健康ひがしかぐら 21

（第三次）

「東神楽町健康増進計画（第三次）・東神楽町自殺対策計画」

令和６年度（２０２４年度）～令和１７年度（２０３５年度）

令和６年３月
東神楽町

目　　次

序　章　　計画改定にあたって

１．計画改定の趣旨
２．計画の性格
３．計画の期間
４．計画の対象

第Ⅰ章　　東神楽町の概況と特性

１．町の概要
２．健康に関する概況
３．町の財政状況に占める社会保障費

第Ⅱ章　　課題別の実態と対策

1．生活習慣病の発症予防・重症化予防
⑴　次世代の健康
⑵　循環器疾患
⑶　糖尿病
⑷　がん
⑸　歯の健康
⑹　高齢者の健康
2．こころの健康（東神楽町自殺対策計画）
3．目標の設定

序章　計画策定にあたって

序章　計画策定にあたって

１．計画策定の趣旨

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

今回、令和 6 年度から令和 17 年度までの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本 21(第三次)」(以下「国民運動」という。)では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、下記の 5 つの基本的な方針を示し令和 17 年度までの取り組みを推進することになりました。

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小
（２）生活習慣病(NCDs)の発症予防と重症化予防
（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
（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

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

東神楽町では、平成 25 年 3 月に「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけられた健康増進法に基づき、町の特徴や、町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「健康ひがしかぐら 21」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、これまでの町の取り組みの評価及び新たな健康課題などを踏まえ、健康ひがしかぐら 21（第三次）を策定します。

参考　基本的な方向の概略

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

（２）主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

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

＊NCDs について

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

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

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

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

乳幼児期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取り組みを総合的に支援していく環境の整備。

（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対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

２．計画の性格

この計画は、東神楽町第８次総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。（図表 1）

図表１

<table>
<tr><th>法　　律</th><th>北海道の計画</th><th>東神楽町の関係する計画</th></tr>
<tr><td>健康増進法</td><td>北海道健康増進計画
すこやか北海道 21</td><td>健康ひがしかぐら 21</td></tr>
<tr><td>こども基本法</td><td rowspan="2">北の大地★子ども未来づくり北海道計画</td><td>東神楽町次世代育成支援対策地域行動計画</td></tr>
<tr><td>子ども・子育て支援法</td><td></td></tr>
<tr><td>食育基本法</td><td>どさんこ食育推進プラン</td><td>東神楽町食育推進計画</td></tr>
<tr><td>高齢者の医療の確保に関する法律</td><td>北海道医療費適正化計画</td><td rowspan="2">国民健康保険データヘルス計画・特定健康診査等実施計画：大雪地区広域連合</td></tr>
<tr><td>国民健康保険法</td><td>北海道保健事業実施計画</td></tr>
<tr><td>がん対策基本法</td><td>北海道がん対策推進計画</td><td>（健康ひがしかぐら 21）</td></tr>
<tr><td>歯科口腔保健の推進に関する法律</td><td>北海道歯科保健医療推進計画</td><td>（健康ひがしかぐら 21）</td></tr>
<tr><td>介護保険法</td><td>北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画</td><td>第 9 期介護保険事業計画：大雪地区広域連合</td></tr>
</table>

３．計画の期間

この計画の目標年次は令和 17 年度とし、計画の期間は令和 6 年度から令和 17 年度までの 12 年間とします。

４．計画の対象

この計画は、乳幼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り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第Ⅰ章　東神楽町の概況と特性

第１章　東神楽町の概況と特性

１．　町の概要

本町は、北海道第２の都市旭川市に隣接し、道北の空の玄関口である旭川空港が立地しています。東西に細長い地形で、面積 68.50 平方キロメートル、町を含む上川盆地一帯は北海道米の主産地として道内外に知られ、米や野菜を中心とした農業が盛んです。

令和２年度の産業別構成比率は、第１次産業 12.1%、第２次産業　15.6%、第３次産業 72.3%で、第１次産業が道（6.3%）や全国（3.2%）と比較すると構成比率が高く農業のまちです。

しかし、第１次産業・第２次産業については、人数、構成比率ともに減少してきており、第３次産業の人数、構成比率が増加してきています。

（１）　人口構成

本町の人口構成を北海道、全国と比較すると、年少人口が高く、生産人口は北海道と同様、65歳以上の老年人口は全国とほぼ同様となっています。

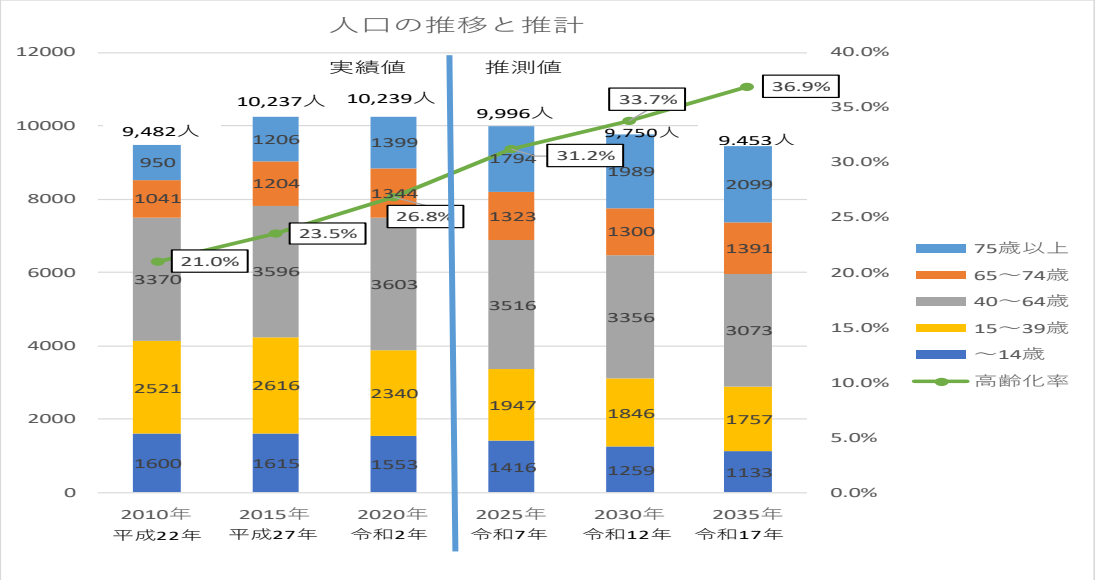
図表２　　人口構成

	東神楽町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	9,945人		—	—
0～14歳	1,431人	14.4%	10.4%	11.7%
15～64歳	5,680人	57.1%	57.1%	59.6%
65歳以上	2,834人	28.5%	32.5%	28.6%
（再掲）75歳以上	1,430人	14.4%	17.1%	15.4%

東神楽町の人口(各年１月１日現在　住民基本台帳)は、令和２年には 10,239 人まで増加しましたが、令和５年には 9,945 人となり減少傾向にあります。特に生産年齢人口（15～64歳)・年少人口（0～14 歳）が年々減少しています。

高齢化率は、北海道(32.5%)に比べると低いものの年々高くなっており、今後も高齢化が急速に進む見込みです。

図表３　　人口の推移と推計



平成 22 年～令和２年：住民基本台帳　令和 7～17 年：国立社会保障　人口問題研究所

（２）　死亡

①　死因

本町の主要死因は、１位が悪性新生物、２位が心疾患で約半数を占めています。心疾患及び老衰による死亡率が北海道・全国より高くなっています。

図表４　　主要死因

順位	死因	東神楽町		北海道	全国
		死亡数	割合	割合	割合
１位	悪性新生物	29人	25.9%	29.2%	26.5%
２位	心疾患（高血圧性除く）	22人	19.6%	14.3%	14.9%
３位	老衰	17人	15.2%	8.3%	10.6%
４位	脳血管疾患	8人	7.1%	6.9%	7.3%
５位	肺炎	5人	4.5%	5.0%	5.1%

厚生労働省　人口動態調査　令和３年度

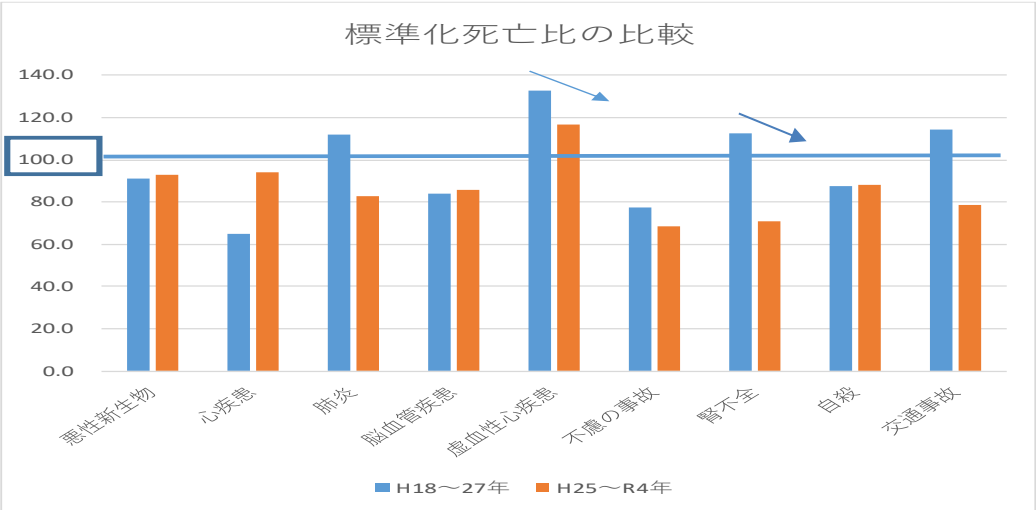
人口の年齢構成等を補正し、全国を「100」として指数化する標準化死亡比（SMR）では、最も高い死因は虚血性心疾患でした。平成 18～27 年と、平成 25～令和 4 年を比較すると、低くはなっていますが、国平均より高い状態が続いています。腎不全は、平成 18～27 年は全国より高い状態でしたが、平成 25～令和 4 年は低くなっています。

図表５　　死因別の標準化死亡比（SMR）

順位	死因	東神楽町		北海道	全国
		死亡数	SMR	SMR	SMR
１位	悪性新生物	278	95.8	109.2	100
２位	心疾患	140	85.3	100	
３位	肺炎	90	93.2	97.2	
４位	脳血管疾患	76	80.9	92	
５位	虚血性心疾患	66	112.3	82.4	
６位	不慮の事故	23	79.3	84.3	
７位	腎不全	18	86.3	128.3	
８位	自殺	12	67.9	103.8	
９位	交通事故	5	116.1	94	

北海道健康づくり財団統計データ　平成 22 年から令和 1 年

図表６　　標準化死亡比の比較



北海道健康づくり財団統計データ　平成 18～27 年　平成 25 年～令和 4 年

早世（64 歳以下）の死亡の動向については、令和 3 年の男性の死亡割合が北海道・国に比べて高い状況ですが、令和４年では、男性・女性ともに死亡割合が北海道・国に比べて低くなっています。

図表７　早世死亡（６４歳以下）

		平成２２年		令和３年		令和４年	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
東神楽町	男	7人	15.2%	10人	17.2%	7人	10.1%
	女	5人	17.2%	2人	3.7%	1人	1.6%
道	男	5,696	19.1%	3,780人	10.9%	3,906人	10.5%
	女	2,994	11.7%	2,176人	6.3%	2216人	5.9%
国	男	110,065人	18.9%	82,832人	11.2%	84,891人	10.6%
	女	56,584人	10.0%	42,355	6.0%	44,125	5.7%

