

第1章 計画の基本的な考え方

第1節 計画策定の背景及び趣旨

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

平成25年度から開始された「21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))」では、「全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を掲げ、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標とし、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組みを推進するために、「(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)」、「(3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、「(4)健康を支え、守るための社会環境の整備」、「(5)栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」の5つの基本的な方向が示されました。

また、これらの基本的な方向を達成するため、大臣告示により53項目の現状数値と10年後の目標値を掲げ、目標達成に向けた取り組みが強化されるよう示されました。

鮫川村では健康増進法第8条第2項の規定に基づき、平成22年3月に村民の健康実態及び健康課題を明らかにし生活習慣病予防に重点をおいた「鮫川村健康増進計画～まめで達者な人づくり・健康づくり～」を策定しました。平成25年3月からは、国の健康づくり運動の動きを受け、計画期間中であった「鮫川村健康増進計画」を廃止し、乳幼児から高齢者までのライフステージに応じた「国民運動」の基本的な方向及び目標(53項目)を重点に取り組むための「鮫川村健康増進計画(健康鮫川21(第二次))」により、村民の健康づくり運動を推進してきました。

令和6年度から、国は「21世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」を開始することとしており、鮫川村においても第二次計画期間が終了することから、計画の施策や事業の進捗、目標数値などの達成状況の調査・検証・評価を行い、新たに「鮫川村健康増進計画(健康鮫川21(第三次))」を策定することとしました。

なお、国においては、「健康増進法」、「食育基本法」に基づきそれぞれの計画が策定されていることから、第二次計画までは健康推進と食育推進を分野として分けて考えてきました。「食」が健康の維持・増進に欠かせない事柄であり、「食育」という考え方が一般社会に浸透してきていることから、第三次計画からは両計画を一冊にまとめ、それぞれの施策を一体的に推進することで、日常生活が制限されることなく自立して生活できる期間である「健康寿命」を伸ばし、村民一人一人の「健康格差」を縮小し、村民の健康増進を目指します。

第2節 計画の位置付け

この計画は、鮫川村の第4次鮫川村振興計画を上位計画とし、村民の健康の増進を図るための基本的事項を示すとともに、推進に必要な具体的な施策等をまとめた行動計画でもあります。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」（健康日本21（第三次））と福島県の「第三次健康ふくしま21計画」を参考にし、施策の基本的な方向や目標等を設定しています。同時に、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します。（表1-1）

（表1-1）

法 律	福島県が策定した計画	鮫川村が策定した計画
健康増進法	健康ふくしま21計画	鮫川村健康増進計画
次世代育成対策推進法	ふくしま新生子ども夢プラン	鮫川村次世代育成支援行動計画
食育基本法	福島県食育推進計画	鮫川村食育推進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	福島県県医療費適正化計画	鮫川村特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	福島県がん対策推進計画	鮫川村健康増進計画
歯科口腔保健の推進に関する法律	福島県歯科保健基本計画	鮫川村健康増進計画
健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に関わる対策に関する基本法	福島県循環器病対策推進計画	鮫川村健康増進計画
アルコール健康障害対策基本法	福島県アルコール健康障害対策推進計画	鮫川村健康増進計画
自殺対策基本法	福島県自殺対策推進行動計画	鮫川村自殺対策推進計画
介護保険法	福島県高齢者福祉計画・福島県介護保険事業支援計画	鮫川村高齢者福祉計画・鮫川村介護保険事業計画

第3節 計画の期間

計画の期間は令和6（2024）年度から令和17（2035）年度までの12年間とします。なお、必要に応じて評価を行い、施策の方向性を検討します。

第4節 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と、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉える（ライフコース）視点からの健康づくりを推進するため、全村民を対象とします。

第5節 計画の推進体制

1 健康増進に向けた取り組みの推進

この計画は、住民、地域、行政・関係機関及び団体等が一体となって、それぞれの特長を活かし、連携して取り組むことにより、住民一人一人の主体的な健康づくりを促進していくことが必要です。

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

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

2 計画の推進主体と役割

(1) 村民

健康づくりは、個人の自覚と実践が基本となることから、自ら健康的な生活習慣を追求し、実践することが重要です。また、個人の行動や生活様式が、地域社会や自然環境等と密接に関係していることを自覚して、ライフスタイルを改善する等責任ある行動に努めるとともに、自分の住む地域への関心を深め、地域活動に自主的に参加することも大切です。

(2) 家庭

家庭は、個人の生活の基礎単位であり、食習慣等、乳幼児期から生涯を通じて健康的な生活習慣を身に付けるための役割を果たすことが期待されています。また、家庭には健康の重要性について学習する場であるとともに、個人や家族にとっての休息の場としての機能が求められます。

(3) 地域

人々の健康は、日常の生活習慣や社会的な仕組みに影響されていることが大きいことから、地域を構成する人々が自ら、地域の健康問題を明らかにして、健康を阻害する社会環境を改善する活動を実践して、より健康な地域づくり・村づくりを進めることが期待されます。

(4) こどもセンター・学校

集団生活は、基本的な健康行動を毎日、みんなで行うことにより、自然に身に付き、習慣化できる効果があることから、幼児、児童、生徒に対して、より良い健康行動の実践と健康について学習する機会や、適切な行動を自ら選択できるような学習の場を提供することが重要です。また、心身ともに成長が著しく、精神的に不安定になりやすい時期でもあるため、不登校やひきこもり、いじめの問題等に対応した精神的なケアも重要です。

(5) 職域

企業や事業所は、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の取れた生活習慣を含めた労働環境の整備や職場のコミュニケーションの改善等を通じて、産業保健の向上を図るとともに、健康経営を推進することが重要です。

(6) 健康づくり関係団体・ボランティア団体

主に食や運動等に関連する健康づくり関係団体は、各専門分野における正しくわかりやすい情報やサービスの提供等により、地域住民の健康づくりに貢献することで、住民一人一人が自主的に健康づくりに取り組める社会環境整備の一役を担うことが期待されています。

ボランティア団体は健康に関する情報とサービスをより身近にきめ細かく提供することが期待されます。

(7) 県

県は、県全域を視野に入れた健康づくり対策を総合的に推進するための方策を設定するとともに、具体的な推進に向けた施策を推進します。その中で、村の計画の推進を含めた健康づくり対策が円滑に実施されるように、専門的・技術的な側面からの支援が期待されます。

(8) 村

村は、住民の健康づくりを効果的・総合的に推進していくために、関係機関や団体等と連携しながら、健康づくり事業や地域活動組織の支援、健康に係る社会環境の整備、健康づくり対策の調整を推進していく役割が求められます。

3 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

健康づくりを担う専門職である保健師、管理栄養士等は、個人に対し生涯に渡り関わっていただける職種であるため、ライフステージに応じた健康づくりの推進と、個人が生活している背景や環境をも視野に入れた個々人に合った健康づくりの支援をしていく必要があります。そのため、保健師や管理栄養士等の専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

4 SDGs（持続可能な開発目標）との関係性

世界が抱える課題を解決し、誰一人取り残さない「多様性」と「包摂性」のある持続可能な社会を実現するため、平成 27 年(2015)年の国連総会において、「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」が採択されました。

2030 アジェンダには、国際社会の共通目標として、「貧困」、「教育」、「エネルギー」、「気候変動」等、17 の項目(GOALS)と 169 のターゲットを示した「SDGs（持続可能な開発目標）」が明記されており、世界各国が目標達成に向け取り組んでいます。

我が国では、平成 28 年に「持続可能な開発目標（SDGs）実施指針」を定め、SDGs の要素を地方自治体の各計画に次第現反映することとされており、福島県でも総合計画等の各種計画において SDGs の理念を取り入れています。

本計画においても、SDGs の理念や目標（特に目標 3「全ての人に健康と福祉を」）を踏まえながら、各種施策を推進することで、持続可能な社会の実現に参画していきます。



第2章 鮫川村の概況

第1節 村の概要

1 位置

鮫川村は、福島県の南端、東白川郡の北東部に位置しており、東は古殿町といわき市、西は棚倉町と浅川町に、南は塙町と茨城県北茨城市に、北は石川町に接しています。

2 地理・地形

地形的には、阿武隈高原の頂上部にあり、村の大部分が標高 400m から 700m の範囲にあり、丘陵高原型で起伏の多い山村です。村の面積は 131.34 km² で林野面積が全体の 4 分の 3 を占めています。

交通条件をみると、主要幹線道路として国道 289 号線が村の南部を横断し、349 号線が村を南北に縦走しています。

3 気候

鮫川村の気候は、表日本型気候で、標高が高いため、年によっては夏の異常低温による作物への影響が見られます。

4 沿革

明治 22 年（1889 年）4 月に当時の赤坂西野村、西山村、赤坂中野村、赤坂東野村、石井草村、富田村、渡瀬村の 7 か村が合併して鮫川村が誕生しました。これら旧村がそのまま行政区となり、その後、赤坂東野と石井草を併せて 1 行政区とし、渡瀬から青生野が分離して、7 行政区となり現在に至っています。

第2節 健康に関する概況

1 人口

(1) 人口構成

鮫川村の人口構成を福島県、国と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも福島県や国より高くなっています。(表2-1)

(表2-1) 人口構成 (令和2年国勢調査)

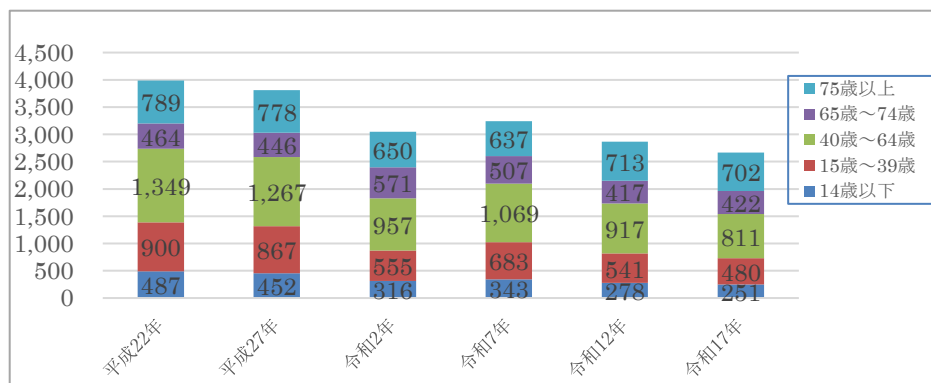
区 分	鮫川村		福島県		国	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
総人口	3,049	—	1,833,152	—	126,146,099	—
0～14歳	316	10.4%	206,993	11.3%	15,031,002	11.9%
15～64歳	1,512	49.6%	1,045,887	57.1%	75,087,865	59.5%
65歳以上	1,221	40.0%	580,272	31.7%	36,026,632	28.6%
(再掲) 75歳以上	650	21.3%	293,304	16.0%	18,601,808	14.7%

(2) 人口の推移と将来推計

令和2年国勢調査によると、鮫川村の人口は、平成22年には3,910人でしたが、令和2年には3,049人となり減少傾向にあります。

人口構成をみると、平成22年から令和2年までの10年間に、64歳以下人口が392人減少しているのに対して、65歳以上の高齢者人口は68人増加しており、特に65～74歳までの前期高齢者人口が107人増加しています。高齢化率は、平成22年は31.4%でしたが、令和2年には40.0%となり、10年間で8.6ポイント高くなっており、全国(28.6%)や福島県(31.7%)に比べて高齢化が進展しています。生産年齢人口(15歳～64歳)・年少人口(0歳～14歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図2-1)

(図2-1) 鮫川村の人口の推移と推計 (令和2年国勢調査)



2 死亡

(1) 主な死因の比較

令和3年の鮫川村の主要死因を国や県と比較すると、1位「悪性新生物」、2位「心疾患」、3位「老衰」までは同じですが、4位が「肺炎」となり、福島県や国より、肺炎で亡くなる方が多くなっている状況です。また、どの死因でも福島県、国より死亡率が高くなっています。(表2-2)

(表2-2) 主な死因 (令和3年版保健統計の概況)

区分	鮫川村		福島県		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	悪性新生物	609.1	悪性新生物	353.9	悪性新生物	310.7
2位	心疾患	338.4	心疾患	225.7	心疾患	174.9
3位	老衰	236.9	老衰	159.0	老衰	123.8
4位	肺炎	203.0	脳血管疾患	121.1	脳血管疾患	85.2
5位	脳血管疾患	169.2	肺炎	67.9	肺炎	59.6

(2) 主要死因の変化

主要死因の変化を平成30年から令和3年までの4年間でみると、「悪性新生物」と「心疾患」は変わらず高い状況が続いています。特に「悪性新生物」は、死亡総数に占める割合が年々高くなっています。

また、令和元年より「老衰」で亡くなる方が増えてきています。(表2-3)

(表2-3) 主要死因の変化 (福島県保健統計の概況)

	平成30年			令和元年			令和2年			令和3年		
	死因	人数	率	死因	人数	率	死因	人数	率	死因	人数	率
総数	—	63人	1968.8	—	59人	1895.9	—	59人	1895.9	—	65人	2199.7
1位	悪性新生物	15人	23.8%	悪性新生物	15人	25.4%	悪性新生物	15人	25.4%	悪性新生物	18人	27.7%
2位	心疾患	13人	20.6%	心疾患	10人	16.9%	心疾患	10人	16.9%	心疾患	10人	15.4%
3位	肺炎	8人	12.7%	肺炎	7人	11.9%	肺炎	7人	11.9%	老衰	7人	10.8%
4位	脳血管疾患	6人	9.5%	老衰	6人	10.2%	老衰	6人	10.2%	肺炎	6人	9.2%
5位	不慮の事故	3人	4.8%	脳血管疾患	5人	8.5%	脳血管疾患	5人	8.5%	脳血管疾患	5人	7.7%

※総数の率は、人口10万対で表している。

※死因の率は、死亡総数に占める割合を表している。

(3) 早世死亡の状況

65歳未満で亡くなる早世死亡を予防することは、健康寿命の延伸を目指すために重要です。鮫川村の早世死亡の状況を平成30年から令和4年までの5年間の推移で見ると、男性は横ばい、女性は増加傾向にあり、全体としても増加傾向にありました。特に、女性の伸び率が高く、平成30年度と比べると、8.1倍高くなっていました。(表2-4)

また、令和4年度の福島県、国の状況と比べると、総数としては低いものの、女性については、2.4~2.8%高い状況でした。(表2-5)

(表2-4) 村の早世死亡状況の推移 (ヘルスサポートラボツール・村人口動態概況)

		平成 30年	令和 元年	令和 2年	令和 3年	令和 4年
総死亡数(人)		63	59	53	65	65
65歳未満死亡数(人)		2	3	4	2	5
	男性	2	1	3	0	2
	女性	0	2	1	2	3
65歳未満死亡割合(%)		3.2	5.1	7.5	3.1	7.7
	男性	7.4	3.7	10.0	0	7.1
	女性	0	6.3	4.3	6.1	8.1

(表2-5) 早世死亡状況の比較 (ヘルスサポートラボツール)

		鮫川村	福島県	国
65歳未満死亡割合(%)		7.7	7.9	8.2
	男性	7.1	10.7	10.6
	女性	8.1	5.3	5.7

3 介護保険

(1) 要介護（支援）認定者の推移

鮫川村の第1号被保険者における要介護（支援）認定者数は、令和4年で209人であり、5年前の平成30年と比べて20人減少し、認定率も0.6%減少しています。

また、1件当たりの介護給付費も112,242円から106,503円と、5,739円減少しています。（表2-6）

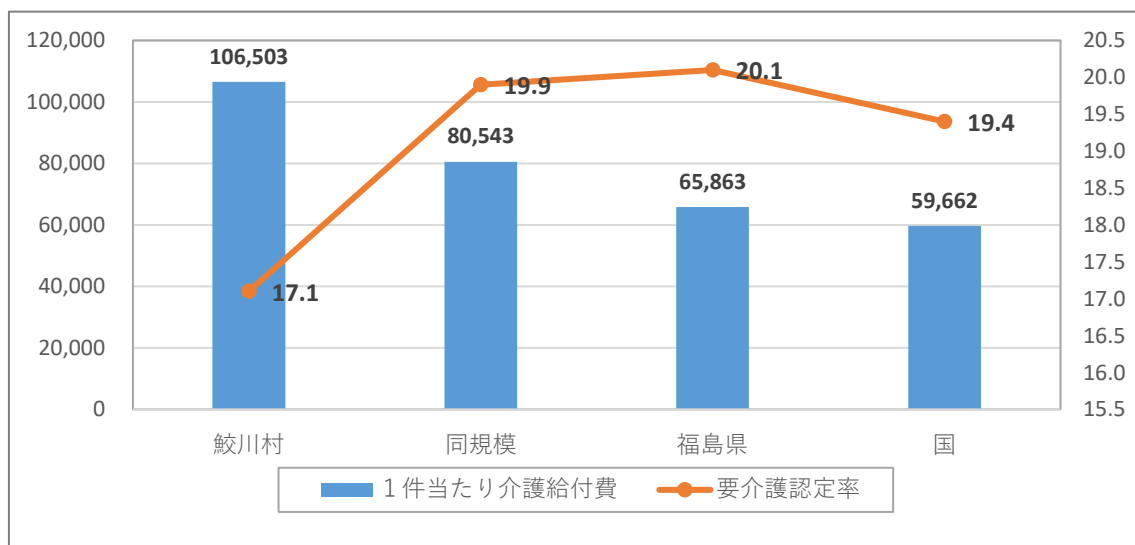
（表2-6） 要介護（支援）認定者数の推移(人) (KDB「要介護（支援）者認定状況」)

区分	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 (人)	認 定 率	1件当たりの 介護給付費
平成30年	25	27	31	41	35	38	32	229	17.7	112,242円
令和元年	17	19	36	33	41	41	28	215	17.4	112,075円
令和2年	15	30	30	36	48	33	27	219	17.7	112,630円
令和3年	17	27	31	38	45	34	22	214	17.4	103,825円
令和4年	10	29	27	36	42	36	29	209	17.1	106,503円

(2) 1件当たり介護給付費及び要介護認定率の比較

令和4年度の鮫川村の第1号被保険者における1件当たりの要介護給付費と要介護認定率を、同規模、福島県、国と比べると、1件当たりの介護給付費は高くなっていますが、要介護認定率は低い状況にあります。（図2-2）

（図2-2）1件当たり介護給付費及び要介護認定率の比較 (KDB「地域の全体像の把握」)



* 要介護認定率 = 第1号被保険者における介護認定された者の割合

(3) 要介護認定者の有病状況

令和4年度の鮫川村の第1号被保険者における有病状況をみると、心臓病が52.3%と最も高く、筋・骨疾患が44.4%、精神疾患が31.0%の順に高い状況にありました。

介護度別にみても、心臓病と筋・骨疾患はどの介護度でも高い状況にありましたが、要支援では、特に筋・骨疾患と脳疾患が高い状況となっています。(表2-7)

(表2-7) 要介護認定者の有病状況 (令和4年度KDB「要介護(支援)者有病状況」)

	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
糖尿病	4人 (23.3)	3人 (5.5)	6人 (18.6)	8人 (19.5)	6人 (12.5)	4人 (8.8)	1人 (12.2)	32人 (13.2)
(再掲) 糖尿病合併症	0人	1人 (1.8)	1人 (0.6)	2人 (3.1)	0人	0人	0人	4人 (1.4)
心臓病	7人 (68.3)	17人 (62.5)	12人 (44.5)	21人 (47.6)	20人 (50.0)	23人 (52.4)	13人 (53.5)	113人 (52.3)
脳疾患	1人 (19.2)	8人 (34.5)	4人 (14.2)	6人 (13.6)	9人 (17.5)	5人 (20.5)	7人 (27.7)	40人 (20.6)
がん	2人 (12.5)	3人 (12.0)	1人 (4.7)	6人 (14.1)	5人 (10.3)	2人 (6.0)	0人	19人 (8.4)
精神疾患	1人 (14.2)	7人 (23.4)	9人 (33.4)	13人 (28.3)	12人 (22.8)	20人 (46.2)	5人 (34.0)	67人 (31.0)
筋・骨疾患	5人 (65.0)	17人 (60.9)	13人 (41.6)	20人 (35.2)	11人 (33.3)	22人 (43.6)	14人 (54.1)	102人 (44.4)
難病	0人	1人 (1.5)	1人 (3.2)	4人 (5.4)	0人	1人 (2.4)	0人	7人 (2.2)
その他	3人 (58.4)	7人 (68.3)	16人 (64.3)	12人 (42.6)	21人 (49.6)	21人 (49.4)	18人 (47.7)	15人 (51.2)

(4) 第2号被保険者の状況

鮫川村の第2号被保険者における要介護(支援)認定者数は、令和4年で6人であり、5年前の平成30年と比べて2人減少し、認定率も0.6%減少しています。(表2-8)

令和4年の認定状況を同規模、福島県、国と比べると、2号認定者の割合が高い状況にあります。(図2-3)

また、令和4年度の有病状況をみると、心臓病が68.3%と最も高く、次いで筋・骨疾患が65.0%と続くのは第1号被保険者と同じですが、第2号被保険者では、次に高いのは糖尿病23.3%でした。(表2-9)

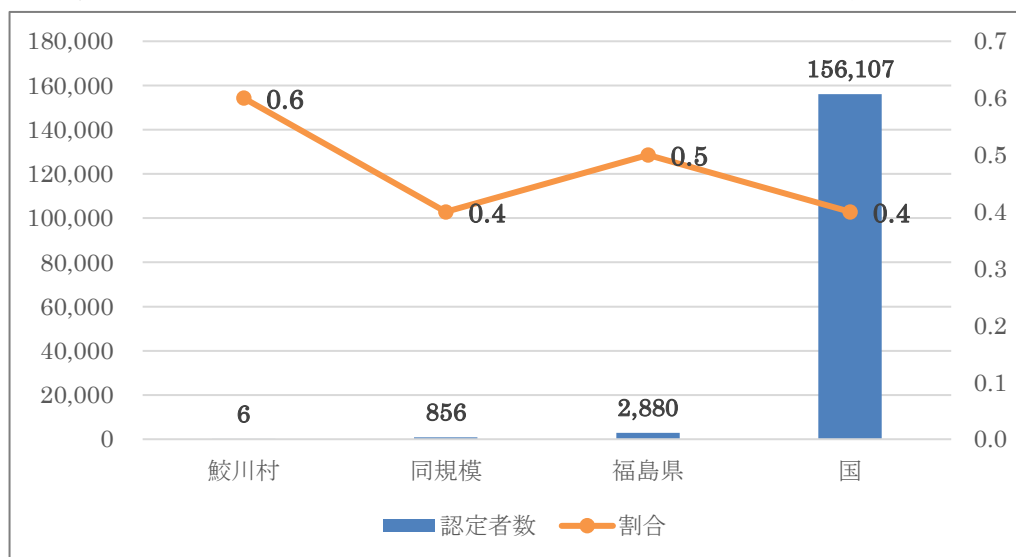
(表 2-8) 第 2 号被保険者の要介護（支援）認定者数の推移

(令和 4 年度 KDB「要介護（支援）者有病状況」)

区 分	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
認定者数(人)	8	7	9	7	6
認定率 (%)	3.4	3.1	3.9	3.2	2.8

