

健康かみふらの 21 計画(第二次) (案)

**[第 2 期 上富良野町国民健康保険
特定健康診査等実施計画] (案)**

平成 25 年 月

上富良野町

目 次

序 章 計画改定にあたって	2
第1節 計画改定の趣旨	3
第2節 計画の性格	5
第3節 計画の期間	5
第4節 計画の対象	5
第Ⅰ章 上富良野町の概況と特性	8
第1節 上富良野町の概要	9
第2節 健康に関する概況	9
第3節 町の財政状況に占める社会保障費	22
第Ⅱ章 課題別の実態と対策	24
第1節 前計画の評価	25
第2節 生活習慣病の予防	27
1 がん	27
2 循環器疾患	36
3 糖尿病	59
4 慢性閉塞性肺疾患	70
5 次世代の健康	75
第3節 生活習慣の改善	90
1 栄養・食生活	90
2 身体活動・運動	112
3 飲酒	118
4 喫煙	122
5 歯・口腔の健康	123
第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上	126
1 高齢者の健康	126
2 こころの健康	131
3 休養	137
第5節 目標の設定	139
第Ⅲ章 計画の推進	142
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	143
1 活動展開の視点	143
2 関係機関との連携	143
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	145
第Ⅳ章 上富良野町国民健康保険特定健康診査 ・特定保健指導実施計画（第2期）	146
<資料>	158

序章

計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

第1節 計画改定の趣旨

平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視する取組が推進されてきました。

今回、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21(第二次)）」(以下「国民運動」という。)では、21世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約3割となる中で、高齢化の進展により、ますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、疾病による負担が極めて大きな社会になる』と捉え、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組みを推進するために、下記の5つの基本的な方向が示されました。

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(*NCDの予防)
- 3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 4 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 5 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

また、これらの基本的な方向を達成するため、53項目について、現状の数値とおおむね10年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取組みがさらに強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになりました。

上富良野町では平成15年3月に、「健康日本21」の取組みを法的に位置づけられた健康増進法に基づき、町の特徴や、町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおい、健康増進計画「健康かみふらの21」を策定し、取組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標53項目については、これまでの町の取組みの評価及び新たな健康課題などを踏まえ、健康かみふらの21(第二次)を策定します。

参考 基本的な方向の概略

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命: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

健康格差:地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD (慢性閉塞性肺疾患) に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

国際的にも、これらの疾患は重要な NCD (Non Communicable Disease) として対策が講じられている。

*NCD とは

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患及び糖尿病を中心とする非感染性疾患 (NCD) は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子 (主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒) を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関 (WHO) では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

今後、WHO において、NCD の予防のための世界的な目標を設定し、世界全体で NCD 予防の達成を図っていくこととされている。

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取組を総合的に支援していく環境の整備。

5 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

第2節 計画の性格

この計画は、上富良野町第5次総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する上富良野町国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。(表1)

表1 関連する法律及び各種計画

法 律	北海道の計画	上富良野町の計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道 21」	健康かみふらの 21 健やか親子かみふらの 21 慢性腎臓病予防計画
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	上富良野町国民健康保険特定健康診査等実施計画
次世代育成対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	上富良野町次世代育成行動支援計画
食育基本法	北海道食育推進計画	上富良野町食育推進計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(健康かみふらの 21)
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(健康かみふらの 21)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	上富良野町第5期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は平成 34 年度とし、計画の期間は平成 25 年度から平成 34 年度までの 10 年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までのライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全町民を対象とします。

別表1

「健康かみぶらの21(第二次)」の基本的方向性と目標項目
「乳幼児から高齢者までライフステージに応じた計画を考える」

全体目標	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	次世代の健康				高齢者	死亡	
		胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳			40歳
生活習慣病	がん	がん検診の受診率の向上						15歳未満の がんの年間調整死亡率の減少
	循環器疾患	<input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している人の増加 <input type="checkbox"/> 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) <input type="checkbox"/> 脂質異常症の減少 <input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 血腫コントロール増進におけるコントロール不良者の割合の減少 <input type="checkbox"/> (HbA1c がHDS値8.0%以上の者の割合の減少) <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上					<input type="checkbox"/> 合併症・重症化率の向上 <input type="checkbox"/> 認知症による年間調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> 認知症による年間調整死亡率の減少	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 <input type="checkbox"/> 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 <input type="checkbox"/> 肥満傾向にある子どもの割合の減少						
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	<input type="checkbox"/> 健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加 <input type="checkbox"/> 適切な重たさの食事と適量の運動の増加 <input type="checkbox"/> 予防接種の接種率の向上 <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加					<input type="checkbox"/> 低栄養傾向(BMI20)の高齢者の割合の減少	
	栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 食品中の塩分や脂肪の低減 <input type="checkbox"/> 加工食品の摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 野菜と果物の摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 食生活の改善(食生活の改善) <input type="checkbox"/> 食生活の改善(食生活の改善) <input type="checkbox"/> 食生活の改善(食生活の改善)						
	身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 身体的活動(歩数)を増やす <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加						
生活習慣	飲酒	<input type="checkbox"/> 妊婦中の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 未成年者の飲酒をなくす					<input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	
	喫煙	<input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 未成年者の喫煙をなくす					<input type="checkbox"/> 成人の喫煙率の減少	
	歯・口腔の健康	<input type="checkbox"/> 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加					<input type="checkbox"/> 歯の喪失防止	
社会生活機能の維持・向上	高齢者の健康	<input type="checkbox"/> 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加					<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 高齢者に偏みのある高齢者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 就業又は何らかの地味活動をしていての高齢者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 認知機能低下ハハリスク高齢者の把握率の向上	
	こころの健康	<input type="checkbox"/> 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 <input type="checkbox"/> メンタルヘルスに関する相談を受けられる機会の増加 <input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 <input type="checkbox"/> 睡眠時間(50時間以上)の運用者の割合の減少					<input type="checkbox"/> ロコモティブシンドローム(運動機能障害)を認知している国民の割合の増加	
	休養	<input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 <input type="checkbox"/> 睡眠時間(50時間以上)の運用者の割合の減少						<input type="checkbox"/> 自殺者数の減少

個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり

地域をつなぐの強化
 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
 健康づくりに関する活動に取り組む
 自治体・民間団体の活動拠点数の増加
 健康格差対策に取り組む自治体の増加

目標項目は計文中太字で表記

第 I 章

上富良野町の概況と特性

1 人口構成

上富良野町の人口(平成 22 年国勢調査)構成をみると、0 歳～14 歳及び 65 歳以上の割合が全国や全道より高く、生産年齢人口(15 歳～64 歳)が少ないのが特徴です。65 歳以上の高齢化率と併せ、75 歳以上の後期高齢化率が、全国や全道より高くなっています。(表2)

表2 人口構成

(平成 22 年国勢調査)

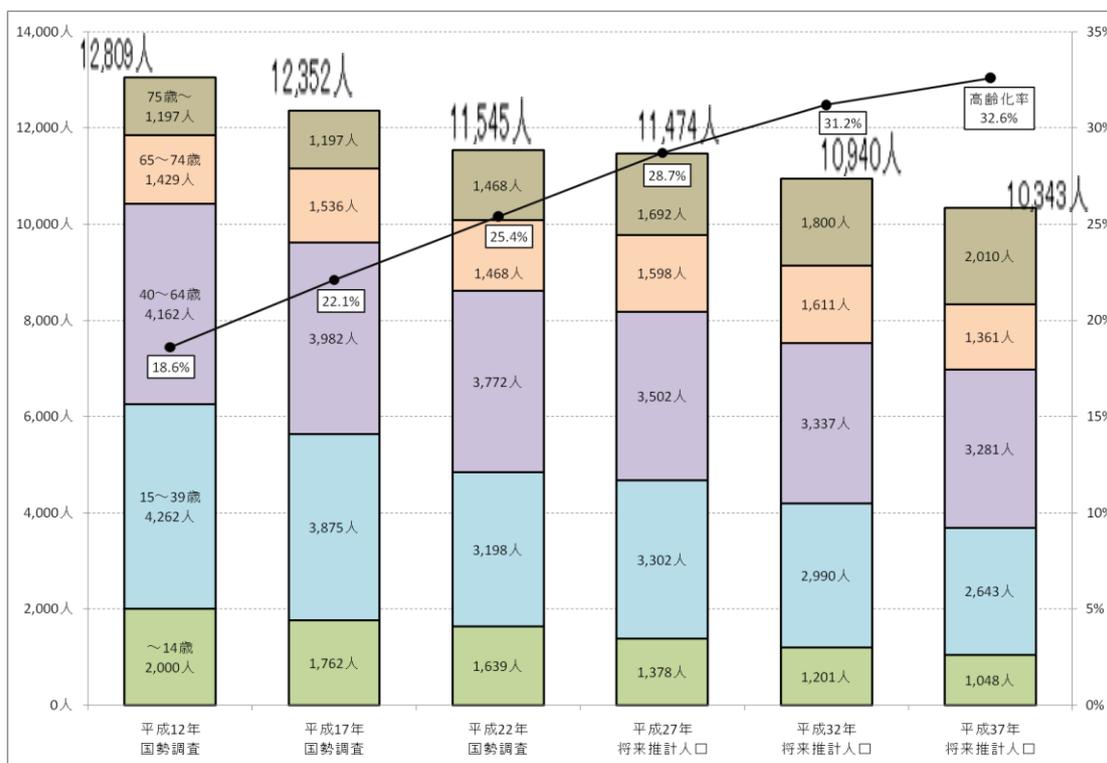
	全国		北海道		上富良野町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	11,545	-
0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	1,639	14.2%
15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	6,970	60.4%
65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	2,936	25.4%
(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	1,468	12.7%

上富良野町の人口(国勢調査)は、平成 17 年には 12,352 人でしたが、平成 22 年には 11,545 人となり減少傾向にあります。

人口構成をみると、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 22 年までの5年間に、1,010 人減少しているのに対して、65 歳以上の人口は、同期間に 203 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 22.1%でしたが、平成 22 年には 25.4%となり、5年間で 3.3%高くなり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図1)

図1 人口の推移と推計(平成 20 年 12 月推計)



資料 平成12年 平成17年 平成22年 国勢調査
平成27年 平成32年 平成37年 国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』(平成20年12月推計)

2 死亡

上富良野町の平均寿命は、全国及び全道と比べると長く、特に男性が長い状況です。(表3)

表3 平均寿命

(厚生労働省平成 17 年末)

	全国	北海道	上富良野町(道内順位)	
男性	78.8 歳	78.3 歳	79.3 歳	8 位
女性	85.8 歳	85.8 歳	86.0 歳	63 位

平成 21 年の上富良野町の主要死因を全国や全道と比較すると、脳血管疾患及び自殺による死亡率が、全国全道より高くなっています。

表4 主な死因

(全国全道平成 22 年度 人口動態 町 地域保健情報年報平成 21 年分)

	全国		北海道		上富良野町	
	死亡原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)
1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	324.8	悪性新生物	291
2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	肺炎	191.3
3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	脳血管疾患	124.7
4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	心疾患	108.1
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	自殺	49.9

主要死因の5年間の変化をみると、1位を悪性新生物が占めています。平成 17 年に2位であった心疾患は、年々減少し平成 21 年は4位となりました。平成 17 年に3位であった脳血管疾患は、おおむね減少傾向でしたが、平成 21 年にまた上昇しました。自殺は高めに推移しています。

表5 上富良野町の主要死因の変化

(人口 10 万対死亡率)

	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
第 1 位	悪性新生物 262.6	悪性新生物 209.8	悪性新生物 219.2	悪性新生物 269.8	悪性新生物 291.0
第 2 位	心疾患 183.0	心疾患 209.8	心疾患 162.4	肺炎 130.8	肺炎 191.3
第 3 位	脳血管疾患 159.2	肺炎 113.0	肺炎 138.0	心疾患 114.5	脳血管疾患 124.7
第 4 位	肺炎 103.5	脳血管疾患 72.6	脳血管疾患 105.6	脳血管疾患 81.8	心疾患 108.5
第 5 位	自殺 31.8	事故・自殺 48.4	不慮の事故 32.5	自殺 65.4	自殺 49.9

早世(64 歳以下)死亡の減少については、男性は減少傾向ですが、女性は増加しました。

表6 早世死亡(64 歳以下)の状況

(全死亡に占める 64 歳以下の死亡割合)

	全国(平成22年)		北海道(平成22年)		上富良野町(平成21年)		上富良野町(平成19年)		上富良野町(平成17年)	
男性	110,065 人	18.9%	5,696 人	19.1%	10人	14.1%	14人	24.1%	12人	20.3%
女性	56,584 人	10.0%	2,994 人	11.7%	9人	16.1%	3人	7.3%	7人	11.9%

3 介護保険

上富良野町の介護保険の認定率は、第1号被保険者(65歳以上)及び第2号被保険者(64歳以下)ともに、全国や全道より低い状況です。第1号被保険者の一人当たり介護給付費は全国全道平均より低く、第5期保険料月額も、全国平均より千円近く安くなっています。

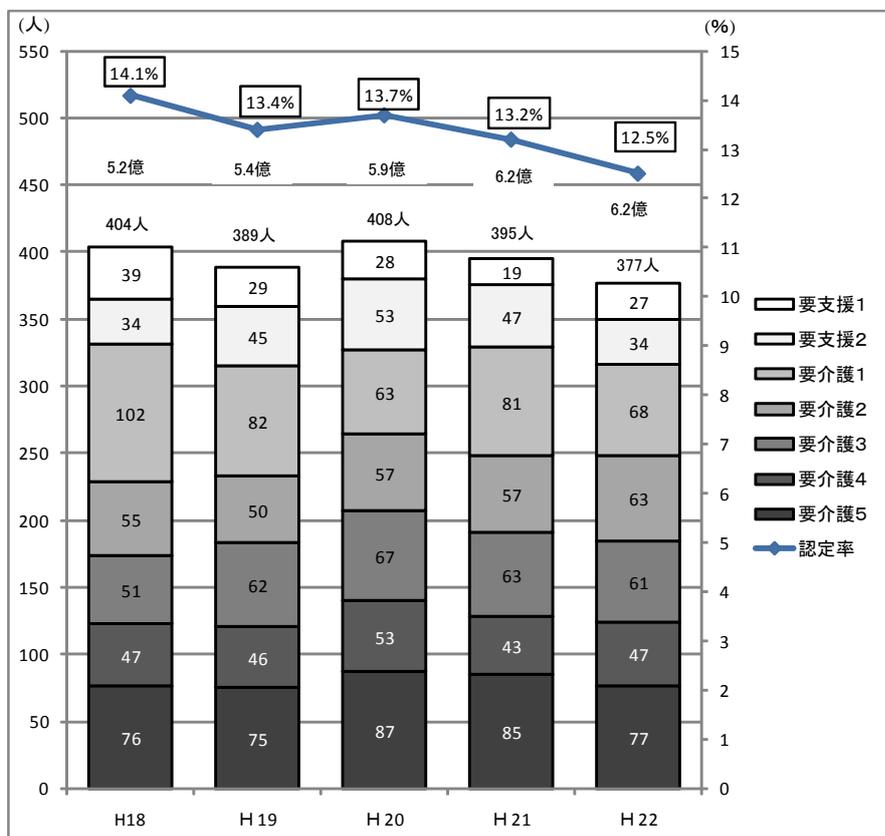
表7 介護保険の状況

(平成22年度 介護保険事業報告)
(保険料は平成24年度)

	全国		北海道		上富良野町	
第1号認定率	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	377人	12.5%
再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	338人	21.8%
再)65-74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	39人	2.7%
第2号認定率	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	12人	0.32%
給付費(単位千円)	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり
	6,663,722,854	229	296,109,294	219	617,639	205
第5期保険料(月額)	4,972 円		4,631 円		3,950 円	

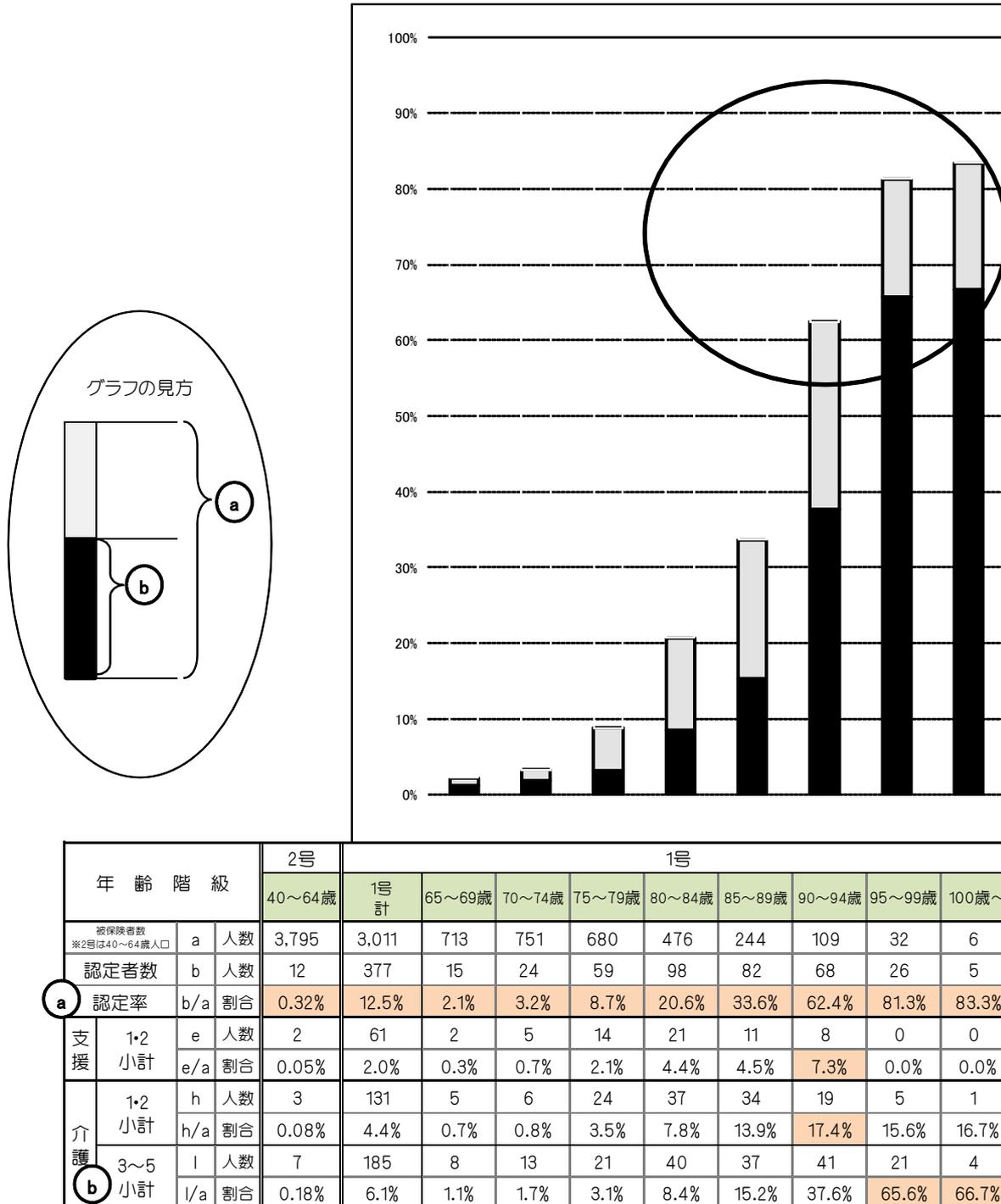
上富良野町の平成23年3月末の第1号被保険者の要介護(支援)認定者数は377人であり、現在の介護度区分と同様の平成19年3月末の404人と比べ27人、7%低下しています。(図2)

図2 第1号被保険者 要介護認定者数(率)、給付費の推移



4 介護保険からみた健康寿命

図3 平成 23 年3月末時点の要介護認定状況

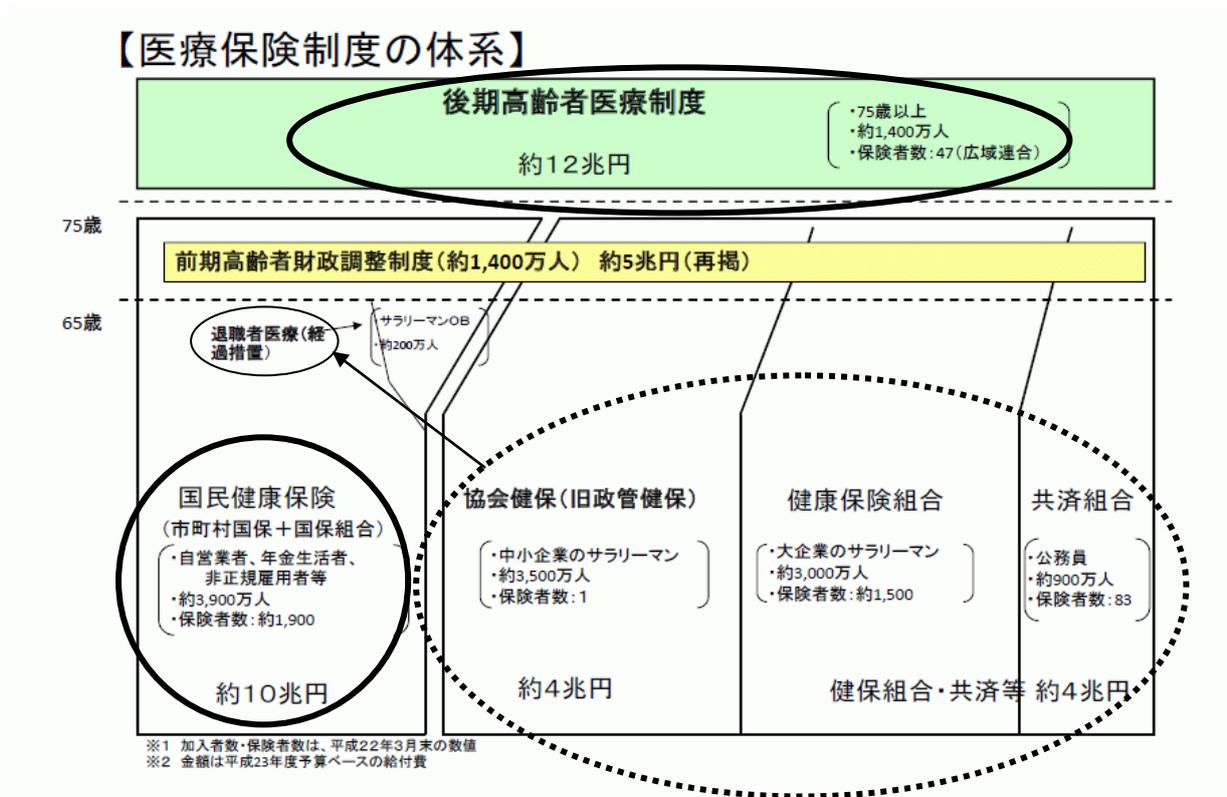


町の介護保険の状況を見ると、90歳以降に大幅に認定率が上昇しており、町民が介護を必要とせず自立して過ごす期間(健康寿命に匹敵)は長いと言えます。

年代別の認定率の変化を見ると、65～69歳は2.1%、70～74歳は3.2%、75～79歳は8.7%、80～84歳は20.6%、85～89歳は33.6%と年代が上がるとともに、徐々に認定率が上昇し介護を受けている割合が上昇しています。(図3)

5 医療制度

図4 医療保険制度



(1) 後期高齢者医療

上富良野町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、過去は非常に高い時期がありましたが、現在は全国や全道と比較して、低い費用になっています。(表8) 平成22年度は全道179市町村の内、高いほうから141位でした。

今後も、高齢期になっても、健康障害を起こさないために、早期からの予防活動の推進が重要です。

表8 一人当たりの医療費の変化

順位	1人あたり 老人療養諸費用額		1人あたり 後期高齢者医療費	
	平成17年度		平成22年度	
1	福岡	1,018,681	福岡	1,146,623
2	北海道	999,043	高知	1,084,142
3	高知	965,946	北海道	1,070,441
8	上富良野	910,346		
18	★全国	826,843		
19			★全国	904,795
22			上富良野	882,518
48	長野	678,531	岩手	730,269

北海道との差
19万

全国の差
2万

(2) 国民健康保険

上富良野町の平成 22 年度国民健康保険(国保)加入者は 3,295 人、年度末加入率は 28.6%とほぼ全国(28.9%)全道(27.4%)平均となっています。退職により、国民健康保険以外の保険から国民健康保険に加入する割合がやや高めです。国民健康保険以外の保険加入時の健診保健指導の結果が退職医療に影響します。

町の加入者のうち、前期高齢者(64 歳~74 歳)が占める割合は高く、特に 70 歳~75 歳未満が占める割合は 18.8%であり、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。加入者のうち高齢者が占める割合が多い事から、一般一人当たり医療費は、34 万3千円で全国全道平均より高くなっていますが、年齢別に比較すると、前期高齢者(70~75 歳未満)の一人当たり医療費は全道平均より3万2千円安くなっています。(表9)

表9 国民健康保険の状況

(平成 22 年度国民健康保険事業年報)

	全国		北海道		上富良野町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保加入数	35,849,071 人	—	1,506,331 人	-	3,295 人	-
(再掲) 前期高齢者	11,222,279 人	31.3%	497,459 人	33.0%	1,160 人	35.2%
(再掲) 70歳~75歳未満			247,804 人	16.5%	620 人	18.8%
一般	33,851,629 人	94.4%	1,426,957 人	94.7%	3,102 人	94.1%
退職	1,997,442 人	5.6%	79,374 人	5.3%	193 人	5.9%
加入率(年度末)		28.00%		27.4%		28.6%
国保医療費	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり
	10,730,826,914	299	514,984,785	342	1,144,835	347
(再掲) 前期高齢者			256,895,211	516	566,748	489
(再掲) 70~75歳未満			148,716,172	600	352,213	568
一般(千円)	9,981,583,067	295	480,374,599	337	1,064,103	343
退職(千円)	749,243,846	375	34,610,186	436	80,732	418

生活習慣病の治療者を、各年5月診療分診療報酬明細書で比較すると、生活習慣病の治療者は 31.1%が 32.1%に増加していますが、治療費は5千5百万円が4千百万円に減少しています。

脂質異常症や高血圧高尿酸血症等血管が痛むリスクの時期からの治療者が増加し、脳卒中・心臓病等の重症化による健康障害を起こした方の治療が減少しています。(図5)

今後も生活習慣病の発症予防並びに重症化予防の活動を進めることが重要です。

図5 生活習慣病治療者の変化

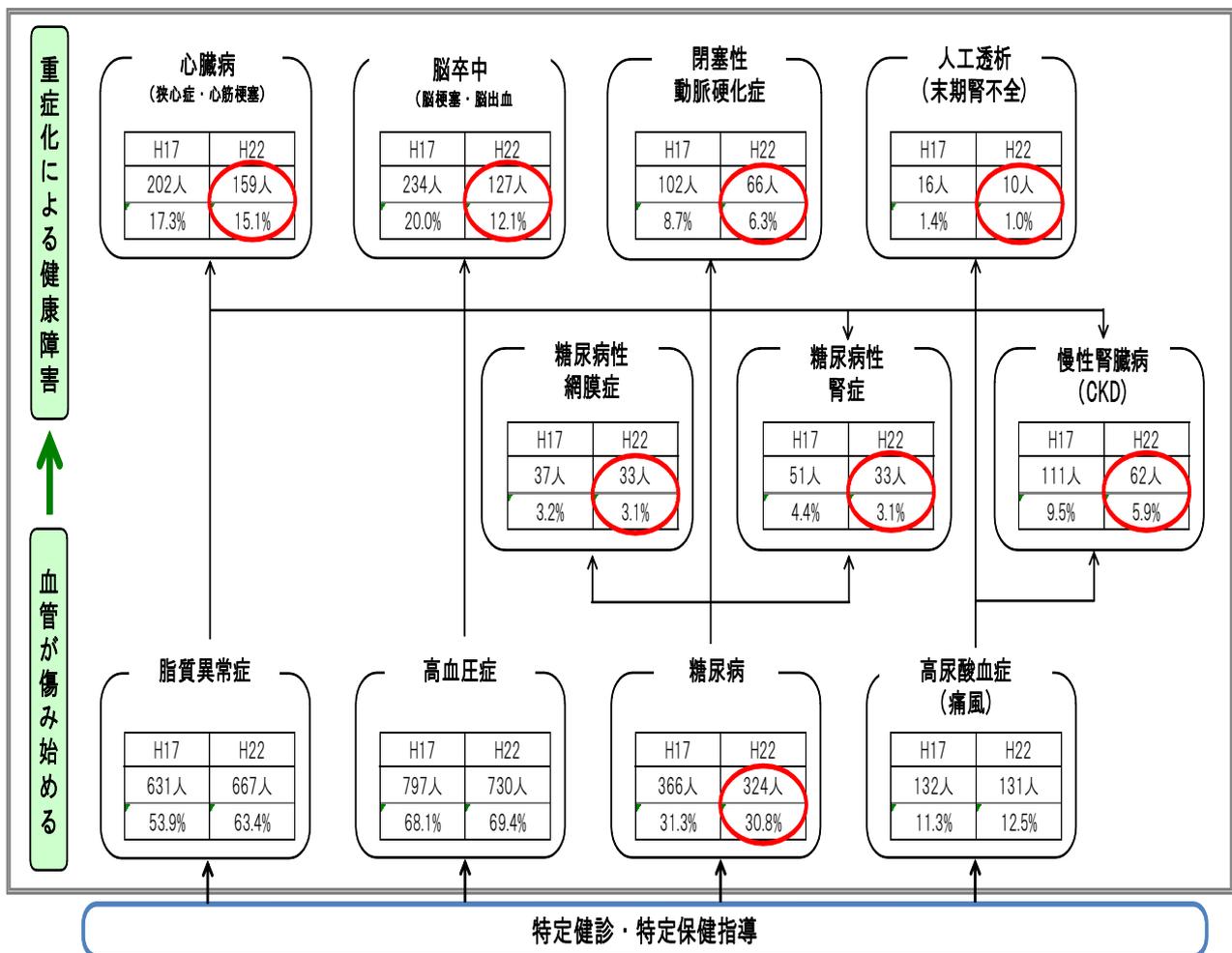
(町国民健康保険診療報酬明細から)

生活習慣病の治療者を 平成17年と22年で比較してみました

(各年5月診療・6月審査分)
(病歴6 生活習慣病歴管理台帳(生活習慣病集計))

	H17	H22
被保険者数	3768人	3278人
生活習慣病の治療者	1171人	1052人
率	31.1%	32.1%

	H17	H22
1ヶ月の総医療費(円)	7千9百万円	6千8百万円
生活習慣病の治療費	5千5百万円	4千1百万円
率	70%	60%



6 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

(1) 国民健康保険加入者の健康診査

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、町国民健康保険の特定健康診査(特定健診)・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告で、受診率 73.2%、保健指導実施率は 81.7%で、全国全道より非常に高くなっています。町では、平成 20 年度から、特定保健指導と併せて、発症予防重症化予防のために、情報提供や治療中の方等特定健診受診者全てに、学習教材を用い、保健指導を実施してきました。(表 10)

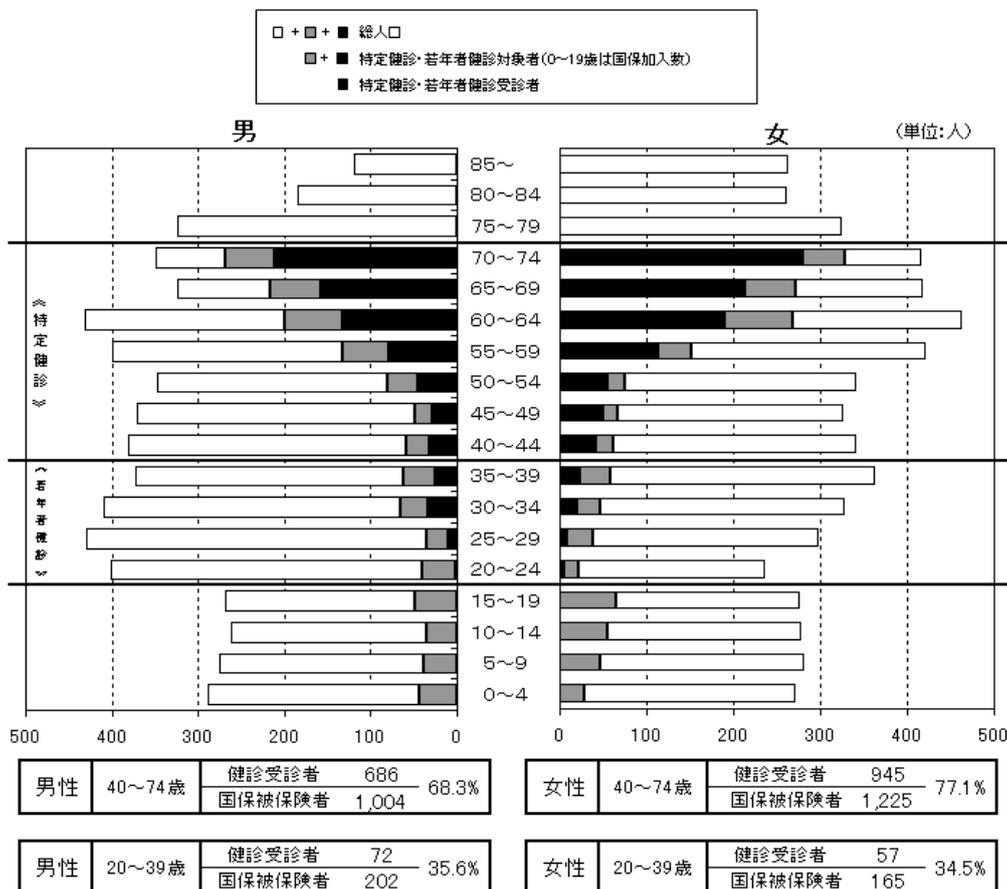
表 10 国民健康保険特定健診保健指導状況

(平成 22 年度法定報告分)

	全国		北海道			上富良野町		
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
国民健康保険 特定健診	7,169,761人	32.0%	130,222	34.5%	18位	1,631	73.2 %	1 位
国民健康保険保 健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
	198,778人	20.8%	5,430	34.1%	8位	143	81.7 %	6 位

町では、40 歳から 74 歳までの国民健康保険加入者と併せて、高齢者の医療の確保に関する法律の中では、努力義務となっている、20 歳～39 歳の町民には、加入保険にかかわらず希望者全員に健康診査(健診)を実施しています。

図6 上富良野町の国保特定健康診査・健康診査受診者数(平成 23 年度)



(総人口:平成22年4月30日、特定健診・若年者健診対象者数及び特定健診・若年者健診受診者数:平成22年度)

国民健康保険の特定健診受診状況を年代別にみると、男性は30歳代が40%台、40歳～69歳までは50%台が受診し、70歳～74歳で70%台と急上昇しています。女性は、30歳代が40%台、40～69歳までは70%台が受診し、70歳～74歳で80%台と上昇していきます。(表11)

男女とも70歳代の受診率が高く、毎年75歳になって後期高齢に移っていく住民が多いことから、若い年代に新規に受診してもらうための働きかけが重要となります。

遺伝などリスクのある方に早期から健診を受けてもらうこととあわせ、健診結果や体のメカニズムを理解する学習を進めることが重要です。

表11 国民健康保険特定健診受診者経年変化

		20～29歳			30～39歳			40～49歳			50～59歳			60～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率															
計	H22	135	26	19.3%	231	103	44.6%	237	152	64.1%	439	294	67.0%	676	446	66.0%	597	491	82.2%
	H21	145	25	17.2%	223	106	47.5%	263	159	60.5%	465	304	65.4%	728	463	63.6%	623	484	77.6%
	H20	168	38	22.6%	222	103	46.4%	250	149	59.6%	502	313	62.4%	752	462	61.4%	624	488	78.2%
男性	H22	75	12	16.0%	127	60	47.2%	108	60	55.6%	213	125	58.7%	321	185	57.6%	268	211	78.7%
	H21	82	16	19.5%	116	53	45.7%	130	71	54.6%	223	129	57.8%	353	200	56.7%	289	218	75.4%
	H20	86	24	27.9%	112	51	45.5%	136	72	52.9%	230	131	57.0%	366	203	55.5%	293	227	77.4%
女性	H22	60	14	23.3%	104	43	41.3%	129	92	71.3%	226	169	74.8%	355	261	73.5%	329	280	85.1%
	H21	63	9	14.3%	107	53	49.5%	133	88	66.2%	242	175	72.3%	375	263	70.1%	334	266	79.6%
	H20	82	14	17.1%	110	52	47.3%	114	77	67.5%	272	182	66.9%	386	259	67.1%	331	261	78.8%

平成22年度の国民健康保険特定健診受診者(40歳～74歳)の有所見状況を、北海道及び道内179市町村と比較すると、HDLコレステロールと血糖値以外は、全道平均より有所見者の割合が低いです。特に腎疾患に関係する尿酸・尿蛋白・クレアチン有所見者は少ないといえます。(表12)全ての受診者への保健指導を充実することが、更なる健康診査データ改善につながります。

表12 国民健康保険特定健診受診者有所見状況(平成22年度北海道国民健康保険団体連合会資料より)

	北海道		上富良野町		全道順位 (179市町村中)
	有所見者	有所見率	有所見者	有所見率	
腹 囲 径	68,632	30.2%	504	29.8%	115
B M I	63,594	28.0%	453	26.8%	141
中 性 脂 肪	45,651	20.1%	301	17.8%	81
A L T (G P T)	35,408	15.6%	198	11.7%	172
H D L コレ	10,287	4.5%	85	5.0%	138
血 糖 値	53,728	23.7%	513	30.3%	92
H b A 1 c	120,733	53.2%	706	41.7%	147
尿 酸	9,721	4.3%	6	0.4%	139
収縮期血圧	105,656	46.5%	681	40.2%	138
拡張期血圧	44,195	19.5%	311	18.4%	122
L D L コレ	124,052	54.6%	784	46.3%	159
尿 蛋 白	13,347	5.9%	14	0.8%	174
クレアチニン	1,063	0.5%	1	0.1%	115 (119中)

道内の人口規模が同程度の市町村と比較すると、町の特定健診受診率は高く、積極的支援及び動機付け支援対象となる割合は低く、保健指導の終了率は高い状況です。(表13)

特定健診の結果については、全体に異常割合は低いといえます。

表 13 上富良野町国民健康保険における特定健診結果(平成 22 年度) 人口規模別比較(Ⅲ-0)

特定健康診査						特定保健指導									
保険者	対象者数(人)	順位	保険者	受診者数(人)	健診受診率(%)	順位	保険者	(積極的支援)の対象者数(人)	割合(%)	保険者	(動機付支援)の対象者数(人)	割合(%)	保険者	終了者数(人)	割合(%)
北海道	964,786	1	上富良野町	1,631	79.2	1	斜里町	47	8.1	清水町	72	12.9	上富良野町	143	81.7
日高町	3,015	2	長沼町	1,610	61.3	2	日高町	39	7.2	日高町	61	11.3	清水町	71	66.4
栗山町	2,974	3	美瑛町	953	32.3	3	長沼町	103	6.4	岩内町	62	11.1	長沼町	135	59.2
斜里町	2,954	4	湧別町	790	31.6	4	清水町	35	6.3	北海道	21,408	9.8	美瑛町	77	56.6
美瑛町	2,948	5	清水町	556	24.6	5	湧別町	43	5.4	斜里町	57	9.8	岩内町	46	50.5
岩内町	2,873	6	厚岸町	654	24.4	6	岩内町	29	5.2	浦河町	45	9.8	厚岸町	36	42.4
浦河町	2,688	7	北海道	218,140	22.6	7	浦河町	24	5.2	美瑛町	91	9.5	日高町	40	40.0
厚岸町	2,676	8	栗山町	646	21.7	8	栗山町	31	4.8	厚岸町	58	8.9	北海道	8,533	28.0
長沼町	2,627	9	洞爺湖町	470	21.1	9	美瑛町	45	4.7	洞爺湖町	39	8.3	洞爺湖町	15	24.6
湧別町	2,500	10	斜里町	581	19.7	10	洞爺湖町	22	4.7	長沼町	125	7.8	栗山町	16	21.6
清水町	2,259	11	岩内町	561	19.5	11	北海道	9,091	4.2	湧別町	60	7.5	湧別町	18	17.5
上富良野町	2,229	12	日高町	536	17.8	12	厚岸町	27	4.1	上富良野町	118	7.2	斜里町	6	5.8
洞爺湖町	2,226	13	浦河町	460	17.1	13	上富良野町	57	3.5	栗山町	43	6.7	浦河町	0	0.0

資料 特定健診-特定保健指導実施結果集計表(道集計)(平成22年度)

(有所見状況)

保険者	腹囲		BMI		中性脂肪		ALT (GPT)		HDL		血糖値		HbA1c							
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
岩内町	205	36.0%	厚岸町	279	41.6%	日高町	118	21.4%	日高町	109	19.7%	斜里町	33	5.5%	斜里町	245	40.8%	浦河町	432	90.4%
厚岸町	240	35.8%	日高町	195	35.3%	長沼町	341	21.1%	厚岸町	120	17.9%	長沼町	85	5.3%	長沼町	593	36.7%	清水町	440	75.7%
浦河町	168	35.1%	長沼町	559	34.6%	美瑛町	196	20.3%	湧別町	144	17.6%	浦河町	25	5.2%	美瑛町	350	36.2%	美瑛町	708	73.3%
日高町	186	33.7%	斜里町	194	32.3%	北海道	45,651	20.1%	長沼町	272	16.8%	岩内町	29	5.1%	日高町	198	35.9%	斜里町	413	68.7%
斜里町	198	32.9%	湧別町	262	32.1%	岩内町	101	17.8%	美瑛町	162	16.8%	上富良野町	85	5.0%	清水町	207	35.6%	栗山町	398	60.4%
長沼町	529	32.7%	岩内町	173	30.4%	上富良野町	301	17.8%	岩内町	90	15.8%	美瑛町	46	4.8%	栗山町	230	34.9%	厚岸町	380	56.6%
清水町	185	31.8%	栗山町	199	30.2%	斜里町	95	15.8%	斜里町	95	15.8%	湧別町	39	4.8%	厚岸町	226	33.7%	長沼町	910	56.3%
湧別町	259	31.7%	清水町	168	28.9%	湧別町	127	15.6%	北海道	35,408	15.6%	清水町	27	4.6%	洞爺湖町	155	32.4%	湧別町	459	56.3%
栗山町	201	30.5%	北海道	63,594	28.0%	洞爺湖町	73	15.3%	栗山町	98	14.9%	厚岸町	31	4.6%	岩内町	179	31.5%	北海道	120,733	53.2%
北海道	68,632	30.2%	浦河町	130	27.2%	清水町	84	14.5%	洞爺湖町	71	14.9%	北海道	10,287	4.5%	上富良野町	519	30.3%	日高町	281	50.9%
上富良野町	504	29.8%	上富良野町	453	26.8%	厚岸町	89	13.3%	浦河町	70	14.6%	洞爺湖町	16	3.3%	湧別町	198	24.3%	上富良野町	706	41.7%
美瑛町	283	29.3%	美瑛町	242	25.1%	栗山町	83	12.6%	清水町	78	13.4%	栗山町	21	3.2%	北海道	53,728	23.7%	洞爺湖町	188	39.3%
洞爺湖町	126	26.4%	洞爺湖町	125	26.2%	浦河町	59	12.3%	上富良野町	198	11.7%	日高町	15	2.7%	浦河町	107	22.4%	岩内町	185	32.5%

保険者	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		尿蛋白		クレアチニン						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
岩内町	52	9.1%	厚岸町	375	55.9%	厚岸町	170	25.3%	日高町	318	57.6%	厚岸町	55	8.2%	長沼町	18	1.1%
美瑛町	83	8.6%	日高町	292	52.9%	日高町	130	23.6%	岩内町	319	56.1%	北海道	13,347	5.9%	栗山町	7	1.1%
湧別町	70	8.6%	北海道	105,656	46.5%	美瑛町	207	21.4%	北海道	124,052	54.6%	岩内町	22	3.9%	湧別町	7	0.9%
洞爺湖町	39	8.2%	岩内町	262	46.0%	斜里町	123	20.5%	清水町	317	54.6%	日高町	21	3.8%	洞爺湖町	4	0.8%
長沼町	128	7.9%	清水町	261	44.9%	清水町	117	20.1%	美瑛町	519	53.7%	斜里町	21	3.5%	厚岸町	5	0.7%
清水町	45	7.7%	洞爺湖町	213	44.6%	洞爺湖町	94	19.7%	長沼町	864	53.4%	長沼町	49	3.0%	美瑛町	6	0.6%
厚岸町	51	7.6%	上富良野町	681	40.2%	北海道	44,195	19.5%	洞爺湖町	248	51.9%	美瑛町	28	2.9%	北海道	1,063	0.5%
斜里町	44	7.3%	長沼町	648	40.1%	上富良野町	311	18.4%	斜里町	307	51.1%	清水町	17	2.9%	岩内町	3	0.5%
栗山町	44	6.7%	斜里町	218	36.3%	長沼町	283	17.5%	厚岸町	343	51.1%	浦河町	11	2.3%	斜里町	1	0.2%
北海道	9,721	4.3%	美瑛町	341	35.3%	栗山町	110	16.7%	浦河町	244	51.0%	栗山町	12	1.8%	清水町	1	0.2%
浦河町	5	1.0%	栗山町	232	35.2%	岩内町	78	13.7%	湧別町	411	50.4%	湧別町	15	1.8%	上富良野町	1	0.1%
日高町	3	0.5%	浦河町	151	31.6%	湧別町	88	10.8%	栗山町	325	49.3%	洞爺湖町	6	1.3%	日高町		
上富良野町	6	0.4%	湧別町	216	26.5%	浦河町	50	10.5%	上富良野町	784	46.3%	上富良野町	14	0.8%	浦河町		

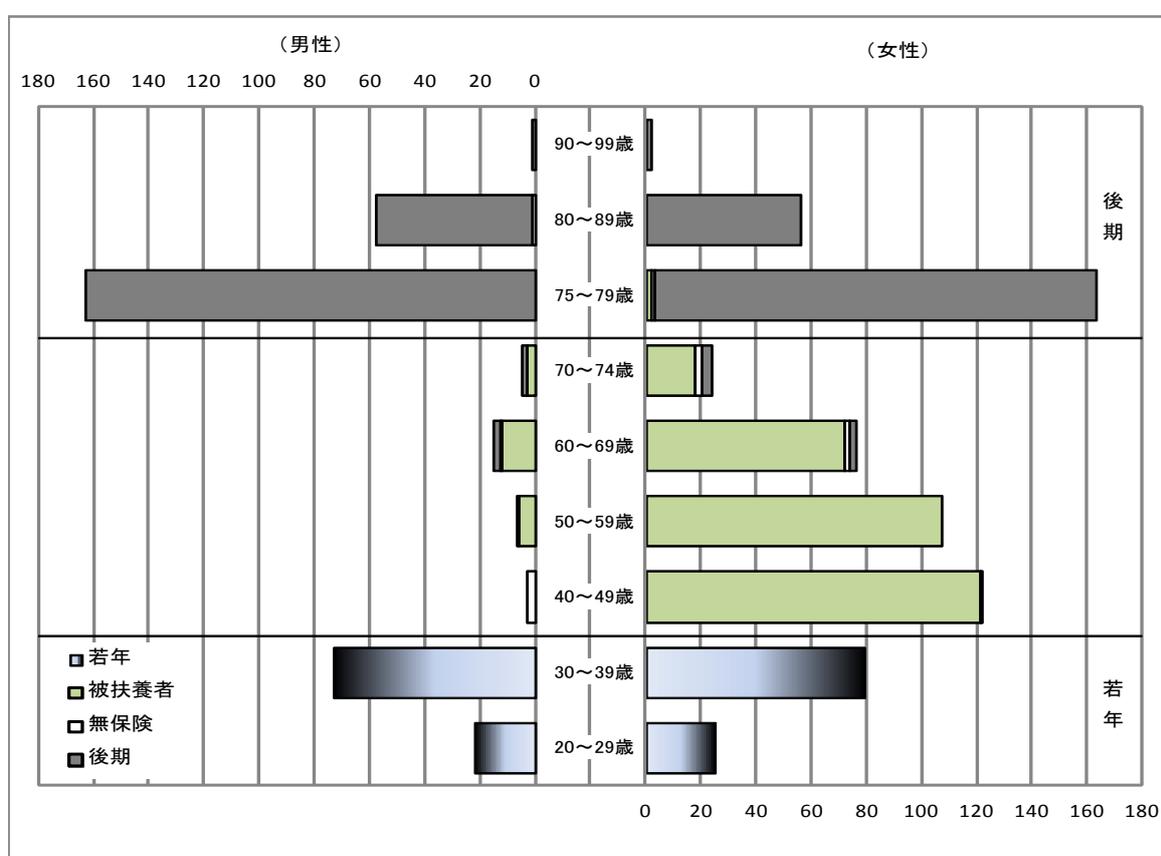
(2) 国民健康保険加入者以外の特定健康診査

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」においては、各保険者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底や地域・職域推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の推進を図ることが必要といわれています。

町においても、結核肺がん検診と被用者保険被扶養者特定健診の同時実施や各種がん検診と被用者保険被扶養者特定健診の同時実施、20歳～39歳の若年者健康診査、後期高齢者健康診査の受託、無保険者健康診査実施等に取り組んでいます。平成22年度は被扶養者が341人、無保険者12人、後期高齢者449人が健康診査を受けています。

また、北海道国民健康保険団体連合会(国保連合会)が取りまとめている集合契約に参加し、国保以外の保険加入者の特定保健指導を受託し、平成23年度は45回実施しました。

図7 平成22年健康診査受診者数(国民健康保険外)



年齢	男性				女性			
	若年	被扶養者	無保険	後期	若年	被扶養者	無保険	後期
20～29歳	22				25			
30～39歳	73				79			
40～49歳			3			121	1	
50～59歳		6	1			107		
60～69歳		12	1	2		72	2	2
70～74歳		3		2		18	2	4
75～79歳				163		2	1	160
80～89歳			1	57				56
90～99歳				1				2

7 出生

上富良野町の出生率は、北海道より高く、全国より低い状況です。

表 14 出生率及び低体重児出生率

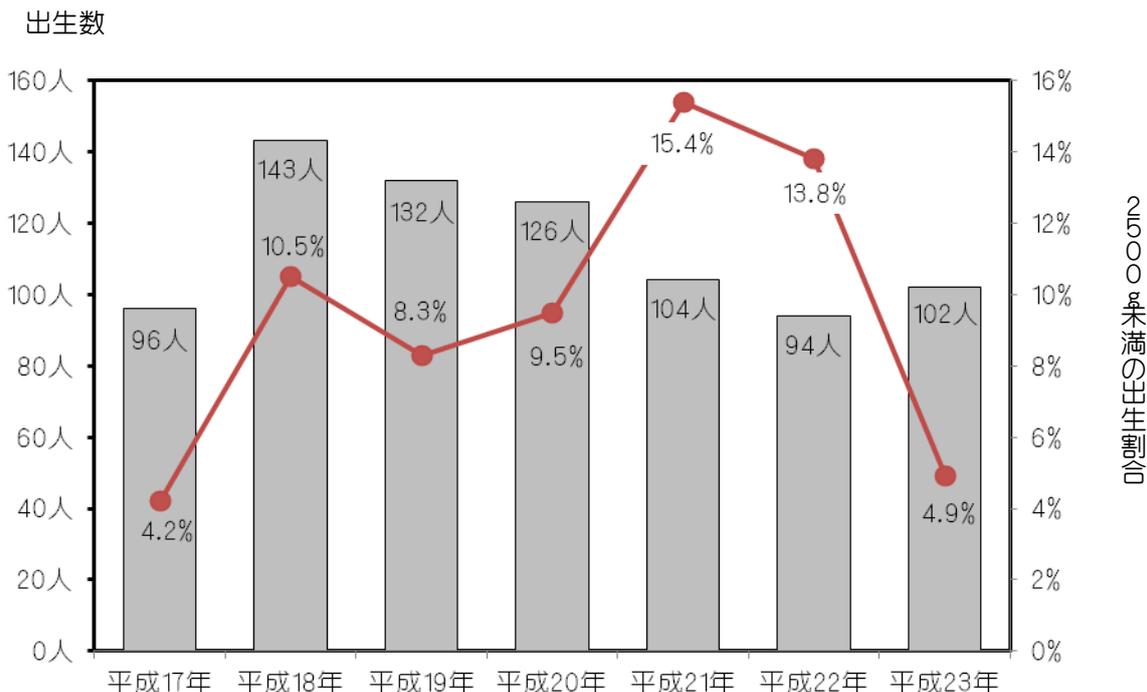
(平成 22 年度)

	全国		北海道		上富良野町	
出生数・出生率	1,071,304 人	8.50	40,158 人	7.32	94 人	8.15
低体重児出生率(出生百対%)	103,049 人	9.62	3,934 人	9.80	13 人	13.83