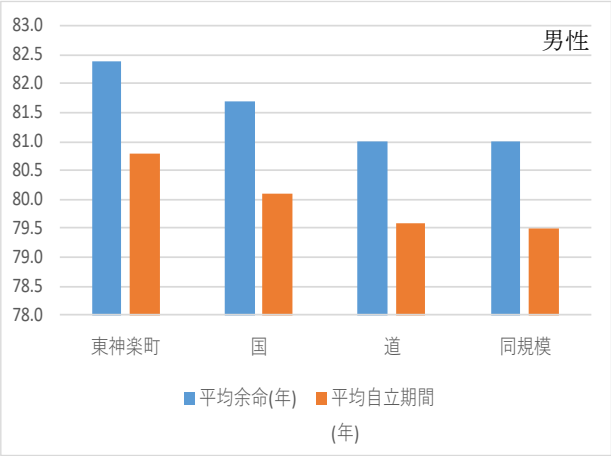
厚生労働省　人口動態調査

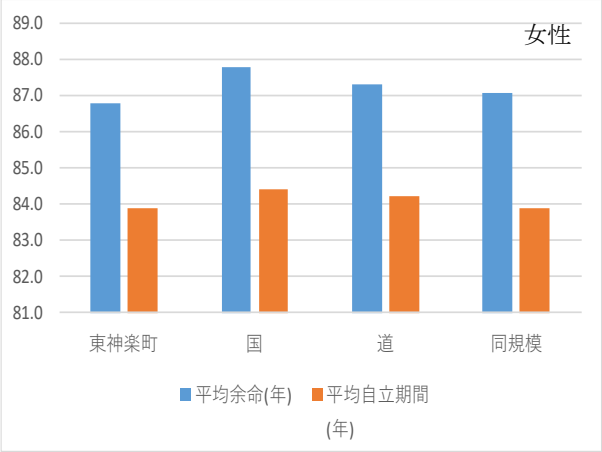
② 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命期間及び平均自立期間は、男性は全国、北海道と比較して長く、女性は全国、北海道と比べて短くなっています。

年次推移でみると、男女ともに平均余命・平均自立期間が短くなっています。

図表８－１　　平均余命・自立期間



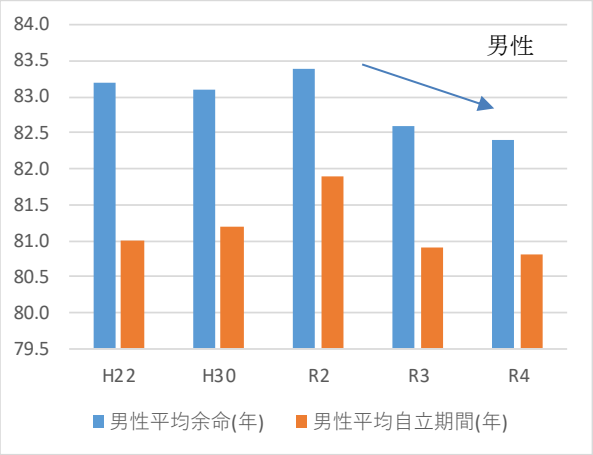


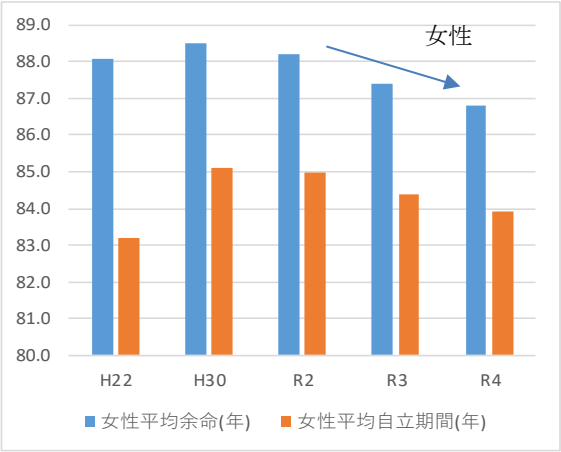
図表８－２

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
東神楽町	82.4	80.8	1.6	86.8	83.9	2.9
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
道	81	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
同規模	81	79.5	1.5	87.4	84.2	3.2

KDB 帳票　地域の全体像の把握　令和 4 年度累計

図表９　　平均余命と平均自立期間の推移





平成 22 年：上川中部地域健康づくり行動指針最終評価　平成 30～令和 4 年度：KDB 帳票地域の全体像の把握　各年度累

（３）　介護保険

第１号被保険者（65 歳以上）の介護保険認定率は、同規模市町村や道・全国より低い状況です。第８期保険料（月額）は、道・全国より高く推移しています。

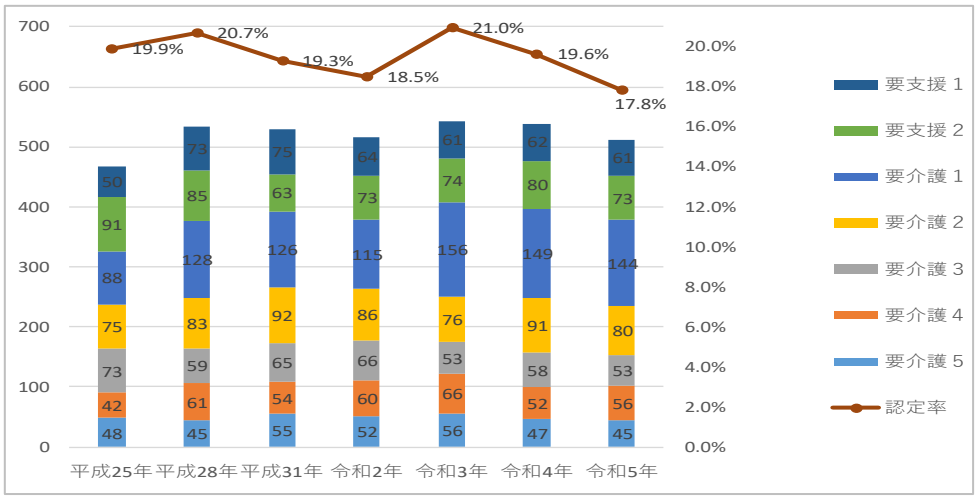
図表 10　　介護保険の状況

		東神楽町		同規模	道	国
第１号認定率		523人	17.9%	18.6%	20.9%	19.4%
再掲	75歳以上	473人	30.6%		34.4%	31.3%
	65～74歳	50人	3.6%		4.8%	4.3%
第２号認定率		13人	0.37%	0.38%	0.42%	0.38%
1人あたり給付費（円）		266,922		303,361	269,507	290,668
第８期保険料（月額）		6,300円			6,014円	5,693円

KDB 帳票地域の全体像の把握　令和４年度累計

年次推移をみると、第１号被保険者の認定者数はここ数年やや減少傾向にあり、認定率も低くなってきています。介護度別では、要介護 2～5 の重度者の割合が減少傾向にあり、要支援～要介護１の軽度者の割合が増加しています。

図表 11　　第１号被保険者　要介護認定者数（率）の推移



介護保険事業状況報告　各年 9 月分

（4）出生

合計特殊出生率は、道と比べると高く国よりも低い状況です。出生数は、年数によりバラつきがありますが、減少傾向にあります。

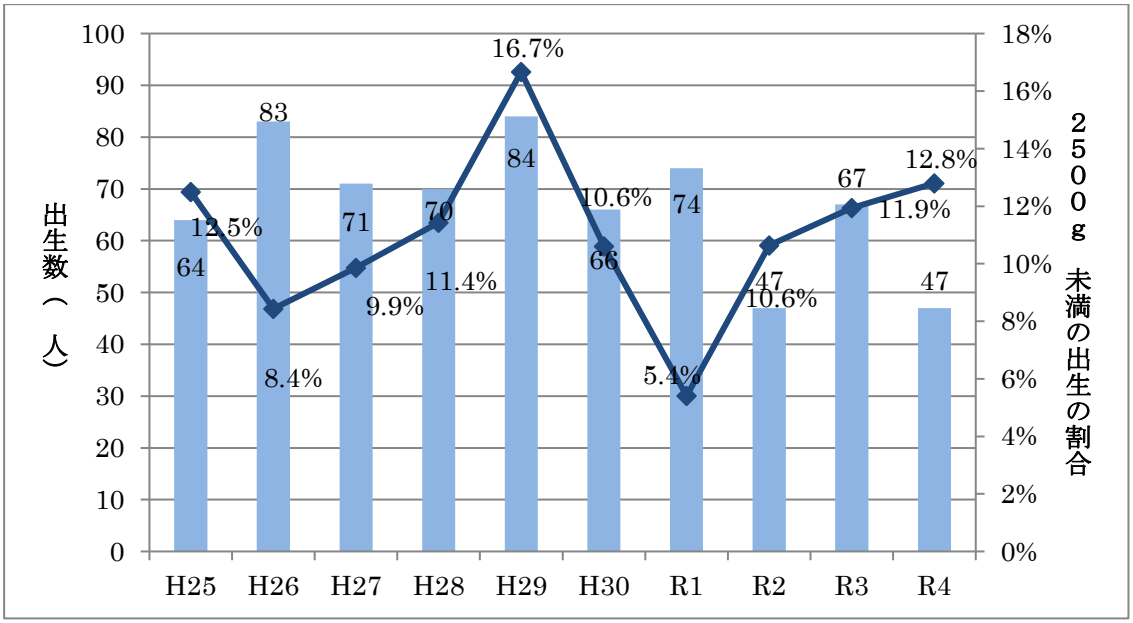
図表 12　　出生数の推移

年度		23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	元年	2年	3年	4年
出生数（人）		61	71	64	83	71	70	84	66	74	47	67	47
合計特殊出生率	町	H20-24年 1.32		H25-29年（R2.9月公表） 1.41					令和7年に公表予定 －				
	道	1.25		1.30					－				
	国	1.38		1.43					－				

人口動態統計

低出生体重児の出生率は、北海道（9.5%：令和 3 年）や全国（9.4%：令和 3 年）と比較して高い傾向にあります。

図表 13　　出生数及び低出生体重児（2,500g 未満）の出生割合の年次推移



第Ⅱ課題別の実態と対策

第２章　課題別の実態と対策

１．生活習慣病の発症予防・重症化予防

⑴　次世代の健康

①　はじめに

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

②　基本的な考え方

ⅰ　生活習慣病予防

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008 年）でも提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

ⅱ　生活習慣の確立

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、子どもの体重（全出生数中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合）や生活習慣（朝・昼・夕の三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、食事を一人で食べる子どもの割合）、う蝕有病状況、運動やスポーツ習慣などで確認ができます。

また、子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20 歳代の女性のやせ、肥満の減少）などが必要です。

③　現状と目標

ⅰ適正体重の子どもの増加

（ア）全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児の割合は平成 23 年度 16.4%から令和 4 年度 14.6%に減少していますが、近年の全国の推移は 9%台(参考：厚生労働省「人口動態統計」、「健康日本 21(第２次)」中間評価報告書)であり、全国と比べるとやや高い状況は続いています。低出生体重児は一過性多呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化等をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら成長発達の見守りが大切です。

令和４年度の低出生体重児６人中５人が在胎 37 週以上の正期産でした。低出生体重児の背景要因には妊娠中の生活習慣が胎児に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や妊娠期からの適切な体重増加などがあります。低出生体重児６人のうち４人は母の妊娠時の体重増加が目標体重より少ないという背景がありました。

図表 14　　低出生体重児の状況　年次推移

年度	出生数	低出生体重児		再掲）低出生体重児								適正体重	
		~2500		~999		1000-1499		1500-1999		2000-2499		2500-3999	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H23	61	10	16.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	9	90.0%	51	83.6%
R4	47	6	12.8%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	5	83.3%	41	87.2%

図表 15　　生まれた週数別低出生体重児の割合

生まれた週数		人数	正期産		早産		再掲）早産の割合					
			満37週以上		～満36週		満28週未満		満28-31週		満32-36週	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R4年度生まれ		47	46	97.9%	1	2.1%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
再掲）2500未満児		6	5	83.3%	1	16.7%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
内訳	～999	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	1000-1499	1	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	1500-1999	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2000-2499	5	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

図表 16　　低出生体重児と母の体重増加

児	児			母			
	在胎週数	体重	体格	年齢	BMI	体重増加(kg)	目標体重増加
1	31.2	1,322	AFD	26	20.3	11	10～13kg
2	37.6	2,166	SFD	31	19.1	7	10～13kg
3	38.1	2,198	SFD	33	23.4	3.7	10～13kg
4	38.4	2,205	SFD	29	21.8	18.6	10～13kg
5	39.2	2,072	SFD	31	19.1	2.4	10～13kg
6	39.3	2,486	LFD	21	17.3	9.7	12～15kg

