

第6章 総合的な健康づくりの推進等

第1節 総合的な健康づくりの推進

(1) 施策の現状・課題

県では、全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を目指し、健康寿命*の延伸と健康格差の縮小に取り組みます。また、ライフステージや健康状態に応じて、生き生きと生活できるよう生活習慣病予防を中心とし、誰一人取り残さない健康づくりと、より実効性を持つ取組を推進します。

健康寿命とは、一生のうちで健康で支障なく日常の生活を送れる期間であり、自立的に生活できる身体機能だけでなく、こころの健康や年齢等に応じた社会参加の喜びがあることを言います。県民の健康寿命は、令和元年に男性が72.61歳で全国第27位、女性が75.71歳で全国21位であり、65歳における平均寿命と平均自立期間はいずれも延伸しています。急速な高齢化が進む中で、平均自立期間の伸びが平均寿命の伸びを上回り、元気で活発な高齢期の延伸を目指すことが重要です。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。65歳における平均自立期間について県内市町村ごとに見ると、最長の市町村と最短の市町村では2年以上もの差が生じており、この格差を縮小するための施策の実行が重要となります。

県民の健康増進、疾病予防や心身の機能低下の防止を図る上で、基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動（ロコモティブシンドローム・骨粗鬆症を含む）、休養・睡眠、飲酒、喫煙、及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要な基盤となります。

現在の健康状態は、乳幼児期から高齢期等人の生涯における各段階や女性の特性を踏まえた健康問題、置かれている社会経済状況による影響等、対象となる人々ごとに異なってきます。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ことから、胎児期から高齢期まで人の生涯を経時的に捉えた健康づくりであるライフコースアプローチの観点を取り入れ、取組を進めていきます。

本県における死因の第1位はがんであり、第2位の心疾患*、第4位の脳血管疾患*を合わせると、生活習慣病による全死亡数に占める割合は約6割に達します。また、脳血管疾患は死亡に至らない場合でも、後遺症となる障害を起こしてQOL*の低下を招く恐れがあります。糖尿病も人工透析や失明などの合併症を引き起こす可能性があり、糖尿病を予防することがQOLの向上に重要な意味を持ちます。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）*は、死亡原因として増加が予測されている疾患であり、息切れにより日常生活が制限されて、寝たきりなることもある重要な病気です。COPDの原因の約5～8割が喫煙とされており、たば

こ対策の推進が必要となります。

今後、急速な人口の高齢化を背景に、がん、循環器疾患、糖尿病やCOPDなどに対し、生活習慣の改善を主とする一次予防対策と同時に、健康寿命の延伸に向け、症状の進展や合併症を予防しQOLを維持するための重症化の防止を図る必要があります。

個人の健康は家庭、学校、地域、職場等の社会的な環境の影響を受けることから、個人の健康を支え、守る環境づくりにも目を向け、一人ひとりの健康づくりの取組みを支援する社会環境の整備を進めていきます。

一人ひとりの健康は、社会経済的環境の影響を受けるため、人々が健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、行政機関だけでなく、企業、民間団体等の積極的な協力を得るなど、社会全体として健康を支える環境を整備することが重要です。

これまでの健康づくりの取組みは、個人の健康づくりへの取組みが中心でしたが、今後は個人では解決できない地域社会の課題に取り組むことが求められます。

（２）施策の具体的展開

〔個人の生活習慣の改善と生活機能の維持向上〕

- 塩分の過剰摂取、野菜・果物の摂取不足など、県民の栄養・食生活上の課題に対し、最も問題となる対象集団を見極め、効果的に普及啓発します。また、食生活の改善に取り組むための人材の育成や栄養成分表示の推進等を図ります。
- 運動や身体活動による健康への影響や効果について積極的に県民に発信し、日常生活の中での活動量を増やす具体的な方法について紹介するとともに、運動に親しむ環境の整備を図ります。
- 十分で質の高い睡眠を確保するための情報発信やストレスの解消法について、県民に周知します。
- 20歳未満の者の飲酒の低減や根絶に向け、学校教育と協力して家庭や地域を巻き込んだ啓発を行います。
- 喫煙はがんのみでなく、循環器疾患や糖尿病をはじめとする多くの疾患の原因であることから、喫煙や受動喫煙*の健康被害について啓発を継続します。
- 歯・口腔の健康づくりに関する普及啓発や、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する先進的事業・調査研究等を市町村・関係機関・団体と連携しながら実施します。

〔ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり〕

- 学校教育、家庭、地域、企業、民間団体等と連携し、健康な生活習慣を有するこどもの増加を図ります。
- 高齢者保健福祉計画と連動し、健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化し、認知症、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）*、

