

健康わっさむ21

「和寒町健康増進計画」

誰もが笑顔で健康に
暮らすことのできる町をめざして

平成25年度～平成34年度



塩狩峠記念館

和 寒 町

目 次

《第 1 部 健康増進計画》

序 章 計画策定にあたって……P1～4

1. 計画改定の趣旨
2. 計画の性格
3. 計画の期間
4. 計画の対象

第 I 章 和寒町の概況と特性……P5～14

1. 町の概要
2. 健康に関する概況
3. 町の財政状況に占める社会保障費

第 II 章 課題別の実態と対策……P15～68

1. 取組み主体別の目標項目…P15
2. 生活習慣病の予防
 - (1) がん ……P16
 - (2) 循環器疾患 ……P23
 - (3) 糖尿病 ……P31
 - (4) 歯・口腔の健康 ……P37
3. 生活習慣・社会環境の改善
 - (1) 栄養・食生活 ……P39
 - (2) 身体活動・運動 ……P50
 - (3) 飲酒 ……P53
 - (4) 喫煙 ……P56
 - (5) 休養 ……P58
4. こころの健康 ……P59
5. 目標の設定 ……P66

第 III 章 計画の推進……P69～70

1. 健康増進に向けた取組みの推進
 - (1) 活動展開の視点
 - (2) 関係機関との連携
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

《第2部 第2期 特定健康診査等実施計画》

序章 制度の背景について……P71～77

1. 医療制度改革の工程と指標
2. 社会保障と生活習慣病
3. 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）
4. 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方
5. 第2次健康日本21における医療保険者の役割

第I章 第1期の評価……P78～81

1. 目標達成状況
 - (1) 実施に関する目標
 - ①特定健診実施率
 - ②特定保健指導実施率
 - (2) 成果に関する目標
 - ①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率
 - (3) 目標達成に向けての取り組み状況
 - ①健診実施率の向上方策
 - ②保健指導実施率の向上方策
 - ③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策
2. 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について
 - (1) 国の考え方に基づく試算
 - (2) 市町村国保グループでの位置

第II章 第2期計画に向けての現状と課題……P82～94

1. 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴
2. 和寒町の医療費の現状と課題
3. 第1期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と課題
 - (1) 糖尿病 ……P86
 - (2) 循環器疾患 ……P88
 - (3) 慢性腎臓病 ……P91
 - (4) 共通する課題（生活習慣の背景となるもの） ……P93

第Ⅲ章 特定健診・特定保健指導の実施……P95～101

1. 特定健診実施等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者数の見込み
4. 特定健診の実施
 - (1) 実施形態
 - (2) 特定健診委託基準
 - (3) 健診実施機関リスト
 - (4) 委託契約の方法、契約書の様式
 - (5) 健診委託単価、自己負担額
 - (6) 代行機関の名称
 - (7) 健診の案内方法、健診実施スケジュール
5. 保健指導の実施
 - (1) 健診から保健指導実施の流れ
 - (2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法
 - (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導実施スケジュール
 - (4) 保健指導実施者の人材確保と資質向上
 - (5) 保健指導の評価

第Ⅳ章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存……P102

1. 特定健診・保健指導のデータの形式
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
3. 個人情報保護対策

第Ⅴ章 結果の報告……P102

1. 支払基金への報告

第Ⅵ章 特定健康診査等実施計画の公表・周知……P102～103

第 1 部 健康増進計画

序章 計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

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

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

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

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

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、別表Iのように考え、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康わっさむ21を策定します。

《参考 基本的な方向の概略》

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

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

*NCD(Non Communicable Disease)について

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患およ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)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、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

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

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小
① 健康寿命の延伸
② 健康格差の縮小

「健康日本21(第二次)」の基本的方向性と目標項目

「乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」

○ 目標項目 (53項目)

(3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

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

(4)健康を支え、守るための社会環境の整備

	次世代の健康				高齢者の健康			死亡
	胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	
生活習慣病の予防	がん	①-1がん検診の受診率の向上(子宮頸がん)				①-2がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)		③75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
	循環器疾患					③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少		⑤脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
	糖尿病					①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		③糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤治療継続者の割合の増加 ⑥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
	歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 ③歯周病を有する者の割合の減少		④歯の喪失防止 ⑤口腔機能の維持・向上		
生活習慣・社会環境の改善(NCDリスクの低減等)	栄養・食生活	②適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ③適正体重の子どもの増加 ⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加				⑥適切な量と質の食事をとる者の増加		④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制
	身体活動・運動	①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ②住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体数の増加				③日常生活における歩数の増加 ④運動習慣者の割合の増加		⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制 ⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑦就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 ⑧ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加
	飲酒	①妊婦中の飲酒をなくす		②未成年者の飲酒をなくす		③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		
	喫煙	①妊婦中の喫煙をなくす ②受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		③未成年者の喫煙をなくす		④成人の喫煙率の減少		⑤COPDの認知度の向上
	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 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少		
	こころの健康	①小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加		④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上		□自殺者の減少
	個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり	①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談を受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組み自治体数の増加						

2. 計画の性格

この計画は、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

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

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

表1

法 律	道が策定した計画	和寒町が策定した計画
次世代育成対策推進法		和寒町次世代育成支援行動計画
母子保健法	健やか親子 21	和寒町母子保健計画
高齢者の医療の確保に関する法律		和寒町国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律		
介護保険法		第5期介護保険事業計画

3. 計画の期間

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

4. 計画の対象

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

第 I 章 和寒町の概況と特性

第 I 章 和寒町の概況と特性

1. 町の概要

(1) 位 置

和寒町は、北海道中央部上川支庁管内の北部に位置し、北緯 44 度が走る旭川市から北へ 36km の距離にあります。

(2) 地理・地形

和寒町は東西に長く面積は 224.83 km²に及びます。町のほぼ中央を国道 40 号線と JR 北海道宗谷本線が南北に縦貫し、平成 12 年には北海道縦貫自動車道も開通し、北は士別市、南は旭川市が町民の生活圏になっています。また、特急列車や都市間高速バスなどの定期運行もあり、札幌圏域までも 2 時間程度と時間的距離の短縮が進んでいます。

(3) 気 候

和寒町の気候は、内陸性気候で気温は夏が 30 度、冬はマイナス 20 度を越えるなど寒暖の差が非常に大きく、また、11 月上旬から見られる雪は降雪量も多く、厳しい積雪寒冷の期間が 4 月まで続き、住民の生活、活動量に大きな影響を及ぼしています。

(4) 沿 革

明治 32 年 11 月鉄道の開通に伴ない、本州各地から移住してきた先人達により、うっそうとした原始林に開拓の鋤がおろされて以来、先人のたゆみない努力と英知により、多くの辛苦辛労を乗り越え、今日の和寒町の礎を築いてきました。

「和寒」は古くは「輪寒」あるいは「和参」とも書かれ、アイヌ語の「ワットサム」から転訛したもので「ニレの木の傍ら」という意味です。ニレの木が繁茂していたことから名付けられました。

2. 健康に関する概況 (表1)

表1 町の健康に関する概況

項目		全国		北海道		和寒町					
1	人口構成 H22年 国勢調査	総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	3,832	-			
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	400	10.4%			
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	1,927	50.3%			
		65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	1,505	39.3%			
		(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	832	21.7%			
2	平均寿命 厚生労働省 2005年(75歳)	男性	78.8	78.3	77.1	145位					
		女性	85.8	85.5	86.3	28位					
3	死亡 (主な死因年次推移分類) 22年度人口動態 注:推定値(75歳以下) 平成22年度 和寒町健康増進事業 21年度死亡	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因				
		1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	324.8	心疾患	572.9			
		2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	悪性新生物	423.4			
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	肺炎	27.4			
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患	199.3			
		5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全	49.8			
4	早死予防からみた死亡 (64歳以下) H22年 人口動態調査	合計	176,549人	14.7%	8,690人	15.7%	4人	6.5%			
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	2人	5.9%			
5	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	認定者数 (H22年度末)	5,062,234人		245,769人		263人				
		総人口		126,923,410人		5,498,916人		3,887人			
		40～64歳人口		43,221,255人		1,948,048人		1,222人			
		1号被保険者計		29,098,466人		1,352,966人		1,486人			
		75歳以上**		14,276,616人		673,874人		832人			
		1号認定者数 /1号被保険者に対する割合 (※遺棄者数を含む認定者)	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	261人	17.6%			
		再75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	242人	29.1%			
		再65～74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	19人	2.9%			
		1号認定者の原因疾患 (後掲並数順上位)			原因	人数	割合	原因	人数	割合	
		第1位						骨・関節疾患	46人	25.0%	
第2位						認知症	32人	17.4%			
第3位						高血圧	26人	14.1%			
第4位						脳血管疾患	19人	10.3%			
第5位						心疾患・糖尿病	10人	5.4%			
6	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	2号認定者数/ 2号人口に対する割合	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	2人	0.16%			
		1号被保険者分 介護給付費(単位:千円)	6,663,722,854	1人あたり 229	296,109,294	1人あたり 219	364,350	1人あたり 245			
7	国保 平成22年度 国民健康保険事業年報	加入者(年度平均)	14,059,915人		667,265		853				
		1人あたり医療費(円)	904,795円		1,070,584		863,069				
		医療費総額(千円)	12,721,335,977,000円		714,268,239		735,335				
		全国 34位					全道 150 位				
8	医療費分析 平成22年度 国民健康保険事業年報	被保険者数	35,849,071人		1,506,331人		1,590人				
		(再掲)前期高齢者 (再掲)70歳以上	11,222,279人	31.3%	497,459人	33.0%	548人	34.5%			
		一般	33,851,629人	94.4%	247,804人	16.5%	277人	17.4%			
		退職	1,997,442人	5.6%	1,426,957人	94.7%	1,546人	97.2%			
9	医療費 平成22年度 国民健康保険事業年報	加入率(年度末)		28.00%		27.4%		2.8%			
		医療費総額 (千円)	10,730,826,914	1人あたり 299	514,984,785	1人あたり 342	504,241	1人あたり 317			
		(再掲)前期高齢者 (再掲)70歳以上		256,895,211	516	279,278	510	279,278	510		
		一般(千円)	9,981,583,067	295	148,716,172	600	145,789	526			
10	生活習慣病 レセ状況 (男女別/75歳以下) 費用額/占有率 救数/占有率 加入者/占有率 (様式3-1) (再掲)40～74歳 生活習慣病(40～74歳) 実人数	生活習慣病 レセ状況 (男女別/75歳以下)		率		率		率			
		費用額/占有率					13,678,440	51.64			
		救数/占有率					545	43.3			
		加入者/占有率					502	31.0			
		(再掲)40～74歳					494	42.6			
		脳血管疾患					61	12.2			
		虚血性心疾患					79	15.7			
		糖尿病					174	34.7			
		(再掲)インスリン療法					10	5.7			
		(再掲)人工透析					1	0.2			
(再掲)糖尿病性腎症					2	1.1					
(再掲)糖尿病性網膜症					10	5.7					
高血圧症					336	66.9					
高尿酸血症					48	9.6					
高脂血症					265	52.8					
11	人工透析患者 23年度末 自立支援医療(更生医療)費報告書	透析患者数/人口千対					10人				
		糖尿病性腎症/割合					1人				
12	生活保護 平成22年度 (年度平均)	保護世帯/保護人員/保護率(%)	1,410,049	1,952,063	15.3	110,312	159,542	28.8	29	45	11.5
		特定健診 特定保健指導	受診者数 7,169,761人	受診率 32.0%	218,140	22.6%	45位	受診者数 779	受診率 73.1%	全道順位 2位	
13	特定健診 H22年度 特定健診・特定保健指導実施結果計 表	特定保健指導	終了者数 198,778人	実施率 20.8%	終了者数 8,533	実施率 20.9%	17位	終了者数 93	実施率 81.6%	全道順位 7位	
		健診項目			有所見者	有所見率	全道順位	有所見者	有所見率	全道順位	
		腹囲			68,632	30.2%	272	33.1%	72位		
		BMI			63,594	28.0%	262	31.9%	81位		
		中性脂肪			45,651	20.1%	147	17.9%	77位		
		ALT(GPT)			35,408	15.6%	129	15.7%	103位		
		HDL			10,287	4.5%	37	4.5%	87位		
		血糖値			53,728	23.7%	233	28.3%	107位		
		HbA1c			120,733	53.2%	431	52.4%	114位		
		尿酸			9,721	4.3%	68	8.3%	53位		
		収縮期血圧			105,656	46.5%	405	49.3%	71位		
		拡張期血圧			44,195	19.5%	146	17.8%	130位		
		LDLコレ			124,052	54.6%	418	50.9%	121位		
尿蛋白			13,347	5.9%	31	3.8%	62位				
クレアチニン			1,063	0.5%	3	0.4%	88位				
14	出生 H22年 人口動態調査	出生数(人口千対)	1,071.304	8.50	40.158	7.32	23	6.01			
		低体重児出生率 (出生百対)	103.049	9.62	3.934	9.80	2	8.70			

(1) 人口構成

和寒町の人口構成を全国、道と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも高くなっています。

和寒町の人口(国勢調査)は、平成17年には4,238人でしたが、平成21年には3,832人となり減少傾向にあります。

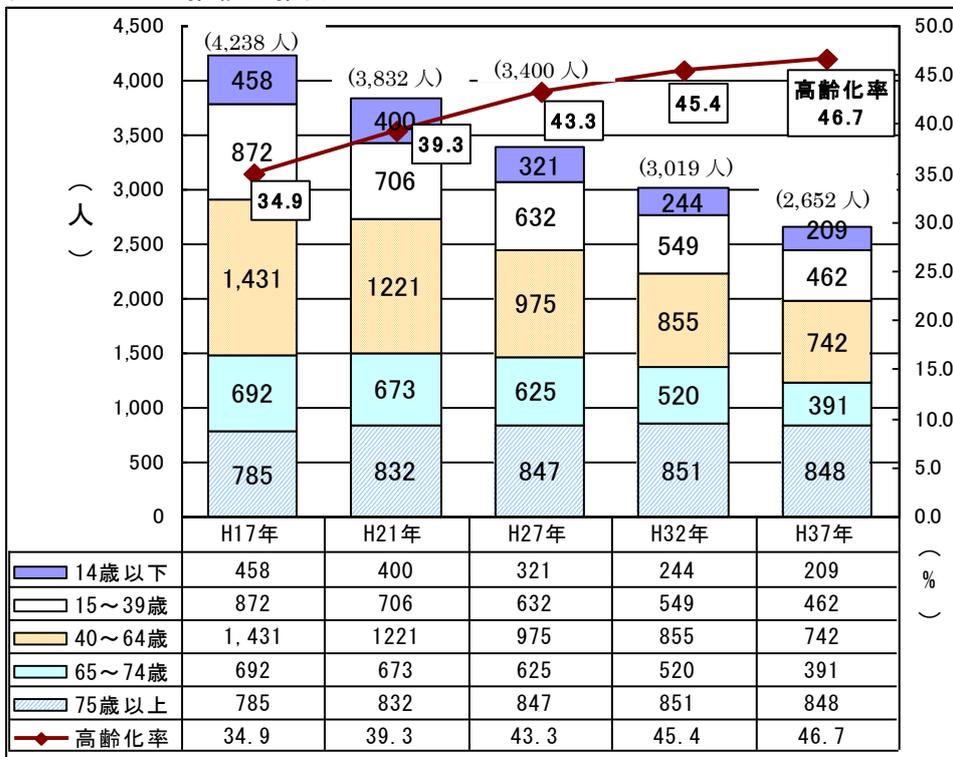
人口構成は、64歳以下人口が平成17年から平成21年までの5年間に、434人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で28人増加しています。

高齢化率は、平成17年には34.9%でしたが、平成21年には39.3%となり、5年間で4.4ポイント高くなっており、全国や道に比べて高齢化が進展しています。

生産年齢人口(15歳～64歳)・年少人口(0歳～14歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。

今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図1)

図1 人口の推移と推計



資料：平成17年、平成21年：国勢調査

平成27年、平成32年、平成37年：国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』

(2) 死亡

和寒町の主要死因を全国、道と比較すると、心疾患と脳血管疾患、悪性新生物による年齢調整死亡率が高くなっています。

主要死因の変化を平成17年と比較すると、生活習慣病の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で、平成17年には54.7%、平成21年は66.6%と増加してきています。

また、それぞれの年齢調整死亡率は、脳血管疾患ではやや減少していますが、悪性新生物と虚血性心疾患による死亡は増加しています。

表2 和寒町の主要死因の変化

年度		平成17年				平成22年				
全体		人口	死亡者総数	死亡率(人口10万対)	人口	死亡者総数	死亡率(人口10万対)			
		4,232	64	1468.6	3,830	62	1618.8			
死亡原因	1位	悪性新生物				悪性新生物				
		死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	
		16	367.1		25.0%	20	522.2		32.3%	
	2位	心疾患				心疾患				
		死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	
		10	229.5		15.6%	12	313.3		19.4%	
	3位	脳血管疾患				肺炎				
		死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率(人口10万対)	全死亡に占める割合		
		9	206.5		14.1%	11	287.2		17.7%	
	4位	肺炎				脳血管疾患				
死亡者数		死亡率(人口10万対)	全死亡に占める割合			死亡者数	死亡率(人口10万対)	75歳未満の年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	
	7	160.6		10.9%	3	78.3		4.8%		
5位	不慮の事故				腎不全					
	死亡者数	死亡率(人口10万対)	全死亡に占める割合			死亡者数	死亡率(人口10万対)	全死亡に占める割合		
	3	68.8		4.6%	3	78.3		4.8%		

道北地域保健情報年報

表3 65歳未満死亡の割合（都道府県順位）

（％）

	総数				男性				女性			
	平成17年		平成22年		平成17年		平成22年		平成17年		平成22年	
1	沖 縄	22.9	沖 縄	20.9	沖 縄	29.9	沖 縄	27.5	埼 玉	16.8	沖 縄	13.3
2	埼 玉	22.5	埼 玉	18.2	埼 玉	27.0	埼 玉	22.2	神 奈 川	15.7	埼 玉	13.2
3	神 奈 川	21.5	千 葉	16.9	大 阪	26.4	千 葉	21.0	千 葉	15.6	神 奈 川	12.3
4	大 阪	21.4	神 奈 川	16.8	千 葉	26.0	大 阪	20.9	大 阪	15.4	千 葉	12.1
5	千 葉	21.4	大 阪	16.7	神 奈 川	25.9	東 京	20.7	沖 縄	15.0	大 阪	11.7
6	東 京	19.7	東 京	16.4	青 森	24.6	青 森	20.5	北 海 道	14.2	北 海 道	11.7
7	愛 知	19.6	青 森	15.9	東 京	24.6	神 奈 川	20.4	愛 知	13.8	東 京	11.4
8	北 海 道	19.0	愛 知	15.7	愛 知	24.5	茨 城	20.0	東 京	13.7	愛 知	11.1
9	青 森	19.0	北 海 道	15.7	福 岡	23.8	栃 木	19.9	兵 庫	12.8	青 森	10.6
10	福 岡	18.4	茨 城	15.5	茨 城	23.1	福 岡	19.6	茨 城	12.7	栃 木	10.4
11	茨 城	18.3	栃 木	15.4	兵 庫	22.9	愛 知	19.5	★全国	12.4	茨 城	10.3
12	兵 庫	18.2	福 岡	15.1	北 海 道	22.9	北 海 道	19.1	静 岡	12.4	福 岡	10.2
13	★全国	18.0	★全国	14.7	栃 木	22.8	★全国	18.9	奈 良	12.4	★全国	10.0
14	栃 木	18.0	兵 庫	14.6	宮 城	22.7	宮 城	18.8	福 岡	12.4	兵 庫	10.0
15	宮 城	17.8	群 馬	14.2	★全国	22.7	兵 庫	18.7	栃 木	12.3	静 岡	9.7
16	静 岡	17.3	宮 城	14.1	奈 良	21.6	長 崎	18.6	青 森	12.1	奈 良	9.7
17	奈 良	17.3	長 崎	13.8	群 馬	21.6	群 馬	18.5	滋 賀	12.1	滋 賀	9.5
18	群 馬	16.9	京 都	13.8	鳥 取	21.5	京 都	18.2	岐 阜	11.9	群 馬	9.5
19	滋 賀	16.7	石 川	13.8	静 岡	21.4	愛 媛	18.1	宮 城	11.9	京 都	9.3
20	京 都	16.6	静 岡	13.8	京 都	21.3	広 島	18.1	群 馬	11.6	石 川	9.2
21	広 島	16.5	滋 賀	13.7	長 崎	21.2	石 川	18.0	京 都	11.6	宮 崎	9.0
22	石 川	16.3	広 島	13.6	滋 賀	21.0	福 島	18.0	石 川	11.5	岩 手	8.9
23	岐 阜	16.3	愛 媛	13.6	広 島	20.8	山 梨	17.8	広 島	11.4	宮 城	8.9
24	長 崎	16.2	岩 手	13.5	石 川	20.7	岩 手	17.7	長 崎	10.7	岐 阜	8.9
25	鳥 取	15.8	山 梨	13.4	高 知	20.6	滋 賀	17.7	宮 崎	10.6	長 崎	8.9
26	宮 崎	15.7	福 島	13.3	宮 崎	20.5	宮 崎	17.6	愛 媛	10.6	広 島	8.8
27	岩 手	15.7	宮 崎	13.3	愛 媛	20.2	鹿 児 島	17.5	岩 手	10.5	愛 媛	8.7
28	高 知	15.7	奈 良	13.0	徳 島	20.2	静 岡	17.5	三 重	10.5	三 重	8.7
29	愛 媛	15.6	岐 阜	13.0	岩 手	20.2	高 知	17.3	富 山	10.4	和 歌 山	8.6
30	福 島	15.5	佐 賀	12.9	佐 賀	20.0	秋 田	17.1	福 井	10.4	山 口	8.6
31	富 山	15.4	三 重	12.8	岐 阜	20.0	鳥 取	17.0	和 寒 町	10.3	佐 賀	8.6
32	三 重	15.3	鳥 取	12.8	福 島	19.9	徳 島	17.0	和 歌 山	10.3	鳥 取	8.5
33	山 梨	15.3	熊 本	12.7	鹿 児 島	19.9	佐 賀	17.0	高 知	10.2	山 梨	8.5
34	和 歌 山	15.2	鹿 児 島	12.7	富 山	19.9	熊 本	16.9	福 島	10.1	熊 本	8.5
35	佐 賀	15.2	秋 田	12.7	山 梨	19.9	岡 山	16.8	山 口	10.1	福 島	8.2
36	山 口	15.1	和 歌 山	12.6	和 歌 山	19.8	三 重	16.7	山 梨	10.0	香 川	8.2
37	秋 田	14.9	香 川	12.5	三 重	19.7	岐 阜	16.6	佐 賀	10.0	富 山	8.2
38	徳 島	14.8	岡 山	12.5	山 口	19.6	香 川	16.6	熊 本	9.8	鹿 児 島	8.0
39	岡 山	14.7	高 知	12.4	岡 山	19.5	新 潟	16.6	秋 田	9.8	秋 田	7.9
40	鹿 児 島	14.6	徳 島	12.4	秋 田	19.4	和 歌 山	16.4	岡 山	9.4	岡 山	7.9
41	新 潟	14.5	山 口	12.4	新 潟	19.3	大 分	16.2	大 分	9.4	福 井	7.8
42	大 分	14.4	富 山	12.3	大 分	19.1	富 山	16.2	香 川	9.2	大 分	7.8
43	香 川	14.3	新 潟	12.1	香 川	18.9	奈 良	16.0	長 野	9.2	徳 島	7.5
44	福 井	14.3	大 分	12.1	熊 本	18.3	山 口	15.9	鳥 取	9.2	高 知	7.4
45	熊 本	14.2	福 井	11.4	福 井	18.0	島 根	15.1	鹿 児 島	9.1	山 形	7.4
46	長 野	13.6	山 形	11.0	山 形	17.6	福 井	14.8	徳 島	9.1	新 潟	7.4
47	山 形	13.3	島 根	10.8	長 野	17.5	山 形	14.4	新 潟	9.0	和 寒 町	7.1
48	島 根	13.1	長 野	10.7	島 根	17.5	長 野	14.2	山 形	8.5	長 野	7.1
49	和 寒 町	9.4	和 寒 町	6.5	和 寒 町	8.6	和 寒 町	5.9	島 根	8.1	島 根	6.5

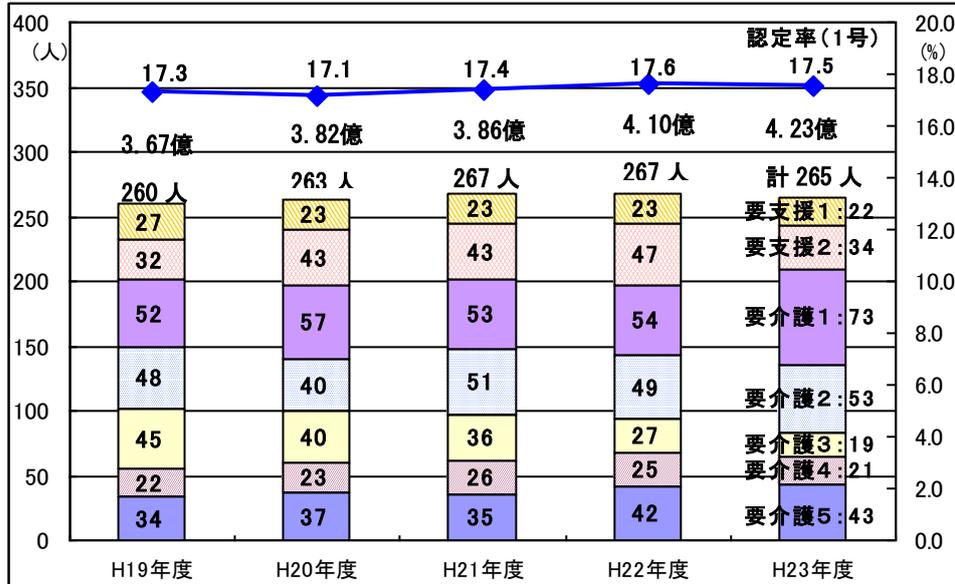
人口動態調査 保管統計表

(3) 介護保険

和寒町の介護保険の認定率は、第1号被保険者は全国や道とほぼ同じ、第2号被保険者はやや低くなっています。(表1)

和寒町の平成23年10月の要介護(支援)認定者数は、265人であり、平成19年10月の260人と比べて横ばいに経過しています。しかし、介護給付費は3.67億円から4.23億円へと15.3%も増加しています。(図2)

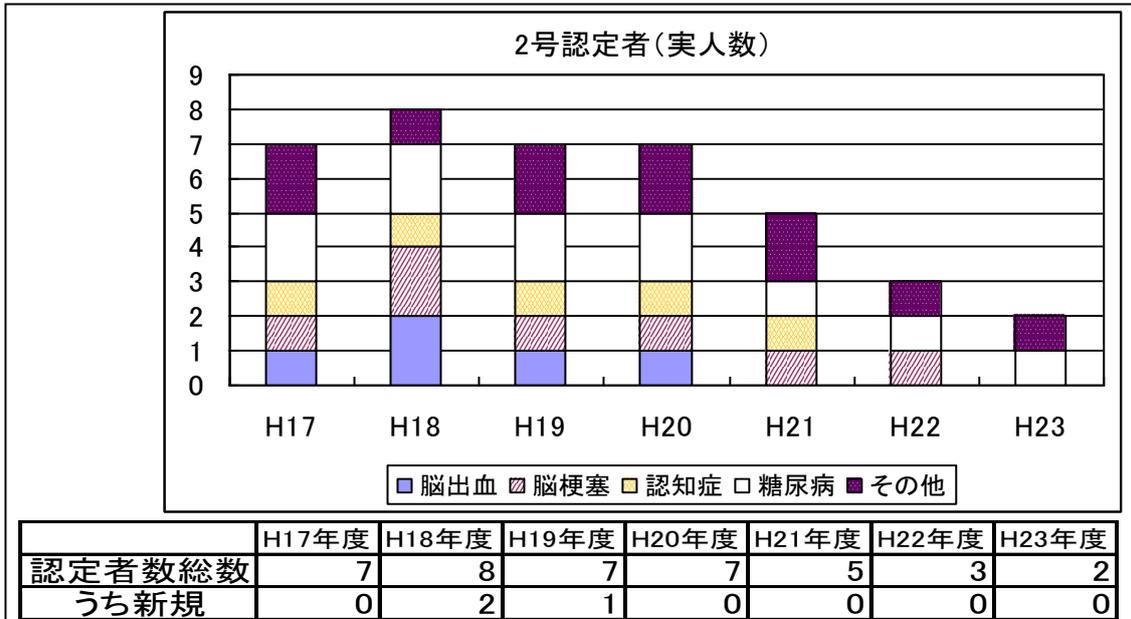
図2 要介護(支援)認定者数の推移



介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書より

第2号被保険者の新規認定者数は、平成19年度以降の発生はありません。(図3)

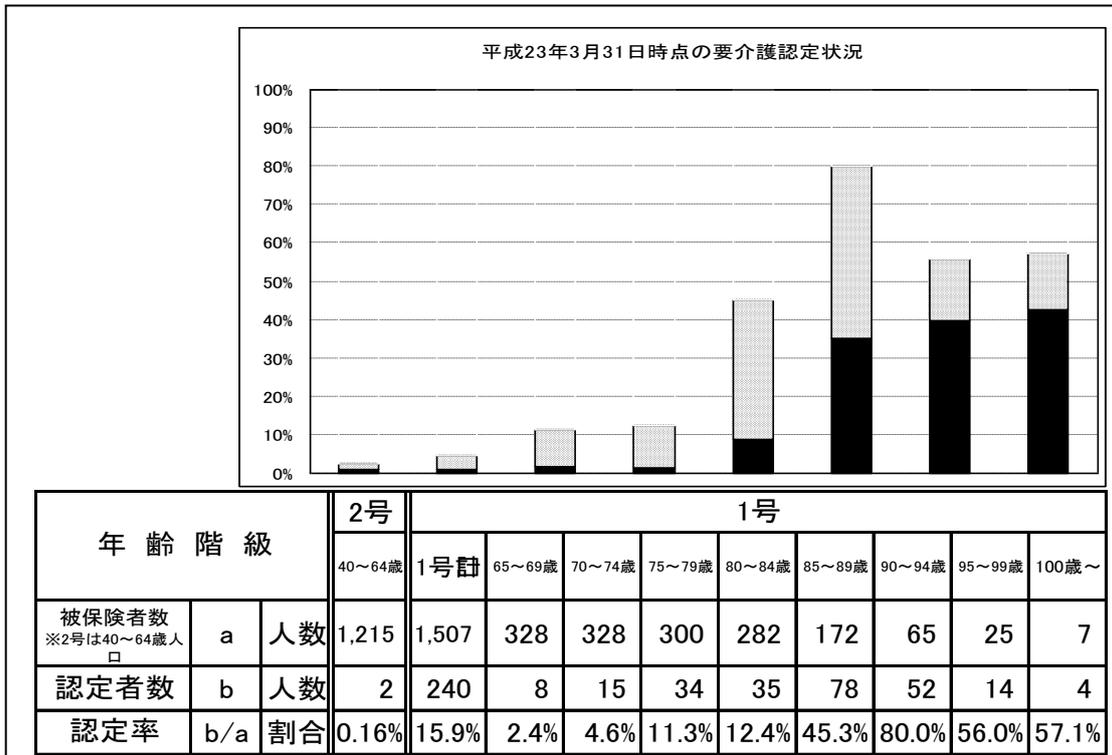
図3 第2号被保険者要介護(支援)認定者数の推移と原因疾患



介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書より

町の介護保険の状況を見ると 85 歳を境に認定率が大幅に上昇しており、健康な期間が長いことが伺えます。65 歳以上の認定率は全国や道と比較してもそれほど差はありません。

