

安平町健康増進計画 第3次

健康あびら21

～ぬくもりのなかで、いのちを育む～

計画期間：令和6年4月～令和18年3月

安 平 町

令和6年3月

目 次

第1章	計画策定にあたって	-1-
	Ⅰ 計画改定の趣旨	-1-
	Ⅱ これまでの健康増進対策の背景	-1-
	Ⅲ 計画の性格と位置づけ	-2-
第2章	安平町の現状	-4-
	Ⅰ 人口の構造	-4-
	Ⅱ 出生	-5-
	Ⅲ 平均余命及び平均自立期間	-5-
	Ⅳ 死亡	-6-
	Ⅴ 医療	-10-
	Ⅵ 健康診査	-14-
	Ⅶ 歯科保健	-17-
	Ⅷ 介護保険	-20-
	Ⅸ 食と健康	-22-
第3章	課題別の実態と対策	-28-
	Ⅰ 健康あびら 21（第2次）の評価について	-28-
	Ⅱ 基本理念	-34-
	Ⅲ 基本方針	-35-
	Ⅳ 計画体系のイメージ	-37-
	Ⅴ 分野別の取り組み	
	1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防	-38-
	(1)がん	-38-
	(2)循環器疾患	-43-
	(3)糖尿病	-52-
	(4)慢性閉塞性肺疾患	-54-
	2. 生活習慣の改善	-56-
	(1)栄養・食生活・食農 「食育計画」	-56-
	(2)身体活動・運動	-62-
	(3)歯の健康 「歯科保健計画」	-66-
	(4)たばこ（喫煙）	-70-
	(5)アルコール（飲酒）	-73-
	3. 休養・こころの健康	-76-

4. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	-94-
(1) こども「母子保健計画」	-94-
(2) 高齢者	-106-

第4章 計画の推進 ・ 目標値設定	-113-
-------------------	-------

参考資料

1. 安平町地域福祉総合検討推進会議保健部会名簿
2. 関係機関
3. 事務局・担当部署

第1章 計画策定にあたって

I. 計画改定の趣旨

社会環境の変化に伴う生活習慣病の増加が社会問題として顕在化し、町民がいつまでも住み慣れた地域で心身ともに健康で暮らせる健康寿命をできる限り延ばしていくために、食習慣や運動など、望ましい生活習慣を身につけ生涯を通じた健康づくりに取り組んでいくことが必要です。安平町では平成21年3月に、「健康日本21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、安平町の特徴や町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「健康あびら21」を策定し推進してきました。

今回策定する「健康あびら21」（安平町健康増進計画第3次）は、第2次計画による進捗を視野に入れ、安平町国民健康保険保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）、安平町特定健診等実施計画（第4期）と整合性を図り、平成17年に公布された食育基本法に規定する「食育推進計画」と、「歯科保健計画」「母子保健計画」「自殺対策計画」を網羅した計画として定め、町民、行政、関係団体と連携し、安平町らしい「健康増進」と「食育」「歯科保健」母子保健」「自殺対策」の活動を展開していこうとするものです。

II. これまでの健康増進計画の背景（国の動きを中心に）

（1）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2次）（平成25年～）

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳児期、青壮年期、高齢期等の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、健康づくりを推進。

安平町は、健康あびら21（第2次）を、期間を平成26年度から令和5年度までとして策定しました。

（2）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）（令和6年～）

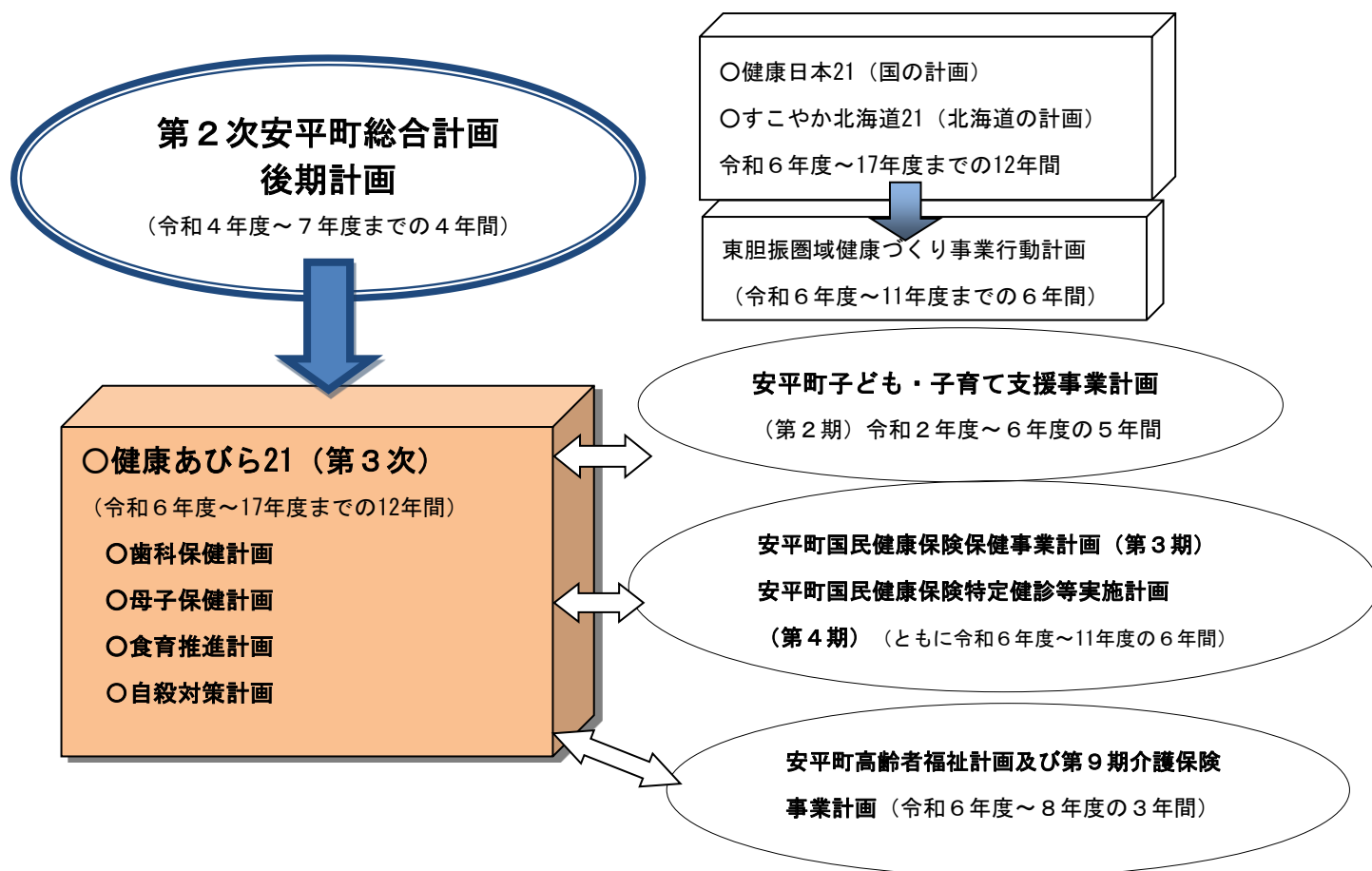
国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針に基づき開始。

その推進に当たっては、これまでの取組の変遷に留意しつつ新たな健康課題や背景を踏まえながら、取り組んでいくことが必要です。

今回の計画は第三次国民健康づくり運動に関わる取り組みであり、これまでの計画を見直し新たな健康課題や社会背景を踏まえながら取り組んでいきます。

Ⅲ. 計画の性格と位置づけ

- ◎ 安平町健康増進計画（健康あびら 21）は、健康増進法第 8 条第 2 項に規定する市町村健康増進計画に位置づけ、道が策定している「北海道医療計画」「すこやか北海道 21」の主旨を踏まえ生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持向上により、健康寿命の延伸を目指し、地域による健康格差の縮小の実現のため町民の健康増進を総合的に推進していきます。
- ◎ 「食育推進計画」は食育基本法第 18 条及び北海道の「どさんこ食育推進プラン」に基づく安平町の食育推進計画として健康増進計画と整合性を図り策定するものです。
- ◎ この計画は、「第 2 次安平町後期総合計画」を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。
- ◎ 保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する安平町国民健康保険特定健診等実施計画と一体的に策定するものとし、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図り、増加する医療費の抑制に努めます。
- ◎ また、安平町では、子どもから高齢者まで各年齢層における健康推進を目標とした計画とするため、安平町子ども・子育て支援事業計画（第 2 期）と整合性を図り母子保健・歯科保健・自殺対策計画と調和を図りながら健康づくりを推進していきます。



計画作成にあたり関係法律および計画一覧

法 律	北海道の計画	安平町が策定した計画	(主管・関係機関)
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道 21」	健康あびら 21 第 3 次	健康福祉課健康推進グループ
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道保健医療福祉計画 北海道医療費適正化計画	安平町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画第 3 期） 安平町国民健康保険特定健診等実施計画（第 4 期）	健康福祉課国保・介護グループ
食育基本法	第 4 次北海道食育推進計画「どさんこ食育推進プラン」	(健康あびら 21 第 3 次)	教育委員会学校教育グループ 産業振興課農政・畜産グループ 健康福祉課健康推進グループ
次世代育成支援対策推進法		安平町子ども・子育て支援事業計画（第 2 期）	教育委員会学校教育グループ
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(健康あびら 21 第 3 次)	健康福祉課健康推進グループ
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	健康あびら 21 第 3 次	健康福祉課健康推進グループ
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	安平町高齢者福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画	健康福祉課国保・介護グループ

(1) 計画の期間

本計画の期間は、令和 6 年度から 17 年度までの 12 年間とします。また、6 年後の令和 11 年度を目途に中間評価を行い、必要に応じて見直しを行うこととします。

(2) 計画の作成体制

この計画は、下記による委員会等を経て策定しています。

①安平町地域福祉総合検討推進委員会

本計画の策定にあたり、保健福祉関係者や学識経験者からなる安平町地域福祉総合検討推進委員会における専門部会「保健部会」で計画内容の審議を行います。

②庁舎内関係部署との連携

健康福祉課長・参事以下の職員、教育委員会事務局、産業振興課農政畜産グループと連携して計画を策定していきます。

③安平町町民参画推進条例に則り、パブリックコメントにより町民の意見や提案を募集します。

第2章 安平町の現状

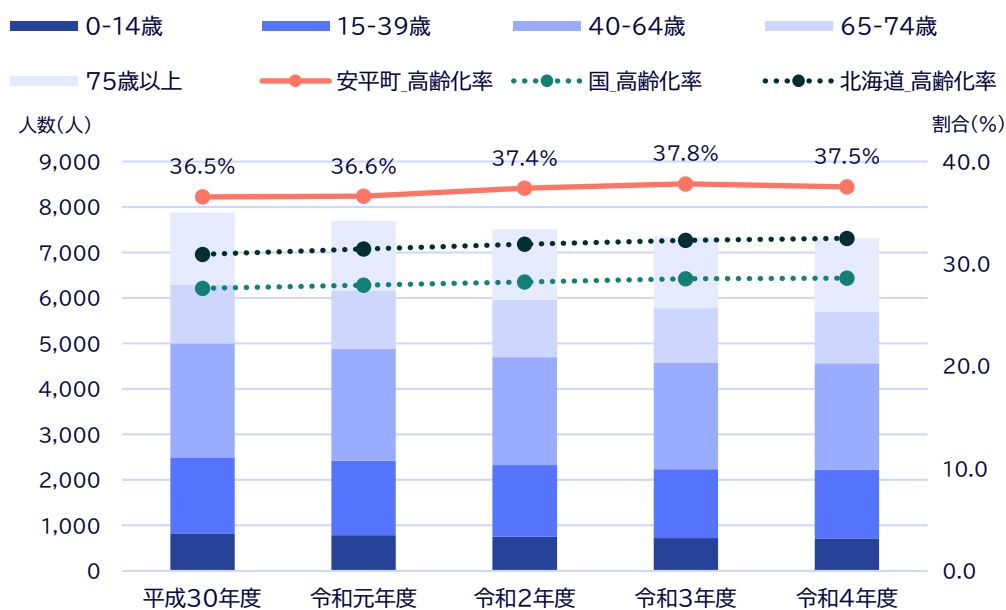
I. 人口の変化と高齢化率及び経年推移

令和4年度の人口は7,310人で、平成30年度以降571人減少しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は37.5%で、平成30年度と比較して、1.0ポイント上昇しています。国や北海道と比較すると、高齢化率は高いです。

近年、安平町においては人口減少が抑えられ、増加傾向となっているのが特徴です。

図表1 人口の変化と高齢化率



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
0-14歳	811	10.3	786	10.2	752	10.0	725	9.9	713	9.8
15-39歳	1,686	21.4	1,639	21.3	1,572	20.9	1,512	20.6	1,511	20.7
40-64歳	2,504	31.8	2,453	31.9	2,374	31.6	2,334	31.8	2,343	32.1
65-74歳	1,295	16.4	1,279	16.6	1,259	16.8	1,203	16.4	1,131	15.5
75歳以上	1,585	20.1	1,537	20.0	1,547	20.6	1,577	21.5	1,612	22.1
合計	7,881	-	7,694	-	7,504	-	7,351	-	7,310	-
安平町_高齢化率	36.5		36.6		37.4		37.8		37.5	
国_高齢化率	27.6		27.9		28.2		28.5		28.6	
北海道_高齢化率	30.9		31.4		31.9		32.3		32.5	

【出典】住民基本台帳_平成30年度から令和4年度 各年1月1日時点

II. 出生

安平町の出生率は、全国より低い状況ですが、全道よりは高くなっています。(図表2)

出生数は年によってバラつきがありますが50~60名の出生数があります。(図表3)

低出生体重児は毎年出生していますが、その割合は減少の傾向にあります。(図表3)

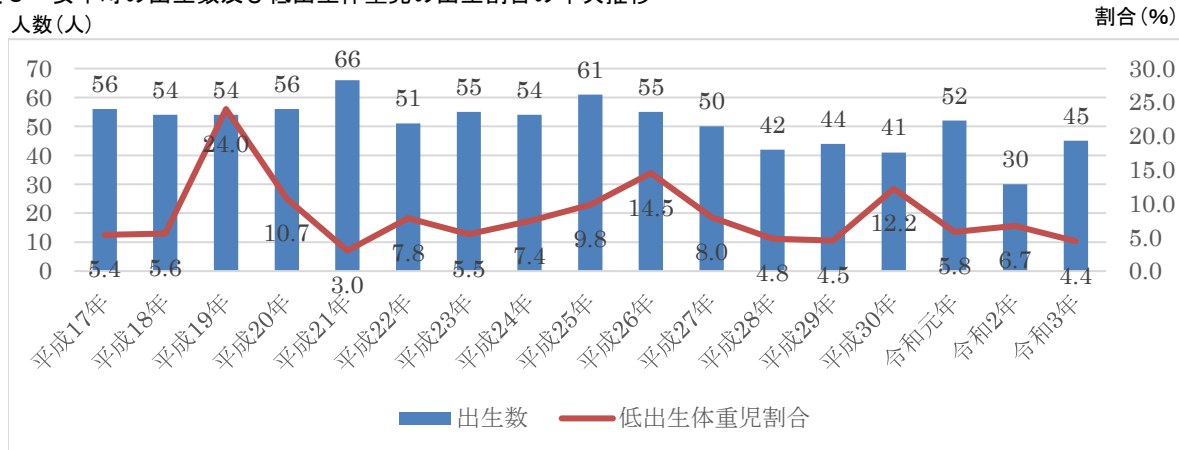
図表2 出生率及び低出生体重児出生率

	全国		全道		安平町	
	出生数・出生率(人口千対)		出生数・出生率(人口千対)		出生数・出生率(人口千対)	
出生数・出生率(人口千対)	811,622人	6.6	28,762人	5.6	45人	6.3
※低出生体重児出生数(出生千対)	76,060人	93.7	1,122人	94.5	2人	44.4

※低出生体重児とは2500g未満の出生児を指す

【出典】令和3年 北海道保健統計年報

図表3 安平町の出生数及び低出生体重児の出生割合の年次推移



【出典】北海道保健統計年報

III. 平均余命及び平均自立期間

図表4 平均余命と平均自立期間

(年)

	男性			女性		
	平均余命	平均自立期間	差	平均余命	平均自立期間	差
安平町	79.1	77.7	1.4	87.6	84.7	2.9
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
北海道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
※同規模	81.0	79.5	1.5	87.4	84.2	3.2

※表内の「同規模」とは、人口規模が安平町同程度の市町村の平均を指す

【出典】KDB(国保データベースシステム:北海道国保連合会配信) 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

（※1）平均余命は、男性は79.1年で国・道より短いです。女性は87.6年で国より短く、北海道より長いです。

（※2）平均自立期間は、男性の平均自立期間は77.7年で、国・北海道より短いです。女性の平均自立期間は84.7年で、国・北海道より長いです。（図表4）介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.4年で、平成30年度以降縮小しており、女性も2.9年で縮小しています。

【用語説明】

※1 平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している。

※2 平均自立期間：0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。

IV. 死亡

図表5 死因別死亡割合 (%)

順位	死因	安平町	国	北海道
		割合		
1位	悪性新生物	29.9	26.5	29.2
2位	心疾患（高血圧性除く）	13.1	14.9	14.3
3位	脳血管疾患	11.2	7.3	6.9
4位	腎不全	5.6	2.0	2.5
5位	高血圧症	3.7	0.7	0.8
5位	肺炎	3.7	5.1	5.0
5位	老衰	3.7	10.6	8.3
8位	糖尿病	2.8	1.0	1.2
8位	大動脈瘤及び解離	2.8	1.3	1.5
10位	自殺	1.9	1.4	1.3
11位※同率	肝疾患	0.9	1.3	1.1
11位※同率	不慮の事故（交通事故除く）	0.9	2.4	2.3
-	死亡総数	107人	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態 令和3年度

(P6、図表4) 令和3年度の人口動態調査から、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の29.9%を占めています。

予防可能な重篤な疾患である「心疾患(高血圧性除く)」は第2位(13.1%)、「脳血管疾患」は第3位(11.2%)、「腎不全」は第4位(5.6%)であり、いずれも死因別死者数の上位に位置しています。

図表6 安平町の主要死因の経年変化(年次)

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
第1位	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物
第2位	心疾患	心疾患	1位:心疾患	心疾患	心疾患
第3位	脳血管疾患	脳血管疾患	肺炎	脳血管疾患	脳血管疾患
第4位	肺炎	不慮の事故	不慮の事故	老衰	肺炎・老衰
第5位	自殺	自殺	6位:脳血管疾患 なし:自殺	肺炎 不慮の事故 7位:自殺	6位:糖尿病 7位:自殺

【出典】平成29年～令和3年北海道保健統計年報

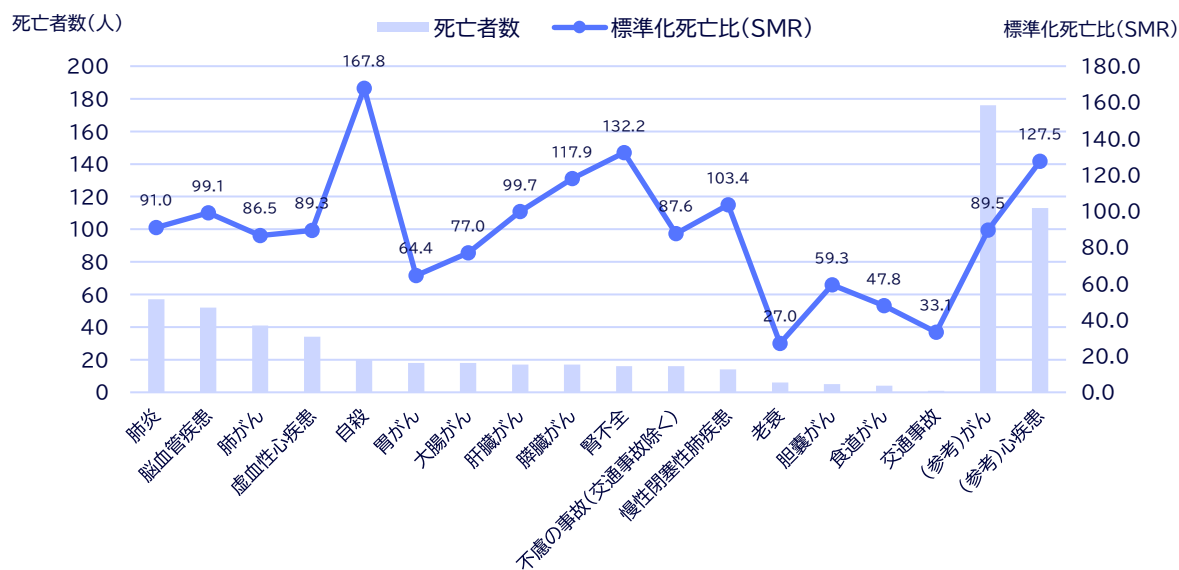
主要死因の5年間の変化をみると、1位を悪性新生物が占めています。2、3位は年によって順位は変化していますが、心疾患と脳血管疾患となっています。心疾患は高めに推移していることがわかります。第4位は肺炎が占めています。また、自殺が第5位～7位に入っています。(図表5)

主要死因の **※3** SMR(標準化死亡比)を平成22年から令和元年までの10年間をみると、安平町で男女とも高い水準を示しているのは、腎不全とすい臓がんです。男性では自殺と慢性閉塞性肺疾患、女性では虚血性心疾患と乳がんが高くなっています。(P8、図表7、8)

【用語説明】

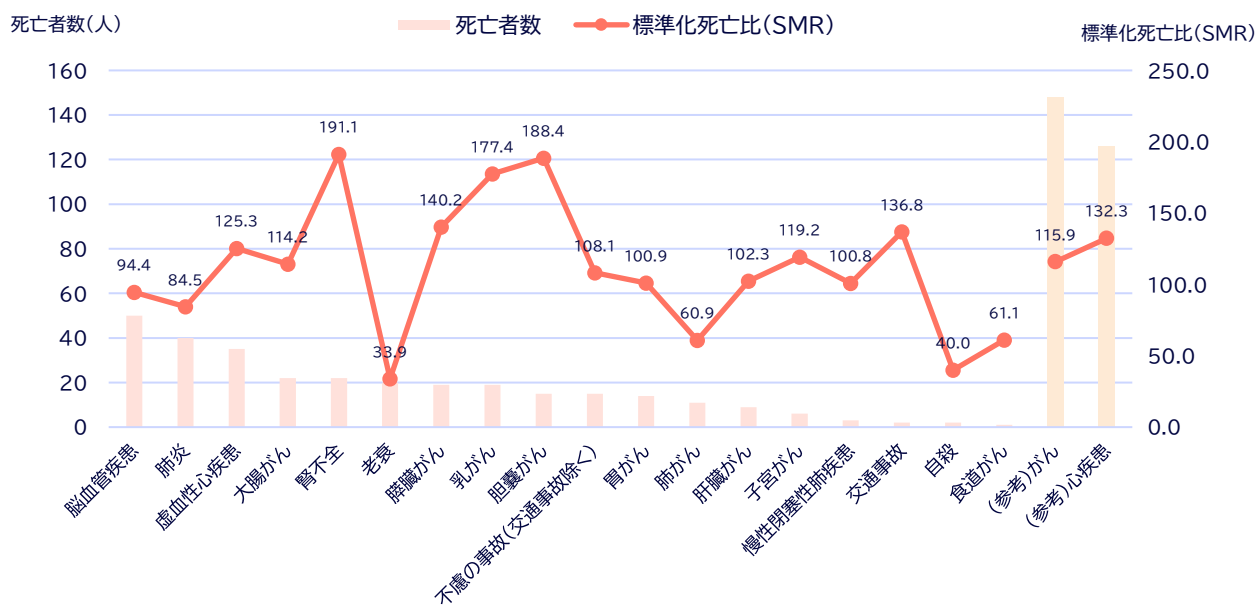
※3 SMR(標準化死亡比): 基準死亡率(人口10万対の死亡者数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

図表7 平成22年から令和元年までの10年間における主要死因のSMR男性)



【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ（平成22年～令和元年）

図表8 平成12年から21年までの10年間における主要死因のSMR（女性）



【出典】公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ（平成22年～令和元年）

早世死亡（全死亡に占める64歳以下の割合）については、年によってバラつきがありますが令和3年は男女どちらも北海道と比較すると高くなっています。（図表8）

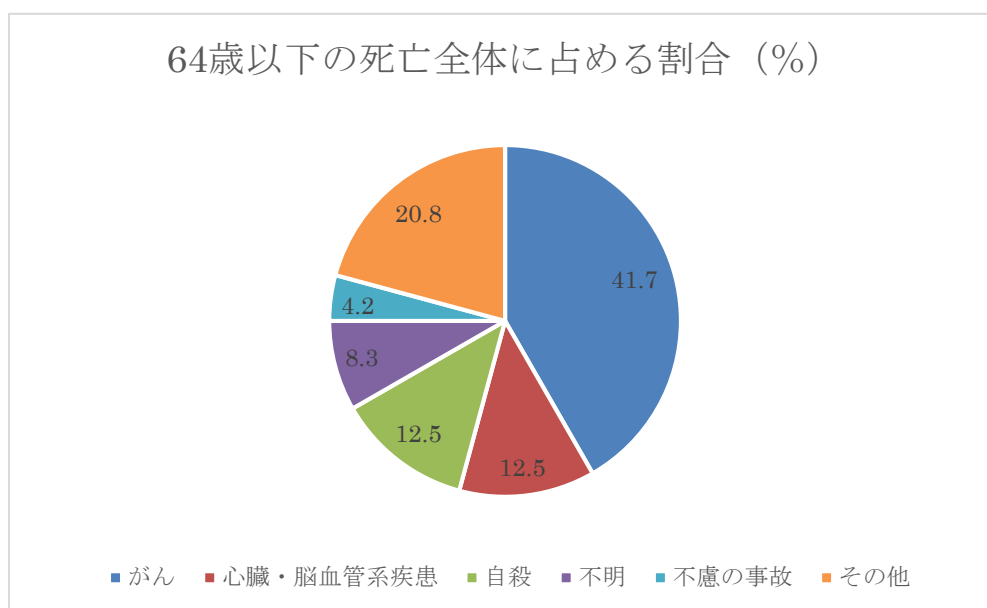
原因となる死因を見てみると、がんが41.7%、心臓や脳などの血管系の疾患が12.5%、自殺が12.5%となっています。（図表9）

図表9 早世死亡の状況（全死亡に占める64歳以下の割合）

	全道 (令和3年)	安平町					
		令和2年次		令和3年次		令和4年次	
	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
総数	8.7	8	6.5	13	12.4	5	4.2
男性	11.0	6	9.1	9	16.0	3	5.1
女性	6.4	2	3.4	4	8.2	2	3.3

【出典】令和2年～令和4年安平町死亡統計

図表10 早世死亡の内訳



【出典】令和2年～令和4年安平町死亡統計

V. 医療

安平町の医療機関は、医院・診療所が2カ所、歯科医院が4カ所あります。

第2次医療圏域は苫小牧市ですが、地理的条件に恵まれ交通の利便性が良い安平町は千歳市や札幌市などの第3次医療圏域である道央圏域へも比較的自由に通院圏内となっています。

ただし、高齢者などはデマンド交通等を利用し町内医療圏域への通院者が多くなっています。

(1) 国民健康保険

①国民健康保険加入者構成

安平町の国民健康保険加入者は、令和4年度で23.0%であり国や北海道と比較して、高い加入率となっています。また、加入者のうち、前期高齢者(64歳～74歳)が占める割合が高くなっています。高齢化が進むと受療率は高くなり医療費の増加が予測されます。

図表 11 国民健康保険加入者構成

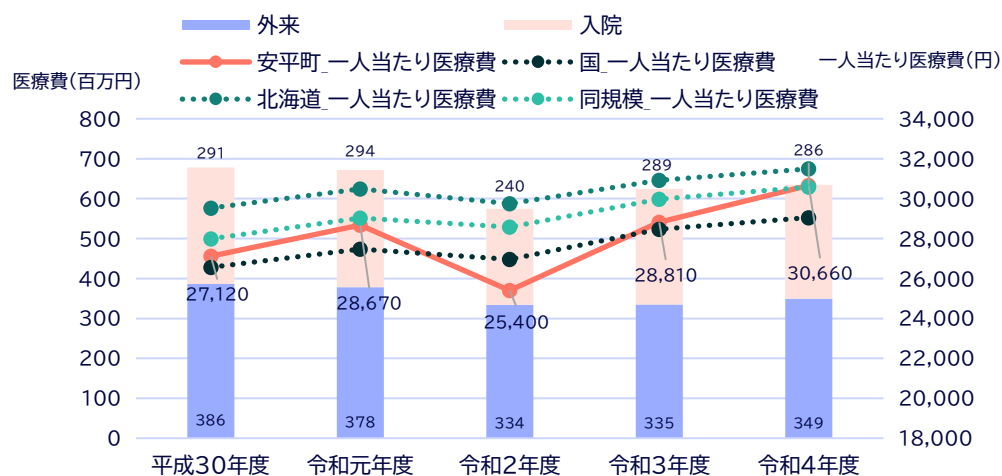
	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
0-39歳	404	19.9	383	19.9	374	20.1	372	20.8	350	20.8
40-64歳	682	33.7	642	33.4	624	33.5	610	34.1	591	35.1
65-74歳	940	46.4	897	46.7	864	46.4	805	45.0	742	44.1
国保加入者数	2,026	100.0	1,922	100.0	1,862	100.0	1,787	100.0	1,683	100.0
安平町_総人口	7,881人		7,694人		7,504人		7,351人		7,310人	
安平町_国保加入率	25.7%		25.0%		24.8%		24.3%		23.0%	
国_国保加入率	22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
北海道_国保加入率	21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%	

※加入率は、KDB 帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で除して算出しています。

【出典】住民基本台帳 KDB 帳票 S21_006-被保険者構成 平成30年から令和4年 年次

②総医療費及び一人当たり医療費

図表 12 総医療費・一人当たりの医療費



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合 (%)	平成30年度からの変化率 (%)
医療費 (円)	総額	677,738,480	671,633,070	574,468,610	623,970,860	634,961,720	-	-6.3
	入院	291,326,820	293,558,410	240,011,510	288,893,640	285,932,220	45.0	-1.9
	外来	386,411,660	378,074,660	334,457,100	335,077,220	349,029,500	55.0	-9.7
一人 当たり 医療費 (円)	安平町	27,120	28,670	25,400	28,810	30,660	-	13.1
	国	26,560	27,470	26,960	28,470	29,050	-	9.4
	北海道	29,530	30,480	29,750	30,920	31,490	-	6.6
	同規模	27,990	29,020	28,570	29,970	30,580	-	9.3

※一人当たり医療費は、月平均を算出。

【出典】 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

令和4年度の総医療費は約6億3,500万円、平成30年度と比較して6.3%減少しています。
 一人当たり医療費は総医療費を国保加入者数で除したもので集団比較や経年比較に用いられます。
 令和4年度の一人当たり医療費は30,660円で、平成30年度と比較して13.1%増加しています。
 一人当たり医療費は北海道より少なく、国より多いです。(P11 図表12)

③生活習慣病の医療費

生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度で比較すると減少しています。特に、疾病別に見た場合、「糖尿病」「高血圧症」の医療費が減少しています。

また、令和4年度時点で総額医療費に占める疾病別の割合を国や北海道・同規模と比較すると「基礎疾患」の割合が高く、これらの疾患が重症化した生活習慣病では「脳梗塞」「狭心症」「虚血性心疾患」の割合が高くなっています。(図表13)

図表13 生活習慣病医療費の平成30年度比較

疾病名	安平町				国	北海道	同規模	
	平成30年度		令和4年度					
	医療費(円)	割合(%)	医療費(円)	割合(%)				
生活習慣病医療費	147,930,310	21.8	124,905,210	19.7	18.7	16.4	19.1	
基礎疾患	糖尿病	49,883,430	14.8	41,489,880	12.1	10.7	10.1	11.7
	高血圧症	30,529,600		22,364,230				
	脂質異常症	19,482,960		12,807,880				
	高尿酸血症	252,410		218,590				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	1,103,520	0.2	66,360	0.0	0.1	0.1	0.1
	脳出血	3,327,780	0.5	714,620	0.1	0.7	0.6	0.6
	脳梗塞	12,578,160	1.9	13,230,020	2.1	1.4	1.5	1.4
	狭心症	15,940,190	2.4	11,440,450	1.8	1.1	1.4	1.1
	心筋梗塞	1,763,660	0.3	3,762,780	0.6	0.3	0.3	0.4
	慢性腎臓病(透析あり)	13,068,600	1.9	18,810,400	3.0	4.4	2.3	3.8
総額医療費	677,738,480		634,961,720					

【出典】KDB 帳票 S23_003-疾病別医療費分析(大分類) 令和4年度 累計

(2) 後期高齢者医療制度

①後期高齢者医療制度加入者構成

図表 14 高齢者医療制度加入者の状況

	後期高齢者		
	安平町	国	北海道
総人口(人)	7,310	-	-
保険加入者数(人)	1,639	-	-
保険加入率(%)	22.4	15.3	17.0

【出典】

1. 住民基本台帳 令和5年1月1日
2. KDB 帳票 S21_001 -地域の全体像の把握 (後期) 令和4年度累計

後期高齢者医療制度 (以下「後期高齢者」という。) の加入者数は1,639人、後期高齢者加入率は22.4%で、国・道より高いです。(図表 14)

②一人当たりの外来と入院医療費の割合 (国保との比較)

図表 15 区分 (入院・外来) 国との比較

	国保			後期高齢者		
	安平町	国	国との差	安平町	国	国との差
入院_一人当たり医療費 (円)	13,810	11,650	2,160	34,670	36,820	-2,150
外来_一人当たり医療費 (円)	16,850	17,400	-550	33,740	34,340	-600
総医療費に占める入院医療費の割合 (%)	45.0	40.1	4.9	50.7	51.7	-1.0

【出典】 .KDB 帳票 S21_001 -地域の全体像の把握 令和4年度 累計

国保の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて2,160円多く、外来は550円少ないです。後期高齢者の一人当たり医療費のうち、入院は国と比べて2,150円少なく、外来は600円少ないです。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では4.9ポイント高く、後期高齢者では1.0ポイント低いです。

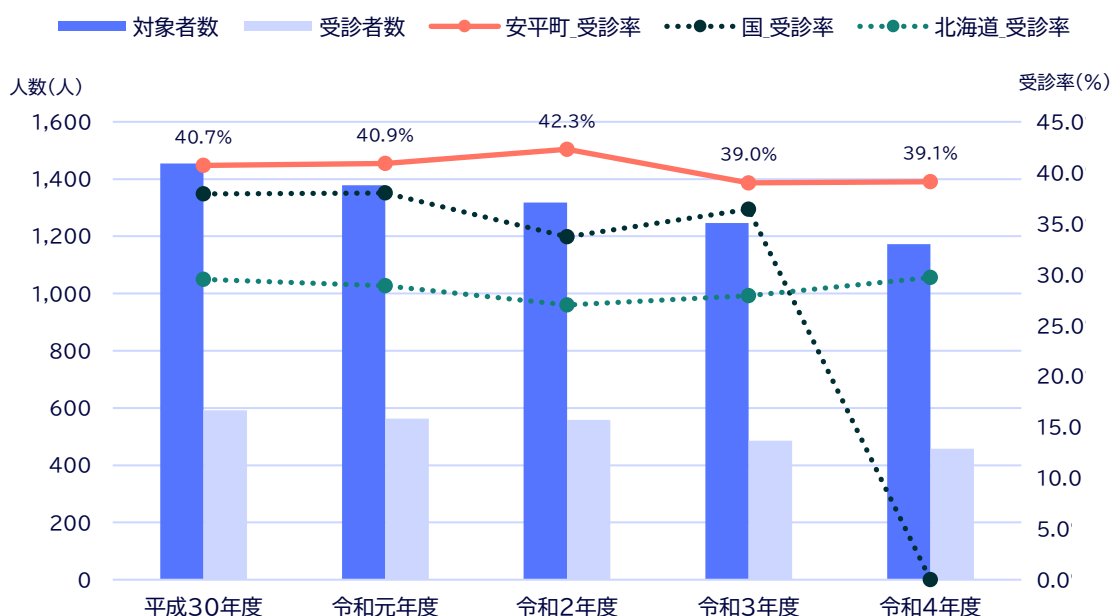
VI. 健康診査

(1) 国民健康保険特定健康診査の状況

国民健康保険の **(※4)** 特定健康診査（以下、特定健診という）・**(※5)** 特定保健指導は、令和4年度の法定報告で、受診率 39.1%、保健指導実施率は 45.9%で、令和4年度の北海道、令和3年度の国よりも高くなっています。（図表 16, P50 図表 48）

安平町では平成20年度から、特定保健指導の他に、発症予防・重症化予防のために、**(※6)** メタボリックシンドローム予備群該当及び基準該当で生活習慣病治療コントロール不良者、高血糖、高血圧、脂質異常症、腎機能低下、心電図有所見で精密検査者等の保健指導や医療機関勧奨を行っています。

図表 16 特定健診受診率（※法定報告値より：国へ報告する数値のことです。）



		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の差
特定健診対象者数 (人)		1,454	1,378	1,318	1,246	1,172	-282
特定健診受診者数 (人)		592	563	558	486	458	-134
特定健診 受診率 (%)	安平町	40.7	40.9	42.3	39.0	39.1	-1.6
	国	37.9	38.0	33.7	36.4	-	-1.5
	北海道	29.5	28.9	27.0	27.9	29.7	-1.6

【出典】厚生労働省 2018 年度から 2022 年 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）及び公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成 30 年度から令和 4 年度。国は令和 3 年度までのみ公表。

【用語説明】

※4 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、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。

※5 特定保健指導：特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には(※7)「積極的支援」、その予備群には(※8)「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。

※6 メタボリックシンドローム：内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。

※7 積極的支援：腹囲とBMI（身長と体重から計算して出す「体格指数」で、25以上が「肥満」18.5未満が「やせ」18.6～24.9が「標準」）から、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。

※8 動機づけ支援：腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。

(2)乳幼児健康診査の状況

図表 17 安平町乳児健康診査受診状況

健診名	年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)
3～5か月児 健診	令和2年度	31	30	96.8
	令和3年度	49	49	100
	令和4年度	28	28	100
6～8か月児 健診	令和2年度	44	40	90.9
	令和3年度	45	45	100
	令和4年度	35	34	97.1
9～13か月児 健診	令和2年度	48	47	97.9
	令和3年度	40	40	100
	令和4年度	35	35	100

【出典】令和2年度～4年度地域保健・健康増進事業報告

図表 18 安平町幼児健康診査受診状況

健診名	年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（％）
1歳6カ月児 健診	令和2年度	42	39	92.9
	令和3年度	40	35	87.5
	令和4年度	49	48	98.0
3歳児健診	令和2年度	50	49	98.0
	令和3年度	41	40	97.6
	令和4年度	49	46	93.9
5歳児健診	令和2年度	50	49	98.0
	令和3年度	45	45	100
	令和4年度	43	42	97.7

【出典】令和2年度～4年度地域保健・健康増進事業報告

乳幼児健康診査では、対象月齢を設定し受診勧奨をしています。経年比較でも対象月齢での受診が高率となっています。1歳6ヶ月・3歳児健康診査では、年度によるバラつきはありますがほぼ90%以上を維持しています。

