

いきいき元気なかさつない

(第3期中札内村健康増進計画)

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

中札内村

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の概要	1
2. 計画の目的と基本方針	2
3. 計画の位置づけ	3
4. 計画の期間	4

第2章 中札内村の現状

1. 人口の状況	5
2. 死亡の状況	8
3. 国民健康保険被保険者の状況	10
4. 介護保険の状況	12
5. 各種健診・検診の状況	13

第3章 現状と健康づくりの目標、取り組み

1. 栄養・食生活	16
2. 身体活動・運動	25
3. たばこ	31
4. 休養・こころの健康	36
5. 次世代(子ども)の健康	41
6. 高齢者の健康	50
7. 歯・口腔の健康	54

第4章 生活習慣病の発症予防と重症化予防

1. 循環器疾患	57
2. 糖尿病予防	65
3. がん予防	69

第5章 健康増進に向けた取り組みの推進

1. 計画の推進体制と計画の評価	73
2. 関係機関との連携	73
3. 健康増進を担う人材の確保と質の向上	74

用語集	75
-----	----

末尾資料:第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査 集計表

第 1 章 計画策定の概要

1. 計画策定の趣旨

国においては、平成 12 年 3 月に「健康日本 21^{※1}」を策定し、国民が一体となった健康づくり運動を総合的に推進して、健康づくりに関する意識の向上及び取り組みの促進を図るための基本方針が定められ、平成 15 年 5 月には「健康増進法」を施行し、健康づくりの推進に向けての法的整備がすすめられてきました。

平成 25 年 4 月には健康日本 21(第二次)を適用し、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」「社会全体として相互に支え合いながら健康を守る環境の整備」などを新たに盛り込んだ「健康日本 21(第二次)(平成 25 年～34 年度)」が平成 24 年 7 月に公表されました。「健康日本 21(第三次)の計画期間は、関連する計画(医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画等)と計画期間を合わせることで、各種取り組みの健康増進への効果の評価するために一定の期間を要すること等を踏まえ、令和 6 年から令和 17 年度までの 12 年間とされ、新たな基本方針が令和 5 年 5 月に公表されました。

新基本方針は、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、誰一人取り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行うとされています。

このような中で、村では、健康日本 21(第二次)の理念を取り入れ、平成 31 年度から令和 5 年度における第 2 期計画において、乳幼児から高齢者まで生涯を通じた村民の健康づくりの取り組みを進めてきました。第 2 期計画の計画期間終了に伴い、これまでの計画における達成状況を踏まえ、更なる健康づくり対策の充実を図ることで、「健康寿命^{※2}の延伸」「健康格差^{※3}の縮小」を実現することを目指して、第 3 期中札内村健康増進計画を策定します。

2. 計画の目的と基本方針

村民が主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、また個人の健康を支え、守る環境づくりを推進することにより、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を実現することを目的として、健康づくりを総合的に推進するための計画とします。

本計画では、健康を増進し生活習慣病の発症を予防する「1次予防」に重点を置き、健康づくり対策を、①栄養・食生活、②身体活動・運動、③たばこ、④休養・こころの健康、⑤次世代(子ども)の健康、⑥高齢者の健康、⑦歯・口腔の健康の分野に分けて記載するとともに、生活習慣病の発症予防と重症化予防につなげるために、⑦循環器疾患・糖尿病予防、⑧がん予防についても、第2期計画において策定した取り組み指標の達成状況を策定時の状況と比較した上で、新たな目標を設定しより充実した対策を推進しています。

なお、計画策定にあたり、令和5年9月に「第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査」を実施しております。有効回答数から、村全体の傾向を示すものではありませんが、現状と課題についての参考数値として記載しております。

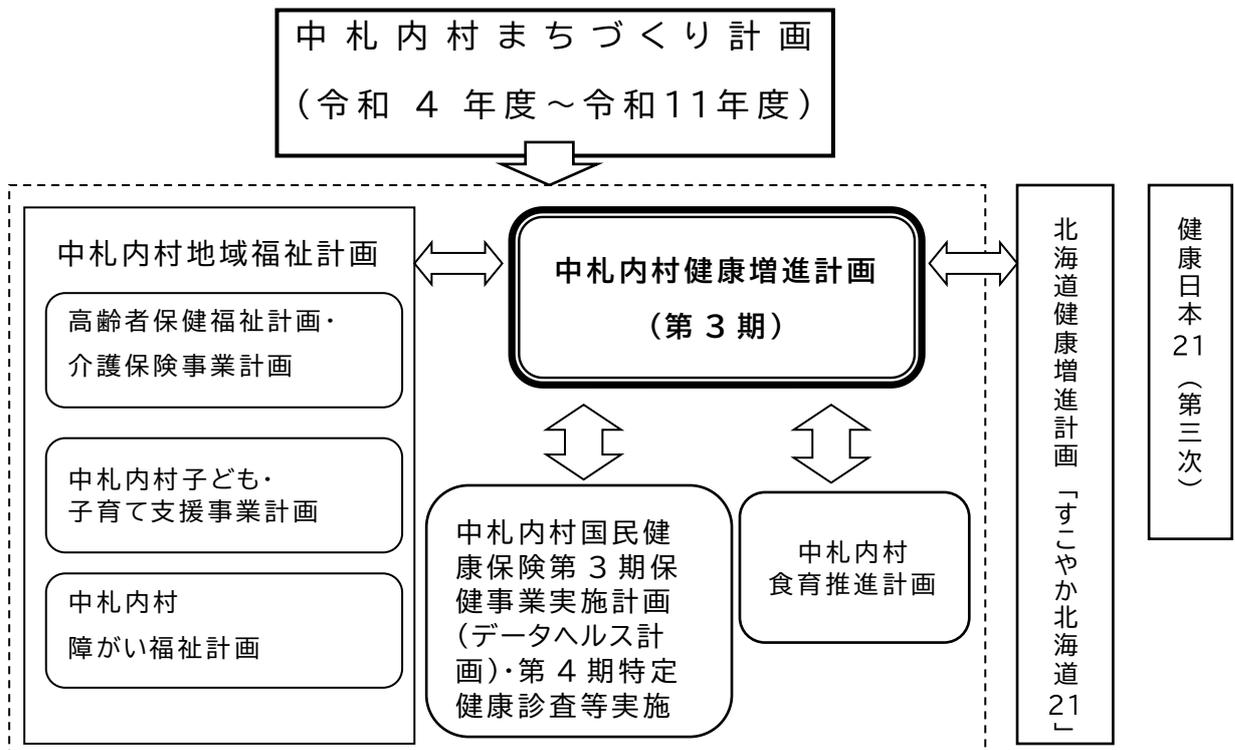
3. 計画の位置づけ

本計画は、「中札内村まちづくり計画(令和4年度から令和11年度)」を上位計画とし、中札内村地域福祉計画・中札内村高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・中札内村子ども・子育て支援事業計画など関連計画との整合性を図るものとします。

また、令和4年度～令和8年度を計画期間として策定した「中札内村食育・地産地消推進計画」とも、十分に整合性を図り、取り組みに多様な関係者が連携・協働して進めていくこととしています。

加えて、令和5年度に策定する「中札内村国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)^{※4}第4期特定健康診査等実施計画」(令和6年度から令和11年度)と整合性を図りながら、医療保険者として実施する保健事業等と連携し対策を進めていきます。

計画の推進にあたっては、「健康日本21(第三次)」の理念のもとに、「北海道健康増進計画(すこやか北海道21)」との整合性を図ります。



4. 計画の期間

本計画は、データヘルス計画等との整合性を図るため令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間を計画期間とし、村の健康課題に応じた健康づくり対策を推進します。

計画期間のイメージ及び 保健事業実施計画・データヘルス計画との関連

R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
第 2 期	第 3 期					第 4 期				

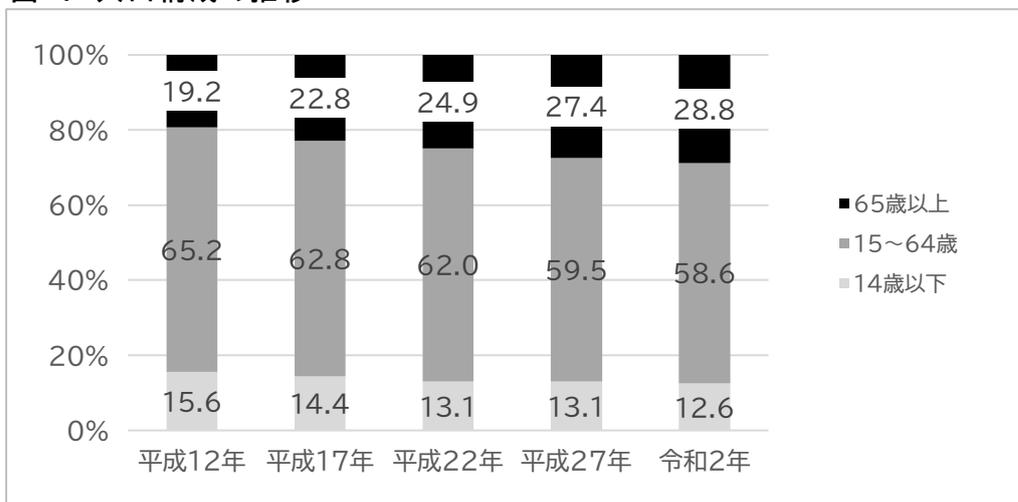
第 2 章 中札内村の現状

1. 人口の状況

(1) 人口構成の推移

村の人口構成は、年齢階層別人口で見ると、14 歳以下の年少人口と 15～64 歳の生産年齢人口は徐々に減少傾向にあり、65 歳以上の人口は徐々に増加傾向となっています。(図 1)

図 1 人口構成の推移



資料：国勢調査(総務省統計局)

(2) 人口と世帯数の推移

村の人口は増減を繰り返していますが減少傾向にあり、高齢化率は年々上昇しています。また、世帯数は増加傾向にあります。(表 1)

表 1 人口、世帯数、高齢化率の状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
総人口	3,913 人	3,881 人	3,919 人	3,908 人	3,859 人
男	1,904 人	1,878 人	1,894 人	1,899 人	1,863 人
女	2,009 人	2,003 人	2,025 人	2,009 人	1,996 人
世帯数	1,873 世帯	1,872 世帯	1,921 世帯	1,906 世帯	1,923 世帯
高齢化率	28.8%	29.1%	29.2%	29.7%	29.8%

資料：中札内村住民基本台帳に基づく人口(各年度 3 月 31 日現在)

(3)人口動態

自然動態^{※5}は、いずれの年も出生数が死亡数を下回り、減少が続いています。社会動態^{※6}は令和2年より転入超過となり、増加が続いています。人口動態としては、減少傾向です。(表2)

表2 人口動態の推移

		H30	R1	R2	R3	R4
自然動態	出生	20人	26人	25人	29人	25人
	死亡	48人	38人	43人	41人	46人
	増減	△28人	△12人	△18人	△12人	△21人
社会動態	転入	178人	224人	181人	192人	233人
	転出	190人	213人	158人	189人	223人
	増減	△12人	11人	23人	3人	10人
人口動態	増減	△40人	△1人	5人	△9人	△11人

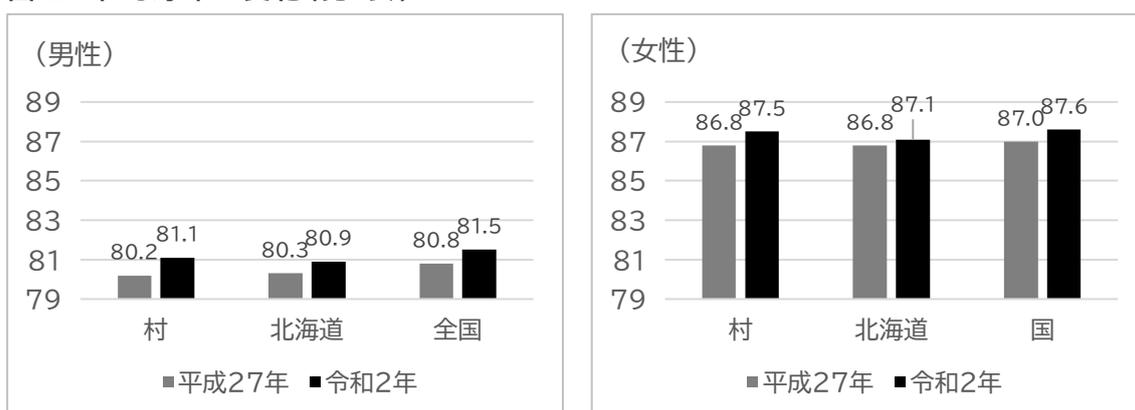
資料：住民基本台帳(総務省)(各年1月1日～12月31日計)

(4)平均寿命^{※7}

令和2年の平均寿命は、男性81.1歳、女性87.5歳で、いずれも北海道平均を上回り、女性では全国平均と同程度となっています。

平成27年と令和2年を比較すると、男女とも平均寿命は延伸しています。

図2 平均寿命の変化(男・女)



資料：令和2年市区町村別生命表の概況(厚生労働省)

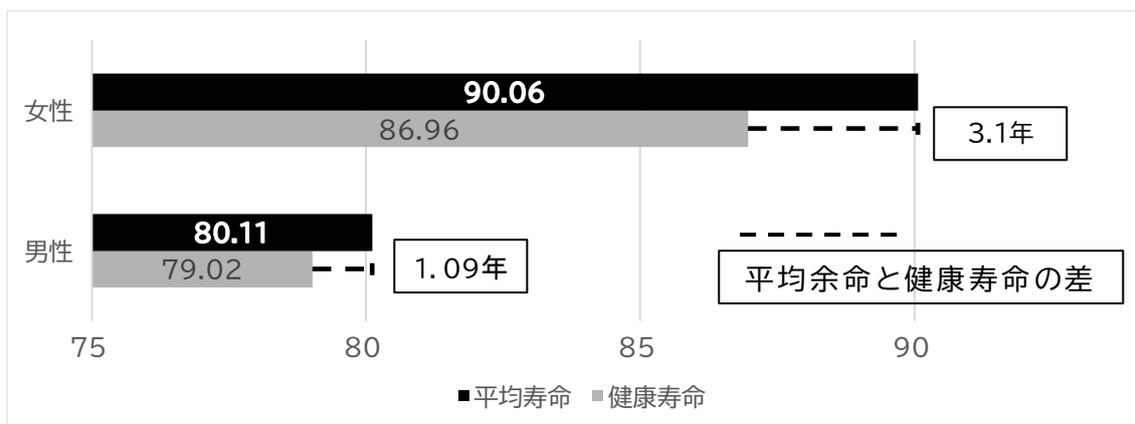
(5) 健康寿命

人生の中で健康で障がいのない期間(介護を要しない期間)を示す「健康寿命」は、男性 79.02 歳、女性 86.96 歳となっています。

平均余命^{※7}(令和 4 年の 0 歳を基準に算定)と健康寿命の差は、女性では 3.1 年、男性では 1.09 年となっています。

今後も健康寿命の延伸を目指す取り組みが求められています。

図3 平均余命と健康寿命の差



資料：北海道健康増進計画(すこやか北海道 21、資料 3、市町村別健康寿命)

(6) 合計特殊出生率

合計特殊出生率^{※8}について、全国・北海道ともに減少しています。村では、平成 29 年に前年を下回りましたが、直近の令和元年では増加に転じています。

表 3 合計特殊出生率

	H28	H29	H30	R1	R2
村	1.45	1.39	1.39	1.45	1.40
出生数	24人	27人	19人	26人	25人
北海道	1.29	1.29	1.27	1.24	1.21
全国	1.44	1.43	1.42	1.36	1.34

資料：第7期中札内村まちづくり計画 人口動態調査

※村の合計特殊出生率のみ、人口動態調査の出生数と住民基本台帳の女性人口を用いて算出

2. 死亡の状況

(1) 主な死亡原因

令和元年人口動態調査では、全国・北海道で悪性新生物(がん)が第1位でしたが、村では老衰が第1位となっています。脳血管疾患については、全国・北海道と比較し高い値となっています。

表1 主な死亡原因

	村		北海道		全国	
	死亡原因	死亡率(10万対)	死亡原因	死亡率(10万対)	死亡原因	死亡率(10万対)
1位	老衰	255.3	悪性新生物	372.8	悪性新生物	304.2
2位	悪性新生物	229.8	心疾患	183.8	心疾患	167.9
3位	脳血管疾患	127.6	脳血管疾患	92.2	老衰	98.5
4位	心疾患	102.1	肺炎	86.4	脳血管疾患	86.1
5位	肺炎	76.6	老衰	84.4	肺炎	77.2

資料：十勝地域保健情報年報(令和2年版(令和元年度実績))

