

健康たいき 21 計画（第三次）

食育推進計画（第二次）

令和 8 年 3 月

大樹町

目 次

序章 計画改定にあたって	1
第1節 計画改定の趣旨.....	2
第2節 計画の性格.....	4
第3節 計画の期間.....	4
第4節 計画の対象.....	4
第Ⅰ章 大樹町の概況と特定	5
第1節 町の概要.....	6
1 人口.....	6
2 死亡.....	7
3 介護保険.....	9
4 出生	10
第Ⅱ章 課題別の実態と対策	11
第1節 前計画の評価.....	12
第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防	15
1 女性とこどもの健康	15
2 循環器	22
3 糖尿病	28
4 が ん.....	36
5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）	39
6 歯・口腔の健康.....	41
7 高齢者の健康.....	45
第3節 目標の設定.....	47
第Ⅲ章 計画の推進	49
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進.....	50
1 活動展開の視点.....	50
2 関係機関との連携.....	50
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上.....	52
第Ⅳ章 大樹町食育推進計画	53
1 計画改定の趣旨	53
2 食育の定義	53
3 計画の基本方針と基本施策.....	54
4 食育の現状と目標.....	54
5 計画の推進	55

序章

計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

第1節 計画改定の趣旨

平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取組が推進されてきました。

今回、令和6年度から令和17年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))」(以下「国民運動」という。)では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、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に向け、下記の4つの基本的な方針を示し、令和17年度までの取組を推進することになりました。

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 個人の行動と健康状態の改善
 - (1)生活習慣の改善
 - (2)生活習慣病(*NCDs)の発症予防と重症化予防
 - (3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 3 社会環境の質の情報
- 4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

また、これらの基本的な方向を達成するため、51項目について、現状の数値とおおむね12年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになりました。

大樹町(以下「本町」という。)では平成15年3月に、「健康日本21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、本町の特徴や、住民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「健康たいき21」を策定し、取組を推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康たいき21(第三次)を策定します。

参考 基本的な方向の概略

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

2 個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）及び生活習慣の定着によるがん、生活習慣病（NCDs）の発症予防、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

また、生活習慣病（NCDs）の予防とともに、生活機能の維持・向上も踏まえた取り組みを推進し健康寿命の延伸を実現する。

*NCDについて

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾患(NCD)は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子(主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒)取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関(WHO)では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

3 生活環境の質の向上

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り組み、社会とのつながりをもつことのできる環境整備や自然に健康になれる環境づくりの推進とともに誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備等について、多様な主体による取り組みを推進しつつ関係省庁と連携し取り組みを進める。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

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）に特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態が、これまでの生活習慣等に影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があるため、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）の取り組みを推進する。

ヘルスプロモーション（オタワ憲章）

ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にするためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し環境に対処することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。

（能力の付与）ヘルスプロモーション活動は、現在の健康状態の差異を減少させること、すべての人びとが自らの健康の潜在能力を十分に発揮できるような能力を付与するための平等な機会の基盤を包含している。

第2節 計画の性格

この計画は、第6次大樹町総合計画を上位計画とし、住民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「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」を参考とし、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします（図表1）

図表1

法 律	北海道の計画	大樹町の計画
健康増進法	北海道健康増進計画 「すこやか北海道21」	健康たいき21
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	大樹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	北海道保健事業実施計画	大樹町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
こども基本法 子ども・子育て支援法	北の大地★子ども未来づくり北海道計画	大樹町こども計画 大樹町子ども・子育て支援事業計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(健康たいき21)
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(健康たいき21)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	大樹町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和8年度から令和17年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までライフコースの視点で健康増進の取組を推進するため、全市民を対象とします。

第 I 章

大樹町の概況と特性

第 I 章 大樹町の概況と特性

第 1 節 町の概要

本町は、北海道の南東部、十勝の南部に位置し、東は太平洋、西は原始的な自然状態を保った日高山脈に接した地域で、恵まれた自然を資源に発展してきました。東西 56.9 km、南北 33.5 km に広がり、山林 583 ㎥、畑 142 ㎥ となっています。令和 2 年の産業別人口は、第 1 次産業 31.1%、第 2 次産業 19.1%、第 3 次産業 49.8% で、農業、漁業、観光、宇宙産業の町です。

1 人口

本町の人口（R6 年 1 月 1 日 住民基本台帳）は、5,345 人であり、全国・北海道と比べ、65 歳高齢化率、特に 75 歳以上の後期高齢化率は高く、生産年齢人口（15 歳～64 歳）は低くなっています。（図表 2）

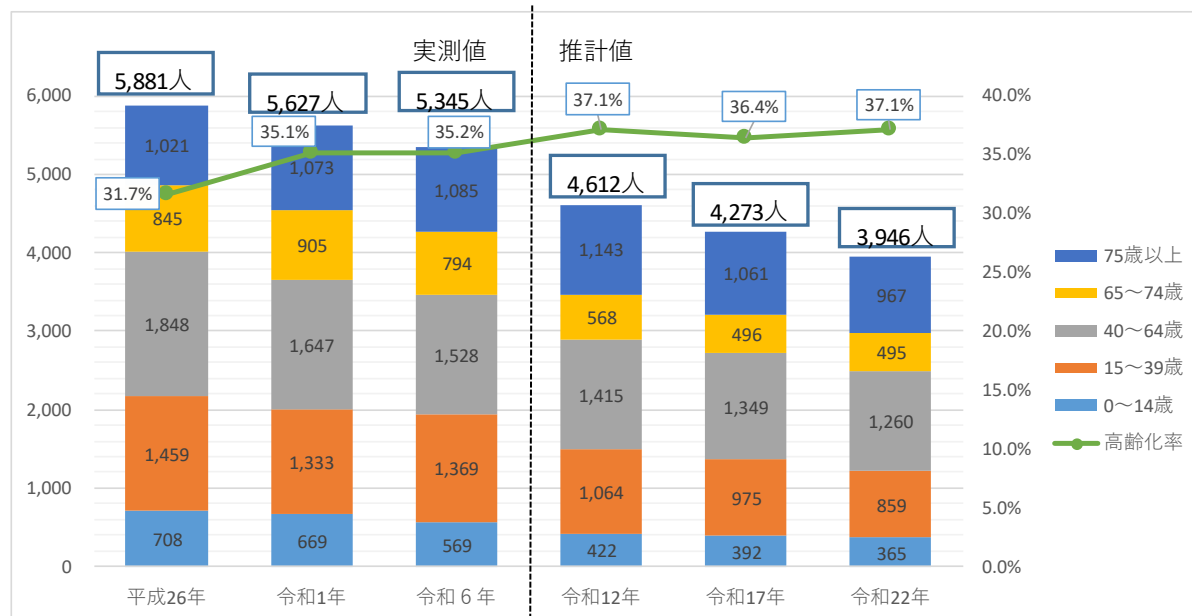
図表 2 人口構成

	大樹町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	5337人	-	-	-
0～14歳	569人	10.7%	10.1%	11.5%
15～64歳	2889人	54.1%	57.1%	59.7%
65歳以上	1879人	35.2%	32.8%	28.8%
（再掲）75歳以上	1085人	20.3%	17.8%	16.0%

令和6年1月1日住民基本台帳 e-Stat

人口（各年 1 月 1 日現在 住民基本台帳）の推移をみると、平成 26 年度は 5,881 人でしたが年々減少傾向で、第三次計画最終年（令和 17 年）は 4,273 人の見込みです。（図表 3）

図表 3 人口の推移と将来推計



平成26～令和6年：住民基本台帳e-Stat 令和12年～22年：国立社会保険・人口問題研究所

2 死亡

(1) 死因

令和5年の本町の主要死因は、悪性新生物や心疾患による死亡率は全国や北海道より低く、脳血管疾患は高くなっています。(図表4)

図表4 主要死因

順位	死因	大樹町		全国	北海道
		死亡数	割合	割合	割合
1位	悪性新生物	24人	23.8%	23.9%	26.6%
2位	心疾患(高血圧性を除く)	13人	12.9%	14.1%	13.8%
3位	老衰	12人	11.9%	12.9%	10.1%
4位	脳血管疾患	9人	8.9%	6.4%	6.4%
5位	肺炎	5人	5.0%	5.0%	5.1%
	総数	101人	—	—	—

全国・北海道：厚生労働省人口動態調査令和6年度、本町：北海道保健統計年報令和5年分

平成25年から令和4年までの累積死因別死亡数をみると、悪性新生物による死亡が211人と最も多く、標準化死亡比(SMR)^{*}が最も高い死因は腎不全でした。(図表5)

保健事業により予防可能な疾患「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「腎不全」について、平成18年～平成27年と平成25年～令和4年を比較すると、いずれも高くなっています。(図表6)

^{*}標準化死亡比(SMR)：人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

図表5 死因別標準化死亡比(SMR)

順位	死因	大樹町		北海道	全国
		死亡数	SMR	SMR	SMR
1位	悪性新生物	211人	91.8	110.9	100
2位	心疾患	103人	71.5	98.1	
3位	脳血管疾患	71人	95.9	94	
4位	肺炎	43人	57.7	97.9	
5位	虚血性心疾患	28人	61.1	81.4	
6位	腎不全	25人	131.9	128.2	
7位	不慮の事故	21人	90.8	91.3	
8位	自殺	8人	79.1	103.2	
9位	交通事故	2人	80.6	95.1	

北海道健康づくり財団統計データ(平成25年～令和4年)

図表6 3疾患の標準化死亡比（SMR）

死因	H18-27	H25-R4
脳血管疾患	58.6	61.1
虚血性心疾患	84.3	95.9
腎不全	125.3	131.9

（2）男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命※及び平均自立期間※は、男女ともに全国・北海道と比較して長いですが、平成28年度と比較するとやや低下しています。

介護などで日常生活に制限がある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.5年、女性は3.0年で全国と比較するとほぼ同じですが、平成28年度と比較すると短くなっています。（図表7）

※平均余命：ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値。

※平均自立期間：0歳の人が必要介護2になるまでの期間。

図表7 平均余命及び平均自立期間（健康寿命）令和6年度

			大樹町			同規模	北海道	全国
			28年度	2年度	6年度	6年度	6年度	6年度
男性	平均余命（年）	A	83.0	84.4	81.6	80.2	80.3	81.1
	平均自立期間（年）	B	81.0	82.5	80.1	78.9	79.0	79.7
	A-B差（年）		2.0	1.9	1.5	1.3	1.3	1.4
女性	平均余命（年）	A	89.5	89.8	88.5	86.6	86.4	87.1
	平均自立期間（年）	B	85.3	86.4	85.5	83.7	83.6	84.0
	A-B差（年）		4.2	3.4	3.0	2.9	2.8	3.1

