

富良野市健康増進計画 (第二次)



平成25年3月

北海道 富良野市

<目 次>

第1章 健康増進計画改定にあたって

- 1 計画改定の趣旨 1～2
- 2 計画の性格 3
- 3 計画の期間 3
- 4 計画の対象 3

第2章 富良野市の概況と特性

- 1 本市の概況 4
- 2 健康に関する概況 5～15
- 3 市の財政状況と主な社会保障費 16

第3章 課題別の現状と対策

- 1 前計画の評価 17
- 2 計画の基本的な考え方 18
- 3 目標設定の考え方 18～19
- 4 生活習慣病の予防
 - 1) がん 20～24
 - 2) 循環器疾患 25～34
 - 3) 糖尿病 35～40
- 5 生活習慣の改善
 - 1) 栄養・食生活 41～45
 - 2) 身体活動・運動 46～48
 - 3) 飲酒 49～51
 - 4) 喫煙 52～53
 - 5) 歯・口腔の健康 54～56
- 6 社会生活に必要な機能の維持・向上
 - 1) 高齢者の健康 57～60
 - 2) こころの健康 61～63
 - 3) 休養 64～65

第4章 計画の推進

- 1 健康増進に向けた取組みの推進 66～67
- 2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 68

第1章 健康増進計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨
2. 計画の性格
3. 計画の期間
4. 計画の対象

第1章 健康増進計画改定にあたって

1 計画改定の趣旨

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

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

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

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

本市では、「健康日本21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、本市の特徴や、市民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、富良野市健康増進計画を平成18年3月に策定し、平成27年度までを計画期間として取組みを推進してきました。

今回の国の基本的な方針の見直しを受け、「国民運動」の基本的な方向及び目標項目を基本として、これまでの取組みを評価し、新たな健康課題などを踏まえ、富良野市健康増進計画(第二次)を策定します。

参考 「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」における基本的な方向の概要

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

国際的にも、これらの疾患は重要な 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、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

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

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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。

2 計画の性格

この計画は、第5次富良野市総合計画を上位計画とし、市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」を参考にしながら、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富良野市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。

また、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 関連する法律及び各種計画

法 律	北海道が策定した計画	富良野市が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画 「すこやか北海道21」	富良野市健康増進計画
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	富良野市国民健康保険特定健康診査等実施計画
次世代育成対策推進法	子ども未来づくり北海道計画	富良野市次世代育成支援地域行動計画
食育基本法	北海道食育推進計画	
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(富良野市健康増進計画)
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	(富良野市健康増進計画)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業支援計画	富良野市第5期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

3 計画の期間

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

4 計画の対象

この計画は、胎児期(妊娠期)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みを推進するため、全市民を対象とします。

第2章 富良野市の概況と特性

1. 本市の概況
2. 健康に関する概況
3. 市の財政状況と主な社会保障

第2章 富良野市の概況と特性

1 本市の概況

本市は、上川管内の南部に位置し、東西約 32.8 km、南北約 27.3 km で北海道のほぼ中心にあり、富良野盆地の中心都市です。

総面積は、600.97 k㎡で、市域の約 7 割が山林という恵まれた自然環境にあります。

気候は、北海道の内陸部で大雪山系と夕張山系に囲まれた地形のため、典型的な大陸性気候です。気温の日較差や年較差が大きく、夏季には集中豪雨の傾向もみられ、降雪期間は 11 月中旬から 4 月上旬までで、積雪深は 1 m 内外ですが、山間部では 2～3 m に達します。平成 23 年の年平均気温は 6.8℃で、最高気温 33.3℃、最低気温マイナス 25.9℃、年間日照時間 1,507 時間、年間降水量 1,398mm となっています。

本市の開拓は、明治 30 年（1897 年）福岡県出身の中村千幹氏らが現在の扇山地区に入植したことから始まり、明治 36 年（1903 年）に下富良野村となりました。その後、大正 8 年（1919 年）に富良野町となり、昭和 31 年（1956 年）に東山村、昭和 41 年（1966 年）に山部町と合併し道内 29 番目の市として富良野市が誕生しました。

平成 22 年の総人口は約 24,000 人で、産業別人口では、第 1 次産業 20.4%、第 2 次産業 13.8%、第 3 次産業 65.8%となっており、農業と観光が基幹産業です。

2 健康に関する概況

本市の健康に関わる項目を、全国、北海道と比較した概況は、表1のとおりです。

表1 市の健康に関する概況

北海道と比較して課題となるもの

項目		全国		北海道		富良野市					
		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	-	24,259	-			
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	3,155	13.0%			
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	14,591	60.1%			
		65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	6,512	26.8%			
		(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	3,436	14.2%			
2	死亡 (主な死因年次推移分 類)	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)			
		1位 75歳未満の 年齢調整死亡率	悪性新生物	279.7 84.3	悪性新生物	325.2 91.4	悪性新生物	375.6 87.4			
		2位 虚血性心疾患 年齢調整死亡率	心疾患	149.8 男性:36.9 女性:15.3	心疾患	162.8 男性:30.6 女性:12.8	心疾患	183.7 男性:55.3 女性:15.3			
		3位 年齢調整死亡率	脳血管疾患	97.7 男性:49.5 女性:26.9	脳血管疾患	96.4 男性:47.2 女性:25.3	脳血管疾患	130.6 男性:46.4 女性:27.7			
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.3	肺炎	106.2			
		5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全	57.2			
	早世予防からみた 死亡(64歳以下)	合計	176,549人	14.7%	8,690人	15.7%	26人	10.3%			
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	17人	11.4%			
		女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	9人	8.7%			
	3	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	認定者数(H22年度末)	5,062,234人		245,769人		1,113人			
1号認定者数/1号被保険者 に対する割合			4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	1,085人	16.9%			
再)75歳以上(%)			4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	967人	28.3%			
再)65-74歳(%)			641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	118人	3.9%			
2号認定者数/ 2号人口に対する割合			154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	28人	0.34%			
1人あたり介護給付費			223,909円		235,049円		192,745円	全道 128位			
介護給付費総額			6,663,722,854,000円		296,109,293,546円		1,204,200,407円				
4	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	加入者(年度平均)	14,059,915人		667,265人		3,386人	全道 63位			
		1人あたり医療費(円)	904,795円		1,070,441円		1,016,072円				
		医療費総額	12,721,335,977,000円		714,268,239,413円		3,440,420,447円				
5	国保 平成22年度 国民健康保険事業年報	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
		(再掲)前期高齢者	11,222,279人	31.3%	497,459人	33.0%	2,416人	31.7%			
		(再掲)70歳以上			247,804人	16.5%	1,258人	16.5%			
		一般	33,851,629人	94.4%	1,426,957人	94.7%	7,276人	95.5%			
		退職	1,997,442人	5.6%	79,374人	5.3%	343人	4.5%			
		加入率(年度末)		28.0%		27.4%		31.7%			
	医療費 平成22年度 国民健康保険事業年報	医療費総額 (千円)	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	全道順位		
		(再掲)前期高齢者	10,730,826,914,000円	299,333円	514,984,785,199円	341,885円	2,530,766,108円	332,165円	87位		
		(再掲)70歳以上		481,615円	256,895,211,233円	516,415円	1,220,698,168円	505,256円			
		一般	9,981,583,067,000円	294,863円	480,374,599,437円	336,643円	2,394,790,416円	329,136円	84位		
退職	749,243,846,000円	375,102円	34,610,185,762円	436,039円	135,975,692円	396,431円	93位				
6	生活保護 平成22年度(月平均) 社会福祉行政業務報告	保護世帯/保護人員/保護率(%)	1,410,049	1,952,063	15.2	47,892	69,389	23.4	241	326	13.6
		医療扶助率			79.6						85.2
7	特定健診 特定保健指導 H22年度 特定健診・特定保健指導 実施結果集計表	特定健診	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位	
			7,169,761人	32.0%	218,140	22.6%	45位	1,959	39.9%	42位	
	特定保健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位		
		198,778人	20.8%	8,533	20.9%	17位	92	47.2%	65位		
8	出生 H22年 人口動態調査	出生数(人口千対)	1,071,304人	8.50	40,158人	7.32	197人	8.15			
		低体重児出生率 (出生百対)	103,049人	9.62	3,934人	9.80	19人	9.64			

(1) 人口構成

本市の人口構成を全国、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。(表2)

表2 人口構成

(平成22年国勢調査)

	全国		北海道		富良野市	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	24,259	-
0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	12.0%	3,155	13.0%
15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.3%	14,591	60.1%
65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	6,512	26.8%
(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	3,436	14.2%

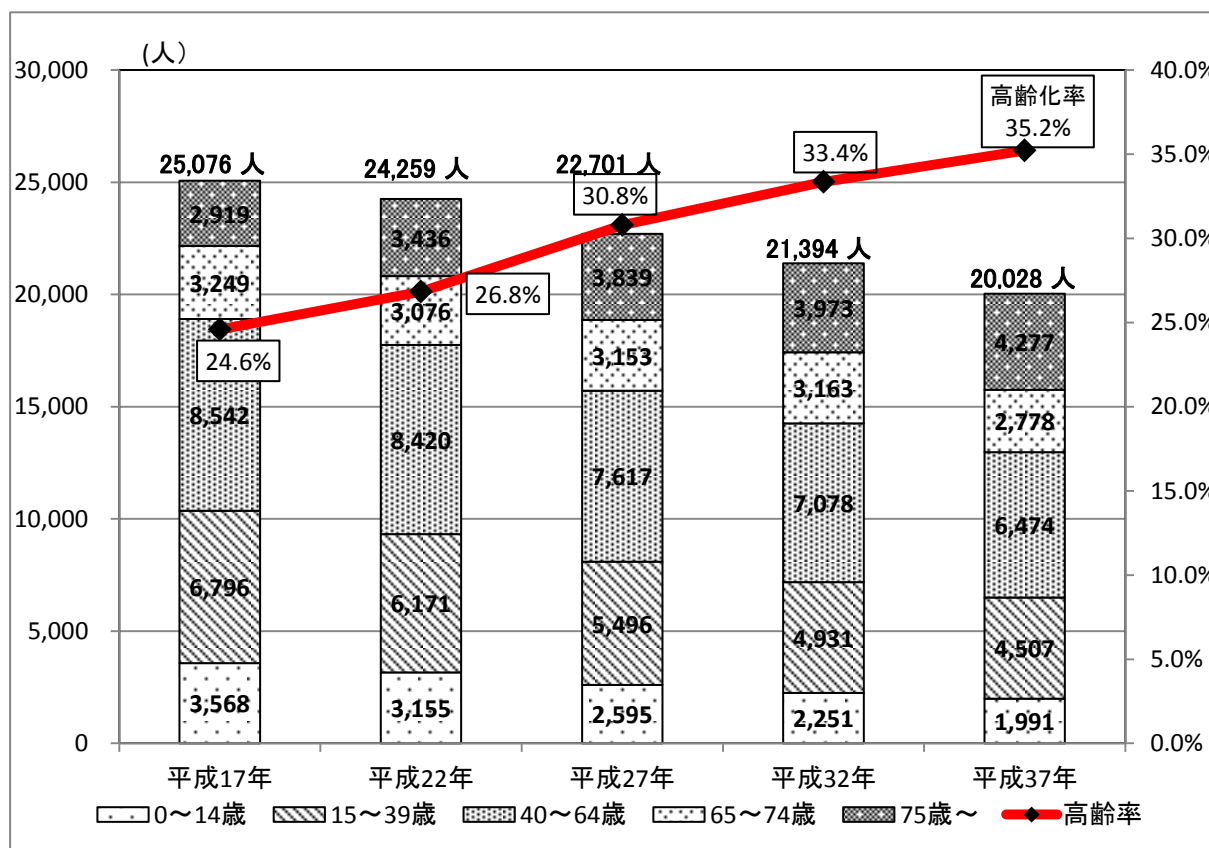
本市の人口(国勢調査)は、平成17年には25,076人でしたが、平成22年には24,259人となり減少傾向にあります。

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、1,160人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で344人増加しています。

高齢化率は、平成17年には24.6%でしたが、平成22年には26.8%となり、5年間で2.2%高くなっており、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」(平成20年12月推計)

(2) 死亡

本市の主要死因を全国、北海道と比較すると、虚血性心疾患の年齢調整死亡率（注1）と、脳血管疾患の女性の年齢調整死亡率が、やや高くなっています。悪性新生物の75歳未満の年齢調整死亡率は、北海道より低いですが、全国より高くなっています。

また、自殺による死亡率も全国・北海道よりやや高くなっています。（表3）

表3 主要死因

	全国		北海道		富良野市	
	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)
1位 〔75歳未満の 年齢調整死亡率〕	悪性新生物	279.7 (84.3)	悪性新生物	325.2 (91.4)	悪性新生物	375.6 (87.4)
2位 〔虚血性心疾患 年齢調整死亡率〕	心疾患	149.8 (男性:36.9 女性:15.3)	心疾患	162.8 (男性:30.6 女性:12.8)	心疾患	183.7 (男性:55.3 女性:15.3)
3位 〔年齢調整死亡率〕	脳血管疾患	97.7 (男性:49.5 女性:26.9)	脳血管疾患	96.4 (男性:47.2 女性:25.3)	脳血管疾患	130.6 (男性:46.4 女性:27.7)
4位	肺炎	94.1	肺炎	96.3	肺炎	106.2
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全	57.2
	自殺	23.4	自殺	25.4	自殺	36.7

資料：全国・北海道 H22 人口動態 富良野市 H21 道北地域保健情報年報
(ただし、年齢調整死亡率は保健推進係で算出)

注1 年齢調整死亡率とは

死亡数を人口で除した通常の死亡率は、高齢化率が高くなることでも上昇する。こうした高齢化の影響を除いて死亡率の年次推移や地域間の死亡率を比較するために、一定の年齢構成を仮定したモデル人口（基準人口）を用いて算出した死亡率を年齢調整死亡率という。

年齢調整死亡率の基準人口は、昭和60年の国勢調査人口を基礎にしたモデル人口を用いている。

主要死因を平成17年と平成21年とで比較すると、生活習慣病の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の3疾患が占める割合は、平成17年は55.3%でしたが、平成21年は58.1%と、全体の約6割を占め増加しています。

また、それぞれの年齢調整死亡率は、悪性新生物は減少しましたが、虚血性心疾患と脳血管疾患は、増加しています。（表4）

表4 富良野市の主要死因の変化

資料：道北地域保健情報年報

年度		平成17年				平成21年				
全体		人口	死亡者総数	死亡率		人口	死亡者総数	死亡率		
		25,361	253	997.6		24,493	291	1188.1		
死亡原因	1位	悪性新生物				悪性新生物				
		死亡者数	死亡率	75歳未満の 年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	75歳未満の 年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	
			75	295.7	98.4	29.6%	92	375.6	87.4	31.6%
	2位	肺炎				心疾患				
		死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合		死亡者数	死亡率	虚血性心疾患の 年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	
			40	157.7	15.8%		45	183.7	34.4	15.5%
	3位	心疾患				脳血管疾患				
		死亡者数	死亡率	虚血性心疾患の 年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	
			34	134.1	30.2	13.4%	32	130.6	42.1	11.0%
	4位	脳血管疾患				肺炎				
		死亡者数	死亡率	年齢調整死亡率	全死亡に 占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合		
			31	122.2	39.2	12.3%	26	106.2	8.9%	
	5位	不慮の事故				腎不全				
		死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合		死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合		
		15	59.1	5.9%		14	57.2	4.8%		
	自殺				自殺					
	死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合		死亡者数	死亡率	全死亡に 占める割合			
		5	19.7	2.0%		9	36.7	3.1%		

※死亡率は人口10万対

資料：道北地域保健情報年報

前計画の目標であった早世(65歳未満)死亡の減少については、平成17年との比較では男性は大きく減少していますが、女性は若干増えています。男女とも、全国・北海道よりは少ない状況です。(表5)

表5 65歳未満死亡の割合の推移

	男性		女性	
	平成17年	平成22年	平成17年	平成22年
全国	22.7%	18.9%	12.4%	10.0%
北海道	22.9%	19.1%	14.2%	11.7%
富良野市	22.3%	11.4%	7.3%	8.7%

資料：人口動態調査

(3) 介護保険

本市の介護保険の認定率は、第1号被保険者（65歳以上）は北海道よりは低く、全国と同率となっています。第2号被保険者（40歳～64歳）は、全国・北海道より低くなっています。

1人あたりの介護給付費は、全国・北海道よりも低くなっています。（表6）

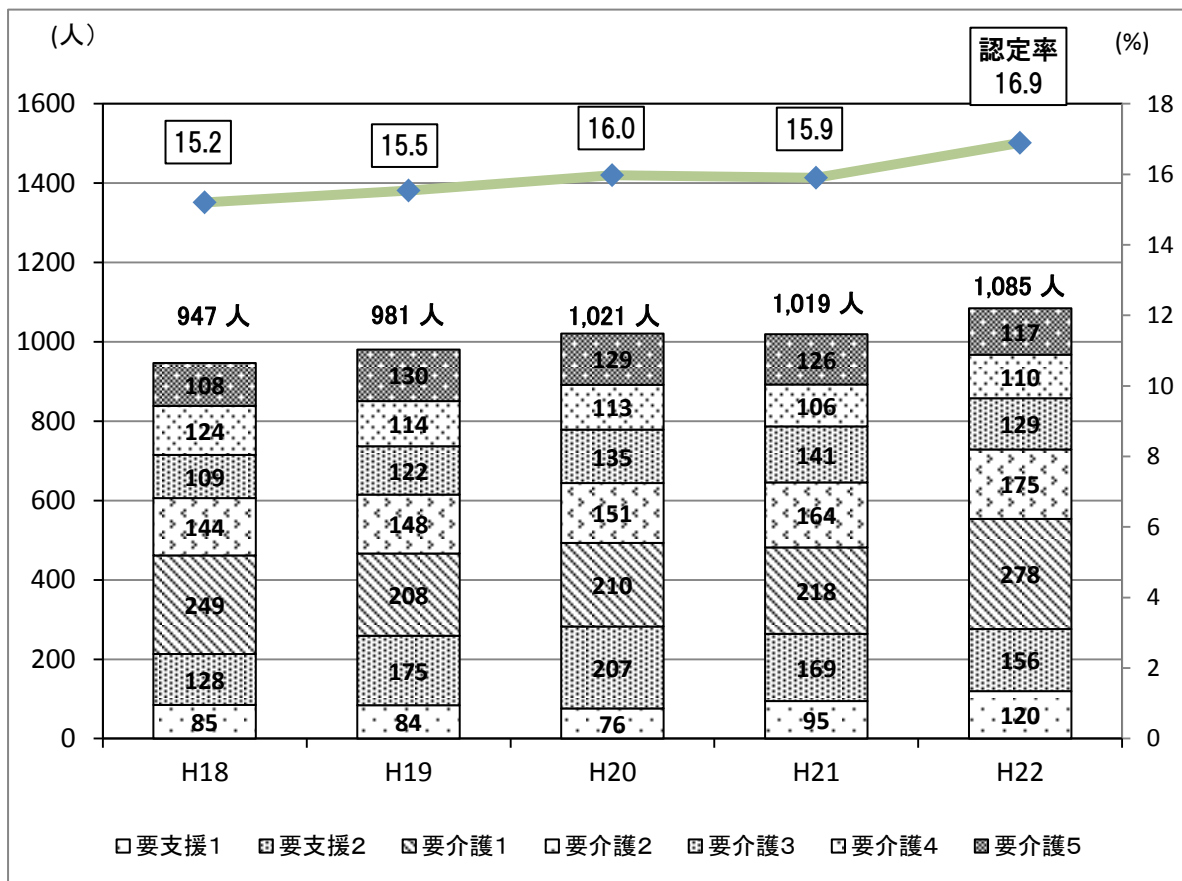
表6 介護保険の状況（H22年度・保険料はH24年度）

	全国		北海道		富良野市	
	人数	率	人数	率	人数	率
第1号認定者数・率	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	1,085人	16.9%
再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	967人	28.3%
再)65～74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	118人	3.9%
第2号認定者数・率	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	28人	0.34%
給付費(単位:千円)	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり
	6,663,722,854	229	296,109,294	219	1,204,200	188
第5期保険料(月額)	4,972円		4,631円		3,900円	