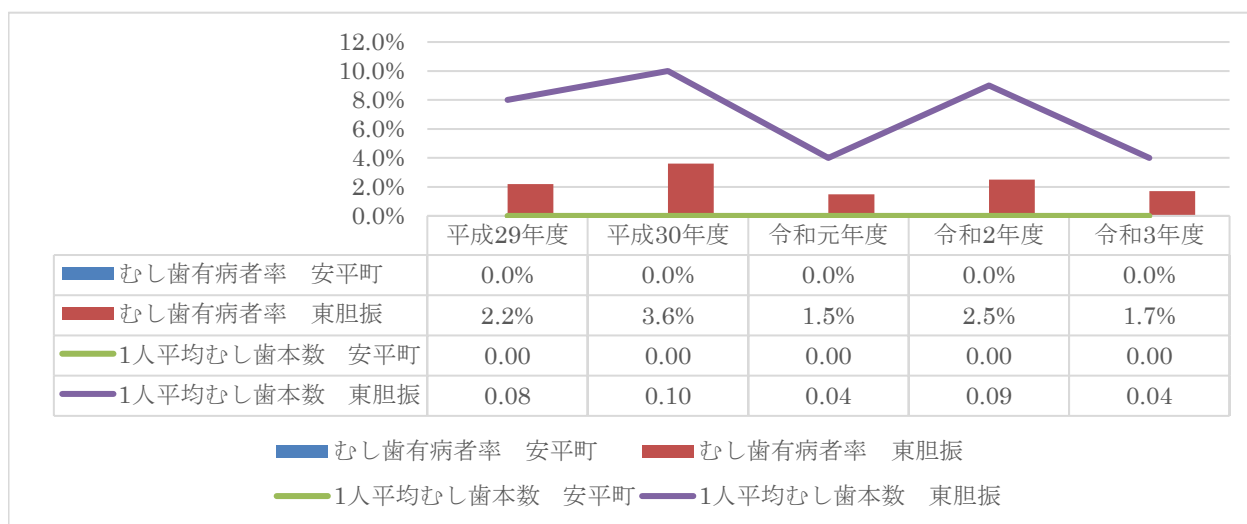
安平町の独自事業である5歳児健康診査も他の健康診査同等に9割を超える受診率になっています。

各種健康診査における未受診児については、受診勧奨後、訪問・相談などで全対象の状況を追跡し把握しています。

VII. 歯科保健

安平町の1歳6ヵ月児の歯の状況は、平成29年度～令和3年度の5年間でむし歯有病率0%と、東胆振地域での近隣町、北海道、国と比べて非常に良好な結果となっています。しかし、年齢が高くなるとむし歯の有病者率が高率になっていきます。(図表19, 20)

図表19 東胆振・安平町の1歳6ヵ月児の歯の状況



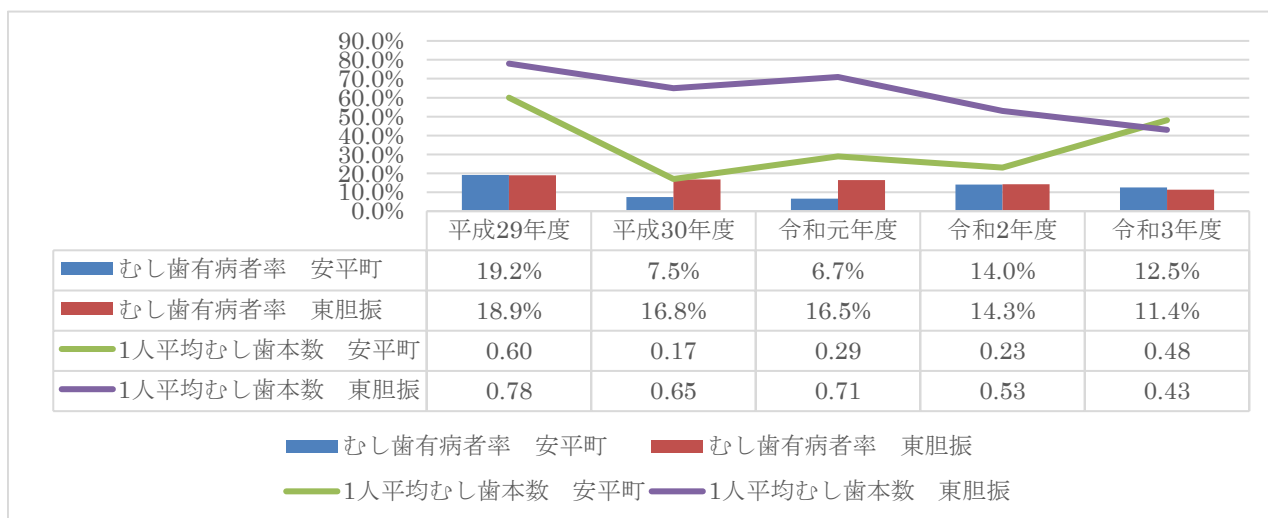
【出典】北海道オープンデータポータル

図表20 1歳6ヵ月児歯科健康診査（むし歯有病者率） (%)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
安平町	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
東胆振	2.2	3.6	1.5	2.5	1.7
北海道	1.9	1.8	1.4	1.5	1.2
国	1.3	1.2	1.0	1.1	0.8

【出典】北海道オープンデータポータル

図表 21 東胆振・安平町の3歳児の歯科状況



【出典】北海道オープンデータポータル

図表 22 3歳児歯科健康診査（むし歯有病者率） (%)

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
安平町	19.2	7.5	6.7	14.0	12.5
東胆振	18.9	16.8	16.5	14.3	11.4
北海道	16.0	14.3	12.8	11.9	10.3
国	14.4	13.2	11.9	11.8	10.2

【出典】北海道オープンデータポータル

図表 23 安平町の5歳児健康診査による歯の状況（令和4年度）

むし歯有病者率	22.2%
1人平均むし歯本数	1.29本

【出典】令和4年度安平町5歳児健診歯科検診結果

安平町の乳幼児健康診査では、3歳を過ぎるとむし歯有病者率が進行しています。令和3年度の3歳児健康診査では12.5%、令和4年度の5歳児健康診査では22.2%と徐々に上昇しています。5歳児健康診査の時点では、永久歯の出現率は年度で数本でありほとんどが乳歯の状況となりますので、この後の永久歯の状況は小学校での歯科健診の結果になります。

(P17 図表 19, 20, P18 図表 21, 22, 23)

図表 24 令和 4 年度 安平町フッ化物塗布受診者の歯科状況

	むし歯有病者率 (%)	1 人平均むし歯本数(本)
1 歳～ 2 歳未満	0.0	0.00
2 歳～ 3 歳未満	5.45	0.11
3 歳～ 4 歳未満	3.39	0.07
4 歳～ 5 歳未満	7.69	0.29
5 歳～ 6 歳未満	8.16	0.16
6 歳～ 7 歳未満	22.73	0.59

【出典】令和 4 年度安平町フッ化物塗布事業歯科検診結果

図表 25 令和 4 年度 安平町学校定期歯科健康診査 小学生の永久歯の状況

学年	1 人平均 むし歯数(本)	内訳			むし歯 有病者率 (%)	治療完了者率 (%)
		平均未処置歯数(本)	平均喪失歯数(本)	平均処置歯数(本)		
小学 1 年	0.05	0.00	0.00	0.05	4.5	100.0
2 年	0.14	0.02	0.00	0.12	4.8	50.0
3 年	0.19	0.02	0.00	0.18	11.3	85.7
4 年	0.08	0.08	0.00	0.00	10.2	60.0
5 年	0.19	0.02	0.00	0.16	14.0	83.3
6 年	0.40	0.02	0.00	0.38	22.9	63.6

【出典】北海道苫小牧保健東胆振圏域学校歯科健診統計

図表 26 令和 4 年度 安平町学校定期歯科健康診査 中学生の永久歯の状況

学年	1 人平均 むし歯数(本)	内訳			むし歯 有病者率 (%)	治療完了者率 (%)	歯肉炎のある 者の割合 (%)
		平均未処置むし歯数(本)	平均喪失歯数(本)	平均処置歯数(本)			
中学 1 年	0.69	0.19	0.00	0.50	27.4	70.6	27.4
2 年	0.31	0.06	0.00	0.24	22.4	72.7	24.5
3 年	1.13	0.17	0.00	0.96	36.5	63.2	23.1

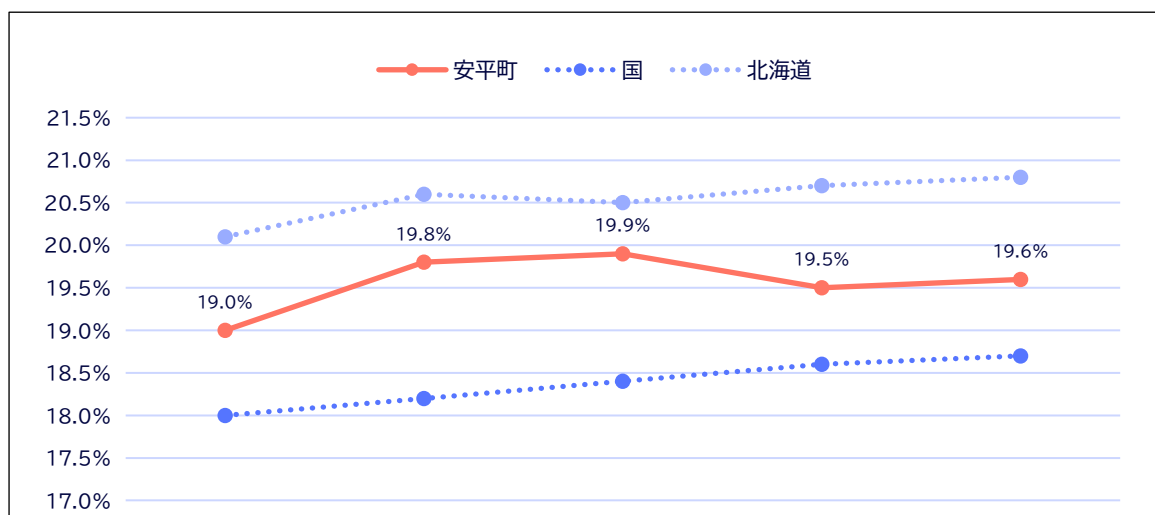
【出典】北海道苫小牧保健東胆振圏域学校歯科健診統計

VIII. 介護保険

(1) 介護認定の状況

安平町の介護保険の認定率は、第1号被保険者（65歳以上）の割合で見ると、国よりやや高く全道より低い数値を示しています。（図表27）

図表27 1号被保険者の認定率（国・北海道との比較）



1号被保険者	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
安平町	19.0%	19.8%	19.9%	19.5%	19.6%
国	18.0%	18.2%	18.4%	18.6%	18.7%
北海道	20.1%	20.6%	20.5%	20.7%	20.8%

【出典】 (1) 住民基本台帳 平成31年から令和5年 各年1月1日集計

(2) KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 平成30年度から令和4年度 累計

(3) KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況平成30年度から令和4年度 累計

安平町の令和4年度末の要介護（支援）認定者数は、554人でした。（P21 図表28）

今後、高齢化が進行するなか軽度（支援1～要介護2）から重度（要介護3～5）へ介護度が移行していくことが予想されます。

図表 28 1号被保険者、2号被保険者（40歳～64歳の加入者）介護度別割合との認定率

	被保険者数（人）	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		安平町	国	北海道
		認定者数（人）	認定率（%）	認定者数（人）	認定率（%）	認定者数（人）	認定率（%）	認定率（%）	認定率（%）	認定率（%）
1号										
65-74歳	1,131	13	1.1	15	1.3	16	1.4	3.9	-	-
75歳以上	1,612	173	10.7	181	11.2	146	9.1	31.0	-	-
計	2,743	186	6.8	196	7.1	162	5.9	19.8	18.7	20.8
2号										
40-64歳	2,343	6	0.3	1	0.0	3	0.1	0.4%	0.4	0.4
総計	5,086	192	3.8	197	3.9	165	3.2	-	-	-

- 【出典】（1）住民基本台帳 令和4年度
 （2）KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
 （3）KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

図表 29 サービス（居宅・施設）・比較（同規模・県・国） × 一件当たり給付費

（円）

	安平町	国	北海道	同規模
計_一件当たり給付費	77,576	59,662	60,965	74,986
(居宅)一件当たり給付費	49,638	41,272	42,034	43,722
(施設)一件当たり給付費	296,307	296,364	296,260	289,312

【出典】KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

一件当たりの介護給費は、居宅、施設サービスともに国や北海道、同規模を上回っています。

IX. 食と健康

私たち人間が生きていくためには、食は欠かせません。しかし、近年生活水準の向上と食の多様化が進み社会情勢の変化も加速し食の大切さに対する意識が希薄になり、健全な食生活が失われつつあります。特に、子ども達が健全な食生活を送ることが健康で豊かな人間性を育てていく基礎となっていきます。子どもへの食育を通じて大人自身の食生活を見直し、地域や社会をあげて食育に取り組んでいくことが求められています。

食育とは、食を通して「元気な身体を育てる」「豊かな心を育てる」「食べ物を作ったり、運んだり、料理したりする能力を育てる」などの目的を持って行う活動の全てをいいます。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、子どもの頃の食習慣は大人になってからの食生活に大きな影響を与えることから、規則正しい食習慣の重要性について啓発することが必要です。

(1) 安平町における食資源の概況

名馬を数多く送り出している馬産地として有名です。また、アサヒメロンの産地としても知られています。

安平町の農業は、地勢や気象といった恵まれた自然条件を生かしながら、小麦、豆類（大豆、黒大豆、小豆）てんさい、加工用スイートコーン等の土地利用型作物による輪作体系とメロン、アスパラガス、ほうれん草等の高収益作物に酪農、肉牛、養豚、養鶏、軽種馬等の畜産を組み合わせた多様で複合的な生産構造による農業経営などにより、気象条件に左右されることの少ない安定的な農業を育てる努力を続け、本町の産業や豊かな自然環境を支える重要な役割を果たしています。第2次安平町農業・農村振興計画が平成29年3月に策定されています。

- 畑作：大豆、なたね、メロン、ホワイトアスパラ、スイートコーン、かぼちゃ、甜菜、ほうれんそうなど
- 畜産：軽種馬、養豚、採卵鶏、肉牛、酪農

環境保全型農業の取り組みについて：近年は環境保全型農業に取り組む生産者が増加しています。

令和5年4月3日に北海道で初めてオーガニックビレッジ宣言を行い、有機農業に代表される環境保全型農業に取り組む人たちの活動をまちづくりに活かしていくこととしました。

図表 30 安平町と北海道と都府県の農業の比較 (令和2年世界農林業センサスほか)

区 分	安平町	北海道	都府県
経営耕地面積 (1戸あたり)	25.4ha	26.2ha	2.1ha
乳用牛飼育頭数 (1戸あたり)	85.5頭	146.2頭	61.9頭
肉用牛飼育頭数 (1戸あたり)	115.6頭	167.8頭	47.0頭

図表 31 安平町の主要農業指標 (令和2年世界農林業センサス)

区分	農家	販売農家	主業農家	農家就業人口(人)
戸数	204戸	175戸	126戸	414人

(2) ライフステージから見た現状

栄養・食生活については、適正体重が指標となります。

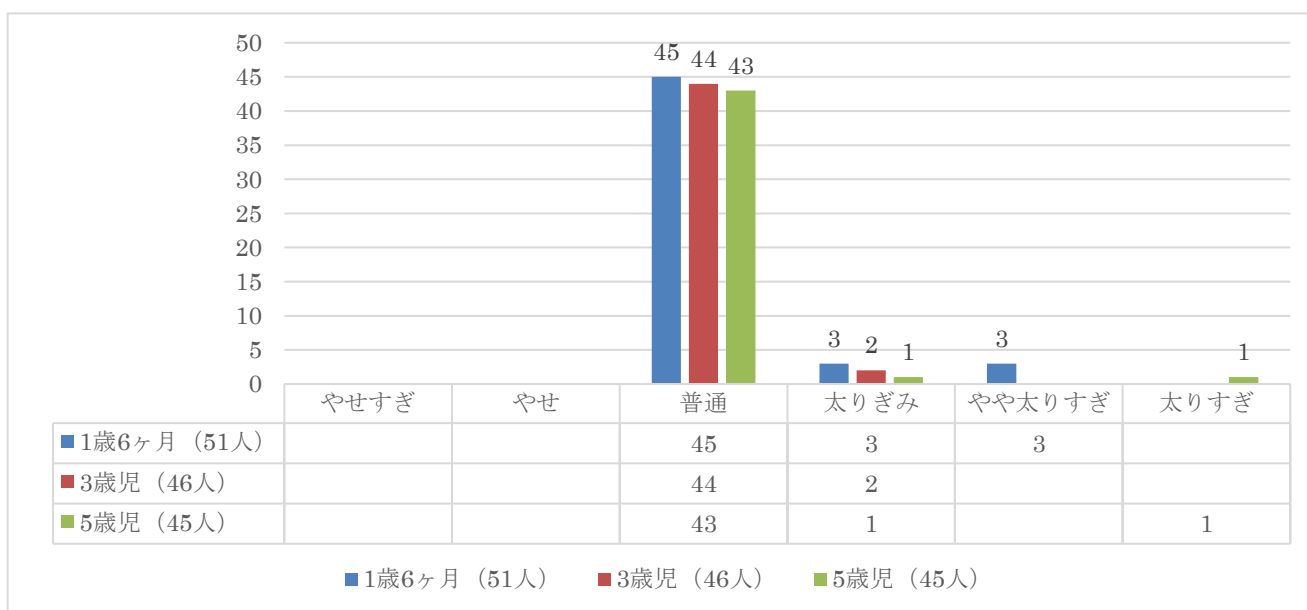
子どもが生まれる前の妊娠期より、妊娠届出時や、パパママ教室等において妊婦の栄養について相談支援を行っています。

①子どもの状況

ア. 乳幼児

乳幼児の肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になる確率が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとされています。特に低出生体重児の場合は将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。安平町では出生後、新生児訪問、乳幼児健康診査・相談などの保健事業を通じ、発育に関する相談を行っています。

図表 32 安平町の幼児健康診査肥満度指数分布 (令和4年度各種幼児健康診査より)

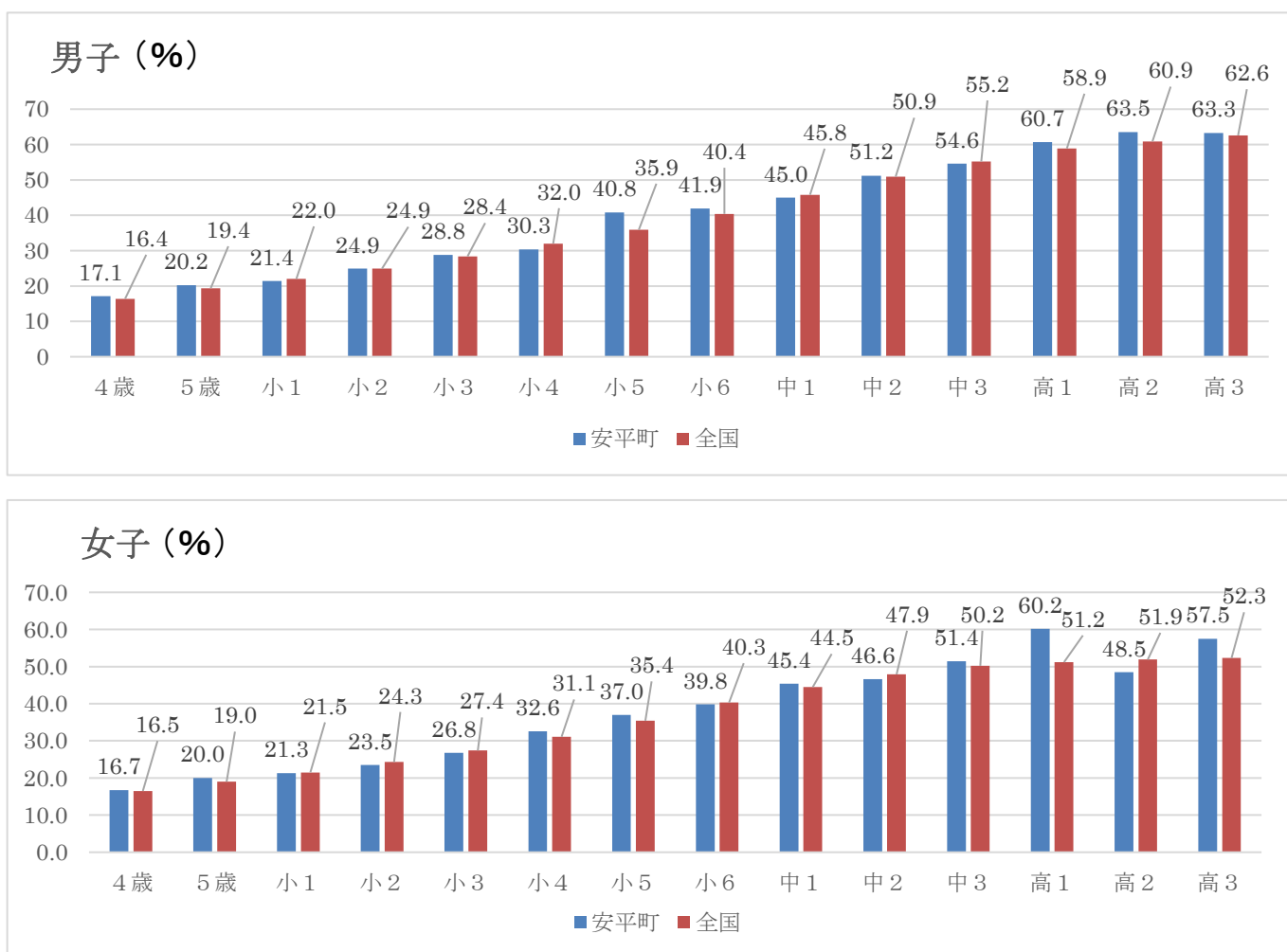


幼児期において肥満度の指数では、普通の幼児がほとんどであり、太りぎみ以上の幼児は全体7%となっています。幼児健康診査で太りぎみ以上の幼児の出生体重は普通であり、1歳を過ぎた頃より著しい体重の増加が見られています。低年齢より肥満の要素が形成されています。(P23 図表 32)

イ. 学童・生徒

小学1年生～中学3年生までの全国平均と比較すると、身長はバラつきがありますが男女とも全国平均より下回っている学年が多く体重は男女とも全国平均を上回る学年が多くみられます。(図表 33)

図表 33 令和3年度における安平町の学童・生徒体重 (kg) (安平町学校保健会発行より)



ウ. 栄養教諭を中核とした食育推進事業の実施

学校に関する食の充実に向けて取り組みが行われています。文部科学省による食に関する指導目標に基づき食育の実践として、町内小学校の栄養教諭が中心となり、小学校において計画的、継続的な食に関する指導が実施されるよう学級担任及び教科担任と協力し食育授業に参画しています。給食を生きた教材とし、食事のマナー、食材の栄養、健康との関わりについて、生産、文化、

歴史、安平町の産業、料理のいわれなど「食に関すること全般」について学級指導等で取り組んでいます。

学校給食では、あながす牛や夢民豚、野菜など安平町の食材を積極的に使っています。町内生産者の食材使用については今後も増える予定です。

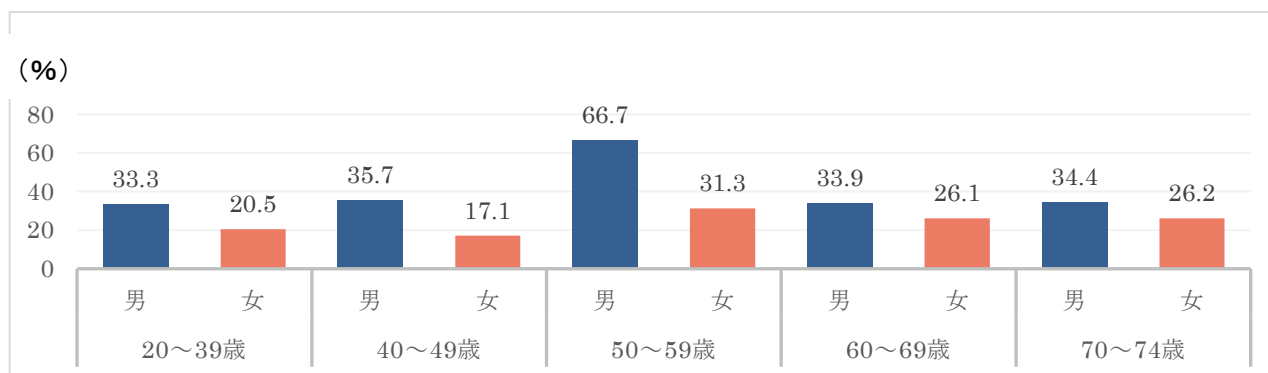
②成人の状況

ア. 年代別の肥満状況

50歳～59歳の男性の肥満者が6割以上となっていて全世代の中で高い割合となっています。令和4年度の基本健診及び特定健診の結果より、男性の肥満者の割合が多い状況です。

(図表 34)

図表 34 安平町の年代別肥満 BMI25 以上の割合 (令和4年度基本・特定健診の結果より)



図表 35 安平町の欠食頻度 (令和4年度の特定・基本健診問診票より)

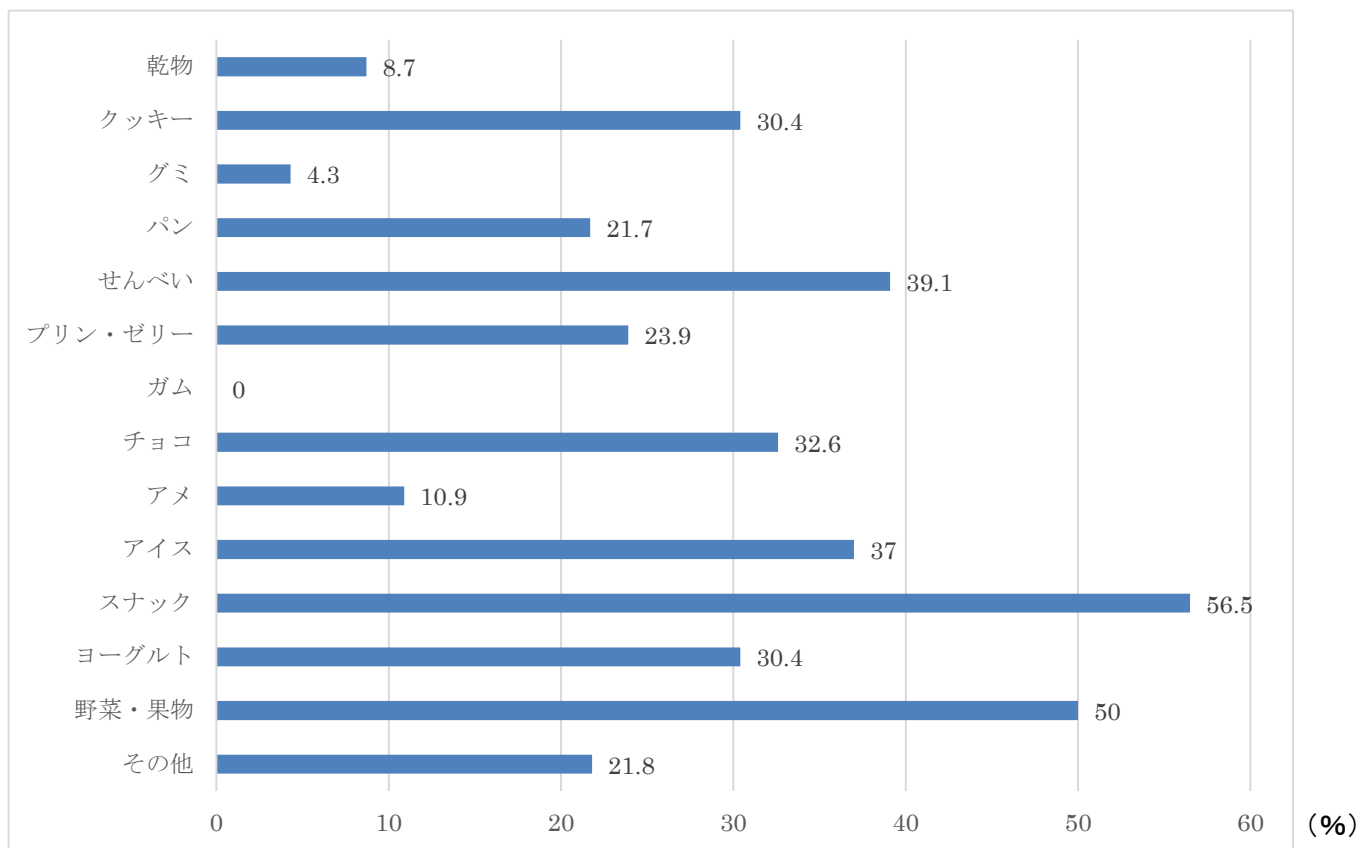
朝食を抜くことが週に3回以上ある割合 (%)		
年代	男性	女性
20～30歳代	13.3	13.6
40歳代	21.4	20.0
50歳代	33.3	15.6
60歳代	16.1	4.5
70歳代	8.3	3.4

世代別にみると、60～70歳代の朝食欠食頻度が低い傾向にあり、男女差では比較的女性の方が低い傾向となっています。(図表 35)

③間食状況

ア. 子どもの間食

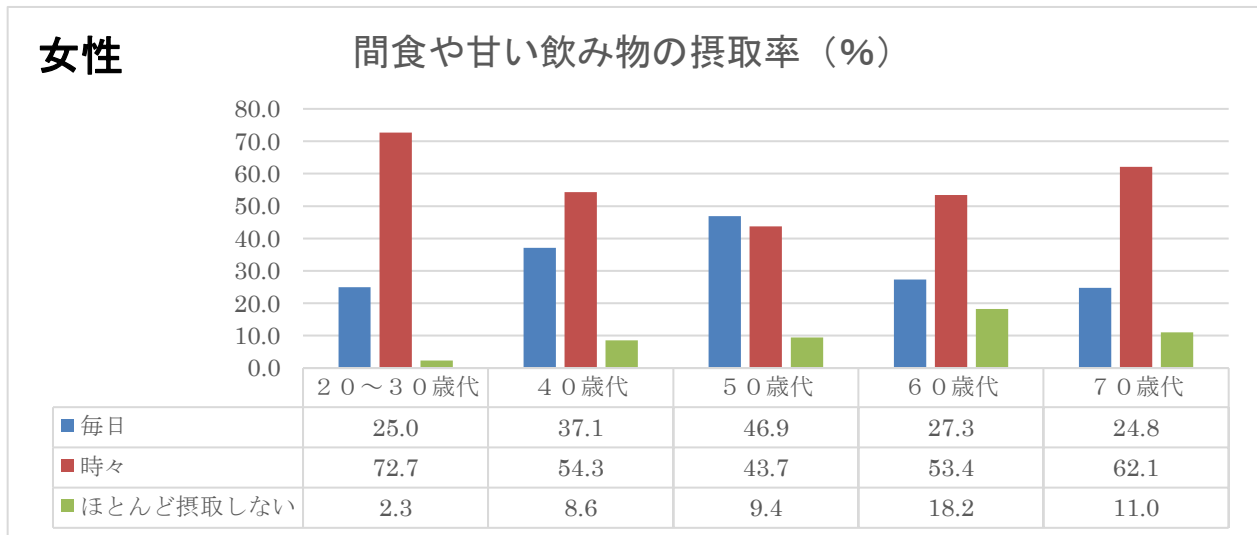
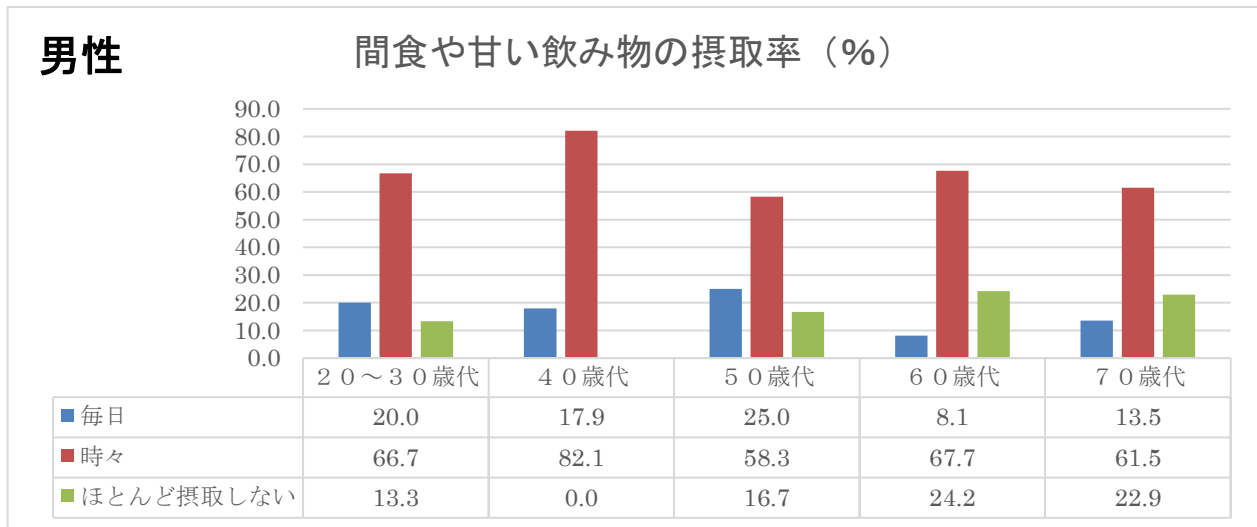
図表 36 よく食べる間食の摂取率 (令和4年度安平町3歳児健康診査の間診票より)



スナック菓子の摂取率が一番高く、次いで果物・野菜、せんべい、アイス等の摂取も高くなっています。(図表 36)

イ. 大人の間食

図表 37 (令和4年度基本・特定健診問診票より)



間食や甘い飲み物を毎日摂取する割合は、全年代とも男性より女性の方が高い結果となりました。ほとんど摂取しない割合は全年代とも男性の方が高くなっています。

ライフステージにおける体重の増加

安平町では、乳幼児の肥満は少ない傾向ですが、小中学生は欠食やお菓子や清涼飲料水などの間食の過剰摂取により体重の増加傾向が見られます。成人では、20歳から50歳代で約3割(50代男性は約6割)の方に肥満が見られ、男性は仕事内容(活動量)の低下に伴う体重増加、女性は妊娠出産に伴う変化や子育ての中の間食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加などの課題があります。また、年齢とともに基礎代謝量の低下により、適正な体重を維持していくために適度な量と内容(質)の食事を摂取することが必要です。

第3章 課題別の実態と対策

I. 健康あびら 21（第2次）の評価について

平成 26 年度に開始した健康増進計画「健康あびら 21＝第2次」は5年間の活動の充実と設定した目標の達成を目的として、下記の理念のもと目標を掲げ、各種事業を推進してきました。前計画の目標項目について、項目を別表にまとめ、達成状況の評価を行いました。

- A 「目標に達した」
- B 「目標に達していないが改善傾向にある」
- C 「変わらない」
- D 「悪化している」
- E 「評価困難」

図表 38 評価別の内訳

評価	内容	個数(個)	割合(%)
A	目標達成	25	25.8
B	改善傾向	17	17.5
C	変わらない	2	2.1
D	悪化している	36	37.1
E	評価困難	17	17.5
項目合計		97	

目標とした 97 項目のうち 25 項目、全体の 25.8%が目標達成できました。(図表 38) 改善傾向を含めると 43.3%でした。項目の詳細は P29～33 に記載しました。目標達成できた項目と悪化した項目について、なぜできなかったのか、何が足りなかったのか、第3次計画でどのような施策が必要なのかを分析していきます。

1. 目標達成された主な項目 (A)

- ①75 歳未満のがんの死亡率
- ②脳血管疾患の死亡率
- ③虚血性心疾患の死亡率
- ④糖尿病治療継続者の割合の減少
- ⑤糖尿病コントロール不良者の減少
- ⑥糖尿病有病者の減少
- ⑦欠食する成人の減少
- ⑧乳幼児・学童のむし歯本数の減少
- ⑨乳幼児健診未受診率の低下などがありました。

これらは、がん検診要精密検査者の受診勧奨を複数回実施したことや、健診受診者のうち、治療中断者や未受診者の受診勧奨や保健指導を実施してきたこと、児童虐待防止の観点から、乳幼

児健診未受診者の受診勧奨及び未把握者の100%把握を目ざして保健師活動を実施した結果と考えられます。

2. 目標に達していないが、改善傾向にある主な項目（B）

- ①各種がん検診受診率
- ②特定健診受診率
- ③特定保健指導実施率
- ④脂質異常症の割合の減少

これらは、改善傾向であるも、目標には及びませんでした。コロナ禍による各種がん検診・健診の受診控えや外出控え等が原因と考えられますが、保健師の人員・稼働不足のため、1.の目標達成項目までしか業務にかけられる稼働がなかったことも原因です。各種検診・健診を受診して早期発見・早期対応の重要性を理解してもらえよう知識や情報の普及啓発を含めた個別受診勧奨の強化や健康教育の実施が必要です。保健師の人員確保及び稼働を確保するための他業務の整理・効率化を考えていく必要があります。

3. 悪化している主な項目（D）

- ①高血圧者割合と服薬率
- ②メタボリックシンドロームの割合
- ③喫煙率
- ④飲酒率
- ⑤適正体重を維持している成人の割合
- ⑥運動習慣のある者の割合

これらは、生活習慣に起因する項目です。悪化した原因は、震災やコロナ禍によるストレス等で、体調不良、受診控え、運動不足、喫煙・飲酒率が増加したことも考えられますが、保健師・栄養士の活動が目標達成された項目に留まってしまったこともあります。保健師・栄養士の稼働不足があります。

第3次計画では、達成できなかった項目に対する保健指導・栄養指導の強化、そのための保健師・栄養士の資質の向上及びこれらの課題解決が町民の健康寿命延伸のために必須であることの危機感を持って活動することが重要です。健康づくり事業の利用促進、地域での健康教育の実施回数を増やす等の対策強化を考えていく必要があります。