KDB帳票 地域の全体像の把握

3 介護保険

本町の第1号被保険者（65歳以上）の介護保険認定率は全国や北海道より高い状況です。（図表8）

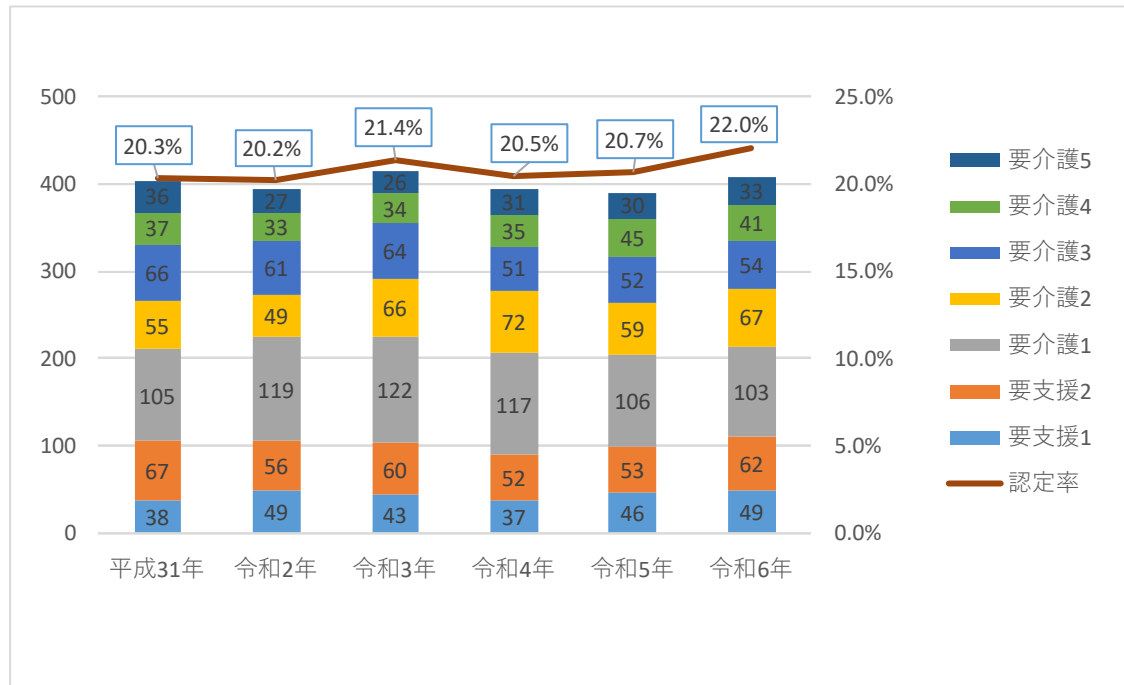
図表8 第1号被保険者 要介護認定者数（率）の推移

		大樹町		全国	北海道
		人数	割合	割合	割合
第1号認定率		409	22.0%	19.9%	20.6%
再掲	75歳以上	373	33.4%	—	36.6%
	65～74歳	36	4.9%	—	4.6%
第2号認定率		12	0.9%	—	—

令和6年度 介護保険事業報告、全国：令和4年度の値

令和7年3月末の第1号被保険者の要介護（支援）認定者数は409人（認定率22.0%）であり、認定者数は20～22%で推移しています。介護度別では、要介護3～5の重度者の割合は減少傾向にあり、要支援～要介護1の軽症者が増加傾向です。早期に介護保険サービスを利用し重症化を予防する傾向にあります。（図表9）

図表9 第1号被保険者 要介護認定者数（率）の推移



令和6年度 大樹町介護保険事業状況報告

4 出生

本町の合計特殊出生率（平成 25-29 年度）は全国・北海道より高い状況でしたが、令和 2 年度以降は 30~40 人で推移しています。（図表 10）

図表10 出生数の推移

年 度	26年	27年	28年	29年	30年	元年	2年	3年	4年	5年
出生数（人）	41	44	52	37	47	28	36	40	33	34
合計 特殊 出生率	町	25-29年（R2公表）				30-4年（R6公表）				-
		1.59				1.52				-
	道	1.30				1.21				-
	国	1.43				1.33				-

図表11 圏域市町村別出生数

年 度	26年	27年	28年	29年	30年	元年	2年	3年	4年	5年
帯広市	1321	1327	1304	1291	1168	1152	1074	1056	992	905
音更町	341	345	311	326	305	266	245	265	226	223
士幌町	49	49	36	39	41	40	33	35	35	31
上士幌町	37	25	47	52	42	37	25	37	34	36
鹿追町	41	55	47	52	42	37	25	37	34	36
新得町	44	42	40	43	32	30	28	26	22	15
清水町	68	62	53	47	47	52	40	46	40	36
芽室町	131	150	123	112	113	106	93	105	96	96
中札内村	31	27	21	28	20	26	25	29	25	20
更別村	24	27	29	20	28	24	21	31	26	20
大樹町	41	44	52	37	47	28	36	40	33	34
広尾町	52	32	54	37	42	34	37	25	21	17
幕別町	171	174	159	165	171	142	153	147	137	117
池田町	25	38	32	32	27	27	25	19	28	16
豊頃町	11	20	19	14	20	23	17	15	18	11
本別町	49	26	54	33	32	27	32	30	33	21
足寄町	40	55	51	38	42	40	27	36	26	31
陸別町	18	10	13	6	16	16	10	17	9	3
浦幌町	35	28	23	25	25	17	26	22	13	17
計	2,529	2,536	2,468	2,397	2,260	2,124	1,972	2,018	1,848	1,685

第Ⅱ章

課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価

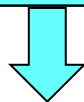
前計画の基本的な報告を分野項目ごとに、目標値と直近の数値を比較し、全目標 40 項目を A~D の5段階で評価を実施しました。(図表 12、図表 13)

改善が見られた項目もありますが、改善が見られなかった項目もありました。特にがん検診受診率やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、肥満者の減少、糖尿病有病者増加抑制の項目については、課題として残っています。

これらの状況と次期計画を推進するために国から示された基本的な方針と目標項目を踏まえ、当町の次期計画を図表 14 のとおり、ライフコースアプローチの視点で健康づくりを推進します。

図表12 分野項目ごとの評価状況

評価区分				
A 目標値に達成した（または改善した）	B 変わらない	C 悪化している	D 評価困難	合計
13	5	18	4	40



残された課題（目標値→最終評価値）	
<ul style="list-style-type: none">○メタボリックシンドローム該当者の減少○肥満（BMI25以上）の減少○糖尿病有病者の増加抑制○高血圧の改善	<ul style="list-style-type: none">○がん検診受診率の向上○低出生体重児の減少○喫煙率の減少○歯科健診受診率

図表13 健康たいき21計画（第2次 平成28年～令和7年度）最終評価の概要

分野	項目	策定時 (H25)	R2	最終評価	活用データ年度	評価段階	策定時目標
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	統計なし		集計なく 評価不可能		D	減少
	②がん検診の受診率の向上				令和6年度		40%
	・胃がん	15.2%	8.3%	9.1%		C	
	・肺がん	18.2%	7.2%	9.6%		C	
	・大腸がん	19.1%	7.5%	10.2%		C	
	・子宮頸がん	16.8%	13.0%	15.6%		C	
・乳がん	21.9%	9.5%	10.8%	C	50%		
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	統計なし		集計なく 評価不可能		D	減少
	②高血圧の改善 （中等症高血圧以上 [160/100mmHg以上] の者の割合）	3.6%	5.6%	4.8%	令和6年度	C	現状維持または減少
	③脂質異常症の減少 （i：総コレステロール240mg/dl以上の者の割合）	-	-	-	令和6年度		現状維持または減少
	（ii：LDLコレステロール160mg/g以上以上の者の割合）	6.5%	3.4%	1.8%		A	
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少 ・該当者	22.7%	21.7%	24.7%	令和6年度	C	減少
	・予備群	10.4%	8.9%	9.3%		A	減少
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ・特定健康診査の実施率	56.8%	50.2%	61.4%	令和6年度	A	60.0%
	・特定保健指導の終了率	75.9%	91.4%	87.5%		A	70.0%
糖尿病	①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者）の減少	2人	2人	0人	令和6年度	A	現状維持または減少
	②治療継続者の割合の増加 ・HbA1c（NGSP）6.5%以上の者の割合	69.0%	56.7%	59.7%		C	75%
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	1.1%	2.1%	2.3%		C	減少
	④糖尿病有病者の増加の抑制	11.3%	10.1%	12.0%		C	現状維持または減少
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少 ・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少（4mm以上の歯周ポケット）	29.6%	26.7%	9.2%	令和2～6年度	A	現状維持または減少
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少（4mm以上の歯周ポケット）	30.4%	28.1%	23.7%		A	
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ・3歳児でう蝕がない者の増加	94.0%	100%	100%	令和6年度	A	95%以上
	・12歳児の一人平均歯数の減少	1.1本	0.43本	0.08本		A	
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加（歯周疾患検診受診者数）	407人	176人	252人		C	増加
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加（肥満・やせの減少） ・20代女性のやせの者の減少（妊娠届出時のやせの者の割合）	12.5%	11.1%	21.2%	令和6年度	C	現状維持または減少
	・全出生数中の低出生時体重児の割合の減少	1.9%	7.0%	10.7%		C	
	・肥満傾向のある子どもの割合 （小学校5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合）	男子19.0% 女子7.4%	20.0% 3.7%	10.7% 7.1%		A	減少傾向へ
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	44.0%	46.2%	46.2%		C	減少傾向へ
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	29.0%	36.3%	30.6%		B	減少傾向へ
	・低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の抑制	11.9%	-	18.3%		C	現状維持または減少
	身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 （日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者） ・20～64歳	男性34.1% 女性29.1%	総数39.7% 男性44.6% 女性35.9%		総数44.3% 男性48.3% 女性41.0%	令和6年度
・65歳以上		男性34.6% 女性32.8%			A		
②運動習慣者の割合の増加 ・20～64歳		男性15.0% 女性12.6%	総数13.7% 男性25.0% 女性25.6%	総数24.9% 男性26.1% 女性23.8%	令和6年度	B	
・65歳以上		男性27.9% 女性27.5% 総数27.7%				B	
高齢者		③介護保険サービス利用者の増加の抑制	385人	394人	409人	令和6年度	D
	飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 （1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g、女性20g以上の者）	男性13.1% 女性7.8%	総数10.6%	17.8%	令和6年度	C
喫煙		①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	16.8%	18.0%	21.7%	令和6年度	C
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	14.4%	24.9%	26.2%	令和6年度	C	現状維持または減少
	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	34.0%	0.0%	56.3%	令和6年度	D	自殺対策大綱踏まえて設定

「健康たいき21(第3次)」の基本的な方針と目標 「胎児から高齢者まで～ライフコースアプローチに応じた健康づくり」

全 体 目 標	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり				
	胎児(妊婦) 0歳	18歳	20歳	40歳	65歳 75歳
健康受賞の延伸 健康格差の縮小					
女性・子どもの健康	<ul style="list-style-type: none"> □妊娠中の適正な体重増加 ■妊娠中の喫煙をなくす □適正体重の子どもの増加 (低出生体重児の割合の減少) □肥満傾向にある子どもの割合の減少 				
循環器病				<ul style="list-style-type: none"> □高血圧の改善(1日最高血圧以上の者の割合の減少) □脂質高値者(LDLコレステロール160mg/d以上)の減少 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 ■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 (1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) ■睡眠による休養を十分とれていない者の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □脳血管疾患SMRI00以下 □虚血性心疾患SMRI00以下
糖尿病				<ul style="list-style-type: none"> □糖尿病合併症(糖尿病性腎症)の減少 (糖尿病性腎症による年間新発透析導入患者数)の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制 □治療継続者の割合の増加 □血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1cが6.0%以上の者の割合の減少) □適正体重を維持している人の増加 (肥満BMI25以上の減少) ■日常生活における歩数の増加 ■運動習慣者の割合の増加 	
がん			<ul style="list-style-type: none"> □がん検診の受診率の向上 □精密検査の受診率の向上 		<ul style="list-style-type: none"> □悪性新生物SMRI00以下
COPD(慢性閉塞性肺疾患)			<ul style="list-style-type: none"> ■喫煙率の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上 	<ul style="list-style-type: none"> □COPD SMRI00以下
歯・口腔の健康			<ul style="list-style-type: none"> □乳幼児・学齢期のう歯のない者の維持 		<ul style="list-style-type: none"> □口腔機能の維持・向上
高齢者					<ul style="list-style-type: none"> □適正な体重を維持しているの高齢者の増加

個人の取り組みでは解決できない地域や社会の健康づくり： □社会環境の質の向上

第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防

1 女性とこどもの健康

(1) 基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が成人期以降の生活習慣病の発症の要因であることがわかってきました。低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症します。そのため、妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。

妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診・相談、出産から3歳児までの乳幼児健診、学童期から高校生までの小児生活習慣病予防健診（大樹っ子健診）を実施しています。

