

健康いきいき21
ー健康しが推進プランー（第3次）
【原案】

令和5年（2023年）12月
滋賀県

目次

| | | |
|------------|---|-----------|
| 第1章 | はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1 |
| 1. | 計画の趣旨 | |
| 2. | 計画の位置づけ | |
| 3. | 計画期間 | |
| 4. | 連携体制など | |
| 第2章 | 県民の健康状況 ・・・・・・・・ | 3 |
| 1. | 人口構成の推移と高齢化 | |
| 2. | 医療費の状況 | |
| 3. | 平均寿命の状況 | |
| 4. | 健康寿命の状況 | |
| 5. | 死亡の状況 | |
| 6. | 介護の状況 | |
| 7. | 生活習慣病の状況 | |
| 8. | 生活習慣の状況 | |
| 第3章 | 計画の基本的な方向 ・・・・・・・・ | 29 |
| 1. | 基本理念 | |
| 2. | 基本的な方向 | |
| 第4章 | 施策の展開と目標 ・・・・・・・・ | 31 |
| 1. | 健康寿命の延伸と健康格差の縮小 | |
| 2. | 健康なひとづくり・・・・・・・・ | 32 |
| | [健康増進] | |
| | (1) 栄養・食生活 | |
| | (2) 身体活動・運動 | |
| | (3) 休養・睡眠 | |
| | (4) 喫煙 | |
| | (5) 飲酒 | |
| | (6) 歯・口腔の健康 | |
| | (7) 生活機能の維持・向上 | |
| | [個人の行動と健康状態の改善] | |
| | (1) がん | |
| | (2) 循環器病 | |
| | (3) 糖尿病 | |
| | (4) COPD（慢性閉塞性肺疾患） | |
| 3. | 健康なまちづくり・・・・・・・・ | 52 |
| | (1) 多様な社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上 | |
| | (2) 自然に健康になれる環境づくり | |
| | (3) 正しく知り、行動に繋がるように ICT 等を活用した情報発信 およびデータの見える化 | |
| 4. | みんなでつくろう「健康しが」の取組・・・・・・・・ | 55 |
| 第5章 | 計画の推進体制の整備 ・・・・・・・・ | 57 |
| 1. | それぞれの役割 | |
| 2. | 多様な分野における連携 | |
| 3. | 「女性の健康」ナショナルセンターとの連携 | |
| 4. | 正しい知識の普及・啓発 | |
| 5. | 計画の進行管理 | |

1 第1章 はじめに

2 1 計画の趣旨

3 人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で県民の健康課題も多様化してお
4 り「誰一人取り残さない健康づくり」が重要です。

5
6 本県は、平成13年(2001年)3月に「健康いきいき21-健康しが推進プラン-」
7 を策定し、以後、見直しを行いながら、健康寿命の延伸を目指し、県内の関係機関、
8 団体、市町の協力のもとに、県民の健康づくりを推進してきました。

9
10 厚生労働省が令和4年12月に発表した「令和2年都道府県別生命表」において、
11 本県の男性の平均寿命が前回(平成27年(2015年))に引き続き全国1位、女性の
12 平均寿命が前回4位から2位に上昇し、男女ともに長寿県になりました。

13
14 近年、平均寿命と健康寿命は着実に延伸していますが、一方で肥満などの指標が
15 悪化していることから、生活習慣の改善などさらなる健康寿命の延伸への取組が必
16 要です。また、新型コロナウイルス感染症の拡大により県民の生活が大きく影響を
17 受けたこともあり、生活習慣や働き方が多様化し、デジタルトランスフォーメーシ
18 ョンの推進が加速するなど、我々を取り巻く環境は大きく変化してきています。

19
20 このような中、県民が生涯を通じた健康づくりに取り組み、子どもから高齢者ま
21 で、誰もがいつまでも自分らしく活躍し、地域・社会の多様な支え合いのもと心身
22 の健康の保持増進の一層の推進が求められており、県民のさらなる健康寿命の延伸
23 を目指し、健康づくり施策の一層の充実を図るため、計画の改定を行うこととしま
24 した。

25 2 計画の位置づけ

26 この計画は、健康増進法第8条に規定する「都道府県の住民の健康の増進の推
27 進に関する施策についての基本的な計画(都道府県健康増進計画)」にあたるも
28 のであり、「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」およ
29 び「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」を
30 踏まえ、県民をはじめ、行政、関係団体、保険者、学校、企業などが一体となっ
31 て健康づくりに取り組むための具体的な目標を設定し、施策を定めています。

32
33 また、この計画は、「滋賀県基本構想」を上位計画とし、本県の保健医療計画、
34 医療費適正化計画などと整合性を図りながら一体的な事業の推進を行うものです。

35 3 計画期間

36
37 令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間としま
38 す。目標値については、健康日本21(第三次)を踏まえ、令和17年度(2035年
39 度)までの12年間とします。

4 連携体制など

(1) あらゆる分野との連携

健康寿命の延伸に向け、市町や地域団体、大学や企業、保険者、事業者団体等と協働し、健康づくり、生活習慣病対策、母子保健、女性の健康、精神保健、介護予防等の分野と連携を加速化します。

さらに、環境、文化、交通、観光、労働など滋賀を支えるあらゆる分野と「健康しが」の連携を促進します。

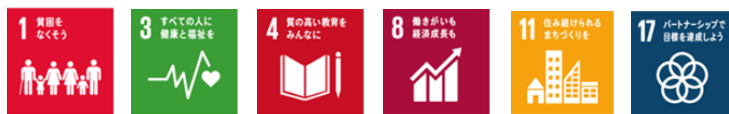


(2) SDGs および MLGs (マザーレイクゴールズ)の特徴を生かす

① SDGs

持続可能な開発目標 (SDGs) とは、平成 27 年 (2015 年)、国連サミットにおいて採択された、「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に掲げられたもので、令和 12 年 (2030 年) までによりよい世界を目指すために取り組むべき目標です。誰一人取り残さない持続可能な社会の実現のため、17 の目標と 169 のターゲットが定められています。本県は、持続可能な滋賀を実現するとともに、SDGs の達成を目指しています。

具体的には、以下のとおり、SDGs のゴール・ターゲットに貢献します。



② MLGs (マザーレイクゴールズ)

MLGs は、「琵琶湖」を切り口とした令和 12 年(2030 年)の持続可能社会への目標(ゴール)です。

MLGs は、琵琶湖版の SDGs として令和 12 年(2030 年)の環境と経済・社会活動をつなぐ健全な循環の構築に向け、独自に 13 のゴールを設定しています。

本県は、MLGs によって、琵琶湖の環境を守ろうと呼びかけるだけでなく、琵琶湖に映し出され、象徴される私たちの暮らしを持続可能なものにするにはどうすればいいか、と問いかけたいと思います。



1 第2章 県民の健康状況

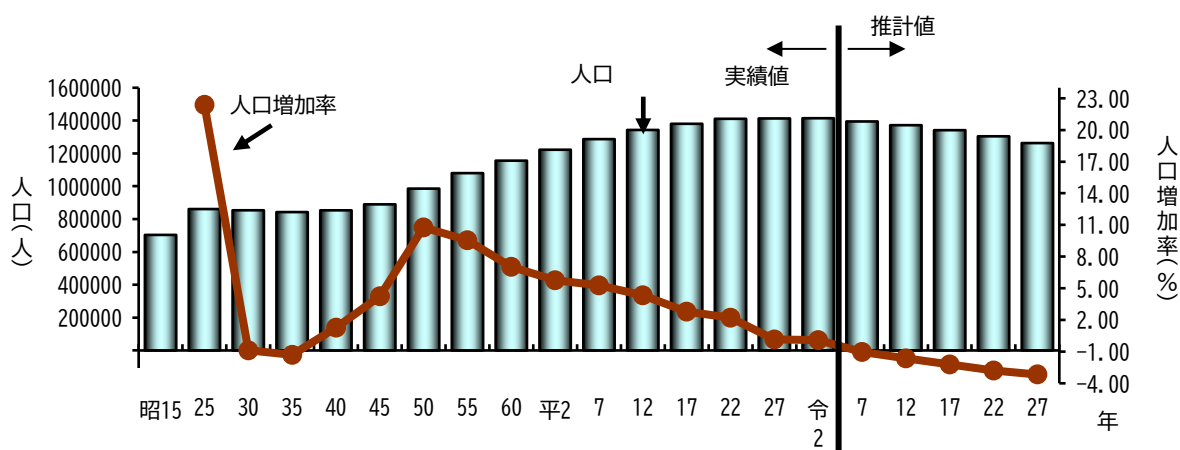
2 1 人口構成の推移と高齢化

3 滋賀県の人口は、令和2年（2020年）の国勢調査では、141万4,248人であり、
4 前回（平成27年（2015年））の国勢調査と比較すると、1,332人（0.1%）の増加にな
5 りましたが、その増加率は徐々に低下しています。

6 平成27年（2015年）人口を基準に推計された本県の将来推計人口は、令和27年
7 （2045年）には126万3千人となり、平成27年（2015年）の人口の約89%になる
8 と見込まれています。

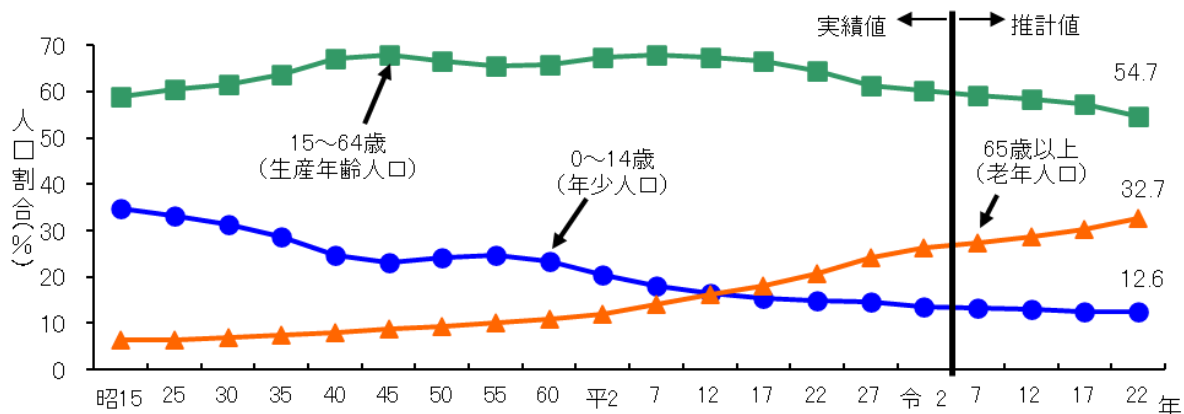
9 また、平成17年（2005年）から、65歳以上人口（高齢者人口）割合は、15歳未
10 満人口（年少人口）割合を上回っており、今後さらに高齢者人口割合は増加し、年
11 少人口割合は減少することが見込まれます。そして、令和22年（2040年）には、県
12 内のほとんどの市町において高齢化率が30%以上になると見込まれています。

13
14 図1 滋賀県の人口及び人口増加率の推移



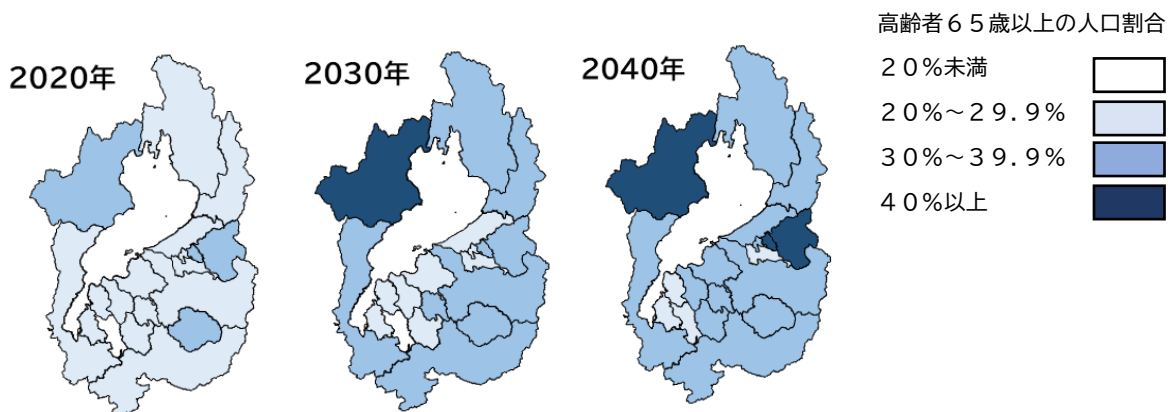
17
18
19
20
21
22
23
24
25 出典：「国勢調査」令和2年（2020年）（総務省）
26 「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

27
28 図2 滋賀県の年齢（3区分）別人口の割合の推移と将来推計



29 出典：「国勢調査」令和2年（2020年）（総務省）
「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

1 図3 県内市町高齢者 65 歳以上人口割合図(高齢化率)

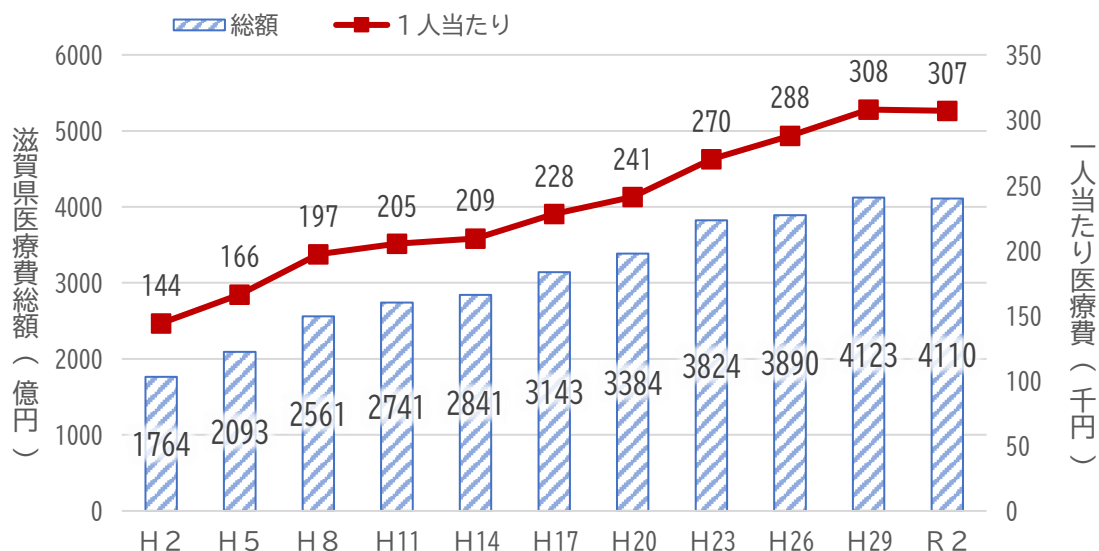


12 出典：「国勢調査」令和2年(2020年)(総務省)
13 「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

14
15
16 **2 医療費の状況**

17 高齢化や医療技術の進歩、がん・循環器疾患・糖尿病など生活習慣病の増加等
18 により、医療費は年々増加し、令和2年度(2020年度)で4,110億円に達していま
19 す。また、被保険者一人当たり医療費も増加傾向にあります。

20
21 図4 医療費の年次推移



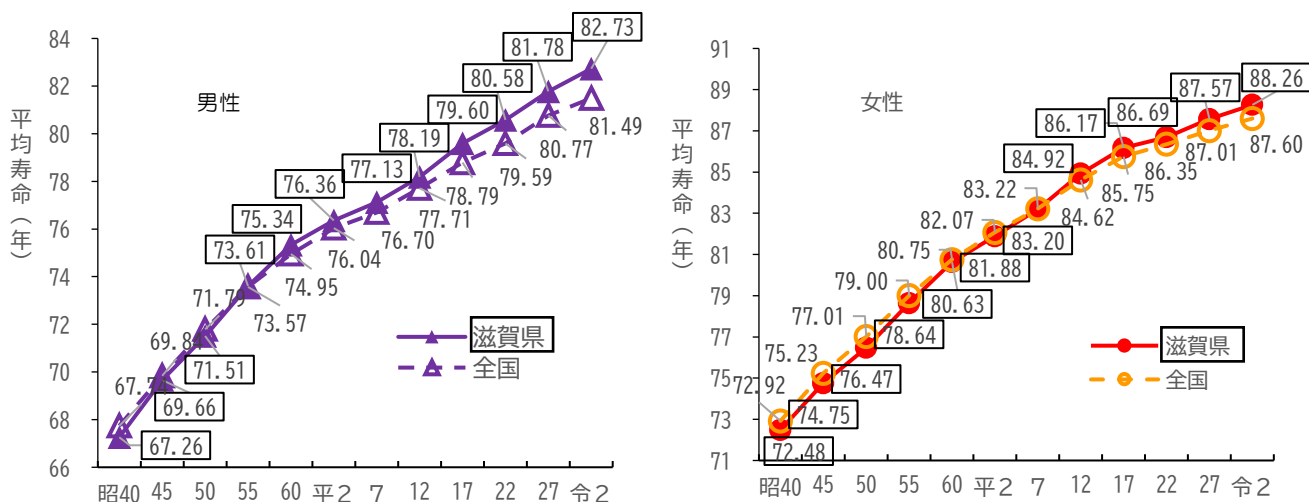
22 出典：厚生労働省「国民医療費」都道府県別医療費

23
24
25
26

3 平均寿命の状況

令和2年(2020年)の本県の平均寿命(0歳の平均余命)は、男性82.73年(全国81.49年)で全国1位、女性88.26年(全国87.60年)で全国2位となっています。

図4 平均寿命の推移



(出典) : 「令和2年(2020年)都道府県別生命表」(厚生労働省)

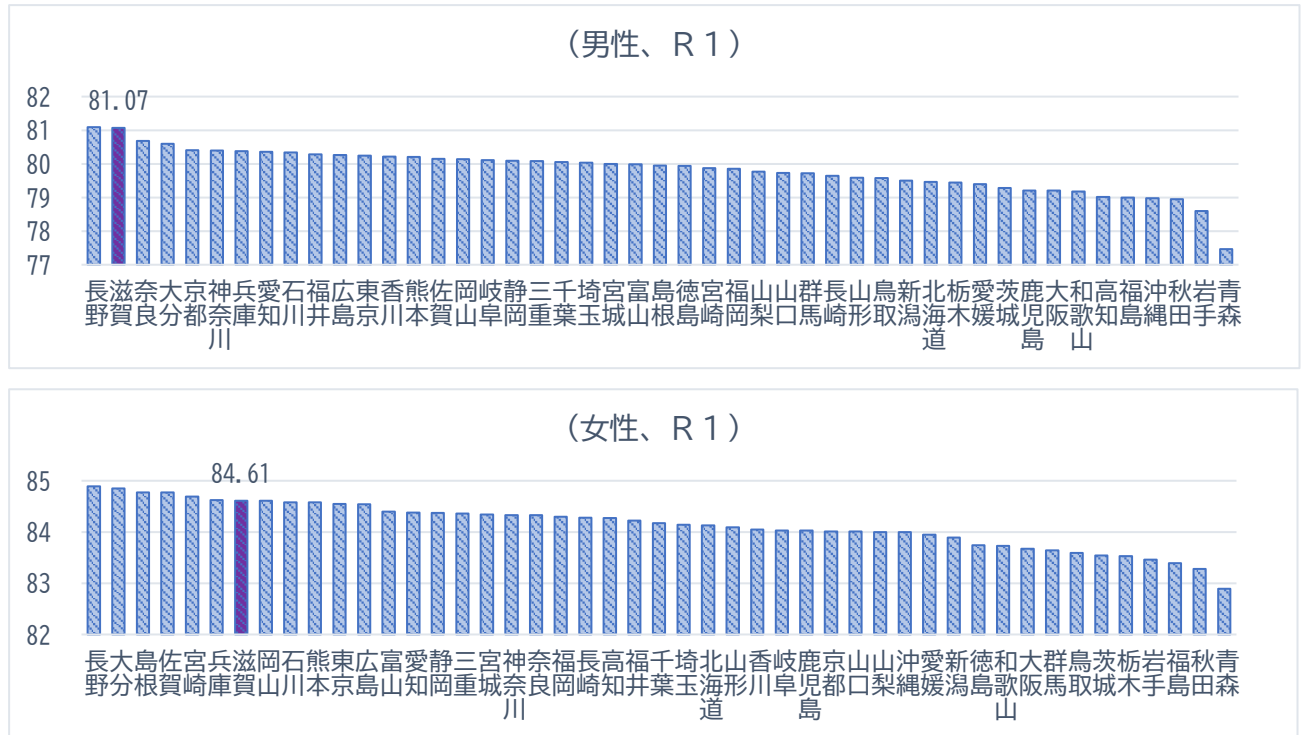
4 健康寿命の状況

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」(WHO 提唱)とされていますが、「健康」の定義の違いなどにより様々な算定方法があります。

厚生労働省「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」では、3年ごとに「客観的」と「主観的」の2つの健康寿命の指標を公表しています。本県の健康寿命については、客観的指標(日常生活動作が自立している期間の平均)は、令和元年(2019年)男性81.07年(全国79.91年)、女性84.61年(全国84.18年)となっており、主観的指標(日常生活に制限のない期間の平均)は、男性73.46年(全国72.68年)、女性74.44年(全国75.38年)となっています。

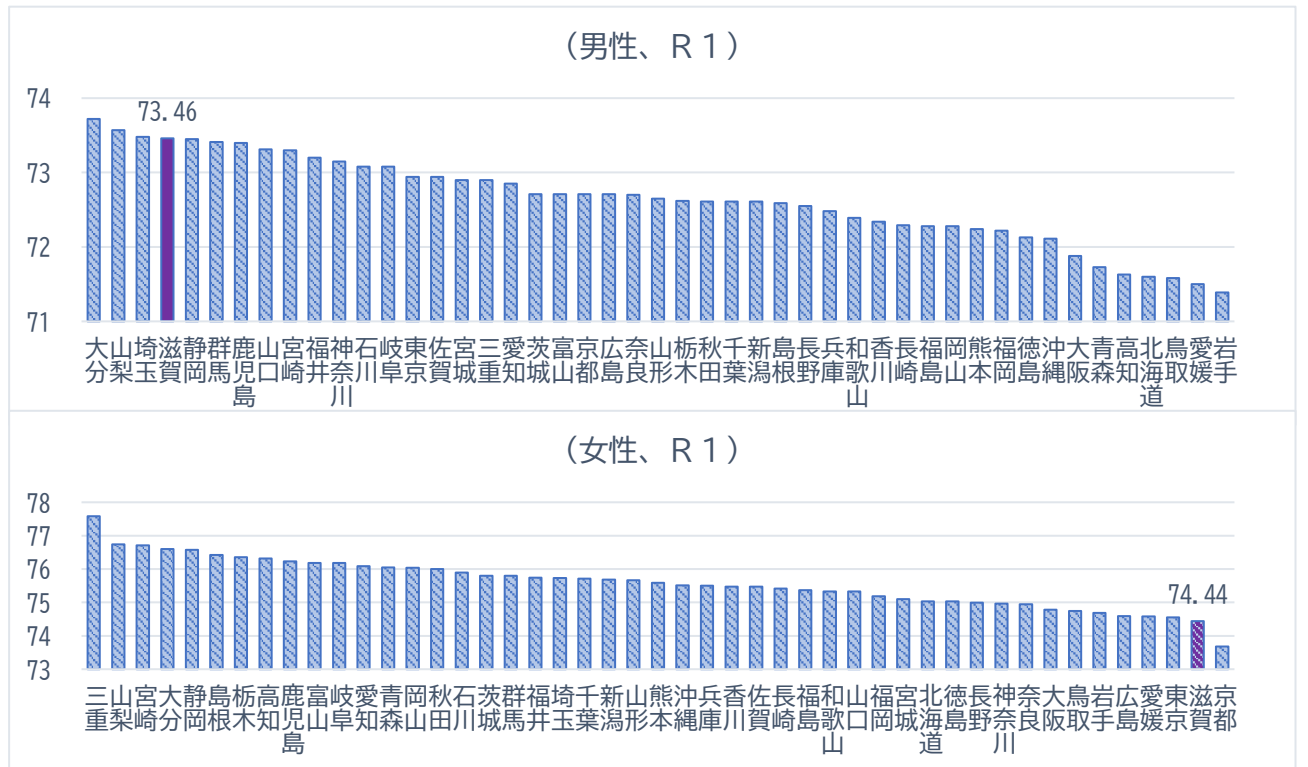
また、滋賀県衛生科学センターは、毎年度、本県の健康寿命について、客観的指標を算出しており、令和3年(2021年)は、男性81.19年、女性84.83年となっています。

図5 都道府県別健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均(年)）



(出典)：令和元年度厚生労働科学研究補助金健康日本 21（第二次）の推進に関する研究

図6 都道府県別健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均(年)）



(出典)：令和元年度厚生労働科学研究補助金健康日本 21（第二次）の推進に関する研究

1 図7 滋賀県と全国の健康寿命

| | | 健康寿命 (※1) | | 健康寿命(※2) | |
|----|-----|--------------------|---------|-----------------|----------|
| | | 日常生活動作が自立している期間の平均 | | 日常生活に制限のない期間の平均 | |
| | | 令和元年(2019年) | | 令和元年(2019年) | |
| 男性 | 全国 | 79.91 | | 72.68 | |
| | 滋賀県 | 81.07 | (全国第2位) | 73.46 | (全国第4位) |
| 女性 | 全国 | 84.18 | | 75.38 | |
| | 滋賀県 | 84.61 | (全国第7位) | 74.44 | (全国第46位) |

