

第2次雄武町健康増進計画 (第2次健康おうむ2Ⅰ)

令和6年3月
雄武町

目 次

第1章 計画策定に当たって	1
第1 計画策定の趣旨	3
第2 国の動向	4
1 健康日本21(第三次)	4
2 第4次食育推進計画	5
3 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)	5
4 第4期がん対策推進基本計画	6
5 SDGs の視点	6
第3 計画の位置づけ	7
1 法的根拠と他計画との関係	7
第4 計画の期間	9
第5 計画の対象	9
第2章 雄武町の概況と特性	11
第1 町の概要	13
第2 健康に関する概況	14
1 人口構成	15
2 平均余命と平均自立期間	16
3 介護保険	17
4 出生	18
5 後期高齢者医療	18
6 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等	19
第3章 個人の行動と健康状態の改善	23
第1 町の過去と現在	25
第2 生活習慣の改善	27
1 栄養・食生活	27
2 身体活動・運動	35
3 休養・睡眠	39
4 飲酒	43
5 喫煙	47
6 歯・口腔の健康	49
第3 生活習慣病の発症予防・重症化予防	54
1 がん	54
2 循環器病	60
3 糖尿病	71

4 COPD(慢性閉塞性肺疾患)	75
第4 生活機能の維持・向上	77
第4章 社会環境の質の向上	79
第1 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上	81
第2 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	85
第5章 計画の推進	95
第1 健康増進に向けた取組みの推進	97
第2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	98

第1章 計画策定に当たって

第1 計画策定の趣旨

近年の新型コロナウイルス感染症の拡大は、テレワークやオンライン会議等の浸透など、勤務スタイルに大きな変化をもたらすとともに、外出自粛によるストレスなど、人々の生活様式に大きな影響を与えた。さらに、個々人の健康に対する意識や行動も大きく変化しており、これからの町民生活には、よりきめ細かな健康づくり対策が必要となっています。

また、2015(平成27)年に、国連総会で持続可能な開発目標が採択され、持続可能な社会を実現するための17の目標が設定されたことを受け、町民の日常生活においてもSDGsの考え方が浸透しつつあります。

このような状況のなか、国では令和5年度に、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に基づき、第5次国民健康づくり対策である「21世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」が策定されました。

この健康日本21(第三次)では、以下のとおり、新たな健康課題や社会背景、国際的な潮流等を踏まえ、取り組んでいくことが必要としています。

◆今後予想される社会変化◆

- 少子化・高齢化がさらに進み、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加する。
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、仕事と育児・介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じ社会の多様化がさらに進む。
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーション(DX)が加速する。
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応が進む。

本町においては、平成27年度に生活習慣病予防に視点を置いた、「健康おうむ21～雄武町健康増進計画～」を策定し、様々な施策を展開してきました。令和5年度に本計画が最終年度を迎えることから、本町の現状を踏まえ、これからの健康づくりに向けて、人々の意識や行動の変化に対応した取組みを推進するため、令和6年度を初年度とする次期計画となる第2次雄武町健康増進計画(第2次健康おうむ21)を策定します。

第2 国の動向

Ⅰ 健康日本21(第三次)

国の「健康日本21(第三次)」では、以下のとおり、4つの基本的な方向が示されています。

健康日本21(第三次) 基本的な方向

基本的な方向1 健康寿命の延伸・健康格差の縮小

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人をとりまく社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

基本的な方向2 個人の行動と健康状態の改善

すでにがんなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけではない健康づくりが重要であることに鑑み、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。

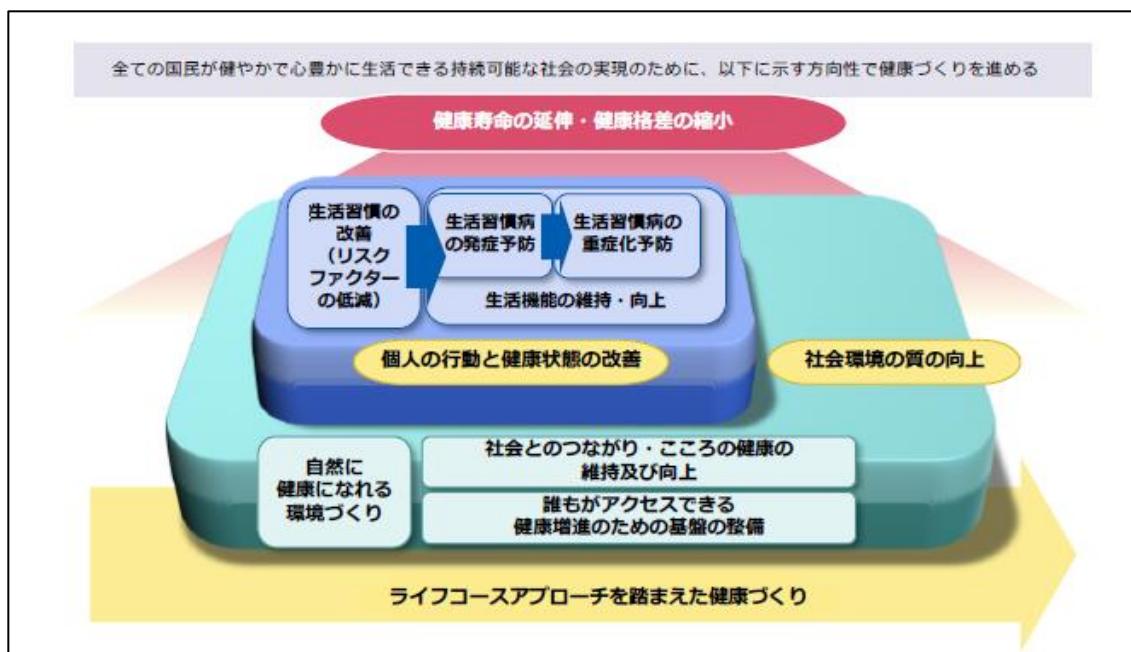
基本的な方向3 社会環境の質の向上

関係省庁とも連携しつつ、就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るために環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図るための取組を進める。

基本的な方向4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、基本的な方向1から3に掲げる各要素を様々なライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階)において享受できることがより重要であり、各ライフステージに特有の健康づくりについて、引き続き取組を進めるとともに、ライフコースアプローチ(胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり)について、健康づくりに関連する計画等とも連携しつつ、取組を進めていく。

健康日本21(第三次)の概念図



出典：健康日本21(第三次)推進のための説明資料

2 第4次食育推進計画

2020年(令和2年)度に策定された「第4次食育推進基本計画」では、以下のとおり、6つの基本的な取組方針が示されています。

第4次食育推進基本計画 基本的な取組方針

基本的な取組方針

- (1) 国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成
- (2) 食に関する感謝の念と理解
- (3) 食育推進運動の展開
- (4) 子供の食育における保護者、教育関係者等の役割
- (5) 食に関する体験活動と食育推進活動の実践
- (6) 我が国の伝統的な食文化、環境と調和した生産等への配慮及び農山漁村の活性化と食料自給率の向上への貢献
- (7) 食品の安全性の確保等における食育の役割

3 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)

全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現することを目的に、歯科口腔保健に関する施策等を総合的に推進するための基本的な事項を示し、令和6年度から令和17年度までの「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)」(歯・口腔の健康づくりプラン)を推進することとしています。

歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)

1 歯・口腔に関する健康格差の縮小

国民一人一人が行う取組に加え、家庭、学校、職場、地域、医療機関、障害者支援施設、障害児入所施設、介護保険施設等を含めた社会全体としてもその取組を支援し、さらに、歯科医師、歯科衛生士等が行う指導・助言・管理等により口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小を実現する。

2 歯科疾患の予防

広く国民に歯科疾患の成り立ち及び予防方法について普及啓発を行うとともに、健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進する。

3 口腔機能の維持・向上

生活の質の向上を図るために、口腔機能の維持・向上が重要であることから、効果的とされる口腔機能の健全な育成、口腔機能に影響を与える習癖等の改善、口腔機能訓練等に関する歯科保健指導等を推進する。

4 定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健

定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な障害者・障害児、要介護高齢者等に対しては、その状況に応じた支援をした上で歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を図っていく。

5 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

国及び地方公共団体に歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士を配置すること、また、地方公共団体に、歯科医療又は保健指導に係る業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施その他の支援を行う口腔保健支援センターを設置することが望ましい。また、歯科に関する疾患の早期発見及び早期治療を行うため、定期的に歯科に係る検診を受けることの勧奨を行うための支援体制を整備する。

4 第4期がん対策推進基本計画

がん対策基本法第10条第7項に基づき、令和5年3月に「第4期がん対策推進基本計画」が閣議決定されています。

「第4期がん対策推進基本計画」では、以下のとおり、全体目標、分野別目標が示されています。

第4期がん対策推進基本計画 全体目標と分野別目標

全体目標

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」

分野別目標

●「がん予防」分野

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

●「がん医療」分野

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

●「がんとの共生」分野

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

5 SDGs の視点

「持続可能な開発のための2030アジェンダ」は、17の目標と169のターゲットから成る「SDGs(持続可能な開発目標)」を掲げ、「誰一人取り残さない」社会の実現を目指しています。

本町の総合計画の各基本施策には、関連するSDGsのゴールを位置付けていることから、本計画においても、特に健康・食育と深い関係のある「3 すべての人に健康と福祉を」の目標を念頭に置きながら推進していきます。

	<p>「3 すべての人に健康と福祉を」</p> <p><u>あらゆる年齢のすべての人の 健康的な生活を確保し、福祉を推進する</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

第3 計画の位置づけ

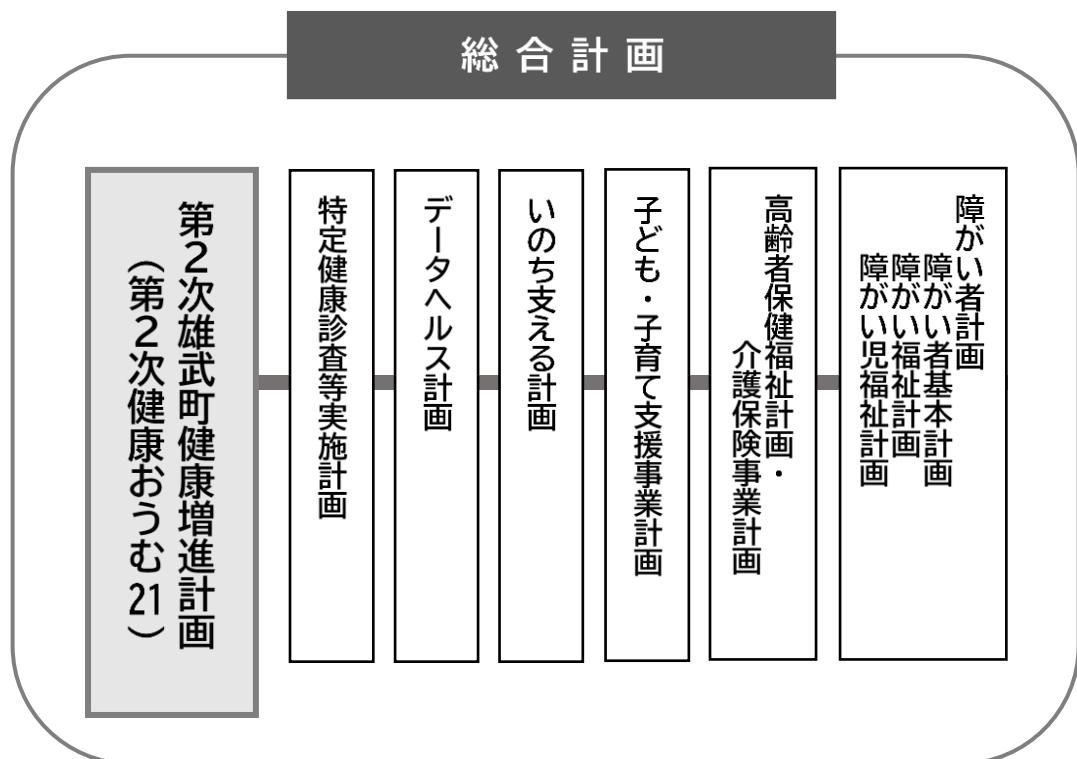
I 法的根拠と他計画との関係

本計画は、健康増進法第8条第2項に規定する「市町村健康増進計画」に位置付けられています。また、策定にあたっては、国の「健康日本21（第三次）」を参考とし、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する「雄武町国民健康保険特定健康診査等実施計画」、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の改正による「データヘルス計画」との整合性を図るとともに、北海道健康増進計画「すこやか北海道21」ほか、関連計画である北海道医療費適正化計画、北海道がん対策推進計画、北海道歯科保健医療推進計画等を勘案しています。

さらに、本町の総合計画に基づくとともに、地域福祉計画、障がい者計画、子ども・子育て支援事業計画、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、いのち支える計画等との整合性も図りました。

関連する法律	
健康増進法	高齢者の医療の確保に関する法律
がん対策基本法	歯科口腔保健の推進に関する法律
国民健康保険法	食育基本法
自殺対策基本法	介護保険法
次世代育成支援対策推進法	

●計画の位置付け



●総合計画との関係

総
合
計
画

第2次雄武町健康増進計画（第2次健康おうむ21）

～郷土愛で築く～ 次世代へ躍進するまち・雄武

政策目標「5つの感」	
躍動感あふれる産業のまち・雄武	快適感を満たす環境のまち・雄武
達成感から学ぶ教育のまち・雄武	連帯感を高める協働のまち・雄武
<u>安心感の持てる福祉のまち・雄武</u>	
～保健・医療・福祉の充実～	
◇まちぐるみの見守り、子育て、健康づくりの推進	
◇安心して利用できる医療・介護・障がい者福祉サービスの充実	



◆目標◆ 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善		
栄養・食生活	身体活動・運動	休養・睡眠
飲酒	喫煙	歯・口腔の健康
生活習慣病の発症予防・重症化予防		
がん	循環器病	糖尿病
COPD		
社会環境の質の向上		
ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり		
こども	高齢者	女性
各種事業		
特定健診	20・30代健診	後期高齢者健診
その他一般健診	がん検診	健康相談
栄養相談	妊婦健診受診票交付	妊産婦健康・栄養相談
新生児訪問	乳幼児健診・健康相談	子育て講話
はじめてのお誕生会	フッ素塗布	フッ化物洗口
各種健康教育	成人・高齢者・妊婦歯科健診	思春期健康教育
老人クラブ健康相談	口腔機能向上(訪問等)	

第4 計画の期間

「健康日本21（第三次）」の計画期間が令和6年度から令和17年度までの12年間となることから、「健康日本21（第三次）」と整合性をとり、本計画の計画期間も令和17年度までの12年間とします。なお、令和11年度に中間評価を行います。

令和													
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
「健康おうむ21～第二次健康増進計画～」													
					中間評価								次期計画

第5 計画の対象

本計画は、乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた健康増進の取組みを推進するため、全町民を対象とします。

第2章 雄武町の概況と特性

第1 町の概要

雄武町は、稚内市から網走市に至るオホーツクラインのほぼ中間に位置し、面積は 637.06Km²、東西 40km、南北 24km、海岸線は 35km あります。

毎年1月下旬から2月頃には流氷が接岸し、最低気温が氷点下 15 度になることもあります、降雪量は平均 51cm とそれほど多くはなく、春から秋にかけては比較的穏やかな過ごしやすい気候です。

主たる産業は、酪農業、漁業、林業を中心とした一次産業と、水産加工業及び、建設業からなる二次産業が盛んです。特に、漁業では、秋鮭の中でも高級といわれる「めじか」や毛ガニ、タラバガニ、ホタテ、タコなどが全国的に有名です。

沢木地区の『オホーツク温泉ホテル日の出岬』は町外から多くの観光客が訪れ、町民も親しんで利用しています。

●地名の由来

雄武という地名の語源は、アイヌ語の「オムイ」(河口が塞がる)に由来します。

雄武川の河口は、嵐の時には、川から流れ出る水よりも、海から打ち寄せる波のほうが強く、河口が塞がってしまうため、このような名称がついたと言われています。

●雄武町の歴史

雄武周辺への和人の入植は、江戸時代末期に開かれた宗谷場所が拡大し、雄武周辺にも番屋が建てられたところから始まります。

明治5年(1872年)、紋別郡 10ヶ村のひとつとして雄武・沢木・幌内の3村が誕生しました。以後、新漁場として開発された雄武地区に人口が急増し、明治 33 年(1900 年)には紋別村から分村し、雄武外 3ヶ村戸村役場が設置されました。

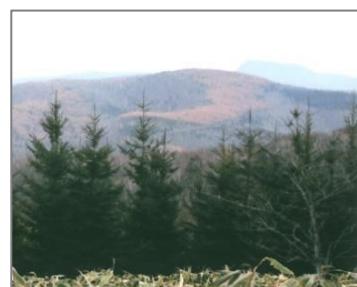
大正4年(1915年)に沢木村・幌内村を合併して2級町村制が敷かれた後、昭和 23 年(1948 年)に現在の町制が施行され、今に至ります。



町の花:ハマナス



町の鳥:カッコウ



町の木:トドマツ

第2 健康に関する概況

図表2-1 社会保障の視点でみた医療保険者(雄武町)の特徴

(国保データベース(KDB)システム 様式6-1 令和4年度累計)

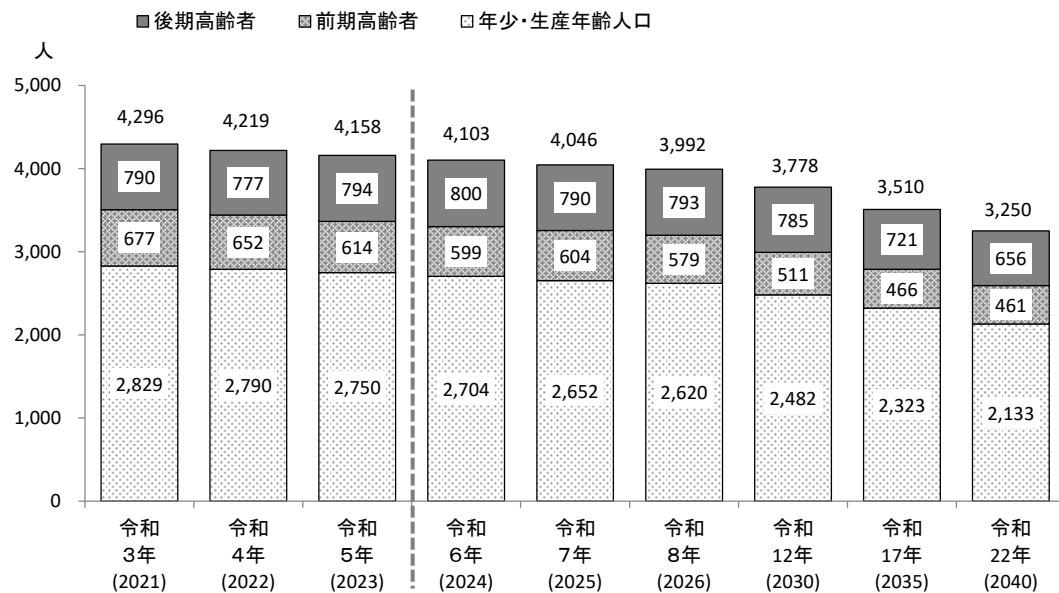
項目	雄武町	北海道	全国
人口構成	総人口(人)	4,199	5,165,554
	年齢別割合(%)		
	39歳以下	33.2	34.0
	40~64歳	33.0	33.8
	65~74歳	15.9	15.8
平均寿命	75歳以上	17.9	16.4
	男性(年)	80.1	80.3
	女性(年)	86.1	86.8
死亡	死因別割合(%)		
	がん	41.9	53.3
	心臓病	32.6	25.2
	脳疾患	18.6	12.6
	糖尿病	0.0	2.0
	腎不全	4.7	4.5
	自殺	2.3	2.4
介護保険	1号認定率(%)	21.2	20.9
	2号認定率(%)	0.9	0.4
	給付費(円)		
	1件当たり	85,683	80,965
	要支援1	5,162	9,720
	要支援2	7,455	12,501
	要介護1	25,154	38,185
	要介護2	42,816	49,029
	要介護3	112,053	91,092
	要介護4	179,890	119,416
国民健康保険	外来費用の割合(%)	55.9	56.3
	入院費用の割合(%)	44.1	43.7

I 人口構成

近年における本町の総人口は微減傾向が続いており、令和5年 10月1日現在、4,158人となっています。今後の人団推計においても微減傾向が続き、令和8年では3,992人、令和22年には3,250人と推計されています。

また、高齢化率は、令和3年以降全国を約5ポイント前後上回って推移していますが、今後は総人口と同様に高齢者数も減少していくことから、高齢化率は横ばいで推移し、全国の高齢化率との差も徐々になくなり、令和22年には34.4%と全国の高齢化率34.8%を下回ることが見込まれます。

図表2-2 人口の推移と推計

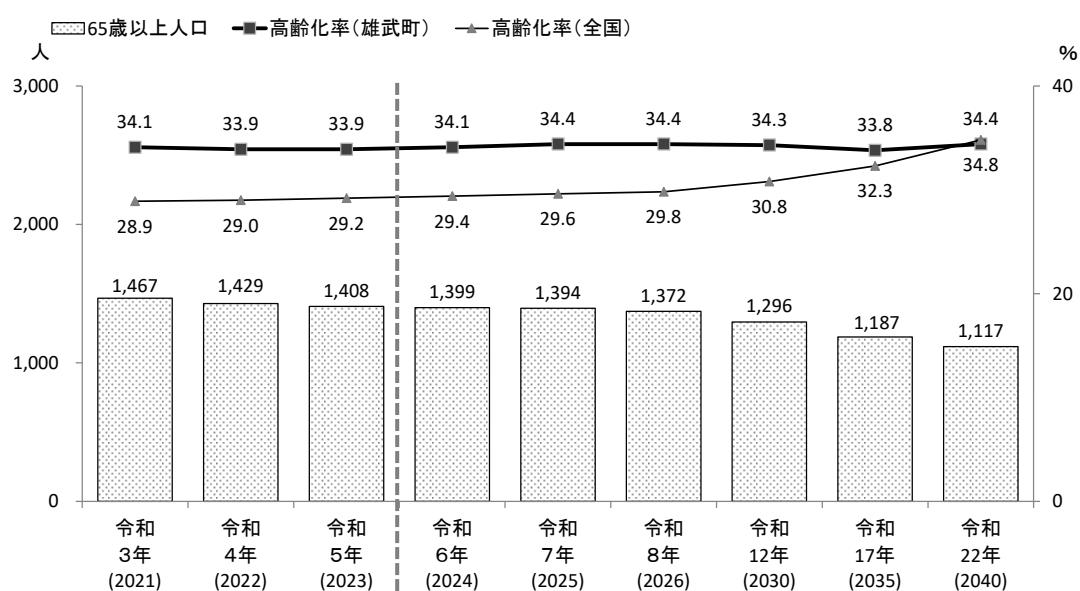


※実績値(令和3年度～令和5年度)は、住民基本台帳(各年10月1日現在)

※推計値(令和6年度以降)は、コーホート変化率法による推計

※「コーホート変化率法」: 各コーホート(同じ年(又は同じ期間)に生まれた人々の集団)について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法

図表2-3 高齢化率の推移と推計



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年(2023)推計)

2 平均余命と平均自立期間

本町の平均余命と平均自立期間を性別でみると、男性、女性ともに全国、同規模自治体、北海道よりも低くなっています。また、日常生活に制限がある期間の平均についても、男性は全国、同規模自治体、北海道よりも長く、女性は全国より短いものの同規模自治体、北海道よりも長くなっています。

図表 2-4 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和 4 年度) (単位:年)

区分	男 性			女 性		
	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均	平均余命	平均自立期間	日常生活に制限がある期間の平均
雄武町	78.9	77.2	1.7	87.1	83.8	3.3
北海道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	80.7	79.3	1.4	87.4	84.2	3.2
全 国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4

