第４章　主要施策

【主要施策１：個人の行動と健康状態の改善

1-1　生活習慣病（NCDs）の発症予防／重症化予防

（1）がん

がんは、昭和 56（1981）年以降日本人の死因の第１位であり、令和３（2021）年の死亡者は約 38 万人で総死亡の約３割を占めています。生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題です。

ア　基本的な考え方

①　発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B 型肝炎ウイルス〈HBV〉、C 型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人 T 細胞白血病ウイルス〈HTLV-1〉や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）への感染、及び予防可能ながんのリスク因子として、喫煙（受動喫煙を含む。）、 飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。これらに対する対策を行っていくことで結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。

② 重症化予防

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

また、精密検査となった場合に確実に医療機関を受診していただくことも、重症化予坊のために大切です。

イ　現状と目標

健康づくりとも関連が強いと考えられる「がんの標準化死亡比の減少」、「がん検診の受診率の向上」の２つを目標項目として設定します。

①　「がんの標準化死亡比の減少」

標準化死亡比とは、全国を 100 とした場合、その地域で年齢調整した上での死亡の起こりやすさを表したものです。がんの標準化死亡比を県南保健福祉事務所管内（以下、「県南管内」という。）・県と比較すると、平成 30 年～令和 4 年ではがんについては男性 100.4，女性 97.6 となっており、男性は 100.4 で全国よりは高いものの県や県南管内よりは低くなっています。女性は 97.6 と全国より低い状況ですが、県南管内より高い状況です。（図表 24）。がん死亡率の推移では平成 27 年から令和

元年において平成 29 年は高かったもののほぼ横ばい状態です。（図表 25）

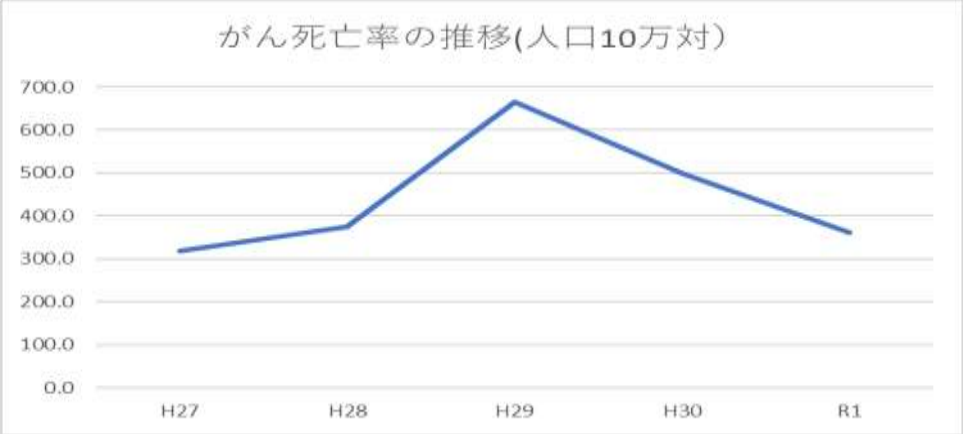
また、部位別がん主要部位別人口 10 万対死亡率の推移では、平成 27 年に比較して増加傾向にあります。（図表 26）

（図表 24）　標準化死亡比

H30~R4		性別	矢祭町	県南管内	福島県
がん		男性	100.4	102.7	103.7
（悪性新生物）		女性	97.6	95.1	100.8
（再掲）	大腸がん	男性	120.0	117.9	112.5
		女性	102.0	97.9	105.6
	胃がん	男性	96.1	121.3	109.2
		女性	118.9	109.2	107.7
	肺がん	男性	98.5	93.4	100.6
		女性	91.2	85.0	93.9

（図表 24）出典：政府統計の総合窓口（E-stat）

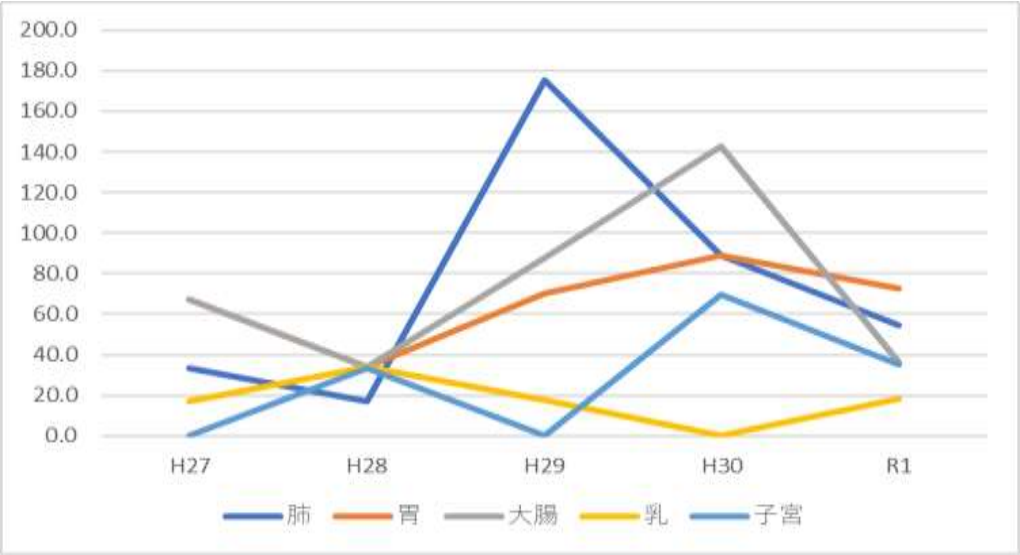
（図表 25）　がん（悪性新生物）人口 10 万対死亡率の推移



（図表 26）　　がん主要部位別人口 10 万対死亡率の推移

全体	H27	H28	H29	H30	R1
肺	33.6	17.1	175.1	89.1	54.4
胃	67.2	34.1	70.0	89.1	72.5
大腸	67.2	34.1	87.5	142.5	36.3
乳	16.8	34.1	17.5	ー	18.1
子宮	ー	33.4	ー	69.5	35.2

（図表 27）　がん主要部位別人口 10 万対死亡率の推移



（図表 25.26.27）出典：保健統計の概況（平成 28～令和 2 年版）

がんの医療費についてみると、平成 30 年~令和 5 年は総医療費に占めるがんの割合は令和 5 年 29.4%と少し減少しています。(図表 28)

（図表 28）　がんが総医療費に占める割合

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
矢祭町	28.7	37.3	30.6	35.7	32.8	29.4
同規模平均	27.7	29.3	30	30.8	31.3	31.9
福島県	28.2	29.2	30.6	31.6	32.6	33.6

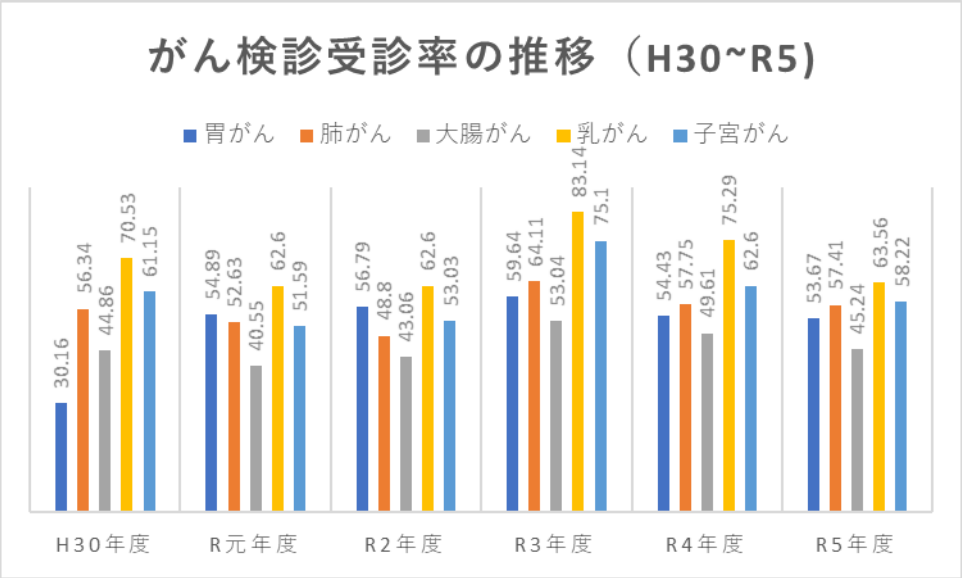
（図表 28）出典：ＫＤＢ（地域の全体像の把握、医療費分析）

福島県がん登録事業報告書令和元年(2019 年)によると、町のがん罹患者数は男性 37 人、女性 25 人、合計 62 人です。うち部位別で公表されているのは大腸(結腸・直腸)6 人（9.7%）、肺 9 人（14.5%）、乳房 3 人（4.8%）、子宮 2 人（3.2%）です。

② がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防はがん検診により行われています。国の指針に基づいて行っている 5 つのがん検診の受診率をみると乳がん検診以外は国の目標 60%に達していません。(図表 29)

（図表 29）　がん検診受診率の推移



（図表 29）出典：出典：福島県ホームページ　がん検診受診率精度管理等

有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、受診を特に勧奨する年齢（子宮：20～69 歳、肺・大腸・乳房：40～69 歳、胃：50～69 歳）の方を中心に受診勧奨の取組みと精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価の一つとなっています。町の精密検査受診率は胃・大腸・肺については目標の 90%に達していません。精密検査受診者の中から、１～２名がんが見つかっているため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(図表 30)

（図表 30）　がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

（子宮：20～69 歳、肺・乳・大腸：40～69 歳、胃：50～69 歳）

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	国の基準	（参考）県R4年度
胃がん	精密検査受診率	60.00	85.71	83.33	66.67	72.73%	90%以上	85.83
	がん発見者数	0	0	0	0	0	×	73
大腸がん	精密検査受診率	86.36	71.43	72.73	73.33	66.67	90%以上	91.05
	がん発見者数	0	0	0	0	0	×	67
肺がん	精密検査受診率	77.78	76.19	100	88.24	88.24	90%以上	84.52
	がん発見者数	0	1	0	1	1	×	22
子宮頸がん	精密検査受診率	100.00	100.00	100.00	―	100.00	90%以上	71.45
	がん発見者数	0	0	0	―	0	○	88
乳がん	精密検査受診率	100.00	100.00	50.00	100.00	100.00	90%以上	85.29
	がん発見者数	0	1	0	0	0	○	2