(2) 現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 低出生体重児（2500g未満）の割合の減少

低出生体重児の割合は、令和6年度を見ると10.7%で増加しています。（図表15）

胎児は胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100%生命維持と発育を依存しています。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児と比較しても体重が少ない子宮内発育不全（制限）児となりやすくなります。その背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などがあるため、それらの対策を継続していきます。

低出生体重児は哺乳障害や感染症の重症化等をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長の見守りが必要です。また、胎児期に省エネルギー体質を獲得し、将来の生活習慣病の発症リスクが増加することから、在胎週数に相応した出生体重であるかを見ていく必要があり、今後検討していきます。（図表16）

図表15 低出生体重児（2,500g未満）の推移

年 度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	累計
出生数（人）	42	35	35	32	28	172
低出生体重児数	3	4	4	3	3	17
割合	7.1%	11.4%	11.4%	9.4%	10.7%	9.9%
内 訳	単胎児	3	2	3	3	14
	双胎児	0	2	1	0	3

図表16 低出生体重児の状況（2-6年度（5年間累計））

	計	正期産		早産		再掲					
		在胎 37週以上		在胎 37週未満		後期早産 34～37週 未満		22～34週 未満			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		a		b	b/a	c	c/a	d	d/c	e	e/c
出生体重2,500g未満	17	100.0%	9	52.9%	8	47.1%	7	87.5%	1	12.5%	
単胎児	2,500g未満	14	82.4%	8	57.1%	6	42.9%	5	83.3%	1	16.7%
	2,000～2,499g未満	13	76.5%	8	61.5%	5	38.5%	5	100.0%	0	
	1,500～1,999g	0		0		0		0		0	
	1,000～1,499g	0		0		0		0		0	
	1,000g未満	0		0		0		0		0	
	不明	1	100.0%	0		1	100.0%	0		1	100.0%
多胎児	2,500g未満	3	17.6%	1	33.3%	2	66.7%	2	100.0%	0	0.0%

(イ) 妊娠中の適正な体重増加

妊娠前の体格がBMI18.5以上25未満の妊婦は、令和2年度から6年度までの累計で127人（74.8%）です。BMI18.5未満のやせ妊婦は22人（12.9%）です。（図表17）

図表17 妊娠前の体格（妊娠届出書より）

妊娠前体格	BMI	年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	累計
計			45	30	35	27	33	170
低体重	18.5未満	人数	5	2	5	3	7	22
		割合	11.1%	6.6%	14.3%	11.1%	21.2%	12.9%
普通体重	18.5～24.9	人数	37	24	25	20	21	127
		割合	82.2%	80.0%	71.4%	74.1%	63.7%	74.8%
肥満（1度）	25.0～29.9	人数	2	2	5	2	4	15
		割合	4.5%	6.7%	14.3%	74.0%	12.1%	8.8%
肥満（2度）	30.0以上	人数	1	2	0	2	1	6
		割合	2.2%	6.7%	0.0%	7.4%	3.0%	3.5%
再掲 肥満 （1度以上）	25.0以上	人数	3	4	5	4	5	21
		割合	6.7%	13.4%	14.3%	14.8%	15.1%	12.3%

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なります。過去5年間に低出生体重児（単胎児）を出産した14人の母親のうち、7人（50%）が妊娠中の体重増加が不足していました。そのうち、4人は妊娠前体重が普通体重です。（図表18）

母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育（巨大児）が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いこともわかっていきます。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、高出生体重児の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにもつながります。

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性は 16 人 (9.4%) でその多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、一定期間後に 2 型糖尿病を発症することがわかっています。産後の適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために健康診断等で血液検査を行っていくことが必要になります。(図表 19)

全妊婦を対象に、個人差を配慮した摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を具体的にどのくらい食べたらよいかひと目でわかる教材等を活用しながら学習していきます。

図表18 妊娠中の体重増加の状況 (2-6年度 低出生体重児 14人)

妊娠前体格	BMI	体重増加の目安	増加不良	適正範囲	過剰増加	増加量不明	計
低体重	18.5未満	12~15kg	3	1	0	1	5
普通体重	18.5~24.9	10~13kg	4	2	1	0	7
肥満 (1度)	25.0~29.9	7~10kg	0	1	0	0	1
肥満 (2度)	30.0以上	個別対応 (上限5kgまでが目安)		0	0	0	0
妊娠前体格不明						1	1
計 (人数)			7	4	1	2	14
計 (割合)			50.0%	28.6%	7.1%	14.3%	100.0%

図表19 糖尿病合併妊娠および妊娠糖尿病

	糖尿病合併妊娠	妊娠糖尿病 (GDM)	妊娠時に診断された明らかな糖尿病	合計
R2~R6年度 妊娠届出 (転入含まない)	・すでに糖尿病と診断されている女性が妊娠 ・確実な糖尿病網膜症が存在する場合	・妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常	①空腹時血糖値126mg/dL以上 ②HbA1c6.5%以上 ③随時血糖値200mg/dL以上 あるいは 75gOGTTで2時間値 200mg/dL以上	
170	0	16	0	16
	0%	9.4%	0%	9.4%
(35歳以上)	0	6	0	6
(非妊娠時肥満)	0	3	0	3

(ウ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

① 幼児期の肥満

生活習慣病は、遺伝素因と不健全な生活習慣によって発症しますが、特に幼児期の過度な体重増加は学童期以降の肥満と関連します。また、小児肥満から成人肥満への移行率は70%程度とされています。

令和2年度から令和6年度までの5年間に、幼児健康診査を受診した肥満度15%以上の小児肥満に該当する1歳6か月児は24人(13.7%)、3歳児は13人(7.7%)で

す。(図表 20)

各保健事業を通して乳児期からの生活リズム・食事・運動・排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行います。

図表20 幼児健康診査検査結果 (2-6年度)

		肥満		適正		やせ	
		+15%以上		-14.9~+14.9%		-15%以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月健康診査	175人	24人	13.7%	150人	85.7%	1人	0.6%
3歳児健康診査	169人	13人	7.7%	156人	92.3%	0人	0.0%

②学童期の肥満

学童期の肥満の割合は、小学6年生が25.6%と最も高く、全国や北海道と比較しても10%以上も高くなっています。中学3年生は9.3%で全国平均9.1%とほとんど差はないものの、それ以外の学年は全国平均よりも高い割合です。就学後の肥満傾向児の増加が課題です。(図表 21)

図表21 学童の肥満傾向・やせ傾向児の出現率 (6年度結果)

学年	対象者数	肥満 (+20%以上)				適正 (-19.9~+19.9%)		やせ (-20%以下)			
		人数	割合	全道割合	全国割合	人数	割合	人数	割合	全道割合	全国割合
小1	32	4	12.5%	4.6%	4.3%	28	87.5%	0	0.0%	0.5%	0.5%
小2	36	4	11.1%	8.4%	6.3%	32	88.9%	0	0.0%	0.9%	0.6%
小3	44	4	9.1%	11.2%	8.7%	40	90.9%	0	0.0%	1.7%	1.2%
小4	36	5	13.9%	12.6%	10.2%	31	86.1%	0	0.0%	3.1%	2.1%
小5	42	9	21.4%	15.0%	11.0%	33	78.6%	0	0.0%	2.8%	2.9%
小6	43	11	25.6%	14.0%	11.6%	30	69.8%	2	4.6%	2.9%	3.2%
中1	43	7	16.3%	13.3%	11.2%	35	81.4%	1	2.3%	3.8%	4.0%
中2	48	9	18.8%	12.6%	10.1%	39	81.2%	0	0.0%	3.2%	3.4%
中3	43	4	9.3%	11.2%	9.1%	38	88.4%	1	2.3%	3.7%	3.3%

イ 小児生活習慣病予防健診の受診率の維持・向上

よりよい生活習慣の形成を目的に、小児生活習慣病予防健診（以下「大樹っ子（たいきっず）健診」）を小学4年生から高校生までを対象に町独自事業として実施しています。

令和6年度の血液検査の結果では、肥満度20%以上の小学生が15.8%（第2位）に、中学生では11.5%（第3位）です。生活習慣病予防の基盤を固めることは喫緊の課題であり、世帯で生活習慣病対策に取り組む必要があります。(図表 22、23、24)

学校保健安全法に児童・生徒の健康診査が義務付けられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われています。今後も各学校や栄養教諭と課題を共有しながら

ら、必要な連携を図っていきます。

図表22 大樹っ子（たいきっず）健診の受診状況

	小学生			中学生			高校生			全体		
	対象者数	受診者数	割合	対象者数	受診者数	割合	対象者数	受診者数	割合	対象者数	受診者数	割合
H28	120	27	22.5%	135	23	17.0%	113	10	8.8%	368	60	16.3%
H29	135	14	10.4%	134	27	20.1%	73	7	9.6%	342	48	14.0%
H30	143	25	17.5%	124	16	12.9%	76	8	10.5%	343	49	14.3%
R1	142	19	13.4%	124	18	14.5%	87	15	17.2%	353	52	14.7%
R2	142	14	9.9%	129	14	10.9%	67	8	11.9%	338	36	10.7%
R3	139	9	6.5%	137	8	5.8%	55	7	12.7%	331	24	7.3%
R4	136	13	9.6%	136	22	16.2%	47	5	10.6%	319	40	12.5%
R5	128	16	12.5%	143	31	21.7%	50	7	14.0%	321	54	16.8%
R6	121	19	15.7%	132	26	19.7%	54	8	14.8%	307	53	17.3%
合計	1,206	156	12.9%	1,194	185	15.5%	622	75	12.1%	3,022	416	13.8%

図表23 大樹っ子健診結果の有所見率（6年度）

順位	小学生（19名）				順位	中学生（26名）			
	項目	基準値	有所見者数	割合		項目	基準値	有所見者数	割合
1位	尿蛋白	(±) 以上	5	26.3%	1位	尿酸	6.2mg/dl以上	6	23.1%
2位	肥満度-肥満	20%以上	3	15.8%	2位	クレアチニン (腎機能)	男性0.80mg/dl以上 女性0.71mg/dl以上	5	19.2%
3位	AST (肝機能)	31U/L以上	2	10.5%	3位	肥満度-肥満	20%以上	3	11.5%
	尿潜血	(±) 以上	2	10.5%					

図表24 ライフサイクルにおける健診と健診内容

ライフサイクル	0歳		3歳		7歳		18歳 20歳		40~74歳		75歳			
	妊娠	出生	家庭		認定こども園		小学校	中学校	高校	大学等	職場 家庭			
法的根拠	母子保健法						学校保健安全法			労働安全衛生法		後期高齢者医療		
	高齢者の医療を確保に関する法律													
項目	妊娠届出	妊婦健診 相談	新生児 訪問	乳幼児健 診・相談	1歳6か 月健診	3歳児 健診	就学時 健診	学童健診 小学4年 以上	学童健診 中学生	学童健診 高校生	歯周病健 康診査	若年健診	特定健診 等	後期高齢 者健診
身長	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
BMI	●											●	●	●
肥満度	●			●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
腹囲								●	●	●		●	●	●
収縮期血圧		●						●	●	●		●	●	●
拡張期血圧		●						●	●	●		●	●	●
空腹時血糖		●						●	●	●		●	●	●
随時血糖		●						●	●	●		●	●	●
50g糖負荷試験		●												
HbA1c								●	●	●		●	●	●
尿糖		●				●		●	●	●		●	●	●
総コレステロール								●	●	●		●	●	●
LDLコレステロール								●	●	●		●	●	●
中性脂肪								●	●	●		●	●	●
non-HDLコレステロール								●	●	●		●	●	●
HDLコレステロール								●	●	●		●	●	●
GOT (AST)								●	●	●		●	●	●
GPT (ALT)								●	●	●		●	●	●
γ-GPT (γ-GT)								●	●	●		●	●	●
尿酸								●	●	●		●	●	●
赤血球								●	●	●		●	●	●
血色素		●						●	●	●		●	●	●
ヘマトクリット		●						●	●	●		●	●	●
尿潜血		●				●		●	●	●		●	●	●
尿蛋白		●				●		●	●	●		●	●	●
血清クレアチニン								●	●	●		●	●	●
eGFR (糸球体ろ過量)								●	●	●		●	●	●
心電図検査												●	●	●
眼底検査													●	●
肺がん・結核検診													●	●
胃がん検診													●	●
大腸がん検診													●	●
子宮がん検診		●										●	●	●
乳がん検診													●	●
歯本数				●	●	●	●				●			
う歯本数					●	●	●				●			
歯肉炎等											●			
遺伝歴	●							●	●	●		●	●	●
既往歴	●						●	●	●	●		●	●	●
現病歴	●						●	●	●	●		●	●	●
20歳時体重	●											●	●	●
妊娠高血圧症候群の有無	●											●	●	
食の実態	●		●	●	●	●								
生活リズム	●		●	●	●	●								
喫煙	●										●	●	●	●
飲酒	●											●	●	●

