

第3期清水町健康増進計画

令和6年度～令和17年度

北海道清水町

目 次

序 章 計画改定にあたって

第1節 計画改定の趣旨	2
第2節 計画の位置づけ	3
第3節 計画の期間	3
第4節 計画の対象	3

第1章 清水町の概況

第1節 本町の概況	4
第2節 健康に関する概況と前計画の評価	5

第2章 計画の基本的な考え方

第1節 基本理念	1.6
第2節 基本方針	1.6
第3節 計画の体系	1.6

第3章 課題別の実態と対策

第1節 生活習慣病の予防と重症化予防	1.7
1 がん	1.7
2 循環器疾患	2.2
3 糖尿病	2.9
4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）	3.5
第2節 生活習慣の改善	3.6
1 栄養・食生活	3.6
2 身体活動・運動	4.1
3 飲酒	4.3
4 喫煙	4.5
5 休養	4.6
6 歯・口腔の健康	4.7
第3節 ライフコースをふまえた健康づくり	4.9
1 次世代の健康	4.9
2 高齢者の健康	5.9
第4節 生きることの包括的な支援（自殺対策計画）	6.1
1 こころの健康	6.1
第5節 目標の設定	6.8

第4章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	7.0
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	7.1

資料編	7.2
-----	-----

※ 本計画中の専門用語等については、資料編の「用語解説 P75～78」をご参照下さい。

序章 計画改定にあたって

第 1 節 計画改定の趣旨

国では、国民が主体的に取り組める健康づくり対策として「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」を展開しています。

平成 25 年度から令和 5 年度は、「21 世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」（以下「健康日本 21（第二次）」という。）を推進してきました。しかし、その評価では主に一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することを言う。）に関連する指標が悪化しており、一部の性・年齢階級について悪化している指標が存在する等の課題が指摘され、また健康増進に関連するデータの見える化・活用の不十分さが課題とされています。

これらを踏まえ、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、誰一人残さない健康づくりの展開とより実効性をもつ取り組みの推進を通じて、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事項を新たに示し、令和 6 年度から令和 17 年度までの「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））」を推進するため、以下の方針を示しました。

- 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
- 3 社会環境の質の向上
- 4 ライフコースを踏まえた健康づくり

本町では平成 27 年 3 月に、「健康日本 21（第二次）」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、計画期間を平成 27 年度から令和 5 年度までとする「第 2 期清水町健康増進計画」を策定し、取り組みを推進してきました。これまでの取り組みの評価、及び清水町の健康課題などを踏まえ、「健康日本 21（第三次）」に示された基本的な方向を考慮し、計画期間を令和 6 年度から令和 17 年度までとする「第 3 期清水町健康増進計画」を策定するものです。

また、本町では国の「自殺総合対策大綱」の基本理念のもと、平成 31 年 3 月に、平成 31 年度から令和 5 年度までを計画期間とした「清水町自殺対策計画」を策定し、「生きることの包括的な支援による誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指して取り組んできました。自殺対策は心の健康づくりに包含されることから、その内容を第 3 期健康増進計画内に位置づけ、一体的に策定することとしたものです。

第2節 計画の位置づけ

本計画は、第6期清水町総合計画（令和3～令和12年度）を上位計画とし、関連する法律及び各種計画との整合性を図るものとします。

本計画は、健康増進法第8条に基づく「市町村健康増進計画」、自殺対策基本法第13条第2項に基づく「市町村自殺対策計画」を一体的に策定するものです。計画の改定にあたっては、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」を踏まえ、医療保険者として策定した高齢者の医療の確保に関する法律に規定する「清水町特定健康診査等実施計画・清水町保健事業実施計画（データヘルス計画）」と連携することで、医療保険者として実施する保健事業と健康増進事業とを効果的かつ効率的に推進します。

表1 関連する法律及び各種計画

法 律	北海道が策定した計画	清水町が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道21」	清水町健康増進計画
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	
高齢者の医療の確保に関する法律/国民健康保険法	北海道医療費適正化計画	清水町特定健康診査等実施計画 ・清水町保健事業実施計画（データヘルス計画）
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	清水町子ども・子育て支援事業計画
食育基本法	北海道食育推進計画	清水町食育推進計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	（清水町健康増進計画）
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	（清水町健康増進計画）
老人福祉法 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	清水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

計画期間については、国の健康日本21（第三次）の計画年度と整合性を図るため、令和6年度から令和17年度までの12年間とし、国の動向を踏まえ中間評価を行います。また、社会状況の変化や法制度・計画等の改定に伴い、必要に応じて適宜見直しを行います。

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ステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全町民を対象とします。

1 章 清水町の概況

第 1 節 本町の概況

本町は、北海道東南の十勝地域の西部に位置し、東西に約 23.1km、南北に約 30.7km あり、面積は 402.25 km²の平坦地と緩傾斜地を持つ町です。土壌は肥沃であり、豊かな実りの大地で育まれる小麦、豆類、甜菜や生乳などの畑作、酪農地帯を形成しています。

気候は内陸性気候で、盛夏期には 30 度を超える日もあり、厳冬期は -20 度を下回る日もあるという年間の寒暖差が激しい地域ですが、晴天率が高く、日照時間は全国有数であり、年間降雨量は比較的少ない地域です。

第2節 健康に関する概況と前計画の評価

1 人口構成

総人口は減少傾向で推移しています。また、年齢構成割合をみると、0～39歳の若年者の割合が減り、75歳以上の高齢者の割合が増えていることから、少子高齢化が進んでいるといえます。

総人口に占める高齢者の割合（高齢化率）は、全道や全国より高くなっていますが、人口規模が同規模の市町村と比較すると、やや低い状況です。

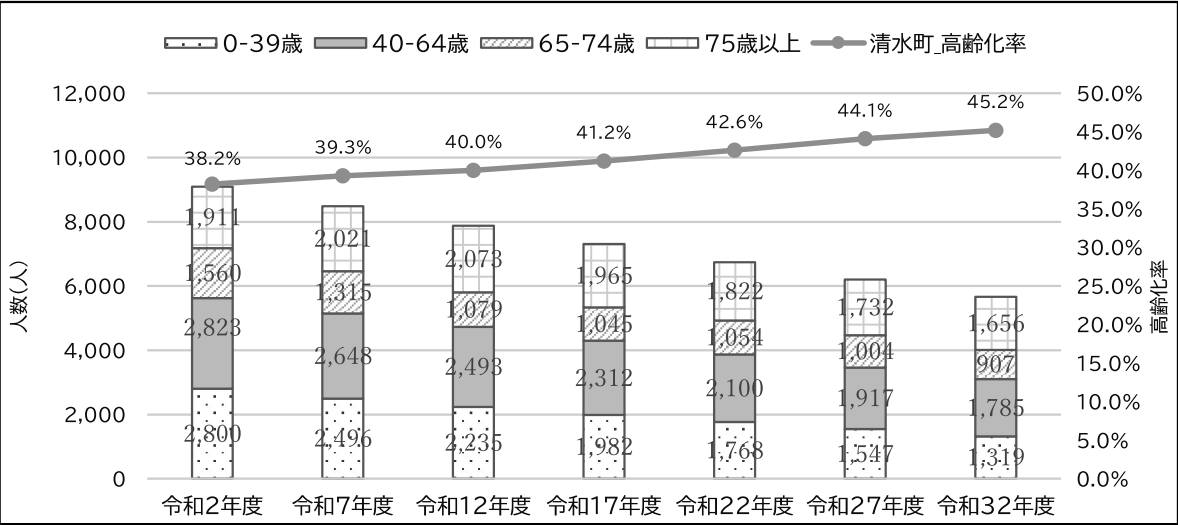
表1 人口の変化と高齢化率

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0-39歳	3,158	33.3%	3,074	32.8%	3,000	32.2%	2,926	32.0%	2,871	31.7%
40-64歳	2,940	31.0%	2,886	30.8%	2,856	30.7%	2,809	30.7%	2,808	31.0%
65-74歳	1,561	16.4%	1,538	16.4%	1,567	16.8%	1,546	16.9%	1,462	16.2%
75歳以上	1,835	19.3%	1,872	20.0%	1,882	20.2%	1,876	20.5%	1,906	21.1%
合計	9,494	-	9,370	-	9,305	-	9,157	-	9,047	-
町 高齢化率									38.4%	
国 高齢化率									28.7%	
道_高齢化率									32.2%	
同規模高齢化率									39.4%	

※清水町に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用
※高齢化率のみ KDB 帳票からの引用のため、表内の数値による算出と乖離がある
【出典】住民基本台帳_平成30年度から令和4年度、KDB 帳票

本町の推計人口をみると、今後も総人口の減少は続き、令和32年度には5,667人となることが見込まれています。総人口に占める高齢者の割合（高齢化率）は、今後長期にわたり上昇傾向で推移し、令和12年度には40%を突破すると見込まれています。

図1 人口の推移と推計



【出典】国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口（令和5年（2023）年推計）

2 死亡

清水町の平均寿命は全道・全国に比べても長く、また、健康寿命の指標とされている「平均自立期間」（要介護２以上までの期間）についても、全道・全国に比べて長く、特に女性は、全国と比べて約３年長い状況です。

表２ 平均寿命（歳）（令和２年国勢調査）

		清水町	北海道	全国
平均寿命	男性	80.9	80.3	80.8
	女性	87.6	86.8	87.0

表３ 平均自立期間（年）（令和４年度ＫＤＢデータ）

		清水町	北海道	全国
平均自立期間 （要介護２以上）	男性	80.8	79.6	80.1
	女性	87.2	84.2	84.4

主要死因を全道・全国と比較すると、心臓病及び脳疾患による死亡割合が高くなっています。早世（65歳未満の死亡）の割合は、全道・全国より低いです。

表４ 死亡の状況（令和４年度ＫＤＢデータ）

項目			清水町		北海道		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 （SMR）	男性	92.0		102.0		100	
		女性	91.0		98.9		100	
死亡の状況	死因	が ん	34	44.7	19,781	53.3	378,272	50.6
		心臓病	28	36.8	9,373	25.2	205,485	27.5
		脳疾患	12	15.8	4,667	12.6	102,900	13.8
		糖尿病	0	0.0	756	2.0	13,896	1.9
		腎不全	2	2.6	1,668	4.5	26,946	3.6
		自殺	0	0.0	881	2.4	20,171	2.7
早世予防から みた死亡 （65歳未満）	合 計		5	3.6	6,196	8.3	130,867	8.3
	男性		3	4.4	3,944	10.6	85,886	10.7
	女性		2	2.9	2,252	6.0	44,981	5.8

※標準化死亡比（SMR）：国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

保健事業により予防可能な疾患（生活習慣病）に焦点をあてて SMR をみると、女性の「虚血性心疾患」が 138.8、男性の「腎不全」は 158.7 と国より有意に高い状況にあります。

表 5 平成 22 年から令和元年までの死因別死亡者数と SMR

男 性					
カテ ゴリ	死 因	死亡者 数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			清水 町	道	国
生活習慣病関連	脳血管疾患	62	96.3	93.8	100
	虚血性心疾患	50	108.2	81.6	
	腎不全	24	158.7	126.2	
	慢性閉塞性肺疾患	17	101.3	91.4	
がん	胃がん	27	80.1	97.4	
	肺がん	51	89.4	117.4	
	大腸がん	18	64.0	106.2	
	食道がん	8	80.2	106.7	
	胆嚢がん	16	156.3	113.9	
	肝臓がん	14	68.5	95.4	
	膵臓がん	28	162.3	121.9	
参考	がん	207	87.4	108.3	
参考	心疾患	98	89.5	98.8	

女 性					
カテ ゴリ	死 因	死亡者 数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			清水 町	道	国
生活習慣病関連	脳血管疾患	55	80.5	90.4	100
	虚血性心疾患	49	138.8	83.5	
	腎不全	13	87.0	130.3	
	慢性閉塞性肺疾患	4	105.0	94.4	
がん	胃がん	14	81.7	97.0	
	肺がん	19	86.3	125.4	
	大腸がん	23	96.5	111.6	
	乳がん	13	100.8	109.5	
	子宮がん	6	99.1	101.5	
	食道がん	3	151.0	111.6	
	胆嚢がん	14	141.6	112.0	
	肝臓がん	4	37.5	91.4	
	膵臓がん	21	127.9	127.3	
参考	がん	148	94.8	110.5	
参考	心疾患	115	92.7	101.2	

※ 「（参考）がん」は、表内の「がん」を含む ICD-10 死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計
 ※ 「（参考）心疾患」は、表内の「虚血性心疾患」を含む ICD-10 死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計
 【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ 平成 22 年から令和元年

3 介護保険

清水町の要介護認定率は、1号認定者で全国より高く、一件当たりの介護給付費についても全国より高い状況です。

表6 介護保険の状況

(令和4年度KDBデータ)

項目			清水町		北海道		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数(認定率)		666	19.5	347,930	20.9	6,724,030	19.4
	新規認定者		3	0.2	5,353	0.3	110,289	0.3
	介護度別 総件数	要支援 1.2	3,089	26.9	1,013,763	13.8	21,785,044	12.9
		要介護 1.2	4,923	42.9	3,922,342	53.3	78,107,378	46.3
		要介護 3以上	3,472	30.2	2,419,988	32.9	68,963,503	40.8
	2号認定者		7	0.26	7,406	0.42	156,107	0.38
認定者の 有病状況	糖尿病		190	27.4	89,494	24.6	1,712,613	24.3
	高血圧症		393	56.9	181,308	50.0	3,744,672	53.3
	脂質異常症		207	29.5	113,653	31.1	2,308,216	32.6
	心臓病		452	64.8	200,129	55.3	4,224,628	60.3
	脳疾患		138	20.5	73,784	20.6	1,568,292	22.6
	がん		108	14.6	44,754	12.3	837,410	11.8
	筋・骨格		389	56.5	181,637	50.0	3,748,372	53.4
	精神		308	42.1	125,855	35.0	2,569,149	36.8
介護給付 費	一人当たり給付費/総給付費		281,281	952,981,180	269,507	448,465,434,990	290,668	10,074,274,226,869
	1件当たり給付費(全体)		82,983		60,965		59,662	
	居宅サービス		50,498		42,034		41,272	
	施設サービス		306,373		296,260		296,364	
医療費等	要介護認定別	認定あり	8,780		9,582		8,610	
	医療費(40歳以上)	認定なし	4,045		4,930		4,020	

4 医療費

(1) 後期高齢者医療保険

清水町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、外来・入院ともに全道・全国よりも低いです。

医療費分析の外来・入院ともに高血圧症と糖尿病の割合が高く、重症化した疾患である心疾患と腎不全の割合も高いです。

表 7 後期高齢者医療の状況

(令和4年度KDBデータ)

項目		清水町		北海道		国		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	
後期被保険者 構成	被保険者数	1, 986		878, 739		19, 252, 693		
	65～74 歳	61	3. 1	26, 075	3. 0	254, 644	1. 3	
	75～84 歳	1, 152	58. 0	553, 480	63. 0	12, 563, 990	65. 3	
	85～99 歳	762	38. 4	294, 791	33. 5	6, 341, 064	32. 9	
	100 歳以上	11	0. 6	4, 393	0. 5	92, 995	0. 5	
後期医療費 の状況	総医療費	1, 517, 134, 830		842, 817, 200, 000		16, 169, 745, 231, 470		
	1 人当たり医療費	722, 789		893, 100		785, 785		
	1 人当たり外来	356, 121		380, 920		379, 221		
	1 人当たり入院	366, 668		512, 180		406, 564		
	外 来	費用の割合	49. 3		42. 7		48. 3	
		件数の割合	94. 8		93. 8		95. 5	
	入 院	費用の割合	50. 7		57. 3		51. 7	
		件数の割合	5. 2		6. 2		4. 5	
	1 件あたり在院日数		17. 2 日		19. 0 日		17. 3 日	
医療費分析 1 人あたり 医療費/入院 医療費に占 める割合	入 院	高血圧症	2, 899	0. 7	2, 340	0. 4	1, 607	0. 4
		糖尿病	8, 371	2. 2	3, 508	0. 6	3, 161	0. 7
		脂質異常症	376	0. 1	274	0. 0	228	0. 1
		脳梗塞・脳出血	27, 456	7. 1	41, 607	7. 6	29, 143	6. 7
		虚血性心疾患	5, 898	1. 5	13, 363	2. 4	10, 344	2. 4
		その他の心疾患（心不全）	43, 314	11. 2	57, 177	10. 4	43, 871	10. 1
		腎不全	32, 237	8. 3	22, 592	4. 1	16, 344	3. 8
		認知症	0	0. 0	14, 187	2. 6	7, 299	1. 7
		筋・骨格	42, 042	10. 8	73, 190	13. 3	59, 420	13. 7
医療費分析 1 人あたり 医療費/入院 医療費に占 める割合	外 来	高血圧症	30, 675	8. 1	24, 227	5. 9	23, 554	5. 8
		糖尿病	34, 083	9. 1	30, 511	7. 5	31, 815	7. 8
		脂質異常症	6, 429	1. 7	9, 089	2. 2	11, 913	2. 9
		脳梗塞・脳出血	2, 917	0. 8	3, 311	0. 8	3, 240	0. 8
		虚血性心疾患	9, 236	2. 5	6, 569	1. 6	5, 646	1. 4
		その他の心疾患（心不全）	50, 668	13. 5	41, 049	10. 0	40, 610	10. 0
		腎不全	34, 690	9. 2	47, 689	11. 7	39, 077	9. 6
		認知症	116	0. 0	508	0. 1	510	0. 1
		筋・骨格	31, 716	8. 4	43, 947	10. 7	44, 772	11. 0

(2) 国民健康保険

全道・全国と比較すると、国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は低いです。

医療費分析では、前頁の後期高齢者医療と同様に、外来の糖尿病と高血圧症の割合が高い状況にあります。また、その重症化した疾患である腎不全の割合は外来、入院ともに高いです。

表 8 国民健康保険加入者の医療費の状況

(令和4年度KDBデータ)

項目			清水町		北海道		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
国保の状況	被保険者数		2,534		1,074,364		27,488,882	
	65～74歳		1,048	41.4	491,264	45.7	11,129,271	40.5
	40～64歳		804	31.7	341,793	31.8	9,088,015	33.1
	39歳以下		682	26.9	241,307	22.5	7,271,596	26.5
	加入率		28.7		20.8		22.3	
医療の概況 (人口千対)	病院数		2	0.8	547	0.5	8,237	0.3
	診療所数		4	1.6	3,351	3.1	102,599	3.7
	病床数		140	55.2	92,014	85.6	1,507,471	54.8
	医師数		8	3.2	13,731	12.8	339,611	12.4
	外来患者数		668.6		654.8		687.8	
	入院患者数		14.7		21.5		17.7	
医療費の状況	一人当たり医療費		308,922	道内147位	376,962		339,680	
	受診率		683.328		676.241		705.439	
	外来	費用の割合	62.4		56.3		60.4	
		件数の割合	97.8		96.8		97.5	
	入院	費用の割合	37.6		43.7		39.6	
		件数の割合	2.2		3.2		2.5	
医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	1件あたり在院日数		14.0日		15.7日		15.7日	
	がん		118,262,140	31.2	36.2		32.2	
	慢性腎不全(透析あり)		18,845,140	5.0	4.3		8.2	
	糖尿病		50,615,680	13.4	10.1		10.4	
	高血圧症		35,832,310	9.5	5.6		5.9	
	脂質異常症		13,926,860	3.7	3.2		4.1	
	脳梗塞・脳出血		11,479,010	3.1	4.1		3.9	
	狭心症・心筋梗塞		6,461,860	1.7	3.2		2.8	
	精神		42,209,580	11.1	14.4		14.7	
	筋・骨格		72,234,370	19.1	17.8		16.7	
医療費分析 一人当たり医療費/入院 医療費に占める割合	入院	高血圧症	112	0.1	327	0.2	256	0.2
		糖尿病	510	0.4	1,159	0.7	1,144	0.9
		脂質異常症	--	--	53	0.0	53	0.0
		脳梗塞・脳出血	3,680	3.2	7,205	4.4	5,993	4.5
		虚血性心疾患	1,155	1.0	5,077	3.1	3,942	2.9
		腎不全	4,332	3.7	3,120	1.9	4,051	3.0
医療費分析 一人当たり医療費/外来 医療費に占める割合	外来	高血圧症	14,029	7.3	10,914	5.1	10,143	4.9
		糖尿病	19,465	10.1	19,440	9.2	17,720	8.6
		脂質異常症	5,496	2.9	6,316	3.0	7,092	3.5
		脳梗塞・脳出血	850	0.4	947	0.4	825	0.4
		虚血性心疾患	1,724	0.9	2,266	1.1	1,722	0.8
		腎不全	13,595	7.1	10,839	5.1	15,781	7.7
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,690		1,570		2,031	
		健診未受者	10,522		16,117		13,295	
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,278		5,006		6,142	
		健診未受者	32,381		51,396		40,210	

5 国民健康保険加入者の特定健康診査

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、国民健康保険加入者の特定健康診査（以下、国保特定健診という）は、令和４年度の受診率は 39.9%で全道に比べて高いものの、国の目標値である 60%には届いていません。特定保健指導実施率も同様です。

表 9 国保特定健診受診状況（法定報告値）

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
受診率	清水町	36.1%	37.6%	33.3%	32.3%	39.9%
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.9%
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	—
対象者数		1,886 人	1,825 人	1,811 人	1,766 人	1,655 人
受診者数		674 人	687 人	603 人	571 人	660 人

表 10 特定保健指導実施状況（法定報告値）

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
実施率	清水町	42.4%	56.3%	42.4%	59.1%	48.7%
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	—
対象者数		85 人	64 人	66 人	66 人	76 人
実施者数		36 人	36 人	28 人	39 人	37 人

【出典】厚生労働省 2018 年度から 2021 年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書

清水町の国保特定健診の結果のうち、40～64 歳の有所見者割合をみると、男性では「BMI」「中性脂肪」「LDL-C」「ALT」「尿酸」、女性では「ALT」が 65～74 歳の有所見者割合よりも高いです。また、40～74 歳の有所見者割合では、男性の「BMI」「空腹時血糖」「HbA1c」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「LDL-C」「ALT」の割合が国や道より高く、女性では「HbA1c」「e-GFR」の割合が高い状況でした。

40～64 歳の男性の約半数に肥満があり、男女ともに 65 歳を超えると肥満者または腹囲が基準値以上の人が増え、あらゆる項目で有所見者の割合が増えています。肥満から引き起こされる健康問題を解決することで、脳血管疾患や心疾患など、重症化した生活習慣病を予防することができることから、若い年代からの健診受診を定着化させ、より多くの人に保健指導を行うことが

必要です。

高齢者の医療の確保に関する法律の中では、40 歳未満の人の健康診査は努力義務となっていますが、清水町では 20 歳から 39 歳までの希望者全員に健康診査を実施しています。

表 11 令和 4 年度 国保特定健診受診者における年代別有所見者割合・男性

		BMI	腹囲	空腹時 血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性脂 肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレア チニン	e-GFR
清 水 町	40-64 歳	45.5%	48.5%	32.6%	66.7%	34.1%	26.5%	23.5%	0.8%	49.2%	34.8%	17.4%	1.5%	5.3%
	65-74 歳	38.7%	59.0%	34.7%	70.5%	70.5%	32.9%	22.0%	2.3%	43.4%	23.7%	7.5%	2.9%	29.3%
	40-74 歳計	41.6%	54.4%	33.8%	68.9%	54.8%	30.2%	22.6%	1.6%	45.9%	28.5%	11.8%	2.3%	19.0%
	道 40-74 歳	38.9%	56.1%	30.5%	54.9%	53.3%	26.7%	27.9%	6.8%	45.5%	23.6%	13.0%	2.2%	23.6%
	国 40-74 歳	33.9%	55.7%	31.3%	59.1%	50.8%	25.7%	28.1%	7.3%	44.7%	20.7%	13.0%	2.7%	21.5%

