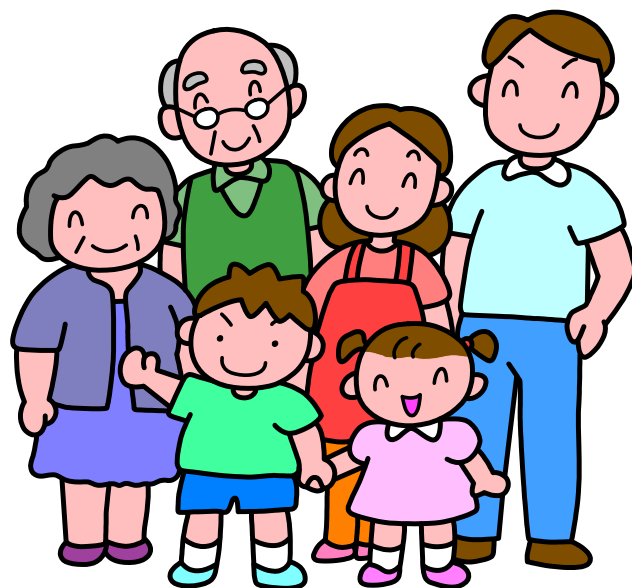


健康あつま21

「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))」

計画期間：平成25年4月～平成35年3月



厚真町

目 次

序章 計画策定にあたって.....	1
1. 計画策定の趣旨.....	2
2. 計画の性格.....	5
3. 計画の期間.....	5
4. 計画の対象.....	5
第Ⅰ章 厚真町の概況と特性.....	6
1. 町の概要.....	7
2. 健康に関する概況.....	8
3. 町の財政状況に占める社会保障費.....	22
第Ⅱ章 課題別の実態と対策.....	23
1. 生活習慣病の予防.....	26
(1) がん.....	26
(2) 循環器疾患.....	32
(3) 糖尿病.....	41
(4) 歯・口腔の健康.....	49
(5) 腎機能障害・慢性腎臓病（CKD）.....	52
2. 生活習慣・社会環境の改善.....	56
(1) 栄養・食生活.....	56
(2) 身体活動・運動.....	72
(3) 飲酒.....	78
(4) 喫煙.....	82
(5) 休養.....	84

3. こころの健康.....	86
4. 目標の設定.....	93
第Ⅲ章 現状と課題のまとめ.....	96
1. 現状から優先して取組課題の明確化.....	97
第Ⅳ章 計画の推進.....	100
1. 健康増進にむけた取組の推進.....	101
(1) 活動展開の視点.....	101
(2) 関係機関との連携.....	101
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上.....	104

<資料>

1. 厚真町健康づくり推進協議会委員名簿

序章 計画策定にあたって

序章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

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」の基本的な方向性及び目標項目については、別表 I のように考え、これまでの様々な事業の取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康あつま 21 を策定します。

参考 基本的な方向性の概略

(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) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

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

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

* NCD 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、世界保健機関(WHO)では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

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

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

「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」

(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

(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		
		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・大腸・乳がん)		③ 75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 特定健診調査・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者の減少		
	歯・口腔の健康		①乳幼児・学童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む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者の割合の増加		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		②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		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介護福祉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識している国民の割合の増加
	飲酒		①妊娠中の飲酒をなくす 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んでいる者の割合の減少	
	喫煙		①妊娠中の喫煙をなくす 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成人の喫煙者の減少	⑤CCPD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週労働時間が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し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奨め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 ⑤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・相談が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む自治体数の増加

2. 計画の性格

この計画は、第三次厚真町総合計画（平成18年度～27年度）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厚真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	厚真町が策定した計画
健康増進法	健康増進計画すこやか北海道21	—
次世代育成対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	厚真町つくしんぼプラン
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	厚真町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	北海道歯科保健医療推進計画	—
介護保険法	北海道介護保険事業支援計画	第5期厚真町介護保険事業計画 (a-5プラン)

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 厚真町の概況と特性

第 I 章 厚真町の概況と特性

1. 町の概要

(1) 位置

厚真町は、北海道の道央ベルト地帯の中に位置します。苫小牧市に隣接し、国道・道道・JRの主要幹線に起点となる駅やインターチェンジ、本州と結ぶフェリーターミナルがあり、新千歳空港へも近距離に位置しています。

(2) 地理・地形

東西に17.3km、南北に約32.5kmあり、面積は404.56km²の町です。面積の約83%は山林や原野などで占められ、田畑は15.3%で自然に恵まれた広大な平坦地となっています。

(3) 気候

厚真町の気候は、太平洋側西部気候区に属し、冬は北海道のなかでも降雪量が少なく暖かく、夏は涼しい気候となっています。8月の雨量が年間で最も多く、過去30年間の統計から、平均気温は6.6度、平均風速は2.2mで、年平均日照時間は1,590時間となっています。

(4) 沿革

寛永17年(1640年)に、現在の駒ヶ岳が大噴火を起こし、この噴火を逃れたアイヌの人たち約30戸が浜厚真に住んだのが文献上最初であったとされています。明治15年ころから富山県や石川県、新潟県人らが続いて入植し、本格的に開拓が始まりました。

明治22年に苫小牧6カ村戸長役場に属した時代を経て、明治30年には厚真村として独立、昭和35年の町制施行によって「厚真町」が誕生しました。昭和55年には北海道電力苫東厚真火力発電所が営業運転を開始し、続いて国家・民間石油備蓄基地、コールセンターが操業を開始しました。

また、平成10年には高規格幹線道路日高自動車道厚真ICが供用を開始、翌11年からは、浜厚真の周文埠頭から秋田港、新潟港を経由し、福井県敦賀港を結ぶ新日本海フェリーが運航を開始するなど、北海道の太平洋沿岸の交通の要所となっています。

2. 健康に関する概況

表1 町の健康に関する概況

項目	項目	全国		北海道		厚真町				
		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	-	4,890	-		
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	554	11.3%		
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	2,751	56.3%		
		65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	1,585	32.4%		
		(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	866	17.7%		
2	平均寿命 厚生労働省	男性	78.8		78.3		77.2	137位		
		女性	85.8		85.8		84.4	169位		
3	死亡 (主な死因年次推移分類) 22年要人口動態 調査 厚真町子データ 平成22年度版 地域保健課作成 21年要死亡	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)			
		1位	悪性新生物	279.7	324.8	悪性新生物	388.5			
		2位	心疾患	149.8	162.6	肺炎	347.6			
		3位	脳血管疾患	97.7	96.3	心疾患	265.8			
		4位	肺炎	94.1	96.2	脳血管疾患	102.2			
		5位	老衰	35.9	30.3	腎不全	61.3			
4	早世子防からみた 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%	8人	12.5%		
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	4人	11.8%		
		女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	4人	13.3%		
5	H22年度 介護保険事業状況 報告書	認定者数(H22年度末)	5,062,234人		245,769人		251人			
		総人口	126,923,410人		5,498,916人		4,870人			
		40～64歳人口	43,221,255人		1,948,048人		1,586人			
		1号被保険者計**	29,098,466人		1,352,966人		1,594人			
		75歳以上**	14,276,616人		673,874人		881人			
		1号認定者数/1号被保険者	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	244人	15.3%		
		再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	229人	26.0%		
		再)65～74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	15人	2.1%		
		1号認定者の原因疾病			原因	人数	割合	原因	人数	割合
		第1位						認知症	46人	18.9%
第2位						脳血管疾患	41人	16.8%		
第3位						高血圧症	41人	16.8%		
第4位						変形性膝関節症	10人	4.1%		
第5位						骨折	9人	3.7%		
2号認定者数	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%		7人	0.44%			
再)脳血管疾患割合(2号認定者)						5人	71.4%			
第1号被保険者分 介護給付費	6,663,722,854	1人あたり 229	296,109,294	1人あたり 219		332,991	1人あたり 209			
第5期保険料額(月額)	4,972円		4,631円			4,500円				
6	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告書	加入者(年度平均)	14,059,915人		667,265		897			
		1人あたり医療費(円)	904,795円		1,070,584	全国 34位	947,003	全道 102位		
		医療費総額(千円)	12,721,335,977,000円		714,268,239		848,515			
7	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		
		年度末現在	35,849,071人	-	1,506,331人	-	1,737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%	580人	33.4%		
		一般	33,851,629人	94.4%	247,804人	16.5%	287人	16.5%		
		退職	1,997,442人	5.6%	1,426,957人	94.7%	1,692人	97.4%		
加入率(年度末)		28.00%		27.4%		37.4%				
8	医療費分析	医療費総額(千円)	10,730,826,914	1人あたり 299	514,984,785	342	514,492	296		
		(再掲)前期高齢者 (再掲)70歳以上			256,895,211	516	235,318	406		
		一般	9,981,583,067	295	148,716,172	600	127,694	445		
		退職	749,243,846	375	480,374,599	337	492,863	291		
		生活習慣病レセ状況		率		率		率		
9	人工透析患者 23年度末	費用額/占有率					15205640円	54.2%		
		枚数/占有率					539枚	47.3%		
		実人数					498人			
		(再掲)40～74歳					503枚	44.1%		
		(再掲)65～74歳					332枚	29.1%		
		脳血管疾患					53	10.2%		
		虚血性心疾患					153	29.6%		
		糖尿病					148	28.6%		
		(再掲)インスリン療法					15	9.9%		
		(再掲)人工透析					1	0.7%		
10	生活保護 平成22年度	糖尿病性腎症/割合					7人	46.7%		
		保障世帯/保障人員/保障率(%)	1,410,049	1,952,063	15.3	110,312	159,542	28.8		
		受診者数	7,169,761人	32.0%	218,140	22.6%	45位	541	48.2%	
		終了者数	198,778人	20.8%	8,533	20.9%	17位	46	41.4%	
		有所見者								
		有所見率								
		全国順位								
		全道順位								
		有所見者								
		有所見率								
11	特定健診 特定保健指導 H22年度 特定保健指導実施率調査	腹囲	68,632	30.2%	68,632	30.2%	203	32.0%		
		BMI	63,594	28.0%	63,594	28.0%	239	37.6%		
		中性脂肪	45,651	20.1%	45,651	20.1%	168	26.5%		
		ALT(GPT)	35,408	15.6%	35,408	15.6%	116	18.3%		
		HDL	10,287	4.5%	10,287	4.5%	27	4.3%		
		血糖値	53,728	23.7%	53,728	23.7%	9	1.4%		
		HbA1c	120,733	53.2%	120,733	53.2%	184	29.0%		
		尿酸	9,721	4.3%	9,721	4.3%	37	5.8%		
		収縮期血圧	105,656	46.5%	105,656	46.5%	376	59.2%		
		拡張期血圧	44,195	19.5%	44,195	19.5%	190	29.9%		
12	北海道保健連合会 H22年度市町村国保 における特定健診等 結果状況報告書	LDLコレステロール	124,052	54.6%	124,052	54.6%	275	43.3%		
		尿酸	13,347	5.9%	13,347	5.9%	50	7.9%		
		クレアチニン	1,063	0.5%	1,063	0.5%	8	1.3%		
		出生数(人口千対)	1,071,304人	8.50	40,158	7.32	36	7.38		
		低体重児出生率(出生百対)	103,049	9.62	3,934	9.80	3	8.33		

(1) 人口構成

厚真町の人口構成を全国、北海道と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や北海道より高くなっています。

厚真町の人口(国勢調査)は、平成17年には5,240人でしたが、平成22年には4,890人となり減少傾向にあります。

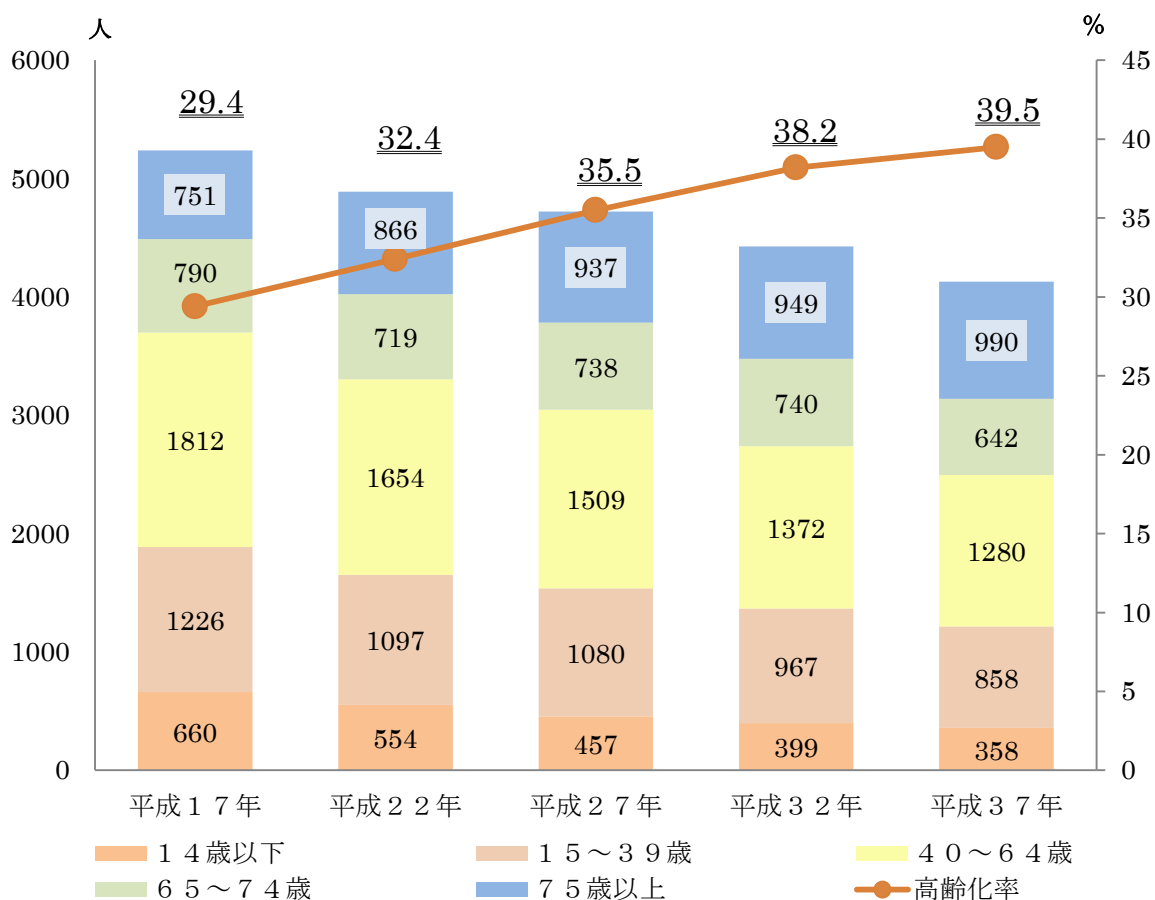
人口構成は、64歳以下人口が平成17年から平成22年までの5年間に、393人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で44人増加しています。

高齢化率は、平成17年には29.4%でしたが、平成22年には32.4%となり、5年間で3.0ポイント高くなっており、全国(23.0%)や北海道(24.7%)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22年 国勢調査
平成27年、平成32年、平成37年 国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』

(2) 死亡

厚真町の主要死因を全国、北海道と比較すると上位5死因ともに全国・北海道を上回る死亡率となっています。特に腎不全・肺炎は、全国・北海道に比べ4～6倍の高率となっており、なかでも女性の腎不全標準化死亡は全道1位(表4)となっています。

また、自殺による死亡率も、全国や北海道より高くなっています。

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57.2%、平成22年は50.6%と、全体の半数を占めていますが、割合は減少してきています。

また、それぞれの年齢調整死亡率は、悪性新生物と脳血管疾患では大きく減少しましたが、虚血性心疾患による死亡には、あまり変化がみられませんでした。

高齢化の進展に伴い、肺炎が2位となり死亡割合が上昇しています。(表2)

また、早世(64歳以下)死亡の減少については、平成17年との比較では男性では減少しましたが、女性では増加し、全国・北海道と比較しても高い割合となっています。(表3)

表2 厚真町の主要死因の変化

年度	平成17年度				平成21年度					
	人口	死亡者総数	死亡率(人口10万人当たり)		人口	死亡者総数	死亡率(人口10万人当たり)			
全体	5,240	91	1736.6		4,900	73	1490.0			
死亡原因	1位	悪性新生物				1位	悪性新生物			
		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合
		25	477.1	6	27.5		19	387.8	4	26.0
	2位	肺炎				2位	肺炎			
		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合
		14	267.2	3	15.4		17	346.9	2	23.3
	3位	脳血管疾患				3位	心疾患			
		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合
		14	267.2	0	15.4		13	265.3	2	17.8
	4位	心疾患				4位	脳血管疾患			
		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合
		13	248.1	3	14.3		5	102.0	0	6.8
5位	腎不全				5位	腎不全				
	死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合	
	5	95.4		5.5		3	61.2	-	4.1	
6位	自殺				6位	自殺				
	死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	75歳未満死亡者数	全死亡に占める割合	
	3	57.3	2	3.3		2	40.8	1	2.7	

死亡率	H17年		H21年	
	全国	北海道	全国	北海道
悪性新生物	258.3	285.3	273.5	311.8
肺炎	85	93	89	89.6
脳血管疾患	105.3	103.3	97.2	96.7
心疾患	137.2	140.3	143.7	157.4
腎不全	16.3	15.4	18.1	25.1
自殺	24.2	36.1	24.4	26

表3 65歳未満死亡の割合（都道府県順位）

順位	総数				男性				女性				順位
	H17年		H22年		H17年		H22年		H17年		H22年		
1	沖縄	22.9	沖縄	20.9	沖縄	29.9	沖縄	27.5	埼玉	16.8	★厚真町	16	1
2	埼玉	22.5	埼玉	18.2	埼玉	27	埼玉	22.2	神奈川	15.7	沖縄	13.3	2
3	神奈川	21.5	千葉	16.9	大阪	26.4	千葉	21	★厚真町	15.7	埼玉	13.2	3
4	大阪	21.4	神奈川	16.8	千葉	26	大阪	20.9	千葉	15.6	神奈川	12.3	4
5	千葉	21.4	大阪	16.7	神奈川	25.9	東京	20.7	大阪	15.4	千葉	12.1	5
6	東京	19.7	東京	16.4	青森	24.6	青森	20.5	沖縄	15	大阪	11.7	6
7	愛知	19.6	青森	15.9	東京	24.6	神奈川	20.4	北海道	14.2	北海道	11.7	7
8	北海道	19	愛知	15.7	愛知	24.5	茨城	20	愛知	13.8	東京	11.4	8
9	青森	19	北海道	15.7	福岡	23.8	栃木	19.9	東京	13.7	愛知	11.1	9
10	福岡	18.4	茨城	15.5	茨城	23.1	福岡	19.6	兵庫	12.8	青森	10.6	10
11	茨城	18.3	栃木	15.4	兵庫	22.9	愛知	19.5	茨城	12.7	栃木	10.4	11
12	兵庫	18.2	福岡	15.1	北海道	22.9	北海道	19.1	☆全国	12.4	茨城	10.3	12
13	☆全国	18	☆全国	14.8	栃木	22.8	☆全国	18.9	静岡	12.4	福岡	10.2	13
14	栃木	18	兵庫	14.6	宮城	22.7	宮城	18.8	奈良	12.4	☆全国	10	14
15	宮城	17.8	群馬	14.2	☆全国	22.7	兵庫	18.7	福岡	12.4	兵庫	10	15
16	静岡	17.3	宮城	14.1	奈良	21.6	長崎	18.6	栃木	12.3	静岡	9.7	16
17	奈良	17.3	長崎	13.8	群馬	21.6	群馬	18.5	青森	12.1	奈良	9.7	17
18	群馬	16.9	京都	13.8	鳥取	21.5	京都	18.2	滋賀	12.1	滋賀	9.5	18
19	滋賀	16.7	石川	13.8	静岡	21.4	愛媛	18.1	岐阜	11.9	群馬	9.5	19
20	京都	16.6	静岡	13.8	京都	21.3	広島	18.1	宮城	11.9	京都	9.3	20
21	広島	16.5	滋賀	13.7	長崎	21.2	石川	18	群馬	11.6	石川	9.2	21
22	石川	16.3	★厚真町	13.7	滋賀	21	福島	18	京都	11.6	宮崎	9	22
23	岐阜	16.3	広島	13.6	広島	20.8	山梨	17.8	石川	11.5	岩手	8.9	23
24	長崎	16.2	愛媛	13.6	石川	20.7	岩手	17.7	広島	11.4	宮城	8.9	24
25	鳥取	15.8	岩手	13.5	高知	20.6	滋賀	17.7	長崎	10.7	岐阜	8.9	25
26	宮崎	15.7	山梨	13.4	宮崎	20.5	宮崎	17.6	宮崎	10.6	長崎	8.9	26
27	岩手	15.7	福島	13.3	愛媛	20.2	鹿児島	17.5	愛媛	10.6	広島	8.8	27
28	高知	15.7	宮崎	13.3	徳島	20.2	静岡	17.5	岩手	10.5	愛媛	8.7	28
29	愛媛	15.6	奈良	13	岩手	20.2	高知	17.3	三重	10.5	三重	8.7	29
30	福島	15.5	岐阜	13	佐賀	20	秋田	17.1	富山	10.4	和歌山	8.6	30
31	★厚真町	15.4	佐賀	12.9	岐阜	20	鳥取	17	福井	10.4	山口	8.6	31
32	富山	15.4	三重	12.8	福島	19.9	徳島	17	和歌山	10.3	佐賀	8.6	32
33	三重	15.3	鳥取	12.8	鹿児島	19.9	佐賀	17	高知	10.2	鳥取	8.5	33
34	山梨	15.3	熊本	12.7	富山	19.9	熊本	16.9	福島	10.1	山梨	8.5	34
35	和歌山	15.2	鹿児島	12.7	山梨	19.9	岡山	16.8	山口	10.1	熊本	8.5	35
36	佐賀	15.2	秋田	12.7	和歌山	19.8	三重	16.7	山梨	10	福島	8.2	36
37	山口	15.1	和歌山	12.6	三重	19.7	岐阜	16.6	佐賀	10	香川	8.2	37
38	秋田	14.9	香川	12.5	山口	19.6	香川	16.6	熊本	9.8	富山	8.2	38
39	徳島	14.8	岡山	12.5	岡山	19.5	新潟	16.6	秋田	9.8	鹿児島	8	39
40	岡山	14.7	高知	12.4	秋田	19.4	和歌山	16.4	岡山	9.4	秋田	7.9	40
41	鹿児島	14.6	徳島	12.4	新潟	19.3	大分	16.2	大分	9.4	岡山	7.9	41
42	新潟	14.5	山口	12.4	大分	19	富山	16.2	香川	9.2	福井	7.8	42
43	大分	14.4	富山	12.3	香川	18.9	奈良	16	長野	9.2	大分	7.8	43
44	香川	14.3	新潟	12.1	熊本	18.3	山口	15.9	鳥取	9.2	徳島	7.5	44
45	福井	14.3	大分	12.1	福井	18	島根	15.1	鹿児島	9.1	高知	7.4	45
46	熊本	14.2	福井	11.4	山形	17.6	福井	14.8	徳島	9.1	山形	7.4	46
47	長野	13.6	山形	11	長野	17.5	山形	14.4	新潟	9	新潟	7.4	47
48	山形	13.3	島根	10.8	島根	17.5	長野	14.2	山形	8.5	長野	7.1	48
49	島根	13.1	長野	10.7	★厚真町	15	★厚真町	11.5	島根	8.1	島根	6.5	49

表4 北海道市町村別の腎不全標準化死亡

【男性】

順位	保険者名	死亡数	SMR	順位	保険者名	死亡数	SMR
1	標津町	14	287.7 **	37	池田町	18	172.6 *
2	岩内町	29	217.1 **	38	別海町	23	169.8 *
3	富良野市	52	210.6 **	39	日高町	24	164.5 *
4	鹿追町	12	207.1 **	40	森町	29	163.1 *
5	赤平市	38	200.7 **	41	俱知安町	20	162.3 *
6	苫小牧市	212	193.0 **	42	八雲町	30	151.7 *
7	松前町	21	185.6 **	43	稚内市	42	143.2 *
8	夕張市	34	184.4 **	44	赤井川村	3	211.2
9	むかわ町	21	183.4 **	45	新篠津村	8	194.7
10	室蘭市	156	173.5 **	46	鹿部町	7	185.7
11	白老町	38	171.4 **	47	遠別町	8	184.2
12	七飯町	42	170.6 **	48	幌延町	5	182.4
13	名寄市	50	166.1 **	49	浦臼町	7	174.8
14	小樽市	226	165.2 **	50	訓子府町	12	170.8
15	留萌市	34	161.4 **	51	豊富町	9	169.6
16	千歳市	68	155.6 **	52	えりも町	9	169.1
17	釧路市	208	153.4 **	53	標茶町	14	160.4
18	深川市	47	152.7 **	54	浜頓別町	7	155.0
19	士別市	42	151.1 **	55	猿払村	4	154.5
20	登別市	73	149.7 **	56	釧路町	17	153.9
21	江別市	120	147.0 **	57	薄別町	20	153.7
22	函館市	342	144.8 **	58	精丹町	7	153.0
23	岩見沢市	111	137.5 **	59	厚真町	10	151.4
24	北海道	5,647	129.2 **	60	広尾町	11	150.1
25	札幌市	1,379	122.3 **	61	苫前町	8	149.8
26	泊村	6	223.2 *	62	鷹栖町	12	147.0
27	島牧村	6	223.0 *	63	安平町	14	145.4
28	古平町	10	220.0 *	64	紋別市	33	145.2
29	南富良野町	7	215.0 *	65	黒松内町	7	144.6
30	置戸町	11	209.2 *	66	初山別村	3	144.5
31	天塩町	9	205.5 *	67	寿都町	8	143.4
32	秩父別町	8	202.8 *	68	知内町	8	142.5
33	浜中町	13	201.3 *	69	大空町	13	142.3
34	江差町	18	178.2 *	70	福島町	9	140.9
35	弟子屈町	16	176.2 *	71	白糠町	14	140.2
36	長万部町	16	174.8 *	72	東川町	12	136.8

※「北海道における主要死因の概要7」(平成23年6月)財団法人 北海道健康づくり財団より
2000年(平成12年)～2009年(平成21年)までの10年間を対象としている

【女性】

順位	保険者名	死亡数	SMR	順位	保険者名	死亡数	SMR
1	厚真町	19	283.4 **	37	蘭越町	14	170.7 *
2	岩内町	37	237.2 **	38	上砂川町	14	169.5 *
3	雨竜町	14	233.1 **	39	釧路町	19	168.4 *
4	上ノ国町	16	215.1 **	40	三笠市	33	153.6 *
5	赤平市	46	206.8 **	41	夕張市	30	150.6 *
6	苫小牧市	239	205.8 **	42	紋別市	36	143.0 *
7	長万部町	18	199.4 **	43	余市町	37	137.9 *
8	別海町	25	195.9 **	44	伊達市	60	136.3 *
9	八雲町	45	193.8 **	45	深川市	50	133.7 *
10	広尾町	17	188.0 **	46	登別市	67	133.2 *
11	稚内市	59	185.7 **	47	千歳市	58	132.9 *
12	白老町	38	183.7 **	48	帯広市	142	122.3 *
13	森町	40	178.7 **	49	幌延町	5	200.6
14	士別市	51	176.7 **	50	真狩村	6	185.1
15	斜里町	23	176.1 **	51	鹿部町	7	181.9
16	釧路市	259	174.6 **	52	北竜町	7	180.5
17	富良野市	45	173.2 **	53	小平町	10	174.9
18	恵庭市	67	168.6 **	54	喜茂別町	5	172.4
19	函館市	456	155.2 **	55	上士幌町	11	169.9
20	名寄市	53	153.6 **	56	猿払村	5	167.1
21	美唄市	55	150.1 **	57	共和町	12	166.4
22	北広島市	64	146.6 **	58	和寒町	12	165.7
23	室蘭市	140	144.6 **	59	沼田町	11	165.3
24	江別市	111	137.9 **	60	秩父別町	8	160.7
25	岩見沢市	115	135.5 **	61	雄武町	10	158.4
26	北海道	6,376	132.2 **	62	当麻町	15	158.0
27	札幌市	1,510	120.2 **	63	俱知安町	19	155.2
28	旭川市	350	116.6 **	64	陸別町	6	155.2
29	小樽市	254	15.0 **	65	利尻町	7	151.1
30	泊村	13	251.0 *	66	月形町	11	147.9
31	南富良野町	8	250.3 *	67	白糠町	15	147.7
32	鹿追町	12	204.5 *	68	古平町	7	146.2
33	二セコ町	10	198.7 *	69	黒松内町	9	146.0
34	寿都町	11	197.3 *	70	妹背牛町	8	145.5
35	美深町	14	191.3 *	71	訓子府町	10	145.4
36	浜頓別町	10	186.0 *	72	大空町	14	144.4

