

第2章 健康に関する状況と課題

1 健康に関する状況

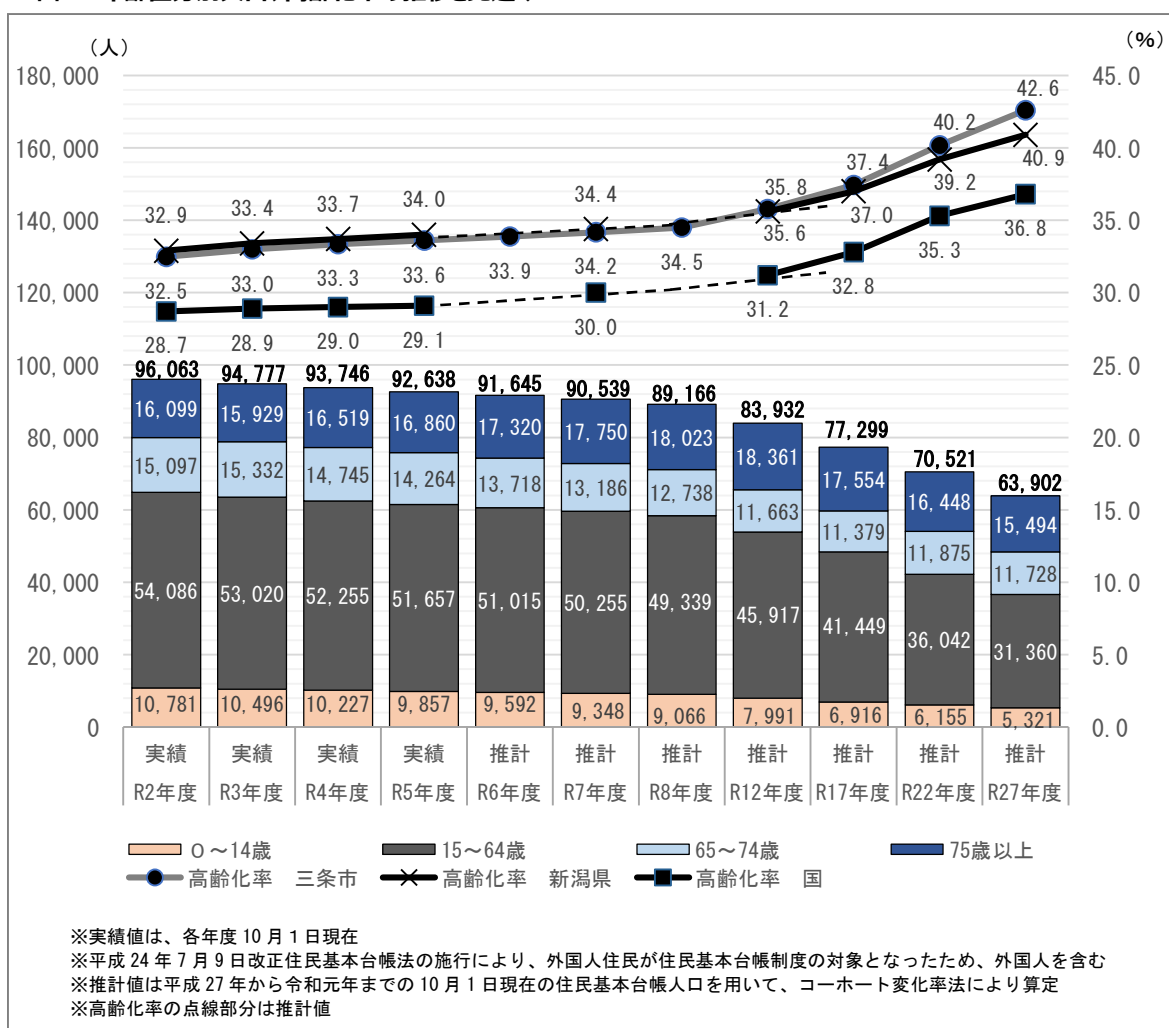
(1) 年齢区分別人口及び高齢化率の状況

本市の人口動態については、死亡数の増加や出生数の減少、15歳から64歳までの生産年齢人口の減少などにより人口減少が続く見込みです。

また、65歳から74歳までの高齢者人口は、令和17年度までは減少する見込みですが、75歳以上の後期高齢者人口は、令和12年度まで増加し続け、64歳以下の減少に伴い、高齢化率の推移は上昇するものと推計しています。

さらに高齢化率は、国より高い状況で推移し、県との比較では、令和7年度まで大きな差はないものの低く推移し、令和12年度以降は県を上回る見込みとなっています。(図1)

図1 年齢区分別人口、高齢化率の推移と見込み



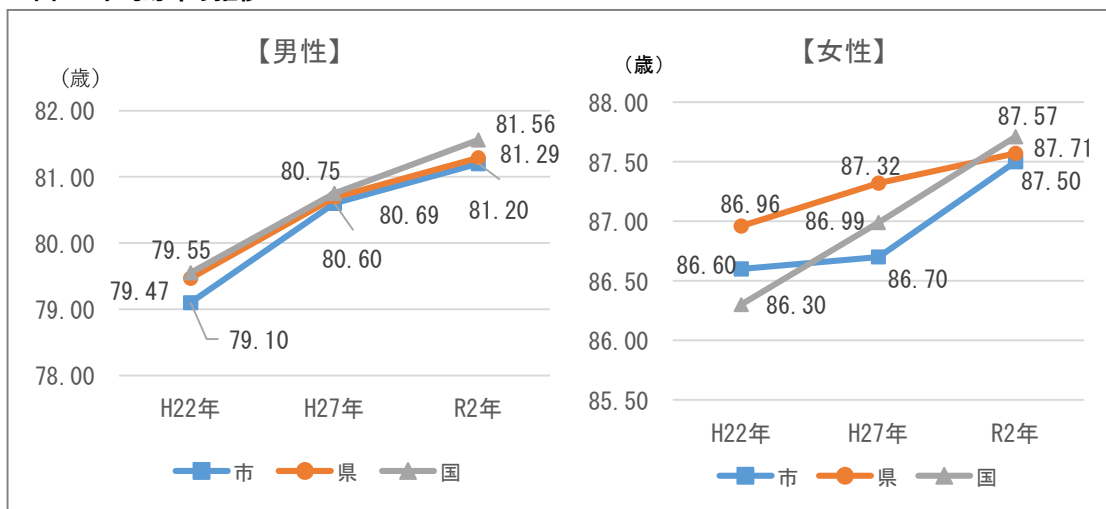
資料：三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

(2) 平均寿命と健康寿命

ア 平均寿命の推移

国、県、市ともに平均寿命は延びています。平成22年と令和2年を比較すると、男性の寿命が女性より大きく延びています。(図2)

図2 平均寿命の推移



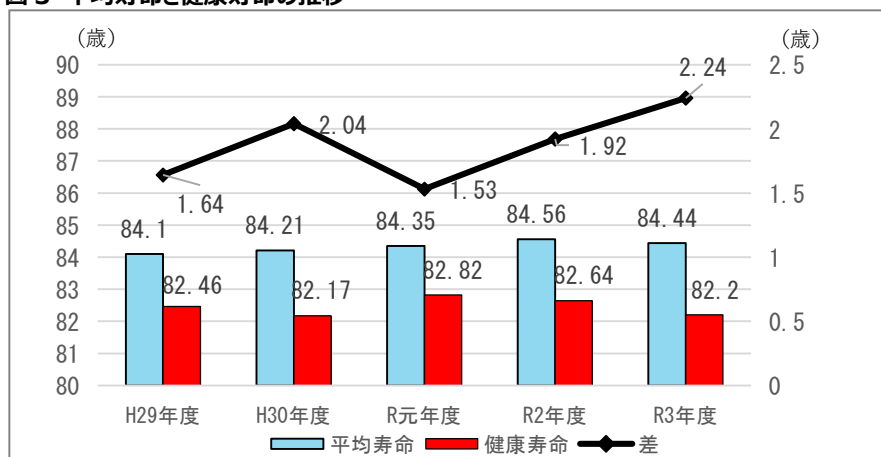
資料：厚生労働省生命表（完全生命表）の概況

イ 平均寿命と健康寿命^{注1}（新規要介護認定者(65歳以上)の平均年齢)

本市では、新規に要介護認定を受けた高齢者の平均年齢を健康寿命と捉え、毎年度評価を行っています。

平均寿命と健康寿命の差については、変動はありますが、平成29年度と令和3年度を比較すると差が広がっており、令和2年度、令和3年度と連続で前年度より差が広がっている状況です。(図3)

図3 平均寿命と健康寿命の推移



資料：厚生労働省 生命表（簡易生命表）、三条市介護認定審査会

注1) 健康寿命：国が示す健康寿命は、国民生活基礎調査における自己申告により算定されたものであり、市町村別のデータは公表されておりません。市では日常生活に介護や支援が必要でない期間を評価するに当たり、便宜上、65歳以上で新たに要介護認定を受けた方の平均年齢を健康寿命と定義しています。

(3) 死亡の状況

ア 死亡原因、人口10万対死亡率

死亡原因の第1位は悪性新生物であり、長年変化はありません。

令和2年以降、第2位は老衰、第3位は心疾患となっています。

人口10万対死亡率では、老衰と脳血管疾患は国や県と比較して高い状況です。(表1)

