

(案)

富良野市健康増進計画 (第三次)

令和6年 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 4
- 4 計画の対象 4

第2章 富良野市の概況と特性

- 1 本市の概況 5
- 2 健康に関する概況 6~15
- 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 17~18
- 2 計画の基本的視点 19
- 3 目標設定の考え方 20~21
- 4 生活習慣病の改善
 - 1) 栄養・食生活 22~25
 - 2) 身体活動・運動 26~29
 - 3) 休養・睡眠 30~31
 - 4) 飲酒 32~34
 - 5) 喫煙 35~36
 - 6) 歯・口腔 37~39
- 5 生活習慣病の予防
 - 1) がん 40~43
 - 2) 循環器病 44~51
 - 3) 糖尿病 52~56
 - 4) COPD 57~58
- 6 生活機能の維持・向上
 - 1) 骨粗鬆症検診受診率の向上 59
 - 2) こころの健康 60~61
- 7 社会環境の質の向上
 - 1) 社会とのつながりの向上 62
 - 2) 自然と健康になれる環境づくり 63~64
- 8 ライフコースアプローチをふまえた健康づくり
 - 1) こどもと女性の健康 65~68
 - 2) 高齢者の健康 69~72

第4章 計画の推進

- 1 健康増進に向けた取組みの推進 73
- 2 健康増進を担う人材の確保とデジタル活用 74

資料編

- 1 策定経過 75
- 2 健康増進計画策定検討委員会 76~78

第1章 健康増進計画改定にあたって

1 計画改定の趣旨

富良野市では、平成25(2013)年度から令和5(2023)年度までの国の「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))」に基づき、全市民を対象に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防、生活習慣の改善等を図ることを目的に「富良野市健康増進計画(第二次)」を策定し、あらゆる健康課題の解決に向けた取組を進めてきました。

今般国では、健康日本21(第二次)において生活習慣病発症予防に関連する指標が悪化していることや、健康増進に関するデータの見える化及び活用に課題があることなどを踏まえるとともに、少子高齢化による人口減少や独居世帯の増加、多様な働き方の広まりやデジタルトランスフォーメーション(DX)の加速、新興感染症を見据えた新たな生活様式への対応など、今後目まぐるしい社会変化が予想されるなか、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性をもつ取組の推進のため、令和6(2024)年度から令和17(2035)年度までの12年間を計画期間とする「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」が開始されます。

「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、健康増進を総合的に進めるために「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」として4つの基本的な事項が示されました。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 個人の行動と健康状態の改善
- (3) 社会環境の質の向上
- (4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

健康増進の取組を進めるためには、関係する行政施策との連携が必要であり、医療、食育、産業保健、母子保健、生活困窮者自立支援、精神保健、介護保険、医療保険等の取組に加え、教育、スポーツ、経済・産業、まちづくり、建築・住宅等の分野における取組と積極的に連携するとともに、デジタル技術の活用により、効果的・効率的な健康増進への取組を進める必要があります。

これまでの取組を評価し本市の特徴や新たな健康課題を明らかにしたうえで、新たに示された国の基本的事項を踏まえ、実効性のある健康増進の取組を推進するため、富良野市健康増進計画(第三次)を策定しました。

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 基本的な方向の概略

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

(2) 個人の行動と健康状態の改善

①生活習慣の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善

②生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

がん、循環器病、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引き続き推進

③生活機能の維持・向上

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調等、生活習慣病（NCDs）が原因でない場合も含め「誰一人取り残さない」健康づくりへの取組を推進する

(3) 社会環境の質の向上

①社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

ソーシャルキャピタルの醸成が健康に影響することから、居場所づくりや社会参加を促す取組を推進する。加えて、こころの健康について、地域や職場等でのメンタルヘルス対策などの環境整備を推進する。

②自然と健康になれる環境づくり

健康的で持続可能な食環境づくりや居心地がよく歩きたくなるまちづくりを進め、誰もが自然と健康になれる環境づくりを推進する。

③誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

企業や民間団体等と連携し、市民が自発的に健康づくりに取り組めるよう健康意識向上や行動変容を促す仕組みを推進する。

(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

妊娠期（胎児期）から高齢期までのライフステージに応じた健康課題解消に向けた取組の推進。特に、こども、高齢者、女性の運動習慣、栄養・食生活、飲酒・喫煙、社会参加に関する目標の設定。

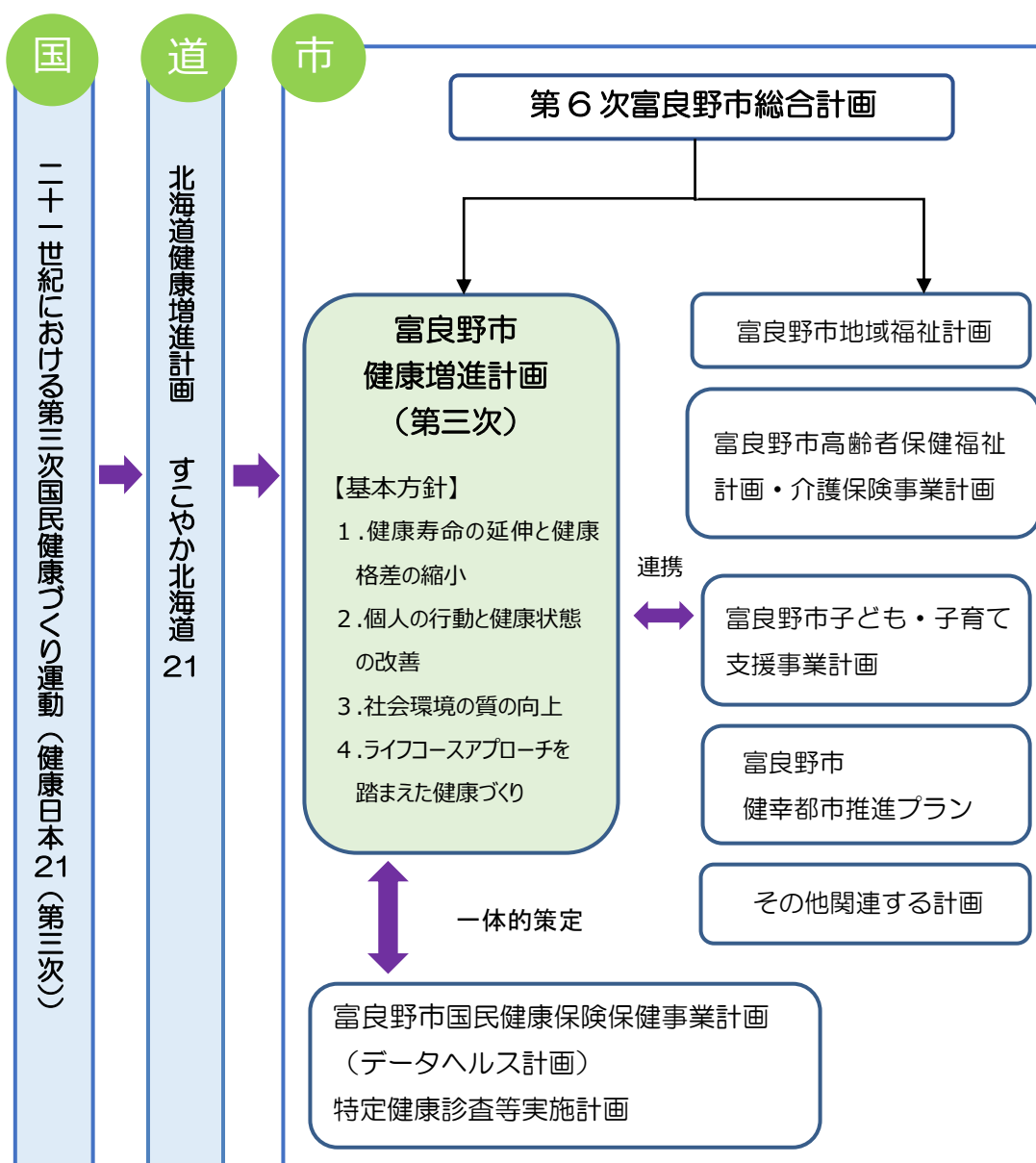
2 計画の性格

この計画は、第6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、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各種計画との十分な整合性を図るものとします。

◇本計画の体系図



3 計画の期間

この計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とし、具体的な目標年次は令和14年度とします。なお、計画開始後6年（令和11年度）を目途に中間評価、計画開始後10年（令和15年度）を目途に最終評価を行い、計画期間中の健康増進の取組に反映させます。

◇計画期間中のスケジュール

R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	R12 (2030)	R13 (2031)	R14 (2032)	R15 (2033)	R16 (2034)	R17 (2035)
富良野市健康増進計画（第三次）											
					中間 評価				最終 評価		次期 計画 策定

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

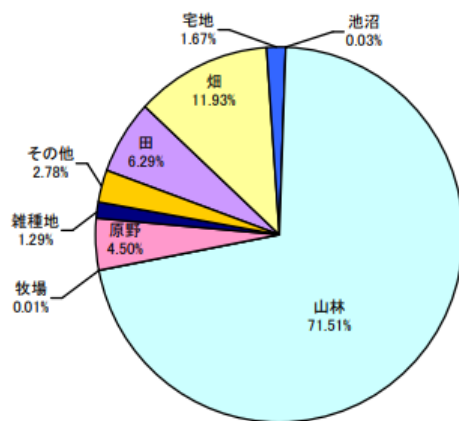
本市は、上川管内の南部に位置し、東西約 32.8 km、南北約 27.3 km で北海道のほぼ中心にあり、富良野盆地の中心都市です。

総面積は 600.71 ㎢ 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。(図表 1)

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、積雪深は 1 m 内外ですが、山間部では 2～3 m に達します。令和 4 年の年平均気温は 7.5℃ で、最高気温 33.3℃、最低気温マイナス 23.9℃、年間日照時間 1,596.7 時間、年間降水量 1,178 mm となっています。(図表 2)

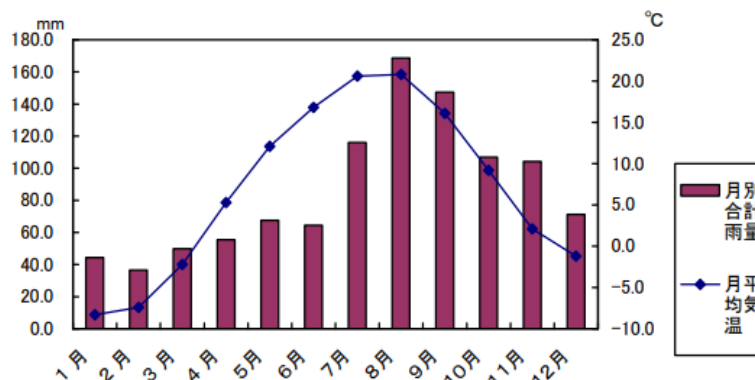
本市の開拓は、明治 30 年(1897 年)福岡県出身の中村千幹氏らが現在の扇山地区に入植したことから始まり、明治 36 年(1903 年)に下富良野村となりました。その後、大正 8 年(1919 年)に富良野町となり、昭和 31 年(1956 年)に東山村、昭和 41 年(1966 年)に山部町と合併し、道内 29 番目の市として富良野市が誕生しました。

図表 1 地目別土地面積割合



(資料:R4富良野市統計書)

図表 2 月別合計雨量・月平均気温



(資料:R4富良野市統計書)

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、図表1のとおりです。

図表1 健康に関する概要

項目	計画策定時			中間評価時			最終年度(評価時)				
	①富良野市	②富良野市	③北海道	④全国	⑤富良野市	⑥北海道	⑦全国				
1 人口構成 ①H22年 ②③④H23年 ⑤⑥⑦H24年	総人口	24,259	22,936	5,381,733	-	127,094,745	-	21,131	5,224,614	126,146,099	
	0歳~14歳	3,155	2,684	609,296	11.4%	15,886,810	12.6%	2,211	555,804	15,031,602	
	15歳~64歳	14,591	13,092	3,190,804	59.6%	76,288,736	60.7%	11,512	2,845,727	75,087,865	
	65歳以上	6,512	7,096	1,558,387	29.1%	33,485,441	26.6%	7,255	1,664,023	36,026,632	
	(再掲)75歳以上	3,436	3,784	767,891	14.3%	16,125,763	12.5%	18,779	848,273	18,601,808	
	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	
	1位	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	
	2位	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	
	3位	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	
	4位	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	
2 死亡 (注)死亡数(推定値) 北海道保健統計年報 ①H22 ②③H23 ④⑤H24 ⑥⑦R4	75歳未満の年齢別死亡数	375.6	359.7	356.3	91	356.3	295.5	445.2	391.2	310.7	
	2位	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	心疾患	
	3位	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	
	4位	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	肺炎	
	5位	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	
	合計	26人	28人	28人	11.1%	136,944人	10.5%	12人	6,122人	129,016人	
	男性	17人	20人	14.3%	4,406人	13.7%	91,123人	13.5%	9人	3,906人	10,5%
	女性	9人	8人	5.0%	2,439人	8.2%	45,821人	7.2%	3人	2,216人	5.9%
	1号認定者数(認定率)	1,277人	1,424人	21.4%	315,539人	23.0%	5,885,270人	21.2%	1,409人	347,930人	20.9%
	2号認定者数(認定率)	26人	31人	0.4%	15,181人	0.4%	75,411人	0.4%	24人	7,406人	0.4%
3 介護保険 ①H25 ②③④H28 ⑤⑥⑦R4	1件あたり介護給付費	63,566円	69,849円	37,970円	58,284円	38,885円	39,662円	82,427円	60,965円	59,662円	
	居宅サービス	41,741円	45,090円	283,121円	281,186円	283,121円	281,186円	49,540円	42,034円	41,272円	
	施設サービス	284,142円	285,538円	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	320,015円	296,260円	296,364円	
	保険料額(月額)	3,900円(第5期)	4,650円(第6期)	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	5,134円(第6期)	5,900円(第8期)	5,893円(第8期)	6,014円(第8期)	
	加入者(年度平均)	3,386人	3,711人	755,294人	15,944,315人	3,953人	878,739人	19,252,693人	893,100人	785,785人	
	1人あたり医療費(年)	1,016,072円	1,032,438円	1,103,032円	949,070円	847,394円	847,394円	1,161,697円	893,100円	847,394円	
	医療費総額	34億4,042万円	38億3,138万円	8,331億1,302万円	15兆1,322億7,818円	35億8,194万円	8,428億1,720万円	16兆1,697億4,707万円	35億8,194万円	8,428億1,720万円	
	被保険者数	6,850人	6,199人	1,312,938人	32,587,866人	4,932人	1,029,195人	24,660,500人	1,029,195人	24,660,500人	
	(再掲)65歳~74歳	2,350人	2,365人	547,124人	12,461,613人	2,073人	485,019人	10,794,323人	2,073人	485,019人	
	(再掲)75歳以上	2,652人	2,254人	441,573人	10,946,712人	1,717人	322,470人	7,904,763人	1,717人	322,470人	
4 後期高齢者医療 ①H22 ②③④H28 ⑤⑥⑦R4	加入者(年度平均)	1,849人	1,580人	324,241人	24.7%	9,179,541人	28.2%	1,142人	221,706人	5,961,414人	
	1人あたり医療費(月額)	25,121円	25,272円	27,782円	24,245円	27,774円	24,245円	31,493円	27,774円	29,043円	
	医療費	606,864円	605,609円	668,94円	686,286円	603,455円	686,286円	728,39円	603,455円	728,39円	
	費用の割合	52.9%	52%	55.2%	60.1%	53.8%	55.1%	59.9%	53.8%	59.9%	
	件数の割合	96.0%	96.1%	96.6%	97.4%	96.3%	96.8%	97.4%	96.3%	97.4%	
	費用の割合	47.1%	47.5%	44.8%	39.9%	46.2%	43.9%	40.1%	46.2%	43.9%	
	件数の割合	4.0%	3.9%	3.4%	2.6%	3.7%	3.2%	2.6%	3.7%	3.2%	
	医療扶助率	241	258	123,626	169,165	31.4	1,629,743	2,163,685	170	122,144	1,641,512
	特定健診	2,131人	34人	249,675人	7,899,427人	1,619人	208,932人	27.9%	208,932人	27.9%	
	5 特定保健指導 ①H25 ②③④H28 ⑤⑥⑦R4	特定保健指導	116人	53.2%	52人	133人	60.2%	24人	110人	63.8%	75人
1人あたり医療費(月額)		197人	8.15	156人	6.80	36,695人	8.00	135人	28,762人	81.1622人	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	
出生(人口千対)		19人	9.64	11人	7.05	3,425人	9.16	14人	2,719人	9.45	

国・道と比較し問題となるもの

(1) 人口構成・産業別人口

本市の国勢調査の総人口は平成27年には22,936人でしたが、令和2年は21,131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27年から令和2年までの5年間に、2,053人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で159人増加しており、少子高齢化がますます進んでいます。

65歳以上の高齢化率は、平成27年には30.9%でしたが、令和2年には34.3%となり、5年間で3.4%高くなっており、高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国・北海道より高くなっています。

産業別人口では、第1次産業20.6%、第2次産業11.3%、第3次産業68.1%となっており、農業と観光が基幹産業です。(図表2)

図表2 人口構成・産業別人口

	H27		R2					
	富良野市		富良野市		北海道		国	
	人口	%	人口	%	人口	%	人口	%
総人口	22,936		21,131		5,224,614		126,146,099	
0～14歳	2,684	11.7%	2,211	10.5%	555,804	10.6%	14,955,692	11.9%
15～64歳	13,092	57.1%	11,512	54.5%	2,945,727	56.4%	72,922,764	57.8%
65歳以上	7,096	30.9%	7,255	34.3%	1,664,023	31.9%	35,335,805	28.0%
(再掲) 75歳以上	3,784	16.5%	3,933	18.6%	848,273	16.2%	18,248,742	14.5%
第一次産業	20.8%		20.6%		6.3%		3.2%	
第二次産業	13.7%		11.3%		16.9%		23.4%	
第三次産業	65.5%		68.1%		76.8%		73.4%	

(資料:国勢調査)

(2) 死亡

本市の主要死因の死亡の割合は、がん・心疾患・脳血管疾患の3疾患が全体の約8割を占めています。全国・北海道と比較すると、がん・腎不全の死亡の割合、腎不全の男性のSMR¹⁾が高くなっています。(図表3)

図表3 主要死因の死亡の割合・SMR

	主要死因							
	がん	H25-R4 SMR	心疾患	H25-R4 SMR ※虚血性心疾患	脳血管疾患	H25-R4 SMR	腎不全	H25-R4 SMR
富良野市	53.6	104.6	23.2	58.5	11.3	66.2	6.0	143.4
		110.0		66.1		81.1		103.4
北海道	53.3	110.1	25.2	80.7	12.6	96.1	4.5	127.2
		111.9		82.4		92.1		129.2
国	50.6		27.5		13.8		3.6	

※H25-R4 SMR (標準化死亡比) は全国平均の100に対する値を表し、上段:男性、下段:女性

(資料:KDBシステム・医療・健診・介護データからみる地域の健康課題R4・北海道における主要死因の概要11)

