目　　次

序　章　　計画改定にあたって

第１　計画改定の趣旨　2
第２　計画の性格　4
第３　計画の期間　4
第４　計画の対象　4

第１章　　清水町の概況と特性

第１　本町の概況　6
第２　健康に関する概況　7
第３　財政状況に占める社会保障費　１９

第２章　　課題別の実態と対策

第１　前計画の評価　２０
第２　生活習慣病の予防　２８
　１　がん　２８
　２　循環器疾患　３５
　３　糖尿病　４３
　４　COPD（慢性閉塞性肺疾患）　４９
　５　次世代の健康　５１
第３　生活習慣の改善　６２
　１　栄養・食生活　６２
　２　身体活動・運動　６９
　３　飲酒　７２
　４　喫煙　７４
　５　歯・口腔の健康　７５
第４　社会生活に必要な機能の維持・向上　７８
　１　高齢者の健康　７８
　２　こころの健康　８１
　３　休養　８４
第５　目標の設定　８５

第３章　　計画の推進

第１　健康増進に向けた取り組みの推進　８８
　１　活動展開の視点　８８
　２　関係機関との連携　８８
第２　健康増進を担う人材の確保と資質の向上　８９

資　料　９０

第３　生活習慣の改善

１　栄養・食生活

(1) はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、健やかに成長し、また、健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

厚生労働省がおこなっている国民健康•栄養調査で、平成25年は脂質エネルギー比率25.9%、炭水化物エネルギー比率58.3%、動物性たんぱく比率53.4%という結果が出ました。この調査は戦後まもなくの昭和30年から行われ、当時脂肪エネルギー比率は8.7%、炭水化物エネルギー比率78.0%という結果でした。

高度経済成長期も拍車をかけ生活は一変し、外国からの影響もあり、嗜好に働きかける炭酸飲料や清涼飲料水、簡単に食べられるファストフード店、調味料としてのマヨネーズはあっという間に普及していきました。しかし、どれも脂質や糖質の多い食品であったため、その裏では成人病（現在の生活習慣病）の増加がすでに危惧されていました。

本町でも地域の特性や社会環境が相まって地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。生活習慣病予防の実現のためには本町の特性をふまえ、適正な栄養素を摂取することが求められています。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

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

個々の健診結果を読み解き、ライフサイクルを考慮し、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援が必要です。

イ 重症化予防

生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療導入後も食事療法の継続は重要です。

糖尿病ではインスリン分泌に、慢性腎臓病では腎機能にそれぞれ合わせた食事の量と質の選択を自ら行えるようになるなど、個々の疾病に合わせた生活習慣（食）により重症化を予防します。

(3) 現状と目標

個人にとって、適正な量と質の食事をとっているかどうかは健診データに反映されます。データのひとつである体重はライフステージをとおして、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。

ア 適正体重を維持している人の増加

30 歳以上の男女別年代別肥満者（BMI≧25.0）の割合を全国と比較すると（図 1）、男性は 30 歳代で 3 人に 1 人以上が肥満者で全国より高率、女性は、各年代で全国の値を下回っています。やせの者（BMI＜18.5）の割合では、30 歳以上男女別年代別でみると（図 2）、男性では 30 歳代と 60 歳代で全国を上回り、女性では 30 歳代、60 歳代、70 歳代以上で全国より多く、特に 30 歳代は約 3 人に 1 人の割合でやせとなっています。

図 1　年代別　肥満者（ＢＭＩ≧25.0）の割合

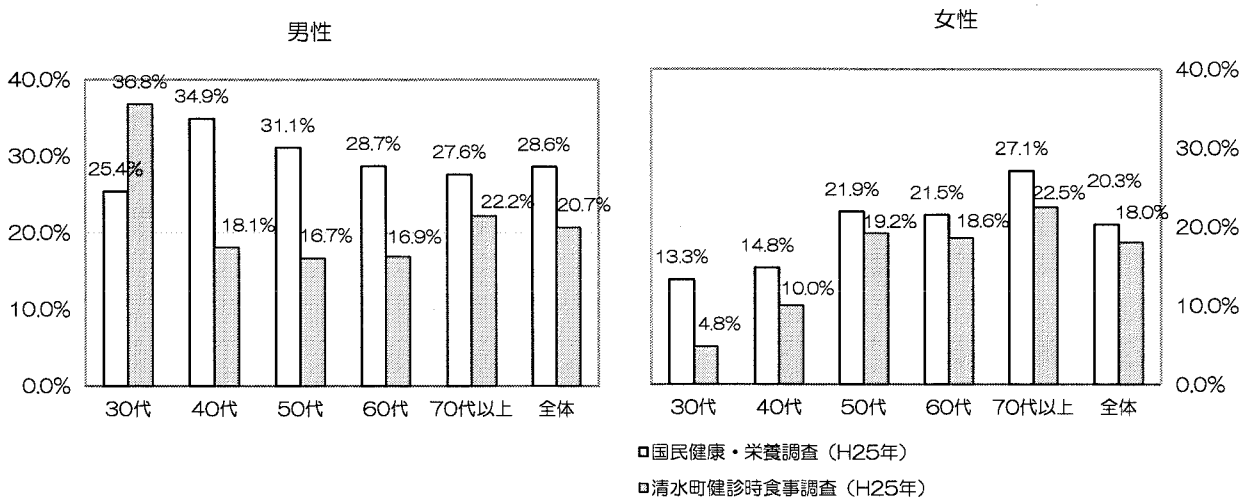
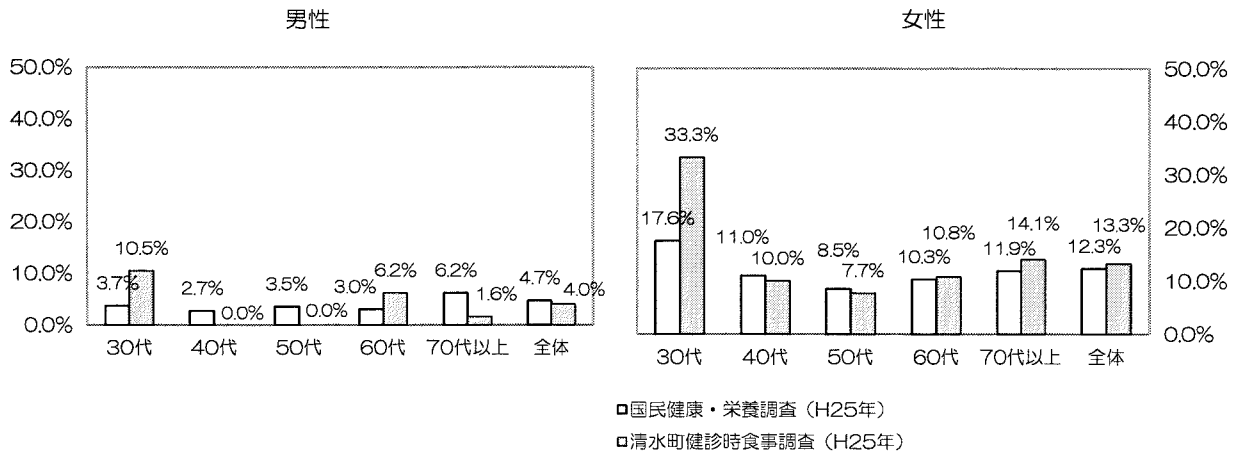


図 2　年代別　やせの者（ＢＭＩ＜18.5）の割合



（ア）夏冬で体重の変化を起こす背景

夏の農繁期と冬の農閑期では体重が変化する傾向があります。

冬、活動量が減少することで、必要な食事量も少なくなりますが食べる量が変わらないことで体重が増えます。夏、体重が戻れば問題ないと考えがちですが、基礎代謝が低下する年代を対象にした適正な体重を維持するための対策が必要です。

（イ）労働条件（生活リズム）の変化が引き起こす肥満と高血糖

労働条件の変化（農繁期と農閑期）に伴い、活動量の低下だけではなく、食事時間、内容（質）が変わることで、肥満や高血糖をひきおこします。

労働条件等、個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適切な食事量、質、時間（いつ食べるか）が適正な体重を維持するためには重要です。

