

「かながわプラン 21(第 2 次)」各目標分野の評価 (分析シート) 目次

健康寿命の延伸と健康格差の縮小	1
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	5
今後の課題	7
こころの健康	9
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	10
今後の課題	11
次世代の健康	12
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	14
今後の課題	15
高齢者	18
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	19
今後の課題	20
健康を支え、守るための社会環境の整備	22
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	23
今後の課題	24
歯・口腔の健康	26
各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価	30
今後の課題	32

Ⅱ 各分野の評価

1 全体目標

- (1) 平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる
- (2) 県内の各地域の健康格差の縮小をはかる

健康寿命の延伸と健康格差の縮小	評価
	D

ア 目標項目の評価状況

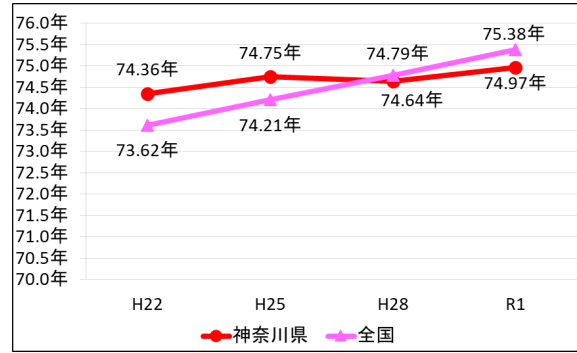
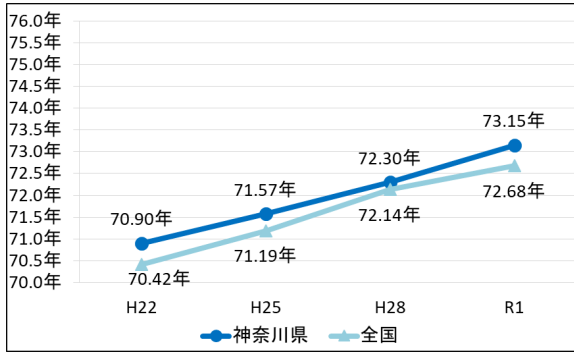
目標項目	評価
目標 1 平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる	C
平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸 男性	(C)
平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸 女性	(C)
目標 2 県内の各地域の健康格差の縮小をはかる	D
県内の各地域の健康格差の縮小 男性	(D)
県内の各地域の健康格差の縮小 女性	(D)

<評価区分>

- A 目標値に達した
- B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある
(B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれる)
- C 変わらない D 悪化している E 評価困難

目標 1 平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる

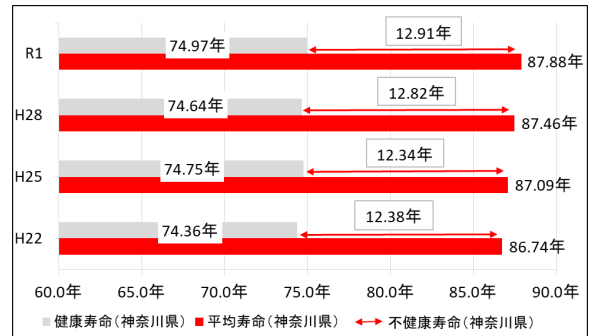
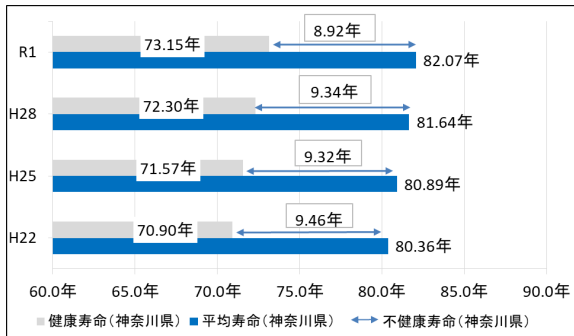
- 男性の健康寿命は、直近実績値（令和元年）は基準値（平成 22 年）と比較して、2.25 年有意に延伸しました（70.90 年→73.15 年）。[図■]
 - 同期間における平均寿命は 1.71 年（80.36 年→82.07 年）延伸しており、不健康寿命（平均寿命と健康寿命の差）は、0.54 年短縮（9.46 年→8.92 年）しているものの、有意差はみられなかったため、「平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる」目標を達成したとはいえ、「C 変わらない」と評価しました。[図■]
 - 女性の健康寿命は、直近実績値（令和元年）は基準値（平成 22 年）と比較して、0.61 年延伸しているものの有意差はみられませんでした。（74.36 年→74.97 年）。[図■]
 - 同期間における平均寿命は 1.14 年（86.74 年→87.88 年）延伸しており、不健康寿命は 0.53 年延伸しましたが（12.38 年→12.91 年）、有意差はみられなかったため、「C 変わらない」と評価しました。[図■]
- ※「平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかる」の目標達成は、不健康寿命の短縮傾向により判定（厚生労働科学研究健康寿命のページ 健康寿命の推移の評価プログラム「健康寿命の推移の評価表」を参考）



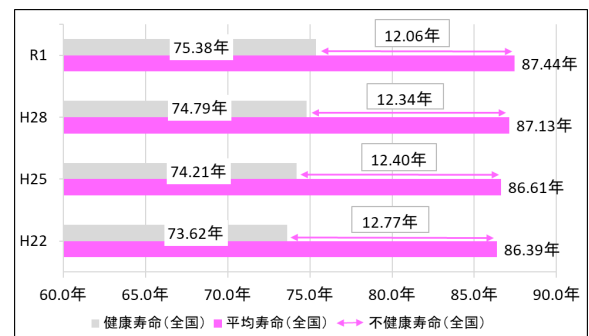
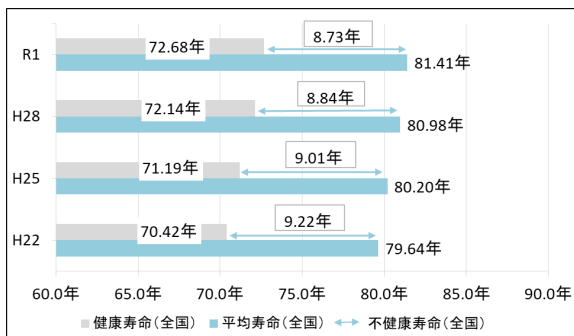
図■ 健康寿命の推移 左：男性、右：女性

(出典：厚生労働科学研究 都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」)

※健康寿命の算定元データとなる国民生活基礎調査のうち、令和元年国民生活基礎調査の平成28年調査では、熊本県は災害の影響で調査無し



図■ 健康寿命・平均寿命・不健康寿命の推移 左：男性、右：女性



図■ 健康寿命・平均寿命・不健康寿命の推移 全国 左：男性、右：女性

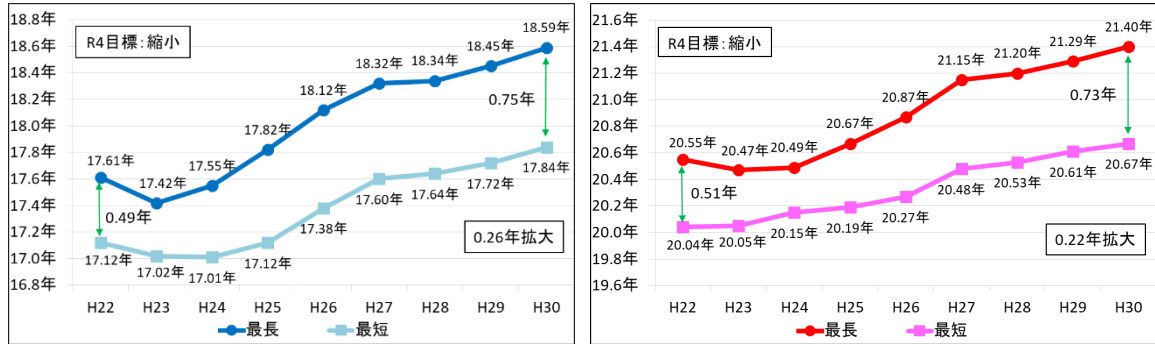
(出典：厚生労働科学研究 都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」)

目標2 県内の各地域の健康格差の縮小をはかる

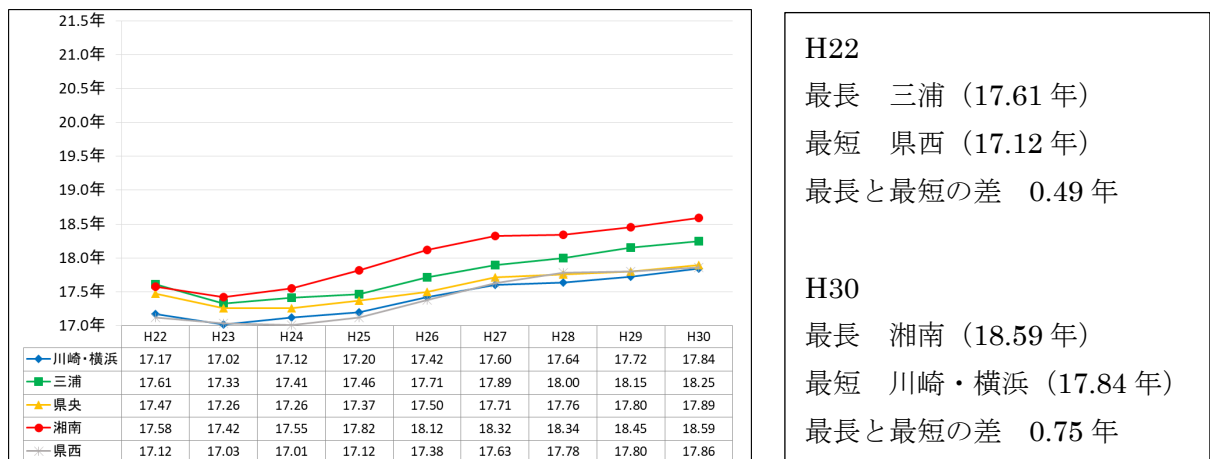
- 地域政策圏別の65歳からの平均自立期間における最長と最短の差が、男性では、直近実績値(平成30年)は基準値(平成22年)と比較して0.26年有意に拡大しているため(0.49年→0.75年)、「D 悪化している」と評価

しました。[図■]