主要死因の年齢調整死亡率²⁾を全国・北海道と比較すると、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の3疾患とも高くなっており、平成27年と令和3年との比較でも増加しています。

自殺は平成27年と令和3年との比較では増加していますが、全国・北海道と比較すると低くなっています。(図表4)

図表4 主要死因の推移

	H27						R3					
	富良野市		北海道		国		富良野市		北海道		国	
	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)	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	359.7	悪性新生物	356.3	悪性新生物	295.5	悪性新生物	445.2	悪性新生物	391.2	悪性新生物	310.7
		83.2		87.7		78.0		122.3		79.5		67.4
2位 ※虚血性心疾患 標準化死亡比(SMR)	2位 肺炎	241.3	心疾患	170.8	心疾患	156.5	心疾患	200.6	心疾患	191.2	心疾患	174.9
	3位 心疾患	175.5	男性: 84.6 女性: 84.5				男性: 58.5 女性: 66.1		男性: 80.7 女性: 82.4			
		男性: 95.5 女性: 57.1		91		89.4		132.1	老衰	111.2	老衰	123.8
3位 標準化死亡比(SMR)	脳血管疾患	74.6	脳血管疾患	91	脳血管疾患	89.4	脳血管疾患	132.1	脳血管疾患	92.9	脳血管疾患	85.2
		男性: 77.8 女性: 85.8	男性: 93.5 女性: 89.8				男性: 66.2 女性: 81.1		男性: 96.1 女性: 92.1			
4位			肺炎	105.2	肺炎	96.5	老衰	73.4				
5位	老衰	65.8	老衰	56.6	老衰	67.7	肺炎	68.5	肺炎	66.7	肺炎	59.6
	自殺	13.2	自殺	19.5	自殺	18.5	自殺	14.7	自殺	17.5	自殺	16.5

(資料:北海道保健統計年報・人口動態調査・北海道における主要死因の概要 75歳未満の年齢調整死亡率は市算出)

早世(65歳未満)死亡については、平成28年と令和4年との比較では男性は大きく減少しており、男女とも全国・北海道よりは低い割合です。(図表5)

図表5 早世(65歳未満)死亡の割合の推移

	男性		女性	
	H28	R4	H28	R4
富良野市	14.3%	6.1%	5.0%	1.9%
北海道	13.7%	10.5%	8.2%	5.9%
国	13.5%	10.6%	7.2%	5.7%

(資料:人口動態調査)

1) SMR(標準化死亡比):間接法による年齢調整死亡率のこと。年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値(予測死亡率)に対する現実の死亡率の比を以下の式によって算出する。

本計画では基礎集団を国として算出(SMRが100より少ないと国より死亡率が少ない)。

$$SMR = \frac{\text{観察集団の死亡数}}{(\text{基準集団の年齢階級別死亡率} \times \text{観察集団の年齢階級別人口}) \text{の各年齢階級の合計}} \times 100$$

2) 年齢調整死亡率: 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、令和2年より平成27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。

(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（40～64歳）は、全国・北海道より低くなっています。令和4年度末の第1号被保険者の要介護（支援）認定者数は、1,409人であり、平成30年度末の1,487人と比べて、78人（1.6%）減少しています。（図表6）

介護給付費の総給付費は約19億円から約21億円に伸びています。1人あたりの給付費は、全国よりは低いですが、北海道よりは高くなっています。1件あたりの給付費は、施設サービスの伸びが大きく、全国・北海道より高くなっています。（図表7）

図表6 要介護認定者（率）の状況

	H30		R4				
	富良野市		富良野市		北海道	国	
高齢化率	7,096人	31.0%	7,255人	34.6%	32.2%	28.7%	
2号認定者	31人	0.39%	24人	0.33%	0.42%	0.38%	
新規認定者	7人		3人		--	--	
1号認定者	1,487人	21.0%	1,409人	19.4%	20.9%	19.4%	
新規認定者	214人		193人		--	--	
再掲	65～74歳	121人	3.7%	112人	3.4%	--	--
		新規認定者 33人		22人		--	--
	75歳以上	1,366人	36.1%	1,297人	33.0%	--	--
		新規認定者 181人		171人		--	--

（資料：KDBシステム・医療・健診・介護データからみる地域の健康課題）

図表7 介護給費の推移

	H30		R4					
	富良野市		富良野市		北海道		国	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総給付費	18億9,435万8,500円		20億5,136万6,096円					
1人あたり給付費	266,961円		282,752円		269,507円		290,668円	
1件あたり給付費	77,362円		82,427円		60,965円		59,662円	
	居宅サービス 48,493円		49,540円		42,034円		41,272円	
	施設サービス 292,844円		320,015円		296,260円		296,364円	
第8期保険料額（月額）	4,950円（第7期）		5,900円		5,693円		6,014円	

（資料：KDBシステム・医療・健診・介護データからみる地域の健康課題、介護保険事業報告）

要介護 3～5 の方は、第 1 号被保険者は 1,409 人中 396 人 (28.1%)、第 2 号被保険者は 24 人中 6 人 (25.0%) となっています。(図表 8)

図表 8 要介護(要支援)認定区分別認定者数・割合

	被保険者数	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		富良野市	国	道
		認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74歳	3,158	51	1.6%	38	1.2%	23	0.7%	3.5%	-	-
75歳以上	3,854	403	10.5%	521	13.5%	373	9.7%	33.7%	-	-
計	7,012	454	6.5%	559	8.0%	396	5.6%	20.1%	18.7%	20.8%
2号										
40-64歳	6,956	10	0.1%	8	0.1%	6	0.1%	0.3%	0.4%	0.4%
総計	13,968	464	3.3%	567	4.1%	402	2.9%	-	-	-

※総務省が公表している住民基本台帳参照しているため年度の1月1日の人口を使用

(資料:住民基本台帳、KDB 帳票 S21-001 地域の全体像の把握 R4、KDB 帳票 S24-001 要介護(支援)者認定状況 R4)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者は 6 割以上、第 1 号被保険者でも約 4 割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況では、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっています。(図表 9)

図表 9 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況

受給者区分		2号		1号						合計		
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		24		112		1,297		1,409		1,433		
再) 国保・後期		18		100		1,197		1,297		1,315		
レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合
		循環器疾患	1	脳卒中	11	61.1%	脳卒中	38	38.0%	脳卒中	433	471
		2	虚血性心疾患	5	27.8%	虚血性心疾患	19	19.0%	虚血性心疾患	393	412	31.8%
		3	腎不全	5	27.8%	腎不全	13	13.0%	腎不全	173	186	14.3%
		4	糖尿病合併症	3	16.7%	糖尿病合併症	18	18.0%	糖尿病合併症	167	185	14.3%
		基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		16	88.9%	基礎疾患	90	90.0%	基礎疾患	1,150	1,240	95.6%
		血管疾患合計		16	88.9%	合計	94	94.0%	合計	1,156	1,250	96.4%
		認知症	認知症	1	5.6%	認知症	17	17.0%	認知症	513	530	40.9%
		筋・骨格疾患	筋骨格系	13	72.2%	筋骨格系	90	90.0%	筋骨格系	1,148	1,238	95.5%

(資料:KDB、R4 ヘルスサポートラボツール)

(4) 後期高齢者医療

本市の後期高齢者の総医療費は約 36 億円で、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 71 位となっています。

生活習慣病の医療費が占める割合は、平成 30 年と比較すると低くなっていますが、脳血管疾患の割合はやや増加しています。(図表 10)

図表 10 後期高齢者医療費の状況

	総医療費	一人あたり医療費		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	生活習慣病医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
		金額	順位												
H30	36億6648万円	79,077円	全道70位	3.24%	0.71%	3.28%	1.09%	3.91%	3.01%	1.37%	6億915万	16.61%	9.83%	7.88%	13.58%
R4	35億8194万円	76,263円	全道71位	1.48%	0.64%	3.80%	0.87%	3.64%	2.61%	0.69%	4億9171万	13.73%	11.68%	7.57%	12.83%
北海道	8428億1720万円	80,982円	全国8位	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	1599億4653万	18.98%	11.11%	4.82%	12.21%
国	16兆1697億4707万円	71,162円		4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3兆919億3949万	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

※最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果(最大医療資源傷病名とはレセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名)

(資料:KDB システム・医療・健診・介護データからみる地域の健康課題)

(5) 国民健康保険

本市の国民健康保険加入者は 4,932 人、加入率 24.4%と、全国・北海道と比較して高くなっていますが、平成 30 年との比較では減少傾向です。(図表 11)

図表 11 被保険者構成

	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0-39歳	1,405	24.8%	1,347	24.4%	1,267	23.6%	1,189	23.0%	1,142	23.2%
40-64歳	2,009	35.4%	1,940	35.2%	1,869	34.8%	1,821	35.2%	1,717	34.8%
65-74歳	2,261	39.8%	2,223	40.3%	2,235	41.6%	2,166	41.8%	2,073	42.0%
国保加入者数	5,675	100.0%	5,510	100.0%	5,371	100.0%	5,176	100.0%	4,932	100.0%
富良野市_総人口		21,921		21,593		21,071		20,617		20,223
富良野市_国保加入率		25.9%		25.5%		25.5%		25.1%		24.4%
北海道_国保加入率		21.9%		21.4%		21.1%		20.6%		20.0%
国_国保加入率		22.0%		21.3%		21.0%		20.5%		19.7%

*総務省が公表している住民基本台帳参照しているため各年度の 1 月 1 日の人口を使用

(資料:住民基本台帳、KDB 帳票 S21-006 被保険者構成)

国民健康保険加入者の総医療費は約 17 億円で、一人あたりの医療費は、北海道・全国よりも低くなっています。また、全道順位は 179 市町村中高い順で 118 位となっています。

生活習慣病の医療費が占める割合は、平成 30 年と比較すると低くなっていますが、狭心症・心筋梗塞、糖尿病の割合はやや増加しています。(図表 12)

図表 12 国民健康保険医療費の状況

	総医療費	一人あたり医療費		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	生活習慣病医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
		金額	順位												
H30	17億5031万円	25,755円	全道129位	1.54%	0.34%	1.73%	1.18%	5.37%	3.80%	2.44%	2億8728万	16.41%	14.79%	8.23%	9.59%
R4	16億4970万円	27,774円	全道118位	1.05%	0.20%	1.57%	1.38%	5.48%	3.40%	1.68%	2億4360万	14.77%	16.12%	7.24%	10.95%
北海道	3961億6594万円	31,493円	全国19位	2.30%	0.28%	2.20%	1.71%	5.34%	2.99%	1.69%	653億5235万	16.50%	19.20%	7.70%	9.43%
国	8兆8413億2538万円	29,043円		4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	1兆6639億1574万	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%

※最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果(最大医療資源傷病名とはレセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名)

(資料:KDB システム・医療・健診・介護データからみる地域の健康課題)

年齢を調整した地域差指数の推移について、国民健康保険では、全国平均の 1 を下回り道内 124 位となっていますが、入院の地域差指数は平成 30 年より高く 1 を上回っています。一人あたり医療費を抑えるためには、生活習慣病の発症予防、重症化予防などの活動から入院を抑制することが重要です。(図表 13)

図表 13 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	富良野市(道内市町村中)		道(47県中)	富良野市(道内市町村中)		道(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差 指数・ 順位	全体	0.958	0.968	1.050	1.076	1.042	1.107
		(140位)	(124位)	(15位)	(57位)	(71位)	(9位)
	入院	1.144	1.181	1.149	1.248	1.223	1.243
		(94位)	(70位)	(16位)	(54位)	(59位)	(8位)
	外来	0.820	0.822	0.986	0.899	0.858	0.974
		(163位)	(163位)	(27位)	(117位)	(127位)	(23位)

(資料:厚労省 地域差分析)

(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）

富良野市国民健康保険実施分の令和3年度の法定報告において、特定健康診査受診率は46.8%で、北海道よりは高いですが全国よりも低くなっており、平成28年との比較でも低くなっています。特定保健指導実施率は63.8%で、全国・北海道より高くなっています。（図表14）

図表14 特定健診・保健指導の状況

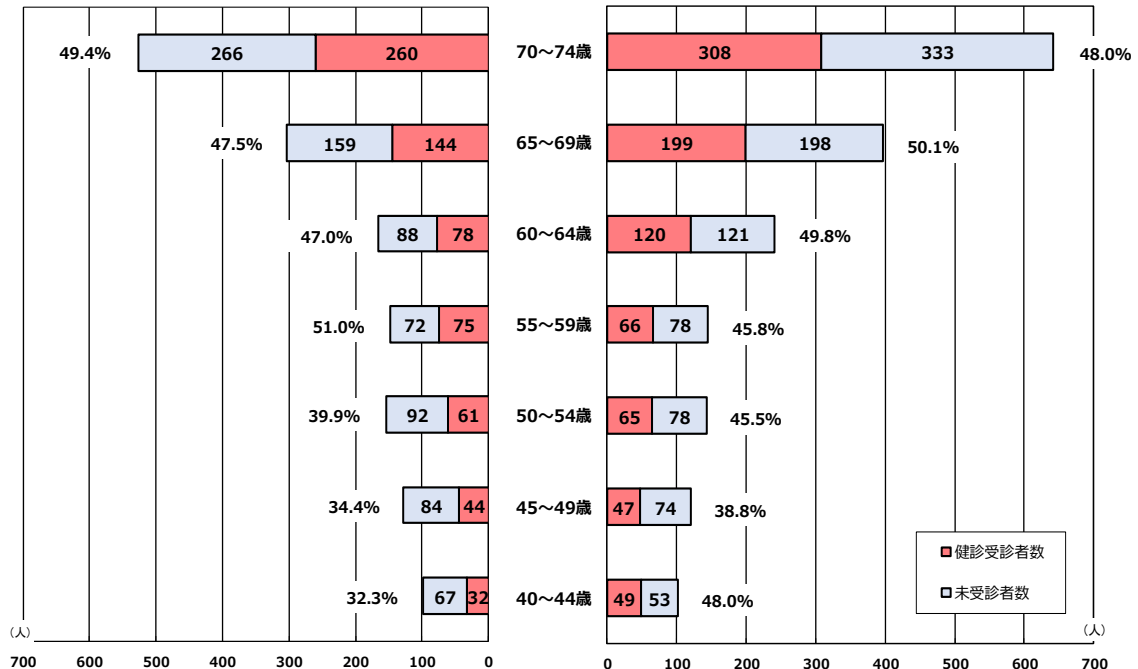
	H28法定報告			R3 法定報告							
	富良野市			富良野市			北海道			国	
特定健診	受診者数	受診率	全道順位	受診者数	受診率	全道順位	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率
	2,127人	51.9%	30位	1,619人	46.8%	48位	208,932人	27.9%	47位	30,389,789人	56.5%
特定保健指導	終了者数	実施率	全道順位	終了者数	実施率	全道順位	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率
	133人	60.2%	24位	120人	63.8%	75位	8,136人	33.4%	18位	1,294,289人	24.6%

（資料：法定報告）

性別・年代別の受診状況では、男性より女性の受診率が高く、65～74歳の高齢の受診率が高くなっています。（図表15）

図表15 特定健診受診者数・受診率

※棒グラフの外の%は受診率



男性	40～64歳	健診受診者	290	41.8%
		国保被保険者	693	
	65～74歳	健診受診者	404	48.7%
		国保被保険者	829	
	40～74歳	健診受診者	694	45.6%
		国保被保険者	1,522	

女性	40～64歳	健診受診者	347	46.2%
		国保被保険者	751	
	65～74歳	健診受診者	507	48.8%
		国保被保険者	1,038	
	40～74歳	健診受診者	854	47.7%
		国保被保険者	1,789	

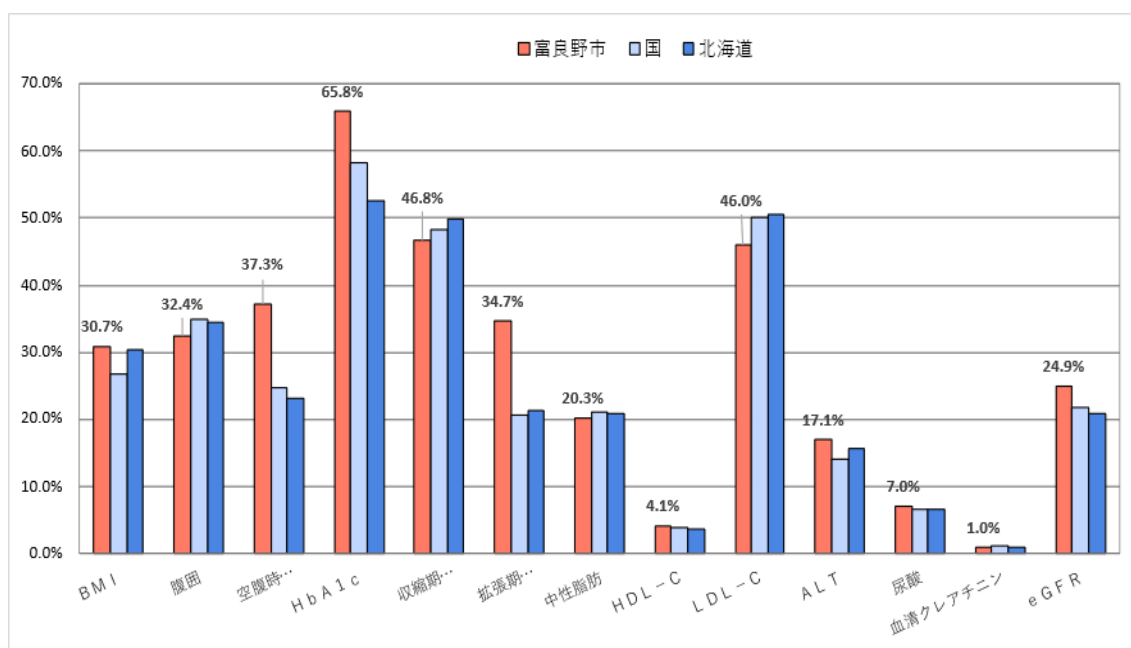
（資料：KDB システム-健診の状況 R4）

特定健康診査の有所見状況については、BMI、糖尿病の検査であるHbA1c・空腹時血糖、拡張期血圧、HDL コレステロール、ALT、尿酸、eGFR の有所見率が、全国・北海道より高くなっています。(図表 16)

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。

図表 16 特定健診受診者における有所見者の割合

	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
富良野市	30.7%	32.4%	37.3%	65.8%	46.8%	34.7%	20.3%	4.1%	46.0%	17.1%	7.0%	1.0%	24.9%
北海道	30.5%	34.4%	23.2%	52.5%	50.0%	21.4%	20.9%	3.6%	50.4%	15.8%	6.6%	1.1%	21.0%
国	26.8%	34.9%	24.7%	58.3%	48.2%	20.7%	21.2%	3.9%	50.0%	14.0%	6.7%	1.3%	21.9%



(資料:KDB 帳票 S21-024 厚生労働省様式(様式 5—2)R4)

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、20 歳～39 歳の若年者、40 歳～74 歳の協会けんぽ及び西武けんこう組合の被扶養者、生活保護受給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。