表 12 令和 4 年度 国保特定健診受診者における年代別有所見者割合・女性

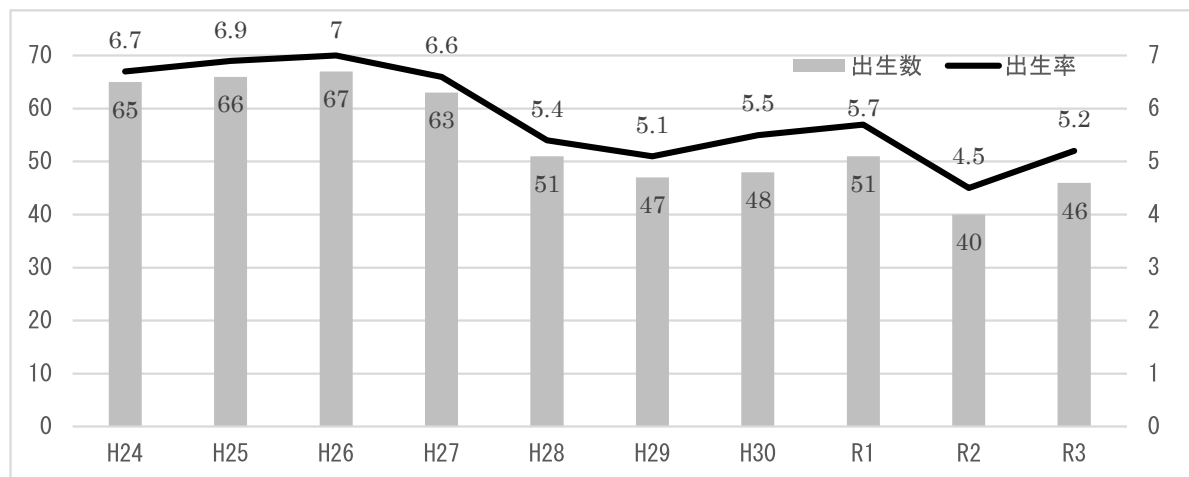
		BMI	腹囲	空腹時 血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性脂 肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレア チニン	e-GFR
清 水 町	40-64 歳	18.6%	10.6%	13.3%	54.0%	19.5%	8.0%	9.7%	0.9%	42.5%	11.5%	0.9%	0.0%	14.0%
	65-74 歳	25.9%	18.0%	18.8%	61.1%	50.2%	15.5%	15.5%	0.0%	57.7%	5.9%	1.3%	0.0%	35.0%
	40-74 歳計	23.6%	15.6%	17.0%	58.8%	40.3%	13.1%	13.6%	0.3%	52.8%	7.7%	1.1%	0.0%	28.2%
	道 40-74 歳	24.4%	18.7%	17.9%	50.8%	47.5%	17.6%	15.8%	1.2%	54.0%	10.1%	2.0%	0.3%	20.4%
	国 40-74 歳	21.5%	19.1%	19.7%	57.6%	46.3%	16.9%	16.0%	1.3%	54.0%	9.0%	1.8%	0.3%	20.4%

(KDB 帳票 S21_024-厚生労働省様式 (様式 5-2) 令和 4 年度 年次)

6 出生

清水町の出生数は減少しています。出生率も低下しており、少子化が進んでいるといえます。

図2 出生数及び出生率（人口千対）の年次推移



（資料）北海道保健統計年報

7 前計画の評価

第2期健康増進計画では以下の国の基本的方向に基づいて具体的な施策を推進しました。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（非感染性疾患の予防）
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

施策の取り組みにあたり、10の分野に分けて設定した38の評価指標について、ベースライン値と直近の値を比較し、達成状況を5区分に評価しました。

その達成状況を評価した結果、A「目標値に達成した」は9項目、B「目標値に達していないが改善傾向にある」6項目、C「変わらない」3項目、D「悪化している」15項目、E「評価困難」5項目でした。（表13）

国計画と同様に、一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することを言う。）に関連する指標が悪化している状況であり、とくに糖尿病の項目については全ての指標がDという結果でした。

表 13 第 2 期健康増進計画の評価

分野	指標（項目）	目標値	計画策定時		実績値		評価	備考
			時点	数値等	時点	数値等		
がん	①悪性新生物の標準化死亡比（SMR）の減少	減少	H12～H21年	80.6	H22～R1年	90.3	C	
	②がん検診受診率の向上							
	・胃がん	26.5%	H25年度	23.5%	R4年度	8.2%	E	集計方法 の変更が あり比較 不能
	・肺がん	28.9%		25.9%		8.1%	E	
	・大腸がん	30.3%		25.3%		10.0%	E	
	・子宮頸がん	16.0%		13.0%		4.8%	E	
	・乳がん	21.0%		16.0%		6.9%	E	
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）の減少							
	・脳血管疾患	減少	H12～H21年	103.2	H22～R1年	121.4	D	
	・虚血性心疾患	減少		79.3		88.2	C	
	②高血圧の改善（160/100mmHg以上の者の割合の減少）	5.6%	H25年度	5.6%	R4年度	9.2%	D	
	③脂質異常症の減少（LDLコレステロール160mg/dℓ以上の者の割合）	男性：7.6% 女性：12.2%	H25年度	男性：10.6% 女性：15.2%	R4年度	男性：7.8% 女性：9.0%	B	
	④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該当者	14.8%	H25年度	15.6%	R4年度	18.5%	D	
	・メタボリックシンドローム予備群	14.1%	H25年度	14.8%	R4年度	12.5%	A	
	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	60.0%	H25年度	30.1%	R4年度	39.9%	B	
	・特定保健指導の実施率	60.0%	H25年度	41.1%	R4年度	48.7%	B	
糖尿病	①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	現状維持または減少	H21～25年度	7人	H30～R4年度	9人	D	
	②治療継続者の割合の増加	75.0%	H25年度	60.5%	R4年度	53.3%	D	
	③血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c8.4%以上）	現状維持または減少	H25年度	0.50%	R4年度	1.1%	D	
	④糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c6.5%以上）	現状維持または減少	H25年度	5.8%	R4年度	10.3%	D	
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の割合							
	20～64歳	増加	H25年度	男性：50.5% 女性：47.0%	R4年度	男性：51.0% 女性：55.2%	A	
	65歳以上	増加	H25年度	男性：59.7% 女性：51.8%	R4年度	男性：54.5% 女性：48.1%	D	
	②運動習慣者の割合の増加							
	・30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年間続けている者割合							
	20～64歳	増加	H25年度	男性：28.6% 女性：22.0%	R4年度	男性：29.4% 女性：22.1%	A	
	65歳以上	増加	H25年度	男性：44.0% 女性：42.2%	R4年度	男性：36.8% 女性：27.8%	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減少							
	・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の者の割合	現状維持または減少	H25年度	8.7%	R1年度	20.4%	D	
	・1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の者の割合	現状維持または減少	H25年度	3.1%	R1年度	4.6%	D	
喫煙	①20歳以上の者の喫煙率の減少	12.0%	H25年度	15.9%	R4年度	17.0%	D	
休養・睡眠	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	現状維持または減少	H24年度	33.5%	R4年度	20.9%	A	
歯・口腔の健康	①3歳児でう蝕がない者の割合の増加	78.5%以上	H25年度	73.5%	R4年度	98.0%	A	
	②12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.6歯未満	H25年度	1.91歯	R4年度	0.65歯	A	
次世代の健康	①20歳代女性のやせ者の割合の減少（妊娠届け出時のやせの者割合）	現状維持または減少	H25年度	11.8%	R4年度	11.1%	A	
	②全出生数中の低出生体重児の割合の減少	減少傾向へ	H25年度	7.4%	R4年度	12.2%	D	
	③児童・生徒における肥満傾向児の割合の減少 （小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合）	減少傾向へ	H25年度	男子：9.6% 女子：9.8%	R4年度	男子：18.1% 女子：13.9%	D	
	④妊娠中の飲酒をなくす	現状維持または減少	H25年度	7.4%	R4年度	0%	A	
	⑤妊娠中の喫煙をなくす	現状維持または減少	H25年度	5.6%	R4年度	0%	A	
	⑥低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の減少	現状維持または減少	H25年度	男性：7.2% 女性：17.1%	R1年度	男性：6.7% 女性：22.1%	D	
こころ	①自殺者の減少	0人	H24～28平均	1.6人	H29～R3平均	1.2人	B	
	②こころの健康づくりに関する啓発・学習会の開催	3回（R1～R5まで1に）	H30年度	0回	R1～4年度	1回	C	
	③こころの健康の相談場所を知っている人の増加	50.0%	H30年度	29.1%	R5年度	43.30%	B	
	④誰かに相談したり、助けを求めるときにためらう人の減少	男性：25.0% 女性：18.0%	H30年度	男性：49.0% 女性：35.0%	R5年度	男性：41.0% 女性：30.1%	B	

第2章 計画の基本的な考え方

第1節 基本理念

生活習慣及び社会環境の改善を通じ、胎児期から高齢期までライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる町づくりを目指します。

第2節 基本方針

1 個人の行動と健康状態の改善

市民の健康増進を形成する基本的な要素となる、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善により、生活習慣病の発症及び重症化を予防する取り組みを進めます。

2 ライフコースをふまえた健康づくり

生活習慣の積み重ねが、現在の健康状態や次世代の健康に影響を及ぼすことから、胎児期から高齢期に至るまでのライフコースをふまえた健康づくり（人生を経時的にとらえた健康づくり）の取り組みを進めていきます。

3 生きることの包括的な支援

自殺はだれにでも起こりうる身近な問題であり、その多くが防ぐことのできる社会的な問題であることから、生きることの包括的な支援としての取り組みを行うことで自殺リスクの低下を図ります。

第3節 計画の体系

基本方針のもと以下の体系で計画を推進します。

基本方針1 個人の行動と健康状態の改善	
生活習慣病の予防と重症化予防	
(1) がん (2) 循環器疾患 (3) 糖尿病 (4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）	
生活習慣の改善	
(1) 栄養・食生活 (2) 身体活動・運動 (3) 飲酒 (4) 喫煙 (5) 休養 (6) 歯・口腔の健康	
基本方針2 ライフコースをふまえた健康づくり	
(1) 次世代の健康 (2) 高齢者の健康	
基本方針3 生きることの包括的な支援（自殺対策計画）	
(1) こころの健康	

第3章 課題別の実態と対策

第1節 生活習慣病の予防と重症化予防

1 がん

(1) 現状と目標

ア がんのSMR（標準化死亡比）の減少

清水町のがんによる死亡者数（表1）は、5年間で156人です。がん死亡の中でも、検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃、肺、大腸、子宮、乳がんの5大がんでの死亡者数は、73人中、肺がんが32人（43.8%）、大腸がんが18人（24.7%）、胃がんが15人（20.6%）、乳がんが5人（6.9%）、子宮がんが3人（4.1%）でした。

また、がんの部位は不明ですが、75歳未満のがんによる死亡は、男性に多くみられます（表2）。

高齢化に伴い、がんによる死亡者数は今後も増加していくことが予測されますが、国では、高齢化の影響を除いたがんの死亡率（年齢調整死亡率）を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標としています。しかし、清水町の年齢調整死亡率は把握できないため、地域の年齢構成を均一にしたSMR（標準化死亡比）を評価指標とします。

表1 がんによる死亡者数（部位別・男女別）

（単位：人）

		H27		H28		H29		H30		R1		5 年間の合計		
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男女計
法 に 基 づ く 検 診	肺	4	0	7	2	8	2	2	4	3	0	24	8	32
	大腸	3	3	2	0	1	2	1	0	3	3	10	8	18
	胃	3	0	2	2	3	2	1	0	2	0	11	4	15
	乳	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	5	5
	子宮	—	1	—	0	—	0	—	1	—	1	—	3	3
	小計	10	6	11	4	12	6	4	8	8	4	45	28	73
	男女計	16		15		18		12		12				
そ の 他	前立腺	0	—	3	—	2	—	2	—	1	—	8	—	8
	肝臓	3	0	1	0	1	1	1	1	1	0	7	2	9
	その他	4	4	9	2	15	7	4	5	8	8	40	26	66
	小計	7	4	13	2	18	8	7	6	10	8	55	28	83
	男女計	11		15		26		13		18				
合計		27		30		44		25		30		156		

（資料） 十勝地域保健情報年報

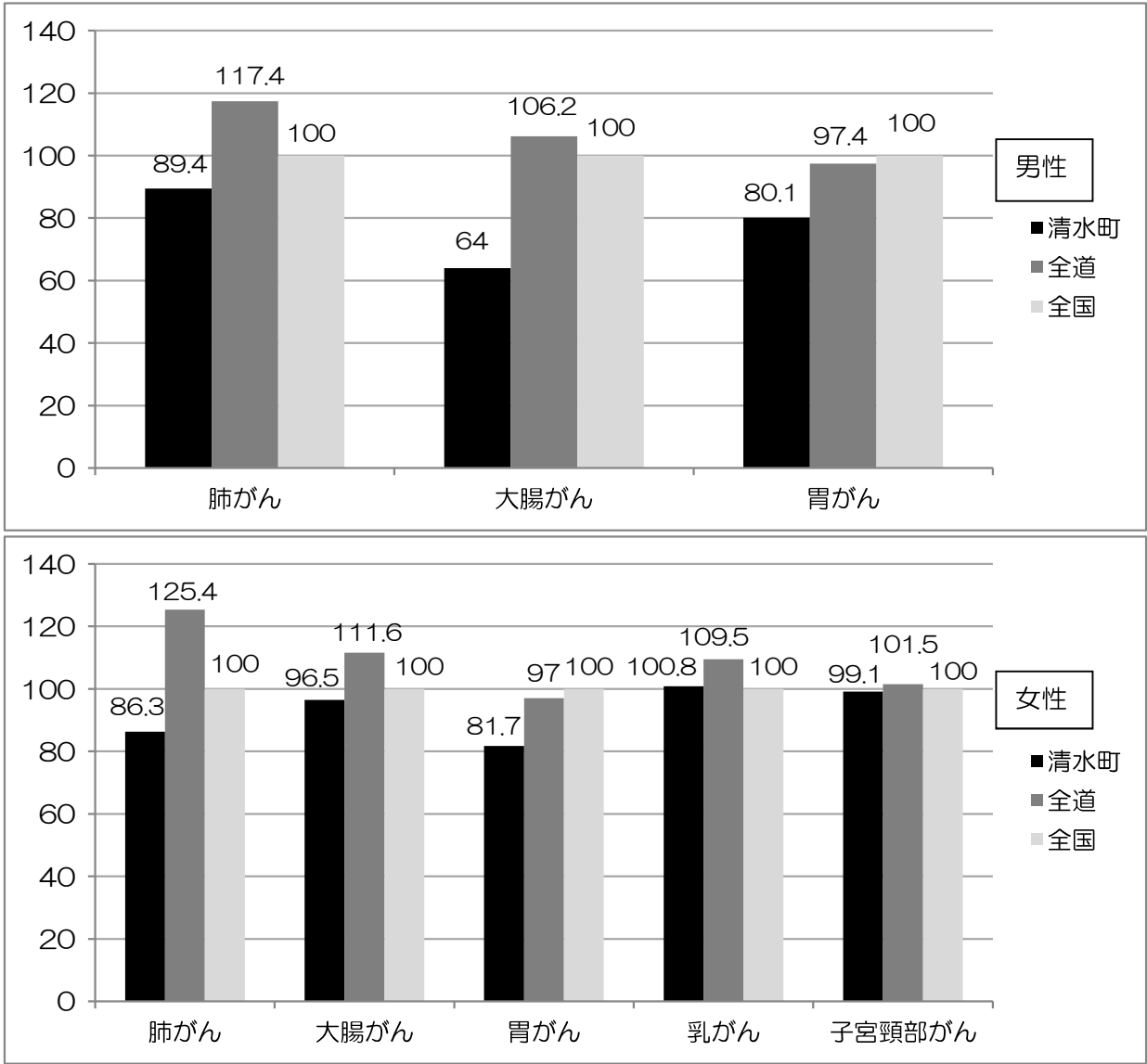
表2 75歳未満のがんによる死亡者数（単位：人）

	H27		H28		H29		H30		R1		5年間の合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
75歳未満	8	5	6	1	12	5	2	4	7	2	35	17
(再)65歳未満	4	3	2	0	6	3	0	1	3	0	15	7

（資料） 十勝地域保健情報年報

SMR で5大がんによる死亡率を見ると、女性の乳がんのみ、全国より若干高いですが、有意差はありません（図1）。全国や全道に比べ、SMRは低いですが、今後も検診による早期発見に注力し、発症予防・重症化予防をいっそう推進していく必要があります。

図1 SMR（標準化死亡比）で見る5大がんによる死亡率の比較（平成22年～令和元年）



※全国を100として比較

北海道における主要死因の概要 10一市区町村別 SMR（北海道健康づくり財団）のデータを加工

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の減少効果には関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。早期発見の有効性が確立している5大がんについて、検診受診者の実態から課題を分析します。

(ア) 肺がん

表 3 肺がん検診受診状況（単位：人）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標値
対象者数	6,403	6,337	6,328	6,292	6,276	6,194	—
受診者数	622	631	562	541	514	504	—
受診率	9.7%	10.0%	8.9%	8.6%	8.2%	8.1%	40%
精検受診率	100%	83.3%	対象者 0	66.8%	83.3%	60.0%	—
発見がん	0	0	0	2	0	0	—

肺がん検診の受診率は、横ばいの状況であり目標値は達成できていません。

肺がんは、種類により進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあるため、5年生存率が5大がんの中で最も低いがんです。平成 29 年度から令和 4 年度までの肺がん検診での発見がんは2人でした。

肺がん検診は苦痛を伴わない検査であり、今後も特定健診と同時実施することで継続受診が定着するよう働きかけていく必要があります。

また、平成 23 年度からは、より小さな病変を早期に発見できるＣＴ肺がん検診も導入しています。予後を良好にし生存率を高めるうえで有効であると言われています。

肺がんの最大の危険因子は喫煙であるため、検診受診率の向上とともに、発症予防の観点から禁煙対策も重要です。

※ 喫煙に関する現状や目標・対策についてはP45、第3章 第2-4 喫煙 に記載

(イ) 大腸がん

表 4 大腸がん検診受診状況（単位：人）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標値
対象者数	6,403	6,337	6,328	6,292	6,271	6,194	—
受診者数	702	709	625	563	512	620	—
受診率	11.0%	11.2%	9.9%	9.0%	8.2%	10.0%	40%
精検受診率	70.3%	81.6%	86.3%	84.6%	73.7%	70.0%	—
発見がん	3	1	3	3	0	1	—

大腸がんは、検査方法（便潜血反応検査）が簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率も高いがんの一つです。受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 29 年度から令和 4 年度までの大腸がん検診では 11 人の発見がんがありました。

大腸がんの精検受診率は 80%前後にとどまっており、町民の反応からは、痔があることや、前回の精密検査では異常なしだったことから再検査は不要だと思うなどの自己判断が未受診につながっていると考えられます。

検診受診率の向上とともに、精密検査対象者が適切な受診につながる働きかけも重要です。

(ウ) 胃がん

表 5 胃がん検診受診状況（単位：人）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標値
対象者数	6,403	6,337	6,328	6,292	6,271	6,194	—
受診者数	603	613	517	474	452	505	—
受診率	9.4%	9.7%	8.2%	7.5%	7.2%	8.2%	40%
精検受診率	90.5%	93.3%	94.1%	90.0%	90.0%	51.6%	—
発見がん	3	2	1	0	0	1	—

胃がん検診の受診率は、横ばいの状況であり目標値は達成できていません。

平成 29 年度から令和 4 年度までの胃がん検診では 7 人の発見がんがありました。

胃粘膜の変化（がん発症のメカニズム）を考えると、胃粘膜の修復を阻害する生活習慣の改善をはじめ、胃粘膜の状態を確認するために町の一次検診または医療機関で詳細な検査を受ける必要があるのかどうかを見極めていくことも、重症化予防のために重要です。

胃がんの精密検査受診率は 90%前後にとどまっています。検診受診率の向上とともに、精密検査対象者が適切な受診につながる働きかけも重要です。

(エ) 乳がん

表 6 乳がん検診受診状況（単位：人）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標値
対象者数	3,393	3,362	3,336	3,320	3,309	3,274	—
受診者数	259	284	217	222	215	227	—
受診率	7.6%	8.5%	6.5%	6.7%	6.5%	6.9%	50%
精検受診率	60.0%	100%	60.0%	85.7%	87.5%	55.6%	—
発見がん	1	0	0	2	1	1	—

40 歳の人には無料クーポン券を発行していますが、乳がん検診の受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 29 年度から令和 4 年度までの乳がん検診では 5 人の発見がんがありました。

しこりなどの自覚症状がある場合も多く、自己触診でも発見できる可能性があるため、検診受診率の向上とともに、自己触診の普及啓発についても取り組みが必要です。

(オ) 子宮頸がん

表 7 子宮頸がん検診受診状況（単位：人）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標値
対象者数	4,247	4,176	4,148	4,105	4,061	3,998	—
受診者数	196	178	204	201	181	193	—
受診率	4.6%	4.2%	4.9%	4.9%	4.5%	4.8%	50%
精検受診率	100%	対象者 0	66.7%	100%	80.0%	50.0%	—
発見がん	0	0	0	0	0	0	—

20 歳及び 25 歳の人には無料クーポン券を発行していますが、子宮頸がん検診の受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 29 年度から令和 4 年度までの子宮頸がん検診では発見がんがありませんでした。20～30 歳代で要経過観察や要精密検査となる人もいます。がんによる死亡はもちろん、赤ちゃんを育てる大切な臓器である子宮を守るためにも、若年層の受診率向上及び、定期的な検診受診につながる働きかけが必要です。

(2) 対策

ア がんの発症予防

- ・広報や健康教育などを利用し、がんの発症予防に関する知識の普及を行います。
- ・子宮頸がん予防ワクチン接種、肝炎ウイルス検査を実施します。

イ がんの早期発見、重症化予防

- ・広報や健康教育、個別相談を利用し、がん検診の受診について啓発を図ります。
- ・胃がん検診、肺がん検診、肺 CT 検診、大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、前立腺がん検診を実施します。
- ・子宮頸がん検診では 20 歳及び 25 歳を、乳がん検診では 40 歳を対象に、がん検診手帳及び無料クーポン券を発行し、がん検診の受診を促します。
- ・がん検診実施機関と連携し、要精密検査者へ精密検査の受診勧奨を行います。

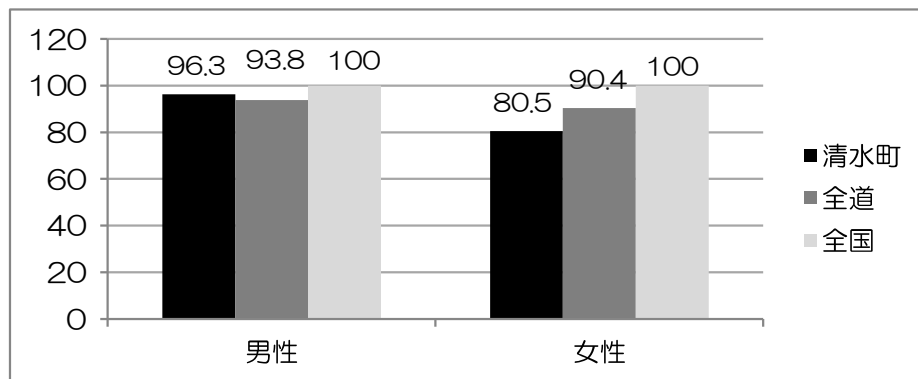
2 循環器疾患

(1) 現状と目標

ア 脳血管疾患のSMR（標準化死亡比）の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後増加していくことが予測されますが、がんと同様に地域の年齢構成を均一にしたSMR（標準化死亡比）を循環器対策の総合的な評価指標とします。

図2 SMR（標準化死亡比）で見る脳血管疾患による死亡率の比較（平成22年～令和元年）



※全国を100として比較 北海道における主要死因の概要 10一市区町村別SMR（北海道健康づくり財団）のデータを加工

SMRで脳血管疾患による死亡率を見ると、男女ともに全国よりも低い状況でした（図2）。脳血管疾患の病態別では圧倒的に脳梗塞が多い状況にあります（表8）。75歳未満の脳血管疾患死亡数は横ばいです（表9）。

表8 脳血管疾患死亡数（病態別）（単位：人）

年度(平成・令和)	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	1年
総数	12	13	13	16	9	10	10	10	13	9	14
脳梗塞	11	7	4	9	5	7	5	6	9	6	9
脳出血	0	4	5	7	4	3	4	3	2	2	4
くも膜下出血	1	2	4	0	0	0	1	1	2	1	1
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

（資料） 十勝地域保健情報年報

表9 脳血管疾患死亡数（単位：人）

年度(平成・令和)	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	1年
総数	12	13	13	16	9	10	10	10	13	9	14
75歳未満	1	5	5	3	1	1	2	1	2	2	1
(再)65歳未満	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1

（資料） 十勝地域保健情報年報

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きましたが、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、要介護認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

要介護認定者の有病状況は、同規模や国に比べて脳疾患の有病率が低いですが、認定者の多くが脳疾患のリスクとなる基礎疾患を有しています（P8、第1章 第2-3 介護保険 表6）。

脳血管疾患は、発症に至るまで自覚症状はありません。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り口として重要と考えます。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、脳血管疾患発症の最大のリスクである重症高血圧を放置してしまいます。

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できるための情報提供など、健診受診者全員に対して必要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・保健指導が重要です。

イ 虚血性心疾患のSMR（標準化死亡比）の減少

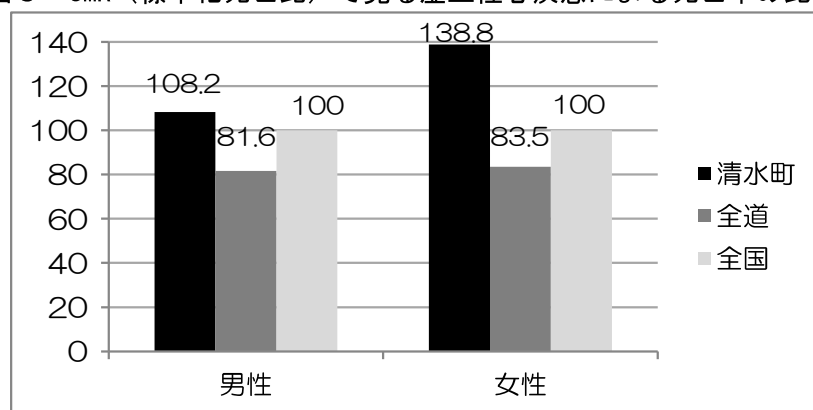
脳血管疾患と同様に、虚血性心疾患についても高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。平成21年度～令和元年度の11年間の75歳未満死亡者を見ると横ばいですが、男女別では、男性25人、女性4人でした。65歳未満でも男性12人、女性2人と圧倒的に男性が多いです（表10）。SMRで虚血性心疾患による死亡率を見ると、女性は全国より有意に高いです（図3）。