(2) 標準化死亡比(SMR)の状況

全国と比較した標準化死亡比(SMR)^{※9}をみると、男性の「悪性新生物」によって死亡する割合が有意に高くなっています。

また、悪性新生物については、男性、女性の「胃がん」、男性の「肺がん」、女性の大腸がん、子宮がん、乳がんが高くなっています。

「自殺」は男性が高くなっています。

表2 標準化死亡比(SMR)の状況…年齢構成の違いの影響を除いて、死亡率を全国と比較したもので、全国平均を100として比較。

	悪性新生物		脳血管疾患		心疾患				腎不全		肺炎		自殺	
	男	女	男	女	男	女	虚血性心疾患		男	女	男	女	男	女
							男	女						
村	123.4*	107.9	88.2	81.4	83.2	54.9	89.7	98.4	39.5	87.7	79.3	56.9	168.1	47.9
北海道	110.1	111.9	96.1	92.1	96.7	99.3	80.7	82.4	127.2	129.2	99.9	95.6	103.5	102.5

※ *…有意水準5%(村のみ記載)

	胃がん		食道がん		肺がん		大腸がん		肝臓がん		すい臓がん		胆嚢がん		子宮がん	乳がん
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	女	女
村	149.8	135.1	65.2	0	139.1	109.1	97.4	113.5	100.2	96.6	135.6	120.7	153.9	199.8	184.8	127.6
北海道	98.6	98.8	106.5	116.8	119.0	127.5	108.2	112.4	100.1	96.2	120.8	125.4	116.4	111.1	103.9	110.3

資料：北海道健康づくり財団、北海道における主要死因の概要 10、平成25年～令和4年

(3)65 歳未満の死亡

平成 29 年～令和元年の 3 年間の村の総死亡数は 138 人でその内、65 歳以下の死亡数の占める割合は、10.1%を占めています。

男性では悪性新生物が最も多く、女性は悪性新生物、肺炎、その他が同数でした。

表 3 65歳未満の死亡の状況

	男 性		女 性	
	人数	割合	人数	割合
悪 性 新 生 物	4 人	36.4%	1 人	33.3%
心 疾 患	2 人	18.2%	0 人	0.0%
脳 血 管 疾 患	0 人	0.0%	0 人	0.0%
肺 炎	0 人	0.0%	1 人	33.3%
不 慮 の 事 故	1 人	9.1%	0 人	0.0%
自 殺	1 人	9.1%	0 人	0.0%
そ の 他	3 人	27.3%	1 人	33.3%
計	11 人	100%	3 人	100%

資料：十勝地域保健情報年報(平成 30 年～令和 2 年度版)

3.国民健康保険の状況

(1)国民健康保険被保険者の状況

村の人口は、令和3年3月31日現在で3,965人(KDB上のデータ、住基上とは異なる)、その中で、国民健康保険(以下、国保)の被保険者数が983人(総人口の24.8%)であり、年齢構成では、「65歳以上」の被保険者が36.4%と多く占めています。

また、北海道、全国、同規模保険者(国)と比較して、被保険者の平均年齢が低く、「0歳以上40歳未満」の割合が多いことも特徴です。

表1 国保被保険者の構成比較

	村	北海道	全国	同規模保険者
被保険者	983人	1,069,960人	25,855,400人	731人
65-74歳	36.4%	47.7%	44.7%	47.2%
40-64歳	37.7%	31.1%	31.7%	31.8%
0-39歳	25.8%	21.2%	23.6%	21.0%
加入率	24.8%	20.0%	20.6%	25.7%
平均年齢	51.4歳	55.0歳	53.7歳	54.8歳

資料：KDB※¹⁰ 帳票 S21_001 及び S21_003、令和3年度(累計)

※ 同規模保険者とは、全国における人口5,000人未満の保険者をいう。

(2)国民健康保険医療費の状況

国保の1人あたり医療費(月平均)は、平成29年度から令和3年度にかけて、入院と外来の合計で約1,800円増加しており、全国に次いで高い値で増加しています。

入院医療費については、他と比較しても急激な増加となっています。また、外来医療費は微増していますが、伸び率としては北海道内同規模自治体に次いで低い値となっています。

表 2 国保 1 人あたり医療費(月平均)の推移と比較

		村	北海道	同規模保険者	全国	同規模保険者
入院	平成29年度	7,877円	13,364円	12,694円	10,764円	12,658円
	令和3年度	9,316円	13,666円	12,903円	11,480円	13,203円
	増減	1,439円	302円	209円	716円	545円
	伸び率	18.3%	2.3%	1.6%	6.7%	4.3%
外来	平成29年度	13,254円	16,376円	15,703円	15,826円	15,569円
	令和3年度	13,618円	17,248円	15,838円	16,990円	16,287円
	増減	364円	872円	135円	1,164円	718円
	伸び率	2.7%	5.3%	0.8%	7.4%	4.6%
合計	平成29年度	21,131円	29,740円	28,397円	26,590円	28,226円
	令和3年度	22,934円	30,914円	28,741円	28,470円	29,490円
	増減	1,803円	1,174円	344円	1,880円	1,264円
	伸び率	8.5%	3.9%	1.2%	7.1%	4.5%

資料 : KDB 帳票 S21_001 及び S21_005、平成29年度及び令和3年度(累計)

※ 1人あたり医療費は、月平均である。また、歯科医療費を除く。

4. 介護保険の状況

(1) 要介護(要支援)認定者数

介護保険の認定者数は、令和3年度末現在216人で、平成29年度末の190人と比べると26人増加しています。

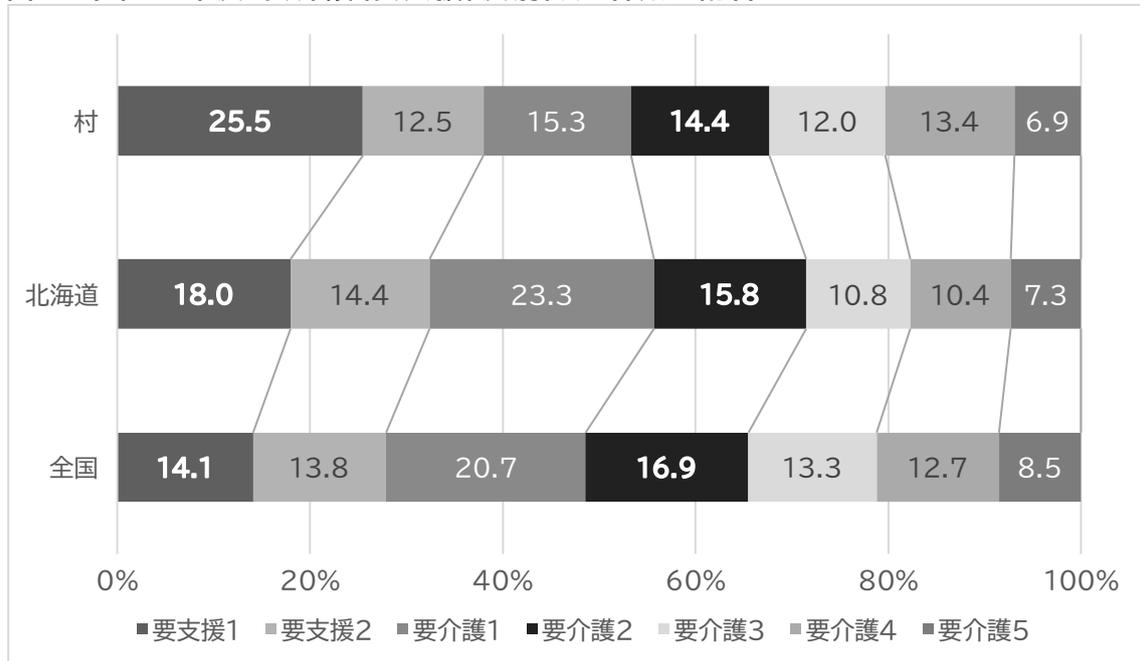
令和3年度 要介護(要支援)度別認定者数の割合をみると、村は、全国・北海道と比較して、要支援1の割合が高い傾向にあります。

表1 要介護(要支援)認定者数の推移

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
平成29年度	36人	24人	39人	31人	27人	19人	14人	190人
平成30年度	39人	26人	37人	29人	34人	15人	16人	196人
令和元年度	37人	32人	33人	32人	33人	17人	16人	200人
令和2年度	42人	32人	36人	29人	32人	26人	15人	212人
令和3年度	55人	27人	33人	31人	26人	29人	15人	216人

資料：介護保険事業月報(各年度末現在)

図1 令和3年度 要介護(要支援)度別認定者数の割合



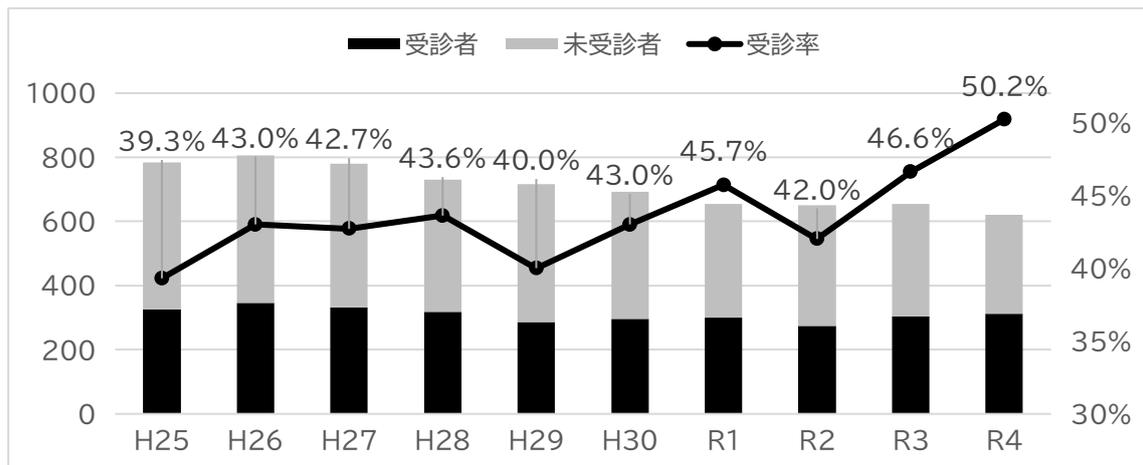
資料：令和3年度介護保険事業状況報告(年報)

5. 各種健診・検診の状況

(1) 国保特定健康診査の状況

国保特定健康診査^{※11}の受診率は、平成29年度から増減を繰り返していますが、近年では前計画期間と比較し、高い水準で推移しています。

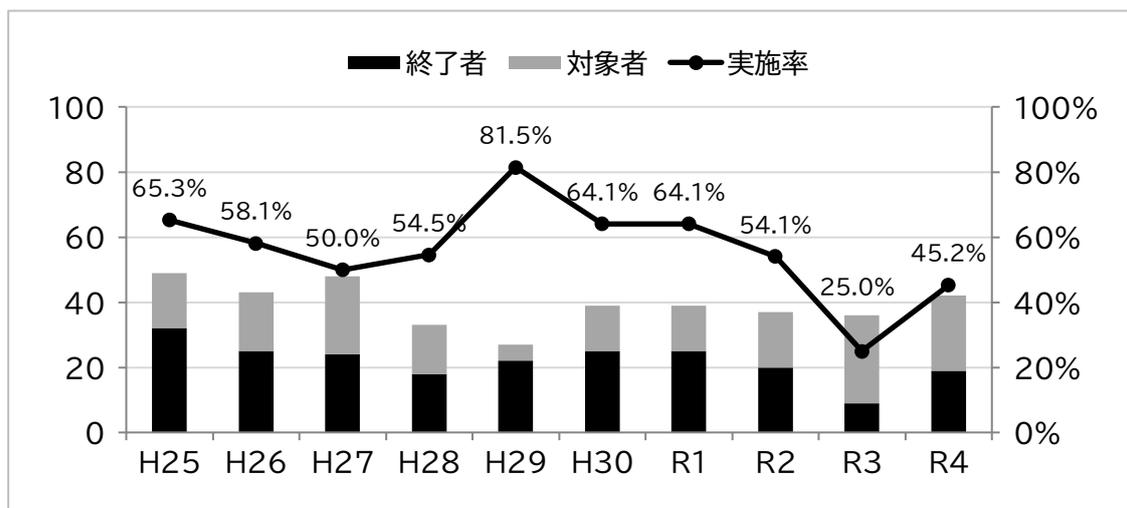
図1 国保特定健康診査の状況



(2) 国保特定保健指導の状況

国保特定保健指導^{※12}の実施率については、平成29年度から減少傾向ですが、直近では増加がみられています。

図2 国保特定保健指導の状況



(3) 性別のメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

メタボリックシンドローム^{※13}の状況について、「メタボリックシンドローム予備群」は、北海道、全国、同規模保険者より割合が高くなっていますが、「メタボリックシンドローム該当者」「非肥満高血糖者」は低い割合となっています。

また、予備群では「血圧のみ」「脂質のみ」の割合が高く、該当者では「血糖・脂質」の割合が高くなっています。

表 1 メタボリックシンドロームの状況の比較

	村	北海道	全国	同規模保険者
腹囲のみ	4.9%	-	-	-
メタボリックシンドローム予備群	14.8%	11.0%	11.2%	12.2%
血糖のみ	0.3%	0.6%	0.6%	0.7%
血圧のみ	11.1%	7.9%	8.0%	8.8%
脂質のみ	3.3%	2.5%	2.6%	2.7%
メタボリックシンドローム該当者	17.0%	20.5%	20.6%	22.2%
血糖・血圧	2.3%	2.9%	3.1%	3.7%
血糖・脂質	1.6%	1.0%	1.0%	1.2%
血圧・脂質	6.9%	9.8%	9.8%	9.9%
血糖・血圧・脂質	6.2%	6.8%	6.8%	7.5%
非肥満高血糖	6.2%	8.5%	9.5%	9.4%

資料：KDB 帳票 S21-001(令和3年度累計)

(4) 特定健診結果からみる有所見者の状況

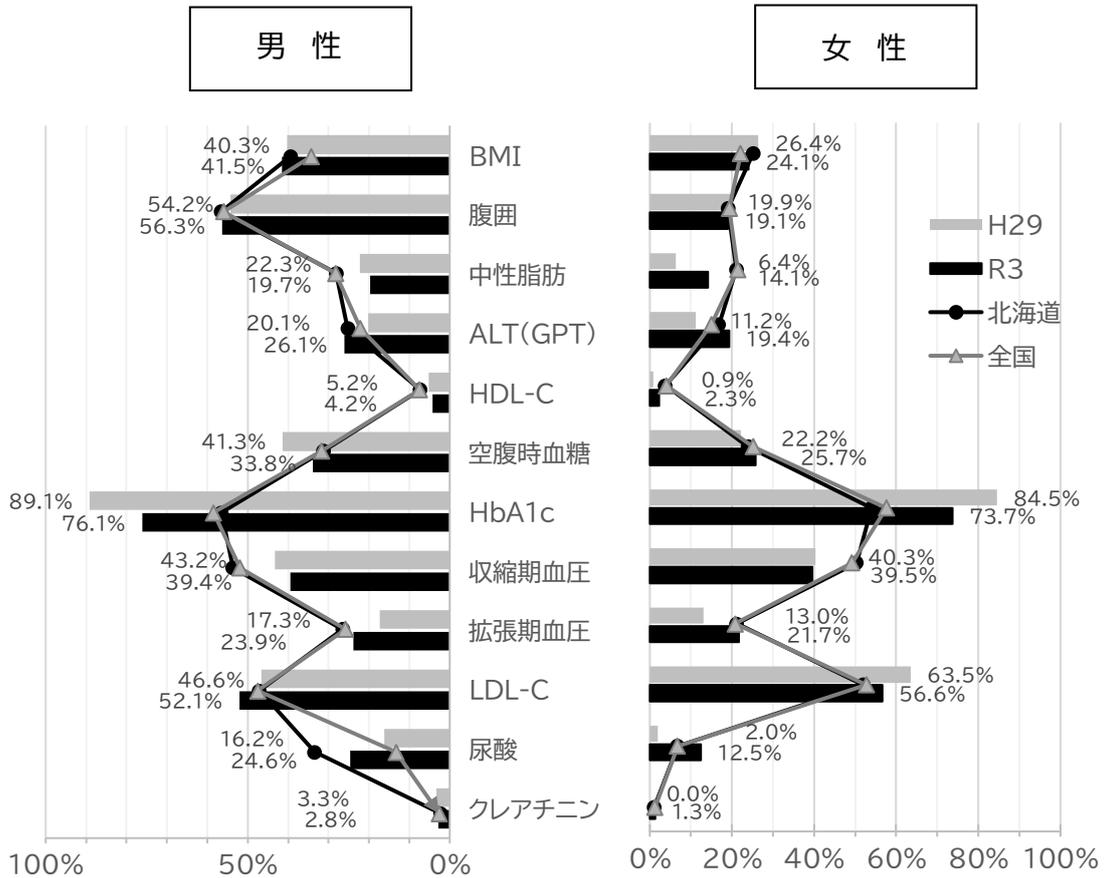
有所見者(保健指導値超)の状況では、平成 29 年度から令和 3 年度にかけて男女ともに「ALT(GPT)」「拡張期血圧」「尿酸」の割合が増加しています。