分野別取組みにおける数値目標 1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防

目標項目	指標	評価指標・事業名	平成26年度計画策定時	令和4年度目標	現状	評価	達成状況	備考		
健康寿命	①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）：策定時設定なし。第2次計画評価のため、把握可能な数値で評価）	平均自立期間	男	平成28年度 78.9歳	延伸	77.7歳	D	悪化	把握可能な平成28年度データと令和4年データと比較評価。	
			女	平成28年度 83.0歳	延伸	84.7歳	A	目標達成		
(1) がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（人口10万人あたり：策定時設定なし、中間評価から設定）	①75歳未満のがん年齢調整死亡率	平成30年度 79.9	減少	63.5	A	目標達成	年齢調整の基準人口は昭和60年のものを使用して計算。		
	②がん検診の受診率の向上 がん検診については40～69歳までを対象とする ★子宮頸部がんについては20～69歳までを対象とする	ア) 胃がん検診	8.4%	30.0%	10.2%	B	改善傾向	令和2年度14.9%からは悪化。		
		イ) 大腸がん	9.3%	30.0%	13.4%	B	改善傾向	令和2年度17.7%からは悪化。		
		ウ) 肺がん	5.9%	30.0%	12.4%	B	改善傾向	令和元年度17.7%からは悪化。		
		エ) 結核検診・肺がん検診	42.3%	50.0%	41.7%	D	悪化			
		オ) 乳がん検診	17.9%	30.0%	19.7%	B	改善傾向	平成30年度30.4%からは悪化。		
		カ) 子宮頸がん検診	13.2%	30.0%	15.5%	B	改善傾向	平成30年度22.7%よりは悪化。		
(2) 循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人単位）死亡数	脳血管疾患年齢調整死亡率	男	43.5	減少	8.9	A	目標達成	年齢調整の基準人口は昭和60年のものを使用して計算。	
			女	26.6		2.9				
		虚血性心疾患年齢調整死亡率	男	28.1	減少	9.3	A	目標達成		
			女	49.8		15.9				
	②Ⅱ・Ⅲ度高血圧者の割合の減少 (血圧：160/100以上のいずれかの該当者の減少)	Ⅱ・Ⅲ度高血圧者の割合	4.5%	減少	8.7%	D	悪化	特定健診結果一覧より		
	③Ⅱ・Ⅲ度高血圧該当者の治療率：策定時設定なし、中間評価から設定、策定時数値は平成30年度のもの	Ⅱ・Ⅲ度高血圧該当者の治療率	27.8%	増加	42.1%	D	達成	策定時指標ではなかったが、中間評価で追加した指標。平成30年度数値と比較。特定健診結果一覧より		
	④脂質異常症の減少脂質異常症の割合の減少（LDLコレステロール値160以上の者の割合）	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	男	14.0%	10%以下	12.1%	B	改善傾向		特定健診結果一覧より
			女	15.2%		12.5%	B	改善傾向		
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボ該当者の割合	13.3%	減少	16.6%	D	悪化	法定報告（国への報告数値）より			
	メタボ予備群該当者の割合	13.1%	減少	13.3%	D	悪化				
⑥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	28.3%	60%	39.1%	B	改善傾向	法定報告（国への報告数値）より			
	特定保健指導実施率	13.8%	60%	45.9%	B	改善傾向				
(3) 糖尿病	①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析患者数の減少）	糖尿病腎症による年間新規透析患者数	0人	0人	1人	D	悪化	KDB（国保データベースシステム・北海道国保連合会配信データ）帳票№.16人工透析のレセプト分析より		
	②治療継続者の割合の増加（HbA1c値6.5%以上治療中者の割合の増加）	HbA1c値6.5%以上治療中者の割合	47.2%	増加	94.3%	A	目標達成	特定健診結果一覧とKDB帳票№.58疾病管理一覧（糖尿病）の統合データより		
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c値8.4%以上の割合の減少）	HbA1c（NGSP標記）8.4%以上	0.8%	減少	0.57%	A	目標達成	特定健診結果一覧より		
	④糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c値6.5以上の者の割合の減少）	（HbA1c値6.5以上の者の割合）	8.0%	減少	6.7%	A	目標達成	特定健診結果一覧より		
(4) COPD	喫煙率の低下	成人の喫煙率	12.8%	減少	18.7%	D	悪化	特定健診質問票より		
		男性	数値なし		30.2%	D	悪化	令和2年度17.3%から悪化。		
		女性	数値なし		10.3%	D	悪化	令和元年度6.8%から悪化。		
	結核検診（65歳以上対象）及び肺がん検診受診率	結核検診及び肺がん検診受診率	42.3%	増加	41.7%	D	悪化			

分野別取組みにおける数値目標 分野別取組みにおける数値目標 2. 生活習慣の改善

(1) 栄養 (2) 身体活動・運動

目標項目	指標	評価指標・事業名	平成26年度計画策定時	令和4年度目標	現状	評価	達成状況	備考	
2(1) 栄養 A:成人 食育計画	①適正体重を維持している者の増加 (肥満・痩せの減少) (BMI25以上BMI18.5未満の減少)	①BMI25以上者の割合							
		ア:20-39歳	男	50.0%	30%以下	33.3%	A	目標達成	
			女	12.5%	現状維持	20.5%	D	悪化	
		イ:40-49歳	男	29.4%	25%以下	35.7%	D	悪化	
			女	23.8%	20%以下	17.1%	A	目標達成	
		ウ:50-59歳	男	55.6%	30%以下	66.7%	A	目標達成	
			女	23.5%	20%以下	31.3%	D	悪化	
		エ:60-69歳	男	24.2%	20%以下	33.9%	B	改善傾向	
			女	23.6%	20%以下	26.1%	D	悪化	
		オ:70-74歳	男	35.1%	30%以下	34.4%	D	悪化	
女	27.3%		25%以下	26.2%	D	悪化			
2(1) 栄養 B:子ども 食育計画 母子保健計画	②適正体重の子どもの増加	②適正体重の子どもの割合							
	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	ア 全出生数中の低出生体重児の割合	7.0%	減少	8.3%	D	悪化		
	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	イ 肥満傾向にある子どもの割合	数値なし	減少	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難	
2(1) C:栄養・食育 食育計画 母子保健計画	③欠食しない成人の割合	①欠食しない成人(40-74歳)の割合	74.0%	増加	88.3%	A	目標達成		
	②朝食を欠食する子どもの割合(小学6年生)	②朝食を欠食する子どもの割合(小学6年生)	16.0%	減少	4.3%	E	評価困難	計画策定時の数値の出典が不明なため出典が明確な数値は小学6年生のものしかなく評価困難	
	③朝食を欠食する子どもの割合(中学3年生)	③朝食を欠食する子どもの割合(中学3年生)	数値なし	減少	17.2%	E	評価困難	中学3年生の数値:出典	
	④適正な量と質の食事を取る者の増加								
		ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合	数値なし	増加	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難	
		イ 食塩摂取量	数値なし	減少	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難	
		ウ 野菜と果物の摂取量	数値なし	増加	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難	
⑤孤食(食事を独りで食べる子ども)の割合	⑤孤食(食事を独りで食べる子ども)の割合	数値なし	減少	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難		
2-(2) 身体活動・運動	①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上続けている者の割合	ア:40-49歳	男	64.7%	50%以上	50.0%	C	変化なし	中間評価で目標値を変更
			女	38.1%	45%以上	34.3%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
		イ:50-59歳	男	50.0%	50%以上	38.9%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
			女	50.0%	40%以上	12.5%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
		ウ:60-69歳	男	53.7%	55%以上	40.3%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
			女	58.6%	50%以上	31.8%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
		エ:70-79歳	男	75.3%	60%以上	46.9%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
			女	76.6%	60%以上	41.4%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
	②日常生活において歩行又は同等の身体活動を一日1時間以上行っている者の割合	ア:40-49歳	男	17.7%	60%以上	64.30%	A	目標達成	中間評価で目標値を変更
			女	9.5%	70%以上	74.30%	A	目標達成	中間評価で目標値を変更
		イ:50-59歳	男	27.8%	70%以上	66.70%	B	改善傾向	中間評価で目標値を変更
			女	20.6%	50%以上	46.90%	B	改善傾向	中間評価で目標値を変更
		ウ:60-69歳	男	43.9%	75%以上	59.70%	B	改善傾向	中間評価で目標値を変更
			女	38.9%	70%以上	46.60%	B	改善傾向	中間評価で目標値を変更
		エ:70-79歳	男	71.2%	70%以上	54.20%	D	悪化	中間評価で目標値を変更
			女	49.5%	60%以上	57.20%	B	改善傾向	中間評価で目標値を変更

分野別取組みにおける数値目標 2. 生活習慣の改善

(3) 歯の健康、(4) たばこ、(5) アルコール、3. こころの健康

目標項目	指標	評価指標・事業名	平成26年度計画策定時	令和4年度目標	現状	評価	達成状況	備考
2-(3) 歯の健康 歯科保健計画	①むし歯のない1歳6か月児の割合	①う歯のない1歳6か月児の割合	98.4%	100%	100%	A	目標達成	
	②むし歯のない3歳児の割合	②う歯のない3歳児の割合	84.3%	90%以上	97.2%	A	目標達成	
	③フッ化物塗布受診の割合	③フッ化物塗布受診の割合	53.4%	60%以上	65.2%	A	目標達成	
	④フッ化物洗口取組み	④フッ化物洗口取組み	5校	10校	4校	A	目標達成	町内全子ども園・小学校で実施 (学校の統廃合により学校数減)
	⑤12歳のむし歯本数1.0未満	⑤12歳のう歯本数1.0未満	2.5本	1.0本未満	0.4本	A	目標達成	
	⑥80歳で20本以上の歯を有する人の人数	⑥80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合	数値なし	なし	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難
	⑦歯科検診を定期的を受診する人の人数	⑦歯科検診を定期的を受診する人の人数	数値なし	20%以上	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難
	⑧口腔機能低下者の割合の減少 65歳以上のチェックリスト該当者	⑧口腔機能低下者の割合 (65歳以上のチェックリスト該当者)	10.2%	8.0%	事業実施なし	E	評価困難	平成27年度以降チェックリスト事業は実施していないため評価困難
2-(4) たばこ(喫煙) 母子保健計画	①成人の喫煙率	①成人の喫煙率	19.5%	12%以下	18.8%	D	悪化	中間評価:17.3%
		男	数値なし		30.2%	D	悪化	中間評価:13.0%
		女	数値なし		10.3%	D	悪化	中間評価:8.1%
	②妊婦の喫煙率	②妊婦の喫煙率	10.0%	0%	0%	A	目標達成	
2-(5) アルコール(飲酒) 母子保健計画	①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	①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	16.8%					
		男	数値なし	13.0%	25.7%	D	悪化	
		女	数値なし	6.4%	11.7%	D	悪化	
	②妊婦の飲酒率	②妊婦の飲酒率	0%	0%	4%	D	悪化	
3-(1) 休養・こころの健康	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合	17.0%	15.0%	23.8%	D	悪化	
3-(2) こころの健康・自殺対策計画	②自殺死亡率(人口10万人当たり)	②人口10万人あたりの自殺死亡率	34.1	減少	22.7	B	改善傾向	中間評価:21.7

分野別取組みにおける数値目標 4. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(1) こども (2) 高齢者

目標項目	指標	評価指標・事業名	平成26年度計画策定時	令和4年度目標	現状	評価	達成状況	備考	
4 (1) こども	②適正体重の子どもの増加	②適正体重の子どもの割合							
母子保健計画	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	ア 全出生数中の低出生体重児の割合	7.0%	減少	8.3%	D	悪化		
(2-(1) 栄養 B: こどもと重複)	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	イ 肥満傾向にある子どもの割合	数値なし	減少	-	E	評価困難	策定時の数値がないため評価困難	
母子保健計画	1. 切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策								
	①妊産婦死亡率の減少	①妊産婦死亡率	0	現状維持	0	A	目標達成		
	②妊娠11週以下での妊娠届出率の増加	②妊娠11週以下での妊娠届出率	81.4%	90%以上	96%	A	目標達成		
	③定期予防接種実施率(1歳6ヶ月までに接種を終了)	③定期予防接種実施率(1歳6ヶ月までに接種を終了)	三種混合	97.9%	100%	91.8%	D	悪化	
			麻しん	87.5%	100%	81.6%	D	悪化	
	2. 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策								
	①十代の自殺死亡率の減少	①十代の自殺死亡率の減少	数値なし	減少傾向	-	E	評価困難	数値把握困難	
	②十代の人工妊娠中絶率の減少	②十代の人工妊娠中絶率の減少	数値なし	減少傾向	-	E	評価困難	数値把握困難	
	③十代の性感染症罹患率の減少	③十代の性感染症罹患率の減少	数値なし	減少傾向	-	E	評価困難	数値把握困難	
	3. 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり								
	①健診未受診児童の把握	①健診未受診児童の把握	100.0%	100%	100.0%	A	目標達成		
	4. 育てにくさを感じる親に寄り添う支援								
	①健診要事後指導家庭の訪問等支援率	①健診要事後指導家庭の訪問等支援率	100.0%	100%	100.0%	A	目標達成		
	5. 妊娠期からの児童虐待防止対策								
	①各種健康診査未受診率	①各種健康診査未受診率	3~5か月	5.0%	2%	0.0%	A	目標達成	
1歳半			10.0%	3%	2.0%	A	目標達成		
3歳児			6.7%	5%	6.1%	B	改善傾向		
②養育支援が必要と認めた親子に対し養育訪問支援の実施	②養育支援が必要と認めた親子に対し養育訪問支援の実施	100%	現状維持	100%	A	目標達成			
4 (2)	①介護保険サービス利用者数	①介護保険サービス利用者数	512人	520人	19.8%	C	変化なし	★人数では評価が難しいため、要介護認定率で評価。平成25年度19.4% (65歳以上、KDB標準より)	
高齢者の健康	★【要介護認定率】KDB (北海道国民健康保険団体連合会配信データ) 帳票より ①指標の評価として使用 平成25年度 1号被保険者 (65歳以上) 19.4% 2号被保険者 (40~64歳) 0.3% 平成30年度 1号被保険者 19.1% 2号被保険者 0.2% 令和4年度 1号被保険者 19.8% 2号被保険者 0.4%								
	②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率	②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率	68.1%	70%	-	E	評価困難	策定時数値の出典が不明なため	
	③転倒リスクのある高齢者の割合 (足腰に痛みのある高齢者の割合) (千人当たり)	③足腰に痛みのある高齢者の割合	12.1%	10%	-	E	評価困難	策定時数値の出典が不明なため	
	④地域包括支援センターの認知率の向上	④地域包括支援センターの認知率	数値なし	80%	-	E	評価困難	策定時数値がないため	

II. 基本理念

健康の実現は、その人の健康観に基づき、各々が主体的に取り組むことによって達成されるものです。自分にとっての健康とは何かを考え、生涯にわたって自分が健康であるための方法を自ら選択し、実行することに他なりません。健康は全ての人に共通する最も身近で最も大切なものといえます。健康は個々の自己実現や活気あふれる地域を支えるための源となるものです。安平町は、札幌・千歳・苫小牧と隣接し空港が近いという交通の利便性が良く、自然環境に恵まれた健康づくりには良好な環境といえます。

ライフステージに応じた施策の充実により、町民が生涯通じた健康を保ち、支援が必要なには助け合える地域力が高まることが期待されます。地域医療機関との連携を基に、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、いわゆる「健康寿命」を延ばす施策を進めることです。

また、健康で生き生きと生活するためには良い食習慣が欠かせません。「食」を楽しく学び、「食」についての意識を高め、「食」に関して適切な判断力を身につけていくことが必要です。食育に関しては、住民一人ひとり人が食育の必要性を理解し主体的に取り組むことが大切です。個人や地域全体で楽しく健康づくり・食育の推進に取り組む活力あるまちづくりを目指します。

<改定によるもの>

1. 自殺対策計画

自殺対策基本法に基づき政府が推進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が定められ、令和4年10月に新たな自殺総合対策大綱が閣議決定されました。

前回平成29年7月に定められて以降、コロナ禍の影響で自殺の要因となる様々な問題が悪化したことにより、女性の増加や小中学生が過去最多の水準となっていることを踏まえ今後5年間で取り組むべき施策が新たに位置づけられました。自殺総合対策大綱を踏まえ、北海道胆振東部地震後の被災者支援を含めたこころの健康に対する自殺対策計画として、策定するものです。

2. 母子保健計画

母子保健計画は平成23年に策定された「安平町次世代育成支援対策行動計画」と整合性を取りつつ第2次健康あびら21計画の一部として策定されています。

平成30年に、成育過程にあるもの及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律として制定された成育基本法の基本的な方針が令和5年3月に閣議決定されたことを踏まえ、安平町の母子保健事業について「安平町次世代育成支援対策行動計画」から移行した「安平町子ども・子育て支援事業計画」と整合性を取りながら計画を策定するものです。

安平町では、令和元年度に子育て世代包括支援センター（健康福祉課健康推進グループ：安心して妊娠期から子育て期まで過ごせるよう、保健師・栄養士等が妊娠・出産・子育てに関する相談に応じる部署）と子ども家庭総合支援拠点（健康福祉課福祉グループ：社会福祉士等が相談を受け、子育て世代包括支援センター他関係機関と連携して、必要な情報提供や支援に繋げていくことで心身ともに健やかな子どもの成長をサポートし児童虐待やその早期発見などで子どもの視点に立って対応する部署）が設置されました。2つの機関が連携して、切れ目のない支援を行っています。

Ⅲ. 基本方針

基本理念を実現するために、次の5つを基本方針とします。

1. 健康寿命の延伸

町民が健康を意識し体感できる事業を提供し、生活習慣病を予防していくことを目指します。健康診査などの早期発見・早期治療はもちろんのこと、健康への自信をもって乳児から高齢者までそれぞれのライフステージに応じた生活習慣を身につけられるように支援していきます。高齢になっても、住み慣れた町で暮らせるように健康の維持増進、地域包括ケアシステムの充実及び適切な医療を効果的に提供する体制が確保されるように医療機関及び各関係機関との連携を目指します。

2. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）生涯を通じた健康づくりの支援（1次予防の重視）

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD（慢性閉塞性肺疾患）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進行などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進するため、町民一人ひとりが主役となった健康観を持って健康による生活の質を高めていくための支援を行っていきます。

3. 栄養・食、運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善

健康の増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、たばこ（喫煙）、アルコール（飲酒）及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要です。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、家庭や地域、専門職や関係団体などと連携して、個人の健康づくりを支えています。

4. 「食」を通じた豊かな人間性の醸成^{じょうせい}と協働と連携による食育の推進

食は命の源であり、食育とは食の重要性を認識した上で、経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てることであり、知育、徳育及び体育の基礎となるべきものであると食育基本法において位置づけられています。こうした基礎力を育むことにより、自然の恩恵や食に関する活動に感謝の思いを馳せる力を養い、生涯にわたる健全な心と身体を培う力を身に付けることができると考えられます。

食育は、町民一人ひとりの健康づくりだけでなく地域に根付いている食文化を受け継ぎ安平町の生活習慣の豊かさを支えることにつながることから、取り組みを継続的に進めることが大切です。日常的な食生活を通じて、食育の意義や必要性などを理解し、家庭を中心に、行政やこども園・学校、地域、関連団体、ボランティアなどで、相互の支え合いや協力をしながら食育の活動を継続的に行っていくことが重要です。

このため、食育に関する活動を進めるとともに、地域で食育を広げていきます。

5. 次代を担う子どもたちの健やかな成長を育む

少子化に伴い社会環境が変化するなかで子どもがより健やかに育まれるために、「生みやすい」・「育てやすい」環境づくりを目指し、関係部署・機関と連携して多様化した家族形態に応じた個々の母子の状況に応じた支援を行っていきます。

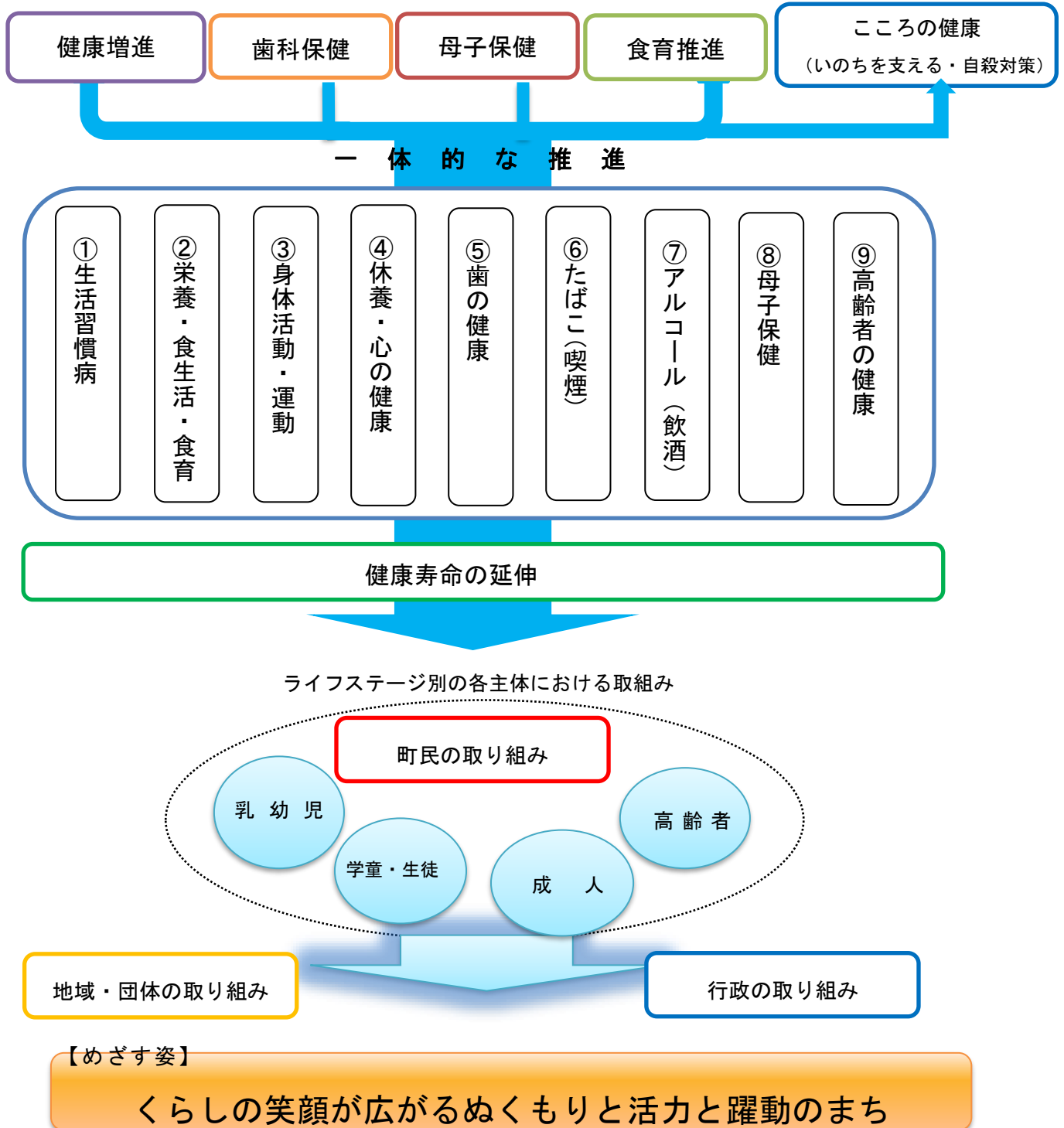
子育て世代包括支援センターは、子ども家庭総合支援拠点や他関係機関と連携して切れ目のない包括的な支援を継続していきます。

6. 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場の居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり、こころの健康の維持及び向上を図ります。

IV. 計画体系のイメージ

健康増進、歯科保健、母子保健、食育推進、自殺対策といった5つの枠組みは、それぞれ直接的・間接的にわりながら、「健康」という幅広い分野を有機的に構築していることから、本計画では5つの枠組みを「健康」という大きな柱に捉え直した上で、9つの分野に体系化しています。



理念(めざす姿)：暮らしの笑顔が広がるぬくもりと活力と躍動のまち

今後平均寿命の延伸に伴い健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費の多くを消費する期間が増大することになります。疾病予防・健康増進・介護予防などによってこの差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐことができるという視点を持って対策を検討していきます。

V. 分野別の取り組み

1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) がん

①はじめに

がんは、2人に1人が生涯のうち遺伝子の変異を起こして発症するといわれており、原因が多岐にわたるため予防が難しいといわれてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることが明らかになってきました。

がんが1cmの大きさになるまでには10～15年かかるといわれています。どこに住んでいても「質の高いがん医療」が受けられるように地域の中に拠点病院が設定されています。北海道がん対策推進計画との整合性を図りながら、がん検診受診率の向上及びがん患者、その家族へのサポート体制についての検討が必要です。

地域がん診療連携拠点病院は国が定めた第2次医療圏域ごとに地域がん診療連携拠点病院の整備を行うもので北海道には令和5年9月現在で20病院が指定されており、東胆振地域では苫小牧王子総合病院が指定されています。

医療や緩和ケア・相談支援等の充実のため身近な地域と北海道がん診療連携指定病院として令和5年9月苫小牧市立総合病院が指定されています。

②基本的な考え方

○発症予防と重症化予防

がんのリスクを高める要因としては、ウイルスや細菌への感染、喫煙、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。がんによる死亡を減少させるためには、罹患率を減少させることと、早期発見が大切です。そのためには、がんのリスクを高める生活習慣の中でも特に喫煙者の減少と、定期的ながん検診の受診が重要です。

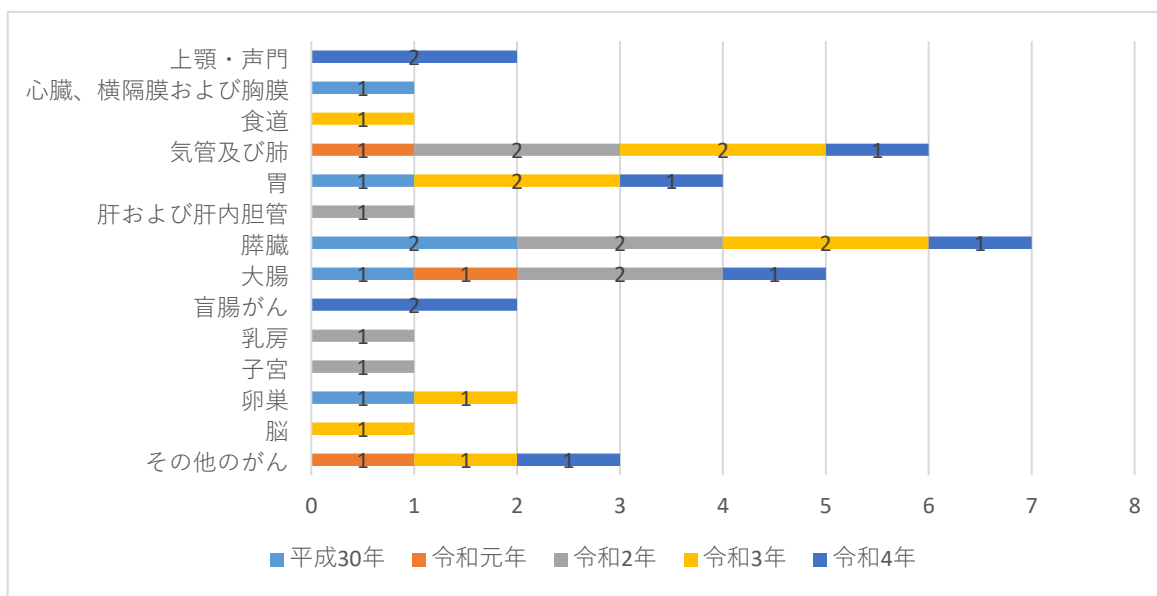
また、発見から早期治療に移行するためにはがん検診で精密検査や再検査が必要な方は確実に受診し、重症化を防ぐことが肝要です。

③現状と目標

ア. 75 歳未満のがんによる死亡数の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。75 歳未満の死亡数を見ていきます。

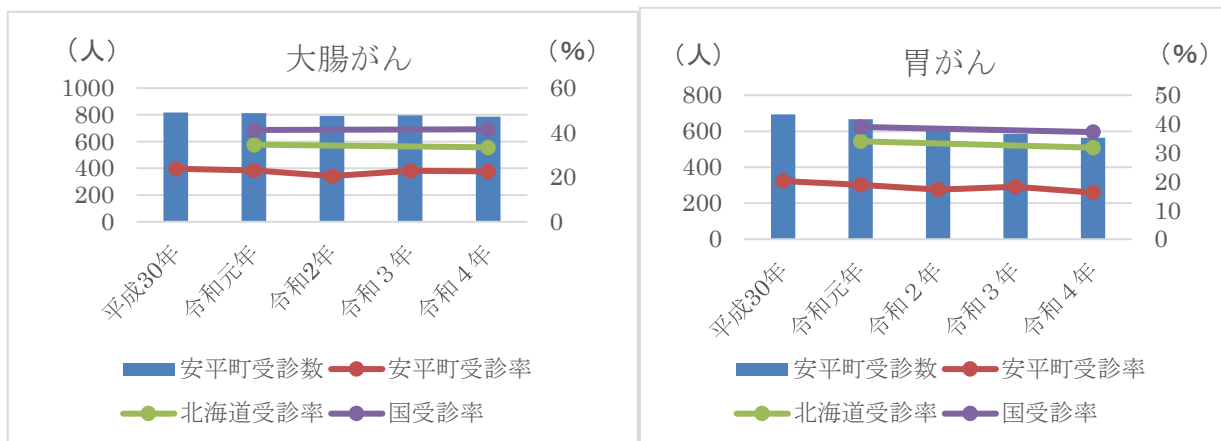
図表 39 安平町 75 歳未満の部位別がん死亡の状況 (平成 30 年～令和 4 年)



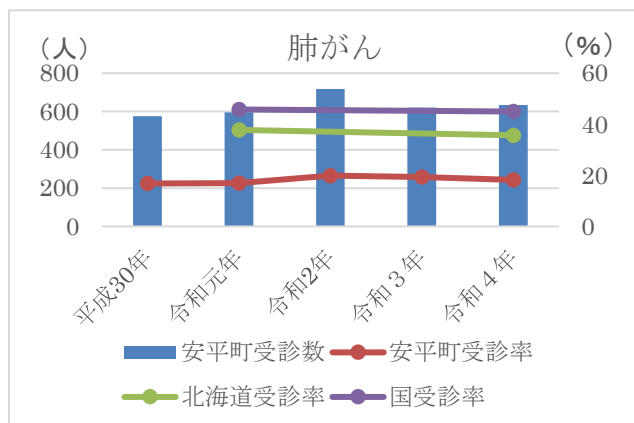
【出典】平成 30 年～令和 4 年（年次）安平町死亡統計

5 年間の 75 歳未満の部位別死亡状況においては、膵臓がん、気管および肺がん、大腸がんが多くなっています。肺・大腸については検診が有効であることから、集団検診の受診率を向上させ早期発見により死亡を減少させる可能性が高くなると考えられます。また、がん検診で精密検査者の受診率を向上させることも重要です。精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなります。肝臓がんについては、ウイルス感染との関係が強いため、肝炎ウイルス検診を継続し、必要者に受診、定期検査、治療を勧めていくことが重要です。

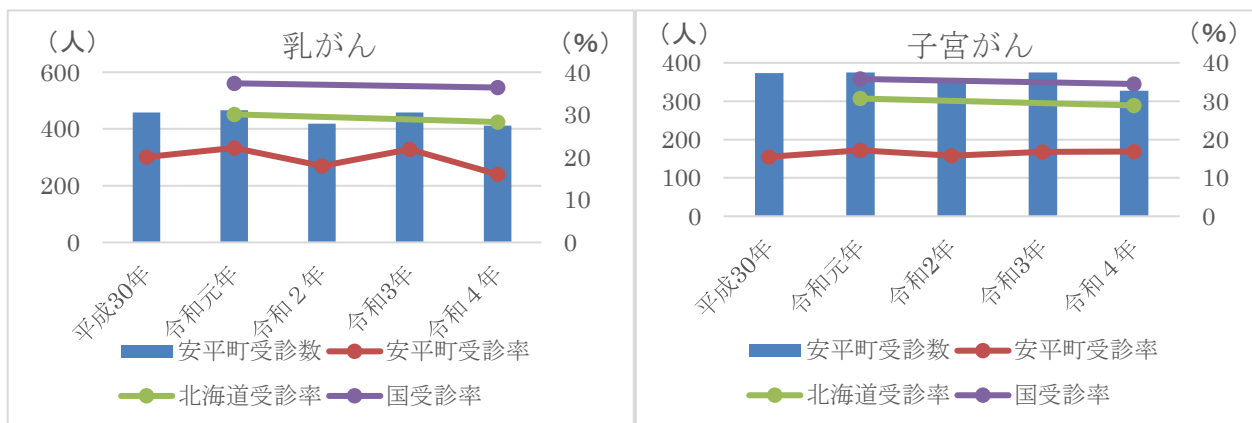
図表 40 : 安平町の各種がん検診受診数と受診率



胃がん検診は検査の安全面から 80 歳以上の方の受診を控えていただく流れもあり、受診率はゆるやかに低下が見られます。体調に不安のある方の病院健診や人間ドックによる受診者の把握、若年層の対象者への受診勧奨が必要です。大腸がん検診は令和 2 年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともない検診受診を控える方が増加、以降受診者は回復せず減少しています。(図表 40)



肺がん検診は 30 歳以上の方を対象としており、65 歳以上の方は結核検診を実施しています。令和 2 年は新型コロナウイルス感染拡大により、結核検診が中止となったため一時的に肺がん検診の受診者数が増加していますが、令和 3 年以降も受診者の大きな減少はなく、ほぼ横ばいで経過しています。



女性のがん検診受診についても、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響がみられます。乳がん検診・子宮がん検診ともに隔年受診が推奨されていることから、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年とその2年後の令和4年は受診者数の減少が大きくなっています。今後は自動予約がとぎれてしまった方や新規層を中心に受診勧奨に取り組む必要があります。

受診率を全国と比較すると安平町は低率に見えますが、全国受診率は市町村の検診とその他の検診受診を合算しているためです。

イ. 受診率の向上

令和4年度がん検診受診率向上の取り組みとしてハガキによる受診勧奨を実施

受診勧奨対象年齢 30歳女性、50歳男性、60歳男性・女性)

- ・ 30歳女性：主に乳がん・子宮がん検診の勧奨 送付数 21通、うち新規申込 4件
- ・ 50歳男性：主に前立腺がん検診の勧奨 送付数 47通、うち新規申込 4件
- ・ 60歳男性・女性：主に特定健診の勧奨 送付数 93通、うち新規申込 1件

受診勧奨については、年齢の節目をターゲットに実施しました。30歳女性は乳がん・子宮がん検診が同時に受診可能な年齢で、50歳男性は職場健診でも受診の機会が少ない前立腺がん検診が受診可能な年齢で、60歳男性・女性は職場健診から町の特定健診への移行を勧奨するために職場を退職となる年齢で対象を絞り込みました。新規申込につながった方は少数でしたが対象や方法を見直しながらか受診勧奨を継続していくことが必要です。また、申込方法についても新規層を取り入れるためにも検討をする必要があります。

図表 41 安平町令和4年度精密検査該当者及び精密検査受診数

検査項目	受診者数 (人)	精密検査 者数(人)	割合 (%)	精密検査受 診者数(人)	割合 (%)	がん発見 (人)	不明者 (人)	理由
胃	564	16	2.8	16	100	0	0	
肺	634	3	0.5	3	100	1	0	
大腸	602	56	4.3	25	74	1	9	連絡つか ず不明
前立腺	235	5	2.1	5	100	0	0	
子宮	327	5	1.5	4	80	0	1	連絡つか ず不明
乳	412	8	1.9	7	88	0	1	連絡つか ず不明

- ・ 精密検査対象者へは保健師が個別に訪問し、結果を説明した上で精密検査の受診勧奨を実施しています。また、精密検査の受診結果が返送されてこない対象者へは電話での再勧奨を実施します。電話連絡では対象者と連絡がつかない場合もありますが、精密検査 100%を目指して引き続き勧奨していきます。
- ・ 毎年、少数のがん患者が発見されています。不明者については勧奨を続けています。

④対策

ア. 一次予防＝ウイルス感染や喫煙によるがんの発症予防の施策

- ・喫煙：喫煙率の低下。受動喫煙者の割合の減少
- ・飲酒：生活習慣病のリスクを高める飲酒者の割合の低下
- ・身体活動：身体活動量が少ない者の割合を増加
- ・体型：適正体重を維持している者の増加
- ・食生活：高塩分食品の摂取頻度を減少。野菜・果物摂取量不足者の割合の減少
- ・細菌感染・ウイルス：子宮頸がん予防ワクチン接種を実施（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）平成 25 年には副反応により積極的受診勧奨はしないが希望者への接種が実施継続（希望者にはキャッチアップ接種も実施）
- ・肝炎ウイルス検査の継続（妊娠期・40 歳以上）
- ・HTLV-1 抗体検査（妊娠期）
- ・禁煙支援、広報や各種教室活動などを通してたばこの害の啓蒙活動

イ. がん検診受診率向上の施策

- ・がん検診の受診率を上げ早期発見・治療につなげることが急務
- ・受診の機会をニーズに合わせて多様化に対応する。（受診者に合わせた受診スタイル）
- ・受診の申込方法の再検討（ウェブでの申込方法の検討）
- ・対象者への個別案内、町広報・ホームページや小集団での講話や地域ミーティング等を利用した啓発
- ・隔年受診や以前に受けたことがあっても現在未受診の方などに個別勧奨通知
- ・関係機関による講演会や研修会への共催
- ・子宮頸がん検診・乳がん検診

ウ. 二次予防＝がん検診によるがんの早期発見の施策

- ・胃がん検診（30 歳以上）・子宮頸がん検診（妊娠期・20 歳以上の女性）
- ・大腸がん検診（30 歳以上）・乳がん検診（30 歳以上の女性）
- ・肺がん検診（30 歳以上）・前立腺がん検診（50 歳以上の男性）

エ. がん検診の質の確保に関する施策＝医療連携体制の構築

- ・精度管理を遵守できる検診機関の選定
- ・要精密検査者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
- ・がん検診実施機関及び精密検査実施機関と連携強化

オ. 三次予防＝がん患者・家族への支援

- ・健診、精密検査、情報提供、雇用等、各部署との連携が必要であり、国・道・拠点病院との連携はもとより、患者団体や企業等と連携しながら適切な情報提供ができる体制づくりに向けて施策の推進。

(2) 循環器疾患

①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因となっており安平町における死亡の第2位・3位を占めています。循環器疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病、不整脈があげられます。

令和2年度に安平町国民健康保険第2期保健事業計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画が策定され、令和6年度は第3期保健事業計画・第4期特定健康診査等実施計画が策定されます。特定健診事業と連携し循環器疾患対策を進めていきます。

②基本的な考え方

発症予防と重症化予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、生活習慣の改善が必要です。生活習慣の要因としては、栄養過多・運動不足・喫煙・過度の飲酒等がありますが、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。重症化予防の為には、糖尿病、高血圧症及び脂質異常症の危険因子を持つ人に対するの保健指導が必要になります。

③現状と目標

ア. 脳血管疾患年齢調整死亡率の減少

安平町の脳血管疾患死亡数（75歳未満）は、変動はありますが、令和2年に増加となりました。（図表42）

図表42 安平町脳血管疾患死亡数（人）

年次	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
総数	12	3	8	4	3
（再掲）75歳未満	1	1	3	0	0

【出典】平成30～令和4年安平町死亡統計

イ. 虚血性心疾患年齢調整死亡率の減少

安平町の虚血性心疾患死亡数は（75歳未満）は横ばいです。（図表43）

図表43 安平町虚血性心疾患死亡数（人）

年次	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
総数	4	7	7	4	4
（再掲）75歳未満	0	1	1	0	0

安平町では平成 20 年度から国民健康保険特定健診受診者全員に心電図検査を実施しています。令和 4 年度の受診者中 24.3%に狭心症や不整脈など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患に繋がる所見がみられました。

脳血管疾患、心臓疾患は主要死因となっています。悪性新生物に続き第 2、3 位を占めています。(P7 図表 6) これらの疾患の発症及び重症化予防が必要です。

ウ. 高血圧、脂質異常、高血糖の重症化予防

- ・ **(※9)** 受診勧奨対象者の項目別経年推移 (血圧・脂質・血糖) (図表 44)

図表 44 特定健診受診者における受診勧奨対象者 (血圧・脂質) の経年推移

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
特定健診受診者数		592	-	564	-	561	-	486	-	460	-
血圧	I 度高血圧	110	18.6	101	17.9	119	21.2	96	19.8	116	25.2
	II 度高血圧	25	4.2	28	5.0	34	6.1	29	6.0	35	7.6
	III 度高血圧	8	1.4	5	0.9	4	0.7	2	0.4	5	1.1
	合計	143	24.2	134	23.8	157	28.0	127	26.1	156	33.9

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
特定健診受診者数		592	-	564	-	561	-	486	-	460	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL 以上	103	17.4	98	17.4	100	17.8	75	15.4	62	13.5
	160mg/dL 未満										
	160mg/dL 以上	48	8.1	44	7.8	39	7.0	17	3.5	28	6.1
	180mg/dL 未満										
	180mg/dL 以上	37	6.3	24	4.3	27	4.8	18	3.7	11	2.4
合計		188	31.8	166	29.4	166	29.6	110	22.6	101	22.0

