

序章 計画改定にあたって

1 計画改定の趣旨

国では、平成12年（2000年）に健康増進法第7条第1項の規定に基づく、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を策定し、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進してきました。

この健康日本21は、「生活の質※の向上」と「健康寿命※の延伸」を目標として掲げ、従来の疾病の早期発見・早期治療を中心とした「二次予防」に加え、生活習慣の改善を通して健康を増進し、病気にかかりにくい体づくりを目指す「一次予防」対策を積極的に推進することを目的としたものです。

○生活の質（QOL=Quality of Life）

物理的な豊かさやサービスの量、個々の身辺自立だけでなく、精神面を含めた生活全体の豊かさと自己実現を含めた概念です。

○健康寿命

2000年にWHO（世界保健機構）が提唱した概念です。厚生労働省の定義によれば、「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」のことを言います。つまり、日常的に介護などのお世話にならず、自立した健康な生活ができる期間のことです。

この間、生活環境の改善や医学の進歩などにより、2000年（平成12年）に81.08歳であった日本人の平均寿命が、2015年には83.84歳に延伸しました。しかし、一方では食生活の変化や運動不足などにより、がんや心疾患、脳血管疾患及び糖尿病などの「生活習慣病」が増加し、平均寿命の延伸に伴う高齢化率の上昇と相まって「生活習慣病」の後遺症や合併症により要介護者も増加しています。

このような状況を踏まえ、国では、平成24年に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*を改定して、引き続き生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した「21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）」が平成25年度よりスタートしました。

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24年7月10日改定版）における5つの基本的方向性

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
 - 健康寿命の延伸
 - 健康格差の縮小
- (2) 主な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
 - がん（死亡率低下：受診率向上）
 - 循環器疾患（死亡率低下：メタボ予備群・該当者の減少等）
 - 糖尿病（合併症の減少：治療継続者の増加等）
 - COPD（慢性閉塞性肺疾患）（認知度の向上）
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
 - こころの健康（自殺者の減少：気分障害・不安障害の減少等）
 - 次世代の健康（健康な生活習慣を有する子どもの増加等）
 - 高齢者の健康（MC I 高齢者の発見率向上：低栄養の減少等）
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
 - 地域のつながりの強化
 - 健康づくり活動に関わっている国民の増加
 - 健康づくりに取り組む企業数の増加
 - 身近で専門的な相談が受けられる拠点の増加
 - 健康格差対策に取り組む自治体の増加
- (5) 生活習慣及び社会環境の改善
 - 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

三春町においても、町民の健康づくりを一層推進するため、健康日本21（第二次）の基本方針を踏まえ、町の健康課題に対応した行動計画として「健康みはる21（第二次）」を策定します。

2 計画の性格

この計画は、健康増進法第8条第2項^{*}の規定に基づく「市町村健康増進計画」であり、国の「健康日本21（第二次）」及び福島県の「第二次健康ふくしま21計画」との整合性を図るとともに、町の長期総合計画である「第7次三春町長期計画（平成27年度～平成36年度）」の考えを基本として、三春町の実情に合った町民の健康づくりを推進するための計画とします。

健康増進法抜粋

（都道府県健康増進計画等）

第8条 都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画（以下「市町村健康増進計画」という。）を定めるよう努めるものとする。

3 都道府県及び市町村は、都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

なお、この計画は、「自らの健康は、自らが守る」という意識をもって、町民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組むための指針であるとともに、個人の健康づくりを地域や行政、企業や学校などが一体となって、社会全体で取り組んでいく、地域づくりの指針となるものです。