資料:介護保険事業報告

本市の平成22年度末の第1号被保険者の要介護（支援）認定者数は、1,085人であり、介護度が現在の区分となった、平成18年度末の947人と比べて、138人、14.6%増加しています。（図2）

図2 第1号被保険者の要介護（支援）認定者数の推移



資料:介護保険事業報告

介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況を見ると本市は、北海道、全国に比べて要介護3・4・5の重度認定者の割合は低い状況です。

また、第2号被保険者の認定者も重度認定者の割合は低い状況です。（表7）

表7 要介護（要支援）度別認定者数（H22年度末現在）

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
富良野市	人数	1,113	122	162	286	181	751	130	111	121	362
	%	100.0%	11.0%	14.6%	25.7%	16.3%	67.5%	11.7%	10.0%	10.9%	32.5%
北海道	人数	245,769	35,158	34,548	49,432	42,849	161,987	29,523	26,799	27,460	83,782
	%	100.0%	14.3%	14.1%	20.1%	17.4%	65.9%	12.0%	10.9%	11.2%	34.1%
全国	人数	5,062,234	663,528	667,995	906,953	896,617	3,135,093	697,891	637,766	591,484	1,927,141
	%	100.0%	13.1%	13.2%	17.9%	17.7%	61.9%	13.8%	12.6%	11.7%	38.1%

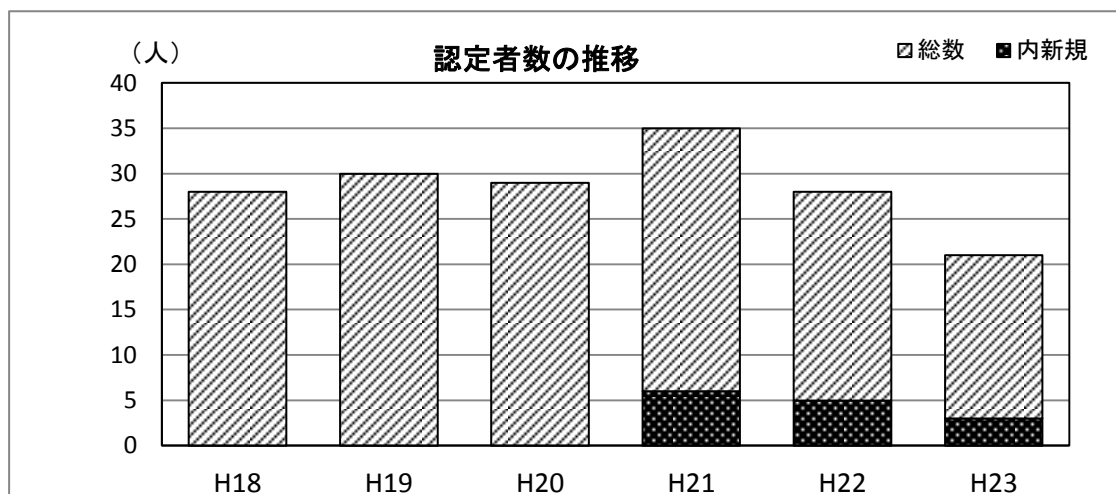
第2号被保険者

		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
富良野市	人数	28	2	6	8	6	22	1	1	4	6
	%	100.0%	7.1%	21.4%	28.6%	21.4%	78.6%	3.6%	3.6%	14.3%	21.4%
北海道	人数	6,968	548	978	1,295	1,617	4,438	934	691	905	2,530
	%	100.0%	7.9%	14.0%	18.6%	23.2%	63.7%	13.4%	9.9%	13.0%	36.3%
全国	人数	154,795	11,964	20,632	24,479	34,298	91,373	22,633	18,564	22,225	63,422
	%	100.0%	7.7%	13.3%	15.8%	22.2%	59.0%	14.6%	12.0%	14.4%	41.0%

資料：介護保険事業報告

第2号被保険者の認定者数の推移では、平成21年度が35人と最も多く、その後は減少し、平成23年度は21人となっています。（図3）

図3 第2号被保険者要介護（支援）認定者の推移



	H18	H19	H20	H21	H22	H23
総数	28	30	29	35	28	21
内新規	不明	不明	不明	6	5	3

資料：介護保険事業報告

(4) 後期高齢者医療

本市の後期高齢者の一人あたりの医療費は、北海道と比較すると低いですが、全国と比較すると高い状況です。また、全道順位は179市町村中高い順で63位となっています。

(表8)

表8 後期高齢者医療の状況 (H22年度)

	全国	北海道	富良野市
医療費総額	12兆7,213億円	7,142億円	34億4,042万円
1人あたり医療費	904,795円	1,070,441円	1,016,072円
順位		全国3位	全道63位

資料：後期高齢者医療事業実施報告

(5) 国民健康保険

本市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。

本市の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般及び退職ともに、北海道と比較すると低いですが、全国と比較すると高い状況です。(表9)

表9 国民健康保険の状況 (H22年度)

	全国	北海道	富良野市
被保険者数	35,849,071人	1,506,331人	7,619人
加入率(年度末)	28.0%	27.4%	31.7%
医療費総額	10兆7,308億円	5,150億円	25億3,077万円
1人あたり医療費	299,333円	341,885円	332,165円
順位		全国13位	全道87位
1人あたり医療費(一般)	294,863円	336,643円	329,136円
1人あたり医療費(退職)	375,102円	436,039円	396,431円

資料：国民健康保険事業年報

平成 24 年 5 月診療分のレセプトでは、30 歳以上の被保険者に占める生活習慣病の治療者は、37.8%で、年代が上がるにつれて多くなり、70 歳代では 71.5%となっています。

疾患別では、高血圧症 25.8%、脂質異常症 22.8%、糖尿病 14.3%となっており、平成 20 年度より高くなっています。これらの疾患が重症化して発症する虚血性心疾患や脳血管疾患は 3%で、平成 20 年 5 月分より低くなっていますが、人工透析は増えています。

(表 10)

今後も生活習慣病の発症予防並びに重症化予防の活動を進めることが重要です。

表 10 国保加入者生活習慣病の受診状況（各年 5 月診療分レセプト）

年代	国保加入者数		生活習慣病治療者				虚血性心疾患				脳血管疾患				透析			
	H20	H24	H20		H24		H20		H24		H20		H24		H20		H24	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30歳代	747	598	26	3.5%	35	5.9%	2	0.3%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%
40歳代	843	724	83	9.8%	97	13.4%	3	0.4%	6	0.8%	6	0.7%	8	1.1%	1	0.1%	3	0.4%
50歳代	1,294	1,014	293	22.6%	265	26.1%	22	1.7%	14	1.4%	24	1.9%	13	1.3%	7	0.5%	5	0.5%
60歳代	2,172	2,158	909	41.9%	910	42.2%	104	4.8%	88	4.1%	114	5.2%	68	3.2%	0	0.0%	6	0.3%
70歳代	1,305	1,165	872	66.8%	833	71.5%	138	10.6%	84	7.2%	180	13.8%	90	7.7%	1	0.1%	3	0.3%
合計	6,361	5,659	2,183	34.3%	2,140	37.8%	269	4.2%	192	3.4%	325	5.1%	179	3.2%	10	0.2%	17	0.3%

年代	国保加入者数		糖尿病				高血圧				脂質異常症				高尿酸血症			
	H20	H24	H20		H24		H20		H24		H20		H24		H20		H24	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30歳代	747	598	11	1.5%	6	1.0%	9	1.2%	14	2.3%	10	1.3%	14	2.3%	9	1.2%	4	0.7%
40歳代	843	724	31	3.7%	38	5.2%	50	5.9%	38	5.2%	28	3.3%	49	6.8%	5	0.6%	18	2.5%
50歳代	1,294	1,014	103	8.0%	89	8.8%	199	15.4%	169	16.7%	158	12.2%	166	16.4%	31	2.4%	28	2.8%
60歳代	2,172	2,158	351	16.2%	360	16.7%	685	31.5%	630	29.2%	497	22.9%	550	25.5%	101	4.7%	102	4.7%
70歳代	1,305	1,165	355	27.2%	317	27.2%	672	51.5%	608	52.2%	461	35.3%	513	44.0%	97	7.4%	86	7.4%
合計	6,361	5,659	851	13.4%	810	14.3%	1,615	25.4%	1,459	25.8%	1,154	18.1%	1,292	22.8%	243	3.8%	238	4.2%

(6) 健康診査

① 特定健康診査（富良野市国民健康保険実施分）

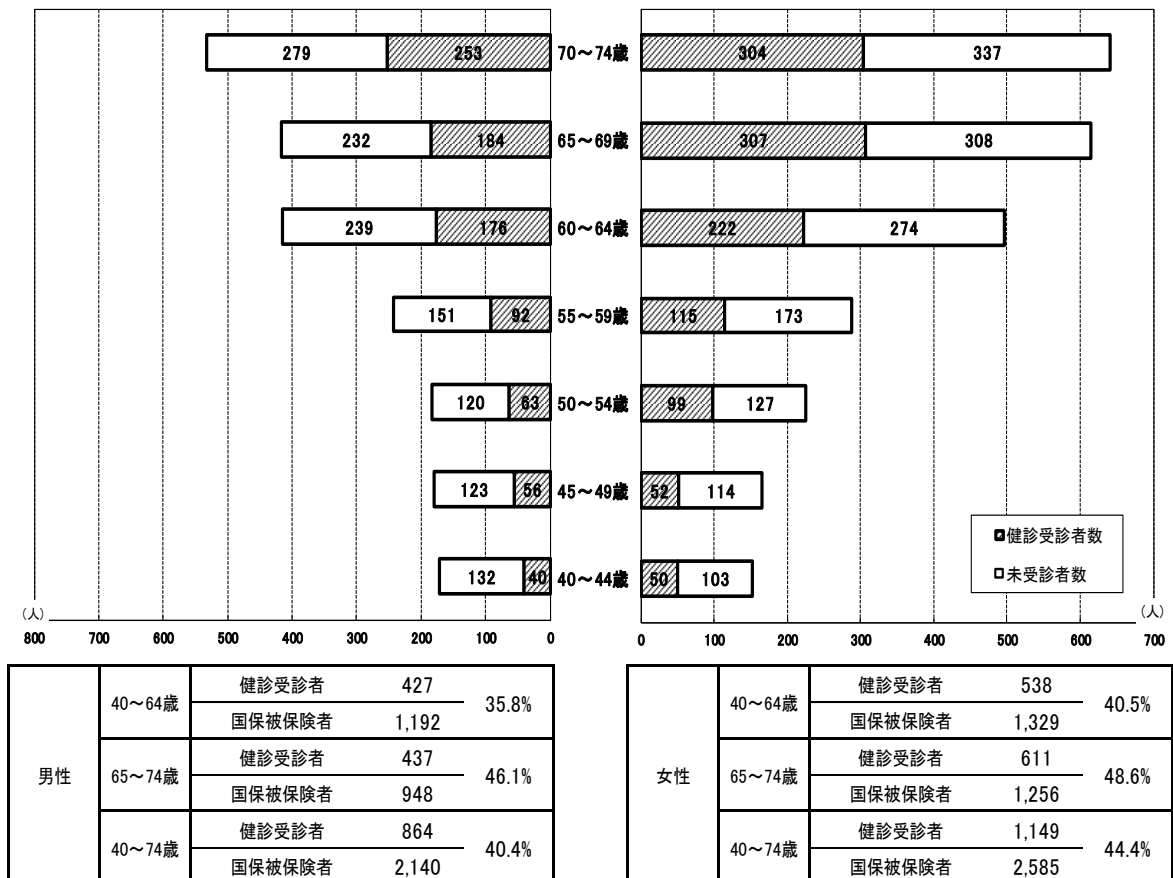
生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、富良野市国民健康保険による特定健康診査・特定保健指導は、平成22年度の法定報告で、受診率39.9%、保健指導実施率は47.2%で、全国、北海道より高くなっています。（表11）

表11 国民健康保険特定健康診査・特定保健指導の状況（H22年度法定報告確報値）

	全国		北海道			富良野市		
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
特定健康診査	7,175,360人	32.0%	218,140人	22.6%	45位	1,959人	39.9%	42位
特定保健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
	196,646人	19.3%	8,533人	28.0%	17位	92人	47.2%	65位

性別・年代別の受診状況では、男性より女性のほうが受診率が高く、65～74歳の高齢者の受診率が高くなっています。（図4）

図4 平成23年度特定健診受診者数・受診率（法定報告）



資料：保健師活動分析

本市では、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、30代の国保被保険者にも、希望者全員に健康診査を実施しています。

特定健康診査の有所見状況については、糖尿病の検査であるHbA1c及び血糖値の有所見率が、男女ともに全道平均より高くなっています。また、拡張期血圧も男女とも全道平均より高くなっています。(表12)

表12 平成23年度 健診有所見者状況 ※全道と比較して悪い項目に

	男 性				女 性			
	897			全道	1,195			全道
	項目	人数	割合		項目	人数	割合	
1位	HbA1c	593	66.1%	62.8%	HbA1c	818	68.5%	61.0%
2位	血糖値	522	58.2%	40.2%	LDLコレステロール	608	50.9%	58.1%
3位	腹囲	420	46.8%	50.4%	収縮期血圧	521	43.6%	43.6%
4位	収縮期血圧	407	45.4%	50.4%	血糖値	429	35.9%	23.3%
5位	LDLコレステロール	398	44.4%	50.2%	BMI	283	23.7%	23.7%
6位	BMI	317	35.3%	35.3%	拡張期血圧	249	20.8%	15.9%
7位	拡張期血圧	261	29.1%	25.1%	中性脂肪	195	16.3%	15.4%
8位	中性脂肪	246	27.4%	27.3%	腹囲	164	13.7%	16.6%
9位	GPT	236	26.3%	25.0%	GPT	127	10.6%	10.4%
10位	尿酸	143	15.9%	17.2%	心電図	70	5.9%	(データなし)

資料：市 保健師活動分析
全道 市町村国保における特定健診等結果状況報告書(北海道国保連合会)

特定健康診査の受診回数別の結果をみると、初めての受診者は、ほとんどの健診データが継続受診者より悪い状態です。(表13)

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、今後も重要です。

表13 平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者			
受診者数			2,092 人	100.0%	1,725 人	82.5%	367 人	17.5%		
項目	基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
身体の大きさ	BMI	25以上	600 人	28.7%	472 人	27.4%	128 人	34.9%		
	腹囲	85or90以上	584 人	27.9%	454 人	26.3%	130 人	35.4%		
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	21 人	1.0%	17 人	1.0%	4 人	1.1%	
		HDLコレステロール	34以下	38 人	1.8%	30 人	1.7%	8 人	2.2%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	121 人	6.5%	101 人	6.5%	20 人	6.8%
			HbA1c	6.5以上	113 人	5.4%	88 人	5.1%	25 人	6.9%
			計		177 人	8.5%	145 人	8.4%	32 人	8.7%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	122 人	5.8%	102 人	5.9%	20 人	5.4%
			拡張期	100以上	82 人	3.9%	67 人	3.9%	15 人	4.1%
計				165 人	7.9%	139 人	8.1%	26 人	7.1%	
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	158 人	7.6%	119 人	6.9%	39 人	10.6%		
腎機能	尿蛋白	2+以上	17 人	0.8%	8 人	0.5%	9 人	2.5%		
	eGFR	50or40未満	35 人	1.7%	27 人	1.6%	8 人	2.2%		
	尿酸	9.0以上	9 人	0.4%	6 人	0.4%	3 人	0.8%		

* 空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

資料：保健師活動分析

②健康診査（富良野市国民健康保険加入者以外）

富良野市国民健康保険加入者以外の健康診査については、40歳以上の特定健診非対象者に対する健康診査の実施、後期高齢者健康診査の受託をしています。

平成23年度は、特定健診非対象者2人、後期高齢者126人が健康診査を受けています。

（7）出生

本市の出生率は、北海道よりは高いですが、全国よりは低い状況です。（表14）

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症などの生活習慣病を発症しやすいとの報告が出されています。

本市の低出生体重児の出生率は、北海道よりは低いものの、全国とはほぼ同じです。

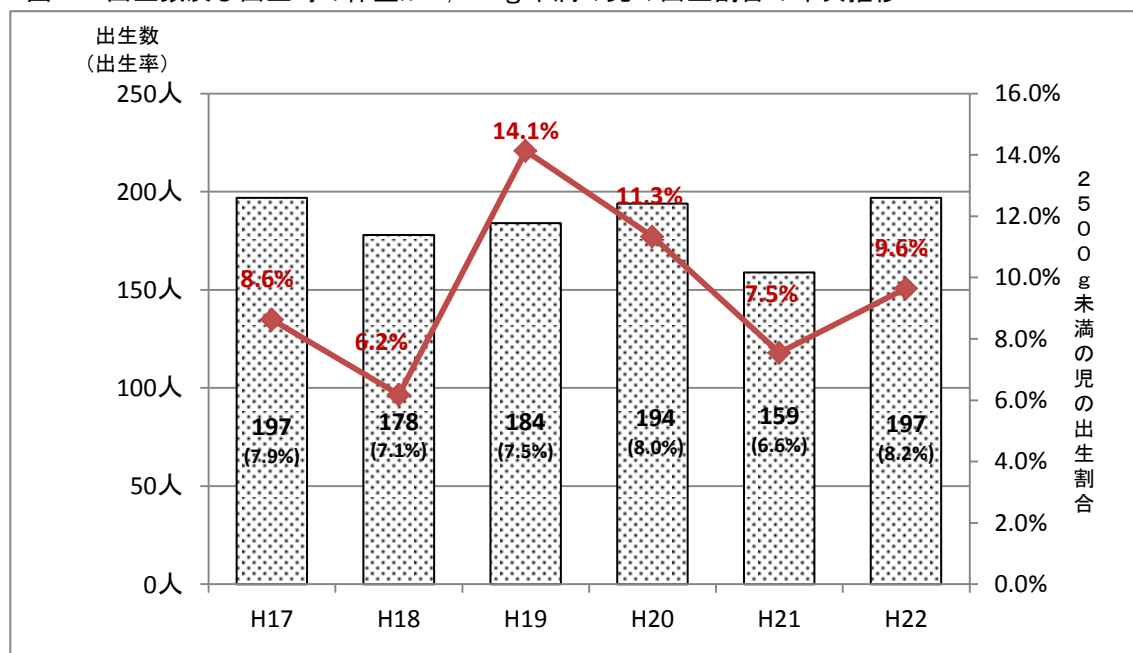
表14 出生率及び低出生体重児出生率（H22年度）

	全国		北海道		富良野市	
出生数・率(人口千対)	1,071,304人	8.50	40,158人	7.32	197人	8.15
低出生体重児出生数・率 (出生百対)	103,049人	9.62	3,934人	9.80	19人	9.64

資料：人口動態調査

本市でも、毎年7～14%の児が低体重の状態生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5）

図5 出生数及び出生時の体重が2,500g未満の児の出生割合の年次推移



資料：人口動態調査

3 市の財政状況と主な社会保障費

本市の平成23年度一般会計決算では、目的別歳出の1位が民生費で約34億円となっており、一般会計歳出総額の約3割を占めています。

また、全会計決算での医療、介護、生活保護の主な社会保障費が、約55億円となっています。(表1・2)

今後、本市では高齢化が急速に進展することが想定される中で、いかに社会保障費の伸びを縮小するかが大きな課題となり、そのためにも市民の健康増進がますます重要になっています。

