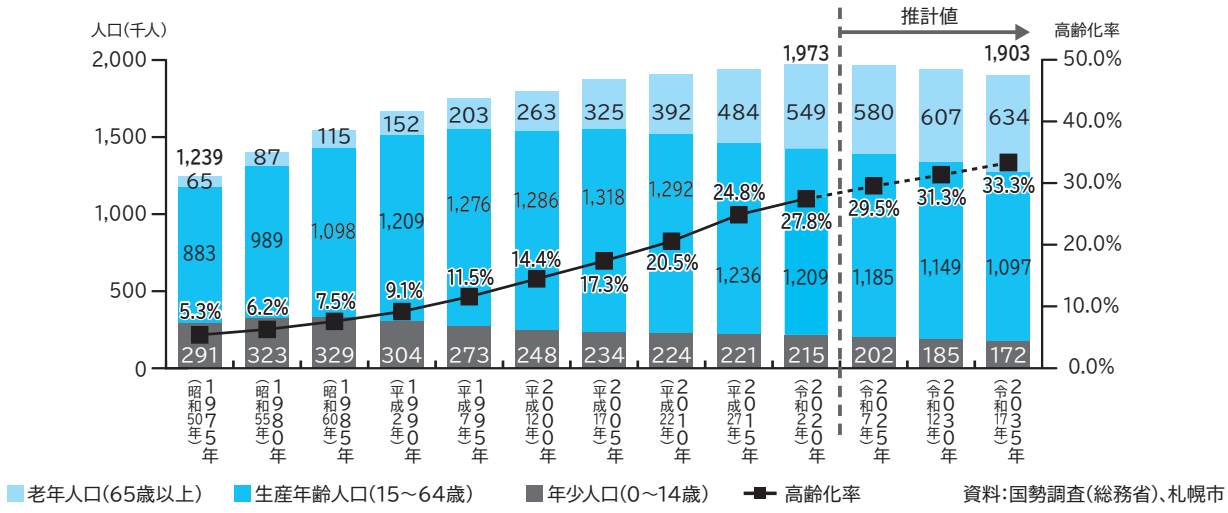
1 社会的背景

（1）人口と世帯の推移

2023年（令和5年）4月1日現在の推計人口[2]は1,969,004人であり、2020年（令和2年）国勢調査に基づく将来人口推計では、今後人口減少が予測されています。

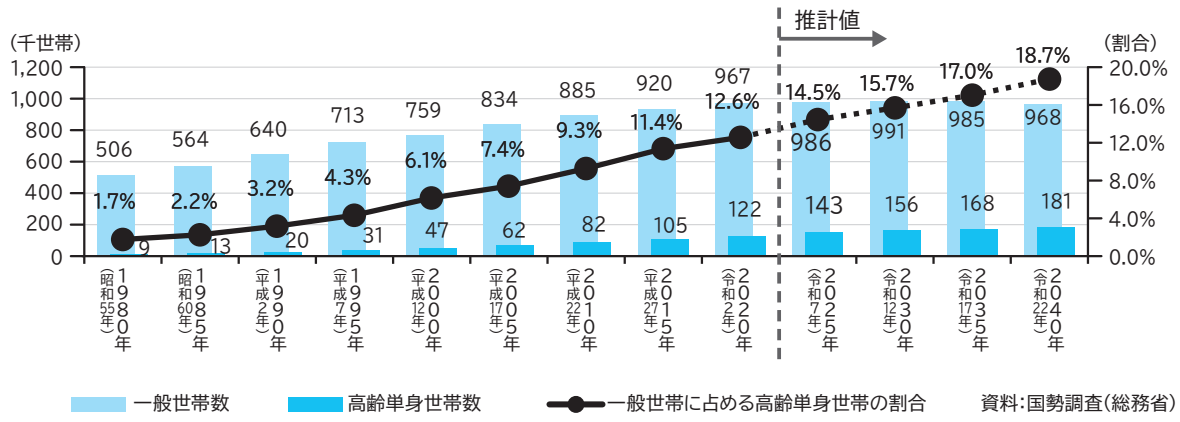
図表Ⅰ-1 札幌市の人口推移と将来推計



2020年（令和2年）の一般世帯[3]数は967,372世帯で、高齢単身世帯[4]数は121,789世帯となっています。

一般世帯に占める高齢単身世帯の割合は、2020年（令和2年）には12.6%であり、2040年（令和22年）には18.7%になり、さらなる高齢単身世帯の増加が予測されています。

図表Ⅰ-2 世帯構成の推移

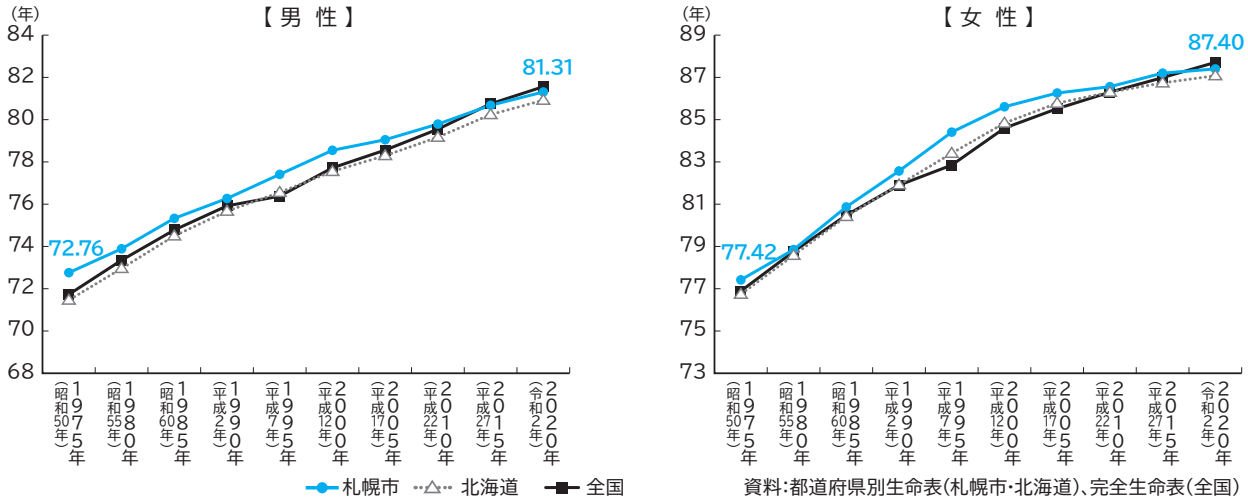


2【推計人口】直近の国政調査の数値を基礎に、毎月の住民基本台帳による人口の増減を加えて算出したもの
3【一般世帯】病院や寮などの施設以外の世帯
4【高齢単身世帯】65歳以上の人1人のみの世帯

（2）平均寿命

2020年（令和2年）の平均寿命[5]は、男性が81.31年、女性が87.40年で、全国や北海道とほぼ同様です。

図表Ⅰ-3　平均寿命の推移



資料：都道府県別生命表（札幌市・北海道）、完全生命表（全国）

（3）健康寿命

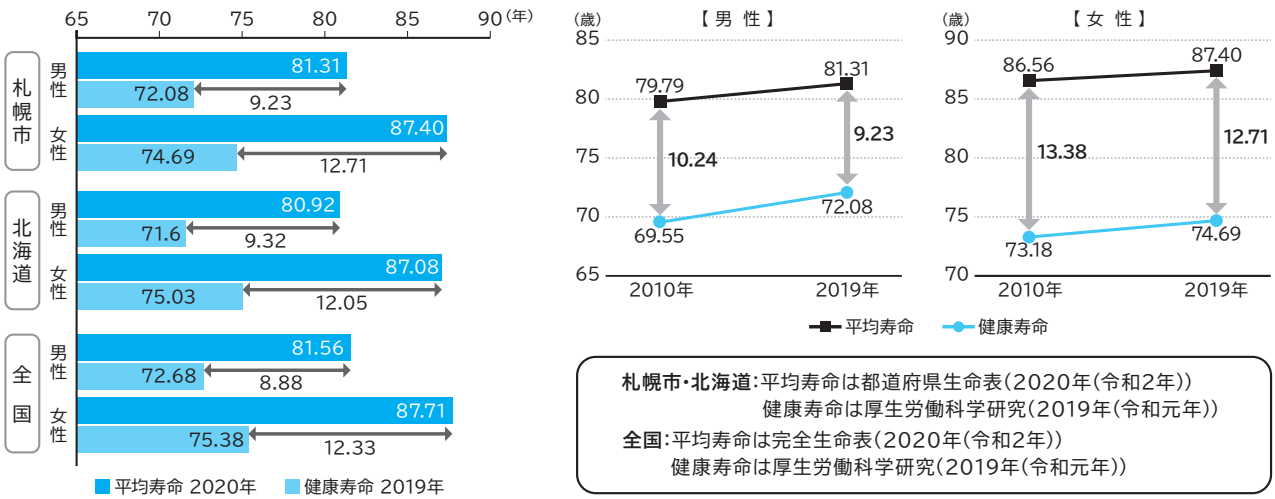
健康寿命とは、本計画においては「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義しており、平均寿命と健康寿命との差が短いほど、個人の生活の質が高く保たれているとされています。