(出典) : 「健康日本 21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」 分担研究報告書

【健康寿命の算出方法について】

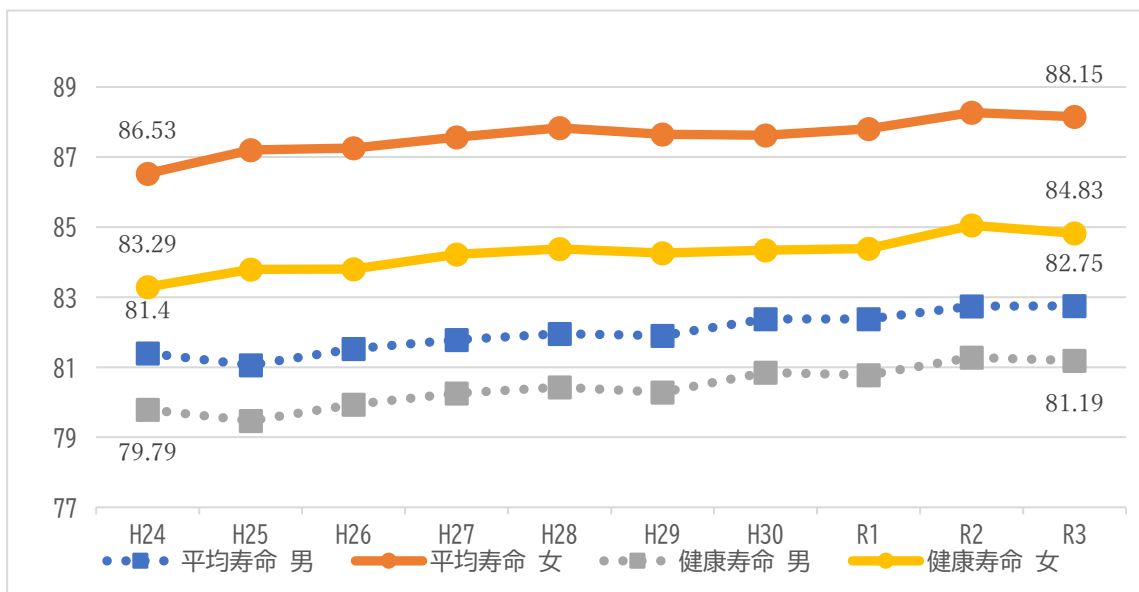
※1 「日常生活動作が自立している期間の平均」 (客観的指標)

介護保険の要介護2～5を不健康な状態と定義し、生命表とサリバン法を用いて算出している。

※2 「日常生活に制限のない期間の平均」 (主観的指標)

国民生活基礎調査の「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」の問いに対して「ある」と回答した者を不健康な状態と定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出している。国の健康日本 21(第3次)における健康寿命の指標として」用いられる。

17 図8 滋賀県の平均寿命および健康寿命 (平均自立期間) の推移



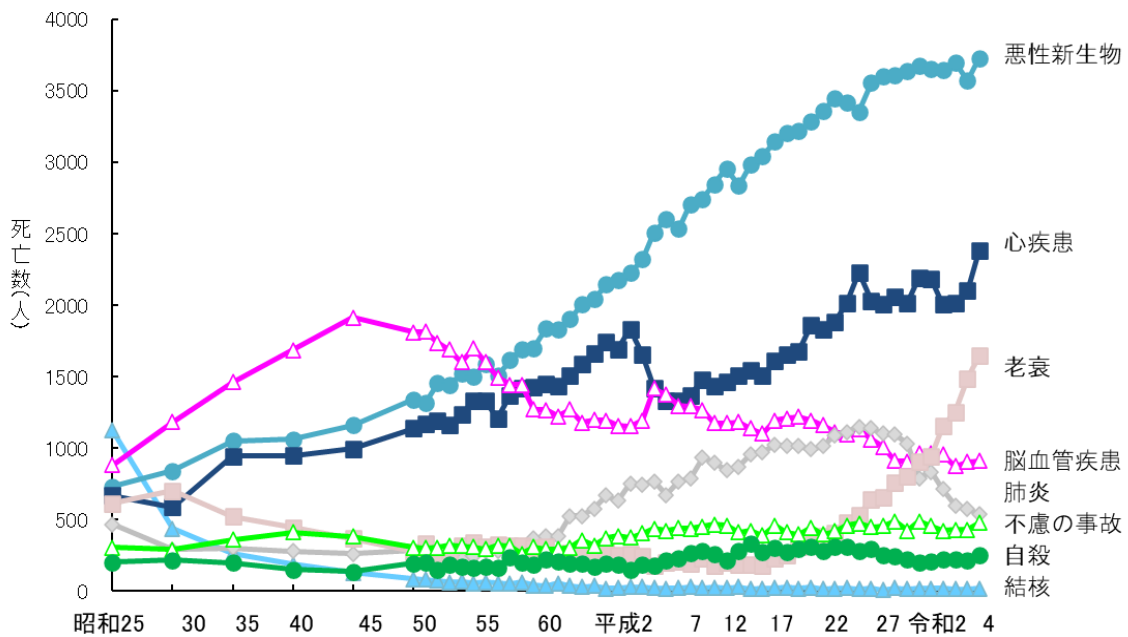
(出典) : 健康づくり支援資料集 (県衛生科学センター)

5 死亡の状況

(1) 主な死因の死亡数の推移

本県の悪性新生物（以下、「がん」という。）による死亡数は、昭和 57 年（1982 年）に死因順位第 1 位となり、現在もその状況が続いています。脳血管疾患による死亡数は、昭和 26 年（1951 年）に結核にかわって第 1 位となりましたが、昭和 60 年（1985 年）に心疾患を下回り、以後、横ばいから低下傾向です。また、老衰は、令和元年（2019 年）から肺炎を上回り第 3 位となっています。

図9 主な死因の死亡数の推移



出典：「人口動態統計」昭和 15 年（1940 年）～令和 4 年（2022 年）（厚生労働省）

注）平成 7 年（1995 年）に死因分類の改正等が行われたため、平成 7 年（1995 年）の死亡数に大幅な変化がみられるものがある。

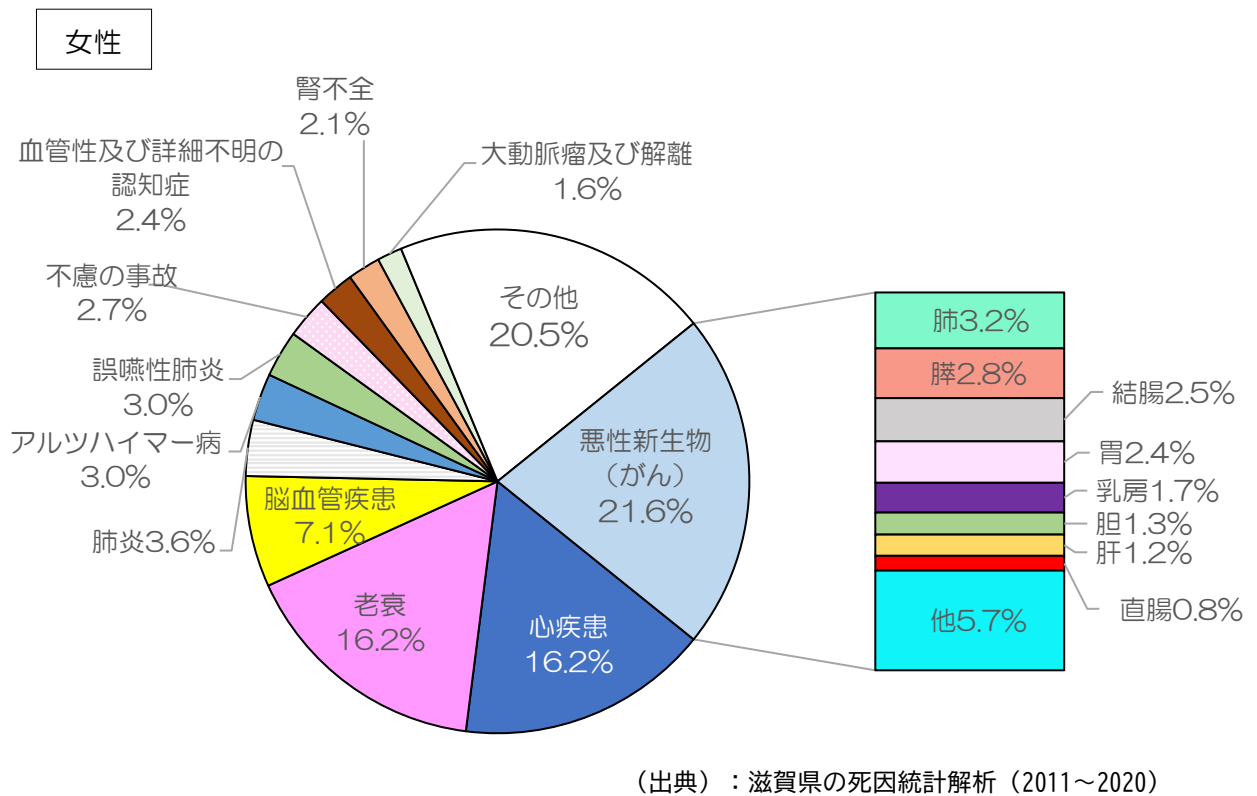
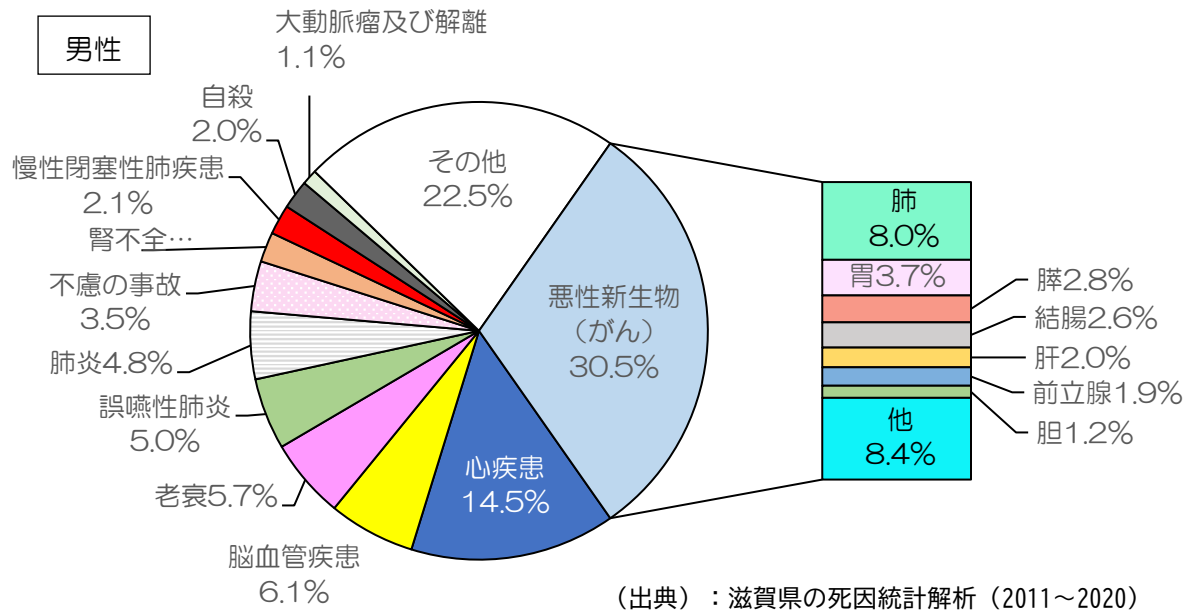
(2) 死因別死亡数の割合とがんの主な部位別死亡率の推移

男性の死因は、第 1 位がん、第 2 位心疾患、第 3 位脳血管疾患です。また女性の死因は、第 1 位がん、第 2 位心疾患、第 3 位老衰です。

全死因の中で、がんの構成割合は、男性 30.5%、女性 21.6%となっています。

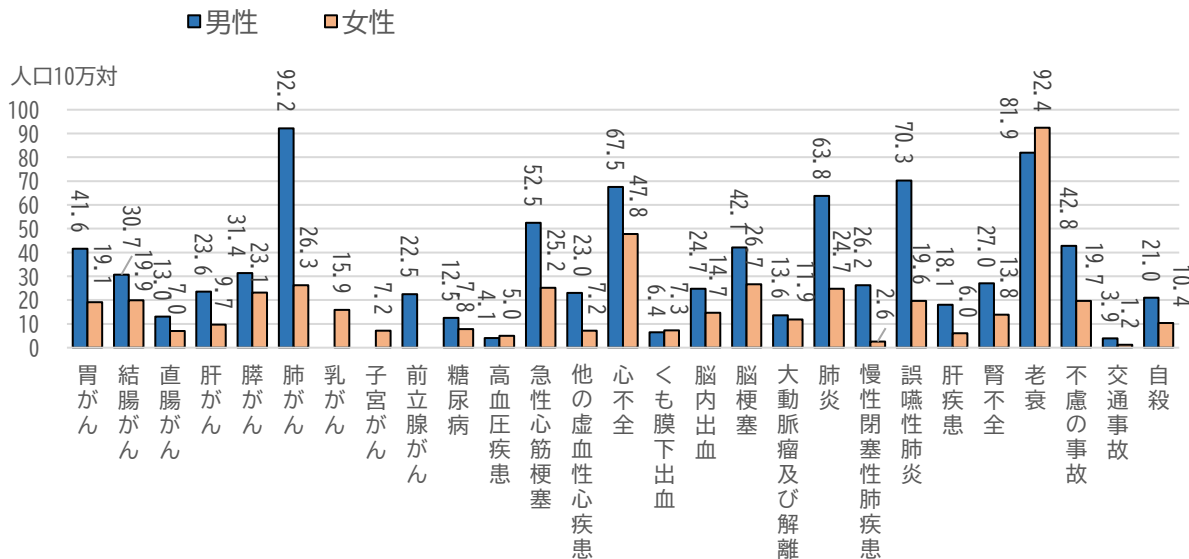
がんの中で、割合の高い部位は、男性では肺がん、胃がん、膵がんの順となっており、女性では大腸がん（結腸および直腸）、肺がん、膵がんとなっています。

図 10 死因別死亡数の割合（2021 年）



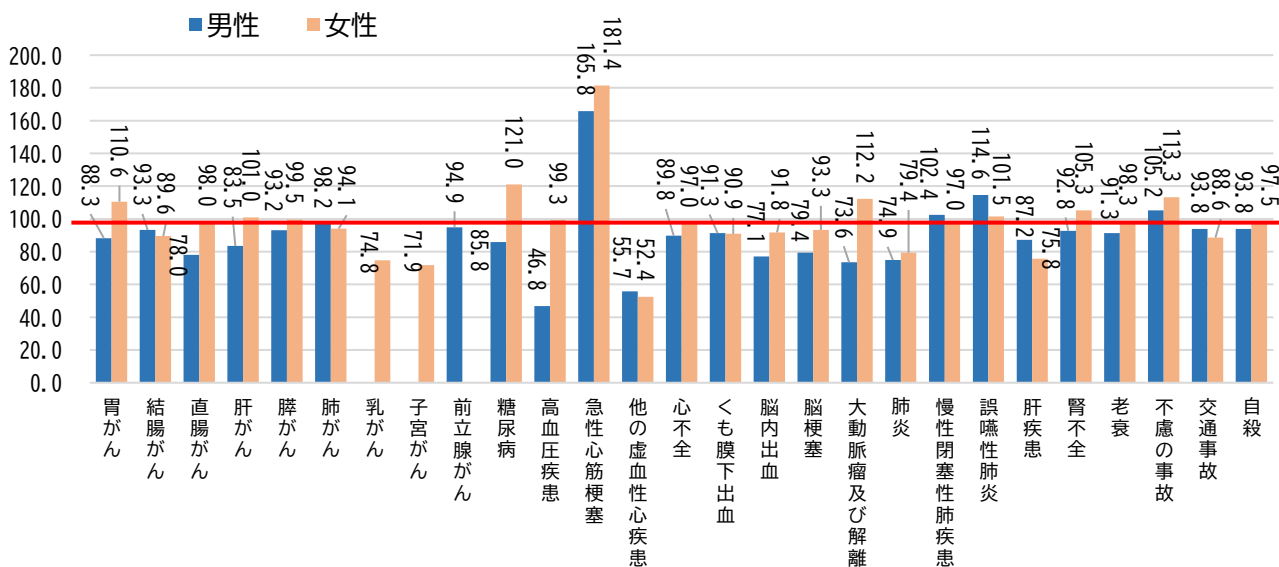
1 (3) 年齢調整死亡率 (DAR) および標準化死亡比 (SMR)

3 図 11 滋賀県の年齢調整死亡率 (2021 年)



18 (出典) : 滋賀県の死因統計解析 (2011~2020) (県衛生科学センター)

22 図 12 標準化死亡比 (2021 年)



38 (出典) : 滋賀県の死因統計解析 (2011~2020) (県衛生科学センター)

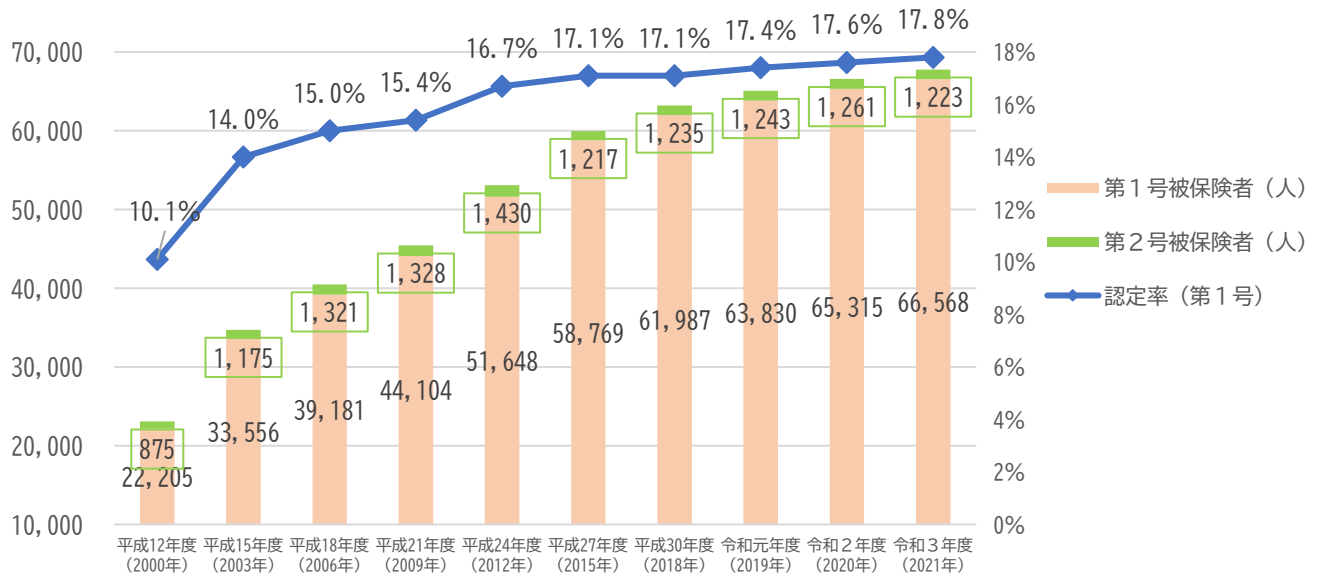
6 介護の状況

(1) 要介護認定者数の推移

要介護（要支援）認定者の総数（第1号被保険者＋第2号被保険者）は、令和3年度(2021年度)で67,791人と、平成12年度(2000年度)の制度創設時と比較して約2.9倍に増加しています。

65歳以上の第1号保険者の認定率は年々高まっていますが、全国平均(18.9%)との比較では、令和3年度(2021年度)で約1ポイント低い17.8%となっています。

図13 要介護（要支援）認定者数と認定率の推移

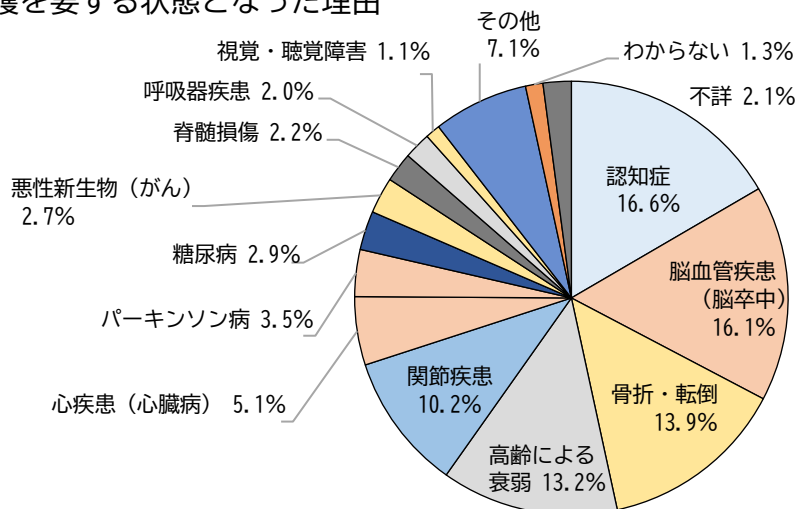


(出典)：介護保険事業状況報告(厚生労働省)

(2) 介護を要する状態となった理由

介護を要する状態になった理由として、最も多いのが認知症であり、次いで脳血管疾患、骨折・転倒の順になっています。

図14 介護を要する状態となった理由

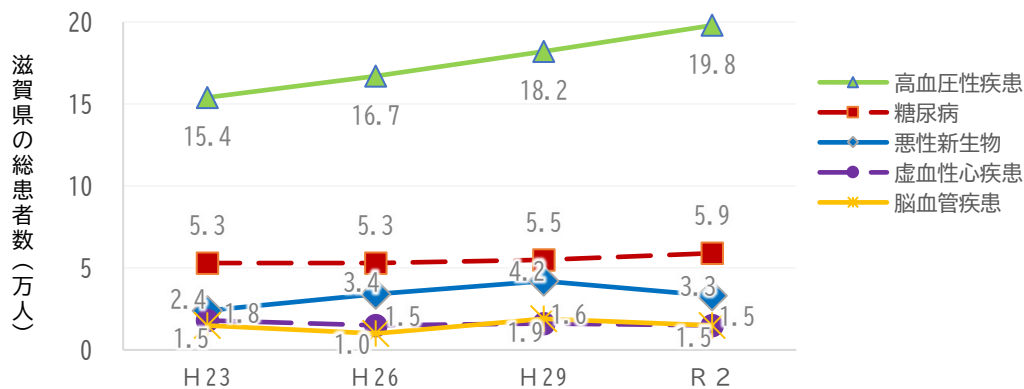


(出典)：令和4年 国民生活基礎調査(厚生労働省)

7 生活習慣病の状況

本県の生活習慣病の状況をみると、高血圧性疾患は年々増加しています。糖尿病の患者も増加傾向にあります。

図 15 滋賀県の生活習慣病の状況



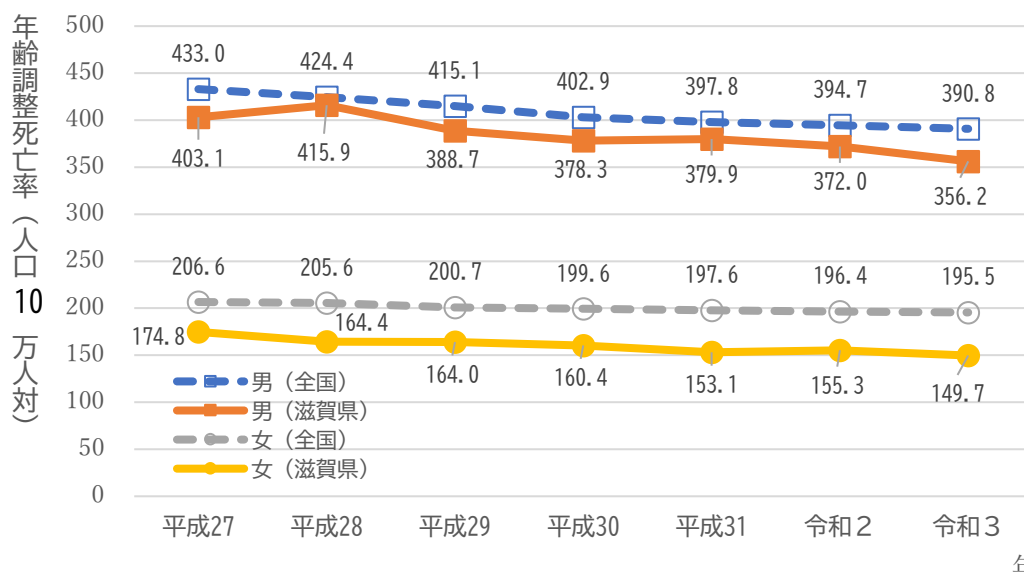
(出典・参考参照)：厚生労働省「患者調査」

ただし、平成 23～29 年の総患者数は、厚労省ホームページ掲載の参考値をもとに、新計数方法の近似値を滋賀県独自で算出したものです

(1) がん

令和 3 年(2021 年)の全がんの年齢調整死亡率は男性 356.2、女性 149.7 で、男女ともに全国よりも低い状況です。

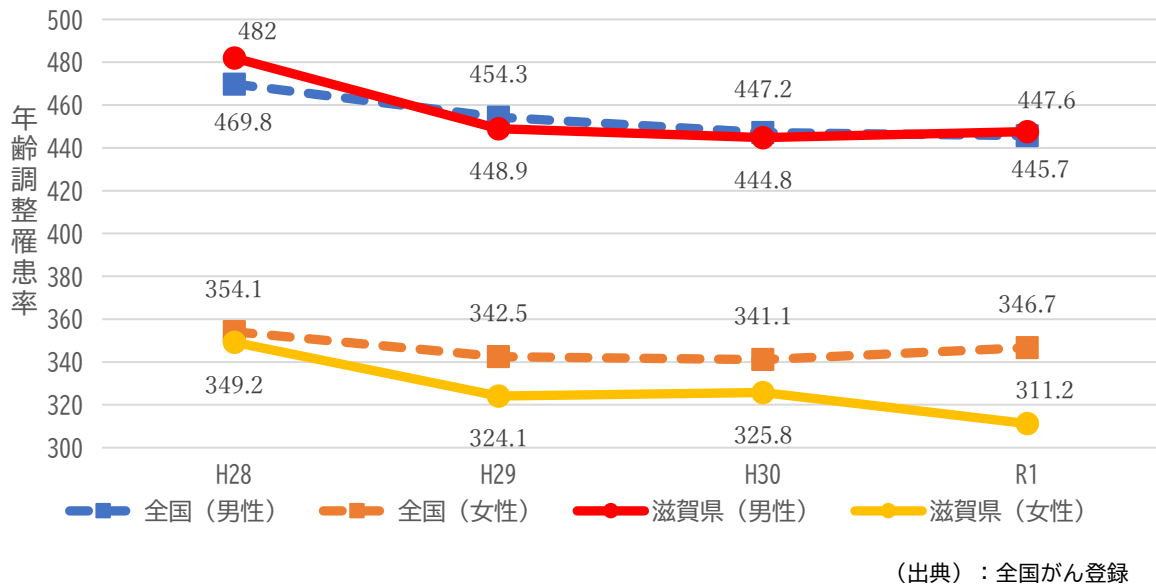
図 16 全がんの年齢調整死亡率(人口 10 万対)の年次推移



(出典)：滋賀県の死因統計解析(2011～2020) (県衛生科学センター)