表1 富良野市の財政状況

一般会計 (平成23年度決算)			
歳入総額		歳出総額	
122億円		119億円	
1位	地方交付税 46億円 38%	1位	民生費 34億円 29%
2位	市税 25億円 20%	2位	総務費 22億円 19%
3位	国庫支出金 17億円 14%	3位	教育費 16億円 13%

資料: 地方財政状況調査 市町村別決算

表2 富良野市の主な社会保障費

	特別会計 (平成23年度)	
	国民健康保険	介護保険
歳出決算額	約32億円	約15億円
一般会計からの繰入	約2.5億円	約2.6億円

	一般会計 (平成23年度)	
	生活保護	後期高齢者医療(※)
歳出決算額	約5.4億円	約2.7億円
市負担分	約1.1億円	約2.7億円

※後期高齢者医療は、運営主体が広域連合なので、市が負担する療養給付費負担金のみ計上

資料: 富良野市決算書

第3章 課題別の現状と対策

1. 前計画の評価
2. 計画の基本的な考え方
3. 目標設定の考え方
4. 生活習慣病の予防
5. 生活習慣の改善
6. 社会生活に必要な機能の維持・向上

第3章 課題別の現状と対策

1 前計画の評価

前計画の目標項目の中で数値目標のある項目について、分野ごとに達成状況の評価を行なった結果、27項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約8割で一定の改善がみられました。（表1）

表1 前計画の評価

分野	項目	指標	富良野市の現状			データソース	H24目標	達成状況	
		区分	H16	H20	H23				
がん	がん検診受診率の増加	胃がん		16.3%	20.2%	③	-		
		胃がん40代		13.2%	21.2%		21.6%	15%	A
		胃がん50代		18.7%	24.5%		32.4%	20%	A
		肺がん			17.4%		17.0%	-	
		肺がん40代		12.2%	18.5%		18.6%	15%	A
		肺がん50代		19.5%	24.0%		32.7%	20%	A
		大腸がん			16.9%		18.6%	-	
		大腸がん40代		9.5%	16.7%		26.4%	12%	A
		大腸がん50代		15.0%	22.2%		37.0%	17%	A
		子宮がん			13.3%		18.5%	-	
		子宮がん30代		11.0%	7.3%		20.0%	13%	A
		乳がん			17.1%		21.7%	-	
		乳がん40代		10.6%	19.1%		30.3%	13%	A
		乳がん50代		13.5%	15.3%		26.5%	15%	A
循環器疾患	特定健診受診率の増加	40～74歳		35.4%	42.6%	①	65%	B	
		40代男性		11.6%	28.6%		27.4%	30%	D
		40代女性		16.4%	33.8%		32.0%	30%	A
	特定保健指導率の増加	40～74歳		29.2%	43.0%		45%	B	
		内臓脂肪症候群の該当・予備群の減少	該当者		16.1%		16.4%	10%減少	D
		予備群		9.5%	7.6%			A	
BMI25以上の減少	40～64歳男性		34.9%	30.9%	34.4%	20%以下	D		
	40～64歳女性		20.4%	23.4%	21.6%	15%以下	D		
糖尿病	糖尿病有病者・予備群の減少	糖尿病が強く疑われる人		8.8%	12.2%	①	25%減少	D	
		糖尿病の可能性が否定できない人		15.6%	15.2%			B	
	糖尿病治療継続者の割合の増加	HbA1c6.1%以上の治療率		46.4%	63.1%		増加	A	
	糖尿病腎症による新規透析導入者の減少		4人	4.7人 (H18-H20平均)	3.3人 (H21-H23平均)	②	減少	A	
身体活動・運動	運動習慣者の増加	男性		39.8%	41.4%	①	30%	A	
		女性		33.3%	33.5%		25%	A	
飲酒	多量飲酒者の減少	男性		14.5%	13.5%		20%減少	B	
		女性		14.8%	10.1%			A	
休養	睡眠によって休養が十分とれていない者の減少	男性		19.0%	17.2%		10%減少	B	
		女性		23.6%	24.0%			D	

評価区分	該当項目数<割合>
A 目標に達した	16項目<59.3%>
B 目標値に達していないが改善傾向にある	5項目<18.5%>
C 変わらない	0項目<0.0%>
D 悪化している	6項目<22.2%>
E 評価困難	0項目<0.0%>
合計	27項目<100.0%>

- ①平成23年度市国保特定健診結果
- ②市身体障害者手帳交付状況及び国保レセプト
- ③平成23年度市がん検診結果

2 計画の基本的視点

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条において自治体にはその取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。

市民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む市にとっても、一人ひとりの市民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を本市の重要な行政施策として位置づけ、富良野市健康増進計画（第二次）の推進においては、市民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

取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組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。市としては、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。

3 目標設定の考え方

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ています。

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データの例示もされました。

本市では、これらを踏まえ、毎年の保健活動を評価して次年度の取組みに反映させることができる目標を表2のとおり設定し、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とらえ、それを支援するための本市の具体的な取組みを以下項目別にまとめ、推進していきます。

※目標の評価年度について

健康増進計画の期間は平成34年度までであることから、目標の最終評価年度は平成34年度となりますが、他の既存計画において、健康づくりに関係する目標が設定されている場合は、これらとの整合性に留意し、評価年度を既存計画に合わせています。

表2 健康日本21(第二次)の基本的方向性と目標項目

□ 目標項目

全体目標	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小	次世代の健康				高齢者		死亡
		胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	がん	□がん検診の受診率の向上					□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患	□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) □脂質異常症の減少					□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
		糖尿病	□糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cがJDS値8.0%以上の者の割合の減少)					□合併症(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数)の減少
		慢性閉塞性肺疾患(COPD)	□慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上					
	生活習慣	栄養・食生活	□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少		□適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少)			
			□食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	□健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ア 朝・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 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	□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加			
			□共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加					
		身体活動・運動	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加		□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加			
		飲酒	□妊娠中の飲酒をなくす	□未成年者の飲酒をなくす		□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少		
	喫煙	□妊娠中の喫煙をなくす □受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の減少	□未成年者の喫煙をなくす		□成人の喫煙率の減少			
	歯・口腔の健康	□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		□過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少		□口腔機能の維持・向上 □歯の喪失防止		
	社会生活を営むために必要な	社会生活維持に必要な機能の	高齢者の健康	□ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加				
こころの健康			□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			□自殺者数の減少
休養			□睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少					

個人の取組では解決できない
地域社会の健康づくり

□地域のつながりの強化
□健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
□健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
□健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
□健康格差対策に取り組む自治体の増加

★斜体太字が富良野市の目標項目

4 生活習慣病の予防

1) がん

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のがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

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

(1) 基本的な考え方

① 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。（参考資料1）

② 重症化予防

生涯を通じて、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。

早期発見するためには、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。（参考資料1）

参考資料 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	30% 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

[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

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

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

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

(2) 現状

① 75歳未満のがんの死亡状況

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（年齢調整死亡率）を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

本市の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は87.4で、北海道より低いですが、国より高くなっています。（表1）

表1 富良野市の75歳未満のがんによる死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21		H22
75歳未満の年齢調整死亡率		92.5				87.4		(国 84.3) (道 91.4)
75歳未満の死亡者数の	肺	5	6	7	5	8	31	
	胃	2	6	2	0	2	12	
	大腸	4	3	3	5	2	17	
	乳	0	2	2	1	0	5	
	子宮	0	0	1	0	0	1	
	小計	11	17	15	11	12	66	
	その他	22	15	10	18	19	84	
総数	33	32	25	29	31	150		

がん死亡の中でも、検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃、肺、大腸、子宮頸部、乳がんの5大がんの死亡者（表1）は5年間で66人で、肺がんの死亡数が31人（47.0%）と最も多くなっています。

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。

② がん検診受診率

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの早期発見・重症化予防はがん検診により行われています。

本市のがん検診の受診率は、平成20年度から「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、胃がん・肺がん検診については横ばい、大腸・子宮頸がん・乳がんについては向上していますが、国の目標値には達していません。

また、がん対策推進基本計画で示された69歳を上限とする受診率も、いずれも国の目標値には達していません。（表2）

表2 富良野市のがん検診受診率の推移

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					がん対策推進基本計画(H24-H28)	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
胃がん	22.9	24.2	23.9	23.4	50%以上	24.7	*40%(当面)
肺がん	24.2	24.7	25.2	24.4		25.3	*40%(当面)
大腸がん	22.8	24.0	24.3	26.8		28.7	*40%(当面)
子宮頸がん	17.9	21.5	26.0	26.3		30.4	50%
乳がん	24.2	28.5	32.8	33.1		39.5	50%

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。

本市の精密検査受診率は、全て許容値を超えています。大腸がん・子宮頸がん検診については、目標値である90%を超えていません。

がん検診受診者の中から、毎年、がんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表3)

表3 富良野市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	89.4%	86.6%	88.5%	90.1%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	2	3	1	1		
肺がん検診	精密検査受診率	94.8%	100.0%	100.0%	96.3%	70%以上	
	がん発見者数	0	1	4	2		
大腸がん検診	精密検査受診率	83.8%	88.5%	84.3%	84.4%	70%以上	
	がん発見者数	3	1	4	2		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	100.0%	100.0%	62.5%	88.9%	70%以上	
	がん発見者数	1	1	0	0		
乳がん検診	精密検査受診率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80%以上	
	がん発見者数	0	3	7	2		

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
		平成22年		平成21年		平成27年		平成27年
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		87.4		73.9		73.9	
②がん検診の受診率の向上								
・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	*24.7%	平成23年度	40%	当面	40%	当面
・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		*25.3%					
・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		*28.7%					
・子宮頸がん	32.0%		*30.4%					
・乳がん	31.4%		*39.5%					

*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歳から69歳まで)を対象
◆データソース:①人口動態調査 ②国~国民生活基礎調査 市~がん検診

(4) 対策

① 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(中学一年生から高校一年生に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)

② がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報・ラジオ・ホームページや健康まつりなどを利用した啓発
- ・関係機関による講演会や研修会への共催

- ・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

③ 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～79歳）
- ・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（40歳以上の女性）
- ・前立腺がん検診（50歳以上の男性）

④ がん検診の質の確保に関する施策

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

2) 循環器疾患

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

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。

循環器疾患の予防には、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。

(1) 基本的な考え方

① 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、市民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取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。

② 重症化予防

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

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

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

(2) 現状

① 脳血管疾患の死亡状況

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ることから、年齢調整死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

本市の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性が46.4、女性が27.7で、男性は国・北海道より低いですが、女性は高くなっています。(表1)

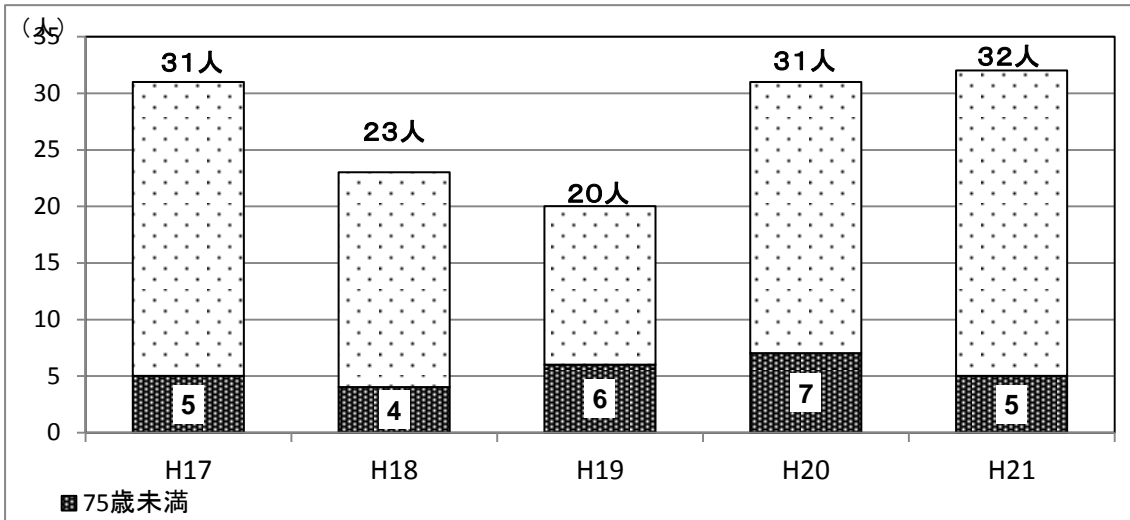
表1 脳血管疾患の年齢調整死亡率(H22) ※市はH17-H21の死亡数より算出

	全国	北海道	富良野市
男性	49.5	47.2	46.4
女性	26.9	25.3	27.7

本市の脳管疾患死亡者数は、平成 18 年、19 年と減少傾向でしたが、平成 20 年から増加傾向にあります。75 歳未満の死亡数は、4～7 人で推移しています。(図 1)

脳血管疾患の病類別では、脳梗塞が多くなっています。(表 2)

図 1 脳血管疾患死亡者数の推移



資料：道北地域保健情報年報

表 2 脳血管疾患死亡者（病類別）の推移

単位：人

年度	H17	H18	H19	H20	H21
総数	31	23	20	31	32
脳梗塞	23	16	9	17	17
脳出血	8	5	7	9	12
くも膜下出血	0	1	4	5	3
その他	0	1	0	0	0

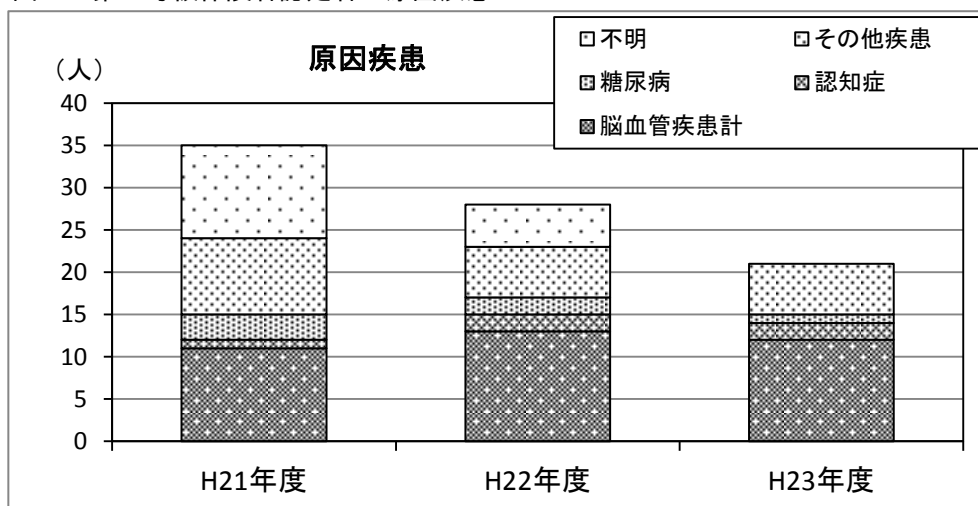
資料：道北地域保健情報年報

また、第 2 号被保険者の要介護認定の原因の約 6 割は脳血管疾患となっています。

新規認定者 15 人の原因疾患でも、脳血管疾患が 9 人と 6 割を占めています。

若年者の要介護者を減らすには、脳血管疾患の予防が最優先になります。そのためにも、若年者の特定健診未受診者対策が非常に重要になります。(図 2)

図 2 第 2 号被保険者認定者の原因疾患



年度	H21年度	H22年度	H23年度
2号認定者数	35	28	21
脳出血	6	7	8
脳梗塞	1	3	4
内訳不明	4	3	0
脳血管疾患計	11	13	12
割合	31.4%	46.4%	57.1%
認知症	1	2	2
糖尿病	3	2	1
その他疾患	9	6	6
不明	11	5	0
新規認定者数	6	5	3

H21～23 の新規認定者 15 人の 原因疾患	
脳血管疾患	9 人
変形性関節症	4 人
がん	1 人
認知症	1 人

資料：主治医意見書

② 虚血性心疾患の死亡状況

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年齢調整死亡率をみていくことが必要です。

本市の虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、男性が55.3、女性が15.3で、男性は国・北海道より高く、女性は国と同率で北海道より高くなっています。

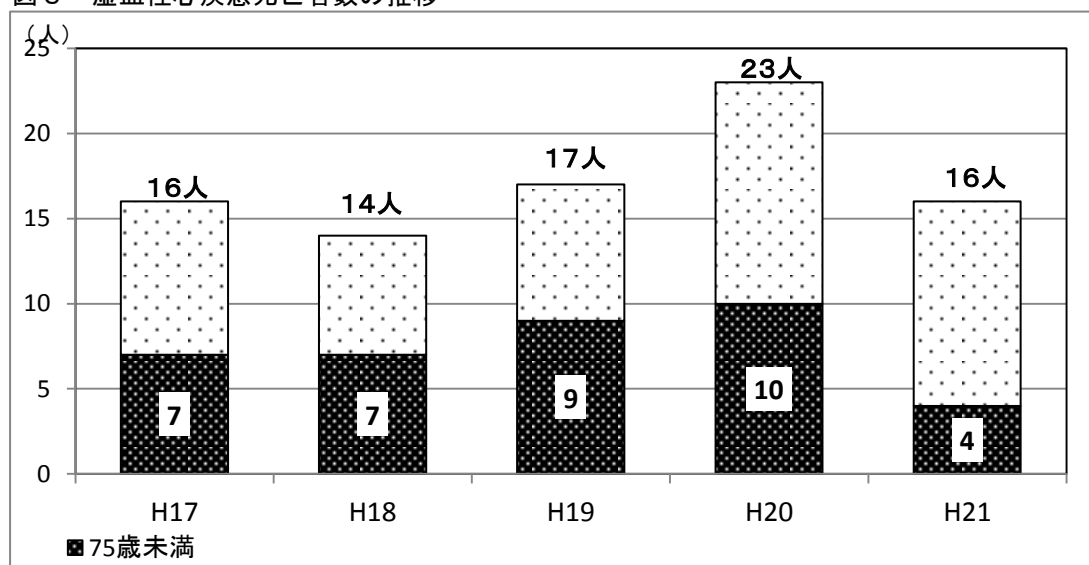
表3 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（H22） ※市はH17-H21の死亡数より算出

	全国	北海道	富良野市
男性	36.9	30.6	55.3
女性	15.3	12.8	15.3

本市の虚血性心疾患死亡者数は、増加傾向にありましたが、平成21年は減少しました。75歳未満の死亡者数は、4～10人で推移しており、虚血性心疾患全体の死亡者数の半数を超えている年もあります。（図3）

また、虚血性心疾患死亡者の約6割は急性心筋梗塞です。（表4）

図3 虚血性心疾患死亡者数の推移



資料：道北地域保健情報年報

表4 虚血性心疾患死亡者（病類別）の推移

単位：人

年度	H17	H18	H19	H20	H21
総数	16	14	17	23	16
急性心筋梗塞	10	7	11	11	10
その他	6	7	6	12	6

資料：道北地域保健情報年報

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、実施対象者の選定方法については省令で定められています。

省令では、肥満があり高血圧・高血糖・脂質異常のすべてに該当する場合を心電図検査の対象としていますが、この基準に該当する受診者は全受診者の6%しかいません。本市の特定健康診査では集団健診、個別健診ともに全ての受診者に心電図検査を実施しています。

心電図検査の結果をみると、心電図検査受診者のうち8%に所見が認められ、そのうち51%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。また、有所見者の割合は基準該当・非該当ともにほぼ同じであることから、今後も特定健康診査時に全ての受診者を対象に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防につなげることができると考えます。（表5）

