

三条市第3次健康増進計画

三条市健康づくり計画

(令和6年度～令和 11 年度)

令和6年3月

三 条 市

目 次

第1章 計画策定の概要

1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置付け	1
3	計画の対象とする範囲	2
4	計画期間	2
5	計画の進行管理	2

第2章 健康に関する状況と課題

1	健康に関する状況	3
2	第2次健康増進計画（改訂版）における評価指標の達成状況	17
3	第3次健康増進計画に向けた課題の整理	20

第3章 計画の基本的な考え方

1	基本理念	23
2	基本施策	23
3	基本施策の最終評価	25
4	施策の体系	25
5	計画の推進体制	26

第4章 基本施策に基づく取組の展開

1	社会とのつながりを通じた健康づくり	27
2	ヘルスリテラシーの醸成及び向上のためのアプローチ	37
3	健康リスクに応じた個別支援（早期発見・早期介入・重症化予防）	66

資料編

第3次健康増進計画の評価指標一覧表	108
-------------------	-----

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の趣旨

わが国の平均寿命は、医療の進歩や生活環境の向上などにより、高い水準で推移しています。その一方で、がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病や高齢化による認知機能、身体機能の低下から起こる要介護者等の増加、経済問題や人間関係を含めた深刻なストレスなどから引き起こされるこころの問題など健康課題が多様化しており、より一層の健康づくりの取組が求められます。

さらに、少子高齢化による人口減少、独居世帯の増加、働き方の多様化、あらゆる分野におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）の加速、次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応等の社会変化が予想されます。このことを踏まえ、国では「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」に向け、令和6年度から令和17年度までの計画期間とする「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次））」（以下、健康日本21（第三次）という。）を策定します。

本市では、国の動向及び前期計画の評価、課題を踏まえ、平成31年3月に令和元年度から令和5年度までの「第2次健康増進計画（改訂版）」（以下、第2次計画という。）を策定し、疾病の早期発見・早期治療及び重症化予防と併せて、意識しなくても自然と健康につながる環境づくり等の取組を行い、市民の健康づくりを推進してきました。

第2次計画が令和5年度で終了することから、第2次計画の評価・課題と国の健康日本21（第三次）を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間で計画期間とした「第3次健康増進計画」を策定するものです。

この計画に基づき、市民が生涯にわたり、健康で心豊かに暮らすことができるよう、市民の健康づくりの取組を推進します。

2 計画の位置付け

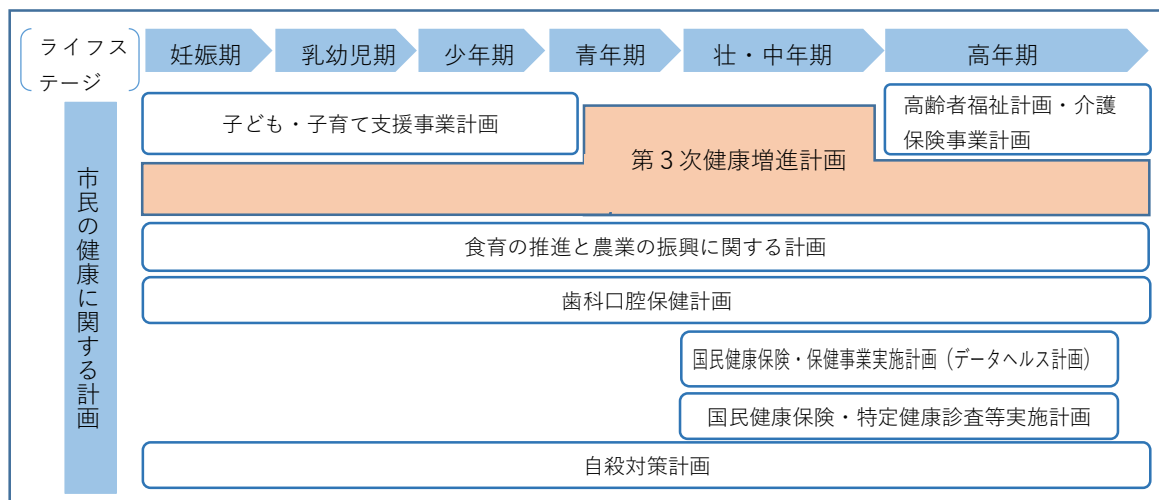
本計画は、健康増進法第8条第2項に基づき定める「市町村健康増進計画」であり、国が示した健康日本21（第三次）を踏まえ、本市が目指す健康づくりの基本的な方向性を示すものです。あわせて本計画を踏まえた領域別の個別の実施計画により構成します。また、「三条市総合計画」を上位計画とし、「三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」及び「第3次三条市食育の推進と農業の振興に関する計画」等との整合性を図りながら総合的に取組を推進するものです。

《個別の実施計画》

- ・ 三条市第3次歯科口腔保健計画
- ・ 三条市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
- ・ 三条市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画
- ・ 三条市第2次自殺対策計画

3 計画の対象とする範囲

生活習慣病のリスクが高まる青年期以降に重点を置きますが、早期からの適切な生活習慣の確立が重要なものについては、他計画との連携・整合性を図りながら取り組みます。



4 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

5 計画の進行管理

本計画は、健康づくりに関する課題の解決に向けた基本的な方向性を示すとともに、具体的な取組及び評価指標を定めて、健康づくりの取組を推進します。

評価指標の達成状況については、三条市健康づくり推進協議会、三条市国民健康保険運営協議会において、毎年度検証し必要に応じて見直しを行います。

第2章 健康に関する状況と課題

1 健康に関する状況

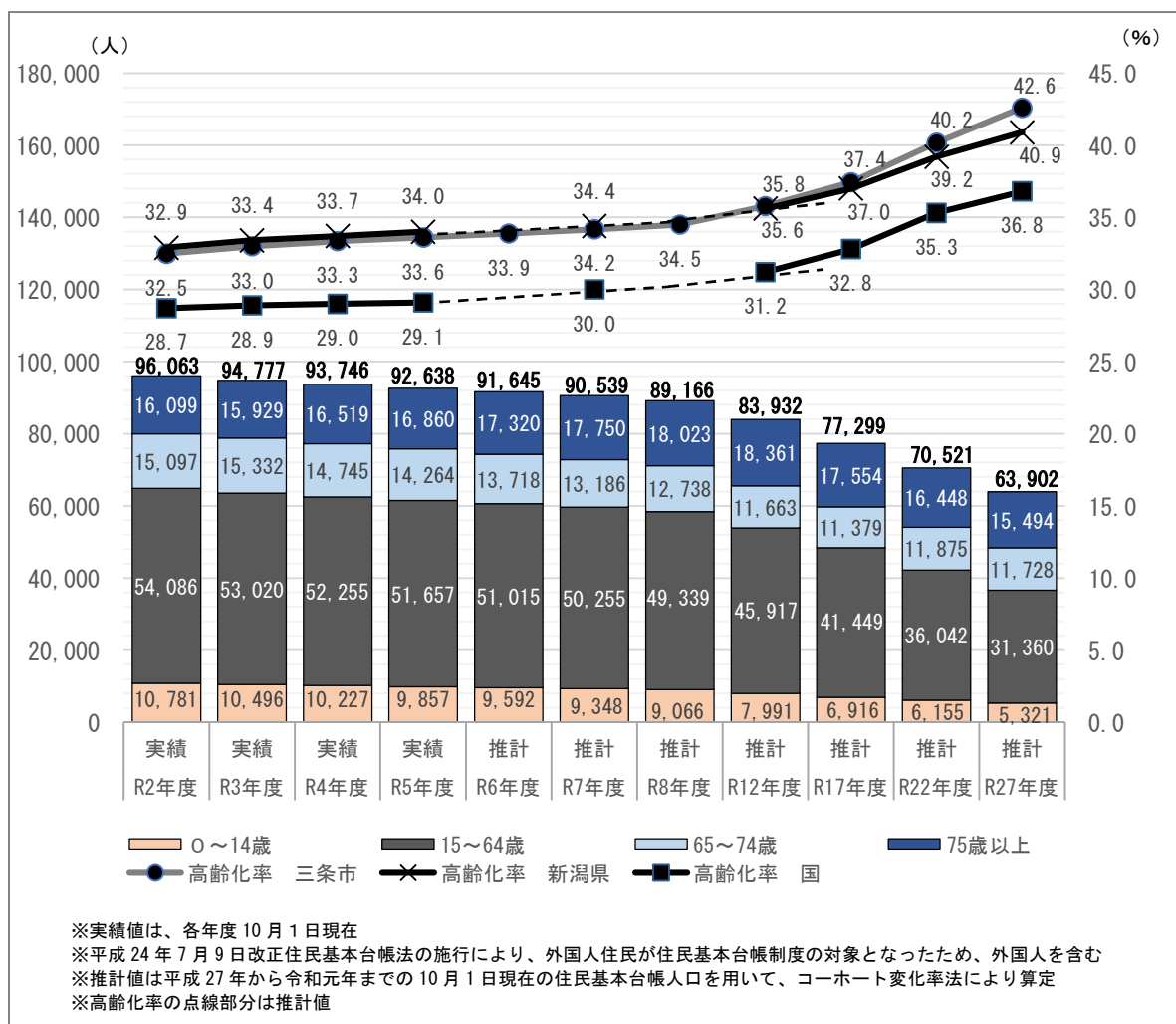
(1) 年齢区分別人口及び高齢化率の状況

本市の人口動態については、死亡数の増加や出生数の減少、15歳から64歳までの生産年齢人口の減少などにより人口減少が続く見込みです。

また、65歳から74歳までの高齢者人口は、令和17年度までは減少する見込みですが、75歳以上の後期高齢者人口は、令和12年度まで増加し続け、64歳以下の減少に伴い、高齢化率の推移は上昇するものと推計しています。

さらに高齢化率は、国より高い状況で推移し、県との比較では、令和7年度まで大きな差はないものの低く推移し、令和12年度以降は県を上回る見込みとなっています。(図1)

図1 年齢区分別人口、高齢化率の推移と見込み



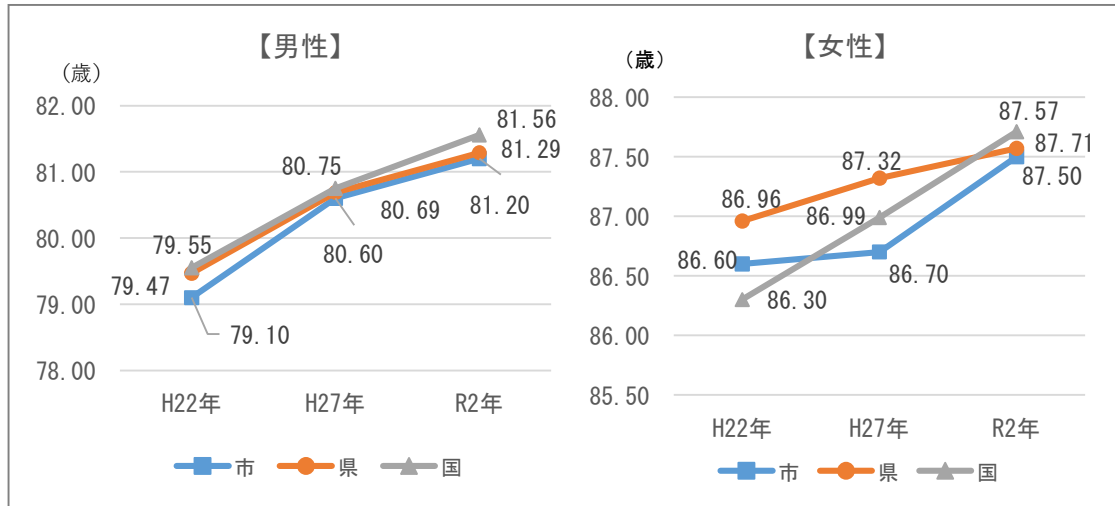
資料：三條市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

(2) 平均寿命と健康寿命

ア 平均寿命の推移

国、県、市ともに平均寿命は延びています。平成22年と令和2年を比較すると、男性の寿命が女性より大きく延びています。(図2)

図2 平均寿命の推移



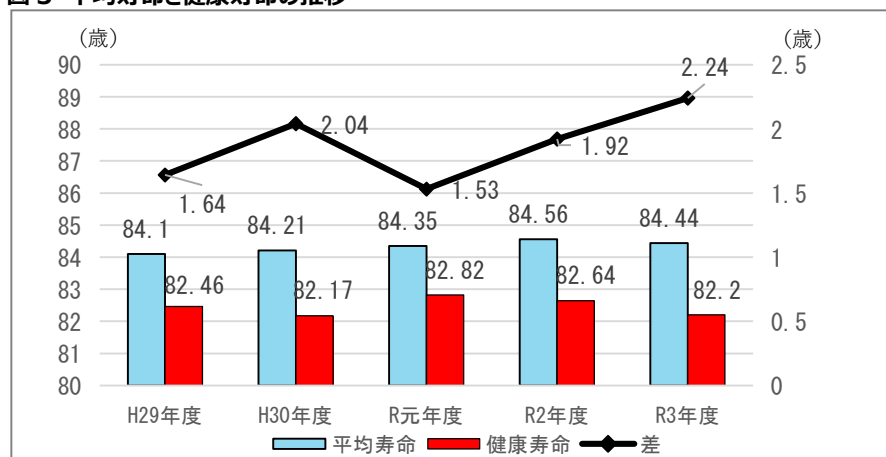
資料：厚生労働省生命表（完全生命表）の概況

イ 平均寿命と健康寿命^{注1}（新規要介護認定者（65歳以上）の平均年齢）

本市では、新規に要介護認定を受けた高齢者の平均年齢を健康寿命と捉え、毎年度評価を行っています。

平均寿命と健康寿命の差については、変動はありますが、平成29年度と令和3年度を比較すると差が広がっており、令和2年度、令和3年度と連続で前年度より差が広がっている状況です。(図3)

図3 平均寿命と健康寿命の推移



資料：厚生労働省 生命表（簡易生命表）、三条市介護認定審査会

注1) 健康寿命：国が示す健康寿命は、国民生活基礎調査における自己申告により算定されたものであり、市町村別のデータは公表されておりません。市では日常生活に介護や支援が必要でない期間を評価するに当たり、便宜上、65歳以上で新たに要介護認定を受けた方の平均年齢を健康寿命と定義しています。

(3) 死亡の状況

ア 死亡原因、人口 10 万対死亡率

死亡原因の第 1 位は悪性新生物であり、長年変化はありません。

令和 2 年以降、第 2 位は老衰、第 3 位は心疾患となっています。

人口 10 万対死亡率では、老衰と脳血管疾患は国や県と比較して高い状況です。(表 1)

表 1 三条市における死亡原因及び人口 10 万対死亡率の年次推移

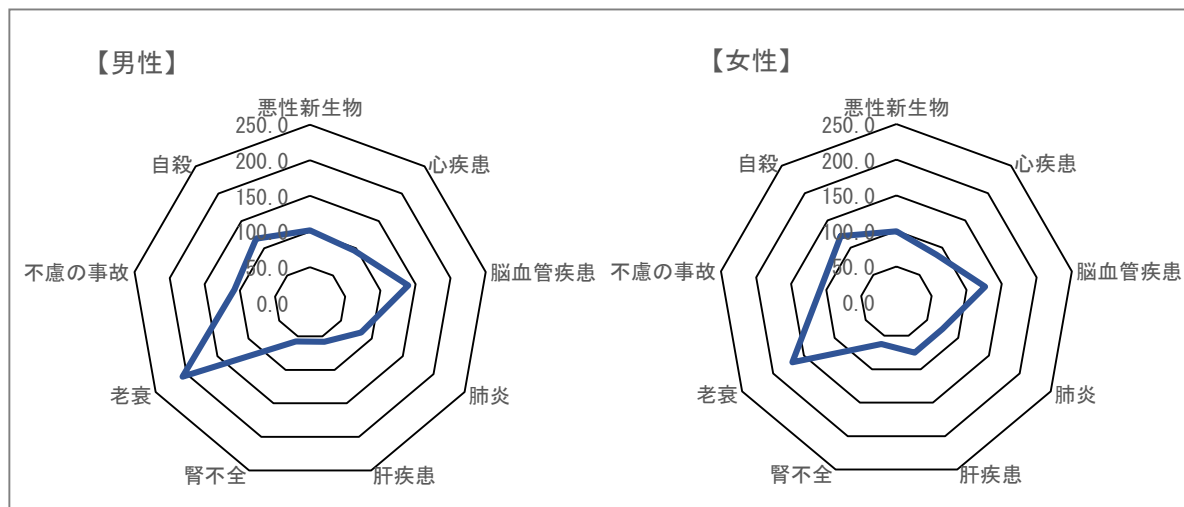
年	H30			R 元			R2			R3		
死亡率	市	県	国	市	県	国	市	県	国	市	県	国
第 1 位	悪性新生物			悪性新生物			悪性新生物			悪性新生物		
	352.4	351.5	300.7	333.2	360.7	304.2	365.8	356.0	306.6	357.8	364.0	310.7
第 2 位	心疾患			心疾患			老衰	心疾患		老衰	心疾患	
	194.9	193.2	167.6	191.7	189.1	167.9	195.7	182.2	166.6	204.6	194.3	174.9
第 3 位	老衰			老衰			心疾患	老衰		心疾患	老衰	
	154.4	142.2	88.2	166.6	155.0	98.5	169.1	158.7	107.3	192.8	179.7	123.8
第 4 位	脳血管疾患			脳血管疾患			脳血管疾患			脳血管疾患		
	131.6	131.8	87.1	124.7	130.6	86.1	132.9	124.1	83.5	131.7	126.1	85.2
第 5 位	肺炎			7ルツハイマ-病	肺炎		7ルツハイマ-病	肺炎		肺炎		
	61.2	72.9	76.2	57.6	78.9	77.2	61.7	59.5	63.6	51.4	58.4	59.6

資料：厚生労働省人口動態統計の概要、新潟県福祉保健年報

イ 標準化死亡比(SMR)

標準化死亡比については、男女とも老衰が全国に比べ高水準であり、次いで脳血管疾患が高い状況です。特に男性が女性に比べて老衰と脳血管疾患が高水準となっています。(図 4)

図 4 標準化死亡比（人口構成の違いを排除した死亡率（国を 100 とする））



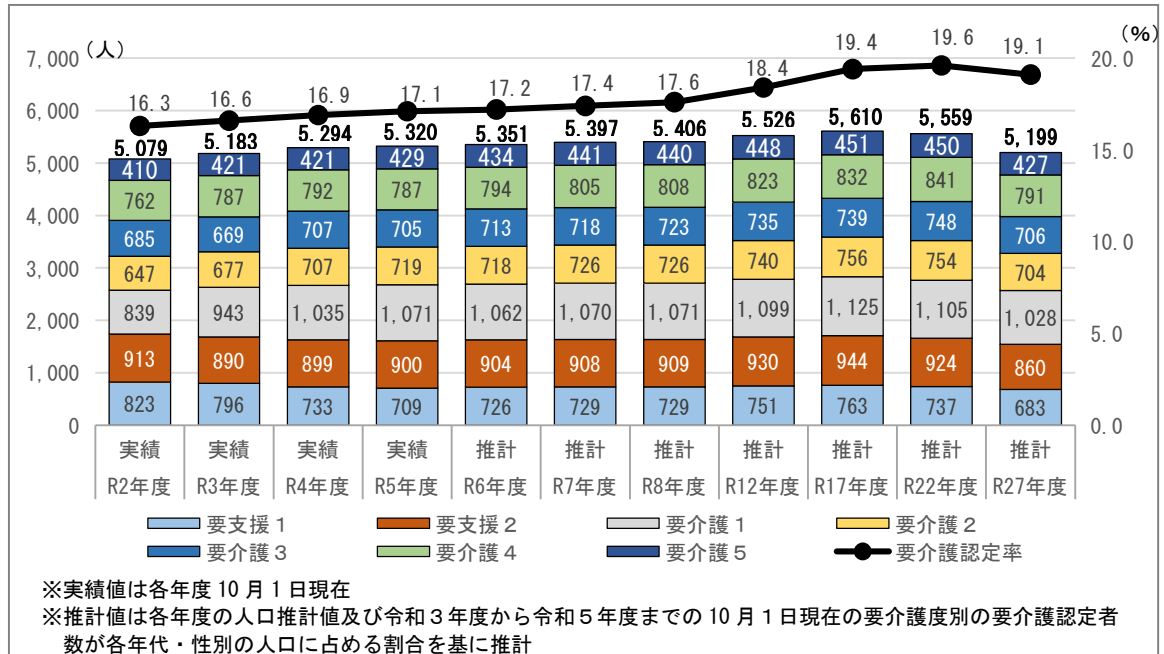
資料：人口動態統計特殊報告 平成 25～29 年 市区町村別統計

(4) 要介護認定の状況

ア 要介護度別要介護・要支援認定者数及び認定率の推移

要介護・要支援者数は微増を続け、要介護認定率は、令和 27 年度には令和 2 年度と比較して 2.8 ポイント上昇する見込みです。(図 5)

図 5 要介護・要支援認定者数及び認定率の推移



資料：三条市高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画

イ 新規要介護認定者の原因疾患別要介護度の割合

要介護認定の原因疾患は、脳血管疾患及び心疾患を含む循環器系の疾患が最も多く、次いでアルツハイマー病などの神経系の疾患、認知症等の精神及び行動の障害の順となっています。

新規に要介護認定を受ける人は、全体では要支援から要介護 1 までの人が多い状況ですが、循環器系の疾患は他の疾患に比べて要介護 3 以上の重度となる割合が高く、骨折を含む損傷、中毒及びその他の外因の影響では、要介護 2 から要介護 4 までの中重度となる人の割合が高くなっています。

(表 2)

表 2 新規要介護・要支援認定者の原因疾患（令和 3 年度～令和 4 年度）

	疾患名	認定者数	要介護度別割合 (%)						
			支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
第 1 位	循環器系の疾患 (脳血管疾患・心疾患等)	534	27.1	23.4	14.0	6.7	9.4	10.7	8.6
第 2 位	神経系の疾患 (アルツハイマー病等)	384	27.9	8.1	44.0	9.6	4.2	2.9	3.4
第 3 位	精神及び行動の障害 (認知症等)	321	29.0	5.3	45.5	9.3	4.4	4.4	2.2
第 4 位	筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊柱管狭窄症、変形性関節症等)	289	38.1	33.6	9.7	9.3	3.8	4.5	1.0
第 5 位	損傷、中毒及びその他の外因 の影響 (骨折等)	260	13.1	36.5	9.6	13.0	13.5	11.9	2.3
全体		2,345	26.2	20.3	22.7	10.7	7.8	7.8	4.6

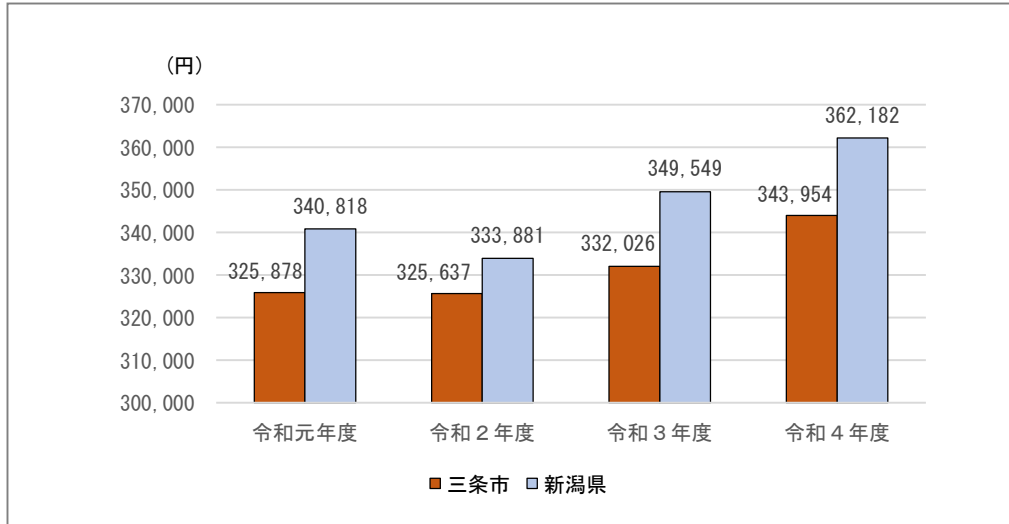
資料：三条市要介護認定審査会

(5) 医療費の状況

ア 一人当たり医療費の推移

国民健康保険(75歳未満)の被保険者一人当たり医療費は、市、県とも年々上昇していますが、県と比較して低い状況で推移しています。(図6)

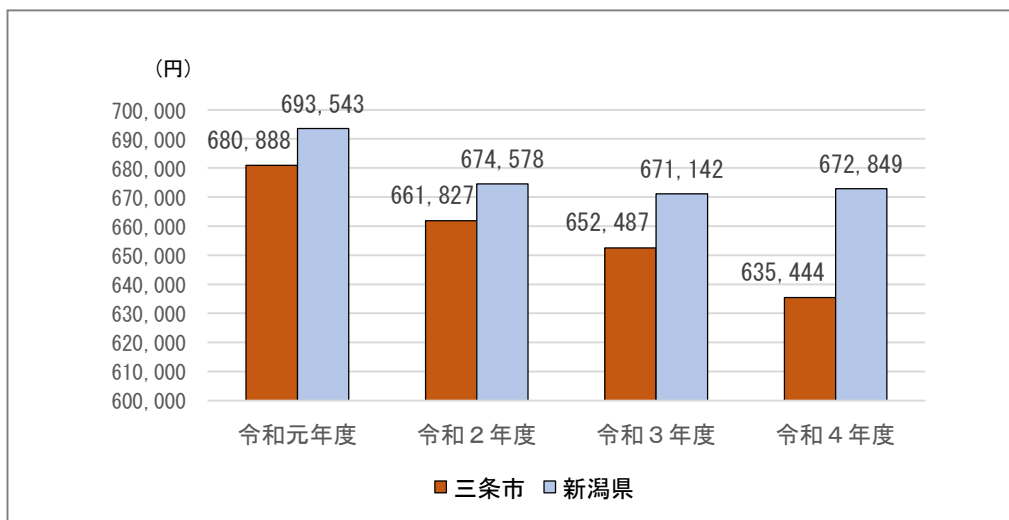
図6 国民健康保険の被保険者一人当たり医療費の推移



資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

後期高齢者医療(75歳以上)の被保険者一人当たり医療費は、県と比較して低く、年々減少しています。団塊の世代が後期高齢者に移行し、後期高齢者のうち、比較的若い世代の人数が多くなるため、一人当たり医療費が減少している可能性があります。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えも影響している可能性が考えられます。(図7)

図7 後期高齢者医療被保険者一人当たり医療費の推移

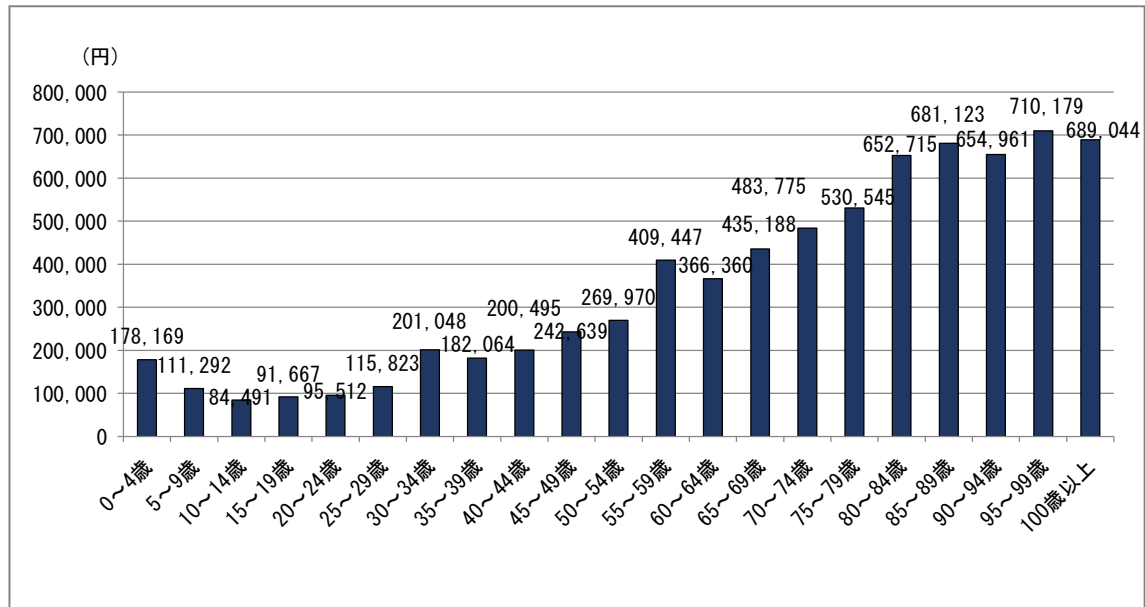


資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

イ 年齢階層別一人当たりの医療費

被保険者一人当たりの医療費は、10歳から14歳までの年齢階層で最も低くなりますが、その後年齢が高くなるほど上昇し、特に55歳以降、高額になっています。（図8）

図8 年齢階層別一人当たりの医療費（令和4年度）



資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

ウ 疾病別一人当たり医療費の状況

国民健康保険の疾病別被保険者一人当たり医療費は、新生物が最も高額であり、次いで循環器系の疾患となっています。後期高齢者医療の疾病別被保険者一人当たり医療費は、循環器系の疾患が最も高額であり、次いで新生物となっています。（表3）

表3 疾病別一人当たり医療費の順位（令和4年度）

	国民健康保険		後期高齢者医療	
	疾患名	一人当たり医療費(円)	疾患名	一人当たり医療費(円)
第1位	新生物 (悪性新生物・良性腫瘍等)	63,808	循環器系の疾患 (高血圧症・脳血管疾患・心疾患等)	134,081
第2位	循環器系の疾患 (高血圧症・脳血管疾患・心疾患等)	51,605	新生物 (悪性新生物・良性腫瘍等)	74,670
第3位	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病・脂質異常症等)	31,111	筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊椎障害・骨粗しょう症等)	74,146
第4位	精神及び行動の障害 (うつ病・認知症等)	28,914	その他の心疾患 (脳血管疾患)	68,003
第5位	筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊椎障害・骨粗しょう症等)	27,822	尿路性器系の疾患 (膀胱炎)	46,905
第6位	その他悪性新生物 (皮膚・胸膜)	25,110	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病・脂質異常症等)	42,241

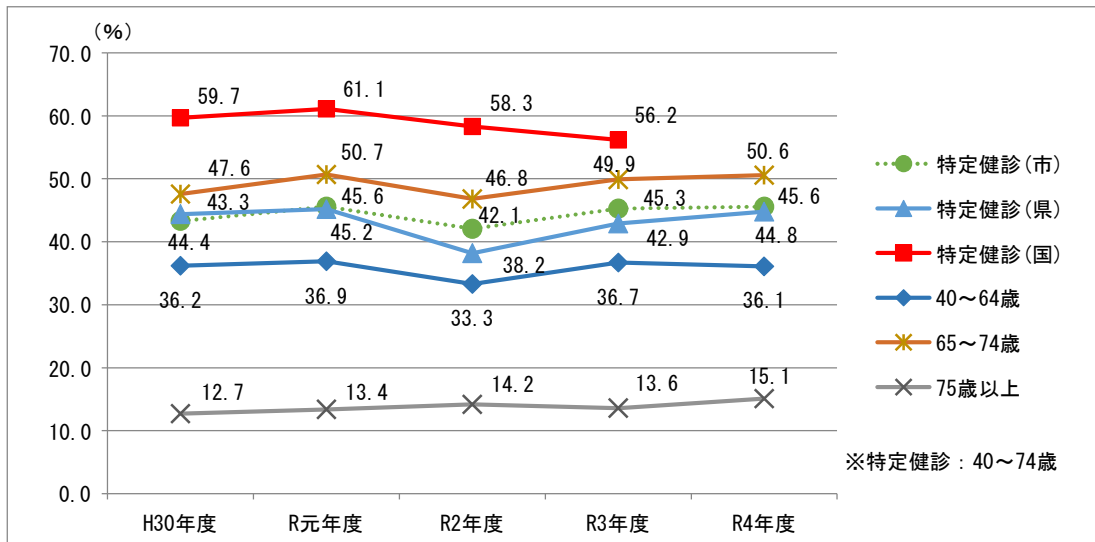
資料：疾病分類別統計・健診有所見者状況集計ツール

(6) 健康診査・保健指導の状況

ア 特定健康診査・健康診査の受診状況

国民健康保険の特定健康診査の受診率は、横ばいとなっています。75歳以上は、65歳から74歳までの4分の1程度の低い水準で横ばいで推移しています。国及び県との比較では、国の受診率よりは低いものの、県よりも高い状況で推移しています。(図9)

図9 特定健康診査等の受診率の推移

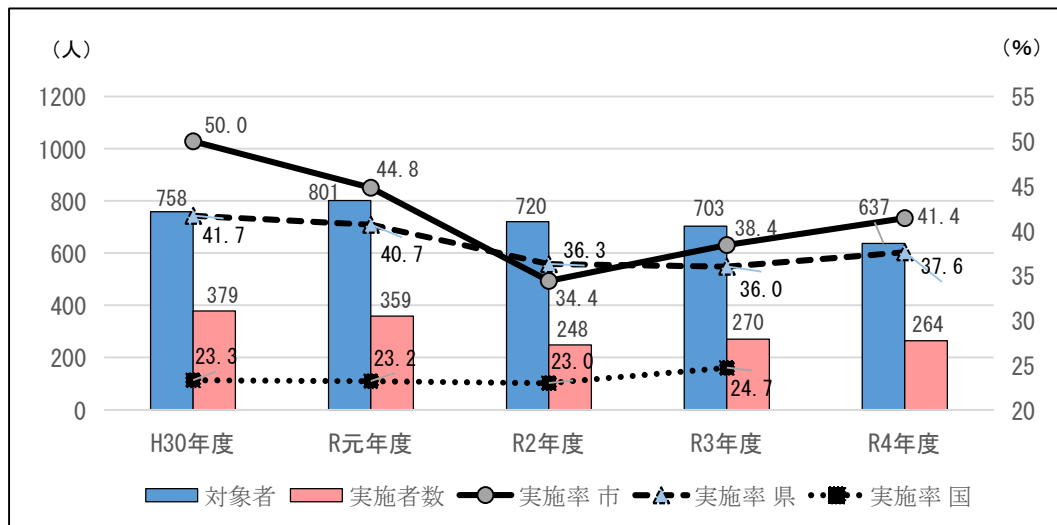


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

イ 特定保健指導の実施状況

国民健康保険の特定保健指導の実施率は、令和元年度から下降し、令和2年度には3割程度まで落ち込みましたが、その後は上昇しています。国及び県との比較では、おおむね高い状況で推移しています。(図10)

図10 特定保健指導の実施率の推移

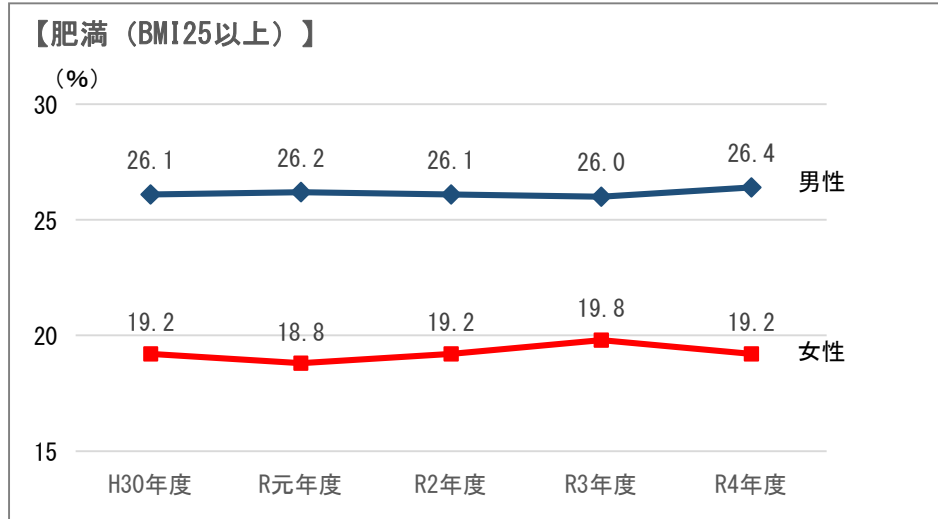


資料：三条市国民健康保険特定保健指導 新潟県福祉保健年報
厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ

(7) 特定健康診査等における有所見者の状況

肥満の有所見者の割合は、男女ともにほぼ横ばいであり、男性が女性よりも高く推移しています。(図 11)

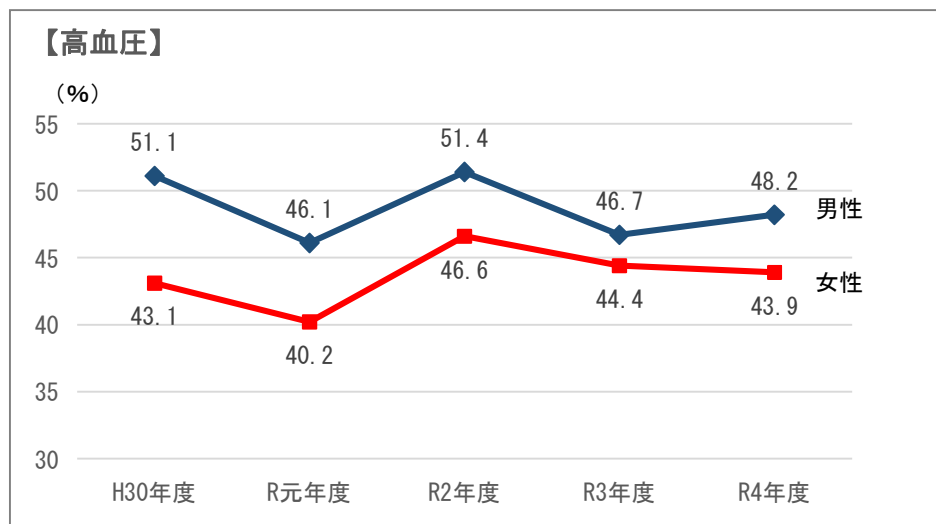
図 11 有所見者の割合の推移（肥満）



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

高血圧の有所見者の割合は、年によりばらつきはありますが、男性は約5割、女性は約4割となっており、男性が女性より高い状況です。(図 12)

図 12 有所見者の割合の推移（高血圧）

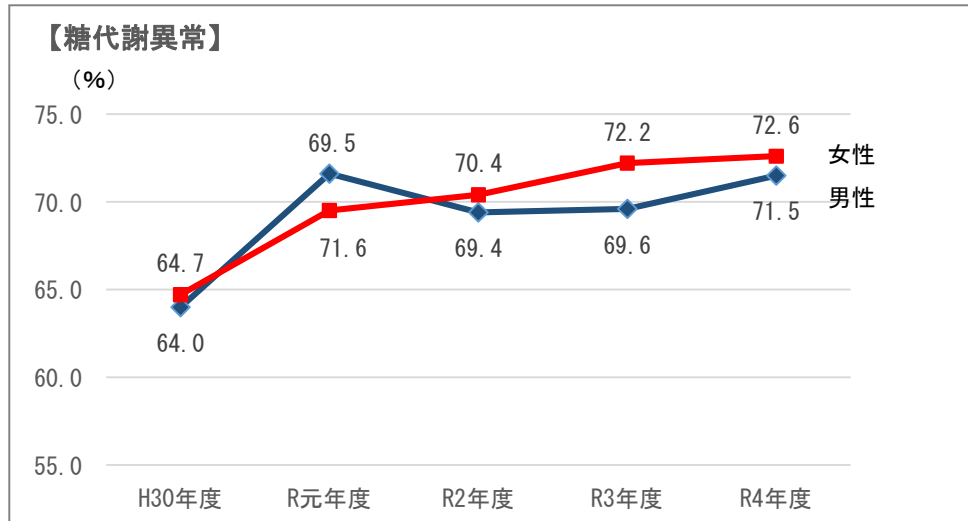


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

第2章 健康に関する状況と課題

糖代謝異常の有所見者の割合は、男女ともに約7割で上昇傾向で推移し、特に女性が男性より高い状況です。(図13)