- 女性では、直近実績値（平成 30 年）は基準値（平成 22 年）と比較して 0.22 年有意に拡大しているため（0.51 年→0.73 年）、「D 悪化している」と評価しました。[図■]

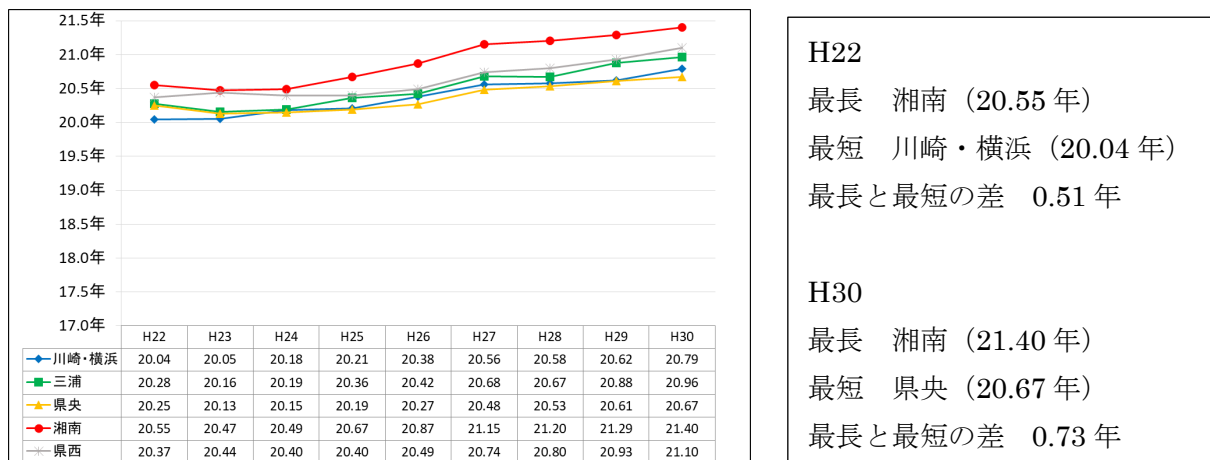


図■ 地域政策圏の健康格差 最長と最短の差（65 歳からの平均自立期間）
左：男性、右：女性（出典：神奈川県「健康寿命・健康格差調査等分析事業」）



H22
最長 三浦（17.61 年）
最短 県西（17.12 年）
最長と最短の差 0.49 年

H30
最長 湘南（18.59 年）
最短 川崎・横浜（17.84 年）
最長と最短の差 0.75 年



H22
最長 湘南（20.55 年）
最短 川崎・横浜（20.04 年）
最長と最短の差 0.51 年

H30
最長 湘南（21.40 年）
最短 県央（20.67 年）
最長と最短の差 0.73 年

図■ 地域政策圏別健康格差（65 歳からの平均自立期間）上：男性、下：女性
（出典：神奈川県「健康寿命・健康格差調査等分析事業」）

地域政策圏

県の施策を地域で展開するために5つの地域政策圏に区分したものの。

- ・川崎・横浜地域：横浜市、川崎市
- ・三浦半島地域：横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
- ・県央地域：相模原市、厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
- ・湘南地域：藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町、平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
- ・県西地域：小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町

イ 関連する取組

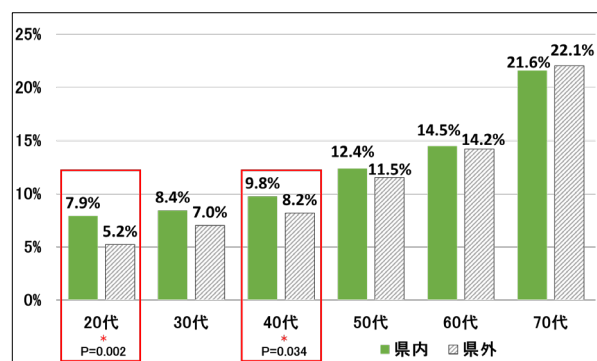
別紙のとおり

ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

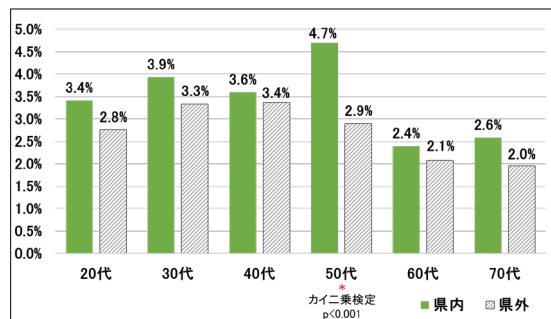
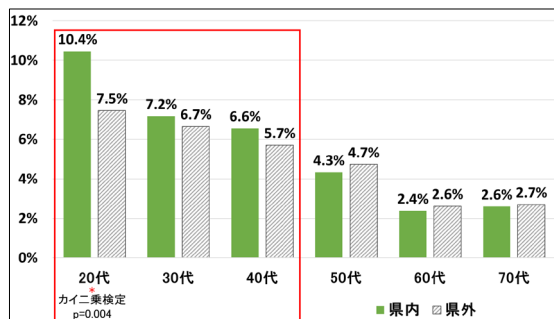
目標1 平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸をはかるの評価は、「C 変わらない」です。

- 男性では、健康寿命が全国平均よりも高い水準で推移し、不健康寿命が短縮している（有意差なし）ことから、改善傾向にあると言えます。
- 女性では、基準値（平成22年）から平成25年までは全国平均より高い水準で推移していたものの、平成28年から令和元年にかけては全国平均より短い数値となり、不健康寿命が伸びました（有意差なし）。
- 令和元年の健康寿命の算定元データとなる国民生活基礎調査の設問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」において、本県の20～60代の女性は全国と比較し「はい」と回答した率が高く、特に20代、40代は有意に高かったことから、若い世代の健康状態が健康寿命に影響している可能性が考えられます。[図■]

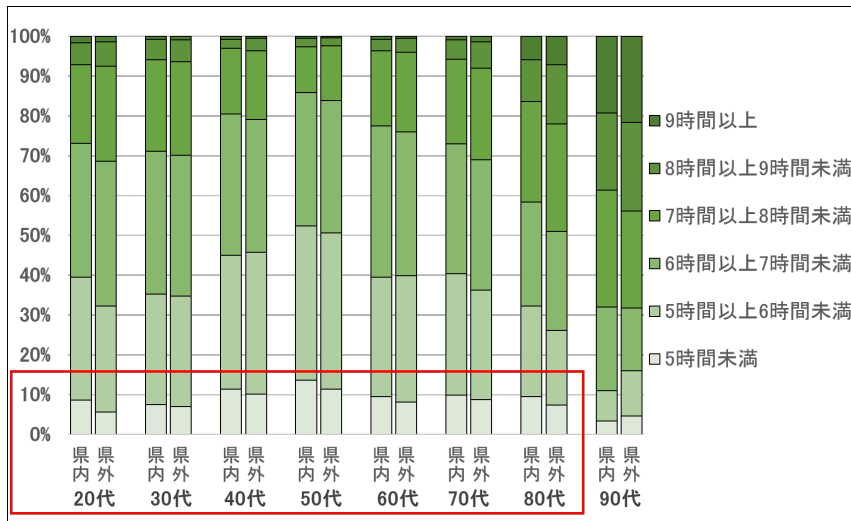


図■ 日常生活への影響ありの割合 女性
(出典：令和元年国民生活基礎調査)

- また、国民生活基礎調査を分析したところ、本県では、「重度の心理的苦痛を有する者の割合」が、20代女性は全国平均と比較して有意に高く、うつやその他の心の病気は、女性の全年代で通院割合が高い傾向が見られました。[図■]
- さらに、20～80代の女性は全国と比較して睡眠時間5時間未満の割合が高いことも分かりました。通院者率の増加や睡眠不足、女性においては不定愁訴率が高いと健康寿命が短くなる傾向があり¹⁾、本県でも、特に若い世代を中心にこれらの要因が健康寿命に影響している可能性があります。[図■]



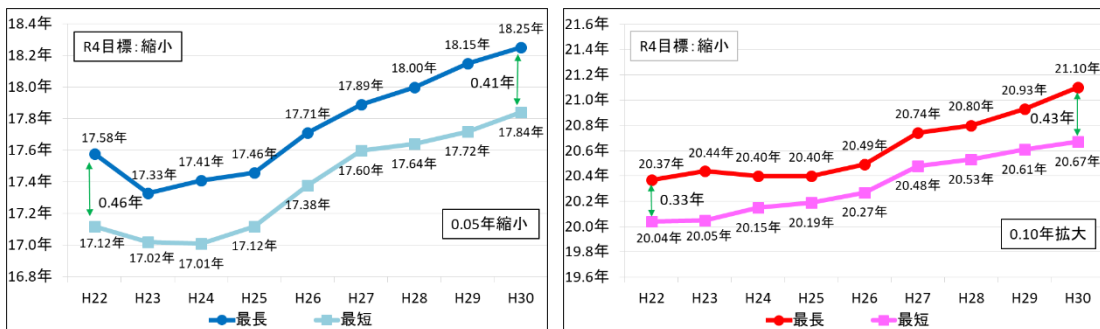
図■ 左：重度の心理的苦痛 (K6※ 13点以上) の者の割合 女性
※過去1か月に感じた抑うつ・不安などをスコア化したもの
右：うつ病やその他こころの病気の通院割合 女性



図■ 1日の平均的な睡眠時間 女性
(出典：令和元年国民生活基礎調査)

目標2 県内の各地域の健康格差の縮小をはかるの評価は、「D 悪化している」です。

- 男女ともに、最終的には差が拡大しました。
- 地域政策圏別にみると、男女ともに湘南地域における65歳からの平均自立期間が、高い水準で推移しています。
- 本目標は「D 悪化している」と評価しましたが、これは、最も長い湘南地域において、他地域より大きく平均自立期間が伸びたことで、健康格差が拡大したと考えられます。2番目に長い政策圏と最短の政策圏で比較すると、男性は0.03年縮小、女性は0.10年拡大であり、計画当初から大きな差はみられませんでした。[図■]



図■ 最長から2番目と最短の地域政策圏の差

- 65歳からの平均自立期間が長い政策圏と短い政策圏を比較すると、男性では平均寿命の格差の影響が大きく、女性では不健康期間の格差の影響が大きい結果となりました。[図■～■]