		平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
特定健診受診者数		592	-	564	-	561	-	486	-	460	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上 7.0%未満	25	4.2	18	3.2	13	2.3	13	2.7	17	3.7
	7.0%以上 8.0%未満	17	2.9	10	1.8	13	2.3	9	1.9	8	1.7
	8.0%以上	5	0.8	5	0.9	4	0.7	6	1.2	3	0.7
	合計	47	7.9	33	5.9	30	5.3	28	5.8	28	6.1

【出典】 (1) KDB 帳票 S21_008-健診の状況 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

(2) KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者) 平成 30 年度から令和 4 年度 累計

受診勧奨対象者の中でも、血糖で **(※10)** HbA1c7.0%以上、血圧でⅡ度高血圧以上、血中脂質で LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人は、特に生活習慣病の発症・重症化リスクが高くなります。

この層の保健指導の実施は、重症化予防の令和 4 年度の受診勧奨対象者において、HbA1c7.0%以上の人は 11 人で、特定健診受診者の 2.4%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は減少しています。

Ⅱ度高血圧以上の人は 40 人で特定健診受診者の 8.7%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は増加しています。

LDL コレステロール 160mg/dL 以上の人は 39 人で特定健診受診者の 8.5%を占めており、平成 30 年度と比較すると割合は減少しています。

【用語説明】

※9 受診勧奨対象者(P44) : 有所見者のうち、検査値が厚生労働省の定める基準(参考表)を超える者であり、検査値が特に悪いため、医療機関の受診を促すべきであるとされています。

受診勧奨対象者は生活習慣病の発症が疑われるため、早急に医療機関を受診し、医師の判断のもと治療の開始を検討する必要があります。(P46 参考: 主な健診項目における受診勧奨判定値を参照してください。)

※10 HbA1c (ヘモグロビンエーワンシ) とは赤血球の中にあるヘモグロビン A (HbA) にグルコース(血糖)が非酵素的に結合したものである。糖尿病の過去 1～3 か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標です。

参考：主な健診項目における受診勧奨判定値

関連する生活習慣病	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
項目名 (単位)	HbA1c (%)	血圧 (mmHG)	LDLコレステロール(mg/dL)
正常	- 5.5	収縮期：-129 拡張期：-84	- 119
保健指導判定値	5.6 - 6.4	収縮期：130 - 139 拡張期：85 - 89	120 - 139
受診勧奨判定値	6.5 - 6.9	I度高血圧 収縮期：140 - 159 拡張期：90 - 99	140 - 159
	7.0 - 7.9	II度高血圧 収縮期：160 - 179 拡張期：100 - 109	160 - 179
	8.0 -	III度高血圧 収縮期：180 - 拡張期：110 -	180 -

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

(※11) メタボ該当者とメタボ予備群該当者

【用語説明】

※11 メタボリックシンドローム (メタボ)

メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指しています。

メタボリックシンドロームは生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態であり、生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子を改善し、生活習慣病の発症を予防する必要があります。

安平町は有所見者のうち、メタボリックシンドロームに該当する者、またその予備群の者に対し、保健指導等の事業を通じて生活習慣病の改善の支援に取り組んでいます。(P47 参考メタボリックシンドロームとはを参照してください。)

参考：メタボリックシンドロームとは

メタボリックシンドローム＝内臓肥満＋複数の生活習慣病リスクを有する状態



【出典】厚生労働省メタボリックシンドロームの診断基準より作成

・メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

図表 45 特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

	安平町		国	北海道	同規模
	対象者数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
メタボ該当者	76	16.5	20.6	20.2	21.6
男性	55	28.1	32.9	32.9	32.1
女性	21	8.0	11.3	11.0	12.1
メタボ予備群該当者	61	13.3	11.1	11.0	11.6
男性	46	23.5	17.8	18.0	17.3
女性	15	5.7	6.0	5.9	6.5

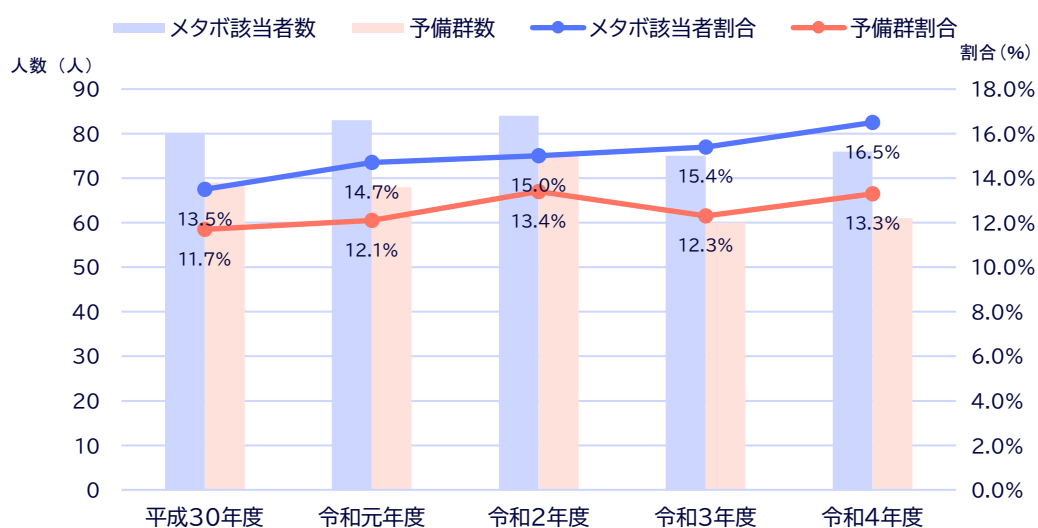
【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握令和4年度累計

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は76人です。特定健診受診者における割合は16.5%で、国・北海道より低いです。男女別にみると、男性では28.1%、女性では8.0%がメタボ該当者となっています。(P46 図表 45)

メタボ予備群該当者は61人で特定健診受診者における該当者割合は13.3%となっており、該当者割合は国・北海道より高いです。男女別にみると、男性では23.5%、女性では5.7%がメタボ予備群該当者となっています。

・メタボ該当者・予備群該当者におけるリスクの保有状況

図表 46 メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		平成30年度と 令和4年度の割 合の差
	対象者	割合	対象者	割合	対象者	割合	対象者	割合	対象者	割合	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
メタボ該当者	80	13.5	83	14.7	84	15.0	75	15.4	76	16.5	3.0
メタボ予備群該当者	69	11.7	68	12.1	75	13.4	60	12.3	61	13.3	1.6

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握平成30年度から令和4年度累計

令和4年度と平成30年度を比較すると、特定健診受診者におけるメタボ該当者の割合は3.0ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は1.6ポイント増加しています。

ウ. 特定健診受診率の向上

図表 47 特定健診受診者状況と生活習慣病医療費の差

	1人当たり生活習慣病医療費（円）			
	安平町	国	北海道	同規模
①特定健診受診者	1,423	2,087	1,573	3,122
②特定健診未受診者	15,966	12,911	16,351	13,715
受診有無の比率（倍） ②/①	11.2	6.2	10.4	4.4

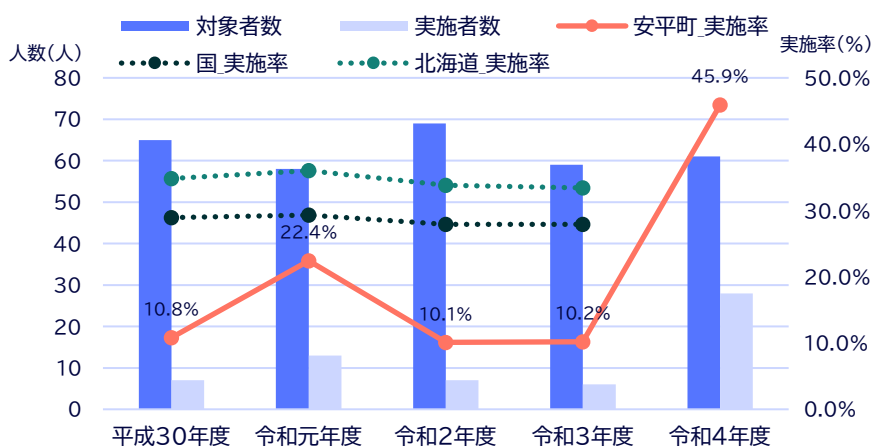
【出典】KDB 帳票 S21_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題・令和4年度累計

特定健診受診者と未受診者の1人当たり生活習慣病医療費を比較すると未受診者の医療費は健診受診者と比べ11.2倍となっており、国・道と比較すると高く、健診未受診者が健診受診者に比べ、重症化した疾患で医療にかかっている人が一定数いることが推測されます。

このことから、特定健診未受診者対策は重要です。（図表 47）

エ. 特定保健指導実施率の向上

図表 48 特定保健指導実施率（※法定報告値より：国へ報告する数値のことです。）



【出典】厚生労働省 2018 年度から 2021 年度特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の差
特定健診受診者数（人）		592	563	558	486	458	-134
特定保健指導対象者数（人）		65	58	69	59	61	-4
特定保健指導該当者割合（%）		11.0	10.3	12.4	12.2	13.3	+2.3
特定保健指導実施者数（人）		7	13	7	6	28	+21
特定保健指導 実施率（%）	安平町	10.8	22.4	10.1	10.2	45.9	+35.1
	国	28.9	29.3	27.9	27.9	-	-1.0
	北海道	34.8	36.0	33.8	33.4	36.0	-1.4

特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）です。

特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かります。

令和 4 年度の特定保健指導の対象は 61 人で、特定健診受診者の 13.3% を占めます。

特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合（特定保健指導実施率）は 45.9% です。令和 4 年度の実施率は、平成 30 年度の実施率と比較すると 35.1 ポイント上昇しました。令和 3 年度の保健師の 1 名増員により稼働の確保ができたことによります。

④対策（第4期安平町特定健診等実施計画に準ずる）

ア. 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

健診の広報・周知徹底：年に1回は自分の健康状態を確認すること

- ・安平町国民健康保険特定健康診査（町の疾病動向に応じた対応）
- ・基本健康診査（18歳～39歳・生活保護世帯）
- ・後期高齢者健診（75歳以上）の実施
- ・保健師・看護師による健診受診勧奨（広報・電話・訪問）
- ・各種団体への健診受診勧奨（PR）
- ・61歳（退職者）になる方に健診の個別案内
- ・対象者全員に受診券の発行による受診の動機づけ
- ・受けやすい検診体制の整備：病院健診・総合バス健診・センター健診など町民のニーズにあった受診方法を選択できる環境を整える。
- ・生活習慣病で医療機関通院中者で特定健診未受診者から特定健診相当データを受領が可能なシステムの構築の検討
- ・未受診者への受診勧奨個別通知の実施

イ. 保健指導対象者に対する保健指導の実施率の向上

- ・ハイリスク者と特定保健指導対象者への対応
- ・保健師の力量形成
- ・報告会事前の個別支援検討

ウ. 脳血管疾患・循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・高血圧・糖尿病・脂質異常症のある人の脳卒中発症の予防のため基礎疾患管理
- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
- ・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
- ・動脈硬化予防健診（頸動脈超音波検査等）の実施
- ・要治療・治療中断者に適切な受診の勧奨（かかりつけ医）

エ. 生活習慣の改善への支援

- ・自らの生活の改善点の発見・改善・維持
- ・必要な知識を身につけ栄養・運動・生活スタイルの改善に向けて支援

オ. 発症予防・医療連携体制の充実

- ・季節や時間による気候・温度差への対応を生活の中で実施できるように支援
- ・急性期の専門的診療を速やかに受けることができるよう救急体制の強化

(3) 糖尿病

①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を併発するなどによって、生活の質に多大な影響を及ぼすのみでなく、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。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

○発症予防と重症化予防

糖尿病の危険因子としては、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等の危険因子の管理が大切です。

糖尿病における重症化予防は、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していくことが重要になります。同時に、糖尿病で治療中の方は治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

ア. 有病者の抑制及び治療継続者の増加

血糖値の状況はHbA1cの数値で見えています。血糖値に有所見で要指導以上の値を示している方が約4割います。また、糖尿病域のHbA1c6.5%以上の値を示す方は受診者全体の4%を占めています。(図表49)

図表 49 特定健診受診者の HbA1c 検査値の状況 (令和4年度安平町特定健診受診者の結果より) HbA1c 値

	正常値 5.5以下	HbA1c 区分								6.5 以上 (再掲)	
		保健指導判定値			受診勧奨判定値					※治療中	治療なし
		5.6~ 6.4	(再掲) 5.6~5.9	(再掲) 6.0~6.4	6.5 ~	(再掲) 6.5~6.9	(再掲) 7.0~7.9	(再掲) 8.0~	(再掲) 8.4~		
安平町の割合 (%)	53.1	40.2	32.6	7.7	6.7	4.0	1.9	0.77	0.57	33	2
人数 (人)	277	210	170	40	35	21	10	4	3	94.3	5.7

※治療中：服薬、インスリン治療、服薬等ないが、医療機関で定期的に HbA1c 検査を実施している人

イ. 合併症及び重症者の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規年間透析患者数は、増加から横ばいに転じています。安平町の新規人工透析導入者及び全数における糖尿病性腎症は国保は横ばいですが後期高齢者で増加傾向にあります。新規の糖尿病性腎症が原因での人工透析導入も横ばいとはいえ減っていません。

図表 50 人工透析患者数() 数字は糖尿病性腎症が原因 (再掲) (人)

			平成 30 年度	令和 4 年度	令和 4 年度と 平成 30 年度の差
人工透析患者数	国保	0-39 歳	0	0	0
		40-64 歳	4	5	1
		65-74 歳	2	1	-1
	後期高齢	65-74 歳	7	1	-6
		75 歳以上	8	13	5
	合計			21	20
【再掲】 新規人工透析患者数	国保	0-39 歳	0	0	0
		40-64 歳	1 (1)	1 (1)	0
		65-74 歳	0	0	0
	後期高齢	65-74 歳	0	0	0
		75 歳以上	2 (1)	2 (1)	0
	合計			3	3

【出典】 KDB 帳票 Expander

慢性腎臓病が悪化すると、人工透析になります。人工透析が導入されると身体的・精神的な負担だけではなく、週 3 回の通院が必要になるため本人の生活の質にも大きな影響をもたらします。そのため、予防的介入により人工透析に至らないよう早期治療も重要です。

④対策

ア. 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・ かかりつけ医 (医療機関) との連携
- ・ 健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
- ・ 特定保健指導の実施率の向上
- ・ HbA1c 値に基づいた保健指導
- ・ 結果報告会等による保健指導の実施
- ・ 糖尿病治療継続のための支援
- ・ 良好な治療コントロールに向けて、生活習慣の見直し
- ・ 動脈硬化予防健診 (75 g 経口糖負荷試験・脈派検査・頸部エコー検査、眼底検査)

(4) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

①はじめに

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) は、たばこ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。

主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患です。空気の出し入れが難しくなり、呼吸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。慢性気管支炎 (咳や痰の症状が長時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) といわれた疾患が慢性閉塞性肺疾患に含まれます。COPD 患者の 90%以上が長期にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」「たばこ肺」ともいわれています。

②基本的な考え方

COPD の原因の 90%は喫煙であり、喫煙者の約 20%が COPD を発症するといわれています。COPD の発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高いとされています。COPD 患者には心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患が多く、COPD の抑制はこれら疾患の低減効果も期待されています。

③現状と目標

発症予防と重症化予防

COPD の最大の発症リスクである喫煙に関する実態について見てみると、令和 4 年度安平町国民健康保険特定健診受診者の状況では、喫煙率は男性 30.2%、女性 10.3%です。令和元年国民健康・栄養調査結果から、国の喫煙率は男性 27.1%、女性 7.6%となっていることから、国と比較して高くなっています。

令和 3 年の肺炎による死亡率は、全道が人口 10 万対 66.7 に対し、安平町では 177.8 と高くなっています。肺炎は、全国・全道と共に死亡原因の第 5 位、安平町においても第 4 位を占めており肺炎による死亡が高いことがわかります。

COPD の早期発見に有効な結核検診・肺がん検診で、平成 30 年度から令和 4 年度までの 5 年間に COPD (疑いを含む) と診断された方は 16 人いました。令和 3 年の人口動態調査 (厚生労働省) によると、全道の COPD 死亡者は人口 10 万対 14.6 となっています。安平町では、結核検診・肺がん検診の受診率が令和 4 年度は 41.7%となっており、早期発見、重症化予防につなげるためにも受診率の向上が必要です。

COPD は、禁煙による予防と薬物等による治療が有効な疾患であり早期発見、早期治療が求められています。

図表 51 安平町結核検診・肺がん検診受診状況（令和元年度～4年度安平町結核・肺がん検診結果より）

年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（％）
令和元年度	5,293	1,499	28.3
令和2年度	5,214	718	13.8
令和3年度	5,138	1,438	28.0
令和4年度	5,109	1,440	28.2

※40歳以上で、結核検診または肺がん検診を受診した人が対象。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による緊急事態宣言のため、結核検診中止。

④対策

ア. COPD の認知度の向上

- ・各種健康教育の場や地区組織活動(保健推進会等)での COPD の周知活動

イ. たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・各種保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

ウ. 禁煙支援の推進

- ・安平町国民健康保険特定健診の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

エ. 結核検診・肺がん検診受診率の向上

- ・個別の受診票の発送継続と健診受診勧奨

2. 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活・食農（食育計画）

①はじめに

第4次食育推進基本計画に基づき「食育の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図ること」を目的としています。安平町における食育は、自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。生活習慣病予防の実現のためには、安平町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

②基本的な考え方

健やかに生きるための食を地域の中で支え合い、適切な摂取をしていくことが大切です。主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防と食品（栄養素）の具体的な関連には科学的根拠があります。食品（栄養素）の欠乏または過剰については、個人の健診結果で確認し町民一人ひとりが身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し行動変容につながる必要があります。生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品（栄養素）摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

③現状と目標

ア. 安平町における食環境の充実と地産地消の取り組みの推進

・食環境の変化

安平町における食環境の変化は商店の減少とコンビニ利用率の増加です。近隣市等にて安価に食品が入手できるようになり外食も増加しています。一方、安心・安全な食品を求めるニーズもあります。安平町は、令和5年にオーガニックビレッジ宣言を行っています。

「食」と「農」が深く結びつき、生活習慣に根ざした地域特有の文化の伝承と生活にゆとりや安らぎを与える機能が発揮できることが必要です。食材が畑から食卓に届くまでの大変さや自然の恵みのありがたさ、命の大切さに思いを馳せ食生活指針や食事バランスガイド等を活用し、体験学習や地産地消を実践する取り組みが必要になっています。消費者の「食」の安全性に対する関心が高まっているほか、環境意識や健康志向の強まりから、「エコ」をキーワードとした国産農作物や機能性のある食品などの需用が増加しています。

コンビニは利便性も高く、近年では減塩を意識した商品なども取り揃えていて、企業側も健康に配慮した取り組みを行っています。購入する側が健康を意識した商品を選択できる力をつけることが重要になります。

・地産地消の取り組み

安平町では、町内で生産された農畜産物や加工品を町民が消費する地産地消を総合的に推進しています。地産地消は、健康で豊かな食生活や地域の活性化を実現する上で大きな意義があるとともに、学校給食での地場産物の使用においては、児童・生徒の郷土への関心を深め、農業などの

地域の産業や文化についての学習などといった教育的効果の観点から、意義のある取り組みとなっています。味噌や漬物のように保存食として家庭や地域で受け継がれてきた食文化の継承や安全・安心の食品の安定的確保などが課題となっている中、地産地消の取り組みは、食を通じて生産者と消費者の絆を深め健康で豊かな食生活の実現に資するものとして、その一層の充実が必要です。

イ. ライフステージごとの食育の実施

・妊産婦

パパママ教室：妊産婦の安全な妊娠・出産と産後の健康回復に加えて、子どもの生涯にわたる健康づくりの基盤を確保するため妊産婦等に対する栄養指導を実施しています。

妊娠期及び授乳期における望ましい食生活の実現および適切な体重の確保を支援しています。若い世代の極端な痩せによる貧血等が低体重児出生の要因ともなっており、適正体重の重要性が問われています。

・乳幼児

乳幼児健康診査（以下乳幼児健診）・乳児健康相談・子育て支援センターでの相談、食習慣の基礎づくりとしての食事の必要を啓発しています。

早寝・早起き・三度の食事を規則的に摂ること、基本的な生活習慣の獲得が基本です。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を増加させることが大切です。健康に成長・発達するためには適切な食事（栄養）、運動、生活リズムなどの生活習慣の確立が不可欠です。子どもの生活習慣は関わる大人の影響が大きいことから個の要因に対して妊娠中から予防的に働きかけ、家族ぐるみ、地域ぐるみで健康的な生活習慣を確立することが乳幼児期の肥満を防ぐ事につながります。母の妊娠中や乳幼児期から課題を明らかにし健康的な生活習慣を確立する必要があります。

・学童・生徒

児童生徒が健全な食生活を実践し、健康で豊かな人間性を育ていけるよう栄養や食事の摂り方などについて正しい知識に基づいて自ら判断し、実践していける能力などを身に付けるための取り組みを行っています。

(学校における食育の推進)

◇食に関する指導の目標〔学校における食育の推進〕

- 食事の重要性～食事の重要性、食事の喜び、楽しさを理解する。
- 心身の健康～心身の成長や健康の保持増進の上で望ましい栄養や食事の摂り方を理解し自ら管理していく能力を身につける。
- 食品を選ぶ力～正しい知識・情報に基づいて、食品の品質および安全性等について、自ら判断できる能力を身につける。
- 感謝の心～食物を大事にし、食物の生涯等に関わる人々へ感謝する心を持つ。
- 社会性～食事のマナーや食事を通じた人間関係形成能力を身につける。
- 食文化～各地域の産物、食文化や食に関わる歴史等を理解し、尊重する心を持つ。

◇食に関する指導の目標〔学校における食育の推進〕

- 食事の重要性～食事の重要性、食事の喜び、楽しさを理解する。
- 心身の健康～心身の成長や健康の保持増進の上で望ましい栄養や食事の摂り方を理解し自ら管理していく能力を身につける。
- 食品を選ぶ力～正しい知識・情報に基づいて、食品の品質および安全性等について、自ら判断できる能力を身につける。
- 感謝の心～食物を大事にし、食物の生涯等に関わる人々へ感謝する心を持つ。
- 社会性～食事のマナーや食事を通じた人間関係形成能力を身につける。
- 食文化～各地域の産物、食文化や食に関わる歴史等を理解し、尊重する心を持つ。

・成人期

各種健診を実施し、その事後の食習慣等の保健支援を行っています。仕事と日常生活の変化によって、食生活をはじめ生活リズムが乱れることとなります。夏冬の運動量の変化に見合った食事量の摂取や欠食を控え、コンビニや外食に頼りすぎず、栄養バランスに心がけた食生活を送ることができる自己管理能力を養うことが大切です。

高血圧・高脂血症などの疾患に留意し健康診断を積極的に活用し、結果について正しく理解し、肥満や過度の痩せにならないように注意することで生活習慣病の予防に努めていきます。

家族内のコミュニケーションを豊かにし、食の楽しさ・豊かさを培うように心がけることも大切な要素です。また、ボランティアや町内会等の活動に積極的に参加し地場産業を活かした食事を学び次世代に継承していくことが大切です。

・高齢者

特定健診及び基本・後期高齢者健康診査事後の各種保健事業や介護予防事業として、栄養に関する教室活動を行っています。仕事の退職・子どもの自立など生活環境が変化します。健康に一層留意することはもちろん、孤独に陥らないように家族や地域との積極的なコミュニケーションを図る事が大切です。かかりつけの医師と連絡を密にし、適切な食生活や運動を心がけ健康維持

増進に努めます。孤食にならないよう家族や地域との関わりを密にし、食生活を楽しむ工夫が必要です。

④対策

心身ともに健康でいきいき暮らすことはすべての人々の願いです。一人ひとりが主体的に「自らの健康は自らつくる」との意識を持てるよう、また、住民が健やかで心豊かに生活できる活力ある地域の実現に向けて健康づくりに取り組みます。「食べ物の力を感じる力」「身体を大事にできる力」「健やかな食生活・食習慣を実現する力」を育むために健康増進計画との整合性を持って、計画推進を目指します。

ア. 食環境の整備

- ・ 地元の食材の活用
- ・ ニーズに呼応した作物の提供
- ・ 安心・安全な食物を子ども達の健やかな成長のために提供していく環境づくり
- ・ 収穫した野菜を上手く活かせる食行動の支援
- ・ NPO などのボランティア団体、生産者との相互連携と補完

イ. ライフステージにおける生活習慣病予防のための取り組みの推進

各種健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導

○妊産婦・乳幼児及び成人

- ・ 高齢者に対応した栄養指導
- ・ パパママ教室（妊産婦）
- ・ 乳幼児健康診査
- ・ 乳児健康相談（乳幼児）
- ・ 基本・後期高齢者健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、結果報告会、健康教育など、多様な経路により、それぞれ特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（乳幼児・成人・高齢者）

○学童・生徒への栄養指導・小中学校の養護教諭との課題の共有

- ・ 肥満傾向児の詳細な実態把握
- ・ 家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進（＝家庭は日常生活の基盤である）に向け、ライフスタイル、家庭の家族関係は多様化していますが、仕事と生活の調和、学校・こども園、地域社会とも連携した家庭における食育の推進の充実

ウ. 生活場面に応じた食育

食育は、栄養や健康、食べ物が生産される過程や農林水産業をはじめとする食品関連産業に関すること、食事のマナーや食文化、幼児・学校教育との係わりなど、対象とする範囲が広く、家庭はもとより学校、地域など様々な場面で取り組みが行われています。今後は地域ネットワークを

形成し、様々な人たちが互いに連携しながら、家庭・学校・地域の3つの生活場面における取り組みを進めていきます。

・家庭での取り組み

家庭では、正しい食習慣の形成、栄養バランスのとれた食事の提供、生活習慣病の予防、食育に関する基本的な役割を担っています。

・学校・職場などでの取り組み

学校や子ども園等の教育（保育）現場や職場では給食や弁当などの食事を仲間と楽しく食べる事を通じて健康に関する正しい情報を伝え、望ましい食事のマナーや食文化を学ぶなど食の魅力と大切さを学ぶ食の教育を行っていきます。

・地域での取り組み

地域では、子どもから大人まで、世代の異なる住民同士が『見る』『聞く』『触れる』『作る』『味わう』という一連の流れを経験する場を提供。

○地域における食生活の改善のための活動～保健推進員活動

○グリーン・ツーリズム～緑豊かな自然を生かした滞在型事業

エ. 地産地消の推進

安平町で生産された農畜産物や加工品を町民が消費する地産地消、食の安全や大切さなどを学ぶ食育、消費者と生産者等との相互理解の促進、地域資源の活用や観光との連携による特産品の消費・販売の拡大など多様な取り組みを総合的に推進します。

オ. 食育推進体制の整備

・栄養バランスが優れた日本型食生活の実践

・専門的知識を有する人材の養成・活用

食育に関し、専門的知識を備えた管理栄養士や栄養士、専門調理師や調理師等の養成を図るとともに、学校と地域の連携のもと、食育の推進に向けて多面的な活動が推進されること。

・地域において食育の推進が着実に実施されるように安平町における栄養士の配置の推進を図り、資質向上を目指すための研修。

・生活習慣病と栄養・食生活の関連目標

①適正体重を維持している者の増加(肥満・痩せ)の減少・適切な量と質の食事を摂る者の増加
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上・食塩摂取量の減少(目標8g以下)・野菜・果物の摂取量の増加

②共食の増加

③今後の取り組み

・栄養・食生活の格差の実態を把握する仕組み作り

・科学的根拠に基づいた栄養や食生活に関する基準や指針の策定

- ・新たな主体による取り組みを促進する仕組み作り
- ・専門領域で求められる人材育成

(2) 身体活動・運動

①はじめに

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きであ「運動」とは身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

最近では、身体活動・運動は、生活習慣病の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などと関係することも明らかになってきました。要介護となる理由として脳血管疾患や運動器疾患が重要になっています。

②基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。主要な生活習慣病予防とともに (※12) フレイルによって、日常生活の営みに支障がないようにするために身体活動・運動が重要になります。意欲や動機付けの指標でなく「歩数の増加」や「運動習慣の割合の増加」を掲げていきます。

【用語説明】

※12 フレイル：病気ではないけれど、年齢とともに、筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のこと

③現状と目標

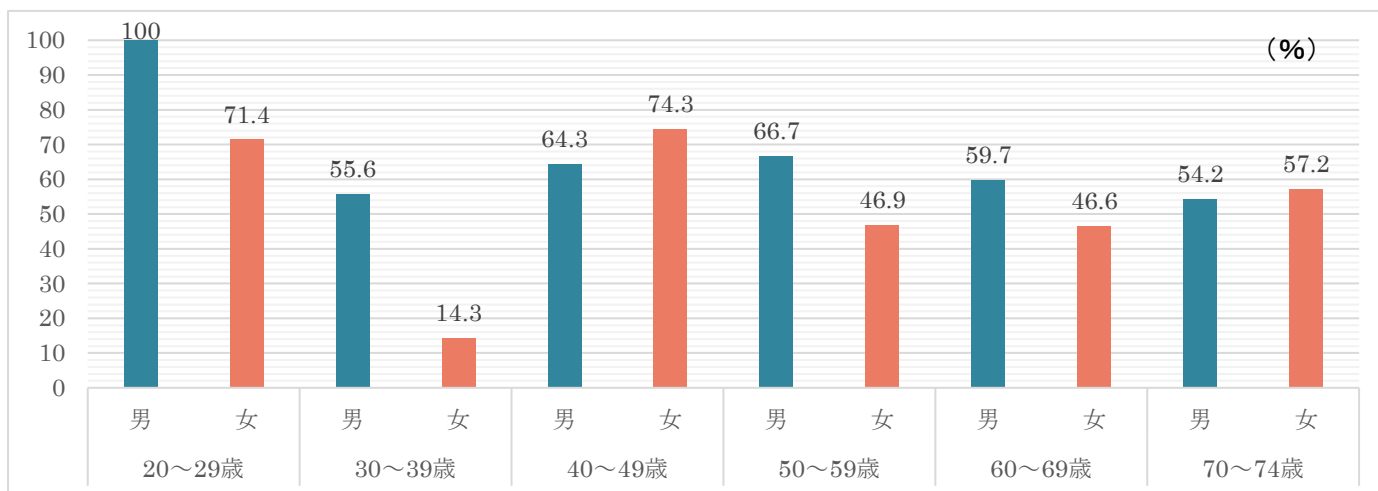
ア. 日常生活における歩数の増加

(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子とともに、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子となります。

図表 52 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合 (P63)

(令和4年度特定健診・基本健診問診票より)



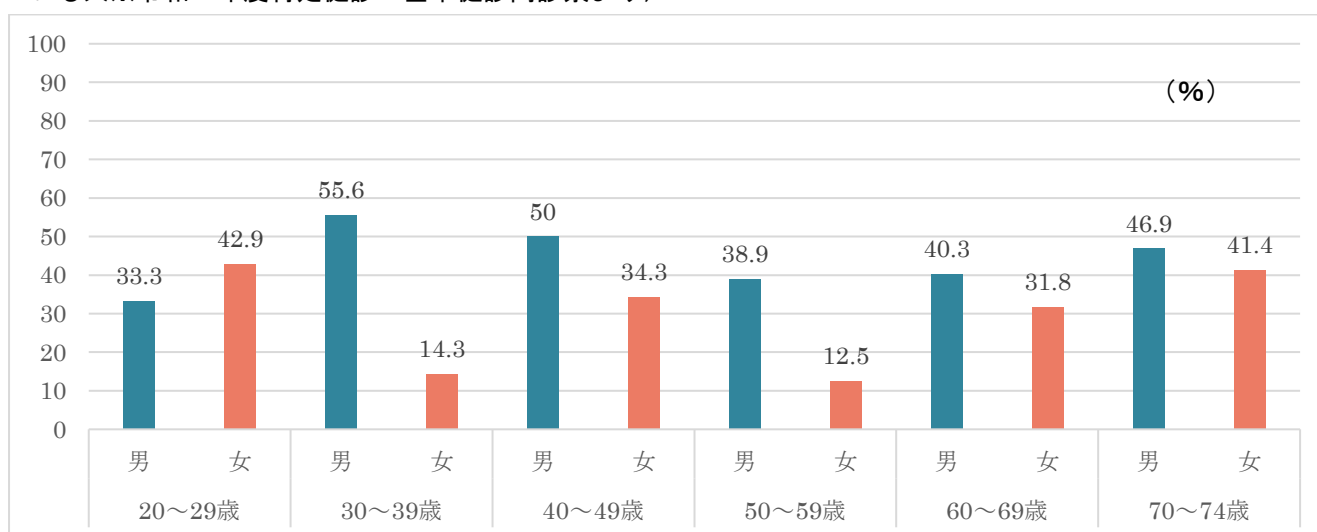
安平町では、安平町国民健康保険特定健診受診者に対して身体活動の状況を把握していますが、日常生活においてよく体を使っている人は、男性はどの年代も5割以上意識している、女性は20歳代、40歳代が7割と多いのが特徴です。(図表52)

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるよう心掛けることですが、北海道の特徴として、夏冬の活動量の差があり、安平町も同様です。このことは、年齢による基礎代謝量の低下に伴って体重が増加し、生活習慣病発症へとつながっていきます。

イ. 運動習慣がある者の割合の増加

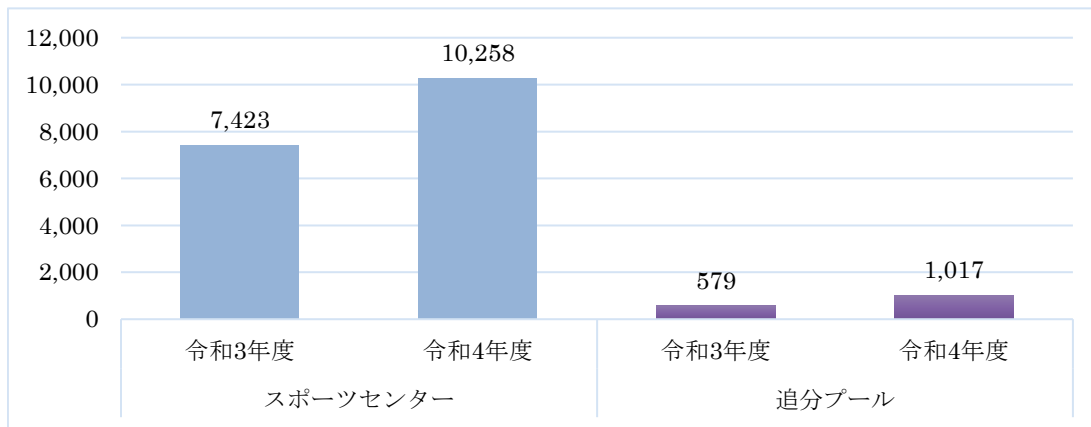
運動は余暇時間に取り組むことが多いため、一般的に就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなります。安平町では30歳代、50歳台女性を除けば年齢による運動割合の差はほとんどありませんでした。(図表53)

図表53 性別・年代別の運動習慣者の割合(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人※令和4年度特定健診・基本健診問診票より)



図表 54 安平町スポーツセンター及び追分プール利用者数年度（参加人員は参加実人数）

(人)



令和3年度は、緊急事態宣言発令による営業期間短縮の措置があり例年より利用者数が減少したため比較は難しい状況となります。

〈実施事業実績〉

○安平町スポーツセンター利用促進・健康寿命延伸事業「運動教室」期日：令和4年11月～令和5年2月（全10回）

場所：安平町スポーツセンター

参加人数：延べ135名

○安平町スポーツセンター利用促進・健康寿命延伸事業「インボディ測定」

期日：令和4年4月～令和5年3月（毎月2回実施）

参加人数：延べ485名

就労世代の運動習慣者が増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外の運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設（安平町スポーツセンタープール、トレーニング室など）を多くの人が活用し、気軽に運動に取り組める環境をつくることが重要です。

④対策

個人の身体活動・運動習慣の向上が壮年期死亡や高齢者の社会生活機能低下の予防となり、健康寿命の延伸につながると考えられます。無理なく1日10分から開始することが必要です。

ア. 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・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

イ. 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・運動に係る健康増進事業の継続

生活習慣病対策：インボディ測定一般開放（月2回）、安平町スポーツセンターでの運動教室、水泳教室

- ・介護予防事業：足腰しゃんしゃん教室、水中運教室等の継続実施
（高齢者については第4章(9)高齢者の健康に記載）

- ・生涯スポーツ推進事業（教育委員会主催）等

- ・明治安田生命との連携協定締結（令和6年3月実施予定）

血管年齢測定、ベジチェック、自立神経チェッカー等の健康機器を用いた健康測定会の実施予定。（インボディ測定）

ふれあい大学（高齢者大学）での健康学習会の実施を予定する。

ウ. 運動をしやすい環境の整備

- ・健康増進施設の整備方向の検討

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

- ・町の各部局や関係機関と連携し、気軽に歩くことができる深呼吸スポットの周知

(3) 歯の健康(歯科保健計画)

①はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。歯の喪失による咀嚼機能や構音（発音）機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与しています。住み慣れた地域において生涯を通じて必要な歯科保健医療サービスを利用しながら、健康の維持増進ができる環境づくりが必要です。食べる楽しみがいつまでも続く生活を目指し、80歳になっても自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020運動」が展開されています。

近年における安平町民の歯・口腔の状況において、乳幼児でむし歯有病率が近隣市町村及び全国と比べ低く良好な状態ですが、学童期になり学年が上がると高率になっていくのが課題となっています。妊娠期、乳幼児期から歯の健康を維持するのが大切になります。

安平町では、令和6年度より成人の歯科健診を実施する予定です。定期的な歯科健診の機会を通じて歯と口腔の健康を保持することを目的としています。

歯科保健医療に関する根拠法令は、母子保健法、学校保健安全法、健康増進法、及び介護保険法等に分散していますが乳幼児期から高齢者までライフステージを通し一貫した対策を推進していく必要があります。平成27年に策定した歯科保健計画『安平町歯・口腔の健康づくりガイドライン』は、内容を統一するため健康あびら21と統合することとしました。

②基本的な考え方

・発症予防及び重症化予防

歯を失う最大の原因はう歯（むし歯）であることから、その予防を実施することが優先されます。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。特に、乳歯から永久歯に生え変わる時期から健康な永久歯を守るために歯科衛生知識の普及や歯科健康診査の実施・歯みがき指導に加え、積極的なフッ化物利用を促進していきます。

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。歯の喪失のもう1つの原因として歯周病があり、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を防止するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

③現状と目標

ア. ライフステージごとの歯・口腔の健康の推進

・妊産婦

妊娠による生理的変化により歯周病のリスクが高まる時期に、パパママ教室において歯科医科院への受診勧奨や歯科指導を行い、口腔の保健行動の改善を図り、歯周病が原因で歯を失うリスクの低下を図っています。また、妊産婦から歯科の保健指導を実施することにより出産後も「母子健康手帳」を活用し、乳歯の生え方から離乳食の進め方・咀嚼機能の発達と子どもの成長発達に合わせた歯科保健指導を実施しています。

・乳幼児

乳児健康診査・相談において歯科衛生士による歯科相談・指導を実施しています。歯が生えた7～8カ月健康診査から歯科衛生士による歯科指導が始まり、1歳6カ月児・3歳児健康診査と町独自に5歳児健康診査においても幼児期の歯科指導が実施されています。