2019年（令和元年）の札幌市の健康寿命は、男性72.08年、女性74.69年でした。

平均寿命との差は、男性9.23年、女性12.71年で、全国より男性0.35年、女性0.38年長くなっています。

また、札幌市の健康寿命と平均寿命の差を2010年（平成22年）と2019年（令和元年）で比較すると、男性は1.01年、女性は0.67年、差が縮小しており、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加がみられています。

図表Ⅰ-4　平均寿命と健康寿命の差



札幌市・北海道：平均寿命は都道府県生命表（2020年（令和2年））
健康寿命は厚生労働科学研究（2019年（令和元年））
全国：平均寿命は完全生命表（2020年（令和2年））
健康寿命は厚生労働科学研究（2019年（令和元年））

5【平均寿命】0歳の平均余命

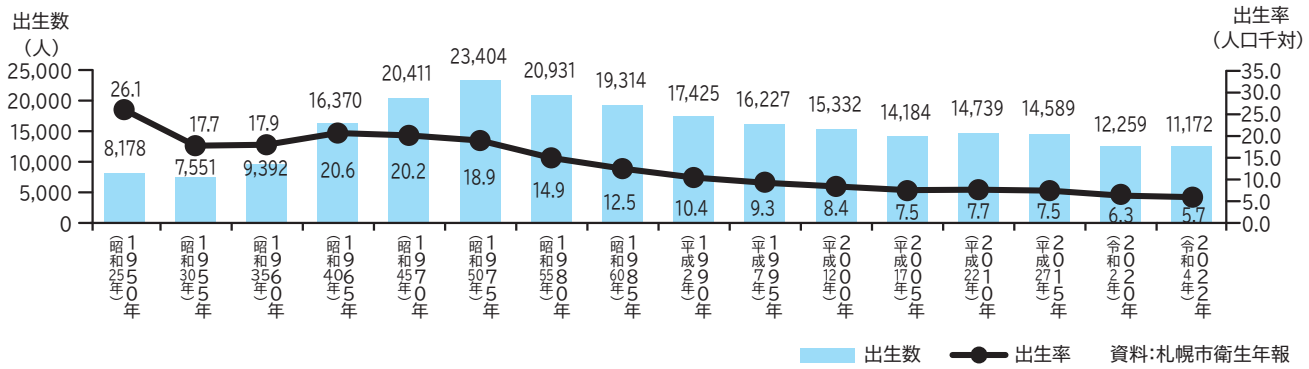
（4）出生の状況

ア 出生数･出生率

出生数は、1975年（昭和50年）以降から減少傾向で、2022年（令和4年）は11,172人となっています。

出生率も同様に減少傾向で、2022年（令和4年）は5.7（人口千対）となっています。

図表Ⅰ-5 出生数･出生率の推移

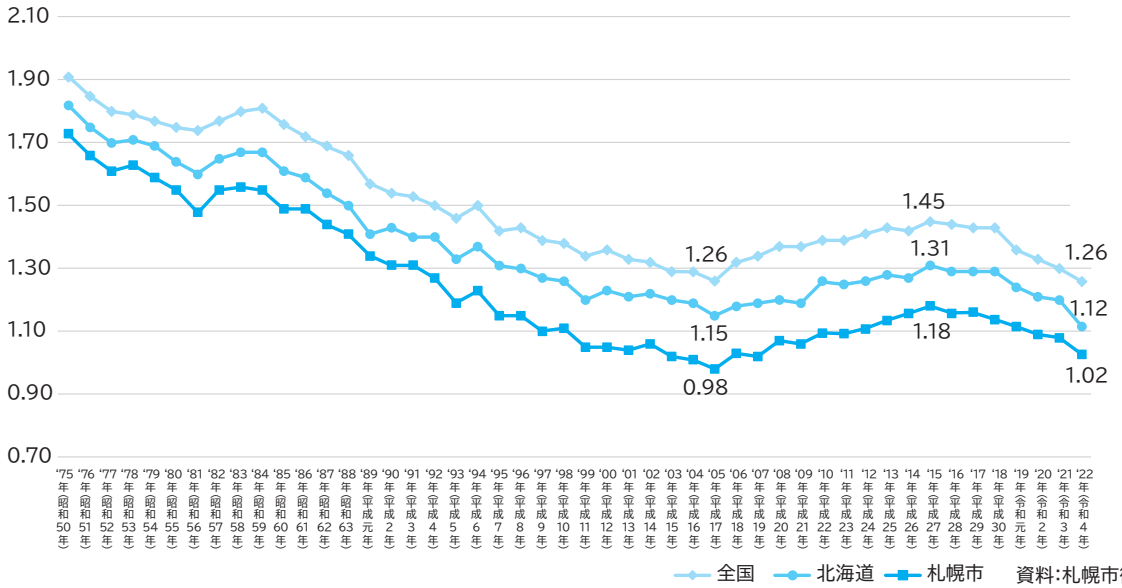


イ 合計特殊出生率

合計特殊出生率[6]は、1983年（昭和58年）から下降傾向にあり、2005年（平成17年）は1.00を下回ったものの、2015年（平成27年）には1.18まで回復しました。

しかし、近年は再び下降傾向にあり、2022年（令和4年）には1.02となっています。

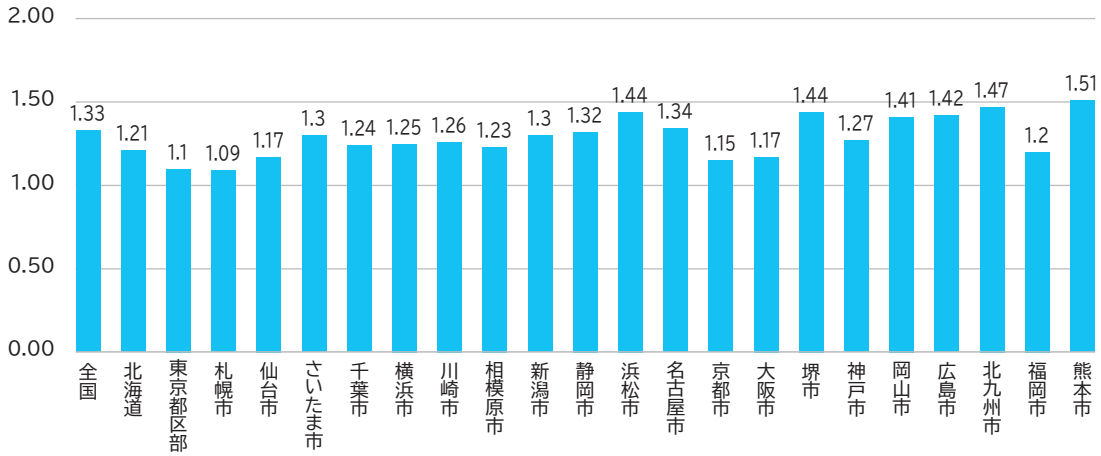
図表Ⅰ-6 全国･北海道･札幌における合計特殊出生率の年次推移



6【合計特殊出生率】15～49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当する。

また、2020年（令和2年）の合計特殊出生率を全国、北海道、東京都区部、他の政令指定都市と比較すると、札幌市は最も低い値となっています。

図表Ⅰ-7　2020年（令和2年）全国・北海道・東京都区部・政令指定都市の合計特殊出生率



資料：2020年（令和2年）人口動態統計（厚生労働省）

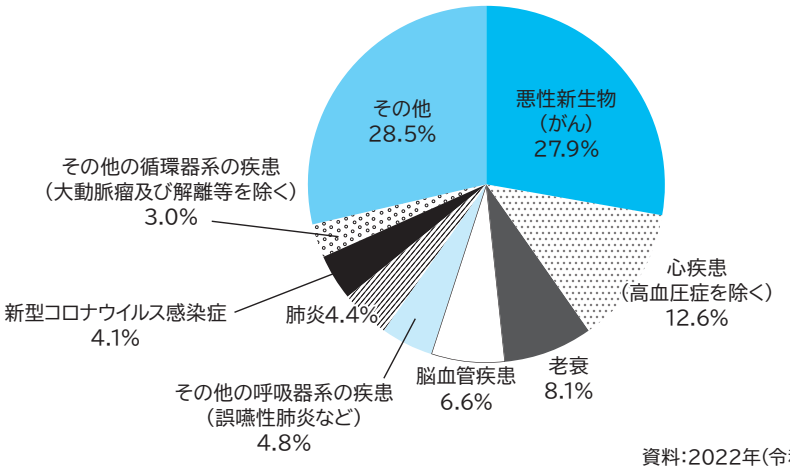
（5）死亡の状況

ア 死因別死亡数・死亡率

2022年（令和4年）の総死亡者数は23,561人、死亡率は11.9（人口千対）となっています。

死因別順位は、第1位「悪性新生物（がん）」（27.9%）、第2位「心疾患（高血圧症を除く）」（12.6%）、第3位「老衰」（8.1%）、第4位「脳血管疾患」（6.6%）でした。また、国内では2020年（令和2年）1月より確認された新型コロナウイルス感染症による死亡者も第7位（4.1%）となっています。