男女別でみると、「中性脂肪」「空腹時血糖」において、男性では減少傾向ですが、女性では割合が増加しています。

「LDL-C」では、男性が増加傾向、女性は減少傾向となっています。

「HbA1c」については平成 29 年度から令和 3 年度にかけて大きく減少していますが、依然として全国・北海道と比較して割合は高くなっています。

図 3 特定健診結果の項目別有所見順位



資料 : KDB 帳票 S21_024、平成29年度及び令和 3 年度(累計)、年齢調整済み
 ※ 全国、北海道については、令和 3 年度(累計)である。
 ※ 各検査項目の説明は、計画用語集の14~24 を参照。

第 3 章 現状と健康づくりの目標、取り組み

1. 栄養・食生活

(1) 現状と課題

栄養と食生活は、生命の維持だけでなく、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠かせない活動です。

同時に、多くの生活習慣病の予防や重症化の予防、やせや低栄養などを防ぐことを通じて、生活機能の維持と向上を促進し、個人の行動と健康状態の改善を促すために、適切な栄養と食生活、そしてそれを支える食環境の改善を進めることも極めて重要です。

適正体重を維持している人の状況(肥満、若年女性のやせの減少)

適正体重に関しては、ライフステージごとに目標を設定し、それを評価の指標とします(表 1)。

肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病など多くの生活習慣病と関連があり、若年女性のやせは骨量減少や低出生体重児^{※25} 出産の危険因子となります。

村の「肥満者の割合(BMI 25.0 以上)」は、特定健診の結果によれば男女ともに全国よりは高い傾向がありますが、北海道よりは低い水準にあります。(表 1)

また、特定健診の問診票によれば、「20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している人」が男女合わせて令和 3 年度は前回調査に比べて 3.2%増加していますが、北海道や同規模の保険者よりも低い結果が示されています。(表 2)

表 1 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	出生児	学童・思春期		男性 40～69歳	女性 40～69歳	65歳以上		
評価指標	低出生体重児	肥満者*		肥満者	肥満者	BMI25以上 BMI20以下		
村の現状	3.8%	小学5	男	17.3%	39.5%	23.9%	男	33.3%
			女	8.4%			女	37.1%
		中学2	男	15.0%			男	8.9%
			女	13.4%			女	17.8%
北海道の現状	9.6%	小学5	男	22.2%	46.1% (40～64歳)	24.2% (40～64歳)	男	30.9%
			女	13.8%			女	26.0%
		中学2	男	15.5%			男	-
			女	9.4%			女	-
全国の現状	9.4%	小学5	男	14.5%	35.1%	22.5%	男	31.2%
			女	9.8%			女	26.7%
		中学2	男	11.5%			男	12.4%
			女	7.7%			女	20.7%
資料	令和2年十勝地域保健情報年報(令和元年度実績)	令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査(村教育委員会作成資料)		令和3年度厚生労働省様式(様式5-2)健診雄所見者状況(男女別・年代別)(KDB)	令和3年度厚生労働省様式(様式5-2)健診雌所見者状況(男女別・年代別)(KDB)	村・北海道:後期高齢者健診結果(R3) 全国:令和元年度国民健康・栄養調査(厚生労働省)		

※肥満者について、高度・中等度・軽度の割合を加算した値を記載

食習慣の状況

「朝食を抜くことが週に3回以上ある人の割合」については、前回調査と比較し3.8%増加しておりますが、北海道を下回っています。「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある人の割合」は平成29年度より3.8%増加していますが、北海道、同規模保険者より下回っています。

「朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を毎日摂取していますか」については、全国と北海道、同規模保険者を上回っています。「朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を時々摂取していますか」については、全国と北海道、同規模保険者を下回っています。(表3～6)

表 2 20 歳の時からの体重が 10 kg 以上増加している人の割合 (40~74 歳)

	村(H29)	村(R4)	北 海 道	全 国	同規模保険者
40~74 歳	31.5%	35.0%	35.7%	35.0%	36.7%

表 3 朝食を抜くことが週に 3 回以上ある人の割合 (40~74 歳)

	村(H29)	村(R4)	北 海 道	全 国	同規模保険者
40~74 歳	6.9%	10.7%	12.2%	10.4%	9.5%

表 4 就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある人の割合 (40~74 歳)

	村(H29)	村(R4)	北 海 道	全 国	同規模保険者
40~74 歳	12.3%	14.9%	14.9%	15.8%	17.1%

表 5 朝昼夕の 3 食以外に、間食や甘い飲み物を摂取していますか。(毎日) (40~74 歳)

	村(H29)	村(R4)	北 海 道	全 国	同規模保険者
40~74 歳		26.9%	21.5%	21.6%	22.3%

表 6 朝昼夕の 3 食以外に、間食や甘い飲み物を摂取していますか。(時々) (40~74 歳)

	村(H29)	村(R4)	北 海 道	全 国	同規模保険者
40~74 歳		57.1%	60.1%	57.3%	57.9%

表 1~5 資料:基本健診受診者問診票 KDB 帳票 質問票調査の状況 00012062-S21_007

脂肪摂取の状況

脂肪エネルギー比率については、前回調査と比較し男性、女性ともに減少しています。(表 7)

また、脂肪エネルギー比率が 25%以上の割合については北海道より高い状況です。(表 8)

表 7 脂肪エネルギー比率が 30%以上の割合 (15~74 歳)

	村(H27)	村(R5)
男 性	42.7%	41.5%
女 性	52.7%	43.6%

表 8 脂肪エネルギー比率が 25%以上の割合 (20歳以上) 北海道との比較

	村(R5)	北海道(R4)
男 性	65.2%	49.5%
女 性	74.8%	68.1%

表 7~8 資料 : 食事調査(令和 5 年実施)、すこやか北海道 21

野菜と果物の摂取量の状況

食事における栄養素の摂取と生活習慣病の関連について、特に食物繊維とカリウムについては主に野菜から摂取されることから、野菜の摂取量を増やすことで、循環器疾病の発症リスクが低減する可能性があるとしてされています。

また、果物の摂取が高血圧、肥満、2型糖尿病などの生活習慣病の発症リスク低下と関連していると報告されています。

令和5年度食事調査によると、村においては、男性の野菜摂取量 268.6gとなっており平成 27 年より大きく増加しています。一方女性は 258.8gと減少しています。北海道と比較すると、男女ともに摂取量が少ない状況にあります。(表 9~10)

果物の摂取量については、男性が 86.9g、女性は 81.1gと増加しています。国の目標値は、野菜が 350g以上、果物が 200g以上であることから、更なる取り組みの継続が必要です。(表 11)

表 9 野菜の摂取量の状況(15歳~74歳) ※きのこ、藻類含む

	村(H27)	村(R5)
男性	231.0g	268.6g
女性	283.4g	258.8g

表10 野菜の摂取量の状況 20歳以上 北海道との比較 ※きのこ含む、海藻除く

	村(R5)	北海道(R4)	北海道の目標
男性	256.0g	266.8g	350g以上
女性	249.5g	287.0g	350g以上

表11 果物の摂取量(15歳~74歳)

	村(H27)	村(R5)	目標値
男性	77.8g	86.9g	200g以上
女性	80.1g	81.1g	200g以上

表 9~11 資料：食事調査(令和 5 年実施)、すこやか北海道 21

塩分の摂取量の状況

高血圧の予防を考える上で、1日当たりの食塩摂取量が6g未満が望ましいとされています。しかし、健康日本21(第3次)では、習慣的な摂取量を考慮して、20歳以上の男女の目標値を1日あたり7.0g未満としています。

村においては、1日あたり8g以上(多め)の食塩を摂取している割合について、男性は令和5年には83.0%であり、平成27年より減少しています。同様に、女性においても55.6%であり、大きく減少しています。20歳以上1日当たりの塩分の摂取量について男性が11.4g、女性8.8gとなり、北海道と比較して低い状況にあります。(表12~13)

これらの数字は、食塩摂取量を減らすことが進んでいることを示しており、高血圧予防の観点から改善が進んでいる可能性があります。引き続き、健康な食習慣の促進が重要です。

表12 塩分の摂取量が多めの割合(15歳~74歳) ※多め(1日8g以上)

	村(H27)	村(R5)
男性	96.4%	83.0%
女性	93.8%	55.6%

資料：食事調査(令和5年実施)

表13 食塩摂取量(20歳以上1日当たり)

	村(R5)	北海道(R4)	北海道 目標値
男性	11.4g	14.4g	7.0g以下
女性	8.8g	11.6g	7.0g以下
平均	10g(9.95g)	12.7g	-

資料：食事調査(令和5年実施)、すこやか北海道21

生活習慣病のリスクを高める飲酒者の割合

飲酒は、生活習慣病をはじめとする様々な身体疾患や、うつ病等の健康障害のリスク要因になることに加え、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となるほか、未成年者の飲酒は成長や発達、妊娠中の飲酒は妊娠合併症や胎児の発育に悪影響を及ぼします。

健康に配慮した飲酒に関するガイドラインによると、飲酒量が一定量を超えると認知症の発症の可能性が高まるとされ、飲酒による転倒、骨折、筋肉の減少（サルコペニア等）の危険性が高まります。

また、10代はもちろん20代の若年者についても、脳の発達の途中であり、多量飲酒によって脳の機能が落ちるとのデータがあるほか、健康問題（高血圧等）のリスクが高まる可能性もあります。

過度な飲酒による影響は、アルコール依存症、生活習慣病、肝疾患、がん等の疾病の発症リスクとなります。

表 14 生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合（20歳以上）

※1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上を飲酒している者の割合

	村(R5)	北海道(R4)	北海道 目標値
男性	10.9%	20.5%	17.7%
女性	5.2%	15.7%	8.2%

資料：第3期中札内村健康増進計画策定等に係るアンケート調査

飲酒量（純アルコール量^{※30}について）

世界保健機関（WHO）では、飲酒量（純アルコール量）が少ないほど、飲酒によるリスクは少なくなるという報告もあり、飲酒量（純アルコール量）をできる限り少なくすることが重要です。

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸を促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。現在、 γ -GTP^{※31}が受診勧奨値を超えている人については、個別の指導を行なっていますが、今

後も個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データの関連についての理解を深める支援が必要になります。

また、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、胎児や授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や正確な知識を普及する必要があります。

村においては妊娠中の飲酒者は現在 0%であり、今後も現状維持していくように保健事業の場での健康教育や情報提供を継続していきます。

個人の行動と健康状態の改善を促すための健康的で持続可能な食環境づくり

個人の行動や健康状態を向上させるためには、健康的で持続可能な食環境の構築が重要です。村では、平成 28年から「七色献立プロジェクト」を開始し、地元で生産される野菜の栄養的な特徴を普及啓発し、野菜を中心に食を組み立てる習慣を形成することを集団アプローチし、地域全体の食生活を改善する取り組みを進めています。

食生活の改善には単なる集団アプローチだけでなく、各個人の特性を考慮したアプローチも不可欠です。今後は、地域格差だけでなく、社会経済格差に起因する栄養格差に対処し、食習慣に対する個々の関心に合わせた具体的な対策を進めることが求められます。さらに、地域コミュニティにおける共食を通じて社会とのつながりを維持・向上させることも重要です。

(2)目標

- 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進
- 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進
- 生活習慣病の発症予防のための普及・啓発活動
- 地域等で共食する機会の創出

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
適正体重を維持している人の割合 (肥満の減少)	40～60歳代男性 肥満者の割合 38.6% 40～60歳代女性 肥満者の割合 26.4%	40～60歳代男性 肥満者の割合 39.5% 40～60歳代女性 肥満者の割合 23.9%	減少傾向へ
適切な食事内容・量を知っている人の割合	-	男性 51.1% 女性 51.7% ※アンケート調査より	増加傾向へ
塩分の摂取量	-	男性 11.4g 女性 8.8g	減少傾向へ
野菜の摂取量	男性 231.0g 女性 283.4g	男性 268.6g 女性 258.8g	増加傾向へ
果物の摂取量	男性 77.8g 女性 80.1g	男性 86.9g 女性 81.1g	増加傾向へ
脂肪エネルギー比率が25%以上の割合	-	男性 65.2% 女性 74.8%	減少傾向へ
1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の人の割合	男性 12.7% 女性 9.7% ※各種健診問診票より算出	男性 10.9% 女性 5.2% ※食事調査票より算出	減少傾向へ
妊娠中に飲酒している人の割合	0%	0%	0%

(3)第 3 期計画における 対策・取り組み

項 目	内 容
生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・七色献立プロジェクトの推進 ・妊娠期の栄養指導 ・乳幼児健康診査・乳幼児相談 ・全てのライフステージにおける栄養指導、家庭訪問、健康相談、結果説明会、健康教育など ・飲酒のリスクについての保健事業の場での健康教育や情報提供(母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等)
生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進 ・健康診査および特定健康診査結果に基づいた栄養指導 ・生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導 ・健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導
生活習慣病の発症予防のための普及・啓発活動	<ul style="list-style-type: none"> ・食育サポーターによる普及・啓発活動の支援 ・食育サポーターの養成と育成
地域等で共食する機会の創出	<ul style="list-style-type: none"> ・関係部局、団体等と連携したまちなかキッチンスタジオを活用した食の交流事業

2. 身体活動・運動

(1) 現状と課題

「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なわれるものをいいます。身体活動・運動量が多い人は、少ない人と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム^{※28}、うつ病、認知症等などの発症・罹患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、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足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。

身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされています。

一方で、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等により、身体活動量が減少しやすい社会環境にあることから、引き続き身体活動・運動分野の取り組みを積極的に行う必要があります。

運動習慣の状況

運動習慣の状況は、令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査によると、「移動における身体活動（10分間以上の徒歩、自転車など）」の習慣なしが男性67.8%、女性74.5%であり、平成30年度と比較して令和5年度は男女ともに減少しています。（表1）

また、「余暇における激しい身体活動（ランニングなど）」について、「余暇における中等度の身体活動（ウォーキングなど）」の習慣なしが男性82.8%、女性92.5%、「余暇における中等度の身体活動（ウォーキングなど）」の習慣なしが男性62.1%、女性78.3%であり、平成30年度と比較して令和5年度では、男性は減少し、女性は増加しています。（表2～3）

表1 移動における身体活動（10分間以上の徒歩、自転車など）

男性	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	72.7% (16人)	50.0% (10人)	60.9% (14人)	70.0% (28人)	84.6% (11人)	77.8% (21人)	70.7% (41人)	67.8% (59人)
1～2日/週	0.0% (0人)	5.0% (1人)	4.3% (1人)	2.5% (1人)	7.7% (1人)	3.7% (1人)	3.4% (2人)	3.4% (3人)
3～4日/週	0.0% (0人)	0.0% (0人)	8.7% (2人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	3.7% (1人)	3.4% (2人)	1.1% (1人)
5～6日/週	13.6% (3人)	30.0% (6人)	21.7% (5人)	12.5% (5人)	0.0% (0人)	7.4% (2人)	13.8% (8人)	14.9% (13人)
毎日	13.6% (3人)	15.0% (3人)	4.3% (1人)	15.0% (6人)	7.7% (1人)	7.4% (2人)	8.6% (5人)	12.6% (11人)

女性	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	69.2% (27人)	69.7% (23人)	85.1% (40人)	80.0% (36人)	71.4% (15人)	71.4% (20人)	76.6% (82人)	74.5% (79人)
1～2日/週	5.1% (2人)	6.1% (2人)	2.1% (1人)	4.4% (2人)	9.5% (2人)	0.0% (0人)	4.7% (5人)	3.8% (4人)
3～4日/週	7.7% (3人)	6.1% (2人)	4.3% (2人)	0.0% (0人)	4.8% (1人)	14.3% (4人)	5.6% (6人)	5.7% (6人)
5～6日/週	12.8% (5人)	9.1% (3人)	6.4% (3人)	13.3% (6人)	4.8% (1人)	7.1% (2人)	8.4% (9人)	10.4% (11人)
毎日	5.1% (2人)	9.1% (3人)	2.1% (1人)	2.2% (1人)	9.5% (2人)	7.1% (2人)	4.7% (5人)	5.7% (6人)

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

表 2 余暇における激しい身体活動(ランニングなど)