1 令和元年(2019年)のがんの年齢調整罹患率は、男性 447.6、女性 311.2 で、
 2 女性は全国より低い状況です。

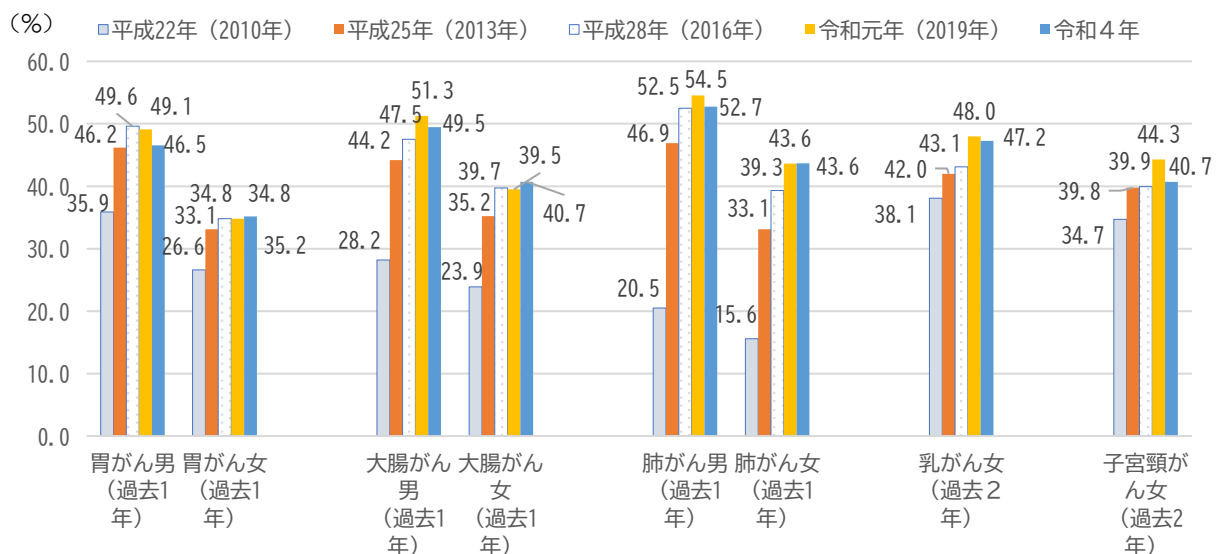
3
 4 図 17 がんの年齢調整罹患率（人口 10 万対）の年次推移



22 国民生活基礎調査の結果によると、令和元年度(2019年度)のがん検診の受診率では、男
 23 性女性ともに増加していましたが、令和4年度(2022年度)は減少しています。

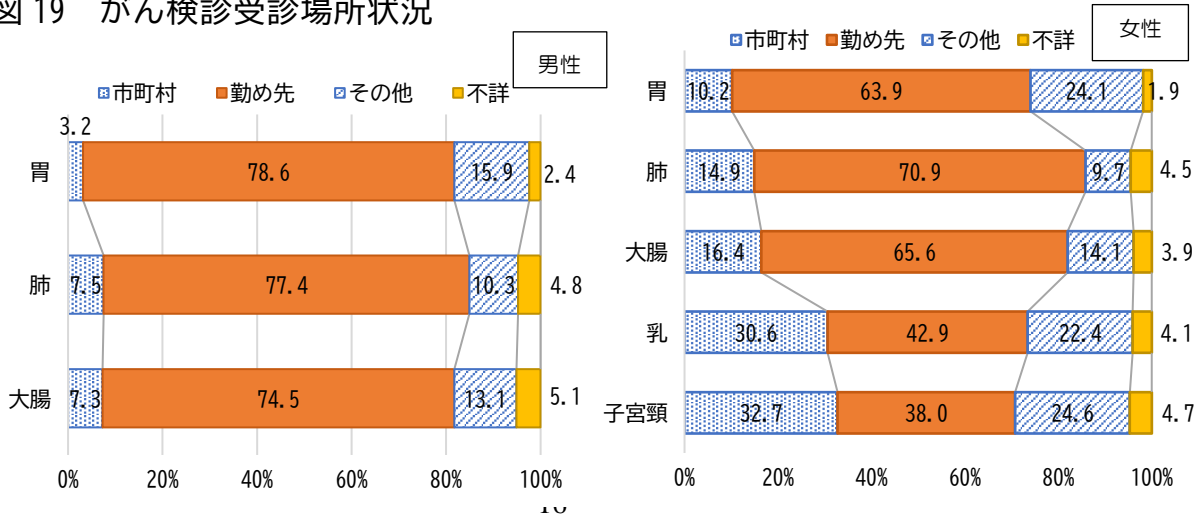
24
 25 図 18 がん検診受診率の推移

26 胃がん・肺がん・大腸がん(40歳～69歳・過去1年間)
 27 乳がん(40歳～69歳・過去2年間)、子宮(頸)がん(20歳～69歳・過去2年間)



1 がん検診受診場所については、胃がん、肺がん、大腸がん検診は勤め先による
 2 受診が50%を超えています。乳がん、子宮がん検診は市町やその他の場所による
 3 受診となっています。

5 図19 がん検診受診場所状況



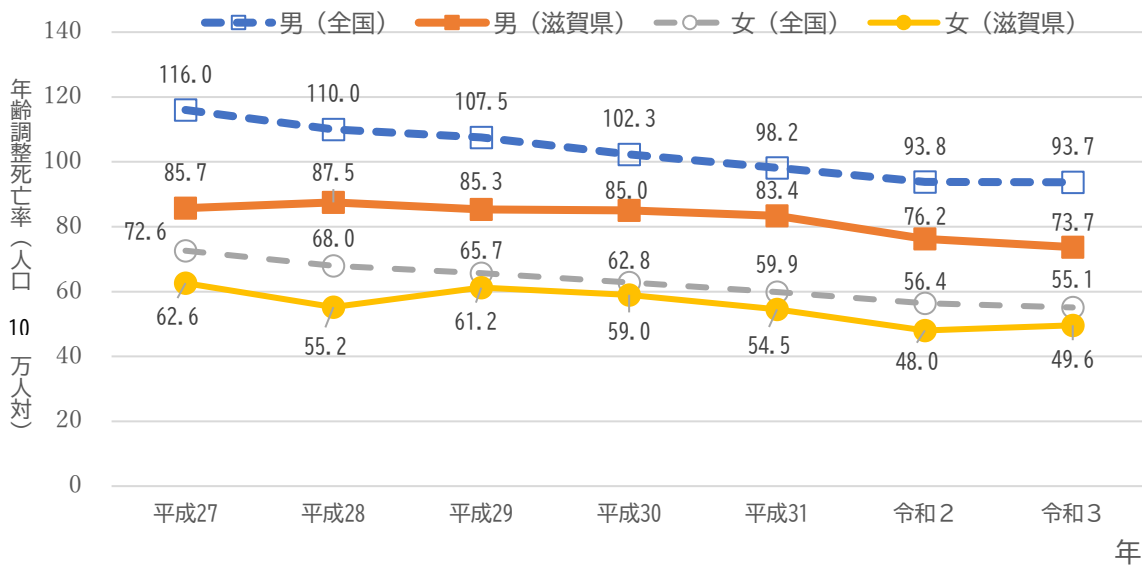
(出典)：令和4年度 国民生活基礎調査

17 (2) 循環器疾患

18 脳血管疾患の年齢調整死亡率は、令和3年(2021年)男性73.7(全国93.7)、女性
 19 49.6(全国55.1)であり、全国と比較すると低くなっています。

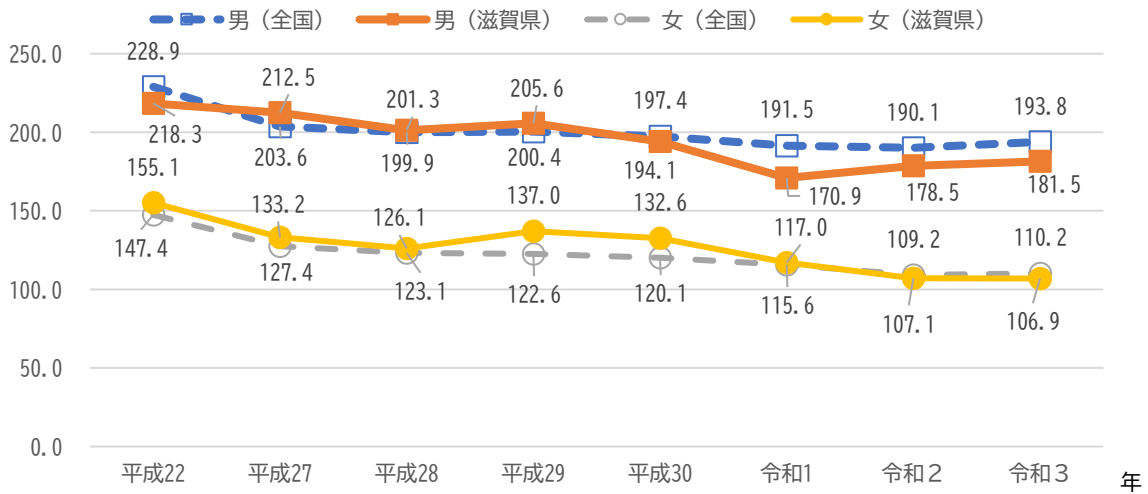
20 心疾患の年齢調整死亡率は、令和3年(2021年)男性181.5(全国193.8)、女性
 21 110.2(全国106.9)となっており、女性は減少傾向にあります。

22 図20 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)の年次推移



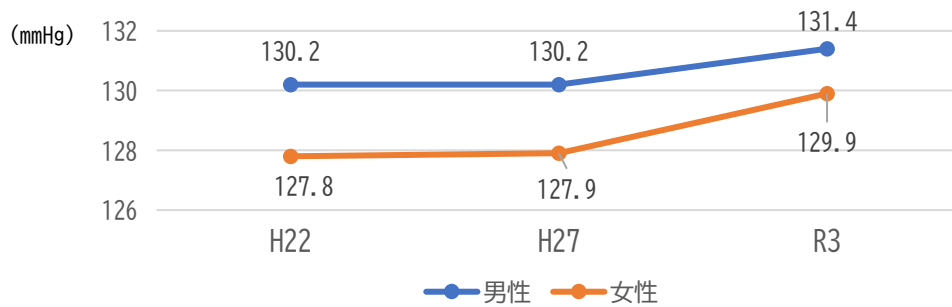
(出典)：滋賀県の死因統計解析(2011~2020)(県衛生科学センター)

1 図 21 心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の年次推移



(出典)：滋賀県の死因統計解析（2011～2020）

16 図 22 収縮期血圧の年次推移（収縮期血圧の平均値）

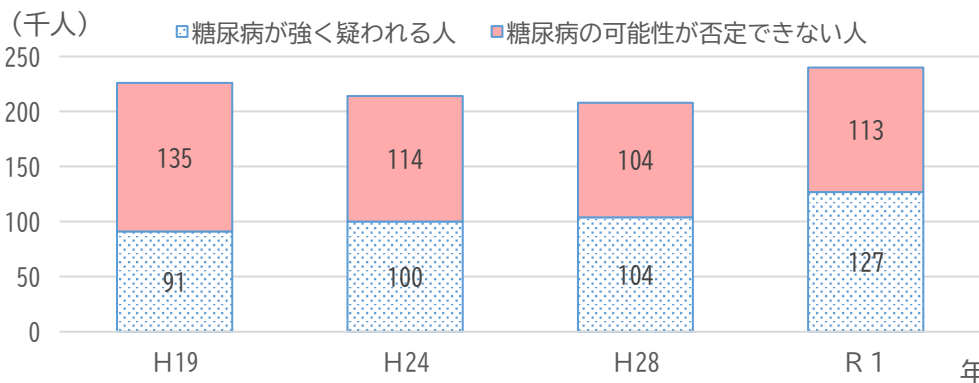


(出典)：「特定健康等データ管理システム」から県データ集計

26 (3) 糖尿病

27 糖尿病が強く疑われる人は、令和元年(2019年)では12万7千人で、平成19年
 28 (2007年)から増加傾向にあります。一方、糖尿病の可能性が否定できない人は、令
 29 和元年では11万3千人です。

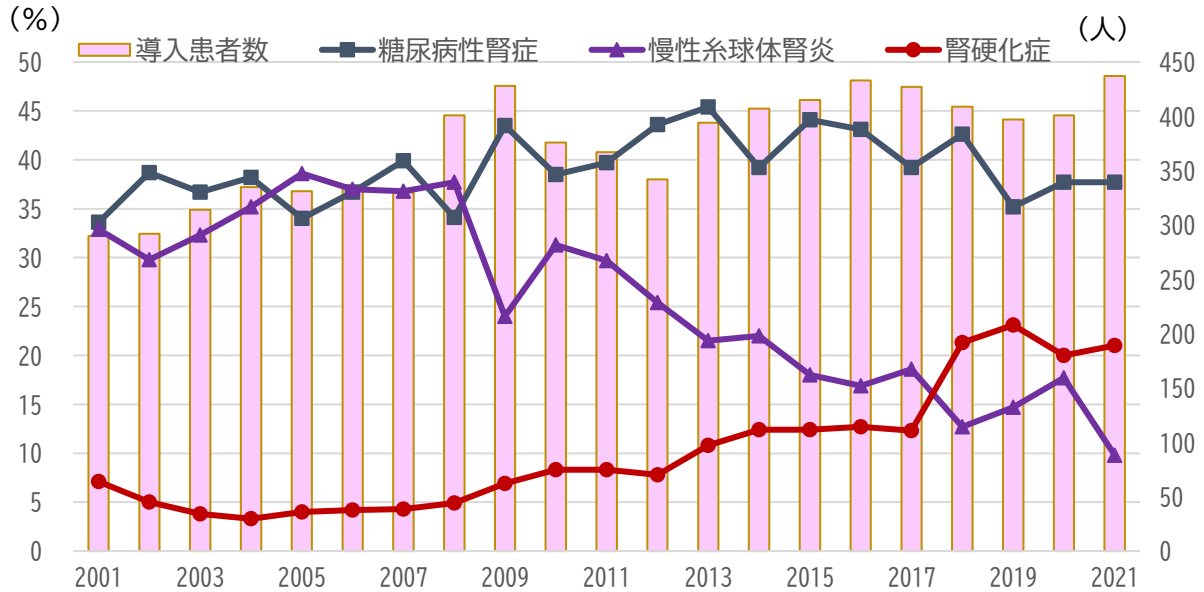
31 図 23 滋賀県の糖尿病患者・予備群の年次推移



(出典)：国民健康・栄養調査

1 新規透析導入患者数は、令和3年(2021年)は年間437人であり、そのうち糖尿病性腎症によるものが約4割、腎硬化症が約2割を占めている状況です。また、慢性糸球体腎炎は減少傾向にあります。

5 図24 新規透析導入患者数および導入原疾患比率の推移



(出典)：日本透析医学会 滋賀腎・透析研究会調査

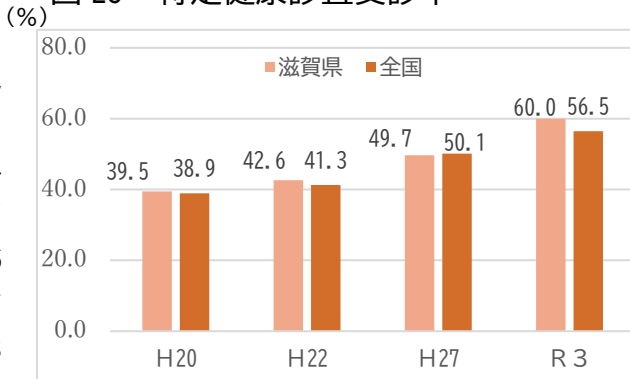
22 (4) 特定健康診査・特定保健指導

23 平成20年度(2008年度)から実施されている特定健康診査の受診率は年々上昇し
24 ており、令和3年度(2021年度)では、60.0%で全国平均より上回っています。

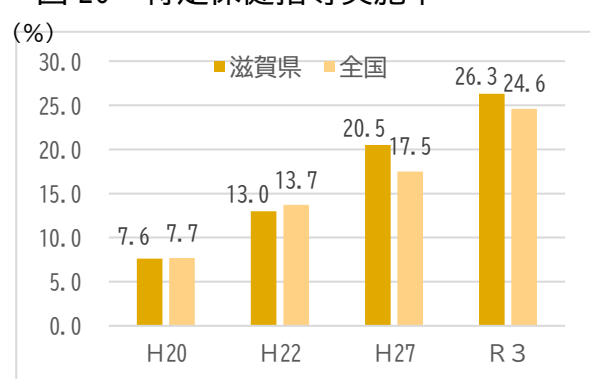
25 また、特定保健指導の実施率も年々上昇しており、令和3年度(2021年度)は
26 26.3%でした。

27 メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合は、令和3年度(2021年
28 度)は27.9%で全国よりは低い状況ですが、経年的には増加傾向です。

30 図25 特定健康診査受診率

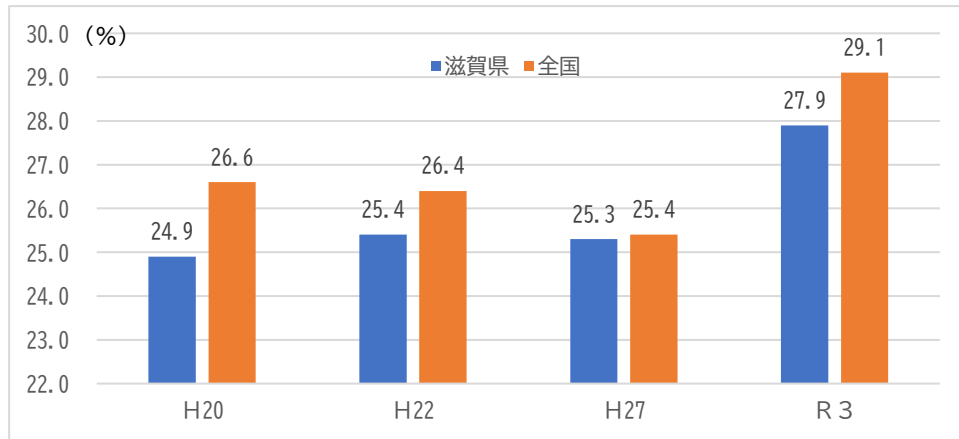


30 図26 特定保健指導実施率



(出典) 特定健診・特定保健指導の実施状況 (厚生労働省)

1 図 27 メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合 年次推移

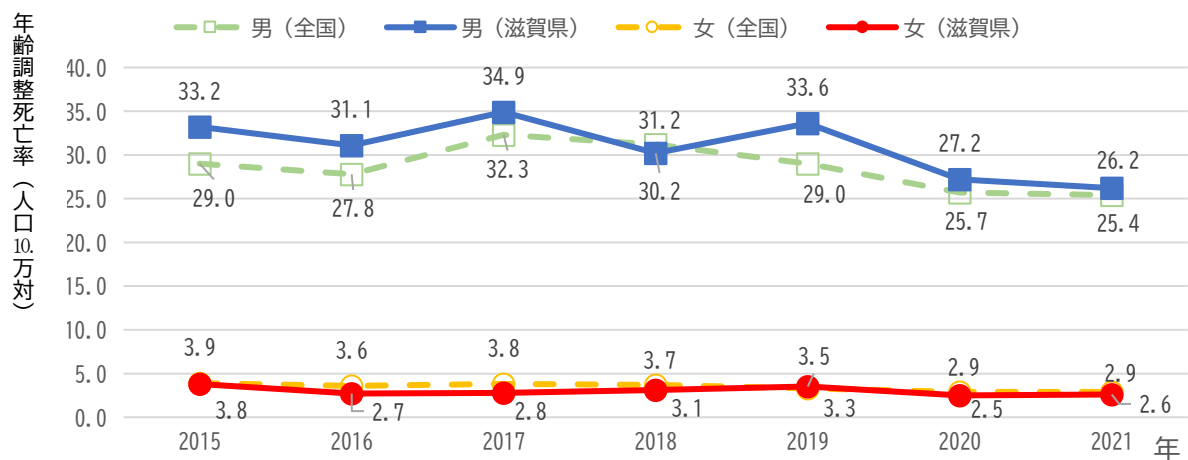


(出典)：特定健診・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

15 (5) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

16 県の年齢調整死亡率は、長期的にみると減少傾向にあります。

18 図 28 COPD年齢調整死亡率の年次推移



(出典)：滋賀県の死因統計解析（2011～2020）

8 生活習慣の状況

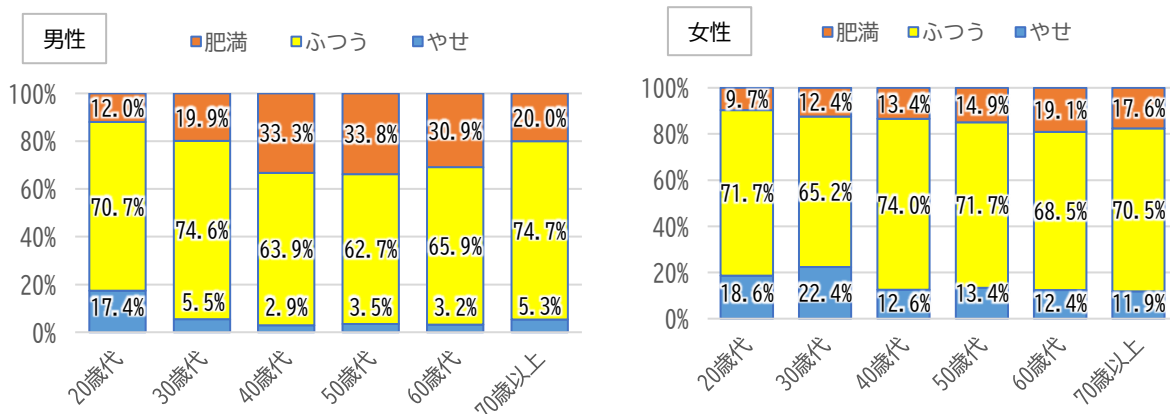
(1) 栄養・食生活

① 肥満とやせ

本県の肥満者（BMI ≥ 25 kg/m²）の割合は、40～60歳代の男性で割合が高く、約3人に1人が肥満となっています。

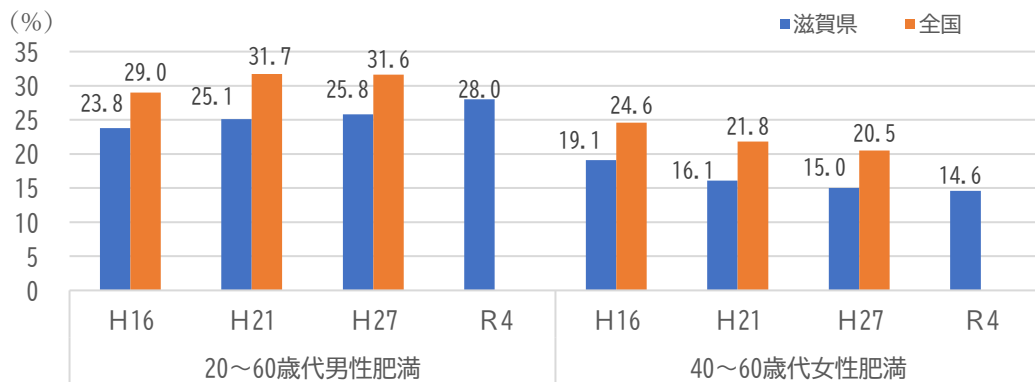
また、男性の20歳代～60歳代の肥満の割合が年々増加しています。一方で、女性の40～60歳代の肥満割合は減少しています。また、60歳代の女性のやせが増加しています。

図 29 肥満とやせの割合（BMI）



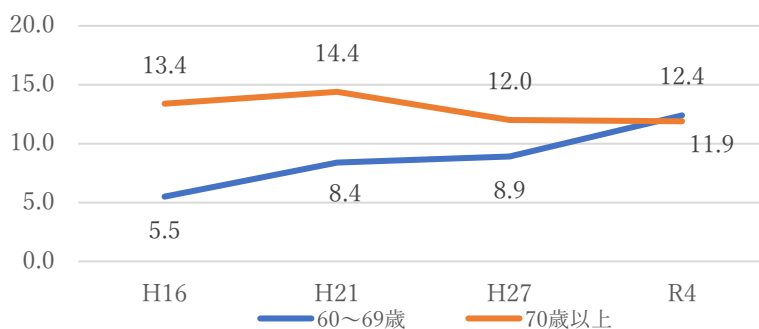
（出典）：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