令和4年度は、若年者 129 人、被扶養者 53 人、生活保護受給者 6 人、後期高齢者 435 人が健康診査を受診しています。

(7) 出生

本市の出生率は、北海道よりは高く、全国と同率です。

出生の時の体重が2,500g未満の低出生体重児については、出生後から新生児期の神経学的・身体的合併症のみならず、成人期の生活習慣病やメンタルヘルス、がんなどのリスクが上昇することが報告されています。本市の低出生体重児の出生率は変動しますが、令和3年は北海道・全国よりも高くなっています。(図表17)

図表17 出生率及び低体重児出生率

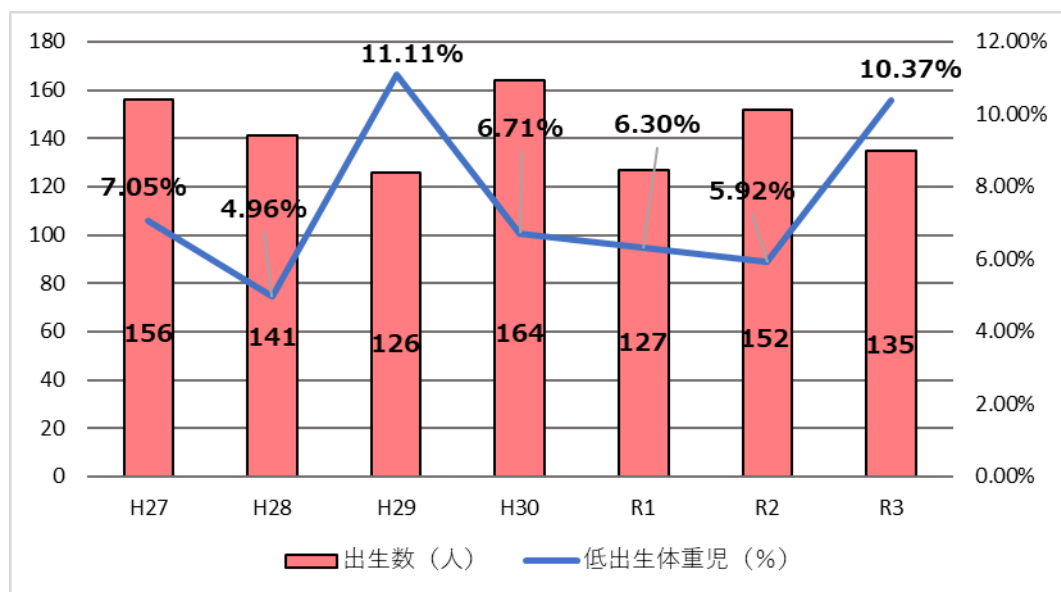
	H27		R3					
	富良野市		富良野市		北海道		国	
出生数 (人口千対)	156 (人)	6.8 (%)	135 (人)	6.6 (%)	28,762 (人)	5.6 (%)	811,622 (人)	6.6 (%)
低出生体重児数 (出生百対)	11 (人)	7.05 (%)	14 (人)	10.37 (%)	2,719 (人)	9.45 (%)	76,060 (人)	9.37 (%)

(資料:北海道保健統計年報)

本市でも、毎年5~11%の児が低体重の状態で生まれていることから、今後も妊娠前・妊娠期の女性の健康増進を進めていく必要があります。(図表18)

図表18 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

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
出生数	156 (人)	141 (人)	126 (人)	164 (人)	127 (人)	125 (人)	135 (人)
出生率 (人口千対)	6.8 (%)	6.3 (%)	5.7 (%)	7.6 (%)	6 (%)	5.9 (%)	6.6 (%)
低出生体重児数	11 (人)	7 (人)	14 (人)	11 (人)	8 (人)	9 (人)	14 (人)
率 (出生百対)	7.05 (%)	4.96 (%)	11.11 (%)	6.71 (%)	6.3 (%)	5.92 (%)	10.37 (%)



(資料:北海道保健統計年報)

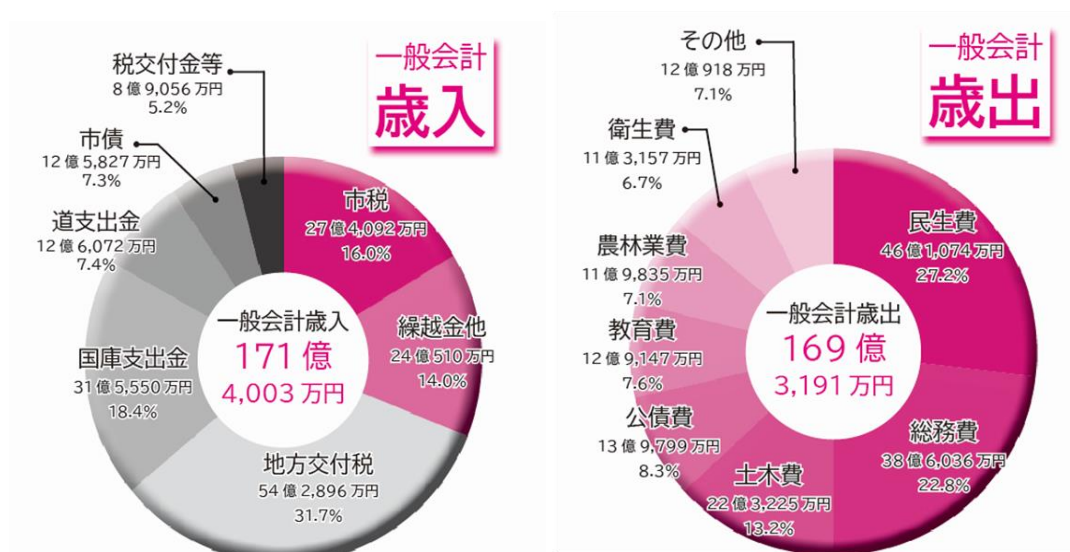
3 市の財政状況と主な社会保障費

本市の令和4年度一般会計決算では、民生費が約46億円となっており、一般会計歳出総額の27.2%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56億7千万円となっています。（図表1・2）

今後、本市では少子高齢化が急速に進展することが想定される中で、健康寿命を延伸し社会保障費の伸びを縮小することが大きな課題であり、市民の健康増進がますます重要となります。

図表1 富良野市の財政状況



(資料:R4 富良野市決算書)

図表2 富良野市の主な社会保障費

歳出決算額	特別会計 (令和4年度決算)			一般会計
	国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険	生活保護
	25億2,379万円	3億6,210万円	23億5,369万円	4億3,327万円

(資料:R4 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

富良野市では平成25年3月に第二次健康増進計画を策定し、計画に基づき様々な取り組みを実施してきました。本計画の目標達成状況について保健統計資料や健診（検診）データから、現状と計画策定時を比較して評価を行いました。

11領域ごとに目標値を設定していることから、計画策定時の目標値と今回把握した実績値を5段階の基準で評価しました（A:目標に達した・B:目標に達していないが改善傾向にある・C:変わらない・D:悪化している・E:評価困難）。

11領域45項目の指標について、「目標に達した」は16項目（35.6%）、「改善傾向」7項目（15.6%）、「変化なし」1項目（2.2%）、「悪化傾向」20項目（44.4%）、「評価困難」1項目（2.2%）となっています。（表1）

表1 前計画の評価

分野	指標		策定時 H23	実績値		データ ソース	R5 目標	達成状況
	項目	区分		H28	R4			
がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）		87.4 (H21)		122.3 (R3)	⑥	79	D
	がん検診受診率の増加	胃がん	24.7%	20.5%	20.2%	③	40%	D
		肺がん	25.3%	23.5%	21.0%			D
		大腸がん	28.7%	24.1%	20.5%			D
		子宮がん	30.4%	31.8%	17.5%		50%	D
		乳がん	39.5%	44.4%	25.9%			D
循環器疾患	脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）の減少	男性	79.1	77.8*	66.2	⑤	現状維持	A
		女性	85.6	85.8*	81.1		現状維持	A
	虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）の減少	男性	91.7	95.5*	58.5		減少	A
		女性	85.6	57.1*	66.1		現状維持	A
	高血圧の改善	140/90mmHg以上の者の割合	29.3%	29.9%	31.8%	①	H20年度より25%減少	D
	脂質異常症の減少	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	9.8%	8.9%	6.6%		7.7%	A
	メタボリックシンドロームの該当・予備群の減少		25.9% (H20)	27.4%	29.4%		H20年度より25%減少	D
	特定健康診査の実施率	40～74歳	42.6%	52.0%	46.8%		60%	B
	特定保健指導の終了率	40～74歳	43.0%	60.5%	63.8%		70%	B
糖尿病	糖尿病腎症による新規透析導入者の減少		3.3人 (H21-H23平均)	2.7人 (H26-H28平均)	2.7人 (R2-R4平均)	②	現状維持 又は減少	A
	糖尿病治療継続者の割合の増加	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の治療率	96.3%	95.8%	98.7%	①	現状維持	A
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	HbA1c7.0%(NGSP値)以上	4.9%	3.8%	3.9%		現状維持 又は減少	A
	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	11.7%	11.3%	13.7%		現状維持 又は減少	D

分野	指標		策定時 H23	実績値		データ ソース	R5 目標	達成状況
	項目	区分		H28	R4			
適正体重の 維持	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	12.7%	16.9%	11.4%	⑥	現状維持 又は減少	A
	全出生中の低出生体重児の割合の減少		9.6%	7.1%*	10.1%	⑤	減少傾向へ	D
	肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生	統計なし	11.1%	17.6%	⑦	7.0%	D
	20～60歳代男性の肥満者の割合の減少		33.9%	35.3%	33.6%	①	28%	C
	40～60歳代女性の肥満者の割合の減少		22.0%	23.7%	24.8%		19%	D
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時間以上実施している人)	20～64歳(男性)	56.1%	51.6%	61.9%	増加		A	
	20～64歳(女性)	44.3%	49.5%	56.1%				
	65歳以上(男性)	59.6%	57.0%	53.1%	増加		D	
	65歳以上(女性)	56.9%	49.3%	47.7%				
	運動習慣者の割合の増加 (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人)	20～64歳(男性)	32.4%	29.8%	36.7%		36%	A
		20～64歳(女性)	21.8%	21.3%	25.7%		33%	B
		20～64歳(総数)	26.4%	25.1%	31.2%		34%	B
		65歳以上(男性)	47.6%	44.1%	44.3%		58%	D
65歳以上(女性)		46.4%	38.1%	32.9%	48%	D		
65歳以上(総数)		46.9%	40.6%	38.6%	52%	D		
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減	男性	12.8%	19.2%	15.1%	14.0%	D	
		女性	9.4%	10.5%	7.5%	6.3%	B	
	妊娠中の飲酒をなくす		3.9%	0.7%	0%	⑥	0%	A
喫煙	成人の喫煙率の減少		17.7%	18.3%	16.4%	①	12%	B
	妊娠中の喫煙をなくす		4.4%	1.5%	3.5%	⑥	0%	B
歯・口腔 の健康	乳幼児・学齢期のむし歯がない者の増加	3歳児でむし歯がない者の割合の増加	80.2%	87.3%	95.8%	⑥	80%以上	A
	むし歯がない者の増加	12歳児の一人平均むし歯数の減少	1.18歯	2.72歯			1.0歯未満	E
高齢者の健康	介護保険サービス利用者の増加の抑制	要介護(支援)認定者	1,085人	1,375人	1,409人(R4)	⑧	1,689人(R2)	A
	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制		17.6%	15.9%	19.1%	①	現状維持又は減少	D
こころの健康	自殺者の減少 (人口10万人当たり)		36.7 (H21)	13.2*	14.7 (R3)	⑤	18.5 (H27自殺総合対策大綱)	A
休養	睡眠によって休養が十分とれていない者の減少		20.5%	19.9%	22.1%	①	15%	D

(*H27年度のデータ)

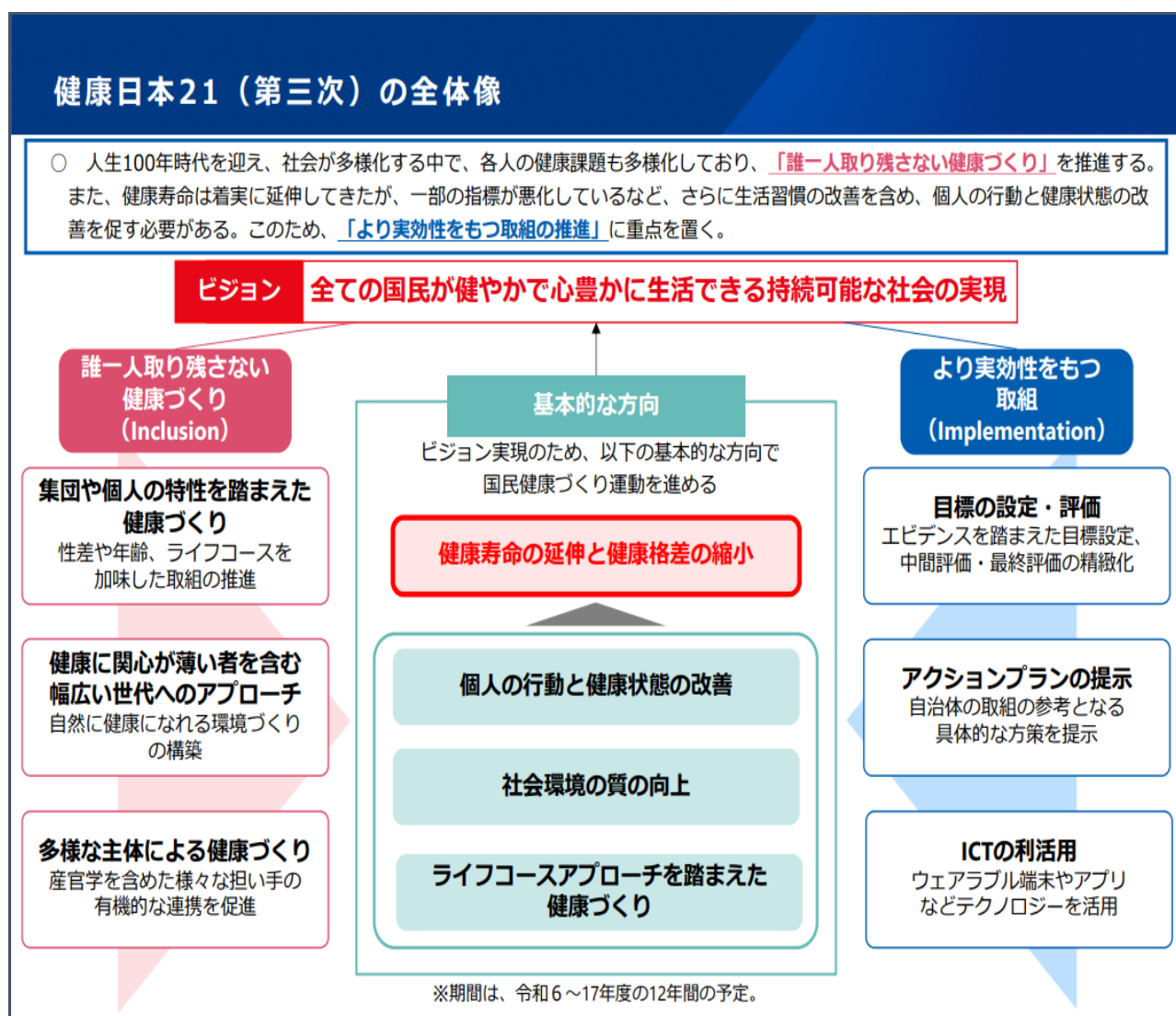
評価区分	該当項目数<割合>
A 目標に達した	16項目<35.6%>
B 目標値に達していないが改善傾向にある	7項目<15.6%>
C 変わらない	1項目<2.2%>
D 悪化している	20項目<44.4%>
E 評価困難	1項目<2.2%>
合計	45項目<100.0%>

- ①市国保特定健診・若年者健診・後期高齢者健診結果
- ②市身体障害者手帳交付状況及び国保レセプト
- ③市がん検診結果
- ④特定健診・特定保健指導実施結果法定報告
- ⑤人口動態統計・北海道保健統計年報
- ⑥市保健医療課算出
- ⑦市学校保健統計
- ⑧介護保険事業報告

2 計画の基本的視点

健康日本 21（第三次）では基本的方向を「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」というビジョンの実現のため、①健康寿命の延伸・健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの4つとしています。

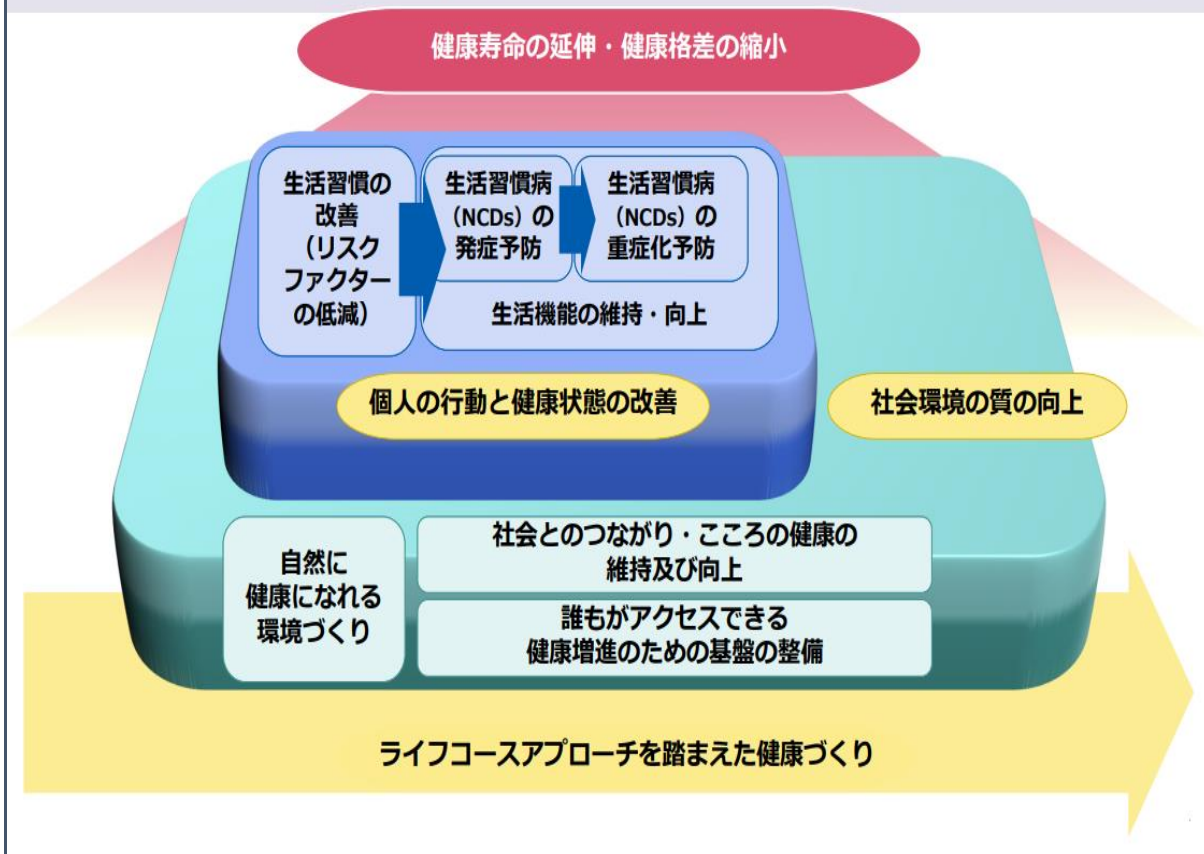
急速に少子高齢化が進む本市においても、市民の健康状態の保持・増進を図ることは重要な課題です。行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上の取組を進めることで、健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指します。その際は個人の行動と健康状態の改善を促す社会環境の質の向上という関係性を念頭に置いて取組を進めます。なお個人の行動と健康状態の改善のみが健康増進につながるわけではなく、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であること、加えてライフコースアプローチ¹⁾も念頭におき取組を進めます。



