

設置の趣旨等を記載した書類 別添資料

目次

- 1 中央教育審議会「新時代の大学院教育－国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて－答申」(抜粋)
- 2 日本学術会議「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」(抜粋)
- 3 「保健医療 2035」策定懇談会「保健医療 2035 提言書」(抜粋)
- 4 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 (抜粋)
- 5 第3次ふじのくに健康増進計画※
- 6 第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン (抜粋)
- 7 静岡県における健康寿命の延伸に係る主な取組状況
- 8 68万人の特定健診結果から見る静岡県の健康課題
- 9 平成28年度 特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書 (抜粋)
- 10 平成25年度 静岡県における高齢者生活実態調査(第2期)報告書(抜粋)
- 11 ふじのくに型人生区分
- 12 静岡県の健康寿命の延伸に向けた提言 ～社会健康医学の研究推進～
- 13 社会健康医学研究推進基本計画
- 14 静岡県総合計画「静岡県の新ビジョン」(抜粋)
- 15 静岡県立総合病院リサーチサポートセンターと連携した静岡県の社会健康医学研究
- 16 社会健康医学大学院大学の設置に係る基本構想
- 17 静岡県における社会健康医学の推進に係る主な取組状況○
- 18 米国公衆衛生学教育協会(GEPH)の掲げる基本科目と本学の授業科目との対応
- 19 社会健康医学研究科全体像※
- 20 ディプロマ・ポリシーとカリキュラム・ポリシー・授業科目とアドミッション・ポリシーの関係○
- 21 カリキュラムマップ※■
- 22 履修モデル※■
- 23 公立大学法人静岡社会健康医学大学院大学職員就業規則(案)
- 24 完成年度末の教員年齢構成※
- 25 遠隔講義システム等を利用した受講方法
- 26 実習科目における実習予定施設○
- 27 時間割(案)■
- 28 静岡社会健康医学大学院大学学位規程(案)
- 29 研究指導のスケジュール
- 30 静岡社会健康医学大学院大学研究倫理規程(案)
- 31 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針
- 32 医療・介護・健診データを活用した研究の実施に関する覚書(案)○
- 33 データの適正利用に関する誓約書(案)○

- 34 履修モデル別時間割（案）※■
- 35 諸室一覧
- 36 院生室見取図
- 37 県立総合病院先端医学棟リサーチサポートセンター利用協定（案）
- 38 開学初年度の平面図
- 39 施設・設備の整備計画○
- 40 図書の整備計画（分類別）○
- 41 学術雑誌（電子ジャーナル等）目録※
- 42 団体等推薦入試における推薦状○
- 43 ふじのくに地域・大学コンソーシアム

※：補正申請で内容が変更になった資料

○：補正申請で新たに追加した資料

■：再補正申請で内容が変更となった資料

新時代の大学院教育

－ 国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて －

答申

平成17年9月5日

中央教育審議会

研究者に求められる批判力，論理性，表現力の涵養が重要である。また，実践的な研究テーマと基礎的な研究テーマの両方が教育できるような体系的な教育プログラムが必要である。

- 高度専門職業人養成プログラムにおいては，看護や医療技術の現場において，将来指導的立場で活躍できる人材を養成する観点から，例えば，患者の主体性を尊重したマネジメント論やコミュニケーション論，看護倫理学，実践現場での教育方法論，コンサルテーション論，装具等の作成技術論等のコースワークや実践体験を含んだプログラムを整備し，当該専門領域に係る学際的な知識，実践能力，教育能力を育成する体系的な教育プログラムでなければならない。

また，専門領域での認定資格等に係わる教育を大学院の教育課程の中に効果的に取り込む工夫も求められる。

- 博士課程（後期）においては，研究者の育成を主たる目的とすることから，研究能力の育成に必要な理論構築や技術開発に関する方法論のコースワークを含んだ教育プログラムとすることが適当である。

(v) 公衆衛生分野の大学院について

- 医療疫学，医療経済，予防医療，国際保健，病院管理等の幅広い分野を含む公衆衛生分野の大学院については，高齢化等の進展に対応して，また，医学，歯学，薬学等のヒトを対象とした臨床研究・疫学研究の推進を図るためにも，公衆衛生分野における高度専門職業人の育成が課題となっている。

- このため，欧米の状況も踏まえ，2年制の専門職大学院として，大学院の整備を進めていくことが必要であり，また，それに必要な教員の養成やカリキュラムの開発，修了者の社会での活躍の場の拡大など，関連する施策を進めていくことが求められる。また，その場合の教育内容については，各専門領域に共通するコア科目の修得と，各専門領域における専門科目の修得とを組み合わせるような工夫が必要である。

- 博士課程（後期）においては，当該分野における研究者養成とこの分野の教育者の育成を主たる目的とし，その目的にふさわしい教育内容とすることが適当である。

(2) 修得単位数に関する大学院設置基準の改正について

- 大学院において修得すべき単位数及び単位の数え方については，大学院設置基準の

提言

わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院
の活用と機能強化



平成23年（2011年）9月27日

日本学術会議

基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同

パブリックヘルス科学分科会

1 はじめに

近代の公衆衛生 (Public Health) は、産業革命期の英国で労働者の健康を守るために誕生し、その後、欧米を中心に発展してきた実践及び学術分野である。わが国では、明治時代、度々のコレラ流行に対応すべく、1883年官民挙げた組織である大日本私立衛生会 (現在の財団法人日本公衆衛生協会の前身) が設立され、その頃より日本の公衆衛生活動も本格化した[1]。第二次世界大戦後、国民の健康を守るという公衆衛生の使命は、日本国憲法において明文化され、多くの制度・行政施策として具現化され、環境衛生、感染症対策、労働衛生、母子保健、精神保健、地域保健などの分野で成果を上げてきた。また、技術的な側面として、環境測定や毒性及びリスク評価に基づく環境改善、健康診断の精度向上、あるいは健康教育や保健指導、訪問指導の普及なども特筆される。これらの活動の成果として、結核や胃腸炎、脳血管疾患など、戦後しばらく死因の上位を占めた疾病による死亡は大きく減少し、重篤な公害病や職業性疾患の発生率も低下し、わが国は世界有数の長寿国となった[2]。

しかしながら、近年、わが国は新たな健康・医療問題及び環境リスクや食の安全の問題などに直面している。急速に進行する少子高齢化、突発的な新興・再興感染症やバイオテロの発生、労働現場における過労死・自殺等の増加、医療事故や医療経営環境の悪化、あるいは今般の原子力発電所事故以来、引き続き放射能汚染や、グローバル化の中で進む環境汚染や輸入食品などの安全に関わる問題などである。このような様々な健康・医療問題への対応は、わが国の喫緊の課題であり、人間集団の健康を対象にした調査・分析の手法を身につけ、保健医療に関わる社会制度や社会自然環境が人々の健康や安全に及ぼす影響を体系的に理解し、政策立案・マネジメント能力に優れた、より高度な公衆衛生の専門家養成が求められている。

従来、わが国の公衆衛生に係わる専門教育は、主として学部レベルにおいて、医師、歯科医師、薬剤師、保健師等の資格教育の一環として行われてきた。しかし、保健医療の国内問題だけを見ても時間数や現場教育の機会は限られており、近年の複雑化する健康・医療問題に対応するためには不十分なものとなりつつある。加えて人々の健康や安全と密接な関係を有するグローバルな課題に対応するには国際的な取り組みが不可欠であるが、それらを教授する人材を従来の学部教育の衛生学・公衆衛生学の枠組みの中で充足することは教員定数の問題からも容易ではない。他方、大学院教育としては、保健学や医科学などの修士課程・後期博士課程や医学博士課程があるが、いずれの課程も学術理論及び応用研究に関わる教育研究活動を主に行っており、これらは必ずしも研究成果の社会還元や公衆衛生専門家養成のための教育に直結するものではなかった。

歴史的及び国際的に見ると、公衆衛生学は、社会に直接関わる研究分野として発展してきており、研究も学術性だけでなく実際的な成果が期待されてきた。このようにプラグマティックな要素の強い分野において、指導的役割を果たす専門家を養成して行くためには、学術理論及び応用研究だけでなく、実務の現場に根ざした教育を行える大学院レベルの課程が新たに必要である。また、そのような大学院教育を充実させることを通して、複雑かつ多様な健康・医療問題や環境が人々の健康や安全に与える影響などを俯瞰的に捉え、わ

これらの大学が専門職大学院を設置しない主な理由として、公衆衛生の大学院教育に係わる教員配置が不足していることが当該大学関係者らから挙げられている。

(4) 問題点

専門職大学院では、教員構成やカリキュラム、教育内容についての質を担保する仕組みがある一方、現行の専門職大学院設置規則では専任教員の博士課程兼担について平成25年度までの時限措置となっており、博士課程を希望する修了者の受け皿や専任教員の研究能力の維持・向上についての見通しが立たない状況にある。

他方、従来型の修士課程において公衆衛生の専門コースを設置する場合、公衆衛生の専門家養成に相応しいカリキュラムや教育内容であるかを担保する仕組みが保証されておらず、学位の名称と教育内容の乖離が生じる可能性がある。

公衆衛生は実践学問であり、その専門家は地域ごと、職域ごとに必要とされる。そのため、公衆衛生大学院は全国のいわゆる8地方ブロック（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）に少なくとも1か所は整備されることが望ましいが、現状では公衆衛生の専門職大学院または修士課程の専門コースは、限られた都市に数校設置されているのみである。また、すでに公衆衛生実務についている者を対象としたリフレッシュ教育を、現任のまま受けられるような仕組みも重要であるが、このようなニーズに応えられるのは上記にあげた一部の大学に過ぎない。

しかも、日本全国の公衆衛生の専門職大学院や修士課程の専門コースの受入定員はすべて合わせても年間100名程度であり、米国全体の公衆衛生大学院の受入定員の1%程度であり、米国の人口が日本の2.5倍であることを考慮しても大幅に少ないという状況にある。

4 公衆衛生大学院の今後の方向性

(1) 教員の構成

当該大学院においては、公衆衛生分野における高度な分析能力、体系的な保健医療制度の理解、そして人々の健康に貢献するという強い意志と高い倫理観の養成を行うことから、教員の構成についてもこれに対応する必要がある。授業科目の特性に応じて教育研究上の優れた業績を有する者、あるいは公衆衛生実務において特に優れた知識及び経験を有する者などを適切に配置すべきである。

(2) カリキュラム

公衆衛生の大学院教育のグローバルスタンダードとして、下記5分野が公衆衛生学修士（MPH）取得に最低限必要と考えられている。前述の公衆衛生に係わる専門職大学院を設置する京都大学、東京大学のカリキュラムにおいても当該5分野に相当する科目を必修科目としている。また、平成22年度より発足した日本公衆衛生学会の認定公衆衛生専門家制度においても同様の5科目が必須のディシプリンとして指定されている。

- Biostatistics (生物統計学)
- Environmental Health Sciences (環境保健学)
- Epidemiology (疫学)
- Social and Behavioral Sciences (社会科学・行動科学的方法論)
- Health Service Administration (保健医療管理学)

なお、上記5分野については、公衆衛生の専門大学院教育の制度がもっとも充実していると言われる米国において、公衆衛生大学院の唯一の認可組織である Council on Education for Public Health (CEPH)が認可基準として具体的に定めている[12]。

(3) 1年課程と2年課程の設置

公衆衛生専門家養成という社会的ニーズに応えるべく、当該大学院では、保健系大学等新卒者のみならず環境科学あるいは教育・心理・福祉・社会科学系などを含めた大学・学部卒の修了者に門戸を開くことも望まれる。保健医療分野をはじめ関係分野の職業人も対象にするのが適切である。

そのため、通常の学部新卒者を対象にした2年課程を基本としつつも、一定の経験を有する社会人を対象にした1年間で修了できる課程を設けることが望ましい。この理由は、欧米の主要な大学における公衆衛生学修士 (Master of Public Health) 課程が、やはり同様の条件下で1年制を採用していることにもよる。入学者の選抜において、公衆衛生分野において一定の実務経験があり、専門実務能力と問題解決能力を有する者を選抜すること、ならびに通常の履修期間に加えて夏季休業期間中に集中授業等を実施することにより、1年課程は十分可能である。

また、新卒者を対象とした2年課程と実務経験者を対象とした1年課程を併存させることは、学部における最新の知識を得たばかりの経験は少ないが柔軟な思考をもった若い世代と、現場に必要な理論や最先端の技術を具体的に認識している実務経験者とが、同じ場で教育を受けることにより、双方の相乗作用及び実践に根ざした新たな知と経験を生み出す可能性を秘めている。このことは、科学的思考と実践的な知に根ざした公衆衛生専門家養成という目的とも合致する。

(4) 国際化への対応

海外の実績ある公衆衛生大学院では、途上国における公衆衛生対策等を含む、より広範かつ学際的な教育研究体制が構築されている。さらに、政府援助機関や途上国政府、国際機関、国際援助 NGO などと有機的に連携し、世界的な保健医療戦略やグローバルヘルスに係わる活動において指導的な役割を果たしている公衆衛生大学院も少なくない。また、海外の多くの公衆衛生大学院では、当該国のみならず外国の政府機関、国際機関、国際援助 NGO などへ多くの人材を輩出している。このような実績をわが国で直ちに実現することは、各大学の資源に限りがあることから容易ではないが、将来的には日本国内の人材養成のみならずアジア地域の人材養成など国際貢献につなげることが期待され

保健医療
2035
JAPAN VISION:
HEALTH CARE

2035年、
日本は
健康先進国へ。

活習慣等の改善の機会を提供することが同時に求められることに十分留意する必要がある。

また、財政調整に関する仕組みが複雑化する中で、給付と負担の関係が不明確となり、高齢者医療制度等に対する拠出について被用者保険の理解を得ていくための措置についても検討していく必要がある。³⁸

iii) 財政的なガバナンスの強化

2035年には、医療保険制度の運営主体である保険者が、健康づくり・予防、疾病管理、ICT等を活用した情報提供による医療の質の改善、リテラシー教育を行うなど、被保険者を総合的に支援することを通じて、自律的に給付と負担のバランスを図り、持続可能な保険システムとなっていなければならない。³⁹

こうした観点から、医療費適正化計画について、定期的に、計画に基づく全国の医療費の伸びについて実績を確認し、推測していた効果が期待通りとなっていない場合においては、乖離した原因を分析し、さらなる予防施策の推進や給付範囲の見直し、新たな財源の確保等に関係者と議論し、決定する仕組み（中期調整システム）を導入すべきである。あわせて、都道府県単位での地域差是正への取組の促進（都道府県への権限移譲等）を行う。⁴⁰

（４）次世代型の保健医療人材

あらゆる医療機関において医師をはじめとする医療従事者が、常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療従事者による医療の提供を可能とする必要がある。また、保健医療システムがその役割を十分果たせるよう、技術の進歩や時代の要請の変化を捉えた医療従事者像、医療像を常に検討し、その実現に向けて人材育成のあり方も更新し続ける必要がある。

今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複

akuka/0000064273.pdf

³⁸ 医療保険制度や医療提供体制に関する自治体、中でも都道府県の権限行使について、費用拠出者である被用者保険が参画する仕組みを充実させることが考えられる。

³⁹ 持続可能性を維持するためには、国による規制、医療従事者の自発的な取り組みが必要であるのみならず、地域の実情に応じて、例えば、都道府県が独自に診療報酬の設定、保険医療機関の指定、地域独自の資格免許の発行などを可能とするなど、保険者の機能を強化することが考えられる。

⁴⁰ さらに、6.（1）（21ページ）に記載した地域差に係る都道府県の負担の導入等も検討する。

数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOC⁴¹など ICT の活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