近年の報告によると、2,500g 未満の低出生体重児は、神経学的・身体的合併症のほか、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいことがわかってきました。

上富良野町の低出生体重児の出生率は、平成 21 年、平成 22 年と大幅に増加していましたが、平成 23 年は減少しています。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりの充実と併せ、低体重児の生活習慣病発症予防の取組みが重要です。(図8)

図8 出生数及び出生体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



第3節 町の財政状況に占める社会保障費

上富良野町においては、平成22年度一般会計決算において、歳出1位が民生費となり、全会計決算での医療、介護、生活保護の社会保障費が、約24億円となっています。(図1)

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに上富良野町の社会保障費の伸びを縮小するかは、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、町民一人ひとりの健康増進への意識を高め行動を変容できる支援の取り組み、質の高い保健指導が求められてきます。

図1 上富良野町の財政状況と社会保障費

歳入(一般会計) 60億円(H22決算)		歳出(一般会計) 60億円(H22決算)	
1位	交付税 29億円	1位	民生費 13億円
2位	国庫支出金 10億円	2位	公債費 10億円
3位	地方税 8億円	3位	給与費 10億円

社会保障費

	医療	介護	生活保護
決算 (H22)	約 16億円	約 8億円	約 0円
一般会計	約 2.5億円	約 1億円	約 0円

第Ⅱ章

課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価

前計画の分野項目ごとに、過去と最近の数値を比較(表1)したところ、多くの項目で改善がみられます。

表1 分野・項目ごとの過去との比較

分野	項目	町の過去		町の現状値		H24町の目標値	データソース
がん	がん検診の受診率の向上						
	・胃がん	男性 9.1% 女性 10.5%	* 9.9%	男性 11.1% 女性 10.5%	* 10.8%	平成23年度 増加	地域保健報告・健康増進計画
	・肺がん	男性 68.5% 女性 75.4%	* 72.5%	男性 69.4% 女性 75.9%	* 73.3%		
	・大腸がん	男性 9.1% 女性 10.0%	* 9.6%	男性 12.3% 女性 13.4%	* 12.9%		
	・子宮頸がん	8.2%	* 8.2%	15.0%	* 15.0%		
・乳がん	10.7%	* 10.7%	18.8%	* 18.8%			
循環器疾患	高血圧の改善(中等症高血圧以上(160/100mmHg以上)の者の割合の減少)	男性 6.9% 女性 7.4%		男性 5.0% 女性 3.9%		平成23年度 減少	国保特定健診法定報告
	脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	男性 8.0% 女性 10.4%		男性 5.4% 女性 9.1%			
	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	該当者 12.5% 予備群 16.0%		該当者 15.5% 予備群 11.3%			
	・特定健康診査の実施率	70.4%		70.2%	72.7%		
	・特定保健指導の終了率	78.5%		83.9%	80.0%		
糖尿病	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	5人		4人		平成23年度 減少	町身体障害者手帳交付状況及び国保医療 国保特定健診法定報告
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	0.4%		0.6%			
	糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	7.9%		7.3%			
次世代・食	適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)					平成23年度 減少	母子保健報告システム事業 母子保健統計 学校保健統計
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	10.0%	平成19年度	13.0%			
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	8.3%	平成19年度	4.90%			
身体活動・運動	肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	6.4%	平成23年	5.7%	平成24年度	減少	
	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者 ・20～69歳	男性 59.4% 女性 49.3%	平成21年度	男性 64.1% 女性 51.9%	平成23年度	増加	国保特定健診問診票
		・70歳以上		男性 71.4% 女性 55.6%			
	運動習慣者の割合の増加 ・20～69歳	男性 37.6% 女性 29.6% 総数 33.0%		男性 39.9% 女性 30.5% 総数 34.5%			
・70歳以上		男性 55.8% 女性 45.7% 総数 50.3%		男性 53.2% 女性 48.7% 総数 50.6%			
喫煙	成人び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	男性 18.3% 女性 9.2%	平成20年度	男性 13.3% 女性 6.2%	平成23年度	減少	国保特定健診問診票
歯	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	78.8%	平成19年度	84.5%	平成23年度	増加	地域保健報告・健康増進事業報告
高齢	介護保険サービス利用者の増加の抑制	14.1人	平成18年度	12.5人	平成22年度	減少	介護保険事業報告
心	自殺者の減少(人口10万人当たり)	48.4	平成18年	0	平成23年	減少	人口動態
休養	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.2%	平成21年度	22.8%	平成22年度	減少	国保特定健診問診票

これらの状況を踏まえ、次期計画を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、表2のように取り組む主体別に区分し、健康増進は最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するため上富良野町の具体的な取り組みを以下項目別にまとめ、それぞれ推進します。

ライフステージ別取組主体と目標項目

表2

		生涯における各段階（あらゆる世代）							
		妊婦	出生	乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期	死亡
		胎児(妊婦)	0才	18才	20才	40才	65才	76才	
個人で達成すべき目標	市町村・医療保険者	母子保健	食育	精神保健	健康づくり対策	介護予防			
	個人	<ul style="list-style-type: none"> □ 適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 □ 健康な生活習慣（栄養・食生活・運動）を有する子どもの割合の増加 加 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに関する意識を有している子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □ 栄養の増加(食事)を1人で食べる子どもの割合の減少 □ 乳幼児・学童期のうねのない者の増加 □ 過去1年間に歯科検診を受けた者の割合の増加 □ 妊婦中の飲酒をなくす □ 妊婦中の喫煙をなくす 	<ul style="list-style-type: none"> □ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □ 適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □ メタボリックシンドロームの該当者及び予備者の減少 □ 脂質異常症の減少 □ 収縮期血圧の平均値の低下 □ 適切な量と質の食事をとる者の増加(主食・主食・副食を組み合わせた食事が1日2回以上の日(1回毎日の)者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と食物繊維摂取量の増加) □ 日常生活における歩数の増加 □ 運動習慣者の割合の増加 □ 歯周病を有する者の割合の減少 □ がん検診の受診率の向上 □ 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □ 気分障害や不安障害に相当する心理的苦痛を認めている者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □ 適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □ メタボリックシンドロームの該当者及び予備者の減少 □ 脂質異常症の減少 □ 収縮期血圧の平均値の低下 □ 適切な量と質の食事をとる者の増加(主食・主食・副食を組み合わせた食事が1日2回以上の日(1回毎日の)者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と食物繊維摂取量の増加) □ 日常生活における歩数の増加 □ 運動習慣者の割合の増加 □ 歯周病を有する者の割合の減少 □ がん検診の受診率の向上 □ 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □ 気分障害や不安障害に相当する心理的苦痛を認めている者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 介護保険サービス利用者の増加の抑制 □ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制 □ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □ 認知機能の維持・向上 □ 75歳未満のがんの年齢別死亡率の減少 □ 自殺者数の減少 				
	地域	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域のつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域でのつながりの強化 □ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 認知機能低下ハイレジスク高齢者の把握率の向上 □ 就業または何らかのの地域活動をしている高齢者の割合の増加
	職域	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働環境(家庭・職場・飲食店・行政機関、医療機関)の改善を有する者の割合の減少
	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> □ 健康寿命の延伸 □ 健康格差の縮小
	国・マスメディア								<ul style="list-style-type: none"> □ COPD(慢性閉塞性肺疾患)の認知度の向上 □ コモロビティ(運動器疾患候群)を認知している国民の割合の増加

第2節 生活習慣病の予防

1 がん

(1) はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返して増殖して行く、それが“がん”です。

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返して約1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線です。早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性があります。刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス(B型肝炎ウイルス<HBV>、C型肝炎ウイルス<HCV>)、ヒトパピローマ<HPV>、成人T細胞白血病ウイルス<HTLV-Ⅰ>)や細菌(ヘリコバクター・ピロリ菌<HP>)への感染、及び喫煙(受動喫煙含む)、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病予防対策への取組みとして生活習慣改善が、結果的にはがん発症予防につながると考えられます。

イ 重症化予防

生涯を通じて、2人に1人は何らかのがんに罹患すると言われています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、早期発見です。

早期発見するために、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標としています。町の75歳未満の年齢調整死亡率は把握できないため、75歳未満の死亡者数をみていきます。

参考資料1

	部位	対象	がん検診	評価指標	精密検査
科学的根拠のあるがん検診	胃	30歳以上	胃X線検査	相応	胸部CT検査 気管支鏡検査 細胞診 PET検査 腫瘍マーカー
	肺	40歳以上	胸部X線検査 喀痰細胞診	相応	胃内視鏡検査 ペプシノゲン検査 ヘリコバクターピロリ抗体検査
	大腸	40歳以上	便潜血反応検査	十分	全大腸内視鏡検査 注腸X線検査 CT検査
	子宮頸部	妊娠期 20歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	十分	マンモグラフィ 乳房超音波検査 乳房MRI検査 乳房CT検査 穿刺吸引細胞診
	乳	40歳以上の女性	視触診とマンモグラフィの併用	十分(50歳以上) 相応(40歳以上)	細胞診 コルポスコープ MRI
その他	前立腺	50歳以上の男性	PSA測定		直腸診 経直腸超音波検査 前立腺生検 MRI CT検査
	肝臓	妊娠期 40歳以上	肝炎ウイルスキャリア検査	相応	超音波検査 CT検査 腫瘍マーカー 生検(バイオプシー)
	成人T細胞白血病	妊娠期	HTLV-1抗体検査		

※評価指標 検診による死亡率減少効果があるとする 十分な根拠がある・相応の根拠がある・現時点では研究や報告が見られない

表1 75歳未満のがんによる死亡状況(部位別)

		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	合計	検診受診者	
75歳未満の死亡者数	早期発見に有効	肺	0	2	6	5	5	18	6
		胃	4	2	3	3	4	16	0
		大腸	2	0	1	1	1	5	0
		乳	1	0	0	0	0	1	0
		子宮	0	0	0	0	0	0	0
		小計	7	4	10	9	10	40	6
	その他	前立腺	0	0	0	0	0	0	0
		肝臓	1	0	1	2	2	6	—
		その他	1	9	4	6	4	24	—
		小計	2	9	5	8	6	30	—
総数		9	13	15	17	16	70	—	

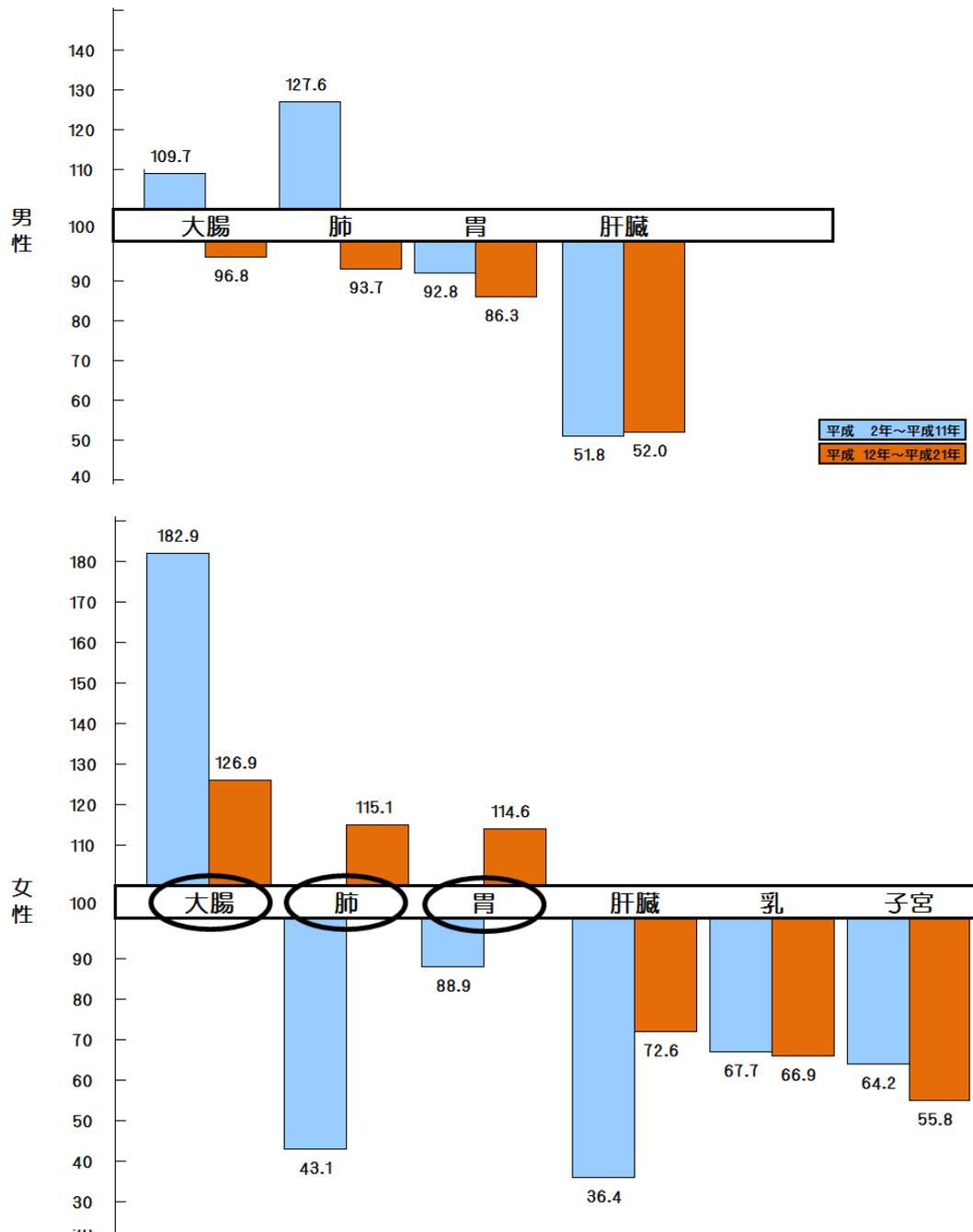
がん死亡の中でも、検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃、肺、大腸、子宮頸部、乳がんの5大がん(参考資料1)での死亡者(表1)は5年間で40人です。40人中18人(45%)が肺がん、16人(40%)が胃がん、5人(12.5%)が大腸がん、1人(2.5%)が乳がんによる死亡でした。

このうち、町の検診を受診していたのは肺がん検診の6人のみで、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がん検診は全員が検診未受診者でした。(表1)

また、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比(SMR)で残されたがん死亡の課題をみると、女性の大腸がん、肺がん、胃がんの死亡率が全国に比べて高くなっています。(図1)

検診受診率を維持、向上させることで重症化予防に努め、75歳未満のがんによる死亡者の減少を図ります。

図1 SMR(標準化死亡比)で残されたがんの種類(平成2～11年と平成12～21年の比較)



参考:北海道健康づくり財団SMR

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。早期発見の有効性が確立している5大がんについて、検診受診者の実態から課題を分析します。

※がん検診の対象者年齢は、上限の年齢制限を設けていませんでしたが、次期がん対策推進計画（平成24～28年度）では、40～69歳（子宮頸部がん検診のみ20～69歳）を対象としています。

（ア）大腸がん

表2 大腸がん検診受診状況

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
対象者数	5,704	5,690	5,591	5,640		3,507	
受診者数	549	544	662	728		530	
受診率	9.6%	9.6%	11.8%	12.9%	50.0%	15.1%	40%(当面)
精検受診率	78.9%	77.8%	75.0%	69.2%	70.0%		
発見がん	1	1	0	0			

大腸がんは、検査方法（便潜血反応検査）も簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率が高いがんの一つです。しかし受診率は、平成22年度より微増していますが、目標値は達成できていません。

平成10年から平成21年度までに、町の大腸がん検診で13人の発見がんがありました。発見時年齢は40～70歳代で全員に自覚症状がありませんでした。また、13人中8人（約6割）は早期の発見で内視鏡的手術療法で治療を受けています。

また、他のがんの精密検査に比べ、最も精検受診率が低いことが特徴で、町民の反応から、下剤を飲むことの負担が大きい、大腸カメラを行うことの抵抗感が強い、痔のせいだと思ふなどの自己判断が未受診につながっていると考えられます。

受診率の向上とともに、精検対象者が適切な受診につながる働きかけが重要です。

（イ）肺がん

表3 肺がん検診受診状況

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
対象者数	3,705	3,696	3,597	3,716		2,309	
受診者数	2,685	2,680	2,766	2,724		1,516	
受診率	72.5%	72.5%	76.9%	73.3%	50.0%	65.7%	40%(当面)
精検受診率	86.2%	79.7%	89.4%	88.0%	70.0%		
発見がん	1	1	3	2			

肺がん検診の受診率は、目標値を達成しています。これは、検査方法が本人の苦痛を伴わないこと、特定健康診査と同時実施することで継続受診が定着してきた背景が考えられます。しかし40～69歳の受診率でみると低くなることから、若年層の未受診者に対する働きかけは今後必要になります。

肺がんは、種類により、進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあるため、5年生存率が5大がんの中でもっとも低いがんです。平成13年から平成22年度までに町の肺がん検診で25人の発見がんがありました。25人中、12人（約5割）が発見から5年未満に死亡しています。

初回受診時に発見された3人を除く、22人の過去の検診履歴を見ると、11人（約5割）に有所見がありました。肺の有所見をどう考えるか、前がん病変をどう捉えるか、今後学習が必要です。

また、肺がんの最大の危険因子である喫煙状況は、25人中15人(約6割)、特に喫煙との関連が濃厚と考えられている扁平上皮がんに関しては、7人中6人(約8割)に喫煙指数600以上の喫煙歴がありました。受診率の維持、向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策が重要です。

(ウ) 胃がん

表4 胃がん検診受診状況

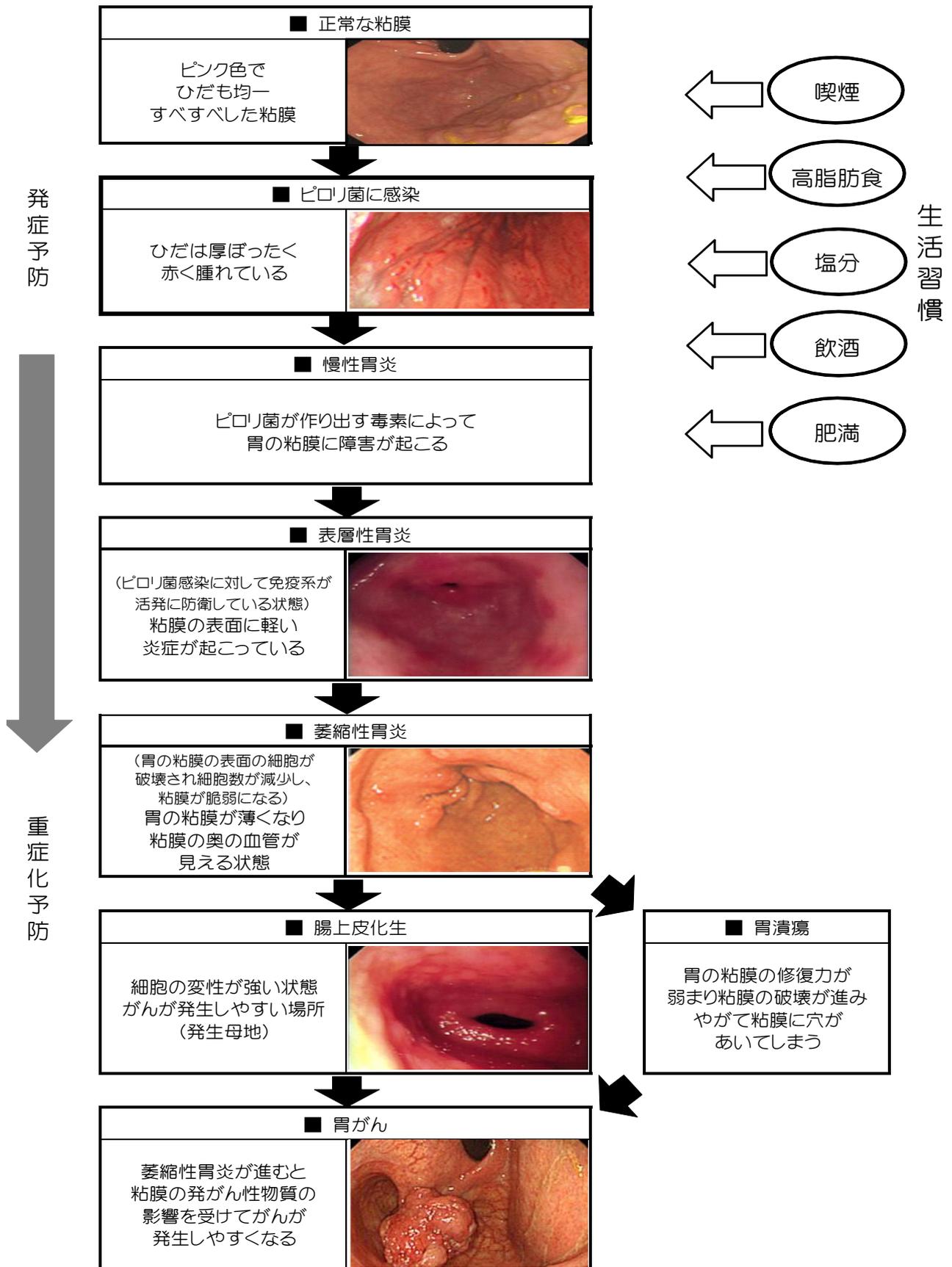
	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
対象者数	5,240	5,249	5,184	5,250		3,356	
受診者数	518	517	598	567		401	
受診率	9.9%	9.8%	11.5%	10.8%	50.0%	11.9%	40%(当面)
精検受診率	83.7%	84.4%	87.3%	84.1%	70.0%		
発見がん	1	0	1	0			

胃がん検診の受診率は、目標値を達成していません。

町の胃がん検診で、平成7年から平成22年度までに12人の発見がんがありました。

12人の過去の検診履歴を見ると、継続受診者が少ないこと、12人中7人(約6割)に、過去に何らかの有見がありました。胃粘膜の変化(がん発症のメカニズム)を考えると、胃粘膜の修復を阻害する生活習慣の予防をはじめ、胃粘膜の状態を確認する方法を、町の一次検診、または医療機関で詳細な検査を受ける必要があるのか見極めていくことも重症化予防の視点から重要です。(図2)

図2 胃粘膜の変化 ～私の胃の状態はどの段階？～



※必ずこの経過通りに進行するわけではありません。胃の粘膜の状態を定期的に確認していくことが重症化予防につながります

(工) 乳がん

表5 乳がん検診受診状況

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
対象者数	3,566	3,385	3,301	3,338		2,118	
受診者数	257	372	325	318		287	
受診率	10.7%	15.0%	20.2%	18.8%	50.0%	26.6%	50.0%
精検受診率	95.5%	92.9%	97.3%	91.3%	80.0%		
発見がん	1	1	1	2			

乳がん検診の受診率は、目標値を達成していません。

町の検診では毎年1~2人のがんが発見されています。平成7年から平成22年度までに町の乳がん検診で19人の発見がんがありました(発見時年齢は30~60歳代)。19人全員が現在まで健在であることから、検診の有効性は明らかです。

また、7割の方に「しこり(痛み)」の自覚症状があったことから、定期的な検診受診はもちろん、自己触診の普及啓発についても取り組むことが重要です。



(才) 子宮頸部がん

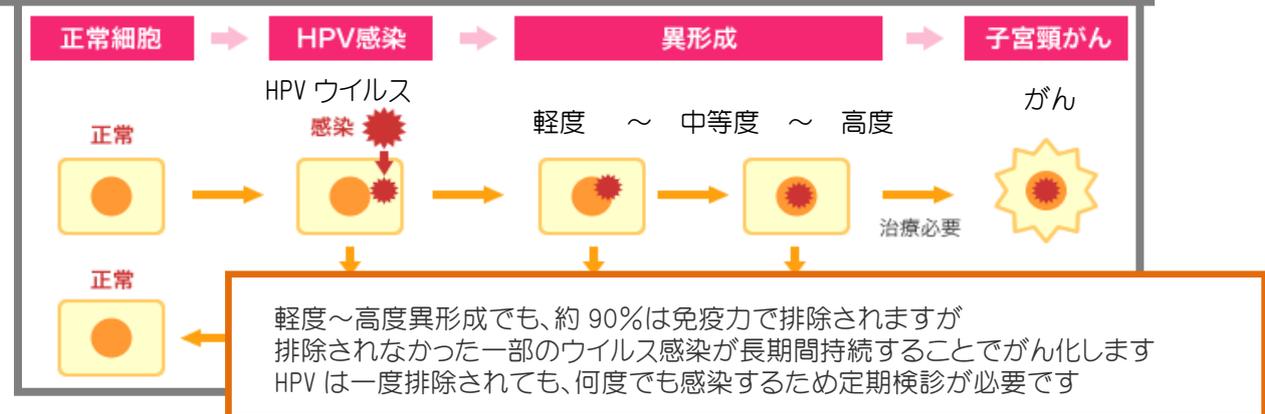
表6 子宮頸部がん検診受診状況

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
対象者数	4,857	4,286	3,995	4,066		2,971	
受診者数	260	384	285	328		300	
受診率	8.2%	11.9%	16.6%	15.0%	50.0%	18.8%	50.0%
再掲	20代			5.4%			
	30代			8.6%			
精検受診率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	70.0%		
発見がん	0	2	0	0			

国は、子宮頸部がんの罹患率の若年化を受けて、節目年齢対象者(20、25、30、35、40歳)に無料クーポン券を配布するがん検診推進事業に取り組んでいます。

町の平成23年度子宮頸部がん検診の結果、経過観察となった7人の年齢をみると、20歳代1人、30歳代2人、40歳代4人と、異形成(HPV感染によって子宮頸部におきる異常化した細胞)の若年化は町も例外ではないといえます。町も、平成21年度から国の施策である無料クーポン券の配布を実施していますが、利用率は40歳代は50.7%、30歳代32.0%、20歳代18.9%にとどまり、受診率についても目標を達成できていません。低い受診率の中でも、平成11年度から平成22年度までに3人の発見がんがありました。そのうち2人は、無料クーポン券を利用した初回受診者でした。

子宮頸部がんの原因の多くは、性交渉で感染するヒトパピローマウイルス(HPV)です
 ※性体験のある女性の8割に感染経験があるとされています



若年層の初回受診者から発見がんが見つかることから、がん死はもちろん、赤ちゃんを育てる大切な臓器である子宮を失うことを予防するために、若年層の初回受診者の拡大、および定期的な検診受診につながる働きかけが必要です。

(4) 対策

ア がんの発症予防施策

		生活習慣 68%					その他				
		タバコ 30%	食事 高脂肪 30%	塩分 30%	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ ピロリ菌	
	肺	◎								△ 結核	環境汚染
	大腸	△	○		○	○	○	△			
	子宮頸部	◎								◎ HPV	
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見
その他	前立腺		△					○			加齢
	肝臓	○				○			◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患者	
	成人T細胞白血病					○			◎ HTLV-1		

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

禁煙 30%、食事 30%、運動5%、飲酒3%と計 68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めます。また、ウイルス感染によるがんの発症予防として、子宮頸部がん予防ワクチン接種(中学1年生から高校1年生に相当する年齢の女性)についても取組みます。

イ がんの重症化予防施策

有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業（検診手帳及び検診無料クーポン券の配布）をはじめ、広報や出前講座、個別相談などあらゆる場を利用した啓発および学習を通しての受診率の維持または向上に努めます。

また、要精検者に対しては、“受けたか”“受けないか”だけではなく、がん化の予防という視点で考えると、前がん病変が明らかになることは重要なことです。がん化を進めないための生活習慣の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取組みが必要です。

2 循環器疾患

(1) はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担を増大させています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防の基本は危険因子の管理であり、確立した危険因子には、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診結果で複合的、関連的に見て、改善を図っていくことにあります。(参考1~4)

なお、4つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要となります。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、住民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取組みを考える入り口は、健康診査の受診結果と考えます。特定健診をはじめ、職場検診など健康診査の受診率の維持・向上が重要になってきます。

イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上げることです。健診結果から自分の数値が医療機関受診が必要な値なのか、このまま放置していることで予測されることは何かなど、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができるための支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後、増加していくことが予測されます。循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標は、高齢化の影響を除いた75歳未満死亡者数でみていきます。(表1)

上富良野町の脳血管疾患死亡数は横ばい傾向にあります。脳血管疾患の病類別では、圧倒的に脳梗塞が多い実態にあります。(表2)

表1 脳血管疾患死亡数

(単位 人)

年度(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
総数	13	16	10	15	17	10	20	9	13	10	15
(再掲)75歳未満	4	3	2	2	3	1	2	3	1	2	1
(再掲)65歳未満	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0

(資料) 道北地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(性・年齢階級別)

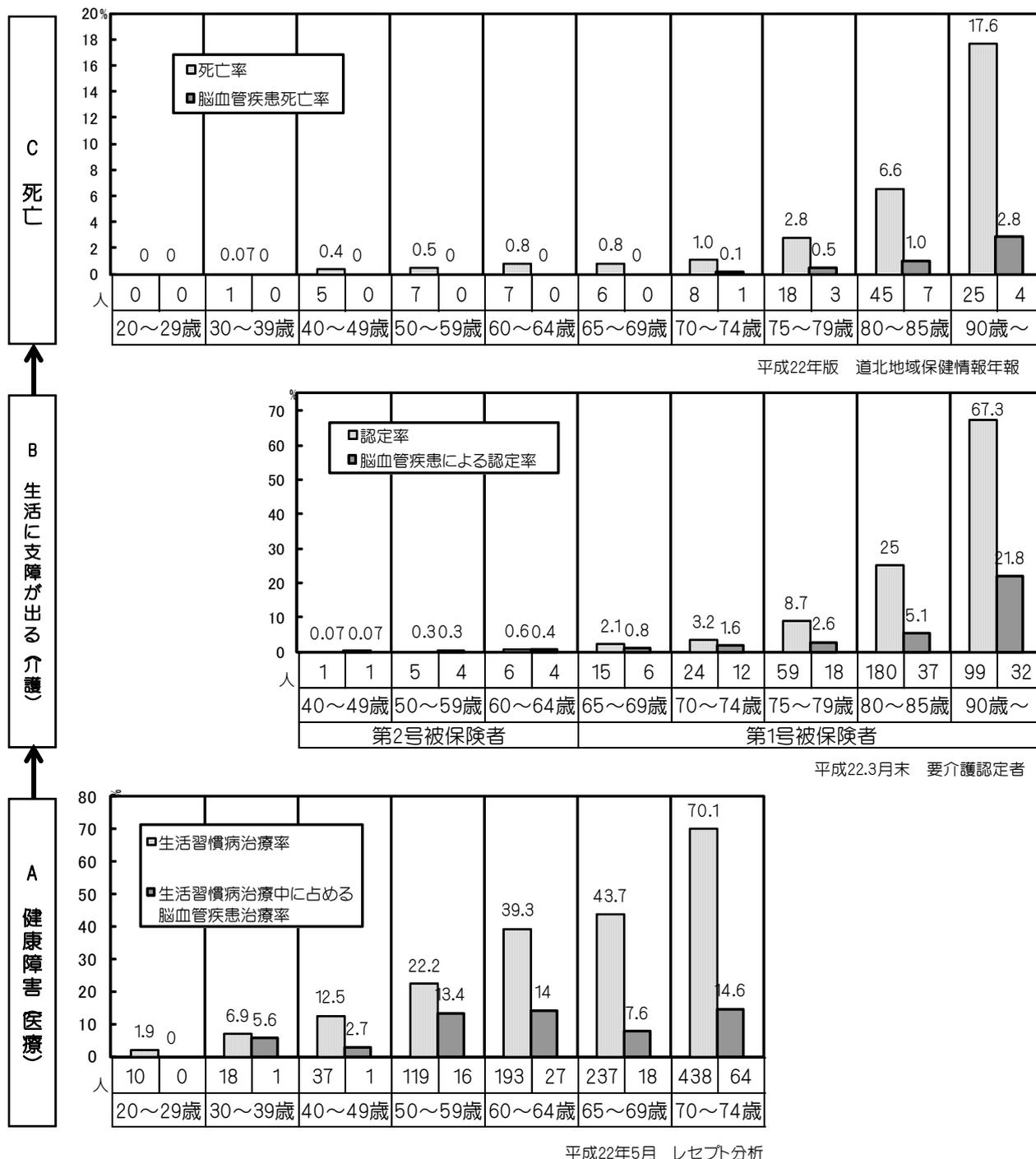
表2 脳血管疾患死亡数(病態別)

(単位 人)

年度 (平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
総数	13	16	10	15	17	10	20	9	13	10	15
脳梗塞	11	15	9	6	11	5	14	4	7	4	14
脳出血	2	1	1	4	2	4	4	5	3	6	1
くも膜下出血				2	3	1	2		3		
その他				3	1						

(資料) 道北地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(性・病類別)

図1 死亡・介護・医療からみた脳血管疾患発症者の実態



急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下をまねくことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、介護保険認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

(図1) 要介護認定者の実態から、第2号被保険者12人のうち9人が脳血管疾患発症者でした。また、生活習慣病治療者に占める脳血管疾患治療者は50歳～64歳で高くなっています。健康寿命の延伸のためにも、脳血管疾患の発症予防が重要で、さらに脳血管疾患をすでに発症している人は再発することで重症化しやすいので、重症化を予防するためには再発予防が必要です。

(表3) 平成12～22年度に脳血管疾患を発症した第2号被保険者は25人です。そのうち、約6割は健診未受診者でした。脳血管疾患発症因子となる基礎疾患では高血圧が最も多く、男性13人中9人(69.2%)、女性12人中10人(83.3%)でした。また、高血圧に加えて脂質異常症を合併している人は、男性で約3割、女性で約4割でした。さらに女性は、25%の人が糖尿病を合併していました。

表3 平成12年～22年度 原因疾患が脳血管疾患の認定者状況(2号被保険者)

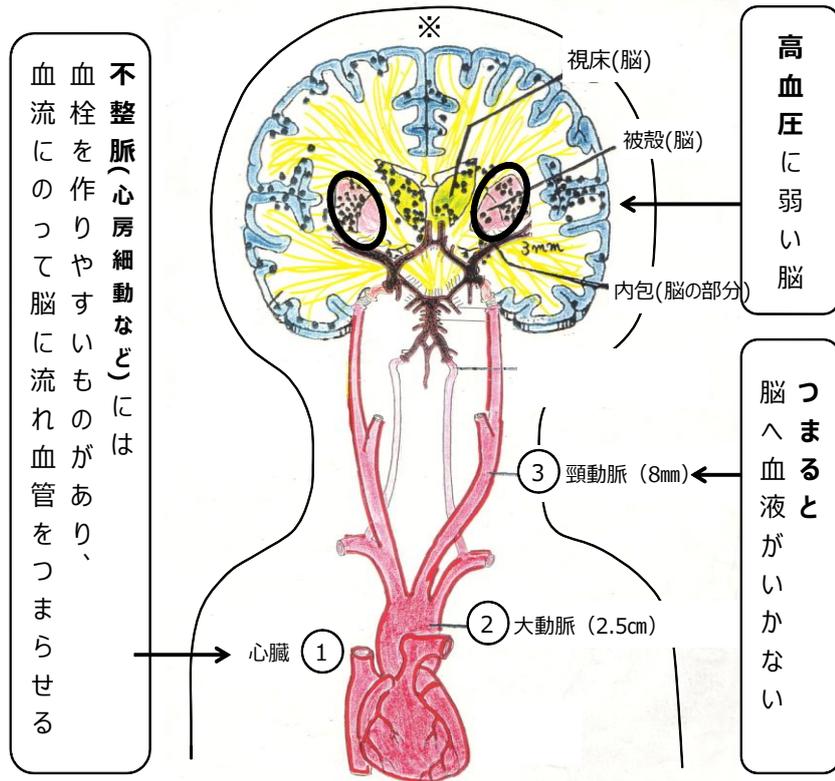
	No	性別	健診受診歴	加入保険	初回認定時		現在	脳血管疾患										生活習慣に関する基礎疾患		1か月医療費(万円)	1か月介護保険料(万円)					
				発症前の保険	年齢	介護度	介護度	脳出血	脳梗塞	クモ膜下出血	高血圧	高脂血症	高尿酸血症	アルコール関係	糖尿病	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	インスリン注射	糖尿病による透析			狭心症				
生活習慣病と思われる疾患	1	女	×	国保	40代	介護1	介護1		●		●						●							2	6	
	2	女	×	国保外	50代	介護5	介護3	●			●						●	○	●					3	23	
	3	男	×	国保	50代	介護1	(支援1)	●			●	○												11		
	4	女	×	国保外	50代	介護1	(支援1)	●			●													4	7	
	5	女	○	国保外	50代	介護4	(介護4)	●			●													3	25	
	6	男	○	国保	60代	介護2			●															4		
	7	男	×	国保	60代	介護2			●			○					●									
	8	男	○	国保	60代	介護2	(支援2)		●		●													84	4	
	9	男	×	国保	60代	介護5			●			○					○									
	10	女	○	国保外	60代	支援	(介護5)		●		●	○										○		3	5	
	11	女	×	国保	40代	介護2	(介護3)		●								●		●							
	12	男	×	国保	50代	介護1	支援2		●		●													2	7	
	13	男	×	国保	50代	介護4			●			○					○									
	14	女	○	国保	40代	介護2	支援1		●		●													10	1	
	15	女	×	国保	60代	介護2	(介護5)		●		●	●										○		5	34	
	16	女	職	国保外	40代	介護2	介護5		●															40	25	
	17	男	職	国保	60代	支援2	(支援2)		●		●	○	○											2	8	
	18	男	×	国保外	40代	介護1	介護1			●															3	
	19	男	職	国保外	50代	介護1			●																	
	20	男	×	国保	50代	介護4			●		●	○												4		
	21	男	×	国保	50代	介護2	(介護1)		●		●															
	22	女	×	国保外	60代	介護1	(介護1)		●		○	○					●	○						1	9	
	23	女	○	国保	60代	介護5	介護5		●		●	●												6	35	
	24	女	×	国保外	60代	介護5	介護5		●	○		●	○									○		4	4	
	25	男	×	国保	60代	介護5	介護5		●	●	●	○	○											105		
合計								12	14	2	19	10	1	0	0	7	2	2	0	0	3					

資料:平成12～23.3末現在 市町村介護保険 第2号被()は現在1号被保険者もしくは生保 ●介護保険意見書 ○レポート

脳血管疾患発症に至るまで自覚症状はありません。そのため、健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入り口として重要と考えます。

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、継続的、かつ包括的な保健事業が展開できるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、実態共有を図る必要があると考えます。

脳を守るために知っていて欲しいこと

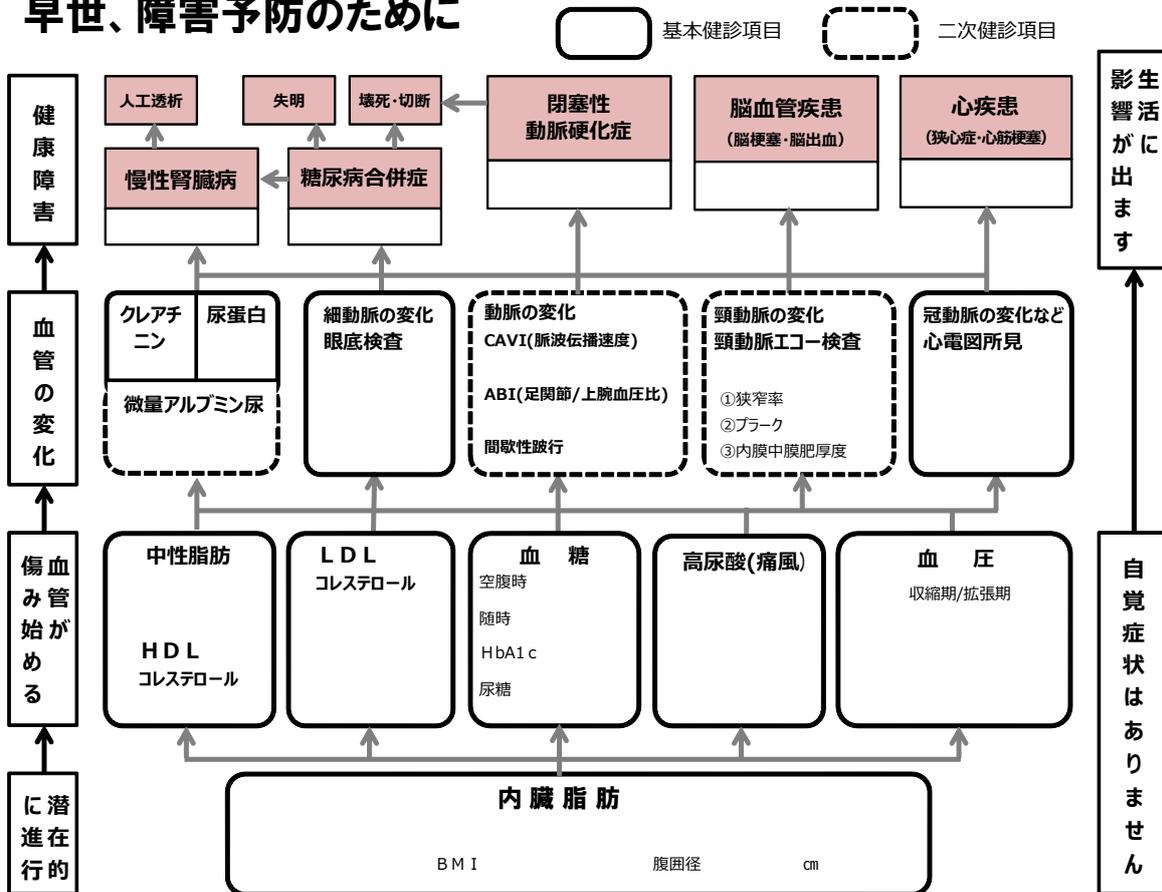


不整脈(心房細動など)には血流の詰まりや脳に流れが滞り、血管を詰まらせる

高血圧に弱い脳

脳へ血液がいかないと詰まる

早世、障害予防のために



生活に影響が出ます

自覚症状はありません

健診を受診していても、健診の結果が表している意味が理解できなければ、重症高血圧を放置してしまいます。

健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定するための情報提示など、健診受診者全員に対して必要度に応じた保健指導の提供を継続して行うとともに、最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。

(参考1) 脳血管障害発症の危険因子

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会) 第14章 P97-

発症頻度	病型別 発症頻度 (脳卒中データバンク)	脳梗塞			脳出血	くも膜下出血	
		75%					
		ラクナ梗塞	アテローム 血栓性脳梗塞	心原性脳塞栓症			
	(久山町研究)	50%	30%弱	20%強			
発症 の 危険 因子	高血圧	ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、女性の心原性脳塞栓症は 血圧の影響が強い [久山町研究]					
		心原性脳塞栓症を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧 [諸外国の報告]					
		アテローム血栓性脳梗塞を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧					
					高血圧		
	脂質異常	LDLコレステロール		LDL-C が発症リスク [久山町研究]			
						低コレステロール血症 LDL-Cが80mg/dL以下で脳出血の頻度が増加	
		HDLコレステロール	HDL-Cは低値であるほど、脳梗塞の発症率が増加				
		中性脂肪	食後の高中性脂肪血症 男女ともに 虚血性脳血管障害の頻度が増加 ★				
		心房細動			心臓内血栓 心房細動		
		脳動脈瘤				脳動脈瘤の存在	
	喫煙						
	高血糖						
		動脈硬化を基礎病態とする非心原性脳梗塞を予防するための管理基準は、 虚血性心疾患予防の管理基準に準ずることが望ましい。 ★					

1 血圧コントロール

2

脂質管理

3

心房細動の適切な対応

(参考2) 生活習慣病予防のための指標

検査項目		成人	高齢者		根拠	
		18 - 64歳	65 - 74歳	75歳以上		
健診項目	身体 の 大き さ	身長 体重 BMI	BMI 25未満		肥満症治療ガイドライン (2006)	
	内臓 脂肪 の 蓄積	腹囲	男性 85cm 女性 90cm未満		日本消化器病学会肝機能 研究班意見書	
		ALT(GOT) AST(GPT) γ-GT(γ-GTP) コリンエステラーゼ	31 U/L未満 31 U/L未満 51 U/L未満			
		中性脂肪	空腹時 150 mg/dl未満 食後 200 mg/dl未満			
		HDLコレステロール	40 mg/dl以上		動脈硬化性疾患予防ガイ ドライン(2012年版)	
	血管へ の影 響 (動脈 硬化 の危 険因 子)	LDLコレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数(※1)			LDL-C目標値(mg/dl)
			0			160未満
			1~2			140未満
			3以上			120未満
			または、糖尿病、脳梗塞・ 閉塞性動脈硬化疾患の合併 冠動脈疾患の既往あり			100未満
			(※1) LDL-C以外の主要危険因子数 ①年齢が男性45歳以上 女性55歳以上 ②高血圧 ③高血糖 ④喫煙習慣がある ⑤家族の中で、心筋梗塞・狭心症の人がいる ⑥低HDLコレステロール(40mg/dl未満)			
		尿酸	7.1 mg/dl以下		高尿酸血症・痛風治療ガイ ドライン第2版(2010)	
		血圧	正常血圧 収縮期血圧130mmHg未満、 または拡張期血圧85mmHg未満		高血圧治療ガイドライン (2009)	
		ヘマトクリット	46%以上で脳梗塞の出現頻度が高くなる		脳卒中治療ガイドライン (2009)	
		血糖	空腹時血糖 100mg/dl未満 随時血糖 140mg/dl未満		科学的根拠に基づく糖尿 病診療ガイドライン (2010)	
	HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	HbA1c(JSD) 5.2%未満 HbA1c(NPSD) 5.6%未満				
	尿糖					
血管 変化	心臓	心電図				
	脳	眼底検査				
	腎臓	クレアチニン	男性 1.05未満 女性 0.8未満		CKD診療ガイドライン 2009	
		eGFR算出	60以上ml/分			
		尿蛋白	(+-)未満			
	尿潜血	(+-)未満				

(参考3) 健診項目の変遷

		H11～ 新妻たぎりゼロ作戦事業												健康かみふらの21計画 (H15年3月策定) ～H24年					特定健診特定保険指導計画 (H20年3月策定) ～H24年						
		老人保健法に基づく健康診査の実施 (住民健診)																	医療保険者による特定健診・保健指導						
		9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年								
健診項目	身体の大きさ	身長	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		BMI						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
	血管への影響	内臓脂肪の蓄積	腹囲																						
			中性脂肪	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
			HDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
			G O T	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
			G P T	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
			γ-GTP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
			コリンエステラーゼ	▲選択厚○	▲選択厚○	▲選択厚○	▲選択厚○	○	○	予 単位変更 (4桁)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
			動脈硬化の危険因子	血管内皮障害	尿酸	予×厚○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満女性を除く	予△40歳未満女性を除く	○	○	○	○					
	血圧	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
	易血栓化	ヘマトクリット		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く						
		血色素 (ヘモグロビン)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満男性を除く	予△40歳未満男性を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く						
	インスリン抵抗性	血糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		HbA1c (糖化ヘモグロビン)	予▲選択厚○	予▲選択厚○	予▲選択厚○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		尿糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満除く	予△40歳未満除く	○	○	○	○							
	その他の動脈硬化の危険因子	アルブミン	予防会×厚生連○	予×厚○	予×厚○	予×厚○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		総コレステロール (50歳以上女性)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○							
		LDLコレステロール	予防会厚生連	計算式	計算式	計算式	計算式	計算式	計算式	実測計算式	実測計算式	実測計算式	実測計算式	○	○	○	○	○							
血管変化	心臓	心電図	▲選択	▲選択	▲選択	▲選択	▲選択	▲選択	○	○	○	△40歳未満除く	△40歳未満除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く	△40歳未満/75歳以上を除く							
		眼底検査	予▲選択 KWのみ 厚生連×	予▲選択 KWのみ 厚生連×	予▲選択 KW/HS 厚生連×	予▲選択 KW/HS 厚生連×	予▲選択 KW/HS 厚生連×	予▲選択 KW/HS 厚生連×	HSのみ	HSのみ	HSのみ	HSのみ	HSのみ	KW/HS	KW/HS	KW/HS	KW/HS	KW/HS							
	腎臓	クリアチニン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満除く	予△40歳未満除く	○	○	○	○	○						
		eGFR算出																							
		尿蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満除く	予△40歳未満除く	○	○	○	○	○						
		尿潜血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	予△40歳未満除く	予△40歳未満除く	○	○	○	○	○						
健診料金			有料化 69歳未満 2,000円 70歳以上 1,000円 健診有料化の開始												40歳未満 予1,000円 厚2,000円 40～69歳 2,000円 70歳以上 1,000円 40歳未満男性 (若年モデル健診) 40歳未満受診拡大 (若年者健診) 40歳未満の国保被保険者に個別健診案内					40歳未満 1,000円 厚2,000円 40～69歳 1,000円 75歳以上 500円					
																				中学・高校生対象に世帯モデル健診(無料)					
二次健診	血管への影響	インスリン抵抗性	75グラム糖負荷試験	モデル事業												健診有料化の開始 40歳未満男性 (若年モデル健診)					40歳未満受診拡大 (若年者健診)				
		脳	頸動脈エコー検査													旭川医大病院 モデル事業					40歳未満受診拡大 (若年者健診)				
	血管変化	全身	血圧脈波検査 (PWV/CAVI)													旭川医大病院 モデル事業					40歳未満受診拡大 (若年者健診)				
		腎	微量アルブミン尿													旭川医大病院 モデル事業					40歳未満受診拡大 (若年者健診)				

脳血管疾患の発症予防と重症化予防には、科学的根拠に基づく対策が重要です。脳血管疾患の発症危険因子を明らかにし、その危険因子を見逃さないための健診項目の設定など最新の知見を用いた検討を行う必要があります。

(参考4) 「成人病」の呼称を「生活習慣病」と改める(平成8年 12 月)

<背景>
 ○公衆衛生審議会の提言を受け厚生労働省が改称
 →「加齢」要素に着目し用いられてきた「成人病」を、「生活習慣」要素に着目して捉え直し、今後の疾病対策の基本的方向性の検討を実施
 <概念導入の意図>
 ・「成人病」の発症には生活習慣が深く関与し、改善には疾病の発症・進行が予防できるという認識を国民に醸成し行動に結びつけていくために、一次予防対策を強力に推進していく
 ・小児期からの生涯を通じた健康教育が推進されることを期待

- ◎ 「生活習慣病」の観点から疾病を横断的に整理し直し、疾病予報のための包括的な指針を取りまとめる必要がある
- ◎ 高血圧症、耐糖能異常、高脂血症等に対しては病態に応じた日常生活指針を別途を策定することが必要

	平成9年 (1997)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成14年 (2002)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
各 ガイ ド ラ イ ン 及 び ガイ ド の 作 成 状 況	高脂血症診療ガイドライン → 動脈硬化性疾患診療ガイドライン2002年版 → 2007年版 → 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2002年版												
	高脂血症治療ガイド → 脂質異常症診療ガイド2008年版 →												
	糖尿病分類と診断基準に関する委員会報告												
	糖尿病治療ガイド(2000年以降2年毎に改訂) → 2006-2007 → 2008-2009 → 2010-2011 → 2012-2013												
	科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン → 改訂第2版(2007) → 2010 →												
	高血圧治療ガイドライン > 2004 → 2009 →												
	新しい肥満の判定と肥満症の診断基準												
	メタボリックシンドロームの定義と診断基準												
	肥満症治療ガイドライン →												
	高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン → 第2版 →												
脳卒中治療ガイドライン2004 → 2009 →													
CKD診療ガイド → 2012 →													
CKD診療ガイドライン2009 →													

