

健康かみふらの 21 計画(第二次)
中間評価報告

平成 31 年 2 月
上富良野町

目 次

はじめに	1
1 健康かみふらの 21（第 2 次）の策定経過と趣旨	1
「健康かみふらの 21 計画（第 2 次）」の中間評価	5
1 中間評価の趣旨	5
2 中間評価の方法	5
3 中間評価の結果	5
課題別の目標達成状況と計画後半年に向けて	9
1 生活習慣病の予防	9
（1） がん	
（2） 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	
（3） 循環器疾患	
（4） 糖尿病	
（5） 次世代の健康	
2 生活習慣の改善	61
（1） 飲酒	
（2） 歯・口腔の健康	
3 社会生活に必要な機能の維持・向上	74
（1） 高齢者の健康	
（2） こころの健康	
（3） 休養	
最終年度に向けた目標設定	84

はじめに

1 健康かみふらの 21（第 2 次）の策定経過と趣旨

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」を重視する取り組み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り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り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。

町では平成 15 年 3 月に健康増進計画「健康かみふらの 21」を策定し、生活習慣病予防に視点をおいた取り組みを推進してきました。それまでの町の取り組みや課題を踏まえ、「国民運動」の基本的な方向及びライフステージに応じた目標（図表 1）に沿い、平成 25 年 2 月に「健康かみふらの 21(第二次)」を策定しました。

図表 1)

「健康かみふらの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」

□ 目標項目（53項目）

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	65歳	75歳				
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	がん	がん検診の受診率の向上										75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患	特定健診・特定保健指導の実施率の向上 メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） 脂質異常症の減少										脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
		糖尿病	適正体重の子どもの増加 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 肥満傾向にある子どもの割合の減少										糖尿病有病者の増加の抑制 治療継続者の割合の増加 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%以上の者の割合の減少） 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
		慢性閉塞性肺疾患（COPD）	慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度の向上										
	生活習慣	栄養・食生活	食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 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 朝・昼・夜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の増加 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 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加										適切な量と質の食事をとる者の増加 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 食塩摂取量の減少 野菜と果物の摂取量の増加 低栄養傾向（BMI20）の高齢者の割合の減少
		身体活動・運動	住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 日常生活における歩数の増加 運動習慣者の割合の増加										
		飲 酒	妊娠中の飲酒をなくす 未成年者の飲酒をなくす 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	妊娠中の喫煙をなくす 未成年者の喫煙をなくす 成人の喫煙率の減少 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少										
		歯・口腔の健康	乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 歯周病を有する者の割合の減少 歯の喪失防止										口腔機能の維持・向上
		社会生活の維持・向上に必要な機能の	高齢者の健康	介護保険サービス利用者の増加の抑制 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 認知機能低下・ハイリスク高齢者の把握率の向上									
こころの健康	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 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 メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加										自殺者数の減少		
休 養	睡眠による休養を十分とれていない者の減少 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少												

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
- 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
- 健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる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

「健康かみふらの21計画（第2次）」の中間評価

1 中間評価の趣旨

この計画は、平成25年度から平成34年度までの10年間の計画であり、より実効性のあるものとして推進していくためには、計画の進捗状況を把握しながら取組みを進めていくことが重要です。

また、計画策定から5年を経過し、社会情勢等の変化に伴い国の示す目標や位置づけも一部変わってきています。

そこで、計画の中間年において期間前半の取組み等の進捗状況を中間評価し、新たな課題を踏まえながら最終年度（平成34年度）の目標達成に向け、さらなる健康増進に向けた取組みを推進します。

2 中間評価の方法

中間評価では、科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標53項目のうち、市町村が取組む項目について、国の中間評価報告書及び自治体自ら目標の進行管理ができるように既存のデータで活用可能な項目に一部修正、変更し、目標達成状況の評価・分析を行いました。

また、評価・分析をふまえ、計画後半年に向け活動の方向性を見直し、計画の一部修正を行っています。

なお、後半年に向けた活動については、第2次食育推進計画の評価（平成29年度）も踏まえ、本計画に食育計画を包括させ食育について推進していきます。

3 中間評価の結果

課題・項目別に健康かみふらの21計画（第2次）策定時の現状値（平成23年度）と中間評価の現状値（平成28年度）を比較し評価を行っています。（図表2）

図表 2) 分野・項目ごとの策定時との比較

分野	項目	中間目標項目でみた 策定時の現状	出典	中間評価	出典	参考
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	総数 102.6 男性 113.5 女性 97.3	人口：平成22年国勢調査 死亡者数： 道北地域保健情報年報 第9表 (平成21-23年次)	総数 62.5 男性 98.1 女性 32.0	人口：平成25年3月31日 住民基本台帳年齢別人口 死亡者数： 道北地域保健情報年報 第9表 (平成24-26年次)	図表3
	②がん検診の受診率の向上 ・胃がん ・肺がん ・大腸がん ・子宮頸部がん ・乳がん	11.9% 65.7% 15.1% 18.8% 26.6%	平成23年度	16.5%(20.6%) 57.8%(30.0%) 20.2%(15.3%) 27.3%(23.3%) 37.3%(33.4%)	平成28年度 地域保健・ 健康増進報告 ※()内は、 新算定方法	図表9
	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)		人口：平成22年国勢調査 死亡数： 道北地域保健情報年報 第13表 (平成21-23年次)	男性 26.9 女性 20.0	人口：平成25年3月31日 住民基本台帳年齢別人口 死亡者数： 道北地域保健情報年報 第13表 (平成24-26年次)	図表15
	・脳血管疾患 ・虚血性心疾患	男性 42.5 女性 25.2 男性 54.4 女性 21.8	平成21-23 年次 平成21-22 年次	男性 23.5 女性 12.4	死亡者数：道北地域保健 情報年報第12-2-3表 (平成21-22年次)	図表21
循環器疾患	②適正体重を維持している者の増加 (肥満(BMI25以上)、やせ(BMI18.5未満)の減少) ・40～74歳男性の肥満者の割合の減少 ・40～74歳女性の肥満者の割合の減少	33.1% 24.3%	平成23年度	31.7% 25.5%		図表44
	③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 5.0% 女性 3.8%		男性 8.7% 女性 6.9%		図表23
	④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) (ii :LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	i :男性 — ii :男性 5.4% ii :女性 9.1%	平成23年度	i :男性 7.5% ii :女性 11.8% ii :男性 6.4% ii :女性 6.6%		図表29
	⑤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 ・予備群	総数 16.0% 男性 24.0% 女性 10.0% 総数 10.9% 男性 17.8% 女性 5.7%	平成23年度	総数 17.5% 男性 25.4% 女性 11.4% 総数 9.3% 男性 14.1% 女性 5.6%	平成23年度 特定健診法定報告	図表27
糖尿病	⑥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 ・特定保健指導の終了率	70.2% 83.9%	平成23年度	70.1% 101.5%		図表33
	①合併症(糖尿病腎症)による年間新透析導入患者数の減少 ②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	4人 58.4%	自立支援医療	0人 70.6%	自立支援医療	図表35 図表40
	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(NGSP) 8.4%以上の者の割合の減少 ・HbA1c(NGSP) 7.0%以上の者の割合の減少	0.6% 3.6%	平成23年度	0.6% 4.4%	平成28年度 特定健診法定報告	図表41 図表37
	④糖尿病有病者の増加の抑制 ・HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合 ・HbA1c(NGSP)6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、 随時血糖200mg/dl以上	総数 7.3% 男性 8.4% 女性 6.6% 総数 10.5% 男性 12.0% 女性 9.3%		総数 8.3% 男性 9.2% 女性 7.7% 総数 13.7% 男性 16.9% 女性 11.3%		
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) ・妊娠届出時のやせの者の割合 ・全出生数中の低出生体重児の割合の減少 ・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	12.8% 4.9% 男子 11.3% 女子 14.3%	平成23年度 母子健康手帳受付簿 道北地域保健情報年報 第5表(平成23年次) 学校保健統計調査	12.8% 8.6% 男子 16.7% 女子 10.5%	母子健康手帳受付簿 母子健康手帳受付簿(平成28年次) 学校保健統計調査	図表57 図表52 図表62
	①適切な量と質をとるもの増加 ②日常生活における歩数の増加 (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) ・40～74歳		各分野で記入			
	②運動習慣者の割合の増加 (1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施) ・40～74歳	総数 60.5% 男性 65.8% 女性 56.6%	平成23年度 平成23年度 平成23年度 平成24年度	総数 57.0% 男性 62.7% 女性 52.6%	平成28年度 特定健診法定報告	図表48 図表50
食	①妊娠中の飲酒をなくす 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 (毎日2合以上の飲酒)	0.9%	平成23年度 母子健康手帳受付簿	1.1% 男性 21.3% 女性 6.3%	母子健康手帳受付簿 平成28年度 KDB質問票調査の経年比較	図表56 図表68
	①妊婦の喫煙をなくす ②成人の喫煙率の減少(40～74歳)	5.5% 男性 30.9% 女性 9.8%	母子健康手帳受付簿 平成25年度 KDB質問票調査	3.4% 男性 29.1% 女性 9.0%	母子健康手帳受付簿 平成28年度 KDB質問票調査	図表56 図表14
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) ・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) 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 ・12歳児の一人平均う蝕数の減少			37.9% 55.2%		図表90
	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)	84.5% 3.3歯		91.8% 2.05歯	地域保健報告 歯科検診集計表 平成26～28年度 歯周疾患検診結果	図表69 図表76 図表80
	①介護保険サービス利用者の増加の抑制 ②低栄養傾向(血清アルブミン3.9未満、BMI20以下)の割合の増加の抑制			459人 男性 2.0% 女性 1.4%	介護保険事業状況報告 平成28年度特定健診 道北地域保健情報年報 第17表 (平成24-26年次)	図表92 図表96
こころの健康	①自殺者の減少	13人	平成21-23 年次	4人		図表99
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 (睡眠で十分な休養がとれていない)	男性 16.7% 女性 24.2%	平成25年度 KDB質問票調査	男性 17.0% 女性 24.6%	平成28年度 KDB質問票調査	

※「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」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

課題別の目標達成状況と計画後半年に向けて

1 生活習慣病の予防

(1) がん

ア 中間評価・課題

重症化予防

(ア) 75 歳未満のがん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指標としています。がんによる75歳未満の年齢調整死亡率(人口構成を基準人口と同様にした時の人口 10 万人あたりの死亡者数)は、平成 21～23 年次と平成 24～26 年次を比較すると 102.6 から 62.5 に減少しています。(図表 3)

しかし、平成 24～26 年次の 75 歳未満のがん死亡者の検診受診歴をみると、早期発見が有効とされる5大がん(胃、大腸、肺、乳、子宮頸部がん)の死亡者 13 人のうち検診受診者は 3 人と少ない状況でした。(図表 4)

図表 3) がんによる 75 歳未満の年齢調整死亡率

		上富良野町		全国	
		21～23 年次	24～26 年次	22 年度	27 年度
75 歳未満 年齢調整死亡率 (人口 10 万人あたり)	合計	102.6	62.5	84.3	78.0
	男	113.5	98.1	109.1	99.0
	女	97.3	32.0	61.8	58.8

人口：平成 22 年国勢調査、平成 25 年 3 月 31 日住民基本台帳年齢別人口
 死亡者数：道北地域保健情報年報 第 9 表 悪性新生物死亡数(性・年齢階級別)
 ※道北地域保健情報年報の最新年次が平成 26 年で、小規模地域であることから 3 年分の平均で算出。
 全国：人口動態統計特殊報告

図表 4) 平成 24～26 年次の 75 歳未満の死亡者数及び検診受診者数

	早期発見が有効とされるがん検診					
	合計	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸部がん
死亡者数(人)	13	5	4	4	0	0
うち検診受診者(人)	3	1	0	2	0	0

道北地域保健情報年報 第 10 表 悪性新生物死亡数(性・主要部位別)

（イ）がん検診の精度管理

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施を含めた精度管理が必要です。

ア）5年・10年生存率

図表5に示す5年・10年生存率は、進行度を示すステージ1から4までの全症例における生存率で、町は実測生存率（すべての死亡を計算に含めた生存率）であるのに対し、全国は相対生存率（実測生存率を対象者と同じ性・年齢・分布をもつ日本人の期待生存確率で割ったもの）になっています。（図表5）

がん医療は年々進歩し検査や治療の幅も広がってきており、治療による副作用を予防・軽減する支持療法も増え、がん患者の生活の質を保ちながら治療ができるようになってきています。胃がんや大腸がんの内視鏡検査では、内視鏡的治療が可能だと判断された場合に、腺腫や早期がんの切除を行うことも可能です。また、がんを縮小したり進行を遅らせて生存期間を延ばす効果のある抗がん剤治療は薬の種類も増え、がんの増殖に必要とされる特異的な分子をターゲットとして働きを抑える効果を発揮する分子標的薬と言われる薬も登場し、がん患者に合わせた個別化治療が行われています。

進行度の低いステージ1で発見された5大がんの5年生存率は8割以上であり、早い段階でがんを見つけ、適切な治療を開始することで、多くの場合がんを治すことが可能です。よって、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受け、早期に発見することで、がん患者の生存率を高めることができます。

図表5）5年・10年生存率

上段：生存率 下段：症例の対象年度

	5年生存率（全症例）		10年生存率（全症例）	
	上富良野町	全国	上富良野町	全国
胃がん	69.2% 平成7～24年	74.5% 平成19～21年	63.6% 平成7～19年	64.3% 平成13～16年
大腸がん	76.9% 平成10～24年	76.0% 平成19～21年	40.0% 平成10～19年	65.9% 平成13～16年
肺がん	48.3% 平成13～24年	42.7% 平成19～21年	47.6% 平成13～19年	30.4% 平成13～16年
乳がん	100% 平成10～24年	93.5% 平成19～21年	100% 平成10～19年	82.8% 平成13～16年
子宮頸部がん	75.0% 平成11～24年	74.8% 平成19～21年	66.7% 平成11～19年	69.8% 平成13～16年

上富良野町：がん管理カード、住民基本台帳（平成30年2月14日時点）
 全国：全国がん（成人病）センター協議会（平成30年2月28日公表データ）

イ) 肺がん検診（胸部 X 線検査）

平成 13～28 年度の肺がん検診受診者で、肺がんが発見された 39 人のうち、5 年生存率が約 8 割であるⅠ期でがんが見つかった方は計 22 人（ⅠA 期 15 人、ⅠB 期 7 人）の 56.4%でした。一方で、Ⅲ期及びⅣ期でがんが見つかった方は計 14 人（ⅢA 期 4 人、ⅢB 期 4 人、Ⅳ期 6 人）の 35.9%でした。

肺がん検診は、「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」により、非高危険群に対する胸部 X 線検査、及び高危険群に対する胸部 X 線検査と喀痰細胞診併用法は推奨グレード B で、死亡率減少効果を示す相応な証拠があるため、実施することを勧められています。しかし、胸部 X 線検査では、肺と近接する臓器（心臓・血管・横隔膜など）と重なっている小さな肺がんは見つけにくいと言われています。

一方で低線量肺がん CT 検査では、胸部 X 線検査と比較して、より小さく、より早い時期の肺がんを発見することができるとされており、近年では肺がん検診として行う施設も増えてきていますが、低線量 CT は推奨グレード I で、肺がん検診として死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診としては勧められていません。

町のがん検診の実施内容については、今後のガイドラインの動向等、最新の情報を基に、検診機関と共に検討していきます。

図表 6) 平成 13～28 年度の肺がん発見時の状況

			計	〔再掲〕 臨床病期							不明
				Ⅰ 期		Ⅱ 期		Ⅲ～Ⅳ期			
				Ⅰ A 期	Ⅰ B 期	Ⅱ A 期	Ⅱ B 期	Ⅲ A 期	Ⅲ B 期	Ⅳ 期	
計		人数	39	22		1		14			3
				15	7	1	0	4	4	6	
		割合	100%	56.4%		2.6%		35.9%			7.7%
				38.5%	17.9%	2.6%	0.0%	10.3%	10.3%	15.4%	
〔再掲〕 組織学分類	扁平上皮癌	人数	9	2	2	－	－	4	－	2	－
		割合	23.1%	5.1%	5.1%	－	－	10.3%	－	5.1%	－
	腺癌	人数	23	11	5	1	－	－	3	3	－
		割合	59.0%	28.2%	12.8%	2.6%	－	－	7.7%	7.7%	－
	小細胞癌	人数	5	2	－	－	－	－	1	1	1
		割合	12.8%	5.1%	－	－	－	－	2.6%	2.6%	2.6%
	大細胞癌	人数	0	－	－	－	－	－	－	－	－
		割合	0.0%	－	－	－	－	－	－	－	－
	その他	人数	2	－	－	－	－	－	－	－	2
		割合	5.1%	－	－	－	－	－	－	－	5.1%

がん管理カード（平成 30 年 3 月末時点）

ウ) 胃がん検診（胃内視鏡検査）

「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」が更新され、胃がん死亡率減少効果が確認されたことから、胃内視鏡検査は、胃 X 線検査と共に対策型検診・任意型検診の新たな方法として推奨されました。町では胃がん検診において胃 X 線検査と共に、平成 28 年度より50歳以上を対象とした胃内視鏡検査を導入しています。胃内視鏡検査によって胃の粘膜の状態を直接観察することで、小さな病変でも早期にみつけることができ、治療や経過観察の必要性等を判断することができます。

平成 28 年度は胃内視鏡検査を 100 人が受診し、そのうち異常がなかった方は8人のみで、有所見者は計 92 人いました。有所見内容では胃炎が 76 人と最も多く、中でも胃の粘膜が薄く脆弱となっている萎縮性胃炎の方が 40 人いました。他にもポリープ 20 人、胃食道逆流症 13 人、食道炎 11 人、潰瘍瘢痕 10 人など、様々な所見がみつかりました。胃内視鏡検査後の判定結果では精密検査が 41 人、要治療4人、経過観察 37 人、次回検診 18 人となりました。（図表 7-1）

図表 7-1) 平成 28 年度 胃内視鏡検査結果

		計	判定結果（実人数）				
			精密検査	要治療	経過観察	次回検診	
計（実人数）		100	41	4	37	18	
異常なし		8	－	－	－	8	
有所見者計(実人数)		92	41	4	37	10	
所見（延べ人数）	再掲	胃炎	76	39	4	27	6
		萎縮性胃炎	40	22	0	15	3
		慢性胃炎	13	5	3	5	0
	ポリープ		20	9	－	9	2
	胃食道逆流症		13	2	3	6	2
	食道炎		11	4	－	6	1
	潰瘍瘢痕		10	5	－	5	－
	胃粘膜下腫瘍		5	1	－	4	－
	十二指腸炎		3	1	－	1	1
	胃潰瘍		1	1	－	－	－
	胃腺腫疑い		1	1	－	－	－

平成 28 年度 胃内視鏡検査結果票

胃内視鏡検査で精密検査の対象となった 41 人は全員が精密検査を受診し、そのうち 15 人 (44.1%) の方が生検、31 人 (75.6%) の方がピロリ菌検査をしました。生検では胃がんが 1 人発見され、ピロリ菌検査では 19 人 (61.3%) の方がピロリ菌陽性となり、除菌治療や経過観察の対象となりました。精密検査受診後の判定では、要治療が 18 人、経過観察が 13 人、再検査が 4 人、次回検診が 4 人となりました。(図表 7-2)

この判定結果をふまえた最終判定では、受診者 100 人のうち次回検診の指示となった方が 24 人のみで、そのほかの 76 人 (要治療 22 人、経過観察 50 人、再検査 4 人) の方は医療機関での治療や検査等の対象となりました。(図表 7-3)

図表 7-2) 平成 28 年度 胃内視鏡検査後 精密検査結果

		受診者	精密検査結果		精密検査後判定			
			所見	人数	要治療	経過観察	再検査	次回検診
精密検査 実人数 (割合)		41 (100%)	-	-	18 (43.9%)	13 (31.7%)	4 (9.8%)	4 (9.8%)
延べ 精密 検査 人数 (割合)	生検	15 (44.1%)	胃がん	1	2	6	4	3
			その他の所見	11				
			異常なし	3				
	ピロリ菌 検査	31 (75.6%)	ピロリ菌(+)	19 (61.3%)	18	10	0	3
			ピロリ菌(-)	12				

平成 28 年度 胃内視鏡検査結果票

図表 7-3) 平成 28 年度 胃内視鏡検査 最終判定

	受診者	要治療	再掲		経過観察	再検査	次回検診	再掲	
			有所見	ピロリ菌				異常なし	有所見
人数	100	22	4	18	50	4	24	8	16

計76人

医療機関で治療・経過観察が必要な対象者

平成 28 年度 胃内視鏡検査結果票

図表 8) がん検診受診率の向上に向けた取組み

平成30年4月6日 作成

時 期		19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度				
法的根拠	法 律	がん対策基本法の一部を改正する法律																			
	計 画	6月 第1期がん対策推進基本計画				第2期がん対策推進基本計画						(がん対策加速化プラン策定)						第3期がん対策推進基本計画-----> 目途			
	事業実施	健康増進法に基づく市町村事業としてがん検診の実施																			
	実施基準	がん予防重点健康教育及びがん検診の実施のための指針（＝国の実施基準）																			
		有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版																			
町の受診率	上富良野町実施計画	平成15年度策定 健康かみふらの21計画（第一次） -----> 健康かみふらの21計画（第二次） -----> 中間評価 -----> 最終評価																			
	受診率算定方法	対象者年齢に上限なし				対象者年齢を40～69歳（子宮頸部のみ20～69歳）とする						対象者-全人口とする 対象者年齢40～69歳（胃のみ50～69歳 子宮のみ20～69歳）									
	肺がん		72.5%	72.5%	76.9%	73.3%	65.7%	66.8%	63.7%	65.0%	62.0%	57.8%	30.0%	57.6%	29.4%						
	胃がん		9.9%	9.8%	11.5%	10.8%	11.9%	11.3%	13.8%	14.0%	16.8%	16.5%	20.6%	22.7%	20.2%						
	大腸がん		9.6%	9.6%	11.8%	12.9%	15.1%	14.7%	17.9%	20.4%	23.8%	20.2%	15.3%	19.5%	14.4%						
	乳がん		10.7%	15.0%	20.2%	18.8%	26.6%	25.2%	27.5%	31.5%	36.2%	37.3%	33.4%	33.6%	30.0%						
	子宮頸部がん		8.2%	11.9%	16.6%	15.0%	18.8%	18.7%	22.4%	27.6%	29.4%	27.3%	23.3%	23.5%	19.9%						
	5大がん〔平準化〕 第5次総合計画報告値		19.7%	21.4%	24.7%	23.8%		23.4%	23.4% ※21計画との整合性	29.4%	31.6% ※目標数値の変更	29.6%	23.8%	29.6%	22.2%	目標値 33.0%					
具体的な取組み	受けやすい体制整備	検診機関の拡大	特定健診と同時実施	7月セット〔胃・大〕4日間 ミニドック3日間 ----->	7月セット3日間 終了						7月セット1日増 4日間 11月セット1日間 ----->	7月セット1日増 5日間	7月セット1日減 4日間 ----->								
			がん検診センター 結核予防会 富良野協会病院 上富良野町立病院	胃・大腸 3日間 -----> 乳・子宮 1日間 -----> 同時（送迎）3日間 ----->			乳がん検診のみ1日増 乳・子宮 1日間 ----->			胃・大腸1日減 3日間 -----> 同時1日減 2日間 ----->	胃・大腸1日増 4日間 ----->										
				乳・子宮2日間（1月） 乳・子宮1日間（1月） ----->	乳・子宮3日間（8・1月） ----->	乳・子宮4日間（8・1月） ----->															
						個別-子宮がん検診開始 ----->	個別-胃内視鏡検査開始 ----->	個別-胃内視鏡検査開始 ----->													
		無料クーポン券の配布※青字は町独自事業	乳がん			41.46.51.56.61歳 初回 ----->					41歳 初回 -----> H21-24配布の61歳以下のすべて未利用者 ----->	H25配布の61歳以下の未利用者 （43.48.53.58歳） H21-25配布で63-67歳の過去未利用者 ----->	46.51.56.61歳で過去未利用者 ----->	46.51.56.61.66歳で過去未利用者 ----->							
			子宮頸部がん			21.26.31.36.41歳 初回 ----->					21歳 初回 -----> H21-24配布の41歳以下のすべて未利用者 ----->	H25配布の41歳以下の未利用者 （23.28.33.38歳） H21-25配布で43-47歳の過去未利用者 ----->	26.31.36.41歳で過去未利用者 ----->	26.31.36.41.46歳で過去未利用者 ----->							
			大腸がん					41.46.51.56.61歳 初回 ----->					41歳 初回 -----> 過去配布の未利用者 （46.51.56.61.66歳） ----->								
			胃がん										51.56.61.66歳 初回 ----->								
		精度管理 学習・啓発の充実 地域・職域連携	科学的根拠に基づいた検査方法										乳がん検診の視触診廃止 胃内視鏡検査の実施 個別・町立・協会Hp実施 ----->								
	周知方法 経年表活用										防衛省共済・育児サークル等にリーフレット・申込用紙配布 ----->		全世帯に健康増進カレンダー配布（FAX申込用紙） ----->								
			町内事業所実態調査 住民会								特定健診問診時に未受診事由の把握・受診勧奨 ----->	がん検診経年表の作成 特定健診対象者 1歳半・3歳児健診の母 ----->									
											町内160事業所に実態調査依頼 リーフレット・申込用紙配布 従業員名簿提出依頼 ----->										
										回覧板でがん検診周知申込み用紙配布 ----->	健康増進カレンダーで対応 ----->										

