

# 第3次吉野町健康増進計画及び食育推進計画

令和 8年 3月

吉野町

# 目次

第1章	計画の背景と趣旨	1
1.	計画の趣旨・目的	1
2.	計画の位置づけ	1
3.	計画の期間	2
第2章	吉野町の現状	3
1.	人口推移と構成	3
2.	将来推計人口	3
3.	平均寿命と健康寿命	4
4.	死亡原因	6
5.	要介護の原因	8
6.	生活習慣病患者数	10
第3章	第2次吉野町健康増進計画及び食育推進計画の評価	12
1.	評価	12
2.	次期計画に向けた課題	13
第4章	第3次吉野町健康増進計画・食育推進計画	14
1.	計画の基本理念	14
2.	基本目標	14
3.	計画の基本方針	14
4.	計画の体系	16
第5章	計画の推進	17
	栄養・食事分野	
	運動・身体活動分野	
	睡眠・休養分野	
	たばこ分野	
	歯の健康分野	
	がん予防分野	
	生活習慣病予防分野	
資料編		89

# 第1章 計画の背景と趣旨

## 1. 計画の趣旨・目的

「健康」であることは、すべての住民の願いであり、一人ひとりがQOL（生活の質）を向上させ、充実した毎日を過ごし、豊かな人生を送るための前提条件です。また、健康づくりは、住民一人ひとりがそれぞれの健康観に基づき取り組む課題ですが、社会全体としても健康づくりを積極的に支援する体制づくりが重要です。

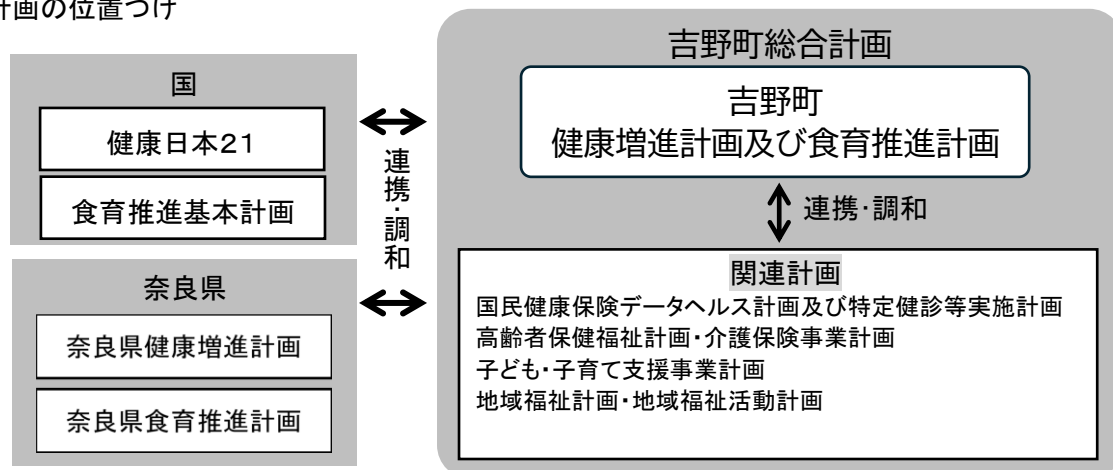
これまで、吉野町においても「いつまでも生き生きと自立した毎日を過ごしたい」という住民の願いを実現させるため、平成17年度より「健康よしの21」を策定し、「食べる」「動く」「たばこ」「健康管理」から早世予防及び健康寿命の延伸に取り組んできました。また、平成28年度からは「食べる」に、食を通じて健康の保持増進を目指す「吉野町食育推進計画」を加え、「第2次吉野町健康増進計画及び食育推進計画（以下、第2次計画）」を策定し取り組んできました。

このたび、第2次計画が終了するにあたり、現在の町の健康課題や新型コロナウイルス（COVID-19）流行後の社会の変化などを踏まえた見直しが必要となっています。第3次吉野町健康増進計画及び食育推進計画（以下、本計画）は行政や住民が健康増進や介護予防に取り組むための指針や行動計画であるとともに、個人の努力だけでなく健康に関する関係機関や関係団体等とのコミュニケーションを深め、連携を強化することで健康に向けた環境の向上を目指します。

## 2. 計画の位置づけ

- (1) 本計画は健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第2項に基づく「市町村健康増進計画」及び、食育基本法（平成17年法律第66号）第18条第1項に基づく「市町村食育推進計画」に位置づけられます。
- (2) 本町のランドデザインである「吉野町総合計画」や関連計画と整合性を図り策定しています。
- (3) 本計画は国が策定する「健康日本21」及び「食育推進基本計画」や県が策定する「奈良県健康増進計画」及び「奈良県食育推進計画」と連携・調和を図っています。