（図表 30）出典：福島県ホームページ　がん検診受診率精度管理等

ウ　今後の対策

①　発症予防

１）ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

・子宮頸がん予防ワクチン接種

・肝炎ウイルス検査（妊娠期・４０歳）

・HTLV-1 抗体検査(妊娠期)

・B 型肝炎ウイルス予防接種(乳幼児期)

２）がんのリスクを高める生活習慣の見直しの施策

（生活習慣病予防と合わせて実施）

・がんのリスクを高める生活習慣について、広報等を活用した啓発

予防可能なリスク因子である野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取、過剰飲酒、などの食生活を見直すきっかけとして、位置づける。

②　がん検診受診率向上の施策

・年度当初の全戸健診申し込みを継続実施

回収率を高め、未受診者への再勧奨通知を実施する。

・がん検診の重要性について啓発実施

・がん検診推進事業

子宮頸がん検診・乳がん検診について一定の年齢に達した方に、クーポン券を配布すると共に、４０歳到達者に対して無料でがん検診を実施する。

③　がん検診によるがんの重症化予防の施策

・対策型検診の実施

胃がん検診（40 歳以上〈内視鏡は 50～69 歳〉）	特に推奨する年齢（50～69 歳）
肺がん検診（40 歳以上）	特に推奨する年齢（40～69 歳）
大腸がん検診（40 歳以上）	特に推奨する年齢（40～69 歳）
乳がん検診　（40 歳以上）	特に推奨する年齢（40～69 歳）
子宮頸がん検診（２０歳以上）	特に推奨する年齢（20～69 歳）

・任意型検診・・前立腺がん検診

④がん検診の質の確保に関する施策

・要精検者に対して、再勧奨を実施して精検受診率を向上する。

(2) 循環器病

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、また介護が必要となった主な原因の一つでもあります。こうした背景から、平成 30（2018）年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。)」に沿って循環器病対策が行われています。 循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高 LDL コレステロール血症)、喫煙、糖尿病の 4 つがありこれらの危険因子を適切に管理することが重要です。循環器病の主要な危険因子のうち喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすこと等から、それぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高コレステロール症）について目標を設定します。

ア　基本的な考え方

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。

①　発症予防

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、管理のためには関連する生活習慣の改善が必要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、一人一人の町民が生活習慣改善に取組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上が重要です。

②重症化予防

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症予防・進展抑制を目指します。具体的には、医療が必要な方には適切な受診の働きかけを行う受診勧奨と、治療中の方には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

イ　現状と目標

高齢化に伴い脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されますので循環器疾患対策の総合的な推進の目標とします。

（図表 31）　　循環器病の死亡の状況

H30~R4			矢祭町	県南管内	福島県
性別	男性		104.7	104.4	106.2
	女性		107.3	104.5	107.6
死因別	心疾患	男性	109.7	118.5	110.8
		女性	125.8	119.6	110.9
	脳血管疾患	男性	109.5	126.5	121.5
		女性	109.7	133.6	129.5
	腎不全	男性	118.5	87.3	101.8
		女性	97.0	92.4	97.7

（図表 31）出典：政府統計の総合窓口（E-stat）

① 脳血管疾患の標準化死亡比

図表 31 のように町の脳血管疾患の標準化死亡比は県や県南保健所よりは低くなっていますが、男性 109.5，女性 109.7 と全国より高く取組みの継続が必要です。
青壮年層を対象とした保健事業は、職域等の連携が図られていないことから「地域・職域連携推進協議会」を活用して、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について共有を図ります。

② 虚血性心疾患の標準化死亡比の減少

町では、心電図検査の全数実施、個別保健指導に取り組んできました。
令和 5 年度における心電図検査の実施率は 69.4%、有所見率は 19.3%で、心筋梗塞に結びつく心筋症や心筋障害など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や重症な脳梗塞を起こしやすい心房細動などの発見につながっています。
心疾患の標準化死亡比は、男性 109.7，女性が 125.8 と高い状況となっており取組みの継続が必要です。

図表 32　特定健診　心電図検査結果（令和 5 年度）

		心電図検査				所見内訳											
						ST変化･異常Q波						不整脈					
		実施者数		有所見者数	有所見率	異常Q波		ST-T変化		陰性T		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
		A	実施率	B	B/A	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B
40~74歳		445	69.4	86	19.3	3	3.5	18	20.9	1	1.2	24	27.9	5	5.8	32	37.2
内訳	男性	236	74.0	54	22.9	2	0.8	7	3.0	1	1.8	20	8.5	5	2.1	16	6.8
	女性	209	64.9	32	15.3	1	0.5	11	5.3	－	－	4	1.9	－	－	16	7.7

（図表 32）出典：矢祭町特定健診結果

③ 高血圧の改善

高血圧は循環器疾患の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因疾患となることが示されています。循環器疾患の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域」においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40 歳から 80 歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示していることがわかっています。 これらを踏まえ、高血圧治療薬非服薬者、服薬者を問わず、血圧レベルを正常血圧に近づくよう低下させるという観点で目標を設定します。

また、要介護者の有病状況を見ると、高血圧症が 64.9%と最も高い状況です。介護予防においても高血圧対策は重要といえます。(図表 33)

（図表 33）　　要介護認定者の有病状況（令和 4 年度）

	矢祭町	同規模町村	福島県	全国
糖尿病	18.8	22.6	20.1	24.3
高血圧症	60.1	54.3	53.4	53.3
脂質異常症	29.0	29.6	29.8	32.6
心臓病	64.9	60.9	59.4	60.3
脳疾患	22.5	23.8	21.7	22.6
がん	11.1	11.0	10.4	11.8
筋・骨格	48.0	54.1	50.6	53.4
精神	33.4	37.8	36.2	36.8
アルツハイマー病	17.3	19.0	18.4	18.1

（図表 33）出典：ＫＤＢ（地域の全体像の把握、介護）

特定健診を実施して高血圧治療ガイドライン 2019 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づいた対象者を明確にして保健指導を実施してきました。血圧の年次比較（図表 34）をみると、治療なしのⅡ度、Ⅲ度の高血圧の抑制が出来ていない状況です。

（図表 34）血圧の年次比較（治療・未治療の状況）

治療と未治療者の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
治療中	R1	214	41.7	31	14.5	38	17.8	78	36.4	61	28.5	6	2.8	－	－
	R2	220	40.3	23	10.5	30	13.6	75	34.1	73	33.2	16	7.3	3	1.4
	R3	234	41.6	31	13.2	35	15	73	31.2	77	32.9	17	7.3	1	0.4
	R4	202	39.2	25	12.4	37	18.3	64	31.7	67	33.2	9	4.5	－	－
	R5	191	39.5	33	17.3	32	16.8	57	29.8	56	29.3	10	5.2	3	1.6
治療なし	R1	299	58.3	96	32.1	60	20.1	87	29.1	49	16.4	7	2.3	－	－
	R2	326	59.7	89	27.1	60	18.4	90	27.6	67	20.6	17	5.2	2	0.6
	R3	329	58.4	92	28	67	20.4	90	27.4	62	18.8	13	4	5	1.5
	R4	313	60.8	90	28.8	48	15.3	86	27.5	67	21.4	18	5.8	4	1.3
	R5	292	60.5	88	30.1	50	17.1	79	27.1	57	19.5	15	5.1	3	1.0

（図表 34）出典：ヘルスサポートラボツール

④　脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少

脂質異常症は虚血性心疾患（冠動脈疾患）の危険因子であり、国内外のコホート研究においてＬＤＬコレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することがわかっています。脳血管疾患については、ＬＤＬコレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方 、高ＬＤＬコレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。これらを踏まえ、ＬＤＬコレステロール値に関しては、国民健康づくり運動の対象を考慮し、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」に基づく低リスク者（危険因子のレベルや保有数から判定される 10 年以内に虚血性心疾患又はアテローム血栓性脳梗塞を発症する確率が２％未満の者）の脂質管理目標値を参照に引き続き 160mg/dl とします。生活習慣の改善や内服加療によりＬＤＬコレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかになっていることから、脂質異常症治療薬の非服薬者、服薬者を問わず脂質高値の者の割合を減少させることを目標とします。

特定健診では、基本的な検査項目である「中性脂肪」「HDL コレステロール」及び「LDL コレステロール」のうち LDL コレステロール値に注目し保健指導を実施してきました。

LDL コレステロールの年次推移をみると、治療なしの 160 以上の LDL コレステロールの割合は抑えられています（図表 35）

（図表 35）　LDL コレステロール年次推移（治療と未治療の状況）

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		１８０以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	R1	142	27.6	99	69.7	32	22.5	6	4.2	3	2.1	2	1.4
	R2	168	30.8	127	75.6	30	17.9	8	4.8	3	1.8	－	－
	R3	175	31.1	117	66.9	34	19.4	17	9.7	5	2.9	2	1.1
	R4	151	29.3	109	72.2	28	18.5	11	7.3	3	2	－	－
	R5	143	29.6	101	71.1	26	18.2	10	7	4	2.8	2	1.4
治療なし	R1	371	72.3	196	52.8	96	25.9	59	15.9	15	4	5	1.3
	R2	378	69.2	183	48.4	92	24.3	61	16.1	28	7.4	14	3.7
	R3	388	68.9	181	46.6	93	24.0	72	18.6	33	8.5	9	2.3
	R4	364	70.7	176	48.4	105	28.9	55	15.1	19	5.2	9	2.5
	R5	340	70.4	173	50.9	86	25.3	55	16.2	18	5.3	8	2.4

（図表 34）出典：ヘルスサポートラボツール

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

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指します。その危険因子を複数保有している場合、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることが分かっています。

町では、メタボリックシンドローム該当者、予備群減少を目的に特定健診、特定保健指導を実施してきました。検診結果をみると全体の受診数は減っていますが、メタボリック

シンドローム該当者は7ポイント近く伸びており、特に危険因子の重なりをもつ割合の伸びが目立ちます。(図表35)

町のメタボリックシンドローム該当者のうち、8割は生活習慣病の治療者であり医療機関と十分な連携を図り適切な保健指導を行う必要があります。(図表36)

図表35　メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
平成30年度	547	108	35	73	42
	(53.9)	(14.9)	(4.8)	(10.1)	(5.8)
令和5年度	483	105	37	68	58
	(52.6)	(21.7)	(7.7)	(14.1)	(12.0)

図表36　メタボリックシンドローム該当者・予備群の治療状況

令和5年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
	483	105	37	68	58
	(52.6)	(21.7)	(7.7)	(14.1)	(12.0)
治療中	256	84	28	56	28
	(53.0)	(80.0)	(75.7)	(82.4)	(48.3)
治療なし	227	21	9	12	30
	(47.0)	(20.0)	(24.3)	(17.6)	(51.3)