有意水準5% * SMRが有意に高い(全国に比べ死亡することが有意に多い)
有意水準1% ** SMRが有意に高い(全国に比べ死亡することが有意に多い)
有意水準5% -* SMRが有意に低い(全国に比べ死亡することが有意に少ない)
有意水準1% -* SMRが有意に低い(全国に比べ死亡することが有意に少ない)

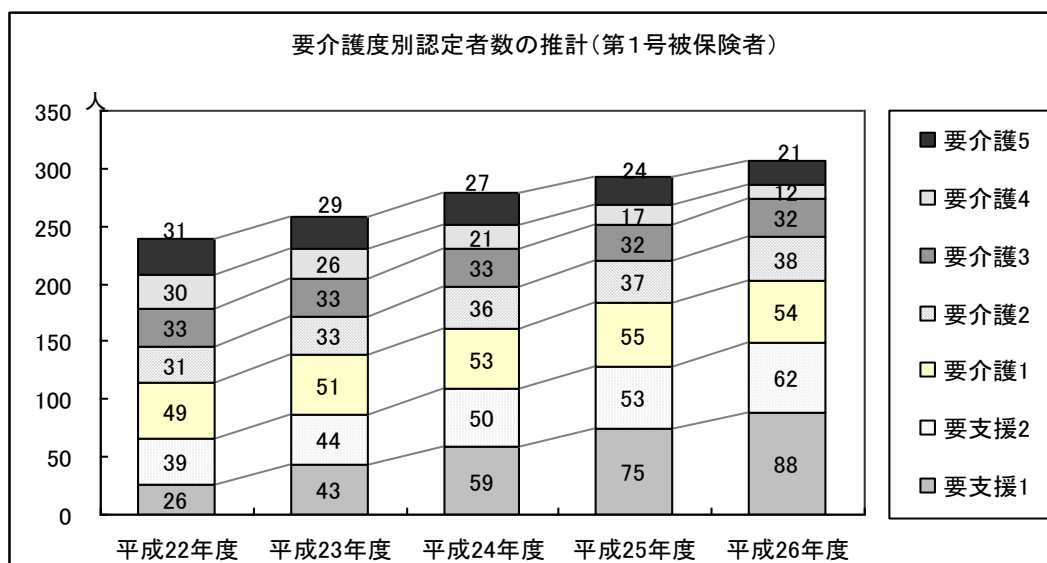
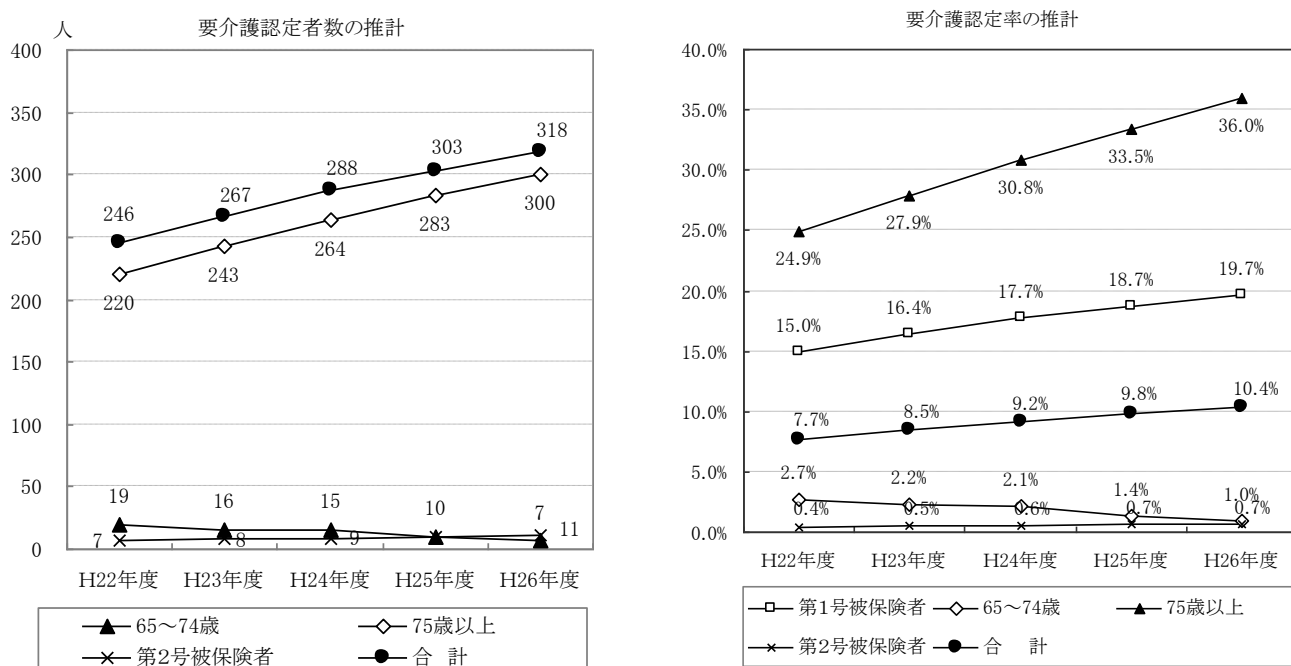
(3) 介護保険

厚真町の介護保険の認定率は、第1号被保険者及び第2号被保険者ともに、全国や北海道より高くなっています。

厚真町の平成22年の要介護（支援）認定者数は、246人であり、介護度が現在の区分となった、平成18年の242人と比べて、4人、1.7%増加しています。（図2）

また、介護給付費は、353,647千円から364,556千円へと、10,909千円、3.1%増加しています。

図2 要介護（支援）認定者数の推移



介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると厚真町では、全国、北海道に比べて要支援2、要介護1の軽度認定者と要介護5の重度認定者の割合が高くなっています。

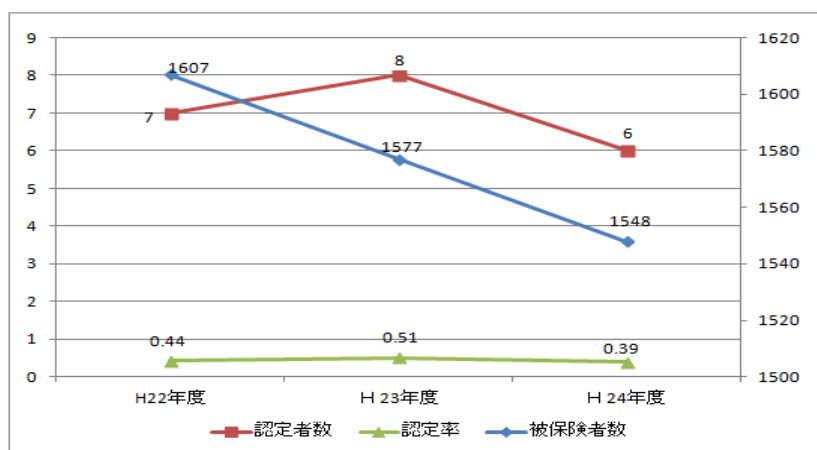
第2号被保険者の認定者も要介護1、要介護2の軽度認定者が多く、重度認定者は0人となっています。（表5）

表5 要介護（要支援）度別認定者数（H22年度）

【総数】		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
厚真町	人数	246	27	40	52	33	152	33	30	31	94
	%	100.0%	11.0%	16.3%	21.1%	13.4%	61.8%	13.4%	12.2%	12.6%	38.2%
北海道	人数	241,426	33,990	34,221	48,154	41,831	158,196	29,571	26,440	27,219	83,230
	%	100.0%	14.1%	14.2%	19.9%	17.3%	65.5%	12.2%	11.0%	11.3%	34.5%
全国	人数	5,002,874	656,383	656,383	893,662	876,871	3,083,299	698,593	634,031	586,951	1,919,575
	%	100.0%	13.1%	13.1%	17.9%	17.5%	61.6%	14.0%	12.7%	11.7%	38.4%
【第2号被保険者】		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
厚真町	人数	7	1	1	3	2	7	0	0	0	0
	%	100.0%	14.3%	14.3%	42.9%	28.6%	100.0%				
北海道	人数	6,992	545	1,000	1,207	1,638	4,390	971	713	918	2,602
	%	100.0%	7.8%	14.3%	17.3%	23.4%	62.8%	13.9%	10.2%	13.1%	37.2%
全国	人数	153,356	11,821	20,399	23,967	33,955	90,142	22,723	18,723	21,768	63,214
	%	100.0%	7.7%	13.3%	15.6%	22.1%	58.8%	14.8%	12.2%	14.2%	41.2%

第2号被保険者は、平成22年～24年にかけて、新規認定者は、0～1人/年となっています。全体で見ると第1号被保険者への移行等によって、人数は減少傾向にあります。しかし、第2号被保険者の認定原因疾患は、脳血管疾患が最も多く、脳血管疾患の要因として、高血圧や糖尿病の罹患があるため、今後も若年層からの生活習慣病予防への取り組みが必要と考えられます。（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



平成23年度第2号認定者の原因疾患

原因疾患	人数	%
脳血管疾患	5人	62.5%
認知症	2人	25.0%
その他	1人	12.5%

第1号被保険者は、平成20年～23年にかけて、新規認定者は、41～55人/年、平均年齢81歳となっており、高齢者の増加に伴い今後も横ばい又は増加傾向になると考えられます。第1号被保険者の認定原因疾患は、運動器（筋・骨格系疾患等）が最も多く次いで脳血管疾患となっています。（図4）脳血管疾患の原因として、高血圧や糖尿病の罹患があり、その他内訳の中でも、高血圧が高い割合を占めており、今後も若年層からの生活習慣病予防への取り組みが必要と考えられます。（表6）

図4 新規認定者の原因疾患

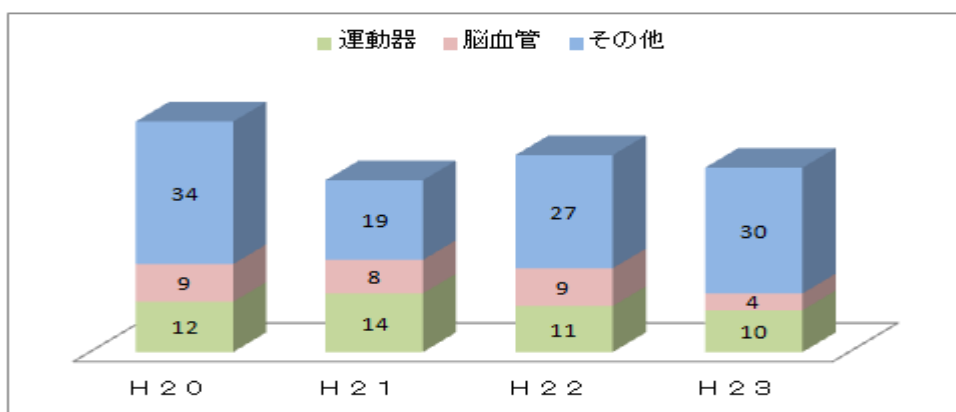


表6 新規認定者の原因疾患とその他の内訳

年度		H20	H21	H22	H23
原因疾患	運動器	12	14	11	10
	脳血管	9	8	9	4
	その他	34	19	27	30
	合計	55	41	47	44
【その他の内訳】					
	糖尿病	1	1	0	1
	高血圧	7	4	4	6
	心疾患	1	2	4	2
	呼吸器系	5	2	1	2
	悪性新生物	5	2	8	8
	認知症	13	5	4	9
	神経系	0	2	1	0
	その他	2	1	5	2

(4) 後期高齢者医療

厚真町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、全国との比較では高く、北海道との比較では、低くなっています。しかし、高齢化に伴い、一人当たりの医療費は平成20年度以降横ばいまたは、増加となっており、今後高齢化が進む中、増加していくことが見込まれます。

（H20年度：917,927円、H21年度：913,532円、H22年度：947,003円）

(5) 国保

厚真町の国民健康保険加入者は、全国や北海道と比較して、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。

厚真町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、退職が、全国や北海道と比較して、かなり高い費用となっています。また、一般と比較して退職の状況が悪いことは、他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、いずれの疾患も北海道より低く、このことが、医療費の低さに繋がっていると考えられます。

(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、医療保険者による厚真町の特健康診査・特定保健指導は、平成22年度の法定報告で、受診率48.21%（国41.44%→市町村国保33.0%、北海道市町村国保22.61%）、保健指導実施率41.44%（国18.0%→市町村国保20.3%、北海道市町村国保27.98%）と国および北海道より高くなっています。

特定健康診査の結果については、HbA1c（糖尿病検査）、LDL（悪玉）コレステロール以外、北海道の平均値より高くなっています。（表8）なかでも、血圧（特に収縮期血圧）は、全道8位、尿蛋白（+）以上は全道9位、GPT51以上は全道44位となっています。内臓脂肪の蓄積と高血圧、腎機能の低下には、深いかかわりがあり、いずれも生活習慣（運動不足や喫煙、飲酒）、食生活（蛋白質、塩分、糖分等）との関連があるため、今後の保健指導の内容について、検討が必要になります。

厚真町では、高齢者の医療の確保に関する法律の中では、努力義務となっている、35歳から39歳までの町民の希望者全員に健康診査を実施しています。（図5）

平成24年度の特健康診査の初回受診者と継続受診者の結果を見てみると、初回受診者は、健診データの多くが、継続受診者より悪い状態です。（表7）

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5 厚真町の特定健康診査・健康診査受診者数（平成23年度）

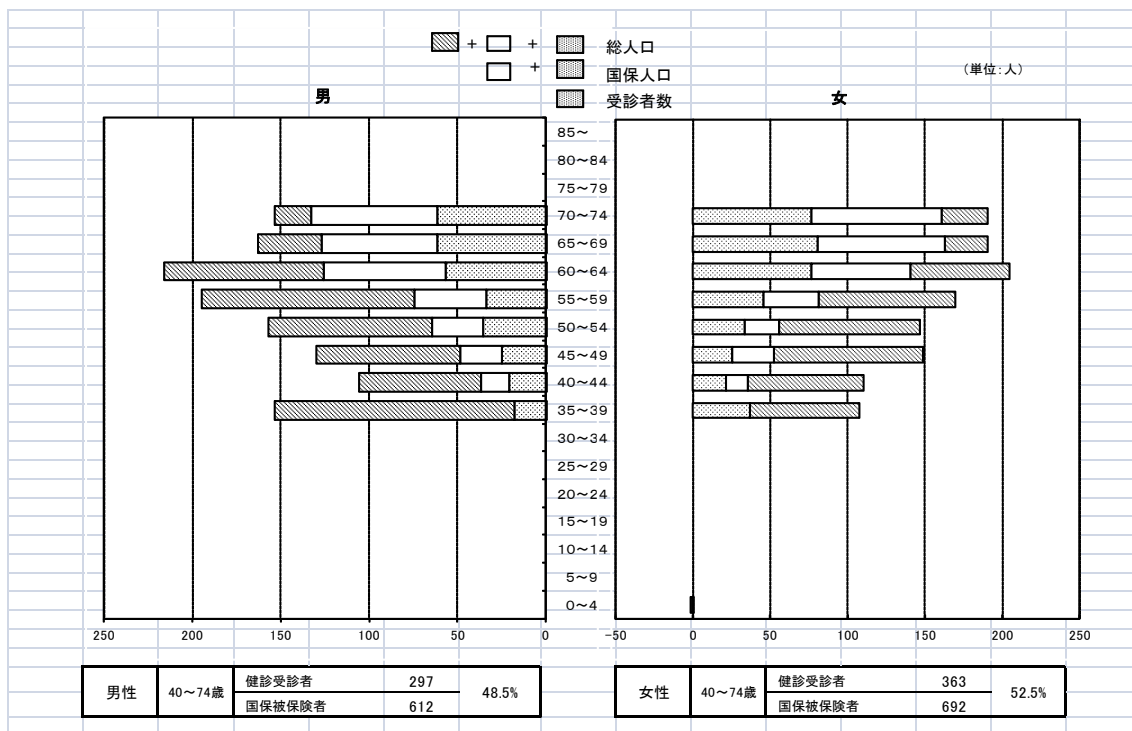


表7 初回受診者と継続受診者のデータ比較

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		H24年度 初めて受診者			
受診者数			619	100.0%	589	95.2%	30	4.8%		
項目	基準値	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)			
身体の大きさ	BMI	25以上	227	36.7%	215	36.5%	12	40.0%		
	腹囲	85or90以上	185	29.9%	170	28.9%	15	50.0%		
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	18	2.9%	17	2.9%	1	3.3%	
		HDLコレステロール	34以下	13	2.1%	13	2.2%	0	0.0%	
	インスリン抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
			随時血糖	200以上	10	1.6%	10	1.7%	0	0.0%
			HbA1c	6.5以上	24	3.9%	24	4.1%	0	0.0%
			計		26	4.2%	26	4.4%	0	0.0%
	血管を傷つける	血圧	収縮期	160以上	78	12.6%	70	11.9%	8	26.7%
拡張期			100以上	37	6.0%	34	5.8%	3	10.0%	
計				103	16.6%	95	16.1%	8	26.7%	
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上以上	56	9.0%	50	8.5%	6	20.0%		
腎機能	尿蛋白	2+以上	11	1.8%	11	1.9%	0	0.0%		
	eGFR	50or40未満	13	2.1%	13	2.2%	0	0.0%		
	尿酸	9.0以上	25	4.0%	25	4.2%	0	0.0%		

表8 胆振管内市町特定健康診査結果（平成22年度）

順位	保険者	特定健康診査			保険者	特定保健指導 終了率	保険者	尿蛋白(+)以上		保険者	メタボ該当者		保険者	メタボ予備群		保険者	HbA1c5.2~6.0%	
		対象者数	受診者数	受診率				人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合
1	厚真町	1,377	635	48.2%	豊浦町	60.5%	厚真町	50	7.9%	豊浦町	108	24.8%	壮瞥町	55	20.7%	むかわ町	536	68.1%
2	壮瞥町	721	272	37.7%	白老町	54.9%	北海道	13,347	5.9%	室蘭市	1135	20.6%	白老町	146	14.4%	豊浦町	239	58.9%
3	豊浦町	1,240	442	35.7%	厚真町	41.4%	登別市	132	5.6%	苫小牧市	1330	20.1%	登別市	286	12.3%	伊達市	984	58.7%
4	むかわ町	2,552	789	30.9%	登別市	33.7%	室蘭市	293	5.2%	登別市	450	19.4%	伊達市	195	11.8%	北海道	104,429	46.5%
5	室蘭市	19,253	5,592	29.0%	安平町	32.3%	苫小牧市	346	5.1%	壮瞥町	48	18.0%	北海道	24,912	11.4%	壮瞥町	119	43.8%
6	北海道	964,786	218,140	22.6%	北海道	28.0%	壮瞥町	12	4.4%	厚真町	90	16.6%	室蘭市	616	11.2%	苫小牧市	2,895	42.9%
7	苫小牧市	30,145	6,750	22.4%	洞爺湖町	24.6%	豊浦町	14	3.2%	北海道	32,825	15.0%	安平町	50	11.2%	室蘭市	2,006	36.5%
8	登別市	10,542	2,358	22.4%	むかわ町	23.5%	むかわ町	25	3.2%	白老町	146	14.4%	むかわ町	87	11.2%	安平町	166	36.1%
9	安平町	2,170	460	21.2%	室蘭市	21.6%	安平町	14	3.0%	むかわ町	106	13.7%	苫小牧市	707	10.7%	登別市	815	34.6%
10	伊達市	8,096	1,677	20.7%	伊達市	20.6%	伊達市	48	2.9%	伊達市	213	12.9%	厚真町	58	10.7%	洞爺湖町	165	34.5%
11	洞爺湖町	2,614	478	18.3%	壮瞥町	18.2%	洞爺湖町	6	1.3%	安平町	52	11.6%	洞爺湖町	47	10.0%	白老町	214	26.2%
12	白老町	5,335	878	16.5%	苫小牧市	14.2%	白老町	11	1.3%	洞爺湖町	50	10.6%	豊浦町	41	9.4%	厚真町	156	24.6%

順位	保険者	HbA1c6.1%~		保険者	血圧正常高値~Ⅰ度		保険者	血圧Ⅱ度~Ⅲ度		保険者	LDL120mg/dl~		保険者	GPT 51以上		保険者	尿酸 7.0mg/dl以上	
		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合
1	豊浦町	54	12.2%	登別市	1,260	53.4%	壮瞥町	36	13.3%	豊浦町	257	58.2%	厚真町	116	18.3%	むかわ町	73	9.3%
2	むかわ町	80	10.2%	豊浦町	233	52.7%	厚真町	71	11.2%	白老町	488	55.6%	むかわ町	143	18.1%	豊浦町	39	8.8%
3	室蘭市	491	8.9%	室蘭市	2,927	52.4%	伊達市	149	8.9%	北海道	124,220	54.7%	壮瞥町	47	17.3%	登別市	203	8.6%
4	壮瞥町	24	8.8%	厚真町	316	49.8%	むかわ町	51	6.5%	安平町	250	54.3%	豊浦町	74	16.7%	室蘭市	469	8.4%
5	伊達市	141	8.4%	苫小牧市	3,354	49.7%	登別市	152	6.4%	むかわ町	428	54.3%	登別市	391	16.6%	洞爺湖町	39	8.2%
6	登別市	177	7.5%	むかわ町	384	48.8%	北海道	10,373	6.2%	登別市	1,275	54.0%	苫小牧市	1,110	16.4%	厚真町	37	5.8%
7	苫小牧市	503	7.5%	伊達市	776	46.3%	室蘭市	341	6.1%	室蘭市	2,954	52.9%	北海道	35,408	15.6%	安平町	25	5.4%
8	北海道	16,536	7.4%	安平町	212	46.1%	白老町	52	5.9%	洞爺湖町	248	51.9%	室蘭市	860	15.4%	北海道	9,721	4.3%
9	白老町	50	6.1%	白老町	395	45.0%	豊浦町	24	5.5%	伊達市	860	51.3%	洞爺湖町	71	14.9%	白老町	15	1.7%
10	安平町	27	5.9%	北海道	73,129	43.2%	洞爺湖町	25	5.2%	苫小牧市	3,425	50.8%	伊達市	234	14.0%	伊達市	19	1.1%
11	洞爺湖町	23	4.8%	洞爺湖町	201	42.0%	苫小牧市	350	5.2%	壮瞥町	136	50.0%	白老町	123	14.0%	壮瞥町	未実施	
12	厚真町	28	4.4%	壮瞥町			安平町	21	4.5%	厚真町	275	43.3%	安平町	59	12.8%	苫小牧市	未実施	

表9 平成20・22・24年度3カ年の健診結果比較

【男性】 平成20年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	35.70%	LDLコレステロール	45.90%	LDLコレステロール	56.20%	収縮期血圧	69.30%	収縮期血圧	74.40%	収縮期血圧	71.40%
2位	BMI	27.70%	収縮期血圧	36.10%	収縮期血圧	53.90%	LDLコレステロール	58.00%	LDLコレステロール	49.60%	腹囲	45.10%
3位	腹囲	24.30%	腹囲	34.40%	BMI	39.90%	拡張期血圧	47.70%	BMI	48.10%	LDLコレステロール	42.20%
4位	収縮期血圧	24.10%	BMI	33.60%	拡張期血圧	39.90%	腹囲	40.60%	腹囲	46.60%	HbA1c	41.30%
5位	中性脂肪	18.80%	中性脂肪	26.20%	腹囲	33.10%	BMI	38.90%	拡張期血圧	40.60%	BMI	37.40%
6位	拡張期血圧	18.80%	拡張期血圧	26.20%	中性脂肪	24.70%	HbA1c	33.20%	HbA1c	37.60%	拡張期血圧	36.40%
7位	ALT(GPT)	15.20%	ALT(GPT)	23.00%	HbA1c	23.60%	中性脂肪	28.30%	中性脂肪	29.30%	中性脂肪	21.40%
8位	尿蛋白	7.10%	HbA1c	8.20%	ALT(GPT)	18.50%	ALT(GPT)	13.10%	ALT(GPT)	10.50%	血糖値	14.10%
9位	尿酸	7.10%	尿酸	7.40%	血糖値	5.60%	血糖値	9.90%	血糖値	7.50%	ALT(GPT)	10.70%
10位	HDLコレステロール	4.50%	HDLコレステロール	4.90%	尿酸	5.60%	HDLコレステロール	4.90%	尿蛋白	6.00%	尿蛋白	7.80%

平成22年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	33.70%	BMI	38.80%	LDLコレステロール	50.80%	収縮期血圧	61.60%	収縮期血圧	63.60%	収縮期血圧	73.50%
2位	BMI	29.60%	LDLコレステロール	37.30%	収縮期血圧	47.80%	LDLコレステロール	43.40%	LDLコレステロール	39.20%	腹囲	46.00%
3位	腹囲	27.60%	腹囲	35.80%	腹囲	37.30%	腹囲	40.10%	BMI	37.60%	HbA1c	42.10%
4位	収縮期血圧	20.00%	収縮期血圧	32.60%	BMI	35.70%	BMI	37.50%	腹囲	36.80%	BMI	39.60%
5位	中性脂肪	19.40%	中性脂肪	23.10%	中性脂肪	28.10%	HbA1c	34.00%	HbA1c	36.00%	LDLコレステロール	36.60%
6位	ALT(GPT)	18.40%	ALT(GPT)	19.40%	拡張期血圧	27.80%	拡張期血圧	29.50%	拡張期血圧	27.30%	中性脂肪	26.80%
7位	尿蛋白	11.20%	拡張期血圧	15.90%	HbA1c	22.20%	中性脂肪	24.90%	中性脂肪	23.20%	拡張期血圧	20.80%
8位	拡張期血圧	9.50%	尿蛋白	11.20%	ALT(GPT)	17.30%	ALT(GPT)	17.20%	血糖値	12.00%	血糖値	18.30%
9位	尿酸	8.20%	HbA1c	8.20%	尿蛋白	7.60%	血糖値	12.00%	ALT(GPT)	10.40%	尿蛋白	11.80%
10位	HbA1c	6.10%	尿酸	8.20%	血糖値	6.50%	尿蛋白	8.10%	尿蛋白	8.90%	HDLコレステロール	10.60%

平成24年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	32.00%	LDLコレステロール	43.60%	収縮期血圧	60.30%	収縮期血圧	70.10%	収縮期血圧	73.80%	収縮期血圧	76.10%
2位	収縮期血圧	30.00%	BMI	33.70%	LDLコレステロール	55.10%	LDLコレステロール	57.50%	HbA1c	46.90%	HbA1c	55.70%
3位	中性脂肪	30.00%	収縮期血圧	32.70%	拡張期血圧	42.90%	HbA1c	48.90%	LDLコレステロール	45.50%	LDLコレステロール	45.80%
4位	BMI	28.00%	腹囲	32.70%	中性脂肪	38.50%	拡張期血圧	41.80%	腹囲	44.10%	腹囲	39.80%
5位	腹囲	24.00%	中性脂肪	31.70%	HbA1c	36.50%	腹囲	37.70%	拡張期血圧	40.70%	BMI	39.40%
6位	拡張期血圧	20.00%	HbA1c	26.70%	腹囲	35.30%	BMI	36.60%	BMI	39.30%	拡張期血圧	32.20%
7位	尿酸	12.00%	拡張期血圧	22.80%	BMI	34.60%	中性脂肪	34.30%	中性脂肪	35.90%	中性脂肪	25.00%
8位	ALT(GPT)	10.00%	ALT(GPT)	21.80%	ALT(GPT)	19.90%	心電図	25.00%	ALT(GPT)	12.40%	eGFR	23.10%
9位	HbA1c	10.00%	尿酸	7.90%	尿酸	9.60%	ALT(GPT)	14.20%	eGFR	12.00%	血糖値	17.40%
10位	HDLコレステロール	4.00%	HDLコレステロール	6.90%	eGFR	7.80%	eGFR	9.40%	尿酸	11.00%	尿酸	9.50%