イ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

脳血管疾患と同様に、虚血性心疾患についても、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。（表4）

表4 急性心筋梗塞死亡数

（単位 人）

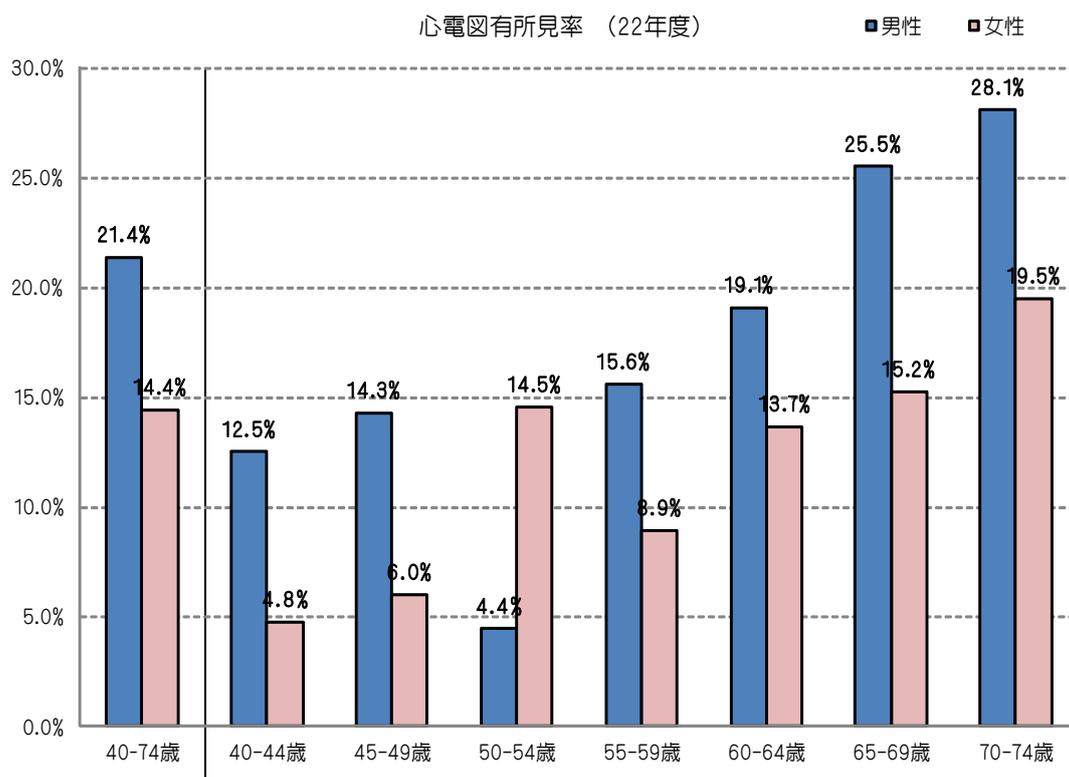
年度(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
総数	6	5	5	5	4	1	2	13	10	6	4
(再掲)75歳未満	-	-	-	-	-	-	1	4	1	0	2
(再掲)65歳未満	-	-	-	-	-	-	0	2	1	0	0

（資料）道北地域保健情報年報 急性心筋梗塞死亡数(性・年齢階級別)

平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査は基本項目から外れ、一定基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみ実施となりました。しかし、町が行う特定健診では、40歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。（図2）

男女ともに、高齢になるにしたがい心電図所見が出ています。特に男性で有所見者が多くなっています。

図2 心電図有所見の状況（平成22年度）



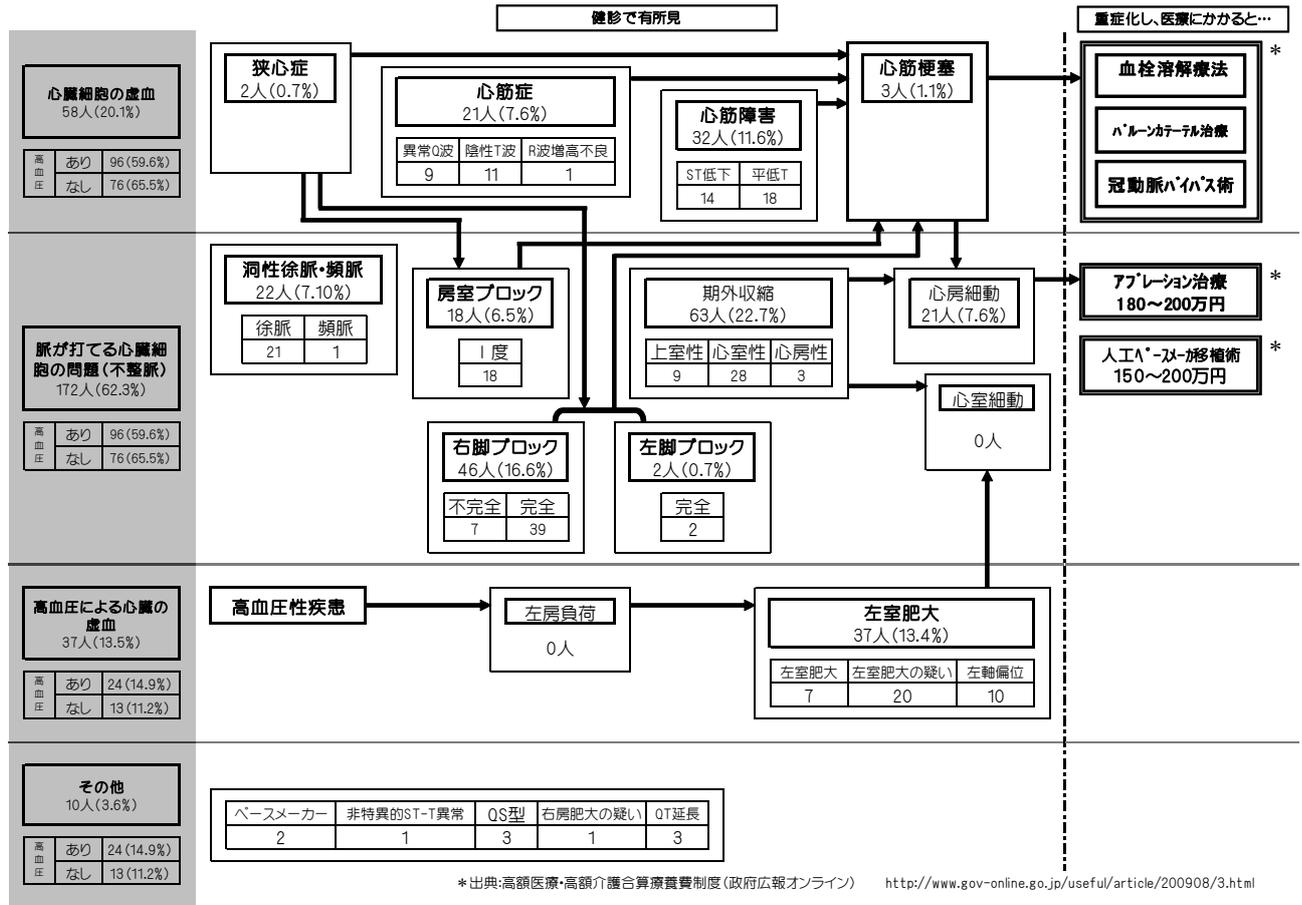
（資料）平成22年度 上富良野町特定健診受診者

心電図検査を実施した1,631人中、277人に所見が出ています。その6割以上は不整脈で、脳梗塞（心原性脳塞栓症）を引き起こしやすい心房細動などが発見されています。また高血圧のある人に心電図異常が多く見られています。（図3）

（表5）健診で不整脈が見つかり、早期に適切な治療につながることで、脳梗塞を防ぐことができます。

図3 心電図検査の結果 平成 22 年度 心電図検査受診者 1,631 人中異常者 277 人(17.0%)の状態

H22 心電図の結果 心電図検査受診者1631人中異常者277人(17.0%)の状態～高血圧の有無からみる



(資料) 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者(心電図検査所見)

表5 月 80 万円以上の高額医療となった不整脈の実態から(平成 19 年4月~平成 24 年3月審査分)

No.	年齢	受診	健診状況 心電図所見	主病名	医療の状況			基礎疾患				
					カテーテル心筋焼灼術	非薬物治療 人工ペースメーカー移植術	その他	費用額(円)	高血圧	脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症
1	60歳代	○	心房細動	発作性心房細動		○		194万	●	●	●	
2	60歳代	○	心房細動	除脈性心房細動		○		166万	●	●	●	
3	70歳代	○	心房細動	除脈性心房細動増悪		○		152万	●	●		
4	50歳代	○	心房細動	一過性心房粗動		○		134万	●			
5	70歳代	○	心房細動	心房性期外収縮		○		189万	●			
6	70歳代	○	完全右脚ブロック	完全房室ブロック		○		196万	●	●		
7	60歳代	○	完全左脚ブロック	発作性上室性頻拍		○		145万	●	●		
8	60歳代	○	心室性期外収縮	一過性心房粗動		○		139万			●	
9	60歳代	○	上室性期外収縮	心房性期外収縮		○		172万	●			
10	60歳代	○	異常なし	慢性心房細動			弁拡張術	181万	●			
11	70歳代	○	異常なし	洞不全症候群		○		166万	●		●	
12	50歳代	職場検診		心房細動 僧帽弁狭窄症			弁置換術	724万	●			●
13	60歳代	未受診		心室細動		○		123万	●	●	●	●

(資料) 高額医療費の分析(平成 19 年4月~平成 24 年3月)

ウ 高血圧の改善

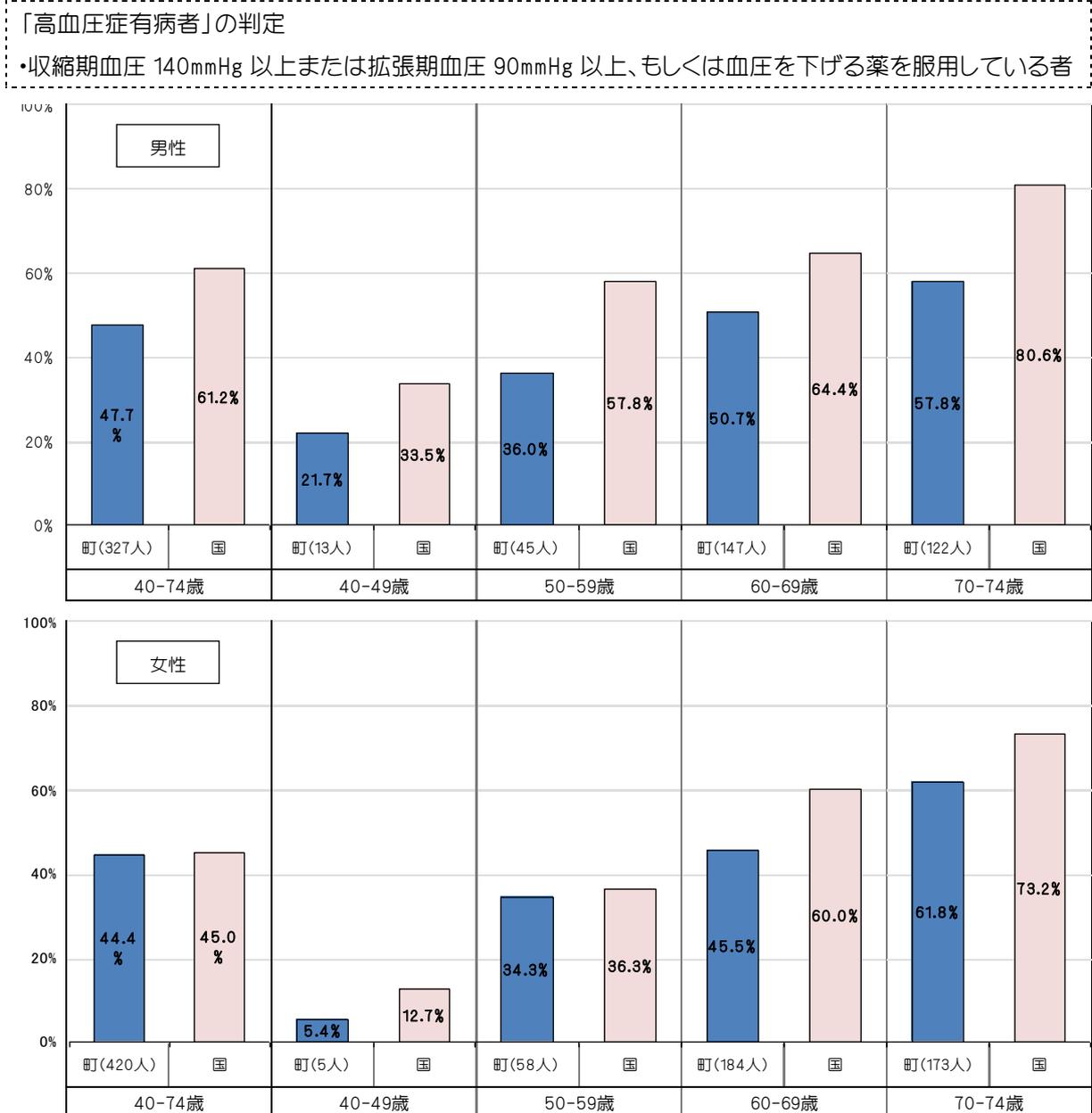
高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子と比べると発症や死亡に最も影響を与える因子と言われています。

しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚していても受診行動につながらない、治療を中断してしまうなどの実態が多く見られます。

町では特定健診受診者を対象に、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層化」をもとに、血圧値だけでなく、個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施しています。その結果、22 年度の特定健診受診者の高血圧症有病者の割合は国民健康・栄養調査と比較し、男女ともに低く(図4)、11度高血圧以上の者の割合も 20 年度と比較し減少しています。(表6)

今後も同様の方法で高血圧者の重症化予防、発症予防を継続していきます。

図4 高血圧症有病者の状況 男女別



(資料) 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者 平成 22 年 国民健康・栄養調査報告

図5 収縮期(最高)血圧の分布(男女別)[服薬者除外]

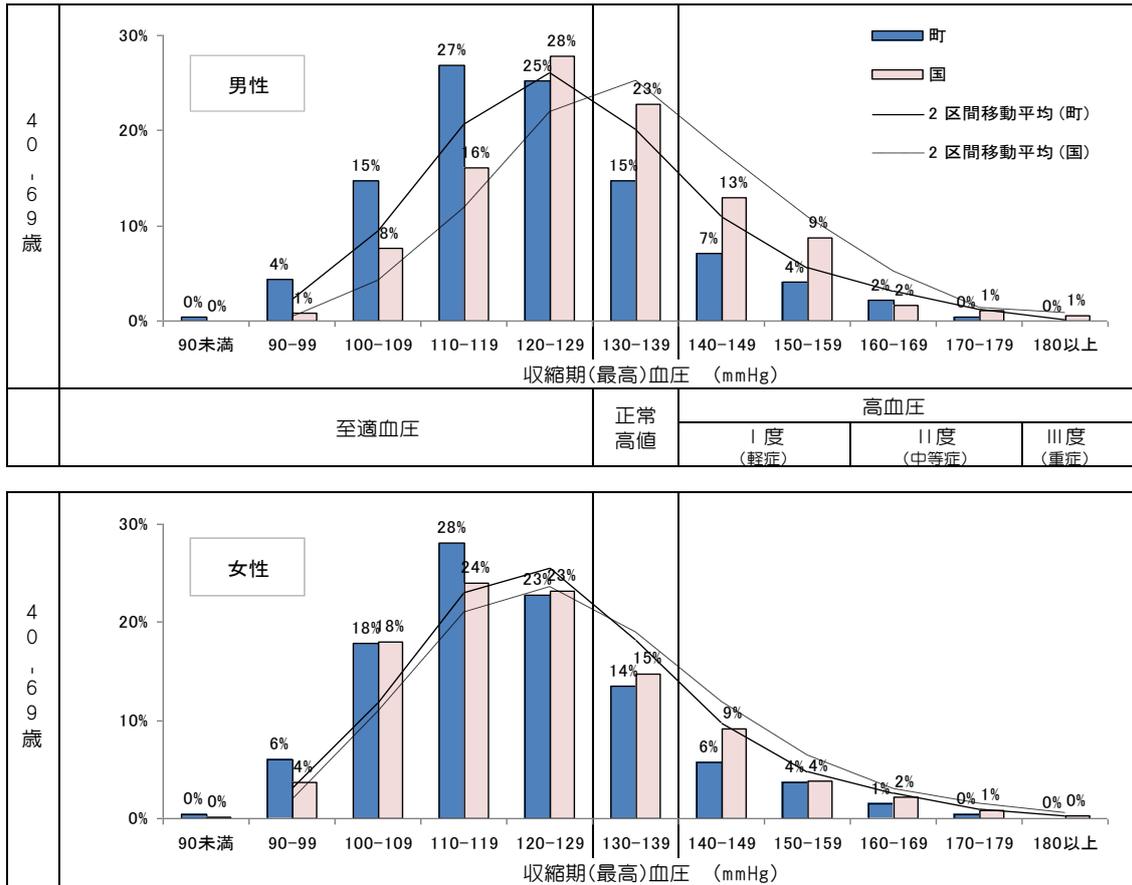
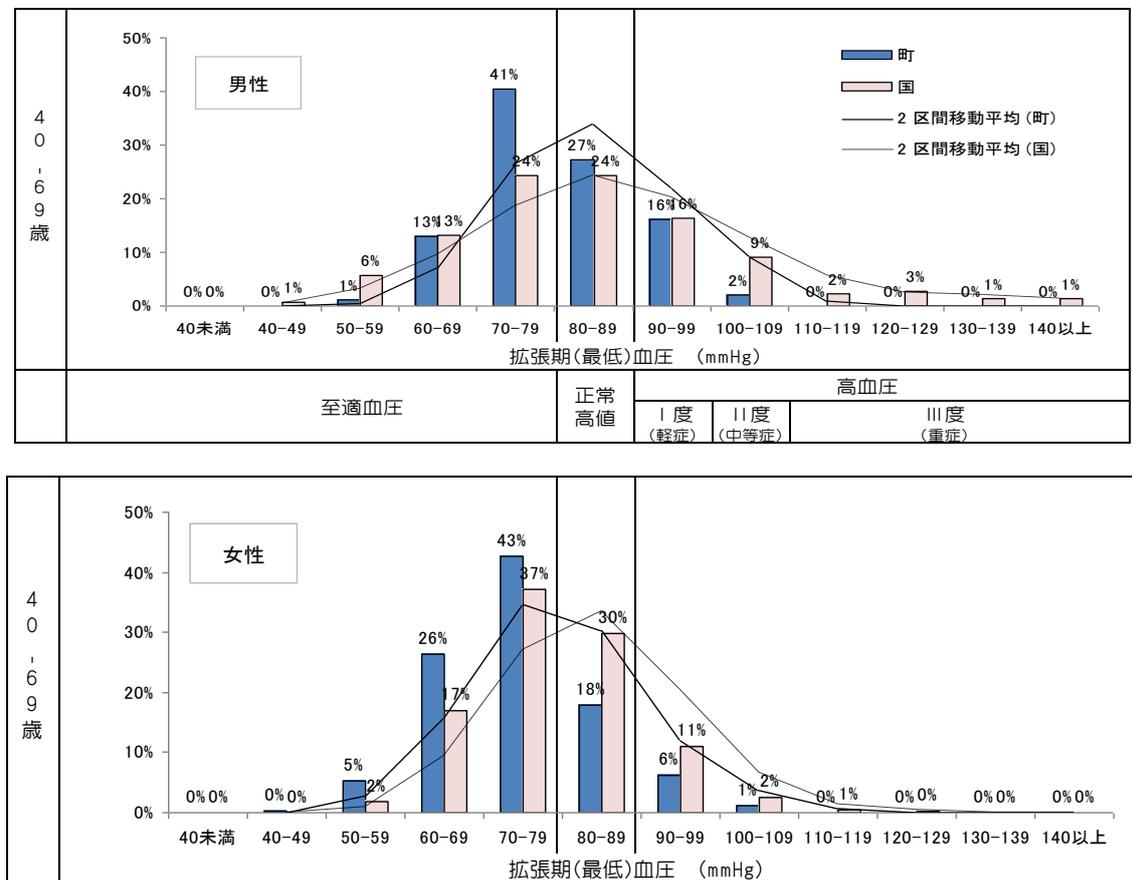


図6 拡張期(最低)血圧の分布(男女別)[服薬者除外]



(資料) 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者 平成 22 年 国民健康・栄養調査報告

表6 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況(男女別・年度別)

		発症予防						重症化予防							
		正常判定				保健指導判定		受診勧奨判定							
男 性	受診数	至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】	
		人	%	人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年 度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20年	699	169	24.2	178	25.5	154	22.0	150	21.5	42	6.0	6	0.9	48	6.9
21年	695	153	22.0	221	31.8	124	17.8	159	22.9	33	4.7	5	0.7	38	5.5
22年	686	178	25.9	175	25.5	133	19.4	162	23.6	37	5.4	1	0.1	38	5.5
23年	662	165	24.9	168	25.4	133	20.1	163	24.6	28	4.2	5	0.8	32	5.0

女 性	受診数	至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】	
		人	%	人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年 度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20年	930	261	28.1	214	23.0	200	21.5	186	20.0	58	6.2	11	1.2	69	7.4
21年	927	276	29.8	272	29.3	154	16.6	188	20.3	32	3.5	5	0.5	37	4.0
22年	945	314	33.2	252	26.7	169	17.9	171	18.1	38	4.0	1	0.1	39	4.1
23年	889	294	33.1	231	26.0	156	17.5	174	19.6	29	3.3	5	0.6	34	3.9

(資料) 上富良野町特定健診受診者

表7 職域検診受診者と特定健診受診者の血圧の状況の比較(平成24年度)

	受診数	至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】	
		人	%	人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
保険者	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
国保	1,631	492	30.2	427	26.2	302	18.5	333	20.4	75	4.6	2	0.1	77	4.7
職域A	124	71	57.3	22	17.7	14	11.3	11	8.9	5	4.0	1	0.8	6	4.8
職域B	84	18	21.4	16	19.0	14	16.7	23	27.4	11	13.1	2	2.4	13	15.5

(表7) 職域検診受診者の血圧の状況から、職域 B では、Ⅱ度高血圧以上の方が 13 人(15.5%)いました。この 13 人の高血圧治療の有無をみると、治療しているのは1人で、12 人が未治療でした。重症化予防・発症予防のために、富良野圏域・地域職域連携推進連絡会の中で実態把握をおこない、課題を明らかにしていきます。

No.	年齢	血圧		
		治療	収縮期	拡張期
1	50歳代	有	180	102
2	60歳代	無	181	103
3	60歳代		170	80
4	60歳代		169	86
5	70歳代		168	78
6	50歳代		164	87
7	60歳代		162	88
8	60歳代		161	103
9	50歳代		161	96
10	50歳代		161	77
11	60歳代		152	104
12	40歳代		125	101
13	60歳代		154	100

健診で血圧値が高くても、「たまたま、血圧が上がっただけ」「緊張すると上がる」など一時的なものとして捉えてしまい、その後、血圧測定の継続がないまま放置してしまう実態が多くみられます。

また、「頭痛もないし、体調が良いので大丈夫だ」「忙しくて病院に行けない」「一度、血圧の薬をのむと止められないと聞いたので、できるだけ飲まないでいたい」といった理由で、降圧治療の開始が遅れ、血管変化を起こしている実態も多くみられます。

自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧対策には重要です。

血圧値の基準はひとり一人違います

自分の基準値を確認しましょう

当てはまるものにチェックを		質問内容
<input type="checkbox"/>	-	年齢は65歳以上ですか
<input type="checkbox"/>	-	家族(血族)に50歳未満で心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか
<input type="checkbox"/>	-	タバコを吸いますか
どちらか	-	BMIが25以上
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	腹囲径が 男性は85cm以上、女性90cm以上
いずれか	-	LDLコレステロール値が140mg/dl以上
<input type="checkbox"/>	どちらか	HDLコレステロール値が40mg/dl未満
	<input type="checkbox"/>	中性脂肪値が150mg/dl以上
-	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖値が100~125mg/dl または耐糖能異常

結果	0個	★なし	→	① リスクなし	右のページで
	1-2	★と1個	→	② 中等リスク	血圧値と合わせて
	3個以上	★と2個	→	③ 高リスク	みてみましょう

□に入ったチェックの数に関係なく下のどれかに1つでも当てはまる人は③「高リスク」になります

- 糖尿病ですか
- 尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が30mg以上
- 糸球体ろ過量(eGFR) 60未満
- 慢性腎臓病・腎疾患(糖尿病性・腎不全など)がある
- 眼底検査で動脈硬化性(高血圧性)眼底変化がある
- 頸動脈エコー検査で内膜-中膜壁厚(1.0mm以上)、プラークがある
- 脳出血・脳梗塞(一過性脳虚血発作)になったことがある
- 左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある
- 閉塞性動脈疾患

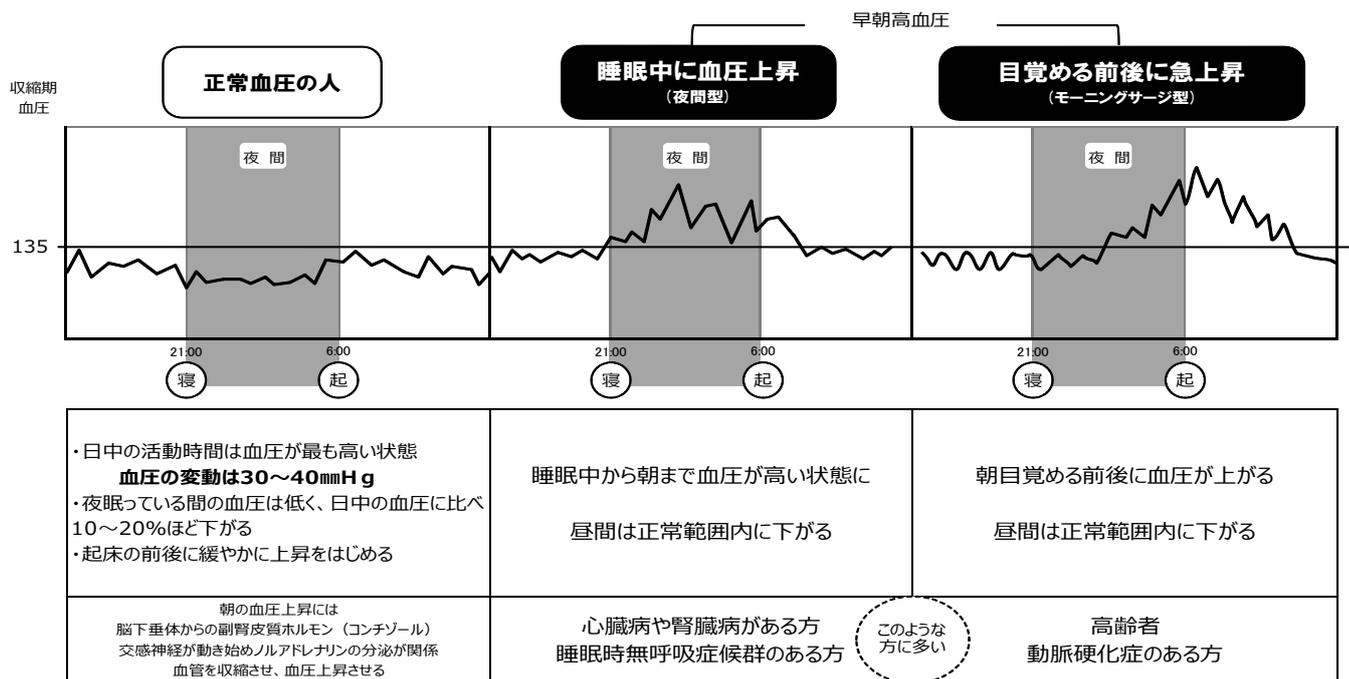
血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します

		血 圧 値 (外来血圧値)			
		正常高値	高血圧		
			I度(軽症)	II度(中等症)	III度(重症)
血 圧	収縮期	130~139	140~159	160~179	180~
	拡張期	85~89	90~99	100~109	110~
血圧以外の危険因子、臓器障害・心血管病の有無	① リスクなし	危険因子なし	3ヶ月間生活習慣の改善		
	② 中等リスク	危険因子1~2個 メタボリック腹囲径+血圧+1項目(脂質又は血糖)	1ヶ月間生活習慣の改善 正常血圧まで下降しない場合は降圧療法		
	③ 高リスク	危険因子3個以上 メタボリック腹囲径+血圧+脂質+血糖 糖尿病 慢性腎臓病 脳卒中 心筋梗塞 動脈閉塞症	直ちに降圧療法の開始 あわせて生活習慣改善を		

(参考) 高血圧治療ガイドライン 2009 日本高血圧学会
「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」

血圧は1回の測定で判断できません

昼間の血圧が正常な人でも、2人に1人 **早朝高血圧** が見逃されています



家庭で
血圧測定をする
目的は

ふだんの血圧の状態を正確に知ること

朝と夜に起こる「仮面高血圧」など
医療機関で月に1~2回 昼間の血圧測定ではわかりません

心臓や
脳血管の病気の
発症を防ぐ

1 血圧計の選び方は？

2 正しい測定方法は？

3 家庭血圧の基準値は？



上腕測定タイプ



上腕挿入タイプ



手首測定タイプ

測定のタイミング

- 1日2回(朝・夜)行う

朝

- ・起床後1時間以内
- ・トイレに行ったあと
- ・朝食の前
- ・薬をのむ前

夜

- ・寝る直前
- ・入浴や飲酒の直後は避ける

家庭で血圧を測定する場合には、上にあげた条件のもとで行うことが大切。朝は4つの条件を守るようにする。夜は、入浴や飲酒の直後は避け、必ず寝る直前に測るようにする。

測定するときのポイント

いすに座って1~2分たってから測定する

座ったばかりだと、血圧が安定していないことがある。測定時には、腕の力を抜いて、リラックスすることも大切。

カフは心臓と同じ高さで測定する

カフが心臓よりも低い位置だと、「数値が低く出る」など、不正確になる場合がある。

薄手のシャツ1枚なら着たまでもよい

カフは素肌と直接巻きつけたほうがよいが、薄手のシャツ1枚ぐらいなら、着たま測定してもよい。

参考) 日本高血圧学会 家庭血圧測定ガイドライン

正常血圧の基準値		
家庭で測定	収縮期	拡張期
	125未満	80未満

高血圧の診断基準		
病院で	収縮期	拡張期
	140以上	90以上

家庭で測定	収縮期	拡張期
	135以上	85以上
降圧治療の対象		

※家庭ではリラックスして血圧を測ることができるため5mmHg ずつ低い値となっている
※ただし糖尿病や腎障害がある場合は、厳格な降圧目標が決められ、この基準は使いません。

測定記録は主治医に見てもらいましょう。高血圧が続く、または過剰な降圧がみられる場合、主治医が降圧剤の種類を変えたり、増量(減量)したりするための大切な判断材料となります。

エ 脂質異常症の減少

(総コレステロール 240mg/dl (LDLコレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

脂質異常症は冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上とされています。

町の特定健診受診者の LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合は、男女ともに減少しており、22 年の国の現状値と比較しても低い値となっています。(表8)

国は平成 34 年度の目標値を男性 6.2%、女性 8.8%としていますが、男性はすでに目標値を達成しています。女性の 160 mg/dl 以上の者の減少に向けた取組みの強化が必要です。

表8 国保特定健診受診者の LDL コレステロール値の状況

	受診数	【再掲】 80 未満		発症予防				重症化予防				【再掲】 180 以上	
		人	%	正常域 120 未満		境界域高 LDL コレステロール血症 120 以上 140 未満		高 LDL コレステロール血症 140 以上 160 未満		160 以上		人	%
男 性				人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
年 度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20 年	699	59	8.4	381	54.5	159	22.7	103	14.7	56	8.0	19	2.7
21 年	695	58	8.3	369	53.1	169	24.3	99	14.2	58	8.3	19	2.7
22 年	686	57	8.3	391	57.0	165	24.1	87	12.7	43	6.3	13	1.9
23 年	662	53	8.0	389	58.8	141	21.3	96	14.5	36	5.4	12	1.8
22 年度 国の現状											8.3		
34 年度 国の目標											6.2		

	受診数	【再掲】 80 未満		発症予防				重症化予防				【再掲】 180 以上	
		人	%	120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		人	%
女 性				人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
年 度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20 年	930	44	4.7	420	45.2	243	26.1	170	18.3	97	10.4	36	3.9
21 年	927	39	4.2	436	47.0	262	28.3	146	15.7	83	9.0	26	2.8
22 年	945	47	5.0	484	51.2	235	24.9	143	15.1	83	8.8	24	2.5
23 年	889	47	5.3	443	49.8	243	27.3	122	13.7	81	9.1	26	2.9
22 年度 国の現状											11.7		
34 年度 国の目標											8.8		

(資料) 上富良野町特定健診受診者

(表9)男女別・年代階級別の LDL コレステロール値では、男性の 40 歳代、50 歳代で 160 mg/dl 以上の者の割合が 1 割と多く、女性では 40 歳代から 50 歳代にかけて LDL コレステロール値が著しく変化しています。(図7)

心血管疾患発症の危険性の高い家族性高コレステロール血症は早期診断と治療が重要となるため、受診を必要とする対象者への受診勧奨を行うとともに、加齢に伴う代謝等の変化に合わせた生活習慣の見直しが重要となります。

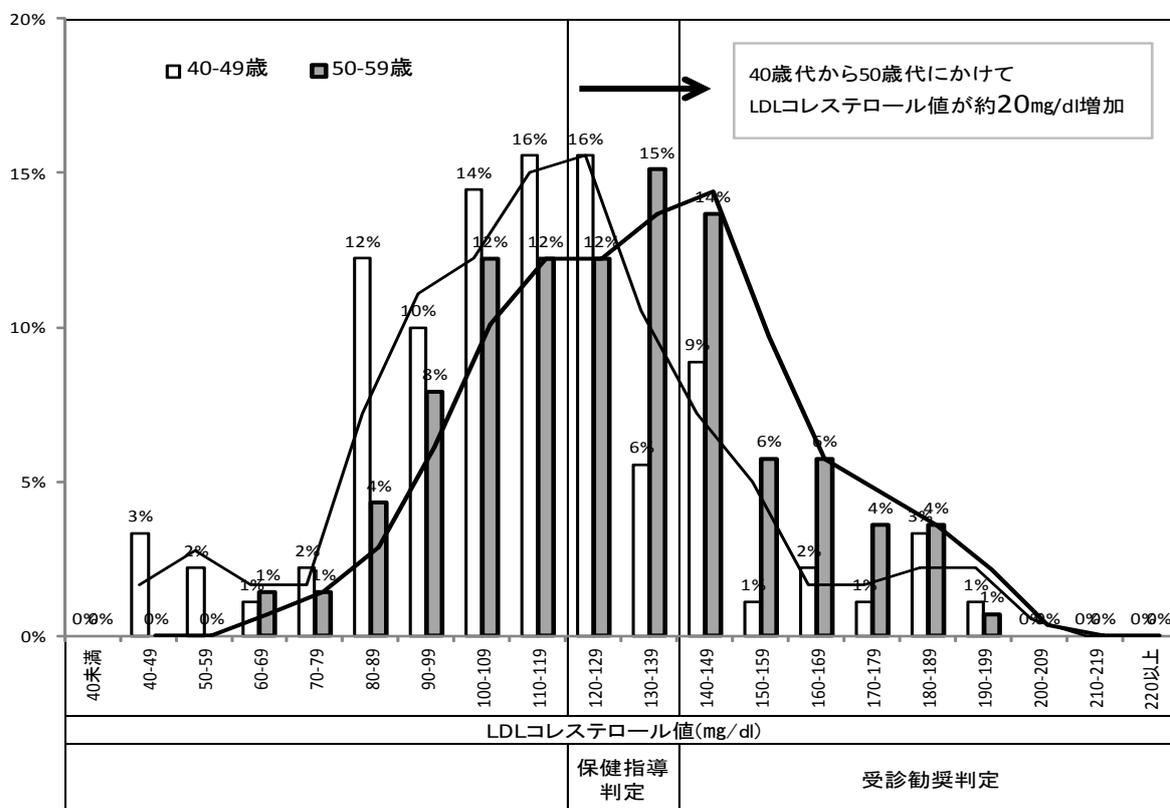
表9 血清 LDL コレステロール値(直接測定法)の分布 男女別・年齢階級別 [服薬者除外]

性別	受診数	【再掲】 80未満		正常域判定 120未満		保健指導 判定 120以上 140未満		受診勧奨判定				【再掲】 180以上	
		人	%	人	%	人	%	140以上 160未満	160以上	人	%	人	%
男性	566	45	8.0	306	54.1	142	25.1	80	14.1	38	6.7	12	2.1
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	566	45	8.0	306	54.1	142	25.1	80	14.1	38	6.7	12	2.1
40-49歳	56	4	7.1	27	48.2	16	28.6	7	12.5	6	10.7	3	5.4
50-59歳	109	6	5.5	52	47.7	27	24.8	19	17.4	11	10.1	4	3.7
60-69歳	236	21	8.9	132	55.9	59	25.0	32	13.6	13	5.5	3	1.3
70歳以上	165	14	8.5	95	57.6	40	24.2	22	13.3	8	4.8	2	1.2

性別	受診数	【再掲】 80未満		120未満		120以上 140未満		140以上 160未満		160以上		【再掲】 180以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
女性	657	31	4.7%	286	43.5	168	25.6	127	19.3	76	11.6	21	3.2
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	657	31	4.7%	286	43.5	168	25.6	127	19.3	76	11.6	21	3.2
40-49歳	90	8	8.9	55	61.1	19	21.1	9	10.0	7	7.8	4	4.4
50-59歳	139	4	2.9	55	39.6	38	27.3	27	19.4	19	13.7	6	4.3
60-69歳	265	8	3.0	96	36.2	75	28.3	64	24.2	30	11.3	6	2.3
70歳以上	163	11	6.7	80	49.1	36	22.1	27	16.6	20	12.3	5	3.1

(資料) 平成22年度 上富良野町特定健診受診者

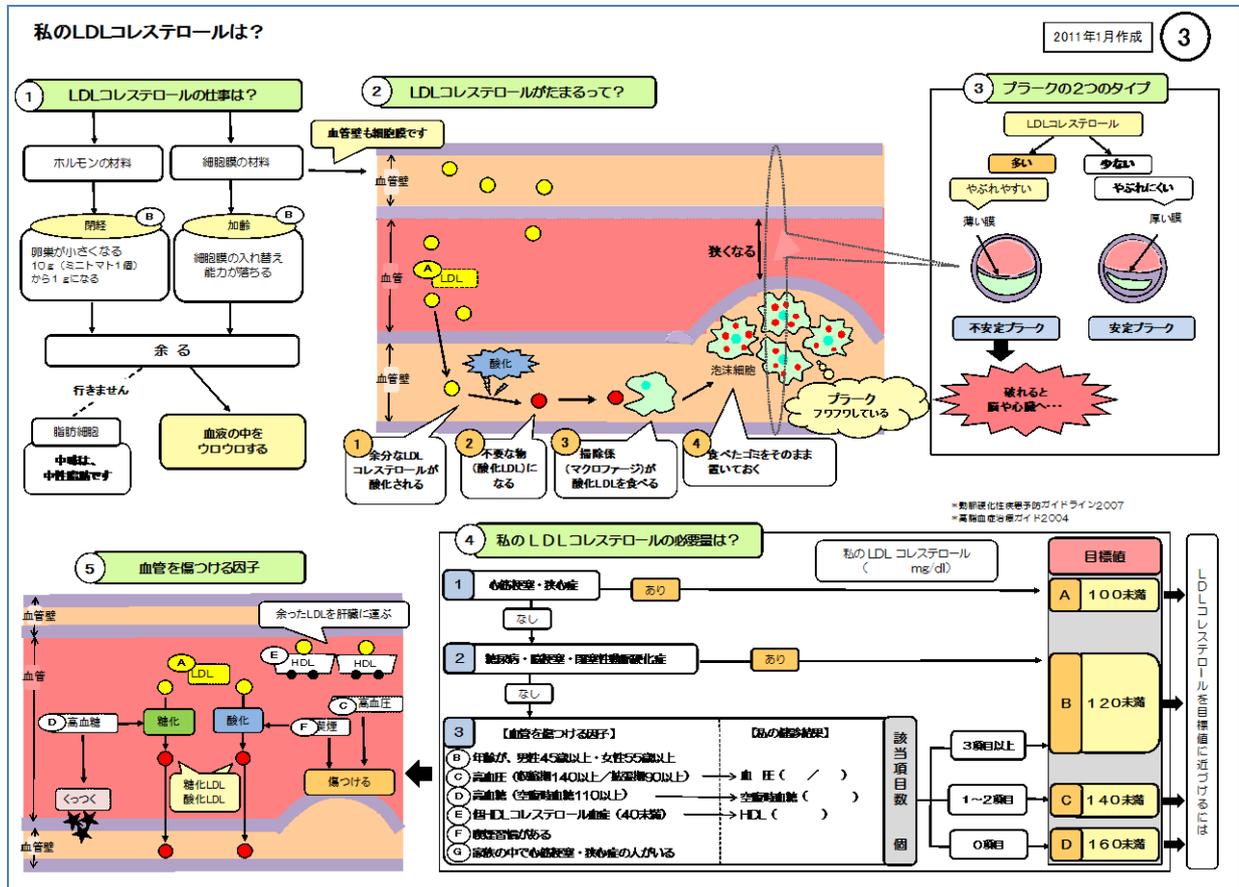
図7 40歳代から50歳代の LDL コレステロール値の変化(女性)(平成22年度)



(資料) 平成22年度 上富良野町特定健診受診者

平成24年に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」の中では、動脈硬化惹起性の高いリポタンパク質を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値からHDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた保健指導を実施していきます。



オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

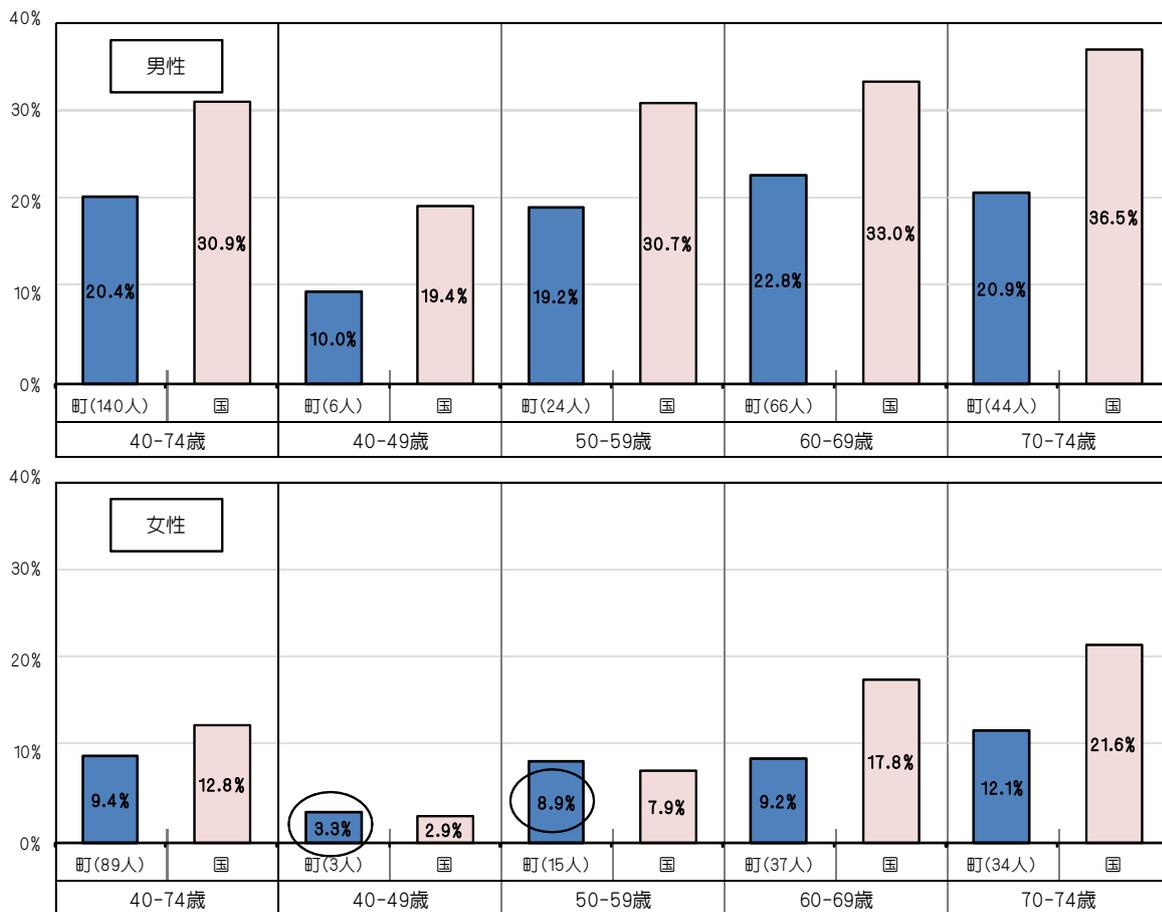
メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

平成 22 年度の特定健診受診者と国民健康・栄養調査との比較では、女性の 40 歳代、50 歳代でメタボリックシンドローム該当者が高率となっています。(図8)

図8 メタボリックシンドロームが強く疑われる者(該当者)の状況(平成 22 年度)

「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)」の判定

- ・腹囲が男性 85 cm、女性 90 cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2つ以上の項目に該当する者



項目		血中脂質	血圧	血糖
服薬	共通	・コレステロールを下げる薬服用 ・中性脂肪(トリグリセリド)を下げる薬服用	・血圧を下げる薬服用	・血糖を下げる薬服用 ・インスリン注射使用
基準	国: 国民健康・栄養調査	・HDLコレステロール値 40mg/dl未満	・収縮期血圧値130mmHg以上 ・拡張期血圧値85mmHg以上	・ヘモグロビンA1c値5.5%以上
	町:メタボリックシンドローム 診断基準(8学会:2005年4月)	・HDLコレステロール値 40mg/dl未満 ・中性脂肪値 150mg/dl以上	・収縮期血圧値130mmHg以上 ・拡張期血圧値85mmHg以上	・空腹時血糖値110mg/dl以上

(資料) 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者 平成 22 年 国民健康・栄養調査報告

平成20年度からの特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の変化をみると、予備群は男女ともに減少していますが、該当者は増加しています。特に男性の増加が目立ちます。(表10)

表10 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち1つに該当する者

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%
20年	1,629	261	16.0	669	155	22.2	930	106	11.4
21年	1,622	202	12.5	695	123	17.7	927	79	8.5
22年	1,631	181	11.1	686	122	17.8	945	59	6.2
23年	1,551	175	11.3	662	124	18.7	889	51	5.7

メタボリックシンドローム該当者

腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2つ以上に該当する者

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%
20年	1,629	203	12.5	669	131	19.6	930	72	7.7
21年	1,622	223	13.7	695	133	19.1	927	90	9.7
22年	1,631	229	14.0	686	140	20.4	945	89	9.4
23年	1,551	241	15.5	662	153	23.1	889	88	9.9

(資料) 上富良野町特定健診受診者

メタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に、町独自に二次検診を実施しています。頸動脈エコー検査は動脈硬化の早期診断に有効であることが、多くの研究で明らかとなっています。

頸動脈エコー検査で、脳梗塞発症前の頸動脈狭窄を発見し、適切な治療によって未然に脳梗塞発症を防ぐことができました。加齢とともにプラーク(余剰のコレステロールを血管内膜下に蓄え集積した部分)など血管変化のある者が増加しますが、20歳~30歳代の若年でもすでに血管変化が起こっています。(表11)

表11 頸動脈エコー検査(二次検診)結果からの状況(平成20~23年度分)

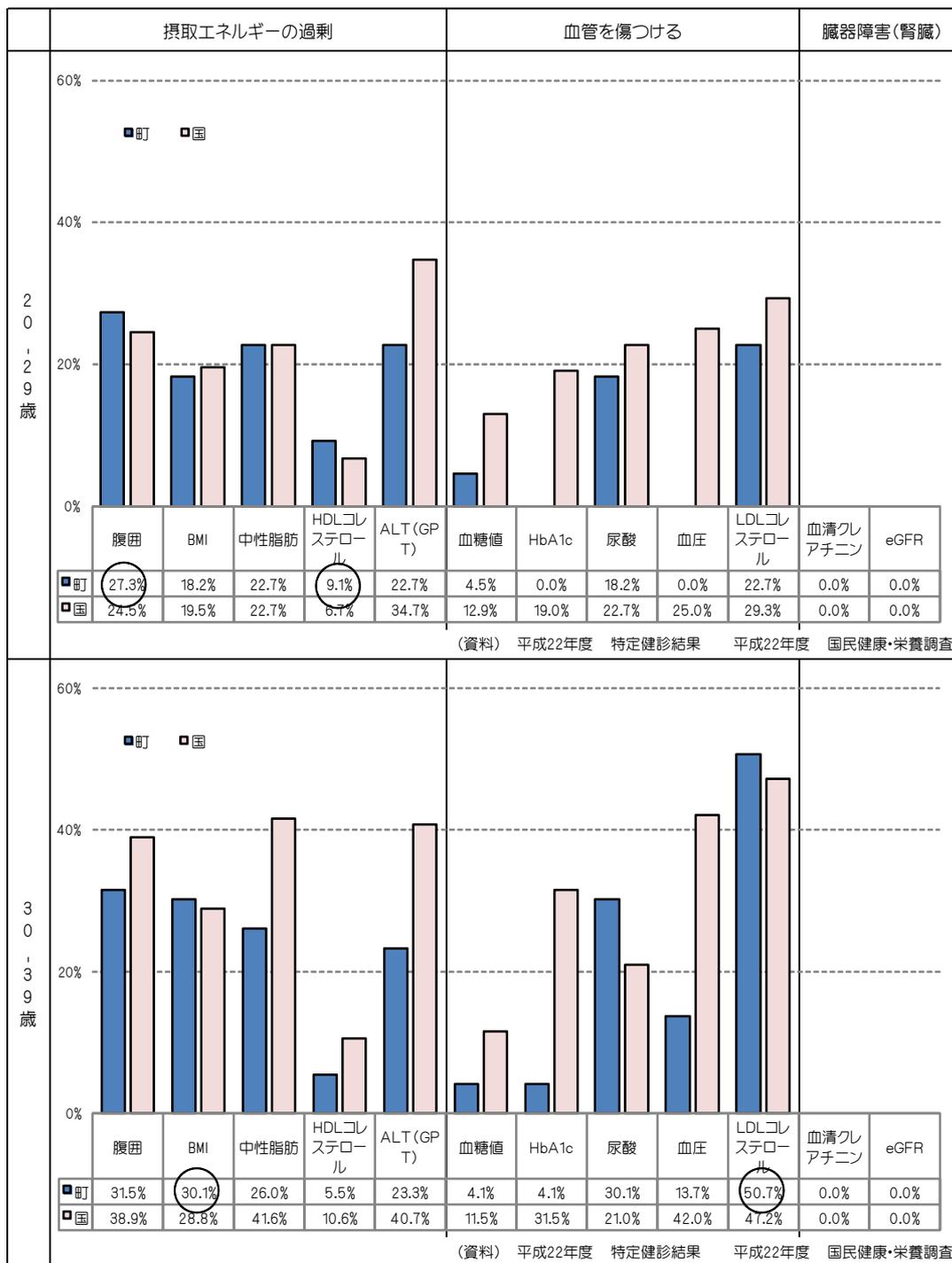
		計	20-30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
検査実施者数		127人	13人	20人	44人	43人	7人
①	狭窄率	4人		1人	1人	2人	
	狭窄が見つかった4人の状況			左 16%狭窄	右 27%狭窄 左 57%狭窄 (脳外科紹介)	血流確認 できず (脳外科紹介)	
						右 21.5%狭窄	
②	プラーク(隆起性病変)						
	有所見者数	50人	3人	3人	17人	22人	5人
	有所見率	39%	23%	15%	39%	51%	71%
③	内臓中膜肥厚						
	有所見者数		3	3	5	8	0
	有所見率		23%	15%	11%	19%	0%
	(参考) 年齢基準(mm)		30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
			0.8	0.9	1.0	1.1	1.2

40歳以上を対象にした特定健康診査では、すでに初回受診時に生活習慣病を発症している実態が多く見られます。そのため、町では独自に医療保険に関係なく、20歳以上を対象に若年者健診を実施し、自分の身体の状態を確認するとともに、生活習慣改善に取り組んでもらえるための保健指導も合わせて実施しています。