¹⁾人は切れ目なく生きている、その一人の人生を胎児期・幼少期・思春期、青年期及び成人期から老年期まで繋げて考えること、社会的・経済的な状態、栄養状態、精神状態、生活環境などにも着目して考えること

健康日本21（第三次）の概念図

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



3 目標設定の考え方

国民健康づくり運動は健康増進法に基づき行われるものであること、健康寿命の延伸が健康日本21（第三次）における最終的な目標とされていることを踏まえ、目標項目は、健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則としています。

目標は、計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきこと、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるものが望ましいことから、具体的な目標値については、計画開始後の概ね9年間（令和14年度まで）を目途として設定します。具体的には、他計画等で目標年度が別途定められている場合を除き、令和14年度にデータを取れない項目を含めて、令和14年度を目標年度として目標設定を行います。なお、令和14年度以降も令和17年度までの計画期間中は取組を引続き推進するとされています。

本市ではこれらを踏まえ、年度ごとに保健活動を評価して次年度の取組に反映させることができる目標を設定し、その具体的な取組を以下にまとめ推進していきます。

「健康日本21(第三次)」の基本的な方針と目標 「誰一人取り残さない健康づくり」、「より実効性をもつ取り組みの推進」(目標51項目)

斜体文字はライフコースアプローチを踏まえた健康づくり「こども」に関する目標 ※太字は富良野市の目標項目

全体 標目	胎児(妊婦)	こども		高齢者	死亡
		0歳	20歳		
生活習慣病	<input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小 <input type="checkbox"/> がん・COPD	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少	<input type="checkbox"/> がんの年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> COPDの死亡率の減少
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の増加	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の増加	<input type="checkbox"/> 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少
	<input type="checkbox"/> 栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> パランスの良い食事を摂っている者の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の改善 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 「健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的な「ニアチーフ」の推進 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> パランスの良い食事を摂っている者の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の改善 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 「健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的な「ニアチーフ」の推進 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	(低栄養傾向の高齢者の減少)	
	<input type="checkbox"/> 身体活動・運動	<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"/> 運動習慣者の増加	
生活習慣	<input type="checkbox"/> 休養・睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている者の増加 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の減少	<input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている者の増加 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の減少	<input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている者の増加 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の減少	
	<input type="checkbox"/> 飲酒	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす	<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減少 <input type="checkbox"/> 喫煙率の減少
	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	<input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	<input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	<input type="checkbox"/> 増殖抑制剤受診率の向上 <input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる者の増加
	<input type="checkbox"/> 歯・口腔の健康				
生活機能の維持・向上					
社会環境の質の向上	<input type="checkbox"/> つながり・こころの健康	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組み、事業場の増加 <input type="checkbox"/> 地域の「人々とのつながりが強い」と思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組み、事業場の増加 <input type="checkbox"/> 地域の「人々とのつながりが強い」と思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組み、事業場の増加 <input type="checkbox"/> 地域の「人々とのつながりが強い」と思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加	<input type="checkbox"/> 胃腸機能検査受診率の向上 <input type="checkbox"/> 心臓モニタリング受診率の減少 <input type="checkbox"/> 心のサポート一環の増加 <input type="checkbox"/> 地域の「人々とのつながりが強い」と思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加
	<input type="checkbox"/> 健康増進のための基盤	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加

4 生活習慣の改善

1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生命の維持に加え、こども達が健やかに成長し、また人々が健康で幸福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（NCDs）の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。個人の健康状態や食習慣の改善を促すため、適正体重を維持するためのバランスの良い食事やそのための食環境の改善を図る必要があります。

(1) 基本的な考え方

ライフスタイルの変化から食生活も多様化し、肥満傾向にあるこども、中高年のメタボリックシンドロームが増加する一方、若年女性のやせ、高齢者の低栄養傾向などの問題が増えつつあります。どの年代においても健康状態を維持するためには適正体重を維持することが重要であり、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が必要です。個々の生活習慣や健診データ等を踏まえ、適正体重の維持と自らが望ましい食習慣を選択できるよう支援するとともに、食への関心を高める取組を進める必要があります。

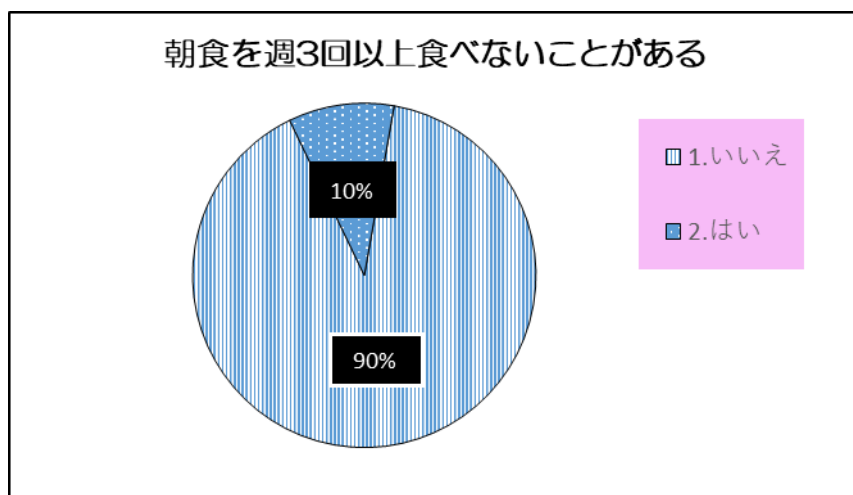
(2) 現状

①食習慣について

年齢や性別、身体活動により、1日に必要なエネルギー量や栄養素は異なります。個々の生活状況に見合った食生活を送ることにより、生活習慣病の予防や健康状態の維持につながります。

令和5年度のふらの健幸ポイント事業参加者へ実施したアンケート調査では、1割が「朝食を週3日以上食べない」と回答しています。（図1）

図1 朝食の欠食に関するアンケート



（資料：ふらの健幸ポイント事業参加者アンケート）

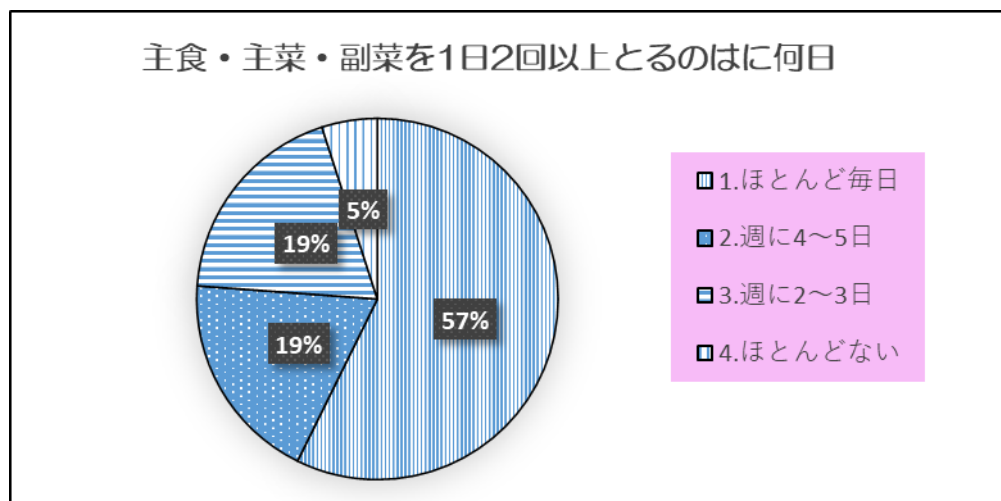
また、主食・主菜・副菜を1日2回以上、ほぼ毎日摂っている人の割合は57%で5%の人は「ほとんど摂っていない」と回答しています。(図2)

食事の味付けについては、(濃いことが)「多い」5%、「まあまあ多い」17%の回答があり、22%の人に塩分摂取過多の状況があることが伺えます。(図3)

食習慣の改善については、12%の人が食習慣に問題はないと回答し、37%の人がすでに改善に取り組んでいます。その一方で14%の人は改善するつもりはない・関心がないと回答しています。(図4)

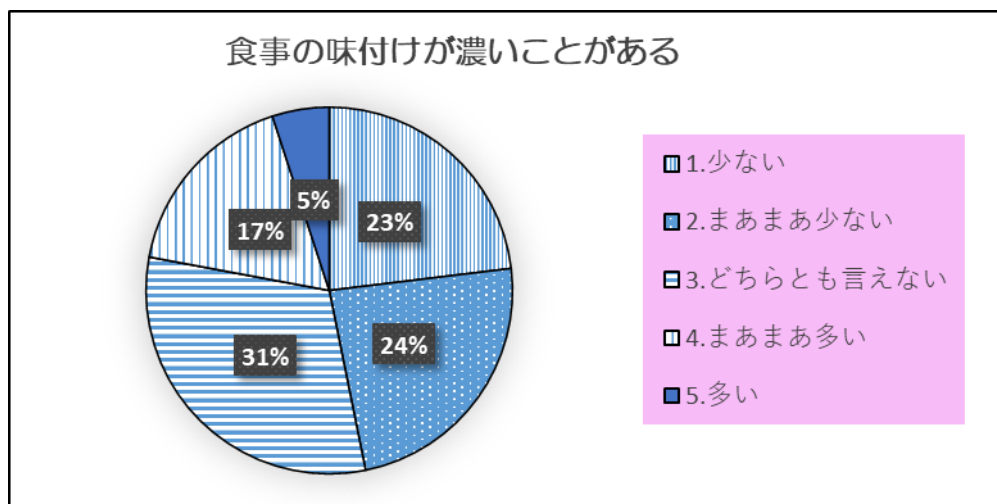
食事は生活機能を維持するための源であり、生涯を通じて健康で暮らすためには、正しい食に関する知識と栄養バランスのとれた食事の重要性について、引き続き指導と啓発を進めていかなければなりません。

図2 食事のバランスについてのアンケート



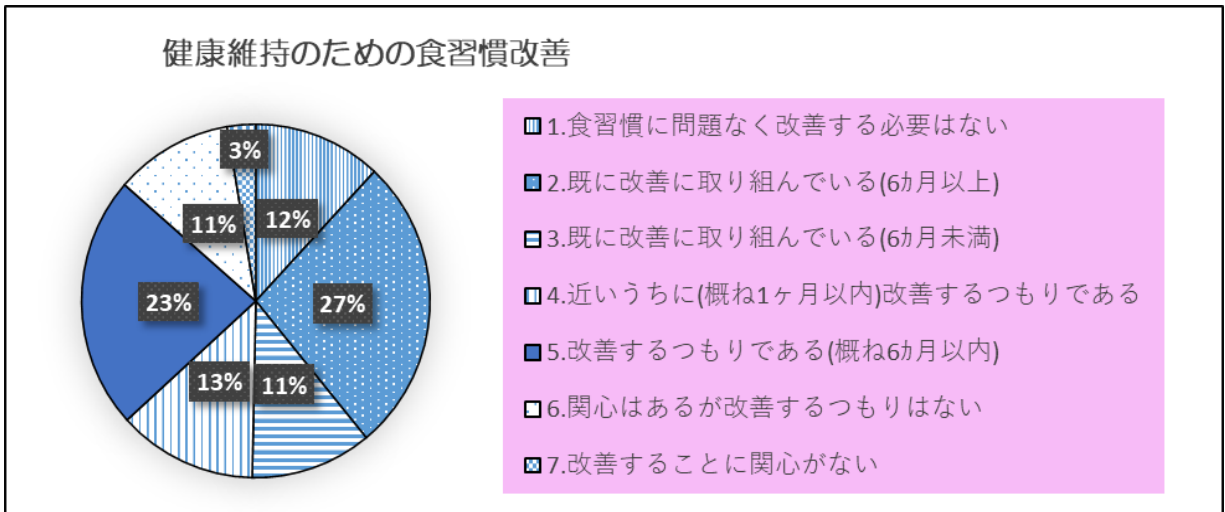
(資料:ふらの健幸ポイント事業参加者アンケート)

図3 食事の味付けに関するアンケート



(資料:ふらの健幸ポイント事業参加者アンケート)

図4 食習慣改善に関するアンケート



(料:ふらの健幸ポイント事業参加者アンケート)

②適正体重の維持について

本市の20～60歳代の男性の肥満者の割合は前計画策定時(33.9%)から大きな変化はなく33.6%で国の割合よりはやや低くなっています。一方、女性とこどもの肥満者の割合は増加傾向で、特に若年女性とこどもの肥満の割合の高さが目立ちます。

また妊娠届出時のやせの割合は減少しているものの、肥満の妊婦の割合が増加していることから、本市はいずれの年代においても肥満者への対策を推進していく必要があります。

(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	現状値	達成率	現状値	達成率	目標値	達成率	目標値	達成率
①バランス良い食事を摂っている者の増加 (主食・主菜・副食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)			57%	R5	50%		◎現状維持	R14
②適正体重を維持している者の増加 (肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	60.3%	R1			66.0%			
ア.若年女性のやせの減少 BMI18.5未満の20～30歳代の女性の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合)	18.1%	R1	11.4%	R4	15%未満	R14	◎現状維持	R14
イ.若年女性の肥満の減少 BMI25.0以上の20～30歳代の女性の割合 (妊娠届出時の肥満の者の割合)	12.6%	R1	19.3%	R4			減少	
ウ.20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	35.1%	R1	33.6%	R4	30%未満		30%未満	
エ.40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.5%		24.8%		15%未満	R14	15%未満	R14
オ.低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の減少	16.8%	R1	19.1%	R4	13%未満		13%未満	
カ.肥満傾向にあるこどもの割合の減少 (小学5年生)	11.0%	R3	17.6%	R4	減少	R8	減少	R8

※カの目標値は成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新

*データソース:①ふらの健幸ポイント事業参加者アンケート ②ア.イ.妊娠届、国民健康・栄養調査
ウ.エ.オ. 特定健診、後期高齢者健診、国民健康・栄養調査 カ学校保健統計調査

(4) 対策

①個人の行動と健康状態の改善

○生活習慣の改善を目指した栄養指導

- ・栄養バランスや適正なエネルギーに配慮した食生活の推進
- ・低栄養傾向高齢者に対する適切な栄養指導の実施
- ・肥満傾向児の実態把握と学校で実施される検査や食育指導の情報共有
- ・妊婦相談（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）

○生活習慣病の発症・重症化予防

- ・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
きめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）
- ・管理栄養士による専門性を発揮した栄養指導の推進
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（糖尿病や慢性腎臓
病等）の重症化予防に向けた栄養指導の実施

②社会環境の質の向上

○自然に健康になれる食環境づくり

- ・食の安全や衛生、健康づくりに関する適切な情報発信
- ・心の健康を支える地域ぐるみの食環境の推進

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のことをいい、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2型糖尿病や循環器病、がん、ロコモティブシンドローム¹⁾、うつ病、認知症などの発症・罹患リスクが低いことが報告されています。

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。加えて、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされています。

身体活動・運動の意義と重要性について広く認知され実践されることは、市民の健康寿命の延伸に有用であると考えられます。一方で、機械化・自動化の進展や移動手段の変化等により、身体活動量が減少しやすい社会環境にあります。身体活動量の減少は肥満や生活習慣病（NCDs）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あることから、地域住民が生涯にわたって元気で暮らすことができるよう、取り組みを積極的に行う必要があります。

（1）基本的な考え方

運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されています。また歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、歩数の増加は健康寿命の延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策です。歩数と有病罹患率あるいは死亡率との間には明確な負の関係があることが確認されています。

こどもについても、身体活動が身体的・心理的・社会的に良い影響を及ぼすことが報告されており、運動習慣を有することで、心身の健康の保持・増進や体力の向上を図ることができます。

こどもから高齢者までより多くの市民が運動習慣を持ち、歩数や身体活動量を増加させ健康増進につなげていくことが重要です。

¹⁾年齢を重ねることによって筋力が低下したり、関節や脊椎などの病気を発症したりすることで運動器の機能が²⁾低下し、立ったり、歩いたりといった移動機能が³⁾低下した状態

(2) 現状

①運動習慣者の増加

本市の令和4年特定健診受診者のうち、20～64歳の運動習慣のある人の割合は、男性36.6%、女性25.8%で男女とも令和2年以降増加傾向です。男性に比べ女性の割合の低さが目立ちますが、国の現状値と比較するといずれも高い割合になっています。

また65歳以上の男性については45.3%と国の割合よりも高くなっていますが、女性は33.2%と男性に比べ低く、年々低下傾向です。(表1)

表1 運動習慣がある者の割合

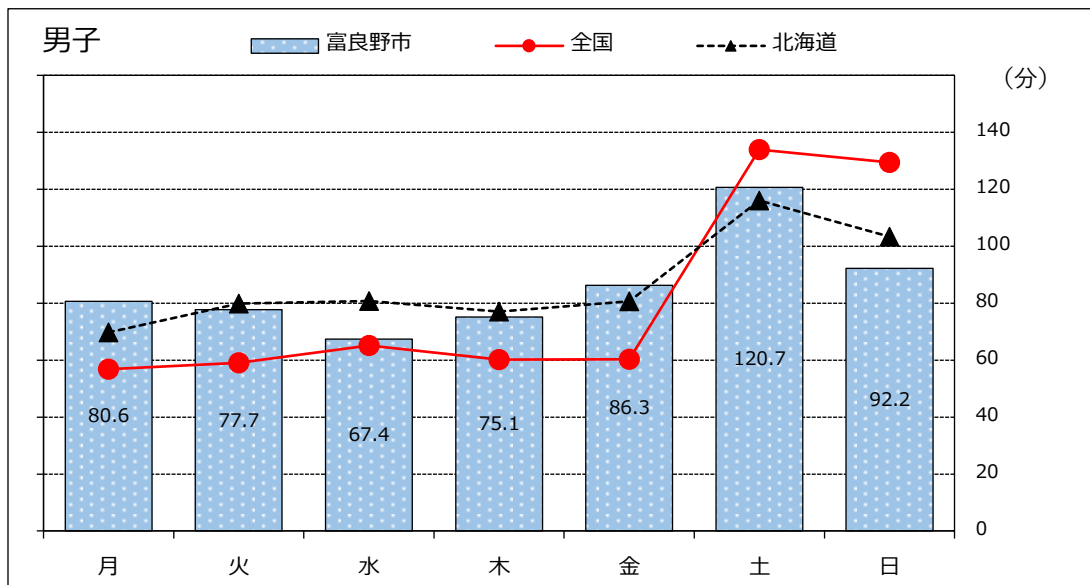
	R2	R3	R4
20-64歳	27.4%	28.9%	30.5%
男性	38.5%	34.7%	36.6%
女性	18.8%	24.4%	25.8%
65歳-	37.6%	38.2%	38.5%
男性	38.9%	42.0%	45.3%
女性	36.6%	35.3%	33.2%