表1 三条市における死亡原因及び人口10万対死亡率の年次推移

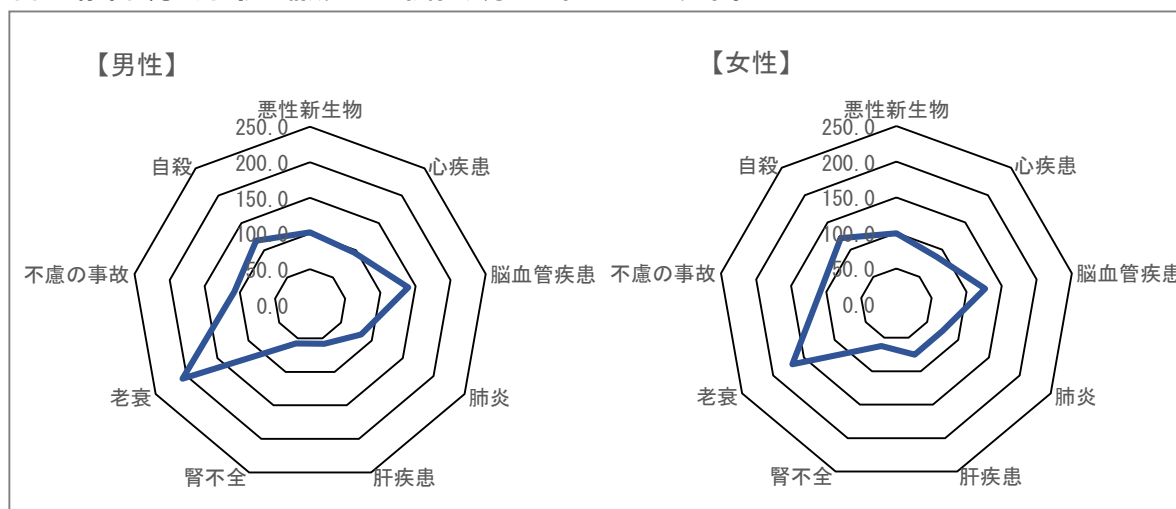
| 年 | H30 | | | R元 | | | R2 | | | R3 | | |
|-----|-------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 市 | 県 | 国 | 市 | 県 | 国 | 市 | 県 | 国 | 市 | 県 | 国 |
| 第1位 | 悪性新生物 | | | 悪性新生物 | | | 悪性新生物 | | | 悪性新生物 | | |
| | 352.4 | 351.5 | 300.7 | 333.2 | 360.7 | 304.2 | 365.8 | 356.0 | 306.6 | 357.8 | 364.0 | 310.7 |
| 第2位 | 心疾患 | | | 心疾患 | | | 老衰 | 心疾患 | | 老衰 | 心疾患 | |
| | 194.9 | 193.2 | 167.6 | 191.7 | 189.1 | 167.9 | 195.7 | 182.2 | 166.6 | 204.6 | 194.3 | 174.9 |
| 第3位 | 老衰 | | | 老衰 | | | 心疾患 | 老衰 | | 心疾患 | 老衰 | |
| | 154.4 | 142.2 | 88.2 | 166.6 | 155.0 | 98.5 | 169.1 | 158.7 | 107.3 | 192.8 | 179.7 | 123.8 |
| 第4位 | 脳血管疾患 | | | 脳血管疾患 | | | 脳血管疾患 | | | 脳血管疾患 | | |
| | 131.6 | 131.8 | 87.1 | 124.7 | 130.6 | 86.1 | 132.9 | 124.1 | 83.5 | 131.7 | 126.1 | 85.2 |
| 第5位 | 肺炎 | | | 7ルツハイマ-病 | 肺炎 | | 7ルツハイマ-病 | 肺炎 | | 肺炎 | | |
| | 61.2 | 72.9 | 76.2 | 57.6 | 78.9 | 77.2 | 61.7 | 59.5 | 63.6 | 51.4 | 58.4 | 59.6 |

資料：厚生労働省人口動態統計の概要、新潟県福祉保健年報

イ 標準化死亡比(SMR)

標準化死亡比については、男女とも老衰が全国に比べ高水準であり、次いで脳血管疾患が高い状況です。特に男性が女性に比べて老衰と脳血管疾患が高水準となっています。(図4)

図4 標準化死亡比(人口構成の違いを排除した死亡率(国を100とする))



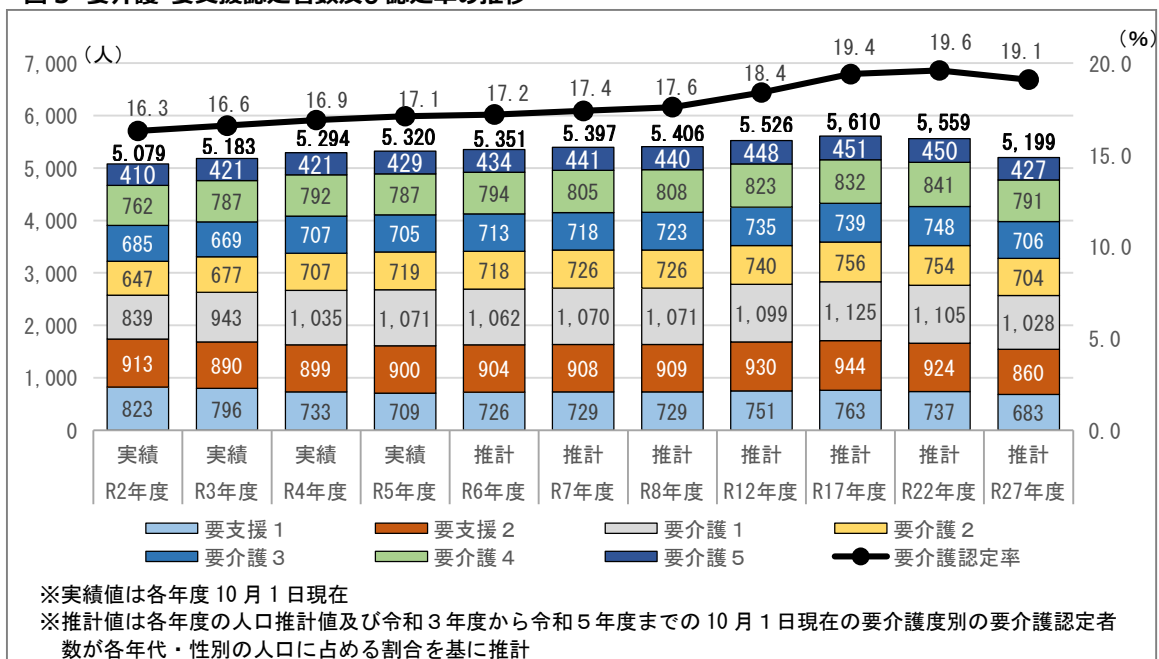
資料：人口動態統計特殊報告 平成25～29年 市区町村別統計

(4) 要介護認定の状況

ア 要介護度別要介護・要支援認定者数及び認定率の推移

要介護・要支援者数は微増を続け、要介護認定率は、令和27年度には令和2年度と比較して2.8ポイント上昇する見込みです。(図5)

図5 要介護・要支援認定者数及び認定率の推移



資料：三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

イ 新規要介護認定者の原因疾患別要介護度の割合

要介護認定の原因疾患は、脳血管疾患及び心疾患を含む循環器系の疾患が最も多く、次いでアルツハイマー病などの神経系の疾患、認知症等の精神及び行動の障害の順となっています。

新規に要介護認定を受ける人は、全体では要支援から要介護1までの人が多い状況ですが、循環器系の疾患は他の疾患に比べて要介護3以上の重度となる割合が高く、骨折を含む損傷、中毒及びその他の外因の影響では、要介護2から要介護4までの中重度となる人の割合が高くなっています。(表2)

表2 新規要介護・要支援認定者の原因疾患（令和3年度～令和4年度）

| | 疾患名 | 認定者数 | 要介護度別割合 (%) | | | | | | |
|-----|-----------------------------------|-------|-------------|------|------|------|------|------|-----|
| | | | 支援1 | 支援2 | 介護1 | 介護2 | 介護3 | 介護4 | 介護5 |
| 第1位 | 循環器系の疾患 (脳血管疾患・心疾患等) | 534 | 27.1 | 23.4 | 14.0 | 6.7 | 9.4 | 10.7 | 8.6 |
| 第2位 | 神経系の疾患 (アルツハイマー病等) | 384 | 27.9 | 8.1 | 44.0 | 9.6 | 4.2 | 2.9 | 3.4 |
| 第3位 | 精神及び行動の障害 (認知症等) | 321 | 29.0 | 5.3 | 45.5 | 9.3 | 4.4 | 4.4 | 2.2 |
| 第4位 | 筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊柱管狭窄症、変形性関節症等) | 289 | 38.1 | 33.6 | 9.7 | 9.3 | 3.8 | 4.5 | 1.0 |
| 第5位 | 損傷、中毒及びその他の外因 の影響(骨折等) | 260 | 13.1 | 36.5 | 9.6 | 13.0 | 13.5 | 11.9 | 2.3 |
| 全体 | | 2,345 | 26.2 | 20.3 | 22.7 | 10.7 | 7.8 | 7.8 | 4.6 |