表5 平成23年度心電図検査の結果

心電図検査実施数	国の詳細項目基準							
	総数		1,880		該当	118	非該当	1,762
	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
有所見者数(実人数)	156	8%	11	9%	145	8%		
有所見内訳 (延数)	心筋梗塞・狭心症の疑いが考えられる所見	63	40%	8	73%	55	38%	
	不整脈	78	50%	4	36%	74	51%	
	(再掲)心房細動	17	11%	1	9%	16	11%	
	高血圧による所見	27	17%	1	9%	26	18%	
	その他	16	10%	0	0%	16	11%	

※有所見者数の割合は、心電図検査実施数に対する割合

※有所見内訳の割合は、有所見者数に対する割合

資料：国保特定健診

③ 高血圧

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

本市では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン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、対象者を明確にした保健指導を実施しています。（表6）

表6 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年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
服薬なし	①Ⅱ度高血圧以上は結果説明会、個別面接実施。 ②64歳以下でⅡ度高血圧以上の希望者に詳細二次健診（微量アルブミン尿検査）を実施。 ③上記①②で希望者に重点相談を実施。				①②③継続 ④特定健診問診時にⅠ度高血圧者以上に指導。
服薬あり	①Ⅱ度高血圧以上は結果説明会、個別面接実施。 ②上記①で希望者に重点相談を実施。				①②継続 ③特定健診問診時にⅠ度高血圧者以上に指導。

特定健康診査受診者の血圧の状況をみると、平成20年度と比べ、正常血圧の割合が増加し、受診勧奨レベルの割合が減少していますが、全道との比較では、まだ受診勧奨レベルの割合が高い状況です。（表7）

今後も、対象者を明確にした保健指導を継続することが必要です。

表7 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況

		発症予防				重症化予防							
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定							
男性	受診数	正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】 Ⅱ度高血圧以上	
		人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		人	%
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H20	783	365	46.6	127	16.2	195	24.9	75	9.6	21	2.7	96	12.3
H21	876	425	48.5	157	17.9	219	25.0	67	7.6	8	0.9	75	8.5
H22	846	437	51.7	146	17.3	197	23.3	59	7.0	7	0.8	66	7.8
H23	897	451	50.3	163	18.2	205	22.9	68	7.6	10	1.1	78	8.7

女性	受診数	正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】 Ⅱ度高血圧以上	
		人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		人	%
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H20	1,073	557	51.9	159	14.8	252	23.5	89	8.3	16	1.5	105	9.8
H21	1,208	623	51.6	232	19.2	277	22.9	61	5.0	15	1.2	76	6.2
H22	1,196	662	55.4	204	17.1	241	20.2	78	6.5	11	0.9	89	7.4
H23	1,195	655	54.8	209	17.5	244	20.4	74	6.2	13	1.1	87	7.3

男女計	受診数	正常血圧		正常高値血圧		高血圧						【再掲】 Ⅱ度高血圧以上	
		人	%	人	%	Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		人	%
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H23	2,092	1,106	52.9	372	17.8	449	21.5	142	6.8	23	1.1	165	7.9
H23全道			50.7		21.8		21.5		5.0		1.0		6.0

資料：市～国保特定健診 全道～市町村国保における特定健診等結果状況報告書（北海道国保連合会）

④ 脂質異常症

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、本市では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。(表8)

表 8 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年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
服薬なし	①LDL160以上者は結果説明会、個別面接実施。 ②上記①で希望者に重点相談を実施。				
服薬あり	①LDL160以上者は結果説明会、個別面接実施。 ②上記①で希望者に重点相談を実施。				

特定健康診査受診者の LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合は、男女ともに減少しており、平成 22 年度の国の現状値と比較しても低くなっています。さらに女性は、国の平成 34 年度の目標値も達成しています。(表9)

表 9 特定健診受診者の LDL コレステロールの状況

		発症予防				重症化予防				【再掲】	
		正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定					
男性	受診数	120未満		120以上 140未満		高LDLコレステロール血症				180以上	
		人	%	人	%	140以上 160未満		160以上		人	%
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H20	783	392	50.1	196	25.0	113	14.4	82	10.5	26	3.3
H21	876	452	51.6	212	24.2	138	15.8	74	8.4	25	2.9
H22	846	409	48.3	230	27.2	126	14.9	81	9.6	23	2.7
H23	897	499	55.6	210	23.4	127	14.2	61	6.8	14	1.6
H22 国の現状										8.3	
H34 国の目標										6.2	

女性	受診数	120未満		120以上 140未満		高LDLコレステロール血症				【再掲】	
		人	%	人	%	140以上 160未満		160以上		人	%
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H20	1,073	461	43.0	275	25.6	215	20.0	122	11.4	37	3.4
H21	1,208	546	45.2	331	27.4	199	16.5	132	10.9	41	3.4
H22	1,196	514	43.0	347	29.0	194	16.2	141	11.8	44	3.7
H23	1,195	587	49.1	334	27.9	177	14.8	97	8.1	33	2.8
H22 国の現状										11.7	
H34 国の目標										8.8	

資料: 国保特定健診

服薬者を除く男女別・年代別のLDL コレステロール値では、男性の40歳代、50歳代で160mg/dl以上の者の割合が13%前後と多く、女性は50歳代になると保健指導判定以上の割合が多くなってきます。

表 10 特定健診受診者のLDL コレステロールの状況 (男女別・年代別〔服薬者除外〕)

男性	受診数	正常判定		保健指導判定		受診勧奨判定					
		120未満		120以上 140未満		高LDLコレステロール血症					
						140以上 160未満		160以上		【再掲】 180以上	
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	706	373	52.8	174	24.6	103	14.6	56	7.9	12	1.7
40～49歳	94	40	42.6	30	31.9	12	12.8	12	12.8	5	5.3
50～59歳	138	65	47.1	37	26.8	18	13.0	18	13.0	4	2.9
60～69歳	284	147	51.8	61	21.5	54	19.0	22	7.7	2	0.7
70歳以上	190	121	63.7	46	24.2	19	10.0	4	2.1	1	0.5

女性	受診数	120未満		120以上 140未満		高LDLコレステロール血症					
						140以上 160未満		160以上		【再掲】 180以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	837	348	41.6	253	30.2	152	18.2	84	10.0	30	3.6
40～49歳	102	60	58.8	26	25.5	8	7.8	8	7.8	5	4.9
50～59歳	172	66	38.4	60	34.9	26	15.1	20	11.6	8	4.7
60～69歳	391	145	37.1	118	30.2	86	22.0	42	10.7	13	3.3
70歳以上	172	77	44.8	49	28.5	32	18.6	14	8.1	4	2.3

資料：平成 23 年度国保特定健診

平成 24 年 7 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。

加えて、現在、本市で動脈硬化性疾患のリスクが高い人に実施している頸動脈超音波検査の、動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法としての有用性について記載がなされました。

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。

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群

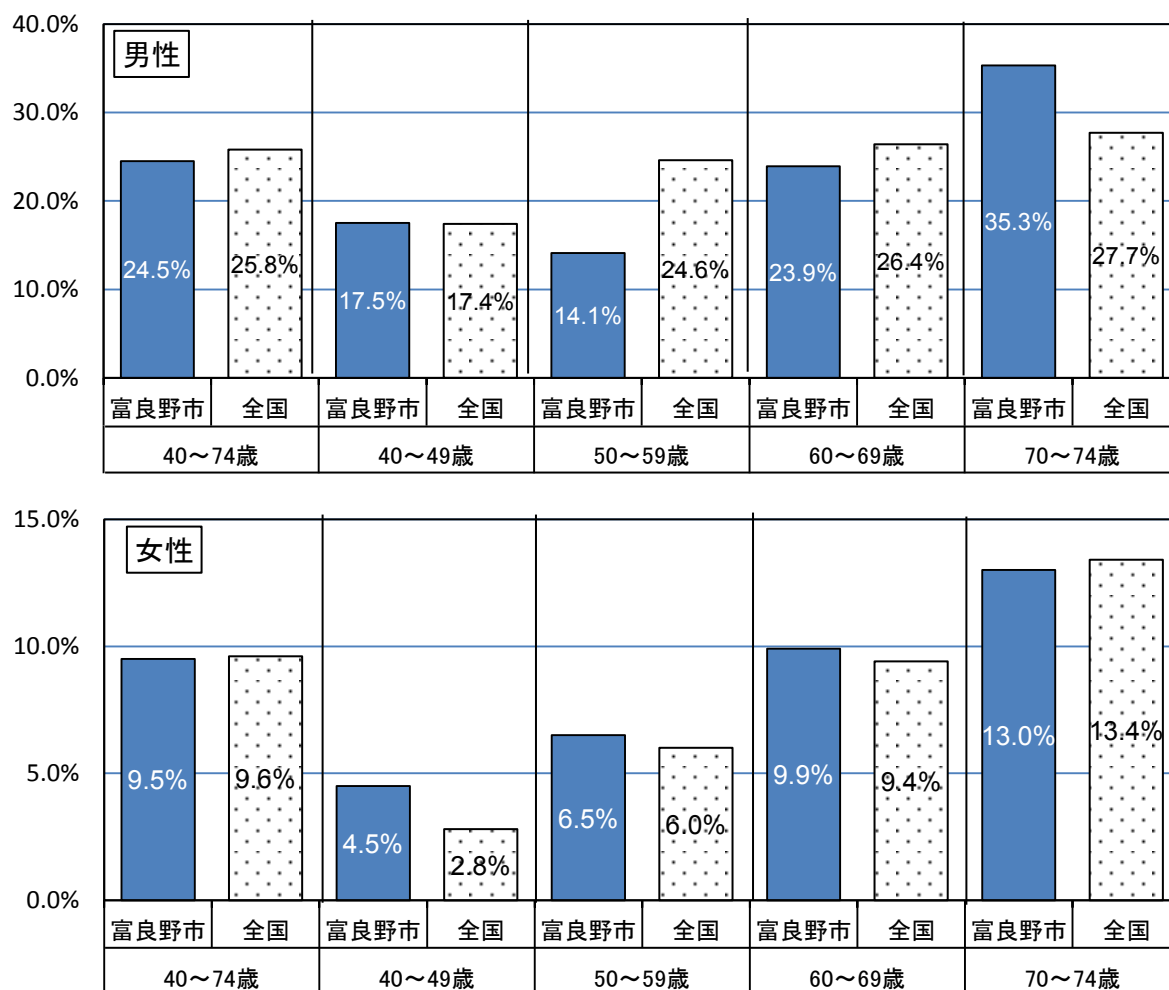
メタボリックシンドローム（注1）と循環器疾患との関連は証明されており、平成20年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、10%減少が評価項目の一つとされました。

平成22年度の特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当率を全国と比較すると、男性の70歳代、女性の40歳代で高率となっています。

（注1）メタボリックシンドロームの判定基準

- ①腹囲：男性 85cm 以上・女性 90cm 以上
- ②血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
- ③血中脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ④血糖：空腹時血糖値 110mg/dl 以上
- ★①と②～④の2つ以上に該当する者をメタボリックシンドローム該当者とする。
- ★①と②～④の1つのみ該当する者をメタボリックシンドローム予備群とする。

図4 メタボリックシンドローム該当者の状況（平成22年度）



資料：富良野市～特定健康診査法定報告 全国～特定健康診査実施状況概況(国保中央会)

本市では、平成 20 年度と比べて、メタボ予備群は減少していますが、メタボ該当者は増えており、10%減少は達成できていません。今後は平成 27 年度の目標値である 25%減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。(表 11)

表 11 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

メタボリックシンドローム予備群

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%
H20	1,764	170	9.5	752	109	14.4	1,012	61	6.0
H21	1,983	163	8.2	838	105	12.5	1,145	58	5.1
H22	1,959	160	8.1	809	114	14	1,150	46	4.0
H23	2,013	152	7.6	864	107	12.4	1,149	45	3.9

メタボリックシンドローム該当者

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%
H20	1,764	287	16.1	752	182	24.0	1,012	105	10.2
H21	1,983	376	18.9	838	242	28.8	1,145	134	11.7
H22	1,959	310	15.8	809	199	24.5	1,150	111	9.5
H23	2,013	330	16.4	864	239	27.7	1,149	91	7.9

資料：特定健康診査法定報告

⑥ 特定健康診査・特定保健指導実施率

平成 20 年度から導入された特定健康診査・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。

本市の特定健康診査受診率、特定保健指導実施率はともに、全国、北海道より高い状態で推移しています。(表 12) 特定保健指導実施率は、平成 24 年度の国の目標(45%)に近い実施率ですが、特定健康診査受診率は国の目標(65%)に達していないため、今後は、未受診者対策や、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。

表 12 特定健康診査・特定保健指導実施率の推移

年度	特定健康診査受診率			特定保健指導実施率		
	全国	北海道	富良野市	全国	北海道	富良野市
H20	30.9%	20.8%	35.4%	14.1%	18.1%	29.2%
H21	31.4%	21.5%	39.9%	19.5%	28.6%	43.9%
H22	32.0%	22.6%	39.9%	19.3%	28.0%	47.2%
H23		23.5%	42.6%		26.7%	43.0%

資料：全国～厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況(確報値)」市町村国保実施分

北海道～市町村国保における特定健診等結果状況報告書(北海道国保連合会)

富良野市～国保特定健康診査法定報告

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)								
・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成 22年	男性 46.4 女性 27.7	平成 21年	男性 41.7 女性 24.7	平成 34年度	男性 41.7 女性 24.7	平成 34年度
・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性 55.3 女性 15.3		男性 31.8 女性 13.7		男性 47.7 女性 13.7	
②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			29.3%				平成20年度と 比べて25%減少	
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	ii :9.8%	平成 23年度	i :14% ii :7.7%		i :14% ii :7.7%	
④メタリックシフトロムの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成 20年度	457人(25.9%)	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	32.0%	平成 22年度	42.6%	平成 23年度	60.0%	平成 29年度	60.0%	平成 29年度
・特定保健指導の終了率	20.8%		43.0%		60.0%		60.0%	

◆データソース:①人口動態調査 ②国保特定健診 ③国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診
④⑤国～特定健診実施状況 市～国保特定健診

(4) 対策

① 特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内(受診券送付時、国保保険証更新時、医療費通知発送時)
- ・広報、ラジオ、ホームページによる周知
- ・商工会議所、商工会、JAとの連携
- ・未受診者勧奨通知の送付
- ・未受診者世帯訪問の実施
- ・医療機関との連携

② 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・健康診査(特定健康診査非対象者、後期高齢者)
- ・市国民健康保険特定健康診査(対象を30代に拡大して実施)
- ・特定健康診査でのHbA1c、クレアチニン、尿酸、尿潜血、心電図検査の全員実施の継続
- ・健康診査及び特定健康診査の検査項目に総コレステロール検査を追加することを検討していく。

③ 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市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・詳細二次健診(頸動脈超音波検査等)の継続実施
- ・循環器疾患発症リスクの高い対象者に対し、治療、未治療に関わらず訪問等、個別面接を実施。治療の継続、生活習慣改善に向けた保健指導を実施。結果返却後も地区ごとに管理台帳を作成、継続した疾病管理支援を行う。

3) 糖尿病

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL:Quality of Life)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。

(1) 基本的な考え方

① 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。

② 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費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。

(2) 現状

① 糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数

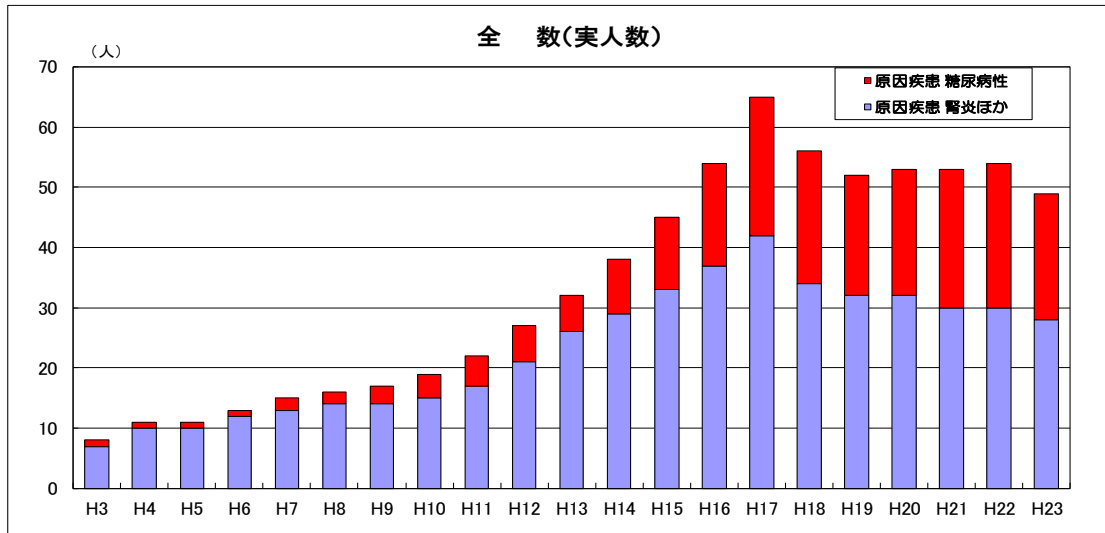
近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

本市の糖尿病腎症による新規透析導入は、平成14年度から増え始め、平成17年度7人となりその後減少傾向でしたが、平成20年度から22年度の3年間は6~7人と増加し、平成23年度は1人と減少しています。

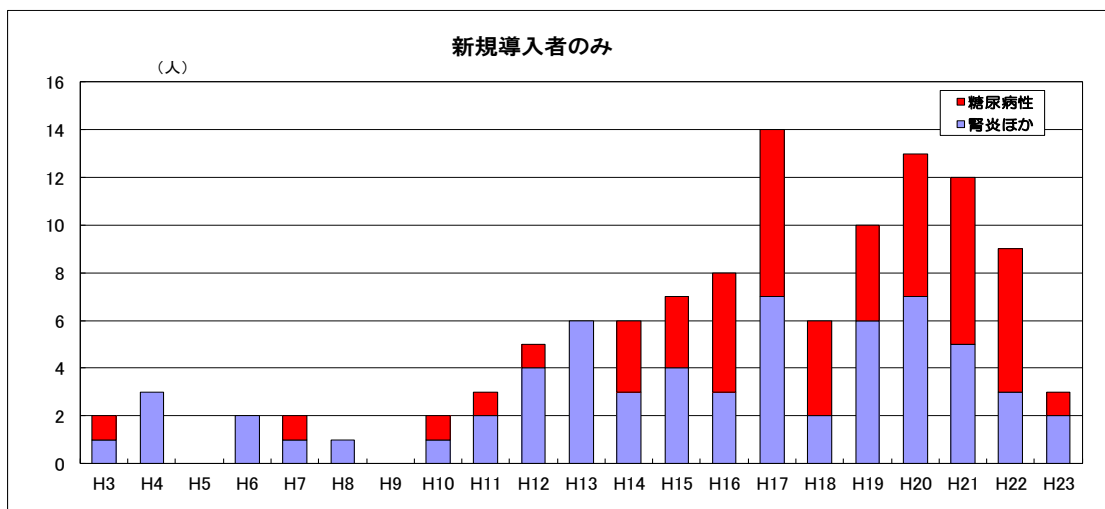
人工透析患者の全数に占める糖尿病腎症の割合は、平成 16 年度に 30%を超えてから年々上昇し、平成 22 年度は 44%と最も多くなっています。(図 1)

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間とされていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。また、糖尿病の重症化予防のために、医療機関通院者の保健指導について、医療との連携が欠かせません。

図 1 富良野市人工透析患者の推移



年 度	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	
原因疾患	腎炎ほか	7	10	10	12	13	14	14	15	17	21	26	29	33	37	42	34	32	32	30	30	28
	糖尿病性	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	6	9	12	17	23	22	20	21	23	24	21
合計	8	11	11	13	15	16	17	19	22	27	32	38	45	54	65	56	52	53	53	54	49	