（イ）在胎週数に相当した出生体重にある児の増加

在胎週数に相当した出生体重（AFD）にある児は 80.9%でした。

胎児は、胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100%生命維持と発育を依存しています。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児に比して体重が小さい子宮内発育不全(制限)児となりやすくなります。また、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、将来の生活習慣病の発症リスクが増加します。

一方で、母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育(巨大児)が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されています。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、高出生体重児の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにもつながります。

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、将来的に 2 型糖尿病を高率に発症することがわかっています。令和 4 年度に妊婦健診を受診した方で妊婦健康診査で血糖値や５０ｇ糖負荷検査で数値が高かった妊婦は 10 人いました。産後の適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために健康診査等で血糖検査を行っていくことが必要になります。

図表 17　　在胎週数に応じた身体の大きさ

分類	体重	身長	人数	割合
			47	100
SFD	標準の 10パーセントタイル未満	標準の 10パーセントタイル未満	4	8.5%
LFD	標準の 10パーセントタイル未満	標準の 10パーセントタイル以上	3	6.4%
AFD （標準的体型）	標準の 10～90パーセントタイル未満	-	38	80.9%
HFD	標準の 90パーセントタイル以上	標準の 90パーセントタイル未満	2	4.3%

図表 18　　妊婦健診受診者のうち血糖検査高値者の結果

	妊婦健診			
	8週 血糖 正常値91mg/dl以下	24週 50gGTT 正常値139mg/dl	健診結果	
1		143	正常	
2		162	正常	
3		147	要精密検査	妊娠性糖尿病疑い
4		147	要精密検査	妊娠性糖尿病の疑い
5	98		正常	
6		163	要治療	貧血
7	108		要精密検査	妊娠糖尿病疑い
8		142	要精密検査	妊娠性糖尿病の疑い
9		146	要精密検査	妊娠性糖尿病の疑い
10	96		正常	
		144	要精密検査	妊娠性糖尿病の疑い

（ウ）妊娠中の適正な体重増加

令和 4 年度の妊娠前の体格が BMI18.5 以上 25 未満の普通体重の妊婦は 29 人（70.7%）です。BMI18.5 未満のやせ妊婦は 6 人（14.6%）です。

妊娠中の望ましい体重増加は、妊娠前の体格によって異なります。令和３年３月改定の「妊産婦のための食生活指針」では、新たな妊娠中の体重増加の目安が示されました。

令和 4 年度出生 47 人のうち把握できた 41 人中、半数の 21 人（51.2%）が目標体重より少なくなっていました。そのうち 14 人（34.1%）は妊娠前体格が適正体重でした。

妊婦を対象に個人差を配慮した摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を具体的に、「なにを」「どの位」食べたらよいかが一目でわかる教材等を活用しながら、学習を継続していきます。

図表 19　　妊娠の体重増加と妊娠前の体格

妊娠前のBMI			（目標値）目標体重増加量	目標体重より少ない		適正な体重増加		目標体重より多い		合計（人）
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
R4年度出生47名中把握できた41名				21	51.2%	15	36.6%	5	12.2%	41
再掲	やせ	BMI18.5未満	12-15kg未満	4	57.1%	3	42.9%	0	0.0%	7
	適正体重	BMI18.5～25未満	10-13kg未満	14	50.0%	11	39.3%	3	10.7%	28
	肥満	BMI25～30未満	7-10kg未満	3	50.0%	1	16.7%	2	33.3%	6
		BMI30以上	5kg未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0

（エ）　肥満傾向児にある子どもの割合

A)1 歳 6 ヶ月児、3 歳児の体格

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

令和４年度の幼児健康診査を受診した肥満度 15%以上の小児肥満に該当する１歳６か月児は１人（1.7%）、３歳児は５人（6.3%）でした。３歳児の５人について、経過を遡ったところ、１歳６か月健診より転入で確認できない１人以外全員肥満度が増加していました。

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

図表 20　　1 歳 6 カ月児と 3 歳児の体格

令和4年度健康診査結果		肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9～14.9%		-15%以下	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児	59名	1	1.7%	58	98.3%	0	0.0%
3歳児	79名	5	6.3%	74	93.7%	0	0.0%

図表 21　　肥満度 15%以上 3 歳児の出生からの体重変化

性別	在胎週数	出生体重	前期乳健	後期乳健	1歳6ヶ月	3歳
			カウプ指数19以上肥満		肥満度15%以上肥満	
男	転入					19.2
女	39.2	3328	18.0	コロナのため健診中止	11.8	19.1
女	40.4	3394	18.9		20.7	32.5
男	38.5	3255	20.0	19.9	24.8	28.9
女	38.5	2810	22.2	21.1	18.4	19.1

ii　健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

（ア）適切な生活リズムを有する子どもの増加

平成 23 年度と令和４年度を比べると、３歳児の就寝時間が２２時以降になっている割合が増えています。健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

図表 22　　3 歳児就寝時間の年次推移

	20時以前	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30以降
H23年度	11.8%	6.6%	31.6%	18.4%	19.7%	11.8%
R4年度	11.4%	7.6%	36.7%	11.4%	27.8%	5.1%

ⅲ学童の生活習慣病予防健診の実施

学童期から自分の体の状態や生活習慣病について知り、よりよい生活習慣の獲得を目的に学童健診（小学 5 年生、中学 2 年生対象）を町の独自事業として実施しています。

健診受診率が、毎年 3 割程度で経過しています。

学童健診の過去 5 年間の健診経過をみてみると、小学生は全国や道よりも肥満割合が高く、中学生は、全国や道よりも痩せの割合が高い傾向です。

また、収縮期・拡張期血圧の有所見の割合が上昇傾向で、対象者の半数以上が推定塩分摂取量の基準値を超えています。

子どもの生活状況に合わせた、生活習慣病対策に取り組み、健診受診率を向上さていく必要があります。さらに、各学校と課題を共有しながら連携を図る必要があります。

図表 23　学童期の肥満

	東神楽町		北海道		全国	
	小学生	中学生	小学生	中学生	小学生	中学生
H30	10.3%	9.6%	11.3%	11.0%	9.0%	7.8%
R1	15.4%	13.5%	14.4%	10.5%	9.6%	8.2%
R2	15.4%	12.5%	15.6%	12.2%	11.9%	9.6%
R3	22.6%	10.8%	15.9%	10.9%	11.0%	9.1%
R4	19.4%	10.8%	15.9%	12.5%	12.5%	9.6%

図表 24　学童期のやせ

	東神楽町		北海道		全国	
	小学生	中学生	小学生	中学生	小学生	中学生
H30	29.6%	23.4%	2.4%	2.3%	2.8%	2.5%
R1	20.5%	36.5%	2.5%	2.9%	2.7%	2.5%
R2	20.5%	25.0%	3.2%	2.4%	2.8%	3.0%
R3	16.1%	37.8%	3.1%	2.7%	2.3%	2.6%
R4	19.3%	20.0%	1.6%	2.4%	2.4%	3.0%

図表 25

学童健診有所見状況

項目				H30		R4	
				小学生	中学生	小学生	中学生
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	肥満割合		10.3%	9.6%	19.4.%	10.8%
		腹囲ウエスト周囲径		10.3%	5.8%	6.5%	5.4%
		体脂肪率				24.1%	8.1%
		中性脂肪		13.8%	7.7%	16.1%	18.9%
		HDLコレステロール		3.4%	1.9%	0.0%	5.4%
		肝機能	AST（GOT）	17.2%	5.8%	12.9%	5.4%
			ALT（GPT）	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%
			γ-GT（γ-GTP）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	内皮障害	血圧	収縮期	0.0%	25.0%	6.5%	32.4%
			拡張期	20.7%	13.5%	6.5%	29.4%
		尿　酸		3.4%	22.2%	3.2%	35.1%
	インスリン抵抗性	空腹時		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		HbA1c		20.7%	7.7%	0.0%	5.4%
その他の動脈硬化危険因子		LDL コレステロール		6.9%	11.5%	12.9%	2.7%
血管変化	腎臓	血清クレアニチン		72.4%	40.4%	22.6%	40.5%
		eGFR		48.3%	50.0%	25.8%	51.4%
血管の易血栓化		赤血球数		13.8%	5.8%	0.0%	2.7%
		ヘマトクリット		6.9%	9.6%	0.0%	13.5%
		ヘモグロビン		3.4%	0.0%	0.0%	2.7%
推定塩分摂取量						66.7%	59.5%
学童健診受診率				25.2%	43.4%	25.7%	36.2%

④　対策

i　生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進
・妊娠期（胎児期）～母子健康手帳交付時保健指導・妊婦健診の実施・栄養指導
・乳児期～新生児訪問・乳幼児健康診査・健康相談
・学童期～肥満、やせ児童の実態把握と個々の状況に合わせた保健・栄養指導
ii　健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

図表 26

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">妊娠期</th><th colspan="3">乳幼児期</th><th>学童期</th></tr>
<tr><th>妊娠届出時
（初期）</th><th>中期
後期</th><th>乳児</th><th>1歳6か月</th><th>3歳</th><th>小学5年生
中学2年生</th></tr>
<tr><td rowspan="4">健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進</td><td colspan="2">妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と禁煙指導</td><td colspan="4">子どもの受動喫煙防止</td></tr>
<tr><td colspan="2">妊娠前の体格に応じた適切な体重増加</td><td colspan="4">身体発育曲線をもとに、適正体重の維持
生活リズム、栄養、活動量の実態に基づいた学習</td></tr>
<tr><td colspan="2">バランス食の学習</td><td colspan="4">バランス食の学習、適切な味覚形成
小児期の甘味飲料（異性化糖）
飽和脂肪酸の適量摂取</td></tr>
<tr><td colspan="2">妊娠中の歯周病予防</td><td colspan="4">口腔清掃、定期的な歯科健診</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進</td><td>母</td><td>妊婦健診
①妊娠糖尿病
②妊娠高血圧症候群
栄養指導の実施</td><td colspan="4">妊娠糖尿病の既往、妊婦健診結果の把握、出生児体重4,000ｇ以上の出産経験のある産婦の将来の糖尿病予防(適正体重の維持）及び妊娠高血圧症候群の既往がある産婦の心血管発症予防(若年健診の勧奨、職場健診の受診確認)</td></tr>
<tr><td>児</td><td></td><td colspan="3">早産、低出生体重児の将来の生活習慣病予防
肥満傾向児の把握と継続した保健指導</td><td>学童健診
受診勧奨
生活リズム、食事・運動の保健指導</td></tr>
</table>

⑵　循環器病

①はじめに

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和３年の人口動態統計によると、心疾患は２位、脳血管死亡は４位となっています。また令和元年（2019 年）の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の 20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもあります。

超高齢化社会を迎えた我が国では、循環器病はさらに増大すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因と言えます。また、これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担が非常に大きくなります。

循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常（特に高 LDL コレステロール血症）、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の５つがあります。これらの因子を適切に管理することで循環器病を予防することが重要です。主要な危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

なお、令和６年３月に策定予定の大雪地区広域連合国民健康保険第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）との整合性を図りながら本章の内容は進めていきます。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

循環器病の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

ⅱ　重症化予防

循環器病における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症のコントロール状況を良好に保つことが必要になります。

本町では、30 歳から 74 歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。また、75 歳以上を対象とした後期高齢者健診においても令和２年度より心電図検査を実施しています。

③現状と目標

ⅰ　脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

（脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下）

国の循環器病領域のアウトカム評価の指標として第２期循環器病対策推進基本計画の目標である「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられていますが、本町では前回の計画で参照していた統計が更新されていないため数値がとれません。そのため今回の計画では標準化死亡比（SMR）を評価指標とします。

脳血管疾患の標準化死亡比は、100 を下回り、15～24 年度と比較してもほぼ変わりません。また、北海道と比較しても低くなっています。

虚血性心疾患の標準化死亡比は、100 を上回り、15～24 年度と比較しても高くなっています。また、北海道と比較しても高くなっています。（図表 27）

図表 27　　脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

	H15－24			H18-27			H22-R1			H25-R4		
	町		道	町		道	町		道	町		道
	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	82	85.5	96.4	83	83.7	91.6	66	112.3	92.0	84	85.7	94.0
虚血性心疾患	55	98.8	87.6	56	94.6	84.5	76	80.9	82.4	72	116.9	81.4

