

健康かみふらの 21 計画
(第三次)

令和 6 年 3 月
上富良野町

目 次

序章 計画改定にあたって	1
第1節 計画改定の趣旨	1
第2節 計画の性格.....	3
第3節 計画の期間.....	3
第4節 計画の対象.....	3
第Ⅰ章 上富良野町の概況と特性	4
第1節 町の概要.....	4
1 人口	4
2 死亡	5
3 介護保険.....	8
4 出生	9
第Ⅱ章 課題別の実態と対策	11
第1節 前計画の評価	11
第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防	14
1 女性とこどもの健康.....	14
2 循環器病.....	25
3 糖尿病.....	36
4 がん	56
5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）	62
6 歯・口腔の健康	64
7 高齢者の健康	73
第3節 目標の設定	77
第Ⅲ章 計画の推進	80
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	80
1 活動展開の視点.....	80
2 関係機関との連携.....	83
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	84

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、健康を増進し生活習慣病の発症を予防する「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、令和6年度から令和17年度までの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」（以下「国民運動」という。）では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、下記の4つの基本的な方針を示し令和17年度までの取り組みを推進することになりました。

基本的な方針で示された生活習慣病の発症予防・重症化予防は、高齢化に伴い生活習慣病の有病者数の増加が見込まれており、その対策は健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題であるため、生活習慣の改善等により多くが予防可能である「循環器病、糖尿病、がん及びCOPD」を重要な生活習慣病と捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講ずることが重視されています。

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 個人の行動と健康状態の改善
 - (1)生活習慣の改善
 - (2)生活習慣病（*NCDs）の発症予防と重症化予防
 - (3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 3 社会環境の質の向上
- 4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

また、これらの基本的な事項を達成するため、51項目について、現状の数値とおおむね12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。

上富良野町（以下「本町」という。）では、平成15年3月に「健康日本21」の取り組みを法的に位置づけられた健康増進法に基づき、本町の特徴や、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あて、健康増進計画「健康かみふらの21」を策定し、取り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については、これまでの町の取り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（第三次）を策定します。

参考 基本的な方針の概略

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 個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善(リスクファクターの低減)及び生活習慣の定着によるがん、生活習慣病(NCDs)の発症予防、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。

また、生活習慣病(NCDs)の予防とともに、生活機能の維持・向上も踏まえた取り組みを推進し健康寿命の延伸を実現する。

*NCDs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。

3 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取り組み、社会とのつながりをもつことのできる環境整備や自然に健康になれる環境づくりの推進とともに誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備等について、多様な主体による取り組みを推進しつつ関係省庁と連携し取り組みを進める。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階)に特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態が、これまでの生活習慣等に影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があるため、ライフコースアプローチ(胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり)の取り組みを推進する。

ヘルスプロモーション (オタワ憲章)

ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にするためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し環境に対処することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。

(能力の付与)ヘルスプロモーション活動は、現在の健康状態の差異を減少させること、すべての人びとが自らの健康の潜在能力を十分に発揮できるような能力を付与するための平等な機会の基盤を包含している。

第2節 計画の性格

この計画は、第6次総合計画上富良野を上位計画とし、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、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。(図表1)

図表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
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
国民健康保険法	北海道保健事業実施計画	上富良野町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
こども基本法	北の大地★子ども未来づくり北海道計画	上富良野町こども計画(R7年度～)
子ども・子育て支援法		上富良野町子ども・子育て支援事業計画
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	上富良野町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお、6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、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチの視点で健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第 I 章

上富良野町の概況と特性

第 I 章 上富良野町の概況と特性

第 1 節 町の概要

本町は北海道の中央、富良野盆地の北部に位置し、人々を魅了する十勝岳連峰等の自然景観と豊穡の田園地帯です。東西 24.6km 南北 19.0km に広がり、山林 94.45km²、畑 49km²、水田 23km²となっています。

開村時は純農村地域でしたが、昭和 30 年に陸上自衛隊が駐屯しました。令和2年の産業別人口は、第1次産業 17.7%、第2次産業 10.6%、第3次産業 71.7%で農業、商業、観光、自衛隊の町です。

1 人口

本町の人口(令和 5 年 1 月 1 日住民基本台帳)は、10,342人であり、全国・北海道と比べ、65 歳以上の高齢化率、特に 75 歳以上の後期高齢化率は高く、生産年齢人口(15 歳～64 歳)が低くなっています。(図表 2)

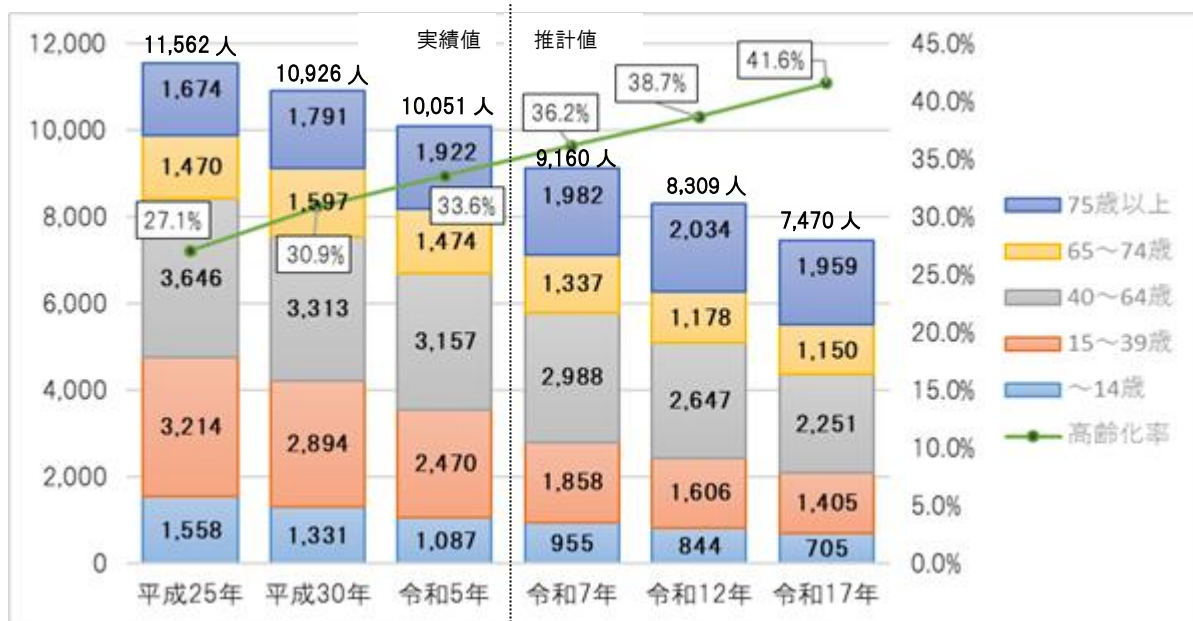
図表 2 人口構成

	上富良野町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	10,342 人	—	—	—
0～14 歳	1,087 人	10.8%	10.4%	11.7%
15～64 歳	5,627 人	55.7%	57.1%	59.6%
65 歳以上	3,396 人	33.6%	32.5%	28.6%
(再掲) 75 歳以上	1,922 人	19.0%	17.1%	15.4%

令和 5 年 1 月 1 日住民基本台帳 e-Stat

人口(各年 1 月 1 日現在 住民基本台帳)の推移をみると、第二次計画当初(平成 25 年)は 11,562 人でしたが、年々減少傾向にあり、第三次計画最終年(令和 17 年)には 7,470 人となる見込みです。(図表 3)

図表 3 人口の推移と将来推計



平成 25 年～令和 5 年：住民基本台帳 e-Stat

令和 7 年～令和 17 年：国立社会保障・人口問題研究所

2 死亡

(2) 死因

令和3年の本町の主要死因は、悪性新生物及び老衰による死亡率が全国・北海道より高く、心疾患及び脳血管疾患が低くなっています。(図表4)

図表4 主要死因

順位	死因	上富良野町		全国	北海道
		死亡数	割合	割合	割合
1位	悪性新生物	48人	33.3%	26.5%	29.2%
2位	老衰	20人	13.9%	10.6%	8.3%
3位	心疾患(高血圧性除く)	14人	9.7%	14.9%	14.3%
4位	肺炎	11人	7.6%	5.1%	5.0%
5位	脳血管疾患	8人	5.6%	7.3%	6.9%
	総数	144人	—	—	—

全国・北海道：厚労省人口動態調査令和4年度、本町：北海道保健統計年報令和3年分

平成25年から令和4年までの累積死因別死亡数をみると、悪性新生物による死亡が401人と最も多く、標準化死亡比(SMR)*が最も高い死因は、肺炎でした。(図表5)

保健事業により予防可能な疾患「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「腎不全」についてみると、いずれも平成18年～平成27年と平成25年～令和4年を比較すると低くなっています。(図表6)

※標準化死亡比(SMR)

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標

国平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

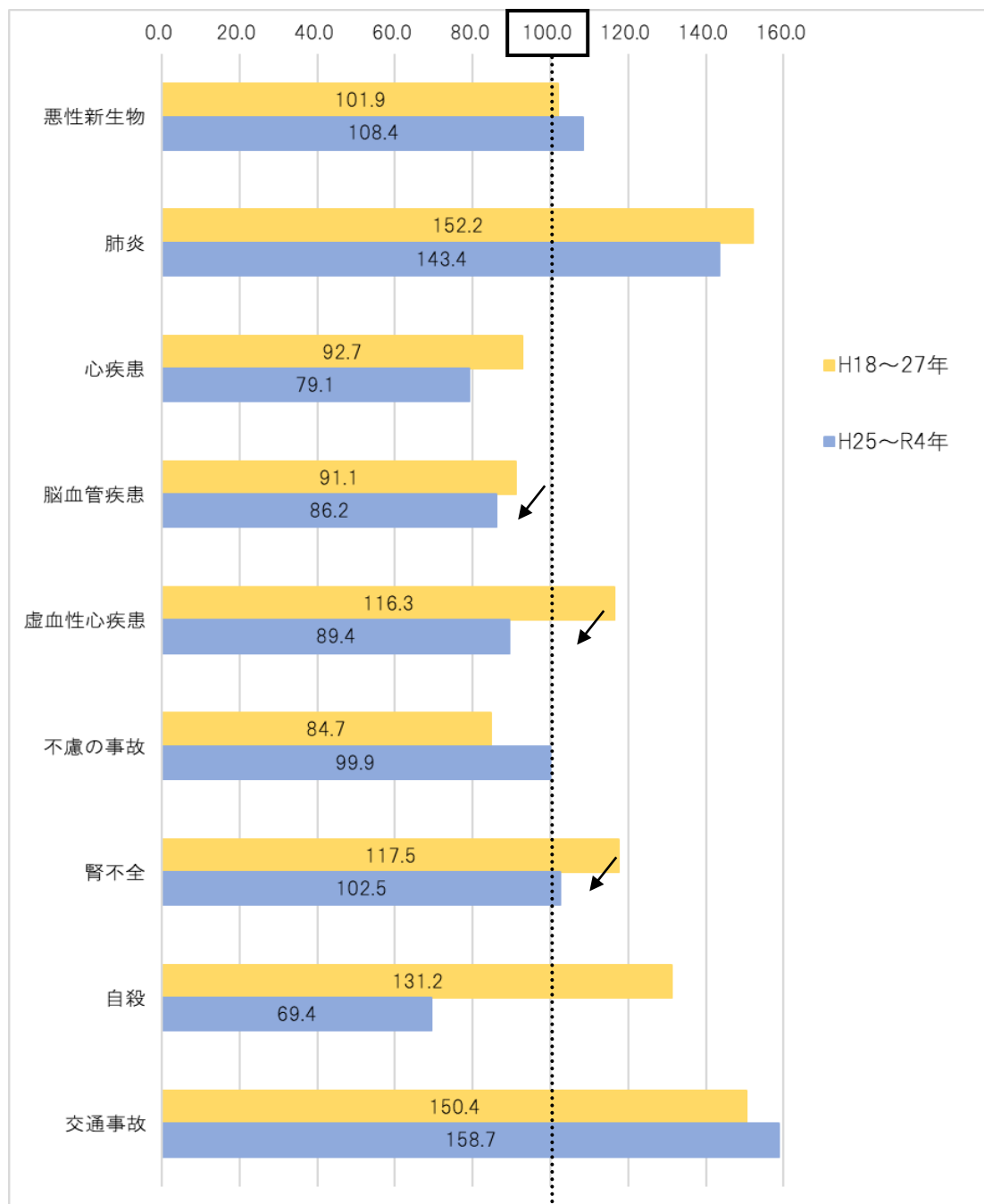
図表5 死因別標準化死亡比(SMR)

順位	死因	上富良野町		北海道	全国
		死亡数	SMR	SMR	SMR
1位	悪性新生物	401人	111.2*	110.9	100
2位	肺炎	143人	148.3**	97.9	
3位	心疾患	132人	67.9	98.1	
4位	脳血管疾患	88人	84.5	94.0	
5位	虚血性心疾患	58人	85.6	81.4	
6位	不慮の事故	40人	119.7	91.3	
7位	腎不全	26人	102.4	128.2	
8位	自殺	9人	47.3	103.2	
9位	交通事故	7人	158.2	95.1	

*有意水準5% **有意水準1% SMRが有意に高い

北海道健康づくり財団統計データ平成25年～令和4年

図表 6 平成 18 年～平成 27 年と平成 25 年～令和 4 年 標準化死亡比の比較



北海道健康づくり財団統計データ平成 18 年～平成 27 年

北海道健康づくり財団統計データ平成 25 年～令和 4 年

(3) 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命*及び平均自立期間*は、男女ともに全国・北海道と比較して長く、平成 28 年度と比較しても伸びています。

介護などで日常生活に制限のある期間(平均余命と平均自立期間の差)は、男性は1.3年、女性は3.1年で全国と比較して短くなっています。(図表 7)

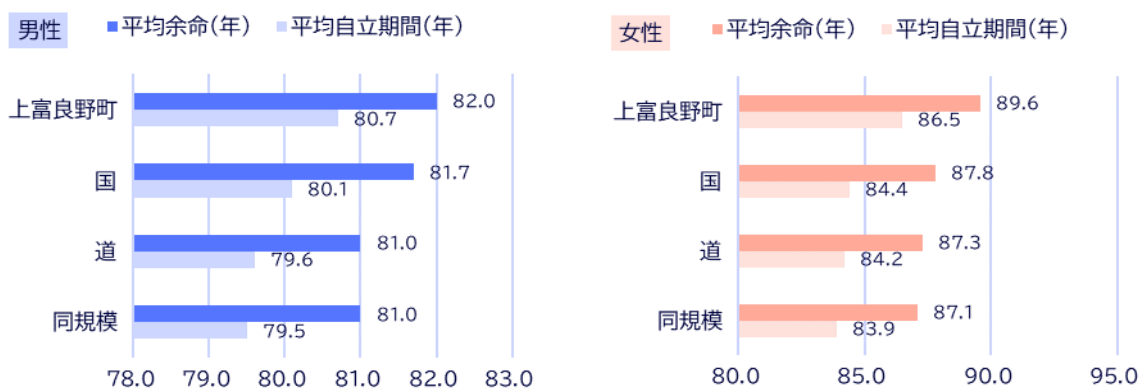
※平均余命

ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している。

※平均自立期間

0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。

図表 7 平均余命及び平均自立期間(健康寿命) 令和4年度



			上富良野町			同規模	北海道	全国
			28年度	31年度	4年度	4年度	4年度	4年度
男性	平均余命(年)	A	81.3	82.2	82.0	81.0	81.0	81.7
	平均自立期間(年)	B	79.9	81.0	80.7	79.5	79.6	80.1
	A-B 差(年)		1.4	1.2	1.3	1.5	1.4	1.6
女性	平均余命(年)	A	87.6	87.9	89.6	87.1	87.3	87.8
	平均自立期間(年)	B	84.9	85.0	86.5	83.9	84.2	84.4
	A-B 差(年)		2.7	2.9	3.1	3.2	3.1	3.4

KDB 帳票 地域の全体像の把握

3 介護保険

本町の第1号被保険者(65歳以上)の介護保険認定率は、全国や北海道より低い状況です。第8期保険料(月額)も、全国・北海道平均より低く推移しています。(図表 8)

図表 8 介護保険の状況

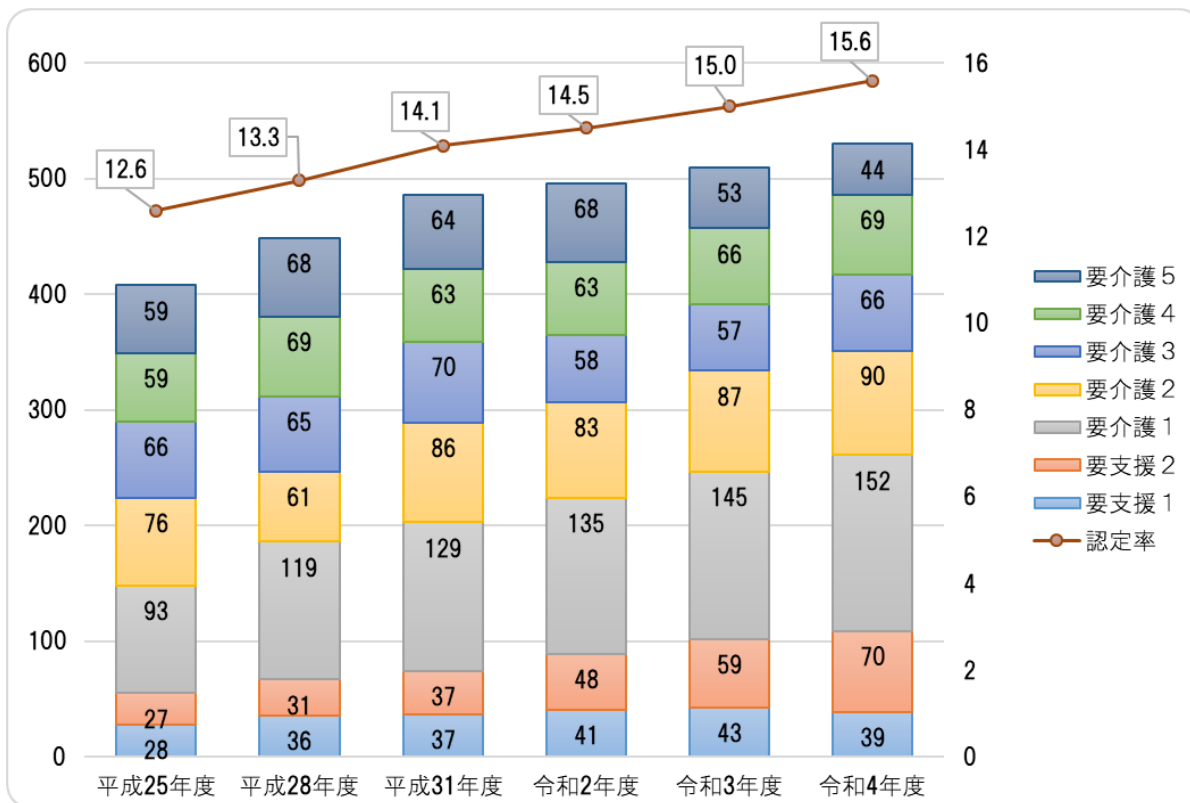
*全国：令和3年度の値

		上富良野町		全国	北海道
第1号認定率		530人	15.6%	19.4%	20.9%
再掲	75歳以上	479人	24.7%	31.3%	34.4%
	65～74歳	51人	3.5%	4.3%	4.8%
第2号認定率		7人	0.22%		
1人あたり給付費		887,924千円	259千円	291千円*	270千円
第8期保険料(月額)		5,200円		6,014円	5,693円

令和4年度 介護保険事業報告

令和5年3月末の第1号被保険者の要介護(支援)認定者数は530人(認定率15.6%)であり、認定者は増加傾向にあります。介護度別では、要介護3～5の重度者の割合は減少傾向にあり、要支援～要介護1の軽度者が増加しており、早期に介護保険サービスを利用し重度化を予防する傾向にあります。(図表 9)

図表 9 第1号被保険者 要介護認定者数(率)の推移



令和4年度 上富良野町介護保険事業進捗状況報告書

4 出生

本町の合計特殊出生率(平成25-29年度)は全国・北海道より高い状況でしたが、令和2年度以降は60人未満を推移しています。(図表10)

図表10 出生数の推移

年 度	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	元年	2年	3年	4年
出生数(人)	102	102	90	75	91	59	78	66	73	59	58	58
合計 特殊 出生率	町	20-24年 1.66		25-29年(R2.9月公表) 1.62				7年公表予定 -				
	道	1.25		1.30				-				
	国	1.38		1.43				-				

図表11 圏域市町村別出生数

単位 人

年 度	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	元年	2年	3年	4年
富良野市	181	182	166	141	163	137	144	151	122	139	126	99
上富良野町	102	102	90	75	91	59	78	66	73	59	58	58
中富良野町	40	45	42	30	29	34	26	40	30	23	34	25
南富良野町	19	21	29	24	16	19	21	21	10	11	14	7
占冠村	6	6	11	11	11	8	6	7	9	11	5	5
計	348	356	338	281	310	257	275	285	244	243	237	194

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

前計画の基本的な方向を分野項目ごとに、中間評価目標値と直近の数値を比較し、全目標40項目を国の最終評価の評価区分を参考に、A～Eの5段階で評価を実施しました。(図表12、図表13)

改善が見られた項目も多くありますが、改善が見られなかった項目も多くありました。特に、がん検診受診率の向上やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、肥満者の減少、糖尿病有病者増加抑制の項目については、新型コロナウイルス感染症蔓延による行動制限の影響も考えられますが、課題として残っています。

これらの状況を踏まえ、次期計画を推進するために国から示された基本的な方針と目標項目について、健康増進は最終的に「個人の行動と健康状態の改善(生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防と重症化予防等)」が重要と捉え、本町の次期計画を図表14のとおりライフコースアプローチの視点で健康づくりを推進します。

図表12 分野項目ごとの評価状況(単位:項目)

		評価区分					合計
		A 目標値に達した	B 現時点で目標値に達していないが改善傾向	C 変わらない	D 悪化している	E 評価困難	
基本的な方向	生活習慣病の予防	14	1	0	13	3	31
	生活習慣の改善	3	0	0	3	0	6
	社会生活に必要な機能の維持・向上	1	0	2	0	0	3
	合計	18 (45%)	1	2	16 (40%)	3	40



残された課題 (目標値→最終評価値)	
○メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 該当者 15.0%未満→20.4% 予備群 9.0%未満→10.6%	○がん検診受診率の向上 胃がん 21.2%→14.1% 肺がん 30.6%→25.8% 大腸がん 15.9%→13.2% 子宮がん 23.9%→19.1% 乳がん 34.0%→26.3%
○肥満(BMI25以上)の減少 男性 30.0%未満→38.1% 女性 25.0%未満→28.0%	○成人の喫煙率の減少 男性 28.0%→28.9% 女性 8.0%→11.4%
○糖尿病有病者数の増加抑制(HbA1c6.5%以上) 7.0%未満→10.6%	○歯周疾患受診率の向上 30.0%→19.5%
○低出生体重児の減少 減少傾向 8.6%→10.3%	