(3) 具体的な取り組み

母子保健法は、児童の健全育成の基盤となるべき母性の保護や、乳幼児が健全な成長を遂げる上で欠くことのできない保健の充実を目的に制定され、健康診査や保健指導の体系的な事業構築が図られています。

母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していく上での健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となります。

妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細やかな保健指導を行っていきます。また、将来、糖尿病や心血管発症リスクの高い産婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療機関受診継続の必要性の学習を行っていきます。

課題である就学後の肥満傾向児の増加について、小児期からの生活習慣病防止策の強化することや、小児期からメタボリックシンドロームの診断を行うことは心血管疾患の予防上重要です。今後も、大樹っ子健診の受診を促し、健診結果を通して親子で日頃の生活習慣の振り返りと学習を継続していきます。

ア 生活習慣病予防・重症化予防のための取り組み

- ・ ライフコースに応じた保健指導
 - プレママ栄養講座（妊婦）
 - 乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児）
 - 妊婦健康診査及び特定（基本）健康診査結果に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や健康相談、結果説明会など多様な経路によりそれぞれの対象の特徴に合わせたきめ細やかな保健指導
 - 家庭訪問・健康教育・健康相談
- ・ 大樹っ子健診の受診率向上に向けた取り組み
- ・ 認定こども園、小中学校の関係者との課題の共有
 - 各学校における健康課題の情報共有
 - 肥満傾向児の実態把握の継続、大樹っ子健診結果の情報共有

2 循環器病

(1) 基本的な考え方

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す。超高齢者社会を迎えた我が国では、循環器病はさらに増加すると推計されており、健康寿命を妨げる要因と言えます。また、循環器病がもたらす社会的負担としては、膨大な医療費や介護費用が使われ、患者やその家族にとっても負担が非常に大きくなります。

平成20年度から開始された特定健診において、心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施ですが、本町では40歳から74歳の特定健診対象者、後期高齢者全員に心電図検査を実施しています。

特定健診、後期高齢者健診で実施している心電図検査では、年代が上がるにつれて有所見者が増加しています。その中でも心原性脳塞栓症の原因となる心房細動は、心電図検査によって発見することが可能です。

令和6年度の健診結果では、心房細動の所見は17人(2.5%)いました。そのうち、1人が要精密検査となっています。その他の16人はすでに内服治療や医療機関で経過観察を行っています。(図表25)

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症(特に高LDLコレステロール血症)、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の5つがあります。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。循環器病の主要な危険因子のうち、喫煙と糖尿病についてはそれぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症(高コレステロール血症)、メタボリックシンドロームについて目標を設定します。

図表25 心電図有所見者

	受診者数 人数 a	心電図検査						(再掲)					
		実施者		所見なし		所見あり		判定		心房細動		判定	
		人数 b	人数 c	割合 c/b	人数 d	割合 d/b	人数 e	割合 e/b	人数 f	割合 f/b	人数 g	割合 g/f	
40歳代	54	49	41	83.7%	8	16.3%	2	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	
50歳代	67	65	58	89.2%	7	10.8%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	
60歳代	146	125	95	76.0%	30	24.0%	1	0.8%	4	3.2%	0	0.0%	
70-74歳	175	147	115	78.2%	32	21.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
75歳以上	349	336	219	65.2%	117	34.8%	3	0.9%	12	3.6%	1	8.3%	
計	791	677	528	78.0%	194	28.7%	6	0.9%	17	2.5%	1	5.9%	

令和6年度特定健診受診者(法定報告)

(2) 現状と目標

ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

(脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下)

本町の年齢調整死亡率は、前回の計画で参照していた統計情報が更新されていないため今回の計画では標準化死亡比（SMR）を評価指標とします。

脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）は 100 を下回っていますが、平成 15～24 年度と比較すると高くなっており、北海道よりも高くなっています。

虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）は、100 を下回っており、北海道と比較しても低いですが、平成 15～24 年度と比較すると高くなっています。（図表 26）

図表26 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

	平成15-24年		平成18-27年			平成22-令和1年			平成25-令和4年			
	町		北海道		町		北海道		町		全道	
	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	82	87.2	93.4	73	84.3	91.6	63	76.0	92.0	71	95.5	94.0
虚血性心疾患	30	55.8	87.6	30	58.6	84.5	23	45.9	82.4	28	61.1	81.4

北海道健康づくり財団統計データ

イ 高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者の割合の減少）

循環器の中でも近年、増加しているのが心不全です。心不全は、心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん状態が悪くなり、命を縮める病気であらゆる循環器病の終末像が心不全と捉えられています。有効な薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩していますが、対症療法であり、根治的な治療ではないため、予後はあまり改善されていません。そのため心不全は予防が必要です。

心不全の原因疾患には、高血圧があります。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こします。さらに高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになります。

Ⅱ度以上高血圧者は全国と比較すると令和 6 年度には男性 5.9%、女性 3.8%と男女ともに低くなっています。白衣性高血圧の可能性がある場合は家庭血圧測定を実施してもらっていますが、今後も継続し血圧以外の因子等の有無と合わせて医療機関の受診の必要性を判断する必要があります。また必要な治療とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減量・減塩等）が必要です。（図表 27）

図表27 II度高血圧以上（160/100mmHg以上）の者

	総数			男性			女性		
	大樹町		全国	大樹町		全国	大樹町		全国
年度	2年度	6年度	5年度	2年度	6年度	5年度	2年度	6年度	5年度
受診者数	474	442	2355	204	203	1029	270	239	1326
人数	27	21	158	13	12	85	14	9	73
割合	5.7	4.8	6.7	6.4	5.9	8.2	5.2	3.8	5.5

町：令和6年度特定健診受診者（法定報告） 国：国民健康・栄養調査（令和5年度）

ウ LDLコレステロール160mmHg以上の者の割合の減少

脂質異常症の診断項目の1つであるLDLコレステロールの高値は、冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症など）の危険因子であり、最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症や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以上に相当すると言われてしています。

LDLコレステロール160mg/dl以上の方の割合は、令和6年度の男性は5.9%、女性は8.8%と男女とも全国よりも低くなっています。（図表28）

しかし、LDLコレステロール180mg/dl以上で疑われる、冠動脈疾患の発症率が高い家族性高コレステロール血症は早期診断と厳格な治療が必要となるため、受診が必要な対象者には受診勧奨するとともに、それ以外の対象者には3～6か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧めていくなど、継続した保健指導が重要となっています。

図表28 LDLコレステロール160mmHg以上

	総数			男性			女性			
	大樹町		全国	大樹町		全国	大樹町		全国	
年度	2年度	6年度	5年度	2年度	6年度	5年度	2年度	6年度	5年度	
受診者数	474	442	2176	204	203	947	270	239	1229	
LDL160 mg/dl以上	人数	38	33	181	15	12	60	23	21	121
	割合	8.0	7.5	8.3	7.4	5.9	6.3	8.5	8.8	9.8
(再掲) LDL180 mg/dl以上	人数	16	8	70	7	3	27	9	5	43
	割合	3.4	1.8	3.2	3.4	1.5	2.9	3.3	2.1	3.5

町：特定健診受診者（法定報告） 国：国民健康・栄養調査

エ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成20年から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、メタボリックシンドロームの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。

メタボリックシンドロームの該当者は、令和6年度の男性は39.9%、女性は11.7%でした。男性の割合は上昇し続けており、全国や北海道より高い状態です。女性は全国や北海道とほぼ同じ割合でした。(図表29)

一方、メタボリックシンドロームの予備群は、令和6年度の総数・男女とも全国・北海道よりも低くなっています。(図表30)

メタボリックシンドローム該当者のうち、男性の割合がかなり高いので、今後も引き続き減少に向けて取り組みます。

図表29 メタボリックシンドロームの該当者の状況

		総数			男性			女性		
		28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度
町	受診者数	679	474	442	324	204	203	355	270	239
	該当者	150	103	109	101	72	81	49	31	28
	割合	22.1	21.7	24.7	31.2	35.3	39.9	13.8	11.5	11.7
全国	割合	17.4	20.8	20.5(R5)	28.0	33.2	32.8(R5)	9.7	11.6	11.2(R5)
全道	割合	16.9	20.5	20.6	28.1	33.4	33.6	9.2	11.4	11.3

特定健診受診者(法定報告)

図表30 メタボリックシンドロームの予備群の状況

		総数			男性			女性		
		28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度
町	受診者数	679	474	442	324	204	203	355	270	239
	該当者	88	42	41	72	30	31	49	12	10
	割合	13.0	8.9	9.3	22.2	14.7	15.3	13.8	4.4	4.2
全国	割合	10.6	11.3	11.4(R5)	17.2	18.0	17.7(R5)	5.8	6.3	6.0(R5)
全道	割合	10.5	11.0	11.0	17.8	18.0	18.2	5.5	6.0	5.8

特定健診受診者(法定報告)

オ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

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、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われています。

特定健診質問項目「生活習慣のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、令和6

年度で1日あたり1～2合の割合が28.4%で、北海道や全国より高くなっています。
 (図表31)

図表31 1日当たりのアルコール摂取量

	大樹町			北海道	全国
	28年度	2年度	6年度	6年度	6年度
1合未満	49.6	57.3	53.8	55.2	60.4
1～2合	32.4	32.1	28.4	27.5	25.5
2～3合	10.7	6.8	11.4	12.4	10.1
3合以上	7.4	3.8	6.4	4.9	3.8

特定健診法定報告 (KBD)

カ 睡眠で休養がとれている者の増加

睡眠不足は集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があることだけでなく、長期的に、からだところの健康にも影響を及ぼします。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン（食欲を抑制するホルモン）が減少し肥満になりやすくなるなど体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き、心疾患病のリスクが高まるということが科学的にも明らかになっています。

特定健診質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について、「はい」と答えた者の変化をみると令和6年度で低下しており、北海道より低くなっています。(図表32)

図表32 睡眠で休養がとれている者の割合

	総数			北海道	全国
	28年度	2年度	6年度	6年度	6年度
はい	79.8	75.1	73.8	75.4	72.1
いいえ	20.2	24.9	26.2	24.6	27.9

特定健診質問票調査 (KDB)

(2) 具体的な取り組み

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、その多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症・重症化、合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症・重症化予防が可能です。

住民ひとりひとりが生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口として特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることによって段階に応じた予防ができるための保健指導が重要です。

高齢化に伴い増加している心不全は、脳卒中、血管病とともに重要な疾患とされています。心不全は進行性の病態で発症・重症化予防が重要です。また、心不全を早期発見するためには、息切れやむくみなどの症状を年のせいと放置せず、受診することが必要です。脳性ナトリウムペプチド（BNP）値の測定が心不全の早期発見には有用とされていることや生活習慣の改善を目的に推定1日食塩摂取量の測定など、健診項目を町独自の追加実施を検討していきます。

メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は、循環器病をいかに予防するかということです。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪が蓄積している状態であり、肥満との相関がみられることから、具体的な取り組みについては肥満の改善と同様に進めていきます。

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、健診チラシ、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の連携
- ・健診未受診者が受けやすい体制整備

イ 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・健康診査（18～39歳・生活保護世帯）
- ・大樹町国民健康保険特定健康診査
- ・後期高齢者健康診査
- ・特定健康診査に町独自で検査項目の追加を検討

ウ 循環器病の発症および重症化のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など様々な機会による保健指導の実施
高LDL コレステロール血症の学習教材の活用
- ・大樹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
- ・第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる
- ・医療機関との連携

3 糖尿病

(1) 基本的な考え方

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがんといった合併症により、生活の質（QOL）に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器病と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大は影響を及ぼします。そのため糖尿病の発症予防、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講じていくことが重要です。

本町では、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでおり、早期腎症期の発見に努め、医療機関と連携して未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

(2) 現状と目標

ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

本町における新規透析導入者は平成 28 年度と比較して減少しています。新規透析導入者の原因疾患をみると糖尿病性腎症は 6 人（66.7%）です。（図表 33）

図表33 人工透析患者の推移

		28年度	令和2年度	令和6年度
町内透析者数		10	11	9
新規透析者数		2	2	0
(再掲)	腎症等	4	3	3
原因疾患	糖尿病性	6	8	6

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

(ア) HbA1c6.5%以上の者

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することができます。

HbA1c6.5%以上の割合は、総数、男性、女性のすべてにおいて増加しています。

（図表 34）

HbA1c6.5%以上は 53 人いますが、そのうち未治療は 13 人います。13 人の中には、薬物療法は行っていませんが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている者もいます。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表34 HbA1c6.5以上の者の割合

年度		総数		男性		女性		
		2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度	
受診者数		474	442	204	203	270	239	
HbA1c6.5 以上	人数	48	53	30	31	18	22	
	割合	10.1	12.0	14.7	15.3	6.7	9.2	
治療 の有 無	治療なし	人数	406	374	165	159	241	215
	(再掲)	人数	10	13	9	7	1	6
	HbA1c6.5以上	割合	2.5	3.5	5.5	4.4	0.4	2.8
	治療あり	人数	67	67	37	43	30	24
	(再掲)	人数	38	40	21	24	17	16
	HbA1c6.5以上	割合	56.7	59.7	56.8	55.8	56.7	66.7

特定健診受診者（法定報告）

(イ) 治療継続者の割合の増加

(HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)

HbA1c6.5%以上の者のうち、治療をしている者は令和6年度で男性は増加していますが、総数、女性は低下しています。（図表35）

糖尿病治療中である40人は、治療を継続できるよう医療機関と連携し、保健指導を実施していく必要があります。

図表35 HbA1c6.5以上の者の治療の有無

年度		総数		男性		女性	
		2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度
受診者数		474	442	204	203	270	239
HbA1c6.5%	人数	48	53	30	31	18	22
	割合	10.1	12.0	14.7	15.3	6.7	9.2
治療あり	(再掲) 人数	38	40	21	24	17	16
	割合	79.2	75.5	70.0	77.4	94.4	72.7
治療なし	(再掲) 人数	10	13	9	7	1	6
	割合	26.3	24.5	30.0	22.6	5.6	27.3

特定健診受診者（法定報告）

(ウ) 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1c (NGSP) 8.0%以上の者、HbA1c7.0%以上の者)

糖尿病治療におけるHbA1cの目標は、「血糖正常化を目指す際の目標」としてHbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」がHbA1c7.0%未満、「治療強化が

困難な際の目標」としてHbA1c8.0%未満と定められています。65歳以上の高齢者の血糖コントロール目標は、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とするHbA1c値を決定します。

血糖コントロール指標であるHbA1c7.0%以上の者を見ると、総数、男性、女性とも増加しています。(図表36)

さらにHbA1c8.0%以上の者は男性は減少していますが、女性が増加していました。合併症を予防するためにも少しでも血糖を正常に近い値にしていけることが重要です。

図表36 HbA1c7.0%以上の状況

年度		総数		男性		女性	
		R2	R6	R2	R6	R2	R6
受診者数		474	442	204	203	270	239
HbA1c7.0%以上	人数	26	30	16	21	10	9
	割合	5.5	6.7	7.8	10.3	3.7	3.8
(再掲) HbA1c8.0%	人数	10	10	9	8	1	2
	割合	2.1	2.3	4.4	3.8	0.4	0.8

特定健診受診者 (法定報告)

オ 適正体重を維持している者の増加 (肥満 (BMI25以上) の減少)

肥満は、糖尿病、循環器病、がん等の生活習慣病との関連があります。その中でも糖尿病は肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖を下げるホルモンであるインスリンの組織におけるインスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態 (インスリン抵抗性) を引き起こします。また、肥満によって肥大した脂肪細胞から血中に分泌される遊離脂肪酸やさまざまなアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させます。

肥満 (BMI25以上) の者は、令和6年度でみると男性が47.0%と増加し、女性は28.9%で減少しています。また40歳未満の男性も増加傾向です。(図表37、38)

肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。一方、やせは若年女性では骨量減少や低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。普通体重 (BMI18.5~25未満) の者の維持や増加の取り組みを継続していきます。(図表39、40)

図表37 BMI25以上 (肥満) の者の割合 (40~74歳)

年度	総数		男性		女性	
	2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度
受診者数	474	442	204	203	270	239
人数	176	164	89	95	87	69
割合	37.3	37.2	43.6	47.0	32.2	28.9

特定健診受診者 (法定報告)

図表38 年代別BMI25以上（肥満）の者の割合

年度		総数		男性		女性	
		2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度
20-24歳	受診者	14	7	10	5	4	2
	人数	4	3	3	3	1	0
	割合	28.6%	42.9%	30.0%	60.0%	25.0%	0.0%
25-29歳	受診者	25	43	15	27	10	16
	人数	11	11	6	9	5	2
	割合	44.0%	25.6%	40.0%	33.3%	50.0%	12.5%
30-34歳	受診者	38	57	28	39	10	18
	人数	15	25	13	21	2	4
	割合	39.5%	43.9%	46.4%	53.8%	20.0%	22.2%
35-39歳	受診者	36	69	24	43	12	26
	人数	15	26	12	22	3	4
	割合	41.7%	37.7%	50.0%	51.2%	25.0%	15.4%
40-44歳	受診者	17	23	12	15	5	8
	人数	6	10	5	6	1	4
	割合	35.3%	43.5%	41.7%	40.0%	20.0%	50.0%
45-49歳	受診者	32	31	15	13	17	18
	人数	7	8	4	4	3	4
	割合	21.9%	25.8%	26.7%	30.8%	17.6%	22.2%
50-54歳	受診者	25	33	9	14	16	19
	人数	13	12	5	7	8	4
	割合	52.0%	36.4%	55.6%	50.0%	50.0%	21.1%
55-59歳	受診者	37	34	19	19	18	15
	人数	13	17	5	11	8	6
	割合	35.1%	50.0%	26.3%	57.9%	44.4%	40.0%
60-64歳	受診者	47	54	17	32	30	22
	人数	19	17	9	10	10	7
	割合	40.4%	31.5%	52.9%	31.3%	33.3%	31.8%
65-69歳	受診者	124	92	50	40	74	52
	人数	58	37	30	21	28	16
	割合	46.8%	40.2%	60.0%	52.5%	37.8%	30.8%
70-74歳	受診者	192	175	82	70	110	105
	人数	60	64	31	36	29	28
	割合	31.3%	36.6%	37.8%	51.4%	26.4%	26.7%
合計	受診者	474	442	204	203	270	239
	人数	176	164	89	95	87	69
	割合	37.1%	37.1%	43.6%	46.8%	32.2%	28.9%

図表39 BMI18.5～25未満（普通体重）の者の割合（40～74歳）

年度		総数		男性		女性	
		2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度
受診者数		474	442	204	203	270	239
18.5-25.0 未満	人数	278	253	111	105	167	148
	割合	58.6	57.2	54.4	51.7	61.9	61.9

特定健診受診者（法定報告）

図表40 BMI18.5未満（低体重）の者の割合（40～74歳）

年度		総数		男性		女性	
		2年度	6年度	2年度	6年度	2年度	6年度
受診者数		474	442	204	203	270	239
18.5未満	人数	17	24	0	2	17	22
	割合	3.6	5.4	0	0.1	6.3	9.2

特定健診受診者（法定報告）

カ 身体活動・運動

「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全ての動きであり、「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をいいます。

身体活動・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患（NCD）の発症リスクが低いことが実証されています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

（ア）日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

日常生活において、歩行又は身体活動をしている者は、令和6年度で、総数、男性、女性とも増加しています。（図表41）

今回は、身体活動を歩行でみていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動も必要です。

図表41 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施の有無

年度		総数			男性			女性		
		28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度
1日1時間以上の 歩行あり	人数	231	188	196	122	91	98	109	97	98
	割合	34	39.7	44.3	37.7	44.6	48.3	30.7	35.9	41

特定健診受診者（法定報告）

(イ) 運動習慣者の増加

(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施)

運動習慣がある者の割合は、総数は令和2年度25.3%から令和6年度24.9%で低下しましたが、男性は令和2年度25%から令和6年度26.1%に上昇しています。女性は令和2年度25.6%から23.8%に減少しています。

身体活動と比較すると、男女とも運動習慣者は少ない状況です。(図表42)

図表42 運動習慣の有無（1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施）

年度		総数			男性			女性		
		28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度
運動習慣あり	人数	143	120	110	72	51	53	71	69	57
	割合	21.1	25.3	24.9	22.2	25	26.1	20	25.6	23.8

特定健診受診者（法定報告）

キ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導実施率は、受診率・実施率ともに全国、北海道よりも高い状態で推移しており、令和6年度は目標値を達成しています。(図表43、44)

年齢別で見ると、40～50歳代の受診率は増加していますが、依然として男性が低い状況です。生活習慣病は自覚症状がないため。健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。

また、医療機関通院中の健診未受診者には、医療機関での検査データ提供を依頼し、必要な保健指導を実施することが必要です。

図表43 年度別特定健診受診率

年 度		28年度	2年度	6年度	目標値
特定健診	対象者数	1,134	945	720	—
	実施者数	679	474	442	—
	町	59.9	50.2	61.4	60%以上
	全国	36.6	33.7	38.2(R5)	—
	全道	27.6	29.7	31.4	—
特定保健指導	対象者数	50	35	32	—
	実施者数	45	32	28	—
	町	90	91.4	87.5	90%以上
	全国	26.3	27.9	29.1(R5)	—
	全道	33.6	33.8	36.7	—

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連）

国：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書

図表44 年代別健診受診率

年度		総数			男性			女性		
		28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度	28年度	2年度	6年度
40-44歳	対象者数	62	51	48	32	31	31	30	20	17
	実施者数	35	17	23	18	12	15	17	5	8
	受診率	56.5%	33.3%	47.9%	56.3%	38.7%	48.4%	56.7%	25.0%	47.1%
45-49歳	対象者数	71	66	58	37	36	34	34	30	24
	実施者数	29	32	31	14	15	13	15	17	18
	受診率	40.8%	48.5%	53.4%	37.8%	41.7%	38.2%	44.1%	56.7%	75.0%
50-54歳	対象者数	80	59	60	44	30	33	36	29	27
	実施者数	45	25	33	25	9	14	20	16	19
	受診率	56.3%	42.4%	55.0%	56.8%	30.0%	42.4%	55.6%	55.2%	70.4%
55-59歳	対象者数	113	79	61	54	41	30	59	38	31
	実施者数	56	37	34	24	19	19	32	18	15
	受診率	49.6%	46.8%	55.7%	44.4%	46.3%	63.3%	54.2%	47.4%	48.4%
60-64歳	対象者数	186	128	85	94	58	49	92	70	36
	実施者数	101	47	54	53	17	32	48	30	22
	受診率	54.3%	36.7%	63.5%	56.4%	29.3%	65.3%	52.2%	42.9%	61.1%
65-69歳	対象者数	310	229	149	135	102	69	175	127	80
	実施者数	195	124	92	87	50	40	108	74	52
	受診率	62.9%	54.1%	61.7%	64.4%	49.0%	58.0%	61.7%	58.3%	65.0%
70-74歳	対象者数	312	333	259	143	143	107	169	190	152
	実施者数	218	192	175	103	82	70	115	110	105
	受診率	69.9%	57.7%	67.6%	72.0%	57.3%	65.4%	68.0%	57.9%	69.1%
合計	対象者数	1,134	945	720	539	441	353	595	504	367
	実施者数	679	474	442	324	204	203	355	270	239
	受診率	59.9%	50.2%	61.4%	60.1%	46.3%	57.5%	59.7%	53.6%	65.1%