公衆衛生大学院の増設等、特に地域での医療政策を主導できる人材の育成とキャリアアップを図る仕組みを創設する。また、医療機関の経営については、医学的な臨床やデータサイエンスのみならず、リーダーシップなどについても高めていくことが求められており、経営学や公衆衛生等の学際的な教育課程を今後充実させていかなければならない。

それぞれの地域においては、医師の高齢化や地域偏在などに伴い、不足する診療科及び診療内容について精査する必要がある。医療計画の策定責任者である都道府県は、その精査する過程で、総合診療を含め、不足している診療科別の地域医師確保計画を策定し、対策を講じるべきである。具体的には、過当競争の診療科から不足する診療科に転科を促すための支援策を策定する。例えば、奨学金や強化型研修プログラム等により、医師の配置、診療科への誘導等をできるようにすることが考えられる。臨床研修や専門研修に当たっても、偏在を是正する観点を組み込んだ方策を講じるべきである。

地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。

また、へき地の小規模医療機関においては、最先端の医療技術や医療の知識に触れることが難しいため、へき地の小規模医療機関においても、常に臨床と研究の両方の側面から、リサーチマインドをもって研鑽し続けることができる体制を構築する必要がある。このため、地域基盤型リサーチネットワークの構築や治験ネットワークの拡大など、地域の医師が最先端の教育、研究、臨床にアプローチできる環境を

⁴¹ Massive open online courses (オンラインで公開された無料の講座を受講し、修了条件を満たすと修了証が取得できるサービス)

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、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（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣 小宮山洋子

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

この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、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事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命（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う。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なNCD（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、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いるところである。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

あなたの健康 今、そして未来のために！

第3次ふじのくに健康増進計画

～健康寿命日本一を目指す“ふじのくに”の挑戦！～



健やかふじのくにづくり

平成26年3月

静岡県

はじめに



一人ひとりが個性やライフステージに応じて、安心して健やかに自分らしい生活を送ることは、すべての県民の願いです。

このため、県では、「富国有徳の理想郷“ふじのくに”」の実現に向けて、県民の皆様
に心身共に健康に暮らしていただけるよう、平成23年3月に「ふじのくに健康増進計画」
を策定し、様々な健康づくり施策を展開してまいりました。

こうした中、県民及び関係団体の皆様のためまめ努力の成果として、本県は、平成24年
6月に厚生労働省が初めて公表した都道府県別健康寿命において、女性が全国で1位、男
性も2位となり、男女総合においても日本一になることができました。

一方で、特定健診データの分析によれば、メタボリックシンドローム該当者及び予備群
が増加傾向にあることや、治療を要するハイリスク者の割合が高いことなど、まだまだ課
題も多くあります。

県では、こうした課題の解消を通じて、更なる健康寿命の延伸を目指すため、このたび、
平成34年度までを計画期間とする「第3次ふじのくに健康増進計画」を策定いたしました。

本計画では、最も大切な県民の皆様一人ひとりの実践する健康づくりを社会全体で支え
るため、市町や企業など関係団体が県民の皆様と一層連携して、健康づくりの裾野を広げ
ていくことに重点を置いています。そこで、「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」、
「生活習慣病の発症予防と重症化予防」の観点から、62個の数値目標を定めるとともに、
「ふじのくに健康長寿プロジェクト事業」など、その達成に向けた様々な取組も進めてい
くこととしました。

今後、県では、本計画に基づき、皆様に心身共に健康に暮らしていただくことができる
よう全力で取り組んでまいりますので、県民の皆様を始め、関係団体や企業、市町の皆様
におかれましては、御理解と御協力をお願い申し上げます。

平成26年3月

静岡県知事 川勝平太

目 次

第1章 計画の基本的な考え方	
1 第3次ふじのくに健康増進計画の目標	2
2 第3次ふじのくに健康増進計画の位置づけ	3
3 計画期間	3
4 前計画の評価結果	4
5 第3次ふじのくに健康増進計画の特徴	5
第2章 静岡県の健康の現状（健康課題）	
1 社会背景	10
2 平均寿命・健康寿命	12
3 死亡・介護	13
4 特定健診、がん検診	17
5 生活習慣	23
6 地域別の状況	26
第3章 健康づくりの方針・戦略	
1 健康寿命を延ばす健康づくり	31
2 地域の場を活用した健康づくり	37
3 領域別に進める健康づくり	39
4 地域別の健康課題解決と地域の特長を生かした健康づくり	45
第4章 推進体制・進行管理	
1 ふじのくに健康増進計画推進協議会及び領域別部会	51
2 進行管理	52
第5章 数値目標	
1 指標の考え方	53
2 数値目標一覧	55
参 考	61

第1章 計画の基本的な考え方

健康は全ての県民の願いです。全ての県民が心身ともに健康で暮らすことのできる活力ある社会を実現していくことを目指して、21世紀の本格的な少子高齢社会を健康で活力あるものとするため、本県では、第1次健康増進計画として平成12年に「しずおか健康創造21」、第2次健康増進計画として平成23年に「ふじのくに健康増進計画」を策定し、「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」を大きな目標として掲げ、県民の健康づくりを積極的に推進してきました。

しかしながら、高齢化の進行により、医療や介護に伴う負担が一層増加し、その一方でこれまでのような高い経済成長を望めない状況において、活力ある社会を実現するためには、生活習慣病の予防をさらに徹底することが重要となっています。

このような状況の中で、平成24年7月に、国は「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を最終目標とする「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を告示し、新たな国民健康づくり運動の今後の方向性を示しました。

本県においても、国の動向やこれまでの取組の成果、新たな健康課題や社会背景を踏まえ、県民の健康づくりをより一層推進するために、新たに「第3次ふじのくに健康増進計画」を策定します。

1 第3次ふじのくに健康増進計画の目標

この計画は、急速な少子高齢化の中で、「富国有徳の理想郷“ふじのくに”づくり」の実現に向けて、すべての県民が心身共に健康に暮らすことを目標とします。

この目標を達成するため、全ての世代において、健康で自立して暮らすことができる「健康寿命の延伸」と健やかで心豊かに生活できる「生活の質の向上」の2つを目指した健康づくりに重点を置いて取組を進めていきます。

健康づくりは、県民一人ひとりが、健やかな生活を心がけ、自らの生活習慣を見つめ直し、改善すべき点は改めるとともに、それを継続することが必要であり、県では、その実践に向けた支援を行うことにより目標の実現を目指します。

また、健康づくりの実践に当たっては、失われつつある近所付き合いや世代間の交流に着目し、健康を支える地域コミュニティの相互扶助機能を高める視点も重視していくものとなりました。

※本計画では、健康を「病気や障害の有無にかかわらず、個人が持てる能力を十分に発揮して、自己の価値観に基づく豊かで充実した人生を実現するための最適な状態」と定義し、健康を、生きる目的としてではなく、老若男女を問わず全ての県民にとっての、生活の質を高めるための手段としてとらえています。

大 目 標

県民の健康寿命の延伸と生活の質の向上

*健康寿命：日常的に介護を必要としないで自立した生活ができる生存期間（厚生労働省）

中 目 標

生活習慣病の発症予防及び重症化予防の徹底化

県民の健康づくりを支える社会環境の整備

高齢期において、健康寿命を少しでも延ばし、平均寿命との差を縮めることができれば、より充実した人生を過ごすことができます。そのためには、県民一人ひとりが生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底化などを意識した健康づくりに取り組むことが重要です。

県民の健康づくりを支える社会環境の整備については、健康は、個々の努力だけでは解決が容易ではなく、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体で健康を支え守る環境づくりが大切です。

2 第3次ふじのくに健康増進計画の位置づけ

- (1) 本計画は、健康増進法第8条第1項の規定に基づく都道府県健康増進計画とします。
- (2) 本計画は、「静岡県総合計画」の分野別計画であり、「静岡県医療費適正化計画」、「静岡県保健医療計画」、「ふじのくに長寿社会安心プラン」及び「静岡県がん対策推進計画」等との整合を図ります。

3 計画期間

本計画は、国の「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」と終期の整合性を図るため、平成26年度から平成34年度までとします。

具体的な行動目標、対策については、アクションプランを作成します。そのアクションプランの期間は、県総合計画の次期基本計画等に準じて、平成26年度から平成29年度の4年間とします。平成29年度に中間評価を行い、平成34年度の目標達成に向けた取組を検討し、後期アクションプランを作成します。

計画期間の考え方について

	平成23年 (2011年)	平成24年 (2012年)	平成25年 (2013年)	平成26年 (2014年)	平成27年 (2015年)	平成28年 (2016年)	平成29年 (2017年)	平成30年 (2018年)	平成31年 (2019年)	平成32年 (2020年)	平成33年 (2021年)	平成34年 (2022年)
ふじのくに健康増進計画 平成23年～25年	ふじのくに健康増進計画 (H23～25)			<第3次ふじのくに健康増進計画>								
第3次ふじのくに健康増進計画 平成26年～34年	見直し	調査	評価	H26～29 アクションプラン				H30～34 後期アクションプラン				
第3次ふじのくに食育推進計画				(H26～34)				見直し				
第2次静岡県歯科保健計画				(H26～34)				見直し				
静岡県総合計画の次期基本計画				(H26～29)								
静岡県保健医療計画	(H22～26)			(H27～31)					(H32～36)			
第2期静岡県医療費適正化計画			(H25～29)					(H30～34)				
静岡県がん対策推進計画			(H25～29)					(H30～34)				
ふじのくに長寿社会安心プラン (第3期計画)		(H24～26 第6次)		(H27～29 第7次)			(H30～32 第8次)		(H33～35 第9次)			
ふじのくに障害者しあわせプラン (第3次静岡県障害者計画)		(H25～29)										
しずおか次世代育成プラン後期 計画	(H22～26)			(H27～31)								
健康日本21 (第2次)		(H25～34)										

4 「ふじのくに健康増進計画」の評価結果

平成23年度から3年間の「ふじのくに健康増進計画」を策定し、健康寿命の延伸、生活の質の向上を最終目的に食育や健康管理などの6領域において具体的な目標項目を設定し、県民総ぐるみの健康づくり運動を展開してきました。「ふじのくに健康増進計画」の計画最終年度にあたる平成25年度に行った最終評価では、策定時の値と直近の値とを比較して、全体82項目の35.3%の項目（再掲の項目は含まない。）において、目標達成または改善傾向との結果が得られました。

また、平成25年3月には、健康増進や生活習慣病予防に対する優れた取組を表彰する「第1回健康寿命をのばそう！アワード」において、本県の「健康寿命日本一に向けた“ふじのくに”の挑戦」が全ての取組の中で最も優れているとして、「厚生労働大臣 最優秀賞」を受賞しました。

これらのことから、12年間に及ぶ県民総ぐるみの健康づくり運動において「健康増進計画」の果たした役割は非常に大きなものであったと考えられます。

さらに、厚生労働省が平成24年6月に初めて公表した都道府県別「健康寿命」では、本県は、男性は全国2位、女性は全国1位という輝かしい結果となりました。

しかし、健康寿命の延伸や生活の質の向上を阻害する要因である脳血管疾患や糖尿病等は減少しておらず、がんの死亡率は増加傾向にあるなど、引き続き生活習慣病対策に重点を置いた取組を実施していく必要があります。

5 第3次ふじのくに健康増進計画の特徴

○県民総ぐるみで、「健康長寿の都」を目指します。

- ・市町国保、健康保険組合、協会けんぽ、共済組合の約50万人にも及ぶ特定健診データを分析し、県内の地域別、職域別の健康状況等に裏づけされた計画となっています。
- ・さらに、地域の健康課題を明らかにするため、市町の地区毎に健診データを分析していきます。
- ・健康づくりは、県民一人ひとりが主体的に取り組むことが基本ですが、個人の力だけでは限界があり、医療機関、学校、職域、行政等の連携協働による健康づくりを行うことで、県民総ぐるみで、「健康長寿の都」を目指します。

○社会全体において、健康づくりへの関心を高める仕掛けづくりをします。

- ・健康長寿の研究成果を活かし、「運動」「食生活」「社会参加」の3要素を含む「ふじ33プログラム」等を普及します。(主に働き盛り世代に)
- ・個人のみならず自治体や企業、関係機関の長が積極的に健康づくりを進めようとする意識を高め、目標達成へのインセンティブとなる仕掛けづくりに取り組みます。
- ・民間企業等を巻き込み、社会全体に対する広報戦略を強化し、県民の健康づくり運動への関心を高めます。

○新たな健康課題に対する取組を始めます。

これまでの6領域（食育、運動・身体活動、休養・こころ、たばこ・アルコール・薬物、歯、健康管理）の分類設定にとどまらない新たな課題に対する取組を始めます。

特に、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）など、新たに注目されている課題に対しての正しい知識の普及と予防の取組を行います。

静岡県は“健康長寿県”

◆静岡県は、健康寿命が全国で一番長いほか、メタリックシンドローム該当者割合が全国で一番少なく、総合的に“健康長寿県”です。

①健康寿命

女性は全国1位、男性は全国2位。静岡県独自に算出した男女計では、全国でいちばん健康寿命が長い県であることが分かりました。

男 性			女 性		
順	都道府県	歳	順	都道府県	歳
1	愛知県	71.74	1	静岡県	75.32
2	静岡県	71.68	2	群馬県	75.27
3	千葉県	71.62	3	愛知県	74.93
全 国		70.42	全 国		73.62

男女計※
73.53歳
全国1位

資料：厚生労働科学研究班によるH22都道府県別健康寿命 ※男女計は県独自
(平成24年6月公表)

②メタリックシンドローム該当者

特定健診の結果により、静岡県は、平成22年度、23年度の2年連続で、メタリックシンドローム該当者が最も少ない県であることが分かりました。

○平成22年度（男女計）

順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.70
2	山梨県	12.92
3	佐賀県	12.99
全 国		14.42

○平成23年度（男女計）

順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.92
2	山梨県	12.95
3	佐賀県	13.27
全 国		14.59

資料：厚生労働省提供データ

③健康寿命をのばそう！アワードの受賞

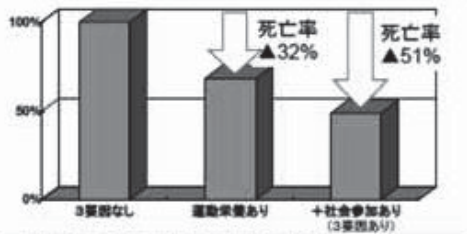
静岡県の健康寿命の延伸を目指す様々な取組が、第1回「健康寿命をのばそう！アワード厚生労働大臣 最優秀賞」を受賞しました。(平成24年3月受賞)



受賞を受けた主な取組

①静岡県高齢者コホート研究

- 高齢者14,001人の追跡結果
 - 運動・栄養・社会参加について良い習慣がある人は長生き



性別、年齢、体格指数、健康状態で調整したハザード比
+H24. 7. 21 日本公衆衛生学会にて発表

②ふじ33プログラムの特徴

- 働き盛り世代がターゲット
 - 職場で、自宅でもできる生活習慣改善プログラム
- 3分野に着目
 - 運動、食生活に加え社会参加を促す
- 3人で実践
 - 目標、実践メニューを共通化 ⇒仲間がいるからやめられない



③49万人の特定健診データ分析

- 保険者(市町国保、共済組合、健保組合、協会けんぽ)と連携し、特定健診データを分析



H22年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書(第2版)

④市町別お達者度の公表

- 国健康寿命の発表を受け、市町版健康寿命である65歳からの平均自立期間を公表

順位	男性(年)		女性(年)	
1	長泉町	19.05	吉田町	21.67
2	磐田市	18.18	伊豆市	21.49
3	裾野市	17.95	東伊豆町	21.47
4	浜松市	17.86	裾野市	21.27
5	藤枝市	17.82	袋井市	21.25
合計	静岡県	17.30	静岡県	20.68

