

# 健康なかとんべつ21（第二次）



平成27年12月  
平成31年3月修正  
中頓別町

# 目 次

序章	計画改定にあたって	
第 1 節	計画改定の趣旨	… 3
第 2 節	計画の性格	… 3
第 3 節	計画の期間	… 3
第 4 節	計画の対象	… 3
第 I 章	中頓別町の概況と特性	… 7
第 1 節	町の概要	… 8
第 2 節	健康に関する概況	… 8
第 3 節	町の財政状況に占める社会保障費	… 15
第 II 章	課題別の実態と対策	… 16
第 1 節	前計画の評価	… 17
第 2 節	生活習慣病の予防	… 20
1	がん	… 20
2	循環器疾患	… 26
3	糖尿病	… 36
4	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	… 41
第 3 節	生活習慣・社会環境の改善	… 43
1	栄養・食生活（食育計画）	… 43
2	身体活動・運動	… 50
3	飲酒	… 54
4	喫煙	… 57
5	歯の健康	… 60
第 4 節	社会生活に必要な機能の維持・向上	… 64
1	高齢者の健康	… 64
2	こころの健康	… 68
3	休養	… 71
第 5 節	目標の設定	… 73
第 III 章	計画の推進	… 75
第 1 節	健康増進に向けた取り組みの推進	… 76
1	活動展開の視点	… 76
2	関係機関との連携	… 76
第 2 節	健康増進を担う人材の確保と資質の向上	… 78





## 序章

計画改定にあたって



## 序章 計画改定にあたって

### 第1節 計画改定の趣旨

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

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

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（\*NCDの予防）
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持および向上
- (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、飲酒および歯・口腔の健康に関する生活習慣および社会環境の整備

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

中頓別町では平成14年に「健康日本21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、策定委員と共に健康増進計画「健康なかとんべつ21」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向および目標項目については、別表Ⅰのよう  
に考え、これまでの取り組みの評価および新たな健康課題などを踏まえ、健康なかとんべつ21（第二次）を策定します。

## 参考 基本的な方向の概略

### (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域の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) 生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

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

#### \*NCD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）を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機構（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および向上

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

### (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り組み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、飲酒および歯・口腔の健康に関する生活習慣および社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

## 第2節 計画の性格

この計画は、中頓別町第7期総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する中頓別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	北海道が策定した計画	中頓別町が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画 「すこやか北海道21」	健康なかとんべつ21
食育基本法	北海道食育推進計画	
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	中頓別町国民健康保険特定健康診査等実施計画
次世代育成対策推進法 →こども・子育て支援法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	中頓別町こども・子育て支援計画
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	北海道歯科保健医療推進計画	
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	中頓別町老人保健福祉計画・介護保険事業計画

## 第3節 計画の期間

この計画の目標年次は平成37年度とし、計画の期間は平成27年度から平成37年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

## 第4節 計画の対象

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

全体目標	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小	次世代の健康		若年期・中年期の健康			高齢者の健康		
		胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	がん	□がん検診の受診率の向上						□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患	□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制						□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
		糖尿病	□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少		□血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c がJDS値8.0%以上の者の割合の減少)			□治療継続者の割合の増加	□合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
		慢性閉塞性肺疾患(COPD)	□慢性閉塞性肺疾患（COPD）の認知度の向上						
	生活習慣	栄養・食生活	□食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	□健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝食を欠食する子どもの割合の減少 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ウ 学校給食の残食率の減少 エ 甘味飲料を頻りに摂取する習慣の改善（乳幼児の摂取頻度の改善）	□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加			□低栄養傾向（BMI20）の高齢者の割合の減少	
		身体活動・運動	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加 □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					
		飲酒	□妊娠中の飲酒をなくす	□未成年者の飲酒をなくす		□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
		喫煙	□妊娠中の喫煙をなくす □受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	□未成年者の喫煙をなくす		□成人の喫煙率の減少			
		歯・口腔の健康	□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		□過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少			□口腔機能の維持・向上 □歯の喪失防止	
		社会機生活の営む及び向上に必要な	社会生活維持に必要機能の	高齢者の健康	□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上				
	こころの健康			□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			
	休養			□睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少					
個人の取組では解決できない 地域社会の健康づくり		□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 □健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 □健康格差対策に取り組む自治体の増加							

# 第 I 章

## 中頓別町の概況と特性



# 第 I 章 中頓別町民の概況と特性

## 第 1 節 町の概要

中頓別町は、宗谷地方、北緯 45 度に位置し、398.55 km<sup>2</sup>の面積の 8 割を森林が占めています。

北見山地の最北部からオホーツク海に流れる頓別川水系の上流に位置し、分水嶺に囲まれた自然豊かな町です。山林 312.73 km<sup>2</sup>、畑 34.14 km<sup>2</sup>、牧場 11.50 km<sup>2</sup>となっています。

大正 10 年に頓別村から分村し、中頓別村、昭和 24 年町制施行により中頓別町になりました。

産業史は砂金掘りで始まり、農林業が栄えますが、厳しい環境の中で、酪農へと転換し今日に至っています。平成 22 年度の産業別人口は、第 1 次産業 19.1%、第 2 次産業 13.0%、第 3 次産業 67.4%であり、酪農業・林業の町です。

## 第 2 節 健康に関する概況

### 1. 人口構成

中頓別町の人口は、開拓から戦後期まで農林業で栄えた後、高度経済成長期以降は急速な人口減が続いています（図 1）。

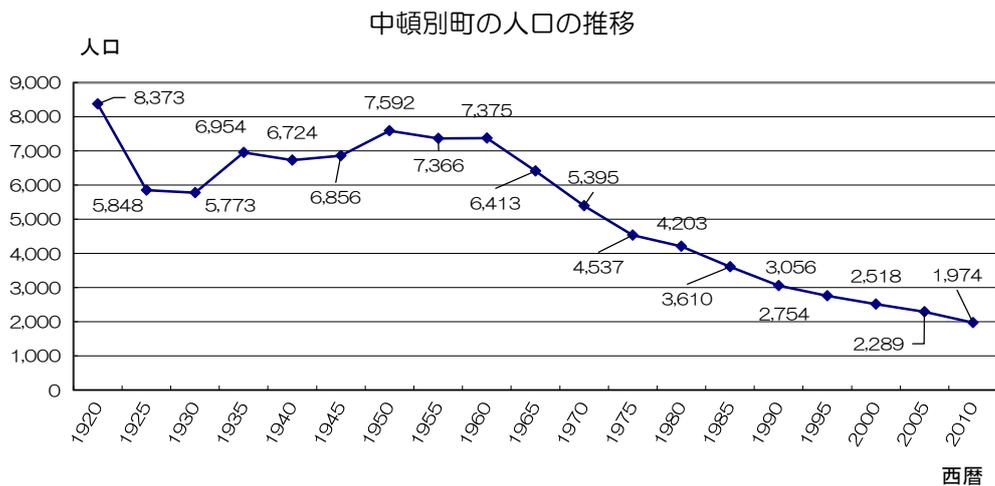
中頓別町の人口（平成 22 年度国勢調査）構成をみると、0 歳～14 歳および 15 歳～64 歳までの割合が全国、全道より低く、65 歳以上の高齢化率と併せ、75 歳以上の後期高齢化が、全国や全道より高くなっています（表 1）（図 2）。

(2015.3.31 現在)

総計 1,838人 (男 915人 女 923人)

世帯数 929 一世帯当たり 1.98人

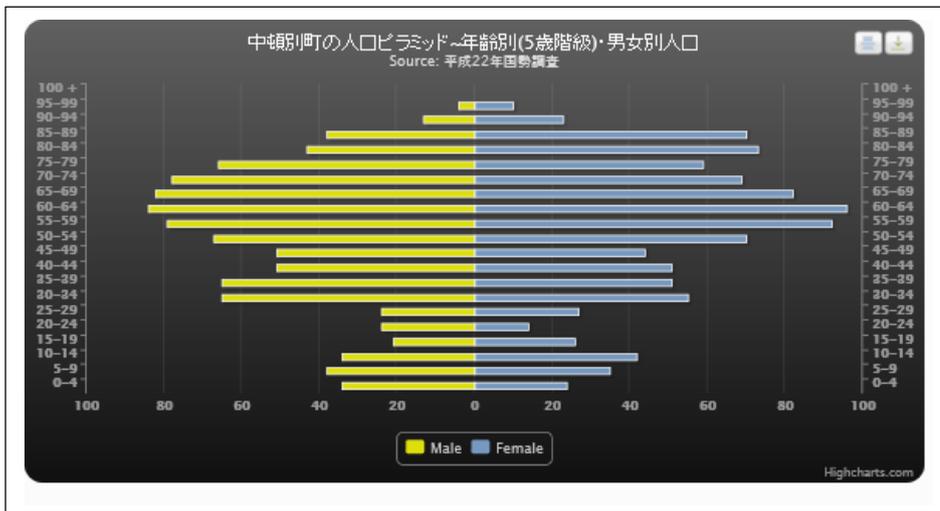
(図 1) 人口の推移：国勢調査



(表 1) 人口構成

平成 22 年度 国勢調査	全国		北海道		中頓別町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	1,974	-
0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	207	10.5%
15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	1,105	53.5%
65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	706	35.0%
(再掲) 75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	399	20.2%

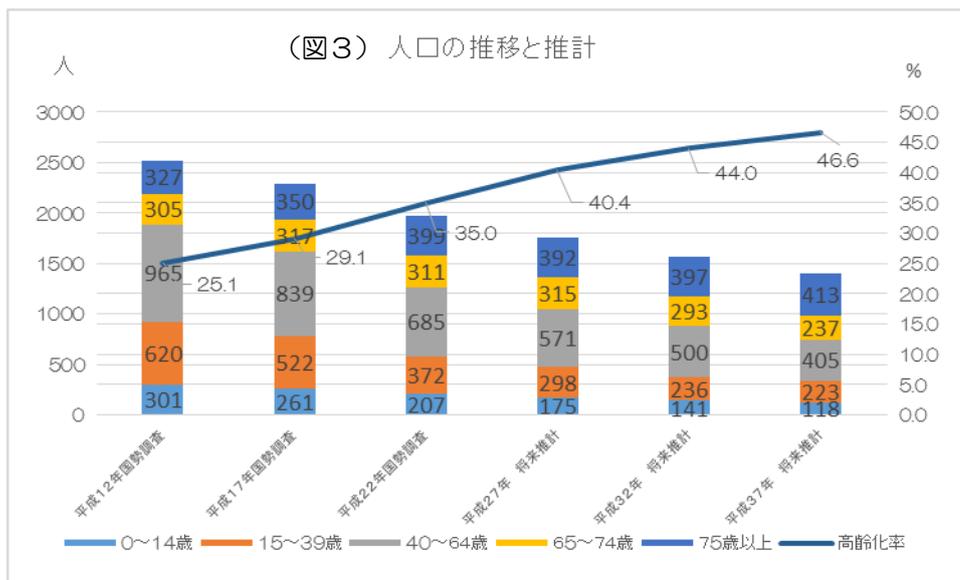
(図2)



中頓別町の人口（国勢調査）は、平成 17 年には 2,289 人でしたが、平成 22 年には 1,974 人となり減少傾向にあります。

人口構成をみると、64 歳以下の人口が平成 17 年から平成 22 年までの5年間に、315 人減少しているのに対して、65 歳以上の人口は同期間に 39 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 29.1%でしたが、平成 22 年には 35.0%となり、5年間で 5.9%高くなり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます（図3）。



資料：平成 12 年 平成 17 年 平成 22 年 国勢調査

平成 27 年 平成 32 年 平成 37 年 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（平成 25（2013）年 3 月推計）

## 2. 死亡

中頓別町の平均寿命は、女性は全国や北海道と比べると長く、男性は北海道よりは長いですが全国とほぼ同じになっています（表2）。

(表2) 平均寿命の比較

	全国	北海道	中頓別町
男性	79.6歳	79.2歳	80.1歳
女性	86.4歳	86.3歳	87.0歳

H25 年度 KDB（国保データベース）より

平成 26 年の中頓別町の主要死因を全国や北海道と比較すると、死因は同じですが、すべてにおいて死亡率は高くなっています（表3）。

（表3）主要死因の比較

	全国（H25）		北海道（H23）		中頓別町（H26）	
	死亡原因	死亡率 （10万対）	死亡原因	死亡率 （10万対）	死亡原因	死亡率 （10万対）
1位	悪性新生物	290.1	悪性新生物	329.7	悪性新生物	743.9
2位	心疾患	156.4	心疾患	170.8	心疾患	318.8
3位	肺炎	97.8	肺炎	100.2	肺炎	212.5
4位	脳血管疾患	94.1	脳血管疾患	96.2	脳血管疾患	106.3
5位	不慮の事故	55.4	不慮の事故	30.6	その他の疾患	

主要死因の5年間の変化をみると、平成 22 年には 3 位であった悪性新生物が 1 位となり、平成 26 年度には人口 10 万対死亡率が前年度の倍以上になっていました。また、心疾患は減少したものの年々増加してきています。脳血管疾患については、主要死因の上位にはなりません、上昇してきています（表4）。

（表4）中頓別町の主要死因の変化

（人口10万対死亡率）

平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度	
1位	心疾患 396.6	1位	悪性新生物 353.2	1位	悪性新生物 360.6	1位	悪性新生物 312.8	1位	悪性新生物 743.9
2位	肺炎 198.3	2位	肺炎 151.4	2位	肺炎 154.6	2位	心疾患 260.7	2位	心疾患 318.8
3位	悪性新生物 99.2	3位	慢性閉塞性肺疾患 100.9	3位	心疾患 103.0	3位	老衰 156.4	3位	肺炎 212.5
4位	その他の疾患 49.6	4位	心疾患/脳血管疾患/自殺 106.3	4位	老衰 104.3	4位	肺炎 104.3	4位	脳血管疾患 106.3

死亡統計より

早世（64歳以下）死亡は、平成 25・26 年と減少しています（表5）。死因をみると、悪性新生物が多くなっていますが、心疾患・脳血管疾患もみられています。

（表5）早世死亡（64歳以下）の状況

（全死亡に占める64歳以下の死亡割合）

	全国（H22）		北海道（H22）		中頓別町									
	人数	割合	人数	割合	H22	H23	H24	H25	H26	H22	H23	H24	H25	H26
男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	1人	12.5%	3人	18.8%	3人	23.1%	0人	0.0%	0人	0.0%
女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	2人	20.0%	3人	27.3%	0人	0.0%	1人	7.7%	1人	7.1%

死亡統計より

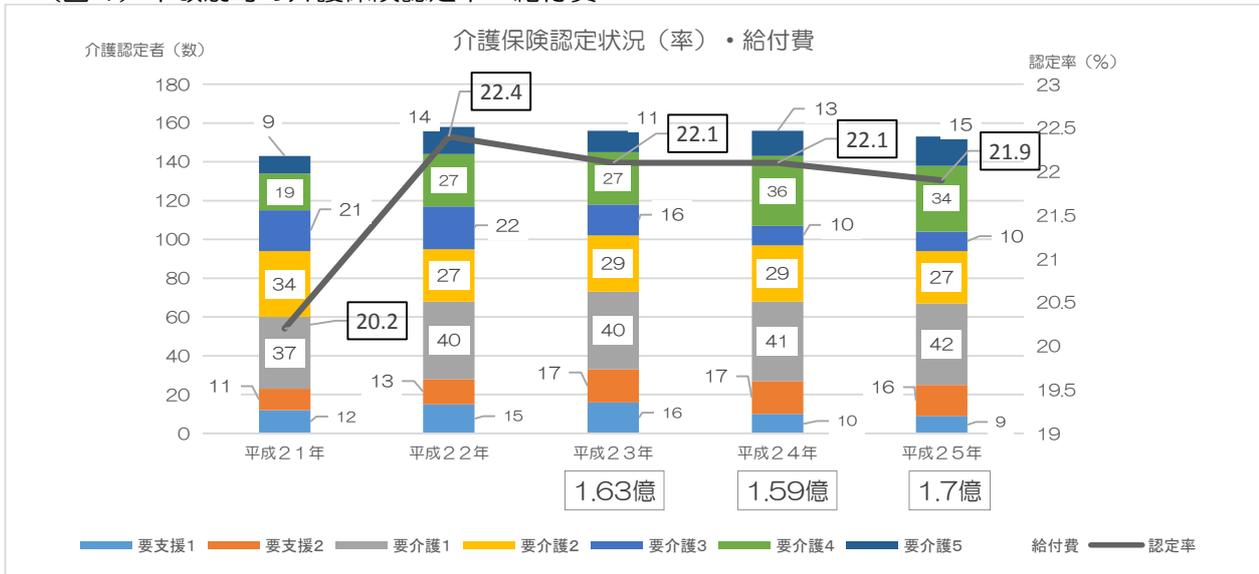
### 3. 介護保険

中頓別町の介護保険の認定率は、第1号被保険者（65歳以上）は全国、北海道と比べても高くなっています。平成 22 年からは第2号被保険者（64歳以下）の認定者はいません（表6）（図4）。

（表6）介護保険認定率・給付費の比較

	全国		北海道		中頓別町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第1号認定率	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	155人	22.2%
再) 75歳以上 (%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	142人	20.3%
再) 65 - 74歳 (%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	13人	1.9%
第2号認定率	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	0人	0.0%
給付費（単位：千円）	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり
	6,663,722,854	229	296,109,294	219	170,099,598	243
第5期保険料（月額）	4,972円		4,631円		4,000円	

(図4) 中頓別町の介護保険認定率・給付費



介護保険事業状況報告より

#### 4. 介護保険から見た健康寿命

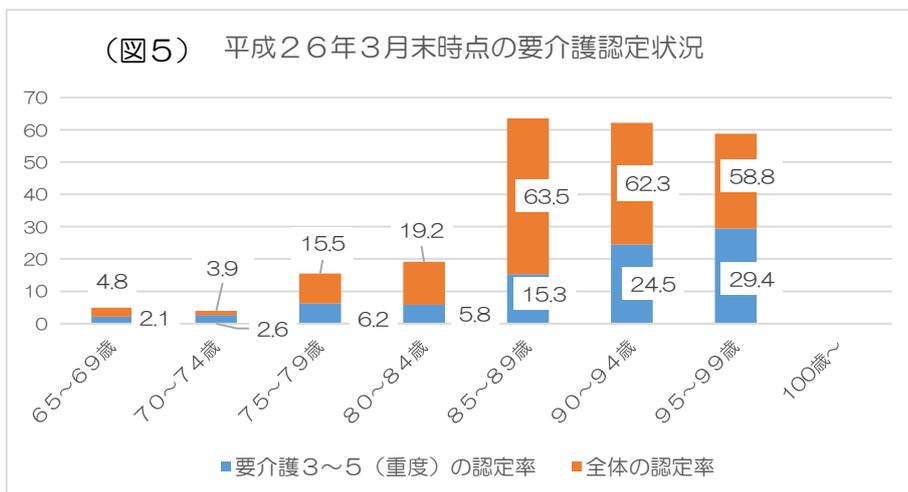
町の介護保険の状況を見ると、85歳以降に大幅に認定率が上昇しており、町民の方が介護を必要とせず自立して過ごす期間（健康寿命に匹敵）は長いと考えられます。

年代別の認定率の変化を見ると、70～74歳は3.9%、75～79歳は15.5%、80～84歳は19.2%、85～89歳は63.5%、90～94歳は62.3%と年代が上がるとともに、徐々に認定率が上昇し介護を受けている割合が上昇しています。また同様に要介護3～5の割合が85歳を過ぎたあたりより増え始め、90歳代になると全体の2～3割程度となっています（表7）（図5）。

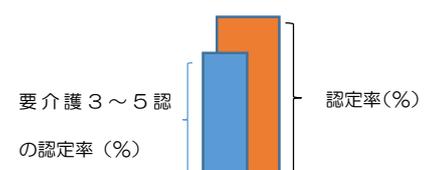
(表7) 26年度末 中頓別町の介護認定状況

年齢階級		2号		1号								
		40～64歳	合計	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	
被保険者数	人数	647人	698	145	155	129	104	85	61	17	2	
認定者数	人数	0人	155	7	6	20	20	54	38	10	0	
認定率	割合	0.0%	22.2%	4.8%	3.9%	15.5%	19.2%	63.5%	62.3%	58.8%	0.0%	
支援	1・2	人数	0人	23	2	0	4	4	10	7	1	0
	割合	0.0%	4.0%	1.4%	0.0%	3.1%	3.8%	11.8%	11.5%	5.9%	0.0%	
介護	1・2	人数	0人	73	2	2	8	10	31	16	4	0
		割合	0.0%	10.5%	1.4%	1.3%	6.2%	9.6%	36.5%	26.2%	23.5%	0.0%
	3～5	人数	0人	54	3	4	8	6	13	15	5	0
		割合	0.0%	7.7%	2.1%	2.6%	6.2%	5.8%	15.3%	24.5%	29.4%	0.0%

介護保険の状況より



<グラフの見方>



## 5. 医療制度

### (1) 後期高齢者医療

中頓別町の後期高齢者の加入者は413人で、1人あたりの医療費は平成24年度972,475円でした。道(1,081,083円)と比べると低い費用となっていますが、国(919,452円)と比べると若干高い費用となっています。道との差が約10万円、全国との差が約5万円になります。

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

### (2) 国民健康保険

中頓別町の平成24年度国民健康保険(国保)加入者は572人で、年度末加入率は29.0%です。退職により、国民健康保険以外の保険から国民健康保険に加入する割合は低いのですが、退職者1人あたりの医療費は一般に比べ高くなっています。国民健康保険以外の保険加入時の健診保健指導の結果が退職医療に影響するものと考えます(表8)。

(表8) 平成24年度 中頓別町国民健康保険加入状況

H24	国		北海道		中頓別町		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
国保加入数	34,658,230	—	1,508,458	—	572	—	
(再)65~74歳	7,070,203	20.4%	510,515	33.8%	224	39.2%	
(再)40~64歳	—	—	—	—	229	40.0%	
一般	32,729,277	94.4%	1,427,826	94.7%	556	97.2%	
退職	1,928,953	5.6%	80,632	5.3%	16	2.8%	
加入率(年度末)	—	26.6%	—	27.6%	—	29.0%	
国保医療費	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	KDB(国保データベース)より
		22,429		26,217		30,227	
(再)前期高齢者				519,567		554,127	
(再)70~75歳未満				601,533		596,175	
一般			494,704,414,488	343,380	207,492,668	371,185	
退職			37,849,602,557	388,185	12,726,002	653,065	
斜字：平成24年度国民健康保険事業状況より							

町の加入者のうち、前期高齢者(64歳~74歳)が占める割合は高く、特に70歳~75歳未満が占める割合は21.7%(124人)であり、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。加入者のうち高齢者が占める割合が多いことから、一般1人あたり医療費は37万円で、全道平均より高くなっていますが、70歳~75歳未満の1人あたり治療費は全道平均より5,000円ほど安くなっています。