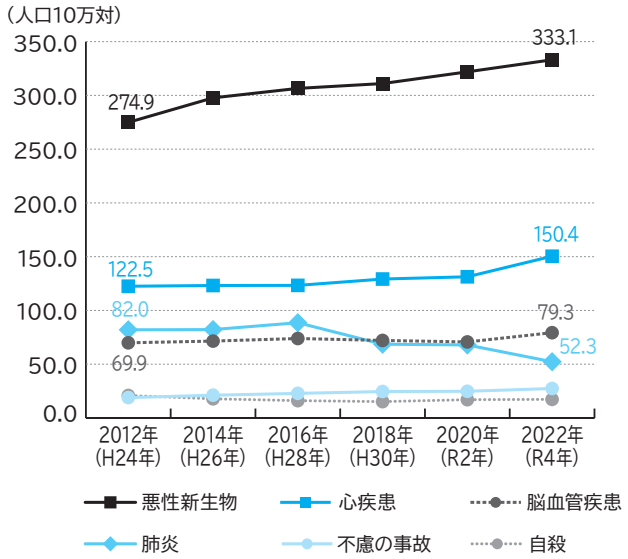
図表Ⅰ-8　死因別死亡割合（2022年（令和4年）、総死亡者数23,561人）



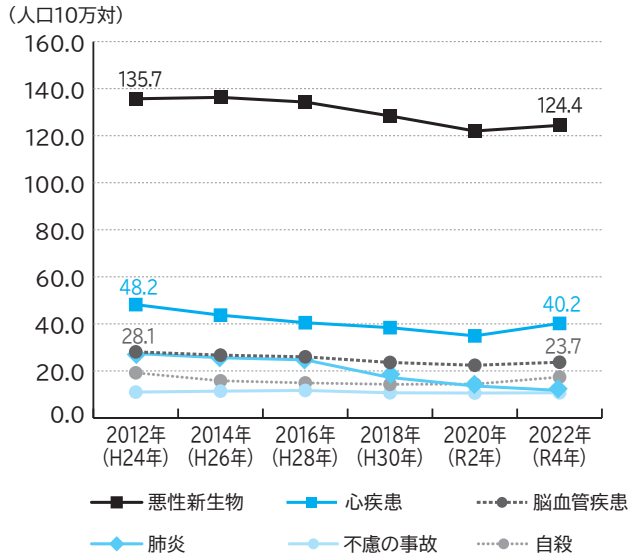
資料：2022年（令和4年）人口動態調査（厚生労働省）

また、死因別死亡率（人口10万対）の推移では、「悪性新生物（がん）」「心疾患」が増加傾向にありますが、年齢調整死亡率[7]（人口10万対）でみると、減少傾向にあります。

図表Ⅰ-9　主な死因別死亡率の推移



図表Ⅰ-10　死因別年齢調整死亡率の推移



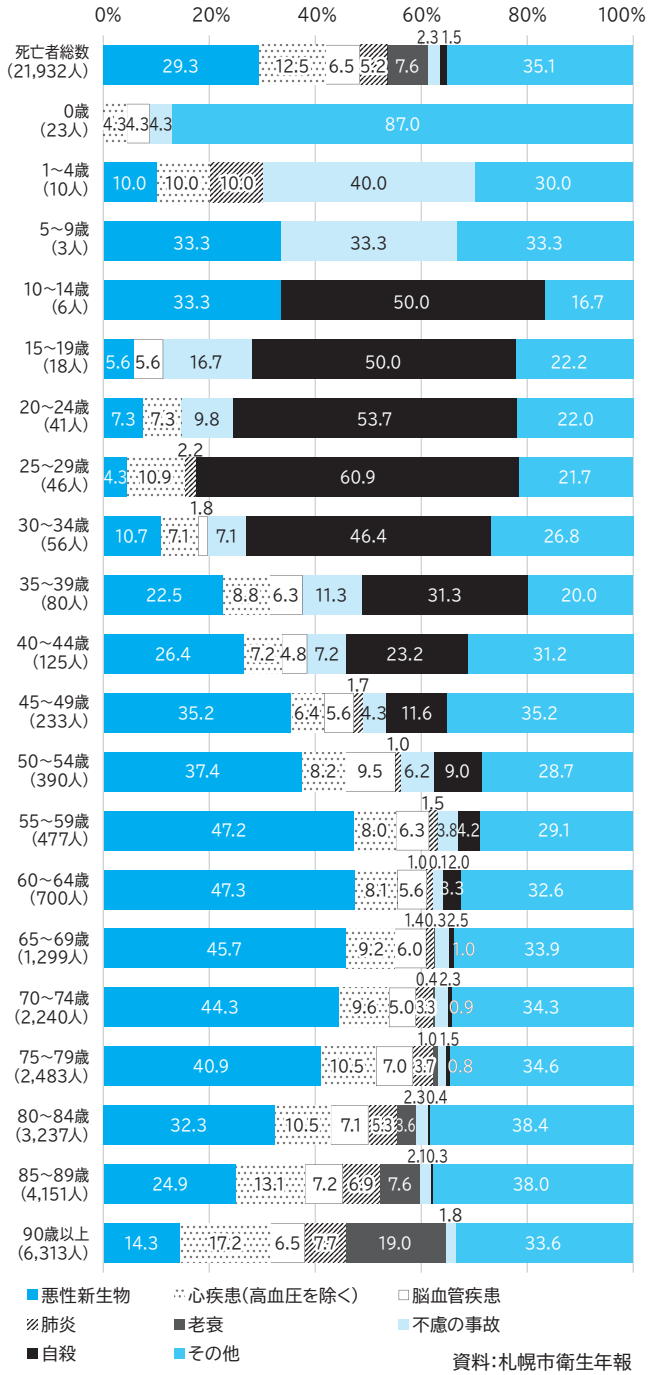
資料：札幌市衛生年報

7【年齢調整死亡率】年齢構成の異なる地域間でも死亡状況の比較ができるように、年齢構成を調整し、地域比較や年次比較を可能にした死亡率。

イ 年代別死因と死亡割合

年代別の死因については、0歳は「その他」（うち、「先天性奇形、変形及び染色体異常（30.4%）」、「乳幼児突然死症候群（26.1%）」、「周産期に発生した病態（17.4%）」）、1～4歳は「不慮の事故」が1位となっていますが、10～39歳までは「自殺」、40～79歳までは「悪性新生物（がん）」が1位を占めています。