* 認定率 = 第 1 号・2 号被保険者の中の 2 号認定者の割合

(図 2-3) 第 2 号被保険者の認定者数の推移及び認定率の比較 (KDB 様式 5-1)



(表 2-9) 要介護認定者の有病状況 (令和 4 年度 KDB「要介護（支援）者有病状況」)

糖尿病	4 人	(23.3)
(再掲)糖尿病合併症	0 人	
心臓病	7 人	(68.3)
脳疾患	1 人	(19.2)
がん	2 人	(12.5)
精神疾患	1 人	(14.2)
筋・骨疾患	5 人	(65.0)
難病	0 人	
その他	3 人	(58.4)

4 医療制度

(1) 国民健康保険

鮫川村の国民健康保険加入者は763人、加入率は25.0%で、前計画策定時点の平成22年度の加入者1,238人、加入率30.0%と比べると、加入者は約4割弱減っている状況です。加入率も減ってはいますが、福島県や国と比べると高くなっています。

村の加入者のうち、前期高齢者（64歳～74歳）が占める割合は高く、今後も高齢化の進展によりその傾向は続くと予測できます。（表2-10）

（表2-10）国民健康保険の状況

（令和4年度KDB様式5-1）

	鮫川村	同規模平均	福島県	国	
被保険者数（人） （加入率）	763 (25.0)	195,140 (27.1)	381,897 (21.2)	27,488,882 (22.3)	
65～74歳 （加入率）	415 (54.4)	—	191,020 (50.0)	11,129,271 (40.5)	
40～64歳 （加入率）	229 (30.0)	—	116,350 (30.5)	9,088,015 (33.1)	
39歳以下 （加入率）	119 (15.6)	—	74,527 (19.5)	7,271,596 (26.5)	
一人当たり医療費	344,670	367,527	354,691	339,680	
受診率	687.7	676.5	756.5	705.4	
外来	費用の割合	54.9	55.1	60.2	60.4
	件数の割合	96.3	96.6	97.4	97.5
入院	費用の割合	45.1	44.9	39.8	39.6
	件数の割合	3.7	3.4	2.6	2.5
1件当たり在院日数	15.9	16.2	15.9	15.7	

(2) 後期高齢者医療

鮫川村の後期高齢者医療保険の加入者は637人、加入率は20.9%で、福島県や国と比べると高い状況です。

一人当たり医療費は、福島県や国と比べ低くなっていますが、費用の割合でみると、入院費が他よりも高い状況にあります。病気になっても入院をしないで生活ができるようにしていくことが重要です。（表2-11）

(表 2-11) 後期高齢者医療の状況

(令和 4 年度 KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題)

		鮫川村	同規模平均	福島県	国
被保険者数 (人)		637	622	307,699	19,252,733
(加入率)		(20.9)	(23.6)	(17.1)	(15.7)
一人当たり医療費		53,697	66,525	62,624	71,162
受診率		1,086.232	1,124.984	1,240.990	1,308.885
外来	費用の割合	43.4	55.1	60.2	60.4
入院	費用の割合	56.6	49.4	55.8	51.7

5 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

(1) 国民健康保険加入者の健康診査及び保健指導の状況

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、鮫川村国民健康保険の特定健康診査（特定健診）・特定保健指導は、令和4年度の法定報告で、受診率67.8%、保健指導実施率は96.0%で、福島県、国より高くなっています。

鮫川村では、平成20年度から特定保健指導と併せて発症予防、重症化予防のために情報提供や治療中の方等、特定健診受診者全てに保健指導を実施しています。（表2-12）

（表2-12）特定健康診査及び保健指導状況（令和4年度KDB様式5-1）

区分		鮫川村	同規模平均	福島県	国
特定健診	受診者(人)	403	64,539	121,437	6,812,842
	受診率(%)	67.8	46.7	43.3	37.1
特定保健指導	終了者(人)	36	1,693	1,858	107,925
	実施率(%)	96.0	21.0	14.1	13.4

(2) 特定健診受診者有所見の状況

令和4年度の特定健康診査（40～74歳）の有所見状況のうち、最も割合が高かった項目は、男性、女性とも「眼底検査」で、次いで「HbA1c」、「収縮期血圧」で、福島県、国と比較しても高い状況です。（表2-13・2-14）

既に血管を傷つけたり、臓器障害を起こしたりしている方が多い状況にありますので、これ以上重症化しない取り組みが重要になります。

（表2-13）特定健診受診者有所見状況（男性）（令和4年度KDB厚生労働省様式 様式5-2）

男性		鮫川村		福島県		国	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
摂取エネルギー過剰	BMI(25以上)	75	33.6	19,816	36.4	1,043,077	34.2
	腹囲(85以上)	118	52.9	31,403	57.6	1,683,467	55.3
	中性脂肪(150以上)	52	23.3	14,054	25.8	855,254	28.1
	ALT(31以上)	44	19.7	11,410	20.9	652,100	21.4
	HDL(40未満)	20	9.0	4,367	8.0	217,203	7.1
血管を傷つける	空腹時血糖(100以上)	88	39.5	24,161	44.3	956,519	31.4
	HbA1c(5.6以上)	140	62.8	32,463	59.6	1,759,142	57.8
	随時血糖(100以上)	9	4.0	1,326	2.4	105,997	3.5
	尿酸(7.0超過)	36	16.1	5,157	9.5	377,240	12.4
	収縮期血圧(130以上)	121	54.3	28,056	51.5	1,528,352	50.2
	拡張期血圧(85以上)	48	21.5	12,312	22.6	805,312	26.4

化要因 動脈硬	LDL(120 以上)	87	39.0	22,826	41.9	1,389,534	45.6
	non-HDL(150 以上)	2	0.9	395	0.7	169,427	5.6
臓器障害	血清クレアチニン(1.3 以上)	4	1.8	1,200	2.2	75,725	2.5
	eGFR(60 未満)	56	25.1	10,669	19.6	666,941	21.9
	心電図	52	23.3	13,818	25.4	721,954	23.7
	眼底検査	221	99.1	30,076	55.2	591,318	19.4

(表 2-14) 特定健診受診者有所見状況 (女性) 令和 4 年度 KDB 厚生労働省様式 様式 5-2)

女性		鮫川村		福島県		国	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
摂取エネルギー過剰	BMI(25 以上)	61	33.3	18,047	26.9	818,767	21.4
	腹囲(90 以上)	61	33.3	15,315	22.8	719,424	18.8
	中性脂肪(150 以上)	15	8.2	10,141	15.1	597,572	15.6
	ALT(31 以上)	8	4.4	6,523	9.7	343,983	9.0
	HDL(40 未満)	2	1.1	1,050	1.6	47,331	1.2
血管を傷つける	空腹時血糖(100 以上)	64	35.0	20,592	30.6	750,801	19.6
	HbA1c(5.6 以上)	134	73.2	40,729	60.6	2,163,914	56.5
	随時血糖(100 以上)	5	2.7	1,268	1.9	90,123	2.4
	尿酸(7.0 超過)	5	2.7	964	1.4	67,553	1.8
	収縮期血圧(130 以上)	94	51.4	31,544	46.9	1,736,260	45.3
	拡張期血圧(85 以上)	34	18.6	10,399	15.5	646,911	16.9
化要因 動脈硬	LDL(120 以上)	80	43.7	34,193	50.9	2,070,180	54.1
	non-HDL(150 以上)	0	0.0	424	0.6	213,414	5.6
臓器障害	血清クレアチニン(1.3 以上)	1	0.5	172	0.3	10,107	0.3
	eGFR(60 未満)	37	20.2	12,193	18.1	747,732	19.5
	心電図	34	18.6	12,396	18.4	718,530	18.8
	眼底検査	170	92.9	35,753	53.2	647,639	16.9

(3) 後期高齢者の健康診査の状況

令和 2 年度より後期高齢者の医療保険者である後期高齢者医療広域連合(以下、広域連合)と市町村が協力して、後期高齢者の健康維持・フレイル予防に努める「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」という新たな制度がはじまりました。健康診査後の保健指導をはじめとした保健事業を、切れ目なく推進していくことが重要となります。保健事業の入口となる健康診査の状況をみると、令和 4 年度の受診率は 45.7%で、福島県、国より高くなっています。(表 2-15)

(表 2-15) 後期高齢者健康診査状況

(令和 4 年度 KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題)

	鮫川村	福島県	国
受診者(人)	292	72,802	4,703,377
受診率(%)	45.7	23.7	24.8

(4) 後期高齢者健診受診者有所見の状況

令和 4 年度の後期高齢者健康診査の有所見状況のうち、最も割合が高かった項目は、男性、女性とも「眼底検査」で、次いで「心電図」、「収縮期血圧」で、福島県、国と比較しても高い状況です。(表 2-16・2-17)

臓器障害を起こしている項目が高い状況にありますので、高齢者になっても重症化しない取り組みが重要になります。

(表 2-16) 後期高齢者健診受診者有所見状況 (男性)

(令和 4 年度 KDB 厚生労働省様式 様式 5-2)

男性		鮫川村		福島県		国	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
摂取エネルギー過剰	BMI(25 以上)	43	31.9	9,585	29.8	515,894	26.0
	腹囲(85 以上)	0	0.0	4,523	14.1	413,115	20.8
	中性脂肪(300 以上)	0	0.0	433	1.3	39,141	2.0
	ALT(51 以上)	2	1.5	645	2.0	38,041	1.9
	HDL(35 未満)	2	1.5	1,013	3.1	57,583	2.9
血管を傷つける	空腹時血糖(126 以上)	15	11.1	3,275	10.2	145,606	7.3
	HbA1c(6.5 以上)	18	13.3	4,807	14.9	306,633	15.4
	随時血糖(126 以上)	0	0.0	286	0.9	34,795	1.8
	尿酸(8.0 超過)	5	3.7	209	0.6	47,844	2.4
	収縮期血圧(140 以上)	45	33.3	9,550	29.7	645,783	32.5
	拡張期血圧(90 以上)	6	4.4	1,815	5.6	138,652	7.0
化要因 動脈硬	LDL(140 以上)	9	6.7	3,676	11.4	259,884	13.1
	non-HDL(170 以上)	0	0.0	18	0.1	20,848	1.0
臓器障害	血清クレアチニン(1.3 以上)	11	8.1	1,310	4.1	158,856	8.0
	eGFR(45 未満)	21	15.6	1,938	6.0	239,226	12.0
	心電図	73	54.1	7,559	23.5	675,529	34.0
	眼底検査	124	91.9	11,059	34.4	219,045	11.0

(表 2-17) 後期高齢者健診受診者有所見状況 (女性)

(令和 4 年度 KDB 厚生労働省様式 様式 5-2)

男性		鮫川村		福島県		国	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
摂取エネルギー過剰	BMI(25 以上)	46	29.3	10,786	26.6	600,004	22.1
	腹囲(90 以上)	0	0.0	2,795	6.9	242,733	8.9
	中性脂肪(300 以上)	0	0.0	343	0.8	33,080	1.2
	ALT(51 以上)	1	0.6	494	1.2	30,256	1.1
	HDL(35 未満)	0	0.0	325	0.8	20,315	0.7
血管を傷つける	空腹時血糖(126 以上)	10	6.4	2,502	6.2	114,989	4.2
	HbA1c(6.5 以上)	12	7.6	3,909	9.6	270,180	9.9
	随時血糖(126 以上)	3	1.9	264	0.6	33,490	1.2
	尿酸(8.0 超過)	2	1.3	74	0.2	23,306	0.9
	収縮期血圧(140 以上)	57	36.3	12,697	31.3	963,098	35.4
	拡張期血圧(90 以上)	11	7.0	2,206	5.4	174,846	6.4
化 動 要 脈 因 硬	LDL(140 以上)	15	9.6	7,023	17.3	543,332	20.0
	non-HDL(170 以上)	0	0.0	19	0.05	39,173	1.4
臓器障害	血清クレアチニン(1.3 以上)	3	1.9	343	0.8	45,147	1.7
	eGFR(45 未満)	22	14.0	2,329	5.7	294,390	10.8
	心電図	63	40.1	6,603	16.3	745,593	27.4
	眼底検査	149	94.9	11,576	28.5	241,795	8.9

6 出生

(1) 出生数及び低体重児の出生の年次推移

鮫川村の出生数は平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間の推移で見ると、年々減少し、5 年前よりも少子化が進んでいます。

そのうち、出生時の体重が 2,500g 未満の低出生体重児は、0～2 人で推移しています。低出生体重児は、出産前後（周産期＝妊娠後期 22 週間～生後 1 週間）の病気にかかる率や死亡率が、正常児よりも著しく高く、また成人後に生活習慣病を発症しやすいことが明らかになっており、周産期の時期だけではなく、生涯を通じた健康における大きな課題になります。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりの充実と併せ、低出生体重児の生活習慣病発症予防の取り組みが重要です。（表 2-18）

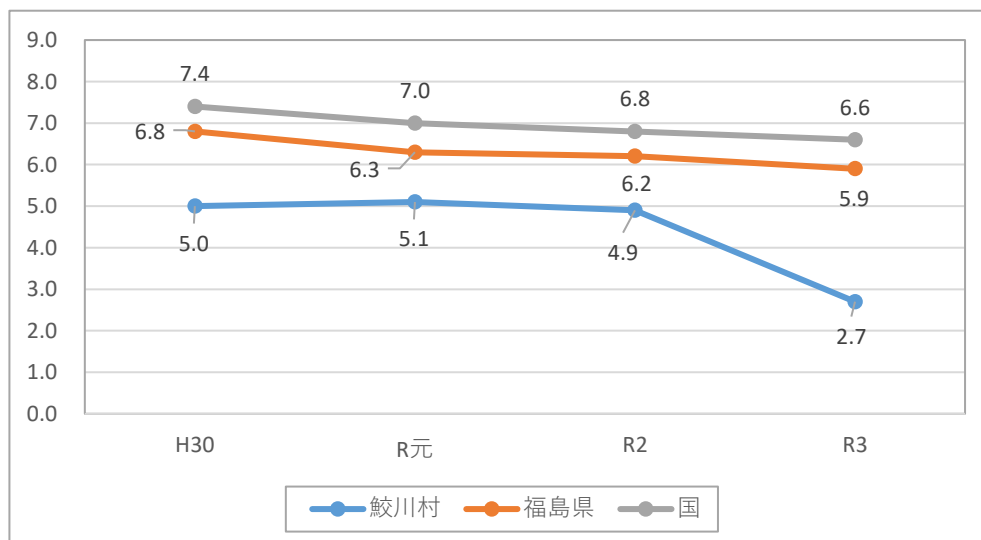
（表 2-18） 出生数及び出生体重 2,500g 未満の年次推移 （村出生届）

区分	出生数	出生体重 2,500g 未満数
平成 30 年	16 人	0 人
令和元年	16 人	0 人
令和 2 年	15 人	2 人
令和 3 年	8 人	0 人
令和 4 年	10 人	2 人

(2) 出生率の比較

鮫川村の出生率は平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間の推移で見ると、年々減少しています。令和 3 年度における鮫川村の出生率は 2.7 と、福島県 5.9、国 6.6 に比べ非常に低い状況で、令和 2 年度と比べても大幅に減少しています。（図 2-4）

（図 2-4） 出生率の比較 （福島県保健統計の概況）



第3節 村の財政状況

(1) 村の財政状況

令和4年度鮫川村一般会計決算における実質収支額は、約2億5千843万円となり、国が定める早期健全化基準を下回っている状況にあります。歳出の内訳をみると、総務費が9億9千812万6千円で最も多く次いで民生費、農林水産業費の順になっています。(表2-19) 市町村の財政力の強弱を表す財政力指数をみると、令和4年度で0.2となっており、福島県や国と比べると低く、財政力が弱い状況になっています。(表2-20)

(表2-19) 令和4年度歳入歳出決算書

歳入（一般会計）			歳出（一般会計）		
36億66,739万円(令和4年度決算)			33億92,500万円(令和4年度決算)		
1位	地方交付税	19億7,635万円	1位	総務費	9億98,126万円
2位	国庫支出金	3億18,232万円	2位	民生費	5億45,889万円
3位	県支出金	2億80,647万円	3位	農林水産業費	2億92,045万円

※繰越明許費繰越額 1,580万3千円

(表2-20) 令和4年度における財政力指数の比較

鮫川村	同規模町村	福島県	国
0.2	0.2	0.5	0.5

(2) 村の社会保障財源分が充てられた社会保障4経費その他社会保障施策に要した経費

平成26年4月1日に施行された消費税の税率改正に伴い、地方消費税の引上げ分については社会保障4経費（年金、医療、子育て、介護）その他社会保障施策に要する経費に充てることとされました。

令和4年度の歳入は4,403万7千円、歳出は2億9,730万5千円となっています。(表2-21) 今後さらに高齢化が急速に進展する中で、限られた財源の中で、いかに鮫川村の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

(表2-21) 令和4年度社会保障4経費その他社会保障施策に要した経費

経費区分	決算額	社会保障財源分
社会福祉	6,656万5千円	950万5千円
社会保険	6,922万3千円	865万2千円
保健衛生	4,552万円	720万6千円
上記の他要した経費	1億1,599万7千円	1,867万4千円
計	2億9,730万5千円	4,403万7千円

第4節 前計画の評価

1 評価方法

評価方法は福島県が「第二次健康ふくしま21計画」の最終評価で実施していた方法を参考に行いました。

(1) 使用する用語の定義

- ①基準値 : 基準年度に把握できる直近の数値
- ②評価値 : 評価年度に把握できる直近の数値
- ③目標値 : 目標年度までに達成を目指す数値
- ④改善度 : 評価値と基準値を比較し改善や悪化等を判定した評価
 - ◎ ; 目標値を達成している
 - ; 改善傾向にあるが目標値まで達していない
 - △ ; 概ね変わらない
 - × ; 悪化している
 - － ; 基準値未設定や直近値が未公表等で評価困難
- ⑤目標達成率 : 目標値に対する達成率の達成率
(「基準値から評価値までの変動数」÷「基準値から目標値までの変動数」)
- ⑥評価 : 目標達成率等を踏まえた目標項目の最終的な評価

(2) 評価基準

- A ; 目標達成率が10割以上(達成)
- B ; 目標達成率が概ね8割以上10割未満(概ね達成)
- C ; 目標達成率が概ね5割以上8割未満
- D ; 目標達成率が概ね5割未満
- － ; 基準値未設定や直近値が未公表等で評価困難

※目標値が「減少傾向」又は「増加傾向」である項目は、
改善度の判定により評価を判定する。

(判定 : ◎=A、○=B、△=C、×=D)

2 評価結果

令和5（2023）年度に実施した健康鮫川21（第二次）計画の評価の概要は下表のとおりとなりました。

目標項目58項目（再掲含む）のうち、評価可能な目標項目は56項目、そのうち評価区分（目標達成率）が「(A) 10割以上」及び「(B) 概ね8割以上10割未満」の項目数は「20項目」で、「36%」の達成率となりました。また、基準値と最終評価の比較で、改善傾向にある項目は「25項目」で、「45%」の改善率となりました。「休養・こころの健康」、「栄養・食生活」、「がん」、「歯・口腔の健康」については、達成率が5割未満である項目が多くなりました。

評価区分	A	B	C	D	達成率	改善率	直近値が未公開等で評価困難
目標に対する達成率	10割以上	概ね8割以上10割未満	概ね5割以上8割未満	5割未満	A・B評価の割合	改善傾向にある項目の割合	
項目数	15	5	9	27	20	25	2
割合	27%	9%	16%	48%	36%	45%	—

※割合の母数は評価困難の数を除く

(内訳)

健康寿命の延伸	—	—	—	—	—	—	0
がん	2 40%	0 0%	0 0%	3 60%	2 40%	2 40%	1 —
循環器病	7 44%	2 12%	0 0%	7 44%	9 56%	11 69%	0 —
糖尿病	1 25%	0 0%	1 25%	2 50%	1 25%	1 25%	0 —
COPD	—	—	—	—	—	—	0 —
次世代の健康	1 25%	0 0%	2 50%	1 25%	1 25%	2 50%	0 —
栄養・食生活	0 0%	0 0%	1 33%	2 67%	0 0%	1 33%	1 —
身体活動・運動	2 25%	1 13%	2 25%	3 37%	3 37%	4 50%	0 —
飲酒	0 0%	1 33%	1 33%	1 33%	1 33%	1 33%	0 —
喫煙	0 0%	1 33%	1 33%	1 33%	1 33%	1 33%	0 —
歯・口腔の健康	1 20%	0 0%	1 20%	3 60%	1 20%	1 20%	0 —
高齢者の健康	1 50%	0 0%	0 0%	1 50%	1 50%	1 50%	0 —

(2) 各目標項目の評価結果

2-(1) がん

目標項目		基準値 (H22年度)	評価値	目標値 (R4年度)	改善度	目標達成率	評価	出典	
1	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)				—		—		
2	がん検診 の受診率 の向上	胃がん	34.5%	21.9%	40.0%	×	-229.1%	D	令和4年度 鮫川村 がん検診 受診結果
3		肺がん	56.5%	67.6%	60.0%	◎	317.1%	A	
4		大腸がん	31.9%	52.8%	40.0%	◎	258.0%	A	
5		乳がん	25.9%	12.4%	50.0%	×	-56.0%	D	
6		子宮頸がん	13.5%	14.1%	50.0%	△	1.6%	D	

2-(2) 循環器疾患

目標項目		基準値 (H22年度) 13・14:H30年度	評価値	目標値 (令和4年度)	改善度	目標達成率	評価	出典		
7	脳血管疾患・ 虚血性心疾患 の年齢調整 死亡率の減少 (10万人当たり)	脳血管疾患 男性	26.8%	11.1%	18.9%	◎	198.7%	A	令和3年度 保健統計	
8		女性	27.8%	6.3%	24.7%	◎	693.5%	A		
9		虚血性 心疾患 男性	28.6%	18.5%	31.8%	◎	515.6%	A		
10		女性	16.7%	15.6%	13.7%	○	36.7%	D		
11	適正体重を維持して いる者の割合 の増加	20~60歳代男性 の肥満者の割合	29.7%	34.4%	28.0%	×	-276.4%	D	令和4年度 特定健康 診査受診 結果	
12		40~60歳代女性 の肥満者の割合	33.6%	31.9%	25.0%	○	19.8%	D		
13	高血圧の改善 (中等度高血 圧以上の者の 割合の減少)	男性	7.9%	5.5%	—	○	—	B	ヘルス サポート ツール	
14		女性	8.3%	7.1%	—	○	—	B		
15	脂質異常症 の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の 割合	男性	2.6%	6.9%	減少	×	—	D	令和4年度 特定健康 診査受診 結果
16		女性	2.2%	8.2%	減少	×	—	D		
17		LDL コレステ ロール 160mg/dl 以上の者の 割合	男性	8.6%	2.1%	6.2%	◎	271.0%	A	
18		女性	10.2%	4.4%	8.8%	◎	414.3%	A		
19	メタボリック シンドローム の該当者及び 予備群の減少	該当者	14.3%	23.2%	減少	×	—	D	H22 H28~R3 R4:ヘルス サポート ツール KDB	
20		予備群	13.1%	15.5%	減少	×	—	D		
21	特定健康 診査・特定 保健指導の 実施率の向上	特定健診受診率	59.1%	67.5%	60.0%	◎	750.0%	A	国民健康保険 団体連合会	
22		特定保健指導終了率	76.9%	96.0%	60.0%	◎	113.0%	A	令和4年度 速報値	