生活習慣病の治療者を、各年5月診療分診療報酬と比較すると、生活習慣病の治療者は平成24年5月に52.8%でしたが平成25年5月には74.2%に増加しており、治療費も495万円が647万円に増加していました。

平成20年度と平成25年度の脂質異常症や高血圧、高尿酸血症等の血管の痛む時期からの治療者が増加してきています。早くから治療を開始することで、糖尿病による網膜変性や腎臓障害や閉塞性動脈硬化等の重症化による健康障害を起こした方が減少しています。しかし、脳卒中は増加していました(表9)。

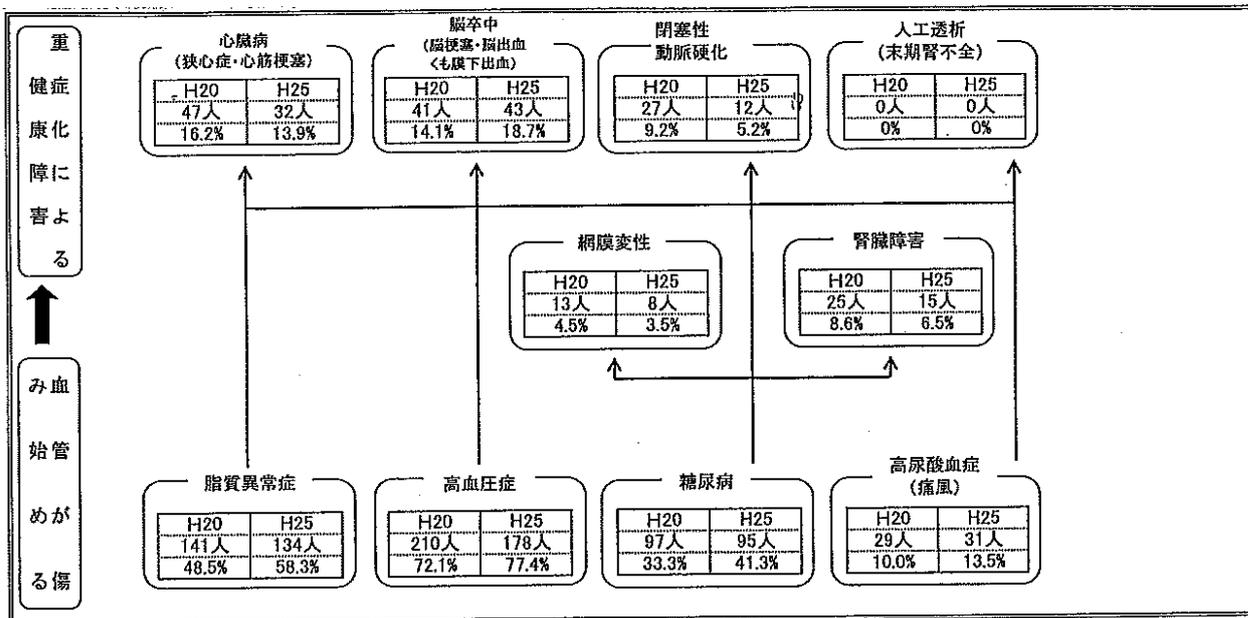
今後も生活習慣病の発症予防に努めるとともに、重症化予防の活動を進めることが重要です。

(表9) 生活習慣病の治療者を平成20年と25年で比較してみました

中頓別国民健康保険5月診療報酬分

	H20	H25
被保険者数	693	589
生活習慣病の治療者	291人	230人
率	42.0%	39.0%

	H20	H25
1ヶ月の総医療費(円)	1千59万円	872万円
生活習慣病の治療費	774万円	647万円
率	73.1%	74.2%



## 6. 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

### (1) 国民健康保険加入者の健康診査

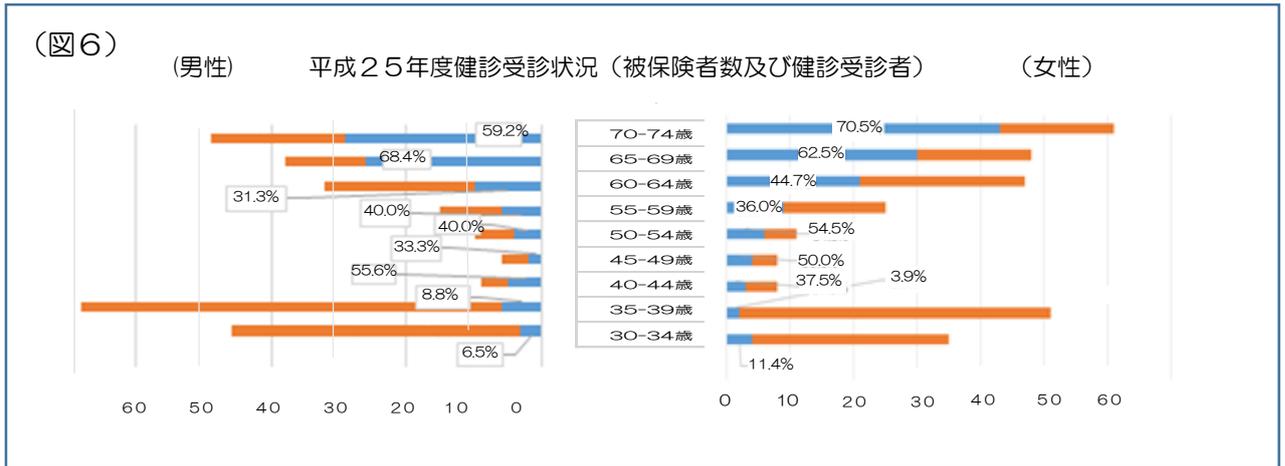
生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、町国民健康保険の特定健康診査（特定健診）・特定保健指導は平成25年度の法定報告で、健診受診率54.0%、特定保健指導実施率78.6%と全国・全道より高くなっています（表10）。町では、特定保健指導と併せて、健診結果説明会および家庭訪問・来所される機会に保健指導を実施しています。

(表10) 特定健診受診率・

特定健診	国		北海道		中頓別町	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
	6,409,234	27.8	172,998	33.5	198	54.0
特定保健指導実施率	—		28.6		78.6	

平成25年度KDB（国保データベース）より

また町では、40歳から74歳までの国民健康保険加入者と併せて、高齢者の医療の確保に関する法律の中で、努力義務となっている30～39歳の町民には、加入保険に関わらず希望者に対して健康診査（健診）を実施しています。30～39歳までの対象者は年度末の人口数としています（図6）。30歳代の受診者の多くは酪農に従事している方で、家族そろって健診を受けるという体制ができていたことが要因と考えられます。また65歳以上の受診率が高くなっており、職場等での健診を受けなくなった方が受診されていることが考えられますが、40～64歳までの受診率が30～40%代であり、若い世代に受診してもらうための働きかけが重要となります（表11）。



(表11) 年齢・性別の特定健診受診状況

	30~39歳			40~49歳			50~59歳			60~69歳			70~74歳			(再)40~64歳			(再)65~74歳		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
計	H21			28	10	35.7%	91	38	41.8%	196	89	45.4%	119	43	36.1%	194	90	46.4%	240	90	37.5%
	H22			28	9	32.1%	82	23	28.0%	202	74	36.6%	114	44	38.6%	201	72	35.8%	225	78	34.7%
	H23			29	7	24.1%	73	21	28.8%	193	75	38.9%	120	40	33.3%	202	68	33.7%	213	75	35.2%
	H24			30	13	43.3%	65	28	43.1%	181	102	56.4%	116	75	64.7%	189	84	44.4%	203	134	66.0%
	H25	200	15	7.5%	43	14	32.6%	77	26	33.8%	224	89	39.7%	129	74	57.4%	235	72	30.6%	238	131
男性	H21			13	2	15.4%	32	14	43.8%	87	39	44.8%	59	16	27.1%	78	35	44.9%	113	36	31.9%
	H22			14	4	28.6%	33	10	30.3%	88	31	35.2%	57	18	31.6%	84	30	35.7%	108	33	30.6%
	H23			14	3	21.4%	33	13	39.4%	85	32	37.6%	55	11	20.0%	90	29	32.2%	97	30	30.9%
	H24			12	5	41.7%	29	13	44.8%	76	36	47.4%	55	33	60.0%	81	31	38.3%	91	56	61.5%
	H25	114	9	7.9%	22	7	31.8%	37	10	27.0%	96	36	37.5%	58	30	51.7%	108	27	25.0%	105	56
女性	H21			15	8	53.3%	59	24	40.7%	109	50	45.9%	60	27	45.0%	116	55	47.4%	127	54	52.5%
	H22			14	5	35.7%	49	13	26.5%	114	43	37.7%	57	26	45.6%	117	42	35.9%	117	45	38.5%
	H23			15	4	26.7%	40	8	20.0%	108	43	39.8%	65	29	44.6%	112	39	34.8%	116	45	38.8%
	H24			18	8	44.4%	36	15	41.7%	105	66	62.9%	61	42	68.9%	108	53	49.1%	112	78	69.6%
	H25	86	6	7.0%	21	7	33.3%	40	16	40.0%	128	53	41.4%	71	44	62.0%	127	45	35.4%	133	75

国保特定健診実施状況より

平成25年度の国民健康保険特定健診受診者(40~74歳)の有所見状況を、北海道と比較すると、多くの項目で、全道平均より有所見者の割合が高くなっています(表12)。健診を受けていただいた方への結果説明の際に保健指導を充実させ、ご本人自身が生活を振り返る機会をつくること健診データの変化につながると考えられます。

(表12) 平成25年度国民健康保険特定健診受診者の有所見状況

	中頓別町		北海道	
	有所見者	有所見率	有所見者	有所見率
腹囲径	79	39.9%	53,465	30.9%
BMI	85	42.9%	51,593	29.8%
中性脂肪	32	16.2%	34,633	20.0%
GPT	38	19.2%	27,825	16.1%
HDLコレステロール	12	6.1%	8,167	4.7%
血糖値	85	42.9%	36,163	20.9%
HbA1c	101	51.0%	85,409	49.3%
尿酸	14	7.1%	10,771	6.2%
収縮期血圧	101	51.0%	79,079	45.6%
拡張期血圧	53	26.8%	33,742	19.5%
LDLコレステロール	77	38.9%	94,495	54.5%
クレアチニン	1	0.5%	1,087	0.6%

## 7. 出生

中頓別町の平成 25 年度の出生率は、全国、北海道より低い状況です（表 13）。

(表 13)	全国		北海道		中頓別町	
	出生数・出生率					
出生数・出生率	1,037,231人	8.2%	38,686人	7.1%	12人	6.3%
低体重児出生数・率 (出生百対%)	99,311人	9.6%	3,764人	9.7%	2人	16.7%

出生届け出より

低出生体重児は神経学的・身体的合併症のほか、成人になった後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいことがわかってきました。平成 25 年度は、双生児の出生があり、低体重児出生率が高くなっていましたが、ここ数年、2,500g 未満の低出生体重児はいません。安心して出産を迎えられることはもちろんですが、出生児の生活習慣病発症予防のために、妊娠期の心身の健康づくりの支援に取り組んでいくことが必要です。

### 第3節 町の財政状況に占める社会保障費

中頓別町においては、平成 25 年度一般会計決算において、歳出の2位が民生費・3位が衛生費となり、全会計決算での医療・介護・生活保護の社会保障費が、約5億円となっています（表 14）。

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに中頓別町の社会保障費の伸びを縮小するかは、大きな課題です。

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

(表 14) 中頓別町の財政状況と社会保障費（平成 25 年度）

歳入（一般会計） 37億円		歳出（一般会計） 35億9千万円	
1位	地方交付税 19億円	1位	総務費 5億3千万円
2位	道支出金 1億6千万円	2位	民生費 4億円
3位	国庫支出金 1億5千万円	3位	衛生費 3億8千万円
3位	町税（地方税） 1億5千万円	4位	農林水産業費 1億9千万円
		4位	土木費 1億9千万円
<b>社 会 保 障 費</b>			
	医 療	介 護	
決算 (H25)	2億9千万円	約2億円	
一般会計	2億3千万円	23,000円	

平成 25 年度 私のまちのしごとと予算より

## 第Ⅱ章

### 課題別の実態と対策



## 第Ⅱ章 課題別の実態と対策

### 第1節 前計画の評価

前計画の分野項目ごとに、過去（H12）とH24年の数値を比較（表1）したところ、多くの項目で改善が見られます。

表1 分野・項目ごとの過去との比較（H12・H24）

		指標		中頓別の現状			
		項目	区分	H12	H24		
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診率	胃がん	27.5%	19.5%	地域保健健康増進事業 実績報告	
			子宮がん	26.3%	18.7%		
			乳がん	24.7%	26.0%		
			肺がん	23.0%	20.2%		
			大腸がん	23.0%	19.8%		
		悪性新生物壮年期死亡者の減少	胃がん	0人	1人		
			子宮がん	0人	0人		
			乳がん	0人	0人		
			肺がん	1人	3人		
			大腸がん	0人	0人		
	循環器疾患	特定健康診査受診率の増加			55.9%		
		特定保健指導実施率の増加			72.7%		
		内臓脂肪症候群の該当・予備軍の減少	該当者			26.3%	
			予備軍			7.8%	
高血圧症（140/90以上）の減少		男性	21.9%	26.4%	H12：基本健診 H24：特定健診		
		女性	13.1%	32.8%			
脂質異常症（LDL-C160以上）の減少		男性		8.0%			
		女性		9.2%			
脳血管疾患壮年期死亡者の減少		0人	0人				
急性心筋梗塞壮年期死亡者の減少		3人	5人				
糖尿病	糖尿病有病者・予備軍の減少	糖尿病が強く疑われる人		17.4%	H24：特定健診		
		糖尿病の可能性が否定できない人		7.3%			
	糖尿病腎症により新規に透析導入になった患者数の減少	国保加入者・後期高齢者等	1人	0人			
歯・口腔の健康	8020さわやか健診受診者の増加		214人	87人			
	進行した歯周疾患の減少	40歳	100.0%		(H19)50		
50歳		67.0%		(H19)50			
生活習慣・社会環境の改善	身体活動・運動	運動習慣のある者の増加	男性	20.2%	27.6%	健康づくりに関する調査（H12・H22）	
			女性	31.1%	26.5%		
	飲酒	多量飲酒者の減少	男性	13.7%	6.6%	H24：特定健診	
			女性	0.9%			
		肝機能異常者（ $\gamma$ -GTP）の減少	男性		4.6%		
			女性		0.8%		
	喫煙	公共の場の分煙の推進	官公庁		11箇所※	※役場・介護福祉センター・病院・子ども館・学校・図書館・町民センター・体育館・バスターミナル・薬局・郵便局	
		喫煙する者の減少	男性	43.8%	19.4%	H12：基本健診 H24：特定健診	
	女性	29.5%					
	休養	十分な睡眠がとれている者の増加	男性	15.4%	21.1%		
女性							
こころの健康	自殺者の減少	男性	0人	0人			
		女性	0人	0人			

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

表2 ライフステージ別取り組み主体と目標項目

取り組み主体		生涯における各段階（あらゆる世代）						
		妊 娠 - 出 生	乳幼児期	学 童	若 年 期	中 年 期	高 齢 期	
		胎児（妊婦）	0才	18才	20才	40才	65才	75才
					働く世代（労働者）			
個人で達成すべき目標	市町村・医療保険者	個人	<input type="checkbox"/> 母子保健 <input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 <input type="checkbox"/> 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝食を欠食する子どもの割合の減少 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ウ 学校給食の残食率の減少 エ 甘味飲料を頻りに摂取する習慣の改善（乳幼児の摂取頻度の改善）	<input type="checkbox"/> 食育 <input type="checkbox"/> 食の循環や環境を意識した食育の推進 ア 学校給食における地場産物の積極的利用 イ 小中学校等における農林漁業体験の実施 <input type="checkbox"/> 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 <input type="checkbox"/> 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 妊娠中の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす	<input type="checkbox"/> 精神保健 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 未成年者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 未成年者の喫煙をなくす	<input type="checkbox"/> 健康づくり対策 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） <input type="checkbox"/> メタボリックシンドロームの割合の増加 該当者及び予備群の減少 <input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） <input type="checkbox"/> 適切な量と質の食事をとる者の増加（主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物 摂取量の増加） <input type="checkbox"/> 行政等で開催する栄養教室などの栄養指導の実施 <input type="checkbox"/> 食生活等の生活習慣の改善意思のある者の割合の向上 <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 成人の喫煙率の減少 <input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 <input type="checkbox"/> 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	<input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> 自殺者数の減少	
		地域	コミュニティボランティア等 <input type="checkbox"/> 地域のつながりの強化 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 <input type="checkbox"/> 就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加				
		職場	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 （栄養ケア・ステーション、薬局等）等	<input type="checkbox"/> 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企及び飲食店の登録数の増加 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 健康格差対策に取り組む自治体の増加			
		都道府県	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小				
		国・マスメディア	<input type="checkbox"/> COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上	<input type="checkbox"/> コモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加				

## 第2節 生活習慣病の予防

### 1. がん

#### (1) はじめに

人体には、遺伝子の異変を防ぎ、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異変が起こり、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。

たったひとつのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返し、1 cm 大になったがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさと言われています。

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のがんの進行度が、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、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることが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

##### ア. 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、ヒトパピローマウイルス、成人 T 細胞白血病ウイルス）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）への感染、および喫煙（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、がんの発症予防に繋がってくると考えられます。

##### イ. 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。早期発見の方法としては、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。有効性が確立され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。

#### (3) 現状と目標

##### ア. 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

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

年齢構成の異なる地域間で死亡状況を比較できるように年齢構成を調整した死亡率を年齢調整死亡率と言いますが、さらに 75 歳以上の死亡を除き、壮年期の死亡の状況を見るための指標を 75 歳未満年齢調整死亡率といいます。平成 23 年度のがんの 75 歳未満年齢調整死亡率（全がん）を見る

と、国は 80.1%（男性 102.4%女性 59.6%）、道は 88.5%（男性 113.0%女性 68.0%）です。町の 75 歳未満年齢調整死亡率は把握できないため、75 歳未満の死亡者数をみていきます（表 1）。

		H21	H22	H23	H24	H25	H21～ H25総計	
75歳未満の 年齢調整死亡率				(国80.1) (道88.5)				
75歳未満の 死亡者数	早期発見に 有	肺がん				1	1	2
		胃がん						0
		大腸がん						0
		子宮頸がん						0
		乳がん						0
	その他	食道			1			1
		肝臓		1				1
		S状結腸			1			1
		咽頭	1					1
		白血病					1	1
総数		1	1	2	1	2	7	

（表 1）中頓別町の 75 歳未満の  
がんによる死亡の状況

		74歳以下	75～89歳	75歳以上	合計
早期発見に 有効	胃がん	4	6	3	13
	肺がん	7	14	4	25
	大腸がん	3	2	1	6
	子宮頸がん	0	0	0	0
	乳がん	0	0	0	0
その他	膵臓	4	4	1	9
	肝臓	1	2	0	3
	S状結腸	2	1	1	4
	直腸	1	1	0	2
	その他	12	15	5	32
合計		34	45	15	94

（表 2）平成 12 年～25 年までの  
がんによる全死亡状況

ここ 5 年間の 75 歳未満の早期発見に有効と言われるがんによる死亡は 2 名ですが、S 状結腸がんを含めると 3 名となります。このうち、1 名の方は肺がん検診を毎年受けていましたが、S 状結腸がんの方は大腸がん検診を未受診、また肺がんの 1 名は施設に入所されている方でした。

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率の維持、向上していくことによる重症化予防に努めることでがんによる死亡者数の減少を図ります。

#### イ. 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、がんの早期発見・重症化予防は、がん検診により行なわれています。現在、早期発見の有効性が確立している 5 大がん疾患について、検診受診者の実態から課題を分析します。（※がん検診の対象者年齢は、上限の制限を設けていませんが、次期がん対策推進計画（平成 24～28 年度）では、40～69 歳（子宮頸部がん検診のみ 20～69 歳）を対象としていることから、データは次期がん対策推進計画に合わせて掲載しています）

(ア) 大腸がん

	がん対策推進基本計画 (H19.6~23年度末)				次期がん対策推進基本計画 (H24~28年度)			
	H21	H22	H23	目標値	H23	H24	H25	目標値
対象者数	1090	1094	1122		675	653	651	
受診者数	201	186	224		145	134	135	
受診率	18.4	17.9	20.0	50.0%	21.5	20.5	20.7	40.0% (当面)
精検受診率	73.7	64.2	61.1	70.0%	75.0	58.3	68.8	
発見がん	0	0	0		0	2	0	

大腸がんは、検査方法（便潜血反応検査）も簡単で苦痛をとまなくことが少なく、5年生存率が高いがんの1つです。しかし、受診率はここ3年ほど横ばいで、目標値には達していません。平成24年度には2名の大腸がんが発見されています。早期の発見であり、内視鏡的手術療法で治療を受けています。

今後も受診率の向上とともに、精検対象者が適切な受診につながるよう働きかけが重要です。

(イ) 肺がん

	がん対策推進基本計画 (H19.6~23年度末)				次期がん対策推進基本計画 (H24~28年度)			
	H21	H22	H23	目標値	H23	H24	H25	目標値
対象者数	1120	1088	1127		678	668	658	
受診者数	200	184	227		151	114	135	
受診率	17.9	16.9	20.1	50.0%	22.3	17.1	20.5	40.0% (当面)
精検受診率	88.9	83.3	72.7	70.0%	75.0	66.7	100.0	
発見がん	0	0	0		0	0	0	

肺がん検診は、検査方法が本人の苦痛を伴わないものですが、受診率は目標値に達していません。さらに、中頓別町で行う結核検診の受診者（対象は65歳以上）も減少しています。肺がんは、種類により進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあるため、5年生存率が5大がんの中で最も低いがんです。平成18年以降検診による発見がんはありませんが、平成24・25年には74歳以下の方が肺がんで亡くなっています。また、平成12年~25年までのがんによる全死亡の中で肺がんが一番多くなっています。受診率の向上のための対策が必要です。

また、肺がんの最大の危険因子である喫煙率は、国や道と比べても高くなっています。最近増えてきているCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の予防の意味でも、禁煙対策が重要です。

(ウ) 胃がん

	がん対策推進基本計画 (H19.6~23年度末)				次期がん対策推進基本計画 (H24~28年度)			
	H21	H22	H23	目標値	H23	H24	H25	目標値
対象者数	1090	1084	1111		667	647	643	
受診者数	199	193	216		140	129	121	
受診率	18.3	17.8	19.4	50.0%	21.0	19.9	18.8	40.0% (当面)
精検受診率	53.3	77.8	87.5	70.0%	100.0	76.5	50.0	
発見がん	0	0	0		0	0	0	

