしており、異常者のうち貧血の者の割合が高い」という市町村もある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「調理技術が低下しており、離乳食づくりに苦慮している母もいる」</li> <li>・「給食で栄養のあるものを食べられる、と、朝食を欠食したり、夜は簡単なもので済ませる家庭もある」「幼児期になると保護者と同じ生活習慣となり、1日2食の人もいる」</li> <li>・保育園では「コロナ禍で黙食となり、残飯は少なくなったが、食事の楽しさを感じる場面が減少」</li> </ul>	<p>家庭や学校・地域が連携し、子どもの健康を守るとともに、健康的な生活習慣を確立する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝食摂取あり小学生90.3%、中学生84.0%、高校生80.2%（R4山梨県新体カテスト・健康実態調査）</li> <li>・朝食ひとり小学生11.0%、中学生29.0%、夕食ひとり小学生1.1%、中学生5.4%（R4子どもの食生活状況調査）</li> <li>・全国と比較すると肥満傾向児の出現割合が高く推移しており、特に男児が高い。（学校保健統計）</li> <li>・肥満傾向児割合＜現在、減量している者の割合となっており。特に高校生（女）でその傾向が大きい。また、「間食・夜食を食べない」という方法が多くなっている。（他世代は「活動量を増やす」が多い。）（R4子どもの食生活状況調査）</li> <li>・山梨県民の食塩摂取量が多いことを知っている中学生6.5%、高校生16.2%（R4子どもの食生活調査）</li> <li>・「保護者も同じ生活習慣であり、問題意識を感じてもらえず肥満解消に結び付けるのは難しい」</li> </ul>	<p>健康的な生活習慣を実践し、生活習慣病の発症を防ぐ 自分のストレス状態に早く気づき、ストレスを上手に解消する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主食・主菜・副菜のそろった食事をしていない者の割合20代2割・30代1割（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・朝食をほとんど毎日食べない者は20代が最多で20.4%、次いで30代18.1%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・塩分摂取量20代10.3g、30代9.6g（R4県民栄養調査）減塩の取組をしているのは3割程度（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・野菜摂取量が目標（350g）よりも100g以上少ない。（R4県民栄養調査）</li> <li>・夕飯一人で食べることが多いと回答した者の割合1割（II）</li> <li>・20代のやせ女性26.1%【再掲】（R4県民栄養調査）</li> </ul>	<p>健康的な生活習慣を保持するとともに、病気の早期発見・早期受診・受診継続に努める 自分のストレス状態に早く気づき、ストレスを上手に解消する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主食・主菜・副菜のそろった食事をしていない者の割合1割未満（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・朝食をほとんど食べない者の割合40代17.9%、50代12.1%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・塩分摂取量40代10.4g、50代10.5g（R4県民栄養調査）40代34%、50代53.5%が減塩をしている（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・夕飯を一人で食べることが多いと回答した者の割合40代12.8%、50代15.3%、60代15.7%（II）</li> <li>・夕飯一人で食べることが多いと回答した者の割合1割程度（第8回NDB）</li> </ul>	<p>健康的な生活習慣を保持するとともに、病気の早期発見・早期受診・受診継続に努める 身体能力を保ち、社会との交流の中で生きがいを持って暮らす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主食・主菜・副菜のそろった食事をしていない者の割合80代以上10.5%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・塩分摂取量60代11.4g、70歳以上11.0g（R4県民栄養調査）70～80代で減塩の取組をしているのは8割程度、60代は6割（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・夕飯を一人で食べることが多いと回答した者の割合80歳以上が最多で23.3%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・BMI20以下の高齢者の割合25.0%（※参考）（R4県民栄養調査）</li> </ul>
身体活動・運動		<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動やスポーツを習慣的に実施している子ども（5・6年生）の割合76.4%（R4山梨県新体カテスト・健康実態調査）</li> <li>・運動やスポーツクラブへの加入状況 中学生6～7割、小学生4～6割、高校生は男子5割、女子2.5割（R4子どもの食生活状況調査）</li> <li>・高校生では授業以外での運動をしない者の割合が男子2割、女子3.5割いる（II）</li> <li>・運動がすぎ・どちらかと言うとすぎな者の割合は小学校低学年は男女ともに9割だが、特に女子では年代が上がる程減少（II）</li> <li>・高校生男子は運動することがすぎ・どちらかと言うとすぎが9割であったが、授業以外でスポーツや運動をしている者の割合は6.5割に留まっている。（II）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣あり20代30.6%、30代22.4%。特に30～40代では半数以上がほとんどしない（R4健康づくり実践状況調査）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣あり40代22.4%、50代28.4%（R4健康づくり実践状況調査）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣あり（60歳以上）男性38.3%、女性37.6%（R4健康づくり実践状況調査）</li> <li>・歩数（65歳以上）男性5,095歩、女性4,588歩（R4県民栄養調査）</li> <li>・転倒リスクなし者27.0%（R3広域連合健康スコアリング）</li> <li>・転倒災害の約半数が60歳以上（山梨労働局転倒災害の状況）</li> </ul>