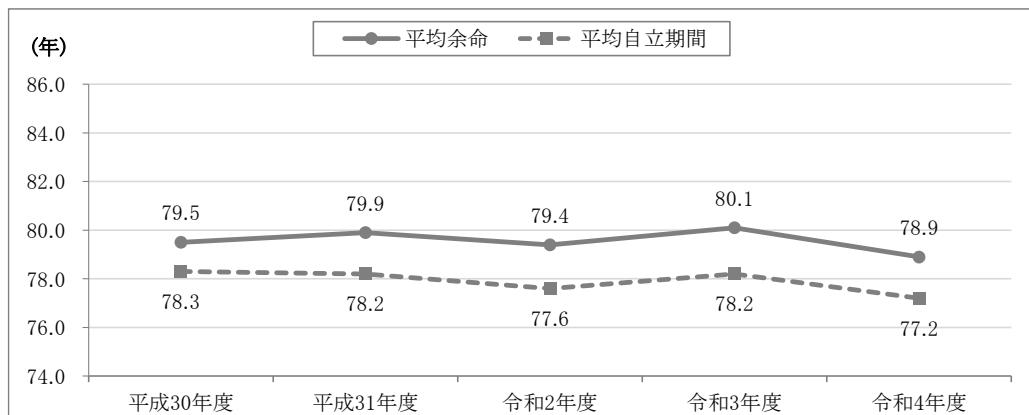
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

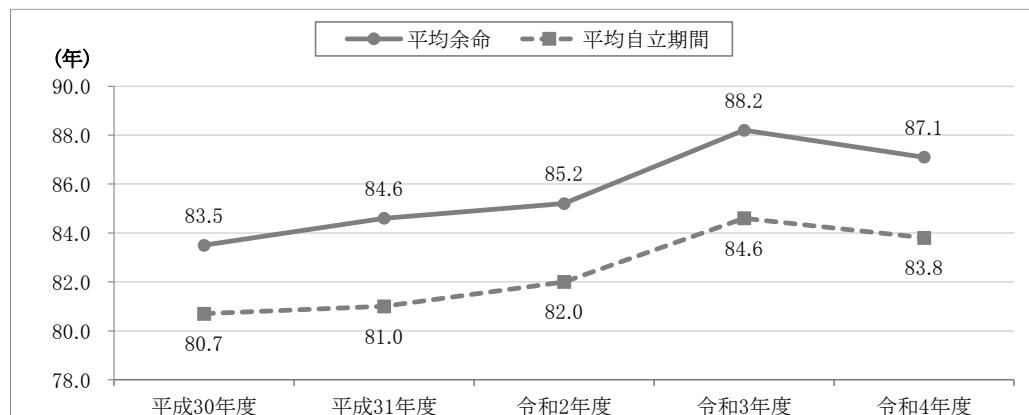
日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差。

本町の平均余命と平均自立期間を経年でみると、男性は平成30年度以降、令和4年度は平均余命、平均自立期間ともに最も低く、平均余命78.9年、平均自立期間77.2年となっています。女性は平成30年度以降平均余命、平均自立期間ともに年々長くなっていましたが、令和4年度は平均余命87.1年、平均自立期間83.8年と前年度を下回っています。

図表2-5 雄武町平均余命と平均自立期間(男性)



図表2-6 雄武町平均余命と平均自立期間(女性)



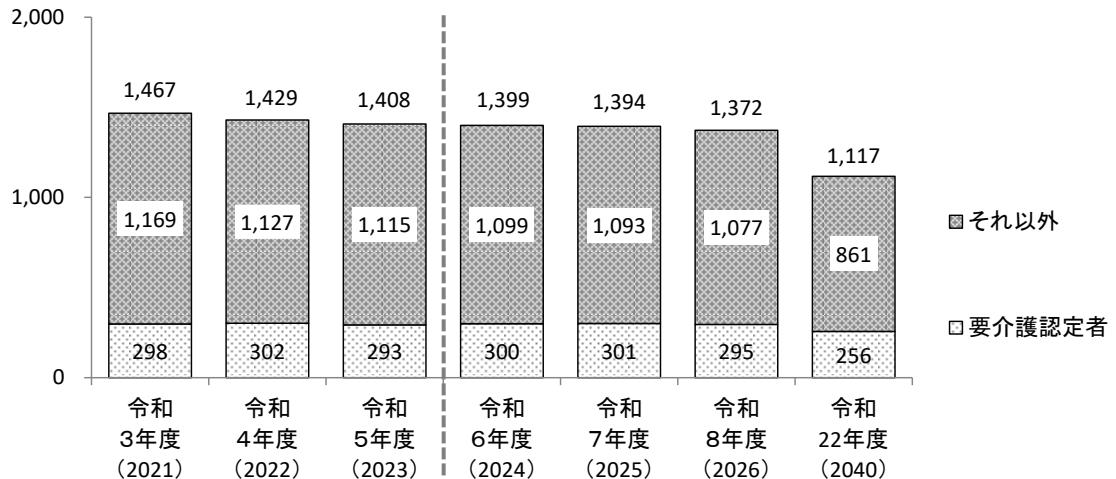
3 介護保険

本町の第1号被保険者、第2号被保険者は、今後は緩やかに減少し、第1号被保険者数は令和8年度1,372人、令和22年度に1,117人になると見込まれます。第1号被保険者の要介護認定者は、要介護状態になる割合が増える75歳以上の被保険者が今後も増加すると想定されることから横ばい傾向と推計されますが、令和7年度以降は徐々に減少し、令和22年度には256人になるものと見込まれます。また、第2号被保険者の要介護認定者は7人前後と見込まれます。

図表2-7 被保険者数・要介護認定者数の推計

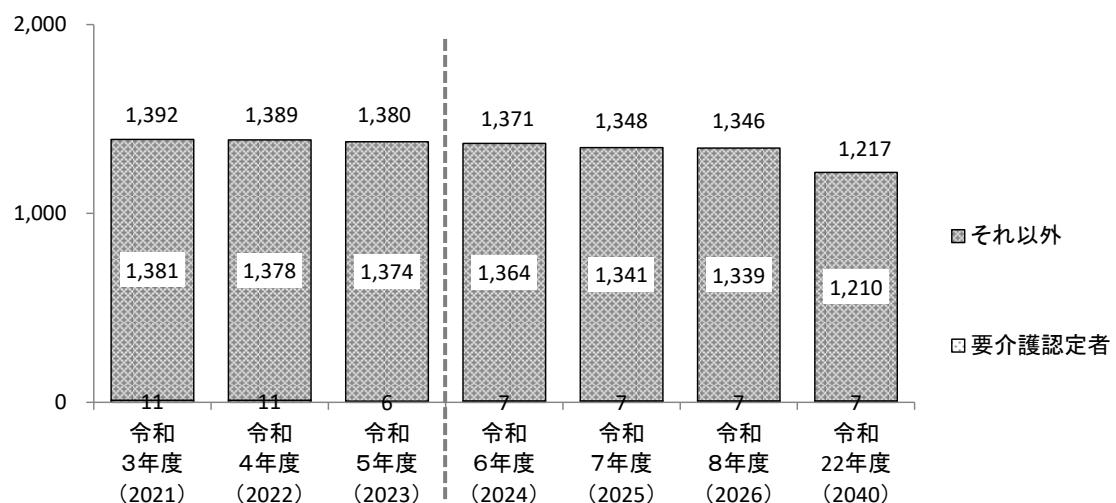
〔第1号被保険者〕

(単位:人)



〔第2号被保険者〕

(単位:人)



一件当たりの介護給付費をみてみると、要支援1～要介護2では、全国、同規模自治体、北海道よりも低くなっていますが、要介護3～要介護5では多くなっています。

図表2-8 介護度別給付費等の状況(令和4年度)

区分	雄武町	北海道	同規模	全 国
一件当たり給付費(円)				
給付費	85,683	60,965	80,543	59,662
要支援1	5,162	9,720	8,853	9,568
要支援2	7,455	12,501	12,536	12,723
要介護1	25,154	38,185	43,034	37,331
要介護2	42,816	49,029	56,496	45,837
要介護3	112,053	91,092	109,734	78,504
要介護4	179,890	119,416	154,421	103,025
要介護5	227,825	133,329	183,408	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4 出生

本町の出生率は、全国、北海道よりも低い状況ですが、合計特殊出生率は全国、北海道よりも高くなっています。

図表2-9 出生数・出生率・合計特殊出生率(令和3年)

区分	雄武町	北海道	全 国
出生数	20	28,762	811,622
出生率	5.1	5.6	6.6
合計特殊出生率	1.63	1.20	1.30

出典:全国・北海道出生数・出生率・合計特殊出生率(令和3年度) 北海道保健統計年報

雄武町合計特殊出生率:地域保健情報年報(令和3年度)

5 後期高齢者医療

後期高齢者医療制度は、75歳以上の方と65～74歳で一定の障がいのある方が加入する制度です。

本町における令和2年度から令和4年度の状況をみると、加入者数、加入者一人当たりの医療費とともに増加傾向となっています。

医療費が増えることは、被保険者の負担につながることから、今後も後期高齢者医療費の増大を抑えるため、早期からの疾病予防・重症化予防が重要です。

図表2-10 雄武町における後期高齢者医療制度の加入者数と一人当たりの医療費

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
加入者数(人)	840	853	855
一人当たり医療費(円)	約63万	約65.5万	約66万

6 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

(1) 国民健康保険加入者の健康診査

市町村国民健康保険における特定健康診査(特定健診)・特定保健指導は、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために最も重要な取組みです。

令和2年度、3年度の特定健診受診率は、全国ではそれぞれ33.3%、35.9%、北海道では26.8%、27.8%で、本町では19.6%、24.7%となっており、いずれも全国、北海道よりも低くなっています。しかし、令和3年度は2年度に比べ受診率は上がっており、今後も受診率を高めることが必要です。

図表2-11 特定健診受診率

(単位: %)

	雄武町	北海道	全 国
令和2年度	19.6	26.8	33.3
令和3年度	24.7	27.8	35.9

出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

令和3年度の特定健診受診者の有所見状況を、全国、北海道と比べると、非肥満高血糖、血糖、血圧・脂質を除く多くの項目で、高い検査値となっています。

肥満は肝機能や血糖値、血圧、尿酸や腎機能にも影響します。また、血糖や尿酸・血圧は腎機能を低下させる原因となり、腎機能の低下により人工透析が必要になると、医療費は大きく増えることになります。さらに、透析のために通院が週に複数回必要になったり、厳格な食事療法が必要になる等、生活の質への影響もあります。

重症化の進行を予防するため、自分の健康を自分で管理していくような保健指導の充実が今後ますます重要です。

図表2-12 特定健診結果有所見率(令和3年度)

(単位: %)

	雄武町	北海道	全 国
メタボ予備軍	16.3	11.0	11.2
メタボ該当者	21.8	20.5	20.6
非肥満高血糖	7.9	8.5	9.4
腹囲	41.1	34.8	35.1
BMI	8.9	6.7	4.9
血糖	0.5	0.6	0.6
血圧	12.4	7.9	8.0
脂質	3.5	2.5	2.6
血糖・血圧	4.0	2.9	3.1
血糖・脂質	0.0	1.0	1.0
血圧・脂質	10.4	9.8	9.8
血糖・血圧・脂質	7.4	6.8	6.8

出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※検査値は、メタボ・予備軍レベル

(2) 生活習慣病の状況

本町の主な生活習慣病をみると、多くの項目で40歳代を境に割合が高くなります。特に糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合は60歳以上で非常に高くなり、高血圧症は70~74歳で76.8%と4人に3人となっています。また、20~30代においても高血圧や糖尿病の治療が開始されており、若年層の生活習慣病発症予防も重要です。

今後も、生活習慣病の発症予防及び重症化予防の活動を進めることが重要です。

図表2-13 雄武町における生活習慣病の状況(令和4年5月レセプト集計)

	人工透析		糖尿病		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全 体 (1,472人)	1	0.2	163	35.3	13	2.8	7	1.5	289	62.6	52	11.3	218	47.2
20歳代以下 (311人)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9	0	0.0	0	0.0
30歳代 (164人)	0	0.0	1	7.1	0	0.0	0	0.0	3	21.4	0	0.0	0	0.0
40歳代 (174人)	0	0.0	8	23.5	2	5.9	1	2.9	11	32.4	5	14.7	11	32.4
50歳代 (191人)	0	0.0	18	32.1	3	5.4	1	1.8	30	53.8	7	12.5	25	44.6
60~64歳 (169人)	0	0.0	30	38.5	0	0.0	1	1.3	50	64.1	8	10.3	37	47.4
65~69歳 (201人)	0	0.0	47	43.5	5	4.5	1	0.9	75	69.4	12	11.1	54	50.0
70~74歳 (262人)	1	0.6	59	38.1	3	1.9	3	1.9	119	76.8	20	12.9	91	58.7

(3) 国民健康保険加入者以外の健康診査と保健指導

各保険者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底や地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の推進を図ることが必要とされています。

町国民健康保険以外の保険加入者についても、特定健診・がん検診等の集団健診日に同じ会場でそれぞれ健診を受けられる環境です。集団健診時に受診した被扶養者の健診結果は、特定健診結果と同様に町の保健師が受領し、リスクや健康課題の確認を行い、必要に応じて保健指導を実施しています。

より幅広い対象の健康を維持・増進するために、町内事業所等と連携して特定保健指導の実施率を向上する取組みも大切と思われます。

町国民健康保険の医療費に占める退職者医療費の大きさは、町全体の健康・経済における課題の一つです。健康増進法や健康保険法・労働安全衛生法等の各法に基づき、国民健康保険以外の保険加入者や若年層も、自分の健診結果を理解するための保健指導や学習機会をもてるような環境を整備し、発症予防・重症化予防に努めることが重要です。

本町では、若いうちからの発症予防・早期発見・重症化予防を推進する取組みとして、20~30代の健診も一般健診として集団・個別両方の形で実施してきました。また、特定の年齢の町民を対象にクーポンを送付しています。

国保以外の被保険者や被扶養者も、特定健診と併せて健診機会を得られるようになっています。

後期高齢者健診は、集団・個別ともに実施しており、家庭訪問や来所相談により健診結果の説明や治療状況の確認等を実施しています。

令和4年度の一般健診受診者は、20、30代が34人、被扶養者が16人、社会保険本人が3人、生活保護が2人、後期高齢者健診受診者は71人となっています。20代・30代では34人が健診を受けており、若い世代にも健診機会のニーズがあることがわかります。

図表2-14 健診別結果把握数（令和4年度）

健診の種類		受診者数(人)	
一般健診	20、30代	34	55
	被扶養者	16	
	社会保険本人	3	
	生活保護	2	
高齢者	後期高齢者健診	71	
合計		126	

第3章 個人の行動と健康状態の改善

第1 町の過去と現在

各分野・項目で計画策定時と中間評価時、現在の数値を比較したところ、肥満者割合、糖尿病関連、身体活動・運動、こころ・休養、歯などでは改善が多くみられる一方で、循環器疾患関連、飲酒等で悪化しています。

図表3-1 分野・項目ごとの過去との比較

		項目	計画策定時	中間評価時	現在	
がん	75歳未満のがん死亡		8人	8人	令和3年8人	
	検診受診率		胃がん	5.7%	7.3%	
			肺がん	8.8%	8.1%	
			大腸がん	9.5%	9.7%	
			子宮頸がん	9.0%	13.0%	
			乳がん	11.0%	21.9%	
循環器疾患	生活習慣病による死亡のうち		脳血管疾患による死亡の割合	16.7%	31.3%	
			虚血性心疾患による死亡の割合	23.6%	21.9%	
	肥満者割合	40～64歳	男性	43.8%	45.8%	
			女性	28.2%	27.1%	
		65～74歳	男性	42.4%	45.5%	
			女性	37.9%	32.4%	
	高血圧の人の割合 (中等症 160/100mmHg以上)		男性	6.9%	14.4%	
			女性	7.9%	13.5%	
	脂質異常症		男性	6.4%	14.0%	
			女性	2.0%	18.7%	
	メタボリックシンドローム	該当者	男性	22.8%	34.7%	
			女性	11.1%	6.2%	
		予備群	男性	17.5%	13.9%	
			女性	6.7%	8.8%	
特定健康審査の受診率			33.1%	24.7%	24.1%	
特定保健指導の終了率			8.5%	42.9%	40.6%	
糖尿病	患者千人当たり人工透析新規患者数		0	0	0	
	HbA1c が 8.0%(NGSP)以上	男性	3.7%	5.5%	1.0%	
		女性	0.7%	0.7%	1.5%	
	糖尿病有病者 HbA1c が 6.5%(NGSP)以上	男性	14.1%	10.1%	10.8%	
		女性	7.6%	5.8%	6.9%	
栄養・食生活	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上日の人がほぼ毎日の人の割合		統計なし	59.6%	50.8%	
	食塩摂取量 男性 9.0g、女性 7.5g 以上摂取者の割合	男性	58.4%	46.2%	26.7%	
		女性	72.2%	50.0%	58.1%	
身体活動・運動	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する人の割合		38.4%	45.2%	41.5%	
	運動習慣がある人の割合		25.5%	27.8%	28.3%	
こころ・休養	睡眠による休養を十分にとれていない人の割合		28.2%	18.0%	21.2%	
	3歳でう歯がない人の割合		78.8%	88.9%	81.8%	
歯	中学1年生でう歯がない人の割合		40.5%	67.6%	93.5%	
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合 (1日当たりの摂取量 男性 40g、女性 20g 以上)	男性	15.3%	23.3%	36.2%	
		女性	7.5%	14.1%	15.2%	
	妊娠中の飲酒者の割合		8.7%	0.0%	0.0%	
喫煙	喫煙者の割合		22.1%	26.4%	26.5%	
	妊娠中の喫煙者の割合		20.0%	4.0%	0%	
	受動喫煙の機会を有する妊娠の場合		63.0%	68.0%	46.1%	
次世代	妊娠中の体重増加が適正である人の割合		55.2%	55.2%	40%	
	低出生体重児の割合		12.1%	10.3%	0.0%	
	肥満傾向にある子どもの割合(小・中学生)	男性	16.2%	26.4%	29.0%	
		女性	13.7%	25.5%	19.3%	
高齢者	朝・昼・夕の三食を必ず食べている子どもの割合		統計なし	62.0%	66.0%	
	低栄養傾向(BMI<20)の高齢者の割合		6.8%	13.7%	9.6%	
	介護給付費(一件当たり)		91,042円	86,672円	85,683円	

これらの状況を踏まえ、本計画を推進するため、「健康日本21(第三次)」で示された目標項目に合わせ、乳幼児から高齢者までのそれぞれのライフステージごとに、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔の健康」、「休養」、「こころの健康」の各分野において、元気に過ごすための目指すべき方向性を以下に示します。

そして、健康増進は最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための本町の具体的な取組みを推進していきます。

図表3-2 各ライフステージの分野別目標

元気に過ごすために目指したいこと

～ライフステージ別・分野別まとめ～



元気に過ごすために目指したいこと					
～ライフステージ別・分野別まとめ～					
	乳幼児 (0歳～就学前)	学齢・思春期 (小学校～18歳)	青年期 (19～39歳)	壮年期 (40～64歳)	高齢期 (65歳～)
・栄食生活	朝ごはんを食べる 早起き・早寝 基本的な生活リズムをつくろう		食べ過ぎない 食べる量と活動量のバランスをとる		おいしく楽しい 食事の工夫 楽しみとしての食事
・身体活動	楽しく体を動かそう 体をつかって遊ぼう じょうぶな体をつくろう		自分に合った運動の習慣を身につける 安全に、無理なく続けられる運動習慣を身につける		
飲酒	妊娠さんの飲酒を防ぐ 正しい知識をもつ	未成年者の飲酒を防ぐ 正しい知識をもつ	おいしく楽しく適度なお酒 適正飲酒量を知る		
喫煙	妊娠さんの喫煙を防ぐ 正しい知識をもつ	未成年者の喫煙を防ぐ 正しい知識をもつ	禁煙したい人が禁煙できる 禁煙についての正しい知識をもつ		
	受動喫煙の機会を減らす				
歯の・健口腔	むし歯にしない じょうぶな歯を させない 育てよう		歯を守る 目指せ8020! (自分の歯が80歳で20本あるように) 歯周病を予防し、自分に合った歯・口腔のお手入れを		
休養	しっかり睡眠 こころと体の成長のために必要な休養をとる		生活に合った休養 こころと体の健康を保つための休養をとる		
のこ健康こころ	健やかなこころの発達 いろいろな経験をとおしてこころを育てる		いのち支える対策		認知症対策 予防と早期発見、地域の見守り

資料：健康おうむ21 中間評価

第2 生活習慣の改善

I 栄養・食生活

(1) 現状

現代の私たちの食生活は、食料の生産、流通、加工技術の進展や個々人の生活意識、ライフスタイルの多様化に伴い、便利さや嗜好性が高まっています。また、高齢社会の進展に伴い、健康志向の高まり、食品の安全性や健康による食品成分への関心も高くなっている一方で、生活習慣病の発症や肥満者、女性のやせすぎ、高齢者の低栄養などの問題も顕在化しています。

栄養・食生活は、生命の維持とともに、私たちが健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みです。また、栄養・食生活を通じて個人の行動と健康状態を改善し、生活機能を維持・向上させる上でも重要な要素となっています。さらには、食べ残しや食べ物の廃棄の問題など食育の推進とともに食事を支える食環境の改善を進めていくことも重要です。

本町では、ホタテやサケ・マスを主体とした「漁業」、広大な土地を所有する有利性を活かした酪農を中心とした「大規模土地利用型農業」が行われ、これらの農畜水産物を生産者が自ら加工・販売する6次産業化への取組みも進んでおり、食に関連する産業が基幹産業となっています。

また、近年では天然利尻昆布を原材料とした「利尻昆布うどん」の商品化や「グラスフェッドビーフ」の有機認証に向けた取組みが進んでいます。

このように、本町の地域特性や社会環境があいまって地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげており、生活習慣病予防の実現のためには、町民一人ひとりが、これまでの食生活を見直し、必要に応じて改善していくことが必要です。

(2) 基本的な考え方

① 発症予防

がん、循環器病、糖尿病などの生活習慣病の発症予防には、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と、適正な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データにつながります。代謝等の体のメカニズムと食を含めた生活習慣との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげることが重要です。

個々人のライフサイクルを考慮しながら健診結果を読み解き、自分に合った食品を自ら選択できるよう支援します。

② 重症化予防

生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療導入後も食事療法の継続は重要です。糖尿病ではインスリン分泌、慢性腎臓病では腎機能に合わせた食事の量と質の選択が必要です。

(3) 目標

① 適正体重を維持している人の増加

(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

体重は、各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器病、2型糖尿病等の生活習慣病と深い関連があります。また、若年女性の「やせ」は骨量減少、低出生体重児出産のリスク等、また、高齢者の「やせ」は、肥満よりも死亡率が高くなります。

令和元年の国民健康・栄養調査結果では、20~60歳代男性の肥満者の割合は35.1%、20~30歳代女性の「やせ」は18.1%、60歳以上の「やせ」は男性で4.3%、女性で9.6%となっています。

本町の令和4年のBMI有所見者割合は、総数36.4%(男性50.0%、女性26.4%)で、令和2、3年と比べ低くなっています。

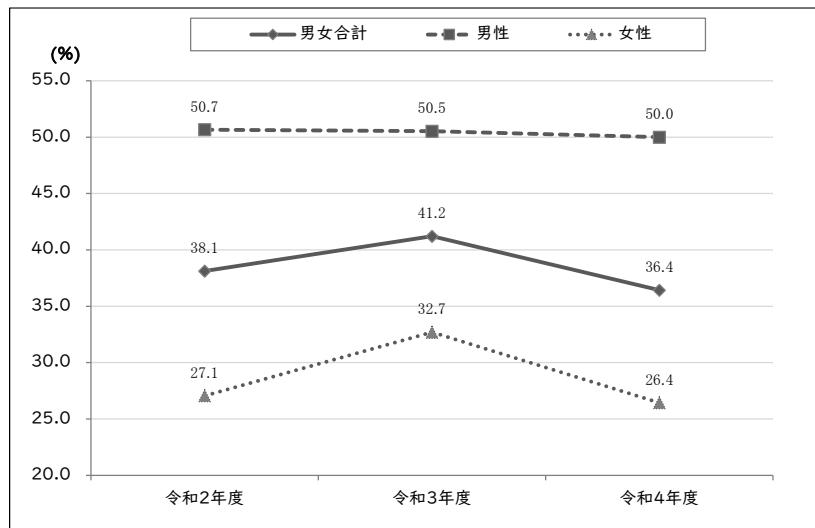
町民が自分自身の適正体重を認識し、適正体重の維持・改善に向けた取組みができるよう支援していきます。