図 計画の位置づけ



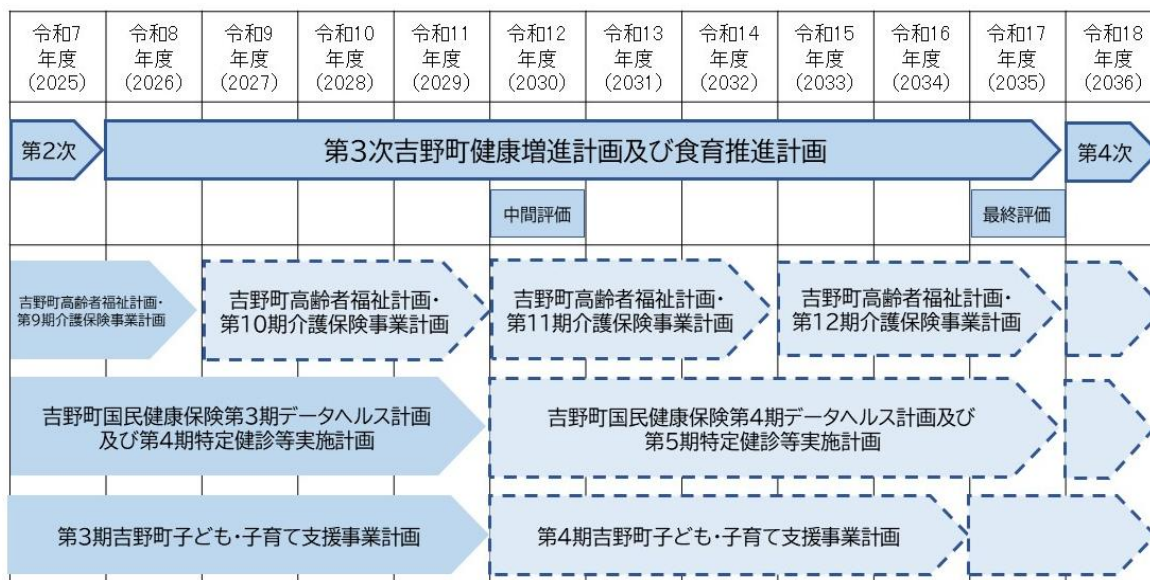
### 3. 計画の期間

本計画は、令和8（2026）年度から令和17（2035）年度までの10年間とします。

中間評価を令和12（2030）年度に実施します。

また、今後の国内外及び町政を取り巻く社会状況の変化に対応するため、必要に応じて見直しを行います。

図 計画の期間

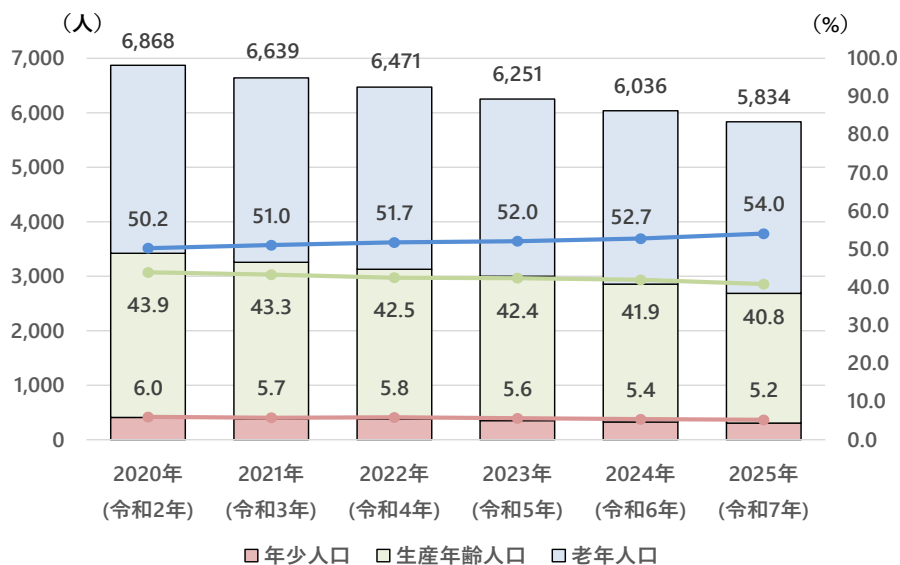


## 第2章 吉野町の現状

### 1. 人口推移と構成

- ・総人口は6,000人を下回り、令和2年からの5年間で約1,000人減少していることから、依然として人口減少が進んでいることがわかります。
- ・年齢3区分人口は、年少人口（0～14歳）比率及び生産年齢（15～64歳）人口比率はともに減少していますが、老年人口（65歳以上）比率は増加しています。令和2年以降の高齢化比率は50%を上回っています。

図 吉野町の人口推移（各年1月1日時点、住民基本台帳）

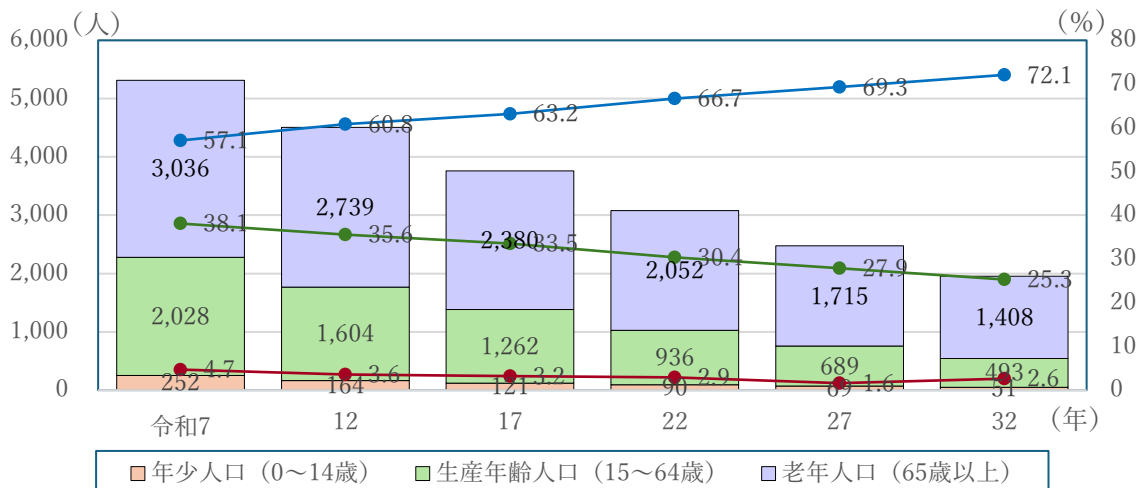


資料：吉野町第5次総合計画

### 2. 将来推計人口

- ・25年後の令和32年にかけては老年人口（65歳以上）も減少し、人口は2,000人を下回ることが予想されています。
- ・それに伴い老年人口（65歳以上）の割合は増加し、25年後には高齢化率72.1%へと増加することが予想されています。