図-1 計画の性格



3 計画の期間

この計画の計画期間は、平成30年度（2018年度）から平成34年度（2022年度）までの5年間とします。

〈表-1 計画期間〉

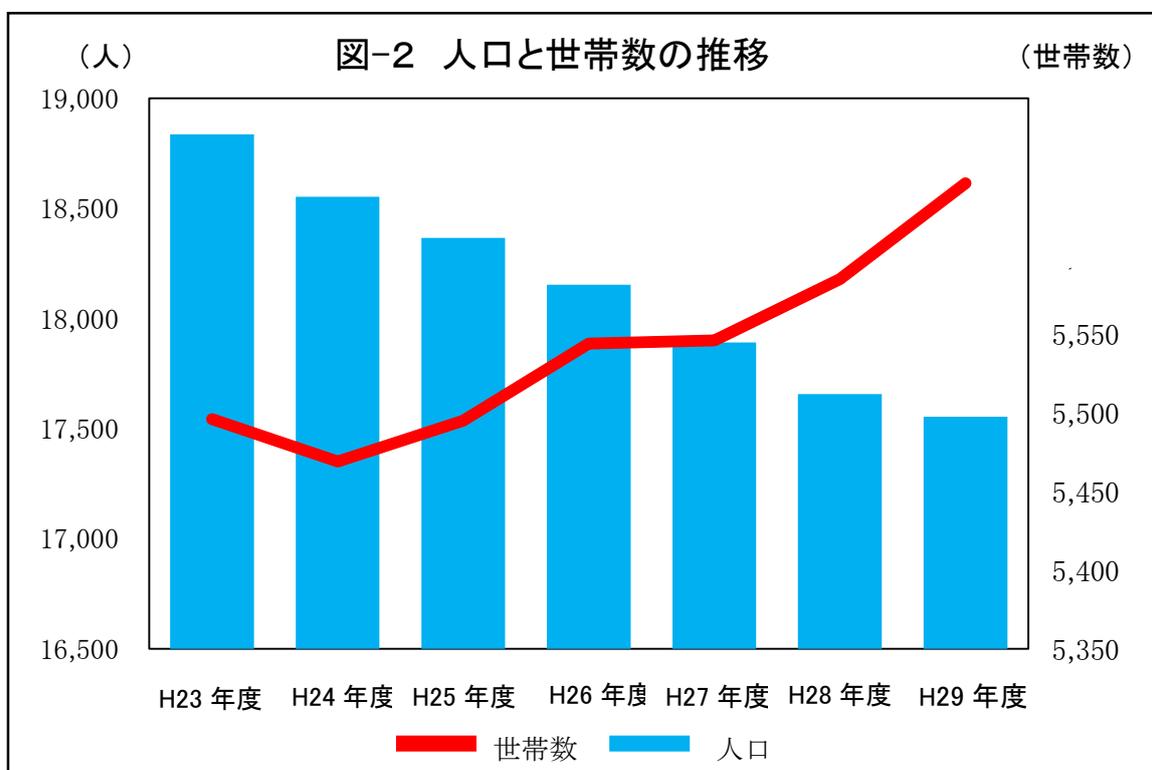
25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度
2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
健康日本21（第二次）									
第二次健康ふくしま21計画									
第7次三春町長期計画									
健康みはる21（第2次）									

第1章 健康づくりをめぐる現状

1 人口と世帯数の推移

三春町における人口と世帯数の推移を表したのが図-2です。年々人口が減少し、それと反比例して世帯数が増加しており、核家族化が依然進展している実態がうかがえます。

なお、図-2については、人口推移の現状把握が目的であり、5年に一度実施される国勢調査の結果を踏まえ調製される現住人口*ではなく、住基人口*を基に作成しています。



年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
現住人口	18,039人	17,756人	17,573人	17,360人	17,098人	18,170人	18,068人
住基人口	18,836人	18,552人	18,366人	18,153人	17,891人	17,656人	17,554人
世帯数	5,496世帯	5,469世帯	5,495世帯	5,544世帯	5,546世帯	6,243世帯	6,304世帯

基準日：4月1日

○現住人口について

国勢調査の人口を基にして、転入、転出、出生、死亡などの届出を加減して調製した人口です。

平成23年度から平成27年度の現住人口は、平成22年10月1日に行われた国勢調査の結果を基に加減調製した人口であり、平成28年度の現住人口は、平成27年10月1日に行われた国勢調査の結果を基に調製しているため、前年度の人口や、世帯数との間の差が大きくなっています。