図 30 肥満の割合 年次別・性別・年齢別



（出典）：滋賀の健康・栄養マップ調査

図 31 60歳以上の女性のやせ（BMI < 18.5）の推移

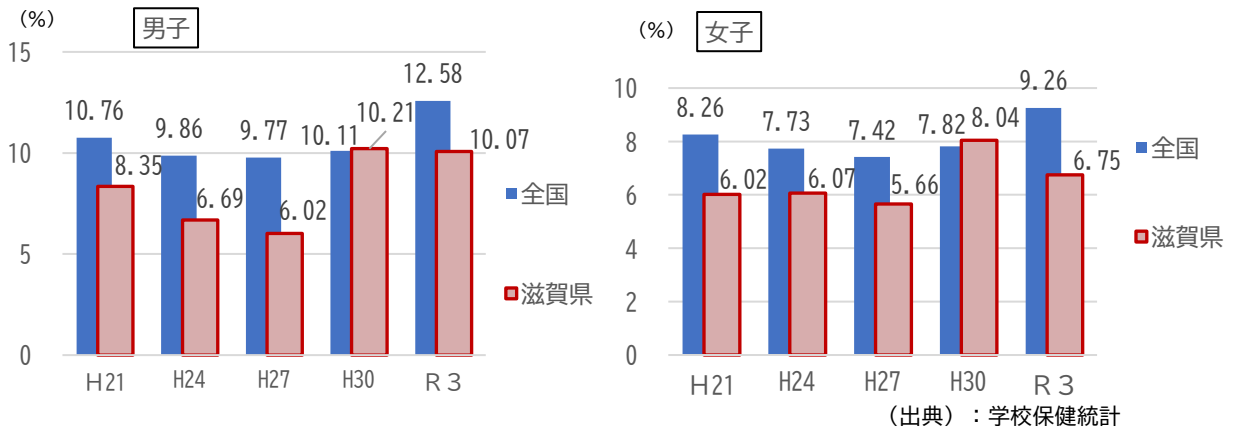


（出典）：滋賀の健康・栄養マップ調査

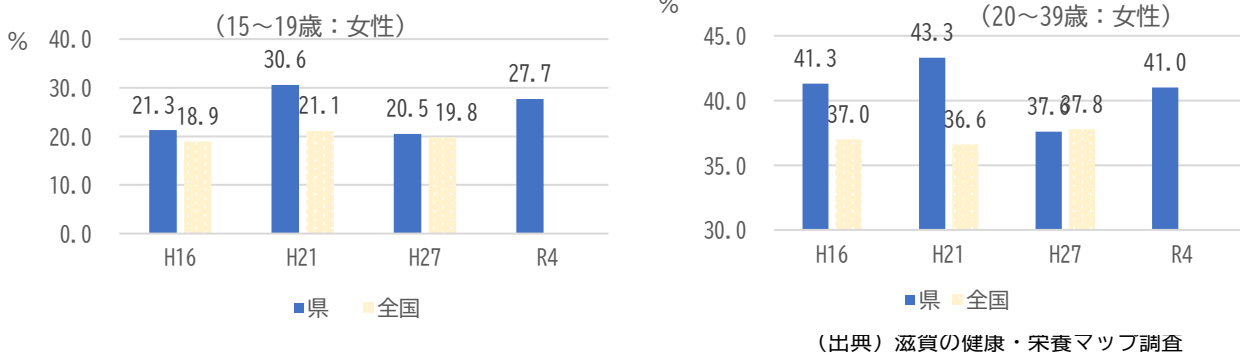
1 小学5年生（10歳）の肥満傾向児の出現率は、平成21年度（2009年度）以降
 2 減少傾向でしたが、男子、女子ともに平成30年度（2018年度）に増加し、令和
 3 3年度（2021年度）は女子の出現率が低下し、全国平均と比べても男女とも低い
 4 傾向にあります。

5 若い世代のやせの状況ですが、令和4年度（2022年度）は前回調査と比較して増
 6 加しています。

8 図32 肥満傾向児の出現率



10 図33 若い世代のやせの状況

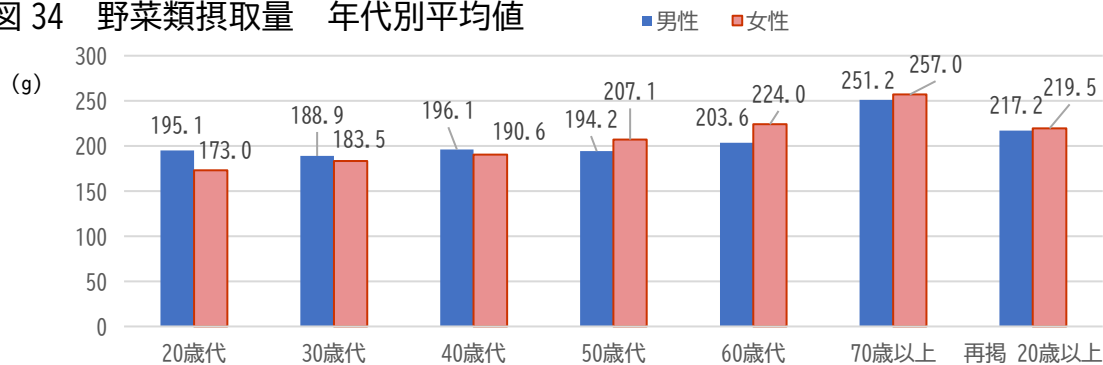


19 ②野菜の摂取量

20 野菜類摂取量の平均は、健康日本21(第三次)の1日の目標値である350gに男
 21 女ともに達していない状況です。

22 年代別にみると、70歳代が最も高く250g程度ですが、20～40歳代は200g以
 23 下と摂取量が低くなっています。

25 図34 野菜類摂取量 年代別平均値

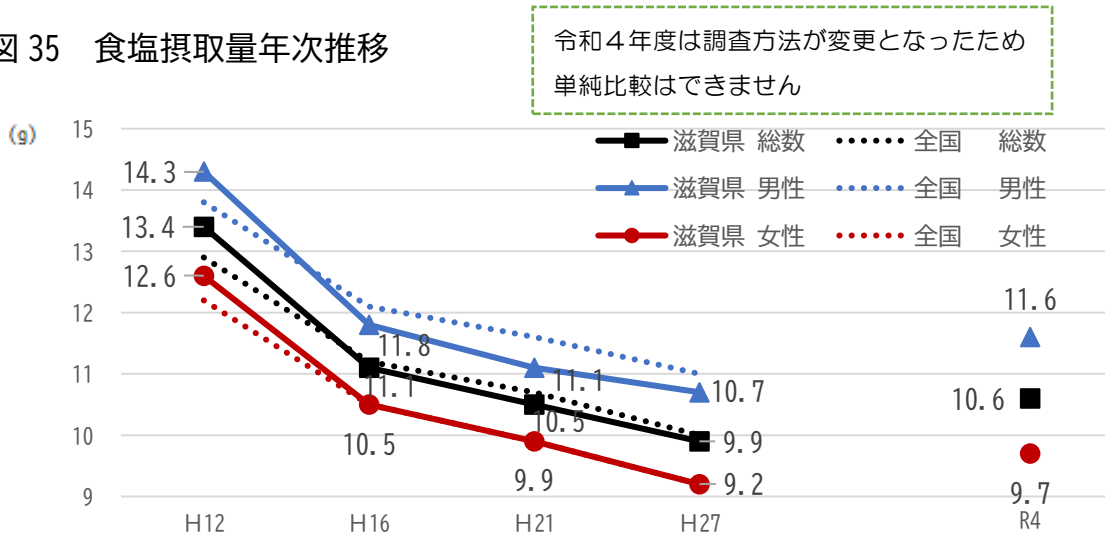


(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

③食塩摂取量

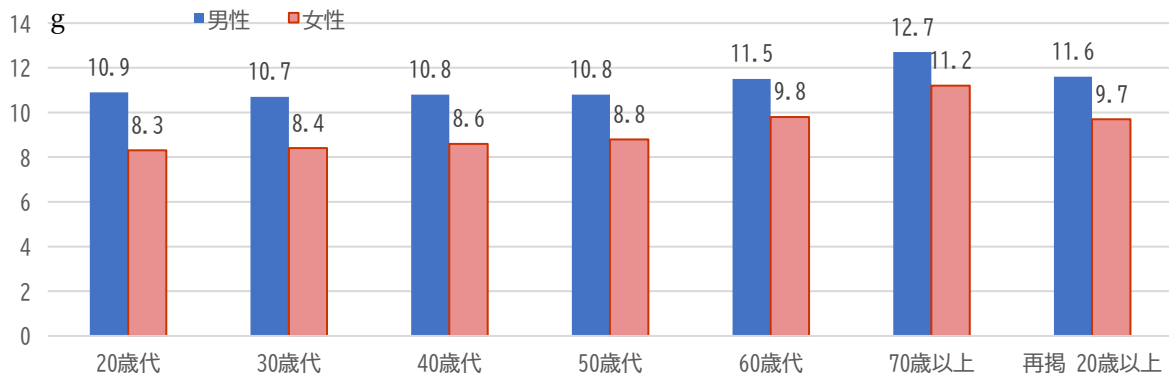
20歳以上の一日食塩摂取量の平均値は、令和4年度(2022年度)男性11.6g、女性9.7gです。男女とも年齢が上がるにつれて増加傾向にあり、男女ともに約9割が一日の目標量(日本人の食事摂取基準(2020年版):男性7.5g未満、女性6.5g未満)を超えています。

図35 食塩摂取量年次推移



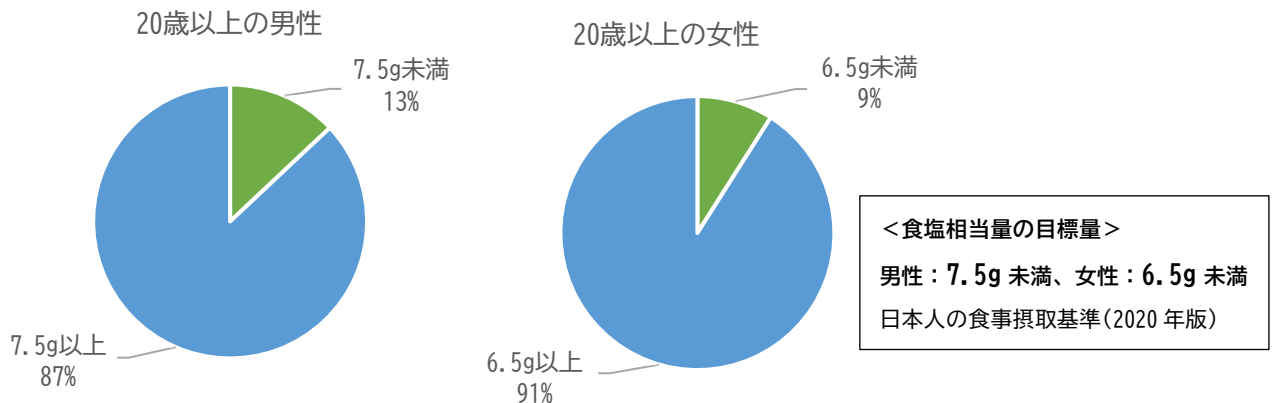
(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査、国民健康・栄養調査

図36 食塩摂取量年代別平均値



(出典) 令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ

図37 食塩摂取量分布



(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

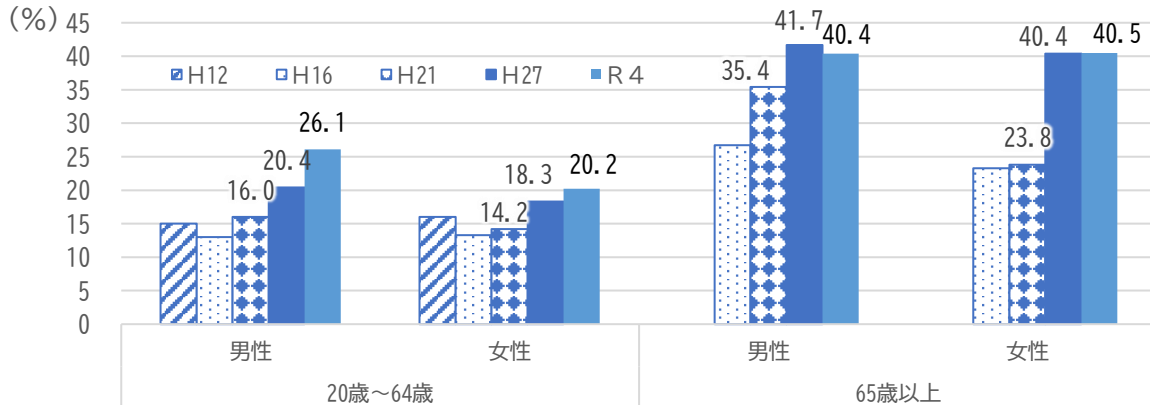
1 (2) 身体活動・運動

2 ①運動習慣のある者の割合 (20歳以上)

3 1回30分、週2回以上の運動を1年以上している人の割合は、年々増加傾向
4 にあり、令和4年度(2022年度)では、20歳～64歳での男性の増加率が高く、65
5 歳以上では男性も女性も約4割となっています。

6 スポーツ庁の調査によると1週間の総運動時間が60分未満の小学5年生児童
7 の割合は、男子も女子も全国と比較して多い傾向にあります。

8 図38 運動習慣者の割合の年次推移

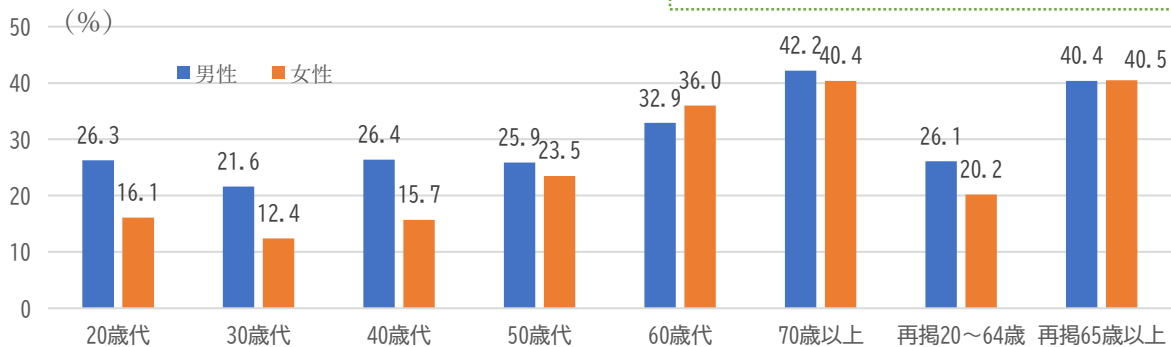


(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

19 運動習慣者の性別・年代別割合ですが、男性女性とも30歳代が最も低く、50
20 歳代以降男性女性とも増加傾向にあります。

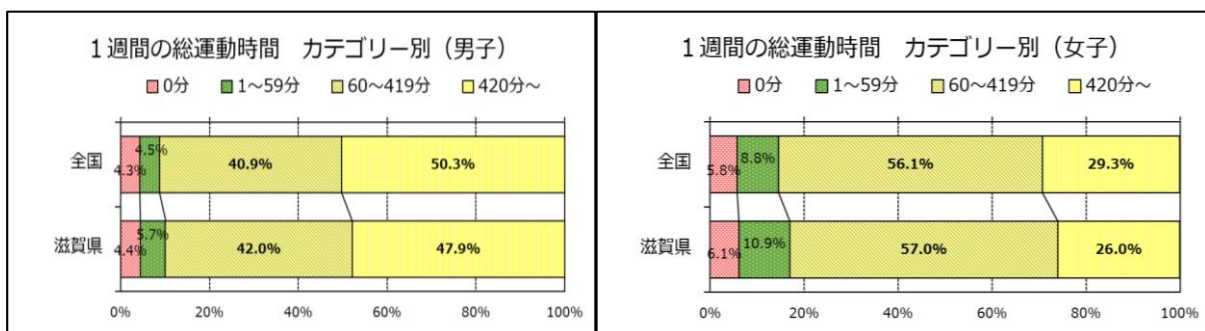
「運動習慣者」とは、国民健康・栄養調査で定義して
いる「週2回以上、1日30分以上、1年以上、運動を
している者」に準ずる。以下「運動習慣者」とする

22 図39 運動習慣者の割合 (性別・年代別)



(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調

33 図40 小学5年生の総運動時間の状況



(出典)：令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査

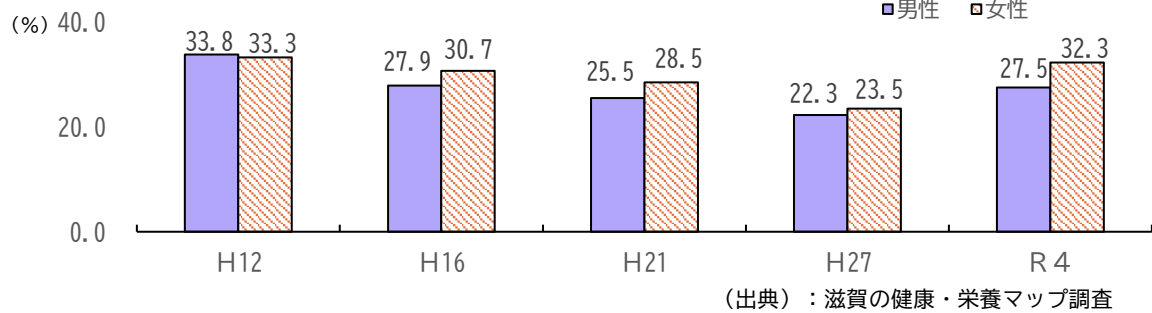
1 (3) 休養・睡眠

2 睡眠による休養を十分に取れていない人の割合は、平成16年度(2004年度)以降、
3 男性よりも女性が高くなっています。

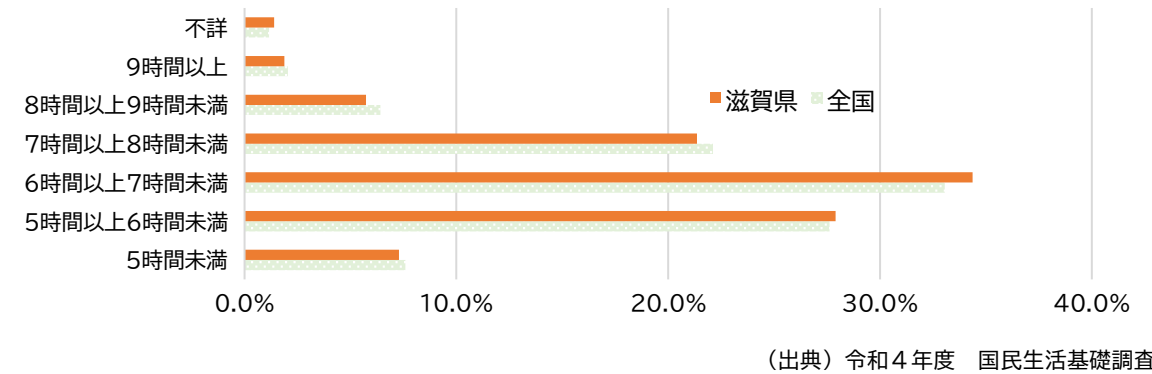
4 また、県民の平均睡眠時間は、6時間以上～7時間未満が34.4%で一番多い状況
5 です。

6 事業所の中での「ワーク・ライフ・バランス」の取組で、「労働時間の削減の取
7 組」を実施している事業所は58.7%であり、半数以上の事業所で取り組まれていま
8 す。

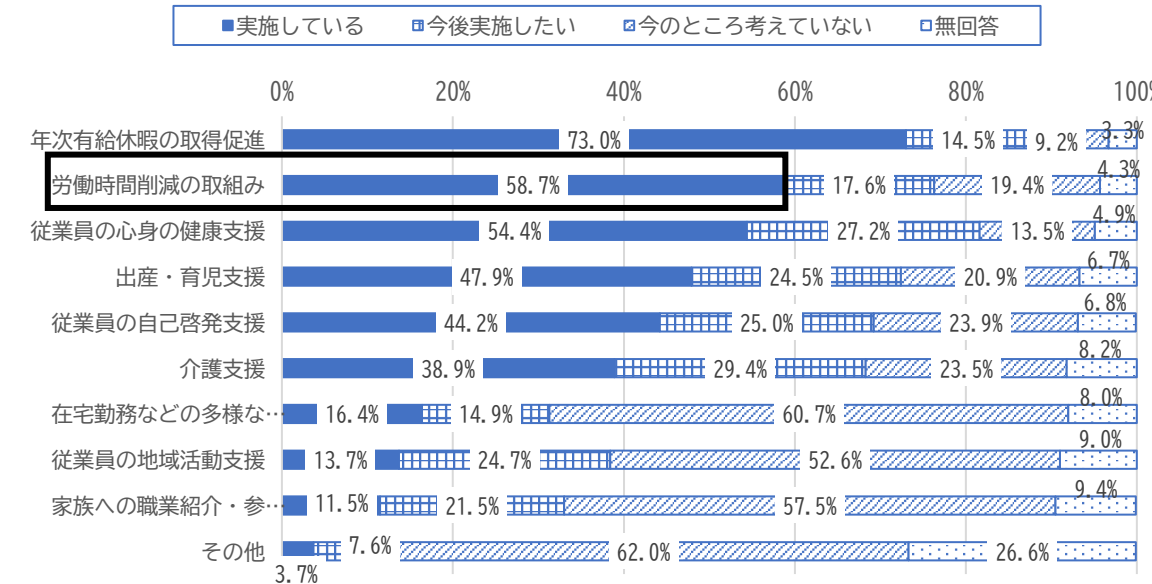
10 図41 睡眠による休養を十分に取れていない人の割合の推移



18 図42 平均睡眠時間の状況 (男女計)



28 図43 ワーク・ライフ・バランスに関する事業所の取組状況



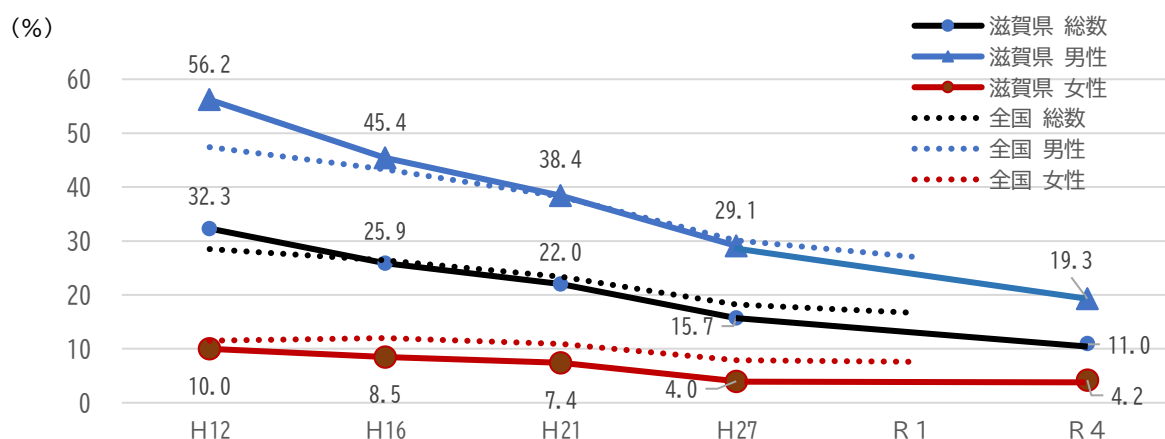
1 (4) 喫煙

2 滋賀の健康・栄養マップ調査の結果によると、喫煙率は年々低下し、令和4年度
3 (2022年度)では、男性19.3%、女性4.2%です。

4 年齢別喫煙率は、男性は20歳代、30歳代で大きく低下しています。女性は50歳
5 代が一番喫煙率が高い状況です。

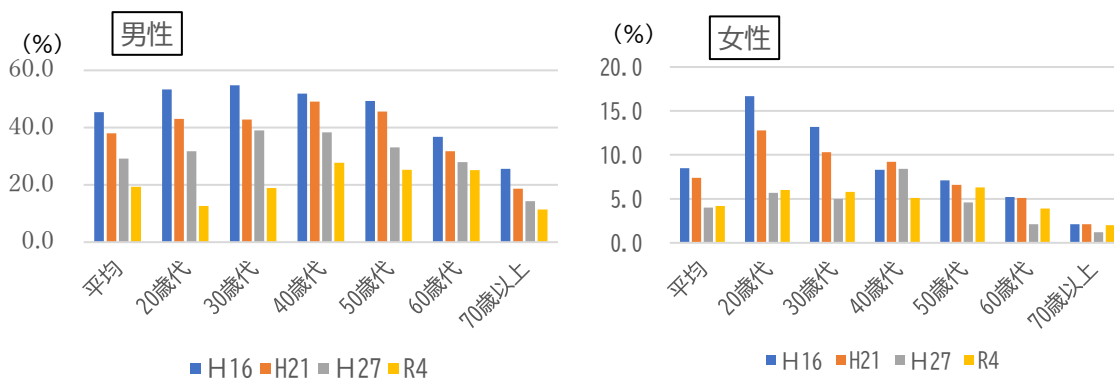
6 喫煙者が吸っているたばこ製品は、紙巻きたばこは男性が71.4%、女性が66.9%、
7 新型たばこの「加熱式たばこ」は男性が33.6%、女性が39.0%です。