(資料:特定健診)

②運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

令和4年度に実施した「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」での小学5年生の結果をみると、「学校の体育の授業以外で、1日にどのくらいの時間、運動（体を動かす遊びを含む）やスポーツをしていますか。」の質問に対し、平日は全国、全道平均を概ね上回っているものの、休日は下回る結果が示されました。(図1・図2)

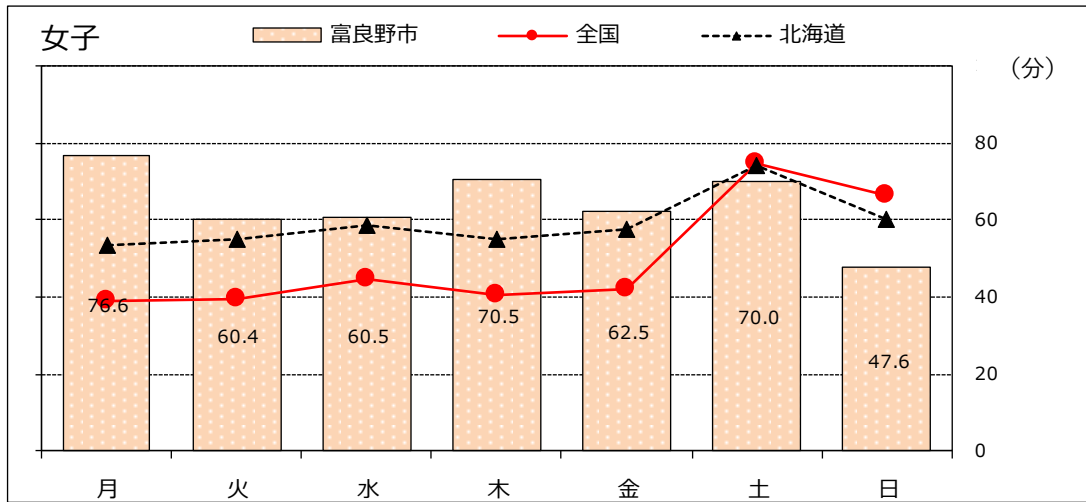
図1 学校の体育の授業以外で1日に運動する時間 (小学5年男子 R4年度)



(資料: R4 全国体力・運動能力、運動習慣等調査)

図2 学校の体育の授業以外で1日に運動する時間

(小学5年女子 R4年度)



(資料:R4 全国体力・運動能力、運動習慣等調査)

また、放課後や学校が休みの日においても、運動部以外で運動をする割合は、全国・全道平均を大きく下回っています。(図3・図4)

富良野市のこどもたちは肥満傾向児の割合が高い状況にあり、教育委員会とも連携を図りながら、運動の大切さを周知し体力向上に向けた取組を進めていく必要があります。

図3 放課後や学校が休みの日に運動部やスポーツクラブ以外で運動(体を動かす遊びをふくむ)やスポーツをする割合

(小学5年男子 R4年度)

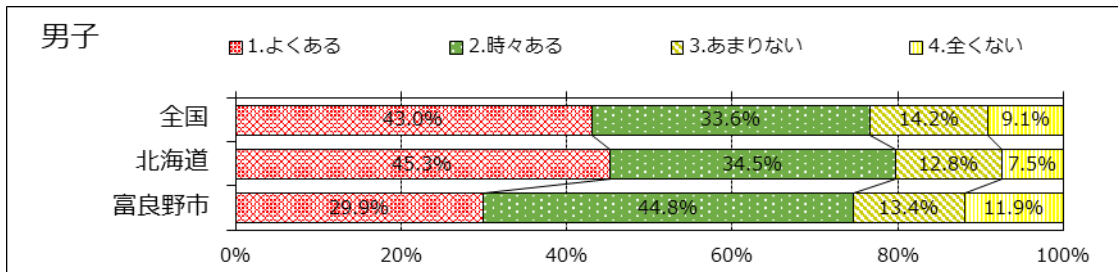
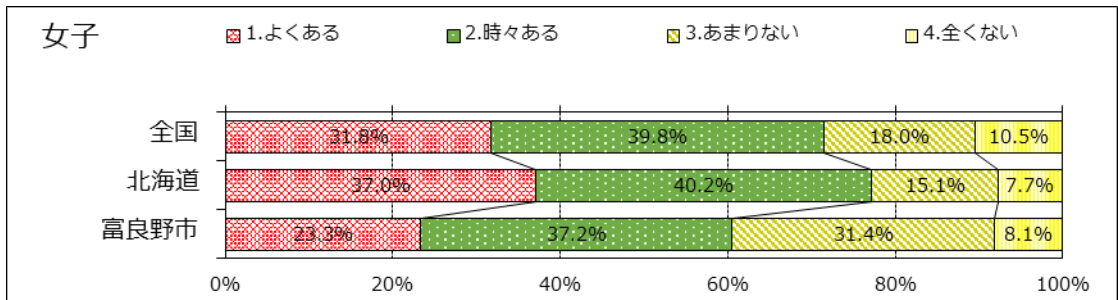


図4 放課後や学校が休みの日に運動部やスポーツクラブ以外で運動(体を動かす遊びをふくむ)やスポーツをする割合

(小学5年女子 R4年度)



(資料:R4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査)

(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①運動習慣者の割合の増加 ・20～64歳	23.5%	16.9%	36.6%	25.8%	30%	R14	◎30%	◎30%	
	R1		R4				R14		R14
・65歳以上	41.9%	33.9%	45.3%	33.2%	50%		◎50%	◎50%	
R1		R4		R14		R14		R14	
②放課後や学校が休みの日に運動部やスポーツ クラブ以外で運動やスポーツをする割合	79.6%	71.6%	74.7%	60.5%			増加	増加	
	R4		R4		R14		R14		

※運動習慣者：1日30分以上の運動を週2回以上、1年以上継続している者の割合

*データソース：①若年者健診、特定健診、後期高齢者健診、国民健康・栄養調査 ②全国体力・運動能力、運動習慣等調査

(4) 対策

①運動習慣者の割合の増加

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

②運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

- ・教育委員会との情報共有と体力向上に向けた取組の推進

3) 休養・睡眠

休養の「休」は日々生じる心身の疲労を休息により解消し、活力を回復させることを、「養」は仕事や家事をより良い状態で行えるように気力を高める営みのことを指します。睡眠は休養の中でも最も代表的なものであり、日々の生活において心身の健康に欠かせない要素の一つです。

睡眠が十分でないと、日中の眠気や疲労に加え、頭痛、情動不安定、注意力や判断力の低下、事故などが起きやすくなります。また、睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害、精神障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与するという報告もあるなど、心身の健康に影響が大きいことがわかっています。適切な睡眠をとり、朝目覚めたときにしっかりと休まった感覚（休養感）があることが、心身の健康のためにも重要です。

(1) 基本的な考え方

労働や活動等によって生じる日々の心身の疲労を、休息や睡眠で解消することが健康の保持・増進につながります。そのため、睡眠や余暇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、健康増進においては重要な課題となります。

睡眠による休養感を高めるためには、運動習慣や食習慣などの生活習慣を整えることが大切です。適度な運動を行うことや寝る直前の食事を控える、喫煙をしないなど基本的な行動習慣と睡眠との関係性についても伝えていく必要があります。

(2) 現状

①睡眠で休養がとれている者の増加

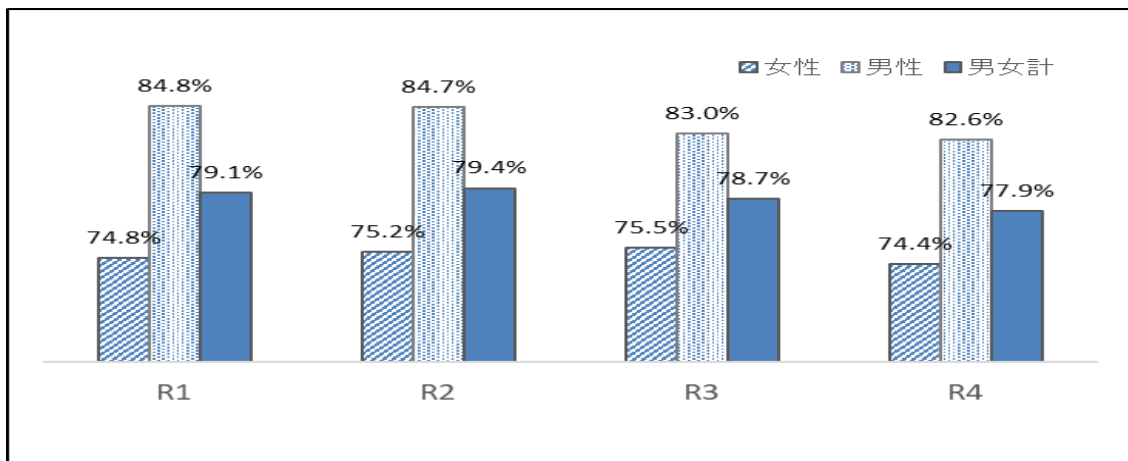
本市では、健康診査受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれていますか」の問診項目で睡眠による休養感の状況を把握していますが、「はい」と答えた者の割合は、男性 82.6%、女性 74.4%、男女計 77.9%とここ数年低下傾向で、国の現状（78.3%）よりもやや低い状況です。（図1）

年代別で見ると 20 歳以上 60 歳未満と、60 歳以上の世代では休養感がある者の割合に差があり、本市では若い世代の女性の休養感が低くなっています。（図2）

また睡眠と運動や食習慣の関係を見ると、令和 4 年度の健康診査受診者への「1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上続けていますか」の問診項目で「はい」と答えた者のうち睡眠で休養がとれている者は 83.2%、「いいえ」と答えた者では 75.2%であり、「就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週 3 回以上あるか」の問診項目で「はい」と答えた者のうち睡眠で休養がとれている者は 71.9%、「いいえ」と答えた者では 78.9%になっています。

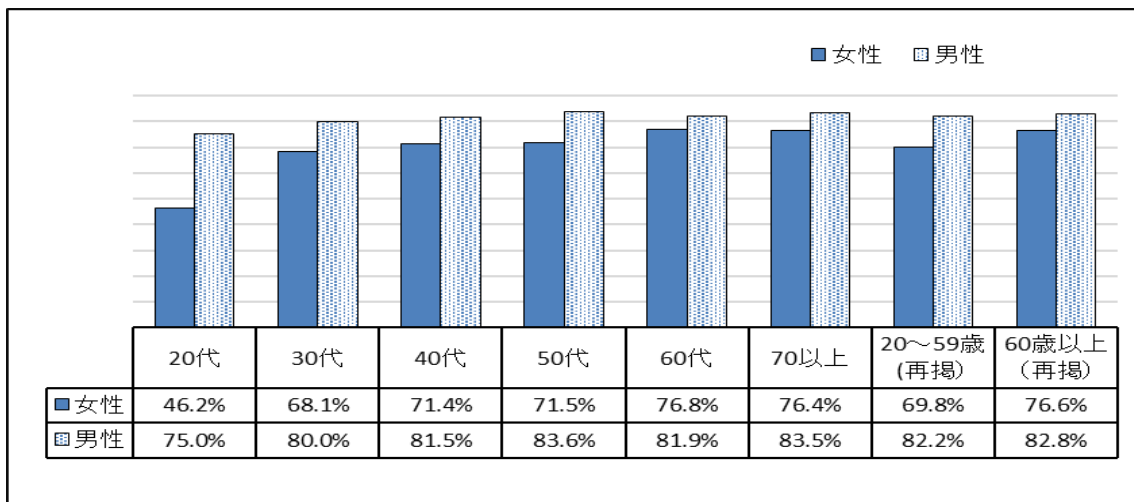
運動や食事時間などの生活習慣が休養感にも影響することを考慮し、対策を検討・推進していく必要があります。

図1 睡眠で十分に休養がとれている者の割合の推移



(資料:特定健診・健康診査)

図2 睡眠で十分に休養がとれている者の性・年代別の割合



(資料:特定健診・健康診査)

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	値	時期	値	時期	値	時期	値	時期
睡眠で休養がとれている者の増加	78.3%	H30	77.9%	R4	80.0%	R14	80.0%	R14

*データソース:特定健診、国民健康・栄養調査(またはNDBオープンデータ質問項目20)

(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の明確化

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、睡眠時無呼吸症候群など睡眠に関する教育や情報提供

4) 飲酒

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がんだけではなく、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。WHO の平成 28 年の試算では、全死亡のうち 5.3%がアルコールの有害な使用のために死亡とされており、この割合は、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)を上回っています。

健康日本 21 (第二次) では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で 40g 以上、女性で 20g 以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標と設定し取り組みを行ってきましたが、男性では変化なし、女性は悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康への影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められます。

(1) 基本的な考え方

国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇しますが、実効性のある目標設定という観点も踏まえ、引き続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量男性で 40g、女性で 20g 以上と定義し目標を設定します。

妊娠中の飲酒は胎児の形態異常や脳萎縮、胎児発育不全、妊婦のうつ症状の悪化と関連しており、飲酒が量や時期に関係なく胎児に不可逆的な悪影響を及ぼす可能性が示されています。妊娠中の飲酒が及ぼす影響についての指導を継続することが重要です。

(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

本市の特定健診及び若年者健診において生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日の平均純アルコール摂取量が男性で 40g 以上、女性で 20g 以上)の割合は、令和 1 年から令和 4 年の割合では、男女ともに横ばいで経過しています。(表 1)

表 1 生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている人の割合の推移

	R1		R2		R3		R4	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
受診者(人)	905	1194	861	1068	814	1067	766	986
該当(人)	136	84	130	69	113	82	116	74
割合(%)	15.0%	7.0%	15.1%	6.5%	13.9%	7.7%	15.1%	7.5%

(資料:特定健診・若年者健診)

飲酒量と関連のある健診項目（ γ -GT）異常者の推移をみると、大きな変化はありませんが、受診勧奨判定の割合は男女ともわずかに減少傾向です。（表2）。

表2 γ -GT 異常者の推移

	R1		R2		R3		R4	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
受診者(人)	905	1194	861	1068	814	1067	766	986
保健指導判定(人)	167	68	174	75	146	69	128	64
割合(%)	18.5%	5.7%	20.2%	7.0%	17.9%	6.5%	16.7%	6.5%
受診勧奨判定(人)	71	25	61	19	71	15	53	15
割合(%)	7.8%	2.1%	7.1%	1.8%	8.7%	1.4%	6.9%	1.5%

*保健指導判定 γ -GT:50~100U/I以下/受診勧奨判定 γ -GT:101U/I以上

(資料:特定健診・若年者健診)

市の令和4年度の特定健診受診者のうちの多量飲酒者のデータを見ると、尿酸については男女ともに有所見率が高く、男性では血圧、女性ではALTの有所見率も高くなっています。（表3）

表3 多量飲酒者の検査項目別異常者数割合（R4年度）

		受診者 A(人)	摂取エネルギーの過剰									
			腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL	
			男85cm以上/女性90cm以上		25以上		150mg/dl以上		31U/I以上		40mg/d未満	
			B(人)	B/A(%)	C(人)	C/A(%)	D(人)	D/A(%)	E(人)	E/A(%)	F(人)	F/A(%)
男性	全体	718	368	51.3%	256	35.7%	208	29.0%	178	24.8%	60	8.4%
	多量飲酒者	108	50	46.3%	36	33.3%	31	28.7%	25	23.1%	4	3.7%
女性	全体	905	154	17.0%	241	26.6%	119	13.1%	96	10.6%	9	1.0%
	多量飲酒者	68	11	16.2%	18	26.5%	8	11.8%	10	14.7%	0	0.0%

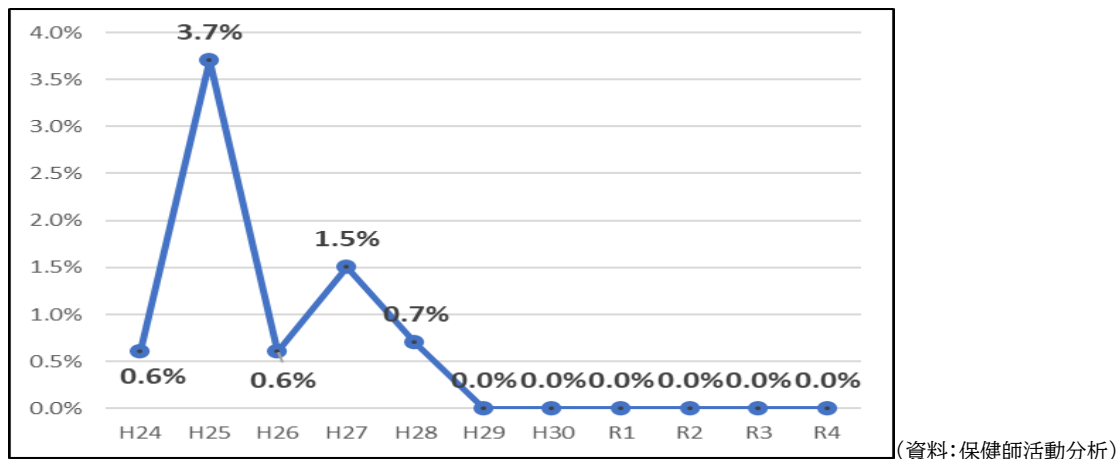
		受診者 A(人)	血管を傷つける									
			HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL(non-HDL)	
			5.6%以上		7.1mg/dl以上		140mmHg以上		90mmHg以上		120mg/dl以上(150mg/dl以上)	
			H(人)	H/実診者(%) (実診者数)	I(人)	I/実診者(%) (実診者数)	J(人)	J/A(%)	K(人)	K/A(%)	L(人)	L/A(%)
男性	全体	718	478	66.7% (717人)	105	14.7% (712人)	184	25.6%	170	23.7%	314	43.7%
	多量飲酒者	108	57	52.8% (108人)	19	17.6% (108人)	37	34.3%	31	28.7%	37	34.3%
女性	全体	905	586	64.8% (905人)	18	2.0% (897人)	226	25.0%	160	17.7%	430	47.5%
	多量飲酒者	68	36	52.9% (68人)	5	7.4% (68人)	14	20.6%	9	13.2%	30	44.1%

(資料:特定健診)

②妊娠中の飲酒

妊娠中の飲酒の割合は、令和1年以降0.0%で国の現状値(0.9%)を下回っています。
(図2)

図2 妊婦飲酒率の推移



(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目 標	国の現状値		富良野の現状値		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減少 (1日あたりの純アルコールの摂取量が男性40g以上女性20g以上の者)	男性 14.9%	R1	男性 15.1%	R4	10%	R14	10%	R14
	女性 9.1%		女性 7.5%		男性 13.0%		男性 13.0%	
					女性 6.4%		女性 6.4%	
②妊娠中の飲酒をなくす	0.9%	R3	0.0%		0.0%		◎現状維持	