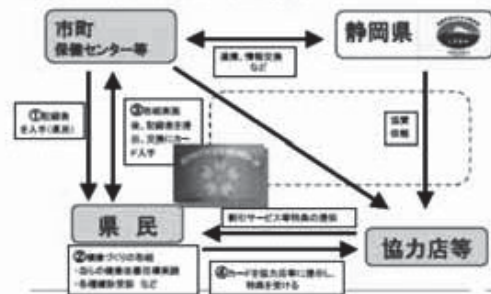
※ お達者度：厚生労働科学研究院による65歳からの平均自立期間

⑤たばこ対策

- 青少年への教育と県民主導の対策支援を中心とした事業を教育委員会と連携し実施
 - 毎年、県内のすべての小学5年生に、たばこと健康に関する下敷きを配布し、健康教育を実施



⑥健康マイレージ事業



健康日本21（第2次）告示

平成24年7月、厚生労働省は国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針となる「21世紀における第2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」を公表しました。国では、平成24年度で終了する「健康日本21」の12年間の取組から、10年後を見据えた目指すべき姿や基本的方向性について議論が行われ「健康日本21（第2次）」の基本的な方向として、今後の目指すべき姿を、すべての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会であるとし、これらを実現するために、次の5つを提案しました。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

この5つの考え方にに基づき、21世紀のわが国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まですべての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現を目指します。

その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、平成25年度から34年度までの10年間の運動期間として、「21世紀における第2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」が推進されることとなりました。

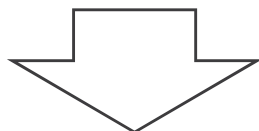
第3次ふじのくに健康増進計画は、基本的には国から示された「健康日本21（第2次）」の考え方を踏襲していますが、県独自の健康課題解決のための考え方や目標を加味したものであり、今後の新しい県民健康づくり運動の指針となるものです。

第2次計画に引き続き、すべての県民が積極的に、かつ、様々な立場の人々と協働して、特に静岡県文化や住む人々のところから生まれる人と人との繋がり（地域力）を大きな力として、新しい時代の健康づくり運動を展開します。そして、全ての県民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現を目指します。

第2章 静岡県の健康の現状（健康課題）

静岡県は“健康長寿県”

- ◆静岡県は、健康寿命が全国で一番長いほか、メタボリックシンドローム該当者の割合が全国で一番少なく、総合的に“健康長寿県”です。



静岡県の健康課題

- ◆全国と同様、少子高齢化が進行しており、持続可能な社会保障制度を維持していくためにも、県民全体で健康づくりを進めることが大きな課題です。
- ◆多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者数が増加しています。また、脳血管疾患の死亡者数が全国に比べ多い状況にあります。
- ◆メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数は増加を示しており、引き続き特定保健指導等のメタボリックシンドローム対策の推進が必要です。
- ◆疾患の重症化を未然に防ぐために、未受診者対策やハイリスク者への対応も重要な課題です。
- ◆若い女性においてやせが多く、次世代育成の点でも、適正な体重に関する知識の普及を図る必要があります。
- ◆働き盛り世代において、食習慣や運動習慣等の生活習慣に課題がある人が多く、働き盛り世代からの望ましい生活習慣の定着を進める必要があります。
- ◆県内において、メタボリックシンドロームや高血圧症の該当割合などの健康上の問題で地域的な違いがあり、地域の実情に応じた、健康づくり対策に取り組むことが必要です。

1 社会背景

◆全国と同様、少子高齢化が進行しており、持続可能な社会保障制度を維持していくためにも、県民全体で健康づくりを進めることが大きな課題です。

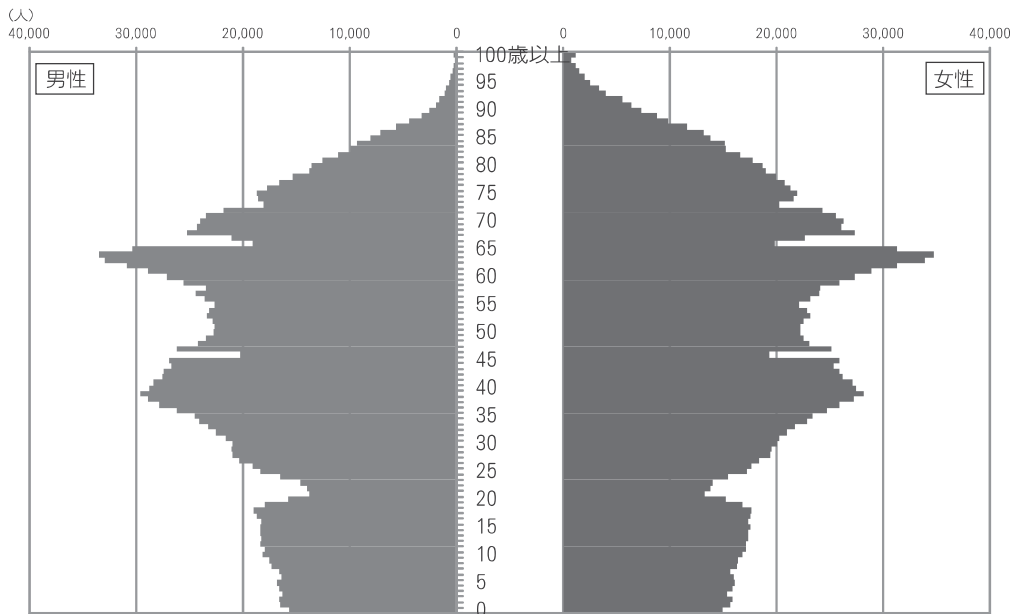
○静岡県の人口は3,736,600人（男性1,838,572人、女性1,898,028人：平成24年10月現在）。団塊の世代が一番多く、次いで団塊ジュニア世代となっています。年少人口（0～14歳）では若い年代ほど人口が少なくなっています。（図1）

○今後15年間で団塊の世代が後期高齢者に移行し、さらに少子高齢化が進行する見込みです。（図2）

○高齢者を支える生産年齢人口（15～64歳）は、騎馬戦型（複数人で1人の高齢者を支えること）から、肩車型（1人で1人の高齢者を支えること）の時代へと移行していき、現役世代の負担の増加を防ぐためには、健康で元気な高齢者を増やす必要があります。（図3）

(1) 年齢別人口の分布

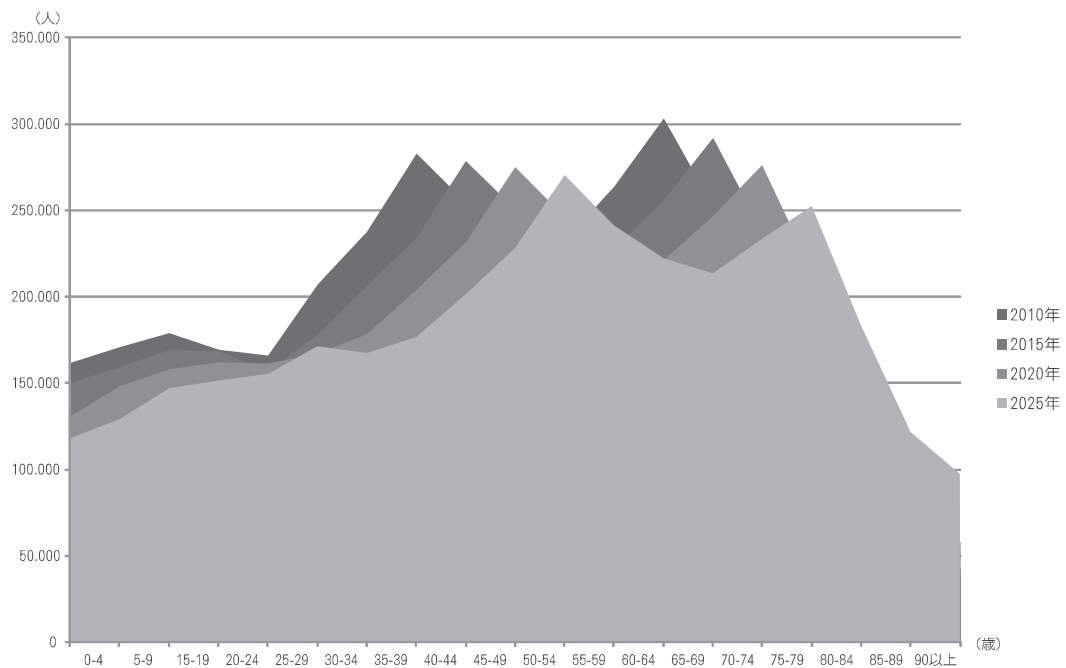
図1 H24.10 静岡県年齢別人口（人口ピラミッド）



資料：平成24年10月静岡県年齢別人口推計

(2) 将来人口分布

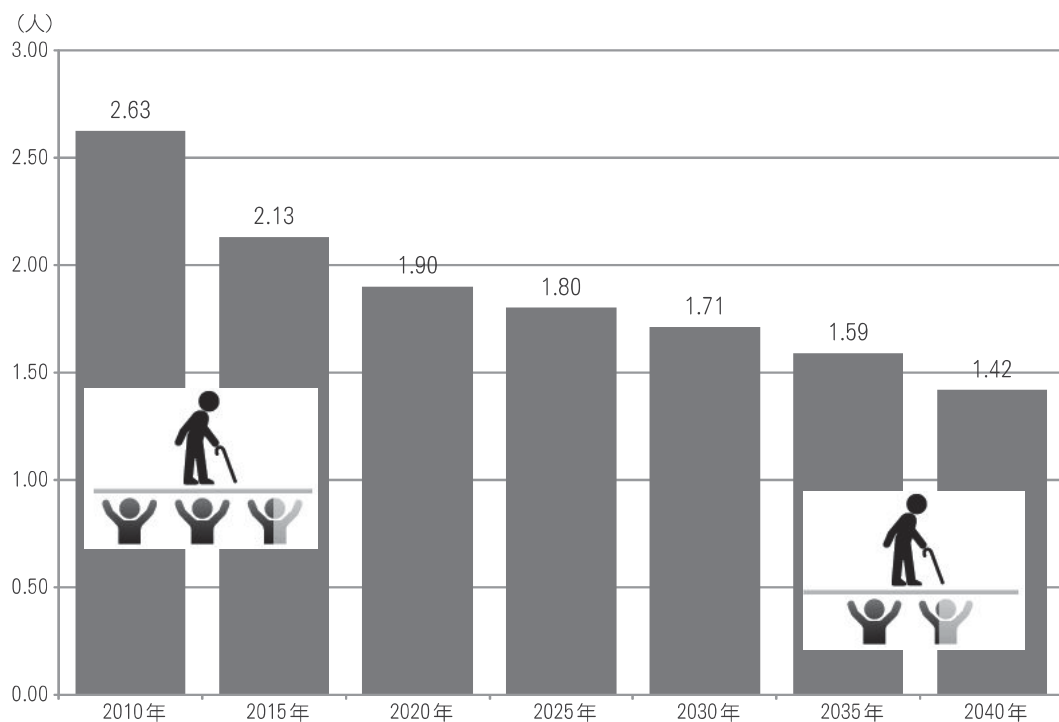
図2 静岡県年齢階級別人口推移予測



資料：国立社会保障・人口問題研究所：都道府県別将来人口推計

(3) 高齢者1人当たり生産年齢人口の推移

図3 高齢者1人当たり生産年齢人口の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所：都道府県別将来人口推計

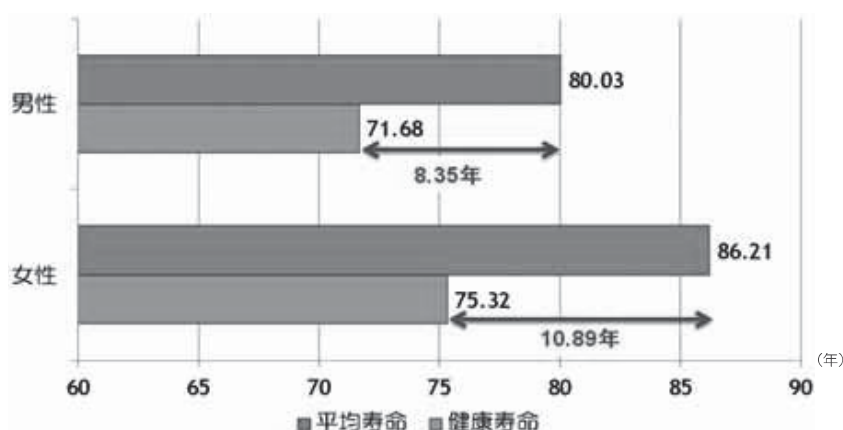
2 平均寿命・健康寿命

◆静岡県は健康寿命日本一。平均寿命と健康寿命の差をさらに短縮することが今後の課題です。

○平成24年6月に厚生労働省が発表した都道府県別健康寿命では、男性71.68年（全国第2位 全国平均70.42年）、女性75.32年（全国1位 全国平均73.62年）でした。今後は、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の伸びにより、現在の平均寿命と健康寿命の差（男性8.35年、女性10.89年）を短縮することが求められます。（図4）

(1) 平均寿命と健康寿命

図4 平均寿命と健康寿命の差（平成22年 静岡県）



資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

※図4の平均寿命の値は、厚生労働科学研究で算出した数値のため、図5の平均寿命の値とは異なります。

健康寿命が日本一になった理由

- ・地場の食材が豊富で、食生活が豊かであること
- ・全国一のお茶の産地であり、日ごろ若者から長寿者まで、いつもお茶をたくさん飲んでいること
- ・今まで、健康長寿日本一に向け、県・市町が一体となって健康づくりや介護予防に積極的に取り組んできたこと
- ・元気に働いている長寿者が多いこと
- ・温暖な気候からくる穏やかな県民性であること

3 死亡・介護

◆多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者数が増加しています。また、脳血管疾患の死亡者数が全国に比べ多い状況にあります。

○本県の平均寿命（平成22年）は、男性79.95年（全国79.59年）、女性86.22年（全国86.35年）でした。また、この10年間で男性は1.8年、女性は1.27年延びており、今後も平均寿命は延びることが予想されます。（図5）

○死因別の死亡者数では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に多く、悪性新生物は増加を続けており、男女ともに、全国に比べ、老衰、脳血管疾患による死亡者数が多い状況です。（図6、7、9）

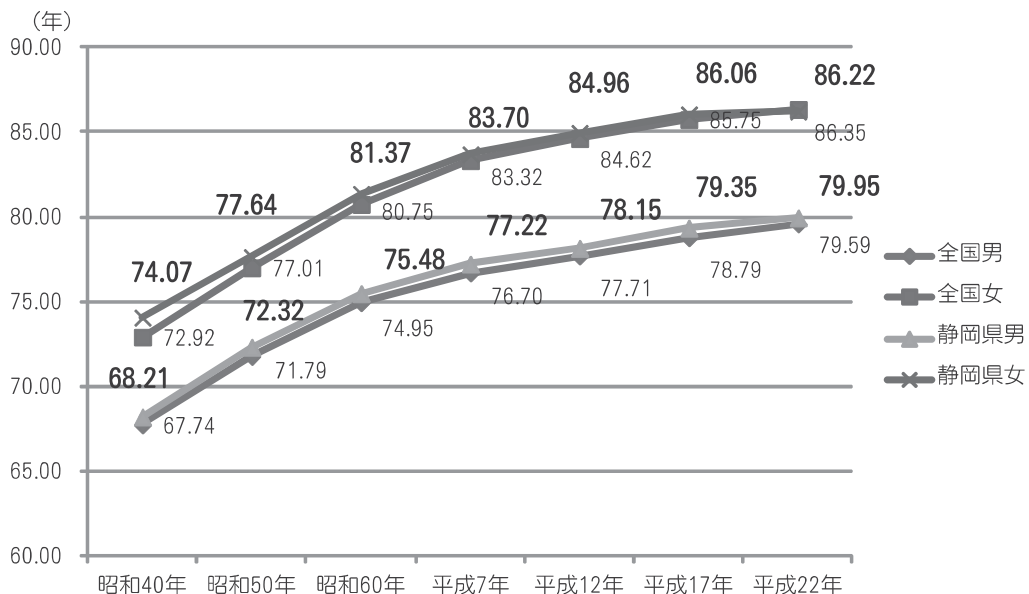
○悪性新生物の75歳未満死亡率は、女性の変化は横ばいですが、男性は減少しています。（図8）