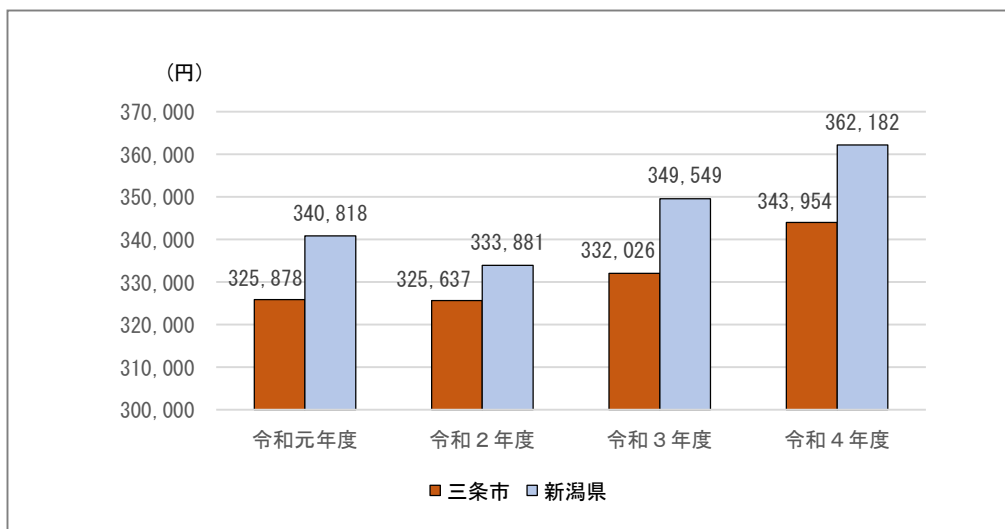
資料：三条市要介護認定審査会

(5) 医療費の状況

ア 一人当たり医療費の推移

国民健康保険(75歳未満)の被保険者一人当たり医療費は、市、県とも年々上昇していますが、県と比較して低い状況で推移しています。(図6)

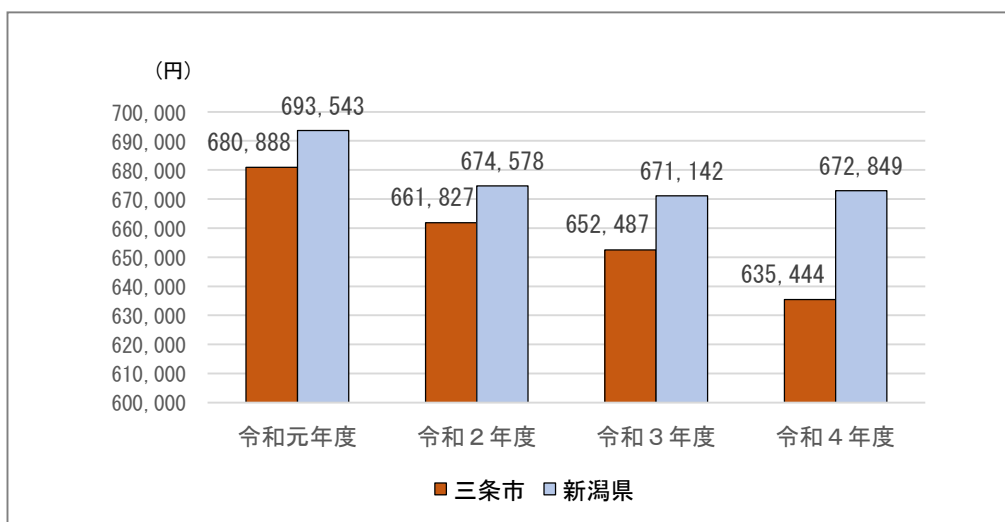
図6 国民健康保険の被保険者一人当たり医療費の推移



資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

後期高齢者医療(75歳以上)の被保険者一人当たり医療費は、県と比較して低く、年々減少しています。団塊の世代が後期高齢者に移行し、後期高齢者のうち、比較的若い世代の人数が多くなるため、一人当たり医療費が減少している可能性があります。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えも影響している可能性がありますと考えられます。(図7)

図7 後期高齢者医療被保険者一人当たり医療費の推移

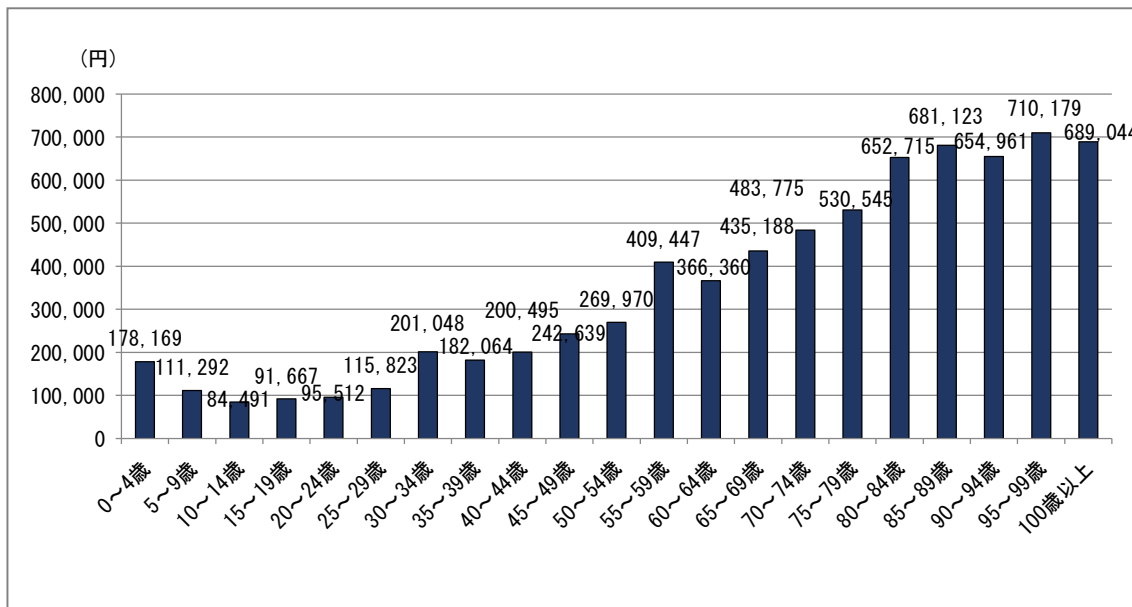


資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

イ 年齢階層別一人当たりの医療費

被保険者一人当たりの医療費は、10歳から14歳までの年齢階層で最も低くなりますが、その後年齢が高くなるほど上昇し、特に55歳以降、高額になっています。(図8)

図8 年齢階層別一人当たりの医療費(令和4年度)



資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

ウ 疾病別一人当たり医療費の状況

国民健康保険の疾病別被保険者一人当たり医療費は、新生物が最も高額であり、次いで循環器系の疾患となっています。後期高齢者医療の疾病別被保険者一人当たり医療費は、循環器系の疾患が最も高額であり、次いで新生物となっています。(表3)

表3 疾病別一人当たり医療費の順位(令和4年度)

| | 国民健康保険 | | 後期高齢者医療 | |
|-----|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | 疾患名 | 一人当たり医療費(円) | 疾患名 | 一人当たり医療費(円) |
| 第1位 | 新生物 (悪性新生物・良性腫瘍等) | 63,808 | 循環器系の疾患 (高血圧症・脳血管疾患・心疾患等) | 134,081 |
| 第2位 | 循環器系の疾患 (高血圧症・脳血管疾患・心疾患等) | 51,605 | 新生物 (悪性新生物・良性腫瘍等) | 74,670 |
| 第3位 | 内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病・脂質異常症等) | 31,111 | 筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊椎障害・骨粗しょう症等) | 74,146 |
| 第4位 | 精神及び行動の障害 (うつ病・認知症等) | 28,914 | その他の心疾患 (脳血管疾患) | 68,003 |
| 第5位 | 筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊椎障害・骨粗しょう症等) | 27,822 | 尿路性器系の疾患 (膀胱炎) | 46,905 |
| 第6位 | その他悪性新生物 (皮膚・胸膜) | 25,110 | 内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病・脂質異常症等) | 42,241 |

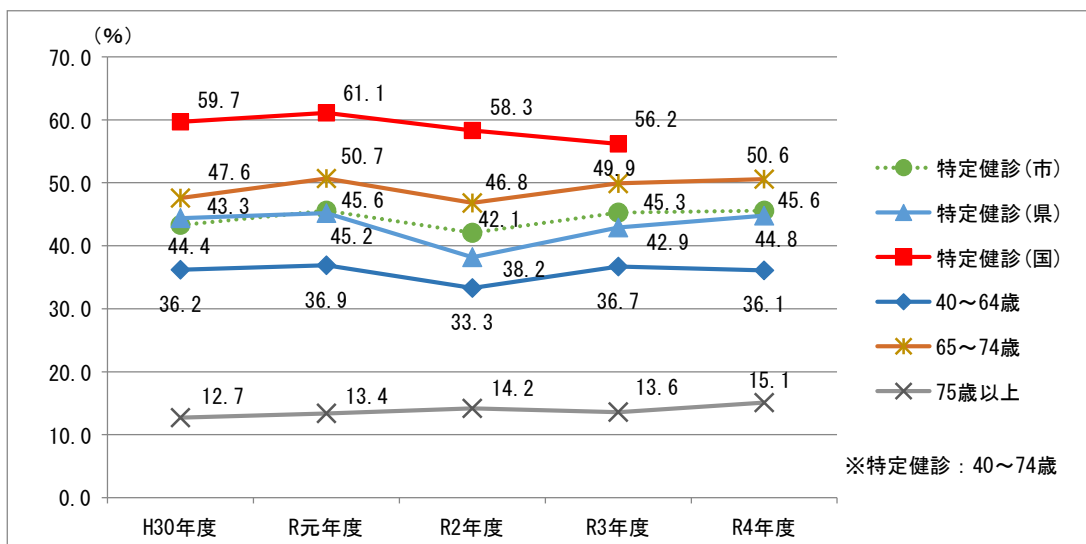
資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