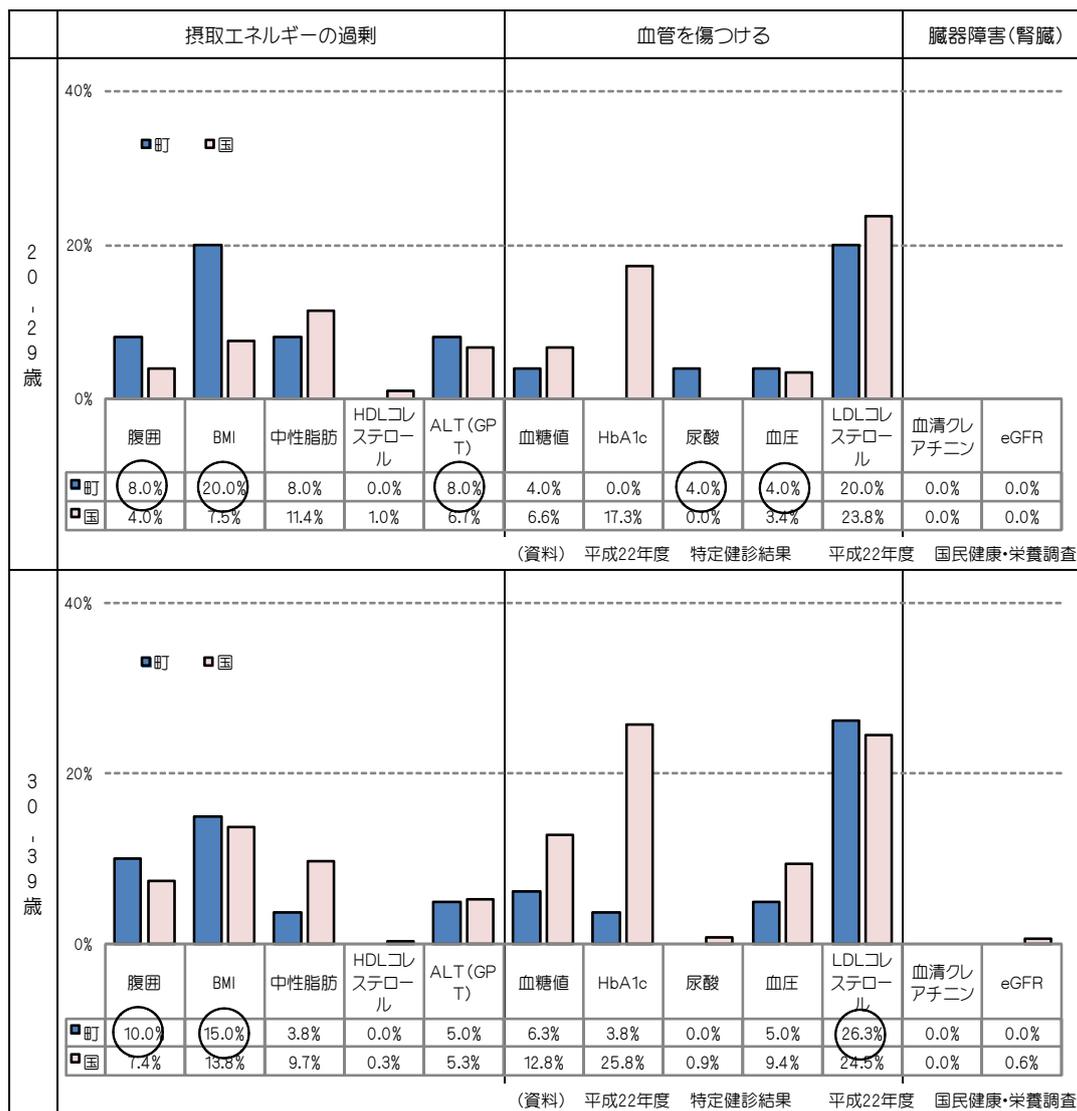
20歳～39歳の男女ともに、BMIまたは腹囲径の有所見者が国民健康・栄養調査と比較し、高率となっています。また、男女ともに30歳代でLDLコレステロールの有所見者が増加しています。(図9)

図9 20～39歳 若年者健診でみる検査項目別の有所見率(男女別)

男性

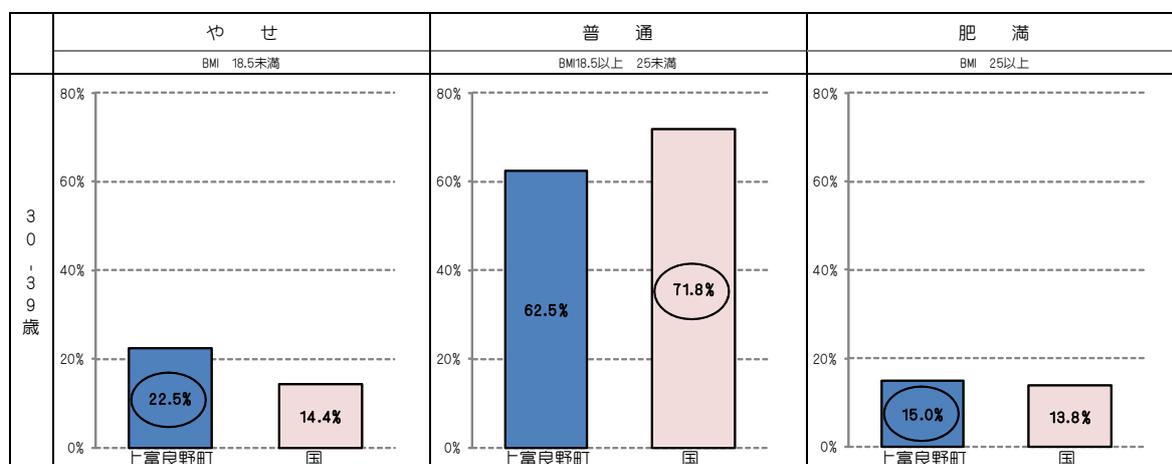


女性



(資料) 平成22年度 上富良野町若年者健診受診者 平成22年 国民健康・栄養調査報告

図10 女性30歳代のBMIの状況



(資料) 平成22年度 上富良野町若年者健診受診者 平成22年 国民健康・栄養調査報告

(図 10)女性の 30 歳代 BMI25 以上の肥満も高率ですが、BMI18.5 未満のやせも高率です。妊娠期の胎児を育てる条件として、やせは低出生体重児の出生リスクとなることがわかってきました。乳幼児期、学童期からの適切な生活習慣を心がける学習の機会が必要です。

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組み状況を反映する指標として設定されています。

町では、受診率、実施率ともに、全国全道より非常に高い状態で推移しています。今後も健診後の保健指導の充実を図り、受診率の維持に努めていきます。

(4) 対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携

イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・健康診査(20 歳～39 歳・生活保護世帯)
- ・上富良野町国民健康保険特定健康診査
- ・健康診査及び特定健康診査に総コレステロール検査を追加

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)

家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施

- ・動脈硬化症予防健診(頸動脈エコー検査等)の継続実施
- ・上富良野町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

3 糖尿病

(1) はじめに

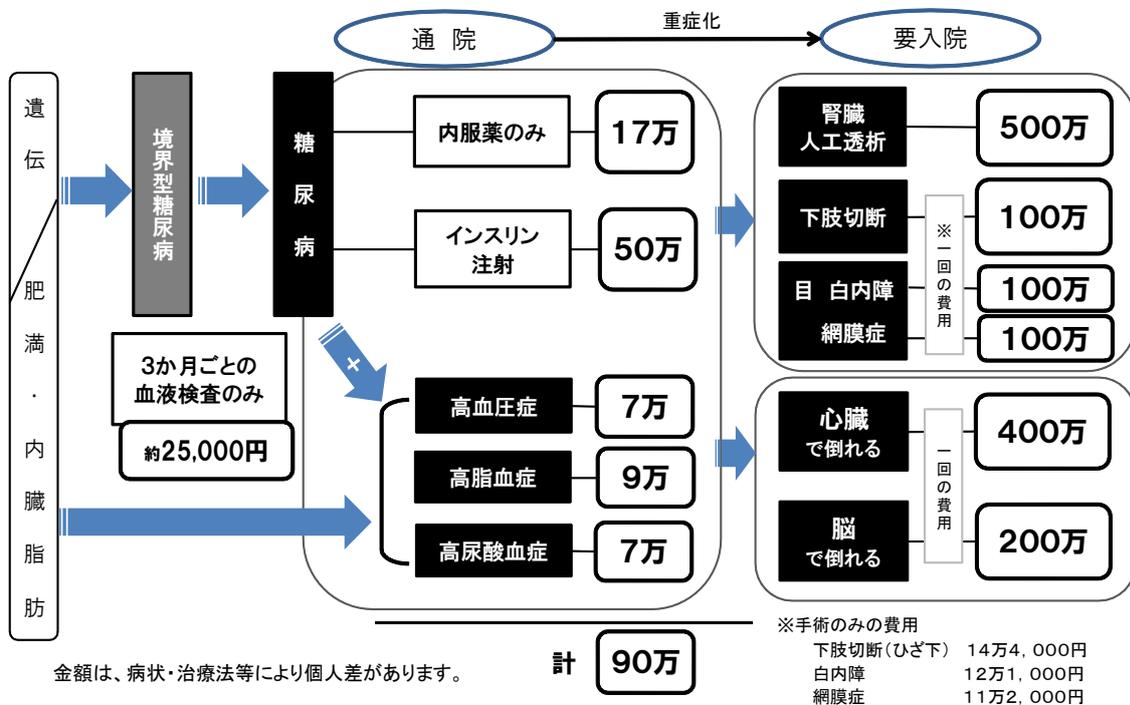
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症によって、生活の質(QOL:Quality of Life)に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、循環器疾患(心筋梗塞や脳血管疾患)の発症リスクを2~3倍増加させることがわかっています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、有病者の増加が加速すると予想されています。

糖尿病・・・経済的な影響をみてみました

一年でかかる医療費はいくら？



(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子です。循環器疾患と同様、危険因子の管理が重要となり、循環器疾患対策が有効になります。

イ 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

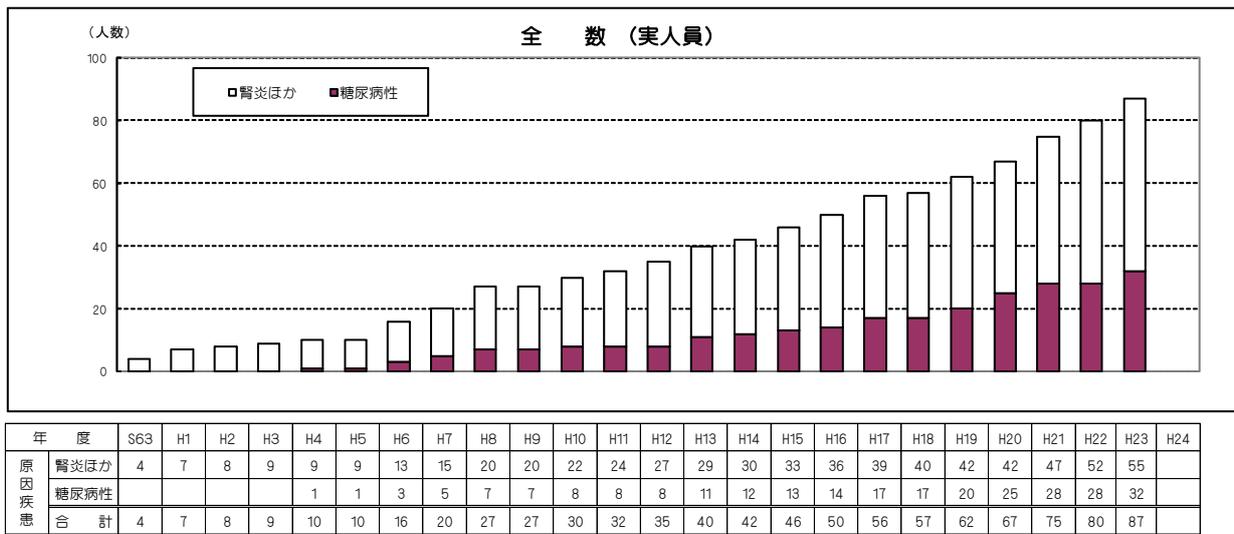
そのためには、まず健診受診者を増やすことが重要となります。それと同時に、糖尿病の未治療や、治療中断によって合併症の発症に至る危険性が高くなることから、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

(3) 現状と目標

ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

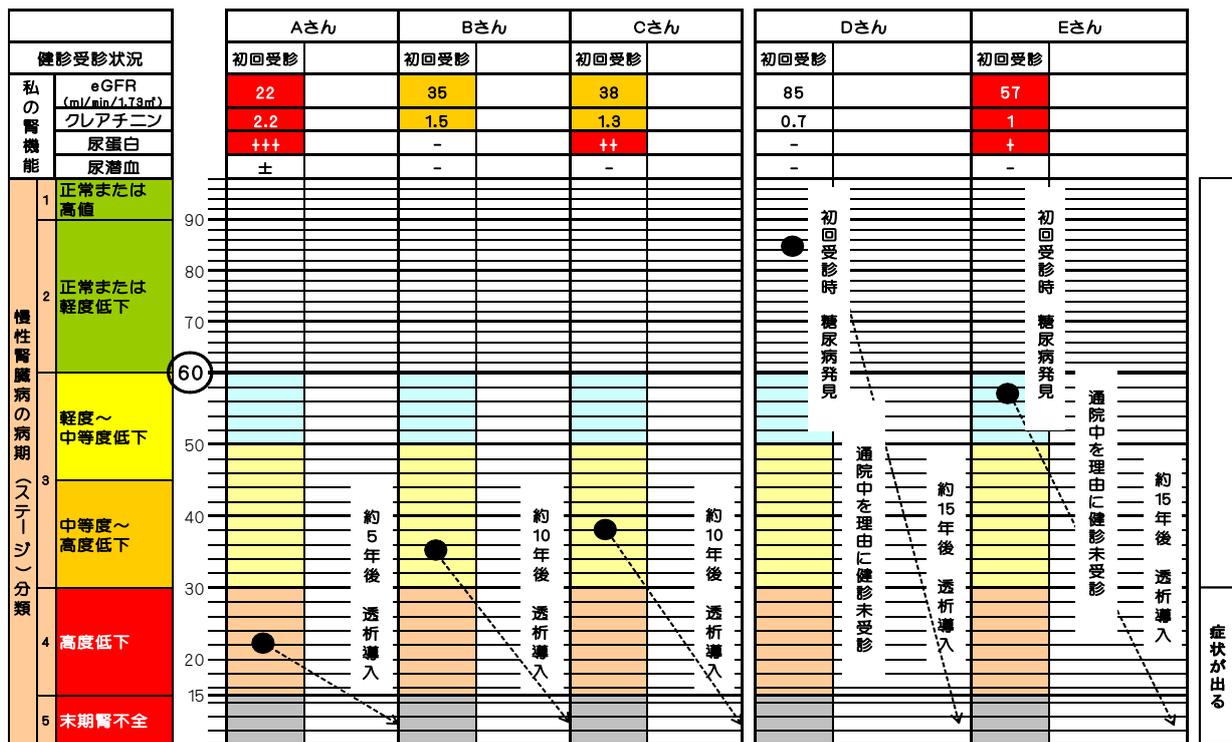
近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。町の新規人工透析導入者および全数に占める糖尿病性腎症は増加傾向にあります。(図1)

図1 人工透析患者の推移(国保・後期高齢加入者・生保分)



(資料) 町の人工透析者の実態より

図2 糖尿病性腎症で人工透析導入に至った事例 ～初回健診受診時の腎機能の結果～



<CKD診療ガイド(日本腎臓学会編)より>

昭和 63 年から平成 23 年度末までの 24 年間に、糖尿病を原疾患にもつ人工透析導入者は 32 人です。

(図2) そのうち町の健康診査を受診されていたのは5人、27 人は町の健康診査を受診されていませんでした。健康診査を受診されていた5人のうち3人(A、B、C)は、初回受診時にはすでに腎臓の機能が中等度～高度低下で、2人(D、E)は初回受診時に糖尿病が見つかり、その後医療機関の通院開始となったことを理由に町の健康診査は未受診でした。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間とされています。

発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者での保健指導のあり方、そして、糖尿病の重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療との連携が欠かせません。

「糖尿病は痩せてくる病気だと聞いた。まだ痩せていないので大丈夫だ」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。

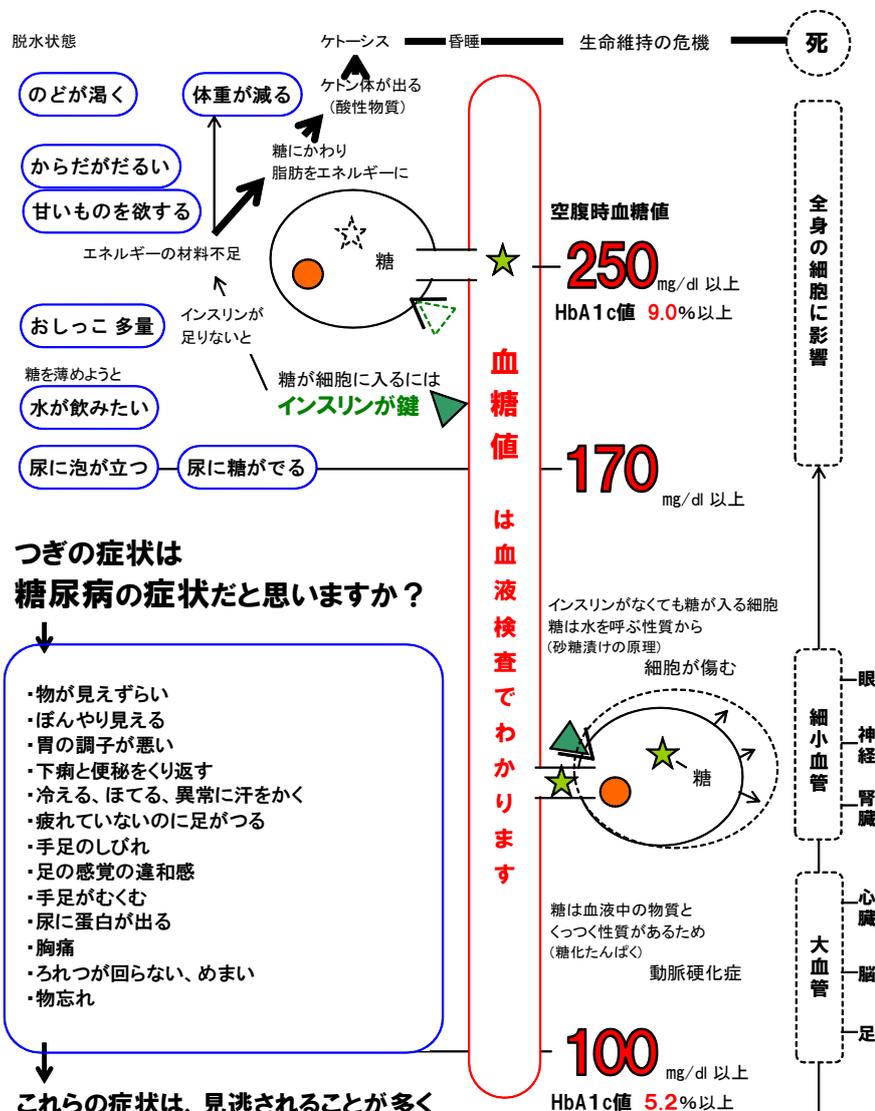
早い段階で血糖値の異常に気づくには、血液検査で血糖値と HbA1c 値の測定が有効です。

特に、HbA1c 値の検査は採血時間に関係なく、1～2カ月間の平均した血糖値の状態がわかります。

HbA1c 値 (JDS) の正常値は 5.2% 未満です。

「症状がないから大丈夫!!」と思っていないですか?

① 住民の方々が思う 糖尿病の症状は?



② つぎの症状は 糖尿病の症状だと思いますか?

- ・物が見えづらい
- ・ぼんやり見える
- ・胃の調子が悪い
- ・下痢と便秘をくり返す
- ・冷える、ほてる、異常に汗をかく
- ・疲れていないのに足がつる
- ・手足のしびれ
- ・足の感覚の違和感
- ・手足がむくむ
- ・尿に蛋白が出る
- ・胸痛
- ・ろれつが回らない、めまい
- ・物忘れ

これらの症状は、見逃されることが多く
糖尿病の方の**3人に1人**は
自分が **糖尿病だと気づいていない** と言われています

その間に何が起きているでしょうか

イ 糖尿病有病者（HbA1c（JDS）6.1%以上の者）の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできます。

町の特健診受診者の結果から、糖尿病が強く疑われる者、糖尿病の可能性を否定できない者の割合をみたと、国民健康・栄養調査と比較し低い割合となっています。（図3、4）

図3 糖尿病が強く疑われる者の割合（平成 22 年度）

「糖尿病が強く疑われる者」の判定

・HbA1c（JDS）が 6.1%以上、または、質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた者

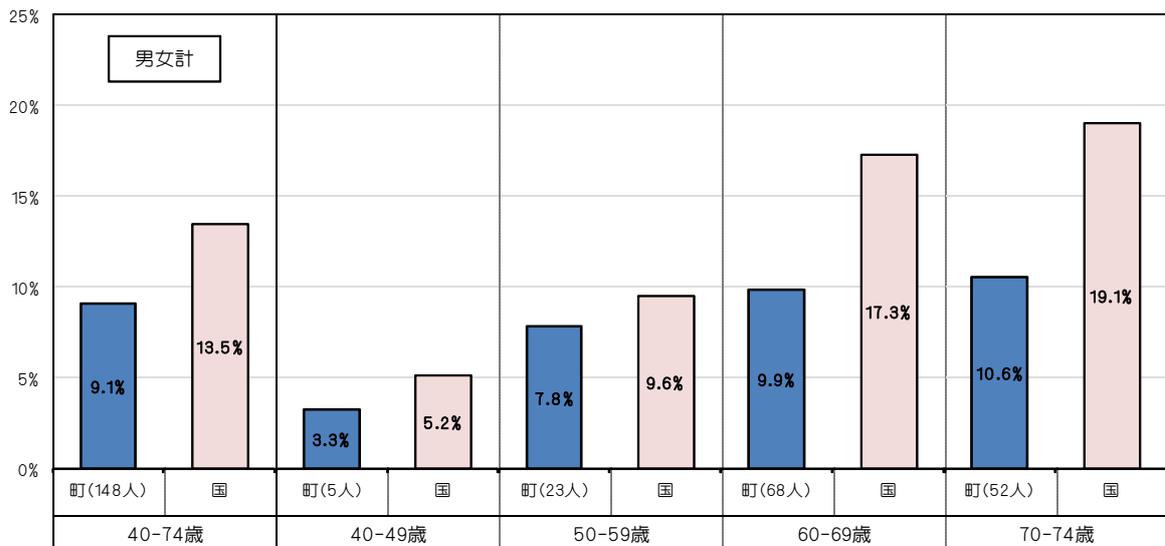
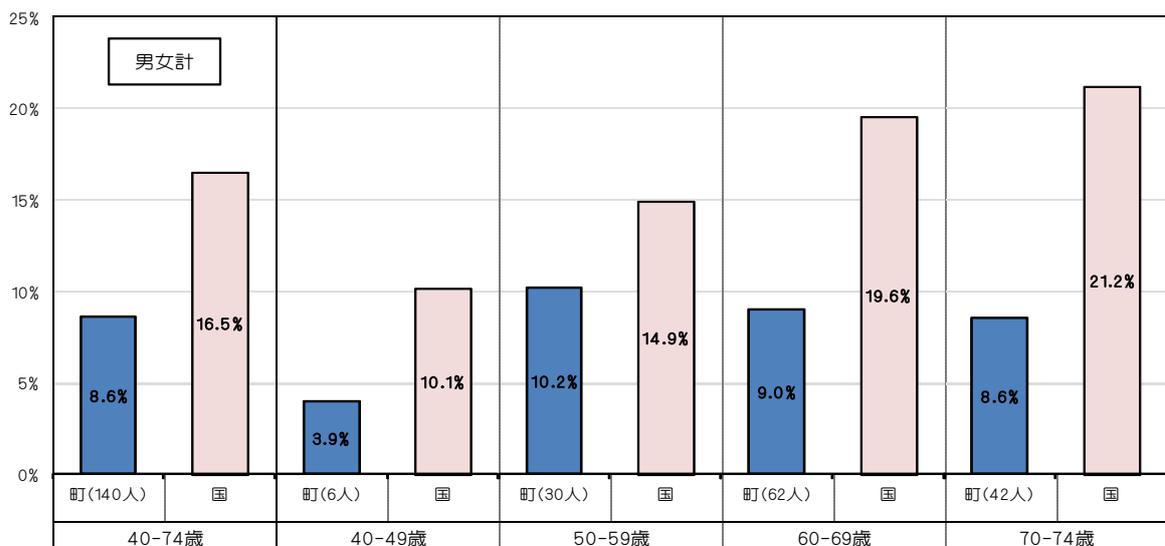


図4 糖尿病の可能性を否定できない者の割合（平成 22 年度）

「糖尿病の可能性を否定できない者」の判定

・HbA1c（JDS）値が 5.6%以上、6.1%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者



（資料） 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者 平成 22 年 国民健康・栄養調査報告

ウ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1cがJDS値8.0% (NGSP値(8.4%)以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、HbA1c(JDS)8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

健診の結果、HbA1c が 8.0%以上の者には、未受診者はもちろん、治療中の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者にも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施しています。

HbA1c8.0%以上の者の割合は平成 23 年度 0.6%と、国の平成 22 年度の現状値 1.2%、平成 34 年度の目標値 1.0%をすでに達成しています。(表1)

表1 特定健診受診者の HbA1c (JDS) の状況 年度別・男女計

			発症予防						重症化予防						【再掲】 8.0以上	
			正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
年度	受診数	HbA1c 検査数	5.2未満		5.2以上 5.6未満		5.6以上 6.1未満		6.1以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上		人	%
平成	人	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20年度	1,629	1,625	1,033	63.6	377	23.2	115	7.1	47	2.9	25	1.5	28	1.7	7	0.4
21年度	1,622	1,617	983	60.8	403	24.9	122	7.5	44	2.7	33	2.0	32	2.0	11	0.7
22年度	1,631	1,624	931	57.3	421	25.9	158	9.7	55	3.4	30	1.8	29	1.8	11	0.7
23年度	1,551	1,538	919	59.8	371	24.1	135	8.8	48	3.1	30	2.0	35	2.3	9	0.6
22年度	国の現状															1.2
34年度	国の目標															1.0

(資料) 上富良野町特定健診受診者

特定健診受診者からみる町の糖尿病有病率は、国の現状値と比較すると少ない現状にありますが、HbA1c の状況を平成 20 年度と比較してみると、保健指導判定の HbA1c 値 5.6%以上 6.1%未満の者の割合が増加しています。(表1)

引き続き、糖尿病の発症予防は重要となります。

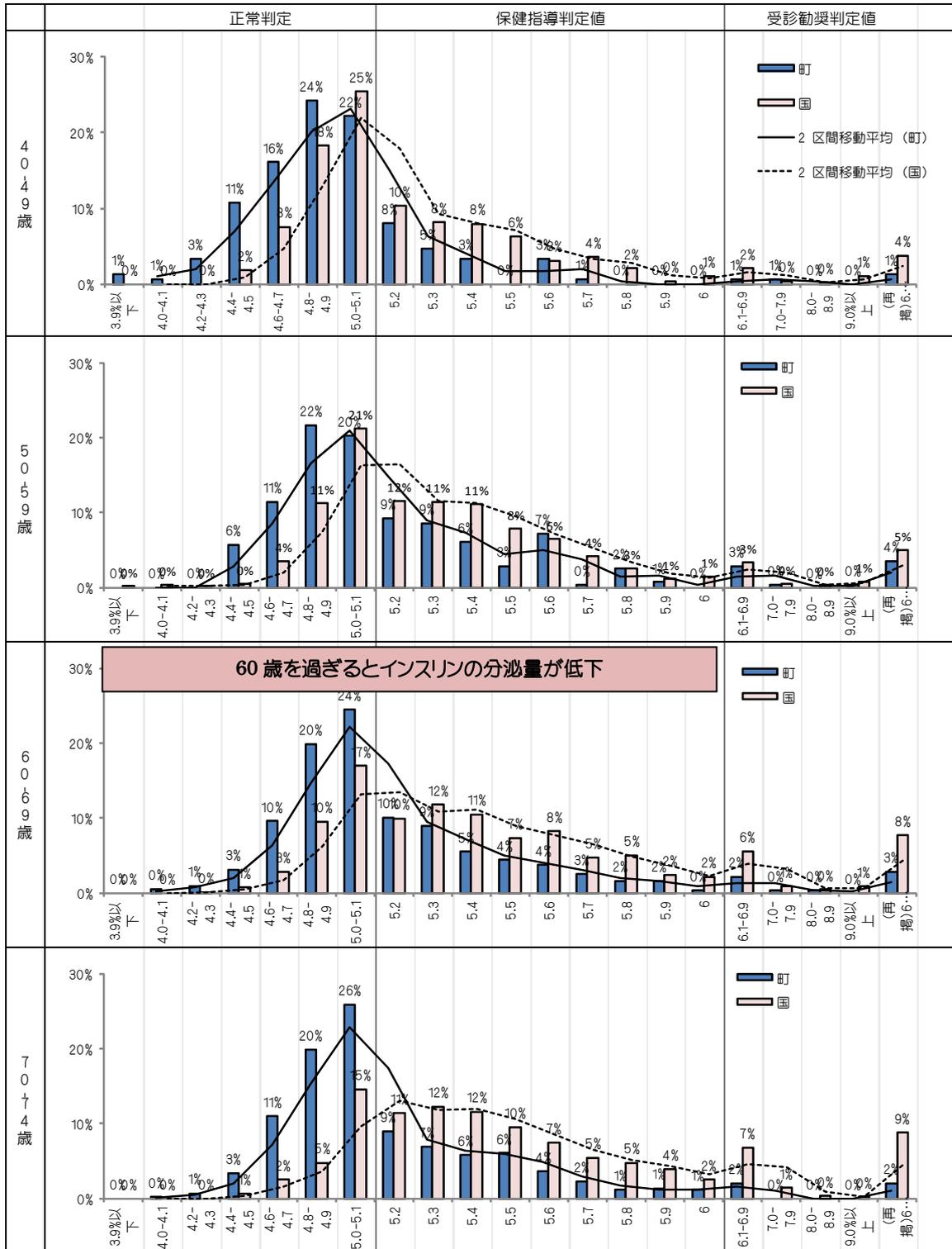
表2 特定健診受診者の HbA1c (JDS) の状況 平成 22 年度 年齢階級別・男女計

			発症予防						重症化予防						【再掲】 8.0以上	
			正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
年代	受診数	HbA1c 検査数	5.2未満		5.2以上 5.6未満		5.6以上 6.1未満		6.1以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上		人	%
	人	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40~49歳	152	152	117	77.0	25	16.4	7	4.6	2	1.3	0	0.0	1	0.7	0	0.0
50~59歳	294	294	166	56.5	77	26.2	33	11.2	6	2.0	6	2.0	3	1.0	3	1.0
60~69歳	694	687	374	54.4	191	27.8	70	10.2	19	2.8	16	2.3	10	1.5	7	1.0
70~74歳	491	491	274	55.8	128	26.1	48	9.8	28	5.7	8	1.6	4	0.8	1	0.2
合計	1,631	1,624	931	57.3	421	25.9	158	9.7	55	3.4	30	1.8	18	1.1	11	0.7
22年度	国の現状															1.2
34年度	国の目標															1.0

(資料) 平成 22 年度 上富良野町特定健診受診者

(表2)年齢階級別のHbA1cの状況から、40歳代から50歳代にかけてHbA1c値5.2%以上の高血糖者が増加しています。この段階(耐糖能異常・境界域)から、心血管疾患の発症に関連することが多くの研究から明らかとなっています。発症予防には、食事療法、運動療法が重要な治療となります。

図5 HbA1c(JDS)の分布(男女計・年齢階級別)[インスリン注射または服薬者除外](平成22年度)



(図5)HbA1c の分布を国民健康・栄養調査の結果でみると、加齢とともに HbA1c 値の分布の山が右に移動しています。60 歳を過ぎるとインスリンの産生量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる糖尿病有病者の増加が懸念されます。

(図6)健診結果で血糖値または HbA1c 値で保健指導判定値に該当となった者を対象に、独自に二次検診を実施しています。

平成 20 年度～23 年度までの 4 年間で 62 人が 75g 糖負荷試験を受け、糖尿病型 8 人、境界型 32 人が発見されました。

臍臓を疲弊させる生活習慣を見直し、インスリンを守るための学習を継続していきます。

幼児期、学童期からの健康実態、食生活の特徴や食に関する価値観などの実態を把握を行い、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取組みが重要になります。

図6 75 グラム糖負荷試験結果(平成 20 年度～23 年度分)

**糖尿病の予防において大切なことは
特定健診項目だけで早期発見できるかどうか**

No.	性別	年代	75グラム糖負荷試験の結果では						
			2 糖尿病型		3 境界型		4 正常型		
			インスリン分泌が少ない	高インスリン状態	インスリン分泌が少ない	高インスリン状態	インスリン分泌が少ない	高インスリン状態	★全て正常
1	男	60	●	○	○				
2	男	60	●	○	○				
3	男	60	●	○	○				
4	男	40	●	○	○				
5	女	50	●	○	○				
6	女	70	●	○	○				
7	男	60	●	○	○				
8	女	50	●	○	○				
9	男	50			○	○	○		
10	女	50			○	○			
11	男	50			○	○	○		
12	女	50			○	○			
13	女	50			○	○			
14	男	50			○	○			
15	男	60			○	○			
16	男	30			○	○	○		
17	女	40			○	○	○		
18	男	40			○	○	○		
19	男	50			○	○	○		
20	男	50			○	○	○		
21	男	50			○	○	○		
22	女	50			○	○			
23	男	50			○	○			
24	男	50			○	○			
25	男	60			○	○			
26	男	60			○	○			
27	女	20			○	○	○		
28	女	50			○	○			
29	男	60			○	○			
30	女	60			○	○	○		
31	女	60			○	○			
32	男	60			○	○			
33	女	70			○	○	○		
34	男	60			○	○	○		
35	男	60			○	○			
36	男	60			○	○	○		
37	男	60			○	○	○		
38	男	60			○	○	○		
39	男	70			○	○			
40	男	60			○	○			
41	男	50					○		
42	男	50					○		
43	女	50					○		
44	男	40					○		
45	男	30					○		
46	男	50					○		
47	女	50					○		
48	男	70					○		
49	男	50					○		
50	男	50					○		
51	男	30					○		
52	男	60					○		
53	男	50					○		
54	男	60					○		
55	男	60					○		
56	男	60					○		
57	女	50					○		
58	男	50					○		
59	男	60					○		
60	男	60					○		
61	女	40					○		
62	男	60					○		

75グラム糖負荷試験の重要視を学会では提起しています

1

健診では

軽度異常

血糖値 HbA1c どちらか

62 人

5

異常が見つかりました ★52人 84%

糖尿病型が発見 8人 13%

境界型が発見 32人 52%

インスリン分泌が少ない 3人 5%

高インスリン状態 9人 15%

Ⅰ 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

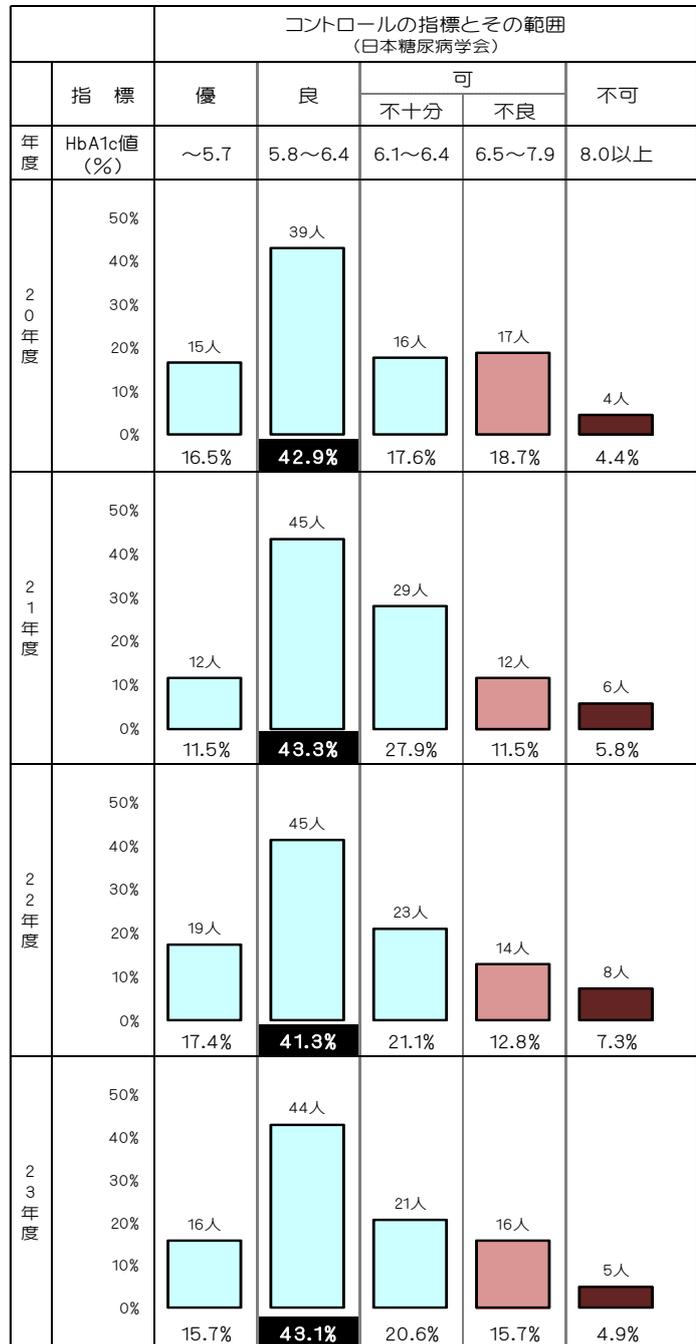
糖尿病の特徴的な症状には、口渇、多飲多尿、体重減少などがありますが、持続する中等度以上の高血糖状態になるまでそれらの症状はあらわれません。そのため、自覚症状がないことを理由に治療を中断し、目に違和感を感じるなど合併症が進行してから受診行動につながる実態もみられます。

また、糖尿病治療の第1段階は、食事療法と運動療法ですが、医師から「まだ薬を飲むほどではない。食事に気をつけてください」と言われると、多くの住民は、治療＝薬、といった意識の傾向が強いため、薬をもらいに定期受診はしても、検査のための定期受診の必要性がわからないまま中断してしまう実態があります。

糖尿病でありながら未治療である者や治療中断者を減少させるために、適切な治療の開始・継続のための、より積極的な保健指導が必要になります。

今後も、医療関係者と、糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。(図7)

図7 糖尿病治療者の血糖値コントロールの状況



(資料) 上富良野町特定健診受診者

図8 治療中断者への保健指導

治療中断者への保健指導

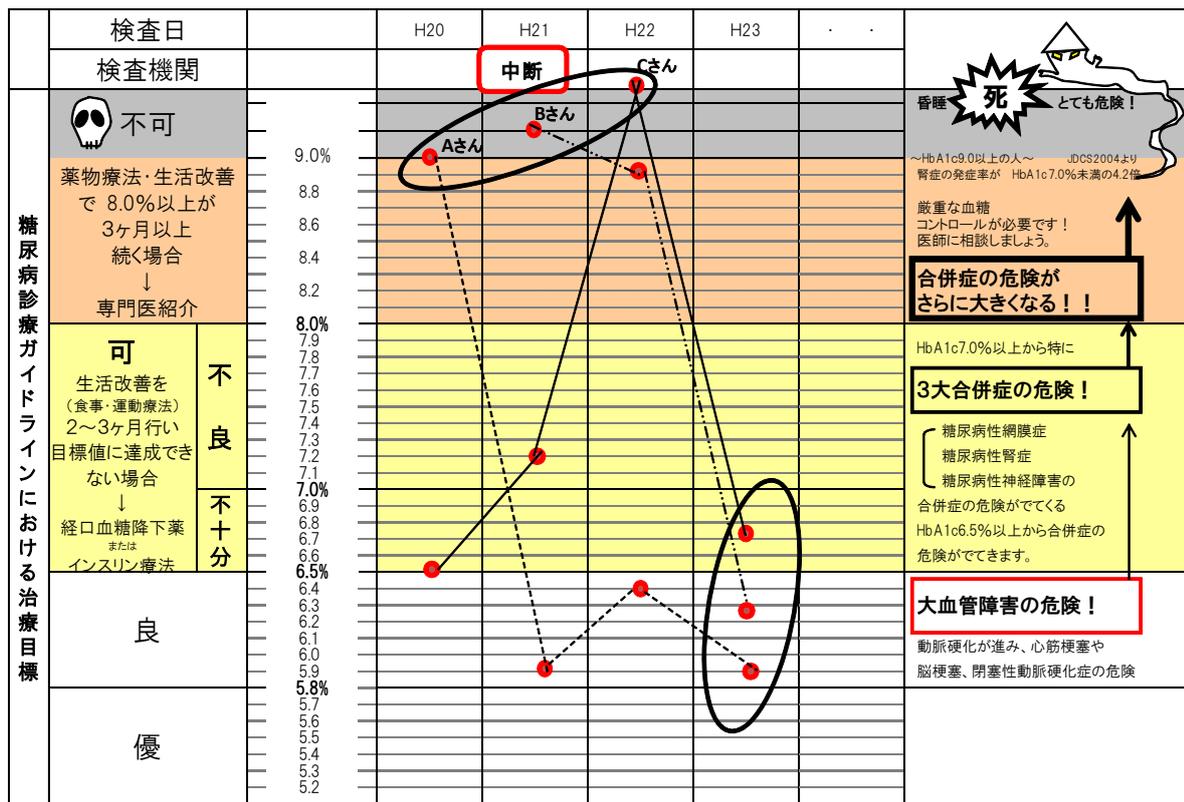
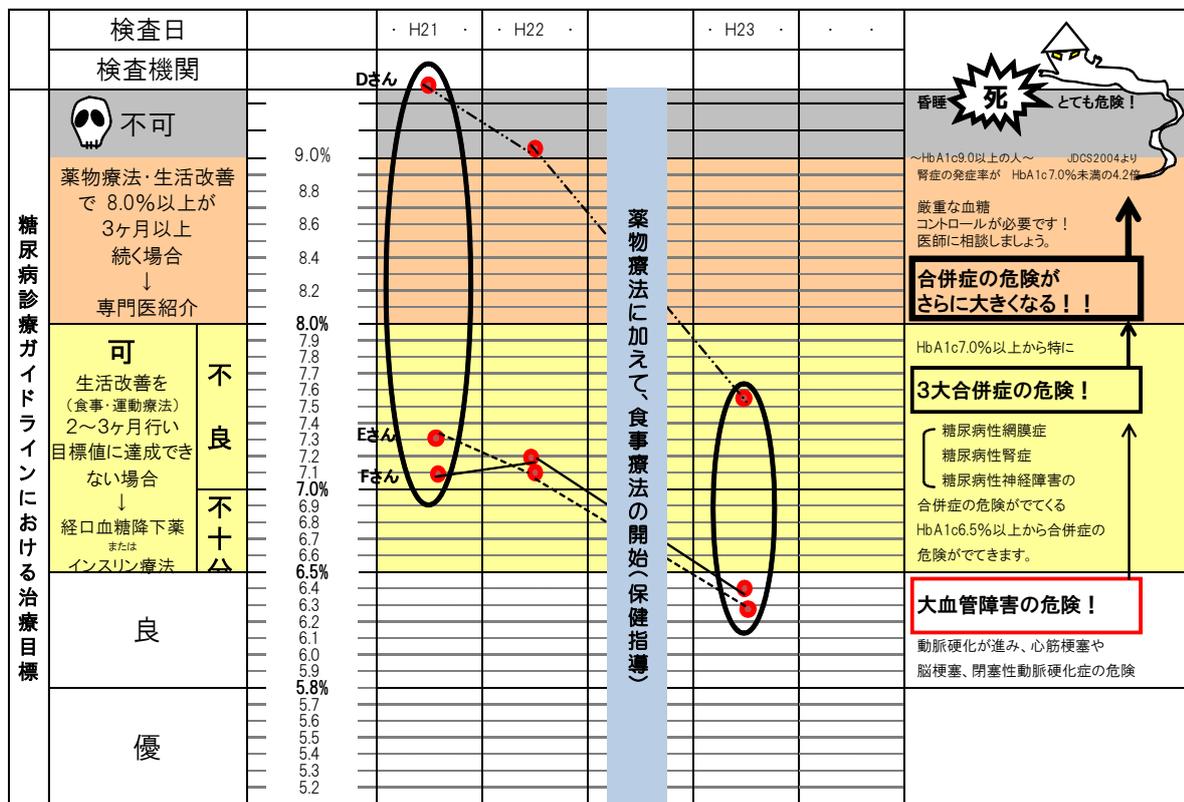


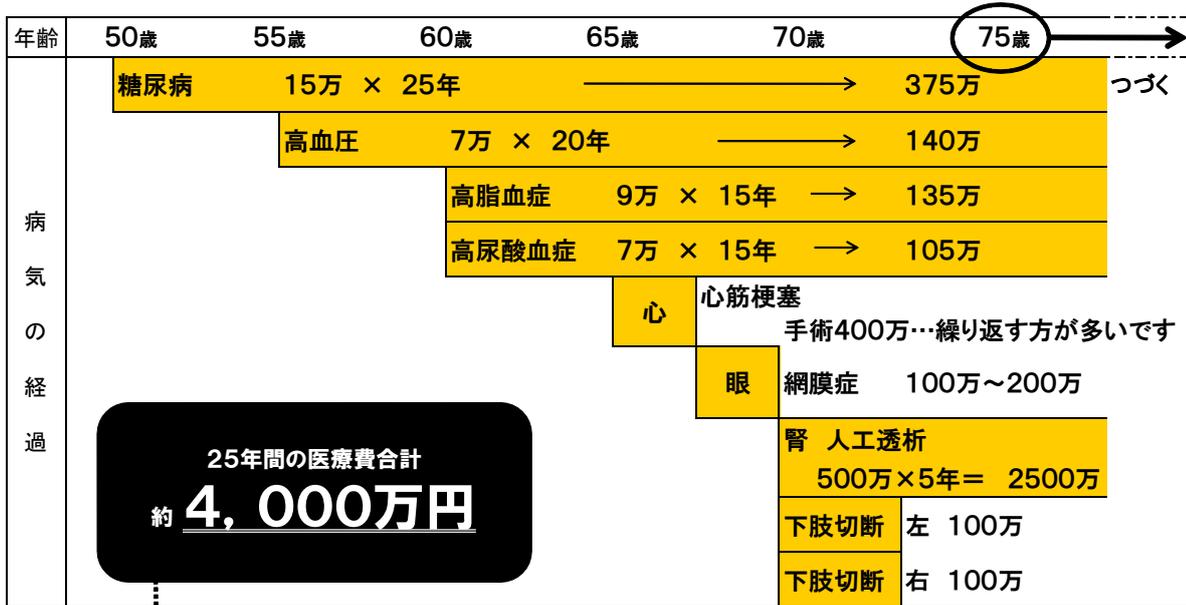
図9 薬物療法継続者への食事療法で血糖値改善

糖尿病治療は食事療法が重要



Bさん(75歳)の場合

→ 平均的に糖尿病は、
一生で**1億円**の医療費がかかります



人工透析が早くから開始された場合…
10年×500万=5000万

※金額は、病状・治療法等により個人差があります。

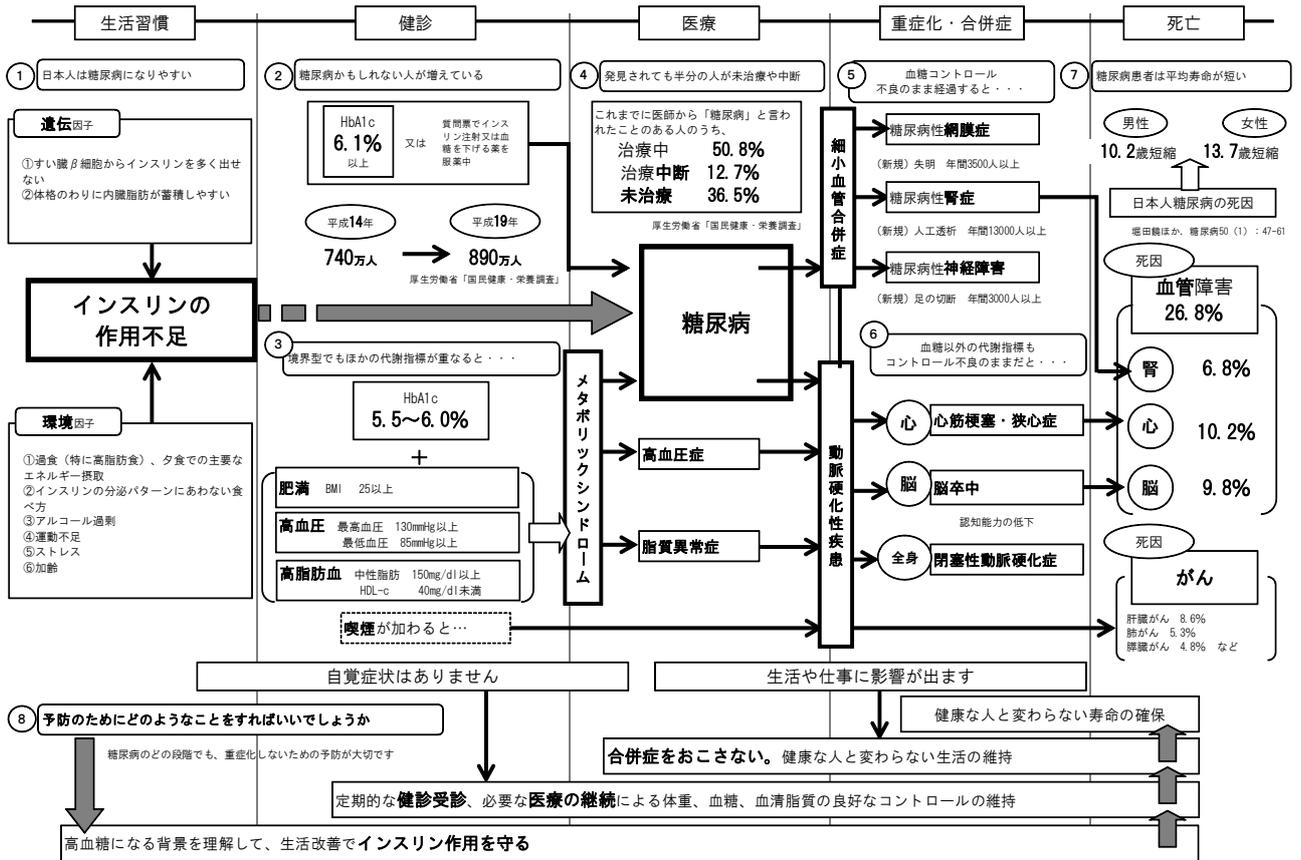
糖尿病の症状をみてもらう診療科は？

生活への影響を考えて
みましょう

番号	① 症状は？	② どこで 診てもらいますか？	③ 生活への影響は？
1	網膜症 (重症になると) 失明	眼 科	車の運転は？ 通院は？ 今の仕事は続けられますか？ お金をあつかう時 - 買い物は？ 集金は？ もし、インスリン注射が必要になったら… * 旅行に出かける時は インスリン注射の道具を持ち歩く 低血糖に備えブドウ糖を携帯 * インフルエンザなどが流行すると、 最も影響を受けやすい病気です
2	腎不全	腎 臓 内 科	
3	人工透析	透 析 科	
4	湿疹、水虫や火傷、足の潰瘍	皮 膚 科	
5	胃腸不快感、下痢や便秘	内科(消化器)	
6	足のしびれや痛みなどの感覚の障害 膀胱炎、残尿 自律神経障害	内科(神 経)	
7	歯肉炎、歯周病	歯 科	
8	不整脈、狭心症、心筋梗塞	内科(循環器)	
9	脳梗塞	脳血管外科	
10	認知症状	精神神経科	
11	足の冷え、脈の喪失など下肢閉塞性動脈硬化症 (重症になると) 下肢切断	血 管 外 科 整 形 外 科	
12	うつ状態	心 療 内 科	
13	カンジタ膣炎	産 婦 人 科	
14	勃起障害(インポテンツ)	泌 尿 器 科	
15	悪性新生物(癌)	放 射 線 科	

なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう？

平成20・21年度徳島県医師会 糖尿病対策推進委員会資料をもとに作成



(4) 対策 (循環器疾患の対策と重なるものは除く)

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- 健康診査結果に基づく住民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
 - 特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、健康教育の実施
- 動脈硬化予防健診 (75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等)
- 医療関係者との連携

4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

（１）はじめに

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道（気管支）や酸素の交換を行う肺（肺胞）などに障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで、息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。

かつて、慢性気管支炎（咳や痰の症状が長期間にわたり続く状態）や肺気腫（炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態）と言われていた疾患が含まれます。

COPD の 90%以上に長期間にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」「タバコ肺」ともいわれています。

（２）基本的な考え方

COPD の原因の 90%はタバコ煙であり、喫煙者の約 20%が COPD を発症するとされます。COPD の発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高いとされています。

また、COPD は「肺の炎症性疾患」と位置付けられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患が多く、COPD の抑制はこれらの疾患の低減効果も期待されています。

COPD という疾患は、国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから、十分に認知されていません。そのため、COPD という疾患の認知率を高めていく必要があります。

（３）現状と目標

ア 発症予防

COPD の最大の発症リスクである喫煙に関する実態について、上富良野町国民健康保険特定健診受診者の喫煙率推移でみると、男女ともに年々低下し、国の喫煙率に比べ低くなっています。（図1）

また、町内のタバコ販売本数は年々激減し、平成8年度から平成 23 年度を比較すると約 50%以上減少しています。（図2）

イ 重症化予防

COPD の早期発見に有効な肺がん検診では、平成 19 年度から平成 23 年度までの5年間に 23 人が（精密検査の結果）COPD（疑いを含む）と診断を受けています。23 人中、問診票の記録が残っていた 19 人全員に喫煙習慣がありました。（図3）