図表Ⅰ-11　2021年（令和3年）年代別死因と死亡割合



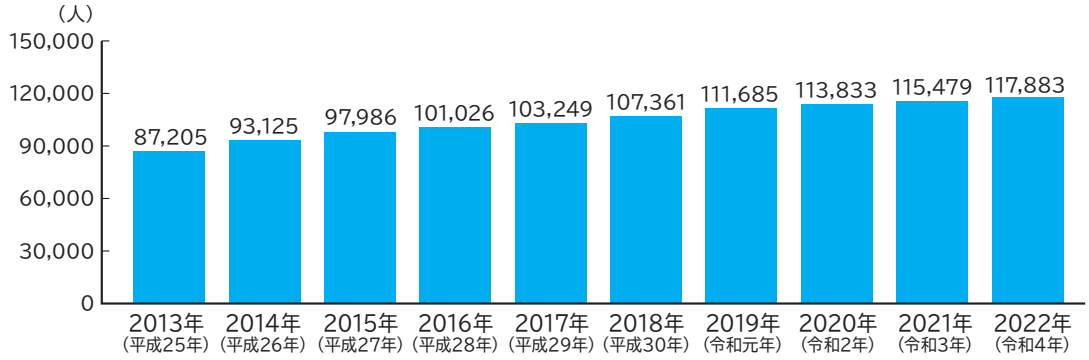
資料：札幌市衛生年報

（6）要介護認定者数の状況

ア 要介護等認定者数の推移

老年人口の増加に伴い、要介護等認定者数も増加傾向にあり、2019年度（令和元年度）には11万人を超えています。

図表Ⅰ-12　要介護等認定者数の推移

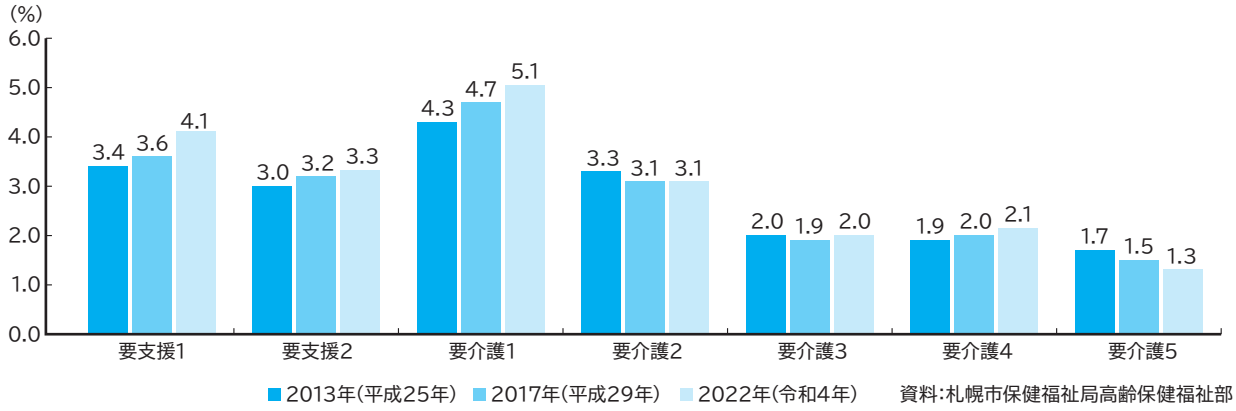


資料：札幌市保健福祉局高齢保健福祉部

イ 要介護等認定者率の推移

第1号被保険者における要介護等認定者率は、2013年（平成25年）に比べ、要支援1・2と要介護1の割合が上昇しています。

図表Ⅰ-13　要介護等認定者率の推移

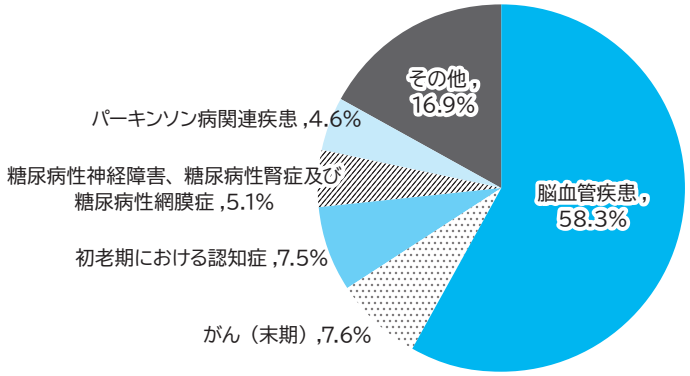


資料：札幌市保健福祉局高齢保健福祉部

ウ 介護保険第2号被保険者の原因疾患別割合

2023年（令和5年）3月の介護保険第2号被保険者[8]の原因疾患別割合は、第1位が「脳血管疾患」、第2位が「がん（末期）」、第3位が「初老期における認知症」となっています。

図表Ⅰ-14　2023年(令和5年)3月　介護保険第2号被保険者の原因疾患別割合



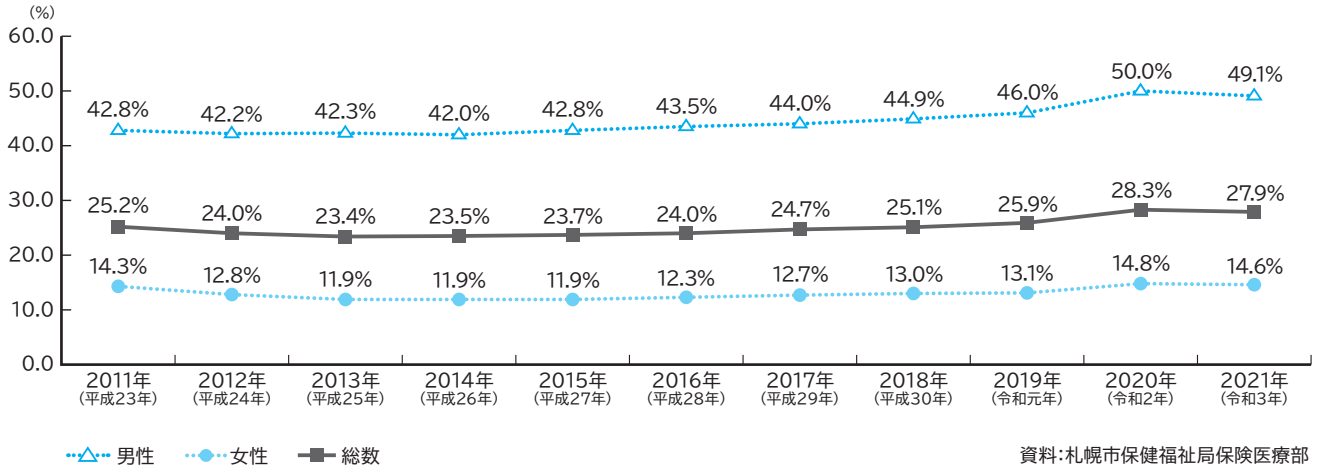
資料：札幌市保健福祉局高齢保健福祉部

（7）生活習慣病の状況

ア メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合

国民健康保険における「メタボリックシンドローム[9]該当者および予備群の割合」は、男女とも近年は増加傾向にあります。特に男性は該当者および予備群が約5割となっています。

図表Ⅰ-15　メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の年次推移



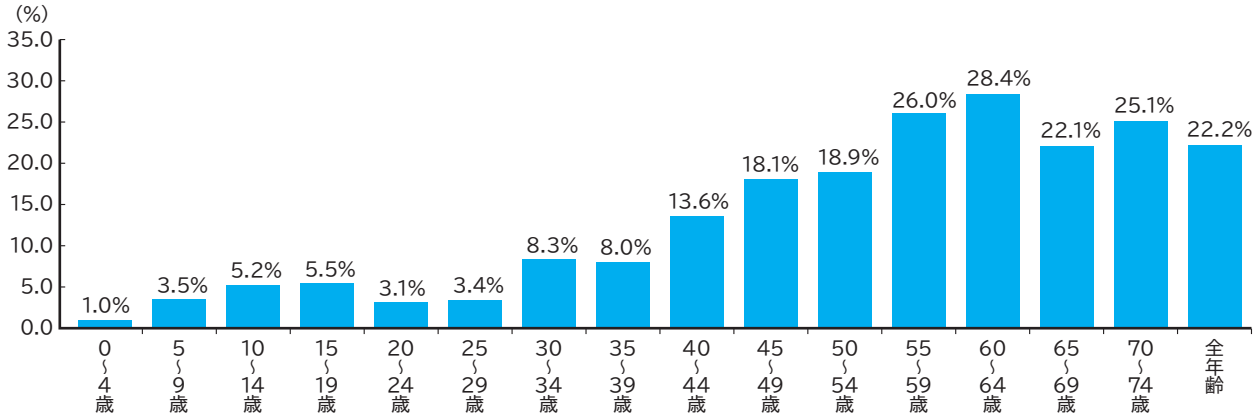
資料:札幌市保健福祉局保険医療部

8【介護保険第2号被保険者】介護保険の被保険者のうち40～65歳未満で、脳血管疾患・認知症など、国が定める16疾病により患した者。
9【メタボリックシンドローム】内臓脂肪型肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常のうち2つ以上が重複した状態。1つ1つが軽度でも、重複すると動脈硬化が急速に進行し、心筋梗塞や脳梗塞などの要因となる。

イ 国民健康保険医療費における生活習慣病の割合

メタボリックシンドローム関連疾病が国民健康保険医療費全体に占める割合は、全年齢で22.2%となっています。40歳代から徐々に上昇し、60～64歳で割合が最も高くなる傾向にあります。

図表Ⅰ-16 年齢層別国民健康保険医療費に占めるメタボリックシンドローム関連疾病の割合
（2022年（令和4年）6月審査分）



資料：札幌市保健福祉局保険医療部

【メタボリックシンドローム関連疾病に含まれる疾病名】

糖尿病、その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（高脂血症、高尿酸血症含む）、高血圧性疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患、動脈硬化（症）、その他の循環器系の疾患、アルコール性肝疾患、腎不全

（注）・若年者では、生活習慣に起因する疾病のみでなく、遺伝的要因による疾病が主として含まれる。
・医療費は、上記の疾病名を含むレセプトの医療費の合計であるため、それ以外の疾病も同じレセプトにある場合はその医療費も含まれている。

2 「健康さっぽろ21(第二次)」の最終評価と今後の方向性

(1) 最終評価のまとめ

健康さっぽろ21(第二次)では、全体目標である「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」「すこやかに産み育てる」の達成に向け、8つの基本要素(「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養」「飲酒」「喫煙」「歯・口腔の健康」「健康行動」「親子の健康」)ごとに様々な取組を行ってきました。

また、健康づくりを進めるための基盤として、健康づくりを支える環境と健康な生活を守る環境を整備する必要があることから「ソーシャルキャピタル(社会とのつながり)に関する成果指標」、そして、8つの基本要素ごとに取り組んだ結果として得られる成果指標として「全基本要素の取組結果に対する総合的な成果指標」を定め、8つの基本要素とともに、どれだけ目標を達成できたか評価しました。

その結果、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加がみられ、また、指標の評価においては、目標を達成した項目「A」は24指標(全体の22.0%)であり、目標に向かって推移している項目「B」も含めると、37指標(全体の33.9%)でした。

一方、計画策定時から改善していない(変化なし)、あるいは改善が遅れている項目は、「C」「D」合わせて53指標で、全体の48.6%でした。これについては、様々な要因があると予測されますが、その一つとして、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う外出自粛等の社会変化の影響も考えられます。

分野	指標数	評価				
		A	B	C	D	E
		目標を達成した	目標値に達していないが改善傾向	変化なし	悪化している	評価できない
全基本要素の取組結果に対する総合的な成果指標	12	4	2	1	5	0
栄養・食生活	18	0	0	7	10	1
身体活動・運動	13	4	1	3	0	5
休養	3	0	0	0	3	0
飲酒	4	0	2	0	0	2
喫煙	13	0	3	4	0	6
歯・口腔の健康	6	2	1	0	2	1
健康行動	16	5	2	5	4	0
親子の健康	21	9	2	3	3	4
ソーシャルキャピタル(社会とのつながり)に関する成果指標	3	0	0	0	3	0
計	109	24	13	23	30	19
	100.0%	22.0%	11.9%	21.1%	27.5%	17.4%