(6) 健康診査・保健指導の状況

ア 特定健康診査・健康診査の受診状況

国民健康保険の特定健康診査の受診率は、横ばいとなっています。75歳以上は、65歳から74歳までの4分の1程度の低い水準で横ばいで推移しています。国及び県との比較では、国の受診率よりは低いものの、県よりも高い状況で推移しています。(図9)

図9 特定健康診査等の受診率の推移

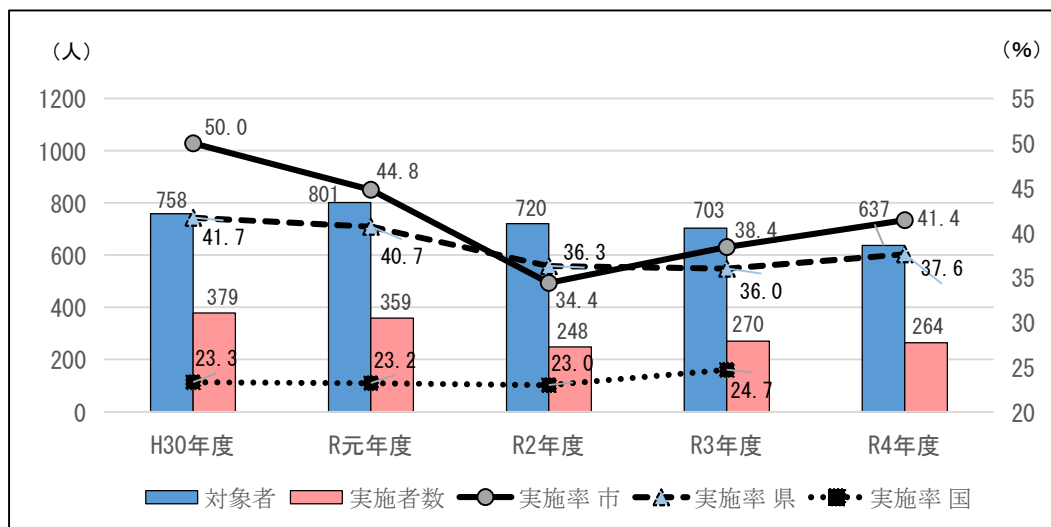


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

イ 特定保健指導の実施状況

国民健康保険の特定保健指導の実施率は、令和元年度から下降し、令和2年度には3割程度まで落ち込みましたが、その後は上昇しています。国及び県との比較では、おおむね高い状況で推移しています。(図10)

図10 特定保健指導の実施率の推移

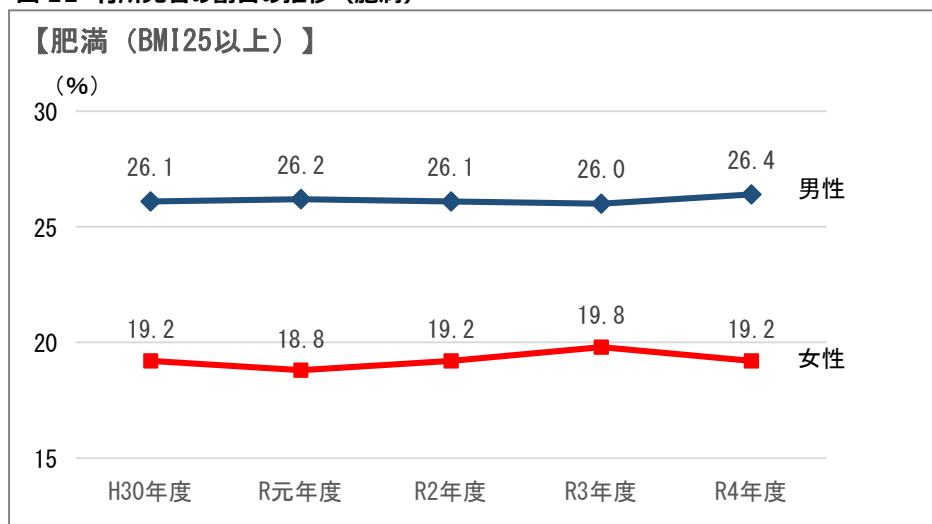


資料：三条市国民健康保険特定保健指導 新潟県福祉保健年報
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(7) 特定健康診査等における有所見者の状況

肥満の有所見者の割合は、男女ともにほぼ横ばいであり、男性が女性よりも高く推移しています。(図 11)

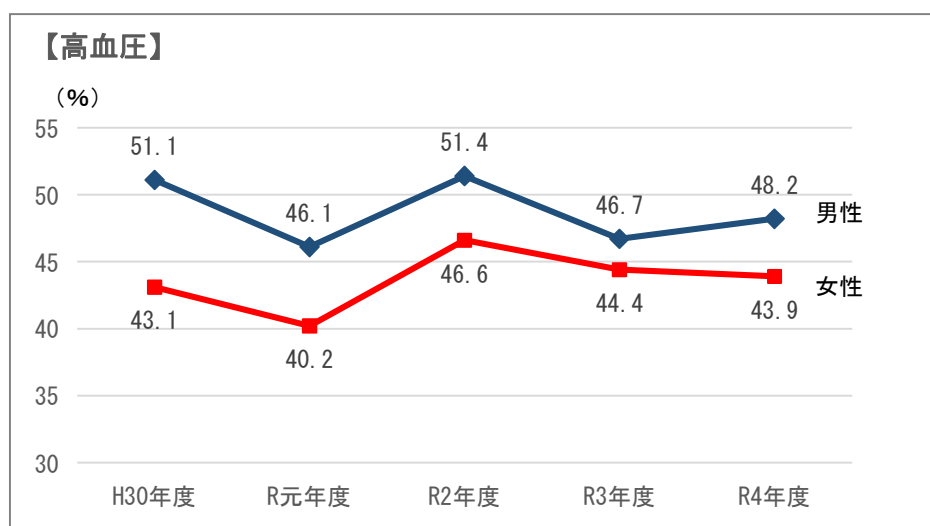
図 11 有所見者の割合の推移 (肥満)



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

高血圧の有所見者の割合は、年によりばらつきはありますが、男性は約5割、女性は約4割となっており、男性が女性より高い状況です。(図 12)

図 12 有所見者の割合の推移 (高血圧)

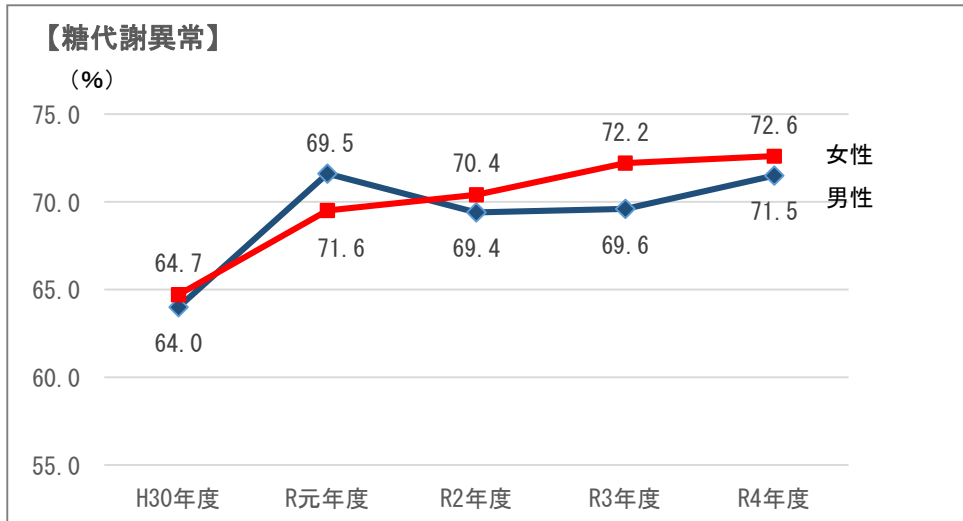


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

第2章 健康に関する状況と課題

糖代謝異常の有所見者の割合は、男女ともに約7割で上昇傾向で推移し、特に女性が男性より高い状況です。(図13)