図表 13

健康かみふらの21計画(第2次 平成25年度～令和5年度)最終評価の概要

1 生活習慣病の予防

*中間評価目標値と比較 達成:ブルー、未達成:ピンク

分野	項目	策定時の現状 (数値:平成23年度)	中間評価 (数値:平成28年度)	最終評価*	活用データ年 度	評価 段階	目標値	
							策定時	中間評価(修正)
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	62.5 98.1 32.0	活用していたデータの集計が実施されず評価不可能		E	減少	現状維持
	②がん検診の受診率の向上		(新算定)					新算定
	・胃がん	11.9%	16.5% (20.6%)	14.1%	令和4年度	D	16.9%	21.2%
	・肺がん	65.7%	57.8% (30.0%)	25.8%			現状維持又は向上	30.6%
	・大腸がん	15.1%	20.2% (15.3%)	13.2%			20.1%	15.9%
	・子宮頸部がん	18.8%	27.3% (23.3%)	19.1%			23.8%	23.9%
・乳がん	26.6%	37.3% (33.4%)	26.3%	31.6%			34.0%	
喫煙	①成人の喫煙率の減少(40～74歳)	男性 30.9% 女性 9.8%	29.1% 9.0%	男性 28.9% 女性 11.4%	令和4年度	D	現状維持又は減少	男性 28.0% 女性 8.0%
循環器疾患	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)			活用していたデータの集計が実施されず評価不可能		E	減少	現状維持
	・脳血管疾患	男性 42.5 女性 25.2	26.9 20.0			E		
	・虚血性心疾患	男性 54.4 女性 21.8	23.5 12.4					
	②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上				令和4年度	A	70.0%	70.0%以上
	・特定健康診査の実施率	70.2%	70.1%	70.6%		A	80.0%	80.0%
	・特定保健指導の終了率	83.9%	101.5%	86.0%				
	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%	8.7% 6.9%	5.5% 7.2%	令和4年度	D	高齢者の増加に伴い、現状維持	男性 5.0%台 女性 5.0%台
	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%	7.5% 6.4% 6.6%	7.1% 5.8% 6.1%	令和4年度	B	ii:男性 4.0% ii:女性 6.8%	ii:男性 5.0%台 ii:女性 5.0%台
	⑤メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少						現状維持又は減少	
	・該当者	総数 16.0% 男性 24.0% 女性 10.0%	17.5% 25.4% 11.4%	20.4% 32.7% 11.3%	令和4年度	D	11.2%	総数 15.0%未満 男性 25.0%台 女性 10.0%未満
・予備群	総数 10.9% 男性 17.8% 女性 5.7%	10.9% 14.1% 5.6%	10.6% 15.5% 7.0%	令和4年度	D	10.1%	総数 9.0%台 男性 14.0%台 女性 5.0%台	
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	4人	0人	0人	令和4年度	A	現状維持又は減少	0人
	②糖尿病有病者の増加の抑制 ・HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合	総数 7.3% 男性 8.4% 女性 6.6%	8.3% 9.2% 7.7%	10.6% 12.2% 9.4%	令和4年度	D	現状維持又は減少	総数 7.0%未満
	・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 10.5% 男性 12.0% 女性 9.3%	13.7% 16.9% 11.3%	12.0% 14.4% 10.2%	令和4年度	A		総数 12.0%台
	③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)	58.4%	70.6%	72.1%	令和4年度	A	65.0%	現状維持
	④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	0.6%	0.6%	0.4%	令和4年度	A	現状維持	1.0%未満
	・HbA1c(NGSP)7.0%以上の者の割合の減少	3.6%	4.4%	3.9%	令和4年度	A		4.0%未満
	⑤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%	31.7% 25.5%	38.1% 28.0%	令和4年度	D	現状維持又は減少	30.0%未満 25.0%未満
食	①適切な量と質をとるものの増加							
	・1日に野菜を350g以上摂取している者の割合の増加(20～64歳)※20～74歳から修正	30.9%	23.7%	37.3%	令和4年度	A		増加
身体活動・運動	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)	総数 60.5% 男性 65.8% 女性 56.6%	57.0% 62.7% 52.6%	63.6% 64.7% 62.8%	令和4年度	A	増加	増加
	②運動習慣者の割合の増加 (1回30分以上の軽(汗をかく)運動を週2日以上、1年以上実施)							
	・40～74歳	総数 41.2% 男性 45.0% 女性 38.3%	35.8% 38.6% 33.7%	40.5% 42.3% 39.2%	令和4年度	A	現状維持又は増加	増加
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)							
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	4.9%	8.6%	10.3%	令和4年度	D	減少傾向へ	減少傾向へ
	・妊娠届出時のやせの者の割合	12.8%	12.8%	4.9%	令和4年度	A	現状維持又は減少	現状維持又は減少
	・妊婦の喫煙をなくす	5.5%	3.4%	0.0%	令和4年度	A	0%	0%
	・妊娠中の飲酒をなくす	0.9%	1.1%	0.0%	令和4年度	A	0%	0%
②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)	男子 11.3% 女子 14.3%	16.7% 10.5%	11.8% 9.5%	令和4年度	A	減少傾向へ	減少傾向へ	
2 生活習慣の改善								
飲酒	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)	男性 12.2% 女性 5.7%	男性 14.8% 女性 8.8%	男性 17.1% 女性 5.0%	令和4年度	D	現状維持又は減少	減少
歯・口腔の健康	①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	84.5%	91.8%	96.9%	令和4年度	A	85%以上	現状維持
	・12歳児の一人平均う蝕数の減少	3.3歯	2.05歯	3.03歯	令和5年度	D	2歯未満	2歯未満
	②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)		37.9%	35.0%	令和4年度	A	減少	減少
・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)		55.2%	48.5%	令和4年度	A			
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)			歯周疾患検診受診率 17.9%	歯周疾患検診受診率 19.5%	令和4年度	D	増加	30.0%
3 社会生活に必要な機能の維持・向上								
高齢者	①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	男性 0.8% 女性 1.1%	男性 2.0% 女性 1.4%	男性 1.5% 女性 1.8%	令和4年度	C	現状維持又は減少	現状維持
こころ	①自殺者の減少	13人 (H21～23年次)	4人 (H24～26年次)	3人 4人	H27～29 H30～R2	C	減少	減少
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%	17.0% 24.6%	男性 13.3% 女性 21.4%	令和4年度	A	減少	減少

※「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

図表 14

「健康かみふらの21(第3次)」の基本的な方針と目標 「胎児から高齢者まで～ライフコースアプローチに応じた健康づくり」

□生活習慣病に関する項目
■生活習慣に関する項目

全体目標	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり						
		胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳
個人の行動と健康状態の改善	女性・子どもの健康	<input type="checkbox"/> 妊娠中の適正な体重増加 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 (低出生体重児の割合の減少) (在胎週数に相当した出生体重にある児の増加) <input type="checkbox"/> 肥満傾向にある子どもの割合の増加						
	循環器病	<input type="checkbox"/> 小児生活習慣病健診の受診率の維持 <input type="checkbox"/> 高血圧の改善(Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少) <input type="checkbox"/> 脂質高値者(LDL160mg/dl以上)の減少 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少・ (1日当りの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている者の増加 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患SMR100以下 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患SMR100以下						
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症(糖尿病性腎症)の減少 (糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数の減少) <input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者の減少・ (HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少) <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している人の増加 (肥満BMI125以上の減少) <input checked="" type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣者の増加 <input type="checkbox"/> 特定健診受診率の向上 <input type="checkbox"/> 特定保健指導の実施率の向上						
	がん	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 精密検査の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 悪性新生物SMR100以下						
	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	<input checked="" type="checkbox"/> 20歳以上の喫煙率の減少 <input type="checkbox"/> COPD SMR100以下						
	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"/> 歯周病を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 過去1年間に歯科検診受診者の増加						
	高齢者	<input type="checkbox"/> 適正な筋肉量を維持している者の割合の増加 <input type="checkbox"/> サルコペニア重症化予防事業の実施率の維持						

個人の取組では解決できない地域や社会の健康づくり : □ 社会環境の質の向上

第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防

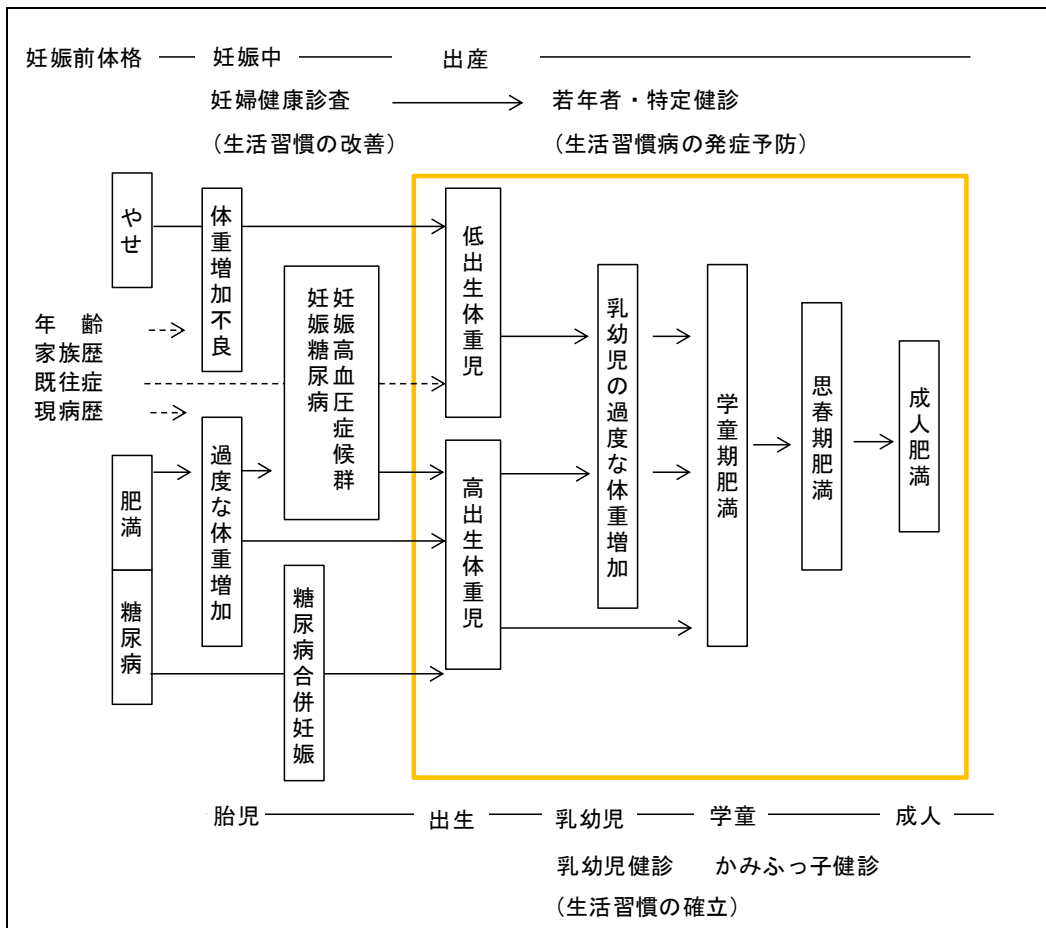
1 女性とこどもの健康

(1) 基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が成人期以降の生活習慣病の発症の要因であることが、疫学的研究でわかってきました。低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症します。そのため、妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。(図表 15)

妊娠届出時年齢が 35 歳以上の高年妊婦は、平成 25 年度と比較して約 2 倍に増加しています。出産年齢が高くなることで、妊娠糖尿病等の産科合併症のリスクが高くなります。妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診・相談、出生から3歳児までの乳幼児健診、学童期の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。(図表 16)

図表 15 妊娠期(胎児期)からの生活習慣病予防



図表 16 高年妊婦の割合

年度	25年度	30年度	31年度	2年度	3年度	4年度
妊娠届出数(人)	81	60	78	57	54	61
35歳以上(人)	12	11	21	18	21	15
(割合)	14.8	18.3	26.9	31.6	38.9	24.6

(2) 現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 低出生体重児(2,500g 未満)の割合の減少

低出生体重児の割合は10%前後を推移しており、全国平均の9%台と比べてやや高い状況です。

低出生体重児は一過性多呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化等をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長の見守りが大切です。(図表 17)

低出生体重児の約5割は、在胎37週以上の正期産です。低出生体重児の背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や喫煙があります。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要です。(図表 18、図表 20)

図表 17 上富良野町の低出生体重児(2,500g 未満)の推移

年度	25年	26年	27年	28年	29年	30年	31年	2年	3年	4年	累計	
出生数(人)	90	75	91	59	78	66	73	59	58	58	707	
低出生体重児	7	6	7	7	8	8	9	4	8	6	70	
(割合)	7.78	8.00	7.69	11.86	10.26	12.12	12.33	6.78	14.03	10.34	9.90	
内訳	単胎児	6	6	7	5	6	5	7	4	8	3	57
	多胎児	1	0	0	2	2	3	2	0	0	3	13

図表 18 低出生体重児の状況(25年度～4年度(10年間累計))

	計	正期産		早産		再掲					
		在胎37週以上		在胎37週未満		後期早産児					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
出生体重 2,500g 未満	70	100	36	51.4	34	48.6	22	31.4	12	17.1	
単胎児	2,500g 未満	57		29	50.9	28	49.2	16	28.1	12	21.1
	2,500g 未満 2,000g 以上	43		27	43.4	16	28.1	13	22.8	3	5.3
	2,000g 未満 1,500g 以上	10		2	3.5	8	14.0	3	5.3	5	8.8
	1,500g 未満 1,000g 以上	0		0	0	0	0	0	0	0	0
	1,000g 未満	4		0	0	4	7.0	0	0	4	7.0
多胎児	2,500g 未満	13	18.6	7	10.0	6	8.6	6	8.6	0	0

図表 19 低出生体重児の主な背景要因

母体因子	胎児因子
1 高血圧症、糖尿病、腎疾患、甲状腺疾患	多胎児、 胎児感染 子どもの疾病
2 妊娠高血圧症候群	
3 喫煙、アルコール、薬物	
4 妊娠中の体重増加不良、母親の出生時低体重、子宮筋腫	

図表 20 妊娠中の喫煙

	妊婦	同居家族
把握数	333 人	310 人
喫煙者	7 人	115 人
喫煙率	2.1%	37.1%

母子保健調査（30-4 年度累計）

（イ）在胎週数に相当した出生体重にある児の増加

在胎週数に相当した出生体重(AFD)にある児は、84.3%です。(図表 21)

胎児は、胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100%生命維持と発育を依存しています。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児に比して体重が小さい子宮内発育不全(制限)児となりやすくなります。また、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、将来の生活習慣病の発症リスクが増加します。

一方で、母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育(巨大児)が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されています。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、高出生体重児の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにもつながります。(図表 22、図表 23)

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、一定期間後に2型糖尿病を高率に発症することがわかっています。産後の適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために健康診査等で血糖検査を行っていくことが必要になります。

図表 21 在胎週数に応じた身体の大きさ

在胎週数と体格の組み合わせによる分類			25 年度-4 年度 出生数合計	
略称	体重	身長	人数	割合
			705	100
SFD	標準の 10 パーセントタイル未満	標準の 10 パーセントタイル未満	21	3.0
LFD	標準の 10 パーセントタイル未満	標準の 10 パーセントタイル以上	21	3.0
AFD (標準的体形)	標準の 10~90 パーセントタイル未満	-	594	84.3
HFD	標準の 90 パーセントタイル以上	標準の 90 パーセントタイル未満	69	9.8
		詳細不明	2	

図表 22 妊娠糖尿病の危険因子

妊娠届出時の情報	妊娠経過
<ul style="list-style-type: none"> ・ 加齢 ・ 肥満 ・ 糖尿病家族歴 ・ 巨大児出産の既往 ・ 妊娠糖尿病の既往 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿糖陽性 ・ 過度の体重増加

図表 23 糖尿病合併妊娠および妊娠糖尿病

30-4 年度 妊娠届出 (転入含む)	糖尿病合併妊娠	妊娠糖尿病 (GDM)	妊娠時に診断された 明らかな糖尿病	合計
	<ul style="list-style-type: none"> ・ すでに糖尿病と診断されている女性が妊娠 ・ 確実な糖尿病網膜症が存在する場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常 	<ul style="list-style-type: none"> ①空腹時血糖値 126 mg/dl 以上 ②HbA1c 値 6.5%以上 ③随時血糖値 200 mg/dl 以上 あるいは 75gOGTT で 2 時間値 200 mg/dl 以上 	
334 人	4 人	29 人	0 人	33 人
	1.2%	8.7%	0%	9.9%
35 歳以上	2 人	13 人	0 人	15 人
非妊娠時肥満	4 人	10 人	0 人	14 人

(ウ) 妊娠中の適正な体重増加

妊娠前の体格が BMI18.5 以上 25 未満の普通体重の妊婦は、229 人(73.9%)です。BMI18.5 未満のやせ妊婦は 31 人(10.0%)です。(図表 24)

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なります。令和 3 年 3 月改定の「妊産婦のための食生活指針」では、新たな妊娠中の体重増加の目安が示されました。

図表 24 妊娠前の体格（妊娠届出書より）

妊娠前体格	妊娠前体格 BMI kg/m ²	年度	30年	31年	2年	3年	4年	累計
計			60	78	57	54	61	310
低体重	18.5 未満	人	9	11	5	3	3	31
		割合	15.0	14.1	8.8	5.6	4.9	10.0
普通体重	18.5-24.9	人	44	54	41	41	49	229
		割合	73.3	69.2	52.6	75.9	80.3	73.9
肥満(1 度)	25-29.9	人	5	9	9	9	5	37
		割合	8.3	11.5	15.8	16.7	8.2	11.9
肥満(2 度)	30 以上	人	2	4	2	1	4	13
		割合	3.3	5.1	3.5	1.9	6.6	4.2
再掲 肥満 (1 度以上)	25 以上	人	7	13	11	10	9	50
		割合	11.7	16.7	19.3	18.5	14.8	16.1

過去5年間に低出生体重児(単胎児)を出産した27人の母親のうち、19人(70.3%)が妊娠中の体重増加が不足していました。そのうち、17人は妊娠前体格が普通体重です。(図表 25)

全妊婦を対象に、個人差を配慮した摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を具体的に、「なにを」「どの位」食べたらよいかが一目でわかる教材等を活用しながら、学習を継続していきます。

図表 25 妊娠中の体重増加の状況(30 -4 年度 低出生体重児(単胎児) 27 人)

			30 年度-4 年度 低出生体重児(単胎) の母体			
妊娠前体格	妊娠前体格 BMI kg/m ²	体重増加の目安	増加 不足	適正範囲	過剰 増加	計
低体重	18.5 未満	12~15 kg	1	0	0	1
普通体重	18.5-24.9	10~13 kg	17	1	1	19
肥満(1 度)	25-29.9	7~10 kg	1	3	3	7
肥満(2 度以上)	30 以上	個別対応 (上限 5 kgまでが目安)		0	0	0
妊娠中の体重増加指導の目安			19 人	4 人	4 人	27 人
(日本産科婦人科学会周産期委員会 2021 年 3 月)			70.3%	14.8%	14.8%	100%

(エ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

① 幼児期の肥満

生活習慣病は、遺伝素因と不健全な生活習慣によって発症しますが、特に幼児期の過度な体重増加は、学童期以降の肥満と関連します。小児肥満から成人肥満への移行率は、70%程度とされています。

平成30年度から令和4年度までの5年間に、幼児健康診査を受診した肥満度15%以上の小児肥満に該当する1歳6か月児は11人(3.2%)、3歳児は15人(4.1%)です。(図表26)

各保健事業を通して、乳児期からの生活リズム・食事・運動・排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行います。

図表 26 幼児健康診査受診結果

30-4年度 受診結果		肥 満		適正体重		や せ	
		15%以上		-14.9~14.9%		-15%以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	343人	11人	3.2	330人	96.2	2人	0.6
3歳児健康診査	370人	15人	4.1	353人	95.4	2人	0.5

4年度 受診結果		肥 満		適正体重		や せ	
		15%以上		-14.9~14.9%		-15%以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	73人	3人	4.1	70人	95.9	0人	0
3歳児健康診査	64人	1人	1.6	62人	96.9	1人	1.6
就学時健康診断	48人	1人	2.1	46人	95.8	1人	2.1

② 学童期の肥満

小学5年生の肥満傾向児の割合は、男子11.8%で全国平均12.6%より低いものの、小学1年生と中学3年生を除いた多くの学年が全国平均より高率です。5年生の女子は9.5%で全国平均9.3%と差はないものの、他の学年では大きな差がみられ、就学後の肥満傾向児の増加が課題です。また、女子はやせ傾向児も高率です。(図表27)

図表 27 令和4年度上副良野町 学童の肥満傾向・やせ傾向児の出現率

対象数	肥満傾向児						やせ傾向児							
	計			(参考) 3年度			計			(参考) 3年度				
	人	率	軽度 20%以上 30%未満	中等度 30%以上 50%未満	高度 50%以上	北海道	全国	人	率	軽度 -30%超 -20%以下	高度 --30%以下	北海道	全国	
男	学年	人												
	1	44	2	4.5	2		6.1	5.3				0.1	0.3	
	2	36	3	8.3		3	10.8	7.6	1	2.8		0.3	0.3	
	3	43	5	11.6	1	3	13.8	9.8				1.3	0.8	
	4	49	8	16.3	2	5	17.9	12.0				0.6	1.4	
	5	51	6	11.8	1	3	18.7	12.6				2.9	2.3	
	6	45	11	24.4	5	6	15.1	12.5	2	4.4		2.8	2.8	
	1	48	9	18.8	3	4	17.2	12.6				4.5	3.0	
	2	47	8	17.0	4	3	14.7	11.0				2.1	2.7	
	3	38	3	7.9		1	2	10.3				3.2	2.6	
	小学生	268	35	13.1	11	20	4			3	1.1			
	中学生	133	20	15.0	7	8	5			0	0			
計	401	55	13.7	18	28	9			3	0.7				
女	1	44	7	15.9	4	2	7.5	5.2				0.3	0.5	
	2	37	4	10.8	1	3	7.1	6.9				0.9	0.6	
	3	28	4	14.3	2	2	10.7	8.3				0.8	0.8	
	4	35	5	14.3	1	4	12.1	8.2	1	2.9		2.0	1.7	
	5	42	4	9.5	2	2	13.0	9.3	2	4.8		3.3	2.4	
	6	35	7	20.0	4	2	13.3	9.4	1	2.9		2.9	2.2	
	1	37	8	21.6	1	4	3	10.3	9.2	5	13.5		3.6	3.6
	2	35	6	17.1	4	1	1	10.8	8.4	1	2.9		3.2	3.2
	3	42	3	7.1	1	1	1	9.5	7.8				2.1	2.6
	小学生	221	31	14.0	14	15	2			4	1.8			
	中学生	114	17	14.9	6	6	5			6	5.3			
	計	335	48	14.3	20	21	7			10	3.0			

「児童生徒の健康診断マニュアル（改訂版）」平成18年3月財団法人日本学校保健会（文部科学省監修）

イ 小児生活習慣病予防健診の受診率の維持

よりよい生活習慣の形成を目的に、小児生活習慣病予防健診(以下「かみふっ子健診」)を小学5年生、中学2年生を対象に町独自事業として実施しています。

平成25年度の事業開始から令和4年度までの10年間の受診者は、延 1,313 人(受診率 67.7%)です。血液検査の結果では、LDL コレステロール値の有所見率が著しく高く、小学5年生は 26.0%となっています。生活習慣病予防の基盤を固め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。(図表 28、図表 29、図表 30)

学校保健安全法により児童・生徒の健康診査が義務付けられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われています。今後も各学校や栄養教諭と課題を共有しながら、必要な連携を図っていきます。

図表 28 かみふっ子健診の受診状況

	年度	小学5年生			中学2年生			計		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
		人	人	割合	人	人	割合	人	人	割合
モデル事業	23年		0			6			6	
	24年		19			13			32	
開始	25年	111	77	69.4	111	60	54.1	222	137	61.7
	26年	103	53	51.5	112	49	43.8	215	102	47.4
	27年	96	60	62.5	104	32	30.8	200	92	46.0
	28年	89	60	67.4	108	72	66.7	197	132	67.0
	29年	103	83	80.6	97	71	73.2	200	154	77.0
	30年	96	74	77.1	95	65	68.4	191	139	72.8
	31年	91	71	78.0	81	61	75.3	172	132	76.7
	2年	89	74	83.1	103	78	75.7	192	152	79.2
	3年	81	67	82.7	90	68	75.6	171	135	78.9
	4年	94	74	78.7	86	64	74.4	180	138	76.7
25-4年度合計		953	693	72.7	987	620	63.0	1,940	1,313	67.7

図表 29 かみふっ子健診結果の有所見率 (受診者累計)

小学5年生 延693人 25年度-4年度(10年間)		保健指導判定以上			
項目	肥満度	肥満 やせ	有所見者	割合	順位
			腹囲	20%以上	65
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	空腹時	101	14.6	2
		食後			
HDL コレステロール		40mg/dl未満	5	0.7	
AST (GOT)		31U/L以上	50	7.2	
ALT (GPT)		31U/L以上	26	3.8	
γ-GT (γ-GTP)		51U/L以上	6	0.9	
インスリン	糖代謝	空腹時血糖	9	1.3	
		随時血糖			
HbA1c		5.6%以上	20	2.9	
LDL コレステロール		110mg/dl以上	180	26.0	1
収縮期	125mmHg以上		20	2.9	
	70mmHg以上		101	14.6	2
尿酸		6mg/dl以上	26	3.8	
クレアチニン	男	0.58mg/dl以上	49	7.1	
		女			
e GFR		90ml/分/1.73m ² 未満	42	6.1	
尿蛋白		+以上	10	1.4	
尿潜血		+ -以上	10	1.4	

中学2年生 延620人 25年度-4年度(10年間)		保健指導判定以上			
項目	肥満度	肥満 やせ	有所見者	割合	順位
			腹囲	20%以上	38
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	空腹時	54	8.7	3
		食後			
HDL コレステロール		40mg/dl未満	2	0.3	
AST (GOT)		31U/L以上	17	2.7	
ALT (GPT)		31U/L以上	16	2.6	
γ-GT (γ-GTP)		51U/L以上	1	0.2	
インスリン	糖代謝	空腹時血糖	8	1.3	
		随時血糖			
HbA1c		5.6%以上	13	2.1	
LDL コレステロール		110mg/dl以上	109	17.6	2
収縮期	130mmHg以上		19	3.1	
	70mmHg以上		138	22.3	1
尿酸		7mg/dl以上 6mg/dl以上	21	3.4	
クレアチニン	男	0.80mg/dl以上	44	7.1	
		女			
e GFR		90ml/分/1.73m ² 未満	39	6.3	
尿蛋白		+以上	22	3.5	
尿潜血		+ -以上	24	3.9	

図表 30 ライフサイクルにおける健診と健診内容

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		認定こども園		小学校	中学校	高校・大学等	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		後期高齢者医療		
	高齢者の医療の確保に関する法律 (保険者協議会を構成する医療保険者)												
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	学童健診 中学2年	歯周 疾患 検診	若年者 健診	特定健診等	後期 高齢 者健 診
糖尿病・CKD等予防の観点で「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	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
	BMI	●									●	●	●
	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		●									●	●
	50g糖負荷試験		●										●
	HbA1c								●	●		●	●
	尿糖		●				●		●	●		●	●
	総コレステロール								●	●		●	●
	LDLコレステロール								●	●		●	●
	中性脂肪								●	●		●	●
	non-HDLコレステロール								●	●		●	●
	HDLコレステロール								●	●		●	●
	GOT (AST)								●	●		●	●
	GPT (ALT)								●	●		●	●
	γ-GTP (γ-GT)								●	●		●	●
血清アルブミン								●	●		●	●	
尿酸								●	●		●	●	
赤血球								●	●		●	●	
血色素		●						●	●		●	●	
ヘマトクリット		●						●	●		●	●	
尿潜血		●				●		●	●		●	●	
尿アルブミン指数											●	●	
尿蛋白		●				●		●	●		●	●	
血清クレアチニン								●	●		●	●	
eGFR(糸球体ろ過量)								●	●		●	●	
心電図検査											●	●	
眼底検査											●	●	
がん等検診	肺がん・結核検診											●	●
	胃がん検診											●	●
	大腸がん検診											●	●
	子宮がん検診		●									●	●
	乳がん検診											●	●
	歯本数				●	●	●	●			●		
	う歯本数					●	●	●			●		
歯肉炎等										●			
その他	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	●									●	●	●	

(3) 具体的な取り組み

母子保健法は、児童の健全育成の基盤ともなるべき母性の保護や、乳幼児が健全な成長を遂げる上で欠くことのできない保健の充実を目的に制定され、健康診査や保健指導の体系的な事業構築が図られています。

第1条(目的) 母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与する。

母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していくうえでの健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となります。

妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細かな保健指導を行っていきます。また、将来、糖尿病や心血管病発症リスクの高い産婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療受診継続の必要性の学習を行っていきます。