胃がん検診の受診率は、徐々に減ってきており、目標値を達成していません。平成17年以降発見がんはありませんが、精密検査の結果をみると、ポリープや炎症、潰瘍などの所見が見られています。胃粘膜の変化（がん発症のメカニズム）を考えると、胃粘膜の修復を阻害する生活習慣の見直しも大切です。受診率を上げる働きかけと併せて、重症化予防のための取り組みが必要です。

(工) 乳がん

	がん対策推進基本計画 (H19.6~23年度末)				次期がん対策推進基本計画 (H24~28年度)			
	H21	H22	H23	目標値	H23	H24	H25	目標値
対象者数	632	623	628		382	387	374	
受診者数	181	166	169		74	86	62	
受診率	28.6	28.3	26.9	50.0%	19.4	22.2	16.6	50.0%
精検受診率	80.0	100.0	50.0		100.0	80.0	100.0	
発見がん	0	0	1		1	0	0	

乳がん検診の受診率は、目標値を達成していません。

町の検診では、平成元年度から平成25年度までの間に、発見がんは2名ですが、それ以上の方が罹患し、治療を行っています。全国的に見ても、乳がんは増えており、特に40代後半からの閉経後の女性に増えています。国も、対象年齢に無料クーポン券を発行するなどの女性特有のがん検診推進事業を行っていますが、利用率を見ると、まだ低い状況にあります。検診の体制等の検討が必要です。

また、乳がんは、自分で見つけることのできる可能性が高いがんと言われています。定期的な検診受診はもちろんですが、自己触診の普及啓発についても取り組むことが重要です。

(オ) 子宮がん

	がん対策推進基本計画 (H19.6~23年度末)				次期がん対策推進基本計画 (H24~28年度)			
	H21	H22	H23	目標値	H23	H24	H25	目標値
対象者数	699	708	702		353	475	477	
受診者数	125	122	122		62	65	54	
受診率	17.9	17.2	17.4	50.0%	17.6	13.7	11.3	50.0%
(再掲) 20代の受診状況	11.8	5.6	0.0		0.0	3.6	0.0	
(再掲) 30代の受診状況	8.4	10.5	13.1		13.1	10.6	14.3	
精検受診率	-	-	-		-	-	-	
発見がん	0	0	0		0	0	0	

子宮がん検診の受診率は、目標値に達していません。受診率を見ると、年々下がってきています。20歳代、30歳代のそれぞれの受診率を見てみると、20歳代の受診率は年々減少してきています。30歳代の受診率は対象者の1割程度ですが、若干増えてきています。

子宮がんの罹患率は、20歳代後半から高くなり40歳前後で横ばいになると言われています。乳がん検診同様、国は、対象年齢に無料クーポン券を発行する女性特有のがん検診推進事業を行っていますが、40歳代は15.4%、30歳代は20.8%、20歳代は0%と利用率は低く、推進事業が始まってからの5年間を見ると年々減少しています。

子宮頸がんの発生には、その多くにヒトパピローマウイルス (HPV) の感染が関連していると言われています。HPVは、性交渉で感染することが知られているウイルスです。平成26年度から定期予防接種となったヒトパピローマウイルス感染症予防接種は、現在、積極的勧奨を控えている状況です。

子宮頸がんは、早期に発見すれば、比較的治療しやすい予後の良いがんですが、進行すると治療が難しいことから、早期発見が極めて重要と言えるがんです。若年層の初回受診者の拡大、および定期的な検診受診につなげる働きかけが必要です。

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、がん検診を今後も推進していきます。

(4) 対策

ア. ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）
- ・ヒトパピローマウイルス感染症予防ワクチン接種（中学1年生から高校1年生）

イ. がんの発症予防施策

禁煙30%、食事30%、運動5%、飲酒3%と計68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めます（表3）。

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

生活習慣の改善によりがん発症を予防することが【確実(◎) ほぼ確実(○) 可能性あり(△) 根拠不十分(空欄)】

ウ. がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、旬報やチラシでの周知、広報などを利用した啓発
- ・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方に、検診手帳および検診無料クーポン券を配布

## エ. がん検診によるがんの重症化予防の施策

有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業をはじめ、広報や相談などあらゆる機会を利用した啓発および学習を通して受診勧奨していきます。

- 胃がん検診（40 歳以上）
- 肺がん検診（40 歳以上）
- 大腸がん検診（40 歳以上）
- 子宮がん検診（妊娠期・20 歳以上の女性）
- 乳がん検診（40 歳以上の女性）

## オ. 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、きちんと精検のできる機関への受診勧奨

## カ. がん患者の療養生活の質の維持向上に関する施策

- サクランボの会（ストマをもつ患者の会）の支援

## 第2節 生活習慣病の予防

### 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だけでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担を増大させます。

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、この項で取り上げ、糖尿病と喫煙については別項で取り上げます。

#### (2) 基本的な考え方

##### ア. 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りもたらされるため、特定健康診査・健康診査の受診率向上対策が重要になってきます。

##### イ. 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症およ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。

どんな値であれば治療を開始する必要があるかなどを知ることと合わせて、自分の身体の状態を正しく理解し、身体の状態に応じた予防ができるための支援が重要です。

また、高血圧症およ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の保健指導も必要になります。

#### (3) 現状と目標

##### ア. 脳血管疾患の年齢調整死亡率<※>の減少（10万人当たり）

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡率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。

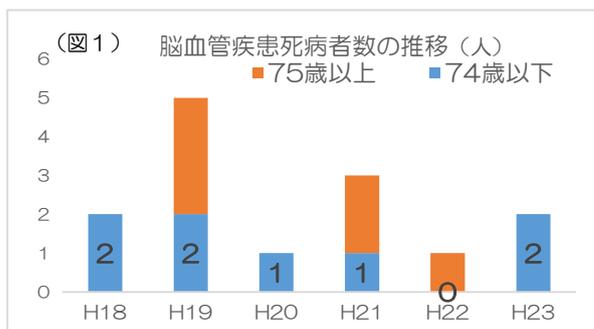
脳血管疾患による死亡は、ここ数年、2～3名（うち74歳以下が1～2名）が脳梗塞やくも膜下出血で亡くなっています。脳血管疾患の病類別では、脳梗塞が多い実態にあります（図1）（表1）。<※年齢調整死亡率とは年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率のこと>

急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡が減少してきていますが、後遺症による日常生活の質の低下をまねくことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では、死亡数だけでなく、介護保険認定者の実態も重要な評価指標と考えます。現在第2号被保険者で介護認定を受けている方はいませんが、平成25年5月のレセプトを見ると、43名（18.7%）の方が脳梗塞やくも膜下出血などの脳血管疾患の治療をされています。健康寿命の延伸のためにも、脳血管疾患の発症予防が重要で、さらに脳血管疾患をすでに発症している人は再発することで重症化しやすいので、重症化を予防するためには再発予防が必要です。

脳血管疾患発症に至るまで自覚症状はありません。そのため健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入り口として重要と考えます。健診を受診しても、健診の結果が表している意味が理解できなければ、身体の変化を放置してしまうこととなります。

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

また、併せて、くも膜下出血は家族歴のある場合に発症することが多いとも言われており、現在行っているMRIによる頭の検診をうまく活用していくことが必要と思われます。



(表1) 脳血管疾患死亡者(病態別)の推移

	H18	H19	H20	H21	H22	H23
総数	2	5	1	3	1	2
脳梗塞	2	3	1	2	1	1
脳出血	0	1	0	1	0	0
くも膜下出血	0	1	0	0	0	1
その他	0	0	0	0	0	0

道北地域健康保健情報年報より

### イ. 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

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

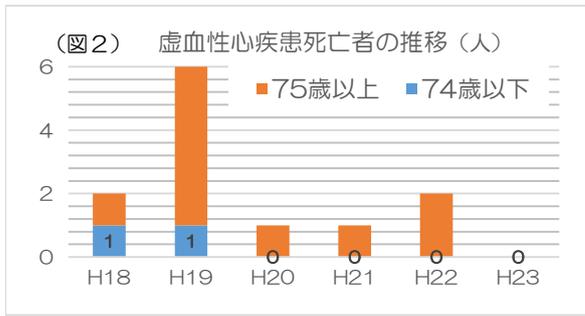
虚血性心疾患による死亡の内訳をみると、急性心筋梗塞が多いようです(図2)(表2)。

平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査は基本項目から外れ、一定の基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみ実施となりました。しかし、町が行う特定健診では、30歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。

男女共に、高齢になるに従い心電図所見が出ています(図3)(図4)。

平成26年に、心電図検査を実施した140人中19人(13.6%)に所見が出ています。その73.7%は不整脈で、脳梗塞(心原性脳塞栓症)を引き起こしやすい心房細動(26.3%)などが発見されています。また、高血圧のある人に心電図異常が多くみられています(63.2%)(図5)。

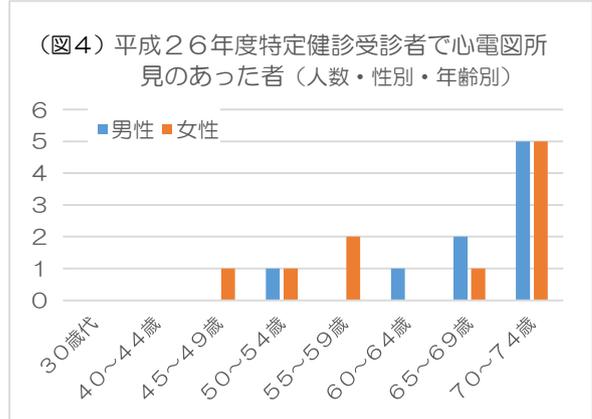
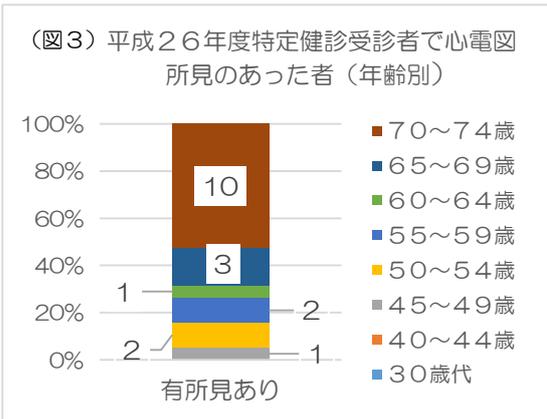
健診で不整脈が見つかり、早期に適切な治療につながることで、脳梗塞を防ぐことができます。



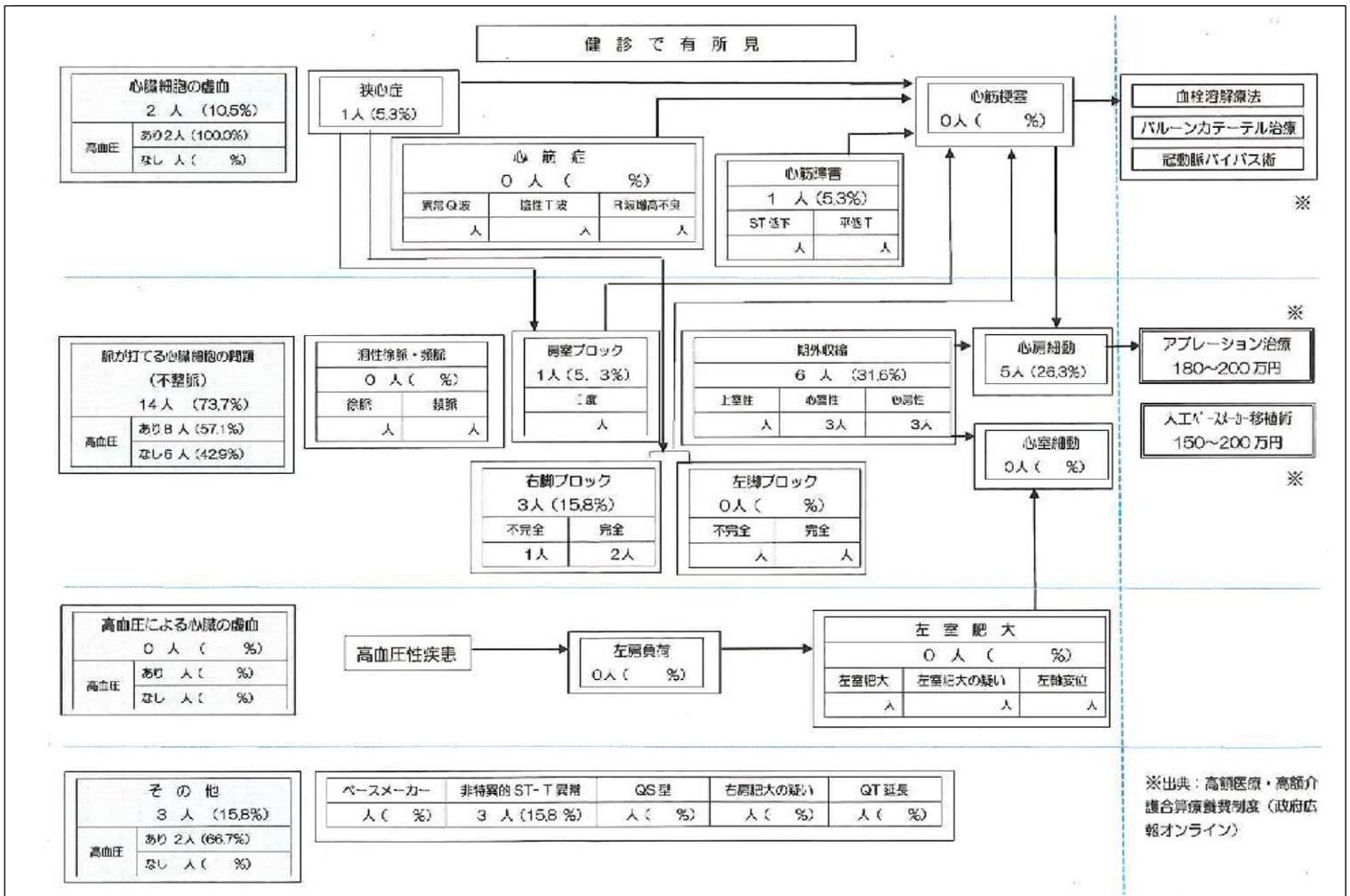
(表2) 虚血性心疾患患者死亡者(病態別)の推移

	H18	H19	H20	H21	H22	H23
総数	2	6	1	1	2	0
急性心筋梗塞	2	6	1	1	0	0
その他の虚血性心疾患	0	0	0	0	2	0

道北地域健康保険情報年報より



(図5) 平成26年度心電図検査: 心電図検査受診者 140 人中有所見者 19 人(13.9%)の状態



## ウ. 高血圧の改善

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

平成23年度から26年度までの特定健診受診者をみると、男性は34～43%、女性は29～34%の方が、高血圧の治療をしています。男性に比べ女性の方が治療中でありながらⅡ度以上の高血圧（160～/100～）の割合が多くなっています（表6）。

特定健診を受けた血圧未治療の人の状況を見ると、女性の方が血圧が高めの人が多く、平成26年度はⅡ度以上の高血圧の人が5.2%いました（表7）。

高血圧は自覚症状がほとんどなく、降圧治療の開始が遅れやすく、血管変化を起こしてしまう恐れがあります。自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧対策には重要です。

(表6) 特定健診受診者で血圧を治療中の人の血圧の状況

国保特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況													
男性		発症予防				重症化予防							
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定							
		正常血圧		正常高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年度	受診数												
収縮期血圧 (最高)	拡張期血圧 (最低)	～129	～84	130～ 139	85～ 89	140～ 159	90～ 99	160～ 179	100～ 109	180～	110～		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	23	8	34.8	3	13.0	10	43.5	2	8.7	0	0.0	2	8.7
H24	24	8	33.3	5	20.8	10	41.7	1	4.2	0	0.0	1	4.2
H25	24	5	20.8	6	25.0	7	29.2	6	25.0	0	0.0	6	25.0
H26	25	10	40.0	5	20.0	9	36.0	1	4.0	0	0.0	1	4.0
女性		発症予防				重症化予防							
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定							
		正常血圧		正常高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年度	受診数												
収縮期血圧 (最高)	拡張期血圧 (最低)	～129	～84	130～ 139	85～ 89	140～ 159	90～ 99	160～ 179	100～ 109	180～	110～		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	25	4	16.0	6	24.0	11	44.0	3	12.0	1	4.0	4	16.0
H24	23	6	26.1	5	21.7	9	39.1	3	13.0	0	0.0	3	13.0
H25	24	6	25.0	4	16.7	10	41.7	4	16.7	0	0.0	4	16.7
H26	24	5	20.8	6	25.0	9	37.5	2	8.3	2	8.3	4	16.7

(表7) 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況 (治療中の者を除く)

国保特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況													
男性		発症予防				重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定							
年度	受診数	正常血圧		正常高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
収縮期血圧 (最高)	拡張期血圧 (最低)	~129	~84	130~ 139	85~ 89	140~ 159	90~ 99	160~ 179	100~ 109	180~	110~		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	38	28	73.7	5	13.2	1	2.6	4	10.5	0	0.0	4	10.5
H24	41	26	63.4	10	24.4	3	7.3	2	4.9	0	0.0	2	4.9
H25	44	26	59.1	5	11.4	10	22.7	2	4.5	1	2.3	3	6.8
H26	33	19	57.6	4	12.1	10	30.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0

国保特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況													
女性		発症予防				重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定							
年度	受診数	正常血圧		正常高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
収縮期血圧 (最高)	拡張期血圧 (最低)	~129	~84	130~ 139	85~ 89	140~ 159	90~ 99	160~ 179	100~ 109	180~	110~		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	49	34	69.4	6	12.2	7	14.3	1	2.0	1	2.0	2	4.1
H24	57	34	59.6	13	22.8	5	8.8	5	8.8	0	0.0	5	8.8
H25	51	36	70.6	6	11.8	6	11.8	2	3.9	1	2.0	3	5.9
H26	58	28	48.3	11	19.0	16	27.6	1	1.7	2	3.4	3	5.2

### 工. 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)

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」では、狭心症や心筋梗塞などの冠動脈疾患を中心とした動脈硬化に伴う病気の予防の目的として、脂質異常症対策をあげているように、脂質異常症は冠動脈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、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しています。

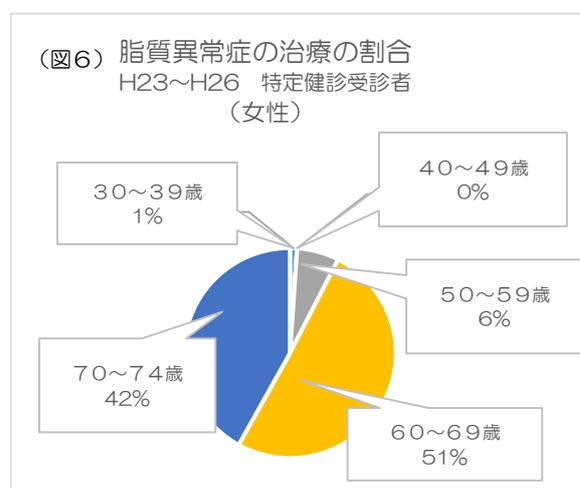
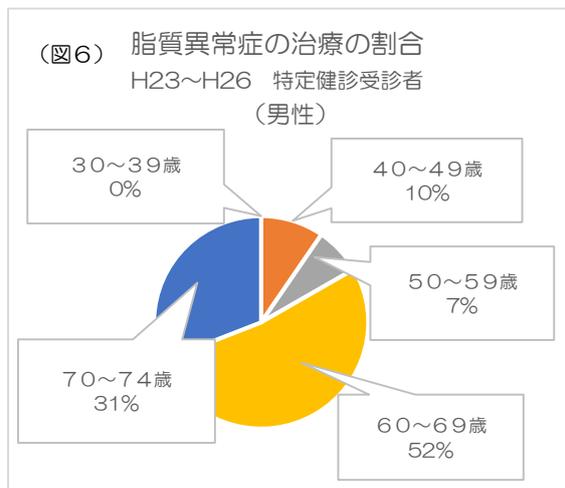
平成20年度から開始された特定健康診査では、脂質に関して中性脂肪、HDL コレステロールおよびLDL コレステロール検査により保健指導を実施しています。中頓別町の状況を見ると、女性は高LDL コレステロール血症の人は増えていますが、160以上の割合は減ってきており、80未満の割合が増えてきています。平成23年～26年度を見ると、40歳代から50歳代にかけて値が変化してきていますが(図8)、多くの方は60歳代に治療を開始しています(図6)。男性は120未満の正常域の割合も多いですが、160以上の割合は高くなっています(表10)。

(表8) H23~H26までのLDLコレステロールの状況(性別)

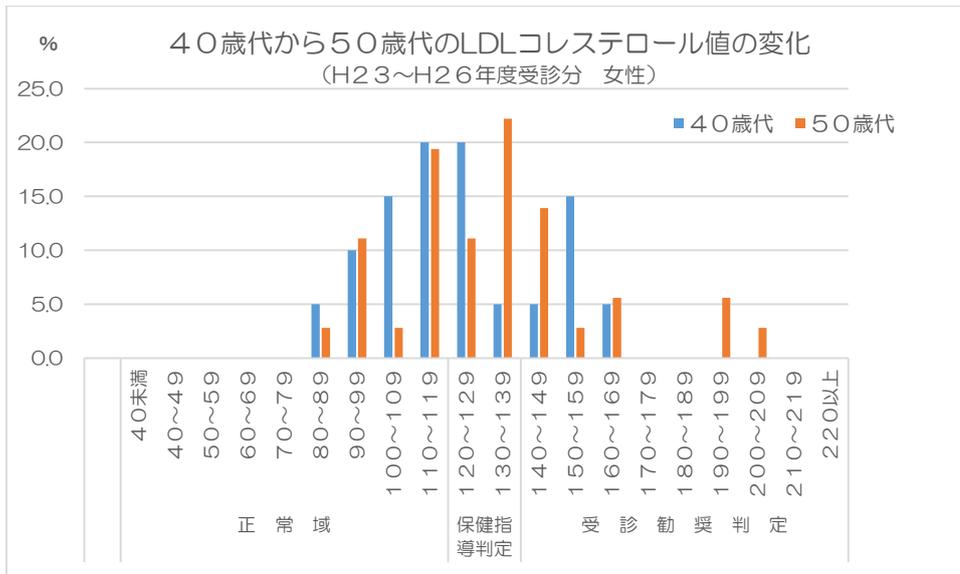
国保特定健診受診者のLDLコレステロール値の状況													
男性				発症予防				重症化予防				(再掲)	
				正常域		境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
年度	受診数	(再掲)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	61	3	4.9	35	57.4	15	24.6	5	8.2	6	9.8	2	3.3
H24	65	2	3.1	42	64.6	12	18.5	6	9.2	5	7.7	3	4.6
H25	68	3	4.4	39	57.4	17	25.0	8	11.8	4	5.9	2	2.9
H26	58	4	6.9	31	53.4	14	24.1	6	10.3	7	12.1	3	5.2
H25年度 国の現状													
H34年度 国の目標											6.2		