年 度	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	
原因疾患	腎炎ほか	1	3	0	2	1	1	0	1	2	4	6	3	4	3	7	2	6	7	5	3	2
	糖尿病性	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	3	3	5	7	4	4	6	7	6	1
合計	2	3	0	2	2	1	0	2	3	5	6	6	7	8	14	6	10	13	12	9	3	

資料:富良野市更生医療受給状況

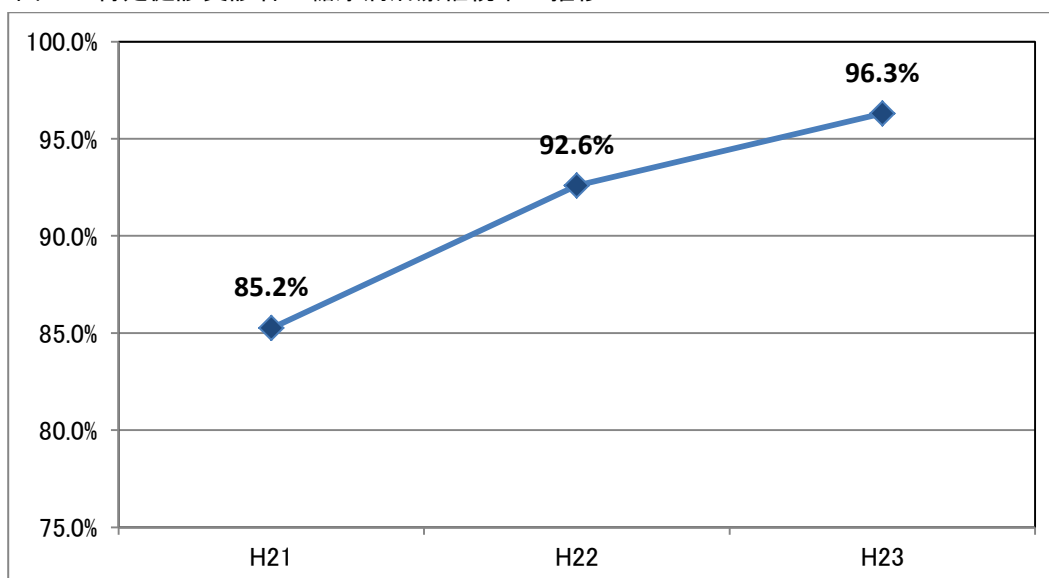
② 治療継続者の割合

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。

市国保特定健康診査受診者の糖尿病に関する治療継続率（注1）は、年々上昇し、平成23年度は96.3%となっており、国の平成34年度の目標である75%に達しています。

（図2）

図2 特定健診受診者の糖尿病治療継続率の推移



資料：市国保特定健診分析

注1 治療継続率：特定健診問診で「糖尿病治療あり」と答えた方の内、次年度も治療ありと答えた方の割合。

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみられます。

今後は、糖尿病でありながら未治療である者や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。

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

（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合）

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」では、血糖コントロール評価指標としてHbA1c8.0%（JDS）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が8.0%（JDS）以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えると言われています。

本市では、健診の結果HbA1cが8.0%（JDS）以上の人には、未受診者はもちろん治療中の人にも、必要に応じて保健指導を実施してきた結果、HbA1c8.0%以上（JDS）の人の割合は0.8%までに低下し、国の平成34年度の目標値（1.0%）を達成しています。（表1）

表1 特定健康診査受診者のHbA1c(JDS)の状況 年度別

			発症予防						重症化予防							
			正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定						【再掲】	
			5.2未満		5.2以上 5.5未満		5.5以上 6.1未満		6.1以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上		8.0以上	
年度	受診数 人	HbA1c 検査数 人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H20	1,856	1,828	615	33.6	626	34.2	449	24.6	54	3.0	38	2.1	46	2.5	20	1.1
H21	2,084	2,052	573	27.9	640	31.2	630	30.7	83	4.0	59	2.9	67	3.3	26	1.3
H22	2,042	2,019	568	28.1	685	33.9	572	28.3	84	4.2	50	2.5	60	3.0	21	1.0
H23	2,092	2,075	664	32.0	686	33.1	527	25.4	85	4.1	59	2.8	54	2.6	17	0.8
H22 国の現状																1.2
H34 国の目標																1.0

資料：富良野市国保特定健診分析

表2 特定健康診査受診者のHbA1c(JDS)の状況 平成23年度 年齢別

			発症予防						重症化予防							
			正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定						【再掲】	
			5.2未満		5.2以上 5.5未満		5.5以上 6.1未満		6.1以上 6.5未満		6.5以上 7.0未満		7.0以上		8.0以上	
年度	受診数 人	HbA1c 検査数 人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40～49歳	204	204	106	52.0	54	26.5	35	17.2	3	1.5	2	1.0	4	2.0	2	1.0
50～59歳	381	378	134	35.4	144	38.1	79	20.9	9	2.4	6	1.6	6	1.6	3	0.8
60～69歳	938	932	275	29.5	312	33.5	255	27.4	37	4.0	28	3.0	25	2.7	7	0.8
70～74歳	569	561	149	26.6	176	31.4	158	28.2	36	6.4	23	4.1	19	3.4	5	0.9
合計	2,092	2,075	664	32.0	686	33.1	527	25.4	85	4.1	59	2.8	54	2.6	17	0.8
H23 全道				44.5		28.3		19.4		3.3		2.0		2.4		0.9

資料：市～国保特定健診分析 全道～市町村国保における特定健診等結果状況報告書(北海道国保連合会)

年齢別の状況では、40歳代から50歳代にかけてHbA1c(JDS)5.2%以上の高血糖者が増加しています。また、北海道と比較すると、糖尿病の前段階ともいえるHbA1c(JDS)5.2～5.4%の正常高値からHbA1c(JDS)5.5～6.0%の境界領域の割合が高くなっています。

(表2)

この段階(耐糖能異常・境界域)から、心血管疾患の発症に関連することが多くの研究から明らかになっています。正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、市の食生活の特徴や市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。

④ 糖尿病有病者

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。

市国保特定健康診査受診者の結果と国民健康・栄養調査とを比較したところ、糖尿病が強く疑われる者（注2）、の割合は国より低いですが、40歳代は若干高くなっています。糖尿病の可能性を否定できない者（注3）の割合はほぼ同じです。（図5、6）

図5 糖尿病が強く疑われる者の割合（平成22年度）

（注2）「糖尿病が強く疑われる者」の判定

- ・HbA1c(JDS)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

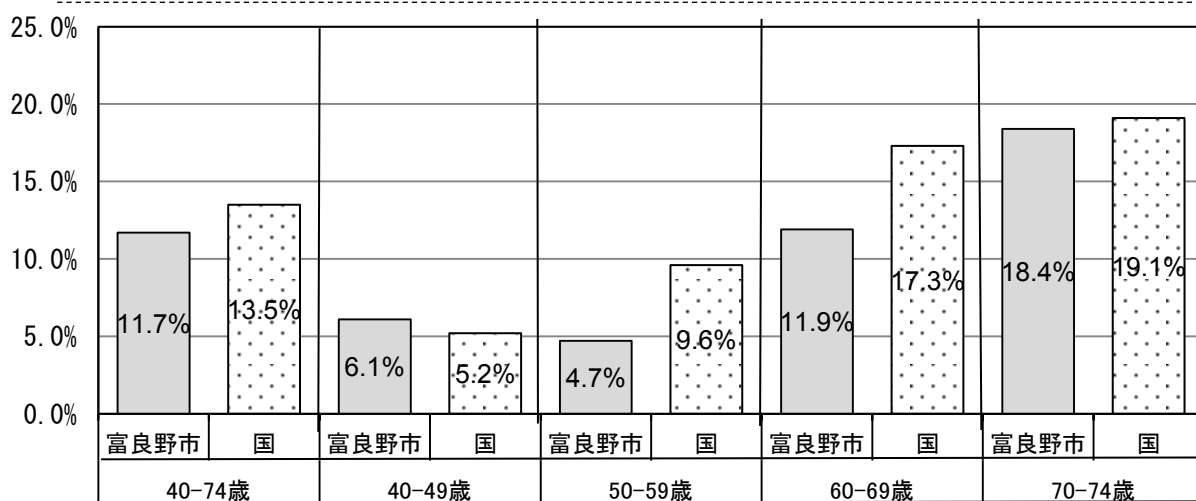
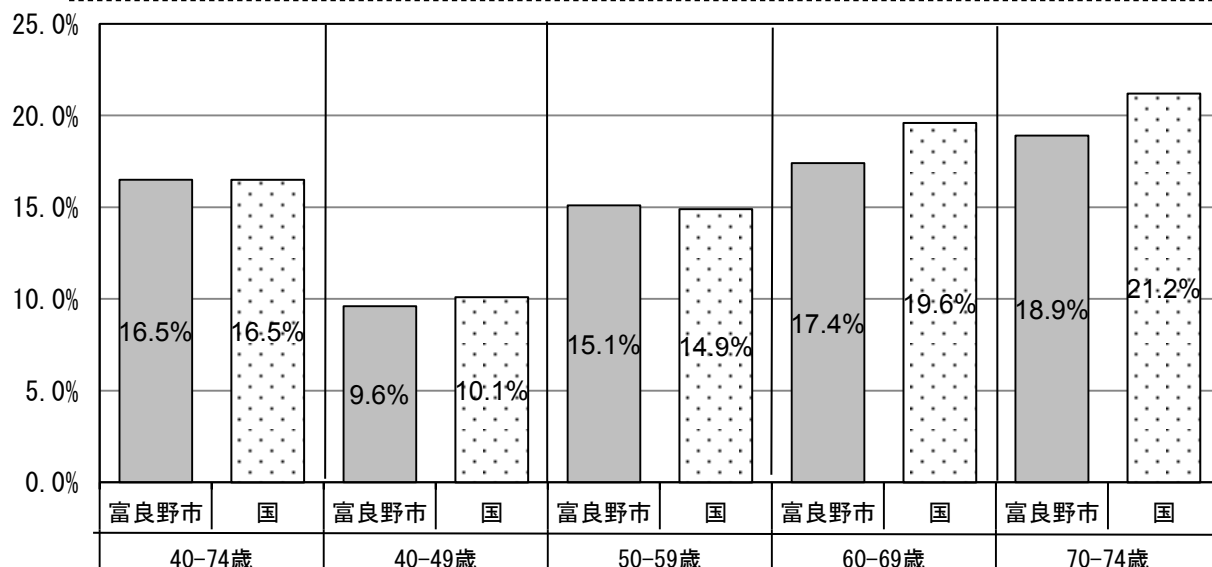


図6 糖尿病の可能性を否定できない者の割合（平成22年度）

（注3）「糖尿病の可能性を否定できない者」の判定

- ・HbA1c(JDS)が5.6%以上、6.1%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者



資料：市～国保特定健診分析 国～国民健康・栄養調査

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。

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
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	3.3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
②治療継続者の割合の増加	63.7%		96.3%		75%		◎現状維持	
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2%	平成 21年度	0.8%		1.0%		◎現状維持	
④糖尿病有病者の増加の抑制 (糖尿病が強く疑われる者の割合)	890万人	平成 19年	11.7%	平成 22年度	1,000万人		現状維持 又は減少	

◎は国の目標を達成している項目

◆データソース:①国～わが国の慢性透析療法の現況 市～更生医療受給状況 ②・④国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診
③国～特定健診実施状況 市～国保特定健診

(4) 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

① 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市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導（訪問、結果説明会等）
- 詳細二次健診（75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）の実施
対象者をHbA1c(JDS)5.2%～5.4%の者まで拡大し、早期からの発症予防につなげる。
- 医療関係者との連携
- 糖尿病専門医による健康教育

5 生活習慣の改善

1) 栄養・食生活

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。

生活習慣病予防の実現のためには、本市の特性を踏まえ、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。

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病の発症予防には、適正体重を維持するために、活動量に見合ったエネルギー摂取と適正な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データにつながります。代謝などの身体のメカニズムと生活習慣（食）との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげることが重要です。

個人の健診結果を読み解き、ライフサイクルを考慮し、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援します。

② 重症化予防

生活習慣病における食事療法は、治療の基本であり、薬物療法導入後も食事療法の継続は重要です。糖尿病ではインスリン分泌にあわせた、慢性腎臓病では腎機能に合わせた食事の量と質の選択が必要です。

(2) 現状

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。

① 適正体重の維持(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（高齢者は6-1 高齢者の健康で設定のため除く）の目標を設定し、評価指標とします。

ア. 20歳代女性のやせの者の割合(妊娠時のやせの者の割合)

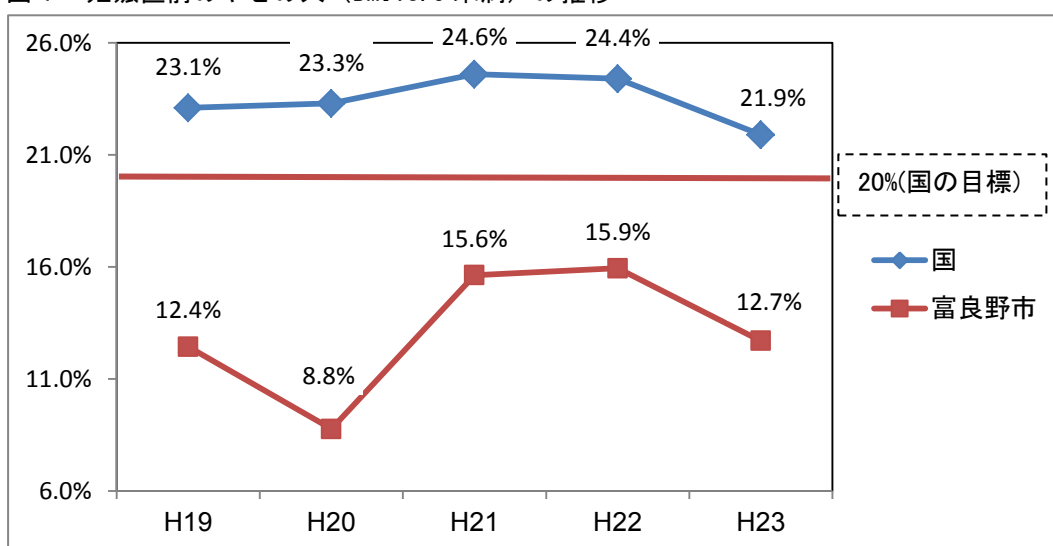
妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

本市では、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。やせの割合は、増減しながらも、国の現状値や目標値よりは低い状況です。(図1)

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。本市でも、やせている妊婦の低出生体重児の割合は、適正体重の妊婦に比べ高くなっています。出生児の平均体重もやせている妊婦は少ない状況です。(表1)

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。

図1 妊娠直前のやせの人(BMI18.5未満)の推移



資料: 富良野市～保健師活動分析 国～国民健康・栄養調査 20歳代女性のやせの割合

表1 妊娠前の体格と児の出生体重

	妊娠前の体格(BMI)					
	やせ		適正体重		肥満	
	18.5未満		18.5～25未満		25以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国 (H22乳幼児身体発育調査)				72.0%		8.3%
富良野市 (H17年4月以降出産1098人)	177	16.1%	796	72.5%	125	11.4%
低出生体重児	27	※15.3%	49	※6.2%	9	※7.2%
平均出生体重(g)	2803.2		2993.6		3087.9	

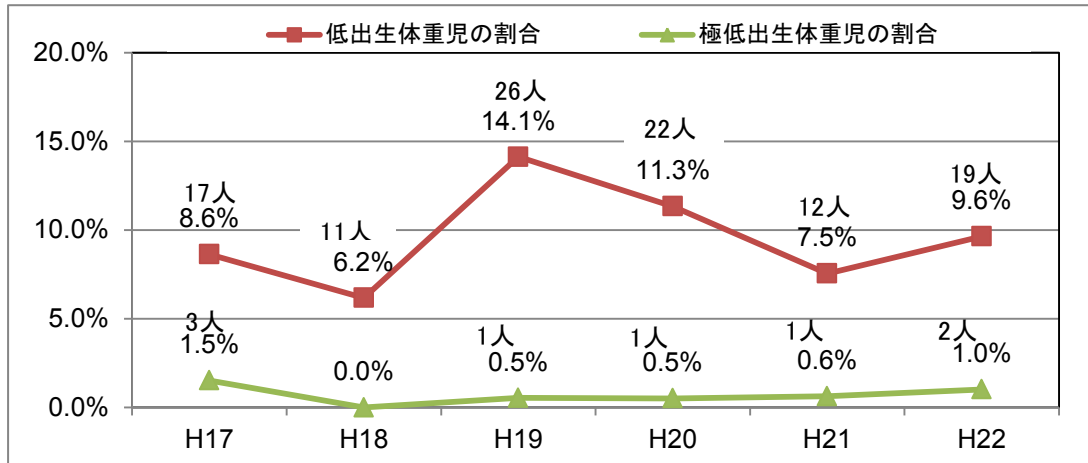
※は、それぞれの体格の妊婦の低出生体重児の割合

イ. 全出生数中の低出生体重児の割合

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。

本市では、毎年約20人前後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 富良野市の低出生体重児・極低出生体重児(再掲)の割合の推移



※低出生体重～2500g未満 極低出生体重～1500g未満

資料:北海道保健統計年報

ウ. 肥満傾向にある子どもの割合

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。

国の指標の設定となっている小学校5年生(10歳)の中等度肥満傾向児及び高度肥満傾向児の北海道の出現率をみると、男女とも国より高くなっており、特に男子は全国1位・2位となっています。

表2 肥満傾向児(小学校5年生)の出現率(平成23年度)

	男子		女子	
	中等度肥満 出現率(%)	高度肥満 出現率(%)	中等度肥満 出現率(%)	高度肥満 出現率(%)
全国	3.72	0.88	2.86	0.53
北海道 (順位)	6.67 全国2位	2.75 全国1位	4.12 全国4位	0.75 全国14位

資料:学校保健統計調査

本市の統計については、保健部門では把握できていません。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、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、将来の生活習慣予防に向けた取組みについて検討していく必要があります。