課題である就学後の肥満傾向児の増加について、日本学術会議の生活習慣病対策分科会において、幼少期からの生活習慣病防止策や教育の強化を求める提言を発表し、「肥満症診療ガイドライン 2022」には「小児の肥満と肥満症」の章が新設され、小児期にメタボリックシンドロームの診断を行うことは心血管イベントの予防上重要としています。今後においても、かみふっ子健診の受診を促し、健診結果を通し親子で日頃の生活習慣の振り返りと学習を継続していきます。

	妊娠期		乳・幼児期				学童期
	妊娠届出時 (初期)	中期 後期	乳児	1歳 1か月	1歳 6か月	3歳	5歳 (就学時)
ア 健康な生活習慣の確立のための 取り組みの推進	妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と禁煙指導		子どもの受動喫煙防止				
	妊娠前の体格に応じた適切な体重増加 ①妊娠前の体格が肥満とやせ ②妊娠中の体重増加量		身体発育曲線をもとに、適正体重の維持 生活リズム、栄養、活動量の実態に基づいた学習				
	バランス食の学習 (蛋白質、食塩摂取量の適量摂取)		バランス食の学習、適切な味覚形成 小児期の甘味飲料(異性化糖)の適量摂取 飽和脂肪酸の適量摂取				
	妊娠中の歯周病予防 (歯科健診の勧奨)		口腔清掃、定期的な歯科健診 (フッ化物塗布)				
イ 予防のための取り組みの推進	母	妊婦健康診査結果で ①妊娠糖尿病 ②妊娠高血圧症候群 栄養指導の実施	妊娠糖尿病の既往、出生時体重 4,000 g 以上 (HFD 児) の出産経験のある産婦の将来の糖尿病予防(適正体重の維持)及び妊娠高血圧症候群の既往がある産婦の心血管発症予防 (若年者健診の勧奨、職場健診の受診確認)				
	児		早産、低出生体重児の将来の生活習慣病予防	肥満とやせ傾向児の把握と継続した保健指導	かみふっ子健診 ①肥満・やせ ②LDL コレステロール高値(110 mg/dl 以上)		

2 循環器病

(1) 基本的な考え方

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和2年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患が第4位となっています。また、介護が必要となる主な原因は、令和元年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病による割合が最多となっています。次いで多い原因疾患は認知症ですが、65歳以上の認知症患者の約3割は、脳血管性障害を基盤とする血管性認知症が占めています。

超高齢化社会を迎えたわが国では、循環器病はさらに増加すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因と言えます。また、循環器病がもたらす社会的負担としては、膨大な医療費や介護費用が使われ、患者やその家族にとっても負担が非常に大きくなります。

国や学会等はその対策として、平成26(2014)年5月には、「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会(日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業)から「脳卒中予防への提言」が出されました。

また、平成28(2016)年12月に日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会は、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」を公表しました。

平成30(2018)年12月には、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」(以下、「基本法」という。)が成立し、令和元年12月に施行されました。基本法に基づき、国や北海道において循環器病対策推進基本計画が策定され、それに沿って循環器病対策が行われています。(図表31、図表32)

本町の取り組みとして、平成20年度から開始された特定健診は、心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施ですが、本町では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。特定健診、後期高齢者健診で実施している心電図検査では、年代が上がるにつれて有所見者が増加しています。その中でも心原性脳塞栓症の原因となる心房細動は、心電図検査によって発見することが可能です。心房細動の所見は43人(2.3%)いました。そのうち、4人が要治療・要精密検査となっています。その他の39人はすでに内服治療や医療機関で経過観察を行っています。(図表33)

平成25年度には、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たことから、non-HDLコレステロールを検査項目に追加して実施しています。

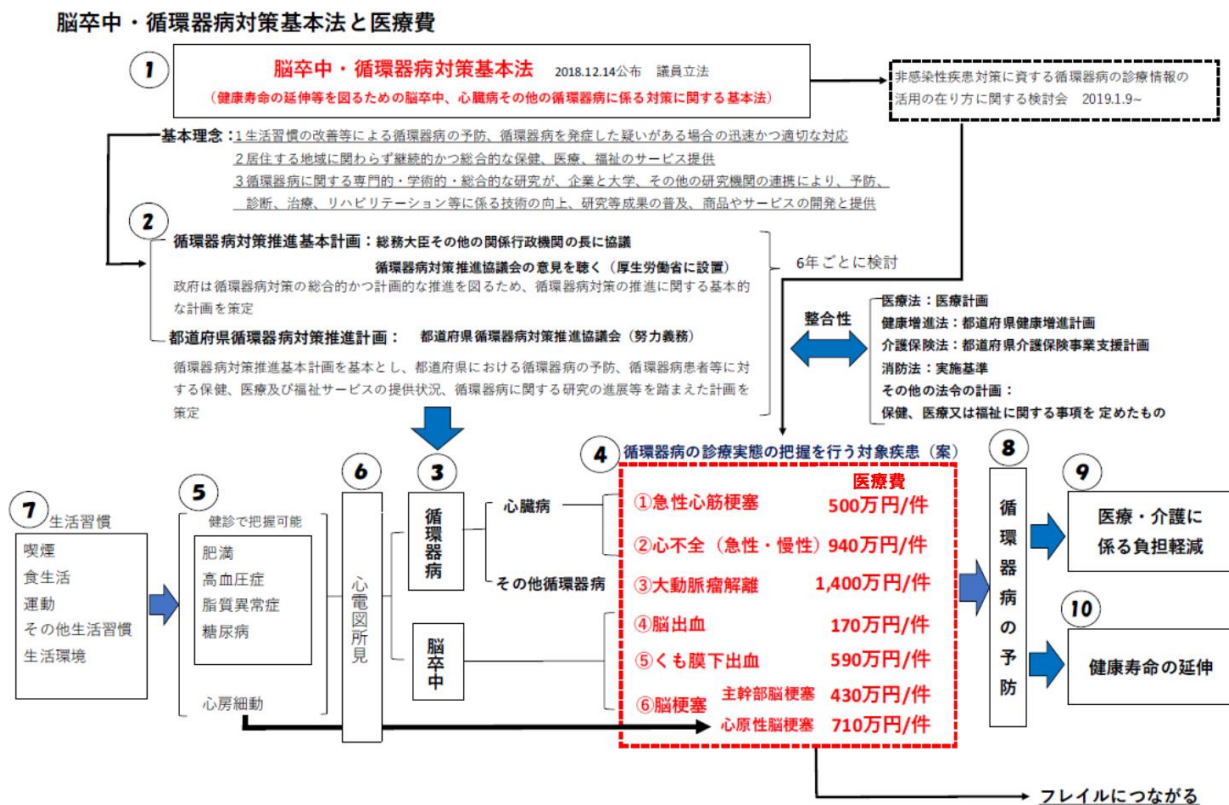
平成27年度には、特定健診で使用する血圧計を不規則脈が検出できる自動血圧計に変更し、不規則脈が出た受診者には家庭での脈拍触診や自動血圧計での機器によるチェックで早期発見に対する取り組みを行っています。

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症(特に高LDLコレステロール血症)、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の5つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要です。循環器病の主要な危険因子のうち、喫煙と糖尿病についてはそれぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症(高コレステロール血症)、メタボリックシンドロームについて目標を設定します。

図表 31 循環器病対策の動き

	国・関係学会等の動き	目的・内容等
平成 26 年 5 月	<p>脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指すために- 初版</p> <p>「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会(日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業)</p>	<p>心房細動は高齢者に多くみられる不整脈で、心房細動による脳梗塞は最も重篤な脳梗塞だが、適切な治療により予防が可能な疾患。しかし約半数が脳梗塞を発症して初めて心房細動が見つかるなど、早期発見が容易ではなかったことから、一般市民に心房細動の症状と脳梗塞予防の必要性に関する知識の啓発と日常診療あるいは家庭での脈拍触診、自動血圧計などの機器によるチェックや、健康診断における心電図検査などを通じて早期発見を促し、適切な治療を行うことを目的とする。</p>
平成 28 年 12 月	<p>脳卒中と循環器病克服 5 ヵ年計画</p> <p>日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする 21 学会</p>	<p>健康寿命の延伸を実現するため脳卒中と循環器病を克服することを目指し、その目標と戦略を明確にすることを目的とする。</p> <p>計画実行期間 平成 28 年度から令和 2 年度</p>
平成 30 年 12 月成立 令和元年 12 月施行	<p>健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法 (平成 30 年法律第 105 号)</p>	<p>誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉にかかるサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。</p>
令和 2 年 1 月	<p>脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指して- 第五版</p>	<p>基本法が施行され、「循環器病対策推進基本計画」が策定されることとなり、「心房細動による脳卒中」の予防は国や自治体の政策レベル、医療従事者だけではなく、国民全体が取り組むべき活動として位置づけられたことからプロジェクトの目標は一定レベルで達成できたと考え、令和 2 年 3 月でプロジェクトを終了することが決定</p>
令和 2 年 10 月	<p>循環器病対策推進基本計画</p>	<p>基本法に基づき策定するものであり、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県循環器病対策推進計画の基本となるもの。</p> <p>計画実行期間は令和 2 年度から 4 年度までの 3 年間</p>
令和 3 年 3 月	<p>脳卒中と循環器病克服第二次 5 ヵ年計画</p>	<p>計画実行期間は令和 3 年度から 7 年度までの 5 年間</p>
令和 3 年 12 月	<p>北海道循環器病対策推進基本計画</p>	<p>計画実行期間は令和 3 年度から 5 年度までの 3 年間</p>
令和 5 年 3 月	<p>第 2 期循環器病対策推進基本計画</p>	<p>計画実行期間は令和 5 年度から 10 年度までの 6 年間</p>

図表 32 脳卒中・循環器病対策基本法と医療費



図表 33 心電図有所見者

	受診者数	心電図 検査 実施者	所見なし		所見あり		判定		(再掲)			
									心房細動		判定	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
a	b	c	c/b	d	d/b	e	e/b	f	f/b	g	g/f	
40歳代	103	101	98	97.0%	3	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50歳代	120	118	103	87.3%	15	12.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
60歳代	381	366	298	81.4%	68	18.6%	5	1.4%	6	1.6%	1	16.7%
70-74歳	458	434	328	75.6%	106	24.4%	6	1.4%	4	0.9%	0	0.0%
75歳以上	885	880	567	64.4%	313	35.6%	32	3.6%	33	3.8%	3	9.1%
計	1,947	1,899	1,394	73.4%	505	26.6%	43	2.3%	43	2.3%	4	9.3%

令和4年度 特定健診受診者 (法定報告)

(2) 現状と目標

ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

(脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下)

国の循環器病領域のアウトカム評価の指標として、第2期循環器病対策推進基本計画の目標である「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられていますが、本町の年齢調整死亡率は、前回の計画で参照していた統計情報が更新されていないため数値が取れないことから、今回の計画では標準化死亡比(SMR)を評価指標とします。

脳血管疾患の標準化死亡比(SMR)は、100を下回っており、15～24年度と比較しても低下しています。また、北海道と比較しても低くなっています。

虚血性心疾患の標準化死亡比(SMR)は、100を下回っていますが、15～24年度と比較すると、低くなっていますが、北海道と比較すると高くなっています。(図表 34)

図表 34 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 (SMR)

	15-24年度		18-27年度			22-元年度			25-4年度			
	町		道	町		道	町		道	町		道
	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	126	99.2	93.4	108	91.1	91.6	96	86.2	92.0	88	84.5	94.0
虚血性心疾患	86	112.8	87.6	86	116.3	84.5	64	89.4	82.4	58	85.6	81.4

北海道健康づくり財団統計データ

イ 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）

循環器病の中でも近年、増加しているのが心不全です。高齢化により約120万人の患者がいるといわれており、「心不全パンデミック」とも呼ばれています。心不全は、心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん状態が悪くなり、命を縮める病気であらゆる循環器病の終末像が心不全と捉えられています。有効な薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩していますが、対症療法であり根治的な治療ではないため、予後はあまり改善されていません。そのため心不全は予防が重要です。

心不全の原因疾患には、高血圧があります。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こします。さらに高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになります。

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ましたが、令和4年度には男性5.5%、女性7.2%になっています。全国と比較すると、男女ともに低くなっています。(図表 35) Ⅱ度高血圧以上の方は69人(6.5%)、うち未治療者は36人でした。36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性を判断する必要があります。未治療者のうち11人(30.6%)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33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 36)

中間評価時に令和4年度の目標値を第2期保健事業実施計画(以下、「データヘルス計画」との整合性を図り、男女とも5%台に変更しましたが、性は達成していますが、女性は未達成のため、引き続き「5%台」を目標に取り組んでいきます。

色の説明
23年度と比較して改善
23年度と比較して悪化
注目してほしいところ

図表 35 II 度高血圧以上（160/100mmHg 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		
	23年度	28年度	4年度	28年度	元年度	23年度	28年度	4年度	4年 目標値	28年度	元年度	23年度	28年度	4年度	4年 目標値	28年度	元年度
受診者数	1,551	1,327	1,062	7,998	1,720	662	575	452	—	3,281	698	889	752	610	—	4,717	1,022
人数	67	102	69	715	178	33	50	25	—	404	93	34	52	44	—	311	85
割合	4.3%	7.7%	6.5%	8.9%	10.3%	5.0%	8.7%	5.5%	5%台	12.3%	13.3%	3.8%	6.9%	7.2%	5%台	6.6%	8.3%

町：令和 4 年度 特定健診受診者（法定報告）

国：国民健康・栄養調査（令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により実施なし）

図表 36 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)	高血圧症	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	
重症化予防対象	II 度高血圧以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	69 6.5%	65 6.1%	13 1.2%	10 0.9%	217 20.4%	38 3.6%	
治療なし	36 5.5%	31 3.3%	11 1.7%	4 0.9%	29 6.4%	5 1.1%	
治療中	33 8.2%	34 28.8%	2 0.5%	6 1.0%	188 30.9%	33 5.4%	
臓器障害 あり	11 30.6%	9 29.0%	0 0.0%	4 100.0%	5 17.2%	5 100.0%	
CKD (専門医対象者)	1	3	0	0	0	5	
心電図所見あり	10	6	0	4	5	1	

令和 4 年度 特定健診受診者（法定報告）

ウ LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の減少

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。

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 5.8%、女性では 6.1%と減少しています。全国と比べても、男女とも低くなっています。(図表 37)

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 38)

第 2 期保健事業実施計画の中間評価の課題として、LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の未治療者が多かったことから、令和 3 年度には町独自で実施している動脈硬化症予防健診(二次健診)の対象に、LDL コレステロール 180mg/dl 以上または冠動脈疾患発症リスク 中リスク以上の 160~179mg/dl

の未治療者を追加しました。受診者の中には頸動脈超音波検査でプラークが見つかり、治療につながった者もいます。

中間評価時に令和4年度の目標値をデータヘルス計画との整合性を図り、男女とも5%台に変更しましたが、男性は達成、女性は未達成です。引き続き男女とも「5%台」を目標とし、男性は維持、女性は減少を目指し取り組みます。

図表 37 LDL コレステロール 160mg/dl 以上

年度	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			
	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	28年度	元年度	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	28年度	元年度	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	28年度	元年度	
受診者数	1,551	1,327	1,062	—	7,524	1,615	662	575	452	—	3,073	658	889	752	610	—	4,451	957	
LDL160 mg/dl以上	人数	117	87	63	—	827	201	36	37	26	—	274	73	81	50	37	—	553	128
	割合	7.5%	6.6%	5.9%	5.0%台	11.0%	12.4%	5.4%	6.4%	5.8%	5.0%台	8.9%	11.1%	9.1%	6.6%	6.1%	5.0%台	12.4%	13.4%
(再掲) LDL180 mg/dl以上	人数	38	25	13		75	12	10	8		25	26	15	5				50	
	割合	2.5%	1.9%	1.2%		4.6%	1.8%	1.7%	1.8%		3.8%	2.9%	2.0%	0.8%				5.2%	

町：特定健診受診者（法定報告） 国：国民健康・栄養調査

図表 38 未治療者の管理目標からみた LDL コレステロール

				28年度	4年度
受診者数				1,062	1,327
LDL120mg/dl以上で服薬なしの者				470	340
				44.3%	25.6%
管理 区分 及び LDL 管理 目標	一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の 適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	85	72
			18.1%	21.2%	
		中リスク	140未満 (170未満)	228	152
	48.5%	44.7%			
	高リスク	120未満 (150未満)	147	112	
		31.3%	32.9%		
	再掲	100未満 (130未満)	10	3	
			2.1%	0.9%	
	二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往	100未満 (130未満)	10	4
				2.1%	1.2%

令和4年度 特定健診受診者（法定報告）

エ 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平成 23 年度と比較すると、総数、男女ともに増加しており、全国・北海道並みとなっています。目標値の達成状況は、いずれも未達成です。(図表 39)

一方、メタボリックシンドロームの予備群は、総数・男性は減少していますが、女性で増加しており、全国・北海道よりも高い割合となっています。目標値の達成状況は、いずれも未達成です。(図表 40)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ともに目標未達成のため、引き続き減少に向けて取り組みます。

図表 39 メタボリックシンドロームの該当者の状況

		総数				男性				女性			
		23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値
町	受診者	1,551	1,328	1,062	—	662	575	425	—	889	755	610	—
	該当者	250	233	217	—	160	147	148	—	90	86	69	—
	割合	16.1%	17.5%	20.4%	15.0%未満	24.2%	25.6%	32.7%	25.0%台	10.1%	11.4%	11.3%	10.0%未満
全国	割合	18.9%	17.4%	20.6% (R3)	—	29.9%	28.0%	33.0% (R3)	—	11.3%	9.7%	11.4% (R3)	—
全道	割合	15.1%	16.9%	20.5% (R3)	—	24.2%	28.1%	33.4% (R3)	—	10.1%	9.2%	11.3% (R3)	—

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連合会）

国：平成 23 年度 国民健康・栄養調査

平成 24～令和 3 年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書（国民健康保険中央会）

図表 40 メタボリックシンドロームの予備群の状況

		総数				男性				女性			
		23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値
町	受診者	1,551	1,328	1,062	—	662	575	425	—	889	755	610	—
	予備群	167	122	113	—	117	80	70	—	50	42	43	—
	割合	10.8%	9.2%	10.6%	9.0%台	17.7%	13.9%	15.5%	14.0%台	5.6%	5.6%	7.0%	5.0%台
全国	割合	14.8%	10.6%	11.2% (R3)	—	24.2%	17.2%	18.0% (R3)	—	8.3%	5.8%	6.2% (R3)	—
全道	割合	11.2%	10.5%	10.9% (R3)	—	17.7%	17.8%	17.9% (R3)	—	5.6%	5.5%	6.0% (R3)	—

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連合会）

国：平成 23 年度 国民健康・栄養調査

平成 24～令和 3 年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書（国民健康保険中央会）

オ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療において関係があり、高血圧を介して慢性腎臓病(CKD)や心不全の発症・重症化予防に關与している可能性が示されています。また、食塩摂取量が増えるに従い、胃がんのリスクを高めると言われています。摂取されたナトリウムは、その大部分が小腸で吸収され、90%以上は腎臓経路により尿中に排泄されます。

現在、上富良野町立病院で実施している特定健診では、随時尿検査(ナトリウム、クレアチニン)から推定1日食塩摂取量を算出しています。令和4年度34人が測定し、1日に何グラムの食塩を摂っていたか数値で知ることによって「思っていたよりも食塩をとっていた。」と、食塩が多くなる食習慣の気づきにもなっています。減塩指導に際し個人の食塩摂取量を評価する重要性や、実地診療の場や健診機関等で尿中ナトリウム測定値から推定1日食塩摂取量を評価することの重要性が、「高血圧治療ガイドライン2019」にも、記載されています。

1日食塩摂取量測定者の結果をみると、高血圧者の目標食塩量(6g未満/日)の倍である12g以上摂取者は、平成28年度27.3%から令和4年度13.3%に減少していますが、日本人の食事摂取基準2020年版の目標量(男性7.5g未満/日、女性6.5g未満/日)以上の食塩摂取者の割合は、平成28年度81.5%から令和4年度88.2%と増加しています。(図表41)

図表 41 日食塩摂取量測定結果 (g)

		日本人の食事摂取基準 2020 目標量		目標量以上				総数	
		男：7.5 g 未満 女：6.5 g 未満		男：7.5 g 以上 女：6.5 g 以上		再掲) 12 g 以上			
		28 年度	4 年度	28 年度	4 年度	28 年度	4 年度	28 年度	4 年度
総数	人数	10	4	44	30	12	4	54	34
	割合	18.5%	11.8%	81.5%	88.2%	27.3%	13.3%		
男性	人数	6	2	15	8	3	2	21	10
	割合	28.6%	20.0%	71.4%	80.0%	20.0%	25.0%		
女性	人数	4	2	29	22	9	2	33	24
	割合	12.1%	8.3%	87.9%	91.7%	31.0%	9.1%		

平成 28 年度・令和 4 年度上富良野町立病院での特定健診受診者

近年、手軽に食べることができる惣菜や冷凍食品などの加工食品の販売も増えており、加工食品は選び方により食塩の摂取量も多くなります。

消費者庁は、食品表示制度で決められている栄養成分表示のナトリウム含有量を食塩相当量の表示に2020年4月1日に変更しました。以前はナトリウム含有量から食塩相当量に計算が必要でしたが、変更により商品に食塩相当量が表示されています。日頃から食塩相当量を確認し、食塩摂取が目標より多くならないような食品を選ぶ力、食べ方の工夫が必要です。

特に、味覚を形成していく乳幼児期から加工食品を多く摂取することで、味覚が慣れてしまい塩分が少ないと「物足りない」と感じてしまうため、食塩摂取量の減少に向けての活動は成人期からでは遅く、妊娠期・乳幼児期からも必要です。

カ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

(1 日当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)

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われています。

国は、アルコール健康障害対策基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第 2 期計画において、その基本的施策として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るために、それぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「飲酒ガイドライン」を作成しました。ガイドラインでは、生活習慣病のリスクを高める量を、1 日当たりの「純アルコール量」で、男性は 40g 以上(2合以上)、女性は 20g 以上(1合以上)を摂取した場合とした上で、体質などによってより少ない量にすることが望ましいとしています。また、高血圧やがんなどの病気ごとに、どの程度の飲酒をすると発症リスクが高まるか、研究に基づいて純アルコール量で目安を示しています。(図表 42)

特定健診質問項目「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性、女性ともに増加しており、目標は未達成です。(図表 43)

参考 純アルコール量 20g の目安

ビール	日本酒	ウイスキー	ワイン	酎ハイ (7%)	焼酎 (25%)
中瓶 1 本	1 合	ダブル 1 杯	グラス 2 杯	缶 1 本	グラス 1/2 杯
500ml	180ml	60ml	200ml	350ml	100ml

図表 42 発症リスクが高くなる目安 (純アルコール量)

※1 日量は参考値

	男性	女性
脳梗塞	300g 以上/週 (40g/日)	75g 以上/週 (11g/日)
高血圧	少しの飲酒でも	
胃がん	少しの飲酒でも	150g 以上/週 (20g/日)
大腸がん	150g 以上/週 (20g/日)	
肝がん	450g/週 (60g/日)	150g/週 (20g/日)

図表 43 1 日当たりの純アルコール摂取量男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合

	男性				女性			
	23 年度	28 年度	4 年度	4 年度 目標値	23 年度	28 年度	4 年度	4 年度 目標値
受診者数	662	575	452		889	752	610	
人数	81	85	79		51	66	63	
割合	12.2%	14.8%	17.5%	減少	5.7%	8.8%	10.3%	減少

令和 4 年度 特定健診受診者 (法定報告)

キ 睡眠で休養が取れている者の増加

睡眠の不足は集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があることだけでなく、長期的に、からだところの健康にも影響を及ぼします。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン(食欲を抑制するホルモン)が減少し肥満になりやすくなるなど体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き心血管病のリスクが高まることが科学的にも明らかになっています。

特定健診健診質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について、「はい」と答えた者の変化をみると、男女とも平成 25 年度から令和 4 年度で改善傾向であり、目標を達成しています。(図表 44)

図表 44 睡眠で休養がとれている者の割合 (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	4 年度	4 年度	25 年度	28 年度	4 年度	4 年度
40～74 歳		83.3%	83.0%	86.7%	76.2%	75.8%	75.4%	78.6%	73.0%
年齢階層別	40～44 歳	67.9%	66.7%	80.0%	71.1%	80.0%	54.2%	75.0%	70.3%
	45～49 歳	77.8%	90.9%	87.1%	71.3%	50.0%	77.8%	65.4%	69.4%
	50～54 歳	65.1%	57.1%	76.2%	70.8%	69.6%	58.8%	77.5%	66.7%
	55～59 歳	74.0%	60.5%	81.2%	71.1%	69.9%	84.0%	65.0%	67.1%
	60～64 歳	82.2%	79.8%	88.6%	73.9%	70.9%	71.9%	85.5%	71.3%
	65～69 歳	89.4%	85.1%	86.9%	77.4%	77.4%	75.6%	79.4%	73.8%
	70～74 歳	87.7%	90.7%	88.6%	79.2%	82.8%	79.4%	80.4%	75.1%

特定健診質問票調査 (KDB)

(3) 具体的な取り組み

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、その多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症・重症化、合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症・重症化予防が可能です。

町民一人ひとりが生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口として特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることによって段階に応じた予防ができるための保健指導が重要です。

高齢化に伴い増加している心不全は、「脳卒中と循環器病克服第二次 5 年計画」において脳卒中、血管病とともに重要3疾患のうちの一つとされています。心不全は進行性の病態で発症・重症化予防が重要です。また、心不全を早期発見するためには、息切れやむくみなどの症状を年のせいと放置せず、受診することが必要です。脳性ナトリウムペプチド(BNP)値の測定が心不全の早期発見には有用とされていることや生活習慣の改善を目的に推定1日食塩摂取量の測定など、健診項目を町独自の追加実施を検討していきます。

メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は、循環器病をいかに予防するかということです。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪が蓄積している状態であり、肥満との相関がみられることから、具体的な取り組みについては肥満の改善と同様に進めていきます。