(図表35.36) 出典：ヘルスサポートラボツール

⑥　特定健診･特定保健指導の実施率の向上

平成20年度からメタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務づける特定健診･特定保健指導の制度が導入されました。

特定健診受診率は目標値には達しておらず、特に若い年代の受診率が低いのが課題です。

特定保健指導においては、目標に達している年と目標に達せない年度があります（図表37)。保健指導のマンパワー確保が課題となっています。また、メタボ該当者が増えていることから健診結果の改善（アウトカム評価）を目指す必要があります。生活習慣病は自覚症状がないため健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防･重症化予防につながります。

（図表37）　特定健診･特定保健指導の推移

	H30	R1	R2	R3	R4	R5目標値
特定健診受診率	53.4	52.3	52.2	55.5	53.3	60%
特定保健指導実施率	38.7	61.6	82.2	54.3	68.1	60%

出典：特定健診等データ管理システム

ウ　今後の対策

循環器病の具体的な対策については「第３期保健事業実施計画（データヘルス計画)」明記しています。

①特定健診未受診対策事業
②特定保健指導事業
③重症化予防事業
④健診の普及啓発事業
⑤多剤･重複受診者対策事業

(3) 糖尿病

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因でもあります。

糖尿病の治療の目標は、良好な血糖コントロールを維持し、合併症の発症・進展を阻止・抑制することによって糖尿病を持たない者と同様の生活の質を保つことであり、糖尿病の発症予防及び適切な治療による重症化予防を通じて、最終的には町民の健康寿命の延伸を目指します。

ア 基本的な考え方

①　発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下（運動不足)、耐糖能異常（血糖値の上昇）で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器病の予防対策が有効です。

②　重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、健康診査の受診者を増やしていくことは非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確なため、治療を継続し良好な血糖コントロール状態を維持することが、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病の合併症の発生を抑制することにつながります。

イ　現状と目標

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが、町民の健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関するものを設定します。

一次予防とは「糖尿病の発症予防」、 二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」であり、それぞれ以下のとおり目標設定します。

①　糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少

糖尿病合併症である最小血管障害（網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目し、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者減少」を目標とします。なお、大血管障害である脳血管疾患・虚血性心疾患については「脳血管疾患・虚血性心疾患による標準化死亡比」を循環器疾患領域の目標項目として設定します。

町の人工透析患者数はやや減少傾向となっています。(図表 38)

（図表 38）　人工透析患者の推移

年度	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
透析者数	16	15	14	13	14	9
国保	5	4	5	4	4	3
後期	11	11	9	9	7	6

出典：KDB　厚生労働省様式（様式 2-2）

②　治療継続者割合の増加

未治療者や治療中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。なお、糖尿病に対するスティグマ（差別･偏見）が治療中断の要因の一つとなっていることを考えると、目標を達成するためには正しい知識の普及啓発等、スティグマ払拭のための取組を進めていくことも必要です。

特定健診有所見者のうち、糖尿病型の未治療者･中断者の割合は令和 3 年度 16.9%から令和 5 年度は 23.0%と増加傾向となっています。(図表 39)

町では、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未治療者･治療中断者への受診勧奨の保健指導を行ってきました。しかし毎年健診において未治療者や治療中断者は20%程度存在していますので、引き続き保健指導を実施して医療機関への受診の確認や高血糖の原因を明らかにし改善につながる保健指導が必要になります。

さらに肥満があると、インスリンの作用不足を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療機関と連携し、行政においても保健師･管理栄養士が保健指導･栄養指導を行い肥満や高血糖の改善に向けて支援します。

（図表 39）　　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目						矢祭町					
						R3年度		R4年度		R5年度	
						実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
	①	国保の人口	被保険者数			1,322		1,289		1,200	
			（再掲40-74歳）			1,095		1,068		990	
レセプト情報	②	医療費	国保総医療費		（円/年）	247,702,110		238,079,160		231,430,570	
			後期総医療費		（円/年）	297,114,410		297,011,370		286,827,180	
			人工透析								
				国保	（円/年）	9,583,310	3.9	10,744,360	4.5	13,444,240	5.8
				後期	（円/年）	15,701,350	5.3	21,698,840	7.3	12,485,220	4.4
			慢性腎臓病								
				国保	（円/年）	10,030,000	4.0	11,033,750	4.6	14,391,870	6.2
				後期	（円/年）	22,591,500	7.6	24,791,920	8.3	14,227,950	5.0
			糖尿病								
				国保	（円/年）	25,514,530	10.3	24,417,270	10.3	23,345,710	10.1
				後期	（円/年）	24,376,730	8.2	30,593,190	10.3	35,020,650	12.2
	⑤	人工透析	新規人工透析患者数（/被保数）			1	0.0	1	0.0	1	0.0
	⑥		人工透析患者数（/被保数）			13	0.5	14	0.6	11	0.5
	⑦	糖尿病性腎症	新規糖尿病性腎症患者数（/被保数）			7	0.3	6	0.2	5	0.2
			後期	85歳以上		2	28.6	1	16.7	2	40.0
				75～84歳		2	28.6	0	0.0	1	20.0
				65～74歳	後期	0	14.3	2	66.7	0	20.0
			国保		国保	1		2		1	
				40～64歳		2	28.6	1	16.7	1	20.0
				39歳以下		0	0.0	0	0.0	0	0.0
	⑧		糖尿病性腎症患者数（/被保数）			4	0.2	7	0.3	6	0.2
	⑨	糖尿病	糖尿病患者数（/被保数）			148	11.1	183	13.8	187	14.6
健診情報	⑪	特定健診受診	健診・保健指導率								
				受診率		524	52.1	546	55.7	490	53.6
				保健指導終了者（実施率）		58	79.5	44	56.4	46	66.7
			受診者の生活習慣治療状況			545		586		538	
				糖尿病受診		130	23.9	154	26.3	141	26.2
			未受診者の生活習慣治療状況			680		625		641	
				糖尿病受診		152	22.4	143	22.9	157	24.5
	⑫	生活習慣病未治療率	受診勧奨者の治療・未治療								
				糖尿病該当者		65	12.4	86	15.8	74	15.1
					受診なし	11	16.9	25	29.1	17	23.0
					受診あり	54	83.1	61	70.9	57	77.0

（図表 39　出典：福島県独自情報提供システム

③　血糖コントロール不良者の減少

「糖尿病診療ガイドライン 2024」では、血糖コントロール目標は、年齢や罹患期間、合併症の状態、低血糖リスクに並びにサポート状況等を考慮して、個別に設定すべきとされていますが、合併症予防のためも目標は、HbA1c7.0%未満とされています。HbA1c8.0%を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。町では、これらに基づき対象者を明確にして保健指導を実施してきました。血糖の年次比較をみると、健診結果では、HbA1c8.0%以上の割合は、平成 30 年度から増加しています。（図表 40）未治療者については治療状況について全員には確認出来ていません。

（図表 40）血糖の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標値		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
H30	550	225	40.9	186	33.8	75	13.6	33	6	24	4.4	4	0.7
R1	513	170	33.1	203	39.6	86	16.8	32	6.2	19	3.7	3	0.6
R2	546	219	40.1	192	35.2	77	14.1	34	6.2	19	3.5	5	0.9
R3	563	235	41.7	182	32.3	79	14	41	7.3	17	3	9	1.6
R4	515	171	33.2	184	35.7	95	18.4	37	7.2	20	3.9	8	1.6
R5	483	172	35.6	186	38.5	65	13.5	35	7.2	18	3.7	7	1.4

治療と未治療者の状況

		HbA1c測定者		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				5.5以下		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標値		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
						5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
治療中	H30	78	14.2	3	3.8	9	11.5	22	28.2	19	24.4	22	28.2	2	2.6
	R1	66	12.9	1	1.5	7	10.6	18	27.3	20	30.3	17	25.8	3	4.5
	R2	65	11.9	5	7.7	5	7.7	17	26.2	16	24.6	18	27.7	4	6.2
	R3	72	12.8	4	5.6	6	8.3	19	26.4	23	31.9	15	20.8	5	6.9
	R4	67	13	4	6	4	6	20	29.9	21	31.3	13	19.4	5	7.5
	R5	53	11	3	5.7	6	11.3	8	15.1	19	35.8	14	26.4	3	5.7
治療なし	H30	472	85.8	222	47	177	37.5	53	11.2	14	3	2	0.4	2	0.4
	R1	447	87.1	169	37.8	196	43.8	68	15.2	12	2.7	2	0.4	－	－
	R2	481	88.1	214	44.5	187	38.9	60	12.5	18	3.7	1	0.2	1	0.2
	R3	491	87.2	231	47	176	35.8	60	12.2	18	3.7	2	0.4	4	0.8
	R4	448	87	167	37.3	180	40.2	75	16.7	16	3.6	7	1.6	3	0.7
	R5	430	89	169	39.3	180	41.9	57	13.3	16	3.7	4	0.9	4	0.9

（図表 40）出典：ヘルスサポートラボツール

④　糖尿病有病者の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することになります。

２型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけでなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がありますが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素です。食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙や睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等が報告されています。

また、糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要です。加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重を介して将来の肥満や糖尿病につながることが示されていることや、こどもの肥満が増加していること等を踏まえると、ライフコースアプローチも考慮した対策が必要です。

ウ　今後の対策(循環器病の対策と重なるものは除く)

①　糖尿病の発症及び重症化予防の施策

・特定健診結果に基づく町民一人一人の自己健康管理の積極的な推進

・微量アルブミン尿検査等の導入の検討

・糖尿病重症化予防協議会等により医療機関との連携

(4) COPD

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。

また、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や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことからも予防をはじめとして様々な取組を進めることが求められています。

COPD の原因の最大のリスクはたばこであるため対策については、喫煙の項目で記載します。

１ー2 生活習慣の改善

（１）栄養・食生活（矢祭町食育推進計画）

栄養・食生活は、生命を維持するだけでなく、子どもたちが健やかに成長し、町民が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできないものです。また、食生活は、社会的・文化的な営みであり、人々の生活の質に影響を与えるとともに、多くの生活習慣病の予防・重症化予防との関連が深いほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。

ア　基本的な考え方

体重は各ライフステージにおいて、主要な生活習慣病や健康状態と深く関連します。また、肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。加えて若い女性の低栄養問題は次世代の子どもの生活習慣病のリスクを高めると危惧されています。