女性													
女性				発症予防				重症化予防				(再掲)	
				正常域		境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
年度	受診数	(再掲)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	74	0	0.0	31	41.9	21	28.4	13	17.6	9	12.2	4	5.4
H24	80	3	3.8	36	45.0	23	28.8	13	16.3	8	10.0	5	6.3
H25	75	5	6.7	42	56.0	17	22.7	11	14.7	5	6.7	1	1.3
H26	82	8	9.8	39	47.6	17	20.7	20	24.4	6	7.3	1	1.2
H25年度 国の現状													
H34年度 国の目標											8.8		



(図7) 40歳代から50歳代のLDLコレステロール値の変化



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

#### オ. メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少

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

特定健康診査におけるメタボリックシンドローム該当者・予備軍の変化をみると、平成25年度から平成26年度にかけて予備軍・該当者ともに減少しています。性別でみると、女性は該当者・予備軍ともに減少していましたが、男性の予備軍は減りましたが、該当者が増えています(表9)。平成25年度の国民健康・栄養調査と比較すると、男性・女性ともにほぼどの年齢層でも調査結果より高くなっていました(図8)。

平成26年度の該当者・予備軍の健診結果(この表ではBMI25.0以上および腹囲:男性85cm・女性90cmを対象としています)を見ると、男性は血圧、中性脂肪、 $\gamma$ -GTP、LDL、心電図有所見の割合が高くなっており、女性は血圧、HbA1c、中性脂肪が高くなっています。すでに治療をしている人も含めますので、未治療の人だけをみるとさらに増加する可能性があります。40歳代ですでに脂質異常症や糖尿病の治療中の人もいるなど、すでに生活習慣病を発症している実態があります(図9-①②)。そのため、町では独自に医療保険に関係なく、30歳以上を特定健診の対象とし、自身の身体の状態を確認するとともに、生活習慣改善に取り組んでもらえるための保健指導も併せて実施しています。平成26年度に受診した30歳代の受診者(13人)の半数がBMIや腹囲が基準を超えており、血圧、脂質、尿酸、肝機能、腎機能で受診勧奨対象の人がいる実態がありました(図10)。

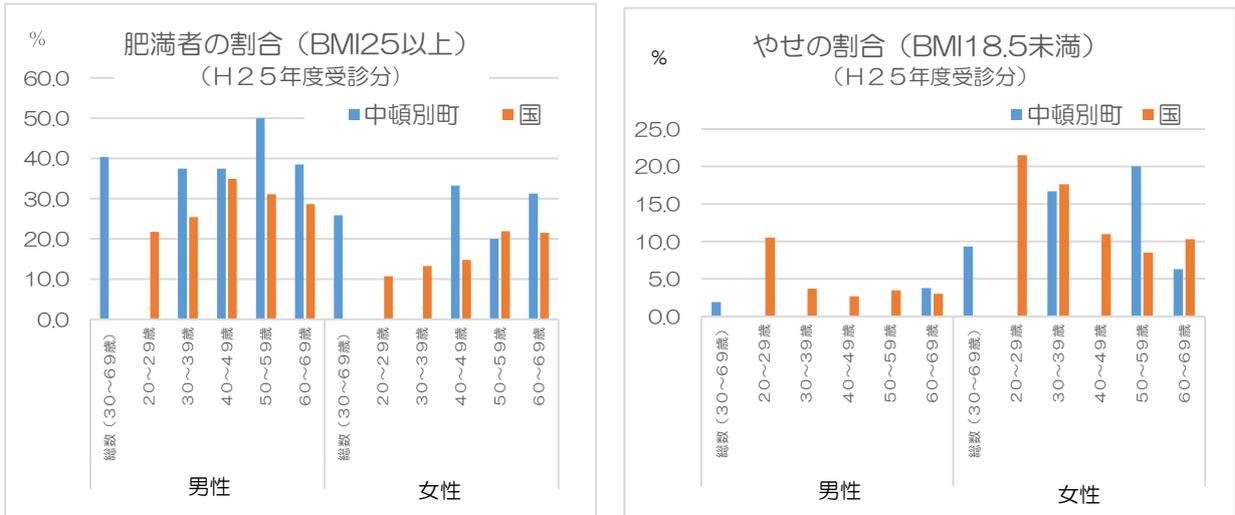
(表9) H23～H26 特定健診結果よりメタボリックシンドローム予備軍・該当者の変化

メタボリックシンドローム予備軍									
腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質・血圧・血糖）のうち1つに該当する者									
	男女計			男性			女性		
	受診数	予備軍	%	受診数	予備軍	%	受診数	予備軍	%
H23	135	16	11.9	61	11	18.0	74	5	6.8
H24	145	18	12.4	65	14	21.5	80	4	5.0
H25	143	14	9.8	68	11	16.2	75	3	4.0
H26	140	13	9.3	58	9	15.5	82	4	4.9

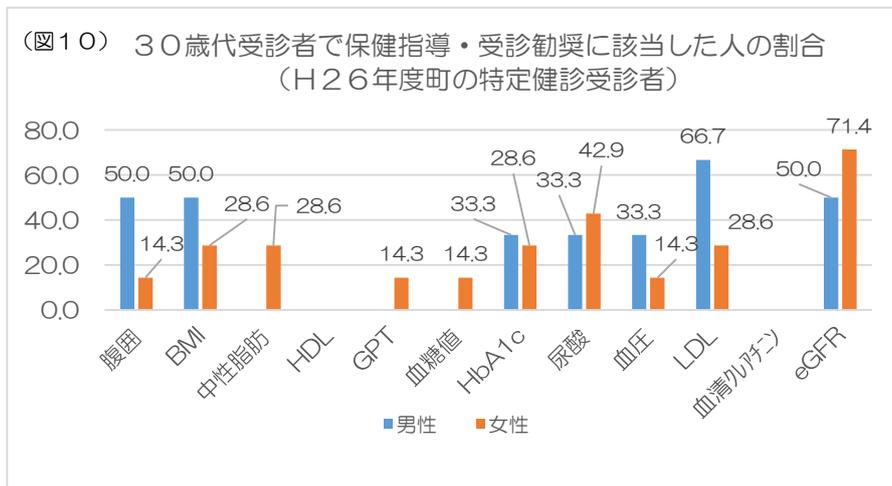
  

メタボリックシンドローム該当者									
腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質・血圧・血糖）のうち2つ以上に該当する者									
	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%
H23	135	20	14.8	61	9	14.8	74	11	14.9
H24	145	23	15.9	65	14	21.5	80	9	11.3
H25	143	26	18.2	68	17	25.0	75	9	12.0
H26	140	24	17.1	58	15	25.9	82	9	11.0

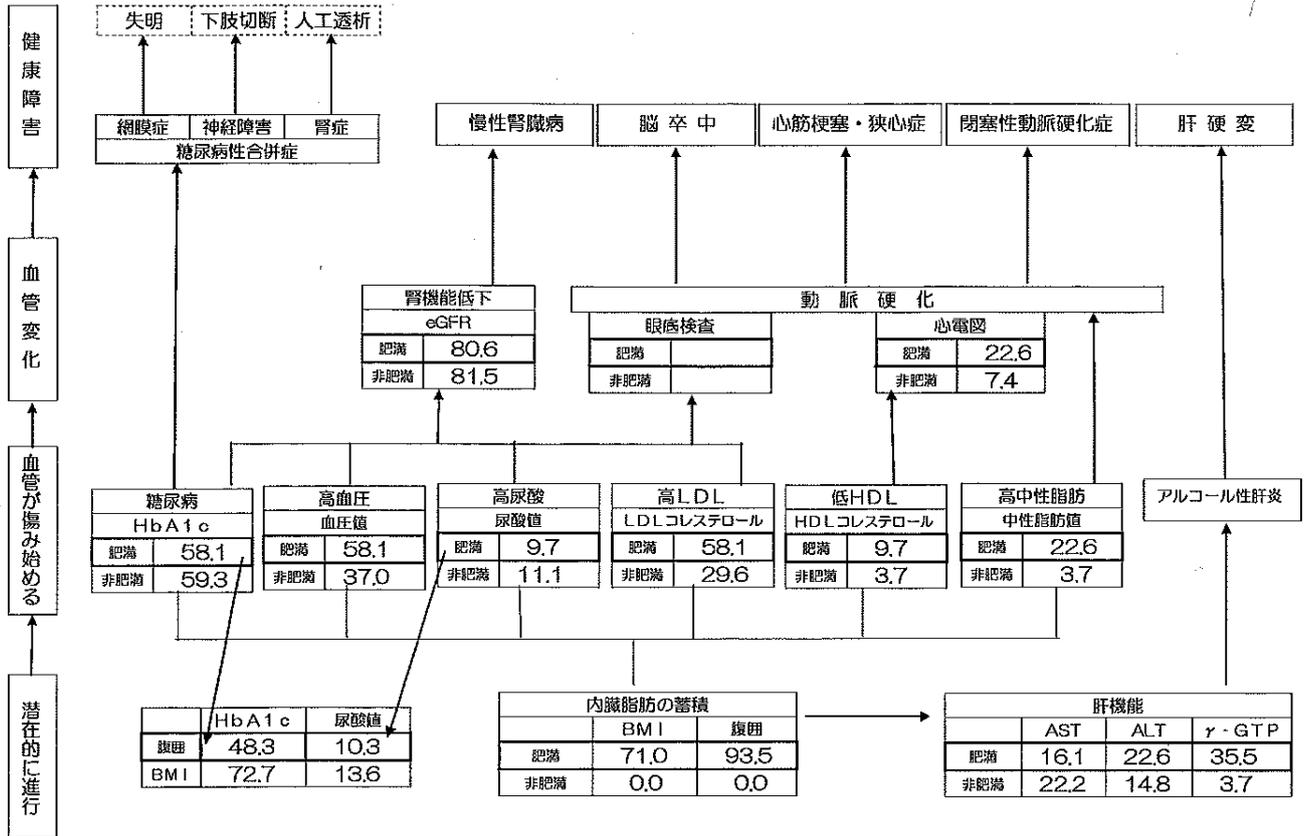
(図8) 国民健康・栄養調査報告と中頓別町特定健診受診者（30～69歳まで）の比較



(図10) 30歳代受診者で保健指導・受診勧奨に該当した人の割合 (H26年度町の特定健診受診者)

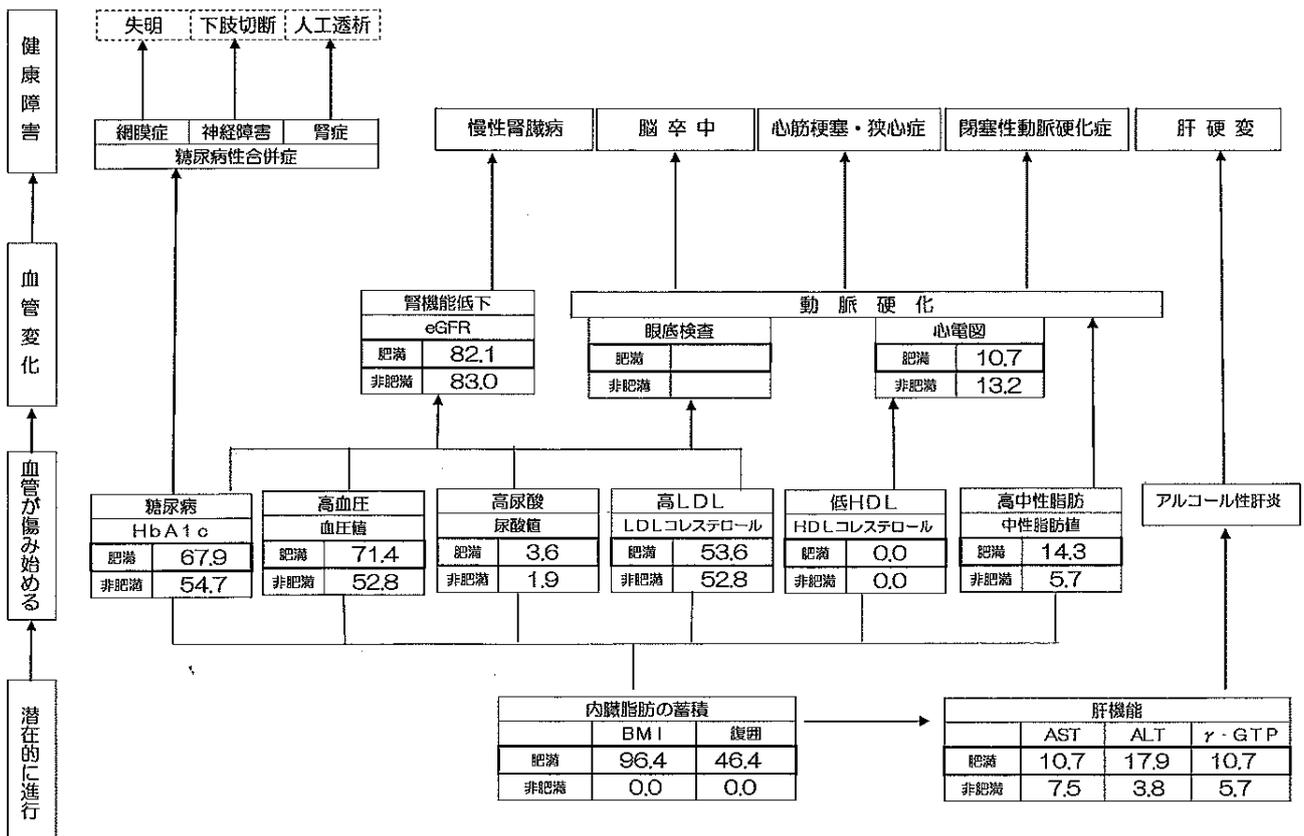


⑨-①) H26年度 男性 メタボと非メタボの健康実態 ～健診受診者のメタボ及びメタボ予備軍該当の有所見率と非メタボの有所見率の比較



※ 肥満…ここでの肥満とは BMI が25以上又は腹囲径が男性85cm以上をいいます。

⑨-②) H26年度 女性 メタボと非メタボの健康実態 ～健診受診者のメタボ及びメタボ予備軍該当の有所見率と非メタボの有所見率の比較



※ 肥満…ここでの肥満とは BMI が25以上又は腹囲径が女性90cm以上をいいます。

#### カ. 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

中頓別町の特定健診受診率は、平成 23 年度国 32.7%、北海道 23.5%に対し、34.5%と高くなっています。また、特定保健指導利用率は国 21.7%、北海道 26.7%に対し、63.6%と高くなっています（表 10）。

	H20	H21	H22	H23	H24	H25
特定健診受診率（%）	40.9	41.5	35.2	34.5	55.6	54.0
特定保健指導利用率（%）	78.1	75.9	84.2	63.6	78.3	78.6

（表 10）

ホームページ 特定健診・特定保健指導実施結果集計表等より

今後も健診後の保健指導の充実を図り、特定健診受診率の維持に努めていきます。

#### （4）対策

##### ア. 健康診査および特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発を行う
- ・医療機関と連携し、医療機関での健診データを受領していく

##### イ. 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・30 歳代～74 歳を対象とする特定健診の実施
- ・健康診査（生活保護世帯・後期高齢者）

##### ウ. 循環器疾患の発症および重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施

特定保健指導および発症リスクに基づいた保健指導（高血圧症、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、多様な方法によりきめ細やかな保健指導の実施

- ・中頓別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

##### エ. 未受診者に対する施策

- ・未受診者に対する個別的支援

## 第2節 生活習慣病の予防

### 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を併発するなどによって、生活の質に多大な影響を及ぼすのみでなく、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、新規透析導入の最大の原因疾患であり、さらには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。

全国の糖尿病有病者は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

##### ア. 発症予防

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

##### イ. 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査や特定健康診査によって、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、まず健康診査や特定健康診査の受診者を増やしていくことが重要になります。同時に、糖尿病の未治療や治療を中断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るため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や社会経済的活力、社会保障資源への影響が大きい糖尿病による合併症の併発を抑制することが必要になります。

#### (3) 現状と目標

##### ア. 合併症（糖尿病性腎症による新規透析導入患者数）の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者は、増加から横ばいに転じています。町の人工透析導入者もここ数年横ばいです。導入原因は糖尿病、慢性腎不全でした。しかし、平成25年5月のレセプトを見ると、糖尿病治療をされている方84名中、糖尿病の合併症として腎機能の低下（糖尿病性腎症）と診断がついている方が14名（16.7%）います（表1）。腎臓は血液をろ過して、身体の老廃物を身体の外に出す役割があります。しかし、糖尿病などの生活習慣病により、腎臓の血管が傷んでしまうと、老廃物を排泄できなくなります。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年間と言われています。糖尿病を発症しても、治療と併せて、食事や運動などを見直すことで、血糖の管理をきちんと行ない、細小血管を守ることで、透析導入を避けることも可能です。

(表1) 糖尿病治療状況

糖尿病治療者		インスリン注射	糖尿病合併症の治療状況			
			腎臓	網膜症	白内障	末梢神経障害
20-29歳	男	1				
	女	0				
30-39歳	男	0				
	女	1				
40-49歳	男	2	1			
	女	1	1			
50-59歳	男	5	1			
	女	2	1			
60-69歳	男	18	3	4	2	2
	女	16	2	2		1
70-74歳	男	21	4	2	3	1
	女	17	1	2	1	1
	男	47	7	8	5	1
	女	37	4	6	1	0
合計		84	11	14	6	1

平成25年5月レセプトより

糖尿病は「怖い病気」と認識しつつも、自覚症状で判断されることが多く、また痛みを伴わないために、受診につながりにくく、糖尿病が見逃されてしまいます。

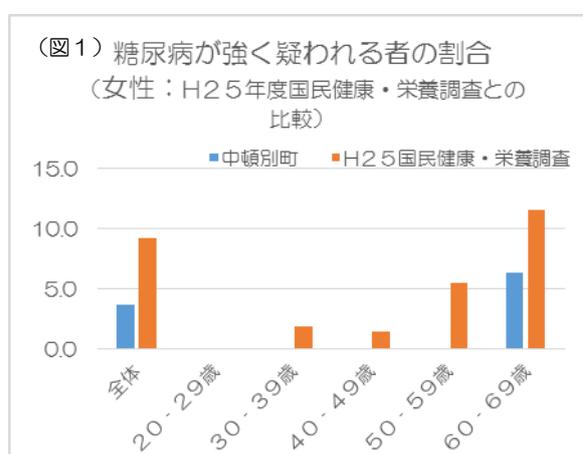
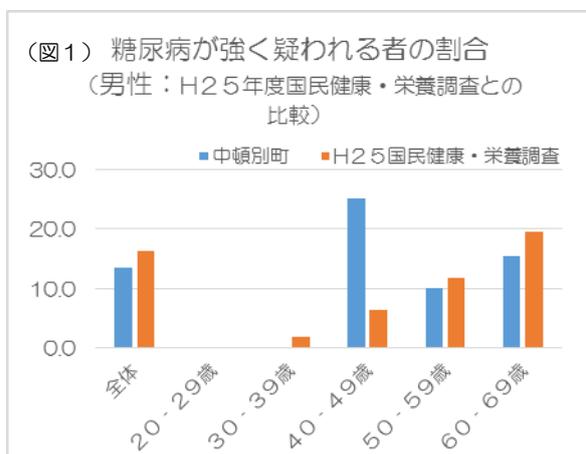
早い段階で血糖値の異常に気付くには、血液検査で血糖値とHbA1c値の測定が有効です。特にHbA1c値の検査は採血時間に関係なく、1～2ヶ月間の平均した血糖値の状態がわかります。

現在行っている健康診査・特定健康診査の受診勧奨とともに、発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者での保健指導を行なっていく必要があります。そして、すでに医療機関において治療をされている方の重症化予防のために医療機関との連携が欠かせません。

#### イ. 糖尿病有病者（HbA1c(NGSP)6.5%以上の者）の増加の抑制

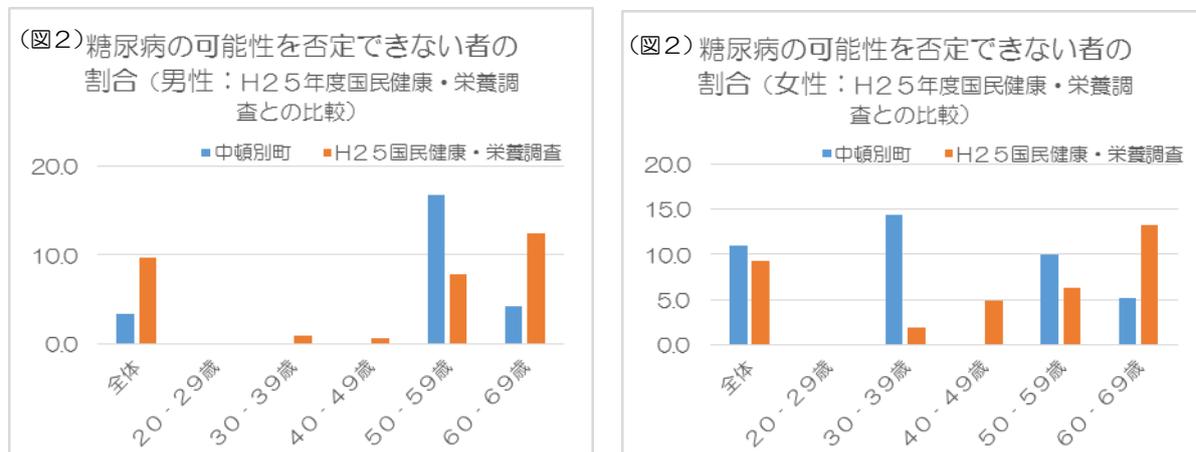
糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできます。

町の特定健診受診者の結果から、糖尿病が強く疑われる者（糖尿病が強く疑われる者とはHbA1c(NGSP)が6.5%以上、または、質問票で「現在、糖尿病の治療を受けている」と答えた者）の割合は、国民健康・栄養調査と比較するとほとんどの年齢層で低い割合となっていますが、40歳代の男性については4倍近く高くなっていました（図1）。該当する方は、すでに治療を開始されており、今後、重症化予防に気を付けていかなければならない対象者です。



H25町特定健診結果・国民健康栄養調査結果より

糖尿病の可能性を否定できない者（糖尿病の可能性を否定できない者とは、HbA1c(NGSP)が6.0%以上6.5%未満で、糖尿病が強く疑われる人以外の人）の割合は、国民健康・栄養調査と比較すると50歳代の男性、30歳代および50歳代の女性で高くなっていました（図2）。60歳ころより膵臓の働きが低下すると言われており、糖尿病を発症しないための生活の見直しが大切な対象者です。



H25町特定健診結果・国民健康栄養調査結果より

#### ウ. 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

（HbA1cが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2013」では、「合併症予防のための目標」として血糖のコントロール目標をHbA1c7.0%未満と位置付けています。