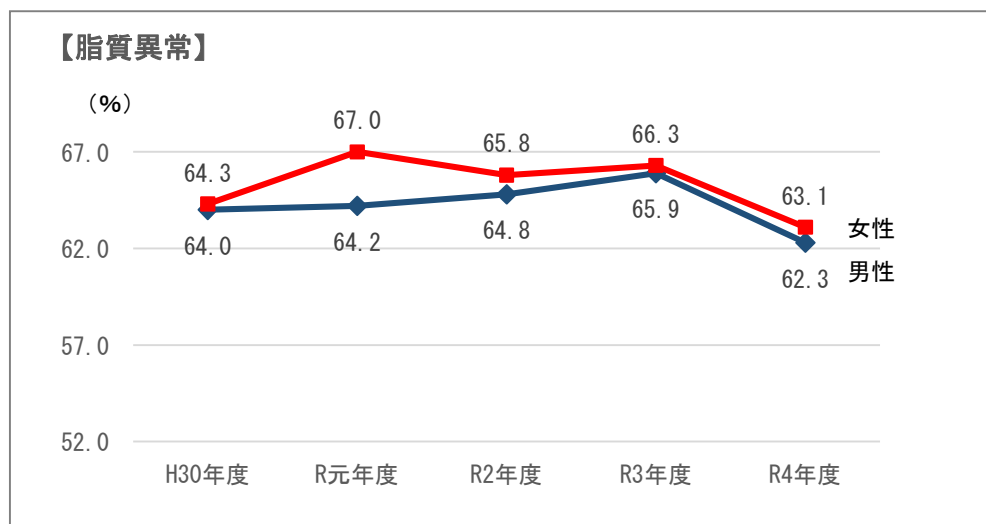
図13 有所見者の割合の推移(糖代謝異常)



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

脂質異常の有所見者の割合は、男女ともに6割以上で推移しています。(図14)

図14 有所見者の割合の推移(脂質異常)

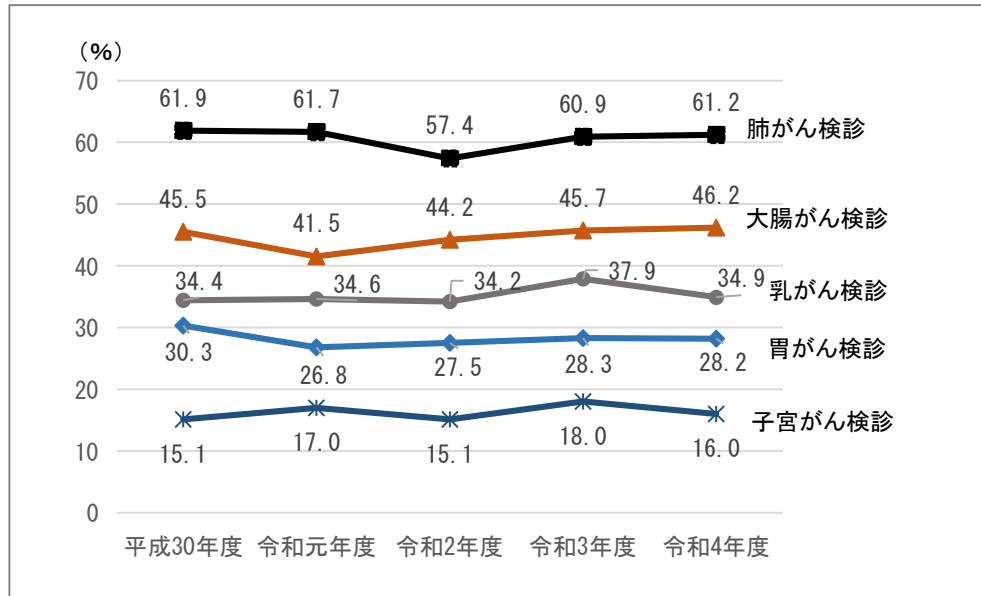


資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

(8) がん検診の状況

肺がん検診の受診率が他のがん検診に比べて約6割と最も高く、次いで大腸がん検診が約4割と高い状況で、微増で推移しています。子宮がん検診受診率は、他のがん検診に比べて最も低く、乳がん検診、胃がん検診受診率は2割から3割程度で横ばいで推移しています。(図15)

図15 各種がん検診に係る受診率の推移



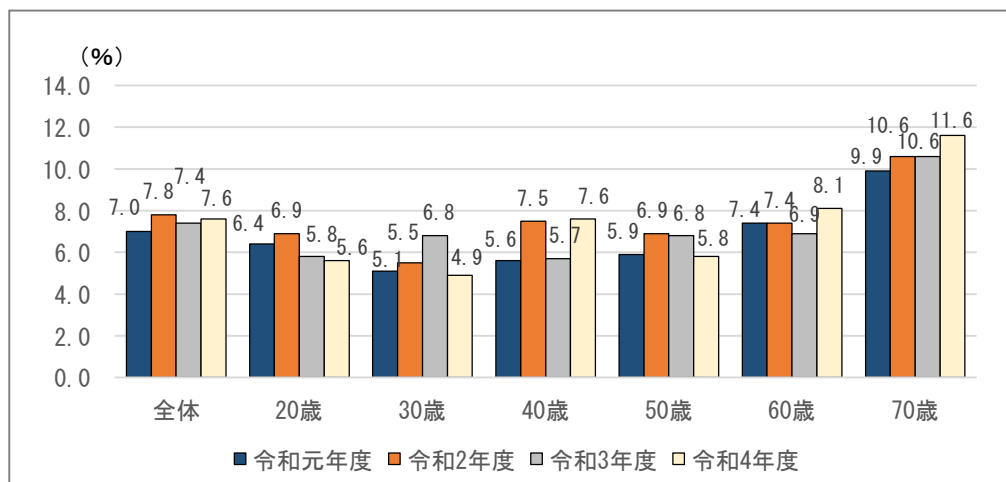
資料：三条市事務報告書及び財産表

(9) 歯科検診の状況

歯周病検診の受診率は、全体では横ばいで推移しています。年齢別の受診率で最も高いのは70歳で上昇傾向で推移しています。

令和4年度においては、30歳の受診率が最も低く、次いで20歳、50歳の順に受診率が低く、令和3年度から下降しています。(図16)

図16 歯周病検診受診状況



資料：三条市保健衛生の動向

(10) 市民の健康意識に関する状況

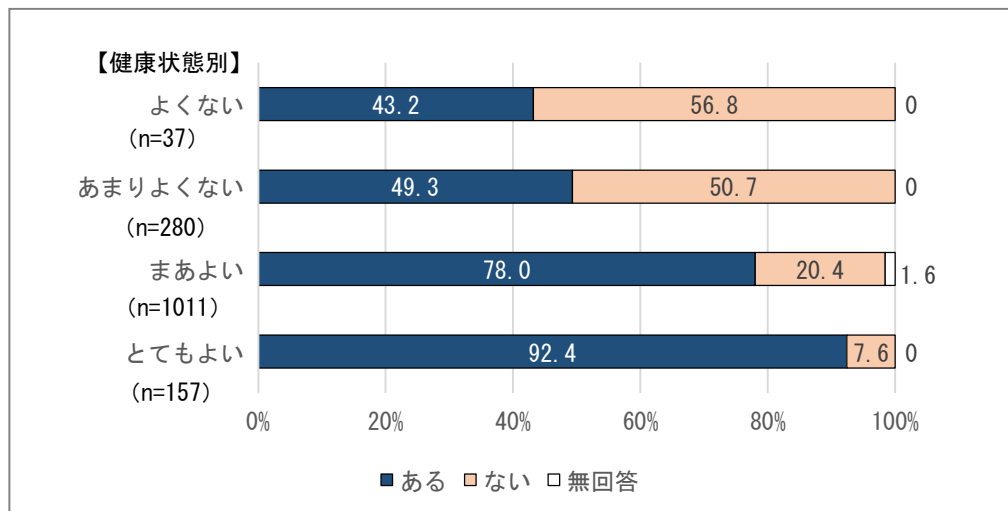
※令和5年度健康づくり実態調査（調査対象：25～64歳の市民）（以下、健康づくり実態調査という。）及び令和5年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（調査対象：65歳以上の市民）（以下、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査という。）の結果より

【健康状態別 生きがいや充実感の状況】

25歳から64歳までの市民への健康づくり実態調査結果では、生きがいや充実感を感じる人ほど、健康状態がよいと回答しています。また、生きがいや充実感を感じる内容については、趣味が最も多く、次いで仕事、子育て・孫の世話、人との交流の順に多い状況です。（図17、18）

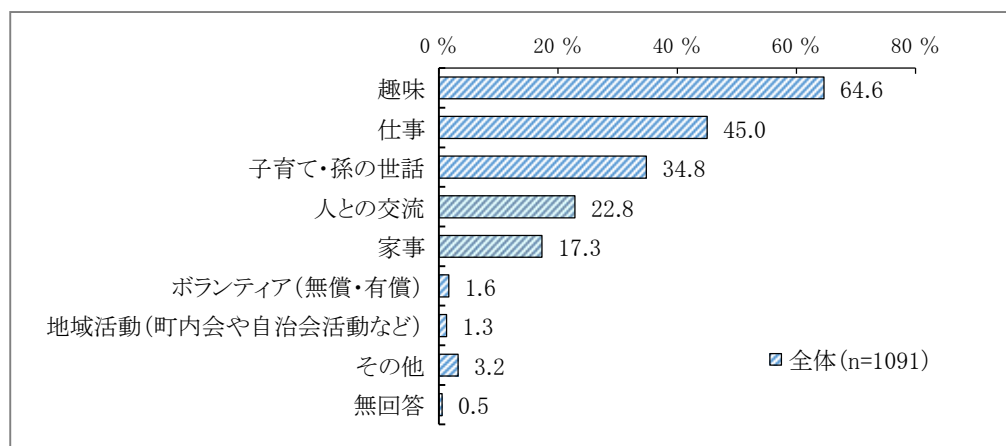
65歳以上の高齢者の生きがいや充実感を感じる内容については、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、趣味が最も多く、次いで友人との交流、庭木・草木の世話の順に多い状況です。

図17 健康状態別 生きがいや充実感の状況（25～64歳）



資料：令和5年度 健康づくり実態調査

図18 生きがいや充実感を感じる内容（25～64歳）



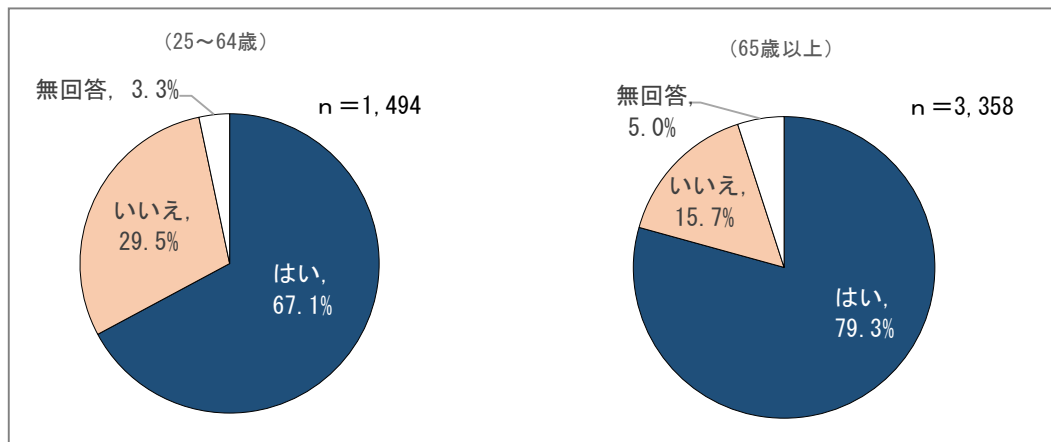
資料：令和5年度 健康づくり実態調査

【健康に関する記事や番組などへの関心】

健康に関する記事や番組などへの関心については、25歳から64歳までは約7割、65歳以上は約8割の人が関心があると回答しており、65歳以上の割合が高い状況です。（図19）

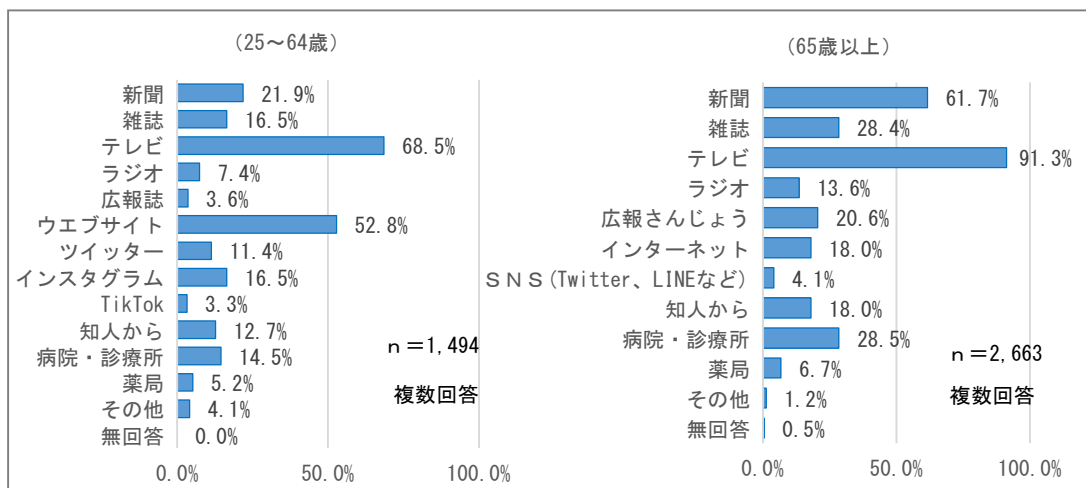
また、健康情報の入手先では、いずれの年齢区分もテレビが最も多い状況です。テレビの次に多い入手先については、25歳から64歳まではウェブサイト、新聞の順に多く、65歳以上では新聞、病院・診療所の順に多い状況です。（図20）

図19 健康に関する記事や番組などへの関心



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図20 健康情報の入手先



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【健康に必要な生活習慣と行動維持の要因】

健康のために必要と思うことについては、いずれの年齢区分も食事が最も多い状況です。次に多い内容は、25 歳から 64 歳まででは休養・睡眠、運動の順に多く、65 歳以上では運動、休養・睡眠の順に多い状況です。

また、健康のための行動維持の要因については、いずれの年齢区分も「体の変化を感じる」が最も多い状況です。次に多い内容は、25 歳から 64 歳まででは「健康診断結果が良くなる」、「体重計・血圧計などの数値が良くなる」の順に多く、65 歳以上では「体重計・血圧計などの数値が良くなる」、「健康診断結果が良くなる」の順に多い状況です。

(図 21、22、23)

図 21 健康のために必要と思うこと

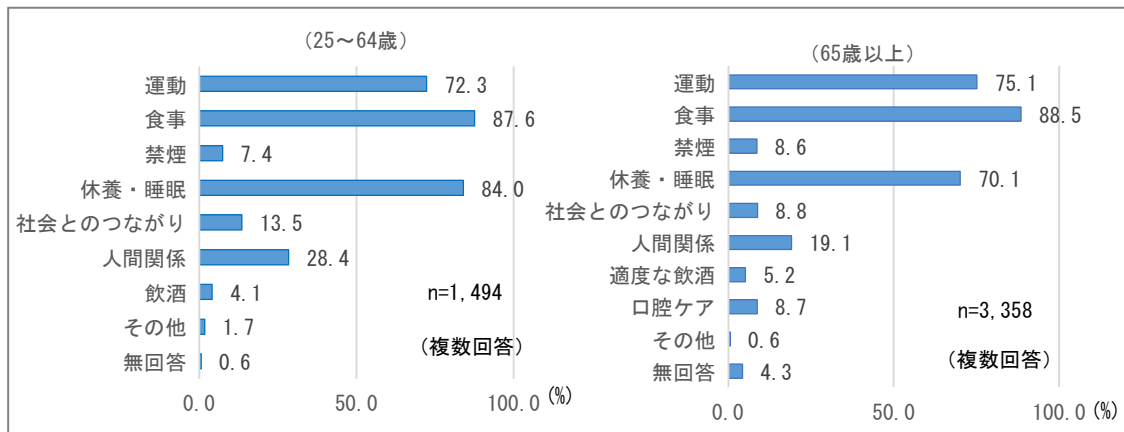


図 22 健康のための行動維持の要因（25～64 歳）

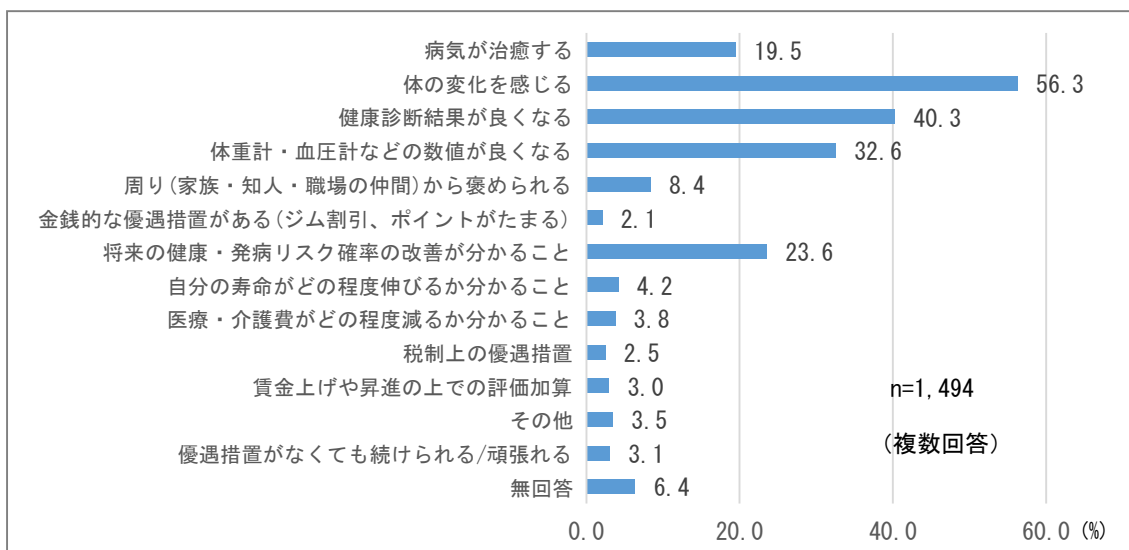
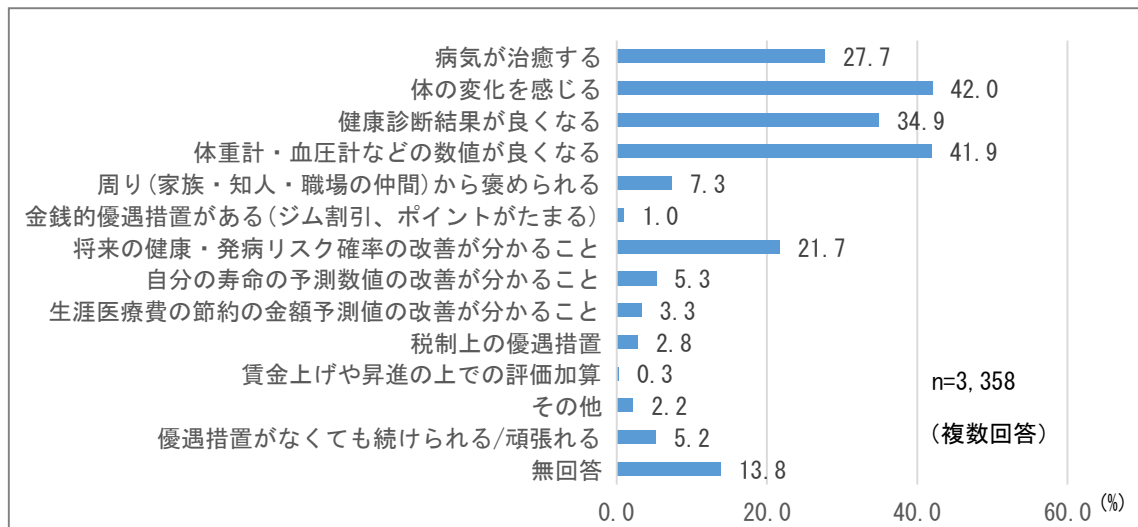


図 23 健康のための行動維持の要因（65 歳以上）



資料：令和 5 年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【健康情報の理解と活用】

入手した健康情報については、25 歳以上全体のうち約 5 割が理解していると回答しており、そのうち理解した情報を自身の健康にいかしている人は約 5 割です。(図 24、25)

図 24 健康情報を理解できているか

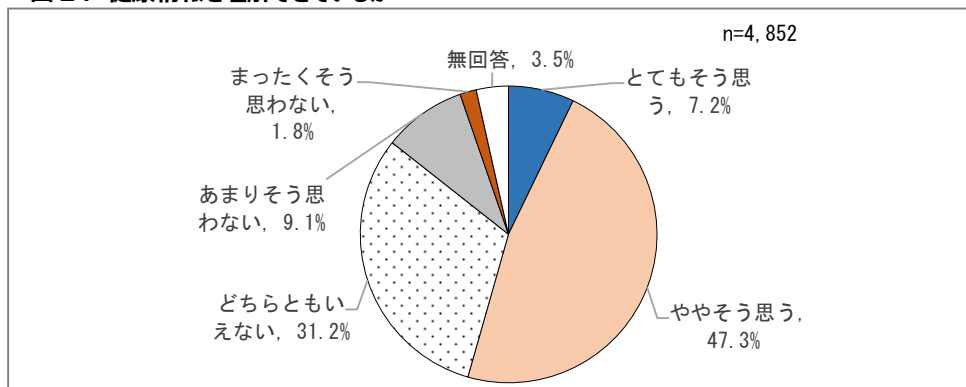
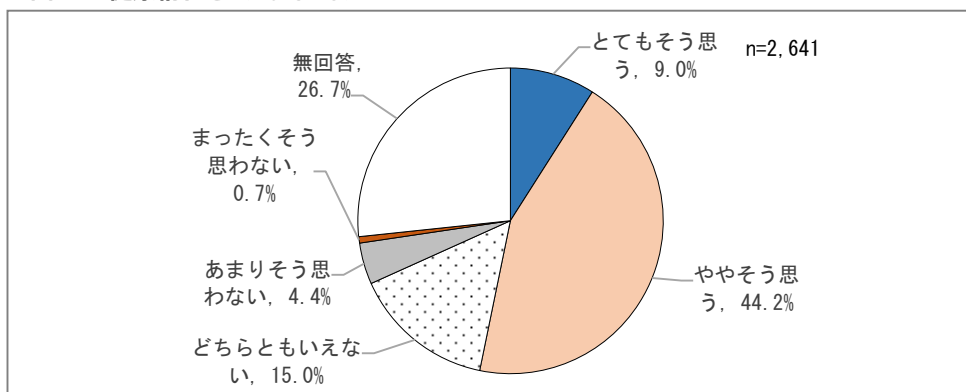


図 25 健康情報をいかしているか



資料：令和 5 年度 健康づくり実態調査
令和 5 年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

2 第2次健康増進計画(改訂版)における評価指標の達成状況

第2次計画の評価方法については、各種統計データや健康づくりに関するアンケート、健康づくり実態調査等を基礎資料とし、各指標における直近の実績値を把握することで、達成状況を評価しました。

基本施策ごとに設定した評価指標 41 項目のうち、「◎目標値を達成した指標」は 22.0%、「○目標値に至らなかったが、基準値に対し実績値が改善した指標」は 14.6%であり、合わせて 36.6%が改善傾向にあるという結果でした。その一方で、「△目標値には至っておらず、基準値に対し実績値の改善がみられなかった指標」は 63.4%であり、改善傾向にある割合を上回る結果でした。

具体的には、健康意識の高まりは見られますが、人との交流や身体活動、がん、生活習慣病、高齢者の健康の分野などで、目標の達成に至らない項目が多くありました。評価指標の改善につながらなかった項目の中には、新型コロナウイルス感染症の拡大による市民の生活習慣の変化や取組の中止、縮小などの影響が要因の一つとして考えられます。

さらに、第2次計画の基本施策の最終評価指標とした「平均寿命と健康寿命との差」は、平成29年度の1.64歳に対し、令和3年度は2.24歳であり、0.6歳の差が広がっている状況です。

この結果を踏まえ、引き続き、市民の健康寿命の延伸に向け、さらなる健康増進の取組を行っていく必要があります。

[市における健康寿命の定義（詳細はP4 注1に記載）]

65歳以上で新たに要介護認定を受けた人の平均年齢とする。

【評価判定基準及び達成状況】

策定時の目標値及び基準値と直近の実績値を比較	項目数
◎：目標値を達成した指標	9 (22.0%)
○：目標値には至らなかったが、基準値に対し実績値が改善された指標	6 (14.6%)
△：目標値には至っておらず、基準値に対し実績値の改善がみられなかった指標	26 (63.4%)
合計	41 (100.0%)

第2章 健康に関する状況と課題

【基本施策別の目標達成状況】

基本施策1：自然と健康になるまちづくり					
取組目標	評価指標	目標値	基準値 (R元年度)	実績値 (R5年度)	達成 状況
身体活動量の増加	1日の平均歩数	増加	5,208歩 (R2年度)	5,040歩	△
社会参画機会の拡大	社会参画活動を行っている人の割合	60%	55.0%	65.4%	◎
共食の推進	共食の機会が週1回以上の人の割合	81%	78.9%	69.5%	△
集いの場の拡大・充実	集いの場の延べ参加者数	増加	8,069人 (R2年度)	6,875人 (R4年度)	△
基本施策2：気軽な健康づくりの取組によるヘルスリテラシーの向上					
取組目標	評価指標	目標値	基準値 (R元年度)	実績値 (R4年度)	達成 状況
ヘルスリテラシーの向上	たくさんある健康情報の中から自分の求める 情報を選び出せている人の割合	53%	48.9%	52.0%	○
気軽な健康づくりの取組の普及	健康情報を理解し、自身の健康にいかしてい る人の割合	36%	32.3%	53.2%	◎
生活習慣改善に向けた行動変容					
基本施策3：早期発見・早期介入 基本施策4：重症化予防					
取組目標	評価指標	目標値	基準値 (H29年度)	実績値 (R4年度)	達成 状況
がん死亡者の減少	がん死亡者の減少（人口10万対死亡率）	320.0	323.1	357.8 (R3年度)	△
がん検診受診率の向上による早期 発見	胃がん検診受診率	50%	27.7%	28.2%	○
	大腸がん検診受診率	50%	41.7%	46.2%	○
	肺がん検診受診率	70%	66.2%	61.2%	△
	乳がん検診受診率	50%	34.8%	34.9%	△
	子宮がん検診受診率	50%	15.9%	16.0%	○
精密検査受診率の向上による早期 介入	胃がん検診 精密検査受診率	100%	92.1%	91.5%	△
	大腸がん検診 精密検査受診率	90%	83.9%	80.6%	△
	肺がん検診 精密検査受診率	100%	91.0%	78.3%	△
	乳がん検診 精密検査受診率	100%	98.5%	92.9%	△
	子宮がん検診 精密検査受診率	100%	93.5%	76.9%	△
生活習慣病の早期発見、重症化予 防	脳血管疾患の死亡率（人口10万対の5年間の 平均）	139.1 以下 (県)	144.6 (H24～28)	132.9 (H29～R3)	◎
	心疾患の死亡率（人口10万対の5年間の平 均）	157.3 以下	168.0 (H24～28)	183.6 (H29～R3)	△
	高血圧有病率（140/90mmHg以上の割合）	20% 以下	24.2%	24.6%	△
	脂質異常症の割合（LDLコレステロール 160/dl以上の割合）	6.8%	7.7%	8.3%	△
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備 群の割合	19.7%	23.4%	28.2%	△
糖尿病の重症化予防	新規透析導入数	17人	21人	13人	◎
	治療継続者の割合（HbA1c6.5%以上のうち 治療中の人の割合）	63.2%	56.2%	62.0%	○
	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 （HbA1c8.4%以上の人の割合）	0.3%	0.4%	0.9%	△
	糖尿病有病者割合の上昇の抑制 （HbA1c6.5%以上の人の割合）	10% 以下	8.8%	9.6%	◎

第2章 健康に関する状況と課題

基本施策3：早期発見・早期介入 基本施策4：重症化予防					
取組目標	評価指標	目標値	基準値 (H29年度)	実績値 (R4年度)	達成 状況
80歳で自分の歯を20本以上残す人の増加	20歳から40歳までの歯周病検診受診率	10%	6.6%	5.3%	△
	後期高齢者歯科健診受診率	10%	8.5%	11.5%	◎
適切な口腔ケアの定着及び歯科疾患の発症予防、早期発見・早期治療 歯と口腔の健康が全身の健康状態や生活習慣と相互に関係することを理解する人の増加	80歳で20本以上自分の歯を有する人の割合	65%	64.6%	64.1%	△
	デンタルフロス、歯間ブラシを使用している人の割合（成人）	55.0%	52.1%	63.4%	◎
	デンタルフロス、歯間ブラシを使用している人の割合（高齢者）	25.5%	24.9%	63.2%	◎
	歯周病検診で歯周病（歯周ポケット1・2）に該当する人の割合	40%	47.7%	55.0%	△
	歯周病検診にてむし歯（未処置歯）に該当する人の割合	30%	35.7%	37.3%	△
ストレスを溜めずに生活を送る人の増加	自殺死亡率（5年間の平均）	低下	21.9 (H25～29)	18.2 (H30～R4)	◎
	自分なりのリラクセス法やストレス解消法があり実行している人の割合	33%	27.9%	22.4%	△
こころの健康や心の病気の予防・対応について正しく理解する人の増加	うつ病のサインについて知っている人の割合	31%	26.0%	22.4%	△
	心の健康に関する相談窓口が市健康づくり課や保健所にあることを知っている人の割合	41%	36.8%	40.6%	○
低栄養の改善	65歳以上でBMIが20以下の人の割合	18.4% 以下	18.4%	20.7%	△
社会参画機会の拡大	社会参画活動を行っている65歳以上の人の割合	60%	55.0%	54.2% (R5年度)	△
要支援者・要介護者の状態の維持	要支援者・要介護者の状態の悪化率	29.3%	33.5%	48.3%	△
要支援者・要介護者の状態の改善	要支援者・要介護者の状態の改善率	15.3%	13.2%	12.83%	△

3 第3次健康増進計画に向けた課題の整理

健康に関する状況及びこれまでの取組の評価を踏まえ、第3次健康増進計画における課題について次のとおり整理しました。

《課題1》

社会参加や外出機会の創出の取組を通じ、自然と健康になれる環境づくりの推進

生活習慣病及び介護予防において、一次予防、二次予防は重要であり、市民一人一人が健康意識を高めて、生活習慣の改善や健康づくりに取り組むことが必要です。しかし、健康意識の低い人や余裕がなく取り組めない人に対しては、それだけでは生活改善などの行動変容を促すことは難しい状況です。一次予防、二次予防と併せて、市民が意識せずに自然と健康に望ましい行動がとれるよう環境を整える必要があります。

生活習慣病及び要介護リスクであるフレイル^{注2}については、身体活動量や共食機会、人との交流、社会参加の機会が多いと予防効果が高まるとされています。また、健康づくり実態調査では、生きがいや充実感を感じる人ほど、健康状態がよいという結果であり、趣味や仕事、人との交流などで生きがいや充実感を感じる人が多い状況となっています。

第2次計画において、市民が健康を意識せずに自然と健康に望ましい行動がとれるよう、社会参加や外出機会の創出、人との交流の場の拡大などの取組を行ってきましたが、目標達成には至っていない状況です。

このことを踏まえ、引き続き、社会参加等の取組を通じ、市民が自然と健康に望ましい行動がとれる環境づくりを推進し、生活習慣病予防や介護予防につなげる必要があります。

《課題2》

生活習慣の改善や健康づくりに向けた健康意識を向上させるための取組の推進

市民の健康寿命の延伸には、死亡原因や要介護の原因として多い循環器疾患などの生活習慣病の発症予防は重要となります。発症リスクが高まる前の若い世代から生活習慣病予防の基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動などの生活習慣の改善や健康づくりに取り組むことが必要です。

健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、健康に関する記事や番組などに関心があると回答した人は、25～64歳が約7割、65歳以上が約8割です。さらに健康のために必要と思うことについては、いずれの年齢区分も食事、運動、休養・睡眠と回答した人が多い状況です。

しかし、健康づくり実態調査における食事や運動の取組状況では、バランスのよい食事を3食食べている人は約3割、健康のために定期的に運動を行

っている人は約4割であり、健康に対する関心や望ましい生活習慣の認識があっても、実際の行動につながっている人の割合は低い状況です。また、健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における健康情報の理解や活用については、入手した健康情報を理解している人は約5割で、そのうち、情報を自身の健康にいかしている人は約5割です。

この結果から健康への関心を持ち、健康情報を入手しても、約半数の人は理解を深めて自身の健康にいかすことができていないと言えます。

健康意識の段階に合わせて、市民が気軽に健康情報を入手し、自身の健康にいかせるよう、日常生活の中で外出頻度の高い場所や集いの場などでの啓発活動、ICTを活用した情報発信など、様々な場面、方法での取組を強化する必要があります。さらに、市民の健康意識を高めるだけでなく、入手した健康情報を正しく理解し、生活習慣の改善などの行動変容につなげられるよう、健康意識の段階やライフステージに応じた健康教育の実施とともに、民間企業等と連携した健康づくりを推進する必要があります。

《課題3》

病気等の早期発見、早期介入、重症化予防の推進

悪性新生物や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が主な死亡原因となっています。令和4年度疾病別一人当たり医療費においても、国民健康保険被保険者、後期高齢者医療被保険者のいずれも悪性新生物や循環器疾患などの生活習慣病が高額となっており、重症化してから医療受診している可能性が考えられます。また、令和4年度年齢階層別一人当たり医療費では、年齢が高くなるほど上昇し、特に55歳以降、高額になっています。

さらに、循環器疾患などの危険因子となる高血圧や糖代謝異常、脂質異常については、特定健康診査等の結果、有所見となる人の割合が、4割から7割程度に推移しており、特に糖代謝異常は年々増加傾向です。

生活習慣病の重症化を予防するためには、発症リスクが高まる前の若い世代からの健（検）診や保健指導による疾患の早期発見、早期介入とともに、重症化リスクの高い人に対する早期治療及び治療継続の働きかけが重要です。

これに対し、健（検）診受診率や保健指導の利用が伸び悩んでいる現状があるため、市民の健康意識や行動様式に合わせた効果的な受診勧奨や保健指導の実施などの取組を強化する必要があります。

健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、健康のための行動維持の要因について、「体の変化を感じる」、「健康診断の結果が良くなる」、「体重計・血圧計などの数値が良くなる」と回答した人が多い状況です。

この結果から健康状態の改善を実感することが行動維持につながりやすいと考えられます。市民に対し、健康状態及び取組成果を可視化することにより、健康に関する気づきの促しや改善意欲の向上、行動維持につながる効果が期待され、健診、医療レセプト等のデータや ICT の活用など、個々の状態に合わせた効果的な保健指導を実施する必要があります。

要介護認定の原因疾患についても、循環器疾患が多い状況であり、加えて加齢による生活機能低下が影響する認知症や関節症、骨折などが上位となっています。要支援、要介護につながる疾患の早期発見、早期介入、重症化予防とともに、生活機能低下の入口であるフレイルの早期発見、早期介入も重要です。あわせて、生活習慣病等全身の健康に影響を及ぼす心の健康づくりや歯と口腔の健康づくりも含めて、保健事業と介護予防事業の一体的な取組を行う必要があります。

注2) フレイル：健康と身体機能障害の中間であり、適切な介入により改善可能である多面的な加齢による虚弱の状態

第3章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

《目指す姿》

「誰もが生涯にわたり、健康で心豊かに暮らす」

「誰もが生涯にわたり、健康で心豊かに暮らす」を基本理念とし、市民一人一人が主体的に健康づくりに取り組み、いつまでも健康で生きがいを持ち、心豊かに暮らしていくことを目指します。

2 基本施策

基本理念に掲げた目指す姿の実現に向けて、以下の3つの基本施策を設定し、健康増進に取り組みます。

《基本施策と方向性》

注4 ポピュレーションアプローチ (ゼロ次予防)	【基本施策1】社会とのつながりを通じた健康づくり - 健康づくりを意識せずとも、日々の楽しみ事や日常生活を送る上で必要な行為から、自然と健康になれる行動につながる環境づくりを推進する。 - 住民同士の支えあいや緩やかな見守り、声かけ等を通じて、誰もが社会とつながり続ける仕組みづくりを行う。
注4 ポピュレーションアプローチ (一次予防)	【基本施策2】ヘルスリテラシー^{注3}の醸成及び向上のためのアプローチ 個人の健康意識やライフステージ(子ども～高齢期まで)の段階に応じた、ヘルスリテラシーの醸成及び向上のための取組を実施する。 ※ヘルスリテラシー：「自分にあった健康情報を探して、理解し、評価した上で、使える力」
注5 ハイリスクアプローチ (二次予防・三次予防)	【基本施策3】健康リスクに応じた個別支援 (早期発見・早期介入・重症化予防) - 潜在的な健康リスクを持つ人への個別支援を行う。 - 疾病や加齢による心身機能の低下などリスクが顕在化した人への個別支援を行う。

注3) ヘルスリテラシー：健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、及び実践能力のこと。

注4) ポピュレーションアプローチ：集団全体を健康な状態に移行させるため、多くの人々が少しずつ疾患等の危険要素を軽減できるよう環境整備などで働きかけること。

注5) ハイリスクアプローチ：疾患等を発生しやすい健康に対する高い危機要素を持った人に対し、それを減らすよう支援していくこと。

基本施策1 社会とのつながりを通じた健康づくり

市民が、心身ともに健康かつ生きがいを感じながら豊かな生活を営むためには、生活習慣病や要介護状態になることを予防する必要があります。

生活習慣病及び要介護リスクであるフレイルを予防するには、「身体活動・運動」、「栄養・食生活」、「社会参加」が重要とされています。

市民が健康づくりを意識せずに、集いの場・イベント等への外出、趣味活動・ボランティア・就労等の社会参画、共食機会への参加を通じて、日常生活における身体活動量の増加や栄養バランスのよい食生活、人との交流を促し、自然と健康に望ましい行動がとれる環境づくりを推進します。

取組に当たっては、地区組織や関係機関、民間企業等と連携し実施します。

基本施策2 ヘルスリテラシーの醸成及び向上のためのアプローチ

死亡原因や要介護の原因として多い循環器疾患などの生活習慣病の発症予防は重要です。生活習慣病予防の基本要素となる「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・睡眠」、「飲酒」、「喫煙」の5つの分野ごとに、市民一人一人の生活習慣の改善や健康づくりを推進します。

健康意識の段階に合わせて、市民が気軽に健康情報を入手することで、健康意識を高めるとともに、生活習慣の改善などの行動変容につなげられるよう、日常生活における外出先や集いの場などでの啓発活動、ICTを活用した情報発信など、様々な場面、方法での取組を実施します。

さらに、民間企業や関係機関等と連携し、健康意識の段階やライフステージに応じた健康教育の実施等、健康づくりを推進します。また、食や運動の啓発活動等を通じ、子どもの頃からの運動習慣の獲得や肥満予防、女性の健康、高齢者の健康に関するライフコースアプローチに取り組みます。

基本施策3 健康リスクに応じた個別支援(早期発見、早期介入、重症化予防)

市民の健康寿命の延伸には、主な死亡原因である悪性新生物や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病の予防及び重症化予防は重要です。あわせて、これらと関連の深い歯・口腔の健康やこころの健康、生活機能の維持・向上に関する健康づくりも重要となります。このことを踏まえ、「悪性新生物」、「生活習慣病」、「歯・口腔の健康」、「こころの健康」、「高齢者の健康」の5つの健康リスクに重点を置き、疾患の予防や重症化予防の取組を推進します。

生活習慣病の予防については、発症リスクが高まる前の若い世代からの疾患の早期発見が重要であり、市民の健康意識や行動様式に合わせた効果的な健(検)診の受診勧奨を行います。また、循環器疾患などの危険因子となる高血圧や糖尿病などの重症化リスクの高い人に対しては、医療への受診勧奨を行い、早期治療、治療継続の働きかけを強化します。

さらに、生活習慣病の発症及び重症化リスクの高い対象者に対しては、健康

に関する気づきを促すとともに、改善意欲の向上、健康行動の維持につなげられるよう、健診、医療レセプト等のデータや ICT 等の活用により、健康状態及び取組成果を可視化し、個々の状態に合わせた保健指導の取組を実施します。