表10 急性心筋梗塞死亡数（単位：人）

年度(平成・令和)	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	1年	計
総数	9	12	13	14	13	4	5	5	12	4	7	188
(再)75歳未満	5	2	5	4	6	1	1	1	2	1	1	29
(再)65歳未満	2	1	4	3	2	0	0	1	1	0	0	14
(再)75歳未満	男性	4	1	5	3	6	1	1	2	0	1	25
	女性	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4

（資料） 十勝地域保健情報年報

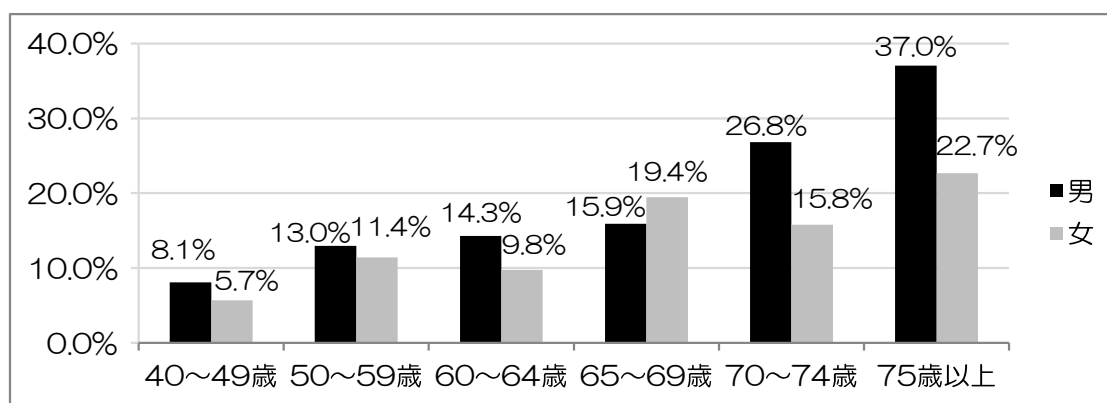
図3 SMR（標準化死亡比）で見る虚血性心疾患による死亡率の比較（平成22年～令和元年）



※全国を100として比較 北海道における主要死因の概要 10一市区町村別 SMR（北海道健康づくり財団）のデータを加工

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、町が行う国保特定健診及び後期高齢者健診では、全員に実施しています。令和4年度の健診で心電図を実施した720人中、137人に所見があり、男女ともに高齢になるにつれ増えています。男女別みると、男性の有所見者が多くなっています。

図4 令和4年度 心電図検査の有所見者割合



(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

ウ 高血圧の改善 (160/100mmHg 以上の者の割合の減少)

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疾患の危険因子であり、他の危険因子と比べると、発症や死亡にも影響を与える因子と言われています。しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚してい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。

町では、健診結果に基づき、重症化予防の視点で対象者を明確にした保健指導に取り組んでいますが、高血圧者の割合は減少していない状況です。今後、効果的な保健指導を実施していく必要があります。

表11 国保特定健診及び後期高齢者健診受診者の血圧分類による血圧の状況

男性		発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ度以上	
		正常		保健指導判定域				受診勧奨判定							
受診数		正常		正常高値		高値血圧		高血圧							
								Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30 年	410	82	20.0	71	17.3	110	26.8	109	26.6	28	6.8	10	2.4	38	9.3
R1 年	398	77	19.3	76	19.1	121	30.4	88	22.1	29	7.3	7	1.8	36	9.0
R2 年	345	83	25.5	55	15.9	84	24.3	88	25.5	25	7.2	10	2.9	35	10.1
R3 年	332	77	23.1	61	18.4	78	23.5	88	26.5	24	7.2	4	1.2	28	8.4
R4 年	423	69	16.3	67	15.8	132	31.2	102	24.1	43	10.2	10	2.4	53	12.5

女性		発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ 度以上	
		正常		保健指導判定域				受診勧奨判定							
受診数		正常		正常高値		高値血圧		高血圧							
								Ⅰ 度		Ⅱ 度		Ⅲ 度			
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30 年	426	140	32.9	84	19.7	106	24.9	72	16.9	18	4.2	6	1.4	24	5.6
R1 年	453	147	32.5	107	23.6	101	22.3	77	17.0	18	4.0	3	0.7	21	4.6
R2 年	403	138	34.2	79	19.6	83	20.6	75	18.6	22	5.5	6	1.5	28	6.9
R3 年	357	121	33.9	69	19.3	97	27.2	56	15.7	14	3.9	0	0	14	3.9
R4 年	467	133	28.5	97	20.8	125	26.8	83	17.8	24	5.1	5	1.1	29	6.2

(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

＜参考＞ 血圧値（外来血圧値）

（単位：mmHg）

	正常	正常高値	高値血圧	高血圧		
				軽度(Ⅰ度)	中等度(Ⅱ度)	重度(Ⅲ度)
収縮期	～119	120～129	130～139	140～159	160～179	180～
拡張期	～79	～79	80～89	90～99	100～109	110～

エ 脂質異常症の減少(LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合の減少)

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、とくに 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。LDL コレステロール 160mg/dl 以上は、冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するとされています。

町の健診受診者の LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者では、男性では 8%前後で推移していますが、令和 4 年度の国の値と比較すると高いです。女性では減少傾向にあり、目標に近づいています。

表 12 国保特定健診及び後期高齢者健診受診者の LDL コレステロール値の状況

男性		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
受診数		120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30 年	410	184	44.9	115	28.0	75	18.3	36	8.8	15	3.7
R 1 年	398	191	48.0	113	28.4	62	15.6	32	8.0	7	1.8
R 2 年	345	152	44.1	99	28.7	58	16.8	36	10.4	13	3.8
R 3 年	332	184	55.4	74	22.3	50	15.1	24	7.2	8	2.4
R 4 年	423	242	57.2	90	21.3	58	13.7	33	7.8	12	2.8
R1 年度国の現状									6.2		
R4 年度国の目標									6.2		

女性		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
受診数		120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30 年	426	165	38.7	124	29.1	69	16.2	68	16.0	24	5.6
R 1 年	453	193	42.6	129	28.5	72	15.9	59	13.0	19	4.2
R 2 年	403	185	45.9	92	22.9	63	15.6	63	15.6	19	4.7
R 3 年	357	160	44.8	97	27.2	57	16.0	43	12.0	10	2.8
R 4 年	467	211	45.2	153	32.7	61	13.1	42	9.0	17	3.6
R1 年度国の現状									10.5		
R4 年度国の目標									8.8		

（資料）清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果、令和元年国民健康・栄養調査

男女別・年齢階級別の LDL コレステロール値では、男性の 40 歳代、60 歳代で 160mg/dl 以上の者の割合が 1 割以上と多く、女性では 40 歳代に比べ 50 歳代から急激に正常域の者が減少し、境界域、高 LDL コレステロール血症の者の割合が増加しています。

表 13 令和 4 年度 男女別・年齢階級別 LDL コレステロール値

男性		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
受診数		120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	423	242	57.2	90	21.3	58	13.7	33	7.8	12	2.8
40-49 歳	39	20	51.3	9	23.0	6	15.4	4	10.3	3	7.7
50-59 歳	58	31	53.4	15	25.9	9	15.5	3	5.2	2	3.4
60-69 歳	104	56	53.8	22	21.2	14	13.5	12	11.5	4	3.8
70-74 歳	134	78	58.2	28	20.9	21	15.7	7	5.2	1	0.7
75 歳以上	88	57	64.8	16	18.2	8	9.1	7	7.9	2	2.3

女性		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
受診数		120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	467	211	45.2	153	32.7	61	13.1	42	9.0	17	3.6
40-49 歳	37	28	75.7	8	21.6	1	2.7	0	0	0	0
50-59 歳	38	21	55.3	15	39.5	1	2.6	1	2.6	0	0
60-69 歳	143	60	42.0	44	30.7	21	14.7	18	12.6	6	4.2
70-74 歳	167	70	42.0	56	33.5	27	16.1	14	8.4	6	3.6
75 歳以上	82	32	39.0	30	36.6	11	13.4	9	11.0	5	6.1

(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

心血管疾患発症の危険性の高い家族性高コレステロール血症は早期診断と治療が重要です。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」に基づき、受診を必要とする対象者への受診勧奨を行うとともに、対象者の状況に合わせた保健指導を実施していく必要があります。

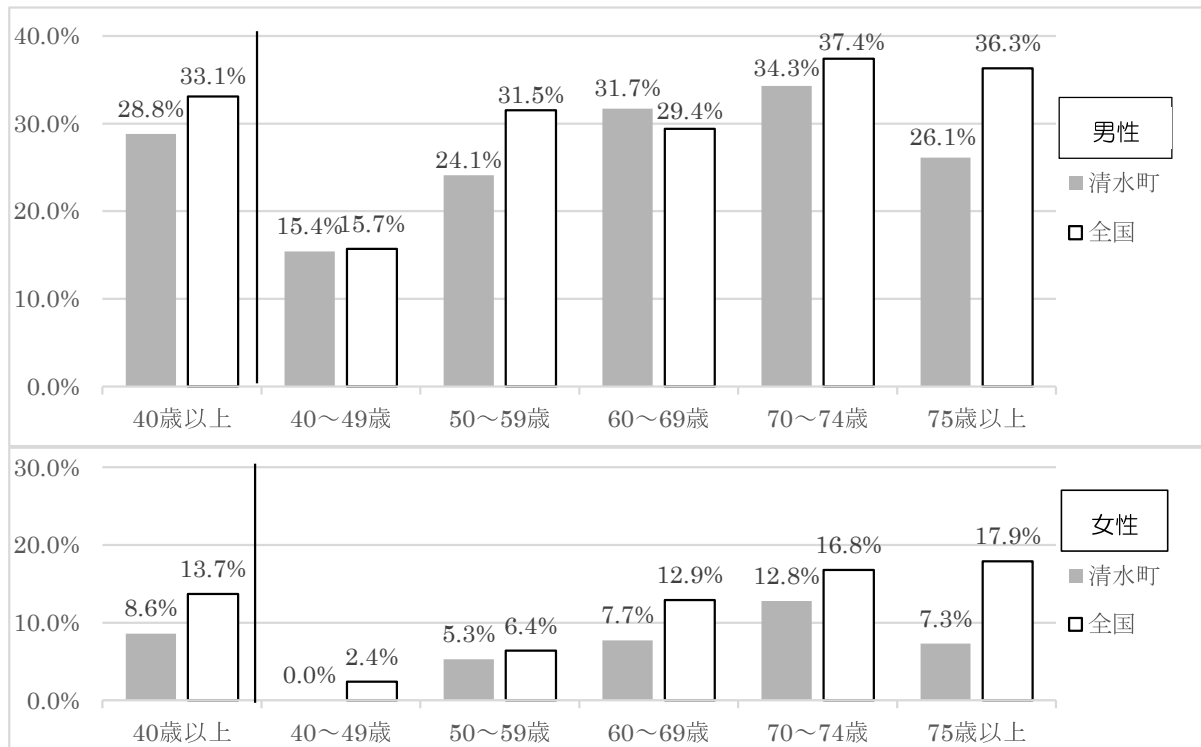
オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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、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生活習慣病予防のための評価項目の一つとされています。

令和 4 年度の国保特定健診受診者と令和元年の国民健康・栄養調査との比較では、男性の 60 歳代でメタボリックシンドローム該当者が高率となっています(図 5)。

＜参考＞ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の判定
 ・腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2つ以上の項目に該当する者

図5 令和4年度 メタボリックシンドロームが強く疑われる者（該当者）の状況



(資料) 令和4年度清水町国保特定健診結果 令和元年国民健康・栄養調査報告

表14 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の推移

メタボリックシンドローム該当者

腹囲が男性 85cm、女性 90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2以上に該当する者 (人)

年度	男女計			男性			女性		
	受診者数	該当者	%	受診者数	該当者	%	受診者数	該当者	%
H29年	727	94	12.9	354	79	22.3	373	15	4.0
H30年	725	116	16.0	346	93	26.9	379	23	6.1
R1年	734	103	14.0	337	75	22.3	397	28	7.1
R2年	628	95	15.1	278	72	25.9	350	23	6.6
R3年	595	105	17.6	280	77	27.5	315	18	5.7
R4年	720	133	18.5	335	99	29.6	385	34	8.8
*R4 北海道			20.2				32.9		

メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性 85cm、女性 90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち1以上に該当する者 (人)

年度	男女計			男性			女性		
	受診者数	予備群	%	受診者数	予備群	%	受診者数	予備群	%
H29年	727	104	14.3	354	77	21.8	373	27	7.2
H30年	725	77	10.6	346	54	15.6	379	23	6.0
R1年	734	78	10.6	337	59	17.5	397	19	4.8
R2年	628	74	11.8	278	49	17.6	350	25	7.1
R3年	595	75	12.6	280	55	19.6	315	20	6.3
R4年	720	90	12.5	335	68	20.3	385	22	5.7
*R4 北海道			11.0				18.0		

(資料) 清水町国保特定健診結果

平成 29 年度からの国保特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の変化をみると、該当者は増加していますが、予備群は横ばいです。全道との比較では、メタボリックシンドローム該当者は全道よりやや少ないですが、予備群は多い状況にあります（表 14）。

カ 国保特定健診・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ました。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り組み状況を反映する指標として設定されています。

町の国保特定健診の受診率は低い状態で推移しています。生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、より多くの人に受診をしていただき、体の実態を知ってもらうとともに、自分の体の実態に合わせた保健指導を実施することが不可欠です。（P11、第 1 章 第 2-5 国民健康保険加入者の特定健康診査、表 9、表 10）

（２）対策

ア 基本健診（早目健診・国保特定健診・後期高齢者健診）受診率の向上

- ・対象者への個別案内や、広報などを利用した啓発を実施します。
- ・医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携を推進します。
- ・基本健診（早目健診・国保特定健診・後期高齢者健診・生活保護世帯の健診）の無料化を継続し、受診しやすい環境を整備します。

イ 循環器疾患の発症及び重症化予防

- ・基本健診に町独自で検査項目を追加し、保健指導対象者を明確にします（心電図・眼底検査・貧血・尿酸・クレアチニン・尿潜血）。
- ・健診結果に基づいた保健指導を実施します。

特定保健指導や発症リスク（肥満、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD））に基づいた保健指導

町民一人一人の自己健康管理を促進するために、家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特性をいかした保健指導

- ・二次健診事業（動脈硬化検査、75 g 糖負荷試験）を継続し、結果に合わせた保健指導を実施します。

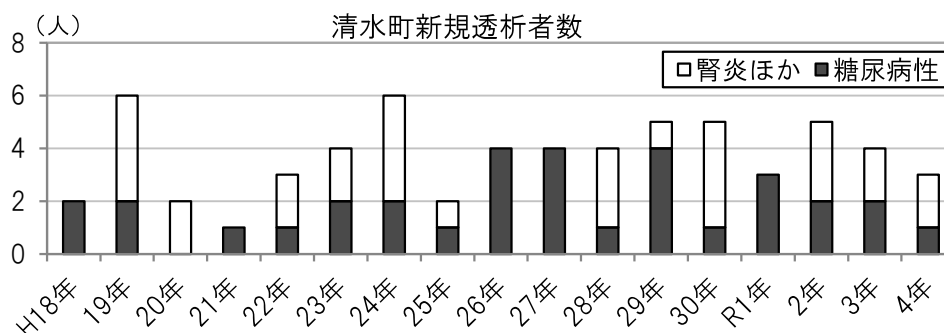
3 糖尿病

(1) 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

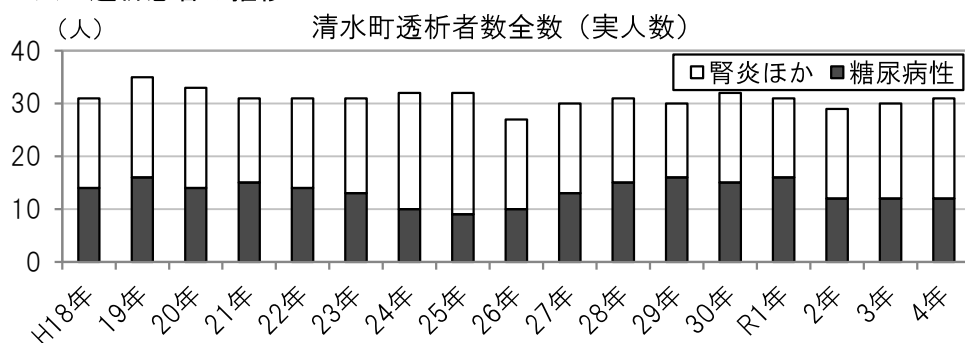
近年、全国的に新規透析導入者数は横ばいがありますが、原疾患の割合を見ると、糖尿病性腎症は減少傾向です。町の新規人工透析導入者における糖尿病性腎症の患者数はばらつきがありますが（図6）、透析患者全数に占める糖尿病性腎症の患者数は減少傾向にあります（図7）。

図6 新規人工透析導入患者の糖尿病性腎症の推移



（資料）町の人工透析者の実態より

図7 人工透析患者の推移



（資料）町の人工透析者の実態より

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入にいたるまでの期間は、約 20 年間と言われていいます。発症予防が十分可能な若年期からの健診体制や他の医療保険者での保健指導のあり方、そして、糖尿病の重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療機関との連携が欠かせません。

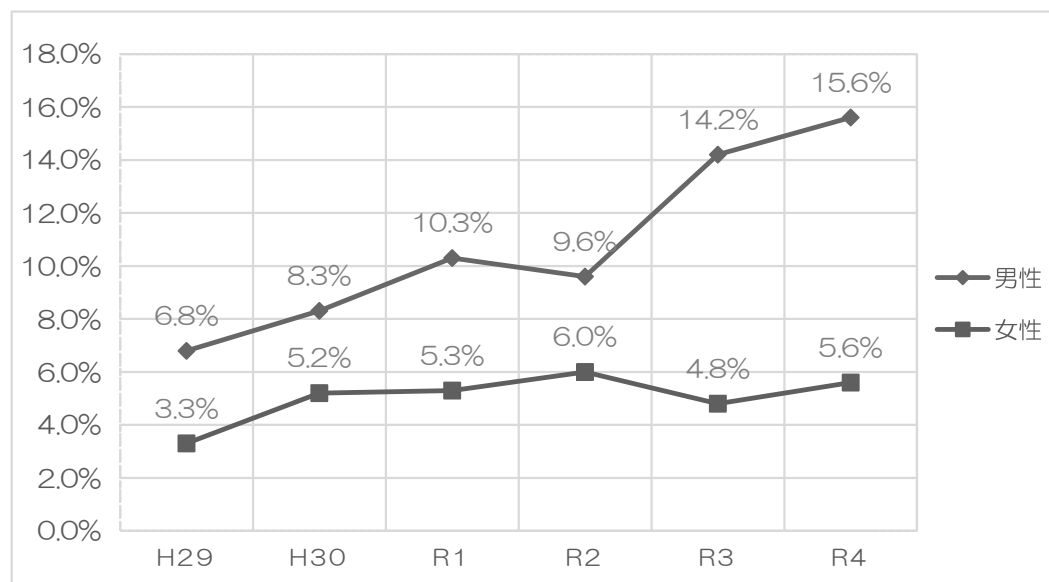
「糖尿病は、のどが渇くと聞いた。まだそんな症状がないので大丈夫」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し、入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。また、「医療機関で診てもらっているから大丈夫」と血糖値への理解が十分ではなく血糖コントロールが不良だと重症化し、合併症を引き起こす可能性があります。

早い段階で血糖値の異常に気づくには、血液検査での血糖値と HbA1c 値の判定が有効です。特に、HbA1c 値の検査は採血時間に関係なく、1～2か月間の平均した血糖値の状態がわかります。HbA1c 値の正常値は 5.6%未満です。

イ 糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上の者）の割合の増加の抑制

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もできます。健診受診者の HbA1c6.5%以上の者の割合は、男性は増加傾向にあり、女性は横ばいです。

図 8 国保特定健診及び後期高齢者健診受診者の HbA1c6.5%以上の割合



(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

国民健康保険加入者のうち糖尿病で医療機関にかかっている人は、令和5年5月現在 40 歳から 74 歳では、男性 18.1%、女性 10.5%、総計 14.1%です。令和元年の国民健康・栄養調査では糖尿病が強く疑われる者の割合は 40 歳～74 歳計で 14.5%であり、国とほぼ同じ状況にあります。

表 15 国保加入者中の糖尿病通院者数

	男女計			男性			女性		
	被保険者	糖尿病	割合(%)	被保険者	糖尿病	割合(%)	被保険者	糖尿病	割合(%)
R4 年 5 月	2699	274	10.2	1358	162	11.9	1341	112	8.4
(再)40～74 歳	1955	269	13.8	943	159	16.9	1012	110	10.9
R5 年 5 月	2534	268	10.6	1280	165	12.9	1254	103	8.2
(再)40～74 歳	1852	262	14.1	896	162	18.1	956	100	10.5
* 国 40～74 歳			14.5			21.6			9.7

(資料) 令和 4・5 年 5 月 KDB データの疾病別医療費分析、令和元年国民健康・栄養調査

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 が 8.0%以上の者の割合の減少)

血糖コントロール指標である HbA1c のうち、第 2 期計画でコントロール不良の指標とされていた HbA1c8.4%以上の割合は、国の目標値を達成できていません。また、国保特定健診受診率が 30%台と低いため、未把握のコントロール不良者が多く存在することも考えられます。

人工透析導入者や網膜症等の合併症を防ぐためにも、健診受診者を増やし、より多くの人に保健指導をすることが必要と考えます。

表 16 国保特定健診及び後期高齢者健診受診者の HbA1c の状況

		発症予防						重症化予防							
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
年度	HbA1c 検査数	5.6 未満		5.6 以上 6.0 未満		6.0 以上 6.5 未満		6.5 以上 7.4 未満		7.4 以上		【再掲】 8.0 以上		【再掲】 8.4 以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H29 年	837	362	43.2	331	39.5	103	12.3	30	3.6	12	1.4	4	0.5	3	0.4
H30 年	836	303	36.2	350	41.9	127	15.2	45	5.4	11	1.3	6	0.7	5	0.6
R1 年	851	350	41.1	318	37.4	118	13.9	45	5.3	20	2.4	8	0.9	6	0.7
R2 年	748	298	39.8	279	37.3	110	14.7	39	5.2	18	2.4	12	1.6	8	1.1
R3 年	689	279	40.5	256	37.2	90	13.1	48	7.0	16	2.3	6	0.9	3	0.4
R4 年	890	311	34.9	330	37.1	157	17.6	67	7.5	25	2.8	13	1.5	10	1.1
令和元年度国の現状		40.4			32.9		15.5		8.4		3.7		1.2		0.8
令和 4 年度国の目標														1.0	

(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診の結果、令和元年国民健康・栄養調査

令和 4 年度国保特定健診受診者の年齢階級別の HbA1c の状況を見ると、年代が上がる毎に正常判定の割合が低下しています。また、どの年代においても HbA1c 5.6%以上 6.0%未満の高血糖者の割合が高く、この段階から心血管疾患を発症しやすくなることが多くの研究により明らかになっています。発症予防・重症化予防には、食事療法、運動療法が重要です。

表 17 令和 4 年度 年齢階級別の HbA1c の状況

男女計		発症予防						重症化予防					
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定					
年代	HbA1c 検査数	5.6 未満		5.6 以上 6.0 未満		6.0 以上 6.5 未満		6.5 以上 7.4 未満		7.4 以上		【再掲】 8.4 以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40 歳代	76	40	52.6	28	36.8	5	6.6	1	1.3	2	2.6	0	0
50 歳代	96	41	42.7	39	40.6	7	7.3	6	6.3	3	3.1	2	2.1
60 歳代	247	80	32.4	103	41.7	36	14.6	19	7.7	9	3.6	3	1.2
70～74 歳	301	104	34.6	97	32.2	67	22.3	25	8.3	8	2.7	3	1.0
75 歳以上	170	46	27.1	63	37.1	42	24.7	16	9.4	3	1.8	2	1.8

(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

健診結果で血糖値またはHbA1c 値で保健指導判定値に該当となった人を対象に、町独自で二次健診を実施しています。

平成 29 年度～令和 4 年度までの 6 年間で 62 人が 75g 糖負荷試験を受け、糖尿病型 13 人、境界型 26 人が発見されました（表 18）。二次健診の対象となった人に対しては、膵臓を疲弊させる生活習慣を見直し、インスリンを守るための学習を実施しています。

健診受診者の HbA1c の分布図は平成 29 年度と比較すると、HbA1c が高い方に推移していることがわかります（図 9）。このことから、健診受診者に対する保健指導の実施や二次健診を促し、自己コントロールを行えるよう支援していく必要があります。