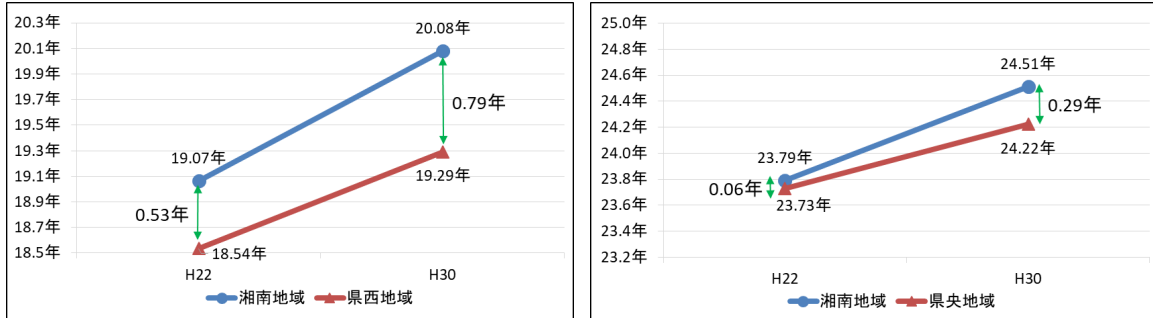


図 ■ 65歳からの平均寿命の格差 (最長と最短) 左：男性、右：女性

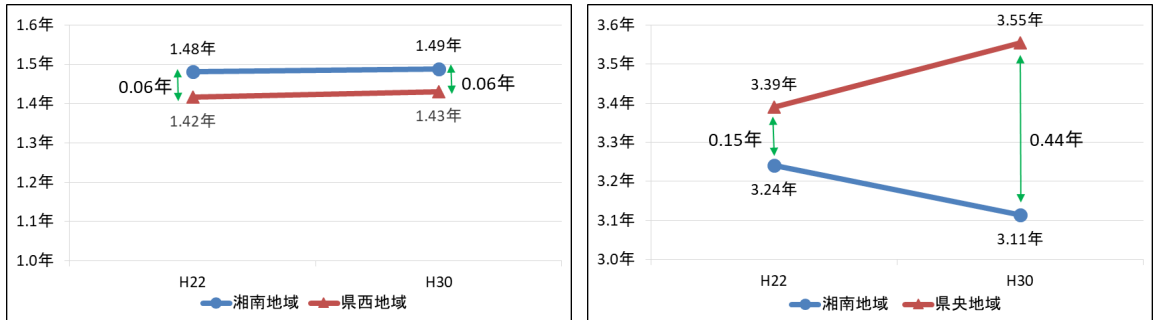


図 ■ 65歳からの不健康寿命の格差 (最長と最短) 左：男性、右：女性

<目標分野全体としての評価>

健康寿命の延伸と健康格差の縮小における目標全体の評価は、「D 悪化している」です。

- 期間中、健康寿命及び平均寿命は男女ともに延伸傾向でしたが、不健康寿命は男性では縮小し、女性では延伸しました (不健康寿命は有意差なし)。女性の健康寿命では、特に若い世代の健康状態が影響していることが考えられます。
- 65歳からの平均自立期間についても、期間中、男女ともに延伸傾向でしたが、地域政策圏別の健康格差においては、最長と最短の差が拡大する結果となりました。ただし、最長の政策圏が突出して延伸しているものの、最短と2番目に長い政策圏の比較では格差が拡大していなかったことから、必ずしも県全体で健康格差が拡大しているわけではないことが考えられます。

エ 今後の課題

【健康寿命】

- 高齢者においては、ボランティア活動や趣味活動を行っている者は、全く行わない者と比較して健康寿命が長くなる傾向があります¹⁾。今後も、社会参加を推奨するための積極的な啓発活動や、環境整備が求められます。
- 若年層の健康状態も健康寿命に影響するため、幅広い世代への取組の推進が必要です。
- 通院者率の増加や睡眠不足、女性の不定愁訴率の高さなどが健康寿命に影響している可能性があり、特に若い世代を中心にこれらの要因が当てはまる

ため、改善に向けた施策を推進していくことが重要です。また、健康状態・健康観の分析、その他経済状況などにも着目しながら、施策を検討していく必要があります。

- 健康寿命の延伸は、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により改善するものであるため、各分野における動向を注視していく必要があります。

【健康格差】

- 65歳からの平均自立期間は全政策圏で延伸傾向にありますが、栄養・食生活や身体活動、喫煙率等、各政策圏別に分析し、健康格差の拡大に関与している因子を検討しながら、健康増進施策に取り組んでいく必要があります。
- 地域間格差だけでなく、保険者間格差や、所得・学歴・職業等の社会経済的要因による集団間格差等も把握していくことが求められます。

<参考文献 URL>

- 厚生労働科学研究 健康寿命のページ
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>
- ¹⁾ 厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「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」
<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/report.html>

(2) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

① こころの健康	評価
	D

ア 目標項目の評価状況

目標項目	評価
目標 15 自殺者の減少	C
目標 16 気分障害（躁うつ病含む）の患者数の減少	D

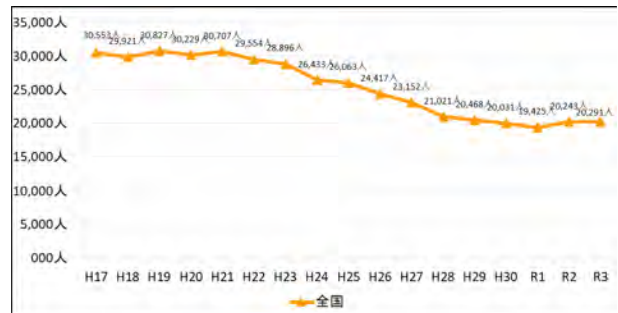
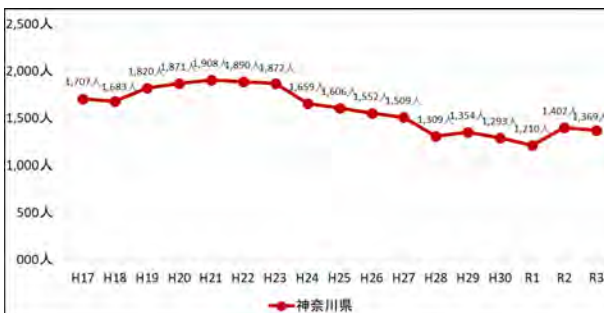
<評価区分>
 A 目標値に達した
 B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある
 (B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれる)
 C 変わらない D 悪化している E 評価困難

目標 15 自殺者の減少

- 自殺死亡率は、直近実績値（令和3年）は15.2です。基準値（平成28年）の14.6から有意な変化が認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]
- 自殺者数は、全国と同様減少傾向です。[図■]



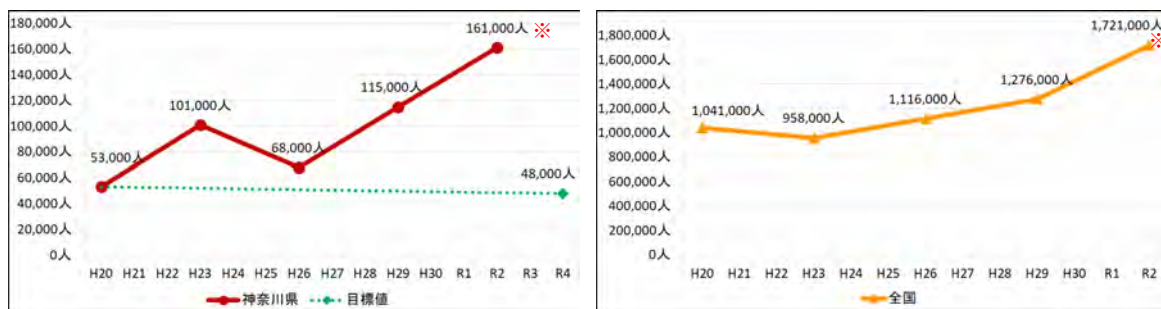
図■ 自殺死亡率（人口10万人あたり）
 （出典：人口動態統計）



図■ 自殺者数（左：神奈川県、右：全国）
 （出典：人口動態統計）

目標 16 気分障害（躁うつ病含む）の患者数の減少

- 実績値（平成29年）は115,000人です。基準値（平成20年）の53,000人から有意な増加が認められ「D 悪化している」と評価しました。[図■]
- 全国においても、増加傾向がみられます。[図■]



図■ 気分障害（躁うつ病含む）の患者数（左：神奈川県、右：全国）

（出典：患者調査総患者数）

※ 令和2年の数値は、調査の算出方法が変更されたため参考値とします。

イ 関連する取組

別紙のとおり

ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価

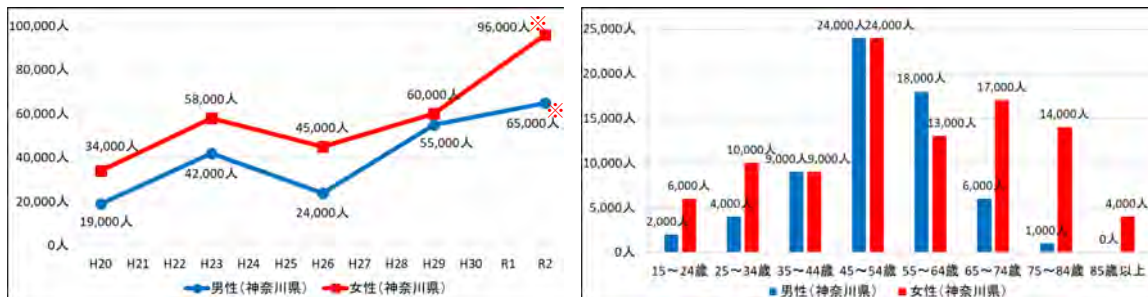
<各目標項目の評価の要因分析>

目標 15 自殺者の減少は、「C 変わらない」です。

- 10万人あたりの自殺死亡率は、有意な減少はみられませんでした。
- 新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年は、自殺者数、自殺死亡率とも前年に比べ大きく増加し、令和3年は令和2年と比べてわずかに減少しました。
- 自殺対策については、相談体制の充実や普及啓発等、関係機関と連携して取り組んできたほか、コロナ禍における自殺対策として、こころの相談窓口の拡充や、相談につなげるための普及啓発の強化、ゲートキーパーの育成等の取組みを進めてきました。しかし、新型コロナウイルス感染症による経済的な困難、孤立・孤独の増加等、危機要因の増加・複合化もあり、有意な減少につながらなかったと考えられます。