(3 糖尿病 (3)具体的な取り組み参照)

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、健康カレンダー、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
- ・特定健康診査に町独自で検査項目の追加を検討(BNP、推定1日食塩摂取量)

ウ 循環器病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
 - 高LDLコレステロール血症の学習教材の活用
- ・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3期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準じる
- ・医療機関との連携

3 糖尿病

(1) 基本的な考え方

糖尿病は、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り、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病と同様に、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、成人中途失明の原因疾患としても第3位に位置しています。

全国の糖尿病有病者数は、「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが重要です。

本町では、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。

(2) 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

本町における新規透析導入者数は平成23年度と比較して減少しています。

新規透析導入者の原因疾患をみると、糖尿病性腎症は令和4年度0人です。(図表45)

図表 45 人工透析患者の推移

		23年度	28年度	4年度
町内透析者数		35	25	26
新規透析者数		7	3	6
(再掲)	腎炎等	3	3	6
原因疾患	糖尿病性	4	0	0

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。総数における目標値の達成状況は、未達成です。(図表 46)

HbA1c6.5%以上は 111 人いますが、そのうち未治療は 31 人います。31 人の中には、薬物療法は行っていないが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的な検査を受けている者も多くいます。KDB 等で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。

図表 46 HbA1c6.5%以上の者の割合

年度		総数				男性			女性			
		23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	
受診者数		1,538	1,309	1,048	—	655	566	444	883	743	604	
HbA1c6.5 以上	人数	113	109	111	—	55	52	54	58	57	57	
	割合	7.3%	8.3%	10.6%	7.0%未満	8.4%	9.2%	12.2%	6.6%	7.7%	9.4%	
治療の有無	治療なし	人数	1,425	1,179	930	—	607	496	386	829	683	544
	(再掲) HbA1c6.5 以上	人数	47	32	31	—	24	13	16	23	19	15
		割合	3.3%	2.7%	3.3%	—	4.0%	2.6%	4.1%	2.8%	2.8%	2.8%
	治療あり	人数	102	130	118	—	48	70	58	54	60	60
	(再掲) HbA1c6.5 以上	人数	66	77	80	—	31	39	38	35	38	42
		割合	64.7%	59.2%	67.8%	—	64.6%	55.7%	65.5%	64.8%	63.3%	70.0%

町：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 2022-2023」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ています。

総数、男性、女性のいずれにおいても平成 23 年度と比較して増加していますが、総数の目標は達成しています。(図表 47)

図表 47 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

	総数				男性			女性		
	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数	1,551	1,327	1,062	—	662	575	452	889	752	610
人数	131	146	127	—	65	74	65	66	72	62
割合	8.4%	11.0%	12.0%	12.0%台	9.8%	12.9%	14.4%	7.4%	9.6%	10.2%

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%以上の者のうち糖尿病治療中者は、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。中間評価時に目標値を現状維持に変更したことから、平成 28 年度の数値と比較しても増加していることから、目標は達成しています。(図表 48)

糖尿病治療中である 80 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 48 HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

年度		総数				男性			女性		
		23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数		1,538	1,309	1,048		655	566	444	883	743	604
HbA1c6.5% 以上	人数	113	109	111		55	52	54	58	57	57
	割合	7.3%	8.3%	10.6%		8.4%	9.2%	12.2%	6.6%	7.7%	9.4%
(再掲) 治療あり	人数	66	77	80		31	39	38	35	38	42
	割合	58.4%	70.6%	72.0%	現状維持	56.4%	75.0%	70.4%	60.3%	66.7%	73.7%
(再掲) 治療なし	人数	47	32	31		24	13	16	23	19	15
	割合	41.6%	29.4%	28.0%		43.6%	25.0%	29.6%	39.7%	33.3%	26.3%

※「治療あり」は問診票で服薬ありの者 特定健診受診者（法定報告）

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

(HbA1c(NGSP)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 2019」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。

2013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、「血糖正常化を目指す際の目標」として HbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」が HbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」として 8.0%未満と定められました。(図表 49)

2016年5月には日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、65歳以上の高齢者の血糖コントロール目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とする HbA1c 値を決定するとされています。(図表 50)

血糖コントロール指標である HbA1c7.0%以上の者をみると、平成 23 年度と比較して総数と男性では増加していますが、女性では減少しています。さらに HbA1c8.0%以上の者は総数、男性、女性のすべてにおいて減少しています。HbA1c7.0%以上、8.0%以上の者の割合は、ともに目標値は達成しています。(図表 51、図表 52)

65歳未満の治療中の者の HbA1c の分布を平成 23 年度と比較すると、コントロール不良の HbA1c7.0%以上の割合は減少しています。合併症を予防するための目標である HbA1c7.0%未満(6.0-6.9%)をみると、平成 23 年度では HbA1c6.0-6.4%が多くなっていましたが、令和 4 年度では HbA1c6.5-6.9%が多くなっています。コントロール不良者は減少していますが、合併症を予防するために少しでも血糖を正常に近い値に近いくことが重要です。(図表 53)

65歳以上の治療中の者の HbA1c の分布をみると、HbA1c8.0%以上が減少したことにより、コントロール不良の HbA1c7.0%以上は減少しています。(図表 54)

図表 49 65歳以下の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 50 高齢者の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態	カテゴリー I	カテゴリー II	カテゴリー III	
	①認知機能正常かつ ②ADL自立	①軽度の認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上75歳未満 7.5%未満（下限6.5%）	75歳以上 8.0%未満（下限7.0%）	8.0%未満（下限7.0%）

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 51 HbA1c7.0%以上の状況

年度	総数				男性			女性		
	23年度	28年度	4年度	4年度目標値	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数	1,538	1,309	1,048	—	655	566	444	883	743	604
HbA1c7.0%以上	人数	55	58	41	—	26	27	22	29	31
	割合	3.6%	4.4%	3.9%	4.0%未満	4.0%	4.8%	5.0%	3.3%	4.2%
(再掲) HbA1c8.0%以上	人数	16	11	5	—	9	3	2	7	8
	割合	1.0%	0.8%	0.5%	(1.0%未満)	1.4%	0.5%	0.5%	0.8%	1.1%

特定健診受診者（法定報告）

図表 52 HbA1c7.0%以上の者の治療の有無

		23年度	28年度	4年度
HbA1c7.0%以上		55	58	41
治療あり	人数	35	45	34
	割合	63.6%	77.6%	82.9%
再掲	40-64歳	人数	7	10
		割合	20.0%	22.2%
	65-74歳	人数	28	35
		割合	80.0%	77.8%
治療なし	人数	20	13	
	割合	36.4%	22.4%	
再掲	40-64歳	人数	9	5
		割合	45.0%	38.5%
	65-74歳	人数	11	8
		割合	55.0%	61.5%

特定健診受診者（法定報告）

図表 53 65 歳未満の治療者の血糖コントロールの分布

		23 年度		28 年度		4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.9%以下		1	4.3%	3	9.1%	2	9.1%
6.0-6.9%		15	65.2%	20	60.6%	16	72.7%
再掲	6.0-6.4%	8	34.8%	12	36.4%	5	22.7%
	6.5-6.9%	7	30.4%	8	24.2%	11	50.0%
7.0%以上		7	30.4%	10	30.3%	4	18.2%
再掲	7.0-7.9%	5	21.7%	8	24.2%	4	18.2%
	8.0%以上	2	8.7%	2	6.1%	0	0.0%
合計		23		33		22	

特定健診受診者（法定報告）

図表 54 65 歳以上の治療者の血糖コントロールの分布

		23 年度		28 年度		4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.9%以下		4	5.1%	14	14.4%	11	11.5%
6.0-6.9%		47	59.5%	48	49.5%	55	57.3%
再掲	6.0-6.4%	23	29.1%	24	24.7%	20	20.8%
	6.5-6.9%	24	30.4%	24	24.7%	35	36.5%
7.0%以上		28	35.4%	35	36.1%	30	31.3%
再掲	7.0-7.9%	20	25.3%	29	29.9%	27	28.1%
	8.0%以上	8	10.1%	6	6.2%	3	3.1%
合計		79		97		96	

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、循環器病、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、血糖を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。

肥満（BMI25 以上）の者は、総数、男性、女性のすべてで増加しています。（図表 55）

年代別でみると、男女とも 40 歳代と 50 歳代後半、60 歳代前半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 56）

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。

低体重（BMI18.5 未満）の者は、男性では減少していますが、総数と女性で増加しています。特に 20 歳代の女性で多く、50 歳代、60 歳代、70 歳代で増加しています。若いうちから適正体重を維持し、筋肉量を維持していくことが重要です。母子保健やサルコペニア発症・重症化予防の事業と合わせて取り組むことが必要です。（図表 58 図表 57、図表 58）

普通体重（BMI18.5～25.0 未満）の者は、総数、男性、女性のすべてで減少しています。普通体重の者の中にも体成分を測定することで、筋力量の減少がみられる者もいるため、定期的に体重や筋肉量を測定していくことが必要です。

図表 55 BMI25 以上（肥満）の者の割合（40～74 歳）

年度	総数			男性				女性			
	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値
受診者数	1,551	1,327	1,062	662	575	452		889	752	610	
人数	435	374	343	219	182	172		216	192	171	
割合	28.0%	28.2%	32.3%	33.1%	31.7%	38.1%	30.0%未満	24.3%	25.5%	28.0%	25.0%未満

特定健診受診者（法定報告）

図表 56 BMI25 以上の年代別の割合（5 歳刻み）

年度		総数			男性			女性		
		23 年度	28 年度	4 年度	23 年度	28 年度	4 年度	23 年度	28 年度	4 年度
20～24 歳	受診者数	9	13	11	4	4	6	5	9	5
	人数	1	2	1	0	0	1	1	2	0
	割合	11.1%	15.4%	9.1%	0.0%	0.0%	16.7%	20.0%	22.2%	0.0%
25～29 歳	受診者数	38	39	17	20	18	4	18	21	13
	人数	9	8	4	7	5	1	2	3	3
	割合	23.7%	20.5%	23.5%	35.0%	27.8%	25.0%	11.1%	14.3%	23.1%
30～34 歳	受診者数	79	80	43	35	33	11	44	47	32
	人数	17	17	11	13	12	4	4	5	7
	割合	21.5%	21.3%	25.6%	37.1%	36.4%	36.4%	9.1%	10.6%	21.9%
35～39 歳	受診者数	89	87	52	42	35	19	47	52	33
	人数	24	19	8	15	12	4	9	7	4
	割合	27.0%	21.8%	15.4%	35.7%	34.3%	21.1%	19.1%	13.5%	12.1%
40～44 歳	受診者数	54	51	45	19	27	25	35	24	20
	人数	10	14	25	5	7	13	5	7	12
	割合	18.5%	27.5%	55.6%	26.3%	25.9%	52.0%	14.3%	29.2%	60.0%
45～49 歳	受診者数	62	60	58	22	23	31	40	37	27
	人数	21	19	22	11	9	15	10	10	7
	割合	33.9%	31.7%	37.9%	50.0%	39.1%	48.4%	25.0%	27.0%	25.9%
50～54 歳	受診者数	90	54	63	47	21	22	43	33	41
	人数	30	21	18	18	9	7	12	12	11
	割合	33.3%	38.9%	28.6%	38.3%	42.9%	31.8%	27.9%	36.4%	26.8%
55～59 歳	受診者数	178	93	57	70	42	16	108	51	41
	人数	48	33	22	23	17	8	25	16	14
	割合	27.0%	35.5%	38.6%	32.9%	40.5%	50.0%	23.1%	31.4%	34.1%
60～64 歳	受診者数	299	222	105	128	90	44	171	132	61
	人数	85	64	43	45	34	20	40	30	23
	割合	28.4%	28.8%	41.0%	35.2%	37.8%	45.5%	23.4%	22.7%	37.7%
65～69 歳	受診者数	401	410	276	171	174	110	230	236	166
	人数	109	121	80	53	54	40	56	67	40
	割合	27.2%	29.5%	29.0%	31.0%	31.0%	36.4%	24.3%	28.4%	24.1%
70～74 歳	受診者数	467	437	458	205	198	204	262	239	254
	人数	132	102	133	64	52	69	68	50	64
	割合	28.3%	23.3%	29.0%	31.2%	26.3%	33.8%	26.0%	20.9%	25.2%

令和 4 年度特定健診受診者（法定報告）

図表 57 BMI18.5～25.0 未満（普通体重）、BMI18.5 未満（低体重）の者の割合（40～74 歳）

		総数			男性			女性		
		23 年度	28 年度	4 年度	23 年度	28 年度	4 年度	23 年度	28 年度	4 年度
受診者数		1,551	1,327	1,062	662	575	452	889	752	610
18.5 未満	人数	77	85	68	18	24	8	59	61	60
	割合	5.0%	6.4%	6.4%	2.7%	4.2%	1.8%	6.6%	8.1%	9.8%
18.5-25.0 未満	人数	1,039	868	651	425	369	272	614	499	379
	割合	67.0%	65.4%	61.3%	64.2%	64.2%	60.2%	69.1%	66.4%	62.1%

令和 4 年度特定健診受診者（法定報告）

図表 58 女性の BMI18.5 未満の年代別の割合（10 歳刻み）

		23 年度	28 年度	4 年度
20～29 歳	受診者数	23	30	18
	人数	6	8	5
	割合	26.1%	26.7%	27.8%
30～39 歳	受診者数	91	99	65
	人数	17	19	5
	割合	18.7%	19.2%	7.7%
40～49 歳	受診者数	75	61	47
	人数	13	9	2
	割合	17.3%	14.8%	4.3%
50～59 歳	受診者数	151	84	82
	人数	9	8	14
	割合	6.0%	9.5%	17.1%
60～69 歳	受診者数	401	368	227
	人数	23	29	22
	割合	5.7%	7.9%	9.7%
70～74 歳	受診者数	262	239	254
	人数	14	15	22
	割合	5.3%	6.3%	8.7%

令和 4 年度特定健診受診者（法定報告）

カ 野菜摂取量の増加

野菜は、ビタミン・ミネラル・食物繊維などの栄養が豊富で、体内で作ることができないため、食事からとることが大切です。野菜の基準量 1日 350gのうち、緑黄色野菜は 1/3 の 120g程度とる事が推奨されています。緑黄色野菜はビタミンA、葉酸を多く含み、細胞が生まれ変わる時に必要で、子どもが成長する(細胞が増える)ためにも使われるため、胎児期から必要な栄養素です。また、野菜に含まれる抗酸化ビタミン(ビタミンA・C・E)は、動脈硬化やがん・老化・免疫低下を引き起こす活性酸素の働きを抑える役割があります。

食事に適切な量の野菜があると、噛むことで満腹中枢が刺激されます。咀嚼回数は、野菜の食物繊維に関連します。食物繊維の適量摂取は、胃袋の満足感に繋がり、腸では油や糖の吸収が抑えられます。また、食物繊維は腸で善玉菌のえさになり、免疫力を高める短鎖脂肪酸を生み出し、脂質異常症や糖尿病・肥満といった生活習慣病発症予防とも関係があるため大切な栄養素です。

また、野菜は味覚形成と関係しており、食べる経験を重ねることで好きになる味の苦味や酸味(後天的味覚)の形成と関係しており、子どもの頃から野菜を食べ慣れていくことも大切です。

本町では、平成 25 年度から特定健診問診項目に「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。

しかし、65 歳以上の高齢者では、サルコペニア(筋肉量減少症)予防の観点から、野菜の優先摂取よりも、筋肉の材料であるたんぱく質の優先摂取が望まれるため、65 歳以上の高齢者は今回の評価から除き、年齢区分を 20 歳～64 歳までを対象としました。これに伴い、平成 25、28 年度も同様に数値を修正しています。

1日に野菜を 350g 以上摂取している者の割合は、総数で平成 25 年度 30.9%でしたが、平成 28 年度 23.7%と減少し令和 4 年度 37.3%に増加しました。(図表 59) 年代別にみると、男性、女性共どの年代も全国より多くなっています。(図表 60)

図表 59 1日に野菜を 350g 以上摂取している者

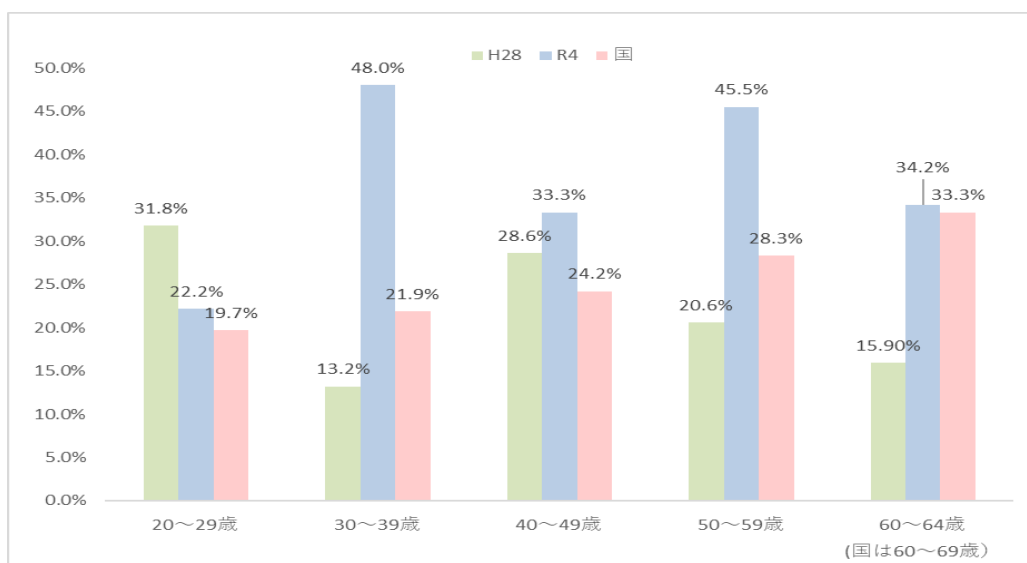
	総数				男性				女性			
	上富良野町			全国	上富良野町			全国	上富良野町			全国
	25 年度	28 年度	4 年度	元年	25 年度	28 年度	4 年度	元年	25 年度	28 年度	4 年度	元年
受診者	818	688	394	3,388	353	290	153	1,596	465	398	241	1,792
人数	253	163	147	869	100	57	58	433	153	106	89	436
割合	30.9%	23.7%	37.3%	25.6%	28.3%	19.7%	37.9%	27.1%	32.9%	26.6%	36.9%	24.3%

町：平成 28 年度・令和 4 年度若年者健診受診者・特定健診受診者（法定報告）※20～64 歳

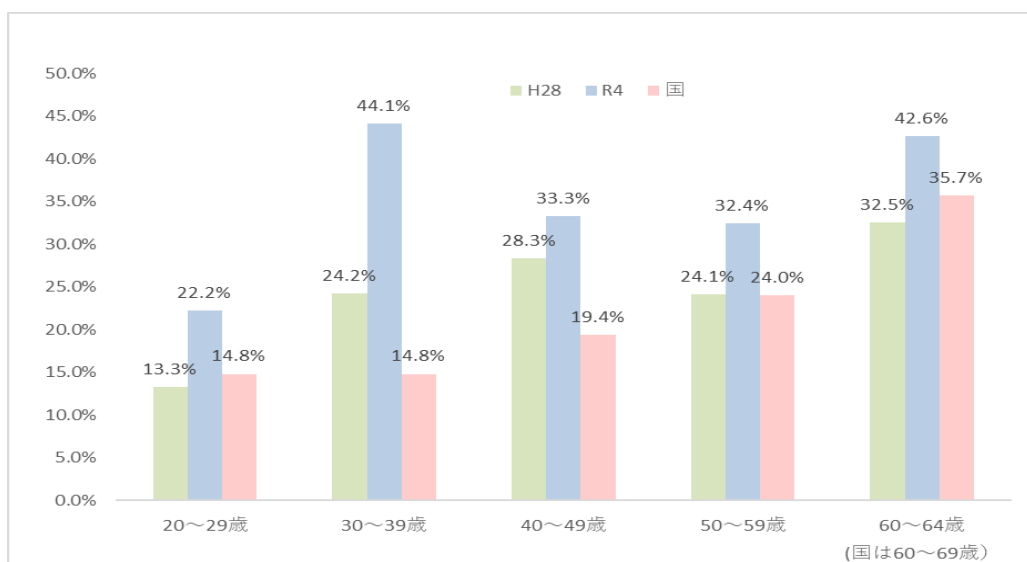
国：令和元年国民健康・栄養調査（令和 2・3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により実施なし）

図表 60 年代別 1日に野菜を350g以上摂取している者の割合

男性



女性



町：平成 28 年度・令和 4 年度若年者健診受診者（20～39 歳）・特定健診受診者（法定報告）
 国：令和元年国民健康・栄養調査（令和 2・3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により実施なし）

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であり、「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・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器病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、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

(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)

日常生活において歩行または同等の身体活動をしている者は、総数で見ると平成23年度60.5%であり、平成28年度57.0%と減少しましたが、令和4年度63.6%と増加しています。男性は、平成23年度と令和4年度を比較すると、64.7%と減少しています。女性は、平成28年度52.6%と減少しましたが、令和4年度62.8%と増加しています。(図表61)

年代別では、令和4年度、男性は50～54歳以外の年代で全国よりも高くなっています。女性では、すべての年代で全国よりも高くなっています。(図表62)

今回は、身体活動を歩行でみていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要があります。

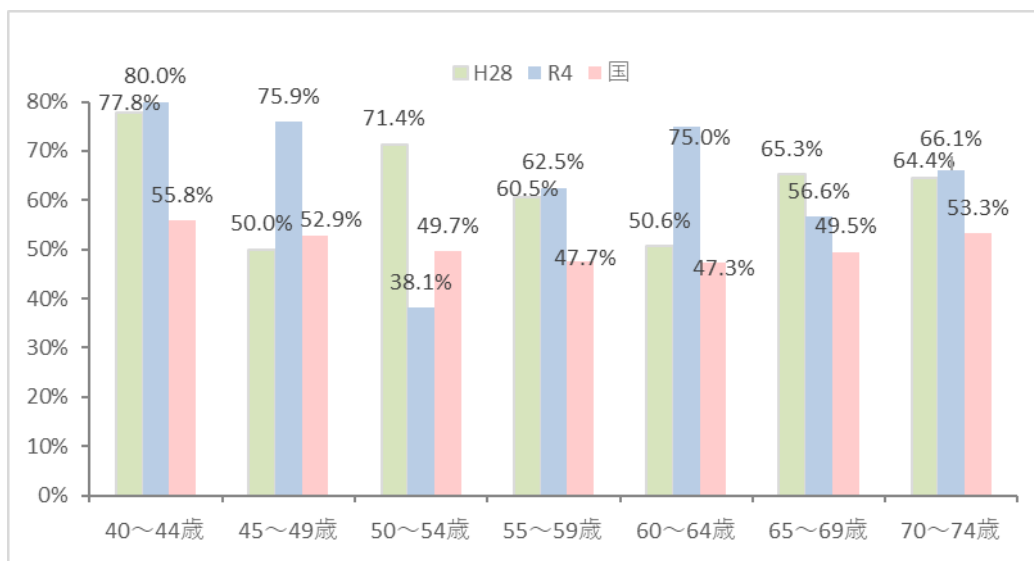
図表 61 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施の有無

	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	4年度	4年度	23年度	28年度	4年度	4年度	23年度	28年度	4年度	4年度	
受診者数	1,537	1,295	1,017	—	655	563	428	—	882	732	589	—	
1日1時間以上の歩行あり	人数	930	738	647	—	431	353	277	—	499	385	370	—
	割合	60.5	57.0	63.6	52.0	65.8	62.7	64.7	51.3	56.6	52.6	62.8	52.6
1日1時間以上の歩行なし	人数	607	557	370	—	224	210	151	—	383	347	219	—
	割合	39.5	43.0	36.4	48.0	34.2	37.3	35.3	48.7	43.4	47.4	37.2	47.4

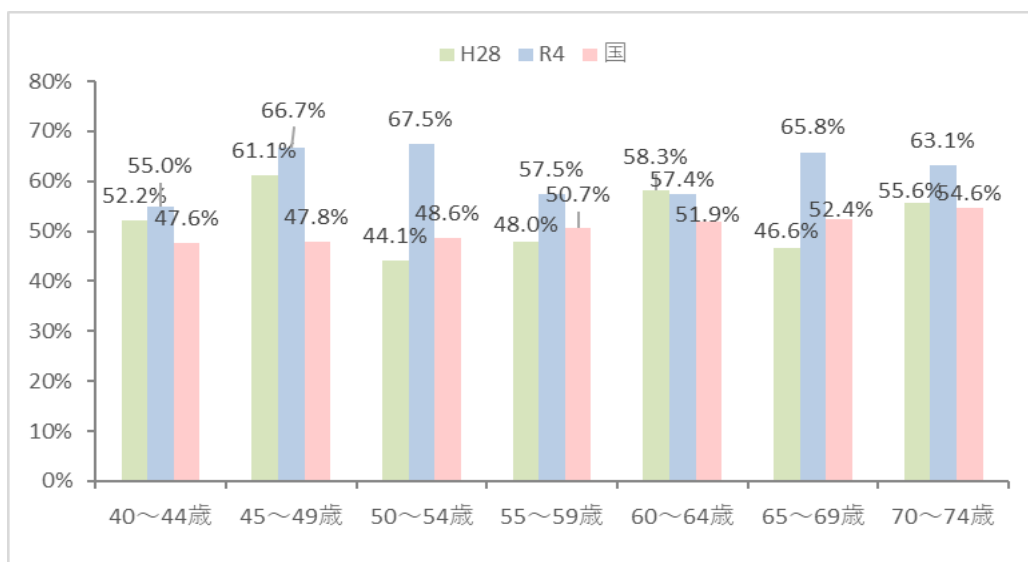
町：特定健診受診者（法定報告） 国：KDB

図表 62 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 時間以上実施している者の割合

男性



女性



町・国：平成 28 年度、令和 4 年度 KDB

(イ) 運動習慣者の増加

(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)