生活習慣病の予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は概ね決まっており、生活習慣病を予防するためにはライフステージを通して適切な食品(栄養素)摂取を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。

イ　現状と目標

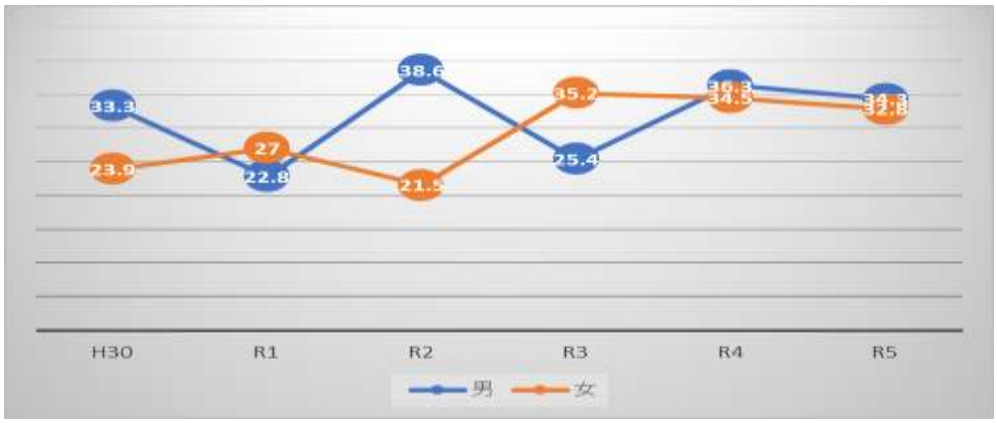
個人にとって、適切な量と質の食事が摂取できているかを見る指標は健診データです。栄養・食生活の目標値については適正体重を中心に設定します。

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

1）20～69 歳の肥満者の減少

集団健診受診者で 20～69 歳までの肥満者の割合は、男女とも 3 割以上の方が該当しています。引き続き減量に向けた取組みを実施していきます（図表 41）

（図表 41）：20～69 歳の肥満者(BMI25 以上）の割合の推移



出典：矢祭町集団健診結果

2）低栄養（BMI20 未満）の高齢者の減少

矢祭町の 65 歳以上の特定健診・後期高齢者健診結果（図表 42）を見ると、年により増減を繰り返しています。高齢者の適切な栄養は、生活の質（QOL）のみならず身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。食生活を中心にとした健康づくりを行っていきます。

（図表 42） 65 歳以上で BMI20 未満の割合の推移

出典：矢祭町特定健診・後期高齢者健診結果

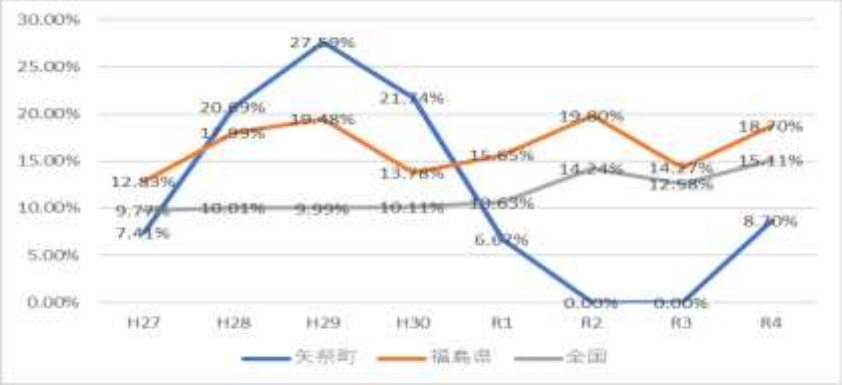
3）児童・生徒における肥満傾向児の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

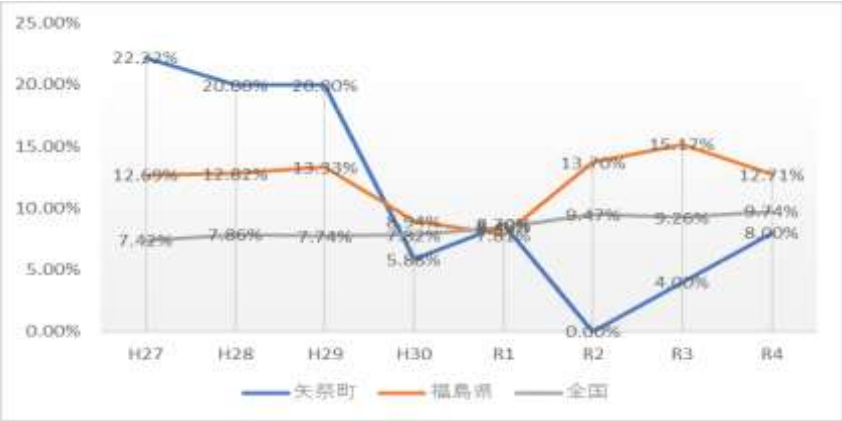
学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指す者とされています。本町の小学 5 年生の結果についてみると、平成 30 年までは福島県や全国に比べて高い状況でしたが、令和元年からは県や全国より低い状況となっています。（図表 43 ）

子どもの肥満については、子どもの健康を考える会の重点課題として対策を行ってきました。肥満となっている生活習慣を個別に見直し、健やかな生活習慣を身につけられるよう取り組んでいきます。

（図表 43）小学 5 年生（男）　肥満度 20%以上の児割合の推移



（図表 44）小学 5 年生（女）　肥満度 20%以上の児割合の推移



（図表 43.44）出典：矢祭小学校学校健診データ

②　食塩摂取量の減少

成人の生活習慣病の研究によると、死亡と食塩の過剰摂取は関連性があると言われています。減塩は血圧を基準値に近づけ、脳心血管病を減少させることに繋がります。

本町では、隔年で推定尿中塩分測定検査を実施しています。令和 4 年度に検査を実

施した 832 人中 87.5%の方が軽度異常の結果となりました。「日本人の食事摂取基準（2025 年版）の目標値」は、食塩摂取量の平均値 7g の食塩摂取量が望ましいとされています。

町では、減塩食品の活用を集団検診時に呼びかけを行っていますが、減塩食品や減塩料理の提供等町内業者との連携を図りながら取り組んでいきます。

ウ　今後の対策

① 生活習慣病の発症予防のための取組み

（ライフステージに対応した栄養指導の実施）

・ マミーサロン（妊娠期）

・食育講座（幼児・子育て期）

・乳幼児健康診査・健康相談（乳幼児期）

・学齢期への栄養指導及び小中学校の養護教諭、給食センター栄養士との情報の共有

・健康診査や特定健診に基づいた栄養指導（青年期・壮年期・高齢期）

・介護予防と高齢者の保健事業の一体的実施（高齢者）

② 生活習慣病の重症化予防のための取組み

・糖尿病や慢性腎臓病等を対象とした管理栄養士による専門的な栄養指導

③ 食環境の整備

・ 減塩等について食事の情報提供と啓発

・ 減塩推進協力店の開発、連携

（２）身体活動・運動

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを指し、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・意図的に行われるものを指すとされています。

身体活動・運動の量が多い者においては、少ない者と比較して 2 型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドロームなどの罹患・発症リスクが低いことが報告されています。

また、身体活動・運動は爽快感や楽しさを伴うことから、メンタルヘルスや生活の質の改善にも効果が期待され、10 分程度の歩行を 1 日に数回行う程度でも、長期間継続すれば、健康上の効果が期待できるとされています。さらに、高齢者においても、歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりを減少させる効果のあることが示されています。

ア　基本的な考え方

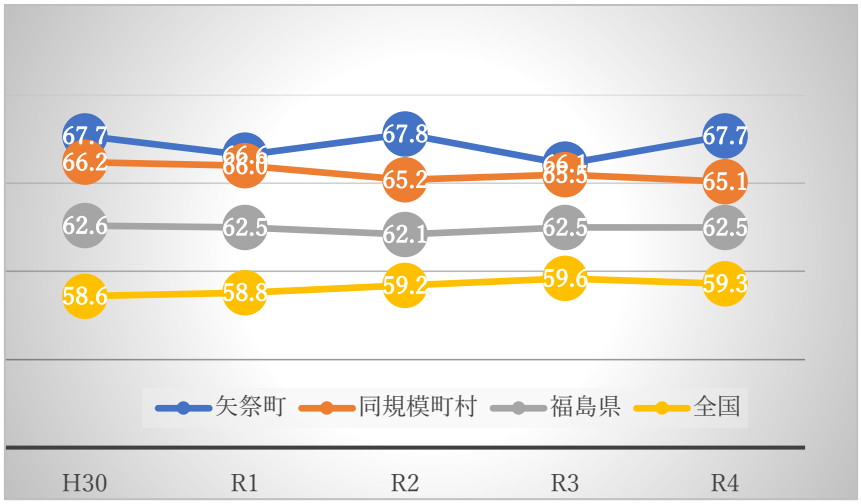
身体活動量の減少は肥満や生活習慣病（NCD s ）発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱因子であることから対策を行う必要があります。身体活動量を増加させ、健康増進につなげていくために次のような目標を設定します。

イ　現状と目標

①運動習慣者の増加

本町では、特定健康診査受診者に対して、「1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上 1 年以上実施している」の問診項目で運動習慣に関する実態把握をしてきました。（図表 45）

（図表 45）1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上 1 年以上実施していない者の割合



（図表 45）出典：KDB 地域の全体像の把握、健診

運動の習慣化を図るには、身近な場所で運動が出来る環境や 1 年を通じて運動ができるよう環境を整えていく必要があります。

ウ　今後の対策

①　身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

・健康運動指導士による運動プログラムの紹介

・年間を通じて運動を実施している団体の紹介

②　ライフステージごとの身体活動及び運動習慣の向上の推進

・こども・・楽しく、年齢と能力に適した多様な身体活動に参加出来るような機会の提供

・成人・・運動だけでなく労働場面・家庭場面・移動場面における身体を動かすことの推奨

・高齢者・・外出や社会参加、就業の機会を増やす取組みの推進

③　「矢祭町健康チャレンジ事業」の推進

町では、県民の身体活動・運動等を促進するため、平成 28（2016）年度から導入し、楽しみながら健康づくりを行う環境づくりを進めており、引き続き、町民の運動習慣等の更なる定着に向けた取組を実施していきます。

(3) 飲酒

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連する。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。平成 30（2018）年にＷＨＯが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成 28（2016）年の試算で、年間 300 万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は 5.3%とされており、この割合は、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)を上回っています。