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

高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されています。

健康ひがしかぐら 21 では、Ⅰ度高血圧以上（140/90mmHg 以上）以上の者の割合の減少を目標としていましたが、本計画からは大雪地区広域連合国民健康保険第 3 期保健事業実施計画や国の目標値と同様にⅡ度高血圧以上の者の割合の減少を目標とします。本町では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2019 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者全員に保健指導を実施しています。

Ⅱ度高血圧者の割合は平成 23 年度と比較すると増加しています。そのうち治療なし者は 27 名（6.0%）、そのうち臓器障害ありの者が 5 名（18.5%）います。

また、男女別でみると女性の割合が 3%から 6.2%へと増加しています。

高血圧治療薬を用いた臨床試験等からも血圧降下による循環器予防効果は明らかです。治療が必要な対象には受診勧奨を行い、また、治療の継続とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減塩、減量等）も必要です。

図表 28　　Ⅱ度高血圧以上（160/100）の者

	総数		男性		女性	
	東神楽町		東神楽町		東神楽町	
年度	H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数	667	691	271	289	396	402
Ⅱ度高血圧以上	33	47	21	22	12	25
	4.9%	6.8%	7.7%	7.6%	3%	6.2%

特定健診受診者（法定報告）

図表 29　　重症化予防対象者

優先すべき課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症				メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病（CKD）	
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版（日本動脈硬化学会）				メタボリックシンドロームの診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）		CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者（2項目以上）		HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）		腎臓専門医紹介基準対象者	
該当者数	47	6.8%	10	1.4%	19	2.7%	10	1.4%	120	17.4%	51	7.4%	96	13.9%
治療なし	27	6.0%	0	0.0%	16	3.6%	7	1.6%	14	4.5%	25	4.0%	26	8.3%
（再掲）特定保健指導	6	12.8%	0	0.0%	3	15.8%	2	20.0%	14	11.7%	2	3.9%	5	5.2%
治療中	20	8.3%	10	2.7%	3	1.2%	3	1.2%	106	28.1%	26	40.0%	70	18.6%
臓器障害あり	5	18.5%	0	--	6	37.5%	1	14.3%	3	21.4%	9	36.0%	26	100.0%
CKD（専門医対象者）	2		0		2		0		0		3		26	
心電図所見あり	4		0		5		1		3		8		9	

令和 4 年度　特定健診受診者（法定報告）

ⅲ　LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合の減少

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

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

LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合は、平成 23 年度と比較すると減少しましたが目標値には達していません。特に、LDL コレステロール 180mg/dl の割合が女性において増加しています。

LDL コレステロール 180mg/dl 以上で疑われる、冠動脈疾患の発症率が高い家族性コレステロール血症は早期診断と厳格な治療が必要となるため、受診が必要な対象者への受診勧奨も重要であると言えます。令和 4 年度は LDL コレステロール 180mg/dl 以上の未治療者が 16 名（3.6%）であり、うち 6 名（37.5%）に臓器障害がありました。受診勧奨のみではなく、治療開始後の治療継続に向けた支援も必要となります。

なお、令和 6 年度からは、町独自で実施している２次健診の対象者の中に LDL が経年的に高値であるものを追加し、頸動脈超音波検査でのプラークの早期発見、治療にもつなげていきます。

図表 30　　LDL コレステロール 160mg/dl 以上

	総数		男性		女性	
年度	H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数	667	690	268	287	399	403
LDL160以上の者の割合	74	62	27	19	47	43
	11.1%	9.0%	10.1%	6.6%	11.8%	10.7%
LDL180（再掲）	15	19	7	6	8	13
	2.2%	2.8%	2.6%	2.1%	2.0%	3.2%

特定健診受診者（法定報告）

ⅳ　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、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

メタボリックシンドロームの該当者は平成 23 年度と比較すると、総数・男性は増加しています。特に男性は、全国・北海道よりも高い割合となっています。

メタボリックシンドロームの予備群は特に男性において割合が増加しています。全国・北海道よりも高い割合となっています。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群とともに引き続き減少に向けて取り組みます。

図表 31　　メタボリックシンドローム該当者の状況

	東神楽町		男性		女性		全国		全道	
年度	H23	R4	H23	R4	H23	R4	H23	R３	H23	R３
受診者数	667	691	268	289	399	402	18.9%	20.6%	15.1%	20.5%
該当者	104	100	68	88	36	32				
割合（%）	16.6%	17.2%	25.4%	30.4%	9.0%	8.0%				

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連合会）
国：平成 23 年度　国民健康・栄養調査、
平成 24～令和 3 年度　市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書（国民健康保険中央会）

図表 32　　メタボリックシンドローム予備群の状況

	東神楽町		男性		女性		全国		全道	
年度	H23	R4	H23	R4	H23	R4	H23	R３	H23	R３
受診者数	667	691	268	289	399	402	14.8%	11.2%	11.2%	10.9%
該当者	65	66	45	59	19	20				
割合（%）	10.4%	11.4%	16.8%	20.4%	4.8%	5.0%				

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連合会）
国：平成 23 年度　国民健康・栄養調査、
平成 24～令和 3 年度　市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書（国民健康保険中央会）

ｖ　食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療において関係があり、高血圧を介して慢性腎臓病（CKD）や心不全の発症・重症化予防に関与している可能性が示されています。また、食塩摂取量が増えるに従い、胃がんのリスクを高めると言われています。摂取されたナトリウムは、その大部分が小腸で吸収され、90%以上は腎臓経由により尿中に排泄されます。

現在、町で実施している特定健診（集団健診、町立診療所）では、随時尿検査（ナトリウム・クレアチニン）から推定１日食塩摂取量を算出しています。１日に何グラムの食塩を摂っていたか数値で知ることで「こんなに食塩を摂っていると思わなかった」と食塩が多くなる食習慣の気づきにもなっています。減塩指導に際し、個人の食塩摂取量を評価することの重要性が高血圧治療ガイドライン 2019」にも記載されています。

１日食塩摂取量測定者の結果をみると、特定健診受診者では令和 2 年度、令和４年度ともに日本人の食事摂取基準 2020 年版の目標量（男性 7.5ｇ未満/日、女性 6.5ｇ未満/日）以上の食塩摂取者の割合が、86%となっています。このうち、高血圧者の目標食塩量（6g 未満/日）の倍である 12ｇ以上摂取者は、令和２年度 10.6%から令和４年度 8.3%に減少しています。（図表 33）

図表 33　　１日食塩摂取量（ｇ）測定結果（40～74 歳）

		日本人の食事摂取基準2020目標量		目標未達成				総数	
		男：7.5ｇ未満		男：7.5ｇ以上		再掲）12ｇ以上			
		女：6.5ｇ未満		女：6.5ｇ以上					
		R2	R４	R2	R４	R2	R４	R2	R４
総数	人数	38	39	236	240	25	20	274	279
	割合	13.9%	14.0%	86.1%	86.0%	10.6%	8.3%		
男性	人数	23	24	95	106	14	13	118	130
	割合	19.5%	18.5%	80.5%	81.5%	14.7%	12.3%		
女性	人数	15	15	141	134	11	7	156	149
	割合	9.6%	10.1%	90.4%	89.9%	7.8%	5.2%		

令和２年度・４年度特定健診受診者

近年、手軽に食べることができる惣菜や冷凍食品などの加工食品の販売も増えており、加工食品の選び方により食塩の摂取量も多くなります。

消費者庁は、食品表示制度で決められている栄養成分表示のナトリウム含有量を食塩相当量の表示に 2020 年４月１日に変更しました。以前はナトリウム含有量から食塩相当量に計算が必要でしたが、変更により商品に食塩相当量が表示されています。日頃から食塩相当量を確認し、食塩摂取が目標より多くならないような食品を選ぶ力、食べ方の工夫が必要です。

特に味覚を形成していく乳幼児期から食品加工を多く摂取することで、濃い味に慣れてしまい塩分が少ないと「物足りない」と感じてしまうため食塩摂取量の減少に向けての活動は、成人期

からではなく妊娠期及び乳幼児期からも必要です。町では３歳児健診及び学童健診では特定健診と同様に推定１日食塩摂取量を算出しています。年齢が上がるにつれて目標食塩量以上の割合が高くなり３歳児では令和２年度 49%から令和４年度 58%、中学生では令和２年度 67.6%から令和４年度 75.9%と増加しています。小学５年生は、令和２年度 73%から令和４年度 65.5%と減少しています。

図表 34　　１日食塩摂取量（ｇ）測定結果（３歳）

		日本人の食事摂取基準2020目標量		目標未達成				総数	
		男：3.5ｇ未満		男：3.5ｇ以上					
		女：3.5ｇ未満		女：3.5ｇ以上		再掲）7ｇ以上			
		R2	R４	R2	R４	R2	R４	R2	R４
総数	人数	40	29	39	40	8	4	79	69
	割合	50.6%	42.0%	49.4%	58.0%	20.5%	10.0%		
男性	人数	16	15	22	22	5	1	38	37
	割合	42.1%	40.5%	57.9%	59.5%	22.7%	4.5%		
女性	人数	24	14	17	18	3	3	41	32
	割合	58.5%	43.8%	41.5%	56.3%	17.6%	16.7%		

令和２年度・４年度３歳児健診受診者

図表 35　　１日食塩摂取量（ｇ）測定結果（小５）

		日本人の食事摂取基準2020目標量		目標未達成				総数	
		男：6ｇ未満		男：6ｇ以上		再掲）10ｇ以上			
		女：6ｇ未満		女：6ｇ以上					
		R2	R４	R2	R４	R2	R４	R2	R４
総数	人数	10	10	27	19	1	2	37	29
	割合	27.0%	34.5%	73.0%	65.5%	3.7%	10.5%		
男性	人数	6	6	13	9	0	1	19	15
	割合	31.6%	40.0%	68.4%	60.0%	0.0%	11.1%		
女性	人数	4	4	14	10	1	1	18	14
	割合	22.2%	28.6%	77.8%	71.4%	7.1%	10.0%		

令和２年度・４年度学童健診受診者

図表 36　　１日食塩摂取量（ｇ）測定結果（中学生）

		日本人の食事摂取基準2020目標量		目標未達成				総数	
		男：7.0ｇ未満		男：7.0ｇ以上		再掲）10ｇ以上			
		女：6.5ｇ未満		女：6.5ｇ以上					
		R2	R４	R2	R４	R2	R４	R2	R４
総数	人数	12	11	25	22	6	1	37	29
	割合	32.4%	37.9%	67.6%	75.9%	24.0%	4.5%		
男性	人数	8	5	11	13	4	1	19	15
	割合	42.1%	33.3%	57.9%	86.7%	36.4%	7.7%		
女性	人数	4	6	14	9	2	0	18	14
	割合	22.2%	42.9%	77.8%	64.3%	14.3%	0.0%		

令和２年度・４年度学童健診受診者

ⅵ　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

（1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上(2 合以上)、女性 20ｇ以上(1 合以上)の者の割合）

アルコールは様々な健康被害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われています。

国は、アルコール健康障害対策基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第 2 期計画においては、その基本的施策として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るために、それぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「飲酒ガイドライン」の作成を進めています。ガイドライン案では、生活習慣病のリスクを高める量を、1 日当たりの「純アルコール量」で、男性は 40g 以上、女性は 20g 以上を摂取した場合とした上で、体質などによってより少ない量にすることが望ましいとしています。

また、高血圧やがんなどの病気ごとに、どの程度の飲酒をすると発症リスクが高まるか、研究に基づいて純アルコール量で目安を示しています。（図表 37）

生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者（男性２合以上、女性１合以上の者）の割合は、女性は令和２年度まではほぼ横ばいでしたが令和３年度から減少してきています。男性は令和３年度まではほぼ横ばいでしたが、令和４年度には 38.9%へと増加しました。（図表 38）

飲酒による生活習慣病予防の推進として、東神楽町国保特定健康診査の結果に基づいた適度な飲酒への個別指導が必要です。

また、未成年者の飲酒や妊娠中の飲酒は、健康や胎児にも悪影響があるため、母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会、東神楽町広報等を利用した普及啓発、地域特性に応じた健康教育の推進に取り組むことが必要です。