（ウ）ライフステージの中で体重が増えるきっかけ

ライフステージの中で、体重が増えるきっかけはいくつかあります。

幼児、小中学生は菓子や清涼飲料水などの間食の過剰摂取、成人の男性では仕事内容（活動量）の低下に伴う体重増加、女性は妊娠、出産に伴う変化や子育て中の間食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加が考えられます。また年齢とともに基礎代謝は低下していくので、必要な食事量は徐々に減っていきます。若い頃から同じ量を食べていても体重は増えていきます。適正な体重を維持していくためには、適正な量と内容（質）の食事を摂取することが必要です。

イ 適正な量と質の食事をとるものの増加

（ア）食事の現状

食事の摂取量およびその質は生活習慣病に大きく関係しています。清水町の食事摂取の状況を全国と比較すると（図3）、1日のあたりのエネルギー摂取量（kcal）は、男性の30歳代、50歳代、70歳代以上は全国より多く、女性については40歳代が少なく、その他の年代では摂取量は多くなっています。

食事の質の指標として、塩分摂取量、脂質エネルギー比率および炭水化物エネルギー比を年代別でみると、塩分摂取量（図4）については全国と比較して、男性の40歳代を除いて、すべての年代で全国を上回っています。脂質エネルギー比率（図5）は日本人の食事摂取基準より30%未満を目標としています。清水町では、女性の30代、50代、70代以上で30%以上を示す値が約50%と高い値になっています。炭水化物エネルギー比率については、体重のコントロールに関係していることがうかがえます。

間食の摂取量（kcal）についてみると、男女全年代の平均摂取量は138kcalになります。間食からの過剰摂取エネルギーを抑えるためには、目標量を1に当たり80kcalと仮定すると、男女ともすべての年代でその値を超えています。間食として摂取している菓子類（冷菓含）等を摂取することで、脂質過剰に影響を与えていることがうかがえます。

図３　年代別　１日あたりのエネルギー摂取量（kcal）

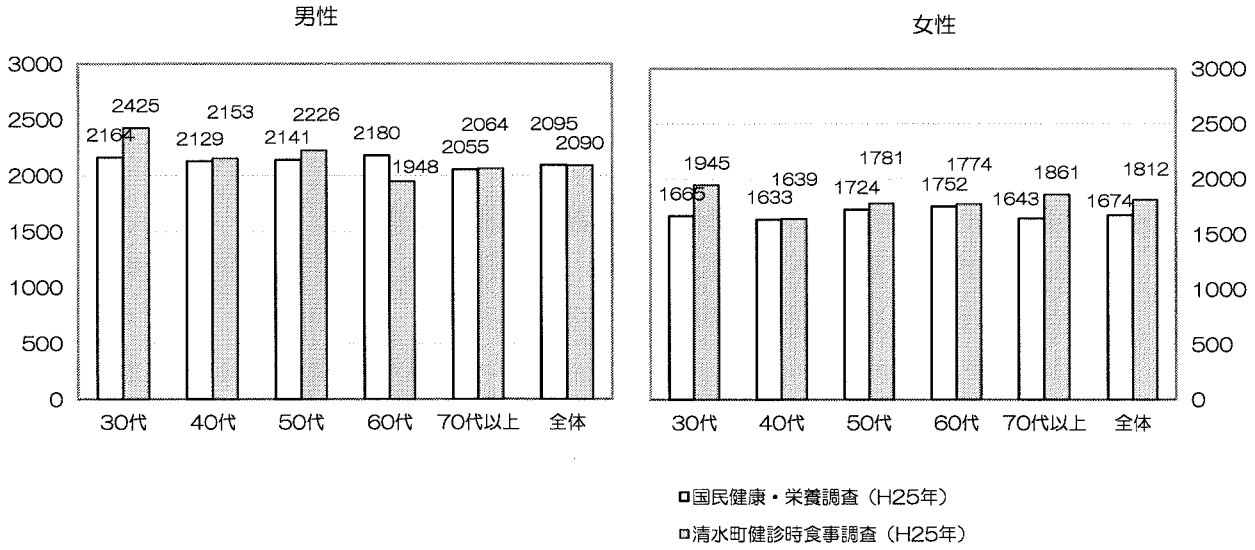


図４　年代別　１日あたりの食塩摂取量(g/日)