健康日本 21（第二次）では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を１日の平均純アルコール摂取量が男性で 40ｇ以上、女性で 20ｇ以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組を行ってきました。国のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については、男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められています。

また、令和３（2021）年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画（第２期）において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画（第４期）において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組を進めることが必要です。

ア　基本的な考え方

健康日本 21（第二次）では、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標としていたが、男性では変化なし、女性では悪化傾向であったことを鑑みて、引き続き目標として設定します。国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多く 健康問題のリスクは、１日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病（ＮＣＤｓ）のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆されます。引き続き、生活習慣病（ＮＣＤｓ）のリスクを高める飲酒量を１日当たりの平均純アルコール摂取量を目標に設定することとします。

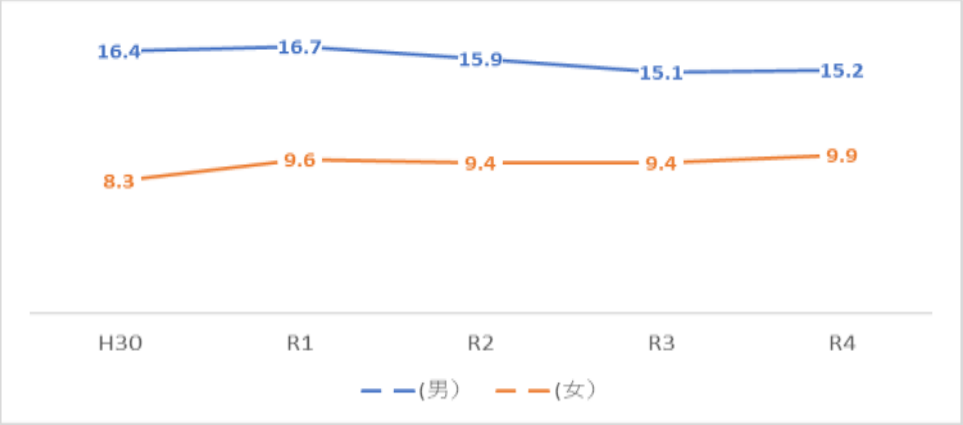
また、20 歳未満の者や、保護者、妊婦に対しても、飲酒による健康影響等について、引き続き分かりやすい普及啓発を行っていきます。

イ　現状と目標

①　生活習慣病（ＮＣＤｓ）のリスクを高める飲酒量を飲酒している者の減少

本町の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、（図表 46）の通りで、男女とも年々増加傾向にあります。

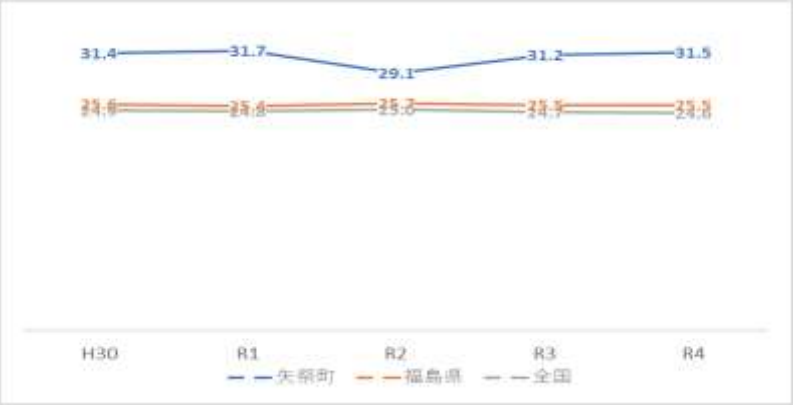
（図表 46）　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の推移



（図表 46）出典：矢祭町特定健診結果

毎日飲酒している者の割合は、（図表 47）　のとおりで、県や全国に比べて高い状況が続いています。

（図表 47）　毎日飲酒する者の割合の推移



(図表 47)出典：KDB 地域の全体像の把握、生活習慣

また、飲酒量と関係が深い健診データであるγ-GTP 値については、基準値をはずれた方の割合は男性 19.5%、女性　5.0%となっています。（図表 48）

（図表 48）　令和 4 年度γ－GTP 値が基準値以上の者の割合

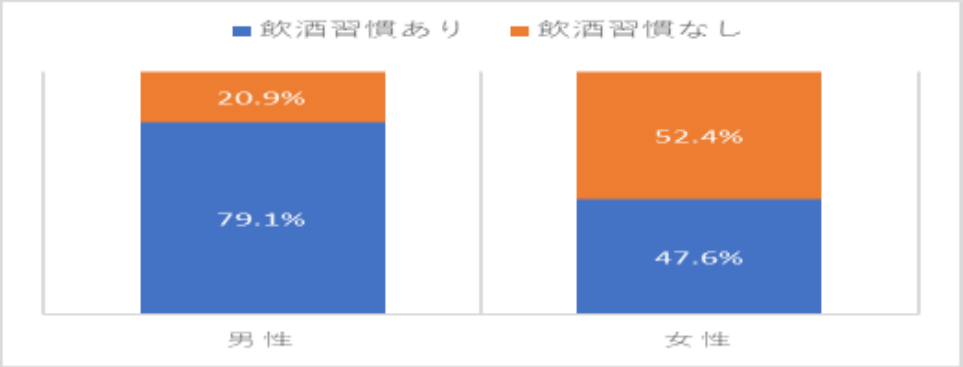
R4	測定者	５１以上		１０１以上	
		人数	割合	人数	割合
男性	435	85	19.5%	21	4.8%
女性	398	20	5.0%	4	1.0%

図表 48 出典：矢祭町特定健診結果

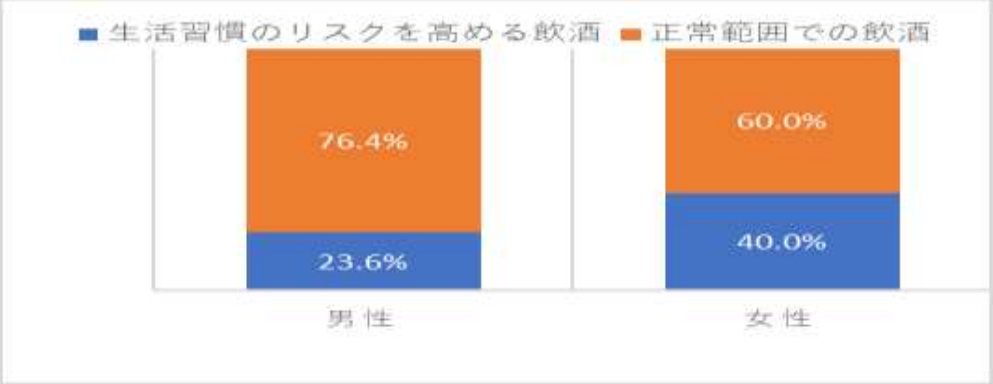
γ-GTP が保健指導値（51 以上）の者のうち、男性 79.1%、女性 47.6%に飲酒習慣があり、その内生活習慣のリスクを高める飲酒をしている者は、男性 23.6%、女性 40.0%となっています。（図表 49.50）

男女の代謝能力の違いはありますが、アルコールが肝臓に負担をかける原因となっている者がいます。

（図表 49）γ-GTP が保健指導値（51 以上）の者の飲酒習慣の有無



（図表 50）γ-GTP が保健指導値（51 以上）の者の飲酒習慣の有りの内生活習慣リスクを高める飲酒者の割合



（図表 49.50）出典：矢祭町特定健診結果

現在は、γ－GTP 値が受診勧奨値を超えている者への個別の指導を実施していませんでしたが、個人の健診データと飲酒量を確認しながら支援をしていく必要があります。

② 20 歳未満の飲酒をなくす

20 歳未満の飲酒の実態については把握していないため、20 歳未満の飲酒の実態を把握していく必要があります。また、学校教育における飲酒リスクの啓発状況を把握していきます。

ウ 今後の対策

① 飲酒に伴うリスクに関するきめ細かな啓発の推進

・生活習慣病のリスクのない飲酒に関する情報提供

母子健康手帳交付・マミーサロン・乳幼児健診等、家庭や地域・学校教育等健康相談・健康教育、健康診査等における情報提供

・広報や IP 告知システムによる情報提供

② 飲酒による生活習慣病・健康被害予防の推進

健康診査、特定健診の結果に基づき個別指導を実施

(4) 喫煙

喫煙は、世界保健機関（ＷＨＯ）による非感染性疾患(ＮＣＤｓ)対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患)、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ)、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。たばこ対策の推進は、ＮＣＤｓの発症や死亡を短期間に減少させることにつながることが諸外国での経験から明らかにされています。

ア 基本的な考え方

たばこ対策においては、「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。喫煙及び受動喫煙防止の両面から対策を講じる必要があります。

イ 現状と目標

① 喫煙者の減少（喫煙を止めたい人がやめる）

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として引き続き設定します。

本町の 40～74 歳の喫煙率は、令和 3 年までは県や全国を上回っていましたが、令和 4 年度から県より低くなっています。(図表 51)

（図表 51）　　喫煙者の割合

（図表 51）出典：KDB 地域の全体像の把握、生活習慣

②　妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、母子健康手帳交付時に確認しており、令和 2 年度以降 0 人が続いています。妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。（図表 52）出産後に喫煙を再開しないよう乳幼児健診の際に啓発を実施します。

（図表 52）妊娠中から 3 歳児健診まで母親の喫煙状況

	H30	R1	R2	R3	R4
妊娠中	0	1	0	0	0
3か月児健診	2	0	0	0	1
1歳6か月児健診	4	4	1	0	2
3歳児健診	8	4	3	2	3

（図表 52）出典：健やか親子アンケート

③　20 歳未満の者の喫煙をなくす

現在 20 歳未満の者の喫煙状況は把握できていませんが、今後喫煙状況を把握していく必要があります。「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき 20 歳未満の者の喫煙は禁止されています。また、20 歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことから 、家庭、学校教育と連携しながら取り組んでいきます。