図4 要介護認定状況(平成23年3月31日時点)



介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書より

認定原因は骨・関節疾患が多く、ついで認知症となっています。(表1)
認定を受けている人の86.4%が脳卒中や糖尿病などの血管疾患をあわせもっています。

表4 疾患別要介護度割合(H22年度末現在)

		要支援1	要支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
		血管疾患(脳卒中・血圧・糖尿病など)	実数	20	41	50	30	6	6
	%	13%	26%	31%	19%	4%	4%	4%	86.4%
認知症	実数	3	8	12	15	6	8	6	58
	%	5%	14%	21%	26%	10%	14%	10%	31.5%
膝痛・骨折等	実数	22	26	40	14	3	1	1	107
	%	21%	24%	37%	13%	3%	1%	1%	58.2%

*原因疾患の重複あり

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書より

(4) 後期高齢者医療

和寒町の後期高齢者の一人あたりの医療費は全国や道と比較して、低い費用になっています。

(5) 国保

和寒町の国民健康保険加入者は、全国や道と比較して、加入率が高くなっています。

また、加入者のうち、前期高齢者(64歳~74歳)が占める割合も高くなっており、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。

一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

和寒町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般は道と比較すると低い費用ですが、国と比較すると高い費用となっています。退職は全国や道、または一般と比較しても低い費用となっています。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、ここ数年横ばい傾向にあります。

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告で、受診率 73.1%、保健指導実施率は 81.6%で、国、道より非常に高くなっています。

特定健康診査の結果については、腹囲、BMI、空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧が、道より高くなっています。

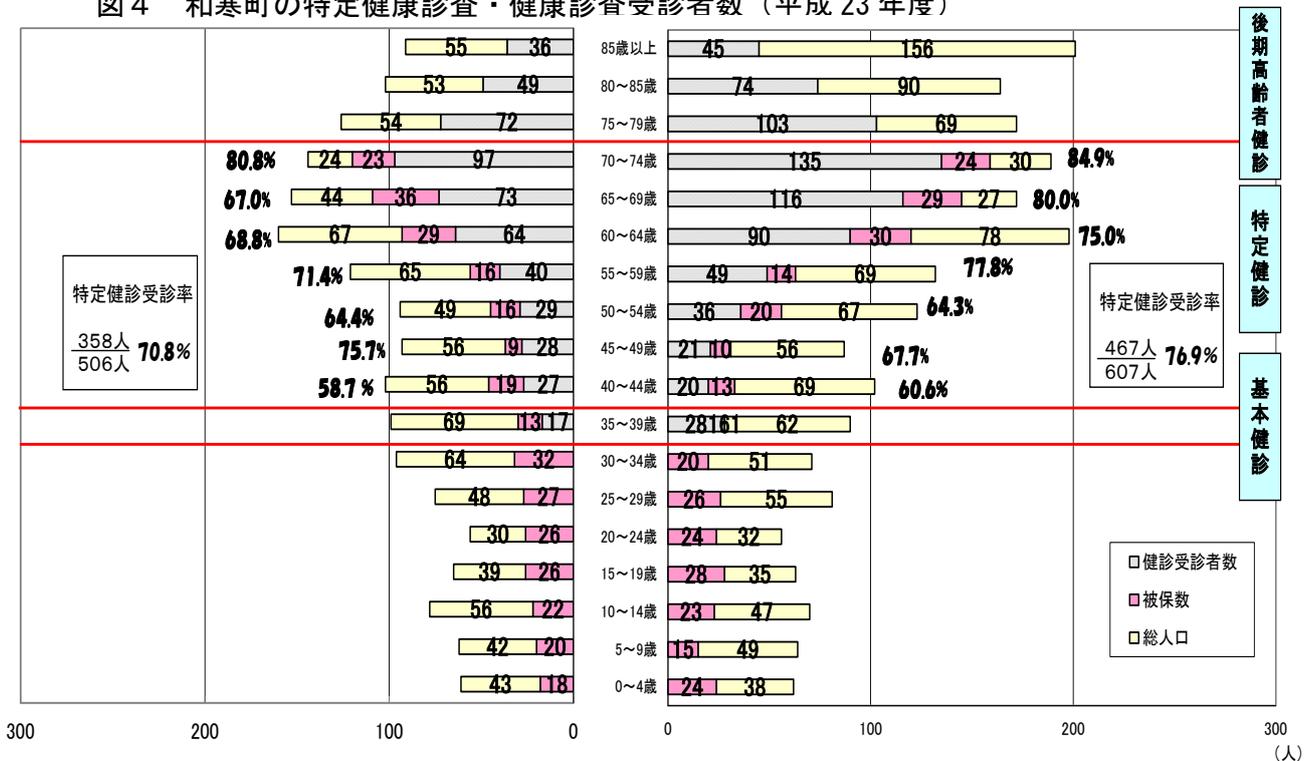
いずれも食生活（炭水化物、飲酒、蛋白質）との関連が深い検査項目であるため、今後の保健指導の内容について、検討が必要になります。

和寒町では、高齢者の医療の確保に関する法律の中で努力義務となっている 18 歳から 39 歳までの町民に対し、35～39 歳までの方を対象とした基本健康診査を実施しています。（図 4）

特定健康診査の受診回数別結果を見てみると、初めての受診者は、腹囲・中性脂肪・拡張期血圧・LDL・eGFR といった健診データが、継続受診者より悪い状態です。（表 6）

健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。

図 4 和寒町の特定健康診査・健康診査受診者数（平成 23 年度）



男 性	40～74歳 (特定健診)	健診受診者	358	70.8%
		国保被保険者	506	
	35～39歳 (基本健診)	健診受診者	17	17.2%
		総人口	99	

女 性	40～74歳 (特定健診)	健診受診者	467	76.9%
		国保被保険者	607	
	35～39歳 (基本健診)	健診受診者	28	31.1%
		総人口	90	

表6 和寒町の特定健康診査受診者の受診回数別結果（平成23年度）

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者			
受診者数			802人	100.0%	729人	90.9%	73人	9.1%		
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	282人	35.2%	256人	35.1%	26人	35.6%		
	腹囲	85or90以上	253人	31.5%	227人	31.1%	26人	35.6%		
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400以上	7人	0.9%	5人	0.7%	2人	2.7%	
		HDLコレステロール	34以下	14人	1.7%	14人	1.9%	0人	0.0%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	46人	6.2%	41人	6.0%	5人	7.2%
			HbA1c	6.5以上	32人	4.0%	30人	4.1%	2人	2.8%
			計		56人	7.0%	51人	7.0%	5人	6.8%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	41人	5.1%	35人	4.8%	6人	8.2%
			拡張期	100以上	23人	2.9%	19人	2.6%	4人	5.5%
			計		52人	6.5%	44人	6.0%	8人	11.0%
	その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	73人	9.1%	65人	8.9%	8人	11.0%	
腎機能	尿蛋白	2+以上	10人	1.2%	9人	1.2%	1人	1.4%		
	eGFR	50or40未満	17人	2.1%	14人	1.9%	3人	4.2%		
	尿酸	9.0以上	2人	0.3%	2人	0.3%	0人	0.0%		

*空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出
H20～H23年度特定健康審査結果より

(7) 出生

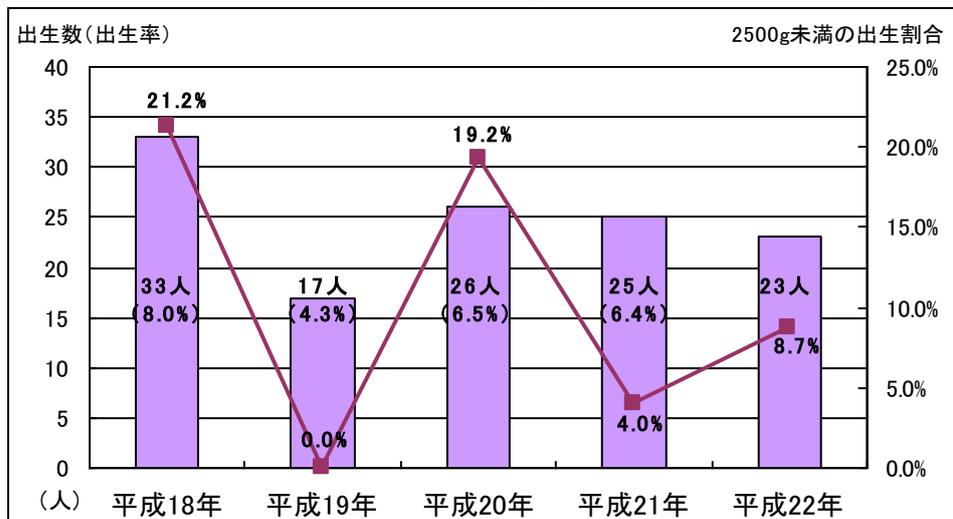
和寒町の出生率は、全国や道より低くなっています。

近年、出生の時の体重が、2,500g未満の低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣を発症しやすいとの報告が出されてきました。

和寒町の低出生体重児の出生率は、全国や道と比較して少ないです。

今後も妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。(図5)

図5 出生数及び出生時の体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



道北地域保健情報年報

3. 町の財政状況に占める社会保障費

和寒町においては、平成 23 年度において医療、介護の社会保障費の決算が、約 11 億 7 千万円となっています。(下図)

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

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、町民一人一人の健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

和寒町の財政状況と社会保障

歳入（一般会計）		歳出（一般会計）	
4 3 億円 (H23 決算)		4 2 億円 (H23 決算)	
1 位	地方交付税 2 3 . 7 億円 (55.0%)	1 位	総務費 7 . 1 億円 (16.8%)
2 位	国・道支出金 5 . 5 億円 (12.8%)	2 位	土木費 6 . 3 億円 (14.8%)
3 位	地方債 5 . 4 億円 (12.4%)	3 位	民生費 5 . 3 億円 (12.6%)

社会保障費

	医療	介護	生活保護
決算 (H23)	約 6 億 9 千万円	約 4 億 8 千万円	約 0 円
うち一般会計	約 9 千万円	約 9 千万円	約 0 円

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別と実態と対策

1、取組み主体別の目標項目

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、別表Ⅱのように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための和寒町の具体的な取り組みを次のように推進します。

別表Ⅱ

ライフステージ ・主な法律		生涯における各段階(あらゆる世代)												
		妊娠 胎児(妊婦)	出生 0歳	乳幼児期 18歳	学童期 20歳	青年期 働く世代(労働者)	壮年期 40歳	高齢期 65歳	死亡 75歳					
取組み全体		母子保健法		食育基本法		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律		介護保険法		
個人で達成すべき目標	和寒町医療保険者	がん	□がん検診の受診率の向上						□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少					
		循環器疾患							□高血圧の改善 □脂質異常症の減少		□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少			
		糖尿病							□特定健診診査・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		□合併症の減少 (糖尿病腎症による年間透析導入患者数)			
		歯・口腔の健康	□乳幼児・学童期のう触のない者の増加		□過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 □歯周病を有する者の割合の減少		□歯の喪失防止		□口腔機能の維持・向上					
		栄養・食生活	□適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □適正体重の子どもの増加						□共食の増加 □適切な量と質の食事をとる者の増加		□低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制			
		身体活動・運動	□健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加						□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加		□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少			
		飲酒	□妊娠中の飲酒をなくす		□未成年者の飲酒をなくす		□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少							
		喫煙	□妊娠中の喫煙をなくす		□未成年者の喫煙をなくす		□成人の喫煙率の低下							
		休養							□睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少		□自殺者の減少			
		こころの健康							□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少					
社会環境に関する項目	地域	コミュニティボランティア等		□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加						□就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下・ハイリスク高齢者の把握率の向上				
	職場	企業 飲食店 特定給食設備 民間団体 (栄養ケア・ステーション、薬局等)等		□受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		□週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加		□健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加						
	都道府県	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		□健康格差対策に取り組む自治体数の増加		□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小						
国・マスメディア					15		□COPDの認知度の向上		□ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加					

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

①はじめに

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

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中のがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

②基本的な考え方

i 発症予防

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

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がると考えられます（表1）。

ii 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われていています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます（表1）。

表1 がんの発症予防・重症化予防

部位	発症予防										重症化予防（早期発見）		
	科学的根拠										検診による死亡率減少効果		5年相対生存率 ^{※2}
	生活習慣 68%					その他					がん検診	評価判定 ^{※1}	
	タバコ 30%	食事 30%		運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり			
	高脂肪	塩分											
胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X線検査	相応な証拠あり	64.3%
肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	相応な証拠あり	29.0%
大腸	△	○		○	○	○	△			糖尿病(男性) ^{※3}	便潜血検査	十分な根拠あり	67.9%
子宮 頸部	◎								◎ HPV	糖尿病(子宮体部・卵巣) ^{※3}	子宮頸部擦過 細胞診	十分な根拠あり	72.2%
乳	△			△	○	○ (閉経後の肥満)	○	○		高身長、糖尿病 ^{※3} 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラ フィの併用	十分な根拠あり(50歳以上) 相応な根拠あり(40歳代)	87.7%

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不明

※1 ガイドラインに基づいたがん検診の有効性

※2 厚生労働省がん研究助成金「地域がん登録制度向上と活用に関する研究」2000-2002

※3 DITN 第415号 2012年(平成24年)10月5日発行

参考 国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

③現状と目標

i 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率（年齢調整死亡率）を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

和寒町の75歳未満のがん年齢調整死亡率は、男女とも平成13～17年の平均値と比較して平成18～22年の平均値では増加しており、国が平成27年までに掲げた目標値73.9よりも高く、課題と考えられます。（表2）

表2 和寒町の75歳未満のがんによる死亡の状況（H13～H17年、H18～H22年の比較）

性別		男性		女性		計		H27 (国の目標値)
		H13～H17	H18～H22	H13～H17	H18～H22	H13～H17	H18～H22	
75歳未満の年齢調整死亡率(間接法) 人口10万対(5年間の平均*)		141.1	158.5	57.5	67.7	99.3	113.1	→ 73.9
75歳未満の死亡者数	気管・気管支及び肺	12	9	4	0	16	9	
	胃	2	4	1	2	3	6	
	大腸	1	3	2	0	3	3	
	乳	-	-	1	3	1	3	
	子宮	-	-	0	1	0	1	
	小計	15	16	8	6	23	22	
	その他 計	11	12	3	6	14	18	
総 数		26	28	11	12	37	40	

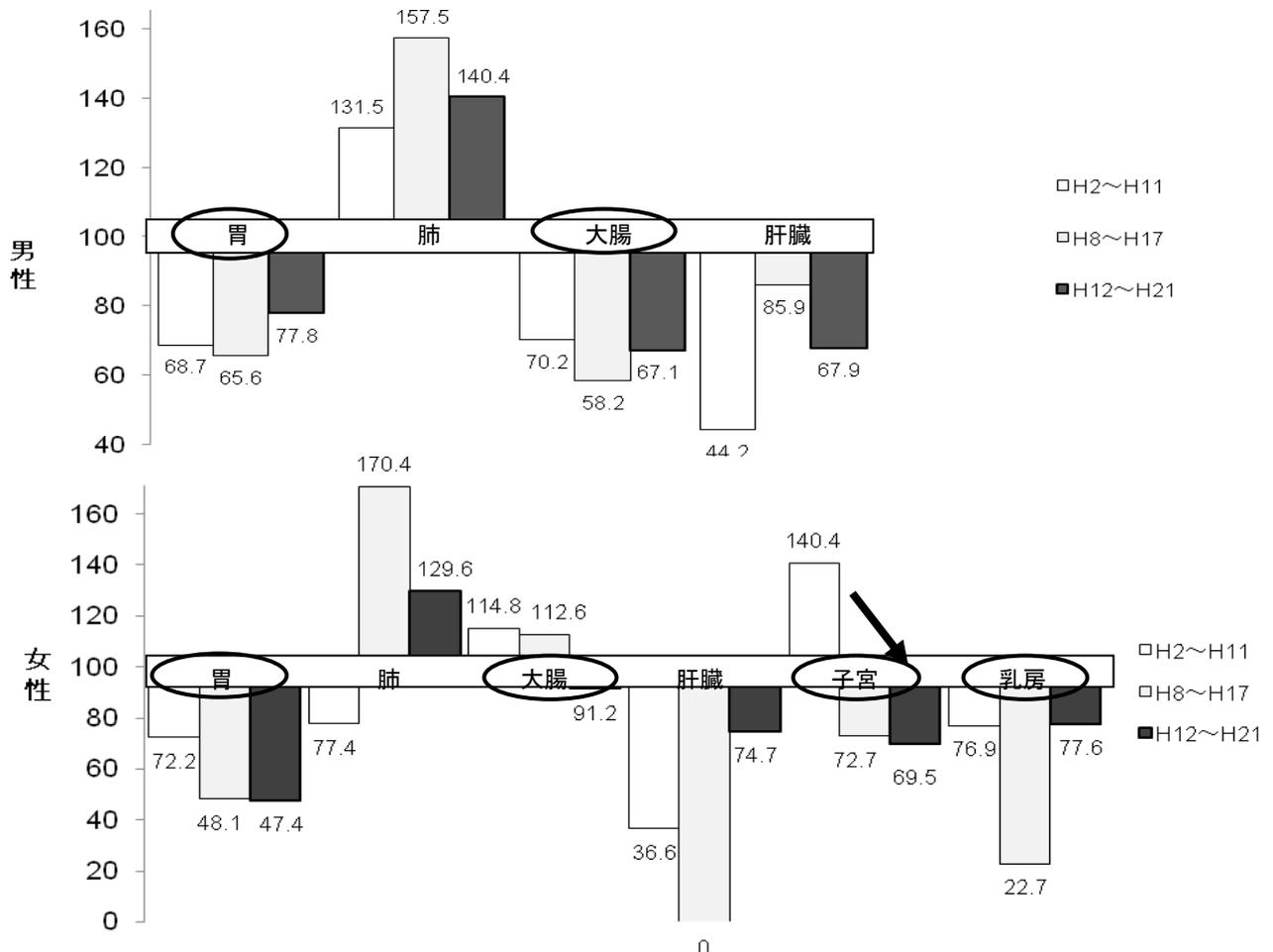
※平成17年・平成22年国勢調査、道北地域保健情報年報(平成14～22年)より算出

*間接法: 観察集団が小さい場合に有効とされている年齢調整死亡率の調整法

地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比（SMR）でがん死亡の状況をみると、検診による死亡率の減少効果があるとされている5大がん（表1参照）のうち、胃、大腸、子宮頸部、乳がんについて和寒町は全国（100）に比べて低くなっており（図1）、検診無料化などの施策による検診受診率の向上がみられていること等が背景として考えられます。

一方で、肺がんが男女ともに全国に比べて高く、人口規模や地域特性の似た近隣市町村と比較してみても高いことから今後の課題であると考えます。発症予防の視点から、最大の危険因子である喫煙対策の強化とともに、受診率の向上など対策の見直しが必要です（表3）。

図1 和寒町のがんの標準化死亡比(SMR) (H2~H11年、H8~H17年、H12~H21年の比較)



※北海道における主要死因の概要 4、6、7

表3 近隣市町村の肺がんの標準化死亡比(SMR)

男性								
年	和寒町	N市	S市	K町	S町	B町	N町	O村
①H2~H11	131.5	136.5	103.9	75.5	87.3	130.3	82.8	143.9
②H8~H17	157.5	110.1	116.5	103.8	122.2	84.9	72.8	62.8
③H12~H21	140.4	86.3	100.6	99.7	111.3	62.1	24.2	18.7

女性								
年	和寒町	N市	S市	K町	S町	B町	N町	O村
①H2~H11	77.4	97.3	77.9	94.5	87.7	107.3	121.9	0.0
②H8~H17	170.4	75.1	86.3	29.0	88.7	106.5	81.6	0.0
③H12~H21	129.6	60.7	109.2	51.2	56.0	75.3	96.1	63.4

※北海道における主要死因の概要 4、6、7

ii がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

和寒町では、検診が有効とされているがん検診受診率については、胃・大腸・子宮・乳がん検診は微増傾向にあり、肺がん検診は減少傾向にあります。

また、次期がん対策基本計画案で示された 69 歳を上限とする受診率では、肺がん検診のみ平成 28 年の目標値を達成していますが、その他は目標値を下回っております(表 4)。

表4 和寒町のがん検診受診率の推移

年度	がん対策推進基本計画(H19.6-H23 年度末)受診率※				H23 年度	次期がん対策推進基本計画案
	H20	H21	H22	H23	69 歳以下受診率	目標値(H24-H28)
胃がん	19.6	20.2	18.4	21.1	20.8	* 40%(当面)
肺がん	63.1	55.8	53.3	51.5	47.2	* 40%(当面)
大腸がん	20.0	20.4	18.8	24.2	25.7	* 40%(当面)
子宮頸がん	17.2	28.6	27.6	28.0	36.1	50%
乳がん	18.2	31.5	29.4	29.7	37.5	50%

※平成 24 年度 和寒町保健福祉課保健係 保健事業計画

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

和寒町の精密検査受診率は、全て許容値を超えていますが、胃・大腸・肺がん検診においては目標値である 90%に届いていません。がん検診受診者の人から、毎年がんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります(表 5)。

表5 和寒町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	事業評価指標※	
						許容値	目標値
胃がん検診	精密検査受診率	85.7%	62.5%	57.1%	76.7%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	0人	0人	1人	0人		
肺がん検診	精密検査受診率	93.4%	80.3%	80.0%	80.0%	70%以上	
	がん発見者数	2人	1人	1人	1人		
大腸がん検診	精密検査受診率	85.0%	78.4%	72.3%	70.6%	70%以上	
	がん発見者数	0人	0人	2人	2人		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	-	-	100.0%	100.0%	70%以上	
	がん発見者数	-	-	0人	0人		
乳がん検診	精密検査受診率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80%以上	
	がん発見者数	1人	2人	1人	4人		

※今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書 平成20年3月 がん検診事業の評価に関する委員会

表6 和寒町のがん検診でがんが発見された人数(75歳未満)と5年相対生存率(H2~H24年)

部位	がん検診による がん発見者数	発見後5年未満の 死亡者数	5年後の 生存率	【参考】5年相対生存率※
胃がん	13	4	69.2%	64.3%
肺がん	6	4	33.3%	29.0%
大腸がん	15	3	80.0%	67.9%
乳がん	18	0	100%	87.7%
子宮頸がん	7	0	100%	72.2%
計	78	23	76.5%	56.9% (全がん)

※厚生労働省がん研究助成金「地域がん登録制度向上と活用に関する研究」2000-2002

和寒町のがん検診受診者のうちがん発見者数および5年相対生存率をみると(表5、表6)、発見者数で乳がんが4人と最も多く生存率も100%と高いことから、乳がん検診による死亡率減少効果が大きいといえます。また、子宮頸がん検診においても、がん発見後5年未満の死亡者がいないことから同様の傾向が伺えます。

④まとめ

和寒町の75歳未満の年齢調整死亡率やがん発見後5年未満の死亡率、肺がんで高額治療者が多い(表7)ことから、和寒町はがんの中でも特に肺がんが課題と考えます。

肺がんの死亡を減少させるためには、肺がん検診の受診率向上に加え、ハイリスク者(喫煙指数600以上の者、または6カ月以内に血痰のあった者)への喀痰細胞診検査による重症化予防と、肺がんの発生メカニズムから喫煙状況に着目し、生活習慣の改善に

よる発症予防に努めていきます。種々のがんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と重複するものも多いことから、生活習慣病の予防の取り組みが結果的にはがんの予防にもつながってくると考えます。

表7 和寒町 がん医療費 月 100 万円以上レセプト(平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月)

部位	実人数	平均年齢	医療費総額	1 人平均医療費
胃がん*	2 名	55.5 歳	約 294 万円	約 147 万円
肺がん*	7 名	75.8 歳	約 1,011 万円	約 169 万円
大腸がん*	5 名	63.6 歳	約 688 万円	約 138 万円
乳がん*	0 名	-	-	-
子宮がん*	0 名	-	-	-
食道がん	2 名	68.5 歳	約 269 万円	約 135 万円

※健康増進法に基づくがん検診

⑤対策

i ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種(中学 1 年生から高校 1 年生に相当する年齢の女性)
- ・肝炎ウイルス検査(年齢制限なし)
- ・HTLV-1 抗体検査(妊娠期)

ii がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報や防災無線などを利用した啓発
- ・保健推進員や町民にむけた講演会
- ・がん検診推進事業(がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達したかたに検診手帳を、また 70 歳未満の全対象者への検診無料クーポン券の配布)

iii がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診(35 歳以上)
- ・子宮頸がん検診(20 歳以上の女性)
- ・肺がん検診(40 歳以上)
- ・乳がん検診(20 歳以上の女性)
- ・大腸がん検診(35 歳以上)
- ・前立腺がん検診(50 歳から 75 歳の男性)

iv がん検診の質の確保に関する施策

- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

(2) 循環器疾患

①はじめに

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

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

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

②基本的な考え方

i 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

ii 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

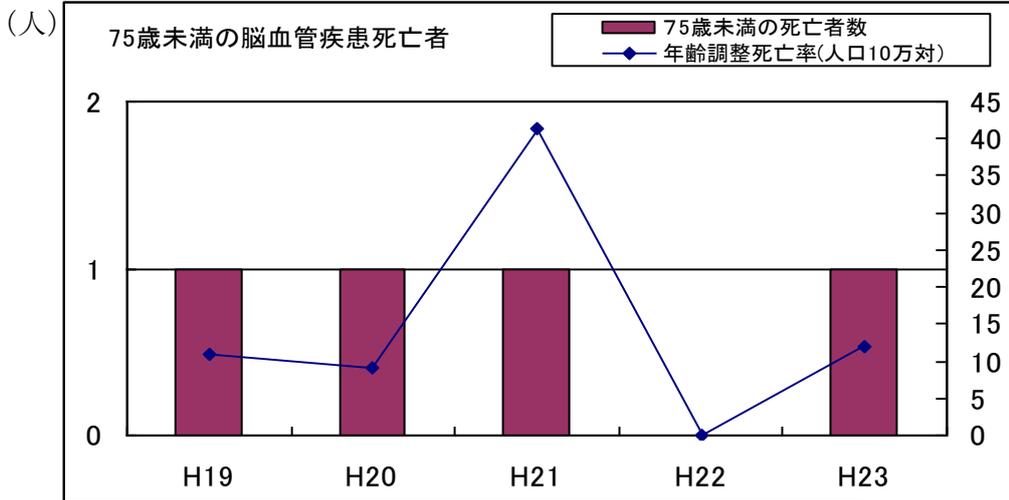
また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対する保健指導が必要になります。

③現状と目標

i 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。本町の脳血管疾患の年齢調整死亡率には大きな変化は見られていません。(図1)

図1 和寒町の脳血管疾患死亡の状況



※道北地域保健年報をもとに直説法にて算出

生活習慣病は、その名の通り生活習慣次第では、疾病や死亡を回避することができることから、生活習慣の改善により回避可能な生活習慣病の発症は、徹底してその予防を図ることが重要であります。

平成19年から平成23年の5年間で循環器疾患で亡くなられた13人中7人は国保外、治療中などで健診データの状況把握ができませんでした。

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、地域全体の健康状態を把握できなかつたり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されていますが、継続的、かつ包括的な保健事業が展開できるよう、地域保健と職域保健の連携を推進することが課題となります。

健診データを把握できた6人中、健診で高血圧の所見があった人は4人(66.7%)で、うち3人は未治療でした。健診を受け適切な管理ができるよう働きかけていくことが大切です。

表1 74歳未満で死亡原因が循環器疾患の13事例(H19~H23年)

性別	年代	健康診査の結果								治療歴(レセプト)					死亡原因	
		血管内皮障害		腹囲 脂質 肝機能	血糖 HbA1c	LDL コレステロール	体格 BMI	血管の変化			高血圧	高脂血症	糖尿病	心疾患		腎臓病
		血圧	尿酸					脳 (眼底)	心臓 (心電図)	腎臓(クレアチニン・尿蛋白)						
男	70代	健診未受診(治療中のため)								○	○	○	心不全	糖尿病性腎症	急性心筋梗塞	
女	40代	健診未受診(治療中のため)										○				急性心不全
男	70代	健診未受診(施設入所)														急性心不全
男	60代	健診未受診(治療中のため)										○		腎盂腎炎	急性心不全	
男	50代	健診未受診(治療中のため)								○		○	心不全、心筋症	透析	急性心筋梗塞	
男	40代	健診未受診(社会保険のため把握できず)														急性心筋梗塞
女	70代	○			○	○								○	心筋梗塞疑い	
男	70代	○			○	○	○								心筋梗塞	
男	60代	○			○						○				急性心臓死	
男	70代	健診未受診														脳内出血疑い
女	60代	○					○								脳出血	
男	40代				○		○								クモ膜下出血	
男	60代		○		○									○	脳出血	
割合		(66.7%)	16.7%	(83.3%)	50.0%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%						

※和寒町保健福祉課保健係 死亡統計

現在、治療中の人への保健指導は特定保健指導の実績として認められていませんが、すでに、医師のもとで医学的な管理を受けている人に対しても、主治医等の関係者と適切に連携を行なうことによって、保険者が、更に効果的な保健指導を実施することができるとの報告があります。