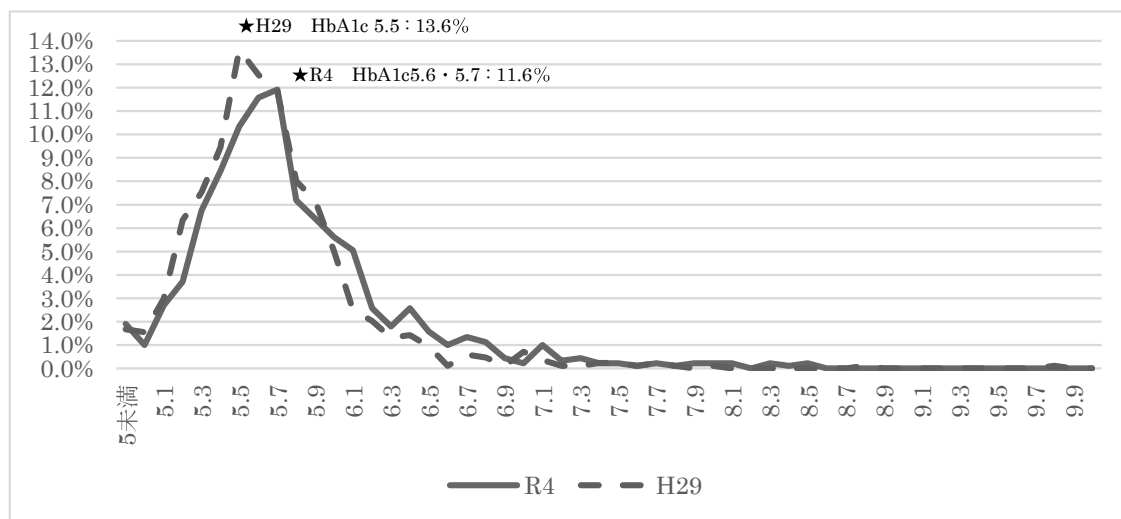
血糖値に大きく関与する食生活は幼いころからの習慣が大きく影響します。そのため、幼児期、学童期からの健康実態、食生活の特徴や食に関する価値観などの実態の把握を行い、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要と考えます。

表 18 平成 29 年度～令和 4 年度 75 g 糖負荷試験の結果

	N O	性 別	年 代	糖尿病型		境界型		正常型	
				少 な い	イン ス リン 分 泌	少 な い	イン ス リン 分 泌	少 な い	イン ス リン 分 泌
	1	女	40	○	○				
	2	男	70	○					
	3	男	30	○	○				
	4	男	30	○	○				
	5	男	60	○	○				
	6	男	60	○	○				
	7	女	60	○	○	糖尿病が発見 13 人 21%			
	8	女	60	○	○				
	9	女	60	○	○				
	10	男	60	○	○				
	11	男	60	○					
	12	男	60	○	○				
	13	女	60	○	○				
	14	女	60			○			
	15	女	60			○			
	16	男	50			○			
	17	男	30			○			
	18	女	50			○			
	19	男	40			○			
	20	女	60			○	○		
	21	女	60			○			
	22	女	50			○			
	23	女	50			○		境界型が発見 26 人 42%	
	24	女	60			○			
	25	女	50			○			
	26	女	60			○	○		
	27	女	70			○	○		
	28	女	60			○			
	29	男	60			○	○		
	30	男	70			○	○		
	31	女	70			○	○		
	32	女	70			○			
	33	女	60			○	○		
	34	男	60			○			
	35	女	30			○			
	36	男	60			○			
	37	女	70			○			
	38	女	70			○			
	39	男	30			○			
	40	女	60					○	
	41	女	40					○	
	42	女	40			インスリン初期分泌が 少ない人 10 人 16%		○	
	43	女	50					○	
	44	男	60					○	
	45	男	60					○	
	46	男	50					○	
	47	女	60					○	
	48	女	60					○	
	49	男	60					○	
	50	女	50						○
	51	男	60						○
	52	男	50						○
	53	女	60						○
	54	女	60						○
	55	女	60						○
	56	女	60						○
	57	女	50						○
	58	女	60						○
	59	女	60						○
	60	女	60						○
	61	女	50						○
	62	女	60						○

血糖値・
HbA1c の
どちらかが
軽度異常
62 人

図 9 健診受診者の HbA1c の分布図

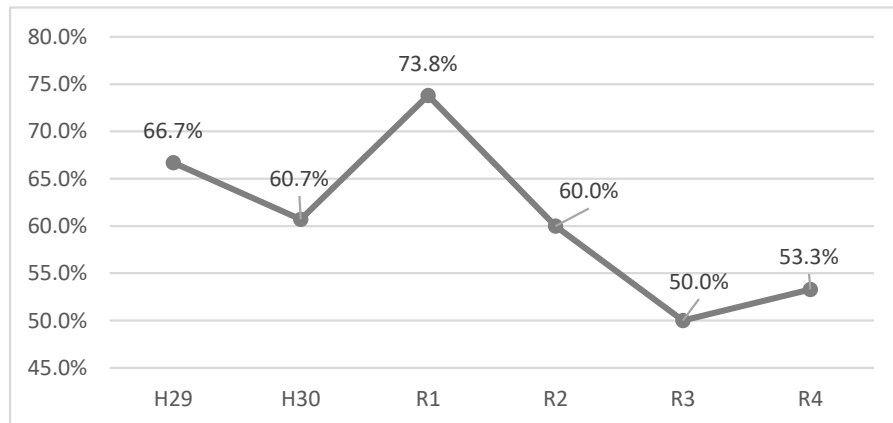


(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

エ 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。清水町の糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上の者）の治療率は、令和元年度の 73.8%をピークに、その後は減少しています。

図 10 清水町の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.5%以上)の治療率の推移



(資料) 清水町国保特定健診及び後期高齢者健診結果

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、病院に行っても薬が出ないことや、自覚症状がないことが理由で通院や治療を中断している人が多くみられます。

(2) 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ア 糖尿病の発症予防及び重症化予防

- ・糖尿病の発症を予防するため、将来を見据えた視点で一人ひとりの健診結果（妊婦健診を含む）に応じた保健指導を実施します。
- ・糖尿病連携手帳を活用し、医療機関との連携を図ります。

- 糖尿病予防学習会（二次健診として 75 g 糖負荷試験を実施し、糖代謝についての学習と検査結果に合わせた保健指導）を実施します。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組みにより、合併症の予防や治療の継続を目指した保健指導を実施します。

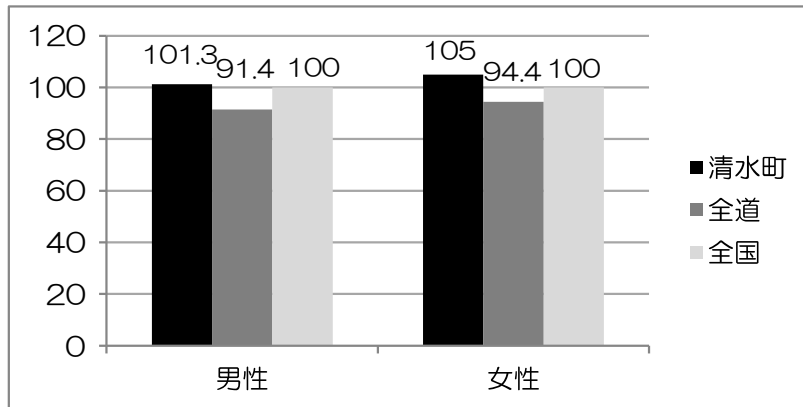
4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

（１）現状と目標

ア COPD（慢性閉塞性肺疾患）のSMR（標準化死亡比）の減少

地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比（SMR）でCOPDによる死亡率を見ると、男女ともに全国に比べ高くなっています。

図 11 SMR（標準化死亡比）で見る COPD による死亡率の比較（平成 22 年～令和元年）



※全国を 100 として比較 北海道における主要死因の概要 10—市区町村別 SMR（北海道健康づくり財団）のデータを加工

イ 重症化予防

COPD の治療は、多くの場合薬物療法ではなく、禁煙による進行予防が主となります。COPD の早期発見には肺がん検診が有効であるため、肺がん検診の受診率向上が COPD の早期発見・重症化予防にもつながっていると考えられます。肺がん検診受診率の向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策も重要です。

COPD の最大の発症リスクである喫煙の実態について、町の国保特定健診受診者の喫煙率の推移をみると、男性は横ばい、女性は増加している状況です（P45、第 3 章 第 2-4 喫煙 図 13）。健診受診者は比較的健康意識の高い者が多いと考えられ、COPD や肺がんの死亡率をみても、実際の町の喫煙率はより高いことが予測されます。

（２）対策

ア 喫煙及び受動喫煙のリスクに関する教育・啓発

- ・保健事業の場での禁煙に関する助言や情報提供を行います。

イ 禁煙支援の推進

- ・健診（検診）の結果に基づいた禁煙支援及び禁煙治療に向けた個別指導を行います。

第2節 生活習慣の改善

1 栄養・食生活

(1) 現状と目標

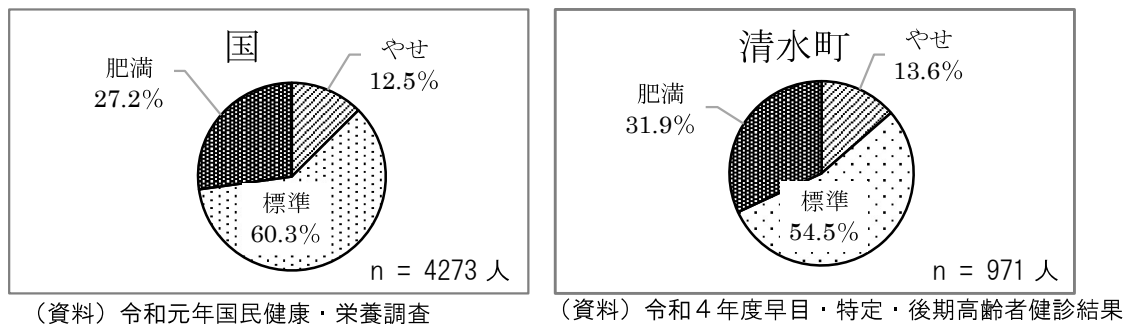
ア 適正体重を維持している者の増加

適正体重を維持している者の指標としては、体格区分が「標準」の者の割合をみていきます。

清水町の20歳以上の者の体格別割合では、調査年度が異なるため単純な比較はできませんが「肥満」と「やせ」の割合が国より高く、「標準」の割合は低い状況でした。

「栄養障害の二重負荷」と言われる「肥満（過栄養）」と「やせ（低栄養）」は、どちらも摂取するエネルギー量や栄養素のバランスが偏ることによって起こる問題です。この問題を放置することで生活習慣病やフレイル（虚弱）などの健康問題を引き起こすため、個々の年齢やライフスタイル等に合わせた支援が必要となります。特に清水町では、町民の3人に1人が「肥満」であることから、肥満対策に重点をおくことで町民の健康状態の向上が期待できます。

図1 20歳以上の体格別割合

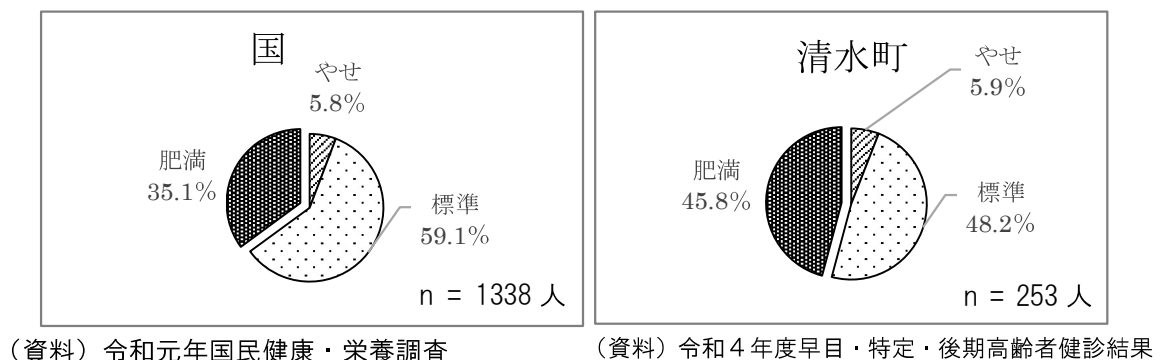


【参考】20～64歳体格区分 やせ：BMI18.5未満、標準：BMI18.5～25未満、肥満：BMI25以上
65歳以上体格区分 やせ：BMI20以下、標準：BMI20～25未満、肥満：BMI25以上

(ア) 20～60歳代男性の肥満者の割合

20～60歳代の男性では、約半数にあたる45.8%が「肥満」であり、国より割合が高い傾向でした。肥満は様々な生活習慣病の原因となるため、この実態は町の大きな健康課題であり、この年代の男性に重点をおいた指導が必要であることが示唆されます。

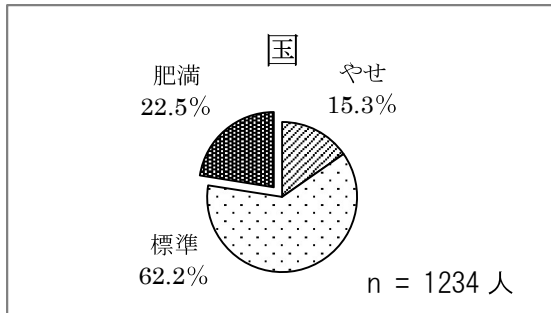
図2 20～60歳代男性の体格別割合



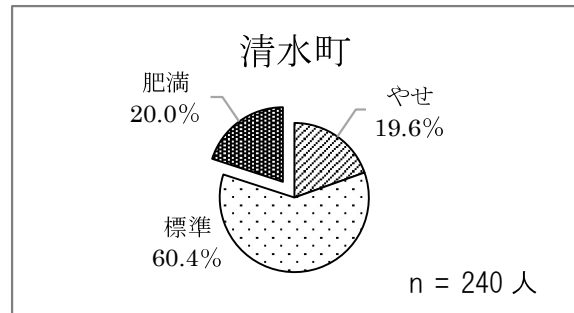
(イ) 40～60 歳代女性の肥満者の割合

40～60 歳代女性の体格別割合は、「肥満」と「やせ」がほぼ同じ割合でした。国と比較すると、「肥満」の割合は少し低く、「やせ」の割合が高いという結果でした。

図 3 40～60 歳代女性の肥満者の割合



(資料) 令和元年国民健康・栄養調査



(資料) 令和 4 年度早目・特定・後期高齢者健診結果

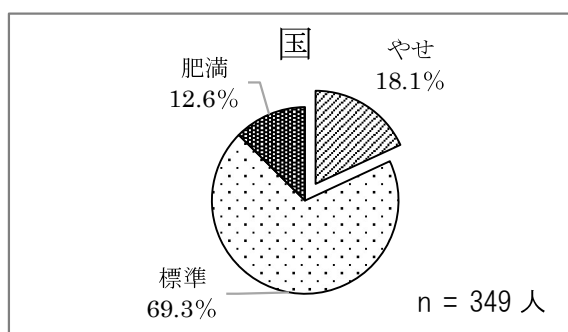
(ウ) 20～30 歳代女性のやせの者の割合

若年女性の「やせ」に関連する健康問題として、月経異常や貧血、骨粗しょう症などがあります。また、「やせ」の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高く、次世代の健康にも関わることから、国では若年女性のやせの割合を減少させることを目標としています。

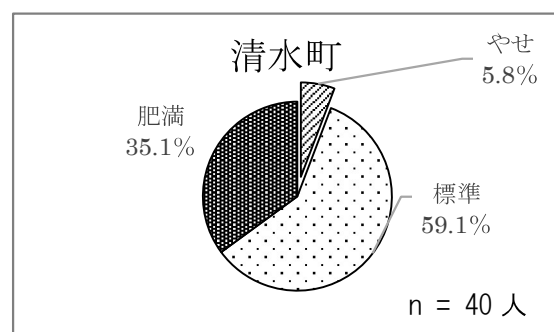
清水町の 20～30 歳代の女性の体格割合をみると「やせ」が 5.8%で、国より割合が低い傾向であるため、増加に転じないようにしていく必要があります。

一方で、「肥満」の割合は 35.1%で、国より高い状況であったため、若年女性の「やせ」対策に併せて「肥満」対策も講じていく必要があります。

図 4 20～30 歳代女性の体格別割合



(資料) 令和元年国民健康・栄養調査



(資料) 令和 4 年度早目・特定・後期高齢者健診結果

イ バランスの良い食事を摂取している者の増加

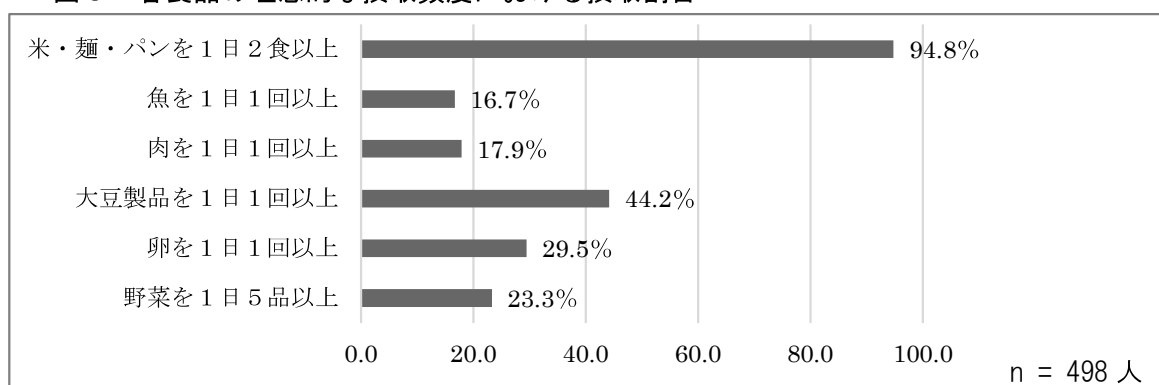
バランスの良い食事とは、ここでは、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事のことを指します。

令和 4 年度清水町健診時栄養調査結果で、主食・主菜・副菜それぞれの理想的な摂取頻度をみると、「主食」と呼ばれる米・麺・パンを 1 日 2 食以上食べている者の割合は 94.8%、「主菜」と呼ばれる魚のおかずを 1 日 1 回以上食べている者の割合は 16.7%、肉は 17.9%、大豆製品は 44.2%、卵は 29.5%、「副菜」と呼ばれる野菜中心のおかずを 1 日 5 品以上食べている

者の割合は 23.3%であり、これら 6 つの食品の摂取割合を平均すると、37.7%でした。

主食は概ね摂取できているようですが、主菜および副菜の摂取頻度は満足ではないといえる現状でした。主菜は、体温を維持し、脳を働かせ、様々な動作を行うためのエネルギー源になるだけでなく、筋肉や骨等の身体の構成成分となる他、神経の働きや細胞の浸透圧の調整等、生理機能の調節の役割も担っています。また、副菜は、主食や主菜では摂取しきれないビタミンやミネラルを豊富に含む食品で作られるおかずであり、体の生理機能の調節の大きな役割を担います。そのため、健康な体づくりや維持のためには、これらを組み合わせて食べることが必要不可欠といえます。

図 5 各食品の理想的な摂取頻度における摂取割合

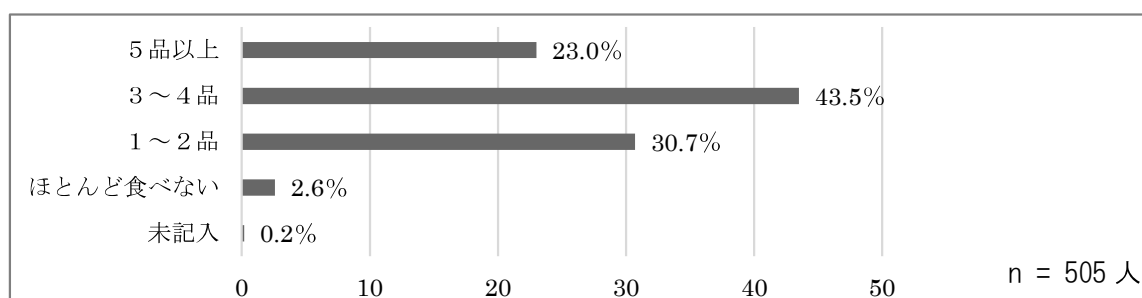


(資料) 令和 4 年度清水町健診時栄養調査

ウ 野菜摂取量の増加（野菜のおかずを 1 日 5 品以上摂取している割合の増加）

国では野菜の 1 日の摂取量の目標を 350g としています。おかずは、1 品あたり 70g が目安となるため、「5 品以上」摂取している場合に、野菜摂取量の目標を達成していると考えることができます。令和 4 年度清水町健診時栄養調査によると、清水町民の野菜のおかずの 1 日あたりの摂取品数が「5 品以上」の割合は 23.0%でした。

図 6 野菜のおかずの 1 日あたりの摂取品数



(資料) 令和 4 年度清水町健診時栄養調査

エ 果物摂取量の改善

令和元年国民健康・栄養調査によると、果物摂取量の平均値は 99g であり、目標値の「200g」よりも大きく下回っている現状です。

清水町では、果物の摂取量や頻度の調査を実施していないため、今後の実態把握が必要です。

オ 食塩摂取量の減少（漬物・佃煮の摂取頻度の減少）

令和元年国民健康・栄養調査によると、食塩摂取量の平均値は 10.1 g であり、目標値の「7 g」よりも上回っている現状です。

清水町では、食生活において食卓に出やすい高塩分食品として、「漬物・佃煮」の摂取頻度を評価の指標とします。漬物や佃煮は、他の食品に比べて塩分が多く含まれており、1 回あたりの平均塩分量が 1 g 前後含まれると考えられ、国の目標値の「7 g」に対し大きく影響します。1 日に 1 回以上の継続的な摂取により高血圧症や慢性腎臓病等の生活習慣病を引き起こすことや悪化につながります。

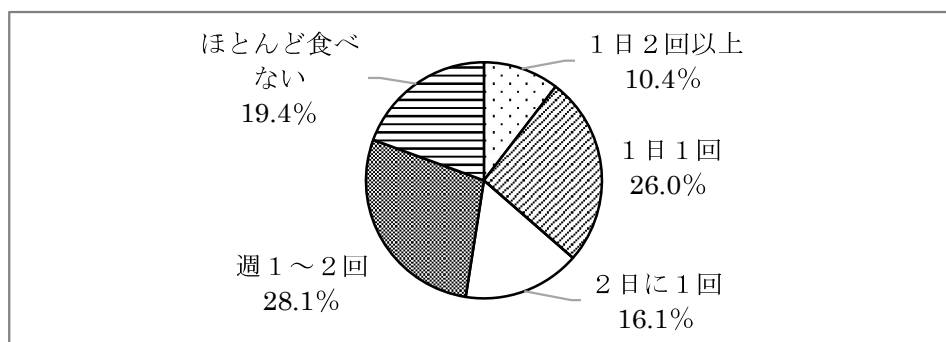
令和元年度清水町健診時栄養調査によると、漬物や佃煮の摂取頻度は「1 日 2 回以上」および「1 日 1 回」の割合を合わせると、全体で 36.4%でした。

（参考：『減塩のコツ早わかり』女子栄養大学出版より）

漬物：梅干し、白菜・きゅうり・大根等の漬物、キムチの 1 回量の平均塩分量が 1.2 g

佃煮：こんぶ、のり等の佃煮の 1 回量の平均塩分量が 0.7 g

図 7 漬物や佃煮の摂取頻度



（資料）令和元年度清水町健診時栄養調査

（2）対策

ア 適正体重を維持する必要性についての情報提供

- ・農村地区や町内会等での健康教育、広報等で、肥満ややせのリスク、食生活との関係や健康的な体格を維持する必要性等について広く情報提供を行います。
- ・食生活改善推進員協議会と連携し、老人クラブや農村地区での教室、男性向けの料理教室等における調理や試食を通して、実際の味付けやボリューム、食事のバランス等を伝えます。
- ・こども園やママパパ学級での集団教育、乳幼児健診、広報等を活用して胎児期から高齢期までライフステージに応じた情報提供、知識の定着を目指します。

イ 生活習慣病ハイリスク者・コントロール不良者への個別指導

- ・健診結果説明会や重症化予防対象者への個別指導を通して、個々の体格や生活スタイルに応じた実践的な指導を実施します。
- ・糖尿病や高血圧症、慢性腎臓病等の食事療法が必要不可欠かつコントロール不良の者に対し、医療機関と連携し、より効果のある栄養指導を目指します。

ウ 「バランスの良い食事」の普及・啓発

- ・主食、主菜、副菜をそろえて食べる必要性と体への影響や、家庭での味付けをはじめ、中食や外食の利用増加に伴う塩分摂取過剰について、各種健康教育や料理教室、乳幼児健診やママパパ学級、成人や高齢者向けの個別指導等を通して情報提供します。