A：計画策定時よりも改善し、目標値を達成した（目標達成度100%以上）
B：計画策定時よりも改善し、概ね順調に推移している（目標達成度50%～100%未満）
C：計画策定時から改善も、改善が遅れている、または変化なし（目標達成度0%～50%未満）
D：計画策定時よりも悪化している（目標達成度0%未満）
E：設定した指標の把握方法が計画策定時と異なる場合や、計画策定時の値が設定されていないなど、進捗状況の評価が統計学的に困難な場合は「評価できない」とした

（2）分野別評価

ア 栄養・食生活

〈行政の主な取組〉

- 主食・主菜・副菜をそろえた食事など、健康的な食生活について普及啓発
- 身近な地域で減塩や野菜摂取などの健康教室の開催を支援
- 外食・加工食品からの栄養情報について整備をすすめ、活用を促進
- 特定給食施設への健康情報の提供

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
適正体重を維持している人の増加	20～60歳代男性の肥満者の割合		25.3%	27.4%	35.8%	23.0%	D*	35.1%
	40～60歳代女性の肥満者の割合		16.3%	15.6%	17.0%	14.0%	D	22.5%
	20歳代女性のやせの人の割合		20.2%	30.3%	24.8%	15.0%	D	20.7%
	定期的に体重を量る人の割合		66.6%	59.1%	61.6%	73.0%	C※1	–
適切な量と質の食事をとる人の増加	食塩の1日あたり平均摂取量		9.5g	9.8g	9.5g	8.0g	C	10.1g
	野菜の1日あたり平均摂取量		293g	288g	284g	350g	D	281g
	果物の1日あたり摂取量が100g未満の人の割合		53.1%	66.5%	55.0%	30.0%	D	63.3%
	主食、主菜、副菜を組み合わせた食事をする人の割合		53.0%	38.7%	39.9%	62.0%	C※1	56.1%
	外食料理栄養成分表示などを参考にする人の割合		37.1%	53.8%	56.9%	80.0%	C*	–
健康な生活習慣（栄養・食生活）を身に付けている青少年の増加	毎日3回の食事をしている幼児の割合		現状値なし	97.0%	96.8%	100.0%	E※2	–
	毎日朝食をとる小学6年生の割合		86.0%	85.0%	82.6%	100.0%	D	84.8%
	毎日朝食をとる中・高生の割合		76.5%	84.1%	86.0%	100.0%	C	–
	毎日朝食をとる20歳代男性の割合		39.5%	40.6%	46.7%	70.0%	C	–
	朝食を誰かと一緒にとる子どもの割合	小学5年生	79.7%	80.2%	80.2%	90.0%	C	12.1% ※3
		中学2年生	65.3%	67.0%	64.7%		D	28.8% ※3
適正体重の子どもの増加	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合	男子	6.8%	6.3%	8.4%	（中間評価時の値から）減らす	D※4	5.1%
		女子	3.9%	3.9%	5.2%		D※4	3.6%
低栄養傾向（BMI[10] 20以下）にある高齢者の減少	低栄養傾向（BMI20）以下にある70歳代の割合		17.2%	15.6%	17.6%	17.0%	D	16.8%

※1：計画策定時と中間評価時で把握する調査が異なるため、中間評価時の値と最終評価時の値で評価した。
※2：計画策定時の値がないため、E（評価できない）とした。
※3：健康日本21「食事を1人で食べる子どもの割合」
※4：中間評価時に目標値を変更したため、中間評価時の値と最終評価時の値で評価した。

10【BMI】体重と身長から算出される、肥満度を表す体格指数。BMI＝体重（kg）÷身長²（m）

〈今後の方向性〉

- 男性の肥満の割合が20歳代以上の全年代で増加しており、適正体重の人を増やす取組が必要です。
- 学童期から適切な食事量やバランスの良い食習慣を身に付けることは、将来の適正体重の維持に役立つことからも、学校関係者などと連携した啓発活動が重要です。
- 若い世代の女性のやせの割合が増加しています。低体重（やせ）は、排卵障害（月経不順）などの健康障害や将来の骨粗鬆症のリスクの心配など、将来の健康度の低下を招く恐れがあるため、健康的な食生活の重要性についての啓発が重要です。
- 「適正体重の維持」や「減塩」「野菜摂取」等の指標については、第二次計画策定時と変わらない、または悪化しているものもあり、今後も取組の推進が重要です。

イ 身体活動・運動

〈行政の主な取組〉

- 各区ウオーキングマップや関連イベント等のホームページでの公開やウオーキング体験会・ノルディックウオーキング体験会の開催、健康教育の実施など自主的な運動の実践を支援
- 健康づくりについて助言・指導を行うサポーターを派遣するなど、地域の健康づくりグループ等の主体的な活動を支援
- 運動指導DVDやノルディックウオーキングポール等の貸出や地下鉄駅階段カロリー表示パネルの設置等、市民が自ら運動に取り組むための環境整備を支援
- 若い世代や働く世代を対象としたイベントや普及啓発事業を実施
- 健康づくりセンターにおいて、専門スタッフが健康診断等の結果を基に個人にあった健康づくりの実践を支援

〈評価〉

*有意差あり

項目	指標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
運動に取り組む人の増加	運動習慣のある人の割合	男性	28.1%	33.5%	32.5%	38.0%	C	33.4%
		女性	28.4%	27.2%	29.3%	38.0%	C	25.1%
	意識的に運動している15歳以上の人の割合	男性	48.7%	59.5%	61.3%	61.0%	A	−
		女性	47.7%	51.1%	54.1%	53.0%	A*	−
日常生活における歩行時間の増加	20歳以上の日常生活における1日あたりの歩行時間	男性	−	−	63分	90分	E※1	−
		女性	−	−	62分	80分	E※1	−
運動習慣のある子どもの増加	体育の時間を除く1週間の総運動時間が60分未満の児童の割合（小学5年）	男性	7.7%	6.0%	6.7%	減らす	A	7.6%
		女性	19.3%	11.4%	11.3%	減らす	A	13.0%
外出に積極的な60歳以上の人の増加	外出に積極的な60歳以上の人の割合	男性	62.1%	68.1%	68.1%	70.0%	B	−
		女性	71.0%	70.6%	71.6%	78.0%	C	−
高齢者の日常生活における歩行時間の増加	70歳以上の日常生活における1日あたりの歩行時間	男性	−	−	53分	70分	E※1	−
		女性	−	−	52分	70分	E※1	−
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を知っている人の増加	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を知っている人の割合		現状値なし	38.1%	36.1%	80.0%	E※2	44.8%

※1：中間評価において指標を変更したため、E（評価できない）とした。
※2：計画策定時の値がないため、E（評価できない）とした。

〈今後の方向性〉

- 「意識的に運動をしている15歳以上の人の割合」は増加し、「運動習慣のある人の割合」は20～50歳代においては、第二次計画策定時よりも伸びていましたが、男女とも60～70歳代に比べると割合が低いことから、引き続き、働く世代の運動習慣のある人を増やす取組が必要です。
- 日頃から運動をしていない人の運動をしない理由は、働く世代である30～50歳代は「時間に余裕がないから」が多く、それ以外の年代は「めんどうだから」の割合が高くなっていました。年齢や状況を問わず実践できるウオーキングを始めとした運動習慣に関する情報発信や、日常生活の中で身体活動量を増やす啓発が重要です。
- 60～70歳代の運動習慣割合や60歳以上の地域活動等への参加は、第二次計画策定時より低くなっていました。今後も、ロコモティブシンドロームに関する普及啓発を継続していくとともに、外出の機会の一つとして地域において運動を始めとした健康づくりに取り組める環境づくりを進めることが必要です。

ウ 休養

〈行政の主な取組〉

- 休養の必要性やストレス対処方法について情報提供・普及啓発
- こころの健康について地域で身近に相談できる環境整備を支援
- 健康的な休養・ストレスの対処ができる環境整備を支援

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標	計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
睡眠による休養を十分に取れていない人の減少	睡眠により疲労がとれない人の割合	23.3%	28.6%	30.1%	16.0%	D*	21.7%
ストレスを感じている人の減少	ストレスを感じている人の割合	21.1%	25.9%	27.5%	減らす	D*	–
悩みを相談する人がいない人の減少	悩みを相談する人がいない人の割合	6.2%	4.6%	7.4%	4.4%	D	–

〈今後の方向性〉

- 日常的に質（睡眠休養感）・量（睡眠時間）ともに十分な睡眠を確保することにより、心身の健康を保持することが重要です。
- 睡眠により疲労が取れない人の割合が第二次計画策定時よりも多くなっています。50歳代までの働く世代では、60～70歳代に比べ割合が多くなっていました。睡眠により休養をとる重要性に関する啓発など、それぞれのライフスタイルに応じた睡眠時間を確保することにより睡眠による休息感が得られるよう、情報提供や環境づくりなどの取組の推進が重要です。
- 「悩みの相談相手がいない人の割合」は、男性は10～20歳代及び50歳代、女性はほぼすべての年代について増加傾向が見受けられており、悩みを一人で抱え込まず、相談しやすい環境づくりが必要です。