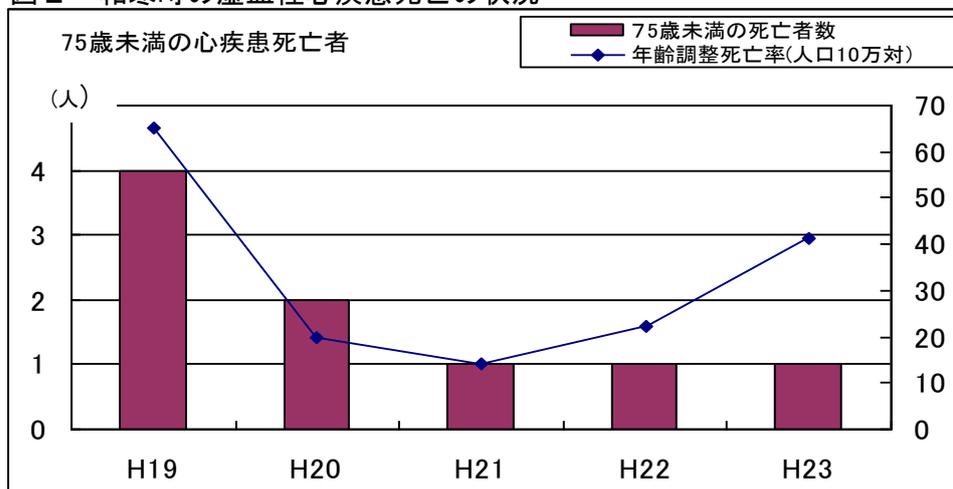
特定健診の主な未受診理由に「医療機関に受療中」という内容がありますが、保険者が特定健診に相当するデータを入手すれば特定健診の実施に代え、特定保健指導につなげることが可能になっています。

今後、医療機関、保険者が連携し、地域での取り組みの実情を踏まえて、どのようなことが実施可能かについて検討する必要があります。

ii 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

虚血性心疾患についても脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要ですが、虚血性心疾患による年齢調整死亡率は平成20年以降、横ばいです。(図2)

図2 和寒町の虚血性心疾患死亡の状況



※道北地域保健年報をもとに直説法にて算出

循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

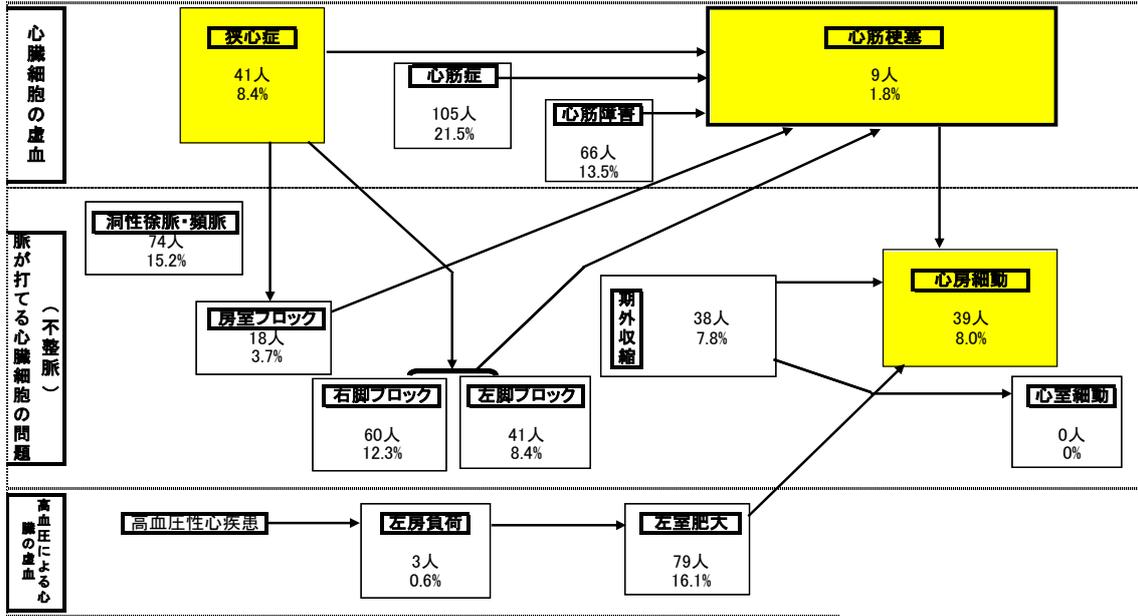
循環器疾患の発症は、肥満を伴う場合と遜色がないため、本町では特定健診受診者または基本・後期高齢者健診受診者全員に心電図検査を加え実施しています。

心電図検査全受診者のうち、14.4%に異常が認められ、そのうち18.2%は狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動などが発見されています。(図3)

今後も特定健康診査全ての受診者に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防に繋げることができると考えます。

図3 心電図検査の結果

(H20~23の心電図検査受診者 3,383人中異常者 488人(14.4%)の状態：人物・項目の重複あり)



※H20~H23 年度特定健康診査結果

iii 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

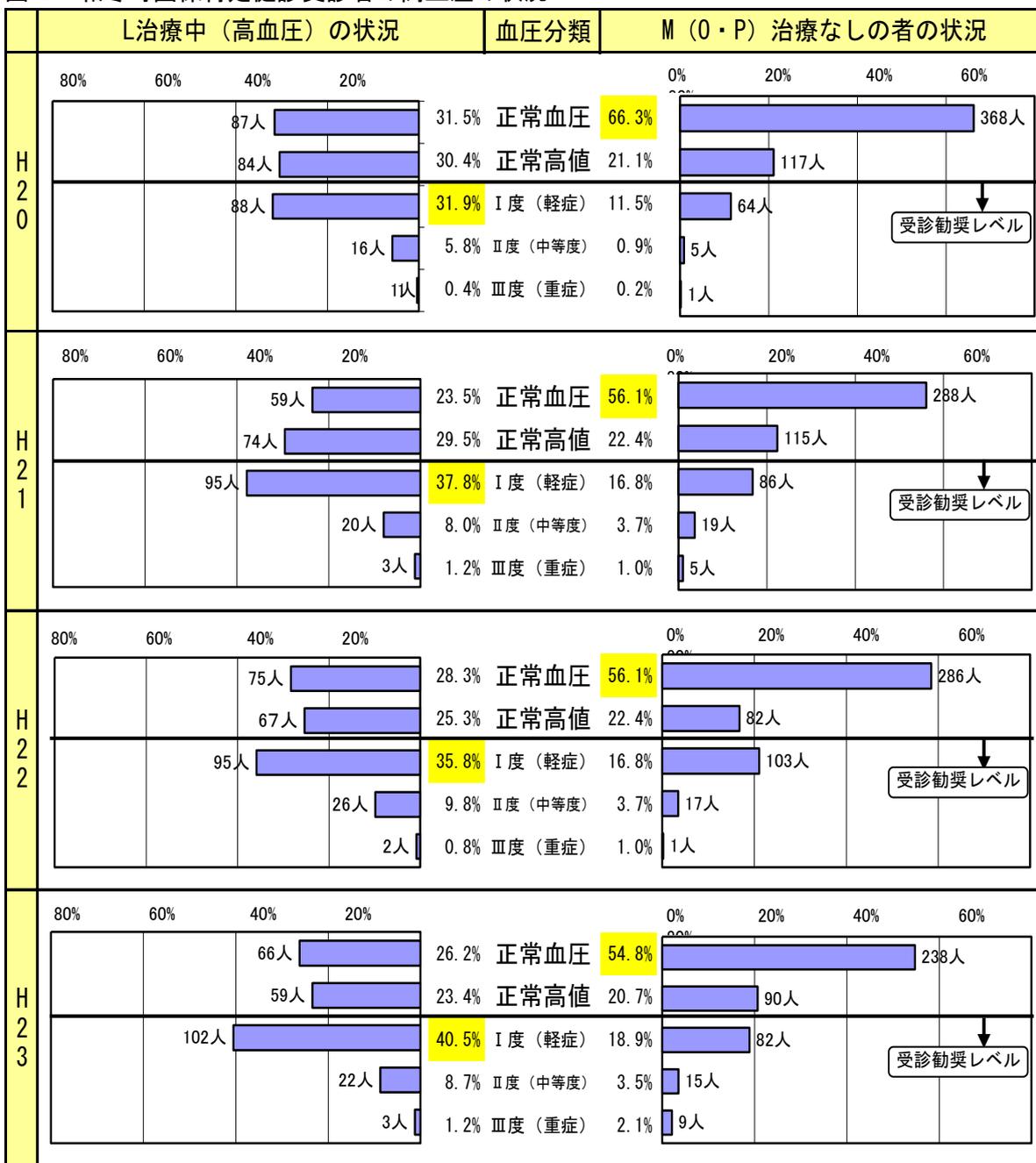
和寒町では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2004 や標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）を参考に保健指導を実施しています。（表2）

表2 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（血圧）

年度	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
服薬なし	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧 ③Ⅰ度高血圧 （ただし糖・脂質が未治療で確定版受診値の者、若しくは糖・脂質治療中でガイドライン値の者がⅠ度高血圧を持ち合わせていた場合）				
服薬あり	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧				

しかし、特定健診受診者の血圧には改善が認められず、更に重症者も増加傾向にあることから、今後は高血圧治療ガイドライン2009に基づき対象者のリスクを明確にし、継続した保健指導で重症化予防を図っていくことが必要です。(図4)

図4 和寒町国保特定健診受診者の高血圧の状況



〈参考〉

分類	収縮期血圧	拡張期血圧
正常血圧	<130	かつ <80
正常高値	130～139	または 85～89
I度（軽症）	140～159	または 90～99
II度（中等症）	160～179	または 100～109
III度（重症）	≥180	または ≥110

※H20～H23 年度和寒町特定健康診査結果

iv 脂質異常症の減少（LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の減少）

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

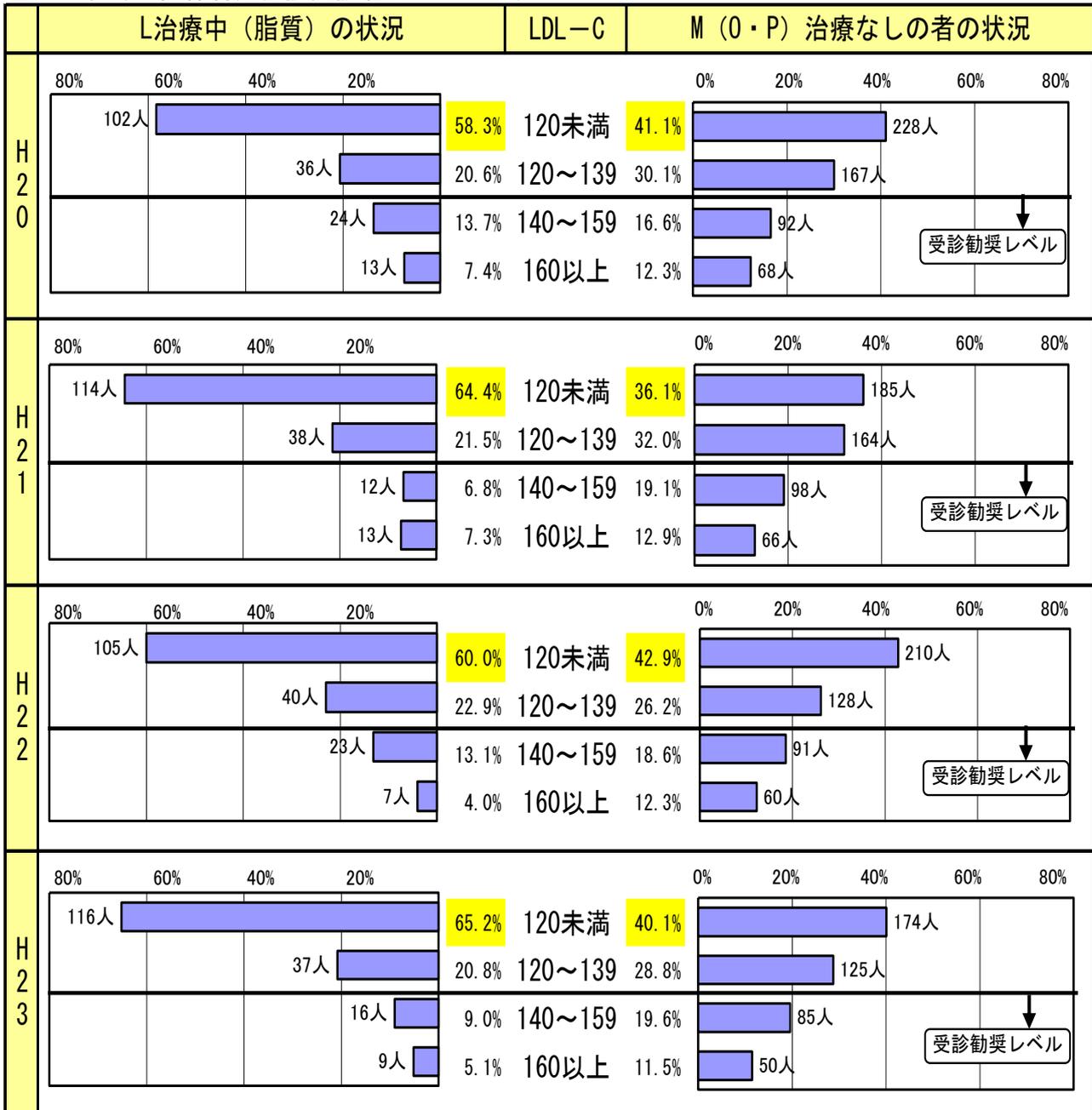
冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された、特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、町では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロール有所見率は、道と比較すると低くはありますが、特に治療なしの人の数は徐々に増えています。（表 3・図 5）

表 3 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（脂質異常）

年度	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
服薬なし	①LDL140mg/dl以上				
服薬あり	①LDL160mg/dl以上				

図5 和寒町国保特定健診受診者のLDL-Cの状況



※H20～H23 年度和寒町特定健康診査結果

平成24年4月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応は不可欠であることから、生活習慣病関連の8学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、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、nonHDL コレステロール値（総コレステロール値からHDL コレステロールを引いた値）が脂質管理目標値に導入されました。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」に基づき、現在の検査項目以外の追加検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

v メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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

和寒町では平成 24 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べて 10%の減少について H23 年度時点では十分な達成状況ではありません。今後は平成 27 年度の目標値である 25% 減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。(表 4)

表 4 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

	対象者	健診受診者	受診率	メタボ該当者		メタボ予備群	
H20年度	1,118	835	74.7%	150	16.2%	101	10.9%
H21年度	1,102	793	72.0%	115	13.3%	117	13.5%
H22年度	1,066	779	73.1%	120	14.2%	126	14.9%
H23年度	1,045	752	72.0%	123	16.4%	82	10.9%
〈参考値〉 北海道	969,539	227,765	23.5%	34,523	15.1%	25,597	11.2%

※国保連合会法定報告

vi 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

和寒町では、受診率、実施率ともに、国や道より非常に高い状態で推移しています。今後は、受診率を維持すると共に、健診後の保健指導の充実を図り、発症予防、重症化予防への施策が重要になってきます。

④対策

i 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・医療機関との連携

ii 保健指導対象者を明確するための施策

- ・基本健康診査（35 歳～39 歳・生活保護世帯）に 20 歳～39 歳に拡大
- ・和寒町特定健康診査

iii 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・**リスクの高い対象者への 2 次健診＝動脈硬化予防健診（①頸動脈超音波検査、②尿微量アルブミン）、③75g 糖負荷検査を追加**
- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - ・特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導（高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える）
 - ・家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・**和寒町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施**

(3) 糖尿病

①はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症の併発によって、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様、生活の質(QOL: Quality of Life)ならびに、社会経済的活力と社会保障資源に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、脳血管疾患や心筋梗塞の発症リスクを2~3倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

i 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

ii 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要です。同時に、糖尿病の未治療や、治療中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、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で、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

i 合併症(糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。

増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持する必要があります。

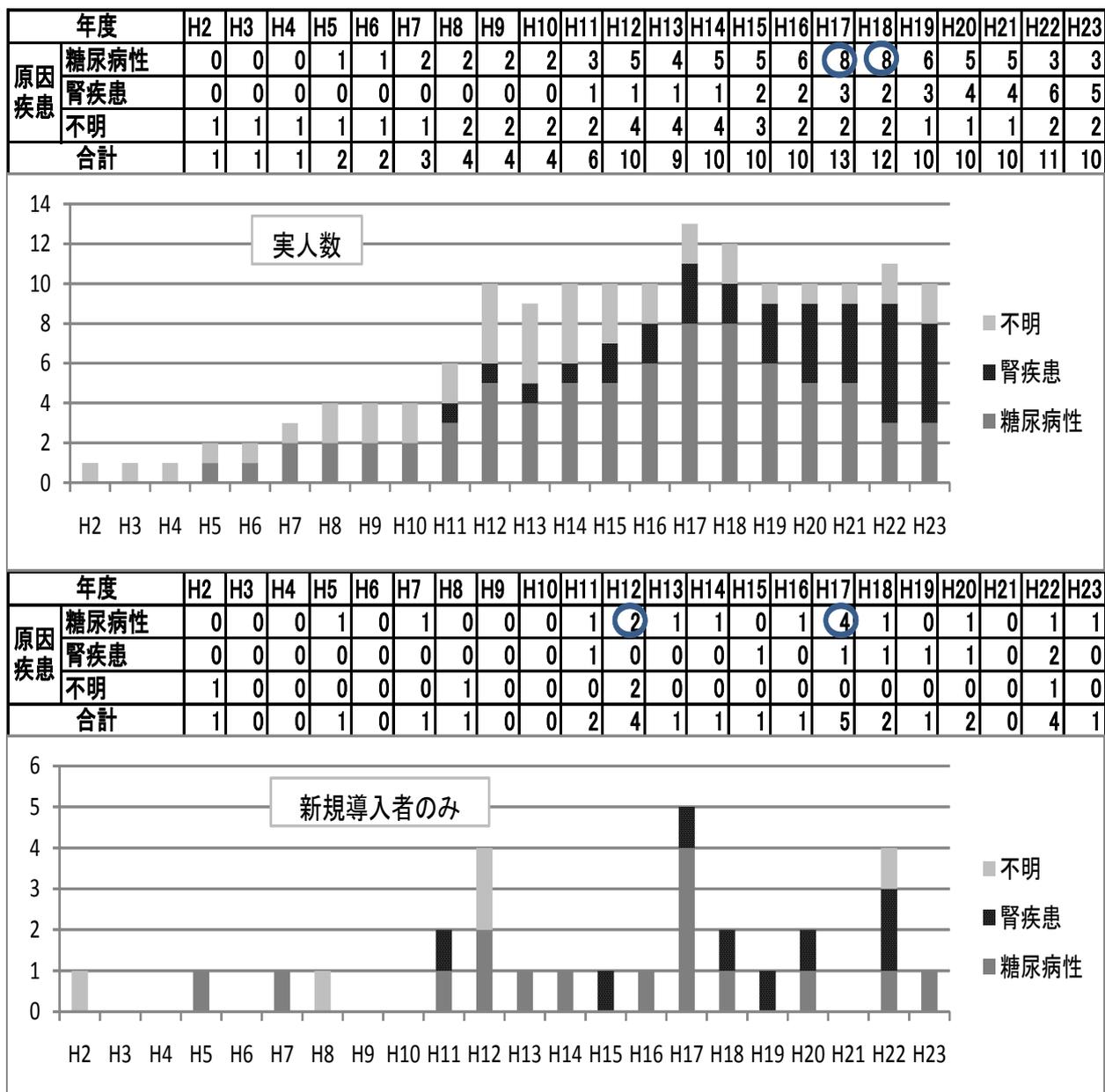
和寒町の糖尿病腎症(腎硬化症含む)による新規透析導入は、平成17年度の4人を最高とし、各年0~2人で推移しています。

人工透析患者の全数に占める糖尿病腎症の人数も、平成17年度をピークとして減少傾向にあることから、重要な対策と位置付けていた糖尿病対策の効果によるものと考えます。

特定健診が開始されて以降、糖尿病腎症が原因で新規透析導入となったかたについては、和寒町での健康診査を一度も受診しておらず、和寒町国民健康保険加入から透析導入までの期間が数十年あったかた、また、透析導入後に和寒町国保へ加入されたかたもいます。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間とされていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。(図1)

図1 和寒町人工透析患者の推移（国保・後期高齢加入者・生保分）

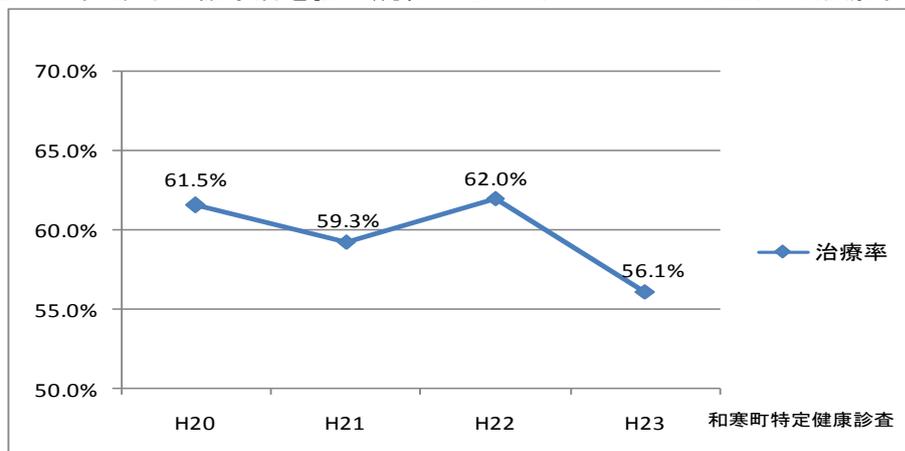


ii 治療継続者の割合の増加

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

和寒町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、やや低下傾向にあります。(図2)

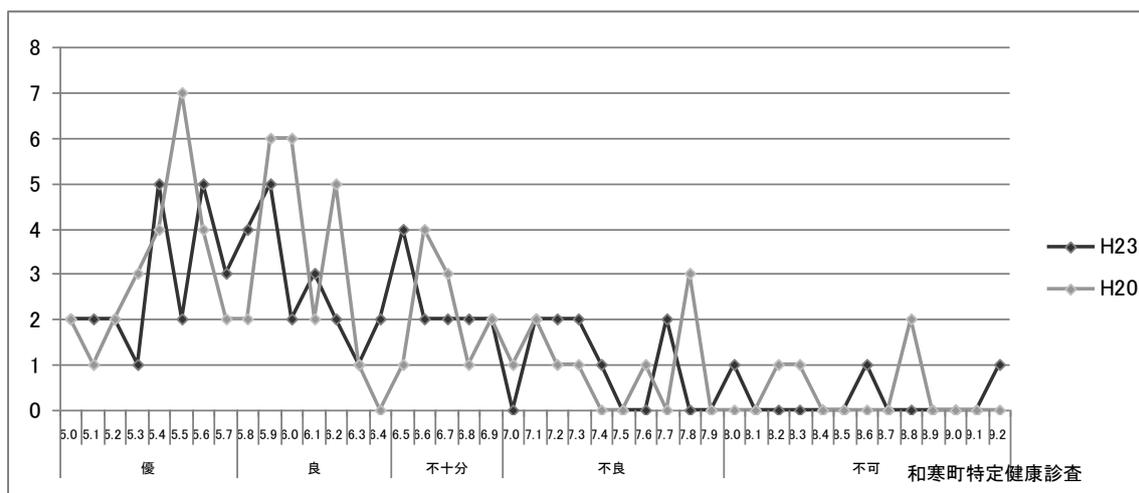
図2 和寒町の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.1%以上)の治療率の推移



治療者数は横ばいですが、有病者数が増えているため全体の治療率が低下しており、治療中断者の数は少ないと考えられます。糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、治療が必要な者のうち、5~6割しか治療できていないのが現状であり、このことは大きな問題です。

和寒町の糖尿病治療者のHbA1cの分布図は、平成20年度と比較すると、HbA1c値に大きな変化は見られません。今後は、受診勧奨を徹底することで糖尿病未治療者を減少させ、さらには治療者のHbA1cが低い方へ推移していくよう努めます。(図3)

図3 糖尿病治療者のHbA1c分布図



iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

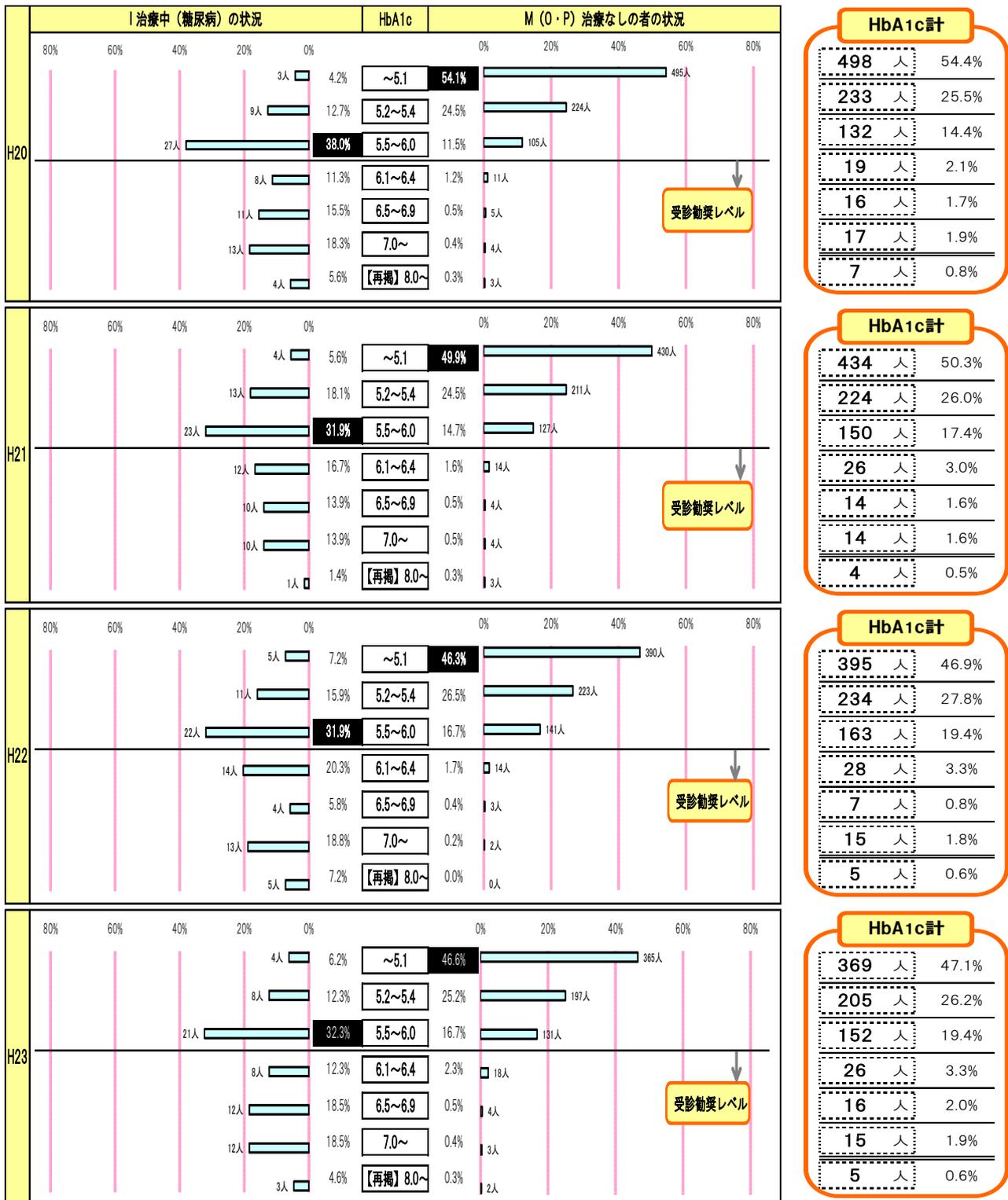
(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値(8.4%)以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」では、血糖コントロール評価指標としてHbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

和寒町では、健診の結果、HbA1c が治療なしの人で6.1%以上、治療中の人で6.5%以上の場合、保健指導を実施してきた結果、HbA1c8.0%以上の人の割合は0.8%から0.6%に減少し、国の平成34年度の目標値である1.0%を達成しています。(図4)

図4 和寒町国保特定健診受診者のHbA1cの状況



和寒町特定健康診査

ただ、以前として治療中の人のコントロール不良者は横ばいであることから、今後も、医療関係者と、和寒町の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。

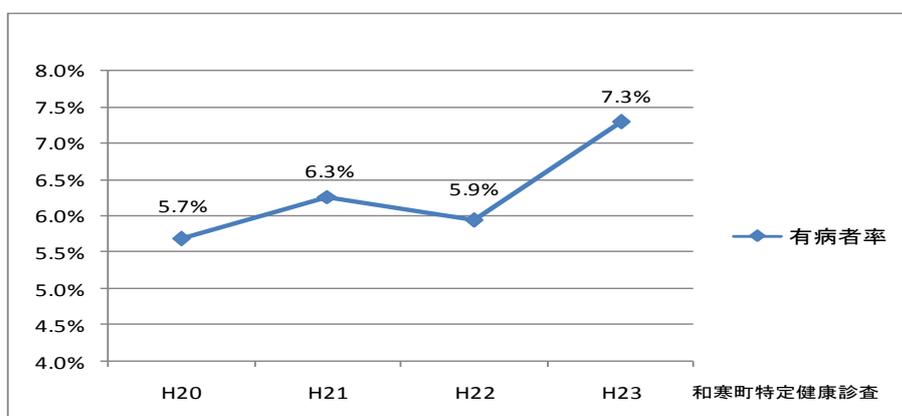
iv 糖尿病有病者 (HbA1c (JDS) 6.1%以上の者) の増加の抑制

健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされました。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

和寒町の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年度から、やや増加傾向にあります。そして、有病者以外でも、正常値の人の割合が減少し、正常高値～境界域の人の割合が増加しています。

図 5 和寒町の糖尿病有病者 (HbA1c 6.1%以上) の推移



60 歳を過ぎるとインスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

平成 25 年度からは、健診結果で HbA1c (JDS) が 5.5～6.0%かつ糖尿病治療なしの方を対象に二次検診の受診を勧め、膵臓を疲弊させる生活習慣の見直しとインスリンを守るための学習につなげることで、糖尿病有病者増化の抑制を図ります。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。乳幼児期や学童期の食の実態、若年層の健診データによる健康実態、町民の食生活の特徴や食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージ応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

④対策 (循環器疾患の対策と重なるものは除く)