8 図44 喫煙率の年次推移



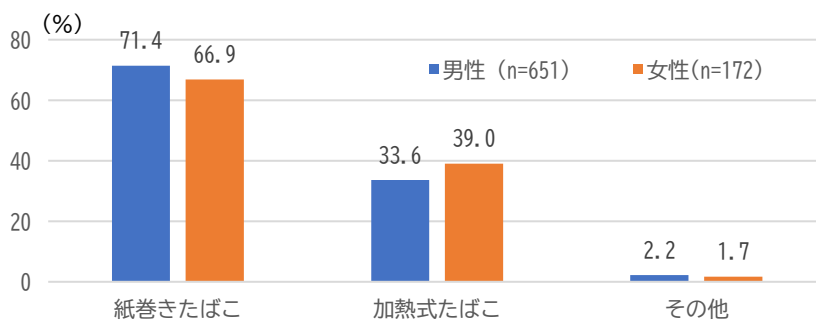
(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査、国民健康・栄養調査

21 図45 喫煙率の推移（性別・年代別）



(出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査

32 図46 喫煙者が吸っているたばこ製品(複数回答)



(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

1 (5) 飲酒

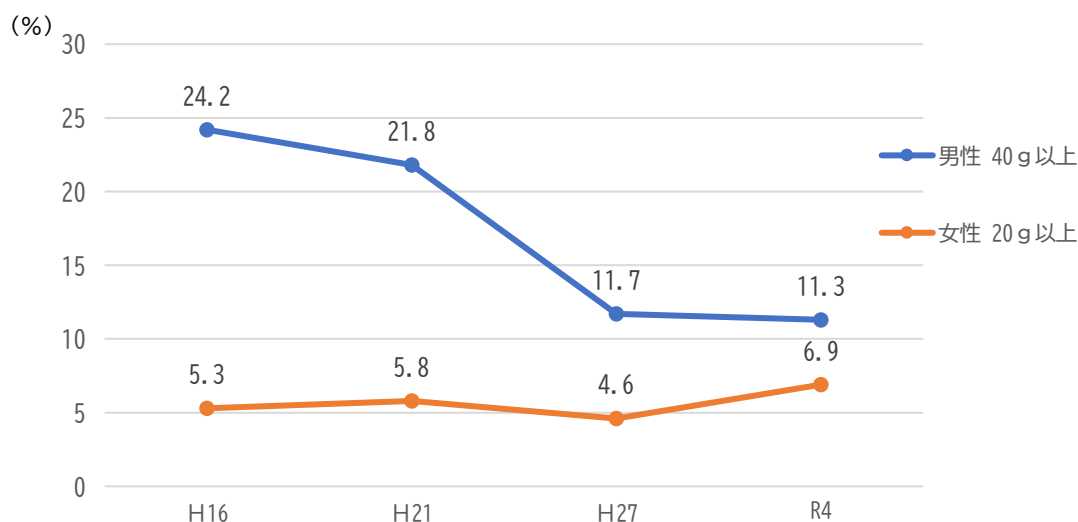
2 生活習慣病のリスクを高める量※を飲酒している人の割合は、令和4年度(2022
3 年度)は男性は 11.3%に減少傾向にあり、女性は 6.9%で前回調査より増加しまし
4 した。

5 年齢別では、男性は 60 歳代が最も高く 17.2%、女性では 40 歳代が最も高く
6 11.9%でした。

7 ※「生活習慣病のリスクを高める量」

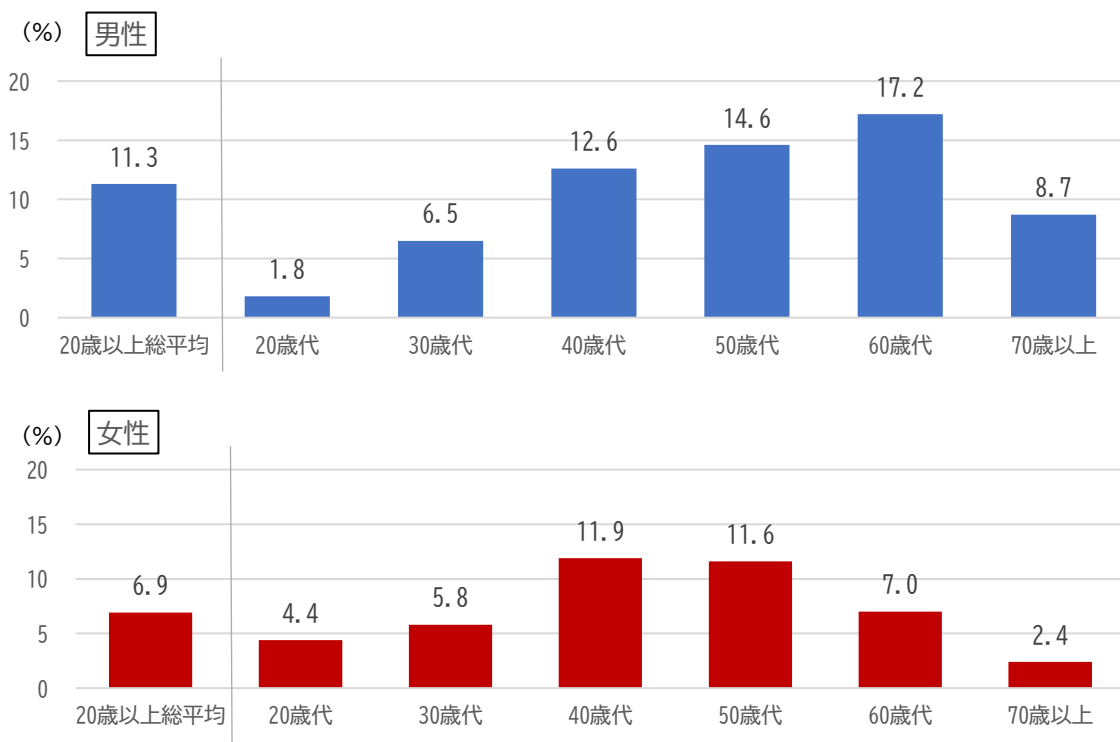
8 一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上

9
10 図 47 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合（年次推移）



12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22 (出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

23 図 48 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合（性別・年代別）



28
29
30
31
32
33 (出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

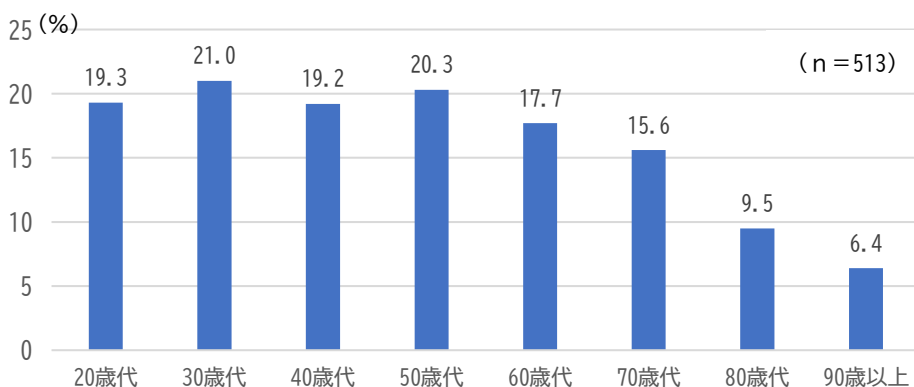
1 (6) 歯・口腔の健康

2 20歳以上で歯ぐきから血が出る人の割合は、20歳～50歳代までの各年齢層は概
3 ね20%の状況です。

4 何でも噛んで食べることができる人の割合は、50歳代から顕著な低下が始まっ
5 ています。

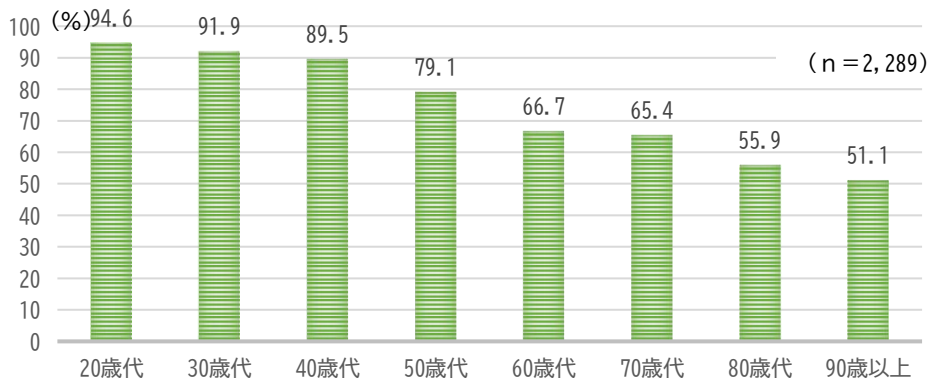
6 定期的に歯科検診を受けている人の割合は全体で37.0%であり、70歳代が受診
7 率が最も高い状況です。

8
9 図49 20歳以上で、歯ぐきから血が出る人の割合（年代別）



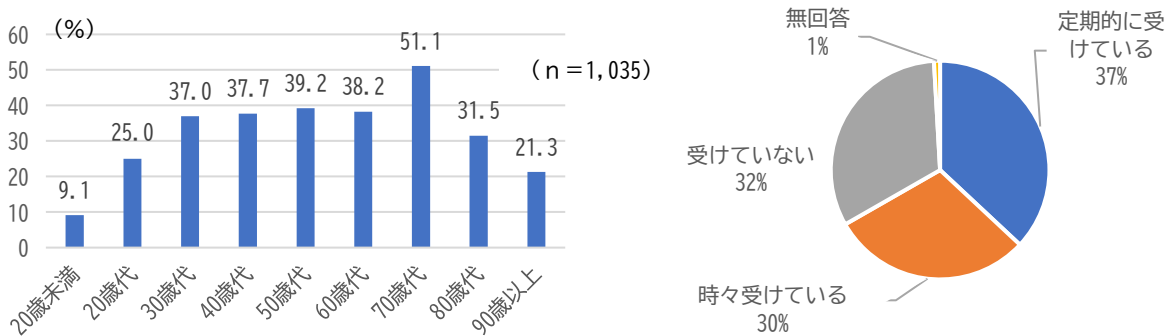
18 (出典)：令和4年度 滋賀県歯科保健実態調査

19
20
21 図50 何でも噛んで食べることができる人の割合（年代別）



31 (出典)：令和4年度 滋賀県歯科保健実態調査

32 図51 定期的な歯科検診を受けている人の割合



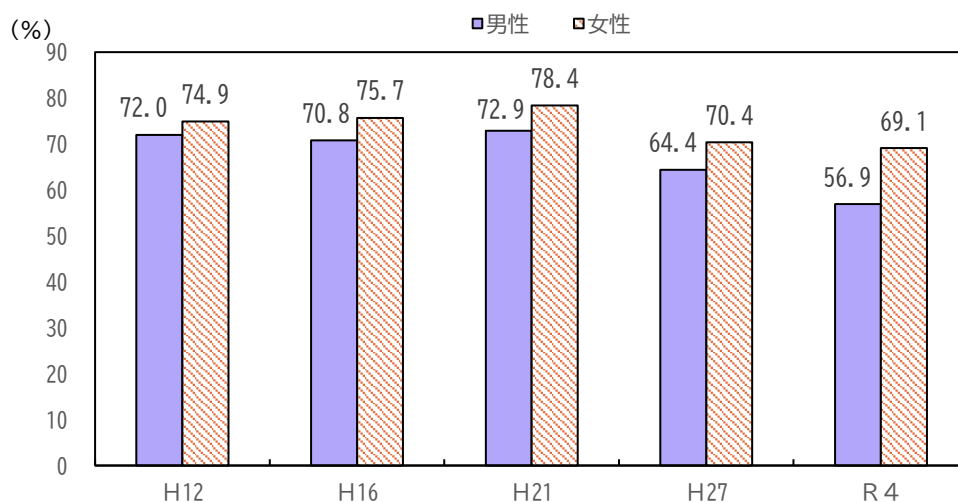
(出典)：令和4年度 滋賀県歯科保健実態調査

1 (7) 心の健康

2 この1か月にストレスを感じた人の割合は、令和4年度(2022年度)の調査の結果では男性が56.9%、女性が69.1%で男女ともに前回調査より減少しています。

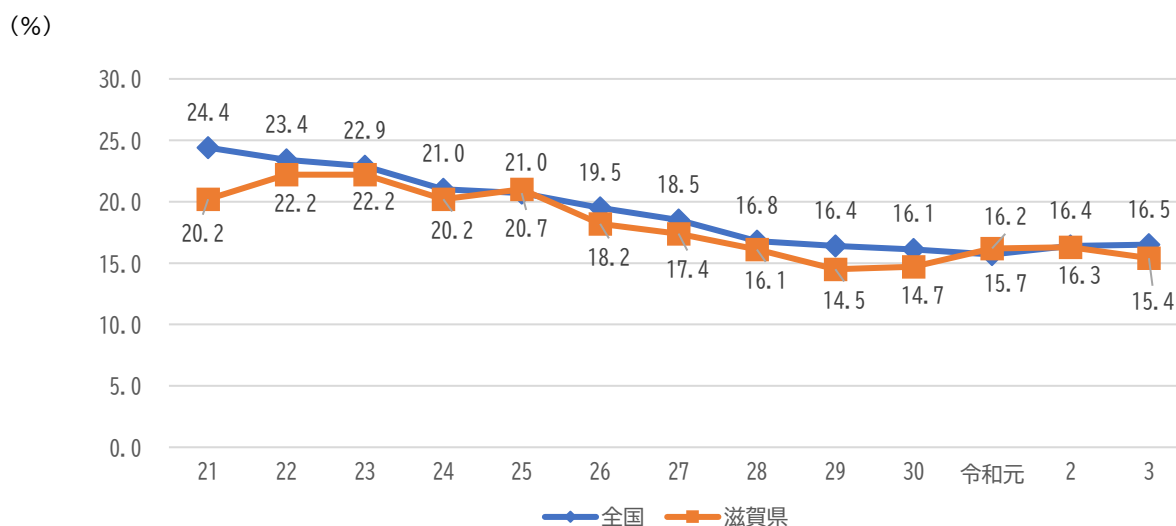
3 県の人口10万人当たりの自殺死亡率は、平成22年度(2010年度)以降減少傾向
4 でしたが、令和元年度(2019年度)は増加し全国平均を上回りました。しかし、令和
5 3年度(2021年度)は全国平均を下回っています。

8 図52 この1か月にストレスを感じた人の割合の推移



21 (出典)：滋賀の健康・栄養マップ調査

22 図53 滋賀県と全国の自殺死亡率の年次推移(人口10万対)



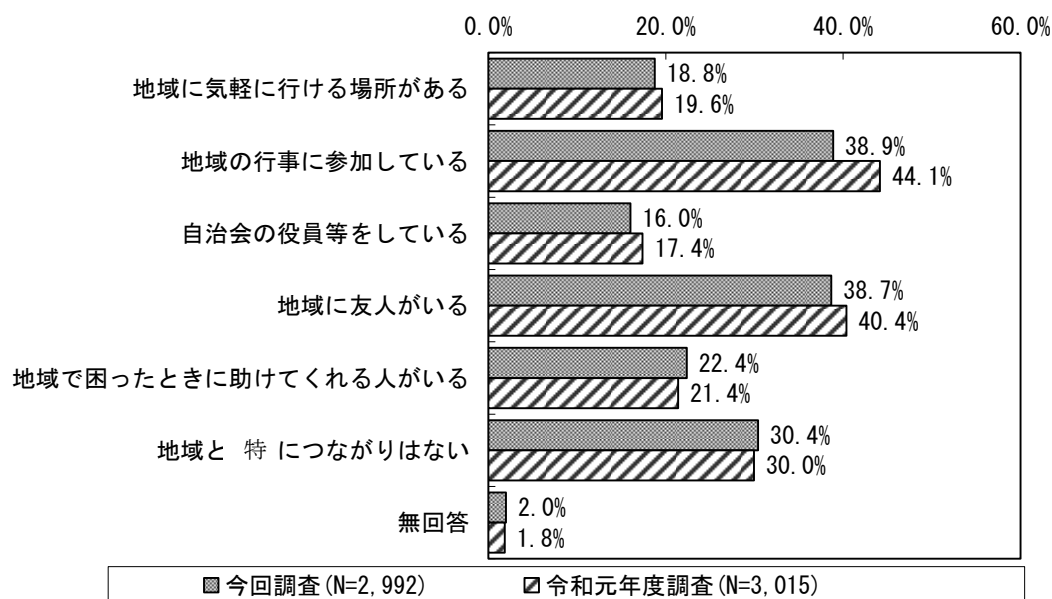
36 (出典)：厚生労働省 人口動態統計

1 (8) 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

2 ① 地域の人々とのつながりについて

3 地域と特につながりはない、と回答した人の割合は令和4年度(2022年度)
4 が30.4%であったことから、地域と何らかのつながりがある人の割合(無回答
5 を除く)は、67.6%です。前回調査(令和元年度(2019年度):68.2%)から大
6 きな変化はありませんでした。

8 図54 地域とのつながりの状況

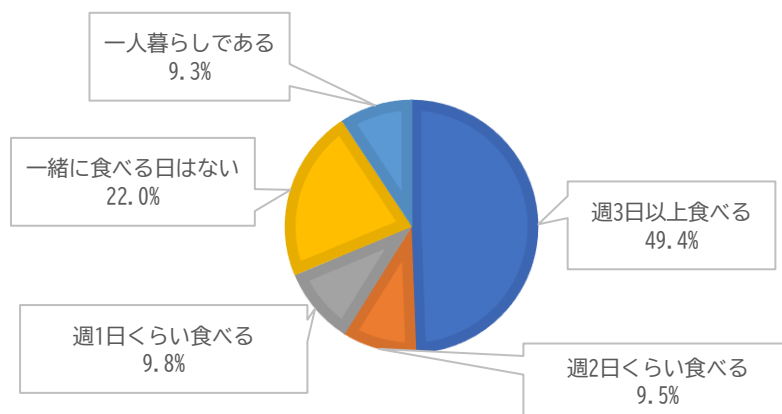


22 (出典) : 令和4年度 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

26 ② 家庭との共食(朝食)の状況

27 一緒に食べる日がない割合が22.0%であり、前回調査(平成27年度(2015
28 年度)、21.1%)と比較して大きな変化はありませんでした。

30 図55 家族との共食(朝食)の状況

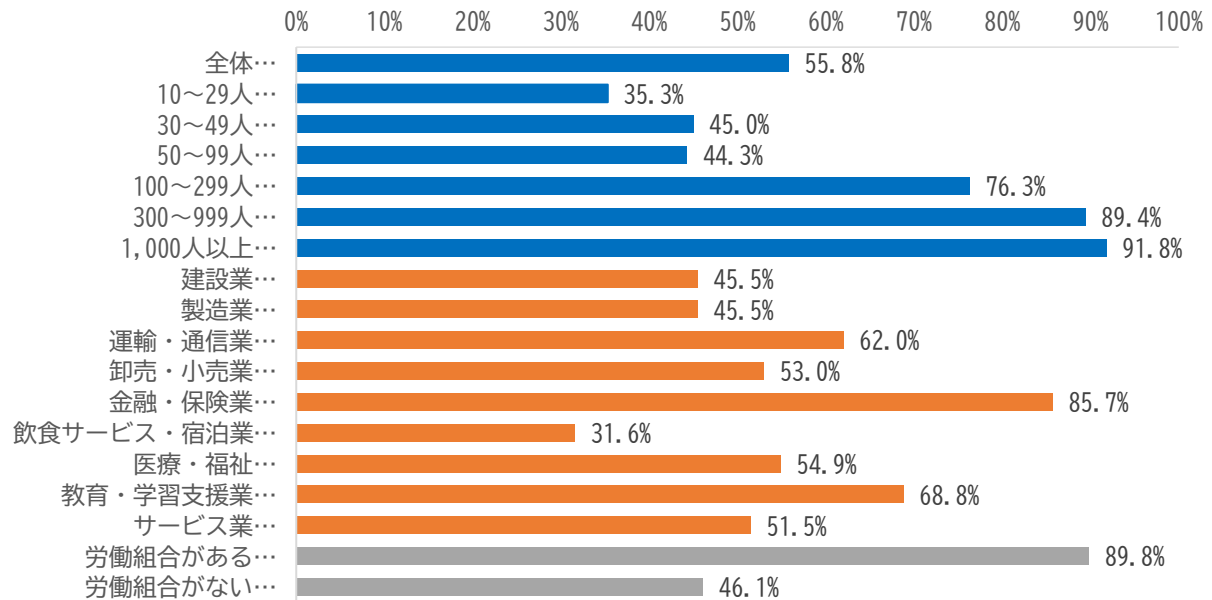


39 (出典) : 令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

③ メンタルヘルス対策に取り組む事業所の状況

メンタルヘルスケアを実施している事業所の状況ですが、55.8%が取り組んでおり、前回（令和3年(2021年)）調査より1.7ポイント減少しました。

図 56 メンタルヘルスケアを実施している事業所の状況

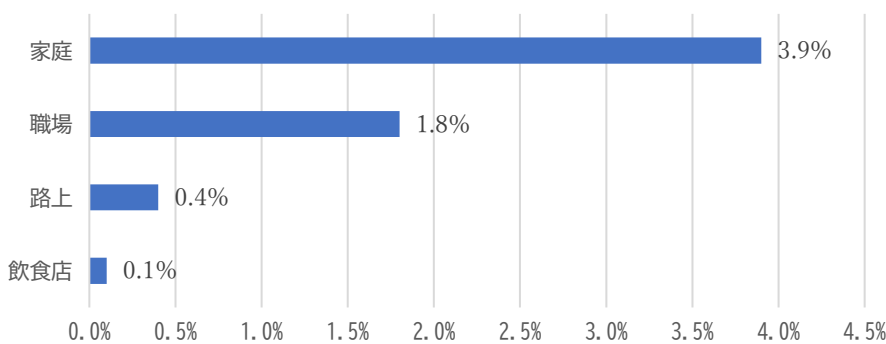


(出典)：令和4年 滋賀県労働条件実態調査

(9) 自然に健康になれる環境づくり

令和4年度(2022年度)において「非喫煙者がほぼ毎日受動喫煙を受ける場所」で最も割合が高かった場所は「家庭」でした。

図 57 非喫煙者がほぼ毎日受動喫煙を受ける場所の状況



(出典)：令和4年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

第3章 計画の基本的な方向

1 基本理念

誰もが自分らしく幸せを感じられる「健康しが」の実現
(めざす姿)

『誰もが自分らしくいきいきと活躍し、みんなでつくり支え合う「健康しが」
の実現』

2 基本的な方向

健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指し、次の取組を進めます。

(1) 「健康なひとづくり」とそれを支える「健康なまちづくり」の推進

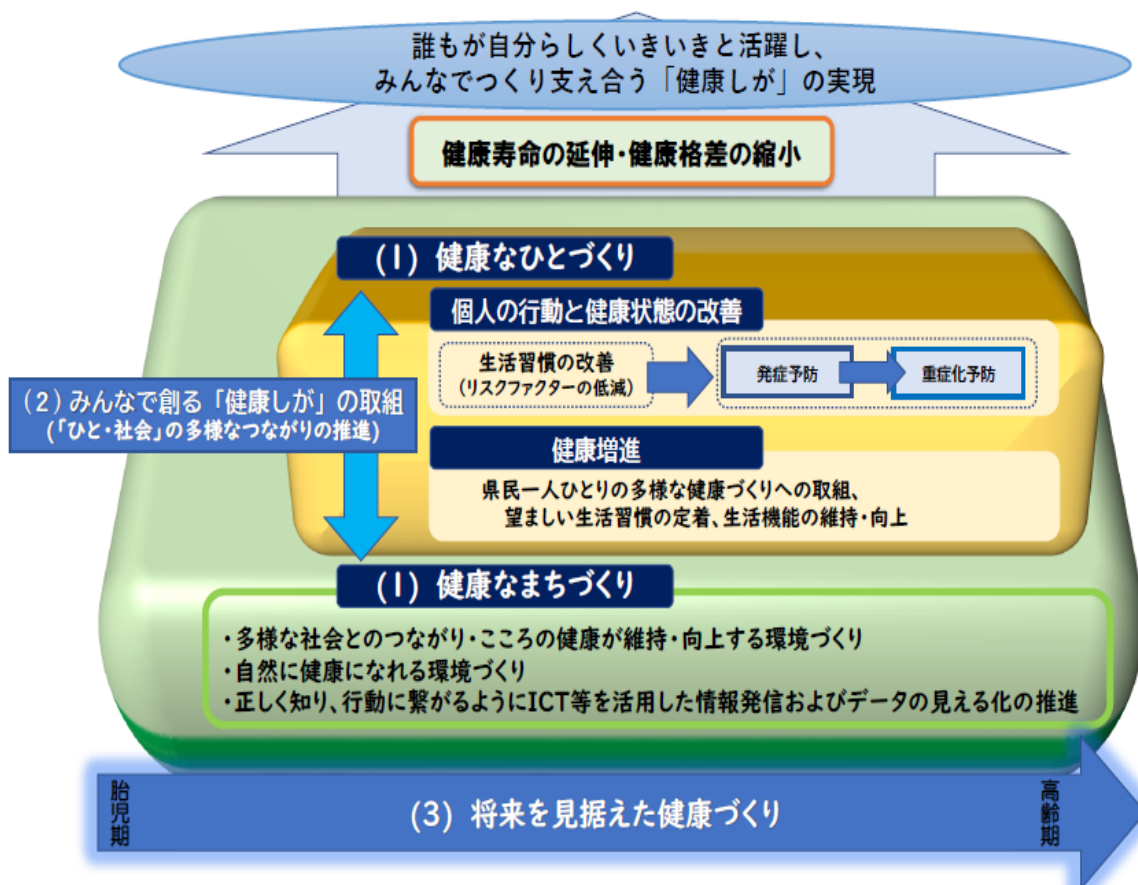
生活習慣病の発症予防・重症化予防、および生活機能の維持・向上を図ることにより、個人の健康増進を進め生活の質を向上させる「健康なひとづくり」を、誰もが多様なひと・社会とつながり、自然に健康になれる「健康なまちづくり」で支える「健康しが」の取組を推進します。