図 将来推計人口（吉野町）



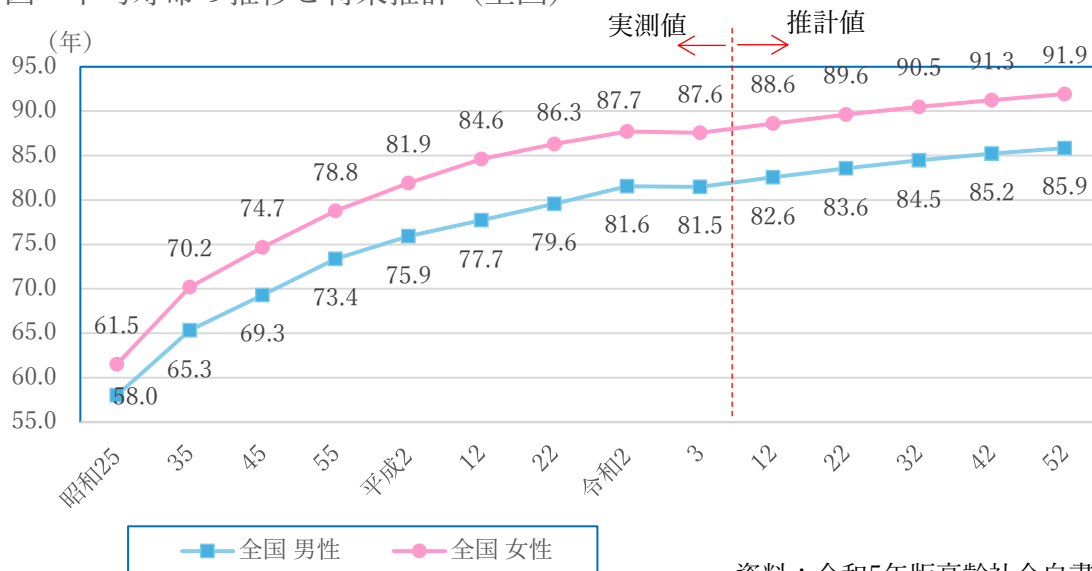
資料：国立社会保障・人口問題研究所

日本の地域別将来推計人口（都道府県・市町村）令和5年（2023）年12月22日公表資料

### 3. 平均寿命と健康寿命

- ・平成 17 年から令和 2 年の吉野町男性の平均寿命は 78.9 歳から 82.1 歳へと 3.2 年伸びています。女性は 85.8 歳から 86.7 歳へと 0.9 年延びています。(総務省統計局 生命表 0 歳の平均余命)
- ・将来日本の平均寿命は、女性は 90 歳、男性は 85 歳を超えることが予想されており、町でも同様に延伸していくことが予想されます。

図 平均寿命の推移と将来推計 (全国)



資料：令和5年版高齢社会白書

表 吉野町の平均寿命

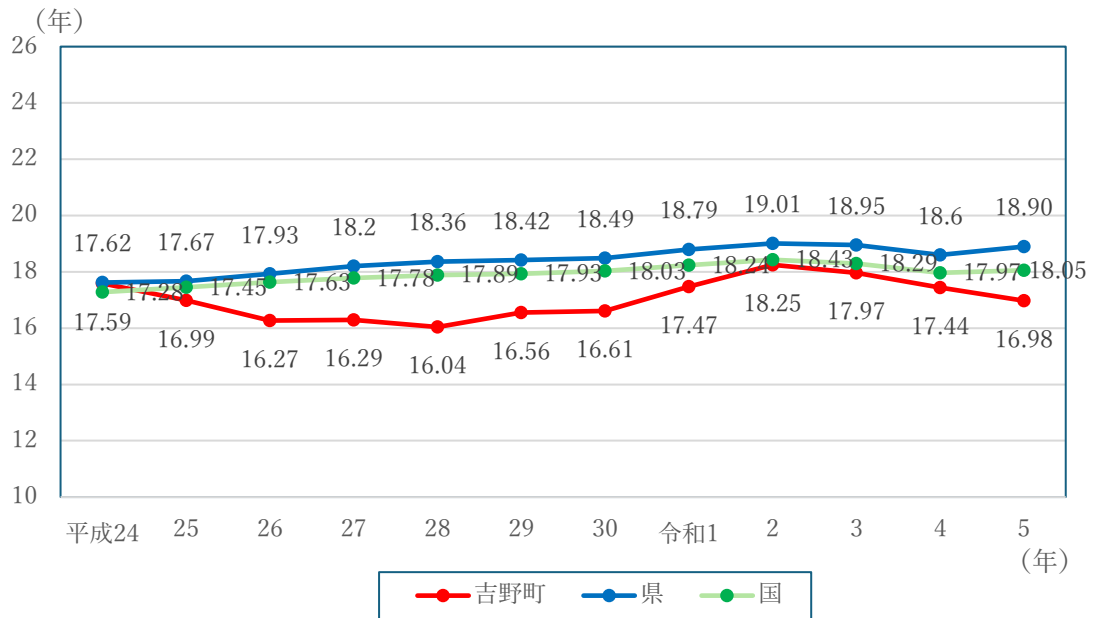
	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	令和 2 年
女性	85.8	86	86.9	86.7
男性	78.9	80.4	80.3	82.1

資料：総務省統計局 生命表 0 歳の平均余命より

### 健康寿命（65歳平均自立期間）の推移

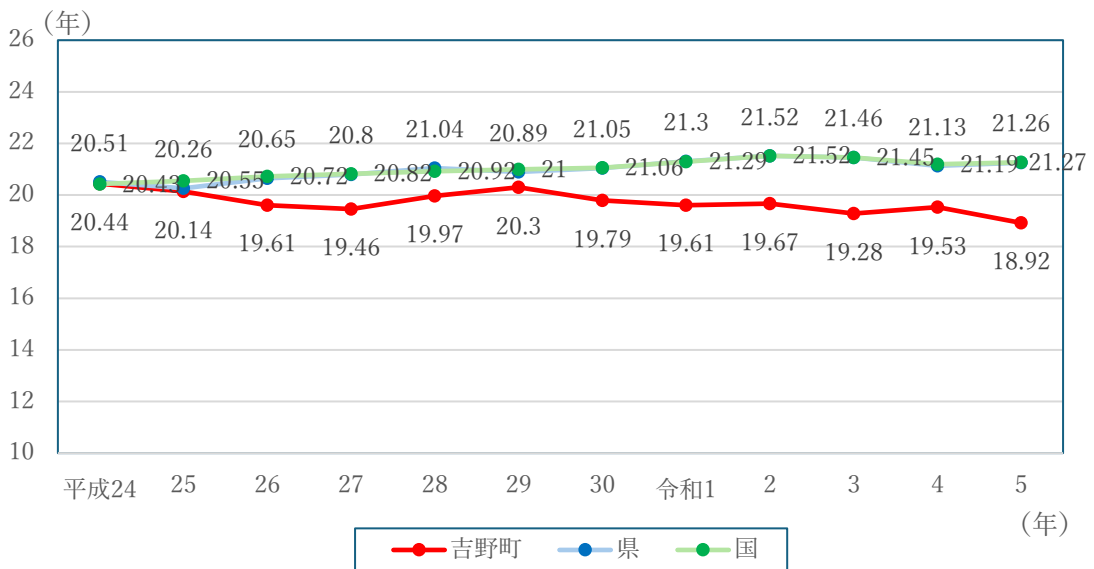
- ・男性は平成29年以降延伸傾向で国や県の健康寿命に近づいています。
- ・女性は平成29年以降低下し、国や県の健康寿命との差が広がっています。