運動習慣がある者の割合は、総数、男性で平成 28 年度に減少したものの、令和 4 年度は平成 28 年度より増加しています。女性では、平成 23 年度 38.3%で平成 28 年度 33.7%と減少しましたが、令和 4 年度 39.2%と増加しています。全国と比較すると、男女ともに高くなっています。(図表 63)

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、本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 64)

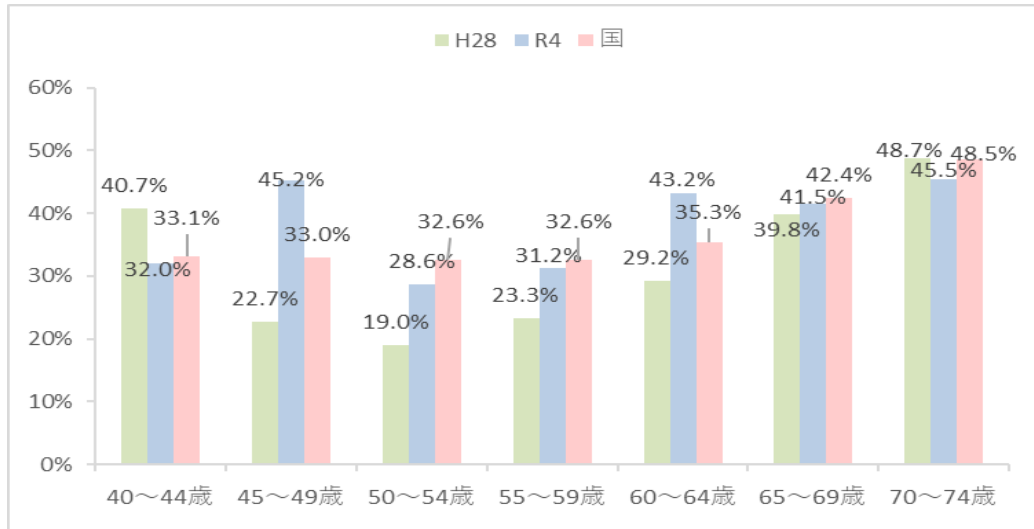
図表 63 運動習慣の有無

	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	4年度	4年度	23年度	28年度	4年度	4年度	23年度	28年度	4年度	4年度	
受診者数	1,540	1,299	1,020	—	655	565	428	—	885	734	592	—	
運動習慣 あり	人数	634	465	413	—	295	218	181	—	339	247	232	—
	割合	41.2%	35.8%	40.5%	39.6%	45.0%	38.6%	42.3%	41.9%	38.3%	33.7%	39.2%	37.8%
運動習慣 なし	人数	906	834	607	—	360	347	247	—	546	487	360	—
	割合	58.8%	64.2%	59.5%	60.4%	55.0%	61.4%	57.7%	58.1%	61.7%	66.3%	60.8%	62.2%

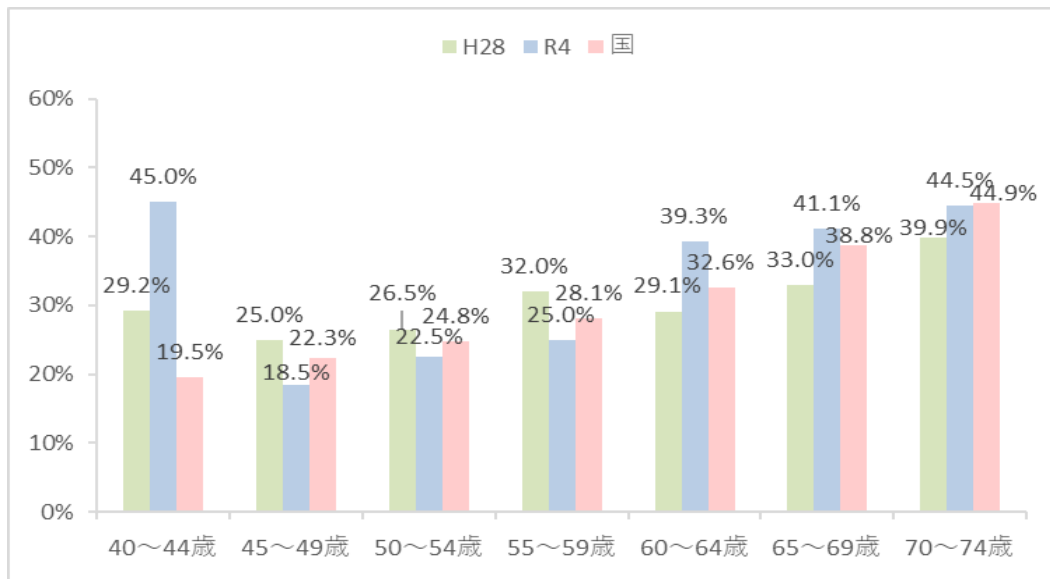
町：特定健診受診者（法定報告） 国：KDB

図表 64 運動習慣がある者の割合（年代別）

男性



女性



町・国：平成 28 年度、令和 4 年度 KDB

ク 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、北海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 65)

年代別で見ると40歳代の受診率は増加していますが、依然として40～50歳代の受診率が低い状況です。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 66)

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 65 年度別特定健診受診率

		年度	23年度	28年度	4年度	4年度 目標値
特定健診	町	対象者数	2,208	1,894	1,504	—
		受診者数	1,551	1,327	1,062	—
		受診率	70.2%	70.1%	70.6%	70.0%以上
	全国	受診率	32.7%	36.6%	27.9%(R3)	—
	全道	受診率	23.5%	27.6%	36.4%(R3)	—
特定保健 指導	町	対象者数	168	130	100	—
		終了者数	141	132	81	—
		実施率	83.9%	101.5%	81.0%	80.0%
	全国	実施率	21.7%	26.3%	33.3%(R3)	—
	全道	実施率	26.7%	33.6%	27.9%(R3)	—

町・道：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（北海道国保連合会）

国：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施概況報告書（国民健康保険中央会）

図表 66 年代別健診受診率

年度		総数			男性			女性		
		23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
40-44 歳	対象者数	116	94	93	53	53	45	63	41	48
	受診者数	54	51	45	19	27	25	35	24	20
	受診率	46.6%	54.3%	48.4%	35.8%	50.9%	55.6%	55.6%	58.5%	41.7%
45-49 歳	対象者数	113	106	96	54	48	55	59	58	41
	受診者数	62	60	58	22	23	31	40	37	27
	受診率	54.9%	56.6%	60.4%	40.7%	47.9%	56.4%	67.8%	63.8%	65.9%
50-54 歳	対象者数	151	93	103	80	44	42	71	49	61
	受診者数	90	54	63	47	21	22	43	33	41
	受診率	59.6%	58.1%	61.2%	58.8%	47.7%	52.4%	60.6%	67.3%	67.2%
55-59 歳	対象者数	271	152	89	127	69	39	144	83	50
	受診者数	178	93	57	70	42	16	108	51	41
	受診率	65.7%	61.2%	64.0%	55.1%	60.9%	41.0%	75.0%	61.4%	82.0%
60-64 歳	対象者数	445	313	160	196	140	73	249	173	87
	受診者数	299	222	105	128	90	44	171	132	61
	受診率	67.2%	70.9%	65.6%	65.3%	64.3%	60.3%	68.7%	76.3%	70.1%
65-69 歳	対象者数	521	571	354	227	248	144	294	323	210
	受診者数	401	410	276	171	174	110	230	236	166
	受診率	77.0%	71.8%	78.0%	75.3%	70.2%	76.4%	78.2%	73.1%	79.0%
70-74 歳	対象者数	591	565	609	273	258	277	318	307	332
	受診者数	467	437	458	205	198	204	262	239	254
	受診率	79.0%	77.3%	75.2%	75.1%	76.7%	73.6%	82.4%	77.9%	76.5%
合計	対象者数	2208	1894	1504	1,010	860	675	1,198	1,034	829
	受診者数	1551	1327	1062	662	575	452	889	752	610
	受診率	70.2%	70.1%	70.6%	65.5%	66.9%	67.0%	74.2%	72.7%	73.6%

令和 4 年度特定健診受診者（法定報告）

(3) 具体的な取り組み

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することです。

糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、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。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の者は、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。

糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には肥満の是正が重要な意義を持ちます。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切です。インスリンの作用は糖代謝だけではなく、脂質及びたんぱく質代謝などにも関わっているため、栄養素バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。そのため、食品を働きで分類した4つの食品群により「1日に何をどれだけ食べたら良いのか」を、妊娠期(胎児期)、幼児期、学童期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせた資料を使い、学習をしていきます。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると筋肉細胞の増殖や合成が妨げられて、筋肉量の減少に繋がる等の理由から筋肉が減少しやすくサルコペニアになりやすいことが分かってきました。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約80%が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させる事も知られており、糖尿病とサルコペニアは負のサイクルを形成します。糖尿病やHbA1cなどの血糖値が高い者は、定期的に筋肉量測定を行い筋肉量の維持・増強を目指すことが大切です。

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
 - 食後高血糖の学習教材の活用
- ・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
- ・医療機関未受診者の対策
- ・第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準じる

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- ・妊娠前の体格に応じた適切な体重増加へ向けての保健指導
- ・出産後の筋肉量、体脂肪量測定の結果に応じた保健指導
- ・冬期間の体重増加者に対する保健指導
- ・対象者への理解を深めるため、ガイドラインの学習、メカニズムの学習(肥満症診療ガイドライン)

ウ サルコペニア発症予防・重症化予防(7 高齢者の健康)と併せた活動

- ・筋肉量測定の結果に応じた保健指導

参考

各ライフステージでの体格に関するガイドラインを整理しました。～適正体重の維持を目指す～

	妊娠期(胎児)・授乳期	乳児 0歳	幼児 1歳～5歳
基本的な考え方 (日本人の食事摂取基準 2020年版)	妊娠期及び授乳期は、本人に加えて児のライフステージの最も初期段階での栄養状態を形づくるものとして重要である。	ライフステージの初期においては、体内での栄養状態や母乳からの各種栄養素の摂取も含めた乳児期及び成長期における栄養状態について特段の配慮を行う必要がある。	ライフステージの初期においては、体内での栄養状態や母乳からの各種栄養素の摂取も含めた乳児期及び成長期における栄養状態について特段の配慮を行う必要がある。 幼児肥満ガイド: WHOの指針では、幼児期は非感染性疾患(NCD)のリスク要因である高血圧、喫煙、2型糖尿病、運動不足、肥満に対し予防の効果が期待できる重要な介入時期とされています。
		平成24年度からの母子健康手帳には2010年の調査による乳幼児身体発育曲線が掲載されました。一方、乳幼児の身体発育や栄養状態の評価、医学的判断については、関係学会の見解等を踏まえ2000年の調査結果を用いることとされています。	平成24年度からの母子健康手帳には2010年の調査による乳幼児身体発育曲線が掲載されました。一方、乳幼児の身体発育や栄養状態の評価、医学的判断については、関係学会の見解等を踏まえ2000年の調査結果を用いることとされています。
肥満	指数理由	健全な発育のため 肥満者では20歳ころまで脂肪細胞が増加	健全な発育のため 幼児肥満は成人肥満と相関、成人肥満を予防するうえで重要。 ○幼児肥満の問題点 身体的問題点-1 幼児のNAFLD(非アルコール性脂肪性肝疾患) 小児のNAFLDの大部分は肥満に伴うNAFLDです。 身体的問題点-2 糖代謝障害 幼児肥満では、一般的にまだ内臓脂肪や異所性脂肪の蓄積は少なく、インスリン抵抗性の増加も軽度にとどまっています。 身体的問題点-3 脂質代謝障害
	体格指数	肥満1度(BMI25.0以上30未満) 肥満2度以上(BMI30以上)	成長曲線(身体発育曲線)を用いて成長の経過を縦断的に観察することで行う。 肥満度曲線 +15%以上+20%未満 ふとりぎみ +20%以上+30%未満 ややふとりすぎ +30%以上 ふとりすぎ
	体脂肪(過脂肪状態) 肥満の定義上は、肥満を診断するためには体脂肪量の測定が必要であり、体脂肪量測定法には生体電気インピーダンス法やDXA法がある。		幼児期は乳児期に増加した体脂肪率がいったん減少してから再び増加するというように体組成に大きな変化が起こる時期ですので、将来肥満になるリスクを幼児期の一時点での肥満度だけで判断できない場合もあります。
	目標	肥満1度(BMI25.0以上30未満)体重増加目標7～10kg 肥満2度以上(BMI30以上)体重増加目標個別対応、上限5kgまでが目安	体重や身長を計測し、成長曲線(身体発育曲線)のカーブに沿っているか、成長曲線から大きく外れるような成長の停滞や体重増加が無いかなどを検討する。
生活習慣病	高出生体重児、低出生体重児のいずれであってもAR(幼少期にBMIが低下から上昇に転ずる現象:体脂肪あるいは体脂肪率の変化を反映し、乳児期に増加した体脂肪が幼児期前半にかけていったん減少し、再び幼児期後半から成人期にかけて脂肪蓄積が始まることを示す現象ARが早いほど将来肥満になりやすい)は早くなる傾向にあり、実際、2型糖尿病などの生活習慣病の発症率が高まることが明らかにされました。 妊娠中にGDMや“妊娠中の明らかな糖尿病”が否定されていたとしても、今回が巨大児や肩甲難産であった場合には、再発予防の意味を含めて分娩後6～12週での75gOGTTを勧める。		幼児期に発症する糖尿病は、自己免疫による1型糖尿病がほとんどで、まれに単一遺伝子異常による糖尿病があります。
	指数理由	・健全な発育のため ・栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など) ・代謝亢進(甲状腺機能亢進症、慢性疾患、感染症など) ・栄養利用不全(先天性疾患・遺伝疾患、代謝疾患など) 低栄養の影響は体重→身長→頭囲の順で現れますので、身長伸びが緩やかになってきたら低身長をきたす疾患に罹患していないか、摂取する栄養素をどう増やすか、検討する必要があります。	・健全な発育のため ・栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など) ・代謝亢進(甲状腺機能亢進症、慢性疾患、感染症など) ・栄養利用不全(先天性疾患・遺伝疾患、代謝疾患など) 低栄養の影響は体重→身長→頭囲の順で現れますので、身長伸びが緩やかになってきたら低身長をきたす疾患に罹患していないか、摂取する栄養素をどう増やすか、検討する必要があります。
やせ	指数理由	・健全な発育のため ・栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など) ・代謝亢進(甲状腺機能亢進症、慢性疾患、感染症など) ・栄養利用不全(先天性疾患・遺伝疾患、代謝疾患など) 低栄養の影響は体重→身長→頭囲の順で現れますので、身長伸びが緩やかになってきたら低身長をきたす疾患に罹患していないか、摂取する栄養素をどう増やすか、検討する必要があります。	・健全な発育のため ・栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など) ・代謝亢進(甲状腺機能亢進症、慢性疾患、感染症など) ・栄養利用不全(先天性疾患・遺伝疾患、代謝疾患など) 低栄養の影響は体重→身長→頭囲の順で現れますので、身長伸びが緩やかになってきたら低身長をきたす疾患に罹患していないか、摂取する栄養素をどう増やすか、検討する必要があります。
	体格指数	BMI18.5未満	肥満度(身長・体重比) -20%超 -15%以下 やせ -20%以下 やせすぎ
	目標	BMI18.5未満 体重増加目標12～15kg BMI18.5以上～25.0未満 体重増加目標10～13kg	体重や身長を計測し、成長曲線(身体発育曲線)のカーブに沿っているか、成長曲線から大きく外れるような成長の停滞や体重増加が無いかなどを検討する。
関係機関	医療	・症候性肥満(遺伝性、視床下部障害、内分泌疾患、染色体異常、薬物) ・単一遺伝子異常による肥満(レプチン遺伝子異常など) ◎身長:各月齢の-1.5SD以下は要観察と考えられます。-2SD以下は低身長に該当し、腎不全低身長や小児慢性特定疾患研究事業の成長ホルモン分泌不全性低身長の治療基準は-2.5SD以下、軟骨無形成症の治療開始基準は-3SD以下です。一般に体重は正規分布しないので、平均値・標準偏差を用いた評価は行いません。 乳幼児身体発育曲線で、成長の速さが遅い(成長曲線の傾きが小さくて横に寝てくる)場合には、成長障害をきたす疾患に罹患している可能性が考えられるので、医療機関を受診した方がよい。	・症候性肥満(遺伝性、視床下部障害、内分泌疾患、染色体異常、薬物) ・単一遺伝子異常による肥満(レプチン遺伝子異常など) ◎身長:各月齢の-1.5SD以下は要観察と考えられます。-2SD以下は低身長に該当し、腎不全低身長や小児慢性特定疾患研究事業の成長ホルモン分泌不全性低身長の治療基準は-2.5SD以下、軟骨無形成症の治療開始基準は-3SD以下です。一般に体重は正規分布しないので、平均値・標準偏差を用いた評価は行いません。 乳幼児身体発育曲線で、成長の速さが遅い(成長曲線の傾きが小さくて横に寝てくる)場合には、成長障害をきたす疾患に罹患している可能性が考えられるので、医療機関を受診した方がよい。
	子育て	精神障害ハイリスク妊産婦 ・体重増加不良-栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など)	児童虐待(身体的虐待・性的虐待・ネグレクト・心理的虐待)長期の虐待は成長曲線に反映されていることがあります。十分な食事があたられない、といったことから体重増加が損なわれることが予想されますが、継続する虐待では身長の増加も明らかに妨げられます。愛情遮断症候では、虐待の環境下で成長ホルモンがほとんど分泌されなくなることが知られています。 発達障害では肥満を伴う例が多く、治療が困難な場合が多い。それぞれの疾患の特性を理解し、様々なレベルに対応する必要があります。 染色体異常:遺伝子異常や染色体異常で肥満が生じることがあり、多くの場合、知的障害や性腺機能低下、小奇形を伴う。
	学校		
参考資料	産婦人科診療ガイドライン2020 幼児肥満ガイド 2019年3月	乳幼児身体発育評価マニュアル 幼児肥満ガイド 2019年3月 乳幼児健診における境界児どう診てどう判断するか 日本人の食事摂取基準2020年版	乳幼児身体発育評価マニュアル 幼児肥満ガイド 2019年3月 乳幼児健診における境界児どう診てどう判断するか 日本人の食事摂取基準2020年版

小児(学童・思春期)6歳～17歳		成人 18歳～64歳		高齢者 65歳～
男子	女子	男	女	
<p>ライフステージの初期においては、体内での栄養状態や母乳からの各種栄養素の摂取も含めた乳児期及び成長期における栄養状態について特段の配慮を行う必要がある。</p> <p>乳幼児身体発育評価マニュアル：就学期以降は、思春期という人生で2番目に多い成長のスタートを迎えるとともに、肥満など子どもの食生活や運動習慣の影響が顕在化する時期です。</p>		<p>国民の健康保持・増進、生活習慣病の予防(発症予防)を目的としている。対象とした生活習慣病は高血圧症、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病である。</p> <p>成人期以降には大きな身長の変化はないため、体格の管理は主として体重の管理となる。身長の違いも考慮して体重の管理を行えるようにBMIを用いる。本来は脂肪が脂肪以外の体組織(主として筋肉)か別、脂肪は皮下脂肪か別のなども考慮しなければならない。そのための一つに腹囲の測定がある。</p>		<p>健康寿命の延伸や介護予防の観点から、過栄養だけでなく、75歳以上の高齢者が陥りやすい「低栄養」の問題の重要性が高まっている。高齢者の身体機能障害の危険因子、転倒の危険因子として加齢に伴う筋力の減少または老化に伴う筋肉量の減少(サルコペニア)も注目されている。この病態はフレイルとも関連が強く、転倒予防や介護予防の観点からも重要である。</p>
<p>健康を維持し、肥満に伴う生活習慣病の発症予防・重症化予防を行う。</p> <p>肥満による健康障害は罹病期間が長いほど多いとされることから、小児肥満への対策がいかに重要であるかがわかる。</p> <p>小児期発症2型糖尿病の約70～80%に肥満を認めている。</p> <p>肥満症として様々な医学的意表や健康障害が出現するだけでなく、成人肥満に移行して2型糖尿病や心筋梗塞などの生活習慣病の発症リスクを高める可能性がある。</p> <p>小児期に軽・中等度肥満者の20～45%、高度肥満者の約75%が成人期の肥満(BMI\geq25)へ移行する</p>		<p>日本肥満学会は「新しい肥満の判定と肥満症の診断基準」を発表。健康障害を伴わない肥満と健康障害を伴う肥満症とを区別</p> <p>体重は多すぎても少なすぎても月経異常(無月経・希発月経・月経不順)不妊、妊娠・分娩異常などの生殖機能異常のリスクが上昇することが知られている。月経異常者における肥満の割合は、正常な月経を有する女性の約4倍に及ぶことが知られている。月経異常は皮下脂肪型肥満よりも内臓脂肪型肥満との関連が大きいことが報告されている。</p>		<p>骨格筋量減少のサルコペニアと肥満(体脂肪量の増加)の合併であるサルコペニア肥満がさらなるメタボリックシンドロームリスクを高める。</p>
<p>成人期の脂肪細胞数は小児期や思春期の脂肪細胞の増加により規定されることが明らかになった。</p>				
<p>肥満度曲線</p> <p>+15%以上+20%未満 軽度肥満</p> <p>+30%以上+50%未満 中等度肥満</p> <p>+50%以上 高度肥満</p> <p>体脂肪率25%以上</p>	<p>肥満度曲線</p> <p>+15%以上+20%未満 軽度肥満</p> <p>+30%以上+50%未満 中等度肥満</p> <p>+50%以上 高度肥満</p> <p>11歳未満 体脂肪率30%以上</p> <p>11歳～18歳未満 体脂肪率35%以上</p>	<p>肥満1度(BMI25以上30未満)</p> <p>肥満2度(BMI30以上35未満)</p> <p>肥満3度(BMI35以上40未満) 高度肥満</p> <p>肥満4度(BMI40以上)</p> <p>体脂肪率20%以上</p>	<p>肥満1度(BMI25以上30未満)</p> <p>肥満2度(BMI30以上35未満)</p> <p>肥満3度(BMI35以上40未満) 高度肥満</p> <p>肥満4度(BMI40以上)</p> <p>体脂肪率28%以上</p>	<p>肥満1度(BMI25以上30未満)</p> <p>肥満2度(BMI30以上35未満)</p> <p>肥満3度(BMI35以上40未満) 高度肥満</p> <p>肥満4度(BMI40以上)</p> <p>男性 体脂肪率20%以上</p> <p>女性 体脂肪率28%以上</p>
<p>ウエスト周囲長(臍高で測定)中学生\geq80cm(小学生では\geq75cm)、ウエスト身長比(ウエスト周囲長(cm)/身長(cm))\geq0.5の場合は内臓脂肪型肥満を疑う。内臓脂肪蓄積はCTスキャン\geq60mlで判定する。</p>		<p>肥満の判定はBMIでなされるが、病態把握にはウエスト周囲長や内臓脂肪面積の測定による体脂肪分布の評価が重要である。肥満には糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧を伴いやすく、欧米と比べると軽度の肥満でもこれらを伴うというのが我が国の特徴である。</p>		<p>高齢者では低栄養、心不全、腎不全が合併し、浮腫を合併するため、BMIが体脂肪量を正確に反映しない場合があるので注意を要する。高齢期のBMI\geq30とウエスト周囲長高値の両者がフレイル発症のリスクであることが示されている。</p>
<p>成長の過程にある小児は、生理的な範囲の体重増加は必要であり、小児肥満症の治療では身長が伸びれば体重は現状維持でも肥満度が低下することによる。体重や身長を計測し、成長曲線(身体発育曲線)のカーブに沿っているか、成長曲線から大きく外れるような成長の停滞や体重増加が無いかなどを検討する。</p>		<p>18～49歳 BMI18.5～24.9</p> <p>50～64歳 BMI20～24.9</p>	<p>18～49歳 BMI18.5～24.9</p> <p>50～64歳 BMI20～24.9</p>	<p>65歳以上 BMI21.5～24.9</p>
<p>学童期(小中学生)の脂質異常症の基準(空腹時)は、TCは220MG/dl以上、LDL-cとTGは140mg/dl以上、HDL-c40mg/dl未満が用いられています。4～6歳の調査では、TCの50パーセンタイル値は160mg/dl程度と報告されており、学童期と同程度です。幼児の場合も学童の脂質基準を超えるようだと異常ととらえて、精査とフォローアップを考慮する必要があります。小児肥満症ガイドライン2017の策定によって、ウエスト周囲長やHbA1c、ALTなどを含めた包括的な健診内容に変わってきている。</p> <p>肥満に伴う2型糖尿病の発症は、学童期以降、とくに思春期に増加します。</p> <p>メタボリックシンドローム：ウエスト周囲長、血圧、非アルコール性脂肪性肝疾患、高nonHDL-c血症、高トリグリセライド血症、高尿酸血症などは成人の基準値と異なることに注意する。</p> <p>動脈硬化は小児期から始まり、肥満は動脈硬化を促進させる。心血管病予防には小児期からの早期動脈硬化の評価が重要。早期動脈硬化の評価法：血管内皮機能検査、動脈壁、脈波伝播速度、動脈の内中膜複合体厚など</p>		<p>肥満の健康障害への影響</p> <p>1 高血圧：現在のBMIが高いこと、ウエスト周囲長が大きいことおよびBMIの経時的な増加は高血圧発症の危険因子である。体重の減量は血圧を低下させる。減量1.0kgあたり、収縮期血圧は約1.0mmHg低下する。</p> <p>2 脂質異常症：性別に関係なく、肥満と低LDL-C血症・高トリグリセライド血症との関連は、高コレステロール血症・高LDL-C血症との関連に比べて強い。食事に対する介入による体重の減量は、脂質関連指標を改善させる。</p> <p>3 2型糖尿病：現在のBMIが高いこと、および体重の経時的な増加は2型糖尿病発症の危険因子である。肥満を伴う耐糖能異常者に対する体重減少を目標とした強力な生活習慣改善は、糖尿病の発症リスクを低下させる。</p> <p>4 その他疾患：肥満関連指標と心房細動、心不全、心臓突然死、胆嚢疾患、悪性腫瘍などに関するメタアナリシスが行われており、心房細動、心不全、心臓突然死についてはBMI上昇ごとにリスクが約1.2～1.4倍上昇すると報告されている。直腸結腸がんやすい臓がんでは、男性ではBMI\geq30でリスクが約1.7～1.8倍上昇すると推定されている。</p>		<p>骨格筋量・身体活動量の維持。サルコペニア・重症サルコペニア予防。</p> <p>骨格筋量・身体活動量の維持。サルコペニア・重症サルコペニア予防。</p> <p>若年女性の低体重は骨量低下をきたしやすく将来の骨粗鬆症のリスクとなる。</p> <p>体重は多すぎても少なすぎても月経異常(無月経・希発月経・月経不順)不妊、妊娠・分娩異常などの生殖機能異常のリスクが上昇することが知られている。月経異常者における肥満の割合は、正常な月経を有する女性の約4倍に及ぶことが知られている。月経異常は皮下脂肪型肥満よりも内臓脂肪型肥満との関連が大きいことが報告されている。</p>
<p>健全な発育のため</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養不足(不適切な栄養補給・食事習慣、行動異常、ネグレクト、摂食機能障害など) 代謝亢進(甲状腺機能亢進症、慢性疾患、感染症など) 栄養利用不全(先天性疾患・遺伝疾患、代謝疾患など) <p>低栄養の影響は体重→身長→頭囲の順で現れますので、身長の伸びが緩やかになってきたら低身長をきたす疾患に罹患していないか、摂取する栄養素をどう増やすか、検討する必要があります。</p> <p>この時期のやせは20歳代以降の体重増加によりサルコペニア肥満となる可能性がある。</p>		<p>骨格筋量・身体活動量の維持。サルコペニア・重症サルコペニア予防。</p> <p>骨格筋量・身体活動量の維持。サルコペニア・重症サルコペニア予防。</p> <p>若年女性の低体重は骨量低下をきたしやすく将来の骨粗鬆症のリスクとなる。</p> <p>体重は多すぎても少なすぎても月経異常(無月経・希発月経・月経不順)不妊、妊娠・分娩異常などの生殖機能異常のリスクが上昇することが知られている。月経異常者における肥満の割合は、正常な月経を有する女性の約4倍に及ぶことが知られている。月経異常は皮下脂肪型肥満よりも内臓脂肪型肥満との関連が大きいことが報告されている。</p>		<p>骨格筋量・身体活動量の維持。サルコペニア・重症サルコペニア予防。</p> <p>高齢者の肥満症における体重減少は、認知症発症のリスクとなる。高齢者における体重減少と認知症発症との関連の原因は不明であるが、体重減少に伴う低栄養、フレイル、身体活動量低下や併存疾患などを介している可能性もある。非意図的体重減少がみられた場合や減量する場合にはそれに注意が必要である。</p> <p>加齢とともにサルコペニア肥満の頻度が増える。サルコペニア肥満は単なる肥満とくらべて手動的ADL低下、フレイル、転倒、死亡をきたしやすい。</p>
<p>肥満度(身長・体重比)</p> <p>-20%以下</p>	<p>肥満度(身長・体重比)</p> <p>-20%以下</p>	<p>18～49歳 BMI18.5未満</p> <p>50～64歳 BMI20.0未満</p>	<p>18～49歳 BMI18.5未満</p> <p>50～64歳 BMI20.0未満</p>	<p>65歳～ BMI21.5未満</p> <p>☆サルコペニア基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男 7.0kg/m²未満 ・女 5.7kg/m²未満
<p>体重や身長を計測し、成長曲線(身体発育曲線)のカーブに沿っているか、成長曲線から大きく外れるような成長の停滞や体重増加が無いかなどを検討する。</p>		<p>18～49歳 BMI18.5～24.9</p> <p>50～64歳 BMI20～24.9</p>	<p>18～49歳 BMI18.5～24.9</p> <p>50～64歳 BMI20～24.9</p>	<p>65歳以上 BMI21.5～24.9</p>
<p>原発性肥満では、小児肥満症と小児メタボリックシンドロームは治療対象となる。二次性肥満では原因疾患の治療が可能なものは原因疾患の治療を優先する。小児肥満症の治療の原則は正常な発育を妨げず、肥満に起因した健康障害の程度や数を改善することである。</p> <p>小児期に発症する原発性肥満の多くは、小児期には高身長と性成熟の促進を認める。二次性肥満は特定の疾病・病態などの病因をその発症要因とする。病因は、その種類、障害されている臓器、部位などはさまざま多岐にわたる。一般的に、原発性肥満が高身長を呈することが多いのに対し、二次性肥満では低身長の頻度が高い。二次性肥満の病因：遺伝性肥満、視床下部性肥満、内分泌性肥満。</p> <p>思春期早発症や内分泌疾患、思春期やせ症などの病気の早期発見及び早期治療が重要な時期。子どもの身体発育及び栄養状態を総合的に評価し、必要な観察指導を行うことが重要である。</p> <p>思春期やせ症の成長①ははっきりした体重減少が始まるよりかなり前から、体重増加が鈍る予兆がしばしば見られること。②体重増加不良は身長増加にも影響し、体重が減少する時期に至ると成長がほぼ停止すること。</p>		<p>日本肥満学会は、健康障害を伴う肥満症は減量によって合併している健康障害の改善が期待できることから治療医学の適応となる事、健康障害を伴わない肥満も将来起こり得る様々な疾病の危険因子となるため、予防医学の対象となることを宣言した。</p> <p>○薬物治療-肥満症に対する薬物治療を開始する前に、原発性肥満に対しては食事療法、運動療法を実施すること、二次性肥満に対しては確定診断し、原因疾患の治療や原因の除去を優先することが重要である。これらを3～6か月行い、1か月あたり0.5～1kg程度の減量が得られない場合、あるいは合併症の重篤性から急速な減量が必要な場合には、薬物療法の併用を検討する。高度肥満症で合併症(肥満症の診断に必要な健康障害)を1つ以上、または肥満症で内臓脂肪面積\geq100cm²かつ合併症を2つ以上有する症例に対し、薬物療法の適応がある。糖尿病のある患者にのみ使用できるものと、糖尿病がなくても使用できるもの2つに分けられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中枢神経に作用して摂食を抑制するもの。 ・交感神経を活性化させて代謝を良くするもの ・エネルギーの腸管からの吸収を抑制するもの ・摂取したエネルギーの排泄を促進するもの ・エネルギーの細胞内における利用効率を低下させるもの <p>○外科療法</p>		
<p>児童虐待(身体的虐待・性的虐待・ネグレクト・心理的虐待)長期の虐待は成長曲線に反映されていることがあります。十分な食事があえられない、といったことから体重増加が損なわれることが予想されますが、継続する虐待では身長の増加も明らかに妨げられます。愛情遮断症候では、虐待の環境下で成長ホルモンがほとんど分泌されなくなることが知られています。発達障害では肥満を伴う例が多く、治療が困難な場合が多い。それぞれの疾患の特性を理解し、様々なレベルで対応する必要があります。</p> <p>染色体異常：遺伝子異常や染色体異常で肥満が生じることがあり、多くの場合、知的障害や性腺機能低下、小奇形を伴う。</p>				
<p>学校保健安全法によって児童・生徒の健康診断が義務付けられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われている。</p> <p>学校での予防対策：健康診断で肥満と判定した児童生徒・保護者に対し、事後措置として生活指導を行い、医療機関の受診を勧める。</p>				
<p>小児肥満ガイドライン2017年版</p> <p>幼児肥満ガイド 2019年3月</p> <p>日本人の食事摂取基準2020年版</p> <p>肥満症診療ガイドライン2022</p>		<p>日本人の食事摂取基準2020年版</p> <p>肥満症診療ガイドライン2022</p>	<p>日本人の食事摂取基準2020年版</p>	<p>日本人の食事摂取基準2020年版</p> <p>サルコペニア診療ガイドライン2017年度版準拠</p>