口腔機能の低下、低栄養*などの高齢者の健康課題に取り組めます。

- 女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題に取り組めます。

〔生活習慣病の発症予防と重症化予防〕

- 県民一人ひとりが、がん及びがん予防に関する知識を持ち、がんを予防するための生活行動をとることができるよう普及啓発を図ります。
- 生活習慣と循環器病や糖尿病等生活習慣病の関連についての情報発信や、早期発見のための特定健診*等の受診率向上に向けた取り組みを推進します。
- 糖尿病は自覚症状が乏しいことから、年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。また、子どものころからの生活習慣病予防への取組を進めます。
- 本県の糖尿病患者の重症化を抑制し、人工透析が必要となる患者を減らすため、「千葉県糖尿病性腎症*重症化予防プログラム」を策定し、関係機関と連携する等、効果的で実行性のある予防対策の推進を図ります。
- COPDの認知度を高め、喫煙との関係や禁煙などについての情報を発信します。

〔総合的ながん対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、がんに対する正しい知識を習得し、がんの要因となる喫煙や食生活等の生活習慣を見直すための啓発を行います。
たばこは、肺がんをはじめとする様々な健康被害の原因とされており、受動喫煙の防止、20歳未満の者・妊婦の喫煙防止等たばこ対策を総合的に推進します。
また、がんを早期に発見し、早期に治療することができるよう、がん検診の受診率の向上に取り組めます。
- がん診療連携拠点病院*が中心となり、手術、放射線療法及び薬物療法等の提供体制の充実とチーム医療の推進を図ります。
がんと診断された時から患者が抱える様々な苦痛に対し、緩和ケアを切れ目なく提供できるよう、人材育成や地域における連携体制づくりなど、緩和ケアの推進に取り組めます。
小児がんやAYA世代のがん等に関する治療や患者ケアについて、国の対策と連動しながら推進します。
- 県民一人ひとりが、若い時からがんを知り、がんの予防から治療に関わる様々な情報について、健康な人、がん患者それぞれにあった、わかりやすく使いやすい情報提供及び相談体制の充実に取り組めます。
がん患者が抱える就労などの生活に関する様々な問題への支援に取り組めます。
- がんの原因や成り立ちから診断、治療まで切れ目のない研究は、がん対策をより効果的に推進するために不可欠であり、基礎研究、臨床研究や将来の

がん予防のための疫学研究を推進します。

〔総合的な自殺対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、自殺対策に取り組み、予防と早期発見に努め、気づきと見守りにより、自殺による死亡率を減らします。
- 自殺未遂者と自死遺族が、心のケアを受けることができるよう、必要な情報や相談支援を受けられる体制を整備します。
- 市町村をはじめ、医療機関、自殺防止に取り組む民間団体等と連携して自殺対策を推進します。

〔つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり〕

- 生涯教育、スポーツ、防災、福祉等すでに活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- 県民の主体的な活動による健康づくりを推進するための人材の育成を支援するとともに、県民の健康づくりを担う市町村等へ、健康に関する各種指標やアンケート結果等の保健所圏域単位の情報提供を行い、健康格差の縮小に向けた取組を推進します。
- 健康づくりに自発的に取り組む企業・団体等の活動を把握し、好事例を情報提供するとともに、地域（行政）と職域の更なる連携を図ります。
- 身近な禁煙支援者の育成や禁煙治療に関する情報を提供し、禁煙を支援するとともに公共的な施設における受動喫煙防止対策を推進します。

（3）施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性 72.61歳 女性 75.71歳 （令和元年）	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加 （令和11年度）
健康格差の縮小 （65歳の日常生活動作が自立している期間の平均の上位4分の1の市町村の平均増加分を上回る下位4分の1の市町村の平均の増加）	男性 1.74年 女性 1.42年 （令和元年）	65歳の日常生活動作が自立している期間の平均の上位4分の1の市町村の平均増加分を上回る下位4分の1の市町村の平均の増加 （令和11年度）