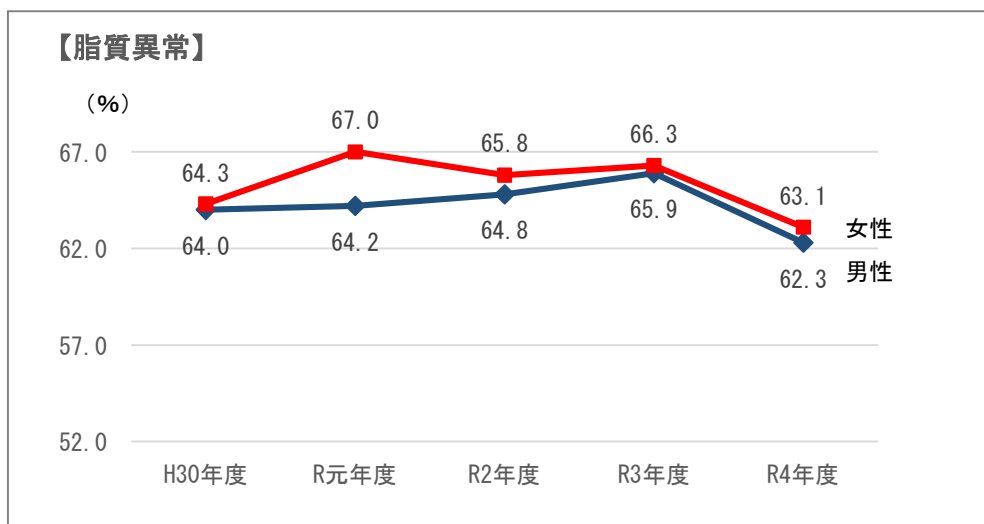
図13 有所見者の割合の推移(糖代謝異常)



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

脂質異常の有所見者の割合は、男女ともに6割以上で推移しています。(図14)

図14 有所見者の割合の推移(脂質異常)

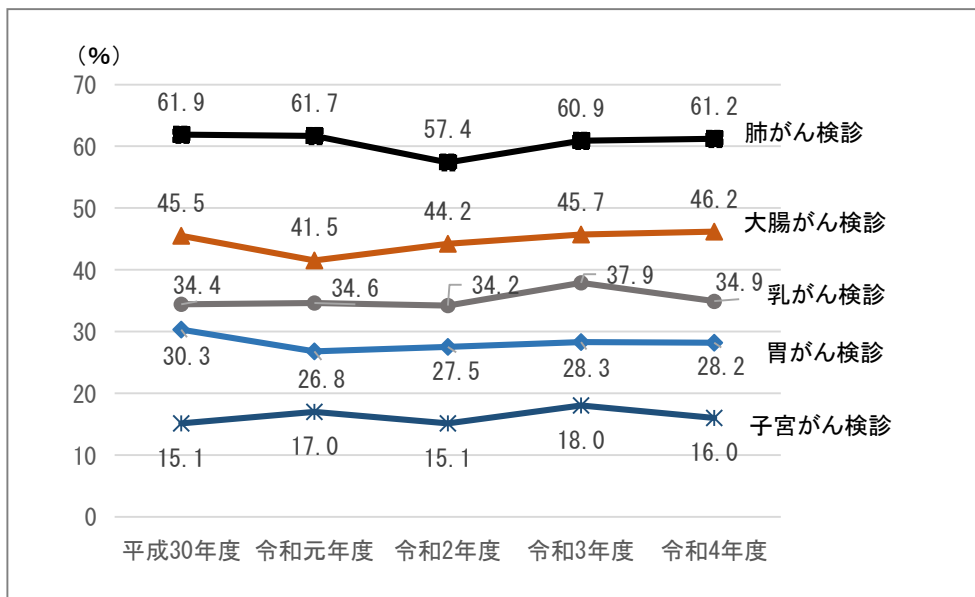


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

(8) がん検診の状況

肺がん検診の受診率が他のがん検診に比べて約6割と最も高く、次いで大腸がん検診が約4割と高い状況で、微増で推移しています。子宮がん検診受診率は、他のがん検診に比べて最も低く、乳がん検診、胃がん検診受診率は2割から3割程度で横ばいで推移しています。(図15)

図15 各種がん検診に係る受診率の推移



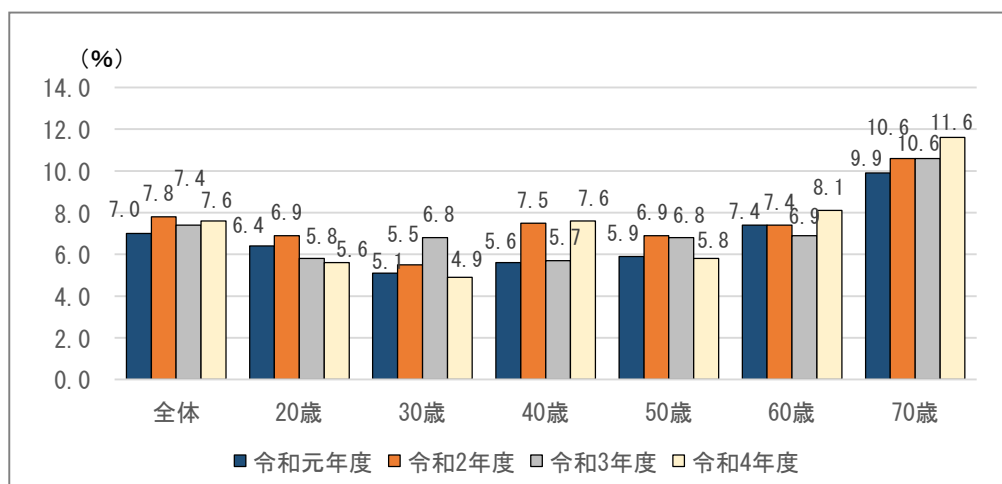
資料：三条市事務報告書及び財産表

(9) 歯科検診の状況

歯周病検診の受診率は、全体では横ばいで推移しています。年齢別の受診率で最も高いのは70歳で上昇傾向で推移しています。

令和4年度においては、30歳の受診率が最も低く、次いで20歳、50歳の順に受診率が低く、令和3年度から下降しています。(図16)

図16 歯周病検診受診状況



資料：三条市保健衛生の動向

(10) 市民の健康意識に関する状況

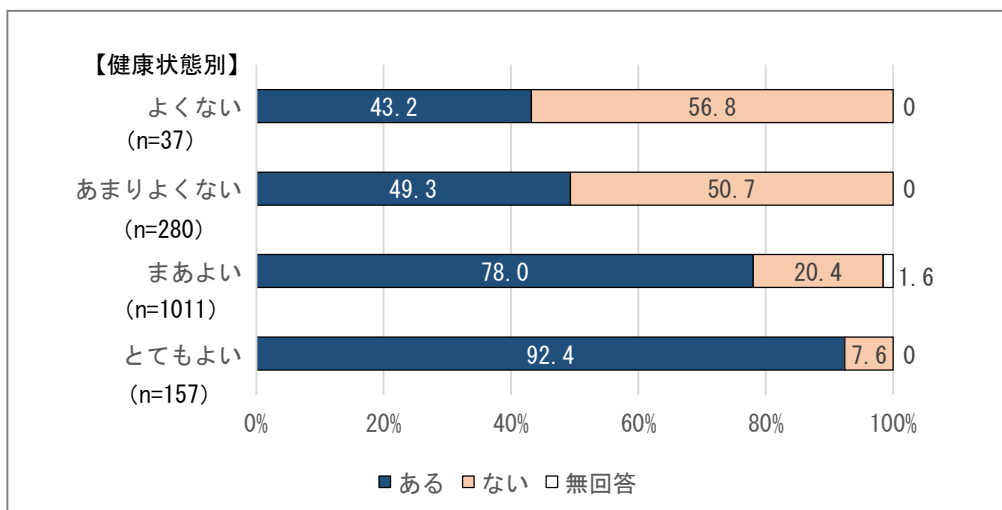
※令和5年度健康づくり実態調査（調査対象：25～64歳の市民）（以下、健康づくり実態調査という。）及び令和5年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（調査対象：65歳以上の市民）（以下、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査という。）の結果より

【健康状態別 生きがいや充実感の状況】

25歳から64歳までの市民への健康づくり実態調査結果では、生きがいや充実感を感じる人ほど、健康状態がよいと回答しています。また、生きがいや充実感を感じる内容については、趣味が最も多く、次いで仕事、子育て・孫の世話、人との交流の順に多い状況です。（図17、18）

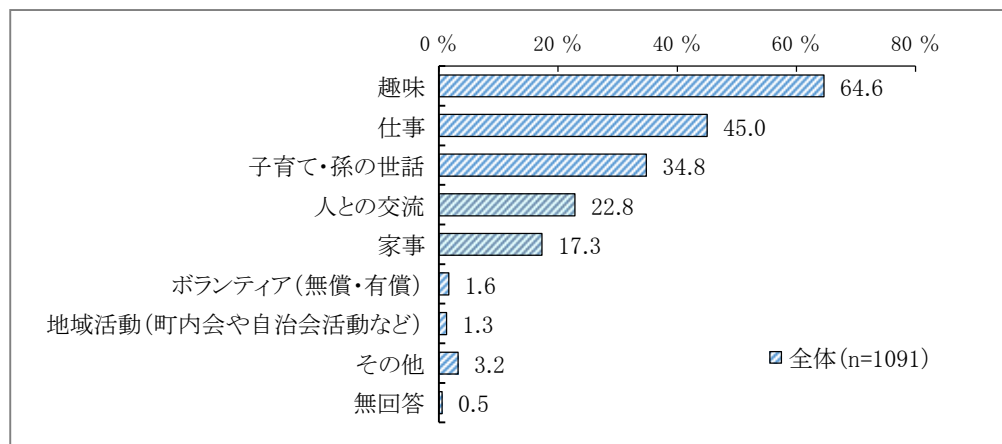
65歳以上の高齢者の生きがいや充実感を感じる内容については、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、趣味が最も多く、次いで友人との交流、庭木・草木の世話の順に多い状況です。