ウ　今後の対策

①　禁煙に関する情報提供

母子健康手帳交付・マミーサロン・乳幼児健診等、家庭や地域・学校教育等健康相談・健康教育、健康診査等における情報提供、広報やIP告知システムによる情報提供

②　禁煙支援の推進

健康診査、特定健診の結果に基づき、禁煙の個別指導を実施

(5) 休養・睡眠

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

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。

また、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めるという報告もあります。

また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われています

ア　基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題です。

良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要です。

イ　現状と目標

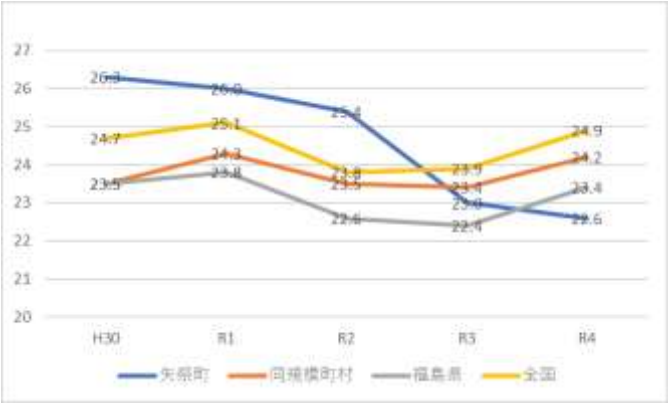
①　睡眠で休養がとれている者の増加

「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められることや、睡眠時間と併せて評価する有用性が示されたことから、引き続き睡眠での休養感についての

目標項目を設定します。

本町での特定健診受診者に対し、「睡眠で休養が十分とれている」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきました。（図表 53）

（図表 53）睡眠で休養が十分とれていない者の割合の推移



（図表 53）出典：KDB 地域の全体像の把握、生活習慣

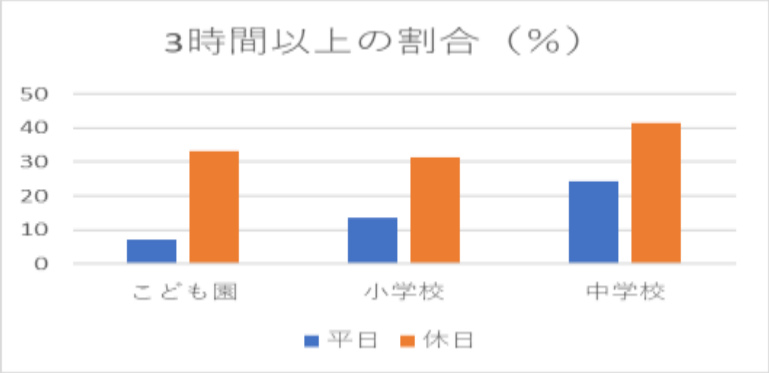
令和 2 年度までは、同規模町村、県、全国に比較して高い状況が続いていましたが令和 3 年度以降は減少しており、令和 4 年度は同規模町村、県、全国より低くなっています。

② メディアの利用について

現在はインターネット環境が整備され、誰でも利用できる環境が整ってきました。それと同時に過度なインターネットの利用により、生活習慣が乱れ日常生活に大きな支障が出てきているケースも見られるようになりました。

町では、メディアの利用状況を「メディアコントロールチャレンジ」として実態把握を行っています。（図表 54）令和 5 年度の 3 時間以上の利用者は年齢が上がるにつれて長時間メディアを利用している傾向があります。

（図表 54）3 時間以上メデイアを利用しているこどもの割合



（図表 54）出典：令和 5 年度地域学校保健委員会資料

ウ　今後の対策

①　睡眠と休養に関する実態の把握

②　効果的な休養・睡眠に関する普及啓発

・メディアの上手な付き合い方についての啓発・情報提供の推進

・乳幼児からの生活リズムの確立を目指した関わりの推進

（6）歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっています。

ア　基本的な考え方

令和６（2024）年度から令和 17（2035）年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本 21（第三次）と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第２次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）として取り組むものとしています。歯・口腔の健康づくりプランにより、全ての町民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現するために、歯科口腔保健に係る施策等を総合的に推進していきます。

①　発症予防

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

②　重症化予防

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

口腔機能については咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は歯の状態だけでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていないため、目標値は定めないこととします。

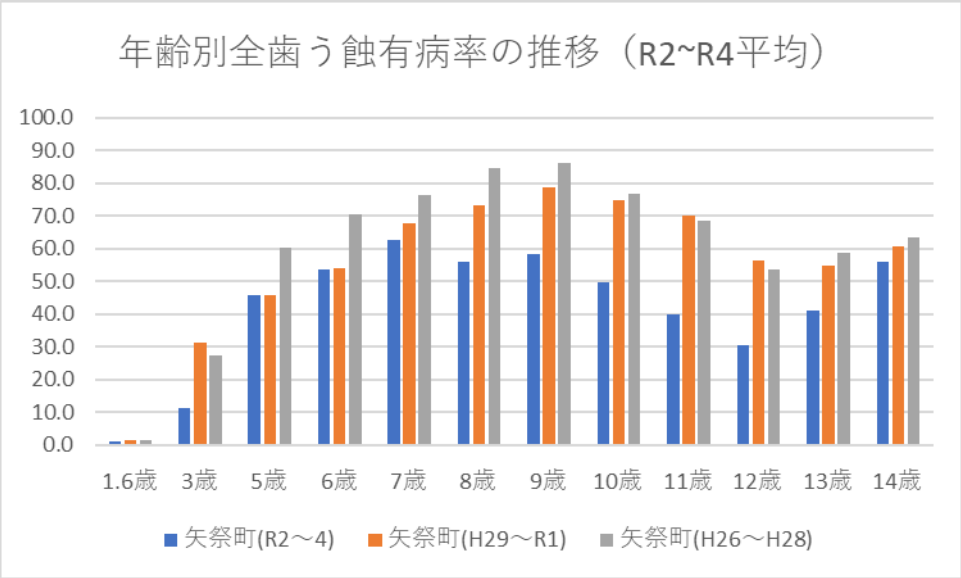
イ　現状と目標

歯・口腔の健康については、健診で把握できる下記の乳幼児学童期の歯科健診の現状と成人期の歯科健診受診状況を目標項目とします。

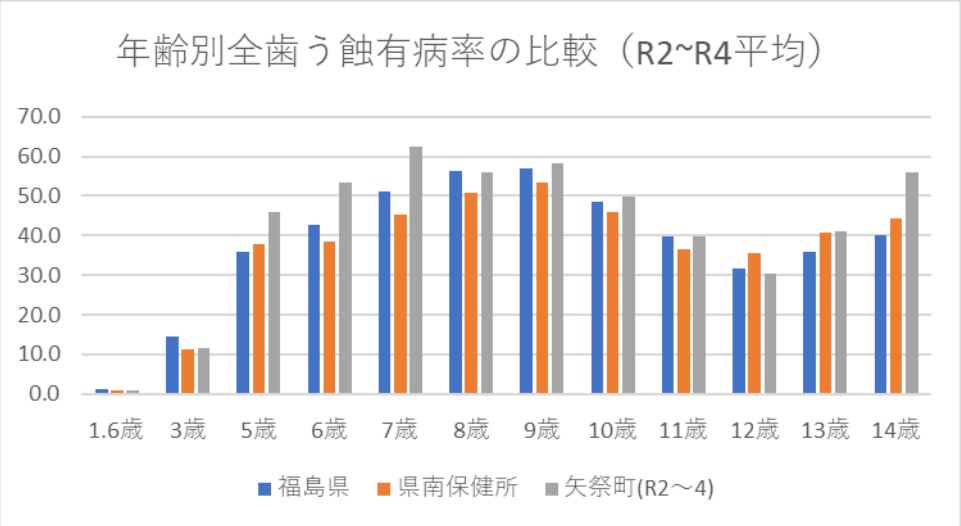
①　乳幼児・学齢期のう蝕の減少

本町の１歳６か月から 14 歳までのう蝕のある者の割合は、どの年齢も減少傾向にあります。令和２年から４年度の平均では、12 歳以外は県南保健所管内及び福島県平均より高くなっています。（図表 55、56）

（図表 55）年齢別全歯う蝕有病率の推移



（図表 56）年齢別全歯う蝕有病率の比較



（図表 55、56）出典：歯科保健情報システム

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である 3 歳児のう蝕有病状況の改善は乳幼児期の健全な育成のために不可欠です。

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持つ必要があります。本町では平成 18 年度より妊婦歯科健診を実施しています。母子健康手帳や産前産後のサポート事業を通して受診率向上を図ります。フッ化物を活用してフッ化物紙面塗布やフッ化物洗口を継続

し歯質の強化を図ります。
また、子ども健康を考える会の活動を通して学齢期までのう蝕の予防活動を実施していきます。

② 歯科健診の受診率の増加
定期的な歯科健診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく関与するため、生涯を通じて歯科健診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。
成人期の定期的な歯科健診への受診勧奨を行うとともに、20 歳から 70 歳対象の歯科健診により定期受診への動機付けを行います。

ウ 今後の対策
〈ライフステージに対応した歯科保健対策の推進〉
・妊婦歯科健診受診勧奨（母子健康手帳交付時・マミーサロン）
・乳児健康相談（６か月児・１０か月児）
・歯科クリニック（１歳児・２歳６か月児）
・幼児歯科健診（１歳６か月児・２歳児・３歳児）
・成人歯科健診受診勧奨（20.30.40.50.60.70 歳）
・歯科健康相談（特定健診・保健指導等と合わせて）
・子どもの健康を考える会との協働による事業実施

1-3 生活機能の維持・向上
生活機能とは身体の構造や社会的な活動を含め、人が生きていくための機能全体を指します。生活習慣病に罹患せずとも、日常生活に支障をきたす状態となることも鑑みると、健康寿命の延伸のためには、こうした状態とならないような取組も重要です
介護の有病状況では筋、骨格関係の有病者は 48.0%となっています。（図表 33）（再掲）
「誰もがすこやかにいきいきと活躍できる」健康づくりを進める上では、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでない取組が必要であり、心身の両面から健康を保持することで、今後も生活機能の維持・向上に資する取組を進めていくことが求められます。

（対策）
・広報やホームページ等を活用し、健康寿命とロコモティブシンドロームや骨粗しょう症予防について正しい知識の普及を推進します。
・骨粗しょう症検診の受診を促進し、骨粗しょう症の早期発見と早期治療を務めます。

（再掲）（図表 33）　　要介護認定者の有病状況（令和４年度）

R4有病状況				
	矢祭町	同規模町村	福島県	全国
糖尿病	18.8	22.6	20.1	24.3
高血圧症	60.1	54.3	53.4	53.3
脂質異常症	29.0	29.6	29.8	32.6
心臓病	64.9	60.9	59.4	60.3
脳疾患	22.5	23.8	21.7	22.6
がん	11.1	11.0	10.4	11.8
筋・骨格	48.0	54.1	50.6	53.4
精神	33.4	37.8	36.2	36.8
アルツハイマー病	17.3	19.0	18.4	18.1