2 - (3) 糖尿病

目標項目	基準値 23・25:H23年度・ 24:H28年度・ 26:H22年度	評価値	目標値 〈令和4年度〉	改善度	目標達成率	評価	出典
23 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	10人	7人	減少	—	—	A	KDB 身体障がい者 手帳所持名簿
24 治療継続者の割合の増加 HbA1c値6.5以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	62.5%	8.7%	—	—	—	D	ヘルス サポート ツール
25 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 (HbA1c8.4%以上の者の割合)	1.7%	1.8%	—	—	—	C	令和4年度特 定健康診査 受診結果
26 糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c値6.5以上の者の割合)	16.2%	14.5%	10.0%	○	27.4%	D	

2 - (4) COPD

目標設定なし

2 - (5) 次世代の健康

目標項目	基準値 〈H22年度〉	評価値	目標値 〈R4年度〉	改善度	目標達成率	評価	出典		
27 適正体重を維持している者の割合の増加 20歳代女性のやせの者の割合の減少 (妊娠届出時、BMI18.5未満者の割合)	5.4%	18.2%	減少	△	—	C	令和4年度 妊娠届出書		
28 低出生体重児の割合の減少	0%	18.2%	0%	×	0%	D	令和4年度 人口動態 統計		
29 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	男児	15.4%	0%	0%	◎	100%	A	令和4年度 子どもの健康を 守る会統計
30	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	女児	15.8%	7.7%	0%	○	51.2%	C	

3 - (1) 栄養・食生活

目標項目		基準値 〈H22年度〉	評価値	目標値 〈R5年度〉	改善度	目標達成率	評価	出典	
31	【再掲】 適正体重を維持 している者の割合の増加	20~60歳代 男性の肥満者の割合	29.7%	34.4%	28.0%	×	-276.4%	D	令和4年度 特定健康診 査受診 結果
32		40~60歳代 女性の肥満者の割合	33.6%	31.9%	25.0%	○	19.8%	D	
33		20歳代女性の やせの者の 割合の減少(妊 娠届出時、 BMI18.5未満 者の割合)	5.4%	18.2%	減少	△	—	C	令和4年度 妊娠届出書
34	適正な量と質を摂る者の増加	/	/	/	—	/	—		

3 - (2) 身体活動・運動

目標項目		基準値 〈H22年度〉	評価値	目標値 〈R4年度〉	改善度	目標達成率	評価	出典		
35	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一日1時間以上実施する者の割合の増加)	20~64歳	34.9%	46.3%	—	○	—	B	令和4年度 特定健康 診査受診 結果	
36		65歳以上	45.8%	51.0%	—	△	—	C		
37	運動習慣者の割合の増加	40~64歳	総数	24.0%	47.7%	34.0%	◎	237.0%		A
38			男性	26.7%	33.8%	36.0%	○	76.3%		C
39		女性	21.3%	44.8%	33.0%	◎	1,180.0%	A		
40		65~74歳	総数	37.6%	30.2%	52.0%	×	-51.4%		D
41			男性	43.1%	31.5%	58.0%	×	-77.9%		D
42			女性	32.1%	29.1%	48.0%	×	-18.9%	D	

3 - (3) 飲酒

目標項目		基準値 (43:H23年度) (44・45:H22年度)	評価値	目標値 (令和4年度)	改善度	目標達成率	評価	出典
43	妊娠中の飲酒をなくす	4.2%	9.1%	0%	×	-1.2%	D	令和4年度 妊娠届出書
44	生活習慣病の リスクを高める量 を飲酒している者 の割合の低減 (一日当たりの 純アルコールの摂取 量が男性40g以上、女 性20g以上の者)	男性	12.3%	6.3%	減少	○	—	令和4年度 特定健康 診査受診 結果
45		女性	2.6%	2.5%	減少	△	—	

3 - (4) 喫煙

目標項目		基準値 (H22年度)	評価値	目標値 (R4年度)	改善度	目標達成率	評価	出典
46	妊婦の喫煙をなくす	2.7%	9.1%	0%	×	-116.7.0%	D	令和4年度 妊娠届出書
47	成人の喫煙率の減 少 (やめたい者が やめる)	男性	28.3%	21.2%	減少	○	—	令和4年度 特定健康 診査受診 結果
48		女性	2.6%	2.0%	減少	△	—	

3 - (5) 歯・口腔の健康

目標項目		基準値 (49・50:H28年度) (51・52:H22年度) (53:H26年度)	評価値	目標値 (令和4年度)	改善度	目標達成率	評価	出典
49	歯周病を 有する者の 割合の減少	40歳代における 進行した歯周炎 を有する者の 減少(4mm以上の 歯周ポケット)	0.0%	33.3%	減少	×	—	令和4年度 歯周病検診 受診結果
50		60歳代における 進行した歯周炎 を有する者の 減少(5mm以上の 歯周ポケット)	75.0%	77.8%	減少	×	—	

目標項目		基準値 <small>・49:H28年度 ・51・52:H22年度 ・53:H26年度</small>	評価値	目標値 <small>・令和4年度</small>	改善度	目標達成率	評価	出典
51	乳幼児・学童期の3歳でう蝕のない者の割合の増加	51.7%	100%	70.0%以上	◎	263.9%	A	令和4年度3歳児健康診査結果
52	う歯のない者の増加 12歳児の一人平均う歯数の減少(永久歯)	0.80歯	1.92歯	減少	×	—	D	令和4年度子どもの健康を守る会統計
53	過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 (歯周疾患検診受診者数)	19	18	—	—	—	C	令和4年度歯周病検診受診結果

4 - (1) 高齢者の健康

目標項目		基準値 <small>・54:H22年度 ・45:H23年度</small>	評価値	目標値 <small>・54:R3年度 ・55:R4年度</small>	改善度	目標達成率	評価	出典
54	介護保険サービス利用者の増加の抑制	13.8%	17.1%	14.0%	×	-1,450.0%	D	令和3年度介護保険事業報告
55	低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 (BMI20以下)	20.9%	4.1%	18.0%	◎	579.3%	A	令和4年度特定・後期健康診査受診結果

4 - (2) こころの健康

目標項目		基準値 <small>・平成22年度</small>	評価値	目標値 <small>・令和4年度</small>	改善度	目標達成率	評価	出典
56	自殺者の減少	1人	2人	—	—	—	D	地域自殺実態プロフィール
57	睡眠で休養が十分に取れていない者の割合の減少	男性	20.8%	24.6%	18.0%	×	-135.7%	令和4年度特定健康診査受診結果
58		女性	26.3%	27.5%	23.0%	×	-36.4%	

第3章 計画の目標・主要施策

第1節 基本目標と主要施策の概要

1 基本目標 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命とは「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」のことで、健康格差とは「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」のことです。病気や障害を持つ方も含め、誰もが単に生活しているという状態から一歩進んで、社会とつながりながら生きがいを持ち、健康づくりの取り組みを行うことで、生活習慣の改善、生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防・重症化予防、社会環境の質の向上等を推進し健康寿命の延伸を目指します。

【現状と課題】

①平均寿命と健康寿命の推移

平均余命を平均寿命として、平均自立期間を健康寿命としてKDBシステムで計算された値について、平成30年度からの推移を確認すると、男性、女性とも、平均寿命に変化はないものの、健康寿命は、男性は2.1歳、女性は0.4歳短くなっています。

また、平均寿命から健康寿命を差し引いた不健康期間は、男性、女性とも長くなっており、特に男性は8倍伸びています。（表3-1）

（表3-1）性別平均寿命・健康寿命の推移（KDB「健康スコアリング」）

		平成30年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	平均寿命（歳）	80.5	79.3	79.8	80.5
	健康寿命（歳）	80.2	78.0	78.3	78.1
	不健康期間（年）	0.3	1.3	1.5	2.4
女性	平均寿命（歳）	86.7	88.0	88.0	86.7
	健康寿命（歳）	85.3	85.4	85.1	84.9
	不健康期間（年）	1.4	2.6	2.9	1.8

②平均寿命と健康寿命の比較

令和4年度数値を、同規模、福島県、国と比べてみると、平均寿命については、男性は、同規模と同値で、国よりも0.3歳短く、女性は、同規模と国よりも0.3歳短くなっています。

健康寿命と不健康期間については、男性は同規模、福島県、国のいずれも下回っており、反対に女性はいずれも上回っています。（表3-2）

(表3-2) 性別平均寿命・健康寿命の比較 (令和4年度KDB「健康スコアリング」)

		鮫川村	同規模	福島県	国
男性	平均寿命 (歳)	80.5	80.5	80.1	80.8
	健康寿命 (歳)	78.1	79.3	79.1	80.1
	不健康期間 (年)	2.4	1.2	1.0	0.7
女性	平均寿命 (歳)	86.7	87.0	86.4	87.0
	健康寿命 (歳)	84.9	84.2	83.6	84.4
	不健康期間 (年)	1.8	2.8	2.8	2.6

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の延伸)	男性	R4年度	80.5歳	R16年度	80.8歳
	女性		86.7歳		87.0歳
健康格差の縮小 (健康寿命の差)	同規模	R4年度	男性 -1.2歳	R16年度	±0歳
			女性 0.7歳		1.0歳
	福島県	R4年度	男性 -1.0歳	R16年度	±0歳
			女性 1.3歳		1.3歳
	国	R4年度	男性 -2.0歳	R16年度	±0歳
			女性 0.5歳		1.0歳

2 主要施策

主要施策1 個人の行動と健康状態の改善

住民の健康増進を推進するにあたって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善に加え、こうした生活習慣の定着等による、がん、生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して、引き続き取り組みを進めていきます。

また、生活習慣病に罹患しなくとも日常生活に支障をきたす、フレイル、やせ、メンタル面の不調等を予防することや、生活習慣病の発症予防や重症化予防だけではない健康づくりも踏まえた、生活機能の維持・向上の取り組みを推進します。

1-1 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) がん (2) 循環器病 (3) 糖尿病 (4) COPD

1-2 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活 (2) 身体活動・運動 (3) 休養・睡眠
(4) 飲酒 (5) 喫煙 (6) 歯・口腔の健康

1-3 生活機能の維持・向上

主要施策2 社会環境の質の向上

住民の健康増進には、個人の行動と健康状態の改善だけではなく、個人を取り巻く社会環境の質が向上することも重要な要素となります。

仕事でのつながりや地域コミュニティやボランティア等の社会参加の促進に加え、地域における支え合いの体制づくりや住民が気軽に相談できる体制整備等を通じて、社会とのつながりやこころの健康の維持・向上を図ります。

また、健康に関する情報が得られやすい体制づくりや、主体的に健康づくりに取り組めるためのきっかけや、続けるための楽しみといった仕組みを構築することで、健康にあまり関心がない方も含め、幅広い層に向けた健康づくりの取り組みの促進を図ります。

2-1 社会とのつながり、こころの健康の維持・向上

2-2 自然に健康になれる環境づくり

2-3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤づくり

主要施策3 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、様々なライフステージ（乳幼児期から高齢期等の人の生涯における各段階）の特徴に応じた健康づくりの取り組みを行うことが重要です。

加えて、これまでの個人の生活習慣や社会環境等の影響により、現在の健康状態が形成されるとともに、今後の健康状態にもつながるものであることから、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの視点も重要であり、進めていく必要があります。

特に、幼少期の生活習慣や健康状態が一生の健康状態に大きく影響すること、高齢期は病気やけが等により生活機能が大きく落ち込むこと、女性はライフステージごとに女性ホルモンの劇的な変化等により、健康状態が大きく変わりやすいことが指摘されており、こうしたことを踏まえ、「子ども」、「高齢者」、「女性」に関する対策を進めていきます。

- | | |
|-----|-----|
| 3-1 | 子ども |
| 3-2 | 高齢者 |
| 3-3 | 女性 |

第2節 目標設定の基本的な考え方

本計画は、住民が主体的に健康づくり運動に取り組めることを前提としていることから、目標の設定に当たっても、住民がわかりやすく取り組みやすくするため、「実行の可能性がある目標で、できるだけ少ない項目数」、「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的な目標」の設定が望ましいことが示唆されています。また、進行管理をする観点からは「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により自治体自ら進行管理できる目標」の設定が望ましいとされています。

これらを踏まえ、下記の点を意識した目標を各項目ごとに設定し、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映できるようにしていけるよう心がけます。

- (1) 施策の達成状況を評価する上で、適切かつ実行可能性を踏まえた目標を設定し、可能な限り数値目標を掲げます。
- (2) 基準値の設定年度は令和4(2022)年の直近値とし、全ての基準値については令和6年度に公表します。
- (3) 評価時点で実際に達成していたかを確認できることが望ましいため、目標値の設定年度は令和16(2034)年とし、令和17年(2035)年に最終評価を実施します。

第4章 主施策ごとの目標と取り組み

この章では、【はじめに】で各項目の概要を、【現状と課題】で前計画の評価結果や第三次計画で掲げられている目標項目についての分析を、【施策の方向性】で課題解決のための方策を、【目標と評価】で方策を行うことで得られる目指す姿や目標値を記す構成となっています。

第1節 個人の行動と健康状態の改善

1 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) がん

【はじめに】

がんは、昭和56(1981)年以降日本人の死因の第1位であり、令和3(2021)年の死亡者は約38万人で総死亡の約3割を占めています。生涯のうちに約2人に1人ががん罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患者や死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題であります。こうした背景から、がん対策の一層の充実を図るため、平成18(2006)年に、「がん対策基本法」(以下この章において「基本法」という。)が制定され、がん対策推進基本計画(以下この章において「基本計画」という。)に基づいてがん対策が推進されてきました。令和5(2023)年度から開始された第4期基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標として、第3期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3本の柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定めています。

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や細菌への感染及び喫煙(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ってくると考えられます。

また、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。早期発見するために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。

【現状と課題】

①がんによる死亡状況

人口動態調査によると令和3年度の死亡率は22.0%となっており、本村の死因順位は、第一位が悪性新生物となっています。令和4年度の部分別がんにおける死亡では、がんにおける死亡数は11人となっており、死因は胃がんが最も多い結果となりました。(表4-1)

(表4-1) 令和4年度部分別がんにおける死亡数 (人口動態調査)

死亡総数		69人
うち悪性新生物による死亡 11人 (15.9%)	胃がん	5人(7.2%)
	肺がん	4人(5.8%)
	大腸がん	0人(0.0%)
	乳がん	1人(1.4%)
	子宮がん	1人(1.4%)

②75歳未満のがんによる死亡の状況

福島県や国が指標としている年齢調整死亡率は、市町村単位では算出することが難しいため、村は75歳未満の死亡人数をみていきます。胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸部がん、乳がんは五大がんと言われていますが、村の令和4年度の五大がんの死亡者数は、前計画策定時の平成22年度から2人増えています。

(表4-2)

(表4-2) 75歳未満のがんによる死亡の状況

(H22：保健統計の概況 R4：死亡届)

区 分		H22	R4
75歳 未満の 死亡者 (人)	肺・気管支	0	1
	胃	2	2
	大腸・直腸・結腸	0	0
	乳	1	1
	子宮	0	1
	合計	3	5

③各種がん検診の受診状況

令和4年度のがん検診の受診率をみると、胃がんと子宮頸部がん以外のがん検診で受診率が増加しています。前計画の評価として、肺がん検診、大腸がん検診の受診率は目標値を達成しているため評価をAとします。胃がん検診、乳がん検診、子宮頸部がん検診については、目標に達成していないため、評価をDとします。

(表4-3・4-4)

受診率が減少した要因としては、胃がん検診は内視鏡カメラやバリウム、子宮頸部がん検診は羞恥心や痛み等、検査方法が体に負担がかかることから、特に若年世代には抵抗があることが可能性として考えられます。

本村の取り組みとして、住民健診と同日に、がん検診も受診できるようにしています。子宮頸部がんや乳がん検診では対象者に無料クーポン券を配布しています。目標を達成できた検診を含め、引き続き総合的に受診率の向上を図っていく必要があります。特に子宮頸部がんや乳がん検診は受診率が低いため、医療機関での検診等、受診の機会を増やすような体制整備や、健診の結果説明会や健康教育を活用したがんについての情報提供や学習を引き続き行い、受診率向上を図っていく必要があります。

五大がんは、検診による死亡率の減少効果があるとされているため、今後も健診受診率を向上させることで重症化予防に努めます。(表 4-5)

(表 4-3) 令和 4 年度各種がん検診受診状況 (村がん検診受診結果)

区分	H22		R4		目標値	評価
	対象者数	受診率	対象者数	受診率		
胃がん	1,642 人	34.5%	1,158 人	21.9%	40.0%	D
肺がん	1,642 人	56.5%	1,158 人	67.6%	60.0%	A
大腸がん	1,642 人	31.9%	1,158 人	52.9%	40.0%	A
乳がん	986 人	13.5%	680 人	14.1%	50.0%	D
子宮がん	1,082 人	25.9%	722 人	12.5%	50.0%	D

(表 4-4) 各種がん精密検査受診率 (村がん検診受診結果)

区分	H22	R4
胃がん	68.8%	66.7
肺がん	78.6%	67.6
大腸がん	82.5%	70.0
乳がん	100%	100
子宮がん	100%	精検者なし

【施策の方向性】

①がん検診の受診率向上

- ・各種がん検診は精度管理として、国のガイドラインや指針等に基づいて検診を実施
- ・広報やチラシ、防災無線等による受診勧奨を実施
- ・集団検診と医療機関での個別検診を実施することで働き世代に検診を受ける機会の設定
- ・女性検診における無料クーポン券の配付

②がんの重症化予防

- ・精密検査未受診者に対して、訪問や電話による受診勧奨を実施

③生活習慣の改善からがんの発症予防

- ・結果説明会での保健指導や健康教育、個別相談を実施
- ・国立がん研究センターによる科学的根拠に根ざしたがん予防ガイドラインによる、がんの予防に重要である生活習慣の普及

1) 禁煙する

- (1) たばこは吸わない
- (2) 他人のたばこの煙を避ける

2) 節酒する

3) 食生活を見直す

- (1) 減塩する
- (2) 野菜と果物をとる

健康日本21（第二次）では一日の野菜を350g、果物を含めて
おおよそ400gの摂取を目標としています。

- (3) 熱い飲み物や食べ物は冷ましてから

4) 身体を動かす

5) 適正体重を維持する

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
がんの死亡者数の10%減少		R4年度	11人	R16年度	9人
がん検診の 受診率の向上	胃がん	R4年度	21.9%	R16年度	40.0%
	肺がん	R4年度	67.6%	R16年度	70.0%
	大腸がん	R4年度	52.8%	R16年度	60.0%
	乳がん	R4年度	14.1%	R16年度	30.0%
	子宮頸がん	R4年度	12.4%	R16年度	30.0%

(表 4-5) 科学的根拠に基づくがん検診推進における予防と検診

	部位	発症予防										重症化予防(早期発見)	
		生活習慣 68%						その他				がん検診	評価判定
		タバコ 30%	食事 高脂肪	30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり		
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X線検査	I-b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	I-b (胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用)
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	I-a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	I-a
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	I-a(50歳以上) I-b(40歳代)
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	III
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者	肝炎ウイルスキャリア検査	I-b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

◎ 確実 ○ ほぼ確実 △ 可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I-a: 検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある

I-b: 検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

III: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や

報告が、現時点で見られないもの

[参考] 国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

(2) 循環器病

【はじめに】

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。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、危険因子としては、「高血圧」「脂質異常」「喫煙」「糖尿病」「メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」）」になります。

循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が最も重要となります。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、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り口は、健康診査の受診結果と考えます。

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、健診結果から自分の数値で医療機関受診が必要な値なのか、そのまま放置することで予測されることは何か等、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができるための支援が重要です。

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に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。

【現状と課題】

①脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人あたり）

脳血管疾患死亡割合は、男女ともに減少し、目標値も達成しています。（表4-6）急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下をまねくことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、介護保険認定者の実態も重要と考えます。

要介護認定者の実態から、第2号被保険者の要介護者6件のうち4件が脳血管疾患発症者でした。健康寿命延伸のためにも脳血管疾患の発症予防が重要であると共に、既に脳血管疾患を発症している人は、再発することでさらに重症化しやすいので、再発予防も重要です。（表4-7）

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがありませんが、早いうちに予防することで発症予防の効果が高いため、制度を超えた地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」等で、実態共有を図る必要があると考えます。

健診を受診していても、健診の結果の意味が理解できなければ、放置してしまいます。健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返る等、必要な行動を自ら選択し、自己決定できるための情報提示など、必要に応じた保健指導の提供を継続

して行うとともに、最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。

(表 4-6) 脳血管疾患死亡割合 (令和 3 年度保健統計の概況)

	平成 22 年	令和 3 年	村目標値	福島県目標値	国目標値
男性	26.8%	11.1%	18.9%	41.6	41.6
女性	27.8%	6.3%	24.7%	24.7	24.7

(表 4-7) 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		6		19		194		213		219		
再)国保・後期		4		15		178		193		197		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	4	脳卒中	9	脳卒中	74	脳卒中	83	脳卒中	87
				100.0%		60.0%		41.6%		43.0%		44.2%
		2	虚血性心疾患	2	腎不全	3	虚血性心疾患	73	虚血性心疾患	73	虚血性心疾患	75
				50.0%		20.0%		41.0%		37.8%		38.1%
	3	腎不全	1	虚血性心疾患	0	腎不全	29	腎不全	32	腎不全	33	
				25.0%		0.0%		16.3%		16.6%		16.8%
	合併症	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	13	糖尿病合併症	14	糖尿病合併症	15
				25.0%		6.7%		7.3%		7.3%		7.6%
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			4	基礎疾患	14	基礎疾患	162	基礎疾患	176	基礎疾患	180	
			100.0%		93.3%		91.0%		91.2%		91.4%	
血管疾患合計			4	合計	14	合計	168	合計	182	合計	186	
			100.0%		93.3%		94.4%		94.3%		94.4%	
認知症		認知症	0	認知症	6	認知症	98	認知症	104	認知症	104	
			0.0%		40.0%		55.1%		53.9%		52.8%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	3	筋骨格系	13	筋骨格系	175	筋骨格系	188	筋骨格系	191	
			75.0%		86.7%		98.3%		97.4%		97.0%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

②虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人あたり)

虚血性心疾患死亡割合は、男女ともに減少し、目標値も達成しています。(表 4-8)

(表 4-8) 虚血性心疾患死亡割合 (令和 3 年度保健統計の概況)

	平成 22 年	令和 4 年	村目標値	福島県目標値	国目標値
男性	28.6%	18.5%	31.8%	31.8%	31.8%
女性	16.7%	15.6%	13.7%	13.7%	13.7%

村が行う健診では 40 歳から 74 歳全員に心電図検査を実施しています。心電図検査全受診者 420 人のうち、21.2%に異常が認められ、そのうち 9.0%は、狭心症や心筋梗塞等、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきや

すい心房細動等です。今後も心電図検査により要精検となった方への受診勧奨と、臓器障害を進行させないよう基礎疾患のコントロールができるような保健指導、栄養指導を実施する必要があります。(図 4-1)

(図 4-1) 心電図検査の結果

(令和 4 年度特定健診結果より (CSV))