エ 飲酒

〈行政の主な取組〉

- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒の害の防止を支援
- 関係機関と連携し、飲酒の害に関する知識について普及啓発

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(1日の平均純アルコール摂取量を男性:40g以上、女性:20g以上と定義)	男性	–	–	19.1%	13.0%	E※1	14.9%
		女性	–	–	12.1%	6.4%	E※1	9.1%
20歳未満の飲酒をなくす	20歳未満の飲酒の割合		8.3%	3.8%	1.3%	0%	B*	中3男子 3.8% 中3女子 2.7% 高3男子 10.7% 高3女子 8.1%
妊婦の飲酒をなくす	妊婦の飲酒の割合		17.1%	6.7%	3.8%	0%	B*	1.0%

※1:生活習慣病の予防の視点を重視し中間評価において国と同様の指標に変更したため、E(評価できない)とした。

〈今後の方向性〉

- 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が男女ともに全国の最終評価時の値を上回っており、引き続き適正飲酒の啓発が必要です。
- 妊婦の飲酒の割合は減少傾向ですが、全国の最終評価時の値と比較しても高いことから、妊娠中の飲酒の影響について普及啓発に取り組むことが重要です。

オ 喫煙

〈行政の主な取組〉

- 受動喫煙[11]を防止する取組を支援
- 喫煙の影響や受動喫煙、COPD[12](慢性閉塞性肺疾患)に関する知識の普及啓発
- 市民自ら受動喫煙防止に取り組みやすい環境を整備
- 「さっぽろ市受動喫煙防止宣言」を表明し、賛同事業所をホームページに掲載
- 禁煙を望む市民への支援として禁煙外来助成事業を実施
- 飲食店の禁煙化工事等について補助を実施
- 世界禁煙デーに合わせて禁煙パネル展等を開催

11【受動喫煙】「自分の意思とは関係なく、他人のたばこの煙を吸わされること」をいう。たばこの煙は、たばこを吸っている人が直接吸う煙(主流煙)、たばこを吸っている人が吐き出した煙(呼出煙)、火のついた先から立ちのぼる煙(副流煙)に分けられる。副流煙には主流煙より多くの有害物質が含まれており、受動喫煙で吸わされるのは大部分がこの副流煙。

12【COPD(慢性閉塞性肺疾患)】主に長期の喫煙が原因で肺胞の破壊や気道炎症が起きる肺の炎症性疾患。咳、痰、息切れを主訴として、緩やかに呼吸障害が進行する。かつて、肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患。

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
喫煙率の低下	20歳以上の喫煙率	20歳以上の人	20.5%	17.4%	16.8%	10.0%	C*	16.7%
		男性	30.6%	25.2%	26.5%	15.5%	C	27.1%
		女性	13.1%	11.9%	10.1%	6.3%	C*	7.6%
受動喫煙の機会を有する人の減少	受動喫煙の機会を有する人の割合	家庭	現状値なし	14.9%	12.6%	3.0%	E※1	6.9%
		職場		20.8%	16.8%	受動喫煙のない職場の実現	E※1	71.8%※2
		飲食店		44.9%	27.1%	15.0%	E※1	29.6%
		行政機関		3.1%	3.3%	0%	E※1	4.1%
		医療機関		3.9%	5.5%	0%	E※1	2.9%
COPD(慢性閉塞性肺疾患)の認知度の向上	COPD(慢性閉塞性肺疾患)を知っている人の割合		現状値なし	40.3%	41.3%	80.0%	E※1	28.0%
20歳未満の喫煙をなくす	20歳未満の喫煙率		1.7%	1.0%	1.3%	0%	C	中1男子 0.5% 中1女子 0.5% 高3男子 3.1% 高3女子 1.3%
妊婦の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率		8.4%	3.4%	2.6%	0%	B*	2.3%
妊婦の受動喫煙をなくす	妊婦の受動喫煙に配慮する人の割合		68.5%※3	93.4%	92.7%	100.0%	B*	–
子どもの受動喫煙をなくす	育児期間に受動喫煙に配慮する人の割合		76.4%※3	95.2%	93.6%	100.0%	B*	–

※1:計画策定時の値がないため、E(評価できない)とした。
※2:全面禁煙又は空間分煙を講じている職場の割合
※3:計画策定時の算出方法を中間評価時に変更

〈今後の方向性〉

- 喫煙率について、男女ともに低下傾向にありますが、禁煙を望む人が禁煙できるよう、特に禁煙の意向が高い女性を中心に禁煙方法等について普及啓発を行っていく必要があります。
- 施設の受動喫煙対策は、法改正に基づき対策が進められたため、受動喫煙の頻度として「全くなかった」が最も高い割合を示しています。一方、妊婦や子どもへの影響が大きい家庭における受動喫煙については、防止対策をより一層強化していく必要があります。
- 喫煙が本人のみならず、周囲の健康に及ぼす影響についての普及啓発を行うことにより、市民の受動喫煙防止や禁煙の意識の醸成を図ることが必要です。

カ 歯・口腔の健康

〈行政の主な取組〉

- 企業や関係機関と連携し、乳幼児とその保護者向けのむし歯予防リーフレットの配布や、歯科口腔保健のイベントを開催する等、むし歯や歯周疾患予防、かかりつけ歯科医についての普及啓発を実施
- 8020セミナー、乳幼児や妊産婦への歯科健診を通じて市民のかかりつけ歯科医推進の取組を支援
- 歯周病検診や後期高齢者歯科健診の実施。障がい者や要介護高齢者等、医療機関での受診が困難な方への施設や在宅訪問による歯科健診事業の開始
- 札幌市歯科口腔保健推進条例を制定し、施策の調査審議を行う札幌市歯科口腔保健推進会議を設置。また、条例の目的達成のため、第2次札幌市生涯歯科口腔保健推進計画を策定

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標	計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
むし歯のない3歳児を増やす	むし歯のない3歳児の割合	80.1%	85.4%	92.9%	90.0%	A	–
むし歯のない12歳児を増やす	むし歯のない12歳児の割合	47.0%	57.1%	65.9%	65.0%	A	–
40歳で歯周炎を有する人の減少	40歳で歯周炎を有する人の割合	44.6%	48.4%	53.4%	37.0%	D	–
60歳で歯周炎を有する人の減少	60歳で歯周炎を有する人の割合	56.0%	60.6%	62.3%	45.0%	D	–
60歳で24本以上歯を有する人の増加	60歳で24本以上歯を有する人の割合	62.5%	77.3%	86.3%	90.0%	B	–
70歳で咀嚼良好者の増加	70歳代で咀嚼良好者の割合	現状値なし	66.3%	63.6%	75.0%	E※1	–

※1:計画策定時の値がないため、E(評価できない)とした。

〈今後の方向性〉

- むし歯のない3歳児・12歳児は増加していますが、健康的な生活習慣の基礎となる幼児期からのむし歯予防の継続した取組が必要です。
- 歯周疾患検診のさらなる受診率向上のため、歯科健診を受診しやすい環境を整備するとともに、歯や口の健康について正しい知識の普及啓発の継続が必要です。

キ 健康行動

〈行政の主な取組〉

- 医師や看護師等の医療従事者やがんにり患したことのある方をがん教育の講師として市内の教育機関に派遣し、若い世代にがん検診の重要性について普及啓発を実施
- 地域の団体が主催する研修会等を支援

- 医療機関や関係機関と連携したがん対策普及啓発キャンペーン実行委員会にて、様々な媒体を利用し、がん検診の重要性等の普及啓発を実施
- 予防接種の対象者への普及啓発を実施
- 市民を対象とした健康教育の場における健診・検診受診勧奨
- 健診受診率の低い地区での夜間健診開催

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標			計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
がん検診受診率の向上	がん検診受診率	胃がん	男性	38.4%	48.3%	51.3%	当面は40.0%	A	48.0%
			女性	27.4%	30.6%	32.6%		C	37.1%
		肺がん	男性	27.2%	46.2%	48.4%		A	53.4%
			女性	17.8%	31.7%	34.9%		B	45.6%
		大腸がん	男性	30.5%	45.7%	46.1%		A	47.8%
			女性	23.9%	31.5%	34.9%		B	40.9%
		子宮がん	女性	41.5%	43.0%	40.7%	50.0%	D	43.7%
		乳がん	女性	42.7%	41.4%	43.0%		C	47.4%
特定健康診査実施率、特定保健指導実施率の向上	特定健康診査実施率（国民健康保険分）			17.6%	20.3%	18.9%	31.0%	C	–
	特定保健指導実施率（国民健康保険分）			7.4%	9.1%	11.9%	23.0%	C	–
かかりつけ小児科医がいる子どもの増加	かかりつけ小児科医がいる子どもの割合			93.2%	90.8%	91.4%	100.0%	D*	–
かかりつけ医を決めている市民の増加	かかりつけ医を決めている市民の割合			51.4%	61.6%	59.1%	70.0%	C	–
小児科の救急医療機関を知っている人の増加	小児科の救急医療機関を知っている人の割合			89.9%	90.6%	89.0%	100.0%	D	–
予防接種率の向上	麻しん・風しん混合（MR）ワクチンの第Ⅱ期予防接種率			92.4%	90.1%	84.9%	95.0%	D	–
HIV[13]感染者届出数のうち、発病数の減少	HIV感染者届出数のうち、発病してからの届出数の割合			37.5%	25.0%	26.3%	30.9%	A	–
インフルエンザ予防接種を受ける65歳以上の人の増加	インフルエンザ予防接種を受けた65歳以上の人の割合			49.6%	45.1%	54.5%	51.1%	A	–