○要介護認定者数は、年々増加しています。（図10）

○介護が必要になった主な原因のおよそ3分の1は、脳血管疾患等の生活習慣病の発症によるものであり、介護予防のためにも、生活習慣病の予防が求められます。（図11）

(1) 平均寿命の推移

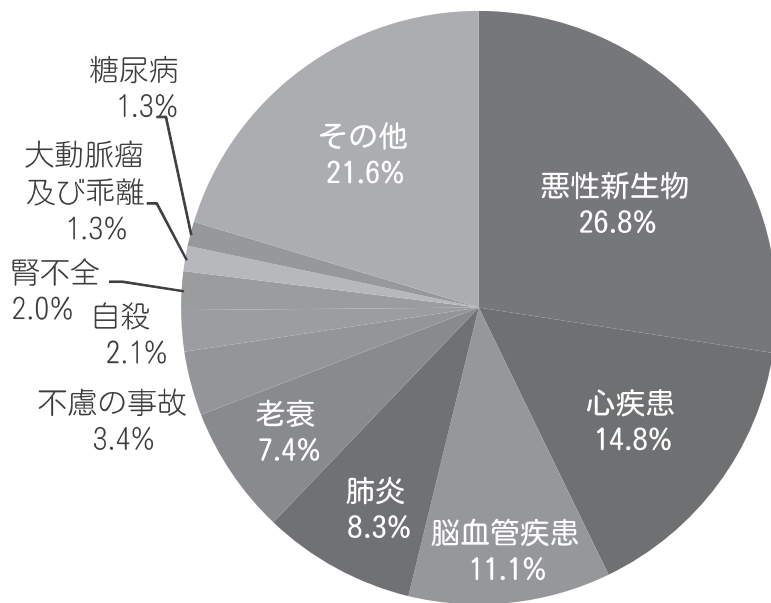
図5 平均寿命の推移（静岡県）



資料：都道府県別生命表

(2) 静岡県の死亡の状況

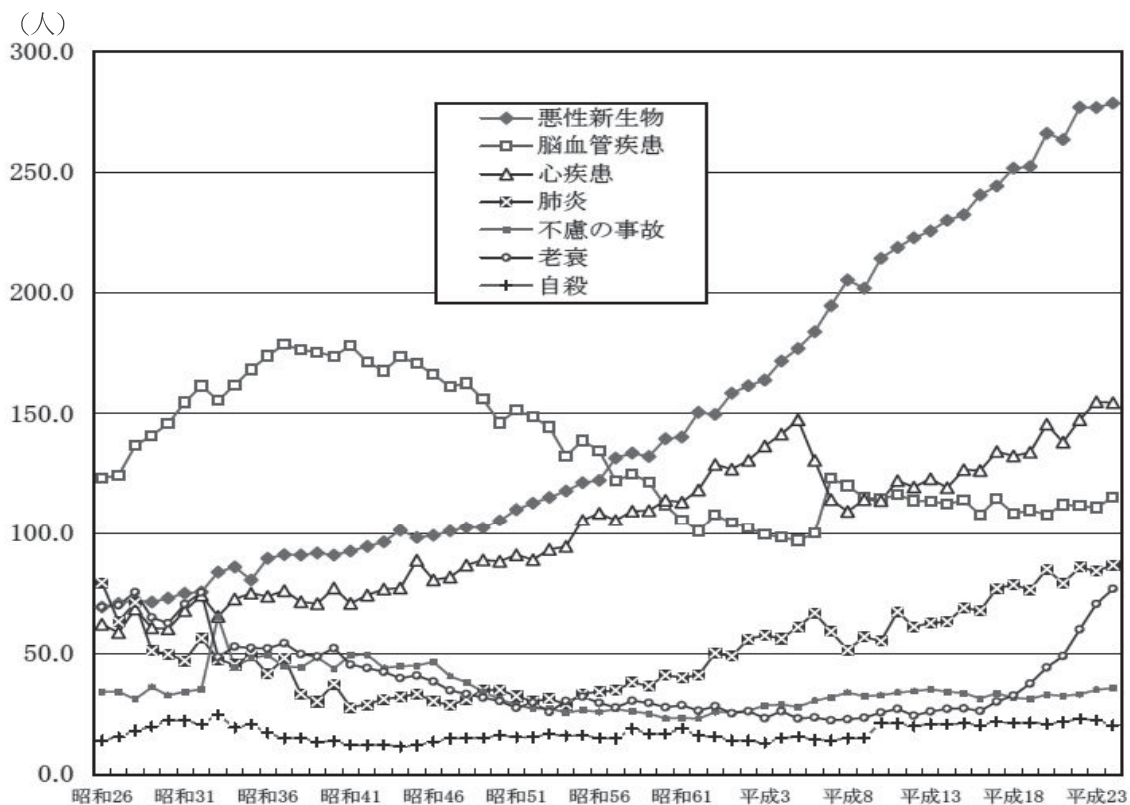
図6 平成24年死因別死亡割合



資料：平成24年静岡県人口動態統計

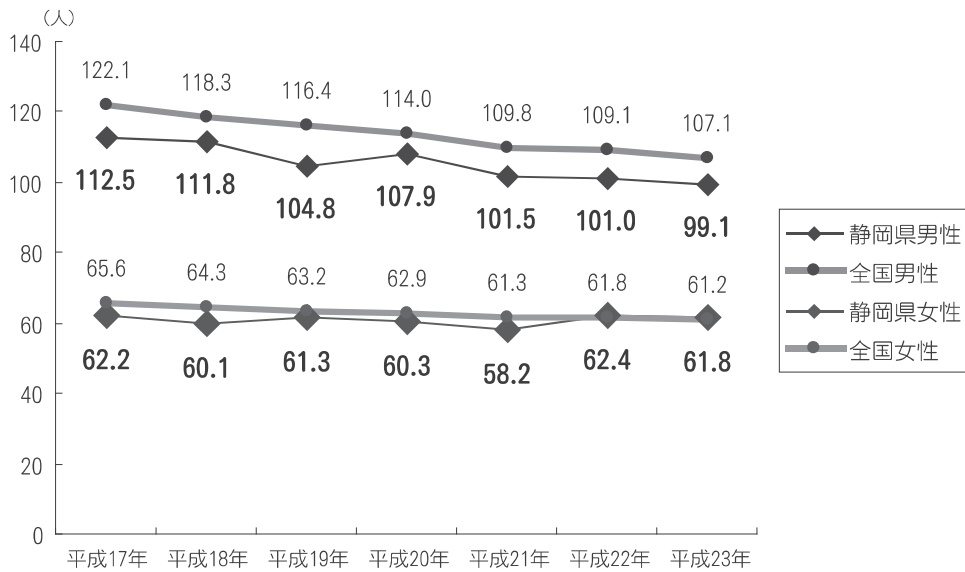
(3) 静岡県の死因別死亡率の推移

図7 死因別死亡率の推移（人口10万人対）



(4) 悪性新生物年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口10万人当たり）

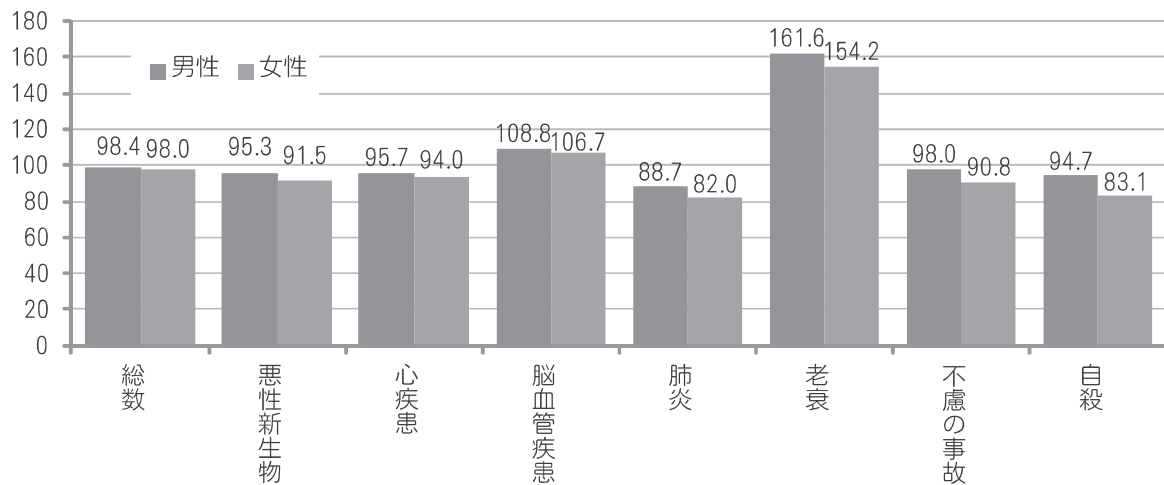
図8 悪性新生物年齢調整死亡率の推移（75歳未満・人口10万人当たり）



資料：静岡県がん対策推進計画

(5) 死因別標準化死亡比（年齢調整済みの死亡の指標）

図9 H19-23静岡県主要死因別標準化死亡比（SMR）^{*1}

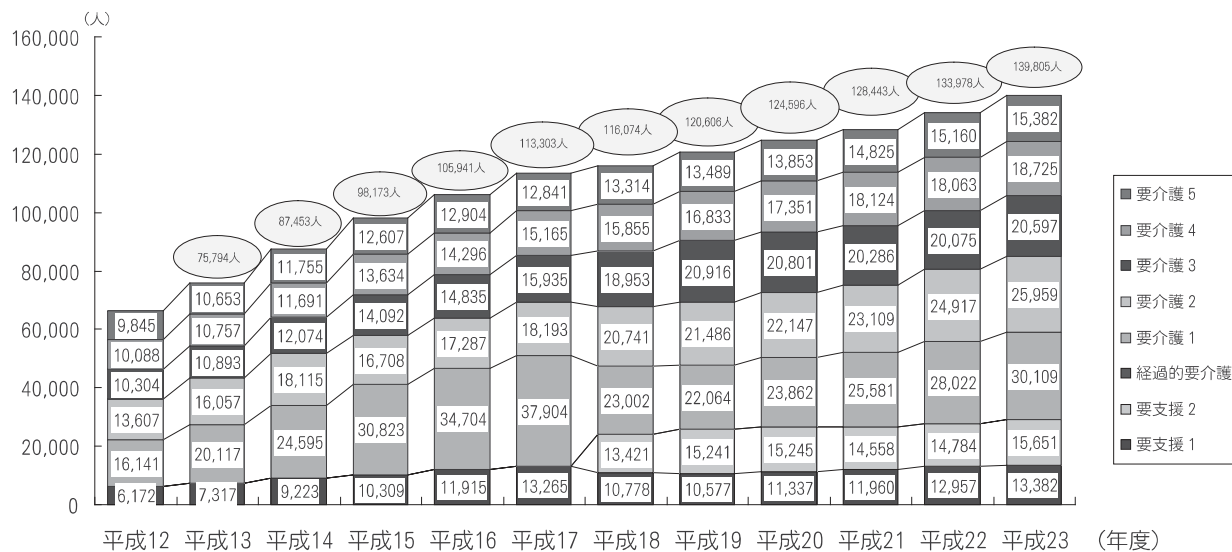


資料：静岡州市町別健康指標

*1 SMR：基準地域に対して年齢の影響を取り除いた死亡数の比率（ここでは、全国値を100とする）

(7) 要介護認定者数の推移

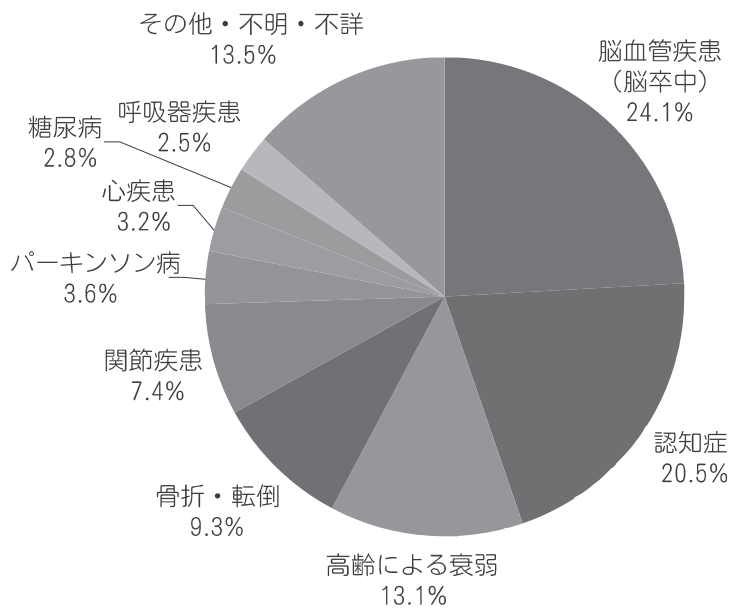
図10 静岡県の要介護認定者の年度別推移



資料：静岡県長寿政策課調べ

(8) 要介護認定となった理由

図11 要介護認定となった主な原因の構成



資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」

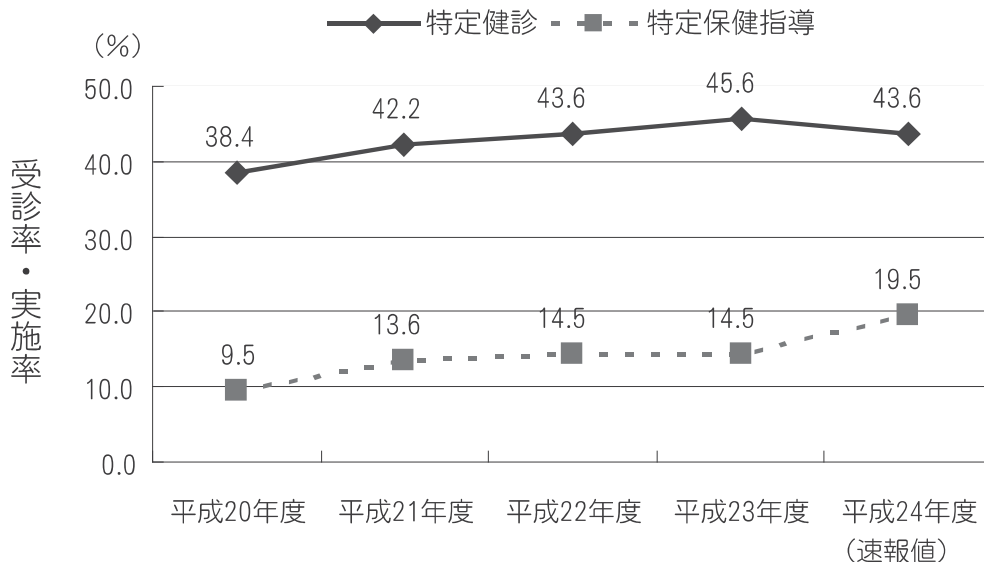
4 特定健診・がん検診

◆メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数は増加を示しており、引き続き特定保健指導等のメタボ対策の推進が必要です。