歯科健康診査の状況では安平町は全道・管内に比較してむし場有病率は良好に保たれています。乳幼児期の早期から歯科健診・フッ化物塗布などで歯科指導に結びついている結果だと考えられます。保護者に対して口腔衛生に対する意識の向上を図り、むし歯予防のための①歯磨きの励行②糖分の抑制③歯質の維持向上と3つの基本を指導しています。また、フッ化物塗布の受診を勧奨しています。

・乳幼児のフッ化物塗布

図表 55 安平町乳幼児フッ化物塗布の受診状況（令和4年度）

春	66.7%	秋	63.3%
---	-------	---	-------

フッ化物塗布は原則、歯が8本以上もしくは、1歳以上になったら開始し就学前までを対象としています。6ヶ月毎に年2回のフッ化物塗布が実施されています。対象児の6割以上が町のフッ化物塗布を実施しており、残りの4割の中には保護者が就労で指定日に受診するのが難しいなどの理由から、個人で歯科医院に受診している児もいます。

・学童・生徒

永久歯の1人平均むし歯本数(令和4年度)

小学校1年生安平町 0.05本	東胆振全体 0.09本
小学校6年生安平町 0.40本	東胆振全体 0.58本
中学校1年生安平町 0.69本	東胆振全体 0.73本

・う蝕有病者率

小学校1年生安平町 4.5%	東胆振全体 5.6%
小学校6年生安平町 22.9%	東胆振全体 22.0%
中学校1年生安平町 27.4%	東胆振全体 25.8%

安平町の1人平均むし歯本数は東胆振圏域と比べ少ないが、学年が上がるにつれて永久歯の1人平均う蝕有病者率は高くなっています。以上のことから学童期における対策が重要となります。平成24年度から追分幼稚園においてモデル事業としてフッ化物洗口事業が始まり、令和4年度では安平町内の全小中学校、子ども園で実施しています。

・フッ化物洗口

乳幼児期より歯科対策が生まれ、親の関心が高く家庭での仕上げ磨き等によって乳幼児期はう歯が少ない状況ですが、就学する頃には親の関心も低下・子どもの一人磨きが増加し、その結果、12歳児における永久歯のむし歯が多くなっていることから、むし歯予防を効果的に実践するためにフッ化物洗口に取り組んでいます。

◆参考

厚生労働省が平成15年に示した「フッ化物洗口ガイドライン」や北海道フッ化物洗口ガイドブックや【歯・口腔の健康づくり8020推進条例】平成21年6月26日公布・施行され、効果的な歯科保健対策の推進等（第11条の2）に提唱されています。

フッ化物洗口における根拠は国・北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例に基づくものですが、安平町ではこの「健康あびら21(第2次)」を歯科保健計画としており、フッ化物による対策を位置づけています。

・国の指標である12歳児（中学校1年生）の1人平均むし歯数を減少し、基準値1.8本(H24)→1.0本以下にすることを目標に、具体的な取り組みとして、保育所・幼稚園・小学校・中学校へのフッ化物洗口の導入を行っています。

・学童歯磨き教室

合併後の平成19年より、自分でできる歯磨き習慣の確立を目指し町内の全小学校において子ども達に自分の歯に関心を持ってもらうための学童歯磨き教室を実施しています。子どもが自分で歯みがきができるようになると親の子どもの歯に対する関心が低下してくる傾向があります。12歳児での1人平均むし歯本数は、乳歯・永久歯ともに全国・全道よりも増加しています。

学童のむし歯を減少させるために、歯科衛生士・保健師は教育委員会と連携し学校養護教諭や学年担任の教諭の協力により、学童一人ひとり人の染め出しやブラッシング指導を実施しています。各学年において、指導目標を設定し6年間で必要な歯科衛生知識の普及と歯への関心を高めていく取り組みを行っています。

フッ化物洗口で歯の質を強くするとともに、細菌によるむし歯や歯周病の予防のため、歯みがき支援を継続していくことが必要です。フッ化物洗口や学童歯磨き教室は学校・教育委員会と連携により実施しています。

④対策

3つの要因（歯の質・糖分・細菌）が、排除するための施策を実施・継続していきます。町医である歯科医師・薬剤師との連携を行い、協力医療機関の指示を仰ぎ、事業の遂行に勤めることが重要です。

ア.各ライフステージにおける歯・口腔の健康の推進

妊産婦

- ・パパママ教室

妊娠期の歯の健康管理のため受診勧奨に合わせて、歯・歯磨きの大切さを学び生まれてくる子の歯磨き習慣を意識づけるための情報提供活用や実践指導を実施します。

乳幼児

- ・乳幼児健診（乳児健康診査・1歳6カ月児健康診査・3歳児健康診査・5歳児健康診査）

各種健康診査における歯科健診および歯科指導を継続実施（日常の生活習慣について、適切な間食の重要性、食育との関連にて正しい食行動の啓発）します。

- ・歯科医師及び歯科衛生士による健診・相談での個別指導

- ・フッ化物塗布等

歯科健診の実施と定期的なフッ化物塗布の実施

乳歯から永久歯に変わっていく時期への指導

乳幼児期の歯磨きの習慣化、糖分の過剰摂取の抑制

学童・生徒

- ・保育所・学校等のフッ化物洗口の実施

フッ化物洗口は子ども園から中学校までを継続的に実施

- ・学童歯みがき教室（各小学校）

むし歯の減少・歯みがき習慣の確立・低年齢よりの歯周病の予防

成人

- ・歯科知識の普及啓発

歯科のポスターの掲載や周知等の、広報活動を実施

- ・歯周病対策の重要性の周知

デンタルフロスや歯間ブラシ等の清掃用具の使用を促進

生活習慣病から健康寿命の延伸のため、歯の寿命と生活習慣についての衛生知識普及啓発

- ・フッ化物含有歯磨き剤の活用

フッ化物が含有されている歯磨き剤の利用促進

広報活動により知識の普及啓発

- ・妊婦に対する歯科保健指導の実施継続

- ・成人歯科健診の実施（高齢者も含む、令和6年度から実施予定）

高齢者

- ・介護予防事業における高齢者への口腔衛生指導教室の継続実施

介護予防事業（要介護状態になるおそれの高い高齢者）

- ・介護サービスにおける口腔機能向上サービスの実施

老人クラブ等での歯の衛生について健康教育を継続

しょうがい者（児）

- ・療育等の通園している在宅児童について、歯科健診・歯科保健指導の実施
- ・かかりつけ医の定着支援
- ・障害者・特定疾患などの口腔機能サービスについては必要な方への保健所と連携協力により支援
- ・しょうがい者・特定疾患などの口腔機能サービスについては必要な方へ町内医療機関と連携協力により支援

（４）たばこ（喫煙）（母子の領域を含む）

①はじめに

たばこによる健康被害は、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、周産期の異常(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。たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。特にがんとの関連は大きく、がんの全死亡者のうち男性の40%、女性の5%は喫煙が原因と言われ、そのうち肺がんでは男性の70%、女性の20%にもなります(国立がん研究センター)。

前述の75歳未満部位別がん死亡の状況(P39 図表 39)においても町内でも呼吸器のがんで亡くなっている人がおり、喫煙の影響は大きいと考えられます。長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行するCOPDは、国民にとって重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていません。発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなります。「COPDの予防・早期発見に関する検討会」の提言から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

安平町の成人の喫煙率は、522名中98名で18.8%(令和4年度安平町特定健診受診者質問票より)となっています。そのうち、男性は30.2%、女性は11.3%でした。平成30年度と令和4年度を比較すると、喫煙率は上がっています(P71 図表 56)。また、女性の喫煙者数は右肩下がりで経過していますが(P72 図表 58) 男性の喫煙者数は横ばいで、年代別には50代・60代で喫煙者数が増加している傾向があります。(P71 図表 57)

ア. 成人の喫煙率の減少を図る

図表 56 喫煙率 (%)

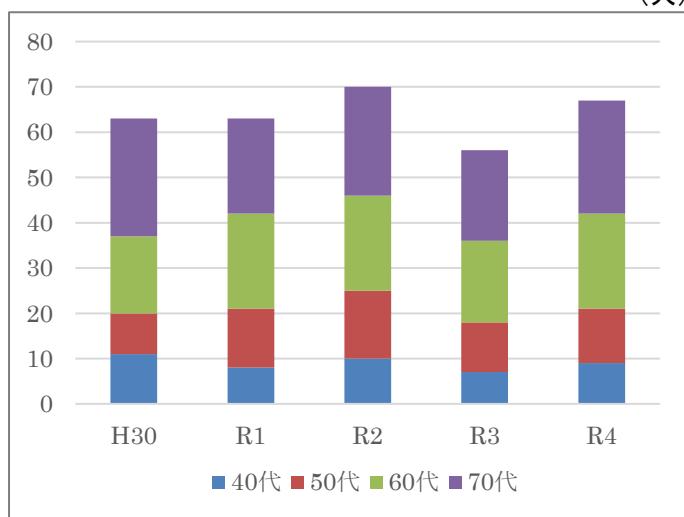
年 度	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
喫煙率男女	16.2	15.4	17.2	16.0	18.7
男性	24.3	24.7	27.2	25.1	30.2
女性	10.6	9.0	9.9	9.7	10.3

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、止めたくても止められないことが多いです。近年、加熱式たばこも普及していますが、これらにもニコチンや発がん性物質などの有害物質は含まれています。今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援と、これからの担う子どもに向けて母子保健でのたばこの害の健康教育が重要になります。

母親は非喫煙者であっても父親が喫煙者であることも多いため、母子健康手帳交付の際など、引き続き禁煙指導が必要です。

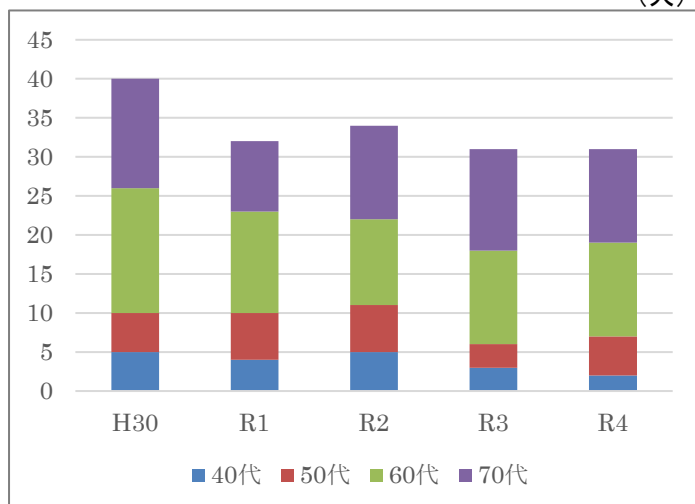
図表 57 年代別喫煙者数 (男性)

(人)



図表 58 年代別喫煙者数 (女性) (P72)

(人)



④対策

ア. たばこのリスクに関する知識の普及・啓発

- ・保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
- ・母子健康手帳交付、パパママ教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

イ. 禁煙支援の推進

- ・安平町国民健康保険特定健診及び基本・後期高齢者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

ウ. 広報による啓蒙

(5) アルコール（飲酒）（母子保健の領域を含む）

①はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、^{とうすいせい}陶酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定しています。多量飲酒者を「1日平均 60 g を超える飲酒者」とし、健康日本 21 第 3 次計画においては、第 2 次計画に引続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、「一日当たりの純アルコール摂取量が男性では 40 g 以上、女性は 20 g 以上」と定義しています。

②基本的な考え方

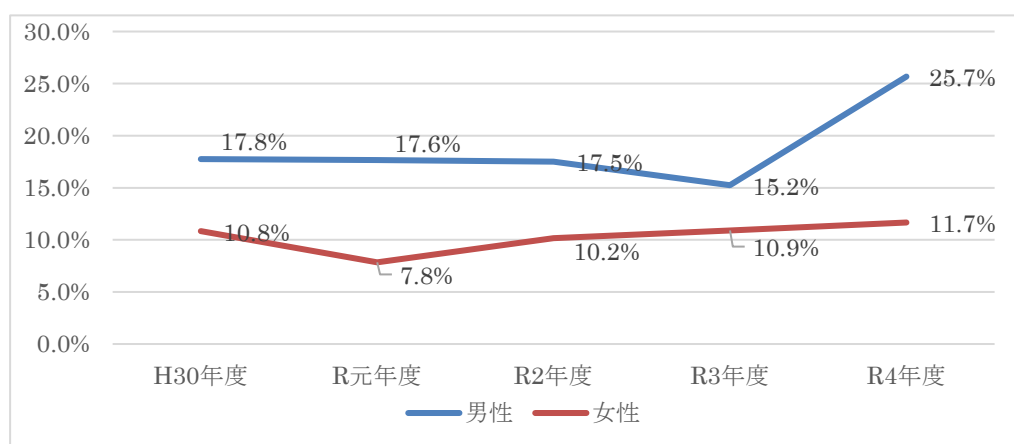
飲酒は適量であれば心身の緊張を和らげ、コミュニケーションの一助ともなります。しかし、飲み方によっては、急性アルコール障害と慢性の臓器障害（がん、肝臓病、膵臓病、循環器疾患、消化器疾患、歯科疾患、糖尿病など）、さらにはうつ病や認知症、アルコール依存症を引き起こします。そのため、飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

安平町の成人における、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は、令和 4 年度安平町特定健診問診票では受診者 522 名中 92 名の 17.6% でした。

このうち、男性は 25.7%、女性は 11.7% となっています。（図表 59）

図表 59 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（特定健診問診票より）



図表 60 安平町における飲酒頻度（特定健診質問票より）

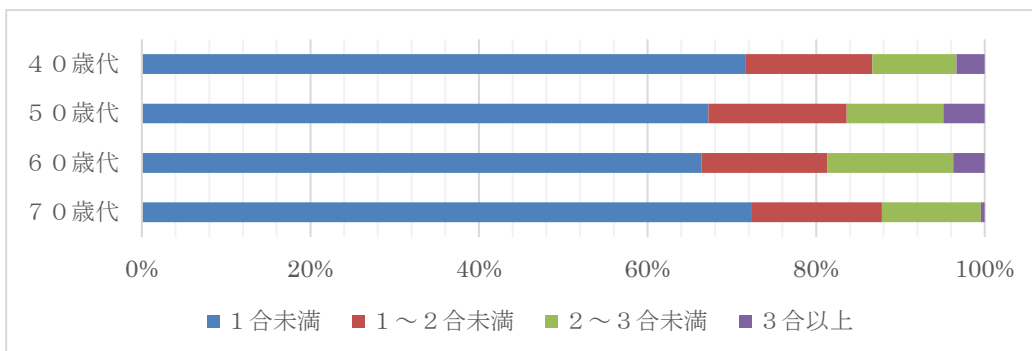
男性	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
毎日（人）	108 (41.7%)	107 (41.2%)	109 (42.4%)	87 (39.0%)	91 (41.2%)
時々（人）	77 (29.8%)	74 (29.0%)	69 (26.8%)	65 (29.2%)	62 (28.1%)
ほとんど 飲まない(人)	74 (28.5%)	74 (30.8%)	79 (30.8%)	71 (31.8%)	68 (30.7%)

女性	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
毎日（人）	34 (9.0%)	40 (11.3%)	32 (9.3%)	34 (10.5%)	32 (10.7%)
時々（人）	85 (22.5%)	73 (20.5%)	77 (22.3%)	62 (19.3%)	67 (22.4%)
ほとんど 飲まない(人)	259 (68.5%)	242 (68.2%)	235 (68.4%)	225 (70.2%)	200 (66.9%)

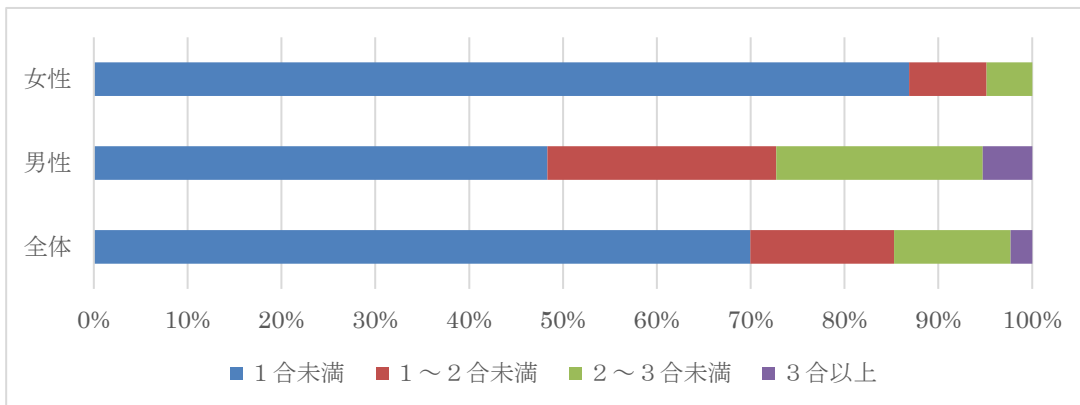
男女合計	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
毎日（人）	142 (22.3%)	147 (24.1%)	141 (23.5%)	121 (22.2%)	123 (23.7%)
時々（人）	162 (25.4%)	147 (24.1%)	146 (23.3%)	127 (23.3%)	129 (24.8%)
ほとんど 飲まない(人)	333 (52.3%)	316 (51.8%)	314 (54.4%)	296 (54.4%)	268 (51.5%)

令和 4 年度の毎日飲酒する人は 23.7%、時々飲酒する人は 24.8%、ほとんど飲酒しない人は 51.5% でした。（図表 60）

図表 61 安平町における一日あたりの飲酒量年代別（R 4 年度安平町特定健診質問票）



図表 62 安平町における一日あたりの飲酒量性別（R4年度安平町特定健診質問票）

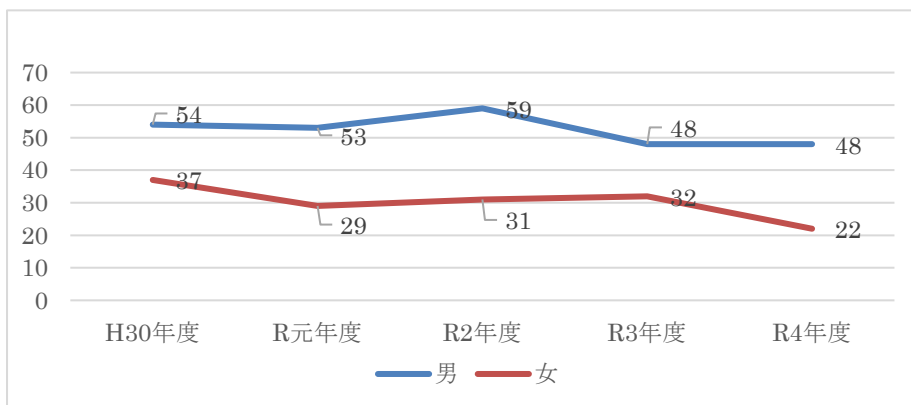


一日当たりの飲酒量では、一合未満飲酒者が女性では約90%を占めているのに対し、男性では約50%となっていました。男性の方が飲酒量が多くなっています。（図表 62）

・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

健診結果において肝機能異常を示している割合は下記のとおりです。（肝臓機能異常は γ -GTPの数値が男女ともに51u/l以上の方）令和4年度において女性では300人中22人で7.3%と低いですが、男性では222人中48人で21.6%という高い割合で上昇しています。すでに肝機能低下している場合もあれば、放置するといずれ肝臓病や動脈硬化へ進行するおそれがある場合もあります。異常が発見される前に普段から適切な飲酒習慣を身につけることが大切です。（図表 63）

図表 63 特定健診における γ -GTP51u/l以上の者の人数 (人)



④対策

ア. 飲酒のリスクに関する知識の普及・啓発

- ・各種保健事業の場での知識の普及や情報提供

母子健康手帳交付、パパママ教室、乳幼児健康診査及び相談、がん検診等

イ. 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・特定健診、基本・後期高齢者健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

3. 休養・こころの健康（自殺対策計画）

（1）計画の策定・見直しの趣旨等

「安平町いのちを支える計画」は令和2年4月に策定しました。この計画は安平町総合計画や健康あびら21などの安平町の関係計画と調和を図ることが重要であることから、健康あびら21の見直しに合わせて統合することとし、休養・こころの健康部分を「安平町いのちを支える計画」とします。

（2）安平町の自殺の状況

①自殺者の年次推移

図表 64

死亡者数（年度）	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
全国	32,485	27,589	27,041	25,218	23,806	21,703	21,127	20,668	19,974	20,907	20,820
北海道	1,398	1,267	1,216	1,130	1,094	978	970	965	949	925	948
東胆振圏域	63	54	34	40	61	39	37	53	29	35	33
安平町	12						9				

出典：地域自殺実態プロフィール、安平町死亡統計、厚生労働省自殺の統計

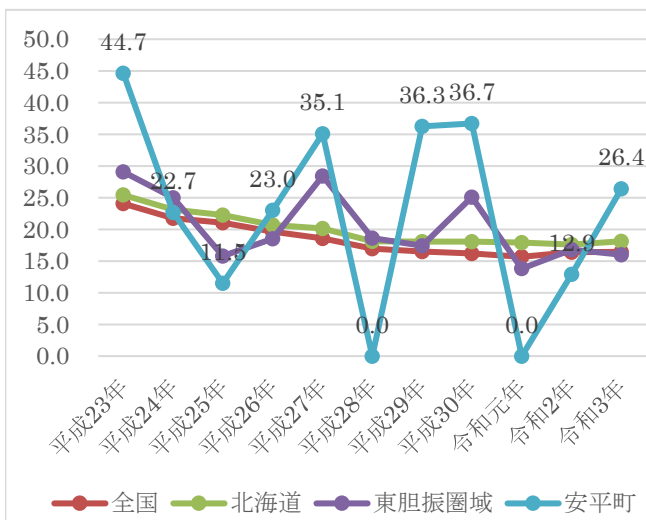
②自殺死亡率について（人口10万対）

図表 65

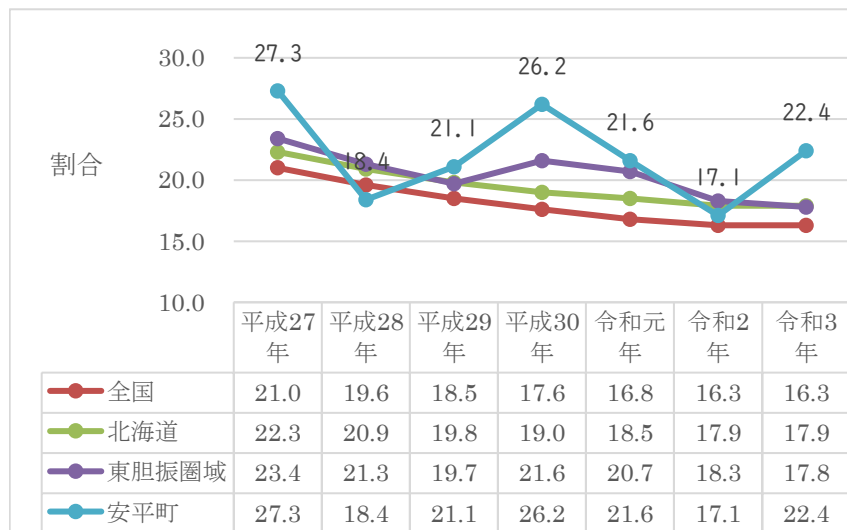
5年平均死亡率（歳）	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
全国	21.0	19.6	18.5	17.6	16.8	16.3	16.3
北海道	22.3	20.9	19.8	19.0	18.5	17.9	17.9
東胆振圏域	23.4	21.3	19.7	21.6	20.7	18.3	17.8
安平町	27.3	18.4	21.1	26.2	21.6	17.1	22.4

出典：地域自殺実態プロフィール、安平町死亡統計、厚生労働省自殺の統計

図表 66 自殺者の推移（%）



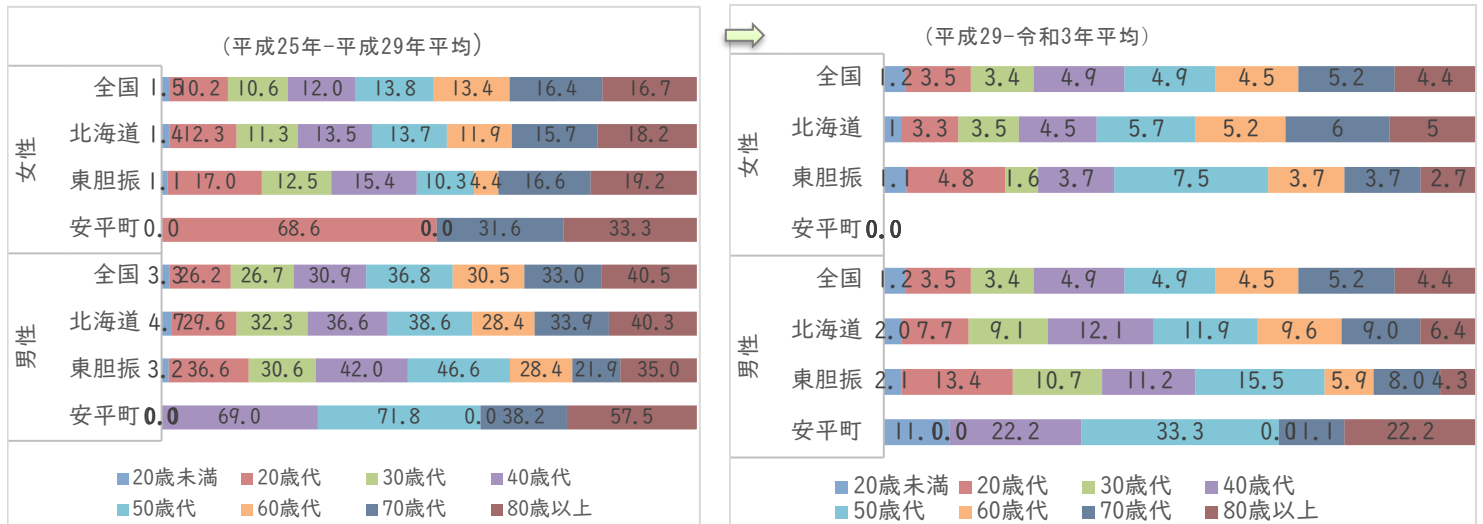
図表 67 5年平均自殺者の推移（%）



自殺数については、国、北海道、東胆振圏域については減少傾向にあり、安平町においても6年ごとにまとめてみると減少傾向にありますが、減少傾向にあった安平町の5年平均自殺率は令和3年において上昇に転じています。また、国、北海道、東胆振圏域と比較しても高い傾向にあります。

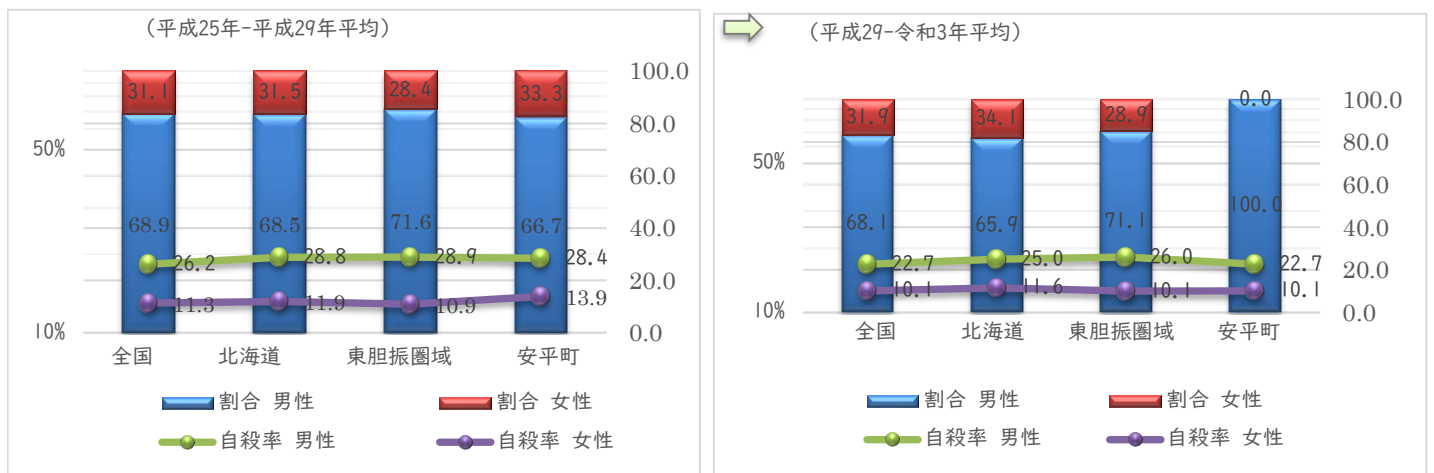
③性別、年代別の死亡率(人口10万対)

図表 68 年齢別自殺死亡割合の変化 (%)



出典：地域自殺実態プロフィール

図表 69 自殺の男女別割合と自殺率の変化 (%)



出典：地域自殺実態プロフィール

第1次計画と同様に男性の死亡者数が高めであり、安平町では20歳未満の男性と40～50歳代、高齢者の自殺率が国、北海道、東胆振圏域と比較し高くなっています。

④安平町で優先されるべき対象群の特徴

令和2年4月

- 1位：働き盛り世代の有職男性
(職場の人間関係、仕事の悩み→うつ→自殺)
- 2位：高齢期の男性・女性
(生活苦、介護の悩み、病苦→身体疾患・うつ→自殺)
- 3位：成人期の生活困窮者
(失業、非正規雇用、生活苦、離別→うつ→自殺)



令和5年4月

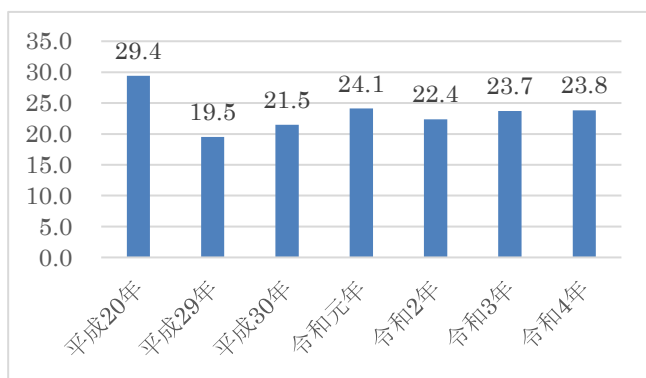
- 1位：働き盛り世代の有職男性
(職場の人間関係、仕事の悩み→うつ→自殺)
- 2位：高齢期の男性・女性
(生活苦、介護の悩み、病苦→身体疾患・うつ→自殺)
- 3位：成人期の生活困窮者
(失業、非正規雇用、生活苦、離別→うつ→自殺)

令和2年の自殺対策計画と大きな変化はありません。

(3) 安平町のこころの健康に関する概況

①健康診査問診票からの結果

図表 70 睡眠による休養十分にとれていない人の割合 (%)



睡眠による休養が十分に取れていない人の割合は、平成30年度の胆振東部地震後に高くなり一旦は減少しましたが、新型コロナウイルス感染症等の影響を受けて令和3、4年度で上昇しています。

②災害後の心のケアの取組

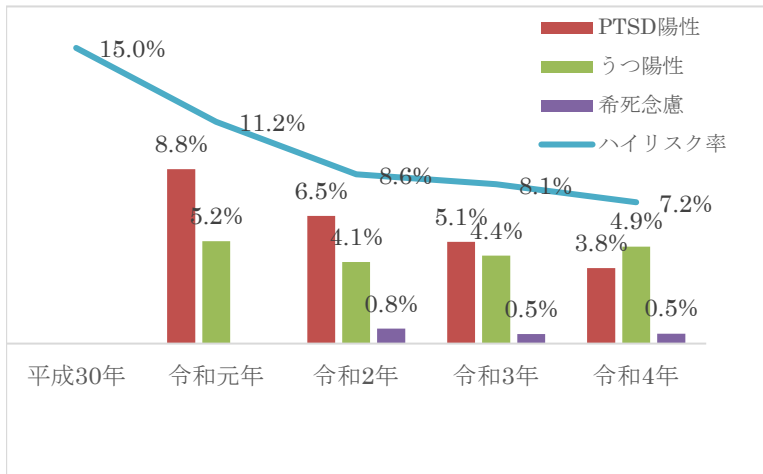
図表 71

	平成30年		令和元年		令和2年		令和3年		令和4年	
	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)
総数(回収数)	421		1,506		1,330		1,439		1,384	
PTSD 陽性			133	8.8	86	6.5	74	5.1	53	3.8
うつ陽性			78	5.2	55	4.1	64	4.4	68	4.9
希死念慮					10	0.8	7	0.5	7	0.5
ハイリスク率	63	15.0	169	11.2	114	8.6	116	8.1	99	7.2

※ハイリスク者は重複あり

出典：安平町こころの健康アンケート

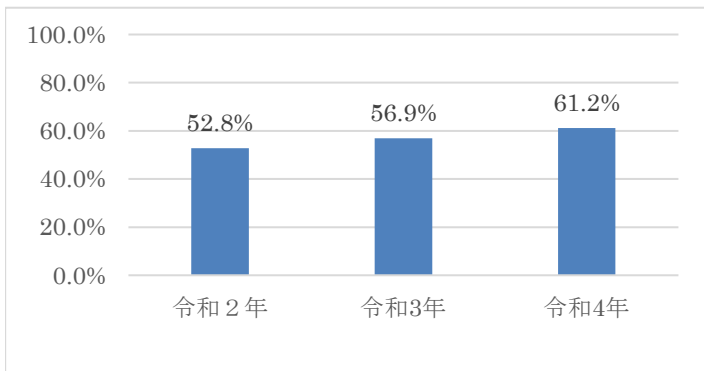
図表 72 こころの健康アンケートハイリスク割合 (%)



がん、特定健診受診者等に対しアンケート実施。胆振東部地震後の PTSD、うつ等によるハイリスク者については、年々減少傾向となっています。

新型コロナウイルス感染症の影響や精神疾患を持っている方もおり、うつ傾向については横ばい〜やや増加している状況となっています。(図表 72)

図表 73 こころの問題を役場でも相談できているものの割合 (%)



胆振東部地震以降実施しているこころの健康アンケート、こころのパフレットの配布による周知により、心の問題を役場で相談できている者の割合は上昇し、6割を超えています。

(図表 73)

【胆振東部地震における安平町メンタルヘルス対策】

目的	災害により心身に大きなダメージを受けた安平町の住民が、適切なケアとサポートを受け、心身の不調の悪化を来すことなく健康に暮らすことができる。また、災害は心身への影響の他、生活再建が継続した課題となり、その対応行動がメンタルヘルスにも影響するため、復旧だけではなく住民が安心して暮らすために中長期的にメンタルヘルス対策を継続して取り組み、個人のみならず地域全体の健康度の向上を目指す。
目標	1 現状のハイリスク者対応（潜在しているメンタルヘルス支援を必要としている人の把握（ほりおし）・把握した人の適切なケアの実施） 2 未来のハイリスク者を減少させる予防的介入（ポピュレーションアプローチ・人材育成など） 3 こころの健康への理解や対策の推進（メンタルヘルスリテラシーの向上）



<用語の定義>
○ハイリスク者:「こころのアンケート」にて、リスクが高いと判定された者
○要支援者:「心のアンケート」にて、自殺企図やハイリスク者の中でも介入が必要であると判定された者

フェーズ	4【被災住宅入居者対策・新しい地域コミュニティ形成支援】(被災住宅入居後～)												5【孤立化防止策/新たな地域コミュニティ形成・支援】(被災住宅退去後～)												全体評価																																																											
時期	H30年度(2018年度)			R1年度(2019年度)			R2年度(2020年度)			R3年度(2021年度)			R4年度(2022年度)			R5年度(2023年度)			9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																																											
時期ごとの主な対応	被災住宅入居者の支援、職員の研修、被災者の心のケア、生活再建の推進												被災住宅退去後の支援、職員の研修、被災者の心のケア、生活再建の推進												・被災者メンタルヘルス支援から「通常のメンタルヘルス支援」へ ・これまでの取り組みにより、「被災者メンタルヘルス支援」ニーズは、通常のメンタルヘルス支援の中での支援ニーズへと変化していった。今後は、ハイリスク支援中心から、地域づくり・ポピュレーションアプローチ中心へと切り替えていく必要がある。また、3町情報交換会や先行地域の文献等からは、ハイリスク者の中には「取り残され感」のある方もいるとのことであり、前に進んでいるように見える町民の中にも、同様に感じている者も潜在している可能性もある。「被災を忘れていない」というメッセージは入れつつ、新たなメンタルヘルス対策も盛り込み、メンタルヘルスに強い町づくりに向け対策をバージョンアップしていく。																																																											
1 対象選定	【被災者総数】 ○対象：1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等 ○対象：1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等 ○対象：1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等												【こころのアンケート】 ○アンケート総数:1,505 ・PTSD:133(8.8%) ・うつ傾向:78(5.2%)												【こころのアンケート】 ○アンケート総数:1,330 ・PTSD:86(6.5%) ・うつ傾向:55(4.1%) ・希死念慮:7(0.5%)												【こころのアンケート】 ○アンケート総数:1,439 ・PTSD:74(5.1%) ・うつ傾向:64(4.4%) ・希死念慮:7(0.5%)												【こころのアンケート】 ○アンケート総数:1,884 ・PTSD:83(4.4%) ・うつ傾向:68(3.6%) ・希死念慮:7(0.4%)												・安平町では被災直後から住民のこころの状態把握のためにこころのアンケートに取り組んでおり、臨床心理士の助言を得てK6(精神症状のスクリーニング尺度)方式のアンケートを健診時に実施していた。R元～被災3町で共通のアンケート様式(SOD《災害精神保健医特化したスクリーニング尺度》方式を元にしたもの)を作成し、実施した。R2年度からは、臨床心理士へ相談の上、安平町独自で自殺対策に関する項目を追加、よりハイリスク者を把握できる様式とした。アンケートへ項目「死にたい」と思ったことがあるを追加したことで、うつ・PTSDのカットオフ値のみでは抽出されない、うつ・PTSDハイリスク者ではないが「死にたい気持ち」を持っている人を把握でき、臨床心理士や保健師からの直接の支援につなげることができた。																							
リスク区分・ハイリスク者選定	【こころのアンケート】 ○対象:1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等 ○対象:1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等 ○対象:1 避難先・高齢者定住地域、仮設住宅等												1 被災者メンタルヘルス要支援者自覚作成 ・1～3で把握した者について自覚作成 ・被災者支援センター、被災者支援センターとの協働												ハイスリスク者カンファレンス実施 ・回数:3回/年 ・対象:保健師、臨床心理士、保健師(随時) ・内容:アンケート内容からハイリスク者抽出 ・ハイリスク者について、支援方針を検討し、 ①保健師・保健師 ②介護担当保健師 ③臨床心理士で支援												ハイスリスク者カンファレンス実施 ・回数:3回/年 ・対象:保健師、臨床心理士、保健師(随時) ・内容:アンケート内容からハイリスク者抽出 ・ハイリスク者について、支援方針を検討し、 ①保健師・保健師 ②介護担当保健師 ③臨床心理士で支援												ハイスリスク者カンファレンス実施 ・回数:3回/年 ・対象:保健師、臨床心理士、保健師(随時) ・内容:アンケート内容からハイリスク者抽出 ・ハイリスク者について、支援方針を検討し、 ①保健師・保健師 ②介護担当保健師 ③臨床心理士で支援												・ハイリスク者への個別支援について、保健師間で支援方針や支援結果を検討するため、R元年度～被災者メンタルヘルス要支援者カンファレンスを実施することとした。ハイリスク者支援区分・支援方法についてシステム化し効率的な支援を狙ったが、R2年度からは新型コロナウイルス感染症が発生し、町と保健師が集まる機会が減少した。しかし、応援保健師に対象を整理してもらった所、大多数が通常支援でフォローできる方であり、「被災者」としての支援ニーズは低下していることが窺えたため、ハイリスク者カンファレンスに機能を集約し、臨床心理士からの助言や支援方針検討しながら、引き続き個別支援を行うことができた。																							
2 ハイリスク者アプローチ	ハイリスク者への電話連絡、訪問支援												こころのパンフレット作成・配布												こころのケアパンフレットは、ポピュレーション・アプローチの観点からゲートキーパー研修やワークショップ会場ほか住民が集まる機会を活用し、配布した。本パンフレットはハイリスク者支援・ポピュレーション・アプローチの両方の観点から作成したものであるが、今後はハイリスク者からポピュレーション・アプローチへの重点の切り替えも視野に入れ、内容を更新予定である。																																																											
相談窓口の設置	リラクゼーションルーム(特定健診が実施される機会)												※内容を充実して実施												※内容を充実して実施、子育て・乳健診のみで継続実施、年回2カ所												ニーズ減り終了																																															
関係者との連携による支援	地域ミーティング、医療機関との連携調整、等随時実施												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内																																															
サロン等の場づくり	※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内																																															
3 ポピュレーションアプローチ	広報掲載 1月～3月(被災者メンタルヘルス)												広報掲載 10月(アンバーナバー活動)												広報掲載 3月(メンタル自覚対策)												広報掲載 8月(メンタルヘルスと健康)												広報掲載 2月(母子メンタルヘルス)												広報掲載 3月(自殺予防)												広報掲載 3月(自殺予防)											
普及啓発・地域づくり	こころのパンフレット作成・配布												こころのパンフレット作成・配布												こころのパンフレット作成・配布												こころのパンフレット作成・配布												こころのパンフレット作成・配布												こころのパンフレット作成・配布																							
健診	リラクゼーションルーム(※臨床心理士へ委託)・特定健診が実施される機会												※内容を充実して実施(※臨床心理士へ委託)												※内容を充実して実施、子育て・乳健診のみで継続実施、年回2カ所												ニーズ減り終了																																															
地域の保健事業	各保健活動(既存事業を活用)・高齢者実態調査・高齢者実態調査・高齢者実態調査・高齢者実態調査												自治体の保健推進員への健康啓発												自治体の保健推進員への健康啓発												自治体の保健推進員への健康啓発												自治体の保健推進員への健康啓発																																			
サロン等の場づくり	※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内																																															
4 従事者確保	民生委員協議会での普及(健康啓発および資料配付)												民生委員協議会での普及(健康啓発および資料配付)												民生委員協議会での普及(健康啓発および資料配付)												民生委員協議会での普及(健康啓発および資料配付)												民生委員協議会での普及(健康啓発および資料配付)																																			
人材育成	自治会(町保健師対象・講師 臨床心理士)												自治会(町保健師対象・講師 臨床心理士)												自治会(町保健師対象・講師 臨床心理士)												自治会(町保健師対象・講師 臨床心理士)												自治会(町保健師対象・講師 臨床心理士)																																			
5 その他の	職員向け リラクゼーションルーム ※日替り支援(※臨床心理士からの支援)												職員向け リラクゼーションルーム												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布																																			
支援者支援(職員のメンタルヘルス支援)	職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布												職員向け 健康教育(道立保健センター) こころのケアパンフレット配布																																			
コミュニケーション支援	※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内												※対象を町民全体へと拡大、場所を保健センター・めもりセンターへ変更・実施、ハイリスク者へは個別に案内																																															
香煙のうごき	自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成																																			
その他の取り組み	自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成												自費対策計画作成																																			
由仁町(応援保健師)※R2.4～R3.1止	町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について																																			
保健師	町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について												町と保健師での打合せ(全6回) 1 被災者支援の取り組み方針・進め方について検討 2 自費対策計画の作成について 3 町災害報告書作成について																																			