(ウ) がん検診受診率の向上

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重要となるのが早期発見です。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です。町では、「がん予防の重点健康教育及びがん検診実施のための指針(厚生労働省健康局通知)」に定められている科学的に有効である(検診で早期に発見でき、治療で死亡率が低下することが証明されている)5つのがん検診を実施しています。

健康かみふらの 21 計画では、毎年目標受診率を設定し、無料クーポン券の配布、広報や健診・保健指導などあらゆる場を利用した啓発、がん検診経年表等を活用した学習を通して、受診率の向上に努めてきました。(図表 8)

平成 28 年度時点での目標値の達成状況は(図表 9)です。多くの町民の皆さんに、町のがん検診を受診していただき、目標は達成されつつあります。しかし、5つのがん検診の中でもっとも高い受診率を維持してきた肺がん検診の受診率が低下していること、また肺がん検診以外の4つのがん検診受診率は、国の目標値 50%(平成 29 年 10 月第3期がん対策推進基本計画)には至っていない状況です。

図表 9) 町のがん検診受診率の推移

検診の種類	従来の算定方法							新しい算定方法	
	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	28 年度 目標値	28 年度	34 年度 目標値
胃がん	11.9%	11.3%	13.8%	14.0%	16.8%	16.5%	16.9%	20.6%	21.2%
大腸がん	15.1%	14.7%	17.9%	20.4%	23.8%	20.2%	20.1%	15.3%	15.9%
肺がん	65.7%	66.8%	63.7%	65.0%	62.0%	57.8%	65.7%	30.0%	30.6%
乳がん	26.6%	25.2%	27.5%	31.5%	36.2%	37.3%	31.6%	33.4%	34.0%
子宮頸部がん	18.8%	18.7%	22.4%	27.6%	29.4%	27.3%	23.8%	23.3%	23.9%
5 大がん 第 5 次総合計画 報告値	23.8%	23.4%	23.4%	29.4%	31.6%	29.6%	30 年度 33.0%	※新算定方法に 基づき修正	

※受診率の算定には、がん検診推進基本計画に基づき 40～69 歳(子宮頸部がん検診 20～69 歳)を対象としています。

新しい算定方法では、胃がん検診は 50～69 歳。

※第 5 次総合計画では、5 大がんの全対象者、全受診者を合算、平準化して算出。

※平成 34 年度目標値は、第 2 期データヘルス計画目標値と整合性をはかる。

平成 28 年度以降のがん検診受診率の算定方法については、「市町村におけるがん検診受診率の算定方法について」(厚生労働省健康局 平成 28 年 11 月 30 日通知)に基づき、対象者の考え方を、職場健診実施者や医療機関通院者などを除かず住民全体(全人口)で統一することになりました。受診率の算定方法が変更になったことに基づき、目標値も変更します。

(エ) 精密検査受診率の向上

第3期がん対策推進基本計画(平成29年10月)において国は、「科学的根拠に基づいたがんリスクの減少(1次予防)、がんの早期発見・早期治療(2次予防)の促進を図り、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を実現すること」を目的に、対策型検診で行われているすべてのがん検診の受診率の目標値を50%とすることと合わせて、精密検査受診率の目標値を90%以上としています。

精密検査受診率は年度によっても差がありますが、大腸がん、肺がん、子宮頸部がんは国の目標値である90%より低く、胃がん検診もX線受診者は目標未達成の状況です。

図表 10) 町のがん検診精密検査受診率と発見がん

		23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	計	町 目標値	国 目標値
(再掲)	胃がん 検診	精検受診率	86.4%	73.3%	73.9%	88.6%	89.3%	92.0%	-	90%以上
		50-69歳	84.0%	68.0%	71.0%	88.9%	86.4%	92.2%	-	-
		発見がん(人)	0	1	1	0	3	5	10	-
	胃X線 検査	精検受診率	86.4%	73.3%	73.9%	88.6%	89.3%	84.8%	-	-
		50-69歳	84.0%	68.0%	71.0%	88.9%	86.4%	83.3%	-	-
		発見がん(人)	0	1	1	0	3	4	9	-
	胃内視鏡 検査	精検受診率	-	-	-	-	-	100%	-	-
		50-69歳	-	-	-	-	-	100%	-	-
		発見がん(人)	-	-	-	-	-	1	1	-
	大腸がん 検診	精検受診率	71.8%	72.9%	81.8%	72.0%	84.5%	82.5%	-	90%以上
		40-69歳	73.1%	70.0%	76.6%	72.3%	83.3%	75.8%	-	-
		発見がん(人)	0	2	2	2	1	1	8	-
	肺がん 検診	精検受診率	84.0%	80.0%	86.2%	87.7%	89.9%	78.6%	-	90%以上
		40-69歳	83.3%	80.0%	77.8%	82.8%	77.3%	87.1%	-	-
		発見がん(人)	3	2	1	5	1	2	14	-
	乳がん 検診	精検受診率	95.7%	100%	100%	96.2%	100%	95.5%	-	90%以上
		40-69歳	95.0%	100%	100%	95.8%	100%	95.0%	-	-
		発見がん(人)	2	2	1	5	1	1	12	-
	子宮頸部 がん検診	精検受診率	100%	100%	85.7%	90.0%	25.0%	85.7%	-	90%以上
		20-69歳	100%	100%	85.7%	88.9%	25.0%	83.3%	-	-
		発見がん(人)	0	0	0	1	0	1	2	-

発見がん：がん管理カード（H30年3月末時点）、胃内視鏡検査は精密検査結果データより集計
 精検受診率：各検診機関からのがん検診結果データより集計

発症予防

がんは遺伝子に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、様々な研究の結果、現段階で効果が確実に期待できるような予防法が提示されています。男性の5割、女性の3割のがんは、5つの生活習慣の実践と感染予防で、がんになるリスクを下げる事ができると考えられています。(図表 11)

図表 11) 日本人のためのがん予防法

項目	日本人のためのがん予防法
喫煙	たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
飲酒	節度のある飲酒をする。飲まない人、飲めない人は無理に飲まない。 飲酒量の目安 ～ビール大瓶 1 本、焼酎 2/3 合、日本酒 1 合
食事	塩蔵食品、食塩は最小限にする。～食塩は男性 8 g 未満、女性 7 g 未満 野菜や果物不足にならない。 ～野菜・果物は 1 日 400g (1 日野菜小鉢 5 皿分 果物 1 皿分) 飲食物を熱い状態で摂らない。
身体活動	日常生活を活動的に過ごす。 歩行またはそれと同等以上の強度の身体活動を 1 日 60 分。 息がはずみ汗をかく程度の運動を 1 週間に 60 分程度。
体型	適正な体重の維持 (太りすぎない、痩せすぎない) BMI 値 男性 21～27 女性 21～25
感染	がんの発生と関係があるとされているウイルス・細菌 ・ B 型・C 型肝炎 肝がん ・ ヘリコバクター・ピロリ菌 胃がん ・ ヒトパピローマウイルス (HPV) 子宮頸部がん いずれの場合も、感染したら必ずがんになるわけではありません。

国立がん研究センター予防研究グループ (平成 29 年 2 月第 4 版)

肺がんの最大の危険因子である喫煙状況について、町の肺がん発見者(図表 6 平成 13～28 年度の肺がん発見時の状況)をみると、39 人中 26 人(66.7%)が喫煙歴あり(そのうち喫煙指数 600 以上が 21 人)で、中でも喫煙との関係が濃厚であると考えられている扁平上皮がんは、9 人中 8 人(88.9%)に喫煙指数 600 以上の喫煙歴がありました。

がんのリスクを高める生活習慣は、糖尿病や循環器疾患等の危険因子と重なるため、糖尿病や循環器疾患等の予防への取組みが、結果的にはがんの発症予防につながります。

イ 今後の方向性

（ア）重症化予防の取組み

がんの早期発見・治療のためには、がん検診を受けることと、精密検査が必要と判定された受診者が、実際に精密検査を受けることが必要です。引き続き、がん検診の受診率および精密検査受診率の向上に向けて取り組みます。

（イ）発症予防の取組み

循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病予防と同様に、生活習慣改善による発症予防に努めます。

ウ 具体的な取組み

（ア）がん検診受診率の向上

有効性が確立されている5大がん検診については、がん検診経年表等を活用し、町民自身ががん検診の必要性を理解し、正しい受診間隔で継続して受診できるように取り組みます。

また、がん検診推進事業をはじめ、町独自の無料クーポン券の配布等にも取り組んでいましたが、年代別受診率やクーポン利用率などを分析することで、さらなる受診率の向上に努めます。

（イ）精密検査受診率の向上

精密検査該当者が確実に医療機関を受診し、必要に応じた適切な検査、治療を受けること、また“受けたか”“受けないか”だけでなく、がん化を進めないための生活習慣の見直しのための学習に取り組みます。

また精密検査未受診者が受診に繋がらない理由について分析すると共に、検診機関によって、精密検査の結果の把握を行うことができていない検診機関もあるため、精密検査結果が把握できる仕組みづくりを検討します。

（ウ）がん検診の精度管理

今後のガイドラインの動向等、最新の情報を基にがん検診の実施内容について、検診機関と共に検討していきます。

（エ）がん予防の取組み

町民自身が、がんのリスクを高める、肥満や野菜不足、喫煙等の生活習慣改善の必要性を理解し、がん予防に効果的な食品の取り方や、喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できるように保健指導を実施します。

(2) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

ア 中間評価・課題

重症化予防

(ア) COPD の認知度の向上

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) とは、タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患です。WHO (世界保健機関) では、COPD を「予防でき、治療できる病気」と位置づけ、啓発運動を進めることを提言しています。日本でも、COPD は「肺の生活習慣病」として、さらに増え続けることを強く懸念し、平成 24 年に健康日本 21 (第 2 次) の中で、今後取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられました。

そのような情勢を踏まえ、町では、平成 26 年度から特定健診時に喫煙者を対象にスパイロメトリー (呼吸機能検査) を実施しています。

平成 26～29 年度の 4 年間で 602 人にスパイロメトリーを行った結果が (図表 13 フロー図) です。①75 歳未満の検査実施者 578 人中、②要医療・精密検査該当者は 270 人 (46.7%)、そのうち③COPD の疑いで要医療・精密検査該当者は 154 人 (26.6%) でした。④40 歳以上で要医療・精密検査該当になった 130 人については、かかりつけ医療機関がある場合、主治医に結果報告を行い、主治医がいない場合は、専門医療機関の受診を勧めています。4 年間で精密検査を受診し、結果が把握できているのは⑤34 人です。 (図表 12)

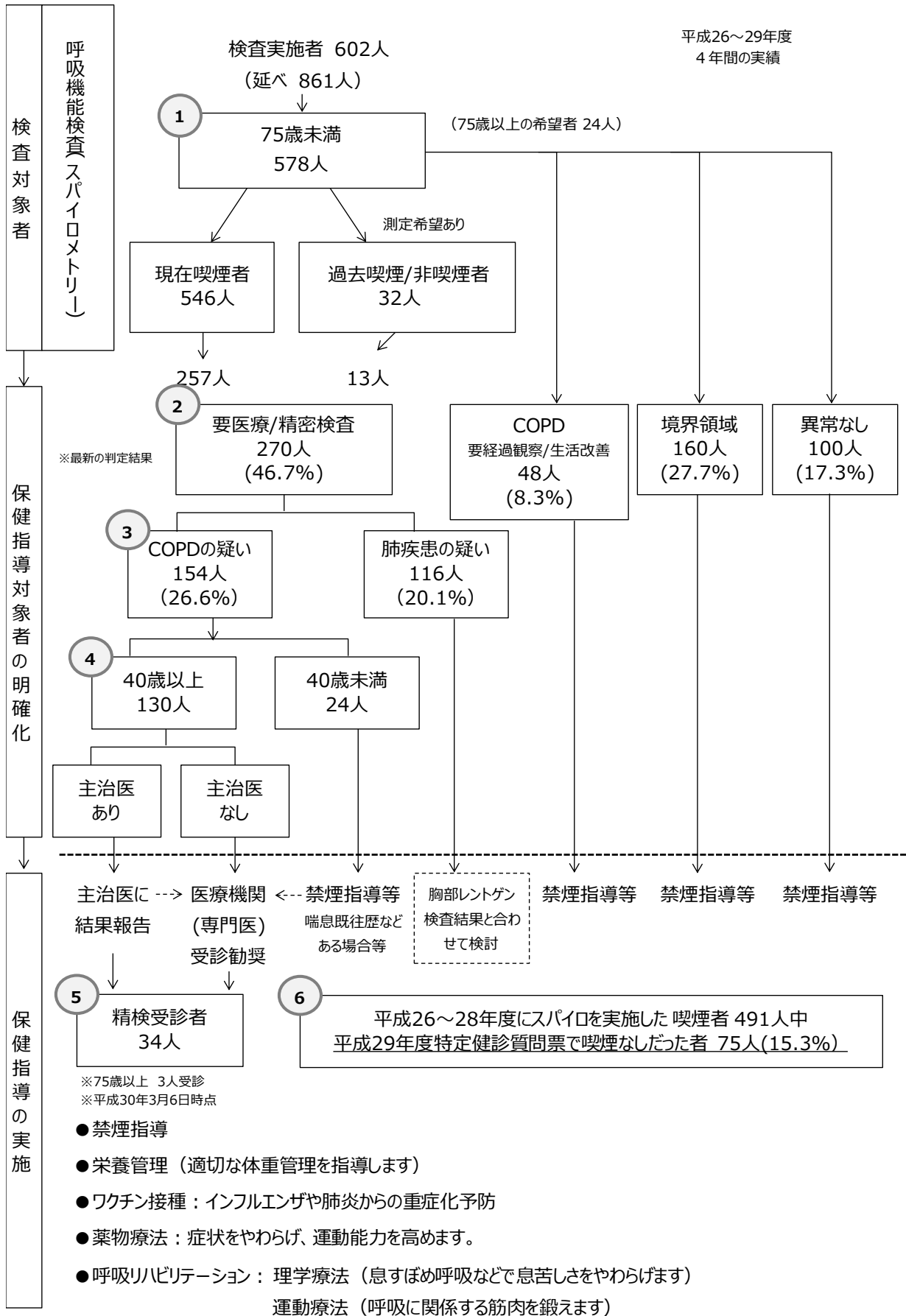
図表 12) 精密検査結果が把握できた 34 人の実態

		人数 (割合)	事後方針			
			要治療	経過観察	禁煙	定期健診
精検結果把握者		34	6	12	11	18
精密検査結果 (再掲)	慢性閉塞性肺疾患	16 47.1%	4	6	7	5
	I 期	8 23.5%	2	3	3	3
	II 期	3 8.8%	-	1	3	2
	III 期	2 5.9%	1	1	-	-
	記載なし	3 8.8%	1	1	1	-
	その他の疾患	10 29.4%	2	4	2	4
	異常なし	9 26.5%	-	1	1	8
	記載なし	2 5.9%	-	1	1	1

平成 26～29 年度肺年齢測定結果一覧 (※精密検査結果、事後方針重複あり)

図表 13)

COPD対策 呼吸機能検査結果から保健指導の実施 フロー図



平成 26～29 年度肺年齢測定結果一覧

精密検査結果の把握ができた 34 人の結果を見ると、16 人(47.1%)が慢性閉塞性肺疾患の診断を受けています。そのうち、4人は要治療、6人は経過観察が必要と判断されました。また、その他の疾患が 10 人(29.4%)で、中には肺腫瘍疑いで専門医療機関紹介となり治療が開始された方もいます。

スパイロメトリーは、できるだけ正確な検査結果を導くために、検査の目的や方法の正しい理解、協力を得ながら実施することが重要です。

要治療者や経過観察者が医療機関の受診を中断することなく継続していくこと、定期健診となった方が翌年も特定健診を受診し、スパイロメトリーを受けることと合わせて、確実に禁煙が継続されていくことが重症化予防の視点から重要です。

発症予防

(イ) 成人の喫煙率の減少

タバコ煙は COPD 最大の危険因子で、COPD 患者の約 90%に喫煙歴があると言われています。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。町の喫煙に関する実態は(図表 14)です。

40～74 歳(計)の喫煙率を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、男女ともにやや減少していますが、全国よりも高くなっています。また年代別では、男性の 40～44 歳及び 60～64 歳、女性の 40 歳代での喫煙率が特に増加しています。

図表 14) 特定健診受診者の年代別喫煙率の推移(平成 25 年度と平成 28 年度比較)

男 性		上富良野町		北海道	全国
		25年度	28年度	28年度	28年度
40～74歳 計		30.9%	29.1%	26.7%	24.9%
年代別	40～44歳	42.9%	51.9%	42.3%	40.3%
	45～49歳	51.9%	47.8%	41.7%	38.3%
	50～54歳	45.5%	33.3%	39.7%	36.0%
	55～59歳	32.0%	32.6%	35.9%	33.4%
	60～64歳	38.5%	47.2%	46.8%	44.2%
	65～69歳	26.4%	26.9%	24.5%	22.7%
	70～74歳	20.4%	20.7%	17.4%	17.1%

女 性		上富良野町		北海道	全国
		25年度	28年度	28年度	28年度
40～74歳 計		9.8%	9.0%	9.7%	6.1%
年代別	40～44歳	22.9%	29.2%	23.0%	16.6%
	45～49歳	10.0%	21.6%	22.6%	15.7%
	50～54歳	23.9%	17.6%	20.1%	13.5%
	55～59歳	19.3%	15.7%	16.0%	10.5%
	60～64歳	11.3%	9.1%	11.4%	6.4%
	65～69歳	6.0%	8.0%	7.7%	4.6%
	70～74歳	4.8%	3.3%	4.6%	3.1%

KDB 質問票調査の経年比較

平成 26～28 年度にスパイロメトリーを実施した 491 人中、平成 29 年度特定健診質問票で「喫煙なし」だった方は 75 人(15.3%)でした(図表 13)。

イ 今後の方向性

(ア) 重症化予防

COPD の予防の基本は禁煙ですが、症状改善のための薬物療法、また増悪予防のための予防接種(インフルエンザ、肺炎球菌ワクチン)など、個々の状況に合わせた適切な治療が受けられるために、特定健診や肺がん検診結果等と合わせて保健指導を実施していきます。

(イ) 発症予防

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。厚生労働省「禁煙支援マニュアル(第二版)増補改訂版」に基づき、特定健診やがん検診の場での喫煙による健康影響についての情報提供、禁煙希望者への禁煙外来等の紹介など禁煙に導くための保健指導を行います。

ウ 具体的な取組み

(ア) スパイロメトリー(呼吸機能検査)の実施

特定健診にて 75 歳未満の喫煙者を対象にスパイロメトリー(呼吸機能検査)を実施します。結果に基づき、COPD 疑い要医療・精密検査の対象となった方には、主治医もしくは専門医療機関への受診勧奨を行います。

(イ) スパイロメトリー(呼吸機能検査)の結果に基づく保健指導

ア) 受診勧奨

イ) 保健指導

- ・禁煙指導 禁煙外来の紹介

- ・禁煙指導以外の重症化予防

 - 増悪予防のための予防接種、低栄養対策

 - 低栄養対策については、3 社会生活に必要な機能の維持・向上 (1) 高齢者の健康 参照

(ウ) 管理台帳の作成

スパイロメトリーの結果、一度でも COPD 疑い要医療・精密検査の対象となった方が、中断することなく検査、通院しているか、確実に禁煙ができているか経年的に把握することを目的に管理台帳を作成します。

(エ) 禁煙対策

町民自身が、喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できるように保健指導を実施します。

(3) 循環器疾患

ア 中間評価・課題

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと共に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、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の 5 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。

町では、平成 30 年 3 月に、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第 3 期特定健診等実施計画」を一体的に策定しており、健康増進法に基づく「基本的な指針」を踏まえるとともに、健康かみふらの 21 計画と調和のとれたものとしています。第 2 期保健事業実施計画では、標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」図 1 に沿って第 1 期保健事業実施計画の評価及び考察、第 2 期における健康課題の明確化を行い、重症化予防・発症予防の取り組みを示しています。

今回の中間評価もこれを踏まえ、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」、「第 3 期特定健診等実施計画」と調和のとれたものとします。

(ア) 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10 万人当たり)

平成 21～23 年次と平成 24～26 年次を比較すると、男性は 42.5 から 26.9、女性は 25.2 から 20.0 と男女とも死亡率は減少しており、全国よりも低くなっています。(図表 15)

しかし、全年齢での脳血管疾患死亡数は平成 26 年次では 5 人と減少していますが、65 歳未満で亡くなっている方が 1 人いることから、引き続き脳血管疾患の発症予防は重要です。(図表 16)

脳血管疾患の病態別では、引き続き脳梗塞が多くなっています。(図表 17)

図表 15) 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10 万人当たり)

	上富良野町			全国	
	21～23年次	24～26年次	34年度 目標値	22年度	27年度
男性	42.5	26.9	減少	49.5	37.8
女性	25.2	20.0		26.9	21.0

人口：平成 22 年国勢調査、平成 25 年 3 月 31 日住民基本台帳年齢別人口
 死亡者数：道北地域保健情報年報 第 13 表 脳血管疾患死亡数(性・年齢階級別)
 全国：人口動態統計特殊報告

図表 16) 脳血管疾患死亡数

年次	21年次	22年次	23年次	24年次	25年次	26年次
総数 (人)	15	6	14	12	16	5
(再掲) 75歳未満 (人)	1	0	5	1	1	1
(再掲) 65歳未満 (人)	0	0	2	1	0	1

道北地域保健情報年報 第14-1表 脳血管疾患死亡数(性・病類別)

第14-2表 脳内出血死亡者数(性・年齢階級別)

第14-3表 脳梗塞死亡者数(性・年齢階級別)

図表 17) 脳血管死亡数(病態別)

年次	21年次	22年次	23年次	24年次	25年次	26年次
総数 (人)	15	6	14	12	16	5
脳梗塞 (人)	14	4	9	10	14	4
脳内出血 (人)	1	1	4	2	2	0
くも膜下出血 (人)	0	1	1	0	0	1
その他 (人)	0	0	0	0	0	0

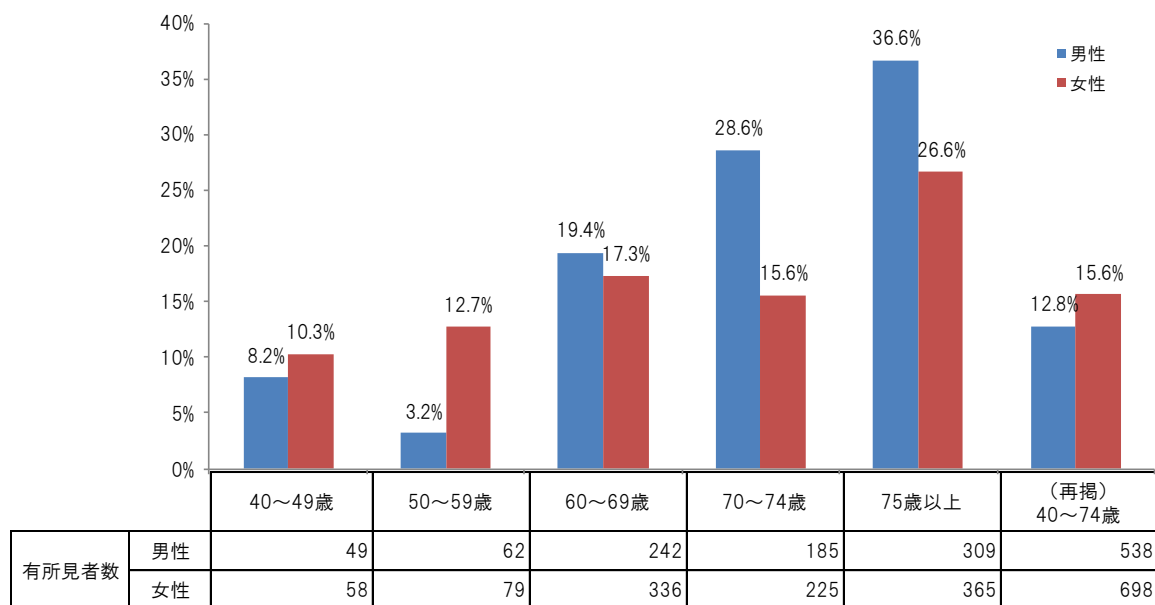
道北地域保健情報年報 第14-1表 脳血管疾患死亡数(性・病類別)