図表 37　　発症リスクが高くなる目安（純アルコール量）

	男性	女性
脳梗塞	300g以上/週	75g以上/週
高血圧	少しの飲酒でも	
胃がん	少しの飲酒でも	150g以上/週
大腸がん	150g以上/週	
肝がん	450g/週	150g/週

図表 38　　生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合の推移

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男性	17.2%	23.9%	20.1%	26.3%	20.4%	23.5%	22.5%	22.7%	38.9%
女性	23.3%	22.4%	22.0%	24.2%	18.3%	26.1%	22.3%	15.2%	15.9%

KDB：質問票調査の経年比較

ⅶ　喫煙率の減少

喫煙は、がん・循環器疾患・糖尿病・ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）などの非感染性疾患（NCDs)の予防可能な最大の危険因子とされています。妊産婦の喫煙は、妊娠合併症のリスクが高まるとともに、低出生体重児の出生や早産、死産の原因や乳幼児突然死症候群（SIDS）の原因となるなど、母体と胎児や乳児に大きな影響を与えるものです。また、未成年の喫煙は、身体への悪影響が大きく、受動喫煙による非喫煙者の健康被害も問題となっています。今後は、これらの喫煙による健康被害を回避していくことが重要です。

東神楽町の喫煙率は、特に男性は経年的に全国より高い状況です。女性は全国より低く推移し

ていましたが、令和４年度には全国より高くなりました。（図表 39-1、39-2）
　喫煙は、がん、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）や循環器疾患・糖尿病など生活習慣病の発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要です。禁煙の必要性とその方法について健康診査、東神楽町国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導が必要です。
　また、母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会等種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供等のたばこのリスクに関する教育・啓発の推進への取り組みが必要となります。

図表 39-1　喫煙率の推移（男）

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
町	27.8%	30.4%	26.1%	29.0%	29.9%	26.0%	24.8%	25.5%	26.1%
国	25.1%	25.0%	24.9%	24.5%	24.4%	24.1%	23.3%	24.4%	23.6%

図表 39-2　喫煙率の推移（女）

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
町	5.6%	4.5%	6.1%	4.4%	4.7%	5.6%	4.8%	5.8%	6.6%
国	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	6.0%	6.0%	5.8%	5.9%	6.0%

KDB：質問票調査の経年比較

ⅷ　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。
　東神楽町では、受診率、実施率ともに、令和４年度は全国・北海道より高い状態ですが、特定健診受診率は 60%の目標値に達していないため、今後は、検査項目や、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

図表 40　　特定健診受診率（法定報告値）

H23	R4	道（R4）	国（R4）
39.6%	47.5%	29.4%	37.1%

図表 41　　特定保健指導実施率（法定報告値）

H23	R4	道（R4）	国（R4）
51.7%	55.7%	36.0%	27.9%

④対策

ⅰ　健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策
・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
・医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携
・健診未受診者が健診を受けやすい体制整備

ⅱ　保健指導対象者を明確するための施策
・東神楽町国民健康保険特定健康診査
・健康診査（若年者健診・生活保護世帯）
・特定健康診査受診者に検査項目の追加（推定 1 日食塩摂取量等）
・検査項目の追加の検討
・高血圧管理台帳、糖尿病管理台帳の活用

ⅲ　循環器病の発症及び重症化予防のための施策
・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
・特定健診の二次健診（動脈超音波検査等）の実施継続
・第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる

⑶　糖尿病

①はじめに

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症のリスクを高めることも明らかとなっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第3位に位置しています。全国の糖尿病有病者数は、「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器病と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器病の予防対策が有効になります。

ⅱ　重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

ⅰ　合併症（糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

東神楽町の糖尿病腎症による新規透析導入は、過去5年（H30年度～R4年度）で13名増加しています。新規透析導入者の原因疾患の内訳では、腎炎他が7人、糖尿病性腎症が6人となっています。40代から50代の若い人の割合は23.1%となっています。

新規導入者数を比較すると、平成23年は4人、令和4年は5人と増加しています。

図表42　　人口透析患者の推移

年度		H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
透析者数		18	21	24	24	25	26	22	22	25	23	24	25
原因疾患	腎炎他	14	15	16	14	15	14	11	11	12	12	14	15
	糖尿病性腎症	4	6	8	10	10	12	11	11	13	11	10	10
再）新規数	腎炎他	3	2	3	1	1	1	3	0	1	3	3	3
	糖尿病性腎症	1	2	2	4	2	1		2	1	2	0	2
再）他市町継続数	腎炎他	0	1			1					1	0	2
	糖尿病性腎症	1									0	0	0
死亡者数	腎炎他		2	1	1		3	0	1	1	0	1	0
	糖尿病性腎症			1	2		1	1	2		0	0	0
転出者	腎炎他			2		1	1						
	糖尿病性腎症			1									

町独自集計結果

大雪地区広域連合では、腎機能検査として尿酸値・クレアチニンを追加しています。クレアチニンより推算されるｅＧＦＲ（推定糸球体濾過量）は、腎機能を確認する上で、大変大きな役割を担います。また、東神楽町では、腎機能低下の早期発見・重症化予防と、自覚症状のない腎機能低下を予防的に捉え、生活習慣の見直しによる予防目的に、尿蛋白定量検査および尿中推定塩分検査を一部の医療機関と集団健診における特定健診に導入しています。また、本町では、平成 27 年から糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。医療機関との連携のもと、未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

ⅱ　糖尿病有病者の増加の抑制（糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)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ができます。

HbA1c6.5%以上の者の割合は平成 23 年度と比較して、総数、男性、女性のすべてにおいて増加しています。総数における目標値の達成は未達成です。

図表 43　　HbA1c6.5%以上の者の割合

	総数		男性		女性	
年度	H23	R４	H23	R4	H23	R4
受診者数	667	691	271	289	399	402
HbA1c 6.5以上	27	68	15	45	12	23
	4.0%	9.8%	5.5%	15.6%	3.0%	5.7%
治療なし	607	626	242	246	365	380
(再掲) HbA1c6.5 以上	6	25	4	14	2	11
	1.0%	4.0%	1.7%	5.7%	0.5%	2.9%
治療あり	60	65	29	43	31	22
(再掲) HbA1c6.5 以上	21	43	11	31	10	12
	35.0%	66.2%	37.9%	72.1%	32.3%	54.5%

特定健診受診者（法定報告）

ⅲ　治療継続者の割合の増加（HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合

HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病治療中者は、平成 23 年度と比較して増加しましたが目標の 80%には到達していません。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、糖尿病による合併症及び重症化を抑制できます。なお、糖尿病に対するスティグマが治療中断の要因の一つになっていることを考えると、これらの目標を達成するための正しい知識の普及啓発等の取組も必要となると考えられます。また、健診結果返却などの機会を用い、必要な治療や訪問の継続につなげられるよう個別の保健指導が必要となります。一方、糖尿病治療中である 43 人は、治療を継続できるよう糖尿病連携手帳等を活用した医療機関と連携、保健指導を実施していく必要があります。また、未治療者 25 人の中には薬物療法は行っていませんが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関での定期検査を受けている方もいます。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行います。

図表 44　　HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

	東神楽町		男性		女性	
年度	H23	R４	H23	R4	H23	R4
受診者数	667	691	271	289	399	402
HbA1c 6.5以上	27	68	15	45	12	23
	4.0%	9.8%	5.5%	15.6%	3.0%	5.7%
HbA1c6.5%以上のうち治療あり	21	43	11	31	10	12
	35.0%	66.2%	37.9%	72.1%	32.3%	54.5%
HbA1c6.6%以上のうち治療なし	6	25	4	14	2	11
	1.0%	3.9%	1.7%	5.7%	0.5%	2.9%

特定健診受診者（法定報告）

ⅳ　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、HbA1c7.0%以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていました。

2013 年 6 月 1 日より糖尿病治療法における HbA1c の目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」として HbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」が HbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」として 8.0%未満と定められました。よって細小血管症の発症予防や重症化予防には HbA1c7.0%未満にすることが重要です。

平成 23 年度と比較すると HbA1c7.0%以上の者の割合は増加しています。増加した内訳としては HbA1c8.0%以上の血糖コントロール不可の割合が増加したといえます。

一方、「治療あり」の者は増えています。治療はしていますが、血糖コントロールが不可である者が減少していないといえます。

65 歳未満の治療中の者の HbA1c の分布を平成 23 年度と比較すると、コントロール不良の HbA1c7.0%以上の者の割合が増加しています。65 歳以上の治療中の者においても同様です。特に 65 歳以上の治療中の者の HbA1c8.0%以上の者の割合が増加しています。合併症を予防するためには少しでも血糖を正常に近い値にしていくことが重要です。

東神楽町の健診における HbA1c の分布は図　　のとおりです。正常域に最も近い正常者が多いことから、耐糖能異常者でも正常になる可能性の高い段階にある人が多いことがわかります。一方 HbA1c7.0%以上の合併症を起こす可能性がある者が全体の 4.2%います。未治療者、治療中であるがコントロール不良の者、それぞれに即した介入支援を検討する必要があります。

図表 45　　65 歳以下の血糖コントロール目標

目　標	血糖を正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 46　　高齢者の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 かつ ②ADL自立		カテゴリーⅡ ①軽度認知障害~軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能　障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤,SU薬,グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上75歳未満 7.5%未満 （下限6.5%）	75歳以上 8.0%未満 （下限7.0%）	8.0%未満 （下限7.0%）	8.5%未満 （下限7.5%）

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 47　　HbA1c7.0%以上の状況

	総数		男性		女性	
年度	H23	R 4	H23	R4	H23	R4
受診者数	667	691	271	289	399	402
HbA1c 7.0以上	14	29	10	20	4	9
	2.1%	4.2%	3.7%	6.9%	1.0%	2.2%
（再掲）HbA1c 8.0以上	1	7	1	4	0	3
	0.1%	1.0%	0.4%	1.4%	0.0%	0.7%

特定健診受診者（法定報告）

図表 48　　HbA1c7.0%以上の者の治療の有無

			H23	R 4
HbA1c7.0以上			14	29
治療あり	人数		11	26
	割合		78.6%	89.7%
	再掲	40~64歳	3	3
		割合	21.4%	10.3%
		65~74歳	8	23
		割合	57.1%	79.3%
治療なし	人数		3	3
	割合		21.4%	10.3%
	再掲	40~64歳	2	2
		割合	14.3%	6.9%
		65~74歳	1	1
		割合	7.1%	3.4%

特定健診受診者（法定報告）

図表 49　　65 歳未満の治療者の血糖コントロールの分布

		H23		R4	
		人数	割合	人数	割合
5.9%以下		2	12.5%	1	14.3%
6.0-6.9%以下		11	68.8%	3	42.9%
再掲	6.0-6.4%	10	62.5%	2	28.6%
	6.5-6.9%	1	6.3%	1	14.3%
7.0%以上		3	18.8%	3	42.9%
再掲	7.0-7.9%	3	18.8%	2	28.6%
	8.0%以上	0	0.0%	1	14.3%
合計		16		7	

特定健診受診者（法定報告）

図表 50　　65 歳以上の治療者の血糖コントロールの分布

		H23		R4	
		人数	割合	人数	割合
5.9%以下		9	20.5%	9	15.5%
6.0-6.9%以下		27	61.4%	26	44.8%
再掲	6.0-6.4%	18	40.9%	10	17.2%
	6.5-6.9%	9	20.5%	16	27.6%
7.0%以上		8	18.2%	23	39.7%
再掲	7.0-7.9%	8	18.2%	19	32.8%
	8.0%以上	0	0.0%	4	6.9%
合計		44		58	

特定健診受診者（法定報告）

v　適正体重を維持している者の増加（肥満　BMI25 以上の減少）

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

肥満（BMI25 以上）の者は、総数、男性、女性のすべてで増加しています（図表 51）

年代別でみると、男女ともに 30 代後半、40 代後半、50 代後半、60 代後半、70 代前半で肥満者が増加しています。肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に、20 代以降に体重増加させると糖尿病を発症するリスクが高まるといわれており、20 歳以降の体重を増加させない生活習慣が必要です。（図表 52）

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等の関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。

低体重（BMI18.5 未満）の者は、男性では減少していますが、総数と女性で増加しています。40 代、50 代、60 代、70 代で増加しています。若いうちから適正体重を維持し筋肉量を維持していくことが重要です。母子保健やサルコペニア発症・重症化予防の事業と合わせて取り組むことが重要です。（図表 53・54）