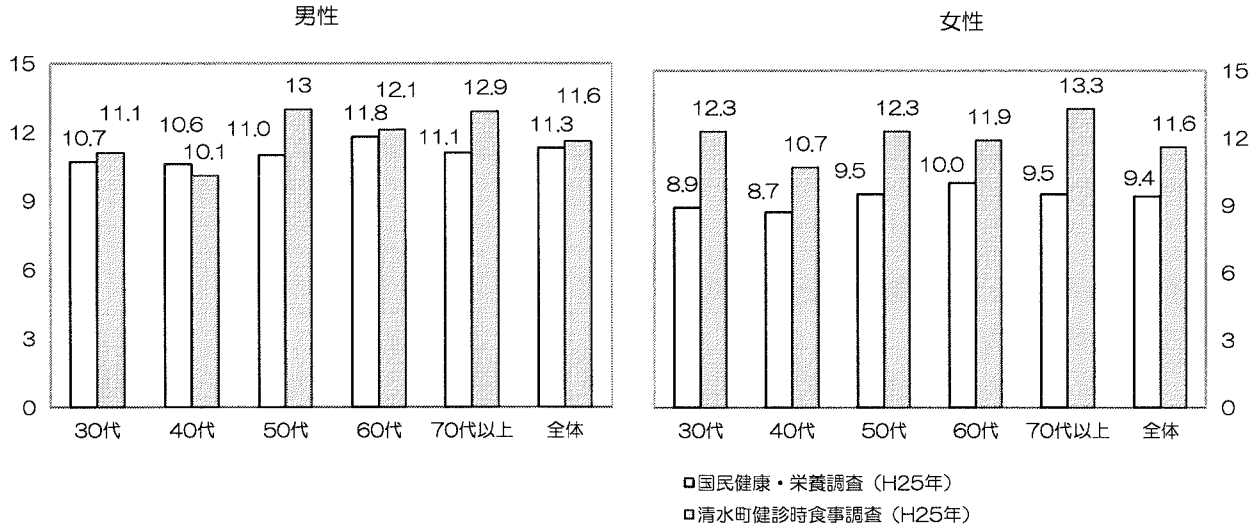


図５　年代別　脂質エネルギー比率（%）

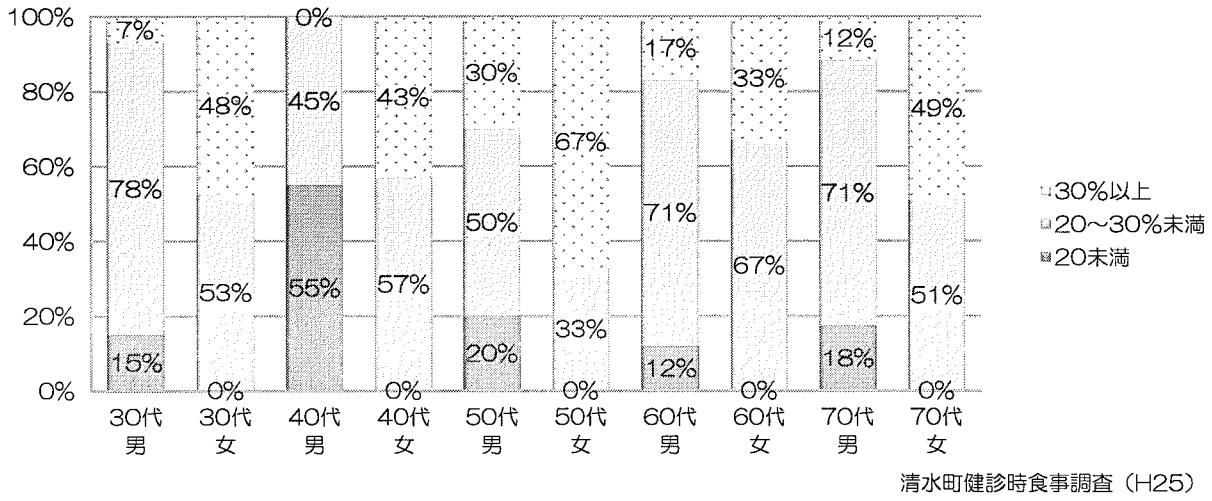
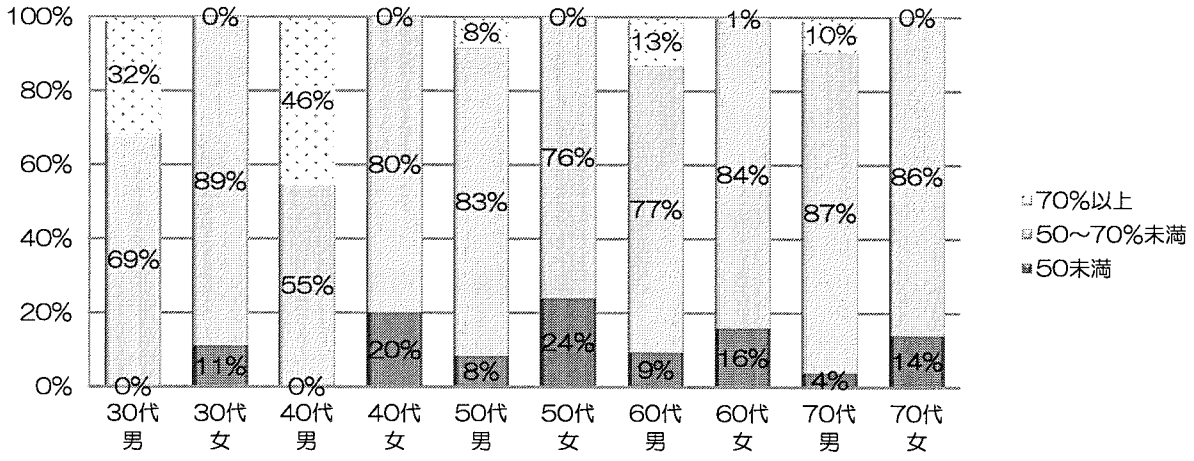
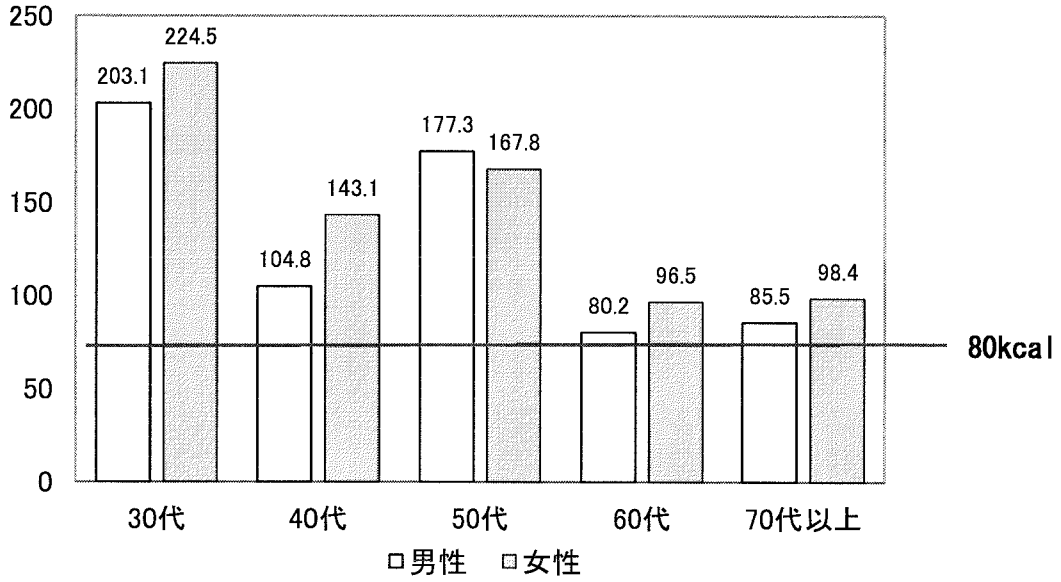


図６　年代別　炭水化物エネルギー比率（%）



清水町健診時食事調査（H25）

図７　年代別　間食の摂取量（kcal）



清水町健診時食事調査（H25）

（イ）野菜の食べ方

① 野菜の必要性

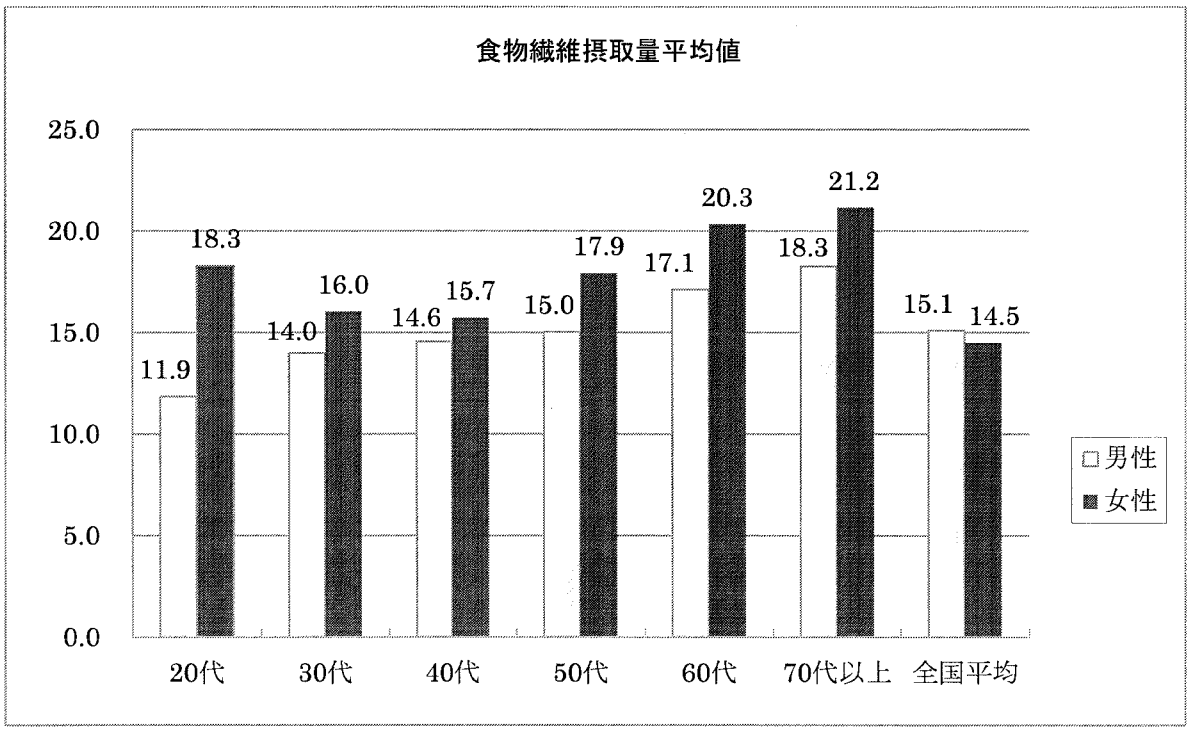
私たちの体が元気で生き続けているのは、体一つ一つの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。その一つ一つの細胞に必要な材料（栄養素、水分、酸素）を入れるためには、特にビタミンAやC、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。また、食物繊維が含まれていることが『1日350ｇ以上の野菜を食べましょう』という目標につながっていきます。

食事に野菜が入ることで口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児や子供の成長にも必要で、とても重要な食材です。

② 野菜摂取の実態

健診時の食事調査や栄養相談での実態把握では、１日３回野菜を摂取している人の数は少なく、１日350ｇ以上摂取は難しいことが推測されます。食物繊維摂取量の平均値も目標の１日２５ｇには及ばない値になっています。