脳梗塞の中でも、近年増加傾向にあるのが、心疾患が原因となる「心原性脳塞栓症」です。心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流にのって脳血管に流れ込み、脳の血管を詰まらせることで発症するタイプの脳梗塞で、もっとも脳にダメージが大きい脳梗塞です。心原性脳塞栓症の最大の原因は心房細動です。心房細動は加齢とともに増加し、80歳以上では10～30人に1人に見つかるといわれています。高齢化に伴い、心房細動患者は増加すると予想されており、心房細動が原因となる心原性脳塞栓症の予防対策が急務です。心原性脳塞栓症の発症予防には、「心房細動の早期発見」と「抗凝固薬による治療」が重要です。

心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。平成20年度から開始された特定健診では、心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施となりましたが、町では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。また、平成28年度から75歳以上を対象とした後期高齢者健診にも心電図検査を追加して実施しています。

平成28年度の心電図結果をみると、男女ともに高齢になるに従い、心電図所見が出ています。(図表18)

図表 18) 平成 28 年度 心電図有所見者

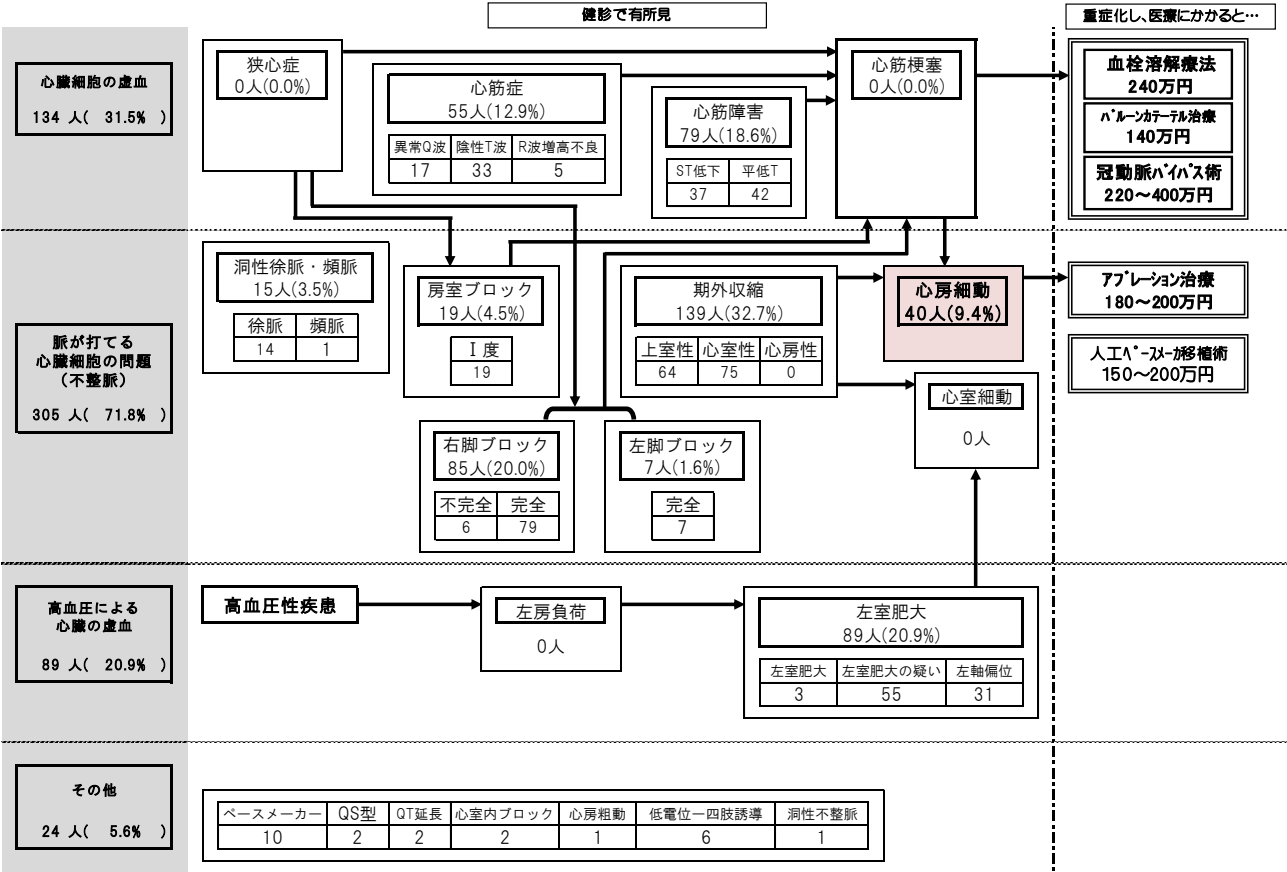


平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）・後期高齢者健診受診者

心電図検査において、心房細動の所見は 40 人(9.4%)おり、40～74 歳では 19 人、75 歳以上では 21 人でした。また、40 人のうち 38 人は内服治療継続者、2 人は医療機関で経過観察中です。今後も心電図検査で早期発見し受診勧奨を行っていきます。また、心房細動の半数は自覚症状がない無症候性です。さらに、持続性や永続性は心電図検査で発見できますが、発作性は短期間で消えるため、心電図検査で見逃される可能性が高まります。そのため、健診だけではなく、家庭での脈拍触診や自動血圧計などの機器によるチェックで早期発見を促していくことも必要です。そして、治療となった方には抗凝固薬の治療の目的や副作用を理解してもらい、治療を継続できるよう保健指導していくことが必要です。(図表19・20)

脳血管疾患に関する評価・課題は、第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)の「第 4 章 保健事業の内容 『3 脳血管疾患重症化予防(63～68 頁)』」に準じます。

図表 19) 心電図検査実施者 1,910 人中 有所見者 425 人 (22.2%) の状態 (重複あり 計 551)



平成28年度 特定健診受診者（法定報告）、後期高齢者健診受診者

図表 20) 心房細動有所見者の治療の有無

	心房細動 有所見者	受診あり				受診なし
		内服あり		内服なし		
		人数	割合	人数	割合	人数
総数	40	38	95.0%	2	5.0%	0
40～74歳	19	17	89.5%	2	10.5%	0
75歳以上	21	21	100.0%	0	0.0%	0

平成28年度特定健診受診者（法定報告）、後期高齢者健診受診者

（イ）虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

平成 21～22 年次と平成 24～26 年次を比較すると、男性は 54.4 から 23.5、女性は 21.8 から 12.4 と男女とも死亡率は減少しています。しかし、全国と比較すると、女性は高くなっています。（図表 21）

また、平成 26 年次の急性心筋梗塞の死亡者数は、全年齢では 5 人おり、そのうち 75 歳未満で亡くなった方が 2 人います。（図表 22）

虚血性心疾患に関しての評価・課題は、第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の「第 2 章 第 1 期に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 『Ⅱ 第 2 期計画における健康課題の明確化 2 虚血性心疾患を発症した事例から見える課題（24～25 頁）』」と「第 4 章 保健事業の内容 『2 虚血性心疾患重症化予防（52～62 頁）』」に準じます。

図表 21）虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

	上富良野町			全国	
	21～22年次	24～26年次	34年度 目標値	22年度	27年度
男性	54.4	23.5	減少	36.9	31.3
女性	21.8	12.4		31.3	11.8

人口：平成 22 年国勢調査、平成 25 年 3 月 31 日住民基本台帳年齢別人口
 死亡者数：道北地域保健情報年報 第 12-2・3 表 急性心筋梗塞・その他の虚血性心疾患死亡数（性・年齢階級別）
 全国：人口動態統計特殊報告

図表 22）急性心筋梗塞死亡数

年次	21年次	22年次	23年次	24年次	25年次	26年次
総数（人）	4	9	1	3	6	5
（再掲）75歳未満（人）	2	1	0	0	3	2
（再掲）65歳未満（人）	0	0	0	0	2	0

道北地域保健情報年報 第 12-2 表 急性心筋梗塞死亡数（性・年齢階級別）

（ウ）高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者の割合の減少）

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。

平成 27 年度から自動血圧計に替えたことでⅡ度以上高血圧者は男女ともに増加しています。国と比較すると、女性の 6.9%は国の 6.6%よりも高くなっています。（図表 23）Ⅱ度高血圧以上の方は 102 人（7.7%）、うち未治療者は 52 人でした。52 人は白衣高血圧の可能性もあるため、家庭血圧測定を実施してもらい血圧以外の危険因子、臓器障害等の有無と合わせて医療機関受診の必要を判断する必要があります。未治療者のうち 10 人（19.2%）は、すでに眼底検査で動脈硬化性変化など臓器障害の所見が認められました。また、降圧薬治療中のⅡ度高血圧以上の方は 50 人おり、必要な治療の継続とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減量、減塩等）が必要です。（図表 24）

収縮期血圧、拡張期血圧の分布をみると、男女とも至適血圧が減っています。高血圧を引き起こす生活習慣（肥満、塩分摂取、喫煙、飲酒等）を改善し、高血圧を増やさない取り組みが必要です。（図表 25・26）

策定時の平成 34 年度の目標値は「現状維持」でしたが、中間評価では平成 34 年度の目標値を第 2 期保健事業実施計画との整合性を図り、男女とも「5%台」に変更します。

図表 23) II 度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者

		男性				女性			
		上富良野町			全国	上富良野町			全国
年度		23年度	28年度	34年 目標値	28年度	23年度	28年度	34年 目標値	28年度
受診者数		662	575	—	3281	889	752	—	4717
II 度高血圧 以上	人数	33	50	—	404	34	52	—	311
	割合	5.0%	8.7%	5.0%	12.3%	3.8%	6.9%	5.0%	6.6%

町：特定健診受診者（法定報告）

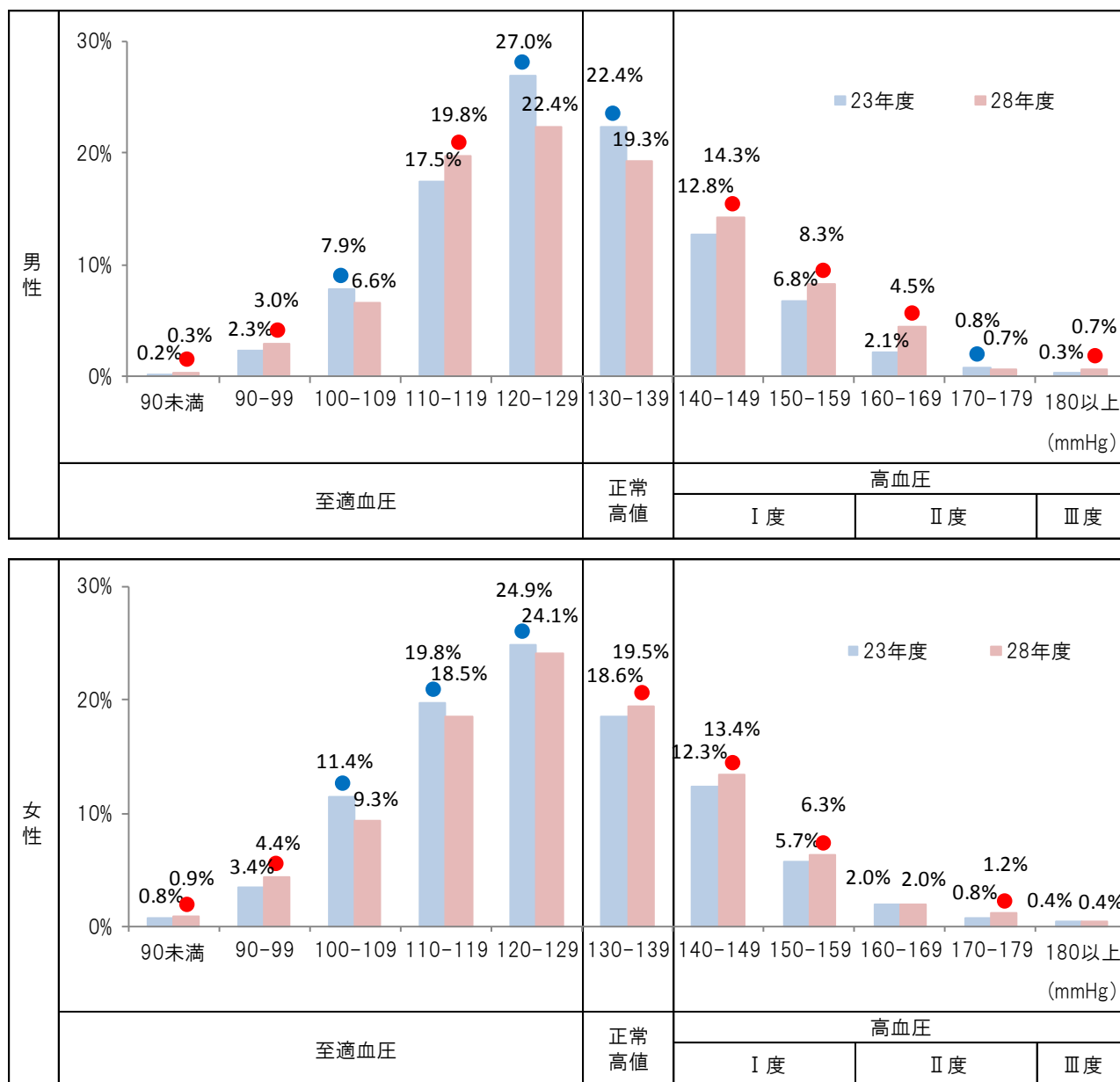
国：平成28年度国民健康・栄養調査

図表 24) 重症化予防対象者

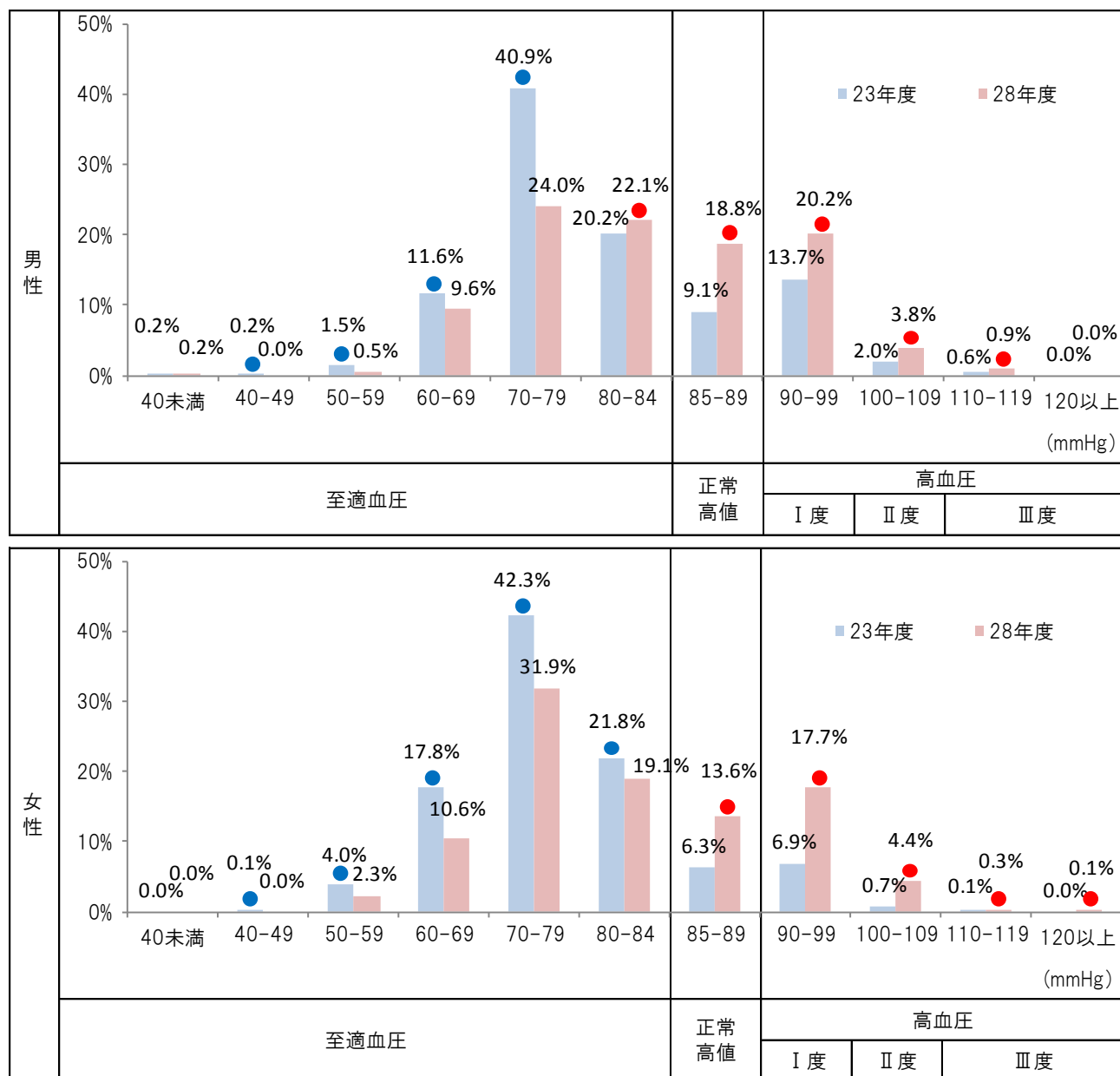
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
	心原性脳塞栓症	●				●		○		○					
脳出血	脳出血	●													
	クモ膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常症		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
重症化予防対象 健診受診者 1,327人		Ⅱ度高血圧 以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDLコレ 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		微量アルブミン尿 以上または 尿蛋白(+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
		102	7.7%	77	5.8%	87		19	1.4%	232	17.5%	76		48	
	治療なし	52	6.0%	32	2.7%	85		5	0.8%	39	6.4%	14		5	
	治療あり	50	10.7%	45	34.6%	2		14	2.0%	193	27.0%	62		43	
臓器障害あり		10	19.2%	7	21.9%	2	8.0%	4	100.0%	6	15.4%	1	100.0%	5	100.0%
CKD(専門医対象者)		1		3		0				0					
尿蛋白(2+) 以上		0		1		0				0					
尿蛋白(+) and 尿潜血(+) 以上		0		0		0				0					
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		1		2		0				0					
心電図所見あり		9		4		2				6					

平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

図表 25) 収縮期血圧の分布



図表 26) 拡張期血圧の分布



平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

(エ) 脂質異常症の減少

(総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合、LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合)

脂質異常症の診断項目の 1 つである LDL コレステロールの高値は、冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、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 以上に相当するといわれています。

ア) LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の減少

LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の方の割合は、平成 23 年度と比べると、男性では 6.4%と増加していますが、女性では 6.6%と減少しています。全国と比べると、男女とも低くなっています。しかし、LDL コレステロール 180 mg/dl 以上で疑われる、冠動脈疾患の発症率が高い家族性高コレステロール血症は早期診断と厳格な治療が必要となるため、受診が必要な対象者に受診勧奨するとともに、それ以外の対象者には、3～6 か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧めていくなど、継続した保健指導が重要となります。(図表 27)

LDL コレステロールの分布をみると、男性では、平成 23 年は 110～119 mg/dl が 14.8%と最も多くなっていますが、平成 28 年では 120～129 mg/dl が 14.4%と最も多く、境界域の方が増えています。女性では、正常域の 110～119 mg/dl が多くなっています。(図表 28)

策定時の平成 34 年度の目標値は、男性 4.0%、女性 6.8%でしたが、第 2 期保健事業実施計画との整合性を図り、男女とも 5%台に変更します。

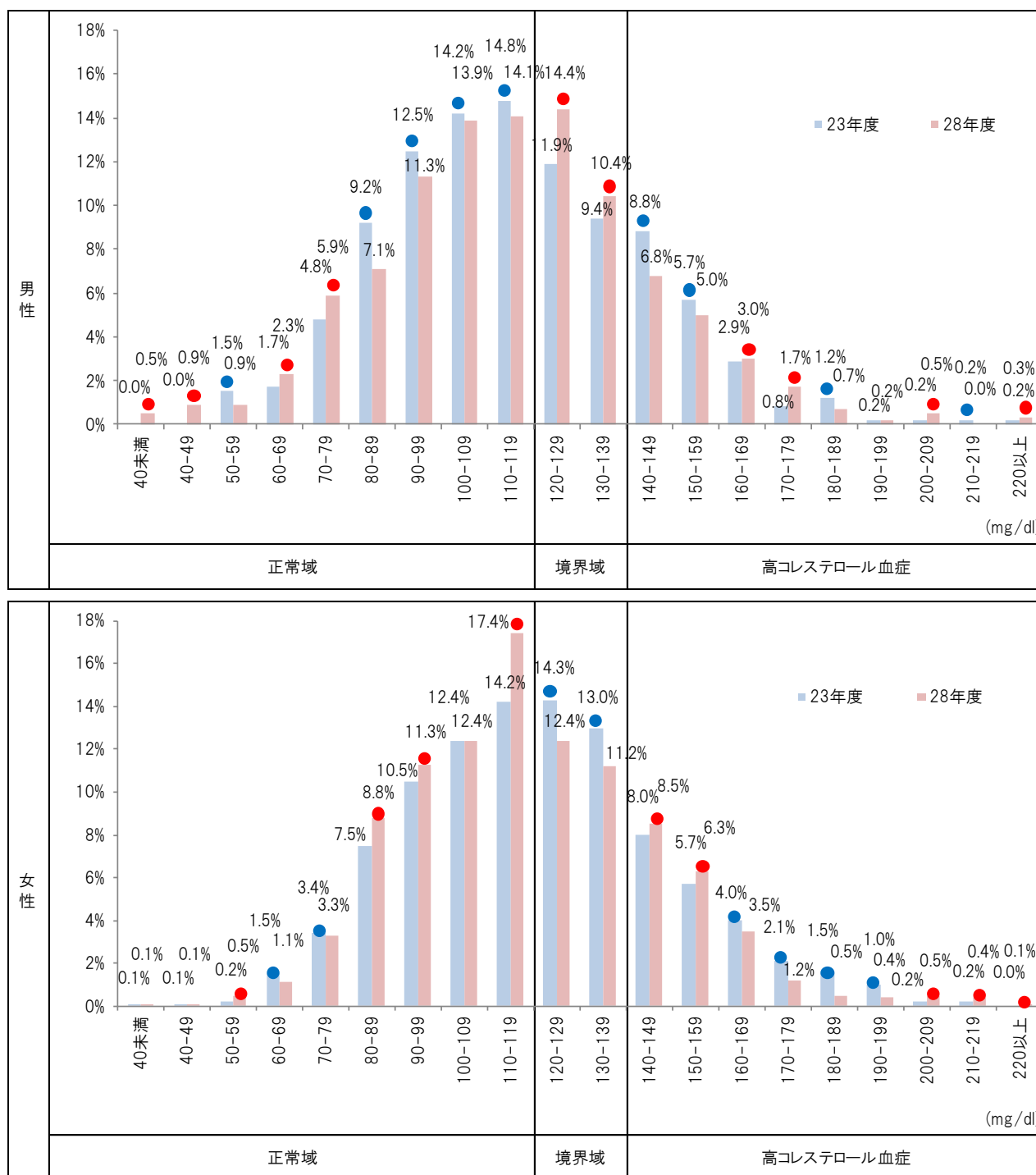
図表 27) LDL コレステロール 160mg/dl 以上

		男性				女性			
		上富良野町			全国	上富良野町			全国
年度		23年度	28年度	34年 目標値	28年度	23年度	28年度	34年 目標値	28年度
受診者数		662	575	—	3073	889	752	—	4451
LDL160 mg/dl以上	人数	36	37	—	274	81	50	—	553
	割合	5.4%	6.4%	5.0%	8.9%	9.1%	6.6%	5.0%	12.4%

町：特定健診受診者（法定報告）

国：平成 28 年度国民健康・栄養調査

図表 28) LDL コレステロールの分布



平成 28 年度 特定健診受診者 (法定報告)

イ) 総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合の減少

町では、平成 25 年度から non-HDL コレステロールの実施に伴い、総コレステロールを実施しています。

平成 28 年度の総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合は、男性 7.5%、女性 11.8%となっており、国の平成 34 年度の目標値である男性 10.0%、女性 17.0%は達成しています。(図表 29)

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、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、non-HDL コレステロール値(総コレステロール値－