性別・年齢	心電図検査				所見内訳															
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳	420	99.8	89	21.2%	2	2.2%	27	30.3%	1	1.1%	4	4.5%	0	0.0%	15	16.9%	8	9.0%	33	37.1%
内訳 男性	229	100.0	52	22.7%	2	3.8%	10	19.2%	0	0.0%	3	5.8%	0	0.0%	13	25.0%	8	15.4%	18	34.6%
内訳 女性	191	99.5	37	19.4%	0	0.0%	17	45.9%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%	2	5.4%	0	0.0%	15	40.5%

鯉川村調べ

③高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患等、あらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子と比べると発症や死亡に最も影響を与える因子とされています。

しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚していても受診行動につながらない、治療を中断してしまう等の実態が多く見られます

前計画策定時には、目標値が設定されていないため、平成 30 年度の数値を基準とし、令和 5 年度の数値を評価値として分析したところ、平成 30 年度の正常、正常高値より令和 5 年度は人数、割合ともに減少しており、II 度高血圧以上は、微増傾向でした。(図 4-2)

特定健診受診者が高齢化していることで高血圧者が増加していることも考えられますが、生活習慣により血圧値が上がるため、引き続き、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」をもとに、血圧値だけでなく個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施していく必要があります。

健診で血圧値が高くても自覚症状がなく「緊張すると高くなる」等の一時的なものとして捉えてしまい、放置してしまう実態が多く見られます。また、「頭痛もないし、体調が良いので大丈夫だ」、「忙しくて病院に行けない」、「『一度、血圧の薬を飲むと止められない』と聞いたので、できるだけ飲まないでいたい」といった理由で、降圧治療の開始が遅れ、血管変化を起こしている実態も多く見られます。家庭血圧測定を行い、自分の普段の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧

対策には重要です。

(図 4-2) 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況 (ヘルスサポートラボツール)

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の2割%減少を目標として

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再Ⅲ度高血圧		再掲	
					未治療	治療		
H30	492	194 39.4%	160 32.5%	112 22.8%	26 5.3%	11 42.3%	15 57.7%	5.3%
					5 1.0%	3 60.0%	2 40.0%	1.0%
R01	485	174 35.9%	162 33.4%	113 23.3%	36 7.4%	21 58.3%	15 41.7%	7.4%
					3 0.6%	3 100.0%	0 0.0%	0.6%
R02	453	140 30.9%	150 33.1%	129 28.5%	34 7.5%	21 61.8%	13 38.2%	7.5%
					5 1.1%	2 40.0%	3 60.0%	1.1%
R03	451	192 42.6%	156 34.6%	88 19.5%	15 3.3%	9 60.0%	6 40.0%	3.3%
					2 0.4%	1 50.0%	1 50.0%	0.4%
R04	421	162 38.5%	130 30.9%	102 24.2%	27 6.4%	9 33.3%	18 66.7%	6.4%
					7 1.7%	2 28.6%	5 71.4%	1.7%
R05	429	154 35.9%	142 33.1%	106 24.7%	27 6.3%	13 48.1%	14 51.9%	6.3%
					6 1.4%	1 16.7%	5 83.3%	1.4%

④脂質異常症の減少

脂質異常症は冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症等）の危険因子で、単独リスクともなります。その中でも LDL コレステロールの値を見ていくことが重要です。

LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合は、男女とも平成 22 年度の値と比較して低くなっていますが、(表 4-9) 今後とも LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の減少に向けた取り組みが必要です。

心血管疾患発症の危険性の高い家族性高コレステロール血症は、早期診断と治療が重要となるため、受診をすることが必須となります。対象者への受診勧奨を行うと共に、加齢に伴う代謝等の変化に合わせた生活環境の見直しも重要です。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者に併せた保健指導を実施していきます。

(表 4-9) 特定健診受診者の LDL コレステロール 160mg/dl 以上の状況

令和 4 年度特定健診結果より (CSV)

	平成 22 年度	令和 4 年度	村目標値	福島県目標値
男性	8.6%	2.1%	6.2%	8.0%
女性	10.2%	4.4%	8.8%	8.8%

【施策の方向性】

施策については、第3期データヘルス計画との整合性を図りながら、進めていきます。

①健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内及び広報などを利用した啓発
- ・健診結果説明会及び各種団体などとの連携

②保健指導対象者を明確にするための施策

- ・県民健康診査、健康診査、特定健康診査、後期高齢者健康診査

③循環器疾患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いた保健指導の実施

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育等、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

- ・動脈硬化予防健診(頸動脈超音波検査等)の継続実施
- ・鮫川村国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施

④医療関係者、職域との連携

- ・健診結果を介して、医療関係者との連携推進
- ・事業者と関わる献血等の事業を活用し、健診結果の健康相談や健康に関する知識について情報提供

目標項目		現況値		目標値	
脳血管疾患・ 心疾患の 死亡の人数	脳血管疾患	R3年度	5人 (男性3人) (女性2人)	R16年度 R16年度	5人以下
	心疾患	R3年度	7人 (男性2人) (女性5人)	R16年度 R16年度	7人以下
高血圧者の20%減少 収縮期血圧160mg/Hg以上 拡張期血圧100mg/Hg以上	男性	R4年度	13人	R16年度	10人
	女性	R4年度	14人	R16年度	11人
脂質異常者の20%減少 LDL160mg/dl以上	男性	R4年度	17人	R16年度	14人
	女性	R4年度	9人	R16年度	7人

(3) 糖尿病

【はじめに】

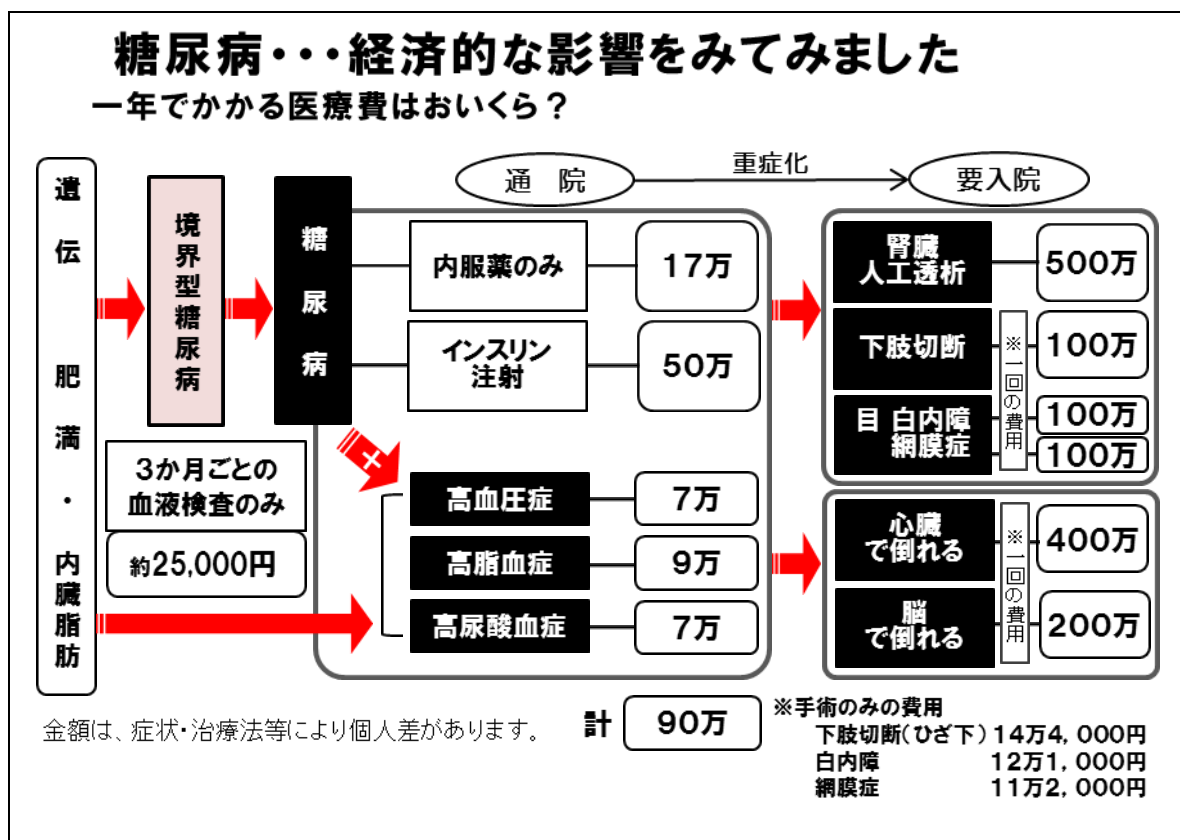
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症等によって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼす疾患です。脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。(図 4-3)

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、循環器疾患(心筋梗塞や脳血管疾患)のリスクを2~3倍増加させることがわかっています。

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。循環器疾患と同様、危険因子の管理が重要となり、循環器疾患対策が有効になります。

糖尿病における重症化予防は、健診を受診することによって、糖尿病の可能性が否定できない人を発見し、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診の受診者を増やすことが重要になります。それと同時に、糖尿病の未治療や、治療中断によって合併症の発症に至る危険性が高くなることから、治療継続による良好な血糖コントロールを維持すること、血糖だけではなく、その他のBMI、血圧、LDL コレステロール、TG、non-HDL等のコントロールも良好にしていくことが合併症の予防に繋がります。

(図 4-3) 糖尿病の経済的な影響



【現状と課題】

①合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

村の新規人工透析導入者及び全数に占める糖尿病性腎症は、平成 23 年度 10 人、令和 4 年度は 6 人に減少していますが、その要因は死亡です。新規透析導入者は、平成 25 年の 3 人が一番多く、その後は、0～1 人となっており、新規透析導入者は減少しています。新規透析導入者の中には、社会保険から透析導入されており、透析導入の経緯がわからない方がいます。そのため、医療保険者の枠を超えた職域と地域の連携が必要です。今後も新規透析導入者が増加しないよう、糖尿病患者の血糖コントロール、血圧、LDL コレステロール等のコントロールを良好にしていく必要があります。

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 年間とされています。発症予防が十分可能な若年期からの健診結果を基にした保健指導、糖尿病重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療との連携が必要です。

②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

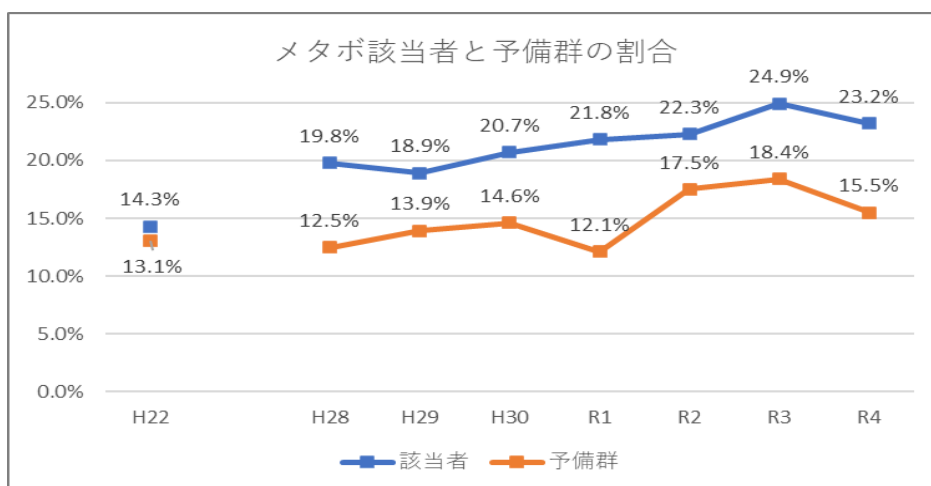
「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の判定

- ・腹囲が男性 85 c m、女性 90 c m 以上で 3 つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 2 つ以上の項目に該当する者

平成 22 年度からの特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の変化を見ると、該当者・予備群ともに受診者に対する割合は増加しています。（図 4-4）40 歳以上を対象にした特定健診では、既に初回受診時に生活習慣病を発症している、メタボに該当している実態が多く見られます。そのため、医療保険に関係なく 19 歳～39 歳で健診を受ける機会がない方を対象に県民健康診査を実施しています。法定ではありませんが、若い年代から自分の身体の状態を把握するとともに、生活習慣の改善に取り組んでもらうために、特定健診の保健指導対象者と同様に、保健指導を今後も実施していく必要があります。

（図 4-4）メタボリックシンドローム予備群・該当者の変化

（ヘルスサポートラボツールの評価ツール）



③糖尿病有病者の増加の抑制

前計画策定時に目標値は設定されていませんでしたが、「HbA1c6.5以上の者の割合の減少」を目指したものと考え、平成22年度の16.2%を基準値とし、令和4年度の12.1%を評価値として分析すると、割合は減少していますが、令和2年度を境に増加傾向になっています。新型コロナウイルス感染症予防のための自粛により、家にいる時間が増え、間食や運動不足によることが要因として考えられます。合わせて、メタボが増加傾向であることから、身体の中でインスリン抵抗性が起こり、糖尿病発症者が増加していると考えます。(図4-5)

(図4-5)

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	
H29	525	252 48.0%	173 33.0%	61 11.6%	39 7.4%	13 3.6%	26 66.7%	7.4%
					19 3.6%	7 36.8%	12 63.2%	3.6%
H30	492	189 38.4%	176 35.8%	80 16.3%	47 9.6%	16 3.7%	31 66.0%	9.6%
					18 3.7%	3 16.7%	15 83.3%	3.7%
R01	485	154 31.8%	192 39.6%	90 18.6%	49 10.1%	15 4.3%	34 69.4%	10.1%
					21 4.3%	3 14.3%	18 85.7%	4.3%
R02	453	169 37.3%	161 35.5%	75 16.6%	48 10.6%	15 4.0%	33 68.8%	10.6%
					18 4.0%	6 33.3%	12 66.7%	4.0%
R03	451	187 41.5%	143 31.7%	64 14.2%	57 12.6%	18 5.1%	39 68.4%	12.6%
					23 5.1%	4 17.4%	19 82.6%	5.1%
R04	421	139 33.0%	158 37.5%	73 17.3%	51 12.1%	16 5.5%	35 68.6%	12.1%
					23 5.5%	3 13.0%	20 87.0%	5.5%

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JDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)

HbA1c8.0%以上の者の割合は平成23年度1.7%、国の平成22年度の現況値1.2%と令和4年度の現況値1.9%を比較すると、増加はしていますが、ほぼ差はありません。HbA1c8.0%以上者の8人中7人は、治療中のコントロール不良者でした。(表4-10)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2023」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」と位置付けられています。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であり、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。健診の結果、HbA1cが8.0%以上の者には、未受診はもちろん、治療中の血糖コントロール指標における血糖コントロール不良者にも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を行います。長期に渡り血糖コントロール不良である場合は、主治医と連携し、糖尿病専門医への受診を勧める、又は食事指導が必要であると考えます。

(表 4-10) 特定健診受診者の HbA1c の状況

ヘルスサポートラボツール評価ツールより

HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
	5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	525	252	48.0%	173	33.0%	61	11.6%	20	3.8%	13	2.5%	6	1.1%	11	2.1%	4	0.8%
H30	492	189	38.4%	176	35.8%	80	16.3%	29	5.9%	15	3.0%	3	0.6%	8	1.6%	1	0.2%
R01	485	154	31.8%	192	39.6%	90	18.6%	28	5.8%	16	3.3%	5	1.0%	11	2.3%	4	0.8%
R02	453	169	37.3%	161	35.5%	75	16.6%	30	6.6%	9	2.0%	9	2.0%	12	2.6%	7	1.5%
R03	451	187	41.5%	143	31.7%	64	14.2%	34	7.5%	16	3.5%	7	1.6%	15	3.3%	6	1.3%
R04	421	139	33.0%	158	37.5%	73	17.3%	28	6.7%	15	3.6%	8	1.9%	14	3.3%	5	1.2%

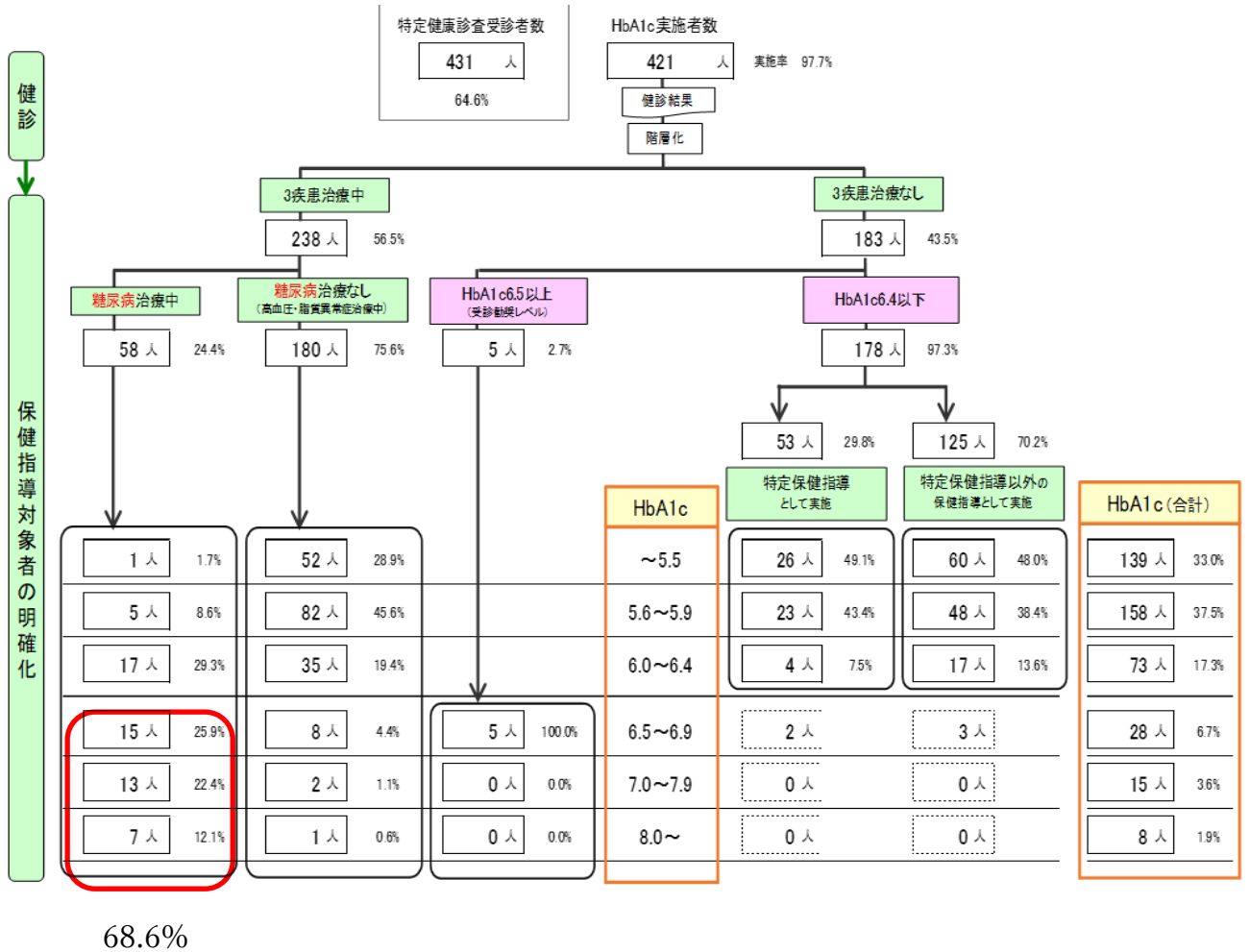
⑤治療継続者の割合の増加

前計画策定時に目標値は設定されていませんが、特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合の増加」を目指したものとし、平成28年度の72.1%を基準値とし、令和4年度の68.6%を評価値として分析すると、治療中の者が減少しています。(図4-6) これは、HbA1c6.5~6.9の層の治療が薬の処方ではなく、食事療法と運動療法となっていることと、医療機関を受診していないことが理由として考えられます。糖尿病における治療中断、未受診を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

また、糖尿病治療の第一段階は、食事療法と運動療法ですが、医師から「まだ薬を飲むほどではない。食事に気を付けてください。」と言われると、多くの住民は「治療=薬」といった意識の傾向が強いため、薬をもらいに定期受診はしても、検査のための定期受診の必要性がわからないまま中断してしまう実態があります。医療機関の受診を継続できるよう最新の糖尿病治療ガイドラインを活用し、食事療法と運動療法も治療の1つであること、血液検査をすることで、食事療法と運動療法がうまく行えているかを確認し、HbA1cの値が目標値に到達しているかを確認(評価)するために通院が必要であることを伝えていく必要があります。

(図 4-6) 糖尿病フローチャート

(令和 4 年度)



【施策の方向性】(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

施策については、第3期データヘルス計画との整合性を図りながら進めていきます。

①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住民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
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の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- 動脈硬化予防健診 (75 g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等)
- 医療関係者、地域と職域の連携

目標項目		現況値		目標値	
糖尿病の合併症 (糖尿病腎症による年間新規透析導入者の減少)		R5年度	1人	R16年度	1人
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加 (健診受診者でHbA1c6.5%以上の者のうち、治療中<通院中>と回答した者の割合の増加)		R4年度	68.6%	R16年度	90%
血糖コントロール不良者の減少 (HbA1c8.0%以上の者の人数60%の減少)		R4年度	8人	R16年度	3人
糖尿病有病者数の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の人数20%減少)		R4年度	51人	R16年度	41人
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群者の20%減少	該当者 予備群	R4年度	100人 67人	R16年度	80人 54人
特定健康診査の受診率の向上		R4年度	67.5%	R16年度	75%
特定保健指導の実施率の向上		R4年度	96.0%	R16年度	90% 以上維持

(4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

【はじめに】

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道（気管支）や酸素の交換を行う肺（肺胞）などに障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで、息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。かつて、慢性気管支炎（咳や痰の症状が長期間にわたり続く状態）や肺気腫（炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態）と言われていた疾患が含まれます。COPDの90%以上に長期間にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」「タバコ肺」ともいわれています。

COPD対策としては、引き続き認知度の向上を行うことに加え、予防、早期発見・介入、重症化予防など総合的に対策を行うことが重要です。COPDの罹患率については、「望まない受動喫煙のない社会の実現」という社会環境の質の向上の領域の目標項目とも連携を取りながら取組を進めていく必要があります。また、COPDの発症には、出生前後・小児期の栄養障害やタバコ煙への曝露、喘息などによる肺の成長障害も関与することが明らかになっていることから、妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチの観点を検討した対策も重要です。

【現状と課題】

①成人の喫煙率の状況

特定健康診査の喫煙率は、平成22年度と令和4年度を比較すると、男女共に低くなっていますが、福島県、国の目標値よりは高い状況にあります。（表4-11）

COPDの発見に有効な肺がん検診受診率が67.6%と高いことから、早期発見、重症化予防につながっていると推測されます。ただし一度、COPD（疑いを含む）と診断を受けても、その後、確実に禁煙継続が守られているか把握が十分されていないことは、重症化予防の視点から重要です。COPDは禁煙による予防と早期発見、早期治療が求められています。

（表4-11）成人の喫煙率の減少（やめたい者がやめる）

	平成22年度	令和4年度	増減	令和4年度 福島目標値	令和4年度 国目標値
男性	28.3%	25.7%	-2.7	12.0%	12.0%
女性	2.6%	2.4%	-0.2		