図17 健康状態別 生きがいや充実感の状況（25～64歳）



資料：令和5年度 健康づくり実態調査

図18 生きがいや充実感を感じる内容（25～64歳）



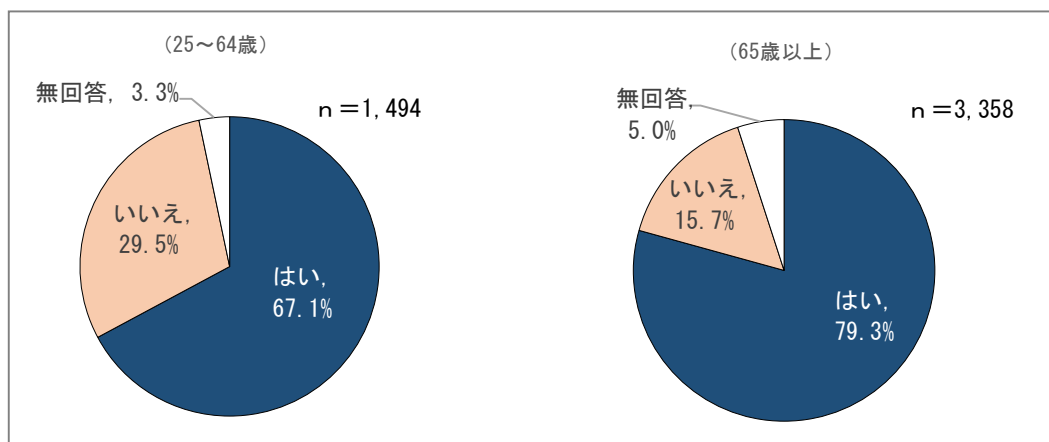
資料：令和5年度 健康づくり実態調査

【健康に関する記事や番組などへの関心】

健康に関する記事や番組などへの関心については、25歳から64歳までは約7割、65歳以上は約8割の人が関心があると回答しており、65歳以上の割合が高い状況です。(図19)

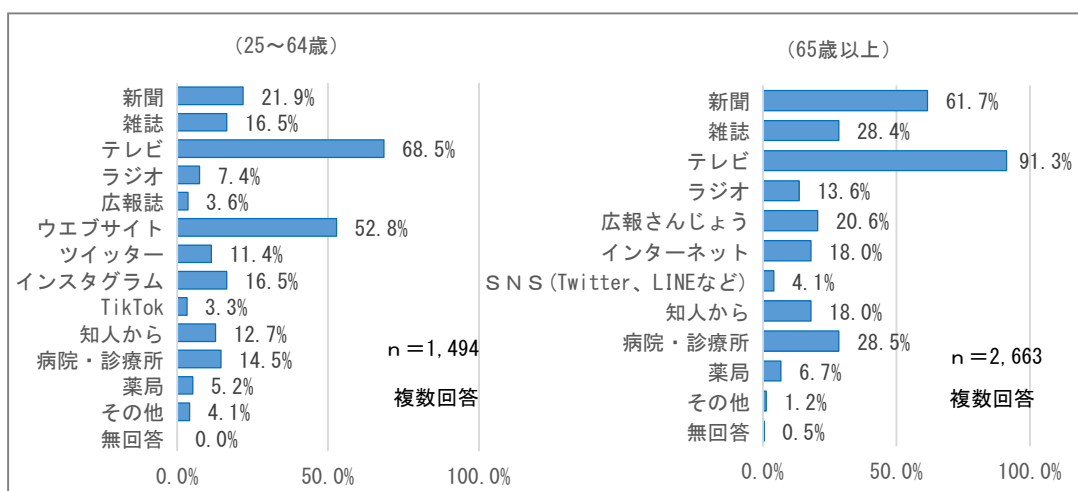
また、健康情報の入手先では、いずれの年齢区分もテレビが最も多い状況です。テレビの次に多い入手先については、25歳から64歳まではウェブサイト、新聞の順に多く、65歳以上では新聞、病院・診療所の順に多い状況です。(図20)

図19 健康に関する記事や番組などへの関心



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図20 健康情報の入手先



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

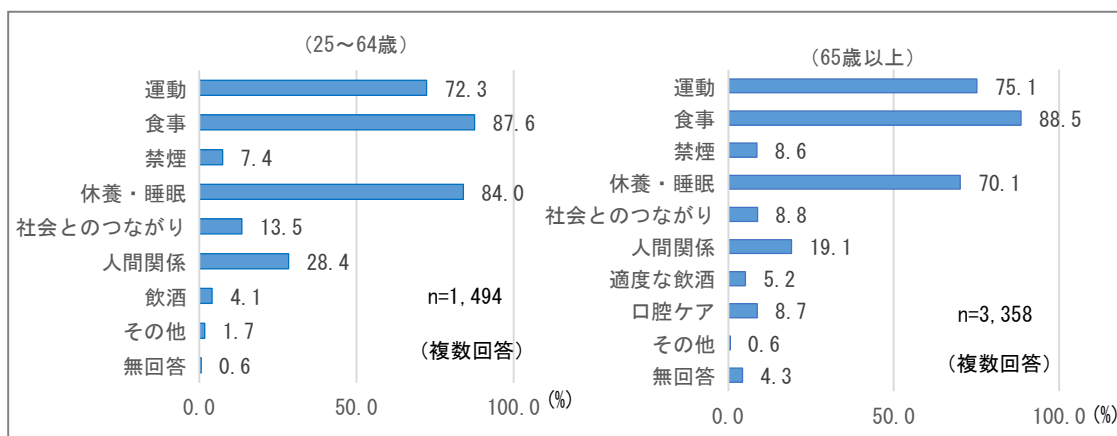
【健康に必要な生活習慣と行動維持の要因】

健康のために必要と思うことについては、いずれの年齢区分も食事が最も多い状況です。次に多い内容は、25歳から64歳まででは休養・睡眠、運動の順に多く、65歳以上では運動、休養・睡眠の順に多い状況です。

また、健康のための行動維持の要因については、いずれの年齢区分も「体の変化を感じる」が最も多い状況です。次に多い内容は、25歳から64歳まででは「健康診断結果が良くなる」、「体重計・血圧計などの数値が良くなる」の順に多く、65歳以上では「体重計・血圧計などの数値が良くなる」、「健康診断結果が良くなる」の順に多い状況です。

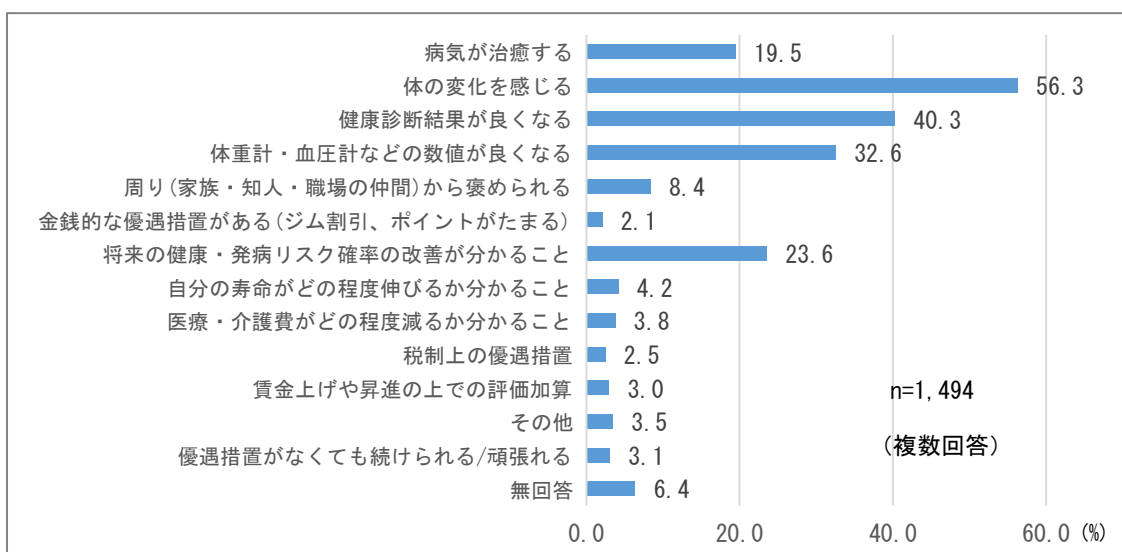
(図 21、22、23)