HDL コレステロール値)が脂質管理目標に導入されました。町では、平成 25 年度から non-HDL コレステロールを検査項目に追加し実施しています。

日本動脈硬化学会が示す発症危険が高い 170 mg/dl 以上の該当者は 154 人(17.5%)、うち 141 人(91.6%)が未治療となっています。(図表 30)

図表 29) 総コレステロール 240 mg/dl 以上

		上富良野町				全国	
		25年度	26年度	27年度	28年度	28年度	34年度 目標値
男性	受診者数	692	665	631	557	3,073	—
	人数	56	58	67	42	394	—
	割合	8.1%	8.7%	10.6%	7.5%	12.8%	10.0%
女性	受診者数	882	850	804	726	4,451	—
	人数	106	122	94	86	953	—
	割合	12.0%	14.4%	11.7%	11.8%	21.4%	17.0%

町：特定健診受診者（法定報告） 国：平成 28 年度 国民健康・栄養調査

図表 30) non-HDL コレステロールの実態

年代	特定健診 受診者	総コレステ ロール 検査実施	non-HDLコレステロール(mg/dl)					
			150未満	150～ 170未満	170以上		脂質異常症 治療なし	
					b	b/a	c	c/b
		a						
40歳代	111	110	78	16	16	20.5%	16	100%
50歳代	147	145	93	35	17	18.3%	16	94.1%
60歳代	632	603	389	134	80	20.6%	71	88.8%
70歳代	437	425	322	62	41	12.7%	38	92.7%
計	1,327	1,283	882	247	154	17.5%	141	91.6%

平成28年度 特定健診受診者（法定報告）

（オ）メタボリックシンドロームの該当者・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 年から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、メタボリックシンドロームの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。

メタボリックシンドロームの該当者は総数、男女ともに増加しています。また、平成 28 年度の全道・全国と比較すると、総数、女性で高い割合となっています。目標値の達成状況は、メタボリックシンドローム該当者の総数は平成 27 年度 16.8%であり、目標値である 11.2%は未達成です。(図表 31)

一方、メタボリックシンドロームの予備群は、総数、男女ともに減少しています。しかし、平成 28 年度の全道・全国と比較すると、女性で全道よりも高い割合となっています。目標値の達成状況は、メタボリックシンドローム予備群は、平成27年度9.2%であり、目標値である10.1%を達成しています。(図表 32)

平成 34 年度に向けた目標値については、第 2 期保健事業実施計画との整合性を図り、メタボリックシンドローム該当者は総数 15%未満、男性 25%台、女性 10%未満を目指します。メタボリックシンドローム予備群については、総数 9.0%未満、男性 4.0%台、女性 5.0%未満を目指します。

図表 31) メタボリックシンドロームの該当者の状況

		年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	27年度 目標値	28年度	34年度 目標値
総数	町	受診者	1,551	1,654	1,621	1,567	1,472	—	1,327	—
		該当者	248	243	228	199	248	—	232	—
		割合	16.0%	14.7%	14.1%	12.7%	16.8%	11.2%	17.5%	15.0%未満
	全国	割合	18.9%	16.5%	16.2%	16.6%	16.9%	—	17.5%	—
	全道	割合	—	—	15.4%	15.8%	16.4%	—	16.9%	—
男性	上富良野町	受診者	662	740	719	688	652	—	575	—
		該当者	159	154	151	131	153	—	146	—
		割合	24.0%	20.8%	21.0%	19.0%	23.5%	—	25.4%	25.0%台
	全国	割合	29.9%	26.6%	25.7%	26.5%	27.1%	—	28.1%	—
	全道	割合	—	—	25.4%	26.1%	26.9%	—	28.1%	—
女性	上富良野町	受診者	889	914	902	879	820	—	752	—
		該当者	89	89	77	68	95	—	86	—
		割合	10.0%	9.7%	8.5%	7.7%	11.6%	—	11.4%	10.0%未満
	全国	割合	11.3%	9.7%	9.1%	9.3%	9.4%	—	9.7%	—
	全道	割合	—	—	8.3%	8.7%	9.0%	—	9.2%	—

町：特定健診受診者（法定報告） 国：平成 23・24 年度 国民健康・栄養調査、平成 25～28 年度 KDB 道：KDB

図表 32) メタボリックシンドロームの予備群の状況

		年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	27年度 目標値	28年度	34年度 目標値
総数	町	受診者	1,551	1,654	1,621	1,567	1,472	—	1,327	—
		予備群	169	174	159	141	135	—	123	—
		割合	10.9%	10.5%	9.8%	9.0%	9.2%	10.1%	9.3%	9.0%台
	全国	割合	14.8%	15.1%	10.8%	10.6%	10.6%	—	10.6%	—
	全道	割合	—	—	10.8%	10.7%	10.7%	—	10.6%	—
男性	上富良野町	受診者	662	740	719	688	652	—	575	—
		予備群	118	122	113	102	96	—	81	—
		割合	17.8%	16.5%	15.7%	14.8%	14.7%	—	14.1%	14.0%台
	全国	割合	24.2%	25.2%	17.3%	17.0%	17.1%	—	17.2%	—
	全道	割合	—	—	18.2%	18.1%	18.0%	—	17.9%	—
女性	上富良野町	受診者	889	914	902	879	820	—	752	—
		予備群	51	52	46	39	39	—	42	—
		割合	5.7%	5.7%	5.1%	4.4%	4.8%	—	5.6%	5.0%台
	全国	割合	8.3%	8.3%	5.9%	5.9%	5.8%	—	5.8%	—
	全道	割合	—	—	5.6%	5.6%	5.6%	—	5.5%	—

町：特定健診受診者（法定報告） 国：平成 23・24 年度 国民健康・栄養調査、平成 25～28 年度 KDB 道：KDB

（カ）特定健診・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導実施率は、受診率・実施率ともに全国・全道よりも高い状態で推移しており、目標値を達成しています。（図表 33）

しかし年代別でみると、40～50 歳代の受診率が低く、健診未受診者の半数は健診にも医療にもかかっていません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。（図表 34）

また、医療機関通院中の健診未受診者には、医療機関での検査データ提供を依頼し、必要な保健指導を実施することが必要です。

図表 33) 年度別特定健診受診率

		年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
特定健診	上富良野町	対象者数	2,208	2,169	2,126	2,052	1,971	1,894
		受診者数	1,551	1,524	1,499	1,452	1,373	1,327
		受診率	70.2%	70.3%	70.5%	70.8%	69.7%	70.1%
	全国	受診率	32.7%	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	36.6%
	全道	受診率	23.5%	24.0%	24.7%	26.1%	27.1%	27.6%
特定保健指導	上富良野町	対象者数	168	165	134	123	134	130
		終了者数	141	135	108	107	98	132
		実施率	83.9%	81.8%	80.6%	87.0%	73.1%	101.5%
	全国	実施率	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%	25.1%	26.3%
	全道	実施率	26.7%	28.7%	28.6%	29.1%	30.9%	33.6%

法定報告（市町村国保）

図表 34) 年代別健診受診率と健診未受診者の生活習慣病治療の有無

年代	健診 対象者	健診 受診者						健診 未受診者					
		生活習慣病				生活習慣病							
	治療あり		治療なし		治療あり		治療なし						
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	1,894	1,327	70.1%	1,031	77.7%	296	22.3%	567	29.9%	368	64.9%	199	35.1%
40歳代	200	111	55.5%	54	48.6%	57	51.4%	89	44.5%	43	48.3%	46	51.7%
50歳代	246	147	59.8%	99	67.3%	48	32.7%	99	40.2%	59	59.6%	40	40.4%
60歳代	883	632	71.6%	500	79.1%	132	20.9%	251	28.4%	165	65.7%	86	34.3%
70歳代	565	437	77.3%	378	86.5%	59	13.5%	128	22.7%	101	78.9%	27	21.1%

※生活習慣病治療：高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療

平成28年度特定健診（法定報告）

イ 今後の方向性

(ア) 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、治療中の方には治療継続とともに、医療と連携した生活習慣改善が必要です。

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。

(イ) 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、町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、健診の経年結果です。そのため、特定健診の受診率の維持・向上が重要となることから、40～50 歳代をはじめとする未受診者の実態を把握し、受診しやすい健診の機会を提供していくことが必要です。

メタボリックシンドローム該当者等の生活習慣病は薬物療法だけでは改善が難しく、食事・運動療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を実施していくことが必要になります。

ウ 具体的な取組み

(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
- ・健診未受診者が健診を受けやすい体制整備

(イ) 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・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
- ・後期高齢者健康診査

(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
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
- ・第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準じる

(4) 糖尿病

ア 評価・課題

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。

また、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがん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。

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。

糖尿病も循環器疾患同様、平成30年3月に策定した「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」において、標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」図1に沿って第1期保健事業実施計画の評価及び考察、第2期における健康課題の明確化を行い、重症化予防・発症予防の取組みを示しています。

なお、HbA1cの表記について、特定健診においては、平成25年4月からNGSP値での単独表記が開始されたため、今回の中間評価でのHbA1cの表記はNGSP値での表記とします。

(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

町における新規透析導入者数は平成23年度の35人をピークに平成28年度では25人と減少しています。

新規透析導入者の原因疾患をみると、腎炎等と糖尿病性腎症を比べると半々くらいです。(図表35)

また、透析導入前に加入していた健康保険の種類をみると、後期高齢者医療保険が多くなっています。国保被保険者では、平成20年度から27年度で新規透析導入者が10人いますが、全員が健診未受診となっています。(図表36)

町では、平成27年から糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。また、同年から尿アルブミン検査を実施し、早期腎症期の発見に努め、医療機関と連携して未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

図表35) 人工透析患者の推移

年度		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	累計
町内透析者数		32	32	33	35	34	31	29	26	25	—
新規透析者数		5	8	5	7	3	2	4	1	3	—
(再掲) 原因疾患	腎炎ほか	0	5	5	3	1	1	2	0	3	20
	糖尿病性	5	3	0	4	2	1	2	1	0	18

自立支援医療

図表 36) 新規透析導入者透析導入前の加入保険

年 度		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	計
新規透析者数		5	8	5	7	3	2	4	1	35
(再掲) 75歳未満		1	5	2	2	2	—	1	1	14
透析導入前の加入保険	国 保	—	5	1	2	1	—	1	—	10
	健 診									
	未受診者	—	5	1	2	1	—	1	—	10
	(うち転入者)	—	(1)	—	—	—	—	(1)	—	(2)
	受診者	—	—	—	—	—	—	—	—	0
	後期高齢者	3	3	3	5	2	2	3	—	21
	生活保護	1	—	1	—	—	—	—	—	2
	他保険者	—	—	—	—	—	—	—	1	1

透析患者一覧

(イ) 糖尿病有病者の増加の抑制

ア) HbA1c6.5%以上の者

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。

HbA1c6.5%以上の方の割合は、平成 23 年度と比較して、総数、男性、女性のすべてにおいて増加しています。女性においては、全国よりも多くなっています。(図表 37)

HbA1c6.5%以上の方は 109 人いますが、そのうち未治療は 32 人います。32 人の中には、薬物療法は行っていないませんが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的検査を受けている方も多くいます。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

HbA1c の分布をみると、男女とも HbA1c5.0～5.5%の割合が 51.8%と最も多くなっていますが、女性では HbA1c5.6%以上において、平成 23 年度よりも割合が高くなっています。糖尿病を引き起こす生活習慣を改善し、糖尿病を増やさない取組みが必要です。(図表 38)

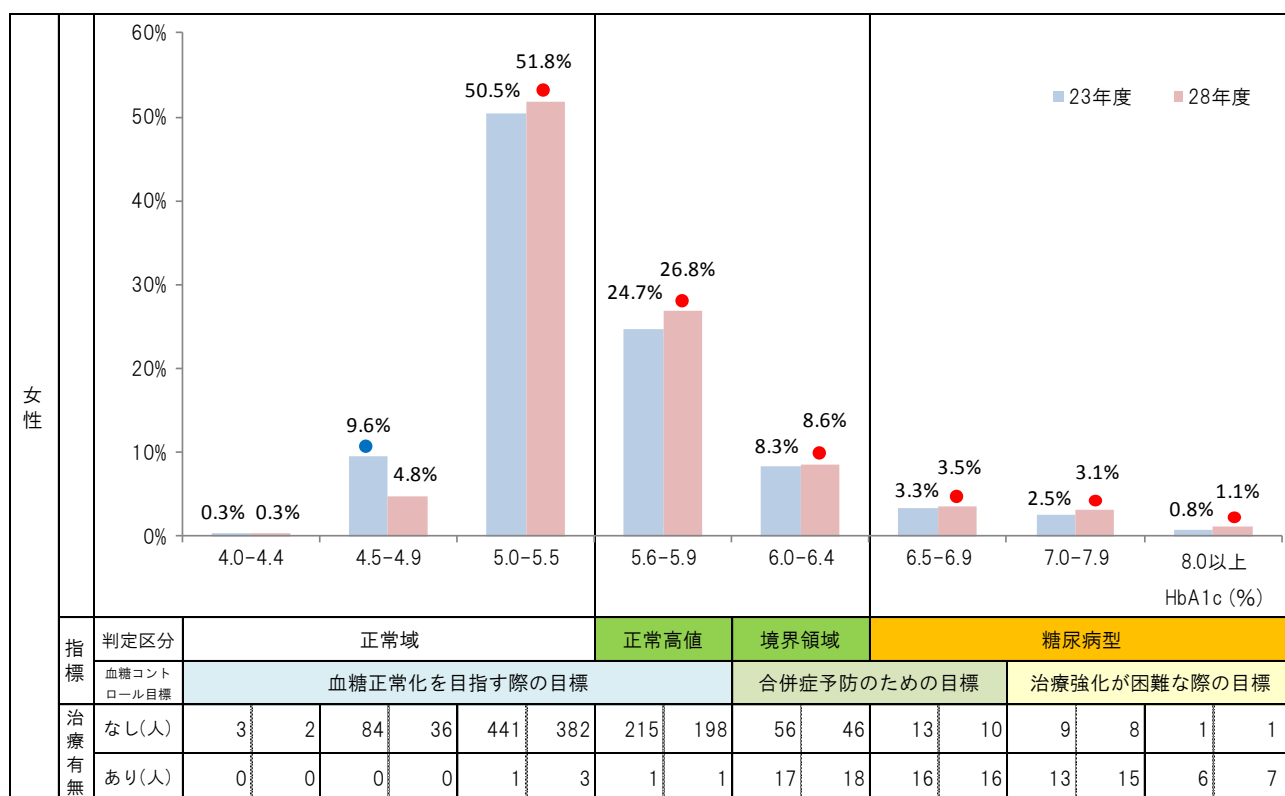
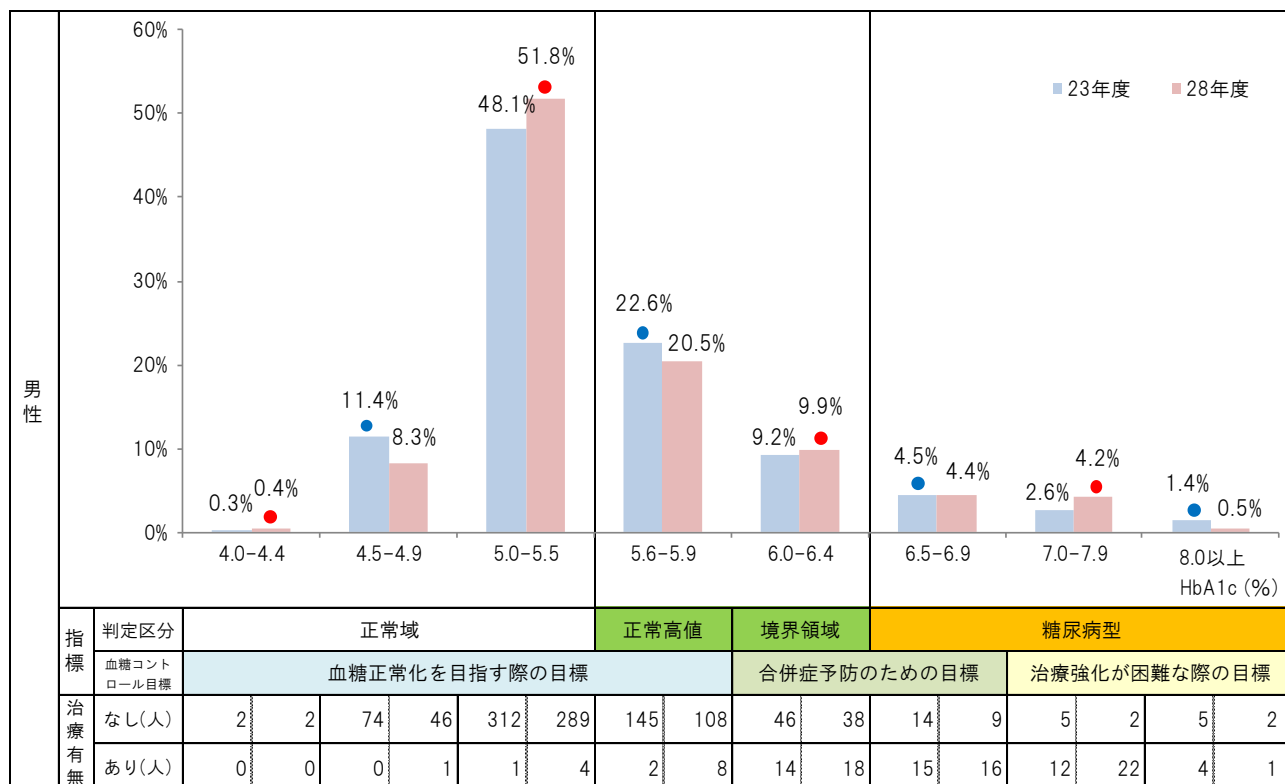
平成 34 年度の目標値は、「現状維持又は減少」でしたが、第 2 期保健事業実施計画との整合性を図り、7%未満に変更します。

図表 37) HbA1c6.5%以上の者の割合

		総数				男性			女性		
		上富良野町			全国	上富良野町		全国	上富良野町		全国
年度		23年度	28年度	34年度 目標値	28年度	23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	28年度
受診者数		1,538	1,309	—	7,410	655	566	3,032	883	743	4,378
HbA1c6.5 以上	人数	113	109	—	971	55	52	553	58	57	418
	割合	7.3%	8.3%	7.0%未満	12.2%	8.4%	9.2%	16.6%	6.6%	7.7%	9.3%
治療の有無	治療なし										
	人数	1,425	1,179	—	—	607	496	—	829	683	—
	(再掲)										
	HbA1c6.5 以上										
	人数	47	32	—	—	24	13	—	23	19	—
	割合	3.3%	2.7%	—	—	4.0%	2.6%	—	2.8%	2.8%	—
治療あり	人数	102	130	—	—	48	70	—	54	60	—
	(再掲)										
	HbA1c6.5 以上										
	人数	66	77	—	—	31	39	—	35	38	—
	割合	64.7%	59.2%	—	—	64.6%	55.7%	—	64.8%	63.3%	—

町：特定健診受診者（法定報告） 国：国民健康・栄養調査
※全国は「糖尿病が強く疑われる人」、そのうち服薬者（40～74 歳）

図表 38) HbA1c の分布



特定健診受診者（法定報告）

イ) HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上の者

日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド 2016-2017」において、糖尿病の診断には HbA1c 値の他に血糖値での診断も可能であることから、「空腹時血糖 126 mg/dl 以上または随時血糖 200 mg/dl 以上の者」についても目標項目とします。(図表 39)

図表 39) HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上の者の割合

年度		総数			男性		女性	
		23年度	28年度	34年度 目標値	23年度	28年度	23年度	28年度
受診者数		1,540	1,327	—	658	575	882	752
HbA1c6.5%以上または 空腹時126mg/dl、 随時血糖200mg/dl以上	人数	161	182	—	79	97	82	85
	割合	10.5%	13.7%	12.0%台	12.0%	16.9%	9.3%	11.3%

特定健診受診者（法定報告）

（ウ）治療継続者の割合の増加

（HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）

HbA1c6.5%以上の方のうち糖尿病治療者は、平成 23 年度と比較して 70.6%と増加しています。

（図表 40）

糖尿病治療中である 77 人は、治療を継続できるよう医療機関と連携し、保健指導を実施していく必要があります。

図表 40) HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

		総数			男性			女性		
		上富良野町		全国	上富良野町		全国	上富良野町		全国
年度		23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	28年度
受診者数		1,538	1,309	7,410	655	566	3,032	883	743	4,378
HbA1c6.5% 以上	人数	113	109	971	55	52	553	58	57	418
	割合	7.3%	8.3%	12.2%	8.4%	9.2%	16.6%	6.6%	7.7%	9.3%
(再掲) 治療あり	人数	66	77	514	31	39	308	35	38	206
	割合	58.4%	70.6%	53.9%	56.4%	75.0%	58.6%	60.3%	66.7%	48.3%
(再掲) 治療なし	人数	47	32	457	24	13	245	23	19	212
	割合	41.6%	29.4%	47.1%	43.6%	25.0%	44.3%	39.7%	33.3%	50.7%

町：特定健診受診者（法定報告）

国：国民健康・栄養調査

※全国は「糖尿病が強く疑われる人」、そのうち服薬者（40～74歳）

(エ) 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

(HbA1c8.4% (JDS 値 8.0%) 以上の者、HbA1c7.0%以上の者)

「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 HbA1c (JDS) 8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられており、血糖コントロールが「不可」である状態は、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていました。

平成 25 年 6 月 1 日より糖尿病治療における HbA1c の目標が改訂され、「合併症を予防するための目標値」が HbA1c7.0%未満と定められました。

新しいコントロール目標値である HbA1c7.0%未満を超えるコントロール不良者をみると、総数では平成 23 年度は 55 人(3.6%)でしたが、平成 28 年度は 58 人(4.4%)でした。(図表 41)

平成 23 年度の 55 人のうち、平成 28 年度も 75 歳未満で健診を受けていたのは 31 人でした。31 人のうちコントロールが改善されていたのは 15 人、コントロール不良のままだったのは 16 人でした。(図表 42)

平成 28 年の 58 人の状況をみると、未治療が 1 人(1.7%)、治療中断が 1 人(1.7%)、治療中が 56 人(96.6%)いました。未治療者 1 人と治療中断者 1 人は、受診勧奨し、治療につなぐ必要があります。治療中の 56 人のうち、経口血糖降下薬療法を行っている人が 48 人、インスリン療法を行っている人が 8 人います。その中で、メタボリックシンドローム該当者・予備群は 31 人おり、食事療法・運動療法を継続し、生活習慣改善を行っていく必要があります。また、薬物療法においては、経口血糖降下薬の増量や併用、経口血糖降下薬療法からインスリン療法への変更等が必要になることが考えられるため、医療機関と連携し、継続した保健指導を実施する必要があります。(図表 43)

図表 41) HbA1c7.0%以上のコントロール不良者の状況

		総数				男性				女性			
		上富良野町			全国	上富良野町			全国	上富良野町			全国
年度		23年度	28年度	34年度 目標値	28年度	23年度	28年度	34年度 目標値	28年度	23年度	28年度	34年度 目標値	28年度
受診者数		1,538	1,309	—	7,515	655	566	—	3,071	883	743	—	4,444
HbA1c7.0%以上	人数	55	58	—	376	26	27	—	220	29	31	—	156
	割合	3.6%	4.4%	—	5.0%	4.0%	4.8%	—	7.2%	3.3%	4.2%	—	3.5%
(再掲) HbA1c8.4% 以上	人数	9	8	—	73	7	2	—	41	2	6	—	32
	割合	0.6%	0.6%	1.0%未満	1.0%	1.1%	0.4%	1.0%未満	1.3%	0.2%	0.8%	1.0%未満	0.7%

特定健診受診者（法定報告）

図表 42) 平成 23 年度 HbA1c7.0%以上 55 人の平成 28 年度の状況

		28年度					
		合計	健診受診			健診未受診	保険異動
				改善 (7.0%未満)	悪化 (7.0%以上)		後期
23年度	7.0%以上	55	31	15	16	6	18

平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

図表 43) HbA1c7.0%以上 1,309 人のうち 58 人（4.4%）の状況

HbA1c(%)	合計	未治療	治療中断	治療中	インスリン療法なし		インスリン療法あり	
	a	/a	/a	/a	/a	該当者 /a1	予備群 /a1	該当者 /a2
合計	58	1	1	56	48	24	1	8
割合		1.7%	1.7%	96.6%	82.8%	41.4%	1.7%	10.3%
7	7			7	6	2		1
7.1	12	1		11	10	5		1
7.2	6			6	5	3		1
7.3	8			8	7	4	1	1
7.4	3			3	3	1		
7.5	5			5	5	3		
7.6	2			2	2	1		
7.7	1			1	1	1		
7.8	2			2	2	1		
7.9	1			1	1	1		
(再)7.0-7.9 (b)	47	1		46	42	22	1	4
割合	81.0%	2.1%		97.9%	89.4%	46.8%	2.1%	6.4%
8.0								
8.1								
8.2	2			2	2	2		
8.3	1			1	1			
8.4								
8.5								
8.6	1			1				1
8.7								
8.8	2			2	1			1
8.9	1			1	1			
(再)8.0-8.9 (b)	7			7	5	2		2
割合	12.1%			100%	71.4%	28.6%		28.6%
9	1			1				1
9.1								
9.2	1		1					
9.3	1			1	1			
9.4								
9.5								
9.6								
9.7								
9.8								
9.9								
(再)9.0-9.9 (b)	3		1	2	1			1
割合	5.2%		33.3%	66.7%	33.3%			33.3%
10.1								
10.2	1			1				1
10.3								
10.4								
10.5								
10.6								
10.7								
10.8								
10.9								
(再)10.0-10.9 (b)	1			1				1
割合	1.7%			100%				100%