【女性】 平成20年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	35.70%	LDLコレステロール	45.90%	LDLコレステロール	56.20%	収縮期血圧	69.30%	収縮期血圧	74.40%	収縮期血圧	71.40%
2位	BMI	27.70%	収縮期血圧	36.10%	収縮期血圧	53.90%	LDLコレステロール	58.00%	LDLコレステロール	49.60%	LDLコレステロール	42.20%
3位	収縮期血圧	24.10%	BMI	33.60%	BMI	39.90%	拡張期血圧	47.70%	BMI	48.10%	HbA1c	41.30%
4位	中性脂肪	18.80%	中性脂肪	26.20%	拡張期血圧	39.90%	BMI	38.90%	拡張期血圧	40.60%	BMI	37.40%
5位	拡張期血圧	18.80%	拡張期血圧	26.20%	中性脂肪	24.70%	HbA1c	33.20%	HbA1c	37.60%	拡張期血圧	36.40%
6位	腹囲	16.20%	ALT(GPT)	23.00%	HbA1c	23.60%	中性脂肪	28.30%	中性脂肪	29.30%	腹囲	27.00%
7位	ALT(GPT)	15.20%	腹囲	21.30%	ALT(GPT)	18.50%	腹囲	15.20%	腹囲	20.30%	中性脂肪	21.40%
8位	尿蛋白	7.10%	血清クレアチニン	9.80%	腹囲	18.00%	ALT(GPT)	13.10%	ALT(GPT)	10.50%	血糖値	14.10%
9位	尿酸	7.10%	HbA1c	8.20%	血糖値	5.60%	血糖値	9.90%	血清クレアチニン	9.00%	ALT(GPT)	10.70%
10位	血清クレアチニン	6.30%	尿酸	7.40%	血清クレアチニン	5.60%	血清クレアチニン	6.40%	血糖値	7.50%	血清クレアチニン	9.70%

平成22年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	33.70%	BMI	38.80%	LDLコレステロール	50.80%	収縮期血圧	61.60%	収縮期血圧	63.60%	収縮期血圧	73.50%
2位	BMI	29.60%	LDLコレステロール	37.30%	収縮期血圧	47.80%	LDLコレステロール	43.40%	LDLコレステロール	39.20%	HbA1c	42.10%
3位	収縮期血圧	20.00%	収縮期血圧	32.60%	BMI	35.70%	BMI	37.50%	BMI	37.60%	BMI	39.60%
4位	中性脂肪	19.40%	中性脂肪	23.10%	中性脂肪	28.10%	HbA1c	34.00%	HbA1c	36.00%	LDLコレステロール	36.60%
5位	ALT(GPT)	18.40%	腹囲	20.10%	拡張期血圧	27.80%	拡張期血圧	29.50%	拡張期血圧	27.30%	腹囲	29.80%
6位	腹囲	16.30%	ALT(GPT)	19.40%	HbA1c	22.20%	中性脂肪	24.90%	中性脂肪	23.20%	中性脂肪	26.80%
7位	尿蛋白	11.20%	拡張期血圧	15.90%	腹囲	18.40%	腹囲	18.40%	腹囲	19.20%	拡張期血圧	20.80%
8位	拡張期血圧	9.50%	尿蛋白	11.20%	ALT(GPT)	17.30%	ALT(GPT)	17.20%	血糖値	12.00%	血糖値	18.30%
9位	尿酸	8.20%	HbA1c	8.20%	尿蛋白	7.60%	血糖値	12.00%	ALT(GPT)	10.40%	尿蛋白	11.80%
10位	HbA1c	6.10%	尿酸	8.20%	血糖値	6.50%	尿蛋白	8.10%	尿蛋白	8.90%	HDLコレステロール	10.60%

平成24年度

	39歳以下		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70～74歳		75歳以上	
1位	LDLコレステロール	32.00%	LDLコレステロール	43.60%	収縮期血圧	60.30%	収縮期血圧	70.10%	収縮期血圧	73.80%	収縮期血圧	76.10%
2位	収縮期血圧	30.00%	BMI	33.70%	LDLコレステロール	55.10%	LDLコレステロール	57.50%	HbA1c	46.90%	HbA1c	55.70%
3位	中性脂肪	30.00%	収縮期血圧	32.70%	拡張期血圧	42.90%	HbA1c	48.90%	LDLコレステロール	45.50%	LDLコレステロール	45.80%
4位	BMI	28.00%	中性脂肪	31.70%	中性脂肪	38.50%	拡張期血圧	41.80%	拡張期血圧	40.70%	BMI	39.40%
5位	拡張期血圧	20.00%	HbA1c	26.70%	HbA1c	36.50%	BMI	36.60%	BMI	39.30%	拡張期血圧	32.20%
6位	尿酸	12.00%	拡張期血圧	22.80%	BMI	34.60%	中性脂肪	34.30%	中性脂肪	35.90%	中性脂肪	25.00%
7位	ALT(GPT)	10.00%	ALT(GPT)	21.80%	腹囲	21.80%	心電図	25.00%	腹囲	20.70%	eGFR	23.10%
8位	HbA1c	10.00%	腹囲	19.80%	ALT(GPT)	19.90%	腹囲	19.00%	ALT(GPT)	12.40%	腹囲	22.70%
9位	腹囲	8.00%	尿酸	7.90%	尿酸	9.60%	ALT(GPT)	14.20%	eGFR	12.00%	血糖値	17.40%
10位	HDLコレステロール	4.00%	HDLコレステロール	6.90%	eGFR	7.80%	eGFR	9.40%	尿酸	11.00%	尿酸	9.50%

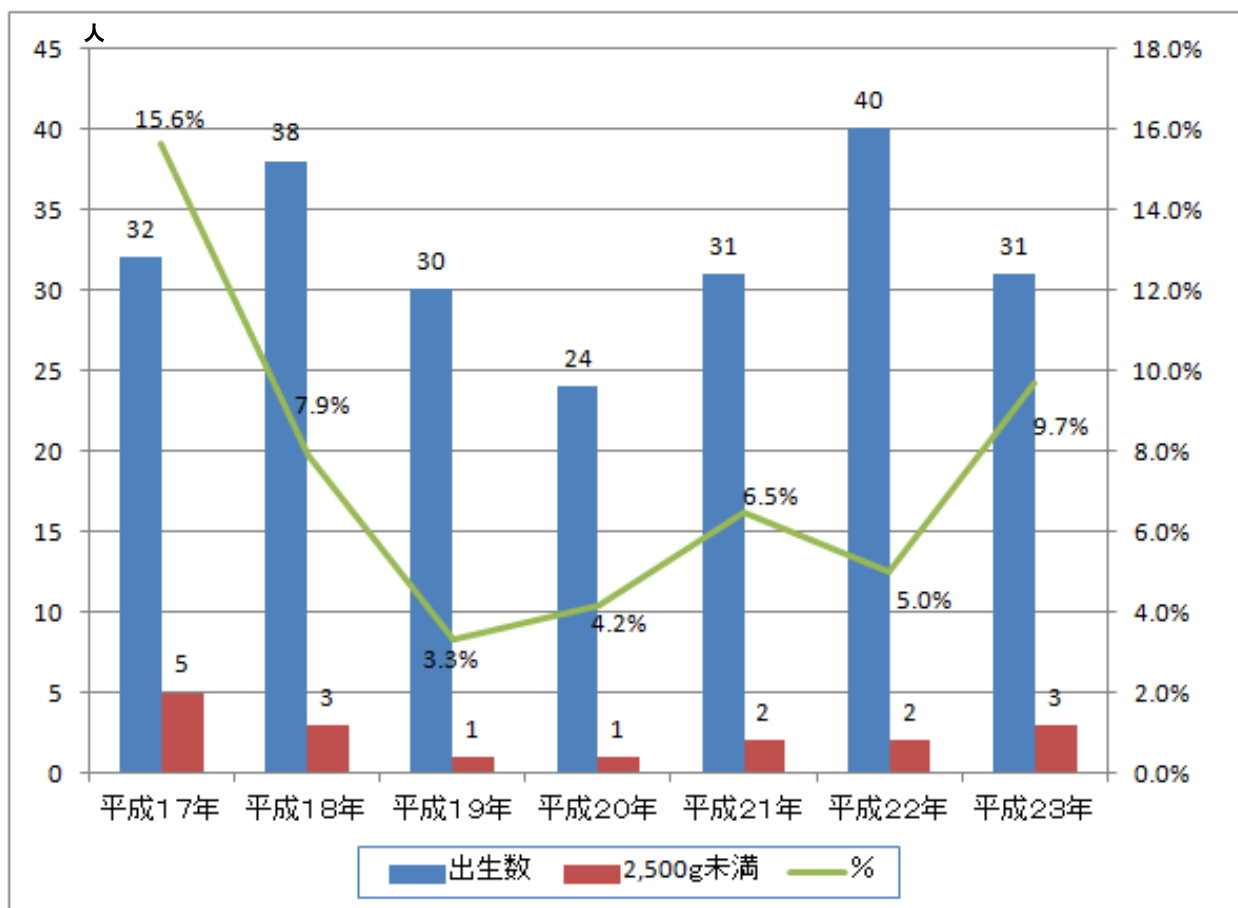
(7) 出生

厚真町の出生率は全国に比べ低い状況（平成19年：全国8.6、厚真町6.0）です。

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発表されてきました。

厚真町の低出生体重児の出生率は、全国と比較すると少なく、北海道と比較するとほぼ同じですが、毎年1～5人の児が低体重の状態でもうまれていることから、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6）

図6 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



3. 町の財政状況に占める社会保障費

厚真町の平成23年度決算において、医療、介護、生活保護の社会保障費の総額が約9.3億円となっています。(表1)

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに厚真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、町民一人ひとり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。

表1 厚真町の財政状況と社会保障

厚真町				住民基本台帳に基づく人口 4,870人 (平成23年3月31日現在)		
	20年度		21年度		22年度	
歳入総額 (単位:千円)	5,817,974		5,875,875		7,145,914	
1位	地方税		地方税		地方税	
	1,949,170	33.5%	1,850,429	31.5%	1,762,033	24.7%
2位	普通交付税		普通交付税		普通交付税	
	1,267,740	21.8%	1,360,682	23.2%	1,503,461	21.0%
3位	地方債		国庫支出金		地方債	
	607,155	10.4%	709,548	12.1%	948,472	13.3%
4位	国庫支出金		地方債		繰入金	
	501,687	8.6%	583,712	9.9%	747,720	10.5%
5位	都道府県支出金		都道府県支出金		国庫支出金	
	368,634	6.3%	316,316	5.4%	695,977	9.7%
	20年度		21年度		22年度	
歳出総額 (単位:千円)	5,655,478		5,772,135		6,922,344	
1位	公債費		土木費		農林水産業費	
	1,072,274	18.4%	1,208,235	20.6%	1,489,771	20.8%
2位	総務費		公債費		総務費	
	906,274	15.6%	1,065,917	18.1%	1,108,310	15.5%
3位	土木費		民生費		公債費	
	802,191	13.8%	779,082	13.3%	1,079,332	15.1%
4位	民生費		総務費		民生費	
	775,878	13.3%	777,943	13.2%	906,698	12.7%
5位	農林水産業費		農林水産業費		土木費	
	754,804	13.0%	616,386	10.5%	803,113	11.2%

統計情報 地方財政状況調査関係資料 市町村別決算状況

社会保障費

	平成21年度	平成22年度	対前年比	平成23年度	対前年比
国民健康保険	円	円		円	
医療費…①	556,542,054	515,204,035	△7.4%	511,720,850	△0.6%
医療費(1人当り費用額)	306,635	296,606	△3.2%	300,835	1.4%
介護保険	円	円		円	
介護給付費(保険給付費)…②	364,543,998	364,556,809	0.004%	402,252,318	10.3%
生活保護	円	円		円	
総給付費…③	—	18,142,616	—	20,146,128	11.4%
給付実人数		20人	—	22人	10.0%
総 額 (①+②+③)		897,903,460		934,119,296	4.0%

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Ⅰ章で見えてきた課題を踏まえ、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）の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目に厚真町の優先順位の高い健康課題である腎機能をふくめ、別表Ⅱのように取組主体別に区分し、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厚真町の具体的な取り組みを次のように推進します。

取組主体		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	死亡	働く世代(労働者)			
		胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳					
個人で達成	厚真町・医療保険者(厚真町国民健康保険)	母子保健 <input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 <input type="checkbox"/> 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 <input type="checkbox"/> 肥満傾向にある子どもの割合の減少 <input type="checkbox"/> 健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 <input type="checkbox"/> ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) <input type="checkbox"/> 乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加 <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		食育 <input type="checkbox"/> 未成年者に飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 未成年者に喫煙をなくす		精神保健 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> がん検診の受診率向上 <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		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該当者および予備群の減少 <input type="checkbox"/> 高血圧改善(収縮期血圧の平均値の低下) <input type="checkbox"/> 脂質異常症の減少 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 歯の喪失防止 <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		介護予防 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整脂肪率の減少 <input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 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JDS8.0%以上の者の割合の減少) <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(BMI2.0以下)の高齢者の割合の増加抑制 <input type="checkbox"/> 足脛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歳未満のがん年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> 自殺者数の減少		<input type="checkbox"/> 腎機能異常者およびCKD重症化予防 <input type="checkbox"/> 治療継続者の割合の増加	
	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		
	社会環境に関する目標	職業	<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組、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組食品企業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、調理およ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						
		都道府県	<input type="checkbox"/> 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加				<input type="checkbox"/> 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取組自治体数の増加 <input type="checkbox"/> 健康格差対策に取組自治体の増加				<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		

1. 生活習慣病の予防

(1) がん

①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、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んの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期発見、早期治療とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

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

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、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ってくると考えられます。（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)		
		生活習慣 68%					その他					がん検診	評価判定	
		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	◎	○	○		○	○				◎ Hp		胃X線検査	I-b
	肺	◎									△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	I-b (胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用)
	大腸	△	○		○	○	○	△					便潜血検査	I-a
	子宮頸部	◎									◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	I-a
	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	視触診とマンモグラフィの併用	I-a(50歳以上) I-b(40歳代)
その他	前立腺		△					○				加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者	肝炎ウイルスキャリア検査	I-b	
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1				

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I-a: 検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある

I-b: 検診による死亡率減少効果があると、相応な根拠がある

Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

[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ていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

厚真町の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は各年でバラつきが見られるものの横ばいから低下傾向にあり、国が平成27年までに掲げた目標値をH23年度は、すでに下回っています。(表2)

表2 厚真町の75歳未満のがんによる死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	総計	H27年(国の目標値)	
75歳未満の年齢調整死亡率		157.9	235.3	142.1	145.8	123.1	148.9	25.3	→	73.9	
75歳未満の死亡者数	肺	1	2	4	2	1	1		11		
	胃					1	1		2		
	大腸								0		
	乳								0		
	子宮						1		1		
	小計	1	2	4	2	2	3		14		
	前立腺				1				1		
	肝臓		1		1				2		
	白血病		1					1	2		
	その他	合計	6	6	2	2	3	2	1	22	
		脾臓	2	3			1	1		7	
		腎臓	1							1	
		食道	1	1			2		1	4	
		尿管		1						1	
		胸腺			1					1	
		中咽頭			1					1	
		耳下腺				1				1	
		胆管				1				1	
		転移						1		1	
		黒色腫	1							1	
	上顎歯肉								1		
	原発不明	1	1						2		
総数		7	10	6	6	5	6	1	41		

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、健診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

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。

厚真町のがん検診の受診率は、その年によって増減のバラつきがありますが、子宮頸がん検診、乳がん検診は微増しており、平成 21 年度から始まった女性特有のがん検診推進事業（無料クーポン券の配布）の効果が考えられます。

肺がん検診を除き、がん対策推進基本計画の目標値には到達できていないため、受診率向上に向け、さらなる取り組みが必要となります。（表 3）

表 3 厚真町のがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19.6～H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案(H24～H28)
	H20	H21	H22	H23	目標値	目標値
胃がん	21.7	22.7	22.7	26.7	50%以上	※40%(当面)
肺がん	79.1	75.7	76.2	76.1		※40%(当面)
大腸がん	23.9	25.5	25.5	32.2		※40%(当面)
子宮頸がん	14.4	18.3	20.7	18.6		50%
乳がん	16.0	17.7	20.7	23.5		50%

※H20～21年 国立がん研究センター「国民生活基礎調査による推計値」
H22～23年 上記推計値を平成 22 年国勢調査に基づき算出

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。

厚真町の精密検査受診率は、全て許容値を超えていますが、胃がん検診のみ目標値である 90%を超えていません。

がん検診受診者から、平成 21 年以降毎年、5 人以上に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 4）

また、平成 17 年以降、75 歳未満のがん死亡者のうち、膵臓がんで亡くなる方が多いため、特定健診が導入されてから、血液検査項目より削除した「血清アミラーゼ」について、再度検査項目に追加し、膵臓疾患の早期発見に努めることが必要と考えます。

表 4 厚真町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H20	H21	H22	H23	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん検診	精密検査受診率	100.0%	97.50%	87.90%	89.60%	90%以上	70%以上
	がん発見者数	1人	1人	0人	0人		
肺がん検診	精密検査受診率	100.0%	95.80%	94.40%	92.50%		70%以上
	がん発見者数	0人	4人	3人	4人		
大腸がん検診	精密検査受診率	96.80%	100%	94.30%	96.80%		70%以上
	がん発見者数	1人	0人	2人	1人		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	該当者なし	100%	100%	100%		70%以上
	がん発見者数	—	0人	0人	0人		
乳がん検診	精密検査受診率	該当者なし	100%	100%	100%	80%以上	
	がん発見者数	—	0人	0人	0人		

④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（中学一年生から19歳相当する年齢の女性）
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・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、広報などを利用した啓発
- ・講演会の開催（健康づくり講演会）
- ・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方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

iii がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診（40歳以上）
- ・肺がん検診（40歳以上）
- ・大腸がん検診（40歳以上）
- ・子宮頸がん検診（妊娠期・20歳以上の女性）
- ・乳がん検診（30歳以上の女性）
- ・前立腺がん検診（40歳から65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
- ・がん検診実施機関及び精密検査実施機関と行政によるがん検診検討会

v がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

- ・苫小牧市内等の地域の相談支援センターの紹介
王子総合病院『がん相談支援室』
苫小牧市立病院『がん相談支援室』

(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、町民一人ひとり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しての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。

厚真町の脳血管疾患の75歳未満の年齢調整死亡率は、各年で変化がありますが(図1)、全年齢の標準化死亡比(SMR)では、全国よりも低くなっています。(図2)

図1 厚真町の75歳未満の脳血管疾患死亡の状況

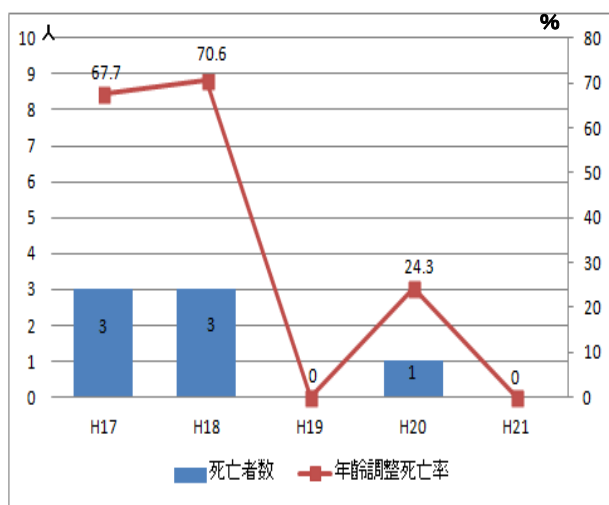
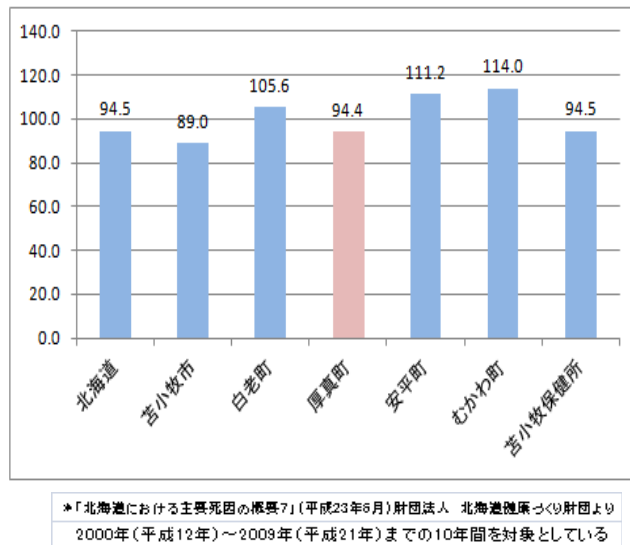


図2 厚真町の脳血管疾患死亡標準化死亡比



第2号被保険者の介護保険認定者に占める、脳血管疾患の割合は横ばいですが、平成23年度末現在の認定者7人のうち、脳血管疾患が原因で介護が必要となっている者は5人で、そのうち4人は、発症時の医療保険が国保以外でした。(表1)

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いいことから、地域全体の健康状態を把握できない、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を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

生活習慣病の重症化は健康格差を生み出すことにつながっていくため、厚真町国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。

表1 平成23年度 脳血管疾患が原因疾患の第2号被保険者認定者の状況

年代	性別	疾患名	介護度	加入保険		基礎疾患			住民健診受診履歴
				認定前	認定後	高血圧	糖尿病	脂質異常	
40	女	脳卒中	要介護3	社保	国保	把握できず			なし
50	男	脳血管性認知症	要介護3	社保	国保	○			なし
60	男	脳梗塞後遺症	要介護1	社保	国保	把握できず			なし
60	男	脳血管性認知症	要介護2	社保	国保		○		なし
50	女	脳梗塞後遺症	要支援1	国保	国保	○			あり

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必要がありますが、虚血性心疾患も各年で変化がありますが(図3)、全年齢の標準化死亡比(SMR)では、全国および苫小牧保健所管内の市町よりも低くなっています。(図4)

図3 厚真町の75歳未満の虚血性心疾患死亡の状況

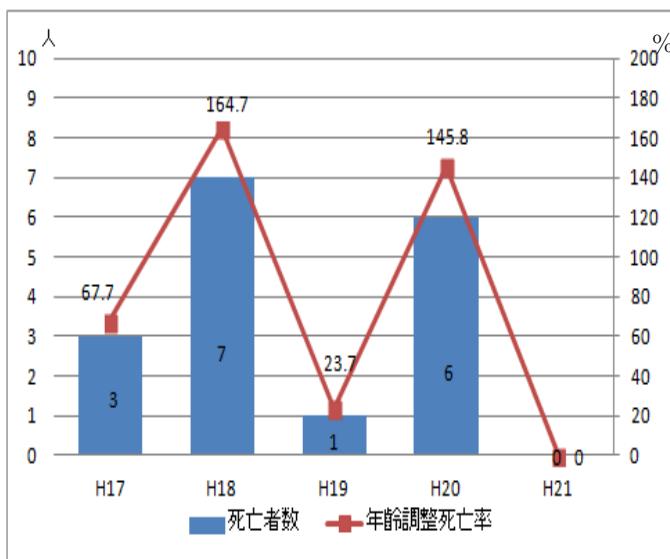
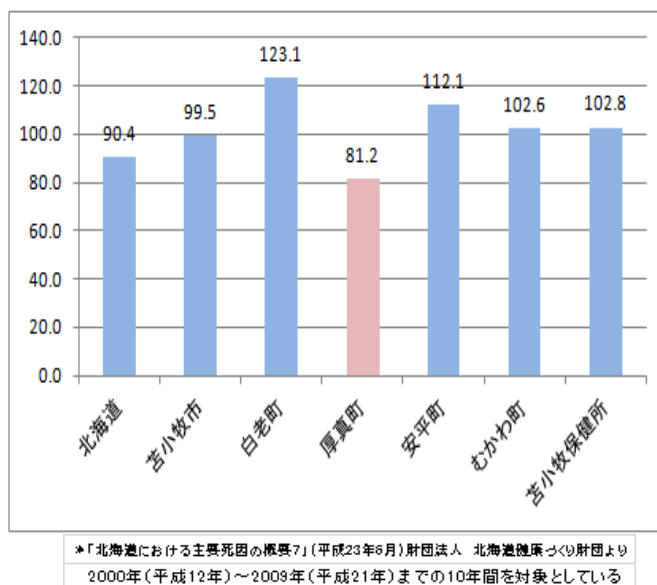


図4 厚真町の虚血性心疾患標準化死亡比



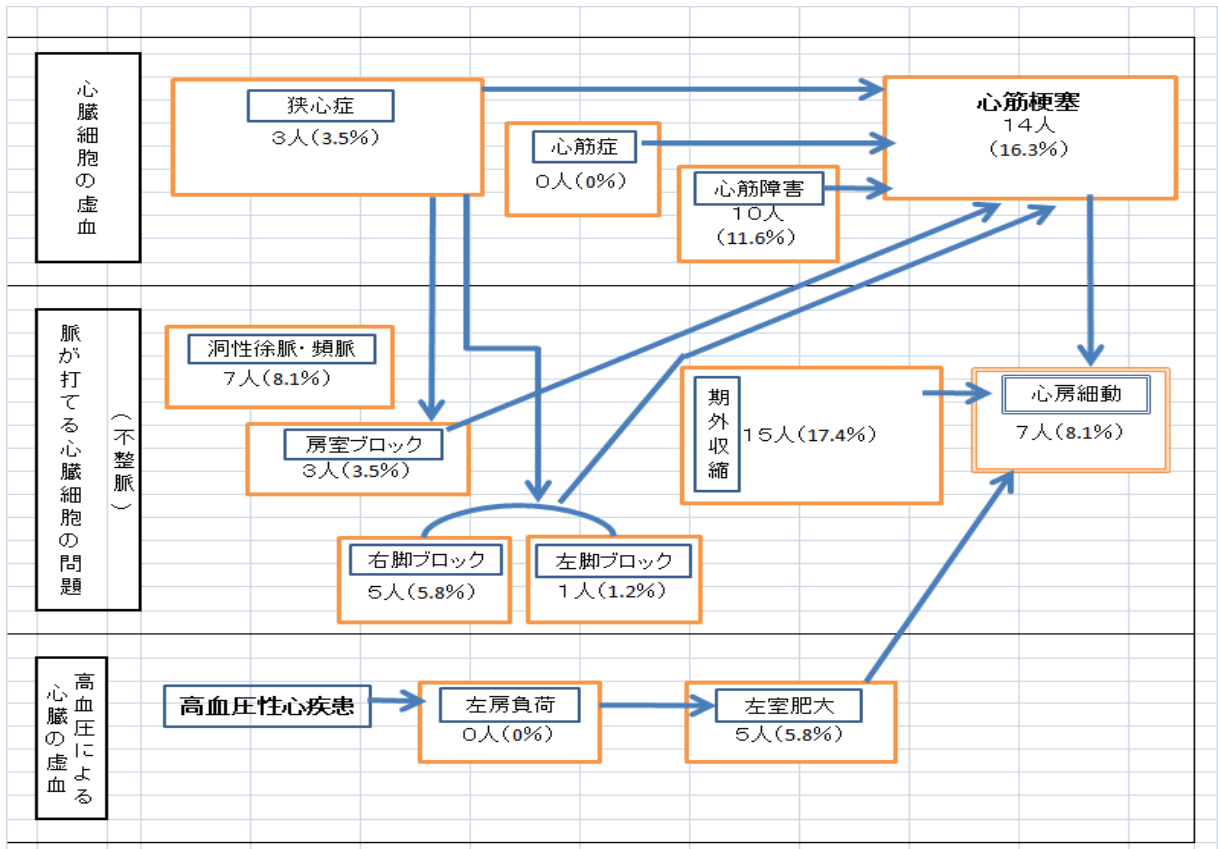
循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

平成20年度から24年度の間、省令で定められた心電図の有所見者は、特定健診受診者1,133人(実人員)に対し、70人(実人員)で受診者の6.2%にあたります。

循環器疾患の発症は、肥満を伴う場合と遜色がありません。心電図検査全受診者のべ567人のうち、15.7%に異常が認められ、そのうち39%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5)

図5 心電図検査の結果

H20～24の心電図検査受診者547人中異常者86人(15.7%)の状態(のべ人数で、重複あり)