図８　年代別　食物繊維の摂取量（g）



また、夏は自家製野菜を栽培し食べることができますが、冬期間に保存できる野菜は限られています。特に緑黄色野菜が不足します。

冬期間の緑黄色野菜摂取不足は、ビタミンＡが不足し、細胞の入れ替えに必要な栄養素が摂れません。冬の間越冬野菜として保存している人参を1/2本（役７０ｇ）加えるだけで、１日に必要なビタミンＡが摂取できます。緑黄色野菜を摂取することは、細胞の老化やがんの予防に必要です。

（ウ）情報による食の選択

「健康日本21計画」の目標には「野菜と果物の摂取量の増加」が掲げられていて、地域実態に合わせた目標設定が重要だと考えます。「トマトはからだによい」「青魚は体に良いあぶらなので、食べて大丈夫」「肉は鶏肉ならヘルシーだから食べても大丈夫」といったテレビや雑誌などの情報をもとに食品選択をしている実態が見えます。

個人の代謝能力には遺伝や体質という違いもあり、栄養摂取量の科学的根拠は個々の健診結果をもとにすすめられることから、情報の選択を含め、住民自身が自ら自分に必要な食品の量と質の選択力を養う必要があります。

(4) 対　策

ア ライフステージに対応した栄養指導

・ママパパ学級（妊娠期における栄養指導）、乳幼児健診・乳幼児健康相談（乳幼児期おける栄養指導）を実施します。

・生活習慣病の発症予防のための取り組みを推進するために、健診や特定健診結果に基づいた結果説明会や健康相談、家庭訪問など多様な経路により、それぞれの特性を生かしたきめ細やかな栄養指導を実施します。

・食生活改善推進員による栄養改善事業（学童期・壮年期・高齢期）を推進します。

イ 管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導

・糖尿病や慢性腎臓病などの医療による薬物療法と同様に、食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けて、健診結果に基づいた栄養指導を実施します。

2　身体活動・運動

(1) はじめに

「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をいい、「運動」とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど、健康、体力の維持増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人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。

世界保健機構（WHO）は、高血圧（13%）、喫煙（9%）、高血糖（6%）に次いで、身体不活動（6%）を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識しており、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で身体活動量を増やし、運動習慣を確立できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

(2) 基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

(3) 現状と目標

ア 日常生活における歩数の増加

歩数は、比較的活発な身体活動の客観的指標です。

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

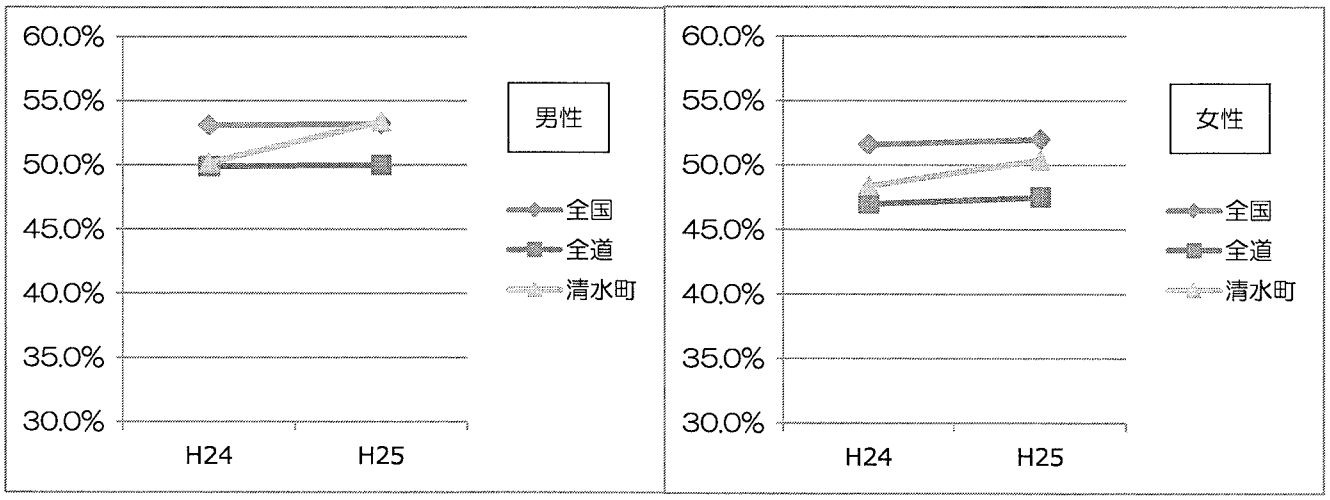
平成 24 年度 国民健康・栄養調査によると、北海道の歩数は男性 7,245 歩・女性 6,095 歩と、男女ともに全国平均を下回っている状況です。特に女性は、47 都道府県中 46 位という結果でした。

北海道は1年の半分が雪に閉ざされます。積雪と路面凍結のため冬期間の歩行は制限されますが、体育館やさわやかプラザなどを利用した活動など、年間を通して安全に運動ができるよう環境整備を行っています。

(ア) 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

国保特定健診受診者の身体活動状況をみると、日常生活において1日1時間以上歩行と同等の身体活動を行っている人は、男女ともに全道平均は上回っていますが、全国平均は下回っている状況です。全国・全道も同様ですが、男性に比べて女性の方が身体活動量は少なくなっています（図1）。

図１　日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上実施している人の割合



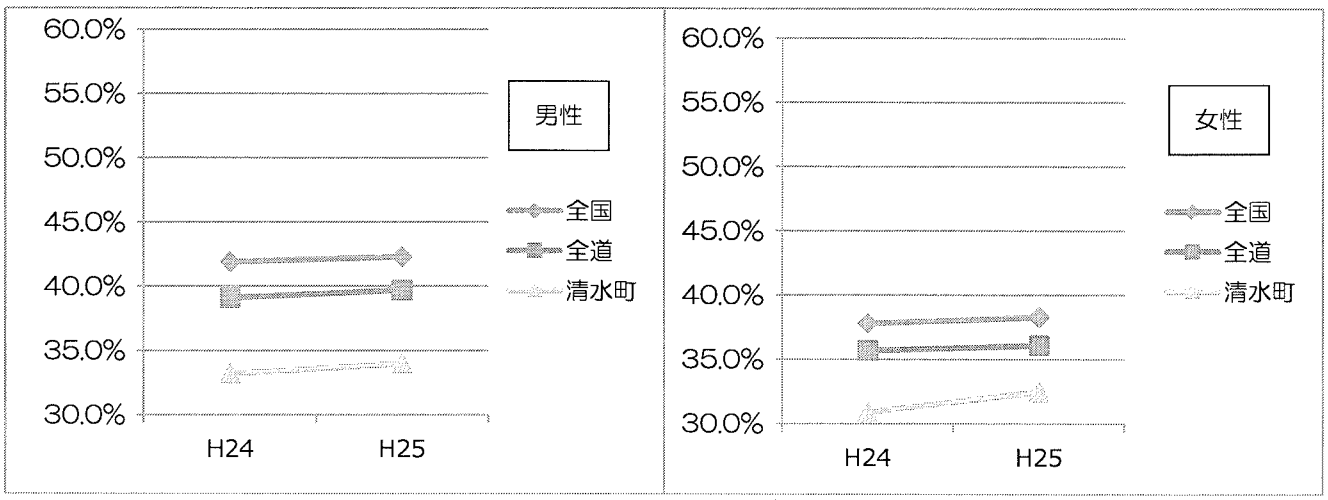
KDB システム 平成 24～25 年度 特定健診問診票

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるよう心掛けることですが、冬期間に身体活動量が減ることは、加齢による基礎代謝量の低下も相まって体重の増加や生活習慣病につながります。

イ　運動習慣者の割合の増加

国保特定健診受診者の身体活動状況をみると、1 日 30 分以上の汗をかく運動を週に 2 日以上、1 年以上継続している運動習慣のある人は、男女ともに全国・全道平均よりも少ない状況です。身体活動量と同様に、男性に比べて女性の方が運動習慣者は少なくなっています(図 2)。また、運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64 歳)と比較して退職世代(65 歳以上)で多くなります。