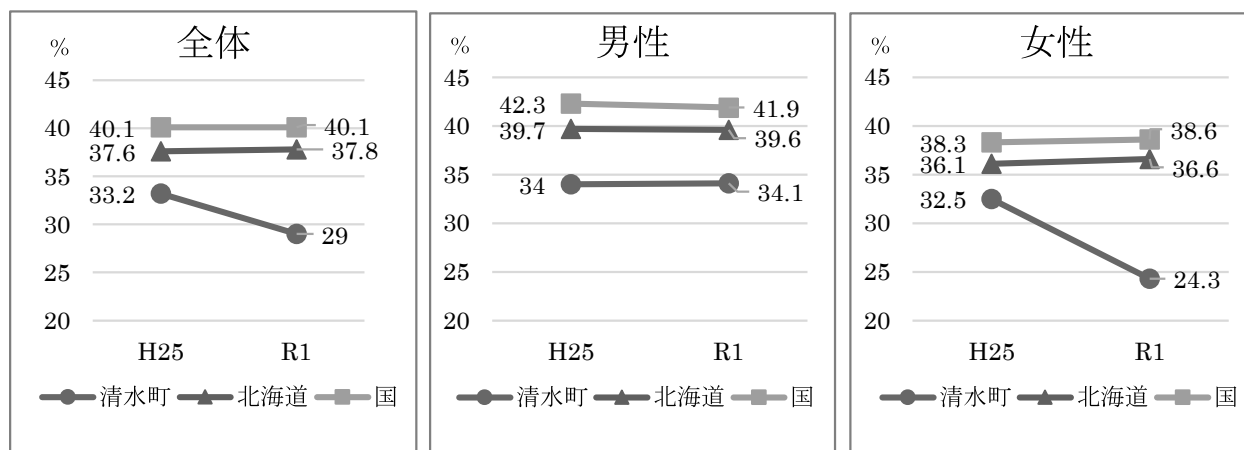
2 身体活動・運動

(1) 現状と目標

ア 運動習慣者の増加

清水町の平成 25 年度と令和元年度の国保特定健診受診者のうち、運動習慣がある者（1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施している者）の割合は全道・全国を下回っています。清水町の平成 25 年度と令和元年度の割合を男女別にみると、女性において運動習慣者の割合が低下していました。

図 8 運動習慣者（1 日 30 分以上の運動を週 2 日以上、1 年以上実施）の割合

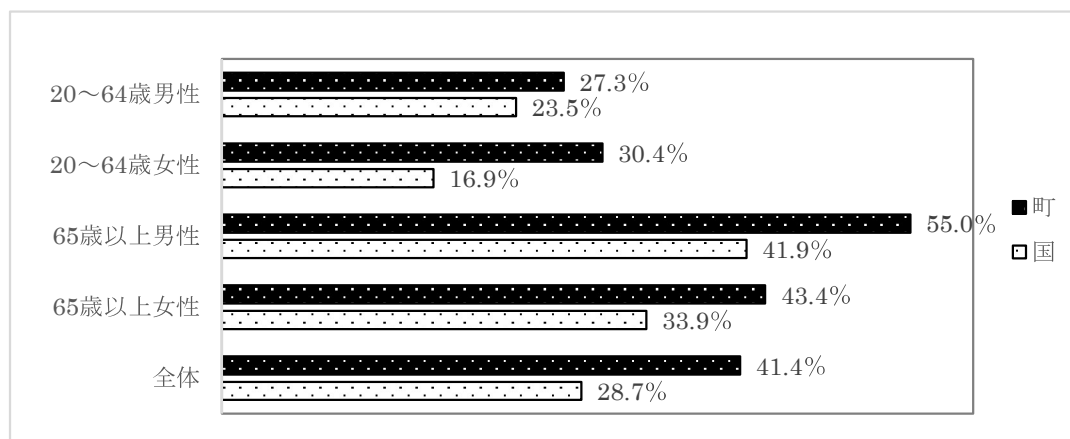


（資料）K D B システム特定健診問診票集計結果

一方で、20 歳以上を調査対象に実施した、令和元年度清水町健診時栄養調査による「通年で定期的に運動している者の割合」と、令和元年国民健康・栄養調査による「1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、かつ 1 年以上継続している者」の割合を比較すると、どの年代・性においても清水町の割合が国よりも上回っていました。

このことから、清水町の 20～30 歳代及び、後期高齢者を合わせた運動習慣者は国より多い傾向にあり、40～74 歳の特定健診の対象年代では、運動習慣者の割合が少なく、中でも女性で特に少ないといえます。

図 9 運動習慣者の割合

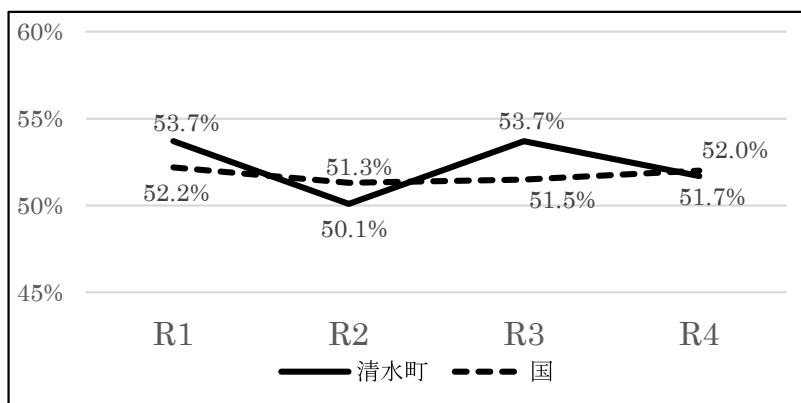


（資料）町：令和元年度清水町健診時栄養調査、国：令和元年国民健康・栄養調査

イ 日常生活における歩数の増加

国保特定健診受診者のうち「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合」は、50～53%台で推移しており、国とほぼ同様でした。

図10 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合



(資料) KDBシステム特定健診問診票集計結果

(2) 対策

ア 生活習慣病予防対策としての運動指導の推進

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導を生活習慣病対策と連動して推進します。
- ・健診結果説明会等の個別指導を通して、個々のライフスタイルに合わせ、働き世代でも実行可能な家庭での運動を勧めます。

イ 身体活動量及び運動習慣の向上

- ・特に運動習慣が少なくなるとされる冬場に運動教室を開催し、通年での運動習慣の確立や家庭で実施できる運動内容の普及を目指します。
- ・運動施設（体育館やさわやかプラザ、パークゴルフ場等）の活用の推進、地域で行われているサークル（太極拳やふまねっと等）を積極的に紹介します。

3 飲酒

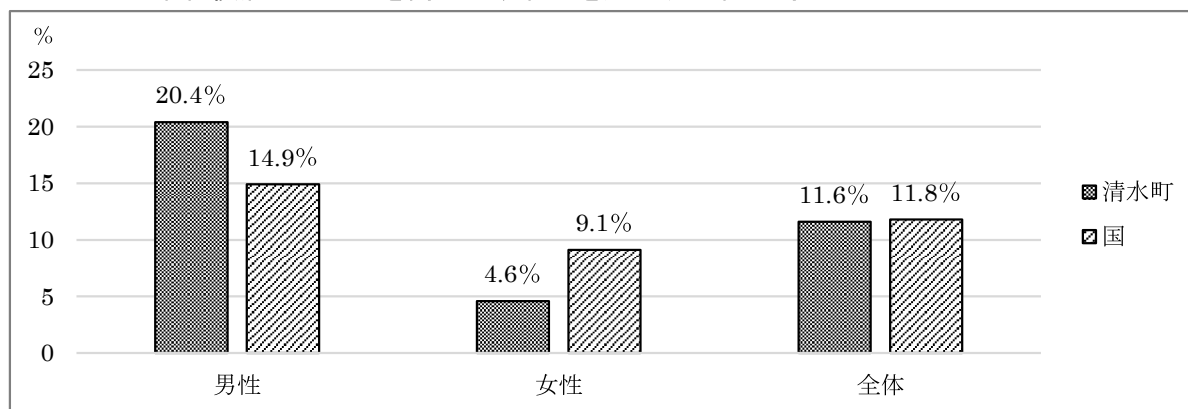
(1) 現状と目標

ア 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

健康日本 21（第二次）では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」は、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上と定義されています。

生活習慣病のリスクを高める飲酒量者の割合を国と比較すると、全体では大きな差はなく、男性では国を上回り、女性では国を下回っている状況でした。

図 11 生活習慣病のリスクを高める飲酒量を超過する者の割合

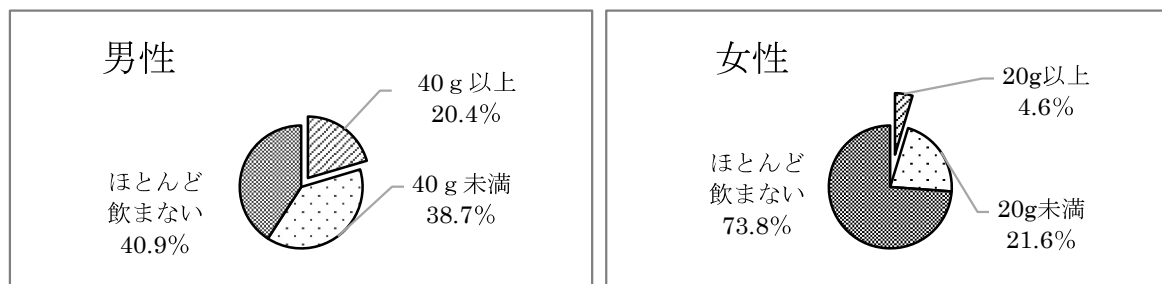


(資料) 町：令和元年度清水町健診時栄養調査（申告された酒の種類および量から純アルコール量を算出）

国：令和元年国民健康栄養調査（「毎日×2合以上＋週5～6日×2合以上＋週3～4日×3合以上＋週1～2日×5合以上＋月1～3日×5合以上」で計算）

「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を基準とした1日当たりの純アルコール摂取量の内訳は以下のとおりです。

図 12 「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を基準とした1日当たりの純アルコール摂取量における清水町の男女別割合



(資料) 令和元年度清水町健診時栄養調査

これらの実態をふまえ、清水町では、飲酒量の多い者や飲酒頻度の高い者、特に男性に重点的な指導を実施することが必要であると考えられます。

(2) 対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・情報の普及および啓発

- ・母子手帳交付時、ママパパ学級、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会、広報、各種健康教育、男性の料理教室等を通して、町の飲酒量の状況や飲酒の身体へのリスク等の情報提供をします。

イ 飲酒による生活習慣病の発症予防及び重症化予防

- ・健康診査及び国保特定健診の結果に基づいた、飲酒に関する保健指導を実施します。

4 喫煙

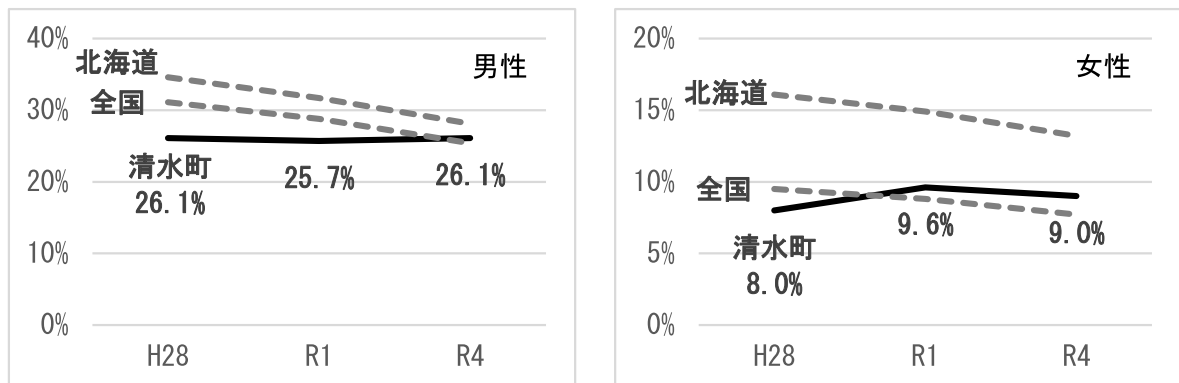
(1) 現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少

清水町の国保特定健診受診者における喫煙率はほぼ横ばいで、令和4年度は男性が26.1%、女性が9.0%でした。健診受診者は比較的健康意識の高い者が多いと考えられ、実際の喫煙率はより高いことが予測されます。清水町におけるたばこの販売本数は減少傾向にあります。

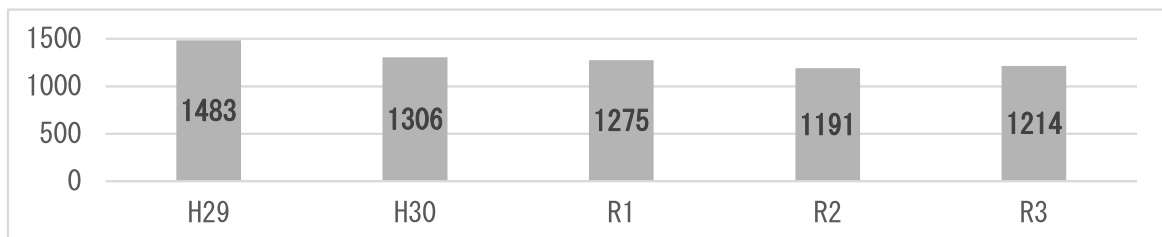
喫煙は、肺がんをはじめとする多様ながん、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などとの因果関係が明らかになっています。また、受動喫煙により、肺がん、脳卒中、虚血性心疾患、乳幼児突然死症候群、子どもの喘息などのリスクを上げることも明らかです。喫煙者に対する禁煙支援と同時に、受動喫煙の防止が重要です。

図13 喫煙率の推移



(資料) 国民生活基礎調査、清水町国保特定健診結果

図14 たばこの販売本数 (単位: 万本)



(資料) 地方財政状況調査より算出

(2) 対策

ア 喫煙および受動喫煙によるリスクに関する教育・啓発の推進

- ・胎児期から高齢期にわたり、各種保健事業において禁煙教育や受動喫煙防止に関する情報提供を実施します。

イ 喫煙者に対する禁煙支援の推進

- ・健診（検診）の結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療に向けた個別指導を実施します。

5 休養

(1) 現状と目標

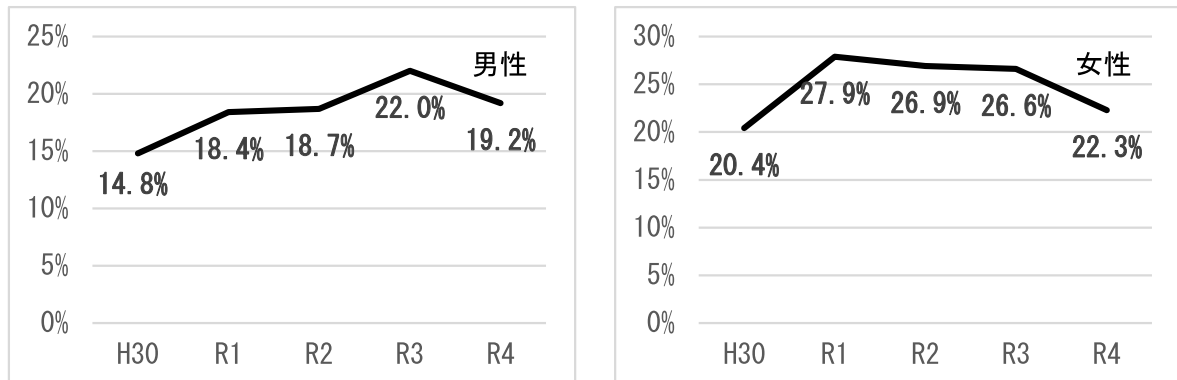
ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

令和4年度の町の国保特定健診受診者において、「睡眠で休養が十分にとれていますか」の問診項目で「いいえ」と回答した人の割合は、男性が19.2%、女性が22.3%で、女性のほうが若干高くなっています。

慢性的な睡眠不足は日中の眠気や意欲低下、記憶力減退など精神機能の低下を引き起こすだけでなく、体内のホルモン分泌や自律神経機能にも大きな影響を及ぼすため、糖尿病や心筋梗塞、狭心症などの冠動脈疾患のリスクを高めることが明らかになっています。

不規則な食事、運動不足、ニコチン、アルコール過飲により睡眠状態は悪化するため、良質な睡眠を保つために生活習慣を改善することが重要です。

図15 「睡眠で休養が十分にとれていない」者の割合



(資料) 清水町国保特定健診結果

(2) 対策

ア 慢性的な睡眠不足による健康へのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・健診結果に基づき、慢性的な睡眠不足の改善に向けた個別指導(規則的な生活リズムの確立、定期的な運動、禁煙、適切な飲酒、ストレスへの対処等)を実施します。
- ・各種保健事業の場で睡眠と健康との関連に関する健康教育や情報提供を実施します。
- ・乳幼児期から睡眠・生活リズムを整えることの重要性について啓発をしていきます。

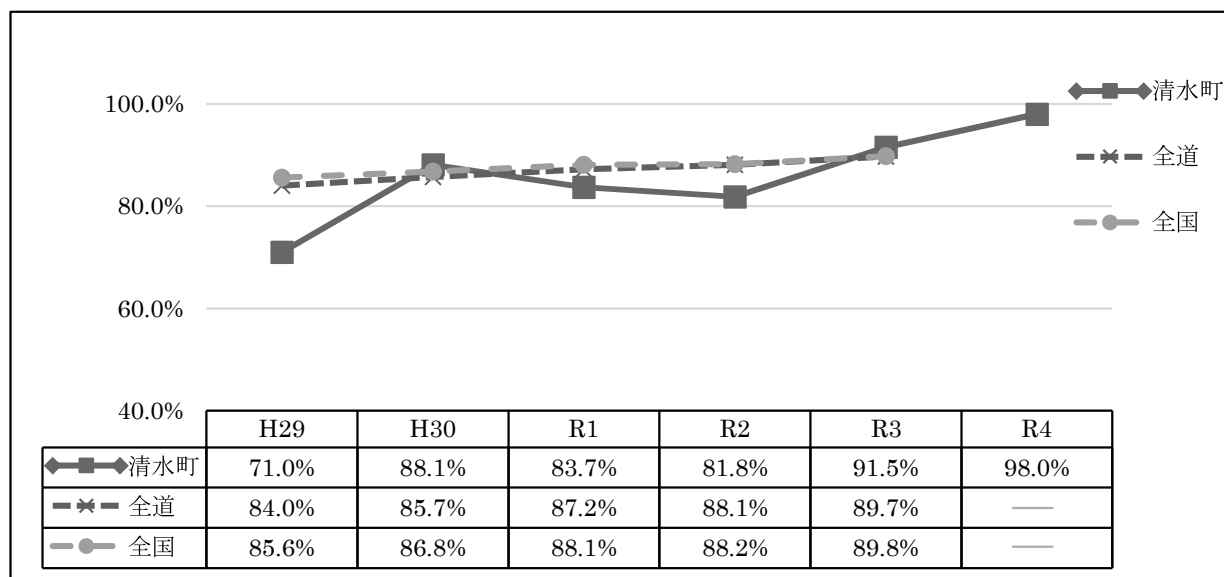
6 歯・口腔の健康

(1) 現状と目標

ア 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

3歳児健診でう蝕がない者の割合の推移をみると、全国や全道はなだらかに増加しています。清水町では変動しながらもここ数年は増加傾向にあり、8割以上を維持しています。

図 16 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



資料 令和4年度3歳児歯科健康診査結果と分析(十勝総合振興局)

永久歯については、永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数を全国および全道と比較してみると、全国よりもやや多い実態があります。

表 1 令和4年度12歳児(中1)における一人平均う蝕数およびう蝕のない者の割合

	一人平均う蝕本数(本)	う蝕のない者の割合(%)
清水町	0.65	76.1
全道	0.8	65.9
全国	0.56	74.2

資料 令和4年度十勝圏域学校定期歯科健康診査結果報告書
令和4年度学校保健統計調査結果報告確報

生涯にわたる歯科保健は、乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病率の改善が永久歯のう蝕予防につながります。そこから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委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持ち、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦相談やママパパ学級等を通じてう蝕予防の啓発を行っています。

イ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待されています。今後、継続的な実態把握をして分析していくことと、歯周病予防活動を継続していくことが必要です。

ウ 口腔機能を維持している者の増加

令和4年度の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施におけるアンケート調査において、かたい物が食べにくくなった人の割合は 33.3%、1年に1回以上歯医者に行く人の割合は 46.9%でした。口腔機能を維持するため、定期的な歯科検診の勧奨やフレイル予防の健康教育などを継続して実施します。

表2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施におけるアンケート結果

	半年前に比べて、かたい物が食べにくくなった		1年に1回以上、歯医者に行く	
	はい	いいえ	はい	いいえ
R3	55人 (28.8%)	136人 (71.2%)	85人 (44.5%)	106人 (55.5%)
R4	54人 (33.3%)	108人 (66.7%)	76人 (46.9%)	86人 (53.1%)

(2) 対策

ア う蝕予防や口腔機能の維持、向上のための取り組みの推進

- ・ママパパ学級にて妊娠前から、親自身と子の歯の健康に関する意識を持つために、う蝕予防の啓発を行います。
- ・各種乳幼児健診、相談にて食習慣などを含めた、う蝕予防や口腔機能の発育を促すための個別相談を実施します。
- ・幼児（1歳6か月から3歳児）を対象に、フッ素塗布を行います。
- ・1歳6か月児及び3歳児健診時、幼児のフッ素塗布時の幼児歯科検診を実施します。
- ・こども園や小学校において、歯磨き教室等の健康教育を実施し、子どもの頃から口腔や歯の健康に関する意識を持つことができるよう、啓発を行います。
- ・こども園、小中学校でのフッ素洗口を実施します。
- ・成人期、老年期の歯周疾患の実態把握を行います。
- ・高齢者サロン等における調査にて口腔機能の維持やフレイルの実態把握を行います。
- ・高齢者サロン等にて口腔機能の維持やフレイル予防のための健康教育を実施します。

第3節 ライフコースをふまえた健康づくり

1 次世代の健康

(1) 現状と目標

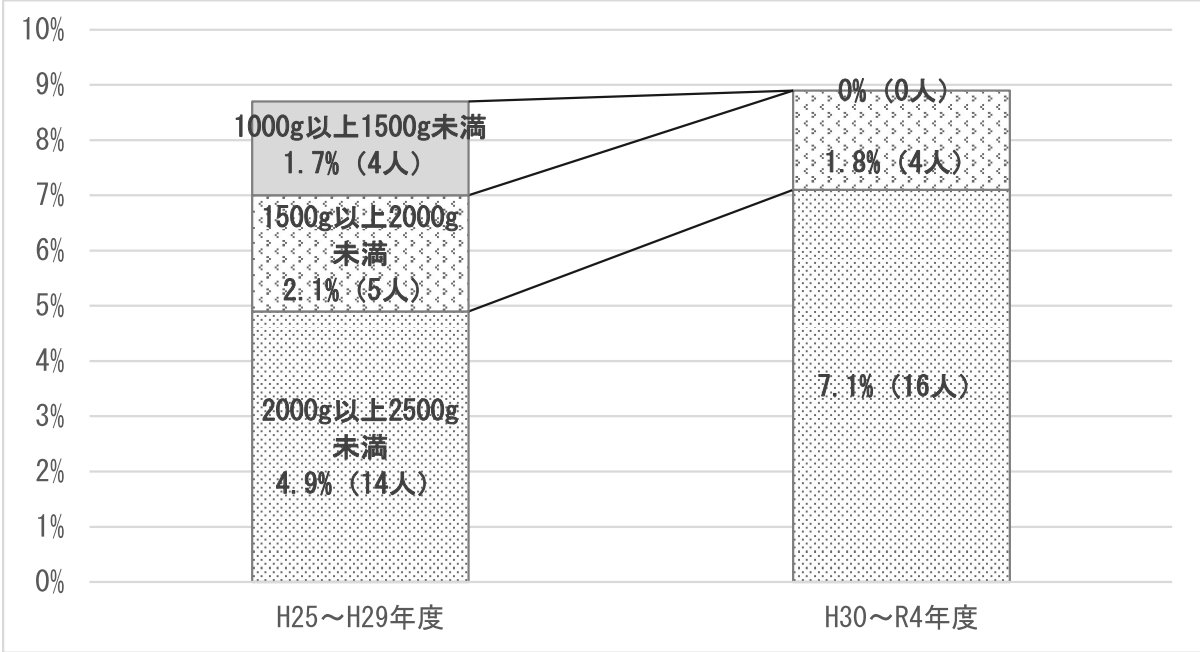
ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 全出生数中の低体重児の割合の減少

清水町における平成30年度～令和4年度の低出生体重児(2500g未満)の割合は8.9%で、平成25年度～平成29年度から横ばいでした。令和3年の全国の低出生体重児の割合は9.4%で同程度でした。低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで俟約遺伝子により作られた体(体質)と、生まれてからの環境(過剰な栄養摂取など)が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。そのため、妊娠期から適切な生活習慣により自分の体に合わせた体重増加を図ることは、低出生体重児の予防につながります。

低出生体重児の予防のために、ハイリスクとなる妊娠の実態をとらえ、妊婦への支援を行うとともに、出生後は生まれた子どもの将来の生活習慣病予防についての支援が必要です。

図1 低出生体重児の割合



(資料) 母子手帳記載内容

a 出生週数と胎児の発育

低出生体重児のうち、正期産にも関わらず低体重だった児の割合は75.0%でした。母の胎内において何らかの要因で十分に発育できなかったと考えられます。そのため、妊婦の背景を見ていく必要があります。