4 がん

(1) 基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんによる死亡を減らすために平成18年「がん対策基本法」が成立し、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施しています。

国の第4期がん対策推進基本計画(令和5年3月28日閣議決定)の目標には「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」があげられています。その中身として「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」とあります。がんにかからない(1次予防)、がんを早期に発見・治療(2次予防)の重要性が改めて明記されました。

本町では健康増進法や国の指針※、科学的根拠に基づき検診により死亡を減らすことができると証明されている胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がんの5種類のがん検診を行っています。

※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(厚生労働省健康局長通知)

(2) 現状と目標

ア がん年齢調整死亡率の減少(がんの標準化死亡比 100以下)

年齢調整死亡率は、小規模自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比(SMR)を用いてがんの死亡の状況をみていくこととします。

図表 67 がんの標準化死亡比(SMR)

		上富良野町		全国
		平成18年～27年	平成25年～令和4年	
総数		101.9	111.2*	100.0
内訳	男性	112.6	118.9**	100.0
	女性	84.6	99.3	100.0

*有意水準5% **有意水準1% SMRが有意に高い

北海道健康づくり財団統計データ平成25年～令和4年

本町のがんの標準化死亡比(SMR)は、平成18年～27年101.9から平成25年～令和4年111.2に増加しています。(図表67)

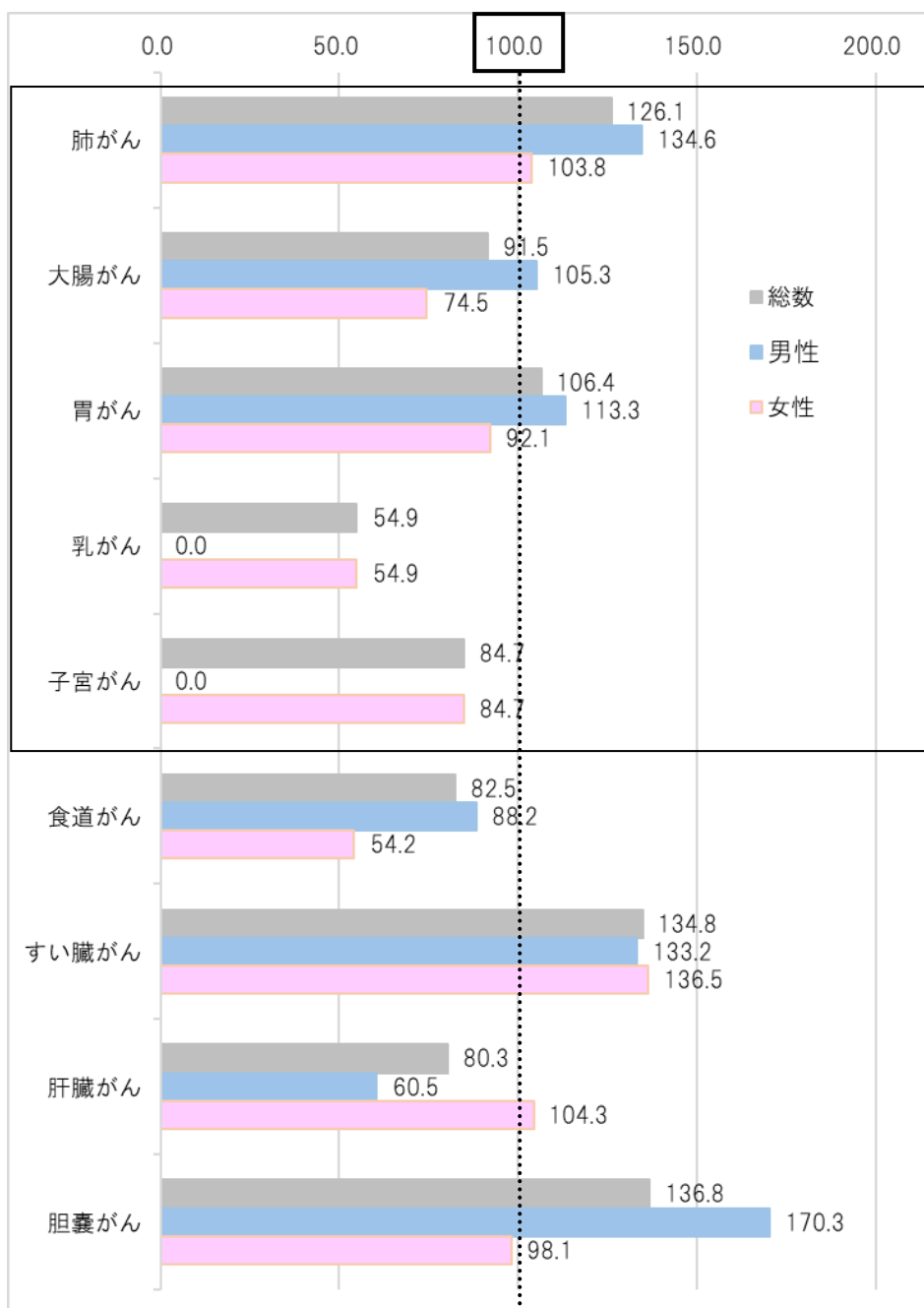
検診を実施している5種類のがんを見ると、男女ともに肺がんが最も高くなっています。特に、男性の肺がんは、有意水準5%と全国に比べ死亡が有意に高くなっています。

5種類のがん以外では、男性の胆のうがんが170.3、男女総数では、すい臓がんが134.8と有意に高い値です。(図表68)

特定健診では、国保加入者を対象に肝臓や胆のう、すい臓をみる腹部超音波検査をオプション検査として実施しています。

今後においても、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な検診を実施し、がんの早期発見・早期治療に結びつけ死亡を減らしていくことが重要です。

図表 68 悪性新生物部位別標準化死亡比 平成 25 年～令和 4 年



がん検診を実施

北海道健康づくり財団統計データ平成 25 年～令和 4 年

イ がん検診の受診率の向上

本町では、厚生労働省「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」に沿って、5種類のがん検診を実施しています。がん検診の受診率の向上(図表 71)のため、がん検診実施機関の拡大、1日で複数のがん検診が受診できる日程の設定、胃がん検診において胃カメラの導入、特定健診問診場面において個々人のがん検診経年票を活用した個別受診勧奨など、町民が受けやすい検診体制の拡充、検診の意義の啓発・周知に取り組んできましたが、がん検診受診率は5種類すべて目標値を達成できていません。(図表 69)

国は、令和5年に第4期がん対策推進基本計画のがん検診受診率の目標値を、第3期計画の50%から60%に引き上げました。第4期計画には、検診受診率が目標を達成できていない要因として、新型コロナウイルス感染症の影響により健診受診者が1~2割減少したとの報告があります。また、がん検診を受けた人のうち、3~7割が職域(保険者・事業主が福利厚生として任意で実施、法的な根拠なし)で受診している実態はあるが、現在は受診者を把握する仕組みがないことを課題とし、今後、正確ながん検診受診率の把握のため、職域におけるがん検診について実施状況を把握するとしています。

本町においても、一部の事業所等の職域でがん検診を受診していますが、受診率算定の対象には含まれません。小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健診のみで、がん検診を実施していない事業所もあります。このような実態から、職域でがん検診を実施していない事業所や国民健康保険の加入者に受診勧奨を実施することが大切です。

今後も町民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発・周知と、効果的な受診勧奨を行っていく必要があります。

図表 69 がん検診受診率の推移

(単位%)

	上富良野町 受診率 ^{※1}							全国 ^{※2}	目標値	
	28年度	29年度	30年度	31年度	2年度	3年度	4年度	3年度	町	国 ^{※3}
胃がん	20.6	20.2	18.1	16.3	16.5	15.2	14.1	8.0	21.2	60.0
大腸がん	15.3	14.4	14.2	14.1	15.0	13.8	13.2	9.9	15.9	60.0
肺がん	30.0	29.4	27.8	26.8	26.1	26.5	25.8	9.2	30.6	60.0
乳がん	33.4	30.0	29.0	29.0	29.5	26.4	26.3	15.5	34.0	60.0
子宮がん	23.3	19.9	20.4	21.4	21.1	18.6	19.1	15.3	23.9	60.0
5大がん	23.8	22.2	21.4	21.0	21.1	19.9	19.4	—	—	—

※1 町受診率 地域保健・健康増進事業報告(肺、大腸、乳がん検診40~69歳、胃がん検診50~69歳、子宮がん検診20~69歳を対象)

※2 全国受診率 令和2年度 地域保健・健康増進事業報告(全国集計)

※3 国の目標値の算定 第4期がん対策推進基本計画(国民生活基礎調査を参考に設定)

ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診の受診とともに精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

精密検査受診率は、5 大がん 88.6%であり、目標値の 85%以上を達成しています。(図表 70)

精密検査対象者には、訪問等で個別に本人に結果説明と受診勧奨を行い、精密検査の必要性、近郊で適切な精密検査を受けられる医療機関リストの作成・配布をしています。また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には、再勧奨を行っています。

胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいため、受診をためらう精密検査対象者が多くみられます。

平成 28 年度～令和 3 年度で大腸がんが発見者は 14 人で、そのうち早期がんは 64.3%です。早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができます。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、精密検査に伴う苦痛を軽減して検査を行う医療機関も増えており、医療機関等の情報もあわせて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

図表 70 がん検診精密検査受診率

(単位：受診率 %、発見がん 人)

		28 年度	29 年度	30 年度	31 年度	2 年度	3 年度	計	目標値	
胃	精検受診率	92.0	88.5	95.9	93.7	92.4	85.9	—	85.0	
	発見がん	5	0	1	2	3	1	12	—	
	バリウム	受診率	84.8	80.9	92.9	91.9	85.7	83.3	—	85.0
		発見がん	4	0	1	2	1	1	9	—
	カメラ	受診率	100	100	100	96.2	100	100	—	85.0
		発見がん	1	0	0	0	2	0	3	—
大腸	精検受診率	82.5	80.8	91.8	87.2	84.4	86.2	—	85.0	
	発見がん	1	3	5	0	2	3	14	—	
肺	精検受診率	78.6	90.3	93.9	93.7	92.8	91.5	—	85.0	
	発見がん	2	2	0	3	2	1	10	—	
乳	精検受診率	95.5	100	100	100	95.0	94.1	—	85.0	
	発見がん	1	0	1	3	0	0	5	—	
子宮	精検受診率	85.7	83.3	80.0	100	100	100	—	85.0	
	発見がん	1	0	0	0	0	0	1	—	

(3) 具体的な取り組み

ア がん検診の受診率の向上

- ・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨(図表 71)
- ・無料クーポンはクーポン利用率や年齢別受診率等を検証しながら効果的なクーポンの配布

イ 精密検査受診率の向上

- ・受診の必要性についてのリーフレット、医療機関リストを活用した勧奨の継続
- ・未受診者への訪問・電話等による再勧奨

図表 71 がん検診受診率の向上に向けた取り組み

時期		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度(元年度)	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度以降		
町の受診率	上富良野町実施計画	健康かみふらの21計画(第二次)					中間評価					最終評価		健康かみふらの21計画(第三次)	
	受診率算定方法	対象者年齢を40~69歳(子宮頸部のみ20~69歳)とする(職域等除外) ※受診率算定の変更:分母が対象年齢の人口へ 対象者年齢40~69歳(胃のみ50~69歳 子宮のみ20~69歳)													
	肺がん	63.7%	65.0%	62.0%	57.8%	57.6%	54.7%	26.8%	26.1%	26.5%	25.8%				
	胃がん	13.8%	14.0%	16.8%	16.5%	22.7%	21.3%	16.3%	16.5%	15.2%	14.1%				
	大腸がん	17.9%	20.4%	23.8%	20.2%	19.5%	19.8%	14.1%	15.0%	13.8%	13.2%				
	乳がん	27.5%	31.5%	36.2%	37.3%	33.6%	33.7%	29.0%	29.5%	26.4%	26.3%				
	子宮頸部がん	22.4%	27.6%	29.4%	27.3%	23.5%	23.5%	21.4%	21.1%	18.9%	19.1%				
5大がん(平準化) 第5次総合計画報告値	23.4%	29.4%	31.6%	29.6%	29.6%	28.9% (目標33.0%)	21.0%	21.1%	19.9%	19.4%	19.5%	令和17年度21.1% (コロナ感染症発生前と同率へ)			
具体的な取組み	受ける体制整備	無料クーポンの配布	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 66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 46歳で過去未利用者	26.31.36.41.46歳で過去未利用者	31歳初回						*がん検診無料クーポン対象者の利用率を分析、効果的な配布を検討。
			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					51歳 初回 56.61.66歳 未利用者			
	精度管理	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・受診間隔2年に1回に胃内視鏡検査の実施 個別・町立・協会Hp実施							子宮頸がん検診 HPV検査導入についてメリット・デメリットの検討	
	学習・啓発の充実	周知方法			市町村共済・防衛省共済・協会けんぽ被扶養者等にリーフレット・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)								
					JA組合員対象に特定と合わせFAXで申し込み								昨年同様の健診内容(特定+がん検診)で案内開始		国保がん検診未受診者の受診勧奨について検討
			経年表活用	特定健診問診時に未受診事由の把握・受診勧奨		がん検診経年表で受診勧奨・特定健診問診、説明会・1歳半・3歳児健診の母									
		個別の案内	●クーポン未利用者に9月頃、再度受診の案内 ●前年度(子・乳は前々年度)受診し、今年度未受診者に受診の案内												
地域・職域連携	町内事業所実態調査		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										がん検診未実施の事業所にリーフレット・申込用紙配布		
精密検査等該当者	個別の勧奨	●精密検査該当者に確実な受診勧奨 ●定期観察者に定期受診の案内・勧奨													

5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

（1）基本的な考え方

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道・肺胞・肺血管などに病変が起きる病気です。この変化は治療しても戻ることはありません。息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれています。

COPD の最大の原因は喫煙で、50～80%に関与していると言われています。遺伝的因子、感染なども原因として挙げられていますが、ほとんどの COPD が禁煙によって予防可能とガイドラインに記載されており、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少につながります。

また、COPDは炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器病を併発することも多く、COPDの予防は循環器病の予防のためにも重要です。

（2）現状と目標

ア COPD の死亡率の減少（がんの標準化死亡比 100 以下）

本町の COPD による死亡は、全国と比較して高くないものの、男性の標準化死亡比（SMR）で 76.0 です。今後、死亡を減らしていくためには、原因となる喫煙対策が必要です。（図表 72）

図表 72 COPD 標準化死亡比（SMR）

	総数		男性		女性	
	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR
COPD	12 人	68.5	11 人	76.0	1 人	32.9

北海道健康づくり財団統計データ平成 22 年～令和 1 年

イ 喫煙率の減少

本町は、北海道や全国よりも喫煙率が高い状況です。年代別にみると、男性の 40～50 歳、女性の 45～49 歳が高くなっています。（図表 73）

喫煙者では、20～50%がCOPDを発症すると言われています。COPD は症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経過し、呼吸困難など重症になってから受診することがあります。重症化する前に治療するには早期発見が不可欠ですが、症状や胸部 X 線検査では早期診断は困難です。スパイロメトリー（肺機能検査）により呼吸機能を測定することで、呼吸障害を早期に発見することが大切です。平成 26 年から特定健診の喫煙者を対象として、スパイロメトリーを延 1,461 人に検査を実施しました。新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和 2 年以降は実施できない状況が続いています。今後感染の流行状況をみながら、再開を検討しています。

また、喫煙はCOPDだけではなく、循環器病（脳血管疾患、虚血性心疾患）、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要です。禁煙の必要性とその方法について学習が必要です。

図表 73 年齢別喫煙率

(単位%)

	年齢（歳）							40～74 歳		
	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	町	北海道	全国
男性	40.0	31.3	50.0	43.8	33.3	24.5	24.9	28.9	16.4	13.8
女性	5.0	30.8	17.5	20.0	12.9	13.8	5.6	11.4	9.7	5.9

令和4年度 特定健診質問票 喫煙の項目がありと回答した者

(3) 具体的な取り組み

ア スパイロメトリー（肺機能検査）による呼吸機能の測定の実施

- ・特定健診にて「呼吸機能検査ガイドライン」等をもとに対象者を選定
- ・検査の結果を基に呼吸機能を正常に保つための学習

イ 禁煙対策

- ・禁煙外来等の情報提供

喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療ができる外来等の情報提供を実施

- ・外来の受診が難しい方は、低用量のニコチンガムなどの禁煙補助剤（市販）等の情報提供

6 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどの QOL(生活の質)の向上を図るためには、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、高齢化が進む中で将来を見据え、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要です。

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」が展開されていますが、歯の喪失の主要な原因疾患となる、う蝕(むし歯)と歯周病予防は必須の項目です。

(2) 現状と目標

ア 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

3 歳児でう蝕のない者の割合の国の目標値(令和 4 年度)は 90%ですが、本町のう蝕がない 1 歳 6 か月児及び 3 歳児の割合は、100%と 96.9%で全国平均と比べて高く推移しています。(図表 74)

3 歳児のう蝕がある割合は 5%前後と減少傾向ですが、5 歳児になると 40%超となっています。(図表 75、図表 76、図表 77、図表 78)

母子保健法に基づく 1 歳 6 か月児及び 3 歳児健康診査時の歯科健康診査のほか、母子歯科保健事業を通して、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促すとともに、子どもの生活や成長に関わる保育士や幼稚園教諭とも連携を図り、環境づくりを進めていきます。(図表 79)

図表 74 う蝕がない 1 歳 6 か月児・3 歳児の割合の推移(歯科健康診査)

年度	1 歳 6 か月児					3 歳児				
	上富良野町			道	国	上富良野町			道	国
	受診者	う蝕がない児の割合				受診者	う蝕がない児の割合			
	人	人	割合	割合	割合	人	人	割合	割合	割合
25 年度	102	99	97.1	97.6	98.1	89	74	83.1	80.3	82.1
26 年度	91	91	100.0	97.2	98.2	100	84	84.0	80.6	82.3
27 年度	76	75	98.7	97.6	98.4	97	80	82.5	81.7	83.0
28 年度	96	95	99.0	97.8	98.5	85	78	91.8	82.9	84.2
29 年度	72	72	100.0	98.1	98.7	78	70	89.7	84.0	85.6
30 年度	74	73	98.6	98.2	98.8	90	82	91.1	85.7	86.8
31 年度	59	59	100.0	98.6	99.0	70	67	95.7	87.2	88.1
2 年度	75	74	98.7	98.5	98.9	78	75	96.2	88.1	88.2
3 年度	62	62	100.0	98.8	99.2	68	67	98.5	89.7	89.8
4 年度	73	73	100.0			64	62	96.9		