②若い年代からの対策

村では、19歳から39歳までの健康診査（県民健康診査）を行っており、特定健康診査と同じ問診項目を取っています。令和4年度の喫煙率を見ると、男性で21.2%、女性で2.0%と、特定健康診査対象者よりも男女共割合は低いものの、福島県や国の目標値よりは高い状況にあります。若い年代からの対策を進めていく必要があります。

【施策の方向性】

①COPD の認知度の向上

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

②タバコのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供及び、たばこに手を出さないための情報の啓発

③禁煙支援の推進

- ・健診結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療への個別指導

目標項目		現況値		目標値	
COPD の死亡数の減少		R3 年度	2 人	R1 6 年度	2 人以下
喫煙率の減少 (19 歳以上の現在習慣的にタバコを吸っている者の割合の減少)	男性	R4 年度	21.2%	R1 6 年度	17.0%
	女性		2.0%		0%

2 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

【はじめに】

厚生労働省がおこなっている国民健康・栄養調査で、令和元年度は脂質エネルギー比 28.6%、炭水化物エネルギー比 56.3%という結果が出ており、平成 22 年度と比較すると脂質エネルギー+3.4%、炭水化物エネルギー比-3.7%という結果でした。

近年、食の欧米化により、炭酸飲料や清涼飲料水、簡単に食べられるファストフード店などが普及し、手軽に食べられるインスタント食品やコンビニなどが急増し、食習慣は多様化しています。脂質や糖質の多い食品を習慣的に摂取していることから、生活習慣病の増加が懸念されています。

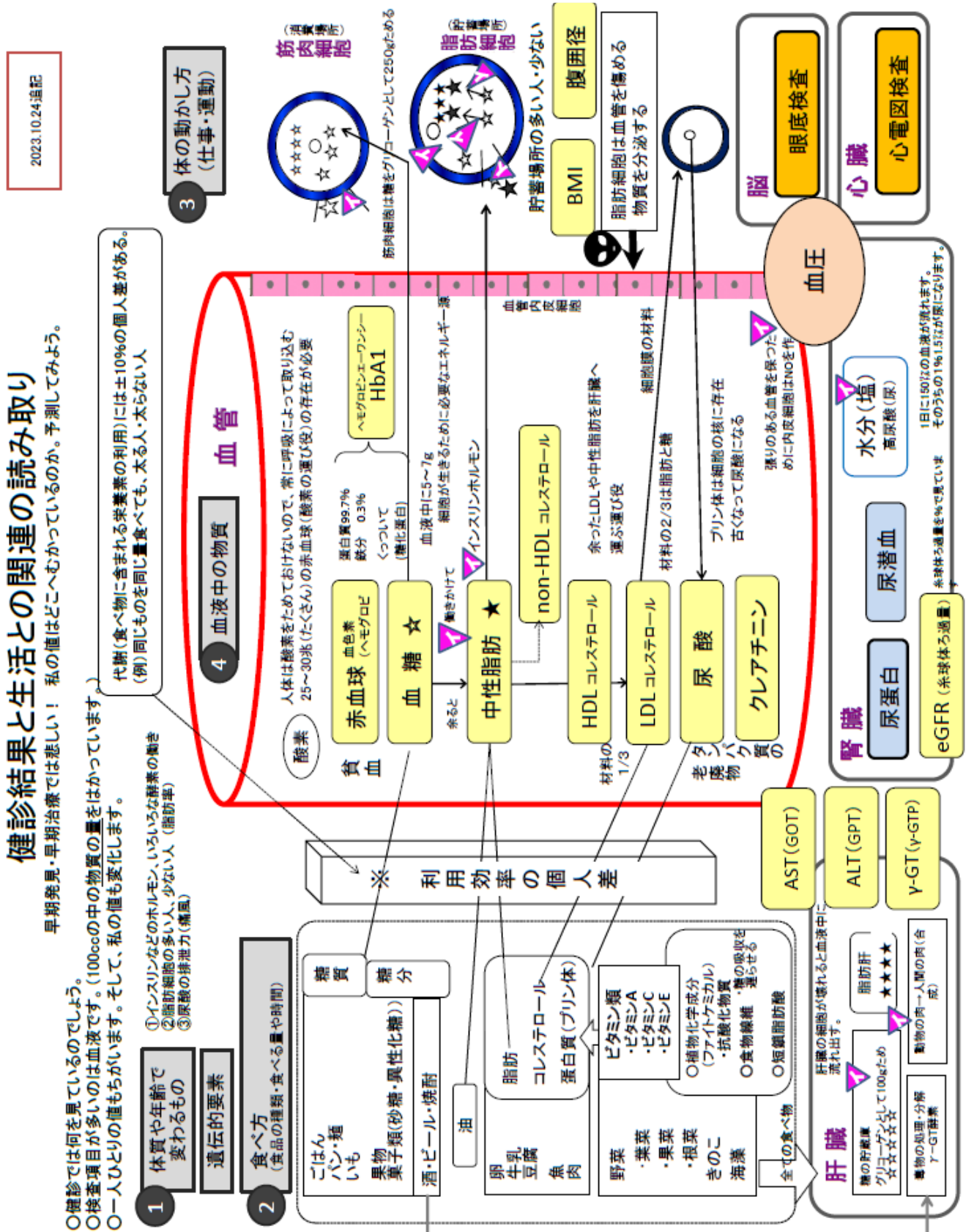
がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣の発症予防には、鮫川村の地域特性や社会環境をふまえ、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と適正な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データにつながります。

代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食）との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげる事が重要です。個々人の健診結果を読み解き、ライフサイクルを考慮し、自分に合った食品の選択ができるよう支援します。(図 4-7)

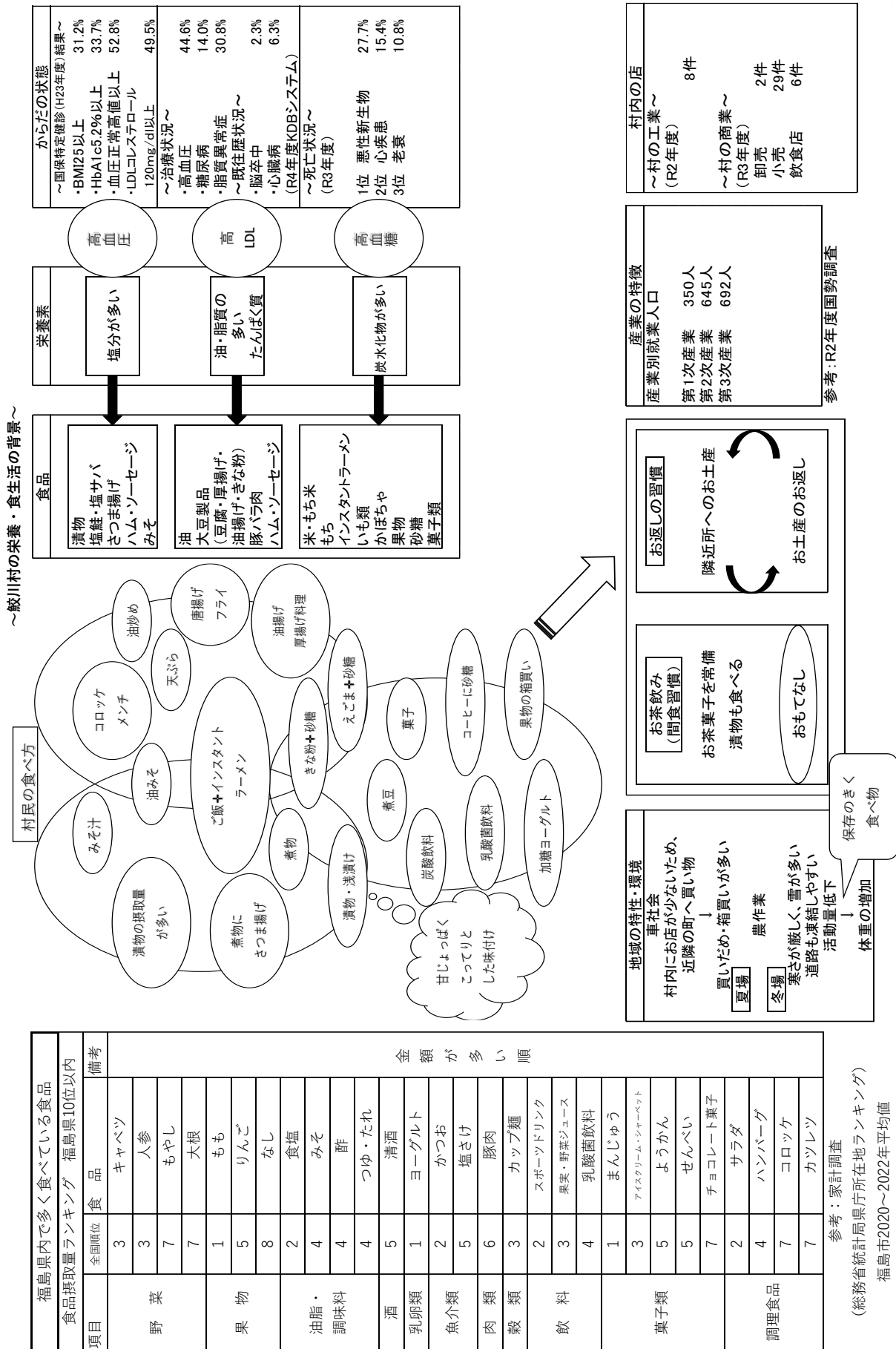
重症化予防のために、生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療導入後も食事療法の継続は重要です。糖尿病ではインスリン分泌にあわせた、慢性腎臓病では腎機能にあわせた食事の量と質の選択が必要です。

(図 4-7) 健診結果と生活との関連の読み取り

健診結果と生活との関連の読み取り



(図 4-8) 鮫川村の栄養・食生活の背景



福島県内で多く食べている食品		福島県10位以内		備考
項目	全国順位	食品	金額	
野菜	3	キャベツ	金額が多い順	
	3	人参		
	7	もやし		
果物	7	大根		
	1	もも		
	5	りんご		
油脂・調味料	8	なし		
	2	食塩		
	4	みそ		
酒	4	酢		
	4	つゆ・たれ		
	5	清酒		
乳卵類	1	ヨーグルト		
	2	かつお		
	5	塩さけ		
肉類	6	豚肉		
	3	カツ丼		
	2	スポーツドリンク		
飲料	3	果実・野菜ジュース		
	4	乳酸菌飲料		
	1	まんじゅう		
菓子類	3	アイスクリーム・シャーベット		
	5	ようかん		
	5	せんべい		
調理食品	7	チョコレート菓子		
	2	サラダ		
	4	ハンバーグ		
	7	コロケ		
	7	カツレツ		

参考: 家計調査

(総務省統計局県庁所在地ランキング) 福島市2020～2022年平均値

【現状と課題】

①適正体重を維持している者の割合の増加

20～60 歳代男性については、平成 22 年度と比較すると増加し、目標値を達成していないため評価を D とします。40～60 歳代女性については、平成 22 年度より減少し改善傾向にあります。目標値を達成していないため評価を D とします。(表 4-12)

さらに、年代別の肥満出現率をみると、ほとんどの年代で肥満が増加しています。小学生、中学生は 20%代となっており、成人期から高齢期で全ての年代で 30%台となっています。やせの出現率では比較ができない 20～30 歳代以外の年代で減少しています。(表 4-13・4-14)

適正体重を維持し、生活習慣病の予防をするために体重増加の背景の食生活等の実態の把握が必要です。食習慣は、個人、家、地域、さらに、村の歴史や風土、食産業や生活スタイルの変化等が鮫川村の食生活の背景を作り出しています。(図 4-8) その食生活の背景とそれを作り上げる環境は、生活習慣病を作り上げ、村の健康課題や疾患、医療、介護、死亡等の特徴を作り出しています。生活習慣病や肥満は健康への影響が大きく、本村は肥満が増加しやせが減少していることから、引き続き肥満の改善に向けて重点的に取り組む必要があります。

(表 4-12) 適正体重を維持している者の状況

(鮫川村特定健康診査受診結果)

	H 2 2	R 4	目標値	評価
20～60 歳代男性 の肥満者の割合	2 9.7 %	3 4.4 %	2 8.0 %	D
40～60 歳代女性 の肥満者の割合	3 3.6 %	3 1.9 %	2 5.0 %	D

(表 4-13) 肥満傾向児の出現人数

(子どもの健康を守る会 定期健診 2 回目結果)

		H 3 0	R 1	R 2	R 3	R 4	平均値
小学 1 年生	男 児	0 人	1 人	1 人	2 人	0 人	0. 8 人
	女 児	1 人	1 人	2 人	2 人	1 人	1. 4 人
	計	1 人	2 人	3 人	4 人	1 人	2. 2 人
小学 5 年生	男 児	6 人	3 人	2 人	1 人	1 人	2. 6 人
	女 児	2 人	6 人	3 人	5 人	1 人	3. 4 人
	計	8 人	9 人	5 人	6 人	2 人	6 人
中学 3 年生	男 児	6 人	2 人	1 人	2 人	4 人	3 人
	女 児	1 人	1 人	4 人	1 人	1 人	1. 6 人
	計	7 人	3 人	5 人	3 人	5 人	4. 6 人

(表 4-14) 年代別の肥満出現率

(子どもの健康を守る会・県民健診・ヘルスサポートラボツール・後期健診)

	小学生	中学生	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
鮫川村第二次	12.9%	12.7%	—	—	31.8%	26.9%	34.3%	12.3%
R4	21.4%	20.0%	33.3%	23.7%	34.6%	35.9%	32.8%	34.8%

(表 4-15) 年代別のやせ出現率 (子どもの健康を守る会・県民健診・特定健診・後期健診)

	小学生	中学生	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
鮫川村第二次	0.5%	3.6%	—	—	8.0%	6.0%	5.0%	4.0%
R4	0.8%	0%	0%	10.5%	0%	3.2%	3.3%	2.5%

【施策の方向性】

①生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

- ・健診結果から自分の特徴がわかるような栄養指導の実施
- ・収穫した野菜を上手く活かせる食行動の支援、ライフステージに対応した食に関する適切な選択力がつくような栄養学習 (表 4-15)
- ・乳幼児健康診査等
- ・学童及び思春期は食育計画と連動
- ・教育委員会や小学校、中学校と連携するため子どもの健康を守る会を活用し、肥満対策について実施
- ・健診及び特定健診結果に基づいた栄養指導
- ・結果説明会や家庭訪問など、それぞれの長を生かした栄養指導
- ・家庭訪問、健康相談 (全てのライフステージ)
- ・食生活サポーターと協働した食の普及啓発及び食の学習会を実施

②生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- ・管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導
- ・血液データに基づいた食品 (栄養素) についての栄養指導 (図 4-9)
- ・糖尿病や慢性腎炎など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

【目標と評価】

目標項目				現況値		目標値	
適正体重を維持している者の増加 (BMI25以上の者の減少、BMI18.5未満の減少)	BMI25以上の人数の20%減少	40～74歳	男性	R4年度	75人 33.6%	R16年度	60人 26.9%
			女性		61人 33.3%		48人 26.2%
		19～39歳	男性	R4年度	4人 26.7%	R16年度	3人 20.0%
			女性		8人 32.0%		6人 24.0%
	BMI18.5未満の人数の10%減少	40～74歳	男性	R4年度	5人 2.2%	R16年度	4人 1.8%
			女性		12人 6.6%		10人 4.4%
		19～39歳	男性	R4年度	0人 0%	R16年度	0人 0%
			女性		4人 16.0%		3人 12.0%
		妊娠前 のやせ	女性	R4年度	2人 18.2%	R16年度	1人 9.1%
	BMI18.5未満の人数の10%減少	75歳以上	男性	R4年度	5人 3.5%	R16年度	4人 2.8%
			女性		7人 4.3%		6人 3.7%
	児童・生徒における肥満傾向児の人数の減少 (直近5年間の肥満傾向児数の平均値)※		小学1年生		H30年度～R4年度の平均値	2.2人 (男児：0.8人) (女児：1.4人)	R12年度～R16年度の平均値
小学5年生			H30年度～R4年度の平均値	6人 (男児：2.6人) (女児：3.4人)	R12年度～R16年度の平均値	5人以下	
中学3年生			H30年度～R4年度の平均値	4.6人 (男児：3人) (女児：1.6人)	R12年度～R16年度の平均値	4人以下	
毎日朝食を摂っている者の割合の増加		こどもセンター 入園児	園児	R4年度	93.6%	R16年度	増加
		小学生	児童	R4年度	97.4%	R16年度	増加
		中学生	生徒	R4年度	98.6%	R16年度	増加

目標項目		現況値		目標値	
食塩摂取量の10%減少 (40~74歳の尿中塩分濃度測定 の結果、基準値よりも高い人の割合 の減少) ※R6年度に実施するため、その 結果を基に目標値を算定	男性	R6年度		R16年度	
	女性				

※本村は出生数が少なく肥満傾向児数が少数であり、個人を特定してしまうことを鑑み、直近5年間の肥満傾向児数の平均値を現況値及び評価値とします。

(表 4-16) ライフステージごとの食品の目安

食品		妊娠							授乳期	乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		成人	高齢者				
		前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群		6ヵ月		8ヵ月	11ヵ月	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳		12~14歳		15~17歳			75歳以上				
		0~16週未満	16~28週未満	28~40週	尿糖+	尿糖-	尿糖±	開始 2ヵ月		開始 4ヵ月	開始 7ヵ月				男	女	男	女	男	女		男	女			
第1群	乳製品	牛乳1本200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ミルク 900	母乳・ミルク 700	母乳・ミルク 600 牛乳30~50g	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	250	250	
	卵	Mサイズ 1個	50	50	50	50	50	50	50	卵黄 1/4~1/2個	卵黄 1個	全卵 1/2個	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
第2群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	5	15	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	70	70	70	70	
	肉類	薄切り肉 2~3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	70	50	50		
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	10	40	40	40	50	80	100	80	165	120	165	110	150	150	150	150	
第3群	緑黄色野菜	人参 ほうれん草 トマトなど	200~250	200~250	200~250	200~250	200~250	200~250	200~250	20	30	45	80	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	150	
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	90	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	200	
	いも類	じゃが芋なら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	10	20	30	50	60	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	100	
	果物	りんごなら1/4個 と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	-	すりおろし 30~40g	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	しいたけ えのき しめじなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	10	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	-	1	10	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	30~50g ×2回	80g ×2回	80~100g ×3回	100g ×3回	120g ×3回	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち
	種実類 油脂類	油大さじ1.5 (18g)	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	バターで 1	バターで 4	6	8	12	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち	個人によりま ちまち
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	10	10	
	酒類(アルコール)	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20	

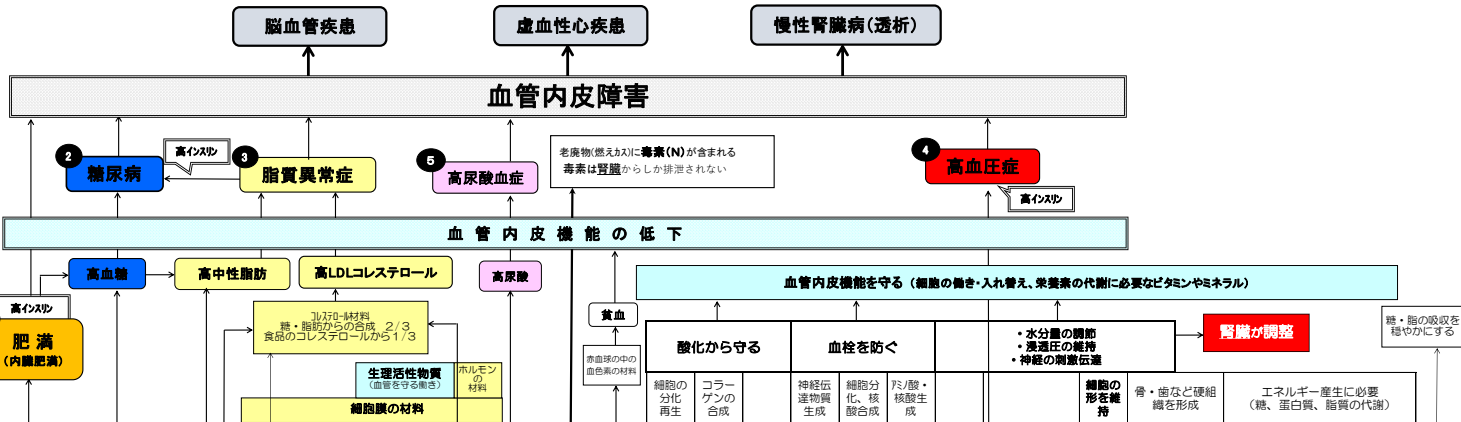
(図 4-9) 血液データと食品 (栄養素)

食基本6①

健診データと食品と栄養素

【この表の見方】
健診結果と食品に含まれる栄養素と生活習慣病が強く関係する項目に同じ色を付けてあります。

- ① 健診結果より、どこに項目にH(高) L(低)印がついていますか?
- ② なぜこの物質が多い(少ない)のか、関係する食品に含まれる栄養素は何でしょうか?
- ③ 下の食品の目安量を参考に自分の食べ方をみてください。



① 血液中の物質名 (100cc中の単位)			血糖		中性脂肪						LDLコレステロール		尿酸	総蛋白	血清鉄	血管内皮機能を守る (細胞の働き・入れ替え、栄養素の代謝に必要なビタミンやミネラル)										腎臓が調整		腸・脂の吸収を穏やかにする						
特定健診の基準値 (空腹時)			99mg (HbA1c5.5)		~149mg						~119mg		~7.0mg	7.0以上	mg	☆ ある										☆ ある		☆ ある		ない				
食品	重量	栄養素別	エネルギー	炭水化物	脂質	飽和	一価	多価	オメガ3	オメガ6	コレステロール	プリン	たんぱく質	鉄	ビタミンA	ビタミンC	ビタミンE	ビタミンB6	ビタミンB12	葉酸	カリウム	ナトリウム	食塩相当量	水分	カルシウム	ビタミンD	ビタミンB1	ビタミンB2	マグネシウム	リン	食物繊維			
日本人の食事摂取2020年成 60~64歳 生活活動強度(1.5) 男性 体重: 60kgの場合			1935	(242~314)	(43~64)	(15以下)	7.5	2.6	11	300			65	7.5	900	100	7	1.4	2.4	240	2500	600	7.5未満		750	10	1.3	1.5	370	1000	21以上			
許容上限摂取量 (目安)				エネルギー 90~60%	エネルギー 30~30%	エネルギー 7%以下							50	2700		850	55.0		1000						2500	100				3000				
1~4群の合計			1817	1910	285	303	48.0	11.88	16.11	13.95	2.50	11.42	298	287	65.1	8.0	1020	165	7.4	1.5	5.3	542	3209	556	1.3	1391	567	18.0	1.40	1.30	304	1052	18.2	
1群	乳製品	牛乳	牛乳1本	200	134	10	10	7.6	4.66	1.74	0.24	0.04	0.20	24																				
2群	魚	生さけ	1/2切	50	67	0	0	2.1	0.33	0.82	0.46	0.41	0.04	30	59	11.2	0.3	6	1	0.6	0.3	3.0	10	175	33	0.1	36	7	16.0	0.08	0.11	14	120	0.0
3群	緑黄色野菜	にんじん	1/2本	50	20	3	5	0.1	0.01	0.00	0.03	0.01	0.03	0	0.4	0.1	360	3	0.2	0.1	0.0	11	150	14	0.1	45	14	0.0	0.04	0.03	5	13	1.4	
4群	主食	ごはん	茶碗3杯	550	924	202	204	1.7	0.55	0.39	0.55	0.00	0.55	0	63	13.8	0.6	0	0	0.0	0.1	0.0	17	160	6	0.0	330	17	0.0	0.11	0.06	39	187	1.7
4群 合計			590	1185	222	224	21.7	2.74	8.61	8.74	1.36	7.38	0	63	13.8	0.6	0	0	2.6	0.1	0.0	17	160	6	0.0	330	17	0.0	0.11	0.06	39	187	1.7	