平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

(オ) 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25 以上）の減少）

肥満は、糖尿病、循環器疾患、がん等の生活習慣病との関連があります。その中でも糖尿病は、肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖下げるホルモンであるインスリンの組織におけるインスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態（インスリン抵抗性）を引き起こします。また、肥満によって肥大した脂肪細胞から血中に分泌される遊離脂肪酸や TNF- α などのアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させます。

BMI25 以上の方は、平成 23 年度と比較して、男性は 31.7%と減少していますが、女性では 25.5%と増加しています。（図表 44）

年代別でみると、男女とも 50 歳代で肥満者が多くなっています。肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に、20 歳以降に体重を増加させると糖尿病を発症するリスクが高まるといわれており、20 歳以降の体重を増加させない生活習慣が必要です。（図表 45）

図表 44) BMI25 以上の者

		総数			男性				女性			
		上富良野町		全国	上富良野町			全国	上富良野町			全国
年度		23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	34年度 目標値	28年度	23年度	28年度	34年度 目標値	28年度
受診者数		1551	1327	10,864	662	575	—	4,806	889	752	—	6,058
BMI25 以上	人数	435	374	3,042	219	182	—	1,671	216	192	—	1,371
	割合	28.0%	28.2%	28.0%	33.1%	31.7%	現状維持 または減少	15.4%	24.3%	25.5%	現状維持 または減少	12.6%

町：特定健診受診者（法定報告） 国：国民健康・栄養基礎調査

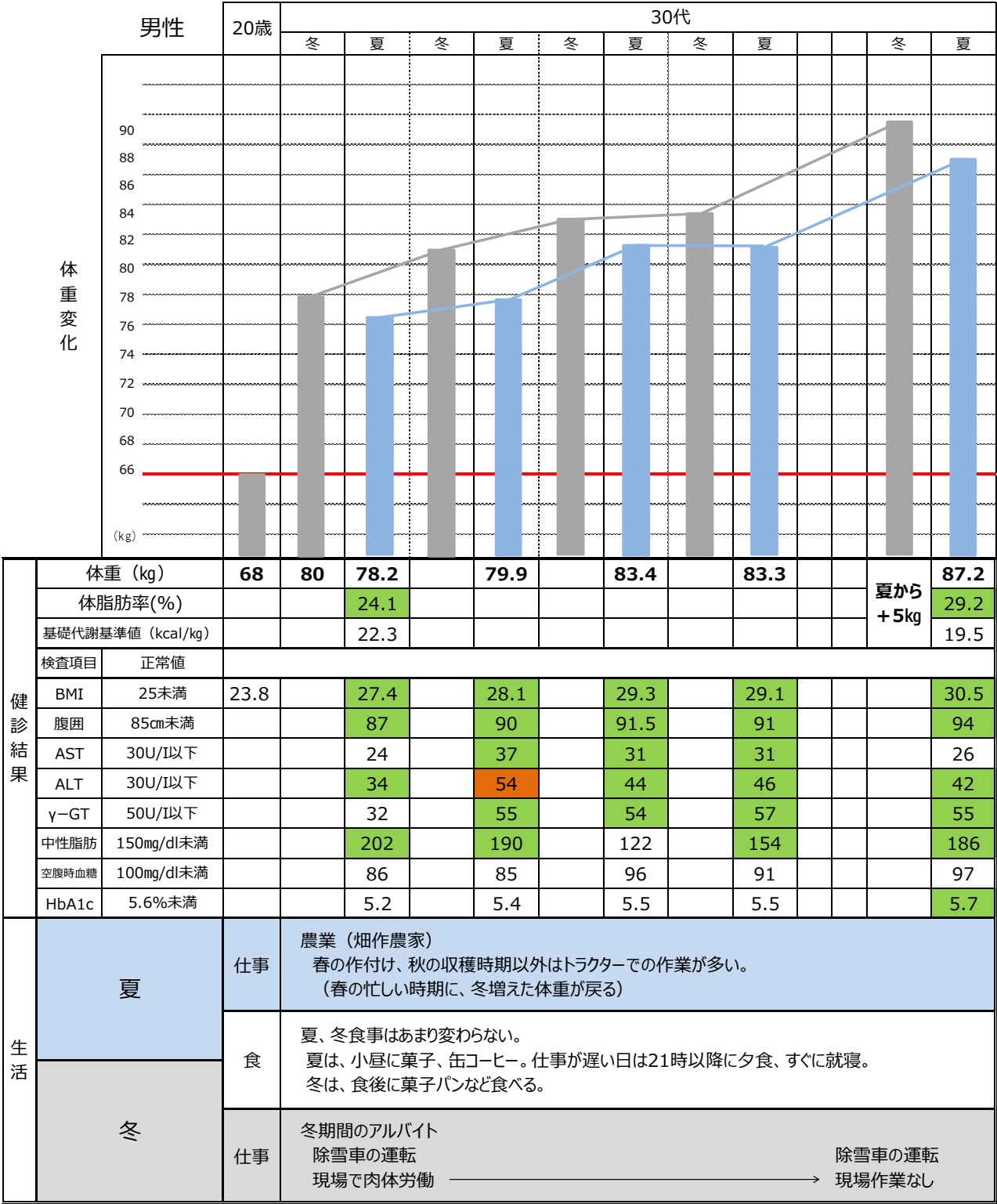
図表 45) 年代別 BMI25 以上の者

	総数			男性			女性		
	受診者数	人数	割合	受診者数	人数	割合	受診者数	人数	割合
40～44歳	51	14	27.5%	27	7	25.9%	24	7	29.2%
45～49歳	60	19	31.7%	23	9	39.1%	37	10	27.0%
50～54歳	54	21	38.9%	21	9	42.9%	33	12	36.4%
55～59歳	93	33	35.5%	42	17	40.5%	51	16	31.4%
60～64歳	222	64	28.8%	90	34	37.8%	132	30	22.7%
65～69歳	410	121	29.5%	174	54	31.0%	236	67	28.4%
70～74歳	437	102	23.3%	198	52	26.3%	239	50	20.9%
合計	1327	374	28.2%	575	182	31.7%	752	192	25.5%

平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

年齢とともに夏の体重減少が緩やかになってきたことに加え、冬の現場作業がなくなり身体活動が減少した事と、就寝前の飲食と間食の食習慣が、肥満、体脂肪率の増加を引き起こしています。その結果基礎代謝基準値も下がり、さらに太りやすい身体を作っています。(図表 46)

図表 46) 生活習慣の変化で体重が増加した事例



(カ) 野菜摂取量の増加

ア) 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、体の一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、食物繊維も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、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。

イ) 野菜摂取の実態

町では、平成 25 年度から、問診項目に「1 日に野菜を 350g 以上食べますか」という項目を追加しています。

1 日に 350g 以上摂取している方の割合は、平成 25 年度と比べると、平成 28 年度では男性 23.7%、女性 29.8%と減少しています。(図表 47)

図表 47) 1 日に野菜を 350g 以上摂取している方

	総数		男性		女性	
	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
受診者数	1,697	1,507	753	650	944	857
人数	570	409	234	154	336	255
割合	33.6%	27.1%	31.1%	23.7%	35.6%	29.8%

若年者健診受診者(20～39歳)・特定健診受診者(法定報告)

(キ) 身体活動・運動

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「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・運動の量が多い方は、不活発な方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、多くの方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が求められています。

ア) 日常生活における歩数の増加

(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)

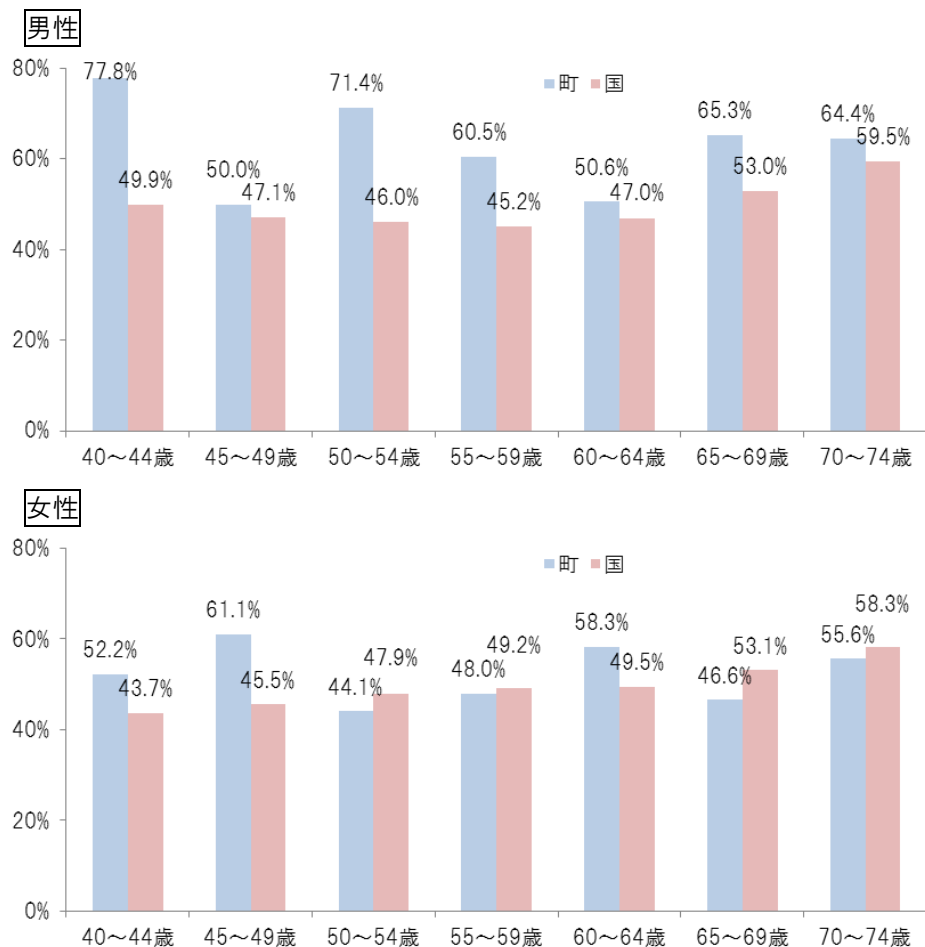
町では、上富良野町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している方は、男性ではすべての年代で 50.0%を超え、全国よりも高くなっています。女性では50歳代、65～69歳で40.0%台と全国と比べても年代でみても低くなっています。(図表 48・49)

図表 48) 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する方

		総数		男性			女性		
		上富良野町	全国	上富良野町	全国	上富良野町	上富良野町	全国	上富良野町
年度		23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	28年度	23年度	28年度
受診者数		1537	1295	—	655	563	—	882	732
1日1時間以上の歩行あり	人数	930	738	—	431	353	—	499	385
	割合	60.5%	57.0%	53.0%	65.8%	62.7%	52.9%	56.6%	52.6%

町：特定健診受診者（法定報告） 国：KDB

図表 49) 年代別 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する方



平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

イ) 運動習慣者の割合の増加

(1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施)

運動習慣がある方の割合は平成 23 年度と比較して男女とも減少しています。また、国と比較しても運動習慣のある方の割合は低くなっています。(図表 50)

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(40～64 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、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。(図表 51)

図表 50) 運動習慣の有無

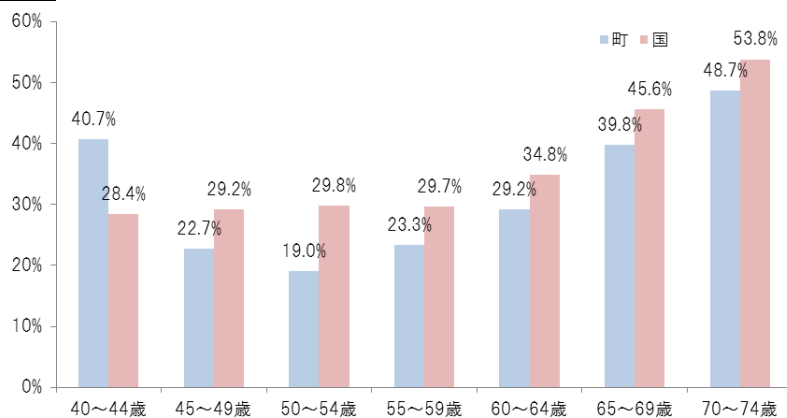
		総数		男性		女性			
		上富良野町	全国	上富良野町	全国	上富良野町	全国		
年度		23年度	28年度	28年度	23年度	28年度	28年度	23年度	28年度
受診者数		1540	1299	—	655	565	—	885	734
運動習慣あり	人数	634	465	—	295	218	—	339	247
	割合	41.2%	35.8%	41.2%	45.0%	38.6%	43.2%	38.3%	33.7%
運動習慣なし	人数	906	834	—	360	347	—	546	487
	割合	58.8%	64.2%	58.8%	55.0%	61.4%	56.8%	61.7%	66.3%

町：特定健診受診者（法定報告）

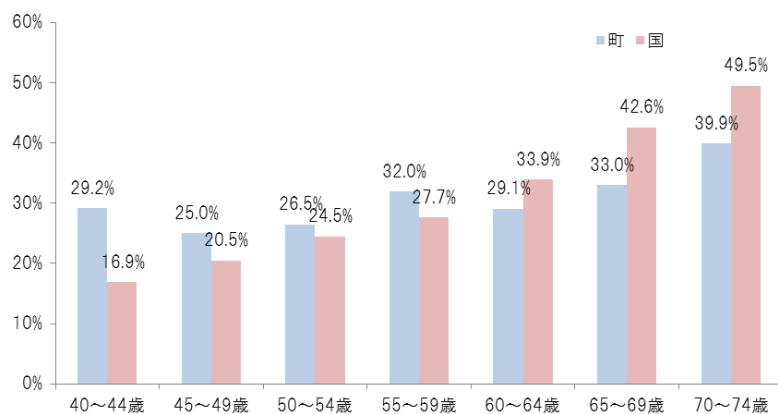
国：KDB

図表 51) 運動習慣がある方の全国との年代別比較

男性



女性



平成 28 年度 特定健診受診者（法定報告）

イ 今後の方向性

(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。また、インスリンの分泌には限りがあるため、乳幼児期からインスリンを守る生活習慣が必要です。

(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者」、あるいは「糖尿病の可能性が否定できない者」を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。また、糖尿病の治療は薬物療法だけではなく、食事・運動療法による生活習慣の改善も合わせて行うことが重要です。

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。

ウ 具体的な取組み（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町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
- ・動脈硬化症予防健診（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
 - 糖尿病手帳の活用
- ・第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる

(5) 次世代の健康

ア 中間評価・課題

(ア) 適正体重の子どもの増加

ア)全出生中の低出生体重児の割合の減少

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後約遺伝子によって作られた体と生まれてからの環境(過剰な栄養摂取など)とが合わないことで、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体に合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの合併症を予防することは、低出生体重児の予防につながります。

町の低出生体重児の割合は、23 年次 4.9%から 28 年次 8.6%に増加し、減少傾向という目標を達成できていません。(図表 52)

図表 52) 低出生体重児の推移

		23 年次	24 年次	25 年次	26 年次	27 年次	28 年次
上富良野町	出生数	102	95	98	73	87	70
	低体重児数	5	7	8	5	8	6
	割合	4.9%	7.4%	8.2%	6.8%	9.2%	8.6%
全国	割合	9.6%	9.6%	9.6%	9.5%	9.6%	-

出生数:平成 23～26 年次：道北地域保健情報年報 第 5 表 出生数(性・体重別)

平成 27～28 年次：母子健康手帳受付簿

平成 24～28 年次の低出生体重児の背景を生活習慣で予防可能な母体因子でみてみました。(図表 53)

図表 53) 低出生体重児となる母体因子と現状(平成 24～28 年次 低出生体重児 34 人の母 34 人の実態)

		予防が可能なもの		予防が難しいもの		
		項 目	人数	割合(%)	項 目	人数 割合(%)
母 体 因 子	妊 娠 前	前回妊娠歴(低出生体重児出生、妊娠高血圧、妊娠糖尿病)	8	23.5	生活習慣病遺伝	9 26.5
		肥満	7	20.6	高齢妊娠	9 26.5
		やせ	3	8.8	低身長	3 8.8
		糖尿病合併妊娠	2	5.9	子宮筋腫合併妊娠	2 5.9
		歯周疾患	不明	不明	甲状腺疾患合併妊娠	1 2.9
	妊 娠 中	貧血	10	29.4	切迫早産治療	14 41.2
		体重増加量 不足	9	26.5		
		体重増加量 過剰	6	17.6		
		喫煙	3	8.8		
		妊娠高血圧症候群	3	8.8		
		妊娠糖尿病	1	2.9		
		飲酒	0	0		

母子健康手帳受付簿

(a)貧血

全妊婦の 35.0%(149 人)、そのうち低出生体重児出産の妊婦 29.4%(10 人)に貧血の所見がありました。全妊婦では、初期に 3.3%(14 人)の妊婦に貧血があり、中期では 31.7%(135 人)にまで増加しています。一方、低出生体重児出産の妊婦 5.9%(2 人)は初期のうちから貧血があり、身体の各器官の形成が始まる重要な時期から十分な酸素や栄養を届けられない状況が胎児の発育に影響を与えていると考えられます。(図表 54)

妊娠すると母体は、血漿量の不均衡な増加により血液希釈(妊婦水血症)が生じることや、胎児に鉄分や酸素を優先して送るため、母体に必要な鉄分が不足し貧血になりやすいといわれています。

妊娠期において鉄欠乏性貧血が多いため、妊婦自身が妊婦健診の結果に基づき、鉄分の多い食材など妊娠期に必要な栄養素を必要量摂取し予防、改善していくことが重要です。

図表 54) 妊婦の貧血の状況 (平成 24~28 年次)

貧血 Hb11.0g/dl未満	全妊婦	(再掲) 低体重児
	426	34
妊婦健診 初期	14 3.3%	2 5.9%
妊婦健診 中期	135 31.7%	8 23.5%
計	149 35.0%	10 29.4%

母子健康手帳受付簿

(b) 妊娠中の体重増加量の過不足

妊娠期に必要な栄養素を必要量摂取し、目標体重に向け体重を管理することは胎児の発育のために重要です。

しかし、目標体重に対し適正だった妊婦は全体の 5 割しかおらず、肥満の妊婦においては 8.2%とさらに少なく、体重管理に著しい課題があります。特に、やせの妊婦は体重増加が過剰になりやすく、肥満の妊婦は、体重増加不足、過剰のどちらのリスクにもなりやすいことがわかりました。(図表 55)

図表 55) 妊娠前の体格と妊娠中の体重増加量

上段：人数 下段：割合

妊娠中の 体重増加量 妊娠前のBMI			(参考値) 目標体重 増加量	不 足		適 正		過 剰		全体 合計	(再掲)
				全体	(再掲)	全体	(再掲)	全体	(再掲)		低出生 体重児 合計
					低出生 体重児		低出生 体重児		低出生 体重児		
21~23年度			-	49 15.8%	11 36.7%	155 50.0%	13 43.3%	106 34.2%	6 20.0%	310	30
24~28年度			-	70 17.9%	10 28.6%	195 49.7%	19 54.3%	127 32.4%	6 17.1%	392	35
再 掲 体 格 別	やせ	18.5未満	9~12kg	11 25.0%	1 33.3%	13 29.5%	1 33.3%	20 45.5%	1 33.3%	44 11.2%	3 8.6%
	ふつう	18.5~ 25未満	7~12kg	31 10.8%	6 24.0%	177 61.7%	17 68.0%	79 27.5%	2 8.0%	287 73.2%	25 71.4%
	肥満	25以上	6~8kg	28 45.9%	3 42.9%	5 8.2%	1 14.3%	28 45.9%	3 42.9%	61 15.6%	7 20.0%

母子健康手帳受付簿

また、低出生体重児出産の妊婦は 54.3%(19 人)が適正な体重増加をしています、28.6%(10 人)の妊婦は体重が不足していました。体重コントロールが不良な妊婦は、非妊娠時からやせ

や肥満の女性が多く、妊娠前から食生活や体重管理に課題があることが考えられます。(図表 55)

妊婦栄養相談からは、麺類など単品で食事を済ませ摂取エネルギー量が少ない、蛋白質や野菜、海藻、きのこ類が不足している、菓子やジュースなどの摂取が多くエネルギーが過剰となっているなどの実態がみえました。妊娠中に食の偏りによる摂取エネルギーや栄養素の過不足が、胎児の発育に影響を与えていると考えられるため、妊婦が主体的に食生活が改善できるよう取り組むことが大切です。

(c)妊婦の歯周病

近年、口腔内の 60%以上の歯周組織に炎症がある妊婦は、早産や低出生体重児に対するリスクが 7 倍高いとの報告があります。口腔内で炎症が発生する際に放出される、サイトカインや白血球の活性化、プロスタグランジンなどの炎症性物質は、分娩にかかわる物質と共通するものが多く、その影響により頸管熟化と子宮収縮が起こり、早産や胎児発育不全による低出生体重児となるといわれています。現在は、妊婦の歯周病罹患状況が不明のため、妊婦相談時に実態を把握するための指標等の検討が必要です。

(d)妊婦の飲酒・喫煙をなくす

妊娠期の飲酒や喫煙は、胎児の発育に影響を与えます。

町の妊婦の飲酒は、平成 23 年度 0.9% (1 人) から平成 28 年度 1.1% (1 人) と現状維持し、全国の現状 8.7% よりも低く、現状維持という目標を達成しています。

妊娠中の飲酒は、低出生体重児や顔面を中心とする奇形、脳障害などの胎児性アルコール症候群を引き起こす可能性があります。治療法はなく、少量の飲酒でも妊娠のどの時期でも生じる可能性があることから妊娠中の飲酒をなくすことが重要です。

妊婦の喫煙は、平成 23 年度 5.5% (6 人) から平成 28 年度 3.4% (3 人) に減少しており、全国の現状の 5.0% よりも低く、減少という目標を達成しています。(図表 56)

タバコは、その煙に含まれる有害物質が、血管を収縮させ酸素放出を阻害するため、子宮胎盤循環血液量が減少し、胎児の発育が妨げられます。

母親の血液中のニコチン濃度は、自らの喫煙以外にも、父親など生活を共にする家族の喫煙による受動喫煙によっても有意に増加するといわれているため、非喫煙妊婦であっても受動喫煙の機会がないか確認し、タバコの危険性について情報提供していく必要があります。

図表 56) 飲酒・喫煙の状況

	23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		28年度		全国 現状値
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
飲酒	1	0.9%	1	1.0%	3	3.4%	2	2.1%	1	1.3%	1	1.1%	8.7%
喫煙	6	5.5%	7	6.9%	6	6.8%	4	4.3%	4	5.2%	3	3.4%	5.0%

母子健康手帳受付簿

(e) 妊娠届出時のやせの者の割合

妊娠届出時の体格がやせの方は、平成 23 年度 12.8% (14 人) から平成 28 年度 12.8% (10 人) と変わらず、全国の 19.6% と比べても低い状態で現状維持し、目標を達成しています。

しかし、肥満の人が平成 23 年度 10.1% (11 人) から平成 28 年度 12.8% (10 人) に増え、全国の 8.3% と比べても高いことが課題です。(図表 57)

上富良野町学校保健統計において学童期の女子に肥満が多いことから、体格や生活習慣が変わらず成人期を向かえ、妊婦となる場合もあると考えられます。(図表 62)

女性のやせは卵巣機能の低下を招き、肥満は生活習慣病のリスクを高め、それらは妊娠期においても胎児発育不全のリスクにも繋がるため、体重増加量を適正に管理することが重要です。

図表 57) 非妊娠時の体格

	23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		28年度		全国 現状値
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
やせ	14	12.8%	11	11.0%	12	14.0%	12	12.8%	10	13.0%	10	12.8%	19.6%
ふつう	84	77.1%	76	75.0%	64	73.0%	66	70.2%	50	64.9%	58	74.4%	72.0%
肥満	11	10.1%	14	14.0%	11	12.0%	16	17.0%	17	22.1%	10	12.8%	8.3%
不明	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.1%
合計	109	100%	101	100%	88	100%	94	100%	77	100%	78	100%	100%