- 特定健診受診率・特定保健指導実施率は、制度開始以降増加しています。(図12)
- 特定健診の受診率を男女別年代別に見ると、男性の60歳以上や女性は受診率が低い状況です。(図13)
- 男女ともにメタボリックシンドローム該当割合、高血圧症該当割合、糖尿病該当割合は、年齢があがるとともに増加しています。特に高血圧有症者は、男性の60歳以上の半数以上が該当します。(図15-1~6)
- 血圧や血糖値、検尿(尿蛋白陽性)の検査結果から、高血圧ですぐ治療が必要な人(要治療者)は男性3.7%、女性2.1%でした。服薬をしても、コントロールが不良の人もいます。
- 女性の20代、30代の20%以上がやせでした。女性は全体でも14.2%がやせの状態であり、約6人に一人がやせています。(図17-1~2、18)
- がん検診の受診率は、子宮頸がん検診を除き全国平均より高いものの、がん検診受診率は目標の50%に達していません。(図19)

(1) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

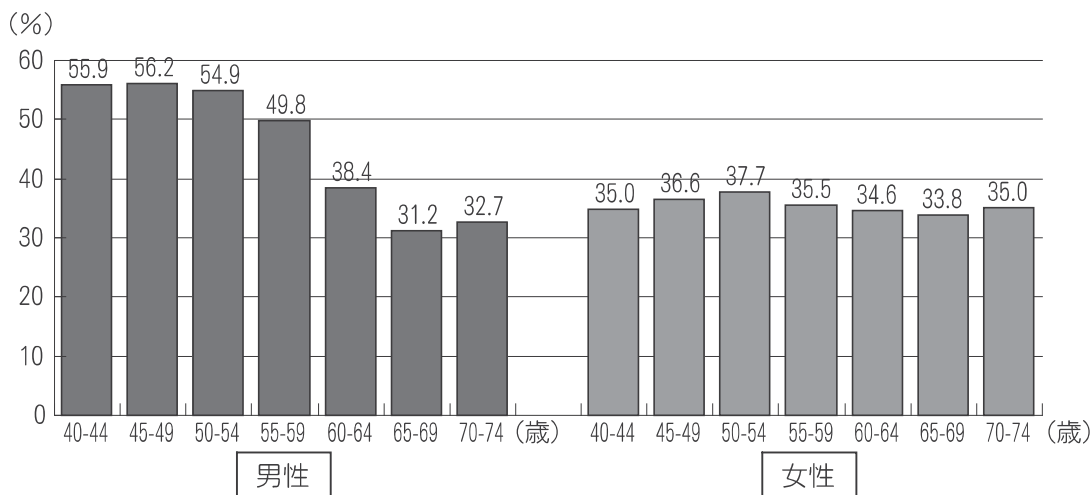
図12 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移



資料：厚生労働省提供データ(ただし、平成24年度は県独自の集計値)

(2) 年代別特定健診受診率（参考値）

図13 静岡県年代別特定健診受診率

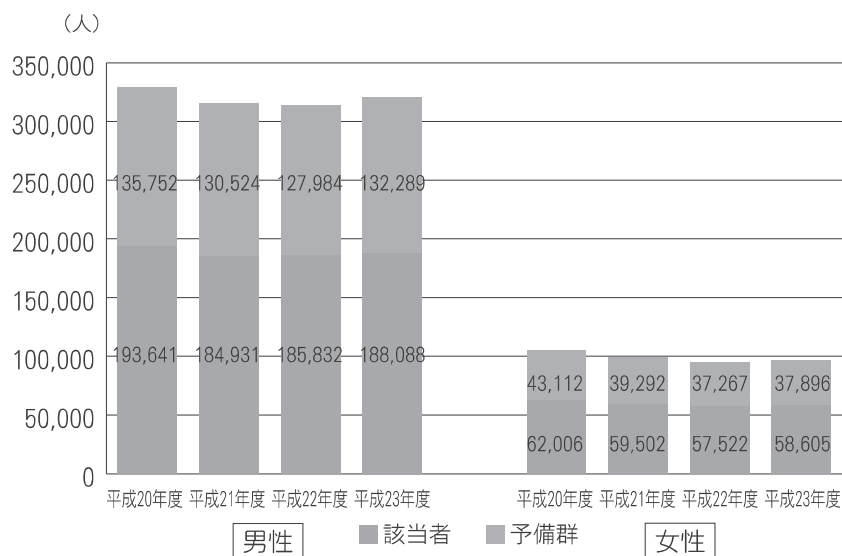


資料：人口は平成22年国勢調査、受診者数は平成22年厚生労働省提供データ

※分母とした人口の中には、特定健診の受診義務のない者も含む。

(3) 県内のメタボリックシンドローム該当者（予備群を含む）の推定数の推移

図14 メタボリックシンドローム該当者（予備群含む）の推定数の推移



資料：静岡県健康増進課調べ

※メタボリックシンドローム該当者

腹囲男性85cm以上、女性90cm以上かつ2つ以上に該当

①中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、もしくはコレステロールを下げる薬服用

②収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬服用

③空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c5.5以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用

※メタボリックシンドローム予備群

上記と同様で、3項目のうち1つに該当するもの

(4) 特定健診の年代別の結果（平成23年度）

図15-1 メタボリックシンドローム該当者（男性）

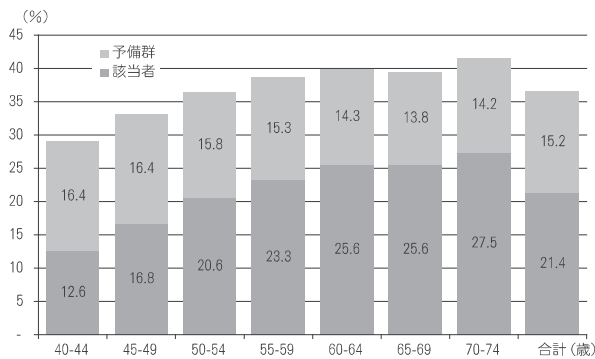


図15-2 メタボリックシンドローム該当者（女性）

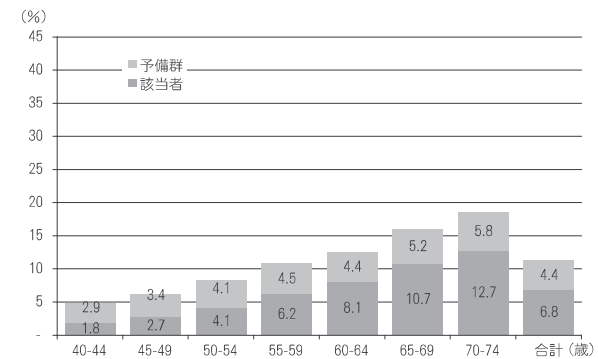


図15-3 高血圧症有病者（男性）

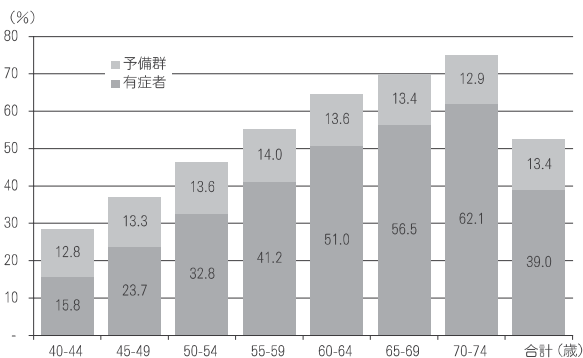
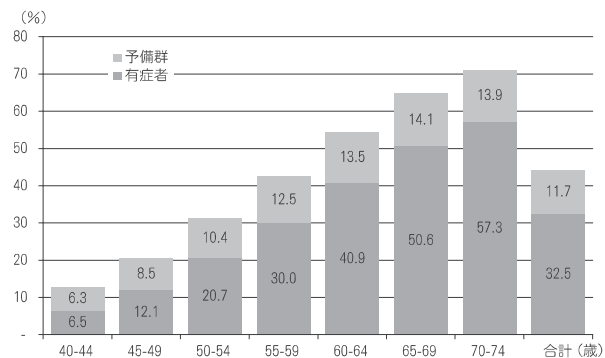


図15-4 高血圧症有病者（女性）



※高血圧症有病者

収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧が90mmHg以上の者、もしくは血圧を下げる薬服用者

※高血圧症予備群

①収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満、かつ拡張期血圧が90mmHg未満である者

②収縮期血圧が140mmHg未満、かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満である者

ただし、血圧を下げる薬服用者を除く

図15-5 糖尿病有病者（男性）

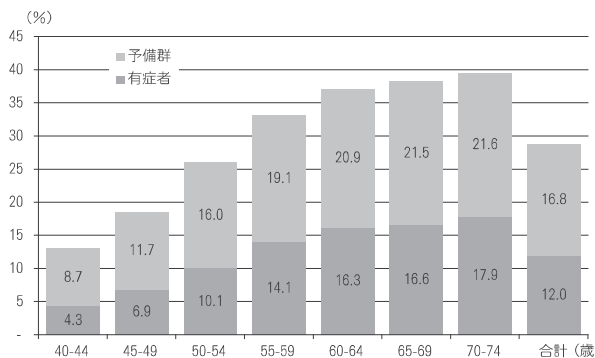
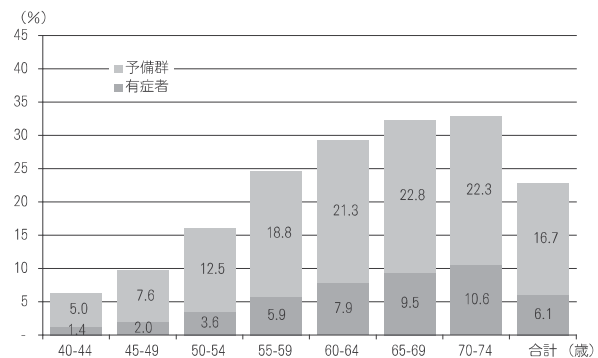


図15-6 糖尿病有病者（女性）



※糖尿病有病者

空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.1以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用者

※糖尿病予備群

空腹時血糖110mg/dl以上126mg/dl未満、またはHbA1c5.5以上6.1未満の者

ただしインスリン注射または血糖を下げる薬服用者を除く

資料：平成23年度 特定健診データ報告書

◆疾患の重症化を未然に防ぐために、未受診者対策やハイリスク者への対応も重要な課題です。

(5) ハイリスク者の状況

図16-1 血圧値ハイリスク者（男性）

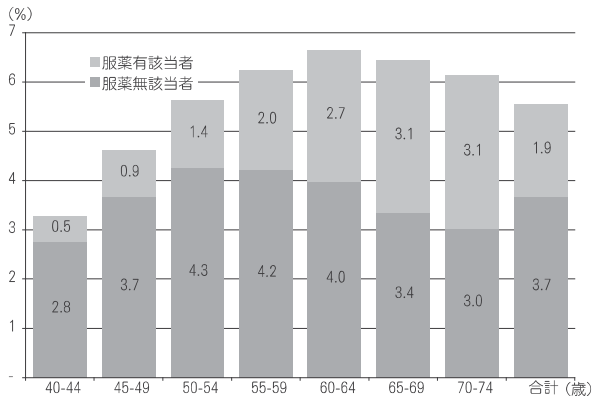
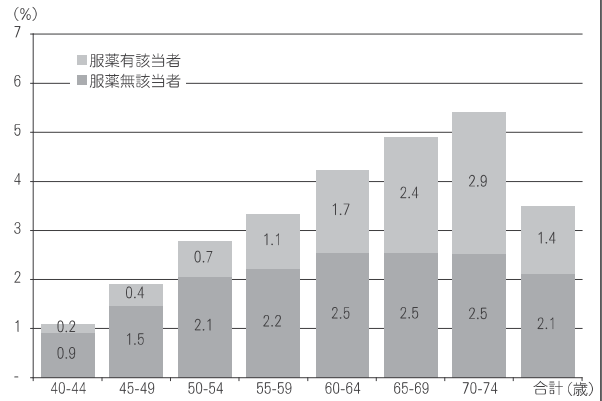


図16-2 血圧値ハイリスク者（女性）



血圧値ハイリスク者とは、収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mgHg以上の者

図16-3 血糖値ハイリスク者（男性）

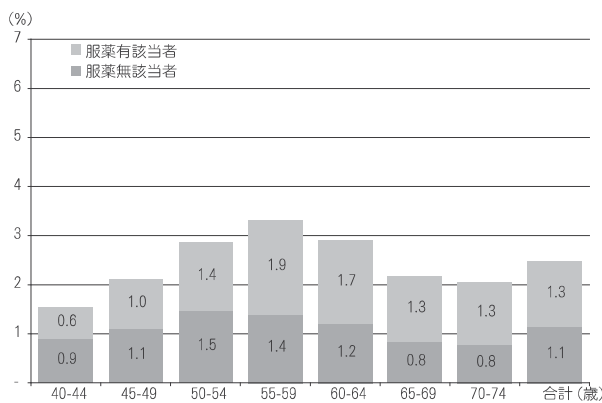
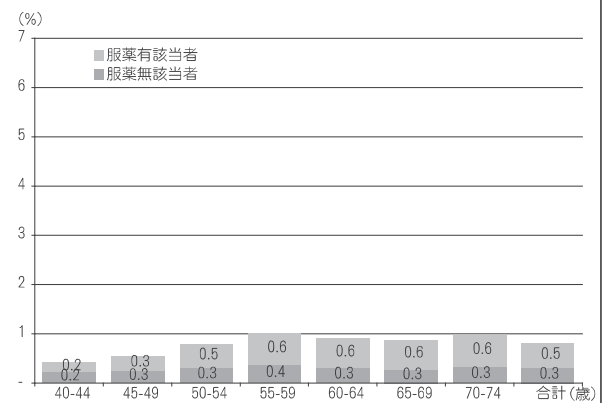


図16-4 血糖値ハイリスク者（女性）



血糖値ハイリスク者とは、空腹時血糖160mg/dL以上又はHbA1c 8.0%以上の者

図16-5 尿たんぱくハイリスク者（男性）

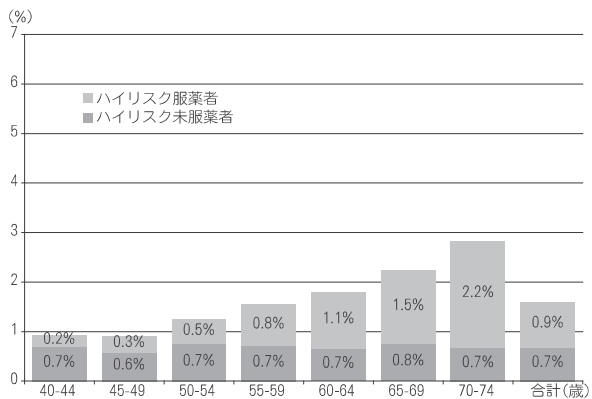
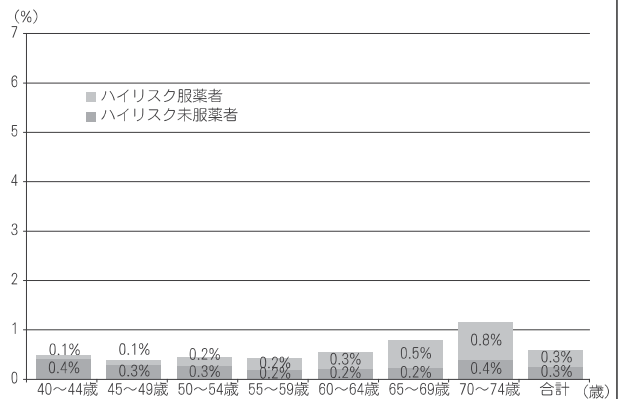