図 健康寿命（男性）



資料：奈良県民の健康寿命「市町村別65歳時の健康寿命（平均自立期間）」<https://www.pref.nara.jp/30482.htm>

図 健康寿命（女性）



資料：奈良県民の健康寿命「市町村別65歳時の健康寿命（平均自立期間）」<https://www.pref.nara.jp/30482.htm>

#### 4. 死亡原因

- ・死亡原因で最も多いのは悪性新生物（がん）で、壮年期・中年期の約40%、前期高齢期の約半数を占め、後期高齢期においても死亡の約20%を占めています。早期死亡（以下、早世）減少のため、がん予防が重要です。
- ・次いで多いのは心疾患で、脳血管疾患や大動脈瘤及び解離も含めた循環器疾患が上位にあります。これらは高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病が危険因子であり、危険因子に伴うとみられる疾患も含めると壮年期・中年期、前期高齢期の約20%を占めています。
- ・がんの部位別ではがん検診による早期発見・早期治療の可能性がある部位が壮年期・中年期では約60%、それ以降でも50%余りを占めています。
- ・がんは人口の高齢化に伴い罹患や死亡の増加が見込まれています。がんのリスク因子として、喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分の過剰摂取等が明らかとなっています。これらは死亡原因で上位にある循環器疾患のリスク因子とも共通するもので、対策によってともに予防できる可能性があります。

表 性別年代別死亡数（吉野町、令和1年～令和5年）

	25～44歳	45～64歳	65～74歳	75歳以上	合計
男性	3	14	45	325	387
女性	3	14	29	396	444
合計	6	28	47	721	831

資料：奈良県福祉医療部医療政策局 地域医療連携課 医師・看護師確保対策室

保健衛生統計データ、人口動態統計 H30年～R4年「第14表死亡数……性・死因（簡単分類）・年齢（5歳階級）別」 <https://www.pref.nara.jp/4645.htm> 集計

表 年代別死亡原因（吉野町、令和1年～令和5年）

壮年期・中年期(25～64歳)				前期高齢期(65～74歳)				後期高齢期(75歳以上)			
順位	死因	死亡者数	死因別割合(%)	順位	死因	死亡者数	死因別割合(%)	順位	死因	死亡者数	死因別割合(%)
1	悪性新生物	13	38.2	1	悪性新生物	40	54.1	1	悪性新生物	154	21.4
2	心疾患	4	11.8	2	心疾患	13	17.6	2	心疾患	118	16.4
3	肝疾患	3	8.8	3	大動脈瘤及び解離	3	4.1	3	老衰	89	12.3
	自殺	2	5.9		敗血症	2	2.7		脳血管疾患	55	7.6
	脳血管疾患	1	2.9		腎不全	2	2.7		肺炎	32	4.4
	大動脈瘤及び解離	1	2.9		脳血管疾患	1	1.4		腎不全	19	2.6
	肺炎	1	2.9		ウイルス肝炎	1	1.4		血管性及び詳細不明の痴呆	19	2.6
	慢性閉塞性肺疾患	1	2.9		不慮の事故	1	1.4		不慮の事故	16	2.2
	敗血症	1	2.9		自殺	1	1.4		アルツハイマー病	11	1.5
	糖尿病	1	2.9		肺炎	1	1.4		ヘルニア及び腸閉塞	9	1.2
	不慮の事故	1	2.9		ヘルニア及び腸閉塞	1	1.4		パーキンソン病	9	1.2
	その他	5	14.7		肝疾患	1	1.4		慢性閉塞性肺疾患	8	1.1
	合計	34	100		その他	7	9.5		肝疾患	6	0.8
					合計	74	100		糖尿病	6	0.8
									敗血症	6	0.8
									大動脈瘤及び解離	5	0.7
									糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	3	0.4
									貧血	3	0.4
									高血圧性疾患	2	0.3
									胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	2	0.3
									自殺	2	0.3
									腸管感染症	2	0.3
									ウイルス肝炎	2	0.3
									その他	143	19.8
									合計	721	100
									[再掲]誤嚥性肺炎	28	3.4

資料：奈良県福祉医療部医療政策局 地域医療連携課 医師・看護師確保対策室

保健衛生統計データ，人口動態統計 R1年～R5年「第14表死亡数……性・死因（簡単分類）・年齢（5歳階級）別」 <https://www.pref.nara.jp/4645.htm> 集計 ※心疾患は高血圧性を除く

注) 循環器疾患

表 〔再掲〕悪性新生物の部位（吉野町、令和1年～令和5年）

壮年期・中年期(25～64歳)				前期高齢期(65～74歳)				後期高齢期(75歳以上)			
順位	悪性新生物部位	死亡者数	死因別割合(%)	順位	悪性新生物部位	死亡者数	死因別割合(%)	順位	悪性新生物部位	死亡者数	死因別割合(%)
1	大腸	4	36.4	1	気管、気管支及び肺	9	22.5	1	胃	34	22.1
2	卵巣	2	18.2	2	膵	6	15.0	2	気管、気管支及び肺	31	20.1
3	胃	1	9.1	3	大腸	5	12.5	3	大腸	12	7.8
	気管、気管支及び肺	1	9.1		胃	4	10.0		膵	12	7.8
	乳房	1	9.1		肝及び肝内胆管	3	7.5		肝及び肝内胆管	9	5.8
	食道	1	9.1		胆のう及びその他の胆道	3	7.5		胆のう及びその他の胆道	5	3.2
	膵	1	9.1		乳房	2	5.0		悪性リンパ腫	5	3.2
	合計	11	100		子宮	2	5.0		食道	4	2.6
					食道	2	5.0		卵巣	4	2.6
					卵巣	2	5.0		前立腺	4	2.6
					前立腺	1	2.5		膀胱	4	2.6
					中枢神経系	1	2.5		乳房	3	1.9
					合計	40	100		子宮	3	1.9
									口唇、口腔及び咽頭	3	1.9
									白血病	2	1.3
									皮膚	1	0.6
									その他	18	11.7
									合計	154	100

注) がん検診による早期発見・早期治療の可能性のある部位

## 5. 要介護の原因

- ・令和1年から令和5年に在宅で新規に要介護認定を受けた方は583人いました。
- ・要介護の原因疾患として、中年期及び前期高齢期ではがん、次いで脳血管疾患が多くなっています。
- ・後期高齢期では骨折・骨粗鬆症が最も多く、運動器疾患や変形性膝関節症を合わせると約30%を占め、これらは前期高齢期でも15%を超えています。  
運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態はロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）と呼ばれ、活動量の低下や生活習慣病のリスクも高まることが明らかになっています。