目標 16 気分障害（躁うつ病含む）の患者数の減少は、「D 悪化している」です。

- 患者数は女性の方が多い傾向があります。年代別では、男女とも45～54歳代が最も多く、55～64歳代では男性の患者数が多いですが、その他の年代では女性の患者数が多い傾向にあります。[図■]



図■ 左：気分障害（躁うつ病含む）の患者数 男女別
 右：気分障害（躁うつ病含む）の患者数 男女・年齢階級別（令和2年）
 （出典：患者調査総患者数）

※ 令和2年の数値は、算出方法の変更により参考値とします。

- 学校や職場でのストレスによる不調、経済的な不安等で精神科を受診する機会が多くなったことが患者数の増加につながっていると考えられます。また、以前に比べ、心の健康についての理解が深まり、精神科・心療内科を受診しやすくなったことも要因の一つとして考えられます。

<目標分野全体としての評価>

こころの健康における目標分野全体としての評価は、「D 悪化している」です。

- 10万人あたりの自殺死亡率は有意な減少はみられず、気分障害（躁うつ病含む）の患者数も増加傾向となりました。近年では新型コロナウイルス感染症の拡大による危機要因の増加等が影響していると考えられます。

エ 今後の課題

- 自殺対策の強化としては、「With コロナ」など新たな生活環境を考慮した効果的な対策を関係機関と検討し、取組む必要があります。また、対策を強化するために、自殺の状況の詳細な把握と、それに基づく効果的な対策が必要です。
- 気分障害（躁うつ病含む）の患者数の増加については、全国的にも増加傾向が見られ、対策を考える上でも更なる要因分析が必要です。
- 現在、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進められています。このような誰もが安心して自分らしく暮らせる仕組みづくりを強化していく必要があります。
- 引き続き、相談体制の充実や普及啓発、コロナ禍におけるこころの相談窓口の拡充を推進していく必要があります。

<参考文献 URL>

- 「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における自殺の状況」2021年12

月がん・疾病対策課

- 健康日本21（第二次）最終評価報告書（案）

② 次世代の健康	評価
	C

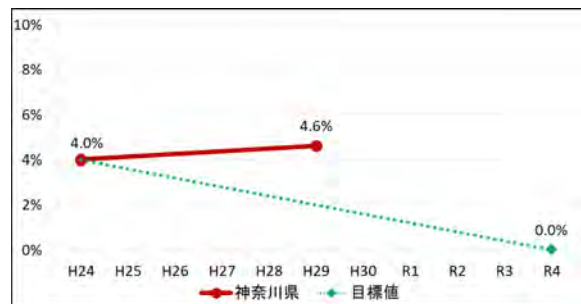
ア 目標項目の評価状況

目標項目	評価
目標 17 朝食を欠食する小学5年生の割合の減少	C
目標 18 子どもの週3回以上のスポーツ実施率の増加・非実施率の減少	C
スポーツ実施率の増加	(B*)
スポーツ非実施率の減少	(C)
目標 19 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	A
目標 20 小学5年生の肥満傾向の割合の減少	D

<評価区分>	
A	目標値に達した
B	現時点で目標値に達していないが改善傾向にある (B* Bの中で目標年度までに目標達成が危ぶまれる)
C	変わらない
D	悪化している
E	評価困難

目標 17 朝食を欠食する小学5年生の割合の減少

- 直近実績値（平成 29 年）は 4.6%です。基準値（平成 24 年）の 4.0%から有意な変化が認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



図■ 朝食を欠食する小学5年生の割合
(出典：教育局「食生活に関する調査」)

目標 18 子どもの週3回以上のスポーツ実施率の増加・非実施率の減少

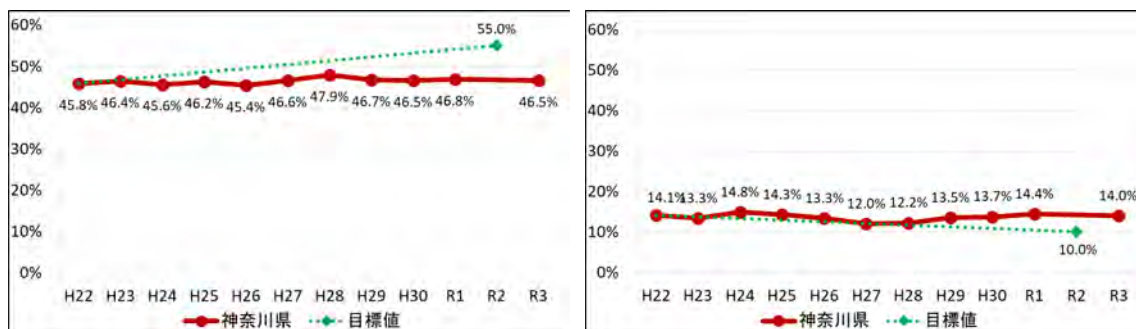
<子どもの週3回以上のスポーツ実施率>

- 直近実績値（令和3年）は46.5%です。基準値（平成22年）の45.8%から有意な増加が認められ「B* 現時点で目標値に達していないが、改善している」と評価しました。[図■]
- なお、この目標項目は、令和2年を目標年度としており、令和2年は、新型コロナウイルス感染症の影響で調査を実施していないものの、令和元年及び3年の実績値から、目標を達成していないといえます。

<子どものスポーツ非実施率>

- 直近実績値（令和3年）は14.0%です。基準値（平成22年）の14.1%から

有意な変化が認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



図■ 左：子どもの週3回以上のスポーツ実施率

右：子どものスポーツ非実施率

(出典：教育局「令和3年度神奈川県児童生徒体力・運動能力調査報告書」よりスポーツ課にてデータ加工)

※令和2年は新型コロナウイルス感染症の影響により調査未実施

目標 19 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 直近実績値(令和3年)は9.1%です。基準値(平成23年)の9.6%から有意な減少が認められ「A 目標値に達した」と評価しました。[図■]

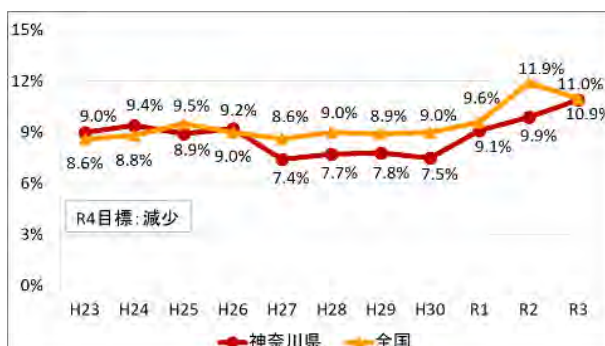


図■ 全出生数中の低出生体重児(2,500g未満)の割合

(出典：人口動態統計)

目標 20 小学5年生の肥満傾向の割合の減少

- 直近実績値(令和3年)は10.9%です。基準値(平成23年)の9.0%から増加しています。[図■]
- 本目標は検定に必要なデータが公表されていないため、基準値(平成23年)から5%増減を評価の目安とします。直近実績値(令和3年)は5%以上増加しているため「D 悪化している」と評価しました。



図■ 小学5年生の肥満傾向の割合

(出典：学校保健統計調査)

※肥満傾向：性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者とする。

イ 関連する取組

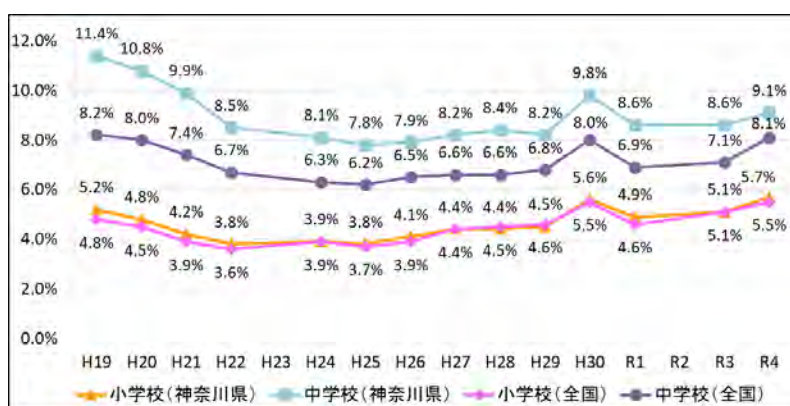
別紙のとおり

ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

目標 17 朝食を欠食する小学5年生の割合の減少の評価は、「C 変わらない」です。

- 直近実績値が平成29年で近年の数値が得られなかったため、図■の小学6年生の朝食欠食率も考慮すると、小学5年生の朝食欠食率は近年も横ばいで推移していることが推測されます。



図■ 小・中学生の朝食欠食率の推移

(出典：文部科学省「全国学力・学習状況調査」)

注1：平成23年は、東日本大震災の影響等により、調査の実施を見送り

注2：令和2年は新型コロナウイルス感染症の影響等により、調査の実施を見送り

注3：「朝食を毎日食べていますか」という質問に対して、選択肢「している」、どちらかといえばしている」、「あまりしていない」、「全くしていない」のうち、「あまりしていない」、「全くしていない」と回答

注4：小学校6年生、中学校3年生が対象

目標 18 子どもの週3回以上のスポーツ実施率の増加・非実施率の減少の評価は、「C 変わらない」です。

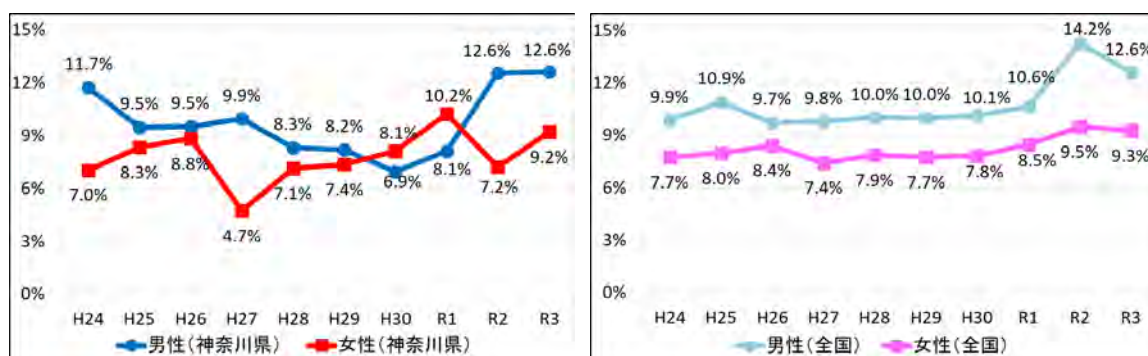
- 子どもの週3回以上のスポーツ実施率は有意な増加が認められましたが、非実施率の減少は有意な変化が認められず、いずれも目標に達していません。また近年では新型コロナウイルス感染症により、遊びや運動の機会が減少していることも少なからず影響していると考えられます。