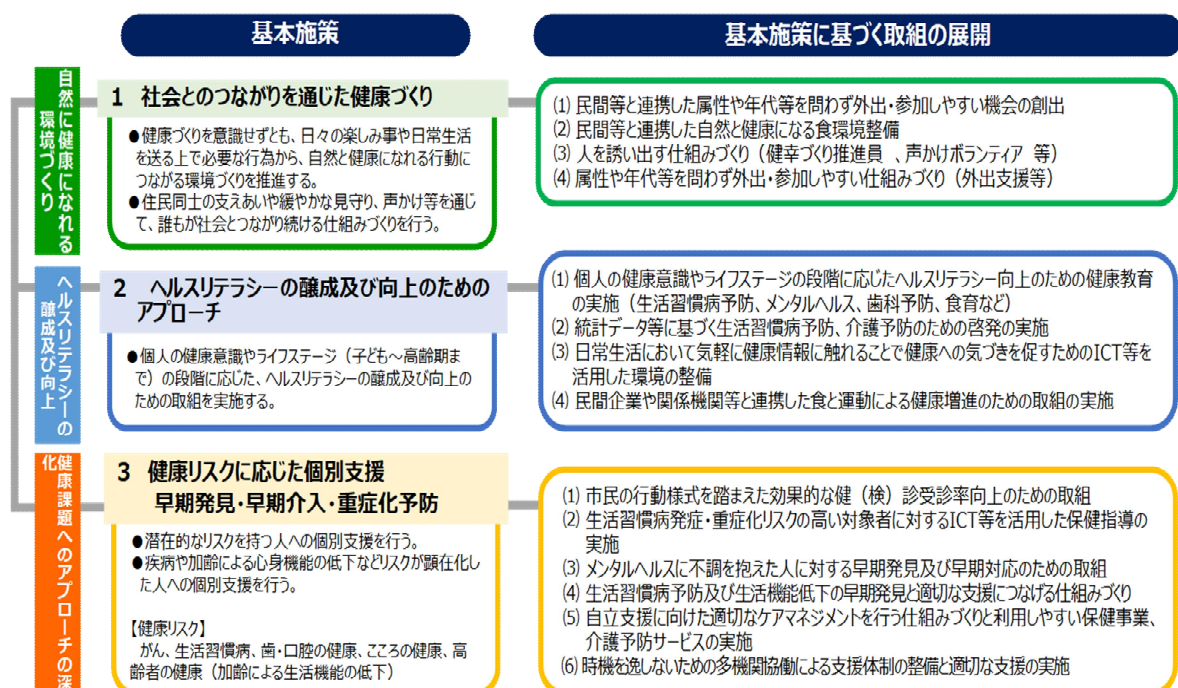
要介護状態になる原因疾患についても、循環器疾患が多く、加齢による生活機能低下が影響する認知症や関節症、骨折等が多い状況です。要介護等につながる疾患の早期発見、早期介入、重症化予防とともに、生活機能低下の入口であるフレイルの早期発見、早期介入の取組を推進します。取組に当たっては、保健事業と介護予防事業を連動させ、一体的に実施します。

要介護者等のサービス利用に当たっては、運動器の機能、認知機能及び口腔機能の維持向上に加え、医療の知識に基づく適切なサービスを組み合わせて支援します。あわせて、自立支援に資するケアマネジメント及びサービス提供を行う体制を確保するため、ケアマネジャーを始めとする介護サービス事業所職員の意識や知識の向上を図ります。

3 基本施策の最終評価

基本施策の成果を測るための最終評価指標は、「平均寿命と健康寿命との差」とし、計画終了時に各協議会において最終評価を行います。

4 施策の体系



5 計画の推進体制

(1) 自助・互助・共助・公助による推進体制

《自助(個人の役割)》

個人は健康の大切さを改めて自覚し自ら主体的に学び、健康づくりの取組を実践することが重要です。

《互助(家族、友人、職場の役割)》

家族は最も身近な存在で信頼し合う関係であり、友人も同様に心を許し信頼し合う関係です。このような関係性を大切にし、互いに協力し励まし合いながら楽しんで健康づくりに取り組むことが家族や友人の役割です。

また、職場は働き盛りの世代が多く時間を過ごす場所です。保険者とともに健康診査や健康づくりの取組を推進することが職場の役割です。

《共助(地域コミュニティの役割)》

身近な地域は市民が日々生活を営む場です。家に閉じこもらず外に出掛けたいようになるように、地域住民同士の交流を促進し、楽しく集い、地域のつながりを築いていくことが地域コミュニティの役割です。

《公助(行政の役割)》

行政は、市民一人一人が意識せず、又は意識して健康づくりに取り組むことができるように環境を整え、様々な健康情報や正しい知識を発信し、市民の健康づくりをサポートし、健康を守ることが役割です。

(2) 関係機関・団体、民間企業、庁内関係部署との連携による推進体制

市は、保健医療関係団体、医療保険者、職域関係団体、健康関連民間事業者、教育機関、スポーツ関連団体、地区組織などと連携するとともに、庁内関係部署との連携を密にし、市民の健康づくりを推進します。

第4章 基本施策に基づく取組の展開

1 社会とのつながりを通じた健康づくり

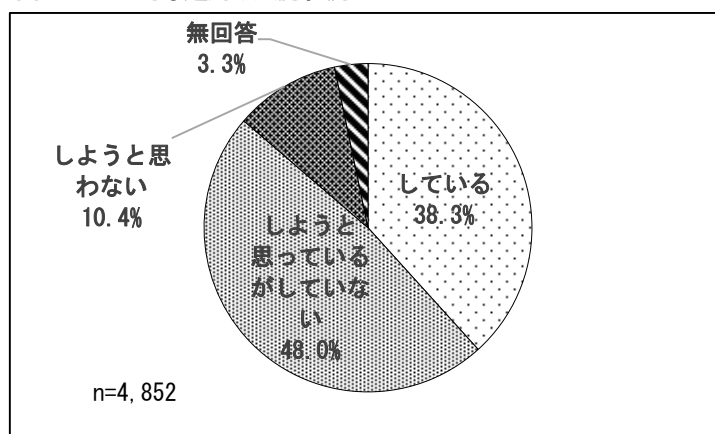
健康づくりを意識しなくとも、日々の楽しみや日常生活を送るうえで必要な行為から、自然と健康になれる行動につながる環境づくりを推進します。

また、住民同士の支え合いや緩やかな見守り、声掛け等を通じて、誰もが社会とつながり続ける仕組みづくりを行います。

(1) 現状

定期的な運動の実施状況についての調査では、実際に運動しているのは4割の人であり、5割の人は運動に対して意識はあるものの取り組めていない状況にあることがわかります。(図 26)

図 26 定期的な運動の実施状況

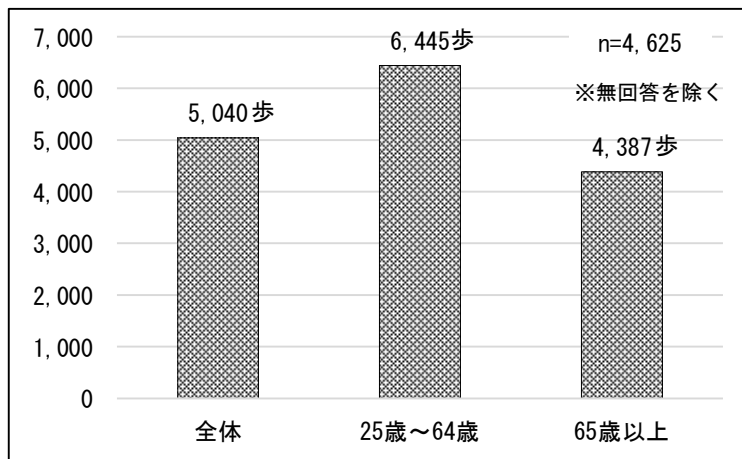


資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

身体活動・運動の推奨値は、成人が1日8,000歩、高齢者が1日6,000歩とされており、そこには歩行だけでなくそれと同等の身体活動も含まれます。(厚生労働省健康局「健康づくりのための身体活動基準2013」参照)

仕事、家事、運動を含む一日の平均歩数に関する調査では、三条市の成人の平均が6,445歩、高齢者の平均が4,387歩となり、いずれも推奨値には至らない結果となっています。(図 27)

図 27 1日の平均歩数（仕事、家事、運動を含む）

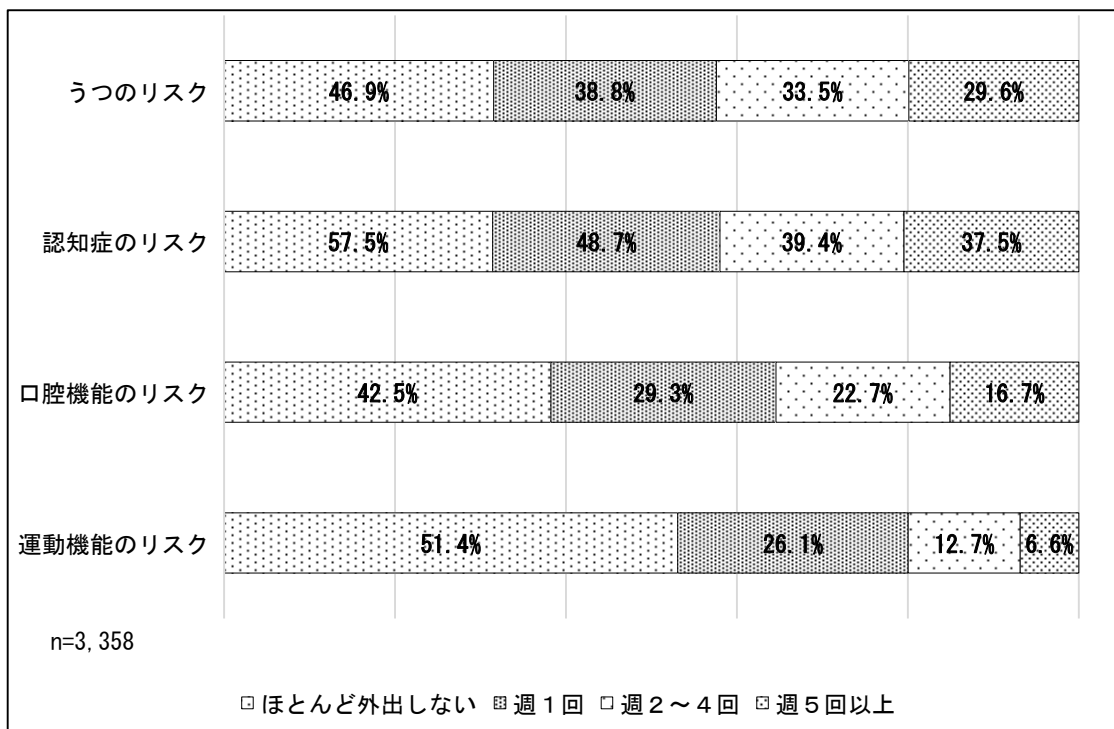


資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

一方で、外出頻度が低い人ほど、各種健康リスクが高い傾向にあり、社会とのつながりと健康状態には関連性があると考えられます。（図 28）

これらのことから、意識的に健康づくりに取り組むことが難しくとも、日常生活の中で社会とのつながりを持つことにより、意識せずとも歩くことにつながりなど自然と健康になれる環境づくりを推進することが重要と言えます。

図 28 外出頻度と健康状態の関係



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

社会とのつながりを持つためには、社会参画活動への参加が効果的ですが、高齢になり第一線を引退すると、社会参画活動への参加機会が減少する傾向にあります。

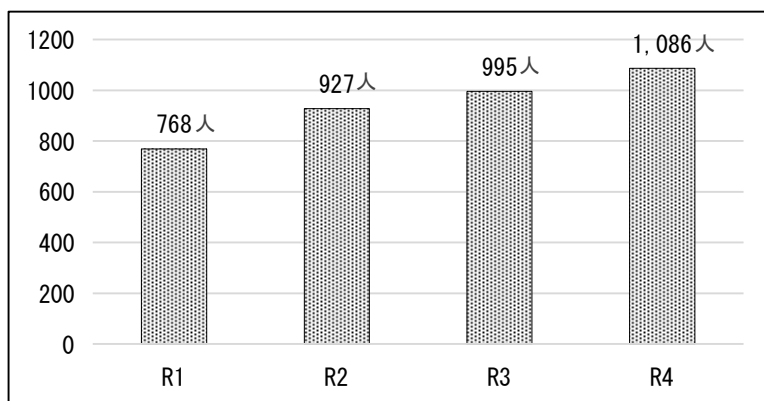
高齢者の社会参画活動を推進するため、社会参画活動に関する総合的な支援の実施、無関心層などを対象とした社会参画活動への誘い出し、そして、外出・交流機会の拡大を図る場の創出などを主な取組として行っています。

社会参画活動に対する総合的な支援の取組としては、セカンドライフ応援ステーションを設置し、ボランティアや就労などの社会参画活動に関する相談対応や活動へのマッチング、外出促進のためのイベント・講座情報の提供を行っています。

同ステーションへの登録者数は年々増加しており、高齢者の社会参画機会の提供に一定の成果が見られています。また、有償ボランティア活動をはじめとする社会の中での役割を持った活動を行うことでやりがいにつながり、こころの健康の維持・向上にもつながっています。

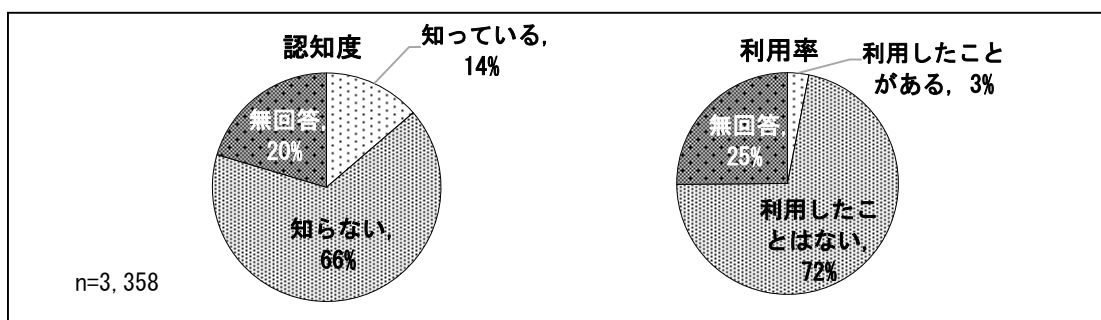
しかし、同ステーションの認知度及び取組への参加割合については、いまだ低い状況にあります。(図 29-1)(図 29-2)

図 29-1 セカンドライフ応援ステーション登録者の推移



資料：セカンドライフ応援ステーション情報管理システム

図 29-2 セカンドライフ応援ステーション認知度及び利用率



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

無関心層などを対象とした社会参画活動への誘い出しの取組としては、健康づくり推進員や食生活改善推進委員、スポーツ推進委員など、各方面から身近な人に対する健康づくりに関する活動への誘い出しや健康情報の周知などを実施しています。

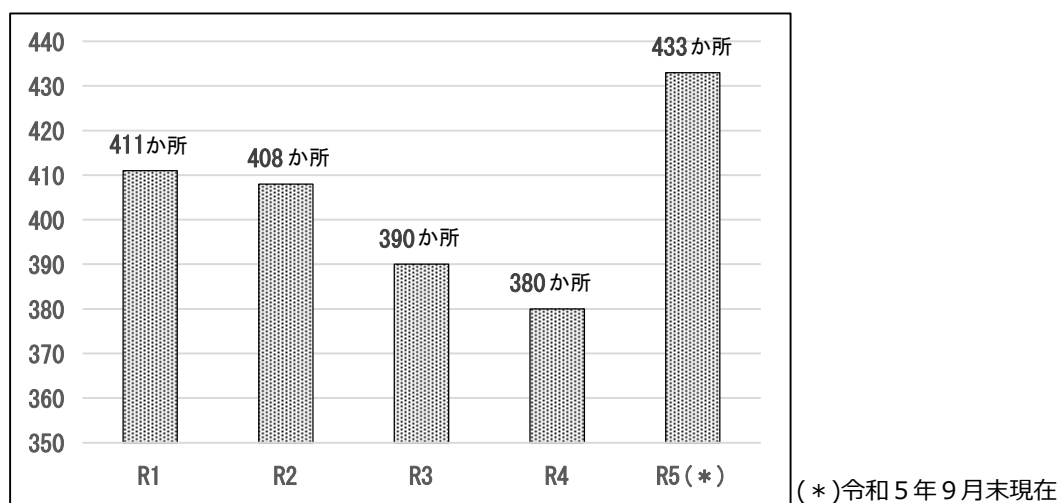
健康づくり推進員による活動においては、セカンドライフ応援ステーションが発信するイベント・講座情報を活用するなど、各機関と連携することで、効果的な情報発信を図っています。

外出・交流機会の拡大を図る場の創出の取組としては、高齢者などが定期的に集い、交流する「集いの場」の立ち上げや継続の支援を行っています。

集いの場については、高齢者の交流の場にとどまらず、対象を問わない一体的な地域づくりの場や低栄養予防のための共食機会の提供の場など、その役割が広がっています。

開設状況については、令和3～4年度はコロナ禍の影響により集いの場を廃止する団体も多く、一時は減少傾向にありましたが、令和5年度から増加に転じています。(図30)

図30 集いの場の箇所数の推移

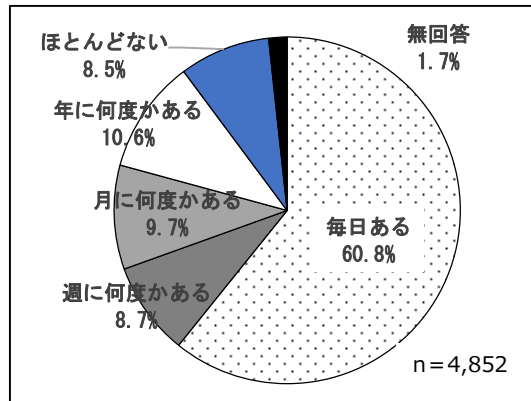


また、地域の支え合い体制づくりの促進のため、地域包括支援センターが旗振り役となり、高齢者のみならず、障がい者、生活困窮者、子育て世代の親子など、対象を問わず参加できる一体的な地域づくりに取り組み始めています。

集いの場においては、食生活改善推進委員の協力のもと試食を提供するなど、共食の定着に向けた取組も進めていますが、誰かと一緒に食事をする頻

度の調査では、共食機会が週1回以下の人は約3割です。(図31)

図31 誰かと一緒に食事をする頻度



資料：令和5年度 健康づくり実態調査、
令和5年度 介護予防・日常生活圏域
ニーズ調査

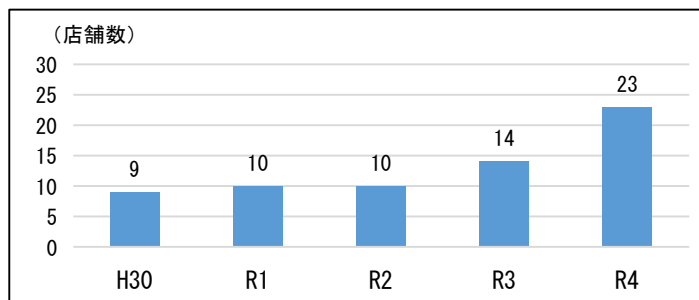
なお、共食については、集いの場での取組のほか、ステージえんがわにおいて定期市と同日に開催する「あさイチごはん」や三条別院が実施するイベントと連携した取組などを行い、気軽に共食できる機会を提供しています。

また、無関心層が意識せずとも適切な塩分の食生活を送れるような食環境整備にも取り組んでいます。

令和4年度セット健診における推定尿中塩分摂取量調査結果では、厚生労働省が示す1日分の塩分摂取目標値（男性7.5g未満、女性6.5g未満）より高く、男性は8.7g、女性は8.5gです。自ら健康づくりに積極的に取り組む人だけでなく、健康への関心が低い人を含む、幅広い層に対してアプローチを行うため、民間企業等と連携して減塩の食環境整備を進めています。

(図32)

図32 食環境整備に協力する民間企業等の店舗数

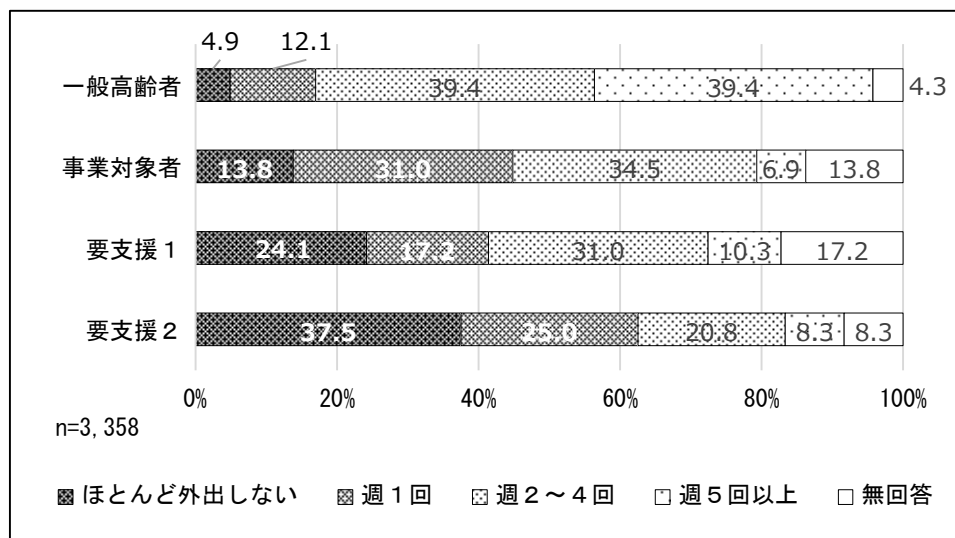


資料：こっそり減塩作戦協力企業及びスマートミール認証企業数

このように、自然と健康になれる環境を整備するため、社会参画・外出促進に係る取組を中心として様々な取組を展開していますが、高齢者の外出頻度に関する調査では、要支援者・事業対象者の人の外出頻度は週1回以下の

人が4割以上となり、一般の高齢者と比べて外出頻度が大きく下がるということがわかっています。(図 33)

図 33 高齢者の外出頻度



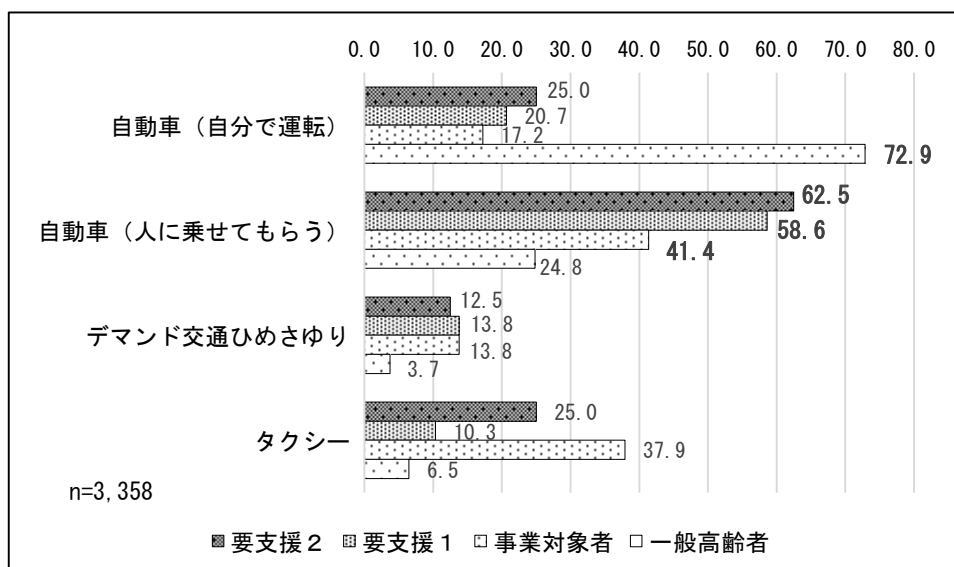
資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

また、日常生活における移動手段について、要支援者・事業対象者と一般の高齢者を比べると、要支援者・事業対象者は、自動車での移動に関して自分で運転する人の割合が低く、人に乗せてもらう割合が高くなっています。

(図 34)

移動支援につながる取組として、デマンド交通を活用した移動を推進していますが、デマンド交通のバス停まで歩行困難な要支援者・事業対象者も多いことから、身体の機能が衰えたとしても、社会とのつながりを持ち続けることができるよう、移動支援の取組を検討する必要があります。

図 34 高齢者の移動手段



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域二ズ調査

(2) 課題

- 意識せずとも歩ける環境の整備及び社会参画機会の更なる拡大のため、民間企業等を含めた地域の団体等と連携を図り、属性や年代等を問わず、外出・参加しやすい機会を創出することが必要です。
- 日々の楽しみとして、多様な形で気軽にスポーツや運動に親しむ機会や環境の充実が必要です。
- 社会参画活動に対する総合的な支援を進めるため、セカンドライフ応援ステーションの取組の周知を図る必要があります。
- 集いの場に関して、開設箇所数は増加しているものの、コロナ禍や参加者の高齢化などの理由により、集いの場を廃止した地区があることから、新たな集いの場を創出するための支援が必要です。
- 地域の支え合い体制づくりの促進のため、年代や属性などを問わない地域の支え合いの場の創出や継続に向けた支援が必要です。
- 集いの場に共食の取組を定着させるため、取組に意欲的な集いの場を把握するなど、実施に向けた効果的な働きかけが必要です。
- 無関心層への働きかけに関して、取組の主体となる健幸づくり推進員、食生活改善推進委員、スポーツ推進委員の増員に課題があり、活動範囲の拡充が難しいことから、効果的に情報を伝達するための手法の検討が必要です。
- 健康に対する関心の有無に関わらず、自然と健康になれる食環境を整備するため、民間企業等と連携し、取組の更なる拡大を進める必要があります。
- 市関係課が行う公共交通施策と調整を図りながら、高齢者の移動支援の取組を検討する必要があります。

(3) 計画期間の取組目標

- 意識せずとも歩く環境を整備し、1日の平均歩行数を増やします。
- 社会参画機会拡大に向けた活動の拡充及び高齢者に対する移動支援の効率的な仕組みの構築等により、何らかの活動に週1回以上参加している人の割合を増やします。
- 定期的な共食の機会を増やし、楽しみながら栄養バランスを整えられる環境を整備することで、共食の機会が週1回以上の人の割合を増やします。
- 自然と健康になれる食環境整備を進めるため、取組に協力する民間企業等の数を増やします。
- 様々な主体による集いの場の拡大・充実等により交流機会を拡大し、人とのつながりを醸成します。
- 年代や属性などを問わない地域の支え合いの場を支援し、社会的に孤立する人のいない地域づくりを進めます。

(4) 評価指標

指標	現状値(R5年度)	目標値
1日の平均歩行数 (歩行と同等の身体活動を含む)	5,040 歩 (成人、高齢者平均値)	5,300 歩
週1回以上社会参画活動を行っている者の割合	40.5%	43.5%
共食の機会が週1回以上の者の割合	69.5%	75.0%
食環境整備に協力する民間企業等の店舗数	23 店舗	45 店舗
集いの場の数	433 か所 (R5.9 月末現在)	550 か所
地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合	—	増加 令和8年度以降に設定

(5) 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

民間等と連携した属性や年代等を問わず外出・参加しやすい機会の創出	取組主体
外出・交流機会の拡大のための集いの場の立ち上げ・継続支援の実施	高齢介護課
出前講座の実施、出張メニューの提供及び介護予防レクリエーションの普及等による集いの場への活動支援	健康づくり課 高齢介護課
有償ボランティア活動を通じた社会参画活動の推進	高齢介護課
トッパスリートを間近で観る機会等を通じた外出機会の創出、スポーツや運動に取り組むきっかけづくり	健康づくり課
スポーツレクリエーション、ユニバーサルスポーツ、e スポーツを活用した多様な形で気軽にスポーツや運動に親しむ機会の提供、交流機会の拡大	高齢介護課 健康づくり課
民間等と連携した自然と健康になれる食環境整備	取組主体
定期的な共食機会の提供及び集いの場における共食の推進	健康づくり課
市内スーパー等と連携した減塩メニューの提供	健康づくり課
食育メール、クックパッド等を活用した食に関する啓発	健康づくり課
人を誘い出す仕組みづくり	取組主体
健康情報及びイベント・講座情報など社会参画活動に関する情報発信	健康づくり課 高齢介護課
社会参画活動のニーズに応じた活動へのマッチングの実施	高齢介護課
健幸づくり推進員、食生活改善推進委員、スポーツ推進委員の育成及び養成講座の実施	健康づくり課
属性や年代等を問わず外出・参加しやすい仕組みづくり	取組主体
認知症や精神障がい等に対する偏見等をなくす地域住民の理解促進の取組の実施	高齢介護課
多分野への地域共生社会に関する意識啓発による既存の活動の活用	高齢介護課
高齢者等の移動支援に係る環境整備	高齢介護課 環境課

【個人の取組(自助)】

意識せず健康づくりに取り組む（記載無し）

【家族、友人、職場の取組(互助)】

誘い合って社会参画活動に参加する。

共食の取組により、栄養バランスを整える。

年代、属性を問わず人との交流の機会を持つ。

【地域コミュニティの取組(共助)】

社会的に孤立する人のいない地域づくりの推進

（取組主体）

自治会長協議会、民生委員児童委員協議会、地域コミュニティ

健康づくりに関する活動への誘い出しや健康情報の周知等の実施

（取組主体）

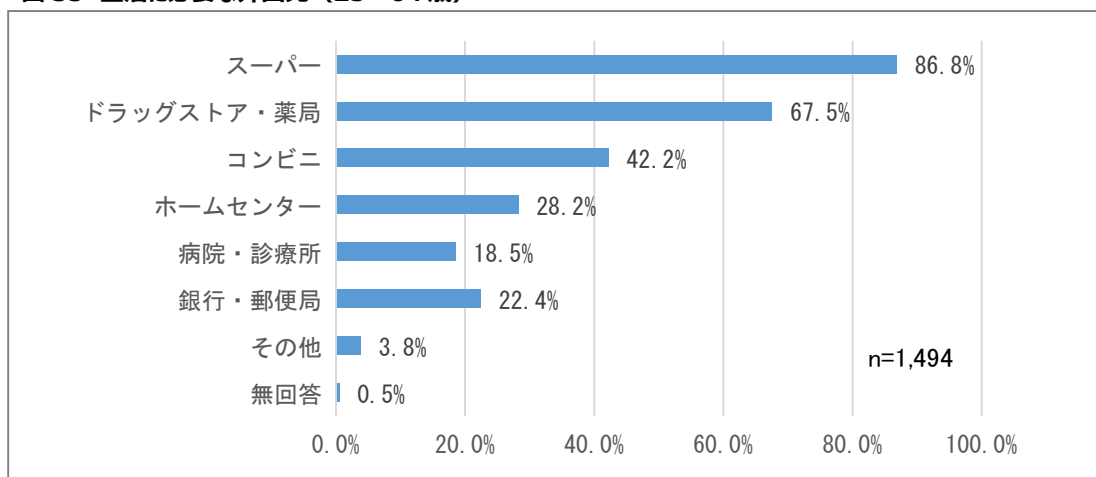
健幸づくり推進員、食生活改善推進委員、スポーツ推進委員

2 ヘルスリテラシーの醸成及び向上のためのアプローチ

死亡原因や要介護の原因として多い循環器疾患などの生活習慣病の発症予防は重要です。生活習慣病予防の基本要素となる「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・睡眠」、「飲酒」、「喫煙」の5つの分野ごとに、子どもの頃からの運動習慣の獲得や肥満予防、女性の健康など、ライフコースアプローチも含め、市民一人一人のヘルスリテラシーを高めて、生活習慣の改善や健康づくりの取組を推進します。取組に当たっては、健康意識の段階やライフステージに合わせて、市民の日常生活における外出先（図 35、36）や集いの場などでの啓発、ICT を活用した情報発信、民間企業等との連携など、様々な場面、方法で実施します。

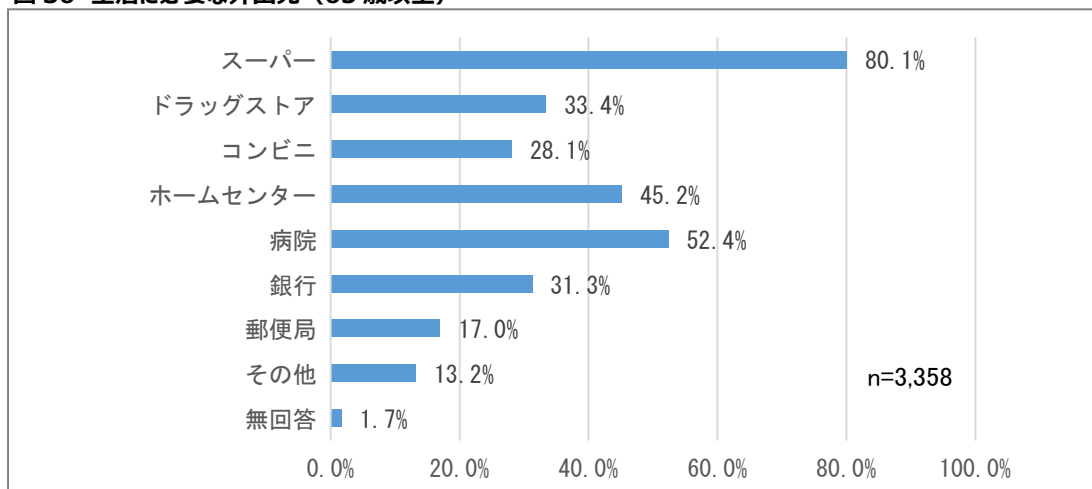
【日常生活における外出の状況】

図 35 生活に必要な外出先（25～64 歳）



資料：令和5年度 健康づくり実態調査

図 36 生活に必要な外出先（65 歳以上）



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(1) 栄養・食生活

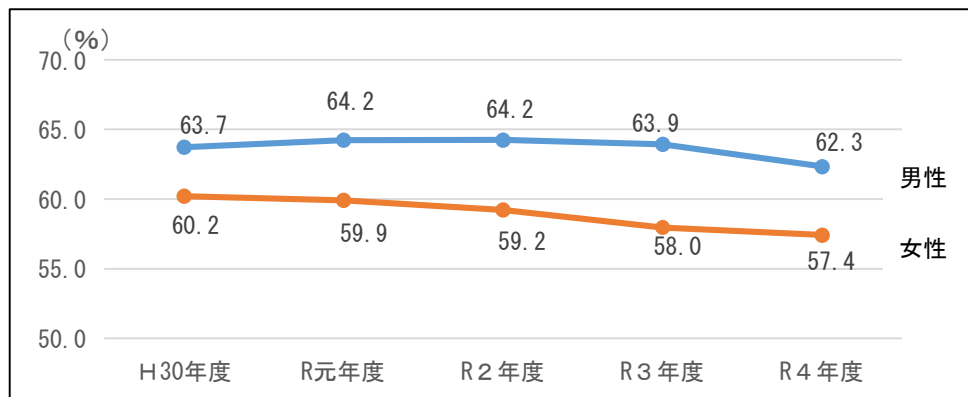
栄養・食生活は、生命の維持に加え、子どもたちが健やかに成長することや、人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みです。また、生活習慣病の予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。さらに、個人の行動と健康状態の改善を促すための健全な食生活を支える食環境の改善と併せて進めていくことも重要です。

ア 現状

適正体重を維持している人の割合は、令和4年度では男性が62.3%、女性が57.4%と約6割です。男女ともに平成30年に比べて減少しています。

(図 37)

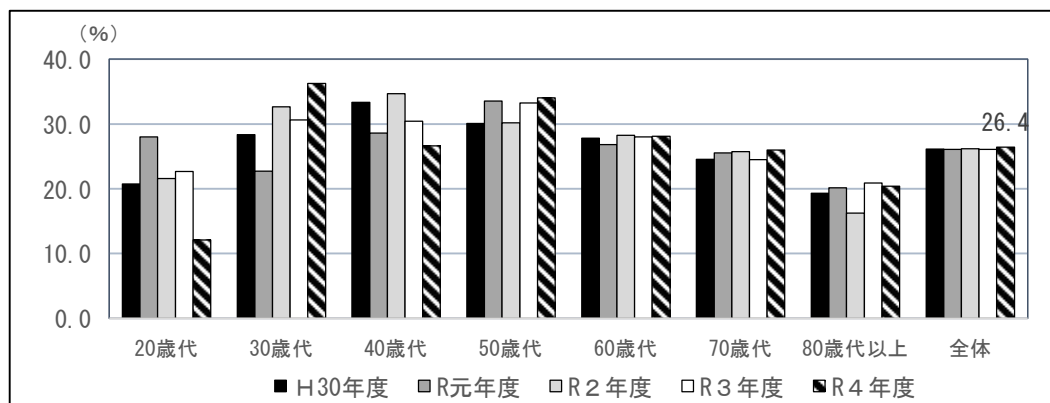
図 37 適性体重を維持している人の割合



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査、後期高齢者健康診査

肥満者の割合は、女性よりも男性が多く（P10 図 11）、特に30～50歳代では各30%程度と他の年代に比べて高い割合です。（図 38）

図 38 年代別肥満者の割合の推移（男性）



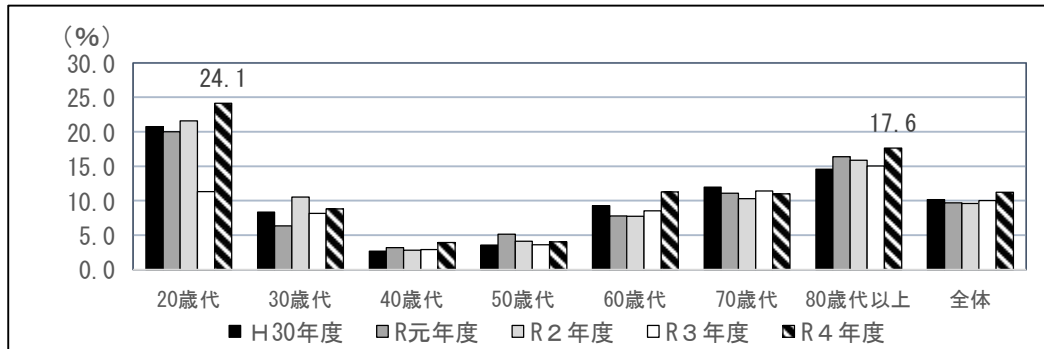
資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査、後期高齢者健康診査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

20 歳代ではやせの割合が多く、令和 4 年度では男性が 24.1%、女性が 26.1%であり、他の年代に比べてやせの割合が高いです。(図 39、40)

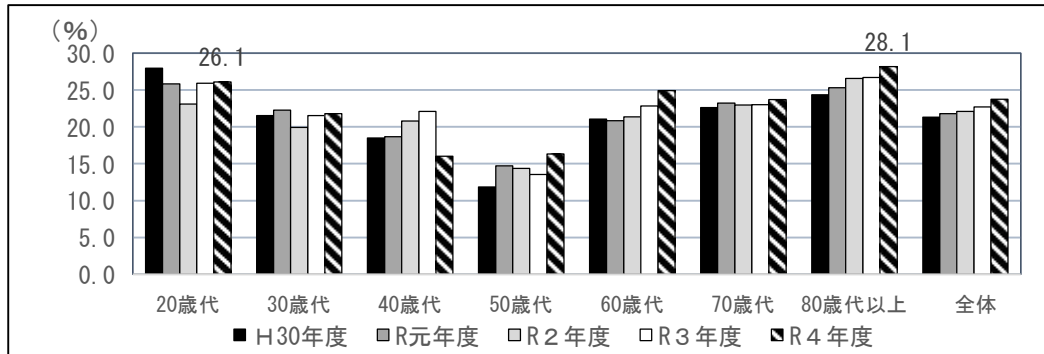
高齢者では、低栄養傾向(BMI20 未満)の人の割合は、男性よりも女性が多く、60 歳代以降で高い割合となっています。

図 39 年代別やせの割合の推移 (男性)



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査、後期高齢者健康診査

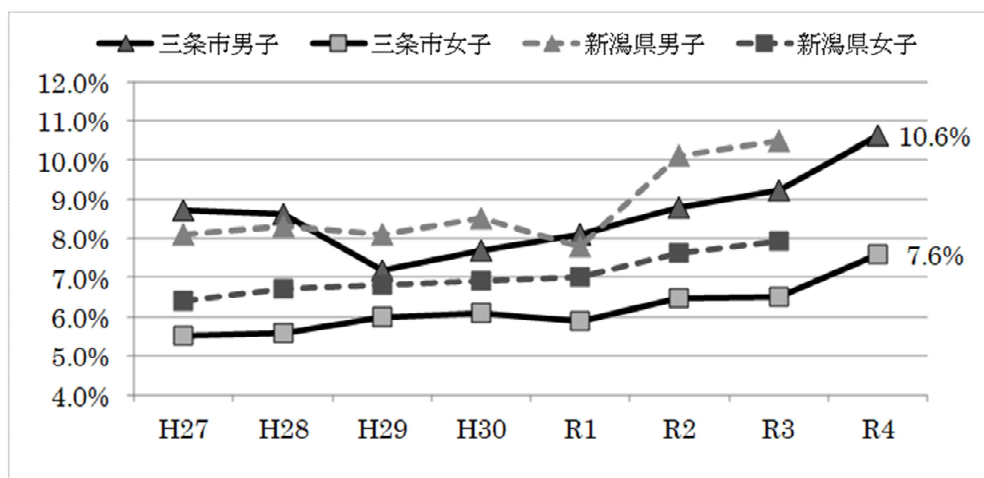
図 40 年代別やせの割合の推移 (女性)