図表3-3 年齢階級、肥満度(BMI)別

	肥満度 BMI	総 数		やせ 18.5 未満		普通 18.5 以上 25.0 未満		肥満 25.0 以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
男 性	総 数	2,048	100.0	91	4.4	1,306	63.8	651	31.8
	15-19 歳	92	100.0	15	16.3	72	78.3	5	5.4
	20-29 歳	134	100.0	9	6.7	94	70.1	31	23.1
	30-39 歳	177	100.0	9	5.1	116	65.5	52	29.4
	40-49 歳	295	100.0	5	1.7	173	58.6	117	39.7
	50-59 歳	286	100.0	7	2.4	167	58.4	112	39.2
	60-69 歳	446	100.0	18	4.0	270	60.5	158	35.4
	70 歳以上	618	100.0	28	4.5	414	67.0	176	28.5
女 性	総 数	2,398	100.0	284	11.8	1,596	66.6	518	21.6
	15-19 歳	81	100.0	17	21.0	62	76.5	2	2.5
	20-29 歳	135	100.0	28	20.7	95	70.4	12	8.9
	30-39 歳	214	100.0	35	16.4	147	68.7	32	15.0
	40-49 歳	356	100.0	46	12.9	251	70.5	59	16.6
	50-59 歳	377	100.0	40	10.6	259	68.7	78	20.7
	60-69 歳	501	100.0	47	9.4	313	62.5	141	28.1
	70 歳以上	734	100.0	71	9.7	469	63.9	194	26.4

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-4 健診受診者のBMI有所見者割合の推移



資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

③ 適正な量と質の食事を摂る人の増加

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながること、主食・主菜・副菜がそろった食事を1日2回摂っている場合とそれ以下の場合とを比較してみると、1日2回摂っている場合の方が栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正となることが報告されています。栄養素の過不足のない食事を摂取することは、生活習慣病の一次予防、生活機能の維持・向上のために重要です。

食事による摂取と生活習慣病との関連から食事摂取基準において目標量が設定されている栄養素のうち、食物纖維及びカリウムは野菜からの摂取寄与度が高く、統計手法の一つであるメタアナリシスによって、野菜及び果物の摂取量を増やすことで循環器病死亡率が低下することが認められています。また、わが国では循環器病の疾病負荷が課題であり、野菜の摂取を70g増やすことで、循環器病の疾病負荷が小さくなると予測されています。さらに、果物の摂取は、高血圧、肥満、2型糖尿病などの生活習慣病の発症リスク低下との関連が報告されていますが、日本人の平均摂取量は増加していません。日本人の全死亡に寄与する食事要因として、食塩の過剰摂取、全粒穀類の摂取量の少なさに次いで、果物摂取量の少なさが報告されており、日本人における果物摂取量の増加は、食生活改善の重要な課題の一つです。

我が国を含む東アジアでは、ナトリウムの多量摂取が最大の食事因子となっています。また、成人の非感染症疾患と傷害による死亡に対する主要な決定因子（単一の因子）をみた研究では、食事因子としては食塩の過剰摂取が最も大きいことが示されています。こうした食塩の過剰摂取の課題解決に向けて、減塩に関する取組みの一層の推進を図る必要があります。また、令和元年国民健康・栄養調査では、1日当たりの食塩摂取量の平均値は、男性が10.9g、女性が9.3gと健康日本21（第二次）の目標値である1日8gよりも多くなっていることから、今後、減塩の取組みを効果的に進めていくためには、食習慣改善に対する考え方を考慮した取組みが重要です。

(4) 対応策

① 夏冬で体重の変化を起こす背景

本町の特徴として、夏の漁業最盛期・農繁期と、冬の漁業閑散期・農閑期とで体重が変化する傾向があります。冬になり活動量が減少すると、必要な食事量は少なくなりますが、胃袋の容量は変化しないため、食べる量が変わらず体重が増加します。特に、漁業従事者では、夏と冬で5kg 以上の体重変動がある人もおり、季節間での活動量の変化に食事量が見合っていない現状があります。体重の増加はインスリン※1 分泌や抵抗性に影響し、糖尿病発症にも関係します。

必要な食事量は、身長を基準として、体重や年齢による基礎代謝量、活動量によって変わります。適正体重の維持には、活動量に見合った食事量、胃の容量を満たす食の内容・質が重要です。

※1 インスリン…人の体の中でつくられるホルモンで、唯一血糖値を下げる働きを持っています。インスリンの量が少なかったり、抵抗性が高まったりする（分泌があつてもうまく働くことができない。）と、血糖が一定の値を超えた高血糖状態となります。そして、慢性の高血糖状態を糖尿病といいます。

② 労働条件（生活リズム）の変化が引き起こす肥満、高血糖と高血圧

人は1日 24 時間というリズムで生活していますが、実際にはもう少し長い約 25 時間で体内リズムが刻まれています。朝の光を浴び朝食を食べることで体内時計はリセットされ、体全体が目覚め、心身の働きが活発になります。漁業や酪農業では季節間で労働条件が異なり、漁業最盛期や農繁期では、早朝から食事を取らず、仕事に取り組む実態があります。空腹状態の時間が長くなると、血中遊離脂肪酸の作用によりインスリン抵抗性を引き起こす可能性が指摘されており、朝食を食べないことは代謝活動の低下や脂肪合成の促進につながることから、労働条件に合わせた朝食摂取の必要性を理解することが必要です。また、朝食がずれ込むことでその後の食事も遅くなり、夕食時間が夜9時以降になることもあります。夜9時以降の飲食は心身の活動の低下により脂肪として蓄積され、肥満の原因になります。

労働条件の変化に伴い、活動量の低下だけでなく睡眠や食事の時間、内容・質が変わることで肥満や高血糖、高血圧を引き起します。漁業や酪農業に従事する町民は、早朝からの仕事や牛の分娩等で不規則な生活を送ることがあり、本来、身体を休めるべき時間帯に覚醒し、働くをえない状況にあります。その結果、身体や内臓が休まらず、血糖値や血圧の調整、肥満などに影響を及ぼします。

労働条件など個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適正な体重の維持には、規則的な生活リズムと適切な食事量、質、いつ食べるか（時間）が重要です。

③ ライフステージの中で体重が増えるきっかけ

幼児、小学生ではお菓子や清涼飲料水など間食の過剰摂取、成人では男性は仕事内容の変化（活動量の低下）に伴う体重増加、女性は妊娠、出産に伴う体質の変化や子育て中の間食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加などがあります。

また、年齢とともに基礎代謝は低下し、必要な食事量は徐々に減っていくことから、若い頃と同じ量を食べていると体重は増加していきます。そのため、適正な体重を維持していくためには、適正な量と内容・質の食事を摂取することが必要です。

④ 高血糖、高血圧に影響を与えている食の背景

糖尿病患者は近年増加しており、本町の国保特定健診受診者の結果でも糖尿病予備群が増えています。糖尿病には、すい臓から分泌されるインスリンというホルモンが関係します。体内で唯一血糖を下げることができるインスリンによって、炭水化物(糖質)は分解されてブドウ糖になり、肝臓や筋肉、脂肪細胞に取り込まれ(貯蔵)、エネルギーとして利用されます。

炭水化物(糖質)には、ショ糖(砂糖)、ブドウ糖、果糖など、菓子類や清涼飲料水、果物などの食品に含まれている単純糖質とでんぶんを代表とするごはんや麺類、いも、とうもろこしなどの食品に多く含まれている複合糖質の二種類があります。複合糖質は分子がいくつにもつながっている糖質で、消化に時間がかかるため血糖値の上昇がゆっくりなのに対し、単純糖質は分子がばらけているためすぐに吸収され、血糖値を急上昇させます。複合糖質に比べて、単純糖質のほうがインスリンの分泌が多くなります。

また、本町の特定健診でメタボリックシンドローム基準該当者となった人は、令和2年以降では増加傾向で、令和4年度全体で21.2%(男性37.5%、女性9.2%)となっています。該当項目の組み合わせは、血圧に関するものの該当者が最も多い状況です。高血圧患者においても正常高値血圧の人の割合が増加しており、高血圧の背景には、メタボリックシンドロームや肥満に関連するものほかに、塩分の過剰摂取やそれに関連したたんぱく質の過剰摂取など様々な要因が考えられます。食事の面では、自分の基準量を知り、適正量を摂取することが大切です。

図表3-5 メタボリックシンドロームの該当状況(性別・年度別)

年度	健診受診者数(人)	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能		
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
令和2年度	全体	161	25	15.5%	31	19.3%	104	64.6%	1	0.6%
	男性	75	18	24.0%	24	32.0%	33	44.0%	0	0.0%
	女性	86	7	8.1%	7	8.1%	71	82.6%	1	1.2%
令和3年度	全体	200	43	21.5%	33	16.5%	123	61.5%	1	0.5%
	男性	95	32	33.7%	24	25.3%	39	41.1%	0	0.0%
	女性	105	11	10.5%	9	8.6%	84	80.0%	1	1.0%
令和4年度	全体	151	32	21.2%	20	13.2%	99	65.6%	0	0.0%
	男性	64	24	37.5%	15	23.4%	25	39.1%	0	0.0%
	女性	87	8	9.2%	5	5.7%	74	85.1%	0	0.0%

資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果(40歳～75歳)

(ア) 間食の選び方

漁業最盛期や農繁期には、長時間の労働が続くため三食に加えて間食を摂取することが多くなります。間食の内容は、菓子パンや糖分を含むドリンクといった実態も少なくありません。

間食の選び方によって摂取できる栄養素量が変わるために、内容を考えて間食の選択ができるよう学習する必要があります。

(イ) 尿中塩分量から見る塩分の摂り方

本町では、集団健診で尿中ナトリウム濃度から塩分摂取量の推計を行っていますが、令和5年に実施した集団健診の結果は、全体で7.9g、男性が8.1g、女性が7.7gと、令和元年国民健康・栄養調査の全国、北海道の結果と単純比較はできませんが、全国、北海道よりも全体、男性、女性ともに約2~3g低くなっています。

「日本人の食事摂取基準」(2020年版)における食塩摂取の目標量は、習慣的な摂取量を考慮して、これまで成人男性7.5g未満、成人女性6.5g未満とされていましたが、高血圧の予防には1日当たり6g未満の食塩摂取量が望ましいと考えられることなどを踏まえ、「健康日本21(第三次)」においては、20歳以上の男女の目標値を1日当たり7.0g未満と設定しています。

塩分の摂り方の特徴として、日頃の栄養摂取の状況をみると味付けの濃いものを好む、一度に摂取するたんぱく質が多いといったことが感じられます。たんぱく質が多いと、味付けに使う調味料などに由来する塩分摂取量も相対的に過剰になっていると考えられ、一度に摂取するたんぱく質の基準量は50gですが、町民の実際の摂取量は150gと3倍も多い実態があります。塩分摂取の面からも、一度に摂取するたんぱく質の基準量に関する学習が必要です。

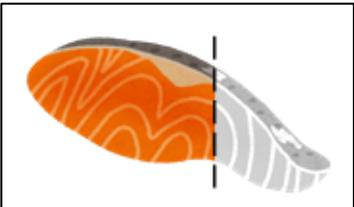
図表3-6 全国、北海道 1日当たりの食塩摂取量

	雄武町	北海道	全国
全 体	7.9g	10.1g	10.1g
男 性	8.1g	11.2g	10.9g
女 性	7.7g	9.4g	9.4g

資料：雄武町 令和5年度集団健診受診者随時尿 全国、北海道 令和元年国民健康・栄養調査

図表3-7 雄武町民のたんぱく質、塩分の摂り方

基準の量		町民が食べている量
塩鮭 2/3切れ 50g	→ 3倍	鮭(山漬け) 150g
たんぱく質 11.2g	→	たんぱく質 34.2g
塩分 0.9g	→ 5倍	塩分 4.6g



(ウ) 雄武町民の食べ方の特徴

糖質の摂り過ぎで糖尿病が、たんぱく質や塩分の摂り過ぎで高血圧が引き起こされるため、食品に含まれる糖質やたんぱく質の量、自分の基準量を知り、適正量を摂取することが必要です。町民は多様化する価値観やライフスタイルの中で食を選択しています。生活習慣病の発症予防や重症化予防のため、一人ひとりが健診結果に基づいた食品を選択できるよう情報提供や学習が必要です。

図表3-8 町民が選択する価値観

食品群	食品	町民の食べ方の実態
たんぱく質	肉・魚	<ul style="list-style-type: none"> ・肉より魚を食べるようしている。その方が脂肪がつきにくいと思ったから。 ・タンパク質を摂ろうと思って、肉をよく食べるようしている。肉の脂が心配なので、鶏肉を選んでいる。 ・調理の手間が省けるので、コンビニのサラダチキンを食べている。 ・肉を選ぶときは、コレステロールを気にして脂身の少ない物を選んでいる。 ・家族が力仕事なので、たんぱく質を多くしている。主菜に肉と魚の両方があり、それぞれ量も多い。 ・サンマの時期は3食で1日6本以上食べることがある。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・筋肉をつけたいと思い、プロテインを飲んでいる。 ・たんぱく質を摂るために豆乳を飲んでいる。
野菜	野菜	<ul style="list-style-type: none"> ・野菜が苦手なので、食べ方がわからない。 ・野菜は苦手だけど、食べるようしている。コンビニの野菜パックを買って、ドレッシングをかけて、なるべく生で食べている。 ・スーパーで買う野菜は高くて、新鮮ではない。夏場は自分で育てた野菜を食べ、冬場は根菜類(越冬野菜)を食べている。 ・野菜は食べるが、マヨネーズやドレッシングもかけるので塩分が心配。 ・心臓病の人は緑の野菜が悪いと聞いて食べていない。
炭水化物	主食	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事を辞めてからご飯の量を減らした。 ・麺は噛まずに食べてしまうので、気をつけている。 ・白飯の他、雑穀米や玄米を、少なくとも1日1食は食べる。量は100~120gと、目安より少なめ。それ以上は多くて食べ切れない。 ・酪農業、草の時期は忙しく、トラクターの中で片手で食べられるコンビニおにぎりや菓子パンが多い。 ・たばこを辞めてからご飯がおいしく感じるようになり太った。
	砂糖	<ul style="list-style-type: none"> ・糖分ゼロのものを選んでいる。 ・水分補給としてジュースやミルクティーを飲んでいる。 ・親戚や町内の友人から果物をもらうことがあり、食べすぎると血糖値が高くなる。
	し好品	<ul style="list-style-type: none"> ・加工場でのおやつタイムが習慣づき、退職後もやめられず体重が増えた。 ・ポロロップスBigを毎日1袋食べる。 ・仕事の時、必ずおやつをくれる人がいて、お返しに持っていく事が習慣になって食べる機会が増える。
その他		<ul style="list-style-type: none"> ・冬になると会食が増えるので、食事内容・酒の量が変わる。体重も増える。 ・チョコレートひとかけら、ヤクルト1本を摂取する。少しの量なので気にせず毎日摂取している。 ・力仕事なので、夜(夕食後かつ就寝前)にお腹が空く。空腹だとイライラするので、毎日夜食が必須(白飯、パン、菓子、焼き魚、インスタント食品、果物等様々)。体型・体重は変わらない。 ・子どもが残したものを食べる。 ・からだにいいと思ってサプリメントを毎日飲んでいる。自分に何が足りていないかはわからない。 ・自分で作った野菜で漬物や飯寿司を作って食べる。 ・夏の暑い時期は、毎日梅干し3個以上食べる。疲れにくくなった気がする。

⑤ 野菜の食べ方

(ア) 野菜の必要性

人の体が元気で生き続けているのは、体の一つひとつの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。その一つひとつの細胞に必要な材料(栄養素、水分、酸素)を入れるために、特にビタミン A やビタミン C、葉酸が必要ですが、野菜にはそれらが効率よく含まれています。また、食物繊維が含まれていることが「1日 350g 以上の野菜を食べましょう」という目標につながります。

食事に野菜が入ることで、口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。また、胃袋の満足感につながり、腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。野菜は、がん予防の視点や胎児や子どもの成長にも必要な食材であり、大変重要なものです。

(イ) 野菜摂取の実態

本町の実態把握では、野菜摂取の特徴として、夏期は購入した野菜か家庭菜園で栽培した野菜を食べていますが、冬期は保存できる野菜が限られることもあり、主に白菜や玉ねぎなどの購入した野菜を食べていることが分かりました。冬の間は野菜不足になりやすく、特に細胞の入替えに必要なビタミン A(レチノール)の摂取源である緑黄色野菜が不足しますが、人参を 1/2 本(70g)加えるだけで、1日に必要なビタミン A を摂取できます。緑黄色野菜を摂取することは、細胞の老化やがん予防に必要です。

⑥ 情報による食の選択

「健康日本 21(第三次)」の目標には、『野菜摂取量の増加』が掲げられていることから、糖質量の情報提供を行うとともに、地域実態に合わせた目標設定が重要です。また、情報選択の手段として、テレビや雑誌等の情報をもとにしている実態も見られました。

個人の代謝能力には遺伝や体质等の違いがあり、栄養摂取量の科学的根拠は個々の健診結果をもとに進められます。情報の選択を含め、町民自身が、自分自身に必要な食品の量と質を選択する力を養う必要があります。

(5) 町の取組み

① 生活習慣病の発症予防のための取組みの推進

健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導
ライフステージに対応した、食に関する適切な選択力がつくような栄養指導
乳幼児健康診査、乳幼児健康相談
保育所食育、小・中・高校生健康教育
健診時及び特定健診結果に基づいた栄養指導
家庭訪問、健康相談(すべてのライフステージ)

② 生活習慣病の重症化予防のための取組みの推進

管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導
血液データに基づいた栄養指導
糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法とともに、生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導(食事療法)の実施

2 身体活動・運動

(1) 現 状

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費するすべての動きをいい、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものといいます。

身体活動・運動量の多い人は、少ない人と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いことが報告されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識しています。また、日本でも身体活動・運動の不足は、喫煙や高血圧に次いで非感染症疾患による死亡の3番目の危険因子であることを示唆しています。さらに、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障がいのある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされており、身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、超高齢化社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられます。

このように、身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活において、運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

(2) 基本的な考え方

健康増進や体力向上のために、身体活動量を増やし運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

(3) 目 標

① 日常生活における歩数の増加

歩数は、身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

歩数の不足及び減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

令和元年国民健康・栄養調査による全国の歩数平均値は、全体で6,278歩、男性6,793歩(20歳～64歳 7,864歩、65歳以上 5,396歩)、女性5,832歩(20歳～64歳 6,685歩、65歳以上 4,656歩)と健康日本21(第二次)の目標値である全体で7,100歩、20歳～64歳 男性9,000歩 女性8,500歩、65歳以上 男性7,000歩、女性6,000歩に及ばない状況です。

図表3-9 年齢階級、性別一日の平均歩数

	総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
	人 数	平均値	人 数	平均値	人 数	平均値	人 数	平均値
総 数	4,568	6,278	327	7,433	426	7,401	720	7,240
男 性	2,124	6,793	156	8,301	189	8,135	336	7,734
女 性	2,444	5,832	171	6,641	237	6,816	384	6,809

	50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
	人 数	平均値	人 数	平均値	人 数	平均値
総 数	746	7,256	992	6,290	1,357	4,591
男 性	340	7,752	475	6,759	628	5,016
女 性	406	6,841	517	5,859	729	4,225

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-10 20-64 歳、65歳以上の性別一日の平均歩数

	20-64 歳		65 歳以上	
	人 数	平均値	人 数	平均値
総 数	2,618	7,226	1,950	5,006
男 性	1,202	7,864	922	5,396
女 性	1,416	6,685	1,028	4,656

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

② 運動習慣がある人の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、令和元年国民健康・栄養調査では、「20~64歳」と「65歳以上」を比べてみると、男性では「20~64歳」の23.5%に対して、「65歳以上」では41.9%、女性では「20~64歳」の16.9%に対して、「65歳以上」では33.9%と大きな開きがあります。また、性別では女性で運動習慣がある人は少なくなっています。本町の令和4年度の特定健診受診者の運動習慣のない割合は、全体で72.5%(男性65.6%、女性77.6%)となっており、全国とほぼ同様の傾向となっています。

「20~64歳」で運動習慣がある人が今後増加していくためには、働き方(超過勤務等)の見直しとともに身近な場所で運動できる環境整備や、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間屋外での運動が制限されるという地域性もあることから、年間を通じて運動が可能なファミリースポーツセンターなどの施設を多くの人が活用し、仲間同士で気軽に楽しく運動に取組むことが必要です。

ライフステージのなかで、成人期に向かって骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能が低下していきますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。

図表3-11 全国 年齢階級、性別運動習慣の有無

		総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
		人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
総 数	総 数	2,814	100.0	129	100.0	224	100.0	390	100.0
	運動の習慣有	808	28.7	27	20.9	35	15.6	59	15.1
	運動の習慣無	2,006	71.3	102	79.1	189	84.4	331	84.9
男 性	総 数	1,218	100.0	67	100.0	85	100.0	157	100.0
	運動の習慣有	407	33.4	19	28.4	22	25.9	29	18.5
	運動の習慣無	811	66.6	48	71.6	63	74.1	128	81.5
女 性	総 数	1,596	100.0	62	100.0	139	100.0	233	100.0
	運動の習慣有	401	25.1	8	12.9	13	9.4	30	12.9
	運動の習慣無	1,195	74.9	54	87.1	126	90.6	203	87.1

		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%
総数	総 数	393	100.0	654	100.0	1,024	100.0
	運動の習慣有	92	23.4	195	29.8	400	39.1
	運動の習慣無	301	76.6	459	70.2	624	60.9
男性	総 数	147	100.0	287	100.0	475	100.0
	運動の習慣有	32	21.8	102	35.5	203	42.7
	運動の習慣無	115	78.2	185	64.5	272	57.3
女性	総 数	246	100.0	367	100.0	549	100.0
	運動の習慣有	60	24.4	93	25.3	197	35.9
	運動の習慣無	186	75.6	274	74.7	352	64.1

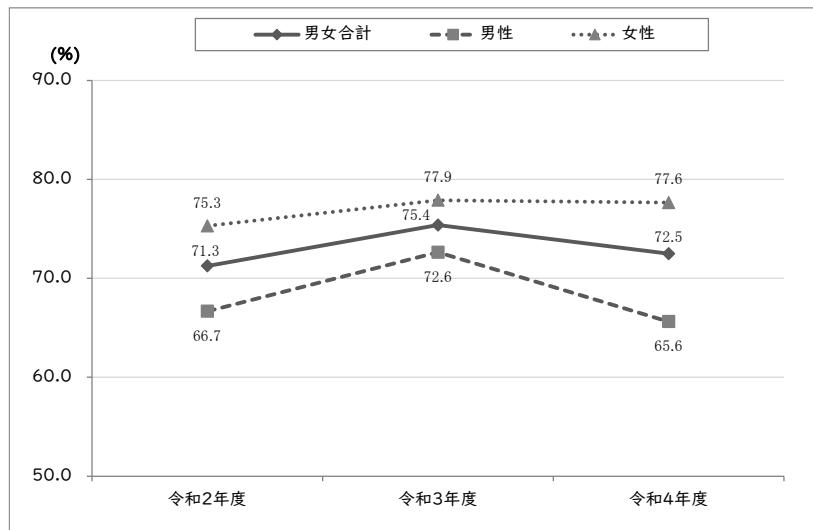
資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-12 20-64歳、65歳以上の性別運動習慣の有無

		20-64 歳		65 歳以上	
		人数	%	人数	%
総数	総 数	1,388	100.0	1,426	100.0
	運動の習慣有	272	19.6	536	37.6
	運動の習慣無	1,116	80.4	890	62.4
男性	総 数	561	100.0	657	100.0
	運動の習慣有	132	23.5	275	41.9
	運動の習慣無	429	76.5	382	58.1
女性	総 数	827	100.0	769	100.0
	運動の習慣有	140	16.9	261	33.9
	運動の習慣無	687	83.1	508	66.1

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表 3-13 雄武町 健診受診者の運動の習慣無の割合の推移