町:母子健康手帳受付簿、国:平成 22 年乳幼児身体発育調査

(f) 妊婦健康診査の結果

妊婦が妊娠後に何らかの異常を発症した場合を妊娠合併症といい、その中でも妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病は、胎盤からの血液循環が阻害され、胎児の発育が障害されるリスクが高まる妊娠合併症です。主には、低出生体重児または巨大児、先天性奇形等の影響を及ぼし、胎児期のみならず将来にわたり大きなリスクとなるため、予防が重要です。

妊娠高血圧症候群の妊婦は多くありませんが、妊娠糖尿病の妊婦が平成 26 年度以降、やや増加傾向にあります。(図表 58)

妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した妊婦は、将来の生活習慣病発症リスクが高まります。特に、産後、体重が適正体重に戻らず、更年期を迎えるとその危険性はさらに高まります。肥満や既往歴、遺伝などリスクの高い母に対して、適正体重に戻すなど生活習慣改善への働きかけや、健康診査を勧奨し身体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。

図表 58) 妊婦一般健康診査の結果

	23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		28年度	
	人数	(再掲)	人数	(再掲)	人数	(再掲)	人数	(再掲)	人数	(再掲)	人数	(再掲)
		低出生 体重児		低出生 体重児		低出生 体重児		低出生 体重児		低出生 体重児		低出生 体重児
妊娠高血圧症候群	2	0	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0
	1.8%	0%	4.0%	22.2%	1.1%	14.3%	1.1%	0%	0	0%	0	0%
妊娠糖尿病	4	0	7	0	2	0	8	1	8	0	8	1
	3.7%	0%	6.9%	0%	2.3%	0%	8.5%	16.7%	10.4%	0%	10.3%	14.3%

母子健康手帳受付簿

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

ア) 乳幼児期の肥満の状況

肥満度 15%以上の肥満傾向児を平成 23 年度と平成 28 年度を比較すると、1歳6か月児で 5.3%から 6.3%とほぼ変化していませんが、3歳児が 5.5%から 0%、就学時で 5.5%から 3.8%と減少しています。(図表 59)

小児の肥満は高い率で成人の肥満に移行し、将来成人期の生活習慣病の発生に関係しています。小児期早期から年齢と成長に合わせて正しい生活習慣を身につけ、肥満を改善していくことが必要です。肥満児の生活習慣をみると、間食がお菓子で量が多い、食事量が多いなどの課題が見られます。幼児期から保護者が子どもの体格を判断できる学習、食べ方の学習を継続していく必要があります。

図表 59) 1 歳 6 か月児健診・3 歳児健診・就学時健診 受診者の体格

健 診		1 歳 6 か月児		3 歳児		就学時	
受診年度		23 年度	28 年度	23 年度	28 年度	23 年度	28 年度
受診者数		94	96	110	85	91	79
肥 満 15%以上	人数	5	6	6	0	5	3
	割合	5.3%	6.3%	5.5%	0.0%	5.5%	3.8%
適正体重 -14.9～14.9%	人数	88	89	102	84	80	73
	割合	93.6%	92.7%	92.7%	98.8%	88.0%	92.4%
や せ -15%以下	人数	1	1	2	1	6	3
	割合	1.1%	1.0%	1.8%	1.2%	6.6%	3.8%

乳幼児台帳、就学時健診結果

1 歳 6 か月児健診・3歳児健診での肥満児には、2歳、3歳 6 か月などの時期に継続して健診や栄養相談を実施しています。平成 27 年度より就学時健診でも肥満児を対象に個別栄養相談を実施しています。今後も早期からの肥満の改善を目標に支援が必要です。(図表 60・61)

図表 60) 健診受診者の肥満児の人数

	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
1 歳 6 か月児	5	1	5	2	2	6
3 歳児	6	1	3	4	4	0
就学時	5	7	6	4	9	3

乳幼児台帳、就学時健診結果

図表 61) 事例 肥満男児の経過

年齢	出生	1 歳 6 か月	2 歳	3 歳	3 歳 7 か月
体格	体重 3270 g (HFD児) 新生児低血糖	肥満度 22.4% (やや太りすぎ)	肥満度 27.3% (やや太りすぎ)	肥満度 21.1% (やや太りすぎ)	肥満度 18.6% (太りすぎ)
食べ方		食事基準量だが 姉が残すものを 児に与える	親や夫に預けると おやつ食べる	野菜好きになっ てきた、ジュース たまに飲む	園でおかわり、 休みの日クッキー、 ジュース

イ)学童の状況

(a)体格

小学5年生の肥満傾向児の割合は、男子が 16.7%、女子が 10.5%で国の目標値達成 7.0%をできていません。また、平成 24 年度から平成 28 年度の変化をみると、男子は 11.3%から 16.7%と増加傾向で、女子は 14.3%から 10.5%と減少しています。

肥満傾向児の割合を全国、北海道と比較してみると、小4(男子)と中3女子を除く多くの学年で全国より高い値です。北海道と比較すると男子で小1、小2、小5、中2、中3で高く、女子では小1～6、中1で高くなっています。町の肥満傾向児は多い状態です。将来の生活習慣病予備群であり生活習慣の改善が必要です。(図表 62)

肥満の割合は幼児期で約 3～6%ですが、学童期で 10%を超えており、学童期から肥満が増えている現状です。(図表 59、62)

かみふっ子健診の肥満児の相談から、室内遊びが多い、通学は送迎、夕食は祖母宅で大皿に好きな物を食べている、夕食前や就寝前に間食、給食のおかわりなどの生活習慣の課題が見えてきました。

保護者が健診の結果から子どもの体格を判断でき、課題がある場合は食の見直しができるよう、継続した学習が必要です。

学童期の肥満を予防するために、乳幼児からの適正体重で成長できる学習を継続しつつ、いつから肥満が始まるのかまたその背景(生活習慣)は何か、肥満児の生活習慣の実態をさらに見ていく必要があります。また、他職種と課題を共有して解決に向け考えていく必要があります。

図表 62) 小・中学生の肥満傾向児の人数と出現率

	上富良野町（男子）				北海道 28 年度	全国 28 年度	目標値
	24 年度		28 年度				
	人	割合	人	割合	割合	割合	割合
小 1	3	6.0%	4	7.4%	5.63%	4.35%	
小 2	5	10.0%	5	9.8%	9.71%	5.74%	
小 3	6	9.8%	6	13.0%	13.39%	7.65%	
小 4	6	10.9%	4	8.0%	17.28%	9.41%	
小 5	6	11.3%	8	16.7%	14.13%	10.01%	7.0%
小 6	7	14.6%	6	16.2%	17.97%	10.08%	
中 1	5	9.4%	7	11.1%	12.41%	10.42%	
中 2	5	10.2%	6	11.3%	9.85%	8.28%	
中 3	8	17.2%	7	14.3%	11.5%	8.04%	

	上富良野町（女子）				北海道 28 年度	全国 28 年度	目標値
	24 年度		28 年度				
	人	割合	人	割合	割合	割合	割合
小 1	1	2.2%	7	17.9%	6.37%	4.24%	
小 2	2	3.9%	4	9.3%	6.03%	5.18%	
小 3	6	12.8%	5	10.0%	7.54%	6.63%	
小 4	6	10.3%	9	16.1%	9.96%	7.17%	
小 5	8	14.3%	4	10.5%	10.22%	7.86%	7.0%
小 6	10	16.1%	8	14.3%	12.71%	8.31%	
中 1	7	11.9%	5	13.9%	9.67%	8.57%	
中 2	3	6.0%	5	9.4%	10.14%	7.46%	
中 3	5	10.4%	6	7.1%	9.22%	7.70%	

町：学校保健統計調査結果集計

北海道・全国：学校保健統計調査結果

肥満度＝[実測体重（kg）－標準体重（kg）]/標準体重（kg）×100（％）

肥満の判定 軽度肥満 20.0%以上 30%未満 中等度肥満 30%以上 50%未満 高度肥満 50%以上

肥満傾向児とは、肥満度 20%以上の者

(b)生活習慣病に関する健診

平成25年度より、小学5年生と中学2年生を対象に小児生活習慣病予防健診(かみふっ子健診)を実施しています。健診受診率は46%~77%で推移しており、将来の生活習慣病予防のためには、より多くの児が受けやすい体制づくりが必要です。(図表63)

図表63) かみふっ子健診受診率

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
小5	69.4%	51.5%	62.5%	67.4%	80.6%
中2	54.1%	43.8%	30.8%	66.7%	73.2%
合計	61.7%	47.4%	46.0%	67.0%	77.0%

かみふっ子健診受診者結果

有所見率をみると、小学5年生、中学2年生ともLDLコレステロールと中性脂肪が高く、中学2年生男子では尿酸値も高い状態です。軽度の有所見の児は早期に生活習慣の改善が必要です。

LDLコレステロール140mg/dl以上では家族性高コレステロール血症の疑いもあります。LDLコレステロール高値の状態が続くと動脈硬化の危険があり、予防するために医療機関の受診が必要です。(図表64)

図表64) 平成28年度 かみふっ子健診有所見の状況

	受診数	内臓脂肪の蓄積			内皮障害		血中脂質			糖代謝		肝機能			貧血	腎機能	
		肥満	やせ	腹囲	血圧	尿酸	LDL	中性脂肪	HDL	血糖	HbA1c	GOT	GPT	γ-GTP	血色素	クレアチニン	尿検査
小5		20%以上	-20%以下	75cm以上	収125以上 収70以上	6.0以上	110以上	空120以上 随150以上	39以下	空100以上 随140以上	5.6以上	31以上	31以上	51以上	男12.0以下 女11.8以下	0.58以下	蛋白±以上
男(人)	31	5	3	3	7	0	7	5	0	1	2	5	1	0	0	1	1
女(人)	29	1	3	0	7	0	6	6	1	0	0	1	2	0	0	1	2
計(人)	60	6	6	3	14	0	13	11	1	1	2	6	3	0	0	2	3
率(%)		10	10	5	23.3	0	21.7	18.3	1.7	1.7	3.3	10	5	0	0	3.3	5
中2		20%以上	-20%以下	80cm以上	収男130以上 収女125以上 収70以上	6.0以上	110以上	空120以上 随150以上	39以下	空100以上 随140以上	5.6以上	31以上	31以上	51以上	男12.4以下 女11.8以下	男0.96以下 女0.71以下	蛋白±以上
男(人)	40	2	1	1	14	15	2	3	0	0	1	0	0	0	4	0	10
女(人)	32	1	2	1	13	0	8	3	0	0	0	0	0	0	3	1	6
計(人)	72	3	3	2	27	15	10	6	0	0	1	0	0	0	7	1	16
率(%)		4.2	4.2	2.8	37.5	20.8	7.2	8.3	0	0	1.4	0	0	0	9.7	1.4	22.2

かみふっ子健診受診者結果

小学5年生の健診受診者で結果に肥満、高LDLコレステロールの課題のあった児が、次回の健診(中学2年生)で改善していたかどうかをみてみます。

小学5年生で肥満のあった児8人の中学2年生の体格は、改善し標準となった児は1人でした。改善したがまだ肥満である児が1人、悪化し肥満の児が1人でした。4人は未受診です。(図表 65・66)

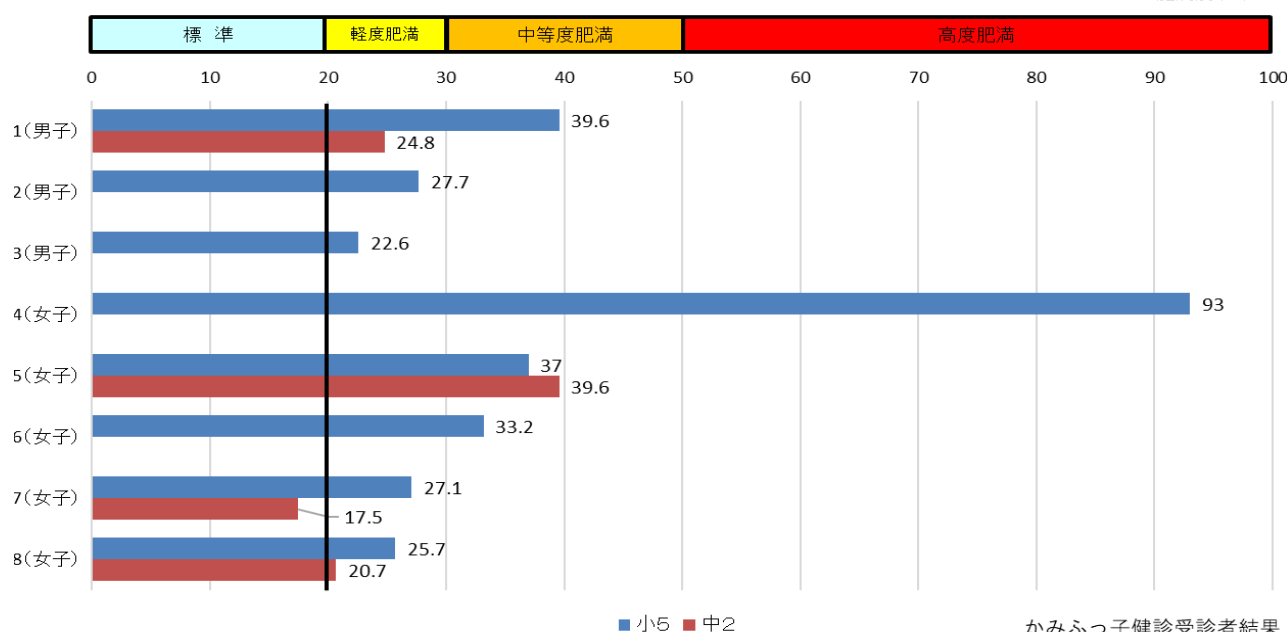
図表 65) 小学5年生で肥満のあった児の中学2年生の体格の変化

	小5	中2			
	肥満	改善あり 標準(20%未満)	改善あり 肥満(肥満度減)	悪化 肥満(肥満度増)	未受診
計(人)	8	1	2	1	4
男(人)	3	0	1	0	2
女(人)	5	1	1	1	2

かみふっ子健診受診者結果

図表 66) 小学5年生で肥満のあった児の中学2年生の肥満度

肥満度(%)



LDLコレステロール高値だった子24人の中学2年生のデータを見ると11人が正常値となっており、生活習慣の改善によるものと思われます。5人は高値のままでした。8人は未受診です。

生活習慣病の発症予防、重症化予防のために、特に前回の結果でリスクがあった子は、継続して次回も受診し値を確認することが必要です。(図表 67)

図表 67) 小学5年生で高LDLコレステロールの児の中学2年生の値

	小5	中2		
	110mg/dl 以上	改善あり 110mg/dl 未満	改善なし 110mg/dl 以上	未受診
計(人)	24	11	5	8
男(人)	9	4	2	3
女(人)	15	7	3	5

かみふっ子健診受診者結果

イ 今後の方向性

妊娠期から適切な生活習慣を身につけ、胎児期から健康に発育し乳幼児期から適正体重を維持し成長する児が増えるよう学習などに取り組みます。

また、乳幼児期から適正な体重で成長し、肥満や将来の生活習慣病を予防するために、保護者が体格を正しく評価し、成長にあわせた食べ方の学習ができるよう取り組みます。

ウ 具体的な取り組み

（ア）妊娠中の適正な体重増加量、貧血やハイリスク妊娠の予防に向けた学習の推進

- ・食事記録票と体重増加グラフを活用した、妊婦の主体的体重管理の推進
- ・妊娠期に必要な栄養素を摂るための学習の推進

（イ）妊婦口腔衛生の必要性についての学習と実態把握の推進

- ・歯周疾患がもたらす胎児リスクについての学習の推進
- ・妊婦の口腔環境を把握するための指標等の検討

（ウ）飲酒・喫煙が胎児に及ぼす悪影響について学習の推進

- ・妊婦相談時の保健指導、健康教育の実施

（エ）適正体重の女性の増加

- ・若年者健診、特定健診受診勧奨
- ・かみふっ子健診や若年者健診結果説明会による保健指導、学習の推進

（オ）肥満傾向児（幼児・児童・生徒）の継続支援と実態把握

- ・1歳6か月児健診、3歳児健診、就学時健診等で肥満の児は継続した相談支援の実施
- ・関係者（子ども園、教育委員会や学校養護教諭）と実態の共有

（カ）生活習慣病予防に向けた健診の実施と食の学習

- ・小学5年生、中学2年生を対象に小児生活習慣病予防健診を実施
- ・特に前回リスクあった子などすべての児が受けやすい体制づくりの検討
- ・生活習慣病の予備群の児の重症化予防の推進
- ・成長期に健康に発育し生活習慣病発症を予防するための食べ方の学習

2 生活習慣の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙については、各課題の背景となることから、各課題と併せて評価・分析を行います。

(1) 飲酒

ア 中間評価・課題

(ア) 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

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、陶酔性、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。がんや高血圧、脳出血、脂質異常症、心房細動などの不整脈は、一日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇するといわれています。町の生活習慣病のリスクを高める量(毎日 2 合以上)を飲酒している方の割合は、男性は町 21.3%、全国 20.6%とほぼ変わりませんが、女性は町 6.3%、全国 3.7%と全国に比べ高い状況です。(図表 68)

図表 68) 毎日 2 合以上の飲酒している者の割合

	28 年度	
	上富良野町	全国
男性	21.3%	20.6%
女性	6.3%	3.7%

KDB:質問票調査の経年比較

イ 今後の方向性

(ア) 飲酒についての正しい知識の普及啓発

毎日 2 合以上の飲酒は、がんや認知症、アルコール依存症などたくさんの病気のリスクを高め、肝臓をはじめとする様々な臓器障害を引き起こします。適量飲酒や休肝日を設けるなど、飲酒についての正しい知識を普及啓発し、健康的に飲酒する方が増えるよう取り組みます。

(イ) 寝酒が及ぼす睡眠障害についての知識の普及啓発

日本人は寝酒をする頻度が高いといわれています。特定健診問診からも、睡眠で十分休息がとれていない方が多いことから、不眠を解消するために飲酒をしている方がいることが考えられます。寝酒は短期的に眠気を強くしますが、飲酒することにより睡眠時間が減少し、睡眠の質・量ともに悪化します。また、飲酒量が多いほど、上気道の安定性が低下し、いびきや睡眠時無呼吸を悪化させることから、それらを有する方は飲酒や飲酒量に注意が必要です。寝酒についての正しい知識の普及啓発に取り組みます。

ウ 具体的な取り組み

(ア) 飲酒が体に及ぼすリスクに関する教育・啓発の推進

- ・健診結果に基づいた個別指導
- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

(イ) 飲酒が睡眠に与える影響についての教育・啓発の推進

- ・特定健診問診票や健診結果に基づいた個別指導

(2) 歯・口腔の健康

ア 中間評価・課題

(ア) 3歳児でう歯がない者の割合の増加

乳歯のう歯と永久歯のう歯には強い関連が認められており、乳幼児期は歯口清掃や食習慣などの基本的歯科保健習慣を身につける時期として重要であり、生涯を通じた歯の健康づくりにつながると考えられます。

ア) 3歳児

乳歯のう歯予防を目標とした評価指標は「3歳児でう歯がない者の割合」です。

町の「3歳児のう歯がない者の割合」は、平成24年度に一時低下しましたがその後改善し、平成28年度は91.8%と国の目標値80%以上と町の目標値85%以上を達成しています。(図表69)

また全国全道と比較すると、平成26年度はう歯がない者の割合が高い状況です。人数で見ると平成28年度は3歳児でう歯があった児は7人おり、一人平均3.42本のう歯があります。う歯がある児はその本数が多いことが課題です。う歯があった子はどのような生活習慣であったのか、実態を把握し、予防の活動を検討します。(図表70)

図表 69) 3歳児でう歯がない者の割合

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	目標値
上富良野町	84.5%	77.6%	83.1%	84.0%	82.5%	91.8%	85%以上
全国	79.6%	80.9%	82.1%	82.3%	—	—	80%以上
全道	77.8%	79.5%	80.3%	80.6%	—	—	

図表 70) 3歳児でう歯のあった者とその本数

		23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
う歯がある者(人)	町	18	22	15	16	17	7
う歯がある者の平均本数(本)	町	5.44	4.14	5	2.94	4.76	3.42
一人平均う歯本数(本)	町	0.84	0.93	0.84	0.47	0.83	0.28
	全国	0.74	0.68	0.63	0.62	—	—
	全道	0.90	0.81	0.76	0.73	—	—

3歳児・1歳6か月児のデータ

全国・全道: 国立保健医療科学院サイトの全国乳幼児歯科健診結果

平成24、25年度 母子保健課・歯科保健課 平成26年度 地域保健・健康増進事業報告値

町: 平成23～26年度 道北地域保健情報年報 第20表(3歳児) 第19表(1歳6か月児)

平成27～29年度 北海道母子保健報告システム事業報告値

イ) 1歳6か月児

1歳6か月児をみると、年によりばらつきがありますが、平成23年度と28年度を比較すると減少傾向にあり、平成26年度の有病率では全国全道と比較して低い状況です。(図表71・72)

う歯のあった事例をみてみると、ジュースの習慣と夜間授乳がありました。保護者に乳歯の生えはじめの時期から生活習慣の影響の学習が必要です。(図表73)

図表 71) う歯有病者率（1歳6か月児歯科健診）

	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
上富良野町	3.64%	0%	2.94%	0%	1.32%	1.05%
全国	2.17%	2.08%	1.91%	1.80%	—	—
全道	3.20%	2.94%	2.69%	2.65%	—	—

図表 72) 1歳6か月児でう歯のあった者とその本数

		23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
う歯がある者（人）	町	2	0	3	0	1	1
	町	0.07	0	0.09	0	0.05	0.01
	全国	0.06	0.06	0.05	0.05	—	—
	全道	0.10	0.09	0.08	0.08	—	—

図表 73) (事例) 1歳6か月児健診でう歯のあった者の検診結果と生活習慣

歯科検診結果	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td>C</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													C	C	C	C				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E										
				C	C	C	C																																	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																														
C：う歯 /：健全歯																																								
仕上げ磨き	毎日している 昼（幼稚園）、就寝前																																							
食習慣	ジュース 毎日 150cc、おやつは決めて食べている（2回）																																							
	母乳 1日 4～5回（夜間も 1～2回）																																							

乳幼児期のう歯に関するリスク因子には、甘味食品・飲料の摂取の回数が多い、長期の夜間授乳習慣（1歳6か月を過ぎての就寝中の授乳）、などが示されています。予防のためにはこのような生活習慣に関する保健指導は大切です。また、毎日の保護者の仕上げ磨きの習慣化は予防効果が高いため、正しく磨けるよう支援が必要です。さらに、歯科医院等で行うフッ化物塗布は、回数に応じてう歯抑制効果の上昇が認められています。塗布は1歳頃からおよそ6か月毎に行うことが勧められており、定期的にかかりつけ歯科医を受診し、歯科検診とフッ化物塗布を受ける習慣を、乳幼児期に形成できることが大切です。

現在、乳歯の生え始めた時期の10か月児相談と、1歳6か月健診で歯科衛生士による指導（生活習慣とブラッシングの指導）を行っています。平成25年度より1歳6か月児健診と3歳児健診において歯科医師による歯科検診を実施しています。また、歯科検診とフッ化物塗布（1回分）を1歳6か月から2歳頃に受けられるよう、費用の助成事業を行っており、受診率は約8割です。

ウ)5歳児

5歳児(就学児健診)の結果では、う歯がない者が50%になっています。全国全道と比較すると低い状況です。う歯がない者の割合は全国では増加傾向にありますが、町では3～5割で推移しています。(図表74)う歯のある者の平均本数は5本を超え、一人あたりの本数が多くなっています。(図表75)う歯予防の取り組みとして年長児を対象としたフッ化物洗口事業(週5日法)を平成24年度より実施しており、各子ども園等においてフッ化物によるうがいが行われています。

図表 74) 5 歳児でう歯がない者の割合

	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
上富良野町	51.1%	32.3%	57.4%	55.8%	37.1%	50.0%
全国	57.1%	57.1%	60.5%	61.5%	63.8%	64.4%
全道	52.4%	50.7%	49.7%	54.1%	48.6%	51.9%

町：就学児健診受診結果集計 全国・全道：学校保健統計調査報告書

図表 75) 上富良野町 5 歳児でう歯のあった者とその本数

	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
う歯がある者(人)	55	67	43	42	56	39
う歯がある者の平均本数(本)	4.9	5.8	4.65	5.2	5.2	5.4
一人平均う歯本数(本)	2.4	3.97	1.98	2.3	3.28	2.7