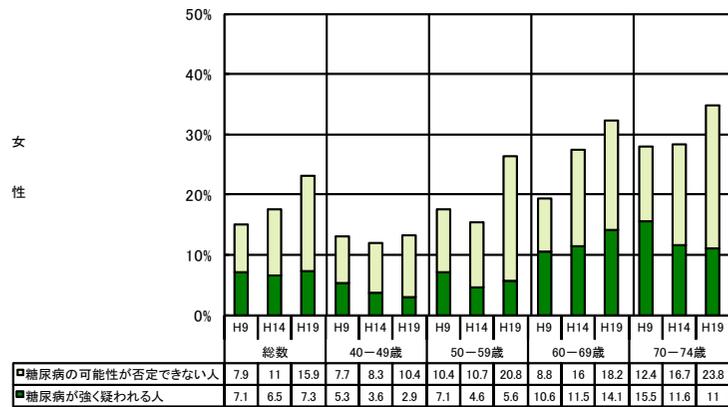
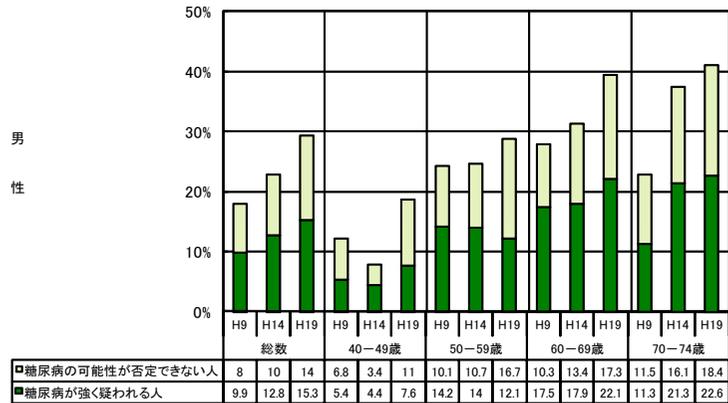
i 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - 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対象者に合わせた保健指導の実施
 - 同じ状況の人と集団で学習できる機会の提供 (糖尿病教室)
- ・地域のかかりつけ医と連携し、必要な者への糖尿病専門

参考) 糖尿病有病者・予備群の伸び率

国の統計

国民健康・栄養調査結果より

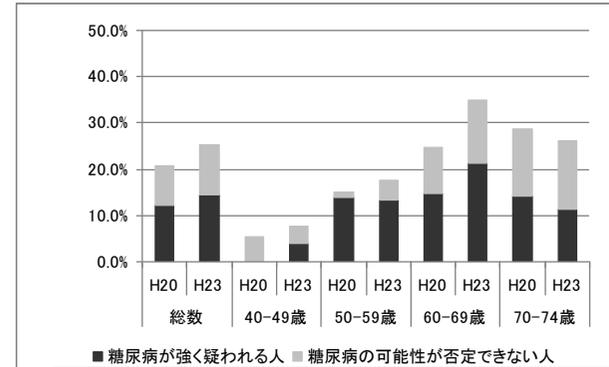


糖尿病の可能性が否定できない人 HbA1c値が5.6%以上、6.1%未満
 糖尿病が強く疑われる人 HbA1c値が6.1%以上、または、質問票で現在糖尿病の治療を受けていると答えた人

町

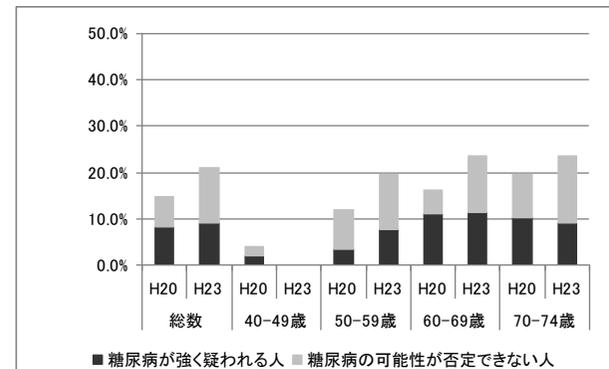
H20、23:特定健診結果より

男性



	総数		40-49歳		50-59歳		60-69歳		70-74歳	
	H20	H23	H20	H23	H20	H23	H20	H23	H20	H23
糖尿病の可能性が否定できない人	8.4%	10.8%	5.4%	3.8%	1.1%	4.4%	10.0%	13.9%	14.3%	14.6%
糖尿病が強く疑われる人	12.3%	14.4%	0.0%	3.8%	13.8%	13.2%	14.7%	21.2%	14.3%	11.5%

女性



	総数		40-49歳		50-59歳		60-69歳		70-74歳	
	H20	H23	H20	H23	H20	H23	H20	H23	H20	H23
糖尿病の可能性が否定できない人	6.7%	11.8%	2.0%	0.0%	8.5%	11.7%	5.3%	12.3%	9.4%	14.5%
糖尿病が強く疑われる人	8.2%	9.1%	2.0%	0.0%	3.4%	7.8%	11.0%	11.3%	10.2%	9.2%

(4) 歯・口腔の健康

①はじめに

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

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

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

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

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

幼児期や学齢期でのう蝕予防や、近年のいくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている、成人における歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

②基本的な考え方

i 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

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

ii 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

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

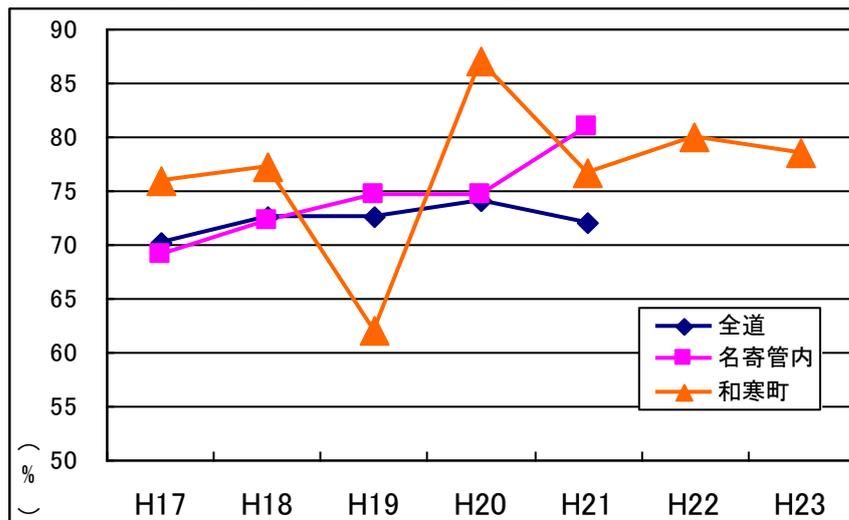
③現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診で経年的な把握ができる下記についてを目標項目とします。

i 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

和寒町の3歳児でう蝕がない児の割合は、年度によりバラツキはありますが全体的に微増傾向です。また、全道や管内と比べると低い割合になっています。(図1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



道北地域保健情報年報、和寒町保健福祉課保健係事業計画

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、引き続き出生後の口腔衛生を維持するため第1子初回検診受診時(1歳時)の母に対しての成人歯科検診の実施を継続します。

④対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康教育(妊婦教室)
- ・健康相談(乳児健診、1歳6か月児・3歳児健診)

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診(1歳～就学前まで)

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

①はじめに

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

和寒町でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。(図1)

生活習慣病予防の実現のためには、和寒町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

②基本的な考え方

主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は別表Ⅰのとおりです。食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は別表Ⅱのとおりです。

生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

和寒町の 野菜の収穫カレンダーより血液モニターを予測する

和寒町		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
緑黄色野菜	アスパラ												
	人参												
	ほうれん草												
	にら												
	しそ												
	オクラ												
	さやいんげん												
	さやえんどう												
	枝豆												
	トマト												
ミニトマト													
ブロッコリー													
ピーマン													
なんばん・ししとう													
玉ねぎ													
キャベツ													
白菜													
大根													
レタス													
長ネギ													
きゅうり													
カリフラワー													
なす													
メロン													
スイカ													
じゃがいも													
南瓜													
米(きらら・ほしのゆめ・大地の星)													
小麦													
そば													
スイートコーン													
金時豆・小豆													
大豆													
えのき													
しいたけ													

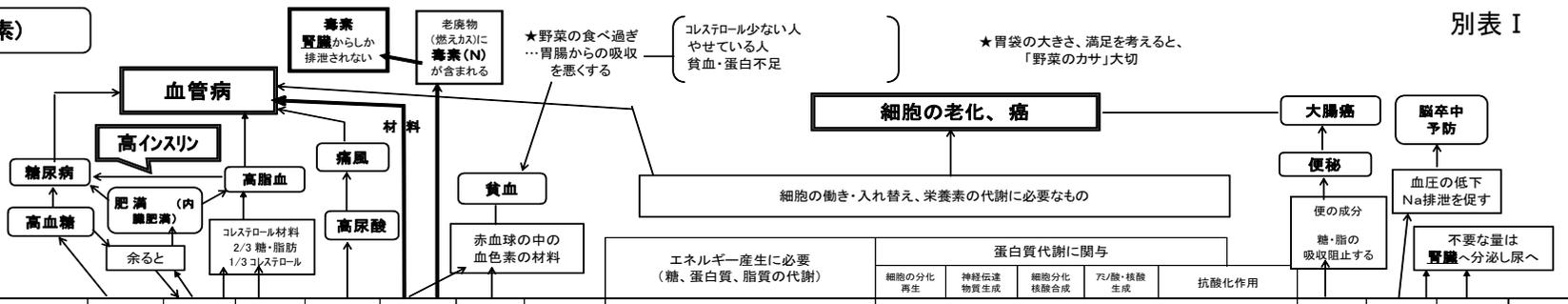
大型冷凍庫の中身(保存食)、ストック食材から血液データを予測する

～ 道民に不足しがちな栄養素を摂取するための保存食とは ～

	食 品		大型冷凍庫の中身(保存食)	家にストックされている食材 (常に切らずある物)
1群	乳製品	牛乳(普通)		牛乳
	卵	卵		卵
2群	魚	鮭	ほっけ・鮭・さんま・さば・かれい・イカ・わかさぎ	シーチキン缶・さんま蒲焼缶・鮭フレーク・煮干し
	肉	豚肉(もも脂身あり)	ベーコン・豚肉・鶏肉・ソーセージ	
	大豆製品	豆腐(もめん)	納豆・油揚げ	豆腐・納豆・こうや豆腐
3群	緑黄色野菜	人参	かぼちゃ・とうきび・にんじん・オクラ・青菜(ほうれんそうなど)・ピーマン	人参・トマト水煮缶
		ほうれん草		
	淡色野菜	大根	ねぎ・はくさい・なす	キャベツ・玉ねぎ・じゃがいも・人参・ふき・わらび塩漬け 漬物
		キャベツ		
		玉ねぎ		
		白菜		
	いも	じゃがいも		でんぷん
	くだもの	みかん		バナナ・パイン缶・もも缶
		りんご		
	きのこ	えのきたけ	らくようきのこ	きのこびん詰
海藻	生わかめ	こんぶ・わかめ	のり・こんぶ・ひじき・乾燥わかめ・とろろ昆布	
4群	主食	ごはん	パン	カップめん・インスタントラーメン・そば・うどん・パスタ
	砂糖	★砂糖、蜂蜜		はちみつ・砂糖・ざらめ
	油	油、種実(料理に使用)		オリーブオイル・ごま
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール		缶ビール・日本酒・焼酎
チョコレート		アイス	野菜ジュース	
上記以外のもの		(例)・金時豆の煮豆(忙しい時期のおかずにする)	ホットケーキミックス・ふ・おこのみ焼き粉・小麦粉・パン粉・マカロニ・インスタントコーヒー・クレープ・紅茶・お茶葉・カレールー・シチューの素・ほんだし・コンソメ	

血液データと食品(栄養素)

- 1 どの項目にH(高)・L(低)印がついていますか。このままだとどんな病気になるの？
- 2 なぜこの物質が多い(少ない)のか、その背景は？
- 3 自分の食べ方を見て下さい。



3 バランス食：人間の体をよい状態に保つための考えられた基準の食品とその量

1 血液中の物質名 (100cc中の単位)				血糖 (g)	中性脂肪 (mg)	LDLコレステロール (mg)	尿酸 (mg)	総蛋白 アルブミン (g)	血清鉄 (mg)	カルシウム ☆	ある ☆										ない	ある ☆	ある (ナトリウム) ☆	ある	
3 食品	2 栄養素別	重量 g	炭水化物 g	脂質 g	コレステロール mg	総リン酸 mg	たんぱく質 g	鉄 mg	カルシウム mg	マグネシウム mg	リン mg	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	レチノール (ビタミンA) μg	ビタミンB6 mg	ビタミンB12 mg	葉酸 μg	ビタミンC mg	ビタミンE mg	食物繊維 g	カリウム mg	食塩 g	水分 g		
50~60代生活活動強度 I				男 250	47.0	300	300	63.0	7.5	700	350	1000	1.3	1.5	850	1.4	2.4	240	100	7.0	19以上	2500	9未満	2000~2500	
				女 210	38.0			53.0	6.5	650	290	900	1.1	1.2	700	1.1			6.5	17以上	2000	7.5未満			
許容上限摂取量 (目安)									40	2300					3000										
1 群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	9.6	7.6	24	0	6.6	0.1	220	20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.60	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175
	卵	卵	Mサイズ1個	50	0.2	5.2	210	0	6.2	0.9	26	6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.50	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38
2 群	魚	鮭	1/2切れ	50	0.1	2.1	30	60	11.2	0.3	7	14	120	0.08	0.11	6	0.08	0.11	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36
	肉	豚肉 (もも脂身あり)	薄切り2枚	50	0.1	5.1	34	48	10.3	0.4	2	12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.20	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34
	大豆製品	豆腐 (もめん)	1/4丁	110	1.8	4.6	0	22	7.3	1.0	132	34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.00	13	0	0.2	0.4	154	0.0	96
3 群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	4.6	0.1	0	0	0.3	0.1	14	5	13	0.02	0.02	379	0.06	0.00	12	2	0.3	1.4	140	0.0	45
		ほうれん草	5~6株	100	3.1	0.4	0	55	2.2	2.0	49	69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.00	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92
		大根	厚切り1切れ	40	1.6	0.0	0	0	0.2	0.1	10	4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.00	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38
	淡色野菜	キャベツ	1枚	40	2.1	0.1	0	0	0.5	0.1	17	6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.00	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37
		玉ねぎ	1/4個	50	4.4	0.1	0	0	0.5	0.1	11	5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.00	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45
		白菜	大1枚	120	3.8	0.1	0	0	1.0	0.4	52	12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.00	73	23	0.2	1.8	264	0.0	133
	いも	じゃがいも	中1個	100	17.6	0.1	0	0	1.6	0.4	3	20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.00	21	35	0.1	1.3	410	0.0	80
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	12.0	0.1	0	0	0.7	0.2	21	11	15	0.09	0.03	83	0.05	0.00	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87
		りんご	L 1/4個	75	11.0	0.1	0	0	0.2	0.0	2	2	8	0.02	0.01	1	0.02	0.00	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64
		きのこ	えのきたけ	50	3.8	0.1	0	25	1.4	0.6	0	8	55	0.12	0.06	0	0.06	0.00	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
	海藻	生わかめ (塩蔵塩抜)	50	1.6	0.2	0	0	0.9	0.3	21	10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.00	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47	
1~3群合計				77.4	26.0	298	210	51.1	7.0	587	238	886	1.27	0.95	995	1.16	1.41	495	160	5.1	15.4	3029	1.3	1090	
4 群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	137.3	1.1	0	38	9.3	0.4	11	21	126	0.07	0.04	0	0.07	0.00	11	0	0.0	1.1	107	0.0	222
		砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大きじ1	10	9.9	0.0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
		油	油、種実 (料理に使用)	大きじ1	13	0.0	13.0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
		★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	7.8	0.0	0	14	0.8	0.0	8	18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.25	18	0	0.0	0.0	85	0.0
		チョコレート	3かけ	15	8.4	5.1	3	0	1.0	0.4	36	11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.00	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0
調味料		しょうゆ	大きじ1・1/2	27	2.7	0.0	0	0	2.1	0.5	8	18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.00	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18
		みそ	大きじ2/3	10	2.2	0.6	0	0	1.3	0.4	10	8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.00	7	0	0.1	0.5	38	1.2	5
		食塩	小さじ1/2弱	2	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	122	2.0	0
合計				245.7	45.8	301	262	65.6	8.7	660	314	1146	1.38	1.16	1005	1.44	1.66	543	160	5.3	17.6	3552	8.4	1568	

☆は、健診データにはない。 ★ 砂糖、嗜好品・嗜好飲料… 糖尿病、高血糖、HbA1C5.5以上の方は 合わせて約10g 以下/日 ★ 嗜好品(ビール、チョコレート)を取らない場合は、ごはんで50g、料理油(マーガリン・種実)で5gプラスします。

ライフステージごとの食品の目安量

別表Ⅱ

食品			妊娠						授乳期	乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		成人	高齢者			
			前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群	尿糖±以上		6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳		70歳以上			
			0～16週未満	16～28週未満	28～40週	尿糖+	尿糖-	尿糖±以上		開始2カ月	開始4カ月	開始7カ月				男	女	男	女	男		女	男	女	男
						母乳・ミルク900	母乳・ミルク700	母乳・ミルク600 (ブレンヨーグ)																	
第1群	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400				400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200	
	卵	Mサイズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄～ 全卵25	卵黄～ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
第2群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	肉類	薄切り肉 2～3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	5	0	40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110	
第3群	緑黄色野菜	人参 ほうれん草 トマトなど	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	すりお ろし30 ～40	すりお ろし50 ～70	80kcal												
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30～50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	
	種類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	バター で2	バター で3	4	個人に よりま ちまち												
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	酒類(アルコール)		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20

③現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。健診データについての目標項目は、2. 生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

i 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。

また生涯を通じすこやかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、次世代の健康が重要です。子どもの健やかな発育のために妊娠前・妊娠期からの心身の健康づくりと基本的な生活習慣の確立が大切であり、低出生体重児の予防につながるとされる出産年齢期の20～30歳代女性をはじめ、乳幼児・学齢期における適正体重の維持への取り組みが必要です。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。(表1)

表1 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠	出生	学童	成人	
評価指標	やせの者 (20歳代女性)	低出生体重 (出生児)	中等度・高度肥満傾向児 (小学校5年生)	肥満者男性 (20～60歳代)	肥満者女性 (40～60歳代)
国の現状	29.0% (平成22年)	9.6% (平成22年)	男子4.60% 女子3.39% (平成23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)
町の現状 (平成23年度)	16.7%	4.0%	把握不可	43.9%	28.2%
データソース	妊娠届出時	人口動態統計		35歳～60歳代の特定健診結果	
都道府県比較			表4(肥満傾向児の状況)		
町の経年変化	表2	表3	表5	表6	

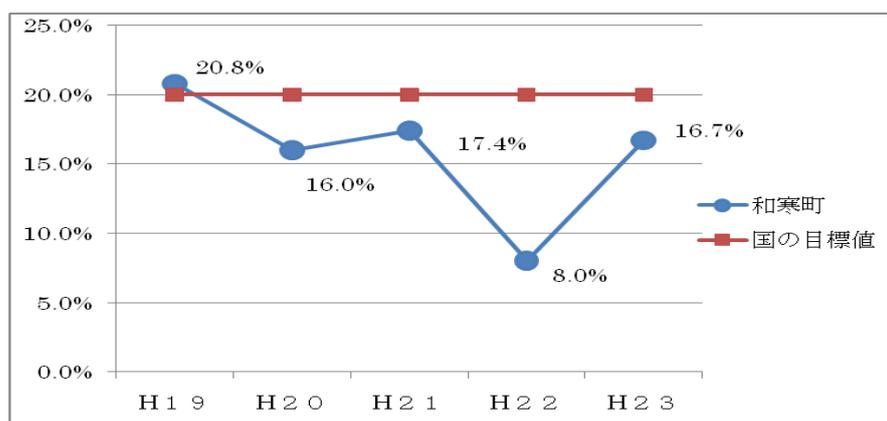
ア. 20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の1つと考えられています。

和寒町では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握し、保健指導を行っていますが、平成19年度と比較するとその年によって変動はありますがやせの割合は、やや減少傾向にあります。(図1)

図1 妊娠直前のやせの人(BMI18.5未満)の推移



※和寒町保健福祉課保健係 保健事業計画

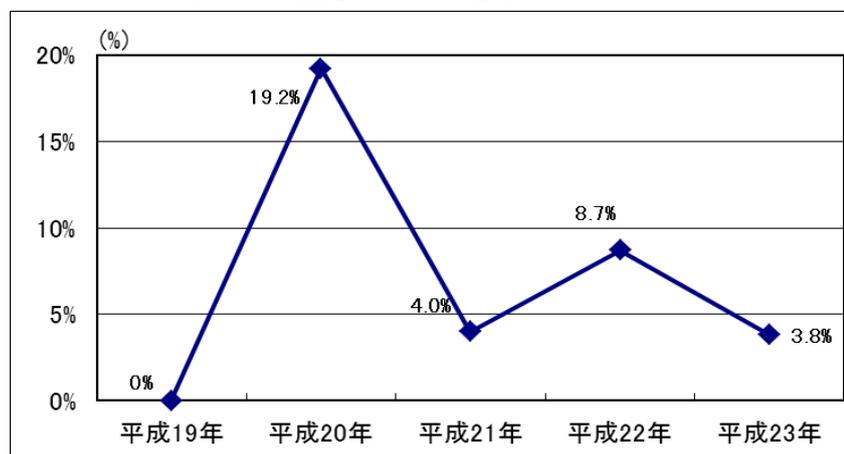
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

和寒町では、その年により変化はありますが数人が低出生体重の状態で生まれてきます。低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。(図2)

図2 和寒町の低出生体重児の割合の推移



※和寒町保健福祉課保健係 保健事業計画

ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度20%以上30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。本町の統計では、国の指標の設定となっている小学校5年生（10歳）の肥満度20%以上の肥満傾向児の割合について把握しました。

平成22年度の学校保健統計調査では全北海道は全国と比較して、男女とも出現率の高い状況にあります（表2）。

本町においても同様の傾向が伺えます（図3）。調査対象数が少ないことから年度によって男女とも割合にばらつきがありますが、特に男子については出現率の高い年が多くみられることから、今後も継続して統計を把握し経年的な傾向を見ていくことが必要と考えます。

学童・思春期の肥満は、幼児期から生活形態と関連が深く、さらに成人期以降の肥満になる確立にも大きく影響することから、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。従来から、学校における健康診断に基づく健康管理や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みが行われているところですが、子どもの食習慣は関わる大人の影響が大きいためから家族ぐるみ、地域ぐるみでの取り組みも重要です。

今後の経年的な実態を把握するため継続的な調査と、学校保健との情報や課題、取り組みの共有が必要と考えます。

表2 平成22年度 都道府県別

肥満傾向児の出現率

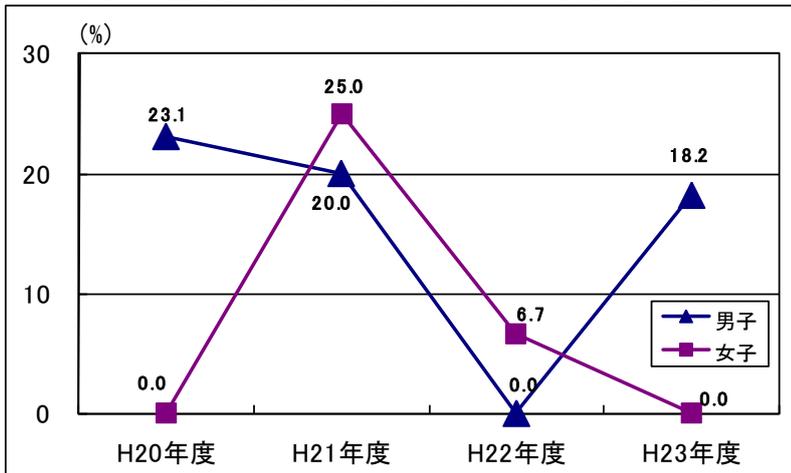
学校保健統計調査

	小学5年生				
	男子		女子		
1	北海道	18.43	青森	12.64	1
2	山形	18.01	岩手	12.42	2
3	徳島	15.82	宮城	11.76	3
4	岩手	14.33	栃木	11.68	4
5	群馬	13.56	宮崎	11.10	5
6	秋田	13.32	北海道	10.89	6
7	大分	13.31	秋田	10.46	7
8	宮城	13.07	群馬	10.37	8
9	青森	12.55	福島	10.28	9
10	山梨	12.36	愛媛	9.66	10
11	宮崎	12.17	三重	9.58	11
12	愛媛	12.16	沖縄	9.48	12
13	栃木	12.15	山形	9.36	13
14	茨城	12.14	熊本	9.34	14
15	福島	11.81	東京	9.31	15
16	沖縄	11.81	福岡	8.81	16
17	静岡	11.69	佐賀	8.79	17
18	高知	11.66	大分	8.71	18
19	埼玉	11.47	広島	8.69	19
20	奈良	11.34	富山	8.66	20
21	千葉	11.30	鹿児島	8.59	21
22	佐賀	11.29	千葉	8.45	22
23	和歌山	11.25	埼玉	8.14	23
24	鹿児島	10.64	★全国	8.13	24
25	新潟	10.56	山梨	8.08	25
26	愛知	10.45	山口	8.08	26
27	★全国	10.37	岡山	7.77	27
28	石川	10.21	石川	7.75	28
29	広島	10.08	茨城	7.41	29
30	岐阜	9.93	神奈川	7.32	30
31	福井	9.79	徳島	7.28	31
32	島根	9.66	福井	7.03	32
33	熊本	9.20	島根	7.02	33
34	福岡	9.10	大阪	6.97	34
35	長野	9.04	滋賀	6.86	35
36	岡山	8.82	京都	6.81	36
37	三重	8.71	鳥取	6.79	37
38	富山	8.59	高知	6.74	38
39	神奈川	8.58	長崎	6.71	39
40	大阪	8.57	愛知	6.64	40
41	香川	8.24	新潟	6.56	41
42	長崎	8.18	奈良	6.32	42
43	兵庫	7.98	兵庫	6.16	43
44	山口	7.92	静岡	5.99	44
45	滋賀	7.77	岐阜	5.96	45
46	東京	7.35	和歌山	5.91	46
47	京都	7.13	香川	5.44	47
48	鳥取	5.38	長野	4.28	48

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

図3 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移



(和寒小学校保健調査より)

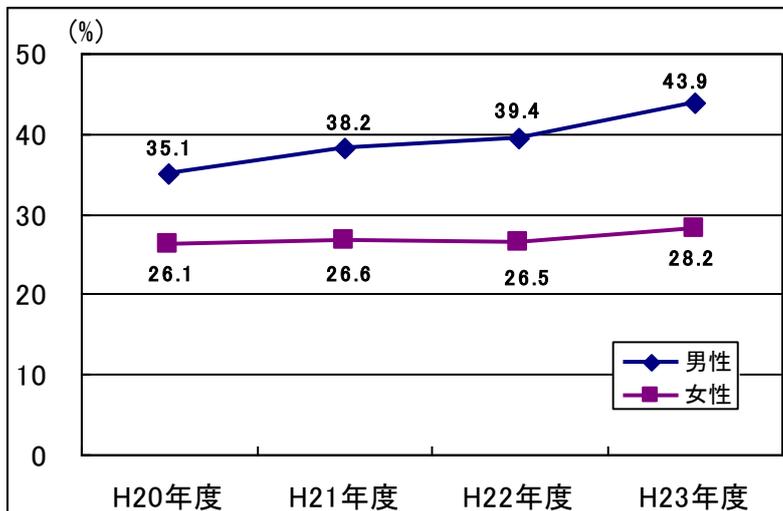
エ. 20歳～60歳代男性の肥満者の割合の減少

オ. 40歳～60歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60歳代男性及び40～60歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本21の目標とされていましたが、最終評価では、20～60歳代男性の肥満者は増加、40～60歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

和寒町の35～60歳代男性・女性の肥満者の割合はいずれも増加傾向にあります。(図4)

図4 男性及び女性（35～60歳代）の肥満（BMI25以上）の割合の推移



※和寒町特定健康診査結果

④対策

i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・ 妊婦教室（妊娠期）
- ・ 乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・ 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
～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栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）
- ・ 国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・ 家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

ii 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・ 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
～糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

iii 学齢期への保健指導の推進

小中学校の養護教諭との課題の共有

現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有
肥満傾向児の詳細な実態把握

(2) 身体活動・運動

①はじめに

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

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患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。

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

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

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

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

《参考》 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

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

②基本的な考え方

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

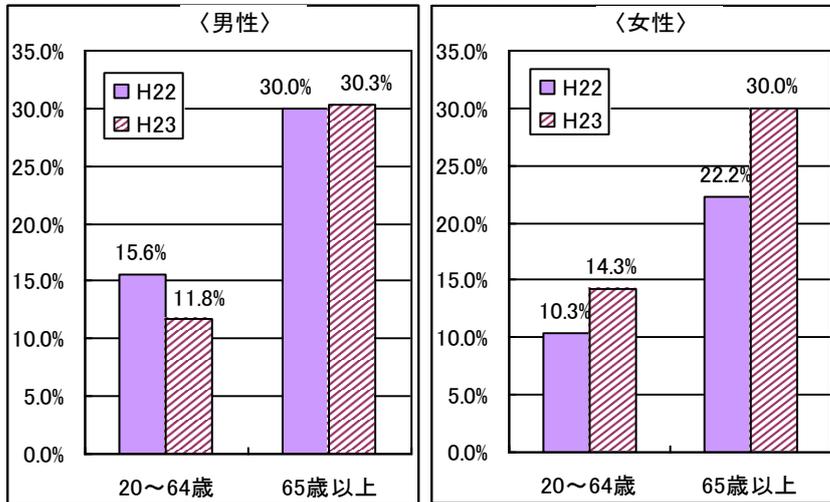
主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

③現状と目標

i 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなります。

図1 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



(厚生ドック問診より)

就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設など、多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整えることが必要です。

ii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。(表1)

表1 運動器の変化

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

④対策

i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及

ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・各部局や関係機関が実施している事業への勧奨
 楽笑体操教室、かたくり教室、ひまわり体操教室 等
- ・健診対象者全体の身体活動及び運動習慣の状況把握（問診項目の見直し）

(3) 飲酒

①はじめに

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

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

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

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

同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

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

②基本的な考え方

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

③現状と目標

i 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者)の割合の低減

和寒町の特定健診対象者のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は把握していませんが、特定保健指導の個人指導の場面からは、誤った認識から基準量の 2～3 倍を毎日摂取したり、食事量を減らして飲酒を優先させるケースも多く見かけます。

飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTについては、女性の保健指導判定値者が減少している他は異常者の割合は横ばいに推移しています。(表2)

表2 γ -GTP 異常者の推移

① γ -GTPが保健指導判定値者の割合(51~100U/I)

	H20	H21	H22	H23
男性	20.8%	19.3%	19.6%	19.8%
女性	8.1%	8.3%	6.9%	4.9%

② γ -GTPが受診勧奨判定値の割合(101U/I以上)

	H20	H21	H22	H23
男性	9.9%	8.6%	9.7%	10.1%
女性	2.3%	2.3%	1.3%	2.1%

※和寒町特定健康診査結果

γ -GTPの異常者は、男女ともに、ほとんどの検査項目で異常率が高くなっています。(表3)

表3 γ -GT 異常者(51U/I以上)の検査項目別異常者数割合(平成23年度)

①男性

	総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当		人数	割合	低HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
全体	358	100%	94	26.3%	60	16.8%	190	53.1%	31	8.7%	113	31.6%
γ -GTP異常者	71	19.8%	22	31.0%	16	22.5%	46	64.8%	7	9.9%	33	46.5%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度		II~III度		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
165	46.1%	33	9.2%	175	48.9%	26	7.3%	162	45.3%	26	7.3%	55	15.4%
31	43.7%	7	9.9%	37	52.1%	7	9.9%	35	49.3%	9	12.7%	14	19.7%

②女性

	総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当		人数	割合	低HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
全体	468	100%	45	9.6%	27	5.8%	166	35.5%	5	1.1%	61	13.0%
γ -GTP異常者	23	4.9%	6	26.1%	4	17.4%	14	60.9%	1	4.3%	5	21.7%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度		II~III度		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
202	43.2%	26	5.6%	217	46.4%	26	5.6%	253	54.1%	26	5.6%	10	2.1%
8	34.8%	3	13.0%	12	52.2%	2	8.7%	11	47.8%	2	8.7%	0	0.0%

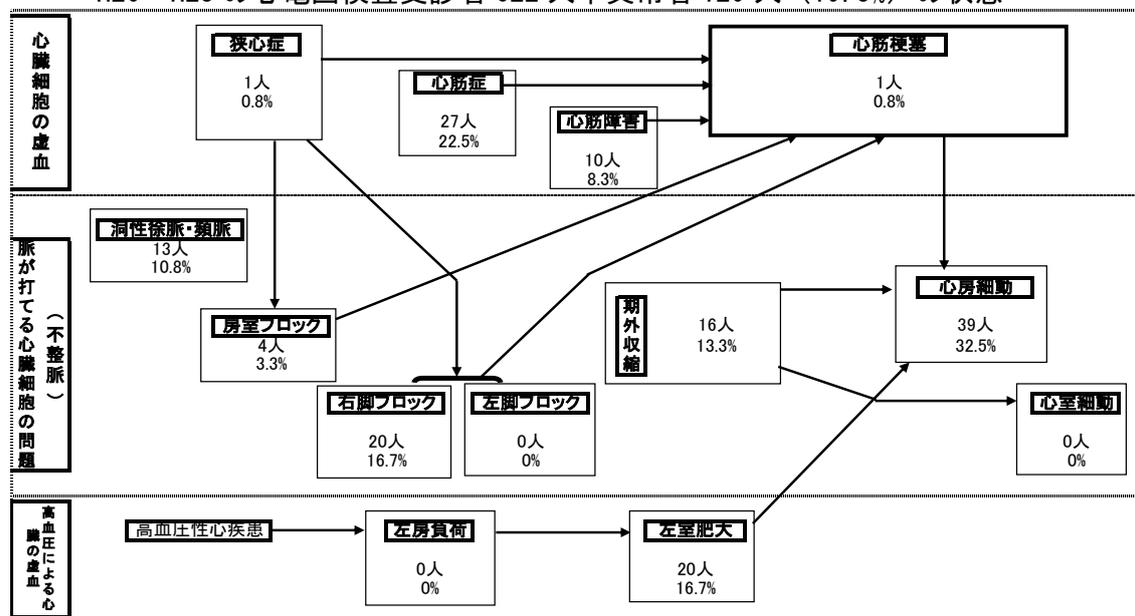
※和寒町特定健康診査結果

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

また心電図の異常率も 19.3%に見られ、全体での異常率 14.4%よりも高くなっており、心電図所見の中では期外収縮や左室肥大が多くなっています。(図 3)

図 3 γ -GT51 以上者の心電図検査

H20~H23 の心電図検査受診者 622 人中異常者 120 人 (19.3%) の状態



※和寒町特定健康診査結果

現在、 γ -GT が受診勧奨値を超えている人については、家庭訪問などで個別の指導を行っていますが、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

同時に、飲酒の習慣は、和寒町の気候や歴史などを背景とした文化や食生活の中で、形成されたものでもあるため、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

④対策

i 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供
(母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等)
- ・ 地域特性に応じた健康教育

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 和寒町国保特定健康診査、基本健康診査の結果に基づいた適度な飲酒への個別指導
- ・ 健診対象者全体の飲酒傾向の把握 (問診項目の見直し)

(4) 喫煙

①はじめに

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

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

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

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていませんが、発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること(「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

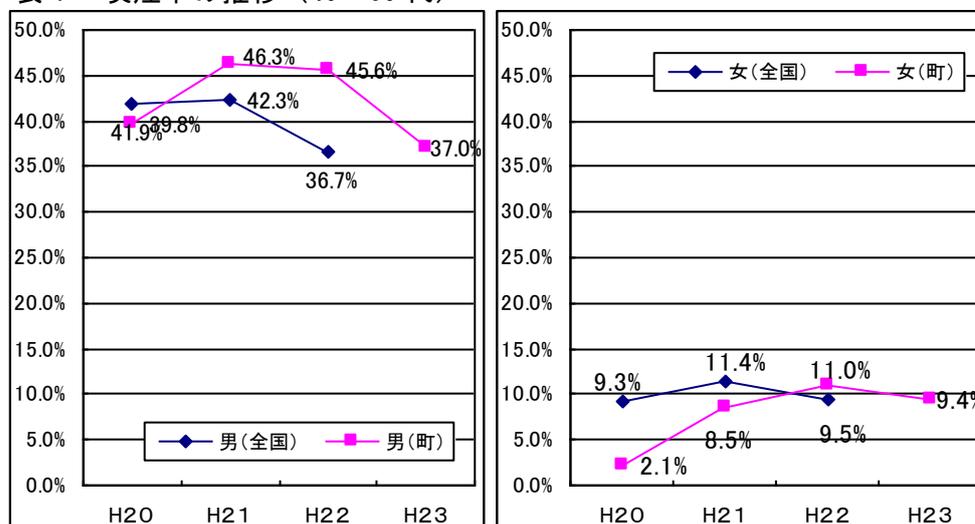
喫煙と受動喫煙は、いずれも多く of 疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

i 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。和寒町の40歳以上の国保加入者の喫煙率は、全国と比較すると高く推移しており、女性は年々、増加傾向にあります。(表1)

表1 喫煙率の推移(40~60代)



厚生労働省国民健康栄養調査、和寒町国保特定健診問診票

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

④対策

i たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
～母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

ii 禁煙支援の推進

- ・ 基本健康診査、和寒町国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

(5) 休養

①はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

②基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

③現状と目標

i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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

このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

今後は、睡眠による休養がとれているのかの有無について実態把握を行うために、国の標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)で示されている「睡眠で休養が十分とれている」の問診項目に変更し、国などと正確な比較を行った上で、対策を検討、推進していく必要があります。

④対策

i 和寒町の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・ 健診の問診項目の変更
- ・ 問診の結果と健診データとの突合により、和寒町の睡眠と健康に関連する事項について明確化

ii 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供

4. こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

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

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

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

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

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

うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

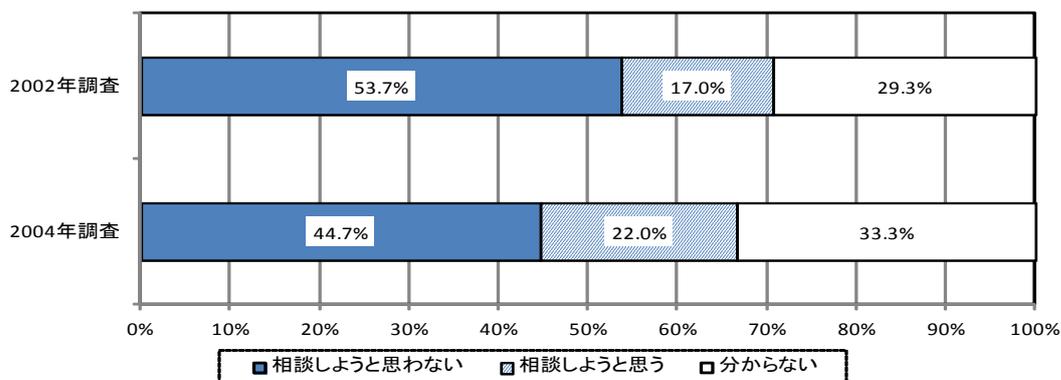
②基本的な考え方

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

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

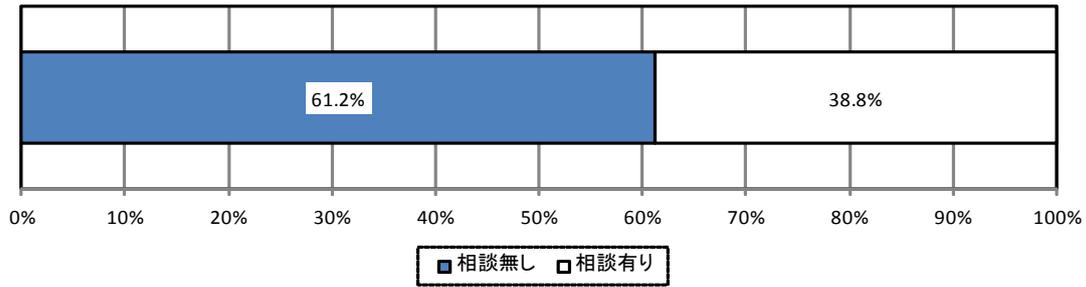
こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。(図1・2)

図1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識(久慈地域における地域住民の意識調査)



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

図2 自殺企図前の相談の状況



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
保坂 隆 東海大学医学部教授

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取り組みが最も重要になります。

③現状と目標

i 自殺者の減少(人口10万人当たり)

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

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

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

相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためとされています。

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

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。(図3)

図3 うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査
(2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される)

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血流量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する

【検査の実際】

「あ」で始まる名詞を思いつく限り言うなどの簡単な課題に答える

【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血流量が急増

課題に答えている間中、血流量は高いレベルを維持する

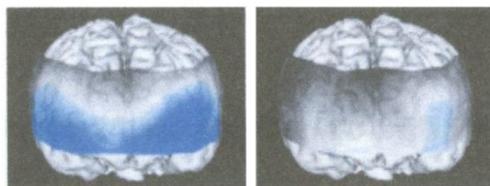
うつ病患者：すぐに反応するものの、血流量はあまり増えない

※ NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

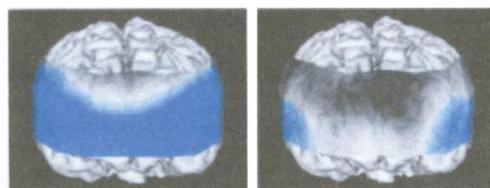
課題開始時	NIRS 波形	賦活反応性
健康な人		明瞭 (賦活に応じて)
うつ病		減衰 (初期以降)

※ NIRS データのトポグラフィー

課題開始 10 秒後 0.2  0.0 [mMmm]



課題開始 50 秒後



健康者

大うつ病

NIRS とは…近赤外線分光鏡 (near-infrared spectroscopy) の保険収載名である

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。（図4）

図4 副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態との関連

【副腎の働き】
 腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器
 「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている

【精神状態への影響】

- ・ 恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
- ・ 混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
- ・ 忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
- ・ 不眠症も引き起こす

【副腎に影響する要因】

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

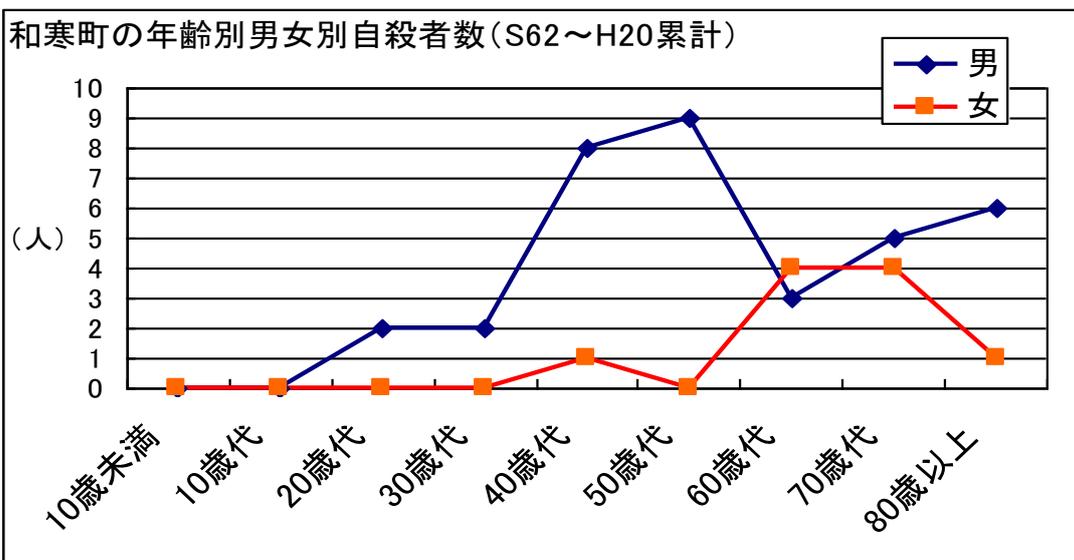
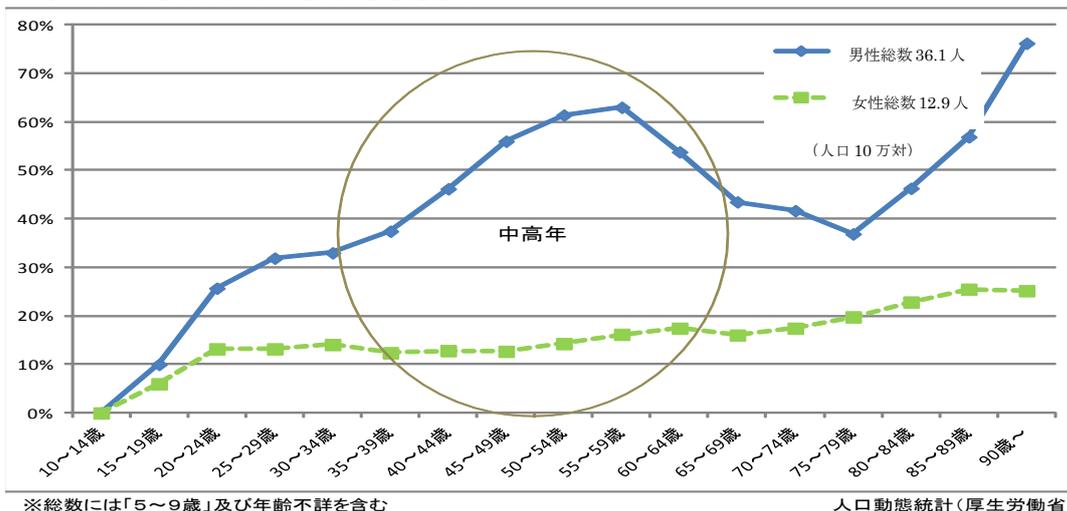
- ・ 睡眠不足
- ・ 栄養バランスの悪い食事
- ・ 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・ 疲れていても夜更かしすること
- ・ 長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- ・ 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- ・ 完璧を目指すこと
- ・ ストレス解消法がないこと

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。

和寒町においては、女性より男性の自殺者が多く、死亡者数の累計は、50歳代に最も多くなっています。(図5)

図5 男女別自殺者の動向
平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



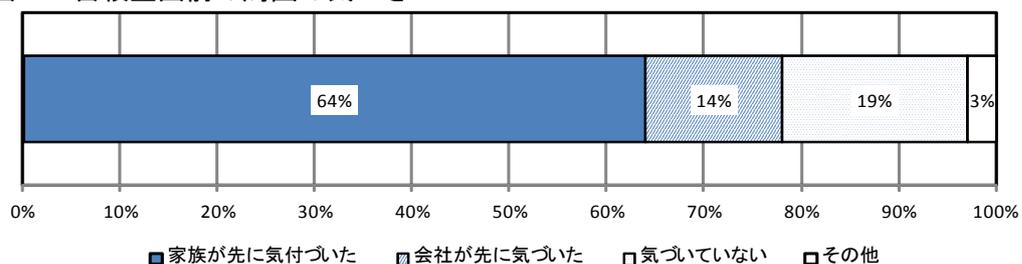
※道北地域保健情報年報

この年代に自殺者数が増加したのは、平成10年以降で、背景としては経済状況や仕事(過労)などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

今後、産業保健の分野との連携を図り、働き盛りの年代の人がうつ病などに至る事例の実態把握を積み重ね、共有することで、こころの健康に対する予防対策を検討していくこととなります。

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。(図6)

図6 自殺企図前の周囲の気づき



労働者における自殺予防に関する研究—労災請求患者調査より—(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究)
黒木 宣夫 東邦大学医学部助教授

家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家へのつなぎを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができることが大切になります。

④対策

i こころの健康に関する教育の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供

ii 専門家による相談事業の推進

- ・ 精神保健福祉士による相談
- ・ 精神科医による相談

自殺の関連要因

2012.06.14作成

順位	都道府県	自殺に関連する社会的要因										死亡		自殺の危険因子としての精神障害と受診体制整備																			
		生活習慣		完全失業率*2				生活保護率*2		月間平均実労働時間(時間)*2		自殺年齢調整死亡率*3		精神及び行動の障害		受療状況				医師の確保状況													
		飲酒習慣者*1	県民1人当たり所得(千円)*2	総数	男性	女性	男性	女性	男性	女性	精神及び行動の障害 外来受療率*4	精神及び行動の障害 入院受療率*4	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害外来受療率*4	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害入院受療率*4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害外来受療率*4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害入院受療率*4	精神科従事医師数(人口10万対)*5	心療内科従事医師数(人口10万対)*5															
		男性	総数	総数	男性	女性	男性	女性	男性	女性	総数	総数	総数	総数	総数	総数	総数	総数															
1	青森県	51.6	沖縄県	2049	沖縄県	11.9	大阪府	26.5	長崎県	185	鹿児島県	177	岩手県	39.5	岩手県	16.1	島根県	290	鹿児島県	532	沖縄県	142	鹿児島県	361	徳島県	81	長崎県	11	佐賀県	18.6	福岡県	1.5	1
2	鳥取県	48.5	高知県	2114	大阪府	8.6	北海道	25.5	熊本県	185	長崎県	175	青森県	39.1	秋田県	14.1	北海道	289	長崎県	504	北海道	92	徳島県	328	島根県	67	福井県	10	沖縄県	17.2	徳島県	1.4	2
3	島根県	48.3	宮崎県	2152	青森県	8.4	高知県	22.7	鹿児島県	185	佐賀県	175	秋田県	38.7	大阪府	13.5	沖縄県	276	徳島県	457	熊本県	89	長崎県	299	山形県	64	徳島県	9	高知県	16.0	香川県	1.4	3
4	秋田県	46.9	長崎県	2191	高知県	7.9	京都府	19.8	北海道	184	福井県	175	佐賀県	37.1	沖縄県	13.2	徳島県	271	熊本県	445	高知県	87	熊本県	255	兵庫県	62	佐賀県	9	鳥取県	15.3	東京都	1.2	4
5	岩手県	46.1	鹿児島県	2353	福岡県	7.4	福岡県	19.6	佐賀県	184	青森県	174	山梨県	37.0	北海道	12.8	鳥取県	267	高知県	428	徳島県	86	大分県	242	京都府	57	宮崎県	8	熊本県	15.1	愛媛県	1.2	5
6	新潟県	42.5	鳥取県	2364	徳島県	7.3	青森県	18.0	沖縄県	184	愛媛県	174	新潟県	36.9	山口県	12.7	高知県	262	宮崎県	428	佐賀県	80	佐賀県	238	長崎県	54	岩手県	7	宮崎県	14.8	沖縄県	1.2	6
7	鹿児島県	40.3	熊本県	2381	宮城府	6.9	沖縄県	17.7	奈良県	183	香川県	174	島根県	36.3	山形県	12.6	山形県	261	大分県	405	青森県	76	山口県	236	岐阜県	53	山形県	7	鹿児島県	14.6	高知県	1.0	7
8	宮城県	40.2	岩手県	2383	鹿児島県	6.9	長崎県	17.0	青森県	182	熊本県	173	沖縄県	36.2	鳥取県	12.6	熊本県	241	佐賀県	402	長野県	75	宮崎県	231	高知県	51	島根県	7	福岡県	14.3	鹿児島県	1.0	8
9	富山県	39.8	北海道	2408	奈良県	6.6	東京都	16.2	和歌山県	182	沖縄県	173	長崎県	36.0	青森県	12.4	群馬県	232	山口県	395	鹿児島県	75	福岡県	213	北海道	49	高知県	7	長崎県	14.2	宮城県	0.9	9
10	大分県	39.3	青森県	2433	北海道	6.5	徳島県	15.7	愛媛県	182	高知県	173	宮崎県	35.8	兵庫県	12.9	岩手県	223	福岡県	376	愛媛県	74	高知県	212	香川県	49	鹿児島県	7	山口県	13.9	兵庫県	0.9	10
11	大阪府	38.3	島根県	2436	兵庫県	6.5	鹿児島県	15.6	山形県	181	宮崎県	173	福島県	33.8	山梨県	12.3	秋田県	218	北海道	340	山口県	72	愛媛県	205	秋田県	48	山口県	6	徳島県	13.9	岡山県	0.9	11
12	愛媛県	38.1	秋田県	2483	長崎県	6.5	兵庫県	14.7	福井県	181	岩手県	173	北海道	33.6	新潟県	12.2	京都府	215	愛媛県	324	群馬県	70	沖縄県	205	群馬県	47	愛媛県	6	島根県	13.8	大分県	0.9	12
13	京都府	37.5	愛媛県	2485	愛媛県	6.4	大分県	13.7	愛知県	181	福島県	173	高知県	33.6	和歌山県	12.1	福岡県	215	秋田県	307	鳥取県	70	岩手県	202	東京都	47	福岡県	6	岡山県	13.4	福岡県	0.9	13
14	広島県	37.2	山形県	2541	和歌山県	6.3	広島県	12.5	島根県	181	岐阜県	173	鳥取県	33.3	富山県	12.0	石川県	214	沖縄県	300	島根県	69	福島県	187	石川県	46	熊本県	6	秋田県	13.1	京都府	0.8	14
15	神奈川県	37.1	佐賀県	2575	岩手県	6.2	★全国	12.5	香川県	181	鳥取県	173	山形県	33.2	熊本県	11.9	香川県	214	岩手県	299	大分県	67	北海道	181	奈良県	46	大分県	6	東京都	12.9	大阪府	0.8	15
16	山形県	36.8	宮城県	2580	秋田県	6.1	神奈川県	12.4	高知県	181	北海道	172	群馬県	33.1	東京都	11.8	愛媛県	210	島根県	295	岩手県	65	富山県	179	岩手県	45	北海道	5	大分県	12.9	長崎県	0.8	16
17	東京都	36.6	大分県	2636	香川県	6.1	和歌山県	12.2	宮崎県	181	奈良県	172	熊本県	32.6	群馬県	11.7	広島県	207	福島県	291	福岡県	65	島根県	179	鳥取県	45	石川県	5	北海道	12.0	★全国	0.7	17
18	長野県	36.5	和歌山県	2637	大分県	6.1	宮崎県	11.7	岩手県	180	和歌山県	172	山口県	32.0	滋賀県	11.6	山口県	205	富山県	288	石川県	61	和歌山県	178	福井県	44	鳥取県	5	香川県	12.0	鳥取県	0.7	18
19	千葉県	36.4	香川県	2652	宮崎県	6.1	奈良県	11.7	秋田県	180	山形県	172	和歌山県	31.7	茨城県	11.6	長野県	204	石川県	279	山形県	59	鳥取県	176	沖縄県	42	広島県	5	広島県	11.8	島根県	0.7	19
20	埼玉県	36.2	奈良県	2681	★全国	6.0	秋田県	11.6	福島県	180	広島県	172	福岡県	31.6	宮崎県	11.3	兵庫県	203	広島県	276	岐阜県	59	香川県	176	佐賀県	41	香川県	5	山形県	11.6	熊本県	0.7	20
21	★全国	35.9	新潟県	2724	福島県	6.0	愛媛県	11.5	群馬県	180	山口県	172	宮城府	31.4	高知県	11.2	岐阜県	202	香川県	274	広島県	59	群馬県	172	三重県	40	★全国	4	石川県	11.6	北海道	0.6	21
22	岡山県	35.7	福岡県	2746	京都府	6.0	山口県	10.2	埼玉県	180	宮城県	172	鹿児島県	31.1	福岡県	11.2	新潟県	200	鳥取県	266	山梨県	57	秋田県	168	★全国	39	秋田県	4	京都府	11.4	秋田県	0.6	22
23	兵庫県	35.5	山梨県	2767	茨城県	5.9	岡山県	10.0	新潟県	180	石川県	172	栃木県	31.2	徳島県	11.1	東京都	198	山形県	260	秋田県	56	山梨県	165	新潟県	39	富山県	11.1	福岡県	0.6	23		
24	茨城県	35.4	岐阜県	2770	熊本県	5.9	香川県	9.6	岐阜県	180	愛知県	171	長野県	31.0	埼玉県	11.0	佐賀県	196	新潟県	250	京都府	53	栃木県	160	愛知県	39	岐阜県	4	★全国	10.6	石川県	0.6	24
25	和歌山県	35.2	徳島県	2807	群馬県	5.7	熊本県	9.6	岡山県	180	秋田県	171	茨城県	30.9	京都府	11.0	三重県	188	青森県	249	★全国	52	石川県	158	広島県	39	静岡県	4	福島県	10.5	福井県	0.6	25
26	長崎県	35.1	長野県	2808	埼玉県	5.7	宮城県	9.1	埼玉県	180	千葉県	171	大分県	30.8	長崎県	11.0	長崎県	185	岡山県	245	福島県	51	新潟県	156	愛媛県	39	和歌山県	4	群馬県	10.3	三重県	0.6	26
27	福島県	34.6	岡山県	2812	佐賀県	5.7	鳥取県	9.0	広島県	180	大分県	171	静岡県	30.4	★全国	10.9	★全国	182	群馬県	243	千葉県	50	青森県	155	山口県	38	宮城県	3	大阪府	10.3	茨城県	0.5	27
28	滋賀県	34.6	福井県	2821	千葉県	5.6	千葉県	8.7	山口県	180	山梨県	171	京都府	30.3	長野県	10.9	大分県	178	和歌山県	242	宮崎県	50	山形県	155	栃木県	37	福島県	3	三重県	10.1	千葉県	0.5	28
29	熊本県	34.6	兵庫県	2823	東京都	5.6	岩手県	8.7	福岡県	180	長野県	171	石川県	30.0	愛媛県	10.8	福島県	174	★全国	236	静岡県	48	広島県	154	熊本県	37	栃木県	3	愛媛県	10.0	富山県	0.5	29
30	宮崎県	34.4	福島県	2847	神奈川	5.5	埼玉県	8.0	千葉県	179	栃木県	171	大阪府	30.0	千葉県	10.8	青森県	172	三重県	236	三重県	46	三重県	149	福岡県	35	群馬県	3	宮城県	9.9	長野県	0.5	30
31	福岡県	34.3	群馬県	2880	鳥取県	5.5	福島県	7.5	三重県	179	群馬県	170	岡山県	30.0	香川県	10.8	奈良県	169	福井県	230	栃木県	45	茨城県	148	福島県	34	東京都	3	山梨県	9.9	岐阜県	0.5	31
32	栃木県	34.0	石川県	2945	栃木県	5.4	佐賀県	7.5	徳島県	179	埼玉県	170	★全国	29.8	岐阜県	10.6	鹿児島県	166	山梨県	225	埼玉県	45	★全国	147	埼玉県	34	新潟県	3	福井県	9.6	和歌山県	0.5	32
33	奈良県	34.0	埼玉県	2973	山梨県	5.3	三重県	7.2	大分県	179	新潟県	170	兵庫県	29.6	栃木県	10.6	和歌山県	165	栃木県	223	新潟県	45	福井県	146	神奈川	34	山梨県	3	長野県	9.6	広島県	0.5	33
34	山口県	33.8	山口県	2982	岡山県	5.3	栃木県	7.1	★全国	178	岡山県	170	香川県	29.6	福島県	10.5	山梨県	163	京都府	214	兵庫県	45	岡山県	146	宮城県	33	長野県	3	奈良県	9.5	青森県	0.4	34
35	佐賀県	33.5	京都府	2993	山口県	5.1	島根県	6.4	富山県	178	徳島県	170	広島県	29.1	神奈川	10.5	宮崎県	161	兵庫県	199	和歌山県	44	長野県	133	大分県	33	愛知県	3	和歌山県	9.3	岩手県	0.4	35
36	山梨県	33.3	茨城県	3007	広島県	5.0	愛知県	6.3	山梨県	178	★全国	170	福井県	29.1	島根県	10.5	千葉県	158	宮城県	198	東京都	45	岐阜県	131	宮崎県	33	京都府	3	青森県	9.2	栃木県	0.4	36
37	石川県	33.2	千葉県	3010	山形県	4.8	新潟県	6.0	長野県	178	富山県	170	埼玉県	29.0	石川県	10.3	福井県	158	茨城県	198	岡山県	43	兵庫県	128	千葉県	32	大阪府	3	栃木県	9.2	群馬県	0.4	37
38	北海道	33.1	★全国	3059	新潟県	4.8	滋賀県	5.9	滋賀県	178	滋賀県	170	富山県	28.3	大分県	10.3	愛知県	156	長野県	198	長崎県	41	宮城県	118	和歌山県	32	兵庫県	3	神奈川	9.0	神奈川	0.4	38
39	岐阜県	33.0	広島県	3059	岐阜県	4.7	宮城県	5.9	宮城県	177	島根県	169	滋賀県	28.3	奈良県	10.1	埼玉県	150	大阪府	184	茨城県												

5. 目標の設定

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

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

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

これらを踏まえ、和寒町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。(表1)