図 2　運動習慣者の割合（1 日 30 分以上の汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施）



KDB システム 平成 24～25 年度 特定健診問診票

運動習慣者が今後増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様、積雪や路面凍結などにより冬期間は屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設（体育館やさわやかプラザなど）を多くの人が活用し、気軽に運動に取り組めることが必要です。

また、骨・筋力・神経はライフステージの中で成長発達し、高齢期には機能低下へと向かっていきます。そのため、それぞれのステージに応じた運動を行うことも重要になります(表 1)。

表1　ライフステージと運動器の変化

<table>
<tr><td rowspan="2">年齢</td><td>保育園
幼稚園児</td><td>小学生</td><td>中学生</td><td>高校生</td><td colspan="7">成人 ⟶ 高齢者</td></tr>
<tr><td>～6 歳</td><td>7～12 歳</td><td>13～15歳</td><td>16～18歳</td><td>20代</td><td>30代</td><td>40代</td><td>50代</td><td>60代</td><td>70代</td><td>80 代～</td></tr>
<tr><td>骨</td><td colspan="3">運動、重力、カルシウム摂取、紫外線などにより骨密度上昇</td><td>18 歳頃に骨密度最高</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td colspan="3">閉経後、女性ホルモンの減少により大腿骨、背髄から優先的に骨密度が低下</td></tr>
<tr><td>筋力</td><td>—</td><td colspan="3">12～14 歳頃に持久力が最大発達
14～16 歳頃に筋力が最大発達</td><td>—</td><td>低下始まる</td><td>目立って低下</td><td>—</td><td>—</td><td colspan="2">筋力はピーク時の約 2/3 に低下</td></tr>
<tr><td>神経</td><td>平衡感覚最大発達</td><td>10 歳頃に運動神経が完成</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td colspan="3" rowspan="2">開眼片足立ちが 20 歳代の約 20%まで低下
（平衡感覚、足底の踏ん張り、大腿四頭筋の筋力と柔軟性）</td></tr>
<tr><td>足底</td><td>6 歳頃に土踏まず完成</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr>
<tr><td rowspan="3">運動</td><td rowspan="3">園で遊び</td><td colspan="3">体育の授業</td><td rowspan="3">—</td><td colspan="2" rowspan="2">運動習慣のある人の割合少ない</td><td rowspan="2">—</td><td rowspan="2">—</td><td rowspan="2">—</td><td rowspan="2">—</td></tr>
<tr><td>スポーツ少年団</td><td colspan="2">部活動</td></tr>
<tr><td colspan="3">持久力・筋力の向上</td><td colspan="3">持久力・筋力の維持</td></tr>
</table>

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において運動を行うことが重要

参考：長野県松川町保健活動計画書

(4) 対策

ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発

- 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。
- 特定健診・特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導を行います。

イ 身体活動量及び運動習慣の向上

- 関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境を整備します。
- 運動施設（体育館やさわやかプラザ、パークゴルフ場など）の活用を推進します。

3　飲酒

(1) はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、到酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44g/日（日本酒2合/日）、女性では 22g/日（日本酒1合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害を起こしやすいことが知られています。

WHO（世界保健機構）のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性1日 40g を超える飲酒、女性1日 20g を超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。

そのため、健康日本２１でも、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で1日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

(2) 基本的な考え方

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

(3) 現状と目標

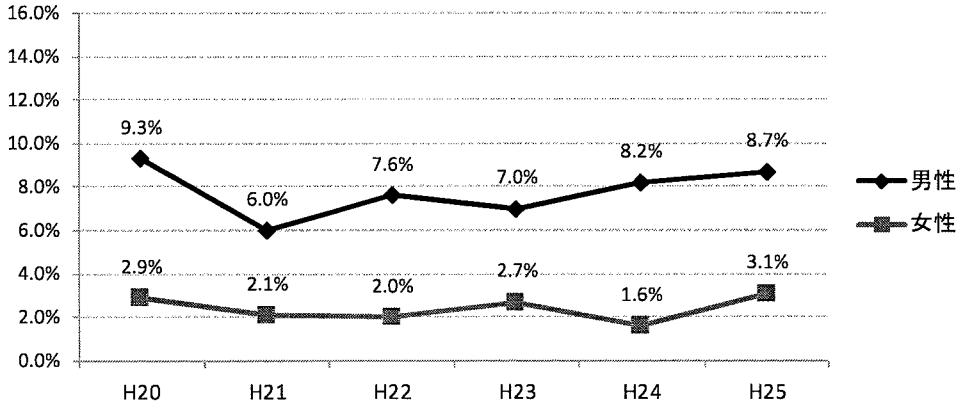
ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減

国保特定健診受診者で生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、6年間の推移でみると、男性 8%前後、女性 3%前後でした（図1）。

国との比較では、平成 24 年の国民健康・栄養調査では、男性 14.7%、女性 7.6%であり、算出方法が違うので単純には比較できませんが、多いとはいえない状況です。

＊清水町のデータは、男性で毎日×２合以上、女性で毎日×１合以上で算出。
＊国民健康・栄養調査は男性で毎日×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合以上と計算。

図１　生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



（資料）清水町国保特定健診問診票

(4) 対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発

・母子手帳交付時、ママパパ学級、乳幼児健診及び相談、がん検診、広報紙等さまざまな保健事業の場で健康教育や情報提供を実施します。

イ 飲酒による生活習慣病の発症予防及び重症化予防

・健康診査及び清水町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) はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患など)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡など)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患や肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)などの原因になります。

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

(2) 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙の防止」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病などの予防において大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから、指標として重要です。

国保特定健診受診者の喫煙率の推移をみると、男女ともに全国に比べて喫煙率が低く若干の減少傾向にありますが、ほぼ横ばい状況です。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、町内のたばこ販売本数や肺がんの死亡率からみても、実際の喫煙率はより高いことが予測されます。妊婦の夫の喫煙状況でも、44.4%と全国に比べ大幅に高い喫煙率が明らかになっています(P31、図２喫煙率の推移)(P32、図３清水町のたばこ販売本数の推移)(P57、表６妊娠中の飲酒・喫煙の状況)。

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけではやめたくてもやめられないことが多いのですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診結果に基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

(4) 対策

ア たばこのリスクに関する教育・啓発

・保健事業の場での、禁煙教育や情報提供を実施します。

イ 禁煙支援

・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　歯・口腔の健康

(1) はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

平成23年８月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第１条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

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

歯の喪失の主要な原因は、う蝕（むし歯）と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。幼児期や学齢期のう蝕予防や、成人期の歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切です。これらの予防を通じて、生涯にわたり歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

イ 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためにはより早い世代から対策を始める必要があります。

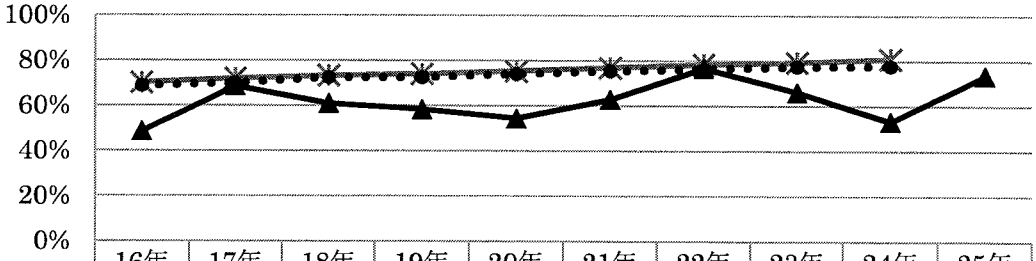
口腔機能は咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

(3) 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１０年間の推移をみると、全国や全道はなだらかに増加していますが、清水町では変動しながらも常に全国や全道よりも低い割合になっています（図１）。