目標 19 全出生数中の低出生体重児の割合の減少の評価は、「A 目標値に達した」です。

- 全出生数中の低出生体重児の割合は有意な減少が認められましたが、経年でみると横ばいで推移しています。減少率が低い要因は、妊娠前はやせの問題等が考えられます。

目標 20 小学5年生の肥満傾向児の割合の評価は、「D 悪化している」です。

- 主に運動不足が悪化の原因として考えられ、男女別にみると、女兒よりも男児の方が肥満傾向児の割合が多くなっています。特に令和2年以降は、新型コロナウイルス感染症対策として休み時間の外遊びや体育の授業での競技等が制限され、活動量が低下したことが原因として考えられます。[図■]



図■ 小学5年生の肥満傾向の割合 男女別 (左：神奈川県、右：全国)
(出典：学校保健統計調査)

<目標分野全体としての評価>

次世代の健康における目標全体の評価は、「C 変わらない」です。

- 「子どもの週3回以上のスポーツ実施率・非実施率」について、実施率は改善傾向ですが、非実施率は横ばいです。「小学5年生の肥満傾向児の割合」は悪化しています。
- 個別に対応する取組が少なく、小、中、高校年代別の横断的な環境整備が整っていないものと考えられます。

エ 今後の課題

【朝食を欠食する小学5年生の割合の減少】

- 図■より、小学6年生と中学2年生を比較すると、朝食欠食の割合は、小学生よりも中学生の方が増加傾向にあります。今後は、小学6年生の3年後の中学3年生の割合との差がどのように経過していくかなど見ていく必要があります。
- 参考として高校生の朝食欠食については、県立高校で朝食提供の新たな取組が開始されている実状もあり、朝食欠食の背景は複雑であると推測されます。高校生は、学校給食から離れ、比較的自由に食事を選択できますが、食事を確保する際の経済的問題、通学距離、学校活動と生活時間の制約等、1日分の栄

養量の確保にも課題があると考えられます。成人期の朝食欠食につながる年代でもあることから、学童期から成人期への切れ目ない対策を推進するうえでも、今まで把握されていない年代も含めて対応を検討する必要があります。

- 高校生の朝食欠食率の把握、朝食を食べられない原因の把握、必要な栄養を摂るための管理栄養士等の支援、食品提供事業者の協力体制等の環境整備など取組も必要です。

【子どもの週3回以上のスポーツ実施率の増加・非実施率の減少】

- 基準値から比べると実施率は、増加しているものの目標値には達していません。引き続き子どものスポーツ実施率の向上に取り組んでいく必要があります。
- 運動嫌いやスポーツが苦手な子どもたちが、自由な時間にスポーツに親しめる場や、気軽に活動できるような仕組み作りが重要です。
- 保護者に対する普及・啓発とともに、大人と子どもが一緒に体を動かすことの喜びを体験できるような機会の提供に取り組んでいく必要があります。

【小学5年生の肥満傾向児の割合】

- 肥満傾向児の割合は、男女別の傾向をとらえ対応する必要があります。
- 子どもの肥満とやせは、将来の大人の肥満とやせ、生活習慣病に移行する可能性が示されています。食生活の改善及び身体活動の増加の推進等総合的な取組を行う必要があります。
- 健診等で把握した身長、体重を成長曲線、肥満度曲線でモニタリングし、異常値を早期発見して、肥満とやせに対する健康課題への対応が、栄養教諭、管理栄養士などの活用により身体活動と栄養摂取両面から個別に行える環境づくりも必要です。
- このことに関連することとして、文部科学省では、学校給食の栄養管理の他、食物アレルギーや肥満等個別に対応するための栄養教諭制度を平成17年から進めています。栄養教諭の配置は、神奈川県は、令和3年度219人配置されていますが、他県に比べて配置率が低い現状があり、栄養教諭を養成する大学が県内に複数ありながら、人材の活用がされていない現状があります。次世代への持続可能な健康管理の支援を行うためにも、現行制度を活用した取組にシフトしていく必要があります。

<参考文献 URL>

- 文部科学省「全国学力・学習状況調査」
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/gakuryoku-chousa/sonota/1347088.htm
- 文部科学省「学校保健統計調査」
https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm
- かながわ女性の健康・未病サイト「未病女子 navi」<https://joshi.me-byo.com/>
<https://joshi.me-byo.com/knowledge/careful/skinny05.html>

○ 文部科学省 栄養教諭の配置状況（令和3年5月1日現在）

https://www.mext.go.jp/a_menu/sports/syokuiku/08040314.htm

○ 田奈高等学校 > 学校生活 > News&Topics > 【令和4年6月28日】♪田奈
高校で朝食を♪（朝食提供事業）

<https://www.pen-kanagawa.ed.jp/tana-h/gakkouseikatsu/20220628.html>

③ 高齢者	評価
	C

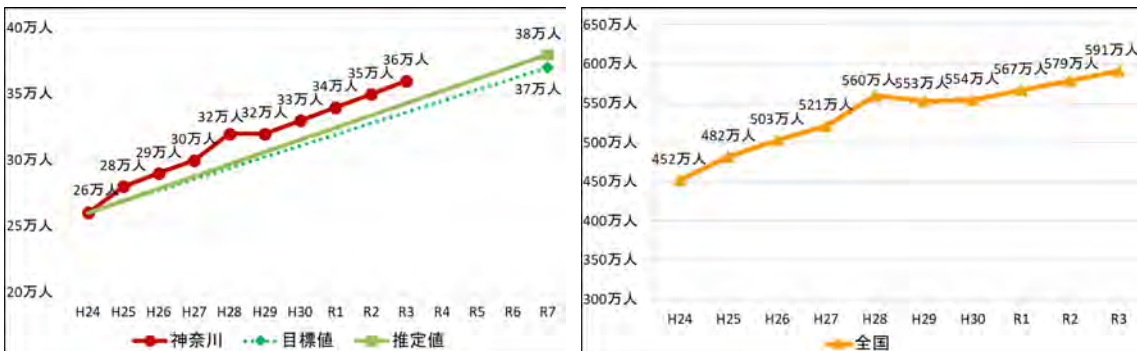
ア 目標項目の評価状況

目標項目	評価
目標 21 介護保険サービス利用者の増加の縮小	D
目標 22 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している20歳以上の県民の割合の増加	C
目標 23 低栄養傾向の高齢者の増加の抑制	A

<評価区分> A 目標値に達した B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある (B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれる) C 変わらない D 悪化している E 評価困難	
--	--

目標 21 介護保険サービス利用者の増加の縮小

- 直近実績値（令和3年）は36万人です。基準値（平成24年）の26万人と推定値を結ぶ直線よりも高値で、有意に増加が認められ「D 悪化している」と評価しました。

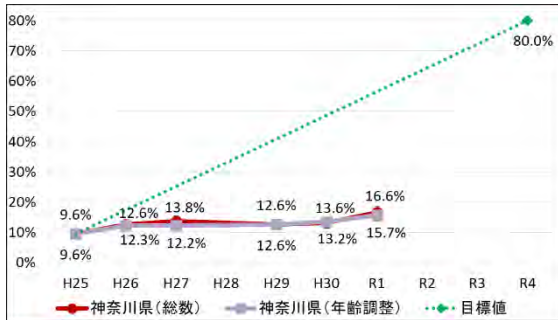


図■ 介護保険サービス利用者 左：神奈川県、右：全国

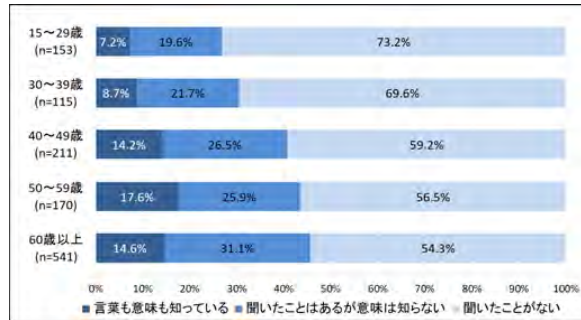
（出典：介護保険事業状況報告）

目標 22 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している20歳以上の県民の割合の増加

- 直近実績値（令和元年）は16.6%です。基準値（平成25年）の9.6%から有意な増減は認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



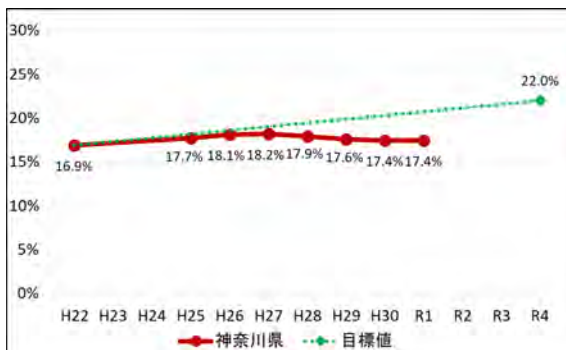
図■ ロコモティブシンドロームを認知している県民の割合（20歳以上）（出典：県民健康・栄養調査）



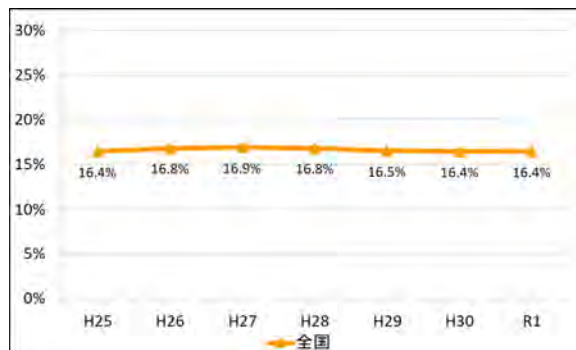
図■ ロコモティブシンドローム認知度（20歳以上）（平成29～令和元年）年齢階級別（出典：県民健康・栄養調査）