図16-6 尿たんぱくハイリスク者（女性）



尿たんぱくハイリスク者とは、(++)又は(+++)の者（服薬の有無は降圧薬の服用で判定）

資料：平成23年度特定健診データ報告書

◆若い女性において やせ が多く、次世代育成の点でも、適正な体重に関する知識の普及を図る必要があります。

(6) やせの該当割合

図17-1

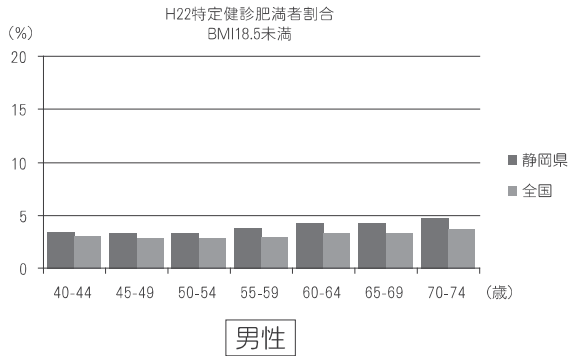
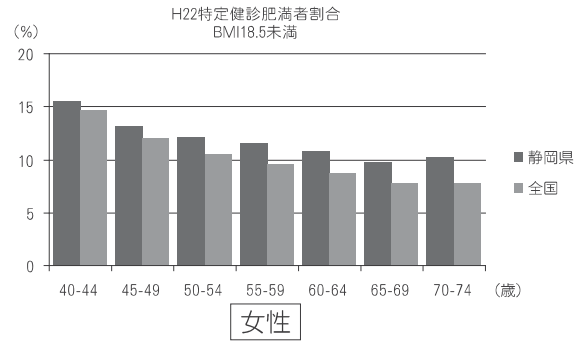


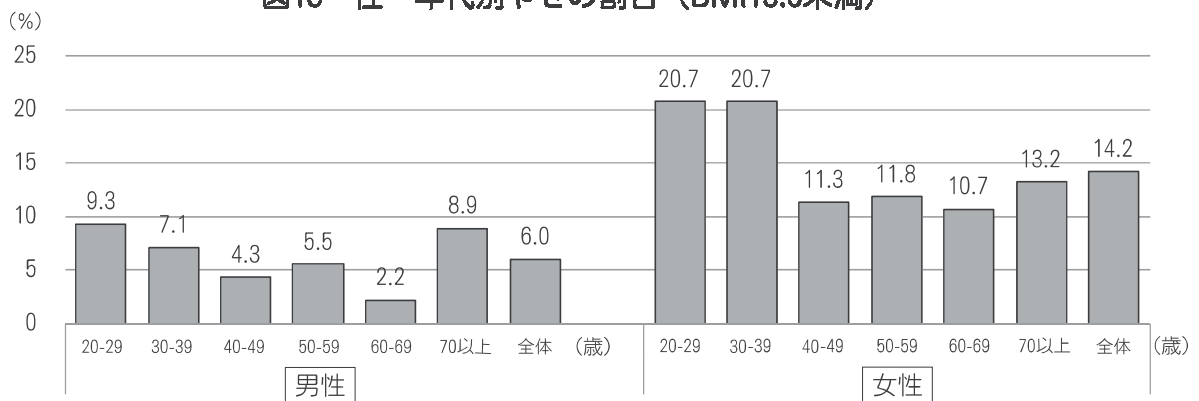
図17-2



資料：平成22年度厚生労働省提供データ

(7) 静岡県年代別やせの割合

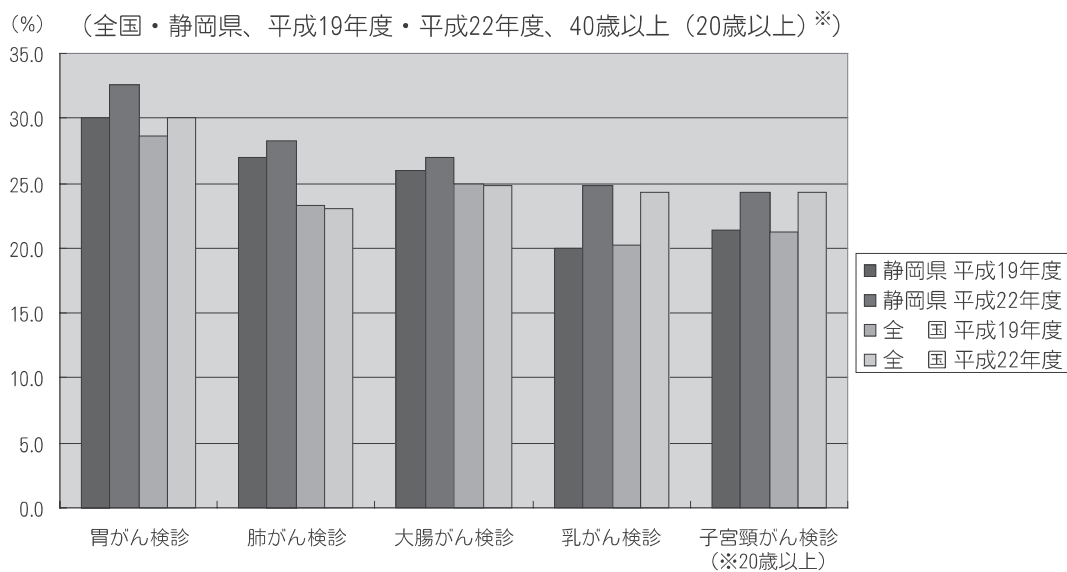
図18 性・年代別やせの割合 (BMI18.5未満)



資料：平成25年度健康に関する県民意識調査

(8) がん検診受診率

図19 国民生活基礎調査のがん検診受診率



資料：H19、22国民生活基礎調査

区分	年度	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
静岡県	平成19年度	30.1%	27.0%	26.0%	20.0%	21.4%
	平成22年度	32.6%	28.3%	27.0%	24.8%	24.3%
全国	平成19年度	28.7%	23.3%	24.9%	20.3%	21.3%
	平成22年度	30.1%	23.0%	24.8%	24.3%	24.3%

5 生活習慣

◆働き盛り世代において食習慣や運動習慣等の生活習慣に課題がある人が多く、働き盛り世代からの望ましい生活習慣の定着を進める必要があります。

○朝食を食べる、運動をする、歯科健診を受けるなど望ましい生活習慣は、高齢になるほど多く、逆に十分な睡眠がとれていない、喫煙習慣がある人は若い世代に多くみられました。

○1日あたりの食塩摂取状況は前回調査時と比べ減少していますが、国の目標値（男性9g/日、女性7g/日）より、多く摂取しています。野菜の摂取量はどの世代も国の目標値（350g/日）に達成していません。（図20-1～3）

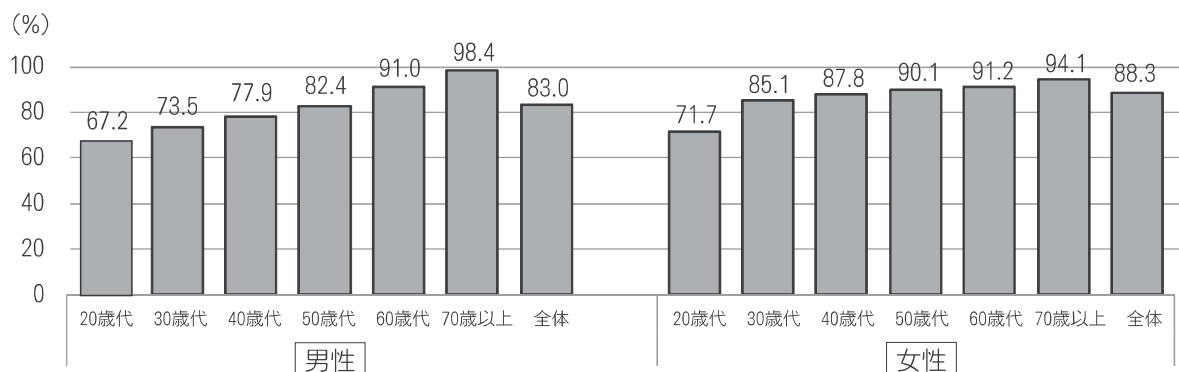
○運動習慣のある人の割合を男女別年代別にみると、20歳代～50歳代までの男女に運動習慣の少ないことがわかりました。（図20-4）

○睡眠による休養を十分にとれていない人の割合は、男女とも20歳代～50歳代において、多い傾向にありました。特に40代は男性に比べ、女性は10%多い結果でした。（図20-5）

○歯周病の予防や早期発見のために歯科診療所を受診する人は、静岡県全体では35.0%でした。年代があがると歯科診療所を受診する人は増加していますが、定期的な歯科検診による継続的な口腔管理を勧める必要があります。（図20-7）

(1) 年代別 毎日朝食摂取の状況

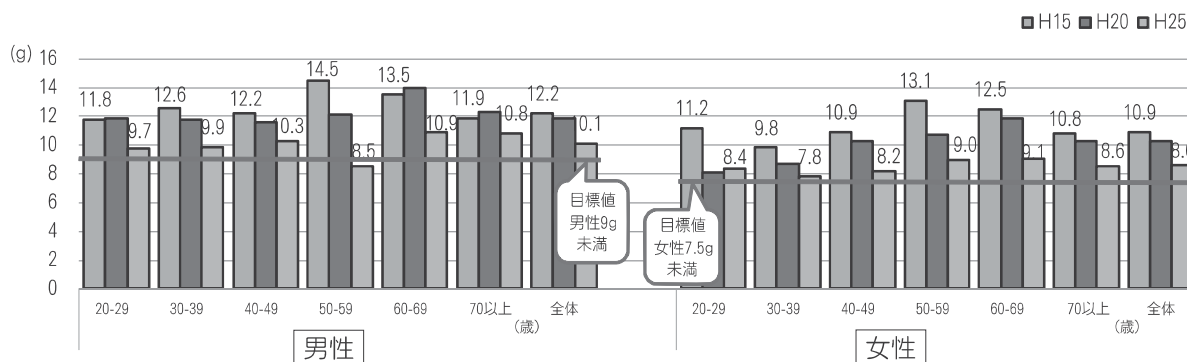
図20-1 朝食を毎日（5～7日）食べる人の割合



資料：平成25年度健康に関する県民意識調査

(2) 年代別 1日当たりの食塩摂取状況

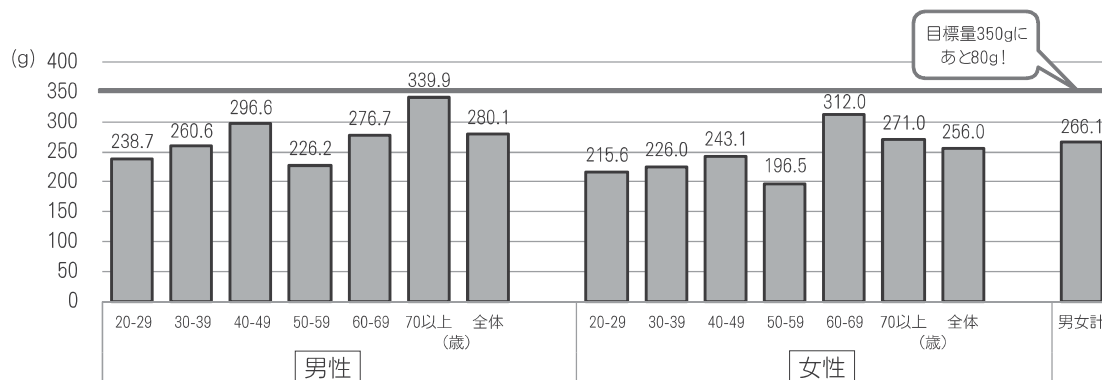
図20-2 食塩摂取の摂取状況の推移



資料：県民健康基礎調査

(3) 年代別 野菜の摂取状況

図20-3 野菜の摂取状況

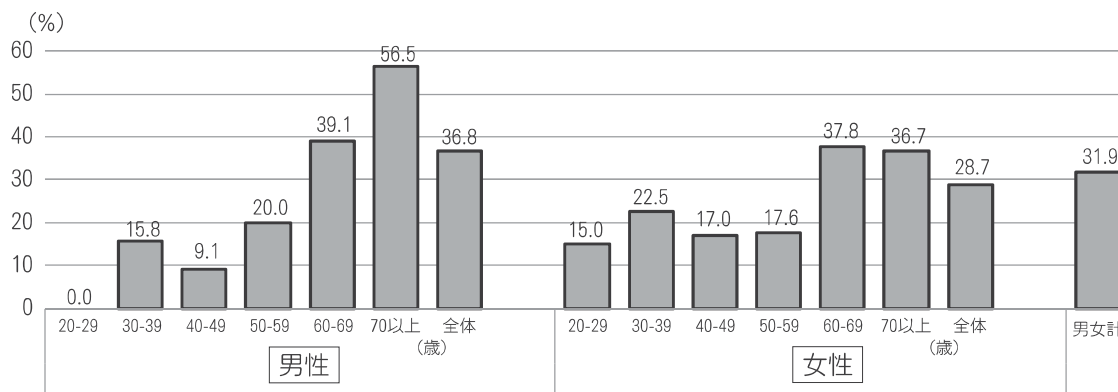


資料：平成25年度県民健康基礎調査

(4) 年代別 運動習慣の状況

図20-4 運動習慣のある人の割合

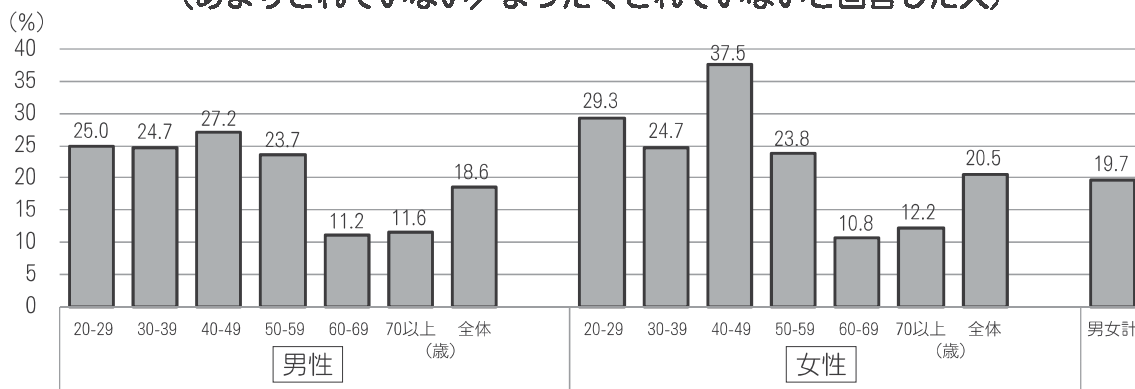
(1回30分以上の運動を週2日以上1年以上実施している人)



資料：平成25年度県民健康基礎調査

(5) 年代別 睡眠が充分でない人の状況

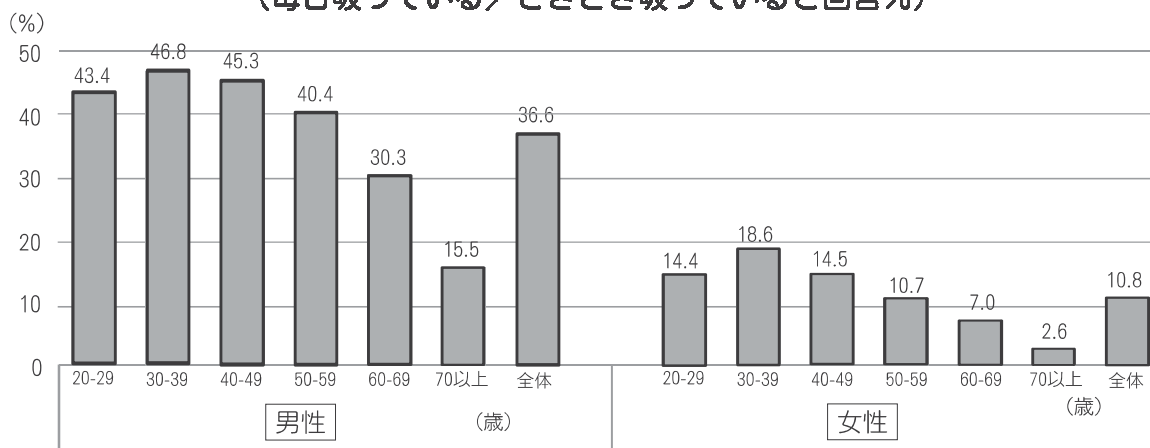
図20-5 睡眠による休養を充分とれていない者の割合
(あまりとれていない/まったくとれていないと回答した人)