表1 和寒町の目標の設定

分野	項目	現状値				目標値				データソース	
		国		和寒町		国		和寒町			
								H29年(5年後)	H34年(10年後)		
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)	84.3	平成22年	113.3	H18~22年度	73.9	平成27年	現状維持または減少		①	
	②がん検診の受診率向上		平成22年		平成23年		当面			②	
	・胃がん	男性34.3% 女性26.3%		21.1% (35歳以上男女)		40%		25%	30%		
	・肺がん	男性24.9% 女性21.2%		51.5% (40歳以上男女)		現状維持または向上					
	・大腸がん	男性27.4% 女性22.6%		24.2% (35歳以上男女)		25%		30%			
	・子宮頸がん	32.0%		28.0% (20歳以上)		50%		平成28年	35%		40%
	・乳がん	31.4%		29.7% (20歳以上)					35%		40%
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)		平成22年		H18~22年度		平成34年度				①
	・脳血管疾患	男性49.5 女性26.9		男性52.9 女性29.5		男性41.7 女性24.7		男性45.0 女性26.0	男性41.7 女性24.7		
	・虚血性心疾患	男性36.9 女性15.3		男性32.0 女性13.4		男性31.8 女性13.7		男性31.8 女性13.7			
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			32.6%	平成23年度			30.0%	25.0%	②	
	③脂質異常症の減少 (i:総コレステロール240mg/dl以上の者の割合) (ii:LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	i:18.5% ii:10.2%	平成22年	i:データなし ii:9.1%	平成23年度	i:14% ii:7.7%		i:未定 ii:7.7%	i:未定 ii:7.7%		
	④メタリックシフトロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	27.3%	平成23年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	25.0%	22.0%	③	
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上								第三期特定 検査等実施 計画にあわ せて		
・特定健康診査の実施率	41.3%	平成21年度	73.1%	平成22年度	60.0%	平成29年度	75.0%				
・特定保健指導の終了率	12.3%		81.6%		60.0%		80.0%				
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,271人	平成22年	5人	H14~23年度	15,000人	平成34年度	現状維持または減少		⑥	
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		56.1%	75%	60%		65%			
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2%	平成21年度	0.6%	平成23年度	1.0%		現状維持または減少		②	
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人	平成19年度	7.3%		1,000万人		現状維持または減少			
歯・口腔	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		平成21年		平成23年度	80%以上	平成34年度			②	
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%		78.6%				80%	80%		
	・12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.3歯		統計なし				1.0歯未満	減少傾向へ		④

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
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）									
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少（妊娠届出時のやせの者の割合）	29.0%	平成22年	15.4%	平成23年度	20%	平成34年度	現状維持または減少		②
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	8.7%	平成22年度	減少傾向へ	平成26年	現状維持または減少		
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 （小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合）	男子4.60% 女子3.39%	平成23年	肥満度20%以上 男子18.2%・ 女子0.0%	平成23年度	減少傾向へ	平成34年度	減少傾向へ		④
	・20歳～60歳代男性の肥満者の割合の減少（BMI25以上）	31.2%	平成22年	43.9% （35～60歳男性）	平成23年度	28%		40.0% （35～60歳男性）	35.0% （35～60歳男性）	②
	・40歳～60歳代女性の肥満者の割合の減少（BMI25以上）	22.2%		28.2% （35～60歳女性）	平成23年度	19%	25.0% （35～60歳女性）	23.0% （35～60歳女性）		
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）									
	・20～64歳	男性 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	データなし		男性 9,000歩 女性 8,500歩	平成34年度	次期調査予定		②
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		データなし		男性 7,000歩 女性 6,000歩		次期調査予定		
	②運動習慣者の割合の増加									
	・20～64歳	男性26.3% 女性22.9% 総数24.3%		データなし		男性36% 女性33% 総数34%		次期調査予定		
	・65歳以上	男性47.6% 女性37.6% 総数41.9%	データなし	男性58% 女性48% 総数52%	次期調査予定					
③介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	227	平成23年2月末	657万人	平成37年度	高齢者の増加に伴い、 現状維持		⑤	
飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす	8.7%	平成22年	4.2%	平成23年度	0%	平成34年度	減少傾向へ		⑦
	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 （1日当たりの純アルコール量の摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）	男性16.4% 女性7.4%		データなし	男性14.0% 女性6.3%	次期調査予定		②		
喫煙	①妊娠中の喫煙をなくす	5.0%	平成22年	16.7%	平成23年度	0%	平成34年度	減少傾向へ		⑦
	②成人の喫煙率の減少	19.5%		男性45.6% 女性11.0%	平成22年度	12%		男性40.0% 女性10.0%	男性35.0% 女性10.0%	②
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成22年	データなし		15%	次期調査予定		②	
こころの健康	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	23.4%	平成22年	0.0%	平成22年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定			①	

- ①道北地域保健情報年報
- ②町特定健診（事業計画書）
- ③国保連合会集計
- ④町学校保健統計
- ⑤介護保険事業計画
- ⑥町身体障害者手帳交付状況
- ⑦町妊娠届け出

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ章 計画の推進

1. 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、急速に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、健康増進施策を和寒町の重要な行政施策として位置づけ、健康わっさむ21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、取り組みを推進していきます。

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

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

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

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

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、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。

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

(2) 関係機関との連携

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

和寒町庁内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、町民の生涯を通じた健康の実現を目指し、町民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、保健推進協議会の構成団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、町民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

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

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

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

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

第2部 第2期・特定健康診査等実施計画

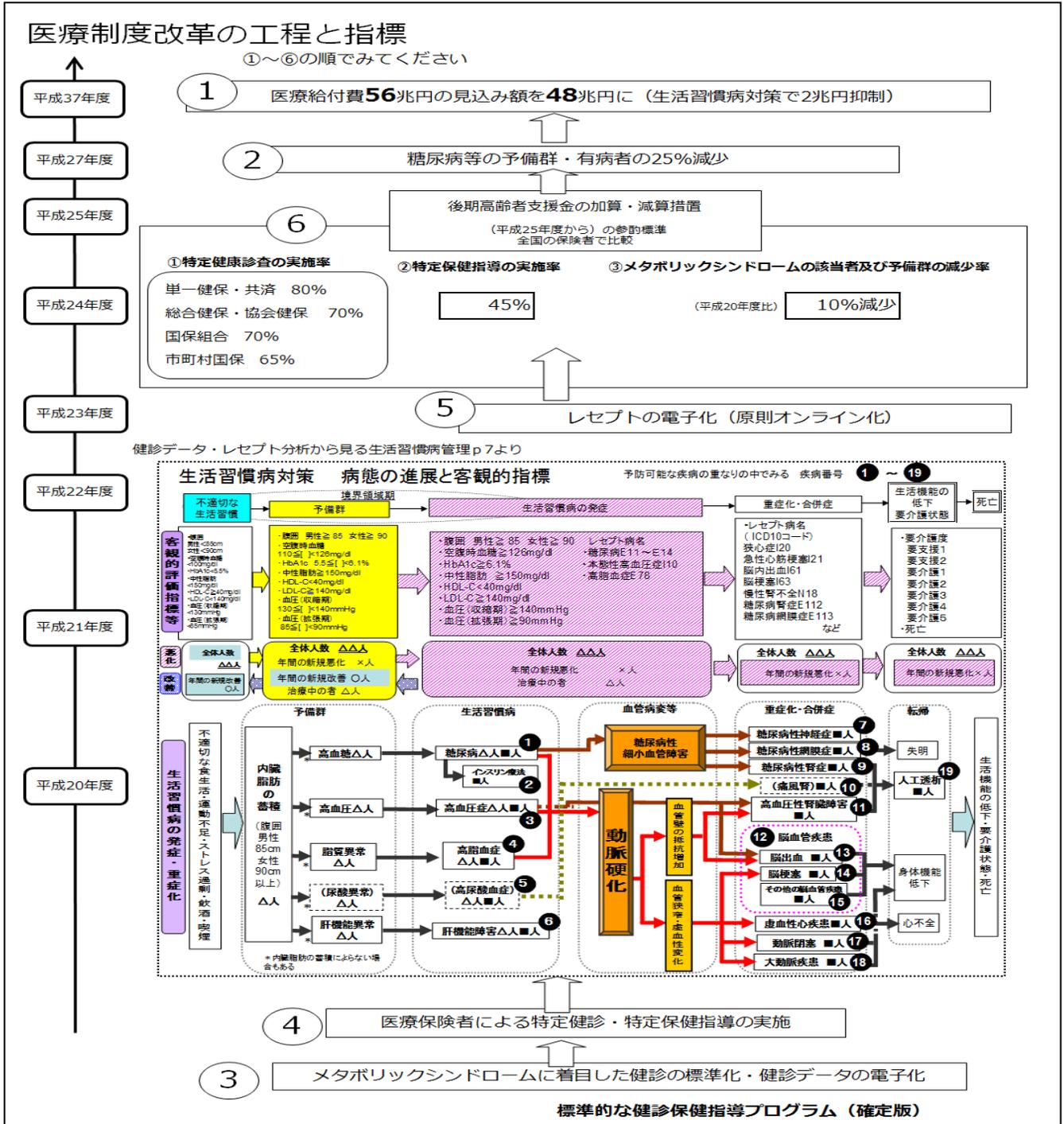
序章 制度の背景について

序章 制度の背景について

1 医療制度改革の工程と指標

特定健診・特定保健指導は、平成 17 年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きとなっています。

図 1 医療制度改革の工程と指標



団塊の世代が75歳になる平成37年頃に見込まれる医療給付費56兆円を48兆円に、そのうち生活習慣病対策では2兆円の削減を実現させるため平成27年度までに糖尿病等の有病者・予備群の25%減少を目標に掲げ、「高齢者医療を確保する法律」において「特定健康診査等基本指針」を規定し、平成20年度「特定健診・特定保健指導」が始まりました。医療の状況を照合させるためレセプト（診療報酬明細書）電子化も進められ、全国一律の条件で評価できる状況となっています。

2 社会保障と生活習慣病

特定健診・特定保健指導を規定する目的

(第一条)

この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる～(略)

(第十八条)

厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ)及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針を定めるものとする。

「高齢者の医療の確保に関する法律」

～ 糖尿病対策が重要視される意義(糖尿病の有病者・予備群の減少) ～

表 社会保障と生活習慣病

横軸、左から年代、生活習慣病対策に関する世界の動き、国の動き、国の財政(税込・歳出・借金)、社会保障給付費となっています。医療費も社会保障に含まれるので、予防可能とされる糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、がんの医療費の内訳を見ました。

1982年、昭和57年に老人保健法が制定されました。国の税込30兆、社会保障費30兆、うち医療費は12兆で糖尿病3000億円、虚血性心疾患3000億円、脳血管疾患9000億円、がん8000億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成20年度は、国の税込44兆円、社会保障費94兆円、医療費29.6兆円、糖尿病は1.2兆円、虚血性心疾患8000億円、脳血管疾患1.6兆円、がん2.9兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和57年と比べて、医療費は、2.4倍となりましたが、そのうち**糖尿病は3.9倍**、虚血は2.5倍、脳は1.7倍、がんは3.5倍の医療費となっています。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、**合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすこと**から、糖尿病の予防を目標としたことが推察できます。

社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政		社会保障給付費								
			一般会計 税収決算額 (兆円)	一般会計 歳出決算額 (兆円)	長期償還率高 (国・地方) (兆円)	計 (兆円)	医療 (兆円)	糖尿病 (兆円)	虚血性心疾患・脳血管疾患 (兆円)	がん (兆円)	年金 (兆円)	福祉・その他 (兆円)	
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		★ 老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8	13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章 (ヘルスプロモーション)		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動 (アクティブ80ヘルスプラン)	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12		第3次国民健康づくり運動 (健康日本21)	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		医療制度改革 (予防重視、後期高齢者医療制度の創設)	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)の提示	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患 (NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患)と4つの共通する危険因子 (喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒)の予防と管理のためのパートナーシップ	★ 特定健診・特定保健指導スタート	44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9	49.5	14.9
2011 平成23	腎臓病もNCDに追加 世界人口が70億人突破 (1950年の25億人の3倍近く)	4月 次期国民健康づくり運動プラン (第2次健康日本21) 報告書たたき台公表											
2012 平成24		★											

1982年(昭和57年)の何倍?



3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

どのように予防していくのか、平成19年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」が国から出され具体的に提示されました。

図 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

<h2 style="margin: 0;">標準的な健診・保健指導 プログラム</h2> <p style="margin: 0;">（確定版）</p> <p style="margin: 0;">平成19年4月</p> <p style="margin: 0;">厚生労働省 健康局</p>	
<h3 style="margin: 0;">標準的な健診・保健指導プログラム</h3>	
<p>第1編 健診・保健指導の理念の転換</p>	
第1章	新たな健診・保健指導の方向性 3
第2章	新たな健診・保健指導の進め方（流れ） 9
第3章	保健指導実施者が有すべき資質 11
<p>第2編 健診</p>	
第1章	内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目する意義 19
第2章	健診の内容 20
第3章	保健指導対象者の選定と階層化 24
第4章	健診の精度管理 29
第5章	健診データ等の電子化 31
第6章	健診の実施に関するアウトソーシング 37
第7章	後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方 40
第8章	健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し 42
<p>第3編 保健指導</p>	
第1章	保健指導の基本的考え方 69
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成 73
第3章	保健指導の実施 82
第4章	保健指導の評価 110
第5章	地域・職域における保健指導 115
第6章	保健指導の実施に関するアウトソーシング 119
<p>第4編 体制・基盤整備、総合評価</p>	
第1章	人材育成体制の整備 133
第2章	最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備 135
第3章	健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理 138

～ 内臓脂肪症候群が着目される意義 ～

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は**予防可能**であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの**進展や重症化を予防することは可能**であるという考え方である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを**詳細にデータで示すことができる**ため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると考える。

「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」

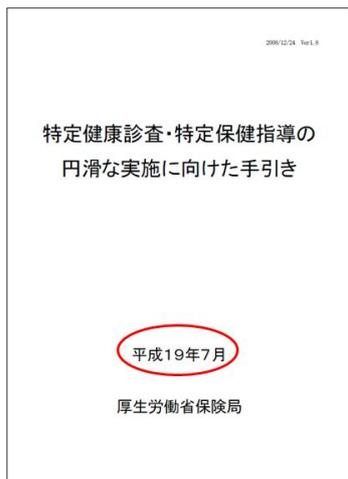
～ 健診・保健指導の基本的な考え方 ～

健診と保健指導の関係については、平成 19 年度までの健診・保健指導と比較し、生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出し、糖尿病等の有病者・予備群の減少という結果を出すことと記されています。

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

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) P8」

保険局からは、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が出ています。健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが書かれています。



図「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

第1期計画については、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定を行いました。

4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

- ①特定保健指導の対象とならない非肥満の方への対応
- ②血清クレアチニン検査の必要性等

平成24年7月13日

「第二期特定健診診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について（とりまとめ）」

和寒町国保では、第1期よりこれらの取り組みが既に行われているところであり、第1期と同様の取り組みを継続するとともに、平成24年9月28日に一部改正された「特定健診等基本指針」を参考に実施を進めていきます。

5 第2次健康日本21における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成25年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策（第2次健康日本21）の方向性との整合も図っていきます。

国が設定する目標項目53のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところになります。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	<ul style="list-style-type: none">② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）③ 脂質異常症の減少④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	<ul style="list-style-type: none">① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少② 治療継続者の割合の増加③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）④ 糖尿病有病者の増加の抑制⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）

特定健診・特定保健指導の実施率の向上から始まって、適正体重の維持、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0以上の割合の減少、糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少など、健診データ・レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。

図 平成25年度からの国の健康づくり施策（第2次健康日本21）における医療保険者の役割

第 I 章 第 1 期の評価

1 目標達成状況

(1) 実施に関する目標

① 特定健診実施率

市町村国保については、平成 24 年度において、40 歳から 74 歳までの対象者の 65% 以上が特定健康診査を受診することを目標として定められています。

表 特定健康診査の実施状況（実績＝国保連合会集計値） ※平成 24 年度は見込み

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
目標	55%	58%	60%	62%	65%
実績	74.7%	72.0%	73.1%	72.0%	70.0%

② 特定保健指導実施率

平成 24 年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の 45% 以上が特定保健指導を受けることを目標として定められています。

表 特定保健指導の実施状況（実績＝国保連システム帳票より） ※平成 24 年度は見込み

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
目標	25%	30%	35%	40%	45%
実績	50.9%	71.4%	81.6%	78.0%	75.0%
対象者数	116 人	112 人	114 人	100 人	90 人
実施者数 (終了者)	59 人	80 人	93 人	78 人	68 人

特定健診実施率、特定保健指導実施率とも現時点では、平成 23 年度までの確報値と 24 年度見込みについて示しています。

(2) 成果に関する目標

① 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○H25 納付分は、H24（＝当該年度）／H20（＝基準年度）とし、H26 以降の納付分は、前年／前々年（例えば H26 の場合は H25／H24）</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないよう、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成の集団*に、各医療保険者の性・年齢階層（5 歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる）を行う。</p> <p>○基点となる H20 の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある（あるいは元々対象者が少なく実施率が 100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある）ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く（年齢 2 階級×男女の 4 セグメント）した率を適用。</p>

現時点では、特定健康診査受診者の中の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

表 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

内臓脂肪症候群	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
該当者	150 人 16.2%	115 人 13.3%	120 人 14.2%	123 人 16.4%	人 %
予備群	101 人 10.9%	117 人 13.5%	126 人 14.9%	82 人 10.9%	人 %

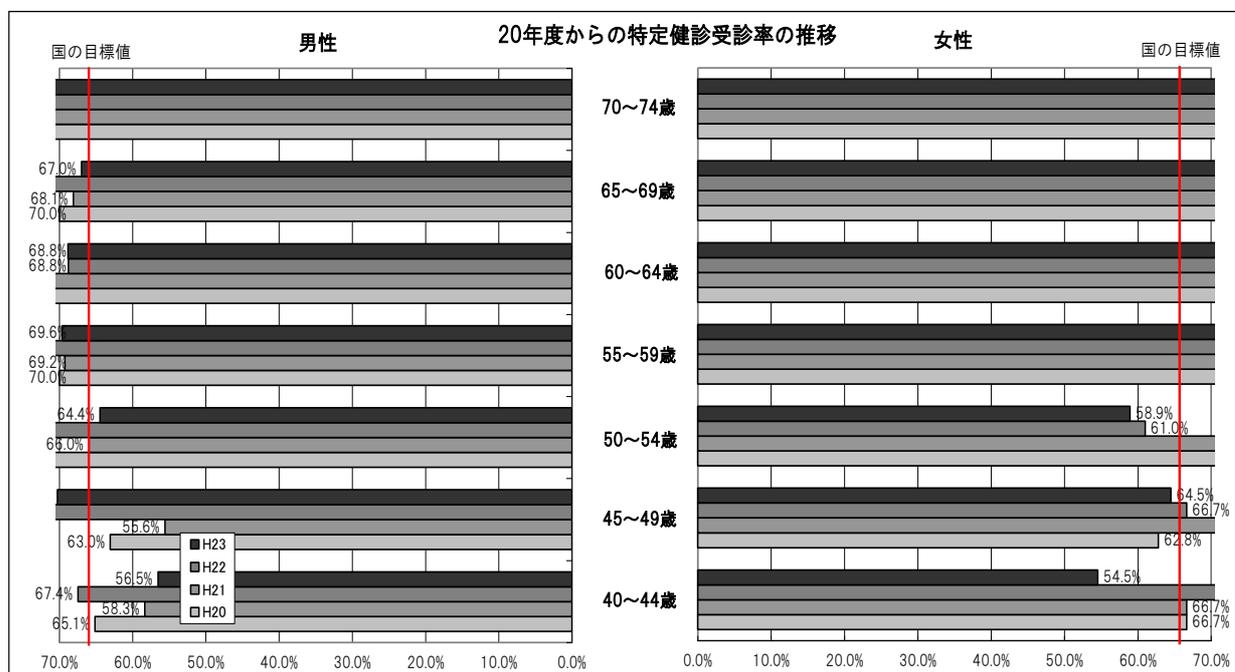
※国保連合会法定報告

(3) 目標達成に向けての取り組み状況

①健診実施率の向上方策

平成 20 年度からの特定健診受診率の推移をみたものです。

図 平成 20 年度からの受診率の推移



※和寒町特定健康診査結果

- 55歳以上では目標値である65%を達成していますが、壮年期の受診率にはばらつきが見られます。
- 地区担当で責任を持った活動をするため、未受診者対策として受診勧奨を継続して実施していきます。
- 治療中の方も特定健診の対象となるため、医療機関に協力いただけるよう検討し、できることから実施します。

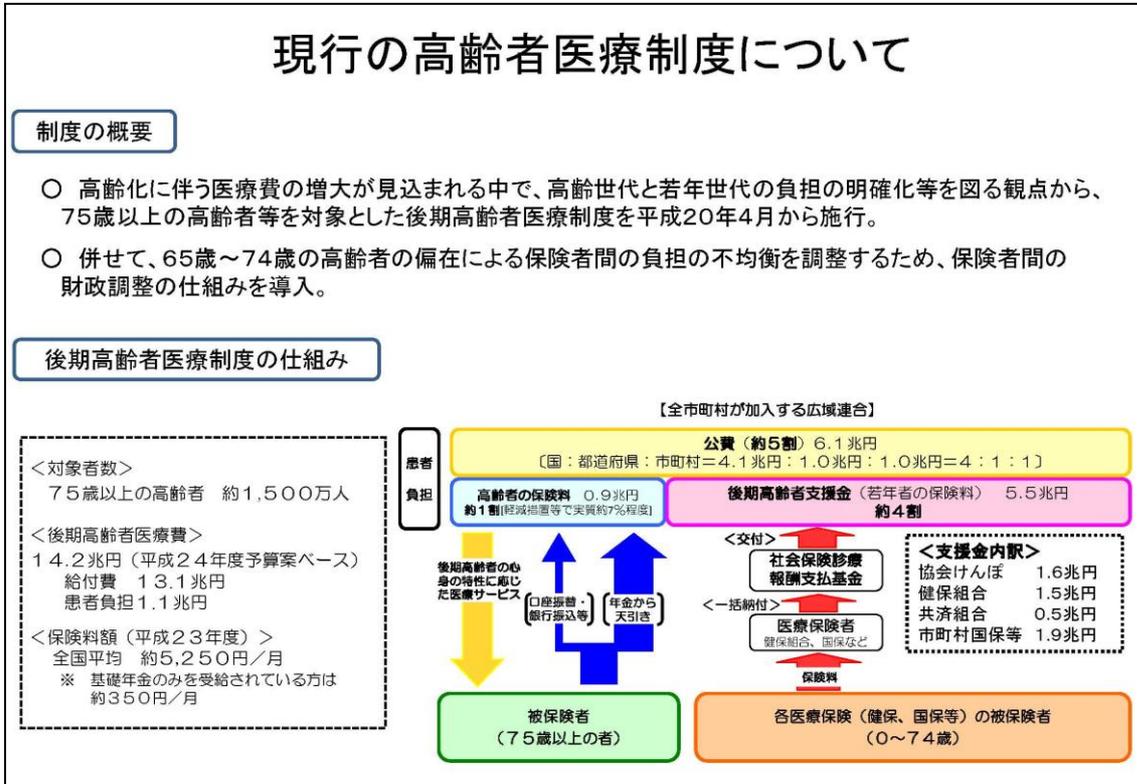
②保健指導実施率の向上、③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- 地区担当で責任をもって実施します。
- 年間実施スケジュールを毎年作成し、進捗状況の管理を行ないます。
- 特定保健指導の対象とならない非肥満者の方への保健指導や、20~39歳の健診を実施し、できるだけ多くの住民・被保険者と出会える機会を持ち、早期介入に努めます。

2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

平成20年度から後期高齢者医療制度が創設され、この制度における財政負担として、全体の約4割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっています。これを「後期高齢者支援金」といいます。

図 現行の高齢者医療制度について



支援金は、加入者1人当たりいくらという形で算定することとなっており（平成24年度概算では、1人あたり49,497円）、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することが義務付けられています。ただし、その支援金の額は、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況で、±10%の範囲内で加算・減算等の調整を行うこととされ、平成25年度から納付される後期高齢者支援金に適用されることになっています。（平成24年度までの支援金は加算・減算を行わず100/100で算定）

この背景としては、医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするために設けられた制度です。

(1) 国の考え方に基づく試算

現在、国の検討会において議論されている平成25年度の支援金の評価基準は、

①減算対象となる保険者

特定健診の実施率65%以上、特定保健指導の実施率45%以上の両方を達成した保険者（平成22年度実績では全国で8市町村国保保険者が達成）

②減算率

21年度実績での試算では、約3.7%、1人あたり減算額は2,000円弱と見込まれています。

③加算対象となる保険者

健診も保健指導もほとんど実施していない保険者。(平成22年度実績で、特定保健指導実施率0%の市町村国保保険者は、27都道府県70保険者)

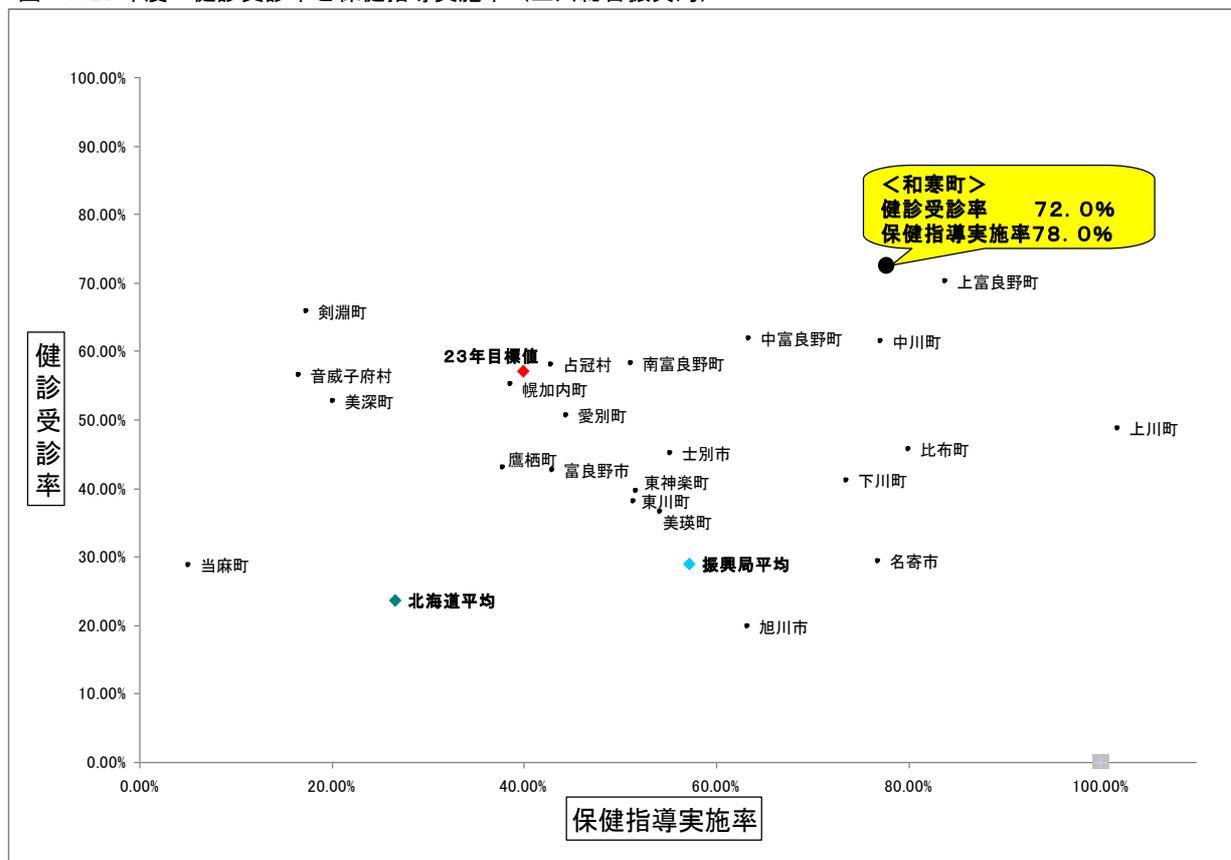
調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じた実施係数が0.0015未満を加算対象とする案が有力(特定健診実施率15%未満、特定保健指導実施率が0.1%未満などの場合に該当)です。

④加算率

0.23%を前提とする方向。国保加入者1人あたり加算額は、年114円と試算されています。

(2) 市町村国保グループでの位置

図 H23年度 健診受診率と保健指導実施率 (上川総合振興局)