図１　３歳児でう蝕がない者の割合の推移



	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年
全　国	70.2%	72.0%	73.4%	74.1%	75.4%	77.0%	78.5%	79.5%	81.0%	
全　道	68.8%	70.2%	72.5%	72.6%	74.1%	75.5%	76.4%	77.5%	77.8%	
清水町	48.7%	68.7%	61.0%	58.4%	54.4%	62.9%	76.7%	66.2%	53.2%	73.5%

資料　平成25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歳児の一人平均う歯数を全国および全道と比較してみると、いずれも全国や全道よりも多い実態があります（表２）。

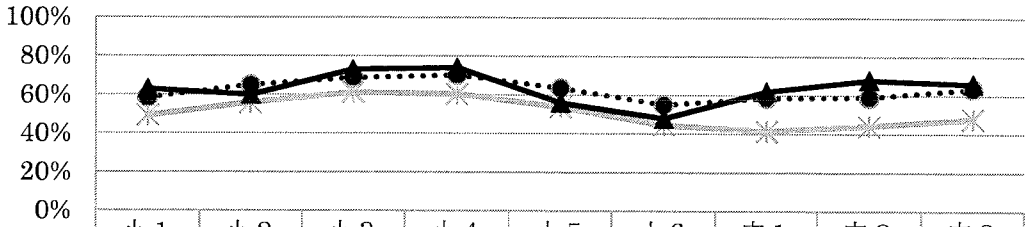
また、学齢期におけるう蝕罹患率についても全ての学年で全国よりも高い状況にありました（図２）。

表１　平成25年度12歳児（中１）における一人平均う歯数およびう蝕罹患率

	一人平均う歯本数（本）	う蝕罹患率（%）
清水町	1.91	62.0
全　道	1.8	58.7
全　国	1.05	41.52

資料　平成25年度十勝圏域学校定期歯科健康診査結果報告書
平成25年度学校保健統計調査結果報告確報

図２　平成25年度清水町の小中学生のう蝕有病者率



	小１	小２	小３	小４	小５	小６	中１	中２	中３
全　国	49.1%	56.0%	61.3%	60.5%	53.9%	44.6%	41.5%	44.3%	47.8%
全　道	58.4%	65.1%	68.8%	70.3%	63.6%	55.1%	58.7%	59.1%	63.4%
清水町	63.0%	60.0%	73.0%	74.0%	56.0%	48.0%	62.0%	68.0%	66.0%

資料　平成２５年度十勝圏域学校定期歯科健康診査結果報告書
平成２５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蒙を行っています。

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、歯肉に限局した炎症がおこる病気を歯肉炎、歯の歯周組織にまで炎症が起こった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。

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。

今後、継続的な実態把握をして分析していくことと、歯周疾患予防の啓蒙を継続していくことが必要です。

(4) 対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策

- ママパパ学級、保育所・幼稚園歯磨き教室等での健康教育を実施します。
- 乳幼児健康相談、乳幼児健康診査等での健康相談および指導を実施します。
- 保育所・幼稚園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。

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- 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。
- 幼児期のフッ素塗布を実施します。
- 乳幼児健診および相談時における歯科衛生による歯科衛生指導を行います。
- 介護予防教室における歯科衛生士による歯科衛生指導を行います。

第４　社会生活に必要な機能の維持・向上

１　高齢者の健康

(1) はじめに

本町においても人口の高齢化が進んでおり、特に 75 歳以上の方が増加していくことが予想されます。高齢者の健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、社会参加や社会貢献等が重要となります。

(2) 基本的な考え方

健康寿命の更なる延伸に向けて、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する一方で、疾病等による虚弱化を予防することが重要な課題です。

(3) 現状と課題

ア 介護保険サービス利用者の増加の抑制

第 1 号被保険者の要介護・要支援認定者数は 634 人、認定率 20.4%となっており、全道（19.7%）・全国（19.4%）と比較して高い認定率となっています（平成 25 年）。

高齢者が要介護状態となる時期を遅らせるためには、介護保険認定者の原因疾患である脳血管疾患や血管障害を起こす因子等の予防に努めることが重要です。

表１　要介護認定状況と有病状況

受給者区分		2号		1号						合計	
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
被保険者数		3,464人		1,445人		1,632人		3,077人		6,541人	
認定者数		11人		70人		564人		634人		645人	
	認定率	0.32%		4.8%		34.6%		20.6%		9.9%	
新規認定者数		1人		1人		4人		5人		6人	
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	29	41.4%	179	31.7%	208	32.8%	208	32.2%
	要介護1・2	4	36.4%	17	24.3%	193	34.2%	210	33.1%	214	33.2%
	要介護3～5	7	63.6%	24	34.3%	192	34.0%	216	34.1%	223	34.6%

（資料）　平成 25 年度、KDB データ

表２　清水町の要介護認定者の原因疾患（主治医の意見書より。重複あり。平成 24 年 3 月末）

認定区分	２号			１号		
認定者数	１１人			５５２人		
順位	疾患名	人数	有病率	疾患名	人数	有病率
1	糖尿病	4	36.4%	脳血管性認知症	２９４	53.3%
2	脳血管性認知症	3	27.3%	高血圧	１８８	34.1%
3	高血圧	2	18.2%	脳梗塞	１４４	26.1%
4	脳出血	2	18.2%	アルツハイマー	１０５	19.0%
5	脊髄小脳変性症	2	18.2%	変形性膝関節症	１０１	18.3%
6	乳がん	2	18.2%	糖尿病	８９	16.1%

イ 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

高齢社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されます。平成 25 年度の介護保険認定者 645 人のレセプトでの有病状況では、11.1%の方に認知症があり、脳血管疾患の方は 61.3%でした。介護認定時の主治医の意見書での原因疾患では、脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症と合わせて 72.3%の方に認知症がありました。血管リスクの是非が認知機能障害の進展予防につながる（京都大学大学院、猪原先生）と言われており、脳血管疾患等の予防により脳細胞を守る活動が必要です。

また、「軽度認知障害（MCI）」と呼ばれる高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことが分かっています。この MCI 高齢者に対して運動や趣味に関する様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることはが明らかになっています。

ウ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

要介護状態となる主な原因の一つに運動器疾患があります。平成 25 年度の要介護の方の有病状況では認定者 634 人のうち 74.2%の方に筋・骨格疾患がありました。全国的にも、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は 2007 年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への意識改革と健康長寿を実現することを目指します。

＜参考＞　ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の定義

運動器（運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、背椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている。）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

エ 低栄養傾向（BMI２０以下）の高齢者の増加の抑制

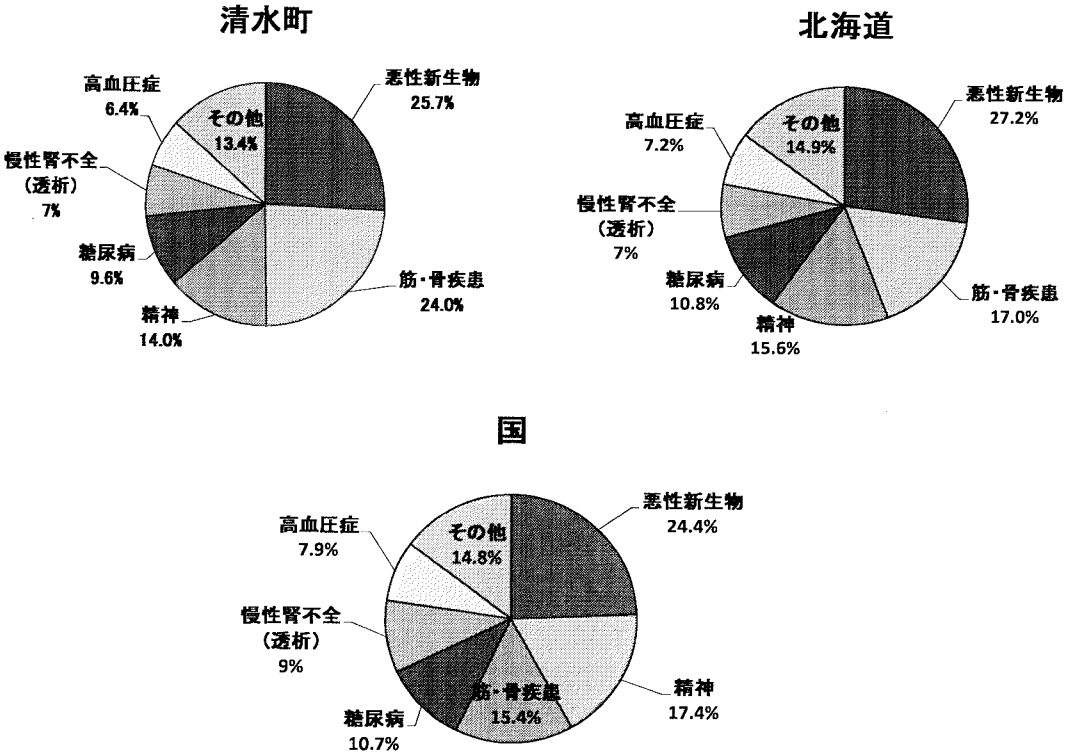
高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態の確保に努める必要があります。