【主要施策２：社会環境の質の向上】

2-1　社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上
【いのち支える矢祭町自殺対策行動計画（第二次)】

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な要素です。こころの健康を保つためには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための３つの要素とされてきました。

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害やアルコール依存症などの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。こころの健康を守るためには、社会的環境要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取組に焦点をあてます。

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり・社会参加は健康に影響します。また、健康な地域には、「いいコミュニテイ」があることが報告されています。こうした地域に根ざした信頼や社会規範、ソーシャルキャピタルの醸成を促すことは健康づくりにおいても有用であると考えられます。こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で社会環境の整備が重要となります。

ア　基本的な考え方

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

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

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取組が引き続き重要になります。

イ　現状と目標

①　自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

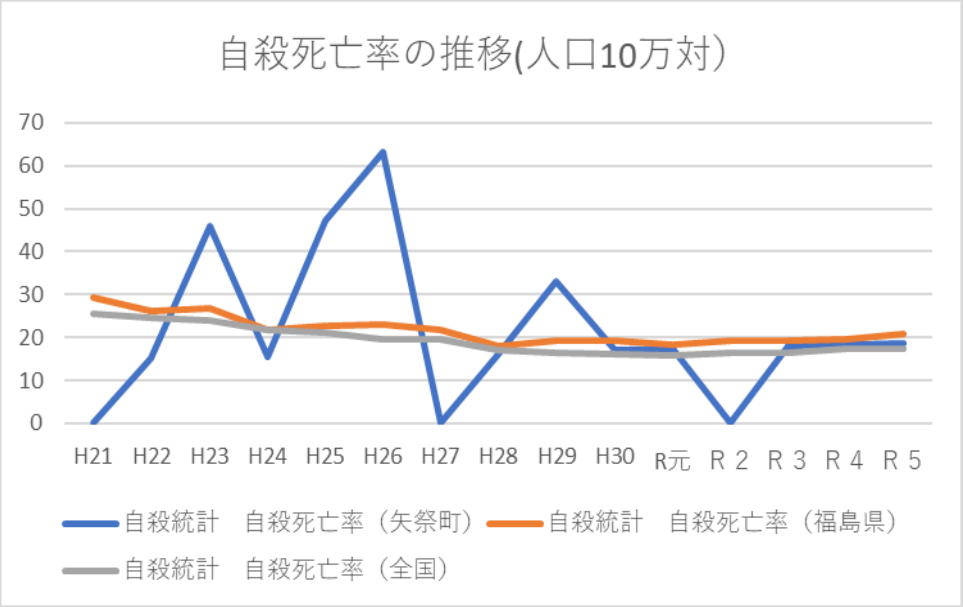
自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少

させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。
こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。
町では、令和 2 年にいのちささえる矢祭町自殺対策行動計画（第一次）を策定し、計画に沿って各種事業を実施しています。策定した第一次計画では 5 年の平均自殺率（18.3）を目標にしましたが、令和元年～令和 5 年の現況値は 14.3 と目標に達しました。（図表 57）
　また、自殺統計による矢祭町の人口 10 万対の自殺死亡率は R3 年度からほぼ横ばいとなっています（図表 58）。

（図表 57）　平均自殺率の比較

	期間（5年間）	平均自殺率
現状値（%）	H26年～H30	26.1
目標値（%）	R２～R６	18.3
現況値（%）	R元～R５	14.3

（図表 58）自殺死亡率の推移（人口 10 万対）



（図表 59）　2019～2023 年（男性 3 人、女性 1 人）　矢祭町の自殺者の特徴

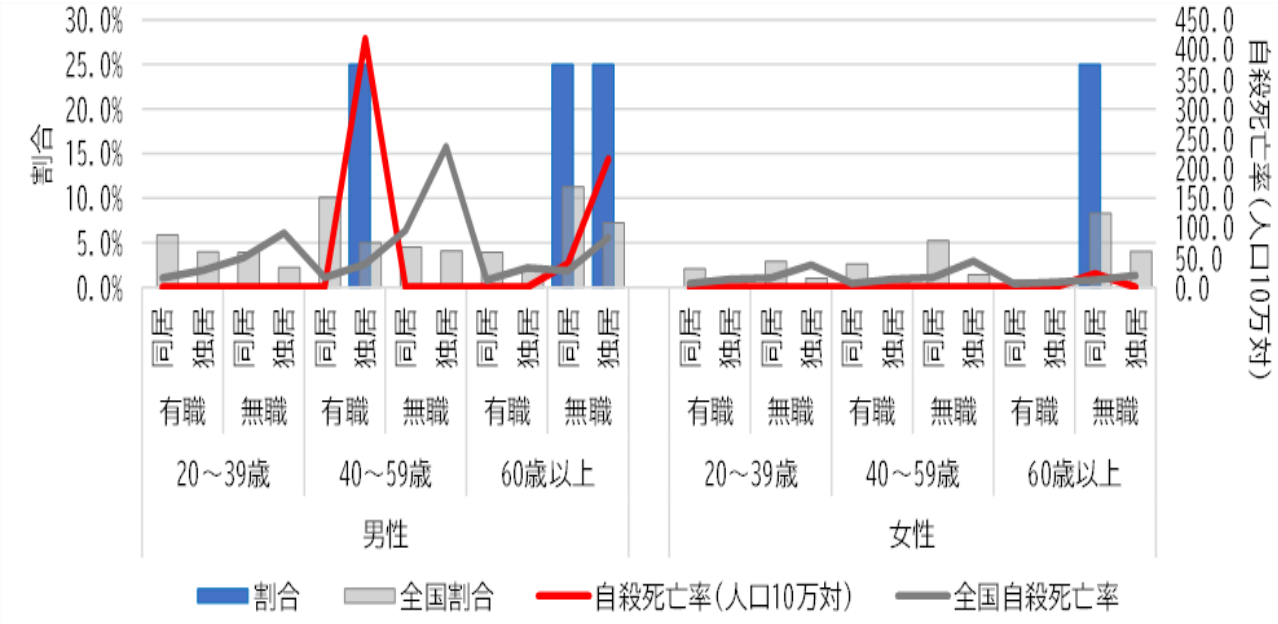
自殺者の特性上位５区分	自殺者数（5 年計）	割合	自殺死亡率*（人口 10 万対）	背景にある主な自殺の危機経路**
1 位:男性 40～59 歳有職独居	1	25.0%	418.2	配置転換（昇進/降格含む）→過労＋仕事の失敗→うつ状態＋アルコール依存→自殺
2 位:男性 60 歳以上無職独居	1	25.0%	215.6	失業（退職）＋死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺
3 位:男性 60 歳以上無職同居	1	25.0%	40.1	失業（退職）→生活苦＋介護の悩み（疲れ）＋身体疾患→自殺
4 位:女性 60 歳以上無職同居	1	25.0%	22.5	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
-	-	-	-	-

（図表 57.58.59）出典：地域自殺実態プロファイル

令和元（2019）年から令和５（2023）年の５年間の自殺者の累計についてみると、自殺者数にしめる割合は、「男性・60 歳以上･無職・同居及び独居」、「男性・40～59 歳・有職･独居」、「女性・60 歳以上・無職・独居」が高くなっています。また、自殺死亡率(人口 10 万対)について全国と比較すると、「男性・40～59 歳・有職･独居」「男性・60 歳以上･無職・独居」が特に高くなっています。(図 60)

今後も相談があった場合に必要があれば専門職につなげることや、こころの健康に対する正しい知識を学ぶ啓発などの情報提供に努めていきます。

（図表 60）　性別･年齢・職業・同居人の有無別に見た自殺者に占める割合･自殺死亡率



（図表 60）　出典：地域自殺実態プロファイル 2024

ウ　今後の対策

【基本目標】

全計画の基本目標を継承し、誰も追い込まれることない社会を実現するために、ひき続き自殺対策に取り組んでいきます。

誰も自殺に追い込まれることのない　矢祭町

【基本的な方針】

国の自殺総合対策大綱及び福島県自殺対策行動計画並びに地域の実情を踏まえ基本目標の達成に向けて、基本的な方針を以下のとおりに定めます。

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　住民への情報の普及啓発
　　④　児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育

重点施策　①　勤労･経営
　　②　高齢者
　　③　生活困窮者

具体的な対策としては、以下の事業を実施していきます。

①　こころの健康に関する教育の推進
・様々な保健事業の場での教育や情報提供
・広報や HP による普及啓発、情報発信

②　専門家による相談事業の推進
・精神保健相談（県南保健福祉事務所・保健福祉センター）
・相談会の実施（心配事相談、行政相談等）
・精神科医･心療内科医による診察の紹介
･個々の事例への対応

③　自殺対策を支える人材の育成
・ゲートキーパー養成講座等の実施（保健推進員･民生委員等）
・職員に対する研修の実施

2-2　自然に健康になれる環境づくり

健康寿命を延伸するためには、自ら健康づくりに積極的に取組む健康意識の高い人だけでなく、健康にあまり関心がない人を含む幅広い人に対してアプローチを行うことが重要です。そのためには、誰もが無理なく自然に健康な行動をとることが出来るような環境づくりを行うことが求められます。

福島県では受動喫煙対策に取組む施設･車輌を「空気のきれいな施設･車輌」として認証しており、町内においても　18 施設が認証を受けています。

今後も様々な分野において関係団体や企業等との連携を通じ、誰もが自然に健康になれる環境づくりを進めていくことが重要です。

「対策」

① 受動喫煙が健康に及ぼす影響について普及･啓発し、多数の利用者がいる施設における禁煙を推進します。

② 子どもの健康を考える連絡会と連携して町全体で受動喫煙対策の推進に努めます。

2-3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

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

近年、多様な主体による健康づくりの取組が行われています。また、近年はインターネットの普及等により 科学的根拠に基づく健康に関する情報を手軽に入手・活用できる環境づくりと周知啓発の取組を進めていくことが求められます。

町では福島県の「ふくしま健民アプリ」に平成 28（2016）年から に参加しています。

また、町民の散策に役立つ「おすすめウォーキングコース」を町民から募集し、HPにて公表し、保健福祉センターには自由に運動できるトレーニングルームを開設しています。

今後も関係機関と連携しながらこのような取組みをさらに推進し、健康増進のための基盤づくりを進めていくことが重要です。

「対策」

① 「ふくしま健民アプリ」等のツールを用いて健康情報の提供に努めます。

② ウォーキング等運動をしたいと思う町民が気軽に運動できる環境づくりを推進します。

【主要施策３：ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり】

3-1　子ども

3-2　高齢者

3-3　女性

社会がより多様化することや、人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえれば、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。