エ. 20～60 歳代男性の肥満者の割合

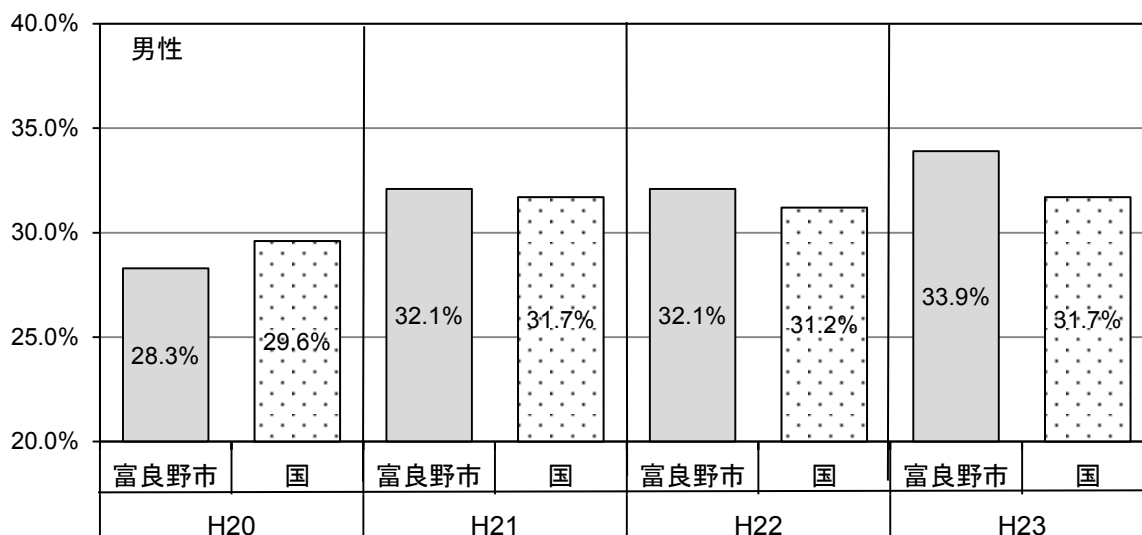
オ. 40～60 歳代女性の肥満者の割合

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。

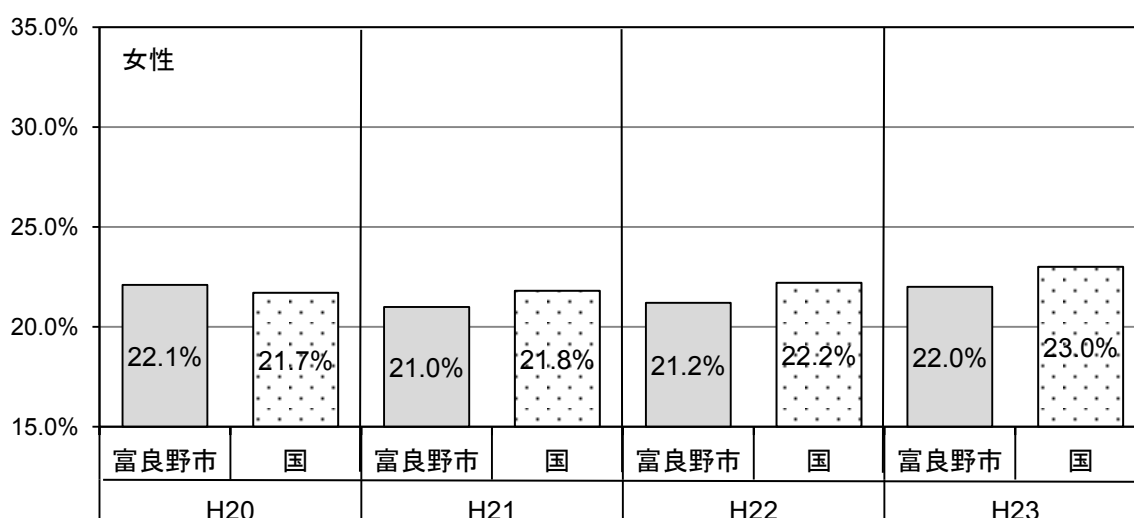
本市の国保特定健康診査受診者は、30 歳以上であることから、30～60 歳代男性受診者の肥満者の割合の推移をみると、増加傾向で国の現状より多くなっています。一方、40～60 歳代女性受診者の肥満者の割合の推移は横ばいで、国の現状とほぼ同じ状況です。(図3)

男性の肥満者の減少に向けて、さらに取組みを進めていく必要があります。

図3 男性及び女性の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



富良野市:30～60 歳代国保特定健診受診結果 国:20～60 歳代国民健康・栄養調査



富良野市:40～60 歳代国保特定健診受診結果 国:40～60 歳代国民健康・栄養調査

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)								
ア. 20歳代女性のやせの者の割合の減少 (※1 妊娠届出時のやせの者の割合)	29.0%	平成 22年	※1 12.7%	平成 23年度	20%	平成 34年度	現状維持 又は減少	平成 34年度
イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成 22年	9.6%	平成 22年	減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ	平成26年
ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少	男子 4.60% 女子 3.39%	平成 23年	統計なし		減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ	平成26年
エ. 20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.7%	平成 23年	33.9%	平成 23年度	28%	平成 34年度	28%	平成 34年度
オ. 40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	23.0%		22.0%		19%		19%	

◆データソース:ア 国～国民健康・栄養調査 市～妊娠届出 イ 人口動態統計 ウ 学校保健統計
エ・オ 国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診

(4) 対策

① 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・ 妊婦相談
- ・ 乳幼児健康診査・乳幼児相談
- ・ 食生活改善推進員教育事業
- ・ 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、それぞれの特徴を生かした栄養指導の実施

② 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導

- ・ 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

③ 学齢期への保健指導の推進

教育委員会と連携し、学童の肥満傾向児の動向を把握
将来の生活習慣病予防に向けた、保健指導の検討

2) 身体活動・運動

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

身体活動・運動の量が多い人は、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。

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。

(1) 基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

(2) 現状

① 日常生活における歩数

(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)

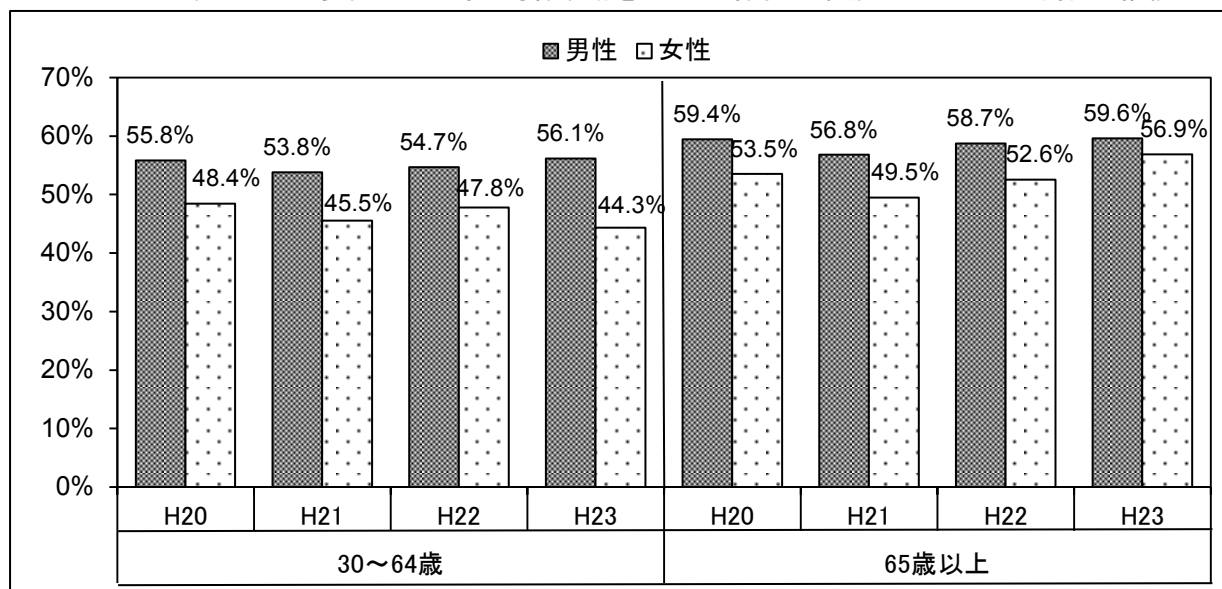
歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

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。

平成22年度国民健康・栄養調査による北海道の歩数は、男性6,958歩、女性5,825歩と国の男性7,136歩、女性6,117歩を下回っています。

本市では、健康診査・国保特定健康診査受診者に対して、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、男性はどの年代も50%台となっており、女性は30～64歳が40%台、65歳以上が50%台となっています。(図1)

図1 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している人の割合の推移



資料:市健康診査・国保特定健康診査

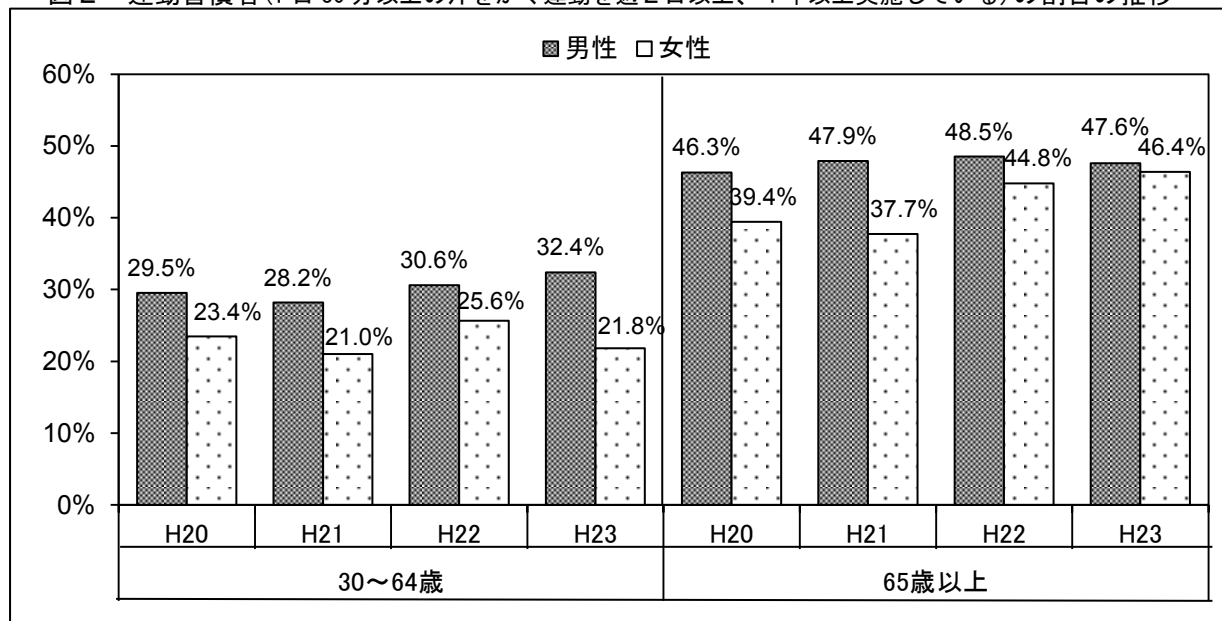
身体活動を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、まずは国の目標とする男女とも歩数の1,000歩増加を目指していけるよう、個人が日常生活の中でも運動を実施する方法の提供をしていくと共に、本市としての取組みも検討していく必要があります。

② 運動習慣者の割合

運動は余暇時間に取組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなりますが、本市も同様の傾向です。

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。(図2)

図2 運動習慣者(1日30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)の割合の推移

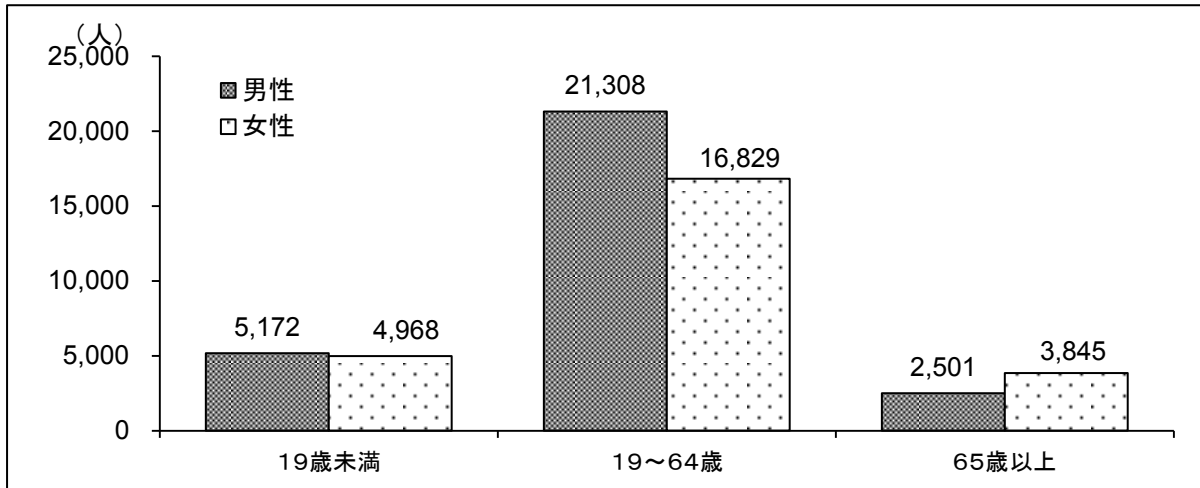


資料:市健康診査・国保特定健康診査

本市には、身近な場所で運動できる施設として、通年利用できる健康増進施設「ふらっと」が整備されており、平成23年度は延 74,491 人の利用がありました。そのうち教室利用や専用利用を除く一般利用者は延 54,623 人で、7割は青年期・壮年期の市民の利用となっています。(図3) 今後も多くの方が利用し、気軽に運動に取り組めるよう、利用促進を図っていく必要があります。

また、日常生活のあらゆる機会を通じて、運動を含めた身体活動を増やしていけるよう個人の意識を高めていくことも必要です。

図3 健康増進施設「ふらっと」一般利用状況(平成23年度利用者 延 54,623 人の内訳)



資料：市中心街整備推進課

(3) 目標

項目	国の現状値	富良野市の現状値	国の目標値	富良野市の目標値
①日常生活における歩数の増加 (※1 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)				
・20～64歳 (※2 30～64歳)	男性 7,841歩 女性 6,883歩	※1・2 男性 56.1% ※1・2 女性 44.3%	男性 9,000歩 女性 8,500歩	増加
・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩	※1 男性 59.6% ※1 女性 56.9%	男性 7,000歩 女性 6,000歩	増加
②運動習慣者の割合の増加				
・20～64歳 (※3 30～64歳)	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	平成22年 ※3 男性 32.4% ※3 女性 21.8% ※3 総数 26.4%	平成23年度 男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度 男性 36% 女性 33% 総数 34%
・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%	男性 47.6% 女性 46.4% 総数 46.9%	男性 58% 女性 48% 総数 52%	平成34年度 男性 58% 女性 48% 総数 52%

◆データソース：国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診

(4) 対策

① 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の紹介
特定健診・特定保健指導などの従来の対策を活用した運動指導

② 身体活動及び運動習慣の向上の推進

「ふらっと」やスポーツセンターで実施している事業への勧奨
市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨

3) 飲酒

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ています。

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 40g を超える飲酒、女性 1 日 20g を超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。

そのため、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。

(1) 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。

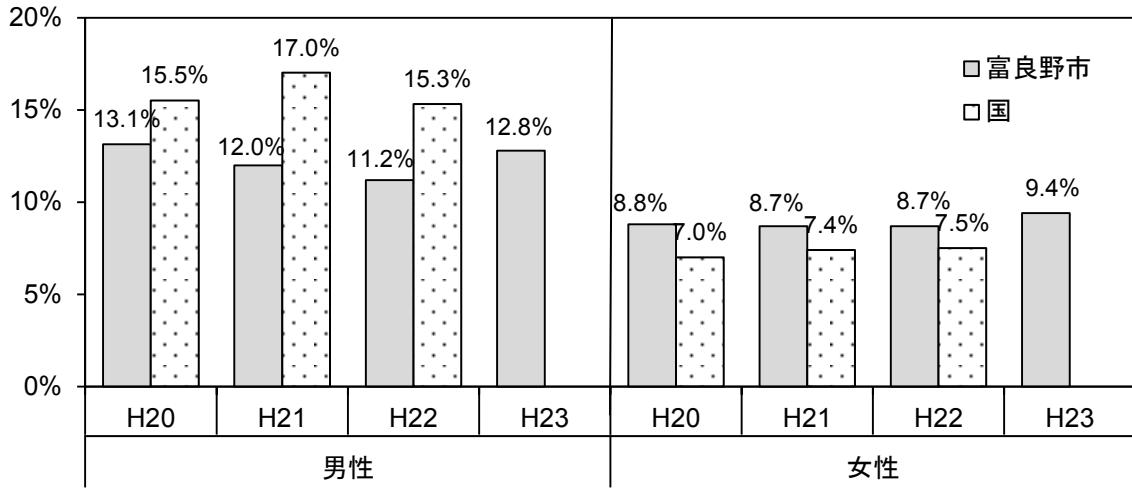
(2) 現状

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

(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)

本市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、国保特定健康診査問診結果の平成 20 年度と平成 23 年度を比較すると、男性は 13.1%が 12.8%に若干減っていますが、女性は 8.8%が 9.4%に若干増えています。男性は国の割合より少ないですが、女性は国の割合よりも多くなっています。(図 1)

図1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



資料：国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健康診査

また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTPの有所見判定者の割合は、女性は変化ありませんが、男性は増えています。(表1)

表1 γ -GTP異常者の推移

① γ -GTPが保健指導判定値者の割合(51U/I以上)

	H20	H21	H22	H23
男性	24.3%	25.9%	26.0%	27.5%
女性	7.4%	7.5%	8.7%	7.4%

② γ -GTPが受診勧奨判定値者の割合(101U/I以上)

	H20	H21	H22	H23
男性	7.4%	8.2%	9.9%	9.6%
女性	1.8%	1.7%	2.3%	1.8%

資料：国保特定健康診査

多量飲酒者の検査データをみると、男女とも γ -GTPや中性脂肪、尿酸の有所見率が高く、男性はメタボ該当者やHbA1c、血圧、HDL-Cの有所見率も高くなっています。(表2)

表2 多量飲酒者の検査項目別異常者数割合(平成23年度)

①男性

	総数	メタボリックシンドローム				脂質					
		基準該当		予備群該当		LDL		HDL-C		中性脂肪	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	897	251	28.0%	113	12.6%	398	44.4%	86	9.6%	246	27.4%
多量飲酒者	82	31	37.8%	7	8.5%	31	37.8%	8	9.8%	30	36.6%

HbA1c				血圧				γ -GTP		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
478	53.3%	115	12.8%	368	41.0%	78	8.7%	247	27.5%	40	4.5%	143	15.9%
49	59.8%	7	8.5%	47	57.3%	12	14.6%	38	46.3%	3	3.7%	20	24.4%

②女性

	総数	メタボリックシンドローム				脂質					
		基準該当		予備群該当		LDL		HDL-C		中性脂肪	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1,195	95	7.9%	48	4.0%	608	50.9%	15	1.3%	195	16.3%
多量飲酒者	90	4	4.4%	2	2.2%	36	40.0%	1	1.1%	18	20.0%

HbA1c				血圧				γ -GTP		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
735	61.5%	83	6.9%	453	37.9%	87	7.3%	89	7.4%	11	0.9%	22	1.8%
43	47.8%	4	4.4%	31	34.4%	4	4.4%	11	12.2%	0	0.0%	4	4.4%

資料：国保特定健康診査

現在、 γ -GTPが受診勧奨値を超えている人については、結果説明会などで個別の指導を行っています。今後、健診結果と飲酒との関連を本人が理解し、適切な判断ができるように支援していく必要があります。

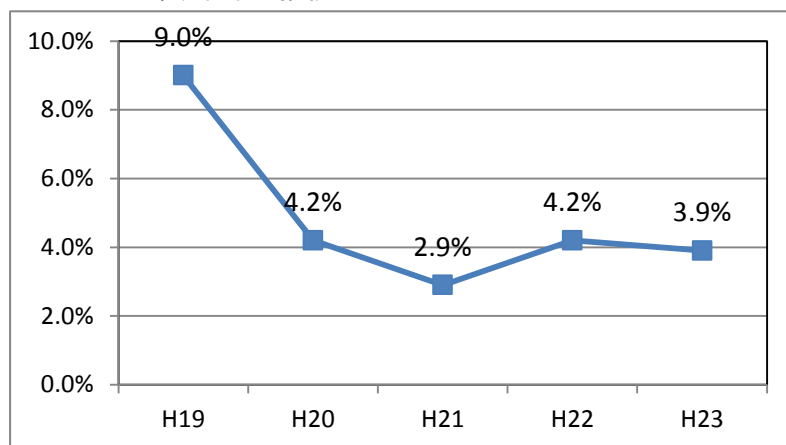
② 妊娠中の飲酒

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

妊娠中の飲酒の割合は、平成19年度は9%と高かったのですが、その後は減少し、平成23年度は3.9%と国の現状（8.7%）を下回っています。（図2）

妊娠中の飲酒の胎児への影響に関する安全域は存在しないことから、妊娠中の飲酒をなくすことが重要になります。

図2 妊婦飲酒率の推移



資料：北海道母子保健報告

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
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%	平成 22年	男性 12.8%	平成 23年度	男性 14.0%	平成 34年	◎男性 現状維持 又は減少	平成 34年
	女性 7.4%		女性 9.4%		女性 6.3%		女性 6.3%	
②妊娠中の飲酒をなくす	8.7%		3.9%		0%	平成 26年	0%	平成 26年