また医療機関からの事後指示については、23 人中、4人（17.4%）が直ちに治療、6人（26.1%）が経過観察、13 人（56.5%）については定期検診と、多くの場合、薬物療法の治療対象にはならず、禁煙による進行予防が主になります。

上富良野町は、肺がん検診受診率が 70%以上と高いことが、早期発見、重症化予防につながっていると推測されます。ただし一度、COPD（疑いを含む）と診断を受けても、その後、確実に禁煙継続が守られているか把握が十分されていないことは、重症化予防の視点から重要です。

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

図1 喫煙率の推移

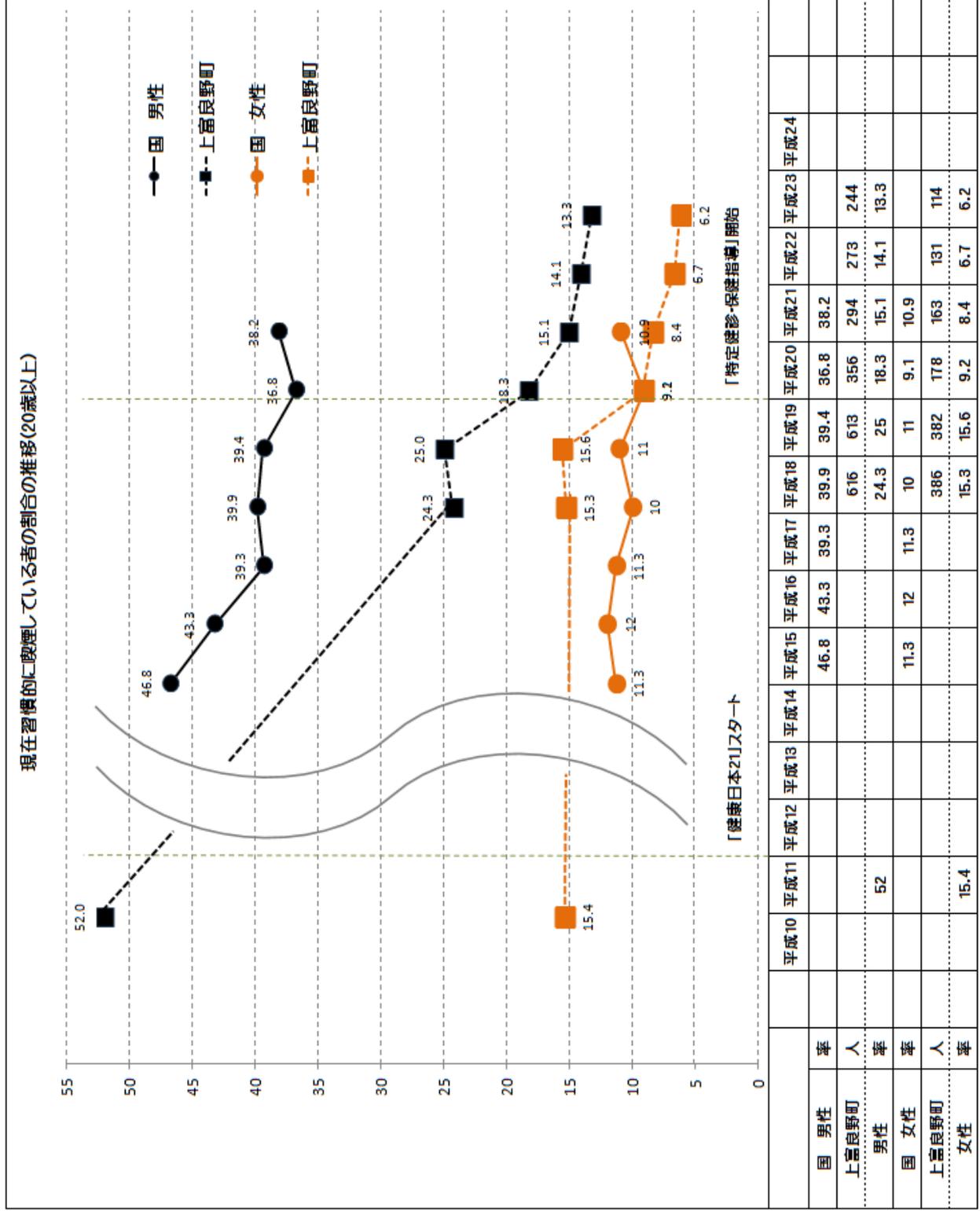
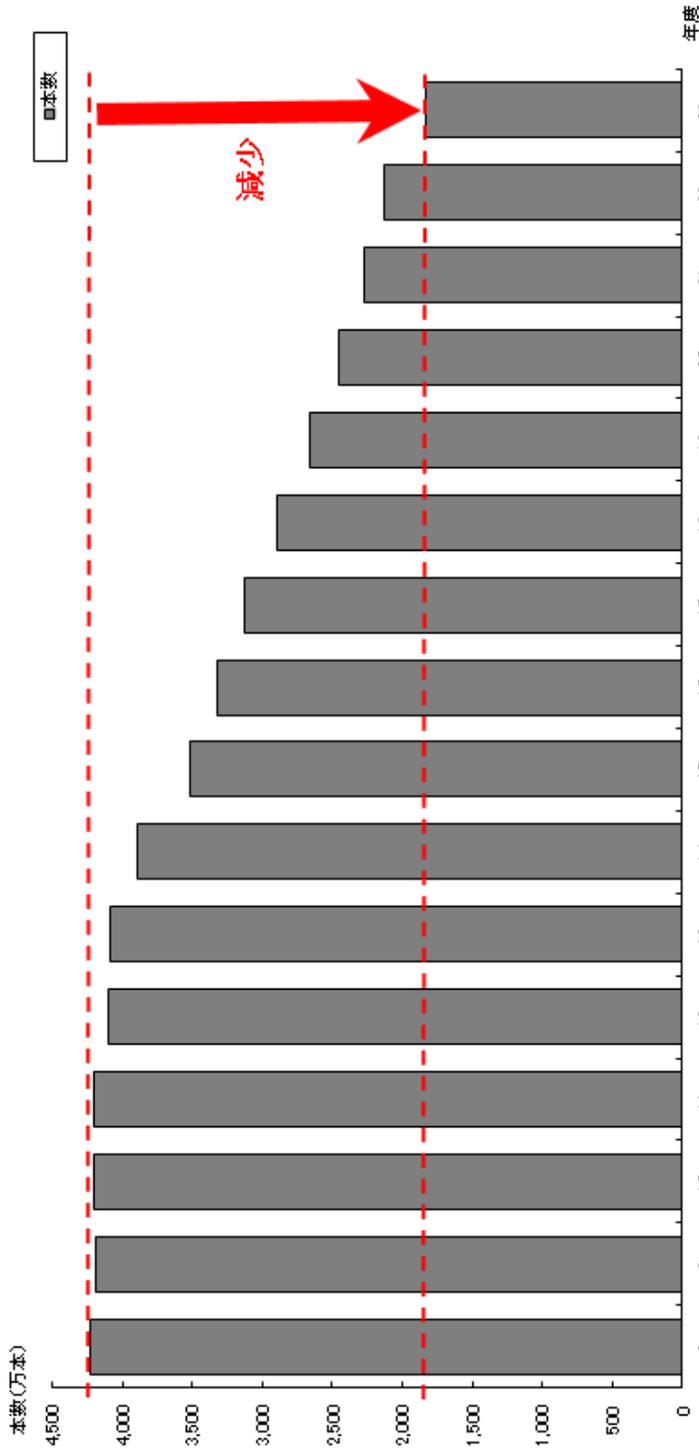


図2 上富良野町のタバコ販売本数推移



年次	国	町
88	たばこに 関する ガイド ラインの 実施	
90	WHOと 神戸国 際会議 開催	
92	健康日本 21 策定	
93	喫煙と健康 問題に 関する 検討会 設置	
94	今後のたばこ 対策の 基本的な 考え方 の策定	健康力 みんらの 21 計画策定
95	健康増進法	国民 健康 調査 と 学 習 の 推 進 の た ば こ に 関 する 計 画
96	広告規制 強化	健康 力 み ん ら の 2 1 計 画 策 定
97	たばこ パッケージ の注 意文 書改 正	国保 ヘル スア ップ 事 業
98	禁煙が 治療 への 基本 療法 とし ての 適用	国保 ヘル スア ップ 事 業
99		国保 ヘル スア ップ 事 業
00	TASPO 全国 導入	特定 健診 ・保 健指 導
01		
02		
03		

たばこに関する対策

～禁煙の効果～

短期	20分後	血圧が、最後のたばこを吸う前に近いレベルに戻る。 手足の温度が正常に戻る。
	8時間後	血中の一酸化炭素レベルが正常に戻る。
	24時間後	心臓発作の確率が減る。
	3ヶ月以内	循環器系が改善し、肺機能が30%程度増加する。
中期	1-9ヶ月以内	咳、鼻閉、疲労、風切れが減少。 睫毛(小さな毛のようなもので肺の外へと粘液を動かす)が、肺で正常機能を回復し、粘液を動かす。肺をきれいにし、感染を減らす効果が期待される。
	1年後	冠状動脈(心臓)疾患の過剰リスクが、喫煙者の半分になる。
	5年後	脳卒中のリスクが、非喫煙者のレベルまで下がる。
長期	10年後	肺がんの死亡率が、吸い続ける方の約半分になる。 口腔、喉頭、食道、膀胱、腎臓、膵臓がんのリスクが減る。
	15年後	冠状動脈疾患のリスクが非喫煙者のレベルまで下がる。

(米国対がん協会O&Aから)

図3 上富良野町の COPD に関する実態

発症予防

喫煙率の実態 (平成 21 年度国民健康保険特定健診問診票)

	国	町
男性	38.2%	15.1%
女性	10.9%	8.4%

肺がん検診の実態 (平成 19~23 年度肺がん検診)

	受診者数	精密検査対象者数	
			COPD と診断された方
男性	5,155 人	195 人	23 人
女性	8,515 人	180 人	0 人

町の検診事後で COPD と診断を受けた 23 人の実態

No.	性別	年代	発症リスクである喫煙状況					事後指示	精検後の喫煙状況
			喫煙歴	本数	年数	喫煙指数	喫煙量		
1	男	60	有	60	43	2580	129	通院	禁煙
2	男	50	有	40	35	1400	70	通院	禁煙
3	男	70	有	20	50	1000	50	経過観察	禁煙
4	男	60	有	20	46	920	46		禁煙
5	男	60	有	20	41	820	41		
6	男	70	有	20	54	1080	54		
7	男	80	有	15	63	945	48		
8	男	50	有	25	30	750	38		
9	男	70	有	15	40	600	30		禁煙
10	男	70	有	10	53	530	27	経過観察	
11	男	90	過去有	60	57	3420	17	経過観察	—
12	男	70	過去有	60	40	2400	120		—
13	男	60	過去有	30	40	1200	60	通院	—
14	男	60	過去有	30	44	1320	66		—
15	男	60	過去有	30	40	1200	60	経過観察	—
16	男	70	過去有	30	34	1020	51		—
17	男	70	過去有	20	48	960	48	通院	—
18	男	50	過去有	30	30	900	45	経過観察	—
19	男	60	過去有	10	48	480	24		—
20	男	70	不明	—	—	—	—		—
21	男	80	不明	—	—	—	—	経過観察	—
22	男	70	不明	—	—	—	—		—
23	男	70	不明	—	—	—	—		—

※喫煙指数=たばこ本数/1日×喫煙年数

※喫煙量=たばこ箱数/1日×喫煙年数

喫煙量が多いほど COPD のリスクは高まります

呼吸器機能障害者の実態

	他	COPD
男性	2人	3人
女性	2人	1人
合計	4人	4人

※4人全員町の検診履歴なし

COPD による死亡の実態 (平成 19 年から平成 23 年度死亡実態)

男性 2人 / 全死亡者 561人

※町の検診履歴なし

重症化予防

(4) 対策

ア COPD の認知度の向上

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

イ たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

ウ 禁煙支援の推進

- ・上富良野町国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

5 次世代の健康

(1) はじめに

生涯を通じすこやかに心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、次世代の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進してゆくことができます。また子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代をはぐくむという循環においても子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

上富良野町では上富良野次世代育成支援行動計画の目標である「子どもや親も誰もが健やかに育つ町づくり」に基づき、平成 17 年に「健やか親子かみふらの 21」計画を策定し、取り組みを開始してきたところです。今回、健康かみふらの 21 計画の対象が乳幼児期からライフステージに応じた全町民であることから、これから父母になる思春期世代から胎生期(妊娠期)を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置付けます。

(2) 基本的な考え方

ア 生活習慣病予防

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議(2008 年)も提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

イ 生活習慣の確立

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、子どもの体重(全出生数中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合)や生活習慣(朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合、食事を一人で食べる子どもの割合)、う蝕有病状況、運動やスポーツ習慣などで確認ができます。

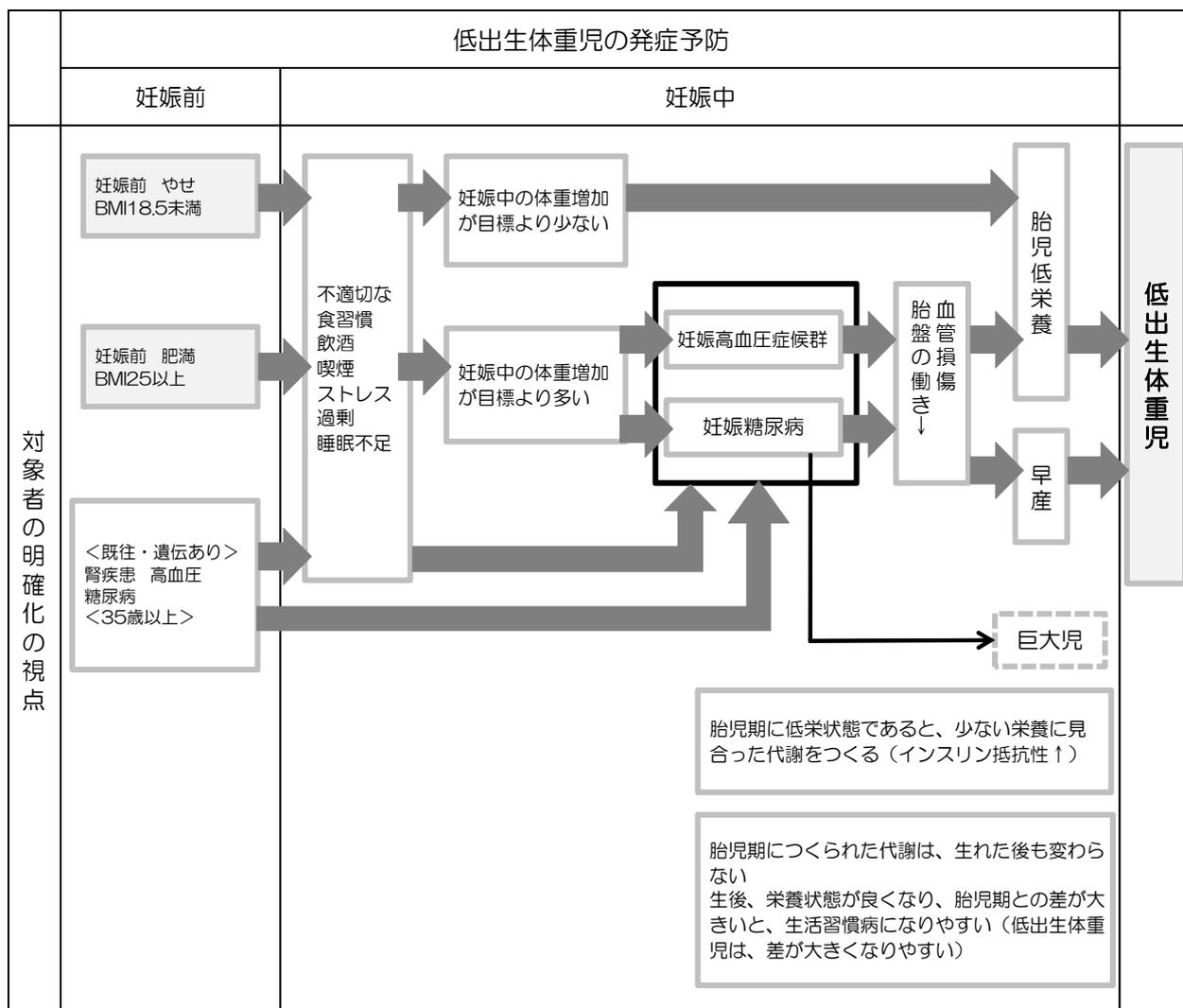
また子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持(20 歳代の女性のやせ、肥満の減少)や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

(3) 現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

図1 低出生体重児の予防の流れ



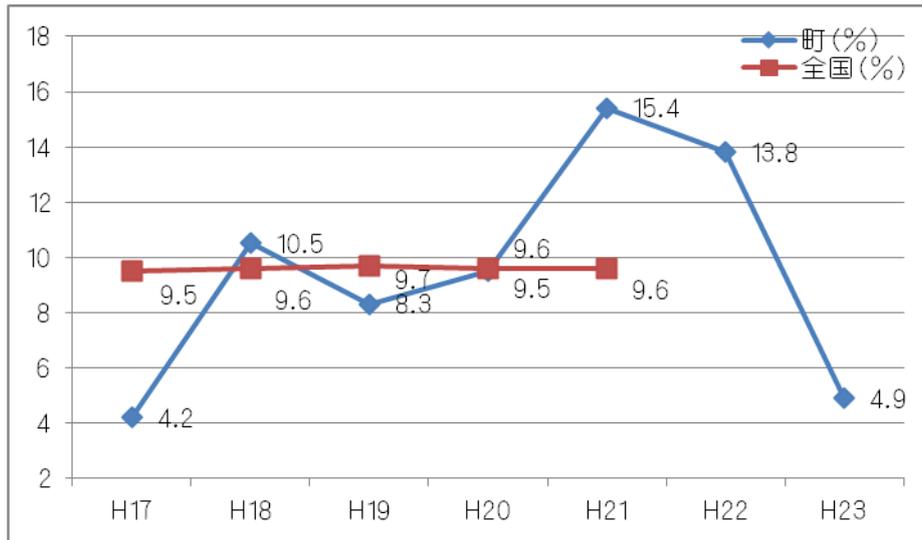
低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで俊約遺伝子によって作られた体(体質)と、生まれてからの環境(過剰な栄養摂取など)が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

妊娠期から適切な生活習慣で自分のからだに合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの異常を予防することは、低体重児の予防につながります。(図1)

上富良野町における低出生体重児の割合は、10%前後を推移して全国より高い状態でしたが、平成 23年度は 4.9%と減少傾向にあります。(図2)

低出生体重児の予防のために、ハイリスクとなる妊娠期の実態をとらえ、妊婦への支援を行うとともに、出生後は生まれた子どもの将来の生活習慣病予防についての支援が必要と考えます。

図2 上富良野町の低出生体重児の推移



① 出生週数と胎児の発育

低出生体重児の子の出生週数をみると、正期産にもかかわらず低体重であった子が 64.9%でした。この子たちは胎内において何らかの要因で十分発育が出来なかったと考えられます。妊婦の背景をみていく必要があります。(表1)

表1 低出生体重児、発育不全児の出生週数

		人数	正期産		早産		(再掲)早産の内訳		
			37週以上		37週未満		31週未満	32-36週	
			人数	割合	人数	割合	人数	人数	
出生 (H21年4月以降)		361	342	94.7%	19	5.3%	2	17	
(再掲) 出生体重	出生体重2500g未満	37	24	64.9%	13	35.1%	2	11	
	2500g未満の内訳	1000-1499g	1	0	0.0%	1	100.0%	1	0
		1500-1999g	5	0	0.0%	5	100.0%	1	4
		2000-2499g	31	24	77.4%	7	22.6%	0	7
胎児(再掲)発育)	SFD児/LFD児 (出生時の身長体重が在胎週数の標準の10%未満の発育不全)	26	24	8.3%	2	92.3%	0	2	

② 母の妊娠前の体格と出生児の体重

体格がやせ (BMI18.5 未満)の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと言われています。やせの割合は 12.8%と全国 (19.6%)より低い状態です。

低出生体重児を出産した母の体格をみると、やせの割合が多くなっています。低出生体重児の予防のために、やせの妊婦に対して胎児が発育できる環境を整えられる支援が必要です。(表2)

また、体格が肥満の妊婦については、妊娠高血圧症候群などのリスクが高く、発症すると胎児の発育に影響するため、予防が重要です。肥満妊婦の割合は 12.8%と全国 (8.3%)より高い状態です。

表2 妊娠前の体格と児の出生体重

		妊娠前の体格(BMI)					
		やせ		適正体重		肥満	
		18.5未満		18.5～25未満		25以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
上富良野町 (平成21年以降出産の母359人)		46	12.8%	267	74.4%	46	12.8%
全国 (平成22年乳幼児身体発育調査)			19.6%		72.0%		8.3%
(再掲)	低出生体重児	9	25%	22	61%	5	14%
	正常・巨大児	37	11%	245	76%	41	13%

③ 母の妊娠中の体重増加量

胎児が発育するためには、妊娠前の体格(BMI)に合った目標体重増加量に、母が体重を増やす必要があります。母の妊娠中の体重増加量の状況を見ると、目標体重より少なかった人は15.8%でした。特に妊娠前に体格がやせの母をみると26.8%が目標体重より少なく、体重が増えていませんでした。(表3)

体重が増えない背景には、食事が1日2食であったり、食事内容がご飯など糖質中心で偏りがあるなど、妊娠期に必要な栄養が摂れていない実態がみえてきました。

妊婦の食についてさらに実態把握し、妊婦が自分のからだに合った体重増加について理解して必要な栄養をとり体重を増加していくための支援が必要です。

表3 妊娠中の体重増加量と妊娠前の体格

妊娠前のBMI		(参考値) 目標体重 増加量	目標体重より 少ない		目標体重 以内		目標体重より 多い		合計 (人)
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
出生 310人 (H21年以降生まれでデータのある者)			49	15.8%	155	50.0%	106	34.2%	310
再掲	やせ BMI18.5未満	9～12kg	11	26.8%	18	43.9%	12	29.3%	41
	適正 体重 BMI18.5～25未満	7～12kg	27	11.9%	125	54.8%	76	33.3%	228
	肥満 BMI25以上	6～8kg	11	26.8%	12	29.3%	18	43.9%	41
再掲	低出生体重児の母		11	36.7%	13	43.3%	6	20.0%	30

④ 妊婦健康診査の結果

妊娠高血圧症候群は、胎盤から胎児への血流が悪くなり胎児の発育が障害される危険が高くなります。低出生体重児の母の状況をみると、10.8%に妊娠高血圧症候群がみられ、全出生児の割合(4.4%)より高くなっていました。妊娠高血圧症候群を予防することは低出生体重児の予防にとって重要です。

また、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した母は、将来の生活習慣病の発症リスクが高いと言われています。このような母にとって妊娠で増加した体重が出産後も戻らず肥満となることは、40歳代以降に生活習慣病を発症する危険がさらに高くなります。リスクの高い母に対して、体重を戻すなどの生活習慣改善への働きかけと、健康診査を勧奨しからだの状態を確認することは、生活習慣病の発症予防のために重要です。(表4)

表4 妊婦健診の結果

		妊娠高血圧症候群		妊娠糖尿病	
		(疑い含む)		尿糖2+、血糖異常など 疑い含む	
出生 362人 (H21年以降、データない人含む)		16	4.4%	52	14.4%
再掲	低出生体重児37人	4	10.8%	4	10.8%

⑤ 生活習慣(飲酒・喫煙)の状況

妊娠中の喫煙、飲酒は胎児発育不全の危険因子と言われています。

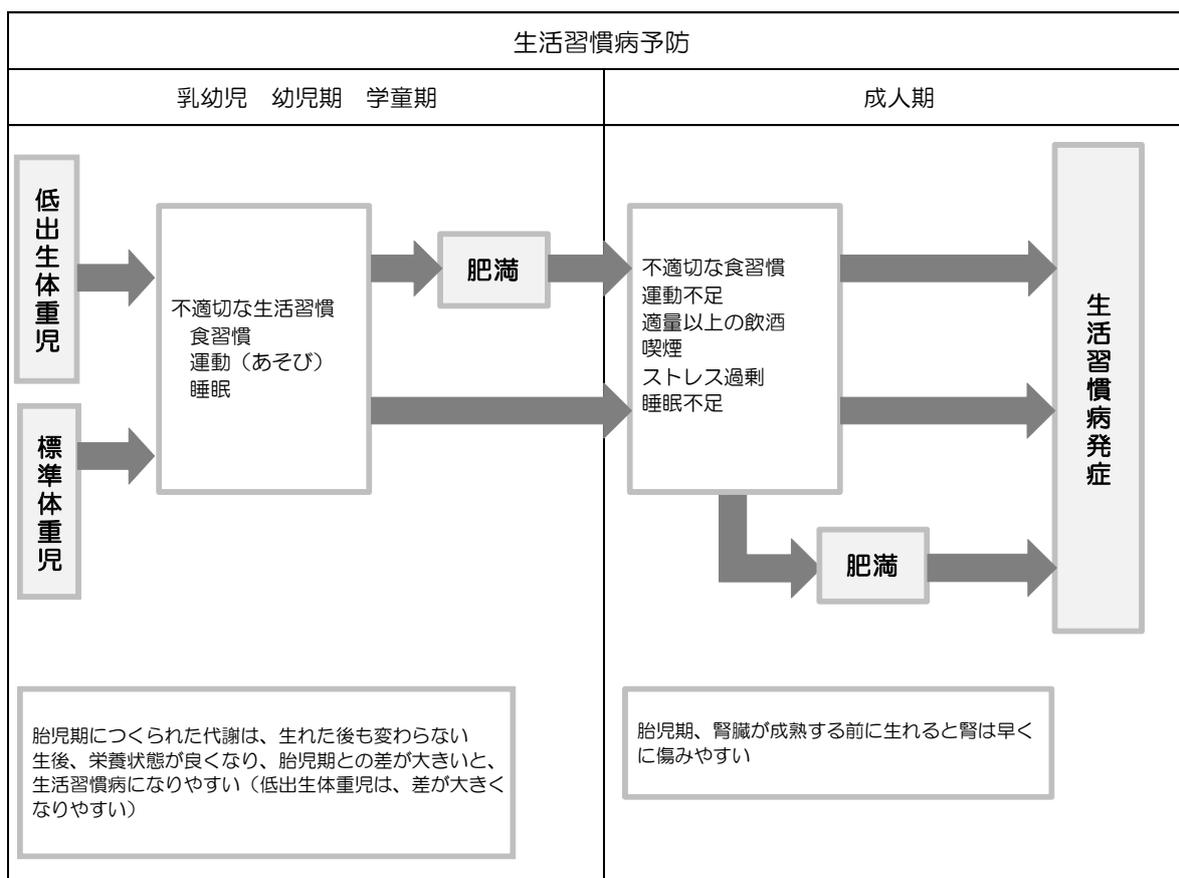
全国と比較してさほど高くありませんが、生活習慣改善のために胎児への影響について妊婦に伝えていく必要があります。(表5)

表5 飲酒・喫煙の状況

	上富良野 (平成 21 年以降出生 データのある者)	全国 (平成 22 年乳幼児身体発育調査)
飲 酒	4.6%	8.7%
喫 煙	5.6%	5.0%

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

図3 出生から生活習慣病予防の流れ



① 乳幼児期の肥満

子どもの肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になる確率が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

特に低出生体重児の場合は将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し15%以上、学童では同じく20%以上の体重の場合をいいます。

上富良野町では出生後、新生児訪問、乳幼児健康診査・相談、就学時健康診断健康相談などの保健事業を通じ子どもの発育に関する相談を行い、乳幼児期における適正体重の維持、肥満の子の割合の減少、月齢に応じた適切な生活習慣の確立を目指しています。

本来幼児期の体脂肪率は少なく、5歳～7歳に見られるアディポシティ・リバウンド（注1）が3歳などの早期に現れると、成人期の肥満へ移行しやすいといわれています。

しかし、平成23年度に行った1歳6か月児健康診査で5.3%、3歳児健康診査で5.5%、就学時健康診断健康相談で5.5%の子に、小児肥満の状態がみられました。（表6）

表6 平成 23 年度 1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査・就学時健康診断結果

平成 23 年度健康診査等結果		肥 満		適正体重		や せ	
		15%以上		-14.9~14.9%		-15%以下	
	総数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	94 人	5 人	5.3	88 人	93.6	1 人	1.1
3歳児健康診査	110 人	6 人	5.5	102 人	92.7	2 人	1.8
就学時健康診断	91 人	5 人	5.5	80 人	88.0	6 人	6.6



表7 肥満度 15%以上の1歳6か月児・3歳児(出生からの体格の変化)

年齢	性	子どもの体格				出生時			母の妊娠前・妊娠中の状態		
		3歳児 肥満度 15%以上	1歳6か月	10ヶ月	7か月	4か月	出生体重	在胎週数	胎児の発育	妊娠前BMI	母の妊娠中の状態
1歳6 か月	女		19	19.6	20	18.4	3,200	40週		19	蛋白尿
	女		18	18.8	20	18.7	3,300	38週		27	妊娠中毒症
	男		17	18.9	21.2	20.7	3,400	39週			
	女		17	16.3	17.8	17.7	2,800	37週		23	
	男		15	18.5	17.6	18	3,100	37週		26	胆石
3歳児	男	24	32	22.2	26.4	17.4	3,600	38週	HFD	29	体重増加で注意
	女	15	10	16.8	16.7	16.6	2,400	37週			妊娠高血圧
	女	15	6	18	18.1	18	2,700	40週		33	切迫早産
	男	17.5	24	21	20.5	18.7	2,900	38週			
	女	18	23	18.9	19.3	21.2	3,000	38週		21	
	男	18	17	19.6	19	20.2	3,500	41週		34	妊娠高血圧

(注1) アディポシティ・リバウンド

乳児期を過ぎ、下降傾向にある BMI や体脂肪率が再び上昇に転じること。通常7歳頃に現れるが、早期(特に3歳未満など)に起こると成人肥満、内臓脂肪症候群に移行することが多いとされる。

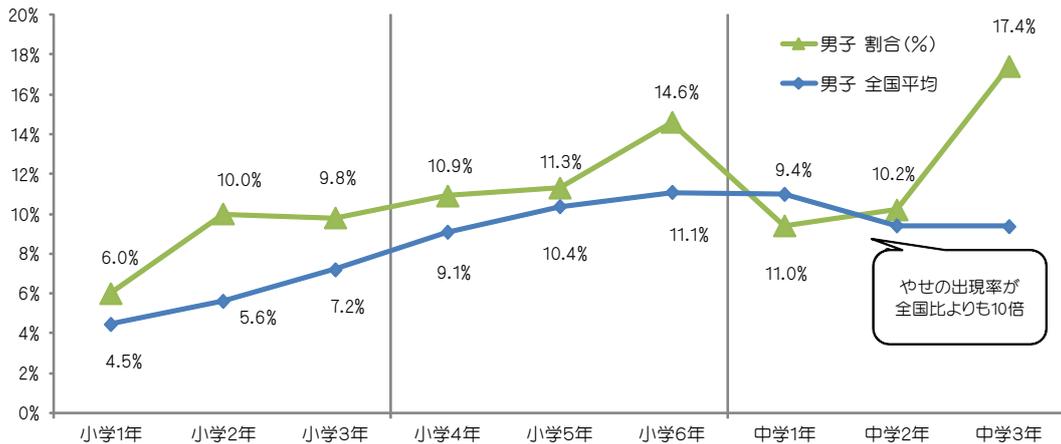
② 学童の状況

上富良野町内の小学1年生から中学3年生までの身体計測結果から肥満とやせの状況は、小学生の10.4%及び中学生の10.8%が肥満であり、全国平均より高く、肥満度でも肥満度30%以上50%未満の中等度肥満が46人、肥満度50%以上の高度肥満が10人います。

また、次世代の身体作りとして重要なやせの課題も大きく、小学生7.7%、中学生11.1%となっています。

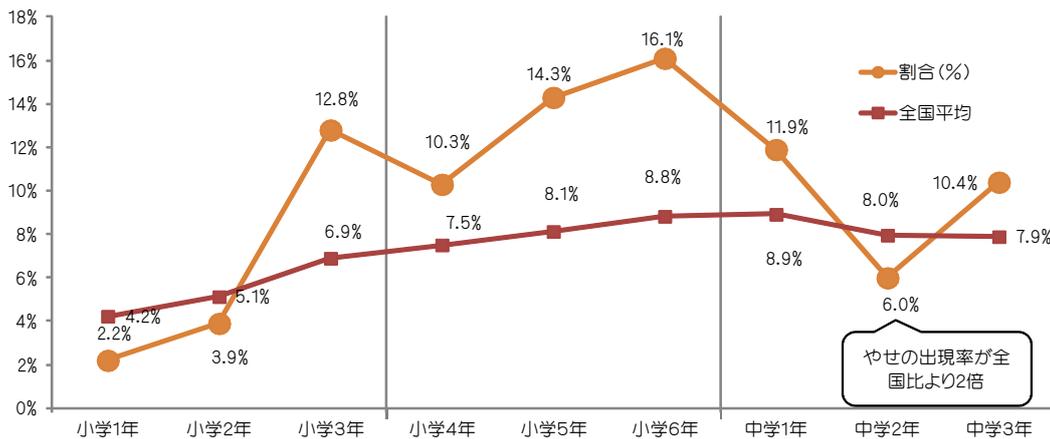
(図4、表8)

図4 上富良野町小学生・中学生の肥満出現率 平成24年



		小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年	中学1年	中学2年	中学3年
男子	受診者数	50	50	61	55	53	48	53	49	46
	人数	3	5	6	6	6	7	5	5	8
	割合 (%)	6.0%	10.0%	9.8%	10.9%	11.3%	14.6%	9.4%	10.2%	17.4%
	全国平均	4.5%	5.6%	7.2%	9.1%	10.4%	11.1%	11.0%	9.4%	9.4%

平成24年町内小・中学校における身体計測結果より肥満度20%以上で計算



		小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年	中学1年	中学2年	中学3年
女子	受診者数	46	51	47	58	56	62	59	50	48
	人数	1	2	6	6	8	10	7	3	5
	割合 (%)	2.2%	3.9%	12.8%	10.3%	14.3%	16.1%	11.9%	6.0%	10.4%
	全国平均	4.2%	5.1%	6.9%	7.5%	8.1%	8.8%	8.9%	8.0%	7.9%

平成24年町内小・中学校における身体計測結果より肥満度20%以上で計算

表8 平成 24 年 上富良野町小学生・中学生身体計測結果

	年齢	対象数		肥満				全国 (全道)	やせ				全国 (全道)	
		人	率	計	軽度 20%以上 30%未満	中等度 30%以上 50%未満	高度 50%以上		計		軽度 15%以上 20%未満	中等度 20%以上 30%未満		高度 30%以上
									人	率				
男	5													
	6	50	3	6.0	1	2		4.46 (8.23)	1	2.0	1			0.48 (0.18)
	7	50	5	10.0		2	3	5.62 (10.50)	2	4.0	2			0.42 (0.65)
	8	61	6	9.8	1	4	1	7.2 (9.87)	1	1.6	1			0.95 (0.11)
	9	55	6	10.9		6		9.09 (10.36)	2	3.6	2			1.59 (0.66)
	10	53	6	11.3	4	2		10.37 (15.66)	3	5.7	3			2.36 (4.10)
	11	48	7	14.6	2	4	1	11.09 (13.63)	5	10.4	4	1		2.55 (2.57)
	12	53	5	9.4	4	1		10.99 (14.32)	6	11.3	5	1		2.3 (2.92)
	13	49	5	10.2	3	2		9.41 (12.89)	5	10.2	3	2		1.53 (1.94)
	14	46	8	17.4	3	5		9.37 (11.42)	3	6.5	2	1		1.48 (2.10)
	15													
	16													
	17													
	女	5												
6		46	1	2.2	1			4.23 (6.45)	5	10.9	5			0.62 (0.66)
7		51	2	3.9	2			5.13 (7.39)	4	7.8	4			0.53 (0.80)
8		47	6	12.8	4	1	1	6.9 (8.40)	4	8.5	4			0.93 (1.04)
9		58	6	10.3	3	2	1	7.51 (11.65)	7	12.1	5	2		1.5 (1.54)
10		56	8	14.3	4	4		8.13 (10.65)	3	5.4	3			2.61 (2.18)
11		62	10	16.1	4	5	1	8.83 (11.80)	12	19.4	11	1		3.08 (4.80)
12		59	7	11.9	3	3	1	8.92 (11.88)	5	8.5	3	2		3.92 (4.25)
13		50	3	6.0	2		1	7.96 (9.76)	11	22.0	8	3		3.84 (3.46)
14		48	5	10.4	2	3		7.89 (11.08)	4	8.3	3	1		3.09 (3.46)
15														
16														
17														
男		小学生	317	33	10.4	8	20	5		14	4.4	13	1	
	中学生	148	18	12.2	10	8			14	9.5	10	4		
	小計	465	51	11.0	18	28	5		28	6.0	23	5		
女	小学生	320	33	10.3	18	12	3		35	10.9	32	3		
	中学生	157	15	9.6	7	6	2		20	12.7	14	6		
	小計	477	48	10.1	25	18	5		55	11.5	46	9		
男女	小学生	637	66	10.4	26	32	8		49	7.7	45	4		
	中学生	305	33	10.8	17	14	2		34	11.1	24	10		
	合計	942	99	10.5	43	46	10		83	8.8	69	14		

イ 健康的な生活習慣（栄養・食生活・運動）を有する子供の割合の増加

(ア) 小児肥満の実態

就学時健康診断で小児肥満の子の、過去の健診結果を見た所、多くは年齢とともに肥満度が上昇し、特に3歳を過ぎてからの増加が著しい事がわかりました。また、中には乳児期から 30~40%を超える高度の肥満状態の子も見られます。

幼児期に小児肥満がみられた子の生活背景としては食事、運動、睡眠習慣、妊娠中の状態、遺伝子、その他複数の要因が重なって肥満に結びついています(表9)。

要因で多いものとして、「旺盛な食欲」、「過剰なおやつ」、「就寝時間が遅い」、「遺伝子(親が肥満)」などがあげられます。中には「兄姉や祖父母が、幼児に大人と同様の大量のおやつ(お菓子)を与える」、「夜入浴後に親と一緒にアイスを食べる」などもありました。

健康に成長・発達するためには適切な食事(栄養)、運動、生活リズムなどの生活習慣の確立が不可欠で、条件を整えるためには両親を始め、祖父母・兄弟姉妹など家族ぐるみの生活習慣の見直しや改善、協力が重要です。

子どもの生活習慣は関わる大人の影響が大きい事から、個々の要因に対して妊娠中、出生直後から予防的に働きかけ、家族ぐるみ、地域ぐるみで健康的な生活習慣を確立することが乳幼児期の肥満を防ぐ事につながります。

このことから、母の妊娠中、乳児期から、課題を明らかにして、健康的な生活習慣を確立する必要があります。

表9 小児肥満の子の生活背景

	性	栄養			活動量	生活リズム	その他
		摂取量	特徴	エネルギー源	運動	生活習慣	
1歳6カ月	女	摂取量過剰	過剰なおやつ	高脂肪		夜型・短い睡眠	母お菓子が好き
	女	食欲旺盛	過剰なおやつ	母乳	運動の遅れ	少し遅い・ばらつき	祖父母がおやつ
	男			母乳	活発	良好	家にいるとおやつを食べたがる
	女			母乳	運動の遅れ	良好	母高脂肪の食事
	男	不明	過剰なおやつ	混合			
3歳児	男	食欲旺盛	過剰なおやつ	母乳			落ち着きがなくおやつで対応。兄弟で食べる。
	女	偏食		人工乳(多量)		7時半起床21時就寝	落ち着きがなくおやつで対応。
	女			混合	保育所	7時起床21時就寝	ステロイド使用後体重増加
	男	野菜不足	ジュース2杯/日	混合			
	女	食欲旺盛	過剰なおやつ	母乳		21時就寝	
	男	偏食(野菜不足)		人工乳		7時起床21時就寝	1歳6ヵ月でミルク、おやつ過剰

(イ) 学童の実態

上富良野町では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査に加え、平成 23 年度から希望者に対し採血、身体測定等の健康診査と合わせて、平成 24 年には生活習慣の聞き取りを実施しました。(対象:小学5年生・中学2年生 受診数:平成 23 年 11 人、平成 24 年 32 人)

① 朝・昼・夜の3食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

各栄養の基準量を満たして摂取している子どもは少なく、特に、野菜がとれていない状況です。特徴的なことは、好きなものしか食べない、偏食があり、魚より肉を好み、飲み物(牛乳やジュース)だけで満足、糖質や脂質(スナック菓子やチョコレート、菓子パン、唐揚げなど)を過剰に摂るなどバランスが悪いことがわかりました。(図5)

このことは、食育計画の平成 24 調査報告「朝食を主食・主菜・副菜を揃えた食事をとっている」割合が小学生 21.7%、中学生 15.5%という実態と一致しており、高学年になるほど、また、平成 18 年と比較しても減少しています。食習慣にとって重要な生活リズムの実態把握も含め、食育と連動した対策が望まれます。

② 共食の増加(食事を一人で食べる子どもの割合の減少)

家族全員もしくは、家族の誰かと夕食を食べているのは、小学生 90.4%、中学生 61.6%でした。(食育計画平成 24 年調査報告より)

図5 バランス食の基準量を食べている子どもの割合

		50%	75%	100%
1群 不足しがちな栄養素	牛乳・卵	56%		
2群 筋肉や血液をつくる	蛋白質 魚・肉・大豆製品	47% (全体の2割が肉しか食べない)		
3群 体の働きを整える	野菜 きのこ・イモ類・果物	3%		
4群 体温などのエネルギー	炭水化物 糖分(菓子・飲み物)	62% (内、半数が過剰摂取)		

(平成 24 年モデル健診受診者 32 人の実態)

③ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加

運動やスポーツを習慣的にしている子どもは、平成 24 年度モデル健診の結果 56%で、肥満がある子は、運動習慣が無い状況でした。

④ 未成年の飲酒をなくす

未成年者の飲酒が好ましくないのは、未成年者の身体は発達過程にあるために体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいためです。

平成 22 年厚生労働科学研究費による研究班の調査では、中学3年生 男子 10.5%、女子 11.7%・高校3年生 男子 21.7%、女子 19.9%です。(調査前 30 日間に1回でも飲酒した者の割合)

未成年者飲酒禁止法や未成年者に対する飲酒悪影響を踏まえ、未成年者の飲酒を防止することが必要です。

⑤ 未成年者の喫煙をなくす

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことがわかっています。また、家庭や学校等での受動喫煙防止対策も重要です。

平成 22 年厚生労働科学研究費による研究班の調査で、中学1年生 男子 1.6%、女子 0.9%・高校3年生 男子 8.6%、女子 3.8%と、前回の調査より改善傾向が認められています。

⑥ 健康診査結果

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成については、他のライフステージと同様、健康診査データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。今回の血液検査は、38%の子どもに有所見がありました。(高中性脂肪、低 HDL、高コレステロール、肝機能障害、高血糖、高尿酸)中には、すでにメタボリックシンドロームであり、発症予防対象者の子どもが発見されました。

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、ライフステージで健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、世帯で生活習慣病対策に取り組む必要があります。今後は、学校関係者と子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、学童生活習慣病予防健康診査及び保健指導(対象:小学5年生・中学2年生)を実施し、その結果に基づいた教育的アプローチを行うことが重要だと考えます。

表 10 血管変化の予防の視点

血管変化の予防の視点 ～私はどの段階？～ 【小学生・中学生】

上富良野町

項目		単位	1次	2次	3次 (参考)診断基準	科学的根拠	
			予防指標(健康目標) (将来の生活習慣病予防のために)	早期発見、早期治療をする。血 管変化の予防	治療を有する。進行を抑制し、 重症化を防ぐ		
内臓肥満	肥満度	%	20 未満	20~49	50 以上	日本肥満学会肥満症治療ガイドライン(2006) 「児童・生徒の健康診断マニュアル」学校保健会	
	腹囲 ウエスト周囲径	cm	小学生 75 未満 中学生 80 未満	小学生 75 以上 中学生 80 以上 腹囲/身長=0.5以上			
	中性脂肪	mg/dl	120 未満 (※1)	120~149	150 以上	動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2007)	
	HDL コレステロール	mg/dl	40 以上	40 未満			
血管内皮細胞障害	LDL コレステロール	mg/dl	LDL-C以外の主要 危険因子数(※2)	LDL-C目標値 (mg/dl)	LDL-C目標値	140 以上	(※) 小児メタボリック シ ンドロームの診断基準より
			0		160 以上		
			1~2	140 未満	140 以上		
			3以上 または、糖尿病・脳梗塞 閉塞性動脈硬化疾患の 合併	120 未満	120 以上		
			冠動脈疾患の既往あり	100 未満	100 以上		
血圧	収縮期	mmHg	7~9歳 125 未満 (※1)	7~9歳 125~129 10~12歳 } 125~134 中学生女子 } 中学生男子 125~139	7~9歳 130 以上 10~12歳 } 135 以上 中学生女子 } 中学生男子 140 以上	高血圧治療ガイドライン (2009) [予防指標は、 正常高値以下とした]	
			拡張期	mmHg	小学生 } 70~79 中学生女子 } 中学生男子 70~84		小学生 } 80 以上 中学生女子 } 中学生男子 85 以上
	尿酸	mg/dl			小学生 4.4 未満 中学生 5.1 未満		小学生 4.4~7.0 中学生 5.1~7.0
インスリン抵抗性	空腹時	mg/dl	100 未満	100~125	126 以上	糖尿病診療ガイドライン (2010)	
	HbA1c	%	5.2 未満	5.2~6.0	6.1 以上		
	尿糖		(-)	(+)			
	AST(GOT)	U/l	31 未満	31~60	61以上	日本消化器病学会 肝機能 研究班意見書	
	ALT(GPT)	U/l	31 未満	31~60	61以上		
γ-GT(γ-GTP)	U/l	51 未満	51~100	101 以上			
腎臓	クレアチニン	mg/dl	7~9歳 } 0.6 10~12歳女子 } 10~12歳男子 } 0.7 中学生女子 } 中学生男子 0.8未満	0.6 以上 0.7 以上 0.8以上	CKD診療ガイドライン(2009)		
	eGFR	ml/分	小学生 106~160 中学生男子 110~170 中学生女子 104~148	60~105 60~119 60~103		60 未満	
	尿蛋白		(-)	(+)		尿蛋白(2+) 以上 または	
	尿潜血		(-)	(+)		尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)	
危険因子 その他の	ヘマトクリット	%	46 未満	47 以上		脳卒中治療ガイドライン (2009)	
	喫煙		なし	あり			

※2 LDL-C 以外の危険因子

- ① 年齢が男性45歳以上 女性55歳以上
- ② 高血圧(収縮期140以上 拡張期90以上)
- ③ 高血糖
- ④ 喫煙習慣がある
- ⑤ 家族の中で心筋梗塞・狭心症の人がいる
- ⑥ 低HDLコレステロール(40未満)

表 11 ライフサイクルにおける健診と健診内容

健康増進法に基づく、ライフサイクルで考える生活習慣病予防～計画化のための健診と健診内容

ライフサイクル	0歳		3歳		7歳		20歳		40歳～74歳		75歳		
	妊娠	出生	家庭	保育所・幼稚園	小学校	中学校			職場 家庭				
法的根拠	母子保健法					学校保健安全法			労働安全衛生法		後期 高齢		
											高齢者の医療の確保に関する法律		
	項目	妊娠届出	妊婦健診 相談	新生児 訪問	乳幼児健 診・相談	1歳6ヶ月 健診	3歳児健診	就学児 健診	学童健診 小学5年生	学童健診 中学生	若年者健診	特定健診等	後期 高齢 者健
「自らの健康状態を自覚し、健康増進に取り組む」ために	身長	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	肥満度	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●
	腹囲径								●	●	●	●	●
	収縮期血圧		●						●	●	●	●	●
	拡張期血圧		●						●	●	●	●	●
	空腹時血糖		●						●	●	●	●	●
	随時血糖										●	●	●
	HbA1c								●	●	●	●	●
	中性脂肪								●	●	●	●	●
	HDLコレステロール								●	●	●	●	●
	LDLコレステロール								●	●	●	●	●
	GOT								●	●	●	●	●
	GPT								●	●	●	●	●
	γ-GTP								●	●	●	●	●
	血清アルブミン								●	●	●	●	●
	尿酸								●	●	●	●	●
	血清クレアチニン								●	●	●	●	●
	尿糖		●						●	●	●	●	●
	尿蛋白		●						●	●	●	●	●
尿潜血		●						●	●	●	●	●	
赤血球											●		
血色素		●									●		
ヘマトクリット		●									●		
心電図検査											●		
眼底検査											●		
子宮がん検診		●								●	●	●	
胃がん検診											●	●	
大腸検査											●	●	
乳がん検診											●	●	
肺がん・結核検診											●	●	
歯本数					●	●	●	●	●				
う歯本数					●	●	●	●	●				
遺伝歴	●									●	●	●	●
既往歴	●							●	●	●	●	●	●
現病歴	●							●	●	●	●	●	●
20歳代体重	●							●	●	●	●	●	●
妊娠高血圧症候群の有無	●							●	●	●	●	●	●
生活リズム	●		●	●	●	●	●	●	●				
食の実態	●		●	●	●	●	●	●	●				
喫煙	●							●	●	●	●	●	●
飲酒	●							●	●	●	●	●	●

(4) 対策

ア 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取組みの推進

- 妊産婦～妊婦健診の実施、実態把握に基づいた学習の推進
若年者健診の受診勧奨
- 肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施
- 学童生活習慣病予防健診結果に基づいた個別の保健指導、健康学習

イ 健康な生活習慣の確立のための取組みの推進

- 妊産婦～妊産婦相談において自分のからだに合わせた生活習慣(食事など)の学習の推進
飲酒、喫煙の実態把握を母子手帳交付時、妊婦相談等を通して行い、禁酒・禁煙学習の推進
- 乳幼児～各種健診をや相談を通じ、適正体重の維持のために栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習
- 小中学生を対象とした学童生活習慣病予防健診の実施(小学5年生・中学2年生)
- 小中学校と課題の共有
- 食育の推進
- 保健所が実施する未成年者の飲酒、喫煙の実態把握や禁酒、禁煙予防活動を推進

第3節 生活習慣の改善

1 栄養・食生活

(1) はじめに

厚生労働省がおこなっている国民健康・栄養調査で、平成22年は脂質エネルギー比25.2%、炭水化物エネルギー比60.0%という結果が出ました。この調査は戦後まもなくの昭和30年から行なわれ、当時は脂質エネルギー比8.7%、炭水化物エネルギー比78.0%という結果でした。

足りない栄養素を補うため、昭和31年頃から『1日1回の油を』というスローガンとともにフライパン運動が始まり、油を使うことが身近になってきました。その後の高度経済成長期も拍車をかけ生活は一変し、外国からの影響もあり、嗜好に働きかける炭酸飲料や清涼飲料水、簡単に食べられるファストフード店、調味料としてのマヨネーズはあっという間に普及していきました。しかし、どれも脂質や糖質の多い食品であったため、その裏では成人病(現代の生活習慣病)の増加がすでに危惧されていました。

その後もより便利により美味しく、インスタント食品やコンビニが急増し、核家族化している現代で、それらは当たり前存在し、生活の一部になっています。このような時代の中で、食習慣は多様化しています。(図1)

栄養・食生活は、生命を維持し、子供たちが健やかに成長し、また、人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

上富良野町でも地域特性や社会環境が相まって地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。生活習慣病予防の実現のためには上富良野町の特性をふまえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病の発症予防には、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と適正な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データにつながります。代謝等の身体のメカニズムと生活習慣(食)との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげる事が重要です。

個々人の健診結果を読み解き、ライフサイクルを考慮し、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援します。(図2)