男性	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	81.8% (18人)	75.0% (15人)	100.0% (24人)	80.0% (32人)	93.3% (14人)	92.6% (25人)	91.8% (56人)	82.8% (72人)
1~2日/週	4.5% (1人)	15.0% (3人)	0.0% (0人)	10.0% (4人)	0.0% (0人)	3.7% (1人)	1.6% (1人)	9.2% (8人)
3~4日/週	9.1% (2人)	5.0% (1人)	0.0% (0人)	5.0% (2人)	0.0% (0人)	3.7% (1人)	3.3% (2人)	4.6% (4人)
5~6日/週	4.5% (1人)	5.0% (1人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	6.7% (1人)	0.0% (0人)	3.3% (2人)	1.1% (1人)
毎日	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	5.0% (2人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	2.3% (2人)

女性	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	79.5% (31人)	87.9% (29人)	91.5% (43人)	93.3% (42人)	85.7% (18人)	96.4% (27人)	86.0% (92人)	92.5% (98人)
1~2日/週	17.9% (7人)	6.1% (2人)	4.3% (2人)	4.4% (2人)	4.8% (1人)	0.0% (0人)	9.3% (10人)	3.8% (4人)
3~4日/週	0.0% (0人)	0.0% (0人)	2.1% (1人)	2.2% (1人)	4.8% (1人)	0.0% (0人)	1.9% (2人)	0.9% (1人)
5~6日/週	2.6% (1人)	3.0% (1人)	2.1% (1人)	0.0% (0人)	4.8% (1人)	3.6% (1人)	2.8% (3人)	1.9% (2人)
毎日	0.0% (0人)	3.0% (1人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.9% (1人)

表 3 余暇における中等度の身体活動(ウォーキングなど)

男性	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	72.7% (16人)	55.0% (11人)	73.9% (17人)	67.5% (27人)	64.3% (9人)	59.3% (16人)	71.2% (42人)	62.1% (54人)
1~2日/週	13.6% (3人)	15.0% (3人)	13.0% (3人)	15.0% (6人)	21.4% (3人)	14.8% (4人)	15.3% (9人)	14.9% (13人)
3~4日/週	9.1% (2人)	25.0% (5人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	7.4% (2人)	3.4% (2人)	8.0% (7人)
5~6日/週	0.0% (0人)	5.0% (1人)	4.3% (1人)	10.0% (4人)	7.1% (1人)	3.7% (1人)	3.4% (2人)	6.9% (6人)
毎日	4.5% (1人)	0.0% (0人)	8.7% (2人)	7.5% (3人)	7.1% (1人)	14.8% (4人)	6.8% (4人)	8.0% (7人)

女性	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
なし	82.1% (32人)	81.8% (27人)	69.6% (32人)	77.8% (35人)	59.1% (13人)	75.0% (21人)	72.0% (77人)	78.3% (83人)
1~2日/週	15.4% (6人)	12.1% (4人)	15.2% (7人)	15.6% (7人)	4.5% (1人)	10.7% (3人)	13.1% (14人)	13.2% (14人)
3~4日/週	0.0% (0人)	3.0% (1人)	6.5% (3人)	4.4% (2人)	13.6% (3人)	7.1% (2人)	5.6% (6人)	4.7% (5人)
5~6日/週	2.6% (1人)	0.0% (0人)	4.3% (2人)	0.0% (0人)	18.2% (4人)	3.6% (1人)	6.5% (7人)	0.9% (1人)
毎日	0.0% (0人)	3.0% (1人)	4.3% (2人)	2.2% (1人)	4.5% (1人)	3.6% (1人)	2.8% (3人)	2.8% (3人)

表 2~3 資料：令和 5 年度 第 3 期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

座位時間について、10時間以上が男性で20.7%、女性で13.8%となっています。

表4 座位時間

男性	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
3時間59分以下	7人	33.3%	11人	26.8%	10人	33.3%	28人	30.4%
4時間以上 6時間59分以下	6人	28.6%	14人	34.2%	7人	23.3%	27人	29.4%
7時間以上 9時間59分以下	4人	19.1%	7人	17.1%	5人	16.7%	16人	17.4%
10時間以上	4人	19.1%	7人	17.1%	8人	26.7%	19人	20.7%

女性	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
3時間59分以下	12人	34.3%	21人	43.8%	10人	30.3%	43人	37.1%
4時間以上 6時間59分以下	15人	42.9%	11人	22.9%	13人	39.4%	39人	33.6%
7時間以上 9時間59分以下	4人	11.4%	6人	12.5%	5人	15.2%	15人	12.9%
10時間以上	3人	8.6%	9人	18.8%	4人	12.1%	16人	13.8%

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

運動習慣を有する人は、運動習慣のない人に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの方が運動習慣を持つことが重要です。

「1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していない人」の割合は75.3%で全国、北海道、同規模保険者より上回っております。

表5 1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していない人の割合

	村(R3)	北海道	全国	同規模保険者
40～74歳	75.3%	63.1%	59.6%	67.7%

資料：KDB 帳票 S21_007 令和3年度累計

歩数の状況

歩数は、身体活動の客観的な指標であり、「歩数の増加」は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながるといえます。

平成 30 年度から開始した、歩くことを基本とした村民の健康づくりを促す取り組みである「健康ポイント事業」は、初期段階では年々の参加者数が増加していました。しかし、令和 5 年度については、基本コース(無料)において自動継続から申し込み制への変更が行われ、これが参加者数の減少につながりました。

一方で、チャレンジコース(課金)に参加する人々は増加し続けています。基本コースにおいては、実際に活動に参加していない参加者がいたため、活動への参加者自体は増加しているといえます。(表 6)

令和4年度の健康ポイント事業参加者の平均歩数は 6,653 歩(男性 7,277 歩、女性 6,220 歩)(図 1)で、国の目標値より低い状況です。

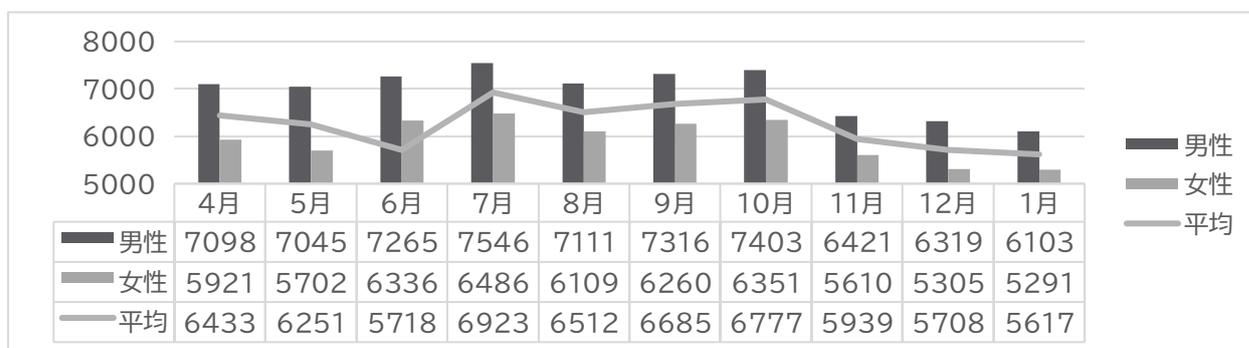
※国の目標:令和 14 年…7,100 歩(20~64 歳…8,000 歩、65 歳以上…6,000 歩)

また、冬期間においては積雪や寒冷な気候の影響により、平均歩数が約 1,000 歩低下する傾向がみられます。このような状況から、冬期間においてもウォーキングなどの運動を促進するためには、仕組みの改善や環境整備が不可欠です。

表 6 活動量計を使用した健康ポイント事業参加者数(令和 5 年 11 月末現在)

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
健康ポイント事業参加者数	20 人	419 人	606 人	708 人	821 人	915 人	709 人
チャレンジコース	-	-	288 人	357 人	461 人	522 人	649 人
基本コース	-	-	318 人	351 人	360 人	393 人	58 人

図 1 健康ポイント事業参加者平均歩数(令和 4 年 4 月~令和 5 年 1 月)



資料 : (株)タニタヘルスリンク令和 4 年度中札内村健康ポイント事業報告書

(2) 目標

- 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進
- 身体活動及び運動習慣向上の推進
- 運動をしやすい環境の整備

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
移動における身体活動 (10 分以上の徒歩、 自転車など)がある人	男性 29.3% 女性 23.4%	男性 32.0% 女性 25.6%	増加傾向へ
余暇における中等度 の身体活動(ウォーキ ングなど)がある人	男性 28.8% 女性 28.0%	男性 37.8% 女性 21.6%	増加傾向へ
1回 30 分以上の運 動を週2回以上実施 し、1年以上継続して いる人の割合	-	24.7%	増加傾向へ 国の目標値 R14年度:40%
日常生活における 歩数の増加	-	健康ポイント事業参加者 男性 7,277 歩 女性 6,220 歩	増加傾向へ 国の目標値 20~64歳:8,000 歩 65歳以上:6,000 歩

(3) 第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
身体活動量の増加や運動習 慣の必要性についての知識の 普及・啓発の推進	・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運 動指導 ・特定健診結果説明会 ・健康教育
身体活動及び運動習慣向上 の推進	・活動量計を使用した健康ポイント事業 ・教育委員会との連携
運動をしやすい環境の整備	・体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症 及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、通 年行なえる施設や運動教室の実施 ・すこやかロードの活用の推進

3. たばこ

(1) 現状と課題

喫煙は、世界保健機構（WHO）による非感染性疾患対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。

喫煙の状況

喫煙率の減少は、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り、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながります。

令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定のアンケート調査によれば、喫煙者の割合は男性が29.5%で、平成30年度から増加しています。一方で、女性は7.2%と減少傾向にあります（表1）。同調査によれば、禁煙意志を有する20歳以上の男性は28.0%です。（表2）

ニコチンが含まれるたばこは依存性があり、自己意志だけでは禁煙を継続することが難しい場合もあります。たばこをやめたいと願っている人や、健康診断の結果から喫煙による生活習慣病のリスクが高いと判明した人には、禁煙をサポートし、禁煙治療の情報提供などが必要です。

表1 喫煙習慣（20歳以上）

(男性)	20～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
非喫煙	52.9% (9人)	57.9% (11人)	29.2% (7人)	41.0% (16人)	26.7% (4人)	43.3% (13人)	35.7% (20人)	45.5% (40人)
過去喫煙(卒煙)	17.6% (3人)	10.5% (2人)	33.3% (8人)	23.1% (9人)	66.7% (10人)	36.7% (11人)	37.5% (21人)	25.0% (22人)
現在時々喫煙	0.0% (0人)	5.3% (1人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	1.1% (1人)
現在毎日喫煙	29.4% (5人)	26.3% (5人)	37.5% (9人)	35.9% (14人)	6.7% (1人)	20.0% (6人)	26.8% (15人)	28.4% (25人)

(女性)	20～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
非喫煙	80.6% (25人)	84.4% (27人)	54.3% (25人)	76.6% (36人)	71.4% (15人)	78.1% (25人)	66.3% (65人)	79.3% (88人)
過去喫煙(卒煙)	12.9% (4人)	12.5% (4人)	28.3% (13人)	14.9% (7人)	14.3% (3人)	12.5% (4人)	20.4% (20人)	13.5% (15人)
現在時々喫煙	3.2% (1人)	3.1% (1人)	2.2% (1人)	0.0% (0人)	4.8% (1人)	0.0% (0人)	3.1% (3人)	0.9% (1人)
現在毎日喫煙	3.2% (1人)	0.0% (0人)	15.2% (7人)	8.5% (4人)	9.5% (2人)	9.4% (3人)	10.2% (10人)	6.3% (7人)

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

表2 禁煙意思(20歳以上)

	男性				女性			
	20～39歳	40～64歳	65～74歳	計	20～39歳	40～64歳	65～74歳	計
やめたい	50.0% (3人)	15.4% (2人)	33.3% (2人)	28.0% (7人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)
本数を減らしたい	16.7% (1人)	30.8% (4人)	33.3% (2人)	28.0% (7人)	0.0% (0人)	25.0% (1人)	33.3% (1人)	25.0% (2人)
やめたくない	33.3% (2人)	23.1% (3人)	16.7% (1人)	24.0% (6人)	0.0% (0人)	50.0% (4人)	33.3% (1人)	37.5% (3人)
わからない	0.0% (0人)	30.8% (4人)	16.7% (1人)	20.0% (5人)	100.0% (1人)	25.0% (1人)	33.3% (1人)	37.5% (3人)

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

受動喫煙の割合の低下について

平成30年における健康増進法の改正により、受動喫煙防止対策が強化されました。それに加え、北海道では令和2年3月に「北海道受動喫煙防止条例」が制定され、全ての人々が望まない受動喫煙を防ぐため、「受動喫煙ゼロ」の実現を目指し、防止対策が積極的に推進されています。

妊娠中の喫煙をなくす取り組み

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを増加させるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出産後の乳幼児突然死症候群の発症リスクも高まります。

そのため、妊娠中の喫煙を排除することは、周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少にとって極めて重要です。母子手帳の発行時の問診においては、年度により変動はありますが、数名の喫煙者が報告されています(表3)。

しかしながら、次世代を担う健康な子どもを産み育てるためには、妊娠中の喫煙や受動喫煙が母体や胎児、乳幼児に与える影響について、適切な情報提供が不可欠です。家族全体が妊娠、出産、子育てにおいて禁煙に取り組むことができるよう、正確な知識の普及が求められています。

表 3 母子手帳交付時の喫煙状況

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
妊娠届数	26人	33人	27人	31人	20人
喫煙数	0人	1人	1人	0人	1人
喫煙率	0.0%	3.0%	3.7%	0.0%	5.0%
不明数	0人	0人	0人	0人	0人

資料：中札内村母性台帳

喫煙しない者(非喫煙者、過去喫煙者)における受動喫煙の状況

受動喫煙の状況について、令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定のアンケート調査によれば、非喫煙者、過去喫煙者における「受動喫煙がない」が男性58.7%、女性57.7%となっており、平成30年度から増加しています。

表 4 喫煙しない者(非喫煙者、過去喫煙者)における受動喫煙の状況

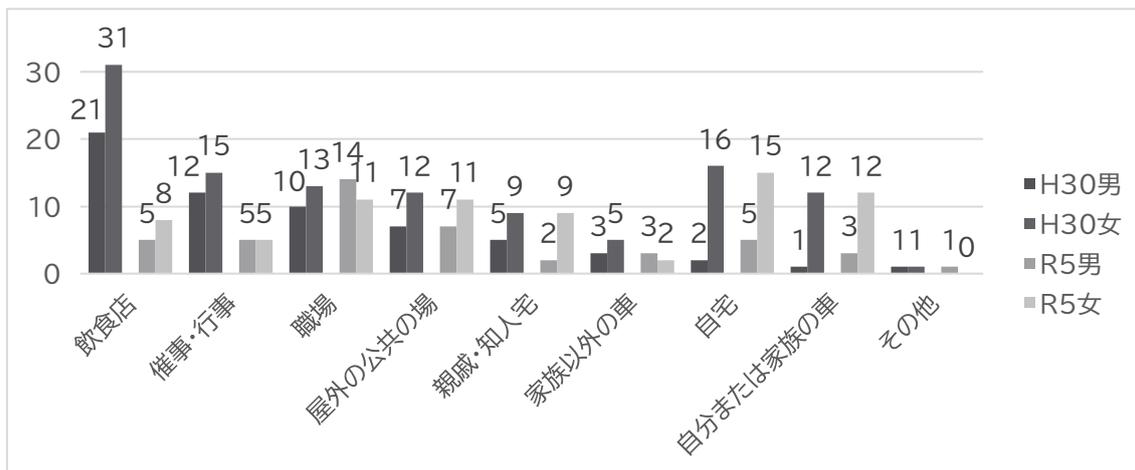
(男性)	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
ない	25.0% (4人)	40.0% (6人)	13.3% (2人)	70.8% (17人)	35.7% (5人)	58.3% (14人)	24.4% (11人)	58.7% (37人)
時々	62.5% (10人)	33.3% (5人)	60.0% (9人)	12.5% (3人)	57.1% (8人)	25.0% (6人)	60.0% (27人)	22.2% (14人)
1~2日/週	0.0% (0人)	6.7% (1人)	6.7% (1人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	4.2% (1人)	2.2% (1人)	3.2% (2人)
3~4日/週	6.3% (1人)	13.3% (2人)	20.0% (3人)	8.3% (2人)	7.1% (1人)	8.3% (2人)	11.1% (5人)	9.5% (6人)
毎日	6.3% (1人)	6.7% (1人)	0.0% (0人)	8.3% (2人)	0.0% (0人)	4.2% (1人)	2.2% (1人)	6.3% (4人)