〈今後の方向性〉

- がん検診受診率向上に向け、普及啓発や受診しやすい体制整備等、関連する取組の見直しやさらなる推進が必要です。
- 麻しん・風しん混合ワクチンの第Ⅱ期予防接種率が低下しており、麻しんり患による重症化や、風しんの母子感染による胎児への影響のおそれがあるため、引き続き関係機関との連携を図りながら、ワクチン接種が最も有効な予防方法であることなどについて、普及啓発を行っていく必要があります。

13【HIV】ヒト免疫不全ウイルスといわれ、リンパ球に感染すると、免疫機能が低下しエイズ（後天性免疫不全症候群）を発症させる。

ク 親子の健康

〈行政の主な取組〉

- 一人ひとりの親に寄り添い、安心して育児ができるよう支援
- 育児に関する不安について気軽に相談できる体制整備を支援
- 関係機関と連携して児童虐待の防止体制を整備
- 関係機関と連携し、子育てしやすい環境整備を支援

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
未受診妊婦の減少	初診が妊娠21週以降の届出数		−	168	101	減らす	E※1	−
安心して育児ができる母親の増加	子育てに自信が持てない母親の割合		25.8%	8.5%	10.2%	減らす	D※3	−
	父親の育児参加に満足する母親の割合		27.0%	26.9%	31.5%	30.0%	A	−
	育児支援ネットワーク事業を活用した医療機関の数		33	63	40	86	C	−
	育児期間に受動喫煙に配慮する人の割合【再掲】		76.4%	95.2%	93.6%	100.0%	B	−
乳児のSIDS[14](乳幼児突然死症候群)による死亡率の減少	乳児のSIDS(乳幼児突然死症候群)による死亡率(出生10万対)		62.1	49.9	50.1	減らす	A	9.1
不慮の事故による乳幼児死亡の減少	心肺蘇生法を知っている親の割合		34.8%	29.7%	33.2%	100.0%	D	−
	事故防止の工夫をしている家庭の割合		29.1%	4か月児: 27.6% 10か月児: 42.3% 1歳6か月児: 36.0% 3歳児: 20.1% 全体: 31.4%	50.5%	100.0%	C*	−
低出生体重児[15]の割合の減少	全出生数中の低出生体重児の割合		9.6%	9.4%	9.4%	減らす	A	9.4%
児童虐待の予防	乳幼児揺さぶられ症候群[16]の危険について知っている乳児を育てる親の割合		現状値なし	94.7%	97.3%	100.0%	E※2	97.5%
	虐待していると思うことがある親の割合		5.8%	9.0%	7.5%	減らす	A*※3	−
		3から4か月	3.2%	3.8%	2.3%		A※3	−
		10か月	2.8%	5.7%	5.8%		D*※3	−
		1歳6か月	6.8%	11.3%	7.7%		A※3	−
		3歳	10.8%	16.0%	15.0%		A*※3	−
	育児支援ネットワーク事業を活用した医療機関の数【再掲】		33	63	40	86	C	−
10歳代の望まない妊娠の減少	10歳代の人工妊娠中絶実施率(人口千対)		12	9.2	5.2	5.0	B	3.3
	避妊法を正確に知っている人の割合		34.6%	35.0%	46.0%	40.0%	A*	−
10歳代の性感染症罹患率の減少	10歳代の性器クラミジア感染症の定点医療機関における1か月の患者数		1.02	0.87	0.79	0.82	A	−
	性感染症と予防行動について正しい知識を持つ人の割合(16〜19歳)		現状値なし	41.7%	45.9%	増やす	E※2	−
薬物への正しい知識を持つ人の割合の増加	薬物乱用の有害性について正しい知識を持つ人の割合(16〜19歳)		現状値なし	93.7%	94.5%	100.0%	E※2	−

※1:中間評価において指標を変更したため、E(評価できない)とした。
※2:計画策定時の値がないため、E(評価できない)とした。
※3:計画策定時と中間評価時で把握する調査が異なるため、中間評価時の値と最終評価時の値で評価した。

14【SIDS(乳幼児突然死症候群)】今まで元気であった乳幼児が、何の兆候も既往歴もないまま、主に睡眠中に突然亡くなる疾患。
15【低出生体重児】体重2,500g未満で生まれた児。
16【乳幼児揺さぶられ症候群】乳幼児を激しく揺さぶることにより、未発達な脳に衝撃が加わり、出血を生じさせる危険がある。場合によっては命を落とすこともある。

〈今後の方向性〉

● 子どもの頃からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも影響を与えるため、健康的な生活習慣を身につけることができるよう、子どもの健康を支える取組の充実が重要です。

ケ 全基本要素の取組結果に対する総合的な成果指標

〈指標の達成状況〉

● 12項目中4項目が目標達成（A）、目標値に達していないが改善傾向（B）が2項目、変化なし（C）が1項目、悪化している（D）が5項目となっています。

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
がんによる死亡率の減少	75歳未満のがん年齢調整死亡率（人口10万対）		92.6	85.9	75.6	70.3	B	70.0
循環器疾患による死亡率の減少	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	41.7	35.7	30.4	35.1	A	33.2
		女性	21.6	18.9	16.4	19.8	A	18.0
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	26.7	19.7	21.5	23	A	27.8
		女性	8.9	8.4	7.6	8	A	9.8
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（国民健康保険分）		25.2%	24.0%	27.7%	減らす	D	−
	過去1年間に健診で高血圧症（血圧が高い）と指摘を受けた人の割合	男性	45.8%	38.7%	50.4%	37.0%	D	−
		女性	41.9%	33.6%	33.2%	32.0%	B	−
	過去1年間に健診で血中の脂質異常と指摘を受けた人の割合	男性	59.4%	58.2%	59.1%	51.0%	C	−
		女性	69.6%	73.7%	70.9%	60.0%	D	−
	過去1年間に健診で糖尿病（血糖値が高い）と指摘を受けた人の割合	男性	17.5%	21.4%	20.0%	11.5%	D	−
		女性	11.1%	10.6%	11.9%	5.5%	D	−

〈今後の方向性〉

● 第二次計画期間において、基本要素ごとの取組を進めた結果、がんや脳血管疾患等の年齢調整死亡率は低下していますが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合や健診で高血圧や脂質異常、糖尿病と指摘を受けた割合の指標などは、第二次計画策定時よりも悪化している項目もあり、特に健診で糖尿病と指摘を受けた割合は、働く世代である40歳代以降から増加傾向にあります。

● 働く世代や若い世代からの食生活や生活習慣の改善、がん検診や健康診査の受診など健康行動の獲得に向けた取組が必要です。

コ 健康づくりを支える環境

〈評価〉

*有意差あり

項 目	指 標		計画策定時の値	中間評価時の値	最終評価時の値	目標	評価	全国の最終評価時の値
お互いに助け合っていると思う市民の増加	お互いに助け合っていると思う市民の割合		42.1%	35.2%	34.1%	65.0%	D※1	50.1%
地域活動等に参加している60歳以上の人の増加	地域活動等に参加している60歳以上の人の割合	男性	37.9%	34.3%	28.0%	46.0%	D*	–
		女性	42.3%	41.3%	28.4%	50.0%	D*	–

※1:計画策定時と中間評価時で把握する調査が異なるため、中間評価時の値と最終評価時の値で評価した。

〈今後の方向性〉

● 地域での健康づくり組織の活性化やグループ支援などに取り組んできましたが、お互いに助け合っていると思う市民の割合は、第二次計画期間中に大きく減少しています。人口構造や住環境の変化、社会サービスの向上、個人の価値観やライフスタイルの多様化などを背景とし、地域のつながりが希薄化していることなどが要因と考えられます。これらを踏まえ、今後は日常生活の中で健康づくりを継続できる仕組みづくりや、社会全体で健康づくりに取り組みやすい環境づくりを進めることが必要です。

（3）健康さっぽろ21（第三次）の方向性

ア 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸に向けて、子ども・働く世代・高齢者といった各世代において、健康的な行動を促すための取組が必要です。

また、自ら健康行動をとることが難しい方が、疾病や障がいの有無、健康への関心の有無、経済状況等に関わらず、健康的な行動をとりやすくなる環境づくりを進めることが健康格差の縮小につながります。

イ 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

健康寿命を延伸するためには、生活習慣病の発症予防と重症化予防への取組が必要です。市民一人ひとりが、日常生活の中で、望ましい生活習慣を身につけ、定期的な健康診査などで自らの健康状態を確認していくなど、個人が行動することができるよう、世代に応じた健康情報の発信や健康づくりの活動の支援など、ライフステージに応じた対策を行うことが必要です。