(2) 「ひと・社会」の多様なつながりの推進

自分らしく、やりたいこと、できることを大切にしながら、一人ひとりが多様なつながりを大切にすることで、個人の健康が保たれ、また地域全体が健康で暮らしやすくなるように、社会環境の醸成を図ります。

(3) 将来を見据えた健康づくりの推進

胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりの観点を取り入れながら「誰一人取り残さない健康づくり」に取り組めます。

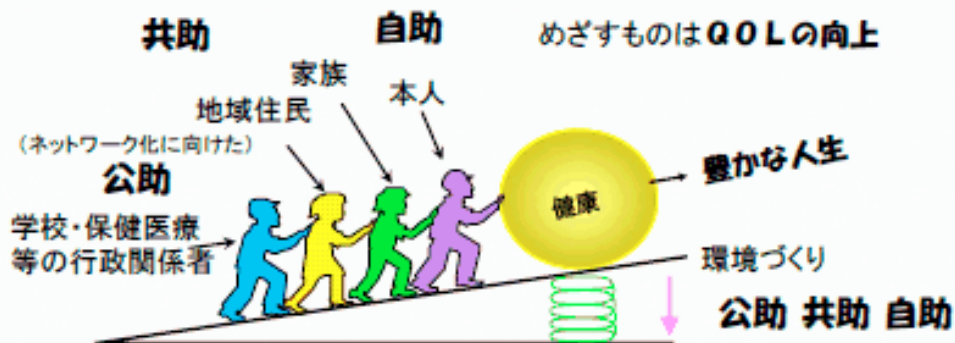


健康づくりとヘルスプロモーションの推進

個人の生活や健康づくりには、個人を取り巻く生活環境が大きくかかわっていることから、住民が健康的な日常生活を送るためには、その生活環境を健康づくりが容易に実践しやすいものに変化させることが重要です。

個人を取り巻く自治会、住民組織、ボランティア団体、保育所、幼稚園、各学校、大学、企業、NPO 法人、保険者、行政などが同じ目的に向かって積極的な取り組みを相互さらに連携して取り組むことが、個人の健康の保持増進につながり、地域全体の健康意識の醸成や健康度の向上に寄与すると考えられます。

ヘルスプロモーションの理念



(島内 1987, 吉田・藤内 1995を改編)

1 第4章 施策の展開と目標

2 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

3 健康寿命の延伸は、生涯にわたる健康の保持増進や疾病予防、社会環境の改善、
4 希望や生きがい等により実現されるべき最終的な目標です。

5 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活ができる期
6 間」と定義されていますが、本計画では健康日本 21(第三次)における健康寿命の補
7 完的指標とされている「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)」
8 の指標で評価します。平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人
9 の生活の質の低下が可能となり、結果として医療費や介護給付費の軽減も期待できる
10 ことから、健康寿命の延伸を目指します。

11 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
12 差と定義されており、今期の計画では、健康に関する指標の地域格差を明らかにし、
13 その縮小に向けた取組を推進することにより、県内市町の健康寿命の底上げを目指
14 します。

15 【現状】

17 ・滋賀県の平均寿命は、令和4年(2022年)12月に厚生労働省が公表した「令和
18 2年(2020年)都道府県別生命表」によると、男性82.73年、女性88.26年と年々
19 延伸しており、全国では男性1位、女性2位の長寿県です。

20 ・滋賀県の健康寿命は、介護保険の要介護度に基づき算出された「日常生活動作
21 が自立している期間の平均」(滋賀県衛生科学センター算出「平均自立期間」)
22 によると、男性81.19年、女性84.83年と年々延伸しています。(7頁図8)

23 【目標値】

24 健康寿命の現状値と目標値

| | | 現状値 | | 目標値 (R17) |
|---|--|--|-------------|---|
| 1 | 健康寿命の延伸 (日常生活が自立している期間の平均) *滋賀県衛生科学センターが算出する 「平均自立期間」 | 男性 | 81.19年 (R3) | 健康寿命の延伸 |
| | | 女性 | 84.83年 (R3) | |
| 2 | 健康格差の縮小 | 上位1/3 男性: 81.46年 女性: 85.41年 下位1/3 男性: 80.64年 女性: 84.08年 | (R2) | 「平均自立期間」上位1/3の市町の平均の増加分を上回る下位1/3の市町の平均の増加 |

32 (出典) : 厚生労働科学研究、滋賀県衛生科学センター

33 【施策の展開】

- 34 ・各地域の特性や健康課題の明確化に取り組み、情報の発信(見える化)に努めま
35 す。
- 36 ・健康、医療、介護、社会環境等のデータ分析をすすめ、県や市町における予防的
37 な取組への活用を図ります。
- 38 ・県内の健康に関する地域格差の要因や課題について検討し、健康寿命延伸に向け
39 た施策の実施に努めます。

2 健康なひとづくり

【健康増進】

(1) 栄養・食生活

【主な課題】

- ・40歳～60歳代男性の約3人に1人が肥満です。(18頁図29)
- ・小学5年生男子の肥満率が増加しています。(19頁図32)
- ・15歳～19歳、20～30歳代の若い女性のやせが増加しています。(19頁図33)
- ・朝食の欠食率が増加しています。(下記表参照)
- ・野菜摂取量は男女ともに1日目標量(350g)に達していません。(19頁図34)
- ・食塩の摂取は、20歳以上の男女の約7割がとり過ぎています。(20頁図37)

※朝食の欠食率 (%)

| | H30 | R2 | R4 |
|-------|-----|-----|------|
| 小学5年生 | 2.9 | 4.0 | 4.2 |
| 中学2年生 | 4.2 | 5.3 | 6.6 |
| 高校2年生 | 8.8 | 8.8 | 10.7 |

(出典)：県教育委員会「朝食摂取状況調査」

【施策の展開】

① 望ましい食生活の推進

- ・県食育推進協議会構成団体や県食育推進ネットワーク等と連携し、県民の食生活の課題解決に向けて継続的に取り組み、滋賀県食育推進計画との整合性を図り、子どもの頃から食に関心を持ち、正しい知識や食を選ぶ判断力が身に付けられるよう取組を推進します。
- ・朝食をとることは、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付ける観点から非常に重要であり、生活習慣の改善と併せて保護者、学校、地域等と連携して必要な知識の普及啓発に取り組みます。また、家庭環境などにより朝食の摂取が困難な子どもにも配慮しながら推進します。
- ・次世代の健康にも影響する若い世代の女性のやせをはじめ、ライフステージごとに女性ホルモンが変化するという特性等を踏まえ、女性の栄養・食生活について生涯を通じて正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- ・若い世代や、高齢者に向けて ICT を活用した動画配信等の情報発信を進めます。
- ・特に肥満の割合の高い、40歳代、50歳代をターゲットに男性の肥満対策を保険者や関係団体、企業などと連携して進めます。
- ・高齢者の低栄養については、具体的な取組やチェックリストを活用した啓発、フレイル予防のための出前講座を市町、関係団体等と連携しながら実施します。また、高齢者の健康支援として「配食事業での栄養管理ガイドライン(厚生労働省)」を配食サービス事業者に啓発し、栄養バランスのよい食事が提供されるよう推進します。
- ・栄養バランスの良い食事(主食・主菜・副菜を組み合わせた食事)を摂ることは、良好な栄養素摂取量、栄養状態に繋がることから、栄養士会、栄養士養成施設など関係機関と連携・協力しながら、栄養・食生活支援の充実のため、研修会等を通じて管理栄養士・栄養士の資質向上を図ります。

② 食環境の整備

- ・県は、市町や関係機関と連携し、飲食店や量販店、企業等で栄養課題に着目し、栄養バランスのとれたメニューの提供や健康づくり情報発信が行えるよう啓発活動を推進します。また、働き盛り世代の食環境整備として、事業所の給食施設において、個人ごとに適したメニューが選択できるような環境整備や適切な栄養管理の下で給食が提供されるよう指導を行います。
- ・生活困窮やひきこもりなどにより支援が必要な人に対して支援団体や関係機関が食料等を提供する際には、必要に応じて管理栄養士等を同席させ、食生活の助言など必要な情報提供を行います。
- ・適正体重の維持は、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがんをはじめ循環器病などの生活習慣病との関連があることから、子どもの適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境（家庭・地域）の改善を進めます。
- ・災害時等には、市町、関係団体等と連携のもと、栄養・食生活支援の体制整備に取り組みます。

【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|--|-----------|-------------|
| 3 | 肥満者の割合の減少 | 20～60歳代男性 | 28.0% |
| | | 40～60歳代女性 | 14.6% |
| 4 | 適性体重を維持している人の増加 | 15～19歳女性 | 27.7% |
| | | 20～30歳代女性 | 20.9% |
| 5 | 低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 (BMI20以下の65歳以上(総数)の割合) | 20.0% | 17% |
| 6 | 肥満傾向にある子どもの割合の減少 10歳の肥満傾向児（肥満度20%以上）の割合 | 小5 男子 | 10.07% (R3) |
| | | 女子 | 6.75% (R3) |
| 7 | 食生活でバランスのとれた食事に気をつけている人の割合の増加 | 20歳代 男性 | 60.7% |
| | | 女性 | 65.5% |
| | | 30歳代 男性 | 61.5% |
| | | 女性 | 76.3% |
| | | 40歳代 男性 | 73.0% |
| | | 女性 | 82.0% |
| 8 | 野菜摂取量の増加（20歳以上1日当たりの平均） | 218.4 g | 350 g |
| 9 | 果物摂取量の増加 | 13.3% | 20.0% |
| 10 | 食塩摂取量の減少（20歳以上1日当たりの平均） | 10.6 g | 7 g |
| 11 | 朝食の欠食率の減少 | 小6 | 4.5% |
| | | 中3 | 7.2% |
| | | 高2 | 10.7% |

1 (2) 身体活動・運動

2 【主な課題】

- 3 ・意識的に運動をしている割合は、20歳～64歳の男女とも約2割であり、65歳以
- 4 上の割合よりも低くなっています。(21頁図38)
- 5 ・特に20～40歳代の女性の運動実施率は男性と比べて低い状況です。(21頁図39)
- 6 ・子どもたちの一週間の総運動時間が全国と比較して低い傾向があります。(21頁
- 7 図40)

8 【施策の展開】

9 ① 運動習慣者の割合の増加

- 10 ・日常の身体活動量を10分増やすことを目指して、市町や企業、保険者、地域団
- 11 体等と連携して「運動プラス10(テン)」の啓発を進めます。特に運動習慣者の
- 12 割合が低い働き世代や女性をターゲットとした働きかけを推進します。
- 13 ・子どもたちの体力向上のために運動やスポーツに親しめるきっかけづくりをはじ
- 14 め運動習慣の定着化の取組を推進します。
- 15 ・高齢者が体力に合わせて身体活動を増やす習慣づくりに向け、スポーツ推進委員
- 16 や総合型地域スポーツクラブ等と連携し、公民館やクラブ、通いの場など、日頃
- 17 から活動する場において、スポーツに取り組む機会の拡充を図ります。

18 ② 県民が運動しやすいまちづくり・環境整備

- 19 ・県民が無理なく気軽に、楽しみながら体を動かせるようなアプローチを民間の取
- 20 組と併せて実施し、運動を始めるきっかけづくりや継続を支援するため、BIWA-
- 21 TEKUアプリの活用、ビワイチ、MLGs(マザーレイクゴールズ)体操等と連携し
- 22 た展開やゲーム機能の使用等を推進します。
- 23 ・公共交通機関の利用促進により、自然、歴史、文化、地場産品などを楽しみなが
- 24 ら歩数を増やす取組等を推進します。
- 25 ・体力づくりやスポーツに励める公園として“THE シガパーク”の機能強化と利便
- 26 性を高め、魅力ある“しがの公園”の環境を整えていきます。
- 27 ・適切な運動指導が行える健康運動指導士や健康運動実践指導者、理学療法士など
- 28 の専門職の活用を図ります。
- 29 ・障害がある方や高齢者の方も安心して取り組める運動や体力づくりの取組として、
- 30 県立リハビリテーションセンター、関係機関や団体等と協働して地域リハビリテ
- 31 ーションを促進します。
- 32 ・令和7年(2025年)に迎える“湖国感動・未来へつなぐわた SHIGA 輝く国スポ・障
- 33 スポ2025”をきっかけに、県民のスポーツへの関心を高め、日常生活に運動がプ
- 34 ラスされる習慣に繋がるように機運醸成に取り組めます。

1 【目標値】

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|--|-------------|--------------|
| 12 | 徒歩10分のところへ徒歩で行く人の割合の増加 | 20歳～64歳 男性 | 38.2% |
| | | 女性 | 33.4% |
| | 65歳以上 | 男性 | 38.7% |
| | | 女性 | 44.3% |
| 13 | 運動習慣者の割合の増加 *運動習慣者とは、1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上継続している人 | 20歳～64歳 男性 | 26.1% |
| | | 女性 | 20.2% |
| | | 65歳以上 男性 | 40.4% |
| | | 女性 | 40.5% |
| 14 | 一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合の減少 | 小5 女子 | 17.0% |

1 (3) 休養・睡眠

2 【主な課題】

- 3 ・睡眠による休養を十分にとれていない人の割合は3割以上あります。また、女性
- 4 の方が休養がとれていないと感じている割合が高くなっています。(22頁図41)
- 5 ・県民の平均睡眠時間は6時間以上～7時間未満が34.4%で一番多いですが(22
- 6 頁図42)、極端な短時間睡眠・長時間睡眠の人が約1割おり(22頁図42)、健康
- 7 への影響が懸念されます。
- 8 ・「労働時間削減の取組み」を5割以上の事業所が取り組んでいますが、労働者が
- 9 健康で充実した働き方ができる環境整備を進めるため、経営戦略としての「ワー
- 10 クライフバランス」の推進が必要です。(22頁図43)

11 【施策の展開】

12 ① 休養、ストレス解消のための普及啓発

- 13 ・睡眠による休養を充分にとれていない人の割合を減少させることを目指し、睡眠の
- 14 効能や重要性について正しい情報を分かりやすく発信します。
- 15 ・ストレスに対する知識の普及、健康的な生活による心身の健康の維持、ストレス
- 16 状態の把握、リラックス・気分転換の取組についての情報等を提供します。

17 ② 睡眠時間の量的確保

- 18 ・「十分な睡眠時間」(6時間以上9時間未満、60歳以上は6時間以上8時間未満：
- 19 出典 厚生労働省「健康日本21(第三次)推進のための説明資料」)を広く県民
- 20 に周知啓発します。

21 ③ 事業所における取組

- 22 ・ワーク・ライフ・バランスの取組で、労働時間の削減を実施している事業所の割
- 23 合の増加をめざし、労働局や産業保健総合支援センター、企業や保険者、事業者
- 24 団体等と連携した取組を推進します。
- 25 ・勤務間インターバル制度(1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に、一定時間
- 26 以上の休息時間(インターバル)を設けること)は、従業員の睡眠時間の確保、
- 27 健康維持にもつながるものであり、事業所における「健康経営」※を推進してい
- 28 きます。

29 ※「健康経営」は、NPO 法人健康経営研究会の登録商標です。

31 【目標値】

| 32 目標項目 | | 33 基準値 (R4) | 33 目標値 (R17) |
|---------|---------------------------------|----------------|-----------------|
| 34 15 | 睡眠で休養がとれている者の増加 | 69.9% | 80% |
| 35 16 | 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 | <参考値> (H27) | 60% |
| | | 36 20～59歳 | |
| 37 | 60歳以上 | 57.0% | |
| 38 17 | ワーク・ライフ・バランスの取組で、労働時間削減を実施している事 | 58.7% | 70% |
| 39 | 業所の割合の増加過労死等の防止対策に取り組む事業所の増加 | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |

1 (4) 喫煙

2 【主な課題】

- 3 ・年代別における喫煙率は、男性は40歳代、50歳代、女性は50歳代において高く
4 なっています。(23頁図45)
- 5 ・20歳未満の者(15~18歳)の喫煙率は、男性0.6%、女性0.4%(令和4年度(2022
6 年度)滋賀の健康・栄養マップ調査)、妊婦およびその同居者の喫煙がみられる
7 状況です。
- 8 ・喫煙するたばこ製品で加熱式たばこが3割を占めています。(23頁図46)
- 9 ・望まない受動喫煙の機会を有する割合が一番高いのは、「家庭」という状況です。
10 (28頁図57)
- 11 ・喫煙との関連が強いCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の男性の年齢調整死亡率が、全国
12 と比べ高い状況です。(17頁図28)

13 ※妊婦および同居者の喫煙状況 (％)

| | 本人 | | 同居者 | |
|--------|------|-----|------|------|
| | 喫煙率 | | | |
| | 妊娠前 | 妊娠中 | 妊娠前 | 妊娠中 |
| 令和4年度 | 10.0 | 2.4 | 28.7 | 25.1 |
| 令和3年度 | 9.4 | 1.6 | 30.0 | 28.6 |
| 令和2年度 | 12.3 | 2.0 | 36.5 | 34.3 |
| 令和元年度 | 11.0 | 2.0 | 36.4 | 32.9 |
| 平成30年度 | 12.9 | 2.5 | 37.5 | 32.9 |

14 出典：「健康いきいき21-健康しが推進プラン-」モニタリング調査

15 【施策の展開】

16 ① 喫煙率の減少

- 17 ・喫煙による健康影響についての正しい情報を普及し、様々な機会を通じて情報提
18 供を行います。特に加熱式たばこについては、科学的知見をもとに、正しい知識
19 の普及を行います。
- 20 ・喫煙をやめたい人が禁煙できるよう、市町、医療機関、薬局等とともに、禁煙支
21 援や治療に関する情報提供を行います。
- 22 ・各健康診断に合わせて、禁煙に関する適切な情報提供や保健指導が行えるよう、
23 保健指導従事者の資質向上のための研修を実施します。

24 ② 20歳未満の者の喫煙をなくす

- 25 ・20歳未満の者の喫煙は、将来の疾病リスクが大幅に増加するとともに、ひとたび
26 習慣化した喫煙行動を中断させることは難しいため、学校、市町、医師会、薬剤
27 師会、地域団体等と連携し、20歳未満の者の喫煙開始を防ぐための啓発を行いま
28 す。

29 ③ 妊娠中の喫煙、受動喫煙の防止

- 30 ・母子健康手帳交付時や乳幼児健診、相談の機会を通じて、両親、子ども、同居家
31 族等に対し、喫煙が及ぼす健康影響についての情報提供を行います。
- 32 ・妊婦がその同居者からの受動喫煙をなくすために、妊婦に関わる家族等に対しても
33 喫煙および受動喫煙の正しい知識の普及啓発を関係団体等と連携しながら実
34 施します。

- ④ 受動喫煙防止のための環境づくり（再掲：自然に健康になれる環境づくり）
- ・健康増進法（第 25 条）に基づき、望まない受動喫煙のない社会を目指し受動喫煙防止対策を総合的かつ効果的に推進します。
 - ・健康増進法（第 25 条）および労働安全衛生法（第 68 条の 2）に基づき、職場における受動喫煙防止対策について、労働局、産業保健総合支援センター、保険者等と連携し、事業場の取組の推進を図ります。
 - ・子どもの安全と健康を守る観点から、学校や市町と連携し、家庭での受動喫煙防止の普及啓発を行うとともに、地域においてもたばこの煙から子どもを守る県民運動として受動喫煙防止対策を展開します。

【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|----------------------|-------------|----------------------|
| 18 | 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる） | 11.0% | 8.2% |
| | 男性 | 19.3% | 15% |
| | 女性 | 4.2% | 3% |
| 19 | 20歳未満の喫煙をなくす | 男性 | 0% |
| | | 女性 | |
| 20 | 妊婦の喫煙をなくす | 2.4% | 0% |
| 21 | 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少 | 家庭 | 望まない受動喫煙のない社会の 表現 |
| | | 職場 | |
| | | 飲食店 | |

1 (5) 飲酒

2 【主な課題】

- 3 ・20歳未満の者（15～18歳）の飲酒がみられます。
4 （令和4年度(2022年度)滋賀の健康・栄養マップ調査:20歳未満の飲酒率 2.8%）
- 5 ・妊娠中の飲酒がみられます。（※下記表参照）
- 6 ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性で11.3%、女性
7 で6.9%であり、前回調査（平成27年度(2015年度)）より女性は2.3%増加して
8 います。（24頁図47） また、男性では40歳代以降徐々に割合が高くなり、女
9 性では40歳代、50歳代が高くなっています。（24頁図48）

11 ※妊娠中の妊婦の飲酒率(%)

| H26年度 | H27年度 | H28年度 | H29年度 | H30年度 | R元年度 | R2年度 | R3年度 | R4年度 |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|
| 2.0 | 1.9 | 1.6 | 2.4 | 1.6 | 2.4 | 2.8 | 1.4 | 0.6 |

12 出典：「健康いきいき 21-健康しが推進プランモニタリング-」調査

13 【施策の展開】

14 ①飲酒についての正しい知識の普及

- 15 ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人（1日当たりの純アルコール摂
16 取量が男性40g以上、女性20g以上の人）の割合を減らすことを目指し、飲酒の
17 健康影響や「節度ある適度な量の飲酒」などの情報提供を行います。

18 ② 20歳未満の者および妊娠中の飲酒防止

- 19 ・20歳未満の者の飲酒は、アルコールによる健康への影響を受けやすく、また、将
20 来アルコール依存症になるリスクが高くなること等から、学校、市町、医師会、
21 薬剤師会、地域団体等と連携しながら、20歳未満の者の飲酒をなくすための啓発
22 を行います。
- 23 ・妊婦の飲酒は、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
24 も悪影響があるため、市町の母子健康手帳交付時や乳幼児健診時、医療機関や助
25 産所における妊婦健診、相談の機会を通じて、飲酒による母親自身と子どもに及
26 ぼす健康影響について情報提供を行います。

27 ③ アルコール関連問題の早期発見と早期対応

- 28 ・家庭、学校、職場、地域など、あらゆる場面でアルコール関連問題の早期発見と
29 その対応等、適切な対応ができるよう、「滋賀県依存症総合対策計画」と連動さ
30 せながら、県民や関係機関に対する情報提供や研修を行います。
- 31 ・健診結果でアルコール健康障害の可能性のある方に対して、適切な保健指導を行
32 い、必要に応じて医療機関につなぐなどの支援ができるよう、保健指導従事者の
33 資質向上のための研修を行います。
- 34 ・アルコール関連問題を抱えた県民が身近な地域で相談できる体制づくりを進め、
35 周知を図ります。

1 **【目標値】**

2

3

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|-----------------------------|-------------|--------------|
| 22 | 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 ※ | 男性 | 11.3% |
| | | 女性 | 6.9% |
| 23 | 20歳未満の飲酒をなくす | 男性 | 1.9% |
| | | 女性 | 3.3% |

4

5

6

7

8

9 ※参考：生活習慣病のリスクを高める量

10 一日当たり 純アルコール摂取量：男性 40 g以上 女性 20 g以上

11 表：主な酒類の換算の目安

12

| | ビール (中瓶1本 500ml) | 清酒 (1合180ml) | ウイスキー・ ブランデー (ダブル60ml) | 焼酎(25 度) (1合 180ml) | ワイン (1杯 120ml) |
|---------|------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 純アルコール量 | 20 g | 22 g | 20 g | 36 g | 12 g |

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

1 (6) 歯・口腔の健康

2 【主な課題】

- 3 ・働き世代の約 20%が歯ぐきから血が出る炎症症状を有しています。(25 頁図 49)
- 4 ・何でも噛んで食べることができる人の割合は、50 歳代から低下が始まっています。(25 頁図 50)
- 5 ・定期的に歯科検診を受ける成人の割合は 37.0%です。(25 頁図 51)

8 【施策の展開】

9 ① 歯・口に関する健康格差の縮小

- 10 ・二次保健医療圏域間、市町間におけるむし歯の状況の差を示し、歯・口に関する健康格差の存在を周知します
- 11
- 12 ・むし歯を多く持つ幼児へのフォローアップ体制の整備に努めます。
- 13 ・フッ化物配合歯磨剤の使用やかかりつけ歯科医院でのフッ化物塗布等によるむし歯予防の推進に加え、市町における保育所や学校等における集団フッ化物洗口を推奨し、導入について支援します。

16 ② 口腔機能の獲得・維持・向上のための歯科疾患の予防推進

- 17 ・乳幼児期、少年期における口腔機能発達支援体制の整備に努めます。
- 18 ・県民自身が取り組める効果的なむし歯予防、歯周病予防の方法を情報発信します。
- 19 ・かかりつけ歯科医院への定期的な受診による歯・口の健康管理を推進します。

20 ③ 生活の変化を捉え、将来を見据えた歯科保健対策

- 21 ・加齢や生活環境の変化により高まる歯・口の健康を害するリスクに対して、早期から気づきや受診勧奨等の啓発を行い、生涯にわたる健康の維持を推進します。
- 22
- 23 ・若い世代へのオーラルフレイルの周知、早期からの口腔機能維持・向上のための取組の啓発を実施します。

25 ④ 要介護者および障害者（児）等への歯科保健医療サービスの提供

- 26 ・関係団体、支援者等と連携しながら、誰もが歯科健診、歯科保健指導を利用できる機会を確保します。
- 27
- 28 ・在宅および高齢者施設などにおける口腔ケア、訪問歯科診療を推進するため、歯科保健医療サービスを利用する側、提供する側双方への啓発、研修などの取組を行います。
- 29
- 30
- 31 ・歯科専門職だけでなく、医科歯科薬科をはじめ、介護職やリハビリテーション関係職等との連携により対策を推進します。