表 1 出生週数と児の出生体重（平成 30 年度～令和 4 年度に生まれた児）

	早産				正期産	
	31 週未満		32～36 週		37 週以降	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
2500g 未満	0 人	0%	5 人	25.0%	15 人	75.0%
2500g 以上	0 人	0%	8 人	3.9%	198 人	96.1%
合計	0 人	0%	13 人	5.8%	213 人	94.2%

（資料）母子手帳記載内容

b 母の妊娠前の体格と出生児の体重

体格がやせ（BMI18.5 未満）の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと言われています。清水町では、やせの割合は全国より低く、肥満（BMI25 以上）の割合が高い状態です。特に肥満妊婦において低出生体重児の割合が高くなっています。肥満妊婦は、妊娠高血圧症候群などのリスクが高く、発症すると胎児の発育に影響します。そのため、妊娠中の体重コントロールを適正に行うための支援が必要です。また、妊娠にかかわらず 20～30 歳代の女性において肥満の割合が高いと予測されるため、より若年の頃から適正体重を維持できるような支援が必要です。

表 2 妊娠前の体格（BMI）と児の出生体重（平成 30 年度～令和 4 年度に生まれた児と母）

	やせ BMI18.5 未満		適正体重 BMI18.5～25 未満		肥満 BMI25 以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
2500g 未満	3 人	15.8%	8 人	42.1%	8 人	42.1%
2500g 以上	27 人	13.3%	140 人	69.0%	36 人	17.7%
合計	30 人	13.5%	148 人	66.7%	44 人	19.8%
全国 (20～30 歳代女性)		18.1%		69.3%		12.6%

（資料）妊娠届出記載内容、令和元年国民健康・栄養調査

c 母の妊娠中の体重増加量

胎児が十分に発育できるよう、母の妊娠前の体格（BMI）によって、妊娠中の望ましい体重増加量が定められています。母の妊娠中の体重増加量の状況を見ると、目標体重より少なかった人は 44.0%でした。特に低出生体重児の母では、目標より少なかった人の割合が高い状態でした。また、目標体重より多かった人は 18.7%で、妊娠高血圧症候群のリスクが上がるため、注意が必要です。体重コントロールがうまくいかない要因として、妊婦との面接状況から食事が 1 日 1～2 食と不規則であったり、糖が多く含まれる間食や飲み物の摂取が多いことが考えられます。妊娠中の適切な体重増加への支援が必要です（表 3）。

表3 妊娠中の体重増加量と妊娠前の体格（平成30年度～令和4年度に生まれた児と母）

	目標より少ない		適当		目標より多い	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
2500g未満	12人	60.0%	6人	30.0%	2人	10.0%
2500g以上	87人	42.5%	78人	38.0%	40人	19.5%
合計	99人	44.0%	84人	37.3%	42人	18.7%

（資料）母子手帳記載内容

d 妊婦健康診査の結果

妊娠高血圧症候群は、胎盤から胎児への血流が悪くなり、胎児の発育が障害される危険が高くなるため、低出生体重児の予防においても重要です。妊娠高血圧症候群の疑いのある妊婦は12.2%（表4）、妊娠糖尿病や血糖異常の妊婦は25.8%みられました（表5）。特に低出生体重児の母では、妊娠高血圧症候群およびその疑いのある人の割合が高くなっています。妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した母は、将来の生活習慣病の発症リスクが高いと言われており、このような母にとって妊娠で増加した体重が出産後も戻らず肥満となることは、40歳代以降に生活習慣病を発症する危険がさらに高くなります。リスクの高い母に対して、産後に体重を戻すなどの生活習慣改善への働きかけと、出産後も健康診査を受け、体の状態を確認することは、生活習慣病の発症予防のために重要です。

表4 妊娠高血圧症候群の状況と児の出生体重（平成30年度～令和4年度に生まれた児と母）

	妊婦数	疑いあり（血圧140/90以上）		妊娠高血圧症候群	
		人数	割合	人数	割合
2500g未満	20人	4人	20.0%	3人	15.0%
2500g以上	209人	24人	11.5%	7人	3.3%
合計	229人	28人	12.2%	10人	4.4%

表5 妊娠糖尿病の状況と児の出生体重（平成30年度～令和4年度に生まれた児と母）

	妊婦数	疑いあり （尿糖(+)以上、血糖異常）		妊娠糖尿病	
		人数	割合	人数	割合
2500g未満	20人	7人	35.0%	1人	5.0%
2500g以上	209人	52人	24.9%	8人	3.8%
合計	229人	59人	25.8%	9人	3.9%

（資料）母子手帳記載内容

e 生活習慣（飲酒・喫煙）の状況

妊娠中の喫煙、飲酒は胎児の発育不全につながります。妊婦の喫煙、飲酒は全国や北海道と比較してそれほど高くありませんが、生活習慣改善のために胎児への影響について妊婦に伝え

ていく必要があります。また、受動喫煙も胎児の発育不全や低出生体重児、早産のリスクを上昇させるため、家族を含めた禁煙への支援が必要です。

表 6 妊娠中の飲酒・喫煙の状況

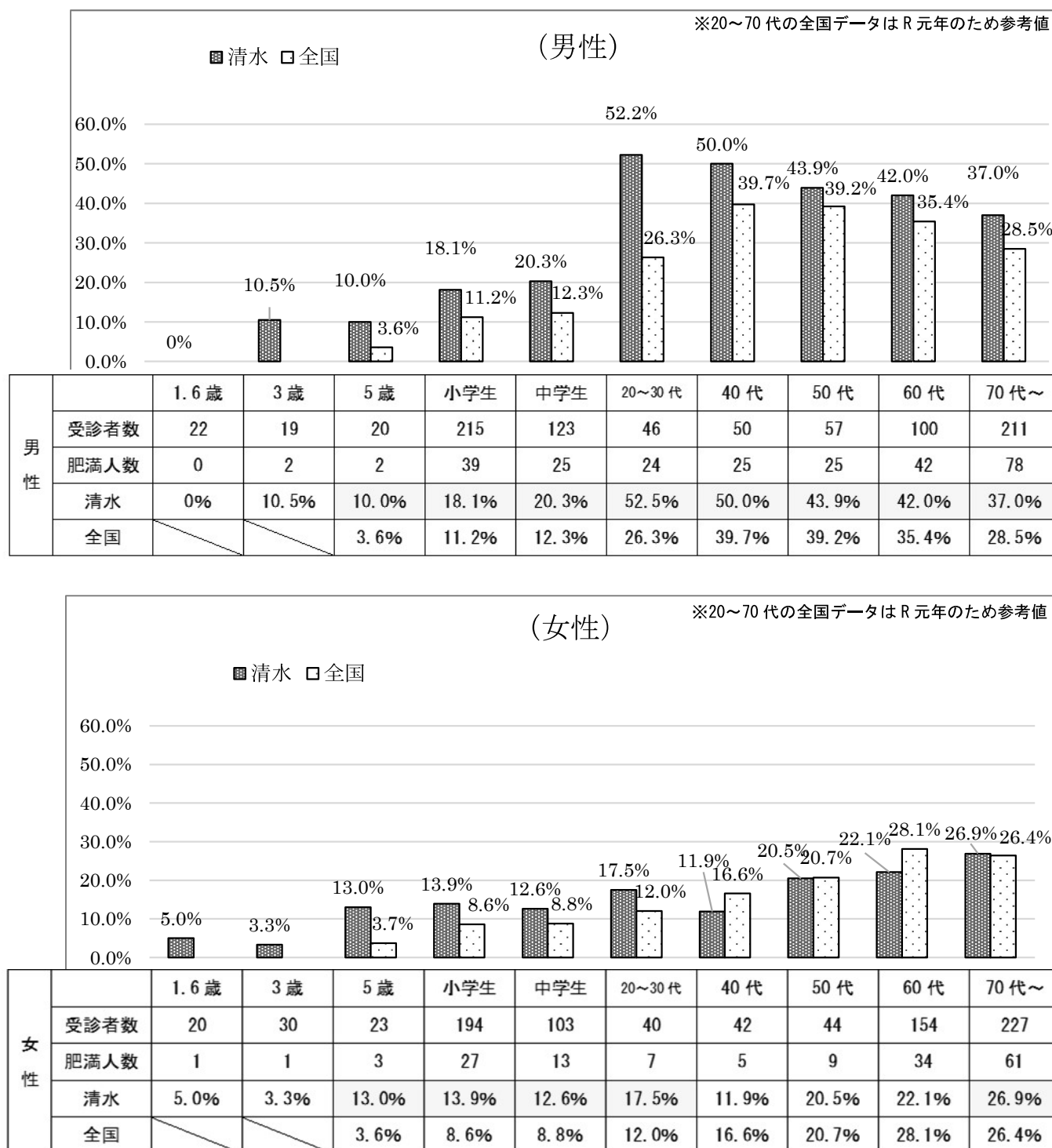
	清水町	北海道	全国
妊婦の飲酒	0%	1.2%	0.9%
妊婦の喫煙	2.3%	2.8%	1.9%
育児期の父の喫煙	30.2%	39.6%	30.6%

(資料) 令和3年度乳幼児健康診査問診票回答状況

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

清水町のライフステージにおける肥満出現率を見ると、1歳から3歳は国のデータがないため比較できませんが、5歳以降については男女ともにほぼ全ての年代において肥満者の割合が全国よりも高い状況です。

図2 ライフステージにおける肥満出現率（令和4年度データ）



（資料）清水町データ：1歳6か月/3歳児健診、保育所・幼稚園年長児身体測定、小・中学校身体測定、早目・特定・後期高齢者健診
 全国データ：令和4年度学校保健統計調査、令和元年国民健康栄養調査

a 乳幼児期の肥満

子どもの肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、特に年長児の肥満ほど大人の肥満に移行しやすく、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、出生体重が4000g以上の巨大児や2500g未満の低出生体重児の場合は将来、肥満や生活習慣病になりやすいため注意が必要です。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し15%以上、学童では同じく20%以上の体重の場合をいいます。

清水町では出生後、新生児訪問、乳幼児健診、相談等などの保健事業を通じ、子どもの発育に関する相談を行い、乳幼児期における適正体重の維持、肥満の子の割合の減少、月齢に応じた適切な生活習慣の確立を目指しています。

本来幼児期の体脂肪率は少なく、5～7歳に見られるアディポシティ・リバウンド（注1）が早期に起こるほど成人期の肥満や成人期の2型糖尿病や心血管性病変のリスクになると言われています。しかし、令和4年度に行った1歳6か月児健診で2.4%、3歳児健診では6.1%の子に小児肥満の状態がみられました。

（注1）アディポシティ・リバウンド

乳児期をすぎ、下降傾向にあるBMIや体脂肪率が再び上昇に転じること。通常7歳頃に現れるが早期（特に3歳未満など）に起こると成人肥満、内臓脂肪症候群に移行することが多いとされている。

表7 令和4年度 1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児身体測定結果

	総数	肥満 15%以上		適正体重 -14.9～14.9%		やせ -15%以下	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月健診	42人	1人	2.4%	41人	97.6%	0人	0%
3歳児健診	49人	3人	6.1%	46人	93.9%	0人	0%
5歳児	43人	5人	11.6%	37人	86.0%	1人	2.3%



表8 令和4年度の1歳6か月児・3歳児健診、5歳児身体測定で肥満度15%以上の児の体格の経過

R 4 年度 健診（測定）	肥満 人数	出生時		子どもの体格						性別
		在胎 週数	出生体重	4 か月	7 か月	10 か月	1. 6 歳	3 歳	5 歳	
				カウプ指数（19 以上肥満）			肥満度（15%以上肥満）			
1. 6 歳児健診	1 人	40 週	3, 504 g	18. 3	20. 4	17. 6	15. 2			女
3 歳児 健診	3 人	37 週	2, 782 g	16. 9	17. 0	17. 1	6. 8	15. 1		女
		39 週	2, 496 g	17. 3	—	17. 0	12. 6	16. 2		男
		39 週	4, 322 g	22. 0	19. 0	18. 6	21. 9	18. 8		男
5 歳児 身体計測	5 人	39 週	3148 g	16. 6	16. 6	16. 2	−0. 6	4. 7	20. 1	男
		40 週	3424 g	17. 5	17. 5	17. 1	9. 6	16. 6	23. 8	女
		37 週	2986 g	19. 8	20. 3	19. 2	12. 4	16. 3	16. 1	女
		39 週	3096 g	17. 5	17. 1	16. 6	−5. 0	−0. 4	16. 5	女
		37 週	2616 g	—	—	—	—	—	75. 2	男

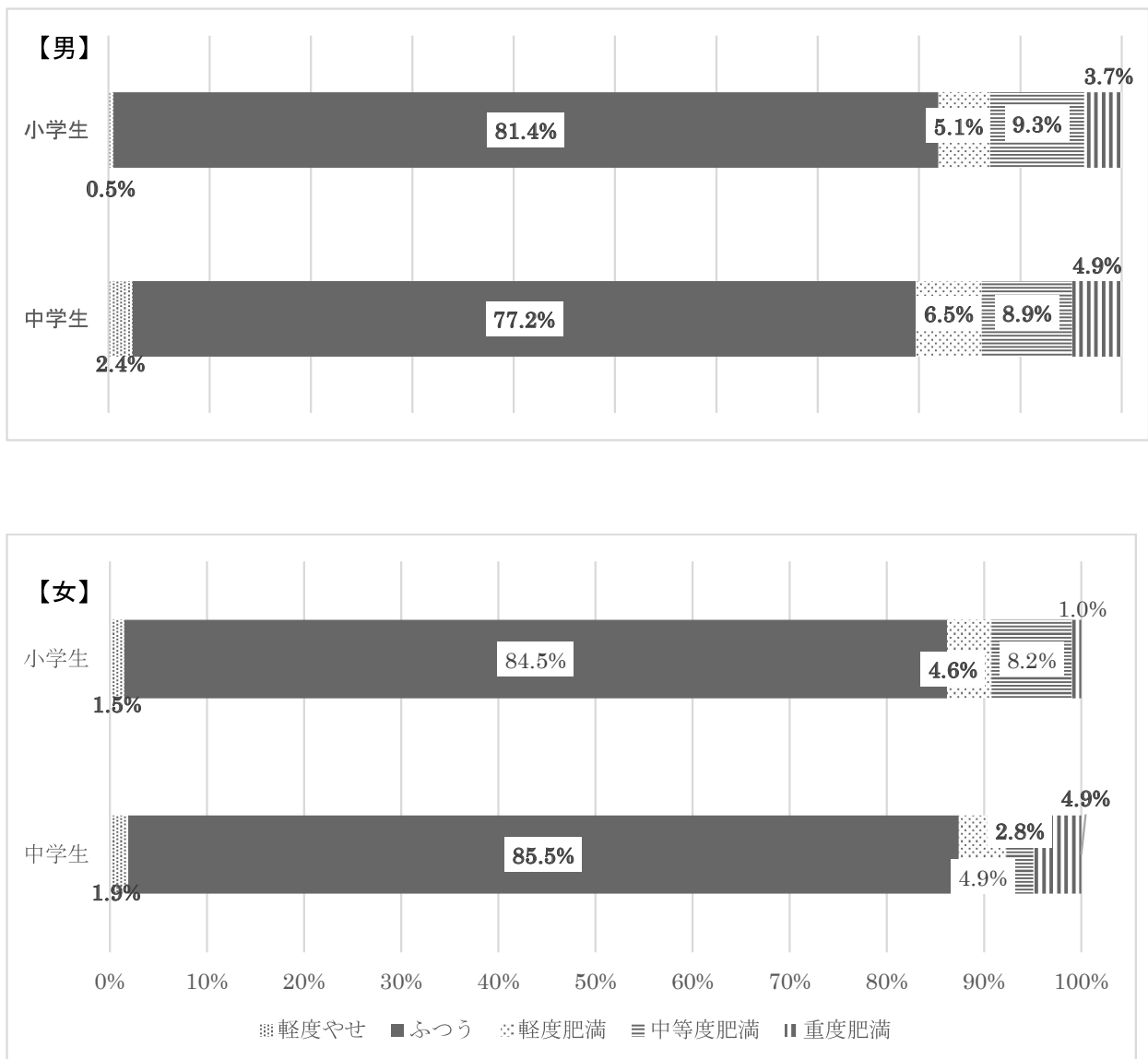
b 学童の実態

清水町内の小学1年生から中学3年生までの身体計測結果では、小学生男子の18.1%、女子の13.9%、中学生男子では20.3%、女子では12.6%が肥満の状態にあり、小・中学生の男女ともに全国よりも高い割合です（図2）。

さらに、肥満の中でも肥満度30%以上50%未満の中等度肥満及び、肥満度50%以上の重度肥満の者もいます。

また、次世代の身体づくりとして重要なやせの実態は、小学生男子で0.5%（全国1.3%）、女子で1.5%（全国1.5%）、中学生男子で2.4%（全国2.9%）、女子で1.9%（全国3.4%）となっており、全国より低い割合です。

図3 令和4年度 清水町内小中学生の体格割合



イ 健康的な生活習慣（栄養・食生活・運動）を有する子どもの割合の増加

（ア）小児の食生活実態

令和4年度の3歳児健診の食事の問診票の結果では、夕食後にアイスやジュースなどを飲食している子どもが32%で、子どもと一緒に親も食べているケースが多い傾向でした。3食をバランスよく準備している家庭が10%であり、食事のバランスについても具体的な指導を継続して行う必要があります。

表9 令和4年度 3歳児健診受診者の食事調査結果

夕食後の飲食		なし 34 人（68％）		あり 16 人（32％）	
3 食で主食・主菜・副菜がそろう		そろう 5 人（10％）		そろわない 45 人（90％）	
おやつ	回数	0 回 6 人 （12％）	1 回 25 人 （50％）	2 回 17 人 （34％）	3 回 2 人 （ 4 ％）
	時間※	決めている 35 人（80％）		決めていない 9 人（20％）	
※おやつの回数 0 回の 6 人を除く					

小児期の肥満は成人期の肥満に移行すると言われます。小児肥満は、食事、運動、生活リズムなどの生活習慣、妊娠中の状態（子宮内低栄養）、肥満関連遺伝子、その他複数の要因が重なっておこります。

子どもの生活習慣は関わる大人の影響が大きいことから、妊娠中や、出生直後の早い時期から規則的で健康的な生活習慣の重要性を理解し、家族ぐるみ、地域全体でよりよい生活習慣の確立をめざすことが、小児の健康な成長を促し、肥満を防ぐことにつながります。

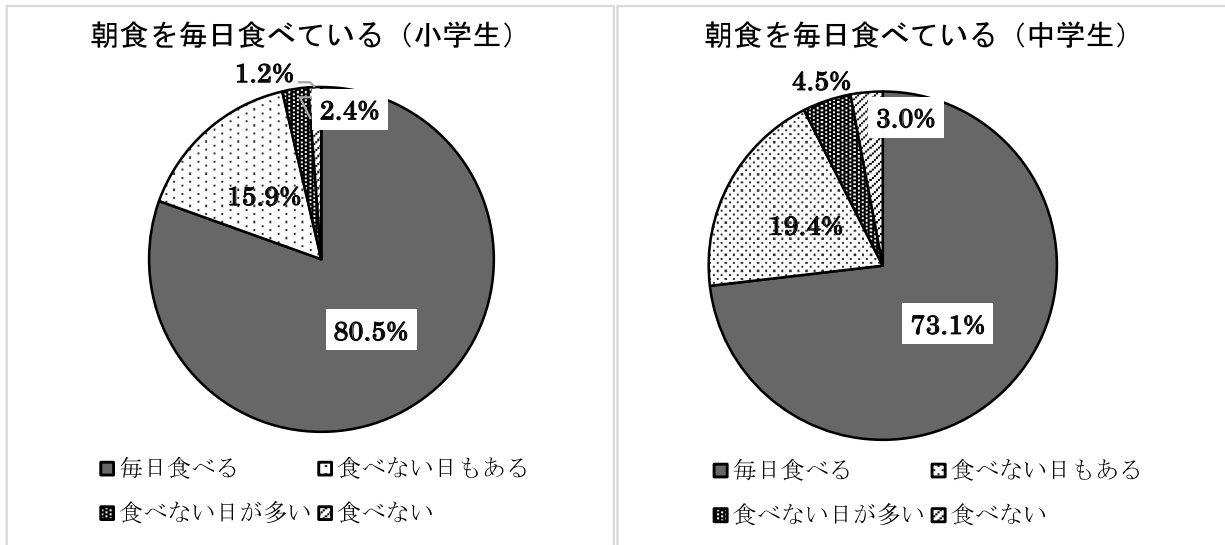
（イ）学童の実態

学齢期には学校保健安全法に基づいた健診を行っていますが、生活習慣病に関連した項目が少ないため、子どもが健康的な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が現在のところありません。今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など子どもの健康実態について共通認識を形成し対策を検討していくことが重要だと考えます。

a 朝・昼・夜の3食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査の町内小中学校の結果は、朝食を毎日食べている小学生の割合は80.5%（全国81.7%）、中学生は73.1%（全国76.7%）と全国より低い割合でした（図4）。食習慣にとって重要な生活リズムの実態把握も含め食育と連動した対策が望まれます。

図4 令和4年度 清水町小中学生の食の実態



(資料) 令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果

b 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少

令和4年度の全国体力・運動能力、運動習慣等調査にて、1週間の総運動時間が60分未満の児童の割合は、全国では12.4%でした。十勝においては13.9%で、全道の13.5%とほぼ同じ割合でした。

c 20歳未満の者の飲酒をなくす

アルコール摂取は、身体の健全な成長を妨げます。また、20歳未満の者は臓器の機能が未完成であるために、アルコールの分解能力が20歳以上の者に比べて低く、飲酒によりアルコールの悪影響を強く受けることになります。

令和3年度の厚生労働科学研究費による調査班の研究では、調査前30日間に1回でも飲酒をした者の割合は、中学3年生男子3.8%、女子2.7%、高校3年生男子10.7%、女子8.1%と、前回の調査より改善傾向が認められています。

「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の飲酒の悪影響を踏まえ、20歳未満の者の飲酒を防止することが必要です。

d 20歳未満の者の喫煙をなくす

20歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことがわかっています。また、家庭や学校等での受動喫煙防止対策も重要です。

令和3年度厚生労働科学研究費による調査班の研究で、喫煙している者の割合は、中学1年生男子0.5%、女子0.5%、高校3年生男子3.1%、女子1.3%と、前回の調査より改善傾向が認められています。

(2) 対策

ア 適正体重で生まれる児の増加に向けた取り組みの推進

- ・母子手帳交付時に、妊娠中の適切な体重増加量について個別に情報提供を実施します。

- 妊娠中期の個別相談やママパパ学級において、妊娠中に特に摂取してほしい栄養素や食事内容についてより具体的な情報提供や学習を実施します。
- 妊娠中期の個別相談やママパパ学級において、妊婦健診の結果の見方を伝え、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病の予防について情報提供や学習を実施します。
- 妊娠中の飲酒や喫煙の防止に向け、飲酒や喫煙による母子への影響について情報提供を実施します。

イ 適正体重を維持する子どもの増加に向けた取り組みの推進

- 乳幼児成長曲線を利用し、親と一緒に適正体重の維持について確認します。
- 乳幼児の各種健診や相談にて適正体重の維持のために、家族の生活習慣も含めて、栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習を推進します。
- 町内のこども園にて幼児を対象に栄養指導を実施します。
- 小中学校の養護教諭や学校関係者と肥満・やせ傾向児の動向や健康実態について課題を共有していきます。

2 高齢者の健康

(1) 現状と課題

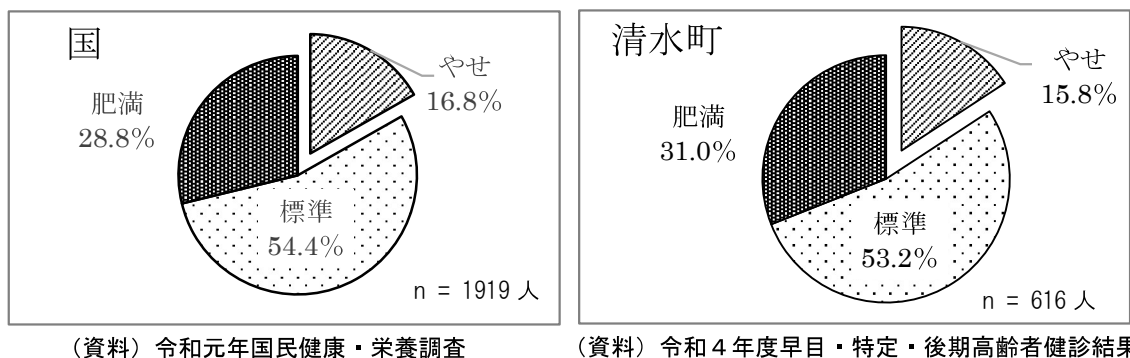
ア 低栄養傾向の高齢者の減少

「低栄養傾向の高齢者」の割合を評価する指標として、ここでは、65 歳以上でBMI が 20 以下の者の割合を見ていきます。

町の 65 歳以上の者の体格別割合は、調査年度が異なるため単純な比較はできませんが、国よりも「やせ」の割合が下回っていました。高齢者の低栄養は、骨密度や筋肉量、免疫力の低下を引き起こすだけでなく、認知症のリスクも高めると言われているため、低栄養傾向の高齢者への適切な支援を行うことが重要です。