このガイドラインでは、HbA1c6.9%未満であれば最小血管合併症の出現の可能性が少ないとの報告もありますが、諸外国の目標値を考慮してHbA1c7.0%未満としています。

一方で、HbA1c8.0%未満は、年齢、心血管合併症の既往や低血糖などの理由で治療の強化が難しい場合においても最低限達成が望ましい目標とされています。この状態は、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、HbA1c8.4%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。

平成26年度の中頓別町のHbA1c8.4%以上の割合は0.7%で、国が目標としている1.0%をすでに達成しています（表2）。しかし、この4年間の未治療中の方のHbA1cの状況をみると、50~70%が保健指導判定者でした（表3）。食事・運動などの生活習慣を見直すなど、発症予防の対策がとても重要になってきます。糖尿病治療は投薬だけでは不十分で、食事療法や運動療法も併せて行うことが重要です。

健診の結果、HbA1cが8.4%以上の方はすでに治療を開始されていますが、治療中の方には主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施していかなければなりません（表4）。

年齢別HbA1cの状況を見ると、30~40歳代の50~70%は正常判定ではありますが、それ以外はほとんど保健指導判定対象者であり、さらに50歳代以降は50~60%の方が保健指導判定者となっています（表5）。HbA1c値5.6%以上の段階（正常高値）から、心血管疾患の発症に関連することが多くの研究から明らかとなっていることから、食事療法や運動療法などを含めた生活習慣の見直しを行うなどの発症予防対策が重要です。

(表2) 特定健診受診者のHbA1cの状況

すべて	HbA1c測定者(人)	発症予防						重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険がさらに大きくなる			
		5.6未満		5.6以上 6.0未満		6.0以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上 8.0未満		8.0以上		8.4以上	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23年度	129	26	20.2	60	46.5	32	24.8	3	2.3	5	3.9	3	2.3	1	0.8
H24年度	145	29	20.0	70	48.3	34	23.4	4	2.8	5	3.4	3	2.1	3	2.1
H25年度	142	61	43.0	59	41.5	13	9.2	2	1.4	5	3.5	2	1.4	2	1.4
H26年度	140	56	40.0	62	44.3	14	10.0	2	1.4	5	3.6	1	0.7	1	0.7
平成34年度 国の目標														1.0	

(表3) 糖尿病治療中のデータを除いたHbA1cの状況

治療なし	HbA1c測定者(人)	発症予防						重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険がさらに大きくなる			
		5.6未満		5.6以上 6.0未満		6.0以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上 8.0未満		8.0以上		8.4以上	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23年度	118	26	22.0	60	50.8	31	26.3	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H24年度	134	29	21.6	70	52.2	34	25.4	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7
H25年度	128	61	47.7	57	44.5	9	7.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H26年度	128	56	43.8	61	47.7	11	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
平成34年度 国の目標														1.0	

(表4) 特定健診受診者で糖尿病治療中のHbA1cの状況

治療中	HbA1c測定者(人)	発症予防						重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険がさらに大きくなる			
		5.6未満		5.6以上 6.0未満		6.0以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上 8.0未満		8.0以上		8.4以上	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23年度	11	0	0.0	0	0.0	1	9.1	2	18.2	5	45.5	3	27.3	1	9.1
H24年度	11	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	36.4	5	45.5	2	18.2	2	18.2
H25年度	14	0	0.0	2	14.3	4	28.6	1	7.1	5	35.7	2	14.3	2	14.3
H26年度	12	0	0.0	1	8.3	3	25.0	2	16.7	5	41.7	1	8.3	1	8.3
平成34年度														1.0	

(表5) H26 特定健診対象者のHbA1cの状況(年齢別)

H26年度 特定健診	HbA1c 測定者 (人)	発症予防						重症化予防						(再掲)	
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定							
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防 のための目 標		最低限達成 が望ましい 目標		合併症の危 険がさらに 大きくなる			
		5.6未満		5.6以上 6.0未満		6.0以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上 8.0未満		8.0以上			8.4以上
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
30-39歳	13	7	53.8	5	38.5	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-49歳	13	9	69.2	3	23.1	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50-59歳	16	5	31.3	8	50.0	2	12.5	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0
60-69歳	63	25	39.7	31	49.2	5	7.9	0	0.0	1	1.6	1	1.6	1	1.6
70-74歳	35	10	28.6	15	42.9	6	17.1	1	2.9	3	8.6	0	0.0	0	0.0
平成34年度 国の目標														1.0	

### 工. 治療継続者の割合の増加

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

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その治療効果を判断するには、医療機関での定期的な検査が必要です。糖尿病治療には、血液データや症状により治療方法に段階があります。身体の状態に合わせた治療が必要であることを理解できず、治療を中断してしまうことがないよう支援が必要です。

平成25年5月のレセプト(国保加入者)で生活習慣病の治療状況(230人)を見ると、84人(36.5%)の方が糖尿病の治療をされていました。そのうち、糖尿病合併症と診断されている人が21人(25.0%)います(表1)。腎臓・眼・末梢神経すべて治療中という方もいますが、糖尿病の治療を中断することで、合併症を発症したり、症状を悪化させ重症化する恐れがあります。

今後は、糖尿病でありながら未治療である方や治療を中断している方を減少させるために、適切に治療が開始され継続できるよう、保健指導が必要になります。今後も、医療機関と連携を取りながらコントロール不良者の減少を図ること努めます。

## (4) 対策

### ア. 糖尿病の発症および重症化予防のための施策

- ・ 特定健康診査および健康診査の結果に基づく1人ひとりの自己健康管理の積極的な推進  
結果説明会および家庭訪問における特定保健指導およびHbA1c値に基づいた保健指導
- ・ 若年期からの健診受診体制の整備
- ・ 医療機関との連携
- ・ 栄養士による栄養指導

## 第2節 生活習慣病の予防

### 4. COPD（慢性閉塞性肺疾患）

#### （1）はじめに

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

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

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

#### （2）基本的な考え方

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

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

COPDという疾患は、国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから十分認知されていません。そのため、COPDという疾患の認知率を高めていく必要があります。

#### （3）現状と目標

##### ア．発症予防

COPDの最大の発症リスクである喫煙に関する実態について、中頓別町国民健康保険特定健診受診者の喫煙率推移でみると、横ばいになっています（図1）。

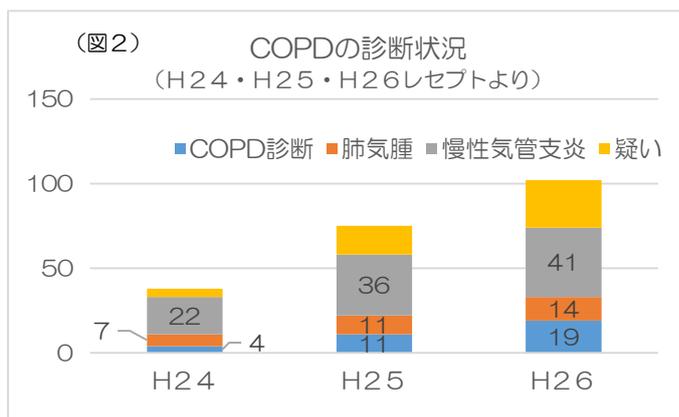


特定健診問診票より

## イ. 重症化予防

中頓別町の平成24年・25年・26年のレセプトを見ると、COPDと診断される方が増えていることがわかります（図2）。また、COPDが原因で、在宅酸素治療を行っている方もいます。

COPDは、禁煙による予防と薬物等による治療が可能な疾患であり、早期発見・早期治療が求められています。COPDの早期発見に有効な方法として、肺がん検診がありますが、中頓別町では、受診率が低い状況です。肺がんの早期発見と合わせて、COPDの早期発見の意味でも、受診率の向上のための対策が必要です。



レセプトより

## (4) 対策

### ア. COPDの認知度の向上

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供  
妊娠届時・妊婦訪問・乳幼児相談・乳幼児健診・がん検診など

### イ. たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供  
妊娠届時・妊婦訪問・乳幼児相談・乳幼児健診・がん検診など

### ウ. 禁煙支援の推進

- ・健診・特定健診結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療に関する情報提供
- ・中頓別町国民健康保険病院で実施している禁煙外来の受診勧奨

### 第3節 生活習慣・社会環境の改善

#### 1. 栄養・食生活（食育計画）

##### （1）はじめに

本計画は、第3次食育推進基本計画及び第3次北海道食育推進計画に基づき「食育の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図ること」を目的としています。

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。

自然環境や昔ながらの地域特有の食文化により食生活の習慣が作りあげられてきています。

生活習慣病予防の実現のためには、中頓別町の食の特性を踏まえ、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（図1）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。

##### （3）現状と目標

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

ア. 適正体重を維持している人の増加（肥満・やせの減少）

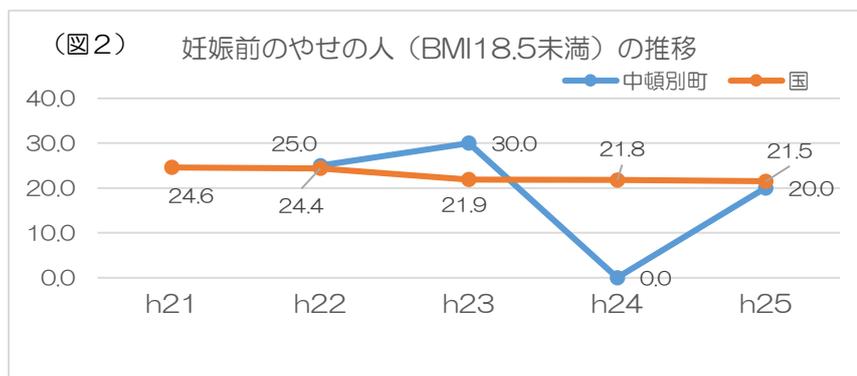
体重は、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。

（ア）20～30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つながります。妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠前のBMIを把握し、栄養士による保健指導を行っています。

平成25年度のやせの割合は国の目標（20.0%）と同じでしたが、大きく超えることもあります

（図2）。今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことにつな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。

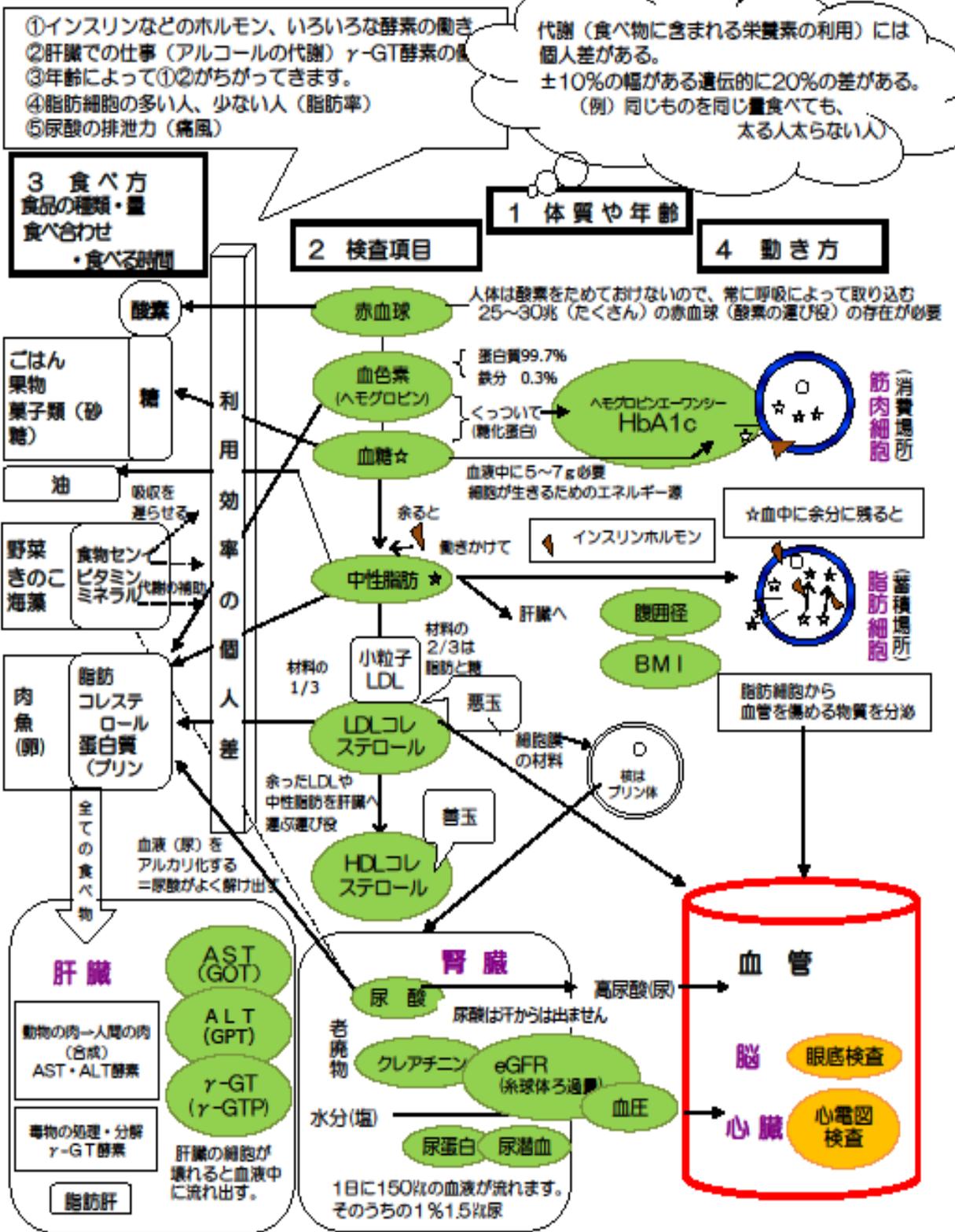


中頓別町～妊娠時の聞き取り 国～国民健康・栄養調査20歳代女性のやせの割合

# (図1) 健診結果と生活との関連の読み取り

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

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



#### (イ) 夏冬で体重の変化を起こす背景

冬期間の長い中頓別町においては、夏冬で体重が変化する傾向があります。特に、外での作業が中心という方の変化が大きいです。春先の健診では、血液データが高い傾向にあります。夏になれば体重は減る」ので問題と考えていない人が多いようです。秋に再検査をすると正常に戻る傾向にあります。年齢を重ねるとともに、体重が減りにくくなってきます。

#### (ウ) 労働条件（生活リズム）の変化が引き起こす肥満

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

労働条件の変化に伴い、活動量の低下だけでなく、食事時間、内容(質)が変わることで、肥満や高血糖を引き起こします。個人だけでは、解決の難しい部分もありますが、適切な食事、質、そして時間(いつ食べるか)が適正な体重の維持には重要です。

#### (エ) ライフステージの中で体重が増えるきっかけ

ライフステージの中で体重が増えるきっかけがいくつかあります。

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

また、年齢とともに基礎代謝量は低下していくので、必要な食事量は徐々に減っていきます。若いころと同じ量を食べていては体重が増えてしまいます。

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

#### イ. 適正な量と質の食事を摂るものの増加

##### (ア) 糖代謝に影響を与えている食の背景

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

炭水化物(糖質)には、単純糖質と複合糖質の2種類があります。単純糖質は、蔗糖(砂糖)、ブドウ糖、果糖などがあり、お菓子類、清涼飲料水、果物などの食品に含まれています。複合糖質はでんぷんに含まれており、ごはん、パン、麺類、イモ類、とうきびなどの食品に含まれています(図3)。複合糖質は消化に時間がかかるため血糖の上昇がゆっくりですが、単純糖質はすぐに吸収されるため血糖が急上昇し、複合糖質に比べインスリンの分泌が多くなります。

##### ① 間食の選び方

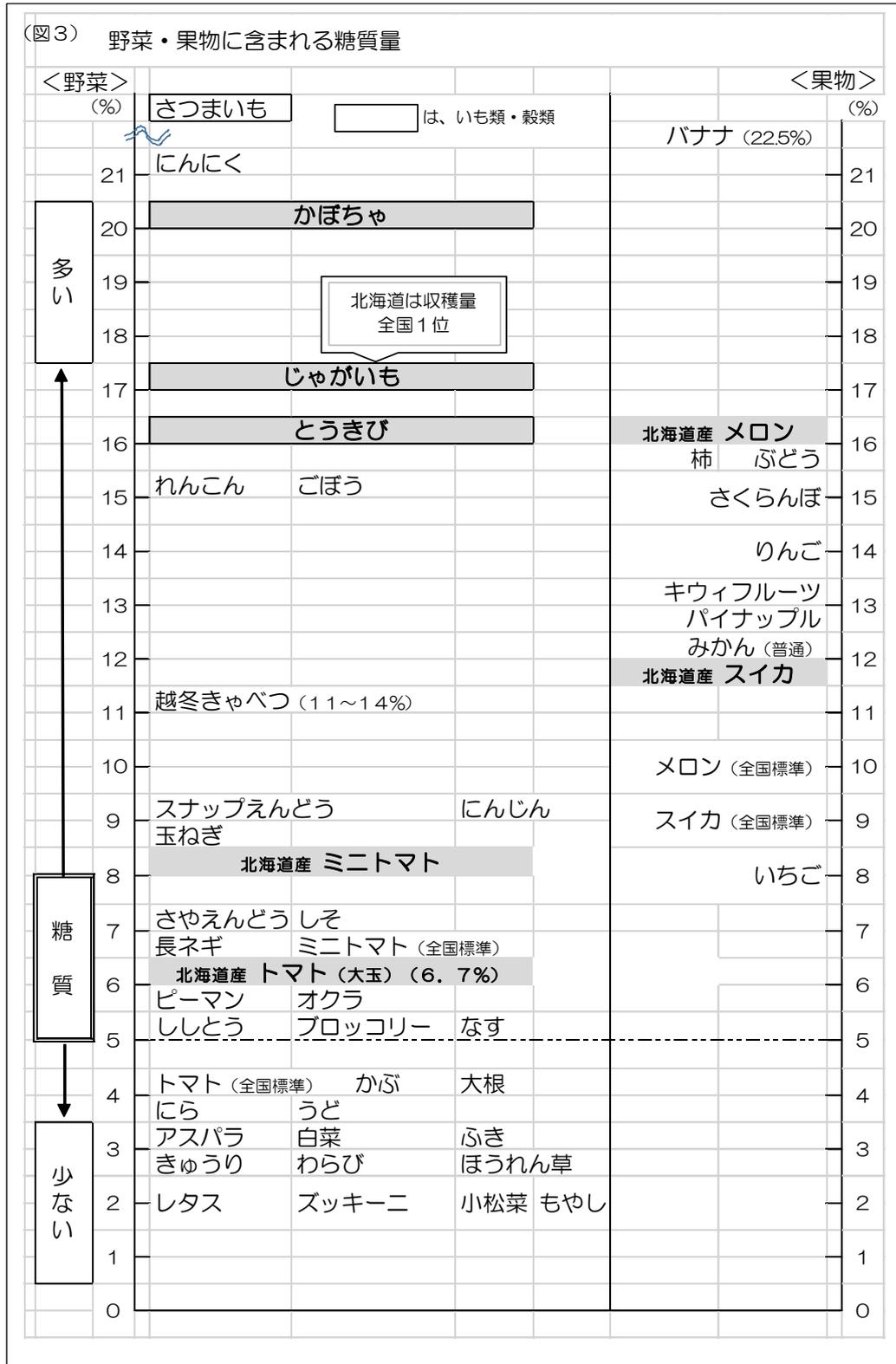
朝はコーヒーを飲んで、仕事に出られる方も多いようです。また、缶コーヒーなどの飲み物を箱で購入したり、作業の途中や夕方に小腹を満たすために、手軽に食べることでできる菓子パンやカップラーメンを常備している家庭もあるようです。選び方により、摂取できる栄養素が変わってくるため、中身を選択できるような学習が必要です。

##### ② 野菜と果物に含まれている糖質

中頓別町では、家庭菜園や広い畑で作物を作っている家庭が多くみられます。平成26年の名

寄市立大学栄養学科学生の聞き取りでは、とうきびやトマト、じゃがいも、かぼちゃ、玉ねぎ、人参、にんにくなどの糖質の多い作物が作られていることがわかりました。

含まれている糖分の量と食べ方を選択できる学習が必要です。



### ③町民の食べ方

健康相談や家庭訪問の際、朝昼を兼用し、夕方に小腹を満たす間食、夜にしっかり食べるとの話を聞きます。夜は短時間で調理することが多くなるため、肉などを焼く、炒める、というような選択がされています。また、仕事内容によっては、持ち運びしやすく、簡単に食べることのできるおにぎりなどを昼食にとる方も多いなど、手軽で、簡単にが優先されることもあるようです。また、じゃがいもやかぼちゃの収穫時期になると、塩煮やでんぷんを入れて団子を作ってお昼に食べるが多くなります。

炭水化物の摂取が多いことで高血糖が引き起こされるため、食品に含まれる糖質の量や自分の基準量を知り、適量を摂取することが必要です。町民は社会変化やライフスタイルの中で食を選択しています。生活習慣病の発症予防や重症化予防のため、ひとりひとりの健診結果に基づいた食品の摂取を選択するための情報提供や学習の機会が必要です。

#### (イ) 若者の実態

20～30歳代は生まれた頃から、ファストフードやコンビニがある世代で、便利で簡単に、いつでも食べたいものを手に入れることができ、調理をしなくても食事を摂ることができます。それらを上手く活用し選択することで、必要な食品(栄養素)が摂取できるような情報提供が必要です。