普通体重（BMI18.5～25 未満）の者は、総数、男性、女性のすべてで減少しています。普通体重の者の中にも体組成を測定することで筋肉量の減少がみられる者もいるため、定期的に体重や筋肉量を測定していくことが必要です。

図表 51　　肥満　BMI25 以上の者の割合（40～74 歳）

	総数		男性		女性	
年度	H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数	611	712	221	297	390	415
人数	156	209	73	119	83	90
割合	25.5%	29.4%	33.0%	40.1%	21.3%	21.7%

平成 23 年度・令和 4 年度特定健診受診者

図表 52　　BMI25 以上の年代別の割合（5 歳刻み）

		総数		男性		女性	
年度		H23	R4	H23	R4	H23	R4
20～24歳	受診者数		2		1		1
	人数		0		0		0
	割合		0.0%		0.0%		0.0%
25～29歳	受診者数		1		1		0
	人数		1		1		0
	割合		100.0%		100.0%		0.0%
30～34歳	受診者数	30	3	8	0	22	3
	人数	7	0	3	0	4	0
	割合	23.3%	0.0%	37.5%	0.0%	18.2%	0.0%
35～39歳	受診者数	56	17	14	6	42	11
	人数	10	5	5	2	5	3
	割合	17.9%	29.4%	35.7%	33.3%	11.9%	27.3%
40～44歳	受診者数	50	17	13	9	37	8
	人数	10	2	5	2	5	0
	割合	20.0%	11.8%	38.5%	22.2%	13.5%	0.0%
45～49歳	受診者数	40	22	8	12	32	10
	人数	3	5	1	4	2	1
	割合	7.5%	22.7%	12.5%	33.3%	6.3%	10.0%
50～54歳	受診者数	58	29	18	14	40	15
	人数	13	7	7	5	6	2
	割合	22.4%	24.1%	38.9%	35.7%	15.0%	13.3%
55～59歳	受診者数	83	39	19	15	64	24
	人数	21	12	8	7	13	5
	割合	25.3%	30.8%	42.1%	46.7%	20.3%	20.8%
60～64歳	受診者数	116	86	40	31	76	55
	人数	34	23	14	13	20	10
	割合	29.3%	26.7%	35.0%	41.9%	26.3%	18.2%
65～69歳	受診者数	155	213	66	89	89	124
	人数	44	65	22	36	22	29
	割合	28.4%	30.5%	33.3%	40.4%	24.7%	23.4%
70～74歳	受診者数	109	289	57	121	52	168
	人数	31	91	16	50	15	41
	割合	28.4%	31.5%	28.1%	41.3%	28.8%	24.4%

平成 23 年度・令和 4 年度特定健診受診者

図表 53　　BMI18.5～25.0 未満（普通体重）、BMI18.5 未満（低体重）の者の割合（40～74 歳）
※65 歳以上は BMI20 を超え 25 未満　　（年齢調整）
（40～74 歳）

		総数		男性		女性	
年度		H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数		611	695	221	291	390	404
18.5未満	人数	41	84	9	14	32	70
	割合	6.7%	12.1%	4.1%	4.8%	8.2%	17.3%
18.5-25未満	人数	413	406	139	160	274	246
	割合	67.6%	58.4%	62.9%	55.0%	70.3%	60.9%

（再掲：40～64 歳）

		総数		男性		女性	
年度		H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数		347	193	98	81	249	112
18.5未満	人数	21	12	2	1	19	11
	割合	6.1%	6.2%	2.0%	1.2%	7.6%	9.8%
18.5-25 未満	人数	244	132	61	49	183	83
	割合	70.3%	68.4%	62.2%	60.5%	73.5%	74.1%

（再掲：65～74 歳）　※ BMI20 を超え 25 未満

		総数		男性		女性	
年度		H23	R4	H23	R4	H23	R4
受診者数		264	502	123	210	141	292
20未満	人数	20	72	7	13	13	59
	割合	7.6%	14.3%	5.7%	6.2%	9.2%	20.2%
20-25 未満	人数	169	274	78	111	91	163
	割合	64.0%	54.6%	63.4%	52.9%	64.5%	55.8%

平成 23 年度・令和 4 年度特定健診受診者

図表 54　女性の BMI18.5 未満の年代別の割合（10 歳刻み）

		H23	R4
20～29歳	受診者数	0	1
	人数	0	0
	割合	0.0%	0.0%
30～39歳	受診者数	40	14
	人数	9	2
	割合	22.5%	14.3%
40～49歳	受診者数	69	18
	人数	7	3
	割合	10.1%	16.7%
50～59歳	受診者数	104	39
	人数	7	3
	割合	6.7%	7.7%
60～69歳	受診者数	165	179
	人数	8	13
	割合	4.8%	7.3%
70～74歳	受診者数	52	168
	人数	1	11
	割合	1.9%	6.5%

平成 23 年度・令和 4 年度特定健診受診者

vi　野菜摂取量の増加

野菜は、ビタミン・ミネラル・食物繊維などの栄養が豊富で体内で作ることができないため、食事からとることが大切です。野菜の基準量１日３５０ｇのうち、緑黄色野菜は 1/3 の 120ｇ程度とることが推奨されています。緑黄色野菜はビタミンA、葉酸を多く含み、細胞が生まれ変わる時に必要で子どもが成長する（細胞が増える）ためにも使われるため、胎児期から必要な栄養素です。また、野菜に含まれる抗酸化ビタミン（ビタミンA・C・E）は、動脈硬化やがん・老化・免疫低下を引き起こす活性酸素の働きを抑える役割があります。

食事に適切な量の野菜があると、噛むことで満腹中枢が刺激されます。咀嚼回数は、野菜の食物繊維に関連します。食物繊維の適量摂取は、胃袋の満足感につながり、腸では油や糖の吸収が抑えられます。また、食物繊維は腸で善玉菌のえさとなり、免疫力を高める短鎖脂肪酸を生み出し、脂質異常症や糖尿病・肥満といった生活習慣病発症予防とも関係があるため大切な栄養素です。

また、野菜は味覚の形成と関係しており、子どもの頃から野菜を食べ慣れていくことも大切です。

町では、令和 3 年度と 4 年度に 3 歳児健診、学童健診及び特定健診（集団健診）の項目に尿中ナトリウム・カリウム検査を追加しています。塩分（ナトリウム）と野菜等（カリウム）の摂取バランスを表すナトカリ比を算出しており 2 未満が目安とされています。食塩を摂りすぎ野菜や果物が不足するとこの数値が高くなります。食塩の摂りすぎは高血圧の原因のひとつです。一方で、野菜等に多く含まれているカリウムは余分な塩分を体外に出して血圧を下げると言われています。尿中ナトリウム・カリウムの量は、高血圧や心血管疾患のリスクと関連性が強いことが研究で報告されており、ナトリウムとカリウムのバランスが重要です。（腎臓や心臓の病気があり、カリウム制限されている方は当てはまりません）ナトカリ比の目標未達成となっている者の割合は、3 歳児健診では令和 3 年度 60%から令和 4 年度 58%と減少、小学 5 年生は令和 3 年度 85.2%から 89.7%と増加、中学生は令和 3 年度 88.9%から 84.8%と減少しています。特定健診の結果では男性が令和 3 年度 92.2%から 89.2%と減少、女性は令和 3 年度 85.7%から令和４年度 87.9%と増加しています。

図表 55　　１日ナトリウム・カリウム比測定結果（３歳）

		目標		目標未達成		総数	
		2未満		2以上			
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
総数	人数	52	29	78	40	130	69
	割合	40.0%	42.0%	60.0%	58.0%		
男性	人数	29	19	34	18	63	37
	割合	46.0%	51.4%	54.0%	48.6%		
女性	人数	23	10	44	22	67	32
	割合	34.3%	31.3%	65.7%	68.8%		

令和 3 年度・4 年度３歳児健診受診者

図表 56　　１日ナトリウム・カリウム比測定結果（小学５年生）

		目標		目標未達成		総数	
		2未満		2以上			
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
総数	人数	4	3	23	26	27	29
	割合	14.8%	10.3%	85.2%	89.7%		
男性	人数	3	2	7	13	10	15
	割合	30.0%	13.3%	70.0%	86.7%		
女性	人数	1	1	16	13	17	14
	割合	5.9%	7.1%	94.1%	92.9%		

令和３年度・４年度３歳児健診受診者

図表 57　　１日ナトリウム・カリウム比測定結果（中学生）

		目標		目標未達成		総数	
		2未満		2以上			
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
総数	人数	4	5	32	28	36	33
	割合	11.1%	15.2%	88.9%	84.8%		
男性	人数	2	2	24	16	26	18
	割合	7.7%	11.1%	92.3%	88.9%		
女性	人数	2	3	8	12	10	15
	割合	20.0%	20.0%	80.0%	80.0%		

令和３年度・４年度学童健診受診者

図表 58　　１日ナトリウム・カリウム比測定結果（40～74 歳）

		目標		目標未達成		総数	
		2未満		2以上			
		R3	R4	R3	R4	R3	R4
総数	人数	33	32	256	247	289	279
	割合	11.4%	11.5%	88.6%	88.5%		
男性	人数	10	14	118	116	128	130
	割合	7.8%	10.8%	92.2%	89.2%		
女性	人数	23	18	138	131	161	149
	割合	14.3%	12.1%	85.7%	87.9%		

令和３年度・４年度特定健診受診者

ⅶ　身体活動・運動

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

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

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、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、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

（ア）日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

特定健診質問項目から、日常生活において歩行または同等の身体活動を１日１時間以上実施する習慣がない者は、令和４年52.1%と道、国よりも高い状況となっています。（図表59）

年間を通じた運動量の確保や運動習慣の定着化のため平成２８年度から実施しております健康食育タウン事業参加者の平均歩数の年次推移は、事業開始前と比較すると年々歩数が増加しています。今後も民間企業や地域大学などと連携し身体活動量を増やす取り組みを推進します。（図表60）

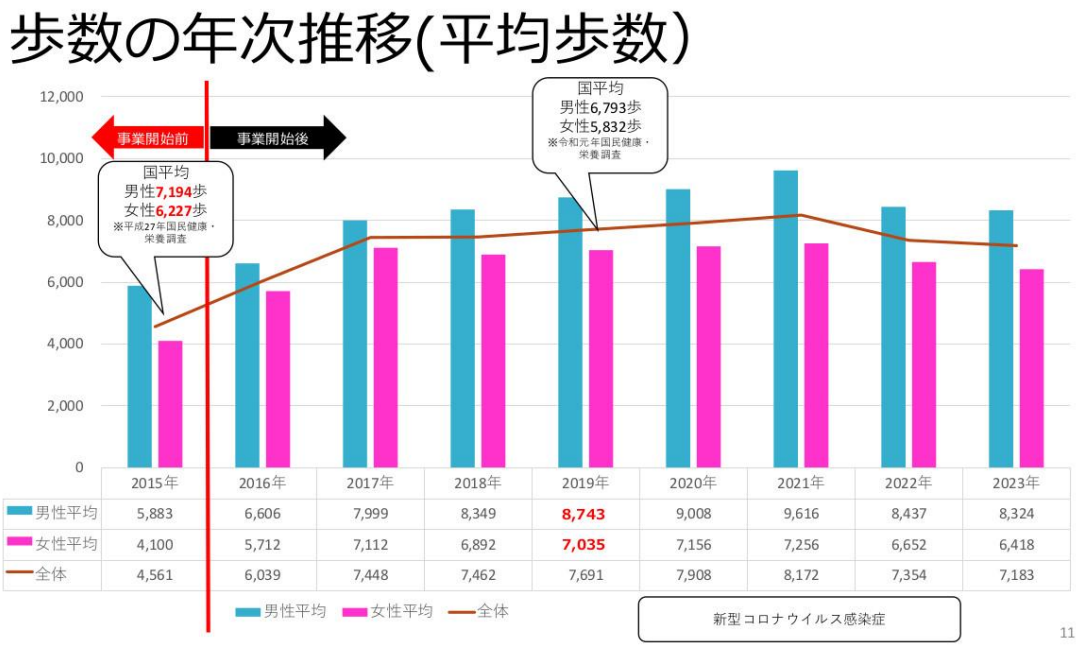
今回は身体活動を歩行で見ていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要があります。