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。

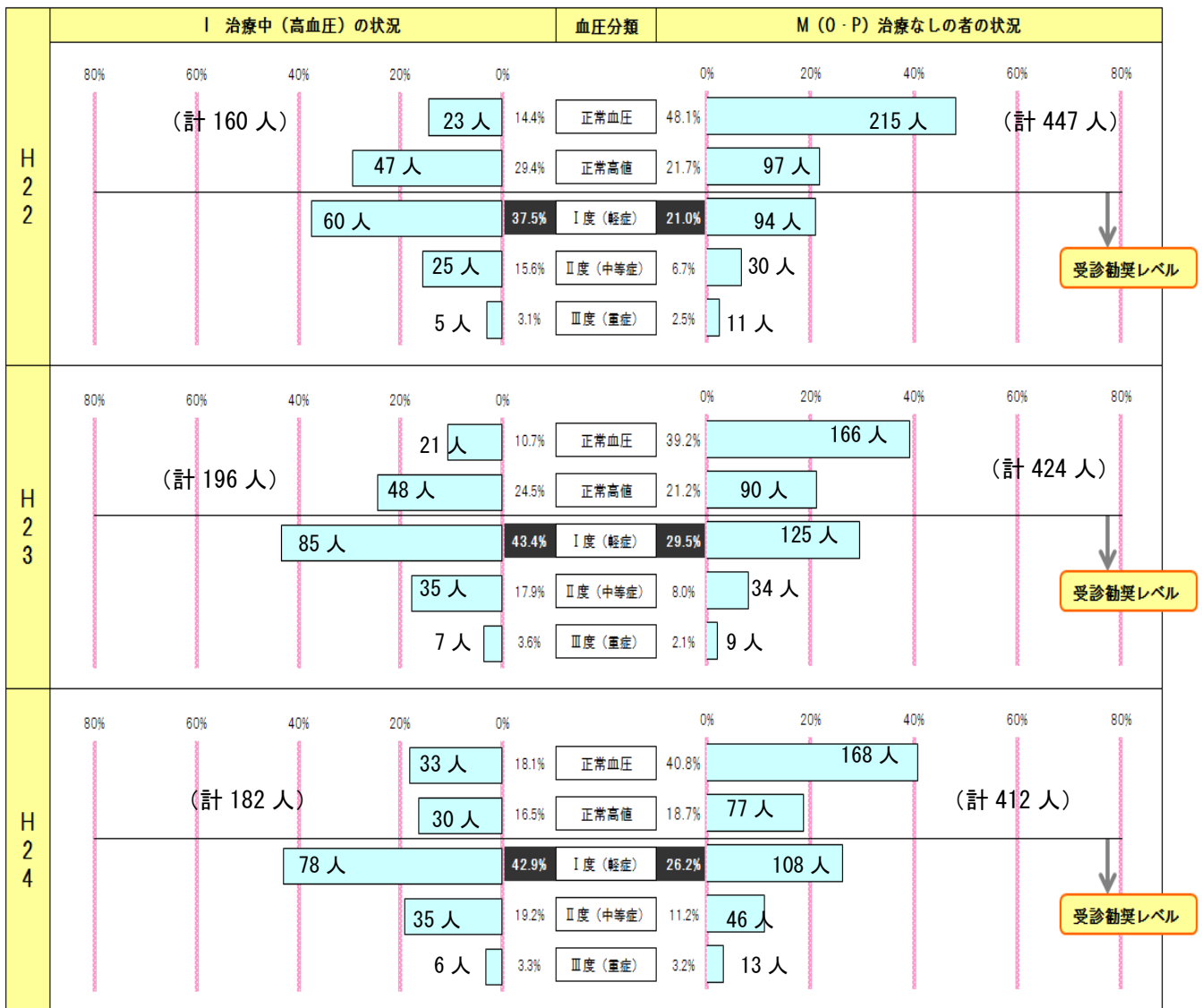
厚真町では、特定健康診査の結果に基づいた肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン2009に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、「国保ヘルスアップ事業」を活用し対象者を明確にした保健指導を実施しています。(表2)しかし、健診結果において、高血圧治療なしの者および高血圧治療者のI度(軽症)高血圧以上の割合が、経年で5割前後となっており、改善には至っていません。(図4)

また、40～74歳の国保被保険者の生活習慣病受診者(H22年5月診療分)のうち、75%以上が高血圧治療を受けています。また、高血圧での受療率も全道で44位と高くなっていますが、健診結果からコントロール不良者の割合も高くなっています。

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	平成22	平成23	平成24
服薬なし	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧 ③血圧に基づいた脳心血管リスク階層で高リスクになった者 ④上記以外のⅡ度高血圧・Ⅰ度高血圧 ただし、高血圧治療ガイドライン2009により、直ちに受診勧奨となった者も含む				
服薬あり		①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧 （LDL-C、HbA1c、クレアチニン、e-GFR値を参考に優先順位を決定）			

図6 厚真町国保特定健診受診者の高血圧の状況



iv 脂質異常症の減少

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

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、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。

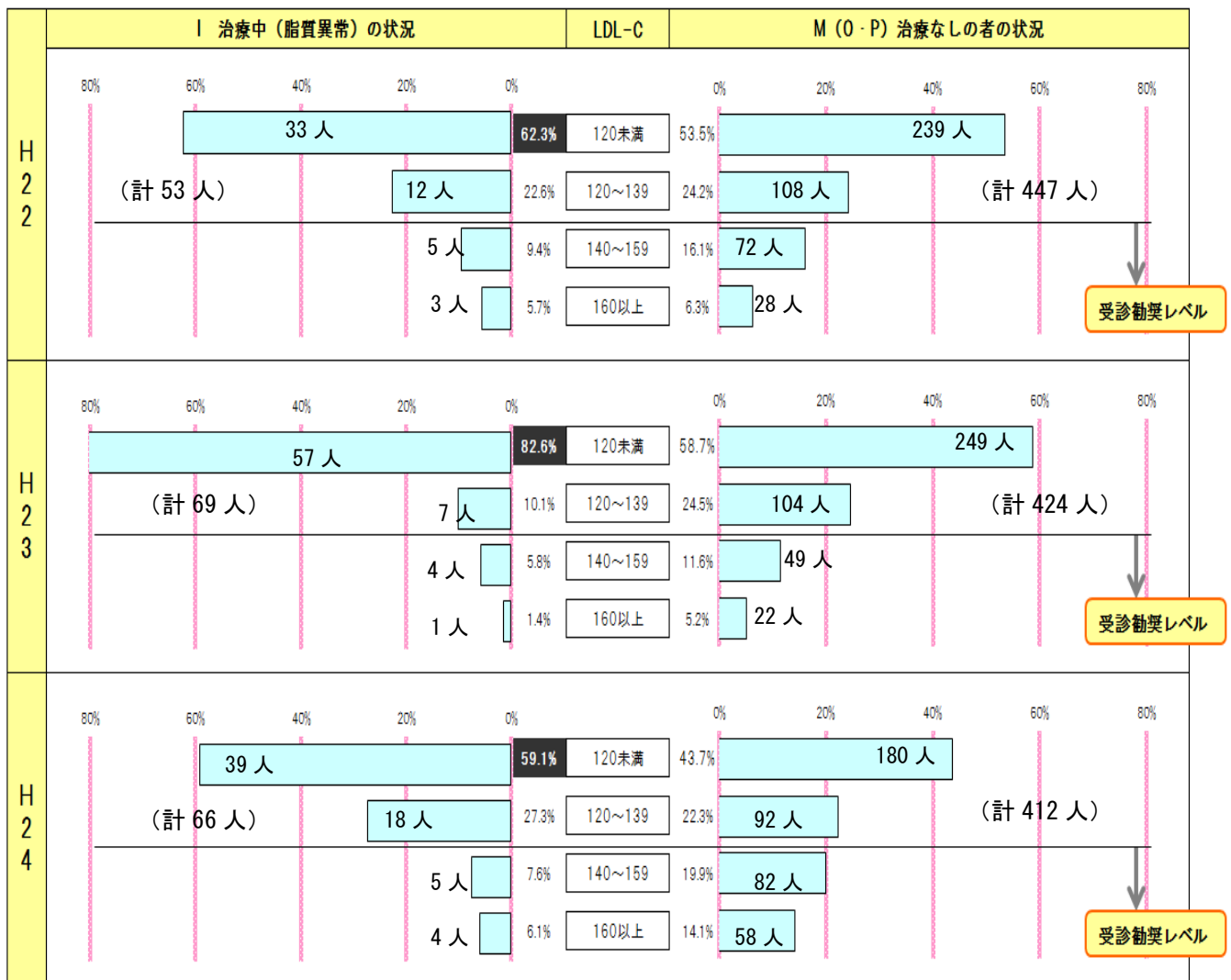
冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのはLDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。

「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ました。健診受診者の有所見者割合をみると、40～74歳が該当する特定健診受診者のLDL コレステロール有所見者の割合は、国の現状値より低くなっています。しかし、基本健康診査の結果を含め年代別の結果をみると、男女ともに30歳代・40歳代でLDL コレステロールが基準値を超える者の割合が最も高くなっています。このような健診結果から、厚真町では、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました(国保ヘルスアップ事業を活用)が、健診受診者の有所見者割合をみると、改善が見られていません。(表3・図7およびP19表9)

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	平成22	平成23	平成24
服薬なし	①LDL-C 140mg/dl以上 ただし、動脈硬化疾患ガイドライン2007により直ちに受診勧奨となった者も含む ②上記以外のLDL-C 120mg/dl以上 ただし、HbA1cの値や血圧値などが基準値を超える者、心電図検査に所見のある者を含む				
服薬あり	①LDL-C 160mg/dl以上など、コントロール不良の者				

図7 厚真町国保特定健診受診者のLDL-Cの状況



平成24年6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、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。

厚真町では平成 24 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べての 10% の減少については達成できていないため、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

年度	対象者数(B)	健診受診者数(E)	受診率(F)	メタボ該当者(Q)	割合(Q/E)	メタボ予備群(R)	割合(R/E)
H20	1,250 (1,373)	571 (645)	45.7% (47.0%)	91 (93)	15.9% (14.4%)	65 (82)	11.4% (12.7%)
H21	1,207 (1,352)	584 (676)	48.4% (50.0%)	108 (110)	18.5% (16.3%)	52 (76)	8.9% (11.2%)
H22	1,122 (1,275)	541 (635)	48.2% (49.8%)	90 (101)	16.6% (15.9%)	58 (76)	10.7% (12.0%)
H23	1,092 (1,245)	564 (642)	51.6% (51.6%)	101 (118)	17.9% (18.4%)	58 (66)	10.3% (10.3%)
(参考値) H23北海道	969,539	227,765	23.5%	34,523	15.2%	25,597	11.2%

() 内は健診実施時の実数値

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。

厚真町では、受診率、実施率ともに、国や道より高い状態で推移していますが、受診率は 60%の目標値に達していないため、今後は、未受診者へのアプローチや検査項目、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上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の継続、広報や各種教室等を利用した啓発
- ・KDB（国保データベースシステム：平成26年度導入予定）の活用のもと経年未受診者の把握、および受診案内送付や家庭訪問の実施
- ・健診結果説明会などの事後の医療機関との連携

ii 保健指導対象者を明確するための施策

- ・若年層への健康診査の継続（35歳～39歳・生活保護世帯）
- ・厚真町国民健康保険特定健康診査の実施
（・健康診査及び特定健康診査に総コレステロール検査を追加）

iii 循環器疾患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
- ・特定健診事後の2次検査の継続（頸動脈超音波検査等）
- ・厚真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を併発するなどによって、生活の質(QOL : Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に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、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。

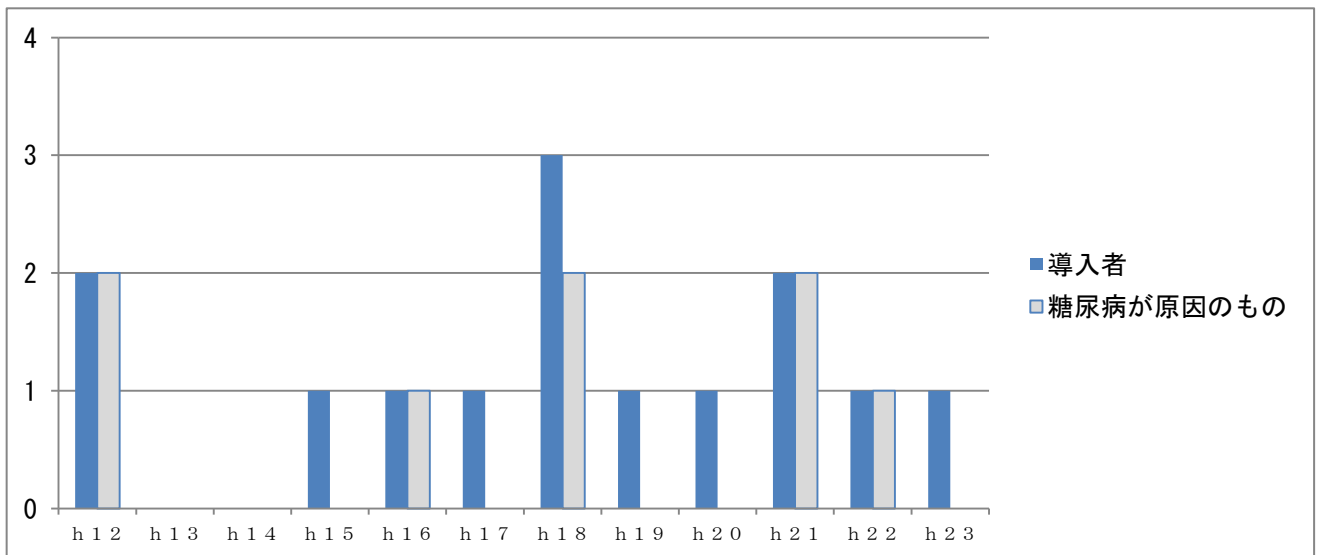
増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

厚真町の新規透析導入は、年によって0～2人とばらつきはありますが、ほぼ毎年患者が発生している状況です。

新規導入患者のうち原因疾患が糖尿病腎症である患者も、隔年で発生している状況です。

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、健康診査受診を勧奨して重症化を予防していく必要があります。(図1)

図1 厚真町の人工透析患者の導入状況（H24年の患者より）



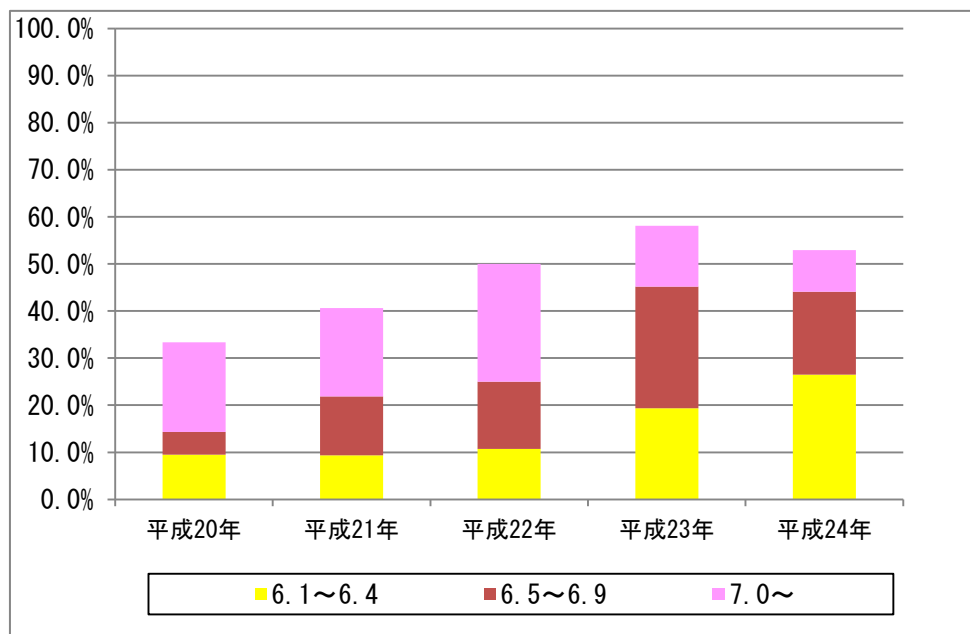
人工透析患者総数（平成24年12月現在）		12
原因疾患別人数	糖尿病、糖尿病性腎症	6
	腎硬化症、糸球体硬化症	3
	慢性糸球体腎炎	1
	高血圧	1
	慢性腎不全	1

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。

厚真町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は年々増加していましたが、平成23年度の58.1%が最高となり24年度はやや減少しています。(図2)

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



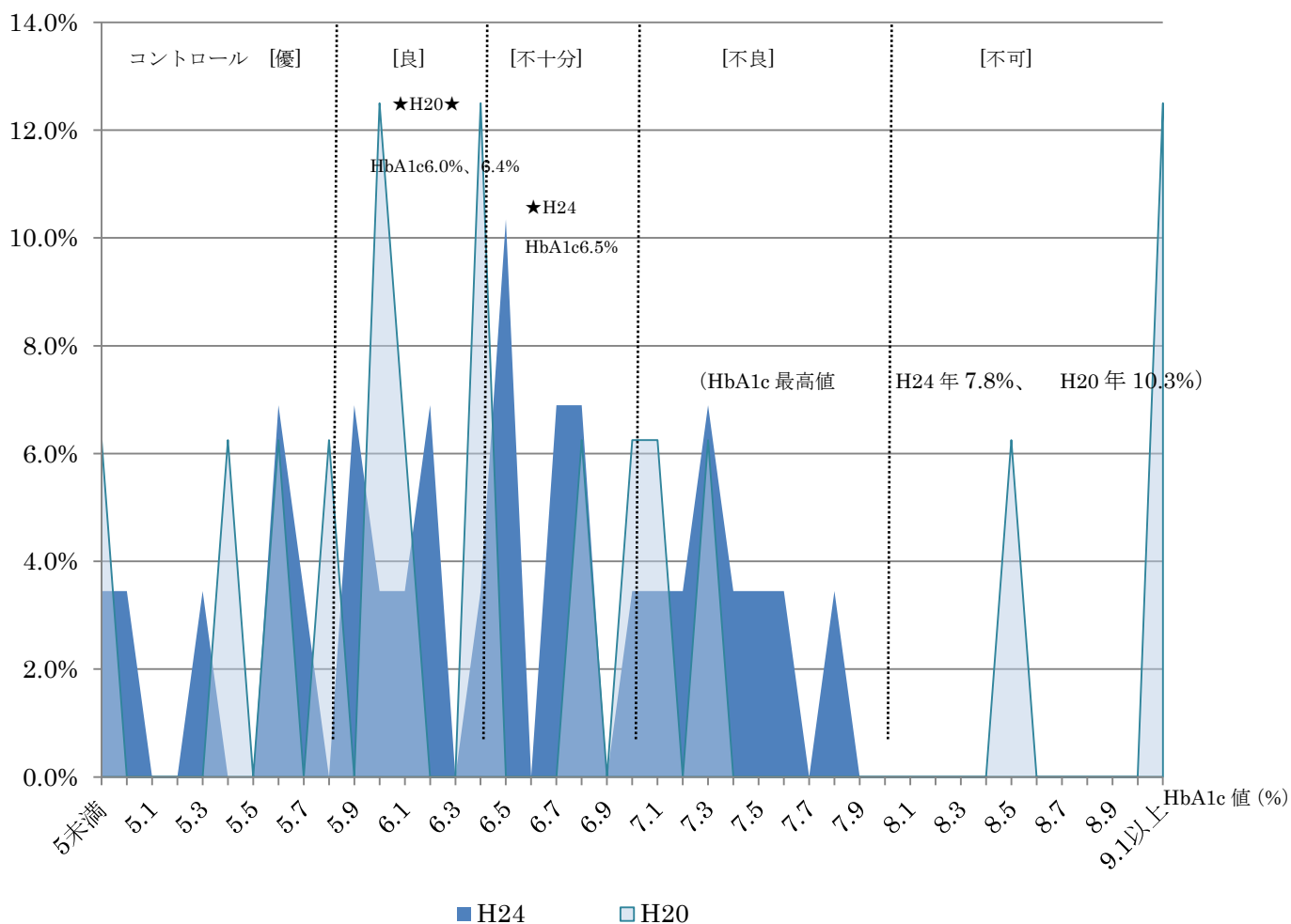
厚真町国保 特定健康診査より

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。厚真町では医療につながりにくい方や医療中でもコントロール不良の方が多く見られます。

厚真町の糖尿病治療者のHbA1cの分布図では、平成20年度と24年度を比較すると、大きく変化が見られません。しかしながら、極端に数値の悪い人は減っている状況です。(図3)

今後は、糖尿病でありながら未治療であったり、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

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

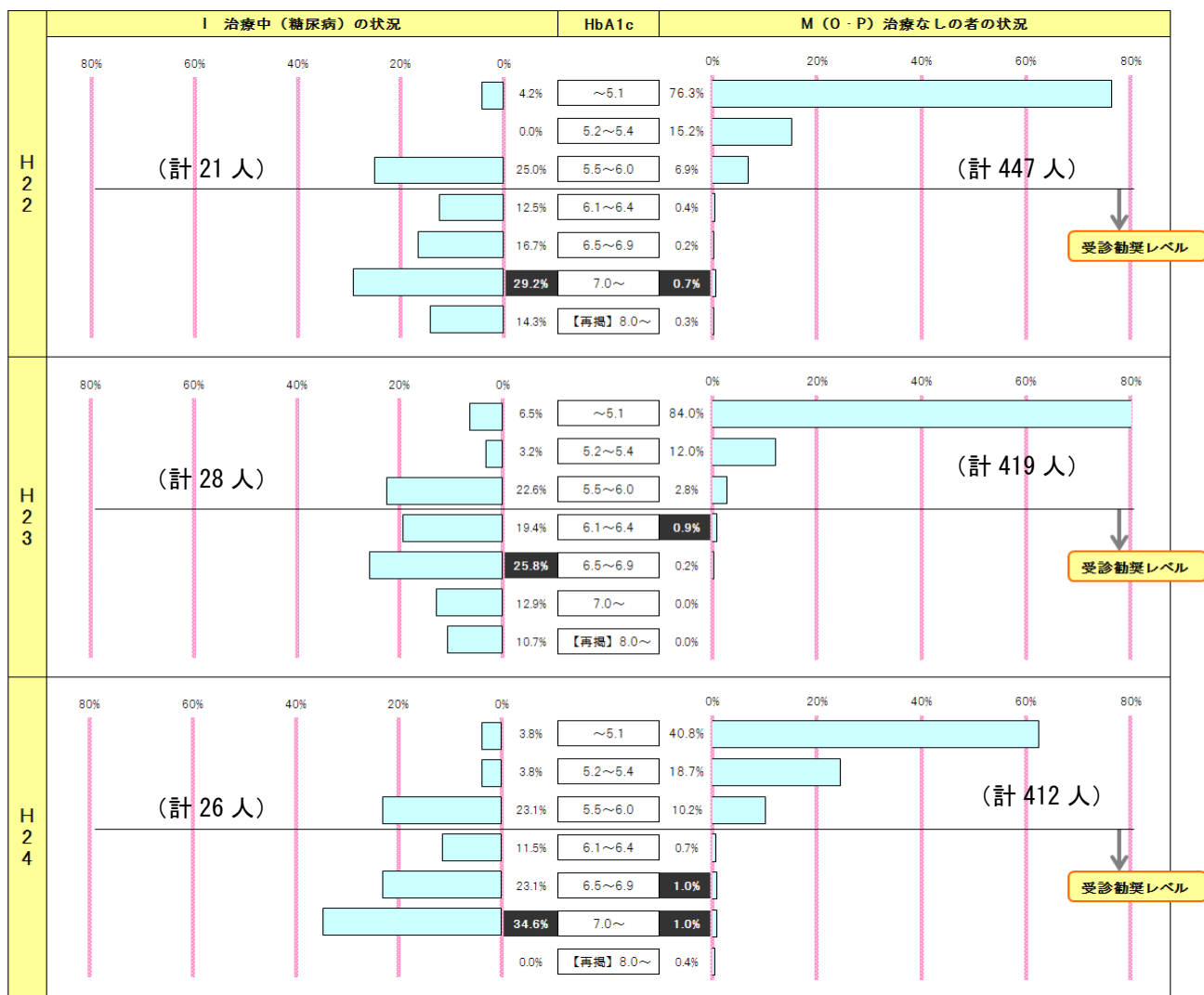
(HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 (8.4%) 以上の者の割合の減少)

「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 HbA1c 8.0% 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、HbA1c 8.0% 以上を超えると顕著に網膜症のリスクが増えるとされています。

厚真町でも今後は健診の結果において HbA1c が 8.0% 以上の人には、未受診者はもちろん、治療中の人にも、主治医と連携し、必要に応じて、保健指導を実施し、合併症および重症化を予防していくことが重要だと考えられます。(図 4)

図4 厚真町国保特定健診受診者のHbA1cの状況



H22			H23			H24	
治療中	治療なし	HbA1c値	治療中	治療なし	HbA1c値	治療中	治療なし
1	342	~5.1	2	356	~5.1	1	258
0	68	5.2~5.4	1	51	5.2~5.4	1	101
6	31	5.5~6.0	7	12	5.5~6.0	6	42
3	2	6.1~6.4	6	4	6.1~6.4	3	3
4	1	6.5~6.9	8	1	6.5~6.9	6	4
7	3	7.0-	4	0	7.0-	9	4
3	1	再8.0-	3	0	再8.0-	0	1

特定健診受診者のHbA1cの状況をみると、治療中の人のコントロール不良者(HbA1c7.0%以上)が減ったとはいえません。(図4) 今後も、医療関係者と、厚真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。

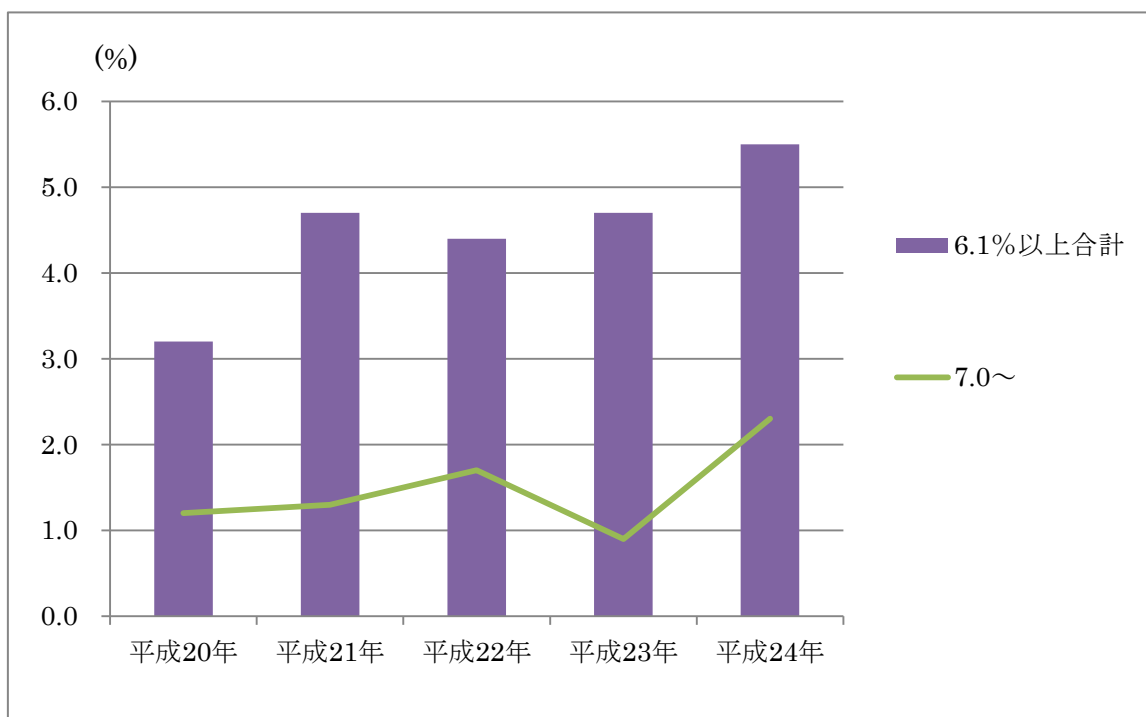
iv 糖尿病有病者 (HbA1c (JDS) 6.1%以上の者) の増加の抑制

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。

厚真町の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成 20 年度から徐々に増加している状況です。(図 5)

図 5 厚真町の糖尿病有病者 (HbA1c6.1%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。また、特定健診結果より、受診者中に腹囲やBMIの有所見者が多いことから、対策を講じなければ糖尿病有病者の増加が懸念されるどころです