#### (ウ) 野菜の食べ方

##### ① 野菜の必要性

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

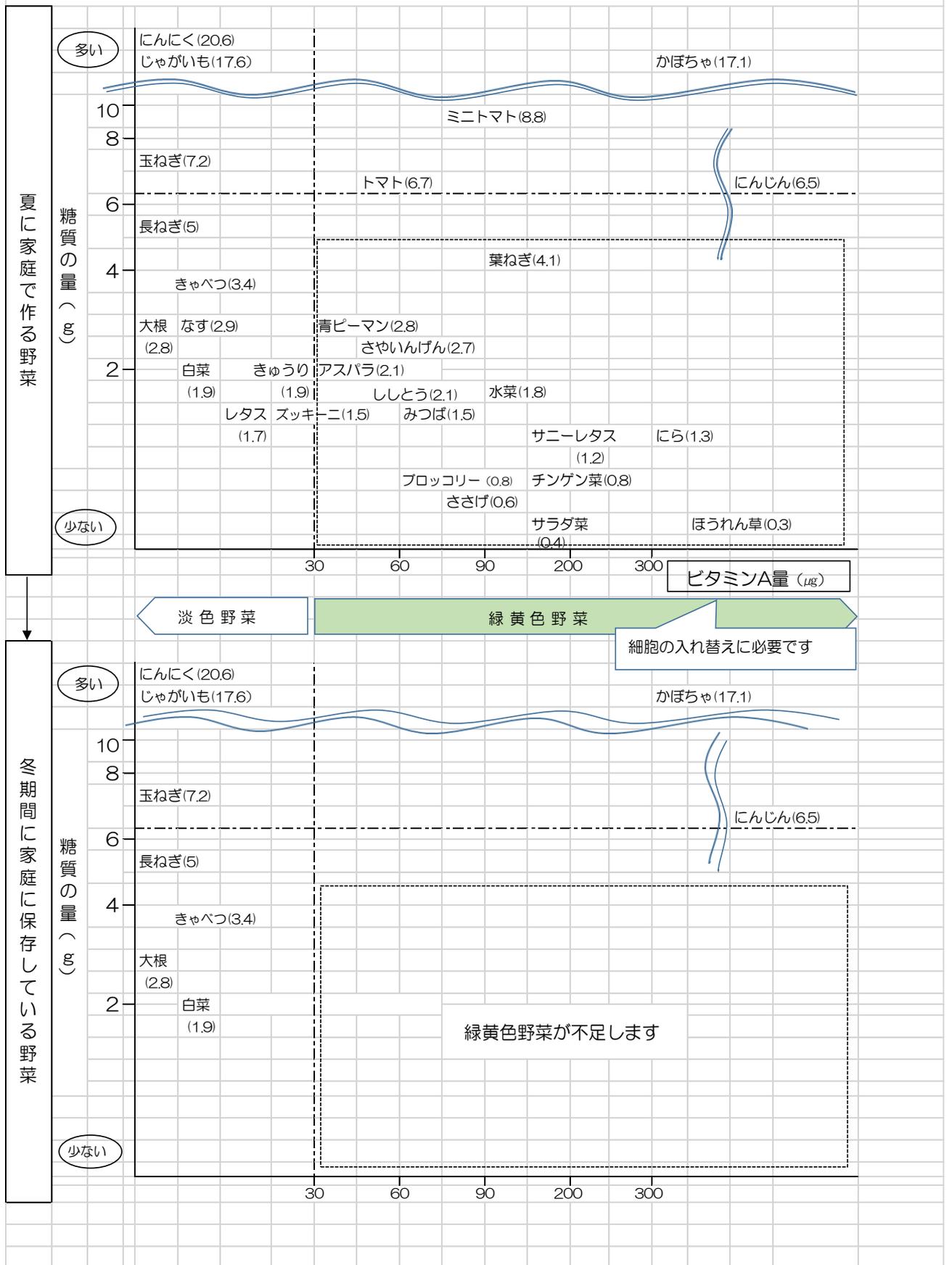
食事に野菜が入ることで口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。胃袋の満足感にもつながり、腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児やこどもの成長にも必要で、大変重要な食材です。

##### ② 野菜摂取の実態

健康相談や栄養相談、学生の聞き取り調査結果からも、1日350g以上の野菜を食べている人は少なく、野菜が摂れていないことがわかります。また、夏は自家製野菜を食べることができますが、冬期間に保存できる野菜は限られていますし、保存していても足りなくなります。特に緑黄色野菜が不足します。聞き取り調査では、「夏は旬の野菜や、山菜を食べる」や「夏は野菜を食べるが、冬はあまり野菜を食べない」「夏は旬のものを使うが、冬は野菜が高値のため控える」などがわかりました。多くの人が、春から秋までは地元でできる野菜や山菜、きのこなどを食べ、冬は保存したものを食べ、保存したものがなくなったら食べなくなる実態があるようです。学生の行った食事調査の結果からも「不足が心配される栄養素」として、「ビタミンA」「鉄」「食物繊維」があげられていました。

冬期間の緑黄色野菜不足はビタミンAが不足し、細胞の入れ替えに必要な栄養素が摂れないことになり、細胞の老化やがんの予防に影響がでることになります(図4)。

(図4) 夏と冬の野菜



#### (工) 情報による食の選択

「健康日本 21」の目標には『野菜と果物の摂取量の増加』が掲げられています。しかし、北海道の家計調査では、糖質の多い野菜や果物の摂取量は全国1位となっていることから、地域実態に合わせた目標設定が重要と考えます。また、健康相談や家庭訪問の際に、町民のみなさんがテレビや雑誌、インターネットなどの情報をもとに食品選択をしていると感じます。

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

#### ウ. 食の循環や環境を意識した食育の推進

食環境の充実にあたっては、「食」と「農林水産業」が深く結びつき、生活習慣に根差した地域特有の文化の伝承と生活にゆとりや安らぎを与える機能が発揮できることが必要です。食材が食卓に届くまでの大変さや自然の恵みのありがたさ、命の大切さに思いを馳せ、体験学習や地産地消を实践する取り組みを進めていくことが必要です。

#### (4) 対策

食育は、その関係する分野が保健、医療、産業振興、教育など多様であることから、日常の家庭での食生活や学校、地域住民などが、食育活動においてそれぞれの役割を理解し、相互に連携や補完をしながら活動を行い、計画の推進に努めます。

また、総合的な視野から行政のそれぞれの分野で連携を図り、円滑に取組が進むように配慮して、食育を推進していきます。

1	家庭における食育の推進
---	-------------

※ 子どもの基本的な食生活習慣を形成するため、朝食をとることの推奨や学校給食の献立の工夫などを通して、関係機関・団体が連携し普及啓発活動の展開を図ります。

また、子どもの料理教室や親子料理教室の開催、学校を通じて保護者に対し、食育の重要性や適切な栄養管理に関する知識等の啓発に努めます。

2	学校等における食育の推進
---	--------------

※ 学校、こども園などにおいて、子どもが食に関する正しい知識を学ぶため、地域の生産者団体等と連携して農業体験や調理に関する体験、昼食時間での食事マナー学習、地場産物の活用などを計画的に推進します。

3	地域における食育の推進
---	-------------

※ 地域住民が、生涯健康で暮らす基本となる良好な食生活や食習慣の確立を図るため、関係機関や関係団体はもとより、家庭・学校・小売業等を通じて住民の食生活への意識の向上を図ります。

4	行政における食育の推進
---	-------------

※ 保健福祉課、産業課、教育委員会が連携して食育に係る取り組みを推進していきます。

以下の取り組みのほか、地域住民や農林漁業者の自主的な取組への支援等を通じて、体験学習や地産地消の推進など、幅広い食育の取組に関わっていきます。

ア. 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

- ・ 健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導
- ・ ライフステージに対応した、食に関する適切な選択ができるように栄養の摂り方を学んでいくための機会の確保
  - ・ 妊娠届時の妊婦への面接・相談
  - ・ 離乳食教室
  - ・ 乳幼児健康診査・歯科検診での相談
  - ・ 健診および特定健診結果に基づいた栄養指導
  - ・ 家庭訪問・健康相談・栄養相談・健康教育

イ. 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- ・ 栄養士による栄養指導
  - ・ 血液データに基づいた栄養指導  
糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と併せて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

## 第3節 生活習慣・社会環境の改善

### 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すべての動きを、「運動」とは身体活動のうち、スポーツなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

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

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

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と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。

#### (2) 基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

#### (3) 現状と目標

##### ア. 日常生活における歩数の増加

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

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

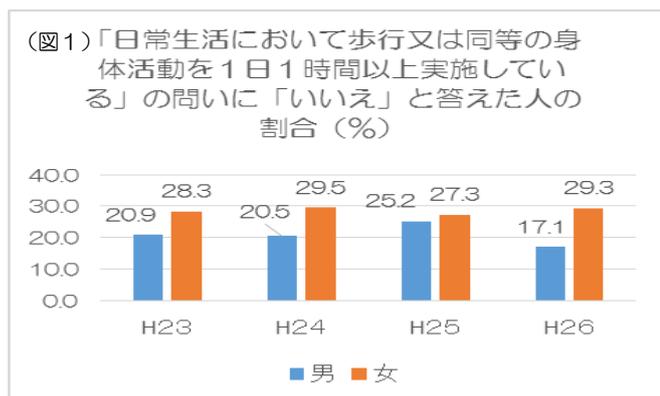
中頓別町では、健康診査・特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく身体を使っていると意識している人は、男女ともに70%を超えており、30～50歳代までが90%と多く、60歳以降に減ってきています。

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心がけることですが、11月末から5月にかけての約半年間、雪や凍結により道路（歩道）を歩行することは、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

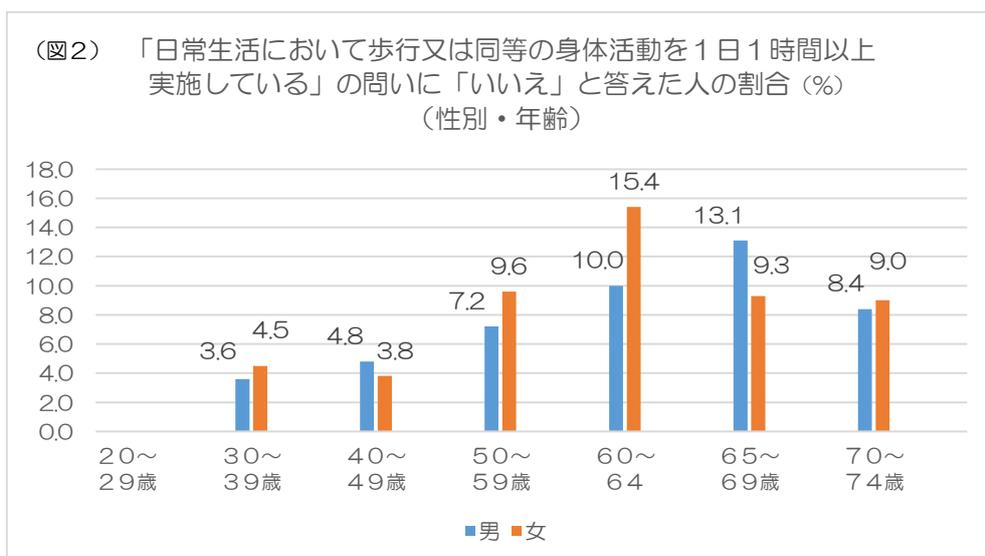
(ア) 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の増加

中頓別町では、中頓別町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく身体を使っていると意識している人は、男性に比べ女性の方が低いようです。これは就労世代が仕事をすることが身体活動であると捉えていることが考えられ、年齢が上がるに従い徐々に身体活動が減ってきていることがわかります(図1・図2)。

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、中頓別町の特徴として、夏冬の活動量に差があります。夏は体重が減るが、冬になると体重が増えてしまう方が多くみられますが、年齢を重ねるに伴い基礎代謝量が低下していき、減量しにくい身体となり「体重の増加＝生活習慣病」につながっていくことが考えられます。



特定健診問診票より(性別・年度別)



特定健診問診票より

(性別・年齢別)

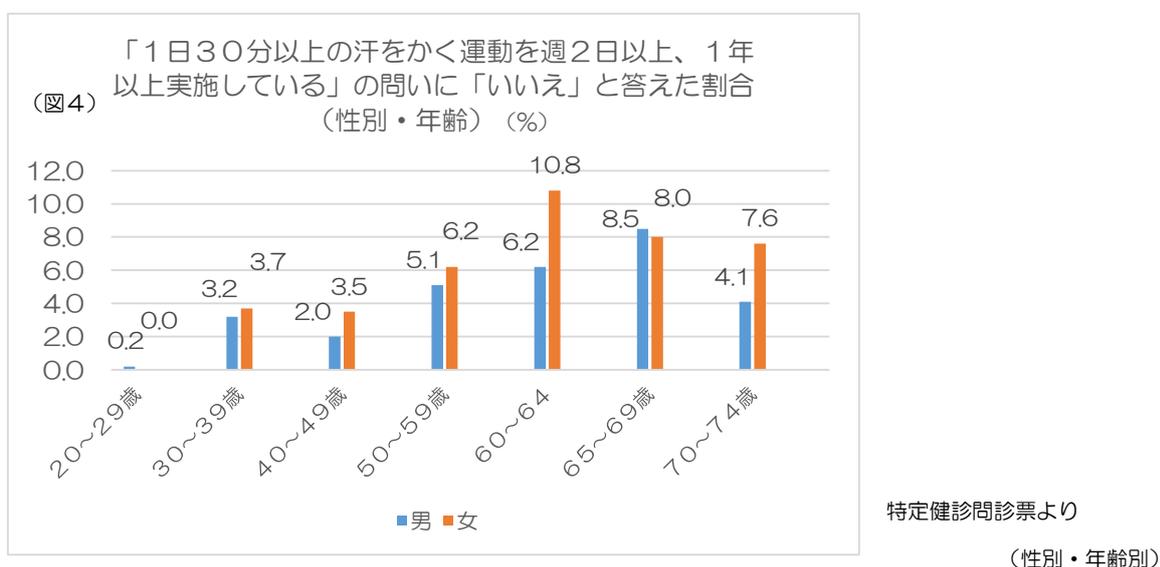
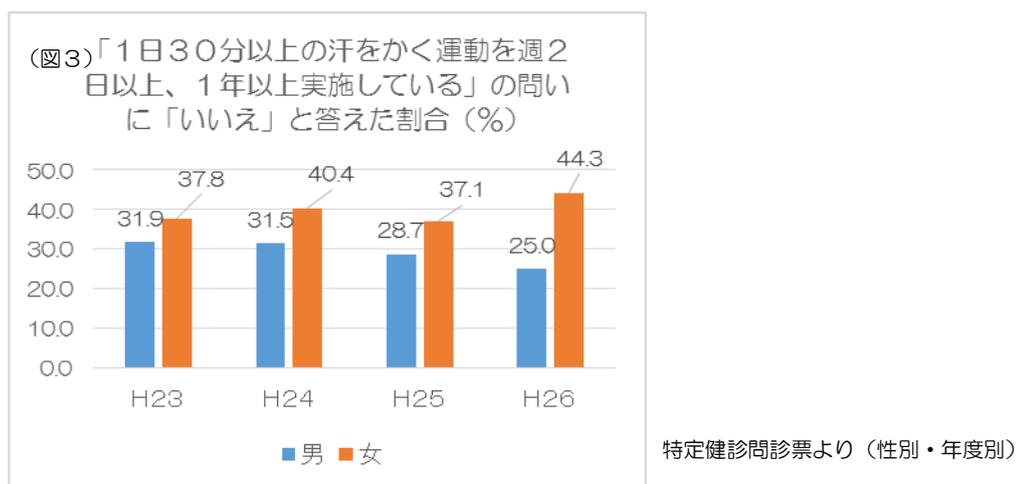
(イ) 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20~64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなると言われていますが、中頓別町では大きな変化が見られません(図4)。

また、身体活動と同様に、男女ともに就労世代の運動習慣は少なく、特に女性の運動習慣者は少なく、そのまま年齢を重ねてしまう状況にあります(図4)。

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、積雪や路面の凍結などにより、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(町民体育館・小学校の体育館など)を多くの方が活用し、気軽に運動に取り組むことが重要です。

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。



#### (ウ) 身体不活動が原因による介護認定者の増加の抑制

中頓別町の要介護認定者は平成25年3月には、153人となり、1号被保険者に対する割合は21.9%になっています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測されています。

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。

#### (4) 対策

##### ア. 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・生活習慣病対策と連動し、ライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導・情報提供
- ・特定健診・特定保健指導など従来の方策を活用した運動指導
- ・膝痛や腰痛など症状がある人に対しては、理学療法士・作業療法士による身体に合わせた運動指導の場の確保
- ・ロコモティブシンドロームについての知識の普及

##### イ. 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・運動施設（市民体育館・小学校体育館など）の活用の推進
- ・他機関・関係機関が実施している事業への参加勧奨

##### ウ. 運動をしやすい環境の整備

- ・関係機関等と連携し、年間を通して、気軽に歩くことのできる環境の整備
- ・体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症および重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、だれでも気軽に通年で行える施設の検討

## 第3節 生活習慣・社会環境の改善

### 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によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1日平均60gを超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。飲酒の特徴には、常習性があります。高齢期にアルコール依存症のリスクが高まることが報告されています。

また、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。さらに、全死亡、脳梗塞および冠動脈疾患については、男性では44g/日（日本酒2合/日）、女性では、22g/日（日本酒1合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

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

#### (2) 基本的な考え方

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

#### (3) 現状と目標

ア. 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日あ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

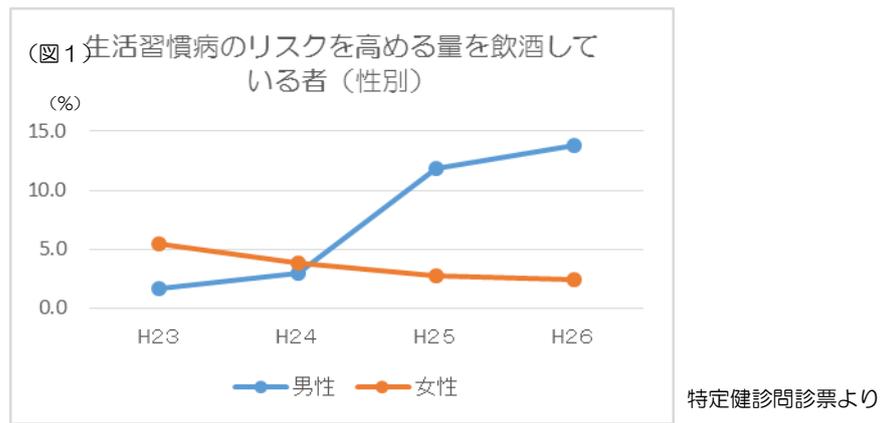
平成26年度特定健康診査を受けられた方の問診票をみると、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性は13.8%、女性は2.4%でした。この4年間で女性は徐々に減ってきていますが、反対に男性は増えてきています（図1）。

飲酒量と健診結果を見みると、生活習慣病のリスクを高める量を飲まれている（毎日・多量に飲まれる）人にBMI、腹囲、血圧、中性脂肪、 $\gamma$ -GTP、尿酸、心電図所見について、異常率が高くなっています。特に、心電図所見においては、狭心症や心房細動などの所見が高くなっています。血圧や糖尿病の治療をされている方も多いようです（表1）。

飲酒に関連のあると言われる $\gamma$ -GTPは、量に関わらず、毎日飲酒する習慣のある方が高くなっています。また、毎日飲酒する人に喫煙する傾向があるようです。

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

悪影響を及ぼすと言われています。健診結果と飲酒の関連を本人が理解し、適切な判断ができる支援が重要です。



(表1) 飲酒量と健診結果

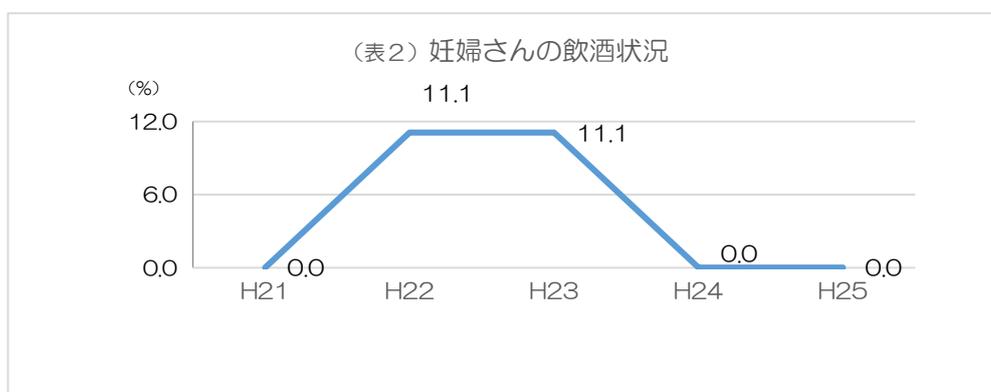
	BMI	腹囲	血圧	血圧服薬	TG	HDL	LDL	脂質服薬	血糖	HbA1c	糖服薬	AST	ALT	γ-GT	心電図	eGFR	尿酸	喫煙
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している	50.0	40.0	70.0	60.0	20.0	0.0	20.0	10.0	0.0	30.0	10.0	30.0	10.0	30.0	50.0	80.0	10.0	40.0
それ以外	34.6	30.8	54.6	33.1	10.0	3.1	52.3	28.5	6.2	62.3	8.5	12.3	14.6	11.5	10.0	82.3	6.2	19.2

H26年度 特定健診問診票より

### イ. 妊娠中の飲酒

妊娠中の飲酒は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。

妊娠中の飲酒の割合はH22・H23年度においては1名(11.1%)いますが、概ね妊娠を機に止めています(表2)。妊娠中の飲酒の胎児への影響に関する安全域は存在しないことから、妊娠中の飲酒をなくすことが重要になります。



妊娠届時の聞き取りより

(4) 対策

ア. 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での健康教育や情報提供  
妊娠届時・妊婦訪問

イ. 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・健診・中頓別町国保特定健診の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

### 第3節 生活習慣・社会環境の改善

#### 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態の改善」が重要です。

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

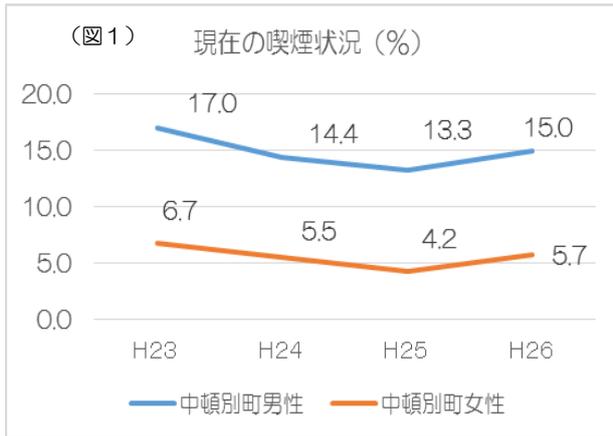
##### (3) 現状と目標

###### ア. 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

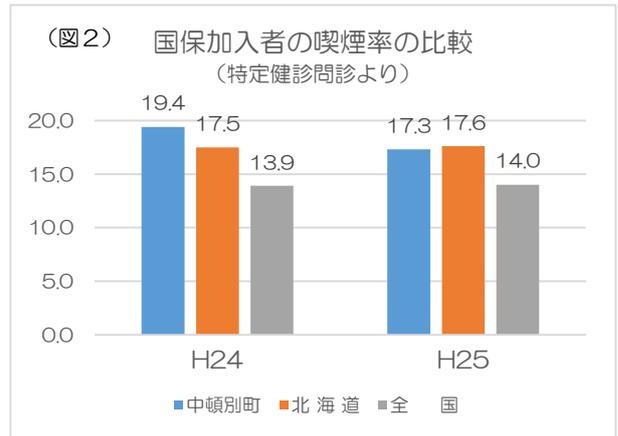
喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

中頓別町の成人の喫煙率は、全国と比較すると高くなっています（図2）。国保加入者の喫煙率をみると平成24年度から平成25年度の喫煙率は下がっていましたが、平成26年度には上向きになっています（図1）。また、町内で販売されたたばこの本数は、ここ数年減少していましたが平成25年度若干増えていました（図3）。喫煙率が上がっているため、たばこの本数も増えていることが予想されます。さらに、レセプトを見ると、たばこ煙が大きく影響すると言われているCOPDと診断された人は、この3年で増えてきています。