* 砂糖、嗜好品・嗜好飲料... 糖尿病、高血糖、HbA1c6.5%(NGSP値)以上の方は 合わせて約10g 以下/日

☆は、健診データにはない。

(2) 身体活動・運動

【はじめに】

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

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがん等の非感染性疾患（NCDs）の発症リスクが低いことが実証されています。このことから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実践できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

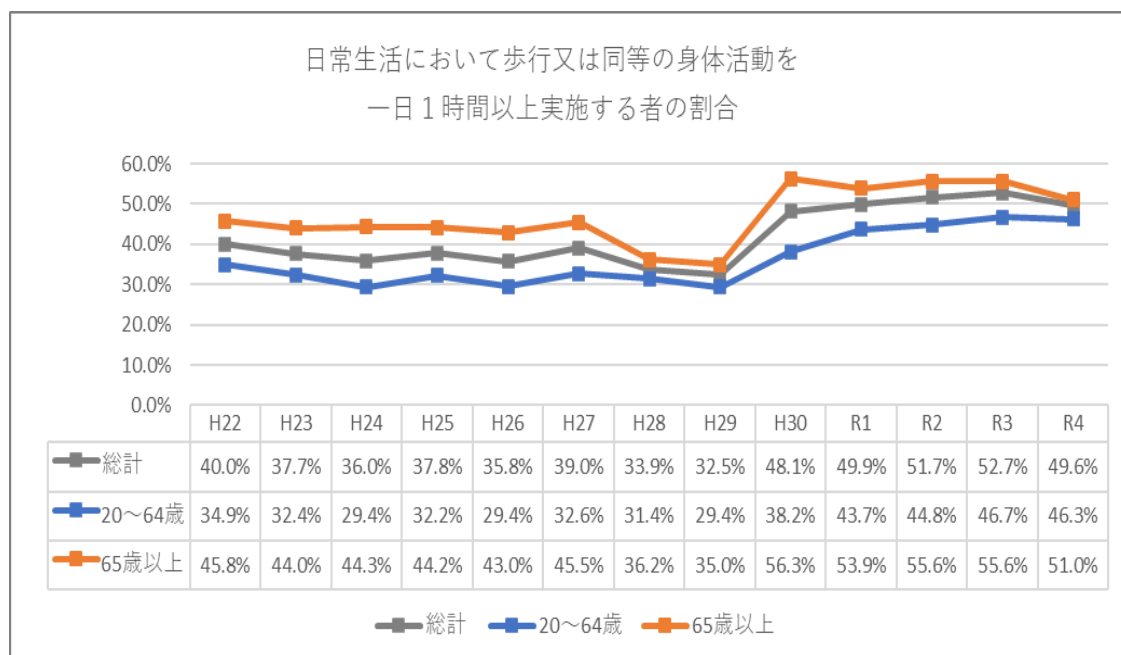
健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながると共に、主要な生活習慣を予防するためにも、規則的な身体活動・運動を実践することが重要です。

【現状と課題】

①日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者

村では、健康診査や特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認しています。日常生活において身体活動を1日1時間以上実施する者の割合は、20～64歳、65歳以上共、概ね変わらない状況で推移していましたが、平成29年度に減少し、その後緩やかに増加傾向となっています。令和4年度においては、平成22年度からの13年間のうち、20～64歳は2番目、65歳以上は5番目に高い数値となりました。平成29年度から比べると改善傾向にはありますが、前年度と比べると若干減少しています。（図4-10）

（図4-10）日常生活において歩行又は同等の身体活動を一日1時間以上実施する者の割合



②軽く汗をかく運動を週2回以上1年間以上続けている者の割合

40～64歳では、女性と総数が目標値を上回り目標を達成できています。(表4-16)

退職となる年代である65～74歳では、数値は減少しており、目標達成とはなりませんでした。(表4-17)年代に関わらず、生涯を通じて運動ができる取り組みが必要です。

就労世代の運動習慣が、今後さらに増加していくためには、身近な場所で運動ができたり、積雪や路面の凍結等、冬期間でも運動が制限されないこと等を考慮した環境や機会があったり等、年間を通じて気軽に運動に取り組める体制づくりが必要です。年齢を重ねるにつれ、運動習慣者の割合が減少していることから、幼少期からの取り組みと各ライフステージに適した運動を楽しく行うことが重要です。

(表4-17) 40～64歳の軽く汗をかく運動を週2回以上1年間以上続けている者の割合
特定健診問診票 CSV より

	平成22年度	令和4年度	目標値
男性	26.7%	33.8%	36.0%
女性	21.3%	44.8%	33.0%
総数	24.0%	47.7%	34.0%

(表4-18) 65～74歳の軽く汗をかく運動を週2回以上1年間以上続けている割合
特定健診問診票 CSV より

	平成22年度	令和4年度	目標値
男性	43.1%	31.4%	58.0%
女性	32.1%	29.1%	48.0%
総数	37.6%	30.2%	52.0%

【施策の方向性】

- ①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
 - ・生活習慣病対策と運動シライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導の推進
 - ・特定健診・特定保健指導等の従来の対策を活用した運動指導
 - ・各健康づくり団体と連携
 - ・「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」を参考に身体活動・運動分野の取り組みの推進
- ②身体活動及び運動習慣の向上の推進
 - ・関係機関と連携し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境をの整備
 - ・運動施設の活用の推進
 - ・InBody（体成分分析）測定により筋力や体脂肪を確認し身体活動の向上に繋げる

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
日常生活の中で運動や身体活動を実践している者の割合の増加 (40～74歳の日常生活において歩行又は同等の身体活動を一日1時間以上実施する者の割合の増加)	男性	R5年度	37.0%	R16年度	40.0%
	女性		25.0%		30.0%
運動習慣を持つ者の増加	40～74歳の1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合の増加	男性	R5年度	R16年度	42.0%
	女性	27.4%			30.0%
	75歳以上のウォーキング等の運動を週に1回以上している者の割合の増加	男性	R5年度	R16年度	45.0%
		女性			40.4%

(3) 休養

【はじめに】

「休養」には二つの意味が含まれ、「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを、「養」は、「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指すものとされています。

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、心身の健康に欠かせないものです。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の症状の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。さらに睡眠の問題はうつ病等の精神障害において、発症初期から出現し、再発リスクを高めるといった報告もあります。また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いとされています。

【現状と課題】

①睡眠の状況

令和4年度特定健康診査における問診項目の中の「睡眠で休養が十分に取れている」割合をみると、男性では75.4%、女性では72.5%となっており、第二次計画の基準値の男性79.2%、女性73.7%よりも低い状況になっています。(表4-18)

引き続き、実態把握をしながら対策を検討、推進していく必要があります。

また、より良い睡眠には睡眠の質と量、いずれもが重要であることから、適切な睡眠時間や休養の方法等についての普及啓発を図り、合わせて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できるよう支援をしていくことが重要です。

(表4-19) 睡眠で休養が十分にとれている者の割合

(特定健康診査結果)

	平成22年度	令和4年度	増減
男性	79.2%	75.4%	-3.8
女性	73.7%	72.5%	-1.2

【施策の方向性】

①睡眠と休養に関する普及啓発の推進

- ・休養や疲労の改善に向け、休養や睡眠が健康に与える影響や適切な睡眠時間、休養の方法等について、広報や防災無線等の様々な媒体やあらゆる機会を通じて情報提供による普及啓発

- ・各関係機関と連携し、啓発する活動の推進

②睡眠と休養に関する教育の推進

- ・休養や疲労の改善に向け、休養や睡眠が健康に与える影響や適切な睡眠時間、休養の方法等について、あらゆる機会を通じて教育を行う

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
睡眠で休養がとれている者の割合の増加 (40～74歳の睡眠で休養が十分とれている者の割合の増加)	男性	R4年度	75.4%	R16年度	78.0%
	女性		72.5%		75.0%

(4) 飲酒

【はじめに】

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連することがわかっています。

令和3(2021)年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)では、アルコール健康障害の発生子防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画(第4期)において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取り組みを進めることが必要です。また、20歳未満の者や教育者、保護者、妊婦に対しても、関係団体や事業者等と連携し、飲酒による健康影響等について、引き続き、わかりやすい普及啓発を行うことが必要です。

死亡の状況や脳梗塞及び虚血性心疾患において、男性では44g/日(日本酒2合/日)程度以上の飲酒(純アルコール)で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多いことや、女性では22g/日(日本酒1合/日)程度以上の飲酒で、リスクが高くなることを示す研究があることから、引き続き、生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量を、1日当たりの平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上と定義していきます。

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

【現状と課題】

- ①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(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以上の者)の割合の低減

前計画では目標値が「減少」となっており、特定健康診査受診者における平成22年度と令和4年度の状況を比較すると男性は7.0ポイント、女性は2.6ポイント減少しており、特に女性については該当者は0人でした。(表4-19)

飲酒は肝臓のみならず、肥満や高血圧、高尿酸をも促し、その結果血管を傷つけ、脳、心臓、腎臓へ悪影響を及ぼします。健診結果から把握できる身体の状態と、飲酒との関連を本人が理解し、適切な自己判断ができる支援が必要です。また、多量飲酒が習慣化する前の若い年代からの支援が重要だと思われれます。

(表4-20) 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

(特定健康診査結果)

	平成22年度	令和4年度	増減
男性	12.3%	5.3%	-7.0
女性	2.6%	0%	-2.6

②若い年代からの対策

村では、19歳から39歳までの健康診査（県民健康診査）を行っており、特定健康診査と同じ問診項目を取っています。令和4年度の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を見ると、男性で6.3%、女性で2.5%と、特定健康診査対象者よりも男女共割合は高い状況にあります。このことから、若い年代からの対策を進めていく必要があります。

【施策の方向性】

①飲酒によるリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供（特に若い年代へのアプローチ）

②飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・飲酒ガイドライン等を参考に、健診結果に基づいた適度な飲酒への個別指導（特に若い年代へのアプローチ）

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 (19歳以上の一日当たりの純アルコール摂取量※が男性40g以上、女性20g以上の者の減少)	男性	R4年度	6.3%	R16年度	3.0%
	女性		2.5%		0%

(5) 喫煙

【はじめに】

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

タバコは、受動喫煙等の短期間の少量被爆によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。このことから、タバコ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況への改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多くての疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、タバコと健康について正確な知識を普及する必要があります。

【現状と課題】

①成人の喫煙率の減少

村の特定健康診査受診者の喫煙率を見ると、男女ともに減少していますが、国、県の喫煙率に比べると高くなっています。（表 4-20）

喫煙は、虚血性心疾患や高血圧の要因ともなるため、引き続き、禁煙に向けての取り組みが必要です。

（表 4-21）成人（40～74 歳）の喫煙率の減少

（特定健康診査結果）

	平成 22 年度	令和 4 年度	増減	令和 4 年度 県目標値	令和 4 年度 国目標値
男性	28.3%	25.7%	-2.7	12.0%	12.0%
女性	2.6%	2.4%	-0.2		

②若い年代からの対策

村では、19 歳から 39 歳までの健康診査（県民健康診査）を行っており、特定健康診査と同じ問診項目を取っています。令和 4 年度の喫煙率を見ると、男性で 21.2%、女性で 2.0%と、特定健康診査対象者よりも男女共割合は低いものの、福島県や国の目標値よりは高い状況にあります。若い年代からの対策を進めていく必要があります。

【施策の方向性】

- ①タバコのリスクに関する教育・啓発の推進
 - ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
 - ・タバコに手を出さないような予防対策（特に若い年代へのアプローチ）
 - ・受動喫煙の啓発

- ②禁煙支援の推進
 - ・各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

- ③最新情報の普及啓発
 - ・電子タバコや受動喫煙の健康被害等

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
喫煙率の減少 (19歳以上の現在習慣的にタバコを吸っている者の割合の減少)	男性	R4年度	21.2%	R16年度	17.0%
	女性		2.0%		0%
妊娠中の喫煙をなくす (妊婦の喫煙者の人数)		R4年度	1人	R16年度	0人

(6) 歯・口腔の健康

【はじめに】

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

また、歯の喪失による摂食や咀嚼機能、構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質（QOL）に大きく関与します。

平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第1条においても、歯・口腔の健康が国民の健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されているところですが、超高齢化社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

歯の喪失の主要な原因疾患はむし歯と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、むし歯と歯周病の予防は必須の項目です。そのため、幼児期や学齢期でのむし歯予防や、成人期の歯周病予防の推進が不可欠と考えます。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。また、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・向上につながるため、より早い年代から対策を始める必要があります。

【現状と課題】

①乳幼児・学童期のむし歯のない者の増加

むし歯や歯周病予防の観点から、乳幼児期からの健康な歯を保つことは重要です。村の3歳児でむし歯がない児の割合は、平成21年度より増加し、全員がむし歯がないという結果となりました。そのため評価をAとします。（表4-21）

12歳児の一人平均むし歯数については、令和元年度より増加しており、減少していないことから評価をDとします。（図4-11）

1歳6か月児や3歳児ではむし歯になる割合は低いですが、12歳児になるとむし歯になる児童が出現してくるため、3歳児以降も継続した歯科保健対策が重要になります。また、幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関心を持ち、自身の歯周疾患予防を意識することができるような啓蒙を行う必要があります。

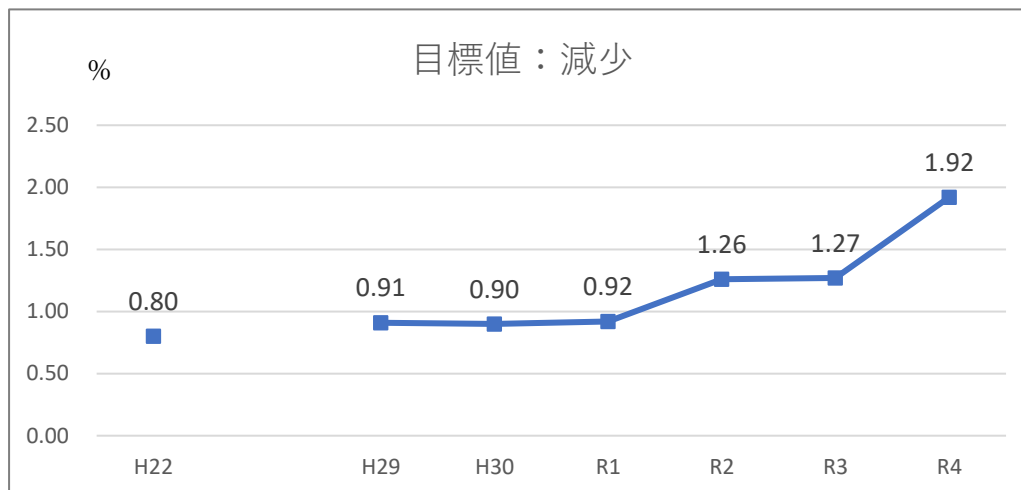
(表 4-22) 3歳児でむし歯がない者の割合

(3歳児健康診査結果)

国		県		鮫川村		目標値	評価
H21	77.7%	H22	67.3%	H21	51.7%	70%	A
—	—	R3	85.1%	R4	100%	以上	

(図 4-11) 12歳児の一人平均むし歯数

(鮫川村子どもの健康を守る会統計)



② 1歳6か月児におけるむし歯ハイリスクの状況

1歳6か月児歯科健康診査受診児のうち、う歯の型※1がO2型と診断された令和4年度の54.5%は、県南地域と比較すると低い傾向にありますが、受診者の半数がO2型という結果となりました。しかし、平成25年度と比較すると減少しているため、改善傾向にあると考えられます。(表 4-22)

※1:むし歯の型

O1;むし歯がなく、口腔環境もよい(問診項目で危険因子が少ない)

O2;むし歯はないが、口腔環境が悪い(問診項目で危険因子が多い)ので、近い将来むし歯の発生が懸念される。

(表 4-23) 1歳6か月児におけるむし歯ハイリスクの状況

(1歳6か月児健康診査の結果)

年度	歯科の型	鮫川村		県南		県	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
H25	O1型	—	2.1	—	32.1	—	37.4
	O2型	—	78.6	—	64.7	—	64.6
R4	受診者数	11		809		10,783	
	O1型	5	45.5	281	34.7	5,013	46.5
	O2型	6	54.5	525	64.9	5,760	53.4

③歯周病を有する者の割合の減少

前計画策定時には基準値の設定がなく、目標値が減少となっていることから確認できる平成 28 年度の数値を基準値とし、令和 4 年度の数値を評価値として分析したところ、40 歳代、60 歳代共に基準値より増加しているため、評価を D とします。
(表 4-23)

(表 4-24) 歯周病を有する者の割合 (歯周病検診結果)

目標項目	H28 年度	R4 年度	目標値
40 歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4 mm以上の歯周ポケット)	0.0%	33.3%	減少
60 歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (5 mm以上の歯周ポケット)	75.0%	77.8%	減少

④過去一年間に歯科検診を受診した者の増加

前計画策定時には基準値の設定がなく、目標値が減少となっていることから確認できる平成 28 年度の数値を基準値とし、令和 4 年度の数値を評価値として分析したところ、受診人数も受診率も基準値と変わらず低い状況です。(表 4-24) 受診人数が少ないことから、一人の差でも割合に大きな影響をもたらすと考えられます。

受診率を向上させるために、歯の大切さや健康に関心が持てるような啓蒙が今後必要になります。

(表 4-25) 歯周疾患検診受診状況 (歯周病健診結果)

年度	H28 年度	R4 年度
受診人数	19 人	18 人
受診率	10.1%	10.8%

【施策の方向性】

①ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・妊婦相談時等とう蝕予防の啓蒙
- ・妊婦とパートナーに対しての歯科検診及び歯科衛生指導の実施
- ・乳幼児期のむし歯予防の学習
- ・乳幼児健康診査時に保護者に対して歯周病予防のための口腔健康相談の実施
- ・幼児期から中学までのフッ化物洗口法の実施
- ・成人期の歯周病検診の実施
- ・後期高齢者の歯周病検診の実施

②専門家による定期管理と支援の推進

- ・ 2歳児、2歳6か月児に対する歯科検診及び歯科衛生指導の実施
- ・ こどもセンター、小、中学校における歯科衛生士による歯磨き指導

【目標と評価】

目標項目	現況値		目標値	
	R4年度		R16年度	
3歳児でむし歯のない者の割合の増加 (3歳児健康診査受診児のむし歯有病者率の減少)	R4年度	100%	R16年度	100%
12歳児のむし歯の本数が1本以下 (中学1年生の永久歯一人平均むし歯数の減少)	R4年度	1.92歯	R16年度	1本以下
12歳児でむし歯のない者の割合の増加 (中学1年生の永久歯のむし歯のない者の割合の増加)※	R4年度	38.5%	R16年度	95.0%
1年間に歯科検診を受診した者の増加 (歯周疾患検診の人数・受診率の25%増加)	R4年度	18人 10.8%	R16年度	22人 13.5%

※標記の目標項目は、福島県歯科保健基本計画の目標項目にもあり、本村は12歳児のむし歯になる割合が県平均より高い状況にあるため、目標項目を設定した。

3 生活機能の維持・向上

【はじめに】

生活機能とは、身体の構造や社会的な活動を含め、人が生きていくための機能全体を指します。少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病を予防するとともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくことが重要になります。村においても人口の高齢化は年々進んでおり、今後も特に75歳以上の方が増加していくことが予想されることから、生活習慣病に罹患せずとも、生活機能の低下による虚弱（フレイル）状態になることで要介護状態に進んでしまうことが懸念されます。

【現状と課題】

①介護認定者における有病状況

令和4年度における介護認定者の有病状況は、心臓病が52.0%と最も割合が高く、次に高血圧症が45.2%、筋・骨格疾患が43.3%となっています。（表4-25）

福島県、国と比較すると、全疾患において低い状況ですが、同規模と比較すると、脳疾患がわずかに高くなっているため、引き続き、脳疾患を引き起こす因子等の予防に努め、要介護状態となる時期を遅らせる対策が必要です。

（表4-26）要介護認定者の有病状況（KDBシステム）

	村	同規模	福島県	国
糖尿病	13.5%	20.1%	21.6%	24.2%
高血圧症	45.2%	53.5%	54.3%	53.3%
脂質異常症	19.0%	29.8%	29.6%	32.6%
心臓病	52.0%	59.4%	60.8%	60.3%
脳疾患	21.9%	21.8%	22.2%	22.7%
がん	8.4%	10.4%	10.3%	11.8%
筋・骨格疾患	43.3%	50.7%	54.6%	53.4%
精神疾患	30.9%	36.3%	37.4%	36.9%
認知症（再掲）	22.3%	22.8%	24.8%	24.0%
アルツハイマー病	16.4%	18.5%	18.7%	18.1%

②健診質問票の状況

後期高齢者健康診査では、フレイル予防のための質問票を実施しています。令和4年度における状況は、男性、女性とも、「以前に比べて歩く速度が遅い」が最も高く、次に「運動を週に1回もしていない」が高い状況でした。この項目は令和3年と比べると低くなっていますが、同規模、福島県、国と比べると高い状況にありました。次に高いのが男性では、「今日の日付がわからないときあり」で、女性

では「半年前に比べて硬いものが食べにくい」でした。

同規模、福島県、国の割合を上回っている項目をみると、男性では「1日3食きちんと食べていない」、「6か月で2～3kg以上の体重減少」、「同じことを聞くなどの物忘れあり」、「今日の日付がわからないときあり」、「吸っている」でした。女性では、「健康状態がよくない」、「半年前に比べて硬いものが食べにくい」、「同じことを聞くなどの物忘れあり」、「週に1回も外出していない」、「家族や友人と付き合いがない」、「身近に相談できる人がいない」でした。(表4-26・4-27)

(表4-27) 後期高齢者質問票の状況(男性) (令和4年度後期高齢者健康診査質問票)