表 要介護認定者数（令和1年～令和5年、在宅新規）

	40～64歳	65～74歳	75歳以上	合計
男性	10	36	203	249
女性	7	42	285	334
合計	17	78	488	583

吉野町長寿福祉課

表 要介護の原因疾患（令和1年～令和5年、在宅新規）

中年期(64歳以下)				前期高齢期(65～74歳)				後期高齢期(75歳以上)			
順位	原因疾患	実数	原因別割合(%)	順位	原因疾患	実数	原因別割合(%)	順位	原因疾患	実数	原因別割合(%)
1	がん	6	35.3	1	がん	14	17.9	1	骨粗しょう症・骨折	88	18.0
2	脳血管疾患	4	23.5	2	脳血管疾患	13	16.7	2	認知症	74	15.2
2	認知症	4	23.5	3	認知症	9	11.5	3	脳血管疾患	48	9.8
	運動器系疾患	1	5.9	3	骨粗しょう症・骨折	9	11.5		がん	44	9.0
	呼吸器疾患	1	5.9		運動器系疾患	4	5.1		循環器疾患	30	6.1
	腎・泌尿器疾患	1	5.9		精神疾患	4	5.1		高血圧症	28	5.7
	合計	17	100		呼吸器疾患	3	3.8		運動器系疾患	26	5.3
					腎・泌尿器疾患	2	2.6		変形性関節症	24	4.9
					消化器疾患	2	2.6		呼吸器疾患	23	4.7
					眼疾患	2	2.6		糖尿病、糖尿病合併症	16	3.3
					脳神経疾患	2	2.6		腎・泌尿器疾患	16	3.3
					高血圧症	1	1.3		脳神経疾患	14	2.9
					変形性関節症	1	1.3		消化器疾患	11	2.3
					糖尿病、糖尿病合併症	1	1.3		慢性閉塞性肺疾患	2	0.4
					循環器疾患	1	1.3		その他	44	9.0
					その他	10	12.8		合計	488	100
					合計	78	100				

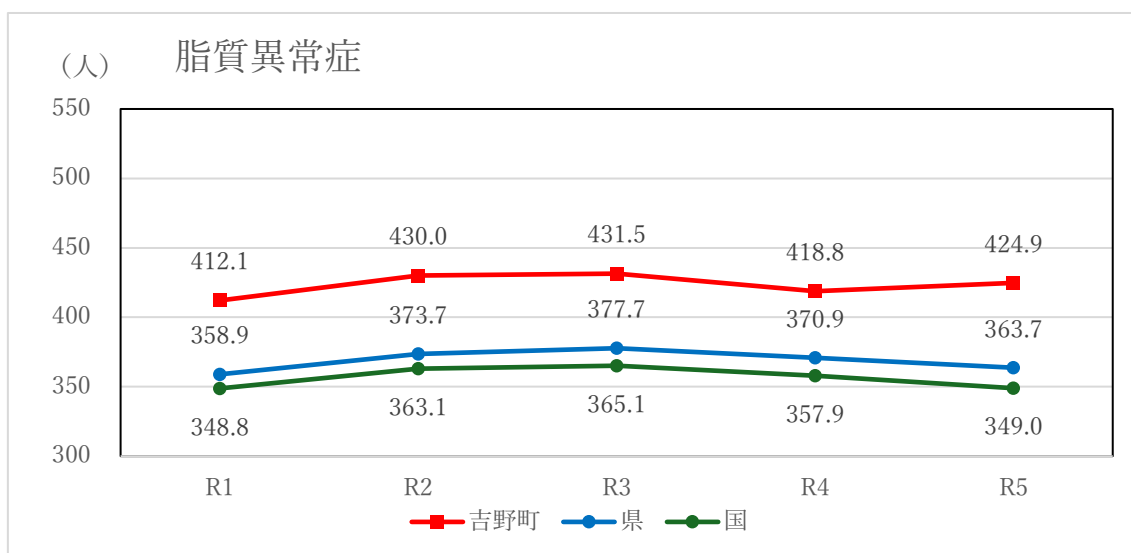
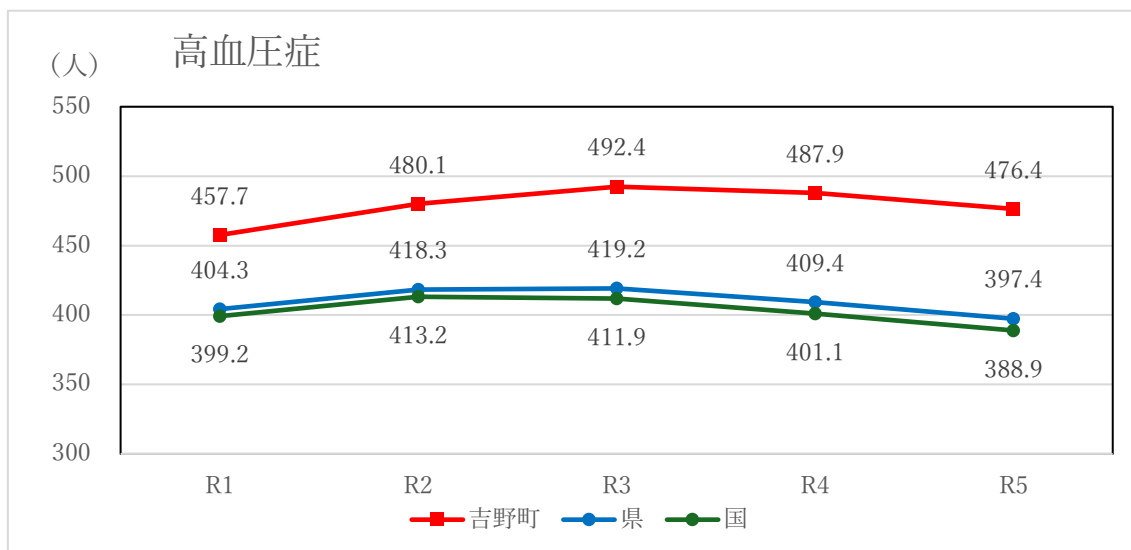
吉野町長寿福祉課