特定健診受診者（法定報告）

(3) 具体的な取り組み

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子および、加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することです。

糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の者は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

糖尿病の基盤病態のひとつである肥満の是正が重要です。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量を適正にすることで肥満を解消することが大切です。インスリンの作用は糖代謝だけではなく、脂質及びたんぱく質代謝などにも関わっているため、栄養バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。そのため、食品を働きで分類した4つの食品群により、1日の食品基準量を、妊娠期（胎児期）、幼児期、学童期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせて資料を使い、学習していきます。

ア 糖尿病の発症及び重症化予防の取り組み

- 健康診査結果に基づくひとりひとりを対象にした保健指導の実施
特定保健指導及びHbA1cに基づいた保健指導
家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
食後高血糖の学習教材の活用
- 動脈硬化予防のための検査（75g糖負荷試験、微量アルブミン尿検査等）
- 医療関係者との連携
糖尿病手帳の活用
- 医療機関未受診者の対策
- 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- 妊娠前や出産後の体格に応じた適切な体重増加に向けての保健指導
- 冬期間の体重増加者に対する保健指導
- 対象者への理解を深めるため、ガイドラインの学習やメカニズムの学習

4 がん

(1) 基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり、生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんによる死亡を減らすために平成18年「がん対策基本法」が成立し、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施しています。

国の第4期のがん対策推進基本計画の目標には「科学的根拠に基づくがん予防やがん検診の充実」があげられています。その中身として「がんを知り、がんを予防することが、がんにかからない（1次予防）、がんを早期に発見・治療（2次予防）の重要性が改めて明記されました。

本町では健康増進法や国の指針、科学的根拠に基づく検診により死亡を減らすことができると証明されている胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんの5種類のがん検診を実施しています。

(2) 現状と目標

ア がん年齢調整死亡率の減少（がんの標準死亡比 100 以下）

年齢調整死亡率は、小規模自治体では毎年の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比（SMR）を用いてがんの死亡をみていきます。

（図表 45）

図表45 がんの標準化死亡比（SMR）

		大樹町		全国
		平成18年～27年	平成25年～令和4年	
総数		90.8	91.8	100.0
内訳	男性	96.0	95.5	100.0
	女性	83.1	86.3	100.0

北海道健康づくり財団統計データ

本町のがんの標準化死亡比（SMR）は、平成18年～27年90.8から平成25年～令和4年91.8にやや増加しています。（図表 46）

検診を実施している5種類のがんを見ると、男女とも肺がんが高く、特に男性の肺がんは全国と比べて死亡が高くなっています。

5種類のがん以外では、胆のうがん120、肝臓がん109.3と高く、特に女性の肝臓がんが高い値です。（図表 46）

今後においても、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な検診を実施し、がんの早期発見・早期治療に結びつけ死亡を減らしていくことが重要です。

図表46 悪性新生物部位別標準化死亡比（平成25年～令和4年）

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	食道がん	すい臓がん	肝臓がん	胆のうがん	全国
総数		82.8	112.5	61.3	79.1	57.5	75.7	91.4	109.3	120	100
内訳	男性	86.9	120.7	47.8			91.7	104.2	92.1	114.7	100
	女性	74.7	91.8	77.0	79.1	57.5	0.0	78.2	142.6	125.9	100

北海道健康づくり財団統計データ

イ がん検診の受診率の向上

本町では、厚生労働省「がん予防重点教育及びがん検診の実施のための指針」に沿って5種類のがん検診を実施しています。がん検診の実施率の向上のため、がん検診実施機関の拡大、胃がん検診において胃カメラの導入、特定健診申込時のがん検診の受診勧奨など、住民が受けやすい検診体制の拡充、検診の啓発・周知に取り組んできましたが、がん検診は全て目標を達成できていません。（図表 47）

本町において、一部の事業所等の職域でがん検診を受診していますが、受診率算定の対象にはなっていません。小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健診のみで、がん検診を実施していない事業所もあります。このような実態から、職域でがん検診を実施していない事業所や国民健康保険加入者に受診勧奨を実施することも大切です。

今後も住民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発・周知と、効果的な受診勧奨を行っていく必要があります。

図表47 がん検診受診率の推移

年度	大樹町 受診率			全国	目標値
	2年度	4年度	6年度	5年度	国
胃がん	8.3	7.8	9.1	6.8	60.0
肺がん	7.2	9.7	9.6	5.9	60.0
大腸がん	7.5	10.2	10.3	6.8	60.0
乳がん	13.0	14.3	15.6	15.8	60.0
子宮がん	9.5	10.2	10.8	16.0	60.0

※1 地域保健・健康増進事業報告（肺・大腸・乳がん検診40～69歳、

胃がん検診50～69歳、子宮がん検診20～69歳を対象）

※2 全国受診率 令和5年度 地域保健・健康増進事業報告（全国集計）

※3 国の目標値の算定 第4期がん対策推進基本計画

ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診の受診とともに精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

精密検査実施率は、乳がん検診が100%を維持、次に子宮がん検診ですが、胃がん検

診、肺がん検診、大腸がん検診は低い状態です。(図表 48)

胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいため、受診をためらう精密検査対象者が多くみられます。

精密検査対象者には、個別に本人に結果説明と受診勧奨を行い、精密検査の必要性、近郊で適切な精密検査を受けられる医療機関リストの作成・配布をしています。また、精密検査の受診勧奨から数か月後経過した未受診者には、再勧奨を行っています。

平成 2 年度～令和 6 年度でがん発見者は 3 人で、そのうち早期がんは 66.7%です。早期発見により、身体や日常生活に負担がかからない方法で治療を受けることができます。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、精密検査に伴う苦痛を軽減して検査を行う医療機関も増えており、医療機関等の情報も合わせて提供し、精密検査受診率を向上させていく必要があります。

図表48 がん検診精密検査受診率（2年度の子宮は該当者なし）

年度		2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
胃	精検受診率	78.1	77.1	68.6	59.4	73.1
	発見がん	0	0	0	1	0
肺	精検受診率	86.7	70.0	94.7	80.0	83.3
	発見がん	0	0	0	0	0
大腸	精検受診率	56.0	46.5	37.5	59.2	59.5
	発見がん	0	0	0	0	0
乳	精検受診率	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	発見がん	0	0	1	0	0
子宮	精検受診率	－	100.0	75.0	100.0	80.0
	発見がん	－	0	0	0	1

(3) 具体的な取り組み

ア がん検診の受診率向上

- ・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨
- ・無料クーポンはクーポン利用率や受診率等を検証し継続

イ 精密検査受診率の向上

- ・受診の必要性についてのリーフレット、医療機関リストを活用した受診勧奨の継続
- ・未受診者への訪問・電話等による再勧奨

5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

（1）基本的な考え方

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道・肺胞・肺血管などに病変が起きる病気です。この変化は治療しても戻ることはありません。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、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれています。

COPDの最大の原因は喫煙で、50～80%に関与していると言われています。遺伝子因子、感染なども原因として挙げられていますが、ほとんどのCOPDが禁煙によって予防可能とガイドラインに記載されており、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療薬の介入によって憎悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少につながります。

また、COPDは炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器病を併発することも多く、COPDの予防は循環器病の予防のためにも重要です。

（2）現状と目標

ア COPDの死亡率の減少（がんの標準化死亡比 100以下）

本町のCOPDによる死亡は、全国と比較して高くないものの、男性の標準化死亡比（SMR）は58.3です。今後、死亡を減らしていくためには、原因となる喫煙対策が必要です。（図表49）

図表49 COPD標準化死亡比（SMR）

COPD	総数		男性		女性	
	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR
	7人	55.0	6人	58.3	1人	41.0

北海道健康づくり財団統計データ 平成22年～令和元年

イ 喫煙率の減少

本町は、北海道や全国よりも喫煙率が高い状況です。特に男性は高い喫煙率が続いています。（図表50）

COPDは症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経過し、呼吸困難など重症になってから受診することがあります。重症化する前の早期発見が不可欠ですが症状や胸部X線検査では早期診断は困難なため、スパイロメトリー（肺機能検査）による呼吸機能の測定を検討します。

また、喫煙はCOPDだけではなく、循環器病（脳血管疾患、虚血性心疾患）、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重症です。禁

煙とその重要性について学習が必要です。

図表50 年度別喫煙率

年度	大樹町					北海道
	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	6年度
男性	23.8	31.2	28.8	29.8	31.5	27.1
女性	7.4	8.4	8.9	7.5	13.4	11.2
総計	14.3	18.5	18.1	18.0	21.7	18.2

特定健診質問票 喫煙の項目がありと回答した者

(3) 具体的な取り組み

ア 禁煙対策

- ・禁煙外来等の情報提供

禁煙は脳がニコチンに依存する状態であるため、禁煙治療が有効になることから、禁煙治療をできる外来等の情報提供を実施

- ・外来の受診が難しい方には、低用量のニコチンガムなどの禁煙補助剤（市販）等の情報提供

6 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどの生活の質（QOL）の向上を図るためには、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要です。

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、歯の喪失の主要な原因疾患はむし歯と歯周病であり、幼児期や学童期のむし歯予防や成人における歯周病予防の推進が必要です。

(2) 現状と目標

ア 乳幼児・学童期のう歯のない者の維持

3歳児でむし歯がない者の割合は、令和6年度の国の目標値95%を達成しています。（図表51）

図表51 3歳児でう蝕がない者の割合

年度	大樹町 受診者数	3歳児でう蝕がない者			
		大樹町		北海道	全国
		人数	割合	割合	割合
2年度	34	34	100	88.1	88.2
3年度	38	34	89.5	89.7	89.8
4年度	27	26	96.3	91.4	91.4
5年度	36	34	94.4	91.8	92.3
6年度	35	35	100		

地域保健・健康増進事業報告

永久歯も同様の傾向で、永久歯むし歯の代表的評価指標である12歳児の一人平均むし歯数は全国の0.53本より少ない0.08本、12歳児のむし歯のない者の割合97.3%で国の目標値90%をすでに達成しています。（図表52）

図表52 12歳児の状況 学校保健安全法による学校歯科健診（令和6年度）

受診者数	むし歯のない者		むし歯のある者		むし歯 総数	一人平均むし歯数	
	人数	割合	人数	割合		大樹町	全国
37	36	97.3	1	2.7	3	0.08	0.53

全国は令和6年度学校保健統計調査結果

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねることが多く、特に社会的、経済的格差による家庭環境がむし歯の要因となっていることがあることから、今後も妊娠期から歯・口腔の健康意識を持っていただき、児の各年齢に応じた予防対策を継続します。

イ 過去1年間に歯科健診を受診した人の割合の増加

定期的な歯科健康診査による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康維持に大きく寄与します。特に、定期的な歯科健康診査は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。

定期的な歯科健康診査の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに繋がります。

過去1年間に歯科健診を受けた者の受診率は、令和6年度は6.77%であり、令和2年と比較すると増加しています。(図表53)