(女性)	15~39歳		40~64歳		65~74歳		計	
	H30	R5	H30	R5	H30	R5	H30	R5
ない	16.7% (6人)	54.5% (18人)	29.7% (11人)	58.1% (25人)	50.0% (8人)	60.7% (17人)	28.1% (25人)	57.7% (60人)
時々	47.2% (17人)	30.3% (10人)	45.9% (17人)	23.3% (10人)	50.0% (8人)	21.4% (6人)	47.2% (42人)	25.0% (26人)
1~2日/週	5.6% (2人)	3.0% (1人)	5.4% (2人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	0.0% (0人)	4.5% (4人)	0.1% (1人)
3~4日/週	13.9% (5人)	9.1% (3人)	0.0% (0人)	4.7% (2人)	0.0% (0人)	3.6% (1人)	5.6% (5人)	5.8% (6人)
毎日	16.7% (6人)	3.0% (1人)	18.9% (7人)	14.0% (6人)	0.0% (0人)	14.3% (4人)	14.6% (13人)	10.6% (11人)

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

受動喫煙が発生する場所に関しては、飲食店においては男女ともに減少していますが、職場や自宅、自分または家族の車においては増加傾向にあります。(図 1)

図 1 喫煙しない人が受動喫煙する場所



資料：令和 5 年度 第 3 期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

受動喫煙防止の取り組みとして、平成 23 年 6 月からは村の公共施設が施設内全面禁煙となりました。

さらに、北海道では令和 2 年 4 月に改正健康増進法の施行に伴い、北海道受動喫煙防止条例が施行され、「北海道のきれいな空気の施設」の登録事業が開始されました。登録数は令和 5 年 9 月現在、村内で 2 か所となっており、今後も継続的な普及啓発が必要です

表 5 村内の公共施設・飲食店等の状況（令和 5 年 9 月現在）

「北海道のきれいな空気の施設」への登録状況	
施設内禁煙	2 か所

資料：北海道ホームページ掲載

(2) 目標

□ たばこと健康についての知識の普及

□ 禁煙支援、受動喫煙防止の推進

指標	第2期計画策定時	現状	目標
20歳以上の喫煙率	男性 26.8% 女性 13.3%	男性 29.5% 女性 7.2%	減少傾向へ
受動喫煙防止対策の普及 「北海道のきれいな空気の施設」登録数	5か所 ※「おいしい空気の施設」 平成30年健康増進法の 改正に伴い廃止	2か所	増加
妊婦の喫煙率	0%	5.0%	0%

(3) 第3期計画における対策・取り組み

項目	内容
たばこと健康についての知識の普及	・各保健事業を活用して、たばこに関する知識の普及(母子手帳交付時健康相談、妊婦教室、各種健康教室、健診、がん検診など)
禁煙支援、受動喫煙防止の推進	・特定健康診査等の結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療への情報提供 ・妊婦や家族を含めた禁煙支援 ・禁煙外来等の紹介 ・「北海道のきれいな空気の施設」の周知、登録推進

4. 休養・こころの健康

(1) 現状と課題

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康維持には欠かせない要素です。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、身心愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業効率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼすことが報告されています。

睡眠の問題は、こころの病気の一症状としてあらわれることも多く発症リスクを高める一方、再発や再燃リスクを高めることも知られています。また、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や心疾患、脳血管障害を引き起こすことも知られています。

より良い睡眠をとることは心身の健康保持・増進においては極めて重要ですが、より良い睡眠には、睡眠の質と量、いずれもが重要です。

睡眠で休養が取れている人の割合(睡眠充足感)

村国保特定健康診査受診者に対し「睡眠で休養が十分とれているか」の問診項目について、40歳から74歳は「とれていない」と回答した人が22.1%で平成29年度より減少しており、全国・北海道と比較しても少ない状況です。

表1 睡眠で休養が十分とれていないと回答した人の割合

	村(H29年度)	村(R4年度)	北海道	全国
40～74歳	26.4%	22.1%	22.3%	25.6%

資料：KDB 帳票 S21-001

睡眠時間が十分に確保できている者の増加(睡眠必要量)

厚生労働省、健康づくりのための睡眠指針において、成人は6時間以上の睡眠を確保することが推奨されています。

今回のアンケート調査では、おおむね6時間以上の睡眠をとれている人の割合は男性で93.5%、女性で88.8%、合計91.2%と高い状況ですが、睡眠時間が5時間以下の人も存在している状況です。

表2 睡眠時間別割合

(男性)	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
5時間59分以下	4.8%	1人	7.3%	3人	3.3%	1人	5.4%	5人
6時間以上 6時間59分以下	33.3%	7人	41.5%	17人	16.7%	5人	31.5%	29人
7時間以上 7時間59分以下	52.4%	11人	31.7%	13人	46.7%	14人	41.3%	38人
8時間以上	9.5%	2人	17.1%	7人	33.3%	10人	20.7%	19人
無回答	0.0%	0人	2.4%	1人	0.0%	0人	1.1%	1人
計	100%	21人	100%	41人	100%	30人	100%	92人

(女性)	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
5時間59分以下	8.6%	3人	8.3%	4人	15.2%	5人	10.3%	12人
6時間以上 6時間59分以下	40.0%	14人	52.1%	25人	36.4%	12人	44.0%	51人
7時間以上 7時間59分以下	37.1%	13人	25.0%	12人	30.3%	10人	30.2%	35人
8時間以上	11.4%	4人	14.6%	7人	18.2%	6人	14.7%	17人
無回答	2.9%	1人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.9%	1人
計	100%	35人	100%	48人	100%	33人	100%	116人

資料：令和5年度第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

国の調査である令和元年の国民健康・栄養調査の結果において、睡眠時間が6時間未満と回答した人の割合は男性で37.5%、女性で40.6%でした。このことから、全国の調査と比較し、睡眠時間は長く確保できている割合が高いです。

精神的ストレスを感じる者の割合

今回のアンケートでは、心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標(K6)を実施しています。10点以上を要注意として採点しています。

今回のアンケートでは7.2%が要注意とされ、女性に多い傾向にありました。

表3 精神的ストレスの状況

(男性)	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
なし	21人	100%	38人	92.7%	26人	86.7%	85人	92.4%
あり (10点以上)	0人	0.0%	3人	7.3%	0人	0.0%	3人	3.3%
判定不能	0人	0.0%	0人	0.0%	4人	13.3%	4人	4.3%
計	21人	100%	41人	100%	30人	100%	92人	100%

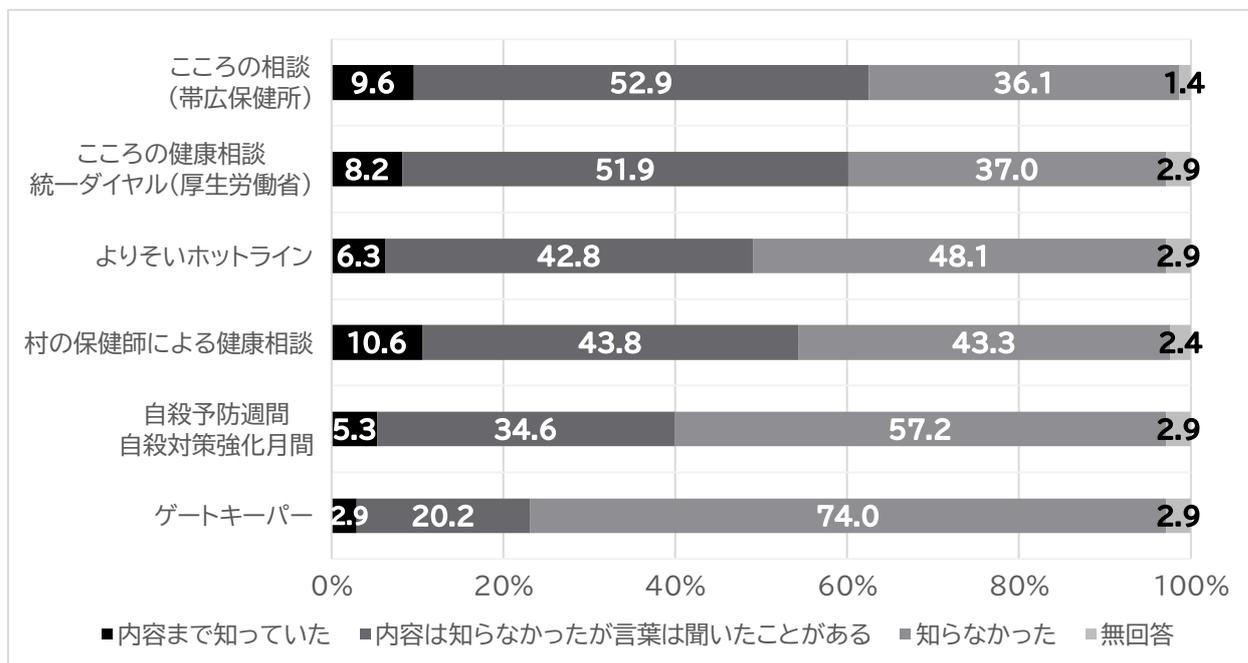
(女性)	15～39歳		40～64歳		65～74歳		計	
なし	30人	85.7%	42人	87.5%	30人	90.9%	102人	87.9%
あり (10点以上)	4人	11.4%	5人	10.4%	3人	9.1%	12人	10.3%
判定不能	1人	2.9%	1人	2.1%	0人	0.0%	2人	1.7%
計	35人	100%	48人	100%	33人	100%	116人	100%

資料：令和5年度 第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

令和4年度国民生活基礎調査において実施されている同調査では、9.2%の人が10点以上という結果が出ており、村と比較すると、同様の割合でした。

自殺対策に関する事柄についての調査では、全体として「内容まで知っている」と回答する人の割合が少なく、今後の普及啓発活動が必要と考えます。特に、「ゲートキーパー(自殺のサインに気づき、適切な対応を取れる人)」について、知らなかったと回答する人の割合が多く、今後重点的に普及活動を実施していく必要があります。(図表1)

図表 1 自殺対策施策に対する認知の状況



	心の相談 (帯広保健所)		心の健康相談 統一ダイヤル (厚生労働省)		よりそいホットライン (24時間365日の無料電話相談)		村の保健師による健康相談		自殺予防週間 自殺対策強化月間		ゲートキーパー (自殺のサインに気づき、適切な対応を取れる人)	
内容まで知っていた	9.6%	20人	8.2%	17人	6.3%	13人	10.6%	22人	5.3%	11人	2.9%	6人
内容は知らなかったが言葉は聞いたことがある	52.9%	110人	51.9%	108人	42.8%	89人	43.8%	91人	34.6%	72人	20.2%	42人
知らなかった	36.1%	75人	37.0%	77人	48.1%	100人	43.3%	90人	57.2%	119人	74.0%	154人
無回答	1.4%	3人	2.9%	6人	2.9%	6人	2.4%	5人	2.9%	6人	2.9%	6人

資料：令和5年度 第3期中札内村健康増進計画等策定に係るアンケート調査

以上より、相談に繋がりにくい人の中でも、周囲が気づき、声をかけ、相談窓口を紹介することができる人が増えることが今後の自殺対策に有効と考えます。

(2)目標

□ こころの健康についての知識の普及啓発

指 標	第 2 期計画策定時	現状	目標
睡眠により休養が十分にとれている人の割合	73.6%	77.9%	増加傾向へ
睡眠時間が7～8時間確保できている人の割合	-	91.2%	増加傾向へ
ゲートキーパーについて知らなかった人の割合	-	74.0%	減少傾向へ

(3)第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
こころの健康についての知識の普及啓発	・広報を利用した啓蒙、こころの健康に関する相談窓口の周知 ・ゲートキーパーに関する普及・啓発活動の実施

5. 次世代(子ども)の健康

(1) 現状と課題

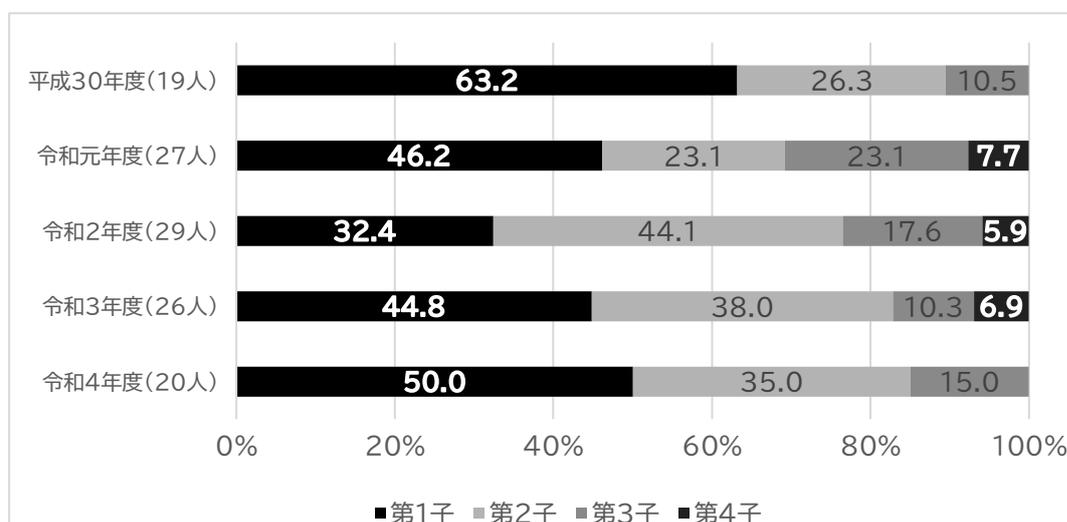
村では平成 27 年度に策定された中札内村子ども・子育て支援事業計画(第 1 期)が令和元年度に終了し、新たに第 2 期子ども・子育て支援事業計画を令和 2 年度より策定しました。

また、平成 29 年度より策定していた中札内村食育推進計画は、第 4 次中札内村食育・地産地消推進計画として令和 4 年度より 5 年計画が策定され、それぞれの計画に基づいた取り組みを行っています。

全出生における出生順位の年次変化

出生順位は、年度により変動はありますが、令和 4 年度は、第 1 子 50.0% (10 人)、第 2 子 35.0% (7 人)、第 3 子以上は 15.0% (3 人)となっています。

図 1 出生の順位…()内は年度内出生数



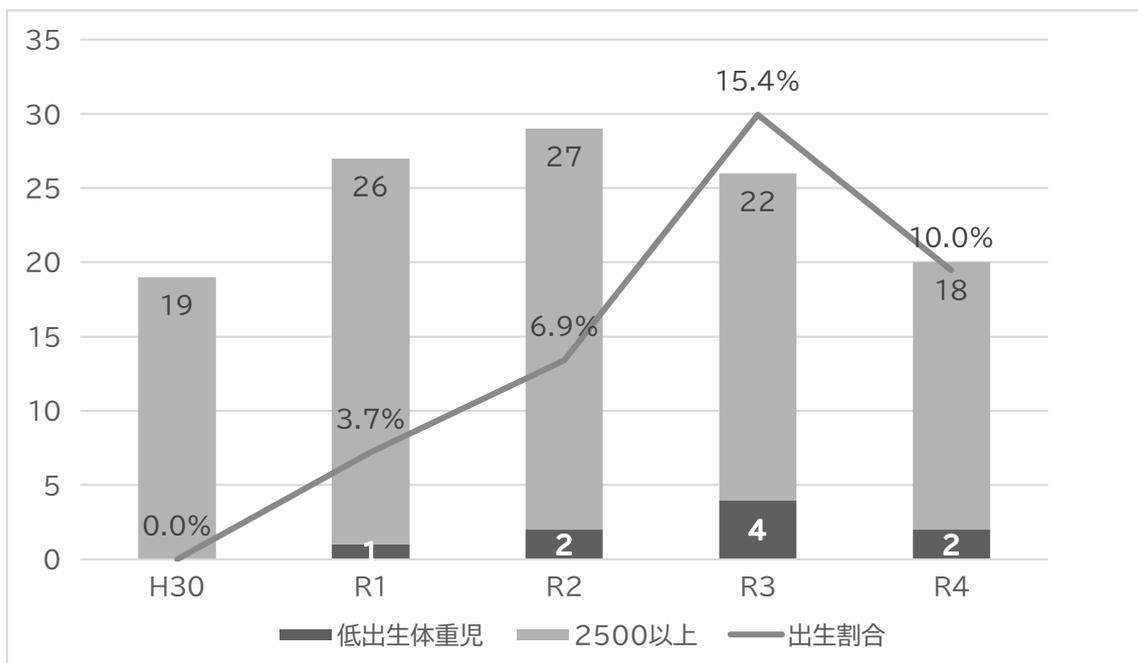
資料 : 中札内村乳幼児台帳(平成 30 年度~令和 4 年度)

全出生数中の低出生体重児の割合

村では、低出生体重児の出生数は低い値で推移しています。

低出生体重児は将来にわたり、生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。低出生体重児の出生率を下げるよう、ハイリスクとなる妊娠期の実態をとらえ、妊婦への支援を行なうとともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達の支援や、将来の生活習慣病を予防するための保健指導も必要になります。

図 2 出生数及び出生時の体重が 2,500g未満の出生割合の年次推移



資料：乳幼児台帳(平成 30 年度～令和 4 年度)