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査、後期高齢者健康診査

小学生における肥満傾向者の推移は、男女とも新潟県平均より低いものの、増加の傾向にあります。(図 41)

図 41 肥満傾向者の推移 (小学校)

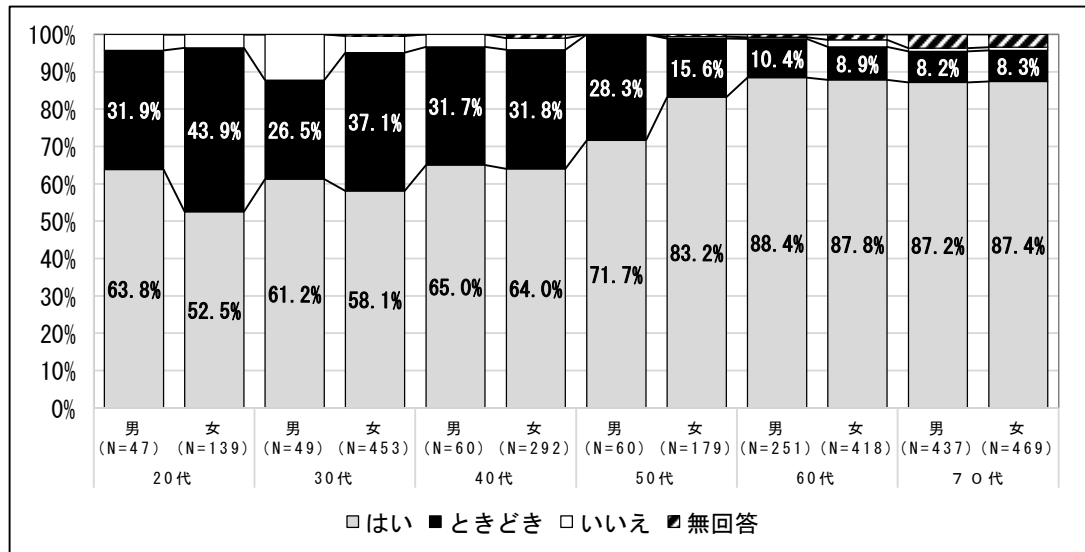


資料：新潟県及び三条市学校保健統計

第4章 基本施策に基づく取組の展開

主食、主菜、副菜をそろえて食べている人の割合は、20～40 歳代が低くなっています。（図 42）

図 42 主食、主菜、副菜をそろえて食べている人の年代別・性別の割合



資料：三条市健康づくりに関するアンケート、食育推進事業アンケート

朝食欠食は男女ともに 40～50 歳代前半で多い傾向にあります。特に 40 歳代女性の朝食欠食者は 3 割を超えています。（図 43、44）

図 43 年代別朝食欠食者の割合（男性）

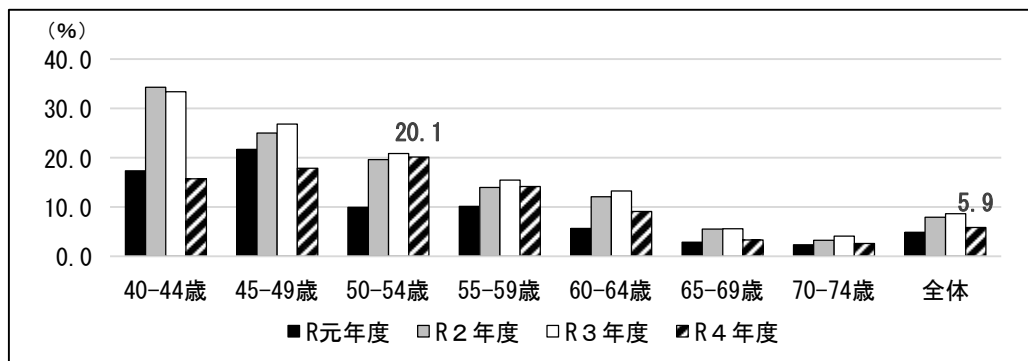
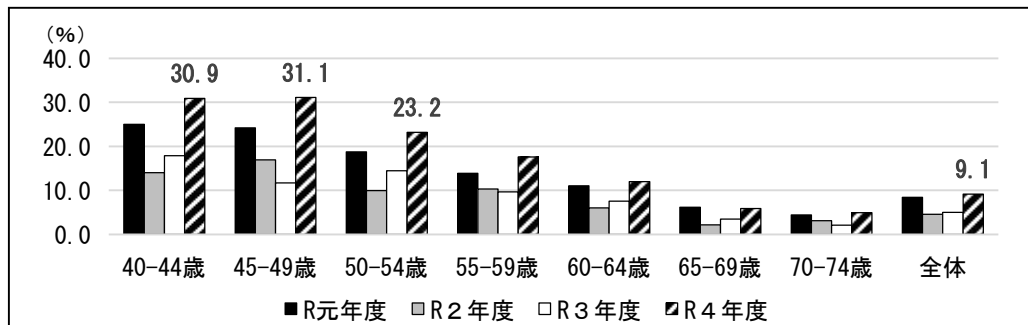


図 44 年代別朝食欠食者の割合（女性）



資料：三条市国民健康保険特定健康診査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

令和4年度のセット健診における推定尿中塩分摂取量調査結果から、塩分摂取量の男性の平均は8.7g/日、女性の平均は8.5g/日です。国の示す塩分目標量(男性7.5g未満、女性6.5g未満)を上回っている人が、男性74.1%(図45)、女性82.4%(図46)となっています。

図45 塩分摂取状況(男性)

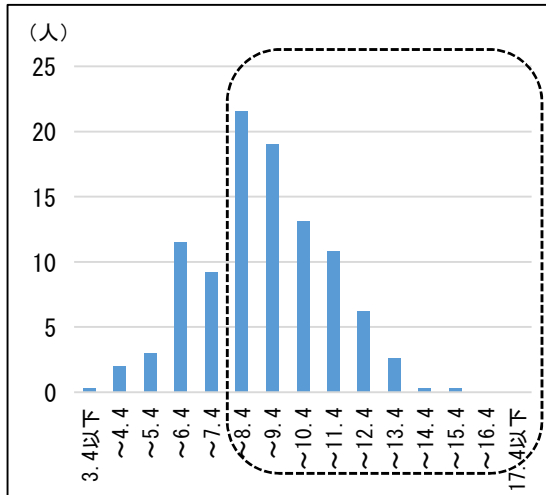
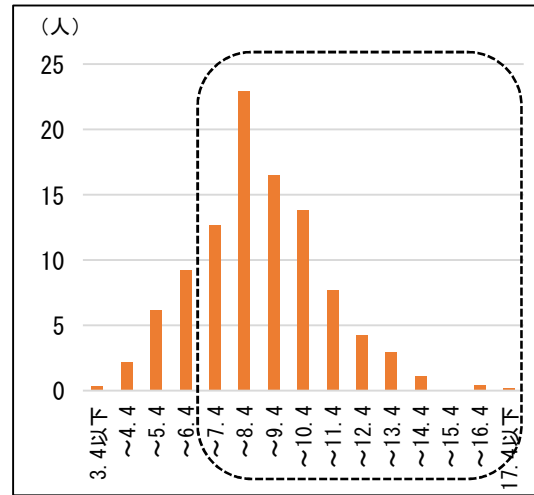


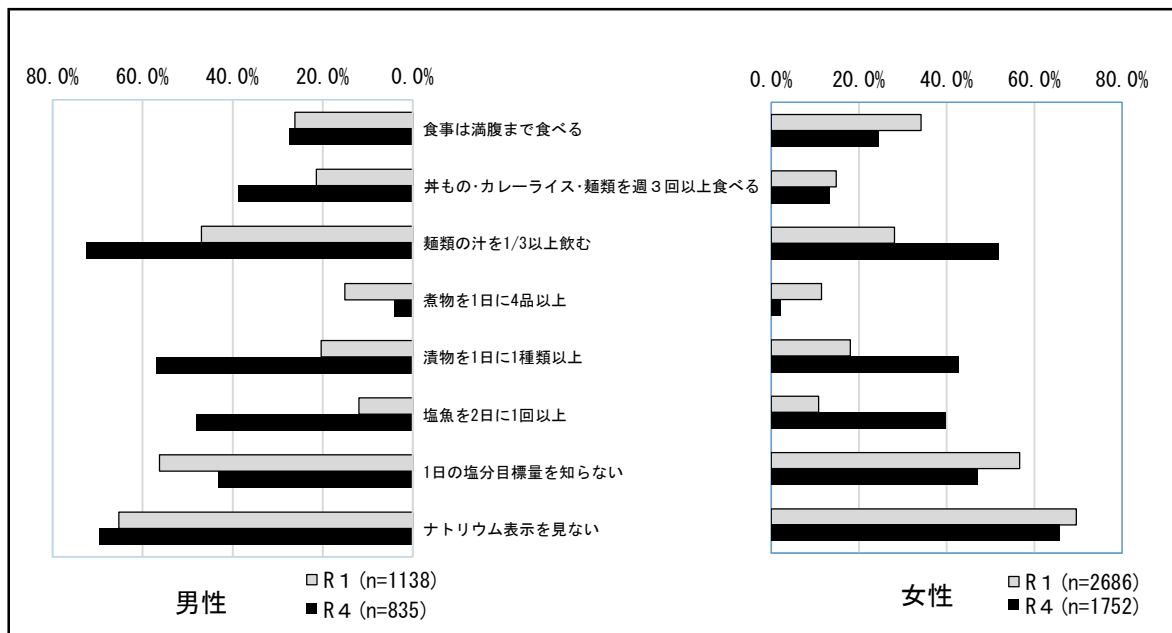
図46 塩分摂取状況(女性)



資料：令和4年度セット健診における推定尿中塩分摂取量調査（調査数760人）

塩分調査と同時に実施した高塩分につながる食習慣チェックリストの集計では、令和元年度と比べて令和4年度に増えている項目は、「麺類の汁を1/3以上飲む」や「漬物を1日1種類以上食べる」、「塩魚を2日に1回以上食べる」となっています。(図47)

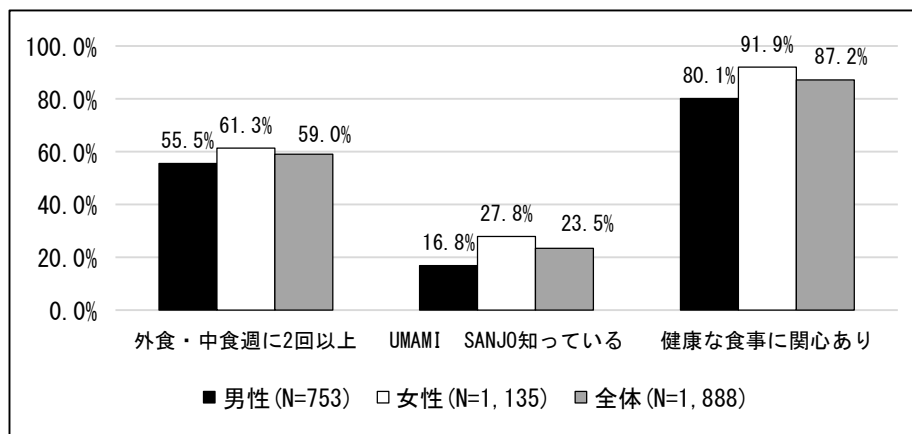
図47 食習慣チェックリストの該当者の割合



資料：健康づくりに関するアンケート及び食育推進事業アンケート

令和4年度のセット健診における食習慣調査と健康づくりに関するアンケートの結果において、健康な食事に関心がある人は男性で8割、女性で9割と高かった一方で、減塩商品のロゴマークである「UMAMI SANJO」を知っている人の割合は2割程度であり、外食や中食^{注6}を週2回以上利用する人は男女合わせて6割程度となっています。(図48)

図48 食習慣調査及び健康づくりに関するアンケート結果



資料：令和4年度セット健診での食習慣調査及び健康づくりに関するアンケート

イ 課題

- 肥満は各種疾病の要因となり、肥満予防が疾病発症の予防につながります。特に、適切な食生活に関する働きかけを行う特定保健指導の対象年齢ではない30歳代に対して取組を行う必要があります。また、大人だけでなく幼少期からの肥満が課題となっています。一方で、若い女性のやせは、骨量の減少や低出生体重児出産のリスク等と関連があり、高齢者のやせは、筋肉量・筋力や骨量が減少することによりフレイル状態に陥りやすくなることから、適性体重を維持している人を増加させる必要があります。
- 主食、主菜、副菜をそろえて食べない人や朝食欠食をする人が若い世代で多くなっています。栄養・食生活は、多くの生活習慣病との関連が深く、また日々の生活の中で生活の質との関連も深いことから、市民の健康及び生活の質の向上を図るために、栄養バランスの整った食事をする人を増加させる必要があります。
- 脳血管疾患の要因となる高血圧を予防するためには、塩分摂取量を減らす必要があることから、健康教育により高塩分につながる食習慣を改善するとともに、自然と適塩の商品が選べるように食環境を整備する必要があります。

注6) 中食：総菜や弁当などの調理済みの食材を買って持ち帰り、職場や家庭などで食べることを。

ウ 計画期間の取組目標

- 主食、主菜、副菜をそろえて3食バランスよく食べることで、生活習慣病やフレイルを予防し、適正体重を維持している人を増やします。
- 将来の生活習慣病を予防するため、児童・生徒への健康教育を行います。
- 市民の塩分摂取量を減らすため、意識啓発のための健康教育や食環境整備を行います。外食や中食での減塩の取組を充実させ、市民に周知します。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
適正体重※を維持している者の割合 ※BMI18.5 以上 25 未満（60 歳以上は BMI20 以上 25 未満）	59.7% 〈参考〉 男性 62.3% 女性 57.4%	63.0%以上
児童・生徒における肥満傾向児の割合	小5 男子 13.2% 〈参考〉 小5 女子 7.0% 中2 男子 8.9% 中2 女子 4.3%	減少
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	(参考値) 76.3% ※主食・主菜・副菜を1日2回以上そろえている者の割合	令和6年度以降に設定
塩分摂取量※セット健診結果	(参考値) 8.5g/日	令和6年度以降に設定
食環境整備に協力する民間企業等の店舗数(再掲)	23 店舗	45 店舗

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

・個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育の実施 ・統計データに基づく生活習慣病予防、介護予防のための啓発の実施	取組主体
健診や保健事業及び出張トークにおいて栄養バランスの良い食事や適塩に関する健康教育の実施	健康づくり課
地産地消推進店における健康な食事（スマートミール）の提供	健康づくり課 農林課
健診における推定尿中塩分摂取量調査及び事後指導の実施	健康づくり課
市内企業に対する食に関する健康教育メニューの提供	健康づくり課
離乳食相談会、保育所食育推進事業、学校食育推進事業における保護者及び子どもの生活習慣病予防のための啓発	健康づくり課 子育て支援課 学校教育課
栄養、口腔講座における低栄養予防の啓発	高齢介護課 健康づくり課
日常生活において気軽に健康情報に触れることで健康への気づきを促すための ICT 等を活用した啓発の実施	取組主体
食育メール、クックパッドを活用した栄養バランスの良い食事の啓発	健康づくり課
チラシの設置や SNS 等を活用した健康情報提供事業による栄養バランスの良い食事の啓発	健康づくり課
民間企業や関係機関等と連携した食による健康増進のための取組の実施	取組主体
共食推進事業におけるフレイル予防の啓発	健康づくり課 高齢介護課
市内スーパーや飲食店等と連携した減塩商品の提供及び周知	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

自分の適性体重を認識し、体重コントロールを実践する。
朝食を毎日食べる。
主食、主菜、副菜をそろえた食事を1日2回以上、毎日食べる。
高塩分につながりやすい食習慣を改善するよう努める。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

極端な食べ過ぎや食事制限をしないよう声掛けを行う。
健康教室等に積極的に参加するよう勧める。
家族や友人と一緒にバランスのとれた食事を食べる。
バランスの良い食事や適塩の食品を選択するよう勧める。

【地域コミュニティの取組(共助)】

地域の人と一緒に食べる共食機会の創出 (取組主体) 自治会長協議会、民生委員児童委員協議会、地域コミュニティ
健康情報の周知等の実施 (取組主体) 健幸づくり推進員

栄養・食生活の内容については、関連計画である「第3次三条市食育の推進と農業の振興に関する計画」に同様の記載をしています。

(2) 身体活動・運動

身体活動量が多い人や、運動をよく行っている人は、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗鬆症、大腸がんなどの罹患率や死亡率が低いこと、また、身体活動や運動が、メンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことが認められています。さらに、高齢者についても歩行など日常生活における身体活動が、寝たきりや死亡を減少させる効果があることが示されています。

こうした健康に対する身体活動や運動の効果についての知識は、市民の間に普及しつつあるものの、運動を実際に行っている人の割合は少ないのが現状です。多くの人が無理なく日常生活の中で運動ができるよう健康意識やライフステージの段階に応じた啓発や実施の方法、環境づくりが必要です。

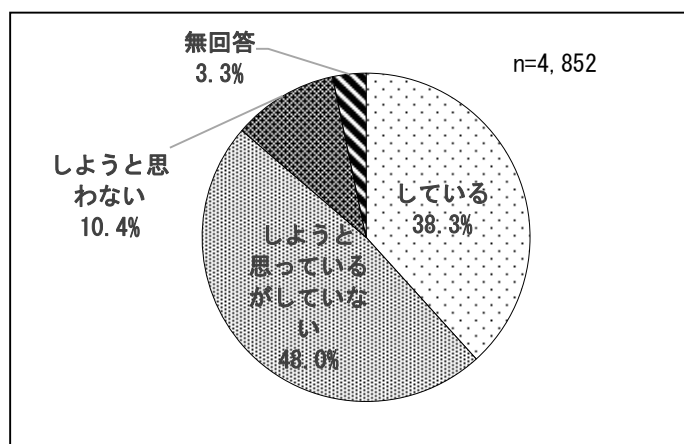
ア 現状

健康のために定期的に運動をしようと思っているが、していない人の割合は48.0%となっており、約半数が運動に対する意識はあるが、行動まで結びついていない状況となっています。(図 49)

世代別では、特に20歳代が61.0%、30歳代が59.9%と若年層の割合が高くなっています。(図 50) 男女別では、男性の45.7%に比べ、女性が50.1%と割合が高くなっています。(図 51)

また、運動をしようと思わない人の割合は10.4%となっています。(図 49) この層へは、社会とのつながりを通じた健康づくりの取組により、意識せずに身体活動・運動をしている環境づくりを重点的に行っています。

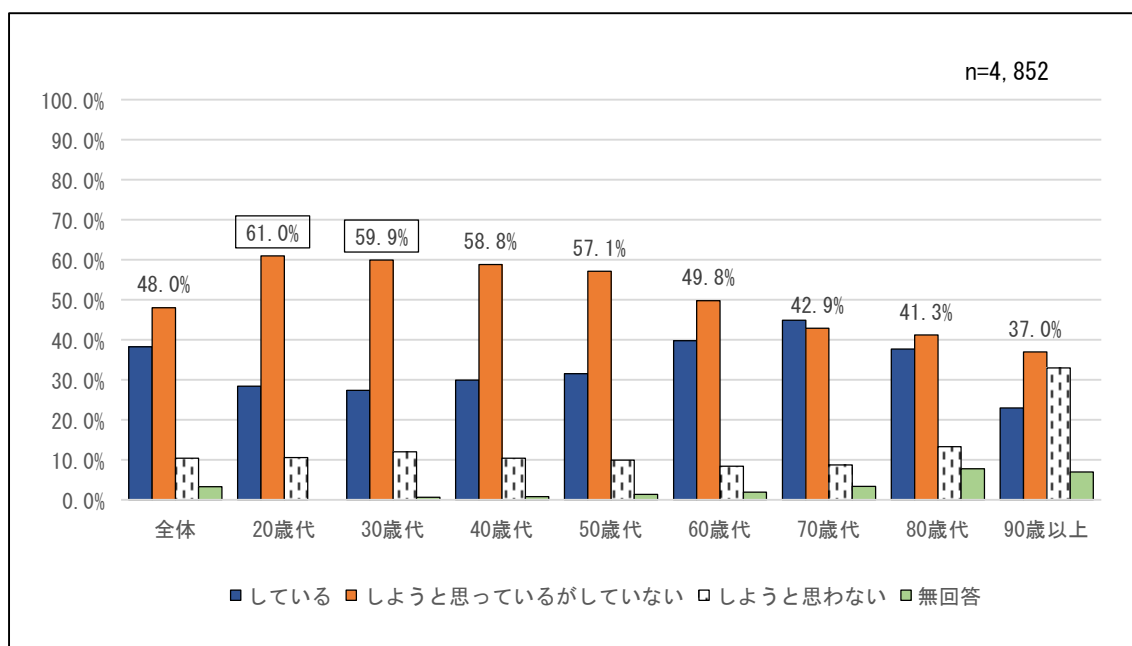
図 49 定期的な運動の実施状況【全体】（再掲）



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

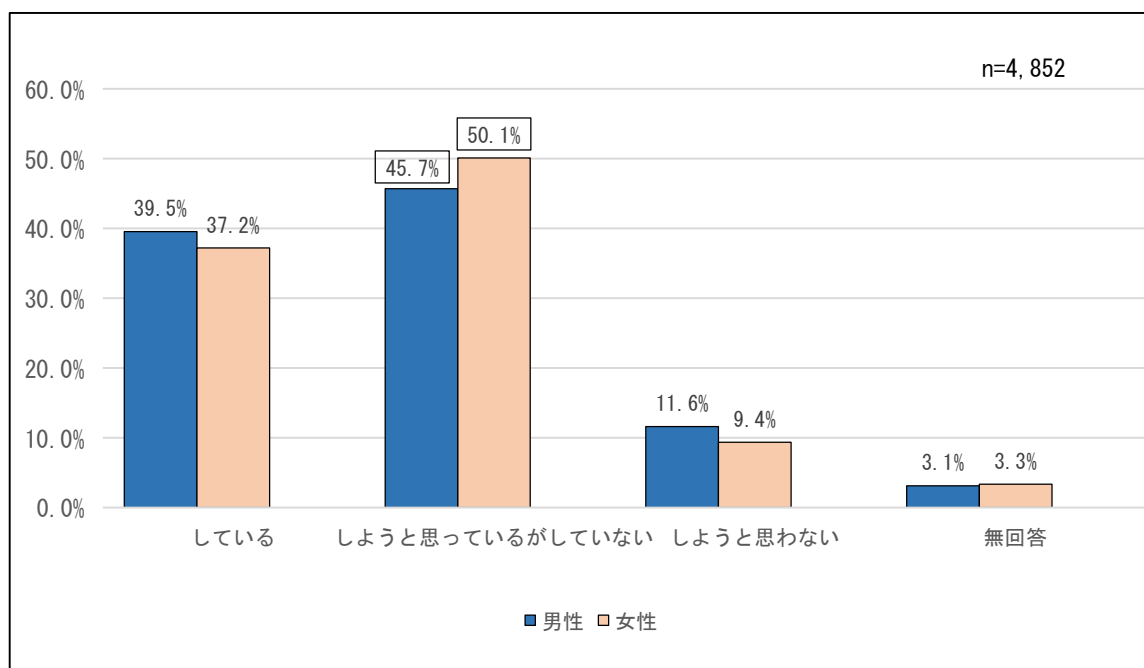
第4章 基本施策に基づく取組の展開

図 50 定期的な運動の実施状況〔世代別〕



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図 51 定期的な運動の実施状況〔男女別〕



資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、健康のために必要と思うことについて、運動と回答した人は全体の2番目に多い結果となっています。(P15 図 21)

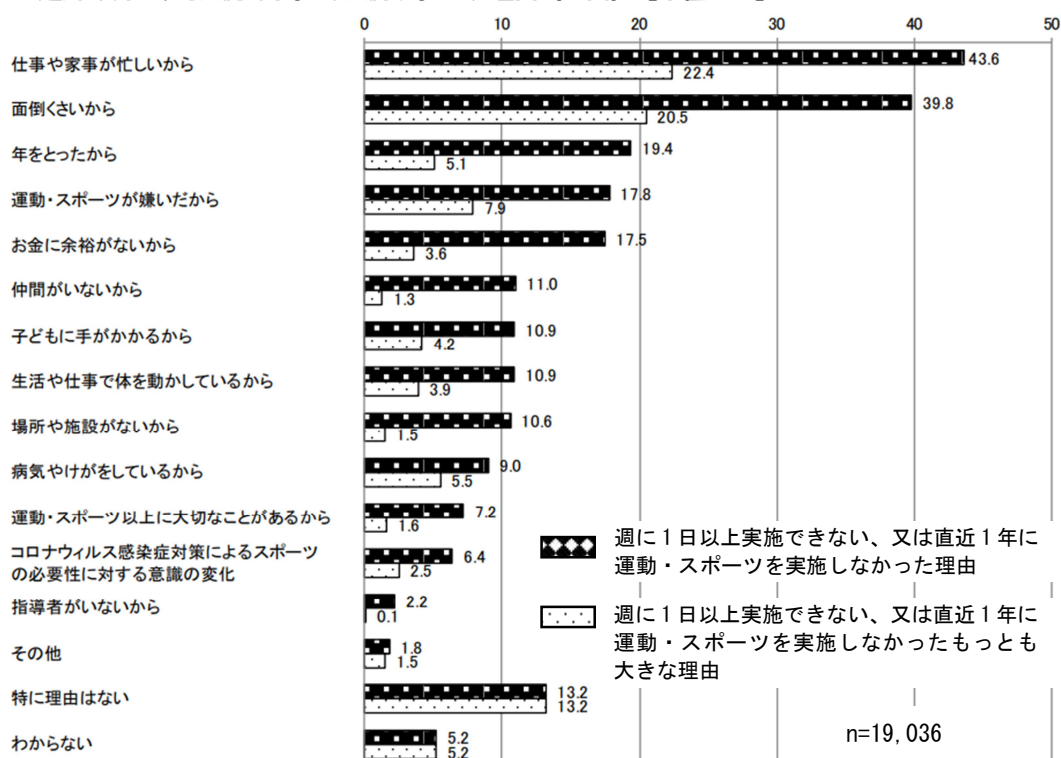
このことから、運動に対する意識はあるが、行動まで結びついていない人は、何かしらの健康情報を入手したことで、健康のためには運動が必要であるという意識付けが図られたと考えられます。

健康情報の入手先については、テレビやウェブサイト、新聞などが多い(P14 図 20)ですが、生活習慣病予防啓発活動や生活習慣病予防教室、健康診断や保健指導時の声掛け、スポーツ施設主体の健康づくり講座などの地道な活動も少なからず身体活動・運動の意識付けに寄与してきたものと考えられます。

運動に対する意識はあるが、行動まで結びついていない人を阻害している要因は様々なものが考えられます。国が行っている全国のスポーツ実施状況等に関する世論調査では、スポーツを週に1回以上実施できない、又は直近1年に運動・スポーツを実施しなかった理由として、「仕事や家事が忙しいから」が43.6%で最も高く、次いで「面倒くさいから」が39.8%、「年をとったから」が19.4%の順となっています。(図 52)

こうした阻害要因と対極にあるものとしては、「短時間で」、「気軽に」、「楽しく」などが挙げられます。

図 52 運動・スポーツを実施できない、実施しなかった理由（全国）〔単位：％〕



資料：令和4年度 スポーツ実施状況等に関する世論調査（スポーツ庁）

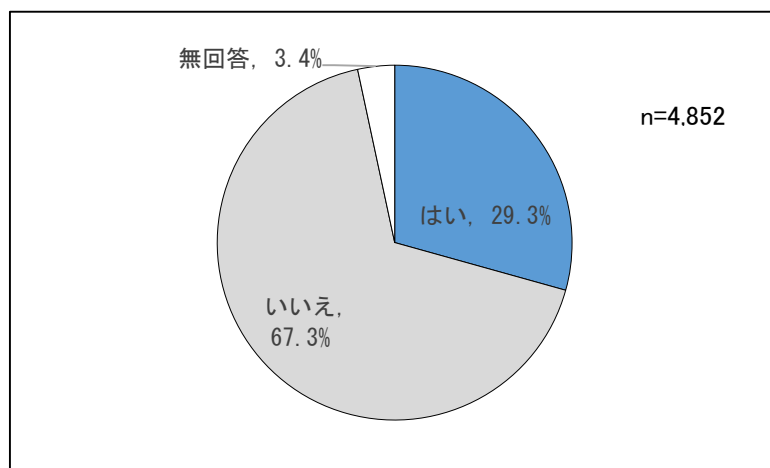
第4章 基本施策に基づく取組の展開

短時間で、気軽に、楽しく取り組める取組として、さんちゃん健康体操やちょこっと筋トレの普及啓発、講習会を行っています。また、各スポーツ施設を中心に、親子で運動あそびやかっこ教室、各種スポーツ体験などを行い、運動へのきっかけづくりを行っています。

各講座等において定期的、継続的な身体活動・運動の必要性を啓発していますが、健康づくり実態調査等では、「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人の割合」は29.3%となっています。（図53）

運動をしていると答えた38.3%（P46図49）を9ポイント下回っており、運動をしていると答えた人であっても、定期的に一定の負荷のかかる運動を継続できているかとの問いに対しては、回答の割合が低くなっています。運動をしていても、その習慣化はなかなか困難であることが実態です。

図53 1日30分以上の軽く汗をかく運動の実施状況（週2日以上、1年以上実施）

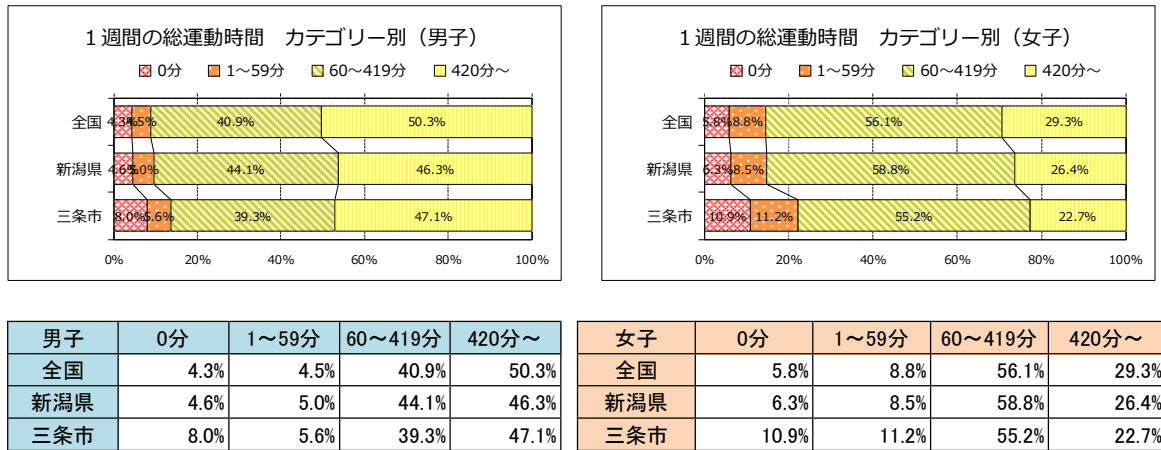


資料：令和5年度 健康づくり実態調査
令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

青年期以降の運動習慣は、子どもの頃の身体活動・運動にも少なからず影響されます。全国体力・運動能力、運動習慣等調査における1週間の総運動時間が60分未満の児童（小学5年生）の当市の割合は、男子13.6%、女子22.1%と、全国平均の男子8.8%、女子14.6%を上回っており、運動時間の少ない児童が多くなっています。（図54）

特に、女子の割合の高さは、スポーツ・運動を実施できない、実施しなかった理由の上位「運動・スポーツが嫌いだから」（P48図52）と相関していると見られ、子どもの頃から楽しく運動に取り組めることが大切です。

図 54 1 週間の総運動時間の状況

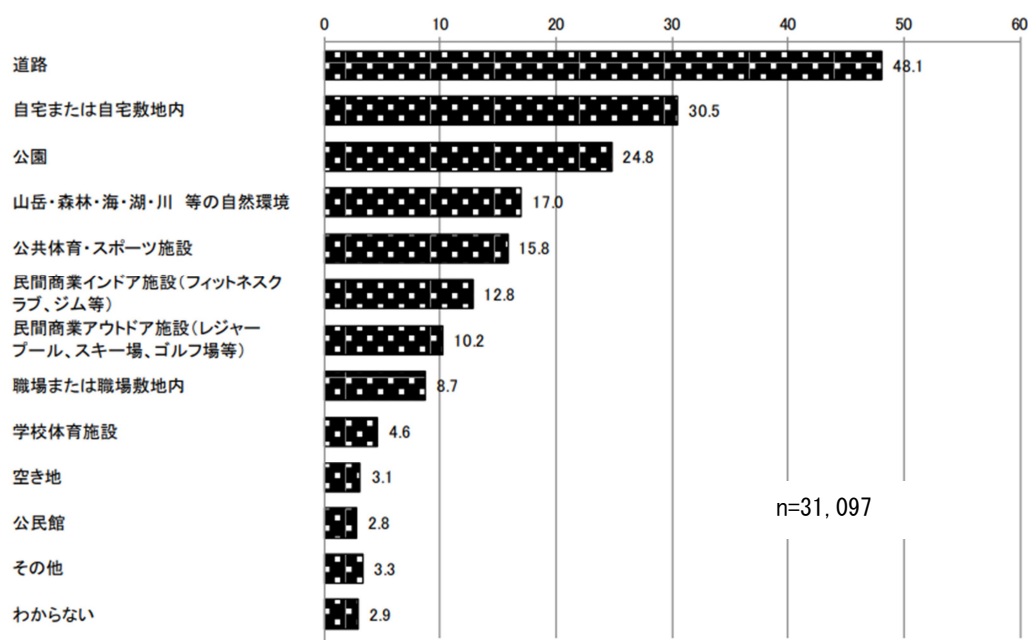


資料：令和4年度 全国体力・運動能力、運動習慣等調査

運動を習慣化させるため、定期的に運動を行う場として、総合型地域スポーツクラブりんぐるや健康運動教室などの事業を実施しています。また、栄体育館やたいぶん（体育文化会館）には、トレーニングルームやランニング走路を整備し、自主的に運動を行うことができる環境を整えています。また、子ども向けに、ネット遊具やクライミングウォールによる運動あそびの機会創出や高齢者向けトレーニングルーム等の利用助成を行うなど、ターゲットに応じた利用促進も行っています。

しかし、運動場所によっては時間や頻度を制限され、それを理由に運動を辞めてしまうことも少なくありません。国が行うスポーツの実施状況等に関する世論調査における「この1年間にどのような場所で運動やスポーツを行ったか」の問いでは、「道路」を挙げた人の割合が48.1%で上位となっています。これはウォーキングやランニングが取り組みやすいことを表していると考えられます。次いで「自宅又は自宅敷地内」30.5%、「公園」24.8%、「自然」17.0%が続いています。「公共体育・スポーツ施設」については15.8%と、それほど高くない位置付けとなっています。（図55）

図 55 この 1 年間にどのような場所で運動やスポーツを行ったか（全国）〔単位：％〕



資料：令和 4 年度 スポーツ実施状況等に関する世論調査（スポーツ庁）

イ 課題

- 運動に対する意識はあるが、行動まで結びついていない人が約半数に及んでいます。こうした人に対し、運動を促すためには、運動まで至らない要因を軽減したり、取り除く必要があります。習慣化することを意識しながら、短時間で、気軽に、楽しく、そして継続的に取り組むことができるような啓発や実施の方法、事業間連携や民間企業等との連携などの仕掛けが必要となります。
- すでに健康意識がある人は、健康情報や単発的な運動体験により、運動の必要性を感じています。しかし、各々の健康意識の度合いには格差があり、また、そうした意識は日々希薄になっていくため、引き続き、啓発活動や体験会などの機会を創出していく必要があります。
- 健康意識を高める機会は、はじめから身体活動・運動を主としたものでなくとも、全く別の話題と合わせて取り組むことも考えられます。また、民間企業が行う様々な取組を含め、定期的な活動の場や継続しやすい手法を紹介することも大切です。
- 発信の手法として、LINE や YouTube を活用し、楽しみなどを入口とした知識の普及・外出促進、気軽に取り組める生活習慣改善・介護予防の取組を発信していますが、気軽に取り組める運動についても発信していく必要があります。
- これまで以上に、子どもの頃から楽しく運動・スポーツに触れ合う機会

を生み出すことが必要です。

- 定期的に運動を行う場として、総合型地域スポーツクラブりんぐるや健康運動教室などがありますが、おおむね定員の上限に達しており、新たな場をつくろうとしても会場確保や指導者確保が難しいなどの課題があります。運動に気軽に取り組むためには、場所を選ばず、自ら身体活動・運動ができる取組が求められています。

ウ 計画期間の取組目標

- 身体活動・運動を主とした啓発活動や体験会にこだわらず、別事業の場など様々な場面を通じた意識付けや継続的に運動を続けられるような情報提供を行い、運動への行動変容を促します。
- 日常的に高齢者が集う、集いの場における介護予防レクリエーションやちょこっと筋トレなどの市の取組に加え、たいぶんにおいて実施している健康運動指導士の派遣事業など、既存事業の普及、啓発を進めることで、幅広い活動場所での運動習慣の定着化を図ります。
- 運動に対する意識はあるが、行動まで結びついていない人が行動変容を起こすための仕掛けづくり、特に、若年層、女性をメインターゲットとした仕掛けづくりを行い、運動習慣者^{注7}の増加を図ります。
- 運動に親しむ子どもを増加させ、生涯にわたって運動やスポーツを継続し、心身ともに健康で幸福な生活を営むことができる資質や能力の育成を図ります。
- 各事業実施に当たっては、民間企業や関係機関等と連携し取り組みます。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
1 日の平均歩行数（再掲） （歩行と同等の身体活動を含む）	5,040 歩 （成人、高齢者平均値）	5,300 歩
運動習慣者の割合	29.3%	36.0%
1 週間の総運動時間（体育授業を除く。）が 60 分未満の児童の割合	小 5 女子 22.1%	小 5 女子 全国平均値以下

注 7）運動習慣者：1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し 1 年以上持続している人

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

・個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育の実施と運動の場の提供 ・統計データに基づく生活習慣病予防、介護予防のための啓発の実施	取組主体
生活習慣病予防啓発活動、生活習慣病予防教室、地区健康教室、ちょこっと筋トレ講習会による啓発の実施	健康づくり課
さんちゃん健康体操普及啓発、さんちゃん健康体操サポーター養成講座、介護予防レクリエーションなどによる普及啓発の実施	高齢介護課
スポーツ施設を活用した健康づくり啓発活動、スポーツ体験会等による啓発の実施	健康づくり課
他事業の場を活用した啓発活動、体験会による啓発の実施	健康づくり課
健康運動教室による運動の習慣化の推進	健康づくり課
ターゲットに応じた自宅・職場での運動効果へのインセンティブ付与による運動の習慣化の推進	健康づくり課
高齢者を対象としたスポーツ施設利用促進事業の実施による運動の習慣化の推進	高齢介護課
日常生活において気軽に健康情報に触れることで健康への気づきを促すための ICT 等を活用した啓発の実施	取組主体
日常生活の場（スーパー等）に出向いた普及啓発の実施	健康づくり課
チラシや SNS 等を活用した健康情報提供事業による情報発信	健康づくり課
民間企業や関係機関等と連携した運動による健康増進のための取組の実施	取組主体
事業所の実態に合わせた健康に関する情報提供や体験会などの取組の実施	健康づくり課
民間企業等が行う運動機会の場の情報発信	健康づくり課
スポーツレクリエーション、ユニバーサルスポーツ、e スポーツを活用した多様な形で気軽にスポーツや運動に親しむ機会の提供	健康づくり課
総合型地域スポーツクラブりんぐる、ジュニアスポーツ教室による運動の習慣化の推進	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

健康情報を取り入れ、自らの健康状態を把握し運動を行う。
自宅や近所でのウォーキングやトレーニングを行う。
自宅や近所での運動遊びを楽しむ。
定期的に運動の場へ参加する。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

家族や同僚への運動の促しをする。
職場において、生活習慣病予防啓発活動、ちょこっと筋トレ講習会等の参加を促す。
地域で健康教室やさんちゃん健康体操などの講座への参加を促す。

【地域コミュニティの取組(共助)】

様々な健康づくりに関する活動への誘い出しや健康情報に触れる促し活動 (取組主体) 健幸づくり推進員
スポーツ関連イベントへの誘い出しやユニバーサルスポーツの普及啓発 (取組主体) スポーツ推進委員
町内会行事等での出張トークの活用 (取組主体) 自治会
運動に関する講座の活用 (取組主体) 事業所