就学児健診受診結果集計

これまでの結果から、幼児期では3歳児まではう歯予防の取り組みも充実し効果も表れていますが、3歳以降のう歯の増加が課題です。

3歳児健診以降は町の歯科検診や保健指導の機会がありません。自ら定期的に継続してかかりつけ歯科医のもとで歯科検診とフッ素塗布を受け、家庭での歯磨き、生活習慣改善と合わせてう歯が予防できることが目標です。そのために、現在の事業の見直し(歯科検診とフッ素塗布の助成対象年齢・回数の検討)や、保護者への学習が必要です。

エ)12 歳児

12 歳児の永久歯の一人平均う歯数は、平成 28 年度では町は 2.1 本と、全国の目標値の 1.0 本未満、町の目標の 2.0 歯未満を達成できていません。(図表 76)う歯有病者率も全国全道と比較してかなり高い状況です。(図表 77)

町では学校保健法に基づく歯科検診のほかに、独自にフッ化物洗口事業を小・中学校でも実施していますが、有病者率も高く、教育委員会と実態を共有し、う歯の減少に向けての対策を検討する必要があります。

図表 76) 12 歳児の永久歯の一人平均う歯数

	23 年度	28 年度				目標値
	計 (本)	計 (本)	内 訳			
			処置歯数	未処置歯数	喪失歯数	
上富良野町(本)	3.3	2.05	1.32	0.73	0.0	2.0
全国(本)	1.2	0.84	0.51	0.31	0.01	1.0
全道(本)	1.8	1.1	0.6	0.5	0.0	

町：歯科検診集計票（教育委員会作成） 全国・全道：学校保健統計調査報告書

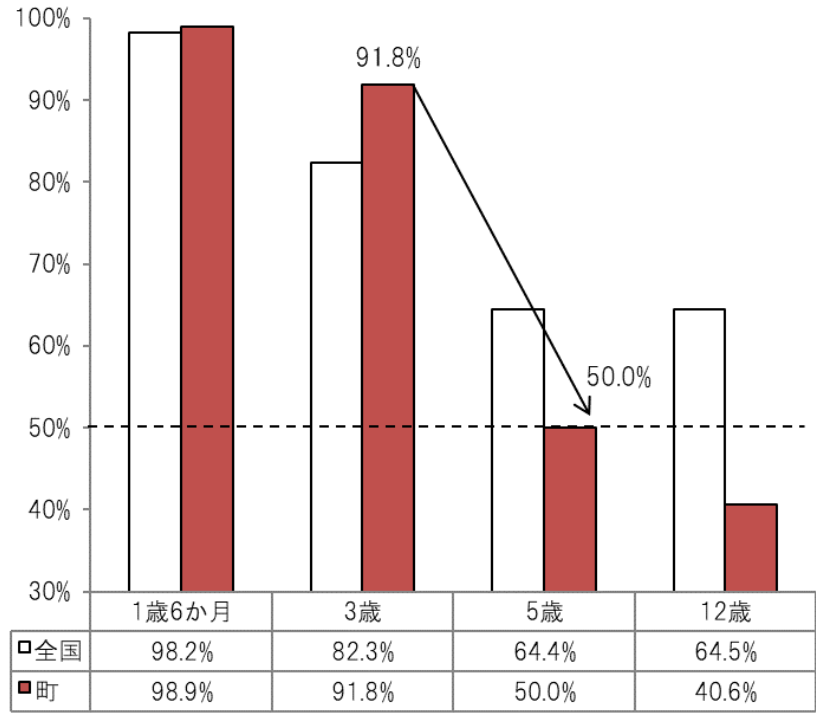
図表 77) 12 歳児の永久歯のう歯有病者率（％）

	28 年度
上富良野町	59.38%
全国	35.52%
全道	42.5%

全国・全道：平成 28 年度学校保健統計調報告書 町：歯科検診集計票（教育委員会作成）

う歯のない者の割合を幼児期から 12 歳までみてみると、町では年齢とともに減少しています。特に3歳以降の減少が大きく、この背景となる課題を明らかにし、予防対策を考えることが必要です。（図表 78）

図表 78) う歯のない者の割合



(イ) 成人期の歯周疾患検診から見えてきた課題

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。

40 歳以降に歯を失っていく主要な原因疾患は歯周病です。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ます。(図表 79)

図表 79) 歯周病と全身のかかわり

糖尿病	糖尿病の第 6 の合併症。歯周炎の炎症の場で産生されるサイトカインのうち、ある種のものが血糖値を低下させる作用を持つインスリンの効きを阻害する(インスリン抵抗性)ため、歯周病患者は血糖コントロールが改善しにくくなる。
心疾患	血管内に侵入した歯周病性細菌やその病原因子などが、血流に乗って冠動脈に達するとアテローム形成が加速化。心血管の病気が発症しやすくなる。発症リスクは 1.15～1.24 倍に高まる。
誤嚥性肺炎	歯周病原性細菌などの口の中の細菌が肺炎を起こしやすくする。
早期低体重児 出産	妊娠中はホルモンの変化などによって歯肉の炎症が起こりやすい。歯肉の血管から侵入した歯周病性細菌やサイトカインが血流に乗って子宮に達すると、子宮筋の収縮を引き起こして早産や低体重児出産になる可能性がある。リスクは健常者の 4.3 倍程度。
骨粗しょう症	歯周病になった歯肉で産生されるサイトカインには、骨代謝に影響を及ぼすものがあり、歯の喪失と骨密度の減少には関連があるという研究報告がある。

日本臨床歯周病学会

健康かみふらの 21 計画(第二次)において、ライフステージに対応した歯科保健対策の推進として成人期の歯科検診の構築、成人期・高齢期の歯周病の実態把握をあげ、平成 26 年度から成人期の歯周疾患検診を実施しています。平成 26～28 年度の 3 か年の歯周疾患検診結果を基に、成人期以降の歯・口腔の現状把握を行いました。

ア) 歯周疾患検診受診・検診結果

平成 26～28 年度の 3 年間で検診受診者は 361 人(受診率 17.9%)と目標の受診率 20%を達成することはできませんでした。(図表 80)

検診結果では受診者 361 人中 314 人(87%)が要精密検査となりました。内訳は歯石除去が 294 人(93.6%)と最も多く、歯肉要治療が 193 人(61.5%)、未処置歯要治療は 94 人(30%)です。(図表 81)

図表 80) 歯周疾患検診受診率

		対象者数	受診者数	受診率
計		2,018	361	17.9%
年代別	40歳	459	84	18.3%
	45歳	405	56	13.8%
	50歳	396	76	19.2%
	55歳	372	78	21.0%
	60歳	386	67	17.4%
40,50,60歳		1,241	227	18.3%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

図表 81) 歯周疾患検診結果判定

検診受診者		361	100.0%
結果	異常なし	38	10.5%
	経過観察	9	2.5%
	要精密検査	314	87.0%
(内訳) 要精密検査 内容 重複あり	歯石除去	294	93.6%
	歯肉要治療	193	61.5%
	未処置歯要治療	94	30.0%
	要補綴歯	29	9.2%
	その他	3	1.0%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

(a) 歯肉と歯周の実態

(平成 26～28 年度累計)

4mm 以上の歯周ポケットを有する進行した歯周炎を有する者は 40 歳で 34.5%、45 歳は 42.9%と国の平成 28 年度現状値 44.7%と比較して低く、60 歳代は 55.2%に対して国は 62.0%です。国の現状値と比べて進行した歯周炎を有する者の割合は低い現状です。(図表 82)

図表 82) 進行した歯周炎(4 mm 以上の歯周ポケット)を有する者・割合

		上富良野町						全国
		男女計		男 性		女 性		現状値
計		159	44.0%	55	39.3%	104	47.1%	-
年 代 別	40歳	29	34.5%	12	30%	17	38.6%	44.7%
	45歳	24	42.9%	6	40.0%	18	43.9%	
	50歳	31	40.8%	5	21.7%	26	49.1%	-
	55歳	38	48.7%	16	45.7%	22	51.2%	-
	60歳	37	55.2%	16	59.3%	21	52.5%	62.0%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

(b) 現在歯の実態

一人平均現在歯数を年代別にみると、加齢とともに現在歯数は減少しています。(図表 83)

24 歯以上の自分の歯を有する者の割合をみてみると、60 歳の全国現状値は 74.4%、町は 56.7%と低い状況です。(図表 84)

図表 83) 一人平均現在歯数

		男女計	男性	女性
計		26.1	26.4	25.9
年代別	40歳	28.3	29.0	27.7
	45歳	27.4	26.9	27.5
	50歳	26.2	25.9	26.3
	55歳	25.7	25.7	25.7
	60歳	22.5	23.7	21.8

単位：本

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

図表 84) 24 歯以上の自分の歯を有する者・割合

		上富良野町						全国
		男女計		男 性		女 性		現状値
計		303	83.9%	117	83.6%	186	84.2%	-
年 代 別	40歳	82	97.6%	40	100%	42	95.5%	-
	45歳	54	96.4%	14	93.3%	40	97.6%	-
	50歳	66	86.8%	19	82.6%	47	88.7%	-
	55歳	35	80.8%	28	80.0%	35	81.4%	-
	60歳	22	56.7%	16	59.3%	22	55.0%	74.4%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

未処置歯を有する者は 40 歳、45 歳ともに全国 35.1%と比較して多いです。(図表 85)

喪失歯のない者は 45 歳以降 50%未満となっています。(図表 86)

歯周病は 40 歳前後に発症する場合が多いこと、進行した歯周病を有する者の割合が年々増加傾向になる結果を踏まえ、若い年齢層から歯周病予防の対策を講じる必要があります。

図表 85) 未処置歯を有する者・割合

		上富良野町						全国
		男女計		男 性		女 性		現状値
計		140	38.8%	52	37.1%	88	39.8%	-
年 代 別	40歳	35	41.7%	14	35.0%	21	47.7%	35.1%
	45歳	29	51.8%	6	40.0%	23	56.1%	
	50歳	29	38.2%	9	39.1%	20	37.7%	-
	55歳	29	37.2%	13	37.1%	16	37.2%	-
	60歳	18	26.9%	10	37.0%	8	20.0%	34.4%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

図表 86) 喪失歯のない者・割合

	上富良野町						全国
	男女計		男 性		女 性		現状値
計	144	39.9%	59	42.1%	85	38.5%	－
年 代 別	40歳	64 76.2%	32	80.0%	32	72.7%	73.4%
	45歳	26 46.4%	8	53.3%	18	43.9%	
	50歳	29 38.2%	8	34.8%	21	39.6%	－
	55歳	18 23.1%	8	22.9%	10	23.3%	－
	60歳	7 10.4%	3	11.1%	4	10.0%	－

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

イ)問診票からの実態把握

(a)自覚症状

歯周病の初期は自覚症状が乏しく、そのため自覚症状が現れた時にはすでに進行した歯周病になっていることが少なくありません。歯周病は進行すればするほど治療が難しくなり、完治するまでに時間を要します。歯周病の症状を正しく理解し、初期の症状を見逃さず定期的な歯科検診を受け、歯周病の進行を阻止することが重要です。

歯周疾患検診の受診者の自覚症状では、半数以上の方が「e. 食べ物が歯と歯の間にはさまる」と回答、続いて「a. 歯が痛んだりしめたりする」「d. 口臭がある」となっています。(図表 87)

(b)喫煙

喫煙者は歯周病の症状が歯肉に現れにくいと言われています。タバコ成分の影響で、歯肉の毛細血管が収縮し歯肉が厚く硬くなるため、歯周病が進行しても歯肉の出血がみられず、歯肉の腫れにも気づきにくくなります。歯周疾患検診を受診した 361 人中、「b. 毎日タバコを吸っている」と回答した方は 71 人(19.7%)です。(図表 87)

(c)歯周病を防ぐ生活習慣

歯周病を予防するためには、歯磨きや歯間補助清掃用具の使用によるセルフケアと定期的に歯科医院を受診し、歯石除去や専門家による清掃(プロフェッショナルケア)を行うことが大切です。

歯周疾患検診を受診した 361 人中、「a. 1日に1回は時間をかけて磨く」「b. デンタルフロスや歯間ブラシを使う」と回答した方は 161 人(44.6%)、130 人(36.0%)と半数以下です。また、「c. 定期的に歯科を受診している」と回答した方は 44 人(12.2%)でした。(図表 87)

図表 87) 問診票からの実態把握

		40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	計	率
対 象 者 数		459	405	396	372	386	2,018	100.0%
受 診 者 数		84	56	76	78	67	361	17.9%
1.自覚症状	a. 歯が痛んだりしめたりする	21	11	19	22	16	89	24.7%
	b. 歯ぐきから血が出る	12	13	18	11	11	65	18.0%
	c. 歯ぐきが腫れる	8	9	15	16	10	58	16.1%
	d. 口臭がある	8	13	21	24	19	85	23.5%
	e. 食べ物が歯と歯の間にはさまる	29	32	44	44	35	184	51.0%
	f. 食べ物がよくかめない	3	2	5	4	1	15	4.2%
	g. 入れ歯が合わない	0	0	1	1	0	2	0.6%
	h. その他	2	1	0	1	0	4	1.1%
2.喫煙	a. 吸っていない	49	36	53	50	51	239	66.2%
	b. 毎日吸っている	20	12	12	17	10	71	19.7%
3.習慣	a. 1日に1回は時間をかけて磨く	32	24	43	29	33	161	44.6%
	b. デンタルフロスや歯間ブラシを使う	22	20	30	30	28	130	36.0%
	c. 定期的に歯科を受診している	7	5	12	10	10	44	12.2%
	d. その他	1	1	1	2	1	6	1.7%

平成 26～28 年度歯周疾患検診結果

ウ)歯科にかかる医療費

上富良野町国民健康保険被保険者の歯科の受診率は 91.096 と全国、北海道と比較し低い状況です。しかし、道内の同規模保険者(10 保険者)と比較すると、「1 日当たり医療費」「1 件当たり医療費」「1 件当たり日数」の全てが高くなっています。特に 1 件当たりの医療費が 21,449 円と高額となっており、1 件当たりの日数も 2.31 日と長いことから、重症化して歯科医院を受診していると考えられます。(図表 88)

道内の同規模保険者(10 保険者)との比較では、国民健康保険、後期高齢者医療ともに 1 人当たり医療費は 1 位となっています。(図表 89)

定期的な歯科医院の受診を勧め、歯周病や歯の早期発見と治療につなげていくことが必要です。

図表 88) 歯科医療費

平成28年度 歯科医療費 (KDBシステム)	国民健康保険				後期高齢者医療			
	上富良野町	道内 同規模 保険者 (10保険者)	北海道	全国	上富良野町	道内 同規模 保険者 (10保険者)	北海道	全国
受診率	91.096	114.173	123.702	145.314	96.864	105.821	136.053	177.781
1 人当たり医療費(円)	1,954	1,843	1,953	1,886	2,644	2,041	2,372	2,577
1 日当たり医療費(円)	9,279	7,180	-	-	10,204	-	-	-
1 件当たり医療費(円)	21,449	16,140	-	-	27,298	-	-	-
1 件当たり日数	2.31	2.25	-	-	2.68	-	-	-

KDB システム 平成 28 年度累計

図表 89) 歯科の受診・1 件あたり医療費の比較

国民健康保険						後期高齢者医療						参考 26 年末現在		
受診率			1 件当たり医療費(円)			受診率			1 件当たり医療費(円)			歯科医師		
-	全 国	145.314	-	-	-	-	全 国	177.781	-	-	-	-	-	人口 10万対
15位	長沼町	141.366	6位	上富良野町	21,449	16位	栗山町	145.838	5位	上富良野町	27,298	北海道	-	83.0
20位	栗山町	138.600	36位	日高町	18,564	-	北海道	136.053	13位	日高町	24,175	上富良野町	7人	72.5
25位	美瑛町	136.179	80位	岩内町	16,732	34位	長沼町	130.554	53位	美瑛町	20,243	日高町	9人	71.5
-	北海道	123.702	88位	美瑛町	16,388	50位	美瑛町	120.718	77位	浦河町	18,887	栗山町	8人	64.2
66位	浦河町	118.908	103位	厚岸町	16,052	63位	浦河町	112.542	86位	岩内町	18,742	浦河町	8人	60.1
87位	東神楽町	112.814	-	北海道	15,814	90位	東神楽町	99.647	93位	栗山町	18,413	岩内町	7人	53.0
93位	斜里町	111.265	125位	栗山町	15,513	93位	斜里町	97.723	116位	斜里町	17,545	美瑛町	5人	47.3
107位	厚岸町	106.116	131位	東神楽町	15,420	97位	上富良野町	96.864	-	北海道	17,436	長沼町	5人	44.6
139位	日高町	91.411	144位	浦河町	15,063	133位	岩内町	84.039	134位	東神楽町	16,845	厚岸町	4人	40.5
141位	上富良野町	91.096	149位	斜里町	14,974	142位	日高町	81.296	151位	長沼町	16,186	斜里町	4人	32.3
153位	岩内町	86.999	168位	長沼町	14,109	160位	厚岸町	71.071	162位	厚岸町	15,698	東神楽町	3人	30.2

KDB システム 平成 28 年度累計

エ)口腔保健の推進に関する基本的事項における現状値と目標

28 年度歯科疾患実態調査で「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者(8020 達成者)の割合」が 51.2%と目標の 50%を上回ったことから、34 年度の目標値を 60%に引き上げる方針が中間報告に盛り込まれました。(図表 90)

図表 90) 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項における現状値と目標

項 目			上富良野町	全 国			
			現状値	現状値		目標値	新
			26～28 年度	17 年度	28 年度	34 年度	34 年度
成人期 (妊産婦を含む)	健全な 口腔の 維持	20 歳代における歯 肉に炎症所見を有 する者の減少	- -	31.7% (21 年度)	27.1% (26 年度)	25%	-
		40 歳代における進 行した歯周炎を有 する者の減少	53 人 37.9%	37.3%	44.7%	25%	-
		40 歳※1 の未処置歯 を有する者の減少	64 人 45.7%	40.3%	35.1%	10%	-
		40 歳※1 で喪失歯の ない者の増加	90 人 64.3%	54.1%	73.4%	75%	-
高齢期	歯の喪 失防止	60 歳の未処置歯を 有する者の減少	18 人 26.9%	37.6%	34.4%	10%	-
		60 歳代における進 行した歯周炎を有 する者の減少	37 人 55.2%	54.7%	62.0%	45%	-
		60 歳で 24 歯以上 の自分の歯を有す る者の増加	38 人 56.7%	60.2%	74.4%	70%	80%
		80 歳で 20 歯以上 の自分の歯を有す る者の割合	- -	25.0%	51.2%	50%	60%
	口腔機 能の維 持・向上	60 歳代における咀 嚼良好者の増加	66 人 98.5%	73.4% (21 年度)	72.6% (27 年度)	80%	-
	歯科口 腔保健 の推進 体制の 整備	過去 1 年間に歯科 健康診査を受診し た者の増加(1 年に 1 回以上歯科医院 を受診した者の割 合)	- -	34.1% (21 年度)	52.9%	65%	-

平成 30 年 2 月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 中間評価報告書

※1 町は 40 歳、45 歳の結果

イ 今後の方向性

歯を失う原因の約9割がう歯と歯周病で占められていることから、各ライフステージに応じた適切なむし歯・歯周病予防を推進することが重要です。

ウ 具体的な取組み

(ア) 乳幼児・学童期のう歯予防

ア) 歯科保健指導

甘味飲料や長期の夜間授乳など生活習慣に関する保健指導と、毎日の保護者の仕上げ磨きの重要性の学習を乳児期から継続して行います。

イ) 口腔検診とフッ素塗布

定期的にかかりつけ歯科医を受診し、歯科検診とフッ化物塗布を受ける習慣が乳幼児期に形成できることが大切であるため、その習慣づくりを支援します。

ウ) フッ化物洗口事業（週5日法）

年長児を対象としたフッ化物洗口事業（週5日法）を各子ども園等において継続して実施するための支援を継続します。

(イ) 歯の喪失防止（咀嚼機能の維持）

歯周病の予防は、セルフケア（歯磨きや歯間補助清掃用具の使用）とプロフェッショナルケア（歯石除去や専門家による清掃）を組み合わせた予防対策が必要です。しかし、自覚症状に気づかない、自覚症状があっても歯科受診をすることなく放置してしまいがちです。歯周病の早期発見・早期治療につながるよう、定期的な歯科検診を勧める必要があります。

ア) 歯周疾患検診の実施

平成26年度から40歳、45歳、50歳、55歳、60歳の節目年齢の対象者に受診券を交付し、町内歯科医院で歯周疾患検診の実施に取り組み、平成30年度で5年が経過します。受診結果分析を基に効率的・効果的な歯周疾患検診の見直しを行い、歯周疾患検診を機会に歯科医院での定期的な歯科検診の受診へとつなげ、歯の喪失防止に努めます。

イ) 歯周病の予防・改善のための禁煙支援、歯科保健指導

歯周病の危険因子は喫煙と糖尿病です。特定健診・保健指導の機会に喫煙者への禁煙指導・支援を推進するとともに定期的な歯科検診を勧奨していきます。また、糖尿病治療者への定期的な歯科検診の受診状況を把握し、受診勧奨を進めていきます。また妊娠によるホルモンの影響で歯肉の炎症が起こりやすくなる一方、悪阻（つわり）は歯口清掃が怠りがちとなり歯周病を発症することもあります。う歯原因菌の母子間伝播の予防のためにも、妊娠期からかかりつけ歯科医院をもつことの普及に努めます。

セルフケアには、歯ブラシによる歯口清掃の他に補助的清掃用具として歯間部清掃用具があります。個々の口腔に適した清掃用具の種類・使用方法等の指導、歯ブラシと併用して歯間部清掃用具の活用の普及を行います。

ウ) 歯科口腔保健状況の実態把握と効果的な対策の実施

健康増進法における歯周疾患検診は努力義務で、成人期以降の義務づけされている歯科健康診査は酸、黄りん等を扱う労働者を対象とした特殊健康診査のみです。（図表91）

最新の情報や国の動向等の情報収集に努め、町内の歯科医院、多職種と連携・協働を図ります。

図表 91) ライフステージにおける歯科口腔保健対策

出生	就学	卒業 就職	40歳	65歳	75歳
母子保健法 【1歳6か月健康診査】 【3歳児健康診査】	学校保健安全法 【就学時健康診査】 【学校健康診査】	労働安全衛生法 【酸、黄りん等を扱う労働者を対象にした特殊健康診査としての歯科健診】		介護保険法	
児童福祉法 【保育所における健康診査】			高齢者の医療の確保に関する法律		
健康増進法 【歯周疾患検診】市町村:努力義務					

3 社会生活に必要な機能の維持・向上

(1) 高齢者の健康

ア 評価・課題

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ます。健康寿命の更なる延伸に向けて、健康度の高い高齢者の就労や社会参加を推進する一方で、疾病等による虚弱化を予防することが重要な課題です。

(ア) 低栄養傾向（血清アルブミン 3.9g/dl 未満、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。高齢者では著しい低栄養状態に陥ってから介入することは困難であり、低栄養のリスクを早期に発見し、介入することが求められています。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てきました。

ア) 低栄養状態の指標

厚生労働省介護予防マニュアル(改訂版)を参考にすると、血清アルブミン 3.9g/dl 未満、BMI 20 以下の方とすることが妥当だと思われます。また平成 26 年度厚生労働省白書では、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに社会保障負担の軽減も期待できるとしています。

イ) 低栄養の実態

平成 23 年度と平成 28 年度を比較すると男性では 7 人(0.8%)から 18 人(2.0%)に、女性では 13 人(1.1%)から 16 人(1.4%)に増加しています。(図表 92)

図表 92) 男女別低栄養該当者数(平成 23 年度と平成 28 年度比較)

男性	平成23年度								平成28年度							
		①		②		再掲			①		②		再掲			
		血清アルブミン		B M I		①②両方該当	血清アルブミン		B M I		①②両方該当					
		3.9未満		20以下			3.9未満		20以下							
項目	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
基準値																
年齢	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
再掲	全体	911	40	4.4%	92	10.1%	7	0.8%	918	66	7.2%	119	13.0%	18	2.0%	
	40～64歳	290	4	1.4%	27	9.3%	1	0.3%	232	4	1.7%	31	13.4%	0	0.0%	
	65～74歳	377	17	4.5%	35	9.3%	1	0.3%	378	19	5.0%	40	10.6%	6	1.6%	
	75～79歳	174	12	6.9%	21	12.1%	3	1.7%	158	19	12.0%	17	10.8%	3	1.9%	
	80～84歳	58	6	10.3%	3	5.2%	1	1.7%	119	19	16.0%	27	22.7%	8	6.7%	
	85歳以上	12	1	8.3%	6	50.0%	1	8.3%	31	5	16.1%	4	12.9%	1	3.2%	