資料：平成25年度県民健康基礎調査

(6) 年代別 喫煙習慣の状況

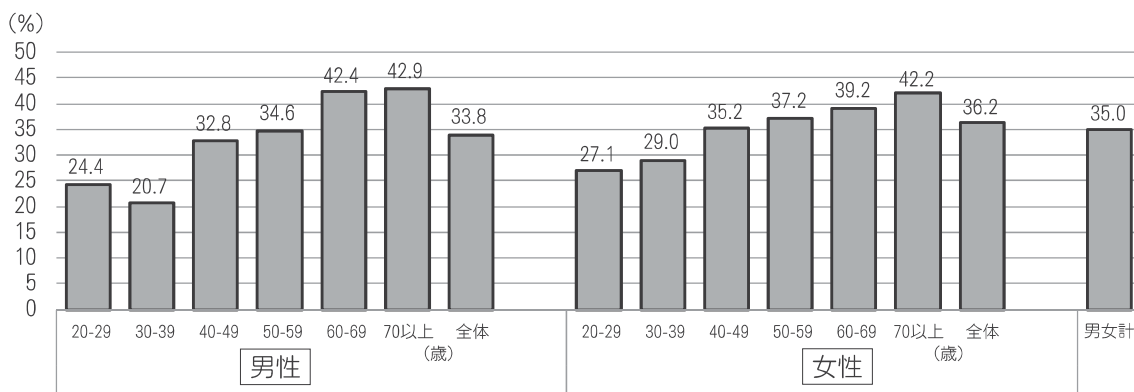
図20-6 喫煙している人の割合
(毎日吸っている/ときどき吸っていると回答%)



資料：平成22年国民生活基礎調査（静岡県分）

(7) 年代別 歯科健診の受診状況

図20-7 予防のために歯科診療所を受診するを人*の割合
(※：予防のために年1回以上、定期的な歯の健診を受けていると回答した人)



資料：平成25年度健康に関する県民意識調査

6 地域別の状況

◆県内において、メタボリックシンドロームや高血圧症の該当割合などの健康上の問題で地域的な違いがあり、地域の実情に応じた、健康づくり対策に取り組むことが必要です。

○市町別死因分類別死亡（SMR）をみると、総死亡をはじめ、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患のいずれの死因においても、県西部で死亡率が低く、県東部で高い傾向があります。（図21-1～8）

○市町別特定健診標準化該当比（有症者）では、特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者、高血圧有病者において、市町別SMRと同様に、県西部で該当比が低く、県東部で高い傾向があります。（図22-1～6）

○市町別特定健診標準化該当比（問診項目）では、喫煙、夜食間食あり、朝食欠食ありという生活習慣上の課題が多い人は県東部に多くみられます。（図23-1～6）

○県民意識調査の結果では、伊豆及び東部では男女とも干物、漬物など塩分の多い食品を食べる回数が多い傾向にあります。また、東部では男女とも油脂類や肉類の摂取量が多い傾向が見られます。一方、西部では男女とも野菜類を多く摂取している傾向が見られます。また、野菜の煮物を食べる回数も多い傾向にあります。（図24-1～3）

市町別死因分類別死亡の状況（SMR）

図21-1 総死亡（男性）

図21-2 総死亡（女性）



■ 全県に比べて、有意に多い □ 有意ではないが、全県に比べて多い ▨ 有意ではないが、全県に比べて少ない ▩ 全県に比べて、有意に少ない

市町別死因分類別死亡の状況 (SMR)

図21-3 悪性新生物 (男性)

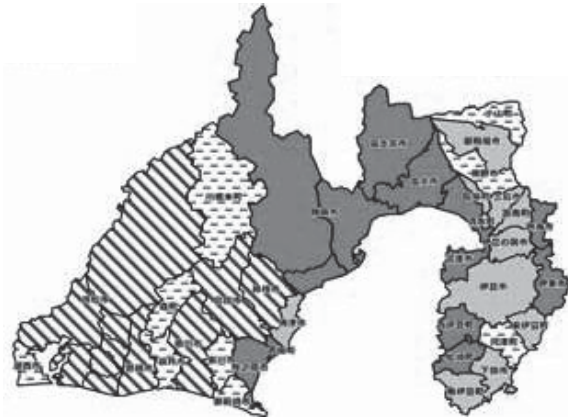


図21-4 悪性新生物 (女性)

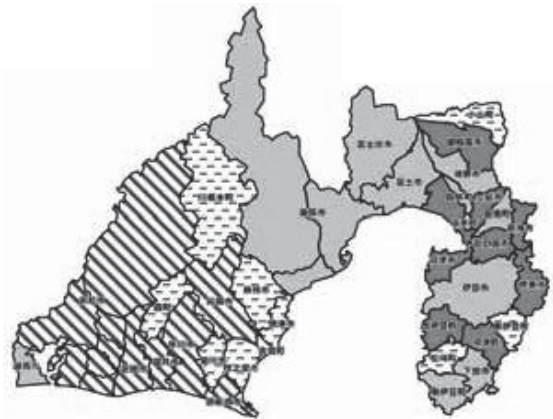


図21-5 心疾患 (男性)



図21-6 心疾患 (女性)

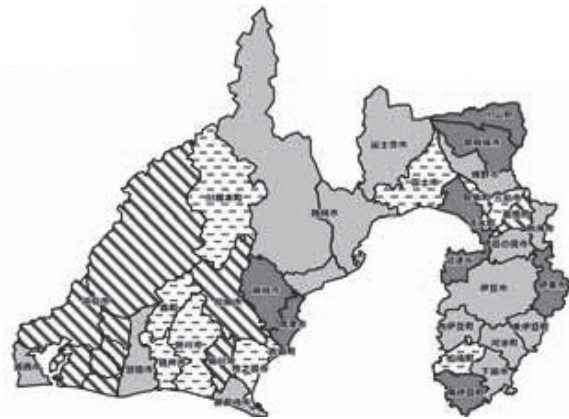


図21-7 脳血管疾患 (男性)

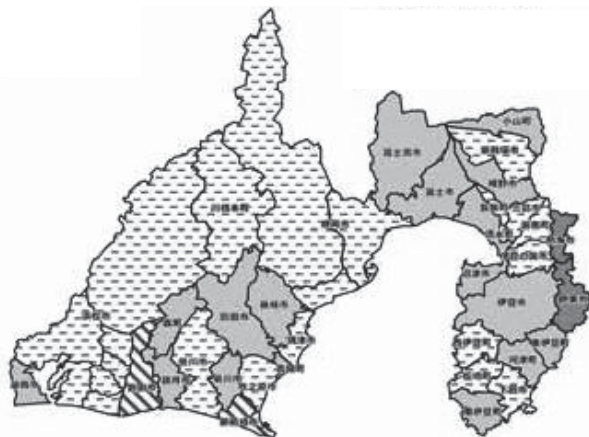


図21-8 脳血管疾患 (女性)



資料：静岡県市町別健康指標

(2) 市町別特定健診標準化該当比（有症者）

市町別H23特定健診結果の状況

図22-1 メタボリックシンドローム該当者（男性）

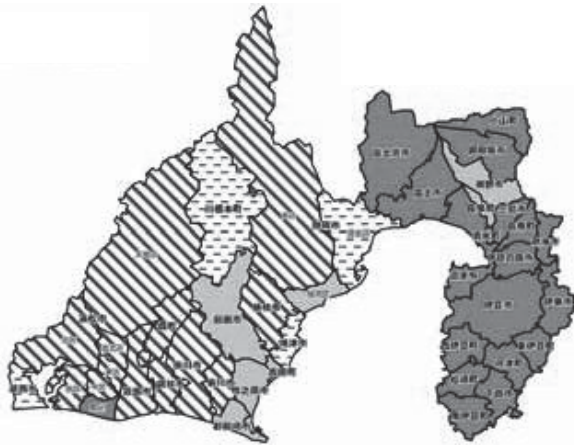


図22-2 メタボリックシンドローム該当者（女性）

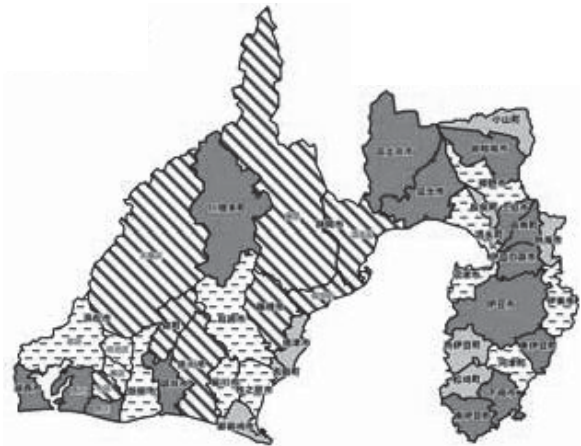


図22-3 高血圧有病者（男性）

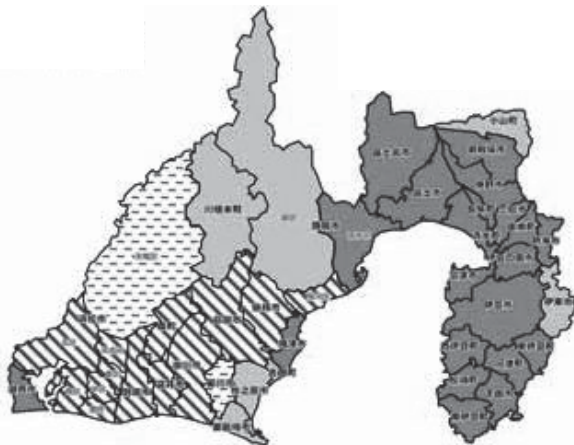


図22-4 高血圧有病者（女性）

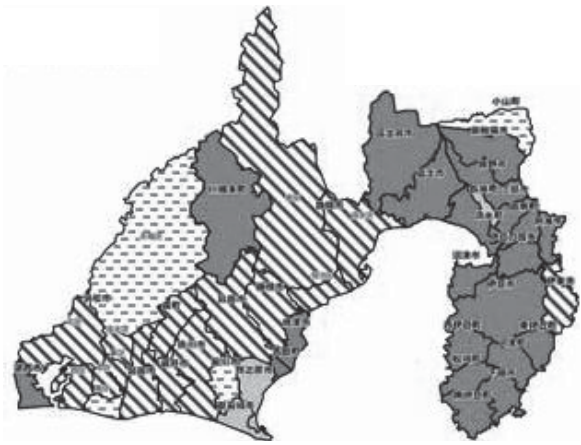


図22-5 糖尿病有病者（男性）

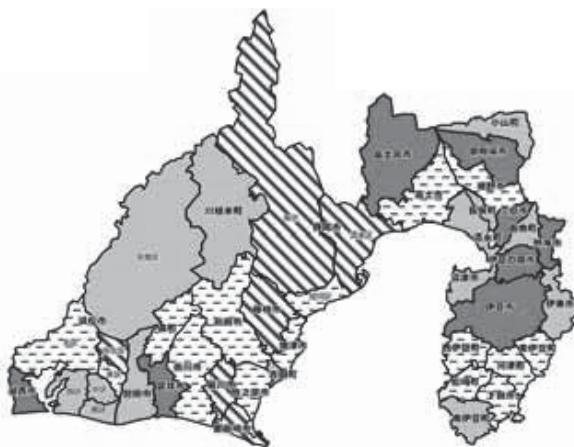
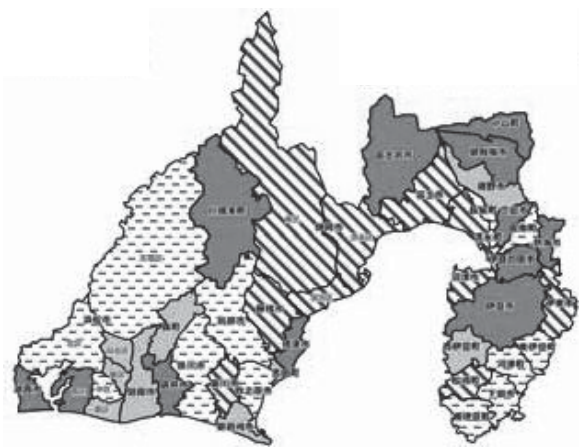


図22-6 糖尿病有病者（女性）



全県に比べて、有意に多い
 有意ではないが、全県に比べて多い
 有意ではないが、全県に比べて少ない
 全県に比べて、有意に少ない

(3) 市町別特定健診標準化該当比（問診項目）

市町別H23特定健診結果の状況

図23-1 習慣的喫煙者（男性）

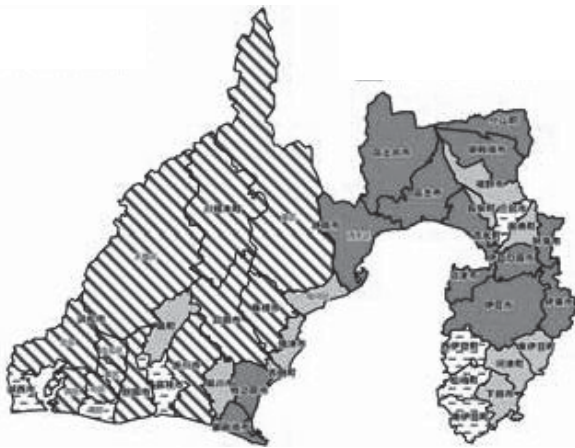


図23-2 習慣的喫煙者（女性）



図23-3 夜間間食あり（男性）

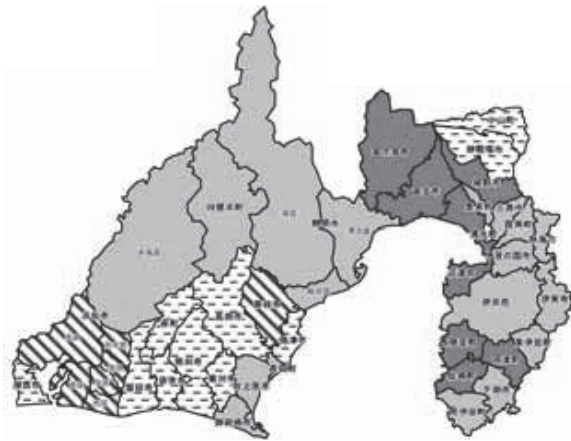


図23-4 夜間間食あり（女性）

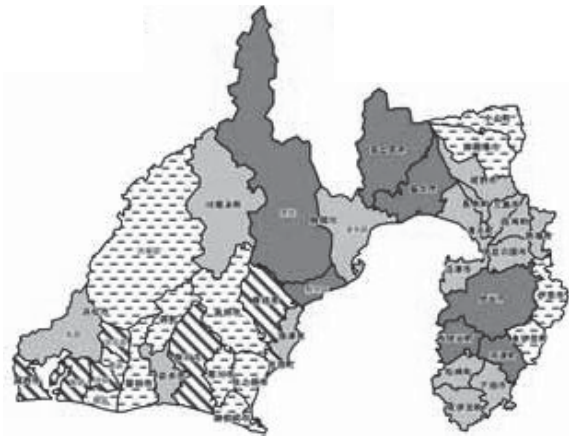


図23-5 朝食欠食あり（男性）



図23-6 朝食欠食あり（女性）



資料：平成23年度特定健診データ報告書

(4) 地区別食品摂取頻度の状況

図24-1 エネルギー、栄養素摂取の地域差

(静岡県平均を100として) (年齢調整)