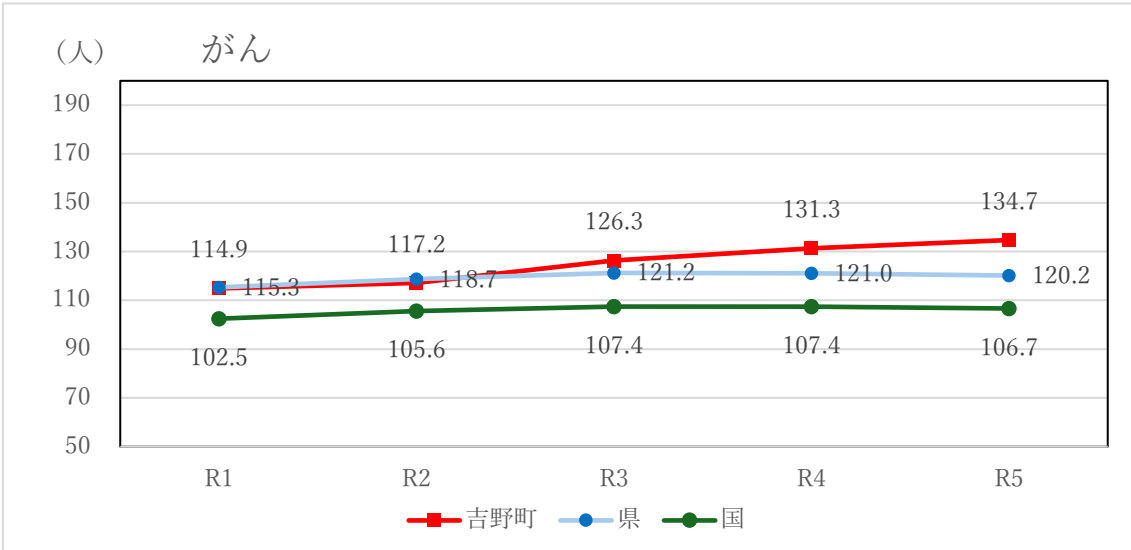
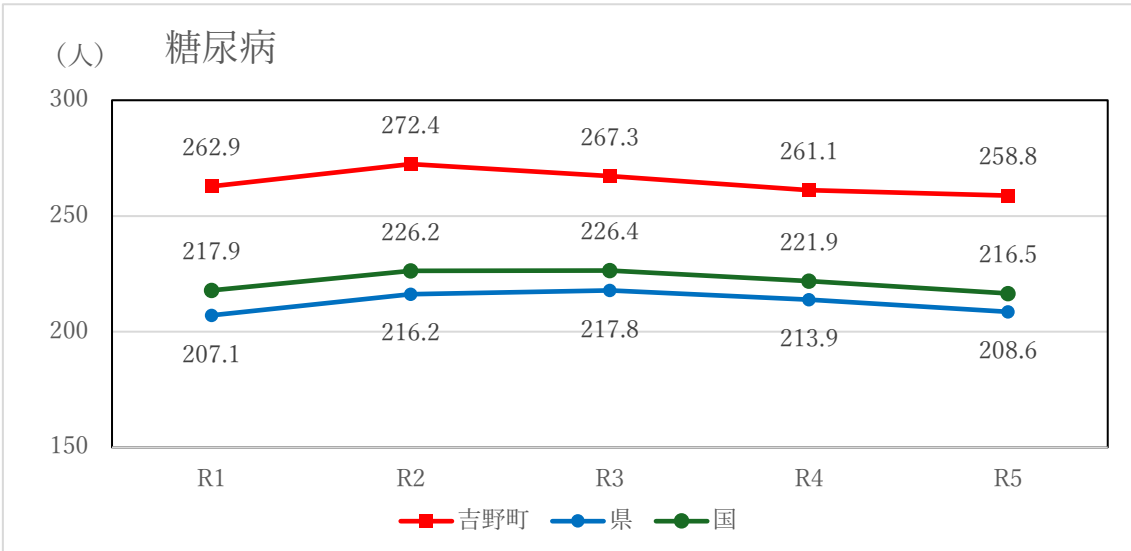
※主治医意見書診断名1を集計  
 ※運動器系疾患は変形性関節症を除く  
 ※循環器系疾患は脳血管疾患を除く  
 ※      ロコモ

## 6. 生活習慣病患者数

- ・令和1年から令和5年までの吉野町国民健康保険（以下、国保）加入者の患者千人当たり生活習慣病患者数について、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、がんの患者数が県や国と比較して多くなっています。
- ・特に、脂質異常症及びがんは、県や国は横ばい又は減少傾向にあるのに対し、吉野町は増加傾向となっています。

図 患者千人当たり生活習慣病患者数（国保）





資料：KDB

### 第3章 第2次吉野町健康増進計画及び食育推進計画の評価

#### 1. 評価

第2次計画では平成28年度より「健康で生き生きと暮らせるまちづくり」の実現に向け、「自分の健康は自分で守る」「健康の保持・増進、生活習慣病を予防し、将来の介護予防につなげていく健康づくりを核としたまちづくり」を基本理念として、健康増進計画と食育推進計画を一体的に取り組んできました。取り組みの結果は以下のとおりでした。

〈評価判断の基準〉

A：目標を達成した B：目標値には至らなかったが策定時より改善した

C：変わらなかった（策定時と1%未満の変化） D：悪化した E：評価できなかった

分野	指標	出典	策定時 H28年度	目標値	R6年度	評価		
健康寿命	65歳からの健康寿命	男性	厚労省 厚生科学研究班	17.59年	平均寿命の増加を上回る	17.44(R4)	E	
		女性		20.44年		19.53(R4)	E	
(再)健康寿命	65歳からの健康寿命 上：平均余命 下：平均自立期間	男性	奈良県 健康推進課	(H28) 17.71年 16.04年	平均自立期間の伸びが平均余命の伸びを上回る	(R4) 18.80年 17.44年	A +1.09年 +1.4年	
		女性		(H28) 23.32年 19.97年		(R4) 22.57年 19.53年	D -0.75年 -0.44年	
栄養	食生活	薄味にしている人の割合	町集団健診調	22.3%	33%	32.8%	B	
		多量飲酒者の割合	KDB <sup>1</sup>	0.9%	0.7%	0.5%	A	
		肥満者(BMI25以上の者)の割合	男性	KDB	25.2%	25%	24%	A
			女性	KDB	17.4%	14%	14%	A
		普段から歯の健康に気をつけている人の割合	町集団健診調	69.0%	80%	55.0%	D	
		3歳児のむし歯のない児の割合	3歳児健診	80.9%	90%以上	80.0%	C	
	食育の推進	朝食を毎日食べている人の割合	幼児	町 3歳児健診	76.6%	90%	84.0%	B
			小学生	町立校調べ	89.6%	95%	89.1%	C
			中学生	町立校調べ	85%	90%	67.1%	D
			成人	KDB	96.3%	98%	91.1%	D
	バランスのとれた朝食(主食・主菜・副菜)を摂る小学生の割合	町立校調べ	50%	70%	30.4%	D		

<sup>1</sup> 「KDB」とは、「国保データベースシステム」のことで、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して得た統計情報です。

<sup>2</sup> 「永久歯 DMF 指数」は、現在未処置の歯だけでなく、過去に歯があつて、現在治療されているものの、抜去されたものを含めた指数で、永久歯における歯の正確な罹患状況を知るために用いられます。