33 ⑤ 災害時の歯科保健対策

- 34 ・災害発生時の、避難所における歯・口の衛生状態の悪化によって生じる誤嚥性肺炎等の二次的な健康被害を防ぎます。
- 35

1 【目標値】

2

3

| | 目標項目 | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|---|-------------------------------|-------------|--------------|
| 4 | 24 歯肉に炎症所見を有する者の減少 (20歳以上) | 18.1% | 減少 |
| 6 | 25 よく噛んで食べることができる者の増加 (50歳以上) | 67.6% | 80% |
| 8 | 26 歯科検診の受診者の増加 (18歳以上) | 37% | 95% |

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

1 (7) 生活機能の維持・向上

2 【主な課題】

- 3 ・本県における 65 歳以上の要介護（要支援）認定者数は、令和 3 年度（2021 年度）
- 4 末時点で 67,791 人であり、介護保険制度創設時（平成 12 年度（2000 年度））と
- 5 比較して 2.9 倍となっています。（11 頁図 13）
- 6 ・介護を要する状態となった理由としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血
- 7 管疾患（脳卒中）」、「骨折・転倒」となっており、生活習慣病に罹患せずとも
- 8 日常生活に支障をきたす状態になることから、すでに疾患を抱えている人も含め
- 9 て心身の健康を保持し、生活機能の維持・向上が必要です。（11 頁図 14）
- 10 ・60 歳代の女性のやせが増加傾向です。（18 頁図 31）
- 11 ・この 1 か月にストレスを感じた人の割合は、令和 4 年度の調査の結果では男性が
- 12 56.9%、女性が 69.1%で男女ともに前回より減少していますが、経年的には男性
- 13 より女性の方が割合が高い状況です。（26 頁図 52）

14 【施策の展開】

15 ① ロコモティブシンドローム予防対策

- 16 ・25～30 歳ごろから発現するサルコペニア（高齢になるに伴い筋肉量が減少してい
- 17 く老化現象）は生涯を通じて進行していくことから、若い世代から予防を意識し
- 18 て、筋力・筋肉量の向上のためのトレーニング等を日常生活に取り入れながら望
- 19 ましい生活習慣が実践できるように正しい知識の普及啓発を行います。
- 20 ・ロコモ度のセルフチェックを通じて、早期発見に繋げていきます。
- 21 ・ロコモティブシンドロームの予防に効果的な運動等について、普及啓発を行いま
- 22 す。

23 ② フレイル予防対策

- 24 ・フレイル予防に向けて、食事や栄養に関する相談受付や地域団体等を対象とした
- 25 低栄養予防や生活習慣病発症・重症化予防に関する出前講座を実施します。また、
- 26 スマートフォンのウォーキングアプリ等を活用するなど、楽しみながら運動でき
- 27 る環境づくりを推進します。
- 28 ・高齢者の低栄養状態は、フレイル状態や要介護状態を招く要因であることから、
- 29 高齢者が集まる地域の通いの場や後期高齢者の健康診査や保健指導等において、
- 30 フレイルに関する質問票を活用するなど、栄養摂取と口腔機能維持の重要性につ
- 31 いて理解と実践がなされるよう働きかけを行います。
- 32 ・高齢期において転倒などによる骨折は長期間の療養が必要となり、要介護の要因
- 33 につながります。特に女性は骨粗しょう症による骨折を予防するためにも、子ども
- 34 ものころからの望ましい食・運動習慣の形成にむけた啓発や若い世代から骨粗し
- 35 ょう症検診等で自分の骨量を把握し、必要な場合は早期に治療に繋がるよう啓発
- 36 を行います。
- 37 ・筋力の低下や低栄養などに陥りがちな高齢者の特性を踏まえ、SNS 等を活用した
- 38 分かりやすい情報発信等を通じて、高齢者をはじめ働き世代のうちから意識して
- 39 フレイル対策等に取り組むことの重要性を啓発します。
- 40 ・要介護の原因となる疾病等の予防のため、若年世代や働き世代など、健康に関心
- 41 が向きづらい層に向けた啓発を行うなど、生涯を通じた健康づくりを推進します。

- ・かかりつけの医療機関や薬局を活用し、定期的な健診をはじめ健康づくり、体の変化や不調など些細なことでも相談することの重要性を啓発します。
- ・地域住民を含む支援者とともに、本人が主体的に望む生活を実現できるよう取り組む地域リハビリテーションの推進や社会参加等により、生活機能の低下の予防や改善を図り、生活の質の向上につなげていきます。

③こころの健康づくり対策

- ・ストレスに対する知識の普及、健康的な生活による心身の健康の維持、ストレス状態の把握、リラックス・気分転換の取組についての情報提供を進めます。
- ・若者に対して、コミュニケーション手段として広く普及している SNS を活用した「検索連動型広告」の配信・相談の窓口を設け、相談体制の充実を図ります。
- ・地域におけるこころの健康問題の相談体制の充実と相談窓口の情報発信に努めます。
- ・行政や子育て・女性健康支援センター、男女共同参画センターなどにおいて、女性の各ライフステージに応じた相談や健康教育、地域への出前講座等を実施します。
- ・社会全体で幼少期から自尊感情を高める取り組みを推進し、子ども・若者が夢や希望を持ち、前向きに生きていこうとする意識や態度を育んでいきます。

【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|------------------------------------|-------------|--------------|
| 27 | ロコモティブシンドロームの減少（人口千人対） | 228人 | 205人 |
| 28 | この1か月に、不満、悩み、ストレスを感じている人の減少（21歳以上） | 男性 | 56.9% |
| | | 女性 | 69.1% |
| 29 | 自殺死亡率の割合の減少（人口10万対） | 15.4（R3） | 12.2以下 |

1 [生活習慣病の発症予防と重症化予防]

3 (1) がん

4 【主な課題】

- 5 ・がん検診の受診率については、いずれも令和元年度(2019年度)まで経年的に上昇
- 6 していましたが、令和4年度(2022年度)は男性のがん検診受診率が全てにおいて
- 7 減少しています。(13頁図18)
- 8 ・がんの年齢調整死亡率は全国より低い状況ですが、罹患率の減少率で、男性は全
- 9 国と同様に横ばい状況です。(12頁図16、13頁図17)
- 10 ・がん検診の受診場所は、胃がん、肺がん、大腸がんは約7割が勤め先となってい
- 11 ますが、乳がん、子宮がんは約3割が市町で、約4割は勤め先で受診しています。
- 12 (14頁図19)

14 【施策の展開】

15 ①発症予防

- 16 ・がんのリスクを低減させるため、喫煙、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野
- 17 菜・果物不足、食塩の過剰摂取、がんに関連するウイルスや細菌への感染等につ
- 18 いて、正しい知識の普及・啓発を推進します。
- 19 ・啓発にあたっては市町、医療機関、企業、保険者、地域団体等との連携をとりな
- 20 がら実施します。

21 ②がん検診受診率の向上

- 22 ・がん検診の受診率60%に向けて、市町、企業、保険者、地域団体等に積極的に働
- 23 きかけを行います。
- 24 ・市町や企業において、死亡率減少効果が確立されているなど科学的根拠に基づく
- 25 がん検診が実施できるよう支援します。
- 26 ・利便性等の受診しやすい環境整備など工夫しながら、受診率向上に繋がる環境づ
- 27 くりを努めます。

28 ③重症化予防

- 29 ・定期的ながん検診の受診と、自覚症状がある場合には早急に医療機関を受診する
- 30 ことについて、様々な機会を通じて普及・啓発します。
- 31 ・がん検診精密検査受診率について、100%達成に向けた働きかけを企業や保険者
- 32 等に対して行います。

33 ④治療と職業生活の両立支援

- 34 ・県、医療機関、労働局、産業保健総合支援センターおよびその他の関係機関は、
- 35 互いに連携して、がんの治療と職業生活の両立支援に関する制度や情報の啓発
- 36 を行い、企業における体制整備を支援します。

37 ⑤年齢調整死亡率の減少

- 38 ・年齢調整死亡率を減少させるため、がん予防およびがんの早期発見を推進すると
- 39 ともに、滋賀県がん対策推進計画に基づき放射線療法、薬物療法、手術療法に加
- 40 えて副作用対策などのがん医療の充実や、小児から高齢者までのライフステー
- 41 ジに応じた対策の充実等を総合的かつ計画的に実施します。

1 【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|-------|---------------|-------------|--------------|
| 30 | がんの年齢調整罹患率の減少 | 男性 | 447.6 |
| | | 女性 | 311.2 |
| 31 | がんの年齢調整死亡率の減少 | 男性 | 356.2 |
| | | 女性 | 149.7 |
| 32 | がん検診の受診率の向上 | 胃がん 男性 | 46.5% |
| | | 女性 | 35.2% |
| | | 肺がん 男性 | 52.7% |
| | | 女性 | 43.6% |
| | | 大腸がん 男性 | 49.5% |
| | | 女性 | 40.7% |
| 乳がん | 47.2% | | |
| 子宮頸がん | 40.7% | | |
| | | | 60% |

22 参考：「健康増進法」に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の
 23 者を対象としているが、受診率の算定に当たっては40歳～69歳まで（子宮頸がんは20
 24 歳から69歳まで）を対象とする。
 25 ただし、胃がんについては50歳～69歳とし、当分の間、胃部X線検査に関しては40歳
 26 以上の者を対象として差し支えないこととなっている。

1 (2) 循環器病

2 【主な課題】

- 3 ・心疾患の年齢調整死亡率は、女性は減少傾向にありますが、男性は悪化傾向です。
4 (15 頁図 21)
- 5 ・血圧の平均値は、悪化しており、肥満増加との連動も考えられますが、引きつづ
6 きメタボリックシンドローム対策をはじめ健康増進の啓発を若い世代から行っ
7 ていく必要があります。(15 頁図 22)
- 8 ・特定健診受診率、特定保健指導実施率は上昇していますが、メタボリックシンド
9 ロームの該当者および予備軍は増加傾向にあります。(17 頁図 27)

10 【施策の展開】

11 ① 発症予防

- 12 ・特定健診の受診率向上を目指し、市町、保険者、事業所、関係団体等と連携し、
13 効果的な啓発を行います。
- 14 ・循環器病の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、喫煙、大量飲酒
15 等の減少を目指し、身体活動の増加、栄養の改善を図る事業や特定健診・特定保
16 健指導を中心に取り組みます。
- 17 ・特定健診の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関へ受診できるよ
18 うに、各保険者が働きかけを行う体制づくりを支援します。特に、脂質異常症
19 (LDL-ch180 mg/dl 以上)、高血圧(Ⅱ、Ⅲ度以上)の者の受診勧奨を徹底しま
20 す。
- 21 ・脈拍を自己チェックするなどの自己管理の啓発を行います。
- 22 ・医療機関との連携により、循環器病予防のための県民公開講座等を開催します。
- 23 ・脳卒中の初期症状(FAST)と救急受診の必要性、ヒートショックの予防等につい
24 て啓発を行います。
- 25 ・長期にわたるがん治療(抗がん剤や放射線治療)による循環器病のリスクに関す
26 る情報提供や研修会を開催します。

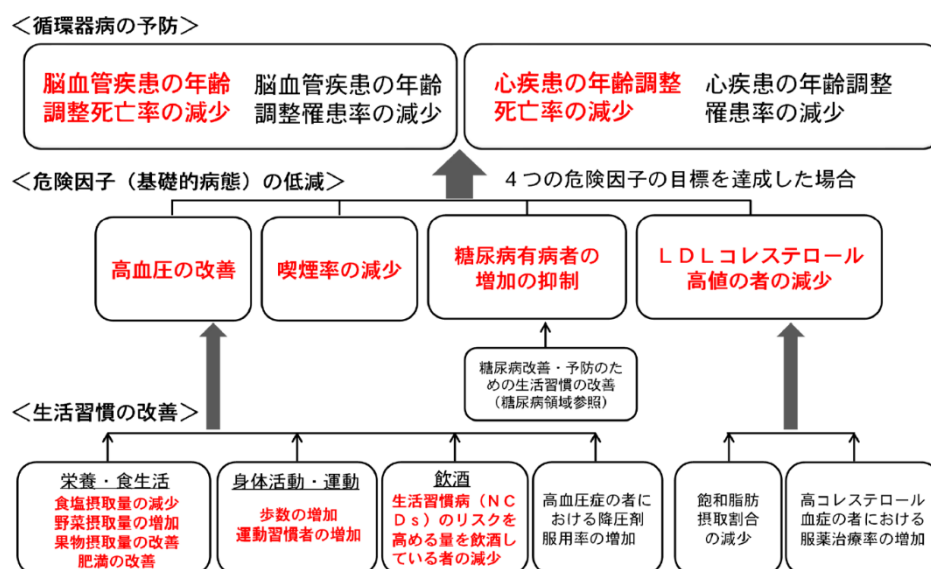
27 ② 重症化予防

- 28 ・高血圧および脂質異常症、この2つの危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く
29 認められ、発症リスクは肥満を伴う場合と相違がないことが示されていることに
30 も注意し、特定健康診査の結果、受診勧奨値以上であった人が、確実に医療機関
31 へ受診できるよう、各保険者が働きかけを行う体制づくりを支援します。
- 32 ・労働者が業務によって疾病を増悪させることなく治療と仕事の両立を図るために、
33 事業者による「仕事と治療の両立支援」を推進します。
- 34 ・循環器病と歯周病は密接に関連していることから、医科歯科連携を推進します。
- 35 ・更なる死亡率の減少に向けて、がん治療に伴う心血管合併症の診療体制の構築等、
36 他の疾患に係る対策との連携を推進します。
- 37 ・感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた循環器病にかかる医療提供体
38 制の構築について検討を進めます。

【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|--------------------------------------|------------|----------------|
| 33 | 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対) | 男性 | 76.2 (R2) |
| | | 女性 | 48.0 (R2) |
| 34 | 心疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対) | 男性 | 77.9 (R2) |
| | | 女性 | 34.2 (R2) |
| 35 | 高血圧症の改善 (40歳以上75歳未満) | 男性 | 126.4mmHg (R2) |
| | | 女性 | 123.7mmHg (R2) |
| 36 | 脂質 (LDLコレステロール) 高値の者の減少 (40歳以上75歳未満) | 男性 | 124.0mmHg (R2) |
| | | 女性 | 119.0mmHg (R2) |
| 37 | 脂質 (LDLコレステロール) 高値の者の減少 (40歳以上75歳未満) | 11.9% (R2) | 8.9% |
| 38 | メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少 | 11.1% (R2) | 12.6% (R2) |
| 39 | メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少 | 9.1% (R3) | 25%以上減少 |
| 38 | 特定健康診査の実施率の向上 | 60.0% (R3) | 70%以上 |
| 39 | 特定保健指導の実施率の向上 | 26.3% (R3) | 45%以上 |

※循環器領域のロジックモデル



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」の領域と連携（環境整備含む）

出典：健康日本 21(第三次)推進のための説明

1 (3) 糖尿病

2 【主な課題】

- 3 ・メタボリックシンドロームの該当者および予備群の割合は、年々増加しています。
4 (17 頁図 27)
- 5 ・特定健康診査、特定保健指導実施率は年々上昇していますが、目標には達してい
6 ません。(16 頁図 25・26)
- 7 ・糖尿病患者、予備軍は増加しています。(15 頁図 23)
- 8 ・年間新規透析導入者数は増加傾向にあり、糖尿病性腎症による透析導入割合が 4
9 割を占め高い状況です。(16 頁図 24)

11 【施策の展開】

12 ①健診受診率の向上

- 13 ・市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診の受診率向上のため、積極
14 的な情報提供や啓発を行います。
- 15 ・健診未受診者に対してナッジ理論等を活用し、対象者の特性に合わせた受診勧奨
16 を積極的に行います。またその効果的な方法について情報提供に努めます。
- 17 ・受診勧奨の時期の工夫や他の健診（がん検診等）との同時実施など、対象者が受
18 けやすいような工夫を行います。
- 19 ・治療中患者情報提供の推進、かかりつけ医との連携等医療機関と連携した受診勧
20 奨を行います。

21 ②発症予防

- 22 ・適切な食生活や運動の必要性など、県民が正しい知識を持ち、実践できるよう啓
23 発等を進めます。
- 24 ・保険者における特定健康診査の結果、発症リスクの高い人に保健指導が確実にで
25 きる体制を整備し、保健指導従事者の質の向上に努めます。また、新たな生活様
26 式やデジタル化推進の動きを踏まえ、ICT を活用した効率的・効果的な保健指導
27 の普及を図ります。
- 28 ・滋賀県国民健康保険保健事業実施計画に基づき市町と連携を図り、国保の保健事
29 業を進めます。

30 ③重症化予防

- 31 ・未治療の人や治療中断者の減少のために、糖尿病治療の重要性に対する社会全体
32 の認知度向上のための啓発を行います。
- 33 ・未治療者、治療中断者に対して、受診勧奨に努め治療につなげる取組を推進しま
34 す。
- 35 ・健診結果に基づく受診勧奨や保健指導の円滑な実施に向けて、人材育成や医療機
36 関との連携体制を構築するとともに、血糖コントロール不良者などへの療養指導
37 や継続支援などにより、生活習慣病の重症化予防に努めます。
- 38 ・糖尿病と歯周病は密接に関連していることから、医科歯科連携を推進していきま
39 す。
- 40 ・労働者が業務によって糖尿病を増悪させることなく、治療と仕事の両立を図るた
41 めに、事業所による「仕事と治療の両立支援」を推進します。

- ・通院治療している者のうち、血糖コントロール不良者や腎不全など重症化するリスクの高い者に対しては、医療機関、保険者、市町の連携により、保健指導を実施できる体制整備を促進します。
- ・滋賀県糖尿病地域医療連携指針をもとに、適切な治療の開始、継続を支援できるよう、二次医療圏ごとの地域医療連携体制の構築を推進します。
- ・滋賀県保険者協議会や滋賀県国民健康保険団体連合会と協力をして、医療保険者の実施する保健事業が、効率的かつ効果的に実施されるよう支援します。

【目標値】

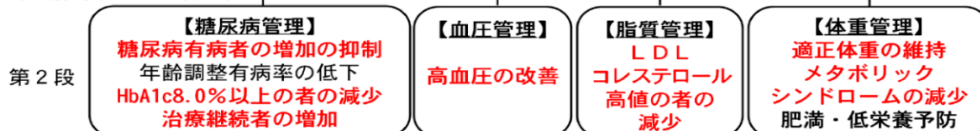
| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|-------------------------------|------------|-----------------|
| 40 | 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少 | 165人 (R3) | 増加の抑制 (165人以下) |
| 41 | 治療継続者の増加 | 50.9% | 75% |
| 42 | 血糖コントロール不良者の減少 ※40歳以上75歳未満 | 男性 | 1.0% |
| | | 女性 | |
| 43 | 糖尿病有病者の増加の抑制 | 10.5% | 増加の抑制 (10.5%以下) |
| 37 | メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少(再掲) | 9.1% (R3) | 25%以上減少 |
| 38 | 特定健康診査の実施率の向上 (再掲) | 60.0% (R3) | 70%以上 |
| 39 | 特定保健指導の実施率の向上 (再掲) | 26.3% (R3) | 45%以上 |

※糖尿病領域ロジックモデル

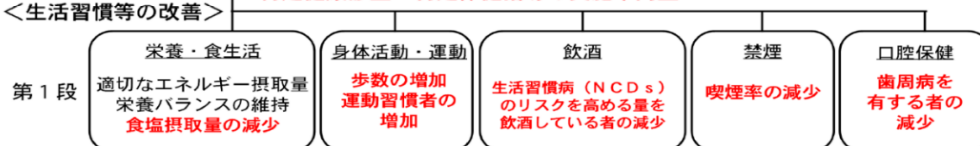
<重症化予防>



<包括的なリスク管理>



<生活習慣等の改善>



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域と連携（環境整備含む）

出典：健康日本 21(第三次)推進のための説明

1 (4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

2 【主な課題】

- 3 ・ COPD の標準化死亡比は男性において全国より高くなっています。（17 頁図
- 4 28）
- 5 ・ COPD は禁煙による予防と薬物等による治療が可能な疾患であるため、引き続き喫
- 6 煙者への啓発が必要です。

8 【施策の展開】

- 9 ・ COPD が予防可能な生活習慣病であることを分かりやすく周知し、啓発を行いま
- 10 す。
- 11 ・ COPD は心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、うつ病などの併存疾患
- 12 や肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な
- 13 炎症反応であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことか
- 14 らも、予防をはじめ早期の発見と禁煙治療、吸入治療等の介入が大切であること
- 15 を啓発します。
- 16 ・ 喫煙をやめたい人が禁煙できるよう、市町、医療機関、薬局等とともに、禁煙支
- 17 援や治療に関する情報提供を行います。
- 18 ・ 健康増進法（第 25 条）に基づき、望まない受動喫煙のない社会を目指し受動喫
- 19 煙防止対策を総合的かつ効果的に推進します。
- 20 ・ 健康増進法（第 25 条）および労働安全衛生法（第 68 条の 2）に基づき、職場に
- 21 おける受動喫煙防止対策について、労働局、産業保健総合支援センター、保険者
- 22 等と連携し、事業場の取組の推進を図ります。

24 【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|---------------------|-------------|--------------|
| 44 | COPDの死亡率（人口10万人当たり） | 男性 21.5 | 10.0 |
| | | 女性 3.7 | |

3 健康なまちづくり

健康寿命の延伸や健康格差の縮小を図るために、健康に関心が薄い人も含めて、幅広くアプローチを行い、県民が無理なく自然に健康的な行動ができるような環境づくりに取り組みます。また、県民が生きがいを持っていきいきと暮らせるよう、心身の健康に大きな効果がある「社会参加」の機会を増やすため、企業、民間団体など多様な主体による取組を推進するとともに、関連する行政分野とも連携して県民の健康づくりを支援する環境を整備します。

(1) 多様な社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

【施策の展開】

- ・健康づくりのボランティアである健康推進員や食育推進ボランティアなど住民リーダーの活動を支援し、健康づくり・食育推進のための活動を促進します。
- ・食育を通じて生涯にわたり「食べる力」＝「生きる力」を育みながら、家庭、学校、職場、グループ活動等の場で、家族、友人、同僚、地域の人々等との食卓の営みを大事にした「社会とのつながり」の観点から共食を推進します。
- ・就労や就学を含み、町内会や地域行事、ボランティア活動、趣味関係のグループ活動など社会活動への参加は社会とつながる一つの手段であり、誰もが社会参加につながる取組を推進します。
- ・市町のシルバー人材センターと連携し、高齢者の多様な就業ニーズに応えるとともに、生きがいづくりや社会参加の促進を図ります。
- ・各種団体やNPO、企業など様々な主体が「つながる」という視点を持ち、連携・協働を進めるとともに、各主体が持つ特色を活かし合うことで、活発な活動が展開されるよう支援します。
- ・スポーツや生涯学習、福祉、環境保全、防災等の様々な地域活動に対し、健康づくりの視点を取り入れることで、子どもから高齢者まで幅広い世代の気軽な参加を促進します。
- ・本県での国民スポーツ大会、全国障害者スポーツ大会を見据え、全ての県民がスポーツに取り組みやすい環境づくりを進めます。
- ・退職した人がこれまでの知識や技術を活かして身近な地域で活躍できる仕組みづくりに努めます。
- ・地域の多様な主体による支え合い・助け合いの取組が広がるよう、市町の生活支援コーディネーター・協議体の活動を支援するとともに、地域での支え合いの機運醸成を図ります。

1 【目標値】

| 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---------------------------|---------------------|--|
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 |
| 45 | 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 | 67.6% | 70.0% |
| 46 | 社会活動を行っている者の増加（20歳以上） | *R6国民健康・栄養調査の滋賀県の数値 | *20～64歳 基準値から5%の増加 *65歳以上 基準値から10%の増加 |
| 47 | 地域等で共食している者の増加 | *R6国民健康・栄養調査の滋賀県の数値 | 30% |
| 48 | メンタルヘルスケアを実施している事業所の割合の増加 | 55.8% | 80% |
| 49 | 心のサポーター数の増加 | 0人 | 1万人 |

17 (2) 自然に健康になれる環境づくり

18 【施策の展開】

- 19
- 20 ・働き世代が多く時間を過ごす事業場において、事業主の安全配慮義務として定
 - 21 期健康診断の実施率 100%を目指すとともに、従業員が安全かつ健康に働ける環
 - 22 境づくりに取り組むことで従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化、
 - 23 ひいては業績向上、地域の活性化につながる「健康経営」※を関係機関等と連携・
 - 24 協働し推進します。
 - 25 ・事業場の規模や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
 - 26 保健サービスが受けられるように、市町、保険者、産業保健総合支援センターと
 - 27 連携・協働しながら事業所の支援を推進します。
 - 28 ・従業員が治療と職業生活を両立できるような職場環境の整備について、労働局、
 - 29 産業保健総合支援センターおよびその他の関係機関と連携して取り組むととも
 - 30 に、医療機関と企業の産業保健スタッフ等との情報連絡の推進を図ります。
 - 31 ・女性のライフステージごとにおける女性ホルモンの変化による健康影響について、
 - 32 社会全体で理解を深めることにより、女性がいきいきと活躍できる環境づくりを
 - 33 促進します。
 - 34 ・健康に配慮した食事を提供する飲食店や給食施設、量販店等の取組を推進し、利
 - 35 用者にとって適切なカロリーや塩分、野菜たっぷりの食事の提供が進むように
 - 36 食環境整備の一環として取り組みます。また、特定給食施設に管理栄養士、栄養
 - 37 士の配置が進むよう啓発を行います。
 - 38 ・感染症予防に対する意識の高いまちづくりを目指し、人々が正しい手洗いやうが
 - 39 いなどの望ましい生活習慣を身に付けることができるように広報・啓発に努め
 - 40 ます。