イ 重症化予防

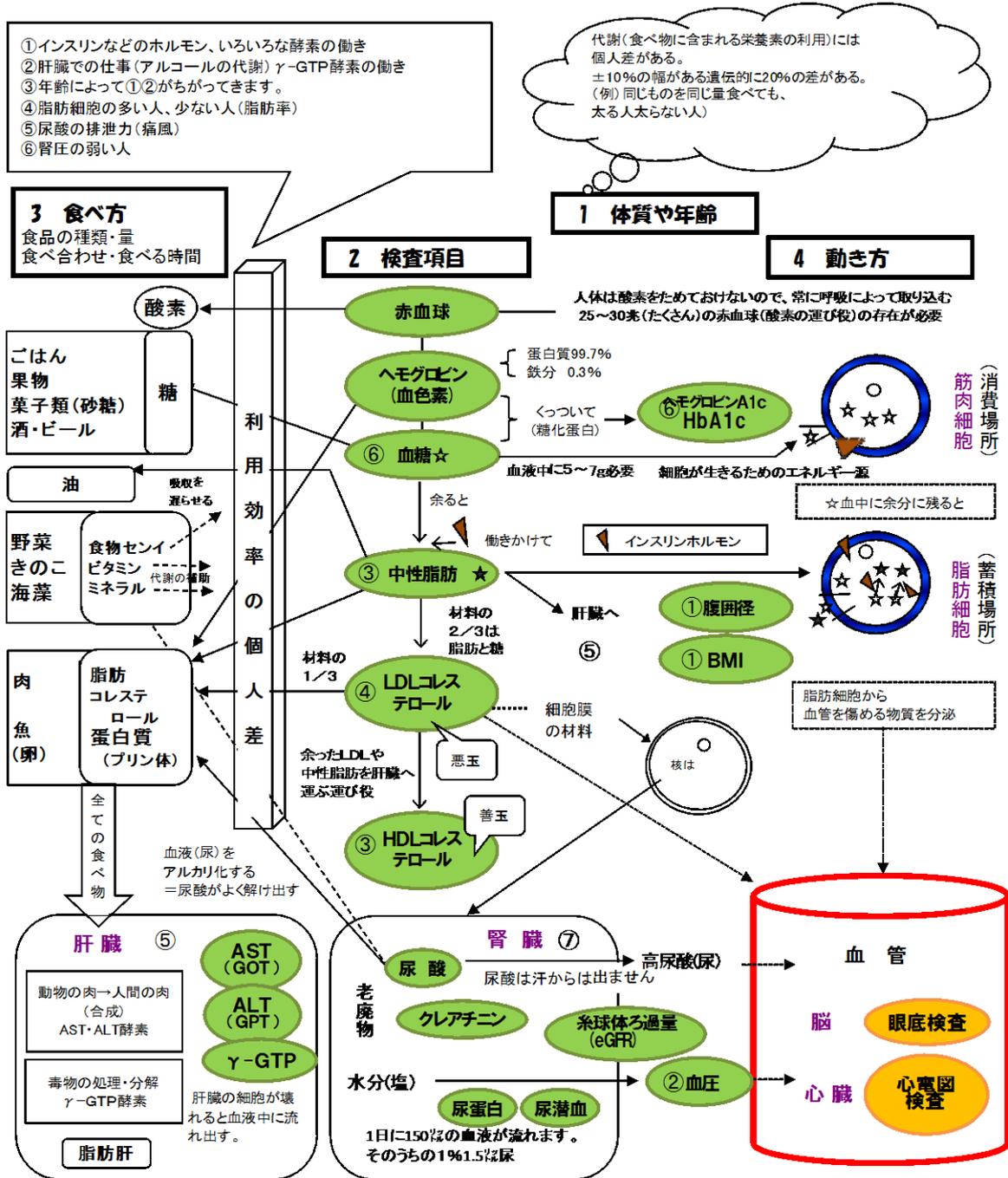
生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療導入後も食事療法の継続は重要です。糖尿病ではインスリン分泌にあわせた、慢性腎臓病では腎機能に合わせた食事の量と質の選択が必要です。

図2 健診結果と生活との関連の読み取り

健診結果と生活との関連の読み取り

早期発見・早期治療では悲しい！ 私の値はどこへむかっているのか。予測してみよう。

- 健診では何を見ているのでしょうか。
- 検査項目の多いのは血液です。(100ccの中の物質の量をはかっています。)
- 一人ひとりの値もちがいます。そして、私の値も変化しています？



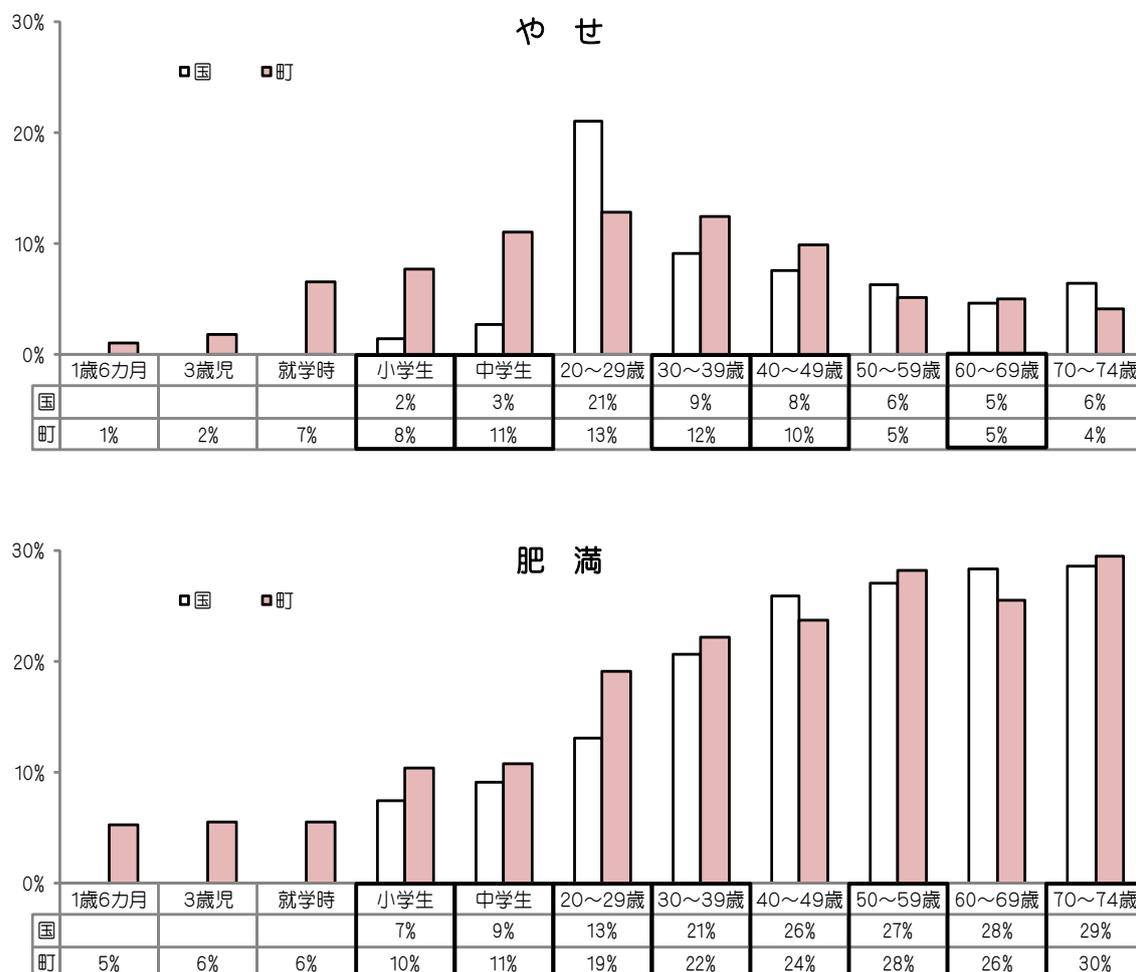
(3) 現状と目標

個人にとって、適正な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。体重はライフステージをとおして、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。

ア 適正体重を維持している人の増加

(図3)上富良野町の年代別やせ出現率を全国と比較すると、小学生、中学生、30～39歳、40～49歳、60～69歳でやせの出現率が高くなっています。肥満出現率は、年齢とともに高率になる傾向はありますが、小学生、中学生、20～29歳、30～39歳、50～59歳、70～74歳が全国に比べて高くなっています。中でも20～29歳の肥満率は全国に比べて非常に高率になっています。

図3 年代別やせ・肥満出現率



適正体重を維持し、生活習慣病を予防するために、体重増加の背景を事例から考えます。

(ア) 夏冬で体重の変化を起こす背景(図4)

上富良野町の特徴として、夏の農繁期と冬の農閑期で体重が変化する傾向があります。

冬、活動量が減少することで、必要な食事量も少なくなりますが、胃袋の容量は変化しないため、食べる量が変わらず体重が増えます。

“夏、体重が戻れば問題ない”と夏冬で体重変化が繰り返される中で、体重が増加している冬に血液検査をした結果、インスリン(※1)量は2倍になり、血糖値は糖尿病型判定になっていました。冬の間代謝障害(※2)を引き起こしていました。

必要な食事量は、身長を基準とし、年齢による基礎代謝量、体重、活動量によって変わります。活動量に見合った食事量、胃の容量を満たす食の内容(質)が適正体重の維持には重要です。

※1 インスリンとは…ひとの体の中でつくられるホルモンで、唯一血糖値を下げる働きをもっています。インスリンの量が少なかったり、分泌されても上手に働くことができなくなると、血糖が一定の値を超えた状態を高血糖状態といい、慢性の高血糖状態を糖尿病といいます。

※2 代謝障害とは…食べたものを分解・吸収・排泄していく一連の流れが、なんらかの影響によって妨げられている状態。

(イ) 労働条件(生活リズム)の変化が引き起こす、肥満と高血糖(図5)

私たちは、1日24時間というリズムで生活していますが、実際にはもう少し長い約25時間で体内リズムは刻まれています。朝の光を浴び、朝食を食べることで体内時計はリセットされ、体全体が目覚め、心身の働きが活発になります。朝食を食べないことは、代謝活動の低下、脂肪合成の促進につながります。また、夜9時以降の飲食は、心身の活動の低下により、脂肪として蓄積され、肥満の原因になります。

労働条件の変化に伴い、活動量の低下だけでなく、食事時間、内容(質)が変わることで、肥満や高血糖を引き起こします。

労働条件等、個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適切な食事量、質、そして時間(いつ食べるか)が適正な体重の維持には重要です。

(ウ) ライフステージの中で体重が増えるきっかけ(図6)

ライフステージの中で体重が増えるきっかけはいくつかあります。

幼児、小中学生はお菓子や清涼飲料水などの間食の過剰摂取、成人では、男性は仕事内容(活動量)の低下に伴う体重増加、女性は妊娠、出産に伴う変化や子育て中の間食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加などがあります。

また、年齢とともに基礎代謝量は低下していくので、必要な食事量は徐々に減っていきます。若い頃から同じ量食べていても体重は増えていきます。

適正な体重を維持していくためには、適正な量と内容(質)の食事を摂取することが必要です。

図4 夏冬の体重の変化を起こす背景

夏冬の体重の変化を起こす背景

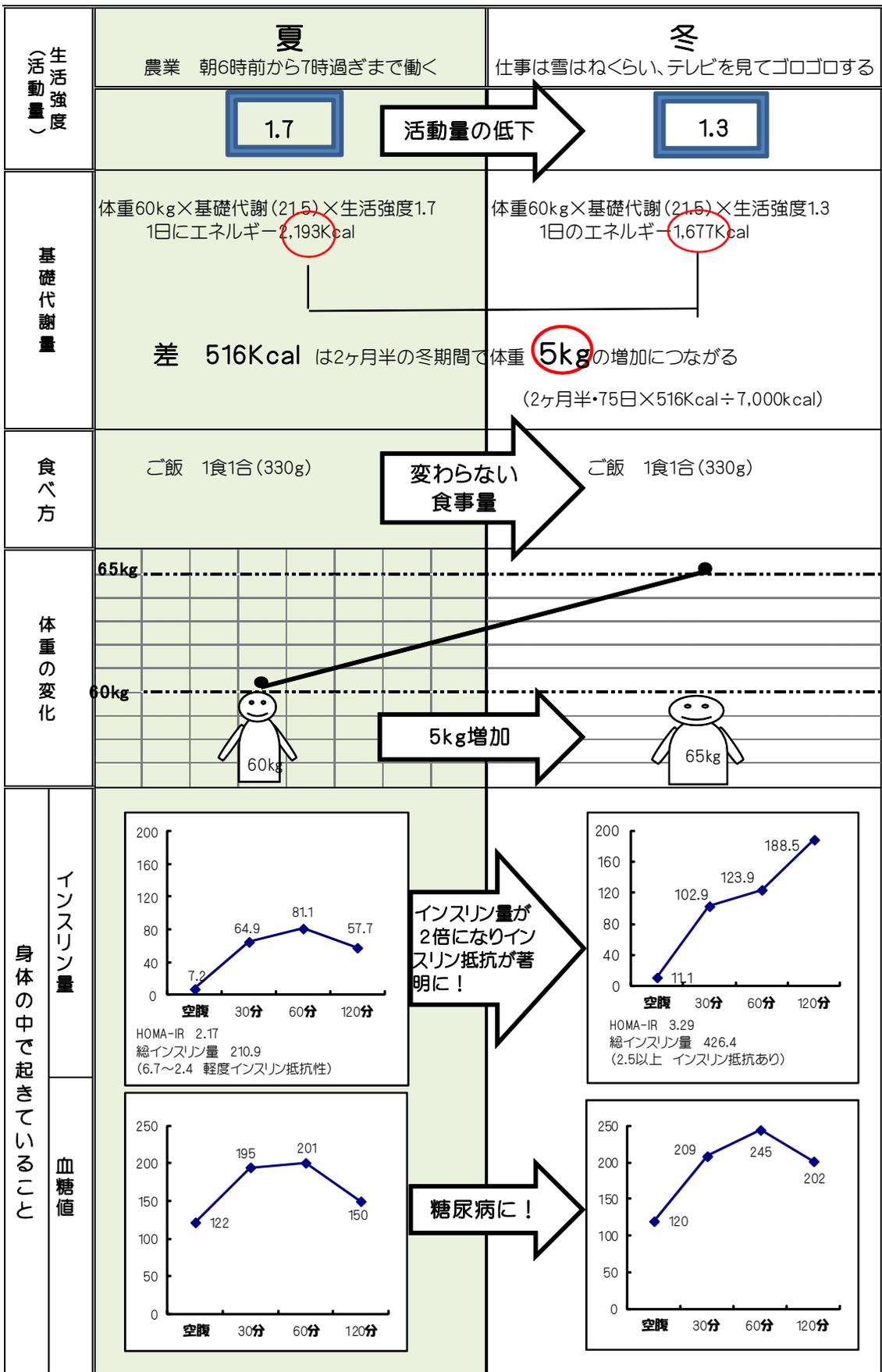


図5 労働条件(生活リズム)の変化が引き起こす、肥満と高血糖

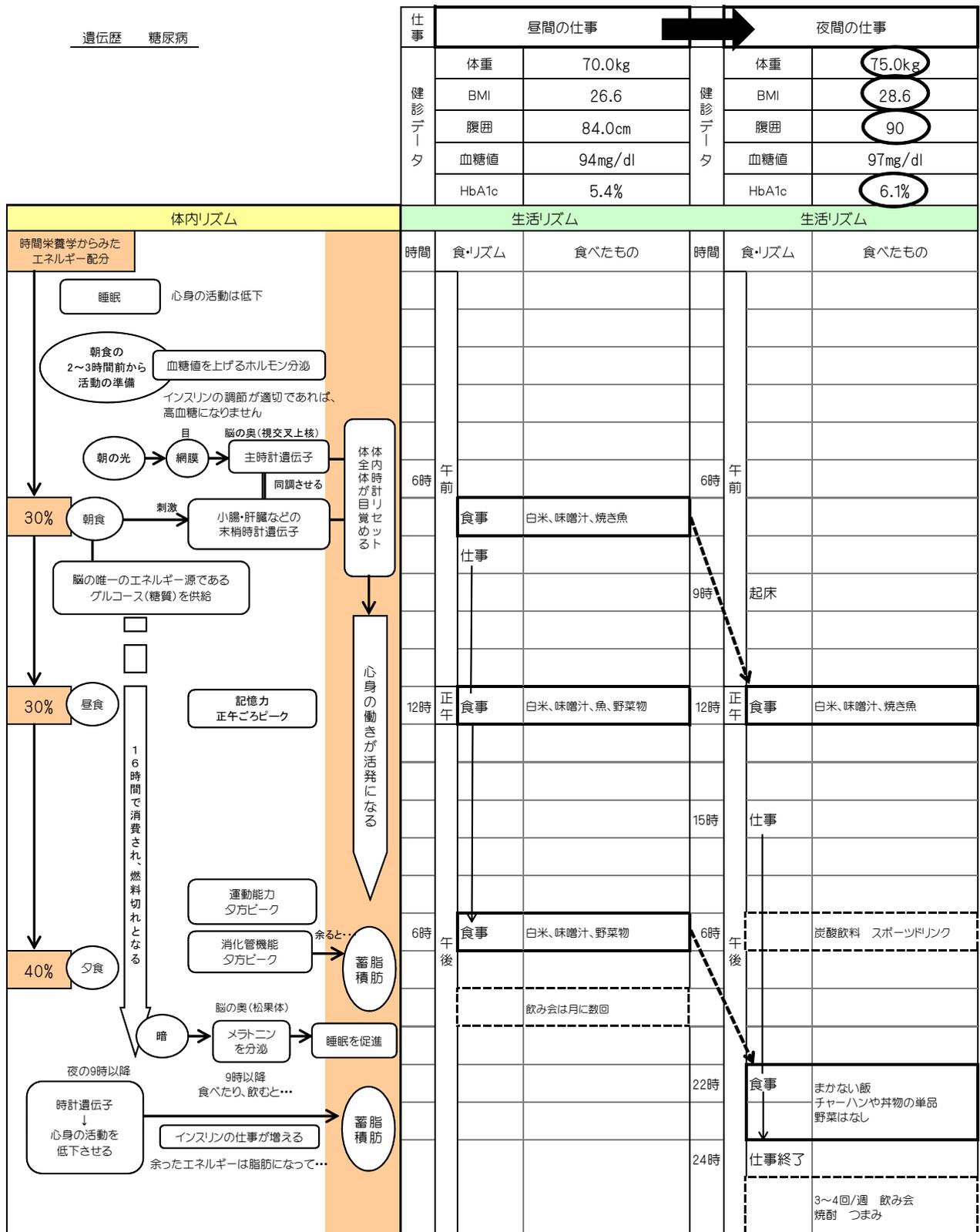
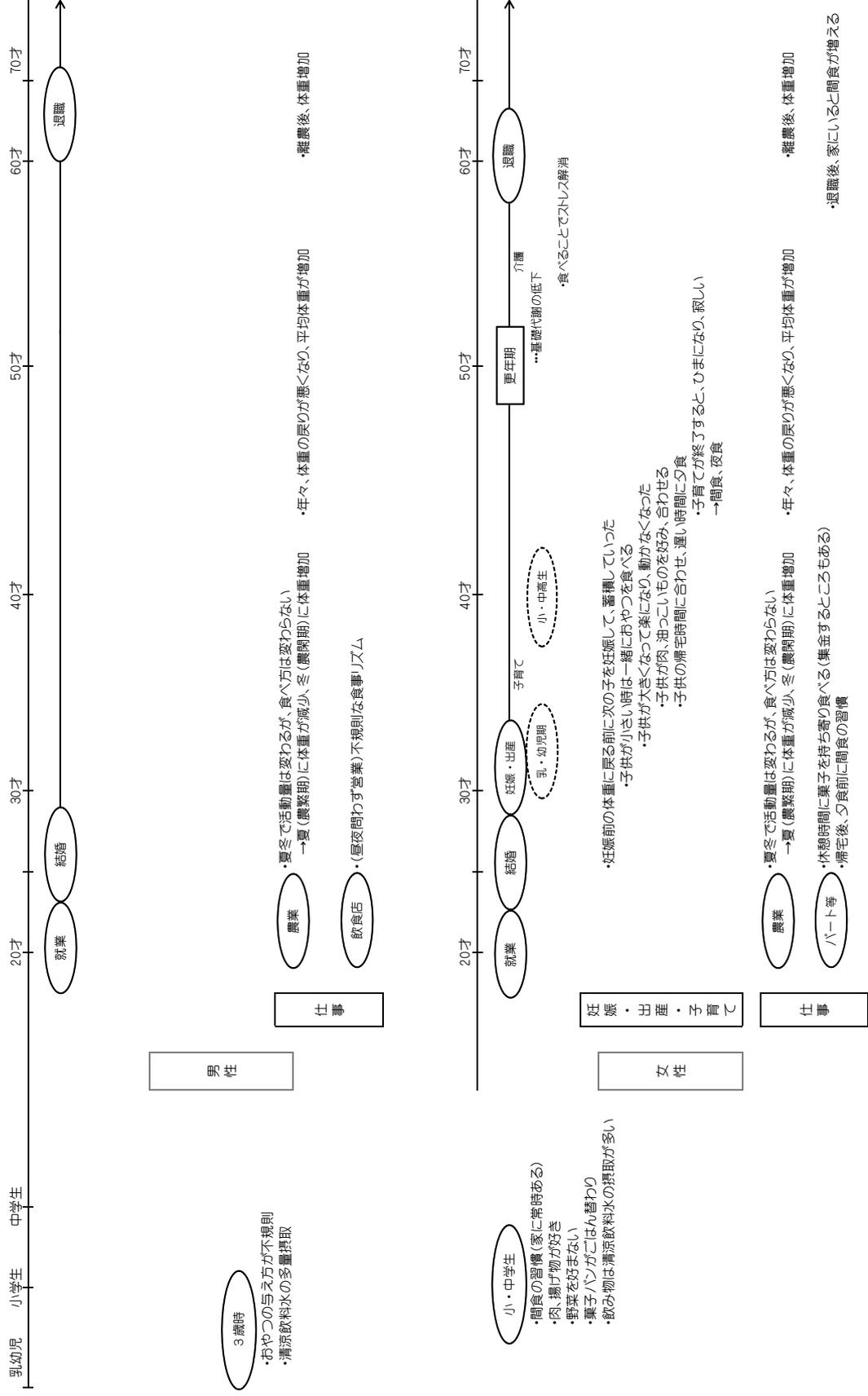


図6 ライフステージの中で体重が増えるきっかけ



イ 適正な量と質の食事をとるものの増加

(ア) 高血糖に影響を与えている食の背景

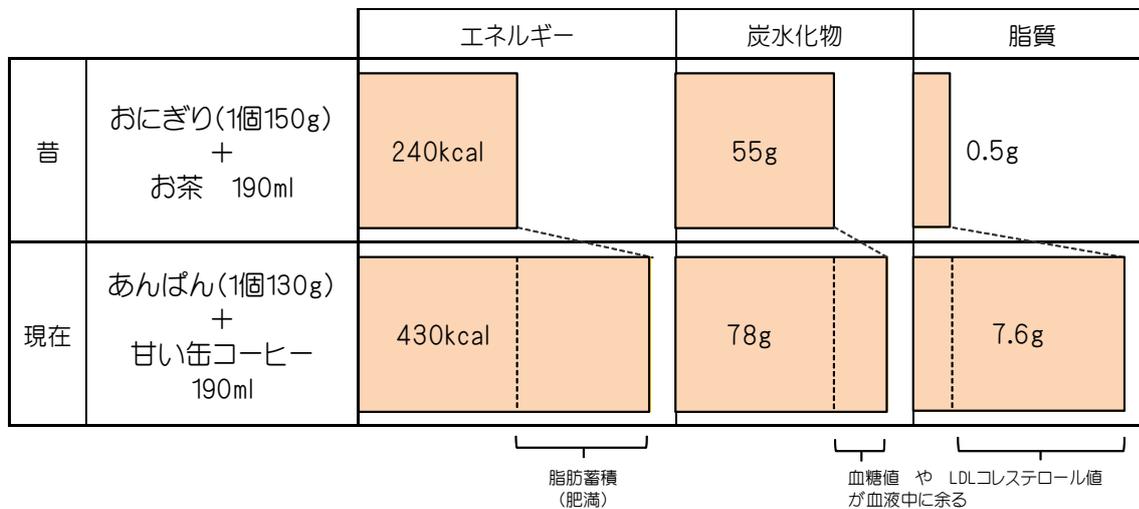
糖尿病患者は近年増加してきており、当町の国保特定健診受診者の結果でも糖尿病予備軍が増えています。糖尿病では膵臓から分泌されているインスリンというホルモンが関係します。体内で唯一血糖を下げるができるインスリンによって、炭水化物(糖質)は分解されてブドウ糖になり、肝臓や筋肉、脂肪細胞に取り込まれ(貯蔵)、エネルギーとして利用されます。

炭水化物(糖質)には、単純糖質と複合糖質の2種類があります。単純糖質は、蔗糖(砂糖)、ブドウ糖、果糖などがあり、お菓子類、清涼飲料水、果物などの食品に含まれています。複合糖質は、でんぷんに含まれており、ごはん、パン、麺類、いも、とうもろこしなどの食品に含まれています。複合糖質は分子がいくつにも繋がっている糖質で、消化に時間がかかるため血糖の上昇がゆっくりですが、単純糖質は分子がばらけており、すぐに吸収されるため血糖が急上昇し、複合糖質に比べ、インスリンの分泌が多くなります。

① 間食の選びかた

農繁期には、長時間の農作業が続くため3食に加え、間食が必要になります。その中には菓子パンと缶コーヒーといった実態も少なくありません。缶コーヒーは休憩ごと来客ごとに一緒に飲むため、箱で購入します。それらは「汚れている手でも食べられる」「安くて美味しいし、手軽」という理由で選ばれていますが、図7のように選び方によって摂取できる栄養素量が変わってくるため、中身を選択できるような学習が必要です。

図7 おにぎりと菓子パンの選び方の例



(資料) 食品成分表 2012

② 野菜と果物に含まれている糖質

上富良野町の主要農作物は米、じゃがいも、かぼちゃ、とうもろこし、メロン、玉ねぎなど糖質の多い農作物というのが特徴です。(図8)特にじゃがいも、かぼちゃ、とうもろこしなどは野菜と思って食べており、「メロンは腐るから1回に半分は食べる」「トマトは野菜だし、体にいいから」と、何個もと食べているという実態がわかりました。(図9)

含まれている糖分の量と食べ方を選択できる情報提供を行なっていきます。

③ 町民の食べ方

炭水化物の摂取が多いことで高血糖が引き起こされるため、食品に含まれる糖質の量や自分の基準量を知り、適正量を摂取することが必要です。表1のように、町民は多様化する価値観やライフスタイルの中で食を選択しています。生活習慣病の発症予防や重症化予防のため、ひとりひとりの健診結果に基づいた食品の摂取を選択できるための情報提供や学習が必要です。

表1 町民が選択する価値観

食品群	食品	町民の食べ方の実態
3群	野菜	<ul style="list-style-type: none"> 夏は忙しくて手間のかかる野菜は食べない。冬は時間があっても、買ってきてまで野菜は食べない。 夏場は忙しく、夕食はメインの魚や肉を先に食べて、手間のかかる野菜を後回しに食べている。 野菜にも糖が多いものがあることを知らなかった。糖の多い野菜が好きなんだ。 トマトは“医者いらず”。テレビでもトマトダイエットって言っている。 トマトにかけるものベスト5：醤油、ソース、ソースとマヨネーズ、砂糖(溶けた汁がまた美味しい)、マリネ 毎日、ミニトマトは10個、大～中で1～2個は食べる。 去年もらったヤーコンが美味しかったので、今年は家で植えた。生活習慣病にもいいと聞いた。
	いも類	<ul style="list-style-type: none"> (高齢者2人世帯)トウモロコシ100本、トマト40株を植えている。毎日、ときび1～2本を食べている。 砂糖をきらしていたのでめんつゆで炊いてみたら、ちゃんとかぼちゃの味がした。かぼちゃって甘いんだ。 かぼちゃ、いもは天ぷらや煮付けや味噌汁、ポテトサラダにする。
	果物	<ul style="list-style-type: none"> メロンは切ってタッパに入れておく。メロンの時期はほぼいつも冷蔵庫にある。 冷蔵庫に果物は常にストックしていて、小腹がすいたら果物 たばこをやめてから果物を食べるようになった。 スイカは体から塩を出すと聞いたので食べている。もも、ぶどうなど毎食後食べる。
4群	主食	<ul style="list-style-type: none"> インスタントラーメンを味噌汁かわりにして、ご飯とで食べる。 夏は菓子パン、冬はホームベーカリーでくるみパン等を作る。食後にあんパン 昼食にごはん1膳、食パン2枚、饅頭、せんべい、めん類を食べる。とにかく炭水化物が大好き。あれもこれも食べたいの。 米菓子はふわっとして軽いからカロリーも少ないと思って食べていた。 おかず少ないからごはんでお腹いっぱいにする。 6～9月は忙しいのでパッと食べられる麺類など、炭水化物が多くなる。
	砂糖	<ul style="list-style-type: none"> 砂糖はなくなるのが嫌で、10個(10kg)は買い置きしてある。 かぼちゃは砂糖と醤油で煮て食べる。 ゴルフの時、砂糖を摂ろうと思って、キャラメルを3～6個は食べる。 夜の血圧が100くらいになるから、黒砂糖とか甘いものを食べて上げようとしていた。 缶コーヒーは砂糖が多いので、ココアにしてみた。午前中に2本、昼から最低でも2本。 特保のコーラはいつも冷蔵庫にストックしている。 暑いのでスポーツドリンク1本飲む。 野菜が好きじゃないので野菜ジュースを飲んでいる。 便秘のために清涼飲料水を勧められて1本/日飲んでいる。 仕事中の空腹感を満たすために炭酸ジュースを飲むことが多い。 「体にいい」と聞いてはちみつがブーム。食パンやヨーグルトにかける。
	嗜好品	<ul style="list-style-type: none"> 建設業で現場が遠いと、皆で泊まり込みだから夜は決まって酒を飲む。 ビールパーティーは断れない。 夫が糖尿病で食事制限のため、甘いものが好きな私が夫の分も食べている。 介護のストレスで甘いものを食べる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 職場でのおやつタイムは当然ある。お金を出し合って用意して食べることはなくなった。 農家は暗くなるとご飯を食べなきゃと思うから、晩御飯が早くなる。早く食べると寝るまでにお腹がすいて間食したくなる。 夕食の後にすぐ寝る習慣 親戚にお菓子を持たされる。断れないし、捨てられないので、食べて処理するしかない。 働くから食べても大丈夫と思っていた。 チョコ、クッキー、まんじゅうなど何でも1つ(袋)食べないと気が済まない。食べた感がない。 	

② 妊婦の1日のバランス食の実態

バランス食でみると、野菜・海藻・きのこが不足していることや、お菓子やジュースの摂取が多いことでエネルギーが過剰になっている実態があります。(図 12)

胎児が十分に発育し、母体の健康も保持できるために、妊娠期の食事について妊婦と学習していく必要があります。

図 12 妊婦(13人)の1日に必要な食事量からみた食べ方の実態

● 1日に摂りたい量(ご飯は1食分。それ以外の●の数は過剰)
△ 不足している

No.	細胞の入替え 体の働きを整える			体重のもと エネルギーになる			胎盤の基盤作り・貧血予防 筋肉や血液を作る				
	野菜・海藻 きのこ	果物	いも類	ごはん	ご飯以外 パン・麺	お菓子・ジュース	乳製品	卵	肉製品	魚製品	豆製品
	1	△ 野菜サラダ 1回	●●	●●	●●	●●●●●	●●●●●		●●	●●●●● ウインナー 豚肉	
2	△ 煮物 味噌汁の具			●	●●●	●●●●●		●	●●●● ウインナー 鶏肉	●	●
3	△ 味噌汁の具 漬物・カレー	●	●	●		●●●●●	●	●	●●● ウインナー から揚げ	●	
4	△ 焼そばの具 味噌汁の具		●	●	●●	●●●●	●●●●		●		
5	△ ブロッコリー・トマト 3回	●		●●	●●●	●	●		●●●●● ウインナー・ハム 手羽元		
6	△ トマト		●	●●	●●	●	●		● ウインナー		
7	△ ピーマン炒め 2回 きゅうり			●●●	●	●	●	●	●●●● ウインナー・豚肉	●	
8	△ トマト なすししとう焼き 冷しゃぶの具	●		●●●		●	●	●●	●●●●● ウインナー 豚肉		●
9	△ 煮物 炒め物・味噌汁		●	●●●				●	●●●● ハム・ウインナー		
10	△ うどんの具 サラダ			●	●●		●		●	●●	●
11	△ トマト水菜トマト2回 冷やしラーメンの具	●●		●●	●●●		●●●	●	●		
12	△ ラーメンの具 お浸し			●	●●●			●			
13	△ お浸し 味噌汁の具	●	●	●●	●		●			●	●

(工) 野菜の食べ方

① 野菜の必要性

わたしたちの体が元気で生き続けているのは、体のひとつひとつの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。そのひとつひとつの細胞に必要な材料(栄養素、水分、酸素)を入れるためには、特にビタミンAやC、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。また、食物繊維が含まれていることが『1日 350g以上の野菜を食べましょう』という目標に繋がっていきます。

食事に野菜が入ることで口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。胃袋の満足感にも繋がります。腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児や子供の成長にも必要で、大変重要な食材です。(図 13)

図 13 なぜ野菜を食べなくてはいけないのでしょうか！

食物繊維の働きと生活習慣病

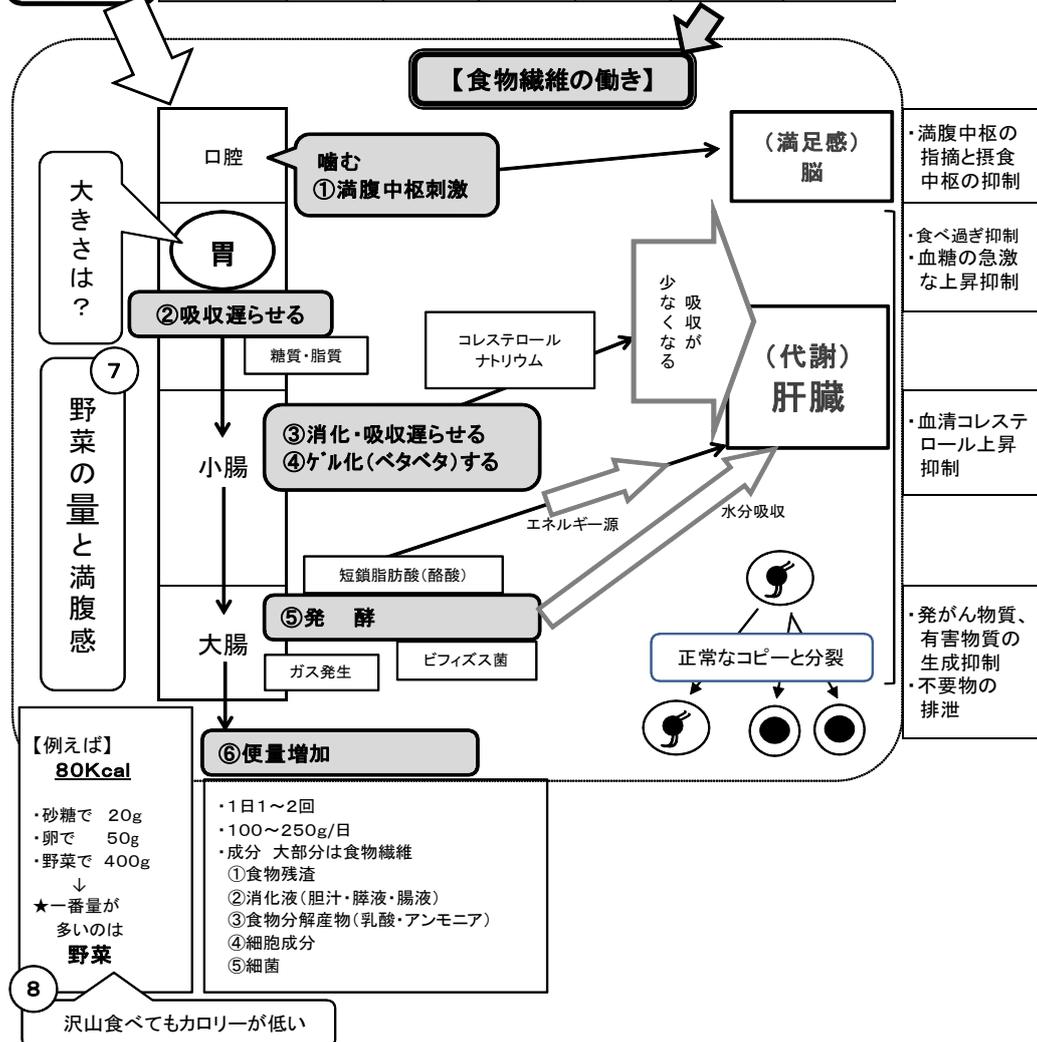
第2次健康日本21の(目標)「野菜1日350g」

なぜ野菜を食べなくてはいけないのでしょうか！

I 野菜の成分をみてみました

野菜にしかない栄養素！

	水分	蛋白質	炭水化物	脂質	ビタミン・ミネラル	食物繊維	エネルギー
	90%	2%	6.5%	0.4%	1~3%	3.5g	30Kcal
II 1日 400g 食べると	360cc	8g	28g	1.5g		16g	約80~90Kcal



② 野菜摂取量の実態

健診や栄養相談での実態把握では、1日350g以上の野菜を食べている人は20%に過ぎず、野菜が摂れていない実態がわかりました。(図14)

また、夏は自家製野菜を栽培し食べる事ができますが、冬期間に保存できる野菜は限られています。特に緑黄色野菜が不足します。(表2、図15)

冬の間の緑黄色野菜不足は、ビタミンAが不足し、細胞の入替えに必要な栄養素が摂れません。冬の間に、保存している人参を1/2本(70g)加えるだけで、1日に必要なビタミンAが摂取できます。緑黄色野菜を摂取することは、細胞の老化やがんの予防に必要です。

図14 野菜の摂取量と食べ方

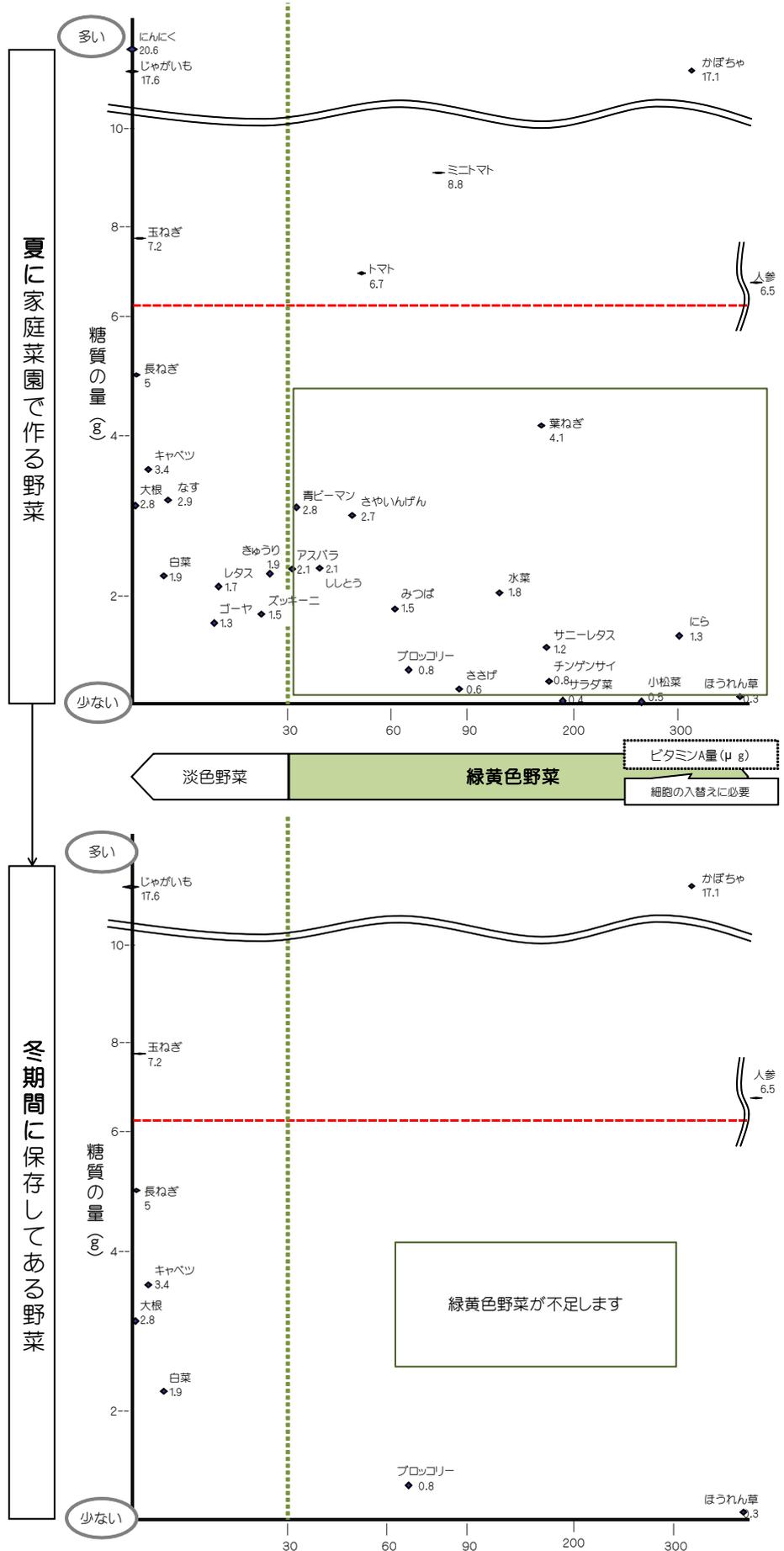
1日の野菜摂取量 目標値 350g/日	実態結果		No.	調理形態	揚げ物炒め物
	20%	350g以上食べている	1	手作り野菜ジュースやサラダ	
			2	野菜炒めなど	●
			3	温野菜にしたり、酢をかけたりする。長芋、がごめ昆布などの和食も食べる。	
			4	炒めたりする	●
	80%	半分量以上	5	炒めたりする	●
			6	みそ煮など	
			7	毎食漬物食べる。野菜ジュースなど使う。	
			8	トマト1個240g	
			9	週1回は天ぷらをする。2日分くらい作る。	●
			10	味噌汁、大根煮、たくあんなど	
		半分量くらい	11	漬物も食べる	
			12	切干しや金平、サラダ	
		半分量以下くらい	13	玉ねぎとわかりをポン酢で、炒めたりもする。	●
			14	食べるようにしている。マヨネーズをよく使う	
		ほとんど食べない	15	野菜炒め、サラダ(天ぷら)	●
			16	マヨネーズをよく使う。天ぷらもする。	●
			17	炒めたり、酢をかけて食べることもある	●
			18	漬物、炒め物で食べる	●
			19	油を使うことが多い	●
20			味噌汁で食べる		
					半数は油を使う

表2 収穫カレンダー

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
緑黄色野菜	アスパラ												
	ほうれん草												
	ピーマン												
	トマト												
	人参												
淡色野菜	大根												
	玉ねぎ												
	なす												
	きゅうり												
果物	メロン												
	スイカ												
	ブドウ												
糖質の多い野菜	じゃがいも												
	かぼちゃ												
	ヤーコン												
	スイートコーン												

(参考資料:JAふらの(収穫カレンダー)、住民聞き取りより)

図 15 夏と冬の野菜

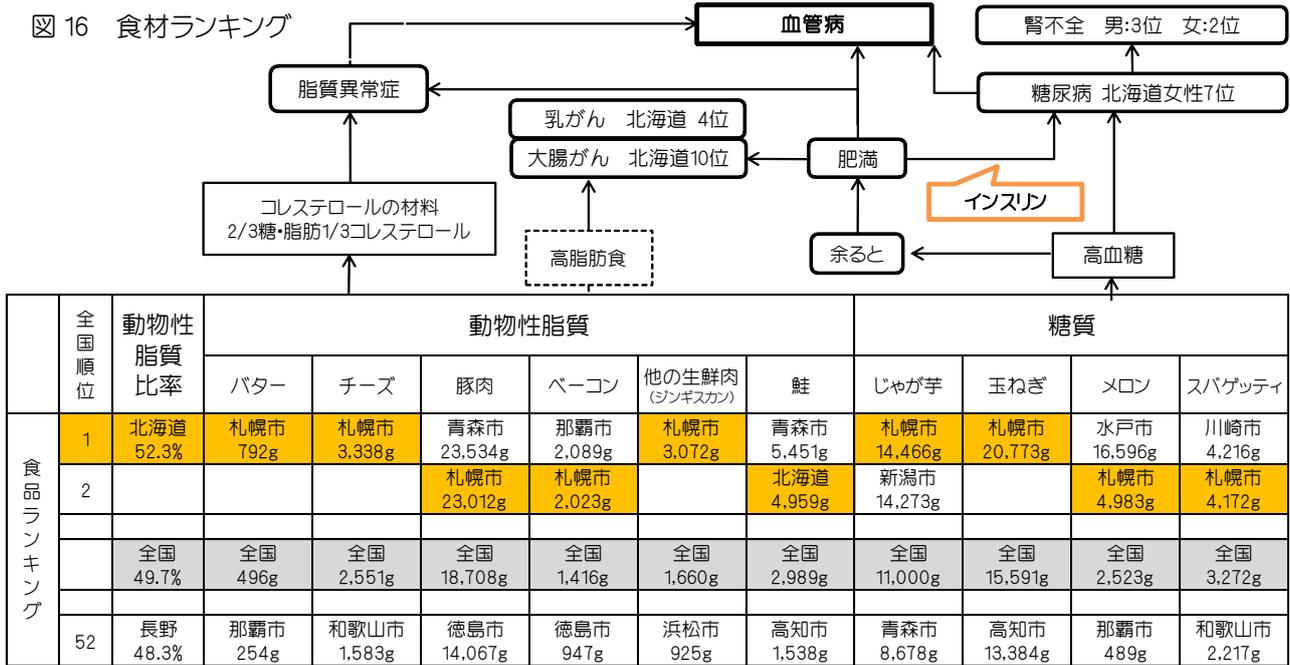


(オ) 情報による食の選択

「健康日本 21 計画」の目標には『野菜と果物の摂取量の増加』が掲げられています。しかし、北海道の家計調査では、糖質の多い野菜や果物の摂取量は全国1位となっていることから、地域実態に合わせた目標設定が重要と考えます。(図 16)また、「トマトは体に良い」「青魚は体に良いあぶらなので、食べても大丈夫」「肉は体によくないので食べないようにしている」「豆腐はヘルシー食品、1丁は食べる」といった、テレビや雑誌等の情報をもとに食品選択をしている実態がみえてきました。

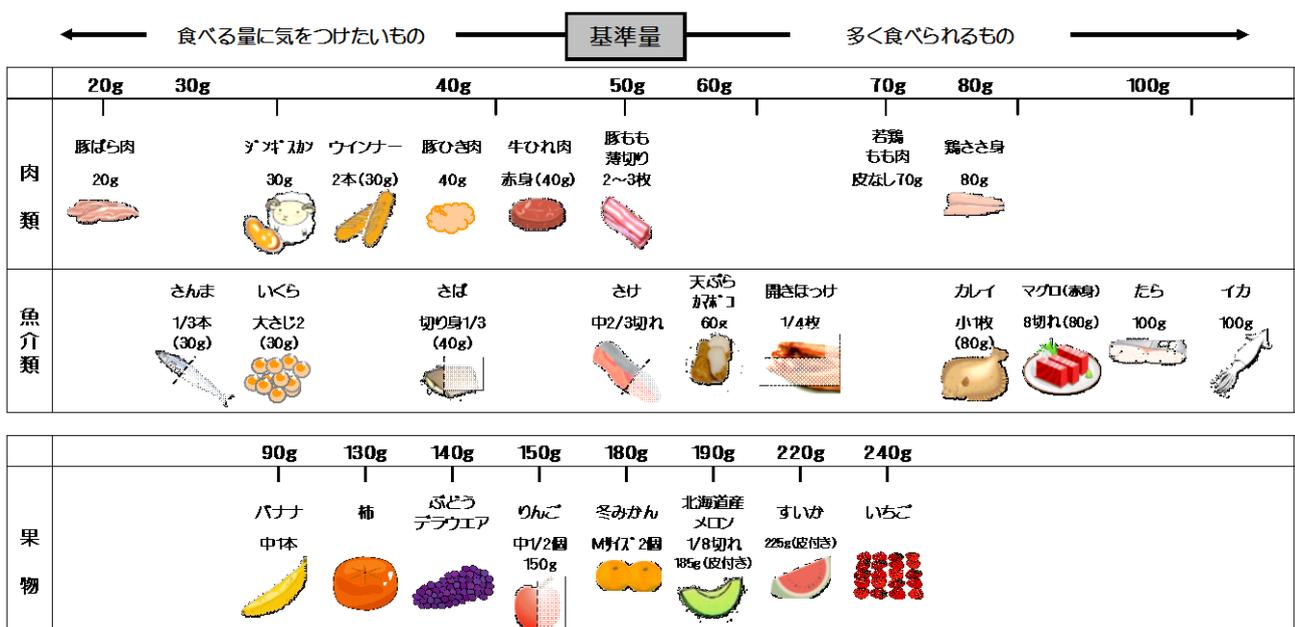
個人の代謝能力には遺伝や体質という違いもあり、栄養摂取量の科学的根拠は個々の健診結果をもとにすすめられることから、情報の選択を含め、住民自身が自らに必要な食品の量と質の選択力を養う必要があると考えます。

図 16 食材ランキング



(資料 総務省「家計調査」平成21年～23年平均)

図 17 食品の基準量



(4) 対策

ア 生活習慣病の発症予防のための取組みの推進

健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導(図 18)

収穫した野菜を上手く活かせる食行動の支援

ライフステージに対応した、食に関する適切な選択力がつくような栄養学習(表3)

- 乳幼児健康診査、離乳食教室・相談
- 学童、思春期は食育計画と連動
- 健診及び特定健診結果に基づいた栄養指導
- 結果説明会や家庭訪問など、それぞれの特徴を生かした栄養指導
- 家庭訪問、健康相談(すべてのライフステージ)

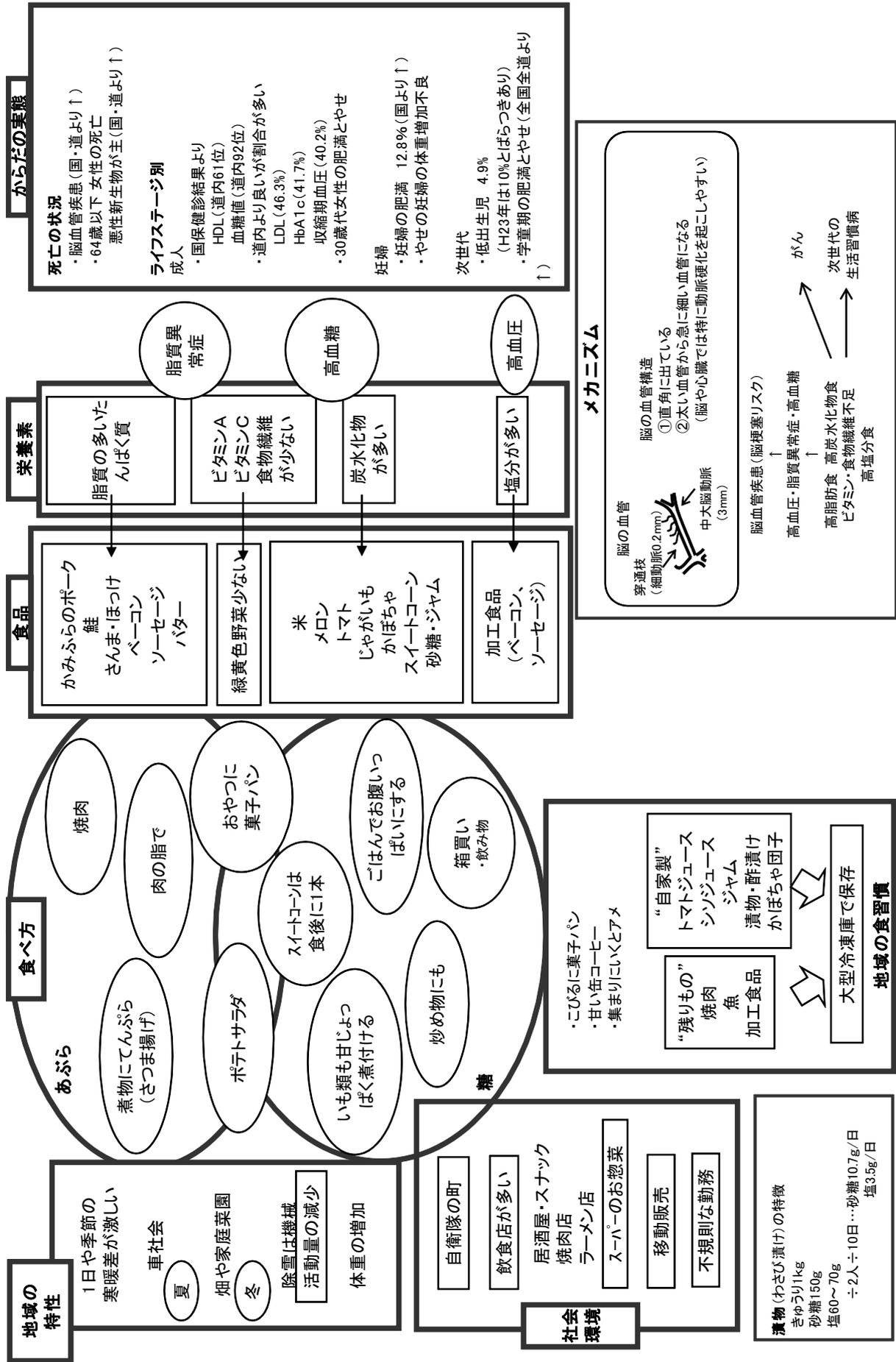
イ 生活習慣病の重症化予防のための取組みの推進

管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導

- 血液データに基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

図 19 上富良野町の栄養・食生活の背景



2 身体活動・運動

(1) はじめに

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「運動」とは身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患(NCD)の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