健康矢祭２１計画では、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の生涯における各段階）に応じた取組みを進めてきました。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが「誰一人取り残さない健康づくり」には重要です。

ア　基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、

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

・高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組が重要です。

・女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

イ　現状と目標（再掲）

町では、子どもの頃から始まる寝たきり予防（図表 61）として、各ライフステージに合わせて健康づくりの支援に取組んでいますが、今後も胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくりの観点を取り入れながら保健事業を展開していきます。

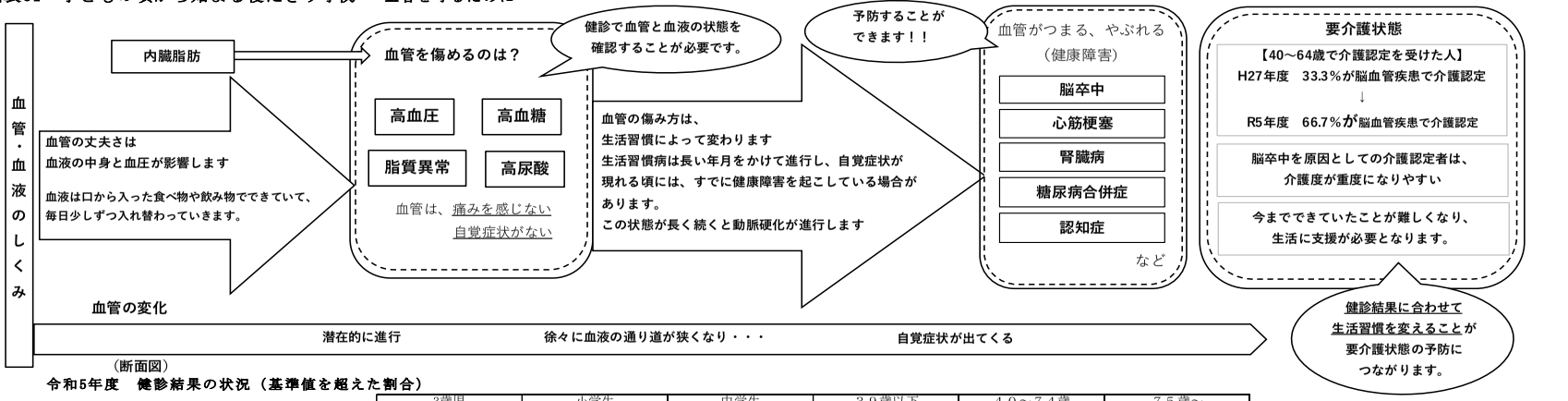
・若年女性のやせ者の割合の減少

・低栄養傾向の高齢者の減少

・児童・生徒における肥満傾向児の減少

・妊娠中の喫煙をなくす

図表61　子どもの頃から始まる寝たきり予防 ～血管を守るために～



令和5年度　健診結果の状況（基準値を超えた割合）

		3歳児	小学生	中学生	３９歳以下	４０～７４歳	７５歳～
実施人数		31	256	123	35	483	344
摂取エネルギーの過剰	肥満	32.3	13.2	9.8	28.6	34	24.4
	腹囲				―	37.7	―
	中性脂肪				20	18.6	15.1
血管を傷つける	収縮期血圧				11.4	23.6	61.6
	拡張期血圧				5.7	10.4	13.7
	尿酸				8.6	3.7	9
	HbA1c				5.7	64.4	70.9
動脈硬化	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ				40	20.1	9.6
血管障害	腎機能障害（eGFR）				―	23.6	38.4
	尿蛋白				2.9	2.1	4.7

ひとつしかない大事な体を守るために　～生涯を通じて、毎日の生活が健康につながります～

妊娠　（胎児）期　０歳　３歳　６歳　１２歳　１８歳　２０歳　４０歳　６５歳　７５歳～

自分のことが自分でできる自立した生活を目指して

体の特徴

【一生使う体の基礎づくりをする特別な時期】
生活習慣によって成長・発達が変わる時期
体づくりのスタート
お母さんのおなかの中で
一生を使う体を作り始める
子どもだからどれだけ
食べても大丈夫？
一生で一番成長する
血管も臓器も成長中

【次世代を生み育てる体づくりをする大事な時期】
体が完成
今の生活習慣で
大丈夫？
この先は代謝が落ちていく

【体の維持、機能の低下予防が大事な時期】
若い頃と同じ
生活習慣で
大丈夫？
生活習慣の積み重ねが
影響します
臓器が小さくなり働きが弱くなっていく

生活習慣（食べ方　動き方　休み方）

おとなの生活習慣が
こどもの生活習慣をつくる
自分で生活習慣を
選択する力をつけていく
自分で生活習慣を選択し、実行する

母の生活習慣が赤ちゃんの体づくり
と将来の母の体へつながる
成長・発達に合わせた生活習慣が
体づくりにつながる
健診結果に合わせた生活習慣が血管を守ることにつながる

皆さんの健康を支援します

・妊婦健診　・乳幼児健診・相談
・母親学級
・訪問
子どもの健康を考える連絡会
・各種がん検診
・既存健診対象外の健康診査
受診者数：39歳以下35人
・健康教室
・特定健診・健康相談
受診者数：40歳～74歳483人
・各地区サロン、木曜教室、ココトレ
・後期高齢者健診
受診者数：75歳以上344人

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの評価

□　妊娠中の喫煙をなくす
□　児童･生徒における肥満傾向児の減少
□　若年女性のやせの減少
□　低栄養傾向の高齢者の減少

【目標の設定】

健康日本 21（第三次）では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとされています。また、健康寿命の延伸が最終的な目標とされていることを踏まえ、目標項目は健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則とします。

健康日本 21（第二次）において、目標によって評価が困難となり事前の想定とは異なる評価を行う必要性があったことを踏まえ、データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標を設定するとされています。

これらをふまえ、毎年の保健活動を評価し、次年度の取組みに反映させることができる目標を設定します。（図表 62）

（図表 62）　矢祭町の目標の設定

分野	指標			目標値		国の目標値	データソース
	項目		区分	R5現状値	第３次計画目標値		
がん	①	がん標準化死亡比の減少	がん標準化死亡比	H30~R4 男性100.4　女性97.6	減少	―	a,c
		がん検診の受診率の向上	胃がん（50~69歳）	R5　53.67%	60%	60%	b
			肺がん（40～69歳）	R5　57.41%	60%		
			大腸がん（40～69歳）	R4 45.24%	60%		
			子宮頸がん（20～69歳）	R4　58.22%	60%		
			乳がん（40～69歳）	R5　63.56%	65%		
循環器疾患	①	脳血管疾患・心疾患の標準化死亡比の減少	脳血管疾患	H30~R4　男性109.5	男性105.0	―	c
				女性　109.7	女性105.0		
			心疾患	H30~R4　男性127.4	男性124.0	―	c
				女性191.0	女性164.1		
	②	高血圧の改善	高血圧の者の割合（140/90ｍｍｈｇ以上）	29.30%	25.00%	―	d
	③	脂質異常症の減少	LDLｺﾚｽﾃﾛﾙ値160ｍｇ/dl以上の者	6.60%	6.00%	ﾍﾞｰｽﾗｲﾝ値から25%減少	d
	④	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ予備群・該当者の減少	該当者	22.70%	20.00%	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	d
			予備群	11.70%	10.00%		
	⑤	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診受診率	54.30%	60%	第5期医療費適正化計画に合わせて設定	d
			特定保健指導実施率	59.40%	70%		
糖尿病	①	糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	1人	減少	12,000人	e
	②	治療継続者の割合の増加	HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合	60%	70%	75%	d
	③	血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.40%	1.10%	1.00%	d
	④	糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1c6.5%以上の者の割合	12.40%	11.00%	1,350万人	d
栄養・食生活	①	適正体重を維持している者の増加（肥満・やせの減少）					
		若年女性のやせの者の割合の減症	20～30歳代女性のBMI18.5未満の者の割合	5.60%	維持	15%未満	f
		20～60歳代男性の肥満者の減少	20～60歳代男性の肥満者の割合	33.70%	30%	30%未満	d・f
		20～60歳代女性の肥満者の減少	20～60歳代女性の肥満者の割合	32.70%	25%	15%未満（40～60歳代）	d・f
		低栄養傾向の高齢者の減少	低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者（65歳以上）の割合	14.90%	13%	13%未満	d・f
	②	児童・生徒における肥満傾向の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	男児28.6% 女児10.5%	10%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定	g

身体活動・運動	①	運動習慣者の割合の増加（1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施する者）	20～64歳	男性24.1% 女性14.1%	30%	30%	d・f
			65歳以上	男性38.3% 女性36.3%	40%	50%	d・f
飲酒	①	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少	1日あたり純ｱﾙｺｰﾙ摂取量が男性40ｇ以上、女性20ｇ以上の者	男性8.6% 女性4.1%	維持	10%	d・f
喫煙	①	喫煙率の減少（喫煙を止めたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	12.60%	12%	12%	d・f
	②	妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	R5　0%	0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定	h
休養	①	睡眠で休養がとれていない者の増加	睡眠で休養がとれていない者の割合	R5　24.2%	20%	休養がとれている者80%	d
歯と口腔の健康	①	乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	3歳児でう蝕がない者の割合	R4　92%	100%	―	g
			12歳児の1人平均う歯数（永久歯）	R4　1.2本	1.0本	―	g
	②	歯科検診の受診者の増加	40歳歯科検診受診者の割合	3.90%	10%	95%	j
こころの健康	①	自殺者の減少	自殺死亡率(人工10万人あたり)	R1~R5　14.3	維持	―	k
（再掲）ライフコースアプローチ	①	若年女性のやせの者の割合の減少	20～30歳代女性のBMI18.5未満の者の割合	5.60%	維持	15%未満	f
	②	低栄養傾向の高齢者の減少	低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者（65歳以上）の割合	14.90%	13%	13%未満	d・f
	③	児童・生徒における肥満傾向の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	男児28.6% 女児10.5%	10%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定	g
	④	妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	R5　0%	0%	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定	h

【データソース】

a人口動態統計　b矢祭町がん検診　c国勢調査　d矢祭町国保特定健診　　e福祉・保険グループ　f矢祭町健康診査（県民及び後期高齢者健診）
g矢祭町学校保健統計　h母子健康手帳アンケート　i矢祭町3歳児健康診査　j矢祭町歯科健診　k矢祭町死亡統計