- ・運動しやすいまちづくりや職場環境について、行政、企業、大学、地域団体等の主体的な活動の推進と多機関の連携・協働による取組を推進します。
- ・地域活力の向上・まちなかのにぎわいを創出するため、官民のパブリック空間（道路、公園、広場、民間空地等）を人中心の空間へ転換し、「居心地が良く歩きたくなる」まちづくりを推進します。
- ・拠点や交通結節点における歩行者優先の空間づくりと自転車利用環境の整備により、歩行者の安全が確保でき、居心地が良く「歩いて暮らせるまちづくり」を促進します。
- ・法律に基づき受動喫煙防止対策を引き続き推進し、受動喫煙のないまちづくりに努めます。
- ・誰もが、健康づくりに取り組む「きっかけ」を生活の中に取り入れられるように健康しが共創会議参画団体や民間企業・地域団体・自治体等と連携・協働してアクセスしやすい環境づくりに取り組みます。また継続した取組の支援が行えるよう身近で気軽に専門的な支援や相談が受けられる機会や場所（健康サポート薬局など）の増加について、企業、団体等と連携・協働して取組を推進します。

※「健康経営」は、NPO 法人健康経営研究会の登録商標です。

【目標値】

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|------|---------------------------|-----------------|--------------|
| 50 | 健康経営の推進に取り組む事業所の増加 | *R6滋賀県労働実態調査の数値 | 増加 |
| 51 | 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加 | 55.3 % (R3) | 75% |
| 21 | 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少(再掲) | 家庭 | 3.9% |
| | | 職場 | 1.8% |
| | | 飲食店 | 0.1% |
| 52 | 誰もがアクセスできる健康増進のための場の増加 | (参考値)2,438 | 増加 |
| 53 | 企業・団体等の「連携」による健康づくりの活動の増加 | 28 | 増加 |

(3) 正しく知り、行動できるよう ICT 等を活用した情報発信、データの見える化の推進

【具体的施策】

- ・多様な社会環境の中で、ICT を活用し保健指導を受けられることができる県民の増加を目指し、特定保健指導の Web 実施に取り組む市町の増加を支援します。
- ・SNS 等の普及による情報過多の中で、健康情報を正しく知り、正しく選択し行動できるように、特に若い世代に情報発信を進めます。また、若い世代の声を反映させながら効果的な情報発信に取り組みます。

- 1 ・気候変動により、命に関わるような危険な暑さが長期に渡り続く傾向がある中で、
- 2 熱中症予防対策として危険な時期には様々な手段を通じて、予防対策の情報を発
- 3 信していきます。
- 4 ・女性特有の疾患に関する情報や相談窓口について、「健康しが」ポータルサイトに
- 5 掲載し、本人に限らず周囲の人も含めて、悩みや不安を安心して繋げられる支援
- 6 を促進します。
- 7 ・市町や関係団体の情報提供サイトを「健康しが」ポータルサイトに集約すること
- 8 により、県内の健康づくりに関する情報の一元化を図ります。
- 9 ・ライフステージに合わせた方法により、健康への気づきを与えるポピュレーシ
- 10 ョンアプローチを促進します。
- 11 ・デジタル技術の活用の進展によって、例えばアプリや動画を活用した運動プログ
- 12 ラム、eスポーツ、web会議ツールを活用した「通いの場」のように、運動した
- 13 り他者と交流したりする機会を増加させることや、見守りも兼ねたコミュニケー
- 14 ションの機会を確保するために、スマートフォン利用環境を整備することなどが
- 15 考えられます。こうしたデジタル技術を活用した「つながり」のための取組につ
- 16 いて市町間での情報共有と好事例の横展開を行います。
- 17 ・ICTに不慣れな高齢者が気軽に相談できる環境づくりに取り組みます。
- 18 ・県民の健康寿命の延伸に繋がるデータの分析を通じて、健康格差の縮小を目指し
- 19 県衛生科学センターを中心に健康関連データの分析・見える化に取り組みます。
- 20 また、市町別のデータ分析により引き続き健康課題の見える化を進めます。

21

22 **【目標値】**

23

| 目標項目 | | 基準値 (R4) | 目標値 (R17) |
|-------|--|-------------|--------------|
| 24 54 | ICTを活用し保健指導を受けられることができる県民の増加 | 4市 | 全市町 |
| 25 55 | 若い世代が、望ましい生活習慣の定着に繋がる正しい健康情報をSNS 26 等から受け取れる | 92,507 | 増加 |
| 27 56 | 健康に関する正しい知識の情報発信により、健康への気づきを与え 28 られるポピュレーションアプローチの増加 | 48 | 増加 |

29

30

31

32 **4. みんなでつくろう「健康しが」の取組**

33 県民がいつまでもその人らしくいきいきと生活していくためには、県民一人ひと

34 りが主体的に健康づくりに取り組むとともに、個人を取り巻く環境づくりが大変重

35 要です。

36 企業やNPO法人、大学等の多様な主体による自発的取組や健康に関する地域団体

37 の取組を連携して実施することにより、行政による限られたアイデアや対象への取

38 組の枠を超えて、広く県民の健康づくりを推進することが可能となります。

39 県では、あらゆる分野との連携を推進し、県民の健康づくりのための活動を創出

40 するとともに「健康しが」の気運醸成の取り組みを進めていきます。

- 1 (1) 企業・地域団体・自治体等様々な団体が出会い、それぞれの取組やアイデア
 2 を持ち寄り、共有し、語り合い、協力関係を構築して、県民の健康づくりに繋
 3 がる活動を創出するため、「健康しが」共創会議(プラットフォーム)などの取
 4 組を引き続き推進します。
- 5 (2) 健康・医療・介護・社会環境等のデータ分析や意識調査により、県民の意識
 6 や健康課題を踏まえた取組を推進します。
- 7 (3) 県民の健康づくりにつながる健康情報や取組方法を積極的に発信するととも
 8 に、ICT を活用した取組を推進します。

「健康しが」の切り口としてのあらゆる分野との連携例

健康づくり事業とは直接繋がりがなく感じられる分野の取組も、実は結果として「健康」に繋がることもたくさんあります。

知らず知らずのうちに、「心身の健康」に繋がっていることに、気づいていただくことも「健康しが」の大事な取組です。

マザーレイクゴールズ(MLGs)

ピワイチ

公共交通機関利用促進

おいしがうれしが

「びわ湖の日」の取組

やまの健康

国スポ・障スポ大会

滋賀の女性・元気・応援プロジェクト

びわ湖マラソン

「近江の城」魅力発信事業

みんなでつくろう！
 × 健康しが

など



健康寿命の延伸



1 第5章 計画の推進体制の整備

2 1 それぞれの役割

3 「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」を推進していくためには、県民
4 自らが健康づくりを実践するとともに、県、市町、学校、職場など健康づくりに
5 関わっているそれぞれの主体が、この計画の趣旨や達成すべき目標を共有し、
6 各々の立場から役割を果たし、健康づくりを県民運動として展開していくことが
7 必要です。

8 9 (1) 県民

10 県民一人ひとりが健康づくりの重要性を認識し、生活習慣の改善のための行動
11 を実践していく必要があります。

12 さらに、自分の住んでいる地域への関心を深め、地域活動への参加や健康づく
13 りを支援するための公共政策の実施に向け、積極的な働きかけを行っていくこと
14 も大切です。

15 (2) 家庭

16 家庭は、個人の生活の基礎的単位であり、食習慣・喫煙習慣など、乳幼児期か
17 ら生涯を通じて望ましい生活習慣を身につけるための役割があります。

18 また、家族の休息の場であり、心身の健康づくりを培う場として重要です。

19 (3) 県

20 県は、この計画を推進し、設定した目標値を達成するため、全県的な健康づく
21 りに係る施策を円滑にかつ総合的に推進する必要があります。

22 このため、食事のバランス・喫煙の健康影響・適正な飲酒量等の健康づくりに
23 関する啓発や必要な健康情報の提供を行い、市町の実施する健康増進事業を支援
24 するとともに、「健康いきいき21」地域・職域連携推進会議などを活用して、
25 市町、学校、健康関連団体、保険者、事業場、大学、事業者団体等において、共
26 通の認識のもとに効果的な健康づくり事業が推進されるよう環境整備に努めま
27 す。

28 また、県民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、「滋賀の健康・
29 栄養マップ」調査等の企画を行い、効率的に実施します。

30 市町、保険者、企業、事業者団体、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看
31 護協会、栄養士会、大学等の関係団体等と連携し、健康づくりの推進のため、地
32 域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対して、最新の知見
33 に基づく研修を充実し、多面的な活動が推進されるよう取組を進めます。

34 保健所にあっては、市町の健康づくり施策が効率的、効果的に実施されるよう、
35 専門的・技術的支援を行います。

36 さらに、県は、衛生科学センターを中心に、健康・医療・介護・その他社会因
37 子のデータ分析を行い、地域の健康課題や特性について市町や関係団体に対して
38 情報提供を行うことにより、市町や関係機関における科学的根拠に基づいた施策
39 展開や各種計画の策定や推進に関する支援を行います。

1 (4) 市町

2 県民の最も身近な自治体である市町における健康づくり活動は最も重要なもの
3 のです。

4 市町は、住民の健康意識の向上に向けた啓発、必要な健康情報の提供、住民参
5 加の促進、地域組織活動の活性化等を図ることが必要です。特に、母子保健事業
6 と連動し、望ましい生活習慣についての啓発を行う等、次世代の健康づくりを推
7 進することが求められています。

8 また、市町健康増進計画を策定するにあたっては、県や保健所と連携しつつ事
9 業の効率的な実施を図る観点から、保険者として策定する特定健康診査等実施計
10 画やデータヘルス計画と一体的に策定するなど、保険者の保健事業と事業実施者
11 の健康増進事業との連携を図るとともに、市町介護保険事業計画など関連する計
12 画との整合性を図る必要があります。

13 さらに、市町は健康増進法（第 17 条および第 19 条の 2）に基づき実施する健
14 康増進事業について、市町健康増進計画に位置づけ、地域や社会状況の違いによ
15 る健康状態を把握するとともに、住民の健やかな暮らしを支える保健サービスの
16 提供に努める必要があります。

17 (5) 学校

18 学童期、思春期は心身の発達の時期であるのみならず、基本的な生活習慣が形
19 成される時期であることから、健康づくりに関する学校保健の役割は大変重要で
20 す。

21 学校は、家庭や地域と連携しながら、子どもが望ましい健康習慣を獲得できる
22 よう健康に関する学習指導に取り組む必要があります。

23 (6) 職場

24 職場においては、従業員の心身の健康を支援するため、各従業員の健康管理の
25 みならず、労働環境やコミュニケーションの改善など、職場としての健康増進の
26 取組を推進することが重要です。従業員の健康管理が企業利益をもたらすという
27 考え方のもと、企業の健康経営の推進に努める必要があります。

28 職場は、県や市町、労働局、事業者団体等の経済団体などの支援・協力を得な
29 ながら加入者の健康の保持増進に努める必要があります。

30 (7) 保険者

31 平成 20 年度より保険者による特定健診・特定保健指導の実施が義務づけられ
32 ました。保険者間の連携により、健診・保健指導の効果的・効率的な実施に努め
33 るとともに、地域・職域連携推進会議等への参画等により、情報の共有を進め、
34 関係団体と連携して被保険者および被扶養者の健康の保持増進の充実、強化を図
35 っていく必要があります。

36 平成 30 年度の国保の都道府県単位化により県も保険者となったことから、こ
37 のような保険者間の連携に、県は中心的な役割を担っていきます。

38 (8) 関係団体

39 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の健康
40 関連の専門団体は、それぞれの専門的立場から、県民や家庭・地域・学校・職場
41 の健康づくりのための活動への積極的な参加や支援を行う役割を担っています。

1 また、健康推進員連絡協議会や民生委員児童委員協議会、スポーツ推進委員、
2 総合型地域スポーツクラブ等の関係団体については、地域や他の実施主体とも連
3 携しながら、健康づくりに関する県民運動への参加も期待されます。

4 2 多様な分野における連携

6 健康増進の取組を進めるにあたり、健康づくり、生活習慣病対策、母子保健、
7 女性の健康、精神保健、介護予防等、各分野において連携をして取り組む必要が
8 あります。

9 また、若い世代からの予防が重要であり、市町や地域団体のみならず、大学や、
10 企業、保険者、事業者団体等職域団体との地域・職域連携による対策を推進する
11 ことが重要です。

13 3 「女性の健康」ナショナルセンターとの連携

14 女性のホルモンバランスの変化に伴う健康上の課題への対応や、ライフサイク
15 ルに合わせた医療、研究が求められており、女性の健康に特化したナショナルセ
16 ンターが設立されることから、新たな知見や情報の発信等、積極的な連携を推進
17 する。

19 4 正しい知識の普及・啓発

20 健康増進のためには、県民の意識と自主的な行動が必要であり、県民が主体的
21 に健康増進に取り組むための十分かつ確な情報提供が必要です。このため、生
22 活習慣に関して、科学的知見に基づき、健康に関心が薄い人をはじめ、幅広い世
23 代に向けて SNS 等も活用するなどわかりやすく健康増進の取組に結びつきやすい
24 魅力的、効果的かつ効率的な情報提供となるよう工夫します。

25 また、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響
26 の重要性についても認識を高めるような情報提供に努めます。

27 生活習慣に関する情報提供にあたっては、ホームページや報道機関、ソーシャ
28 ルメディア等の活用にも努めるとともに、ボランティア団体、産業界、学校教育、保
29 険者、健康相談等、多様な経路を活用し、対象集団の特性に応じた効果的な働き
30 かけを複数の方法を組み合わせで行います。

31 情報提供にあたっては、常に科学的根拠に基づいた情報提供に努めます。

33 5 計画の進行管理

34 計画の推進にあたって、施策を効果的に推進するため、滋賀県「健康いきいき
35 21」地域・職域連携推進会議において計画の進捗状況を適切に把握し、評価して
36 いくこととします。

37 健康づくりを県民運動として広く推進するためには、行政、関係機関、団体や
38 地域、職域、家庭など全ての領域で意識づけと連携を図ることが重要です。その
39 ため各々の立場から役割を明確にして課題解決に向けた具体的取組の実効性を
40 高めることとします。

1 【用語解説】

2 ○ BMI (Body Mass Index)

3 肥満度を測る指標

4 $\frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (cm}^2\text{)}}$ で割り出される数値。

5 18.5 未満がやせ、25 以上が肥満とされる。

7 ○ COPD (慢性閉塞性肺疾患) 8 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

9 有毒な粒子やガス（主にたばこの煙）の吸入による進行性の疾患であり、運動
10 時の呼吸困難や慢性の咳・たんなどの症状がある。

12 ○ F. A. S. T

13 脳卒中の代表的な 3 つの症状の有無と発症時刻を確認して、一刻も早く救急受
14 診するよう呼びかけるスローガンのこと。の F (Face) は顔の麻痺、A (Ar
15 m) は腕や身体 of 麻痺、S (Speech) は言葉の障害、T (Time) はすぐに病
16 院に行く、こと。

18 ○ ICT (Information and Communication Technology)

19 コンピュータやネットワークに関連する諸分野における情報通信技術の総称。

21 ○ SNS (Social Networking Service)

22 広く情報を公開する一般的な Web サイトとは異なり、登録された利用者同士が
23 交流できる Web サイトの会員制サービスのこと。主な機能としては、自分のプ
24 ロフィールや写真を公開する機能、公開範囲を設定できる日記機能、共通のテ
25 ーマで意見交換や情報交換を行うコミュニケーション機能、その他、会員同士
26 のメッセージ機能や訪問履歴を残す機能、カレンダー機能などがある。

28 **あ行**

29 ○ アルコール関連問題

30 アルコールに関係した問題の全てはアルコール関連問題と呼ばれている。
31 多量飲酒・有害な使用・アルコール乱用・アルコール依存症が含まれる。

33 ○ アルコール健康障害

34 アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切飲
35 酒の影響による心身の健康障害をいう。

1 ○ 医療費適正化計画

2 健康の保持増進や医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、県民の生活
3 の質の維持・向上を図り、医療費の伸びの低減を図ることを目的とした計画。

4
5 ○ 運動プラス10

6 厚生労働省の「身体活動指針」で定められた基準を達成するための全年齢層に
7 おける身体活動（生活活動・運動）の考え方。日常生活の中で無理なく運動を実
8 施するためのキャッチフレーズとして全国で取組が進められている。

9
10 ○ オーラルフレイル

11 老化に伴う様々な口腔の状態（歯数、口腔衛生、口腔機能など）の変化に、口
12 腔の健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加
13 し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え心身の機能低下に
14 までつながる一連の現象および過程。

15
16 **か行**

17 ○ 喫煙率

18 本計画では、「滋賀の健康・栄養マップ」調査結果から、「毎日または時々たばこ
19 を吸う者」が回答者全体に占める割合をいう。

20
21 ○ 勤務間インターバル制度

22 1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に、一定時間以上の休息时间（インタ
23 ーバル）を設けることで、働く方の生活時間や睡眠時間を確保するもの。

24
25 ○ ゲートキーパー

26 悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る
27 人のこと。

28
29 ○ 健康格差

30 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。

31
32 ○ 健康しが共創会議

33 様々な団体が出会い、取組やアイデアを持ち寄り、共有し、語り合い、協力関係
34 を気づき、県民の健康づくりにつながる活動を創出していくことを目指して活
35 動するプラットフォームです。

1 ○ **健康寿命**

2 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をいい、本計
3 画では「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標で評価することとし
4 ている。

5 「日常生活動作が自立している期間の平均」は健康な状態を、日常生活動作が
6 自立していることと規定し、介護保険の要介護度の要介護2～5 を不健康（要介
7 護）な状態とし、それ以外を健康（自立）な状態とし、介護保険の認定数と生命
8 表を基礎情報として算出。

9
10 ○ **健康推進員**

11 「私達の健康は私達の手で」を合言葉に、県内全地域において活動する健康づ
12 くりリーダー。健康づくりの5本柱「栄養」「運動」「休養」「健診」「生きが
13 い」を基に、生涯における健康づくり活動を推進するボランティアであり、全国
14 的には「食生活改善推進員（愛称：ヘルスマイト）」と呼ばれている。

15
16 ○ **検索連動型広告**

17 検索エンジンにユーザーが検索したキーワードに連動して表示される広告のこ
18 と。

19
20 **さ行**

21 ○ **THE シガパーク**

22 びわ湖を中心とした滋賀県全体が一つの大きな公園であるかのように水・緑・
23 人でつながった姿。滋賀県が管理する公園が持つ魅力を種別や所管を超えた公
24 園間の連携により高め、「うつくシガパーク」「やさシガパーク」「たのシガパ
25 ーク」の3つの視点で、滋賀の公園「シガパーク」が県民をはじめとした滋
26 賀県に生きるすべての生き物の暮らしと心を豊かにしていることを目指す。

27
28 ○ **サルコペニア**

29 筋肉の量が減少していく老化現象のこと。25～30 歳頃から出現し生涯を通して
30 進行します。サルコペニアは、広背筋・腹筋・膝伸筋群・臀筋軍などの抗重力筋
31 において多く見られるため、立ち上がりや歩行がだんだんと億劫になり、放置
32 すると歩行困難にもなってしまうことから、老人の活動能力の低下の大きな原
33 因となっています。

- 1 ○ **滋賀県食育推進計画**
2 食育基本法の目的・基本理念を踏まえ、同法第17条第1項に定める「都道府県
3 計画」として、すべての食育関係者ならびに県民がそれぞれの役割に応じて連
4 携・協力しながら食育に取り組むための基本指針。平成19年6月策定、令和6
5 年3月、第4期策定。
6
- 7 ○ **滋賀県食育推進ネットワーク**
8 県内の食育関係団体相互間において、情報の交換、交流、活動の協力等を活発
9 に行い、県民の健全な食生活の実現と食育の一層の推進を図ることを目的に設
10 置したもの。
11
- 12 ○ **滋賀県食育推進協議会**
13 本県における食育の総合的推進を広く県民に周知し県民運動としての展開を図
14 るため設置したもの。構成団体は、医療、学校、食品、農業、民間企業、行政等、
15 計22関係団体から構成されている。（令和5年度末現在）
16
- 17 ○ **滋賀産業保健総合支援センター**
18 産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事
19 業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、独立行政法人
20 労働者健康安全機構が都道府県に1か所設置している。
21
- 22 ○ **「滋賀の健康・栄養マップ」調査**
23 県民の健康および栄養に関する現状と課題を把握するために、昭和61年度よ
24 りおおむね5年に一度実施している調査。
25
- 26 ○ **「女性の健康」ナショナルセンター**
27 国立成育医療研究センターの機能を拡充し、2024年度に女性に特化したセンタ
28 ーが設置される。女性はホルモンバランスの変化等により、ライフステージご
29 とにその心身の状況が大きく変化し、様々な健康上の問題等が生じるため、女
30 性の健康や疾患について、多面的・包括的な分析を加え、病態の解明と予防及
31 び治療に向けた研究を推進することを目的としている。
32
- 33 ○ **全国がん登録**
34 日本でがんと診断されたすべての人のデータを、国で1つにまとめて集計・分
35 析・管理する仕組みで、平成28年（2016年）1月1日がん登録等の推進に関
36 する法律の施行とともに開始された。

1 罹患率の測定、受療状況の把握、生存率の測定、がん予防や医療活動の評価、
2 医療機関におけるがん医療の評価の援助および研究を行うことを目的としてい
3 るもの。

4
5 ○ ソーシャルメディア

6 インターネットを利用して誰でも手軽に情報を発信し、相互のやりとりができ
7 る双方向のメディア。

8
9 **た行**

10 ○ 総合型地域スポーツクラブ

11 子どもから高齢者まで、様々なスポーツを愛好する人々が、初心者からトップ
12 レベルまで、それぞれの志向に合わせて参加できるという特徴を持ち、地域住
13 民により自主的・主体的に運営されるスポーツクラブ。

14
15
16 ○ 地域・職域連携推進会議

17 県、市町、事業者および医療保険者等の地域と職域の関係者が相互に情報交換
18 を行うことで、保健事業に関する共通理解を図り、生涯を通じた健康づくりの
19 ために必要な課題やその解決のための施策を検討する場。

20
21 ○ 低出生体重児

22 低出生体重児とは、出生時の体重（出生体重）が2,500g未満の新生児のことを
23 いう。出生体重が1,500g未満の新生児を極低出生体重児、1,000g未満の新生児
24 を超低出生体重児といい、低出生体重児には極低出生体重児も超低出生体重児
25 も含まれる。

26
27 ○ 適正体重

28 BMI（肥満度）が18.5以上25未満の体重。

29
30
31 **な行**

32 ○ 年齢調整死亡率（DAR）

33 =
$$\frac{\sum \{(\text{観察集団の年齢階級別死亡率}) \times (\text{基準となる人口集団の年齢階級別人口})\}}{\text{基準となる人口集団の総和}}$$

34 人口構成の異なる集団間で死亡率を比較するために、一定の基準人口にあては
35 めて調整した指標である。基準人口は平成27年モデル人口を用いた。

は行

○ 肥満度 $= \frac{\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}}{\text{身長別標準体重 (kg)}} \times 100 (\%)$

5～17歳の子どもの場合、20%以上であれば肥満傾向とされる。身長別標準体重は、平成27年(2015年)改訂「児童生徒等の健康診断マニュアル」(財団法人日本学校保健会作成、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修)により示された判定方法。

○ 標準化死亡比 (SMR)

$$= \frac{\text{観察集団の死亡数}}{\sum \{(\text{基準となる人口集団の年齢階級別死亡率}) \times (\text{観察集団の年齢階級別人口})\}} \times 100$$

年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したものであり、主に小地域の比較に用いる。標準化死亡比が基準値(100)より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを意味し、基準値より小さいということは、全国より良いということを意味する。

○ ビワイチ

琵琶湖を一周することまたは琵琶湖その他県内の観光地、景勝地等を周遊することのうち、自転車を利用して行うものをいう。

○ BIWA-TEKU

各市町や県が実施するモバイルスタンプラリーや、歩いた歩数でマイルストーンが獲得できるバーチャルウォーキングへの参加、また各種健診の受診や、健康に関する目標を達成すること、体重・血圧等の身体情報登録で健康ポイントをためることができる健康推進アプリケーション。

○ ヒートショック

病名ではなく、急な温度変化により、血圧が上がったり下がったり大きく変動することで起こる健康被害のことで、失神したり、心筋梗塞や脳卒中などの血管の疾患が引き起こされることを言う。

○ フッ化物洗口

むし歯予防のため、フッ化物水溶液を用いてうがいを行う方法で、毎日法と週1回法がある。フッ化物水溶液とは、フッ素を水溶液にしたもの。フッ素は自然界に普遍的に存在する元素で、歯の一番表層の組織であるエナメル質の結晶構造を丈夫にする作用がある。

1 ○ フレイル

2 加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能など）が低下し、生活機能障
3 害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。なお、適切な介
4 入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

7 ○ 平均寿命

8 x 歳に達した者が、その後生存する年数の平均を x 歳の平均余命といい、0 歳
9 の平均余命を平均寿命という。

12 **ま行**

13 ○ メタボリックシンドローム

14 腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上かつ、脂質異常・高血圧・高血糖のう
15 ち 2 項目以上が基準値以上の状態をいう。

18 **ら行**

19 ○ ロコモティブシンドローム

20 運動器症候群。筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あ
21 るいは複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態
22 をいう。進行すると介護が必要になるリスクが高くなる。

24 ○ ロコモ度

25 ①下肢筋力、②歩幅、③身体状態・生活状態を評価する 3 つのテストの結果か
26 ら、年齢平均値と比較して年齢相応の移動能力を維持しているかを判断したも
27 の。

30 **わ行**

31 ○ ワーク・ライフ・バランス

32 一人ひとりがやりがいや充実感を持って働き、仕事上の責任を果たすとともに、
33 家庭や地域生活などにおいても、人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・
34 実現できること。