図 21 健康のために必要と思うこと



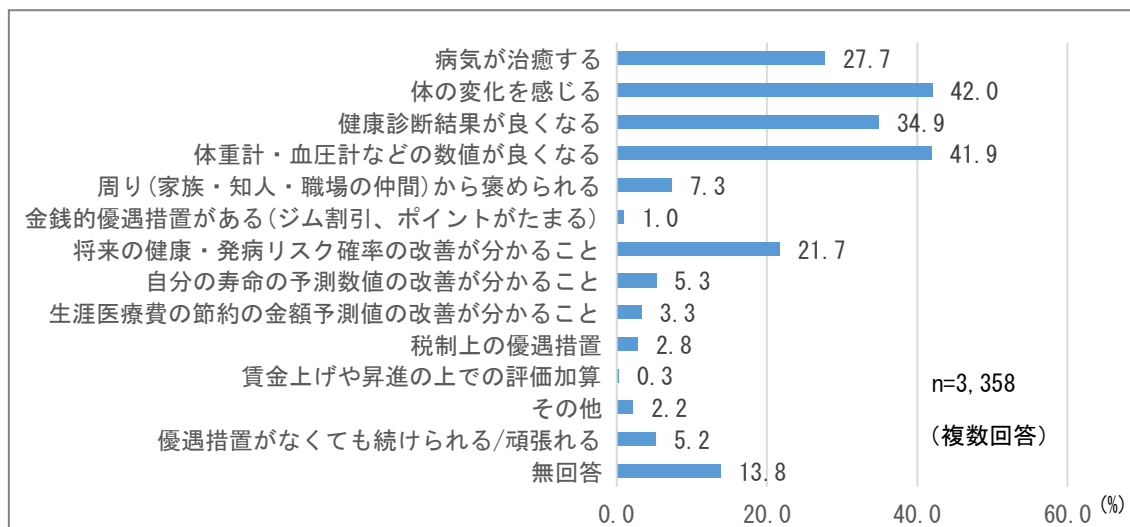
資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図 22 健康のための行動維持の要因 (25～64 歳)



資料：令和5年度 健康づくり実態調査

図 23 健康のための行動維持の要因（65 歳以上）



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【健康情報の理解と活用】

入手した健康情報については、25歳以上全体のうち約5割が理解していると回答しており、そのうち理解した情報を自身の健康にいかしている人は約5割です。(図24、25)

図 24 健康情報を理解できているか

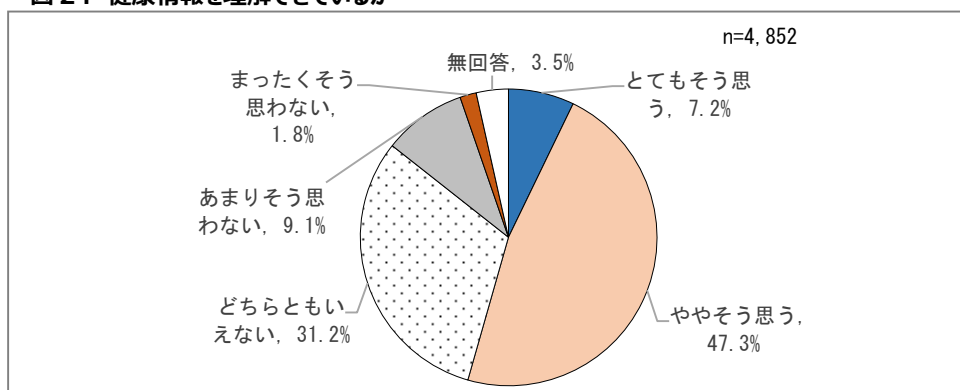
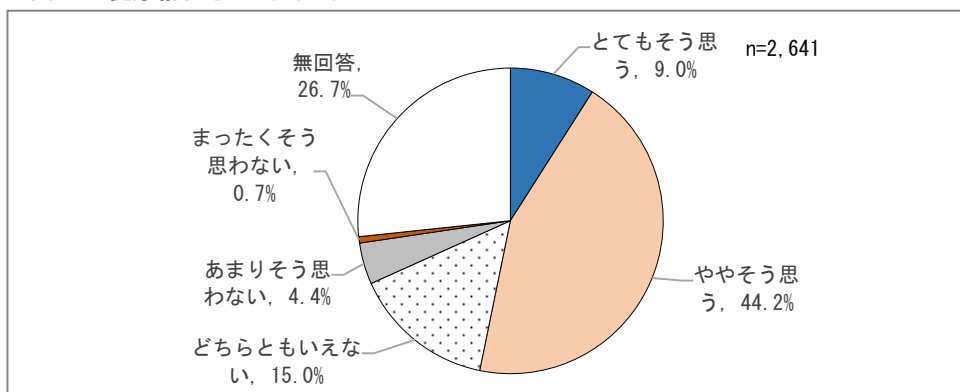


図 25 健康情報をいかしているか



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

2 第2次健康増進計画(改訂版)における評価指標の達成状況

第2次計画の評価方法については、各種統計データや健康づくりに関するアンケート、健康づくり実態調査等を基礎資料とし、各指標における直近の実績値を把握することで、達成状況を評価しました。

基本施策ごとに設定した評価指標 41 項目のうち、「◎目標値を達成した指標」は 22.0%、「○目標値に至らなかったが、基準値に対し実績値が改善した指標」は 14.6%であり、合わせて 36.6%が改善傾向にあるという結果でした。その一方で、「△目標値には至っておらず、基準値に対し実績値の改善がみられなかった指標」は 63.4%であり、改善傾向にある割合を上回る結果でした。

具体的には、健康意識の高まりは見られますが、人との交流や身体活動、がん、生活習慣病、高齢者の健康の分野などで、目標の達成に至らない項目が多くありました。評価指標の改善につながらなかった項目の中には、新型コロナウイルス感染症の拡大による市民の生活習慣の変化や取組の中止、縮小などの影響が要因の一つとして考えられます。

さらに、第2次計画の基本施策の最終評価指標とした「平均寿命と健康寿命との差」は、平成29年度の1.64歳に対し、令和3年度は2.24歳であり、0.6歳の差が広がっている状況です。

この結果を踏まえ、引き続き、市民の健康寿命の延伸に向け、さらなる健康増進の取組を行っていく必要があります。

[市における健康寿命の定義（詳細はP4 注1に記載）]

65歳以上で新たに要介護認定を受けた人の平均年齢とする。

【評価判定基準及び達成状況】

| 策定時の目標値及び基準値と直近の実績値を比較 | 項目数 |
|--------------------------------------|-------------|
| ◎：目標値を達成した指標 | 9 (22.0%) |
| ○：目標値には至らなかったが、基準値に対し実績値が改善された指標 | 6 (14.6%) |
| △：目標値には至っておらず、基準値に対し実績値の改善がみられなかった指標 | 26 (63.4%) |
| 合計 | 41 (100.0%) |

第2章 健康に関する状況と課題

【基本施策別の目標達成状況】

| 基本施策1：自然と健康になるまちづくり | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------|-------------------|-------------------|----------|
| 取組目標 | 評価指標 | 目標値 | 基準値 (R元年度) | 実績値 (R5年度) | 達成 状況 |
| 身体活動量の増加 | 1日の平均歩数 | 増加 | 5,208歩 (R2年度) | 5,040歩 | △ |
| 社会参画機会の拡大 | 社会参画活動を行っている人の割合 | 60% | 55.0% | 65.4% | ◎ |
| 共食の推進 | 共食の機会が週1回以上の人割合 | 81% | 78.9% | 69.5% | △ |
| 集いの場の拡大・充実 | 集いの場の延べ参加者数 | 増加 | 8,069人 (R2年度) | 6,875人 (R4年度) | △ |
| 基本施策2：気軽な健康づくりの取組によるヘルスリテラシーの向上 | | | | | |
| 取組目標 | 評価指標 | 目標値 | 基準値 (R元年度) | 実績値 (R4年度) | 達成 状況 |
| ヘルスリテラシーの向上 | たくさんある健康情報の中から自分の求める情報を選び出せている人の割合 | 53% | 48.9% | 52.0% | ○ |
| 気軽な健康づくりの取組の普及 | 健康情報を理解し、自身の健康にいかしている人の割合 | 36% | 32.3% | 53.2% | ◎ |
| 生活習慣改善に向けた行動変容 | | | | | |
| 基本施策3：早期発見・早期介入 基本施策4：重症化予防 | | | | | |
| 取組目標 | 評価指標 | 目標値 | 基準値 (H29年度) | 実績値 (R4年度) | 達成 状況 |
| がん死亡者の減少 | がん死亡者の減少（人口10万対死亡率） | 320.0 | 323.1 | 357.8 (R3年度) | △ |
| がん検診受診率の向上による早期発見 | 胃がん検診受診率 | 50% | 27.7% | 28.2% | ○ |
| | 大腸がん検診受診率 | 50% | 41.7% | 46.2% | ○ |
| | 肺がん検診受診率 | 70% | 66.2% | 61.2% | △ |
| | 乳がん検診受診率 | 50% | 34.8% | 34.9% | △ |
| | 子宮がん検診受診率 | 50% | 15.9% | 16.0% | ○ |
| 精密検査受診率の向上による早期介入 | 胃がん検診 精密検査受診率 | 100% | 92.1% | 91.5% | △ |
| | 大腸がん検診 精密検査受診率 | 90% | 83.9% | 80.6% | △ |
| | 肺がん検診 精密検査受診率 | 100% | 91.0% | 78.3% | △ |
| | 乳がん検診 精密検査受診率 | 100% | 98.5% | 92.9% | △ |
| | 子宮がん検診 精密検査受診率 | 100% | 93.5% | 76.9% | △ |
| 生活習慣病の早期発見、重症化予防 | 脳血管疾患の死亡率（人口10万対の5年間の平均） | 139.1 以下 (県) | 144.6 (H24～28) | 132.9 (H29～R3) | ◎ |
| | 心疾患の死亡率（人口10万対の5年間の平均） | 157.3 以下 | 168.0 (H24～28) | 183.6 (H29～R3) | △ |
| | 高血圧有病率（140/90mmHg以上の割合） | 20% 以下 | 24.2% | 24.6% | △ |
| | 脂質異常症の割合（LDLコレステロール160/dl以上の割合） | 6.8% | 7.7% | 8.3% | △ |
| | メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 | 19.7% | 23.4% | 28.2% | △ |
| 糖尿病の重症化予防 | 新規透析導入数 | 17人 | 21人 | 13人 | ◎ |
| | 治療継続者の割合（HbA1c6.5%以上のうち治療中の人の割合） | 63.2% | 56.2% | 62.0% | ○ |
| | 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合（HbA1c8.4%以上の人の割合） | 0.3% | 0.4% | 0.9% | △ |
| | 糖尿病有病者割合の上昇の抑制（HbA1c6.5%以上の人の割合） | 10% 以下 | 8.8% | 9.6% | ◎ |