図表59　日常生活において歩行または同等の身体活動を１日１時間以上実施する習慣がない物の割合

		総数	男性	女性
町	H28	64.4	61.9	66.3
	R4	52.1	47.8	55.2
国	R4	48	48.7	47.4
道	R4	47.2	48.7	46.1

町・国・道　KDB 帳票　質問票調査の経年比較

図表60 ひがしかぐら健康くらぶ参加者の歩数の年次推移（平均歩数）



（イ）運動習慣者の増加

（1回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）

特定健診質問項目から、１回３０分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施する習慣 がない、運動習慣のない者は、令和４年度66．1%で、道・国よりも高い状況となっています。（図表61）

図表61　１回３０分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施する習慣がない者

		総数	男性	女性
町	H28	66．2	66．5	65．9
	R4	66．1	63．3	68．1
国	R4	60．4	58．2	64．4
道	R4	62．7	60．4	62．2

町・国・道　KDB 帳票　質問票調査の経年比較

④対策

i　糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
　①特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
　②家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
・特定健康診査の結果からの２次健診（75ｇ糖負荷検査）の実施
・医療機関との連携
　①糖尿病手帳の活用
　②糖尿病性腎症重症化予防への取組
・第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる

⑷　がん

①はじめに

がんは日本人の死因の第１位であり、約３人に１人ががんで亡くなり、生涯のうち２人に１人が罹患する疾患です。がんは、不治の病ではなく、検診による早期発見・早期治療で予防が可能な疾患でもあります。

基本的な知識不足が、がんを必要以上に怖がることや、がん検診の受診率の低さにもつながっていることが指摘されています。

こうした状況に対して、がんについての正しい知識を伝え、がんの早期発見・治療につなげることが重要となっています。

本町では、※国の指針に基づき、検診により死亡を減らすことができると証明されている胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がん、前立腺がんの６種類のがん検診を実施しています。

※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（Ｂ型肝炎ウイルス〈HBV〉、Ｃ型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマウイルス〈HPV〉、成人Ｔ細胞白血病ウイルス〈HTLV-Ⅰ〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がると考えられます。

ⅱ　重症化予防

生涯を通じて考えた場合、２人に１人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

③現状と目標

ⅰ　がん年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比　100 以下）

年齢調整死亡率は、年毎の変動が大きく、正確に算出することは難しいため、標準化死亡比（SMR）を用いてがんの死亡状況をみていきます。

東神楽町のがんの標準化死亡比（SMR）で、検診を実施している５種類のがんを見ると、肺がん、大腸がん、膵臓がんは 100 を上回り、膵臓がんのみ道と比較しても高くなっています。（図表 62）

今後においても、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な健診を実施し、がんの早期発見・早期治療に結びつけ死亡を減らしていくように取り組みを実施していきます。

図表 62　東神楽町標準化死亡比（SMR）

順位	死因	死亡数（人）	SMR		
			東神楽町	道	国
1位	心疾患	176.0	94	98.1	100
2位	脳血管疾患	84.0	85.7	94.0	
3位	肺炎	76.0	82.7	97.9	
4位	虚血性心疾患	72.0	116.9	81.4	
5位	肺がん	8.0	102.4	121.5	
6位	大腸がん	47.0	108.6	110.2	
7位	膵臓がん	37.0	125.8	123.1	
8位	胃がん	33.0	87.3	98.7	
9位	不慮の事故（除・交通事故）	21.0	68.5	91.3	
10位	腎不全	17.0	70.7	128.2	
11位	肝臓がん	15.0	66.6	98.7	
12位	自殺	15.0	88.2	103.2	
13位	胆嚢がん	12.0	76.6	113.7	
14位	乳がん	8.0	64.1	110.3	
15位	食道がん	4.0	43.1	108.4	
16位	子宮がん	4.0	69.2	103.9	
17位	交通事故	3.0	78.6	95.1	
参考	悪性新生物	295.0	92.8	110.9	

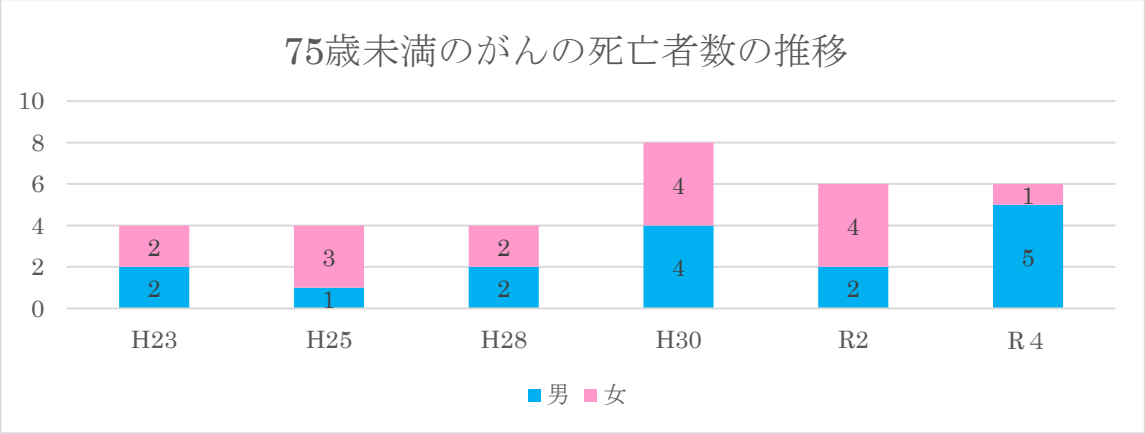
【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ　平成 25 年から令和 04 年

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されています。そのため、一次予防・二次予防に重点的に取り組みを実施していき、75 歳未満の死亡者数を減少していくことを目標とします。

東神楽町の 75 歳未満のがんの死亡者数は、４～８名前後と横ばい傾向です。（図表 63）

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

図表 63　　75 歳未満のがんの死亡者数の推移



ii　がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの早期発見・重症化予防は、がん検診により行われています。現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、がん検診制度やその重要性、受診状況等に関し、広報、啓発資料等で町民への啓発や情報提供の推進し、効果的な受診勧奨を行うとともに各種検診との合同実施等、受診の利便性の向上を推進します。

東神楽町のがん検診受診率は、肺・大腸がん検診以外の３つのがん検診は、例年低下していますが、肺と大腸がん検診の受診率は上昇傾向です。（図表 64）

図表 64

がん検診受診率の推移		
	H28	R4
胃がん	12.6	3.5
肺がん	6.2	5.1
大腸がん	6.4	4.9
子宮頸がん	13.5	7.3
乳がん	19.5	10.6

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

東神楽町の精密検査受診率は、概ね許容値を超えていますが、目標値である 90%は超えていません。特に胃・肺・大腸がんの精密検査受診率の経過については、顕著に低下しており、今後も個別案内や連絡等で精密検査受診率向上を図っていきたいと考えています。

受診対象者を正確に把握したうえで、未受診者に対する受診勧奨を強化する等、未受診者をなくすことに重点を置いたがん検診を推進していく必要があります。

がん検診により精査検査が必要とされた値を正確に把握し、未受診者に対する勧奨を積極的に実施していく必要があります。（図表 65）

図表 65　東神楽町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H28	R４
胃がん検診	精密検査受診率	79.50%	46.10%
	がん発見者数	1人	０人
肺がん検診	精密検査受診率	87.50%	66.6%
	がん発見者数	0人	０人
大腸がん検診	精密検査受診率	46.00%	31.50%
	がん発見者数	0人	0人
子宮頸がん検診	精密検査受診率	66.60%	100%
	がん発見者数	0人	0人
乳がん検診	精密検査受診率	100%	100%
	がん発見者数	0人	1人

④対策

ⅰ　がん検診の受診率の向上

・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨を実施していきます。

・無料クーポンはクーポン利用率や年齢別受診率等を検証し、検診受診を受けやすいように町での助成や医療機関との調整を実施していきます。

ⅱ　精密検査受診率の向上

・未受診者を抽出して電話等による再勧奨の継続を実施します。

・受診の必要性についてリーフレット等を活用していき、勧奨を実施していきます。

ⅲ　がんの教育・普及啓発

・大人に限らず、子どもも含めた生活習慣の改善ががん予防につながることを伝えて、普及啓発に取り組んでいきます。

・がんや健康について、子どもの頃から知ってもらう機会を設けるため、学童健診を実施し、生活習慣の予防として、食事、運動、休養及び睡眠の調和のとれた生活を送れるように伝えていくこと取り組みを継続していきます。

(5)　歯・口腔の健康

①はじめに

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

すべての国民が生涯にわたって自分の歯を 20 本以上残すことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されていますが、歯の喪失の主要な原因疾患となる、う歯（むし歯）と歯周病予防は必須の項目です。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、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。

ⅱ　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、より早い年代から対策を始める必要があります。

口腔機能については、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

ⅰ　乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

３歳児でう歯のない者の割合の国の目標値（令和４年度）は 90%ですが、本町の３歳児でう蝕がない児の割合は、平成 23 年 73.6%から令和４年には 93.6%と改善し、国や道の割合と比べても高くなりました。

母子保健法に基づく１歳６か月児及び３歳児健康診査時の歯科健康診査の他、母子保健事業として乳児健康診査、１歳６か月児及び３歳児健康診査、健康相談の際に歯科衛生士による歯科相談を実施しています。今後も歯科相談を通して、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促していきます。

図表 66　　３歳でう歯がない児の割合の推移

年度	東神楽町	道	国
H23	73.6%	77.5%	76.9%
R4	93.6%	89.7%	89.8%

ⅱ　過去１年間に歯科相談を受診した者の増加(歯科相談受診者数)

定期健康相談での成人期の歯科相談の利用はほとんどない状況でした。

大雪地区広域連合では、令和元年より特定健診の HbA1c6.5 以上の方で定期的に歯科医院にかかっていない方を対象に歯周病検診を実施しています。

受診者数が伸びていない理由としては、多くの方がかかりつけ歯科医による定期受診を受けているからです。今後は対象者の見直しも行い、歯周病予防の推進を行う必要があります。

町で実施している歯周病検診は限られた対象に実施しているものであるため、今回の目標項目とはしません。

図表 67　　歯周病検診受診者数

	R1	R2	R3	R4
受診者	3人	1人	0人	0人

④対策

ⅰ ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

・健康相談（全町民）

・乳幼児健診での歯科指導とフッ素入り歯磨剤（チェックアップ）の使用の推奨

・「8020 運動」の推進と達成者の表彰

ⅱ 専門家による定期管理と支援の推進

・歯科検診（1 歳 6 か月児、3 歳児）

・中部歯科保健協議会との協働による事業

・歯周病予防の推進

(6)　高齢者の健康

①はじめに

健康寿命の延伸を実現するためには、生活習慣病の予防とともに社会生活を営むための機能を高齢者になっても可能な限り維持することが重要です。

②基本的な考え方

人口の高齢化が進んでおり、国は健康寿命のさらなる延伸に向け、意欲のある限り年齢にかかわりなく就労や社会参加を推進しています。意欲的な就労や社会参加を実現していくために、生活習慣病の重症化予防が大変重要です。

③現状と目標

i　介護保険サービス利用者の増加・重症化の抑制

令和 3 年度の同規模市町村における介護保険認定率は 30.9%で、78 市町村中 29 位（後期高齢者医療加入者）です。その原因疾患は、慢性腎不全（1 位）、虚血性心疾患（3 位）となっています。また、重度介護（要介護 3・4・5）の原因疾患としては、アルツハイマー病・血管性等の認知症等となっており、いずれも生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）が発症・重症化の要因となります。生活習慣病の重症化予防に努め、高齢者の要介護状態の先送りや重症化の予防をしていきます（図表 69）。