学童・思春期の肥満傾向にある子どもの割合

小中学生の体格について、小学生、中学生ともに男子の軽度肥満が全国や北海道より多い傾向でした。また、中学生の女子が軽度肥満、中等度肥満が全国、北海道より多い傾向でした。小学生では男女ともやせが全国や北海道より多く、中学生では男女ともやせはいませんでした。(表 1)

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目指すことが、子どもの健康な成長を促し、肥満、やせを防ぐために必要です。

表 1 体格の状況

(小学 5 年生)		高度肥満	中等度肥満	軽度肥満	正常	やせ	高度やせ
男子	村	0.0%	4.3%	13.0%	73.9%	8.0%	0.0%
	北海道	3.2%	10.0%	9.0%	75.6%	2.1%	0.1%
	全国	1.6%	5.9%	7.0%	82.9%	2.4%	0.1%
女子	村	0.0%	4.2%	4.2%	87.5%	4.2%	0.0%
	北海道	1.5%	5.7%	6.6%	83.8%	2.3%	0.1%
	全国	0.8%	3.6%	5.4%	87.6%	2.5%	0.1%

(中学 2 年生)		高度肥満	中等度肥満	軽度肥満	正常	やせ	高度やせ
男子	村	0.0%	0.0%	15.0%	85.0%	0.0%	0.0%
	北海道	2.6%	6.1%	6.8%	81.2%	3.0%	0.3%
	全国	1.9%	4.4%	5.2%	85.4%	3.0%	0.2%
女子	村	0.0%	6.7%	6.7%	86.7%	0.0%	0.0%
	北海道	1.3%	3.5%	4.6%	86.8%	3.6%	0.3%
	全国	0.9%	2.6%	4.2%	88.5%	3.6%	0.2%

資料：令和 4 年度全国体力・運動能力・運動習慣等調査

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

朝食の欠食状況について、小学生については「朝食を毎日食べる」は男子が80.0%、女子が82.6%でした。中学生については、男子が85.0%、女子が60.0%という結果でした。(表2)

朝食を欠かさず食べることは、心身の健全な成長のために不可欠な習慣であり、この時期の食習慣は大人になってからの食生活に影響を与えることから、今後においては規則正しく食べる習慣を身につけるために食育と連動した対策が必要といえます。

表2 朝食の欠食状況

(小学5年生)		毎日食べる	食べない日もある	食べない日が多い	食べない
男子	村	80.0%	16.0%	4.0%	0.0%
	北海道	75.8%	19.0%	3.9%	1.4%
	全国	82.3%	14.0%	2.7%	1.0%
女子	村	82.6%	13.0%	4.0%	3.0%
	北海道	73.6%	21.5%	3.9%	1.0%
	全国	81.1%	15.6%	2.7%	0.7%

(中学2年生)		毎日食べる	食べない日もある	食べない日が多い	食べない
男子	村	85.0%	15.0%	0.0%	0.0%
	北海道	73.5%	18.4%	5.2%	2.9%
	全国	80.0%	14.0%	3.8%	2.2%
女子	村	60.0%	26.7%	6.7%	6.7%
	北海道	66.4%	25.3%	5.8%	2.4%
	全国	73.4%	20.5%	4.3%	1.8%

資料：令和4年度全国体力・運動能力・運動習慣等調査

乳幼児の間食の状況

乳幼児については、夕食後の間食の習慣が1歳以降からみられます。夕食後寝る前までに、何か飲んだり食べたりする幼児の割合、ジュース(乳酸飲料も含む)などの清涼飲料水やスポーツ飲料をほぼ毎日飲む幼児の割合、アメ類をほぼ毎日食べる幼児の割合について、令和元年度から、大きく減少しています。

今後も保護者に向けて、間食の意義や望ましい間食の内容、菓子類を過剰に取り続けることによる身体に与える影響など、健康教育や保健指導を行っていく必要があります。

表3 夕食後寝る前までに、何か飲んだり食べたりする幼児の割合

	R元年度		R4年度	
	1歳～3歳	35人	61.4%	31人
4歳～6歳	33人	54.1%	28人	50.9%

表4 ジュース(乳酸飲料も含む)などの清涼飲料水やスポーツ飲料をほぼ毎日飲む幼児の割合

	R元年度		R4年度	
	1歳～3歳	16人	28.1%	13人
4歳～6歳	25人	41.0%	14人	25.5%

表5 アメ(キャラメル、グミを含む)、チョコ、ガム類をほぼ毎日食べる幼児の割合

	R元年度		R4年度	
	1歳～3歳	17人	29.8%	7人
4歳～6歳	35人	57.3%	26人	47.3%

表3～5 資料：北大歯科健診アンケート(令和元年6月、令和4年6月)

乳幼児・学齢期の歯の状況

歯・口腔機能の健康は、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。

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。

村の1歳6カ月児で、う蝕がある児の割合は、平成30年度から令和4年度は0%で推移しています。

表6 1歳6カ月児のう蝕有病者率

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
村	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
十勝	0.9	1.2	0.9	1.0	0.7
北海道	1.8	1.4	1.5	1.2	-

表7 1歳6カ月児の一人平均う歯数

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
村	0本	0本	0本	0本	0本
十勝	0.03本	0.03本	0.03本	0.04本	0.02本
北海道	0.05本	0.04本	0.04本	0.03本	-

表6～7 資料：十勝圏域1歳6カ月児歯科健康診査結果報告書(平成30年度～令和4年度)
厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告1歳6ヶ月児、3歳児歯科健康診査結果(平成30年度～令和元年度)

村の3歳児で、う蝕がある児の割合、1人平均う歯本数は、増減を繰り返していますが、十勝に比べて低い状況が続いていました。しかし、令和4年度のう蝕がある児の割合は、十勝を上回っています。

表8 3歳児のう蝕有病者率

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
村	4.2%	5.9%	8.3%	5.3%	9.5%
十勝	12.3%	10.1%	8.8%	9.4%	7.4%
北海道	14.3%	12.8%	11.9%	10.3%	-

表9 3歳児の一人平均う歯数

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
村	0.08本	0.12本	0.4本	0.16本	0.24本
十勝	0.40本	0.35本	0.33本	0.36本	0.24本
北海道	0.51本	0.47本	0.42本	0.37本	-

表8～9 資料：十勝圏域3歳児歯科健康診査結果報告書(平成30年度～令和4年度)
厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告1歳6ヶ月児、3歳児歯科健康診査結果(平成30年度～令和元年度)

永久歯のう蝕の代表的評価指標である12歳児(中学1年生)の平均う蝕本数について、平成30年度から令和3年度までは十勝、北海道、全国よりも低い水準でした。しかし、令和4年度では十勝を上回り、令和5年度においては0.12本という数値で再び十勝を下回る状況がみられます。同様に、令和5年度のう蝕有病率も12.5%と十勝よりも低い水準にあります。

村では北海道大学大学院と連携し、毎年北大歯科健診を行っており、平成13年から20年間でう蝕有病者率は全国よりも比較的早く減少していることが、令和3年度の報告により明らかにされています。

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状態の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。永久歯に生え換わる幼児期から学童期の子ども達の歯を守ることは、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つことにつながります。フッ化物洗口、幼児期のフッ化物塗布を継続し、歯科保健指導の場面においては、この時期の適切な食習慣の確立とフッ化物の積極的な活用を促すことが必要です。

子どものう蝕は減少を続けているものの、依然として蔓延しており、学校健診で最も多い疾病がむし歯です。多くの方が罹患する疾患ですので、社会的な疾患として考え、社会全体として予防を図っていくことが必要です。

取り組みのひとつとして今後も保育、教育の場等、集団によるフッ化物洗口を推進、継続していきます。

表10 12歳児(中学1年生)の永久歯の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
村	1人平均う蝕数	0.64本	0.51本	0.58本	0.25本	0.71本	0.12本
	う蝕有病者率	39.4%	22.0%	28.0%	31.3%	31.7%	12.5%
十勝	1人平均う蝕数	-	0.9本	0.79本	0.82本	0.66本	0.57本
	う蝕有病者率	-	28.9%	27.8%	27.7%	24.7%	22.4%
北海道	1人平均う蝕数	0.74本	0.7本	0.6本	1.0本	-	-
全国	1人平均う蝕数	1.2本	1.0本	0.5本	0.63本	-	-

資料：十勝圏域学校定期歯科健康診査結果報告書(令和元年度～令和4年度)

(2) 目標

- 妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣の確立
- 幼少時から健やかな生活習慣を身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯を通じた健康な生活習慣の継続
- ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
朝食を必ず食べる 子どもの割合	小学生男子 72.2% 小学生女子 77.8% 中学生男子 100.0% 中学生女子 92.9%	小学生男子 80.0% 小学生女子 82.6% 中学生男子 85.0% 中学生女子 60.0%	100%に近づける
全出生中数の低出生 生体重児の割合	10.7%	10.0%	減少傾向へ
肥満傾向にある 子どもの割合	小学生男子 23.6% 小学生女子 0.0% 中学生男子 15.4% 中学生女子 0.0%	小学生男子 17.3% 小学生女子 8.4% 中学生男子 15.0% 中学生女子 13.4%	減少傾向へ
むし歯のない 3 歳児の割合	82.9%	90.5%	増加傾向へ
12 歳児のむし歯数	0.65 本	0.12 本	減少傾向へ
乳幼児をもつ保護 者の健診受診者数 (北大歯科健診)	12 人	12 人	増加傾向へ

(3) 第3期計画における対策・取り組み

項目	内容
妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣の確立	<ul style="list-style-type: none"> ・妊婦教室 母子手帳発行時の保健指導 ・妊婦への個別の栄養指導 ・妊婦歯科検診
幼少時から健やかな生活習慣を身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたり健康な生活習慣を継続できるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児相談 ・離乳食講習会 ・1歳6ヶ月児健診、3歳児健診 ・北大歯科健診 ・中学校への「食の学習」
ライフステージに対応した歯科保健対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育(北大歯科健診、離乳食講習会) ・健康相談(乳幼児相談) ・乳児健診時の歯科指導 (7～8か月児、12～13か月児健診) ・幼児歯科健診(北大歯科健診、1歳6ヶ月児、3歳児健診) ・成人歯科健診(北大歯科健診時に希望する保護者へ実施) ・フッ化物洗口事業(保育園、4、5歳児、小学校)

6.高齢者の健康

(1)現状と課題

村においても徐々に人口の高齢化が進んでおり、今後も増加していくことが予想されます。高齢者の健康寿命の延伸、生活の質の向上、社会参加等が重要となります。

健康寿命の更なる延伸に向けて、健康な高齢者の就労や社会参加を促進するとともに、疾病等による虚弱化を予防することが重要な課題です。

介護保険要介護・要支援認定者の現状

介護保険認定者の有病状況として、令和元年度から令和4年度のいずれにおいても「心臓病」「筋・骨疾患」「精神疾患」の順に高い割合となっています。

健診による早期発見・生活習慣の改善および適切な治療の継続により、重症化を予防し障害が残ることや介護が必要となることを予防していくことが重要です。

表1 要介護(支援)者有病状況(第1号被保険者)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
認定者数	201人	207人	212人	204人
糖尿病	40人	50人	42人	45人
糖尿病合併症	7人	9人	5人	6人
心臓病	130人	144人	144人	137人
脳疾患	39人	47人	42人	38人
がん	22人	22人	22人	16人
精神疾患	73人	84人	78人	82人
筋・骨格疾患	105人	122人	114人	109人
難病	7人	9人	4人	3人
その他	127人	138人	140人	140人
延べ計	543人	616人	586人	570人

資料：要介護(支援)者有病状況(令和1~4年度累計、KDB)

肥満・低栄養傾向の改善

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とても重要です。肥満度の指標である BMI 25.0 以上の人は、村における令和 3 年度 65 歳以上の男性は 33.3%、女性 37.1%となっており、男性は減少傾向、女性は増加傾向となっています。(表 2)

また、BMI 20.0 以下(やせ)について、村における令和 3 年度 65 歳以上の男性は 8.9%、女性は 17.8%となっています。男女ともに減少傾向ですが、女性の割合が高い状況です。(表 3)

高齢期は、咀嚼機能・嚥下機能の低下による摂食障害や消化機能の衰えによる食欲低下などにより、食事量が減少し、必要なエネルギーや栄養素が不足した状態(低栄養)になりやすいとされています。

低栄養は高齢者の活力を低下させるだけでなく、筋力低下や疾患のコントロールや予後を悪化させる可能性があります。

地域包括支援センターや各老人クラブ等とも連携しながら、保健指導、栄養指導に取り組む必要があります。

表 2 65 歳以上の肥満者の割合(BMI :25.0 以上)

		H29年度	H30年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
男性	村	38.3%	34.5%	35.0%	26.7%	33.3%
	北海道	30.8%	30.4%	30.6%	31.4%	30.9%
	全国	27.6%	29.7%	31.2%	-	-
女性	村	28.3%	30.9%	37.1%	44.0%	37.1%
	北海道	27.2%	26.7%	26.3%	26.9%	26.0%
	全国	26.6%	27.8%	26.7%	-	-

資料：厚生労働省様式(様式 5-2)健診有所見者状況(男女別・年代別)(KDB)…村・北海道
国民健康・栄養調査(厚生労働省)…全国 ※令和 2・3 年度については新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止

表 3 65 歳以上のやせ傾向の割合(BMI :20.0 以下)

		H29年度	H30年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
男性	村	10.0%	12.7%	6.7%	17.8%	8.9%
	全国	12.5%	10.3%	12.4%	-	-
女性	村	22.7%	21.8%	14.5%	14.0%	17.8%
	全国	19.6%	20.3%	20.7%	-	-

資料：特定健診及び後期高齢者健診受診者(平成 29 年度～令和 3 年度)…村
国民健康・栄養調査(厚生労働省)…全国 ※令和 2・3 年度については新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止

後期高齢者健診受診率の現状

後期高齢者においても、定期的に健診を受診し、生活習慣病等の疾病の発見の遅れや重症化を防ぐとともに、自らの健康状態を確認することが重要です。健診受診により適切な療養の維持、QOLの確保や介護予防につなげることが期待できます。

村の後期高齢者健診の受診率は、増減はありますが減少傾向にあります。北海道・十勝との比較では、令和3年度まではいずれも上回っていますが、令和4年度では、十勝を下回っています。

表4 後期高齢者健診受診率

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
村	20.44%	21.49%	16.58%	19.47%	17.96%
十勝	19.01%	18.02%	16.40%	18.02%	19.41%
北海道	14.24%	13.94%	11.52%	12.75%	13.88%

資料：北海道後期高齢者広域連合健康診査受診率(平成30年度～令和4年度)

(2) 目標

- 健康寿命の更なる延伸に向けて、高齢者の心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病対策の推進
- 運動機能維持の取り組みの推進
- 低栄養傾向(BMI20.0以下)の高齢者(65歳以上)の減少における取り組みの推進

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
後期高齢者健診の受診率	20.6%	17.96%	増加傾向へ
低栄養傾向(BMI20.0以下)の高齢者の割合	男性 6.5% 女性 17.9%	男性 8.9% 女性 17.8%	減少傾向へ

(3) 第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
介護保険認定者の原因疾患に多くみられる心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病対策	・後期高齢者健診および健診結果を活用した保健指導の実施 ・健診項目に、心電図、眼底検査、貧血の詳細項目を全員実施 ・老人クラブ等での健康相談、健康教育
運動機能の維持	・まる元運動教室の開催 ・ポロシリ大学や老人クラブ等での「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及、運動についての健康教育
低栄養傾向(BMI20.0以下)の高齢者(65歳以上)の減少における取り組みの推進	・まる元運動教室で、食事・栄養に関する健康教育 ・食育サポーターによる健康料理の普及啓発
口腔機能の維持・向上	・まる元運動教室で、口腔のケアに関する健康教育、口腔機能維持のための体操等の取り組み ・老人クラブ等での歯科衛生士による個別相談

7. 歯・口腔の健康

(1) 現状と課題

近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取り組みが必要となっています。

咀嚼機能の現状

高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えると考えられており、また口腔機能は、う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失が関係しています。

口腔機能は中年期頃から低下し始めるという報告もあり、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は回復・向上を図ることが重要です。

第3期健康増進計画アンケート調査によると50歳から74歳でなんでもかんで食べることができる人は男性61.7%、女性62.7%でした。

表1 咀嚼良好な人の割合

	村(R5) (50~74歳)	北海道(R4) (50歳以上)
男性	61.7%(37人)	70.3%
女性	62.7%(37人)	※60歳代咀嚼良好者割合

資料：第3期中札内村健康増進計画策定等に係るアンケート調査(中札内村)すこやか北海道21(北海道)

歯科健診受診者の割合

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防を図ることが重要です。

第3期健康増進計画アンケート調査によると歯科医療機関で定期的(1年間に1回以上)に歯科検診を受けていると答えた人は男性が39.1%、女性が56.9%でした。(表2)