第2章 健康に関する状況と課題

| 基本施策3：早期発見・早期介入 | | 基本施策4：重症化予防 | | | |
|--|---|-------------|------------------|------------------|----------|
| 取組目標 | 評価指標 | 目標値 | 基準値 (H29年度) | 実績値 (R4年度) | 達成 状況 |
| 80歳で自分の歯を20本以上残す人の増加 | 20歳から40歳までの歯周病検診受診率 | 10% | 6.6% | 5.3% | △ |
| | 後期高齢者歯科健診受診率 | 10% | 8.5% | 11.5% | ◎ |
| 適切な口腔ケアの定着及び歯科疾患の発症予防、早期発見・早期治療 歯と口腔の健康が全身の健康状態や生活習慣と相互に関係することを理解する人の増加 | 80歳で20本以上自分の歯を有する人の割合 | 65% | 64.6% | 64.1% | △ |
| | デンタルフロス、歯間ブラシを使用している人の割合（成人） | 55.0% | 52.1% | 63.4% | ◎ |
| | デンタルフロス、歯間ブラシを使用している人の割合（高齢者） | 25.5% | 24.9% | 63.2% | ◎ |
| | 歯周病検診で歯周病（歯周ポケット1・2）に該当する人の割合 | 40% | 47.7% | 55.0% | △ |
| | 歯周病検診にてむし歯（未処置歯）に該当する人の割合 | 30% | 35.7% | 37.3% | △ |
| ストレスを溜めずに生活を送る人の増加 | 自殺死亡率（5年間の平均） | 低下 | 21.9 (H25～29) | 18.2 (H30～R4) | ◎ |
| | 自分なりのリラックス法やストレス解消法があり実行している人の割合 | 33% | 27.9% | 22.4% | △ |
| こころの健康や心の病気の予防・対応について正しく理解する人の増加 | うつ病のサインについて知っている人の割合 | 31% | 26.0% | 22.4% | △ |
| | 心の健康に関する相談窓口が市健康づくり課や保健所にあることを知っている人の割合 | 41% | 36.8% | 40.6% | ○ |
| 低栄養の改善 | 65歳以上でBMIが20以下の人の割合 | 18.4% 以下 | 18.4% | 20.7% | △ |
| 社会参画機会の拡大 | 社会参画活動を行っている65歳以上の人の割合 | 60% | 55.0% | 54.2% (R5年度) | △ |
| 要支援者・要介護者の状態の維持 | 要支援者・要介護者の状態の悪化率 | 29.3% | 33.5% | 48.3% | △ |
| 要支援者・要介護者の状態の改善 | 要支援者・要介護者の状態の改善率 | 15.3% | 13.2% | 12.83% | △ |

3 第3次健康増進計画に向けた課題の整理

健康に関する状況及びこれまでの取組の評価を踏まえ、第3次健康増進計画における課題について次のとおり整理しました。

《課題1》

社会参加や外出機会の創出の取組を通じ、自然と健康になれる環境づくりの推進

生活習慣病及び介護予防において、一次予防、二次予防は重要であり、市民一人一人が健康意識を高めて、生活習慣の改善や健康づくりに取り組むことが必要です。しかし、健康意識の低い人や余裕がなく取り組めない人に対しては、それだけでは生活改善などの行動変容を促すことは難しい状況です。一次予防、二次予防と併せて、市民が意識せずに自然と健康に望ましい行動がとれるよう環境を整える必要があります。

生活習慣病及び要介護リスクであるフレイル^{注2}については、身体活動量や共食機会、人との交流、社会参加の機会が多いと予防効果が高まるとされています。また、健康づくり実態調査では、生きがいや充実感を感じる人ほど、健康状態がよいという結果であり、趣味や仕事、人との交流などで生きがいや充実感を感じる人が多い状況となっています。

第2次計画において、市民が健康を意識せずに自然と健康に望ましい行動がとれるよう、社会参加や外出機会の創出、人との交流の場の拡大などの取組を行ってきましたが、目標達成には至っていない状況です。

このことを踏まえ、引き続き、社会参加等の取組を通じ、市民が自然と健康に望ましい行動がとれる環境づくりを推進し、生活習慣病予防や介護予防につなげる必要があります。

《課題2》

生活習慣の改善や健康づくりに向けた健康意識を向上させるための取組の推進

市民の健康寿命の延伸には、死亡原因や要介護の原因として多い循環器疾患などの生活習慣病の発症予防は重要となります。発症リスクが高まる前の若い世代から生活習慣病予防の基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動などの生活習慣の改善や健康づくりに取り組むことが必要です。

健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、健康に関する記事や番組などに関心があると回答した人は、25～64歳が約7割、65歳以上が約8割です。さらに健康のために必要と思うことについては、いずれの年齢区分も食事、運動、休養・睡眠と回答した人が多い状況です。

しかし、健康づくり実態調査における食事や運動の取組状況では、バランスのよい食事を3食食べている人は約3割、健康のために定期的に運動を行

っている人は約4割であり、健康に対する関心や望ましい生活習慣の認識があっても、実際の行動につながっている人の割合は低い状況です。また、健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における健康情報の理解や活用については、入手した健康情報を理解している人は約5割で、そのうち、情報を自身の健康にいかしている人は約5割です。

この結果から健康への関心を持ち、健康情報を入手しても、約半数の人は理解を深めて自身の健康にいかすことができていないと言えます。

健康意識の段階に合わせて、市民が気軽に健康情報を入手し、自身の健康にいかせるよう、日常生活の中で外出頻度の高い場所や集いの場などでの啓発活動、ICTを活用した情報発信など、様々な場面、方法での取組を強化する必要があります。さらに、市民の健康意識を高めるだけでなく、入手した健康情報を正しく理解し、生活習慣の改善などの行動変容につなげられるよう、健康意識の段階やライフステージに応じた健康教育の実施とともに、民間企業等と連携した健康づくりを推進する必要があります。

《課題3》

病気等の早期発見、早期介入、重症化予防の推進

悪性新生物や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が主な死亡原因となっています。令和4年度疾病別一人当たり医療費においても、国民健康保険被保険者、後期高齢者医療被保険者のいずれも悪性新生物や循環器疾患などの生活習慣病が高額となっており、重症化してから医療受診している可能性が考えられます。また、令和4年度年齢階層別一人当たり医療費では、年齢が高くなるほど上昇し、特に55歳以降、高額になっています。

さらに、循環器疾患などの危険因子となる高血圧や糖代謝異常、脂質異常については、特定健康診査等の結果、有所見となる人の割合が、4割から7割程度に推移しており、特に糖代謝異常は年々増加傾向です。

生活習慣病の重症化を予防するためには、発症リスクが高まる前の若い世代からの健（検）診や保健指導による疾患の早期発見、早期介入とともに、重症化リスクの高い人に対する早期治療及び治療継続の働きかけが重要です。

これに対し、健（検）診受診率や保健指導の利用が伸び悩んでいる現状があるため、市民の健康意識や行動様式に合わせた効果的な受診勧奨や保健指導の実施などの取組を強化する必要があります。

健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、健康のための行動維持の要因について、「体の変化を感じる」、「健康診断の結果が良くなる」、「体重計・血圧計などの数値が良くなる」と回答した人が多い状況です。

第2章 健康に関する状況と課題

この結果から健康状態の改善を実感することが行動維持につながりやすいと考えられます。市民に対し、健康状態及び取組成果を可視化することにより、健康に関する気づきの促しや改善意欲の向上、行動維持につながる効果が期待され、健診、医療レセプト等のデータやICTの活用など、個々の状態に合わせた効果的な保健指導を実施する必要があります。

要介護認定の原因疾患についても、循環器疾患が多い状況であり、加えて加齢による生活機能低下が影響する認知症や関節症、骨折などが上位となっています。要支援、要介護につながる疾患の早期発見、早期介入、重症化予防とともに、生活機能低下の入口であるフレイルの早期発見、早期介入も重要です。あわせて、生活習慣病等全身の健康に影響を及ぼす心の健康づくりや歯と口腔の健康づくりも含めて、保健事業と介護予防事業の一体的な取組を行う必要があります。

注2) フレイル：健康と身体機能障害の間であり、適切な介入により改善可能である多面的な加齢による虚弱の状態