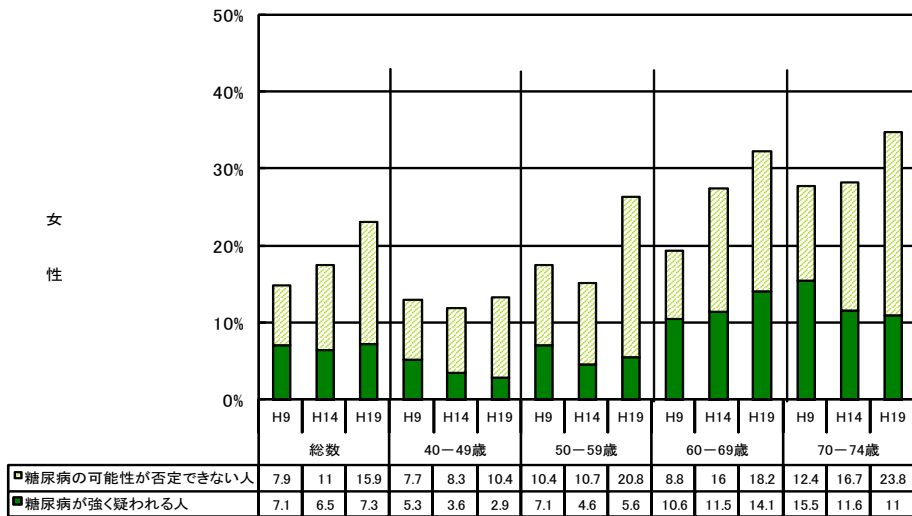
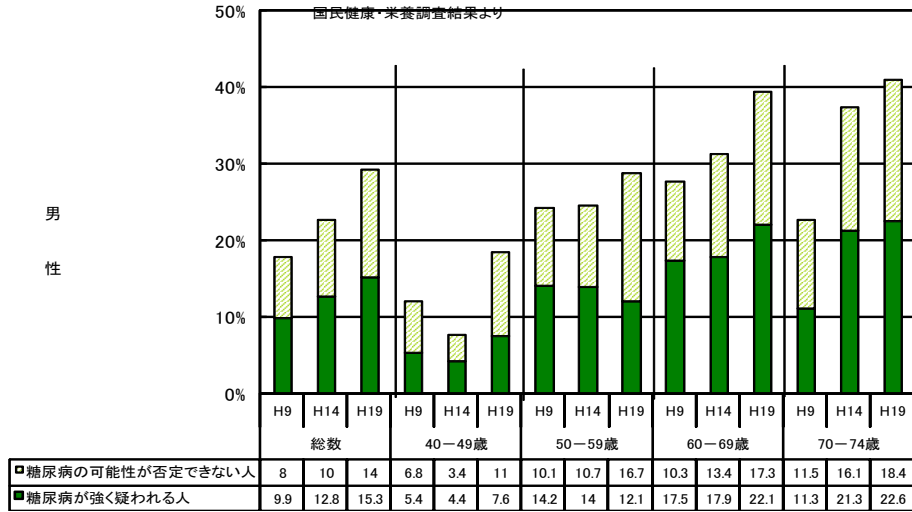
正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、町民の食生活の特徴や町民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

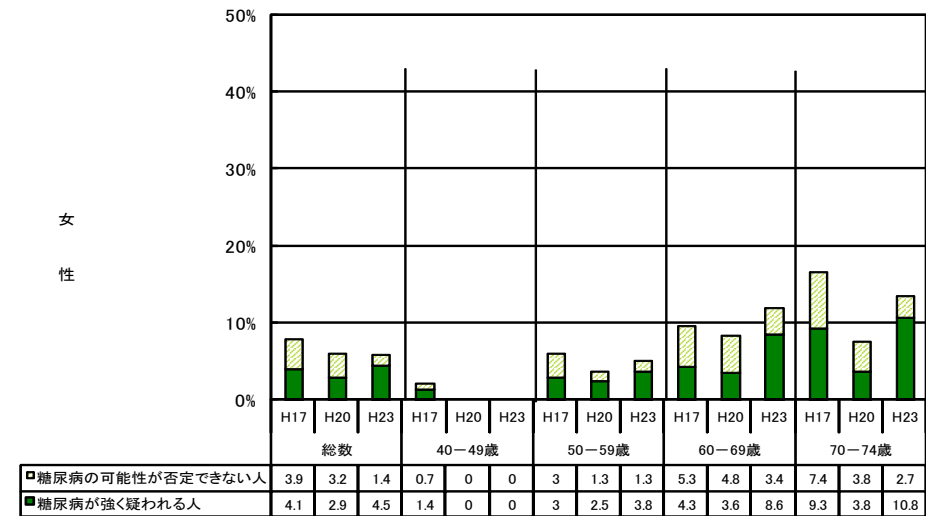
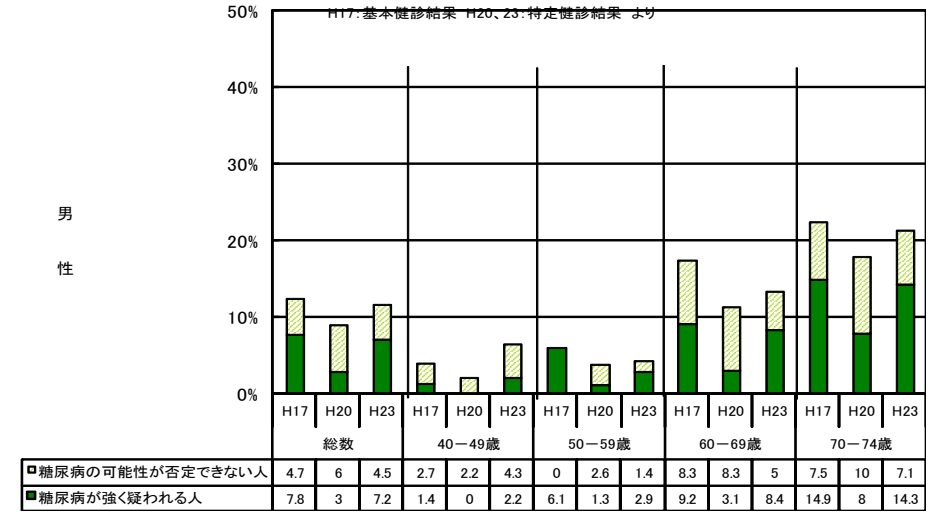
参考 糖尿病有病者・予備群の伸び率

国の統計

参考) 糖尿病有病者・予備群の伸び率



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



注) 国では、「糖尿病の可能性が否定できない人」と「糖尿病予備群」、「糖尿病が強く疑われる人」を「糖尿病有病者」として人数を公表している

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による保健指導の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- ・特定健診事後の2次検査の継続（75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）
- ・医療関係者との連携
- ・糖尿病専門医による健康教育

(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されています。

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

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(う歯)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の3点を目標項目とします。

i 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

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

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

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、歯周炎を有する者の割合の減少を評価指標とします。

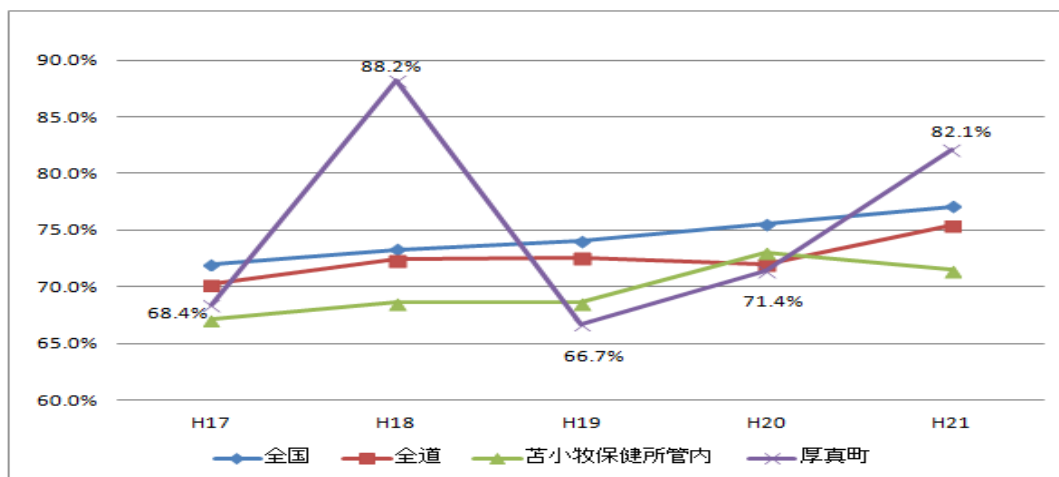
厚真町では、健康増進法に基づく歯周疾患検診(努力義務)を実施していないため、成人期の歯・口腔の健康状態については未把握ですが、妊婦歯科検診の結果はほぼ全員が要指導、要治療となっています。

今後は、乳幼児期および学童期から引き続く、成人期の歯科保健対策が重要となってくると考えられるため、一定の年齢での歯科検診の導入など、その後の定期的な歯科検診受診への動機づけを図ります。

ii 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

厚真町の3歳児でう蝕がない児の割合は、平成19年度以降増加しており、平成21年では、全国、全道、苫小牧保健所管内よりも高くなっています。しかし、各年で変化が見られ、経年的に全国・全道を上回っている状況ではないので、今後も経過をみていく必要があります。(図1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



永久歯も同様の傾向で、永久歯う蝕の代表的評価指標である 12 歳児の一人平均う蝕数は全国の 1.27 歯より多い 2.97 歯（H22 年度）となっています。各保育園および各小学校において希望者へのフッ素洗口を平成 22 年度より導入していますが、就学以降の歯科保健対策について、学校保健会等と連携を図りながら、12 歳児の一人平均う蝕数が減少するよう更なる取り組みを検討する必要があります。

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、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦歯科健診の実施を継続します。

iii 過去 1 年間に歯科健診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)

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歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに繋がることから、まずは一定の年齢を対象とした歯周疾患検診の実施を検討し、定期的な歯科健診へのきっかけづくりなど、乳幼児期から継続した歯科保健対策の確立にむけた取組を実施する必要があります。

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（母親教室、元気歯つらつ教室）
- ・歯科健康相談（生後 9～12 ヶ月児）
- ・むし歯のない子どもの表彰
- ・「8020 運動」の推進

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・妊婦歯科検診
- ・1 歳 6 か月児，3 歳児健診における歯科健診・歯科相談
- ・幼児歯科健診、フッ素塗布、歯科相談（1 歳～就学前の 2 回／年）
- ・こども園、各保育園および各小学校におけるフッ素洗口（希望者）

(5) 腎機能異常（慢性腎臓病）

① はじめに

慢性腎臓病（CKD）は、現在国内では約1300万人が患っている国民病ともいえる疾患です。腎機能低下が長期にわたり進行し、人工透析の原因となりうるだけでなく、心血管疾患のリスクを高めることから、生活の質ならびに社会経済的活力や社会保障資源に大きな影響を及ぼすといわれています。2007年に日本腎臓学会より刊行されたCKD診療ガイドでは、

① CKDの発症には糖尿病などの生活習慣病による動脈硬化が関与している。

② CKDでは心血管疾患、入院および死亡の危険が高い。

とされていますが、

③慢性腎臓病の治療は可能である。

ともされています。

CKDの発症および重症化の予防は、糖尿病や高血圧とともに生活習慣の改善により可能であるといえます。

②基本的な考え方

i 発症予防

腎機能異常や慢性腎臓病（CKD）の危険因子は、加齢、家族歴、血圧、尿酸、糖代謝、肥満、脂質代謝のほか、食事（塩分・たんぱく質・カリウムの過剰摂取）、嗜好品（アルコール、タバコ）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。

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。CKDとなるのはeGFR60未満です。発症を予防するため、ステージ2の段階にある人への指導の徹底が重要になります。（図1）

図1 慢性腎臓病（CKD）進行度と腎臓に関する検査項目

進行度による分類		ステージ 1	ステージ 2	ステージ 3	ステージ 4	ステージ5	
腎臓の段階		正常領域	腎予備力の低下	腎機能障害期	腎機能不全期	尿毒症期 (人工透析)	
糸球体ろ過量 (GFR) (ml/分/1.73m ²)		90 以上	89~60	59~30	29~15	15 未満	
腎臓に関する検査項目	尿検査	微量アルブミン	正常 ~30mg 未満	微量アルブミン尿 30~300mg	顕性たん白尿 ↓ 陽性(+)	量が多いほど腎障害は進行	
		たんぱく尿	陰性	(-)~(±)			
		血尿(潜血)	陰性	(-)~(±)			
	血液	血清クレアチニン	男性 0.7 ~ 1.2mg/dl 女性 0.5 ~ 1.0mg/dl		1.3~2.0mg/dl	2.1~5.0mg/dl	5.1mg/dl~
		尿素窒素	8~20mg/dl	21~29mg/dl	30~60mg/dl	61mg/dl~	

ii 重症化予防

腎機能異常やCKDにおける重症化予防は、健康診査によって、腎機能異常が強く疑われる人、あるいはCKD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になります。同時に、CKD未治療や、治療を中断することが人工透析患者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、腎機能を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きいCKDによる人工透析者を抑制することが必要になります。

③現状と目標

i 健診受診者のeGFR60未満および尿蛋白有所見者の割合の減少

厚真町の基本・特定健診結果におけるeGFR60未満の割合は、H23年度とH24年度の連続受診者で比較すると、増加している状況です。(表1)平成24年度の健診結果から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、腎機能低下レベルが「腎専門医レベル」が6人、「地域かかりつけ医等との連携による低下予防レベル」が126人となっています。(表2)

また、尿蛋白(+)以上、血清アルブミン有所見者割合も、各年で変化はありますが、70歳以上だけでなく、40～50歳代での有所見者も毎年みられています。(表3・表4)

まずは、腎機能異常やCKDの知識を普及し、基本・特定健診の受診率を向上させることで、有所見者の早期発見に努め、優先順位の高い者から腎機能異常を予防する保健指導を徹底していく必要があります。

表1 平成23年度と平成24年度継続受診者のeGFRの比較

平成23年度受けた人数(1回目)	比較できた人数	平成24年度年度(1回目)										
		eGFR(90~)		eGFR(60~89)		eGFR(30~59)		eGFR(15~29)		eGFR(~15)		
eGFR(90~)	5	5	3	60.00%	2	40.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(60~89)	394	311	131	42.10%	176	56.60%	4	1.30%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(30~59)	597	466	22	4.70%	367	78.80%	77	16.50%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(15~29)	6	3	0	0.00%	0	0.00%	1	33.30%	2	66.70%	0	0.00%
eGFR(~15)	1											
合計	1003	785	156	19.90%	545	69.40%	82	10.40%	2	0.30%	0	0.00%

減少した	増加した	変化なし
521人 66.4%	6人 0.8%	258人 32.9%

表2 CKD予防のためのフローチャート

特定健診		対象の明確化					備考			
人数	eGFR	尿所見	蛋白 (2+) 以上	蛋白 (+)・潜血 (+) 以上	蛋白のみ (+)	潜血のみ (+) 以上	蛋白・潜血 (-)又は(±)	地域でみる	腎臓専門医	かかりつけ医
			860人			8人 (1.7%)	0人 (0.0%)			
481人 (55.9%)	【再掲】 100以上	48人 (10.0%)	2人 (4.2%)	0人 (0.0%)	1人 (2.1%)	0人 (0.0%)	45人 (93.8%)	340人 (70.7%)	6人 (40.0%)	15人 (60.0%)
	治療なし	322人 (93.1%)	3人 (0.6%)	0人 (0.0%)	3人 (0.6%)	0人 (0.0%)	316人 (65.7%)			
481人 (55.9%)	治療中	346人 (71.9%)	3人 (0.9%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	3人 (0.6%)	126人 (26.2%)	9人 (60.0%)	15人 (3.1%)
	50~60未満	21人 (6.1%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (0.4%)	0人 (0.0%)	19人 (4.0%)			
	50未満	5人 (1.1%)	1人 (0.2%)	0人 (0.0%)	1人 (0.2%)	0人 (0.0%)	3人 (0.6%)			
	50~60未満	9人 (1.9%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人 (0.2%)	0人 (0.0%)	8人 (1.7%)			
	60以上	121人 (28.1%)	4人 (0.8%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	117人 (24.3%)			

表3 腎機能検査有所見者推移 (男性)

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	112	8	7.10%	112	1	0.90%
40~49歳	122	5	4.10%	122	1	0.80%
50~59歳	178	9	5.10%	178	1	0.60%
60~69歳	283	11	3.90%	283	4	1.40%
70~74歳	133	8	6.00%	133	5	3.80%
75歳以上	204	16	7.80%	206	6	2.90%
(再)40~64歳	431	16	3.70%	431	4	0.90%
(再)65~74歳	285	17	6.00%	285	7	2.50%
合計	1032	57	5.50%	1034	18	1.70%

表4 腎機能検査有所見者推移 (女性)

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	112	8	7.10%	112	7	6.30%
40~49歳	122	5	4.10%	122	12	9.80%
50~59歳	178	9	5.10%	178	10	5.60%
60~69歳	283	11	3.90%	283	18	6.40%
70~74歳	133	8	6.00%	133	12	9.00%
75歳以上	204	16	7.80%	206	20	9.70%
(再)40~64歳	431	16	3.70%	431	30	7.00%
(再)65~74歳	285	17	6.00%	285	22	7.70%
合計	1032	57	5.50%	1034	79	7.60%

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	98	11	11.20%	98	0	0.00%
40~49歳	134	15	11.20%	110	1	0.90%
50~59歳	185	14	7.60%	173	0	0.00%
60~69歳	309	25	8.10%	299	5	1.70%
70~74歳	124	11	8.90%	122	2	1.60%
75歳以上	228	27	11.80%	235	20	8.50%
(再)40~64歳	474	40	8.40%	432	2	0.50%
(再)65~74歳	278	25	9.00%	272	6	2.20%
合計	1078	103	9.60%	1037	28	2.70%

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	98	11	11.20%	98	4	4.10%
40~49歳	134	15	11.20%	110	3	2.70%
50~59歳	185	14	7.60%	173	3	1.70%
60~69歳	309	25	8.10%	299	11	3.70%
70~74歳	124	11	8.90%	122	5	4.10%
75歳以上	228	27	11.80%	235	24	10.20%
(再)40~64歳	474	40	8.40%	432	10	2.30%
(再)65~74歳	278	25	9.00%	272	12	4.40%
合計	1078	103	9.60%	1037	50	4.80%

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	50	0	0.00%	50	0	0.00%
40~49歳	101	2	2.00%	101	0	0.00%
50~59歳	156	4	2.60%	156	2	1.30%
60~69歳	268	11	4.10%	268	0	0.00%
70~74歳	145	5	3.40%	145	2	1.40%
75歳以上	262	12	4.60%	264	6	2.30%
(再)40~64歳	372	11	3.00%	372	2	0.50%
(再)65~74歳	298	11	3.70%	298	2	0.70%
合計	982	34	3.50%	984	10	1.00%

条件	尿蛋白 3以上			血清クレアチニン 1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	50	0	0.00%	50	0	0.00%
40~49歳	101	2	2.00%	101	0	0.00%
50~59歳	156	4	2.60%	156	2	1.30%
60~69歳	268	11	4.10%	268	1	0.40%
70~74歳	145	5	3.40%	145	3	2.10%
75歳以上	262	12	4.60%	264	11	4.20%
(再)40~64歳	372	11	3.00%	372	2	0.50%
(再)65~74歳	298	11	3.70%	298	4	1.30%
合計	982	34	3.50%	984	17	1.70%

ii 高血圧の改善

腎機能異常は、独立した心血管イベント（脳卒中や心筋梗塞を起こす人の背景に慢性の腎疾患をもつ者が多い）の危険因子であり、高血圧は腎機能異常を発症する要因となります。

厚真町では、健診結果においても高血圧有所見者が多く、治療中の者も多くいます。（P 35 参照）

まずは、腎機能異常者およびCKD予防対象者の病歴把握に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血圧予防を重点的に高血糖予防も含めた保健指導を実施し、さらに医療との連携体制構築を目指す必要があります。

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

i CKD発症及び腎機能異常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
 - e G F Rを始め、腎機能検査の結果に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- ・基本・特定健診事後の2次検査の継続（微量アルブミン尿検査等）
- ・医療関係者との連携
- ・腎臓専門医による健康教育
- ・冬季健康教育、広報等を活用した腎機能異常やCKDの知識の普及

2. 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。

厚真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、厚真町の特性を踏まえ、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

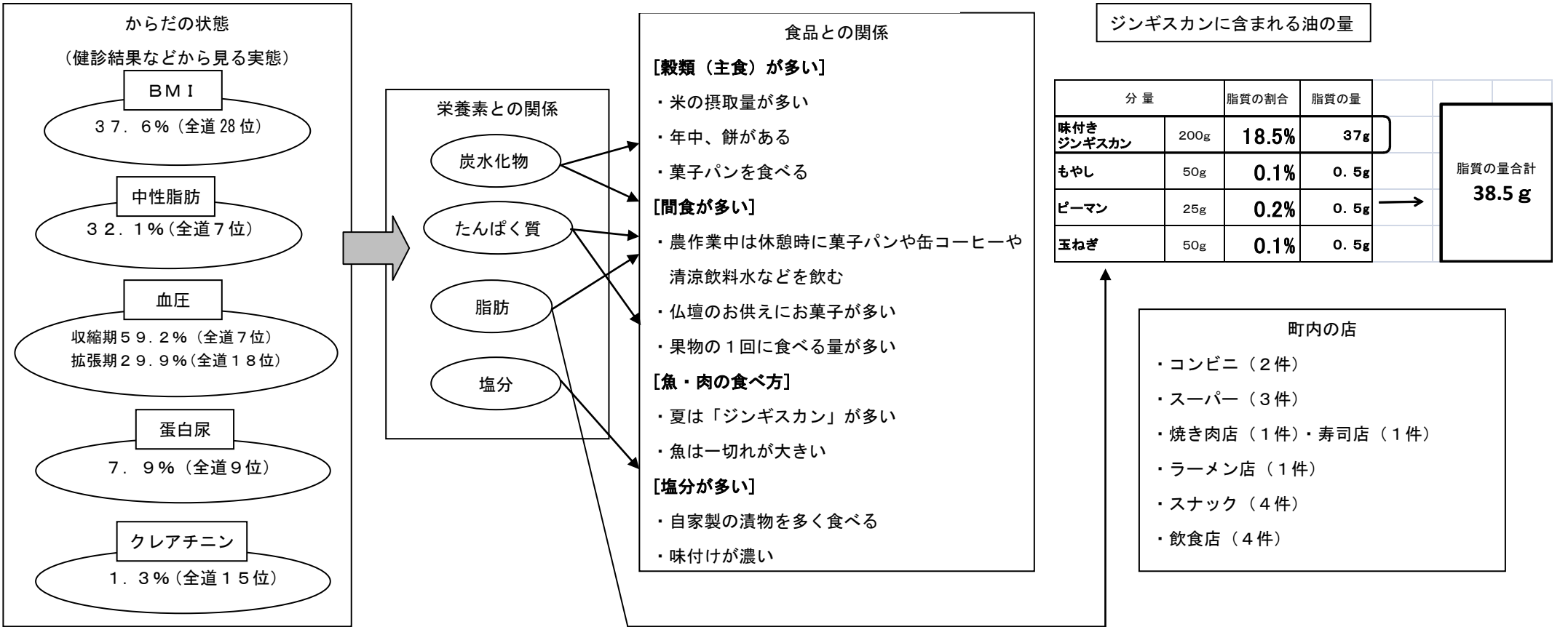
主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は別表Ⅰのとおりです。

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。

図1 厚真町の食習慣背景の構造



厚真町の歴史的背景・環境

- ・東西に17.3km、南北に32.5kmあり、面積は404.56km²。海・山を持つ広い町
- 各家の間隔が広く、移動手段が車
- ・明治15年ころから富山県や石川県、新潟県人らが続いて入植し、本格的に開拓が始まった。
- ・昭和55年、北海道電力苫東厚真火力発電所が運転を開始し、国家・民間石油備蓄基地、コールセンターが営業を開始した。
- ・平成10年、北海道の高速道路と結ぶ日高自動車道厚真ICが供用を開始

●文化

- ・葬儀などは自治会で手伝いをする
- ・自治会ごとでお祭りを開催する所もある
- ・自治会ごとに生活館、マナビィハウスを管理している。集まりは各生活館等で行われお酒も用意されており飲酒量も多くなる

●特産品

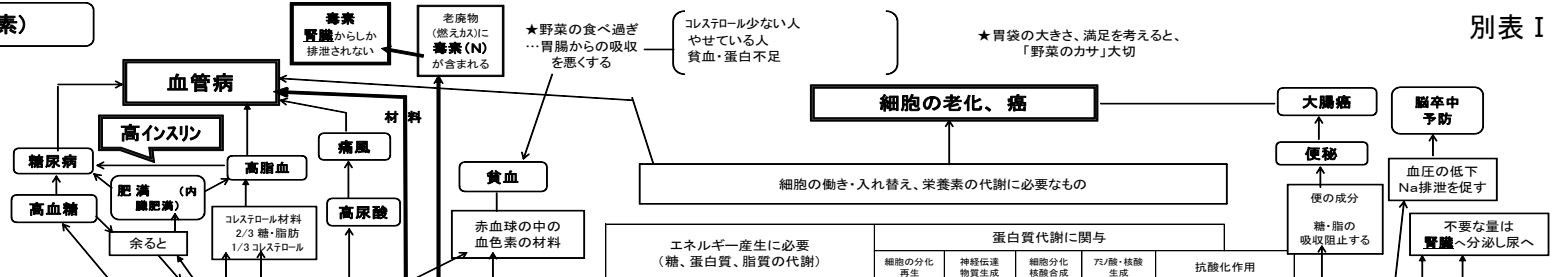
- ・米 (たんとう米)
- ・氷室芋
- ・あづまジンギスカン
- ・プリンセスジュース (しそジュース)
- ・おふくろ味噌
- ・ハスカップ

厚真町の実態

- ・夏は畑で取れた野菜を食べる
- 冬は大根、白菜、かぼちゃ、じゃが芋などの保存野菜を食べる
- ・夏はジンギスカンと一緒にビールを飲む。野菜は少ない
- ・夏にとれたハスカップはジャムにするか、砂糖をまぶして冷凍保存して食べる
- ・職業によって生活差が大きい。特に農業は農繁期は朝早く、夜遅くまで作業がある。農閑期になると壮年期の男性は空港、JRの除雪に従事する割合が多く、夜中の作業の前にカレーやカップ麺等の食事が提供され食事時間が不規則になる
- ・煮物は油で炒めてから煮る。しょう油、砂糖が多く使われ甘じょっぱい傾向
- ・味噌は自家製の人も多い
- ・揚げ物が多い、揚げ物は手軽な料理という認識もある

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。



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 7kcal/25kcal (g)	血清鉄 (mg)	カルシウム (mg)	ある★										ない				ある★ (付人数)		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)	総プリン体 (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)			
			糖質	糖質以外の糖質	脂肪酸	コレステロール	プリン体	たんぱく質	鉄	カルシウム	マグネシウム	リン	ビタミンB1	ビタミンB2	レチノール (ビタA)	ビタミンB6	ビタミンB12	葉酸	ビタミンC	ビタミンE	食物繊維	カリウム	食塩	水分			
50~60代生活活動強度 I			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				
許容上限摂取量 (目安)			210	38.0			53.0	6.5	650	40	2300	-	900	1.1	1.2	700	1.1			6.5	17以上	2000	7.5未満				
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 (もも肩身あり)	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		
3 群	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		
	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		
	淡色野菜	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		
		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		
	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		
		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		
	くだもの	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	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	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	232		
	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			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	男	女
						尿糖+	尿糖-	尿糖±以上								男	女	男	女	男	女				
			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	開始2カ月	開始4カ月	開始7カ月	男	女	男	女	男	女				
第1群	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (ブ レーン ヨーグ urt)	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	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	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	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	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	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	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	個人に よりま ちまち
	種実類 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	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
	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、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

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		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生児	小学校5年生	35～60歳代男性	35～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重	中等度・高度肥満傾向児	肥満者	肥満者	BMI20以下
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)	17.4% (平成22年)
厚真町の現状	16.70%	5.0%	男子 27.6% 女子 13.1%	49.4%	31%	8.7%
	(平成23年度)					
データソース	妊娠届出時	人口動態統計	厚真町児童生徒健康診断結果	特定健診結果		
都道府県比較			表2(肥満傾向児の状況)			
厚真町の経年変化	図1	図2	図3	図4		図5