表 2 定期的(1年間に1回以上)に歯科健診を受けている人の割合

	村(R5)	北海道(R4)
男性	39.1%(36人)	41.0%
女性	56.9%(66人)	

資料：第3期中札内村健康増進計画策定等に係るアンケート調査
北海道歯科保健医療推進計画

口腔機能の低下予防

高齢期において、咀嚼、嚥下機能の良否は食生活への影響だけではなく健康感や運動機能との関連性を有するといわれており、口腔機能の低下を予防することが必要です。

適切な清掃用具を用いたセルフケア等について、介護予防事業のなかで教室や歯科衛生士による個別の相談の実施などに取り組む必要があります。

(2) 目標

□ 成人歯科健診及び歯科口腔保健を推進するための施策

□ 高齢期における口腔機能の維持・向上

指 標	現 状	目 標
何でもかんで食べることができる人の割合 (50歳から74歳)	男性61.7% 女性62.7%	増加傾向へ (国の目標値 80%)
過去1年間に歯科検診を受診した人の割合	男性 39.1% 女性 56.9%	増加傾向へ (国の目標値 95%)

(3) 第3期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
成人歯科健診及び歯科口腔保健を推進するための施策	<ul style="list-style-type: none">・成人歯科検診、健康教育及び健康相談の実施・特定健診保健指導における口腔保健と生活習慣病予防を関連づけた保健指導・広報等を活用した普及啓発
高齢期における口腔機能の維持・向上	<ul style="list-style-type: none">・まる元運動教室で、口腔のケアに関する健康教育、口腔機能維持のための体操等の取り組み・老人クラブ等での歯科衛生士による個別相談

第 4 章 生活習慣病の発症予防と重症化予防

1. 循環器疾患

(1) 現状と課題

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要な死因です。これらは、単に死亡を引き起こすのみではなく、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は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患です。確立した危険因子には、高血圧、脂質異常(特にLDLコレステロール血症)、喫煙、糖尿病の4つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器疾患を予防することが重要です。

危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、村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る入口は、健康診査の受診です。特定健診をはじめ、各種健康診査受診率の向上が重要です。

また、循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上げることですが、健診結果から自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた対策を講じることが重要です。

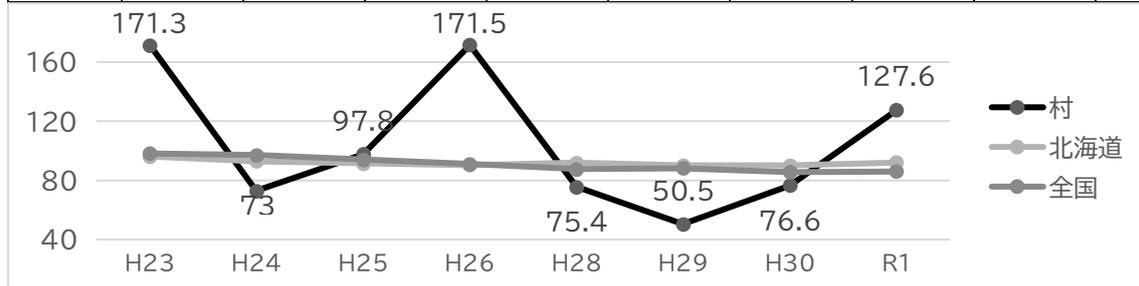
また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合も多く認められることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。

脳血管疾患の年齢調整^{※29}死亡率の現状(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されています。村の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、年度ごとの変動があります。

図表 1 脳血管疾患による死亡の状況(人口 10 万対)

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
村	171.3	73.0	97.8	171.5	-	75.4	50.5	76.6	127.6
北海道	96.2	93.0	91.4	90.3	-	91.9	90.2	90.2	92.2
全国	98.2	97.0	94.1	91.1	-	87.5	88.2	85.6	86.1



資料：十勝地域保健情報年報(平成 23 年度～令和元年度)※平成 27 年度分は公開なし

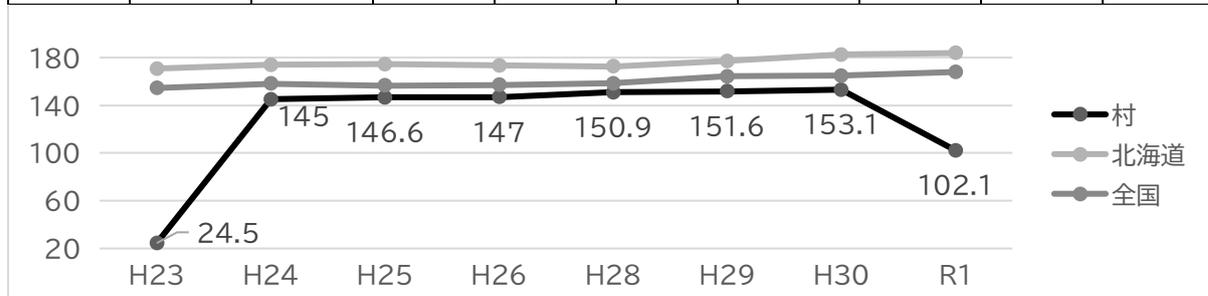
心疾患の年齢調整死亡率の現状(10万人当たり)

心疾患の死亡者についても、高齢化に伴い、今後も増加していくことが予測されています。

村の心疾患の年齢調整死亡率は、年度ごとの変動がありますが、北海道や全国と比べて同水準またはやや低めで推移していますが、前述の脳血管疾患よりも死亡率は高い状況です。

図表 2 心疾患による死亡の状況(人口 10 万対)

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
村	24.5	145.0	146.6	147.0	-	150.9	151.6	153.1	102.1
北海道	170.8	174.0	174.4	173.4	-	172.5	177.1	182.5	183.8
全国	154.5	158.0	156.5	157.0	-	158.4	164.4	164.7	167.9



資料：十勝地域保健情報年報(平成 23 年度～令和元年度)※平成 27 年度分は公開なし

高血圧の現状

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、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいとされています。

村では、特定健康診査受診者を対象に、特定保健指導や肥満の有無に関わらず受診勧奨判定値以上(収縮期血圧 140mmHg 以上、または/かつ拡張期血圧 90mmHg 以上)の対象者に対して保健指導を実施しています。

平成 29 年度から令和 4 年度にかけての血圧有所見者の推移について、I 度高血圧以上(140mmHg 以上/90mmHg 以上)の割合が増加しています。

表 1 治療の有無における血圧の推移

		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常高値		I 度高血圧		II 度高血圧		III 度高血圧	
		-129 -84		130-139 85-89		140-159 90-99		160-179 100-109		180- 110-	
治療中	平成 29 年度	35 人	37.2%	22 人	23.4%	3 2 人	34.0%	5 人	5.3%	0 人	0.0%
	令和 4 年度	48 人	43.2%	25 人	22.5%	29 人	26.1%	6 人	5.4%	3 人	2.7%
治療なし	平成 29 年度	155 人	74.5%	32 人	15.4%	1 7 人	8.2%	2 人	1.0%	2 人	1.0%
	令和 4 年度	147 人	73.1%	23 人	11.4%	2 6 人	12.9%	5 人	2.5%	0 人	
合計	平成 29 年度	190 人	62.9%	54 人	17.9%	4 9 人	16.2%	7 人	2.3%	2 人	0.7%
	令和 4 年度	195 人	62.5%	4 8 人	15.4%	5 5 人	17.6%	1 1 人	3.5%	3 人	1.0 %

資料 : KDBシステム S21_027 厚生労働省様式(様式 5-5) 平成 29 年度及び令和 4 年度(累計)

脂質異常症の現状

脂質異常症は、冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、特に 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重要な指標とされています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」では、脂質管理目標を 160 mg/dl(低リスク:動脈硬化性疾患発症のリスクが少ない者)としています。生活習慣の改善や内服加療により LDL コレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかになっていることから、治療の有無を問わず脂質高値の人の割合を減少させる必要があります。

村では、高血圧と同様に、肥満の有無に関わらず LDL コレステロールが受診勧奨判定値以上(140mg/dl 以上)の対象者に対して保健指導を実施しています。

平成 29 年度から令和 4 年度にかけての推移をみると、LDL コレステロール:140-159 の割合は増加、180mg/dl 以上の割合は横ばいで推移し、依然として多い状況となっています。

表 2 治療の有無における LDL コレステロールの推移

		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		-119		120-139		140-159		160-179		180-	
治療中	平成29年度	50人	64.1%	14人	17.9%	7人	9.0%	3人	3.8%	4人	5.1%
	令和4年度	40人	53.3%	21人	28.0%	6人	8.0%	3人	4.0%	5人	6.6%
治療なし	平成29年度	81人	36.2%	73人	32.6%	40人	17.9%	23人	10.3%	7人	3.1%
	令和4年度	97人	40.9%	72人	30.4%	46人	19.4%	15人	6.3%	7人	3.0%
合計	平成29年度	131人	43.4%	87人	28.8%	47人	15.6%	26人	8.6%	11人	3.6%
	令和4年度	137人	43.9%	93人	29.8%	52人	16.7%	18人	5.7%	12人	3.8%

資料：KDBシステム S21_027 厚生労働省様式(様式 5-5) 平成 29 年度及び令和 4 年度(累計)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少に向けて

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、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

令和 4 年度の結果では、メタボリックシンドロームの該当者 16.7%、予備群は 13.8%となっています。予備群は、北海道や国、同規模保険者より割合が高くなっています。

性・年齢階層別にみると、女性より男性が圧倒的に多くなっています。北海道、全国、同規模保険者と比較すると、男性の「予備群」の割合が高い状況です。

平成 29 年度と比較すると、特定健診の受診者が増えている影響もありますが、女性の「該当者」の割合が増加しています。

今後も、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要です。

表 3 メタボリックシンドロームの状況の比較

	腹囲のみ	メタボリックシンドローム								
		予備群			該当者					
		血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	血糖 血圧	血糖 脂質	血圧 脂質	血糖 血圧 脂質		
村	5.2%	13.8%	1.3%	8.0%	4.5%	16.7%	2.2%	1.0%	7.7%	5.8%
北海道	-	11.1%	0.6%	8.0%	2.5%	20.2%	2.8%	1.0%	9.9%	6.5%
全国	-	11.2%	0.6%	7.9%	2.7%	20.3%	3.0%	1.0%	9.7%	6.6%
同規模保険者	-	12.4%	0.7%	9.1%	2.6%	22.3%	3.7%	1.1%	10.0%	7.6%

資料：KDB 帳票 S21_001、令和 4 年度(累計)

表 4 男女別メタボリックシンドロームの状況

男性		腹囲のみ	メタボリックシンドローム					
			予備群			該当者		
村	平成 29 年度	40-64 歳	10 人	15.2%	9 人	13.6%	9 人	13.6%
		65-74 歳	2 人	3.8%	11 人	20.8%	20 人	37.7%
		合計	12 人	10.1%	20 人	16.8%	29 人	24.4%
	令和 4 年度	40-64 歳	4 人	4.9%	21 人	25.6%	16 人	19.5%
		65-74 歳	4 人	5.6%	14 人	19.4%	21 人	29.2%
		合計	8 人	5.2%	35 人	22.7%	37 人	24.0%
北海道		-	-	-	18.0%	-	32.6%	
全国		-	-	-	17.9%	-	32.0%	
同規模保険者		-	-	-	18.3%	-	32.5%	

女性		腹囲のみ	メタボリックシンドローム					
			予備群			該当者		
村	平成 29 年度	40-64 歳	3 人	4.0%	4 人	5.3%	4 人	5.3%
		65-74 歳	1 人	1.2%	9 人	11.0%	8 人	9.8%
		合計	4 人	2.5%	13 人	8.3%	12 人	7.6%
	令和 4 年度	40-64 歳	3 人	3.9%	2 人	2.6%	6 人	8.0%
		65-74 歳	1 人	1.2%	6 人	7.2%	9 人	10.8%
		合計	4 人	2.5%	8 人	5.1%	15 人	9.5%
北海道		-	-	-	5.9%	-	10.9%	
全国		-	-	-	5.9%	-	12.8%	
同規模保険者		-	-	-	6.9%	-	11.0%	

資料：KDB 帳票 S21_001 及び S21_008 及び S21_025、平成 29 年度及び令和 4 年度(累計)

※ 北海道、国、同規模保険者(国)については、令和 3 年度(累計)である。

特定健診・特定保健指導の実施率の向上対策

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、特定健康診査・特定保健指導の制度が導入されました。

特定健康診査・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。

特定健診受診率では、第 3 期特定健康診査等実施計画期間の令和元年度までは増加傾向でしたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため受診率が減少しています。令和 4 年度は中札内村立診療所と連携し、通院者へのデータ受領(みなし健診)を実施し、受診率が増加しています。

特定保健指導実施率では、第 3 期特定健康診査等実施計画期間は新型コロナウイルス感染拡大による外出自粛、対面指導の自粛等の影響で実施率が減少しています。人間ドック等の委託実施機関では、健診当日の対面指導を自粛していましたが、令和 5 年 5 月から再開しています。

今後においては、未受診者対策の強化や健診後の保健指導の充実などによる特定健診・特定保健指導の実施率向上のため、新たな施策について検討が必要といえます。

表 5 特定健診受診率の推移

		第 1 期特定健診等実施計画					第 2 期特定健診等実施計画				
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
実績	対象者数	834人	838人	854人	857人	838人	829人	805人	780人	730人	717人
	受診者数	334人	328人	312人	306人	291人	326人	346人	333人	318人	287人
	受診率	40.0%	39.1%	36.5%	35.7%	34.7%	39.3%	43.0%	42.7%	43.6%	40.0%
目標	受診率	36.0%	44.0%	51.0%	58.0%	65.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

		第 3 期特定健診等実施計画				
		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
実績	対象者数	692人	655人	651人	655人	621人
	受診者数	296人	301人	274人	304人	312人
	受診率	42.8%	46.0%	42.1%	46.4%	50.2%
目標	受診率	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%

表 6 特定保健指導実施率の推移

		第 1 期特定健診等実施計画					第 2 期特定健診等実施計画				
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
実績	対象者数	71人	62人	56人	61人	51人	49人	43人	48人	33人	27人
	受診者数	53人	40人	34人	34人	40人	32人	25人	24人	18人	22人
	実施率	74.6%	64.5%	60.7%	55.7%	78.4%	65.3%	59.1%	50.0%	54.5%	81.5%
目標	実施率		42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

		第 3 期特定健診等実施計画				
		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
実績	対象者数	39人	39人	37人	36人	42人
	受診者数	26人	24人	23人	23人	19人
	実施率	64.1%	64.1%	54.1%	25.0%	45.2%
目標	実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

資料：法定報告

(2) 目標

- 健康診査及び特定健康診査受診率向上の推進施策
- 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策
- 保健指導対象者を明確にするための施策

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
Ⅱ度高血圧以上の人 の割合の増加抑制	3.0%	4.5%	増加抑制
LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割 合の増加抑制	3.6%	9.6%	増加抑制
メタボ該当者及び予備 群の割合の増加抑制	28.9%	30.4%	増加抑制
特定健診・特定保健 指導実施率の向上	受診率 40.0% 実施率 81.5%	受診率 50.2% 実施率 45.2%	受診率 60.0% 実施率 80.0%

※ 平成 29 年度は LDL180 mg/dl としていた…平成 29 年度は 3.6%、令和 4 年度は 3.8%
LDL160 mg/dl とした場合…平成 29 年度は 12.3%、令和 4 年度は 9.6%

(3) 第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
健康診査及び特定健康診査 受診率向上の施策	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発 ・未受診者の状況に応じた、電話や家庭訪問による受診勧奨 ・医療機関との連携した結果取得に向けた仕組みづくり ・みなし健診(データ受領)の拡充
保健指導対象者を明確に するための施策	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査(20~39 歳、生活保護世帯) ・特定健診 ・後期高齢者健診
循環器疾患の発症及び 重症化予防のための施策	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査結果に基づく、村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(高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病^{※30}等) ・家庭訪問や健康相談、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 ・その他循環器疾患予防のための検診(脳ドック)

2. 糖尿病予防

(1) 現状と課題

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL:Quality of Life)を著しく低下させるだけでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、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り、また成人の途中失明の主要な要因でもあります。

糖尿病の危険因子は、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等が報告されています。糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要です。

糖尿病性腎症^{※31}による年間新規透析患者の現状

村では、平成2年度から令和3年度末までの32年間の人工透析導入者は40名であり、そのうちの26名(65.0%)が糖尿病性腎症によるもので、原因疾患の中では最も多い状況です。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間と言われていることから、糖尿病の重症化予防のために健康診査受診の勧奨とともに、保健指導のあり方を検討していく必要があります。