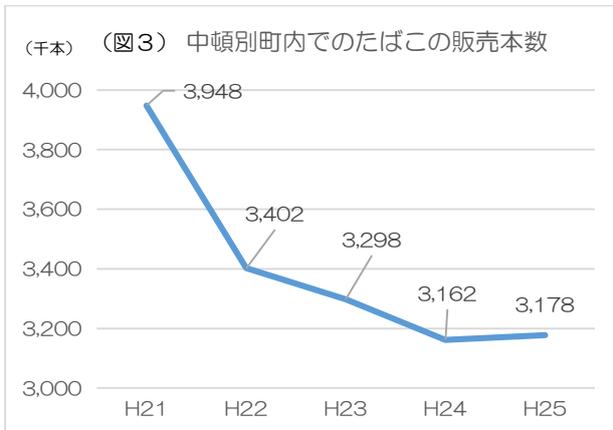
たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。



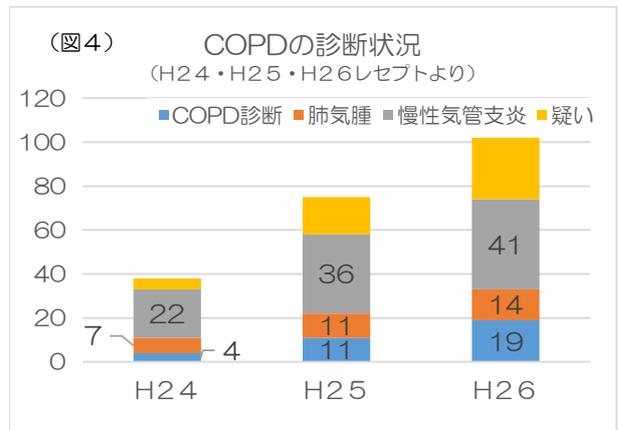
特定健診受診者問診票より



KDB (国保データベースシステム) より



町総務課より資料



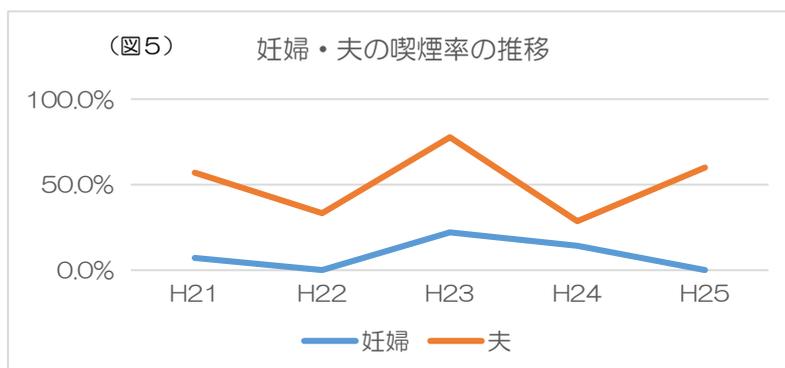
国保レセプトより

### イ. 妊娠中の喫煙

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなります。

妊娠届出時に、妊婦さんの喫煙について確認をしていますが、ばらつきが見られます。妊娠を機に喫煙をやめる妊婦さんもみられますが、夫は喫煙し続ける場合が多いようです(図5)。

妊婦の喫煙率については、妊娠ならびに胎児、出生児への影響の大きさを考慮すると、妊娠中の喫煙をなくすことが重要になります。また、受動喫煙も同様に影響を与えると考えられるため、家族への禁煙支援が大事になってきます。



妊娠届出時の聞き取りより

(4) 対策

ア. たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供  
妊娠届時・妊婦訪問・妊婦相談・乳幼児相談・乳幼児健診・がん検診など

イ. 禁煙支援の推進

- ・健診・特定健診結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療に関する情報提供

### 第3節 生活習慣・社会環境の改善

#### 5. 歯・口腔の健康

##### (1) はじめに

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

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質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。

すでに、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）と歯周病と言われており、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おり、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

###### ア. 発症予防

歯科疾患の予防は「う蝕予防」および「歯周病予防」が大切になります。

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

###### イ. 重症化予防

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

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

##### (3) 現状と目標

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、健診で経年的な評価のできる4点を目標項目とします。

###### ア. 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

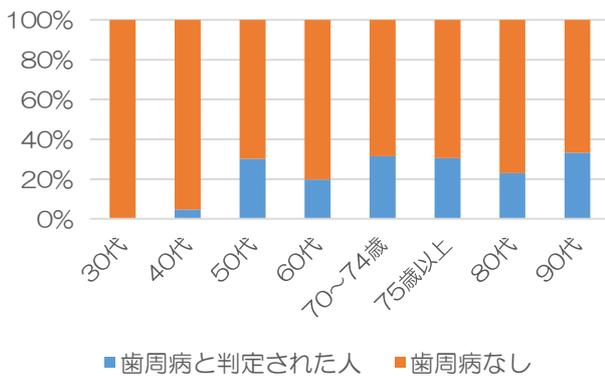
歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

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

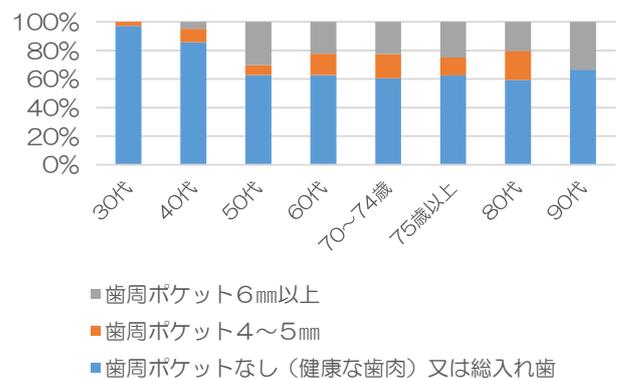
歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われており、高齢期においても歯周病対策を継続して実施する必要があることから、歯周炎を有する割合の減少を評価指標とします。

中頓別町では、保健センターで実施する集団健診において、8020さわやか健診（成人歯科健診）を実施しておりますが、40歳頃より歯周病と判定される方が見られ、50歳代以降横ばいで推移しています（図1）（図3）。歯科に係る平成24年5月のレセプトからも、う歯治療（25%）の3倍近くの73%の方が歯周病の治療を行っています（図4）。8020さわやか健診では、歯肉の状態を調べる歯周ポケットの深さ（歯と歯肉の境目の溝）をチェックしていますが、40歳代以降に深くなってきていることがわかりました（図2）。歯周ポケット内に溜まった口の汚れ（プラーク）の中では細菌が繁殖しやすく、歯石を作り、歯周病を引き起こし、歯を失う原因となります。早期に気づき、対処することがとても大事になります。

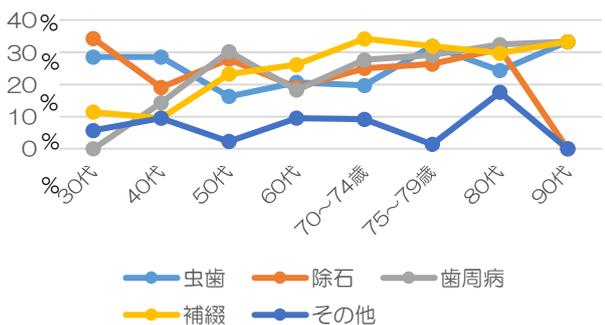
（図1）平成21～25年度に8020さわやか健診を受診した方の歯周病の割合（%）



（図2） 歯と歯肉の健康度の結果（歯周ポケット）



（図3） 歯科受診勧奨の内容



（図4） 歯科治療の状況

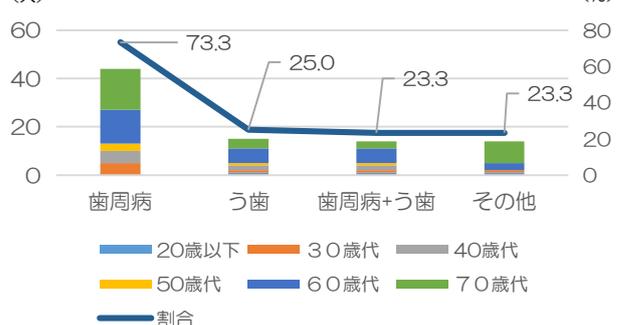


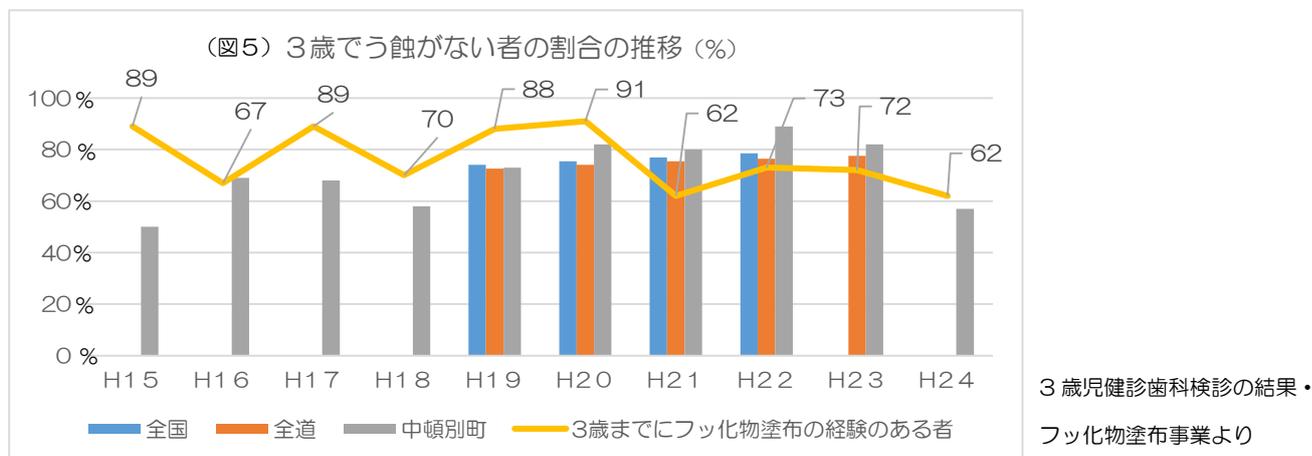
図1～図3：8020さわやか健診票より

平成24年5月国保レセプト（歯科分）より

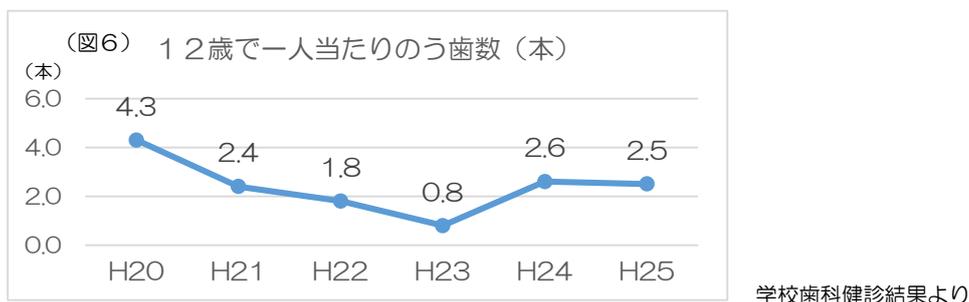
ここ数年、受診者が減ってきていますが、今後も、8020さわやか健診を実施することで、歯・口腔の状況を確認し、自身による管理方法を学ぶ機会とすること、歯科受診への動機付けを図ります。

### イ. 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

中頓別町の3歳児でう蝕がない児の割合は平成13年度には53%であったものが平成20年度には80%を越えましたが、平成24年度には57%になっています。さらに、ここ数年、3歳までにフッ化物塗布経験のあるものが徐々に減ってきています(図5)。



永久歯のう蝕の代表的評価指標である12歳児の1人平均う歯数は、徐々に減ってきていましたが、ここ2年は全国の1.3歯より多くなっています(図6)。



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歳児のう蝕症状の改善が、永久歯のう蝕予防につながります。継続した歯科対策を推進することが重要です。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、子育て支援事業の中や保育所での歯科健康教育、歯科検診などを通じて、歯の萌出する前から、こどもの歯の健康に関する意識を持っていただけるような関わりを積極的に進めていきます。また、永久歯への生え変わりの時期である学童期に対しても歯科健康教育、歯科健康相談などを通じて、歯・口への意識を高めていきます。さらに、これから子育てをする妊婦に対しては、妊娠中に罹患しやすくなる歯周病疾患予防と併せて、口・歯に関心を持てるよう、妊婦相談等を通じてう蝕予防の啓蒙を行います。

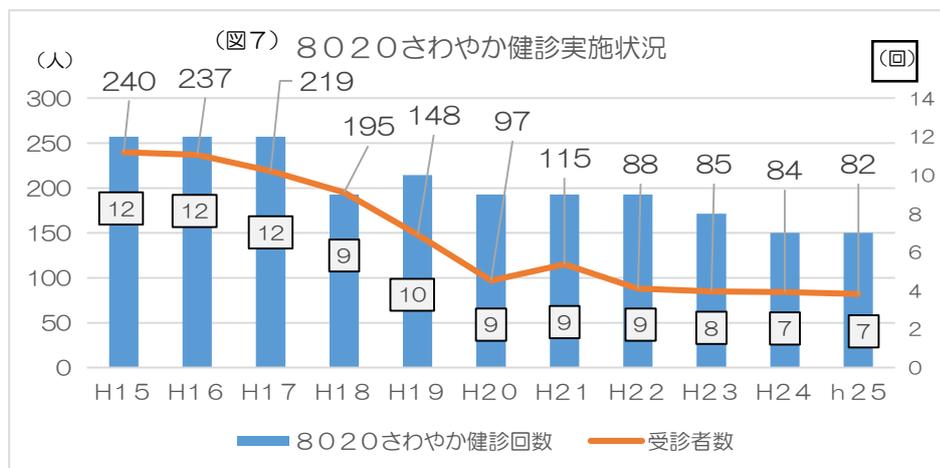
新たな取り組みとして、「北海道 歯・口腔の健康づくり8020推進条例」の中に挙げられている効果的な歯科保健対策の推進等の取り組みのひとつであるフッ化物洗口を、中頓別町も教育委員会、学校等と協力して実施し、幼児、児童及び生徒に係る歯・口腔の健康づくりを推進していきます。

### ウ. 過去1年間に歯科健診を受診した者の増加(8020さわやか健診受診者数)

定期的な歯科健診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与します。特に、定

期的な歯科健診は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。

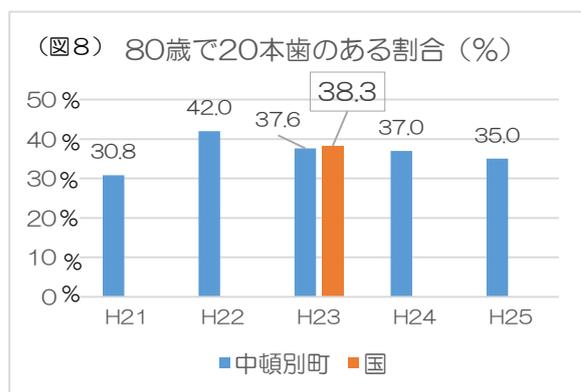
定期的な歯科健診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な口腔清掃指導といった指導・ケアを受けることができることから、まずは8020さわやか健診を受けていただけるよう継続していきます。



8020さわやか健診事業より

### エ. 8020達成者の増加

中頓別町で実施している8020さわやか健診受診者の8020達成者はここ数年35%強で推移し、国の値に近づいています(図8)。



町：8020さわやか健診受診者

(75~79歳・80~84歳まで) 結果より

国：平成23年度歯科疾患実態調査結果より

## (4) 対策

### ア. ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康教育(乳幼児期から中学生までを対象とした健康教育・妊婦に対する健康教育)
- ・健口サロン・健口訪問
- ・フッ化物洗口事業実施の支援・協力

### イ. 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診(1.6歳児・3歳児)
- ・歯科検診・フッ素化物塗布(1歳から就学前の幼児)
- ・歯の健康相談(小学生)
- ・8020さわやか健診(特定健康診査・健康診査・健康づくり講座等)
- ・歯科保健推進会議(実務者・学校、施設等の担当者)の開催

## 第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

### 1. 高齢者の健康

#### (1) はじめに

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

#### (2) 基本的な考え方

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

#### (3) 現状と目標

##### ア. 身体不活動が原因による介護保険認定者の増加の抑制

中頓別町の要介護認定者は平成25年3月末には、153人となり、1号被保険者に対する割合は21.9%になっています。平成18年3月末の要介護認定者数121人(17.6%)と比較すると、介護認定者数は20%ほど増加しています。1号被保険者の認定率を見ると、北海道18.6%・国17.6%を大きく超えた認定率です。さらに今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定率が上がると推測され、平成37年度には要介護認定者が148人、要介護認定率も23.2%と予測がされています。現在、中頓別町では、2号被保険者の認定者はいません。

介護認定者の原因疾患を見ると、高血圧症が3割程度となっていますが、血圧が大きく影響する脳血管疾患や心疾患も1割以上を占めています。また、その他の中には、認知症や骨折、うつなどの病名があげられています(表1)。国保連合会KDB(国保データベース)の資料を見ても、介護保険を利用している人の87%の方が心疾患、70%の方が骨・関節疾患の治療をされています。認知症を含む精神疾患、脳血管疾患の治療状況も道や国と比較しても高くなっています(表2)。今後は脳血管疾患や心疾患などの血管障害を起こす因子等生活習慣病の予防に努め、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせていくための取り組みが必要と考えます。

(表1) 介護認定の原因疾患

	高血圧症	脳血管疾患	骨・ 関節疾患	心疾患	糖尿病	その他
人	45	22	16	14	10	47
%	29.2	14.2	10.4	9.0	6.5	69.4

平成25年3月末 介護認定申請者の主治医意見書(第1疾病)から

(表2) 介護認定者の医療状況

	心疾患	骨・ 関節疾患	脳血管疾患	精神(認知 症を含む)	糖尿病
中頓別(%)	87.8	70.5	38.9	34.6	26.5
全道(%)	59.4	50.2	29.0	28.7	27.8
全国(%)	43.5	37.1	21.9	18.8	17.4

平成24年度累計 国保連合会KDBより

## イ. 認知機能低下のあるハイリスク高齢者の把握率の向上

高齢社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されます。平成 25 年度末に認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa 以上の認知症を有している人<※>は、町の要介護認定 153 人中 89 人（58.2%）いました。平成 22 年度より徐々に増加傾向にあります（表 3）。脳血管疾患との関連性については、実態を把握していきたいと思いますが、血管のリスクの是正が認知機能障害の進展予防につながる（京都大学大学院猪原先生）とも言われており、生活習慣病の予防および重症化予防に取り組むことで、脳血管疾患等を予防し、脳細胞を守る活動が重要です。

（表 3）介護認定の状況および生活自立度Ⅱa 以上の認知を有する者の状況

	H22	H23	H24	H25
1号被保険者	679	705	704	699
介護認定者	147	156	156	153
介護認定率	21.6	22.1	22.2	21.9
生活自立度Ⅱa以上の認知症を有する者	40	71	89	89
割合（%）	<b>27.2</b>	<b>45.5</b>	<b>57.1</b>	<b>58.2</b>

地域包括支援センター資料より  
※医師が診断する者

<※>「認知症高齢者の日常生活自立度」とは、認知症の介護の度合い、大変さを分類したもので、Ⅱa 以上とは「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さがあり、見守りが必要な状態から常に介護を必要とする状態」を指します。

また、「軽度認知障害（MCI：健常者と認知症の人の中間の段階にあたる症状で、認知機能<記憶・決定・理由づけ・実行など>のうち1つの機能に問題が生じているが、日常生活には支障がない状態のこと）」と呼ばれる状態の高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことがわかっています。この軽度認知障害の高齢者に対して運動や趣味などの様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることが明らかになってきています。他機関の行っている脳の活性化を図る活動との連携も重要になってきます。

## ウ. ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している町民の割合の増加

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患があります。町の平成 25 年 3 月末の介護認定に係る主治医意見書を見ると、認定者 154 人のうち 19 人（12.3%）が腰痛・膝痛・骨折となっています。平成 25 年度に 65 歳以上を対象に行った基本チェックリストを見ると、全体の 19%の方が「転倒の経験」「転倒の不安」「15 分歩き続けること」などに不安があると感じていました。特に 70 歳代前半の女性、80 歳代前半の男性に多く見られましたが、ここ数年を見ても 70 歳になると足腰の不安を感じるひとつの境界があるようです。

全国的にも、要介護状態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。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。

さらに、加齢とともに骨格筋・筋肉が減少し、筋機能が低下する状態を「サルコペニア」といいま

すが、この筋力低下により転倒のリスクが高まり、骨折、寝たきりになり、介護が必要となる可能性もあります。これは健常な高齢者でも起きる現象ですので、早い段階から取り組みが必要です。

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

### 工. 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

平成23年度から平成26年度までの特定健康診査の結果を見ると、BMI20以下の割合は1割程度で推移していましたが、平成26年には減っていました（図1）（図2）。また、平成25年の国民健康・栄養調査報告では、70歳以上の低栄養の割合は男性が6.2%・女性が11.9%になっていますが、中頓別の平成25年度は男性が0%・女性が5.9%といずれも報告より低くなっていました（図5）。しかし65歳～69歳までの割合が70歳以上の方と比べると高くなっています。また、性差でみると徐々に男性の低栄養の方が増えてきています（図3）（図4）。