オ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少

平成 22 年度の国民生活基礎調査によると、65 歳以上の高齢者は「腰痛や手足の関節に痛み」のある者や腰痛症通院者率が高く、運動器に問題を抱えている高齢者が多いと言われています。

高齢者の腰や手足の痛みは、変形性関節症や背椎圧迫骨折によって生じることが多く、平成 25 年度の国保医療費の入院と外来を合わせた医療費の第１位は関節疾患でした。

図１　医療費の割合（平成 25 年度、KDB データより～最大医療資源疾病名による、調剤報酬を含む）



(4) 対策

ア 介護保険認定者に多くみられる原因疾患を予防する

（ア）脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進をはかる。

- 健診結果に基づき、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習を推進します。
- 未治療者の後期高齢者健診を受託し、実施します。
- 心原性脳塞栓予防のための心電図検査を継続して実施します。

（イ）関節疾患の予防対策の推進を図る。

- 運動機能の維持のための教室への参加を促します。
- 「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及を推進します。
- 肥満予防のための保健指導を実施します。

2　こころの健康

(1) はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なのが、こころの健康です。

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。

これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための３つの要素とされてきました。

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害や脳血管疾患や身体症状などの基礎疾患の合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、個々の健康的な生活習慣の取り組みによって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

(2) 基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

そのため、一人一人が、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

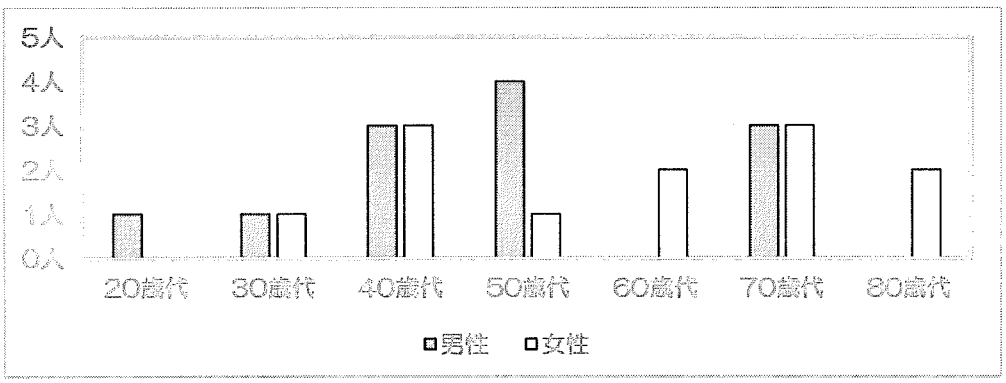
(3) 現状と目標

ア 自殺者の減少

平成 13 年から 23 年までの 10 年間の自殺死亡者数は 24 人で、30・40・50 歳代の働き盛りの年齢層の自殺死亡者数は 13 人で、全体の 54.2%を占めていました。その 13 人のうち男性は８人で、61.5%を占めていました。

年ごとの自殺者の推移では、増加・減少傾向などの特徴は見られませんでした。

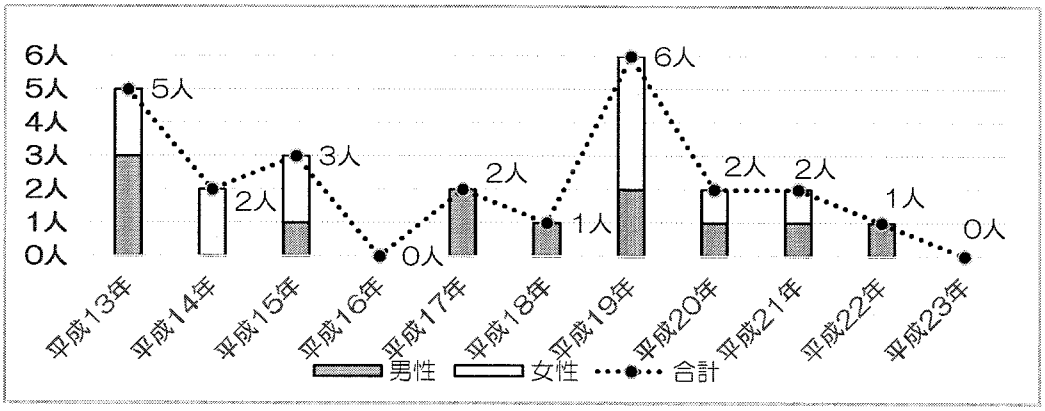
図１　平成 13 年～平成 23 年の自殺者の年齢内訳



（資料）十勝地域保健情報年報

図２　平成 13 年～平成 23 年の男女別自殺者の推移

（自殺による死亡数　男 12 人、女 12 人）



（資料）十勝地域保健情報年報

自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

WHO（世界保健機構）によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの３種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。清水町の医療費データでも、うつ病の入院・外来医療費は全道・全国より低くなっています。

表１　国保のうつ病の入院・外来医療費点数

	清水町	北海道	全国
入　院（第７位）	827,267	1,462,660	3,855,263
外　来（第６位）	1,394,833	1,993,162	4,983,227

（資料）KDB データの医療費分析 (1) 細小分類、平成 25 年度、単位：点

表２　国保のうつ病の入院・外来レセプト件数（被保険者千人当たり）

	清水町	北海道	全国
入　院	0.512	0.681	0.642
外　来	14.895	14.275	13.569

（資料）KDB データの疾病別医療費分析、細小 (82) 分類、平成 25 年度、単位：件

また、帯広保健所新得支所開催の精神科医師による「こころの健康相談」という専門の相談窓口があります。相談や受診に結びつくためには、本人や周囲の人たちの精神疾患の理解や悩みの気づきが必要です。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などにつながっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。うつ病などの、より客観的な診断を目指し、脳の前頭葉の血流量変化を測定し、脳の機能の状態を図る検査の研究なども進みつつあります（注１）。また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎皮質（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります（注２）。

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

（注１）「うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査」
（2009 年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される）

（注２）「医者も知らないアドレナル・ファティーグ」
ジェームス・L・ウィルソン書　中央アート出版
【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】
- 睡眠不足
- 栄養バランスの悪い食事
- 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- 疲れていても夜更かしすること
- 長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- 完璧を目指すこと
- ストレス解消法がないこと

(4) 対策

ア こころの健康に関する教育の推進

- 保健事業の場での健康教育や情報提供を実施します。
- 脳の学習を推進します。

イ 専門家による相談事業の推進

- こころの健康相談の周知を行います。
- 帯広保健所新得支所との協力・連携を推進します。

3　休養

(1) はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労回復のための休養は重要な要素の一つです。

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

(2) 基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされています。

労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

(3) 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

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状として表れることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であり、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

本町では、国保特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分にとれていますか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、33.5%の人が、「いいえ」との回答になっています。男性は30.6%、女性は35.5%で、女性のほうが若干高くなっています（平成24年度）。