◎は国の目標を達成している項目

◆データソース：①国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診

②国～乳幼児身体発育調査 市～北海道母子保健報告

(4) 対策

① 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、乳幼児健診及び相談、がん検診等

② 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・健康診査、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

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)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、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曝露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徐々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。

(1) 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。

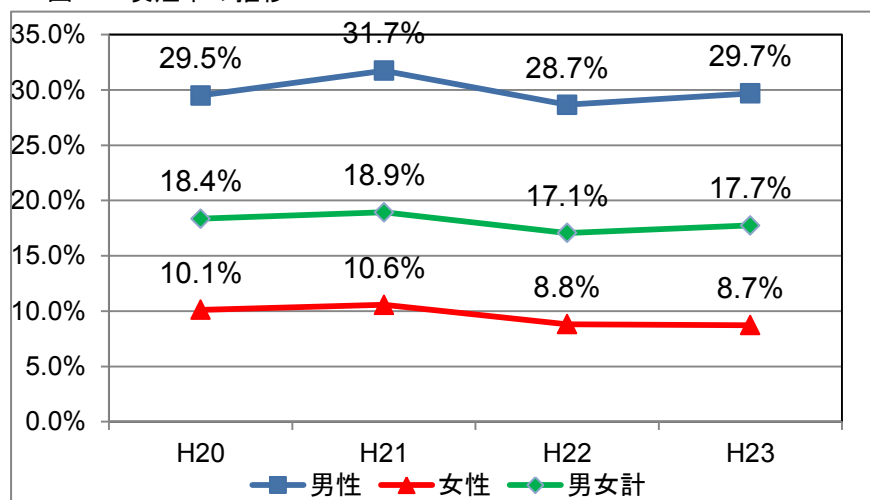
(2) 現状

① 成人の喫煙率

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。

本市の成人の喫煙率は、男女ともほぼ横ばいで推移しており、全国と比較すると高く、北海道とほぼ同じ率です。(図1)

図1 喫煙率の推移



○全国の喫煙率
男性 25.8%
女性 5.9%
男女 14.1%
○北海道の喫煙率
男性 28.7%
女性 9.0%
男女 17.1%
(H22 年度特定健診等データ管理システム法定報告作成時点実績)

資料：富良野市健康診査・国保特定健診質問票

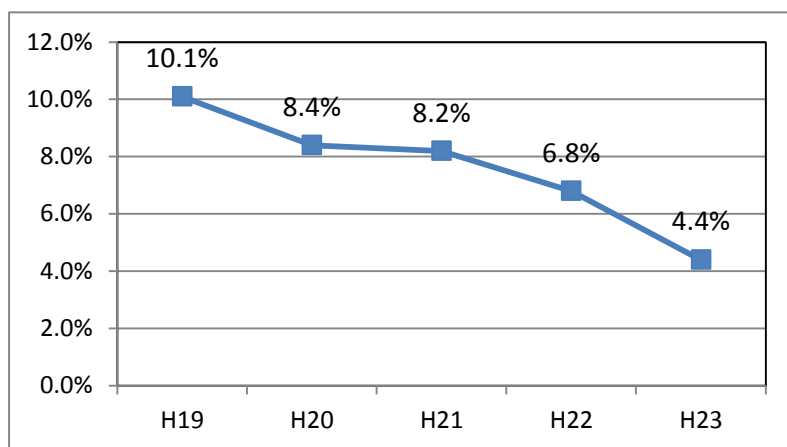
たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

② 妊娠中の喫煙

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

本市の妊婦の喫煙率は、年々低下しており、平成 23 年度は国の現状（5.0%）を下回っています。（表 2）

表 2 妊婦喫煙率の推移



資料：北海道母子保健報告

妊婦の喫煙率については、妊娠ならびに胎児、出生児への影響の大きさを考慮すると、妊娠中の喫煙をなくすことが重要になります。

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
①成人の禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%	平成 22年	17.7%	平成 23年度	12.0%	平成 34年度	12.0%	平成 34年度
②妊娠中の喫煙をなくす	5.0%		3.9%		0%	平成 26年	0%	平成 26年

◆データソース:①国～国民健康・栄養調査 市～健康診査・国保特定健診
②国～乳幼児身体発育調査 市～北海道母子保健報告

(4) 対策

① 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、乳幼児健診及び相談、がん検診等

② 禁煙支援の推進

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

5) 歯・口腔の健康

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、むし歯と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、むし歯と歯周病の予防は必須の項目です。

(1) 基本的な考え方

① 発症予防

歯科疾患の予防は、「むし歯予防」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。

② 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。

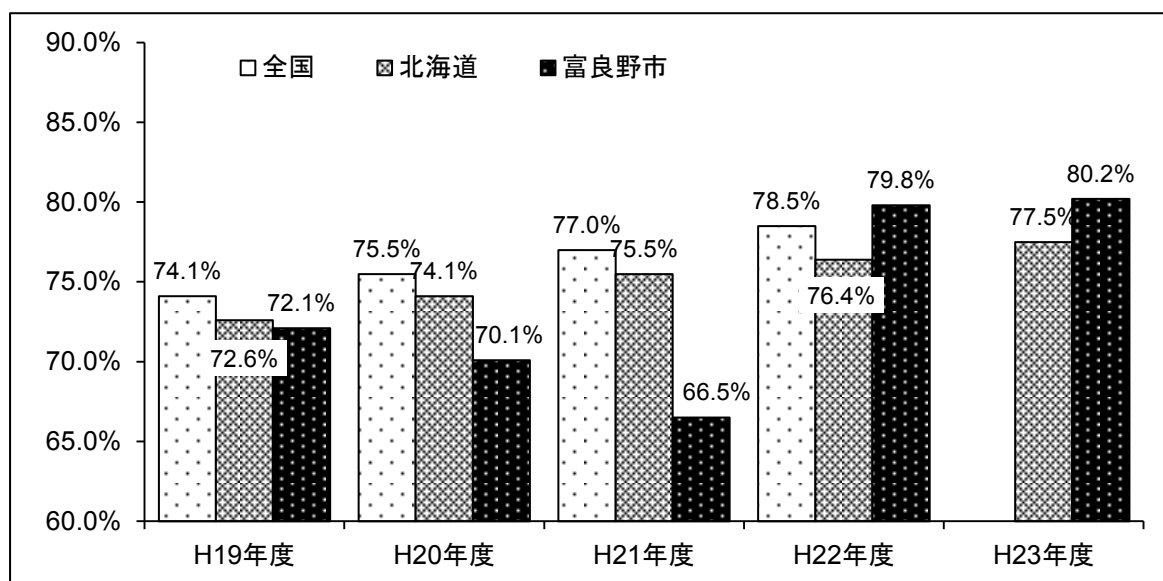
口腔機能については、咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

(2) 現状

① 乳幼児・学齢期のむし歯

本市の3歳児でむし歯がない児の割合は、平成21年度は66.5%と低かったのですが、その後は増加し、平成23年度は80.2%で、国や北海道と比べると高い割合になっており、国の目標である80%とほぼ同じ割合になっています。(図1)

図1 3歳児でむし歯がない者の割合の推移



資料：3歳児歯科健康診査

生涯にわたる歯科保健は、乳歯咬合の完成期である3歳児のむし歯有病状況の改善が永久歯のむし歯予防につながります。

永久歯むし歯の代表的評価指標である12歳児の一人平均むし歯数は、1.18歯で、全国の1.2歯及び北海道の2.05歯より少ない状況ですが、国の目標である1.0歯未満には達していません。(表1)

表1 12歳児の1人平均むし歯数

	平成20年	平成23年
富良野市	2.90歯	1.18歯
全道	2.47歯	2.05歯
全国	1.50歯	1.20歯

資料：学校保健統計調査

北海道は、全国に比べて、12歳児における永久歯のむし歯が多いことや、8020達成者の割合が低いこと等の背景から、平成21年に「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」を制定し、生涯を通じた歯や口腔の健康づくりをすすめています。

この条例の中で、北海道ではむし歯予防に効果の高い集団(保育所、幼稚園、小・中学校)でのフッ化物洗口の普及を積極的に推進しています。本市においても、むし歯が原因で歯を失うことを防ぐことは重要であることから、集団でのフッ化物洗口を実施し、国の目標である12歳児の一人平均むし歯数1.0歯未満をめざします。

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
①乳幼児・学齢期のむし歯のない者の増加								
ア. 3歳児でむし歯がない者の割合の増加	78.5%	平成 22年度	80.2%	平成 23年度	80%以上	平成 34年度	80%以上	平成 34年度
イ. 12歳児の一人平均むし歯数の減少	1.20歯	平成 23年度	1.18歯		1.0歯未満		1.0歯未満	

◆データソース：ア. 3歳児歯科健康診査 イ. 学校保健統計

(4) 対策

① ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・乳幼児相談や乳幼児健診時における歯科保健指導の実施
- ・フッ化物洗口の実施（保育所・幼稚園の年長児、小・中学生）
- ・歯周病予防に関して、広報や集団健診時のリーフレット配布などで周知し啓蒙する。

② 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科健診（1歳6か月児，3歳児）
- ・歯科医院における定期歯科健診およびフッ素塗布の勧奨（幼児期）
- ・保育所、小中学校における歯科健診

6 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

1) 高齢者の健康

本市においても、人口の高齢化が進んでおり、特に75歳以上の人口が増加していくことが予想されます。

(1) 基本的な考え方

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

(2) 現状

① 介護認定状況

本市の平成22年度末の第1号被保険者（65歳以上）の要介護・要支援認定者数はで1,085人、認定率は16.9%となっており、全国（16.9%）と同率、全道（17.7%）よりは低くなっています。

要介護（要支援）認定者の原因疾患をみると、認知症が最も多く26%を占め、次いで脳血管疾患、関節疾患の順になっています。

重度の介護度になると、脳血管疾患と認知症を合わせて約7割を占めています。

軽度の介護度では骨・関節疾患が最も多く、次いで認知症が多くなっています。（表1）

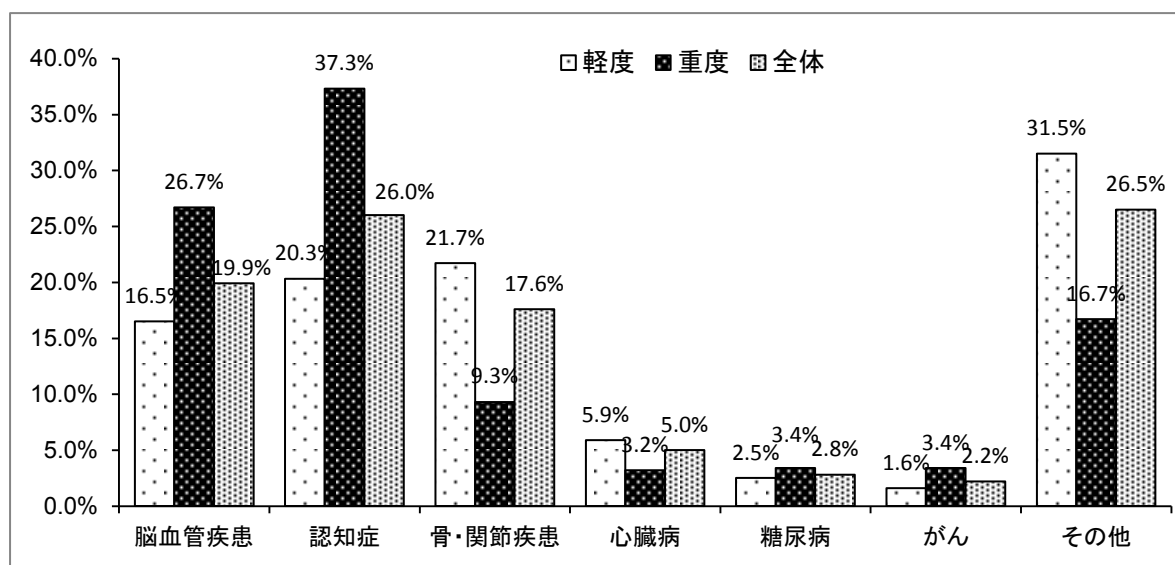
今後は、高齢者の増加率以上に要介護認定者が増えないように、介護が必要となる原因疾患の予防に取り組むことが必要です。

表1 要介護（要支援）認定者の原因疾患（H23年9月末）

	脳血管疾患	認知症	骨・関節疾患	心臓病	糖尿病	がん	その他
要支援1	19	9	41	11	3	1	54
要支援2	21	4	51	3	8	3	49
要介護1	48	79	53	23	7	4	79
要介護2	36	60	18	7	1	4	54
軽度計	124	152	163	44	19	12	236
(割合)	16.5%	20.3%	21.7%	5.9%	2.5%	1.6%	31.5%
要介護3	22	56	18	7	5	4	19
要介護4	31	37	8		5	5	24
要介護5	48	48	9	5	3	4	20
重度計	101	141	35	12	13	13	63
(割合)	26.7%	37.3%	9.3%	3.2%	3.4%	3.4%	16.7%
総計	225	293	198	56	32	25	299
(割合)	19.9%	26.0%	17.6%	5.0%	2.8%	2.2%	26.5%

資料：主治医意見書

図1 要介護（要支援）認定者原因疾患の割合



資料：平成 23 年 9 月末主治医意見書

② 認知症

高齢社会の進展に伴い、認知高齢者は確実に増加すると推定されます。平成 14 年時点で日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、65 歳以上人口の約 6.3%と推計され、平成 27 年では 7.6%、平成 37 年では 9.3%になると予測されています。（厚生労働省「高齢者介護研究報告書」）この推計にあてはめると、本市の認知症高齢者は、平成 27 年で 552 人、平成 37 年で 701 人となります。

アルツハイマー型認知症の予防は不可能といわれていますが、血管リスクの是正が認知機能障害の進展予防につながるとも言われており、脳血管疾患等の予防により脳細胞を守る取組みが重要です。

③ 運動器疾患

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。本市の要介護認定の原因疾患においても、骨・関節疾患が 17.6%と 3 番目に多くなっています。

全国的にも、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（注 1）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ます。

（注 1）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。

国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者は、「腰痛」と「手足の関節の痛み」のある者や腰痛症通院者率が高く、多くの高齢者が運動器に問題を抱えています。高齢者の腰や手足の痛みは、変形性関節症や脊椎圧迫骨折によって生じることが多くなっています。

また、変形性関節症や脊椎疾患などの筋骨格系疾患は、高額医療費の要因にもなっています。平成23年度富良野市国保の月100万円を超える高額医療費をみると、筋骨格系疾患が30件ありました。内訳をみると、変形性膝関節症が18件と6割を占めています。性別では、女性が圧倒的に多くなっています。肥満が原因で関節を痛めている場合もあります。肥満予防のための生活習慣改善や、関節を守る学習に取り組むことが大切です。(表2)

表2 月100万円を超える筋骨格系疾患の状況(平成23年度)

疾患名	費用額	件数	性別		年代別		
			男性	女性	50代	60代	70代
変形性膝関節症	29,173,360	18	5	13	2	10	6
変形性股関節症	7,714,460	4	0	4	1	2	1
腰部脊柱管狭窄症	4,558,770	3	1	2		1	2
腰椎変性すべり症	3,992,370	2	0	2	1	1	
その他	5,110,070	3	1	2		1	2
合計	50,549,030	30	7	23	4	15	11

資料: 国保医療費分析

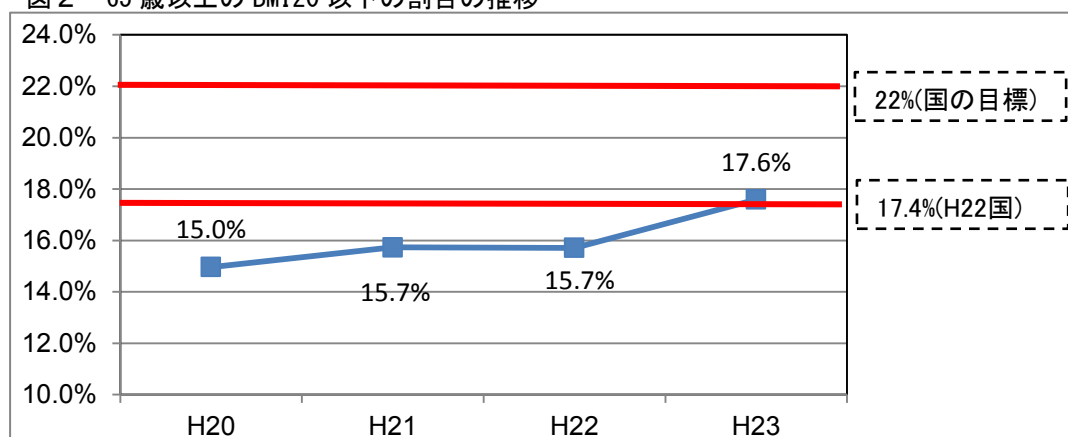
④ 栄養

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。

本市の65歳以上の健診受診者のBMI20以下の割合は、平成22年度の国の現状とほぼ同じです(図2)

図2 65歳以上のBMI20以下の割合の推移



資料: 健康診査・国保特定健康診査

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制 (※1 要介護(支援)認定者)	506万人	平成23年 3月	※1 1,085人	平成23年 3月	657万人	平成 37年度	※1 1,309人	平成 26年度
②低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%	平成 22年	17.6%	平成 23年度	22%	平成 34年度	現状維持 又は減少	平成 34年度

◆データソース:①介護保険事業報告

②国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診・後期高齢者健診

(4) 対策

① 要介護認定者に多くみられる原因疾患の予防

ア 脳血管疾患の発症予防・重症化予防のための生活習慣病対策の推進を図る

- ・健診結果にもとづき、循環器疾患の重症化予防にむけた保健指導の実施
- ・未治療者に対する健康診査の受診勧奨

イ 関節疾患の予防対策の推進

- ・運動機能維持、肥満予防のための保健指導の実施
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・「ふらっと」で実施している高齢者対象の事業の紹介、勧奨

② 高齢者に必要な食事量と質の学習

- ・健診結果にもとづいた栄養指導
- ・栄養に関する出前講座の実施

2) こころの健康

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、人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組みに焦点をあてます。

(1) 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。

(2) 現状

① 自殺者の状況

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。

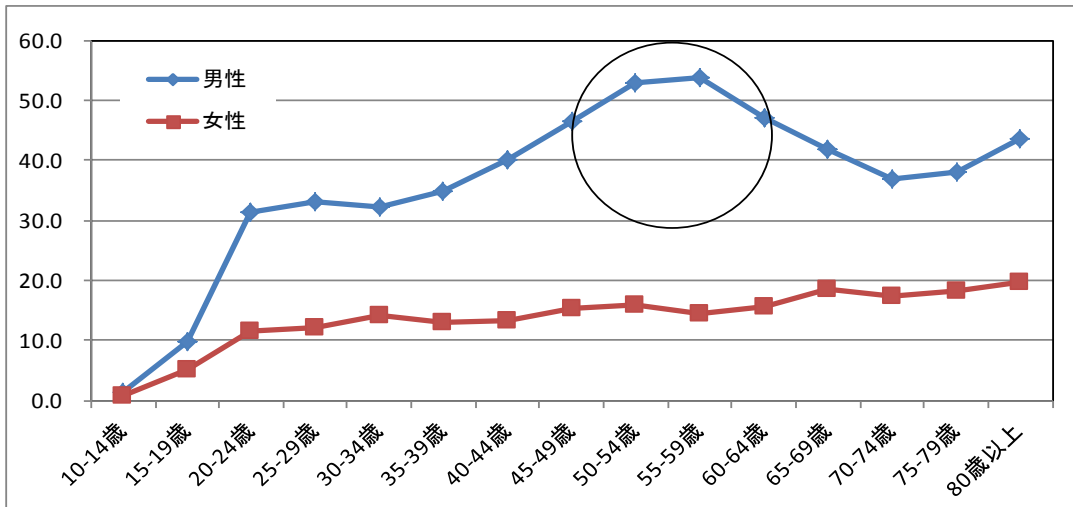
健康日本21においても、「自殺者の減少」を指標として掲げ、全国数が22,000人以下になることを目指していますが、近年の我が国の自殺者総数は約3万人となっています。同時に、日本の自殺は、どこの国でも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては50歳代に自殺率のピークを形成していることが特徴です。