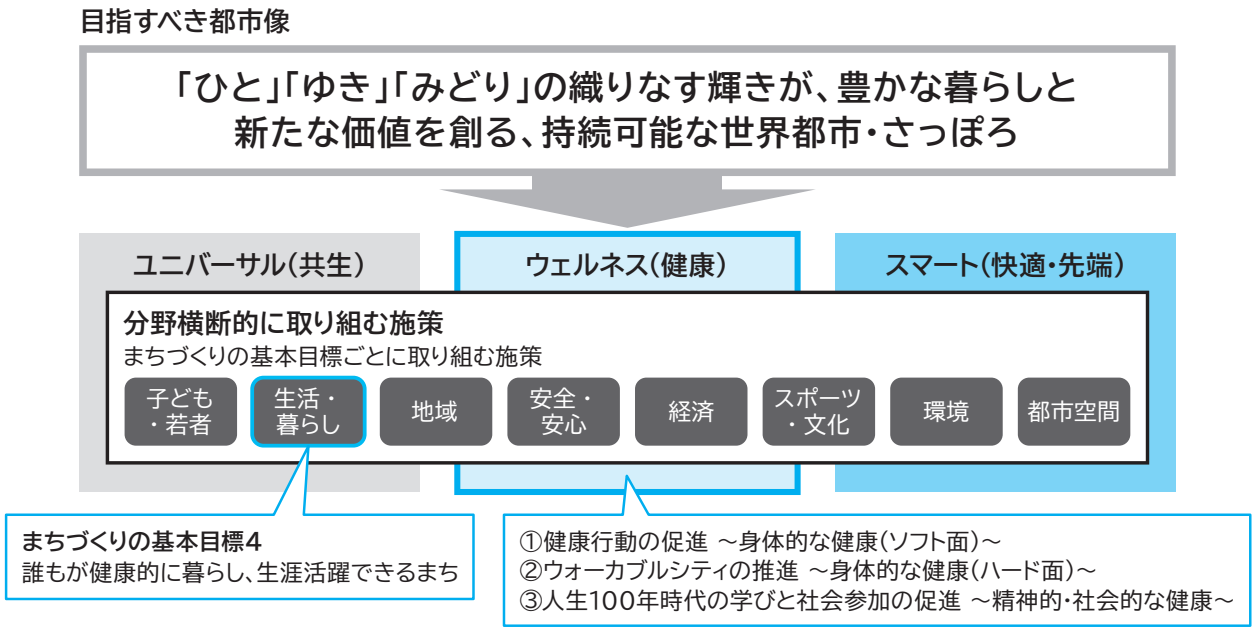
ウ 健康を支え、守るための社会環境の整備

日常生活の中で健康づくりを継続的できる仕組みづくりや、自然に健康になれる環境づくりも含めた社会環境の質の向上のための取組が必要です。また、社会全体として健康づくりに取り組みやすい環境づくりのため、地域、企業、保険者、医療機関や教育機関等の関係機関、行政がそれぞれの役割と機能を果たしながら連携を図りつつ進めるとして、今後も引き続き、幅広い連携と協働が必要となります。

エ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

子どもや妊婦、働く世代、高齢者など、人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点を取り入れ、人生の各段階における健康課題の解決のために必要な取組を進めることが重要です。

3 「第2次札幌市まちづくり戦略ビジョン」における健康づくりの方針



（1）重要な概念／プロジェクト「ウェルネス（健康）」

戦略ビジョンでは「目指すべき都市像」の実現に向け、3つの「重要な概念」を設定していますが、そのうちの一つが「ウェルネス（健康）」です。

「ウェルネス」を「誰もが幸せを感じながら生活し、生涯現役として活躍できること。身体的・精神的・社会的に健康であること」として重要な概念の一つに定めています。

この概念に基づき札幌市では「ウェルネス（健康）プロジェクト」を推進していきますが、その方向性のうち、本計画では主に以下の取組について推進します。

～「第2次札幌市まちづくり戦略ビジョン(戦略編)」抜粋～

①健康行動の促進 ～身体的な健康(ソフト面)～

○子どもの健康への意欲や関心を引き出すため、学校や公園などにおける子どもの運動機会・習慣づくりや食育を推進します。

○働く世代の健康無関心層などに対し、日常の運動量の増加や食生活の改善が自然と促される仕組みの構築や喫煙対策を進めます。

○専門職員がフレイル[17]改善マネジメントを行うことにより、介護予防・重症化予防を強化するほか、多様な主体による健康づくり活動を推進します。

○豊かな自然や多様な都市機能[18]などの札幌市ならではの資源を活用しながら、気軽に運動を楽しむことができる機会を充実させるほか、スポーツで得られた医学的知見を活用することなどにより、スポーツによる健康で活力のある社会を実現できる仕組みの構築を進めます。

(2) まちづくりの分野と基本目標「生活・暮らし～4　誰もが健康的に暮らし、生涯活躍できるまち」

戦略ビジョンでは8つの「まちづくりの分野」と、それらに属する計20の「まちづくりの基本目標」を定めています。

本計画では主に、これら「まちづくりの分野」のうちの「生活・暮らし」、「まちづくりの基本目標」のうちの「4　誰もが健康的に暮らし、生涯活躍できるまち」を担当します。

この目標と、それに基づく取組により、以下のようなまちの姿を目指します。

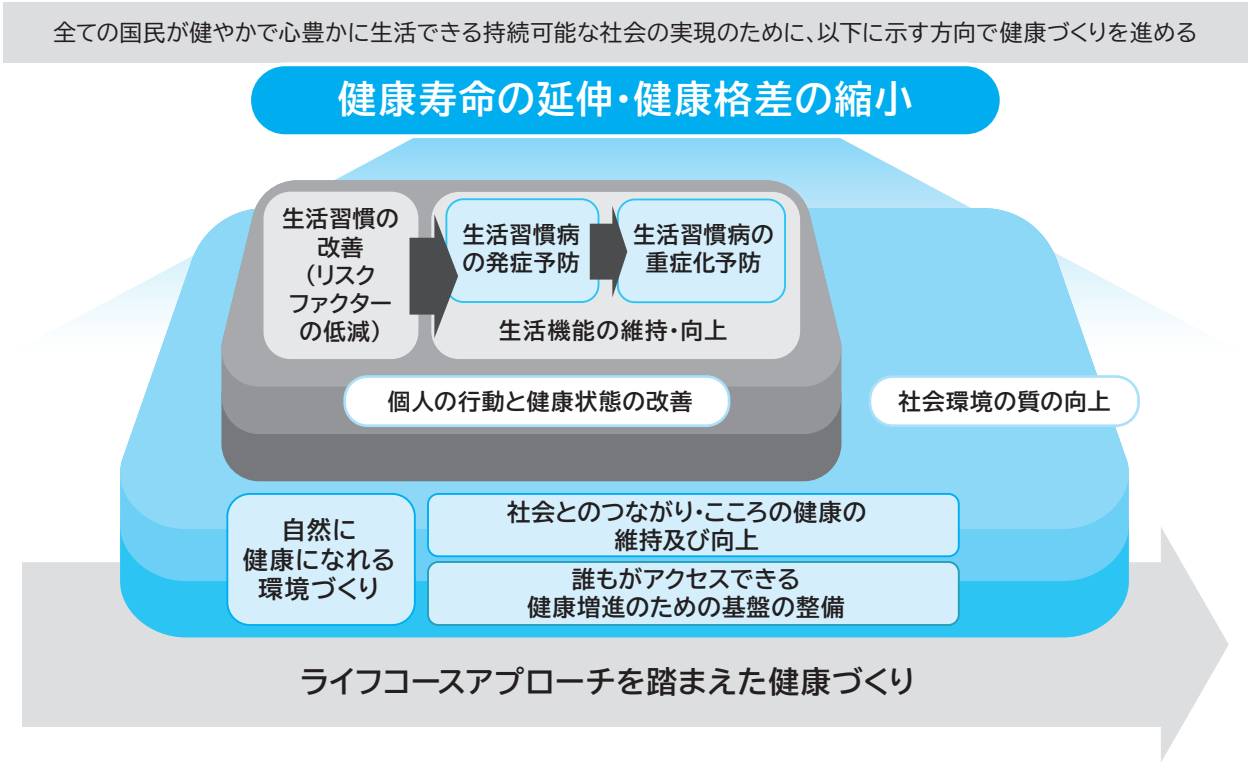
～「第2次札幌市まちづくり戦略ビジョン(ビジョン編)」抜粋～

1　あらゆる世代の市民や企業の健康への意識が高まり、健康づくりや介護予防の取組などに積極的に参加することで、誰もが生涯元気に過ごしています。

17【フレイル】年齢を重ねることにより体や心の働き・社会的なつながりが弱くなった状態
18【都市機能】都市の持つ種々の働きのことで、商業、居住、工業、交通、政治、行政、教育などの諸活動によって担われる。

4 「健康日本21(第三次)」において重視されている視点

国が策定した「健康日本21(第三次)」(計画期間:令和6年～17年度)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」を目指すべき「ビジョン」としています。

このビジョンを実現するために、取組の「基本的な方向」として「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」「個人の行動と健康状態の改善」「社会環境の質の向上」「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」の4つを定めています。

「個人の行動と健康状態の改善」及び「社会環境の質の向上」の取組を進めることで、「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」の実現を目指しますが、その際に、個人の行動と健康状態の改善を促すものが「社会環境の質の向上」であるという関係性と、人の生涯をそのときどきという断片ではなく経時的に捉えて健康づくりを働きかけること、すなわち「ライフコースアプローチ」も念頭に置いて取組を進めることとしています。