資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

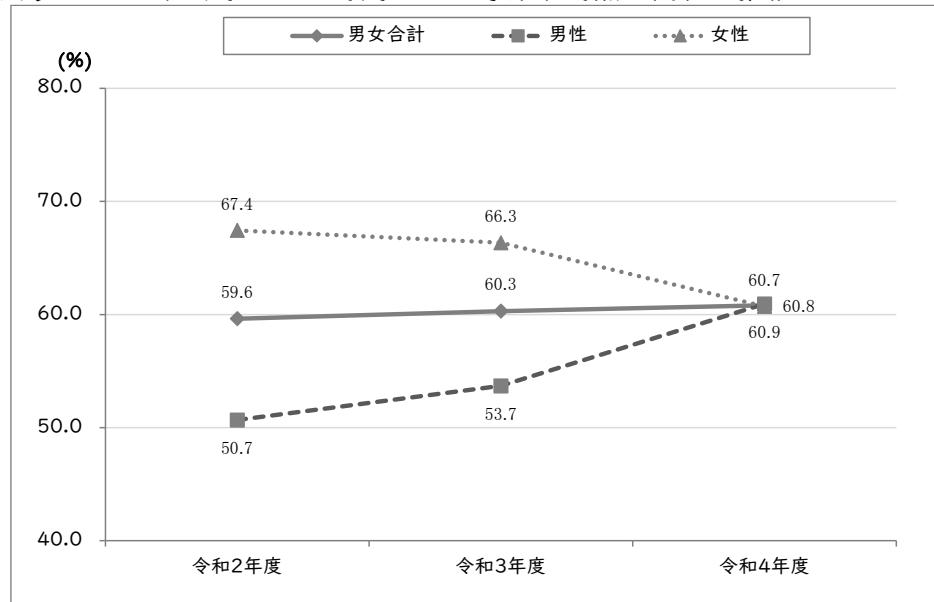
③ 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する人

本町の特定健診受診者の1日1時間以上の身体活動のない割合を年度別でみてみると、令和2年度は、全体で59.6%(男性50.7%、女性67.4%)、令和3年度は、全体で60.3%(男性53.7%、女性66.3%)と、全体では変化がありませんが、女性が減少し、男性が増加しており、この傾向は変わらず、令和4年度は、

全体では 60.8%で、性別では男性 60.9%、女性 60.7%と男性が女性を上回っています。

夏冬の活動量の差が本町の特徴としてあげられます。これは、加齢による基礎代謝量の低下に伴って体重増加を引き起こしやすくなり、生活習慣病発症につながります。したがって、日常生活において、歩行を中心とした身体活動を増やすことが必要です。

図表3-14 雄武町 1日1時間以上の身体活動無の割合の推移



資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

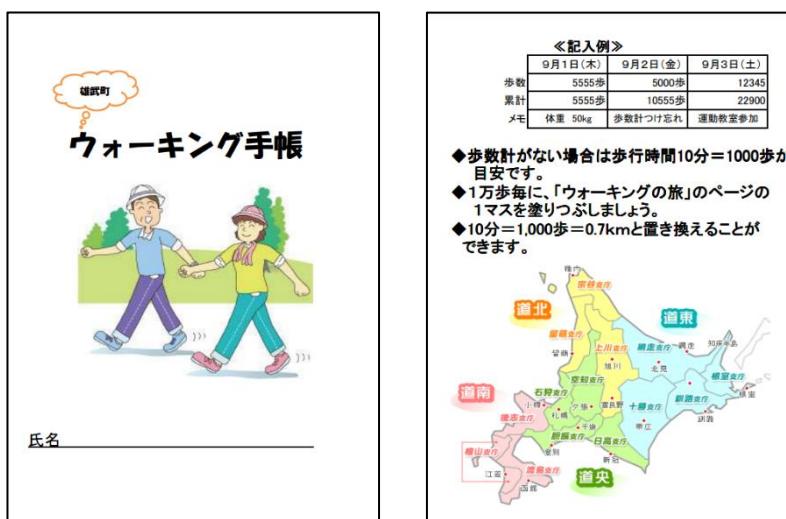
(4) 町の取組み

① 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

生活習慣病対策と連動し、ライフステージや個人の健康状態に応じた運動教室やママのフィットネス等運動指導の推進
特定健診、特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導

② 身体活動及び運動習慣の向上の推進

関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境を整備する
運動施設(ファミリースポーツセンター、屋内ゲートボール場など)の活用の推進
ウォーキング手帳の配布、ホームページでの周知
万歩計の貸出し



3 休養・睡眠

(1) 現 状

労働や活動等によって生じた心身の疲労を休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを「休」、「英気を養う」など、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として「養」というように、「休養」は日常生活において大変重要であり、十分な睡眠や余暇活動は心身の健康を維持するためには欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下による作業能率の低下等、様々な影響を及ぼし、事故等重大な事態を招くこともあります。また、睡眠不足が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスクの上昇と症状悪化につながり、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。さらに、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めるという報告もされています。また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われています。

(2) 基本的な考え方

私たちのライフスタイルは個々人によって多種多様となっており、家庭においても社会においても常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代でもあるといえます。

日々の労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休養や睡眠等で解消することは非常に大切です。

このように、睡眠や余暇を日常生活の中に適切に取り入れた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題です。そして、心身の健康の保持・増進のためには、十分な睡眠時間とともに休養(疲れ)を取るための睡眠の質が重要です。

(3) 目 標

① 睡眠時間が十分に確保できている人の増加

「健康日本21(第三次)」では、20歳以上60歳未満の世代の「十分な睡眠時間」を6時間以上9時間未満、60歳以上の世代の「十分な睡眠時間」を6時間以上8時間未満と設定しています。

令和元年国民健康・栄養調査の1日の平均睡眠時間を年齢別でみると、「十分な睡眠時間」を取っている人は、20~29歳から50~59歳で53.2%、60歳以上で55.8%となっています。また、これを年齢別でみると、「20~29歳」、「30~39歳」では、「6時間以上7時間未満」がそれぞれ39.6%、37.0%と最も高くなっていますが、「40~49歳」、「50~59歳」では「6時間以上7時間未満」よりも「5時間以上6時間未満」の方が高くなっています。

国では、「働き方改革関連法」が令和元年(2019年)4月から順次施行され、時間外労働の上限規制、年次有給休暇の取得義務化などの取組みが行われ、日本人の総労働時間は減少傾向にありますが、引き続き長時間労働対策を進め、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保していく必要があります。

図表3-15 全国 年齢階級別 1日の平均睡眠時間

	総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	5,701	100.0	445	100.0	552	100.0	896	100.0
5時間未満	503	8.8	24	5.4	53	9.6	100	11.2
5時間以上6時間未満	1,728	30.3	141	31.7	180	32.6	327	36.5
6時間以上7時間未満	1,971	34.6	176	39.6	204	37.0	321	35.8
7時間以上8時間未満	1,046	18.3	71	16.0	87	15.8	129	14.4
8時間以上9時間未満	335	5.9	25	5.6	26	4.7	16	1.8
9時間以上	118	2.1	8	1.8	2	0.4	3	0.3
5時間未満	503	8.8	24	5.4	53	9.6	100	11.2

	50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%
総数	894	100.0	1,168	100.0	1,746	100.0
5時間未満	110	12.3	78	6.7	138	7.9
5時間以上6時間未満	349	39.0	348	29.8	383	21.9
6時間以上7時間未満	290	32.4	451	38.6	529	30.3
7時間以上8時間未満	114	12.8	222	19.0	423	24.2
8時間以上9時間未満	23	2.6	62	5.3	183	10.5
9時間以上	8	0.9	7	0.6	90	5.2
5時間未満	110	12.3	78	6.7	138	7.9

資料：国民健康・栄養調査（令和元年）

② 睡眠による休養を十分とれていない人の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらすとともに情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状として現れることも多く、再発や再燃リスクも高めます。さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

令和元年国民健康・栄養調査の睡眠の質の状況をみると、「睡眠全体の質に満足できなかった」との回答は、21.8%と約5人に1人となっています。

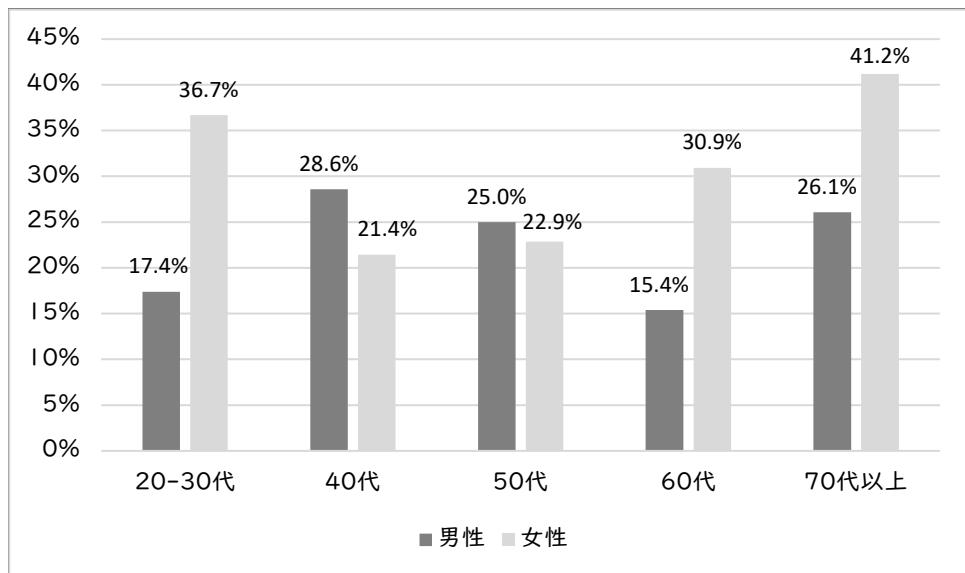
本町では、特定健診受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれているか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしていますが、令和4年度では男性 20.8%、女性 30.5%の人が「いいえ」と回答しています。また、年代別では、男性で 40、50 代、女性で 70 代以上が多い傾向にあります。今後も実態を把握し、検討、推進していく必要があります。

図表3-16 全国 睡眠の質の状況

		寝付きに、いつもより時間がかった	夜間、睡眠途中に目が覚めて困った	起きようとする時刻よりも早く目が覚め、それ以上眠れなかった	睡眠時間が足りなかった	睡眠全体の質に満足できなかった	日中、眠気を感じた	上記のようなことはなかった
総数	5,702	792	1,463	927	1,063	1,243	1,982	1,761
割合		13.9%	25.7%	16.3%	18.6%	21.8%	34.8%	30.9%

資料：国民健康・栄養調査（令和元年）

図表3-17 雄武町 睡眠で十分に休養がとれていない人の性年代別割合



資料：令和4年度 雄武町特定健診結果(令和4年度)

本町国民健康保険加入者は漁業や酪農業等の第1次産業従事者が多く、夏季の繁忙期は夜中2時～3時と夜明け前から仕事に従事する人もおり、睡眠リズムを一定に確保することが困難な場合もあります。仕事と健康を両立するための、休養・睡眠の取り方を考えていくことが必要です。

図表3-18 睡眠に係る推奨事項

成人版	<ul style="list-style-type: none"> ●毎日の睡眠時間を6時間以上確保することを推奨。 ●「睡眠休養感」の確保のため、適正な生活習慣や睡眠環境を整備すること等を推奨。 (例:食習慣の見直し(朝食をとる、就寝間際の夜食を控える)、寝室の環境整備、嗜好品の見直し) ●交替制勤務の場合、夜間勤務中の仮眠や昼間に睡眠をとる場合の遮光等の睡眠環境を整備することを推奨。 ●睡眠の不調や睡眠休養感の低下の背後に疾患が潜んでいる場合があることについての注意を喚起。(例:閉塞性睡眠時無呼吸、更年期障害等)
こども版	<ul style="list-style-type: none"> ●1-2歳児は11-14時間、3-5歳児は10-13時間、小学生は9-12時間、中学・高校生は8-10時間の睡眠時間を確保することを推奨。 ●夜更かしや朝寝坊に対する注意を喚起。 ●生活習慣における注意点を提示。 <ul style="list-style-type: none"> ・起床後から日中にかけて太陽の光をたくさん浴びる。 ・朝食をしっかりとる。 ・スクリーンタイムを減らし、体を動かす。 ・寝床ではデジタル機器の使用を控える。
高齢者版	<ul style="list-style-type: none"> ●個人の体調や生活状況に合わせた睡眠時間、床上時間を見つけることを推奨。 ●昼間の仮眠(昼寝)は短時間にすることを推奨。 ●「睡眠休養感」の確保も重要であり、睡眠環境や生活習慣等を見直しても睡眠休養感の低下が改善しない場合は、医師に相談することを推奨。

資料：厚生労働省 健康づくりのための睡眠ガイド 2023

(4) 町の取組み

① 雄武町の睡眠と休養に関する実態の把握

健診、保健指導等実施時の生活リズムの把握

② 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

様々な保健事業の場での教育や情報提供

4 飲酒

(1) 現状

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。また、不安やうつ、自殺、事故などのリスクにも関連します。

健康日本 21(第三次)では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」として1日当たりの純アルコール摂取量を男性 40g以上、女性 20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組みを行うこととしています。

令和3(2021)年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画(第4期)では、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組みを進めることができます。また、20歳未満や教育者、保護者、妊婦に対しても、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携し、飲酒による健康影響等について、引き続き、わかりやすい普及啓発を行うことが必要です。

<参考>

アルコール健康障害対策推進基本計画(第2期) 重点課題

重点課題 アルコール健康障害の発生予防
飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくりを通じて、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する。
取り組むべき施策
<ul style="list-style-type: none">・20歳未満の者や妊産婦などの飲酒すべきでない者の飲酒リスクの普及啓発及び不適切飲酒を未然に防ぐ取組みの徹底を引き続き実施する。・将来的なアルコール健康障害の発生につながる健康リスクの高い飲酒習慣や、アルコール関連問題の要因となり得る一時多量飲酒のリスクに対する理解の促進を図る。・飲酒に伴う健康影響は、年齢、性別、体质等に応じて異なることを踏まえ、誰もがアルコール健康障害の問題を我が事と認識できるように、特に健康影響を受けやすいと考えられる女性・若年者・高齢者など、特性に応じて留意すべき点等をわかりやすく啓発を進める。・酒類業界においても、国や地方公共団体によるこれらの普及啓発と連携し、不適切な飲酒の誘因防止の観点から、アルコール飲料の広告・表示等における自主的な取組みを引き続き進める。

(2) 基本的な考え方

飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた健康との関連、リスクの少ない飲酒など、正確な知識を普及する必要があります。

(3) 目標

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人

(1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上) の割合の低減

令和元年国民健康・栄養調査の飲酒の状況をみると、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」は、全体では 11.8%で、性別でみると男性で 14.9%、女性で 9.1%となっています。また、年齢別では、全体で「40-49 歳」、「50-59 歳」でそれぞれ 17.3%、18.2%と高くなっています。性別では、男性の「40-49 歳」で 21.0%、女性の「50-59 歳」で 16.8%とそれぞれ最も高くなっています。

本町の健診受診者の飲酒習慣の状況をみると、男性では「毎日飲酒する」は令和2年以降年々高くなり、令和4年では 56.3%となっています。一方、女性では減少傾向で令和4年は 18.8%となっています。

本町の令和4年度の特定健診問診票の結果では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人(男性2合以上/女性1合以上)の割合は、男性が 25.1%、女性が 13.7%となっています。また男性の 5.8%が3合以上、女性の 5.4%が2合以上となっています。

飲酒は肝機能障害だけでなく肥満や高血圧、高尿酸状態を引き起こし、その結果血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。今後、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の低減を目指す上で健診結果と飲酒の関連の実態把握を行うことと、飲酒の影響と健診結果との関連を本人が理解し、適切な判断ができる支援が重要です。

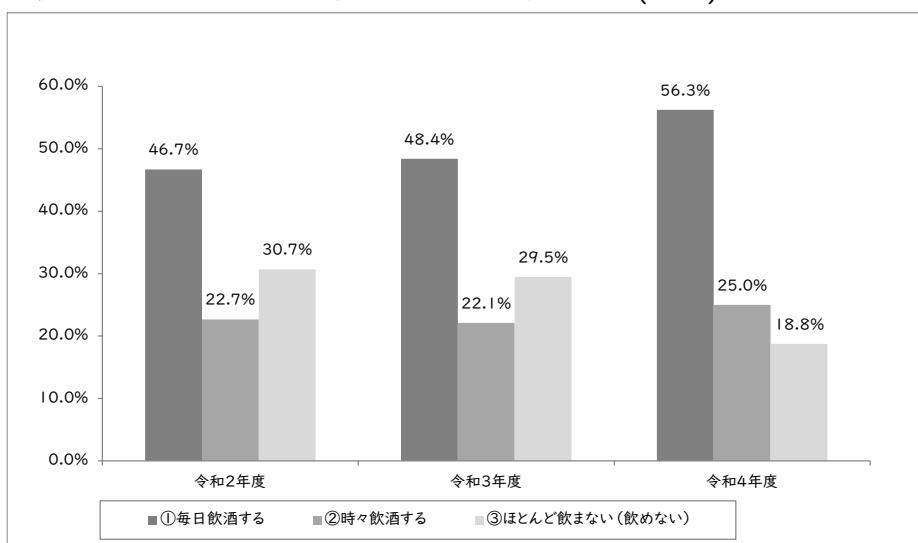
図表3-19 全国 年齢別、性別 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合

		総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	総数	5,701	100.0	446	100.0	552	100.0	896	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	674	11.8	26	5.8	68	12.3	155	17.3
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒していない者	5,027	88.2	420	94.2	484	87.7	741	82.7
男性	総 数	2,666	100.0	220	100.0	254	100.0	428	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	397	14.9	14	6.4	33	13.0	90	21.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒していない者	2,269	85.1	206	93.6	221	87.0	338	79.0
女性	総 数	3,035	100.0	226	100.0	298	100.0	468	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	277	9.1	12	5.3	35	11.7	65	13.9
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒していない者	2,758	90.9	214	94.7	263	88.3	403	86.1

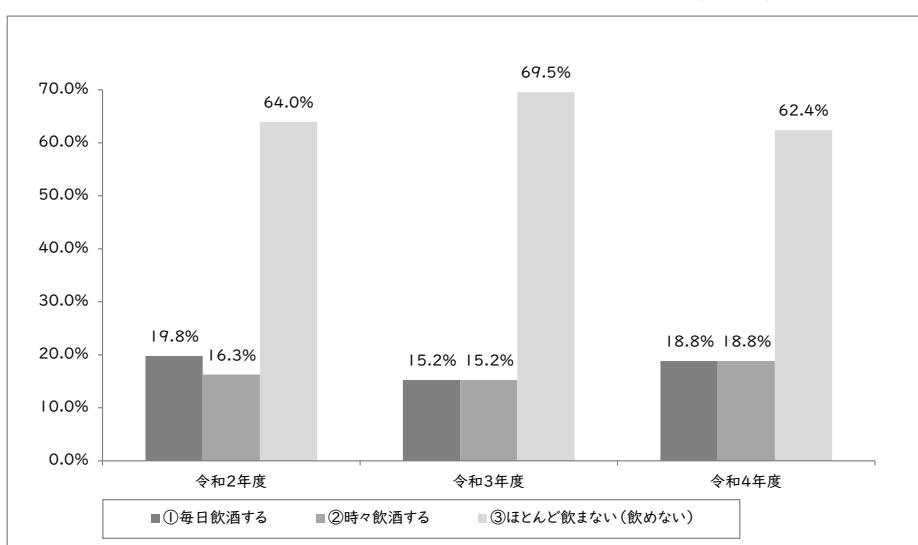
		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%
総数	総 数	894	100.0	1,170	100.0	1,743	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	163	18.2	162	13.8	100	5.7
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒していない者	731	81.8	1,008	86.2	1,643	94.3
男性	総 数	147	100.0	287	100.0	475	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	413	100.0	564	100.0	787	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	82	19.9	111	19.7	67	8.5
女性	総 数	331	80.1	453	80.3	720	91.5
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	481	100.0	606	100.0	956	100.0
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	81	16.8	51	8.4	33	3.5

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-20 雄武町 健診受診者の飲酒習慣の状況(男性)



図表3-21 雄武町 健診受診者の飲酒習慣の回答状況(女性)



資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

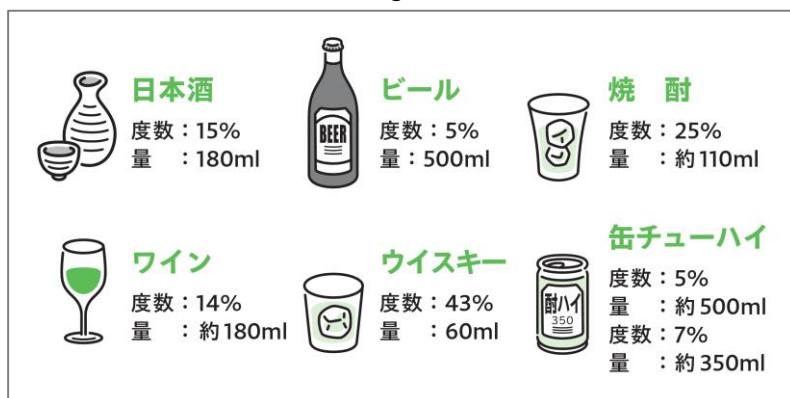
図表3-22 雄武町 性別 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合

	回答者(人)	2合以上(うち3合以上)(人)	割合(%)
男性	171	43(10)	25.1(5.8)
	回答者(人)	1合以上(うち2合以上)(人)	割合(%)
女性	168	23(9)	13.7(5.4)

資料：令和4年度 雄武町特定健診問診票結果

<参考>

◆アルコール 20g(1合)の目安◆



資料：厚生労働省 「習慣を変える、未来に備える あなたが決める、お酒のたしなみ方」2023年8月版

(4) 町の取組み

① 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

様々な保健事業の場での教育や情報提供

② 飲酒による生活習慣病予防の推進

雄武町特定健診、一般健診の結果に基づいた、適正な飲酒への健康相談

5 喫煙

(1) 現 状

たばこ消費量は近年減少傾向となっていますが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しています。

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が明らかとなっています。具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因となり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患ですが、まだまだ十分に認知されていません。

発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること(「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

(2) 基本的な考え方

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけではやめたくてもやめられないことが多いですが、たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」、「小中学生に対する喫煙防止対策」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。また、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援をするとともに、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

(3) 目 標

① 喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)

令和元年国民健康・栄養調査の喫煙の状況をみると、「毎日吸っている」と「時々吸う日がある」を合わせた喫煙している人は、全体で 16.7%、性別では男性 27.1%、女性 7.6%となっています。また、年齢別では、全体で「40-49 歳」、「50-59 歳」でそれぞれ 22.7%、21.6%と 2 割を超え高くなっています。

本町の健診受診者の喫煙習慣のある人の割合は、令和4年度では、全体で 24.5%、男性で 37.5%、女性で 14.9%と、いずれも全国を大きく上回っています。

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから、本町のこのような現状を踏まえ、喫煙による健康被害を周知啓発していくとともに、禁煙したい人のへの支援を強化していきます。

図表3-23 全国 年齢別 喫煙の状況

	総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	5,691	100.0	445	100.0	551	100.0	893	100.0
毎日吸っている	898	15.8	65	14.6	102	18.5	195	21.8
時々吸う日がある	52	0.9	8	1.8	4	0.7	8	0.9
以前は吸っていたが、 1か月以上吸っていない	443	7.8	12	2.7	45	8.2	82	9.2
吸わない	4,298	75.5	360	80.9	400	72.6	608	68.1

	50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%
総数	893	100.0	1,167	100.0	1,742	100.0
毎日吸っている	184	20.6	215	18.4	137	7.9
時々吸う日がある	9	1.0	12	1.0	11	0.6
以前は吸っていたが、 1か月以上吸っていない	85	9.5	115	9.9	104	6.0
吸わない	615	68.9	825	70.7	1,490	85.5

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-24 雄武町 健診受診者の喫煙習慣が「ある」と回答した人の割合

		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
総数	回答者数(人)	161	200	151
	喫煙習慣が「ある」(人)	33	54	37
	割 合	20.5%	27.0%	24.5%
男性	回答者数(人)	75	95	64
	喫煙習慣が「ある」(人)	23	38	24
	割 合	30.7%	40.0%	37.5%
女性	回答者数(人)	86	105	87
	喫煙習慣が「ある」(人)	10	16	13
	割 合	11.6%	15.2%	14.9%

資料：令和 2 年度～令和 4 年度 雄武町特定健診結果

(4) 町の取組み

① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

様々な保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
(母子健康手帳交付時面接、妊婦相談、乳幼児健診及び相談、各種健診時の相談等)
受動喫煙防止の推進