第2節 健康増進施策等との調和を図りつつ対策を講ずべき疾患等への対応

1 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

（1）施策の現状・課題

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎といわれていた疾患が含まれます。

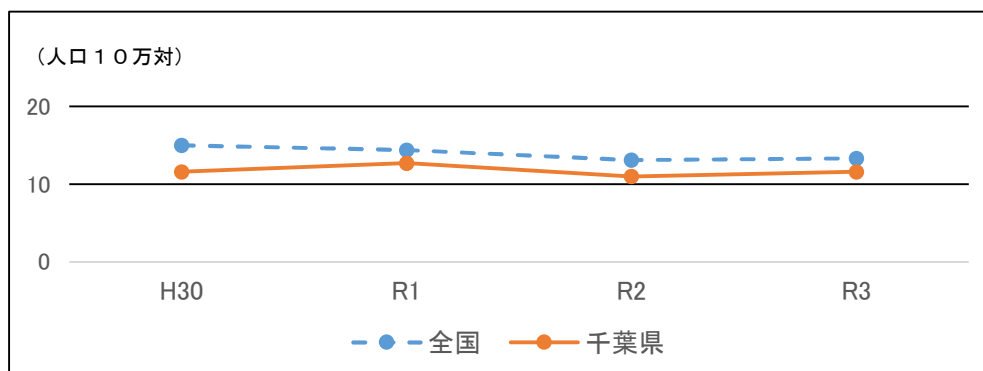
令和3（2021）年の人口動態調査によると、全国では、男性においては死亡の第9位となっており、死亡率は人口10万当たり13.3です。千葉県の死亡率は11.6であり、全国に比べやや低くなっています。

COPDの原因としては、50～80%程度はたばこの煙が関与しているとされ、喫煙者では20%～50%がCOPDを発症するとされています。

「COPDの認知度」はやや増加していますが、男女別では、男性47.7%、女性53.4%と、女性の方がやや高くなっています。また、喫煙状況別にみると、現在たばこを吸っている人の認知度は、64.3%であり、非喫煙者よりも高い傾向があります。（令和3年度生活習慣に関するアンケート調査）

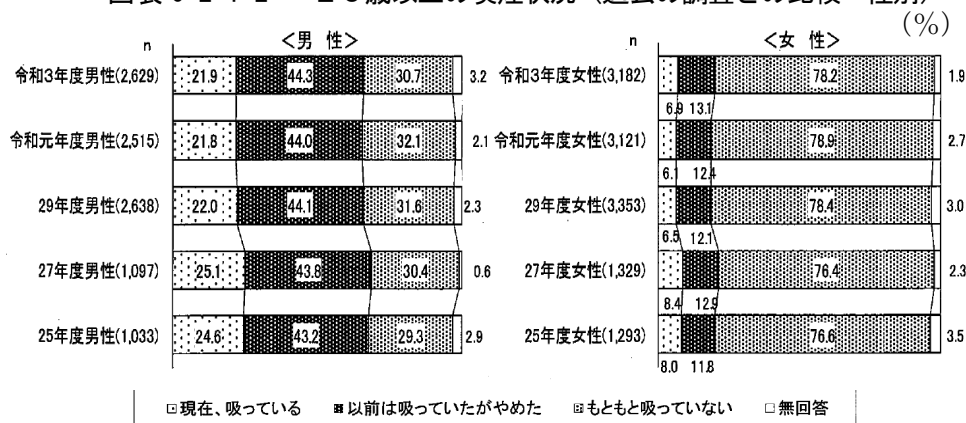
健診等の機会を活用しCOPDの認知度の向上に加え、禁煙対策により発症を予防することや、早期発見、重症化予防などの対策を行うことが必要です。

図表 6-2-1-1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡室



資料：厚生労働省 人口動態調査

図表 6-2-1-2 20歳以上の喫煙状況（過去の調査との比較・性別）



資料：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査

（2）施策の具体的展開

〔情報の発信〕

COPDの認知度を高め、喫煙との関係や禁煙、有症時の早期受診などについての情報を、SNS・県ホームページで発信することで、早期発見に繋がります。

〔医療保険者の取組を支援〕

特定保健指導従事者の研修において、COPDの理解や予防、重症化予防に向けた禁煙指導に役立つプログラムを取り入れます。

〔喫煙者の禁煙を支援〕

禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質の向上を図ります。禁煙治療に関する情報をタイムリーに得られるよう、リーフレット作成やホームページへの掲載をします。

喫煙者が禁煙に取り組む際の後押しができるように、職場の衛生管理者や禁煙をサポートしたい人向けの研修会を開催します。

（3）施策の評価指標

指標名	現状	目標
COPDの死亡率の減少（人口10万人当たり）	11.60%	減少

2 慢性腎臓病（CKD）対策

（1）施策の現状・課題

慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease（以下、「CKD」という。）は、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病を包括した総称で、腎臓の異常が続いている状態を言います。

具体的には、①「尿蛋白が出ているなど尿に異常がある」、②「GFR（糸球体ろ過量）60ml/分/1.73m²未満に低下」のいずれか、又は両方が3か月以上続く状態のときに診断されます。

日本のCKD患者数は、「CKD診療ガイドライン2023」によると、1,330万人（20歳以上の8人に1人）と推計されており、新たな国民病とも言われています。このことから、本県のCKD患者数は66万人（令和3年4月1日現在千葉県年齢別・町丁目別人口による20歳以上人口から推計）と推計されます。