◎ 成果 ◎

【1. 現状のハイリスク者対応】

・臨床心理士の助言のもと被災直後から「こころのアンケート」に取り組み、臨床心理士へコンサルテーションを依頼。コンサルによりハイリスク者を抽出、臨床心理士と保健師によるハイリスク者・要支援者カンファレンスを実施。対象者へは①電話連絡②家庭訪問③集団支援(おちやのば、ほっとる一む) 勸奨④リーフレット送付(こころのケアパンフレット) ⑤他事業での支援を実施。令和2年からは臨床心理士へ相談の上、安平町独自で「自殺対策に関する項目」を追加、それにより、うつ・PTSDハイリスク者ではないが「死にたい気持ち」を持っている人を把握することが出来るようになり、臨床心理士や保健師からの直接の支援につなげることができた。

・震災前4年(H27-H30)で自死したのは10名、震災後4年(H31-R4)で自死したのは5名であり、自殺者は1/2となっている(震災関連と思われる自死は1名)。

・震災直後から令和4までの間でPTSD陽性者・うつ陽性者・希死念慮者については漸減傾向がみられる。

※令和5前期健診後のアンケートでは、PTSD陽性者・うつ陽性者について増加傾向がみられ、震災以外の新型コロナウイルス感染症やもともとの持病(メンタル)や気質の影響も考えられた。

【2. 未来のハイリスク者を減少させる予防的介入】・【3こころの健康への理解や対策の推進(メンタルヘルスリテラシーの向上)】・令和元年から地域ミーティングや民生委員協議会で、傾聴技術や心の健康に関する健康教育を実施。令和2年からは民生委員・役場職員・地域住民(自治会・町議員含)を対象としたゲートキーパー養成講座を開催し、人材育成および地域のメンタルヘルス対応の基盤づくりに取り組み、相談ニーズのある人が相談窓口につながる事ができる地域づくりを目指した結果、地域で活動する民生委員たちのメンタルヘルスに対する意識の変化が見られたり、「こころのアンケート」にて「相談窓口を知っている」という回答が徐々に増加した。

● 問題点 ●

【1現状のハイリスク者対応】

・「こころのアンケート」などで拾えないハイリスク者や要支援者をどのように確認していくのか。

・経年的にハイリスク者・要支援者にヒットする方について、「震災以外の要因」が影響を与えているケースも散見される。「希死念慮」を持たないそのようなケースについて、今後どのように対応していくのか。

【2未来のハイリスク者を減少させる予防的介入】・【3こころの健康への理解や対策の推進(メンタルヘルスリテラシーの向上)】

・民生委員の交代などで「ゲートキーパー養成講座」を受けていない方が増えてきているため、再度実施する必要があると考える。

また、今後も民生委員や役場職員の交代が予想され、住民の中にも受講希望者が新たに出る可能性があるため、不定期に開催していくのか検討中。

・相談機関としての役場の認知度は徐々に上がってきたがまだ十分ではない。啓発度合の浸透がさらに進むのかどうか、周知方法の再検討も必要となってくると考えられる。

○今後の取り組みについて○

【1現状のハイリスク者対応】

・今後も臨床心理士の助言のもと「こころのアンケート」に取り組み、臨床心理士によるコンサルテーションを含めた関係職員(保健師、保健所保健師等)によるハイリスク者・要支援者カンファレンスを継続する。支援対象者へは保健師及び臨床心理士の①電話連絡②家庭訪問③リーフレット送付(こころのケアパンフレット) ④他事業での支援を続けていく。令和5年度からはこころのアンケートにアルコールやひきこもりの項目も追加し早期介入のきっかけとして支援につなげていく。

・ハイリスク者本人のみならずハイリスク者の支援者となる家族や周囲の人へのサポートも重要であるため、支援者を含めての支援をしていく。

・震災以外の影響からハイリスク者・要支援者にヒットしてくる方について、今後被災者支援を自殺予防対策の中に組み込み、被災の影響を受けている方・それ以外の影響(新型コロナウイルス感染症やもともとのメンタルの持病や気質)を受けている方を合わせて支援をしていく。「希死念慮」を持たないケースについては、臨床心理士を含むカンファレンスで対応について検討する。

【2未来のハイリスク者を減少させる予防的介入】・【3こころの健康への理解や対策の推進(メンタルヘルスリテラシーの向上)】

・ゲートキーパー養成研修などの啓発活動を継続的に実施していく。

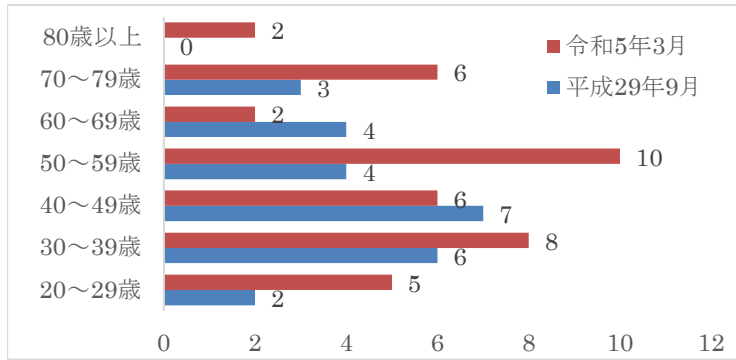
・「家族(自身)の病気や介護」を苦にされているケースもあるため、アンケートでハイリスクにヒットしなくても要支援者に気づくことができるように、高齢者に関わる事の多いケアマネや介護関係の職種の方に自殺予防の視点(メンタルヘルス対策)の理解を深めてもらえる機会を設ける(ゲートキーパー養成研修など)。

・広報やこころのパンフレットの配布、啓発活動と相談先の周知を継続して実施していく。

・健康推進グループ・介護グループ・福祉グループや健康福祉課以外の各関係機関と情報共有を実施し、要支援者を早期に把握し介入することで、ハイリスク者への移行防止をはかる。

(4) 精神しょうがい者・児の状況

図表 74 年齢別精神しょうがい者・児数 (人)



図表 75 精神障害者保健福祉手帳保持者及び自立支援医療受給者数

区分	H29.9	R5.3
精神障害者保健福祉手帳保持者(人)	26	40
自立支援医療受給者(人)	81	137
人口に占める割合(%)	0.97	0.97

出典：安平町しょうがい福祉計画

精神障害者保健福祉手帳保持者、自立支援医療受給者数は増加傾向にあります。

安平町の自殺の現状

- ① 働き盛り世代男性の有職者の自殺者が一番多く、個人・家族だけでは自殺を防ぎきれない可能性がある。地域の支援や公的・民間の支援等を組み合わせた柔軟な対策が求められる。
- ② 男女とも高齢期の自殺が多く、生活苦や健康不安、介護問題等の悩みによる自殺と想定される。健康問題に対して役割を持つ既存の保健事業に自殺対策の方法論を活用する等取り組んでいくことが求められる。
- ③ 男女ともに成人期の無職者の自殺者も①、②に次いで多く、生活苦や孤立などの悩みによる自殺と想定される。生活困窮者に対して、①と同様の柔軟な対策が求められる。
- ④ 保健・福祉・介護等が「自殺」という視点でのリスクや情報共有を十分にしていけることが求められる。

(5) これまでの取組と評価

【基本施策の実施計画と評価】

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	実績	評価	変更・検討内容	今後の取組
(1)地域におけるネットワークの強化	町民や町、関係団体、事業所等が自殺対策を総合的に推進するため、それぞれの役割を明確化し、相互の連携・協働の仕組みを構築します。	・メンタルヘルスに関する健康相談	常設の健康相談、家庭訪問等による健康相談の実施	健康福祉課 健康推進グループ	(1)③⑤⑦ (2)③④⑥	トゲートキーパー養成研修(初級)の実施【R2民生委員30人・R3役場職員113人・R4自治会役員、一般町民37人】	・ゲートキーパー養成講習会の実施により役割の意識向上を図ることができた。	継続実施	・継続実施
		・こころの健康相談 ・災害後のこころケアの実施	保健師による個別相談、家庭訪問、専門医療機関の紹介、リラクゼーションスペースの開催等の臨床心理士を活用した事業の実施	健康福祉課 健康推進グループ 国保・介護グループ 住民サービス課 住民サービスグループ	(3)①③⑤	ト災害後の心のケアとして、保健師、臨床心理士の訪問、電話、来所相談の実施。 ト北海道臨床心理士会の協力のもと、リラクゼーションスペースの開催や臨床心理士の個別相談を実施	・北海道臨床心理士会の協力により、災害後のこころのケアについて災害直後から5年間継続して実施することができた。仮設住宅や保健センター等でリラクゼーションスペースの開催し不安や住み替え後の居住地に慣れることへの支援を実施した。	継続実施 被災者支援は自殺対策の一つとして継続することとし、北海道臨床心理士会への協力は5年間で終了することとする。	・継続実施 ・こころの健康アンケートや保健師、臨床心理士の訪問、電話等の個別相談は継続し、被災者支援としてのリラクゼーションスペース等の事業は終了。
		・生活困窮に関する相談	生活保護、たすけあい金庫等経済不安に関する相談の実施	健康福祉課 福祉グループ 住民サービス課 住民サービスグループ		ト精神保健福祉士、社会福祉士により電話・来所相談を対応し、訪問支援も実施。	・社会福祉協議会や医療機関等の関係機関とは継続的に連携することができた。		・継続実施。 ・相談援助技術の向上のため、諸研修の受講。
		・自立支援医療受給者証、手帳の受付	自立支援医療(精神科通院)及び精神障がい者保健福祉手帳、通所交通費助成の申請受付、受給者証の送付等の支援業務の実施	健康福祉課 福祉グループ		ト精神保健福祉士、社会福祉士により電話・来所相談を対応し、訪問支援も実施。	・医療機関等の関係機関とは継続的に連携することができた。		・継続実施。 ・相談援助技術の向上のため、諸研修の受講。
		・被災者の生活再建支援	被災者生活再建支援金の円滑な支給、応急仮設住宅等の入居者への情報提供や相談などのサポートを行い、1日も早く震災前の日常生活を取り戻すことを目指します。	健康福祉課 福祉グループ		ト令和3年3月末を以て、被災者の住み替え支援完了となった。	・総務課、建設課、健康福祉課にて連携し、全ての仮住まいしている町民の新たな生活拠点について個別相談を実施し、住み替えを完了させた。	住み替え完了	・住み替え完了により、本事業は終了とする。
		・人権擁護(困りごとなんでも相談)	子ども、高齢者、女性、しょうがいのある人々への虐待、いじめ、DV、職場でのハラスメント等人権侵害に関する相談を行います。	健康福祉課 福祉グループ		ト安平町人権擁護委員協議会にて、人権擁護委員4名で活動。・相談活動「困りごとなんでも特設相談」を年2回実施。 ト「一般相談」は随時受付し、実施。 ト啓発活動「人権の花活動」おいわけ子ども園・啓発活動「人権教室」を小学校4年生を対象に2回実施。 トコロナ禍に伴い対面での活動が制限される中、「あびらチャンネル」を活用した人権啓発活動を行った。	・相談活動や啓発活動など、各種取り組みを行いながら、平等と多様性を尊重した環境づくりに努めることが出来ている。		・継続実施。
		・地域見守りネットワーク	地域で安心して暮らし続けるためのサポート体制を構築しています。	健康福祉課 福祉グループ		ト構成団体70団体より地域住民の安否確認の連絡を受け、随時支援を実施。	・地域見守りネットワーク事業の構成団体数の増加に向けた事業の普及啓発活動及び地域包括ケアシステム実現に向けた、生活支援としてのサービス化を視野に内容を精査していく。	生活支援としてのサービス化を視野に入れた検討	・加盟団体増加に向けての取り組みを実施。
		・地域見守り活動	民生委員、福祉協力員、自治会等による声かけや安否確認、問題を抱えている方の把握	健康福祉課 福祉グループ (社会福祉協議会)		ト社会福祉協議会主催の地域ミーティング等で見守り情報共有	・自治会、民生委員、役場職員、社協によるネットワークは高齢者見守りを推進している。		・継続実施。
		・各種団体との連携	民生委員、福祉協力員等地域で活動する住民と行政や関係機関との連携、協働、地域の見守りネットワークの強化	健康福祉課 福祉グループ (社会福祉協議会)		ト就労サポートセンターいぶり巡回相談 ト民生委員定例会等で情報共有を図る。定例会年6回地区委員会早来地区6回 追分地区6回 構成団体より地域住民の安否確認の連絡を受け、随時支援を実施。	・対象者には継続的な支援ができています。 ・地域住民の見守りの要となり定例会の継続実施により情報共有できている。		・継続実施。 ・継続実施。
		・生活福祉資金の貸付	資金の貸付と必要な相談・支援を行うことにより、経済的自立及び生活意欲の助長促進を図る	(社会福祉協議会)		ト教育資金・入学資金貸付 ト借金返済等の相談支援を実施	・返済計画等、経済的自立に向けたサポートを実施している。 ・福祉的アウトリーチ支援を実施。		・継続支援実施

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	実績	評価	変更・検討内容	今後の取組
		・日常生活自立支援事業	福祉サービスを利用するための手続きや日常的な金銭管理及び書類等の預かり等の支援をします。	(社会福祉協議会)		▶金銭管理、福祉サービス利用手続き支援等を実施。	・家計の相談や金銭管理について、利用者は増加傾向にある。		・継続支援実施
		・地域ミーティング	地域高齢者の生活状況把握、自治会・町内会ごとの課	健康福祉課 福祉グループ 住民サービス課 住民サービスグループ		▶地域ミーティング年30回実施	・自治会、民生委員、役場職員、社協によるネットワークは高齢者見守りを推進している。		・継続実施。
		・成年後見に関すること	成年後見制度の普及啓発等 成年後見制度の申立て支援	健康福祉課 福祉グループ 国保・介護グループ 住民生活課 住民サービスグループ		▶成年後見制度の活用促進、市民後見人の体制整備を回り、支援を要する方に対し適切な支援の実施。▶令和4年4月より広域での成年後見センターを設置（苫小牧市、むかわ町、厚真町、安平町）。 ▶精神保健福祉士、社会福祉士により電話・来所相談を対応し、訪問支援も実施。 ▶令和4年4月よりとまこまい成年後見支援センター広域実施。	・とまこまい成年後見支援センターの広域設置により相談体制が強化され、包括ケアマネジャーからの相談に繋がっている。 ・判断能力の乏しい知的障害者、精神障害者の権利擁護のため、成年後見制度の申立て支援を継続実施。 ・とまこまい成年後見支援センターと連携を継続。	職員の資質の維持、向上が必要	継続実施。 ・継続実施。 ・相談援助技術の向上のため、諸研修の受講。
		・地域ネットワーク会議	町民の誰もが住み慣れた地域や家庭で安心した生活ができるように、保健・医療・福祉サービスの総合的なシステムづくりを進めるため、各分野の関係機関や自治会・町内会、近隣住民等からなる援護のネットワークづくりの構築を目的として実施しています。	健康福祉課 国保・介護グループ 健康推進グループ 住民サービス課 住民サービスグループ		▶地域ネットワーク会議で福祉見守り情報共有、啓発活動を実施。	・地域ケアシステムの構築に向けた連携として有用な会議となっている。		・継続実施。
		・地域包括支援センター事業	介護予防ケアマネジメント、権利擁護（含む高齢者虐待）総合相談、高齢者の日常生活における相談支援等を行います	安平町地域包括支援センター		▶要支援認定者等に対し予防ケアプランの作成及び支援。（令和4年度：令和5年2月末現在 112件）▶週1回の包括会議を開催し、ケース等の情報提供や困難事例等の検討を継続して実施。相談件数：3,907件（令和4年度：令和5年2月末実績）。	・高齢化に伴い相談件数は増加しているが、関係機関と連携し対応することができている。		・継続実施。
		・高齢者の相談に関すること	福祉サービス全般、要介護高齢者やその家族の方への相談支援を行います。	安平町地域包括支援センター 健康福祉課 福祉グループ		▶訪問活動や電話相談等を通し、生活上の困りごとなどへの対応を含めた支援を実施。 ▶通いの場、サロン等での健康教育・健康相談を実施（令和4年度：令和5年2月末実績 33回 498名） ▶足腰しゃんしゃん教室を実施（令和4年度：令和5年2月末実績 54回 1,309名） ▶認知症の相談、安平町認知症サポーターの会と連携しオレンジカフェ、認知症サポーター養成講座、認知症相談会、本人ミーティングを実施。 ▶在宅医療・介護連携窓口の設置、相談受付。			
						▶各種福祉サービス全般、通院移送サービス支援実施	・福祉交通利用券利用者は増加		・継続実施。
		・要保護児童対策地域協議会	関係者間のネットワークを構築しながら、個別のケース検討を行い、事例対して情報を共有し、対応を協議します。	健康福祉課 福祉グループ		▶子ども家庭総合支援拠点→H31.4.1設置。 ▶子育て包括支援センターとの毎月の定例会議及び随時ケース検討を実施し連携が取れている	・要保護児童対策地域協議会：子ども家庭総合支援拠点が受理した案件により関係者を参集し個別ケース会議を実施、要保護家庭の支援検討を行っている。また要保護児童対策代表者会議にて各機関との連携強化を確認し対応している。 要保護児童対策調整機関調整者専門研修を受講し2名認定を受けている。	子ども家庭センター設置に向けた体制の検討	代表者会議・実務者会議・ケース会議と会議を三層構造としネットワークの強化を図る
		・一時預かり保育事業	私的理由等による一時預かりを実施。	教育委員会 学校教育グループ		▶R4年度 2,402件			・継続実施
		・就学に関する相談	就学困難な児童生徒に対し法律に基づいた就学援助費を支給。	教育委員会 学校教育グループ		▶R4年度 39世帯			・継続実施
		・奨学資金の給付	奨学金を支給。	教育委員会 学校教育グループ		▶R4年度 14件			・継続実施

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	実績	評価	変更・検討内容	今後の取組
		・納税相談	町税等を納期限内に納めることが困難な方の相談	税務住民課 税務グループ		・適宜実施（生活状況等を聞き取り、無理のない納付計画（分割申請）を作成）年数件の実績あり ・納付書発行時、広報にて周知	・相談時の状況により、必要時保健師等の専門職と連携する準備はできている	・継続実施	・継続実施
		・無料法律相談	弁護士による相談会の開催（金銭・相続、夫婦間、交通事故、消費者問題等）	総務課 総務グループ		・毎月2回、札幌弁護士会との共催による無料法律相談の実施。	・震災直後は避難所に相談ブースを設け、いつでも利用できる状況で実施したり、現在も弁護士に相談するハードルが高いと感じている方や、遠方に行くことが難しい方でも利用しやすいようにしており、一定数の利用がある。	・継続実施	・気軽に利用できるよう、広報紙等を通じて継続した周知をしていく。
		・就労・創業に関する情報提供、相談	役場窓口でのハローワーク等の求人情報の周知、新規創業希望者への相談、創業補助	高工観光課 高工観光労働グループ		・求人情報を庁舎へ配置。また、個別問合せへの対応			
		・勤労者生活資金貸付制度	町内に居住する勤労者に対しての、生活資金の貸付制度	高工観光課 高工観光労働グループ		・「労働福利厚生資金貸付金」制度の運用			
		・中小企業融資制度	中小企業者に対して、運転資金及び設備資金への低金利な融資制度	高工観光課 高工観光労働グループ		・中小企業向け融資制度の運用			
(2)自殺対策を支える人材の育成	住民や関係者等身近にいる人が、悩みや生活上の困難を早期に気づき、声をかけ、想いに寄り添い、必要に応じて専門職につなぐ行動が、地域でとられるようなスキルアップを図ります。	・ゲートキーパー養成講座 ・地域保健職員（保健師等）の人災育成	ゲートキーパー養成講座の実施 身近な活動で気づき、見守りを行うための人材育成 自殺対策に関する研修会等に参加する等、各種研修機会を活用し、職員の資質向上を図ります 震災後のこころの健康アンケート実施と臨床心理士による助言・指導	健康福祉課 健康推進グループ	(1)⑥ (2)⑤ (3)④ (4)②	・ゲートキーパー養成研修の実施【R2民生委員・R3役場職員・R4自治会役員、一般町民】 ・こころの健康アンケート【H30～年3-4回のカンファレンスで臨床心理士によるコンサルテーション実施】 ・臨床心理士による支援者の資質向上に係る研修会の実施	・ゲートキーパー講習会の実施により自殺に対する意識の向上を図ることができたが、具体的な対応方法等については引き続き講習会を継続していく必要がある。 ・こころのアンケート時のコンサルテーションでは臨床心理士による助言により、支援者の資質向上を図ることができた。 ・自殺に係る保健師の自主研修に保健所、臨床心理士に参加してもらい助言、指導をしてもらうことができた	・ゲートキーパー講習会（初回・フォローアップ）の継続実施 ・役場職員の自殺リスク視点を共有するための研修等の実施検討 ・支援者の資質向上として保健師の勉強会の実施 ・職域への働きかけ	・ゲートキーパー講習会の継続実施 ・役場を含めた職域への研修実施等の検討 ・保健師等の支援者の資質向上のための研修参加 ・保健師の資質向上のための学習会の継続実施
(3)住民への普及啓発と周知	自殺に対する認識や偏見を払拭し、命や暮らしの危機に陥った場合には誰かに助けを求めることが適当であると、社会全体の共通認識となるよう普及啓発や周知を行います。	・自殺予防に関連した相談先の情報提供・普及啓発 ・健康教育 ・リーフレット配布 ・広報紙・ホームページの活用 ・こころの健康アンケート実施	広報あびら、パンフレット等と活用した相談窓口の情報提供及びメンタルヘルスに関する情報提供の実施 ストレス、うつに関する講話等の実施 こころの健康に関する普及啓発を行い、相談機関の情報提供に繋がるようリーフレットの作製、配布 町広報誌やホームページで生きる支援（自殺対策）関連の特集記事を掲載し、住民に対する問題理解の推進を図ります。 ・こころの健康アンケートの実施 ・高齢者の日常における相談支援の実施	健康福祉課 健康推進グループ 国保・介護グループ	(1)① (2)① (4)④	・こころのパンフレットに相談先を記載し配布【こころのアンケートハイリスク者や健診受診者、コロナワクチン集団接種】 ・各種団体への健康教育の実施 ・こころのパンフレット作成し、リラックス法や相談先を周知 ・年1-3回広報周知【H30:1、R1:2、R3:3、R4:1】 ・あびらチャンネルにより認知症相談窓口の周知 ・こころの健康アンケートに役場で相談できることを記載【がん検診、特定健診】	・コロナワクチン集団接種でのこころのパンフレット配布やあびらチャンネルなどにより、効果的な周知ができているが、継続実施が必要であるとさらに普及方法の拡大が必要 ・実施 ・こころのパンフレットでメンタルヘルス相談先を周知しているが、認知症相談窓口や自殺に係る相談窓口などは記載されていないため、効果的な周知となっていない。 ・年1～3回広報での記事掲載 ・こころのアンケートで、心の問題を役場で相談できることを知っている割合が増加 ・相談希望された方については、保健師や臨床心理士などの専門職による相談につなげることができている	・周知方法の拡大検討 ・こころに係る相談をまとめてわかるようにする ・こころの健康アンケートの内容	・周知の継続 ・継続実施 ・配布方法の工夫 ・継続実施 ・アンケート内容を見直しつつ、役場で相談できることの周知継続 ・専門職の相談対応の継続
(4)生きることの促進要因への支援	居場所づくりなど、孤立のリスクが高い方などが気軽に参加できるような地域づくりを推進します。	・メンタルヘルスに係る個別相談	・個別支援 ・健康不安に関する支援の実施 ・ひきこもりや依存症、精神疾患に関する支援	健康福祉課 健康推進グループ	(1)②④ (2)② (3)② (4)①②③⑤	・家族等からの相談により、臨床心理士、保健師による電話、訪問等の相談支援実施 ・こころの健康アンケート PTSD、うつ、自殺企図等ハイリスク者の抽出と臨床心理士及び保健師等による電話、訪問個別支援実施。	・家族や近隣住民からの連絡により、ひきこもりや依存症、精神疾患にかかる相談があり、保健師、臨床心理士の個別支援につながっている		・継続実施 ・継続実施

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	実績	評価	変更・検討内容	今後の取組
			・こころの健康アンケートの実施による個別支援			トこころの健康アンケートに自殺企図やひきもこもり、アルコールの問題などの項目追加により、自殺企図などのハイリスク者の抽出ができた トこころの健康アンケートにより相談希望された方については100%対応	・こころの健康アンケートにより「死にたい気持ち」を持っている人、相談希望者を把握することができるようになり、臨床心理士や保健師の直接の支援につながることができた。		・継続実施
			・メンタルヘルス要支援者台帳の作成			トR1よりこころの健康アンケート及び震災後の仮設住宅者等のハイリスク者台帳を作成し、R5には精神疾患等を抱えるハイリスク者を追加した要支援者台帳を作成	・震災を機に精神保健に係る要支援者台帳を作成し、保健・介護保健師にて情報を共有することができた	台帳による情報共有の継続	・支援台帳の見直しや支援経過の共有、カンファレンスを実施
			・リラクゼーションルームの開設			トR1-4仮設住宅、保健センター等、健診会場にてリラクゼーションルーム開設	・震災後はリラクゼーションルームにて不安をかた方も多くいたが徐々に需要が減少し、終了となる	リラクゼーションルームの需要は減少したため終了とする。	・終了
		・母子手帳交付、新生児訪問等、出産子育て応援制度に伴う伴走型支援	母子保健事業等によるハイリスク者への個別支援			トR4年度より産後うつアンケート等実施	・母子手帳交付時の面談から妊娠期、新生児訪問にて継続的にアンケートを実施し、ハイリスク者に対し早期に把握、支援することができた。		・継続実施 ・産後ケア事業の開始により、産後のメンタル支援につなげる
		・乳幼児健診				ト乳幼児健診未把握率ゼロ	・乳幼児健診や子育て支援センターでの相談により、子育ての悩みや不安を軽減することができた。乳幼児健診未受診者に対しても訪問等によりかかり、子育て支援を実施できた。		・継続実施
		・子育て支援センター				ト子育て支援センターでの個別相談			・継続実施
		・心配事相談	日常生活上のあらゆる相談の実施	(社会福祉協議会)		ト実施			
		・地域サロンの支援	会の運営支援及び連携	安平町地域包括支援センター (社会福祉協議会)		ト社会福祉協議会と連携しサロン等への支援を実施。	・他者との交流を持つことで身体・精神面の低下を予防できるよう、町民主体の活動を支援した。		・継続実施。
		・在宅介護を支える会・老人と共に歩む会との連携	自主的な活動に対する支援	安平町地域包括支援センター		ト安平町在宅介護を支える会が主体的に活動できるよう運営支援を行っている。 R4年度実績 支える会の開催回数(役員を含む) 5回参加者数 37名 ト在宅介護を支える会・共に歩む会・認知症サポーターの会3団体の共催で講演会を実施。 ト在宅介護を支える会のリーフレットを作成。 ト安平町共に歩む会が主体的に活動できるように、要請に応じて活動支援をしている。	・介護を支える3団体が交流する場を作ることができた。		・継続実施。
(5)児童生徒のSOSの出し方に関する教育	子どものSOSを早期にキャッチし、悩みを抱える児童生徒が大人に対して助けを求められる体制を整えとともに、「命を大切にす」教育を家庭や地域、関係機関と連携して実施することで、子ども時代からのこころの健康づくりを推進します。	・子育てに関すること	子育てや育児、発達の相談等を行います。交流事業や巡回相談の調整を行います。	健康福祉課 健康推進グループ 福祉グループ 教育委員会 学校教育グループ		ト乳幼児健診や子育て支援センターでの個別相談支援の実施	乳幼児健診は全数把握し子育て相談対応している。		・継続実施
		・児童・生徒のこころのケア	児童・生徒が1日でも早く安心して学校生活を送れるよう、スクールカウンセラーなどによるこころのケアを実施してきます。	教育委員会 学校教育グループ		ト児童相談所、臨床心理士による発達相談の実施。 トスクールカウンセラー 毎月各校で実施	・発達相談の結果を以て、教育支援委員会と連携し、発達課題のある児童の環境調整を行った。 ・継続実施できている		・継続実施。 ・継続実施。
		・児童の虐待や権利擁護	子どもの権利を守るため、福祉に関する必要な支援を行います。	健康福祉課 福祉グループ		ト人権の花運動(子ども園、小学校)年1回 ト人権教室(小学校)年1回	・継続実施できている ・継続実施できている		・継続実施。 ・継続実施。
		・子どもの人権相談	人権擁護委員や民生委員・児童委員をはじめ地域の関係機関、専門機関が連携し対応。人権講話を実施します。	健康福祉課 福祉グループ		ト人権作文コンテスト(中学校)年1回 ト人権講演会(中学校)R4	・継続実施できている		・継続実施。
		・いじめ防止対策	「安平町いじめゼロ子ども会議」等を通じた普及啓発、早期発見と未然防止に努めます。各学校におけるいじめ防止等の対策のために設置した組織との情報共有化、人権教育や命の教育の充実を図ります。	教育委員会 社会教育グループ 学校教育グループ		トいじめ予防授業(中学校)R4.5年 ト年1回開催。 トコロナ禍はオンライン開催	・継続実施できている		・方法が変更されても同様の趣旨で継続実施。

(6) いのちを支える自殺対策における取組

図表 76 自殺対策の数値目標(%)

		平成 29 年	令和 5 年度	令和 11 年度
安平町の自殺死亡率 【5年平均】	目標値		17.9	19.0
	現状	21.1	(令和3年度)22.4	
国の現状・目標値	目標値	平成 27 年度 18.5	令和 2 年度 16.4	令和 8 年度 13.0 以下
	現状	21.0	16.3	

※安平町の目標値については、令和5年度の現状から15%減少として設定。

【基本施策】

- ①地域におけるネットワークの強化
- ②自殺対策を支える人材の育成
- ③住民への普及啓発と周知
- ④生きることの促進要因への支援
- ⑤児童生徒のSOSの出し方に関する教育

【重点施策】

①成人・就労者に対する支援

- ア. 相談先の普及啓発…広報、HP、LINE@等の活用
- イ. こころの健康アンケートの実施と個別支援…健診受診者以外のアンケート実施の検討
- ウ. 生活困窮・就労に関する相談・支援…民間団体、社会福祉協議会との連携強化
- エ. ひきこもりや依存症、精神疾患に関する支援…自殺未遂者を含めた支援
- オ. 関係機関の連携・協働の体制の充実…精神科医療、教育や労働と保健・福祉・介護のネットワークの構築
- カ. ゲートキーパー養成講習会実施…民生委員や役場職員、地域住民を対象
- キ. 保健師等の職員の資質向上のための研修…研修参加、職場内での学習会の実施

②高齢者に対する支援

- ア. 高齢者の日常における相談支援の実施…老人クラブ等での健康教育や相談の継続
- イ. 健康不安に関する支援の実施…保健師の訪問や関係従事者との連携の充実
- ウ. 声かけ、見守り体制の充実…民生委員や福祉協力員等による見守りの継続
- エ. 関係機関の連携・協働の体制の充実（再掲）
- オ. ゲートキーパー養成講習会実施（再掲）

③生活困窮者に対する支援

- ア. 生活困窮・就労に関する支援（再掲）

- イ. ひきこもりや依存症、精神疾患に関する支援（再掲）
- ウ. 関係機関の連携・協働の体制の充実（再掲）
- エ. ゲートキーパー養成講習会実施（再掲）

④被災者支援

- ア. こころの健康アンケートの実施と個別支援（再掲）
- イ. こころのパンフレットの充実、配布…パンフレットの相談先の充実や効果的な配布方法の検討
- ウ. メンタルヘルス要支援者台帳の作成…台帳の更新と保健・福祉・介護の情報の共有

⑤女性に対する支援の強化

- ア. 妊産婦への個別支援…母子手帳交付時、妊婦訪問等の継続支援と関係部署との連携充実
- イ. 産後うつ予防対策事業の充実…新生児訪問でのアンケート、産後ケア事業の開始

(7) 【生きる支援に関連する事業・施策】

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	成果指標項目	2023年度 令和5年度 (現状値)	2029年度 令和10年度 (目標値等)					
(1)地域におけるネットワークの強化	町民や町、関係団体、事業所等が自殺対策を総合的に推進するため、それぞれの役割を明確化し、相互の連携・協働の仕組みを構築します。	・メンタルヘルスに関する健康相談	常設の健康相談、家庭訪問等による健康相談の実施	健康福祉課 健康推進グループ	①ウオカ ②ウエオ ③アウエ	1.各種相談事業や各種団体、他部署と保健師、臨床心理士等の専門職の連携強化 2.各種相談事業との連携	精神保健に係る相談件数 R4 345件	相談件数の増加					
		・こころの健康相談	保健師による個別相談、家庭訪問、専門医療機関の紹介等の臨床心理士を活用した事業の実施	健康福祉課 健康推進グループ 国保・介護グループ 住民サービス課 住民サービスグループ									
		・災害後のこころケアの実施											
		・生活困窮に関する相談	生活保護、たすけあい金庫等経済不安に関する相談の実施	健康福祉課 福祉グループ									
		・自立支援医療受給者証、手帳の受付	自立支援医療（精神科通院）及び精神障がい者保健福祉手帳、通所交通費助成の申請受付、受給者証の送付等の支援業務の実施	健康福祉課 福祉グループ									
		・人権擁護(困りごとなんでも相談)	子ども、高齢者、女性、しょうがいのある人々への虐待、いじめ、DV、職場でのハラスメント等人権侵害に関する相談を行います。	健康福祉課 福祉グループ									
		・地域見守りネットワーク	地域で安心して暮らし続けるためのサポート体制を構築しています。	健康福祉課 福祉グループ									
		・地域見守り活動	民生委員、福祉協力員、自治会等による声かけや安否確認、問題を抱えている方の把握。	健康福祉課 福祉グループ (社会福祉協議会)									
		・各種団体との連携	民生委員、福祉協力員等地域で活動する住民と行政や関係機関との連携、協働、地域の見守りネットワークの強化	健康福祉課 福祉グループ (社会福祉協議会)									
		・生活福祉資金の貸付	資金の貸付に必要な相談・支援を行うことにより、経済的自立及び生活意欲の助長促進を図る	(社会福祉協議会)									
		・日常生活自立支援事業	福祉サービスを利用するための手続きや日常的な金銭管理及び書類等の預かり等の支援をします。	(社会福祉協議会)									
		・地域ミーティング	地域高齢者の生活状況把握、自治会・町内会ごとの課	健康福祉課 福祉グループ 住民サービス課 住民サービスグループ								地域ミーティング 年30回	地域ミーティング 年30回
		・成年後見に関すること	成年後見制度の普及啓発等 成年後見制度の申立て支援	健康福祉課 福祉グループ 国保・介護グループ 住民生活課 住民サービスグループ									
		・地域ネットワーク会議	町民の誰もが住み慣れた地域や家庭で安心して生活ができるように、保健・医療・福祉サービスの総合的なシステムづくりを進めるため、各分野の関係機関や自治会・町内会、近隣住民等からなる支援のネットワークづくりの構築を目的として実施しています。	健康福祉課 国保・介護グループ 健康推進グループ 住民サービス課 住民サービスグループ								地域ネットワーク会議 年1回	地域ネットワーク会議 年1回
		・地域包括支援センター事業	介護予防ケアマネジメント、権利擁護(含む高齢者虐待)総合相談、高齢者の日常生活における相談支援等を行います	安平町地域包括支援センター									
		・高齢者の相談に関すること	福祉サービス全般、要介護高齢者やその家族の方への相談支援を行います。	安平町地域包括支援センター 健康福祉課 福祉グループ									
		・要保護児童対策地域協議会	関係者間のネットワークを構築しながら、個別のケース検討を行い、事例対して情報を共有し、対応を協議します。	健康福祉課 福祉グループ									
		・一時預かり保育事業	私的理由等による一時預かりを実施。	教育委員会 学校教育グループ									
		・就学に関する相談	就学困難な児童生徒に対し法律に基づいた就学援助費を支給。	教育委員会 学校教育グループ									
		・奨学金の給付	奨学金を支給。	教育委員会 学校教育グループ									
		・納税相談	町税等を納期限内に納めることが困難な方の相談	税務住民課 税務グループ									
		・無料法律相談	弁護士による相談会の開催(金銭・相続、夫婦間、交通事故、消費者問題等)	総務課 総務グループ									
		・就労・創業に関する情報提供、相談	役場窓口でのハローワーク等の求人情報の周知、新規創業希望者への相談、創業補助	高工観光課 高工観光労働グループ									
・勤労者生活資金貸付制度	町内に居住する勤労者に対しての、生活資金の貸付制度	高工観光課 高工観光労働グループ											
・中小企業融資制度	中小企業者に対して、運転資金及び設備資金への低金利な融資制度	高工観光課 高工観光労働グループ											