休養		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ひとり親家庭が増え、習い事へのお金や送迎のための時間を割けないのではないか」「送迎が負担となり、スポーツへの入団を断念することもある」「運動をする子としない子の二極化が進んでいる」</li> <li>・少子化により学校が統廃合され、「スクールバスや保護者の送迎で登下校をする児の割合が増えた」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠時間は年々減少（20歳以上の全て）（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・週労働時間60時間以上の者の割合は11.3%（H29就業構造基本調査）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠時間は年々減少（20歳以上の全て）（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・週労働時間60時間以上の者の割合は11.3%（H29就業構造基本調査）</li> <li>・睡眠による休養感あり約6割で全国より低い（第8回NDB）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60代以上で睡眠により休養が十分とれている者の割合が、65歳以上で特に全国よりも低い割合となっている（第7回NDBデータ）</li> </ul>
社会とのつながり・こころ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「男性の育児休業が増えたが、（母の負担軽減は）一時的である」</li> <li>・育てにくさを感じたときに対処できる親の割合75.1%（R2母子保健課調査）</li> <li>・この地域で子育てをしたいと思う親の割合95.5%（R2母子保健課調査）</li> <li>・産後ケア事業の利用率7.3%（利用者数/出生数）（R4宿泊型産後ケア事業利用状況調査）</li> </ul> <p>・（愛育班での訪問等）「共働き世帯が増え、日中は会えない人が多い」「保育園と密に連絡をとっている親が多い」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「コロナ禍で院内の母親学級等が中止」「コロナ禍で愛育祭りが中止」コロナ禍で人との交流の機会が減少</li> <li>・「生活基盤が不安定な状態での結婚が増えた印象」「母親が安心して子育てができないと、子どものこころや発達にも悪影響を及ぼしている」</li> <li>・「0歳児がスマホを持っている。スマホ育児」「ネットの情報に振り回され、育児不安が大きくなっている人がいる」「困ったことはスマホで調べる（他人には聞かない）」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ゲーム時間やスクリーンタイムが増加」「友達との共通話題がゲームの内容」</li> <li>・「両親が忙しく、地域のイベントに参加できないことがある」</li> <li>・「コロナ禍においては、子ども同士の交流も制限された」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イライラしたり、ストレスで精神的な疲れをいつも感じている者の割合は、20代16.7%、30代16.4%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・ストレスを上手に発散している者の割合は、20代で最も高く67.0%、30代55.7%（II）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イライラしたり、ストレスで精神的な疲れをいつも感じている者の割合は、40代17.9%、50代17.2%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・ストレスを上手に発散している者の割合は、40代53.1%で最低 50代58.9% 60代54.1%（II）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会参加リスクなし71.6%（R3広域連合健康スコアリング）</li> <li>・全市町村に通いの場あり。活動内容は体操が最多で44.8%、趣味活動20.5%、茶話会15.8%と続いている。女性の参加者が84%と高く、75歳以上の者の割合が68.4%と高い。（R3介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査）</li> </ul>
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦の喫煙率1.8%（R3母子保健事業報告）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙率0～1%程度（R4子どもの食生活状況調査）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙率10%前後（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・喫煙者のうち約7割が20代前半で吸うようになったと回答（II）</li> <li>・喫煙の正しい知識を学習したことある 20代54.6%で最多 30代44.0%（II）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40代、50代では喫煙率が2割を超えている。（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・喫煙の正しい知識を学習したことある 40・50代32.1%で最多 60代21.3%（II）</li> <li>・やまなし健康経営優良企業では、喫煙率低下を目標に健康づくりに取り組んでいる事業所が複数ある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙の正しい知識を学習したことある 60代21.3% 70代19.1% 80歳以上17.4%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・喫煙リスクなし者71.6%（R3広域連合健康スコアリング）</li> </ul>

飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦の飲酒0.8%（R3母子保健事業報告）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒率1～2%程度（R4子どもの食生活状況調査）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコールについての正しい知識を知っている者の割合20代半数、30代3割（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（20歳以上全て）男12.3% 女11.6%11.6%（Ⅱ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコールについての正しい知識を学んでいる1～2割程度（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（20歳以上全て）男12.3% 女11.6%（Ⅱ）</li> </ul>	
歯・口腔の健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1歳6歳児の仕上げ磨きをする親の割合70%、むし歯のない3歳児87.6%、全く治療していない3歳児割合9.3%（R3母子保健事業報告）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・むし歯のない12歳児割合が67.5%に増加。それに伴い、12歳・17歳歯肉所見あり者も増加。（R3学校保健統計）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20代における歯肉炎所見あり者36.1%に増加（R4県民健康づくり実践状況）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40代歯周病罹患割合57.9%（R4歯科疾患実態調査）</li> <li>・60歳で24本以上自分の歯を有する者80.1%、未処置歯あり者20.6%（Ⅱ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60代における咀嚼良好者73.6%（R4県民健康づくり実践状況調査）</li> <li>・80歳で20歯以上自分の歯を有する者61.1%（R4歯科疾患実態調査）</li> <li>・口腔リスクなし者60.5%（R3年度広域連合健康スコアリング）</li> </ul>
健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳幼児健診の未受診率 1歳6か月児1.7% 3歳児1.9%（R4母子保健事業報告）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「コロナ禍で歯磨きが実施できないことがあった」（一部の園や学校）</li> <li>・歯科健診が中止され、口腔内を確認できる機会が減少</li> <li>・「歯磨き指導は各園・学校の判断によりばらつきがあり、取組に限界あり」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ネットや脱毛サロンなどでホワイトニングをしている者がいる。歯の見た目を気にする人は増えたが、歯や歯茎の健康状態を意識する人は増えていない。</li> <li>・制度の狭間であり、口腔環境が悪化しても気づきにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診率61.6%、特定保健指導26.9%で、いずれも全国よりも高い値で推移している。動機付け支援の実施率は全国よりも高いが、積極的支援実施率は全国と同水準。（R3厚生労働省データ）</li> <li>・血圧有所見者割合が全国平均よりも高い。LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合が男女とも12%程度で全国よりも高い。（NDBデータ）</li> <li>・HbA1cが正常値よりも少し高めの人割合が全国と比較して非常に多い（HbA1c5.6以上の者の割合が全国よりも13.9ポイント高い。）HbA1c8.4%以上の者の割合が55～59歳で最も高く1.56%（第7回NDBデータ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診率15.0%（R3広域連合健康スコアリング）</li> <li>・血圧リスクあり49.0%、脂質リスクあり21.9%（Ⅱ）</li> <li>・65～74歳収縮期血圧・拡張期血圧ともに全国よりも高い値で推移（NDBデータ）</li> <li>・HbA1c6.5%以上の者の割合が全国よりも高く、65～69歳11.8%、70～74歳13.7%（第8回NDBデータ）</li> <li>・HbA1c8.4%以上の者の割合は全国より低く、1%を下回っている。（第8回NDBデータ）</li> </ul>
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「健診は”呼ばれたから来た”という考えで、子育ての悩みや困りごとの相談等、支援者の介入を望んでいない。保健師の気になる点について母親と共通認識を持つのが難しいことがある」「困ったことはスマホで調べる（他人には聞かない）【再掲】」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「家庭や仕事に偏りがちで、健康のことはあまり気にしていない」「中小企業はひとりが何役もの仕事を担っており、組織的な健康づくりを行うことが難しい」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「40代からの働き盛り世代で受診率が低い」「被扶養者への健診アプローチが不十分」</li> <li>・「健診結果を見ない人もおり、通知をしても反応がない」「来る人はリピーターが多い」</li> <li>・「仕事が忙しいことを理由に面談を断る事業所も多い」「事業所に勤務している人は健診を受けているが保健指導は個人任せ」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～59歳の高血圧性疾患の一人あたり医療費が全国の同年代よりも高く、受診率・一日あたり医療費が高い（R2診療分NDBデータ）</li> <li>・糖尿病の受診率は男性40代後半から、女性50代後半から増加している（Ⅱ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すでに医療機関にかかっているため、健診に来ない人が多い。