(4) 対策

ア 町民の睡眠と休養に関する実態の把握

・特定健診の問診データから町民の睡眠の状況を把握します。

イ 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

・保健事業の場での健康教育や情報提供を実施します。

第５　目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては「科学的根拠に基づいた実態把握が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」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体が自ら進行管理できる目標の設定」が示されています。

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、設定し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、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

そのために、目標項目として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、清水町でも、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	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
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)	84.3	平成22年	統計なし	平成25年	73.9	平成27年	減少	平成34年度	①
	②がん検診の受診率の向上									
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 29.6% 女性 18.8%　23.5%	平成25年	40%	当面	26.5%		②
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		男性31.9% 女性21.0%　25.9%				28.9%		
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 27.8% 女性 19.7%　25.3%				30.3%		
	・子宮頸がん	32.0%		13.0%		50%	平成28年	16.0%		
	・乳がん	31.4%		16.0%				21.0%		
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)		平成22年	年齢調整死亡率未公表のため	平成25年		平成34年度		平成34年度	
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9		統計なし		男性 41.7 女性 24.7		減少		①
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3				男性 31.8 女性 13.7				
	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)									
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%	平成22年	34.2%		28%		31.2%		③④
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		23.8%		19%		20.8%		③
	②高血圧の改善(中等症高血圧160/100mmHg以上の者の割合の減少)			5.6%				高齢者の増加に伴い現状維持		③
	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） （ⅱ：LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合）	ⅰ：男性13.8% ⅰ：女性22.0% ⅱ：男性8.3% ⅱ：女性11.7%	平成22年	ⅱ：男性10.6% ⅱ：女性15.2%		ⅰ：男性10% ⅰ：女性17% ⅱ：男性6.2% ⅱ：女性8.8%		ⅱ：男性 7.6% ⅱ：女性12.2%		
	④ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	該当者100人(15.6%) 予備軍95人(14.8%)	平成25年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	該当者14.8% 予備軍14.1%		
	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	41.3%	平成21年度	30.1%	平成25年度	60%	平成29年度	60%	平成29年度	
	・特定保健指導の終了率	12.3%		41.1%		60%		60%		
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数)の減少	16,271人	平成22年	7人	平成21～25年度	15,000人	平成34年度	現状維持又は減少	平成34年度	⑤
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		60.5%	平成25年度	75%		75%		③
	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 (HbA1c(NGSP)8.4%以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	0.5%		1.0%		◎現状維持又は減少		
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合)	890万人		5.8%		1,000万人		現状維持又は減少		
次世代	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)									
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	29.0%	平成22年	11.8%	平成25年度	20%		◎現状維持又は減少		⑥
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	7.40%		減少傾向へ		減少傾向へ		⑦
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子 4.60% 女子 3.39%	平成23年	男子 9.6% 女子 9.8%		減少傾向へ		減少傾向へ		⑧

◎は、国の目標値をすでに達成

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
食	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)	各分野で記入								
	②適切な量と質をとるものの割合	各分野で記入								
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 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	男性 50.5% 女性 47.0%	平成25年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩	平成34年度	増加	平成34年度	③④
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		男性 59.7% 女性 51.8%		男性 7,000歩 女性 6,000歩				
	②運動習慣者の割合の増加									
	・20～64歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%		男性 28.6% 女性 22.0% 総数 25.1%		男性 36% 女性 33% 総数 34%		増加		
	・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 44.0% 女性 42.2% 総数 43.1%		男性 58% 女性 48% 総数 52				
飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす	8.7%	平成22年	7.4%	平成25年度	0%	平成34年度	現状維持又は減少	平成34年度	⑥
	②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 (一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 15.3% 女性 7.5%		男性8.7% 女性3.1%		男性 13.0% 女性 6.4%		現状維持又は減少		③
喫煙	①妊婦の喫煙をなくす	5.0%	平成22年	5.6%	平成25年度	0%	平成34年度	減少傾向へ		⑥
	②成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%		男性 26.1% 女性 5.6%		12%		12%		③
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	37.3%	平成17年	統計なし	平成25年度	25%	平成34年度	減少傾向へ	平成34年度	
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少	54.7%		統計なし		45%				
	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割合の増加	77.1%	平成21年	73.5%		80%以上		78.5%以上		⑨
	・12歳児の一人平均う歯数の減少	1.3歯		1.91歯		1.0歯未満		1.6歯未満		⑧
高齢者	①介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	634人	平成25年度	657万人	平成37年度	887人	平成37年度	⑩
	②低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		男性 7.2% 女性 17.1%		22%	平成34年度	現状維持又は減少	平成34年度	③⑪
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	自殺者数11人 年平均2.2人	平成19～23年	19.4%	平成28年	減少傾向へ	平成28年	⑦
休養	③睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年	33.5%	平成24年度	15%	平成32年	現状維持又は減少	平成34年度	③

①人口動態統計
②清水町保健業務計画
③町国保特定健康診査
④町早目健診
⑤身体障害者手帳交付状況
⑥町妊娠届出
⑦十勝地域保健情報年報
⑧町学校保健統計
⑨町3歳児健診
⑩介護保険事業報告
⑪後期高齢者健診

第３章　計画の推進

第１　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。

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、一人一人の住民にとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を清水町の重要な行政施策として位置づけ、第２期清水町健康増進計画の推進においては、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になります。

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

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取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。

これらの活動が、国民運動の５つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

２　関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取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　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責務があります。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に必要な社会保障という認識がされています。保健師等は単に個人の健康支援だけをするのではなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も町民の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、公衆衛生学者、著書：「地域保健活動の動向と実際」より)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。

資料　計画の策定体制と検討経過

1　検討経過

(1) 第１回策定委員会：平成26年12月19日
検討内容～・策定委員会について
・委員の任期・役割について
・委員長・副委員長の選任（互選）について
・諮問について
・第２期清水町健康増進計画の概要について
・清水町の健康課題別の実態について
・第２回策定委員会について

(2) 第２回策定委員会　　平成27年１月15日
検討内容～・第２期清水町健康増進計画（案）について
序　章「計画改定にあたって」
第１章「清水町の概況と特性」
第２章「健康課題別の実態と対策」
第３章「計画の推進」
・今後の計画策定のスケジュールについて

(3) 町民意見提出制度の実施　平成27年２月13日～３月12日

２　第２期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項により、住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画の第２期健康増進計画を定めるため、第２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所掌する。

（１）町民の健康の推進に関する調査研究

（２）第２期健康増進計画の策定

（３）その他第２期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、前項第２号の第２期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１２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関係す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２期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、平成２６年９月２５日より施行する。

3　第２期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	保健推進協議会	推薦	米田　佳代子
			中河　つる子
	食生活改善推進員協議会	推薦	桜井　美紀子
			北岡　恭子
	一般公募	応募	渡辺　町子
			田中　瑞恵
	町職員	町民生活課長	中村　富志男
		子育て支援課長	真野　篤
		社会教育課長	山下　清美
		保健福祉課長	細野　博昭

種別	所属課名	職名		氏名
事務局	保健福祉課	保健福祉課参事		小林　秀文
		保健福祉課課長補佐		青木　光春
		健康推進係	課長補佐兼 健康推進係長	吉森　文子
			栄養士専門員	菅野　由美子
			主任保健師	笠井　美穂
				倉重　千晶
			保健師	花村　祥志
				村澤　恵梨

清　保　健　号
平成２６年１２月１９日

第２期清水町健康増進計画
策定委員会委員長　中 河 つ る 子　様

清水町長　高 薄　　渡

諮　問　書

第２期清水町健康増進計画の策定について、貴会の意見を求めます。

平成２７年３月２７日

清水町長　高 薄　　渡　様

第２期清水町健康増進計画
策定委員会委員長　中 河 つ る 子

答　　申　　書

平成２６年１２月１９日付け清保健号により諮問のあった、第２期清水町健康増進計画の策定について、別添の第２期清水町健康増進計画のとおり答申します。

第２期清水町健康増進計画

平成27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：０１５６－６９－２２２２
FAX：０１５６－６９－２２２３