*データソース:特定健診、国民健康・栄養調査 ②保健師活動分析、厚生労働科学研究(山縣班)

(4) 対策

①生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合の低減

- ・特定健康診査などの健診結果に基づいた、適度な飲酒の個別指導

②飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・乳幼児健診やがん検診などの様々な事業における飲酒に関する情報提供
- ・母子手帳交付時に妊娠中の飲酒に関する保健指導

5) 喫煙

喫煙はがんをはじめ、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や結核などの呼吸器疾患、2型糖尿病、歯周病など、多くの病気と関係しており、予防できる最大の死亡原因です。日本のたばこ関連の疾患による死亡数は年々増加しており、年間死亡者数のうち喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は約19万人と報告されています。

また受動喫煙との関連が「確実」と判定された肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群（SIDS）の4疾患について、超過死亡数を推定した結果によると、日本では年間約1万5千人が受動喫煙で死亡しており健康への影響は深刻です。

女性の喫煙による妊娠出産への影響として、早産、低出生体重・胎児発育遅延などが挙げられます。また子宮外妊娠、常位胎盤早期剥離、前置胎盤を引き起こす可能性が指摘されています。さらに、妊娠中においては、妊婦本人の喫煙だけでなく受動喫煙であっても、乳幼児突然死症候群の要因となることが確実視されています。

喫煙を始める年齢が若いほど、がんや循環器病のリスクを高めるだけでなく、総死亡率が高くなることもわかっており、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

成人においては、喫煙はがんや循環器病などの様々な疾患の罹患や死亡リスクを高める危険因子となっています。そのため、喫煙をやめたい人への禁煙支援を行うとともに健診データに基づき喫煙によるリスクが高い人への支援を行うことが重要になります。

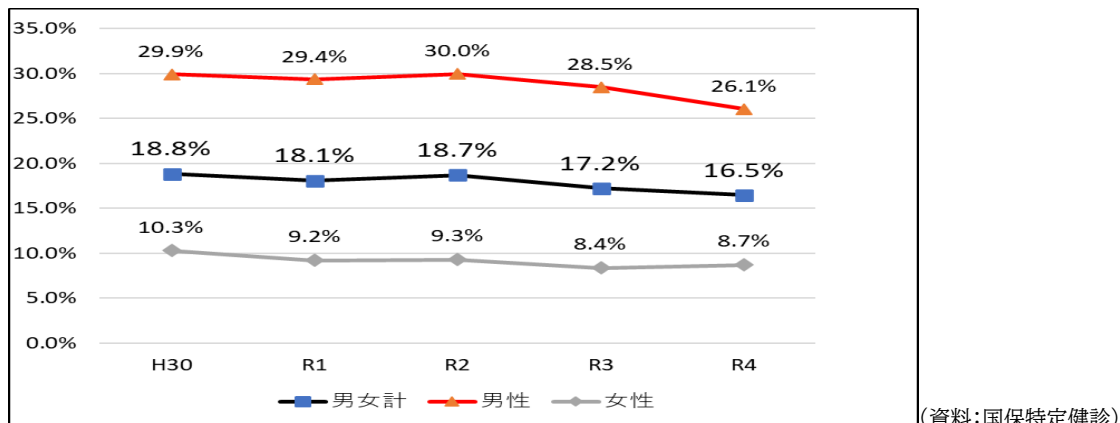
妊娠中の喫煙は妊娠合併症のリスクを高めるだけでなく、早産や低出生体重児、乳幼児突然死症候群の原因になるといわれています。喫煙による妊婦や胎児・乳児への影響が大きいため、妊娠中の喫煙をなくすることが重要です。

(2) 現状

①成人の喫煙率

本市の成人の喫煙率は16.5%で、男女ともにほぼ横ばいで推移しており、国の現状値（16.7%）とほぼ同じで、北海道（22.6%）よりは低い状況です。（図1）

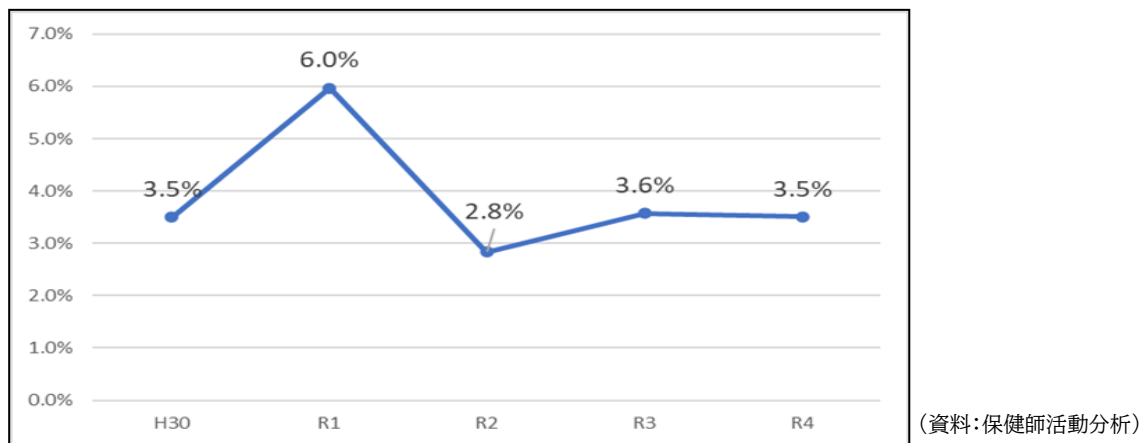
図1 喫煙率の推移（特定健診を受けた20歳以上の国保加入者）



②妊娠中の喫煙

本市の妊婦の喫煙率は、令和1年度は6.0%と高めでしたが、経年的に見てほぼ横ばいとなっています。国（1.9%）、道（2.8%）の現状値を上回っており、妊婦の喫煙率が高い状況です。（図2）

図2 妊婦の喫煙率の推移（母子手帳交付時の喫煙率）



（3）目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	現状値	達成年度	現状値	達成年度	目標値	達成年度	目標値	達成年度
①喫煙率の減少 （喫煙をやめたい者がやめる）	16.7%	R1	16.4%	R4	12.0%	R14	12.0%	R14
②妊娠中の喫煙をなくす	1.9%	R3	3.5%	R4	0%	R8	0.0%	R8

※②の目標値は第2次成育医療等基本方針に合わせて設定

*データソース：特定健診、国民健康・栄養調査 ②保健師活動分析、厚生労働科学研究（山縣班）

（4）対策

①喫煙のリスクに関する教育と啓発の推進

- ・母子手帳交付時、乳幼児健診や相談、各種健診など様々な保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

②禁煙支援の推進

- ・健康診査の結果に基づく禁煙支援に向けた個別指導

6) 歯・口腔

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみなど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ます。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっています。

令和6年度から令和17年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本21（第三次）と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第2次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）として取り組むものとなっています。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」が展開されており、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。

（1）基本的な考え方

①発症予防

歯の喪失の主要な原因疾患は、むし歯と歯周病であるため、歯・口腔の健康のためには、乳幼児期からの「むし歯予防」及び「歯周病予防」が大切になります。生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、まずは個人個人で歯周病予防に取り組むことと、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。

歯の喪失や口腔機能の低下は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与え、健康寿命の延伸や生活の質の向上にも関係しています。また、口腔機能の代表的な指標となる咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えていると考えられています。口腔機能そのものが、う蝕や歯周病に起因する歯の喪失に関係するため、歯周病の重症化予防のためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

（2）現状

①よく噛んで食べることができる者の割合

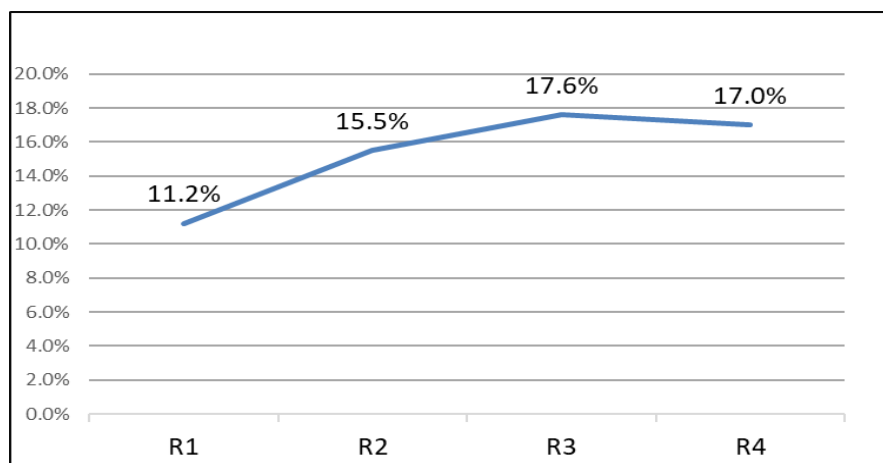
口腔機能が低下し始めると言われている中年期以降の口腔機能の状況を把握する指標として、本市では、健康診査受診者に対し、「食事をかんで食べる時の状態はどれか」の問診項目で咀嚼良好者の状況を把握していますが、「何でもかんで食べることができる」と答えた者の割合は男性77.2%、女性76.6%と男女差はなく、男女計76.9%と、国の現状（71.0%）よりやや高い状況です。

②歯周病検診の受診者の増加

本市では、節目年齢（40歳・50歳・60歳・70歳）の市民を対象に歯周病検診を実施しています。事業を開始した令和元年度の受診率は11.2%、令和2年度15.5%、令和3年度17.6%と徐々に上昇していましたが、令和4年度は17.0%に低下しています。

今後は受診率30%を目標として、国の方針に基づき、令和6年度以降に対象年齢を拡充（20歳・30歳を追加）するなど歯周病予防事業をより広く・積極的に進めていく必要があります。（図1）

図1 歯周病健診受診率の推移



（資料：歯周病健診）

③歯周病を有する者の減少

歯周病は歯の喪失をもたらすだけでなく、糖尿病や循環器病等の全身疾患との関連性も指摘されており、その予防は全身の健康の保持・増進のためにもより一層重要視されています。歯周病検診受診率の向上だけでなく、現在は把握できていない歯周炎等の状況を把握・分析するなどし、さらに歯周病予防対策を推進していく必要があります。

（3）目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	現状値	指標	現状値	指標	目標値	指標	目標値	指標
①よく噛んで食べることができる者の増加 （50歳以上の咀嚼良好者の割合）	71.0%	R1	76.9%	R4	80.0%		80.0%	
②歯周病検診受診者の増加	52.9%	H28	17.0%	R4	95.0%	R14	30.0%	R14
③歯周病を有する者の減少	57.2%	H28			40%		40.0%	

※②国の現状値・目標値：過去1年間の歯科検診受診者

*データソース：特定健診、歯科検診、国民健康・栄養調査、厚生労働科学研究（山縣班）

(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

- ・乳幼児健診や乳幼児相談時における歯科保健指導の実施
- ・歯周病予防、広報や集団健診時のリーフレット配布などで周知

②専門家による定期管理と支援の推進

- ・歯科健診実施（1歳6カ月児・3歳児）
- ・検診実施（20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・70歳）

③歯周病検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報・ラジオ・ホームページなどを利用し、歯周病検診の意義及び必要性を適切に理解できるような普及啓発

5 生活習慣病の予防

1) がん

がんは、細胞の遺伝子の突然変異によって細胞が無秩序に分裂を繰り返し、増殖してできた悪性腫瘍のことを言います。昭和56年以降日本人の死因の第1位であり、令和3年のがん死亡者は総死亡の約3割を占めています。生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患率や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題です。

令和5年度から開始された第4期がん対策基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」を全体目標として、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の3本の柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定めています。

(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、「喫煙（受動喫煙を含む）」、「飲酒」、「低身体活動」、「肥満・やせ」、「野菜・果物不足」、「塩蔵食品の過剰摂取」などの予防可能なリスク因子及び、「がんに関連するウイルス（ヒトパピローマ、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型）」や「細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）」への感染などがあげられます。予防可能ながんのリスク因子には生活習慣に関連するものが多いため、これらの対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させることが重要です。

②重症化予防

がんにおける重症化予防は、早期発見・早期治療によりがんの死亡者を減らすことです。

国民の2人に1人が“がん”になり、3人に1人が“がん”で亡くなる時代ですが、依然としてがん検診の受診率は低い状況にあります。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、がんの早期発見であり、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。また、がん検診の精度管理や科学的根拠に基づくがん検診の実施が求められます。

(2) 現状

①がんの年齢調整死亡率

本市の75歳未満における年齢調整死亡率（高齢化の影響を除いたがんの死亡率）は122.3（平成29～令和3の5年間平均）で、北海道（79.5）と国（67.4）よりもかなり高くなっています。

がんの死亡の中でも、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大がんの死亡者は5年間で 66 人で、そのうち肺がんの死亡数が 32 人（48.5%）と最も多くなっています。（表1）

今後も、循環器病や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率向上による早期発見に努め、75 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ることが重要です。また子宮頸がんについては検診での早期発見と併せて、HPV ワクチンの普及・啓発、接種勧奨を継続していくことも重要です。

表1 富良野市の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

（単位：人）

		H29	H30	R1	R2	R3	合計
75歳未満の死亡者数	肺	4	9	10	5	4	32
	胃	1	3	1	2	2	9
	大腸	4	3	4	1	3	15
	乳	1	1	1	2	3	8
	子宮	0	0	0	1	1	2
	小計	10	16	16	11	13	66
	その他	14	16	7	9	10	56
総数	24	32	23	20	23	122	

（資料：保健師活動分析）

③がん検診受診率

がん検診受診率と死亡率減少効果には関連性があり、がんの重症化予防のためにもがん検診は重要です。本市のがん検診の受診率は、国よりも低い状況が続いていますが、本市で実施しているがん検診以外の受診結果は把握できていないため、国の数値とは正確な比較ができません。しかしながら本市における国民健康保険加入者の受診率は、20%前後の低い受診率で推移しているため、がん検診と特定健診の同時実施を継続するだけでなく、個別検診による受診機会の拡大など、受診率向上対策に取り組む必要があります。

子宮頸がん・乳がんについては過去5年間未受診者かつ対象年齢の者に対して無料クーポンを送付し受診を促していますが、クーポン利用割合は子宮頸がんでは 20%前後、乳がんでは 25%前後にとどまっています。（表2）

表2 富良野市のがん検診受診率の推移

	がん対策基本計画（第3期）※国保					がん対策基本計画（第4期）	
	H30	R1	R2	R3	目標値（国）	R4	目標値（国）
胃がん（50～69歳）	22.3%	22.7%	24.2%	23.6%	50%以上	20.2%	60%
肺がん（40～69歳）	20.7%	21.4%	22.8%	22.7%		21.0%	60%
大腸がん（40～69歳）	21.8%	22.8%	23.3%	23.2%		20.5%	60%
子宮頸がん（20～69歳）	16.3%	15.6%	18.3%	20.4%		17.5%	60%
乳がん（40～69歳）	22.9%	20.9%	24.1%	26.7%		25.9%	60%

（資料：保健師活動分析）

またがん検診で、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。胃がん・大腸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、がん発見があり、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

		H30	R1	R2	R3	事業評価指標		
						許容値	目標値	
胃がん検診	精密検査受診率	90.5%	90.5%	76.3%	83.7%	70%以上	90%以上	
	がん発見者数(人)	2	1	1	1			
肺がん検診	精密検査受診率	95.7%	88.9%	85.7%	100.0%			
	がん発見者数(人)	0	0	1	1			
大腸がん検診	精密検査受診率	85.7%	80.4%	73.5%	76.9%			
	がん発見者数(人)	3	4	3	5			
子宮頸がん検診	精密検査受診率	100.0%	100.0%	100.0%	91.7%			
	がん発見者数(人)	3	1	1	1			
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(人)	2	2	4	0			

(資料:保健師活動分析)

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	値	指標	値	指標	値	指標	値	指標
①がんの年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	110.1	R3	122.3 (75歳未満)	R3	減少	R10	減少	R10
②がん検診の受診率の向上								
・胃がん(40~69歳)	42.6%	R1	20.2%	R4	60%	R10	増加	R10
・肺がん(40~69歳)	49.5%		21.0%					
・大腸がん(40~69歳)	44.4%		20.5%					
・子宮頸がん(20~69歳)	43.7%		17.5%					
・乳がん(40~69歳)	47.4%		25.9%					

※目標値は第4期がん対策基本計画の見直しに合わせて更新

*データソース:①保健医療課算出、人口動態 ②がん検診(国保)、国民生活基礎調査

(4) 対策

①がん検診受診率向上の施策

- ・特定健診との一体的実施
- ・対象者への個別案内、広報・ラジオ・ホームページなどを利用し、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるような普及啓発
- ・子宮頸がん検診・乳がん検診について、一定の年齢に達した方に検診無料クーポン券を配布

②がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・がん検診の実施（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））

③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

④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（小学6年生から高校1年生に相当する年齢の女性）
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）

2) 循環器病

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成30年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位となっています。また令和1年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもあります。中でも心不全は「心不全パンデミック」と言われるほど、世界的にも患者数が増加し重要な社会問題となっています。こうした背景から、平成30年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し、それに基づいて作成された循環器病対策推進基本計画に沿って循環器病対策が進められています。

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理し循環器病を予防すること、早期に発見し重症化を予防することがとても重要です。

(1) 基本的な考え方

①発症予防

高血圧や脂質異常症は確立した循環器病の危険因子であり、特に日本人は喫煙と並んで主な原因となることが示されています。高血圧の改善や脂質異常症や糖尿病の減少などに向けた取り組みを行うことで予防可能な循環器病の発症を予防し、心疾患の死亡率を減少させることができます。市民一人ひとりが循環器病のリスクを知り、生活習慣の改善に取り組むためにも特定健診の受診率向上対策が重要です。

②重症化予防

循環器病の重症化を予防するためには、内服治療等の継続により、血圧やLDLコレステロール値、血糖値を低下させることが必要です。また、高血圧や脂質異常、糖尿病の予防・管理には、自分自身の身体の状態を知り、減塩をはじめとする食生活、身体活動、飲酒等の生活習慣の改善が必要であり、そのための個別支援や特定保健指導が重要です。

(2) 現状

①虚血性心疾患・脳血管疾患の死亡状況

<虚血性心疾患>

虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、北海道と比べ男女ともに低率となっています。(表1)

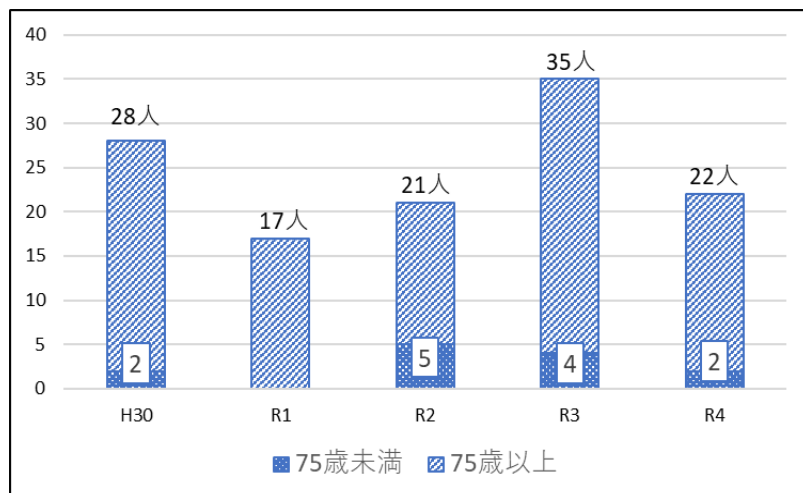
表1 虚血性心疾患の標準化死亡比(H25~R4)