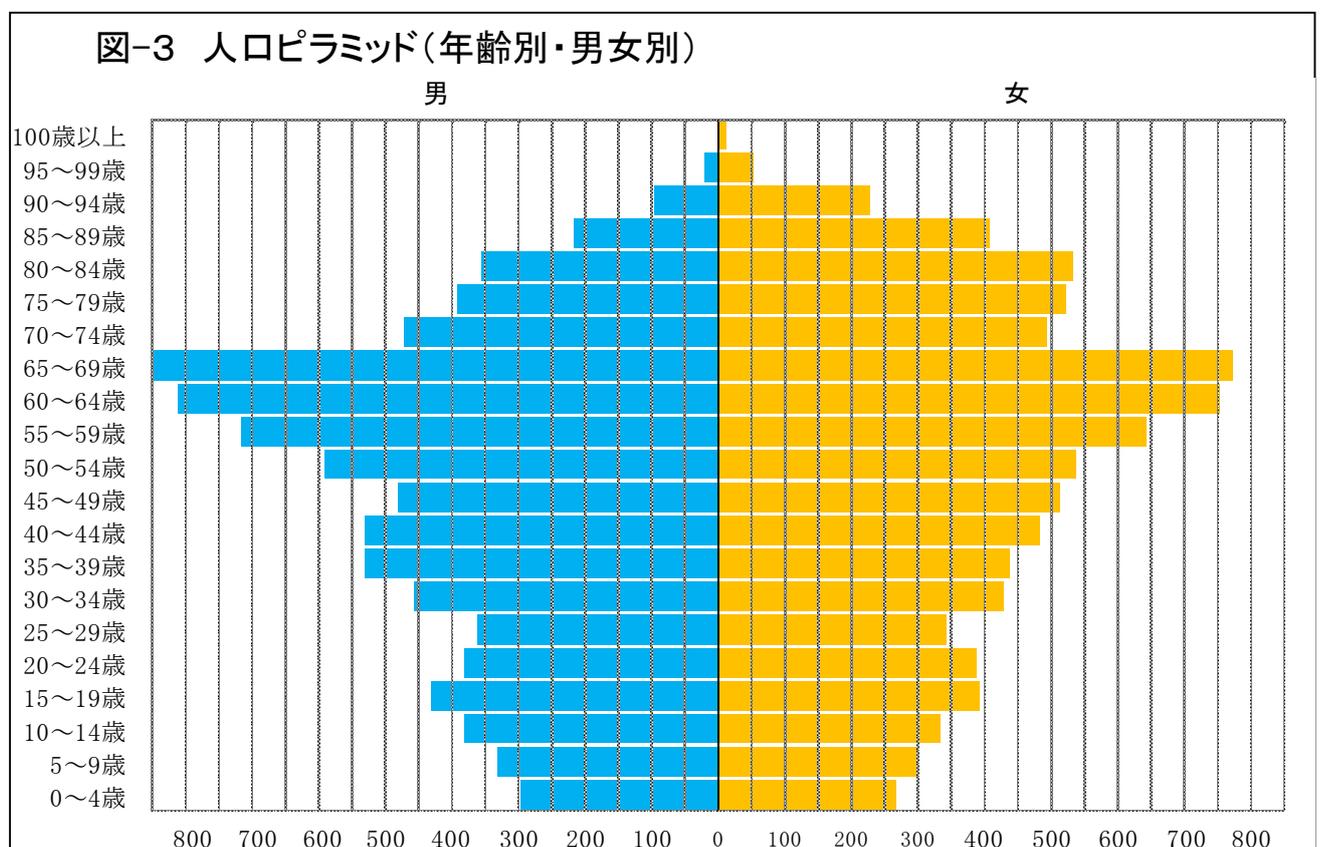
○住基人口について

住民基本台帳人口のことで、住民票に記載されている人の数です。

通勤や通学などで、町内に居住せずに実際は転出しているが住民票を三春町から移動していない人（逆に、転入しているが住民票を三春町に移動していない人）がいるため、現住人口との間に差異が生じています。

2 人口構造

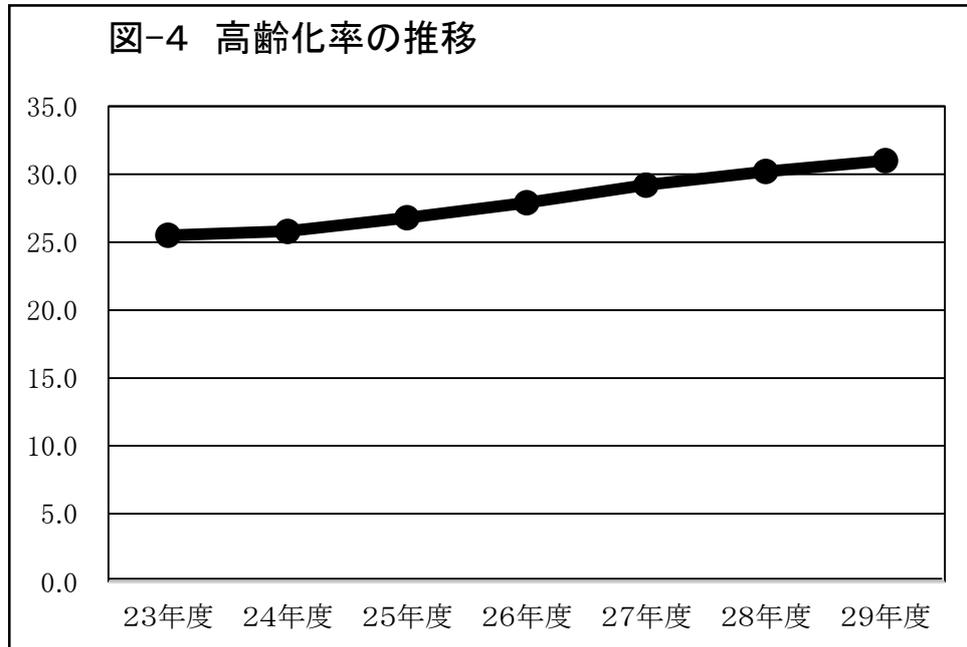
平成29年4月1日時点での三春町の人口構造を表しているのが、図-3の人口ピラミッドです。