※国保連合法定報告

第II章 第2期計画に向けての現状と課題

1 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

表1 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

項 目		全国		北海道		和寒町				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	人口構成 H22年 国勢調査	総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	3,832	-		
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	400	10.4%		
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	1,927	50.3%		
		65歳以上 (再掲)75歳以上	29,245,685 14,072,210	23.0% 11.1%	1,358,068 670,118	24.7% 12.2%	1,505 832	39.3% 21.7%		
2	平均寿命 厚生労働省 2005年(17年)	男性	78.8		78.3		77.1	145位		
		女性	85.8		85.8		86.3	28位		
3	死亡 (主な死因年 次推移分類) 22年度人口動態 注意:市町村データは 平成22年度版 地域保健情報年報 21年度死亡	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)		
		1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	324.8	心疾患	572.9		
		2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	悪性新生物	423.4		
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	肺炎	274		
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患	199.3		
4	早世予防からみた死亡 (64歳以下) H22年 人口動態調査	合計	176,549人	14.7%	8,690人	15.7%	4人	6.5%		
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	2人	5.9%		
		女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	2人	7.1%		
5	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	認定者数 (H22年度末)	5,062,234人		245,769人		263人			
		1号認定者数 /1号被保険 者に対する割 合	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	261人	17.6%		
		再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	242人	29.1%		
		再)65-74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	19人	2.9%		
		2号認定者数/ 2号人口に対する割合	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	2人	0.16%		
6	後期高齢者 医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	加入者(年度 1人あたり医 療費総額 (千円)	14,059,915人 904,795円		667,265 1,070,584円	全国 34位	853 863,069円	全道 150 735,335円		
		給付費	6,663,722,854	229	296,109,294	219	364,350	245		
		第5期保険料	4,972円		4,631円		4,500円			
7	国保 平成22年度 国民健康保険 事業年報	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		(再掲)前期高齢者 (再掲)70歳以上	11,222,279人	31.3%	497,459人	33.0%	548人	34.5%		
		一般	33,851,629人	94.4%	247,804人	16.5%	277人	17.4%		
		退職	1,997,442人	5.6%	79,374人	5.3%	44人	2.8%		
	医療費 平成22年度 国民健康保険 事業年報	加入率(年度末)		28.00%		27.4%				
		医療費総額 (千円)	10,730,826,914	299	514,984,785	342	504,241	317		
		(再掲)前期高齢者 (再掲)70歳以上			256,895,211	516	279,278	510		
8	医療費分析 平成22年5月 診療分	生活習慣病	実人数	割合	実人数	割合	実人数	割合		
		脳血管疾患					61	12.2		
		虚血性心疾患					79	15.7		
		糖尿病					174	34.7		
		(再掲)インスリン療法					10	5.7		
		(再掲)人工透析					4	0.8		
		(再掲)糖尿病性腎症					2	1.1		
9	人工透析患者 23年度末 自立支援医療(更 生医療)意見書より	透析患者数/人口千対					10人			
		糖尿病性腎症/割合					2人			
10	特定健診 特定保健指導 H22年度 特定健診・特定保健 指導実施結果集計表	特定健診	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
		7,169,761人	32.0%	218,140	22.6%	45位	779	73.1%	2位	
11	様式6-2 健診有所見 者状況 総数(40～74 歳) 北海道国保連 合会 H22年度市町村 国保における特 定健診等結果 状況報告書	特定保健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
		198,778人	20.8%	8,533	20.9%	17位	93	81.6%	7位	
		健診項目	有所見者	有所見率	有所見者	有所見率	全国順位	有所見者	有所見率	全道順位
		腹囲	68,632	30.2%	68,632	30.2%		272	33.1%	72位
		BMI	63,594	28.0%	63,594	28.0%		262	31.9%	81位
		中性脂肪	45,651	20.1%	45,651	20.1%		147	17.9%	77位
		ALT(GPT)	35,408	15.6%	35,408	15.6%		129	15.7%	103位
		HDL	10,287	4.5%	10,287	4.5%		37	4.5%	87位
		血糖値	53,728	23.7%	53,728	23.7%		233	28.3%	107位
		HbA1c	120,733	53.2%	120,733	53.2%		431	52.4%	114位
		尿酸	9,721	4.3%	9,721	4.3%		68	8.3%	53位
収縮期血圧	105,656	46.5%	105,656	46.5%		405	49.3%	71位		
拡張期血圧	44,195	19.5%	44,195	19.5%		146	17.8%	130位		
LDLコレ	124,052	54.6%	124,052	54.6%		418	50.9%	121位		
尿蛋白	13,347	5.9%	13,347	5.9%		31	3.8%	62位		
クレアチニン	1,063	0.5%	1,063	0.5%		3	0.4%	88位		

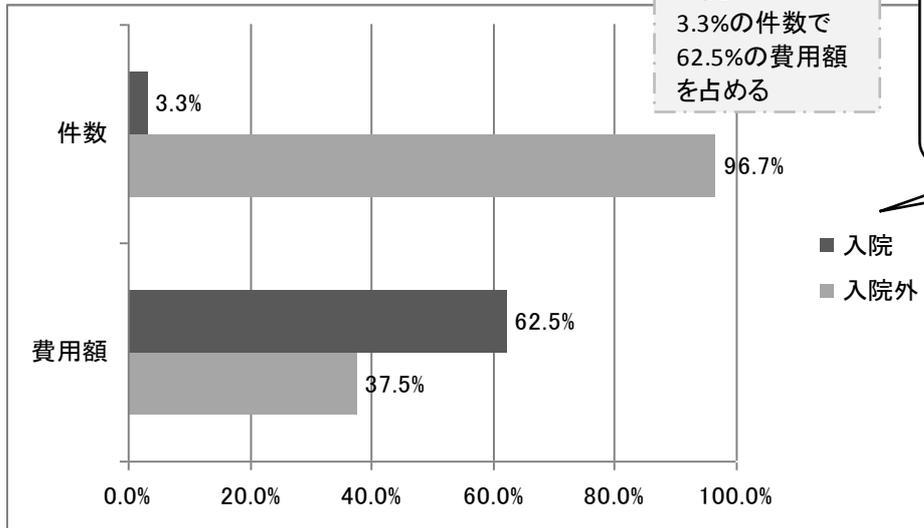
2 和寒町の医療費の現状と課題

(1) 医療費の状況（平成23年4月～24年3月診療分）

表1 医療費全体の状況

	医科レセプト件数		費用額（円）	
計	12527	100.0%	369,546,280	100.0%
入院	411	3.3%	230,879,400	62.5%
入院外	12116	96.7%	138,666,880	37.5%

図1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



入院～
3.3%の件数で
62.5%の費用額
を占める

入院費用額の割合が高いほど全体の医療費が高い傾向にあり、費用額50%前後が平均である。入院費用額を下げることによって全体の医療費を抑えていく。

予防可能な疾患に関しては重症化し高額レセプトで上がってくる前に基礎疾患にアプローチすることが必要

表2 ひと月100万円以上のレセプト

疾患 費目類	合計	疾患					
		虚血性 心疾患	脳血管 疾患	人工透析	がん	筋・骨格	
合計	件数 58 割合 100%	6 10.3%	8 13.8%	3 5.2%	22 37.9%	14 24.1%	
内訳	200万円 以上	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	
	150～ 200万円	3 16.7%	3 16.7%	2 11.1%	5 27.8%	6 33.3%	
	100～ 150万円	1 3.1%	4 12.5%	1 3.1%	16 50.0%	6 18.8%	
	合計	8 13.8%	6 10.3%	3 5.2%	22 37.9%	14 24.1%	

※重複するものはそれぞれに計上しているため合計と合わない

基礎疾患の状況は？

（基 再 礎 掲 疾 患）	基礎疾患の状況					
	虚血性心疾患	脳血管疾患	人工透析	がん	筋・骨格	
	高血圧	3	1	3	2	1
	糖尿病	3	1	3	2	3
脂質異常症	2	1	0	0	3	

傾向が見れないため100万円未満のレセプトも含め見てみると……

表3 全レセプトでの基礎疾患の状況（平成24年5月診療分）

	虚血性心疾患	脳血管疾患	腎臓疾患
高血圧	54 77.1%	37 67.3%	11 55.0%
糖尿病	27 38.6%	18 32.7%	5 25.0%
脂質異常症	49 70.0%	33 60.0%	5 25.0%
合計	70 100.0%	55 100.0%	20 100.0%

高血圧、脂質異常症の重症化を防ぐことが心・脳血管疾患の減少につながると考えられる。また、糖尿病よりも高血圧からくる腎疾患が多いことがわかる。

図2 ひと月100万円以上のレセプトの疾患別費用額の状況

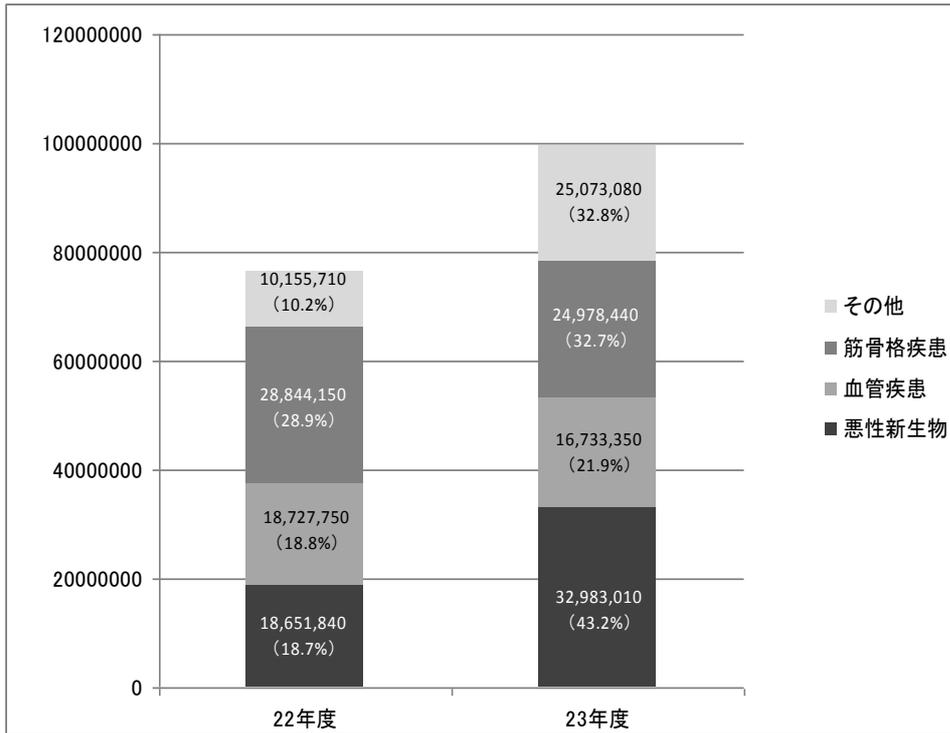
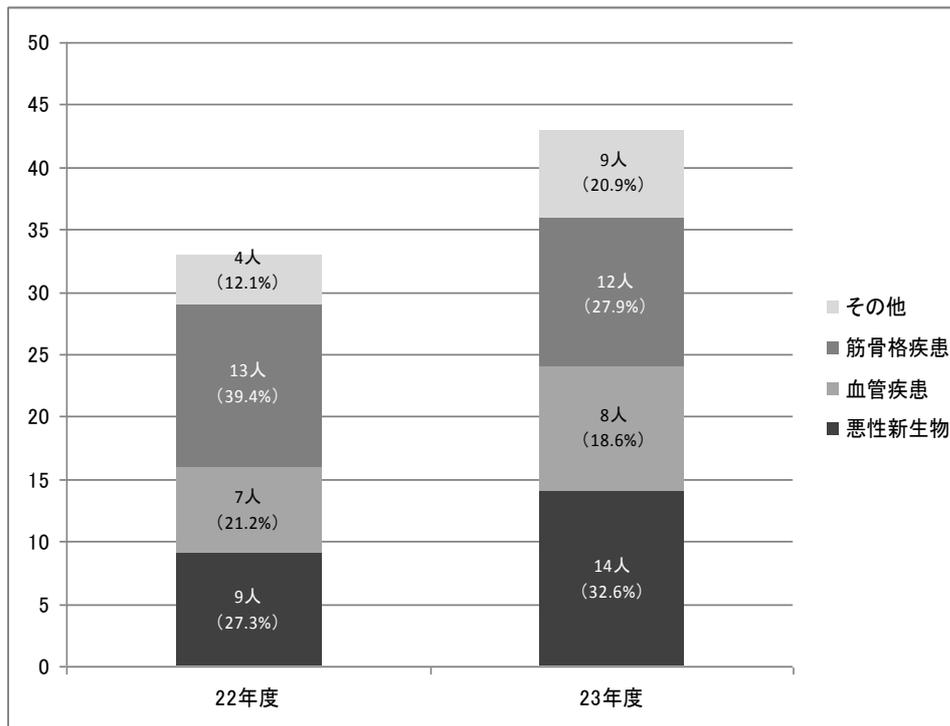


図3 ひと月100万円以上のレセプトの疾患別実人数の状況



高額レセプトの中でも悪性新生物・筋骨格疾患が半分以上を占めています。

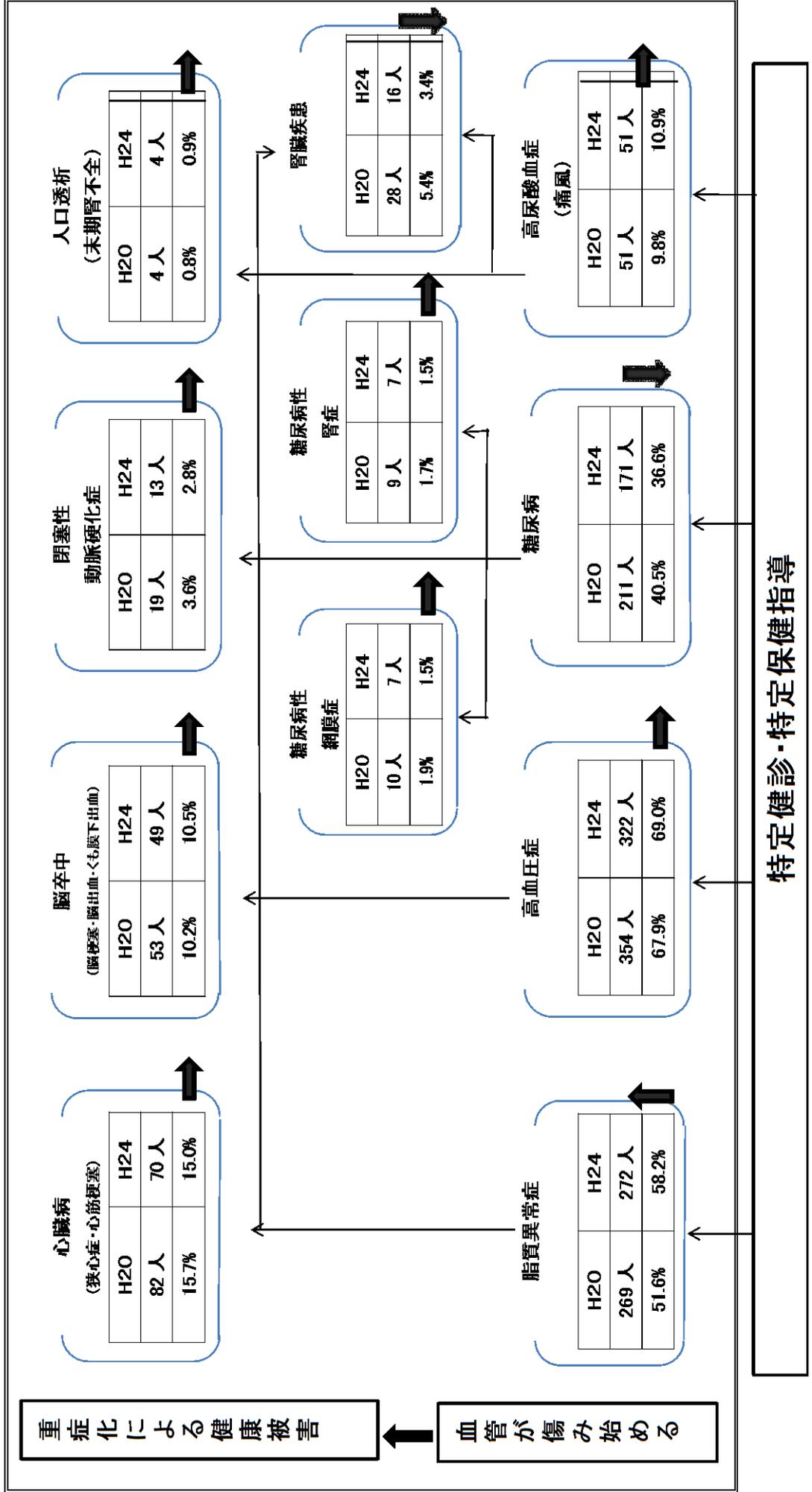
悪性新生物は人数・金額とも増加しており、医療費抑制のためにはがん対策も重要です。筋骨格疾患は横ばいですが、BMI25以上の方が大半を占めるため、生活習慣病同様の肥満対策や疾患に至る前の年齢層への予防的な働きかけを行なっていく必要があります。

生活習慣病の治療者を 平成20年度と24年度で比較してみました

(各年5月診療・6月診査分)
(病歴6 生活習慣病管理台帳(生活習慣病集計))

	H20	H24
被保険者数	1,744人	1,528人
生活習慣病の治療者	521人	467人
率	29.9%	30.6%

	H20	H24
1カ月の総合医療費	27,383,740円	28,481,520円
生活習慣病の治療費	13,780,110円	14,173,760円
率	50.3%	49.8%



3 第1期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と課題

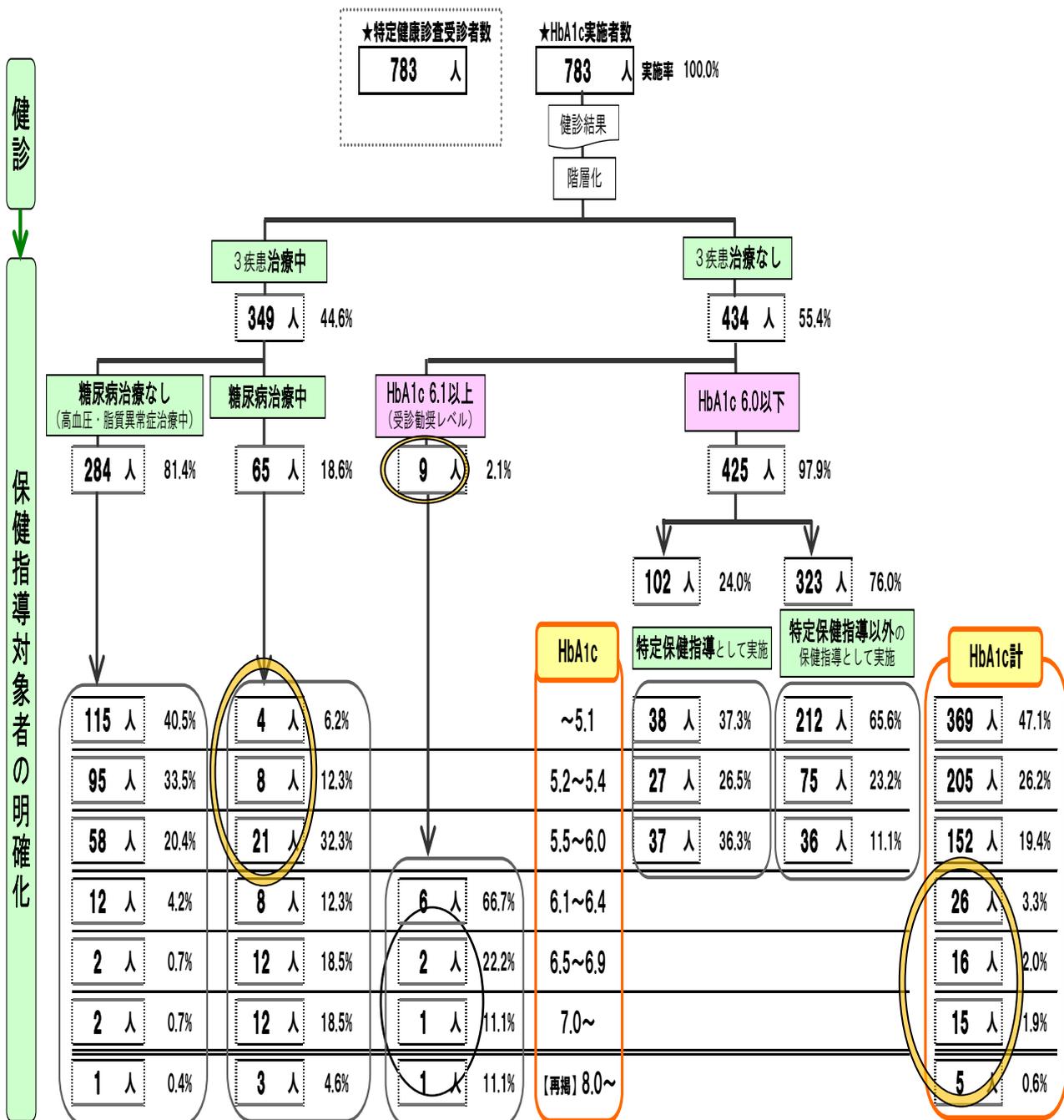
(1) 糖尿病

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL：Quality of Life）ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。全国的に見ると、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2位に位置しており、さらに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

糖尿病有病者数は、平成23年度特定健診結果において、90人であり、その中で、糖尿病、高血圧、脂質異常等の治療をしていない方は、9人でした。

図1 健診結果から見た糖尿病の状況（平成23年度）

糖尿病フローチャート ～医療制度改革の目標達成にむけて～



和寒町特定健康診査結果（H23年度）

平成20～24年5月診療分（6月審査分）レセプトからは、糖尿病にかかる医療費が増大傾向にあり、その中でも特に入院費・件数が大きく増えていることがわかります。入院患者の主病名は糖尿病ではなく、各種がんの他、狭心症や慢性腎臓病、精神疾患、筋骨格疾患であります。糖尿病と主疾患の発症や重症化に関連があるため、双方の発症・重症化予防が糖尿病全体の医療費の抑制につながると考えられます。

図2 糖尿病医療費の推移（平成20～24年度 各5月診療分レセプト）

	糖尿病総医療費(A)	糖尿病治療者数(B)	1人1月当たり(A/B)	外来医療費(C)	受診件数(D)	外来1件当たり(C/D)	入院医療費(E)	入院件数(F)	入院1件当たり(E/F)
H24	8,665,350	171	50,675	2,539,880	167	15,209	6,125,470	9	680,608
H23	7,667,140	184	41,669	2,358,450	178	13,250	5,308,690	8	663,586
H22	4,864,490	176	27,639	2,625,940	180	14,589	2,238,550	7	319,793
H21	3,527,050	203	17,375	3,226,830	219	14,734	300,220	2	150,110
H20	3,381,070	211	18,394	2,428,440	228	12,844	952,630	3	317,543

第1期はHbA1c 6.1以上の重症化予防に重点を置いてきましたが、今後は多段階において糖尿病およびその合併症を抑制していくことが重要であることから、

●糖尿病の発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対する保健指導や、一般衛生部門、被用者保険の保険者と連携し、より若い世代からの糖尿病予防を目指します。

●糖尿病の合併症の予防

これに関しては「治療継続者の割合の増加」と「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」を指標とします。未治療であったり、治療を中断したりすることが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

●合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

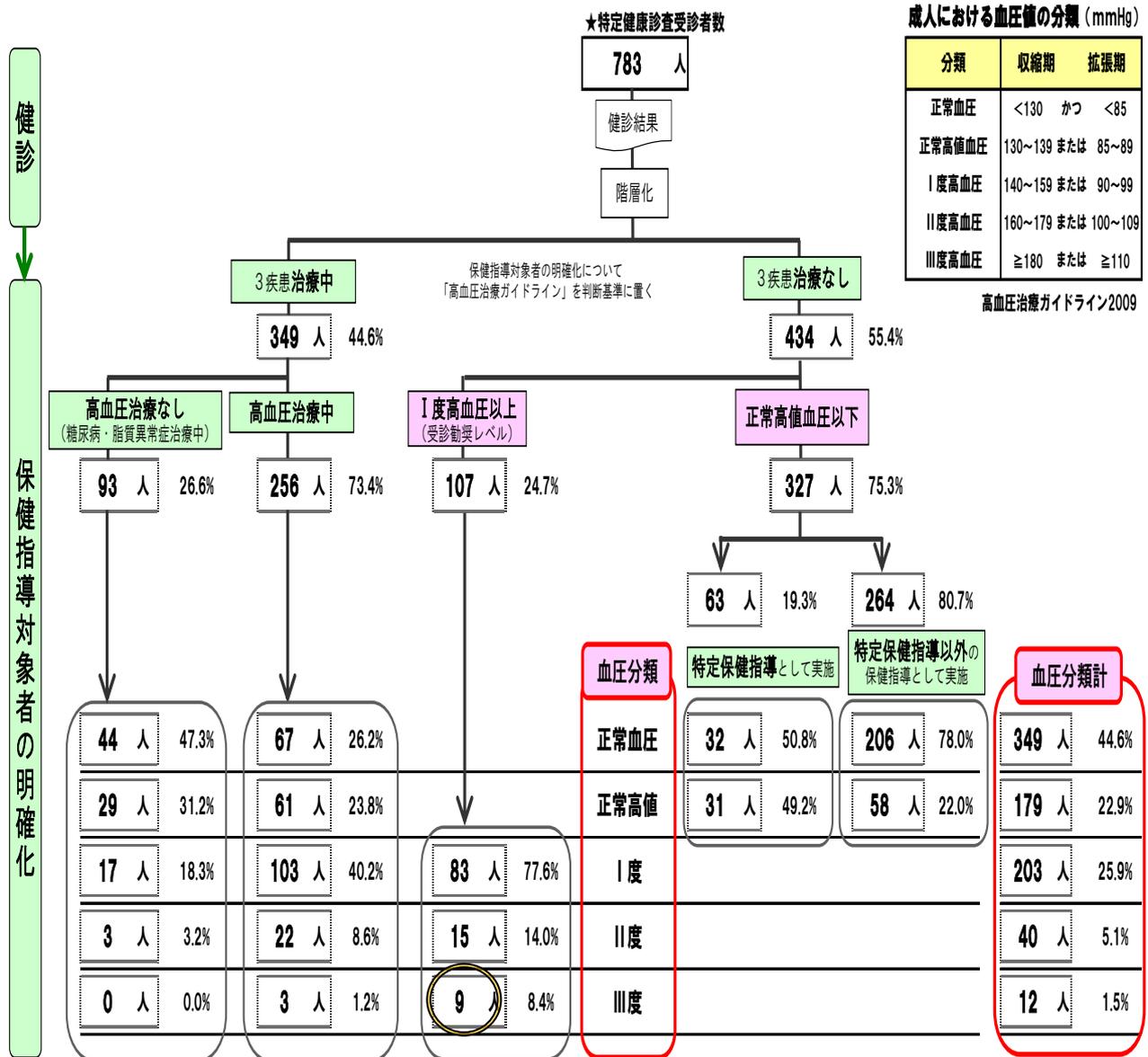
糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を指標とします。

(2) 循環器疾患

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角を占めています。循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つです。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

図3 健診結果からみた高血圧の状況（平成23年度）

高血圧フローチャート ~医療制度改革の目標達成に向けて~



和寒町特定健康診査結果 (H23年度)

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子です。平成23年度に100万円以上となったレセプトのうち13件が脳梗塞や心筋梗塞などの血管疾患であり、うち7件(53.8%)に基礎疾患として高血圧があります(P83)。「高血圧の改善」を指標として掲げ、必要な保健指導、医療との連携を行っていきます。

●疫学データからみた高コレステロール血症の問題

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値240 mg/dl 以上あるいはLDLコレステロール160 mg/dl 以上からが多くなっています。

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その方の健康寿命を守ることになります。

図4 冠動脈10年死亡率：日本男性

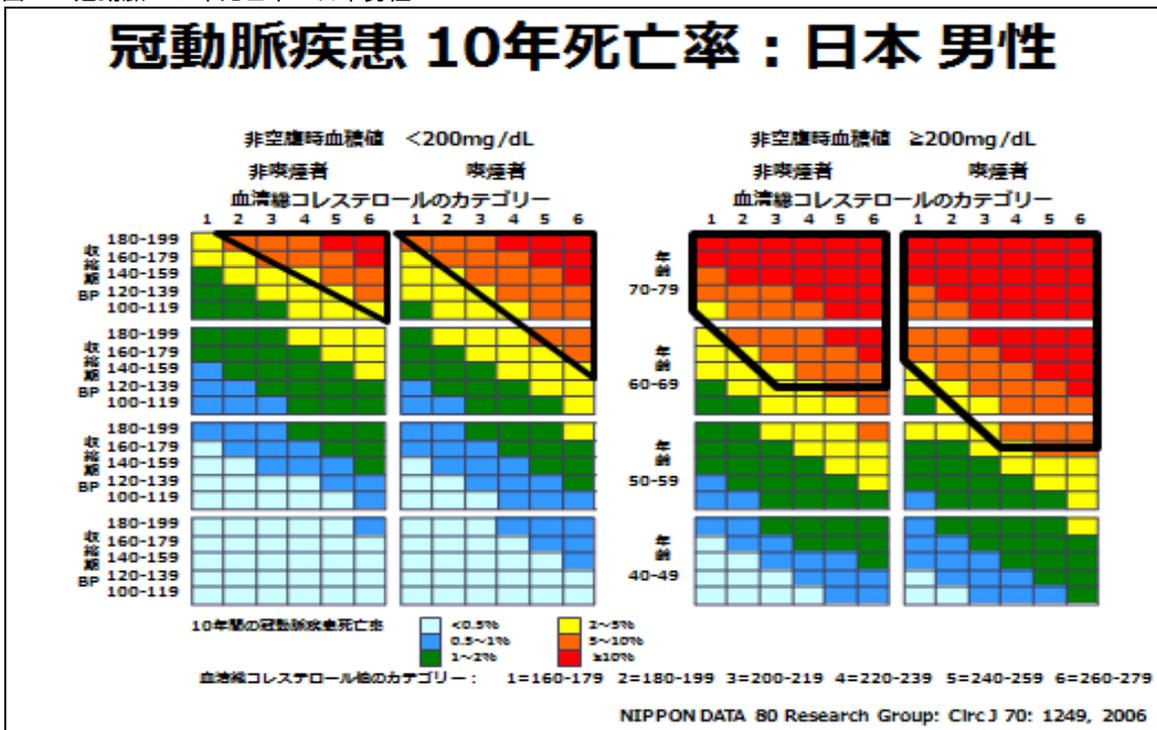


図5 冠動脈10年死亡率：日本女性

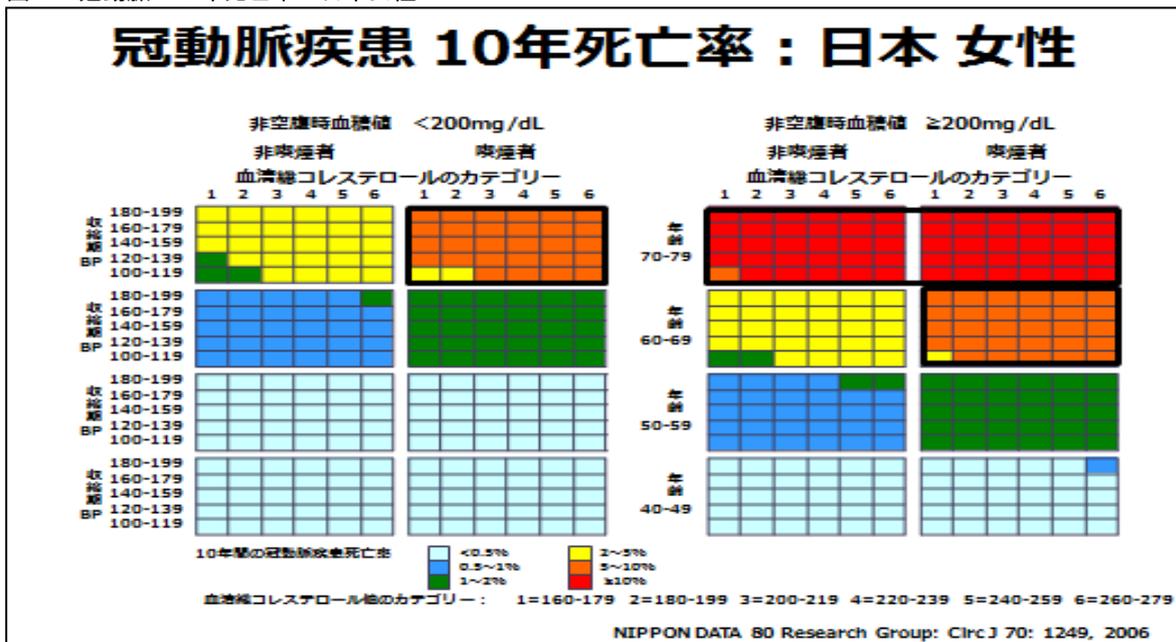
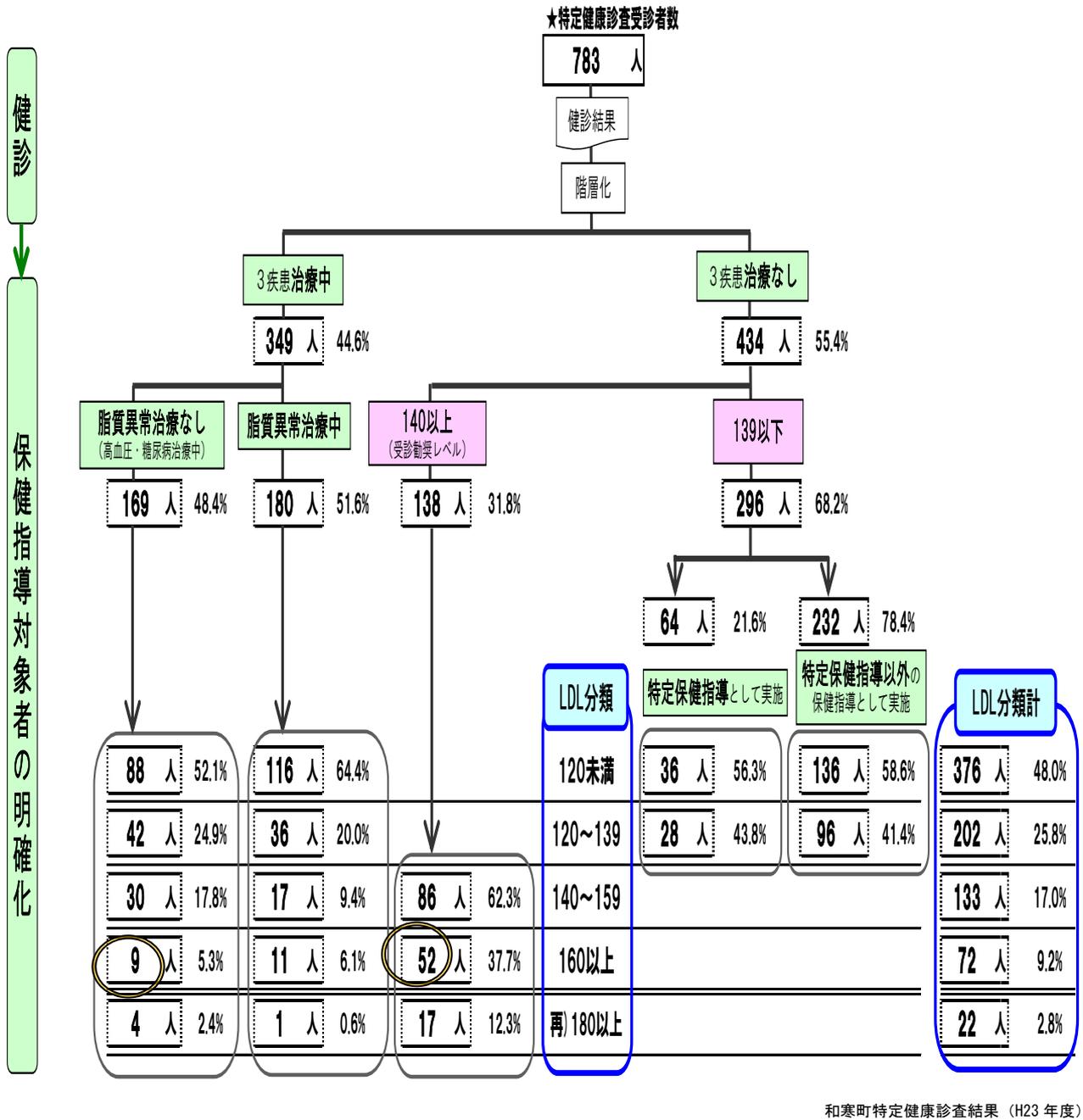