(2) 基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

(3) 現状と目標

ア 日常生活における歩数の増加

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

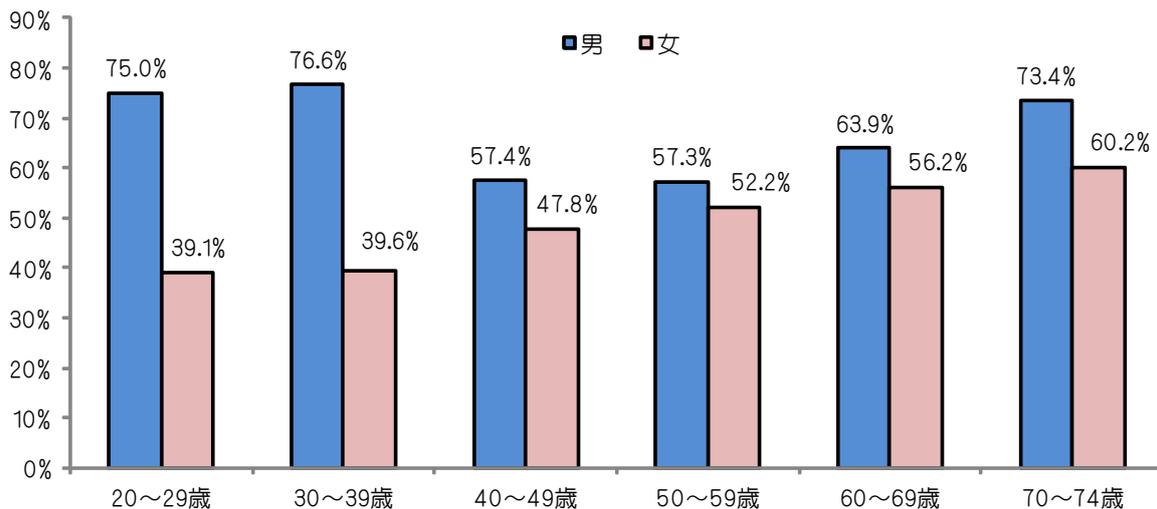
平成22年度国民健康・栄養調査による北海道の歩数は、男性6,958歩・女性5,825歩と国の目標歩数に及びません。

北海道は1年の半分が雪に閉ざされます。降雪による道路の凍結のため冬期間の歩行は、制限されます。北海道健康増進計画に基づいて、「すこやかロード」の認定を受けており、冬期間のノルディック体験会やかんじきウォーキング、また、関係機関や愛好団体の活動など年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備を行っています。

(ア) 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者

上富良野町では、上富良野町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、女性の20歳～39歳が39%と低く、年齢が上がるに従い徐々に増えて50%を超えます。男性は女性に比べて全ての年代で50%を超えていますが、その中では、40歳～59歳が低い状況です。(図1)

図1 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している人の割合



(平成 23 年度 上富良野町特定健診結果より)

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、上富良野町の特徴として、夏冬の活動量の差があります。そのことは、年齢による基礎代謝量の低下に伴って体重の増加＝生活習慣病につながります。(図2、図3)

図2 基礎代謝の低下が体重増につながる

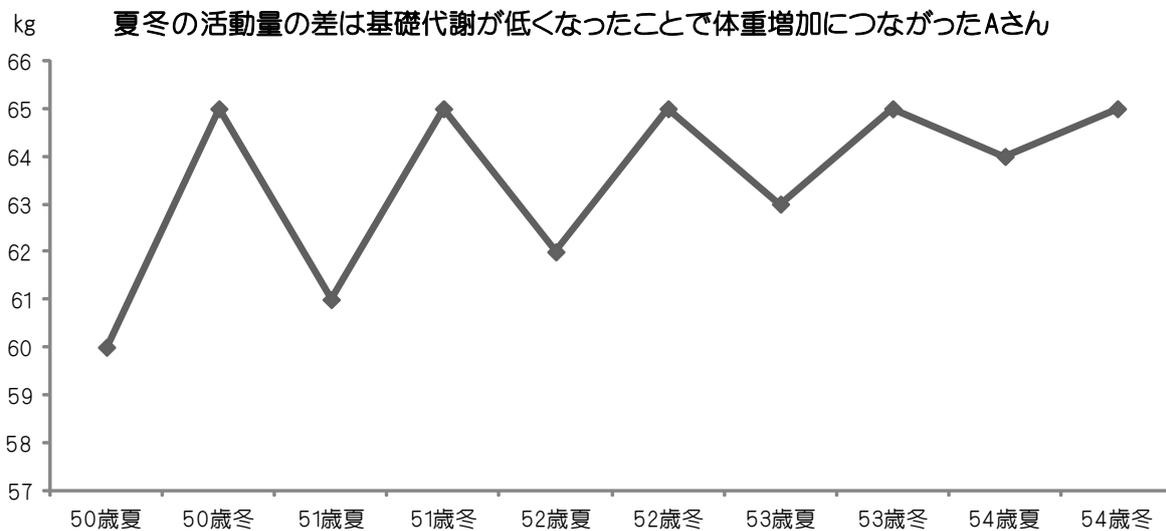
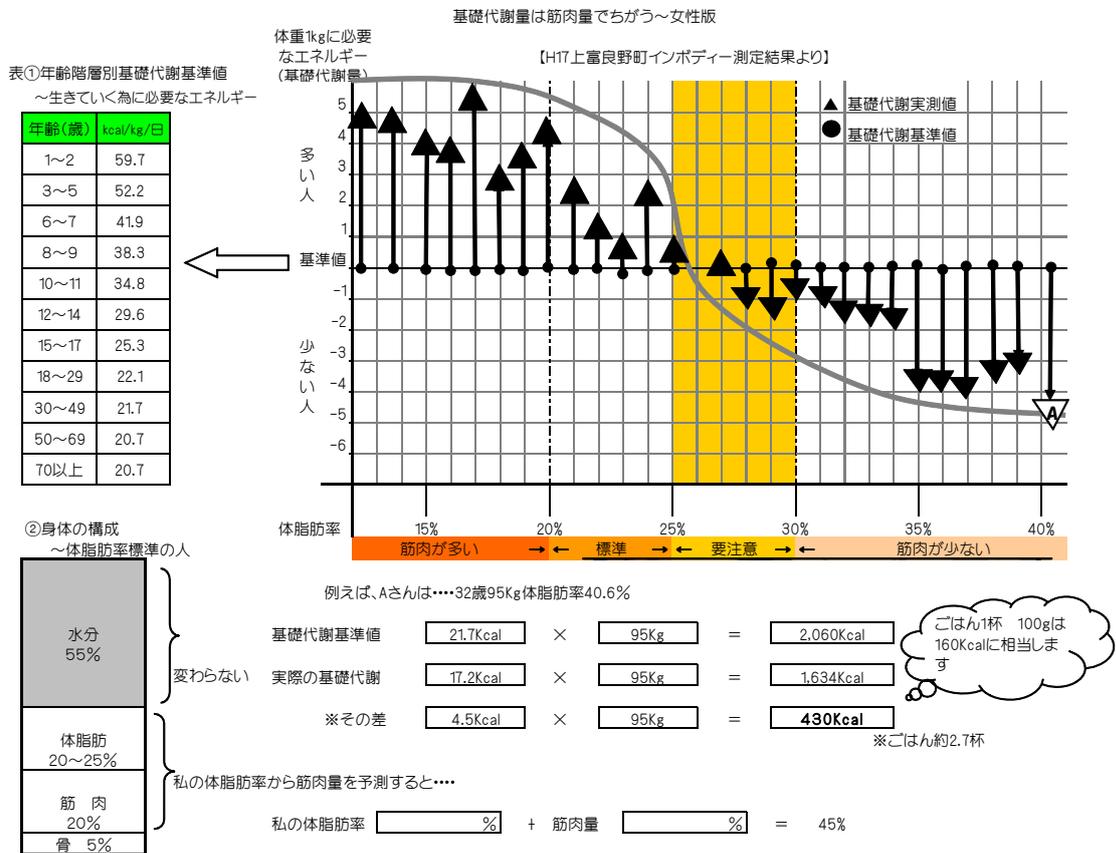
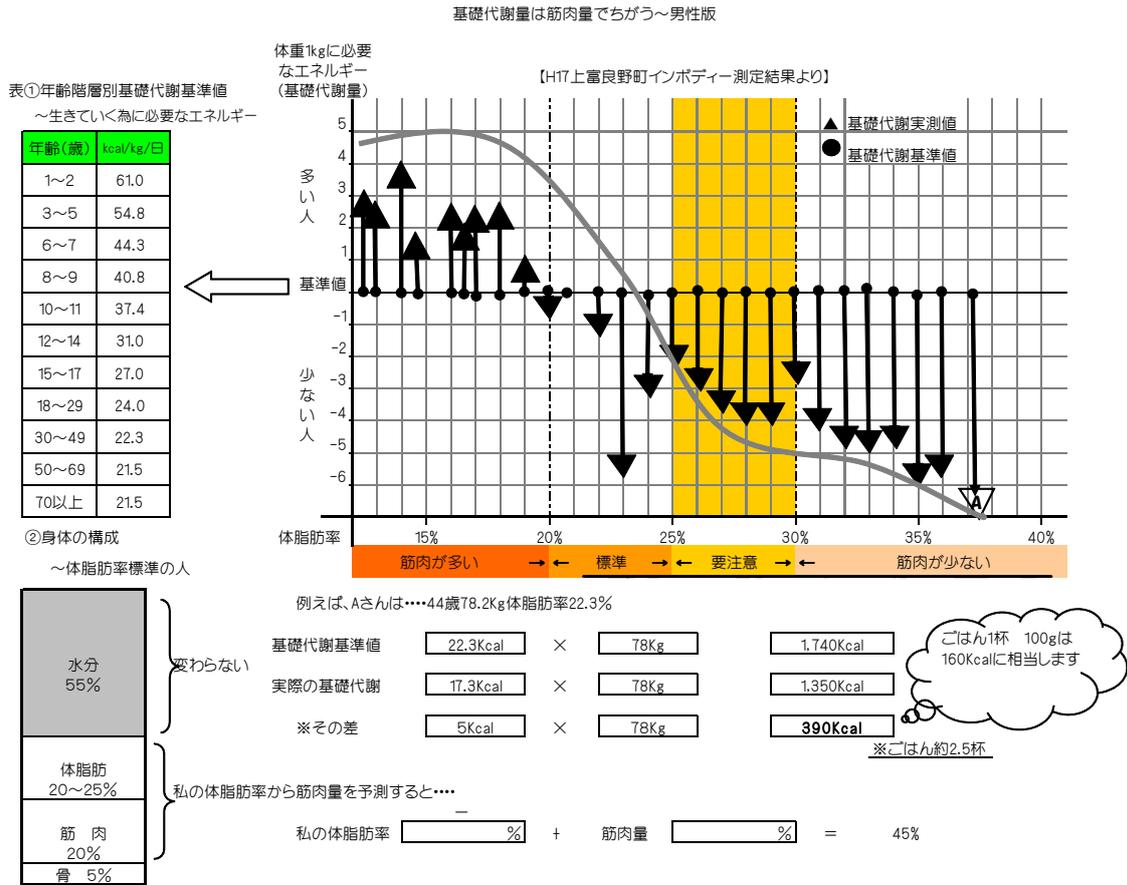


図3 年齢と筋肉量で違う基礎代謝量の変化

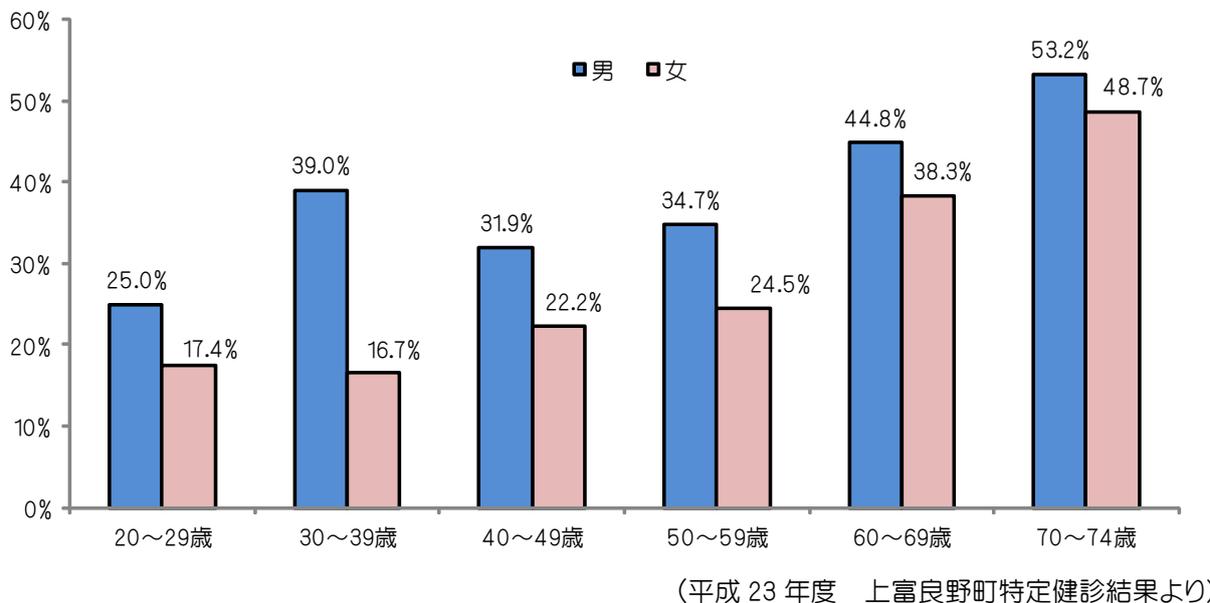


イ 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64 歳)と比較して退職世代(65 歳以上)では明らかに多くなりますが、上富良野町も同様の傾向です。

また、身体活動と同様に、男女ともに就労世代の運動習慣は少なく、特に女性の運動習慣者は少ない状況です。(図4)

図4 性別・年代別の運動習慣者の割合(1日 30 分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)



就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設(かみんプール・体育館など)を多くの方が活用し、気軽に運動に取り組むことが必要です。

図5 年代別の保健センター温浴水中運動施設利用状況(平成 23.8～平成 24.8 16,348 人の内訳)

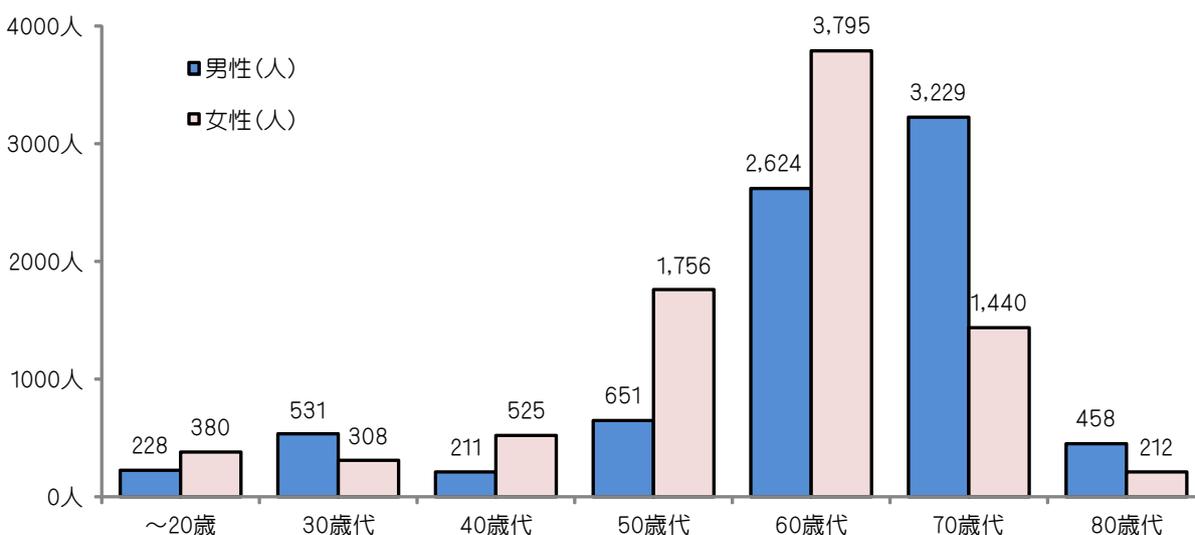


表1 温水水中運動メニュー

	月	火	水	木	金	土	日
9時	一般利用						一般利用
10時	ルンルンアクア (40分) ★2~3	頑張るダイエット (40分) ★4	アクアピクス (45分) ★4~5	頑張るダイエット (40分) ★4	チェンジボディ (40分) ★3~4	頑張るダイエット (40分) ★4	
11時	一般利用 (教室終了後~20分間 流水タイム)						
12時							
13時							
14時	燃焼ウォーク (40分) ★3~4	チェンジボディ (40分) ★3~4	ルンルンアクア (40分) ★2~3	スリムウォーク (40分) ★4	脚力のすすめ (40分) ★4	一般利用	
15時	一般利用 (教室終了後~20分間 流水タイム) ※土・日曜日は15時~15時20分						
16時							
17時							
18時							
19時	脚力のすすめ (40分) ★4	スリムウォーク (40分) ★4	パワー筋トレ (40分) ★4~5	燃焼ウォーク (40分) ★3~4	よくばりアクア (50分) ★4~5	チェンジボディ (40分) ★3~4	一般利用
20時30分まで	一般利用 (教室終了後~20分間 流水タイム)						

* 表の★の数字は運動の『きつさ』をあらわします。

* 「流水タイム」は時間内でフローマシンをご利用いただけます。開催時には1コース使用しますのでご了承ください。(日曜日は15時のみ)

* 初めてプールに入られる方は個別に対応いたしますので、プールスタッフに声をおかけください。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。(表2)

表2 運動の変化

年齢	保育園・幼稚園児	小学生	中学生	高校生	成人 → 高齢者						
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
骨	紫外線、重力、カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる			18歳 骨密度ピーク	閉経 女性ホルモンの影響で、大たい骨、 脊髄の骨密度が優先的に低下						
筋力		12～14歳 持久力の最大発達時期	14歳～16歳 筋力最大発達時期		筋力減少 始まる	目立って 減少				ピーク時の約2/3 に減少	
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成							開眼片足し立ち(平衡感覚・ 足底の踏ん張り・大腿四頭 筋の筋力・柔軟性)が20歳 代の20%に低下		
足底	6歳 土踏まずの完成										
運動	園での遊び	体育の授業				運動習慣のある人の割合が低い					
		スポーツ少年団	部活動								
		持久力・筋力の向上				持久力・筋力の維持					

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考:長野県松川町保健活動計画書等

(4) 対策

ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・生活習慣病対策と連動しライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導の推進
- ・特定健診・特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導
- ・富良野地域・職域連携推進連絡会と連携し実態把握と学習の推進

イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境を整備する
- ・運動施設(温浴水中運動施設、体育館など)の活用の推進

ウ アイについて、健康増進事業実施者が各々取組みを推進

3 飲酒

(1) はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、到酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

飲酒の特徴には、常習性があります。高齢期にアルコール依存症のリスクが高まることが報告されています。

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44g/日(日本酒2合/日)、女性では 22g/日(日本酒1合/日)程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に、一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

世界保健機構(WHO)のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性1日 40gを超える飲酒、女性1日 20gを超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。

そのため、次期計画においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で1日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

(2) 基本的な考え方

飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者) の割合の低減

上富良野町において、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、国保特定健診問診票の平成 21 年度と平成 24 年度を比較すると、男性 8.2% (84 人) が 5.5% (51 人) に、女性 2.2% (28 人) が 1.8% (20 人) に減っています。

生活習慣病のリスクを高める量の飲酒習慣がある者 男性 51 名、女性 20 名の健診有所見(異常)率をみると、男性では、BMI、高血圧、高尿酸血症、中性脂肪、肝機能(AST、 γ -GT)、eGFR について、異常率が高率になっています。(図1) 女性は、BMI、腹囲、高血圧、中性脂肪、肝機能(ALT、 γ -GT)、心電図所見で異常率が高くなっています。(図2)

飲酒は肝臓のみならず、肥満や高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。健診結果と飲酒との関連を本人が理解し、適切な判断ができる支援が重要です。

(4) 対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・健診、上富良野町国保特定健診の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

ウ アイについて、健康増進事業実施者が各々取組みを推進

図1

男性飲酒者51名の健康感想 ~健康受診者全体の有所見率と毎日2台以上(純アルコール40g以上)のアルコール摂取がある者の健康有所見率の比較~

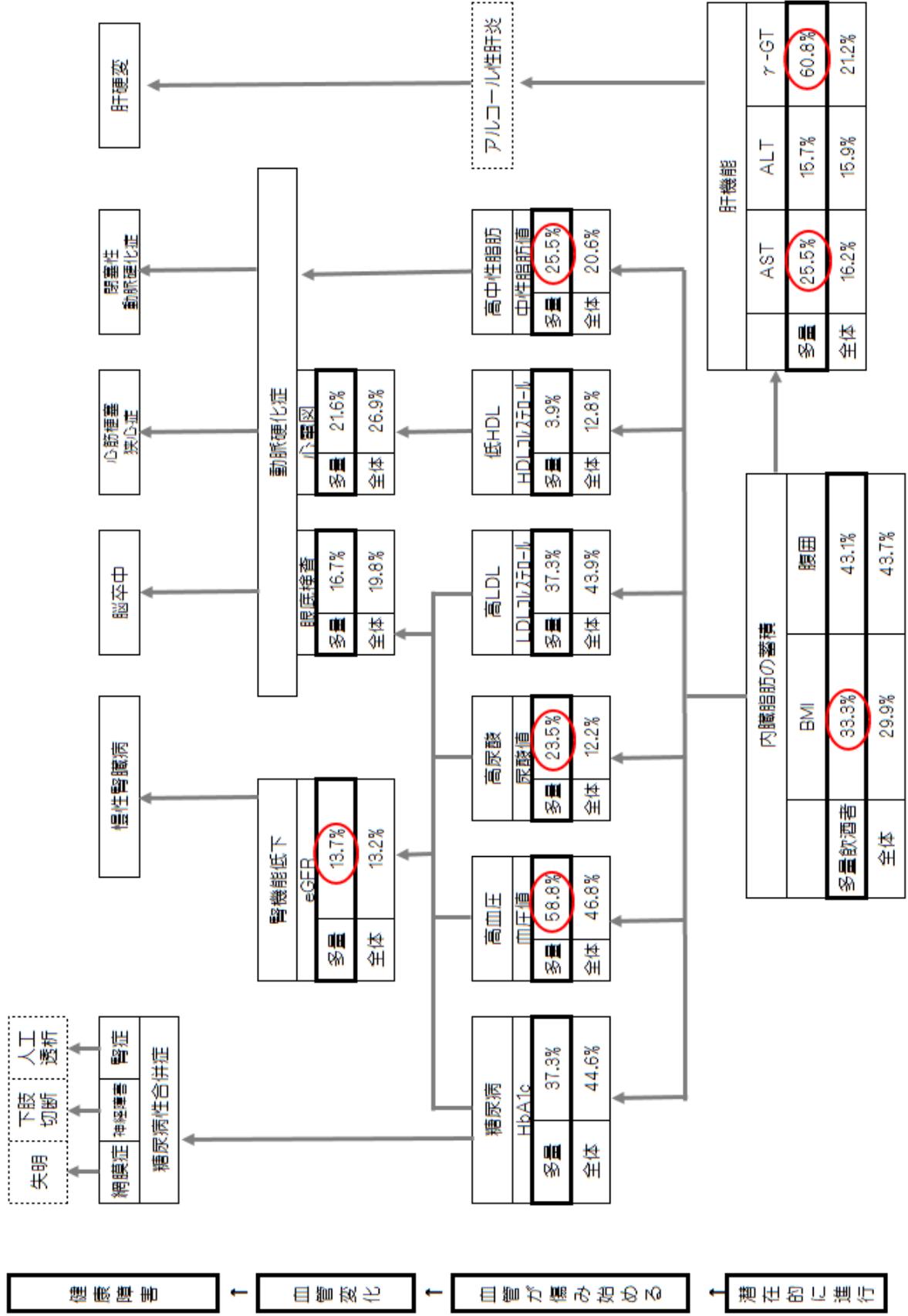
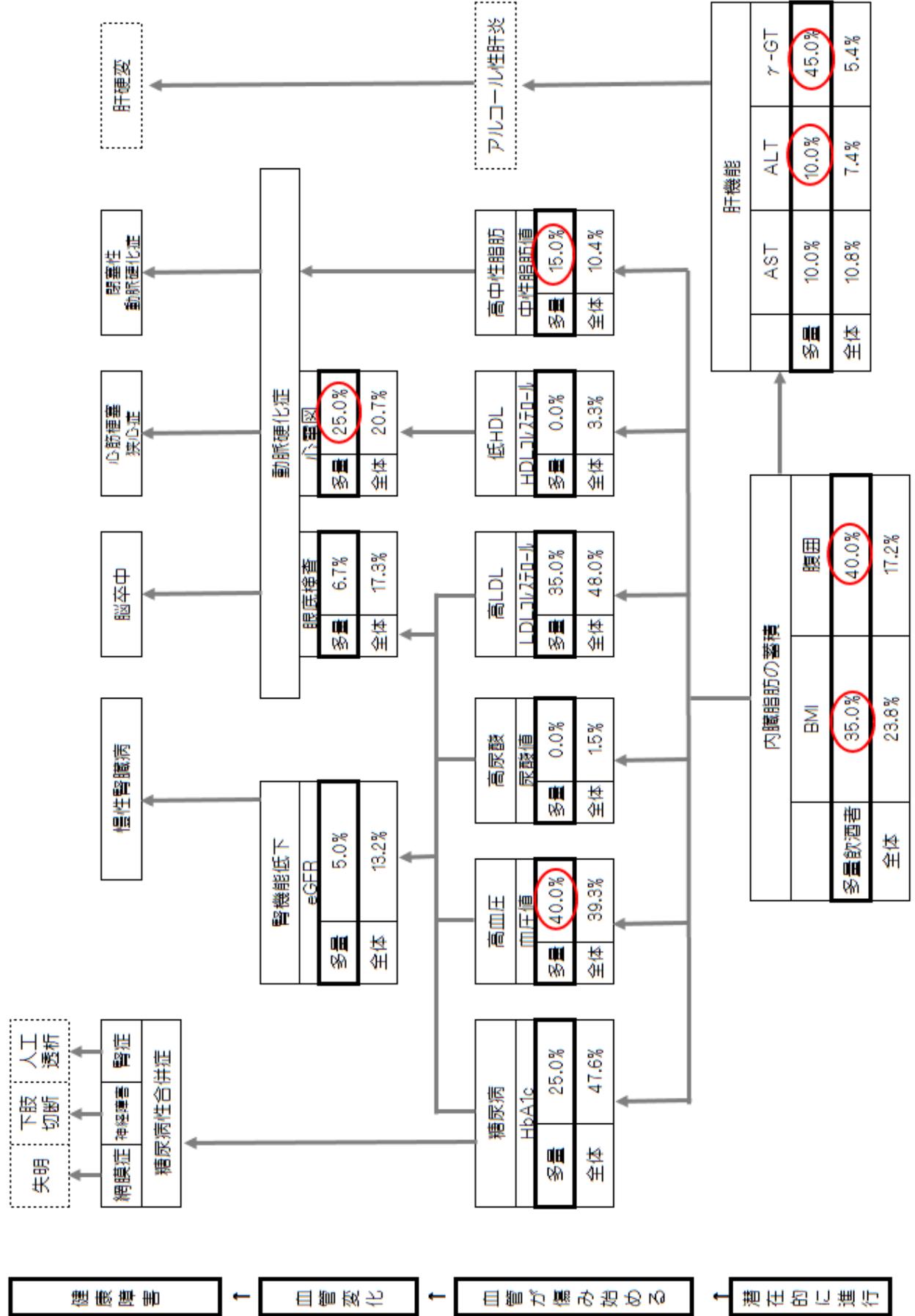


図2

女性飲酒者20名の健康実態 ～健診受診者全体の有所見率と毎日1合以上(純アルコール20g以上)のアルコール摂取がある者の健診有所見率の比較～



4 喫煙

(1) はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

(2) 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

上富良野町国保特定健診受診者の成人の喫煙率推移をみると、男女ともに年々低下し、国の喫煙率に比べ低くなっています。(P68 第II章 第2節 4 COPD 図1)

また、町内のタバコ販売本数は、年々減少し、平成8年から平成23年度を比較すると約50%減少しています。(P69 第II章 第2節 4 COPD 図2)

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いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診結果に基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

(4) 対策

ア たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

イ 禁煙支援の推進

- ・健康診査、上富良野町国保特定健診の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

ウ アイについて、健康増進事業実施者が各々取組みを推進

5 歯・口腔の健康

(1) はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく寄与します。

平成 23 年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第1条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を 20 本以上残すことをスローガンとした「8020(ハチマルニイマル)運動」が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。

幼児期や学齢期でのう蝕予防や、成人期の歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

イ 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。

歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

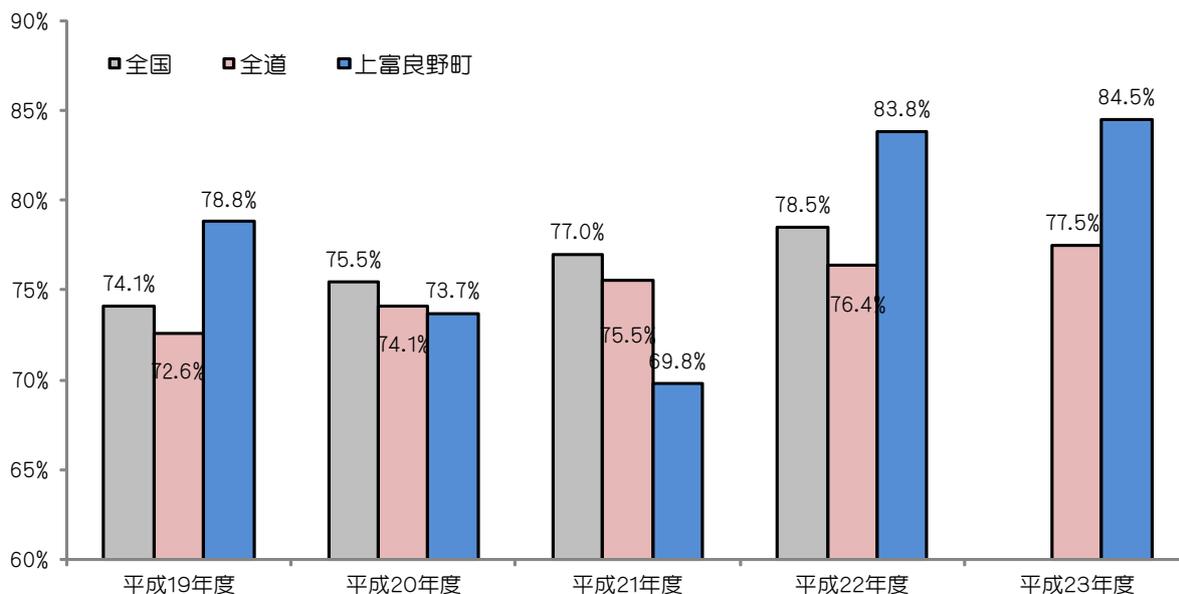
口腔機能については、咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

(3) 現状と目標

ア 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

上富良野町の3歳児でう蝕がない児の割合は、平成 21 年度に微減しましたが、その後回復し、全国や北海道と比べると高い割合になっています。(図1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



(3歳児健康診査における歯科検診結果)

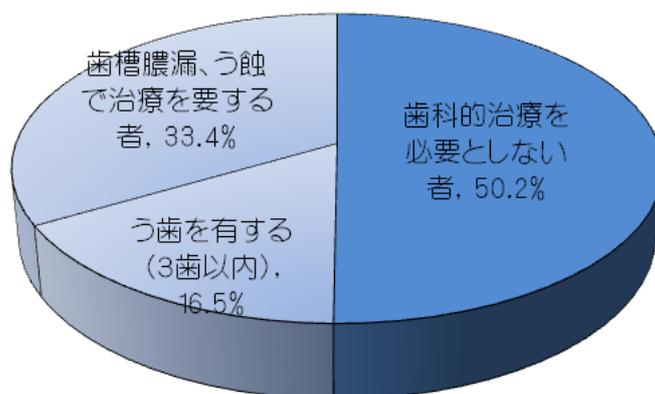
しかし、永久歯になると、永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数は平成23年度全国の1.2歯より多い3.3歯となっています。

生涯にわたる歯科保健は、乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病の改善が永久歯のう蝕予防につながります。継続した歯科対策を推進することが、重要です。また、幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持ち、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦相談等を通じたう蝕予防の啓蒙を行います。

イ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

(図2)陸上自衛隊上富良野駐屯地は隊員に対し、歯科検診を実施しており、平成24年は96%受診しています。結果は、「歯科的治療を必要としない者」が50.2%、「う蝕(1度及び2度)3歯以内の者」を含めると66.7%でした。歯槽膿漏など治療を有する者(急速に治療が必要者を含む)は33.4%の結果でした。町の成人期の歯科検診については、今後実態把握に努め、継続した歯科疾患予防対策の検討が必要です。

図2 歯科検診結果(平成24年度陸上自衛隊上富良野駐屯地 1,729人の結果 業務隊衛生科提供)



ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

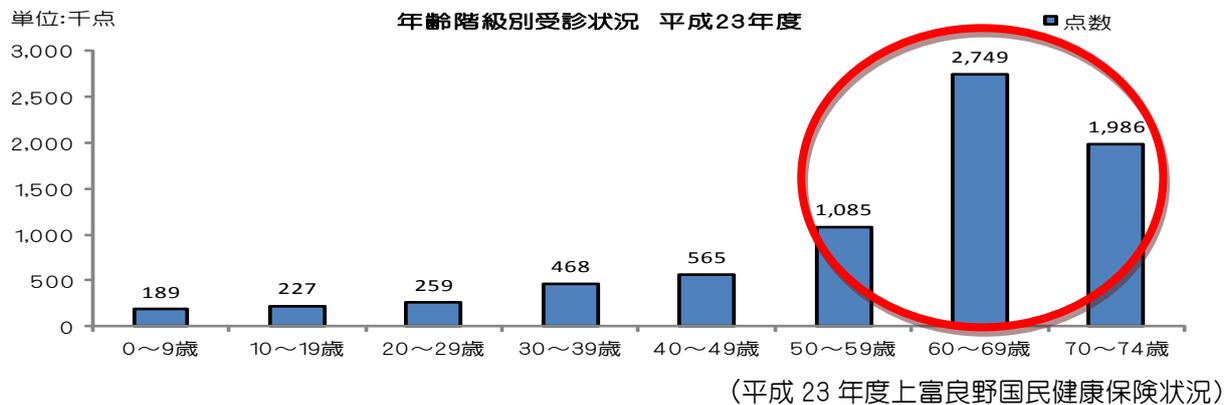
また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

平成23年度の上富良野町国民健康保険の歯科受診状況では、50歳以降に治療をする方が増えてきます。(図3)内訳を平成24年7月の歯科受診で見ると、293件、うち歯周病は59件と2割を占めていますが、歯周炎の進行による重症化として歯周病を発症し受診につながっていると考えられます。

このことは、平成17年国の歯科疾患実態調査による、「40歳代で4mm以上の歯周ポケット有する進行した歯周炎を有する者は37.3%」、「60歳代では54.7%」の調査結果と一致します。

歯周病の進行は、40歳代では歯周病の疑いが出現し、50歳代には出血・腫れなどの具体的な症状、60歳代では動揺歯・残存歯の歯肉辺縁部の炎症が出現することがわかりました。

図3 年齢別歯科受診状況



今後、「歯周疾患予防」は、継続的な実態把握と定期的に歯科検診受診ができる体制作りが必要です。

(4) 対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・妊婦相談等のう蝕予防の啓蒙
- ・乳幼児期のう蝕予防の学習(10か月児、1歳6か月児、3歳児)
- ・幼児期から中学生までのフッ素洗口法の実施
- ・成人期・高齢期の歯周病の実態把握
- ・成人期の歯科検診の構築

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診(1歳6か月児、3歳児)の実施
- ・歯科医院における初回口腔検診・フッ素塗布・歯科衛生士による歯磨き指導(10か月児、1歳6か月児、3歳児)

ウ アについて、健康増進事業実施者が各々取組みを推進

第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

1 高齢者の健康

(1) はじめに

町においても人口の高齢化が進んでおり、特に75歳以上の方が増加していくことが予想されます。高齢者の健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、社会参加や社会貢献等が重要となります。

(2) 基本的な考え方

健康寿命の更なる延伸に向けて、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する一方で、疾病等による虚弱化を予防することが重要な課題です。

(3) 現状と目標

ア 介護保険サービス利用者の増加の抑制

上富良野町の1号保険者(65歳以上)の要介護・要支援認定者数は377人(平成23年3月31日現在)、12.6%となっており、全国(16.9%)、全道(17.7%)と比較しても低い認定率になっています。

国では、介護保険認定者が増加し続けていますが、上富良野町においては、平成20年をピークに認定数が減少に転じています。今後も、介護保険認定者の原因疾患である脳血管疾患や血管障害を起こす因子等の予防に努め、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせていきます。(表1)

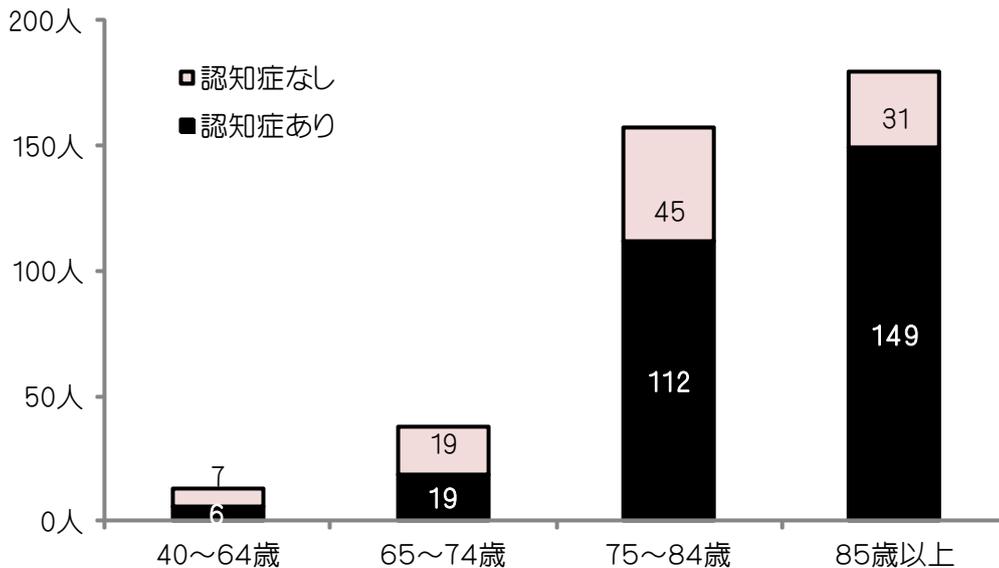
表1 介護保険認定者の原因疾患 (平成23年3月末 主治医意見書から)

脳血管疾患	認知症	骨・関節疾患	血圧・糖尿病等	その他
114人	81人	48人	47人	98人

イ 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

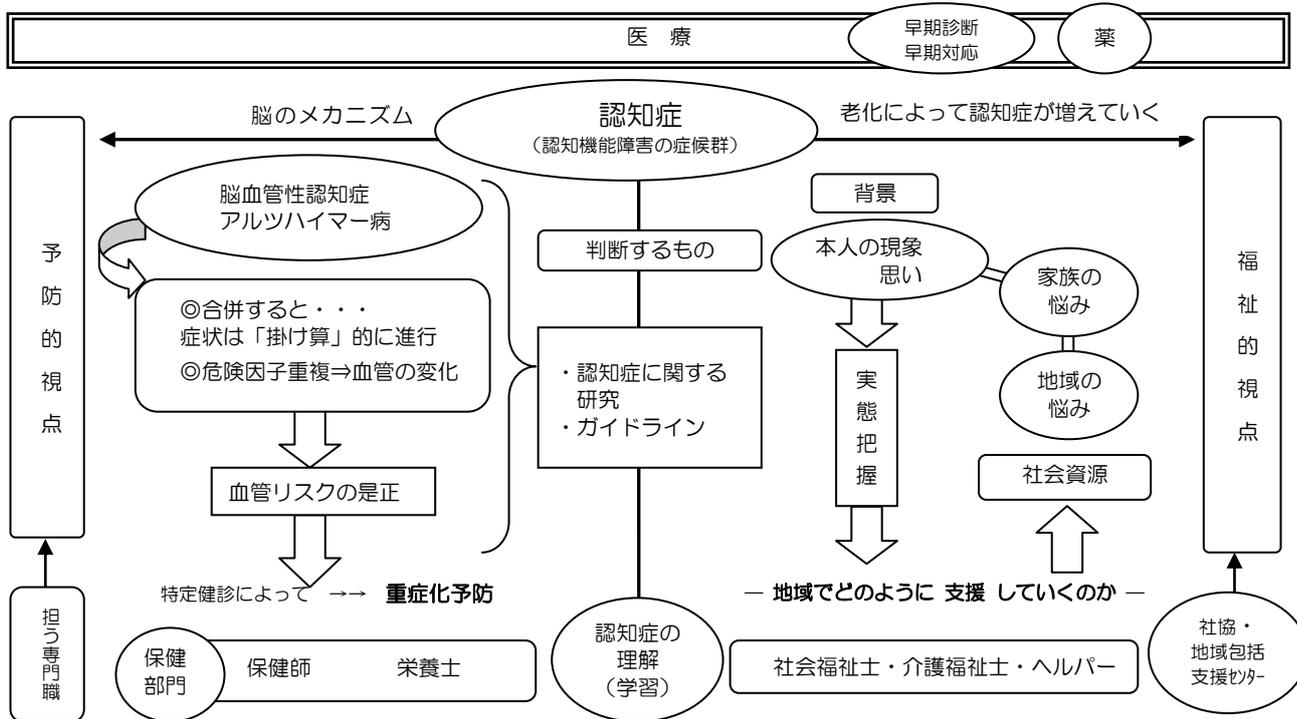
高齢社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されます。平成21年度に認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上の認知症を有している人は、町の要介護認定388人中286人(73.7%)いました。(図1) 286人の内、121人(42.3%)が脳血管疾患の既往があり、40~64歳では、83.3%を占めていました。血管リスクの是正が認知機能障害の進展予防につながる(京都大学大学院猪原先生)と言われており、脳血管疾患等の予防により脳細胞を守る活動が重要です。

図1 介護保険認定者の認知症(自立度II以上)の状況



また、「軽度認知障害(MCI)」と呼ばれる状態の高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことが分かっています。このMCI高齢者に対して運動や趣味に関する様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっています。現在、地域や介護部門等が進めている脳の活性化を図る活動も重要です。

図2 認知症の方への支援



ウ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患があります。町の平成23年3月の介護認定審査会の主治医意見書を見ると、認定者388人のうち48人が膝痛・骨折が原因でした。

全国的にも、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への意識改革と健康長寿を実現することを目指します。

参考 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の定義

・運動器（運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

エ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態の確保に努めます。

オ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）

平成22年国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者は「腰痛や手足の関節に痛み」のある者や腰痛症通院者率が高く、運動器に問題を抱えている高齢者が多いといわれています。

高齢者の腰や手足の痛みは、変形性関節症や脊椎圧迫骨折によって生じることが多いです。

平成19年3月から22年2月の上富良野町国民健康保険診療報酬における月80万円を超える高額医療をみると、筋骨格系疾患ががん・血管疾患に次いで3位でした。（表3）

内訳をみると、変形性膝関節症が半数以上を占め、そのうち女性が84%で、肥満者は69%を占めていました。関節を守るための学習（図2）と肥満の予防や生活習慣改善に取り組む事が大切です。

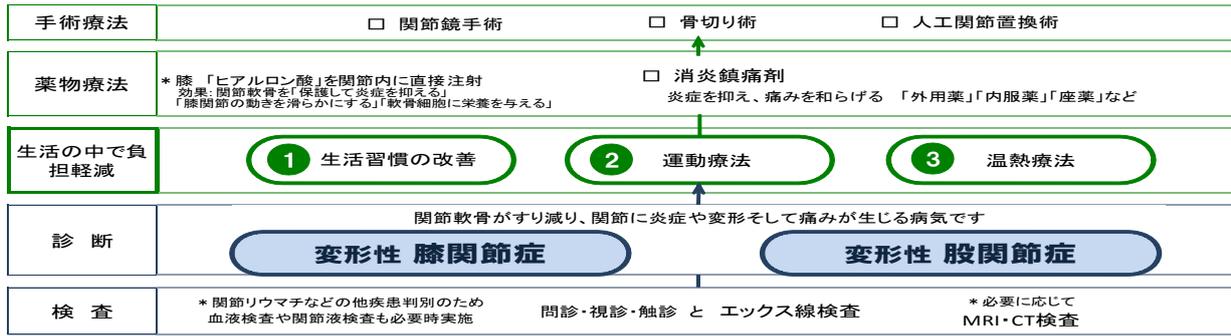
表3 高額医療件数の14%を占める 筋骨格系疾患 (がん・血管疾患について3位)

No.	疾 病	費用額	膝	股	腰	性別	年齢 (歳代)	BMI	過体重	標準体 重から の過重 量(kg)
1	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,437,640	●			女	70	33.8	●	25
2	人工関節再置換術 人工関節のゆるみ	1,781,760	●			女	70	32.8	●	21
3	変形性膝関節症 人工関節再置換術	1,236,190	●			女	70	32.8	●	21
4	変形性膝関節症 人工関節置換術	2,592,380	●			女	50	32.2	●	22
5	変形性膝関節症 人工関節置換術	2,669,210	●			女	70	30.6	●	18
6	変形性膝関節症 人工関節置換術 骨移植術	1,424,280	●			女	70	30.4	●	19
7	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,413,050	●			男	70	29.9	●	17
8	原発性膝関節症 人工関節置換術	1,675,660	●			女	70	28.2	●	12
9	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,250,990	●			女	60	28	●	14
10	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,729,720	●			女	70	27.8	●	13
11	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,452,230	●			男	60	27.7	●	16
12	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,662,830	●			女	70	27.6	●	12
13	両変形性膝関節症 人工関節置換術(両)	2,425,940	●			女	70	27	●	10
14	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,414,880	●			女	70	26.8	●	11
15	両変形性膝関節症 人工関節置換術	1,463,200	●			女	70	26.2	●	10
16	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,501,420	●			女	70	25.7	●	8
17	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,310,760	●			男	70	25.6	●	8
18	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,376,500	●			女	60	25.4	●	6
19	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,898,640	●			女	60	25.4	●	7
20	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,442,530	●			女	50	25.1	●	7
21	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,330,270	●			女	70	25.1	●	6
22	左変形性膝関節症 人工関節置換術	1,594,410	●			女	70	25.1	●	6
23	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,502,470	●			女	60	24.9	●	7
24	変形性膝関節症 人工関節置換術(両)	2,849,740	●			男	60	24.3	●	6
25	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,224,210	●			女	70	24.2	●	6
26	両変形性膝関節症 人工関節置換術(両)	2,836,560	●			女	70	23.9	●	4
27	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,311,410	●			女	70	23.4	●	2
28	変形性膝関節症 人工関節置換術(両)	3,442,560	●			女	60	22.9	●	2
29	変形性膝関節症 人工関節置換術	2,420,470	●			女	60	22.3	●	
30	変形性膝関節症 人工関節置換術	1,353,440	●			女	60	23.7	●	
31	変形性膝関節症 人工関節置換術	2,477,690	●			男	60		●	
32	原発性膝関節症 人工関節置換術	1,516,320	●			女	60		●	
	小 計	57,019,360	32			5 16%	27 84%		22 69%	
1	変形性股関節症 人工関節置換術	1,362,000		●		女	60	23.7	●	4
2	変形性股関節症 人工関節置換術	1,552,980		●		男	60	23.7	●	3
3	変形性股関節症 人工関節置換術	1,870,340		●		男	70	22.9	●	1
4	亜脱性股関節症 人工股関節置換術	4,200,000		●		女	40	24	●	4
5	亜脱性股関節症 人工股関節置換術	2,075,490		●		女	60	22.8	●	1
	小 計	11,060,810		5		2 40%	3 60%			
1	腰部脊柱管狭窄症 椎間板摘出術	858,420			●	男	70	29	●	18
2	腰部脊柱管狭窄症 骨移植術	2,113,050			●	男	60	25.4	●	10
3	腰部脊柱管狭窄症 椎弓切除術	902,380			●	男	60	25.9	●	10
4	腰部脊柱管狭窄症 椎間板摘出術	917,020			●	男	70	23.4	●	3
5	腰部脊柱管狭窄症 椎弓切除術	1,235,040			●	男	70	22.6	●	1
6	腰部脊柱管狭窄症 脊椎固定術	1,915,490			●	女	70	22.4	●	
7	腰部脊柱管狭窄症 脊椎固定術	2,118,380			●	女	60		●	
8	腰椎椎間板ヘルニア 椎間板摘出術	2,592,910			●	男	60	25.4	●	8
9	腰椎椎間板ヘルニア	2,017,430			●	男	60	26.4	●	12
	小 計	14,670,120			9	7 78%	2 22%		5 56%	
	合 計	82,750,290				14	32		27	

19年度～22年度(3月～2月診療分)レセプト 月80万円以上の高額医療費分析より

一度すり減ってしまった関節軟骨は、もとの完全な形に修復することはありませんが

関節を守るために できることがあります!!