なお、肥満者については国より多い実態があります。肥満に関連して起こる健康問題と対策については、第3章 第1節 生活習慣病の予防と重症化予防（P17～）に既述のとおりであり、若年者から高齢者まで一体的に生活習慣病対策を実施していくことが重要です。

図5 65 歳以上の者の体格別割合

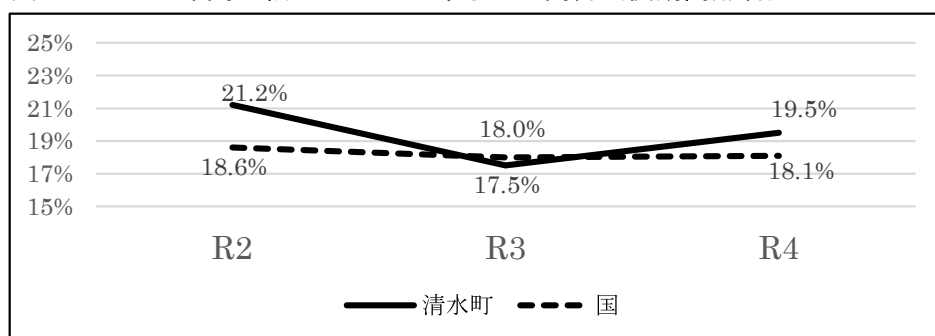


イ ロコモティブシンドロームの減少

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した状態と定義されています。ここでは、後期高齢者の「この1年間に転んだ人の割合」を指標とし、ロコモティブシンドロームの減少を評価していきます。

清水町の過去3年間の状況を見ると、この1年間に20%前後の人がこの1年間に転んだことがあるという状況で、国よりも若干高い割合でした。

図6 この1年間に転んだことのある人の割合（後期高齢者）



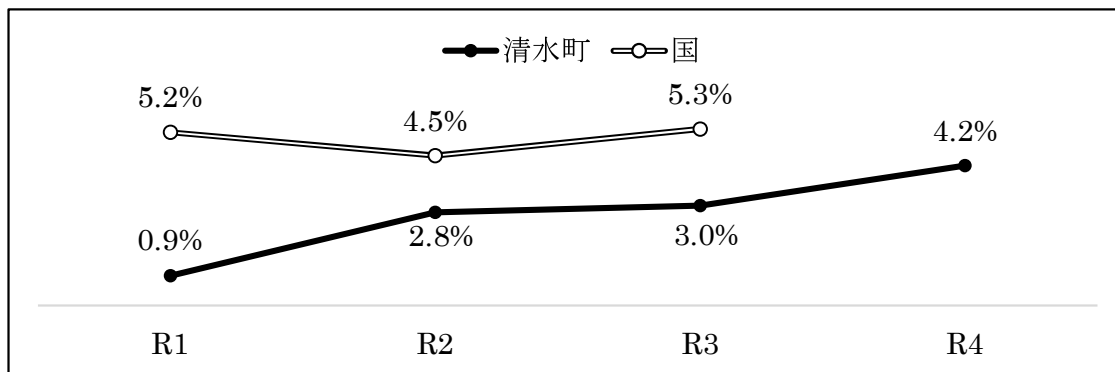
(資料) KDBシステム後期高齢者健診問診票集計

ウ 骨粗しょう症検診受診率の向上

令和元年度から令和4年度までの骨粗しょう症検診受診率は国を下回っており、受診率の推移は、国は横ばい傾向、清水町では増加傾向でした。

骨粗しょう症は、要介護認定者に多く見られる原因疾患の一つです。特に女性は閉経後から、骨密度の低下が起こりやすいため、介護予防の観点からも、若年期から骨量を維持・向上するような食事や運動の取り組みを行い、定期的に検診を受けて骨密度を確認することが必要です。

図7 40歳以上の女性における骨粗しょう症検診受診率推移（令和元年度～令和4年度）



（資料）清水町：骨粗しょう症検診実施率結果 国：骨粗鬆症財団HP
40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の者の受診率を計上

（2）対策

ア 低栄養およびロコモティブシンドローム予防に関する取り組みの推進

- ・やせの身体への影響や対策の必要性について、健診結果説明会や家庭訪問等を通して情報提供を行うとともに、個々の身体の状態や嗜好に合わせた生活習慣や食習慣に関する指導を実施します。
- ・「ロコモティブシンドローム」についての情報の普及や知識の定着を図るため、各種健康教育や個別指導において情報提供を実施します。
- ・65歳以上の町民のさわやかプラザの利用料の無料化を継続します。
- ・いきいき教室（介護予防事業）の開催により、高齢者の運動の機会を確保しロコモティブシンドロームを予防します。

イ 骨粗しょう症予防に関する取り組みの推進

- ・骨粗しょう症検診の受診について啓発を図ります。
- ・ママパパ学級や乳幼児健診、こども園での集団教育や成人に向けた各種健診の結果説明会等を通して、幼少期から成人期にかけての期間における骨量および骨密度増加のための適切な生活習慣や食習慣を促します。
- ・各種健康教育や健診結果説明会を通して、高齢期の骨量および骨密度維持のための情報を普及します。

第4節 生きることの包括的な支援（自殺対策計画）

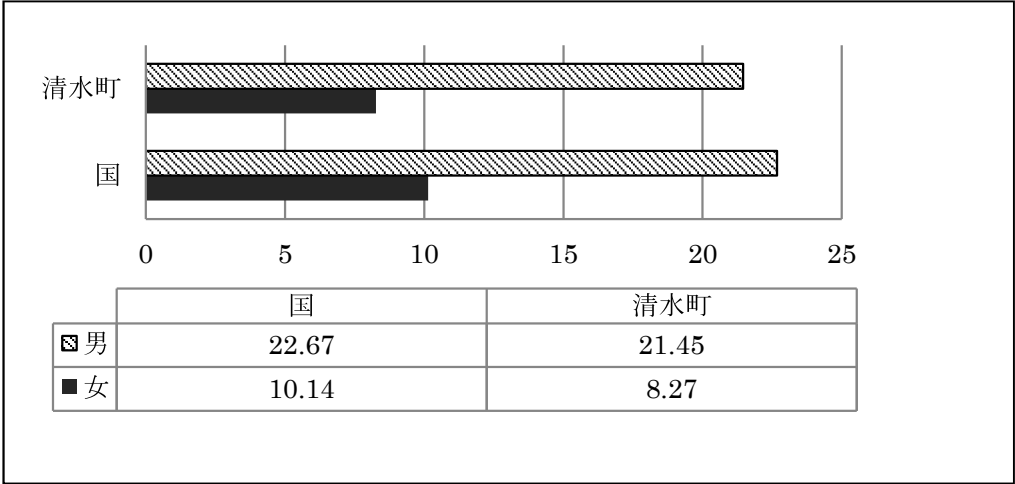
1 こころの健康

(1) 現状と目標

ア 自殺者の減少

清水町の自殺死亡率（人口10万対）は、全国と比較すると少ないです。

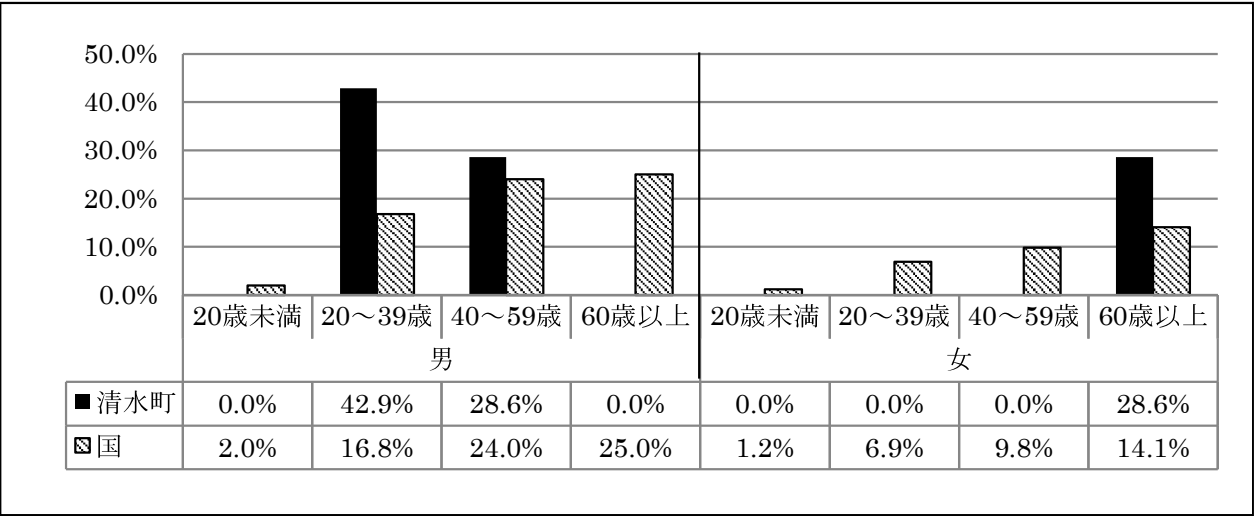
表1 自殺死亡率（人口10万対）（平成29年～令和3年）



（資料）自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル（2022）」

全国では、自殺者の割合は男女ともに年齢が上がるにつれて高くなっていますが、本町では20歳代から50歳代の働き盛りの若い男性の割合が高いことが特徴と言えます。

表2 自殺者の性・年齢割合（平成29年～令和3年）



（資料）自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル（2022）」

本町の自殺者数は、平成 29 年から令和 3 年までの 5 年間で 6 人、年間平均人数は 1.2 人です。6 人中 4 人が男性で有職者という状況でした。

表 3 地域の主な自殺の特徴（平成 29 年～令和 3 年）

上位 5 区分	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (人口 10 万対)
男性 40～59 歳有職独居	2	28.6%	230.6
男性 20～39 歳有職独居	1	14.3%	79.2
女性 60 歳以上無職独居	1	14.3%	48.2
男性 20～39 歳有職同居	1	14.3%	42.5
女性 60 歳以上無職同居	1	14.3%	17.5

(資料) 自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル (2022)」

*自殺率の母数(人口)は令和 2 年国勢調査を基に自殺総合対策推進センターにて推計

令和 5 年度に実施した「清水町こころの健康意識調査」(以下「令和 5 年度町調査」という。資料編 1 参照)の結果では、「本気で自殺したいと考えた経験」について、「1 年以内にある」と回答した人が 0.5%、「考えた経験があるが、1 年以内にはない」と回答した人が 10.7%、両方を合わせると 11.2%が「ある」という結果で、平成 30 年度に実施した同調査結果(以下「平成 30 年度町調査」という)より減少していました。「自殺に関する意識調査」(厚生労働省、令和 3 年実施。以下「国調査」という。)よりも少ない結果でしたが、男性より女性に多い状況は国調査と同様でした。

図 1 本気で自殺したいと考えた経験がある人の割合とその時期(男女計)

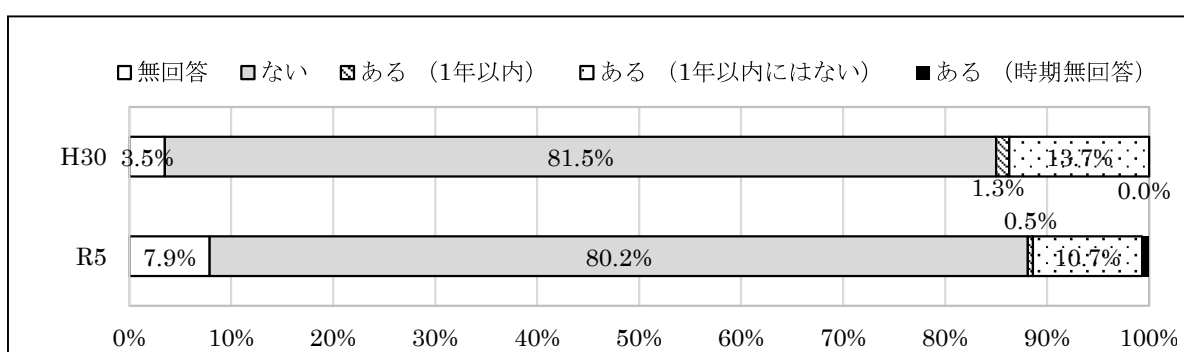


図 2 本気で自殺したいと考えた経験がある人の割合(令和 5 年度 男女別)

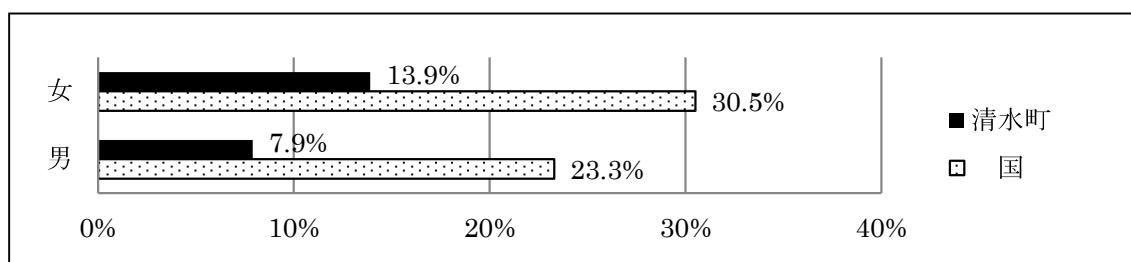
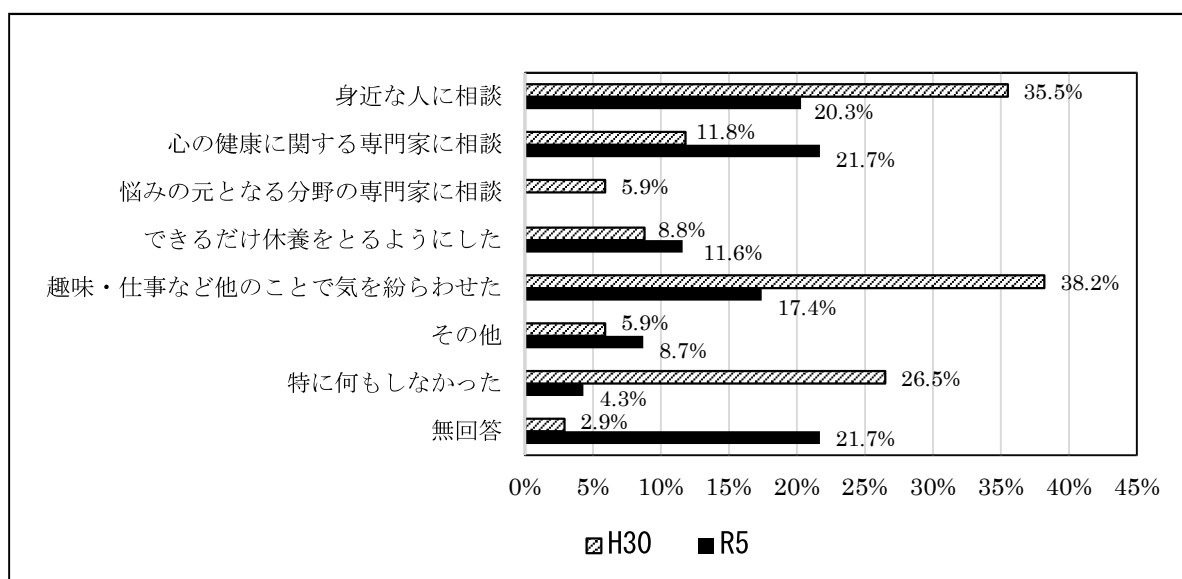


図3 自殺をしたいと考えたことがある人の「自殺の乗り越え方」（重複回答有）



「自殺の乗り越え方」については、平成 30 年度町調査では、「趣味や仕事など他のことで気を紛らわせた」「身近な人に相談した」という回答が多かったですが、令和 5 年度町調査では、「心の健康に関する専門家に相談」という回答が最も多くなり、「特に何もしなかった」という回答者が大幅に減っています。

イ こころの相談場所を知っている人の増加

令和 5 年度町調査では、「こころの健康の相談場所」について、平成 30 年度町調査と比較すると、「知っている」と回答した人の割合が増えています。知っている相談場所については、「北海道いのちの電話」と回答している人が多いですが、複数の相談場所があるにも関わらず、どれも認知度が 30%以下という低い割合であり、周知が十分とは言えない状態です。悩みを抱えている人が適切な支援を迅速に受けられるよう、相談窓口情報をわかりやすく発信していく必要があります。（図 4、5）

図4 こころの健康の相談場所について

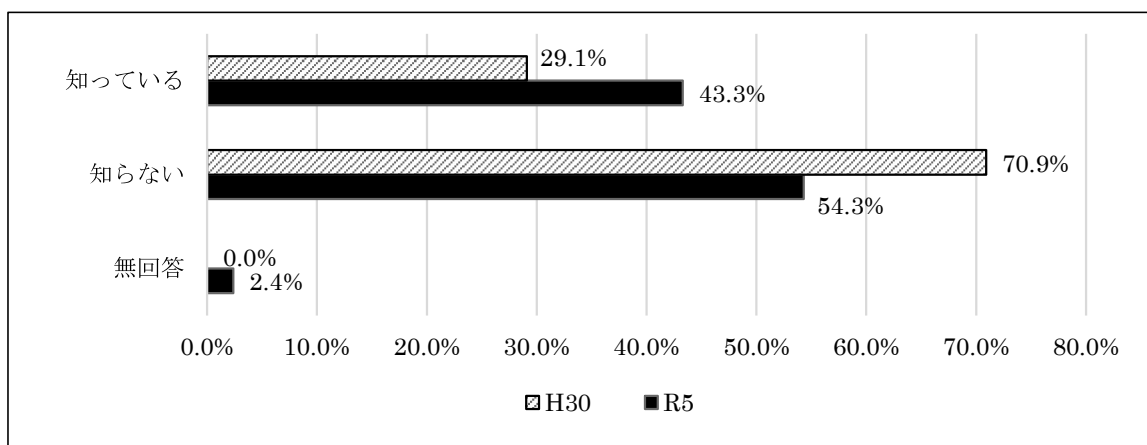
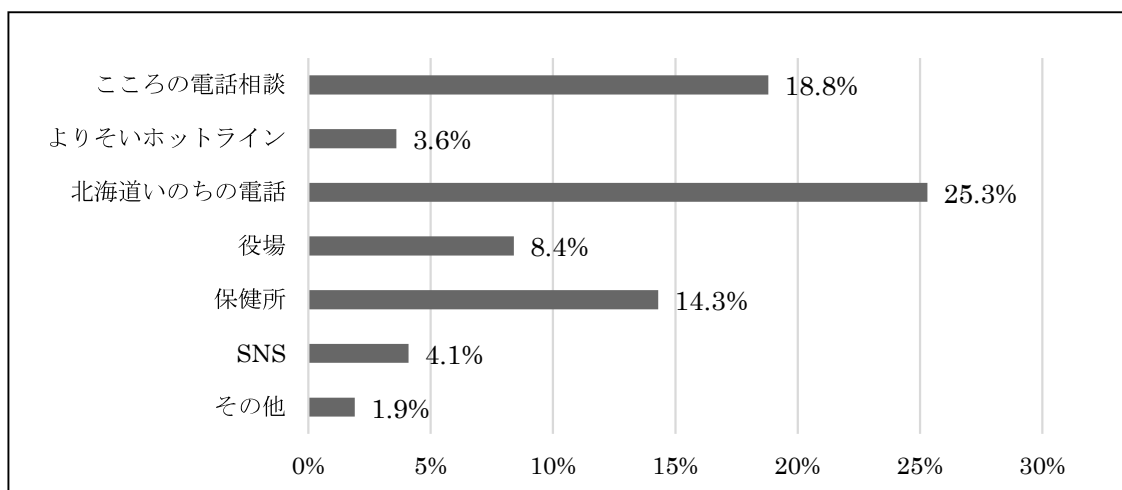


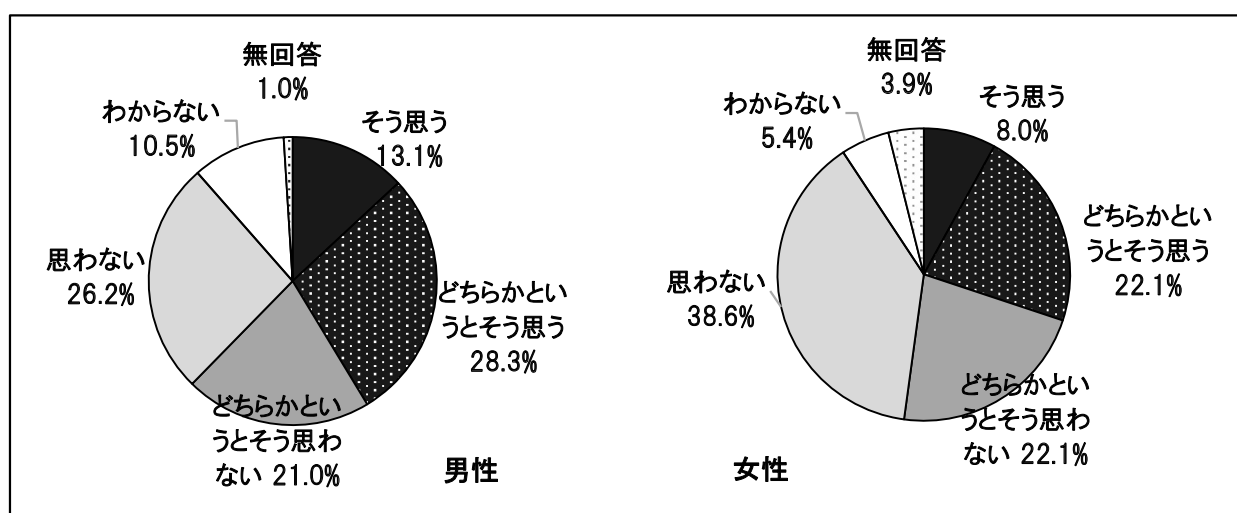
図5 知っている相談場所（重複回答有）



ウ 誰かに相談したり、助けを求めるときにためらう人の減少

令和5年度町調査では、「悩みを抱えたりストレスを感じた時に相談や助けを求めることにためらいを感じるか」という質問については、「そう思う」「どちらかというと思う」と回答している人が、男性では41.4%、女性では30.1%で男性に多い状況でした。自殺者は男性が多い実態からみても、男性も気軽に相談できるような環境づくりや、悩み相談をすることが恥ずかしいことではないという啓発が必要といえます。

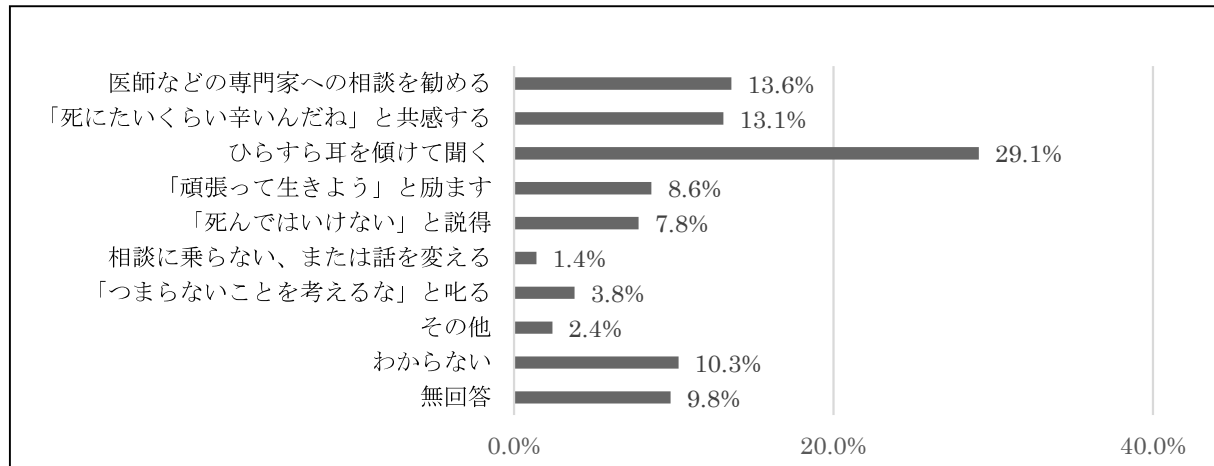
図6 悩みの相談や助けを求めることについてのためらい



「身近な人から死にたいと打ち明けられた時の対応」については、「ひたすら耳を傾けて聞く」が一番多い回答でした。しかし、「頑張って生きようと励ます」「死んではいけないと説得する」などの回答も一定数あり、自殺のリスクの高い人への対応として大切な「聞く」「共感する」「つなぐ」という意識の浸透が十分に図られていない結果になりました。町民一人ひと

りが、悩みを抱えた人のSOSのサインに気づき、適切に対処できるよう、研修会等の開催により正しい知識や情報の普及をしていくことが必要です。

図7 身近な人から死にたいと打ち明けられた時の対応



(2) 対策

誰も自殺に追い込まれることのない町を目指します。その実現にむけ、「周囲の人達が気づき、相談しやすい環境づくり」について全庁的に取り組んでいくとともに、「生きることへの支援」を充実させていきます。