図6 健診結果からみた脂質異常症（高LDLコレステロール血症）の状況（平成23年度）

LDL-Cフローチャート ～医療制度改革の目標達成に向けて～



LDL高値者に対し、必要な保健指導を行うとともに、心血管リスク評価のための必要な検査を行い、ハイリスク者には治療継続が図られる仕組みづくりを目標とします。

(3) 慢性腎臓病

透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病（CKD）が非常に増えたことだと考えられています。

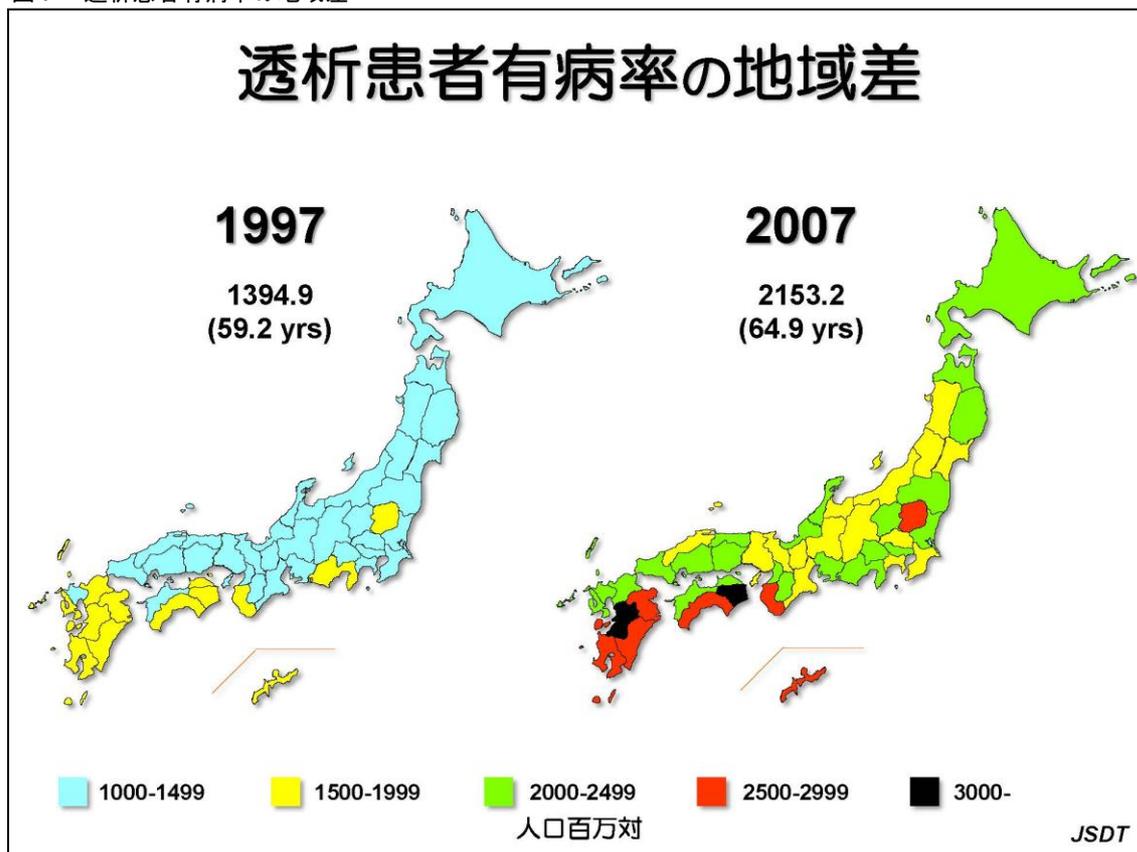
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中とか心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなくて、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味していると言われています。

●北海道の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、北海道の慢性透析患者数は、平成23年14,602人で6番目に多く、増加傾向にあります。

図7 透析患者有病率の地域差



●健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）の状況

表1 CKD該当者（CKD重症度分類）

原疾患		糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
		高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
尿蛋白区分				A1	A2		A3	
				(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)				785 人	93.4%	5.4%	21.4%	1.3%
G1	正常 または高値	90以上	179 人	166 人	13 人	2 人	0 人	
			22.8%	21.1%	1.7%	15.4%	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	528 人	499 人	23 人	5 人	6 人	
			67.3%	63.6%	2.9%	21.7%	0.8%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	70 人	62 人	5 人	2 人	3 人	
			8.9%	7.9%	0.6%	40.0%	0.4%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	7 人	5 人	1 人	0 人	1 人	
			0.9%	0.6%	0.1%	0.0%	0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	
			0.1%	0.1%	0.0%	--	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	

表2 CKD該当者の治療状況

尿検査・GFR共に実施 785 人				A1	A2		A3	
				(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
治療なし 434 人				410 人	20 人	4 人	4 人	
				94.5%	4.6%	20.0%	0.9%	
	G1	正常 または高値	90以上	116 人	110 人	6 人	1 人	0 人
				26.7%	25.3%	1.4%	16.7%	0.0%
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	292 人	274 人	14 人	3 人	4 人
				67.3%	63.1%	3.2%	21.4%	0.9%
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	24 人	24 人	0 人	0 人	0 人
5.5%				5.5%	0.0%	--	0.0%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	2 人	2 人	0 人	0 人	0 人	
			0.5%	0.5%	0.0%	--	0.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	
治療中 351 人	G4	高度低下	15-30 未満	1 人	1 人	0 人	0 人	
				0.3%	0.3%	0.0%	--	0.0%
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	5 人	3 人	1 人	0 人	
				1.4%	0.9%	0.3%	0.0%	0.3%
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	46 人	38 人	5 人	2 人	
				13.1%	10.8%	1.4%	40.0%	0.9%
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	236 人	225 人	9 人	2 人	
67.2%				64.1%	2.6%	22.2%	0.6%	
G1	正常 または高値	90以上	63 人	56 人	7 人	1 人		
			17.9%	16.0%	2.0%	14.3%	0.0%	
				323 人	22 人	5 人	6 人	
				92.0%	6.3%	22.7%	1.7%	
				A1	A2	A3		

CKDの病期（ステージ）の指標となるeGFR（推算糸球体濾過量）は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病（CKD）となるのは、eGFR 60未満です。

表3 腎専門医に紹介すべき対象者

	総数	治療なし					治療中				
		40代	50代	60代	70-74	40代	50代	60代	70-74		
専門医受診対象者 (①~③の実人数)	32人 4.0%	14人 43.8%	1人 7.1%	1人 7.1%	11人 78.6%	1人 7.1%	18人 56.3%	0人 0.0%	3人 16.7%	13人 72.2%	2人 11.1%
① 尿蛋白 2+以上	10人 1.2%	4人 40.0%	1人 25.0%	0人 0.0%	2人 50.0%	1人 25.0%	6人 60.0%	0人 0.0%	2人 33.3%	4人 66.7%	0人 0.0%
② 尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	9人 1.1%	4人 44.4%	0人 0.0%	1人 25.0%	3人 75.0%	0人 0.0%	5人 55.6%	0人 0.0%	1人 20.0%	2人 40.0%	2人 40.0%
③ GFR50未満 70歳以上は40未満	17人 2.1%	6人 35.3%	0人 0.0%	0人 0.0%	6人 100.0%	0人 0.0%	11人 64.7%	0人 0.0%	1人 9.1%	10人 90.9%	0人 0.0%

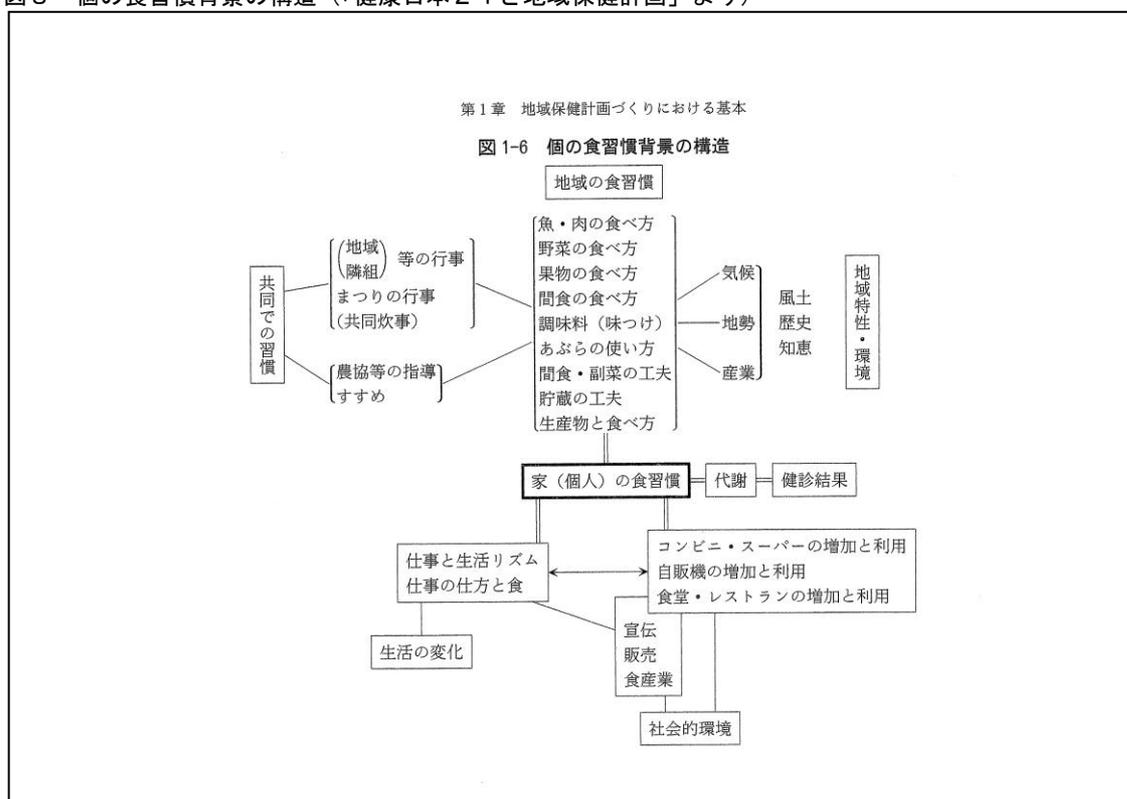
健診結果から、CKD予防対象者をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常の治療がなく、腎機能が腎専門医レベルの方が14人、地域のかかりつけ医等と連携しながら予防の対象者となるのは、18人です。

まずは、CKD予防対象者の病歴把握（I表作成）に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧予防を目標に保健指導し、さらに医療との連携体制構築を目指します。

(4) 共通する課題（生活習慣の背景となるもの）

健康増進は、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ確な情報提供が必要となります。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫することが求められます。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

図8 個の食習慣背景の構造（「健康日本21と地域保健計画」より）



【和寒町の食背景】

地勢・風土・習慣

盆地特有の気候

～夏冬の温度差が大きい。
基幹産業～農業

田耕地59% 畑耕地41%

主要作物～水稻

南瓜は作付面積日本一の宮の下に保存する越冬キャベツ

単社会～歩かない

農業期～朝から暗くなるまで仕事
短時間でつくり食べられるもの
農家の間食

～駄菓子・菓子パン・ジュース
おもてなし～余るほどつくる
仏壇に供えた菓子～後で食べる

町内行事

～準備時や終了後に
共に飲食する習慣
・春と秋 地区毎の会館での飲食
(オードブル・ジンギスカンなど)
・お彼岸やお盆
・季節のイベント、祭り、飲み会、会合

歴史

上川北郡は福島県・宮城県・岐阜県などからの屯田兵により開拓
その後入植者が増加
昭和45年水田減反政策により、畑作として越冬きやべつ開発、翌年出荷

食品

魚

鮭、さんま、ほっけ

肉

豚肉、ジンギスカン

(短期集中)

南瓜、じゃがいも、とうきび、トマト、きゅうり、なす、アスパラ

きやべつ

菓子、菓子パン

アイス、ジュース

味覚

● 蛋日十油脂文化

脂ののった魚・肉の脂・ジンギスカン・カレー
焼く・炒め煮・揚げる
野菜にマヨネーズやレタシング

● 縄文・砂織文化

こぼん大盛り
● 保存野菜の文化
・南瓜、芋は団子、ふかして間食や主食
・緑黄色野菜～畑で収穫する間は食べる(夏のみ)

・手作り漬物～塩分のとりすぎ

・宮の下に貯蔵～大根、きやべつ、白菜

・果物を野菜がわりに食べる

● 大型冷凍庫に保存
・南瓜、魚、とうきび、アイス

食べ方

夜のドカ食い!!
大皿盛り

行事・集まり
一緒に飲み食い
するイメージ

調べてみました

ジンギスカン1人前(150g)の脂の量と比較

1日の上限44gに対し
24.5g 56%

南瓜団子3個分の砂糖の量と比較

1日の上限25gに対し
18.0g 90%

さかり鍋1人前(400g)の脂の量と比較

1日の上限44gに対し
41.6g 95%

相漬り5切の塩分量と比較

1日の上限7.5～9.0gに対し
3.3g 40%

栄養素

動物性たんぱく比率が
全国より高い
北海道54.5%
(全国51.7%)

脂肪エネルギー比は
全国平均並み(25.8%)
北海道52.6%
(全国50.5%)

ビタミンA 457μg
(全国529μg)
食物繊維 13.3g
(全国14.0g)

平成22年国民健康・栄養調査

からだの実態

● 死亡状況

心疾患:全道の3.5倍
脳血管疾患:全道の2倍

● 介護保険状況

(1号認定者の原因疾患)
高血圧+脳血管疾患+心疾患+糖尿病
29.9%

● 医療状況(平成22年5月診療分)

1. 高血圧 336人(66.9%)
2. 高脂血症 265人(52.8%)
3. 糖尿病 174人(34.7%)
4. 虚血性心疾患 79人(15.7%)
5. 脳血管疾患 61人(12.2%)

※H23年度末人口透析者数
2.6人(人口千対)

● 健診結果

(平成22年度受診率73.1%)
腹囲 33.1%(全道72位)

BMI 31.9%(全道81位)

血糖値 28.3%(全道107位)

尿酸 8.3%(全道53位)

収縮期血圧 49.3%(全道71位)

だから
心臓・脳の血管が傷む

インスリン抵抗性

肥満
高インスリン状態

すい臓

じん臓

肝臓

高脂質

悪玉
コレステロール

高尿酸

尿酸の
結晶化

高血圧

血流による
圧力

血管
血栓
形成

高血糖

第三章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健診実施等実施計画について

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

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

2 目標値の設定

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診実施率	71%	72%	73%	74%	75%
特定保健指導実施率	78%	78%	79%	79%	80%

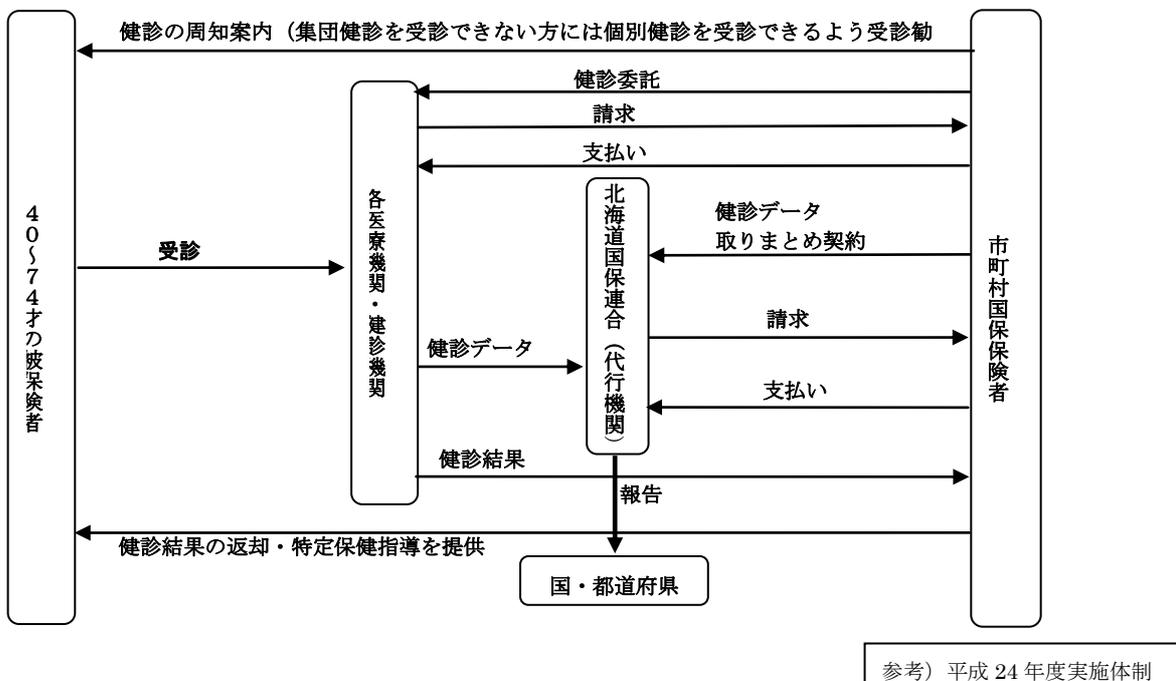
3 対象者数の見込み

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診対象者数	1,030人	1,020人	1,020人	1,020人	1,020人
特定健診受診者数	731人	734人	744人	754人	765人
特定保健指導対象者数	100人	96人	92人	88人	85人
特定保健指導実施者数	78人	75人	73人	70人	68人

4 特定健診の実施

(1) 実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託します。



(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

健診機関名	住所	電話番号	健診時期	契約形態	健診方法
旭川医師会 健康管理診療所	旭川市金星町1丁目 1番50号	0166- 24-1360	6月下旬 ~7月上旬	集団契約	集団健診・申し込み制
町立和寒病院	上川郡和寒町字西町 111番地	0165- 32-2000	通年	個別契約	個別健診・申し込み制
はらだ病院	旭川市1条通り16丁目 右7号	0166- 23-2780	通年	個別契約	個別健診・申し込み制 国保の人間ドック事業で実施 (40・45・50・55・60歳の国保の方が対象)

(4) 委託契約の方法、契約書の様式

国が示す委託契約の方法、標準的な契約書のひな形を参考に作成します。

(5) 健診委託単価、自己負担額

①健診単価：基本的な健診項目＋詳細な健診項目

②自己負担額：当面の間は自己負担額は徴収せず、無料とします。

(6) 代行機関の名称

北海道国保連合会に代行機関として委託します。

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健康診査対象者に、各機会を通じて健診のお知らせを通知します。

①健診の案内を全被保険者へ送付

②健診の日程や内容について広報誌等で周知

③未受診者に対し、電話や訪問で直接受診勧奨。または葉書を送付。

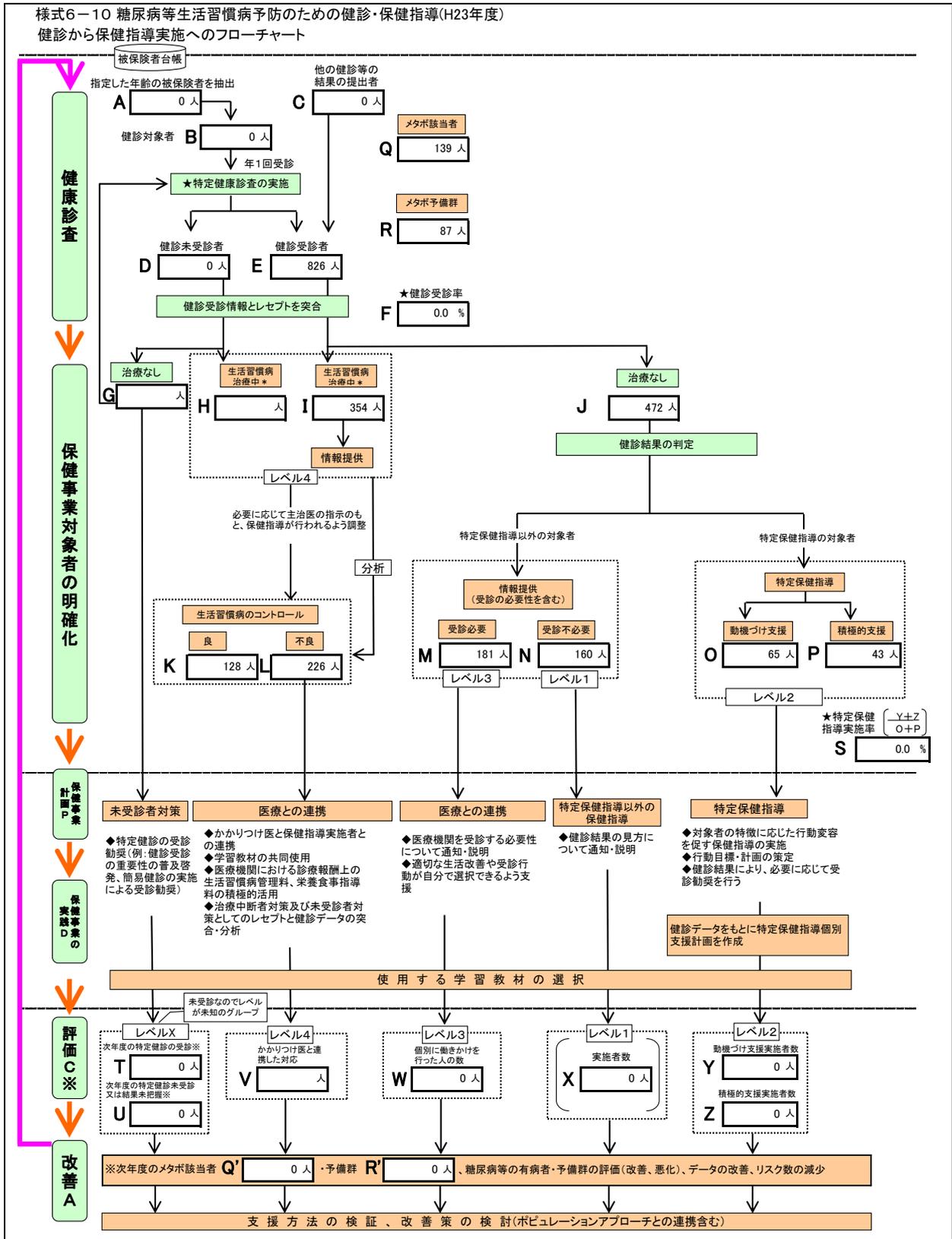
5 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健師・管理栄養士が行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

図1 健診から保健指導実施へのフローチャート



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者見込	目標実施率	実施者数
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくような保健指導を実施し、対象者の特徴に応じた行動変容を促す。 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う。	100人	78%	78人
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援。	180人	60%	108人
3	L	情報提供 (生活習慣病治療中：生活習慣病のコントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析。	230人	40%	92人
4	D	特定健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	290人	10%	29人
5	N	情報提供 (受診不必要)	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくような保健指導を実施する。	160人	10%	16人

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

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

表1 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

	①未受診者対策	②特定健診	③保健指導
4月		<ul style="list-style-type: none"> ・4月1日時点の国保加入者状況の把握、対象者抽出 ・健診対象者名簿の作成 ・健診の案内を全対象者に送付 ・集団または個別健診の受診希望の有無を取りまとめ ・個別健診受診票随時送付 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導開始(個別健診)
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診申し込みの無かった者に対して電話勧奨(5月下旬～集団健診実施まで) 	<ul style="list-style-type: none"> ・随時特定健診データの報告(国保連システム) 	
6月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診受診票送付 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">6月下旬～7月上旬 集団健診実施</div>	
7月		<ul style="list-style-type: none"> ・レセプト集計、分析(中～下旬) 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導対象者の抽出(集団健診) ・保健指導対象者へ案内送付
8月		<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果返却 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導開始 ・健診結果説明会(上～中旬) 随時訪問・来所対応
9月		<ul style="list-style-type: none"> ・前年度特定健診データのエラーチェック(国保連システム) ・前年度健診除外者の報告 	
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・保険異動者の確認後、未受診者へはがきによる個別通知 ・申し込みの無かった者に対して電話勧奨 ・健診中断者の実態把握後必要な者に対して訪問勧奨 		<ul style="list-style-type: none"> ・随時保健指導データの報告(国保連システム)
11月			
12月			<ul style="list-style-type: none"> ・講師派遣契約 ・運動教室参加者募集の周知(～2月上旬)
1月		<ul style="list-style-type: none"> ・次年度予算、契約承認手続き 	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度予算、契約承認手続き ・集団教室実施(中旬～2月中旬)
2月			<ul style="list-style-type: none"> ・集団教室評価
3月		<ul style="list-style-type: none"> ・次年度契約(各健診機関) ・個別健診3月まで実施のため、分析・評価は次年度へ 	

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

平成25年10月稼働予定の国保データベース（KDB）システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されます。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加していきます。

（5）保健指導の評価

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

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

そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていただけるよう、保健師・栄養士ごとに作成する評価表と全体の評価表の様式を定めておきます。

第IV章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1 特定健診・保健指導のデータの形式

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

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

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

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

保存期間については規則 条に基づき、記録作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努める。

3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

第V章 結果の報告

1 支払基金への報告

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

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

第VI章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

日本内科学会をはじめとする8学会により、メタボリックシンドロームの概念が提唱され、内臓脂肪が原因で高血糖になる糖尿病、高血圧になる高血圧症等の生活習慣病は、内臓脂肪を減らすことにより、予防が可能であることが明らかになった。

- ① 保健師・管理栄養士等が医学的根拠に基づいた保健指導を実施すれば、内臓脂肪を減らすことができる。
- ② 対象者が健診結果から代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげることができる。
- ③ 適度な運動と栄養改善で内臓脂肪を減少させることにより、血糖、血圧、脂質等の検査結果を改善させることは可能である。

このことから、生活習慣の改善により、若い時からの糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

予防可能な生活習慣病を予防することによって将来の医療費の伸びを抑え、町民(被保険者)の負担を減らし、国民皆保険制度を持続可能なものとするためには実施主体だけではなく、町民(被保険者)の理解と実践が最も重要となる。

そのため、特定健康診査等実施計画及び趣旨の普及啓発について、本町の広報誌及びホームページへの掲載、各種通知や保健事業等の実施に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行う。

健康わっさむ21

「和寒町健康増進計画」

平成 25 年 3 月

発行 北海道和寒町

編集 和寒町保健福祉センター 保健福祉課
〒098-0132
北海道上川郡和寒町字西町 111 番地