</li> <li>・「後期高齢者になってからの疾患管理には限界がある」</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「妊娠届出時点で、メンタル疾患ありの親が増えた印象」</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・「（循環器疾患や糖尿病）治療を自己中断し、残念な結果（重症）になっている人が多い」</li> <li>・「血糖コントロール目標値より”ちょっと”高めて推移している間に、合併症の発症リスクを高めている」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・透折導入年齢70.4歳（日本透析学会）糖尿病性腎症が最も多いが、近年、腎硬化症が増加傾向</li> <li>・外来医療費割合が最も高いのはその他の心疾患、次いで、腎疾患、糖尿病と続いている（R3広域連合健康スコアリング）</li> <li>・医療費データ高血圧性疾患の一日あたり医療費が高い傾向（R2診療分NDBデータ）</li> <li>・75～89歳で全国よりも脳梗塞の受診率が高い（Ⅱ）</li> <li>・80代後半から特に女性の骨折の一人あたり医療費が増加し、全国よりも高い年代が多い（Ⅱ）</li> <li>・入院医療費割合が最も高いのは骨折で、次いでその他の心疾患、その他の筋骨格系及び結合組織の疾患となっている（R3広域連合健康スコアリング）</li> </ul>
死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新生児死亡 出生千対0.6（R3人口動態統計）</li> <li>・乳児死亡 出生千対1.0（Ⅱ）</li> <li>・1～9歳児死亡数2名（R3人口動態統計）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10～19歳 自殺5名（83.3%）（R3人口動態統計）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20～29歳 自殺22名（56.4%）（R3人口動態統計）</li> <li>・30～39歳 自殺11名（25.0%）、悪性新生物8名（18.2%）（Ⅱ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～49歳 悪性新生物31名（32.6%）、心・脳血管疾患17名（17.9%）（R3人口動態統計）</li> <li>・50～59歳 悪性新生物39.4%、心・脳血管疾患15.5%（Ⅱ）</li> <li>・60～69歳 悪性新生物43.2%、心・脳血管疾患16.4%（Ⅱ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定率…要支援1～要介護2の年齢調整認定率が8.1%の割合が全国（12.1%）よりも低く、要介護3～5は6.5%で全国（6.4%）を上回っている。（R元年健康長寿やまなしプランから）</li> <li>・介護認定を受けている者のうち、心疾患を持つ者が最多。次いで、骨・関節系疾患（R4山梨の国保と後期と介護）</li> <li>・周囲に迷惑をかけたくないという思いが強く、介護保険サービス等への利用へ抵抗がある</li> <li>・60～69歳 悪性新生物43.2%、心・脳血管疾患16.4%（R3人口動態統計）</li> <li>・70～79歳 悪性新生物40.4%、心・脳血管疾患17.2%（Ⅱ）</li> <li>・80歳以上 心・脳血管疾患23.9%、悪性新生物18.8%、老衰15.3%（Ⅱ）</li> <li>・80歳以上の自殺の6割は孤立が要因（自殺の調査）</li> </ul>
健康課題	<p>#心理的安全に安全な環境で子育てができる環境づくりが必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や地域のサポートが十分に得られず妊産婦のメンタルヘルスの負荷が大きい</li> <li>・本人+社会全体に対して、自分・パートナー・新しい命を大切に意識を育てていく（ジェンダーを平等にする）ことが大切。心身のケア（健康づくり）についても学んでいく。</li> </ul>	<p>#多様な運動が不十分で、運動習慣の定着や身体活動量に影響を及ぼしている（競技スポーツ以外の場や、通学等の日々の活動を通じた身体活動が必要）</p> <p>#親世代の健康観やライフスタイルが、子どもの規則正しい生活や社会性の獲得等に関連しており、健やかな子どもの育成に影響を及ぼしている</p>	<p>#さまざまなライフイベント（進学や就職、結婚、出産など）により生活スタイルが変わり、健康の優先度が低く、また健康づくり施策に触れる機会が少なく、心身の健康が乱れやすい（歯も含む）</p> <p>朝食欠食・簡単な調理→食事バランス悪い・塩分多い・野菜少ない、運動習慣なし、歯肉所見あり、自殺割合など健康よりも目先の家庭や仕事が優先度が高い、学校で勉強したことは認知が高いが制度の狭間でその後のフォローができていない</p>	<p>#高血圧有所見者割合やHbA1cが正常値よりも高めの人割合が全国よりも高く、好ましくない生活習慣の継続や疾病管理不良（治療中断やコントロール不良）等により、症状が重症化している。</p> <p>#保険者や自治体の取組が届かず、特に中小企業では健康管理が必ずしも徹底できておらず、さらなる取組強化が必要</p> <p>#運動習慣が少なく、筋力低下や骨・関節系疾患に結び付くこともあり、労働にも影響を与えることもある</p>	<p>#これまで運動習慣がないことに加え、食事の質（食事内容、孤食）が低下し、フレイルリスクを高めている</p> <p>#好ましくない生活習慣の継続や疾病コントロール不良等により、高血圧の有所見者割合が高く、循環器疾患の発症・重症化や透折導入リスクを高めており、QOLに影響を及ぼしている</p> <p>#転倒・骨折を契機に、ADLが低下し、閉じこもりや要介護状態に影響を及ぼしている</p>

→プレコンクエアで思春期から未来の子どもを育てる

→親世代への支援を併せて行っていく

→大学や職場などとも協働し心身の健康増進

→若者世代のヘルスリテラシー向上も強化

→介護予防と健康づくりを一体的に実施



健やか山梨21（第3次）

令和6年3月

山梨県福祉保健部健康増進課