	男性	女性	合計
北海道	80.7	82.4	81.4
富良野市	58.5	66.1	61.8

(資料:健康づくり財団 北海道における主要死因の概要11)

平成30年～令和4年の虚血性心疾患の死亡状況を見ると、令和3年は35人に増加しましたが令和4年は22人に減少しています。また75歳未満の死亡者数は、令和1年を除き2～5人で推移しています。(図1)

図1 虚血性心疾患死亡者の推移



(資料:保健師活動分析)

本市の特定健診では受診者全員に心電図検査を実施しています。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)とされており、虚血性心疾患の重症化予防においても重要な検査の一つです。心筋梗塞の60%は前駆症状がなく発症すると言われていますが、令和4年度の心電図検査結果では、有所見者の約1割にST変化の所見が出ており、循環器内科への受診勧奨や保健指導による介入が必要です。(表2)

令和5年10月から富良野協会病院の個別健診で富良野心不全プロジェクト(NT-proBNP計測による心不全早期発見実証事業)を開始し、約9%のスクリーニング陽性率となっています。今後集団健診へ事業展開していくことで、前心不全段階での早期発見・治療、さらに保健指導等の介入により介護予防や医療費削減にも繋がるものと期待できます。

表2 特定健診心電図検査結果 (R4年度)

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		輪偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	1,563	96.0	274	17.5	11	4.0	30	10.9	2	0.7	28	10.2	7	2.6	92	33.6	9	3.3	33	12.0	
内訳	男性	687	44.0	136	49.6	6	54.5	11	36.7	0	0.0	15	53.6	5	71.4	54	58.7	8	88.9	17	51.5
	女性	876	56.0	183	50.4	5	45.5	19	63.3	2	100.0	13	46.4	2	28.6	38	41.3	1	11.1	16	48.5

(資料:特定健診)

<脳血管疾患>

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、北海道と比べて低く、特に男性においては低率となっています。(表3)

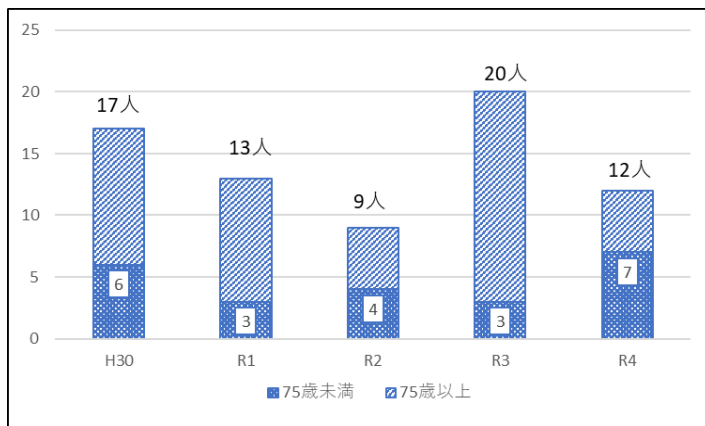
表3 脳血管疾患の標準化死亡率 (H25~R4)

	男性	女性	合計
北海道	96.1	92.1	94.0
富良野市	66.2	81.1	74.0

(資料:健康づくり財団 北海道における主要死因の概要11)

平成30年~令和4年における本市の脳血管疾患死亡者数をみると、令和3年では20人に増えていますが、年間10人前後で推移しています。また75歳未満では、年間5人前後ですが、令和4年は7人で年間の死亡者数の半数以上を占めています。(図2)

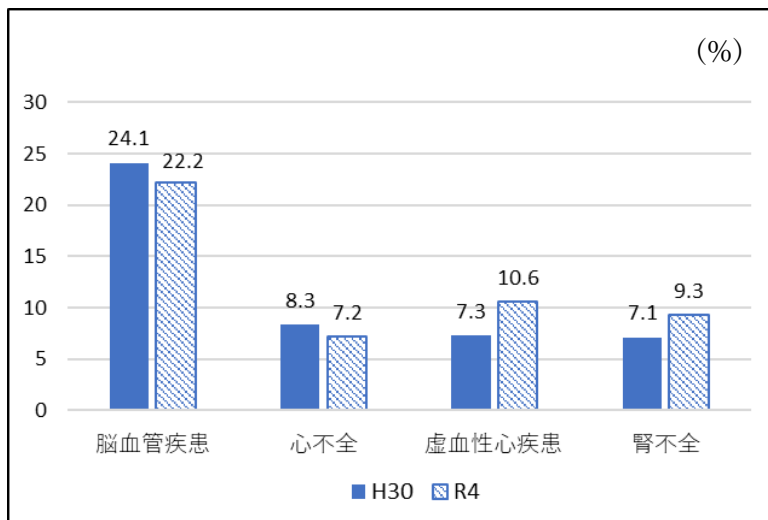
図2 脳血管疾患死亡者数の推移



(資料:富良野市保健師活動分析)

40~64歳で要介護認定者となっている脳・心・腎の疾病治療状況をみると、脳血管疾患が最も多く2割を超えています。脳血管疾患を発症すると、後遺症により介護の必要度が上がりやすくなり、若年においては介護の期間が長くなります。若年者の要介護者を減らすためにも、特定健診の未受診者対策が大切です。(図3)

図3 第2号被保険者要介護認定者の脳・心・腎の疾病治療状況



(資料:ヘルスサポートラボツール)

②高血圧

本市では、特定健診結果で高血圧に該当した者をはじめ、肥満により高血圧になるリスクがある者などへ、「高血圧治療ガイドライン 2019」に基づき保健指導を実施しています。また、集団健診では会場内での減塩のPRや問診時に高血圧者への指導を行っています。

平成30年～令和4年度の特定健診における高血圧（140/90mmHg以上：Ⅰ度高血圧以上）の状況は、毎年受診者の約3割を占めており、令和2年度をピークにやや減少傾向となっていますが、国の現状値と比較すると高い状況です。（表4）

表4 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		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
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H30	1,964	428	21.8%	311	15.8%	563	28.7%	495	25.2%	143	7.3%	24	1.2%
R01	1,936	508	26.2%	264	13.6%	586	30.3%	401	20.7%	153	7.9%	24	1.2%
R02	1,776	398	22.4%	266	15.0%	484	27.3%	457	25.7%	145	8.2%	26	1.5%
R03	1,727	396	22.9%	264	15.3%	503	29.1%	408	23.6%	138	8.0%	18	1.0%
R04	1,623	413	25.4%	229	14.1%	465	28.7%	404	24.9%	94	5.8%	18	1.1%
R元	国の現状								22.4%		6.0%		1.2%

（資料：国民健康・栄養調査 特定健診分析）

③脂質異常症

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版」では、LDL コレステロール 180mg/dl 以上は生活習慣の改善より薬物療法を考慮するとされています。

特定健診受診者の LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合をみると、男女ともに2.0%前後で、国の現状よりも低くなっています。また LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合は全体で6.6%であり、目標値の7.7%を下回り目標を達成しています。（表5）

表5 特定健診受診者のLDL コレステロールの状況

	LDL測定者	発症予防					重症化予防					
		正常		保健指導判定値			受診勧奨判定値					
		120未満		120～139			140～159		160～179		180以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
男性	H30	853	405	47.5%	216	25.3%	148	17.4%	66	7.7%	18	2.1%
	R01	854	452	52.9%	206	24.1%	123	14.4%	49	5.7%	24	2.8%
	R02	805	398	49.4%	188	23.4%	127	15.8%	63	7.8%	29	3.6%
	R03	757	434	57.3%	169	22.3%	103	13.6%	39	5.2%	12	1.6%
	R04	718	404	56.3%	177	24.7%	91	12.7%	29	4.0%	17	2.4%
	R元	国の現状				22.1%		19.1%		8.2%		4.4%
女性	H30	1,111	480	43.2%	326	29.3%	198	17.8%	71	6.4%	36	3.2%
	R01	1,082	513	47.4%	304	28.1%	173	16.0%	63	5.8%	29	2.7%
	R02	971	439	45.2%	279	28.7%	152	15.7%	74	7.6%	27	2.8%
	R03	970	493	50.8%	255	26.3%	150	15.5%	52	5.4%	20	2.1%
	R04	904	474	52.4%	238	26.3%	131	14.5%	46	5.1%	15	1.7%
	R元	国の現状				25.7%		17.3%		9.0%		5.7%

（資料：国民健康・栄養調査 保健師活動分析）

脂質未治療者における LDL コレステロール 140mg/dl 以上（受診勧奨判定値）の状況では、男性 40 歳代～60 歳代、女性 50 歳代以上の約 3 割が該当しています。（表 6）

表 6 特定健診受診者の性・年代別 LDL コレステロールの状況 ※脂質内服者除外（R4 年度）

	LDL 測定者	発症予防						重症化予防					
		正常			保健指導判定値			受診勧奨判定値					
		120未満			120～139			140～159		160～179		180以上	
		人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
男性	総数	506	245	48.4%	139	27.5%	79	15.6%	26	5.1%	17	3.4%	
	40～49歳	74	32	43.2%	17	23.0%	15	20.3%	4	5.4%	6	8.1%	
	50～59歳	112	49	43.8%	30	26.8%	18	16.1%	11	9.8%	4	3.6%	
	60～69歳	161	78	48.4%	38	23.6%	33	20.5%	8	5.0%	4	2.5%	
	70～74歳	159	86	54.1%	54	34.0%	13	8.2%	3	1.9%	3	1.9%	
女性	総数	594	253	42.6%	168	28.3%	119	20.0%	42	7.1%	13	2.2%	
	40～49歳	100	62	62.0%	21	21.0%	15	15.0%	2	2.0%	1	1.0%	
	50～59歳	118	44	37.3%	39	33.1%	27	22.9%	6	5.1%	2	1.7%	
	60～69歳	211	82	38.9%	66	31.3%	39	18.5%	16	7.6%	8	3.8%	
	70～74歳	165	65	39.4%	42	25.5%	38	23.0%	18	10.9%	2	1.2%	

（資料：保健師活動分析）

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」では、LDL コレステロールの上昇により冠動脈疾患の発症リスクが上昇するとされています。LDL コレステロールは日ごろの食事だけではなく、ホルモンバランスによっても上がりやすい特性があり、対象者の状況に合わせて指導を実施していくことが重要です。

また LDL コレステロールが高い状態が続くと、血管内皮機能を阻害し動脈硬化の進行・プラーク形成の原因になります。本市の特定健診では血管変化の発見に有効とされる頸動脈超音波検査・血圧脈波検査を詳細二次健診として取り入れており、今後も血管変化の早期発見、循環器病予防のためにも継続して実施していくことが必要です。

④メタボリックシンドロームの該当者・予備群

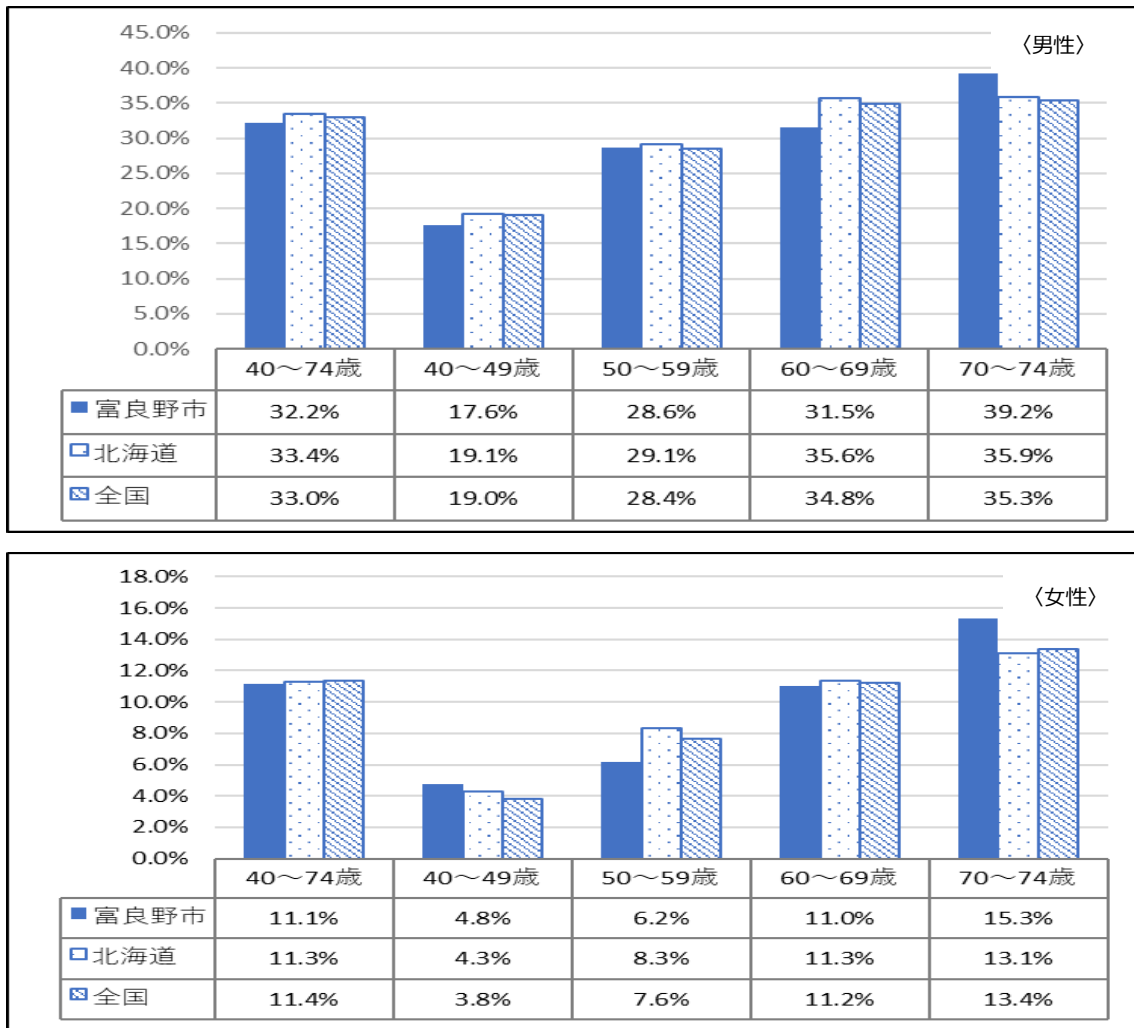
メタボリックシンドロームとは、内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などの循環器病になりやすい病態を指します。

令和 3 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者を北海道・全国と比較すると、70 歳代と 40 歳代女性の割合が高くなっています。（図 4）

メタボリックシンドロームは動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えるため循環器病予防を考える上で、メタボリックシンドローム対策は重要です。

本市でのメタボリックシンドローム予備群はやや減少していますが、メタボリックシンドローム該当者については令和 2 年度 20% を超え上昇傾向です。（表 7）

図4 メタボリックシンドローム該当者の状況（R3年度）



（資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」R3 年度分特定健診法定報告）

表7 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（人）	予備軍（人）	該当率（%）	受診数（人）	予備軍（人）	該当率（%）	受診数（人）	予備軍（人）	該当率（%）
H30	1,857	187	10.1%	808	143	17.7%	1,049	44	4.2%
R01	1,819	182	10.0%	802	130	16.2%	1,017	52	5.1%
R02	1,698	179	10.5%	763	130	17.0%	935	49	5.2%
R03	1,619	157	9.7%	712	112	15.7%	907	45	5.0%

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（人）	該当者（人）	該当率（%）	受診数（人）	該当者（人）	該当率（%）	受診数（人）	該当者（人）	該当率（%）
H30	1,857	340	18.3%	808	234	29.0%	1,049	106	10.1%
R01	1,819	322	17.7%	802	232	28.9%	1,017	90	8.8%
R02	1,698	354	20.8%	763	253	33.2%	935	101	10.8%
R03	1,619	330	20.4%	712	229	32.2%	907	101	11.1%

（資料：特定健診法定報告）

⑤特定健康診査・特定保健指導

平成30年度～令和3年度の実施率をみると、特定健診・特定保健指導ともに国や道と比べて高い実施率となっていますが、目標値である特定健診受診率60.0%、特定保健指導実施率70.0%には達していません。平成30年度からの特定健診受診率については、令和1年の50.3%をピークに低くなっています。(表8)

令和6年度から始まる第4期特定健診・保健指導計画では、これまでのプロセス評価からアウトカム評価が求められており、対象者に合わせた受診勧奨や実施率向上対策が必要です。

表8 特定健康診査・特定保健指導実施率の推移

(単位：%)

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
H30	37.9	29.5	49.8	28.8	34.8	61.0
R01	38.0	28.9	50.3	29.3	36.0	63.1
R02	33.7	27.0	47.4	27.9	33.8	63.5
R03	36.4	27.9	46.8	27.9	33.4	63.8

(資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況について(2021年度分)」市町村国保実施分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)、特定健診法定報告)

(3) 目標

目標	国の現状値	富良野の現状値	国の目標値	富良野市の目標値
①脳血管疾患・心疾患の標準化死亡率(SMR)の減少	*北海道のSMR			
・脳血管疾患	男性 93.8 女性 90.4	男性 64.9 女性 83.8	減少	現状維持
・虚血性心疾患	男性 81.6 女性 83.5	男性 57.3 女性 57.9	減少	現状維持
②高血圧の改善 (140/90mmHg以上の者の割合の減少)	29.5%	31.8%	※ベースライン値から5mmHgの低下	※ベースライン値から5mmHgの低下
③脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少)	12.1% (40~79歳)	6.6%	※ベースライン値より25%減少	※ベースライン値より25%減少
④メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	31.8%	29.4%	第4期医療費適正化計画に合わせ設定	第4期医療費適正化計画に合わせ設定
⑤特定健康診査の実施率の向上	56.5%	46.8%		60.0%
⑥特定保健指導の実施率(終了率)の向上	24.6%	63.8%		70.0%

※ベースライン値：令和6年国民健康・栄養調査の結果を用いる予定

*データソース：①北海道における主要死因の概要 ②③特定健診、国民健康・栄養調査
④⑤特定健診、市町村国保特定健診実施状況

(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
- ・勧奨通知の送付
- ・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
- ・集団健診（特定健康診査）での心不全マーカー（NT-proBNP）の実施
- ・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、尿中アルブミンの全員実施の継続

③循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- 関係機関と連携し富良野心不全プロジェクトの推進
前心不全段階にある市民への保健指導等による心不全予防
- 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
 - ・Lifelong Health Support10（国循メソッド）を用いた心不全予防生活指導と特定保健指導
 - ・アウトカム評価につながる特定保健指導の実施方法の検討
 - ・発症リスク（高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD））に基づく保健指導
- 詳細二次健診（頸動脈超音波検査等）の継続実施
- 未治療・治療中断者への受診勧奨