本市においても、男性の自殺による死亡者数の累計は、50代に最も多くなっています。

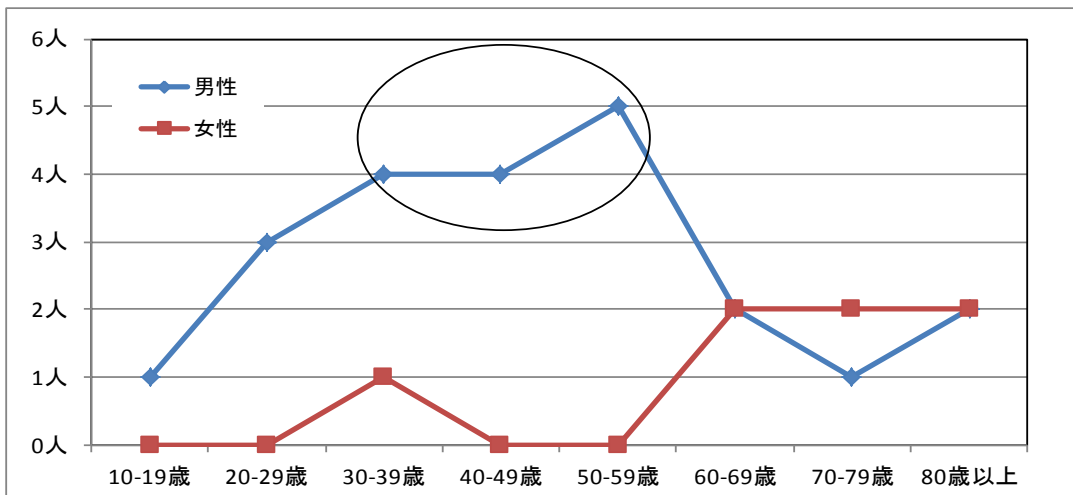
(図1)

図1 男女別自殺者の動向

国の年齢別男女別の自殺による人口10万対死亡率(平成22年)



富良野市の年齢別男女別自殺者数(平成17~21年総数)



資料: 国~人口動態調査 富良野市~道北地域保健情報年報

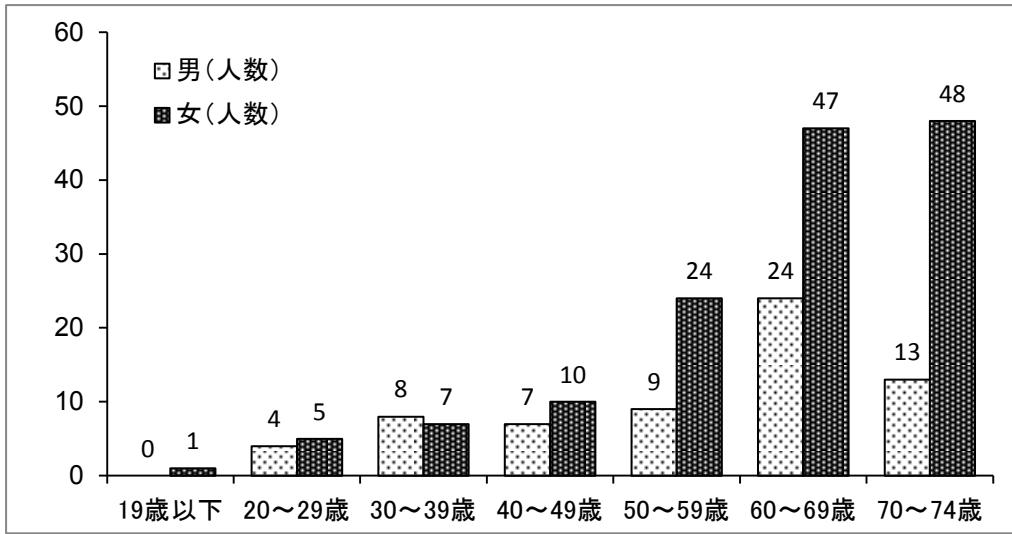
WHO(世界保健機構)によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立されており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし、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という報告があります。

富良野市国民健康保険におけるうつ病の診療状況をみると、受診者207人中性別では女性が142人と多く、年代では60歳以上が132人となっています。自殺者の多い30~50代の男性の受診は24人で全体の1割程度しかありません。(図2)

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組みが最も重要になります。

図2 性別年代別うつ病診療状況 (平成24年5月診療分国保レセプトより)



また、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。

家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家へのつなぎを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができることが大切になります。今後、保健所が取り組む富良野地域・職域連携推進事業と連携し、働き盛りの年代のこころの健康づくりを推進します。

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値	富良野市の目標値
①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	36.7	平成21年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定	

◆データソース:①人口動態統計

(4) 対策

① こころの健康に関する教育の推進

- 種々の保健事業の場での教育や情報提供
- 障害福祉と連携し、こころの健康対策の推進

② 専門家による相談事業の推進

- 富良野保健所との協力、連携
- 保健所が実施している「こころの健康相談」の紹介
- 富良野圏域地域・職域連携推進連絡会との連携

3) 休養

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。

(1) 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。

(2) 現状

① 睡眠による休養

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。

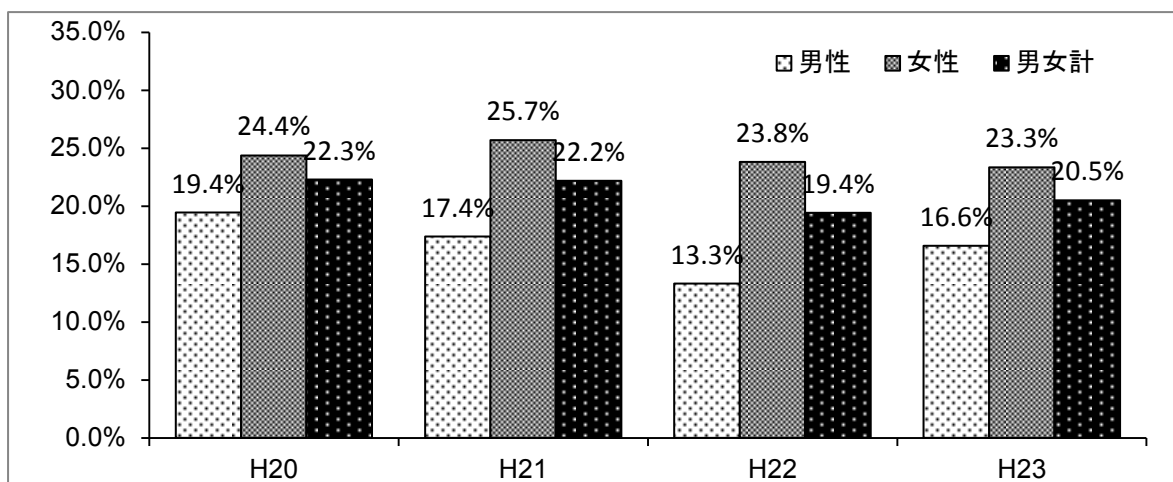
また、睡眠障害はこころの病気の一症状として現れることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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。

本市では、国保特定健康診査受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれていますか」の問診項目で睡眠による休養の状況を把握していますが、男性 16.6%、女性 23.3%、男女計 20.5%の人が「いいえ」との回答になっており、国の現状（18.4%）よりも高くなっています。（図1）年代別では、50歳代が男性 20.9%、女性 29.7%と最も高くなっています。（図2）

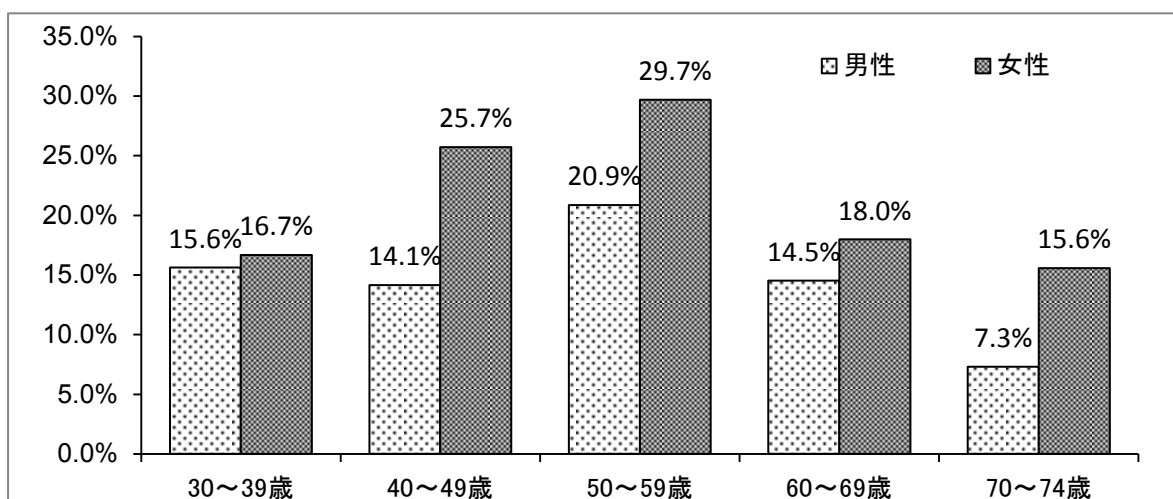
今後は、睡眠による休養がとれていない人の健診データもみながら実態把握を行い、対策を検討、推進していく必要があります。

図1 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに「いいえ」と答えた人の割合の推移



資料：国保特定健康診査

図2 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに「いいえ」と答えた人の割合（性・年代別）



資料：国保特定健康診査

(3) 目標

項目	国の現状値		富良野市の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	値	年	値	年	値	年	値	年
③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	20.5%	平成23年度	15.0%	平成34年度	15.0%	平成34年度

◆データソース：①国～国民健康・栄養調査 市～国保特定健診

(4) 対策

① 睡眠と健康に関する実態の把握

- ・問診の結果と健診データとの突合により、富良野市の睡眠と健康に関連する事項について明確化

② 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

第4章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取組みの推進
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

第4章 計画の推進

1 健康増進に向けた取組みの推進

1) 地域との連携

個人の生活習慣や価値観の形成の背景には、ともに生活を営む家族や地域の習慣や特性があります。これらの実態把握に努めながら、地域の健康課題に対し、市民が共同して取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と思います。そのために、市は、町内会や農事組合に対して、地域の健康課題などの情報を提供し、地域の中で健康づくりに取り組めるよう連携を図っていきます。

また、町内会で選出されている健康づくり推進員に対しても、学習の機会をつくり、活動を支援していきます。

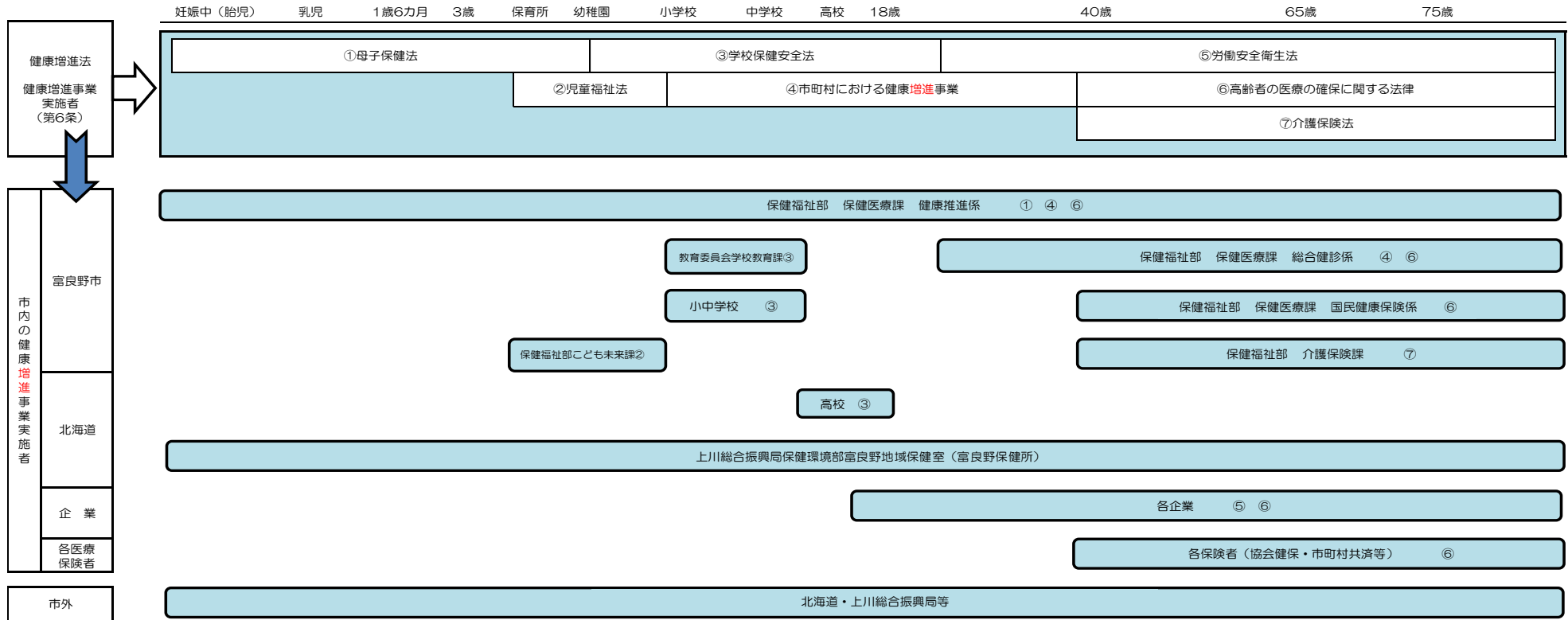
2) 関係機関との連携

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。

本市における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。(表1)

また、市民の生涯を通じた健康の実現を目指し、市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、富良野医師会や歯科医師会、保健所などに加え、JAふらのや商工会議所などの各組織や、食生活改善協議会などの各団体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関係機関



健康増進事業者が行う健診	法律	①母子保健法			②(省令)児童福祉施設最低基準第35条	③学校保健安全法		④健康増進法	⑤労働安全衛生法		⑥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) (第13条)			健康診断(第13条)			健康診査	健康診断(第66条)	特定健診(第20条)		
健診の名称等	妊婦健診	4・7か月乳児健診	1歳6カ月乳児健診	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	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「妊婦健診の内容等について」	厚生労働省令			厚生労働省令 保育所保健指導「第5章健康及び安全」		学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」	厚生労働省健康局長通知「健康増進事業実施要領」	労働安全衛生規約第1節の2「健康診断」	厚生労働省令第157号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」			
対象年齢、時期等		4・7か月	1歳6カ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校・中学校・高等学校	大学	20歳～	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40歳～74歳(※市国保は30歳～)	75歳～
	年間14回	該当年齢	該当年齢	該当年齢	幼稚園は学校保健安全法		年1回	年1回	年1回 (子宮・乳がん検診は2年に1回)	年1回	年1回	年1回	年1回

2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、市民個々の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。

国においては、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ます。単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取組んでいくために、保健指導體制の整備を図ります。さらに、在宅保健師や在宅栄養士など、地域の人材の活用もすすめていきます。

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。

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

資 料 編

1. 策定經過
2. 健康増進計画策定検討委員会

1 策定経過

<平成 24 年>

- 10月26日 第1回検討委員会及び実務者会議
【協議事項】
・計画策定方針、策定体制、スケジュールの確認
・市の健康課題、前計画の評価について確認
- 12月17日 第2回実務者会議
【協議事項】
・計画案の検討
- 12月19日 意見交換会の開催 市民参加数 11名
【検討事項】
・健康日本21と健康増進計画について
・市の健康に関する概況と特性について
・生活習慣病予防や生活習慣改善の現状と対策について
・計画の目標について

<平成 25 年>

- 1月30日 第3回実務者会議
【協議事項】
・意見交換会の結果報告
・計画案の検討
- 2月14日～
3月6日 パブリックコメントの実施
・意見提出 0件
- 3月3日 健康づくり研修会
・研修会参加者に対して健康増進計画の概要説明
- 3月22日 第4回実務者会議
【協議事項】
・計画最終案の検討
- 3月27日 第2回検討委員会
【協議事項】
・計画最終案の決定

2 健康増進計画策定検討委員会

1) 富良野市健康増進計画策定検討委員会設置要綱

(名 称)

第1条 この委員会は、富良野市健康増進計画策定検討委員会（以下「検討委員会」という。）という。

(目 的)

第2条 検討委員会は、市民が取り組む健康づくりとそれを支援するための環境整備を推進する健康増進施策の検討を行い、富良野市健康増進計画を策定することを目的に設置する。

(構 成)

第3条 検討委員会の委員は、別表1の職にあるものをもって構成する。

(委員長)

第4条 検討委員会の委員長には保健福祉部長をもって充てる。

2 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指定した委員がその職務を代行する。

(会 議)

第5条 検討委員会の会議は、委員長が必要に応じて招集し、会議の議長となる。

2 委員長は必要に応じ関係者の出席を求めることができる。

(実務者会議)

第6条 検討委員会の運営を円滑に推進するために実務者会議を置く。

2 実務者会議は、別表2の職にあるものをもって構成する。

3 実務者会議は、必要に応じて事務局が招集する。

(事務局)

第7条 検討委員会の事務を処理するため、事務局を設ける。

2 事務局は、保健福祉部保健医療課に置く。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、検討委員会の運営に必要な事項は委員長が会議に諮って定める。

附 則

1 この要綱は、平成24年10月1日から施行する。

2 富良野市健康増進計画策定実務者会議設置要綱（平成17年10月1日施行）は、廃止する。

別表1 検討委員会

職 名	氏 名	備 考
保 健 福 祉 部 長	中 田 芳 治	委員長
介 護 保 険 課 長	山 黒 勉	
ふれあいセンター所長	一 條 敏 彦	
福 祉 課 長	安 西 義 弘	
こ ども 未 来 課 長	西 野 成 紀	
企 画 振 興 課 長	稲 葉 武 則	
中心街整備推進課長	鈴 木 茂 喜	
社 会 教 育 課 長	山 本 将 誉	
学 校 教 育 課 長	高 田 賢 司	

別表2 実務者会議

職 名	氏 名
介護保険課介護保険係長	岡 田 正 志
介護保険課地域包括支援センター係長	井 口 ゆ り え
介護保険課地域包括支援センター係主査	西 出 和 子
介護保険課高齢者福祉係長	佐 竹 周 子
福祉課福祉総務係長	赤 松 靖
福祉課保護係長	西 尾 喜 裕
保健医療課国民健康保険係長	関 澤 博 行
保健医療課医療給付係長	大 内 康 宏
こども未来課こども未来係長	村 山 紀 成
中心街整備推進課中心街整備推進係長	黒 崎 幸 裕
社会教育課社会教育係長	上 野 和 広
社会教育課文化・スポーツ振興係長	吉 田 等
学校教育課学務係長	佐 藤 保

富良野市健康増進計画(第二次)

平成25年度から平成34年度まで

発行／平成25年3月 北海道富良野市

編集／保健福祉部保健医療課

富良野市弥生町1番3号

TEL 0167-39-2200 FAX 0167-39-2224

E-mail hoken-ka@city.furano.hokkaido.jp