② 禁煙支援の推進

健康診査、雄武町特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への健康相談

6 歯・口腔の健康

(1) 現 状

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組みが必要となっています。平成23(2011)年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等が定められており、国及び地方公共団体の責務等が示されています。令和6(2024)年度から令和17(2035)年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本21(第三次)と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)」(歯・口腔の健康づくりプラン)として取り組むものとしています。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う歯(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う歯と歯周病の予防は必須です。また、幼児期や学齢期でのう歯予防や、成人期の歯周病予防の推進が不可欠と考えます。そして、歯と口腔が健康であることは、生活の質(QOL)を大きく改善するだけではなく、楽しい会話やおいしく食事をすることにもつながります。

このように、全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現するために、歯科口腔保健に係る施策等を総合的に推進していく必要があります。

<参考>

歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)

基本的事項
一 歯・口腔に関する健康格差の縮小
二 歯科疾患の予防
三 口腔機能の維持・向上
四 定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健
五 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

(2) 基本的な考え方

① 発症予防

歯科疾患の予防は、「う歯予防」及び「歯周病予防」となります。

これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、一人ひとりが自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

② 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」です。

歯の喪失は、摂食や構音などの生活機能に影響を与えるため、より早い年代から対策を始める必要があります。

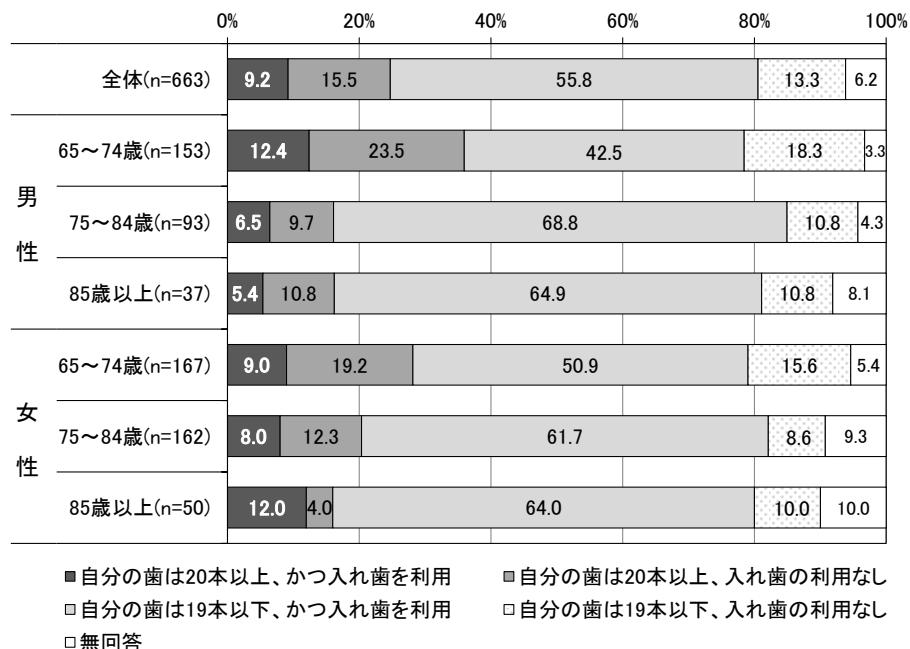
従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020(ハチマルニイマル)運動」が展開されていますが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

本町の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の高齢者の歯の数と入れ歯の利用状況をみると、全体では

「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」が55.8%と最も高く、「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」、「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」は、それぞれ9.2%、15.5%と『自分の歯を20本以上持っている割合』は、合わせて24.7%と約4人に1人となっています。

性年齢別でみると、『自分の歯を20本以上持っている割合』は男性、女性ともに年齢が上がるにつれて減少傾向となっており、男性85歳以上で16.2%、女性85歳以上で16.0%となっています。

図表3-25 歯の数と入れ歯の利用状況



資料：雄武町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和5年)

(3) 目標

① よくかんで食べることができる人の増加

令和元年国民健康・栄養調査の咀嚼の状況をみると、「何でもかんで食べることができる」を年齢別でみると、20～49歳までは9割を超えていますが、50歳代以降は徐々に低下し、60～69歳は71.5%、70歳以上は63.2%、80歳以上では54.9%にまで低下します。本町の健診受診者の食事をかんで食べる時の状態をみると、「何でもかんで食べることができる」人の割合は、令和2年度以降70%台で推移しており、令和4年度は75.0%と4人に3人となっています。

また、令和元年国民健康・栄養調査の食べ方や食事中の様子を年齢別でみると、20～49歳までは「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」は1割未満、「お茶や汁物等でむせることがある」が1割前後となっていますが、50歳代以降は徐々に高くなり、80歳以上では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が46.8%、「お茶や汁物等でむせることがある」が37.8%まで増加します。本町の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうか聞いたところ、全体では「はい」は42.4%ですが、年齢とともに上昇し、85歳以上では男性で54.1%、女性で64.0%と高くなっています。

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連するものであり、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係していることから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが望ましいとされています。

咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見も多く、特に高

齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えると考えられていることから、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は回復・向上を図り、中年期以降の咀嚼良好者の割合を増加させることが必要です。

図表3-26 全国 年齢別 咀嚼の状況

	総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	5,701	100.0	447	100.0	552	100.0	896	100.0
何でもかんで 食べることができる	4,479	78.6	435	97.3	518	93.8	824	92.0
一部かめない食べ物がある	1,048	18.4	11	2.5	34	6.2	71	7.9
かめない食べ物が多い	150	2.6	1	0.2	0	0.0	1	0.1
かんで食べることは できない	24	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上		(再掲)80 歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	893	100.0	1,169	100.0	1,744	100.0	561	100.0
何でもかんで 食べることができる	764	85.6	836	71.5	1,102	63.2	308	54.9
一部かめない食べ物がある	116	13.0	296	25.3	520	29.8	195	34.8
かめない食べ物が多い	10	1.1	32	2.7	106	6.1	54	9.6
かんで食べることは できない	3	0.3	5	0.4	16	0.9	4	0.7

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-27 雄武町 健診受診者の食事をかんで食べる時の状態【40 歳～75 歳】

年度	総数 (人)	何でもかんで 食べることができる		歯や歯ぐき、かみあわせ など気になる部分があり、 かみにくいことがある		ほとんどかめない	
		人	割合	人	割合	人	割合
令和 2 年度	161	115	71.4%	43	26.7%	3	1.9%
令和 3 年度	200	146	73.0%	48	24.0%	6	3.0%
令和 4 年度	56	42	75.0%	14	25.0%	0	0.0%

資料：令和 2 年度～令和 4 年度 雄武町特定健診結果

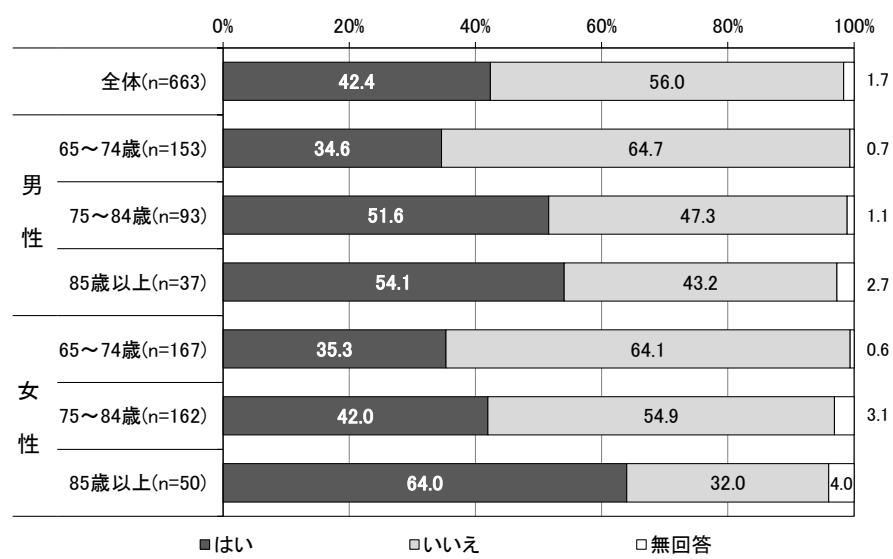
図表3-28 全国 年齢別 食べ方や食事中の様子

	総 数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	5,638	100.0	445	100.0	552	100.0	891	100.0
ゆっくりよくかんて食事をする	3,061	54.3	259	58.2	263	47.6	425	47.7
半年前に比べて固いものが食べにくくなつた	1,168	20.7	6	1.3	28	5.1	77	8.6
お茶や汁物等でむせることがある	1,032	18.3	45	10.1	53	9.6	106	11.9
口の渴きが気になる	1,095	19.4	43	9.7	89	16.1	142	15.9
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	3,670	65.1	369	82.9	450	81.5	668	75.0

	50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上		(再掲)80 歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	889	100.0	1,157	100.0	1,704	100.0	539	100.0
ゆっくりよくかんて食事をする	411	46.2	595	51.4	1,108	65.0	394	73.1
半年前に比べて固いものが食べにくくなつた	138	15.5	295	25.5	624	36.6	252	46.8
お茶や汁物等でむせることがある	137	15.4	227	19.6	464	27.2	204	37.8
口の渴きが気になる	149	16.8	234	20.2	438	25.7	165	30.6
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	590	66.4	627	54.2	966	56.7	318	59.0

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-29 半年前に比べて固いものが食べにくくなつたかどうか



資料：雄武町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和5年)

(4) 町の取組み

歯科医師・歯科衛生士と協働し、ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- 母子健康手帳交付時面接等のう歯予防の情報提供
- 乳幼児期のう歯予防の学習機会の提供
(3~4か月児、9~10か月児、1歳6か月児、3歳児、5歳児)
- 保育所入所児、一般乳幼児を対象としたフッ素塗布の実施
- 幼児歯科健診(1歳6か月児、3歳児、5歳児)の実施
- 幼児期から小学生を対象としたフッ化物洗口事業の実施
- 小学校歯磨き教室
- 成人期から後期高齢者の歯科健診の実施
- 成人期、高齢期対象の口腔機能の維持・向上を目的とした歯科保健講話
- 成人期、高齢期の歯科保健事業の検討
- 妊婦歯科健診の実施
- 全てのライフステージを対象とした、口腔ケアの技術向上等を目的とした家庭訪問・健康相談の実施

第3 生活習慣病の発症予防・重症化予防

Ⅰ がん

(1) 現 状

昭和56(1981)年以降日本人の死因の第1位は「がん」となっており、令和3(2021)年のがんによる死者は約38万人で死者全体の約3割を占めています。生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患者や死者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題となっています。令和3年度の北海道の死因の第1位は、男女共に「悪性新生物」となっており、本町においても、令和4年度は全国、北海道同様、「悪性新生物」が最も多く、18人となっています。

こうした背景から、がん対策の一層の充実を図るため、平成18(2006)年に、「がん対策基本法」が制定され、がん対策推進基本計画に基づいてがん対策が推進されてきました。令和5(2023)年度から開始された第4期がん対策推進基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」を全体目標として、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3本柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定めています。

図表3-30 北海道 死因順位・性別 令和3年度

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
全 体	悪性新生物	心疾患	老 衰	脳血管疾患	肺 炎
男 性	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺 炎	老 衰
女 性	悪性新生物	心疾患	老 衰	脳血管疾患	肺 炎

資料：令和3年(2021年) 北海道保健統計年報

図表3-31 雄武町 死因順位 令和4年度

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
	悪性新生物	心臓病	脳疾患	腎不全	自殺
人数	18	14	8	2	1

資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<参考>

第4期がん対策推進基本計画

全体目標
誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す
分野別目標
●「がん予防」分野の分野別目標 がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す
●「がん医療」分野の分野別目標 適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す
●「がんとの共生」分野の分野別目標 がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

(2) 基本的な考え方

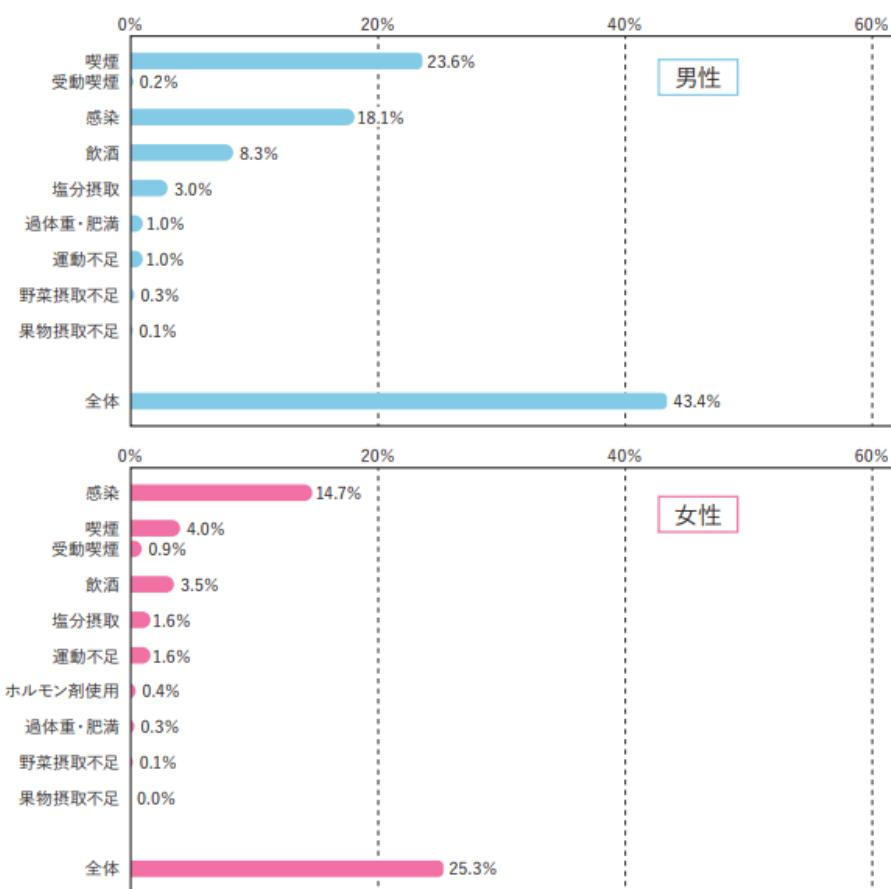
がんのリスクを高める要因としては、様々な化学物質への暴露やがんに関連するウイルスへの感染の他に、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物摂取不足、塩分の過剰摂取等生活習慣に起因するものがあります。

特に、喫煙ががんの死亡率を高めることは様々な疫学的検討から明らかになっています。

本町の特定健診結果から推測すると、喫煙率の高さや肥満など、がんのリスクとなる課題があると考えられます。

そのため、健康づくりの取組みとしては、生活習慣を改善していくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見し、早期に治療することでがんの死亡率を減少させることが重要です。

図表3-32 日本人におけるがんの要因



資料：国立がん研究センター がん対策研究所発行 がんの冊子 『科学的根拠に基づくがん予防』

図表3-33 日本人のためのがん予防法(5+1)



資料：国立がん研究センター がん対策研究所発行 がんの冊子 『科学的根拠に基づくがん予防』

がんを防ぐための新12か条

1. たばこは吸わない
2. 他人のたばこの煙を避ける
3. お酒はほどほどに
4. バランスのとれた食生活を
5. 塩辛い食品は控えめに
6. 野菜や果物は不足にならないように
7. 適度に運動
8. 適切な体重維持
9. ウィルスや細菌の感染予防と治療
10. 定期的ながん検診を
11. 身体の異常に気がついたら、すぐに受診を
12. 正しいがん情報でがんを知ることから

資料：国立がん研究センターがん予防・検診研究センター

(3) 目標

① がん検診受診率の向上

がん検診で精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

本町のがん検診の精密検査受診率は、年度やがんの種類で差異がみられますが、町のがん検診受診者からもがんが発見されているため、今後も精密検査の受診率の向上を図っていく必要があります。

(ア) 大腸がん

大腸がんは、検査方法（便潜血2日法）が簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率が高いがんの一つです。受診率の向上とともに、精検対象者が適切な受診につながる働きかけが重要です。

(イ) 肺がん

肺がんは、種類によっては進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあり、5年生存率が5大がんの中でもっとも低いがんです。

肺がんの最大の危険因子である喫煙状況の把握、受診率の維持、向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策が重要です。

(ウ) 胃がん

胃粘膜の状態を確認するための方法として、町の一次検診、もしくは医療機関における詳細な検査の受診等の必要性を見極め、重症化予防の視点をもつことが重要です。

(エ) 乳がん

定期的な検診の受診はもちろん、自己触診の普及啓発についても取り組むことが重要です。

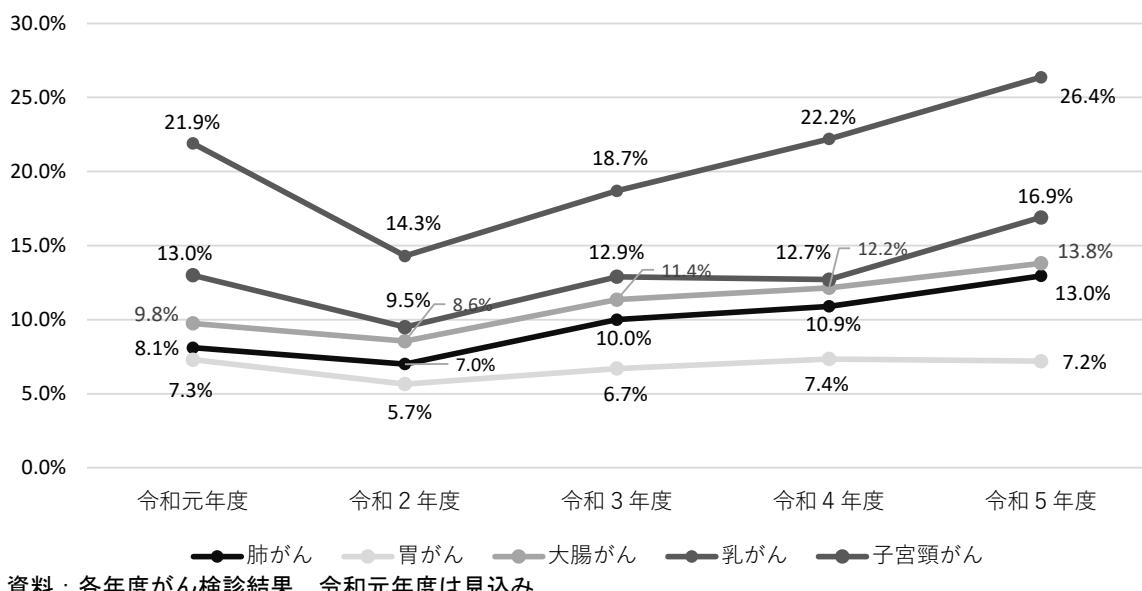
(オ) 子宮頸がん

定期的な検診の受診はもちろん、子宮頸がんの知識の普及についても取り組むことが重要です。

(カ) 前立腺がん

前立腺がんは、ほかの臓器のがんとは異なり、ゆっくりと進行するため、早期に発見できれば、他のがんに比べて治りやすいがんであることから、早期に発見し、適切な治療を行うことが重要です。

図表3-34 雄武町 部位別がん検診受診率



② 生活習慣の改善

(ア) 喫煙

たばこの煙の中には、わかっているだけで数十種類もの発がん性をもつ化学物質が含まれています。この発がん物質が細胞の遺伝子に傷をつけることで、細胞ががん化すると考えられています。町民自身が、喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できる取組みを継続します。

(イ) 高脂肪食

脂質の多い食品は、肥満の原因であり、また胃がん、大腸がんの発症リスクです。

脂質の多い食品を摂取すると、消化に時間がかかり、胃酸分泌量が多くなります。胃酸は、食物の消化に加え、食物と同時にに入った細菌等を殺菌する働きをもつ強い酸であることから、分泌量が増加すると胃粘膜に障害を起こしがん化を促します。また、脂質の多い食品、特に肉類を食べると、胆汁酸の分泌量が増え、その結果発がん物質である二次胆汁酸も増え、大腸粘膜のがん化を起こします。

肥満はもちろん、高脂肪食が与える胃や大腸の粘膜への影響を理解し、どのような食品を選択することががん予防につながるか学習することが必要です。

(ウ) 野菜不足

がん予防に有効なビタミンや食物繊維を効率的に摂取できる食品は野菜です。

健康日本21(第三次)では、20歳以上の1日あたりの野菜摂取量の増加(1日350g以上)を目標にしています。

緑黄色野菜の摂取は胃がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がん等の多くの部位のがんのリスクを低下させる可能性が指摘されています。なぜ野菜が必要なのか、自分の食べている野菜ががん予防に効果的なのかを理解し、選択できる学習が必要です。

図表3-35 雄武町 メタボリックシンドロームの該当状況【40歳～75歳】

(単位:人、%)

年度	健診受診者数	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
令和2年度	161	25	15.5	31	19.3	104	64.6	1	0.6
令和3年度	200	43	21.5	33	16.5	123	61.5	1	0.5
令和4年度	151	32	21.2	20	13.2	99	65.6	0	0.0

資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

図表3-24(再掲) 雄武町 健診受診者の喫煙習慣が「ある」と回答した人の割合

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
総数	回答者数(人)	161	200	151
	喫煙習慣が「ある」(人)	33	54	37
	割合	20.5%	27.0%	24.5%
男性	回答者数(人)	75	95	64
	喫煙習慣が「ある」(人)	23	38	24
	割合	30.7%	40.0%	37.5%
女性	回答者数(人)	86	105	87
	喫煙習慣が「ある」(人)	10	16	13
	割合	11.6%	15.2%	14.9%

資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

(4) 町の取組み

① ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

子宮頸がん予防ワクチン接種
肝炎ウイルス検査(妊娠期・40歳以上)
HTLV-1(成人T細胞白血病ウイルス)抗体検査(妊娠期)

② がん検診受診率向上の施策

対象者への個別案内、広報を利用した啓発
関係機関による講演会や研修会への共催
がん検診推進事業、働く世代の女性支援のためのがん検診推進事業
子宮頸がん検診・乳がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

③ がん検診によるがんの重症化予防の施策

各種がん検診の受診促進

図表3-36 雄武町 がん検診の種類・対象年齢

20~39歳	40~49歳	50~64歳	65~74歳	75歳以上
		大腸がん検診		
		肺がん検診		
		胃がん検診		
		乳がん検診(女性 隔年)		
		子宮頸がん検診(20歳以上隔年)		
			前立腺がん検診(男性)	

④ がん検診の質の確保に関する施策

精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
がん相談窓口の紹介

2 循環器病

(1) 現 状

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成30(2018)年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位となっており、心疾患、脳血管疾患を合わせると、年間31万人以上が亡くなっています。また、令和元(2019)年国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の20.6%を占めており、介護が必要となった主な原因の一つにもなっています。

こうした背景から、平成30(2018)年に、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し、この基本法に基づいて策定された循環器病対策推進基本計画に沿って循環器病対策が行われています。

循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症(特に高LDLコレステロール血症)、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要です。

<参考>

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法

目的
脳卒中、心臓病その他の循環器病が国民の疾病による死亡の原因及び国民が介護を要する状態となる原因の主要なものとなっている等循環器病が国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、循環器病の予防に取り組むこと等により国民の健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、循環器病に係る対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び保健、医療又は福祉の業務に従事する者の責務を明らかにし、並びに循環器病対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、循環器病対策の基本となる事項を定めることにより、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進すること

第2期循環器病対策推進基本計画

全体目標
2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少
分野別目標
1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 ①循環器病の発症予防及び重症化予防 ②子どもの頃からの国民への循環器病に関する正しい知識(循環器病の予防、発症早期の適切な対応、重症化予防、後遺症等)の普及啓発の推進 ③循環器病に対する国民の認知度等の実態把握
2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実 ①循環器病を予防する健診の普及や取組みの推進 ②救急搬送体制の整備 ③救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築 ④リハビリテーション等の取組み ⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援 ⑥循環器病の緩和ケア ⑦社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 ⑧治療と仕事の両立支援・就労支援 ⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 ⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
3. 循環器病の研究推進 ①循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発の推進 ②科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を効果的に進めるための研究の推進