図表 75 1歳6か月児の状況(25-4年度 10年間累計)

受診者		う蝕がある児		う蝕 総数	う蝕歯の型別分類			未処置歯の ある児		一人平均 う蝕本数
					A型	B型	C型			
年度	人	人	割合	本	人	人	人	人	割合	本
25-4年度	780	8	1.0	20	7	1	0	4	50.0	0.026
25-29年度	437	6	1.4	18	5	1	0	4	66.7	0.041
30-4年度	343	2	0.6	2	2	0	0	0	0	0.006

図表 76 3歳児の状況(25-4年度 10年間累計)

受診者		う蝕がある児		う蝕 総数	う蝕歯の型別分類				未処置歯の ある児		一人平均 う蝕本数
					A型	B型	C1型	C2型			
年度	人	人	割合	本	人	人	人	人	人	割合	本
25-4年度	819	80	9.77	280	59	14	2	5	51	63.8	0.34
25-29年度	449	63	14.03	241	44	12	2	5	37	58.7	0.53
30-4年度	370	17	4.59	39	15	2	0	0	14	82.4	0.10

図表 77 5歳児の状況(30-4年度 5年間累計) 学校保健法による就学時健診

受診者		う蝕がある児		う蝕 総数	う蝕歯の型別分類				未処置歯の ある児		一人平均 う蝕本数
					A型	B型	C1型	C2型			
	人	人	割合	本	人	人	人	人	人	割合	本
5年間計	383	165	43.08	818	121	37	1	6	72	43.6	2.14
4年度	49	18	36.73	86	13	4	0	1	13	72.2	1.75

図表 78 12歳児の状況 学校保健安全法による学校歯科健診 令和5年度

受診者		う蝕がある児		う蝕 総数	未処置歯の ある児		一人平均 う蝕本数
年度	人	人	割合	本	人	割合	本
5年度	57	26	45.61	28	11	42.3	0.49

図表 79 口腔検診・フッ化物塗布事業の受診率

年度	1歳6か月児			2歳6か月児			計			
	対象	受診	割合	対象	受診	割合	対象	受診	割合	
30年度	71	54	76.1	-	-	-	-	-	-	
31年度	83	62	74.7	67	46	68.7	150	108	72.0	2回助成
2年度	62	54	87.1	75	60	80.0	137	114	83.2	
3年度	67	52	77.6	62	48	77.4	129	100	77.5	
4年度	65	55	84.6	60	45	75.0	125	100	80.0	

イ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

本町では、平成 26 年度から健康増進法に基づく歯周疾患検診を実施しています。平成 30 年度に事業評価を行い、40 歳からの検診では歯周疾患予防が間に合っていない現状を踏まえ、平成 31 年度から 30 歳、35 歳に対象年齢を引き下げて検診を実施しています。

令和 4 年度までの 9 年間で受診者は延べ 1,113 人、受診率は 19.4% で目標 20% を達成できませんでした。男性の受診率は 14.1%、女性は 25.3% と男性の受診率向上が課題です。(図表 80、図表 81)

図表 80 歯周疾患検診受診者数の推移

年度 年齢	26 年	27 年	28 年	29 年	30 年	31 年	2 年	3 年	4 年	26-4 年度 9 年間累計
30 歳	-	-	-	-		16	16	21	24	77
35 歳	-	-	-	-		28	28	27	16	99
40 歳	32	23	29	26	30	32	27	17	22	238
45 歳	22	19	15	25	30	-	-	-	-	111
50 歳	32	24	20	18	31	24	20	19	20	208
55 歳	27	24	27	29	33	-	-	-	-	140
60 歳	28	23	16	27	36	24	27	27	32	240
計	141	113	107	125	160	124	118	111	114	1,113
受診率	19.4%	17.4%	16.7%	17.6%	23.4%	19.8%	20.5%	20.3%	19.5%	19.4%

図表 81 歯周疾患検診受診率 (26-4 年度までの 9 年間累計)

年齢	対象者数			受診者数			受診率		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
30 歳	238	155	393	35	42	77	14.7%	27.1%	19.6%
35 歳	243	198	441	37	62	99	15.2%	31.3%	22.4%
40 歳	682	570	1,252	87	151	238	12.8%	26.5%	19.0%
45 歳	350	350	700	33	78	111	9.4%	22.3%	15.9%
50 歳	615	572	1,187	63	145	208	10.2%	25.3%	17.5%
55 歳	336	286	622	65	75	140	19.3%	26.2%	22.5%
60 歳	577	571	1,148	110	130	240	19.1%	22.8%	20.9%
40・50・60 歳 (健康増進法に 基づく対象)	1,874	1,713	3,587	260	426	686	13.9%	24.9%	19.1%
計	3,041	2,702	5,743	430	683	1,113	14.1%	25.3%	19.4%

検診結果では、受診者の 88.8%が要精密検査となり、異常なしと判定されたのは 9.8%です。年齢が上がるにつれ、要精密検査が増加しています。(図表 82)

要精密検査の内容は、歯石除去が 94.1%と最も多く、歯周病治療が必要な対象者は 59.5%、未処置歯の治療が必要な対象者は 31.0%です。35 歳の 66.7%に歯周病治療、45 歳の 37.4%に未処置歯の治療が必要な対象者がいます。(図表 83)

図表 82 歯周疾患検診結果の状況 (26-4 年度までの 9 年間累計)

	受診者数	検診結果					
		要精検者		要指導者		異常認めず	
年代	人	人	割合	人	割合	人	割合
30 歳	77	64	83.1	1	1.3	12	15.6
35 歳	99	84	84.8	2	2.0	13	13.1
40 歳	238	206	86.6	5	2.1	27	11.3
45 歳	111	99	89.2	1	0.9	11	9.9
50 歳	208	185	88.9	4	1.9	19	9.1
55 歳	140	129	92.1	0	0	11	7.9
60 歳	240	221	92.1	3	1.3	16	6.7
40・50・60 歳 (健康増進法に基づく対象)	686	612	89.2	12	1.7	62	9.0
計	1,113	988	88.8	16	1.4	109	9.8

図表 83 要精密検査の内容 (26-4 年度までの 9 年間累計)

	要精密検査	精密検査内容(重複)									
		歯石除去		歯周病 要治療		未処置歯 要治療		要補綴歯		その他	
年代	人	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
30 歳	64	60	93.8	38	59.4	22	34.3	0	0	1	1.6
35 歳	84	82	97.6	56	66.7	22	26.2	0	0	3	3.6
40 歳	206	201	97.6	128	62.1	60	29.1	6	2.9	6	2.9
45 歳	99	93	93.9	58	58.6	37	37.4	5	5.1	0	0
50 歳	185	172	93.0	114	61.6	59	31.9	18	9.7	4	2.2
55 歳	129	119	92.2	72	55.8	44	34.1	14	10.9	1	0.8
60 歳	221	203	91.9	122	55.2	62	28.1	20	9.0	3	1.4
40・50・60 歳 (健康増進法に基づく対象)	612	576	94.1	364	59.5	181	29.6	44	7.2	13	2.1
計	988	930	94.1	588	59.5	306	31.0	63	6.4	18	1.8

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、歯肉に局限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病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 26 年度から開始した歯周疾患検診の受診結果(平成 26-令和 4 年度までの 9 年間累計)と国が行った歯科疾患実態調査結果※(令和 4 年または平成 28 年)の比較及び目標値から分析を行います。

※厚生労働省の歯科疾患実態調査は令和 3 年に実施予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響により中止され、令和 4 年に実施されました。公表されている直近の調査結果を用いて比較を行います。

(a) 歯肉と歯周の実態

進行した歯周炎を有する者の国の目標値は 40 歳代で 25.0%、60 歳代で 45.0%に対して、本町は 35.0%と 48.5%と目標達成できていません。

全国調査と比較して、35 歳が 46.5%と高いです。(図表 84)

図表 84 進行した歯周炎(4mm 以上の歯周ポケット)を有する者・割合

年代	上富良野町						全国	目標値
	男 性		女 性		計		28 年	4 年度
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	割合
30 歳	12	34.3	11	26.2	23	29.9	33.3	
35 歳	17	45.9	29	46.8	46	46.5	33.7	
40 歳	26	29.9	57	37.7	83	34.9	35.3	25.0
45 歳	12	36.4	27	34.6	39	35.1	43.4	
50 歳	20	31.7	62	42.8	82	39.4	43.9	
55 歳	29	44.6	33	44.0	62	44.3	49.6	
60 歳	47	42.7	67	51.5	114	48.5	45.8	45.0
(再掲) 40 歳代	38	31.7	84	36.7	122	35.0		25.0
計	163	37.9	286	41.9	449	40.3	-	

(b) 現在歯の実態

一人平均現在歯数は令和 4 年の全国調査と比べて 45 歳以降でやや少ない状況です。(図表 85)

図表 85 一人平均現在歯数(本)

年代	男 性		女 性		計	
	町	全国 4 年	町	全国 4 年	町	全国 4 年
	30 歳	28.7	-	27.5	-	28.0
35 歳	28.4	-	28.0	-	28.1	-
40 歳	28.4	28.4	28.0	27.6	28.2	27.9
45 歳	27.5	27.8	27.6	27.7	27.6	27.8
50 歳	26.6	25.8	26.8	26.9	26.7	26.4
55 歳	25.8	26.8	25.9	26.2	25.9	26.5
60 歳	25.4	23.5	23.7	25.9	24.5	24.8
計	26.9	-	26.6	-	26.7	-

60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の国の目標値は80%に対して、本町は72.9%と目標を達成できていません。

平成28年の全国調査と比較しても低いです。(図表86)

未処置歯を有する者は全国調査と比較して45歳、50歳、55歳で著しく高い状況にあります。(図表87)

国の目標値が40歳、60歳で10.0%に対して、30%を超えています。歯周疾患検診をきっかけに歯科医院を受診することができたという声も多く聞かれます。引き続き検診の必要性を周知し、早期に治療につながる方策を行っていきます。

喪失歯のない者は50歳以降50%未満となり、55歳では26.4%と全国平均と比べて低い状況です。(図表88)

50歳以降の歯の喪失を防ぐためには、歯周病が40歳前後に発症することが多いことから、若い年齢層からの歯周病予防の対策を講じることが重要です。

図表 86 24 歯以上の自分の歯を有する者・割合

年代	上富良野町						全国	目標値
	男性		女性		計		28年	4年度
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	割合
30歳	34	97.1	41	97.6	75	97.4		
35歳	36	97.3	62	100	98	99.0		
40歳	85	97.7	147	97.4	232	97.5		
45歳	31	93.9	75	96.2	106	95.5		
50歳	57	90.5	133	91.7	190	91.3		
55歳	52	80.0	63	84.0	115	82.1		
60歳	83	75.5	92	70.8	175	72.9	74.4	80.0
計	378	87.9	613	89.8	991	89.0		

図表 87 未処置歯を有する者・割合

年代	上富良野町						全国	目標値
	男性		女性		計		28年	4年度
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	割合
30歳	8	22.9	15	35.7	23	29.9	32.4	
35歳	12	32.4	12	19.4	24	24.2	33.7	
40歳	28	32.2	48	31.8	76	31.9	34.3	10.0
45歳	15	45.5	37	47.4	52	46.8	29.7	
50歳	27	42.9	52	35.9	79	38.0	29.0	
55歳	29	44.6	31	41.3	60	42.9	31.5	
60歳	36	32.7	36	27.7	72	30.0	33.3	10.0
(再掲) 40歳代	43	35.8	85	37.1	128	36.7		10.0
計	155	36.0	231	33.8	386	34.7	-	

図表 88 喪失歯のない者・割合

年代	上富良野町						全国	目標値
	男性		女性		計		28年	4年度
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	割合
30歳	32	91.4	37	88.1	69	89.6	88.5	
35歳	30	81.1	55	88.7	85	85.9	79.5	
40歳	68	78.2	118	78.1	186	78.2	68.9	75.0
45歳	22	66.7	45	57.7	67	60.4	58.9	
50歳	28	44.4	66	45.5	94	45.2	38.5	
55歳	16	24.6	21	28.0	37	26.4	27.2	
60歳	26	23.6	26	20.0	52	21.7	20.8	
(再掲) 40歳代	90	75.0	163	71.2	253	72.5		75.0
計	222	51.6	368	53.9	590	53.0	-	

(3) 具体的な取り組み

令和 6 年度から展開される「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)」(令和 5 年 10 月告示)を踏まえ、歯科口腔保健の基本的事項を本計画の中で一体のものとして策定します。

令和 5 年 8 月に歯周病検診マニュアル(2023 年改訂版)が公表(厚生労働省(歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキング))され、令和 8 年から運用されることになりました。(図表 89)

今後、成人期を対象とした標準的な(新)歯科健康診査票や職域における歯科健康診査・歯科保健指導(国民皆歯科健診)など歯科口腔対策の充実のための機能強化が図られ、それに関連した本町の現行の口腔歯科保健対策についても再構築を行っていきます。(図表 90)

図表 89 歯科口腔保健の推進に関する変遷

	上富良野町	国・関係団体及び関係学会
平成 23 年		「歯科口腔保健の推進に関する法律」公布・施行 口腔の健康の保持・増進が、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ことから、ライフステージごとの特性を踏まえつつ、生涯を通じた切れ目のない歯科口腔保健施策の展開が必要
平成 24 年	北海道・北海道教育委員会(北海道歯・口腔の健康づくり 8020 推進条例)「フッ化物洗口推進重点地域支援事業」の推進重点地域指定(24・25 年度) 対象は保育園と幼稚園に在籍する年長児	「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」策定
平成 25 年	健康かみふらの 21 計画(第二次)	
平成 26 年度	幼児フッ化物洗口促進事業開始 対象は町内の実施施設に在籍する年長児 歯周疾患検診事業開始 検診対象者は 40 歳から 60 歳までの 5 歳節目年齢	
平成 27 年		歯周疾患検診のマニュアル改訂
平成 28 年		平成 28 年歯科疾患実態調査 調査周期を 5 年に変更
平成 30 年度	歯周疾患検診事業評価により、40 歳未満の対策の必要性が明確になる	・「標準的な健診・保健指導プログラム」において、「標準的な質問票」に「かんで食べる時の状態」に関する質問が追加された。 ・歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価報告書(平成 30 年 9 月) 「地域格差や社会経済的な要因による健康格差の実態把握に努め、格差解消に向けて取組の推進が必要」

	上富良野町	国・関係団体及び関係学会
平成 31 年度	歯周疾患検診の対象者を 30 歳代に引き下げ、30 歳、35 歳、40 歳、50 歳、60 歳に実施	・健康寿命延伸プラン(令和元年 5 月 29 日公表) 地域・保険者間の格差の解消等により歯科疾患対策の強化を含む疾病予防・重症化予防の取組を推進することが示され、エビデンスに基づく効果的・効率的なポピュレーション等による取組を推進する必要性が指摘された。 ・後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル(平成 30 年 10 月)において、口腔機能に係る評価方法が示され、咀嚼機能や嚥下機能に関する質問が含まれた「後期高齢者の質問票」が示される(令和元年 9 月)
令和 2 年度	口腔検診・フッ素塗布事業の対象拡大 (1 歳 6 か月児、2 歳 6 か月児)	脳卒中・循環器病対策基本法(令和 2 年 10 月閣議決定)
令和 3 年度		歯科疾患実態調査の中止(令和 4 年に実施)
令和 4 年 6 月		「経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)2022」 「全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)の具体的な検討」等の文言が記載された。
令和 4 年 10 月		歯科口腔保健の推進に関する基本的事項最終評価報告書
令和 5 年 6 月		令和 4 年歯科疾患実態調査結果(概要)公表
令和 5 年 8 月		歯周病検診マニュアル(2023 年改訂版)公表 令和 8 年度から運用、改訂に合わせ、40~70 歳の 10 歳間隔として健康増進法の対象者の見直し、40 歳以前での歯科健診受診の重要性がまとめられる
令和 5 年 10 月		歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の全部改正し、令和 6 年度から「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)」(歯・口腔の健康づくりプラン 令和 6 年度から令和 17 年度までの 12 年)を展開する。

図表 90 歯科健診体制(根拠等)

妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20~75 歳	75 歳以上
	母子保健法 義務	学校保健安全法 義務 (大学を除く)	健康増進法	高齢者の医療の確保に関する法律
	幼児歯科健診 (1 歳 6 か月・3 歳児)	学校歯科健診 毎年実施	歯周疾患検診 市町村が実施 対象は 40,50,60,70 歳	後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診
			労働安全衛生法	
			労働安全衛生法に基づく特殊健診(塩酸・硫酸・硝酸等を取り扱う労働者は義務)	
			その他の歯科健診	

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20～75 歳	75 歳以上
	口腔機能の獲得	口腔機能の維持・向上	健全な口腔機能の維持	
健全な歯・口腔の育成			歯の喪失防止	
定期的な歯科健診				
<p>・妊婦相談時</p> <p>口腔の健康及びう蝕予防の方法の普及 定期的な歯科健診の受診勧奨</p> <p>・歯科衛生士による歯科保健指導 (う蝕予防のための食生活、発達に応じた歯口清掃方法、歯磨き指導、フッ化物の応用等) 対象：10 か月児(毎月)、1 歳 6 か月児、3 歳児(隔月)</p> <p>・離乳食、幼児食の栄養学習(栄養士) 口腔機能の獲得及びう蝕予防のための食生活</p> <p>・幼児歯科健診(歯科医師) 対象：1 歳 6 か月児、3 歳児(各隔月)</p> <p>・口腔検診・フッ素塗布事業 対象：1 歳 6 か月児、2 歳 6 か月児 受診券交付</p> <p>・フッ化物洗口事業 対象：各こども園(4 園)に在籍する年長児</p> <p>・歯周疾患検診事業 対象：30,35,40,50,60 歳に受診券交付</p> <p>・特定健診、後期高齢者健診受診者を対象に 歯科保健指導(歯科衛生士) う蝕・歯周病予防・改善のための口腔清掃方法、禁煙指導、生活習慣、咀嚼訓練、義歯の清掃・管理</p> <p>・糖尿病患者等の歯周病重症化予防</p>				

イ 評価に係る実態把握及び効果的な対策の実施

歯科口腔保健を推進するために、実態把握・分析結果等から今後充実・強化すべき取り組みについて、歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士と連携を図り、必要時に情報連携の場を設けます。

歯科口腔保健の実態把握のため、学校保健安全法に基づき実施している学校歯科健診の集計結果の提供依頼を評価時に行います。

7 高齢者の健康

(1) 基本的な考え方

人口の高齢化が進んでおり、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進しています。そのためには、生活習慣病の発症・重症化予防に加え、日常生活に必要な機能維持の観点から骨格筋量の減少を防ぐことが重要になります。厚生労働省の統計によると、高齢者の要介護認定の原因の1位は認知症、第2位は脳卒中、第3位は高齢による虚弱であり、高齢による虚弱にはサルコペニアとフレイルが関連しています。

(2) 現状と目標

ア サルコペニア・サルコペニア予備群割合の増加抑制

サルコペニアは、骨格筋量の減少に筋力(歩行速度、握力)の低下が合併した病態です。日常生活基本動作の歩く、立ち上がる等に支障をきたし、要介護状態との関連が明らかになっています。また、サルコペニアと肥満(脂肪蓄積)の両方が合併したサルコペニア肥満は、肥満またはサルコペニア単独よりも身体機能の低下を招きやすく、食事と運動の見直しで筋肉量の維持・増強をしていくことが重要です。サルコペニアの診断基準では、四肢骨格筋量を評価しますが、四肢骨格筋量の減少がなく下肢筋肉量のみが減少している者もいます。下肢筋肉量の減少は、転倒や要介護になる可能性があるため、下肢筋肉量が現体重基準割合の90%未満の者も支援していく必要があります。

(ア) サルコペニア重症化予防事業の実施率の維持

平成31年度から70歳、75歳の年齢の対象者に、サルコペニア重症化予防事業を実施しており、参加者は、平成31年度45.9%でしたが、徐々に増加し令和4年度は60.5%です。

サルコペニア該当者・予備群を合わせた四肢骨格筋量減少者は、平成31年度33.1%から令和4年度23.6%に減少しています。四肢骨格筋量減少者でサルコペニア肥満者も同様に平成31年度75.6%から令和4年度64.3%と減少がみられました。しかし、下肢筋肉量減少者は平成31年度24.3%から令和4年度27.5%に増加しています。(図表91)

図表 91 平成31年度～令和4年度サルコペニア重症化予防事業参加者(70歳・75歳)の測定結果

	31年度		2年度		3年度		4年度	
対象者	296		291		303		294	
参加者	136	45.9%	169	58.1%	199	65.7%	178	60.5%
四肢骨格筋量減少	45	33.1%	47	27.8%	50	25.1%	42	23.6%
サルコペニア該当	5	3.7%	6	3.6%	6	3.0%	3	1.7%
サルコペニア予備群	40	29.4%	41	24.3%	44	22.1%	39	21.9%
再掲)サルコペニア肥満	34	75.6%	28	59.6%	31	62.0%	27	64.3%
下肢筋肉量減少	33	24.3%	47	27.8%	56	28.1%	49	27.5%
再掲)体脂肪率過多	30	90.9%	42	89.4%	52	92.9%	41	83.7%

図表 92 実施測定項目

目的	項目	サルコペニア診断基準（2019年）
量	四肢骨格筋量の測定 ①四肢骨格筋量（kg）÷身長（m）の2乗 ②下肢筋肉量の現体重基準（割合）	① 男性 7.0kg/m 女性 5.7kg/m （サルコペニア・サルコペニア予備群） ②下肢筋肉量現体重基準 90%未満 （下肢筋肉量減少者）
力	握力測定	男性 28kg 未満 女性 18kg 未満
機能	歩行速度	4mの距離の歩行に 4 秒以上かかる（1 秒/m）

（イ）適正な筋肉量を維持している者の割合の増加

筋肉量減少は高齢者の課題と思われがちですが、令和 4 年度に筋肉量を測定した 40 歳未満の者にも筋肉量減少がみられました。特に、女性では、40 歳未満 16.7%、40 歳代 15.6%が筋肉量減少者で、50 歳代 22.2%、60 歳代 26.9%と年齢とともに増えています。（図表 93） 筋肉量は、加齢と共に減少するので、若い年齢から筋肉量維持への取り組みが大切です。

図表 93 年代別筋肉量減少者・下肢筋肉量減少者割合

		～40 歳	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70～74 歳	75～79 歳	80 歳～	計	
男 性	測定者数	15	21	14	56	72	82	17	277	
	四肢骨格筋量減少 (7kg/m ²)	人数	2	0	1	8	13	33	9	66
		割合	13.3%		7.1%	14.3%	18.1%	40.2%	52.9%	23.8%
	再掲) 体脂肪率過多	人数	1	0	1	7	8	24	8	49
		割合	50.0%		100%	87.5%	61.5%	72.7%	88.9%	74.2%
	下肢筋肉量減少	人数	0	0	0	7	13	19	5	44
		割合				12.5%	18.1%	23.2%	29.4%	15.9%
	再掲) 体脂肪率過多	人数	0	0	0	6	12	19	5	42
割合					85.7%	92.3%	100%	100%	95.5%	
女 性	測定者数	24	32	36	78	110	105	15	400	
	四肢骨格筋量減少 (5.7kg/m ²)	人数	4	5	8	21	41	52	9	140
		割合	16.7%	15.6%	22.2%	26.9%	37.3%	49.5%	60.0%	35.0%
	再掲) 体脂肪率過多	人数	0	2	5	10	24	29	2	72
		割合		40.0%	62.5%	47.6%	58.5%	55.8%	22.2%	51.4%
	下肢筋肉量減少	人数	3	3	5	13	31	30	3	88
		割合	12.5%	9.4%	13.9%	16.7%	28.2%	28.6%	20.0%	22.0%
	再掲) 体脂肪率過多	人数	0	2	5	10	24	29	2	72
割合			66.7%	100%	76.9%	77.4%	96.7%	66.7%	81.8%	

令和 4 年体成分分析装置 Inbody 測定者の結果

(3) 具体的な取り組み

サルコペニアは、加齢による筋肉量の減少の一次性サルコペニアと加齢以外の原因による筋肉量減少の二次性サルコペニアに分類されます。

活動と栄養に関連する二次性サルコペニアは予防することが重要です。(図表 94) 活動が少ない者は、活動量を増やすことに加え、筋肉に負荷をかけることが大切になります。「運動」＝「歩く」ことを重視している者が多くみられますが、「歩く」等の有酸素運動のみでは下肢筋肉量の維持・減少を防ぐことは難しいため、筋肉に負荷をかける「レジスタンス運動(筋肉トレーニング)」も組み合わせることが必要です。

栄養に関して、筋肉量の維持には基準量のたんぱく質の摂取が必要です。筋肉量が減少している者の中には、野菜から先に食べることで満腹になり、筋肉の材料であるたんぱく質が不足している場合があります。適切なたんぱく質量摂取には、個々に合った野菜の食べ方の工夫が必要です。

図表 94 二次性サルコペニアの分類

1 活動に関連するサルコペニア	寝たきり、不活発なスタイル、(生活)失調や無重力状態が原因となりうるもの
2 疾患に関連するサルコペニア	重症臓器不全(肺、腎臓、心臓、肝臓など)、炎症性疾患、悪性腫瘍や内分泌疾患にともなうもの
3 栄養に関連するサルコペニア	吸収不良、消化管疾患、および食欲不振を起こす薬剤使用などにともなう、摂取エネルギーおよび/またはたんぱく質摂取量不足に起因するもの

サルコペニア診療ガイドライン 2017 年度版準拠

上記の事を踏まえて、今後、保健指導による支援をしていきます。

ア 70 歳・75 歳サルコペニア重症化予防事業の実施

- ・骨格筋量・握力・歩行速度を測定
- ・サルコペニア該当者・予備群該当者、下肢筋肉量減少者に対して継続支援

イ 若い世代の筋肉量維持

- ・特定健診時や特定健診結果説明会時等に骨格筋量の測定の実施
- ・筋肉量維持・増強のための保健指導

ウ 体格がやせに該当の方の筋肉量維持

(18 歳～49 歳…BMI18.5 未満、50 歳～64 歳…BMI20 未満、65 歳以上…BMI21.5 未満)