データ：三春町住民基本台帳人口

3 高齢化率

高齢化率は年々高くなり、三春町の人口構成からも明らかなように、今後も増加していくことが予想されます。

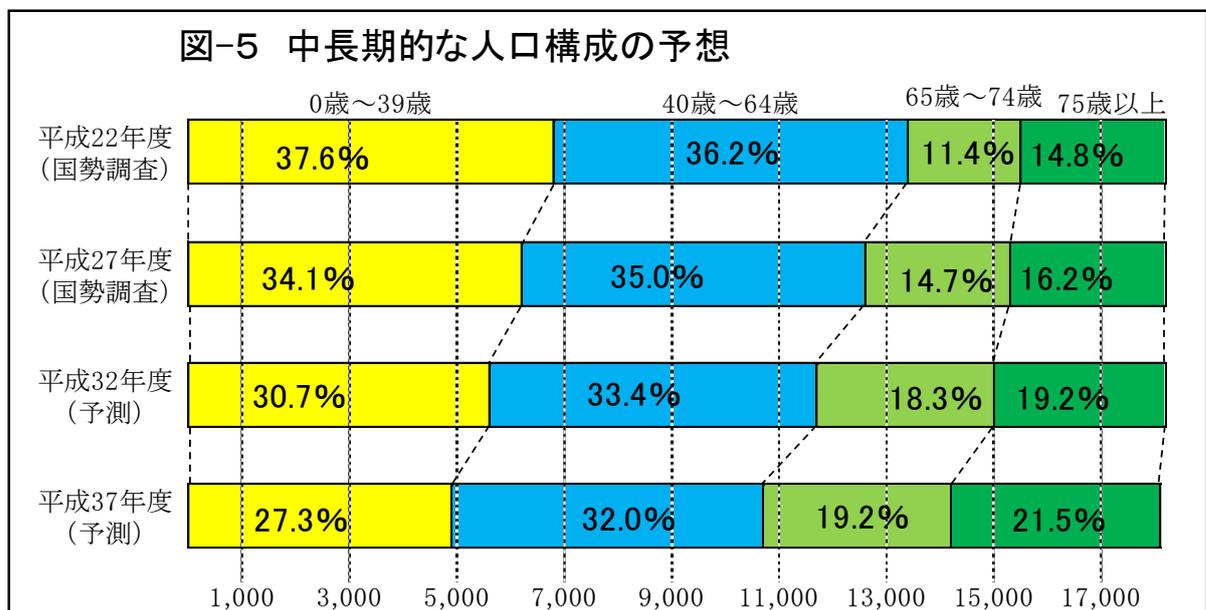


	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
高齢化率	25.5%	25.8%	26.8%	27.9%	29.2%	30.2%	31.0%