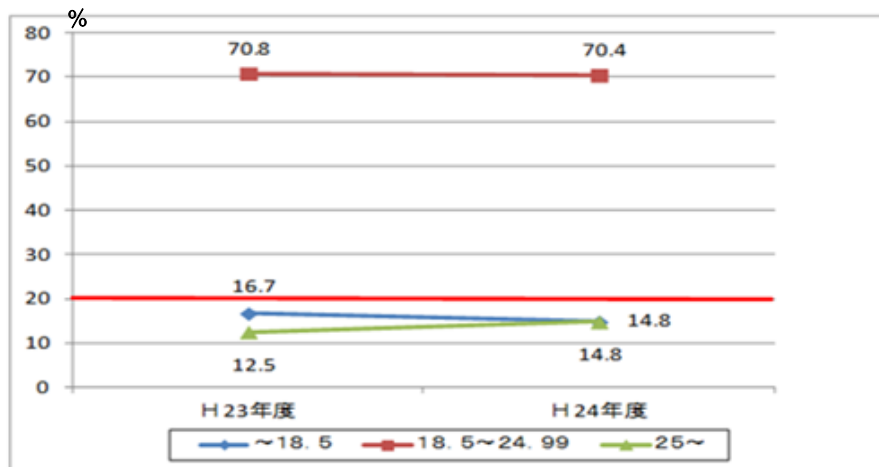
ア. 20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

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。

厚真町では、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、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BMIの推移（18.5未満：やせ 25以上：肥満）の推移



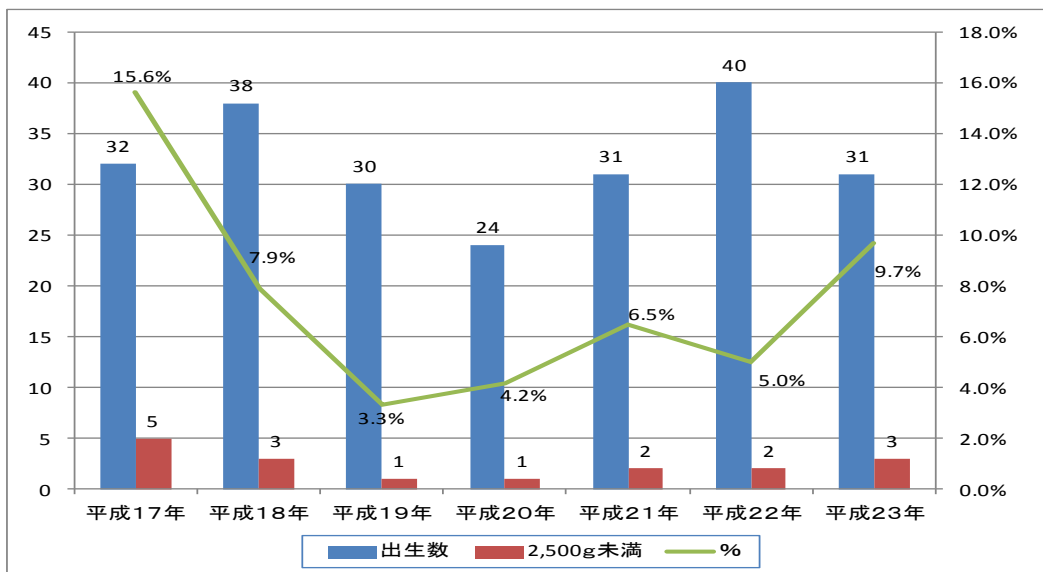
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

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。

厚真町では、毎年約2.5人が低出生体重の状態生まれてきますが、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 厚真町の低出生体重児（再掲）の割合の推移



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。

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の判断が難しいとされており、評価指標の対象とはなっていませんが、厚真町の統計では、肥満度 20%以上の肥満傾向児の割合しか把握できません。

国の指標の設定となっている小学校 5 年生(10 歳)の、厚真町の肥満傾向児は、男子、女子とも全国より出現率がかなり高くなっています。(表 2)

また、経年の変化では、男子のほうが女子より高い割合で推移している。(図 3)

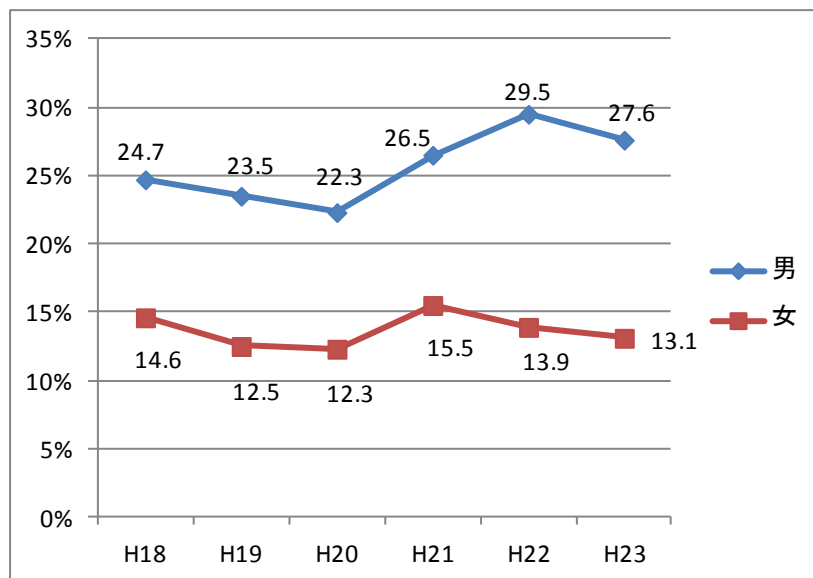
表 2 平成22年度 都道府県別 肥満傾向児の出現率
学校保健統計調査

	小学校5年生				
	男子		女子		
1	★厚真町	29.5	★厚真町	13.9	1
2	北海道	18.43	青森	12.64	2
3	山形	18.01	岩手	12.42	3
4	徳島	15.82	宮城	11.76	4
5	岩手	14.33	栃木	11.68	5
6	群馬	13.56	宮崎	11.10	6
7	秋田	13.32	北海道	10.89	7
8	大分	13.31	秋田	10.46	8
9	宮城	13.07	群馬	10.37	9
10	青森	12.55	福島	10.28	10
11	山梨	12.36	愛媛	9.66	11
12	宮崎	12.17	三重	9.58	12
13	愛媛	12.16	沖縄	9.48	13
14	栃木	12.15	山形	9.36	14
15	茨城	12.14	熊本	9.34	15
16	福島	11.81	東京	9.31	16
17	沖縄	11.81	福岡	8.81	17
18	静岡	11.69	佐賀	8.79	18
19	高知	11.66	大分	8.71	19
20	埼玉	11.47	広島	8.69	20
21	奈良	11.34	富山	8.66	21
22	千葉	11.30	鹿児島	8.59	22
23	佐賀	11.29	千葉	8.45	23
24	和歌山	11.25	埼玉	8.14	24
25	鹿児島	10.64	★全国	8.13	25
26	新潟	10.56	山梨	8.08	26
27	愛知	10.45	山口	8.08	27
28	★全国	10.37	岡山	7.77	28
29	石川	10.21	石川	7.75	29
30	広島	10.08	茨城	7.41	30
31	岐阜	9.93	神奈川	7.32	31
32	福井	9.79	徳島	7.28	32
33	島根	9.66	福井	7.03	33
34	熊本	9.20	島根	7.02	34
35	福岡	9.10	大阪	6.97	35
36	長野	9.04	滋賀	6.86	36
37	岡山	8.82	京都	6.81	37
38	三重	8.71	鳥取	6.79	38
39	富山	8.59	高知	6.74	39
40	神奈川	8.58	長崎	6.71	40
41	大阪	8.57	愛知	6.64	41
42	香川	8.24	新潟	6.56	42
43	長崎	8.18	奈良	6.32	43
44	兵庫	7.98	兵庫	6.16	44
45	山口	7.92	静岡	5.99	45
46	滋賀	7.77	岐阜	5.96	46
47	東京	7.35	和歌山	5.91	47
48	京都	7.13	香川	5.44	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



※移動平均値を用いて算出

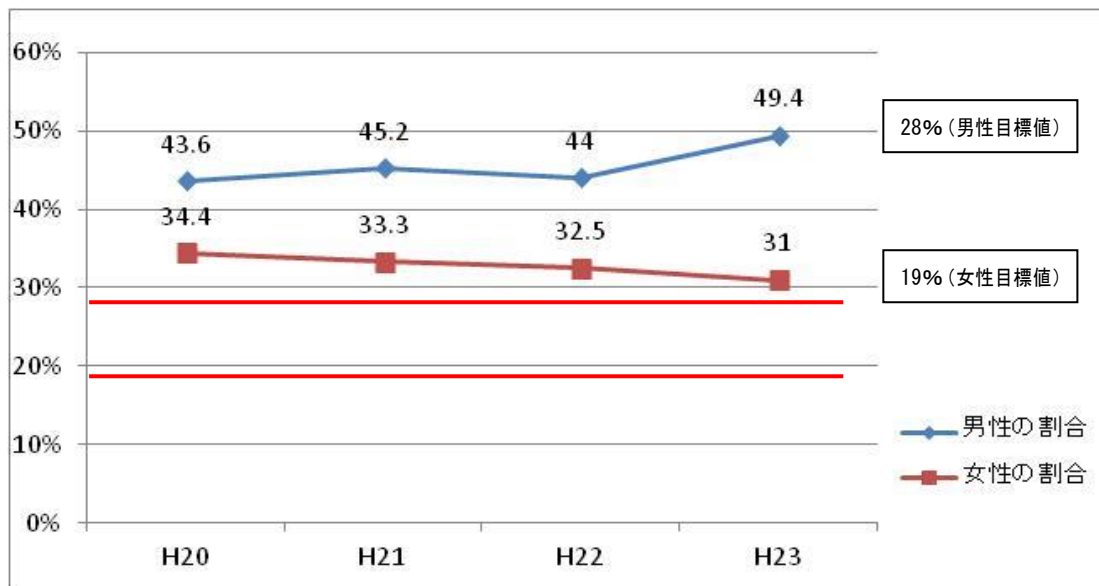
子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取組みが行われているところですが、こうした取組みをより効果的にするために、今後は保健指導が必要な児を明確にするための統計のあり方等を養護教諭と検討していく必要があります。

エ. 35～60 歳代男性及び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。

厚真町では、基本健診の対象年齢が 35 歳以上となっているため、35 歳以上のデータしかありませんが、35～60 歳代男性の肥満者の割合は増加、35～60 歳代女性の肥満者の割合は減少傾向にあります。平成 34 年度の目標値（男性 28%、女性 19%）までは、まだまだ到達していません。（図 4）

図4 男性（35～60歳代）及び女性（35～60歳代）の肥満（BMI25以上）の割合の推移



オ. 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の割合の増加の抑制

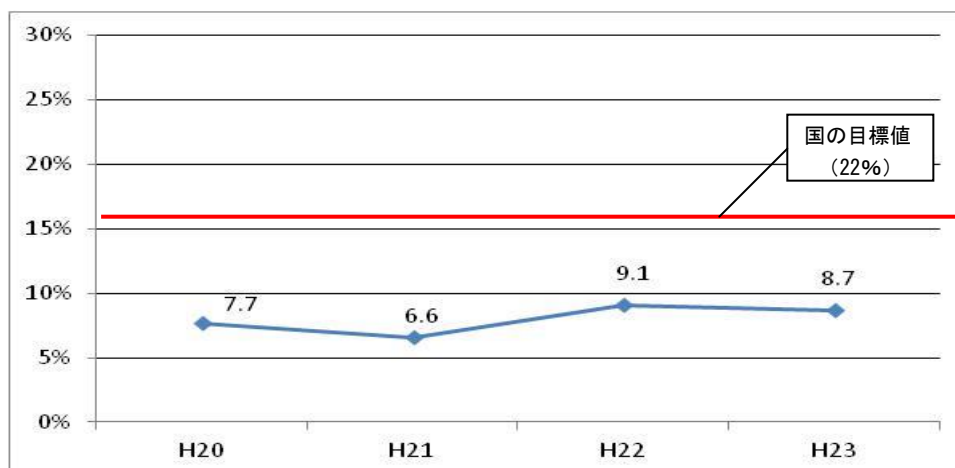
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。

厚真町の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は、平成 34 年度の国の目標値 (22%) を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。(図 5)

図5 65歳以上のBMI20以下の割合の推移



ii 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

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（表3）

厚真町では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査を行っていますが、生活習慣病に関連した検査項目が少ないため、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が、現在のところありません。

今後は、肥満傾向児の動向など、学校保健会などの会議で子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、子どもの生活習慣病健診の実施を検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行う事が重要だと考えます。

iii 適正エネルギー及び栄養素摂取者の増加

厚真町の食の実態の把握を目的に冬季栄養健康教室参加者（114名）と特定保健指導該当者（89名）に食事調査を実施し、比較しました。

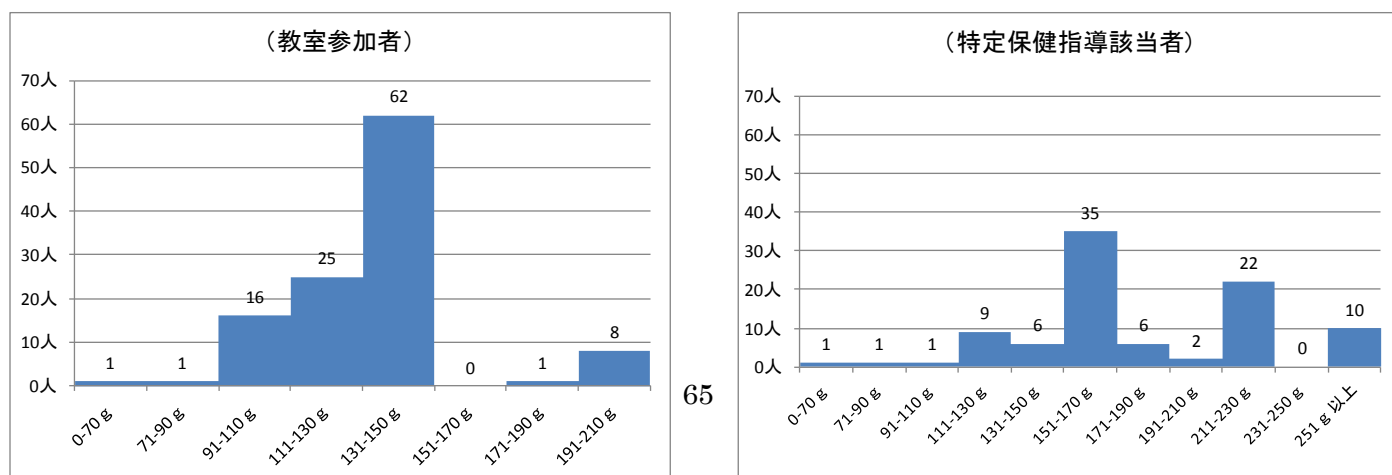
ア. 適正量を摂取している者の増加（主食）

①主食量について

特定保健指導該当者と教室参加者を比較してみると、特定保健指導該当者の方が1回に食べるご飯の量が多い傾向が見られた。

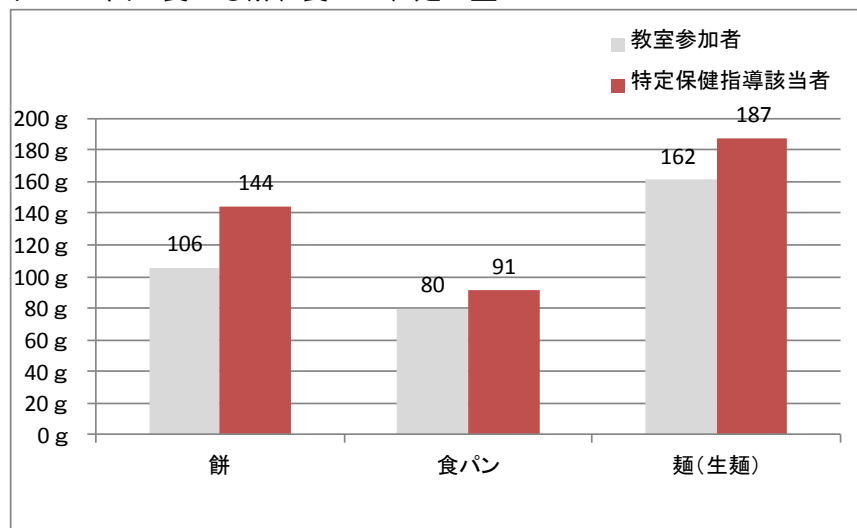
特定保健指導該当者には男性の割合が多いことも影響していると思われるが、ご飯を多く食べる食事ではおかずも多く食べる傾向があり、結果としてエネルギー過剰傾向にあることが推測される。（図1）

図1 1回に食べるご飯の量



餅・パン・麺に関しては特定保健指導該当者に多い傾向が見られ、1回の食事で餅は2.9個、パンは6枚切り1.4枚、麺は1.2玉食べるという結果であった(図2)

図2 1回に食べる餅、食パン、麺の量



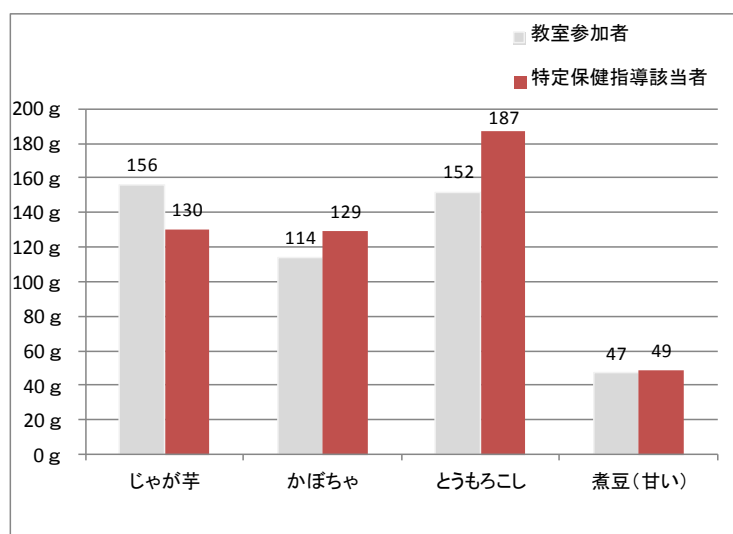
②芋・かぼちゃ・とうもろこし・煮豆について

じゃが芋やかぼちゃに関しては塩煮で食べる場合での聞き取りを行ったこと、冬期間の調査であったことも影響し、若干多かった。

1回に食べる量として、じゃが芋は1人平均1.5個程度、かぼちゃは2切れ、とうもろこしは1本、煮豆は小皿に1皿強は食べるという結果であった。

調査時期によっては主食に芋やかぼちゃ、とうもろこし等を食べる習慣も見受けられ、摂取量に差があることが推測される。(図3)

図3 1回に食べるじゃが芋、かぼちゃ、とうもろこし、煮豆の量



イ. 適正量を摂取している者の増加（食塩）

1日の食塩量摂取目安量は健康増進法第30条の2に基づく「食事による栄養摂取量の基準」から血圧が正常の方は男性が9g未満、女性が7.5g未満である。高血圧の方は男女共に6g未満である。

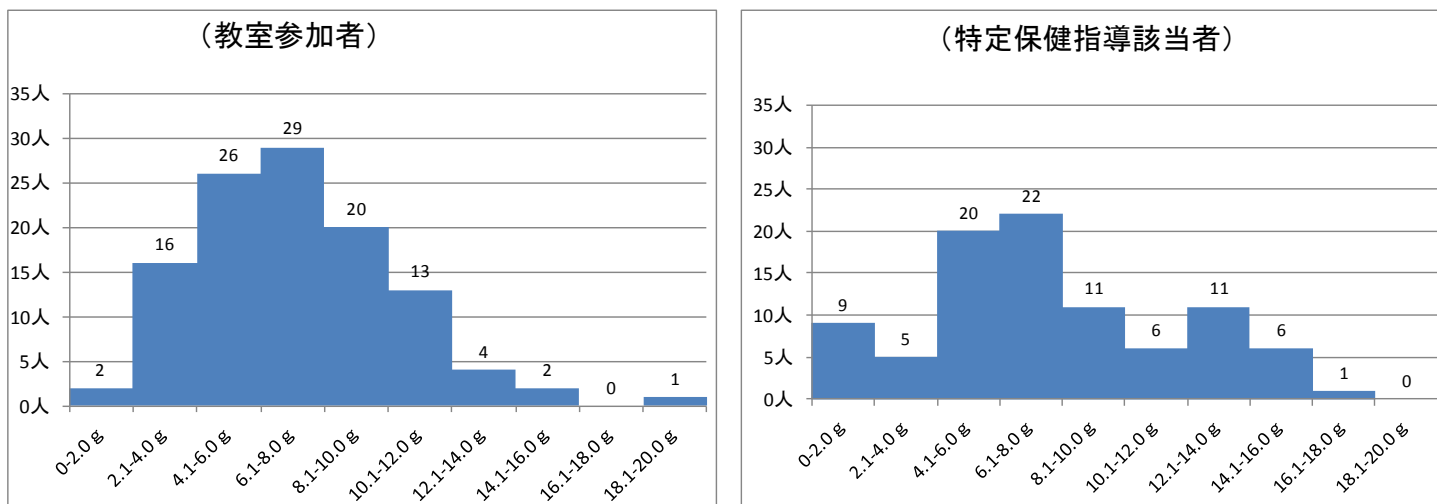
調査の結果、教室参加者、特定保健指導該当者共に6.1g～8.1g摂取している方が1番多く、特定保健指導該当者は12g以上の人数が教室参加者よりも若干多く見られた。特定保健指導該当者はご飯の量も多い傾向があることから、おかずも一緒に多く食べることが食塩過剰にもつながっていると推測される。

また、みそ汁の回数については教室参加者、特定保健指導該当者共に1日平均1.6杯であった。

食事の聞き取りが1月～2月と冬期間であったことも影響し、漬物（たくわん）を食べる頻度が教室参加者、特定保健指導該当者共に1番高く、次いで煮物、たらこを食べる頻度が高かった。

このことから、全町的に漬物や煮物、たらこ等の塩蔵品を食べる頻度が高い傾向にあり食塩過剰摂取やご飯の量の多さにもつながっていることも推測される。（図4）

図4 1日に摂取する食塩量



ウ. 適正量を摂取している者の増加（糖分）

1日の糖分量は別表Ⅱにもあるように成人で砂糖20g以下、果物で80kcal程度（糖に換算すると20g）が望ましい。

教室参加者、特定保健指導該当者共に41g～60gの摂取が一番多く見られた。1日の間食回数は教室参加者で2.9回、特定保健指導該当者で2.6回であった。

教室参加者、特定保健指導該当者共に差は見られなかった。

種類別で見ると果物ではみかん、りんご、バナナの順で頻度が高く、菓子類ではせんべい、チョコレート、あめの順で頻度が高い結果となった。

1回に食べる量は（図3）教室参加者の方が多い傾向ではあったが教室参加者は女性が多かったことも調査結果に影響を与えていると推測される。

今回の調査では清涼飲料水や缶コーヒーなどの飲み物についての設問がなかった。厚真町の特徴として「図1厚真町の食習慣背景の構造」にもあるように農作業中の清涼飲料水や缶コーヒー菓子パンから摂取される糖分についても調査する必要があると考えられるため、今後、飲み物、菓子パン等の糖分摂取についても実態を把握していきたい。（図5. 6. 7）

図5 1日に摂取する糖分量

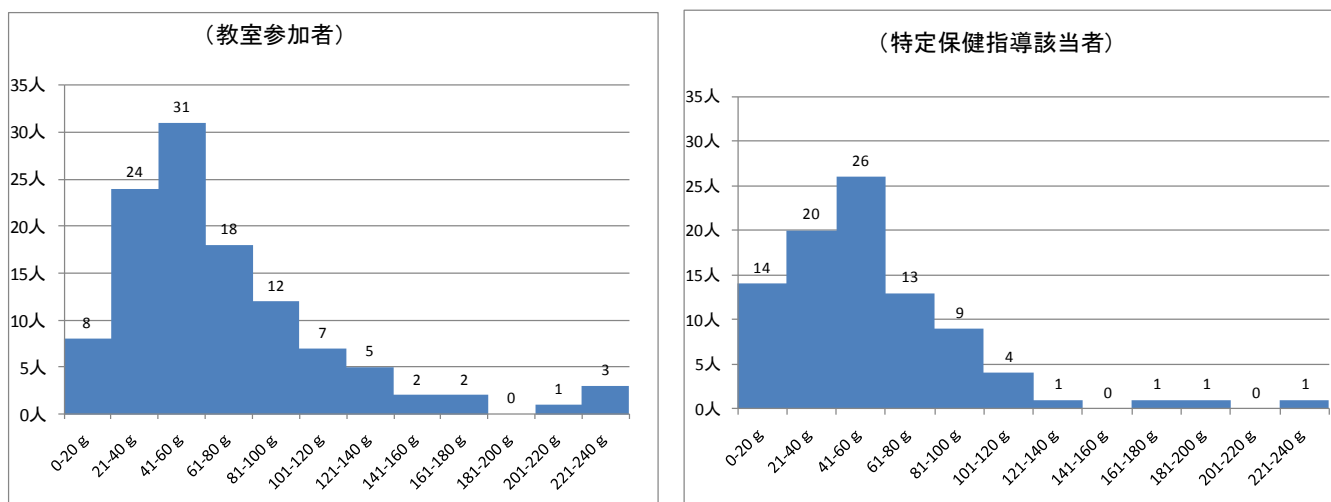


図6 1日に食べる間食の種類

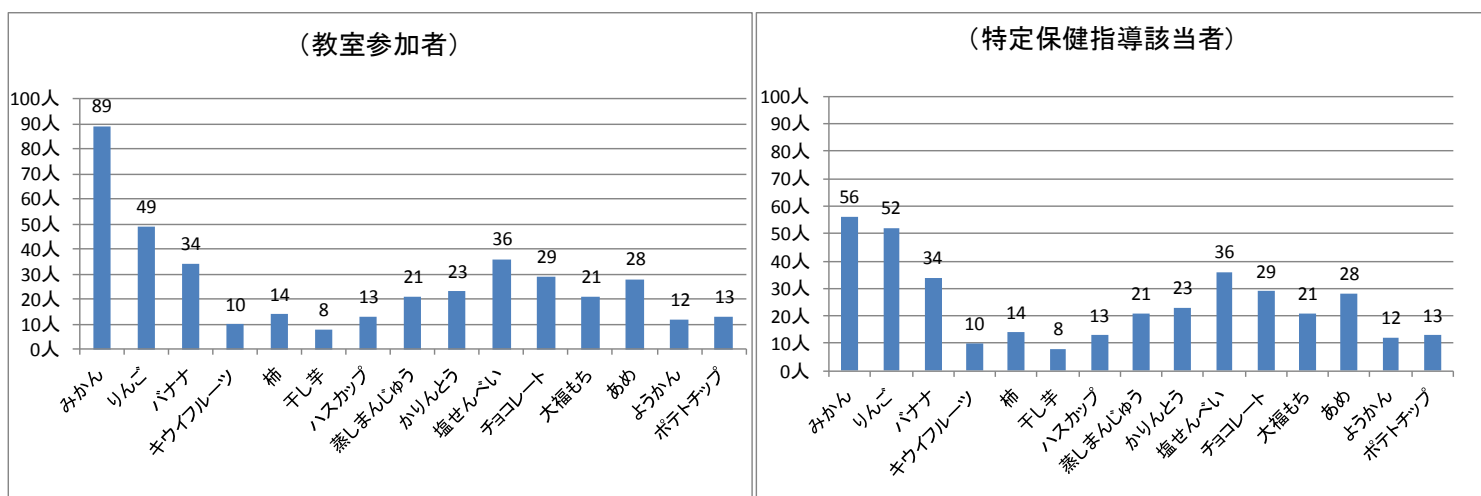
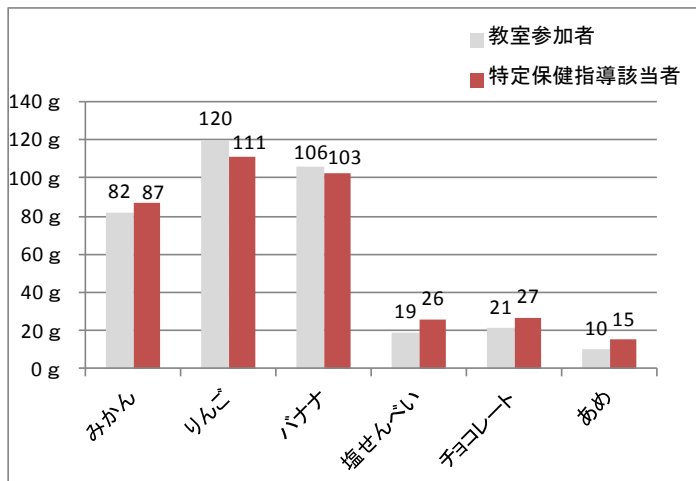