図表3-37 要介護度別にみた介護が必要になった主な原因の構成割合

	総数	要支援者		要介護者					
		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	
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
認知症	17.6	5.2	6.5	4.0	24.3	29.8	18.7	27.0	20.2
脳血管疾患(脳卒中)	16.1	10.5	8.7	12.2	19.2	14.5	17.8	24.1	23.6
高齢による衰弱	12.8	16.1	17.9	14.4	11.4	13.7	11.6	9.3	9.7
骨折・転倒	12.5	14.2	13.5	14.9	12.0	10.6	13.5	12.1	15.1
関節疾患	10.8	18.9	20.3	17.5	6.9	7.2	9.7	5.3	3.8
心疾患(心臓病)	4.5	7.1	7.5	6.6	3.3	3.3	3.7	2.2	3.5
呼吸器疾患	2.7	2.6	2.8	2.3	2.7	3.0	2.1	1.6	4.1
悪性新生物(がん)	2.6	2.6	2.0	3.2	2.7	3.2	3.1	2.1	1.6
糖尿病	2.5	3.0	2.5	3.4	2.3	2.9	1.9	2.2	1.5
パーキンソン病	2.3	1.9	0.8	2.9	2.6	2.3	2.8	2.8	3.4
脊椎損傷	1.5	1.5	0.5	2.4	1.6	1.3	1.9	1.5	0.4
視覚・聴覚障害	1.4	1.7	1.3	2.0	1.1	0.6	2.0	1.3	—
その他	9.1	10.3	11.2	9.6	8.1	6.6	7.9	7.2	9.8
わからない	1.1	1.4	1.4	1.3	0.8	1.2	0.9	0.2	1.5
不詳	2.4	3.1	3.1	3.1	0.9	0.7	1.2	0.9	1.9

資料：国民生活基礎調査(令和元年)

注1：「総数」には、要介護者不詳を含む。

2：「現在の介護度」とは、令和元年6月の要介護度をいう。

本町の要介護者や元気高齢者・要支援者の現在治療中、または後遺症のある病気については、循環器病の危険因子となる「高血圧」、「高脂血症(脂質異常)」、「糖尿病」、「脳卒中」、「心臓病」などを患っている人が多いことがわかっています。

図表3-38 現在治療中、または後遺症のある病気 上位7位

順位	項目	割合(%)
1	認知症	29.7
2	糖尿病	21.6
3	脳血管疾患(脳卒中)	21.6
4	心疾患(心臓病)	16.2
5	筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症)	13.5
6	呼吸器疾患	10.8
7	眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)	10.8

資料：雄武町 在宅介護実態調査：要介護認定者対象(令和5年)

図表3-39 現在治療中、または後遺症のある病気 上位5位

順位	項目	割合(%)
1	高血圧	45.9
2	目の病気	16.7
3	糖尿病	16.0
4	心臓病	13.0
5	高脂血症(脂質異常)	10.3

資料：雄武町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

(2) 基本的な考え方

① 発症予防

循環器病の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要となります。循環器病の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取組みを考えるためにも、まずは健康診査を受診することが重要です。また、特定健診をはじめ職場健診など健康診査受診率の向上が必要です。

② 重症化予防

循環器病における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上げることです。健診結果から自分の数値が医療機関受診を要する値なのか、このまま放置していることで予測されることは何かなど、自分の身体の状態を正しく理解し、自分自身でできることは何かを考えるとともに、診査結果により医療機関にかかる必要がある場合は早急な対応が求められます。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことも必要です。

(3) 目標

① 脳血管疾患の減少

本町の脳血管疾患による死亡数は、平成30年以降10人以下となっていますが、令和2、3年は微増しています。

図表3-40 脳血管疾患死亡数

年度	平成				令和		
	27	28	29	30	元	2	3
総数	3	14	10	5	4	8	7

資料：北海道 保健統計年報(各年)

急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となっていましたが、後遺症による日常生活の質の低下を招くことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、要支援・要介護認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

脳血管疾患は、発症に至るまで自覚症状がありません。そのため、健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入口として重要です。

血管変化は20年、30年という時間をかけて現れるので、若いうちから血管変化などの自分の体の状態や血管を傷つける要因となるような生活習慣を知ることは、将来の健康のためにとても大切です。

健診を受診していても、健診の結果が表している意味が理解できなければ、重症高血圧を放置してしまいます。こうしたことから、健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定するために、健診受診者全員に対して必要度に応じた保健指導の提供を継続して行うとともに、最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。そのため、本町の健康診断の各項目基準値は、「標準的な特定健診・特定保健指導プログラム R6版」(厚生労働省)に準拠して実施しています。

② 虚血性心疾患の減少

本町の虚血性心疾患による死亡数は、年によって増減がありますが、令和元年以降は15人前後で推移しています。

図表3-41 虚血性心疾患死亡数

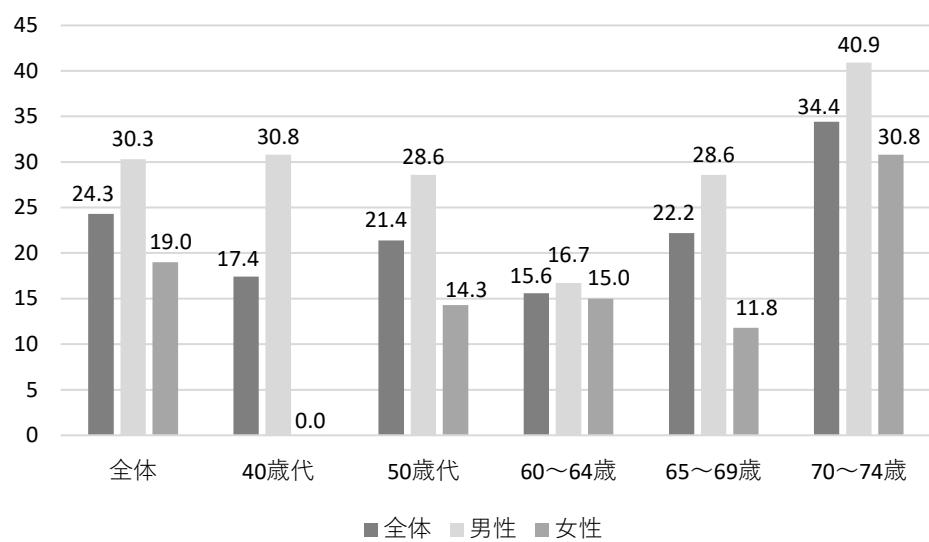
年度	平成				令和		
	27	28	29	30	元	2	3
総数	8	15	7	11	18	14	13

資料：北海道 保健統計年報(各年)

平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査は基本項目から外れ、一定基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみ実施となりました。しかし、心電図検査は心臓の変化をみる重要な項目であるため、本町においては、一般健診、特定健診、後期高齢者健診すべての健診で実施しています。

令和4年度の特定健診における心電図検査の結果、189人中46人に所見が出ており、有所見率は24.3%となっています。年齢別では70～74歳が34.4%と最も高く、次いで65～69歳が22.2%、50歳代が21.4%となっています。また、性別では全ての年代で男性が女性より有所見率が高くなっています。

図表3-42 心電図有所見の状況 令和4年度



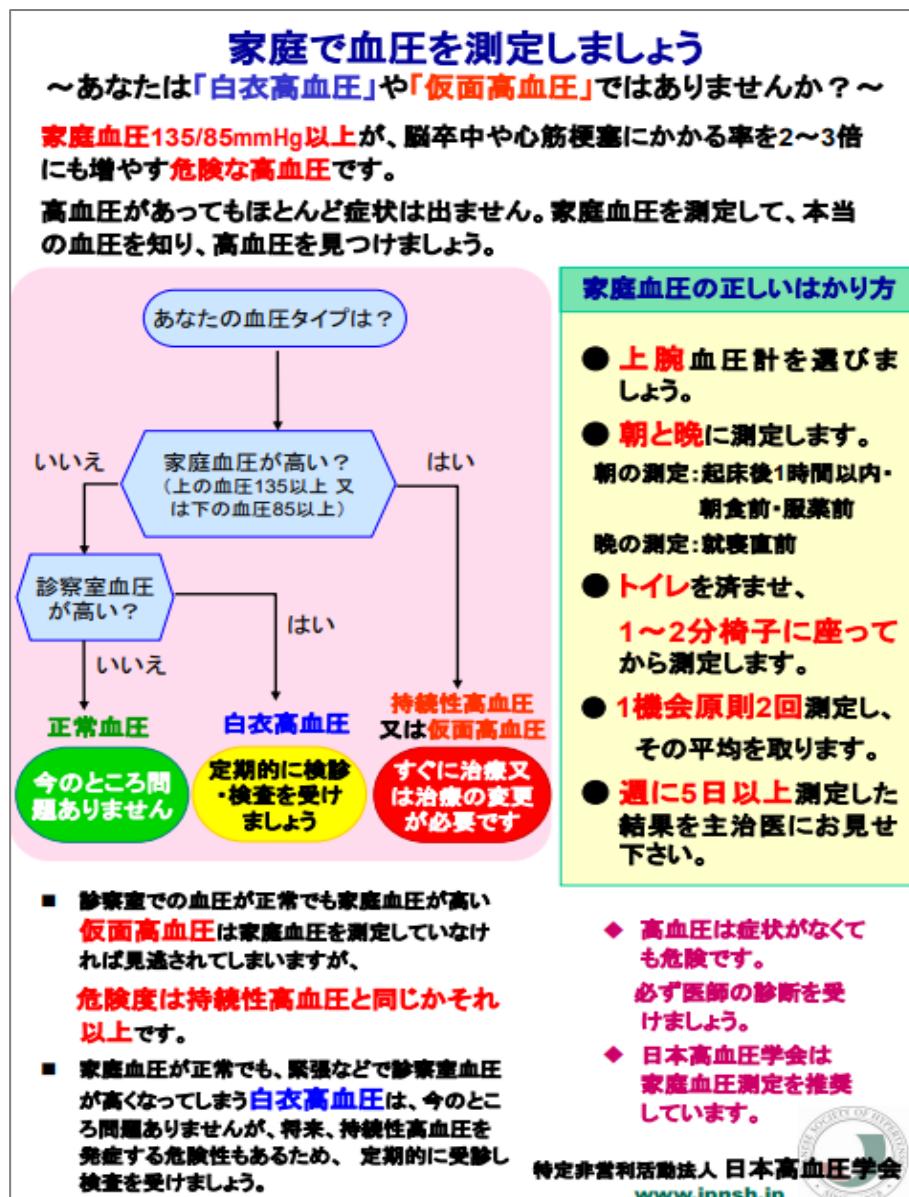
資料：雄武町特定健診結果

③ 高血圧の改善（中等症（Ⅱ度）160/100mmHg 以上高血圧の減少）

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器病の最大の危険因子であり、発症や死亡に大きな影響を与えます。しかし、高血圧の自覚症状はほとんどなく、血圧の測定値が高くても受診行動につながらない、治療を中断してしまうなどの実態が多く見られます。

本町では特定健診受診者を対象に、高血圧治療ガイドラインをもとに、血圧値だけでなく、個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施しています。

＜参考＞

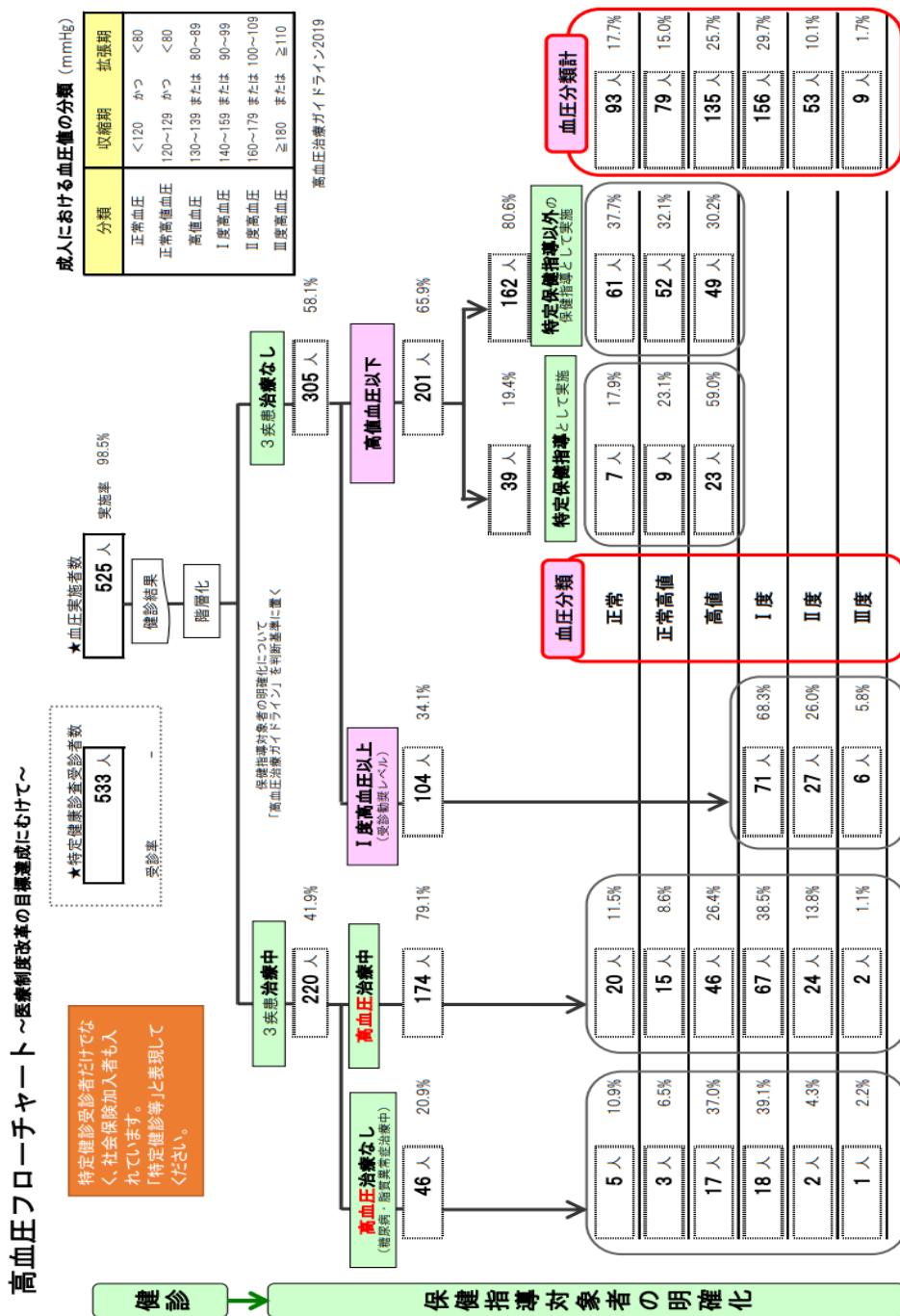


正常高値の人は正常血圧を目指し、高血圧に移行しないよう発症予防の継続が必要です。また、重症化しやすい中等症（Ⅱ度）高血圧以上の人の割合は年度による差異が大きい状況で、個別の経年変化を把握し、確実な重症化予防を図るためにも、健診の継続受診が重要と考えます。

健診で血圧値が高くても、「たまたま、高かつただけ」「緊張すると上がる」など一時的なものとして捉えてしまい、その後、血圧測定の継続がないまま放置してしまう実態が多くみられます。また、「頭痛もないし、体調が良いので大丈夫」「忙しくて病院に行けない」「血圧の薬は一度飲むと止められないと聞いたので、できるだけ飲まないでいたい」等の理由で、降圧治療の開始が遅れ、血管変化を起こしている実態も多くみられます。自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧対策には重要です。

令和4年度の検診では、高血圧治療中が220人、I度高血圧以上が104人となっています。

図表3-43 特定健診受診者の血圧検査結果※結果提出者も含む(令和4年度)



資料：令和4年度 健診データ

④ 脂質異常症の減少

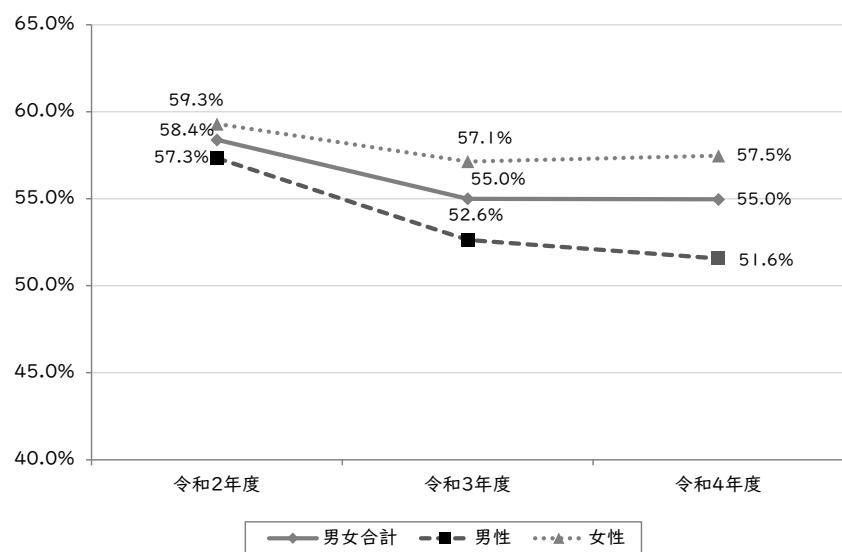
(総コレステロール 240mg/dl (LDLコレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

脂質異常症は冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、特に総コレステロール及び LDLコレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDLコレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上と言われています。

本町の健診受診者の LDLコレステロールの有所見者(保健指導判定値を超えてる人)割合は、令和4年度でみると、男性は令和2年度以降減少していますが、女性は令和3年度より若干増加しています。

図表3-44 特定健診受診者の LDLコレステロールの有所見者割合



資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

本町の令和4年度の特定健診受診者の LDLコレステロール 120 以上の人の割合は、男性 44.9%、女性 57.0%と女性の方が高くなっています。また、年代でみると男性では 50 歳代が 57.1%、女性では 50 歳代が 64.3%、60～64 歳が 75.0%と6割を超え高くなっています。

また、non-HDLコレステロール 150 以上の人の割合は、男性 12.4%、女性 15.0%と女性の方が高くなっています。また、年代でみると男性では 50 歳代が 21.4%、女性では 50 歳代が 28.6%、60～64 歳が 30.0%と約3割となっています。

平成 24 年に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中で、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、non-HDLコレステロール値(総コレステロール値から HDLコレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されたことから、今後も検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた保健指導を実施していきます。

図表3-45 LDLコレステロール120以上の人数と割合 令和4年度

	受診者	総数		男性		女性	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	6,315,520	3,167,056	50.1	1,220,028	44.9	1,947,028	54.1
北海道	211,944	107,158	50.6	40,530	45.6	66,628	54.1
雄武町	189	97	51.3	40	44.9	57	57.0
40歳代	23	9	39.1	5	38.5	4	40.0
50歳代	28	17	60.7	8	57.1	9	64.3
60~64歳	32	20	62.5	5	41.7	15	75.0
65~69歳	45	23	51.1	13	46.4	10	58.8
70~74歳	61	28	45.9	9	40.9	19	48.7

資料：雄武町特定健診結果

図表3-46 non-HDLコレステロール150以上の人数と割合 令和4年度

	受診者	総数		男性		女性	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	6,315,520	327,906	5.2	135,521	5.0	192,385	5.3
北海道	211,944	9,234	4.4	3,755	4.2	5,479	4.5
雄武町	189	26	13.8	11	12.4	15	15.0
40歳代	23	2	8.7	2	15.4	0	0.0
50歳代	28	7	25.0	3	21.4	4	28.6
60~64歳	32	7	21.9	1	8.3	6	30.0
65~69歳	45	6	13.3	3	10.7	3	17.6
70~74歳	61	4	6.6	2	9.1	2	5.1

資料：雄武町特定健診結果

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

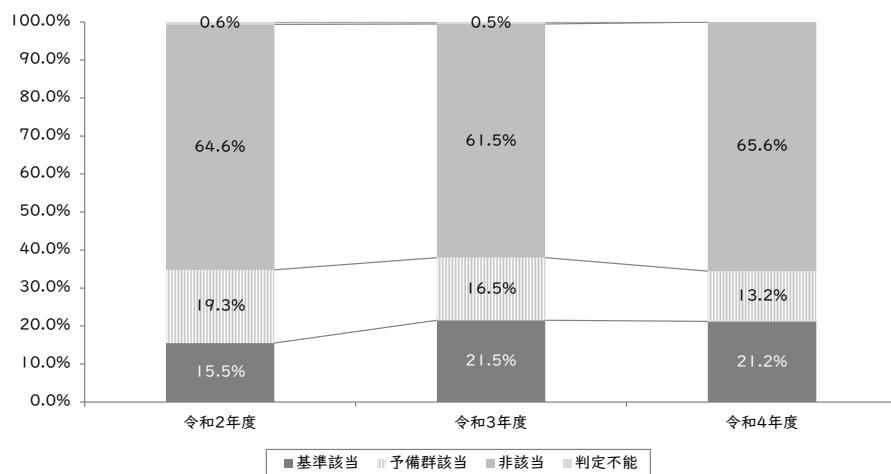
メタボリックシンドロームと循環器病との関連は証明されており、平成20年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

図表3-47 「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)」の判定基準

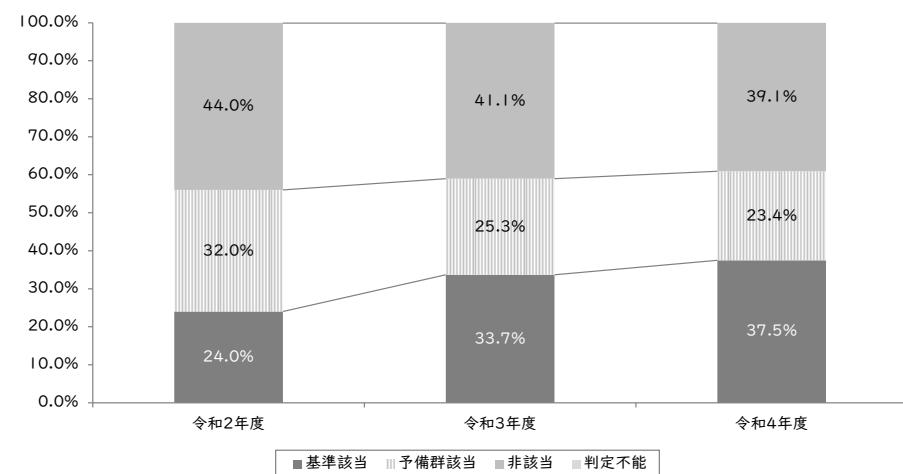
必須項目	(内臓脂肪蓄積)ウエスト周囲径	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
	内臓脂肪面積 男女ともに $\geq 100\text{cm}^2$ に相当	
選択項目 3項目のうち 2項目以上	1 高トリグリセライド血症かつ／または 低HDLコレステロール血症	$\geq 150\text{mg/dL}$ かつ／または $< 40\text{mg/dL}$
	2 収縮期(最大)血圧かつ／または 拡張期(最小)血圧	$\geq 130\text{mmHg}$ かつ／または $\geq 85\text{mmHg}$
	3 空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dL}$

図表3-48 メタボリックシンドロームの該当状況の推移

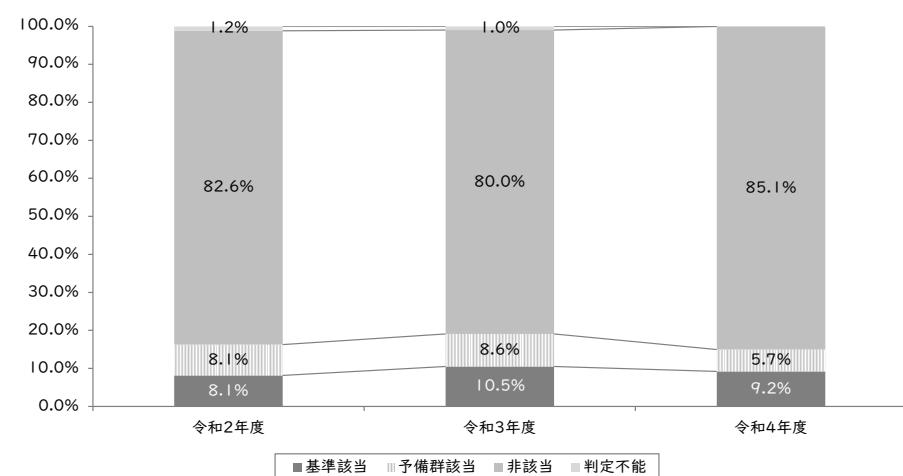
全体



男性



女性



令和4年の特定健診結果と国民健康・栄養調査(全国)は調査時期が違うため単純に比較はできませんが、比べてみるとメタボリックシンドローム該当者では、全体では50歳代を除く年代で、また男性の60歳代以上、女性の50歳代、70歳以上で本町の方が高くなっています。また、メタボリックシンドローム予備軍では、全体では60歳代を除く年代で、また男性の50歳代、70歳以上、女性の40歳代で本町の方が高くなっています。