質問票項目		鮫川村		同規模	福島県	国
		R3	R4			
健康状態	あまりよくない	9.0%	9.4%	10.5%	7.9%	8.7%
	よくない	0.7%	0%	1.4%	1.0%	1.2%
心の健康状態	やや不満	4.9%	2.9%	7.4%	6.3%	7.5%
	不満	0.7%	0%	1.3%	1.1%	1.2%
食習慣	1日3食きちんと食べていない	6.9%	9.6%	4.8%	6.1%	5.6%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい	31.9%	23.7%	27.2%	27.3%	26.4%
	お茶や汁物でむせる	15.3%	12.9%	19.0%	17.7%	19.8%
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少	11.1%	12.9%	12.6%	11.7%	12.1%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅い	63.9%	59.0%	59.8%	57.1%	57.4%
	この1年間に転んだ	19.4%	19.4%	21.1%	15.9%	16.6%
	運動を週に1回もしていない	52.8%	51.1%	45.4%	40.0%	34.5%
認知機能	同じことを聞くなどの物忘れあり	24.3%	19.4%	17.0%	15.9%	16.1%
	今日の日付がわからないときあり	25.0%	27.3%	24.0%	24.0%	24.3%
喫煙	吸っている	9.0%	10.8%	8.9%	8.8%	8.9%
社会参加	週に1回も外出していない	10.4%	10.1%	12.3%	9.5%	9.0%
	家族や友人と付き合いがない	4.9%	7.2%	6.1%	6.7%	7.6%
ソーシャルサポート	身近に相談できる人がいない	4.9%	3.7%	6.1%	5.8%	6.3%

(表4-28) 後期高齢者質問票の状況(女性) (令和4年度後期高齢者健康診査質問票)

質問票項目		鮫川村		同規模	福島県	国
		R3	R4			
健康状態	あまりよくない	9.4%	9.4%	10.9%	8.4%	9.9%
	よくない	0%	1.3%	1.2%	0.9%	1.2%
心の健康状態	やや不満	4.1%	6.9%	8.2%	6.8%	8.0%
	不満	0.6%	0%	1.2%	1.0%	1.2%
食習慣	1日3食きちんと食べていない	1.8%	3.1%	3.5%	5.1%	4.9%

口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい	29.2%	33.1%	31.8%	33.0%	30.3%
	お茶や汁物でむせる	18.7%	20.0%	20.5%	20.2%	22.1%
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少	13.5%	11.3%	11.9%	11.9%	11.9%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅い	63.2%	67.5%	64.2%	62.2%	61.7%
	この1年間に転んだ	20.5%	19.4%	22.1%	19.5%	20.1%
	運動を週に1回もしていない	49.7%	53.7%	46.0%	44.3%	40.3%
認知機能	同じことを聞くなどの物忘れあり	19.9%	19.4%	17.4%	18.0%	18.2%
	今日の日付がわからないときあり	20.5%	21.9%	25.9%	26.4%	27.3%
喫煙	吸っている	1.2%	1.3%	1.4%	1.7%	2.0%
社会参加	週に1回も外出していない	24.0%	20.6%	16.1%	11.5%	10.5%
	家族や友人と付き合いがない	4.1%	8.3%	3.3%	3.6%	4.5%
ソーシャルサポート	身近に相談できる人がいない	4.1%	5.6%	4.6%	3.6%	4.2%

③骨粗鬆症検診の受診状況

生活機能のうち、身体の健康の維持・向上を図るための取組みの一つとして、骨粗鬆症検診があります。骨粗鬆症検診の目的は、無症状の段階で骨粗鬆症及びその予備群を発見し、早期に介入することです。令和4年度における骨粗鬆症検診受診率は、18.4%と県や全国平均と比べて高い状況にありますが、骨粗鬆症検診受診率の向上は、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられます。（表4-28）

（表4-29）骨粗鬆症検診受診率

（令和4年度骨粗鬆症検診）

	村	福島県	全国平均
骨粗鬆症受診率	18.4%	13.2%	4.5%

※村は令和4年度、福島県、全国平均は令和2年度の数値

※検診の対象年齢は、村は40～78歳の偶数年齢、県、国は40～70歳の5歳刻み

④こころの健康状態

生活機能の維持には、こころの健康の保持が重要な要素のひとつです。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択(人間的健康)し、自分らしく生きていくうえで大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」に大きく影響するものです。

また、身体の健康とも関連があり、栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、飲酒、喫煙等はうつ病や不安障害との関連が明らかになっています。「うつ病やうつ状態」があると、喫煙率が高くなる、肥満が増える等、健康的な生活習慣が妨げられるため、心身の両面からの対策が必要になります。

うつ病をはじめとする精神疾患は、専門医による治療が必要となり、その治療費を公費負担する自立支援医療費制度の状況を見ると、令和4年度時点での受給者47人のうち、精神疾患で受給されている方は29人で、全受給者の6割を占めています。

令和4年度後期高齢者健康診査における問診項目の中の「こころの健康状態」をみると、「毎日の生活に「やや不満」・「不満」と感じている者の割合」は、男性では2.9%、0%、女性では6.9%、0%でした。（表4-29）特に女性では、「やや不満」と回答している割合が令和3年度よりも高くなっています。

（表4-30）こころの健康状態「やや不満」、「不満」と回答した割合

（後期高齢者質問票の状況）

質問票項目		性別	鮫川村		同規模	福島県	国
			R3	R4			
こころの健康状態	やや不満	男性	4.9%	2.9%	7.4%	6.3%	7.5%
	不満		0.7%	0%	1.3%	1.1%	1.2%
	やや不満	女性	4.1%	6.9%	8.2%	6.8%	8.0%
	不満		0.6%	0%	1.2%	1.0%	1.2%

⑤低栄養状態の高齢者の状況

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きわめて重要です。前計画の目標項目である村の75歳以上のBMI20以下（やせ）は、県より低い状況にはありますが（表4-30）、後期高齢者の質問票の状況から「1日3食きちんと食べていない」が男性9.6%、女性3.1%いることから、低栄養状態を予防または改善し、適切な栄養状態の確保に努める必要があります。

（表4-26・表4-27）

（表4-31）後期高齢者健康診査受診者のうち、BMI20未満の割合（令和4年度）

		村	福島県
男性	人数	16人	3,846人
	割合	10.0%	12.0%
女性	人数	25人	8,096人
	割合	13.7%	20.0%

※福島県の抽出基準：KDB「検診結果一覧」

【施策の方向性】

①脳疾患の発症予防・重症化予防のための生活習慣病対策の推進

- ・年齢に関わらず、健康診査の受診勧奨
- ・健診結果に基づき、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための保健指導や住民学習の推進
- ・未治療者に対しては、医療機関の受診勧奨

②身体機能の維持・向上

- ・身体機能の維持・向上を図るため、望ましい食習慣や健康的な運動習慣等の適切な生活習慣の普及啓発
- ・骨粗鬆症検診受診率のさらなる向上に向け、職域も含めた関係機関と連携し、村民が主体的に検診を受診する意識の醸成を図るための普及啓発

③こころの健康の維持・向上

- ・こころの健康の維持・向上に向け、健康的な生活習慣の普及啓発の推進
- ・村民がこころの問題に関して気軽に相談ができる体制整備と周知の徹底
- ・こころの疾患であるうつ病や不安障害等に関する正しい知識や対応についての普及啓発の推進と関係機関等の周知や相談体制の充実を図る

【目標と評価】

目標項目			現況値		目標値	
フレイルになる者の減少 ※再掲	男性	質問項目 7	R4 年度	59.0%	R16 年度	45.0%
		質問項目 9		51.1%		45.0%
		質問項目 11		27.3%		20.0%
	女性	質問項目 7	R4 年度	67.5%	R16 年度	55.0%
		質問項目 9		53.7%		48.0%
		質問項目 4		33.1%		30.0%
骨粗鬆症検診受診率の向上			R4 年度	18.4%	R16 年度	20.0%
心理的苦痛を感じている者の減少	精神疾患で通院している者の割合・人数減少 (自立支援医療受給者)	人数割合	R4 年度	29人 61.7%	R16 年度	20人 60.0%
	75歳以上で毎日の生活に「やや不満」・「不満」と感じている者の割合減少	男性 女性	R4 年度	2.9% 6.9%	R16 年度	2.0% 6.0%
低栄養傾向の高齢者の減少 (75歳以上のBMI18.5未満の者の割合の減少) ※再掲		男性 女性	R4 年度	5人 (3.5%) 7人 (4.3%)	R16 年度	4人 6人

※質問項目 4 : 「半年前に比べて硬いものが食べにくい」

質問項目 7 : 「以前に比べて歩く速度が遅い」

質問項目 9 : 「運動を週に1回もしていない」

質問項目 11 : 「今日の日付がわからないときあり」

第2節 社会環境の質の向上

1 社会とのつながり、こころの健康の維持・向上

【はじめに】

こころの健康とは、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な要素です。具体的には、自分の感情に気付いて表現できること(情緒的健康)、状況に応じて適に考え、現実的な問題解決ができること(知的健康)、他人や社会と建設的で良い関係を築けること(社会的健康)を意味しています。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な「運動」、バランスのとれた「栄養・食生活」、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」の3大要素と、十分な睡眠とストレスへの対応が代表的なものとして知られています。

また、こころの健康はその人を取り巻く社会環境に影響を受けることも知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所や社会参加はこころの健康の維持・向上につながります。そのため、こころの健康を守るためにはこころの健康を維持するための生活やこころの病気への対応を多くの人々が理解し、自己と他者のために取り組むことが不可欠です。少子高齢化、人口減少等の進行による、地域のつながりの希薄化や家庭機能の低下が懸念される中、改めて地域における支え合いの体制づくりや気軽に社会参加できる体制づくり等、様々なライフステージに応じたこころの健康対策に地域全体で取り組む必要があります。

【現状と課題】

①社会参加の状況

社会的なつながりを持つことは、精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等に良い影響を与えることがわかっており、また、地域とのつながりが豊かな人は、様々な人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態が良いとされています。

一方で、「新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査結果(内閣府「新型コロナウイルス影響下における生活意識・行動の変化に関する調査」(令和2年度、令和3年度))」によると、令和2(2020)年度から令和3(2021)年度にかけて「地域のつながりや助け合いが広がっている」と感じる国民は減少しており、地域の人々とのつながりがない者への対策は重要な課題であるといえます。

令和4年度後期高齢者健康診査における問診項目の中の「社会参加」をみると、「家族や友人と付き合いがある」と回答した者の割合は、男性は92.8%、女性では91.7%でした。男性、女性とも、令和3年よりも割合が低く、男性では、同規模、県よりも、女性では、同規模、県、国よりも割合が低くなっています。

また、「ソーシャルサポート」をみると、「身近に相談できる人がいる」と回答した者の割合は、男性は96.3%、女性では94.4%でした。

男性は、令和3年よりも割合が高く、同規模、県、国を上回っていました。女性は、令和3年よりも割合が低く、さらに同規模、県、国よりも低い状況でした。

(表 4-31)

少子高齢化に伴い、身内のサポートが望めない人が増えてくることも想定した支援体制の整備が必要になってくると思われます。

(表 4-32) 後期高齢者質問票の状況

質問項目	性別	鮫川村		同規模	福島県	国
		R3	R4			
家族や友人と 付き合いがある	男性	95.1%	92.8%	93.9%	93.3%	92.4%
	女性	95.9%	91.7%	96.7%	96.4%	95.5%
身近に相談 できる人がいる	男性	95.1%	96.3%	93.9%	94.2%	93.7%
	女性	95.9%	94.4%	95.4%	96.4%	95.8%

②共食している者の状況

共食とは「家族や仲間が食卓を囲んでコミュニケーションをとりながら食事をする」ことです。共食は、望ましい食習慣の確立、適切な量と質の食事につながるとともに、食卓でのコミュニケーションは人間形成の基礎となり、豊かな心を育みます。誰かと一緒に食事をすることで栄養のバランスが整い、また、誰かのために献立を考え、料理をすることが脳の活性化を促します。

また、はしの持ち方等の食事のマナー、あいさつ習慣、食べ物を大切にすること等、様々なことを学ぶことができ、食育においても大切な時間と場になり、食育推進計画の目標の一つでもあります。

令和4年度の朝食について見直そう週間運動における第2回のアンケート結果では、こどもセンター93.5%、小学校99.6%、中学校96.0%と高い傾向にあります。

(表 4-32) この数値を維持及び増加するために、今後も各関係機関において家庭での共食の推進に取り組んでいく必要があります。

(表 4-33) 共食をしている者の状況

(令和4年度第2回朝食を見直そう週間運動アンケート調査結果)

	R4
こどもセンター	93.5%
小学生	99.6%
中学生	96.0%

③自殺の状況

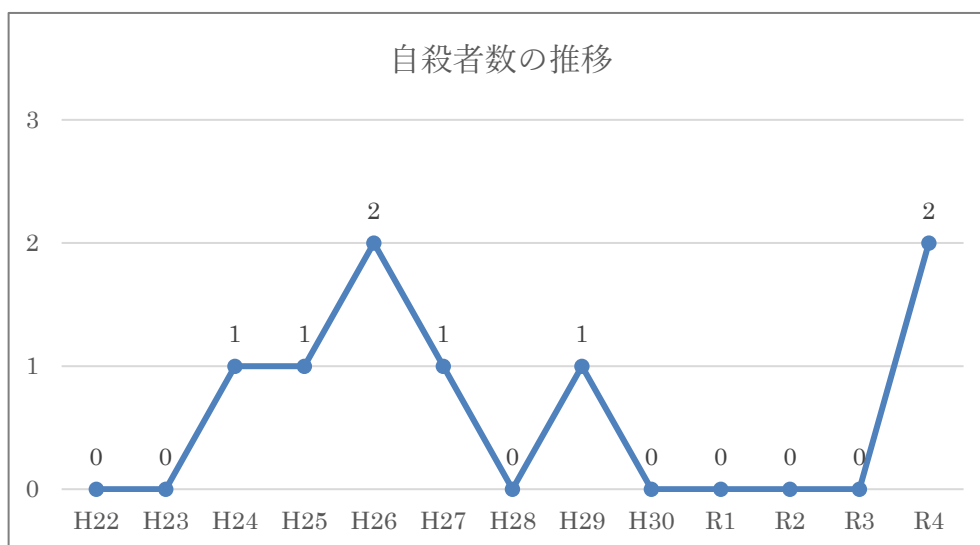
社会が高度化・複雑化する中で、大人、子どもを問わず強くストレスを感じ、不登校、睡眠障害、不安障害、うつ病、アルコール依存等、様々なこころの健康の

問題を抱える方が増加しています。中でもうつ病は、こころの病気の代表的なものであり、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患のひとつで、自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

自殺は残された人達にも深い心の傷を残し、大きな影響を及ぼします。一人が自殺で亡くなると、少なくとも周囲の5～6人に強い影響を与えるといわれていることから、自殺者を出さない取り組みが重要となります。

平成22年度から令和4年度の村の自殺者数をみると、0～2人で推移しています。平成30年度から自殺者0人を継続できていましたが、令和4年度は2人に増加しました。(図4-12)

(図4-12) 自殺者数の推移



【施策の方向性】

①社会参加の促進

- ・ 社会福祉協議会や生涯学習担当等と連携し、地域における支え合いの体制づくりや年代に関わらず、気軽に社会参加ができる体制づくりや機会などの推進と住民への周知
- ・ 高齢者が生きがいを持ち、社会参加がしやすくなるような交通手段を含めた環境整備の推進
- ・ 特に女性については積極的に支援につなげていく
- ・ 身内に限らず、相談できる体制づくりの推進と相談できる場や機会の住民への周知

②共食している者の増加

- ・ こどもセンターや小学校、中学校と連携し、共食の推進を保護者に周知
- ・ 乳幼児健康診査の問診票から食習慣の確認の継続
- ・ 食生活サポーターと連携した食の普及啓発の推進を図る

③自殺者数の減少

- ・こころの健康を保つための方策の普及啓発と住民学習の推進
- ・村民がこころの問題に関して気軽に相談ができる体制整備と周知の徹底
- ・こころの疾患であるうつ病や不安障害等に関する正しい知識や対応についての普及啓発の推進と関係機関等の周知や相談体制の充実を図る

【目標と評価】

目標項目			現況値		目標値	
地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加	75歳以上で「ふだんから家族や友人と付き合いがある」者の割合	男性	R4年度	92.8%	R16年度	95.0%
		女性		91.7%		95.0%
	75歳以上で「身近に相談できる人がいる」者の割合	男性	R4年度	96.3%	R16年度	98.0%
		女性		94.4%		98.0%
共食している者の割合の増加	こどもセンター	R4年度	93.6%	R16年度	増加	
	小学校		100%		100%	
	中学校		98.6%		増加	
自殺者数の減少			R4年度	2人	R16年度	0人

2 自然に健康になれる環境づくり

【はじめに】

村民の健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む方だけではなく、健康への関心が低い方を含む、幅広い層に対してのアプローチを行い、全体的な健康づくりの底上げを図ることが必要です。そのためには、関心が低い方でも無理なく自然に健康な行動を取ることができるような環境づくりを進めていくことが重要です。

【現状と課題】

健康づくりを支援する環境とは、身体活動・運動、栄養、飲酒、喫煙等の健康行動に影響する環境要因で、人々の行動変容を支援する環境を意味します。

健康への関心が低い方の中には、必要な情報が届いていないために健康行動が取れていない場合もあります。また、家族や友人、知人等の住民からの口伝えから、健康の情報を知ったり、行動したりするきっかけになることも多いことから、住民全体が知識を得られるために、定期的に情報が提供されるような機会が必要です。

広く、住民へ情報を周知する方法として、毎月発行される村広報誌と、毎日2回の定時と、臨時に放送される防災無線があります。

健康に関する情報提供として、「健康診査のお知らせ」や「歯の日の放送」、「ラジオ体操」等の放送を行っていますが、今後は上記の4つの健康行動についても、定期的に意識的な情報提供をしていくことが大切です。

また、県の施策に連動した情報発信を行うことで、社会環境の質の向上への一助に努めることも必要だと考えます。

【施策の方向性】

①防災無線を活用した定期的な健康情報の提供

- ・年間計画を作成し、毎月健康づくりを支援する、身体活動・運動、栄養、飲酒、喫煙等に関する情報を提供
- ・ナッジ理論^{*1}等の行動経済学の視点を活用し無意識のうちに健康的な行動を選択するような内容を意識する

※1：人々が行動を選択するときの癖を理解し強制することなく人々が望ましい行動を選択するように導く手法

②県の施策に連動した情報発信

【目標と評価】

目標項目	現況値		目標値	
防災無線を活用した健康情報の提供の増加	R4 年度	384回	R16 年度	含健康行動 396回

(ラジオ体操 365回、住民健診 6回、歯の日の放送 12回、胃内視鏡検査 1回)

3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤づくり

【はじめに】

健康づくりを推進していくうえでは、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整えることが重要です。

また、個人の健康づくりを後押しするには、本人が主体的に健康づくりに取り組めるためのきっかけづくりや、続けるための楽しみづくりといった仕組みが必要です。

村では、県主催の「県民健康ポイント事業」に参画し、住民が楽しみながら健康づくりを行うためのツールとして「さめがわ健康ポイント事業」を実施しています。

【現状と課題】

①さめがわ健康ポイント事業

本事業は18歳以上の村在住者を対象としています。令和4年度の参加率は、男性で2人、女性で8人となっています。参加している方は、以前から健康づくりに興味・関心があり、積極的に健康づくりを行っている方が多いと感じます。

そのため、健康づくりに興味・関心がない方に対して、参加を促す工夫や継続して参加できるインセンティブが必要だと考えます。

現在のインセンティブは、健民カードを提示することにより、事業に協賛している店頭から、割引のサービスや指定した品物を受け取ることができるというものです。利用できる店舗を増やすことで、さらに楽しく事業に参加できる環境整備が必要です。

【施策の方向性】

①さめがわ健康ポイント事業利用者の増加

- ・村広報誌やチラシを工夫し、事業を周知
- ・住民健診や保健指導等の保健事業を活用し対象者へ周知
- ・参加者の継続支援としてインセンティブを強化する

②健康づくりのための環境整備

- ・事業に協賛する店舗の増加
- ・村広報誌やチラシ等による協賛店舗の紹介

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
さめがわ健康ポイント事業利用者の増加	男性	R4年度	2人	R16年度	10人
	女性	R4年度	8人	R16年度	16人

第3節 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

1 子ども

【はじめに】

生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期の生涯を通じた健康づくりを推進していくことができます。また、子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代を育むという循環においても子どもの健やかな発育や健康的な食習慣・運動習慣の生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

さらに、健やかな生活習慣を幼少期から身につけるとともに、子ども自らが自身の健康状態に興味・関心を持ち、生活習慣予防の基盤を固め、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。

【現状と課題】

①妊産婦・乳幼児の健康づくりを推進するための状況

幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康が子どもの健康にも影響することから、子どもの健康を支える取り組みを進めるとともに、妊婦からの健康増進を図ることも重要です。

村は成人期の肥満の割合が高い状況にありますが、子どもの肥満は成人期の肥満に移行しやすく、将来の生活習慣病発症の可能性を高めます。村の小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合は、男性は0%、女性は7.7%で、福島県や国の割合よりも低い状況でした。(表4-34) 肥満は睡眠時間も大きく関わっており、睡眠時間が不足すると肥満のリスクが高くなることが報告されています。夜更かしなどの生活習慣に関連する睡眠不足を防止する観点から、推奨されている睡眠時間と比較すると、村のほとんどの乳幼児は推奨されている睡眠を取っている状況でした。

(表4-35・4-36)

成人期の肥満を予防するには、幼児期からの介入が重要であるため、引き続き、健診において肥満児出現率の状況を把握するとともに、食事や運動、生活習慣等に関する指導を行う等、発育に合わせた切れ目のない支援が必要です。

(表4-34) 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合

(子どもの健康を守る会統計)

	村	福島県	国
男性	0%	14.2%	12.6%
女性	7.7%	15.1%	9.2%

(表 4-35) 推奨睡眠時間

(健康づくりのための睡眠ガイド 2023)

年齢	睡眠時間の目安
1～2歳児	11～14時間
3～5歳児	10～13時間
小学生	9～12時間
中学・高校生	8～10時間

(表 4-36) 乳幼児の睡眠時間の状況

(令和4年度乳幼児健診問診票 ※午睡を含む)

睡眠時間	乳幼児健診種類		
	10か月児 (受診児10人中)	1歳6か月児 (受診児16人中)	3歳児 (受診児16人中)
10時間	1	0	0
11時間以上	9	16	16

②ライフコースに基づく健康づくりを推進するための状況

現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるとの考えから、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりを進めていきます。

特に、食生活を含めた生活リズム、運動と休養のバランス、口腔を含めた衛生習慣、喫煙や飲酒といった嗜好はその影響が強く表れるといわれており、適切ではない生活の長期に渡る習慣化は自分の意志だけでは改善できなくなるものでもあります。そのため、生活リズムをつくっていく段階から、保護者や祖父母等の家族を巻き込んだ取り組みが必要です。

【施策の方向性】

①生活習慣病の発症予防と重症化予防のための取り組みの推進

- ・妊婦健康診査の実施と実態把握に基づいた学習の推進
- ・肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施

②健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- ・妊産婦から自分の身体に合わせた生活習慣（食事等）の学習の推進、飲酒、喫煙等の実態把握を母子健康手帳交付時等を通して行い、禁酒・禁煙学習の推進
- ・乳幼児期から各種健診や相談の機会を通じ、適正体重の維持のために栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習の推進

- ・子どもの健康を守る会、学校保健委員会等を通じ、こどもセンター、小、中学校との健康課題の共有を図る
- ・小、中学校が実施する未成年者の喫煙、飲酒の実態把握や禁煙、禁酒に対して子ども達自身が考えられる学習の機会の提供