基本施策と取組	主な取り組み	事業名	実施内容	関係課	重点施策項目	成果指標項目	2023年度 令和5年度 (現状値)	2029年度 令和10年度 (目標値等)
(2)自殺対策を支える人材の育成	住民や関係者等身近にいる人が、悩みや生活上の困難を早期に気づき、声をかけ、想いに寄り添い、必要に応じて専門職につなぐ行動が、地域でとられるようなスキルアップを図ります。	・ゲートキーパー養成講座 ・地域保健職員（保健師等）の人材育成	ゲートキーパー養成講座の実施 身近な活動で気づき、見守りを行うための人材育成 自殺対策に関する研修会等に参加する等、各種研修機会を活用し、職員の資質向上を図ります 震災後のこころの健康アンケート実施と臨床心理士による助言・指導	健康福祉課 健康推進グループ	①カキ ②オ ③エ	1.ゲートキーパー養成講習会の実施（初回・フォローアップ） 2.自殺対策に関する研修会参加	R4年1回実施 ゲートキーパー登録者延数（住民67人/職員113人） 年2回参加	民生委員、自治会役員等の町民、役場職員への講習会実施 年1回実施 ゲートキーパー登録者延数（住民117人/職員113人） 年2回参加
(3)住民への普及啓発と周知	自殺に対する認識や偏見を払拭し、命や暮らしの危機に陥った場合には誰かに助けを求めることが適当であると、社会全体の共通認識となるよう普及啓発や周知を行います。	・自殺予防に関連した相談先の情報提供・普及啓発 ・健康教育 ・リーフレット配布 ・広報紙・ホームページの活用 ・こころの健康アンケート実施	広報あひら、パンフレット等と活用した相談窓口の情報提供及びメンタルヘルスに関する情報提供の実施 ストレス、うつに関する講話等の実施 こころの健康に関する普及啓発を行い、相談機関の情報提供に繋がるようリーフレットの作製、配布 町広報紙やホームページで生きる支援（自殺対策）関連の特集記事を掲載し、住民に対する問題理解の推進を図ります。 ・こころの健康アンケートの実施 ・高齢者の日常における相談支援の実施	健康福祉課 健康推進グループ 国保・介護グループ	①アイウカ ②アオ ③アエ ④イ	1.リーフレット配布 2.広報、ホームページを活用した周知 3.役場で心の問題を相談できることを知っている人の割合（こころの健康アンケート実施対象者） 4.健康教育	住民が集まる場、広報等による配布 年1回 60% 年1回	年1回以上配布 主要施設への設置 年1回以上 増加 年1回以上
(4)生きることの促進要因への支援	居場所づくりなど、孤立のリスクが高い方などが気軽に参加できるような地域づくりを推進します。	・メンタルヘルスに係る個別相談 ・母子手帳交付、新生児訪問等、出産子育て応援制度に伴う伴走型支援 ・乳幼児健診 ・子育て支援センター相談 ・心配事相談 ・地域サロンの支援 ・在宅介護を支える会・老人と共に歩む会との連携	・個別支援 ・健康不安に関する支援の実施 ・ひきこもりや依存症、精神疾患に関する支援 ・こころの健康アンケートの実施による個別支援 ・メンタルヘルス要支援者台帳の作成 母子保健事業等によるハイリスク者への個別支援 日常生活上のあらゆる相談の実施 会の運営支援及び連携 自主的な活動に対する支援	健康福祉課 健康推進グループ (社会福祉協議会) 安平町地域包括支援センター(社会福祉協議会) 安平町地域包括支援センター	①イウエ ②アイ ③アイ ④アウ ⑤アイ	1.保健師、臨床心理士による個別支援の継続 2.こころの健康アンケートハイリスク者支援実施率 3.子育て世帯の把握	実施 ハイリスクカンファレンス年3回 100% 100%	継続 ハイリスクカンファレンス年3回 100% 100%
(5)児童生徒のSOSの出し方に関する教育	子どものSOSを早期にキャッチし、悩みを抱える児童生徒が大人に対して助けを求められる体制を整えるとともに、「命を大切に」教育を家庭や地域、関係機関と連携して実施することで、子ども時代からのこころの健康づくりを推進します。	・子育てに関すること ・児童・生徒のこころのケア ・児童の虐待や権利擁護 ・子どもの人権相談 ・いじめ防止対策	子育てや育児、発達相談等を行います。交流事業や巡回相談の調整を行います。 児童・生徒が1日でも早く安心して学校生活を送れるよう、スクールカウンセラーなどによるこころのケアを実施していきます。 子どもの権利を守るため、福祉に関する必要な支援を行います。 人権擁護委員や民生委員・児童委員をはじめ地域の関係機関、専門機関が連携し対応。人権講話を実施します。 「安平町いじめゼロ子ども会議」等を通じた普及啓発、早期発見と未然防止に努めます。各学校におけるいじめ防止等の対策のために設置した組織との情報共有化、人権教育や命の教育の充実を図ります。	健康福祉課 健康推進グループ 福祉グループ 教育委員会 学校教育グループ 教育委員会 学校教育グループ 健康福祉課 福祉グループ 健康福祉課 福祉グループ 教育委員会 社会教育グループ 学校教育グループ	⑤イ	1.子育て包括支援センター及び発達に係る巡回相談の継続 3.子どもにかかる相談の実施	実施中 実施中	継続 継続

(8) 自殺対策の推進体制等

- ・自殺対策の担当課：健康福祉課

資料

自殺事例の振り返り (人)

年代	男性	女性	受診・通院歴	
			精神科	精神科以外
10 歳代	1	0	0	0
20 歳代	2	0	0	0
30 歳代	1	1	0	2
40 歳代	4	0	2	0
50 歳代	3	0	1	1
60 歳代	5	1	2	1
70 歳代	3	1	1	3
80 歳代	2	1	0	2

- ・平成 22 年～令和 3 年の 12 年間の 25 件の振り返りからの気づき
- ・精神科通院中や家族と同居か関係性が良好であったり、行政サービスにつながっていても病気や介護、生活の中で孤立感などから自殺につながる事がある。
- ・家族の中で複数の体調不良者が出たり仕事が忙しいなどの危機的要因が重なることで衝動的に行動することがある。それぞれに支援があっても支援者同士が情報共有し家族間の調整を図ることが重要。家族の介護力や現状のアセスメントを複数の支援者で確認することが予防につながる。
- ・地域全体で支えるための普及啓発（自殺、うつなど）や相談窓口の周知拡大を図り相談につながりやすい環境づくりを推進していく。
- ・医療機関と行政、行政の関係課との連携や支援者の資質向上が重要。

こころの健康づくりアンケート

※健診問診票と一緒に提出してください

Ver. R5

※太枠の中をご記入ください。

氏名	住所	安平町	性別	男	生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
		女		電話番号						

※質問1～5について、当てはまるものに○印を記入してください。

【質問1】

被災後は、生活の変化が大きく、さまざまな負担（ストレス）を感じるものが長く続くものです。最近1か月間に今からお聞きするようなことがありましたか。「はい」または「いいえ」のどちらかに○をつけてください。

質問項目（最近の1か月の状態についてお答えください。）	回答	
	はい	いいえ
1 食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。		
2 いつも疲れやすく、身体がだるいですか。		
3 睡眠はどうか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。		
4 災害に関する不快な夢を、見ることがありますか。		
5 憂うつで気分が沈みがちですか。		
6 イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。		
7 ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。		
8 災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。		
9 思い出したくないのに災害のことを思い出すことはありますか。		
10 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。		
11 何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。		
12 災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。		

※スタッフ記入欄

P
D

※このアンケートは安平町にて結果を分析し、町が依頼する公認心理師と情報共有します。また、この結果は、町民の心身の健康のため施策へ反映されますが、個人情報には安平町で厳重に取り扱います。

【質問2】

現在の生活は、どの程度充実していますか
当てはまるものに○をつけてください

＜私の毎日は充実していると感じている＞

- ・とても当てはまる
- ・やや当てはまる
- ・どちらともいえない
- ・あまり当てはまらない
- ・まったく当てはまらない

【質問3】

ここ1年以内の生活で起こった大きな出来事について、
当てはまるものに○をつけてください

- 0 なかった
- 1 あった

それはどんな出来事ですか、○をつけて下さい(複数回答可)

- 配偶者を亡くした
- 近親者を亡くした
- 親友を亡くした
- 大きなけがや事故
- 退職や引退
- 家族の健康の変化
- その他()

【質問4】

日常生活の中で困っていることがある場合、当てはまるものに○をつけてください。
もしも詳しい事情がありましたら、枠内右下の空欄にお書きください。

- ・食事の準備
- ・住居に対する不安
- ・家族（自身）の病気や介護
- ・近所づきあいに疲れる
- ・家族（自身）のひきこもり
- ・死にたいと最近考えることがある
- ・お酒に関わる問題
- ・その他
- ・以前より外出が減った
- ・相談にのってくれる人がいない
- ・生活費に困窮している

【質問5】

当てはまるものに○をつけてください

気持ちや心の問題を役場でも相談できるのを知っていますか

- 0 はい
- 1 いいえ

気持ちや心の問題について相談したいと考えますか。①と②についてお答えください。

- ① 将来的に相談したい
- 0 はい
- 1 いいえ
- ② 近々相談したい
- 0 はい
- 1 いいえ

★何かあっても、なくても、お気軽にご相談ください。

安平町役場健康福祉課健康推進グループ 0145-29-7071

こころのパンフレット

地震の後、道路工事が始まったり、家の修理や新築、転居など生活は少しずつ変わって来ていますね。でも、工事やトラックが通る時の揺れが気になったり、どこかの災害のニュースにふと不安になったり。日常生活の小さな刺激は、時にはストレスとなって心身に負担をかけます。ストレスを感じる要因や度合いは千差万別。ストレスと上手に付き合いながら毎日過ごすための方法をご紹介します。

ちょっと不調…こんなこと、ありませんか？
ストレスと上手に付き合いするためには、ストレスを自覚してコントロールすることが必要です。

こころ

- 気持ちの浮き沈み
- 長うつな気分が続く
- 不安で落ち着かない
- イライラする
- 何をやっても気がしない
- 自分だけ怠けているような気がする

からだ

- 食欲がない
- 頭痛・めまい・肩こり
- よく眠れない
- 腹が下さずきがる

行動

- 人に会いたくない
- 仕事や家事がはかどらない
- 遅刻・早退が増えた
- 遅刻や外出はさっくう
- 飲酒量が増えた

睡眠 …カフェインではなくトリプトファンを

とりたい食品【トリプトファン】

安眠効果、精神安定作用あり。
牛乳、大豆製品、バナナなど
寝る前のホットミルク○

避ける食品【カフェイン】

睡眠を妨げる効果あり。寝る前は避けるのがベスト
コーヒー、紅茶、緑茶など

睡眠時は体を冷やさない

寝床にしがみつかない
眠気を感じてから布団に入りましょう

お酒は控える
寝つきはよくなってもアルコールを分解するために就寝中も体が働き続けるため眠りが浅くなってしまいます

朝日で体内時計をリセット
毎日決まった時刻に起き、明るい光を浴びることを心がけると、体内時計を調節しやすくなります

日中の運動
脳は疲れていても体が疲れていないと寝つきが悪くなります

寝る前のスマホは×
スマホやゲームの光を見続けると、脳が夜ではないと勘違いして自然な眠りにつくことができなくなります。

こころをほぐす運動 …腹式呼吸をやってみよう

- ① 椅子に深く腰掛けます
- ② 目をつぶり、鼻から大きく息を吸って、ゆっくり息を出しきってみましょう。
- ③ 3～4回繰り返すと効果的です。

強いストレスがかかっていると自律神経の交感神経が過剰に働くため、体は常に緊張しこわばりや力みがあります。こころと体は密接にかかわりあっているため、体の緊張をほぐせばこころへの働きかけになり、リラックス効果があります。

ストレスが高いと眠りのトラブルが起こりがちです。よく眠れないと疲労が取れずうつ病を発症しやすくなったり、体内のホルモン分泌や自律神経にも影響して食欲の抑制がききにくくなり、生活習慣病が悪化する傾向にあります。不眠とうつ病にも強い相関関係があります。

それでも不眠が続くときは睡眠薬を活用しましょう。服用することに対して依存症などを心配される方もいますが、現在の睡眠薬は安全性が高いので、医師の指示を守りながら服用すれば心配する必要はありません。

食事

ビタミンやミネラルなどの栄養素が不足すると、イライラや不安、集中力の低下を招きやすくなります。
朝食を抜いたり食べすぎにも要注意！

ストレスに強くなる栄養素	効果
● ビタミン・カロテン うなぎ、レバー、卵黄、緑黄色野菜、海苔	ストレスに対する抵抗力を高める
● ビタミンB1 豚肉、玄米、納豆、落花生、大豆製品、海苔	神経の働きを正常化、活性化
● ビタミンC イチゴ、キウイ、じゃがいも、さつまいも、もやし、小松菜、かぼちゃ	体の抵抗力をつけ、心身を安定させる
● カルシウム 牛乳、チーズ、ヨーグルト、しらす干し、ひじき、小松菜、水菜、大豆製品	天然の精神安定剤ともいわれる 不足すると不眠やイライラに
● マグネシウム アーモンド、そば、胚芽、ココア、大豆製品、ひじき、わかめ	気持ちを鎮静化し、イライラや神経過敏、不安を抑える

アロマやハーブティー

アロマセラピーは、植物から抽出した香り成分を利用して、リラックスやリフレッシュを促し、心身のトラブルを解決に導く自然療法のことです。
お風呂に精油（エッセンシャルオイル）を1～5滴たらせばアロマバスに、ハンカチやタオルに数滴たらし枕元やデスクまわりに置けばお部屋全体がアロマの香りに包まれます。

好きな香りがかくと、それが刺激となって本能を活性化させ、前向きな気持ちを呼び起こしてくれます。

気分が沈むとき	レモンバーム、オレンジ・スイート
疲れが取れないとき	ローズ、イランイラン
集中力が続かないとき	ペパーミント、ローズマリー
落ち着かないとき	ラベンダー、カモミール

それでもつらいとき…話してみませんか？

寝れない…

突然涙が出る

家族の悩み

死ぬことばかりが頭に浮かんでしまう

こころの健康に関する相談

苫小牧保健所 0144-34-4168 平日 8:45～17:30	北海道立精神保健福祉センター 0570-064-556 月～金 9:00～21:00 土日祝 10:00～16:00	北海道いのちの電話 011-231-4343 24時間
健康推進課健康支援係 こころの健康相談～精神科医による相談 月1回 予約制 相談日以外にも保健師が随時相談をお受けします	こころの電話相談 12/29～1/3を除きます	安平町 0145-29-7071 平日 8:30～17:15 健康福祉課健康推進グループ 保健師が随時相談をお受けします

あなたの街の精神科医療機関

メンタルケアわかさ地域医療・介護連携室 0144-34-2969 平日 9:00～17:00	柳町診療所 医療相談室 0144-57-3322 平日 9:00～17:00	苫小牧緑ヶ丘病院 医療相談室 0144-34-4761 平日 9:00～17:00
---	---	--

*相談内容は一切外部に漏れる心配はありません
*ご家族からの相談もお受けしています。

4. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(1) こども（母子保健計画）

①はじめに

平成 24 年 8 月に成立した「子ども・子育て関連 3 法」に基づく「子ども・子育て支援新制度」が平成 27 年 4 月から施行され、前計画である「安平町次世代育成支援対策行動計画〈後期計画〉」の実施状況を踏襲した「安平町子ども・子育て支援事業計画」を策定し、平成 27 年度から令和元（平成 31）年度の 5 年間で実施し、令和 2 年度から令和 6 年度を期間とした第 2 期計画が策定されています。健康あびら 21（第 3 次）においては、「安平町子ども・子育て支援事業計画」（第 2 期）との整合性をとり、思春期世代から妊娠・出産を経て、子どもが健やかに成長するまでの母子保健の取り組みを位置づけます。

②基本的な考え方

ア. 子どもの心身の健やかな発達の促進と育児不安の軽減

母子保健サービスは、母子だけでなく父親を含めた親子を概念として捉え子育てをしている子どもとその家族を対象とし、子ども自身が環境や発達障害の有無に左右されず健やかに日常生活を送るための支援です。子どもの人権を尊重し、健やかに成長するための環境整備が必要です。親と子に寄り添い、発達の支援及び育児不安を軽減していくことを目的とします。

イ. 子どもが健やかに成長していけるよう、成人期に向けた自らの健康の維持向上をめざす

健やかな生活習慣を幼少時から身に付け、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。生活習慣の形成状況については、栄養状態や生活リズム、むし歯有病率、運動、スポーツ習慣などで確認できます。

また、子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（極端なやせや肥満の減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

ウ. 育てにくさを感じる親に寄り添う支援

親が発信するさまざまな育てにくさのサインを受け止め、丁寧に向き合い、子育てに寄り添う支援の充実を図っていくことが必要となっています。子育て世代の親を孤立させないように支えていくことが求められており、地域における資源や関係機関との連携機能を充実していくことが必要です。親が育てにくさを感じる要因の 1 つとして言葉や成長の発達に何らかの問題を持った児の割合が増加しています。乳幼児健康審査事後については、不安定になりがちな親に寄り添う支援が求められています。

エ. 妊娠期からの児童虐待防止

すべての子どもが健やかに育つ社会の実現に向け、妊娠期より関わりを持ち児童虐待の発症予防や早期発見・早期対応に努めていくことが必要です。新生児訪問から母子保健事業の切れ間ない

子育て支援と地域における子どもの健やかな成長を見守る地域づくりのため、関係機関との連携強化を目指します。

③現状と目標

ア. 健やかな子どもの成長のための環境整備と支援

・小児医療体制の確保

安平町の小児救急医療では、東胆振医療圏域において1市4町で苫小牧市の医療機関での費用負担を分担にて対応しています。乳幼児医療は保険診療の一部を助成し、保護者の経済的負担の軽減や乳幼児の健康保持を図っています。乳幼児が健やかに成長していくために乳幼児医療費の助成や未就学児童の養育医療費の助成などを行っています。

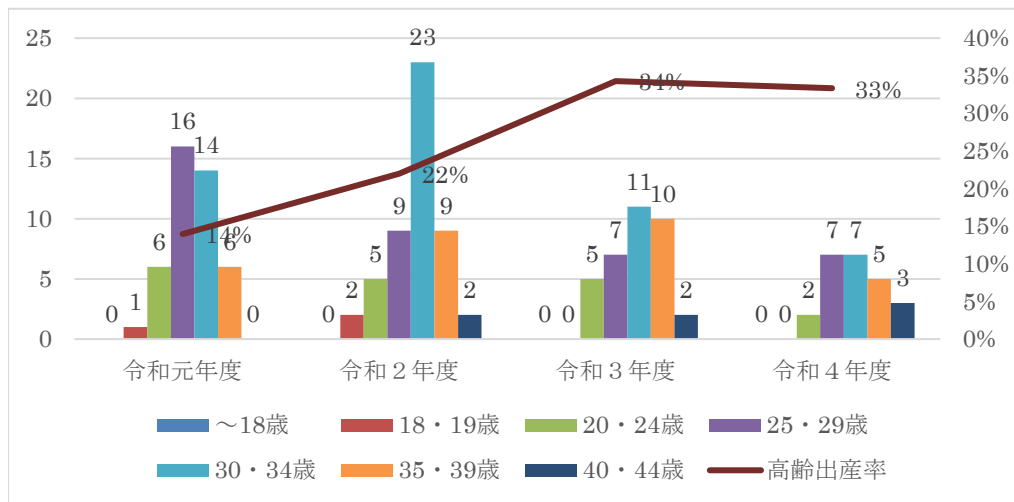
・妊娠を望む人への支援(妊産婦)

妊娠届は、妊娠8週間後に行う妊婦健康診査費用の助成の影響もあり約8割が早期(5週～11週)に届けられています。不妊対策として特定不妊治療助成事業により不妊治療を行う方への経済的支援を行っています。令和4年度より不妊治療が保険適用となったため、自己負担分と保険適用外先進不妊治療費を助成しています。また、平成26年度から、妊娠を望む方とその夫に対する風疹予防接種料金の一部助成を行っています。

図表 77 安平町令和元年度～令和4年度妊娠届出週数

年度	妊娠届出 総数(人)	満11週以内		満12～満19週		満20～満27週	
		届出数 (人)	届出率 (%)	届出数 (人)	届出率 (%)	届出数 (人)	届出率 (%)
令和元年	43	34	79.0	6	14.0	1	2.3
令和2年	50	45	90.0	2	4.	0	0.0
令和3年	35	28	80.0	4	11.4	2	5.7
令和4年	24	23	95.8	1	4.2	0	0.0

図表 78 安平町妊娠届出時の母の年齢



妊娠時の母の年齢は、晩婚化の影響もあり高齢出産といわれる 35 歳以上の妊婦が増えており、妊娠中の身体不調などが課題になることがあります。また、10 歳代の若年者も数は少ないのですが、望まない妊娠や経済面・育児不安などの問題を抱えていることがあります。妊娠届出時には保健師が体調など個別の面談を行っています。(図表 78)

・妊婦健診

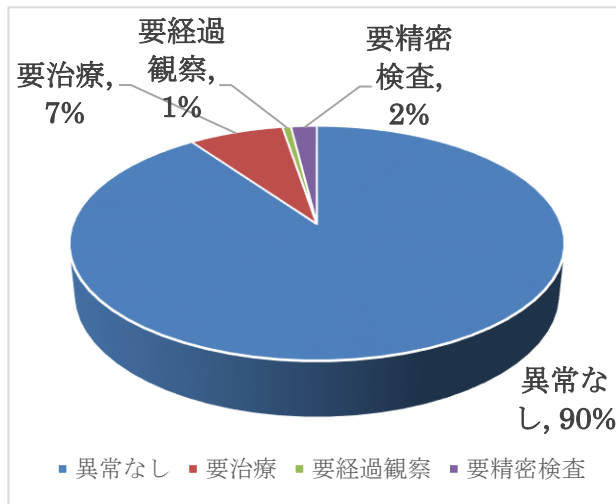
安平町では、妊娠届出時に母子健康手帳及び妊婦一般健康診査受診票（14 枚）、超音波検査受診票（11 枚）の交付を行い経済面での負担軽減により妊婦健診の継続支援をしています。健診結果では 90%が異常なしです。(P98 図表 79)

母子健康手帳の交付時では、届出に来所した全妊婦に面接し健康状況の確認や生活指導を行い、必要な場合は訪問等の継続支援を行っています。

また、妊婦健診、出産時および 1 か月健診時の交通費も 1,430 円を限度に助成しています。

・出産子育て応援交付金

すべての妊婦・子育て家庭が安心して出産・子育てができる環境整備が喫緊の課題であることを踏まえ、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型の相談支援を充実し、経済的支援を一体として実施する事業を支援する交付金を創設しました。妊娠時および出産時に面談を実施し、それぞれ 5 万円ずつ計 10 万円を支給する事業です。

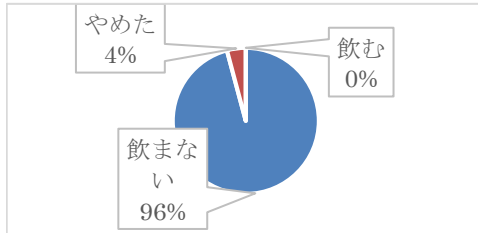


図表 79 安平町の妊婦健診の結果

・生活習慣（飲酒・喫煙）の状況

妊娠中の喫煙・飲酒は胎児発育不全の危険因子といわれています。胎児への影響について妊婦に伝えていき、生活習慣を改善することが必要です。妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した妊婦は、将来の生活習慣病の発症リスクが高くなります。妊婦一般健康診査を受診し、健康状態を確認することは生活習慣病発症予防のためにも重要です。

図表 80 妊婦と飲酒（安平町の実態令和4年度）

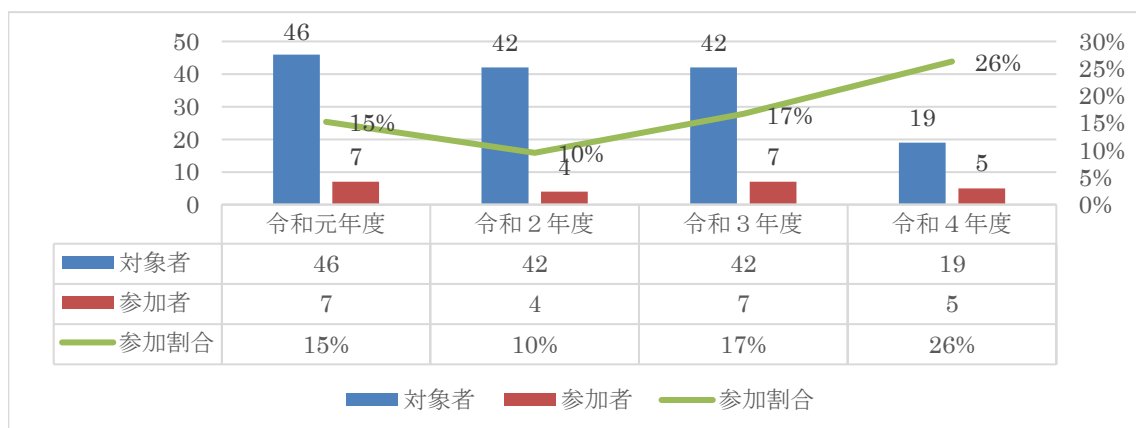


お酒はタバコに比べて妊娠期には控えている状況が著明です。アルコールによる胎児の脳の成長にリスクがあるために妊娠中の飲酒0%を目指していきます。

安平町では、妊娠期の母親支援に加え、父親の育児参加を推奨していくためにパパママ教室を実施しています。日中だけでなく、就業中の両親のために夜間の教室も実施しています。

また、母親のみでなく、父親の子育て支援を対象としています。（図表 81）

図表 81 安平町パパママ教室受講状況



- ・産後の健康支援

新生児訪問時に産後の母体の健康管理と産後うつに対する支援を行うことも大切です。

- イ. 健やかな子どもの成長のために

- ・子育て世代包括支援センター（健康福祉課健康健康推進グループ内に令和元年度から設置）

全ての妊産婦、乳幼児と対象することを基本とし、実状に応じて18歳までの子どもとその保護者についても対象として、単なる相談に対応するだけでなく、関係機関の連携と連絡調整を行ってきました。

- ・新生児訪問

毎年、50名前後の出生がありましたが、令和3年度は35名、令和4年度は26名と減少傾向にあります。

低出生体重児（2,500g未満）の出生率は全国全道と比べると低率ではありますが毎年複数名の出生があります。（P5目録表2）妊娠期に何らかのトラブルを抱えることが要因となるため、ハイリスク妊婦の把握、知識の普及や生活指導の継続が必要です。安平町では、道が実施する産婦人科、保健所、町が連携する養育支援ネットワークに参画しています。低出生体重児については医療機関と連携体制をとり、養育支援として医療費の助成や訪問等を実施しています。

また、生後14日までに行われる出生届出時に母または父に全数面接を行い状況把握と早期支援に結びつけています。

新生児訪問は町内で出生した新生児全員を対象としており、里帰り出産や帰宅されていない場合を除き100%実施しています。また、里帰り出産をされた方に対しても帰町後速やかに訪問を行い、安平町の母子保健事業や予防接種の説明の他、出産後間もない母親への育児支援をしています。妊娠から新生児期で課題のある母子や家族について、さらに支援が必要な家庭については継続した訪問支援を実施しています。

- ・乳幼児健康診査や相談事業

乳幼児健診は母子保健法に規定されており、子どもが健全に育つために3～4か月児、7～8か月児、12～13か月児、1歳6か月児、3歳児、5歳児の健康診査を行っています。単に子どもに病気や成長・発達の異常がないというだけでなく子育て事情の多様化や核家族化により育児不安が増大している現状を踏まえ、育児支援の場として子育てに伴うストレスの軽減や、子育てへのサポートを行い、また急増する子どもの虐待の予防や、その早期発見の場としても有効となっています。

子育てサポートとして乳児健康相談及び子育て支援センターにおける2計測事業（身長・体重測定）に保健師の子育て講話を実施しています。乳児健康診査・相談では離乳食講習会や乳児期からの歯の健康支援を取り入れています。

図表 82 安平町乳幼児健診受診の要観察等の割合

年 度	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
受診者(人)	124	126	130	102
経過観察者(人)	44	41	16	25
要医療・要精検者(人)	0	0	0	3
経過観察・要医療・要精検率(%)	35.48	32.54	12.31	25.49

令和4年度の要精密検査者の6人のうち2人は5歳児健診の視力検査の結果となります。また、視力検査については11人が再検査となっております。視力の低下は集中力や発達にも影響を及ぼします。スマートフォンやタブレットなどのデジタル機器にさらされる時期は低年齢化していることもあり近視や弱視等の早期発見、保護者への啓蒙が重要です。

令和4年度の要経過観察者となった25名の状況を見ると発達に係わるものが56%と最も多く、次いで身体・皮膚と続いています。(図表 82, 83)

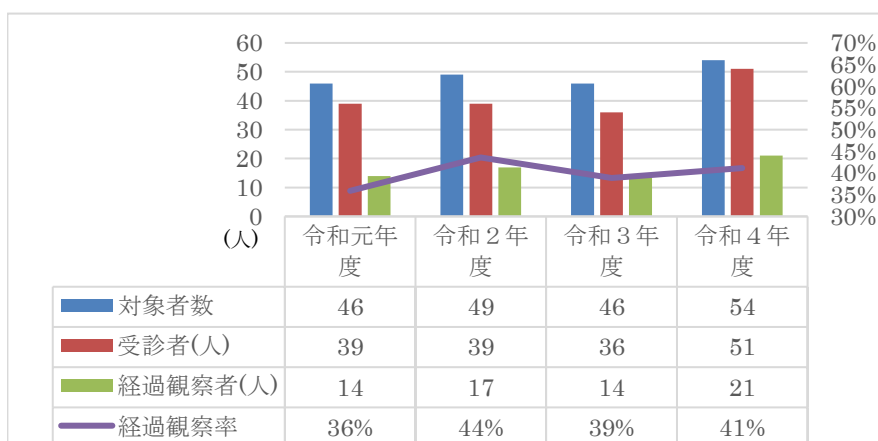
図表 83 安平町経過観察内訳(令和4年度)

内 容	人数(人)	割合(%)	内 容	人数(人)	割合(%)
発達支援	14	56	便秘	0	0
母親支援	0	0	身体	4	16
皮膚	3	12	歯科	0	0
栄養・カーブ指数	0	0	その他	4	16

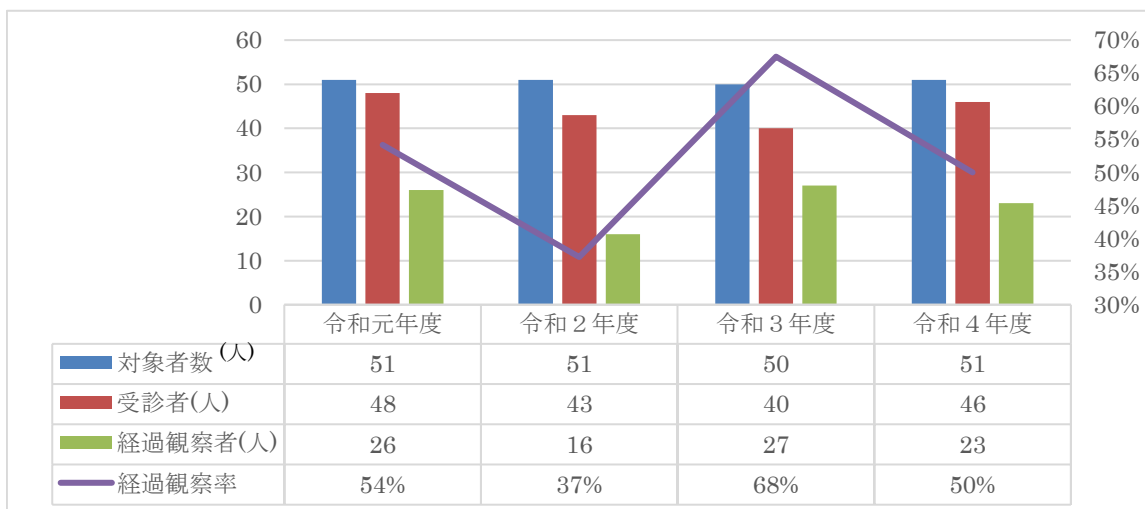
現在、子育て事情は多様化しており核家族化が進み、近くに子育てを支援してくれる人が乏しくなっています。乳幼児健診の目的と機能については、疾病の早期発見・早期治療のみならず、子育てを支援することが重要となっています。経過観察の内容は言語、精神発達など発達しようがいが疑われる項目に多く該当しています。(図表 92)

経過観察率は高値を示しています。

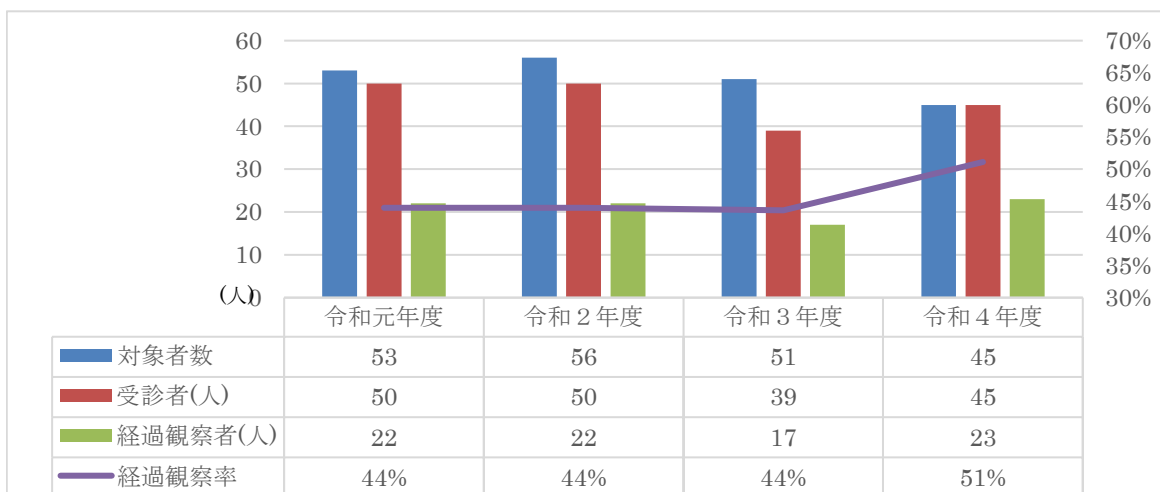
図表 84 安平町1歳6か月児健康診査(受診者数と経過観察率)



図表 85 安平町 3 歳児健康診査（受診者数と経過観察率）



図表 86 安平町 5 歳児健康診査（受診者数と経過観察率）



ウ. 育てにくさを感じる親に寄り添う支援

親が育てにくさを感じる要因のひとつとしての言葉や成長発達になんらかの問題をもった児が増加しています。親は自らを責める傾向があり、育てにくさを感じている親に寄り添った支援が必要とされています。

図表 87 安平町 1 歳 6 か月児健診における経過観察内訳 (人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
運動発達	1	0	0	2
言語発達	11	7	11	14
精神発達	8	5	0	5
社会性	3	1	1	4
生活習慣	0	1	0	4
食習慣	7	3	0	6
間食	3	3	0	6
養育者・養育環境	0	0	0	2
身体	1	3	1	3

図表 87 安平町 3 歳児健診における経過観察内訳 (人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
運動発達	1	1	0	2
言語発達	21	14	18	15
精神発達	9	7	0	9
社会性	7	3	0	3
生活習慣	5	2	0	0
食習慣	5	2	0	5
間食	4	2	2	13
養育者・養育環境	1	0	0	0

図表 88 安平町 5 歳児健診における経過観察内訳 (人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
運動発達	2	0	0	0
言語発達	15	3	10	11
精神発達	11	5	1	11
社会性	9	1	0	8
生活習慣	1	0	0	5
食習慣	8	0	0	4
間食	7	2	0	6
養育者・養育環境	0	0	0	0

現代の健診は子どもの成長を支援するための子育て支援であると意義付けられています。安平町においても高齢化が進み子どもの減少が懸念される中、乳幼児健康診査における受診状況は対

象・受診数は年度により増減しますが、要経過観察児の数や率は増加の傾向にあります。保育園や幼稚園などの集団生活が開始され、社会性が育ってくる3歳児健康診査以後には経過観察が高率であり、就学前の発達支援の必要なこどもが増えている状況にあります。

平成16年施行の発達障害者支援法では、国及び地方公共団体は発達しょうがいを持つ児の適正な発達及び社会生活の促進のためにできるだけ早期に発達支援を行うことが重要であるとしています。健診精度の向上のため、医師・歯科医師・臨床心理士・歯科衛生士・保育士・栄養士・保健師による多職種が関わっています。親のニーズも多様であり、子どもの発達やこころの問題が大きくなっており、より専門的な支援が求められます。昨今の発達障がいの増加に対する専門職として臨床心理士による健診・事後支援の充実がより必要となっています。

子育て支援センターや療育支援と健診部門の連携が重要であり、早期発見から本人家族が現状を受け入れて、必要な支援を受けられるように支援していきます。

エ. 妊娠期からの児童虐待防止

・地域における見守りネットワーク

社会的背景もあり、虐待が疑われる家庭もあります。子ども・しょうがい者・高齢者が住みなれた地域で安心して暮らせるように地域全体で見守り活動を実施していくことも必要です。安平町では、地域見守りネットワークが立ち上げられています。

子育て支援センター・療育機関・ボランティア・親の会や各関係機関はもとより、地域の住民との連携が必要です。

オ. 予防接種

予防接種については、妊娠を望む夫婦への支援として風疹の公費補助が行われるほか、生まれた子どもについてのBCG、麻疹・風疹の他、4種混合ワクチンやヒブワクチン・小児肺炎球菌ワクチン・子宮頸がんワクチン、平成26年度からは水痘ワクチンの法制化が実施され、平成28年度からは日本脳炎予防接種も定期接種となりました。また、副反応等の恐れから積極的干渉が差し控えられていたHPVワクチンについても令和4年度より積極的干渉が再開されており、キャッチアップ接種も実施しています。今後も国の動向に注意して医療機関と連携しながら予防接種事業を実施していきます。

乳幼児期において接種すべき予防接種が増えており、個々の予防接種計画が必要であり、予防接種台帳により新生児訪問から各種健診の場において接種状況のチェックやアドバイスを実施しています。

④対策

ア. 妊娠期

- ・風疹・MR 予防接種の料金助成
- ・特定不妊治療費の助成
- ・妊産婦～妊婦健診・超音波健診の実施、実態把握に基づいた学習の推進
- ・パパママ教室の実施