図表3-49 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況

			40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上
メタボリックシンドロームが 強く疑われる者	全 国	全体	7.1%	15.7%	20.1%	26.1%
		男性	15.7%	31.5%	29.4%	37.4%
		女性	2.4%	6.4%	12.9%	16.8%
	雄武町	全体	8.7%	14.3%	23.4%	31.1%
		男性	15.4%	21.4%	37.5%	54.5%
		女性	0.0%	7.1%	8.1%	17.9%
メタボリックシンドロームの 予備群と考えられる者	全 国	全体	12.3%	11.6%	17.5%	15.3%
		男性	27.0%	17.3%	29.4%	23.0%
		女性	4.3%	8.3%	8.3%	9.0%
	雄武町	全体	17.4%	14.3%	11.7%	16.4%
		男性	23.1%	28.6%	15.0%	40.9%
		女性	10.0%	0.0%	8.1%	2.6%

資料：令和4年 雄武町特定健診結果、国民健康・栄養調査(令和元年)

※雄武町の70歳以上は、70歳から74歳

令和2年度から令和4年度の特定健診で「メタボリックシンドローム」と診断された人に「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか」との質問の回答結果は下表の通りで、「改善するつもりはない」と回答のあった割合は、直近の令和4年度では3割を超えており、生活習慣を見直し、改善に取り組むことの必要性を周知していくよう取り組みます。

また、本町では、メタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に、独自の二次健診を実施しています。頸動脈エコー検査は動脈硬化の早期診断に有効であることが、多くの研究で明らかとなっています。健診結果から、二次健診の受診が有効であると判断される対象者について、積極的な受診と検査結果の健康管理への有効活用を支援していくことが重要と考えます。

図表3-50 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)と診断された人の取組意識

年度	回答者	改善する つもりなし		6ヶ月以内 改善予定		1ヶ月以内 改善予定		改善に取組中 (6ヶ月未満)		改善に取組中 (6ヶ月以上)	
		選択者	割合	選択者	割合	選択者	割合	選択者	割合	選択者	割合
令和2年度	159人	42人	26.4%	58人	36.5%	26人	16.4%	8人	5.0%	25人	15.7%
令和3年度	197人	78人	39.6%	57人	28.9%	24人	12.2%	13人	6.6%	25人	12.7%
令和4年度	143人	49人	34.3%	41人	28.7%	16人	11.2%	6人	4.2%	31人	21.7%

資料：令和4年 雄武町特定健診結果

⑥ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健診・特定保健指導の制度が導入されています。

特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組状況を反映する指標として設定されています。

町の近年の特定健診実施率をみると、令和 4 年までは 25% 前後で推移しています。一方、特定保健指導実施率は全国、北海道を大きく上回っており、46.9% となっています。今後も健診や保健指導の充実を図り、受診率や保健指導実施率の維持・向上に努めています。

図表3-51 令和4年度 特定健診実施率

年度	全体		
	健診対象者数	健診受診者数	健診受診率
平成 30 年度	890 人	250 人	28.1%
令和元年度	865 人	214 人	24.7%
令和 2 年度	832 人	163 人	19.6%
令和 3 年度	817 人	202 人	24.7%
令和 4 年度	769 人	185 人	24.1%

資料：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

図表3-52 令和4年度 特定保健指導実施率

全国	北海道	雄武町
24.9%	30.5%	46.9%

資料：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

（4）町の取組み

① 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上のための施策

対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携
対象者の利便性向上に向けた健康診査及びがん検診の方法の検討・見直し

② 保健指導対象者を明確化するための施策

健康診査（20 代・30 代健診、一般健診クーポンの発行、医療機関からのデータ受領等）
雄武町国民健康保険特定健康診査
町の健康課題に基づいた、健康診査における検査項目の検討・見直し
科学的根拠に基づいた健診結果の読み取りとリスクの分析

③ 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導の実施
(高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) 等の発症リスクを分析)
家庭訪問、健康相談、健康教育等の多様な形式と、個別・地区別・産業集団別等の多様な対象選定により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
雄武町国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施

3 糖尿病

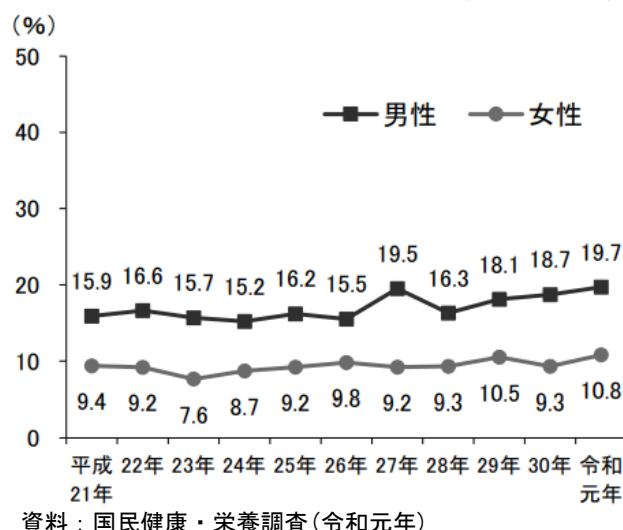
(1) 現状

全国の「糖尿病が強く疑われる人(20歳以上)」は、令和元年では男性は19.7%、女性は10.8%と特に男性は平成28年以降増加が続いています。また、年齢別にみると男性は50歳以降、女性は60歳以降が多くなっています。今後も人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って増加することが予想されています。

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要となっています。

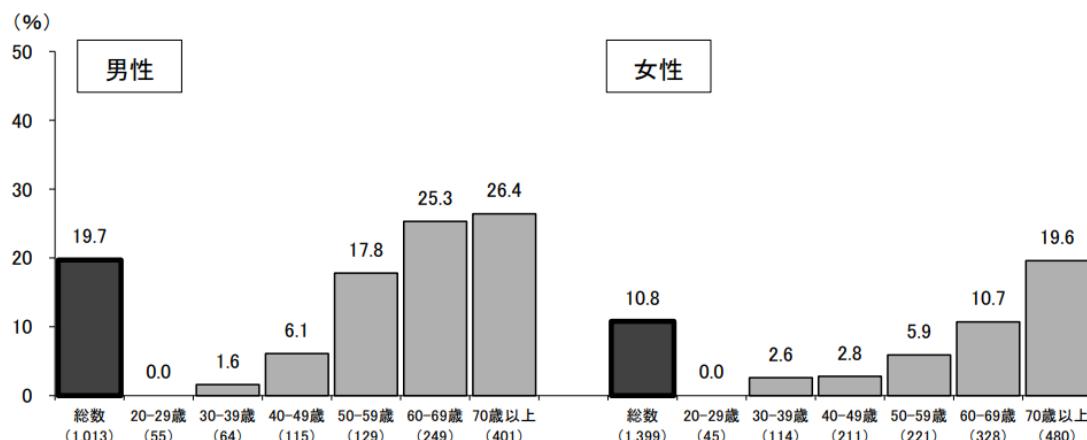
また、糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、令和3年は15,271人で、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因でもあり、平成27年に新たに身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第3位(12.8%)に位置しています。

図表3-53 「糖尿病が強く疑われる者(20歳以上)」の性別割合の推移



資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

図表3-54 「糖尿病が強く疑われる者」の性・年齢別(令和元年)



資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

(2) 基本的な考え方

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の各段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要です。

図表3-55 糖尿病対策

発症予防	一次予防	糖尿病の発症予防
重症化予防	二次予防	糖尿病の適切な治療による合併症の予防
	三次予防	合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

資料：健康日本21(第三次)より再作成

① 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下（運動不足）、耐糖能異常（血糖値の上昇）で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子です。循環器病と同様、危険因子の管理と循環器病対策を講じていくことが重要です。

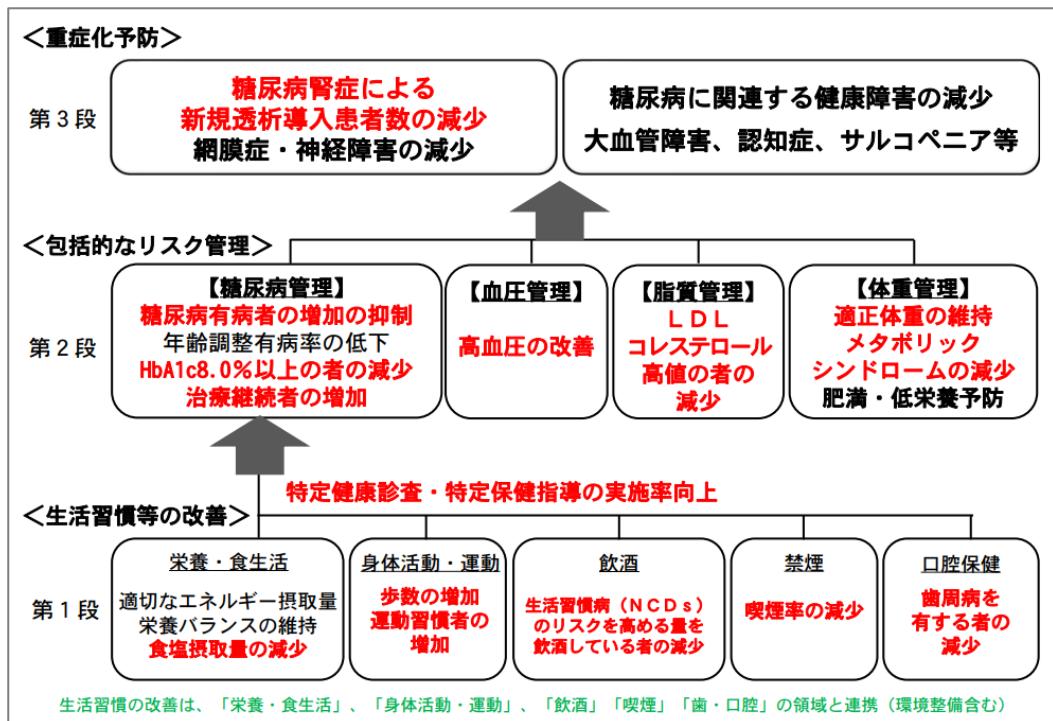
② 重症化予防

- (ア) 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少
- (イ) 治療継続者の増加
- (ウ) 血糖コントロール不良者の減少
- (エ) 糖尿病有病者の増加の抑制
- (オ) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- (カ) 特定健康診査の実施率の向上
- (キ) 特定保健指導の実施率の向上

糖尿病有病者の増加を抑制することは、糖尿病自体だけでなく糖尿病の合併症を予防することにもつながります。また、糖尿病発症の要因である肥満に関しては、栄養・食生活領域における「適正体重の維持」とともに、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、「特定健康診査の実施率の向上」や「特定保健指導の実施率の向上」も重要です。

また、メタボリックシンドロームは、糖尿病の発症を予防するためにも効果的な対策が求められています。2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることにも十分に留意する必要があります。さらに健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素です。食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等が報告されています。また、糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理も必要です。

図表3-56 糖尿病領域のロジックモデル



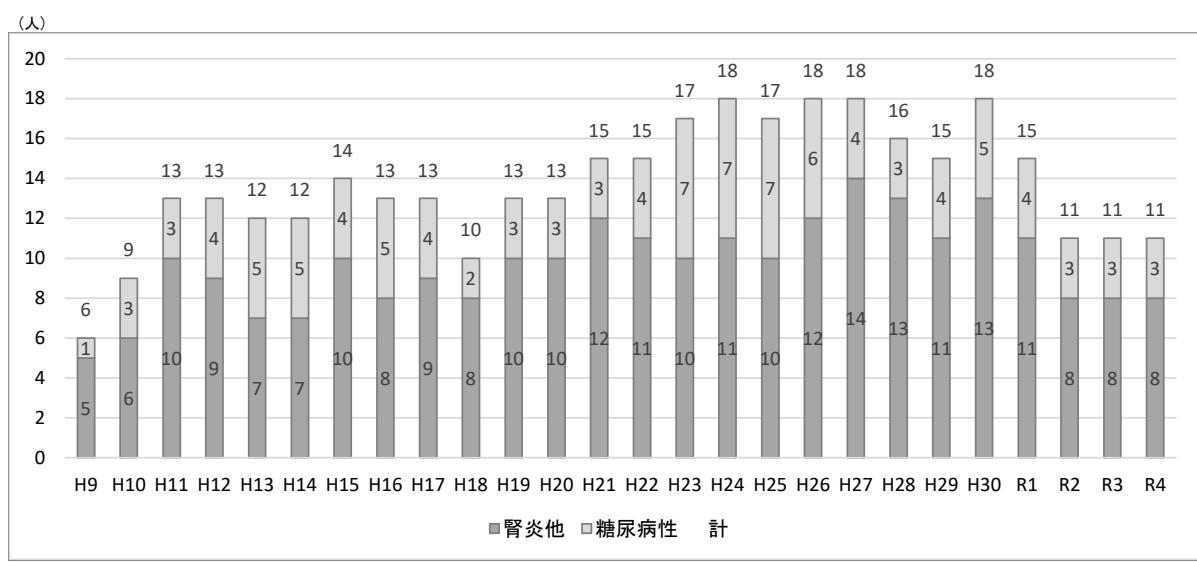
資料：健康日本21(第三次)

(3) 目標

① 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者の減少）

本町の人工透析者数は平成21年度以降15~18人で推移していましたが、令和2年度~4年度は減少し11人と横ばいとなっています。

図表3-57 人工透析患者の推移



資料：雄武町人工透析患者状況

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年とされています。発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者への保健指導、加えて、重症化予防を目標に糖尿病治療中の方へ保健指導を実施していくためには、医療機関と連携し、新規透析患者導入者を作らないことが重要です。

「糖尿病はやせてくる病気、まだやせてないので大丈夫」、「おしっこに泡が立ったら糖尿病」と自覚症状のみで糖尿病の有無を判断すると、重症化し、入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を放置することになります。

早期の段階で高血糖に気付くためには、血液検査で血糖値と HbA1c を知ることが重要です。HbA1c は採血時間に関係なく、1~2か月の平均した血糖値の状態を把握することができます。HbA1c (NGSP) の正常値は 5.5%未満です。

本町の令和4年度の特定健診受診者の HbA1c5.6 以上の人割合は、男性 56.2%、女性 52.0%と男性の方が高くなっています。また、年代でみると男性では 60~64 歳が 66.7%、65~69 歳が 64.3%、女性では 65~69 歳が 64.7%とそれぞれ6割を超え高くなっています。

図表3-58 HbA1c5.6 以上の人割合 令和4年度

	受診者	総 数		男 性		女 性	
		人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
全 国	6,315,520	3,677,707	58.2	1,606,655	59.1	2,071,052	57.6
北海道	211,944	111,080	52.4	48,710	54.8	62,370	50.7
雄武町	189	102	54.0	50	56.2	52	52.0
40 歳代	23	8	34.8	4	30.8	4	40.0
50 歳代	28	14	50.0	8	57.1	6	42.9
60~64 歳	32	16	50.0	8	66.7	8	40.0
65~69 歳	45	29	64.4	18	64.3	11	64.7
70~74 歳	61	35	57.4	12	54.5	23	59.0

(4) 町の取組み（循環器病の対策と重なるものは除く。）

糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

健診結果に基づき、個別性を重視した保健指導の推進

特定保健指導及び血糖値、HbA1c に基づいた保健指導

家庭訪問や来所相談による保健指導の実施に加え、職域、地区別などの健康教育の実施

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施

医療機関との連携

4 COPD(慢性閉塞性肺疾患)

(1) 現 状

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

COPDは我が国では令和3(2021)年の人口動態調査(概数)によると、男性の死亡者数は13,668人で、男性死因の第9位となっています。COPDによる死亡者の9割以上を70歳以上の高齢者が占めており、急速に高齢化が進む中、今後も対策を進めていく必要があります。また、COPDは心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことからも、予防をはじめとして様々な取組みを進めることができます。

COPDの原因としては、50~80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では20~50%がCOPDを発症するとされています。喫煙だけでなく、遺伝的因子、感染、大気汚染、幼少児期の問題なども原因として挙げられていますが、健康づくりの取組みとしては予防可能な因子への対策を進めていくことが重要であり、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や吸入治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に加え健康寿命の延伸につながることが期待されています。

図表3-59 性別にみた死因順位別死亡数

男性			女性		
順位	死因	死亡数	順位	死因	死亡数
1	悪性新生物(腫瘍)	222,465	1	悪性新生物(腫瘍)	159,032
2	心疾患 (高血圧性を除く)	103,644	2	心疾患 (高血圧性を除く)	110,979
3	脳血管疾患	51,590	3	老衰	110,741
4	肺炎	42,335	4	脳血管疾患	52,998
5	老衰	41,283	5	肺炎	30,855
6	誤嚥性肺炎	29,320	6	誤嚥性肺炎	20,169
7	不慮の事故	21,990	7	不慮の事故	16,306
8	腎不全	15,079	8	アルツハイマー病	14,973
9	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	13,668	9	血管性及び詳細不明の 認知症	14,181
10	間質性肺疾患	13,584	10	腎不全	13,607

資料：人口動態統計(概数)令和3年

(2) 基本的な考え方

COPDという疾患は、国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから、十分に認知されていません。そのため、COPDという疾患の認知率を高めていく必要があります。そのうえで、COPD対策としては、予防、早期発見・介入、重症化予防など総合的に対策を行うことが重要です。予防可能な因子への対策に重点を置く観点から、喫煙領域の各目標項目や、「望まない受動喫煙のない社会の実現」という社会環境の質の向上の領域の目標項目とも連携を取りながら取組みを進めていく必要があります。

(3) 目標

① 発症予防

COPD の最大の発症リスクである喫煙率の実態をみると、本町における令和4年の喫煙率は、男性が37.5%、女性が14.9%と国民生活基礎調査結果の男性喫煙率25.4%、女性の7.7%を大きく上回っています。

COPD に関する知識の普及とともに禁煙指導など予防策に取り組むことが重要です。

【再掲】図表3-24 雄武町 健診受診者の喫煙習慣が「ある」と回答した人の割合

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
総数	回答者数(人)	161	200	151
	喫煙習慣が「ある」(人)	33	54	37
	割合	20.5%	27.0%	24.5%
男性	回答者数(人)	75	95	64
	喫煙習慣が「ある」(人)	23	38	24
	割合	30.7%	40.0%	37.5%
女性	回答者数(人)	86	105	87
	喫煙習慣が「ある」(人)	10	16	13
	割合	11.6%	15.2%	14.9%

資料：令和2年度～令和4年度 雄武町特定健診結果

② 重症化予防

令和3年度の日本における男性の COPD による死者数は第9位にありますが、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なりなじみの薄い疾患名であることから、十分に認知されておらず、多くの患者が医療機関を未受診、未診断となっています。

COPD に関する知識の普及とともに薬物療法による治療が可能な疾患であるため、早期発見による早期治療の促進を図る必要があります。

(4) 町の取組み

① COPD の認知度の向上

種々の保健事業の場での COPD に関する保健指導・健康教育

② たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

③ 禁煙支援の推進

雄武町国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療

第4 生活機能の維持・向上

(1) 現 状

生活習慣病に罹患しなくとも、日常生活に支障を来す状態となることもあります。健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、健康寿命の延伸のためには、こうした状態とならないような取組みも必要です。また、既にがんなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点も踏まえると、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけではない健康づくりが重要です。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められています。

(2) 基本的な考え方

健康寿命の延伸のために、身体の健康については、ロコモティブシンドローム及び骨粗鬆症検診、こころの健康についてはうつや不安の軽減を基本的な考え方とし、心身ともに健康に生活できるようにすることが重要です。

(3) 目 標

① ロコモティブシンドロームの減少

本町の令和4年度の特定健診時の調査回答では、「歩行速度が遅くなってきた」、「運動習慣がない」とする人は、男女とも5割を超え高くなっています。また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で高齢者の生活機能等の状況を判定する設問の調査結果から運動器機能低下をみてみると、運動器機能低下に「該当」する人は全体で19.9%となっており、特に「85歳以上」では、男性が29.7%、女性が46.0%と高くなっています。

運動器の障害による疼痛があると、活動量が低下し移動機能の低下を来します。運動器疼痛はロコモティブシンドローム発症や悪化の主要因の一つで、運動器疼痛の改善はロコモティブシンドロームの減少に寄与すると考えられているほか、腰痛症や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性も示唆されています。

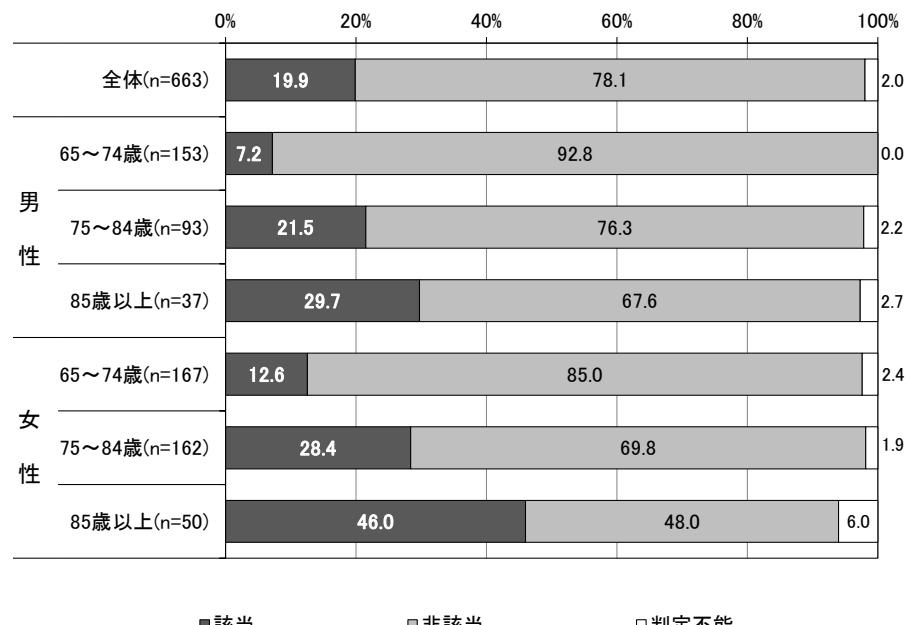
ロコモティブシンドロームは、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来たした状態と定義されています。生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点からも、特に重要項目と考えられることから、ロコモティブシンドロームについて認識するとともに、運動することを習慣化することが必要です。

図表3-60 運動器機能低下の該当

	歩行速度 (遅くなってきた)	転倒 (転倒したことがある)	運動習慣 (運動習慣がない)
全 体	62.5%	14.3%	53.1%
男 性	57.1%	7.1%	53.6%
女 性	66.7%	20.0%	52.8%

資料：令和4年度 雄武町特定健診結果

図表3-61 運動器機能低下の該当者



■該当 □非該当 □判定不能

資料：雄武町 介護予防・日常生活圈域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

(4) 町の取組み

① 要介護認定者に多くみられる原因疾患の予防

脳血管疾患の発症予防・重症化予防のための、生活習慣病対策の推進
健診結果に基づいた、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習推進
後期高齢者健診の受託
関節疾患の予防対策の推進
運動機能の維持のための学習推進
「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
肥満の予防

② 高齢期に必要な食事量と質の学習

第4章 社会環境の質の向上

第1 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上

(1) 現 状

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり・社会参加は健康に影響するとともに、健康な地域の背景には、「いいコミュニティ」があることが指摘されています。こうした地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等を意味するソーシャルキャピタルの醸成を促すことは健康づくりにおいても有用であると考えられます。また、こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で課題の解決につながる社会環境の整備が重要です。

(2) 基本的な考え方

社会的なつながりを持つことは、精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等によい影響を与えることがわかっています。また、地域とのつながりが豊かな人は、様々な人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態がよいとされています。一方で、「新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査結果」によると、令和2(2020)年度から令和3(2021)年度にかけて「地域のつながりや助け合いが広がっている」と感じる人は減少しており、地域の人々とのつながりがない人への対策は重要な課題であるといえます。

また、社会活動への参加は社会とつながる一つの手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、町民に社会活動への参加を促していくことは、健康づくり対策においても重要です。