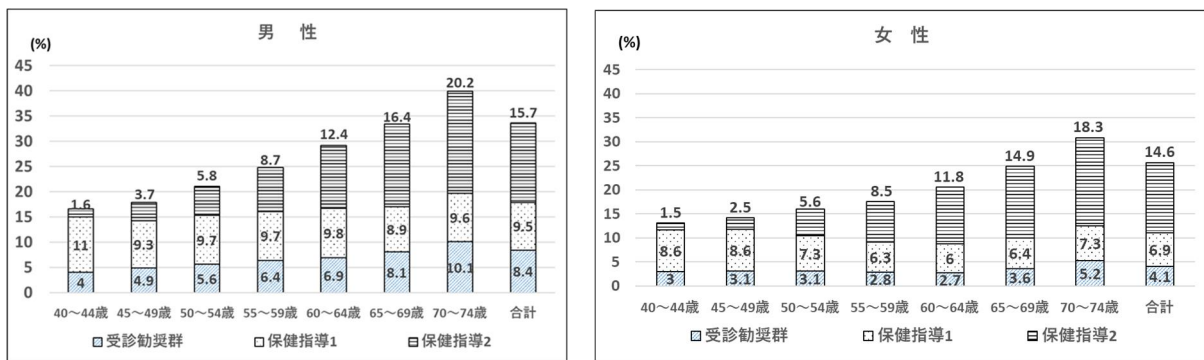
CKDの発症には、運動不足、肥満、飲酒、喫煙、ストレスなどの生活習慣が大きく関与しているといわれています。

そのため、これらの生活習慣の改善に取り組む必要があります。

また、腎硬化症による透析導入者も増えてきており、高血圧の改善にも取り組む必要があります。

- eGFR（推算糸球体ろ過量）45ml/分/1.73m²未満の受診勧奨者は、男性で8.4%、女性で4.1%を占めており、生活改善が必要な保健指導対象者は、男性で25.2%、女性で21.5%となっています。

図表 6-2-2-1 慢性腎臓病（受診勧奨群又は保健指導群）該当割合 市町村国保 男女別



*保健指導対象者2（45 ≤ eGFR < 60ml/分/1.73m²）かつ尿蛋白（-）
 *保健指導対象者1（45 ≤ eGFR）かつ尿蛋白（±）
 *受診勧奨（eGFR < 45ml/分/1.73m²）または尿蛋白（+）以上

資料：（令和3年度特定健診・特定保健指導等データ収集、評価・分析報告書）

CKDの状態にあると、脳卒中や心不全、心筋梗塞などのリスクが高まり、死亡率が上昇することがわかっています。

適切な治療や生活習慣の見直しをしないまま進行すると、人工透析や腎移植が必要になることもあります。

- CKDは自覚症状がほとんどなく、症状が現れた時にはかなり進行している可能性があり、定期的に健診や検査を受けて早期発見することが重要です。

そのために、県では千葉県糖尿病性腎症*重症化予防対策推進検討会に、令和元年度から「千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会」を設置し、市町村・各関係機関と連携し、CKD重症化予防の取組を推進しています。

（２）施策の具体的展開

〔県民への周知〕

対象者に応じた普及啓発資材の開発や研修会等の開催により、CKD重症化予防の必要性について、周知・普及を図ります。

〔特定健康診査・特定保健指導の効果的な活用を支援〕

「千葉県糖尿病性腎症*重症化予防プログラム」を活用し、健診結果において腎機能が低下している者に対して受診勧奨及び保健指導を行います。

また、早期受診による重症化予防のための市町村等医療保険者の取組を支援します。

〔医療連携体制の構築〕

かかりつけ医（千葉県CKD対策協力医*）と腎臓専門医との医療連携体制を推進します。

〔多職種連携による療養指導及び両立支援の実施に向けた支援〕

「お薬手帳」へ貼付するCKDシールを活用した薬剤師による服薬指導や管理栄養士等による栄養指導を行います。

また、産業保健医療分野等多職種連携により、患者のCKDの重症化を予防し、ニーズに合った（就労との両立を含む）療養生活を支えていくとともに、保健医療従事者のスキルアップを図ります。

（３）施策の評価指標

指 標 名	現 状	目 標
CKD 保健指導対象者率の減少（国保） （ $45 \leq eGFR < 60$ (ml/min/1.73m ²) かつ尿蛋白（－）及び $45 \leq eGFR$ (ml/min/1.73m ²) かつ尿蛋白（±））	男性 26.70% 女性 23.00%	現状値より減少
CKD 重症化予防対策に取り組む市町村の増加	22市町村	増加