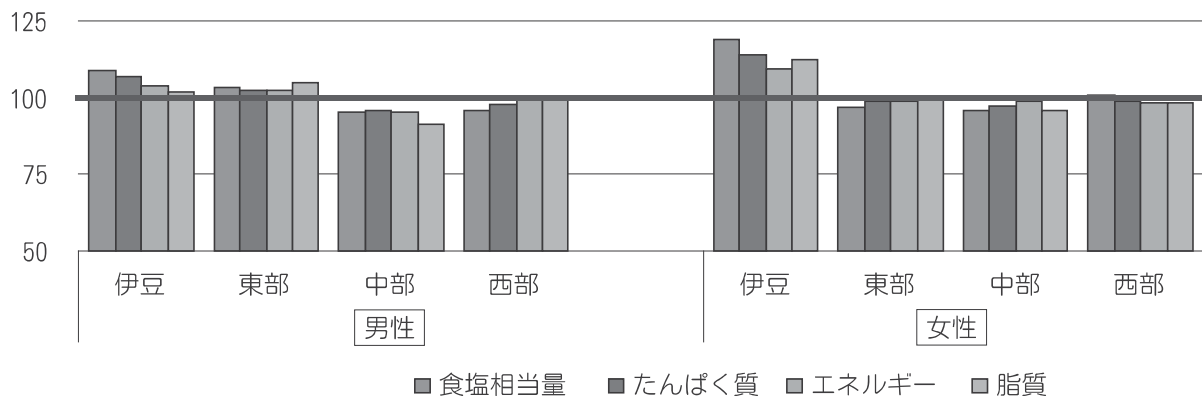


図24-2 食品群別摂取量の地域差

(静岡県平均を100として) (年齢・摂取エネルギー調整)

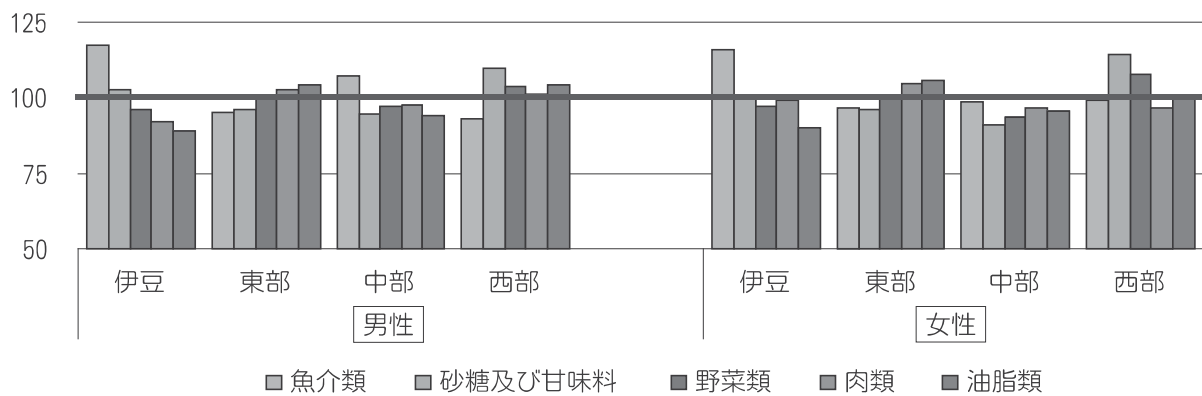
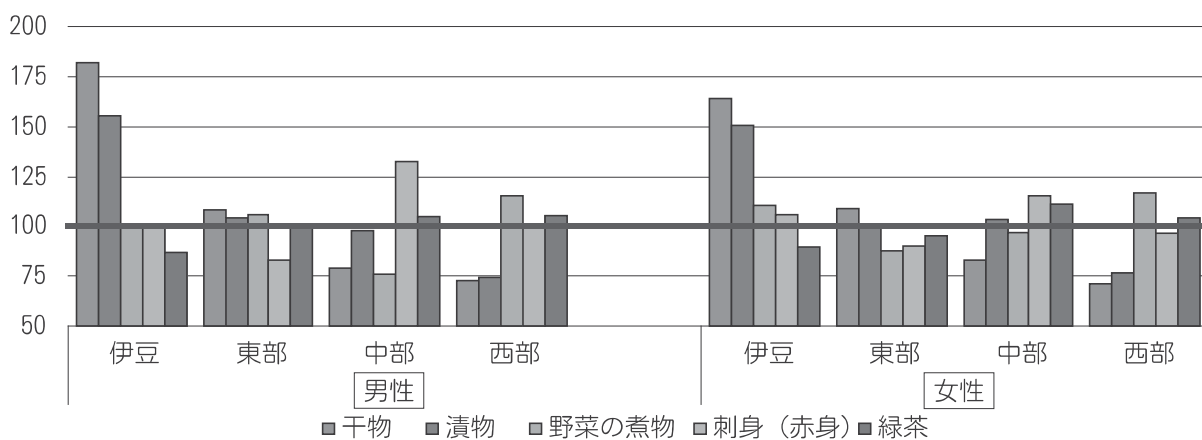


図24-3 食品・食物リスト項目の摂取頻度の地域差

(静岡県平均を100として) (年齢調整)



資料：県民健康基礎調査（平成25年）

第3章 健康づくりの方針・戦略

1 健康寿命を延ばす健康づくり

1-1 主な生活習慣病の発症予防、早期発見と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病の生活習慣病に対処するため、がん検診による早期発見、特定健診・特定保健指導の効果的な実施による発症予防と、症状の進展や合併症の発症を防ぐなどの重症化予防の対策を推進します。

基本的な考え方

厚生労働省で初めて算出した平成22年の健康寿命において、本県の女性が全国1位、男性が全国2位になりました。

平均寿命と健康寿命の差は、健康上の問題で日常生活が制限される期間を意味します。今後の超高齢社会の中において、平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費が増大することになります。健康増進と疾病予防、介護予防等によって、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸を実現することができれば、県民一人ひとりの生活の質の向上が図られるとともに、持続可能な社会保障制度も維持されると思われます。

また、本県では、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病が全死亡の約6割を占めています。メタボリックシンドローム該当者や予備群の推定数は平成23年度から、増加に転じました。

そこで、県民の主な死亡原因であるがんや循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病の早期発見や発症予防（一時予防）と重症化予防に重点を置いた対策を、健康づくりの視点から、関係団体と連携協働して進めていきます。さらに、健康寿命を延ばすための取組であるふじのくに健康長寿プロジェクトも推進します。

主な目標

- ◎脳卒中の年齢調整死亡率を減らす。
- ◎急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を減らす。
- ◎がんの75歳未満の年齢調整死亡率を減らす。
- ◎特定健診・特定保健指導の実施率を向上させる。
- ◎メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らす。
- ◎糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数を減らす。
- ◎糖尿病有病者の増加を抑制する。
- ◎ふじ33プログラムを実践する市町の数を増やす。
- ◎COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度を向上させる。

健康寿命の現状と目標

項目	現状	目標
①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 71.68 年 女性 75.32 年 (H22 年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (H34 年度)

1-2 ライフステージに応じた健康づくり

第1次、第2次健康増進計画では、ライフステージを8期に分けて推進してきましたが、新計画では、国と整合を図り、「次世代の健康」「働く世代の健康」「高齢期の健康」の3期に分けて、各ライフステージにおける健康の状況や健康課題を明らかにしていきます。それと同時に、健康状態に応じた「身体の健康」と「こころの健康」の維持向上のための取組を示します。各ライフステージに応じた健康づくりを県民総ぐるみで推進することで、生涯にわたり自立した日常生活を営むことを目指します。

基本的な考え方

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病を予防するとともに、社会生活を営む機能を高齢になっても可能な限り維持していくことが重要です。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージに応じた「身体の健康」と「こころの健康」の維持向上に取り組む必要があります。

次世代の健康

将来を担う次世代の健康を支えるためには、妊婦や子どもの頃からの適切な生活習慣を形成して生涯にわたって健康な生活習慣を継続できることが重要です。そのため、健康な生活習慣（食生活・運動・睡眠）を有する子どもの増加、適正体重の子どもの増加を目指します。

「次世代の健康」を「乳幼児期」「学童期」「思春期」の各期に分けて、教育委員会や大学ネットワーク静岡等の関係機関と連携し、効果的に推進します。

働く世代（成人期）のこころの健康

働く世代が、心も体も元気に生活できるような社会づくりを目指すために、休養の重要性や早期発見・早期治療等のこころの病気への対応を多くの人理解し、取り組むことが重要です。また、働く世代では、食習慣や運動習慣等に課題がある人が多く、自覚症状がなくてもこの時期の生活の積み重ねが生活習慣病に与える影響は大きく、県内のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群は男性の約3人に1人、女性の約9人に1人である状況です。また、生活習慣病有所見率も上昇してきます。これらのことから、引き続き生活習慣病対策に重点をおいた取組を実施します。

高齢期の健康

今後、静岡県は総人口の減少と高齢者人口の増加により、2035年には高齢化率が34.5%となり、県民3人に1人が高齢者となります。

県民一人ひとりの生きがいと活力ある社会の継続のためには、高齢期における健康状態をできる限り維持していくことが大切であり、個人の意識や取組にとどまらず、家庭

や地域など日常生活のさまざまな場面での健康づくりや介護予防の取組・働きかけが重要になります。

特に、加齢に伴う身体機能や認識力の低下を抑えるため、「運動」や「食生活（栄養）」などに注意した適切な生活習慣に加え、積極的に社会に関わること（「社会参加」）で、心身ともに健康を保持していくよう支援していきます。

主な目標

- ◎健康な生活習慣（食生活・運動、睡眠）を有する子どもを増やす。
- ◎肥満傾向にある子どもの割合を減らす。
- ◎介護保険サービス利用者の増加を抑制する。
- ◎ロコモティブシンドロームを認知している人を増やす。
- ◎健康マイレージ事業を推進する。
- ◎ふじ33プログラムを実践する市町の数を増やす。
- ◎自殺予防対策の推進強化を図る。
- ◎高齢者の社会参加を促進する。

〇ふじのくに健康長寿プロジェクトの推進

(健康寿命を延ばすためのプロジェクト)

社会の高齢化が急速に加速していく中、静岡県は、県民の健康寿命の更なる延伸を目指して、平成24年度から、4本柱からなる「ふじのくに健康長寿プロジェクト」を推進しています。

①ふじ33プログラムの開発と普及

働き盛り世代（40～64歳）を対象とした個人の健康づくりを支援する環境づくりのため、運動習慣・食生活の改善・社会参加をメニューに取り入れた本県独自のプログラムの開発と普及を市町、企業と連携して行います。



ふじ33プログラム
実践教室

②健康長寿の研究

県民約53万人分の特定健診データの市町別分析や、緑茶の研究などを強化し、市町の健康づくり施策を支援するとともに、県民へも情報提供を行います。



健康マップの作成

健康寿命日本一の推進

③企業との連携による推進

健康づくりを積極的に取り組む企業を増やすことを目的に優れた企業の取組を表彰するとともに、その事例をパンフレット等で紹介します。



健康づくり活動に関する知事褒賞表彰式

④市町の健康づくり事業への支援

市や町が実施する健康マイレージ事業など、先進的な健康づくり事業への支援を行います。

マイレージ事業は
各市町が実施主体

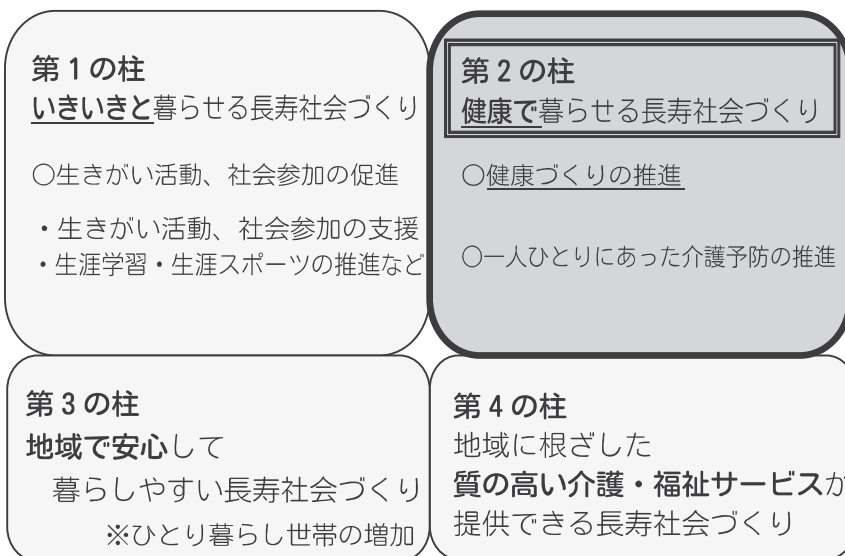


ふじのくに健康
いきいきカード

参 考

<ふじのくに長寿社会安心プラン>

※「健康」は4つの柱のうちの一つ



将来人口の推計

圏域	2015年			2020年			2025年		
	総人口	65歳以上人口	高齢化率	総人口	65歳以上人口	高齢化率	総人口	65歳以上人口	高齢化率
賀茂	68,525	27,936	40.8%	63,299	27,804	43.9%	57,954	26,134	45.1%
熱海伊東	105,819	43,288	40.9%	99,392	43,176	43.4%	92,272	40,844	44.3%
駿東田方	661,396	177,392	26.8%	644,617	187,979	29.2%	623,116	188,680	30.3%
富士	381,407	98,813	25.9%	373,470	106,164	28.4%	362,643	108,128	29.8%
静岡	700,208	200,031	28.6%	678,878	208,676	30.7%	652,514	207,619	31.8%
志太榛原	464,596	131,753	28.4%	453,158	140,150	30.9%	438,727	142,289	32.4%
中東遠	464,187	120,874	26.0%	454,904	133,001	29.2%	442,880	138,396	31.2%
西部	850,361	226,782	26.7%	833,403	242,845	29.1%	810,227	249,194	30.8%
県計	3,696,499	1,026,869	27.8%	3,601,121	1,089,795	30.3%	3,480,333	1,101,284	31.6%
圏域	2030年			2035年			2040年		
	総人口	65歳以上人口	高齢化率	総人口	65歳以上人口	高齢化率	総人口	65歳以上人口	高齢化率
賀茂	52,680	24,071	45.7%	47,580	22,236	46.7%	42,795	20,745	48.5%
熱海伊東	84,882	38,255	45.1%	77,590	36,317	46.8%	70,746	35,008	49.5%
駿東田方	598,540	188,644	31.5%	572,104	190,591	33.3%	544,853	195,775	35.9%
富士	349,870	108,870	31.1%	335,802	110,587	32.9%	320,945	113,767	35.4%
静岡	622,925	205,888	33.1%	591,321	206,040	34.8%	558,931	209,470	37.5%
志太榛原	422,109	141,775	33.6%	403,817	140,637	34.8%	384,241	142,021	37.0%
中東遠	428,645	139,963	32.7%	412,284	139,523	33.8%	393,809	141,783	36.0%
西部	782,907	252,794	32.3%	752,235	256,721	34.1%	719,039	264,595	36.8%
県計	3,342,558	1,100,260	32.9%	3,192,733	1,102,652	34.5%	3,035,359	1,123,164	37.0%