図7 1回に食べる量の比較



今回、食事調査を実施したが、教室参加者、特定保健指導該当者の人数に差があること、性別、年代に偏りがあり、調査票も限定した項目であったため、1日の食事の摂取量を推測することが困難であった。

また、ほぼ全ての食事調査は過少申告することがわかっているため、過少申告を考慮し調査結果をまとめる必要があります。

表3 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

法律		母子健康法					(省令)児童福祉施設最低基準第35条	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								
		母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)		健康診査(第12条)				健康診断(第13条)		健康診断(第66条)			特定健診	後期高齢者健診							
健診の名称等		妊婦健診					1歳6か月健診	3歳児健診	学校健診	健康診査	定期健康診断	特定健診	後期高齢者健診								
健診内容を規定する法令・通知等		平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4 妊婦時の母性保健」平成21年2月27日雇児発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等について」					厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章健康および安全」	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」											
対象年齢・時期等		8週前後	26週前後	36週前後	1歳6か月	3歳	保健所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	35～39歳	40未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上						
項目	幼児 3～5歳	小学生 6～8歳 9～11歳		中学生 12～14歳	高校生 15～17歳	妊婦	成人	65歳以上	年間14回		該当年齢	該当年齢	(幼稚園については、学校保健安全法のもと実施)	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回			
身長																					
体重																					
内臓脂肪の蓄積	BMI 肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満		成人と同様	妊娠初期(5～16週)	BMI25未満	25未満													
				妊娠中期(17～28週)																	
				27.2未満																	
				妊娠後期(29～40週)																	
				28.3未満																	
	腹囲		腹囲75cm未満	腹囲80cm未満		男 85cm未満		女 90cm未満													
	中性脂肪		120mg/dl未満			150mg/dl未満															
	HDL コレステロール		40mg/dl未満																		
	肝機能	AST(GOT)		31IU/l未満																	
		ALT(GPT)		31IU/l未満																	
γ-GT (γ-GTP)			51IU/l未満																		
コリンエステラーゼ			201IU/l未満																		
血管を傷つける条件	血圧(mgHg)	125/70未満	125/70未満		130/75未満	130/85未満															
	尿酸		5.3mg/dl未満	6.2mg/dl未満	7.1mg/dl未満																
	空腹時血糖		100mg/dl未満																		
	随時血糖		140mg/dl未満		(食後2時間) 120mg/dl未満	140mg/dl未満															
	HbA1c		5.2%未満		5.8%未満	5.2%未満															
	尿糖		(-)																		
	LDL コレステロール		LDL-C以外の主要危険因子数(※1)		目標値(mg/dl)																
						0	159以下														
						1～2	139以下														
						3以上又は糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化疾患の合併 冠動脈疾患の既往あり	119以下 99以下														
腎臓	血清クレアチニン(mg/dl)	男 0.5未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.9未満	10.5未満														
		女 0.4未満	0.6未満		0.7未満	0.8未満	0.8未満														
	eGFR	正常GFR 133±27ml/分		男子 140±30ml/分 女子 126±22ml/分		60ml/分以上															
	尿蛋白		(-)																		
	尿潜血		(-)																		
尿葉窒素		21mg/dl未満																			
易血性	赤血球数																				
	ヘマトクリット																				
	ヘモグロビン						46%未満														

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

- ・母親教室（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談・離乳食講習会
保育園児体位測定調査（乳幼児期）
- ・食生活改善推進協議会事業（学齢期・壮年期・高齢期）
- ・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

栄養士による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（学校保健会）
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
- ・学齢期の生活習慣病健診導入に向けた検討

iv 厚真町の食の実態の把握の推進

- ・食事調査の実施
厚真町では平成6年に実施した町民栄養調査以来、詳細な食事に関する調査は実施していない。このことから科学的に根拠のある調査方法、集計方法で厚真町の食事調査を実施し、実態を把握する必要があります。

(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。

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 日常生活における歩数の増加

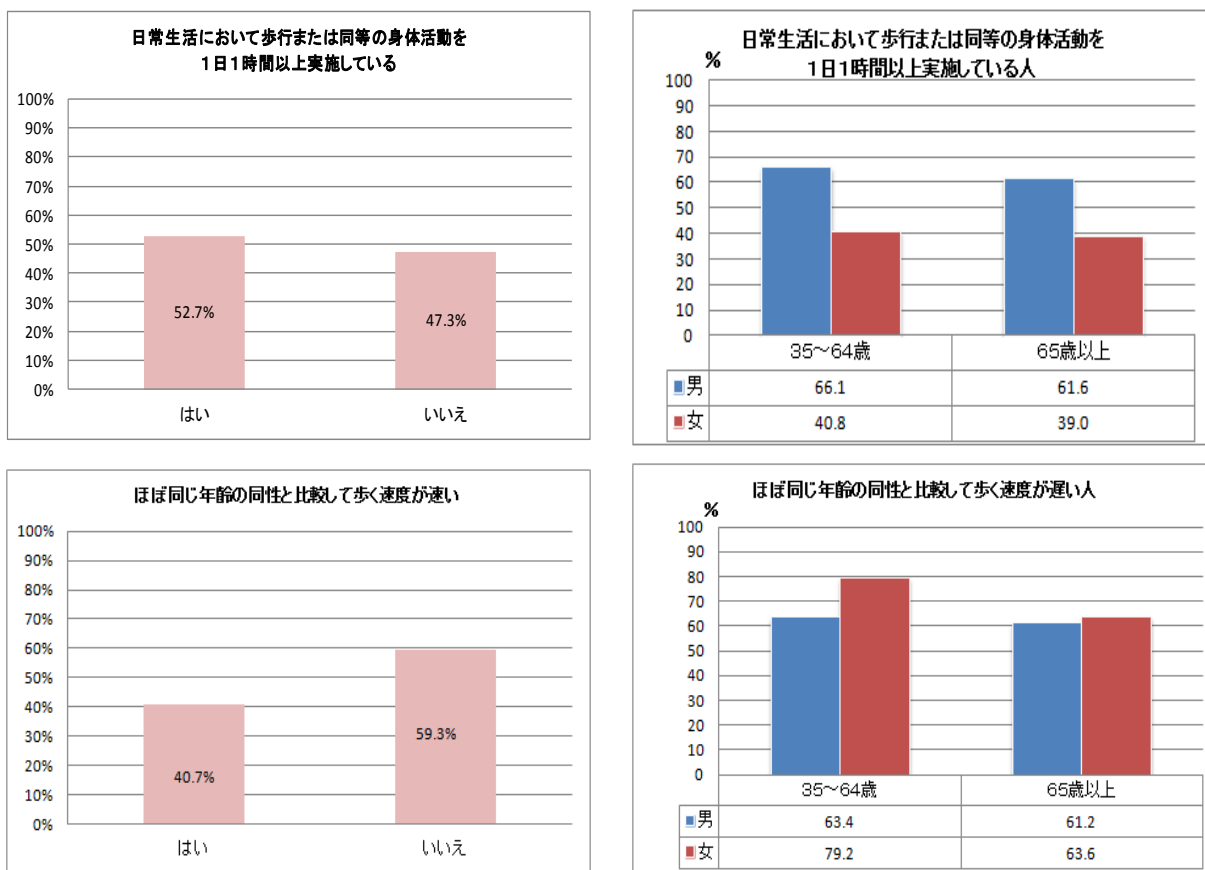
(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

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。

厚真町では、平成20年度の基本健康診査・国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、男女ともに50%前後で、男性に比べ女性の割合が低くなっています。(図1)

図1 性別・年代別の体をよく使っている人の推移



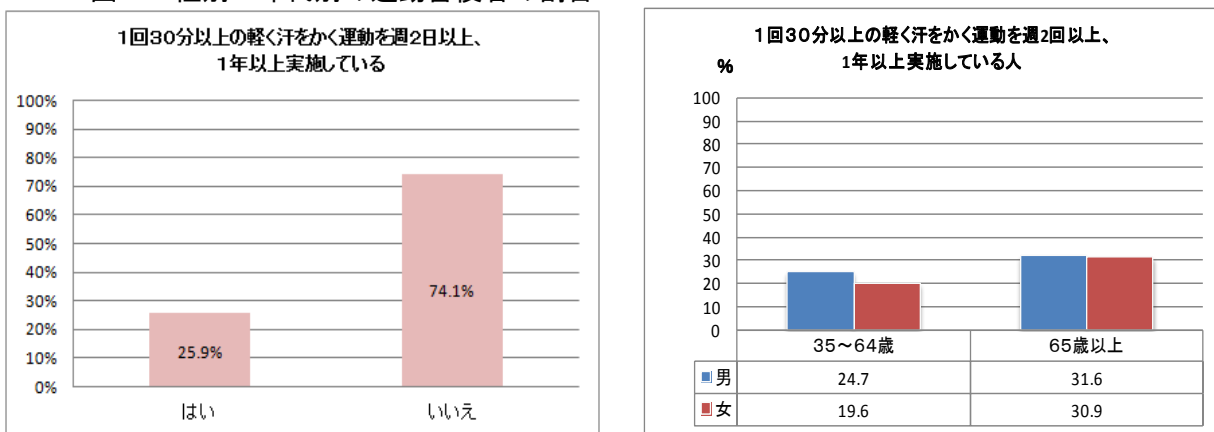
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、厚真町は道路の凍結等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

ii 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(35～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなりますが、厚真町も同様の傾向です。

また、身体活動と同様に、女性の就労世代の運動習慣者が最も少なくなっていますが、全体でも運動習慣のある人は約25%に留まっています。(図2)

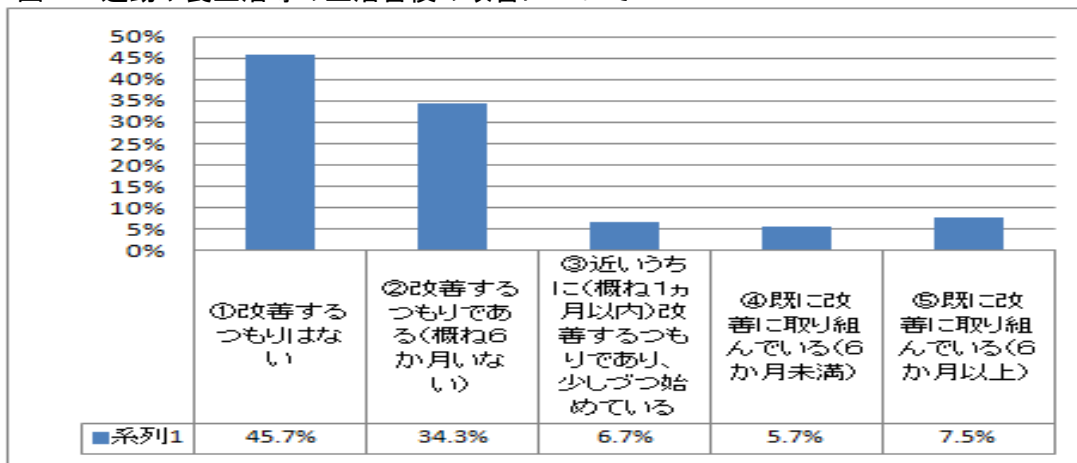
図2 性別・年代別の運動習慣者の割合



iii 運動や食生活等の生活改善希望者の増加

運動や食生活の改善は、生活習慣病予防の重要なポイントとなりますが、現在の生活習慣を①改善するつもりはない②改善するつもりである③近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている④既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)⑤既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)の項目で調査したところ、①の割合が45%と約半数であり、②を含めると80%に達します。(図3)

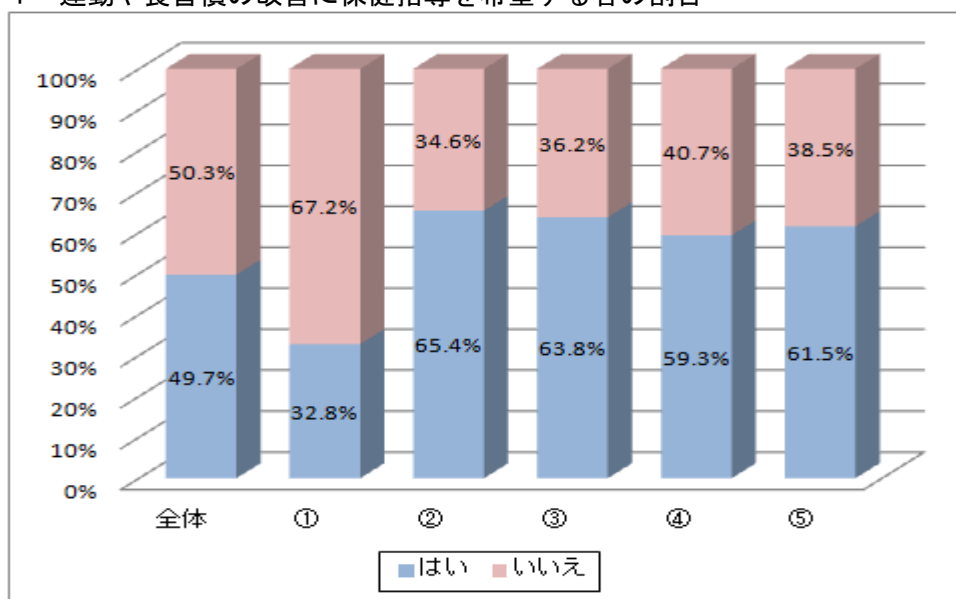
図3 運動や食生活等の生活習慣の改善について



また、①を選択した人の約70%が保健指導も希望しないことから、その人達の健診データを今後確認し、優先順位を決め、効果的な保健指導を展開していく必要があります。(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ゆくり等の施設を活用し、多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を拡充していく必要があります。

図4 運動や食習慣の改善に保健指導を希望する者の割合



iv 介護保険サービス利用者の増加の抑制

厚真町の要介護認定者数は平成23年には、259人となり、1号被保険者に対する割合は16.4%となっています。

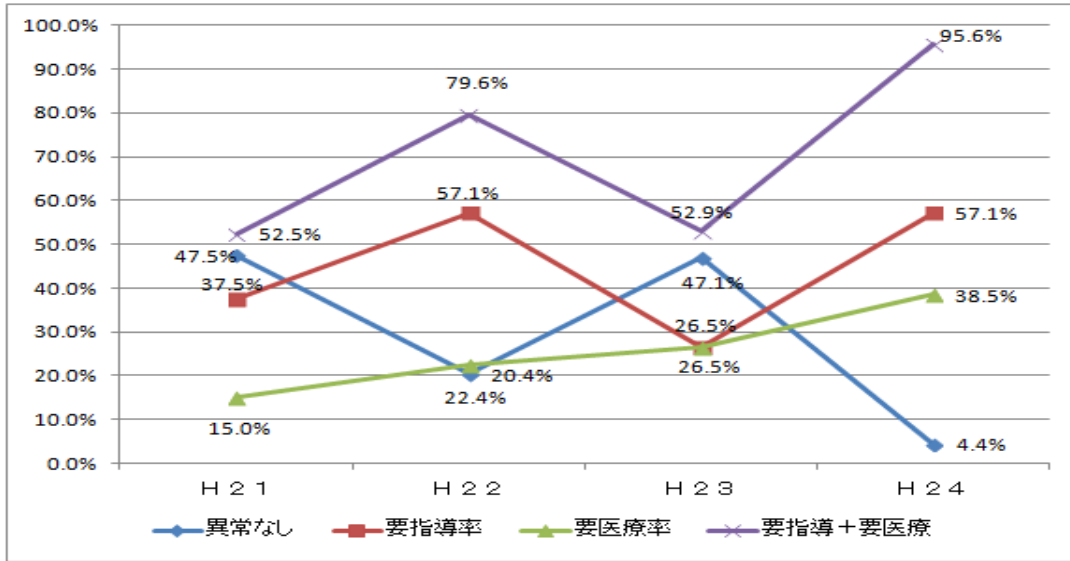
平成18年の要介護認定者数242人と比較して、介護認定者数は約1.1倍に増加しています。

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、厚真町でも、平成26年度には要介護認定者数が307人で現在より平成23年度と比較して48人の増加、要介護認定率も18.7%と現在より2.3%上昇するとの予測がされています。

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。

厚真町では、骨密度検査においても要指導、要医療となる者の割合も多く、運動器疾患へつながる可能性が高い状態にあります。(図5)

図5 骨密度検査結果の経年変化



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・幼児園児	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・脊髄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				運動習慣ありの人 割合が低い						
		スポーツ少年団	部活動			持久力・筋力 の維持						
	持久力・筋力 の向上											

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考:長野県松川町保健活動計画等

また、運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法がありますが、運動器の1つである関節への負担を軽減しながら行うことのできる、水中での歩行や体操といった運動は、最も安全かつ効果的な運動と考えられているため、水中運動が可能なゆくりを活用しての高齢者向けの運動教室の充実が必要になります。

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」や「歩育」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
 - ・町の各部局や関係機関と連携し、冬場でも安全に歩くことができるノルディックウォーキング講習会の継続
 - 「つたえり公園」や「ゆくり」「スポーツセンター」等を活用した運動教室の実施
 - ・包括支援センター等関係機関が実施している事業への勧奨
元気アップ教室、アヒルの会、レッスンプログラム 等

- iii 運動や食生活等の生活改善希望者の増加
 - ・生活改善を希望する者が増加するように、効果的な保健指導と保健指導対象者の優先順位の付け方を検討し効果的な指導を行うと共に、生活改善を希望する者が増加するような取り組みを展開する必要があります。

- iv 運動をしやすい環境の整備
 - ・ゆくり等健康増進施設を活用した事業の検討
ゆくりをはじめ健康増進施設を活用した、体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、誰でも気軽に行える事業として、レッスンプログラム等の充実や見直し、また、他の関係課との調整を行い、効果的な事業の展開を行う必要があります。

(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。

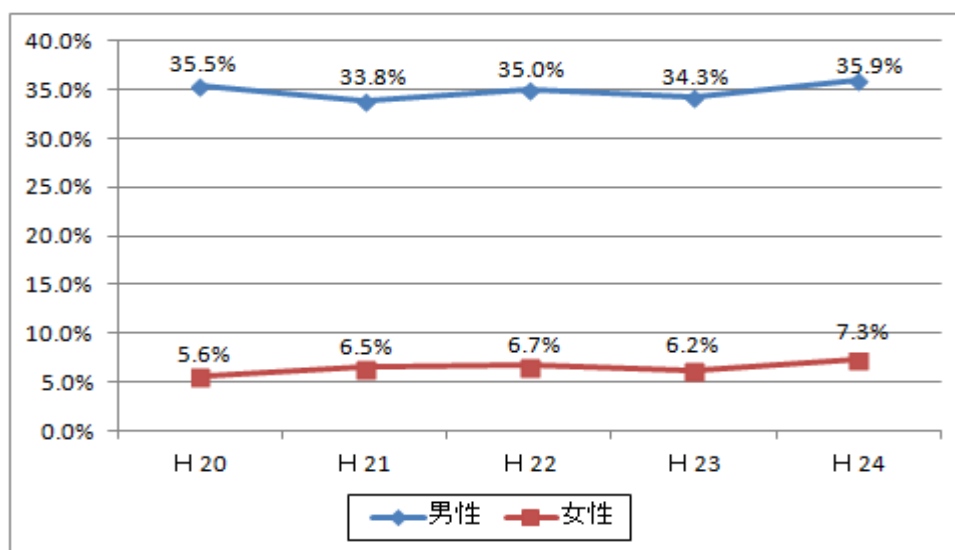
③現状と目標

i 生活習慣病のリスクを高める毎日飲酒している者の割合の低減

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

厚真町の毎日飲酒している人（生活習慣病発症のリスクを高める可能性のある人の割合は、男性は横ばいですが、女性は微増しています。(図 1)

図1 生活習慣病のリスクを高める毎日飲酒をしている人の割合の推移



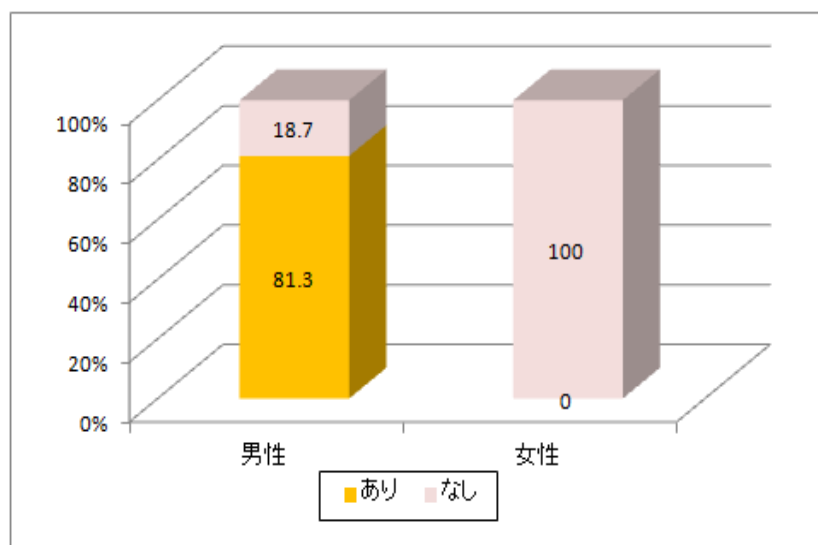
また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTについては、男性は増加傾向、女性は横ばいで推移しています。(表1)

表1 γ -GT異常者の推移

① γ -GTが保健指導判定値者の割合					
	H20	H21	H22	H23	H24
男性	17.7%	19.4%	20.3%	20.7%	25.4%
女性	3.1%	4.2%	3.7%	4.5%	6.9%
② γ -GTが受診勧奨判定値者の割合					
	H20	H21	H22	H23	H24
男性	7.1%	6.9%	8.1%	6.5%	10.5%
女性	0.5%	1.2%	1.0%	0.7%	1.5%

γ -GTの受診勧奨判定値者の飲酒習慣(毎日または週3~4日飲む者)は、男性が81.3%と飲酒との関連があると思われませんが、女性では、飲酒する者がおらず、アルコール以外の薬やサプリメント等との関係性について確認していく必要があります。(図2)

図2 γ -GT 受診勧奨判定値者の飲酒習慣の状況



厚真町基本健康診査・国保特定健診問診票

γ -GT 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2)

表2 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(BMI)		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	434	100.0%	138	31.8%	59	13.6%	193	44.5%	35	8.1%	150	34.6%	
γ -GT異常者	90	20.7%	42	46.7%	9	10.0%	51	56.7%	5	5.6%	50	55.6%	
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						
80	18.4%	30	6.9%	246	56.7%	68	15.7%	118	27.2%	22	5.1%	62	14.3%
18	20.0%	11	12.2%	49	54.4%	22	24.4%	26	28.9%	8	8.9%	18	20.0%
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	569	100.0%	58	10.2%	23	4.0%	200	35.1%	11	1.9%	130	22.8%	
γ -GT異常者	26	4.6%	4	15.4%	3	11.5%	13	50.0%	0	0.0%	16	61.5%	
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						
80	14.1%	22	3.9%	312	54.8%	73	12.8%	219	38.5%	9	1.6%	13	2.3%
3	11.5%	2	7.7%	19	65.5%	1	3.8%	16	61.5%	0	0.0%	0	0.0%

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、 γ -G Tが基準値を超える者では、心電図の異常率が高く、心電図所見の中でより重症な心筋梗塞や心房細動が多いと言ったデータもあります。特定健診では心電図検査が「詳細な健診項目」に定められており、理学的検査項目で必要と判断された者に実施していましたが、 γ -G Tが経年で高い者に対しても実施することを検討する必要があります。

現在、 γ -G Tが受診勧奨値を超えている人については、健診結果説明会や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、厚真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（純アルコール量）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、母親・両親教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等
- ・地域特性における健康教育（冬季健康教育等）

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・厚真町基本健康診査、厚真町特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

(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

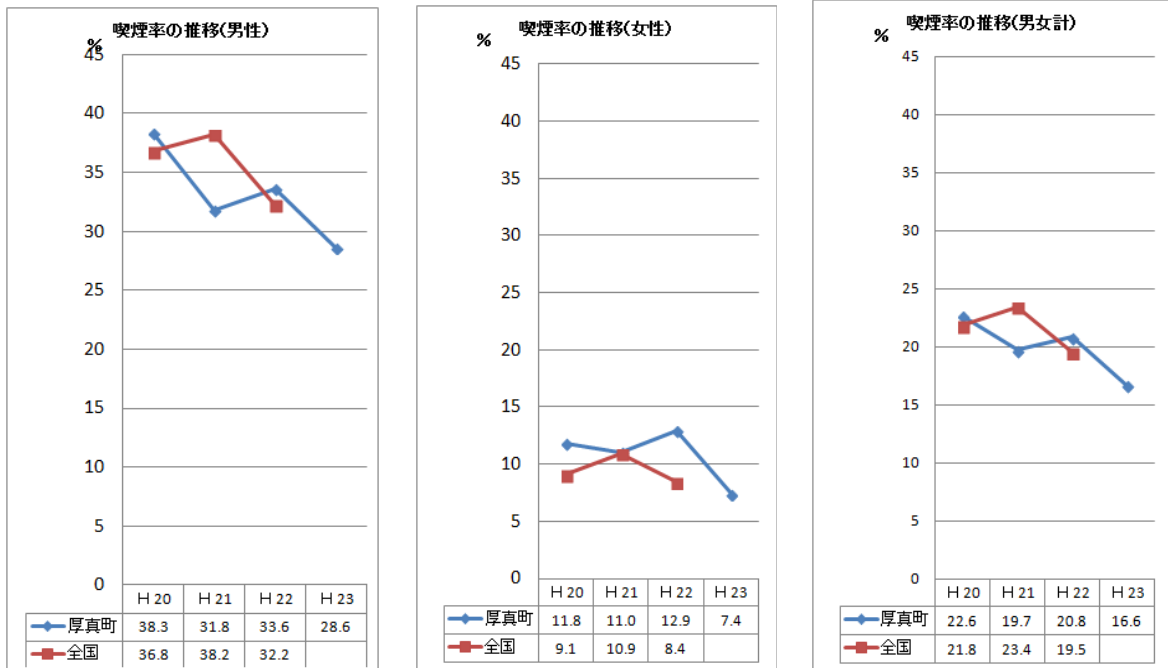
i 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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。

厚真町の成人の喫煙率は、全国と比較すると男性ではほぼ同じ割合に対し、女性は高く推移しています。しかし、男女ともに年々喫煙率が低下傾向にあります。(図1)

この喫煙率のデータは、厚真町基本・特定健診の受診者のみのデータであるため、今後は、肺がん検診等の問診票も活用して、さらに多くの町民の喫煙状況を把握する必要があります。

図1 喫煙率の推移



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、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
- 医療機関で実施している禁煙外来等と連携した個別支援

(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。

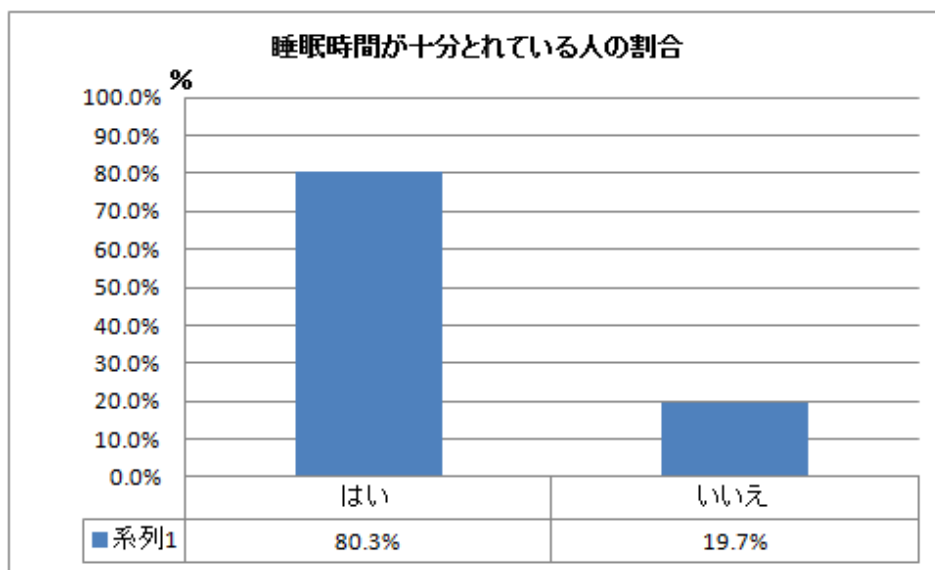
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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。