女性	平成23年度								平成28年度							
		①		②		再掲			①		②		再掲			
		血清アルブミン		B M I		①②両方該当	血清アルブミン		B M I		①②両方該当					
		3.9未満		20以下			3.9未満		20以下							
項目	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
基準値																
年齢	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	受診人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
再掲	全体	1188	41	3.5%	218	18.4%	13	1.1%	1149	57	5.0%	260	22.6%	16	1.4%	
	40～64歳	409	11	2.7%	78	19.1%	4	1.0%	304	13	4.3%	89	29.3%	5	1.6%	
	65～74歳	503	16	3.2%	90	17.9%	6	1.2%	479	18	3.8%	94	19.6%	5	1.0%	
	75～79歳	207	8	3.9%	32	15.5%	1	0.5%	228	15	6.6%	49	21.5%	2	0.9%	
	80～84歳	46	4	8.7%	13	28.3%	1	2.2%	114	7	6.1%	19	16.7%	2	1.8%	
	85歳以上	23	2	8.7%	5	21.7%	1	4.3%	24	4	16.7%	9	37.5%	2	8.3%	

平成 23 年度、28 年度特定健診

ウ) 低栄養の原因

要因の中で介入可能なものに関しては早期に対応していくことが重要になります。

町では平成 26 年度厚生労働省白書の「完全生命表」の平均寿命を参考にして平成 28 年度の低栄養の対象年齢を男性 80 歳、女性 85 歳未満としました。その結果対象者は男性 9 人、女性 14 人、計 23 人となり、そのうちCOPD者が4人(17.4%)、胃切除者が3人 (13.0%)おり、介入が必要な原因として明らかになりました。(図表 93)

図表 93) 低栄養の要因

疾病要因	臓器不全、慢性炎症、悪性腫瘍、口腔(義歯、歯周病、味覚)嚥下、疼痛、消化管(下痢、便秘)
社会的要因	独居、介護力不足
精神心理的要因	認知、うつ

健康長寿ハンドブック、日本老年医学会

イ 今後の方向性

低栄養、筋力低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため高齢者の特性を踏まえた保健指導等を次のいずれかに該当した方に実施します。

ア) 健診の結果より胃切除をした方、COPD病期中等度以上の方には積極的に介入

イ) 血清アルブミン値 3.9 g/dl 未満及びBMI 20 以下の方

ウ) インボディ測定（BIA法^{注2)}）でサルコペニア^{注1)} 診断基準に該当した方

（四肢骨格筋指標が男性<7.0 kg/m²、女性<5.7 kg/m²）

注 1) 高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象 注 2) 体に交流電流を通電し体組成を測定する方法

町の実態より

ウ 具体的な取組み

（ア）胃切除をした方、COPD病期中等度以上の方

図表 94) 胃切除者、COPD 対象者への対策

	胃切除者	COPD（慢性閉塞性肺疾患）
背景	・ 胃容量の減少 ・ 消化、吸収不良…胃酸と消化酵素の分泌減少と消化機能の低下 ・ ダンピング症候群…胃酸分泌量の低下と貯留機能の破綻で下痢や栄養障害になる ・ 輸入脚症候群…胆汁が逆流し嘔吐、栄養素の消費、吸収障害	・ 軽症の時から起こる。これは肺で起こる炎症と同じ性質の炎症がほかの臓器、四肢の筋肉で起こる ・ 食事量の減少 1) 動くと呼気が苦しく食べられない 2) 動かないために空腹にならない 3) おなかが張る ・ エネルギー消費が増える 1) 呼吸は多大なエネルギーを使うので体力、筋力が落ち息切れがひどくなる
対策	1) 1 度に食べる量を減らし食材は小さめに柔らかく 2) ゆっくり良く噛んで食べる 3) 5～8 回に分けて食べる 4) 水分は食間にとる 5) たんぱく質を中心にとると良いが食欲のない時は食べたいものを食べる 6) 鉄、カルシウムの補給 7) 食後 1, 2 時間は横にならない	1) 1 度に食べる量を減らす 2) ゆっくり食べる 3) 5～8 回に分けて食べる 4) 水分は食間にとる 5) 筋力を高めるたんぱく質補給 6) ミネラル、カリウム補給 7) 塩分の取りすぎに注意 8) サプリに頼らない 9) 食後はすぐに横にならない 10) 歯磨きを忘れずに

「胃癌術後評価を考える」ワーキンググループ、PGS 対応システム構築プロジェクト、胃外科・術後障害研究会

COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン第 4 版

COPD の最新治療

（イ）血清アルブミン値 3.9g/dl 未満及びBMI 20 以下の方

（ウ）インボディ測定でサルコペニア^{注1)} 診断基準に該当した方

（BIA法^{注2)}で四肢骨格筋指標が男性<7.0 kg/m² 女性<5.7 kg/m²）

図表 95) たんぱく質を十分に摂取するための 1 日のバランス食

77

(2) こころの健康

こころの健康は、生き生きと自分らしく生きるため、社会生活を営むために、身体の健康と共に重要な条件です。しかし、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。また、こころの病気についての理解が低いため、治療を受けずに症状を悪化させてしまうことも少なくありません。

ア 中間評価・課題

(ア) 自殺者の減少

平成 21～23 年次 13 人であった町の自殺者数は、平成 24～28 年次 4 人となり、減少という目標を達成しています。しかし、依然として尊い命が失われており、男女別では男性が約 7 割を占め、年代別では 40 歳代、60 歳代の就労世代や退職世代に多い傾向があります。全国では、15～39 歳の若い世代の死因の 1 位が自殺と深刻な状況となっており、町においても自殺死亡者の 17 人中 5 人と、3 人に一人が若い世代です。(図表 96)

自殺の原因・動機については、国や警察庁の自殺統計によると「健康問題」が最も多い状況です。自殺者のほとんどは精神疾患を抱えており、自殺で亡くなる方の約 3 割にうつ病があるとされています。このことから、うつ病などのこころの病気と自殺には関連性があり、こころの健康増進を図ることは自殺を減少させることに密接に関係すると考えられます。

図表 96) 自殺者の推移

(人)

		21 年次	22 年次	23 年次	24 年次	25 年次	26 年次	計
計		6	5	2	2	1	1	17
性別	男性	3	4	2	2	1	0	12
	女性	3	1	0	0	0	1	5
年代別	20 代	0	1	1	0	0	0	2
	30 代	1	2	0	0	0	0	3
	40 代	2	0	1	0	1	0	4
	50 代	0	0	0	1	0	0	1
	60 代	2	1	0	1	0	1	5
	70 代	1	1	0	0	0	0	2
	80 代	0	0	0	0	0	0	0
合 計		13			4			17

参考) 道北地域保健情報年報 第 17 表 自殺死亡数

ア) こころの病気の状況

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で自殺率を引き下げることができるかとされています。

上富良野町国民健康保険の医療費分析では、精神疾患治療者はがんや筋・骨格系疾患に次いで高い状況です。精神疾患医療費を平成25～28年度で比較すると、入院、外来ともに減少傾向にあります。入院医療費減少の背景の一つには、精神疾患の長期入院者を地域へ移行する制度導入の影響も考えられます。(図表97)

図表97) 精神疾患にかかる医療費

(千円)

		入 院		外 来	
		25年度	28年度	25年度	28年度
総医療費(千円)		412,337	335,589	489,758	501,921
総医療費に占める 精神疾患医療費の割合		50,428 12.2%	32,260 9.6%	26,648 5.4%	24,076 4.8%
主 な 内 訳	統合失調症	22,497 5.5%	11,579 3.5%	10,914 2.2%	8,503 1.7%
	うつ病	12,540 3.0%	8,341 2.5%	11,658 2.4%	11,819 2.4%

KDB:疾病別医療費分析

年代別うつ病診療状況では、男女とも40歳代が高く、特に男性の45～49歳の働き世代が全国の3倍も高い状況でした。(図表98)その背景に、国の調査結果で、仕事に関して強いストレスを感じている労働者が5割を超える状況や、精神疾患を発症し、労災認定される労働者が増加傾向にある状況があります。そのことから、被用者保険に加入して働いていた方が精神疾患を患って働くことができなくなり、国保に移動して治療を受ける方が増えていることが考えられます。

図表98) 年代別うつ病診療状況

(件数)

年 代	男 性			女 性		
	上富良野町		全国	上富良野町		全国
	25年度	28年度	28年度	25年度	28年度	28年度
0～14歳	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15～39歳	16.2	11.4	14.2	23.8	22.4	21.1
40～44歳	54.0	16.4	23.5	38.9	41.4	32.1
45～49歳	20.9	74.7	23.5	75.0	36.5	30.1
50～54歳	11.5	16.3	22.8	19.6	44.2	27.5
55～59歳	10.7	10.1	19.0	6.3	5.6	22.5
60～64歳	10.1	16.4	13.2	14.7	17.8	17.1
65～69歳	6.7	5.6	9.1	14.2	19.3	15.6
70～74歳	3.3	12.3	8.6	14.9	18.6	17.2

KDB:疾病別医療費分析(細小分類)外来千人当たりレセプト件数

こころの病気は、適切な治療やその継続により症状は相当程度安定し、軽快または治癒します。こころの病気が脳の病気であることの理解を広め、誤解や偏見をなくし、その後の機能を保つためにも、早期に専門医を受診し治療することが重要です。

イ 今後の方向性

（ア）こころの病気について理解し、適切に治療する人の増加

こころの病気を身近な病気と捉え、自分や周囲の方のこころの不調に早期に気づいて専門機関を受診し、適切な治療を受ける方が増えるよう努めます。早期に適切な治療を受ける方が増えることで、自殺者が減少するよう努めます。

（イ）早期対応の中心的役割を果たす人材の増加

こころに不調のある方や自殺の危険性の高い方の早期発見・早期対応を図るため、気づき、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守る「ゲートキーパー」の役割を担う人材等の養成に努めます。

また、第3次上富良野町地域福祉計画と連動しながら、自殺対策に取り組めます。

ウ 具体的な取り組み

（ア）こころの健康に関する教育の推進

- ・こころの健康講座での脳の学習の推進
- ・各ライフサイクルのこころの健康についての学習の推進

（イ）専門機関による相談事業の推進

- ・こころの健康相談の周知
- ・富良野保健所や関係機関との協力、連携

（ウ）ゲートキーパーの役割を担う人材等の養成

- ・地域に根差す、自殺予防の人材養成を図る
- ・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

(3) 休養

ア 中間評価・課題

(ア) 睡眠で休養を十分にとれていない者の割合の減少

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に休養は重要な要素の一つです。睡眠による休養感の欠如は、主観的な健康度の低下と最も強く関係し、身体機能、認知機能、感情と関係しています。

短い睡眠時間や不眠など睡眠の変調により、食事や運動などの他の生活習慣が乱れ、レプチンやグレリンなどの食欲やエネルギーバランスに作用するホルモンに影響を及ぼし、肥満、高血圧、耐糖能障害、循環器疾患、メタボリックシンドロームを発生する危険性を高めることが示されています。また、感情調節や遂行能力をつかさどる前頭前野や大脳辺縁系の代謝活性を低下させ、ストレスホルモンであるコルチゾールの分泌量を増加させるといわれています。日本人の約 5 人に 1 人が不眠で悩んでおり、その年齢は 20～30 歳代に始まり、加齢とともに増加し、中年、高齢と急激に増加します。

町では、特定健診問診時に、「睡眠で十分休養がとれていますか」という睡眠に関する実態把握をしており、その結果「睡眠で十分休養がとれていない」という方を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、男性が 16.7%から 17.0%に、女性が 24.2%から 24.6%と男女とも増加傾向にあり、減少という目標を達成できませんでした。

年代別では、男性は 50 歳代、女性では 50～54 歳が全国と比べても多く、特に女性は女性ホルモンの黄体ホルモンが眠りを浅くするといわれており、ホルモンバランスが変化する年代に睡眠で休養がとれていない方が多い状況でした。(図表 99)

図表 99) 睡眠で十分休養がとれていない者の割合 (40～74 歳)

		男 性			女 性		
		上富良野町		全国	上富良野町		全国
		25 年度	28 年度	28 年度	25 年度	28 年度	28 年度
総割合		16.7%	17.0%	22.8%	24.2%	24.6%	24.6%
年 齢 階 層 別	40～44 歳	32.1%	33.3%	33.3%	20.0%	45.8%	45.8%
	45～49 歳	22.2%	9.1%	32.0%	50.0%	22.2%	35.7%
	50～54 歳	34.9%	42.9%	31.5%	30.4%	41.2%	36.7%
	55～59 歳	26.0%	39.5%	29.3%	30.1%	16.0%	33.4%
	60～64 歳	17.8%	20.2%	24.7%	29.1%	28.1%	28.2%
	65～69 歳	10.6%	14.9%	20.1%	22.6%	24.4%	24.9%
	70～74 歳	12.3%	9.3%	18.8%	17.2%	20.6%	23.7%

KDB:質問票調査の経年比較

イ 今後の方向性

(ア) 不眠症を早期に発見し適切に治療する

不眠症とは、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害などの睡眠問題が1か月以上続き、日中に倦怠感、意欲低下、集中力低下、食欲低下などの不調が出現する病気です。

生活習慣の改善を試みても睡眠問題が解決しない場合は、かかりつけ医や睡眠医療認定医、精神科医の受診が必要です。不眠症の中には、通常の睡眠薬では改善しない睡眠時無呼吸症候群やうつ病などもあるため、睡眠医療認定機関や精神科、診療内科など専門医療機関の受診が必要です。(図表 100)

早期に専門医に相談し、原因に応じた治療を受ける方が増え、睡眠薬での治療について正しい知識を持ち、適切に治療する方が増えるよう取り組みます。

図表 100) 不眠症の原因

ストレス	ストレスや緊張、神経質な気性
からだの病気	高血圧・心臓病(胸苦)、呼吸器疾患(咳・発作)、腎臓病・前立腺肥大(頻尿)、糖尿病・関節リウマチ(痛み)、アレルギー疾患(かゆみ)、脳出血・脳梗塞など 睡眠時無呼吸症候群、ムズムズ脚症候群(レストレスレッグス症候群)、周期性四肢運動障害などに伴う異常呼吸や四肢の異常運動
こころの病気	うつ病
薬や刺激物	降圧剤、甲状腺製剤、抗がん剤、抗ヒスタミン剤、カフェイン、ニコチン
生活リズムの乱れ	交代制勤務や時差による体内リズムの乱れ
環境	騒音や光、温度や湿度

e-ヘルスネット 睡眠と健康

(イ) 睡眠に関する知識の普及啓発

健康な方でも年齢とともに中途覚醒や早朝覚醒が増えます。睡眠時間には個人差があり、睡眠時間が短くても、中途覚醒があっても、昼間の生活に支障がなければ不眠症と診断されません。(図表 101)

睡眠による休養が取れる方が増えるよう、年齢に合った睡眠時間や良質な睡眠を確保するための生活の改善など睡眠に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。(図表 102)

図表 101) 年齢別推奨睡眠時間

年 齢	推奨睡眠時間
新生児(0～3 か月)	14～17 時間
幼児(4～11 か月)	12～15 時間
幼児(1～2 歳)	11～14 時間
幼児(3～5 歳)	10～13 時間
学童(6～13 歳)	9～11 時間
学童(14～17 歳)	8～10 時間
若年成人(18～25 歳)	7～9 時間
成人(26～64 歳)	7～9 時間
高齢者(65 歳以上)	7～8 時間

米国立睡眠財団(NSF)

図表 102) 睡眠衛生のための指導内容

項 目	内 容
規則正しい食生活	規則正しい食生活をし、就寝前に脂っこいものや胃もたれするものは避ける。
定期的な運動	なるべく定期的に運動をする。適度な有酸素運動は寝つきを良くし、睡眠が深まる。
就寝前の水分	摂り過ぎないようにする。脳梗塞や狭心症などがある人は主治医の指示に従う。
就寝前のお酒	一時的に寝つきが良くなるが、徐々に効果は弱まり、夜中に目覚めやすくなり、深い眠りが減る。
就寝前のカフェイン	就寝 4 時間前からはカフェインの入ったものは摂らないようにする。
就寝前の喫煙	ニコチンには精神刺激作用があるため夜の喫煙は避ける。
寝室環境	音や光を遮断し、快適な温度を保つなど就床環境を整える。
寝床での考え事	昼間の悩みを寝床に持っていかないようにする。

睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン

ウ 具体的な取組み

(ア) 睡眠障害や睡眠剤の正しい使用に関する教育の推進

- ・特定健診問診票の結果に基づいた、個別指導
- ・種々の保健事業での助言や情報提供

(イ) 睡眠についての正しい知識の普及啓発の推進

- ・種々の保健事業での助言や情報提供

最終年度に向けた目標設定

中間評価を受け、目標値の達成状況や国の中間評価の結果等をふまえ、目標値を変更しています。最終評価を行う年以外の年度においても、毎年の保健活動を評価し、次年度の取組みに反映させていきます。(図表 103)

図表 103) 上富良野町の目標設定

分野	項目	現状値			策定時の目標値		中間評価時の目標値		出典
		国	町	町	町	町(平成34年度)	国		
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	76.1%	平成28年	総数 62.5 男性 98.1 女性 32.0 人口：平成25年3月31日現在 死亡数：平成24～26年次	減少	平成27年	現状維持	減少傾向へ	人口：住民基本台帳年齢別人口 死亡数：道北地域保健情報年報第9巻 (最新年度までの3年間平均の死亡数)
	②がん検診の受診率の向上 ・胃がん ・肺がん ・大腸がん ・子宮頸がん ・乳がん	男性 46.4% 女性 35.6% 男性 51.0% 女性 41.7% 男性 44.5% 女性 38.5% 男性 42.4% 女性 44.9%	平成28年	16.5%(20.6%) 平成28年度 ※()内は、新算定方法 57.8%(30.0%) 20.2%(15.3%) 27.3%(23.3%) 37.3%(33.4%)	16.9% 現状維持又は向上 20.1% 23.8% 31.6%	平成28年	21.2% 30.6% 15.9% 23.9% 34.0%	50%以上	地域保健・健康増進報告 ※()内は、新算定方法
	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) ・脳血管疾患 ・虚血性心疾患	男性 36.2 女性 20.0 男性 30.2 女性 11.3	平成28年	男性 26.9 女性 20.0 男性 23.5 女性 12.4 人口：平成25年3月31日現在 死亡数：平成24～26年次	減少	平成34年度	減少	男性 41.6 女性 24.7 男性 31.8 女性 13.7	人口：住民基本台帳年齢別人口(届出日) 死亡数：道北地域保健情報年報第13巻 死亡数：道北地域保健情報年報第12～2、3巻
	②適正体重を維持している者の増加 (肥満(BMI25以上)、やせ(BMI18.5未満)の減少) ・40～74歳男性の肥満者の割合の減少 ・40～74歳女性の肥満者の割合の減少	32.4% 21.6%	平成28年	31.7% 25.5% 男性 8.7% 女性 6.9% i：男性 7.5% i：女性 11.8% ii：男性 6.4% ii：女性 6.6%	現状維持又は減少 現状維持又は減少 高齢者の増加に伴い、現状維持	平成34年度	30.0%未満 25.0%未満 男性 5.0%台 女性 5.0%台	平成34年度	
	③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) ④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) (ii：LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	男性 12.3% 女性 6.6% i：男性 12.8% i：女性 21.4% ii：男性 8.9% ii：女性 12.4%	平成28年	男性 8.7% 女性 6.9% i：男性 7.5% i：女性 11.8% ii：男性 6.4% ii：女性 6.6%	現状維持又は減少 現状維持又は減少 現状維持	平成27年度	総数 15.0%未満 男性 25.0%台 女性 10.0%未満 総数 9.0%台 男性 14.0%台 女性 5.0%台	平成20年度と比べて25%減少	
循環器疾患	⑤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 ・予備群	総数 17.5% 男性 28.1% 女性 9.7% 総数 10.6% 男性 17.2% 女性 5.8%	平成28年	総数 17.5% 男性 25.4% 女性 11.4% 総数 9.3% 男性 14.1% 女性 5.6%	11.2% 10.1%	平成27年度	平成34年度 30.0%未満 25.0%未満 男性 5.0%台 女性 5.0%台	平成34年度	特定健診 法定報告
	⑥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 ・特定保健指導の終了率	36.6% 26.3%	平成28年	70.1% 101.5%	70.0% 80.0%	平成29年度	70.0%以上 80.0% 0人	70.0%以上 45.0%以上 15,000人	特定健診 法定報告
	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 ②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	53.9%	平成28年	70.6%	現状維持又は減少	平成34年度	現状維持	75.0%	
	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(NGSP)8.4%以上の者の割合の減少 ・HbA1c(NGSP)7.0以上の者の割合の減少	1.0% 5.0%	平成28年	0.6% 4.4%	現状維持	平成34年度	1.0%未満 4.0%未満	1.0%	
	④糖尿病有病者の増加の抑制 ・HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合 ・HbA1c(NGSP)6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dl以上	総数 12.2% 男性 16.6% 女性 9.3%	平成28年	総数 8.3% 男性 9.2% 女性 7.7%	現状維持又は減少	平成34年度	総数 7.0%未満	1,000万人	特定健診 法定報告
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) ・妊娠届出時のやせの者の割合	19.6%	平成22年	12.8%	現状維持又は減少	平成34年度	現状維持又は減少	20.0%	町妊娠届け出
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少 ・肥満傾向にある子どもとの割合の減少 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	9.6% 男子 10.01% 女子 7.86%	平成27年次 平成28年	8.6% 男子 16.7% 女子 10.5%	減少傾向へ 減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ 減少傾向へ	平成34年度 平成36年度	道保健康年報 学校保健統計調査
食	①適正体重を維持している者の増加 ②適切な量と質をとるもの増加 ・1日に野菜を350g以上摂取している者の割合の増加(20～74歳)			男性 23.7% 女性 29.8%			増加		特定健診法定報告
	①日常生活における歩数の増加 (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) ・40～74歳	総数 53.0% 男性 52.9% 女性 53.0%	平成28年	総数 57.0% 男性 62.7% 女性 52.6%	増加	平成34年度	増加	男性 9,000歩 女性 8,500歩 男性 7,000歩 女性 6,000歩	特定健診 法定報告
身体活動・運動	②運動習慣者の割合の増加 (1回30分以上の継続した運動を週2日以上、1年以上実施) ・40～74歳	20～64歳 男性 23.9% 女性 19.0% 65歳以上 男性 46.5% 女性 38.0%	平成28年	総数 35.8% 男性 38.6% 女性 33.7%	現状維持又は増加	平成34年度	増加	男性 36.0% 女性 33.0% 男性 58.0% 女性 48.0%	
	①妊娠中の飲酒をなくす 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 (毎日2合以上の飲酒) ①妊娠の喫煙をなくす ②成人の喫煙率の減少(40～74歳)	8.7% 男性 20.6% 女性 3.7% 5.0% 男性 24.9% 女性 6.1%	平成25年 平成28年度 平成25年 平成28年	1.1% 男性 21.3% 女性 6.3% 3.4% 男性 29.1% 女性 9.0%	0% 現状維持又は減少 0%	平成28年度 平成28年度 平成28年度 平成28年度	0% 減少 0% 男性 28.0%未満 女性 8.0%未満	町妊娠届け出 特定健診法定報告 町妊娠届け出 特定健診法定報告	
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少 ア 20歳代における歯肉炎所見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) ・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) 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	44.7% 62.0% 82.3%	平成28年	37.9% 55.2% 91.8%	減少 85%以上	平成34年度	減少 25% 45%	平成34年度	町：北海道母子保健報告 システム事業報告値、 国：地域保健・健康増進事業報告 学校保健統計調査
	・12歳児の一人平均う蝕数の減少 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)	0.84歯 20歳以上 52.9%	平成28年度 平成28年	2.05歯 17.9% 459人	2歯未満 増加 456人	平成28年度 平成26～28年度 平成27年度	2歯未満 30.0%未満	65% 80%以上 1.0歯未満 65% 657万人	町：北海道母子保健報告 システム事業報告値、 国：地域保健・健康増進事業報告 学校保健統計調査
高齢者	①介護保険サービス利用者の増加の抑制 ②低栄養傾向(血清アルブミン3.9未満、BMI20以下の割合)の増加の抑制	65歳以上 17.9% 16.8	平成28年 平成28年	男性 2.0% 女性 1.4% 4人	現状維持又は減少 減少	平成27年度 平成24～26年次 平成28年度	現状維持 減少	22.0% 13.0以下 15.0%	特定健診 道北地域保健情報年報 特定健診法定報告
	①自殺者の減少 ①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 (睡眠で十分な休養がとれていない)	男性 22.8% 女性 24.6%	平成28年 平成28年度	男性 17.0% 女性 24.6%	減少 減少	平成28年度 平成28年度	減少 減少	平成32年	

※「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

健康かみふらの 21 計画(第二次)
中間評価報告

平成 31 年 2 月
上富良野町