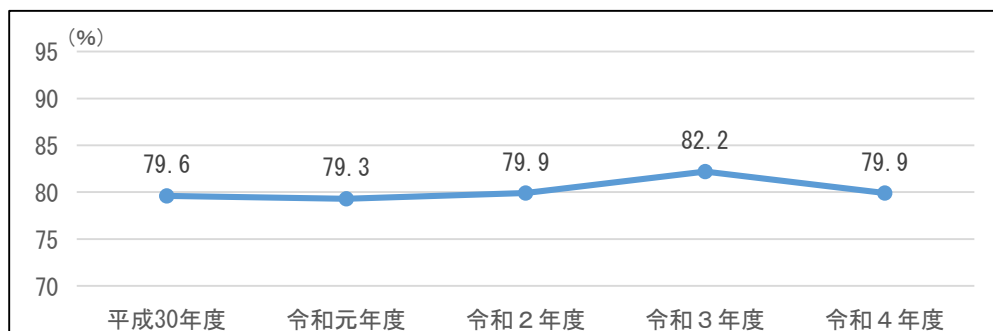
(3) 休養・睡眠

現代社会において、情報過多・ストレス・不規則な生活などのライフスタイルの変化とともに睡眠環境は大きく変化しています。睡眠不足は疲労感、情緒不安定、判断力の低下のほか、肥満、高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症に影響しています。そのため、睡眠についての正しい知識の一層の普及が必要です。

ア 現状

睡眠による休養が十分とれている者の割合は、特定健康診査等標準的な質問票において平成30年度は79.6%、令和4年度は79.9%とほぼ横ばいで推移しています。(図56)

図56 睡眠で休養が十分にとれている者の割合

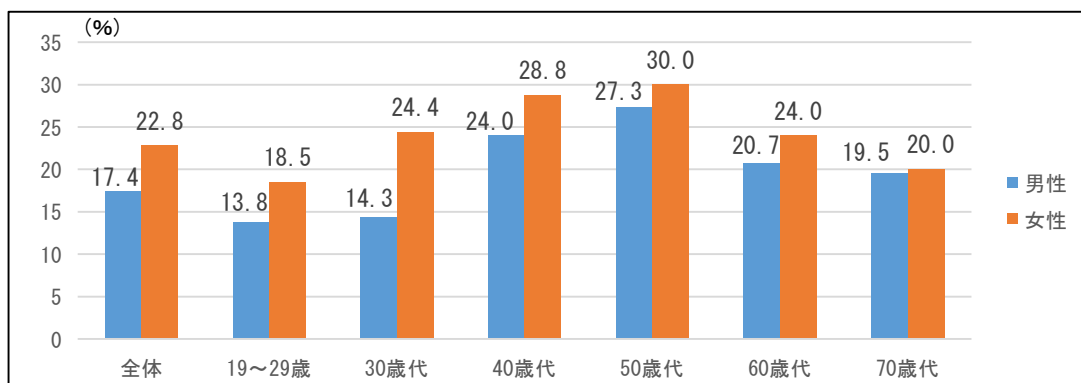


資料：特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保の合算）

令和4年度特定健康診査等標準的な質問票において、睡眠で休養が十分にとれていない者の割合は、男性17.4%、女性22.8%と女性の方が高くなっています。また、年代別では、男性は40歳代から60歳代、女性は30歳代から60歳代までの働き盛り世代が全体と比べ、高くなっています。

(図57)

図57 性・年代別睡眠で休養が十分にとれていない者の割合（令和4年度）



資料：令和4年度特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保の合算）

イ 課題

- 睡眠や休養は、生活習慣病の予防やうつ病などのこころの病気を予防するうえでも重要であるため、睡眠と休養について正しい知識の普及啓発を推進していく必要があります。
- 働き盛り世代は、睡眠による休養が十分にとれていない者の割合が高いことから、職域と連携して周知啓発に取り組んでいく必要があります。

ウ 計画期間の取組目標

- 働き盛り世代を重点に生活習慣病予防やこころの健康の保持のため、睡眠の重要性について普及啓発を行い、睡眠が生活習慣病及びメンタルヘルスと関連性があるということを知る人を増加させます。
- 睡眠の大切さ、質の良い睡眠をとる方法などについて普及啓発を行い、睡眠で休養が十分にとれている人を増加させます。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
睡眠で休養がとれている者の割合	79.9%	85.0%

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育の実施	取組主体
出張トーク、出前講座にて睡眠と生活習慣病及びメンタルヘルスとの関連性についての啓発実施	健康づくり課
日常生活において気軽に健康情報に触れることで健康への気付きを促すための ICT 等を活用した環境の整備	取組主体
チラシや SNS 等を活用した健康情報提供事業において、睡眠の大切さや質の良い睡眠をとるためのポイント、不眠について情報発信	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

睡眠と休養について関心を持ち、正しい知識を得る。

規則正しい生活を心がけ、十分な睡眠・休息をとる。

2週間以上、不眠が続く場合は早めに医療機関に相談する。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

家族や友人が睡眠に問題を抱えている場合は、相談機関等の情報提供を行う。

各事業所において、十分な休養がとれるよう声を掛け合う。

【地域コミュニティの取組(共助)】

自治会、老人クラブ等で出前講座や出張トークを利用し、睡眠に関する勉強会の開催

(取組主体)

自治会、民生委員・児童委員、地域コミュニティ

健康情報の周知等の実施

(取組主体)

健幸づくり推進員

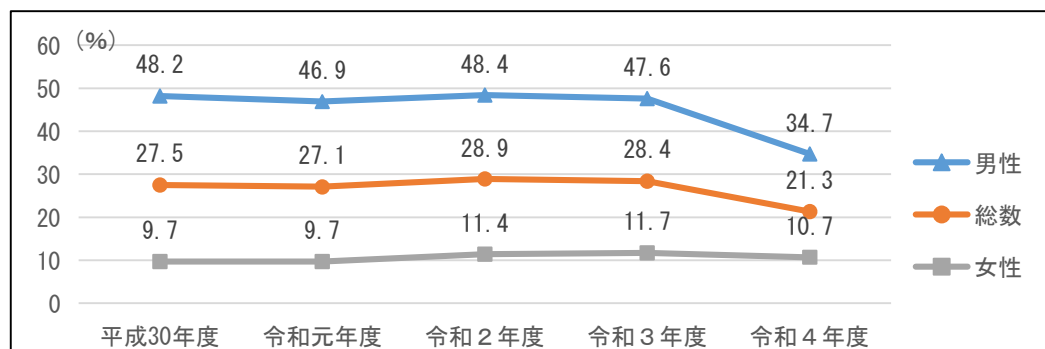
(4) 飲酒

アルコールは嗜好品の一種であると同時に、冠婚葬祭やお祭りの場で提供され、生活・文化の一部として親しまれています。しかし、過度の飲酒は生活習慣病やアルコール依存症など、本人の身体的・精神的健康を損なうだけでなく、食生活や睡眠時間など生活習慣の乱れにもつながるため、飲酒についての正しい知識の普及が必要です。また、20歳未満の人には、飲酒をしない・させないための正しい知識の普及啓発など、飲酒防止のための取組を充実させることが必要です。

ア 現状

毎日飲酒している者の割合は、平成30年度と令和4年度を比較すると、男性は34.7%と13.5ポイント減少し、女性は10.7%と1ポイント増加しています。毎日飲酒している者の割合は、男性が女性の約3倍高くなっています。(図58)

図58 毎日飲酒している者の割合の経年推移

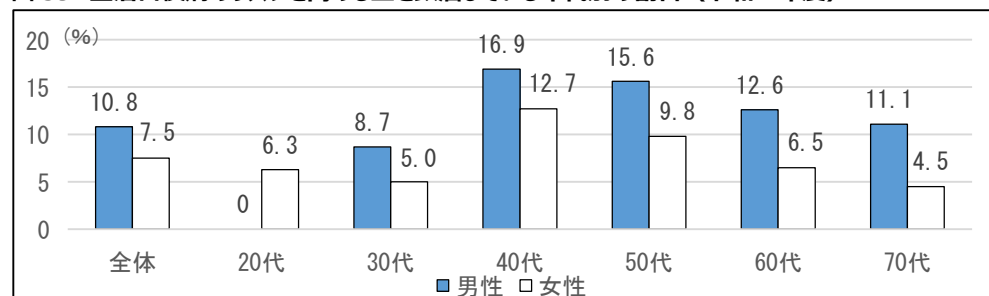


資料：特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保の合算）

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年度において男性10.8%、女性7.5%となっています。男性は40歳代から70歳代、女性は40歳代の働き盛り世代が全体と比べ、高くなっています。

(図59)

図59 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している年代別の割合（令和4年度）



資料：令和4年度特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保の合算）

※生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者

【男性】週7日飲酒で、1回あたり2合以上の飲酒 【女性】週7日飲酒で、1回あたり1合以上の飲酒

第4章 基本施策に基づく取組の展開

1 日平均 60g 以上の純アルコール摂取者は、令和 4 年度において男性 2.4%、女性 0.4%となっています。年代別では男女とも 40 歳代及び 50 歳代の働き盛り世代が全体と比べ、高くなっています。（表 4）

表 4 1 日平均 60g 以上の純アルコール摂取者（令和 4 年度）【単位：％】

	全体	20代	30代	40代	50代	60代	70代
男性	2.4	0	2.2	5.7	5.1	1.5	0.1
女性	0.4	0	0	0.8	1.5	0.1	0.1

資料：令和 4 年度特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保の合算）

イ 課題

- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒や多量飲酒は、高血圧や脂質異常症、高血糖や内臓脂肪の蓄積、脂肪肝などの生活習慣病及びアルコール依存症などの危険性を高めます。そのため、保健事業や出張トーク等において、適正飲酒と飲酒による健康への影響について正しい知識の普及啓発を推進していく必要があります。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒や多量飲酒をしている人は、働き盛り世代に多いことから職域と連携した普及啓発に取り組んでいく必要があります。
- 20 歳未満のアルコール摂取は、健全な成長の妨げや将来のアルコール依存症の危険性を高めるなどの問題があることから、教育の場や家庭において、引き続き未成年者の飲酒が心身に及ぼす影響について正しい知識の普及啓発が必要です。

ウ 計画期間の取組目標

- 保健事業、出張トークなど様々な機会を捉え、適正飲酒と飲酒による健康への影響に関する正しい知識について普及啓発するとともに、相談支援を行い、アルコールの摂取量が適量である人を増加させます。
- 20 歳未満の人及び家族等に対し、飲酒による健康への影響について啓発し、飲酒をしないよう促します。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の割合	(参考値) 9.2%	令和6年度以降に設定
毎日飲酒をしている者の割合	21.3%	18.1%

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育の実施	取組主体
出張トーク、出前講座、健康教室等において、適正飲酒や飲酒による健康への影響に関する健康教育の実施	健康づくり課
特定健康診査早期介入保健指導、特定保健指導等において、適正飲酒について保健指導の実施	健康づくり課
きょうさいだより等において適正飲酒やアルコール依存症について掲載し、就業者に対して正しい知識の普及啓発の実施	健康づくり課
20歳未満の人に対し、機会を捉え、飲酒が及ぼす健康への影響についての知識の普及啓発の実施	健康づくり課
日常生活において気軽に健康情報に触れることで健康への気づきを促すための ICT 等を活用した啓発の実施	取組主体
チラシやSNS等を活用した健康情報提供事業において、適正飲酒や飲酒による健康への影響に関する啓発の実施	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

適正飲酒と、飲酒による健康への影響について知る。
節度ある適正な飲酒を心がける。
飲酒の場で、他人に無理にお酒を勧めない。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

20 歳未満の人が飲酒をしないよう家庭や地域で声掛けを行う。

周囲の人に、飲酒を強要しない。

【地域コミュニティの取組(共助)】

自治会、老人クラブ等で出前講座や出張トークを利用し、適正飲酒と飲酒による健康への影響に関する勉強会の開催

(取組主体)

自治会、民生委員・児童委員、地域コミュニティ

健康情報の周知等の実施

(取組主体)

健幸づくり推進員

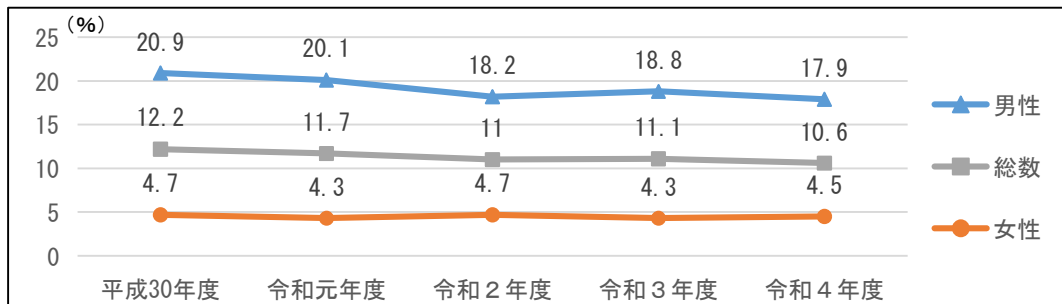
(5) 喫煙

喫煙は、肺がんを始めとして、多くのがんや虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎臓病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）や慢性気管支炎などの疾患の危険因子になっています。特に20歳未満の喫煙は、脳の発達に影響するとともに、青年期を通して喫煙継続につながりやすく、ニコチン依存度も高くなるため、知識の普及啓発が必要です。また、喫煙は本人の健康のみならず受動喫煙により周囲の人への健康にも影響を与えることから、喫煙の有害性と禁煙の重要性について普及啓発することが必要です。

ア 現状

喫煙率は平成30年度12.2%、令和4年度10.6%と1.6ポイント減少しています。男性は平成30年度20.9%、令和4年度17.9%と緩やかな減少傾向にありますが、女性は平成30年度4.7%、令和4年度4.5%とほぼ横ばいで推移しています。（図60）

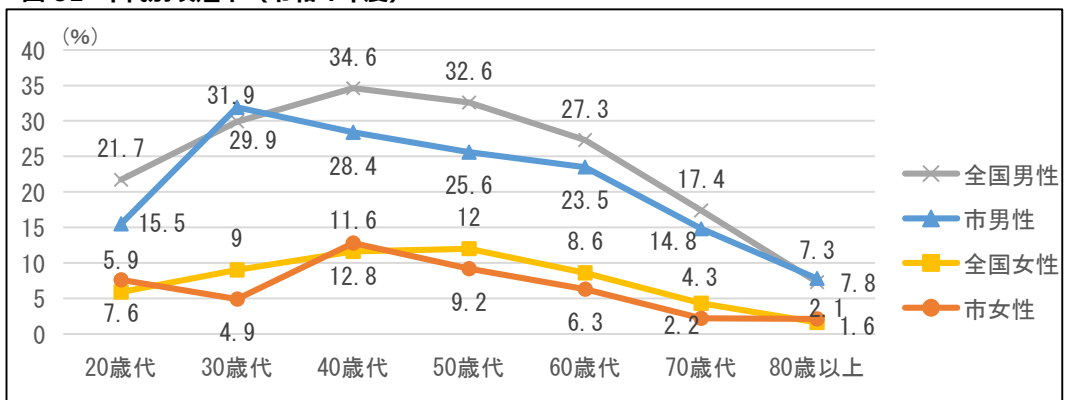
図60 喫煙率の経年推移



資料：特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保・後期高齢の合算）

性別、年代別喫煙率では、男性は30歳代及び40歳代が約3割とほかの年代と比較して高い割合となっています。女性は40歳代が約1割と最も高くなっています。（図61）

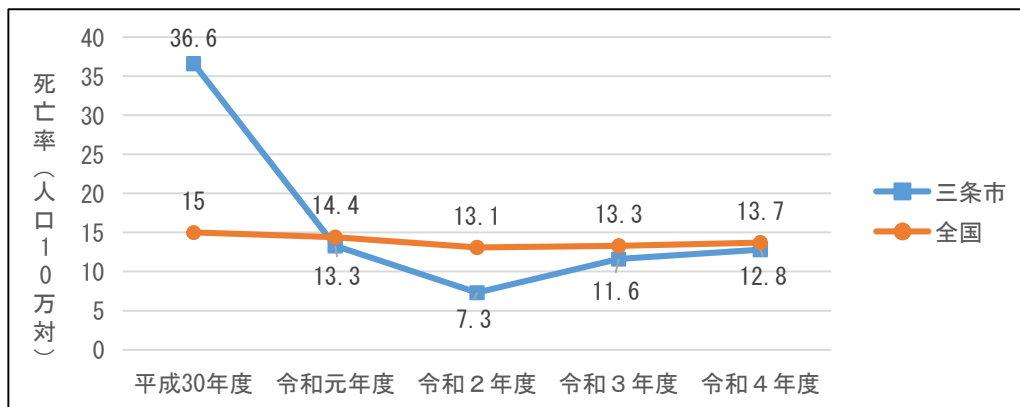
図61 年代別喫煙率（令和4年度）



資料：令和4年度国民健康・栄養調査、令和4年度特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保・後期高齢の合算）

COPD の死亡率（人口 10 万対）は平成 30 年度 36.6 と高い値でしたが、令和元年度は 13.3 と急激に低下しています。その後は全国と比較して低く、横ばいに推移しています。（図 62）

図 62 COPD 死亡率（人口 10 万対）の経年推移



資料：人口動態統計

イ 課題

- 喫煙は、がんを始めとした生活習慣病の危険因子となっているため、特定健康診査や健康相談・健康教育の機会を活用し、喫煙者だけでなく、非喫煙者に対しても禁煙についての普及啓発を行うことが必要です。また、COPD は喫煙者の 20%が発症するとされており、喫煙者に対し、COPD の認識を広め、早期に禁煙に取り組むことができるよう知識の普及啓発に取り組んでいく必要があります。
- 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、やめたくてもやめられないことが多くあります。禁煙希望者が禁煙に取り組むことができるよう、相談窓口や禁煙外来等の周知を行うなどにより、禁煙や減煙を支援していくことが必要です。
- 受動喫煙によってもがんや心疾患などを引き起こすリスクが高まることから、受動喫煙の機会を減らす取組が必要です。受動喫煙防止対策については、職場や飲食店、家庭等での対策が課題となるため、職域や教育機関等の関係機関と連携を図りながら周知・啓発を一層充実させることが必要です。
- 女性の喫煙は女性ホルモンの分泌を抑制するため、生理不順、生理痛、不妊、骨密度低下の進行など、女性特有の疾患リスクを高めます。喫煙による健康被害に関する正しい知識について普及啓発に取り組んでいく必要があります。

ウ 計画期間の取組目標

- 各種健康教室や啓発など様々な機会を捉え、喫煙による健康被害について正しい知識の普及啓発を行い、喫煙者を減少させます。
- 禁煙希望者に対しては、専門的な支援が受けられるよう、相談先を周知し、相談先を知っている人を増加させます。
- 禁煙や減煙が必要な人に対し、相談支援を行い、禁煙・減煙に取り組む人を増加させます。
- 20歳未満の人に対して、喫煙や受動喫煙による健康被害について普及啓発を実施し、将来喫煙しないことを選択する人を増加させます。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
喫煙率	総数 10.6% 〈参考〉 男性 17.9% 女性 4.5%	総数 7.8% 〈参考〉 男性 13.2% 女性 3.3%
COPD の死亡率（人口 10 万対）	12.8	10.5

オ 具体的な取組内容（自助・互助・共助・公助の取組）

【市の取組（公助）】

個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育及び啓発の実施	取組主体
特定健康診査早期介入保健指導にて、喫煙による健康被害や受動喫煙について周知の実施	健康づくり課
喫煙による健康被害や受動喫煙について啓発の実施（出張トーク、出前講座、健康教室、市内学校等）	健康づくり課
健康教室や講演会等にて禁煙外来及び相談窓口の周知の実施	健康づくり課
特定健康診査早期介入保健指導・プレ指導や特定保健指導、健診結果説明会等の場にて、禁煙・減煙希望者に対し、禁煙・減煙につなげるための支援の実施	健康づくり課
職域と連携した生活習慣病予防教室・啓発にて喫煙による健康被害や受動喫煙についての周知の実施	健康づくり課

日常生活において気軽に健康情報に触れることで健康への気づきを促すための ICT 等を活用した啓発の実施	取組主体
チラシや SNS 等を活用した健康情報提供事業において、喫煙による健康被害等について啓発	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

たばこの害（がん、COPD 等）や健康への影響について、様々な機会を通じて知る。
喫煙場所以外では喫煙せず、周囲の人にたばこの害が及ばないように受動喫煙の防止に努める。
禁煙相談や禁煙外来を活用する。
20 歳未満の人は、喫煙による健康被害を理解し、喫煙しないという選択肢をとる。
他人のたばこの煙をできるだけ避けるなど受動喫煙防止対策を実施する。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

禁煙に取り組む人に対し、必要に応じて相談機関等の情報提供をする。
事業所等において禁煙・分煙を実施する。
20 歳未満の人の喫煙を家庭や地域で防止する。

【地域コミュニティの取組(共助)】

自治会、老人クラブ等で出前講座や出張トークを利用し、喫煙による健康被害や受動喫煙に関する勉強会の開催 (取組主体) 自治会、民生委員・児童委員、地域コミュニティ
自治会、老人クラブ等でのイベント時、受動喫煙防止対策の実施 (取組主体) 自治会、地域コミュニティ
健康情報の周知等の実施 (取組主体) 健幸づくり推進員

3 健康リスクに応じた個別支援(早期発見・早期介入・重症化予防)

(1) がん(悪性新生物)

がんは、2人に1人が罹患する病気とされており、高齢化の進展に伴い、がんの罹患者は今後も増加していくことが見込まれ、市民の生命と健康にとって重大な問題となっています。

一方、がんは、早期発見、早期治療により治癒する可能性がある病気のため、検診の受診を促し、早期介入による改善を目指します。

ア 現状

本市における死亡原因の第1位は、長年、悪性新生物(がん)となっています。人口10万対死亡率は、国・県よりも高い傾向にあります。

(P5表1)

また、令和4年度におけるがんの一人当たり医療費の状況は、国民健康保険では最も高額であり、後期高齢者医療では循環器系の疾患に次いで高額となっています。(P8表3)

がんの部位別死亡状況は、男性では気管・気管支及び肺癌(以下、気管及び肺癌という。)が最も多く、女性では大腸がんが多い状況です。肺癌は、喫煙による影響が大きく、大腸がんについても喫煙のほか、飲酒や食生活などの生活習慣が大きく影響することがわかっており、生活習慣の改善により発症リスクを下げることができます。(表5)

表5 がんの部位別死亡者数(人口10万対)の推移

(単位:人)

	男性								
	第1位		第2位				第3位		悪性新生物総数
H30	気管及び肺	47	胃	20	大腸	20			194
R元	気管及び肺	49	胃	34			大腸	28	191
R2	気管及び肺	56	胃	26			大腸	18	208
R3	大腸	29	胃	29	大腸	29			216

	女性								
	第1位		第2位				第3位		悪性新生物総数
H30	大腸	29	胃	23	気管及び肺	23			146
R元	大腸	27	気管及び肺	15			胃	14	127
R2	胃	23	大腸	21			気管及び肺	16	136
R3	気管及び肺	57	気管及び肺	21			膵	16	118

資料:新潟県福祉保健年報(H30~R3)

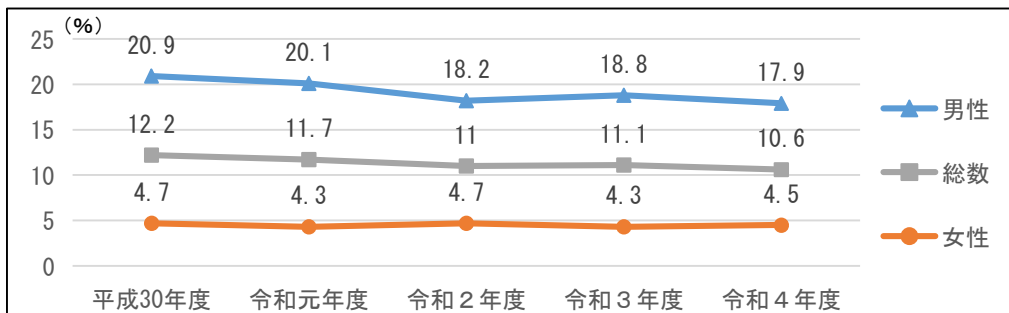
第4章 基本施策に基づく取組の展開

喫煙者の割合では、男性は過去5年間で3ポイント減少していますが、女性はほぼ横ばいとなっています。（図63）

国の研究では、喫煙が肺がんを始めとするがんのリスクを高めることが明らかとなっています。また、胃がんや肝臓がんの原因として、ウイルス等の感染も主な原因とされていますが、いずれも喫煙との因果関係が明らかとなっています。

禁煙、あるいはその努力をすることで、がんのリスクが低減できます。

図63 喫煙率の経年推移

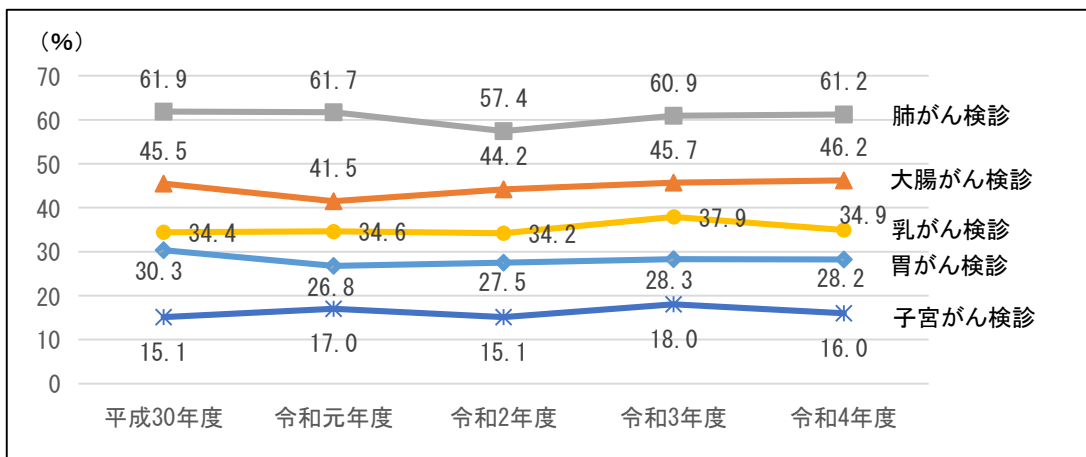


資料：特定健康診査等標準的な質問票（一般・国保・後期高齢の合算）

がん検診のうち、肺がん検診は特定健康診査と同日に実施しているため、他のがん検診に比べて受診率が約6割と最も高い状況です。

大腸がん検診の受診率は、肺がんに次いで約4割と高い状況を維持していますが、横ばいに推移しています。乳がん、胃がん検診の受診率は、約3割程度でほぼ横ばいの状況であり、子宮がん検診の受診率は最も低く推移しています。子宮がん検診は医療機関での個別検診ですが、心配な症状がないと検診を受けたくない心理などが受診を妨げている要因となっている可能性があります。（図64）

図64 各種がん検診に係る受診率の推移



資料：三条市事務報告及び財産表

第4章 基本施策に基づく取組の展開

胃がん検診の精密検査受診率は9割程度で推移しており、他の検診よりも高い状況です。大腸がん及び肺がん検診の精密検査受診率は8割程度でほぼ横ばいに推移しています。(表6)

乳がん検診の精密検査受診率は他のがん検診に比べて最も高く推移し、子宮がん検診の精密検査受診率は、他の検診よりも低い傾向となっています。(表6)

精密検査を受診しない理由としては、特に不調を感じていない場合や、忙しくて精密検査を受ける時間の確保が困難である場合など、様々な理由があります。

表6 三条市のがん検診精密検査受診率

(単位：%)

	H30	R元	R2	R3	R4
胃がん健診	90.7	94.3	93.1	92.9	91.5
大腸がん検診	84.3	84.3	76.1	81.3	80.6
肺がん検診	87.2	82.8	84.8	89.0	78.3
乳がん検診	98.2	96.5	98.6	96.5	92.9
子宮がん検診	87.1	100.0	76.2	91.3	76.9

資料：三条市がん検診精密検査

イ 課題

- がんによる死亡率を減少させるためには、第一にがん検診の受診率を向上させる必要があります。個別検診と集団検診を選択できる、あるいは、特定健康診査や他の検診と組み合わせるなど、受診しやすい実施方法を検討する必要があります。
- 個別検診では、予約をする手間が受診を妨げる要因になっている可能性があるため、検診受診の必要性を周知するとともに、予約を取りやすい仕組みを検討する必要があります。
- 精密検査の未受診理由は、様々な理由があるため、受診勧奨する際には 勧奨方法を工夫する必要があります。
- 生活習慣の悪化によりがんのリスクが高まることから、がんや生活習慣病予防のための知識の普及啓発が必要です。

ウ 計画期間の取組目標

- がんによる死亡率を減少させるため、がん検診受診率を向上させるとともに、がん検診後の精密検査や早期治療の重要性について理解を促し、精密検査の受診率を向上させます。
- がんを予防するため、関係機関等と連携し、がんや生活習慣病予防のための知識の普及啓発を行います。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
がん死亡者 (人口 10 万対死亡率)	357.8 (R3 年度)	320.0
胃がん検診の受診率	28.2%	60.0%
大腸がん検診の受診率	46.2%	60.0%
肺がん検診の受診率	61.2%	70.0%
乳がん検診の受診率	34.9%	60.0%
子宮がん検診の受診率	16.0%	60.0%
胃がん検診の精密検査受診率	91.5%	100.0%
大腸がん検診の精密検査受診率	80.6%	90.0%
肺がん検診の精密検査受診率	78.3%	90.0%
乳がん検診の精密検査受診率	92.9%	100.0%
子宮がん検診の精密検査受診率	76.9%	90.0%

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

市民の行動様式を踏まえた効果的な健(検)診受診率向上のための取組	取組主体
個別（施設）検診の拡充及び集団健診における複合検診の実施	健康づくり課

第4章 基本施策に基づく取組の展開

過去の受診実績を参考とした未受診者への受診勧奨の実施	健康づくり課
民間企業や関係機関と連携し、検診受診の重要性やがん予防に関する周知・啓発	健康づくり課
精密検査未受診者に対して文書や電話等による受診勧奨の実施	健康づくり課
定期的に受診する意識を醸成するため、自身の健康状態を記録し、確認できる健康手帳を活用した啓発活動	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

がん検診を定期的に受ける。
検診などで精密検査を勧められたり、自分で異常を感じた時は、早めに医療機関を受診する。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

がん検診を定期的に受けるように家族等に勧める。
家族等の身近な人の検診の結果に関心を持ち、要精密検査の結果を受け取ったら早めに医療機関を受診するよう勧める。

【地域コミュニティの取組(共助)】

市と協働したがん予防の普及啓発の実施 (取組主体) 健幸づくり推進員、事業所
がんに関する情報や知識を得る機会の創出 (取組主体) 事業所、地域コミュニティ

(2) 生活習慣病

生活習慣病は、早期発見・早期治療とともに、健康において望ましい生活習慣を送ることにより、発症や重症化を予防できる病気です。

発症リスクが高まる前の若い世代から予防及び早期発見するため、早期から介入し生活習慣の改善を働きかけます。また、重症化を予防するため、治療が必要な人を適切に医療機関につなげるとともに、個々の状態に合わせて保健指導を行います。

ア 現状

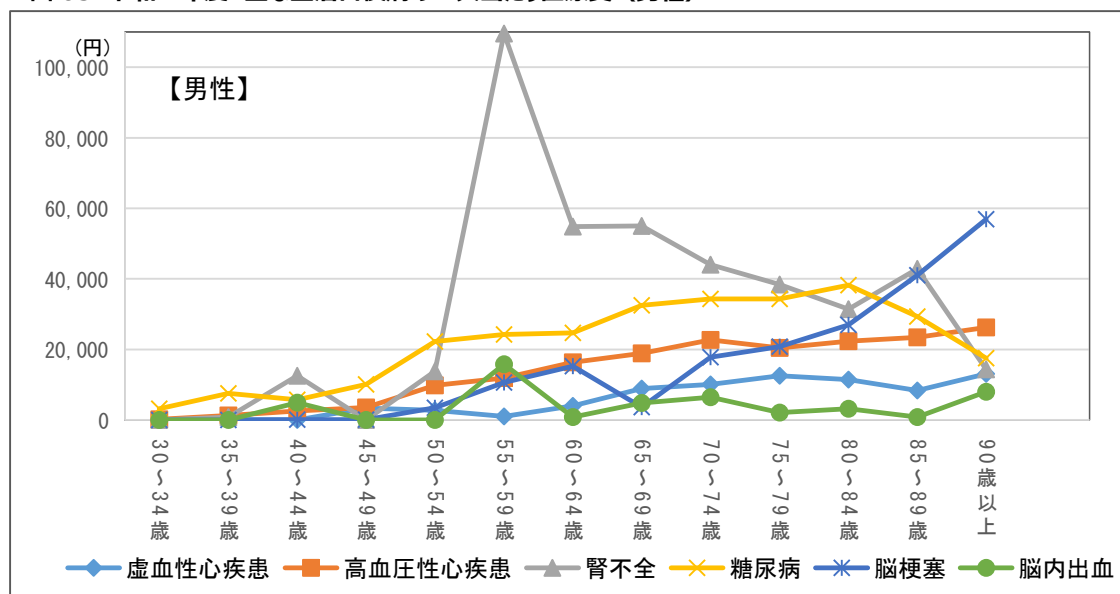
本市における死亡原因の上位は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患といった生活習慣病が上位を占めています。（P5表1）

要介護認定の原因疾病は、生活習慣病である循環器系の疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患等）、及び生活習慣病がその発症や進行に関わるアルツハイマー病が上位を占めています。（P6表2）

一人当たり医療費は、国民健康保険被保険者は1位が新生物、2位が循環器系の疾患、後期高齢者医療被保険者は1位が循環器系の疾患、2位が新生物となっています。（P8表3）

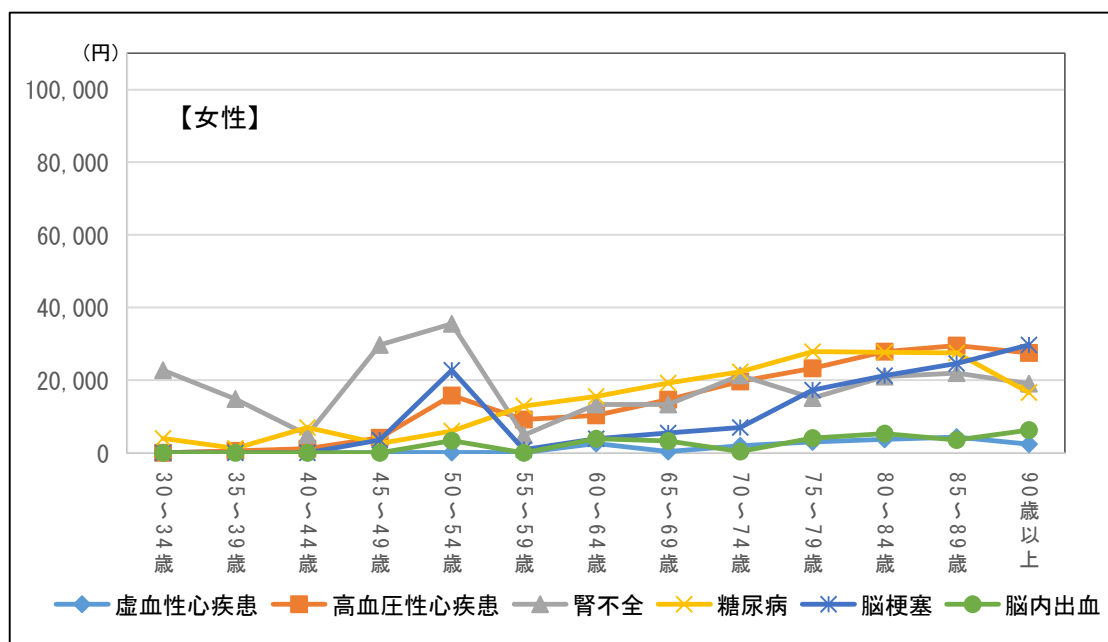
主な生活習慣病の一人当たり医療費は、男性は加齢とともに高額になっていますが、中でも脳梗塞及び高血圧性疾患の伸びが目立ちます。腎不全は55～59歳で急激に高額となっています。女性では高血圧性疾患、糖尿病、脳梗塞及び腎不全が加齢とともに高くなっています。また、女性より男性の方が高額となっています。（図65、66）

図 65 令和4年度 主な生活習慣病の一人当たり医療費（男性）



第4章 基本施策に基づく取組の展開

図 66 令和4年度 主な生活習慣病の一人当たり医療費（女性）

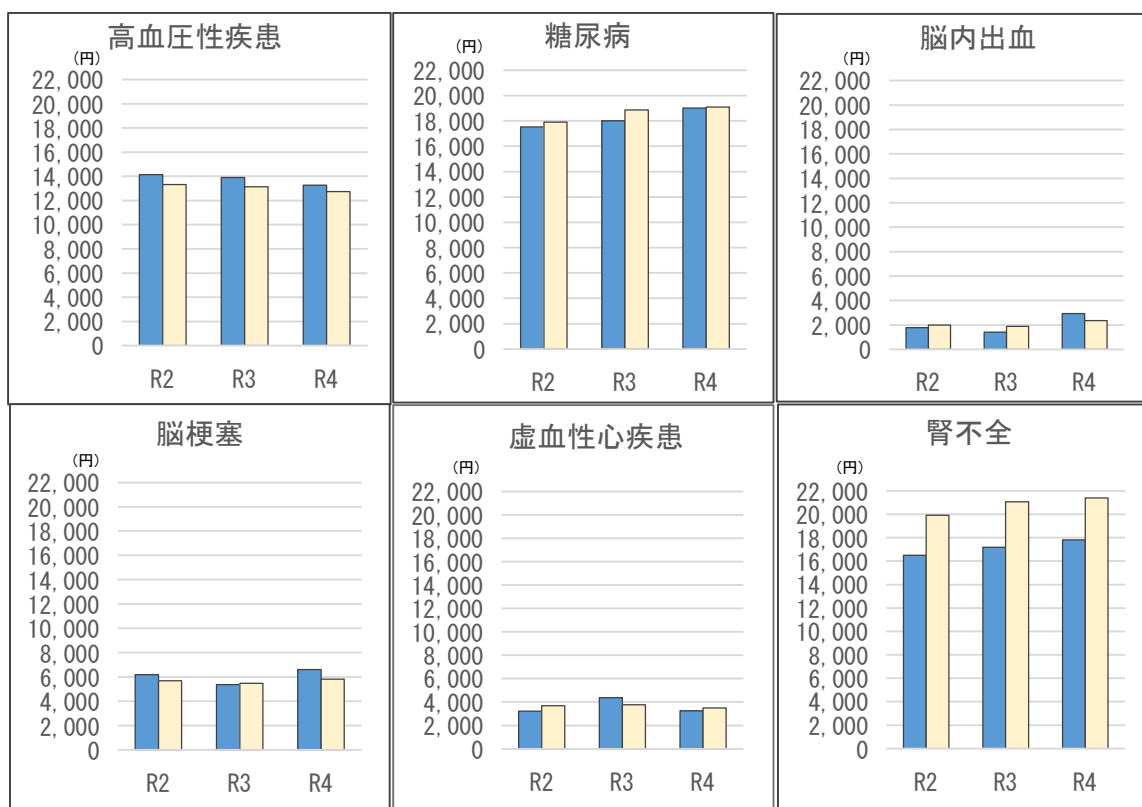


資料：国民健康保険 KDB システム

主な生活習慣病の一人当たり医療費における県との比較では、高血圧性疾患、脳内出血、脳梗塞は県を上回っており、糖尿病は県と同程度もしくは下回っています。（図 67）

図 67 主な生活習慣病の一人当たり医療費における県との比較

■ 三条市 ■ 新潟県



資料：疾病分類別（大・中分類）統計（R2～4）

第4章 基本施策に基づく取組の展開

国民健康保険の特定健康診査の受診率は、令和4年度は45.5%で、平成30年度から2.2ポイント上昇しています。40～64歳の受診率は0.2ポイント低下しましたが、65～74歳は3.4ポイント上昇しています。後期高齢者健康診査の受診率は10%台と低率で推移しています。

(P9図9)

健診や生活習慣病の治療のいずれもなく、生活習慣病の状態が不明な人は約2割となっています。(図68)