データ：住民基本台帳年齢別人口統計（基準日 4月1日）

4 中長期的な人口構造の予想

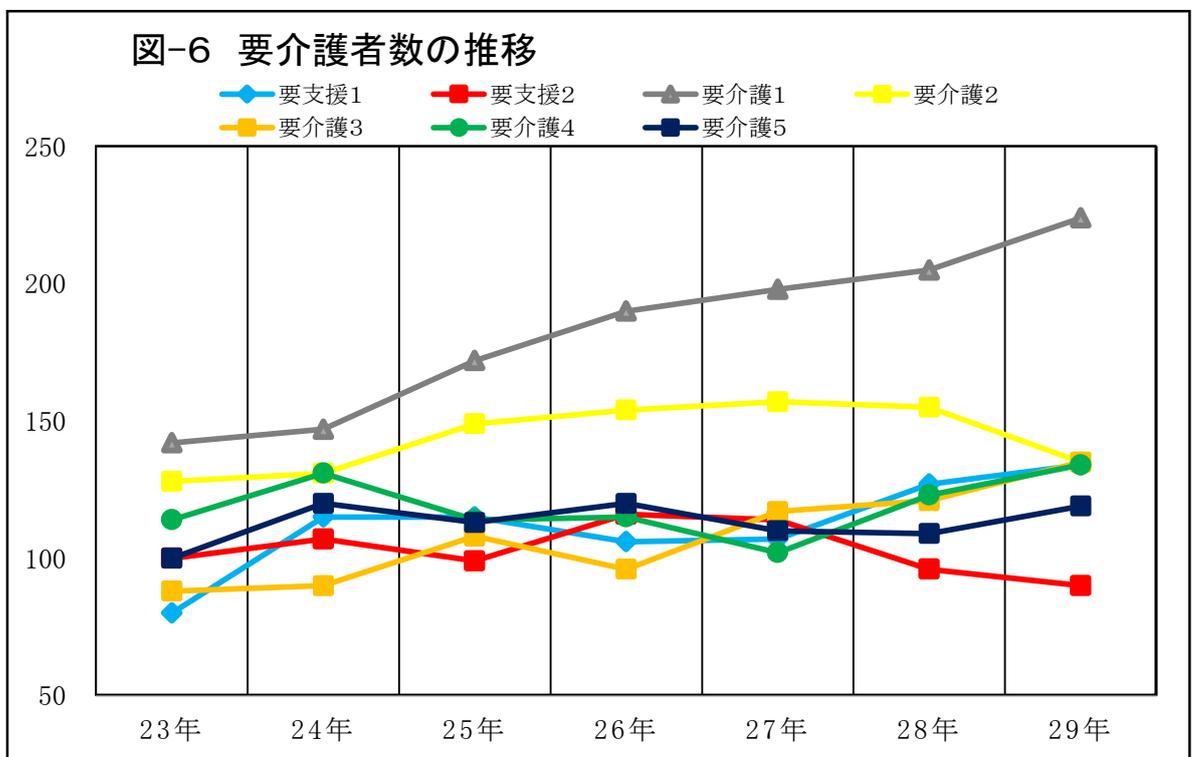
今後の高齢化率の伸びと現在の人口構成から中長期的な人口構成を予想したのが図-5です。平成37年度には5人に一人が75歳以上の高齢者と予測されています。



5 要介護者数

三春町の要介護者（要支援者を含む）は、高齢化の進展に伴い、年々増加してきています。今後も、高齢化率の上昇に比例して、要介護者は増加するものと推測されます。

要介護者の内訳の推移を示したのが、図-6の要介護者数の推移です。要支援1、2及び要介護3、4、5については、あまり変動がありませんが、要介護1については微増傾向、要介護2については緩やかではありますが、減少傾向にあります。



(人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
23年	80	100	142	128	88	114	100	752
24年	115	107	147	131	90	131	120	841
25年	115	99	172	149	108	114	113	870
26年	106	116	190	154	96	115	120	897
27年	107	114	198	157	117	102	110	905
28年	127	96	205	155	121	123	109	936
29年	134	90	224	135	135	134	119	971