高齢者を対象とした研究では、社会参加や就労が健康増進につながることが示されており、年数回の社会参加でも死亡リスクや要介護リスクが低下すると報告されています。

共食についての国内の研究では、小中学生の家族との共食頻度と健康的な食品の摂取頻度及び良好な精神的健康状態には正の関連が報告されています。また、独居高齢者においては、友人など誰かと一緒に食事をする頻度が多いと肉や緑黄色野菜等の摂取頻度が高いこと、孤食が多いと欠食、野菜や果物の摂取頻度が少ないことが報告されています。

(3) 目標

① 社会活動を行っている人の増加

本町で実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の①～⑧のような会・グループ等への参加状況については、すべての項目で「参加していない」が最も高くなっています。特に「⑦町内会・自治会」、「⑧収入のある仕事」以外の6項目では、「参加していない」が6割を超えることから、まずは、何かしらの社会活動に参加することが必要です。

図表4-1 会・グループへの参加状況

(単位：%)

	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない	無回答
①ボランティアのグループ	0.0	0.6	0.5	0.8	3.9	64.9	29.4
②スポーツ関係のグループやクラブ	1.8	2.4	1.8	1.4	1.8	63.7	27.1
③趣味関係のグループ	0.5	2.3	2.4	3.3	3.3	62.0	26.2
④学習・教養サークル	0.2	0.2	0.0	0.8	1.8	67.6	29.6
⑤介護予防のための通いの場	0.2	0.5	0.9	0.3	0.8	68.3	29.1
⑥老人クラブ	0.5	1.5	0.8	3.2	2.1	66.2	25.8
⑦町内会・自治会	0.3	0.0	0.6	1.5	24.1	45.6	27.9
⑧収入のある仕事	14.9	2.7	0.5	2.7	5.9	46.6	26.7

資料：雄武町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

② 地域等で共食している人の増加

令和2年の国勢調査結果をみると、本町は高齢者独居世帯が 309 世帯で、町全体の世帯数に占める割合は、15.1%と全国、北海道より高くなっています。

食事は、家庭、学校、職場、グループ活動等の場で、家族、友人、同僚、地域の人々等との食卓での営みがあることから、家庭と地域の双方向で考える必要がありますが、近年、独居やひとり親世帯が増えるなど、様々な家庭環境や生活の多様化により、家族との共食が困難な状況も見受けられることから、社会とのつながりの観点で、地域等で共食している人を増やすことが重要です。

図表4-2 高齢者がいる世帯の状況(令和2年)

	世帯数合計	高齢者がいる世帯	高齢独居世帯	高齢者がいる夫婦のみ世帯	高齢者がいる世帯の割合	高齢独居世帯の割合	高齢者がいる夫婦のみ世帯の割合
世帯数							
雄武町	2,050	947	309	279	46.2%	15.1%	13.6%
北海道	2,469,063	1,054,407	361,735	345,741	42.7%	14.7%	14.0%
全 国	55,704,949	22,655,031	6,716,806	6,533,895	40.7%	12.1%	11.7%

資料：国勢調査

※国勢調査の「高齢夫婦世帯」の定義：夫 65 歳以上、妻 60 歳以上

③ 町民みんなで、だれもが健康で生き生き暮らせる地域をつくる

遠紋医療圏の平成28年から令和2年の5年間の自殺者数の割合を性・年代別でみると、男性では30歳代、50歳代、70歳代以上で、女性では20歳未満、50歳代以上で全国より高くなっています。同様に自殺死亡率を性・年代別でみると、男性では20歳未満、30歳代、50歳代、70歳代以上で、女性では20歳未満、40歳代以上で全国より高くなっています。

こころの健康とは、人が生き生きと自分らしく生きるための重要な条件です。

適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけではなくこころの健康を保つためにも重要な基礎となります。

本町の『いのち支える計画』では、「気づき、つなぎ、支えあえる町づくり」を基本理念に掲げ、自殺を個人の問題とすることなく、町全体でいのちを守る取組みを推進しています。本計画では、特に自殺の主要要因となっている「健康問題」において、町民一人ひとりの健康的な生活習慣の実践によって、こころの健康を維持するための取組みを推進していきます。

図表4-3 過去5年間の性・年代別自殺者数の割合(平成28年～令和2年)

(単位：%)

		20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	合計
男性	遠紋医療圏	1.5	1.5	10.4	7.5	13.4	6.0	11.9	9.0	61.2
	全国	1.9	7.6	9.2	12.2	12.0	10.2	8.9	6.3	68.6
女性	遠紋医療圏	1.5	0.0	1.5	4.5	10.4	6.0	7.5	7.5	38.8
	全国	1.0	3.1	3.4	4.7	4.8	4.7	5.2	4.4	31.4

資料：遠紋医療圏「地域自殺実態プロファイル2021」厚生労働省

図表4-4 過去5年間の性・年代別自殺死亡率(平成28年～令和2年)

		20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	合計
男性	遠紋医療圏	3.88	6.89	39.01	23.06	40.02	15.20	38.18	37.99	24.77
	全国	3.59	23.78	24.50	26.46	31.33	25.14	27.82	35.40	23.00
女性	遠紋医療圏	4.14	0.00	5.94	14.65	31.76	13.61	17.69	18.27	14.36
	全国	2.05	10.34	9.37	10.58	12.57	11.11	13.62	13.54	10.02

資料：遠紋医療圏「地域自殺実態プロファイル2021」厚生労働省

※自殺死亡率：人口10万人当たりの自殺者数のこと。

<参考>



資料：「誰でもゲートキーパー手帳 第二版」

(4) 町の取組み

① こころの健康に関する教育の推進

種々の保健事業の場での教育や情報提供

② 専門家による相談事業の推進

紋別保健所と協力、連携
こころの相談の周知

第2 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(1) 現 状

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえると、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。例えば、健康課題や取り巻く状況は、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）ごとに異なっており、具体的には以下のようない点があげられます。

- 就労世代や育児を行う者は健康づくりに費やす時間が十分にない。
- 若年女性のやせ、更年期症状・障害などの女性はライフステージごとに様々な健康課題を抱えている。
- 社会参加する機会の減少に伴い、高齢者の健康が悪化する。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが「誰一人取り残さない健康づくり」には重要です。

(2) 基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、以下のような点が重要です。

- 幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康が子どもの健康にも影響することから、成育医療等基本方針に基づく取組みとも連携しつつ、子どもの健康を支える取組みを進めるとともに、妊婦の健康増進を図ることも重要である。
- 高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組みが重要である。
- 女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要である。

(3) 目標

●子ども●

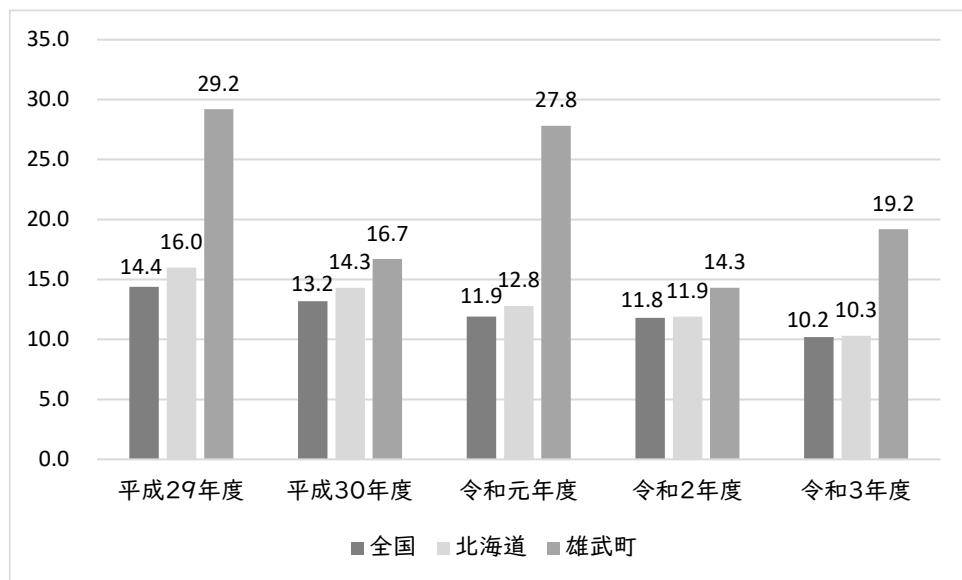
① 乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加

本町でう歯がない3歳児の割合は、年度によって大きな差異がありますが、全国や北海道と比べると各年度とも高い割合となっています。

また、本町の12歳児（中学校1年生）の令和4年度の一人平均う歯数は、0.59本で、全国の0.56本よりも多く、北海道の0.8本よりも少なくなっています。

生涯にわたる歯科保健は、乳歯咬合の完成期である3歳児の健全歯保有が永久歯のう歯予防につながるため、継続した歯科対策を推進することが重要です。また、幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者にゆだねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子どもの歯の健康に関する意識を持ち、また、妊娠中にり患しやすくなる歯周疾患予防のために、母子手帳交付時面接等を通じう歯予防の情報提供を行います。

図表4-5 3歳児むし歯有率



資料：3歳児健康診査における歯科健診結果（厚生労働省）

② 低出生体重児の割合の減少

本町の低体重児数は、平成 30 年以降3~4人となっていましたが、令和3年は1人、令和4年はいませんでした。出現率は、年によってばらつきがありますが、平成 30 年から令和4年の5年間でみると、平均 10.5% となっています。

子どもの将来の生活習慣病発症を予防するためにも、出生時の低体重を予防することが重要です。

図表4-6 低体重児出生率の推移

	平成 30 年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	合 計
出生数(人)	20	29	23	18	15	105
低体重児数(人)	3	3	4	1	0	11
低体重児出生率(%)	15.0	10.3	17.4	5.5	0.0	10.5

資料：雄武町妊産婦台帳

③ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

乳幼児期の肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、成人期に肥満になる確率が 50% となり、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。特に低出生体重児の場合は、生涯にわたって生活習慣病のリスクである肥満に注意が必要です。

本町の平成 25 年度～令和5年度の肥満傾向児は、1歳6か月児では平均 4.1%、3歳児では平均 10.1% となっています。また、平成 30 年度～令和5年度の5歳児では平均 11.8% が肥満でした。また、令和5年度の小学生、中学生の肥満は、それぞれ 25.6%、20.2% となっています。

●女性●

女性は妊娠、出産に伴う体質の変化や子育て中の間食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加などがあり、ライフステージに合わせた健康づくりが重要であることから、年齢や生活実態、環境に応じて、健康を意識した取組みが必要です。

① 若者のやせと肥満の二極化の改善

令和元年の国民健康・栄養調査結果で、若者(15~39歳)のBMIをみると、「やせ」は15~19歳、20~29歳、30~39歳でそれぞれ21.0%、20.7%、16.4%と40歳以上に比べ高くなっています。一方、「肥満」は15~19歳、20~29歳ではそれぞれ2.5%、8.9%と1割以下となっていますが、30~39歳では15.0%と増加し始めます。15~19歳、20~29歳は「やせ」の傾向が強いですが、30~39歳は、「やせ」と「肥満」の割合がほとんど変わらなくなっています。適正体重を認識し、適正体重の維持・改善に向けた取組みが必要です。

図表3-3(再掲一部改変) 年齢階級、肥満度(BMI)別(女性)

肥満度 BMI	総数		やせ 18.5未満		普通 18.5以上 25.0未満		肥満 25.0以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	2,398	100.0	284	11.8	1,596	66.6	518	21.6
15~19歳	81	100.0	17	21.0	62	76.5	2	2.5
20~29歳	135	100.0	28	20.7	95	70.4	12	8.9
30~39歳	214	100.0	35	16.4	147	68.7	32	15.0
40~49歳	356	100.0	46	12.9	251	70.5	59	16.6
50~59歳	377	100.0	40	10.6	259	68.7	78	20.7
60~69歳	501	100.0	47	9.4	313	62.5	141	28.1
70歳以上	734	100.0	71	9.7	469	63.9	194	26.4

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

② 妊娠糖尿病の改善

妊娠中にホルモンの影響を受けて糖代謝がうまくコントロールできなくなり、発症するのが妊娠糖尿病です。

妊娠糖尿病は、現代の食事・生活習慣が大きく関わっていると言われており、妊娠前からの高脂肪・高糖質、塩分の多い食生活習慣や運動不足などから、潜在的に糖代謝異常を持っている可能性が高いと考えられています。

本町では、疑いを含む妊娠糖尿病者は、毎年3人~6人となっています。妊娠糖尿病を予防するためには、食事に豆類や野菜を取り入れるなど栄養のバランスを考えた食事を摂取すること、適度な運動をすること、体重が急激に増えていないか体重管理することで、妊娠糖尿病のリスクを低くすることができるから、これらのこと周知していくことが必要です。

図表4-7 妊娠糖尿病者(疑いを含む)の推移

平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
3人	3人	3人	6人	3人

資料：雄武町妊産婦台帳

③ 更年期のホルモンバランス変化に合わせた健康づくり

性ホルモンの低下等により、心身に複雑な症状が発生しやすく、また更年期以降に発生する疾患の予防が重要な年代です。また、更年期にみられる心身の不調については、個人差があるものの、就業や社会生活等に影響を与えることもあります。

したがって、更年期障害及び更年期を境に発生する健康問題への理解やホルモン補充療法等の治療の普及、女性特有の疾患に対応した検診である子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率及び精密検査の受診を推奨していくことが必要です。

④ 妊娠中の飲酒・喫煙の状況

妊娠中の喫煙、飲酒は胎児発育不全の大きな危険因子となります。

本町では、妊娠届時に飲酒している妊婦は令和2年から4年においてはいませんでした。

喫煙している妊婦の割合は、令和2年が8.7%、令和3年が6.3%となっていましたが、令和4年は0.0%と皆無となっています。一方、父親の喫煙状況をみると、令和2年、3年はいずれも5割を超え高くなっていますが、令和4年は15.4%まで減少しています。同居家族の喫煙は、妊婦本人が喫煙していないくとも受動喫煙となり、妊婦に影響を与えます。

妊婦やその家族が、胎児の良好な発育を支えるための生活習慣を実践できるよう、妊婦の飲酒や喫煙が胎児に与える影響について、妊婦や家族に伝えていくことが重要です。

図表4-8 雄武町 飲酒・喫煙の状況(妊娠届出時)

	飲 酒	喫煙(妊婦)	喫煙(父親)
令和4年	0.0%	0.0%	15.4%
令和3年	0.0%	6.3%	50.0%
令和2年	0.0%	8.7%	60.9%

資料：妊産婦台帳

●高齢者●

① フレイル予防

フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の位置に当たります。人は年齢を重ねていくと、心身や社会性などでダメージを受けたときに回復できる力が低下し、健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していきます。

フレイルには、以下のとおり大きく3つの種類があります。

図表4-9 3つのフレイル

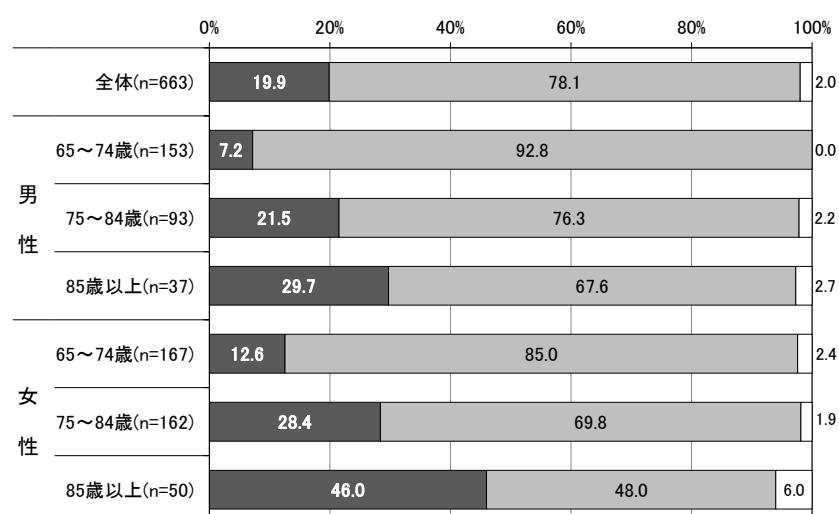
身体的フレイル	運動器の障害で移動機能が低下したり(ロコモティブシンドローム)、筋肉が衰えたり(サルコペニア)するなど
精神・心理的フレイル	高齢になり、定年退職や、パートナーを失ったりすることで引き起こされる、うつ状態や軽度の認知症の状態など
社会的フレイル	加齢に伴って社会とのつながりが希薄化することで生じる、独居や経済的困窮の状態など

本町の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で高齢者の生活機能等の状況を判定する設問の調査結果から運動器機能低下をみてみると、運動器機能低下に「該当」する人は全体で19.9%となっています。また同調査の転倒リスクがあるに「該当」する人は、全体で41.3%、閉じこもり傾向に「該当」する人は全体で36.3%となっています。

フレイル予防で大切なのは、たんぱく質をとり、バランスよく食事をし、水分を十分に摂取するなどの「栄養」、歩いたり、筋力トレーニングをするなどの「身体活動(運動)」、就労や余暇活動、ボランティアなどに取り組む「社会参加」です。

予防に取り組むことでその進行を緩やかにし、健康に過ごせていた状態を取り戻すことができることから、自分の身体の状態と向き合い、まずはできることから始めることができます。

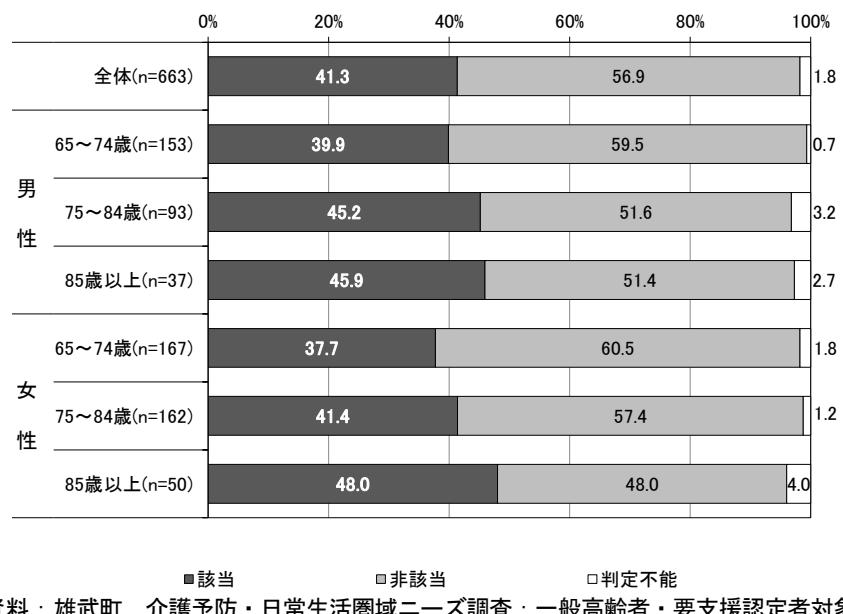
図表3-61(再掲) 運動器機能低下の該当者



■該当 □非該当 □判定不能

資料：雄武町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

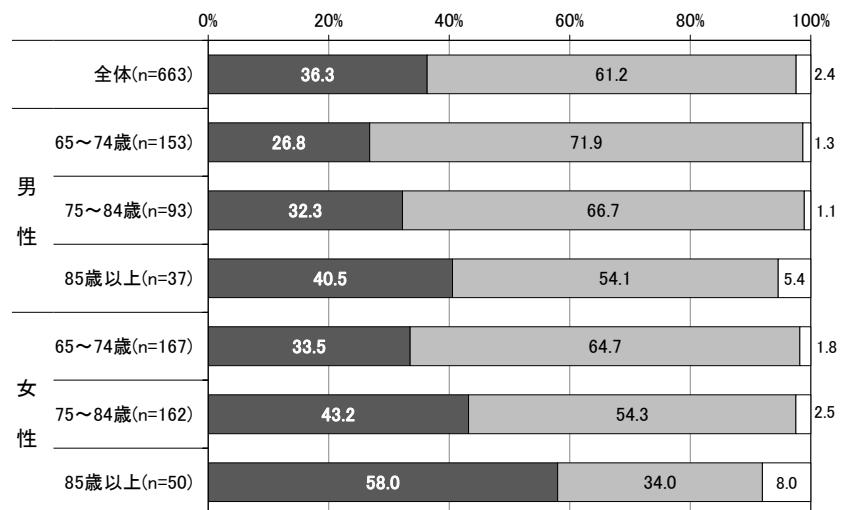
図表4-10 転倒リスクの該当者



■該当 □非該当 □判定不能

資料：雄武町 介護予防・日常生活圈域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

図表4-11 閉じこもり傾向の該当者



■該当 □非該当 □判定不能

資料：雄武町 介護予防・日常生活圈域ニーズ調査：一般高齢者・要支援認定者対象(令和5年)

② 低栄養の予防

高齢者の食生活の特徴は、独居や高齢者夫婦世帯になると、同じものばかり食べる、買い物や調理が面倒になる、食事そのものへの関心が希薄になる、食事の回数が減る等になる傾向があります。また地域社会から孤立になりがちで、それに伴い外出頻度の減少、運動不足による食欲低下、食事量の減少など悪循環を招きます。そして、このような状況から、低栄養状態に陥ってしまいます。

高齢期の適切な栄養は、生命の維持のみならず、身体機能や生活機能を維持し、日常生活の自立を確保する上でも極めて重要です。

令和元年の国民健康・栄養調査結果で、60歳以上のBMIをみると、「やせ」は男性60-69歳、70歳以上でそれぞれ4.0%、4.5%、女性60-69歳、70歳以上でそれぞれ9.4%、9.7%となっています。

本町では、令和5年度に健診受診者(結果提出者も含む)を受けた人のうち、男性では0.4%、女性では5.6%の人がBMI18.5未満の「やせ」の状態でした。

BMI20未満を低栄養傾向のひとつの指標と考え、高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態の確保に努めます。

図表3-3(再掲 一部改変) 年齢階級、肥満度(BMI)別(60歳以上)

	肥満度 BMI	総 数		やせ 18.5未満		普通 18.5以上25.0未満		肥満 25.0以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
男 性	60-69歳	446	100.0	18	4.0	270	60.5	158	35.4
	70歳以上	618	100.0	28	4.5	414	67.0	176	28.5
女 性	60-69歳	501	100.0	47	9.4	313	62.5	141	28.1
	70歳以上	734	100.0	71	9.7	469	63.9	194	26.4

資料：国民健康・栄養調査(令和元年)

(4) 町の取組み

子ども

① 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取組みの推進

肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施

② 健康な生活習慣の確立のための取組みの推進

各種健診や相談を通じ、適正体重の維持のために栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習の推進

小中学校と課題の共有

食育の推進

保健所、町が実施する未成年者の飲酒・喫煙の実態把握や飲酒・喫煙予防活動

女性

① 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取組みの推進

妊娠婦～妊婦健診の実施、実態把握に基づいた学習の推進

20～30代健診（一般健診）の受診勧奨・クーポン配布

乳・子宮頸がん検診受診勧奨・クーポン配布

② 健康な生活習慣の確立のための取組みの推進

妊娠婦相談において自分の身体に合わせた生活習慣（食事など）の学習の推進

妊娠婦相談において飲酒・喫煙の実態把握、禁酒・禁煙学習の推進

高齢者

① 要介護認定者に多くみられる原因疾患の予防

脳血管疾患の発症予防・重症化予防のための、生活習慣病対策の推進

健診結果に基づいた、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習推進

後期高齢者健診の受託

関節疾患の予防対策の推進

運動機能の維持のための学習推進

「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及

肥満の予防

第5章 計画の推進

第1 健康増進に向けた取組みの推進

（1）活動展開の視点

健康増進法は、第2条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む本町全体にとっても、一人一人の町民にとっても重要な問題です。

したがって、健康増進施策を本町の重要な行政施策として位置づけ、健康おうむ21の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

取組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果等の検査データ）をよく見ていくことです。

一人一人の体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によってつくり上げられているため、それぞれの体の問題解決は画一的なものではありません。

一人一人の生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動を目指します。

これらの活動が、健康日本21の5つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

（2）関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取組みを進めるにあたっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

また、庁内関係各課との連携及び関係機関、関係団体、行政等が協働して進めています。

第2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである、健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、家族の生活習慣や、その家族が生活している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した配置の検討等を進めています。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に積極的に参加して自己研鑽に励み、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

第2次雄武町健康増進計画 (第2次健康おうむ21)

令和6年3月

発行：雄武町

企画・編集：健康推進課

〒098-1792 北海道紋別郡雄武町字雄武 700 番地

TEL：0158-84-2023

FAX：0158-84-4497

E-mail suisin@town.oumu.hokkaido.jp