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

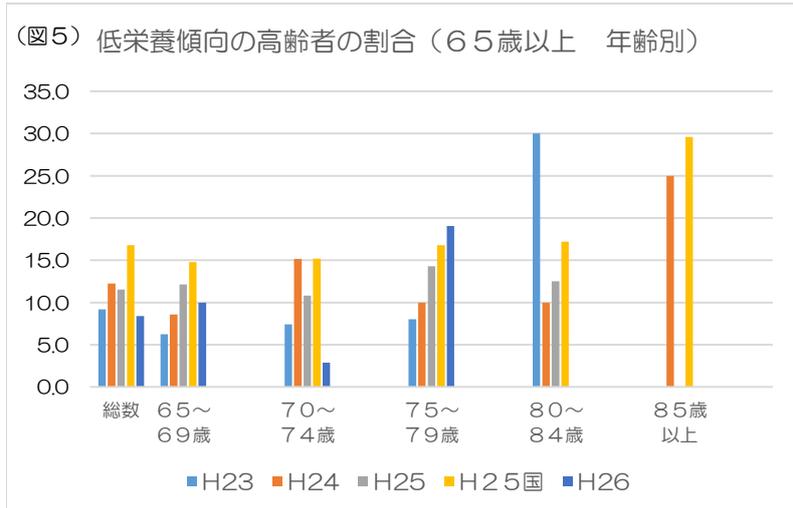
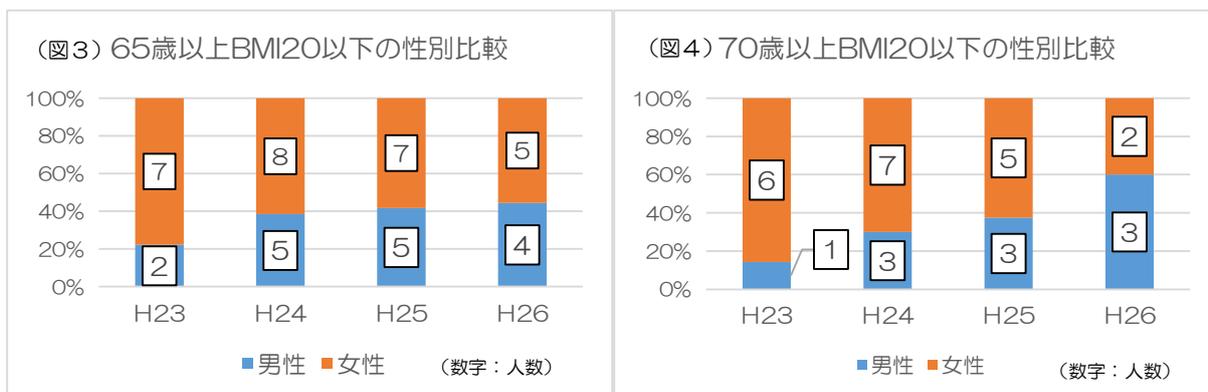
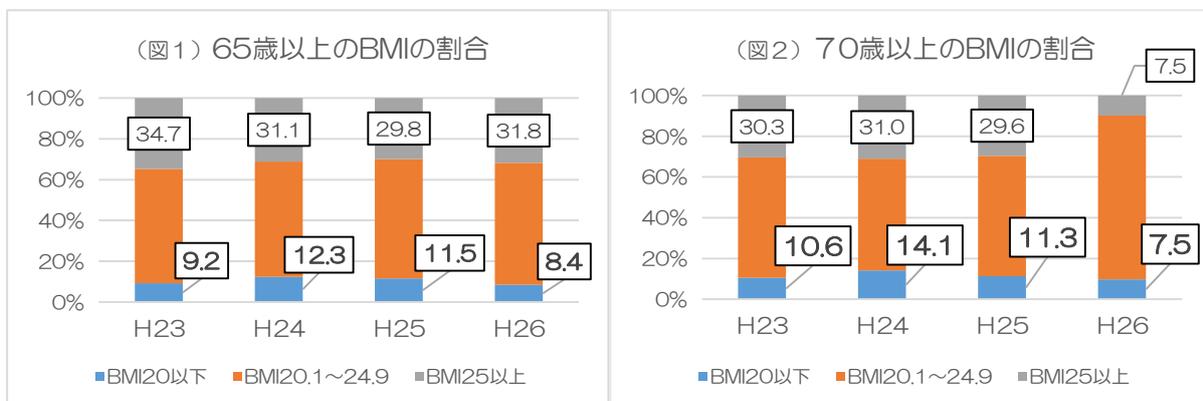


図1～図5：  
平成23年度～26年度  
特定健康診断受診結果より  
平成25年国民健康・栄養調査報告より

#### オ. 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少

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

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

平成 25 年度の医療費の割合を見ると、筋・骨疾患は 74 歳以下の医療費総額の 13%、75 歳以上の方では医療費総額の 36%を占めています。74 歳以下の方の筋・骨疾患医療費の男女別では女性が 82%（55 歳以上が 79%）を占めています。また、平成 25 年 5 月のレセプトで変形性膝関節症治療状況を見ても女性が 65%を占めています。特に女性は、男性に比べ筋力量が少ない、閉経後に骨粗鬆症になりやすいなど足腰に無理をかけることが予測されます。関節を守るための学習と生活習慣改善に取り組むことが大切です。

#### （4）対策

##### ア. 介護保険認定者に多く見られる原因疾患を予防する

- ・心疾患、脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進
  - ・健診結果に基づき、必要な循環器疾患の治療や生活改善を行うための学習を推進
  - ・未治療者の健診受診の勧奨
- ・関節疾患の予防対策の推進
  - ・運動機能の維持のための教室の開催（一般介護予防教室）
  - ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
  - ・肥満予防

##### イ. 自分に必要な食事量と質の学習の機会を作る

- ・ふれあい料理教室の開催
- ・栄養相談

## 第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

### 2. こころの健康

#### (1) はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、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、ストレスと上手に付き合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、ひとりひとりが、こころの健康問題の重要性を認識するとともに、自らのこころの不調に気づき、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、気分が落ち込んだ時や自殺を考えている時に、精神診療科や心療内科を受診したり、相談したりすることは少ない状況にあります。

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要因は、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

##### ア. 自死する人を出さない

自死の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いといわれており、自死させないためには、こころの健康の増進に取り組む必要があります。

世界保健機構（WHO）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、自死率を引き下げ

ることができるかとされています。

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、本人および家族を含めた周囲の人たちの精神疾患に対する理解のなさ（偏見など）にあると言われていいます。

身体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などのこころの病気は、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。

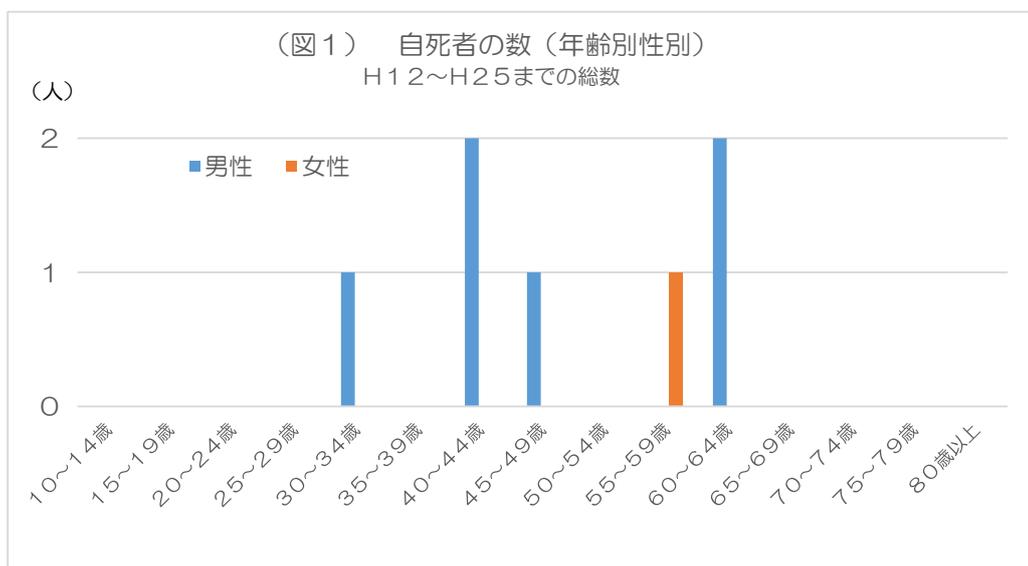
こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。うつ病などの、より客観的な診断をめざした脳の血流量を図る検査の研究や、脳に影響を及ぼすものとして副腎疲労との関与も明らかにされつつあります。こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、日本の自死は、どの国でも共通に見られる加齢に伴う自死率の上昇とともに、男性においては50歳代に自死率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。この年代に自死者数が増加した背景としては、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、産業分野との連携を図り、働き盛りの年代のうつ病などの実態把握を積み重ね、共有しながら、こころの健康に対する予防対策を行う必要があります。

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気付くのは家族や職場の同僚です。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、専門家の指導の元で、本人を見守っていくことが大切になります。

中頓別町では、自死率は低い（図1）ののですが、精神疾患による治療者が増えています。内服の自己中断や医療を継続できないことにより、症状を悪化させる恐れもあります。今後も精神疾患に関する知識の普及が重要です。



死亡統計より

(図2) 精神疾患の治療状況

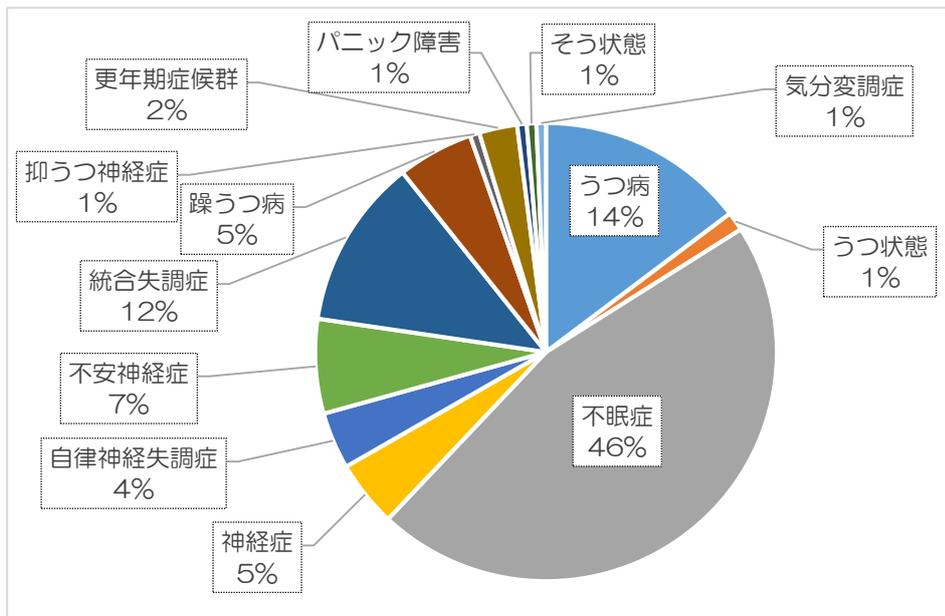
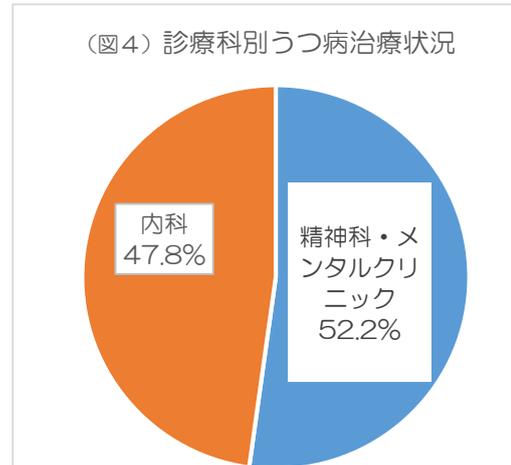
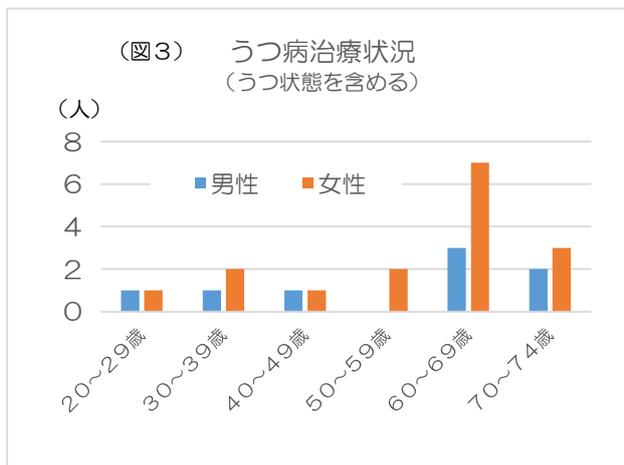


図2～図4：  
平成25年5月国保レセプトより



#### (4) 対策

##### ア. こころの健康に関する教育の推進

- 種々の保健事業の場での健康教育や情報提供
- 自殺予防対策の実施

##### イ. 専門家による相談事業の推進

- 保健所の実施しているこころの相談の活用
- 精神心療内科などの専門医との連携

## 第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

### 3. 休養

#### (1) はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の1つです。

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につき合うことは、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

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

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

#### (3) 現状と目標

##### ア. 睡眠による休養を十分に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。

中頓別町では、健康診査・特定健診受診者に対して、睡眠に関する実態把握をしていますが「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに20~30%に近い方が「いいえ」と回答しています(図1)。また、4年間を性別・年齢別でみると、男性はどの年代も同じような割合ですが、女性は60歳前半に割合が高くなり、その後下がってきています。平成24年5月のレセプトを見ると、「不眠症」治療をされている割合は女性の方が多く、また内科などで治療をしていることがわかることから、安定剤などの内服により下がってきていると考えられます(図3)(図4)。睡眠が、生活の質に大きく影響するという点から、今後睡眠導入についての実態を把握していくことが重要であると考えます。

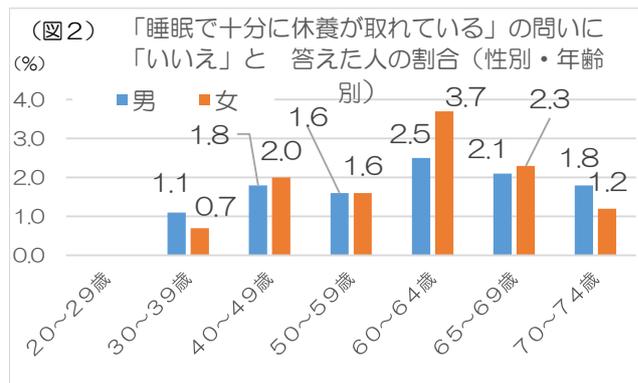
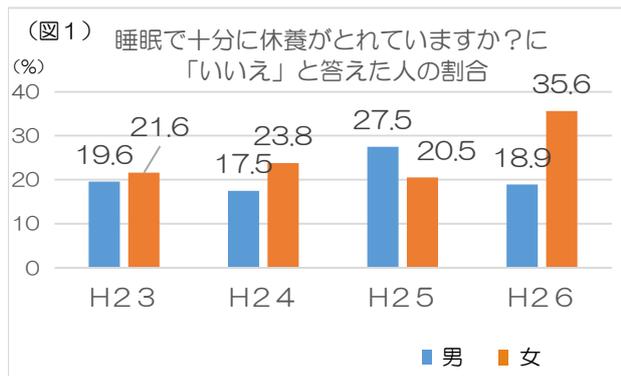


図1・図2：平成23～平成26年度までの特定健診問診より

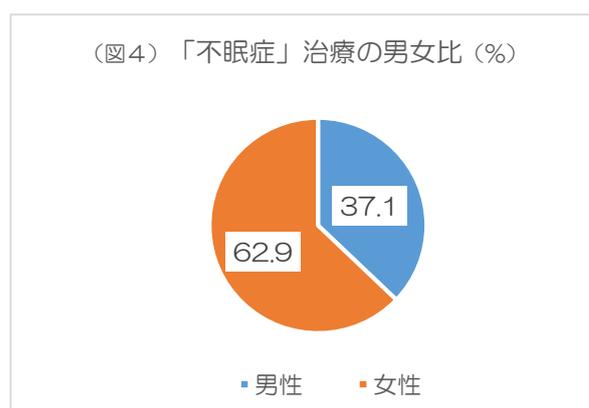
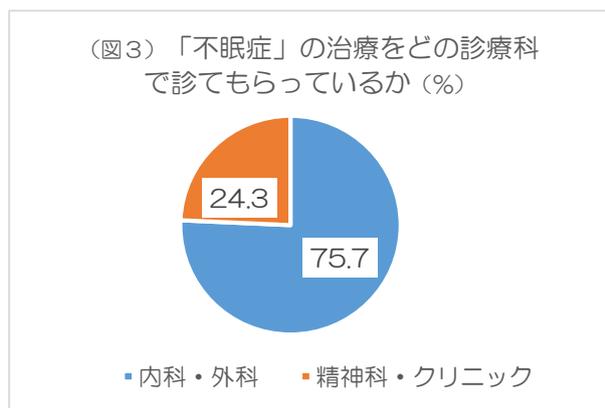


図3・図4：平成24年5月国保レセプトより

(4) 対策

ア. 睡眠と健康との関連等に関する知識の普及の推進

- ・種々の保健事業の場の健康教育による情報提供

イ. 睡眠と休養に関する実態の把握

## 第5節 目標の設定

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

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

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

これらを踏まえ、中頓別町でも、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。

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		中頓別町の目標値	
		%	評価年度	%	評価年度	%	評価年度	%	評価年度
がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	80.5	h25	—		73.9%	h34	—	
	② がん検診の受診率の向上								
	・胃がん	男性 45.8 女性 33.8	H25	男性 19.5 女性 20.2	H24	男性 50.0% (当面 40.0%) 女性 40.0%	H34 (H28)	男性 40.0% 女性 40.0%	※1)
	・肺がん	男性 47.5 女性 37.4		男性 19.8 女性 18.7					
	・大腸がん	男性 41.1 女性 34.5							
	・子宮頸がん	42.1		18.7					
	・乳がん	43.4		26.0		50.0%	H34	50.0% または増加	
	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)							
・脳血管疾患		男性 42.0 女性 23.3	H25	男性 — 女性 —	H34	男性 41.6% 女性 24.7%	男性 — 女性 —		
・虚血性心疾患		男性 33.7 女性 13.3		男性 — 女性 —		男性 31.8% 女性 13.7%	男性 — 女性 —		
② 適正体重を維持している者の増加									
・20~60歳代男性の肥満者の割合の減少		29.0	H25		H34	28.0%	減少		
・40~60歳代女性の肥満者の割合の減少		19.6		19.0%		減少			
③ 高血圧の改善(中等症高血圧以上(160/100mmHg以上)の者の割合の減少)		男性 137 女性 131	H24		H34	男性 134 女性 129	減少		
④ 脂質異常症の減少		男性 10.8 女性 17.5		男性 — 女性 —		男性 10.0% 女性 17.0%	男性 — 女性 —		
		(i:総コレステロール240mg/dl以上の者の割合)	男性 7.5 女性 11	男性 12.1 女性 6.1	男性 6.2% 女性 8.8%	男性 減少 女性 減少			
⑤ メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少		1,394万人	H24	37人	H26	h20と比べて25%減少	H27	減少	
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
・特定健康診査の実施率		46.2	H25	54.0	H29	70%以上	70.0%		
・特定保健指導の終了率	16.4	78.6		45%以上		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	16,119人	H24	2人	H25	15,000人	H34	現状維持または減少	
	② 治療継続者の割合の増加	62.0		30歳~ 100.0		75.0%	100.0%		
	③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	1.2	H23		H25	1.0%	減少		
	④ 糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5以上の者の割合)	950万人		H24		1000万人	現状維持または減少		
次世代	① COPDの認知度の向上	30.1	H26			80.0%			
	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)	21.5	H25	20.0	H25	20.0%	減少		
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6		0.0		0.0%			
・肥満傾向にある子供の割合の減少	男性 5.14 女性 3.5	男性 — 女性 —	減少傾向	H26	男性 — 女性 —				
食	① 適正体重を維持している者の増加								
	・甘味飲料を頻繁に摂取する習慣の改善(乳幼児の摂取頻度の改善)			33.3 3人	H30		H32	減少 減少	
	② 適切な量と質を摂る者の増加								
	・朝食を欠食する小中学生(※)の割合の減少			20.0	H30	H32	減少		
	※小学3年生から中学3年生			7回			増加		
	・行政等で開催する栄養教室などの栄養指導の実施			50.5	75%	増加			
・食生活等の生活習慣の改善意思のある者の割合の増加	69.4								
③ 食の循環や環境を意識した食育の推進				年2回	H30		増加		
身体活動・運動	① 日常生活における歩数の増加								
	(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の増加)								
	・20~64歳	男性 7,788歩 女性 6,893歩	H24	男性 53.8% 女性 23.3%	H34	男性 9,000歩 女性 8,500歩	男性 増加 女性 増加		
	・65歳以上	男性 5,829歩 女性 4,979歩		男性 62.5% 女性 58.1%		男性 7,000歩 女性 6,000歩	男性 増加 女性 増加		
	② 運動習慣者の割合の増加								
	・20~64歳	男性 26.5 女性 21.5		男性 26.9 女性 12.8		男性 36.0% 女性 33.0%	男性 増加 女性 増加		
	・65歳以上	男性 49.6 女性 39.4	男性 50.0 女性 34.9	男性 58.0% 女性 48.0%	男性 増加 女性 増加				
	飲酒	① 妊娠中の飲酒をなくす	8.7	H22	0.0	H25	0.0%	0.0%	
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		男性 15.0 女性 9.0	H25	男性 13.8 女性 2.4	H26	男性 13.0% 女性 6.4%	男性 減少 女性 減少		
(1日あたりの純アルコールの摂取量が男子40g以上、女性20g以上の者)									
喫煙	① 妊婦の喫煙をなくす	5.0	H22	0.0	H25	0.0%	0.0%		
	② 成人の禁煙率の減少(喫煙を止めたい者が止める)	19.3	H25			12.0%	減少		
歯・口腔の健康	① 歯周病を有する者の割合の減少								
	・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	28.0	H23	0.0	H25	25.0%	減少		
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	51.6		33.3		45.0%	減少		
	② 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加								
・3歳児でう蝕がない者の割合の増加			61.5	H26		80.0%			
・12歳児の1人平均歯数の減少			2.5本			減少			
③ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(8020さわやか健診受診者数)	47.8	H24	86人		65.0%	90人			
高齢者	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	H24	129人	H26	657万人	H34	現状維持または減少	
	② 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	16.8	H25	8.4	H26	22.0%	11.0%		
こころの休養	① 自殺者の減少(人口10万人当たり)	20.7	H25	0.0	H25	自殺総合対策大綱見直しの状況を踏まえた設定	H34	0.0%	
	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.0	H25	23.9	H26	15.0%	H34	15.0%	

(デ-列-入)

※1:がん検診受診状況 ※2:特定健診結果 ※3:法定報告  
 ※4:障がい者手帳台帳 ※5:妊娠届 ※6:出生届 ※7:特定健診問診票  
 ※8:8020さわやか健診受診状況 ※9:3歳児健診結果  
 ※10:小学校歯科検診結果 ※11:介護保険事業報告 ※12:人口動態  
 ※13:その他行政報告

## 第Ⅲ章

### 計 画 の 推 進



## 第三章 計画の推進

### 第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

#### 1. 活動展開の視点

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

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

したがって、健康増進施策を中頓別町の重要な行政施策として位置づけ、健康なかとんべつ21(第二次)の推進においては、住民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

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

ひとりひとりの身体は、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。

ひとり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、共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努めながら、地域の健康課題に対し、住民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる地域活動をめざします。

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

#### 2. 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携(表1)が必要です。

また、庁内関係担当課との連携及び関係機関、関係団体、行政等が協同して進めていきます。



## 第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師・栄養士は、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かなければなりません。

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中で作られていきます。

国では保健師・栄養士について、予防接種などと同様、必要な社会保障のひとつという認識がされています。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、保健師等の適正な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（橋本正巳）」とされています。

保健師や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参加し、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。