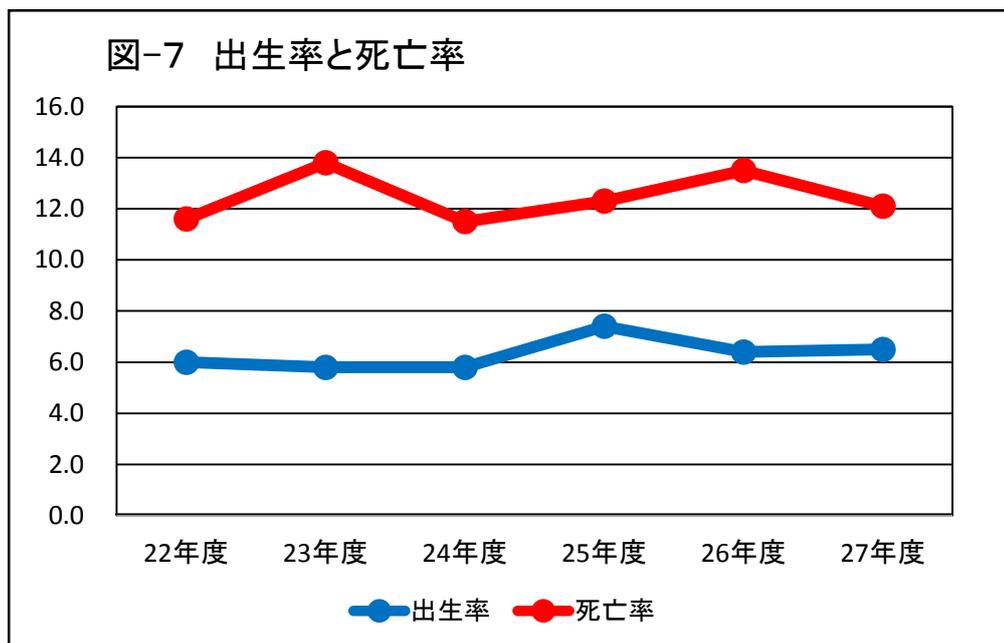
データ：三春町介護保険システム認定ソフトデータ（基準日3月31日）

6 出生率と死亡率

人口1,000人あたりの出生数を示す普通出生率は、平成22年度から平成27年度までの6年間で、平均が6.3となっています。

また、人口10万人あたりの年間死亡者数を示す死亡率は、平成22年度から平成27年度までの6年間で、平均12.5となっています。

6年間の推移については、出生率及び死亡率のいずれもが概ね横ばいで推移していることが分かります。



	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度
出生数(人)	110	100	102	131	115	118
出生率	6.0	5.8	5.8	7.4	6.4	6.5
死亡者数(人)	212	239	200	218	242	220
死亡率	11.6	13.8	11.5	12.3	13.5	12.1

データ：保健統計の概況

【参考】平成23年度～平成27年度の死亡原因一覧（資料編 39ページ）

7 死亡原因上位5項目の推移（男女別）

三春町における平成22年度から平成27年度までの6年間ににおける死亡原因上位5項目（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、老衰）を年度別、男女別に集計したのが表-2です。

なお、自殺者の実に9割以上の人が、うつ病や統合失調症などの精神疾患を抱えているとの現状から、自殺者数も合わせ掲載しています。

〈表-2 死亡原因上位5項目の推移〉 (人)

		悪性 新生物	心疾患 (高血圧性 除く)	脳血管疾 患	肺炎	老衰	自殺
平成 22 年度	男	43	16	12	15	1	1
	女	22	15	9	9	7	4
	計	65	31	21	24	8	5
平成 23 年度	男	42	14	14	9	5	7
	女	23	15	12	11	14	3
	計	65	29	26	20	19	10
平成 24 年度	男	40	17	8	9	3	3
	女	21	23	9	7	11	2
	計	61	40	17	16	14	5
平成 25 年度	男	32	9	8	12	5	6
	女	27	23	16	9	2	0
	計	59	32	24	21	7	6
平成 26 年度	男	38	24	12	12	1	1
	女	27	22	12	14	2	0
	計	65	46	24	26	3	1
平成 27 年度	男	34	14	11	10	2	2
	女	24	15	18	11	5	2
	計	58	29	29	21	7	4

データ：保健統計の概況

【参考】死亡原因上位5項目（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、老衰）及び自殺者数の年度別、男女別推移（資料編 40～43ページ）

【参考】悪性新生物発症部位別一覧（資料編 43ページ）

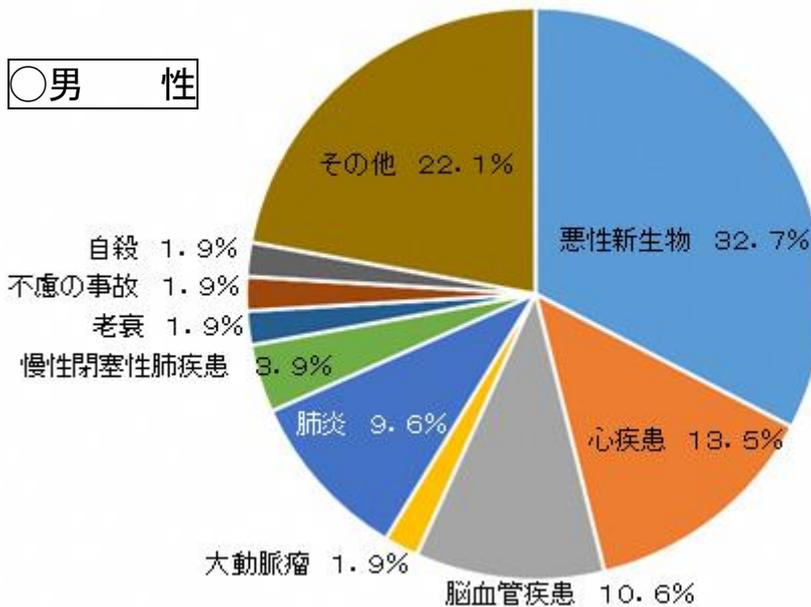


8 平成27年度の主な死亡原因（男女別内訳） (人)