目標 23 低栄養傾向の高齢者の増加の抑制

- 直近実績値（令和元年）は17.4%です。基準値（平成22年）の16.9%と推定値を結ぶ直線よりも低値で、目標値の22.0%を下回っているため、「A 目標値に達した」と評価しました。[図■]
- ※本目標値は、平成22年を基準時点として、その出現率が今後も同じと仮定し、高齢化を加味した推定人数です。
- 経年的にみると、低栄養傾向の高齢者の割合は本県、全国ともに横ばいで推移しています。[図■]



図■ 低栄養傾向の高齢者の割合（BMI20以下）（65～74歳）（出典：県民健康・栄養調査）



図■ 低栄養傾向の高齢者の割合（BMI20以下）（65歳～74歳）（出典：国民健康・栄養調査）

イ 関連する取組
別紙のとおり

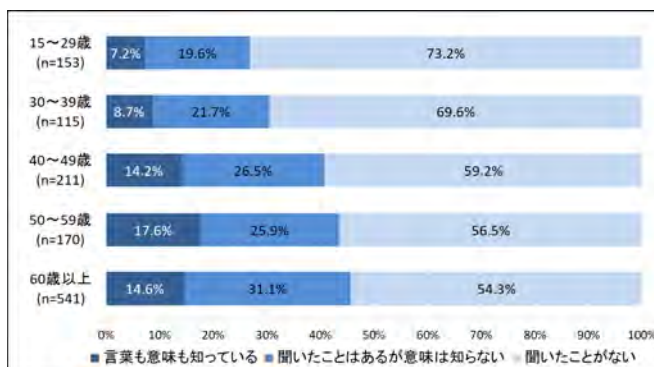
ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価
＜各目標項目の評価の要因分析＞

目標 21 介護保険サービス利用者の増加の減少は、「D 悪化している」です。

- 本県の要支援・要介護認定者率は令和元年 17.6%で全国より低く、年齢構成が比較的若いことが主な要因と考えられます。要支援・要介護認定者の増加に伴い、介護サービス利用者数が増加し、令和2年度の利用者数は、平成12年度の3.8倍となっています。¹⁾

目標 22 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している 20 歳以上の県民の割合の増加は、「C 変わらない」です。

- ロコモティブシンドロームの認知度は、言葉も意味も知っている者の割合を評価していますが、「聞いたことはあるが意味は知らない」も合わせると、平成29年～令和元年では、40歳以上で40～50%の者が認知しています。高齢になるにつれて、意識する人が増加する傾向にあります。[図■]



図■ ロコモティブシンドローム認知度(20歳以上)(平成29～令和元年) 年齢階級別 (出典：県民健康・栄養調査)

目標 23 低栄養傾向の高齢者の増加の抑制は、「A 目標に達した」です。

- 低栄養傾向の高齢者は、自然増を抑制できており、これは、地域の食生活改善や、低栄養になることを防ぐ口腔機能の維持・向上の取組がなされていると考えられます。

<目標分野全体としての評価>

高齢者の健康における目標分野全体としての評価は、「C 変わらない」です。

- 低栄養傾向の高齢者の増加は抑制できています。一方で、介護保険サービス利用者は有意に増加しており、要支援・要介護認定者の増加が原因として考えられます。¹⁾ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度は変わらない結果となり、若者の認知度の低さが要因の一つと考えられます。

エ 今後の課題

- 介護保険サービス利用者数の増加の縮小には、比較的軽度の利用者の抑制が大事で、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域包括ケアシステムの構築が進められているところです。地域全体での介護予防の仕組みづくりが必要です。
- 低栄養高齢者については、65～74歳を対象としておりますが、前期高齢者と後期高齢者では、その健康度が大きく異なることから、アプローチの内容

や方法、評価等については、分けて行う必要があります。

- 運動面の衰えであるロコモティブシンドロームだけでなく、栄養面、社会参加の面での衰えも防ぐ必要があることから、フレイルに着目した普及啓発が必要です。
- フレイル予防の3本柱は、栄養・運動・社会参加ですが、高齢者の栄養改善（メタボ予防からフレイル予防の食べ方へのギアチェンジ）で、ロコモティブシンドロームやフレイルを予防し、ひいては、介護保険サービス利用者の増加の減少につながると考えます。
- 高齢者の健康格差を広げない社会参加として『通いの場』が有効であるとの報告があります。現在体制整備が進む保健事業と介護予防の一体的実施においても、通いの場の更なる活用が期待されます。
- 高齢者に対する普及啓発の場については、『通いの場』の他、スーパーマーケット等の活用も有効と考えます。スーパーマーケットでは、食環境整備の両輪である情報へのアクセス（正しい情報の提供）と食物へのアクセス（自身のフレイル予防のための食品の入手）を併せて行うことが可能です。
- 高齢者、特に後期高齢者に対して情報発信する際には、その年代に合った方法をとることが重要であり、活用が推奨されているICTですが、受け手である高齢者にとって有効なものであるか一考する必要があります。

<参考文献 URL>

- 2016年6月17日 厚生労働省 市町村セミナー『後期高齢者の健康』
- 自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」報告書
- 千葉大学 Press Release No: 288-21-26
2021年7月発行：高齢者の健康格差を広げない社会参加は？
- 「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」解説
- ¹⁾ かながわ高齢者保健福祉計画（第8期）

(3) 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境の整備	評価
	C

ア 目標項目の評価状況

目標項目	評価
目標 54 「未病改善」の取組を行っている人の割合の増加	C
目標 55 未病センターの利用者数の増加	D
目標 24 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加	D
目標 25 健康づくり事業等において、健康格差対策を図っている市町村の増加	A

<評価区分>

- A 目標値に達した
- B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある
(B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれる)
- C 変わらない D 悪化している E 評価困難

目標 54 「未病改善」の取組を行っている人の割合の増加

- 直近実績値（令和3年）は56.9%です。基準値（平成30年）の58.3%から有意な変化は認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



図■ 「未病改善」の取組を行っている人の割合

(出典: 県民ニーズ調査、健康増進課調べ)

目標 55 未病センターの利用者数の増加

- 直近実績値（令和3年）は106,617人です。基準値（平成30年）の353,717人から有意な減少が認められ「D 悪化している」と評価しました。[図■]

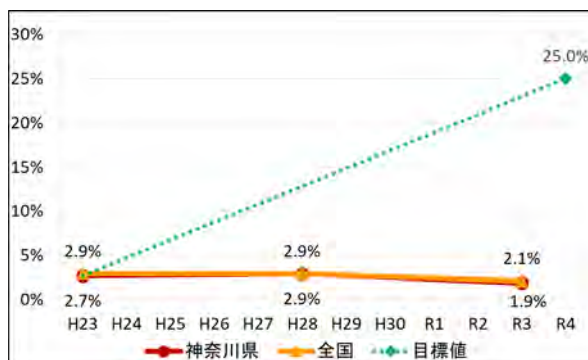


図■ 未病センターの利用者数

(出典: 健康増進課調べ)

目標 24 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加

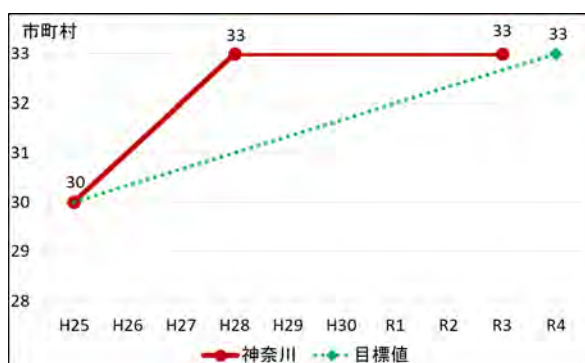
- 直近実績値(平成 28 年)は 1.9%です。基準値(平成 23 年)の 2.7%から有意な減少が認められ「D 悪化している」と評価しました。[図■]
- 全国と比較すると、本県は全国と同程度の数値で推移しています。



図■ 健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合
(出典：社会生活基本調査)

目標 25 健康づくり事業等において、健康格差対策を図っている市町村の増加

- 直近実績値(令和 3 年)は 33 市町村です。既に目標値に達しているため、「A 目標値に達した」と評価しました。[図■]



図■ 健康格差対策を図っている市町村数
(出典：健康増進課調べ)

イ 関連する取組

別紙のとおり

ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

目標 54 「未病改善」の取組を行っている人の割合の増加は、「C 変わらない」です。

- 令和 2 年までは増加傾向でしたが、令和 3 年に基準値と同水準まで減少しました。コロナ禍による外出自粛等により、運動不足や人とのかかわりの減少が生じ、「未病改善」の取組を行う機会が減少したことが原因と考えられます。

目標 55 未病センターの利用者数の増加は、「D 悪化している」です。

- 本県では、誰もが手軽に健康状態や体力等をチェックでき、専門家からのアドバイスを受けられる「未病センター」を認証し、あわせて健康支援プログラム等により未病改善に役立つ情報を提供することで、未病改善に取り組むことのできる環境整備を進めましたが、その利用者数は、平成 30 年（約 35 万人）から令和元年迄は数を伸ばしたものの、令和 2 年以降（約 10 万人）減少しました。
- これは、新型コロナウイルス感染症対策のため未病センターの利用を制限したことや、中止したことによる影響と考えられます。

目標 24 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加は、「D 悪化している」です。

- 平成 23 年から平成 28 年までは同水準で推移していましたが、令和 3 年は減少する結果となりました。新型コロナウイルス感染症の影響により、ボランティア等の社会参加の機会が減少したことが要因の一つとして考えられます。

目標 25 健康づくり事業等において、健康格差対策を図っている市町村の増加は、「A 目標値に達した」です。

- 平成 28 年に全市町村で健康格差対策が図られており、令和 3 年においても維持されています。

<目標分野全体としての評価>

健康を支え、守るための社会環境の整備における目標分野全体としての評価は、「C 変わらない」です。

- 未病改善の取組を行っている人や未病センターの利用者数、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合は、いずれも直近実績値は減少傾向です。新型コロナウイルス感染症の影響により、未病改善への取組みや社会参加等の機会が減少したことが原因として考えられます。