また、歯科健康診査受診者質問票では、令和6年度の受診率は36.9%であり、北海道の目標値より低い状態です。(図表54)

歯周炎が顕在化し始める以前の若年期から歯周病検診を受診していただけるように、令和6年度から町内歯科診療所で個別歯科健康診査を開始しました。また、受診率の低い特定の年代に受診勧奨するなど、受診機会や受診勧奨の体制を拡大しました。今後も受診勧奨を継続し、受診率の向上を図ります。

図表53 過去1年間に歯科健診を受診した者の増加(対象者は健康増進法に基づく40・50・60・70歳)

年度	対象者数	受診者数	受診率	健診結果			総受診者数
				要精検	要指導	異常認めず	
2年度	280	10	3.57	2	2	6	176
3年度	270	16	5.93	2	4	10	220
4年度	280	12	4.29	1	6	5	254
5年度	242	12	4.96	4	4	4	249
6年度	325	22	6.77	5	3	13	252

図表54 歯科健康診査受診者質問票より過去1年間に歯科健診を受診した者

年度	大樹町			北海道
	総受診者数	あり	割合	目標値割合
2年度	176	67	38.3	40
6年度	252	122	36.9	70

北海道：北海道歯科保健医療推進計画

ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織まで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

歯周病が顕在化し始めるのは40歳以降と言われており、高齢期においても歯周病対策を継続して実施していますが、進行した歯周炎を有する者の割合は、40歳代で9.2%、60歳代で23.7%と、令和6年度の国の目標値を達成していますが年齢が高くなると顕著に増加しています。(図表55)

また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

60歳で24本以上の歯があれば、ほとんどの食べ物をしっかり噛んで味わうことができ心身の健康維持にもつながります。

60歳で自分の歯が24本以上ある者は、令和6年度で48%となっており、令和2年度より低下し、北海道や全国より低い状態です。(図表56)

今後も歯科健康診査を実施することで、その後の定期的な歯科検診受診や保健センターで行う成人向け歯磨き教室参加への動機づけを図りながら歯の喪失予防に努めます。

図表55 歯周炎を有する者の割合（2-6年度〈5年間累計〉）

年代	大樹町			北海道
	対象者	歯周炎 要治療者	割合	目標値 割合
40歳代	109	10	9.2	25
60歳代	177	42	23.7	45

北海道：歯・口腔の健康づくりプランにおける参考指標

図表56 60歳で自分の歯が24歯以上ある者（基準値55歳～64歳）

年度	大樹町			北海道		国
	対象者	達成者	割合	割合	目標値	目標値
2年度	18	13	72.2	60.2	60	70
3年度	23	14	60.9	59.0		
4年度	33	22	66.7	66.8		
5年度	24	16	66.7	62.5		
6年度	25	12	48.0	64.5	95	95

北海道：（割合）成人歯科保健に係る道民歯科保健実態調査、（目標値）北海道歯科保健医療推進計画

国：歯科口腔保健の推進に関する基本的事項

(3) 具体的な取り組み

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- 健康教育（妊婦、6か月児、9か月児、1歳3か月児、園児、小学生、成人）
- 健康相談（10か月児、1歳児、成人）
- フッ化物塗布、フッ化物洗口（1歳児～3歳児、4歳児の園児～小・中学生）
- 「8020運動」の推進と達成者の表彰

イ 評価に係る実態把握及び効果的な対策の実施

- 妊婦歯科健康診査
- 幼児歯科健康診査（1歳6か月児、3歳児）
- 成人歯科健康診査（歯周病検診18歳～）
- 後期高齢者歯科健康診査

7 高齢者の健康

(1) 基本的な考え方

人口の高齢化により、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進しています。そのためには生活習慣病の発症・重症化予防に加え、日常生活に必要な機能維持の観点から腰痛など運動器の問題が増加しないよう肥満度の増加予防や骨格筋量の減少を防ぐことが重要になります。

(2) 現状と目標

ア 肥満・低栄養傾向の改善

後期高齢者の肥満度について、健診のBMIで見ると標準である18.5～24.9の人は61%でした。BMI25以上の肥満の人は男性が、18.5未満のやせの人は女性が多い割合でした。(図表57)

高齢による虚弱は肥満ややせの視点だけではなく、サルコペニアとフレイルが関連しています。サルコペニアは、骨格筋量の減少に筋力(歩行速度、握力)の低下が合併した病態です。日常生活基本動作の歩く、立ち上がる等に支障をきたし、要介護状態につながります。サルコペニアと肥満の両方が合併したサルコペニア肥満は、肥満またはサルコペニア単独よりも身体機能の低下を招きやすく、食事と運動の見直しで筋肉量の維持・増強をしていくことが重要です。今後、サルコペニア肥満の学習をすることと効果的な対策の検討を行います。

図表57 後期高齢者健診受診者(令和6年度)の肥満度(BMI)

	総数		男性		女性		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
18.5未満	18	5.5%	5	3.3%	13	7.4%	
18.5～24.9	200	61.0%	95	62.1%	105	60.0%	
再掲	18.5～20.0	28	8.5%	9	5.9%	19	10.9%
	20.1～24.9	172	52.4%	86	56.2%	86	49.1%
25～29.9	92	28.0%	47	30.7%	45	25.7%	
30～34.9	18	5.5%	6	3.9%	12	6.9%	
計	328	—	153	—	175	—	

イ 後期高齢者健診受診率の向上

後期高齢者においても、定期的に健診を受診し、生活習慣病等の発見の遅れや重症化を防ぐとともに、自らの健康状態を確認することが重要です。

当町の後期高齢者健診受診率は令和4年度から個人通知による受診勧奨を開始し、それ

に伴い、医療機関通院者の健診受診者が増加したことにより、北海道より高い状態で推移しています。（図表 58）

健診受診者のうち、重症化予防対象者にはその人の生活状況等に合わせた保健指導を実施しています。

図表58 後期高齢者健診受診率（年度別）

	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
対象者数	920	916	968	961	970
実施者数	61	84	247	224	322
受診率	6.6	9.17	25.5	23.3	33.2
全道（割合）	11.5	12.8	13.9	15.2	15.7

後期高齢者医療広域連合会

（3）具体的な取り組み

ア 生活習慣病重症化予防のための施策

- ・生活習慣病未治療者への受診勧奨
- ・医療機関未受診者への対策
- ・糖尿病治療コントロール不良者への継続支援
- ・医療機関、関係機関との連携
- ・筋肉量や体重の維持のための学習や保健指導

第3節 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては次の事項が示されています。

「健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に可能な具体的目標の設定」

「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」

「人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定」

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定された目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で定期的に分析・評価することが可能な指標とすることが望ましいとされています。

これらを踏まえ、本町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。(図表 61)

図表59 大樹町の目標の設定

分野	項目	国の現状値	町の現状	国の目標値	町の目標値	データソース					
全体	1 健康寿命の延伸(平均自立期間:KDB)	男性79.7年 女性84.0年	男性80.1 女性85.5	令和6年度	平成14年度	⑫					
女性・子どもの健康	2 適正体重の子どもの増加(肥満、やせの減少)										
	①低出生児(2,500g)の割合の減少	設定なし	10.7%	令和6年度	設定なし	10%未満					
	②妊娠中の適正な体重増加(低出生体重児のみ)	設定なし	28.6%	令和6年度	設定なし	減少					
	③肥満傾向にある子ども(3歳児)の割合の減少	設定なし	7.7%	令和6年度	設定なし	減少					
	3 小児生活習慣病予防健診の受診率の向上	設定なし	17.3%	令和6年度	設定なし	増加					
循環器病	4 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡率 100以下										
	①脳血管疾患	100	95.5	令和4年	100	100以下					
	②虚血性心疾患	100	61.1	令和4年	100	100以下					
	5 高血圧の改善(Ⅱ度以上高血圧(160/100mmHg)の者の割合の減少)	131.1mmHg	4.8%	令和6年度	5mmHg低下	平成14年度	令和17年度				
	6 LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少	男性9.8% 女性13.1%	令和元年度	男性5.9% 女性9.8%	令和6年度	25%減少	平成14年度	減少			
	7 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少										
	①該当者		約1672万人	令和4年度	男性39.9% 女性11.7%	令和6年度	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	減少			
	②予備群				男性15.3% 女性4.2%	令和6年度		減少			
	8 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性14.1% 女性9.5%	令和5年度	74.90%	令和5年度	19.8%	令和6年度	10%	平成14年度	減少	令和17年度
9 睡眠で休養がとれている者の増加	74.90%	令和5年度	73.6%	令和5年度	73.6%	令和6年度	80%	平成14年度	80%	令和17年度	
糖尿病	10 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	14,330人	令和4年度	0人	令和6年度	12,000人	平成14年度	0人	令和17年度	④	
	11 糖尿病有病者の増加の抑制										
	①HbA1c6.5%以上の者	約1,100万人	令和6年度	12.0%	令和6年度	1,350万人	令和14年度	減少	令和17年度		
	12 治療継続者の割合の増加(HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	67.6%	令和元年度	75.5%	令和6年度	75%	平成14年度	維持または増加	令和17年度	②	
	13 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1c7.0%以上の者の割合)	2.01%	令和2年度	6.7%	令和6年度	1.0%	平成14年度	減少	令和17年度		
	14 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少)(BMI18.5以上25未満)	65.9%	令和5年度	37.2%	令和6年度	66%	平成14年度	減少	令和17年度		
	15 身体活動・運動										
	①日常生活における歩数の増加(※2 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)	男性6,628歩 女性5,659歩	令和5年度	44.3%	令和6年度	7,100歩	平成14年度	増加	令和17年度	③	
	②運動習慣者の割合の増加(※2 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施)	28.7%	令和元年度	24.9%	令和6年度	40%	平成14年度	増加	令和17年度		
	16 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上										
①特定健康診査の実施率	59.9%	令和5年度	61.4%	令和6年度	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	60%以上	令和17年度	②			
②特定保健指導の終了率	27.6%	令和5年度	87.5%	令和6年度		90%以上	令和17年度				
がん	17 悪性新生物の標準化死亡率 100以下				91.8	平成25～令和4年		100以下	⑪		
	18 がん検診の受診率の向上※3										
	①胃がん	男性47.5% 女性36.5%	令和4年度	9.1%	令和6年度	60%	平成10年度	増加	令和17年度	①	
	②肺がん	男性53.2% 女性46.4%	令和4年度	9.6%	令和6年度						
	③大腸がん	男性49.1% 女性42.8%	令和4年度	10.3%	令和6年度						
	④子宮頸がん	43.6%	令和4年度	15.6%	令和6年度						
⑤乳がん	47.4%	令和4年度	10.8%	令和6年度							
19 精密検査受診率の向上	設定なし		68.4%	令和6年度	設定なし		80%	令和17年度			
COPD	20 COPDの標準化死亡率 100以下	100		55	平成22～令和元年	100		100以下	⑪		
	21 喫煙率の減少	15.7%	令和5年度	21.7%	令和6年度	12%	平成14年度	減少	令和17年度	③	
歯・口腔の健康	22 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加										
	①3歳児でう蝕がない者の割合の増加	設定なし		100%	令和6年度	95%		95%	令和17年度	⑤	
	②12歳児のう蝕のない者の割合の増加	設定なし		97.3%	令和6年度	90%		90%	令和17年度	⑥	
	23 過去1年間に歯科健康診査を受診した者の増加	58.8%	令和5年度	36.9%	令和6年度	70%	平成14年度	増加	令和17年度	⑨	
24 歯周病を有する者の割合の減少											
①40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)			47.9%	令和4年度	9.2%	令和2～6年度	25%	平成14年度	現状維持または減少	令和17年度	⑨
②60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)					23.7%		45%		現状維持または減少	令和17年度	
高齢者	25 後期高齢者健診受診率の向上	設定なし		33.2%	令和6年度	設定なし		増加	令和17年度	⑩	
	26 適正なBMIの者の割合の維持	設定なし		61.0%	令和6年度	設定なし		維持・増加	令和17年度		