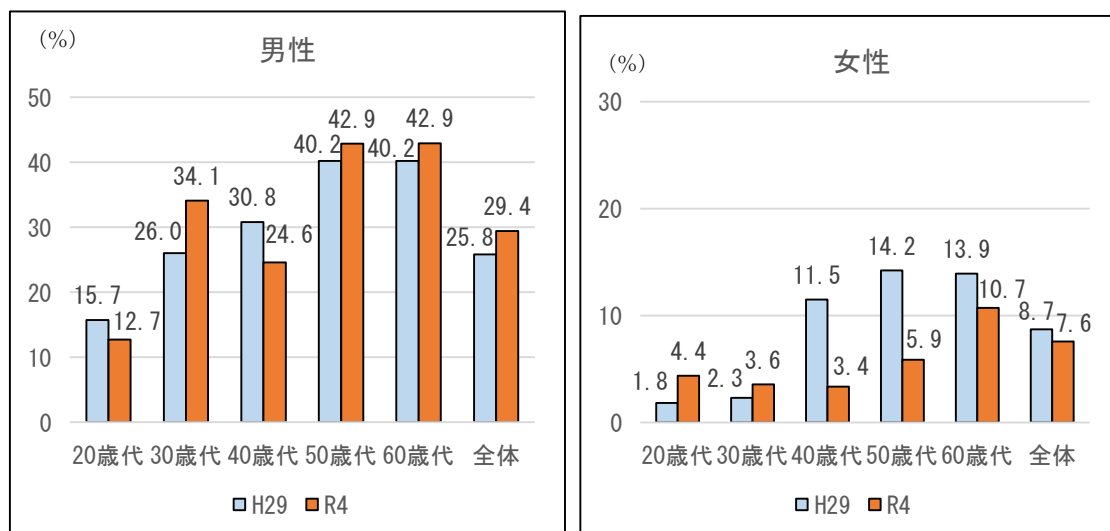
図68 生活習慣病状態不明者の割合（令和4年度 三条市国民健康保険）

健診対象者 13,445人				
健診	受診	受診	未受診	未受診
	6,098人		7,347人	
生活習慣病治療の有無	治療中	治療なし	治療中	治療なし
	4,349人	1,749人	4,564人	2,783人
	32.3%	13.1%	34.0%	20.6%

資料：保健指導支援ツールで集計

メタボリックシンドローム該当率は、男性は約3割、女性は約1割で、女性より男性の割合が高くなっています。平成29年度と比較すると、男性は全体では増加しており、年代別では30歳代、50歳代、60歳代で増加しています。女性は、全体でみると減少していますが、20歳代、30歳代で増加しています。(図69)

図69 三条市のメタボリックシンドローム（予備群含む）該当率



資料：三条市国民健康保険特定健康診査、健康診査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

国民健康保険の特定保健指導の実施率は、令和2年度に落ち込んだものの、その後は回復し、令和4年度は41.4%となっています。(P9図10)

特定健康診査、後期高齢者健康診査における有所見者の状況では、糖代謝異常は7割、脂質異常が6割と半数以上を超えて高率となっています。糖代謝異常は、平成30年度に比べて男女ともに増加しています。高血圧は半数近くとなっています。(表7)

表7 特定健康診査・後期高齢者健康診査有所見者の割合

項 目	H30 年度		R 元年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
肥満 (BMI25 以上)	26.1%	19.2%	26.2%	18.8%	26.1%	19.2%	26.0%	19.8%	26.4%	19.2%
高血圧	51.1%	43.1%	46.1%	40.2%	51.4%	46.6%	46.7%	44.4%	48.2%	43.9%
糖代謝異常	64.0%	64.7%	71.6%	69.5%	69.4%	70.4%	69.6%	72.2%	71.5%	72.6%
脂質異常	64.0%	64.3%	64.2%	67.0%	64.8%	65.8%	65.9%	66.3%	62.3%	63.1%

※高血圧は収縮期血圧のみで算出

資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

最も有所見率が高い糖代謝異常（HbA1c）は、保健指導判定値の割合は5.4ポイント、受診勧奨判定値の割合は1.4ポイント増加しており、特に保健指導判定値の「糖尿病の可能性が否定できない」割合の増加率が高くなっています。(表8)

表8 特定健康診査結果 HbA1c の年次推移

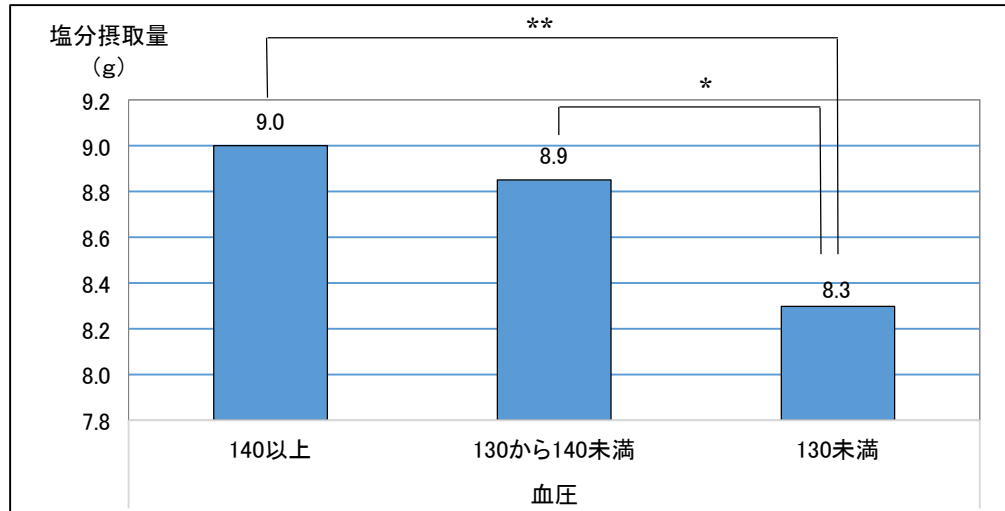
年度	全体 (人)	保健指導判定値						受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		糖尿病の 可能性が否定 できない		糖尿病					
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる	
		5.5 以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0 以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
H30	6,655	2,406	36.2%	2,621	39.4%	1,081	16.2%	295	4.4%	188	2.8%	64	1.0%
R 元	6,961	1,912	27.5%	2,910	41.8%	1,460	21.0%	370	5.3%	238	3.4%	71	1.0%
R2	6,347	1,930	30.4%	2,656	41.8%	1,171	18.4%	321	5.1%	212	3.3%	57	0.9%
R3	6,612	2,007	30.4%	2,830	42.8%	1,187	18.0%	318	4.8%	206	3.1%	64	1.0%
R4	6,319	1,857	29.4%	2,602	41.2%	1,254	19.8%	329	5.2%	219	3.5%	58	0.9%

資料：保健指導支援ツールで集計

第4章 基本施策に基づく取組の展開

高血圧の要因となる塩分摂取と血圧との関連をみると、令和4年度のセット健診における推定尿中塩分摂取量調査を解析した結果、収縮期血圧が高い人ほど塩分摂取量が多い傾向となっています。（図70）

図70 塩分摂取量と収縮期血圧の関連



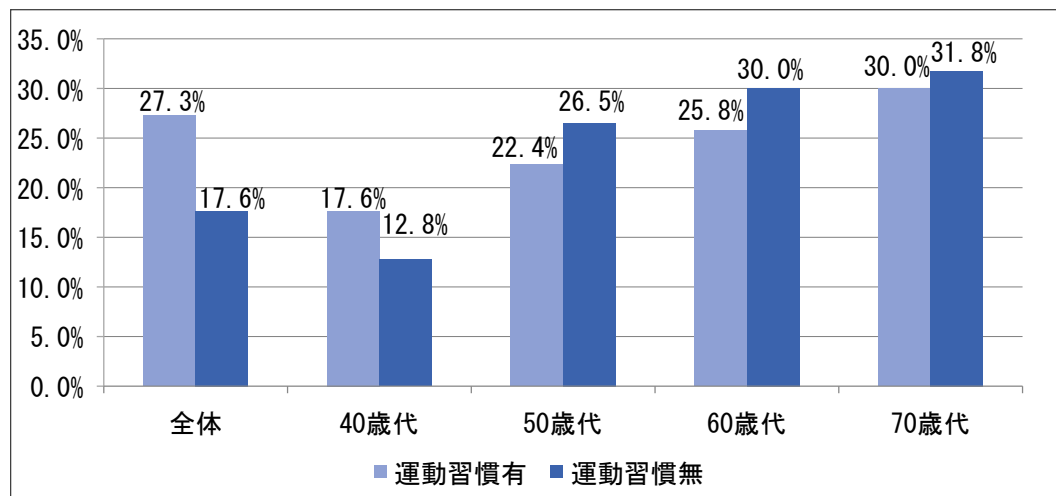
資料：令和4年度セット健診における推定尿中塩分調査

有意差 *0.05> p、**0.01> p

運動習慣の有無とメタボリックシンドロームの該当（予備群含む）の関係では、全体では運動習慣がある人の方がメタボリックシンドロームに該当している割合が高くなっています。一方、年代別では、50歳代、60歳代及び70歳代で、運動習慣がない人の方が割合が高くなっています。（図71）

図71 運動習慣の有無とメタボリックシンドロームの該当（予備群含む）割合の関係

※ 運動習慣がある…1回30分以上、週2回以上、1年以上実施



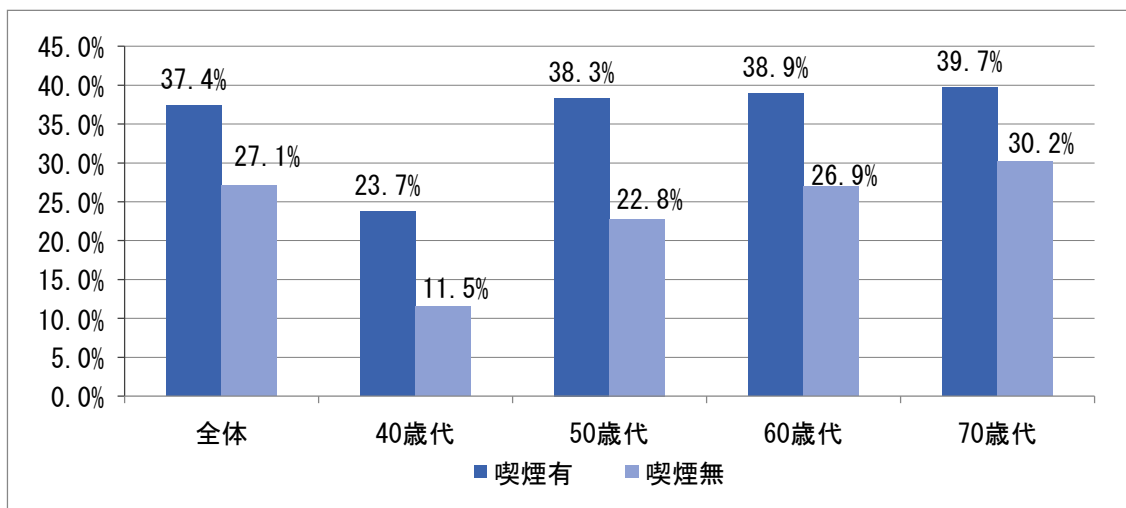
資料：令和4年度三条市国民健康保険特定健康診査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

喫煙は様々な生活習慣病のリスクを高めると言われています。

喫煙の有無とメタボリックシンドロームの該当（予備群含む）の関係では、全体及び各年代において、喫煙している人の方が該当している割合が高くなっています。（図 72）

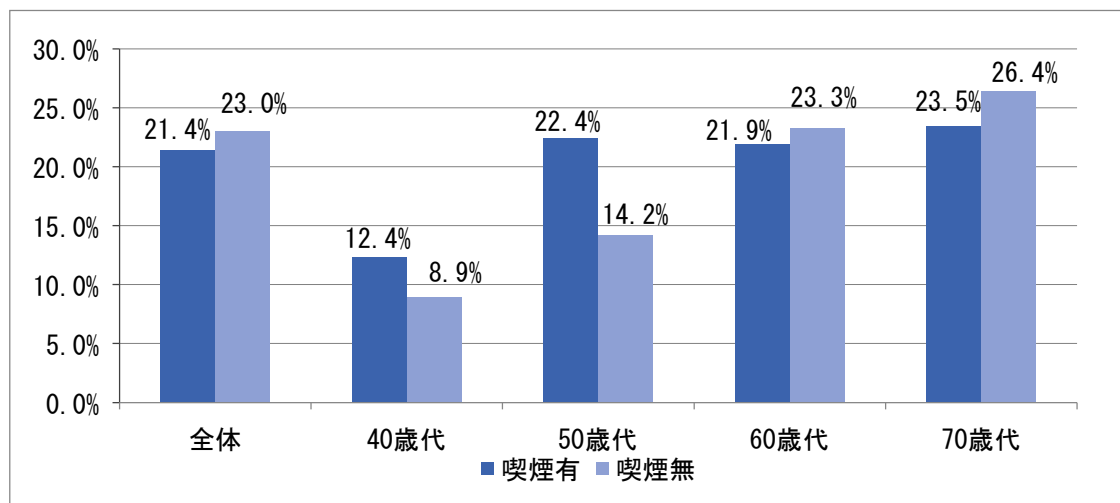
図 72 喫煙の有無とメタボリックシンドロームの該当（予備群含む）割合の関係



資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査

喫煙の有無と血圧が高い人の関係では、全体では喫煙していない人の方が有所見の割合が僅かに高くなっています。一方、年代別では、40 歳代及び 50 歳代では喫煙している人の方が血圧が高い人の割合が高くなっています。（図 73）

図 73 喫煙の有無と収縮期血圧 140mmHg 以上の人の割合の関係

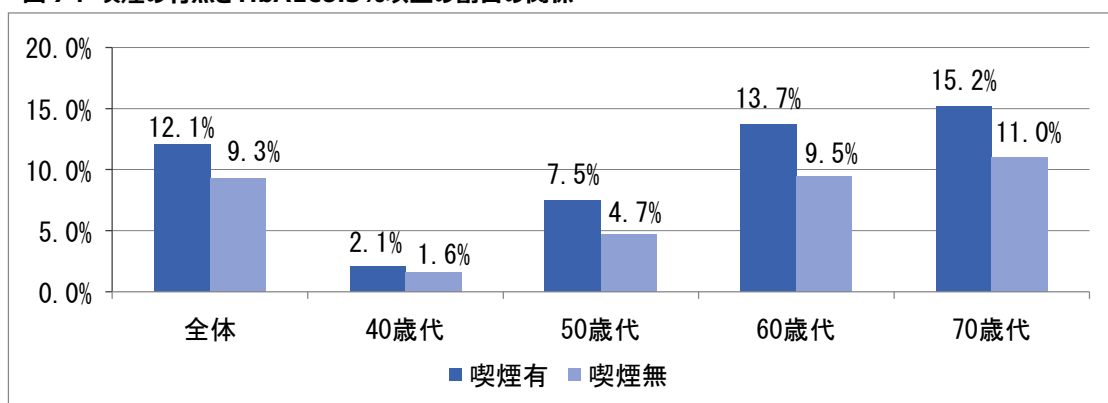


資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

喫煙の有無と血糖値(HbA1c)の関係では、全体及び各年代において、喫煙している人の方が血糖値が高い人の割合が高くなっています。(図 74)

図 74 喫煙の有無と HbA1c6.5%以上の割合の関係



資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康

喫煙の有無と脂質異常（LDL コレステロール値、中性脂肪値、HDL コレステロール値）の関係では、喫煙している人の有所見の割合が高くなっています。(図 75、76、77)

図 75 喫煙の有無と LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の関係

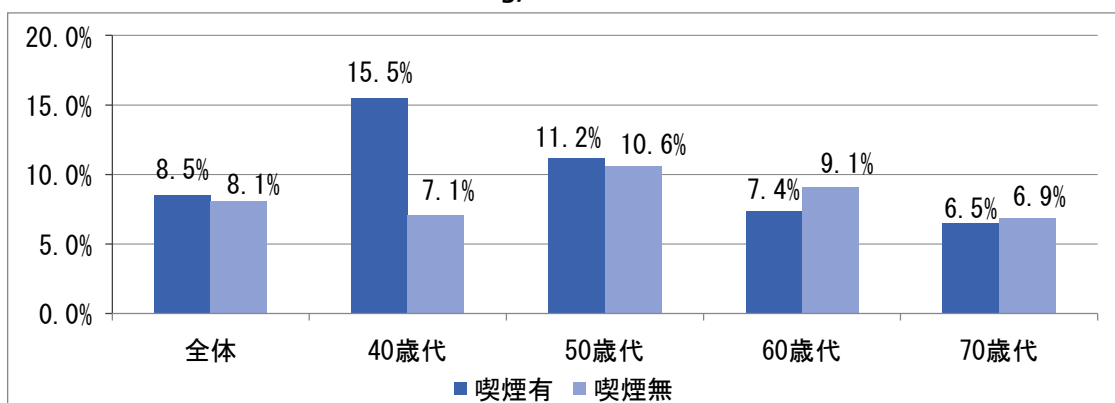
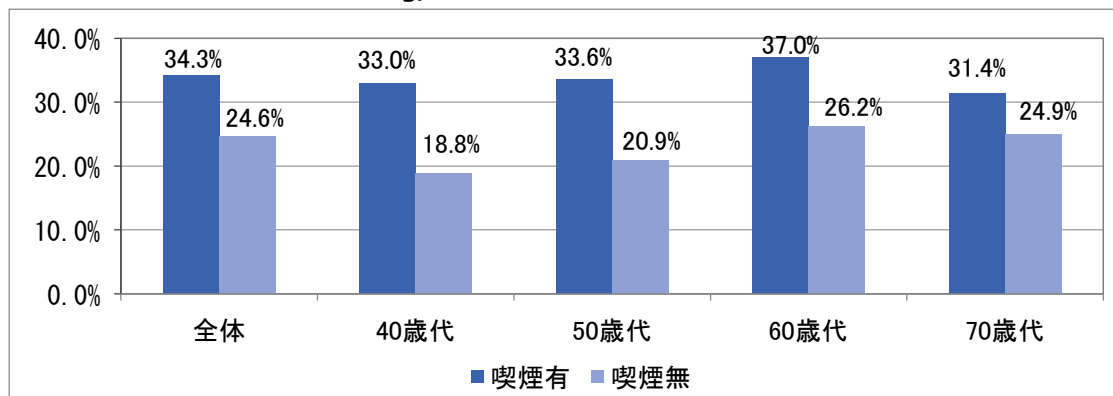


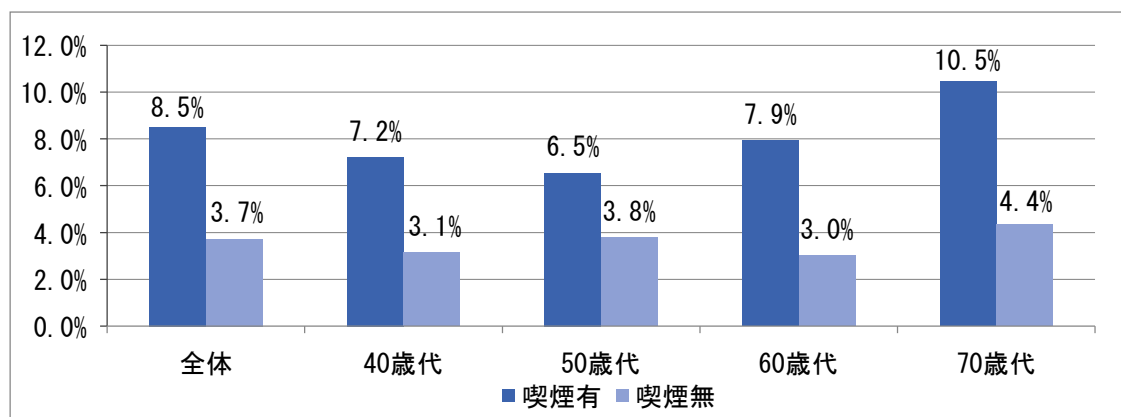
図 76 喫煙の有無と中性脂肪 150mg/dl 以上の割合の関係



資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査(図 75・76)

第4章 基本施策に基づく取組の展開

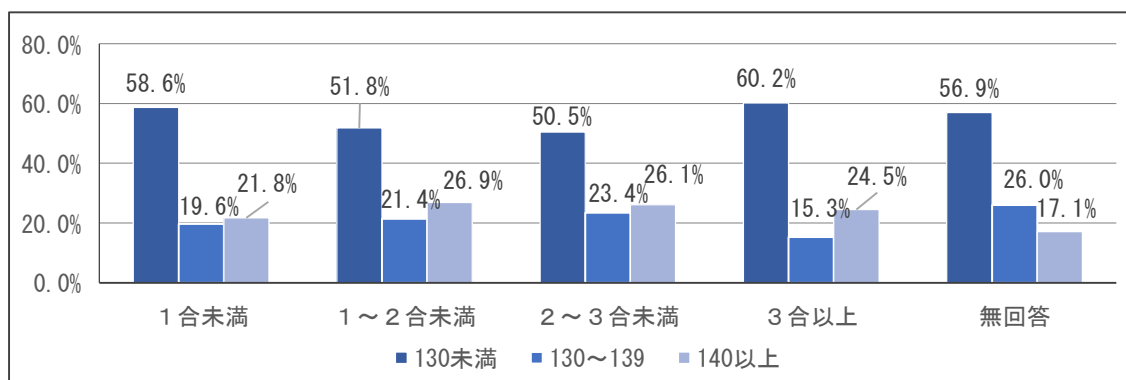
図 77 喫煙の有無と HDL コレステロール値 39mg/dl 以下の割合の関係



資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査

飲酒量と血圧値の関係では、医療受診が必要な 140 mm Hg 以上の割合は、1 合未満に比べて 1 ～ 2 合未満、2 ～ 3 合未満、3 合以上で高くなっています。(図 78)

図 78 飲酒量と血圧値の区別割合の関係 ※1 合あたりは純アルコール 20g 相当で、日本酒に換算した単位



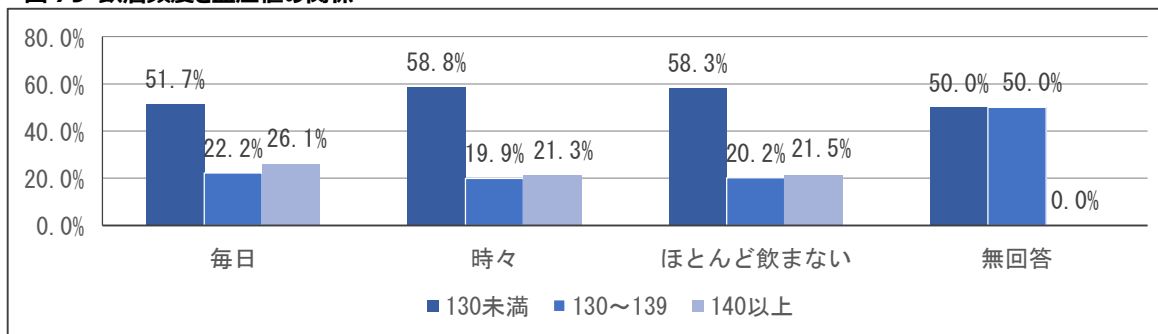
資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査

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、男性 10.8%、女性 7.5%となっており、男性では 40 歳代から 70 歳代、女性は 40 歳代が特に高くなっています。(P58、図 59)

第4章 基本施策に基づく取組の展開

飲酒頻度と血圧値の関係では、毎日飲酒する人は、時々やほとんど飲まない人に比べて血圧値が正常値（130mmHg 未満）の割合が低く、有所見（130～139mmHg、140mmHg 以上）の割合が高くなっています。（図 79）

図 79 飲酒頻度と血圧値の関係



資料：令和 4 年度三条市国民健康保険特定健康診査

国民健康保険や後期高齢者医療における主な生活習慣病の治療者の割合は、高血圧症が最も高く、次いで脂質異常症、糖尿病の順となっています。（表 9）

表 9 主な生活習慣病の治療者数及び割合（令和 4 年 5 月診療分、国保・後期の合算）

全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
19,398 人	3,942 人	1,963 人	482 人	12,683 人	6,608 人	9,889 人
100.0%	20.3%	10.1%	2.5%	65.4%	34.1%	51.0%

資料：三条市国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の治療を受けている人は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など複数の疾患に罹患しています。（表 10）

表 10 基礎疾患の重なりから見る生活習慣病の治療者数及び割合（令和 4 年 5 月診療分）

国民健康保険				後期高齢者医療保険			
全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
7,631 人	925 人 12.1%	487 人 6.4%	187 人 2.5%	11,767 人	3,017 人 25.6%	1,476 人 12.5%	295 人 2.5%
基礎疾患の重なり	高血圧症	712 人 77.0%	406 人 83.4%	高血圧症	2,447 人 81.1%	1,259 人 85.3%	249 人 84.4%
		410 人 44.3%	244 人 50.1%		1,274 人 42.2%	739 人 50.1%	295 人 100.0%
	糖尿病	581 人 62.8%	389 人 79.9%	脂質異常症	1,690 人 56.0%	1,014 人 68.7%	240 人 81.4%
	脂質異常症						

資料：保健指導支援ツールで集計

第4章 基本施策に基づく取組の展開

人工透析の予備群である CKD（慢性腎臓病）は、腎臓の障害もしくは腎機能の低下が持続している状態で、糖尿病性腎症も CKD に含まれます。人工透析患者の約 5 割が糖尿病性腎症であり最も割合が高くなっています。

（表 11）

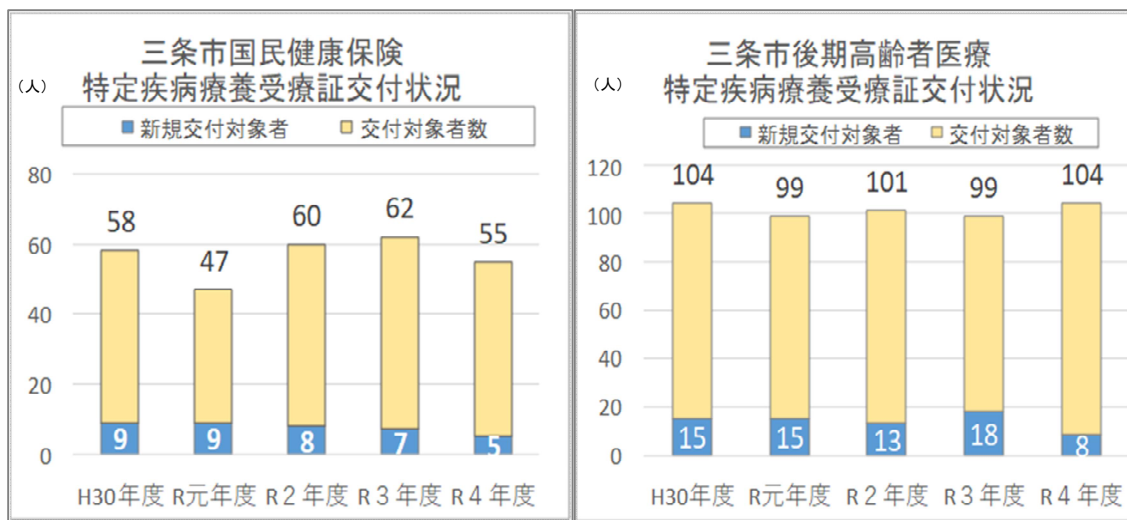
表 11 人工透析患者の生活習慣病の重なり状況（令和 4 年 5 月診療分）

	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	57 人	30 人	20 人	15 人
割合	—	52.6%	35.1%	26.3%

資料：保健指導支援ツールで集計

人工透析患者に交付する「三条市国民健康保険特定疾病療養受療証」の新規交付数は減少傾向にありますが、交付対象者全体数は、おおむね横ばいで推移しています。後期高齢者医療では、新規交付数は増減があり、交付対象者全体数は、おおむね横ばいです。（図 80）

図 80 三条市の人工透析実施者の状況



資料：三条市国民健康保険、後期高齢者医療保険データ

イ 課題

- 生活習慣病の発症及び重症化の予防には、早期に潜在的な生活習慣病やそのリスクなど自身の健康状態に気付くことが大切であるため、特定健康診査及び健康診査の受診率の向上が必要です。
- 生活習慣病を引き起こす一因であるメタボリックシンドロームやそのリスクを有する人が、早い段階から生活習慣の改善に取り組むことが必要です。
 - ・エネルギー出納のアンバランスにより内臓脂肪が過剰に蓄積した状態であるメタボリックシンドロームを予防するため、子どもの頃から食生活の改善や運動習慣を促す取組が必要です。
 - ・特定保健指導の実施率向上が必要です。
 - ・リスクが出始めた早い段階からの働きかけが必要です。
- 生活習慣病が顕在化する 50 歳代より前から予防を呼び掛けることが必要です。
 - ・若い世代に働きかける機会は限られているため、乳幼児健診や保育所・園及び学校行事、健診受診時や事業所等の機会を捉えて健康教育を行う必要があります。
 - ・働き盛り世代に対し生活習慣病予防を働きかけるうえで、民間企業や産業保健の関係機関と連携して進めることが必要です。
- 生活習慣病の発症及び重症化リスクの高い人に対し、健康に関する意識や改善の意欲を高める効果的な保健指導を実施する必要があります。
 - ・健診や診療報酬明細書等のデータにより重症化リスクの高い人を把握し、介入する必要があります。また、健康状態の見せ方を工夫して健康に関する意識や改善への意欲を高める必要があります。
 - ・生活習慣改善の取組状況や健康状態の変化を可視化するとともに、ライフスタイル等個々に応じた保健指導を実施するため、ウェアラブル端末等 ICT の活用を推進していく必要があります。
- 塩分の過剰摂取が高血圧につながっていることから、生活習慣病のリスクの高い人への働きかけが必要です。
- 運動習慣がないことや、喫煙、過度な飲酒は、生活習慣病のリスクを高めていることから、生活習慣病のリスクの高い人に生活習慣の改善を働きかける必要があります。
- 高齢になると、複数の慢性疾患罹患に加え、生活機能の低下が起きますが、その状態は多様で個別的です。このことから、高齢者個々の状態を捉えて、生活習慣病の重症化予防とフレイル状態の予防や改善を一体的に取り組む必要があります。

ウ 計画期間の取組目標

- 特定健康診査及び健康診査の受診率を向上させることで、健康状態を認識し、生活習慣病の発症や重症化の予防に取り組む人を増やします。
- 民間企業等関係機関との連携の推進等により、生活習慣病が顕在化する前の若い年代に対する生活習慣病予防の働きかけを充実させます。
- 生活習慣病の発症及び重症化リスクがある人が生活習慣の改善や適切な医療受診など行動変容できるよう、個々の健康リスクやライフスタイル等に応じた効果的な保健指導を実施します。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
脳血管疾患の死亡率 (人口 10 万対の 5 年間の平均)	132.9 (H29～R3)	128.1
心疾患の死亡率 (人口 10 万対の 5 年間の平均)	183.6 (H29～R3)	168.3
特定健康診査の実施率	45.5%	60.0%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	28.2%	21.2%
高血圧の者の割合 (140mmHg 以上又は 90mmHg 以上にある者の割合)	24.8%	20.0%
脂質高値の者の割合 (LDL コレステロール 160mg/dl 以上にある者の割合)	8.2%	6.8%
糖尿病の有病者数の割合 (HbA1c6.5%以上、又は糖尿病のレセプトがある者の割合)	21.7%	24.5%
糖尿病の治療継続者の割合 (HbA1c6.5%以上の者のうち、服薬有と回答した者の割合)	62.1%	65.5%
血糖コントロール不良者の割合 (HbA1c8.0%以上の者の割合)	0.9%	0.8%
新規透析導入者数 (国保・後期で特定疾病療養受療証の交付を新規に受けた者の人数)	13 人	15 人
塩分摂取量※セット健診結果 (再掲)	(参考値) 8.5g/日	令和 6 年度以降に設定

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

市民の行動様式を踏まえた効果的な健（検）診受診率向上のための取組	取組主体
日常の中で気軽に健（検）診が受診できる環境づくり	健康づくり課
市民の健康意識に合わせた受診勧奨の実施	健康づくり課
生活習慣病発症・重症化リスクの高い対象者に対する ICT 等を活用した保健指導の実施	取組主体
健診・医療データの活用による重症化リスクの高い人への保健指導の実施	健康づくり課
ICT を活用した対象者の生活スタイルに合わせた保健指導の実施	健康づくり課
メタボリックシンドロームを改善する特定保健指導の実施	健康づくり課
生活習慣病予防及び生活機能低下の早期発見と適切な支援につなげる仕組みづくり	取組主体
未治療者（健診異常値放置者）及び治療中断者への受診勧奨及び保健指導の実施	健康づくり課
生活習慣病のリスクが出始めた若い世代に対する保健指導の実施	健康づくり課
かかりつけ医と連携した保健指導の実施	健康づくり課
保育所肥満調査や学校食育推進事業における身体測定及び血液検査結果に基づく保健指導の実施	健康づくり課
低栄養状態の改善を図るため、管理栄養士の訪問等による食事指導の実施（保健・介護予防一体化事業）	健康づくり課 高齢介護課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）	健康づくり課 高齢介護課
自立支援に向けた適切なケアマネジメントを行う仕組みづくりと利用しやすい保健事業、介護予防サービスの実施	取組主体
低栄養状態の改善を図るため、管理栄養士の訪問等による食事指導の実施（保健・介護予防一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課

【個人の取組(自助)】

医療保険者が実施する特定健診や、市や事業主が実施する健診を受ける。
特定保健指導などの保健指導は積極的に利用する。
体の調子が悪い時や健診結果により受診を勧められた時は、早めに受診する。
重症化を予防するために必要な治療は継続する。
生活習慣病や介護予防に関する情報には積極的に触れ、理解を深める。
毎日体重を測り、適正な体重の維持を心がける。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

毎年誘い合って健診を受け、また、受けるよう勧める。
家族や友人と一緒にバランスのとれた食事を摂る。
生活習慣病に関する講演会や講座などに一緒に参加する。
お互いの健康を思いやり、不調を感じた時は医療機関の受診を勧める。

【地域コミュニティの取組(共助)】

自治会や老人クラブ等で出張トークを利用し、生活習慣病や介護予防に関する勉強会を開催 (取組主体) 自治会、老人クラブ
健康情報の周知等の実施 (取組主体) 健幸づくり推進員

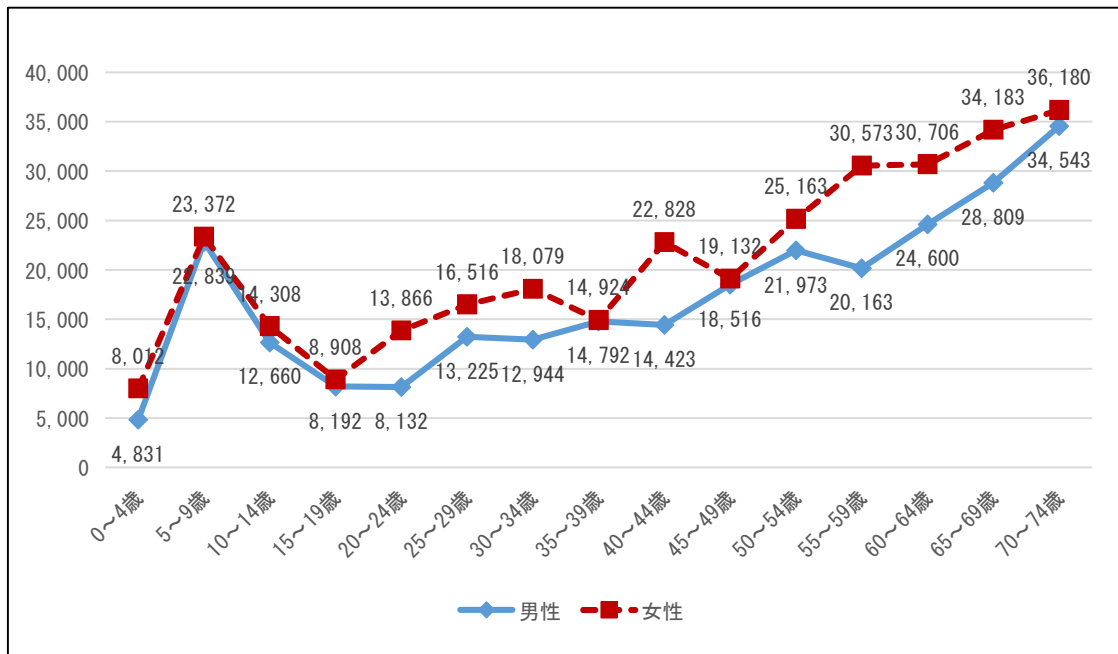
(3) 歯・口腔の健康

歯と口腔の適切なケアを行うことは、身体機能の低下や生活習慣病の予防につながります。生涯を通じて自分の歯で食べる喜びや会話をする楽しみなど生活の質を向上させるとともに、歯科疾患、口腔機能低下を予防するための体制を整えます。

ア 現状

歯科疾患に係る国民健康保険被保険者の一人当たりの医療費は、5歳から9歳までに一時的に増加しますが、その後一旦減少し、20歳以降は増加傾向に推移します。また、男女を比較すると、女性が男性よりも高い傾向にあり、40～44歳の年齢区分で急増した後、一旦減少するものの、50歳以降は年齢が上がるごとに増加します。男性は45歳以降、ほぼ増加傾向に推移します。(図 81)

図 81 令和4年度 男女別年齢階層別歯科疾患に係る国民健康保険被保険者一人当たり医療費（単位：円）



資料：三条市国民健康保険 KDB システム

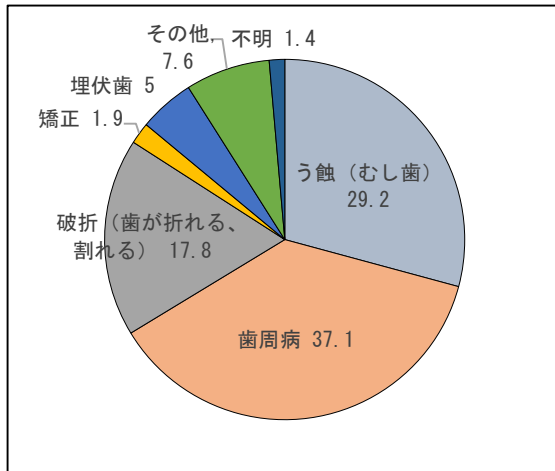
平成30年に公益財団法人8020推進財団が全国の歯科医院を対象に行った第2回永久歯抜歯原因調査の報告書によると、歯を失う主な原因は、歯周病で37.1%と最も多く、次いでう蝕（むし歯）が29.2%となっており、歯周病とう蝕（むし歯）が約7割を占めています。(図 82)

むし歯や歯周病の初期は自覚症状がなく気が付かないうちに進行するため、早期発見、早期治療が重要です。しかし、健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果によると、定期的に歯科受診している人

第4章 基本施策に基づく取組の展開

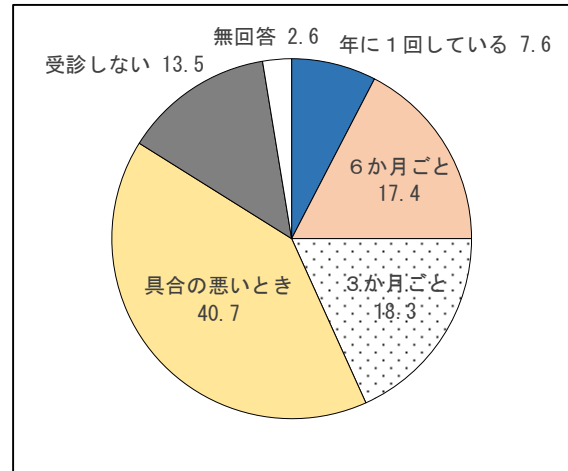
は 43.3% で、具合の悪い時に受診、又は受診していない人は 54.2% であり、定期的に受診していない人の方が多い状況です。(図 83)

図 82 抜歯の主な原因（全国）（単位：％）



資料：第 2 回 永久歯の抜歯原因調査 報告書
公益財団法人 8020 推進財団

図 83 定期歯科受診の状況（単位：％）



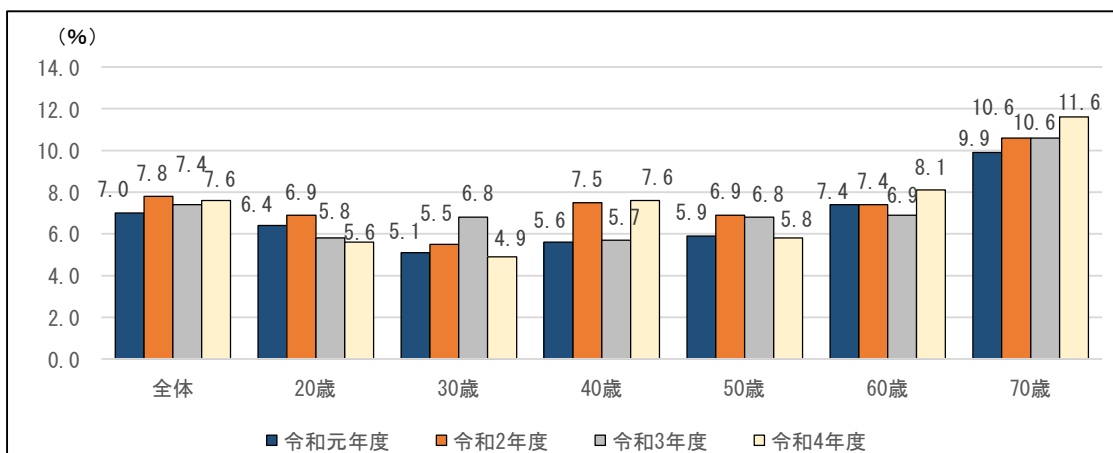
資料：令和 5 年度 三条市健康づくり実態調査
令和 5 年度 三条市高齢者実態調査