エ 今後の課題

- 未病センターを今後より多くの方に活用してもらうため、健康に無関心・無行動な層の利用にもつながるような取組みを検討することが必要です。
- 健康格差対策の評価については、取組みの有無のみならず、その内容についても検証が必要です。格差対策が地域性に関するものだけでなく、居住地、世帯状況、学歴、職業、雇用形態など個人の持つ社会的な属性にも着目する項目と考えます。

- 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている県民の割合の項目について、この指標が健康増進と関連を示すものかどうかについて明らかではないため、今後検証が必要です。

＜参考文献 URL＞

- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」報告書

(4) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善の促進

⑥ 歯・口腔の健康	評価
	B

ア 目標項目の評価状況

目標項目	評価
目標 44 60 歳代における咀嚼満足者の割合の増加	C
目標 45 80 歳（75～84 歳）で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合の増加	B
目標 46 60 歳（55～64 歳）で 24 本以上自分の歯を有する者の割合の増加	C
目標 47 40 歳（35～44 歳）で喪失歯のない者の割合の増加	B
目標 48 20 歳代における歯肉に異常所見の無い者の割合の増加	E
目標 49 40 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少	E
目標 50 60 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少	E
目標 51 3 歳児でむし歯がない者の割合が 80%以上の市町村の増加	A
目標 52 12 歳児の 1 人平均むし歯数が 1.0 本未満である圏域の増加	A
目標 53 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	B*

※ 目標項目 44、46、47、53 は、県民歯科保健実態調査データより通院者のみで、数値集計を行いました。

<評価区分>

A 目標値に達した

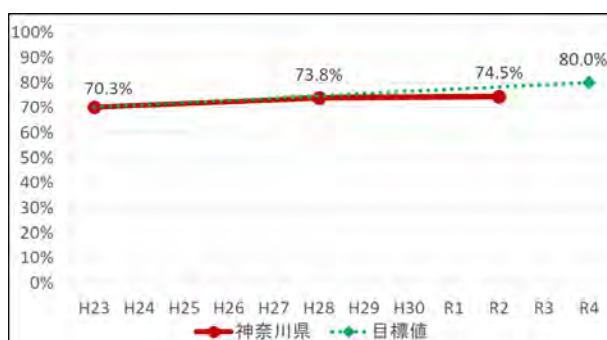
B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある)

(B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれる)

C 変わらない D 悪化している E 評価困難

目標 44 60 歳代における咀嚼満足者の割合の増加

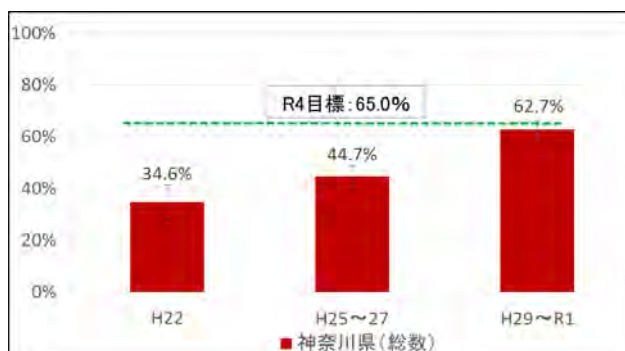
- 直近実績値（令和 2 年）は 74.5%です。基準値（平成 23 年）の 70.3%から有意な変化が認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



図■ 60 歳代における咀嚼満足者の割合
(出典：県民歯科保健実態調査)

目標 45 80 歳（75～84 歳）で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合の増加

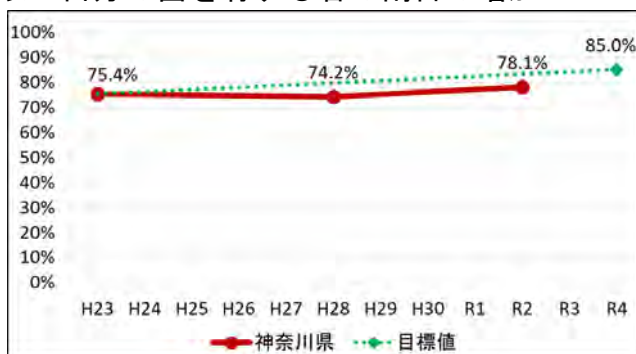
- 直近実績値（令和 2 年）は 62.7%です。基準値（平成 23 年）の 34.6%から有意な増加が認められ「B 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価しました。[図■]



図■ 80 歳（75～84 歳）で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合
(出典：県民健康栄養調査)

目標 46 60 歳（55～64 歳）で 24 本以上自分の歯を有する者の割合の増加

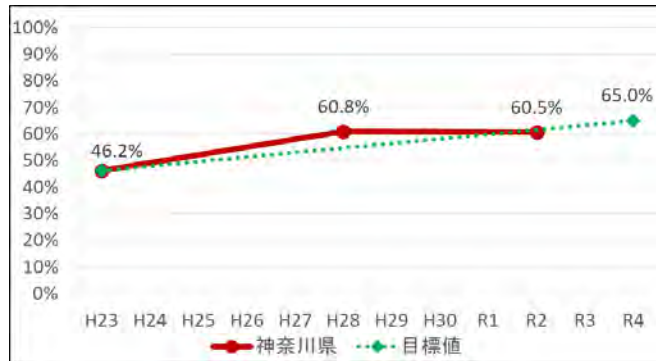
- 直近実績値（令和 2 年）は 78.1%です。基準値（平成 23 年）75.4%から有意な変化が認められず「C 変わらない」と評価しました。[図■]



図■ 60 歳（55～64 歳）で 24 本以上自分の歯を有する者の割合の増加
(出典：県民歯科保健実態調査)

目標 47 40 歳（35～44 歳）で喪失歯のない者の割合の増加

- 直近実績値（令和 2 年）は、60.5%です。基準値（平成 23 年）の 46.2%から有意な増加が認められ「B 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価しました。[図■]

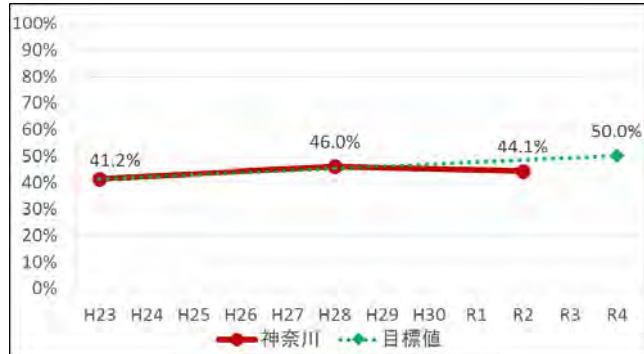


図■ 40 歳（35～44 歳）で喪失歯のない者の割合の増加

（出典：県民歯科保健実態調査）

目標 48 20 歳代における歯肉に異常所見の無い者の割合の増加

- 直近実績値（令和 2 年）は、44.1%です。本指標は、基準年と診査法が異なるため「E 評価困難」としました。[図■]



図■ 20 歳代における歯肉に異常所見の無い者の割合

（出典：県民歯科保健実態調査）

目標 49 40 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少

- 直近実績値（令和 2 年）は、54.0%です。本指標は、基準年と診査法が異なるため「E 評価困難」としました。[図■]



図■ 40 歳代における進行した歯周病を有する者の割合

（出典：県民歯科保健実態調査）

目標 50 60 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少

- 直近実績値（令和 2 年）は、70.8%です。本指標は、基準年と診査法が異なるため「E 評価困難」としました。[図 ■]

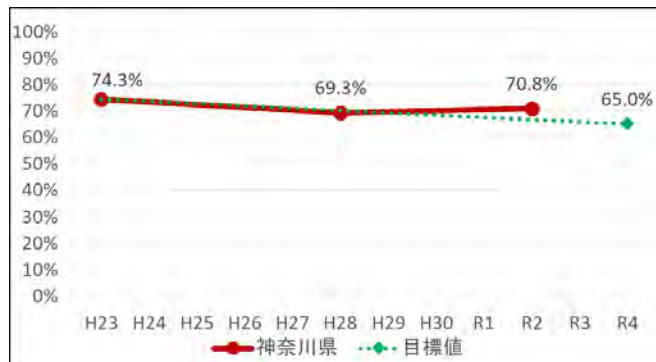


図 ■ 60 歳代における進行した歯周病を有する者の割合
(出典：県民歯科保健実態調査)

目標 51 3 歳児でむし歯がない者の割合が 80%以上の市町村の増加

- 直近実績値（令和 3 年）は、33 市町村で目標値を達成しているため「A 目標値に達成した」と評価しました。[図 ■]

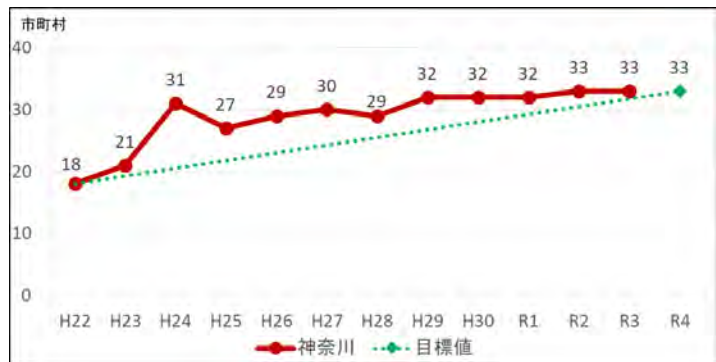


図 ■ 3 歳児でむし歯がない者の割合が 80%以上の市町村の増加
(出典：県母子保健報告及び健康増進課調べ)

目標 52 12 歳児の 1 人平均むし歯数が 1.0 本未満である圏域の増加

- 直近実績値（令和 3 年）は、8 圏域で目標値を達成しているため「A 目標値に達した」と評価しました。
- 平成 29 年から令和元年にも本指標は、8 圏域であり目標値を達成しています。[図 ■]