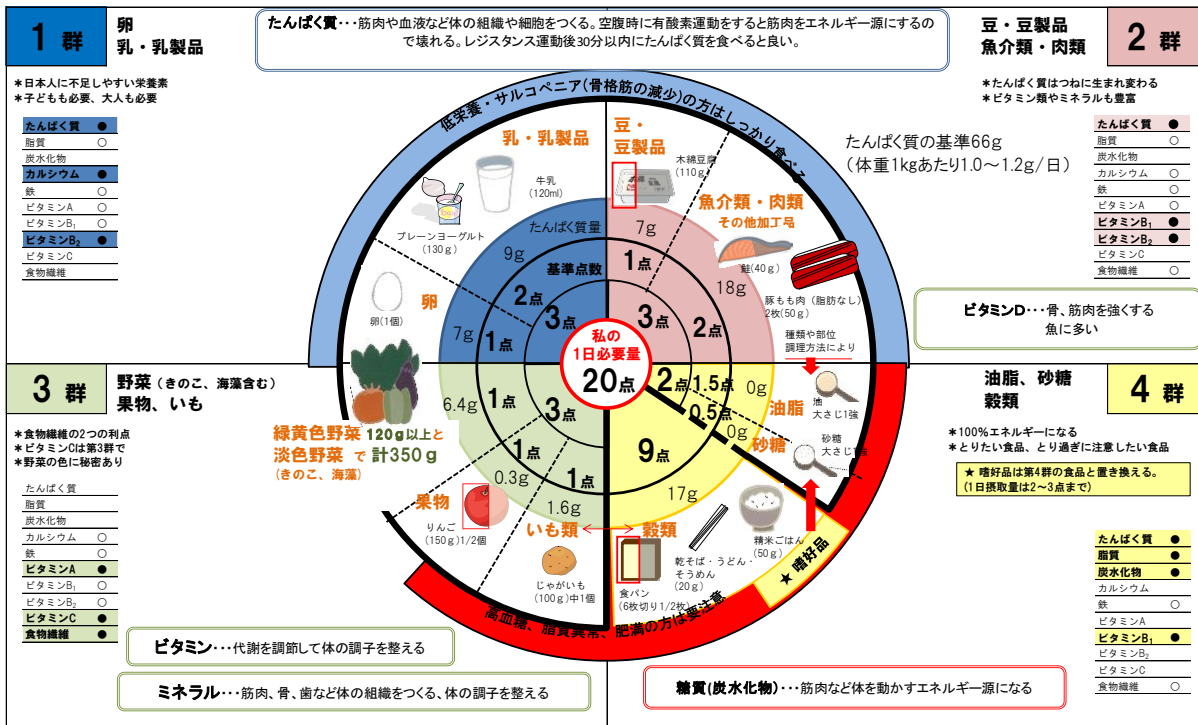
- ・特定健診時や特定健診結果説明会時等に骨格筋量の測定の実施
- ・身長に合わせた筋肉量維持・増強と体重の維持のための保健指導

資料 たんぱく質を十分に摂取するための1日のバランス表(例 1600kcal 20点)

一日に何をどれだけ食べたらよい? これを食べれば健康になる、という食べ物はありません

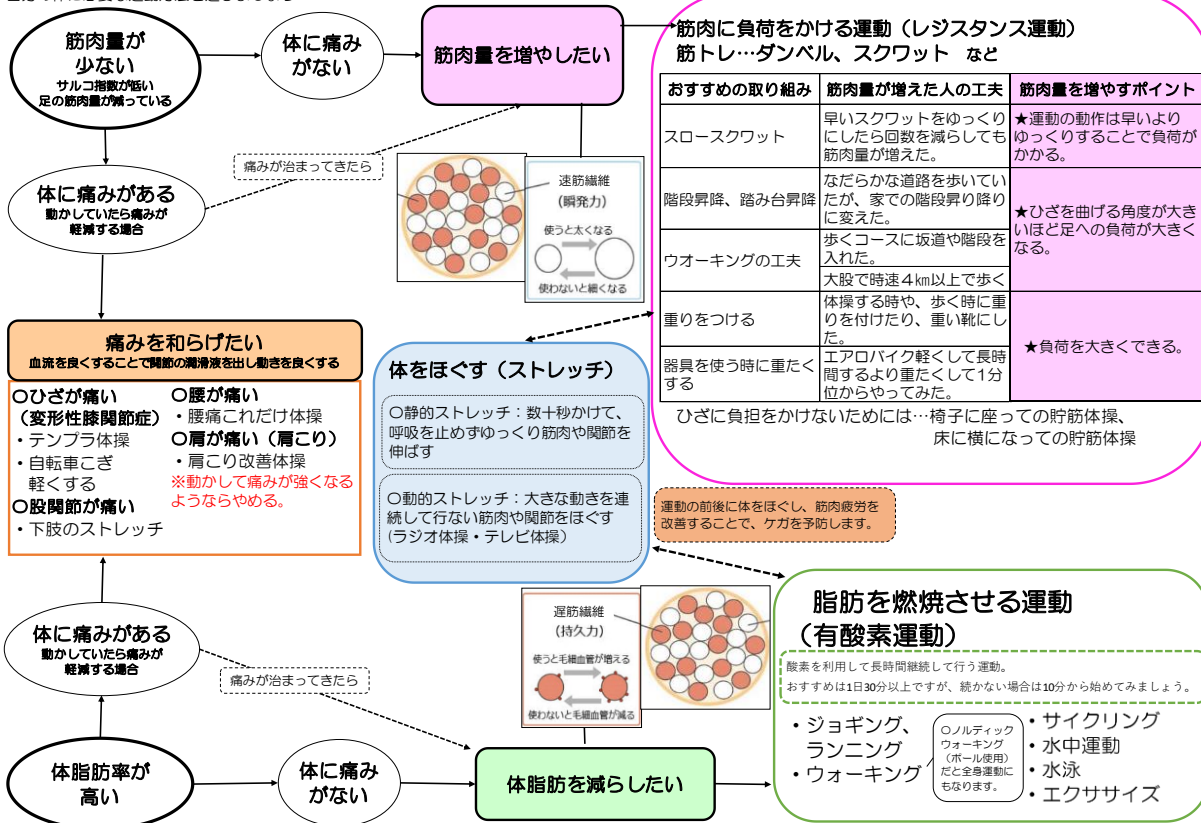
大切なことは『バランスよく食べる』、そのために・・・

食品の絵は1点分(80kcal)の例です
※砂糖のみ0.5点分



資料 自分に必要な運動の種類を選びましょう

自分の体に必要な運動方法を選びましょう



第3節 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては次の事項が示されています。

「健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に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」

「人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定」

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、既存の統計調査で定期的に分析・評価を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。

これらを踏まえ、本町でも、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。(図表 95)

図表 95

上富良野町の目標の設定 【大目標28項目、全目標42項目】

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
全体	1 健康寿命の延伸 (平均自立期間: KDB)	男性 80.1年 女性 84.4年		男性 80.7年 女性 86.5年	令和4年度	平均寿命の増加 分を上回る増加	令和14年度	男性 延伸 女性	令和17年度	⑫
女性・子どもの健康	2 適正体重の子どもの増加(肥満、やせの減少)									
	①低出生体重児(2,500g未満)の割合の減少	設定なし		10.3%	令和4年度	設定なし		10%未満		
	②在胎週数に相応した出生体重にある児の増加	設定なし		84.3%	平成25年度 ~令和4年度	設定なし		90%以上	令和17年度	⑦
	③妊娠中の適正な体重増加	設定なし		73.9%	平成30年度 ~令和4年度	設定なし		80%以上		
	④肥満傾向にある子ども(3歳児)の割合の増加	—		1.6%	令和4年度	生育医療等基本方針に 合わせて設定		0.0%		⑤
	3 小児生活習慣病予防健診の受診率の維持	設定なし		76.7%	令和4年度	設定なし		80%台	令和17年度	⑧
循環器病	4 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡率 100以下									
	①脳血管疾患	100	平成22年~ 令和1年	84.5	平成22年~ 令和1年	100		100以下		⑪
	②虚血性心疾患	100		85.6		100		100以下		
	5 高血圧の改善(Ⅱ度以上高血圧以上(160/100mmHg以上)の者の割合の減少)	131.1mmHg	令和元年度	6.5%	令和4年度	5mmHg低下	令和14年度	5%台	令和17年度	
	6 LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少	男性 9.8% 女性 13.1%	令和元年度	男性 5.8% 女性 6.1%	令和4年度	25%の減少	令和14年度	男性 5%台 女性 5%台	令和17年度	
	7 メタリックシンドロームの該当者・予備群の減少									
	①該当者	約1,516人	令和元年度	男性 32.7% 女性 11.3%	令和4年度	医療費適正化計画 に合わせて設定		男性 30%台 女性 10%台	令和17年度	②
	②予備群			男性 15.5% 女性 7.0%				男性 14%台 女性 5%台		
	8 食塩摂取量の減少	10.1g		9.3g	令和4年度	7g	令和14年度	8g未満	令和17年度	
	9 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性 14.9% 女性 9.1%	令和元年度	男性 17.5% 女性 10.3%	令和4年度	10%	令和14年度	男性 15%以下 女性 10%以下	令和17年度	③
10 睡眠で休養がとれている者の増加	78.3%	平成30年度	男性 86.7% 女性 78.6%		80%	令和14年度	総数 80%	令和17年度		
糖尿病	11 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	15,271人	令和3年末	0人	令和4年度	12,000人 (約7%減)	令和14年度	0人	令和17年度	④
	12 糖尿病有病者の増加の抑制									
	①HbA1c6.5%以上の者	約1,000万人	平成28年度	10.6%	令和4年度	1,350万人	令和14年度	8%台	令和17年度	
	②HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dl以上			12.0%				10%台		
	13 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)	67.6%	令和元年度	72.0%	令和4年度	75%	令和14年度	現状維持	令和17年度	②
	14 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 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	1.32%	令和元年度	0.5%	令和4年度	1.00%	令和14年度	1%未満	令和17年度	
	15 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI18.5以上25未満の減少)※1)	60.3%	令和元年	男性 38.1% 女性 28.0%	令和4年度	66%	令和14年度	男性 30.0%未満 女性 25.0%未満	令和17年度	
	16 野菜摂取量の増加(1日350g以上摂取している者)	281g	令和元年	37.3%	令和4年度	350g	令和14年度	40.0%	令和17年度	③
17 身体活動・運動										
①日常生活における歩数の増加 (※2 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)	6,278歩	令和元年度	63.6%	令和4年度	7,100歩	令和14年度	65.0%	令和17年度	③	
②運動習慣者の割合の増加 (※2 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施)	28.7%		38.1%		40%		40.0%	令和17年度		
18 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上										
①特定健康診査の実施率	55.6%	令和元年度	70.6%	令和4年度	医療費適正化計画に 合わせて設定		70%以上	令和17年度	②	
②特定保健指導の終了率	23.2%		81.0%				80%以上			
がん	19 悪性新生物の標準化死亡率 100以下	100		111.2%	平成22年~ 令和1年	100		100以下		⑪
	20 がん検診の受診率の向上※3									
	①胃がん	男性 48.0% 女性 37.1%	令和元年	14.1%	令和4年度	60%	令和10年度 基本計画に 合わせて 更新予定	16.5%	令和17年度	①
	②肺がん	男性 53.4% 女性 45.6%		25.8%				26.1%		
	③大腸がん	男性 47.8% 女性 40.9%		13.2%				15.0%		
	④子宮頸がん	43.7%		19.1%				21.4%		
⑤乳がん	47.4%		26.3%				29.0%			
21 精密検査受診率の向上	設定なし		82.4%	令和4年度	設定なし		90%台	令和17年度		
COPD	22 COPDの標準化死亡率 100以下	13.3	令和3年	68.5	平成22年~ 令和1年	10.0	令和14年度	100以下		⑪
	23 喫煙率の減少	16.7%	令和元年	男性 28.9% 女性 11.4%	令和4年度	12%	令和14年度	男性 25%未満 女性 10%未満	令和17年度	③
歯・口腔の健康	24 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									
	①3歳児でう蝕がない者の割合の増加	設定なし		96.9%		設定なし		90%台	令和17年度	⑤
	②12歳児の一人平均う蝕数の減少	設定なし		0.49本		設定なし		現状維持		⑥
	25 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)	52.9%		19.5%	平成26年度~ 令和4年度	95%	令和14年度	20.0%	令和17年度	⑨
26 歯周病を有する者の割合の減少										
①40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)	56.2%	平成28年	35.0%	平成26年度~ 令和4年度	25%	令和14年度	現状維持	令和17年度	⑨	
②60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)			48.5%		45%		45%台			
高齢者	27 適正な筋肉量を維持している者の割合(四肢骨格筋量減少者の減少)	設定なし		男性 23.8% 女性 35.0%	令和4年度	設定なし		男性 23.0% 女性 34.0%	令和17年度	⑩
	28 サルコペニア重症化予防事業の実施率の維持	設定なし		60.5%	令和4年度	設定なし		現状維持	令和17年度	

※1 国の指標「BMI18.5以上25未満の者の割合」
 ※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
 ※3 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

①地域保健・健康増進報告
 ②町国保特定健康診査(法定報告)
 ③町国保特定健康診査
 ④町国保レセプト・身体障害者手帳交付状況
 ⑤町乳幼児健診統計
 ⑥町学校保健統計
 ⑦町妊娠届け出
 ⑧町小児生活習慣病予防健診統計
 ⑨町歯周疾患検診統計
 ⑩町高齢者一体化事業統計
 ⑪北海道健康づくり財団統計データ
 ⑫KDB

第三章

計画の推進

第三章 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。

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

したがって、健康増進施策を本町の重要な行政施策として位置づけ、健康かみふらの21(第三次)の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視(※)した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。

本町としては、その活動を支えながら、町民自身が自分のからだに対する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、町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。

※上富良野町の保健活動 『予防活動への転換』 を実践してきた経過

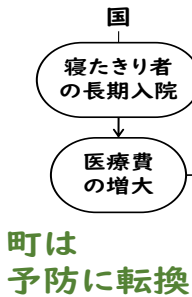
かつて本町の保健活動は、予防活動ができていなく脳卒中が原因の寝たきり者が多く、対応に追われる日々で、昭和63年～平成5年 老人医療費の高医療費市町村に指定、平成6～7年、11年 準指定されていた。

	S63年	～	H5年	6年	～	7年		11年	12年
介護	寝たきり高齢者の在宅訪問 1人に130日/年間								介護保険制度
老人医療 高医療費市町村 安定化制度	上富良野町指定			上富良野町準指定			-	準指定	-
指定市町村数 (全国 3,250)	146		118	113		118	-	120	-

平成11年 新寝たきり老人ゼロ作戦普及啓発事業を活用し、予防活動へ転換。

この頃、国の施策も下記のように「予防」と「福祉」の2つに分かれ、『これ以上、町民を寝たきりにさせたくない!』との思いから本町の「予防活動」が出発。

医療費の増大から国の施策は予防と福祉の2つに分かれいく



年	1983年 (S58)	1997年 (H9)	2000年 (H12)	2003年 (H15)	2008年 (H20)	2012年 (H24)	2014年 (H26)
予防	老人保健法施行	生活習慣病及び1次予防の概念が明確になる		健康増進法施行	高齢者医療確保法 特定健診・保健指導 生活習慣病の発症予防		データヘルス計画 健診・レセプトデータの分析
福祉		健康診査 健康教育 健康相談 健康手帳の交付 機能訓練	第1次健康日本21 早世、障害予防として 予防可能な疾患をターゲット			健康日本21第2次 特定健診・保健指導第2期 重症化予防(脳・腎臓・心臓) 認知症も血管病として予防の重要性が明らかに	
	1989年 (H元)	2000年 (H12)	2005年 (H17)	2013年 (H25)	2015年 (H27)		
	ゴールドプラン (寝たきりゼロ作戦)	介護保険法改正 介護保険事業計画	介護保険法改正	認知症施策推進5か年戦略 認知症レジプラン 認知症カフェ			
	在宅介護支援センター 多くの保健師が在宅介護に従事		地域包括支援センター 福祉専門職の増加 社会福祉協議会の役割増す	地域包括ケア計画			

【予防活動実践過程】

先進地の長野県松川町元保健師 熊谷勝子氏を講師(平成11年~平成27年まで)に、「町民のための予防の視点」を常に念頭に置き、①~⑤の過程で学習⇔実践を毎年、繰り返して行ってきた。

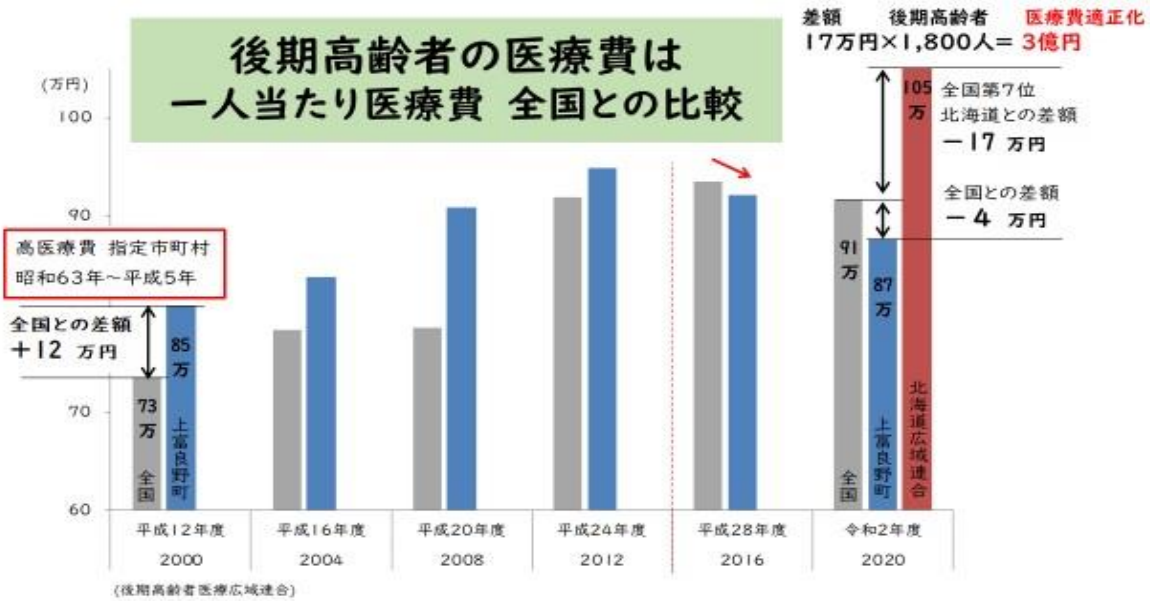
- ①実態把握(データ分析)→健康課題明確化
(寝たきり者の原因疾患 62%が脳卒中→脳卒中者の6割が高血圧の未治療者)
- ②「人間のからだの生きる営み」としてからだの原理の理解・学習 「保健師・栄養士自身の力量形成」
- ③健康課題解決のために保健指導対象者の明確化→個々の経年健診結果の読み取り学習
- ④健診結果からからだの状態をイメージできるための学習資料作成
- ⑤健診結果をもとに、町民自身が自分のからだの状態が理解でき、生活習慣の改善を自らの選択で解決方法を見出していけるよう、町民と健診結果の学習活動を積み重ねていく。

町は予防活動に まい進

H26.2月 『健康づくり推進のまち』宣言』

年	'97 H9	'99 H11	'00 H12	'05 H17	'08 H20	'09 H21	'11 H23	'12 H26	'15 H27	'16 H28	'19 H31
国の動き	成人病から生活習慣病へ		介護保険制度施行	メタ診断基準	特定健診・特定保健指導 高齢者医療確保法施行					糖尿病重症化予防 H30保険者努力支援制度	
上富良野町の生活習慣病対策			寝たきり老人ゼロ作戦事業	国保ヘルスアップ事業	健康かみふらの21計画 データヘルス計画						
慢性腎臓病(CKD)			施設入所等調整床ずれのケア訪問 ↓ 住民を寝たきりにしない予防活動をしたい。 長野県松川町に視察、講師を招く		血清クレアチン・eGFRを用いた透析予防			尿アルブミン検査 (糖尿病性腎症の早期発見)			
循環器病 脳卒中・心血管病					心電図・眼底検査 特定健診全受診に実施			後期高齢者健診 心電図検査追加			
COPD 慢性閉塞性肺疾患								肺機能検査 喫煙者			
サルコペニア (筋肉減少症)										後期受託事業 70・75歳	
小児生活習慣病									かみふっ子健診モデル事業 H25から本格実施		
健診・保健指導					科学的根拠に基づく効果的・効率的な予防活動 自覚症状に頼らない、自分の身体の状態を確認し、自ら生活習慣を考える						

平成 25 年頃～ 後期高齢者医療費が全国より低くなり、国民健康保険において総医療費に占める生活習慣病の医療費が減少していく。



16

平成 26 年 2 月 「健康づくり推進のまち」宣言

何か特別なことをするのではなく、自らの健康は自らつくる(考える)ことを基本におく。

「健康づくり推進のまち」宣言

ここ上富良野町の豊かな自然環境の中、いつまでも健康で心豊かに、生き生きと暮らすことは、私たち上富良野町民みんなの願いです。

自らの健康は自らつくることを基本に、様々な活動を通して町民がともに支えあい、健康長寿まちを目指し、ここに「健康づくりのまち」を宣言します。

- 一 健康診査や保健指導を積極的に受け、自らの健康について考えます。
- 一 健康的な生活習慣について、家族みんなで話し合い理解を深めます。
- 一 地産・地消を推進し食生活を見直すとともに、運動に親しみ、元気な体をつくります。
- 一 みんなの力で、心と体の健康を支え守るための、地域づくりに努めます。
- 一 豊かな大自然の恵みに感謝し、みんなが住みよい環境を守り育てます。

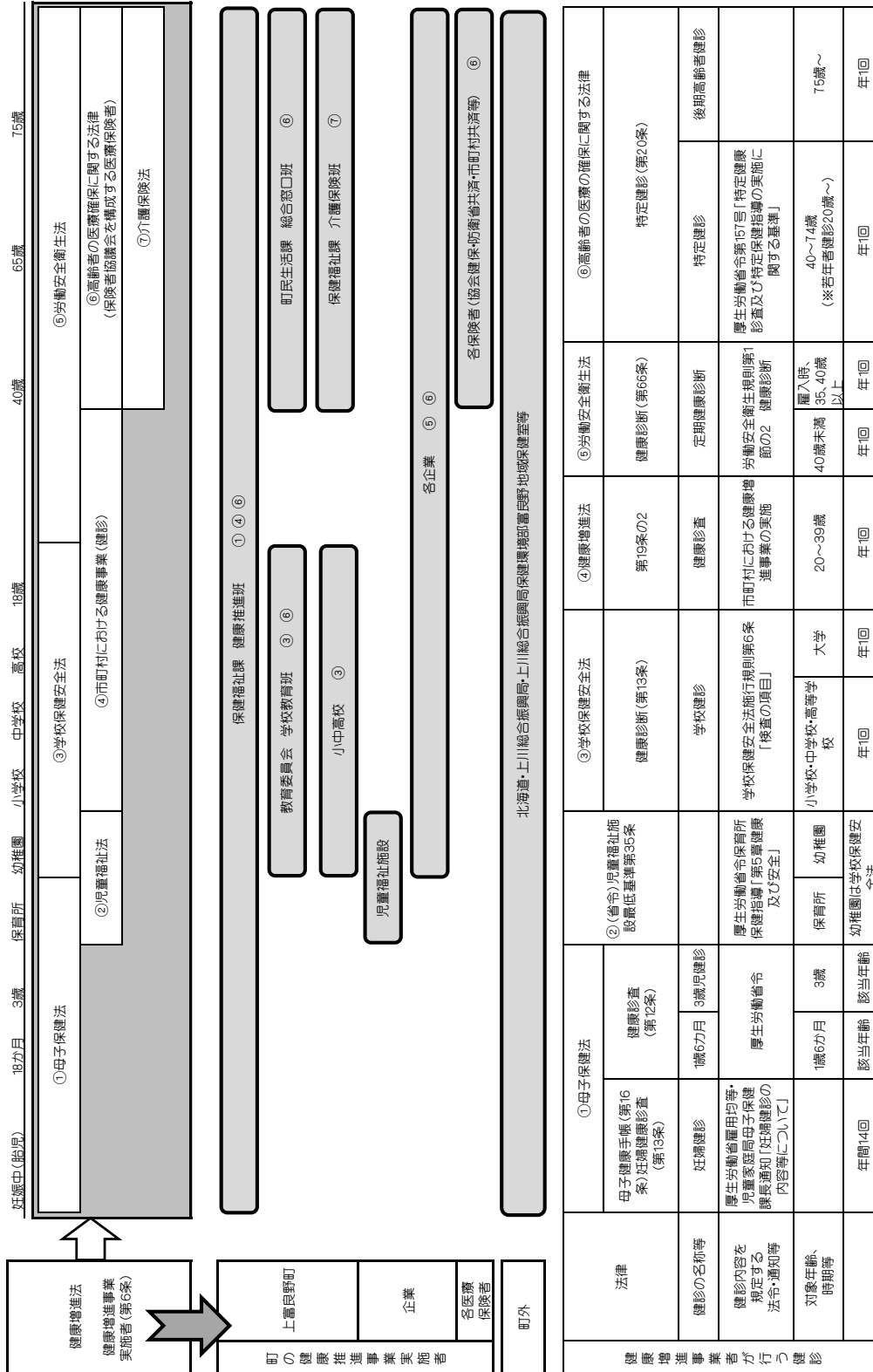
平成 26 年 2 月 8 日

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。

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



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、健診データを見つけていく存在です。

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

健康かみふらの 21 計画

令和 6～17 年度

令和 6 年 2 月発行

発行 上富良野町

編集 上富良野町保健福祉課