歯周病検診の受診率は、全体では横ばいで推移しており、年代別の受診率で最も高いのは 70 歳で、上昇傾向で推移しています。

令和 4 年度においては、30 歳の受診率が最も低く、次いで 20 歳、50 歳の順に受診率が低く、令和 3 年度から減少傾向で推移しています。(図 84)

また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、自分の歯が 19 本以下の人は、自分の歯が 20 本以上ある人と比較すると噛む力が弱い人の割合が約 3 倍になっています。(図 85)

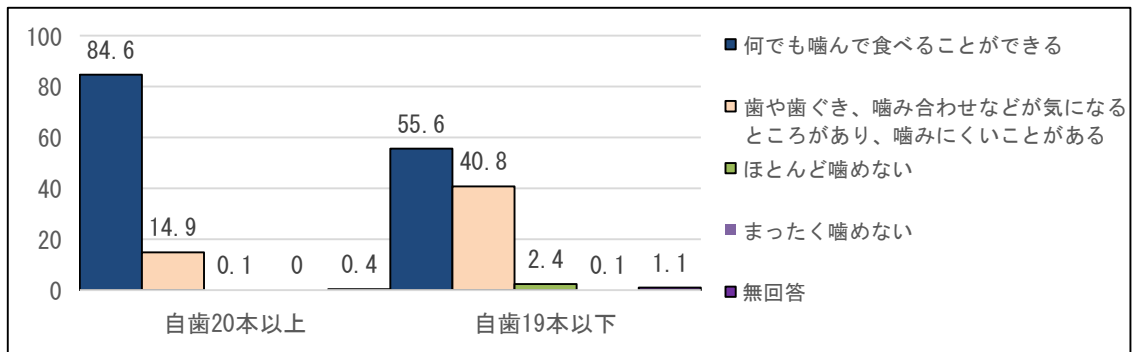
図 84 歯周病検診受診率（単位：％）



資料：三条市保健衛生の動向

第4章 基本施策に基づく取組の展開

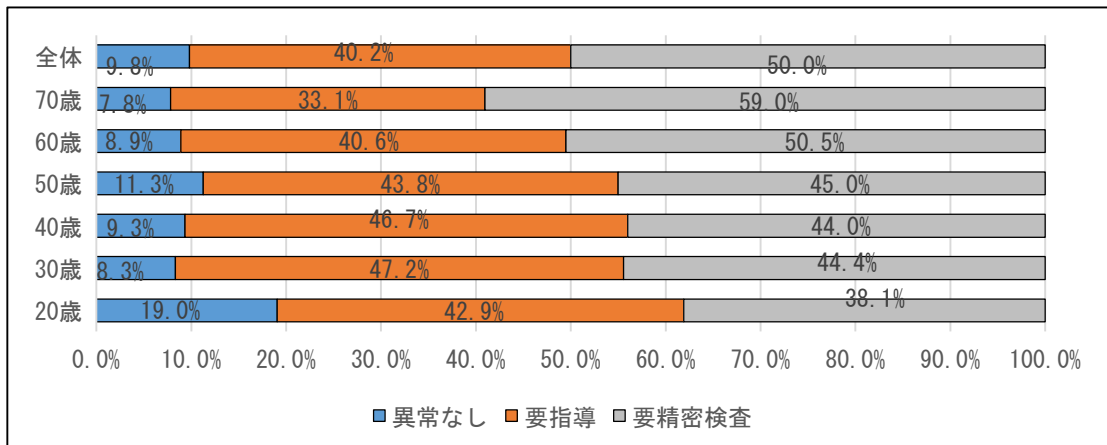
図 85 歯の本数による咀嚼能力の差（単位：％）



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域二区調査

歯周病検診受診者の判定区分では、若い人ほど要指導の割合が高く、年齢とともに要精密検査の割合が上昇しています。（図 86）

図 86 令和4年度 歯周病検診受診者判定区分（単位：％）

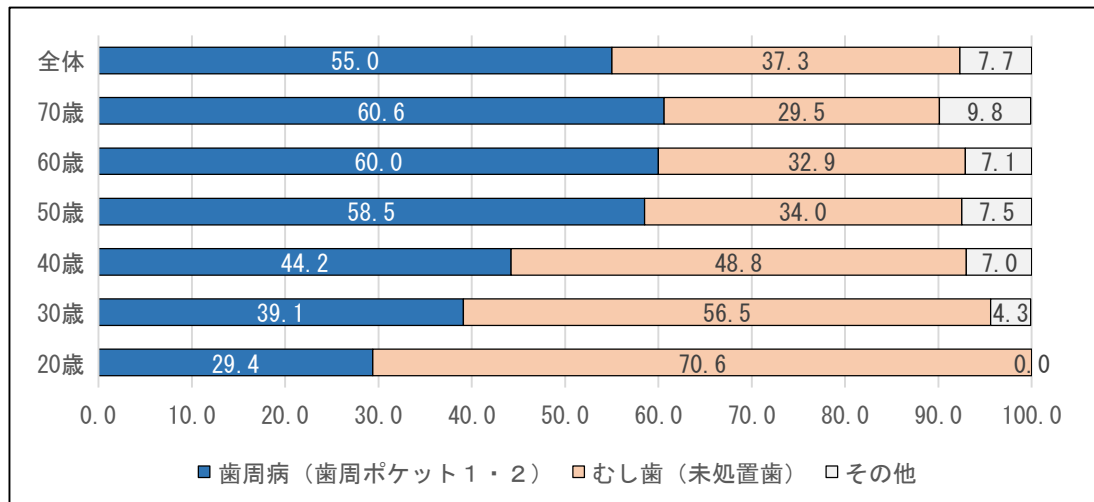


資料：三条市保健衛生の動向

歯周病検診受診者のうち、歯周病（歯周ポケット1・2）に該当する人は、全体で55.0%となっており、特に50歳、60歳、70歳の人で割合が高くなっています。また、むし歯（未処置歯）に該当する人は、全体で37.3%となっており、特に20歳、30歳、40歳の若い世代で割合が高くなっています。（図 87）

第4章 基本施策に基づく取組の展開

図 87 令和 4 年度 歯周病検診受診者のうち、歯周病（歯周ポケット 1・2）、むし歯（未処置歯）該当者割合（単位：％）

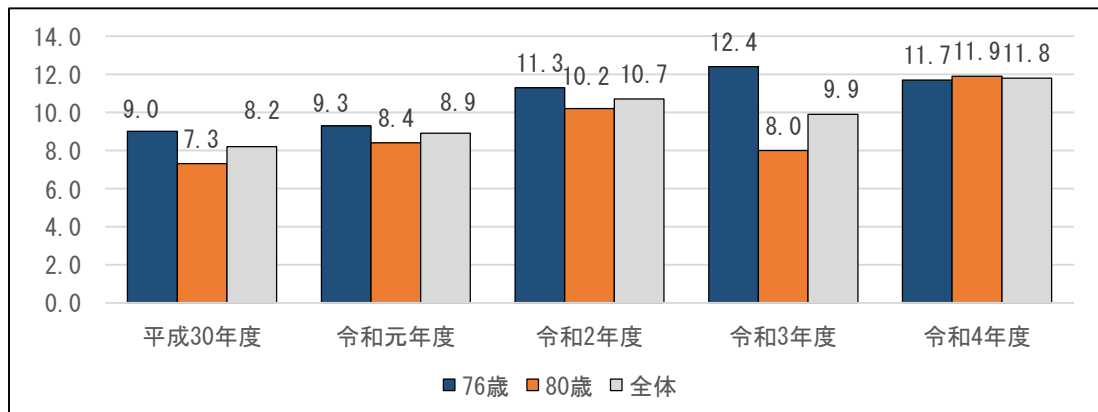


資料：三条市保健衛生の動向

後期高齢者歯科健診の受診率全体は、1割程度と低い受診率で推移しています。（図 88）

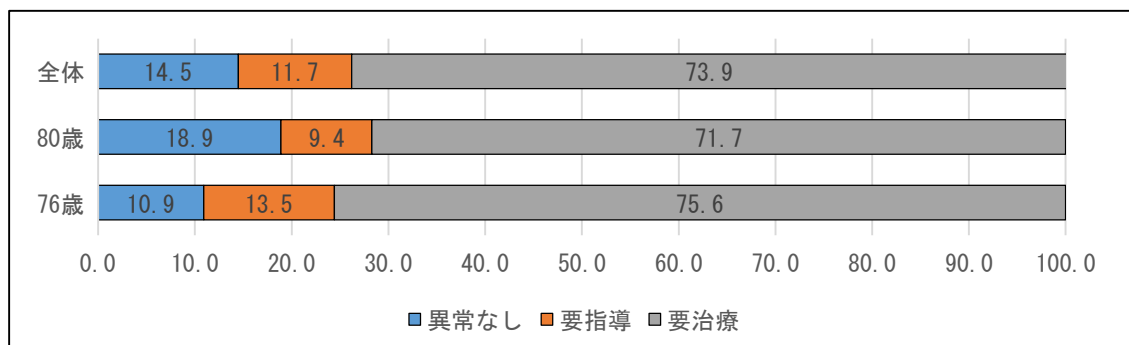
また、要治療の割合が7割を超えており、歯の喪失を防ぐために早期の対応が必要です。（図 89）

図 88 後期高齢者年代別・年度別受診率（単位：％）



資料：三条市保健衛生の動向

図 89 令和 4 年度 後期高齢者年代別受診結果（単位：％）

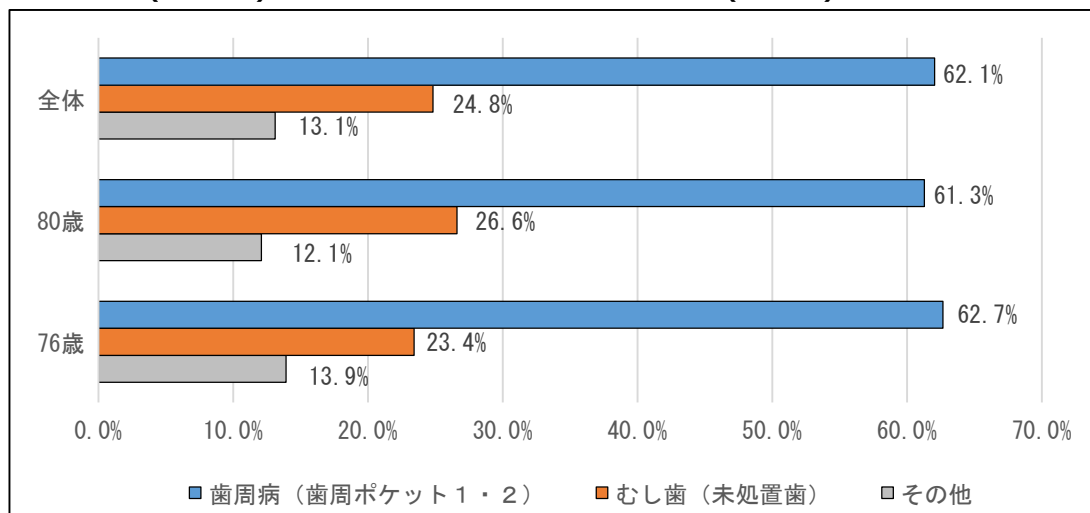


資料：三条市保健衛生の動向

第4章 基本施策に基づく取組の展開

後期高齢者歯科健診受診者のうち、歯周病（歯周ポケット1・2）がある人の割合は約6割と高い状況になっています。また、むし歯（未処置歯）がある人の割合は2割程度となっており、80歳の受診者は76歳の受診者よりむし歯の割合が高くなっています。（図90）

図90 令和4年度 後期高齢者歯科健診にて要治療該当者のうち、むし歯(未処置歯)、歯周病（歯周ポケット1・2）該当者の割合(重複あり)（単位：％）



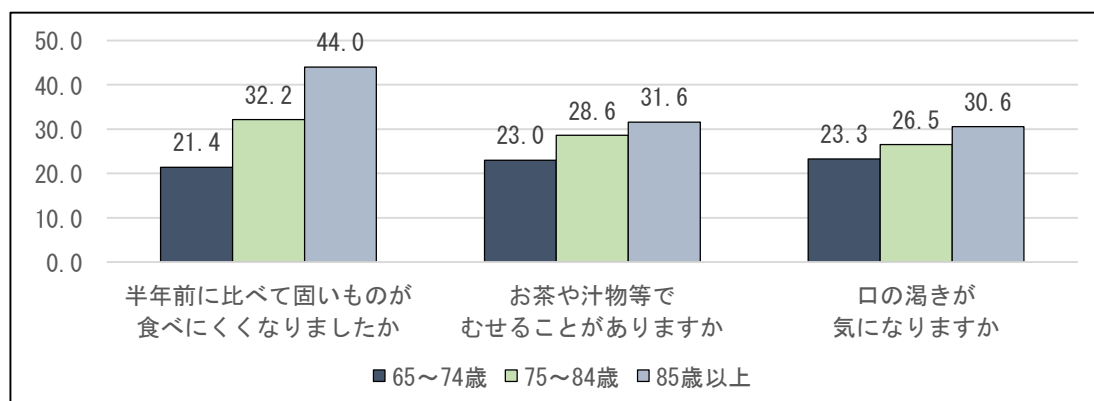
資料：三条市保健衛生の動向

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」、「お茶や汁物等でむせることがあるか」、「口の渇きが気になるか」などのオーラルフレイルに関する質問項目では、年齢とともに該当者の割合が高くなっています。

また、オーラルフレイルに関する各質問項目に該当した人で、定期的に歯科受診していない人の割合は、いずれも5割以上と高くなっています。

（図91、92）

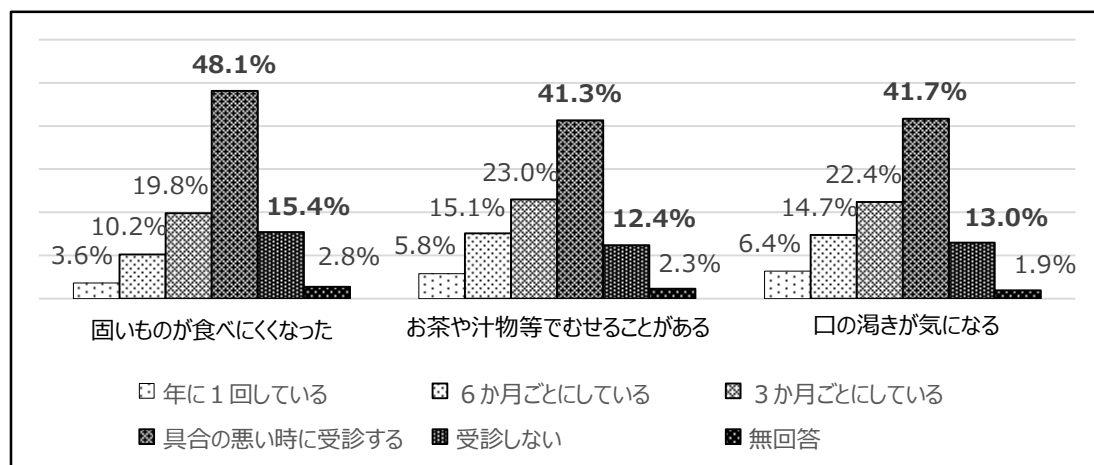
図91 年代別高齢者口腔機能に関するアンケート結果（単位：％）



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

第4章 基本施策に基づく取組の展開

図 92 オーラルフレイルに関する質問事項該当者(*)の歯科受診の頻度の割合(単位: %)



(*)図 91 の質問事項における該当者

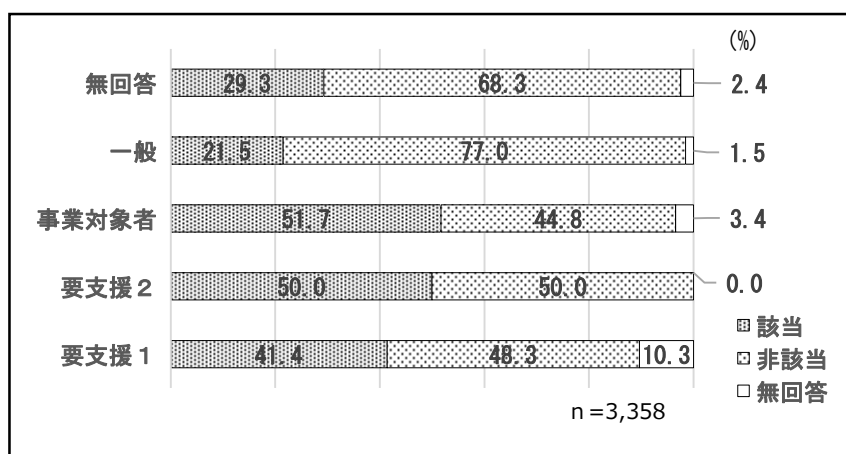
資料: 令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

要介護(要支援)者の歯と口腔に関する現状として、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査における口腔機能に関する質問項目から、事業対象者・要支援認定者の約半数が口腔機能低下のリスク^{注8}があることが認められています。

(図 93)

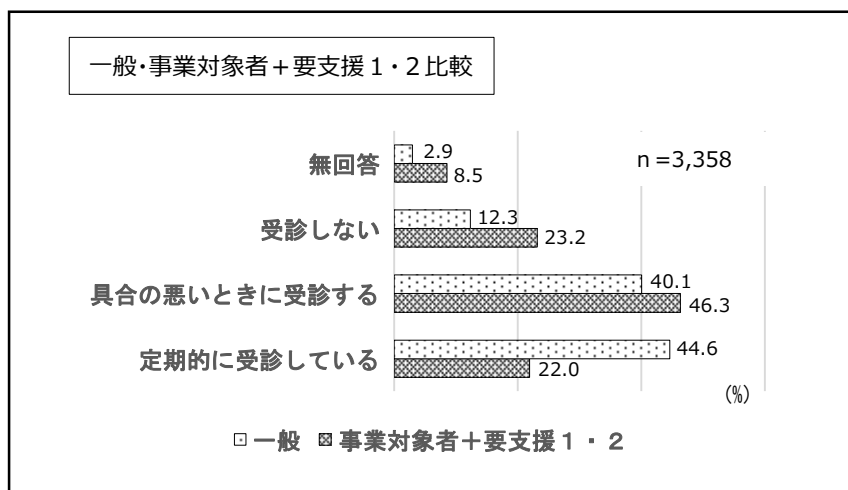
むし歯(未処置歯)や歯周疾患等は、初期の段階ではほとんど自覚がないため、早期発見には定期的な歯科受診が重要ですが、事業対象者・要支援認定者の定期的な歯科受診の割合は、一般の人の約半数にとどまり、重症化しやすい状況にあります。(図 94)

図 93 要介護度別口腔機能低下のリスク



資料: 令和5年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

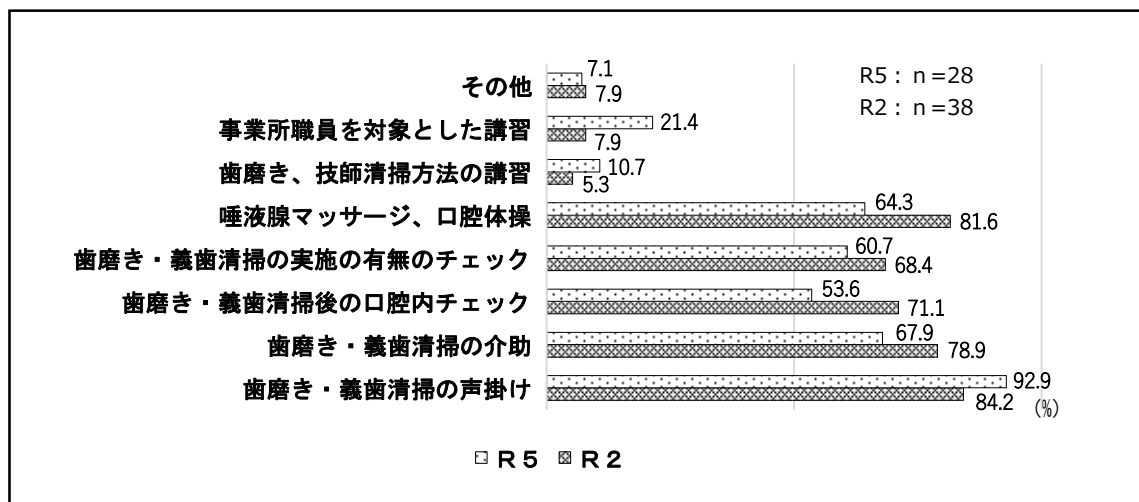
図 94 定期的な歯科受診(健診を含む)の割合



資料：令和 5 年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護の現場における口腔ケアの実施状況では、コロナ禍の影響から、マスクを外して口腔内をチェックすることが難しい状況にあり、「歯磨き・義歯清掃後の口腔内チェック」の割合が減少し、口腔内の状態が十分に確認されていない状況が見られます。また、一部の介護サービス事業所においては、口腔ケアを実施しておらず、歯磨きなどによる口腔の清潔が十分ではない事業所もあります。(図 95)

図 95 介護事業所における利用者(要支援者)への口腔ケアの実施状況



資料：令和 5 年介護職員人材実態調査

注 8) 口腔機能低下のリスクについては、「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」「お茶や汁物等でむせることがあるか」「口の渇きが気になるか」の 3 つの設問のうち、2 つに該当した場合は、口腔機能低下のリスクがあると判定する。

イ 課題

- 20 歳から 40 歳までの歯周病検診受診率向上に向けた啓発を強化する必要があります。
- 50 歳から歯科の医療費が増加傾向にあるため、若い世代からの口腔ケアや歯科検診受診、早期治療によるむし歯、歯周病等の悪化防止が重要です。
- 出張トークの利用が少なく、関心を持ってもらえるような内容の検討、発信の仕方を検討する必要があります。
- 高齢者の口腔機能低下は、心身の健康にも大きく影響することから、歯と口腔の疾患の早期発見のため、後期高齢者歯科健診の受診者を増やす必要があります。咀嚼機能を維持するためにも歯周病とむし歯を増加させない取組が必要です。
- 口腔機能向上個別訪問事業（お口すこやか訪問）は、関係者への事業周知とともに理解を促し、連携した働きかけが必要です。
- 要介護者等本人の訴えがなくても、むし歯（未処置歯）や歯周疾患等に早期に気づき、早期に必要な治療や指導を受けることができる体制を整備する必要があります。
- 介護者及び介護職員が、口腔ケアの重要性を理解したうえで、正しい口腔ケアを行うための知識や技術を習得し、日常的にケアを実施できる環境整備が必要です。

ウ 計画期間の取組目標

- 歯と口腔の健康が心身の健康に関係することやむし歯、歯周病等歯科疾患の予防、歯の喪失防止の重要性を周知し、歯と口腔の健康づくりに対する意識の向上と生活習慣の改善を図ります。
- オーラルフレイルを防ぎ、歯と口腔の健康づくりが心身の健康づくりにつながることを周知し、意識の向上を図ることで、生活習慣病の改善を図ります。
- 歯と口腔内を清潔に保つとともに、むし歯や歯周病を早期に発見し、治療に結び付けることで、口腔機能を維持・向上し、疾病の発症リスクの低減や要介護状態等の重症化防止を図ります。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
20 歳から 40 歳までの歯周病検診受診者の割合	5.3%	10.0%
50 歳以上における咀嚼良好者の割合	65.0%	70.0%
歯周病検診で歯周病（歯周ポケット 1・2）に該当する者の割合	55.0%	40.0%
歯周病検診にてむし歯（未処置歯）に該当する者の割合	37.3%	30.0%
後期高齢者歯科健診の受診率	11.5%	20.0%
80 歳で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合	64.1%	85.0%

オ 具体的な取組内容（自助・互助・共助・公助の取組）

【市の取組（公助）】

市民の行動様式を踏まえた効果的な健（検）診受診率向上のための取組	取組主体
特定健診会場やスーパー等の店舗における咀嚼能力判定試験を用いた健（検）診受診の必要性の周知	健康づくり課
民間企業等と連携した歯科健（検）診や定期歯科受診、適切な口腔ケアに関する啓発の強化	健康づくり課
出張トーク等における歯と口の健康に関する啓発及び歯科衛生士と連携した検診の周知	健康づくり課
生活習慣病予防及び生活機能低下の早期発見と適切な支援につなげる仕組みづくり	取組主体
生活習慣病予防啓発活動における民間企業等と連携した歯と口腔ケアに関する啓発	健康づくり課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
要支援者に対する無料歯科検診の実施による要介護状態等の重症化防止	健康づくり課
ケアマネジャー等への口腔ケアに関する研修会の実施による口腔ケアの重要性の理解促進	高齢介護課
日中活動系サービス事業所に対する、県などが行う歯科健診に係る周知の実施	福祉課

自立支援に向けた適切なケアマネジメントを行う仕組みづくりと利用しやすい保健事業、介護予防サービスの実施	取組主体
介護サービス事業所の介護職員に対する口腔ケアの知識及び技術の習得のための実地指導の実施	高齢介護課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課

【個人の取組（自助）】

1年に1回以上歯科健（検）診を受診し、必要に応じて歯科医療機関による歯科保健指導を受ける。
健（検）診結果で要保健指導、要精密検査・要治療となった場合は、速やかに受診する。
歯と口腔の健康維持が体や心の健康につながることを理解し、歯と口腔の健康づくりに関心を持つ。
自分の歯と口腔状態に応じた歯ブラシ等を使用し、日常的にケアを継続する。
よく噛んで食べる習慣をつける。

【家族、友人、職場の取組（互助）】

歯科健（検）診を定期的に受けるよう家族等に勧める。
日常的な口腔ケアの実施を促す。
歯や口腔の健康づくりに関する情報を得た場合は共有する。
歯ブラシやデンタルフロス等の交換時期について家族同士で互いに声を掛け合う。
オーラルフレイル予防のため、よく会話し、発音や口臭、むせ、食べこぼし等の変化に気付く。
家族全員がよく噛んで食べる習慣をつける。

【地域コミュニティの取組（共助）】

コミュニティや老人会、集いの場における歯と口腔に関する勉強会等の実施 （取組主体） 自治会、地域コミュニティ、事業所
歯と口腔の健康づくりの情報や、活用できる制度についての情報の周知 （取組主体） 自治会、地域コミュニティ、事業所
健康情報の周知等の実施 （取組主体） 健幸づくり推進員

(4) こころの健康

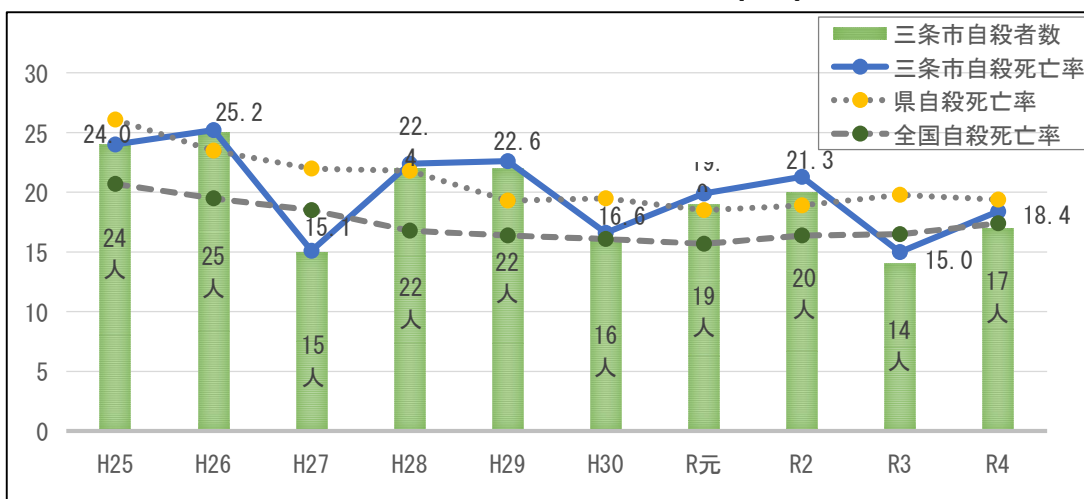
こころの健康の維持・向上は、いきいきと自分らしく生きることにつながり、健康づくりに取り組むうえでも重要です。市民一人一人がこころの健康の大切さに気付き、身近な人と互いに見守り合うことは、こころの不調の予防や早期発見につながります。

ア 現状

近年、自殺死亡率（人口10万対）、自殺死亡者数ともに減少傾向であるものの、全国より高い水準にあります。（図96）

また、近年は65歳以上の高齢者の自殺死亡率は低下傾向ですが、20～50歳代の有職者の自殺死亡率が上昇傾向となっています。（表12）

図96 三条市、全国、新潟県の自殺死亡者数、自殺死亡率の推移（各年）



資料：人口動態統計

表12 自殺死亡率（人口10万対）の推移（60歳以上及び20歳～59歳有職者）

	H25～H29 平均	H27～R3 平均
60歳以上の自殺死亡率	27.2	20.8
20～59歳の有職者の自殺死亡率	17.0	18.8

資料：人口動態統計

健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、20～50歳代は約6～7割の人がストレスを「常を感じる」、「感じるがよくある」と回答しています。（表13）

ストレスの理由については、20～50歳代は、仕事問題が約6割と一番多く、70～80歳代では健康問題が3～4割と一番多くなっています。（表14）

第4章 基本施策に基づく取組の展開

表 13 ストレスの感じ方の割合（単位：％）

項目	全体	性別		年代						
		男性	女性	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	80 歳以上
「常に感じる」 「感じるがよくある」	36.9	32.6	40.5	59.4	68.7	62.9	55.2	35.8	27.3	22.3
「たまに感じる」 「あまり感じない」	59.6	63.3	56.4	39.8	30.6	36.0	43.6	61.8	68.9	69.9
無回答	3.5	4.1	3.1	0.8	0.7	1.1	1.2	2.4	3.8	7.8

資料：令和 5 年度健康づくり実態調査、令和 5 年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

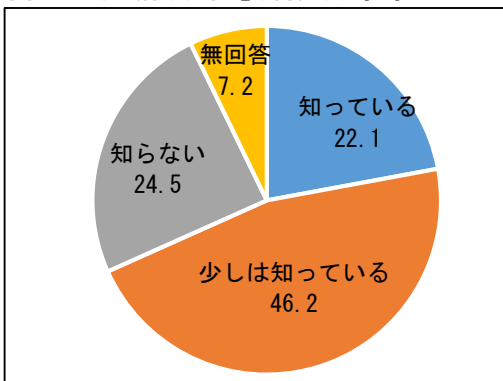
表 14 ストレスの理由の割合（複数回答有）（単位：％）

		健康問題	人間関係	経済問題	家庭問題	仕事問題	その他	無回答
全体		26.3	26.8	19.0	22.3	27.2	3.7	15.6
性別	男性	25.8	25.4	20.9	16.1	32.0	3.6	16.4
	女性	26.6	28.0	17.6	27.1	23.5	3.8	14.9
年代	20 歳代	14.7	37.9	26.7	14.7	62.1	6.0	0.0
	30 歳代	15.4	33.1	25.6	30.7	62.8	3.1	0.7
	40 歳代	11.3	33.7	23.3	27.6	65.1	4.4	1.2
	50 歳代	15.0	33.7	24.9	25.4	57.1	3.0	1.5
	60 歳代	23.8	28.0	20.4	26.2	25.8	3.6	16.2
	70 歳代	30.9	24.4	16.3	19.0	8.9	3.8	23.9
	80 歳以上	43.3	16.8	11.9	16.1	4.4	3.4	24.3

資料：令和 5 年度健康づくり実態調査、令和 5 年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

うつ病のサインの症状を「知っている」人は約 2 割でした。また、うつ病のサインに気付いた時、「精神科や心療内科等の医療機関」に相談する人が約 4 割である一方、「どこも利用しない」、「無回答」を合わせると 2 割を占めます。（図 97、表 15）

図 97 「うつ病のサイン」の認知度（％）



資料：令和 5 年度健康づくり実態調査
令和 5 年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

表 15 「うつ病のサイン」に気付いた時利用したい相談窓口

精神科や心療内科等の医療機関	42.3%
かかりつけの医療機関	20.3%
公的機関の相談窓口	10.3%
民間の相談窓口	3.5%
その他	1.1%
どこも利用しない	10.3%
無回答	12.2%

資料：令和 4 年度三条市健康づくりアンケート調査
（対象：市の健診及び健診受診者）

第4章 基本施策に基づく取組の展開

身近な人のうつ病のサインに気づいた時、専門の相談窓口へ相談することを「勧めない」、「わからない」と回答した人は、約2割を占め、半数の人が「自分の判断に自信がない」と回答しています。(図98、表16)

図98 身近な人のうつ病のサインに気づいた時、専門の相談窓口を勧める人の割合(%)

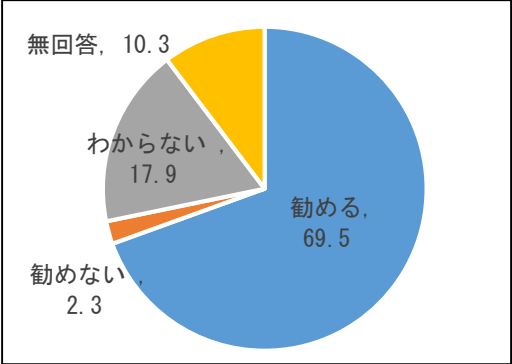


表16 図3 身近な人のうつ病のサインに気づいた時、専門の相談窓口を「勧めない」「わからない」理由

自分の判断に自信がない	50.5%
ゆっくり休んだり気分転換する方が大切	21.7%
専門の相談窓口を知らない	11.1%
病気を治すためには本人が頑張った方がいい	3.4%
時間がたてば自然に治ると思うから	6.4%
その他	2.9%
無回答	4.0%

資料：令和4年度三条市健康づくりアンケート調査（対象：市の健診及び健診受診者）

こころの相談窓口を知っている人は4割弱であり、約5割の人が相談や助けを求めることに「ためらいを感じる」、「どちらかというと感じる」と回答しています。(図99、100)

相談窓口の認知度が低いこと、相談をためらう人が多いことから悩みを抱える人が相談窓口への相談につながらず、適切な支援につながりにくい可能性があります。

図99 こころの健康に関する相談窓口が市健康づくり課や保健所にあることを知っている人の割合(%)

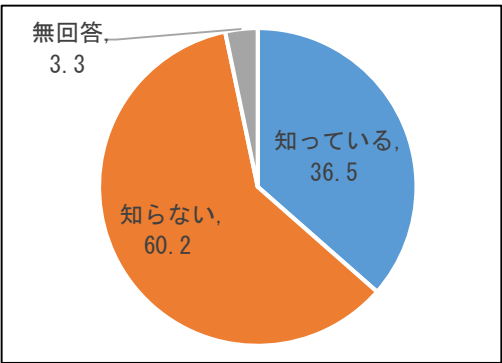
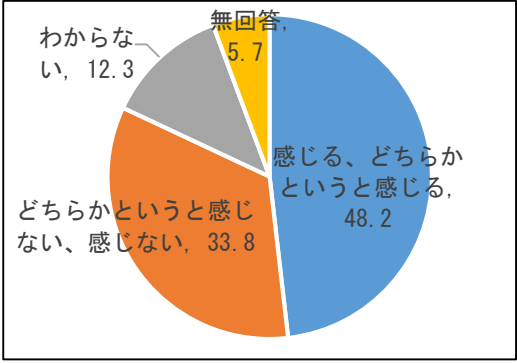


図100 相談や助けを求めることにためらいを感じる人の割合(%)



資料：令和5年度健康づくり実態調査、令和5年度介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

イ 課題

- 20～50 歳代の自殺死亡率が増加しており、多くの働き盛り世代の人が仕事問題等のストレスを感じていることから、働き盛り世代への取組を強化する必要があります。
- こころの不調のサイン及び適切な対応についての知識の不足や相談窓口の認知度の低さから、こころの不調の早期発見や早期対応につながりにくい可能性があるため、知識の普及や窓口の周知をさらに推進していく必要があります。
- 相談にためらいを感じる人が適切な支援につながるためには、家族や職場の同僚、地域の人等の身近な人が、いつもと違う変化に気付き、適切な支援につなげるゲートキーパーの役割を果たすことが重要です。そのため、誰もがゲートキーパーの知識を持てるよう普及啓発を推進する必要があります。

ウ 計画期間の取組目標

- 働き盛り世代への取組を強化し、ストレスを感じる人や自殺死亡率の低下を目指します。
- こころの健康やこころの病気について正しく理解し、困った時は適切に相談ができるなど、こころの健康を保ちながら生活する人を増やします。
- 身近な人の変化に気付き、声をかけ、話を聴いて、支援につなげるゲートキーパーについて知っている人を増やします。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
自殺死亡率（5 年間の平均）	18.2% (H30～R4 平均)	低下
メンタルヘルスに関する啓発を行った事業所数	延べ 64 か所 (H30 からの累計)	延べ 89 か所 (H30 からの累計)
うつ症状のサインについて知っている者の割合	22.1%	31.0%
こころの健康に関する相談窓口が市健康づくり課や保健所にあることを知っていた者の割合	36.5%	41.0%
「ゲートキーパー」という言葉を聞いたことがある者の割合	—	12.3%

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

個人の健康意識やライフステージの段階に応じたヘルスリテラシー向上のための健康教育の実施	取組主体
こころの健康づくり講演会、地域や事業所等への出張トーク、出前講座において、こころの健康やこころの病気に関する正しい知識とゲートキーパーの役割について普及啓発を実施	健康づくり課
公共施設等で相談窓口カードやリーフレットの設置等により、相談窓口に関する情報を発信	健康づくり課
自殺対策推進月間等において、こころの健康づくりやゲートキーパーの役割等について広報、ホームページ、SNS 等で集中的に啓発を実施	健康づくり課
メンタルヘルスに不調を抱えた人に対する早期発見及び早期対応のための取組	取組主体
市職員や支援者資質向上及び連携強化のためゲートキーパー養成研修会の実施	健康づくり課

【個人の取組(自助)】

こころの健康づくりやこころの病気に関する正しい知識や情報を得る。
悩みや問題について相談できる窓口の情報を得る。
規則正しい生活や適度な休養などこころの健康を保つためのセルフケアに取り組む。
心の不調のサインを理解し、適切な対処を行う。
悩みや問題を抱えたら、身近な人や相談機関、医療機関に相談する。
自殺問題に関心を持ち、身近な問題であると理解する。

【家族、友人、職場の取組(互助)】

こころの健康に関する知識や情報が得られる場に誘い合って参加する。また、そこで得られた情報を身近な人に共有する。
身近な人のこころの健康に関心を持ち、お互いにいつもと違う変化を意識し合う。

第4章 基本施策に基づく取組の展開

身近な人のいつもと違う変化に気付いたら、声をかけ、話を聴いて、必要に応じて相談を勧める。

【地域コミュニティの取組(共助)】

こころの健康づくりやゲートキーパーに関する知識や情報を得るため、出張トークや出前講座を活用

(取組主体)

自治会、老人会、民生委員・児童委員、集いの場、事業所

健康情報の周知等の実施

(取組主体)

健幸づくり推進員

(5) 高齢者の健康(加齢による生活機能の低下)