DMF 指数 = 健診を受けた人の DMF 歯の合計 ÷ 検査を受けた人数

運動	身体活動	運動習慣のある人の割合	男性	KDB	45.7%	55%	49.3%	B
			女性	KDB	33.4%	43%	48.2%	A
		運動不足と感じている人の割合		町集団健診調	67%	57%	59.7%	B
休養	心の健康	睡眠による休養を十分に取れていない人の割合		KDB	24.8%	22%	25.9%	D
		地域サロン団体数の増加		町地域包括支援センター	34 か所	48 か所	38 か所	B
受動喫煙の防止		施設(行政機関・地域集会所)の分煙実施率		-	35.4%	100%	敷地内禁煙	E
		成人の喫煙の割合	男性	KDB	23.9%	18%	17.5%	A
			女性	KDB	2.5%	2%	3.3%	D
		妊婦の喫煙の割合		町妊娠届調	7.6%	0%	0%	A
健康管理		特定健診受診率		KDB	34%	60%	25.8%	D
		特定保健指導実施率		-	4.5%	60%	20.0%	B
		胃がん検診受診率			8.9%	50%	9.9%	B
		肺がん検診受診率		受診者数/	12.7%	50%	15.6%	B
		大腸がん検診受診率		国勢調査人口	17.5%	50%	18.2%	B
		乳がん検診受診率			13.8%	50%	10.1%	D
		子宮頸がん検診受診率			10.6%	50%	7.2%	D
		メタボリックシンドロームに該当する人の割合	男性	KDB	26.2%	19.6%	30.0%	D
			女性	KDB	10.9%	8.1%	8.7%	B

## 2. 次期計画に向けた課題

栄養	薄味	薄味にしている人は増加している。「薄味」は主観的なものであり、実効性を高めるよう取り組みを継続する必要がある。
	多量飲酒	目標達成できているが、今後も健診などで実態把握の継続が必要である。
	肥満	男女とも改善がみられ、肥満は減少傾向であるものの体重の過度な減少はないのかについても関心を向けていく必要がある。
	歯	子ども一人あたりのむし歯数、むし歯がある子の割合ともに横ばいであるが、歯の健康への関心は低下している。歯に対する関心の向上が必要である。
	朝食	いずれの年代でも朝食の欠食がみられるが、子どもの欠食が依然ある。生涯に向けた食習慣として、社会環境も含めて考えていく必要がある。
運動		運動習慣のある人は増加傾向にある。しかし、運動不足を自覚する人も依然多いため、今後も習慣化できるよう継続した働きかけが必要である。
休養	睡眠	睡眠不足を自覚している人の割合に改善がない。死亡原因や要介護の原因疾患との関連が指摘されており、今後睡眠による休養感を高められるよう取り組みが必要である。
	地域サロン	地域サロンは策定時より増加しているが、サロン以外にもケラケラ百歳体操やその他団体が活動し、心の健康だけでなく外出や運動の機会を提供している。価値観やライフスタイルの変化、人口減少などから活動団体の参加者の減少があり、今後維持していくことが課題である。
喫煙		男性と妊婦の喫煙者割合は減少しているが、死亡原因や要介護の原因として重要な項目である。また、近年電子たばこの普及による受動喫煙の問題や、喫煙所からの煙など、より効果的な受動喫煙防止に向け理解を得ていく必要がある。
健康管理		依然としてがん検診及び特定健診受診率が低く、健康管理やがんの早期発見の機会として重要で、さらに受診率を高めていく必要がある。

## 第4章 第3次吉野町健康増進計画・食育推進計画

### 1. 計画の基本理念

『吉野町第5次総合計画』では、まちづくりの主役は「ひと」であり、町にかかわるあらゆる「ひと」が、このまちの未来が明るく希望に満ちあふれていると実感できる、『「ひと」がつながり 「ひと」が輝き 「ひと」が潤う感動生まれる 吉野町』の実現を目指しています。健康はすべての住民の願いであり、「ひと」が健康で充実した毎日を過ごし豊かな人生を送ることはまちの将来に向けた活力そのものでもあります。町総合計画に基づき、「誰もがいつまでも健康でいきいきと暮らすことができ、町民が元気で健康なまち」を本計画の基本理念とします。

### 2. 基本目標

早世の予防及び、人生90年さらにその先の100年を健康で生き生きと暮らすための健康寿命の延伸を目標とします。

### 3. 計画の基本方針

#### (1) 個人の行動と健康状態の改善

町の現状より、早世の予防にはがんや心疾患など生活習慣病予防が必要です。健康寿命の延伸に向けてはがんや脳血管疾患の生活習慣病予防及びロコモ予防が必要となります。そのため、住民一人一人が生活習慣病及びロコモの発症予防として関連が示されている、栄養・食育、運動・身体活動、休養・睡眠、たばこの各分野から発症予防<sup>3</sup>に向けて行動することが重要で、生活習慣病予防分野及びがん予防分野では、生活習慣病やロコモにつながるリスクに早期に気づき、重症化予防を図る必要があります。また、歯の健康分野におけるむし歯予防や歯周病予防は、生涯を通じたお口の機能を保ち栄養状態を良くすることで生活習慣病予防を図ることのみならず、血管を通じて全身に広がった口の中の細菌や炎症はインスリンの働きを鈍らせ糖尿病の発症や進行させることから、循環器疾患の予防においても重要です。

#### (2) 生活習慣の改善につながる社会環境へ

個人の行動と生活習慣の改善が必要とはいえ、仕事や家事など日々の生活で優先されることがあると健康のために時間や費用がかかることは継続することが難しくなります。関係機関や関係団体の活動とも連携し、住民が様々なつながりを通じて健康づくりの情報が共有され、健康づくりが活動の中に取り入れられる環境づくりに取り組みます。

#### (3) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

人生90年を見据えては、(1)、(2)により妊娠期及び乳幼児期から健康な体を育み、高齢期までの各人生の段階(ライフステージ)における健康課題を踏まえ、生涯を経時的に

---

<sup>3</sup> 「生活習慣病」は、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒など生活習慣が発症・進行に関与する疾患群であり、がん、心疾患(狭心症や心筋梗塞などの心臓病)、脳血管疾患(脳梗塞やくも膜下出血などの脳の病)などの病気が含まれます。生活習慣病の発症には遺伝的要因や社会環境要因なども関与していますが、生活習慣は改善可能な要因であることから、予防において重視されています。国際的には、慢性閉塞性肺疾患(COPD)を加え、「NCDs(非感染性疾患)」という呼び方が用いられます。