ア 町民一人ひとりの気づきと見守りの促進

具体的な取組	担当課
地域や職場、学校等の様々な場面で、いのちや暮らしの危機に陥った場合に、誰かに援助を求めることが、社会の共通認識になるよう、健康講演会や広報等により啓発活動を行います。また、自らの心の不調だけでなく周りの人の心の不調に気づき、声をかけ、話を聞き、見守っていくという役割について町民の理解と関心を高めます。	保健福祉課

イ 自殺対策を支える人々の連携と相談窓口の周知

具体的な取組	担当課
自殺対策を町全体の課題ととらえ、業務の中で生活の悩み・困窮等の把握をした際は、その問題解決に向けて、庁内関係課と課題を共有し、連携して支援をしていきます。また、行政のみならず、医療機関、福祉施設、町内会等の地域組織など各分野との連携を図ります。	全課
困ったときに自ら相談ができるよう、広報やホームページなど様々な情報媒体を活用して相談窓口の情報発信を行います。	保健福祉課 企画課

ウ こころと身体健康づくりの推進

具体的な取組	担当課
乳幼児から高齢者まで、健診、保健指導及び相談等の様々な事業により心身の健康づくりを支援するとともに、帯広保健所との連携を行い相談体制の充実を図ります。	保健福祉課 子育て支援課

エ 子ども・若者の自殺対策の推進

具体的な取組	担当課
いじめや不登校等、悩みを抱えた児童・生徒の学内外における相談・支援体制の充実を図ります。また、学校以外の居場所づくりとして、公共施設を提供します。	学校教育課 社会教育課
発達に課題を抱えている子どもに対して、相談及び療育支援を行い心理面でのフォローや二次障害を予防します。	子育て支援課 学校教育課
要保護児童地域対策協議会を運営し、子どもの養育上の問題の深刻化を防ぐことで、自殺リスクの軽減を図ります。	子育て支援課

オ 労働問題に関わる自殺対策の推進

具体的な取組	担当課
労働者の健康問題や労働環境、後継者問題、経営的な問題など、労働に関わる課題に対し、関係機関と情報共有を図り、適切な相談につなぎます。	総務課 農林課 農業委員会 商工観光課
農協や商工会との連携を行い、健診の実施や保健指導、心身の健康相談を実施します。	保健福祉課

カ 高齢者の自殺対策の推進

具体的な取組	担当課
老人クラブやサロンの他、介護予防教室、地域食堂等、高齢者が気軽に参加できる居場所づくりを行うとともに、健康づくりや介護予防に関する知識の普及啓発を行います。	保健福祉課
高齢者の日常生活における相談支援、介護の相談の他、認知症に関する講座や家族支援を行います。	保健福祉課
社会福祉協議会との連携により、高齢者虐待・成年後見などの相談や支援を実施します。	保健福祉課

キ 生活困窮者の自殺対策の推進

具体的な取組	担当課
税金や保険料、水道料、公営住宅使用料等の納付にあたり、経済的な困窮や自殺リスクにつながる問題を抱えている人がいる場合には、関係機関との連携により必要な支援につなぎます。	税務課 水道課 建設課 町民生活課 出納課 御影支所 保健福祉課
経済的困窮、心身の障がい、DV等、さまざまな生活困窮に関する相談を行い、十勝総合振興局等の福祉関係機関との連携により支援を実施します。	保健福祉課

ク 女性及び育児世代の自殺対策の促進

具体的な取組	担当課
全ての妊婦・子育て家庭が安心して出産・子育てができるよう、妊娠期から伴走型支援を実施し、出産前から育児期全般にわたり、様々なニーズに即した切れ目のない支援を提供します。	保健福祉課 子育て支援課
安全な遊び場の提供、人とのつながりの場として親子で集えるひろばを開設する他、子どもの一時預かり、子育ての補助等を行う子育てサポート事業により、親のリフレッシュや、育児疲れの防止を図ります。	子育て支援課

第5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・評価を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。

表1 清水町の目標設定

分野	指標（項目）	町の現状値		町の目標値		データソース	国の目標値
		時点	数値等	時点	数値等		
全体	1 健康寿命の延伸（平均自立期間：KDB）	R4年度	男性：80.8歳 女性：87.2歳	R17年度	延伸	①	平均寿命の増加分を上回る増加
がん	2 悪性新生物の標準化死亡比（SMR）100以下	H22～R1年	90.3		100以下	②	年齢調整罹患率、年齢調整死亡率の減少（R10年度）
	3 がん検診受診率の向上						
	・胃がん	R4年度	8.2%	R17年度	12.2%	③	60%（R10年度）
	・肺がん		8.1%		12.1%		
	・大腸がん		10.0%		14.0%		
	・子宮頸がん		4.8%		8.8%		
	・乳がん		6.9%		10.9%		
循環器疾患	4 脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）100以下						
	・脳血管疾患	H22～R1年	121.4		100以下	②	年齢調整死亡率の減少（R10年度）
	・虚血性心疾患		88.2		100以下		年齢調整死亡率の減少（R10年度）
	5 高血圧の改善（160/100mmHg以上の者の割合の減少）	R4年度	9.2%	R17年度	高齢者の増加に伴い現状維持	④	収縮期血圧の平均値（40歳以上、内服中含む）5mmHgの低下（R14年度）
	6 脂質異常症の減少（LDLコレステロール160mg/dℓ以上の者の割合の減少）	R4年度	男性：7.8% 女性：9.0%	R17年度	男性：5.8% 女性：7.0%	④	LDLコレステロール160mg/dℓ以上の者の割合（40歳以上、内服中含む）25%の減少（R14年度）
	7 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該当者	R4年度	133人（18.5%）	R17年度	18.0%	⑤	平成20年度と比べて25%減少（R11年度）
	・メタボリックシンドローム予備群	R4年度	90人（12.5%）	R17年度	12.0%	⑤	平成20年度と比べて25%減少（R11年度）
	8 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	R4年度	39.9%	R17年度	60%	⑥	70%（市町村国保は60%）
	・特定保健指導の実施率	R4年度	48.7%	R17年度	60%	⑥	45%（市町村国保は60%）
糖尿病	9 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	H30～R4年度	9人	R13～R17年度	現状維持または減少	⑦	12,000人（R14年度）
	10 治療継続者の割合の増加（HbA1c6.5%以上で治療中と回答した者の割合）	R4年度	53.3%	R17年度	75%	④	75%（R14年度）
	11 血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c8.0%以上）	R4年度	1.5%	R17年度	1.0%	④	1.0%（R14年度）
	12 糖尿病有病者の増加の抑制	R4年度	10.3%	R17年度	現状維持または減少	④	1,350万人（R14年度）
COPD	13 COPDの標準化死亡比（SMR）100以下	H22～R1年	102		100以下	②	COPDの死亡率（人口10万人あたり）10.0（R14年度）
栄養食習慣	14 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）						
	・BMIが65歳未満で18.5以上25未満、65歳以上で20を超え25未満の者の増加	R4年度	53.2%	R17年度	60%	④	66%（R14年度）
	15 主食・主菜・副菜のうち、それぞれの食品を理想的な頻度で摂っている者の増加	R4年度	37.7%	R17年度	50%	⑧	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者（R14年度）
	16 野菜摂取量（野菜のおかずを1日当たり5品以上食べる者）の増加	R4年度	23.0%	R17年度	28%	⑧	野菜摂取量の平均値350g（R14年度）
	17 食塩摂取量（漬物や佃煮を1日1回以上食べる者）の減少	R1年度	36.4%	R17年度	33%	⑧	食塩摂取量の平均値7g（R14年度）
運動	18 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の割合	R4年度	51.7%	R17年度	59%	①	1日の歩数平均値 7,100歩（R14年度）
	・通年で定期的に運動している者の割合	R1年度	41.4%	R17年度	50%	⑧	運動習慣者の割合40%（R14年度）
飲酒	19 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以上の者の割合	R1年度	11.6%	R17年度	10%	⑧	10%（R14年度）
喫煙	20 20歳以上の者の喫煙率の減少	R4年度	17.0%	R17年度	12%	⑤	12%（R14年度）
休養	21 睡眠で休養がとれている者の割合の増加	R4年度	79.1%	R17年度	80%	⑤	80%（R14年度）
歯・口腔	22 よくかんで食べることができる者の増加						
	・半年前と比べてかたいものが食べにくくなった者の減少	R4年度	33.3%	R17年度	20%	⑨	50歳以上における咀嚼良好者の割合80%（R14年度）
	23 3歳児でう蝕がない者の割合の増加	R4年度	98.0%	R17年度	増加	⑩	95%（R14年度）～第2次成育医療等基本方針
	24 う蝕のない12歳児の割合の増加	R4年度	76.1%	R17年度	95.0%	⑪	95%（R14年度）～第2次成育医療等基本方針
次世代	25 20歳代女性のやせ者の割合の減少（妊娠届け出時のやせの者の割合）	R4年度	11.1%	R17年度	10.0%	⑫	BMI18.5未満の20～30代女性の割合15%（R14年度）
	26 適正体重の子どもの増加						
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	H30～R4年度	8.9%	R13～R17年度	減少	⑫	設定なし
	・児童・生徒における肥満傾向児の割合の減少	R4年度	男子：18.1% 女子：13.9%	R17年度	減少	⑬	小学5年生男子の肥満傾向児の割合の減少～第2次成育医療等基本方針
	（小学生の中等度・重度肥満児の割合）						
	27 妊娠中の飲酒をなくす	R4年度	0%	R17年度	0%	⑩	設定なし
	28 妊娠中の喫煙をなくす	R4年度	0%	R17年度	0%	⑩	妊婦喫煙率0%（R7年度）～第2次成育医療等基本方針
高齢者	29 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の減少	R4年度	15.8%	R17年度	13.0%	④	13%（R14年度）
	30 ロコモティブシンドロームの減少						
	・この一年間に転んだことがあると答えた人の割合（後期高齢者健診問診票）	R4年度	19.5%	R17年度	18%	①	設定なし
	31 骨粗しょう症検診受診率の向上	R4年度	4.2%	R17年度	6%	③	15%（R14年度）
こころ	32 自殺者を出さない	H29～R3	6人		0人	⑭	自殺死亡率（人口10万人あたり）30%以上減（R8年度13.0以下）
	33 こころの健康の相談場所を知っている人の増加	R5年度	43.3%	R17年度	50%以上	⑮	設定なし
	34 誰かに相談したり、助けを求めるときにためらう人の減少	R5年度	男性：41.4% 女性：30.1%	R17年度	男性：30.0% 女性：20.0%	⑮	設定なし

① KDB

② 北海道健康づくり財団統計データ

③ 地域保健・健康増進報告

④ 町特定、後期高齢者健康診査

⑤ 町特定健康診査

⑥ 町特定健康診査（法定報告）

⑦ 町国保レセプト・身体障がい者手帳交付状況

⑧ 町健康診査時栄養調査

⑨ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施アンケート

⑩ 町乳幼児健診統計

⑪ 十勝圏域学校定期歯科健康診査結果報告書

⑫ 町妊婦届出・母子手帳記載内容

⑬ 町内小・中学校身体測定結果

⑭ 自殺総合対策推進センター地域自殺実態プロフィール

⑮ 清水町こころの健康意識調査

第4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付けています。

一人一人の身体は、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り組みを重視して、健康増進を図ることが基本です。

清水町では、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目指します。

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（町、各医療保険者、小中学校、各企業）の連携が必要であり、関係各課・関係団体とも連携・協働して進めていきます。

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等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。

1 清水町こころの健康意識調査結果

(1) 調査方法

調査地域	清水町内
調査対象者	満20歳以上の町民のうち、令和5年6月及び11月の集団健診(早目健診、国保特定健診、後期高齢者健診、各種がん検診)受診者
調査対象者数	696人
調査方法	無記名自記式の調査票を郵送で配付し、健診当日に回収
調査期間	令和5年6月20日～11月10日

(2) 回収結果

調査票配付数	有効回収数	有効回収率
696枚	580枚	83.3%

(3) 回答者の属性

年代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	合計
男性	3人	13人	17人	20人	40人	98人	191人
女性	7人	25人	38人	47人	114人	158人	389人
合計	10人	38人	55人	67人	154人	256人	580人

(4) 設問及び回答結果

問1 あなたは、悩みを抱えたときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり、助けを求めたりすることにためらいを感じますか。(n=580)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
そう思う	25人	13.1%	31人	8.0%	56人	9.7%
どちらかというそう思う	54人	28.3%	86人	22.1%	140人	24.1%
どちらかというそうは思わない	40人	21.0%	86人	22.1%	126人	21.7%
そうは思わない	50人	26.2%	150人	38.6%	200人	34.5%
わからない	20人	10.5%	21人	5.4%	41人	7.1%
無回答	2人	1.0%	15人	3.9%	17人	2.9%
総計	191人	100.1%	389人	100.1%	580人	100.0%

問2 こころの健康について、相談する場所があるのを知っていますか。(n=580)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
知っている	58 人	30.4%	193 人	49.6%	251 人	43.3%
知らない	129 人	67.5%	186 人	47.8%	315 人	54.3%
無回答	4 人	2.1%	10 人	2.6%	14 人	2.4%
総計	191 人	100.0%	389 人	100.0%	227 人	100.0%

【問2の質問で「知っている」と答えた方に質問します】

問3 相談する場所として知っている場所について、以下のなかで当てはまるもの全てに○をつけてください。(n=580)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
こころの電話相談	20 人	10.5%	89 人	22.9%	109 人	18.8%
よりそいホットライン	3 人	1.6%	18 人	4.6%	21 人	3.6%
北海道いのちの電話	27 人	14.1%	120 人	30.8%	147 人	25.3%
保健所	14 人	7.3%	69 人	17.7%	83 人	14.3%
SNS	4 人	2.1%	20 人	5.1%	24 人	4.1%
役場	0 人	0%	49 人	12.6%	49 人	8.4%
その他	5 人	2.6%	6 人	1.5%	11 人	1.9%

問4 あなたはこれまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがありますか。
以下のなかであなたの考えに最も近いもの1つだけに○をつけてください。
(n=580)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
自殺したいと思ったことがない	170 人	89.0%	295 人	75.8%	465 人	80.2%
自殺したいと思ったことがある	15 人	7.9%	54 人	13.9%	69 人	11.9%
無回答	6 人	3.1%	40 人	10.3%	46 人	7.9%
総計	191 人	100.0%	389 人	100.0%	580 人	100.0%

【問4の質問で「自殺したいと思ったことがある」と答えた方に質問します】

問5-1 最近1年以内に自殺したいと思ったことはありますか。考えたことがありますか。以下のなかであなたの考えに最も近いもの1つだけに○をつけてください。
(n=69)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
はい	0 人	0%	3 人	5.6%	3 人	4.3%
いいえ	13 人	86.7%	49 人	90.7%	62 人	89.9%
無回答	2 人	13.3%	2 人	3.7%	4 人	5.8%
総計	15 人	100.0%	54 人	100.0%	69 人	100.0%

問5-2 そのように考えたとき、どのようにして乗り越えましたか。以下のなかで当てはまるもの全てに○をつけてください。(n=69)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
家族や友人、職場の同僚などの身近な人に悩みを聞いてもらった	4人	26.7%	10人	18.5%	14人	20.3%
医師やカウンセラーなどの心の健康に関する専門家に相談した	4人	26.7%	11人	20.4%	15人	21.7%
弁護士や司法書士、公的医療機関の相談員等、悩みの元となる分野の専門家に相談した	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0%
できるだけ休養をとるようにした	1人	6.7%	8人	14.8%	8人	11.6%
趣味や仕事など他のことで気を紛らわせるように努めた	2人	13.3%	12人	22.2%	12人	17.4%
その他	0人	0%	6人	11.1%	6人	8.7%
特に何もしなかった	3人	20.0%	3人	5.6%	3人	4.3%
無回答	5人	33.3%	15人	27.8%	15人	21.7%

問6 あなたは、もしも身近な人から「死にたい」と打ち明けられたとき、どう対応するのがよいと思いますか。以下の中であなたの考えに最も近いものを 1 つだけに○をつけてください。(n=580)

	男性		女性		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
相談に乗らない、もしくは、話題を変える	1人	0.5%	7人	1.8%	8人	1.4%
「死んではいけない」と説得する	20人	10.5%	25人	6.4%	45人	7.8%
「つまらないことを考えるな」と叱る	18人	9.4%	4人	1.0%	22人	3.8%
「がんばって生きよう」と励ます	17人	8.9%	33人	8.5%	50人	8.6%
「死にたいぐらい辛いんだね」と共感を示す	17人	8.9%	59人	15.2%	76人	13.1%
「医師などの専門家に相談した方が良い」と提案する	38人	19.9%	41人	10.5%	79人	13.6%
ひたすら耳を傾けて聞く	45人	23.6%	124人	31.9%	169人	29.1%
その他	1人	0.5%	13人	3.3%	14人	2.4%
わからない	20人	10.5%	40人	10.3%	60人	10.3%
無回答	14人	7.3%	43人	11.1%	57人	9.8%
総計	191人	100%	389人	100%	580人	99.9%

2 用語解説

初出頁	用 語	解 説
2	健康日本21	国の健康づくり運動で、国民の健康寿命の延伸、健康格差の縮小を目指すもの。特に生活習慣病の一次予防に重点を置き、個人が主体的に健康づくりに取り組むことを重視している。また、科学的根拠に基づき対象者を明確にしたうえで、地域の実情に即した目標を設定して取り組むために策定された計画。
2	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。
2	健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団・個人における健康状態の差。
2	ライフコースを踏まえた健康づくり	疾病やそのリスクの予防を胎児期から高齢期に至るまでつなげて考えアプローチしようという、人の生涯を経時的に捉えた健康づくりをいう。
2	自殺総合対策大綱	自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定めるもの。2007年6月に初めての大綱が作成され、2022年10月には、第4次となる「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。
5	KDB (国保データベースシステム)	国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保険事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が健診、保健指導、医療、介護の各種データを利活用して、統計情報、個人の健康に関するデータを作成するシステム。
6	平均自立期間	日常生活動作が自立している期間の平均。要介護2以上になるまで（要介護1まで）の期間を示す。
6	標準化死亡比 (SMR)	年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国の平均を100とし、標準化死亡比が100以上の場合は死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
7	虚血性心疾患	狭心症、心筋梗塞等、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化により狭窄や閉塞を起こし、心筋の血流が低下、または遮断されて障害が生じた状態。
7	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	タバコの煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患で、せき、たん、息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行するもの。
8	1号認定者	介護保険制度における65歳以上の被保険者のうち、要介護認定を受けた者。

初出頁	用 語	解 説
8	2 号認定者	介護保険制度における 40 歳から 64 歳までの被保険者のうち、要介護認定を受けた者。
9	後期高齢者医療保険	75 歳以上の人が入加入する医療制度。
11	特定健康診査 (特定健診)	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた 40歳から74 歳を対象とする健診。メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査。
11	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援。医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人一人の身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行う。
11	空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖の濃度の値。基準値を超えると糖尿病と診断される。
11	HbA1c	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去 1～2 か月間の平均血糖値を表す。
11	LDLコレステロール (LDL-C)	低比重リポ蛋白 (LDL) として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
11	ALT	細胞内で作られる酵素で主に幹細胞に存在し、肝臓が障害を受けている状態では数値が高くなる。
11	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。通常は尿と一緒に排出される。
11	脂肪肝	不適切な食習慣、アルコールの過剰摂取などの生活習慣が原因で、肝臓の細胞に脂肪が蓄積した状態。脂肪肝から、脂肪性肝炎、肝硬変と進行することがある。
12	BMI	「体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)」で算出される体格指数。肥満度を測るための標準的な指標。 Body Mass Index の略。
12	収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出す時に血管にかかる圧のこと。いわゆる「上の血圧」のこと。
12	拡張期血圧	心臓が血液を送り出した後、血液を心臓に戻すときに血管にかかる圧力の値。いわゆる「下の血圧」のこと。

初出頁	用 語	解 説
12	中性脂肪	食物から吸収されたり、肝臓で作られる脂質の一種で、体を動かしたり体温を保持したりするエネルギー源となる。血液中に多くなったり、内臓脂肪や肝臓に過剰に蓄積されると、動脈硬化を進める原因となる。
12	HDLコレステロール	高比重リポ蛋白（HDL）として血中に存在するコレステロール。LDLコレステロールが悪玉コレステロールと呼ばれるのに対し、善玉コレステロールと呼ばれる。HDLは主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ役割を担う。
12	血清クレアチニン	血液中の老廃物のひとつ。通常は腎臓でろ過され、ほとんどが尿中に排出される。腎機能が低下すると排出が妨げられ血液中に蓄積される。慢性腎臓病（CKD）の早期発見に役立つ。
15	循環器疾患	高血圧、心疾患（心筋梗塞や心不全等）、脳血管疾患（脳梗塞や脳出血等）等の血液を全身に循環させる臓器である心臓や血管等が正常に働かなくなる疾患のこと。
15	メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に、脂質異常・高血圧・高血糖の2つ以上が組み合わさることで、脳血管疾患や心疾患を起こしやすい病態。
28	動脈硬化検査	頸動脈エコー検査、血圧脈波検査を実施し、動脈硬化の状態をみる。（本町における二次健診として実施）
28	75g糖負荷試験	糖尿病を発症早期の段階から発見できる検査。空腹時の採血後、75gのブドウ糖を飲み、30分後、1時間後、2時間後に採血して血糖値とインスリン値をみる。（本町における二次健診として実施）
29	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起こること。
32	インスリン	膵臓から分泌されるホルモンで、糖の代謝を調整し、血糖値を一定に保つ（下げる）働きをする。
34	糖尿病性腎症重症化予防事業	専門医・かかりつけ医・町が互いに連携、協力し糖尿病性腎症重症化予防に取り組む事業のこと。
37	低出生体重児	出生時の体重が 2,500g 未満の新生児のこと。
39	食生活改善推進員協議会	「私たちの健康は私たちの手で」をスローガンに生活習慣病予防の基本である食生活改善を普及するため、地域に根差した活動を行うボランティアであり、協議会を組織して活動している。清水町においては、通称「パセリの会」として活動。

初出頁	用 語	解 説
50	妊娠高血圧症候群	妊娠時に高血圧を発症した状態。重症化すると母子の生命に危機を及ぼすことがある。
51	妊娠糖尿病	妊娠中に初めて指摘された糖代謝異常のこと。将来的に糖尿病を発症するリスクが高いとされている。
59	ロコモティブシンドローム	骨や関節の病気、筋力の低下等によって転倒、骨折しやすくなることで自立した生活ができなくなり、要介護状態に至る危険性が高い状態。
67	伴走型支援	支援を必要とする人が抱えている問題を解決できるように、本人に寄り添いながら、包括的かつ継続的に行う支援のこと。

3 第3期清水町健康増進計画策定委員会設置要綱

（設置目的）

第1条 健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第2項及び、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第13条第2項に基づき、町民の健康の増進の推進に関する指針となる、清水町第3期健康増進計画を定めるため、第3期清水町健康増進計画策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（所掌事項）

第2条 委員会は、前条の目的を達成するため次に掲げる事項を審議する。

- （1）第3期清水町健康増進計画の策定に関すること
- （2）町民の健康の増進及び自殺対策に関すること
- （3）その他第3期清水町健康増進計画の策定及び見直しに必要な事項

2 委員会は、第3期清水町健康増進計画を文書にまとめ、町長に提出する。

（組織）

第3条 委員会は10名以内の委員をもって組織する。

2 委員は、健康・食生活改善の関係者、識見を有する者及び健康増進に係る町職員から町長が委嘱する。

3 町長は、必要に応じ前項の委員を町民の中から公募して委嘱することができる。

（委員の任期）

第4条 委員会の任期は、委嘱の日から第3期清水町健康増進計画の策定が完了する日までとする。

2 委員に異動があった場合の残任期間は、前任者の残任期間とする。

（委員長及び副委員長）

第5条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選により選任する。

3 委員長は委員会を代表し、会務を総括する。副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

（会議）

第6条 委員会の会議は委員長が招集する。ただし、最初の委員会の会議は、町長が招集する。

2 委員会の会議の議長は、委員長がこれにあたる。

（事務局）

第7条 委員会の事務局は、保健福祉課内に置く。

（委任）

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は委員長が決定する。

附 則

この要綱は、令和5年9月25日から施行する。

4 第3期清水町健康増進計画策定委員・事務局名簿

種別	所 属 団 体 名	選 出	氏 名
策定委員	食生活改善推進員協議会	推 薦	田中 瑞恵
			藤川 淑子
	子ども子育て支援会議委員	推 薦	上谷 明美
	清水赤十字病院	推 薦	千葉 早苗
	清水町社会福祉協議会	推 薦	青沼 悠里
	町 職 員	町民生活課長	奥田 啓司
		学校教育課長	渋谷 直親

種別	所 属 課 名	職 名		氏 名
事務局	保健福祉課	保健福祉課長		藤田 哲也
		保健福祉課課長補佐(福祉係・健康推進係・在宅支援係)		石川 淳
		健康推進係	係 長	倉重 千晶
			保健師	岡 恵梨
				杉本 彩佳
				遠藤 加奈
				和嶋 寧音
			栄養士	西久保 ほなみ
在宅支援係	係 長	寺本 圭佑		

第3期清水町健康増進計画

令和6年3月

発行 清水町

(事務局 保健福祉課健康推進係)

〒089-0111

北海道上川郡清水町南3条2丁目1番地

TEL：0156-67-7320

FAX：0156-69-2223