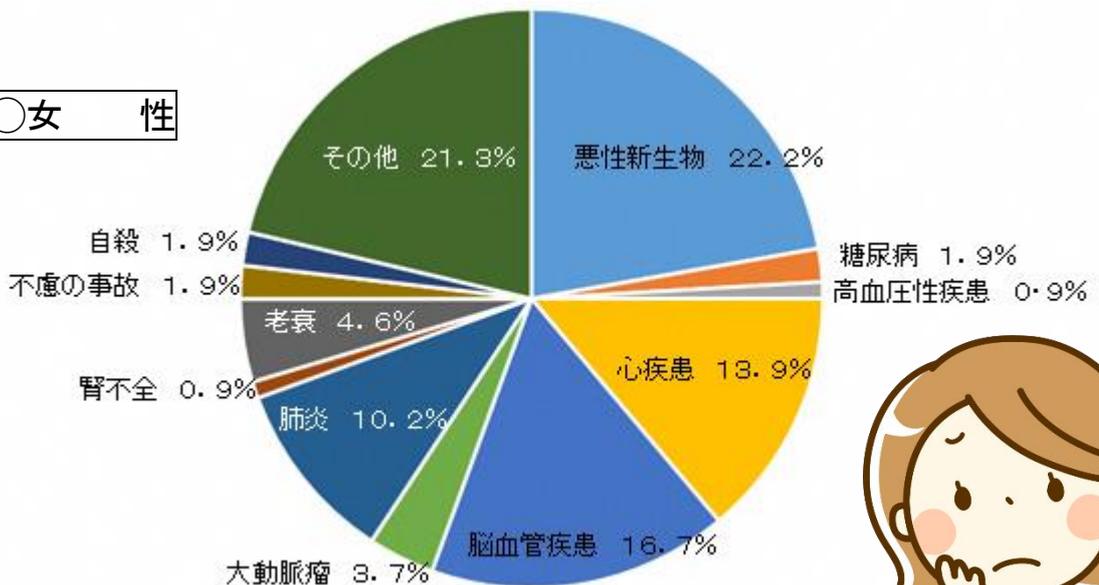
死亡原因	男	女	計
悪性新生物	34	24	58
心疾患(高血圧性除く)	14	15	29
脳血管疾患	11	18	29
肺炎	10	11	21
老衰	2	5	7
不慮の事故	2	2	4
大動脈瘤	2	4	6
自殺	2	2	4
慢性閉塞性肺疾患	4	0	4
高血圧性疾患	0	1	1
腎不全	0	1	1
糖尿病	0	2	2
肝疾患	0	0	0

データ：保健統計の概況

○男性



○女性



第2章 健康づくりの基本目標

1 基本目標

(1) 健康寿命の延伸

町民一人ひとりが生涯を通じて、心身ともに健康で自立した生活を営むことができる状態が理想であり、全ての町民が健康で心身ともに自立した生活ができる期間（健康寿命）の延伸を目標とします。

なお、目標の達成状況を判断する指標としては、福島県が公表する福島県市町村別「お達者度^{*}」算定結果を活用することとします。

○お達者度

お達者度は、65歳を起点に日常生活の動作が自立している状態を「健康」とし、65歳時の平均余命のうち、介護保険の要介護度1以下で過ごす「健康な期間」を示しています。要介護度2以上と認定されて過ごす期間は「不健康な期間」と定義され各市町村の値を人口や死亡数、要介護認定者数から計算したものです。

平成29年11月17日に発表された三春町の「お達者度」（健康な期間の平均）は次のとおりです。

男 性		女 性	
①65歳時の平均余命	19.43歳	①65歳時の平均余命	23.72歳
②お達者度	18.07歳	②お達者度	20.64歳

【参考】平成25年（2013年）お達者度抜粋（資料編 44ページ）

(2) 主観的健康感の向上と社会参加の推進

超高齢社会にあって、生活習慣による慢性疾患や加齢に伴う疾患などに罹患しても、病気とうまくつきあいながら、健康管理をしていくことも、今後ますます重要となってきます。