当 年 て は ま ら な い と あ き ら め て い ま せ ん か ？ ☑	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、歩くことができない	<input type="checkbox"/> 股関節が変形し、左右の脚の長さが違う
	<input type="checkbox"/> 見た目にも膝関節の変形が目立つ	<input type="checkbox"/> 痛むほうの脚が細くなったり、 筋肉が弱ってきた感じがする
	<input type="checkbox"/> 膝に力のかかる動きをするとコリコリ、ガリガリと あつれき音が出るような感じがする	<input type="checkbox"/> 痛むほうの脚をかばって歩くため、 「歩くときに体が左右に揺れる」
	<input type="checkbox"/> 膝に水がたまる	<input type="checkbox"/> 痛みがあるため動くことが減り 関節の周囲にある韧带や筋肉などが固くなると、 股関節の動かせる範囲が狭くなる ・あぐらをかくこと ・靴下の着脱 ・足の指の爪切り など動作が不便
	<input type="checkbox"/> 膝の周辺が腫れる、熱感をともなったり、 むくんだ感じがする	<input type="checkbox"/> 股関節以外の部分、 お尻や膝などにも「痛み」「違和感」「だるさ」など がでる
	<input type="checkbox"/> 階段の上り下りもつらく、特に下りがつらい	<input type="checkbox"/> 安静時にも、股関節が痛む
	<input type="checkbox"/> 正座やしゃがみこむ等の動作が苦痛	<input type="checkbox"/> 階段の上り下りで股関節に痛みがでてくる
	<input type="checkbox"/> 膝の曲げ伸ばしがしづらい	<input type="checkbox"/> 運動時や歩行時に股関節に 軽く痛みはあるが、一晩たてばおさまる
	<input type="checkbox"/> 動き始めに膝が痛むことがあるが、 少し歩くと痛みはおさまる	<input type="checkbox"/> 股関節に「重だるさ」などの違和感
	<input type="checkbox"/> 起床時に膝がこわばる	
こんな人 注意!!	<input type="checkbox"/> 重い荷物を持つような仕事をしている <input type="checkbox"/> 体重の増加 妊娠時の体重増加や出産後の育児 肥満: BMI25以上 $BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)} \times \text{身長(m)}}$ <input type="checkbox"/> 加齢: 50歳以上の方に多くなる	<input type="checkbox"/> 足に合わない靴やハイヒールを履く習慣 <input type="checkbox"/> 膝への負担の大きいスポーツの習慣 <input type="checkbox"/> 女性 (筋力が弱く、関節構造そのものも小さい)
先天的な関節 の変化	<input type="checkbox"/> 膝のO脚 (有・無)	* 一次性を中心に記載 <input type="checkbox"/> 臼蓋形成不全 (有・無) <input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 (有・無) 男女差は

(4) 対策

ア 介護保険認定者に多くみられる原因疾患を予防する。

(ア) 脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進をはかる。

- ・健診結果にもとづき、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習推進
- ・未治療者の後期高齢者健診の受託
- ・心原性脳塞栓症予防のための心電図検査の追加(循環器の分析に基づき)

(イ) 関節疾患の予防対策の推進を図る

- ・運動機能の維持のための学習会の開催
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・肥満の予防

イ 高齢期に必要な食事量と質の学習

2 こころの健康

(1) はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、人が生き生きと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。

これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人々が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性をもつ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

うつ病は、不安障害や脳血管疾患や身体症状などの基礎疾患の合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、個々の健康的な生活習慣の取り組みによって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

(2) 基本的な考え方

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

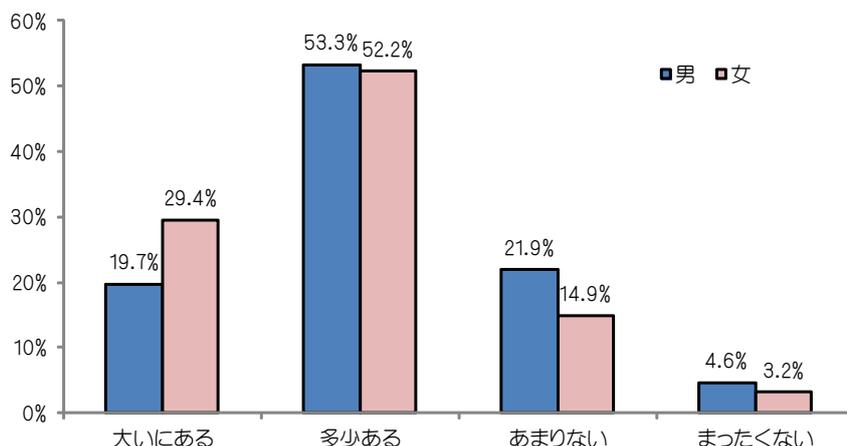
そのため、一人ひとりが、こころの健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

(3) 現状と目標

ア 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

(ア) 不安・悩み・苦勞・ストレス等の心理的苦痛

富良野地域・職域事業所 図1 「この1か月間に、悩み、苦勞、ストレス等がありましたか？」の質問結果
アンケートでは、「この1か月間に、不満、悩み、苦勞、ストレス等がありましたか？」の問いに男性 19.7%、女性 29.4%が大いにある、と答えています。多少あるを加えると、男女とも 70%以上心理的な苦痛を感じています。(図1)



イ 自殺者の減少

上富良野町の平成10年からの自殺死亡者の累計をしてみると、40歳前半をピークに青年・壮年男性が多く、7割が男性です。また、高齢者も平成19年以降増加してきています。(図2、図3、図4)

図2 平成15年～平成23年の自殺者の年齢内訳(男性30人、女性12人)

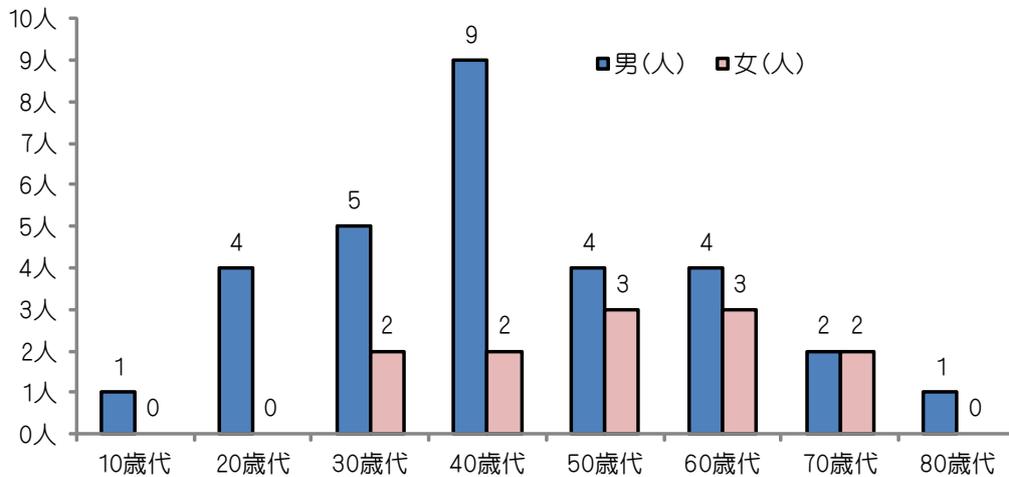


図3 男女別自殺者の推移(平成10年からの自殺による死亡数男44人、女16 合計60人)

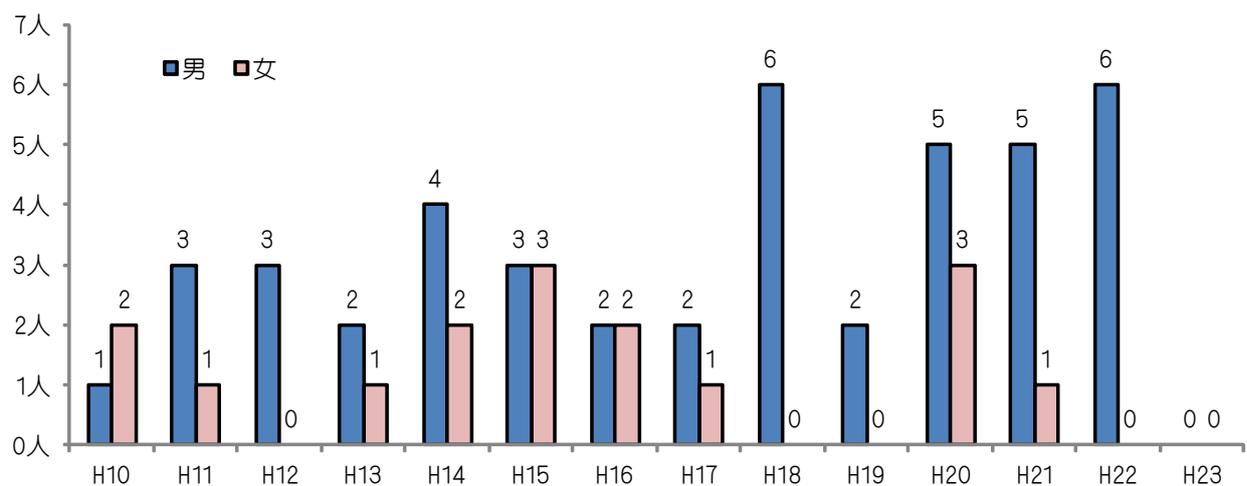
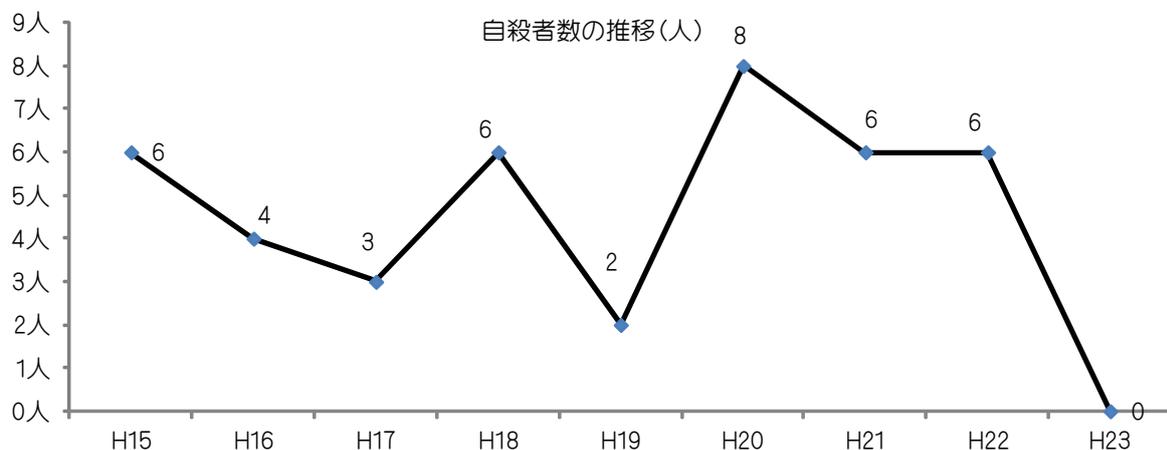


図4 平成15年～自殺者数の推移



自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

WHO(世界保健機構)によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立されており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

また、そのうち、精神疾患治療歴が把握されたのは、40%です。

上富良野町国民健康保険における診療状況(平成23年5月)における、年代別うつ病診療状況と診断科目別受診状況をみると約半数(51.4%)が精神科・心療内科へ受診しています。(図5)

図5 年代別うつ病診療状況

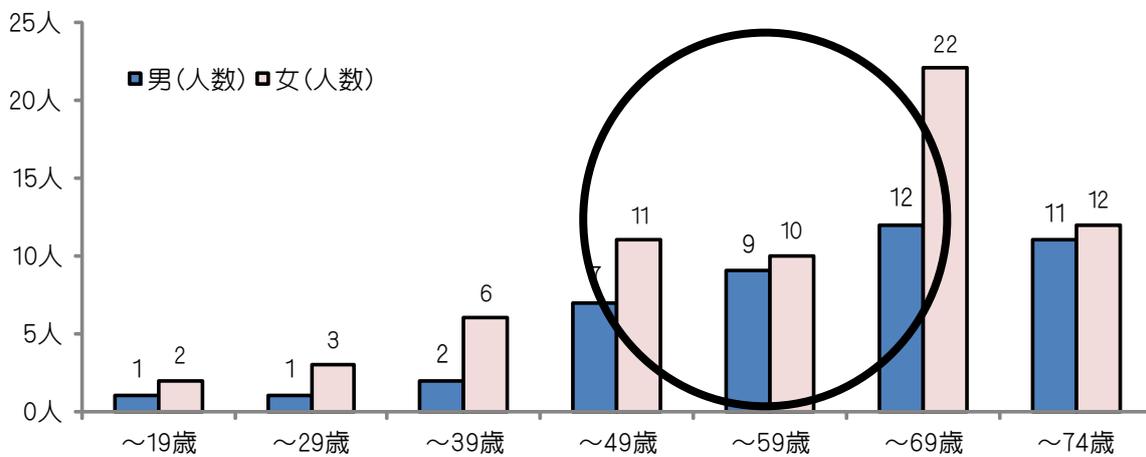
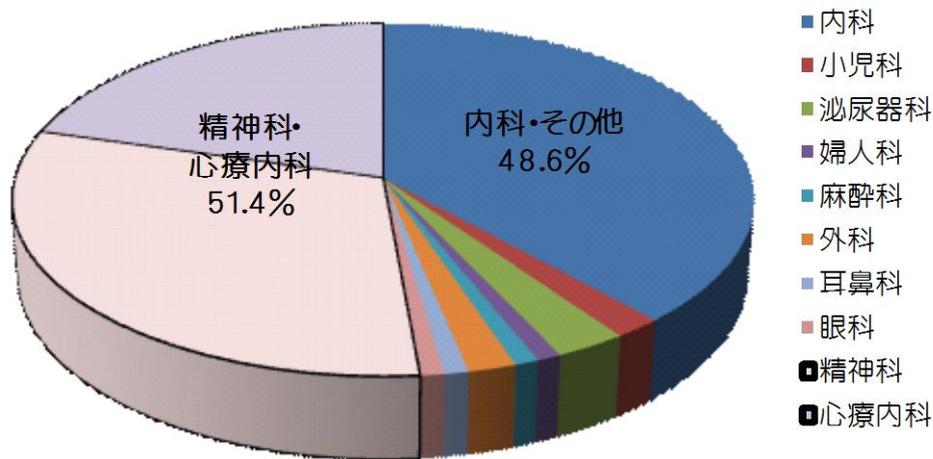


図6 診療科別うつ病治療状況



(平成23年5月 上富良野町国民健康保険診療)

また、富良野保健所開催の精神科医師による「こころの相談会」や司法書士による多重債務「はーとまねーセンター」など専門の相談窓口があります。相談や受診に結びつくためには、本人や周囲の人達の精神疾患の理解や悩みの気づきが必要です。実際に平成 21 年度から北海道地域自殺対策緊急強化推進事業に取り組むことで、成果を上げています。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病などの、より客観的な診断を目指し、前頭葉の血流量変化測定し、脳の機能の状態を図る検査の研究なども進みつつあります。(注1)

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労(アドレナル・ファティーグ)との関与も明らかにされつつあります。(注2)

(注1)「うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査」 2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される

(注2) 医者も知らないアドレナル・ファティーグ ジェームス・L・ウィルソン書 中央アート出版

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

- 睡眠不足
- 栄養バランスの悪い食事
- 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- 疲れていても夜更かしすること
- 長期間、決定権のない立場(板ばさみ状態)に置かれること
- 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- 完璧を目指すこと
- ストレス解消法がないこと

(4) 対策

ア こころの健康に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ・脳の学習を推進

イ 専門家による相談事業の推進

- ・富良野保健所と協力、連携
- ・こころの相談の周知
- ・富良野圏域地域・職域連携推進連絡会と連携

ウ ゲートキーパー（自殺予防支援者）人材の育成

- ・自立支援に基づく障害福祉と連携しこころの健康対策の推進
- ・地域に根差す、自殺予防の人材育成を図る

エ アイウについて、健康増進事業実施者が各々取組を推進

3 休養

(1) はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

(2) 基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。

労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

上富良野町では、上富良野町国保特定健診受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれているか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、男性 18.5%、女性 23.1%の人が「いいえ」との回答になっています。(女性の 30 歳代～40 歳代は 35.6%) 富良野地域・職域事業所アンケート結果(男性 30.9%、女性 38.1%)と比較すると低い状況ですが、今後も実態把握をし対策を検討、推進していく必要があります。

(図1、2)

また、アンケートでは、睡眠導入についても質問しており、「眠りを助ける目的に睡眠薬や安定剤を使用しますか」の問いには、「たまに」「良く」「常にある」と答えた人が、6.5%でした。「お酒を使用しますか」には、男性 21.4%(女性 12.8%)が「はい」と答えており、睡眠導入手段の選択力をつける必要があります。

図1 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに「いいえ」と答えた人の割合

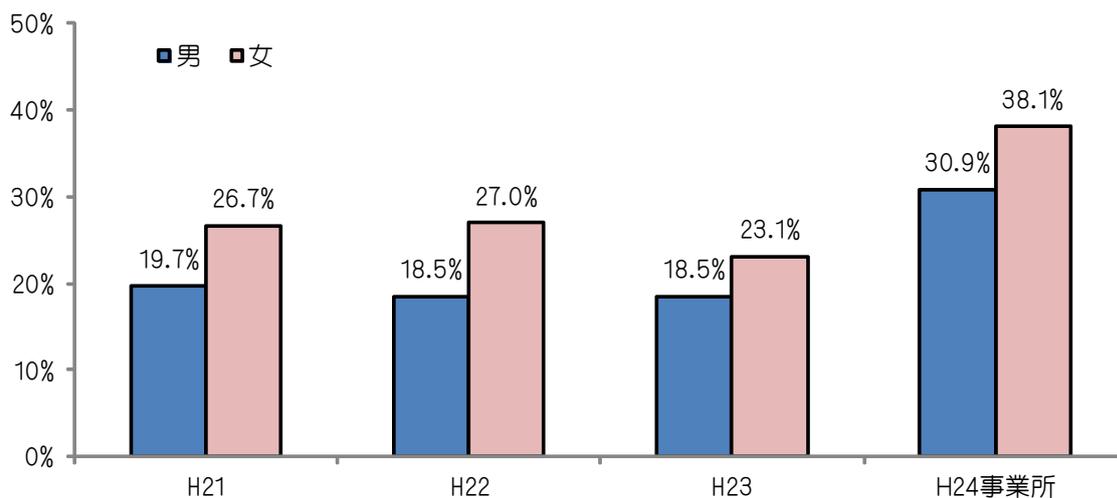
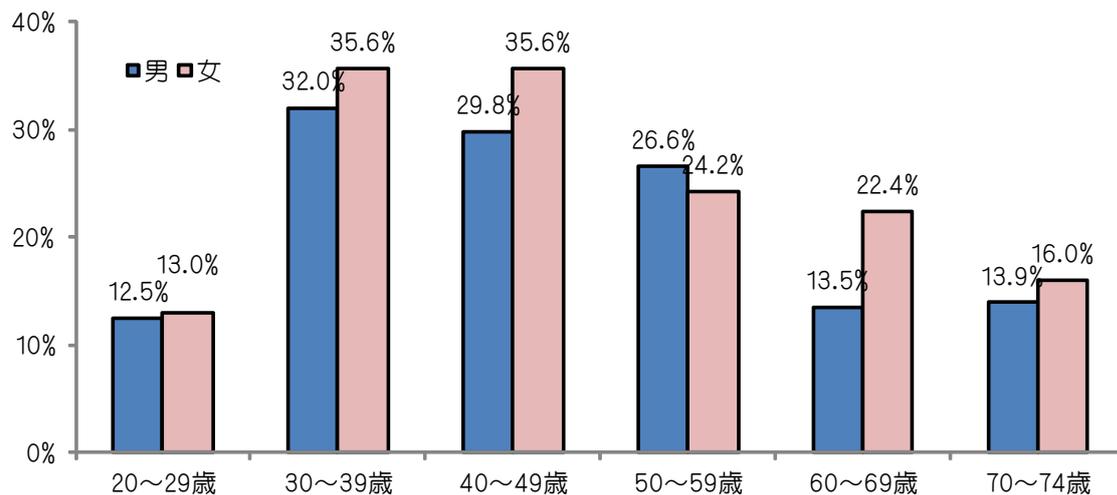


図2 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに「いいえ」と答えた人の割合 性・年代別



(4) 対策

ア 上富良野町の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・富良野保健所と協力、連携

イ 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

ウ アイについて、健康増進事業実施者が各々取組を推進

第5節 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標の設定」、「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体自ら進行管理できる目標の設定」が示されています。

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定された目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされています。

そのため、目標項目として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、上富良野町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。

表1 上高良野町の目標の設定

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
		平成22年	平成22年	統計なし	平成22年	平成27年	平成27年	平成27年	平成27年	
がん	①15歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	84.3	平成22年	※ 統計なし	平成22年	73.9	平成27年	減少	平成27年	①
	②がん検診の受診率の向上									
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%		男性 % 女性 %	11.9%			16.9%		
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%	平成22年	男性 % 女性 %	65.7%	当面	40%	◎現状維持 又は向上	平成28年	
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 % 女性 %	15.1%		50%	20.1%		
	・子宮頸がん	32.0%		%	18.8%	平成28年		27.8%		
	・乳がん	31.4%		%	26.6%			31.6%		
	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)			年齢調整死亡率 非公表のため						
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	※ 統計なし	平成23年	男性 41.6 女性 24.7		減少		
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3				男性 31.8 女性 13.7				
循環器疾患	②適正体重を維持している者の増加									②
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%	平成22年	14.5%	平成23年	28%	平成34年度	◎現状維持 又は減少	平成34年度	
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		11.5%		19%		◎現状維持 又は減少		
	②高血圧の改善(中等症高血圧以上(160/100mmHg以上)の者の割合の減少)									
	③脂質異常症の減少									
	(i)総コレステロール240mg/dl以上の者の割合	i:男性 18.5% ii:女性 22.0%	平成22年	男性 5.0% 女性 3.9%	平成23年度	i:男性 10% ii:女性 17%		◎現状維持 又は減少		
	(ii)LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	ii:男性 8.3% iii:女性 11.7%				ii:男性 6.2% iii:女性 8.8%		◎現状維持 又は減少		
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	該当者 15.5% 予備群 11.3%	平成23年度	平成20年度と 比べて25%減少		◎現状維持 又は減少	平成27年度	
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
	・特定健康診査の実施率	41.3%	平成21年度	70.2%	平成23年度	60%	平成29年度	◎70% ◎80%	平成29年度	
・特定保健指導の終了率	12.3%		83.9%		60%		現状維持 又は減少			
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,271人	平成22年	4人		15,000人	平成34年度	◎現状維持 又は減少	平成34年度	③
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		58.4%	平成23年度	75%	平成34年度	65.0%	平成34年度	
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	0.6%	平成23年度	1.0%	平成34年度	◎現状維持	平成34年度	
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人	平成19年	7.3%		1,000万人		◎現状維持 又は減少		
次世代	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)									⑥
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	29.0%	平成22年	13.0%	平成23年度	20%	平成34年度	◎現状維持 又は減少	平成34年度	
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年	4.9%	平成23年度	減少傾向へ	平成26年	◎減少傾向へ	平成26年	
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子 4.6% 女子 3.39%	平成23年	男子 3.8% 女子 1.1%	平成24年度	減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ	平成26年	

◎は、国の目標値をすでに達成

*受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで(子宮頸がんは20歳から69歳まで)を対象

※国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された項目及び目標年次に沿って、町の目標設定実施

分野	項目	国の現状値	町の現状値	国の目標値	町の目標値	データソース
食	①適正体重を維持している者の増加	各分野で記入				
	②適切な量と質をとるものの増加					
身体活動	①日常生活における歩数の増加 (※1 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日時間以上実施する者) ・20～64歳	男性 7,841歩 女性 6,883歩	※1 男性 64.1% 女性 51.9%	男性 9,000歩 女性 8,500歩	増加	③
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩	※1 男性 73.4% 女性 60.2%	男性 7,000歩 女性 6,000歩	増加	
	②運動習慣者の割合の増加	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	※2 男性 39.9% 女性 30.5% 総数 34.5%	男性 36% 女性 33% 総数 34%	現状維持又は増加	
	・20～64歳 (※2 20～69歳)	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%	※2 男性 53.0% 女性 51.3% 総数 53.1%	男性 58% 女性 48% 総数 52	現状維持又は増加	
飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす	8.7%	4.6%	0%	現状維持又は減少	⑥
	②生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 15.3% 女性 7.5%	男性 6.4% 女性 1.9%	男性 13.0% 女性 6.4%	◎現状維持又は減少	②
喫煙	①妊婦の喫煙をなくす	5%	5.6%	0%	減少	⑥
	②成人び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%	9.8%	12%	◎現状維持又は減少	②
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少					
	・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	37.3%	※ 統計なし	25%	減少	平成34年度
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	54.7%	※ 統計なし	45%		
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加					
・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	84.5%	80%以上	◎85%以上	④	
・12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.3歯	3.3歯	1.0歯未満	2歯未満	⑤	
高齢者	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)	34.1%	※ 統計なし	65%	増加	
	①介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	389人	657万人	456人	平成27年度
このころの健康	②低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%	※ 統計なし	22%	現状維持 又は減少	
	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4%	0.0%		自給総合対策大綱の見直し 状況を踏まえて設定	⑧
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	20.8%	15%	減少	②

※「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された項目及び目標年次に沿って、町の目標設定実施

データソース

- ①:町がん検診
- ②:町国保特定健診
- ③:町国保レシート・身体障害者手帳交付状況
- ④:町3歳児健診
- ⑤:町学校保健統計
- ⑥:町妊娠届け出
- ⑦:介護保険事業報告
- ⑧:人口動態

第三章

計画の推進

第3章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

1 活動展開の視点

健康増進法は、第2条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

住民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとって、一人ひとりの住民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を上富良野町の重要な行政施策として位置づけ、健康かみふらの 21(第二次)の推進においては、住民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体(健診結果)をよく見ていくことです。

一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

一人ひとりの、生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、住民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動をめざします。

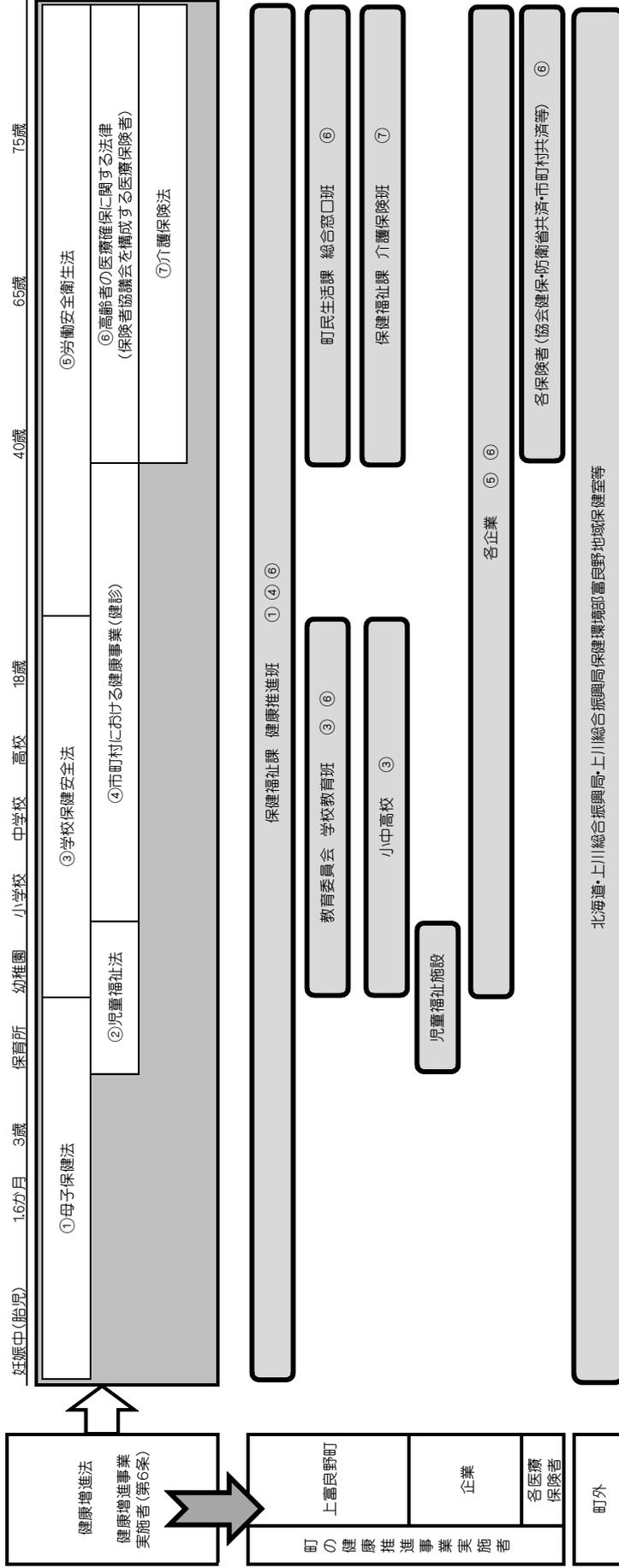
これらの活動が、国民運動の5つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

2 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第六条で規定された健康増進事業実施者との連携(表1)が必要です。

また、庁内関係各課との連携及び関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

表1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための関係機関



健康増進事業が行う健診	①母子保健法		②(省令)児童福祉施設最低基準第35条	③学校保健安全法	④健康増進法	⑤労働安全衛生法	⑥高齢者の医療の確保に関する法律
	母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)	健康診査(第12条)					
健康増進事業	1歳6か月	3歳児健診	児童福祉施設	健康診査(第13条)	第19条の2	健康診査(第66条)	特定健診(第20条)
が	妊婦健診	3歳児健診		学校健診	健康診査	定期健康診査	特定健診
行	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知(妊婦健診の内容等について)	厚生労働省令	厚生労働省令保育所保健指導(第5章健康及び安全)	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」	市町村における健康増進事業の実施	労働安全衛生規則第1節の2 健康診査	厚生労働省令第157号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」
う	年間14回	3歳	保育所 幼稚園	小学校・中学校・高等学校 大学	20~39歳	40歳未満 40歳以上	後期高齢者健診
健診	該当年齢、時期等	該当年齢	幼稚園は学校保健安全法	年1回	年1回	年1回	75歳~ 年1回

第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである、健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、その家族が生活している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)です。

保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

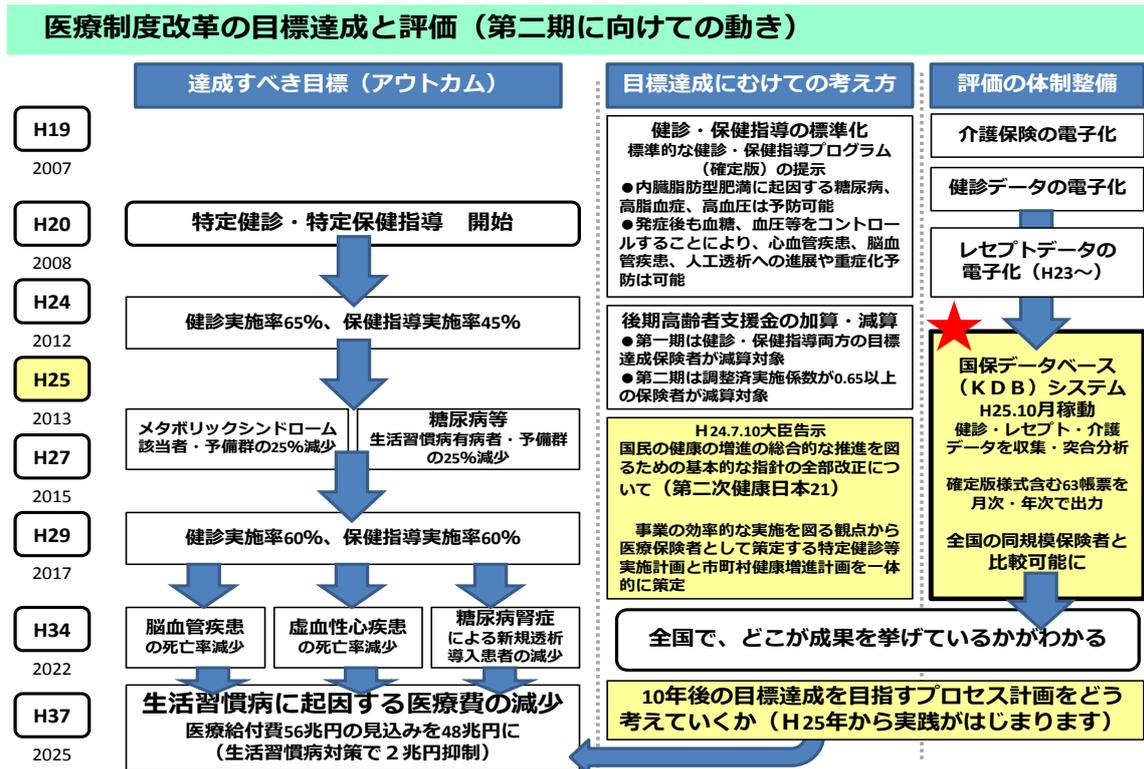
第Ⅳ章

上富良野町国民健康保険 特定健康診査・特定保健指導 実施計画 (第2期)

IV章 第2期 特定健診・特定保健指導実施計画

第1節 制度の背景について

1 医療制度改革の目標達成と評価



2 特定健康診査の基本的考え方

「特定健康診査等基本指針の改正」（平成24年9月28日 厚生労働省大臣告示）

- 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。
- 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関係していて、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ、適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。
- 特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らで選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	行動変容を促す手法	医療保険者

3 第2次健康日本21における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」として、平成25年度から新しい方針でスタートする健康づくり施策(第2次健康日本21)との整合性を図ります。

医療保険者からみた健康日本21(第2次)目標達成の経済的意義

生活習慣病	循環器疾患		糖尿病	糖尿病腎症(CKD)
	脳血管疾患	虚血性心疾患		
医療費 H21国民医療費	1.7兆円	7,700億円	1.1兆円	1.3兆円 (腎炎、ネフローゼ及び腎不全)
患者数 H20 患者調査	46万人	40万人	40万人	21万人 慢性腎不全(CKD)
1人あたりひと月医療費試算 (沖縄県資料)	脳出血 153万円 脳梗塞 55万円	①経皮的冠動脈形成術(PTCA) 222万円 ②弁置換術 412万円 ③バイパス術 432万円 ④ペースメーカー 196万円	糖尿病 1.3万円 糖尿病(インスリン療法) 2万円 糖尿病神経症 84万円 糖尿病網膜症 102万円	人工透析 49万円
健康日本21(第2次)の目標	①脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少 ②高血圧の改善 ③脂質異常症の減少 ④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上		①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少 ②治療継続者の割合の増加 ③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 ④糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上	
経済的意義	高額医療、入院の長期化、介護保険の受給者の減少	高額な医療の減少	一生で平均1億円かかると言われている糖尿病医療費の減少	年間約600万円の透析医療への導入を遅らせる
予防の視点(ガイドライン)	高血圧は脳出血と脳梗塞に共通の最大の危険因子。血圧が高いほど脳卒中の発症率は高くなる。糖尿病は脳梗塞の確立された危険因子。	動脈硬化性疾患予防のためには、脂質異常症の他にも高血圧、糖尿病、喫煙、肥満などの管理を包括的に行い、その個人が持つリスクがどの程度であるのかの評価が重要。	2型糖尿病は多くの場合、無症状か症状があっても軽いので、糖尿病型と診断された時点で、すでに糖尿病特有の合併症(網膜症、腎症、神経障害)をもっていることがまれではない。	新規透析導入の原疾患の第1位は糖尿病腎症。発症・進展抑制には、厳格な血糖値と血圧のコントロールが重要。

第2節 第1期の評価

1 実施に関する目標

			年 度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
①特定健診 実施率	国	目標	受診率(%)	→	→	→	→	65.0
	町	目標	受診率(%)	68.0	71.0	72.0	72.4	72.7
		実績	受診率(%)	70.4	71.0	73.2	70.2	(70.0)
			対象者数(人)	2,315	2,283	2,229	2,208	(2,180)
			受診者数(人)	1,629	1,622	1,631	1,551	(1,526)
②特定保健 指導実施率	国	目標	保健指導実施率(%)	→	→	→	→	45.0
	町	目標	実施率目標値(%)	60.0	65.0	70.0	75.0	80.0
		実績	実施率(%)	78.5	90.9	81.7	83.9	(80.0)
			対象者数(人)	247	197	174	168	(167)
			動機づけ支援(人)	176	118	118	115	(114)
			積極的支援(人)	71	79	56	53	(53)
			終了者数(人)	194	179	143	141	(138)
			動機づけ支援(人)	128	107	97	102	(93)
積極的支援(人)	66		72	46	39	(45)		

(平成23年度は平成24年11月末国保連システム報告より 平成24年度は見込み)

2 成果に関する目標

			年 度	20年	21年	22年	23年	24年
③内臓脂肪症 候群(該当者及 び予備群)減少 率	国	目標	内臓脂肪の減少率 (%)					10
	町	目標	減少率目標値(%)					10
		実績	減少率(%)		30.9	26.0	21.9	
			対象者数(人)	466	425	410	417	
			該当者(人)	210	226	233	250	
			予備群(人)	256	199	177	167	
			改善者数(人)		132	96	89	
			該当者(人)		61	61	52	
予備群(人)			71	35	37			

特定健診実施率の目標は、平成20年度、21年度に実施した未受診者の実態把握をもとに、平成22年度に見直しを行い、修正しています。

第3節 特定健康診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年を一期として、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

1 目標値の設定

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌標準をもとに、上富良野町国民健康保険における目標値を次のとおり設定します。

すでに国が掲げている目標値を達成しているため、今後も健診実施率 70%、保健指導実施率 80%を維持することを目標とし、健診実施率 60%が未達成の 40 歳代、50 歳代の壮年層の実施率の向上を目指します。

項目/年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診実施率	70%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%

第1期では特定健診等の実施の成果に係る目標について、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 10%以上とすることと設定されていましたが、基本指針の改正(平成 24 年9月 28 日 厚生労働大臣告示)では、

平成 29 年度において、平成 20 年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 25%以上にすること。

各保険者は当該数値を必ずしも目標として設定する必要はないが、特定健康診査等の対象者におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の構成割合や減少率を基に、各保険者において、特定健康診査等の効果の検証や効率的な対策の検討を行うことは重要であることから、各保険者がこれらの数値を把握し、保健事業に活用することが望ましい。

とされました。目標設定は行いませんが、該当者及び予備群の構成割合や減少率を把握し、保健事業評価に活用していきます。

2 対象者数の見込み

項目/年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診対象者数	2,167 人	2,135 人	2,102 人	2,071 人	2,040 人
特定健診受診者数	1,560 人	1,580 人	1,598 人	1,615 人	1,632 人
特定保健指導対象者数	172 人	174 人	176 人	178 人	179 人
特定保健指導実施者数	138 人	140 人	141 人	143 人	144 人

3 特定健診の実施

被保険者が受診しやすい健診体制とするため、下記の方法で実施します。

(1) 対象者

上富良野町国民健康保険被保険者のうち、特定健診の実施年度中に20歳から75歳となる者。

(※平成21年度より年度中75歳到達者は特定健診の対象者に含まれる。)

(2) 健診の内容(実施項目)

① 40歳～75歳の健診項目(健診項目及び質問項目)

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とするものを抽出する健診項目とします。質問項目においても、保健指導に最低限必要な項目とします。

ア 基本的な健診の項目

- ・質問項目
- ・身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
- ・理学的検査(身体診察)
- ・血圧測定
- ・血中脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、総コレステロール)
- ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))
- ・血糖検査(空腹時血糖、HbA1c 検査(NGSP 値))
- ・尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血)
- ・腎機能検査(血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR 値)
- ・血清尿酸検査

イ 詳細な健診の項目

- ・心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、色素量(ヘモグロビン値)、ヘマトクリット値)
省令に基づいたもの及び該当以外のもの
- ・75g糖負荷検査・頸動脈超音波検査・微量アルブミン尿検査・血圧脈波検査

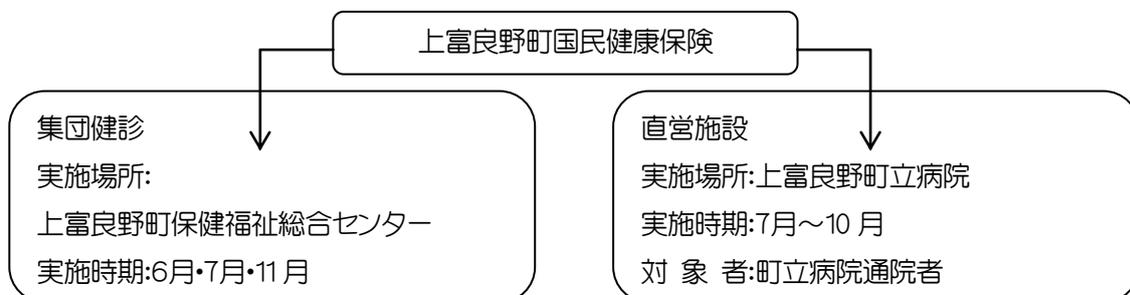
② 20歳～39歳の健診項目

基本的な健診の項目

(3) 実施形態(場所及び時期)

第1期に引き続き、集団健診を主体に実施します。6月、7月に保健福祉総合センターを会場とした集中的な実施と、未受診となった者を対象に農繁期等を避けた11月の未受診者健診についても、受診者に定着し受診率の向上となっていることから継続します。

また、地元町立病院との連携により、受療者を主体とした個別健診を実施します。



被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたって、引き続き、利便良く地元で受診できるよう集団健診(健診機会)を確保します。

(4)実施方法

第1期と同様に、外部委託により実施します。実施機関の質を確保するために、省令における基準を満たす事業者の選定・評価を行い、事業者の評価にあたっては北海道保険者協議会を活用し、情報交換を行います。

① 特定健診委託基準

- ア 人員に関する基準
- イ 施設又は設備等に関する基準
- ウ 精度管理に関する基準
- エ 健診結果等の情報の取扱いに関する基準
- オ 運営等に関する基準

② 委託基準を満たしているかどうかの確認方法

ホームページ上で公表されている健診・保健指導機関の示す「重要事項に関する規定の概要」により個々の機関の情報を随時確認します。

(5)健診実施機関リスト

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号	健診時期	受付時間	予約
110217718	公益財団法人北海道結核予防会	札幌市北区北8条西3丁目	011-700-1331	7月・11月	6時～11時	不要
112914577	JA北海道厚生連旭川厚生病院	旭川市1条通24丁目111番地3	0166-33-7171	6月	6時～11時	必要
113010821	上富良野町立病院	上富良野町大町3丁目2-15	0167-45-3171	7月～9月	個別案内	

(6)委託契約の方法、契約書の様式

健診機関の委託は個別契約とし、国から示された標準的な契約書(基本条項・別紙項目)に基づき契約を行います。

(7)健診委託単価、自己負担額

委託単価については、毎年度、町財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定するとともに、自己負担額については、町保健事業検診受診料徴収条例に基づいた金額とします。

(8)事務のフローチャート

- ① 被保険者台帳から対象者を抽出
- ② 健診の案内、受診券を送付
- ③ 特定健診の予約受付
- ④ 受診受付(保険者証、受診券の確認)
- ⑤ 窓口での負担額の請求・支払い
- ⑥ 特定健診の実施
- ⑦ 管理台帳に健診データを入力(健診未受診者の把握)
- ⑧ 健診結果から特定保健指導の判定(階層化)の実施
- ⑨ 結果通知表を出力・送付・保存

⑩ 健診機関毎に委託料の計算・支払

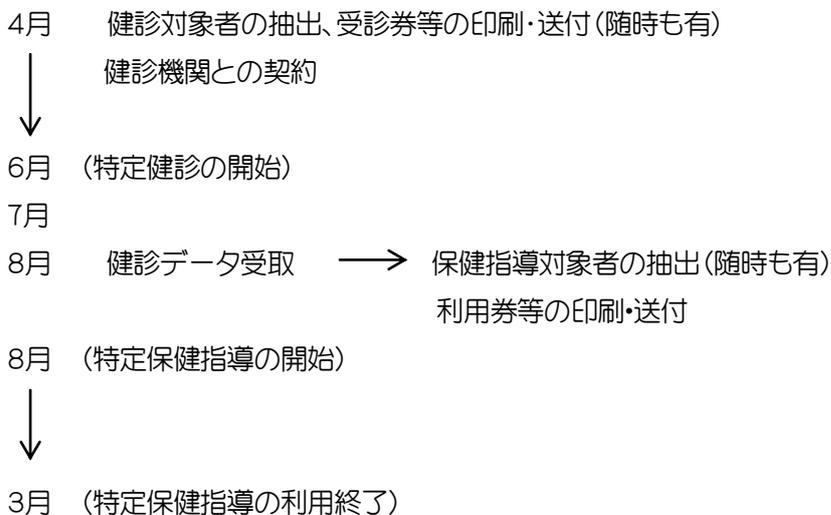
(9) 受診券の様式

受診券及び利用券は、全国統一の標準的な様式で発券

(10) 健診の案内・周知方法

- ① 郵便による直送または窓口での手渡し
- ② 広報等による周知
- ③ 未受診者に対する状況把握及び受診勧奨実施

(11) 年間実施スケジュール



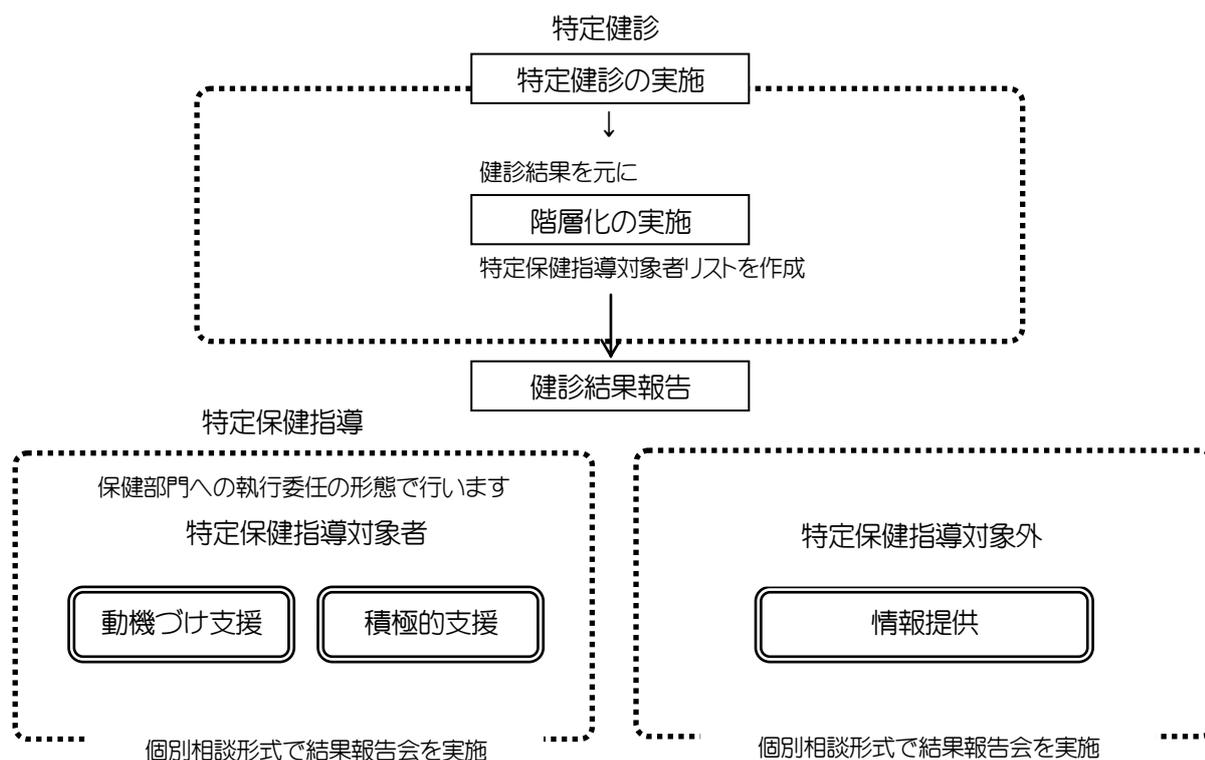
(12) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

- ① 事業者健診受診者の健診データ収集
未受診者の実態把握の中で、事業者健診の受診者には結果表の写しの提出を依頼
- ② 医療機関通院者のデータ収集
対象となる健診データを医療機関から情報提供していただくため、富良野医師会と委託契約を取り
交わし、対象者の承諾を得た上で受診医療機関からデータを収集します。

4 特定保健指導の実施

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようにすることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として、下記の方法で実施します。

(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ



(2) 保健指導対象者の選定と階層化

特定健診の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定する基準、及び特定保健指導の内容については、実施基準第4条及び第6条から第8条までの規定において定められた方法で実施します。

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健診の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めます。

(3) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

確定版 様式6-10フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から、保健指導レベル別に4つのグループにわけ、優先順位及び支援方法は次のとおりとします。

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の70%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	169人 (10.9%)	80.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	296人 (19.1%)	
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	658人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	365人 (23.5%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	721人 (46.5%)	

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から、個々のリスク(特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFR と尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

(4) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行うこととされています。

(5) 被用者保険における特定保健指導の受託

国民健康保険連合会が取りまとめを行っている集合契約に入り、随時保健指導を実施しています。

項目/年度		20	21	22	23	24
件数 (初回)		4	21	19	27	-
内 訳	積極的支援	3	14	10	10	-
	動機づけ支援	1	7	9	17	-

第4節 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて(平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号)」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行います。

3 個人情報保護対策

特定健診の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び同法に基づくガイドライン(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日医政発第1224001号・薬食発第1224002号・老発第1224002号厚生労働省医政局長通知・医薬食品局長通知・老健局長通知)、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月27日保発第1227001号厚生労働省保険局長通知)等)等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督)について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払います。

第5節 結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められています。

実績報告については、特定健康診査等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

第6節 特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により、若いときからの糖尿病等の生活習慣病の予防の対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階でとどめることができれば、通院患者を減らすこと、更には重症化や合併症の発症を

抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

予防可能な生活習慣病を減らすことで将来の医療費の伸びを抑え、町民(被保険者)の負担を減らし、皆保険制度を持続可能とするためにも町民(被保険者)の理解と実践が最も重要となります。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、町の広報誌及びホームページの掲載、各種通知や保険事業等の実施機会に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。

<資料>

国民健康保険運営協議会の設置に関する規定

○上富良野町国民健康保険条例(昭和 34 年3月6日条例第4号)

(国民健康保険運営協議会の委員の定数)

第2条 国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)の委員の定数は次の各号の定めるところによる。

- (1) 被保険者を代表する委員 3人
- (2) 保険医又は保険薬剤師を代表する委員 3人
- (3) 公益を代表する委員 3人

(規則への委任)

第3条 前条に定めるもののほか、協議会に関して必要な事項は規則で定める。

○上富良野町国民健康保険条例施行規則(平成6年 12 月 30 日規則第 33 号)

(国民健康保険運営協議会の運営)

第2条 運営協議会(以下「協議会」という。)は町長から諮問があったときに、会長がこれを招集する。

第3条 会長は、会務を統理し、協議会を代表する。

第4条 会議は、公益を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員、被保険者を代表する委員各1名以上を含む過半数の委員の出席がなければ開会することができない。

第5条 会議の議長は、会長がこれに当たる。

第6条 議長は、議題とした案件について町長に説明を求めることができる。

第7条 採決は、会議に出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第8条 会長は、協議会で議決を了した事項につき、1週間以内に町長に答申しなければならない。

第9条 議長は、協議会の議事につき、会議録を作成しなければならない。

2 会議録は、議長及び署名委員2名が署名する。署名委員は、会期の始めに議長が協議会に諮ってこれを決める。

第 10 条 協議会の庶務は、町民生活課において行う。

上富良野町国民健康保険運営協議会委員名簿

(平成 23 年9月1日現在)

代表名	氏名
公益代表	北川 昭雄
	大柳 房子
	五十嵐 順美
医師薬剤師代表	渋江 久
	寺井 順子
	小熊 康夫
被保険者代表	大内 和行
	鎌田 孝徳
	小松 紀代美

健康かみふらの 21 計画策定健康増進事業実施者会議設置要綱

(設置)

第1条 健康かみふらの 21 計画の策定に関し、実態調査や計画検討のため、健康かみふらの 21 計画策健康増進事業実施者会議(以下「会議」という。)を置く。

(所掌事務)

第2条 会議は、次に掲げる事務を行う。

- (1) 健康かみふらの 21 計画の実態把握や計画策定に関すること
- (2) その他必要な事項に関すること

(組織)

第3条 会議は健康増進法に規定する健康増進実施事業者等で、次の各号に掲げる委員を持って構成する。

- (1) 母子保健法の規定による健康増進事業実施者
- (2) 学校保健安全法の規定による健康増進事業実施者
- (3) 労働安全衛生法の規定による健康増進事業実施者
- (4) 国民健康保険法の規定による健康増進事業実施者
- (5) 国家公務員、地方公務員等共済組合法の規定による健康増進事業実施者
- (6) 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による健康増進事業実施者
- (7) 介護保険法の規定による健康増進事業実施者
- (8) 富良野保健所上富良野担当者
- (9) 健康増進事業を実施する行政の実務者で、町長が指名する者

(委員長及び副委員長)

第4条 会議には、委員長及び副委員長を置き、委員の互選により定める。

2 委員長は、会議を代表し、掌理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(運営)

第5条 会議は、委員長が招集し、その議長を務める。

2 会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。

3 委員長が必要と認める時は、委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 会議の庶務は、保健福祉課健康推進班において行う。

(委任)

第7条 この要綱の定めるもののほか、会議の運営に必要な事項は、町長が定める。

附則

この要綱は、平成 24 年7月1日から施行し、健康かみふらの 21 計画策定をもってその効力を失う。

健康かみふらの21 計画策定健康推進事業実施者会議名簿

選出区分	所属所	氏名
学校保健安全法の規定による健康増進事業実施者	校長会代表 教頭会代表 町教育委員会	西小校長 松本 敦 上中教頭 鈴木 薫 学校教育班主幹 及川 光一
労働安全衛生法の規定による健康増進事業実施者 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による健康増進実施事業者	陸上自衛隊上富良野駐屯地 アラタ工業 JAふらの上富良野支所	業務隊 衛生科長 佐藤 英明 監理部長 内田 好晴 支所長 山田 春男
共済組合法の規定による健康増進実施事業者・ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による健康増進実施事業者	防衛省共済組合上富良野支部 町総務課	共済班長 川島 直之 総務班主幹 石田 昭彦
富良野保健所 (上富良野地域 担当)	北海道上川総合振興局保健環境部富良野地域保健室	主任保健師 青野 美智代
国民健康保険法の規定による健康増進実施事業者・ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による健康増進実施事業者	町町民生活課	町民生活課長 北川 和宏
健康増進事業を実施する行政の実施者で、町長が指名する者	町保健福祉課	保健福祉課長 坂弥 雅彦
介護保険法の規定による健康増進事業実施者	町保健福祉課	高齢者支援班主幹 北川 徳幸
母子保健法の規定による健康増進事業実施者	町保健福祉課	食育推進担当主幹 加藤 文敬

健康かみふらの 21 計画

平成 25～34 年度

平成 25 年 月発行

発行 上富良野町

編集 上富良野町保健福祉課

上富良野町町民生活課