【目標と評価】

目標項目			現況値		目標値	
児童・生徒に おける肥満傾向児 の減少 (直近5年間の肥 満傾向児数の平 均値) *現況値:H30~R4 *目標値:R12~R16 ※再掲	総計	小学1年生	R4年度	2.2人 (男児0.8人) (女児1.4人)	R16年度	2人以下
		小学5年生		6人 (男児2.6人) (女児3.4人)		5人以下
		中学3年生		4.6人 (男児3人) (女児1.6人)		4人以下

2 高齢者

【はじめに】

令和2（2020）年の国勢調査における福島県の高齢化率（65歳以上の人口の割合）31.7%に対し、村の高齢化率は40.0%と大幅に上回っており、年々上昇しています。

（表 2-1）

令和4年度の平均余命をみると、男性は80.5歳で、国の80.8歳より0.3歳短く、女性は86.7歳で、こちらも国の87.0歳より0.3歳短い状況です。（表 3-2）

高齢化、長寿化が進み、「人生100年時代」と言われる現代においては、健康な食生活・運動習慣の確立により、生活習慣病の発症や重症化予防、フレイルや要介護状態となることを予防するとともに、高齢者が長年培った豊富な知識と経験を活かしながら、積極的な社会参加活動等を通じて、いきいきと活躍できる通いの場等の環境づくりが必要です。

【現状と課題】

①健康づくり、介護予防を推進するための状況

村の令和4年度の健康寿命は、男性が78.1歳で、同規模、福島県、国よりも下回っていますが、女性は84.9歳で、同規模、福島県、国よりも上回っています。

不健康期間（平均余命－健康寿命）は、男性が2.4年で同規模、福島県、国よりも長く、女性は1.8年で同規模、福島県、国よりも短くなっています。（表 3-2）

令和3年度と比べると、男性は0.9年長くなり、女性は1.1年短くなっています。

（表 3-1）

令和4年度における村の第1号被保険者（65歳以上の方）の新規要介護認定率は0.3%で、同規模、福島県、国と同率となっていますが、新規認定比率（前年/前々年）は+1.5%で、同規模、福島県、国の1.0%と比べ高い伸び率となっています。

（表 4-37）

健康で長生きすることを目指し、不健康期間に影響を及ぼす要介護状態にならない、または要介護状態になる期間を遅らせるような取り組みが必要です。

（表 4-37） 令和4年度第1号被保険者認定率の状況

（KDB「地域の全体像の把握」）

	村	同規模	福島県	国
新規認定率（%）	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
新規認定率比較 （前年/前々年）	+1.5%	+1.0%	+1.0%	+1.0%

②ライフコースに基づく健康づくりの状況

高齢期の「やせ」は疾病やフレイル等に悪影響を及ぼすとともに、肥満よりも死亡率が高くなるという報告もあります。特に筋力が落ちることによるサルコペニア肥満が起りやすくなり課題の一つに挙げられます。女性ホルモンの影響を受けるため、女性の「やせ」が取り上げられることが多いですが、男性も含め、若年期から適切な食習慣・運動習慣を形成し、適正な体重を維持することが必要です。

【施策の方向性】

①生活習慣病の発症予防と重症化予防のための取り組みの推進

- ・後期高齢者健康診査の受診勧奨と結果に基づいた適切な保健指導の実施
- ・未治療者に対しては、医療機関の受診勧奨

②健康的な生活習慣、介護予防の推進

- ・要介護状態または低栄養傾向の改善を図るため、健康的な生活習慣の確立に向けた保健指導、情報提供、普及啓発の推進
- ・フレイルや介護予防等に関する知識・活動の普及啓発の推進
- ・地域包括支援センター等の関係機関と連携し、情報の共有を図る

【目標と評価】

目標項目			現況値		目標値	
低栄養傾向の高齢者の減少 (75歳以上のBMI18.5未満の者の割合の減少) ※再掲	男性		R4年度	5人 (3.5%)	R16年度	4人
	女性			7人 (4.3%)		6人
フレイルになる者の減少 ※再掲	男性	質問項目 7	R4年度	59.0%	R16年度	45.0%
		質問項目 9		51.1%		45.0%
		質問項目 11		27.3%		20.0%
	女性	質問項目 7	R4年度	67.5%	R16年度	55.0%
		質問項目 9		53.7%		48.0%
		質問項目 4		33.1%		30.0%

※質問項目4：「半年前に比べて硬いものが食べにくい」

質問項目7：「以前に比べて歩く速度が遅い」

質問項目9：「運動を週に1回もしていない」

質問項目11：「今日の日付がわからないときあり」

3 女性

【はじめに】

女性は、小児期・思春期、成人期、更年期、妊娠・出産等、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

生涯、女性が生き生きと自分らしい生活を送るためには、こうした女性特有の健康課題や悩みについて、いつでも気軽に相談できる体制づくりを行うとともに、対応方法についての普及啓発を推進していく必要があります。

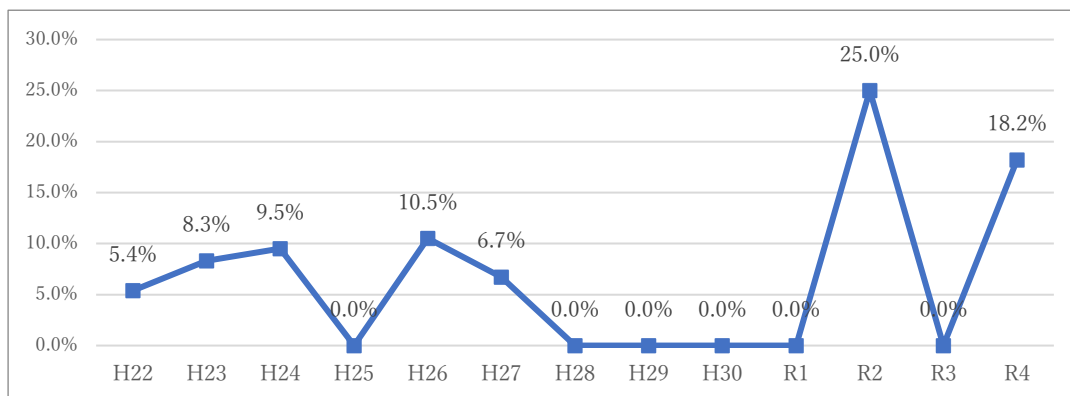
【現状と課題】

①女性特有の健康課題の状況

若い世代の女性における健康課題の一つとして「やせ」があります。「やせ」は、排卵障害（月経不順）や女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連することが指摘されているとともに、標準的な体型の女性と比べて低出生体重児を出産するリスクが高いことが報告されています。低出生体重等の胎内での低栄養状態は、成人期に2型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まり、生涯にわたる悪影響をもたらす可能性があることが指摘されています。（図4-13）

また、乳がんや子宮がん等の女性特有のがんは、他のがんに比べて若い世代で発症することが多いため、若い世代からのがん予防や定期検診の必要性に関する普及啓発のほか、また、一般的に女性は男性に比べて、肝臓障害等の飲酒による臓器障害を起こしやすいとされており、アルコール依存に至るまでの期間も短いことが知られていることから、性差に着目した適切な飲酒量についても普及啓発の必要があります。

（図4-13）妊娠届出時におけるBMI18.5未満者の割合の推移



②ライフコースに基づく健康づくりの状況

高齢期の女性における「やせ」は健康課題の一つとされています。高齢期の「やせ」は疾病やフレイル等に悪影響を及ぼすとともに、肥満よりも死亡率が高くなるという報告もあります。若年期から適切な食習慣・運動習慣を形成し、適正な体重を維持するとともに、中年期以降は、骨粗鬆症検診の受診等により、運動器の衰えを予防することが重要です。

【施策の方向性】

①健康な生活習慣の形成のための取り組みの推進

- ・若年期から高齢期にわたり、適正な体重を維持できるための、各年代における望ましい食習慣や運動習慣の形成に向けた普及啓発の推進
- ・アルコールによる健康被害を防止するため、性差に着目した適切な飲酒量の普及啓発の推進
- ・女性の喫煙者等の禁煙に対する関心を高めるほか、望まない受動喫煙を防止するため、喫煙の健康に及ぼす影響や禁煙の必要性等について普及啓発すると共に、健康教育等の実施の推進
- ・女性の発症リスクが高く、寝たきりの原因となる骨粗鬆症の予防のため、バランスの良い食事や適度な運動等を啓発するとともに、中年期からの骨粗鬆症検診のさらなる受診促進等を図る

②女性特有の健康課題（リスク）等の普及啓発の推進

- ・乳がんや子宮がん等、女性特有のがんの予防及び早期発見・早期治療の促進
特に若い世代に対して、子宮頸がんワクチン接種や定期的ながん検診の必要性等についての普及啓発を図る
- ・がん検診の受診勧奨の取り組みの推進
- ・思春期、望まない妊娠、不妊、更年期等、女性が抱える様々なからだの悩み等について、いつでも気軽に相談できるよう、関係機関と連携した体制づくりや相談機関の紹介の推進

【目標と評価】

目標項目		現況値		目標値	
若い世代の女性の「やせ」の10%減少 ※再掲	19～39歳 BMI18.5未満の割合	R4年度	4人 (16.0%)	R16年度	3人
	BMI18.5未満の妊婦の割合	R4年度	2人 (18.2%)	R16年度	1人
骨粗鬆症検診受診率の向上 ※再掲		R4年度	18.4%	R16年度	20.0%

目標項目	現況値		目標値	
19歳以上の飲酒日の1日当たりの飲酒量で、一日当たりの純アルコールの摂取量が20g以上の者の割合（人数）減少 ※再掲	R4年度	2.5%	R16年度	0%
妊娠中の喫煙者の減少 （妊婦の喫煙者の人数の減少） ※再掲	R4年度	2人	R16年度	0人

※令和4年度の検診の対象年齢は、40～78歳の偶数年齢

第4節 目標項目一覧

○基本目標 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

目標項目		現況値		目標値		出典		
1	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の延伸)	男性	R4	80.5歳	R16	80.8歳	KDB 「健康スコアリング」	
2		女性		86.7歳		87.0歳		
3	健康格差の縮小 (健康寿命の差)	同規模	R4	男性	R16	±0歳	KDB 「健康スコアリング」	
4				女性		0.7歳		1.0歳
5		福島県		男性		-1.0歳		±0歳
6				女性		1.3歳		1.3歳
7		国		男性		-2.0歳		±0歳
8				女性		0.5歳		1.0歳

○主要政策1 個人の行動と健康状態の改善

1-1 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) がん

目標項目		現況値		目標値		出典	
9	がんの死亡者数の10%減少	R3	11人	R16	9人	福島県保健統計の概況	
10	がん検診の受診率の向上	胃がん	R4	R16	21.9%	鮫川村がん 検診受診 結果	
11		肺がん			67.6%		70.0%
12		大腸がん			52.8%		60.0%
13		乳がん			12.4%		30.0%
14		子宮頸がん			14.1%		30.0%

(2) 循環器病

目標項目		現況値		目標値		出典	
15	脳血管疾患・心疾患 の死亡者の減少	脳血管疾患	R2	5人	R16	保健統計 の概況	
16				(男性3人) (女性2人)	R16		5人以下
17		心疾患	R2	10人	R16		7人以下
18				(男性5人) (女性5人)			
19	高血圧者の20%減少 収縮期血圧160mg/Hg以上 拡張期血圧100mg/Hg以上	男性	R5	R16	13人	ヘルス サポート ラボツール 集計ツール B票	
20		女性			14人		11人
21	脂質異常者の20% 減少	LDL160m g/dl以上	R5	R16	17人	14人	
22		女性			9人		7人

(3) 糖尿病

目標項目		現況値		目標値		出典
23	糖尿病の合併症の減少 (糖尿病腎症による年間新規透析導入者の減少)	R5	1人	R16	1人	人工透析 管理台帳 (村作成)
24	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加 (健診受診者でHbA1c 6.5%以上の者のうち、治療中<通知中>と回答した者の割合の増加)	R4	68.6%	R16	90.0%	ヘルス サポート ラボツール 集計ツール
25	血糖コントロール不良者の減少 (HbA1c8.0%以上の者の60%減少)	R4	8人	R16	3人	糖尿病 フロー チャート
26	糖尿病有病者数の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の20%減少)	R4	51人	R16	41人	
27	メタボリックシンドロームの該	R4	100人	R16	80人	ヘルスサポート ラボツール 集計ツール
28	当者及び予備群者の20%減少		予備群		67人	
29	特定健康診査の受診率の向上	R4	67.5%	R16	75.0%	特定健診等データ 管理システム 総括表
30	特定保健指導の実施率の向上	R4	96.0%	R16	90%以上	

(4) COPD (慢性閉塞性肺疾患)

目標項目		現況値		目標値		出典
31	COPDの死亡数の減少	R3	2人	R16	2人以下	福島県保健統計の概況

1-2 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

		目標項目		現況値		目標値		出典		
32	適正体重を維持している者の増加 (BMI25以上の者の20%減少、BMI18.5未満の者の10%減少)	BMI25以上	19～39歳	男性	R4	4人 (26.7%)	R16	3人 (20.0%)	県民健康診査結果	
33				女性		8人 (32.0%)		6人 (24.0%)		
34			40～74歳	男性	R4	75人 (33.6%)	R16	60人 (26.9%)	KDBシステム 厚生労働省 様式5-2	
35				女性		61人 (33.3%)		48人 (26.2%)		
36			BMI18.5未満	19～39歳	男性	R4	0人 (0.0%)	R16	0人 (0.0%)	県民健康診査 結果
37					女性		4人 (16.0%)		3人 (12.0%)	
38				40～74歳	妊婦		2人 (18.2%)		1人 (9.1%)	妊娠届出時 問診結果
39					男性	R4	5人 (2.2%)	R16	4人 (1.8%)	特定健診結果
40				女性		12人 (6.6%)		10人 (4.4%)		
41			BMI18.5未満	75歳以上	男性	R4	5人 (3.5%)	R16	4人 (2.8%)	後期高齢者健診 結果
42		女性					7人 (4.3%)			
43	児童・生徒における肥満傾向児数の減少 (直近5年間の肥満傾向児数の平均値) *現況値:H30～R4 *目標値:R12～R16	小学1年生		R4		2.2人 (男児0.8人) (女児1.4人)	R16	2人以下	子どもの健康を守る会統計	
44		小学5年生				6人 (男児2.6人) (女児3.4人)		5人以下		
45		中学3年生				4.6人 (男児3人) (女児1.6人)		4人以下		
46	毎日朝食を摂っている者の割合の増加	こどもセンター入園児		R4		93.6%	R16	増加	朝食について見直そう週間アンケート調査	
47		小学生				97.4%		増加		
48		中学生				98.6%		増加		
49	食塩摂取量の減少 (40～74歳の尿中塩分濃度測定の結果、基準値よりも高い人の割合の減少) ※R6年度に実施するためその結果を基に目標値を算定			R6			R16		特定健診時尿中塩分測定結果	
50						男性				女性

(2) 身体活動・運動

目標項目		現況値		目標値		出典		
51	日常生活の中で運動や身体活動を実践している者の割合の増加 (40～74歳の日常生活において歩行又は同等の身体活動を一日1時間以上実施する者の割合の増加)	男性	R5	37.0%	R16	40.0%	特定健診問診結果(CSV)	
52		女性		25.0%				30.0%
53	運動習慣を持つ者の増加	40～74歳の1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合の増加	R5	39.5%	R16	42.0%	特定健診問診結果(CSV)	
54		女性		27.4%		30.0%		
55		75歳以上のウォーキング等の運動を週に1回以上している者の割合の増加		男性		41.9%	45.0%	後期高齢者健診問診結果(CSV)
56		女性		40.4%		45.0%		

(3) 休養・睡眠

目標項目		現況値		目標値		出典	
57	睡眠で休養がとれている者の割合の増加 (40～74歳の睡眠で休養が十分とれている者の割合の増加)	男性	R4	75.4%	R16	78.0%	特定健診問診結果(CSV)
58		女性		72.5%			

(4) 飲酒

目標項目		現況値		目標値		出典	
59	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 (19歳以上の一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の減少)	男性	R4	6.3%	R16	3.0%	特定健診問診結果(CSV)
60		女性		2.5%		0%	

(5) 喫煙

目標項目		現況値		目標値		出典
61	喫煙率の減少 (19歳以上の現在習慣的にタバコ	男性	21.2%	17.0%	R16	県民健診問診結果 (CSV) 特定健診問診結果 (CSV)
62	を吸っている者の割合の減少)	女性	2.0%	0%		
63	妊娠中の喫煙をなくす (妊婦の喫煙者の人数の減少)	R4	1人	R16	0人	妊娠届出時 問診結果

(6) 歯・口腔の健康

目標項目		現況値		目標値		出典
64	3歳児でむし歯のない者の割合の増加 (3歳児健康診査受診児のうち蝕有病率の減少)	R4	100%	R16	100%	3歳児健康診査受診結果
65	12歳児のむし歯の本数が1本以下 (中学1年生の永久歯一人平均う歯数)	R4	1.92歯	R16	1本以下	3歳児健康診査受診結果 鮫川村子どもの健康を 守る会統計
66	12歳児でむし歯のない者の割合の増加 (中学1年生の永久歯のむし歯のない者)	R4	38.5%	R16	95.0%	鮫川村子どもの健康を 守る会統計
67	1年間に歯科検診を受診した者の増加 (歯周疾患検診の人数・受診率の増加)	R4	18人	R16	22人	鮫川村歯周病検診受診結果
68			10.8%		13.5%	

1-3 生活機能の維持・向上

		目標項目		現況値		目標値		出典		
69	フレイルになる者の減少	男性	質問項目 7	R4	59.0%	R16	45.0%	後期高齢者 健診問診結果 (CSV)		
70			質問項目 9						45.0%	
71			質問項目11						20.0%	
72		女性	質問項目 7						67.5%	55.0%
73			質問項目 9						53.7%	48.0%
74			質問項目 4						33.1%	30.0%
75	骨粗鬆症検診受診率の向上			R4	18.4%	R16	20.0%	骨粗鬆症検診受診結果		
76	心理的苦痛を感じている者の減少	精神疾患で治療を受けている者の割合・人数 (自立支援医療受給者)	人数	R4	29人	R16	30人	自立支援医療 受給者名簿		
77			割合						61.7%	60.0%
78		75歳以上で毎日の生活に「やや不満」・「不満」と感じている者の割合	男性	R4	2.9%	R16	2.0%			
79			女性						6.9%	6.0%
80	【再掲】 低栄養傾向の高齢者の減少 (75歳以上のBMI18.5未満の者の10%減少)	男性		R4	5人 (3.5%)	R16	4人	後期高齢者 健診問診結果		
81		女性							7人 (4.3%)	6人

○主要政策2 社会環境の向上

2-1 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上

目標項目		現況値		目標値		出典		
82	地域の 人々との つながり が強いと 思う者の 増加	75歳以上で「ふだんか ら家族や友人と付き合 いがある」者の割合	男性	R4	92.8%	R16	95.0%	後期高齢者 健診問診結果
83			女性		91.7%		95.0%	
84		75歳以上で「身近に 相談できる人が いる」者の割合	男性		96.3%		98.0%	
85			女性		94.4%		98.0%	
86	共食している者の 割合	こどもセンター	R4	93.6%	R16	増加	朝食を見直そう 週間アンケート 調査(2回目)	
87		小学生		100.0%		増加		
88		中学生		96.0%		増加		
89	自殺者数の減少		R4	2人	R16	0人	地域実態プロファイル	

2-2 自然に健康になれる環境づくり

目標項目		現況値		目標値		出典
90	防災無線を活用した健康情報の提供の 増加	R4	384回	R16	400回 含健康行動	防災無線実績 (担当係分)

2-3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤づくり

目標項目		現況値		目標値		出典	
91	さめがわ健康ポイント事業 利用者の増加	男性	R4	2人	R16	10人	鮫川健康ポイント 事業利用者台帳
92		女性		8人	R17	16人	

○主要政策3 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

3-1 子ども

目標項目		現況値		目標値		出典	
93	【再掲】 児童・生徒における 肥満傾向児数の減少 (直近5年間の肥満傾向 児数の平均値) *現況値:H30~R4 *目標値:R12~R16	小学1年生	2.2人 (男児0.8人) (女児1.4人)	R4	R16	2人以下	子どもの健康を 守る会統計結果
94		小学5年生	6人 (男児2.6人) (女児3.4人)			5人以下	
95		中学3年生	4.6人 (男児3人) (女児1.6人)			4人以下	

3-2 高齢者

目標項目		現況値		目標値		出典		
96	【再掲】 低栄養傾向の高齢者の割合の減少 (75歳以上のBMI18.5未満の者の 減少)	男性	5人 (3.5%)	R4	R16	4人	後期高齢者 健診結果	
97		女性	7人 (4.3%)					6人
98	【再掲】 フレイルになる者の 減少	男性	質問項目7	R4	R16	45.0%	後期高齢者 健診問診結果 (CSV)	
99			質問項目9			51.1%		45.0%
100			質問項目11			27.3%		20.0%
101		女性	質問項目7			67.5%		55.0%
102			質問項目9			53.7%		48.0%
103			質問項目4			33.1%		30.0%

3-3 女性

目標項目		現況値		目標値		出典	
104	【再掲】 若い世代の女性の 「やせ」の者の 10%減少	19~39歳の BMI18.5未満	4人 (16.0%)	R4	R16	3人	県民健康診査結果
105		BMI18.5未満の 妊婦	2人 (18.2%)			1人	妊娠届出時 問診結果
106	【再掲】 骨粗鬆症検診受診率の向上		R4	18.4%	R16	20.0%	骨粗鬆症検診受診結果
107	【再掲】 19歳以上の一日当たりの 純アルコール摂取量が20g以上 の者の割合の減少	男性	R4	6.3%	R16	3.0%	県民健康診査問診結果 (CSV) 特定健康診査問診結果 (CSV)
108		女性					
109	【再掲】 妊娠中の喫煙者の減少 (妊婦の喫煙者の人数の減少)		R4	2人	R16	0人	妊娠届出時 問診結果

第5章 計画の進行管理と評価

本計画の円滑で確実な推進を図るため、鮫川村健康づくり推進協議会において計画の進行管理と評価を行っていきます。

また、本計画の趣旨や内容について、村の広報誌及びホームページの掲載、保健事業等の実施機会に併せて公表・周知を行ない、村民の健康づくり運動の普及啓発に努めます。

毎年度各事業の進捗状況を把握しPDCA サイクルの考え方を基本として、効果的な施策執行と課題解決を図り、計画を推進します。必要に応じて、目標項目や施策の方向性等の計画の見直しを行います。

なお、評価にあたっては、毎年行う年次評価に加え、計画の目標年度(令和16年度)には最終的な評価を行い、計画期間における全ての目標項目の達成状況等を評価するとともに、得られた課題等を次期計画に向けて整理し、さらなる健康づくり推進につなげていきます。

定期的な評価のほかにも、社会情勢の変化に応じて、適時・適切に事業効果の評価を行い、PDCA サイクルの着実な実行を図ります。事業の推進や評価については、KDB等のデータを積極的に活用し、エビデンスに基づくより実効性の高い施策を展開していきます。