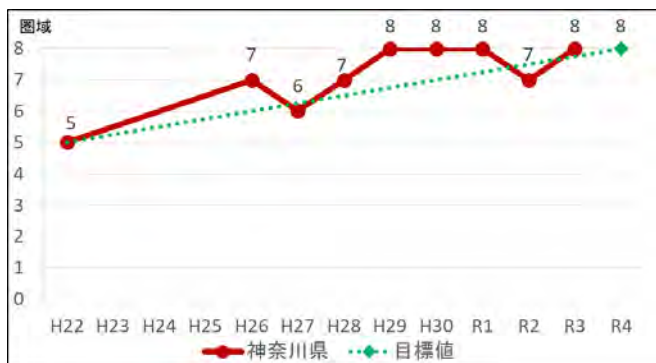
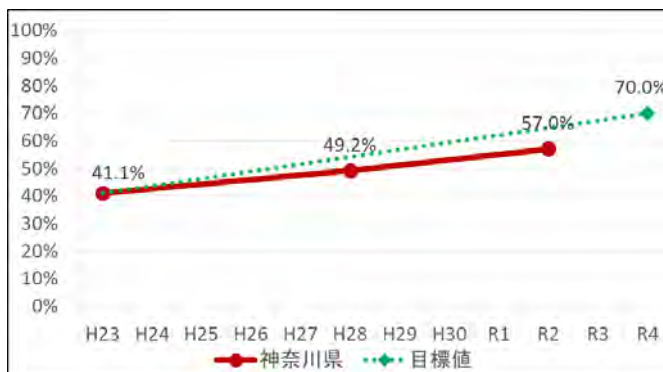


図 ■ 12 歳児の 1 人平均むし歯数が 1.0 本未満である圏域の増加
(出典：神奈川県定期歯科検診結果に関する調査)

目標 53 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

- 直近実績値（令和2年）は57.0%です。基準値（平成23年）の41.1%から有意な増加が認められ「B※ 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価しました。[図■]



図■ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合

(出典：県民歯科保健実態調査)

イ 関連する取組

別紙のとおり

ウ 各目標項目の評価に係る分析及び分野全体としての評価

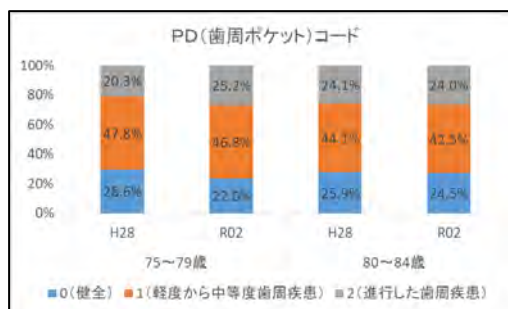
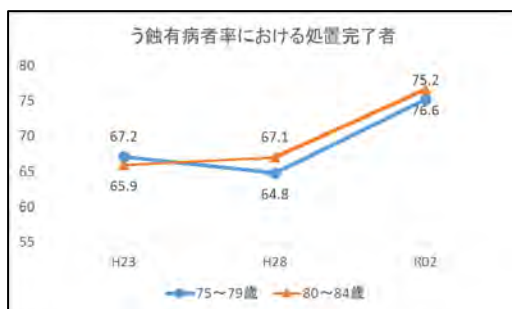
<各目標項目の評価の要因分析>

目標 44 60歳代における咀嚼満足者の割合の評価は、「C 変わらない」です。

- 60歳で24本以上自分の歯を有する者の割合や、進行した歯周疾患を有する者の割合が改善していません。主観的な咀嚼の状況は、歯の本数や歯周疾患による歯の動揺、口腔機能等も影響することから、改善しなかったと考えられます。

目標 45 80歳（75～84歳）で20本以上の自分の歯を有する者の割合の増加の評価は、「B 現時点で目標値に達していないが、改善している」です。

- 長年にわたる8020運動推進の成果が現れてきたこと、また歯の喪失は口腔機能やQOL（生活の質）にも影響することが報告されるようになったことなどから、歯を保存しようとする意識が高まったことが要因として考えられます。なお、本指標の出典（県民歯科保健実態調査）の調査結果において、「う蝕処置完了者」や「進行した歯周疾患を有する人」は増加し



ており歯を保存する傾向が伺えます¹⁾。

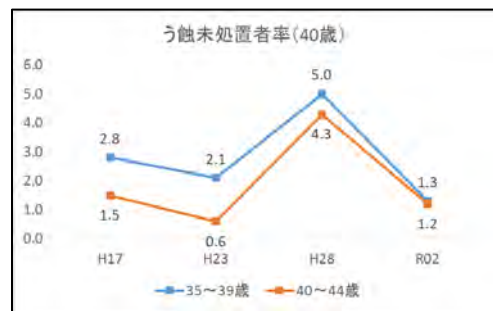
※参考：う蝕処置完了者、進行した歯周疾患を有する人
(出典：県民歯科保健実態調査)

目標 46 60 歳 (55~64 歳) で 24 本以上自分の歯を有する者の割合の増加の評価は、「C 変わらない」です。

- 歯の喪失につながる要因で、歯周疾患の指標「60 歳代における進行した歯周疾患を有する者の割合」も改善しておらず、歯科疾患の罹患状況が要因として考えられます。

目標 47 40 歳 (35~44 歳) で喪失歯のない者の割合の増加の評価は、「B 現時点で目標値に達していないが、改善している」です。

- 本指標の出典（県民歯科保健実態調査）の調査結果から、う蝕の未処置者率が令和 2 年度調査で減少し、喪失歯のない者の割合増加につながった要因として考えられます¹⁾。



※参考：う蝕未処置者率
(出典：県民歯科保健実態調査)

目標 48 20 歳代における歯肉に異常所見のない者の割合の増加の評価は、「E 評価困難」です。

- 基準値と直近実績値において、歯周組織診査の評価が異なります。

目標 49 40 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少の評価は、「E 評価困難」です。

- 基準値と直近実績値において、歯周組織診査の評価が異なります。

目標 50 60 歳代における進行した歯周病を有する者の割合の減少の評価は、「E 評価困難」です。

- 基準値と直近実績値において、歯周組織診査の評価が異なります。

目標 51 3 歳児でむし歯がない者の割合が 80%以上の市町村の増加の評価は、「A 目標値に達した」です。

- むし歯がない者の割合の増加の要因は、フッ化物応用の効果、保護者への歯

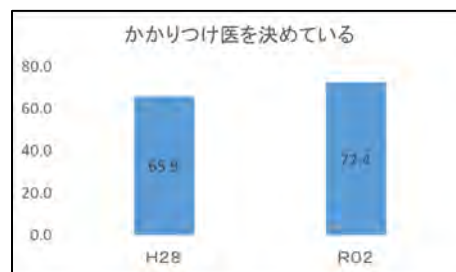
科保健指導の効果、保護者の歯科保健に対する意識の高まり等が考えられます。県では、乳幼児歯科健診実施主体の市町村と連携し、う蝕リスク要因が高い児に対してフッ化物応用や保護者への歯科保健指導などのフォローアップを実施してきたことが目標到達した要因と考えられます。

目標 52 12 歳児の 1 人平均むし歯数が 1.0 本未満である圏域の増加の評価は、「A 目標値に達した」です。

- フッ化物応用の普及が進んだことや、かかりつけ歯科医をもち定期的に検診を受ける機会が増えるなど、歯科保健に対する意識の高まりが考えられます。

目標 53 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加の評価は、「B※ 現時点で目標値に達していないが、改善している」です。

- 本指標の出典（県民歯科保健実態調査）の調査結果において、「かかりつけ歯科医を決めている」者が増加し、歯や歯肉の健康に対する意識の高まりが、要因として考えられます¹⁾。



※参考：かかりつけ歯科医を決めている
（出典：県民歯科保健実態調査）

<目標分野全体としての評価>

目標全体の評価は、「B 現時点で目標値に達成していないが、改善している」でした。

- 「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は改善し、県民の歯科保健に対する意識の高まりがうかがえます。う蝕の状況については、3 歳児及び 12 歳児で改善し目標達成しています。歯周疾患の状況については、診査方法が同一である中間評価以降で変化は認められませんでした。また、歯の喪失防止については、「40 歳（35～44 歳）で喪失歯のない者の割合」と「80 歳（75 歳～84 歳）で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合」が改善しています。

エ 今後の課題

【むし歯対策について】

- 乳幼児期及び学齢期のむし歯に罹患する者は改善しています。むし歯リスクは、全ての人にあり、食生活、歯みがき習慣、フッ化物応用等により発症リスクは異なります。引き続き、かかりつけ歯科医を持つことや地域の実情に応じたむし歯対策の普及啓発、歯科保健指導が必要です。

- 近年、生活環境、社会環境などの要因により、むし歯の罹患状況に健康格差が生じているという報告があり、多様な関係者と連携した対応が必要です。むし歯罹患状況を分析し、それに基づく効果的なむし歯対策の実施が必要です。

【歯周疾患対策について】

- 成人期及び高齢期の歯周疾患に罹患する者は変わらない状況です。歯周疾患は、症状が進行し痛みや歯の揺れなどが生じるまで、気づきにくい特徴があります。歯みがき習慣を含む生活習慣の改善、毎日のセルフケアと、かかりつけ歯科医による定期的な専門的ケアの重要性など、歯周疾患対策の関心を高める普及啓発が必要です。
- 歯周疾患対策は、適切な歯科口腔保健行動を定着させるためにも、若い世代を含めて、年代の特性に合わせた普及啓発が必要です。

【多歯高齢社会における口腔機能対策について】

- 80歳で20本以上の自分の歯を有する者、40歳（35～44歳）で喪失歯のない者については改善しています。しかし、60歳（55～64歳）で24本以上の自分の歯を有する者、60歳代における咀嚼満足者の割合は変わらない状況です。歯の喪失を防ぐことは、食べること、話すこと等QOL（生活の質）に影響するため、むし歯及び歯周疾患対策と口腔機能の維持向上の取組が必要です。
- 口腔機能の維持向上には、引続きオーラルフレイル対策を実施するとともに、乳幼児期及び学齢期における適切な口腔機能の獲得が重要です。年代に応じた口腔機能対策の普及啓発が必要です。

【歯及び口腔の健康づくり対策について】

- 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合は増加しています。「かかりつけ歯科医を持って、年に1度は歯科検診を受ける」などの県民が取組む行動目標「健口かながわ5か条」について、引続き普及啓発を実施していく必要があります。また、県民が適切な歯科保健行動に取り組めるよう、歯及び口腔の健康づくりに関する普及啓発も必要です。

<参考文献 URL>

- 1) 令和2年度県民歯科保健実態調査
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/cz6/cnt/f417679/r2-kenminshikahokenkekka.html>