健康とは、「からだの健康」のみならず、「こころの健康」、「社会（人間関係）の健康」などの要因も重要です。客観的には心身に病気を抱えていても「自分は健康である」と感じ、毎日生き生きと暮らせる主観的な健康感を向上させるため、地域環境の整備、社会参加の推進を目標とします。なお、目標の達成状況を判断する指標としては、3年に一度実施する介護予防日常生活圏域ニーズ調査の集計結果を活用することとします。

2 対応方針

(1) 住民主体の健康づくりの推進

健康づくりは、住民一人ひとりが、「自分の健康は自分で守る」という意識を持って、主体的に取り組んでいくことが基本です。

そのため、住民一人ひとりに対して、自主的取り組みの重要性と健康についての意識の高揚を図っていきます。

(2) 健康を支える地域づくりの推進（ヘルスプロモーション[※]の推進）

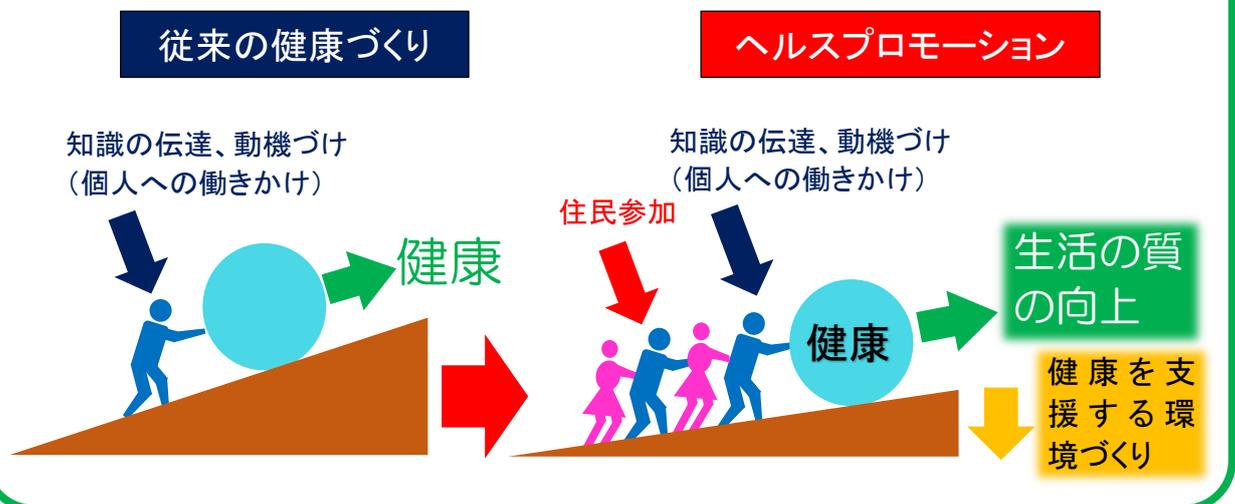
住民一人ひとりが健康づくりを主体的に取り組んで行くためには、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を地域全体で支援していくための仕組みづくりが必要です。

このため、行政や医療機関などの関係団体が連携して、個人が取り組む健康づくりを地域全体で支援していく体制の整備を推進します。

○ヘルスプロモーションとは

ヘルスプロモーションは1989年にカナダのオタワにて行われた会議において、WHOが提唱した健康への取り組みについての考え方です。

ヘルスプロモーションは「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義され、個人個人が自らの健康づくりのために積極的に活動できるようにする取り組みであり、個人を取り巻くさまざまな環境を、国や地域などが整えていくことで実現していこうという考えです。



(3) 生活習慣病の重症化予防の推進

生活習慣病り患者の減少に向け、引き続き一次予防を重視した健康づくりを推進するとともに、生活習慣病に罹患した後の進行を抑える重症化予防にも重点的に取り組めます。

(4) 健康を感じられる地域づくりの推進

病気や障害を抱えても、その人を取り巻く環境を調整することにより、自分が健康であると自覚できる期間を確保することができます。

つまり、客観的には病気などを抱えていても、その人にとって安楽が失われることのない健康感を支える仕組みづくりが重要であり、ICF*の考えに基づく地域づくりを推進します。

○ICF（国際生活機能分類）とは

International Classification of Functioning, Disability and Health の略で、2001年に世界保健機構（WHO）で採択されました。正式名称を「生活機能・障害・健康の国際分類」といいます。

「ICF」では下図のように「健康状態」「心身機能・構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」の各要素それぞれが相互作用していると考えます。つまり、障害（病気＝生きづらさ）を個人の問題とするのではなく、環境との関係でとらえるという考え方です。