※1 国の指標「BMI18.5以上25未満の者の割合」

※2 「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」で示された項目及び目標年次に沿って、町の目標設定実施

※3 受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで(子宮がんは20歳から69歳まで)を対象

①地域保健・健康増進報告
 ②町国保特定健康診査(法定報告)
 ③町国保特定健康診査
 ④町国保レセプト・身体障害者手帳交付状況
 ⑤町乳幼児健診統計
 ⑥町学校保健統計
 ⑦町妊娠届け出
 ⑧町小児生活習慣病予防健診統計
 ⑨町歯周病健康診査統計
 ⑩町後期高齢者健康診査
 ⑪北海道健康づくり財団統計データ
 ⑫KDB

第三章

計画の推進

第Ⅲ章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

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り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。

住民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの住民にとっても重要な課題です。

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、健康たいき21（第三次）の推進においては、住民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。

一人ひとりの身体は、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作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

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

本町は、その活動を支えながら、町民自身が自分のからだ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。

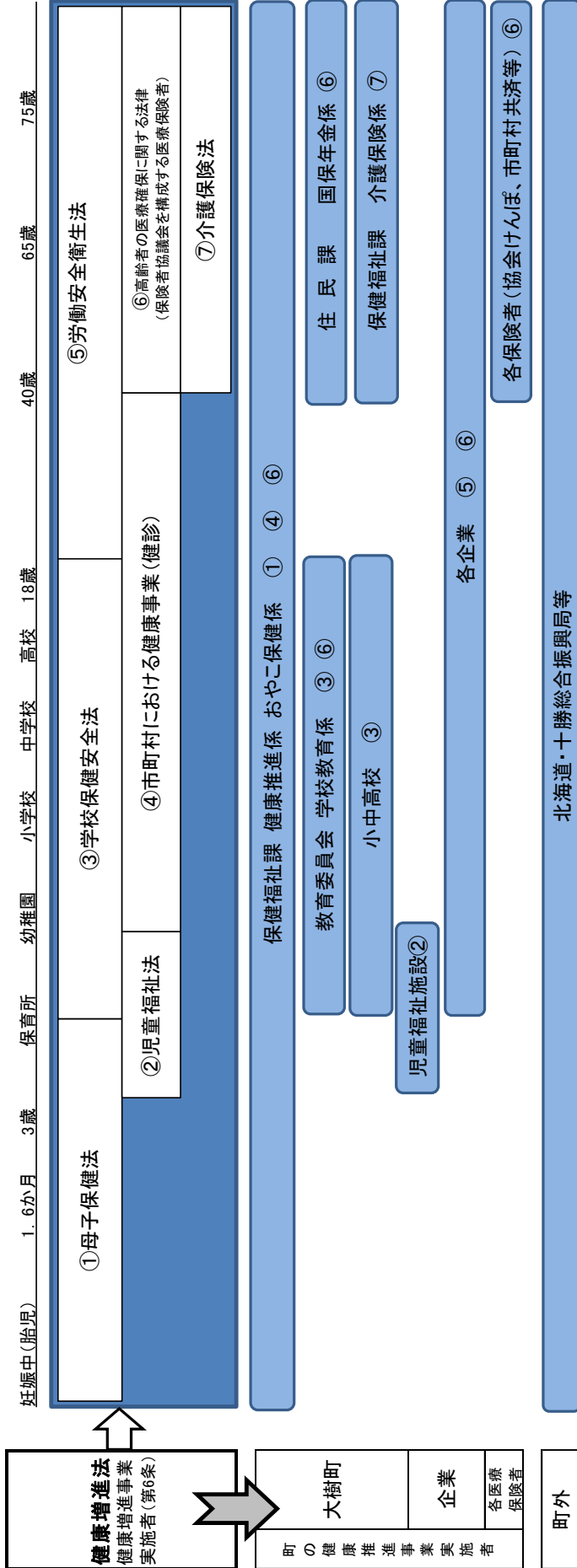
同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、住民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動をめざします。

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り組みを進めるに当たっては、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きます。

ライフステージに応じた健康の推進を図るための関係機関



法律	①母子保健法		②(省令)児童福祉施設最低基準第35条	③学校保健安全法	④健康増進法	⑤労働安全衛生法	⑥高齢者の医療の確保に関する法律
	母子健康手帳(第16条)妊婦健康診査(第13条)	健康診査(第12条)					
健康増進事業者が行う健診	妊婦健診	1歳6か月 3歳児健診	厚生労働省令保育所保健指導「第5章健康及び安全」	学校健診	健康診査	定期健康診断	特定健診
健診の名称等	妊婦健診	1歳6か月 3歳児健診	厚生労働省令保育所保健指導「第5章健康及び安全」	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」	市町村における健康増進事業の実施	労働安全衛生規則第1節の2 健康診断	特定健診
健診内容が規定する法令・通知等	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「妊婦健診の内容等について」	1歳6か月 3歳	厚生労働省令保育所保健指導「第5章健康及び安全」	小学校・中学校・高等学校	18～39歳	40歳未満	厚生労働省令第157条「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」
対象年齢、時期等	年間14回	該当年齢 該当年齢	保育園 幼稚園 幼稚園は学校保健安全法	大学	年1回	年1回	後期高齢者健診
				小学校・中学校・高等学校	年1回	年1回	75歳～
				大学	年1回	年1回	40～74歳 (若年者健診18歳～)
				小学校・中学校・高等学校	年1回	年1回	40歳未満 35歳、40歳以上
				大学	年1回	年1回	75歳～
				小学校・中学校・高等学校	年1回	年1回	75歳～

第2節 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社会の最小単位である家族の生活習慣や、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、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

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。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)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努め、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Ⅳ章

大樹町食育推進計画

第Ⅳ章 大樹町食育推進計画（第二次）

1 計画改定の趣旨

「食」は命の源であり人が生きていくためには欠かせないものです。しかし、近年少子高齢化や核家族化、ライフスタイルや価値観の多様化など私達をとりまく生活環境が大きく変化しています。

このような中、生活時間の多様化も相まって家族等と一緒に食卓を囲む機会が減少傾向にあり、栄養バランスの偏りや不規則な食生活による健康問題、「食」の安全性の問題、伝統ある食文化の喪失など、食生活や「食」の環境の変化が、私たちの健康や文化に影響を及ぼしています。

食育推進計画は、食育基本法第18条第1項に基づき、国の食育推進基本計画や都道府県食育推進計画を基本として作成する市町村食育推進計画として位置付けられ、食育を具体的に推進するための計画であり、「持続可能な開発目標（SDGs）」の達成に資するものです。

大樹町においても、町民が食に対する意識を高め、健康でこころ豊かな人間性を育むため、食育推進計画を策定し、取り組んできましたが、より効果的な食育を推進するため、「大樹町食育推進計画（第二次）」を策定します。

2 食育の定義

食育とは、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践できる人間を育てることと定義され、生きる上での基本であって、知育、徳育、体育の基礎となるべきものと位置付けられています。（食育基本法前文）

3 計画の期間

この計画は、大樹町健康増進計画（健康たいき21（第三次））と一体的に策定しているため、同時期に評価します。

4 計画の基本方針と基本施策

健康で心豊かな食生活習慣の実践

<p><基本方針 1> 食生活の基礎づくりの推進</p> <p>基本施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○子どもや大人の肥満割合の改善・適正体重の維持 ※健康増進計画参照 ○栄養バランスの摂れた食生活の推進 ○規則正しい生活リズムの確立 	<p><基本方針 2> 地産地消の推進と食品の安全安心の確保</p> <p>基本施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地場産物の利用機会の拡大 ○地域産物の旬を知り味覚を育てる ○食品の品質及び安全性等についての知識を身につける 	<p><基本方針 3> 食の大切さを伝える体験活動の推進</p> <p>基本施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○消費者と生産者との交流の推進 ○農業体験などの実践の推進
--	--	--

5 食育の現状と目標

項 目			H26策定時		R6	目標
			現状	目標	評価	
①	朝ごはんを毎日食べない子どもの割合 ・小学生：保護者アンケート ・中・高校生：食講座事前アンケート	小学生（1～6年）	13.0%	減少傾向	7.2%	減少傾向
		中学生（3年）	6.0%	〃	7.5%	〃
		高校生（1年）	9.0%	〃	30.7%	〃
②	家庭で「早寝・早起き・朝ごはん」を実践している割合 ・小学生：保護者アンケート 生活リズム（早起き）が整っている割合（朝7時までに起床する割合） ・小・中学生：食講座事前アンケート	小学生（1～6年）	68.0%	増加傾向	調査未実施のため判定不能	—
		小学生（5年）	—	—	75.0%	増加傾向
		中学生（3年）	—	—	67.5%	〃
③	栄養バランスや食事の目安量についての学習をする機会の割合	学校 保育園	100.0%	維持	100.0%	維持
④	緑黄色野菜をほぼ毎食食べる割合 ・1歳半・3歳児健診アンケート ・妊娠期の聞き取り	1歳半	75.0%	増加傾向	85.7%	増加傾向
		3歳	67.0%	〃	62.9%	〃
		妊婦	55.0%	〃	H30時点で70.0%その後変更	〃
⑤	淡色野菜をほぼ毎食食べる割合 ・1歳半・3歳児健診アンケート ・妊娠期の聞き取り	1歳半	73.0%	増加傾向	57.1%	増加傾向
		3歳	68.0%	〃	51.4%	〃
		妊婦	36.0%	〃	H30時点で50.0%その後変更	〃
⑥	ジュースを毎日飲む割合 ・中・高校生：食講座事前アンケート	中学生（3年）	28.0%	減少傾向	15.0%	減少傾向
		高校生（1年）	27.0%	〃	11.8%	〃
⑦	ふるさと給食を実施している施設数の割合の維持 ・学校給食調査	学校	100.0%	維持	100.0%	維持
		保育園			町営保育園閉園のため未実施	—
⑧	体験学習（農業・漁業）を実施している施設数の割合の維持	学校	100.0%	維持	100.0%	維持
		保育園			町営保育園閉園のため未実施	—

6 計画の推進

この計画は、基本方針の実現に向け、地域住民や生産者、農林水産業関係団体、商工団体、学校、保育園等がそれぞれの視点で地域に合った食育の取組を行っていきます。

また、総合的な視野から行政のそれぞれの分野で連携を図り、円滑に取組が進むように食育を推進していきます。

個人の役割

住民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚を持ち、健康的な生活習慣を身につけ、それぞれのライフステージで、生涯とおした健康づくりを積極的に実践します。

家庭の役割

家庭は、人々が暮らしていく上で最も基本的な単位であり、健康的な生活習慣を互いに高め合うとともに、親から子へ伝えていく場です。生涯にわたり健康づくりを実践するもっとも重要な役割を担っています。

学校等の役割

子どもの基本的な生活習慣は、家庭とともに学校や保育園などにおいても培っていく必要があります。地域の生産団体等と連携して農業体験や調理に関する体験、給食時間や学級活動での栄養バランスや食事マナーの知識・食べ物の命や作ってくれる人への感謝する気持ちの育みなどを計画的に推進します。

地域等の役割

地域には、ボランティア団体や農産物の生産者、水産物の関係者など多くの組織があり、調理体験、農業体験、水産業体験などの取組を継続していきます。

行政の役割

食を通じて生活習慣病などの予防を図るため、食育に関する普及や啓発活動を推進するとともに、妊婦や乳幼児への栄養指導、栄養教諭と連携した食講座、各個人の健康状況に応じた栄養相談などの取組をより一層充実します。

健康たいき 21 計画

令和 8 年～17 年度

令和 8 年 3 月発行

発行 大樹町

編集 大樹町保健福祉課