表1 人工透析に至る原因疾患別の人数と割合

実人数	糖尿病性		高血圧性		その他	
40人	26人	65.0%	4人	10.0%	10人	25.0%

※ 平成2年4月1日～令和4年3月31日現在の合計とする。

糖尿病有病者^{※32}(HbA1c(NGSP)6.5%以上)の増加の抑制

健康日本 21(第三次)では、引き続き糖尿病有病率の低下が指標として掲げられています。糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

令和 4 年度の結果では、糖尿病有病者の割合は 14.1%であり、平成 29 年度と比較して増加しています。

表 2 糖尿病有病者数と割合

H29 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
38 人	37 人	44 人	43 人	44 人
12.6%	12.3%	16.1%	14.1%	14.1%

資料： KDBシステム S21_027 厚生労働省様式(様式 5-5)E 令和元年度～令和 4 年度(累計)

また、村は糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.6～6.4%の「正常高値」及び「糖尿病の可能性が否定できない人」の割合が約 67.3%と高くなっています。

加齢に伴い、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる糖尿病有病者の増加も懸念されます。

これには、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子・孫へつなげていく可能性が高い習慣です。そのため、ライフステージに応じ、かつ長期的な視点で糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

表 3 HbA1c の推移

HbA1c 値	正常	保健指導判定値		受診勧奨判定値		
		正常高値	糖尿病の可能性が否定できない人	糖尿病(糖尿病型)		
				合併症予防のための目標	強化治療が困難な際の目標	合併症の危険が更に大きくなる
平成 29 年度	5.5 以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0 以上
	59 人	145 人	60 人	25 人	10 人	3 人
	19.5%	48.0%	19.9%	8.3%	3.3%	1.0%
令和 4 年度	61 人	139 人	71 人	22 人	15 人	4 人
	19.6%	44.6%	22.8%	7.1%	4.8%	1.3%

資料： KDBシステム S21_027 厚生労働省様式(様式 5-5)E平成 29 年度および令和 4 年度(累計)

※この表は健診結果のうちHbA1cの値で分類しています。

糖尿病治療継続者の増加に向けて

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症の抑制のために必須です。

令和4年度の結果では、糖尿病有病者(HbA1c(NGSP)6.5%以上および問診票で治療中と回答した者)の治療率は、63.6%となっており、平成29年度と比較して上昇しています。医療が必要な方が医療機関へつなげた数は増えています。

今後は、糖尿病でありながら未治療や治療を中断する人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導と医療機関との連携が必要になります。

表4 糖尿病治療者の割合

H29年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
20人	52.6%	30人	81.1%	33人	75.0%	34人	79.1%	28人	63.6%

資料：KDBシステム S21.027 厚生労働省様式(様式5-5)E令和元年度～令和4年度(累計)

(2) 目標

□ 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

指 標	第 2 期計画策定時	現 状	目 標
糖尿病有病者の割合の増加抑制 (HbA1c(NGSP)6.5%以上)	12.6%	14.1%	増加抑制
糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP)6.5%以上)	52.6%	63.6%	増加

(3) 第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
糖尿病の発症及び重症化予防 のための施策	<ul style="list-style-type: none">・健康診査結果に基づく村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 HbA1c 値に基づいた保健指導・家庭訪問や結果説明会等による保健指導・糖尿病性腎症重症化予防事業の推進(医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨、医療機関と連携した保健指導)

3. がん予防

(1) 現状と課題

各種がん検診受診率

村のがん検診受診率は、表 1 のとおり胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん検診は全国や北海道と比較して高い状況です。子宮がんは、全国や北海道と同程度です。また、国の第 3 期がん対策推進事業計画に掲げるがん検診受診率目標の 50%からはかけ離れている状況です。また、国の第 4 期計画では令和 10 (2028)年度の目標値を 60%と設定しており、村でも更なる受診率の向上が必要です。

女性特有のがん検診については、受診しやすい体制づくりとして、平成 29 年度より受診可能な医療機関を拡大しています。また、子宮・乳がん検診については年度の途中で対象者へリコールハガキを送付し、受診勧奨を実施しています。その他のがん検診についても特定健診と併せた普及啓発、新規および継続受診に向けた対策や取り組みが必要といえます。

表 1 各種がん検診受診率の状況

	胃がん		肺がん		大腸がん		子宮がん		乳がん		
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	
令和元年度	157人	18.7%	264人	16.5%	206人	12.9%	96人	15.4%	104人	23.9%	
令和2年度	156人	18.5%	254人	16.0%	205人	12.9%	101人	17.4%	74人	23.1%	
令和3年度	村	149人	17.2%	263人	17.0%	210人	13.5%	88人	16.5%	88人	21.1%
	全国	-	6.5%	-	6.0%	-	7.0%	-	15.4%	-	15.4%
	北海道	-	4.9%	-	4.0%	-	4.8%	-	16.3%	-	13.7%

資料：厚生労働省、地域保健・健康増進事業報告(令和元年度～令和3年度)

※各種がん検診の受診者数及び受診率は、40歳～69歳(胃がん検診は50歳～69歳、子宮がん検診は20歳～69歳)で算出。

※胃がん及び子宮がん、乳がん検診受診率は、「((当年度受診者数)+(前年度受診者数)-(2年連続受診者数))÷当年度対象者数×100」で算出。

各種がん検診精密検査受診率

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の評価指標の一つとなっています。

村の各種がん健診の精密検査受診率は、概ね 75%～100%代で推移していますが、胃がん・肺がん検診は国の第 4 期がん対策推進事業計画に掲げる精密検査受診率目標の 90%までには達していません。

毎年、がん検診受診者からは、がんが見つかるため、今後も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が重要です。

表 2 各種がん検診精密検査受診率の状況

	胃がん		肺がん		大腸がん		子宮がん		乳がん	
	受診率	がん 発見者数	受診率	がん 発見者数	受診率	がん 発見者数	受診率	がん 発見者数	受診率	がん 発見者数
令和元年度	83.3%	1人	-	-	84.6%	2人	100%	0人	100%	0人
令和2年度	91.7%	0人	100%	0人	79.3%	1人	100%	0人	100%	0人
令和3年度	75.0%	0人	100%	0人	84.9%	2人	100%	0人	100%	1人

資料：厚生労働省、地域保健・健康増進事業報告(令和元年度～令和3年度)

※各種がん検診の受診者率及びがん発見者数は、40歳～69歳(子宮がん検診は20歳～69歳)で算出。

※精密検査対象者がいない場合は「-」で記載。

がんによる死亡について

平成 28 年度～令和元年度までの 75 歳未満の死亡原因では、41.3%の人ががんで亡くなっています。

がん死亡の原因は、肺がんが多い状況です。

予防可能ながんのリスク因子として、喫煙(受動喫煙を含む)、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等があげられます。これらに対する対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期がんを発見し早期に治療することで、がんの死亡率を減少させることが重要です。

表 3 75 歳未満のがんによる死亡状況

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	計
総死亡	17 人	8 人	17 人	4 人	46 人
がん死亡	6 人	5 人	7 人	1 人	19 人
	35.3%	62.5%	41.2%	25.0%	41.3%

資料：十勝地域保健情報年報(平成 28 年度～令和元年度)

表 4 がん死亡原因

	胃	大腸	肺	子宮	乳	前立腺	肝・胆・膵	食道	その他	計
男性	6 人	4 人	7 人	-	-	4 人	5 人	-	3 人	29 人
女性	1 人	1 人	3 人	1 人	5 人	-	8 人	-	2 人	21 人
計	7 人	5 人	10 人	1 人	5 人	4 人	13 人	-	5 人	50 人

資料：十勝地域保健情報年報(平成 28 年度～令和元年度)

(2) 目標

- がんを予防するための生活習慣について、知識の普及啓発
- がん検診受診率向上への取り組みの推進
- がん検診要精検者への受診勧奨・重症化予防への取り組みの推進

指 標		第 2 期計画策定時	現 状	目 標
がん検診 受診率の向上	胃がん検診	20.5%	17.2%	30.0%
	肺がん検診	18.8%	17.0%	30.0%
	大腸がん検診	14.8%	13.5%	30.0%
	子宮がん検診	11.0%	16.5%	30.0%
	乳がん検診	15.9%	21.1%	30.0%
がん検診 精密検査 受診率の向上	胃がん検診	84.2%	75.0%	90.0%
	肺がん検診	-	100%	100%
	大腸がん検診	72.2%	84.9%	90.0%
	子宮がん検診	-	100%	100%
	乳がん検診	0.0%	100%	100%

(3) 第 3 期計画における対策・取り組み

項 目	内 容
がんを予防するための生活習慣について、知識の普及啓発	・各保健事業を活用して、がんの発生リスクを高める喫煙、食事（高脂肪・食塩等）、運動不足、飲酒、肥満等の生活習慣の改善の普及啓発
がん検診受診率向上	・広報等による周知・啓発 ・がん検診推進事業により、一定年齢に達した方へ検診手帳および無料クーポン券の配布 ・個別受診勧奨 ・検診受診体制の検討（管内医療機関との調整）
がん検診要精検者への受診勧奨・重症化予防	・がん検診要精密検査者に対して、がん検診実施機関と連携を図りながら精密検査の受診勧奨を実施

第 5 章 健康増進に向けた取り組みの推進

1. 計画の推進体制と計画の評価

この計画の策定にあたり、村民が地域において生涯を通じて健康で暮らせるまちづくりの推進を目指して、これからの健康づくりを効果的、総合的に推進していくため、健康増進計画策定委員会を設置し審議してきました。

村民一人ひとりが自ら健康に関心を持ち、健康づくりを住民とともに推進できるよう地域、家庭、職域、教育機関、行政がこの計画に掲げる目標に向かって共通の認識を持ち積極的に行動することが大切です。

広報誌やホームページへの掲載、健康教育等の機会や各種保健事業の機会を通して広く周知し、地域の健康課題を村民と共有して、健康増進に向かう取り組みの活動につなげます。

本計画を効果的に実行するため、担当課で作成している保健事業計画書を実施計画と位置付け、PDCA サイクル(計画、実行、評価、改善のプロセス)に沿って評価をしていきます。

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あたっては、事業等を効率的、効果的に実施する上でも、関係機関との連携が必要です。

今後も継続して、村内関係団体、医療機関、学校等の教育機関等と連携のもと、健康づくり対策を進めていきます。

また、地域における健康づくり活動の実践者として食育サポーターの計画的な養成と支援を継続し、連携を図りながら協働して進めていきます。

3. 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である健診データを、分析・評価する必要があります。

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つくられるのではなく、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。

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連づけた解決可能な健康課題を抽出し、村民の健康増進に関する施策を推進するためには、保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすことから、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、管理栄養士等の専門職の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、保健師、管理栄養士等の資質の向上が不可欠です。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に努めます。

用語集

No	初出	用語	解説
1	1	健康日本 21	壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸を実現し、すべての人の生活の質の向上を図ることを目的としている。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上で、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	1	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」と定義される。
3	1	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」と定義される。
4	3	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCA サイクルの考えに基づき、効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
5	6	自然動態	一定の期間における出生、死亡に伴う人口の動きをいう。
6	6	社会動態	一定の期間における転入、転出に伴う人口の動きをいう。
7	6、7	平均寿命 平均余命	<p>【平均寿命】 各年において出生した人(0歳)が何年生きられるかを算定したもの。</p> <p>【平均余命】 各年の各年齢の人が、あと何年生きられるかを算定したもの。</p> <p>【健康寿命の算定方法】 要介護(要支援)認定者数と人口、死亡数を基礎情報として、「日常生活動作が自立している期間の平均」を算出している。このため、人口規模が小さい自治体では、死亡数が少なく健康寿命の精度が低くなることや、介護保険の申請状況、要介護度の判定方法は算定結果に強く影響することに留意する必要がある。</p> <p>※要介護(要支援)認定者数:令和5年1月末現在 ※人口:令和2年国勢調査(総務省) ※死亡数:平成30年～令和4年人口動態統計(厚生労働省)</p>
8	7	合計特殊出生率	15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。
9	8	標準化死亡比(SMR)	標準化死亡比(SMR)とは、年齢構成の違いの影響を除いて、死亡率を全国と比較したものである。全国平均を100として比較する。
10	10	国保データベースシステム (KDB)	国民健康保険中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけでなく、健診・介護情報もあわせて分析できるシステム。全国で同一の方法で主傷病名を決定することにより、疾病別医療費について、他都府県、同規模保険者(人口5,000人未満の保険者)や全国との比較を容易にすることができる。

11	13	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、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 歳までを対象とする健診。
12	13	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況にあわせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導は、リスクの程度に応じて、動機づけ支援と積極的支援がある。
13	14	メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)	脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症の危険性を高める状態のこと。 内臓脂肪が蓄積し、高血圧、高血糖、脂質異常のうち 2 つ以上当てはまると、メタボリックシンドロームと診断される。
14	15	BMI	「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出される体格指数のこと で、肥満度を測るための標準的な指標。「Body Mass Index」の略。
15	15	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。 中性脂肪の値が高くなり、血液中に多くなったり、内臓脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、動脈硬化を進める原因となる。
16	15	ALT(GPT)	肝機能検査の項目の 1 つ。アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれている。肝臓の細胞に障害があると、血液中に出て数値が高くなる。
17	15	HDL コレステロール (HDL-C)	高比重リポ蛋白(HDL)として血液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取り、肝臓に運ぶ役割を担う。
18	15	空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖濃度のこと。空腹時血糖が 126mg/dl 以上になると、糖尿病領域と判断される。
19	15	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示す。
20	15	収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出すときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる、上の血圧のこと。
21	15	拡張期血圧	心臓が拡張して全身から血液が心臓に戻ってくるときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる、下の血圧のこと。
22	15	LDL コレステロール (LDL-C)	低比重リポ蛋白(LDL)として、血液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組織に運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
23	15	尿酸	物質代謝の最終生産物(プリン体等)における血液中の濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排出される。

24	15	クレアチニン	筋肉運動のエネルギー源となるアミノ酸の一種が代謝されてできた物質で、老廃物の一つである。腎機能低下の程度を把握することができる。 このクレアチニンの値に、年齢、性別の条件を用い、eGFR(推算糸球体ろ過量)を推算することができる。
25	16	低出生体重児	生まれた時の体重が2,500g未満の新生児のこと。 胎児自身の異常によっても起こるが、妊婦の喫煙のほか、低栄養状態(やせ)や飲酒などが原因となって起こる場合がある。
26	21	純アルコール	アルコールの体や精神に対する影響は、飲んだ酒の量ではなく、摂取した純アルコール量が基準となる。 酒の量(ml)×度数または%/100×比重＝純アルコール量(g)
27	21	γ-GTP	肝機能検査の項目の1つ。アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれている。飲酒量が多いときや胆道系疾患で数値が上昇し、肝機能の指標とされる。
28	25	ロコモティブシンドローム	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状態。
29	58	年齢調整	基準となる人口の年齢構成を考慮して補正したもので、年齢構成が著しく異なる群間の比較を可能にしたもの。
30	64	慢性腎臓病	次の①、②のいずれか、または両方が3ヶ月以上持続する状態。 ①蛋白尿など腎障害の存在を示す所見 ②腎機能低下(eGFR:60ml/分/1.73m ² 未満) eGFRとは、推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血液検査項目の血清クレアチニン値と年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
31	65	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の1つで、腎臓の機能(主に糸球体)に障害が起こること。
32	66	糖尿病有病者	「糖尿病が強く疑われる人」(HbA1c:6.5以上、または糖尿病治療中の人)をいう。

中札内村健康増進計画策定委員名簿

委員長	山下 浩之	やました歯科医院 理事長
副委員長	高石 恵一	中札内村立診療所 所長
委員	加藤 佳子 佐々木 順子 佐々木 教年 杉本 芳郎 三木 浩美 渡部 弘正	中札内村食育サポーター 会長 児童の保護者 中札内村商工会 主事 中札内村老人クラブ連合会 JA 中札内村女性部 女性部長 健康づくりに関心のある住民
オブザーバー	玉腰 暁子 黒鳥 偉作 若狭 はな	北海道大学公衆衛生学教室 教授 北海道大学公衆衛生学教室 助教 北海道大学公衆衛生学教室 研究員

中札内村健康増進計画策定委員会開催内容

第一回	令和5年8月29日(火)19:00~	委員長・副委員長の選任 本計画策定に係る諮問、趣旨説明・概要説明
第二回	令和5年10月24日(火)19:00~	アンケート調査進捗確認 内容に係る意見交換
第三回	令和5年12月18日(月)19:00~	アンケート調査結果の報告 オブザーバーによる講評 計画素案に係る意見交換

第 3 期中札内村健康増進計画

令和 6 年 3 月

発行 中札内村
編集 中札内村福祉課
中札内村老人保健福祉センター内
〒089-1332
河西郡中札内村西 2 条南 2 丁目 2 番地
電話 (0155)67-2321