母親のみでなく、父親の子育て参加を啓発する支援の実施

- ・妊婦～健康相談等において自分の身体の状況に合わせた生活習慣（食事など）の学習の推進、飲酒
- ・喫煙の実態把握については母子健康手帳交付時妊婦相談等を通して行い禁酒
- ・禁煙学習の推進・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
- ・低出生体重児の実態把握と養育支援の対象となる妊婦に対し、適切な距離を持って支援することにより虐待等の防止

イ. 乳幼児・産婦

- ・産後ケア事業

産後において家族等の援助が受けられず支援を必要とする母子に対して、助産師による心身のケア、育児支援その他母子の健康の維持及び増進に必要な支援を行う事業です。助産師が母子の居宅を訪問して育児に関わる保健指導を行います。また、利用者の希望により利用者が助産院等に出向いて支援を受けることもできます。この事業は産後1年を経過するまで10回を限度に利用できます。（令和6年度から開始予定）

- ・3歳児健診及び5歳児健診での視力屈折検査の導入（令和6年度より導入予定）と、保護者への視力低下にかかる健康教育の強化
- ・新生児訪問・産婦訪問の実施
- ・乳幼児健診の実施と健診体制の充実
- ・子育て支援センターにおける身長・体重測定～小講話による子育て相談・支援
- ・乳児健康診査・乳児全戸訪問事業、養育支援訪問事業の有効な展開、虐待のリスク発見及び未受診者の状況把握
- ・発達障害の早期発見とフォローアップ
- ・地域の子育て支援サービスとの連携
- ・子ども園・子育て支援センターとの連携及び各関係機関との連携を推進
- ・健診従事者の保健指導における力量形成
- ・子ども医療費の助成の継続

ウ. 学童・生徒

- ・子ども医療費の助成の継続
- ・関係機関との連携において学童期・思春期の健やかな成長のための支援
- ・思春期保健の支援
性感染症・望まない妊娠等への知識の普及
命の大切さを教える講座の継続
- ・小中学校関係者との課題の共有と連携強化

エ. 子育て支援体制の整備

- ・地域の子育て支援サービスとの連携

子育て支援センター・療育機関・ボランティア・親の会等との連携
ハイリスクな妊婦や乳幼児への見守り体制の充実（図表 89）

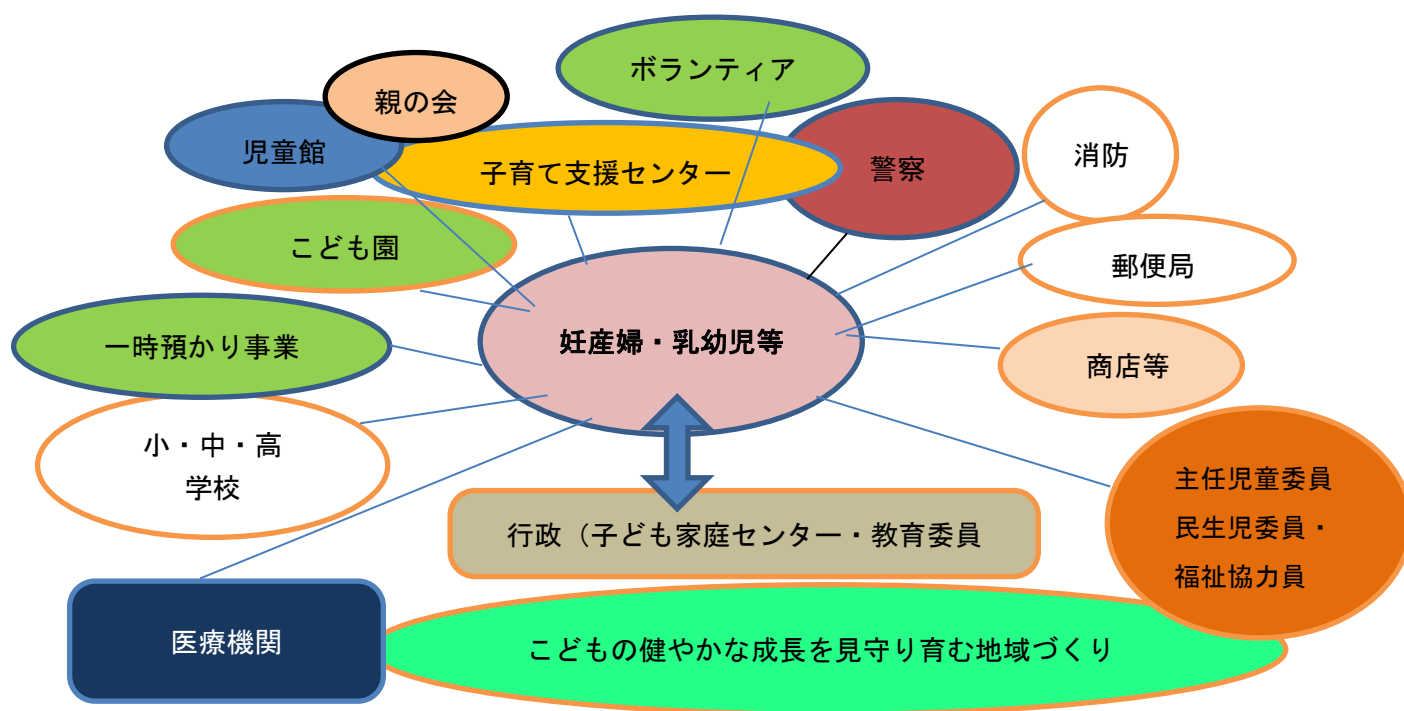
・子育て世代包括支援センターと子ども家庭センターの連携等

「令和4年の改正児童福祉法により、市区町村は、現在の子育て世代包括支援センター（母子保健）と子ども家庭総合支援拠点（児童福祉）の2つの組織を見直し、全ての妊婦子育て世帯、子どもへの一体的に相談支援を行う機関、子どもセンター（以下「センター」という。）の設置に努めることとした。国として、今後、センターの業務機能や内容を盛り込んだガイドラインを策定することとしている。」（令和5年9月子ども家庭庁通知文より）とう動きがあります。

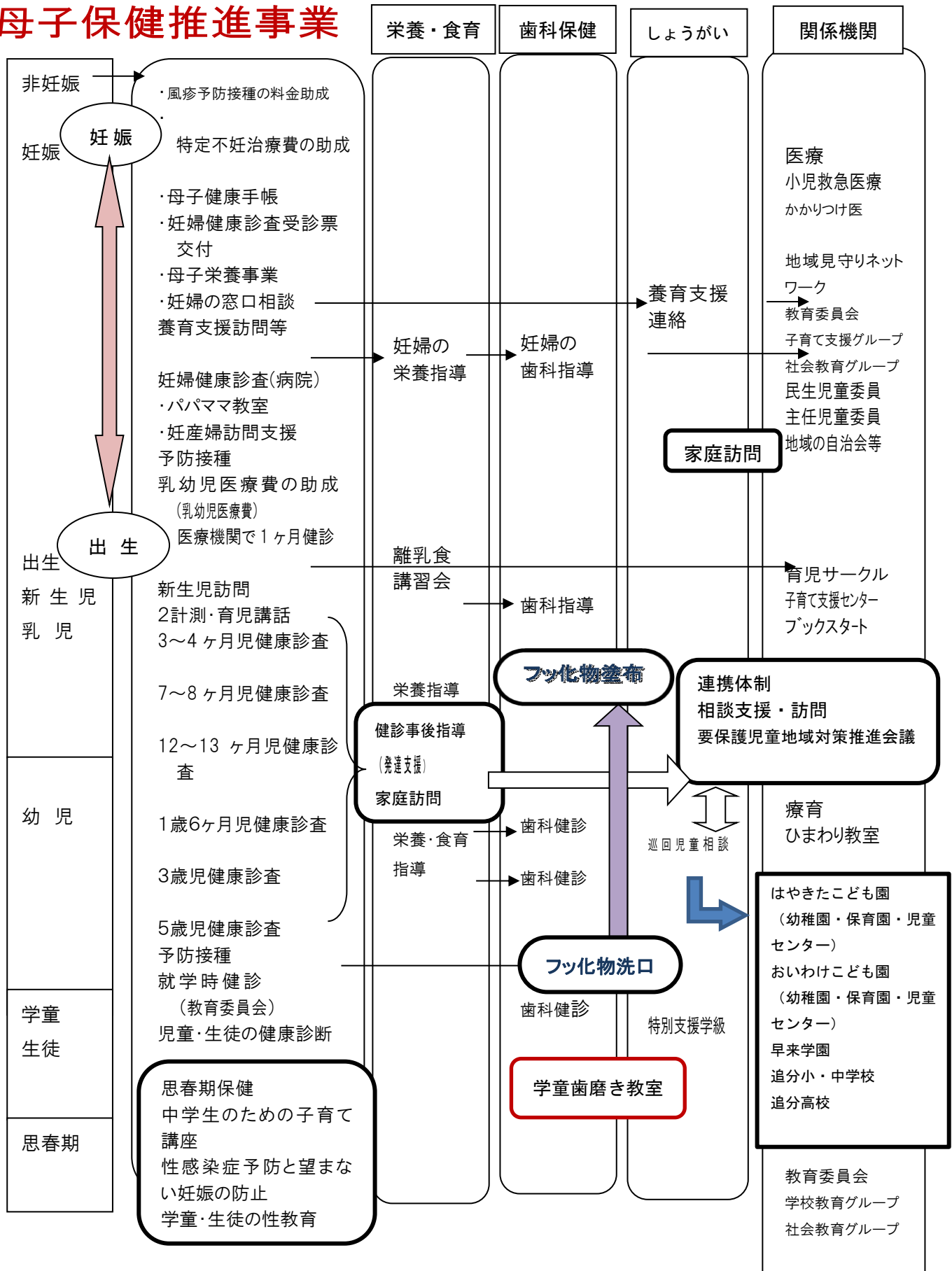
安平町も、この動きを踏まえ、令和6年度に子ども家庭センターの設置を検討していきます。

オ. 児童虐待防止・要保護児童対策・DV防止対策など

図表 89 地域見守りネットワークとの連携強化を推進



母子保健推進事業



(2) 高齢者

①はじめに

安平町では、高齢化が進み令和4年度の高齢化率は37.5%で、全道平均の32.5%と比べても、非常に高くなっています。

このように高齢化社会から超高齢化社会へ移行していく中、自分の健康を自分で管理できる高齢者が求められ、町民一人ひとりの健康寿命の延伸、積極的な社会参加が重要になります。高齢者については、安平町高齢者保健福祉計画および第9期介護保険事業計画に位置づけられており、同計画と整合性を持って実施していきます。

②基本的な考え方

安平町では、高齢者の「自立支援」「尊厳の保持」を基本としています。高齢化は進んでも元気で自立した生活を住み慣れた地域で継続していけるよう様々な活動を行っています。

高齢者の健康の維持増進のために、健診や介護予防教室および高齢者の生活支援サービスを提供しています。

③現状と目標

ア. 介護認定の要因となる疾患の予防

図表 90 年代別（1号・2号）・年度（経年） × 人数（被保険者数・認定者数）・構成割合等

	平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	被保険者数	認定者数	割合	被保険者数	認定者数	割合	被保険者数	認定者数	割合	被保険者数	認定者数	割合	被保険者数	認定者数	割合
	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)
1号															
65-74歳	1,303	52	4.0	1,268	48	3.8	1,260	49	3.9	1,215	41	3.4	1,215	44	3.6
75歳以上	1,582	496	31.4	1,545	509	32.9	1,534	508	33.1	1,569	502	32.0	1,569	500	31.9
計	2,885	548	19.0	2,813	557	19.8	2,794	557	19.9	2,784	543	19.5	2,784	544	19.5
2号															
40-64歳	2,885	7	0.2	2,813	8	0.3	2,794	8	0.3	2,784	7	0.3	2,784	10	0.4
総計	2,885	555	-	2,813	565	-	2,794	565	-	2,784	550	-	2,784	554	-

【出典】 (1) 住民基本台帳 平成31年から令和4年 各年1月1日集計

(2) KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 平成30年度から令和4年度 累計

平成 30 年から令和 4 年度までの 4 年間の認定率は 1 号被保険者では横ばいですが、40～64 歳の若年の 2 号被保険者の認定率が上昇しています。若年層の対策が必要です。(P106 図表 90)

図表 91 要介護・要支援認定者の有病状況

疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	北海道	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	254	44.4%	24.3%	24.6%	22.6%
高血圧症	345	61.5%	53.3%	50.0%	54.3%
脂質異常症	218	38.0%	32.6%	31.1%	29.6%
心臓病	390	68.8%	60.3%	55.3%	60.9%
脳血管疾患	163	28.4%	22.6%	20.6%	23.8%
がん	68	11.5%	11.8%	12.3%	11.0%
精神疾患	275	48.8%	36.8%	35.0%	37.8%
うち_認知症	201	35.3%	24.0%	21.6%	25.1%
アルツハイマー病	158	28.9%	18.1%	15.9%	19.0%
筋・骨格関連疾患	343	60.0%	53.4%	50.0%	54.1%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 4 年度 累計

要介護・要支援認定者の有病状況をみると、要介護または要支援の認定を受けた人のうち、特に予防すべき重篤な疾患の有病状況は「心臓病」は 68.8%、「脳血管疾患」は 28.4%となっています。

また、重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」は 44.4%、「高血圧症」は 61.5%、「脂質異常症」は 38.0%となっており、要介護者・要支援認定者の多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有しています。

高齢化社会の進展に伴い、認知症高齢者は以前の予想を上回るスピードで増加しており、安平町の要介護認定者の 35.3%が認知症と診断されています。

平均自立期間に影響している介護の状況において、要介護（要支援）認定者は「心臓病」「高血圧症」の有病割合が高く、また、その多くが予防可能な生活習慣病に関する疾患を有していることがわかります。

また、筋・骨格関連疾患の有病率は 60.0%と国、北海道及び同規模（安平町と同じ人口規模の町の平均）と比較しても高いです。

これらのことから、要介護認定の有病率が高い疾患に焦点を当てた発症予防及び重症化予防を継続して行っていくことが必要です。

イ. 高齢者のやせ及び低栄養について

安平町の65歳以上のやせ及び肥満の状況は次のとおりです。

図表 92 高齢者のやせ及び肥満の状況

年齢区分	内訳	全数	①健診結果	※BMI25以上（肥満） BMI～P15、※7の説明参照		
			BMI18.5未満 （やせ）	安平町	北海道	国
65～74歳（国保特定健診）	人数(人)	334	20	93	-	-
	割合(%)	-	5.99	27.6	-	-
75歳～（後期高齢者健診）	人数(人)	315	20	97		
	割合(%)	-	6.35	30.8	27.4	23.7
合計		649	40	190	-	-
65歳以上高齢者全体の割合(%)		-	6.16	29.3	-	-

【出典】KDB帳票、令和4年度安平町特定健診及び後期高齢者健診結果

この図表から、安平町はやせよりも肥満の方が課題と読み取れることができます。

肥満は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の発症の要因になるので適正体重を維持して生活習慣病の発症及び重症化を図ることは重要です。

やせの割合が6%ほどとなっており、割合は少ないですが、低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、低栄養から虚弱、フレイルへの進行を予防して健康寿命の延伸に寄与する可能性が高く対策が必要です。

ウ. 社会活動を行っている高齢者の増加

高齢者は社会的に孤立に陥りやすく、段階的に社会とのつながりが弱くなる傾向があります。

高齢者雇用安定法の改正（令和3年4月施行）により、65歳までの雇用確保に加え、70歳までの就業機会が確保されるようになり、高齢者の生活スタイルやニーズは多様化しています。

社会参加や就労が健康増進につながることは高齢者を対象とした研究でも報告されています。（厚生労働省、健康日本第3次推進のための説明資料、令和5年5月）、また、令和4～5年度にかけて実施された「高齢者実態調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から閉じこもりの傾向について分析した結果から、「いずれかの地域活動に週1回未満の頻度での参加」と回答した方が全体の56.5%でした。閉じこもりになることで、孤独を感じたり、周囲の他者が変化に気づきにくい状況に置かれてしまうため、認知症やうつ状態となる可能性が高まります。

こうした状況から、地域活動や地域づくりに参加するきっかけづくりを作ったり、継続的な参加に繋がるよう仕組みを作ることが重要と考えられます。

これらのことから「社会活動を行っている高齢者の増加」を目標として設定します。

また、上記の調査結果から、「心配事や愚痴を聞いてくれる人がいる」との質問に対し、「配偶者・子ども（同居又は別居）親戚・友人」と回答した方は全体の4～5割、「近隣」と答えた方が13.3%でしたが、「そのような人はいない」と回答した方が5.6%いました。

困った時の相談先やサービス等を広報などで周知し、相談の充実や情報共有の強化が必要です。

④対策

ア. 介護認定の要因となる疾患の予防（生活習慣病の発症及び重症化予防）

（健康福祉課国保・介護グループ・健康推進グループ）

- ・ 特定健診、後期高齢者健診で保健指導が必要な方の保健指導の実施
- ・ 地域老人クラブ・介護予防教室・サロン等の通いの場での血圧測定や健康相談の実施（血圧手帳の配布）と健康管理についての健康教育の実施
- ・ 広報を活用した脳血管疾患関連の情報提供
- ・ 成人期からの生活習慣病対策の継続・後期高齢者健康診査の追加項目の受診者全員に実施（令和6年度開始予定、基本項目に心電図、血液検査の貧血・腎機能検査を受診者全員に実施予定）

イ. 運動器に痛みを抱える人の減少・運動器疾患の予防習慣の獲得

（健康福祉課国保・介護グループ）

- ・ 介護予防事業等の実施・参加促進
- ・ 地域老人クラブ・介護予防教室・サロン等の通いの場での、運動できる場の情報提供や、疼痛予防方法についての学習（健康福祉課国保・介護グループ・健康推進グループ）

ウ. 低栄養及びフレイル予防

- ・ 地域老人クラブ・介護予防教室・サロン等の通いの場での、情報提供や、低栄養・フレイルについての学習（健康福祉課国保・介護グループ・健康推進グループ）

エ. 何らかの地域活動をしている高齢者の支援

- ・ 地域支え合い活動推進事業助成金（健康福祉課福祉グループ）
- ・ 地域福祉を支えるボランティア育成事業（社会福祉協議会）
- ・ ふれあい大学（高齢者大学）（教育委員会社会教育グループ）
- ・ 生涯スポーツの支援（年齢や体力に応じて気軽にできるスポーツ事業や運動教室の推進（教育委員会社会教育グループ）

オ. 困りごとの相談窓口の周知

- ・ 地域包括支援センター等高齢者の相談機関の周知

カ. その他の高齢者の健康増進

- ・高齢者の肺炎球菌による肺炎を防止する目的にて肺炎球菌の予防接種を実施（65歳以上対象で5年に1回、一部公費負担あり。自己負担3,300円、身障者手帳保持者等の一部の対象者に全額助成制度あり。）（健康福祉課健康増進グループ）

⑤高齢者の保健事業と介護予防事業

これまで、高齢者の保健事業と介護予防事業は、健康推進グループと地域包括グループで別々に実施されてきました。医療保険（安平町国民健康保険・後期高齢者医療制度）と介護保険の制度上の課題があり、高齢者の健康状態と生活機能の課題にきめ細かく対応できていないという状況にありました。これを踏まえ国は、市町村が行うこの事業に対し、財政的支援を行えるよう法整備をしました。安平町でも令和5年度から国の財政支援を活用して、この事業を実施しています。次の事業を健康推進グループ保健師・管理栄養士、国保・介護グループ保健師が連携して一体的に取り組みます。（P111, 112）

ア. ハイリスクアプローチ（健康状態不明者の把握）

実施計画							
事業目的・目標	健康状態不明者の把握を行い、健診受診や必要時、医療、介護サービスに繋げることで、生活習慣病の重症化予防と介護度重症化を予防する。						
事業内容	健診未受診者・医療無受診・介護認定なしの者の訪問実施、状況に応じて健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、要介護認定の勧奨を行う。						
対象者・対象人数	対象者：健康状態不明者 対象人数：53人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士 健康福祉課健康国保・介護グループ保健師						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・栄養士が訪問に従事できるよう、事務職員との適切な業務分担が行えるよう、事務分掌の整理及び、地域包括担当（国保・介護グループ）保健師に協力して健康推進グループ保健師も地域老人クラブやサロン等の通いの場の健康相談に従事できるよう、協力体制と会計年度任用保健師を確保して体制整備も行う。						
プロセス	保健師、栄養士間での訪問内容の検討・学習及び訪問結果の共有の実施。						
事業アウトプット	【項目名】健康状態不明者の訪問数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	15	18	20	25	30	35	40
事業アウトカム	【項目名】①後期高齢者健診受診率②75歳以上の要介護度3～5の者割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	①19.1%	①19.4%	①20%	①21%	①22%	①23%	①24%
	②9.1%	②9%	②8%	②8%	②8%	②8%	②8%
評価時期	令和8年度						

【出典】第3期安平町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

イ. ポピュレーションアプローチ（通いの場での認知症及び介護予防事業、④ア、イ、ウの事業のことです。）

実施計画							
事業目的・目標	認知症及びフレイルの発症及び重症化予防						
事業内容	地域老人クラブ、サロン、介護予防教室、地域リハビリテーション活動事業の通いの場での健康相談・健康教育の実施						
対象者・対象人数	対象者：地域老人クラブ、サロン、介護予防教室、地域リハビリテーション活動事業の参加者 対象人数：延べ2,158人						
実施体制・関係機関	健康福祉課健康国保・介護グループ保健師、健康福祉課健康推進グループ保健師・栄養士・安平町社会福祉協議会						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	地域包括担当（国保・介護グループ）保健師に協力して健康推進グループ保健師も地域老人クラブやサロン等の通いの場の健康相談に従事できるよう、協力体制と会計年度任用保健師を確保して体制整備も行う。						
プロセス	保健師、栄養士間での健康教育内容の検討・学習会の実施。						
事業アウトプット	【項目名】通いの場での健康教育延べ人数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2,158人	2,250人	2,300人	2,350人	2,400人	2,450人	2,500人
事業アウトカム	【項目名】75歳以上の要介護認定率						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%	31.0%
評価時期	令和8年度						

【出典】第3期安平町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

4章 計画の推進・目標値設定

1. 「健康増進」「歯科保健」「母子保健」「食育」「自殺対策」の一体的な推進体制

①地域の特性をいかした住民主体の健康なまちづくりの推進

生涯を通じた健康づくりのへの支援を強化するため、地域に密着した保健活動ができる推進体制の構築を目指します。また、健康づくりに関わる組織が一体となって連携し、取り組む体制の整備に努めます。

健康増進と食育については栄養に着目した支援が必要となっています。地域における問題を個人・地域を対象とした支援体制の確立を目指します。

②関係団体との連携、協働

健康づくりの主体となる個人や家庭、関係団体、行政がそれぞれの役割を果たしながら連携して推進することが大切です。そのため、まちづくりの根幹を担う自治会や地域で活動する団体との連携を強化し、共同して健康事業の円滑な運営を図ります。

計画及び実働における連携の強化：健康福祉課：福祉グループ、国保・介護グループ、教育委員会・産業振興課との連携による事業の構築を検討していきます。

③ネットワークの構築

個人や家庭の健康づくりを支えていくために、関係団体・機関とのネットワークを確立するとともに、健康づくりをサポートする地域の人材育成が必要とする。地域にかかわり住民が自主的に健康づくりに取り組める体制を目指します。

④人材の育成

・担当者の力量形成と保健師の地区担当制

個人の生活習慣はひとりで作られるものではなく地域における特性と習慣が影響していることもあります。地域の方々と距離の近いネットワークを共有することによって、地域特有の食習慣や健康課題を見つけ出し、町民の健康増進を推進することを目指します。保健師の地区担当制を定着させることによって地域と行政の橋渡しとなり、それぞれの地域の健康課題を明確にし、その解決を図ります。

保健師・栄養士の学習会を開催し、保健指導の力量形成と危機感を持った活動を行う意識の向上を図ります。

2 計画の進行管理と評価の考え方

設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査でモニタリングすることが可能な指標としています。安平町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。

①目標設定に関する基本的な考え方

子どもや高齢者の健康、こころの健康は、個人と社会の両者が関連し合う領域といえるが健康づくりを社会環境の観点から検討することについては、これまでの一次予防重視の考え方から踏み込むものです。生まれてから死ぬまで各生活年齢層における健康課題を予防の視点で取り組んでいくことが必要です。12年後を視野に入れ、目標として取り組むものを抽出し、モニタリングすることを目指しています。

目標の項目及び数値は、国や北海道で示している項目を基準とし、安平町の健康課題にも沿った上で、この計画の上位計画である「第2次安平町総合計画後期計画」と整合性も取って設定しました。

がん検診、特定健康診査、特定保健指導の実施率は国の設定した数値を参考に設定しているため達成までのハードルが大変高いものとなっています。国が高い目標を設定しているのは、がんや心臓病、脳血管疾患、人工透析などの疾患の早期発見・早期対応・予防の効果を得るために確保しなければならない受診率だからです。その高い数値に少しでも近づけるよう、積極的な各種がん検診、特定健診、特定保健指導の受診及び利用勧奨、生活習慣の改善の知識普及啓発に努める必要がある重要な項目であるからです。

②目標の評価

目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階でも確認できるよう、目標設定後6年後を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後の11年後を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価しその後の健康増進の取り組みに反映させていくこととします。

数値目標についてはP115～117のとおりです。

【第3次計画目標設定】分野別取組みにおける数値目標

1. 生活習慣病の発症予防と重症化予防

健康あびら21 (他計画包含)枠組み	安平町 目標項目	安平町指標	評価指標・事業名	令和4年 度現状	令和17 年度目標	備考(データの出典等~中間評価と 最終評価で使う統計)	
命健康 延伸	命健康 延伸	①健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	平均自立期間	男 77.7歳	延伸	KDB(国保データベースシステム帳票No.1より)	
				女 84.7歳	延伸		
2・生活習慣病の発症と重症化予防	(1)がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(人口10万人あたり)	①75歳未満のがん年齢調整死亡率	137.9	減少	年齢調整の基準人口は平成27年のものを使用して計算。	
		②がん検診受診率の向上	ア)胃がん検診	10.2%	30.0%		地域保健・健康増進事業報告(令和4年度)
			イ)大腸がん	13.4%	30.0%		
			ウ)肺がん	12.4%	30.0%		
			エ)結核検診・肺がん検診	41.7%	50.0%		
			オ)乳がん検診	19.7%	30.0%		
	カ)子宮頸がん検診	15.5%	30.0%				
	(2)循環器疾患	①脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	脳血管疾患年齢調整死亡率	男 23.6	減少	年齢調整の基準人口は平成27年のものを使用して計算。	
				女 6.1	減少		
		②虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	虚血性心疾患年齢調整死亡率	男 48.1	減少		
				女 47.3	減少		
		②Ⅱ・Ⅲ度高血圧者の割合の減少(160/100以上のいずれかの該当者の減少)	Ⅱ・Ⅲ度高血圧者の割合	8.7%	減少	KDB(国保データベースシステム)帳票No.7健診の状況、No.56保健指導対象者一覧(受診動向判定値の者)より★第3次計画の評価指標は、国や北海道データと比較できるよう、KDBデータの数値を使用します。	
			Ⅱ・Ⅲ度高血圧該当者の治療率	42.1%	増加	特定健診データ一覧より	
		④脂質異常症の減少 脂質異常症の割合の減少(LDLコレステロール値160以上の者の割合)	LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合	8.5%	5%以下	KDB(国保データベースシステム)帳票No.7健診の状況、No.56保健指導対象者一覧(受診動向判定値の者)より★第3次計画の評価指標は、国や北海道データと比較できるよう、KDBデータの数値を使用します。	
		⑤メタボ該当者の割合の減少	メタボ該当者の割合	16.6%	減少	法定報告数値	
		⑥メタボ予備群該当者の割合の減少	メタボ予備群該当者の割合	13.3%	減少		
		⑦特定健診受診率の向上	特定健診受診率	39.1%	60%	法定報告数値	
	⑧特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	45.9%	60%			
	(3)糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析患者数)の減少	糖尿病腎症による年間新規透析患者数	1人	0人	KDB及びKDBExpander(北海道国保連合会配信データ)より	
		②HbA1c値6.5%以上治療中者の割合の増加	HbA1c値6.5%以上治療中者の割合	82.1%	増加	KDB(国保データベースシステム帳票No.58より)	
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1c値8.0%以上の割合の減少)		HbA1c(NGSP標記) 8.0%以上	0.7%	減少	第2次から評価数値変更。KDB(国保データベースシステム)帳票No.7健診の状況、No.56保健指導対象者一覧(受診動向判定値の者)より★第3次計画の評価指標は、国や北海道データと比較できるよう、KDBデータの数値を使用します。		
④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c値6.5%以上の者の割合の減少)		(HbA1c値6.5%以上の者の割合)	6.1%	減少	KDB(国保データベースシステム)帳票No.7健診の状況、No.56保健指導対象者一覧(受診動向判定値の者)より★第3次計画の評価指標は、国や北海道データと比較できるよう、KDBデータの数値を使用します。		
(4)COPD(慢性閉塞性肺疾患)	①成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	18.7%	減少	令和4年度安平町特定健診質問票より		
		男性 29.6%	減少				
		女性 10.3%	減少				
	②結核検診及び肺がん検診の受診率の向上	結核検診及び65歳以上の肺がん検診受診率	41.7%	増加	結核検診受診者数及び65歳以上の肺がん検診受診者数		

【第3次計画目標設定】分野別取組みにおける数値目標

2. 生活習慣の改善

健康あびら21 (他計画包含) 枠組み	安平町目標項目	安平町指標	評価指標・事業名	令和4年度 現状	令和17年度 目標	備考(データの出典等～中間評価と最終評価で使う統計)	
2. 生活習慣の改善 (1) 栄養・食生活を含む: 食育計画・母子保健計画・歯科保健計画	(1) 栄養・食生活(食育計画・母子保健計画)	①適正体重を維持している者の増加 (肥満の減少) (BMI25以上の者の減少)	①BMI25以上者の割合	31.6%	減少	令和4年度安平町特定健診結果	
		②BMI18.5未満の妊婦の減少	②BMI18.5未満の妊婦の割合	8.0%	0%	令和4年度安平町妊婦台帳	
		②低栄養傾向の高齢者の割合の減少 (65歳以上)	③BMI18.5未満の高齢者の割合	6.2%	減少	令和4年度安平町特定健診及び後期高齢者健診結果質問票	
		③適正体重の子どもの増加					
		ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	ア 全出生数中の低出生体重児の割合	8.3%	0%	令和4年度安平町妊産婦台帳	
		イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	イ 肥満傾向にある子どもの割合	10.0% (令和5年)	減少	町内小学校5年生の肥満傾向児の割合(肥満度20%以上の割合)	
		④欠食しない成人の割合の増加	④欠食しない成人(40～74歳)の割合	88.3%	増加	安平町特定健診質問票	
		⑤欠食しない子どもの割合の増加	⑤欠食しない子どもの割合				
		ア朝食を欠食する子どもの割合の減少 (小学6年生)	ア朝食を欠食する子どもの割合 (小学6年生)	4.3%	減少	令和4年度全国学力学習状況調査	
		イ朝食を欠食する子どもの割合の減少 (中学3年生)	イ朝食を欠食する子どもの割合 (中学3年生)	17.2%	減少	令和4年度全国学力学習状況調査	
	⑤野菜摂取量の増加	⑤野菜摂取量が増加した者の割合		増加	現状値: 令和6年度特定健診質問票から集計予定		
	⑥果物摂取量の増加	⑥果物摂取量が増加した者の割合		増加	現状値: 令和7年度特定健診質問票から集計予定		
	⑦食塩摂取量の減少	⑦食塩摂取量が減少した者の割合		増加	現状値: 令和8年度特定健診質問票から集計予定		
	(2) 身体活動・運動	①運動習慣のない成人の減少	①運動習慣のない者(40～74歳)の割合	63.5%	減少	KDBExpander令和4年度データ(北海道国民健康保険団体連合会配信データ)	
	歯科保健計画	(3) 歯・口腔の健康(歯科保健計画)	①歯周病を有する者の減少	①歯周病を有する者の割合		減少	現状値: 令和6年度成人歯科健診結果票から集計予定
			②よく噛んで食べることができる者の増加	②よく噛んで食べることができる者(40～74歳)の割合	80.3%	増加	令和4年度特定健診質問票
			③成人歯科健診受診率の向上	③成人歯科健診受診率(対象者: 当該年度40・50・60・70・76歳)		53%	現状値: 令和6年度開始成人歯科健診受診率から集計予定 目標値: 平成28年度国の実績数値
④フッ化物塗布受診率の増加			④フッ化物塗布受診率	65.2%	70%	令和4年度フッ化物塗布事業受診者より	
⑤むし歯のない1歳6か月児の割合の増加			⑤むし歯のない1歳6か月児の割合	100.0%	100%	令和4年度1歳半健診結果	
⑥むし歯のない3歳児の割合の増加			⑥むし歯のない3歳児の割合	97.2%	100%	令和4年度3歳児健診結果	
⑦40歳以上における自分の歯が20本以上の者の割合の増加			⑦自分の歯が20本以上ある40歳以上の者の割合		95%	現状値: 令和6年度開始成人歯科健診受診率から集計予定 目標値: 国: 「歯・口腔の健康づくりプラン」目標値	
⑧60歳以上における未処置根面むし歯を有する者の割合の減少			⑧60歳以上における未処置う歯を有する者の割合		5%	現状値: 令和6年度開始成人歯科健診受診率から集計予定 目標値: 国: 「歯・口腔の健康づくりプラン」目標値	
一部母子保健計画を含む	(4) たばこ(喫煙)	①喫煙率の減少(男女)	①喫煙率の減少 (男女)	男性 29.6% 女性 11.1%	減少	KDBExpanderより	
		②妊婦の喫煙率の減少	②妊婦の喫煙率	0%	0%	令和4年度安平町妊婦台帳	
		一部母子保健計画を含む	(5) アルコール(飲酒)	①ハイリスクの量の飲酒者の減少(純アルコール量換算、男性40g/日以上、女性20g/日以上)の減少	男性: 40g/日以上の飲酒者の割合 女性: 20g/日以上の飲酒者の割合	25.7% 11.7%	減少
②妊婦の飲酒率の0%	妊婦の飲酒率			4%	0%	令和4年度安平町妊婦台帳	

【第3次計画目標設定】分野別取組みにおける数値目標

3. こころの健康 4. ライフコースを踏まえた健康づくり

健康あびら21 (他計画包含)枠組み	安平町目標項目	安平町指標	評価指標・事業名	令和4年度 現状	令和17年 度目標	備考(データの出典等~中間評価と最終評価で使う統計)	
3.こころの 健康(自殺 対策計画)	(1) こころの健康	①ゲートキーパーの人数の増加	ゲートキーパー研修受講者 人数	180人	230人	ゲートキーパー研修受講者人数	
		②自殺死亡率の低下	自殺死亡率(5年平均:人 口10万対)	22.7	19	地域自殺対策実態プロファイル	
	(2) 休養・睡眠	①睡眠で休養が取れている者の増加	①睡眠で休養が取れていな いと回答した者の割合	23.8%	減少	令和4年度安平町特定健診質問票	
4.ライフ コースア プローチを踏 まえた健康 づくり (1) こと も(母子保 健計画)	4.ライフコースア プローチを踏まえた健 康づくり(1) こと も(母子保健計画)	①妊産婦死亡率の減少	①妊産婦死亡率	0%	0%	令和4年度安平町死亡統計	
		②妊娠11週以下での妊娠届出率の増加	②妊娠11週以下での妊娠 届出率の増加	96%	98%以上	令和4年度安平町妊婦台帳	
		③定期予防接種実施率の向上	③定期予防接種 実施率(1歳 6ヶ月までに接 種を終了)	4種混合	91.8%	100%	令和4年度安平町予防接種台帳
				麻しん	81.6%	100%	
		④健診未受診児童の把握	④健診未受診児童の把握	100%	100%		
		⑤健診要事後指導家庭の訪問等支援率	⑤健診要事後指導家庭の訪問 等支援率	100%	100%		
		⑥各種健康診査受診率の維持	⑦各種健康診査受診 率(未受診率)	3~5か月 児	0%	0%	令和4年度安平町乳幼児健診結果
				1歳半	2%	1%	
3歳児	6.1%			3%			
⑧養育支援が必要と認めた親子に対し養育訪問支援の実施	⑧養育支援が必要と認めた 親子に対し養育訪問支援の 実施	100%	100%				
(2)高齢者	(2)高齢者	①低栄養傾向の高齢者の割合の減少 (65歳以上)	③BMI18.5未満の高齢者 の割合	6.2%	減少	(1) 栄養・食生活と重複	
		②足腰に痛みのある高齢者の人数	②外出頻度が「減っている」 「とても減っている」と回答 した人で原因が「足腰の痛み がある」と回答した者の割合	13.2%	減少	令和4、5年度介護予防・日常生活圏域二一調査結果	
		いずれかの地域活動を行っている高 齢者(65歳以上)の増加	③「いずれかの地域活動に 週1回以上の頻度で参加し ている」と回答した者の割 合	35.9%	増加	令和4、5年度介護予防・日常生活圏域二一調査結果	

1. 安平町地域福祉総合検討推進会議保健部会名簿

令和6年1月31日現在

	役 職	氏 名	所 属 ・ 役 職 等	備 考
1	部 会 長	岸 田 和 也	安平町国保運営協議会長	
2	部 会 員	福 田 剛	学校法人リズム学園 早来子ども園長	
3	〃	山 城 義 真	社会福祉法人追分福祉会 おいわけこども園長	
4	〃	八 木 響 子	看護師（在宅）・追分更生保 護女性会・保護司	
5	〃	植 村 陽 子	栄養士（在宅）	
6	〃	佐々木千花子	民生委員・地区保健推進会長	
7	〃	上 田 美 恵 子	地区保健推進会長	
8	〃	須 貝 英 子	人権擁護委員・交通安全指導 員・地区保健推進会長	
9	〃	佐々木信子	看護師（在宅）・北海道薬物 乱用防止指導員・ボランティ ア（「あん」代表）	
10	〃	長 山 絹 枝	追分更生保護女性会長	
11	〃	岩 佐 喜 久 子	民生委員・ボランティア （「赤ずきん」代表）	

2. 関係機関

- (1) 北海道苫小牧保健所
- ・健康推進課健康支援係
（こころの健康・自殺対策計画）
 - ・企画総務課企画係（全般）

- (2) 北海道国民健康保険団体連合会（循環器疾患・糖尿病）

- (3) 安平町健康福祉課
- ・福祉グループ
(こころの健康・自殺対策計画、子ども・母子保健計画)
 - ・国保介護グループ
(国保：循環器疾患・糖尿病)
(介護：身体活動・運動、高齢者)
- (4) 安平町教育委員会事務局
- ・学校教育グループ
(歯の健康・歯科保健計画、子ども・母子保健計画)
 - ・社会教育グループ (身体活動・運動、高齢者)
- (5) 安平町産業振興課
- ・農政・畜産グループ
(栄養・食育・食農 (食育計画))

3. 事務局・担当部署 (健康福祉課健康推進グループ)

令和6年1月現在

	役 職	氏 名	所 属	備 考
1	参 事	小 板 橋 憲 仁	健康福祉課	
2	課長補佐	玉 井 晴 子	健康福祉課健康推進グループ	保健師
3	管 理 保 健 師	米 倉 宏 枝	〃	保健師
4	主 幹	坂 井 史 子	〃	保健師
5	主 査	関 あ ず さ	〃	管理栄養士
6	主 事	鈴 木 潔 真	〃	事務職
7	主 事	根 上 賢 志 郎	〃	事務職
8	保 健 師	吉 成 由 衣	〃	保健師