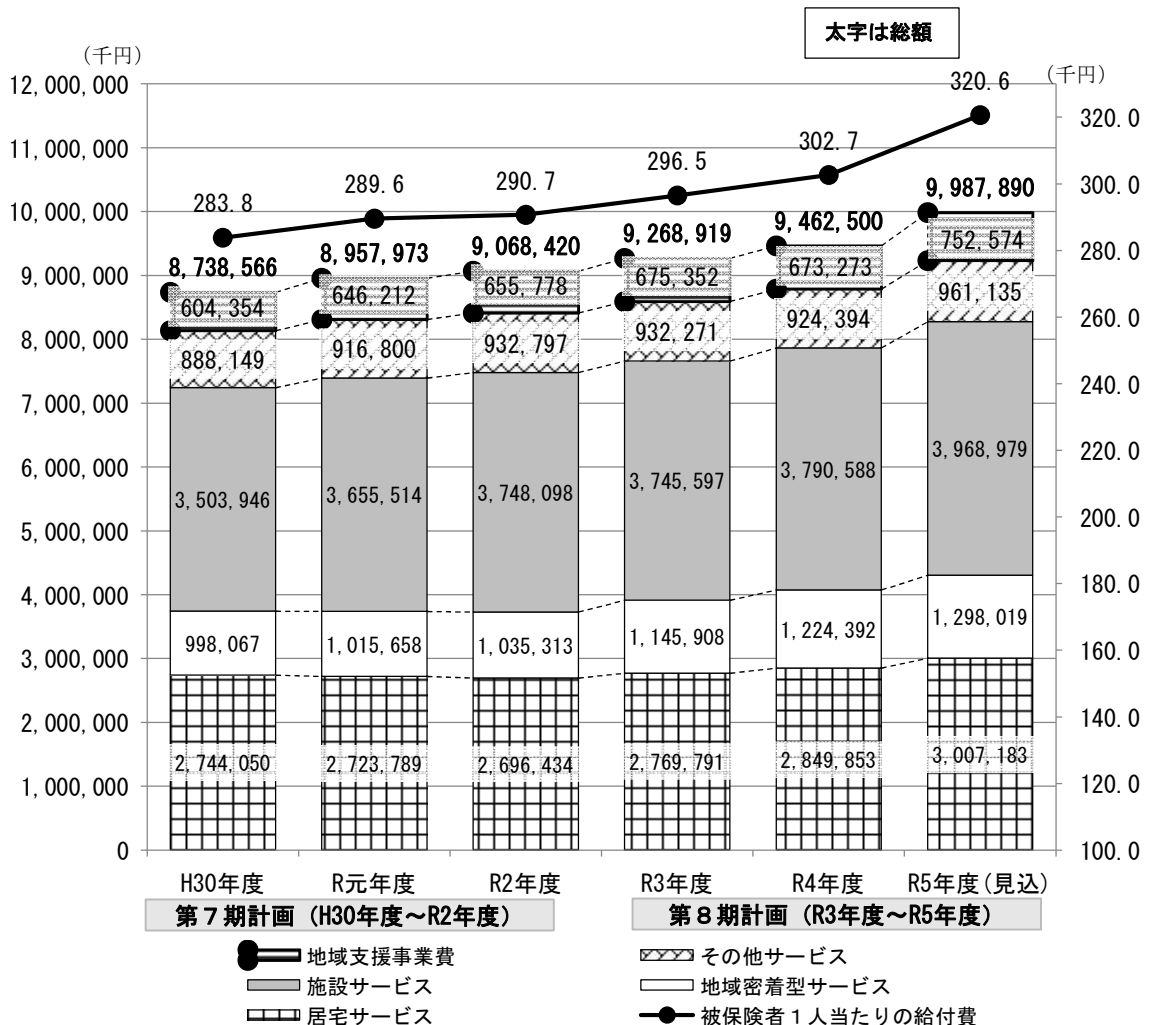
要介護状態の予防や悪化を防止するため、生きがいを持ち活動的に生活を営むことができる環境づくりの推進や、高齢者の社会参画機会の更なる拡大により、高齢者の生活機能全体の向上を図ります。

また、フレイル状態を早期に発見し介入することで、加齢による生活機能低下を改善するとともに、慢性疾患の適切な管理を行うことにより、自立支援・重度化防止を推進し、生活の質の向上及び健康寿命の延伸を目指します。

ア 現状

総人口が減少する中、75歳以上人口が今後も増加する見込みであり、高齢化率も上昇を続けると想定されます。75歳以上高齢者人口の増加とともに医療費、介護給付費の増加も続くと考えられます。(図101)

図101 標準給付費及び地域支援事業費の推移

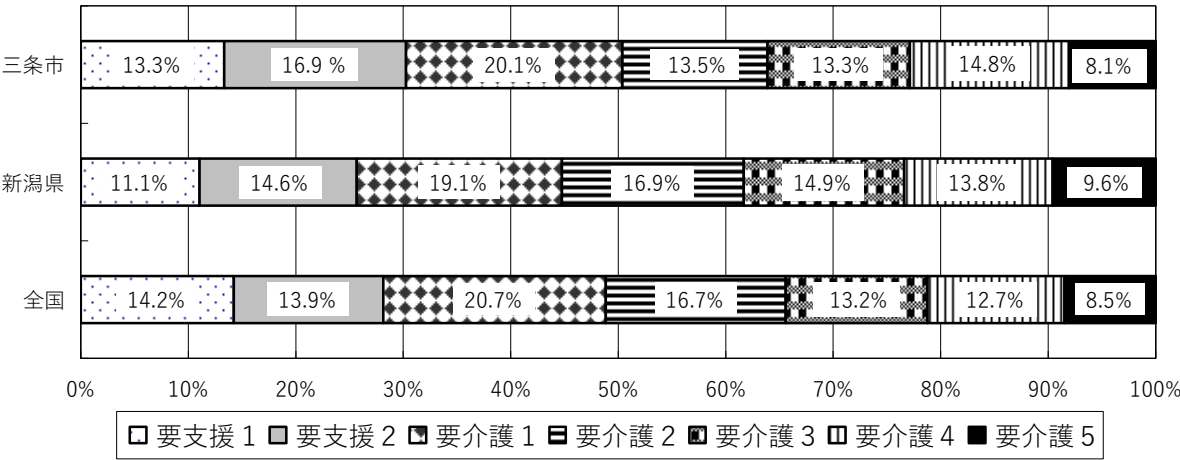


資料：三条市高齢者福祉計画 第9期介護保険事業計画

第4章 基本施策に基づく取組の展開

要介護・要支援認定者の要介護度別構成割合について、国及び県と比較すると、三条市は要支援者の割合が高くなっています。(図 102)

図 102 要介護・要支援認定者割合の比較（令和 5 年 10 月 1 日現在）



資料：三条市要介護認定審査会/厚生労働省介護保険事業状況報告

要支援・要介護認定の原因疾患は、脳血管疾患等の循環器系疾患や、生活機能低下が影響する認知症、関節症、骨折などが上位となっています。

(表 17)

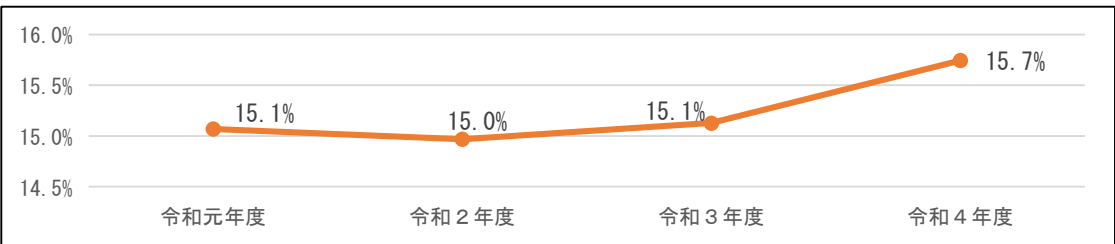
表 17 要介護・要支援新規申請者の原因疾病（中分類）の男女別順位（令和 3 年度～令和 4 年度）

	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
合計	アルツハイマー病	血管性及び詳細不明の認知症	骨折	脳梗塞	高血圧性疾患
	312 人	232 人	209 人	166 人	151 人
	男性	血管性及び詳細不明の認知症	アルツハイマー病	脳梗塞	高血圧性疾患
		118 人	89 人	84 人	56 人
	女性	アルツハイマー病	骨折	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患
		194 人	156 人	143 人	114 人

資料：令和 3 年 4 月 1 日から令和 5 年 3 月 31 日までの要介護（要支援）認定新規申請による調査

骨折等の基礎疾患となる骨粗しょう症の検診受診率は、15%台で推移しており、骨粗しょう症検診受診者で、精密検査が必要な人の割合は、年代が上がるに伴って、増加する傾向にあります。(図 103、104)

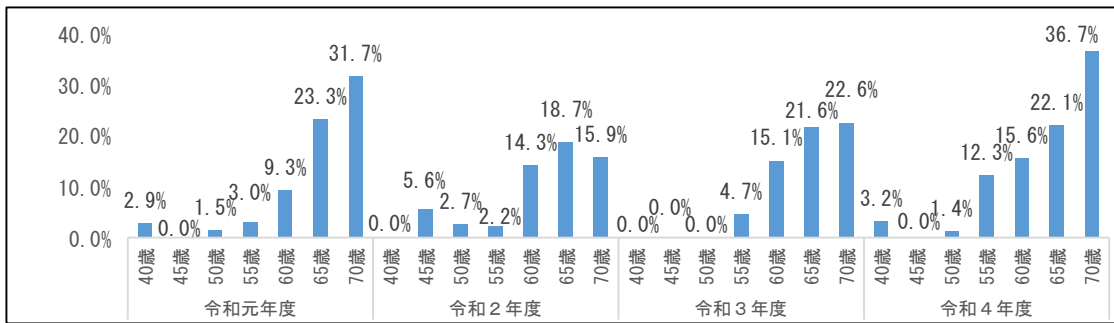
図 103 骨粗しょう症検診の受診率推移



資料：三条市保健衛生の動向、三条市住民基本台帳人口年齢別各歳表

第4章 基本施策に基づく取組の展開

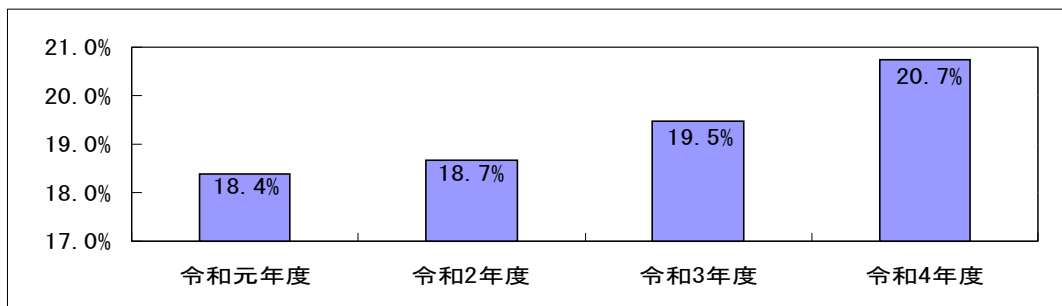
図 104 骨粗しょう症検診受診者で、要精密検査の人の割合



資料：三条市保健衛生の動向、三条市住民基本台帳人口年齢別各歳表

高齢者の健康診査の結果では、低栄養傾向が懸念される BMI20 以下の高齢者が約 2 割であり、年々増加傾向にあります。(図 105)

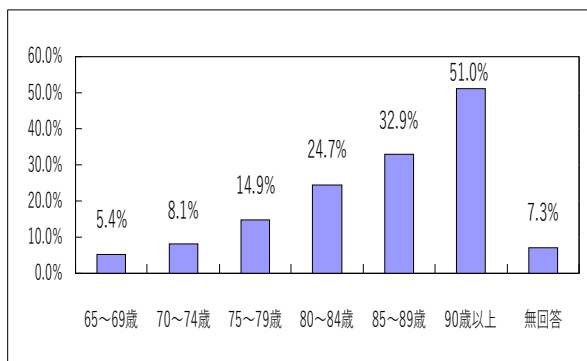
図 105 65 歳以上の健診受診者で、BMI20 以下の人の割合



資料：三条市国民健康保険 KDB システム

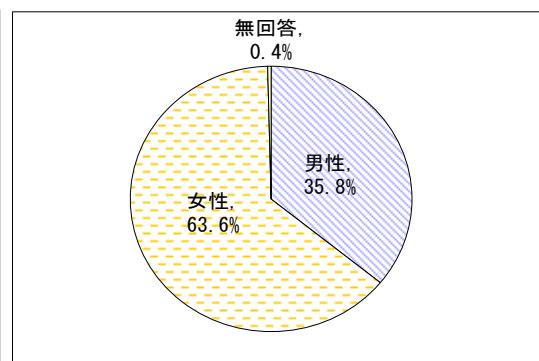
運動機能低下のリスク^{注9}がある人の割合は、年代が上がるに伴って増加しています。男女比では、女性の方がリスクがある人の割合が多くなっています。(図 106、107)

図 106 運動機能低下のリスク有の人の年代別割合



資料：令和 5 年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図 107 運動機能低下のリスク有の人の男女別割合



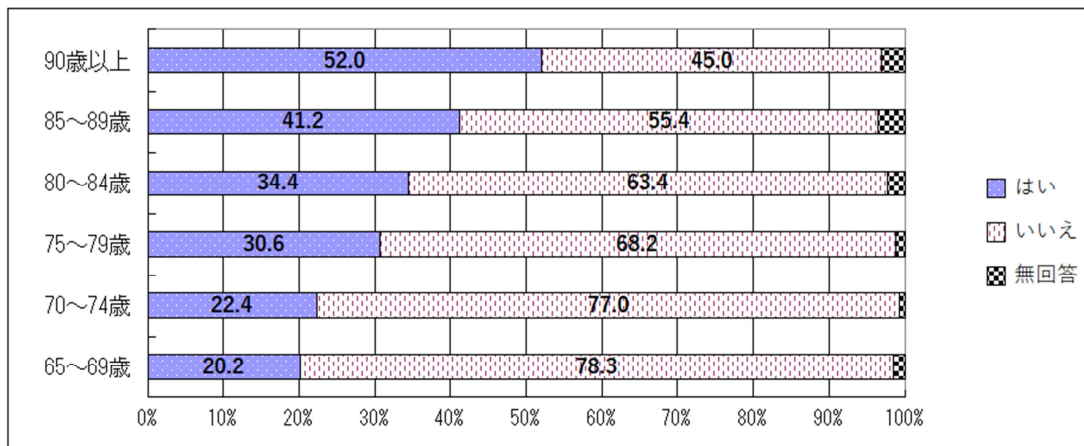
資料：令和 5 年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

注 9) 運動機能低下のリスクについては、「階段を手すりや壁をつたわず昇っているか」「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているか」「15 分位続けて歩いているか」「過去 1 年間に転んだ経験があるか」「転倒に対する不安は大きいのか」の 5 つの設問のうち、3 つ以上に該当した場合は、運動機能低下のリスクがあると判定する。

第4章 基本施策に基づく取組の展開

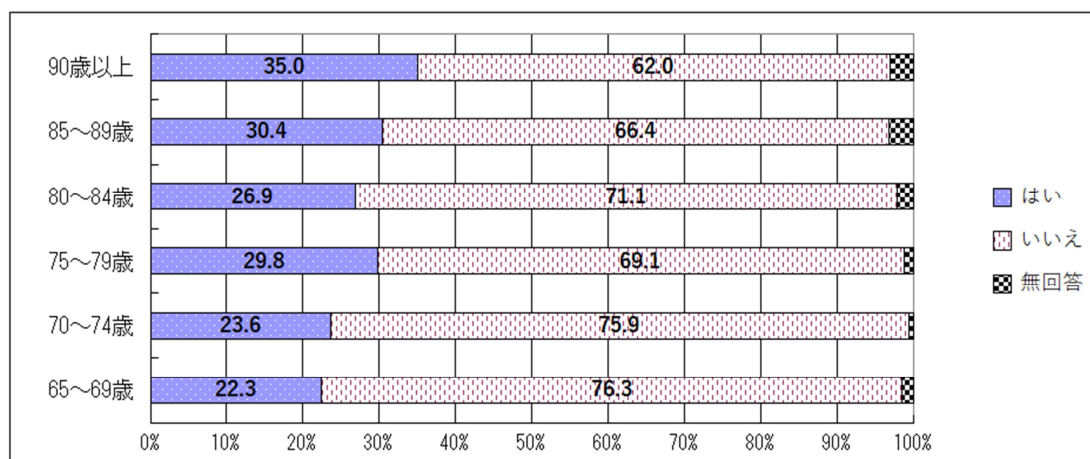
口腔機能について、65～69歳の約2割の方が、固いものの食べにくさ、むせやすさを感じており、年代が上がるに伴って、その割合が増加しています。（図108、109）

図108 半年前に比べて固いものが食べにくくなった人の年代別割合



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

図109 お茶や汁物でむせることがある人の年代別割合



資料：令和5年度 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

イ 課題

- 加齢による生活機能低下の改善、慢性疾患の適切な管理と併せて社会とのつながりを通じた健康づくりを推進していくとともに、ヘルスリテラシーの醸成及び向上のためのアプローチを実施することで自立支援・重度化防止を推進する必要があります。
- フレイル状態の人を早期に把握するため、積極的に対象者にアプローチし実態把握を行うとともに、様々な機会を捉えて、市民が自らの心身状態に気付く機会を提供する必要があります。
- 要介護の主な原因疾患である循環器系疾患の発症予防に向けて、高血圧や糖尿病などの生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組が重要です。

また、同じく要介護の主な原因である骨折予防のための食事、運動についての啓発が必要です。

- 全身状態の維持と関連性のある低栄養及び口腔ケアについて、高齢者の理解を深め、正しい食生活や口腔ケアに関する啓発の実施とともに、環境整備を行う必要があります。
- 自立支援の考え方について、市民啓発を強化するとともに、市民から介護に関する相談があった際に、丁寧に説明し、理解の促進を図る必要があります。
- 市民の介護予防、健康づくりの取組の習慣化や自己管理を促すため、セルフマネジメントの意識の向上を図る必要があります。
- リハビリ専門職等による早期のアセスメントと支援を通じて、対象者の心身状態の改善を図る必要があります。
- 医療的視点を重視した自立支援に資するケアマネジメント実施のため、支援関係者の資質向上を図る必要があります。

ウ 計画期間の取組目標

- セカンドライフ応援ステーションをはじめとする社会参画機会拡大に向けた活動の拡充や外出・交流の場の創出などにより、何らかの活動に週1回以上参加している高齢者の割合を増やします。
- 可能な限り自立した生活が続けることができるよう生活機能低下を早期発見し、必要な介入を行い、状態の改善を図ります。また、生活習慣病の管理や口腔ケア、栄養改善など広い視点で、利用者の重度化防止・自立支援に資する適切なケアマネジメントを実施し、利用者の生活の質の向上を図ることで、要支援認定の改善率及び新規要支援・要介護認定者の平均年齢を引き上げます。

エ 評価指標

指標	現状値(R4 年度)	目標値
65 歳以上の健診受診者で、BMI が 20 以下の者の割合	20.7%	18.4%
週 1 回以上社会参画活動を行っている者（65 歳以上）の割合	31.4% (R5 年度)	34.5 %
要支援認定者の状態の改善率	12.39%	13.37%
新規要支援・要介護認定者の平均年齢	82.5 歳	上昇

オ 具体的な取組内容(自助・互助・共助・公助の取組)

【市の取組(公助)】

民間等と連携した属性や年代等を問わず外出・参加しやすい機会の創出（再掲）	取組主体
外出・交流機会の拡大のための集いの場の立ち上げ・継続支援の実施（再掲）	高齢介護課
有償ボランティア活動を通じた社会参画活動の推進（再掲）	高齢介護課
民間等と連携した自然と健康になれる食環境整備（再掲）	取組主体
定期的な共食機会の提供及び集いの場における共食の推進（再掲）	健康づくり課
生活習慣病予防及び生活機能低下の早期発見と適切な支援の実施	取組主体
介護予防・健康づくりの知識の普及や実践につながる情報を提供するための専門職による啓発講座の実施	健康づくり課 高齢介護課
「集いの場」やイベント等様々な機会において生活機能の低下を簡易的にチェックする「フレイルチェック」の実施	高齢介護課
リハビリテーション専門職の指導による運動機能向上を中心とした複合型短期集中介護予防事業の実施	高齢介護課
介護予防教室において介護予防に資する体操・ゲーム等の実施や、リハビリテーション専門職等の講話・相談の実施	高齢介護課
低栄養状態の改善を図るため、管理栄養士の訪問等による食事指導の実施（保健・介護予防一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
健診未受診かつ医療未受診者の後期高齢者の状況把握と医療受診勧奨や介護予防サービス等の利用勧奨（保健・介護一体化事業）	健康づくり課 高齢介護課
自立支援に向けた適切なケアマネジメントを行う仕組みづくりと利用しやすい保健事業、介護予防事業の実施	取組主体
自立支援型地域ケア個別会議の実施	高齢介護課
リハビリテーション専門職の知見を活用したケアマネジメント支援訪問の実施	高齢介護課
介護給付適正化指導員によるケアプランチェックや事業所に出向いた実地指導（研修）の実施	高齢介護課
低栄養状態の改善を図るため、管理栄養士の訪問等による食事指導の実施（保健・介護予防一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
口腔機能低下を予防するため、歯科衛生士の訪問等による歯科保健指導の実施（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課

第4章 基本施策に基づく取組の展開

健診未受診かつ医療未受診者の後期高齢者の状況把握と医療受診勧奨や介護予防サービス等の利用勧奨（保健・介護一体化事業）（再掲）	健康づくり課 高齢介護課
--	-----------------

【個人の取組（自助）】

さんちゃん健康体操、ちょこっと筋トレなど自宅で気軽にできる体操を生活の中に取り入れる。
主食、主菜、副菜をそろえたバランスの良い食事をし、低栄養を防ぐ。
自分でできる適切な口腔ケアに取り組み、定期的に歯科受診する。
社会参加や外出を積極的に行い、心身の健康増進に努める。
健（検）診や定期受診により、自身の健康状態の把握や健康管理に努める。
自らの心身の状態を観察し、生活機能の低下に気付いた時には、必要に応じて、市や地域包括支援センターに相談し介護予防事業等を利用し、生活機能の維持・向上に努める。

【家族、友人、職場の取組（互助）】

誘い合って社会参画活動に参加する。
家族や友人と一緒にバランスのとれた食事を摂る。
毎年誘い合って健（検）診を受け、また、受けるよう勧める。
健康状態の変化や生活機能の低下に気付いたときには、医療機関受診や市、地域包括支援センターへの相談を勧める。

【地域コミュニティの取組（共助）】

コミュニティや老人会、集いの場など地域で集まりがある場合にフレイル予防に関する講座受講を企画 （取組主体） 自治会長協議会、民生委員児童委員協議会、地域コミュニティ
気軽に取組める健康づくりの取組やメニュー、外出機会の情報を紹介 （取組主体） 健幸づくり推進員、食生活改善推進委員協議会

資料編

第3次健康増進計画の評価指標一覧表

【社会とのつながりを通じた健康づくり】

* 評価指標の考え方「国」⇒健康日本 21（第3次）

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方（*）	基準値の データ元
1 日の平均歩行数（歩行と同等の身体活動を含む）	5,040 歩 （成人、高齢者平均値）	5,300 歩 （成人、高齢者平均値）	2 次計画においても同じ評価指標を設定し、身体活動量の増加に向け、取り組んできたが、目標達成に至っていないため、引き続き指標とする。国も同様の評価指標を設定しており、国の R1 の現状値から R14 の目標値に対する増加割合 10%増に基づき、単年度の増加率を 0.77%とし、計画期間 6 年間で 4.6%増を目標値とし設定する。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
週 1 回以上社会参画活動を行っている者の割合	40.5%	43.5%	2 次計画では、年に数回程度の参加も含んでいたが、日常的に参加する者の増加に向け、基本チェックリストの閉じこもりの判定基準を参考に「週 1 回以上」とする。目標値については、介護保険事業計画の増加割合に合わせ、各年度 0.5%の上昇を目標とし設定する。 （国は新規にいずれかの社会活動を行う者とし今後集計予定）	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
共食の機会が週 1 回以上の者の割合	69.5%	75.0%	2 次計画においても同じ評価指標を設定し取組を行ってきたが、目標達成に至らなかったため、引き継ぐ。（国は新規に地域等で共食している者を集計予定）	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
食環境整備に協力する民間企業等の店舗数	23 店舗	45 店舗	民間企業と連携して自然と健康になれる食環境整備の評価指標として、「こっそり減塩作戦」の協力店と「スマートミール認証店」の合計数を市独自の目標値として設定する。	こっそり減塩作戦協力店舗数、スマートミール認証店舗数を把握
集いの場の数	433 か所 (R5.9 月末現在)	550 か所	2 次計画では、集いの場参加者の延べ人数を指標としていたが、実際の人数の把握は困難であるため、介護保険事業計画の指標に基づき設定する。 ・R6～8（第 9 期計画）各年度 30 か所増加 ・R9～11（第 10 期計画）各年度 10 か所増加	集いの場の状況（地域包括ケア総合推進センターにおいて随時把握）
地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合	—	増加	国が指標とする項目を新規に設定する。基準値の把握がないため、R8 年度に右記調査に設問を追加して把握し目標値を設定する。	健康づくり実態調査及び介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【ヘルスリテラシーの醸成及び向上】

(1) 栄養・食生活

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
適正体重を維持している者の割合	59.7% 〈参考〉 男性 62.3% 女性 57.4%	63.0%以上	国に合わせて BMI18.5 以上 25 未満 (60 歳以上は BMI20 を超え 25 未満※) の者の割合とし、国の計画期間より短いことから目標値は 6 年間で実現可能な数値とする。 ※国は「65 歳以上は BMI20 を超え 25 未満」としているが、市の健診では 5 歳刻みでの評価は難しいため	三条市健康診査、国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査
児童・生徒における肥満傾向児の割合	小 5 男子 13.2% 〈参考〉 小 5 女子 7.0% 中 2 男子 8.9% 中 2 女子 4.3%	減少	国と同様に、自ら健康に関する様々な情報に触れ、行動を選択し始める学童期であることと、肥満傾向児の割合が増加している 10 歳 (小学 5 年生) 男子の数値を指標とする。参考値として 10 歳 (小学 5 年生) 女子、13 歳 (中学 2 年生) 男子と女子の割合も把握する。	三条市学校保健統計
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	(参考値) 76.3% ※主食、主菜、副菜を 1 日 2 回以上そろえている者の割合	令和 6 年度以降に設定	バランスの良い食事を摂っている者の増加に向け、国と同様の指標を設定する。現行の調査では、国の設問内容と異なるため、類似の内容で把握した数値を参考とし基準値とする。令和 6 年度以降に設問内容を見直し調査、把握し目標値を設定する。	食育推進事業におけるアンケート、健康づくりに関するアンケート
塩分摂取量	(参考値) 8.5g/日	令和 6 年度以降に設定	循環器疾患のリスクとなる高血圧の予防に向け、塩分摂取量を指標とする。国も塩分摂取量を指標としているが、設定している数値の調査方法 (国民健康・栄養調査) が異なるため、市独自の目標値を設定する。また基準値を把握している健診の実施方法が令和 6 年度以降変更となる可能性があるため、変更後に調査した数値を把握し目標値を設定する。	セット健診における推定尿中塩分調査
食環境整備に協力する民間企業等の店舗数 [再掲]	23 店舗	45 店舗	民間企業と連携して自然と健康になれる食環境整備の評価指標として、「こっそり減塩作戦」の協力店と「スマートミール認証店」の合計数を市独自の目標値として設定する。	こっそり減塩作戦協力店舗数、スマートミール認証店舗数を把握

(2) 身体活動・運動

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
1 日の平均歩行数（歩行と同等の身体活動を含む）[再掲]	5,040 歩 （成人、高齢者平均値）	5,300 歩 （成人、高齢者平均値）	2 次計画においても同じ評価指標を設定し、身体活動量の増加に向け、取り組んできたが、目標達成に至っていないため、引き続き指標とする。国も同様の評価指標を設定しており、国の R1 の現状値から R14 の目標値に対する増加割合 10%増に基づき、単年度の増加率を 0.77%とし、計画期間 6 年間で 4.6%増を目標値とし設定する。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
運動習慣者の割合（1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し 1 年以上持続している者）	29.3%	36.0%	国の評価指標に合わせるが、国の計画期間より短いことから、国の目標値を基に割返した数値を目標値とする。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
1 週間の総運動時間（体育授業を除く）が 60 分未満の児童の割合	小 5 女子 22.1%	小 5 女子 全国平均値以下	国と同様に、評価のための代表的指標として、割合が高く改善余地のある小学 5 年生女子の数値を指標とする。国の目標値は現状から半減としているが、市独自の取組効果を測るため、全国平均値以下を目標値とする。	全国体力・運動能力・運動習慣等調査（学校教育課）

(3) 休養・睡眠

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
睡眠で休養がとれている者の割合	79.9%	85.0%	国と同様の評価指標とするが、市の基準値が国の現状値（78.3%）より高く、すでに国の目標値 80%に近いことから目標値は 5%増加とし設定する。	三条市健康診査、国民健康保険特定健康診査

(4) 飲酒

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の割合	（参考値） 9.2%	令和 6 年度以降に設定	国と同様の評価指標とするが、現在、国の数値の計算方法と異なり、市では毎日飲酒かつ男性 20g、女性 10g として計算している。令和 6 年度から国に合わせて特定健康診査等標準的な質問票にて把握し、目標値を設定する。	三条市健康診査、国民健康保険特定健康診査
毎日飲酒をしている者の割合	21.3%	18.1%	市独自の評価指標とし、令和元年国民健康・栄養調査における全国の毎日飲酒している者の割合（18.1%）を目標値に設定する。	三条市健康診査、国民健康保険特定健康診査

(5) 喫煙

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
喫煙率	総数 10.6% 〈参考〉 男性 17.9% 女性 4.5%	総数 7.8% 〈参考〉 男性 13.2% 女性 3.3%	国と同様の評価指標とするが、国の算出方法（現状値 × (100-26.1%)）を参考に、市独自の目標値を設定する。 ※26.1%は令和元年国民健康・栄養調査で禁煙希望の喫煙者割合	三条市健康診査、国民健康保険特定健康診査、後期高齢者健康診査
COPD の死亡率 (人口 10 万対)	12.8	10.5	国は生活習慣病の発症予防・重症化予防の評価指標としているが、喫煙との関連が深いことから評価指標とする。国と同様の目標値を設定する。	人口動態統計

【健康リスクに応じた個別支援(早期発見・早期介入・重症化予防)】

(1) がん(悪性新生物)

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
がん死亡者（人口 10 万対死亡率）	357.8 (R3 年度)	320.0	国の評価指標と同様であり、2 次計画においても同じ指標を設定し死亡率低下に向け、取り組んできたが、目標値に至っていないため、指標、目標値ともに引き継ぐ。	厚生労働省 人口動態統計の概要、新潟県福祉保健年報
胃がん検診の受診率	28.2%	60.0%	国の評価指標と同様であり、2 次計画においても同じ指標を設定し受診率向上に向け、取り組んできたが、目標値に至っていないため、引き継ぐこととし、国の目標値に合わせる。ただし、肺がん検診については、基準値が国の目標値を超えているため、2 次計画と同じ 70%とする。	三条市事務報告書及び財産表
大腸がん検診の受診率	46.2%	60.0%		
肺がん検診の受診率	61.2%	70.0%		
乳がん検診の受診率	34.9%	60.0%		
子宮がん検診の受診率	16.0%	60.0%		
胃がん検診の精密検査受診率	91.5%	100.0%	2 次計画においては、国の第 3 期がん対策推進基本計画の評価指標に合わせて、精密検査受診率向上に向け、取り組んできたが、目標値に至っていないため、同じ評価指標を引き継ぐ。目標値については、第 4 期がん対策推進基本計画に合わせて 90%とする。ただし、基準値が 90%を超えている胃がん検診精密検査受診率と乳がん検診精密検査受診率については、目標値を 100%とする。	三条市事務報告書及び財産表
大腸がん検診の精密検査受診率	80.6%	90.0%		
肺がん検診の精密検査受診率	78.3%	90.0%		
乳がん検診の精密検査受診率	92.9%	100.0%		
子宮がん検診の精密検査受診率	76.9%	90.0%		

(2) 生活習慣病

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
脳血管疾患の死亡率（人口 10 万対の 5 年間の平均）	132.9 (H29～R3)	128.1	国と同様の評価指標（ただし、年齢調整ではなく人口 10 万対の 5 年間平均）とする。国の現状値との差が大きいため、2 次計画と同様に県の数値を目標とし、年による変動を考慮し 5 年間の平均値とする。	[市、県] 福祉保健年報 [国] 人口動態統計 （確定数の概況）
心疾患の死亡率（人口 10 万対の 5 年間の平均）	183.6 (H29～R3)	168.3	国と同様の評価指標（ただし、年齢調整ではなく人口 10 万対の 5 年間平均）とする。県は市より高率であるため、2 次計画と同様に国の数値を目標とする。また、年による変動を考慮し 5 年間の平均値とする。	[市、県] 福祉保健年報 [国] 人口動態統計 （確定数の概況）
特定健康診査の実施率	45.5%	60.0%	国と同様の評価指標とするが、目標値は三条市国民健康保険特定健康診査等実施計画の考え方と合わせる。	特定健康診査等 データ管理システム（法定報告）
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	28.2%	21.2%	国と同様の評価指標とするが、特定健康診査・特定保健指導実施計画における 25%以上の減少率から算出し目標値を設定する。	特定健康診査等 データ管理システム（法定報告） 該当者：TKCA012 統計No.6、予備群：TKCA012 統計No.8
高血圧の者の割合（140mmHg 以上または 90mmHg にある者の割合）	24.8%	20.0%	2 次計画においても市独自の評価指標とし取り組んできたが、目標値 20%に至っていないため、指標、目標値ともに引き継ぐ（国は収縮期血圧の平均値を目標としているが、市では高血圧の者を減らすことを目標に設定）。	KDB（国保）の保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）
脂質高値の者の割合（LDL コレステロール 160mg/dl 以上にある者の割合）	8.2%	6.8%	国と同様の評価指標とする。ただし、国は服薬有を含むが、医療受診勧奨等保健事業の効果として服薬は含まないこととする。減少率は国の値を基に市の計画期間に合わせて目標値を設定する（国 25%の減少→市 16.8%の減少）。	KDB（国保）の保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）
糖尿病の有病者数の割合（HbA1c6.5% 以上、または糖尿病のレセプトがある者の割合）	21.7%	24.5%	国と類似の評価指標（国：HbA1c6.5%以上または服薬有）とし、国の考え（増加を前提に予測値から目標値を設定）に合わせて目標値を設定する。国の増加率から市の計画期間に換算して増加率を算出する（R4 年度を基準値）。	KDB（国保）の保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）
糖尿病の治療継続者の割合（HbA1c6.5%以上の者のうち、服薬有と回答した者の割合）	62.1%	65.5%	国と同様の評価指標とするが、基準値は 2 次計画の目標値に近づいているため、国の値の設定を基に市の計画期間に合わせて設定する。国は R 元年 67.6%から R14 年 75%に増加で年 0.57%増となるため、3.42%増とし設定する。	KDB（国保）の保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方（＊）	基準値の データ元
血糖コントロール不良者の割合 (HbA1c8.0%以上の者の割合)	0.9%	0.8%	国と同様の評価指標とし、国の減少率（R14 年で 25%減、1 年に 1.8%減）を市の計画期間に換算し目標値を設定する（R4 年度を基準値）。	KDB（国保）の保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）
新規透析導入者数（国保・後期で特定疾病療養受療証の交付を新規に受けた者の人数）	13 人	15 人 (国保 7 人、 後期 8 人)	国の評価指標と類似（国は糖尿病性腎症による透析に限定）。国の目標（2016 年～2028 年で約 10%減の 35,000 人に減）と同様の減少率（1 年に 0.8%）を用い、R3、R4 の実績値により算出した上で、R4、R5 の動向と被保険者数の変化を勘案し目標値を設定する。	国民健康保険及び後期高齢者医療の特定疾病療養受療証交付者（国保係）
塩分摂取量 〔再掲〕	(参考値) 8.5g/日	令和 6 年度以降に設定	循環器疾患のリスクとなる高血圧の予防に向け、塩分摂取量を指標とする。国も塩分摂取量を指標としているが、設定している数値の調査方法（国民健康・栄養調査）が異なるため、市独自の目標値を設定する。また基準値を把握している健診の実施方法が令和 6 年度以降変更となる可能性があるため、変更後に調査した数値を把握し目標値を設定する。	セット健診における推定尿中塩分調査

(3) 歯・口腔の健康

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方（＊）	基準値の データ元
20 歳から 40 歳までの歯周病検診受診者の割合	5.3%	10.0%	2 次計画においても、市独自の評価指標として設定し受診率向上に向け、取り組んできたが、目標達成に至っていないため、指標、目標値ともに引き継ぐ。	三条市保健衛生の動向
50 歳以上における咀嚼良好者の割合	65%	70.0%	国と同様の評価指標とし、国の考え方（過去 5 回のうち最も高い値を基準）に合わせて目標値を設定する。ただし、R4 年度から咀嚼能力の判定方法を変更したため、R4、R5 の 2 回のうち最も高い値（R5⇒65%）を基準とし 5%高い 70%を目標値とする。	咀嚼能力試験集計表
歯周病検診で歯周病（歯周ポケット 1・2）に該当する者の割合	55%	40.0%	2 次計画においても、市独自の評価指標として設定し取り組んできたが、目標達成に至っていないため、引き継ぐ。	歯周病検診票
歯周病検診にてむし歯（未処置歯）に該当する者の割合	37.3%	30.0%	2 次計画においても、市独自の評価指標として設定し取り組んできたが、目標達成に至っていないため、引き継ぐ。	歯周病検診票
後期高齢者歯科健診の受診率	11.5%	20.0%	2 次計画においても、市独自の評価指標として設定し受診率向上に向け、取り組み、目標は達成したものの、低い割合で推移していることから、引き継ぐ。	三条市保健衛生の動向

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方（＊）	基準値の データ元
80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合	64.1%	85.0%	国の歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第2次）における評価指標・目標値に合わせる。	後期高齢者歯科健診票

（4）こころの健康

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方（＊）	基準値の データ元
自殺死亡率 (5年間の平均)	18.2% (H30～R4 平均)	低下	2次計画においても、こころの健康の維持・向上に向け、市独自の評価指標として設定し取り組み、目標達成したが、自殺者の減少を目指すことは重要であるため、引き続き、指標とし引き継ぐ。	人口動態統計
メンタルヘルスに関する啓発を行った事業所数	延べ64か所 (H30からの累計)	延べ89か所 (H30からの累計)	市がメンタルヘルスに関する啓発を実施した事業所数を市独自の指標とし、単年度4事業所への啓発実施を目標値とし設定する（国はメンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合を指標としている）。	メンタルヘルスに関する出張トークや啓発事業を行った事業所数を集計
うつの症状のサインについて知っている者の割合	22.1%	31.0%	2次計画においても、市独自の評価指標として設定し、啓発に取り組んできたが、目標達成に至っていないため、指標、目標値ともに引き継ぐ。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
こころの健康に関する相談窓口が市健康づくり課や保健所にあることを知っている者の割合	36.5%	41.0%	2次計画においても、市独自の評価指標として設定し、相談窓口の啓発に取り組んできたが、目標達成に至っていないため、指標、目標値ともに引き継ぐ。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
「ゲートキーパー」という言葉を聞いたことがある者の割合	—	12.3%	国では、心のサポーター数を評価指標としているが、市では心のサポーターと類似したゲートキーパーの養成とともに、周知、啓発していることから、ゲートキーパーの認知度を市独自の指標とし、全国平均の認知度12.3%以上を目標値とする。	健康づくり実態調査、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(5) 高齢者の健康(加齢による生活機能低下)

評価指標	基準値 (R4 年度)	目標値 (R11 年度)	評価指標の考え方 (*)	基準値の データ元
65 歳以上の健診受診者で BMI が 20 以下の者の割合	20.7%	18.4%	国と同様の評価指標とするが、特定健康診査等の受診者から対象者を抽出した数値とする。2 次計画においても同じ評価指標を設定し減少に向け、取り組んできたが、増加傾向に推移し目標値に至っていないため、引き継ぐ。	KDB データ（国保・後期） ※KDB の保険事業介入支援管理で、国保は特定健康診査受診者の 65 歳以上、後期は健康診査受診者で BMI20 以下の者を抽出し算出
週 1 回以上社会参画活動を行っている者（65 歳以上）の割合	31.4% (R5 年度)	34.5%	2 次計画では、年に数回程度の参加も評価の値に含んでいたが、日常的に参加する者の増加に向け、基本チェックリストの閉じこもりの判定基準を参考に「週 1 回以上」とする。目標値については、介護保険事業計画の増加割合に合わせ、各年度 0.5%の上昇を目標とし設定する。（国はいずれかの社会活動を行う者とし今後集計予定）	介護予防・日常生活圏二一ス調査
要支援認定者の状態の改善率	12.39%	13.37%	2 次計画では、市独自の評価指標とし、要支援者・要介護者の状態の改善率としていたが、3 次計画では介護予防を重点的に働きかける「要支援者」の状態の改善率を指標とする。過去 5 年間の変化の平均 0.14 ずつ改善する見込みとし目標値を設定する（三条市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の指標と合わせるため、小数点第 2 位までとする）。	要介護認定審査会
新規要支援・要介護認定者の平均年齢	82.5 歳	上昇	自立した生活ができている高齢者を把握し評価するため、新規申請者一覧から取り下げ者を除き、平均年齢を算出し、市独自の評価指標として新規に設定する。	新規申請者一覧から取り下げ者を除き、平均年齢を算出

三条市第3次健康増進計画 健康づくり計画

令和6年3月

発行者 三条市

住 所 〒955-8686 新潟県三条市旭町二丁目3番1号

T E L (0256) 34-5511 (代表)

F A X (0256) 34-5572 (健康づくり課)

U R L <https://www.city.sanjo.niigata.jp/>

E-mail kenko@city.sanjo.niigata.jp

編 集 三条市福祉保健部健康づくり課