図表 68

表1　要介護認定者の原因疾患

		同規模区分 (78市町村中)	合計(%)	支援1・2	介1・2	介3・4・5
腎	慢性腎不全	1	25.5	31.6	30.5	13.7
心	虚血性心疾患	3	41.9	50	44.5	32
筋・骨格	関節症	12	47.2	60.5	53.2	28.8
心不全	その他の心疾患	36	46.4	45.6	50.9	40.5
認知症	アルツハイマー病・血管性等の認知症・他	55	38.4	7	39.5	60.1
脳	脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）	62	32	26.3	30.9	37.9
筋・骨格	骨折	69	17.5	20.2	18.6	13.7
基礎疾患	糖尿病	4	53.2			
	高血圧	69	74.1			

ii　後期高齢者健診受診率向上・重症化の抑制

後期高齢者健診の令和 4 年度受診率は 13.3%と、徐々に上昇はしているものの、北海道の目標値 15%には届いていません。健診により、自覚症状のない生活習慣病の進行状況などを確認することが出来るため、早期発見・早期治療、重症化予防のため、さらなる受診率向上に努めます。

令和 4 年度の健診受診者 165 名中 36 名（21.8%）が高血圧Ⅱ度以上、HbA1c7.0 以上、eGFR40 未満、尿蛋白（+）以上、心房細動所見のいずれかのあるハイリスク者です。特に、高血圧Ⅱ度以上の方が 24 名（66.7%）を占めており、高血圧への対策が必要です。

また、肥満者（BMI25 以上）の方は 40 名（24.2%）となっており、生活習慣病の重症化や関節への過度な負担にならないよう、保健指導を実施していきます。

iii　低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

低栄養傾向（BMI20 以下）の令和 4 年度健診受診者の割合は 13.9%（男性：7.5%、女性：20.0%）です。BMI20 以下の方に伺うと、若年の頃からやせ傾向な方も多いですが、高齢化に伴い体重減少する可能性もあるため、現状維持または低下をなるべく少なくしていくこ

とが大切です。男女比では、女性の割合が高くなっています。

④対策

ⅰ　介護保険認定者の治療疾患の発症・重症化を予防する。

・健診結果に基づく個別の保健指導の実施

・糖尿病管理台帳・高稀有達管理台帳に基づく重症化予防の実施

・健診結果に基づき、必要な治療や生活習慣改善を行うための学習推進

・後期高齢者健康診査の受託医療機関の拡大

ⅱ　生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育の実施（ポピュレーションアプローチ）

・口腔・認知症・栄養・運動（リハビリ体操）等、テーマ別の講演会の実施

２．こころの健康（東神楽町自殺対策計画）

①はじめに

こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるために重要であり、生活の質にも大きく影響します。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食事、十分な休養なども重要な基礎となります。また、自分ひとりで問題を抱え込まず悩みを相談することも大切です。

②基本的な考え方

自殺は、その多くが追い込まれた末の死です。自殺の背景には、精神保健上の問題だけではなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立など様々な社会的要因があります。自殺に至る心理には、様々な悩みにより追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ることが知られています。そこには、社会との繋がりが薄れ、孤立に至る課程も見られます。

自殺に追い込まれるという危機は、「誰にでも起こり得る危機」です。そのため、関連機関との連携が図られ、「生きることの包括的な支援」が必要とされます。

③現状と目標

ｉ　自殺者の減少

東神楽町の自殺死亡者をみると、数は少ないですが、中高年層の男性と若年層の女性の自殺による死亡者が出現しています。（図表 69・70）また、死亡率でみると、全国や全道より低くなっていますが、性別・年代別でみると男女ともに自殺者が出ている年代では全国よりも高くなっています。（図表 71-1、71-2）

図表 69　東神楽町の自殺者数の推移　（単位：人）

	H30	R1	R2	R3	R4
総　数	0	0	4	0	0
男　性	0	0	3	0	0
女　性	0	0	1	0	0

地域自殺実態プロファイル 2023　014532　北海道東神楽町

図表 70　東神楽町の年齢別男女別自殺者数（平成３０～令和４年度合計）

	20歳未満	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	0	0	0	1	1	0	0	1
女性	0	0	1	0	0	0	0	0

地域自殺実態プロファイル 2023　014532　北海道東神楽町

図表 71-1　自殺死亡率（平成３０～令和４年度合計）

東神楽町自殺死亡率 （　人口10万対）	全道自殺死亡率 （　人口10万対）	全国自殺死亡率 （　人口10万対）
7.8	18	16.4

地域自殺実態プロファイル 2023

図表 71-2　性別・年代別自殺者数・自殺死亡率（平成３０～令和４年度合計）

	年代	20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	計
男性	自殺者数	0	0	0	1	1	0	0	1	3
	自殺死亡率（人口10万対）	0	0	0	27.1	30.5	0	0	62.1	12.4
	全国自殺死亡率（人口10万対）	3.9	24.3	24.4	26.3	30.4	23.9	26.2	34.3	22.7
女性	自殺者数	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	自殺死亡率（人口10万対）	0	0	36.4	0	0	0	0	0	3.7
	全国自殺死亡率（人口10万対）	2.7	12.1	9.9	11.1	13	11	12.9	12.6	10.4
	東神楽町総数	0	0	1	1	1	0	0	1	4

地域自殺実態プロファイル 2023　014532　北海道東神楽町

ii　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す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。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あらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

東神楽町では、健康診査・東神楽町国保特定健康診査受診者に対し、国の標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)で示されている「睡眠で休養が十分とれている」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、「いいえ」との回答率が男女ともに年によってバばらつきがありますが、15%から 25%の間で推移してます。(図表 72)

図表 72　睡眠が十分とれていない人の割合

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男性(町)	17.7%	20.9%	17.0%	25.1%	18.1%	21.9%	19.6%	19.5%	20.8%
女性(町)	21.0%	21.8%	24.1%	22.9%	20.0%	24.4%	17.9%	25.3%	24.1%
国	24.1%	24.6%	25.1%	25.9%	25.5%	25.8%	24.4%	24.5%	25.6%

KDB：質問票調査の経年比較

④対策

i　こころの健康に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

① 妊娠期から、メンタルヘルスについてのリーフレットの配布、相談窓口の周知等の実施、エジンバラ産後うつ病質問票の活用による要支援者への支援。

② 学童期にある児童と保護者に SOS の出し方についての普及・啓発の実施。

③ 全年代に対して、健康相談・健康教育等においてこころの健康について普及・啓発の実施。

ii　専門家による相談事業利用の推進

・精神科医による相談事業の紹介

iii　東神楽町の睡眠と休養に関する実態の把握

・問診による睡眠に関する実態把握の継続

iv　睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

① 学童期にある児童と保護者に、睡眠と脳（こころ)」について学習する機会を持ち、睡眠の重要性についての理解を図る。

３.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、東神楽町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。（図表 73）

図表 73　　東神楽町の目標値

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
全体	健康寿命の延伸(平均自立期間:KDB)	男性 80.1年 女性 84.4年		男性 80.8年 女性 83.9年		平均寿命の増加分を上回る増加		男性 81.0年 女性 84.0年	令和17年度	①
次世代の健康	適性体重の子どもの増加(肥満・やせの減少)				令和4年度				令和17年度	⑦
	・低出生低体重児(2,500g未満)の割合の減少	設定なし		14.6%		設定なし		10%以下		
	・在胎週数に相応した出生体重にある児の増加	設定なし		80.9%		設定なし		90%以上		
	・妊娠中の適性な体重増加	設定なし		36.6%		設定なし		50%以上		
	・肥満傾向にある子ども(3歳児)の割合の減少	―		6.3%			生育医療等基本方針に合わせて設定	5%以下		⑥
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血心疾患の標準化死亡比　100以下		平成22年～令和元年		平成25年～令和4年		医療費適正化計画に合わせて設定		令和17年度	②
	・脳血管疾患	100		85.7		100		◎現状維持又は減少		
	・虚血性心疾患	100		116.9		100		100以下		
	②高血圧の改善 (Ⅱ度以上高血圧(160/100mmHg以上)の者の割合の減少)	131.1mmHg	令和元年度	6.8%	令和4年度	5mmHg以下	令和14年度	5%台	令和17年度	
	③脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少)	男性 9.8% 女性 13.1%	令和元年度	男性 6.8% 女性 10.7%	令和4年度	25%の減少	令和14年度	男性 5%台 女性 9%台	令和17年度	
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,516万人	令和元年度		令和4年度		医療費適正化計画に合わせて設定		令和17年度	④
	・該当者			男性 30.4% 女性 8.0%				男性 28%台 女性 7%台		
	・予備軍			男性 20.4% 女性 5.0%				男性 18%台 女性 4%台		
	⑤食塩摂取量の減少(2020年目標量未満の者の割合)			14.0%	令和4年度			30%以上	令和17年度	
	⑥生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 (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 14.9% 女性 9.1%	令和元年度	男性 38.9% 女性 15.9%	令和4年度	10%	令和14年度	男性30%以下 女性10%以下	令和17年度	
	⑦禁煙率の減少	16.7%	令和元年	男性 26.1% 女性 6.6%	令和4年度	12%	令和14年度	男性25%以下 女性5%以下	令和17年度	
	⑧特定健康診査・特定保健士道の実施率の向上		令和3年度		令和4年度		医療費適正化計画に合わせて設定		令和17年度	
	・特定健康診査実施率	56.5%		47.5%				50%以上		
	・特定保健指導の終了率	24.6%		55.7%				60%以上		
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者患者数)の減少	15,271人	令和3年末	2人	令和4年度	12,000人 (約7%減)	令和14年度	◎現状維持又は減少	令和17年度	⑤
	②糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上の者の割合)	約1,000万人	平成28年度	9.8%	令和4年度	1,350万人	令和14年度	8%台	令和17年度	④
	③治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	67.6%	令和元年度	66.2%	令和4年度	75%	令和14年度	75%以上	令和17年度	
	④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)	1.32%	令和元年度	1.0%	令和4年度	1.0%	令和14年度	◎現状維持又は減少	令和17年度	
	⑤適正体重を維持している者の増加(BMI18.5以上25未満の者の割合) (※65歳以上はBMI20を超え25未満)	60.3%	令和元年	58.4%	令和4年度	66.0%	令和14年度	60%以上	令和17年度	
	⑥野菜接種量の増加(ナトリウム・カリウム比2未満の者の割合)			11.5%	令和4年度			30%以上	令和17年度	
	⑦身体活動・運動		令和4年度		令和4年度				令和17年度	
	・日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する習慣がない者の割合の減少	男性 48.7% 女性 47.4%		男性 47.8% 女性 55.2%				男性 40%以下 女性 45%以下		
	・1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する習慣がない者の割合の減少	60.4%		66.1%				60%以下		
がん	①悪性新生物の標準化死亡比　100以下	100		92.8	平成25年～令和4年	100		◎現状維持又は減少	令和17年度	②
	②がん検診の受診率の向上		令和元年 国民生活基礎調査		令和4年度	60%	令和10年度 基本計画に合わせて変更予定		令和17年度	③
	・胃がん	男性 48.0% 女性 37.1%		3.5%				10%		
	・肺がん	男性 53.4% 女性 45.6%		5.1%				12%		
	・大腸がん	男性 47.8% 女性 40.9%		4.9%				12%		
	・子宮頸がん	43.70%		7.3%				15%		
	・乳がん	47.40%		10.6%				20%		
	③精密検査受診率の向上	設定なし		57.1%	令和4年度	設定なし		70%台	令和17年度	
歯・口腔の健康	乳幼児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)	設定なし		93.3%	令和3年度	設定なし		現状維持	令和17年度	⑥
高齢者の健康	①後期高齢者健診受診率向上			10.6%	令和3年度			15%以上	令和17年度	⑨
	②低栄養傾向の高齢者の減少(BMI20以下)			13.9%	令和4年度	13%	令和14年度	130%以下	令和17年度	
こころの健康	①自殺死亡率の減少(人口10万人当たり)	18.5 (自殺総合対策大綱上	平成27年	7.8	平成30～令和4年度合計	13.0 (30%減少)	令和7年度	減少	令和17年度	⑧
	②睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			男性 20.8% 女性 24.1%	令和4年度			20%以下	令和17年度	④

①KDB
②北海度健康づくり財団統計データ
③地域保健・健康増進報告
④東神楽町健康診査・国保特定健診問診票
⑤大雪地区広域連合レセプト・町更生医療台帳
⑥町3歳児健診
⑦町妊娠届出
⑧人口動態統計
⑨東神楽町後期高齢者健診