捉えたライフコースアプローチが必要となります。そのため、全年代の各ライフステージに合わせた対策や取り組みを推進します。

#### (4) ヘルスリテラシーの向上

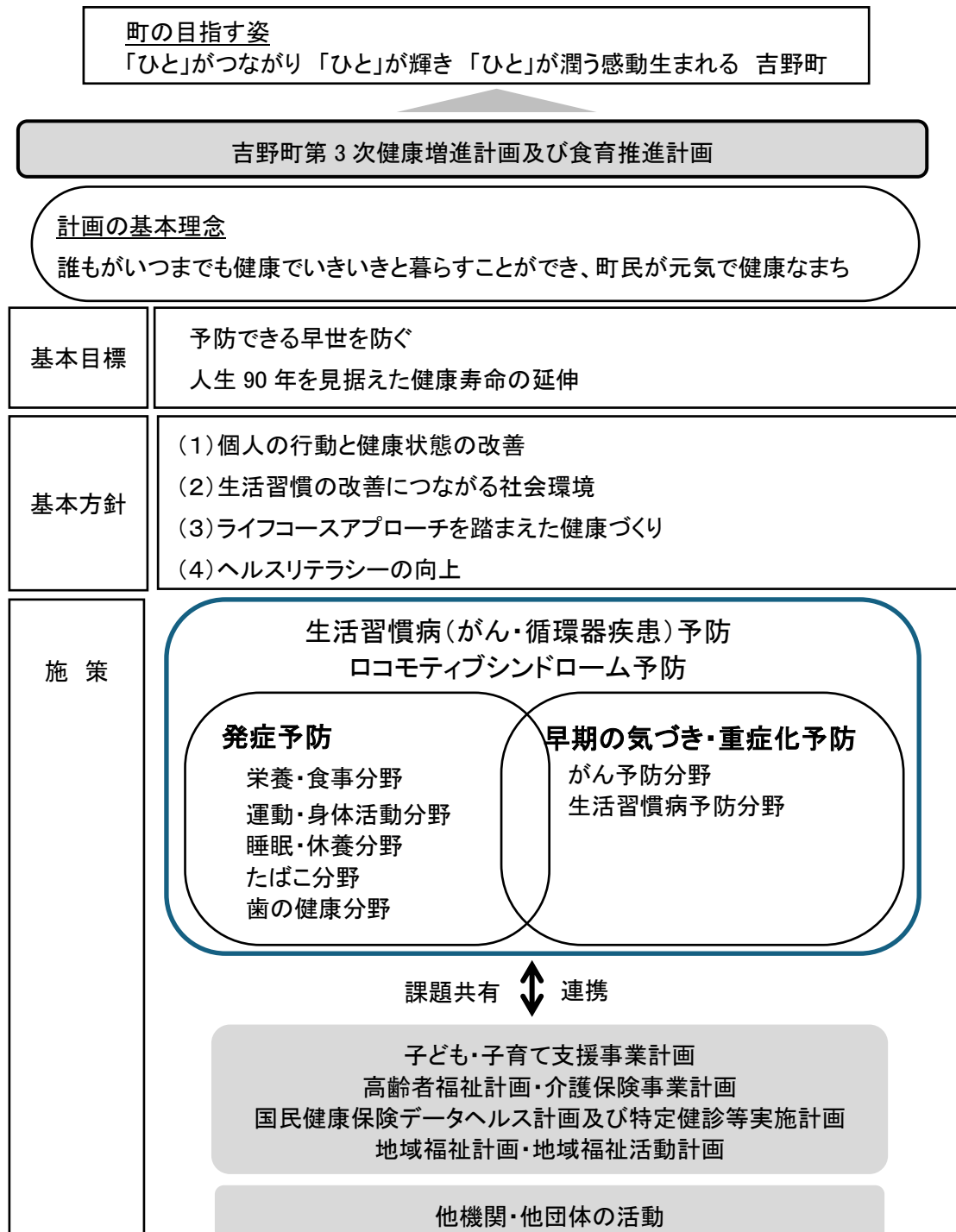
健康増進に向け健康に関心をもち、効果的に取り組んでいくためには、自身のライフステージや健康状態等に応じた正しい情報を見極め、その情報を活用することのできる、ヘルスリテラシーの向上が必要です。

科学的知見に基づき、わかりやすく、自身の健康増進に結びつけることができる啓発や情報提供の方法を検討し、住民自身のヘルスリテラシーの向上につながるよう努めます。

#### 4. 計画の体系

計画の推進に向けては、健康増進及び食育推進に一体的に取り組むとともに、これらに関連する各計画や他機関、関係団体の既存の活動とも課題を共有し、連携を図ります。

図 計画の体系図



## 【第5章計画の推進 用語の説明】

### ■行動変容ステージモデルと健康に対する各意識レベルについて

行動変容ステージモデルでは、人が行動を変える場合は「無関心期」→「関心期」→「準備期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ると考えます。行動変容のステージをひとつつでも先へ進めるには、当事者が今どのステージにいるかを把握し、それぞれのステージに合わせた働きかけが必要になります。

吉野町では、各施策分野の取り組みを推進する主な事業がどの行動変容ステージに該当するのかを整理し、それぞれのステージに応じた働きかけを加速します。

ステージ 行動変容 モデル	無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
		6ヶ月以内に行動を変えようと思っていない	6ヶ月以内に行動を変えようと思っている	1ヶ月以内に行動を変えようと思っている	行動を変えて6ヶ月未満である
ステージの働きかけを進められた	<b>1. 無関心期への働きかけ</b> <b>■意識の高揚</b> 例)身体活動のメリットを知る <b>■感情的経験</b> 例)このままでは「まずい」と思う <b>■環境の再評価</b> 例)周りへの影響を考える	<b>2. 関心期への働きかけ</b> <b>■自己の再評価</b> 例)身体活動が不足している 自分をネガティブに、身体活動を行っている自分をポジティブにイメージする	<b>3. 準備期への働きかけ</b> <b>■自己の解放</b> 例)身体活動を上手く行えるという自身を持ち、身体活動を始めることを周りの人に宣言する	<b>4. 実行期と維持期への働きかけ</b> <b>■行動置換</b> 不健康な行動を健康的な行動に置き換える 例)ストレスに対してお酒の代わりに身体活動で対処する <b>■援助関係</b> 例)身体活動を続ける上で、周りからのサポートを活用する <b>■強化マネジメント</b> 例)身体活動を続けていることに対して「ほうび」を与える <b>■刺激の統括</b> 例)身体活動に取り組みやすい環境づくりをする	

### ■ライフステージの区分について

乳幼児期	0～4歳頃
少年期	5～14歳頃
青年期	15～24歳頃
壮年期	25～44歳頃
中年期	45～64歳頃
前期高齢期	65～74歳頃
後期高齢期	75歳以上