厚真町では、平成 20 年度の基本健康診査・特定健康診査受診者を対象に「睡眠が十分にとれている」の項目で睡眠に関する調査を実施しており、約 80% の人は、睡眠が十分に取れていると回答していますが、約 20% (5 人に 1 人) の人が睡眠不足を感じています。(図 1)

図1 睡眠時間が十分とれている人の割合



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 厚真町の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・ 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、厚真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

3. 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

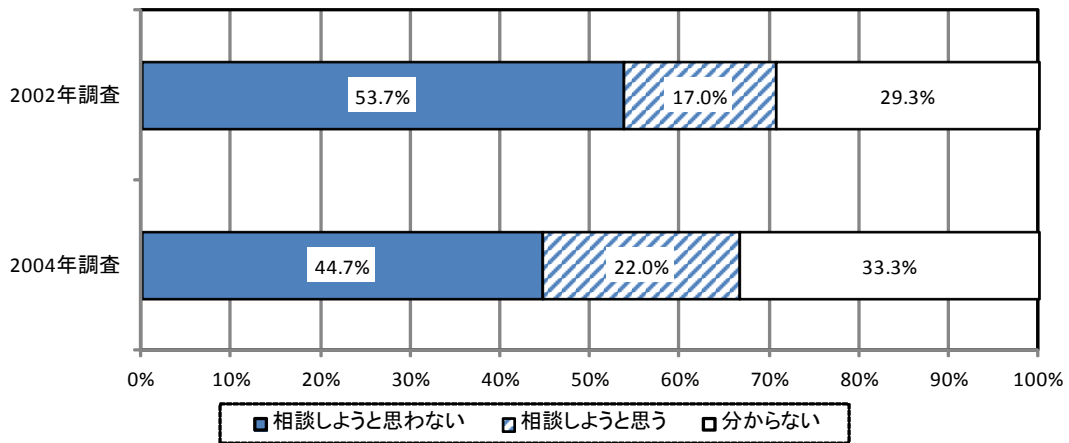
現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

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)

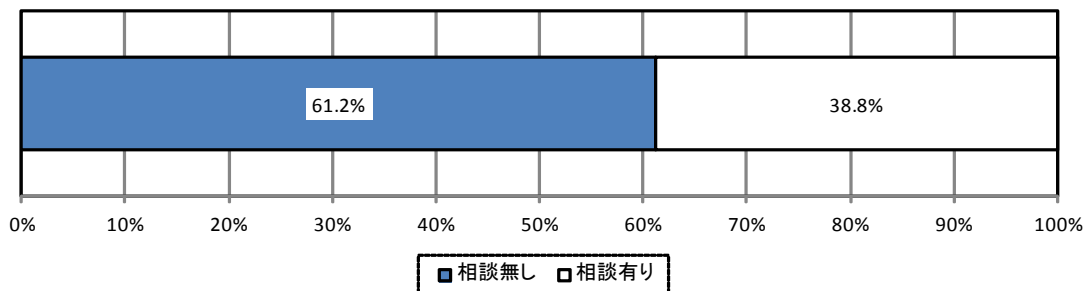
図1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

(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。

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液量変化を測定し、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


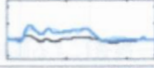
【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血液量が急増

課題に答えている間中、血液量は高いレベルを維持する

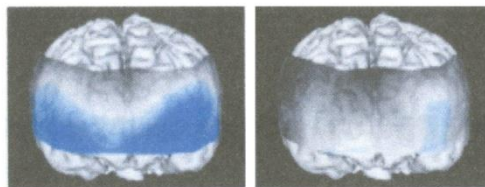
うつ病患者：すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

※ NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

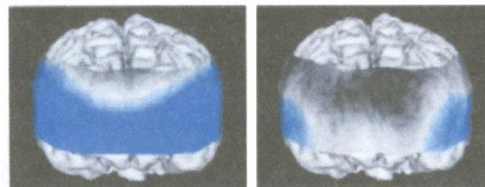
	NIRS 波形	賦活反応性
健康者		明瞭 (賦活に応じて)
うつ病		減衰 (初期以降)

※ 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

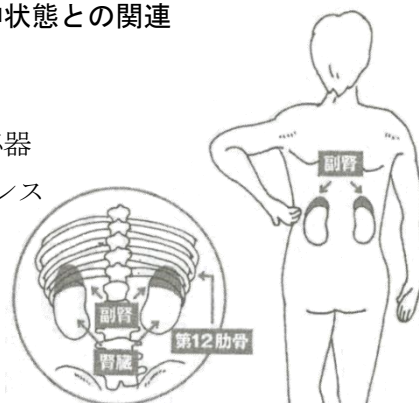
NIRS とは…近赤外線分光鏡 (near-infrared spectroscopy) の保険収載名である

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】

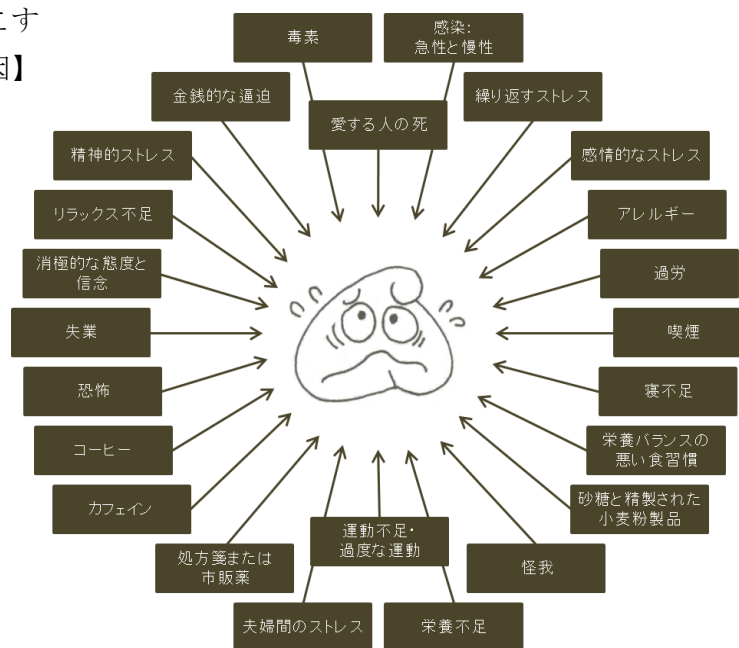
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器
 「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている



【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】

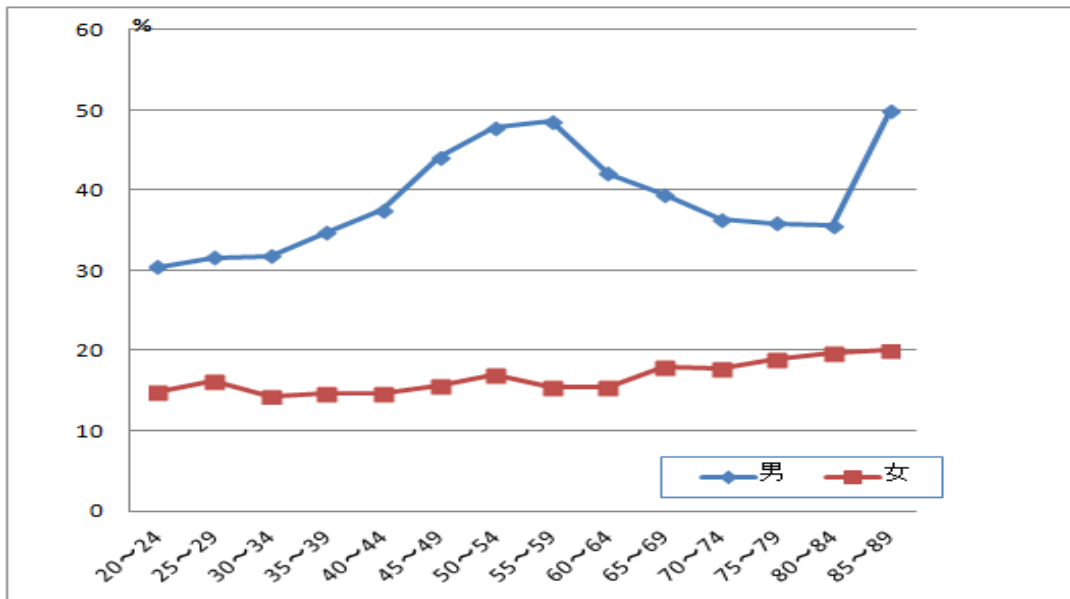
- ・睡眠不足
- ・栄養バランスの悪い食事
- ・疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・疲れていても夜更かしすること
- ・長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- ・長い間、勝ち目のない状況に留まること
- ・完璧を目指すこと
- ・ストレス解消法がないこと

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。

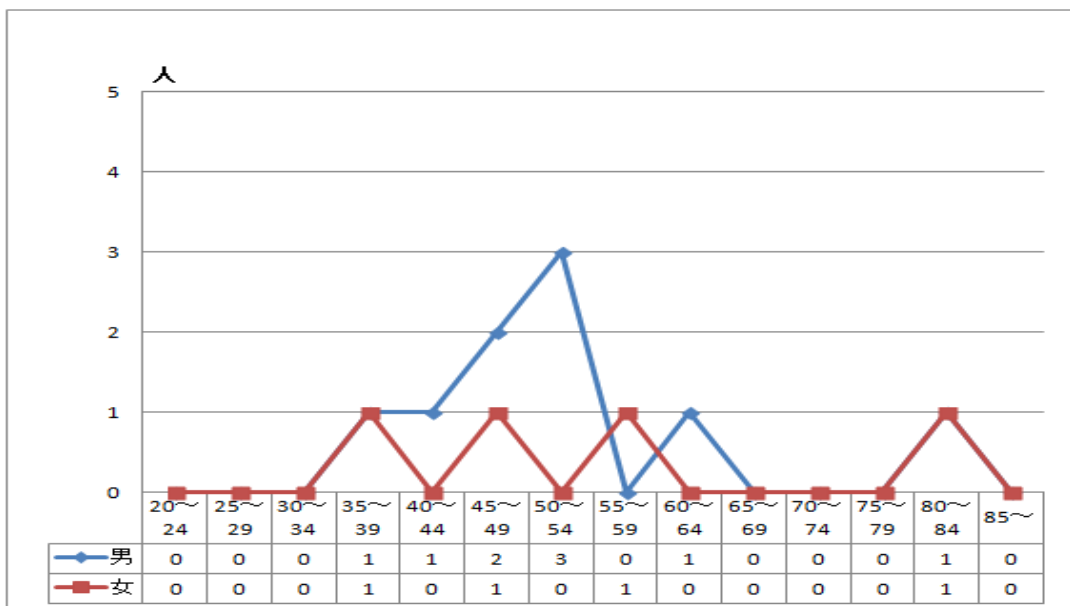
厚真町においても、男性の自殺による死亡者数の累計は、50～54歳に最も多くなっています。(図5・図6)

図5 男女別自殺者の動向（平成23年度）



人口動態統計（厚生労働省）

図6 厚真町の年齢別男女別自殺者数（平成17～23年度総数）



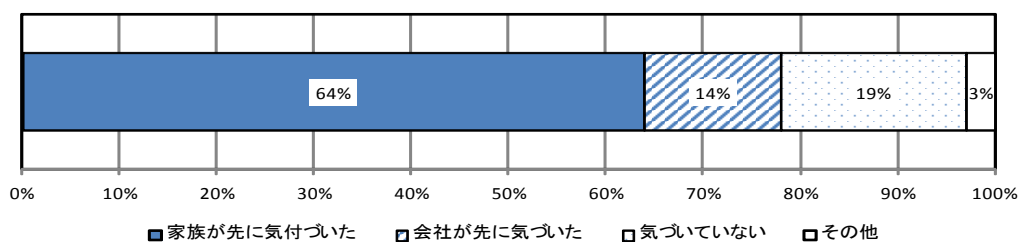
この年代に自殺者数が増加したのは、平成18年以降で、近年は、40歳代男性の自殺が増加しています。背景としては経済状況や仕事（過労）などの社会的要因が大きいのと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

平成18年度から、地域住民がうつ病をはじめとした心の病について理解し、関わり方を学ぶために「やさしい精神保健講座」を開催し、延べ参加実人数（平成18～24年度）301名となっています。また、精神保健に関するパンフレットを年1回全戸配布しています。東胆振管内は北海道や全国より自殺死亡率が高いため、今後は、苫小牧保健所など関係機関との連携を図り、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になります。

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7)

図7 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、専門家へのつながりを実現し、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

- ・「やさしい精神保健講座」や種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ・精神保健に関するパンフレットの全戸配布

ii 相談事業の推進

- ・苫小牧保健所や庁舎内関係課、医療機関との連携をとり、家庭訪問等の相談事業

4. 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、厚真町でも、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 厚真町の目標の設定

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース		
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	148.9	平成22年	73.9	平成27年	73.9	平成27年	①		
	②がん検診の受診率の向上									②		
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 20.1% ※32.2 女性 21.3% ※39.5	平成23年	40%	当面	50%	平成28年			
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		男性 66.3% ※81.1 女性 76.7% ※93.0				◎現状維持 又は向上				
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 23.6% ※39.1 女性 26.2% ※50.5				40%				
	・子宮頸がん	32.0%		20.3% ※45.4				50%			平成28年	50%
・乳がん	31.4%	26.3% ※31.0										
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)									①		
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	男性 50.8 女性 26.2	平成22年	平成34年度	男性 41.7 女性 24.7	平成34年度	男性 41.7 女性 24.7			
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性 32.4 女性 15.4			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)			47.5%	平成23年度			平成20年度と比べて25%減少		③		
	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:4.8%		i:14% ii:7.7%		i:14% ii:7.7%				
	④メタリックントロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	156人(27.3%)	平成20年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度			
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 (特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の終了率)	41.3% 12.3%	平成21年度	48.2% 41.40%	平成22年度	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定							
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	0~2人(年平均0.6人)	平成23年度	15,000人	平成34年度	現状維持 又は減少	平成34年度	④		
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		58.1%		75%		75%				
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	0.80%		1.0%		◎現状維持 又は減少		③		
	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		5.5%		1,000万人		現状維持 又は減少				
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	37.3%	平成17年	—	平成23年度	平成34年度	平成34年度	平成34年度	⑤			
	・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少	54.7%		—						45%		
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	54.7%										
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加											
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	平成21年	82.1%	平成21年度	80%以上	80%以上	⑥				
	・12歳児の一人平均歯数の減少	1.3歯		2.97歯	平成22年度	1.0歯未満	1.0歯未満	⑦				
③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)	34.1%		—		65%	増加	⑤					

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

◎は、国の目標値をすでに達成

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	18.5%	平成23年度	20%	平成34年度	◎現状維持又は減少	平成34年度	⑧
	・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	9.20%		減少傾向へ	平成26年	◎現状維持又は減少	平成26年	①
	・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	男子 27.9% 女子 5.3%	平成23年度	減少傾向へ		減少傾向へ		⑦
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%		49.4%		28%	平成34年度	減少傾向へ	平成34年度	
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		31.0%		19%		減少傾向へ		
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		8.7%		22%		◎現状維持		
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)									
	・35～64歳	男性 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	男性 66.1% 女性 40.8%	平成23年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩		増加		③
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		男性 61.6% 女性 39.0%		男性 7,000歩 女性 6,000歩		増加		
	②運動習慣者の割合の増加									
	・35～64歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%		男性 24.7% 女性 19.6% 総数 22.2%		男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	
・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 31.6% 女性 30.9% 総数 31.3%		男性 58% 女性 48% 総数 52%		男性 58% 女性 48% 総数 52%			
	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	246人	平成23年	657万人	平成37年度		平成26年 10月	⑨
飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 16.4% 女性 7.4%	平成22年	男性 14.5% 女性 7.2% ※1	平成23年度	男性 14.0% 女性 6.3%		男性 14.0% 女性 6.3%		
喫煙	①成人喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%		16.6%		12%	平成34年度	12%	平成34年度	③
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21年	30.8% ※2	H20年度	15%		15%		
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	40.8	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 「お酒を毎日飲む者の割合」純アルコール摂取量の統計なし
 ※2 「睡眠時間が十分取れている」しか把握できていない

- ①:人口動態統計
- ②:町がん検診
- ③:町国保特定健康診査
- ④:町国保レセプト・身障者手帳交付状況
- ⑤:町歯周疾患検診
- ⑥:町3歳児健診
- ⑦:町学校保健統計
- ⑧:町妊娠届出申請書
- ⑨:介護保険事業報告

第Ⅲ章 現状と課題のまとめ

第三章 現状と課題のまとめ

1. 現状から優先して取り組む課題の明確化

厚真町の地域特性や健診及び健診データ等から考えられる健康課題を踏まえ、下記の7点を優先的に推進します。

① 特定健康診査受診率

厚真町は健診受診率は苫小牧保健所管内で最も高くなっていますが、50%を下回っており、国の目標値であるの65%にはまだまだ到達できていません。

町の広報誌や対象者全員への受診券・問診票の個別発送だけでは、受診率の大きな伸びは望めないことから、未受診者へのはがきや電話での勧奨のほか、地区担当保健師による継続未受診者へ個別にアプローチする勧奨活動に力を入れていく必要があります。

また、平成26年度より導入される国保データシステム(KDB)を利用して、特定保健指導対象者のレセプトとの突合により、健診も医療機関への受診もしていない未受診者の抽出を始め、治療中であってもコントロール不良な者等を抽出し、より効果的な保健指導を展開していきます。

② メタボ該当者及び予備群の減少

平成20年度から始まった特定健康診査において発見されるメタボ該当者と予備群の方の割合が、平成20年度～23年度の3年間において、約30%と固定されており改善しておらず、国の目標値(P87記載)である25%減少にむけて更なる取組が必要な状況です。

内臓脂肪が蓄積することで動脈硬化を引き起こす血液変化が起こります。日常生活において、エネルギー摂取と消費のバランスをとり、内臓脂肪を蓄積しない方法や生活習慣の改善について、メタボリックシンドロームのメカニズムの理解を促し、対象者の個別性に合わせた効果的な指導を展開する必要があります。また、経年的に特定保健指導の対象になる受診者も多く、指導前後の健診データや行動変容を比較するなどして指導の効果を評価していき、対象者のメタボ解消につなげていきます。

③ 高血圧と若年層(30～40歳代)のLDLコレステロール値の改善

厚真町は、基本・特定健診の結果からも血圧Ⅱ度以上の割合が高く、国民健康保険加入者の高血圧での受療率も高い状況となっています。また、経年にわたり若年層(30～40歳代)で基準値を超える者の割合が最も高いのがLDLコレステロールとなっています。

町民の生活習慣の背景には、漬物や味付け肉を中心とした食品貯蔵文化は、影をひそめることなく、未だに生活に根付いており、これを日常のおかずとしてお酒と一緒に食

す機会も多く、メタボへとつながり男性の高血圧者の割合の高さに関連しているようです。また、農作業等仕事の合間の間食および清涼飲料水や缶コーヒー（加糖）などの過剰摂取が働き盛りの年代のLDLコレステロール値を上昇させていると考えられます。

脳血管疾患の要因となる高血圧や脂質異常を改善するため、塩をはじめとした食品貯蔵文化を日常生活から切り離していくこと、過剰なカロリー摂取をさげ、メタボを改善していくことが重要となります。また、生活習慣の改善で血圧を安定させることが最も重要と考えますが、降圧剤の内服により血圧を安定させることも、脳血管疾患や虚血性心疾患、腎機能の低下を防ぐことができると考えられるため、健診の結果、I度（軽症）高血圧以上の者の家庭血圧の状況や虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するLDLコレステロールが160mg/dl以上の者の生活習慣を確認すると共に、必要に応じ早期の受診を勧奨していくことも重要と考えられます。

幼児期からの薄味の習慣化、漬物＝野菜ではないことの普及、バランスの良い食生活を身につけること、1日の塩分摂取量の見当がつけられる学習も必要になります。

④ 腎機能

基本・特定健診の結果、腎機能（クレアチン、尿蛋白）検査で異常値を示す割合が全道でも上位（クレアチン15位、尿蛋白9位）となっています。主要死因でも腎不全が第5位に入り、腎不全標準化死亡において、女性は全道1位となっています。

塩分やたんぱく質、脂質の過剰摂取⇒内臓脂肪の蓄積⇒高血圧、高尿酸結晶症等の発症⇒腎機能の低下という関連性が考えられますが、高血圧の内服薬の一部が腎機能の低下につながるという統計もあるため、関連性を調査していくことが重要となります。

腎機能は、症状がかなり進行しないと自覚症状として現れにくいいため、健診等を毎年受診しクレアチンや尿蛋白のほかGFR（糸球体ろ過量）等で経過を確認していくことが重要です。

また、腎機能の低下が予測される人には、塩分や脂質、たんぱく質の適正摂取量を個別に指導し、重症化を予防することが重要です。

⑤ 高齢化

高齢化率が年々あがり、総人口が減少しているなかで、世帯数は増加しており、独居および高齢者世帯の割合が高いという特徴があります。

老後の介護問題から、健康な状態で歳を重ね、親族の支援がなくても心身ともに自立した生活をより長く維持できることが、重要な課題になるといえます。

高齢者の自立した生活を妨げる要因のひとつに筋骨格系の疾患があります。

通年運動できる施設があるものの、市街地域以外の高齢者では、交通手段が確保でき

ず施設の利用ができないといった状況が見受けられます。また、骨密度検査では、要指導および要医療と判定された人が多く骨折等の整形疾患につながりやすいことから、ロコモティブシンドロームの予防に向けた対策が必要となります。

青壮年期からの運動習慣の定着のため、運動施設の整備や適切な学習場面の提供など支援の拡充が必要となります。

⑥ 医療等、関係機関との連携

町内には 1 医療機関しかないため、身近なかかりつけ医を持つことや、自分自身で、健診データを読み取り必要に応じては、専門医を選択して受診するなど、適切な受診行動への支援が必要となります。

学習教材の共有など、対象者を通じて医師と保健指導実施者が連携することで、疾患の重症化予防や改善が期待でき、また治療中断者対策に共同で取り組むこともできます。

古い歴史の中で培われた文化や意識を踏まえながら、健康課題を健診データや科学的に裏付けされた情報から具体的に町民に示し、町嘱託医等と連携することで、地域全体での取り組みとなることを目指します。

⑦ 幼児期・学童期の肥満予防とう歯予防

全国、北海道に比べ肥満児の出現率がかなり高くなっています。う歯数も全国・北海道と比べ多いことから、間食等での糖質の摂取量も多い状況が伺われます。幼児期からの肥満は生活習慣病の発症を誘因し、う歯は口腔機能の発達のみならず、偏食等の原因となり全身の成長発達に影響を及ぼします。

幼児期からの肥満、う歯を予防し健全な発育を促すとともに生活習慣病の発症を予防できるよう、こども園や各保育園、各学校と連携をはかり、肥満の改善やう歯を減らすための取り組みをさらに強化していきます。

第IV章 計画の推進

第Ⅳ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、健康増進施策を厚真町の重要な行政施策として位置づけ、健康あつま21（第二次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、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。

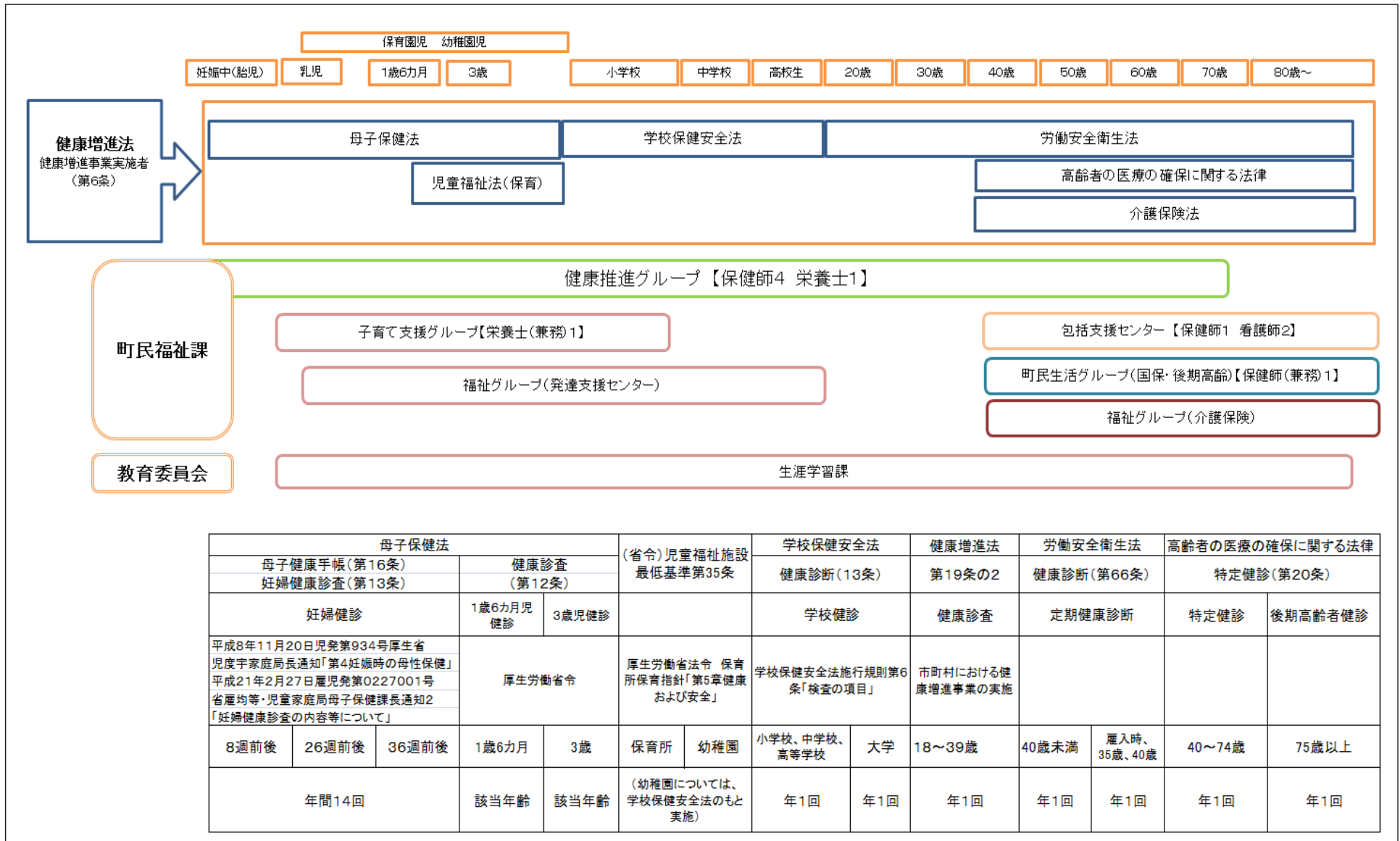
(2) 関係機関との連携

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6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。

厚真町内における健康増進事業実施は、様々な部署との連携が必要なため、庁内関係各課との連携を図ります。(表1)

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、苫小牧保健所、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり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。

表1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための庁内の関係機関



2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、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。

広大な面積を持つ町なので、各地区の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地区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。

厚真町の保健師設置数は全国及び北海道と比較し多い状況ですが、年齢構成に偏りがあります。

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 国立公衆衛生院衛生行政学部)です。

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、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。

< 資 料 >

厚真町健康づくり推進協議会委員名簿

関係機関	団体及び役職名	氏 名
医療関係者 3人	厚真町嘱託医	小 林 孝
	厚真町嘱託医	石 間 巧
	厚真町嘱託医(歯科)	呉 忠
関係団体の 代 表 者 8人	厚真町国民健康保険運営協議会長	松 平 功
	厚真町社会福祉協議会副会長	阿 蘇 美紀子
	とまこまい広域農業協同組合 厚真地区担当理事	大 垣 良 昭
	厚真町食生活改善推進協議会長	西 村 幸 子
	厚真町老人クラブ連合会長	森 田 定 一
	厚真町婦人団体協議会長	藤 本 昭 子
	厚真町学校保健会長	油 谷 諭
厚真町体育協会副会長	前 田 正 行	
行政関係者 1人	北海道胆振総合振興局保健環境部 苫小牧地域保健室長	中 村 秀 恒

(任期：平成24年6月6日～平成26年6月5日)



「健やかな心のふるさとづくり」で
“健康長寿のまち”の実現

厚真町健康増進計画

発行／北海道厚真町 編集／町民福祉課 発行日／平成 25 年 3 月