3) 糖尿病

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。また、新規透析導入の最大の原因疾患であり、成人の中途失明の主要な要因でもあります。

本市では平成 29 年度に「富良野市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、ハイリスク者への保健指導・栄養指導をはじめ、糖尿病連携手帳を活用した医療機関との連携を進めています。糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要です。

(1) 基本的な考え方

①発症予防

食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下などの生活習慣が、糖尿病の発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等も報告されています。

②重症化予防

糖尿病の合併症予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要です。未治療や治療中断が合併症の増加につながることは明確に示されており、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糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができます。

(2) 現状

①糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数

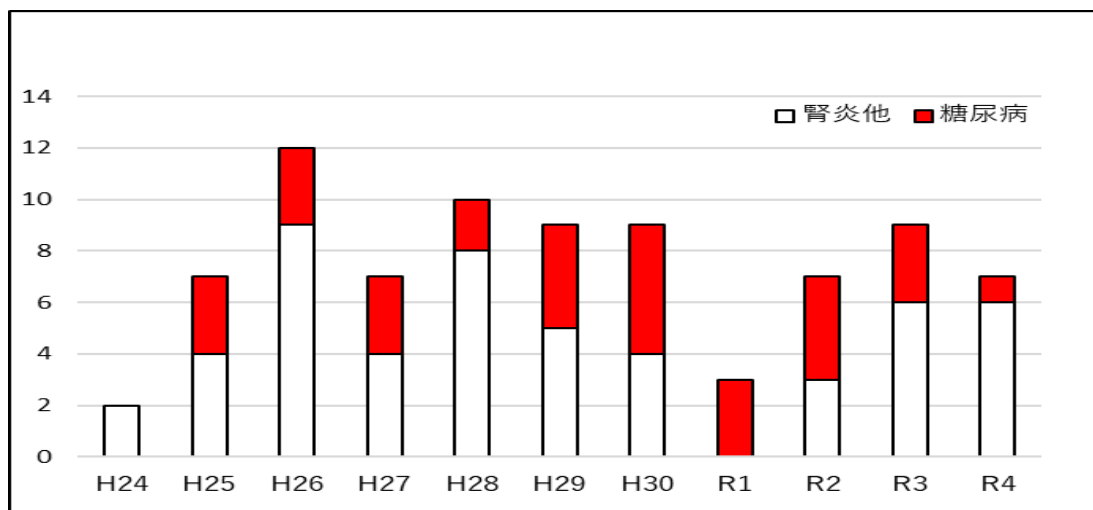
本市の糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、平成 24 年以降 0～5 人で推移しています。(図 1)

人工透析患者数(全数)についても緩やかに減少傾向で、糖尿性腎症による人工透析患者数も増加傾向は認められず、令和 4 年は 13 人に留まっています。(図 2)

糖尿病性腎症の発症早期は無症状であるため、定期的に腎機能を確認することが必要です。本市の特定健診では尿中アルブミン検査を実施しており、腎症の早期発見が可能です。今後も尿中アルブミン検査を活用し、ハイリスク者への早期介入を行い、糖尿病性腎症重症化予防への取り組みが必要です。

図1 富良野市新規人工透析患者の推移

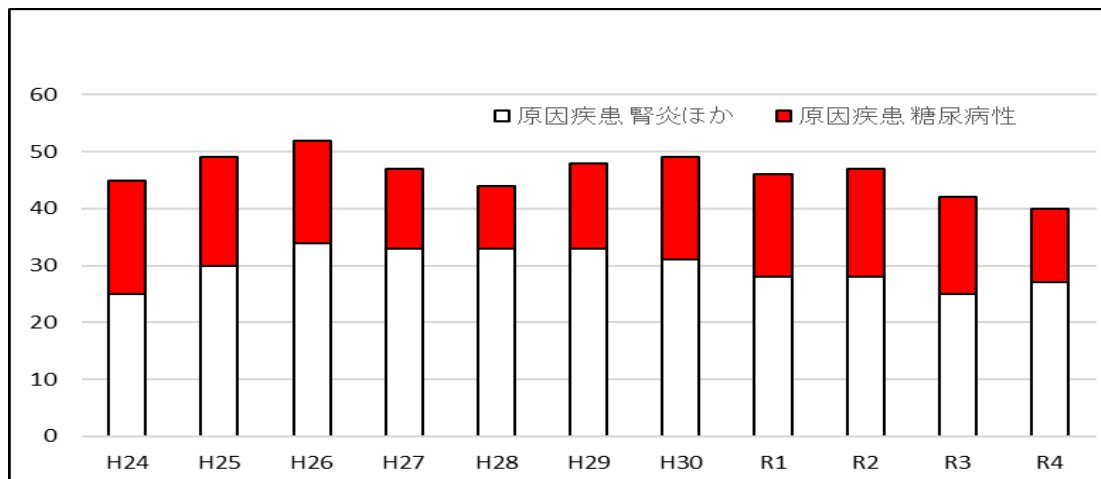
(単位：人)



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
総数 (人)	2	7	12	7	10	9	9	3	7	9	7
糖尿病 (人)	0	3	3	3	2	4	5	3	4	3	1
腎炎他 (人)	2	4	9	4	8	5	4	0	3	6	6

図2 富良野市人工透析患者の推移 (全数)

(単位：人)



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
総数 (人)	45	49	52	47	44	47	49	46	47	42	40
糖尿病 (人)	20	19	18	14	11	15	18	18	19	17	13
腎炎他 (人)	25	30	34	33	33	33	31	28	28	25	27

(資料：富良野市更生医療受給状況)

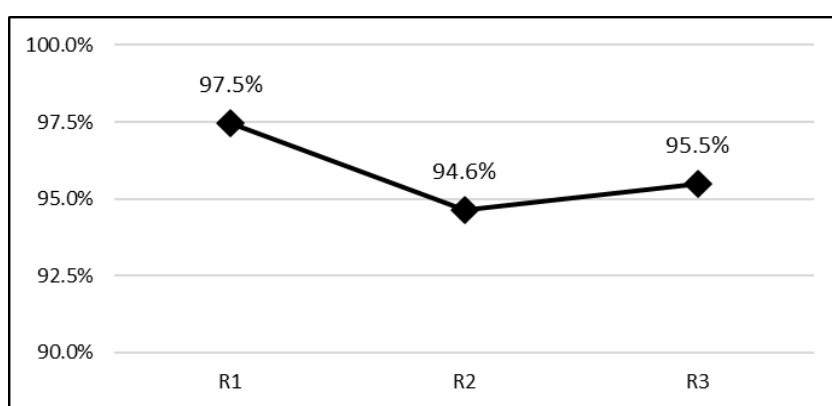
②治療継続者の割合

糖尿病は自覚症状が乏しく、治療中断しやすい疾患です。治療を中断すると重症化につながり合併症を発症する危険性があるため、治療を継続することは重要です。

本市の令和1年から令和3年の特定健診における糖尿病の治療継続率は90%を超えており、国の目標値である75%に達しています。(図3)

糖尿病の治療は「薬物療法」だけでなく、「食事療法」「運動療法」といった生活習慣を是正することも治療として考えられています。医療機関との連携と合わせて、一人ひとりが病識を持ち、自身も血糖コントロールができるよう継続した働きかけが大切です。

図3 特定健診受診者の糖尿病治療継続率の推移



(資料:特定健康診査)

③血糖コントロール不良者（HbA1c7.0%以上）の割合

「糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロールの指標として、細小血管症の発症予防の観点から、HbA1c7.0%未満を合併症予防のための目標値としています。

本市の特定健診受診者におけるHbA1c7.0%以上の状況は、令和2年度は5.9%に増加しましたが、令和4年度には3.9%と計画策定時より減少しています。(表1)

また年齢別にみると、50歳代が5.3%と最も多くなっています。(表2)

表1 特定健康診査受診者のHbA1c (NGSP) の状況

	HbA1c 測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない	糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6~5.9			6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		8.0以上		7.4以上		8.4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	人数	割合	人数	割合
R01	1,931	902	46.7	615	31.8	248	12.8	80	4.1	69	3.6	17	0.9	43	2.2	6	0.3
R02	1,769	613	34.7	676	38.2	292	16.5	85	4.8	77	4.4	26	1.5	58	3.3	13	0.7
R03	1,721	671	39.0	603	35.0	270	15.7	102	5.9	53	3.1	22	1.3	41	2.4	10	0.6
R04	1,622	558	34.4	598	36.9	298	18.4	104	6.4	49	3.0	15	0.9	36	2.2	9	0.6

(資料:保健師活動分析)

表2 特定健康診査受診者のHbA1cの年齢別状況（令和4年度）

R4	HbA1c 測定	発症予防						重症化予防						再掲			
		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値									
				正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない		合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4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	人数	割合	人数	割合
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40～49歳	186	111	59.7	55	29.6	17	9.1	2	1.1	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5
50～59歳	283	108	38.2	103	36.4	42	14.8	14	4.9	12	4.2	4	1.4	4	1.4	3	1.1
60～69歳	574	172	30.0	228	39.7	114	19.9	38	6.6	16	2.8	6	1.0	7	1.2	3	0.5
70～74歳	579	167	28.8	212	36.6	125	21.6	50	8.6	21	3.6	4	0.7	10	1.7	2	0.3
合計	1,622	558	34.4	598	36.9	298	18.4	104	6.4	49	3.0	15	0.9	21	1.3	9	0.6

（資料：保健師活動分析）

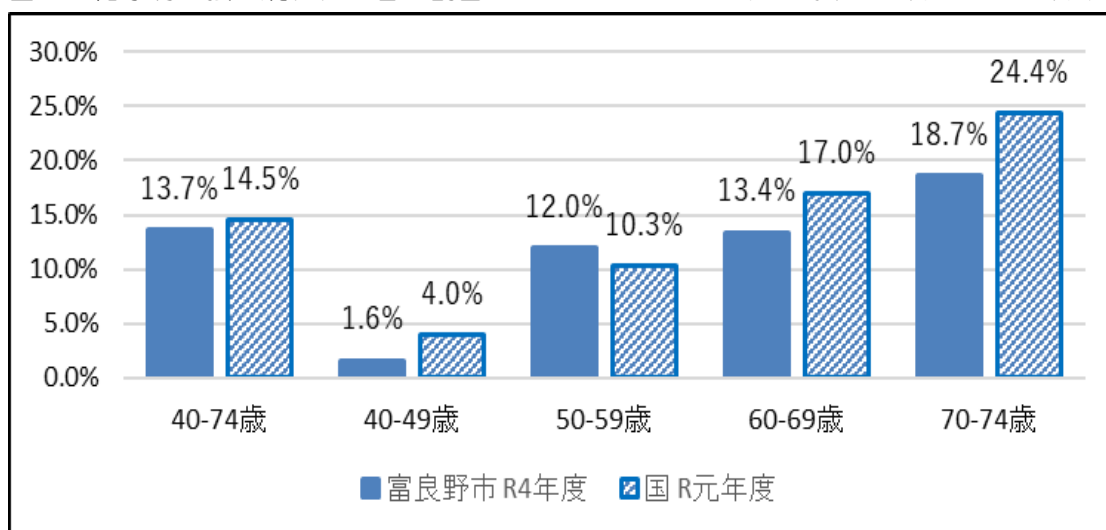
④糖尿病有病者

本市特定健診の結果（令和4年度）と国民健康・栄養調査（令和1年度）を比較すると、糖尿病を強く疑われる者¹⁾の割合は、平成22年度11.7%、平成28年度で11.3%、令和4年度13.7%と上昇傾向で、50歳代を除き、国よりやや低い割合になっています。

糖尿病の可能性を否定できない者²⁾についても、国より低い割合です。（図3・図4）

図3 糖尿病が強く疑われる者の割合

（富良野市R4年度/国R元年度）



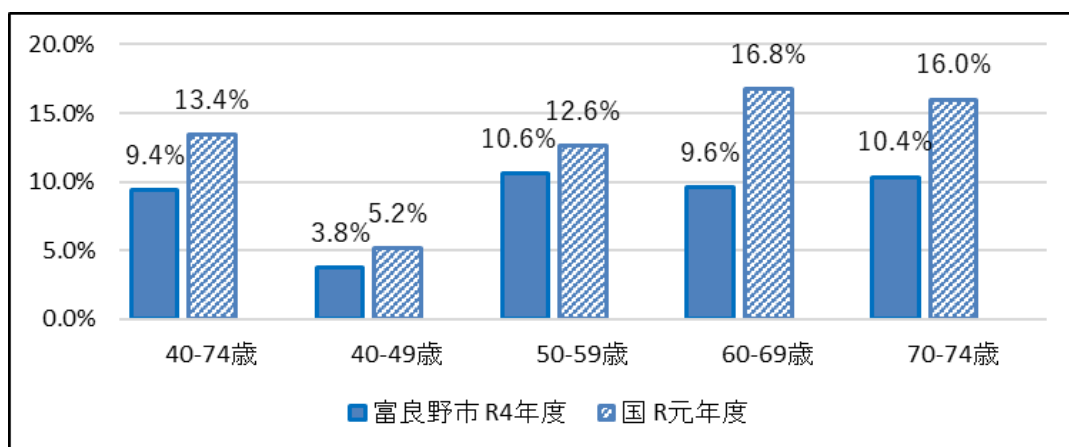
（資料：特定健診 国民健康・栄養調査）

¹⁾HbA1c(NGSP)が6.5%以上、または質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人

²⁾HbA1c(NGSP)が6.0%以上、6.5%未満で糖尿病が強く疑われる者以外

図4 糖尿病の可能性を否定できない者の割合

(富良野市 R4 年度/国 R1 年度)



(資料:特定健診 国民健康・栄養調査)

(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目標	国の現状値	富良野の現状値	国の目標値	富良野市の目標値
①糖尿病の合併症の減少 (糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)	15,271人	2.7人	12,000人	減少
②治療継続者の割合の増加	64.2% (40-74歳)	95.5%	75%	◎現状維持または増加
③血糖コントロール不良者の減少 (HbA1c8.0以上の者の割合の減少)	HbA1c7.0以上 5.8% (全年齢) HbA1c8.0以上 1.32%	HbA1c7.0以上 3.9% HbA1c8.0以上 0.9%	1.0% (HbA1c8.0以上 の者の割合)	◎現状維持または減少
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)	14.5% (40-74歳)	13.7%	1,350万人	減少
⑤メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少 (再掲)	31.8%	29.4%		第4期医療費適正化計画に合わせ設定
⑥特定健康診査の実施率の向上 (再掲)	56.5%	46.8%		60.0%
⑦特定保健指導の実施率(終了率)の向上(再掲)	24.6%	63.8%		70.0%

*データソース:①身体障害者交付台帳及び国保レセプト、わが国の慢性透析療法の現況

②④国保特定健診、国民健康・栄養調査 ③特定健診、NDB オープンデータ

(4) 対策(循環器病対策と重なるものを除く)

- 健康診査結果に基づいた保健指導
- 詳細二次健診(75g 糖負荷試験検査)を実施し、早期からの発症予防につなげる
- 腎症重症化ハイリスク者への栄養指導
- 糖尿病管理台帳作成と、血糖コントロール不良者への保健指導・栄養指導の実施
- 糖尿病連携手帳を活用した医療機関との連携

4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

慢性閉塞性肺疾患（以下 COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫・慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれます。

COPD は世界の死因の第 3 位ですが、日本の死亡者数は男女合わせて 16,384 人（令和 3 年）で男性においては死因の第 9 位に位置しています。COPD による死亡者の 9 割以上を 70 歳以上の高齢者が占めており、高齢化が進む本市においても対策を進めていく必要があります。

また COPD は心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や肺がん、気腫合併肺線維症等の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことから予防をはじめとして様々な取組を進めることが求められています。

COPD の原因としては 50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では 20～50%が COPD を発症します。健康づくりの取組としては予防可能な因子への対策を進めていくことが重要であり、喫煙対策により発症を予防するとともに早期発見と治療により増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に加え健康寿命の延伸につながることを期待されます。

（1）基本的な考え方

COPD 対策は、認知度の向上を行うことに加え、予防、早期発見、介入、重症化予防など総合的に対策を行うことが重要です。COPD の罹患率については、公式統計が存在しないことから死亡率の減少を目標とします。

予防可能な因子への対策に重点を置く観点から、喫煙領域の各目標項目とも連携をとりながら取組を進めていく必要があります。また COPD の発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への曝露、喘息などによる肺の成長障害も関わるということが明らかになっていることから、妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチの観点を考慮した対策も重要です。

（2）現状

本市の平成 30 年～令和 4 年までの 5 年間ににおける COPD による死亡は 9 人です。毎年 1～2 人の方が COPD で亡くなっており、男性に多く（男性 7 人、女性 2 人）、全員 80 歳以上です。

本市の高齢化率は高く、今後 COPD の罹患者・死亡者の増加も考えられることから、喫煙対策と同時に対策を進めていくことが必要です。

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	値	指標	値	指標	値	指標	値	指標
①COPD死亡者の減少	16,384人 (人口10万対 13.3)	R3	2人	R4	人口10万対 10.0	R14	減少	R14
①喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる) (再掲)	16.7%	R1	16.4%		12.0%		12.0%	
②妊娠中の喫煙をなくす (再掲)	1.9%	R3	3.5%		0%		0.0%	

*データソース:特定健診、国民健康・栄養調査 ②保健師活動分析、厚生労働科学研究(山縣班)

(4) 対策

①喫煙の害や COPD の認知度を高めるための施策

- ・がん検診、特定健診、健康教育など、様々な保健事業の場で COPD についての情報提供

②喫煙のリスクに関する教育と啓発の推進（喫煙対策に準じる）

- ・母子手帳交付時、乳幼児健診や相談、各種健診など様々な保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

③禁煙支援の推進（喫煙対策に準じる）

- ・健康診査の結果に基づく禁煙支援に向けた個別指導

6 生活機能の維持・向上

1) 骨粗鬆症検診受診率の向上

生活習慣病に罹患しなくても、日常生活に支障をきたす状態になることもあります。健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、健康寿命の延伸のためには生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでなく健康づくりも重要です。

要介護状態になる主な原因の一つが骨折です。骨折を予防するためには骨粗鬆症の予防が大切ですが、自覚症状がないことが多く、自ら病気に気づくことは難しいため、早期に予防や治療に取り組むためにも骨粗鬆症検診を積極的に受診することが重要です。

(1) 基本的な考え方

骨粗鬆症検診の目的は、無症状の段階で骨粗鬆症及びその予備群を発見し早期に介入することです。骨粗鬆症検診受診率の向上は、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられます。

(2) 現状

令和3年度の国の骨粗鬆症検診の受診率は5.3%です。骨粗鬆症検診の受診率が低い地域ほど大腿骨近位部骨折が多く、要介護状態になる人の割合が多いことがわかっています。本市ではこれまで骨粗鬆症検診を実施していないため、骨粗鬆症検診の実施と普及啓発等の取組を進めていくことが課題です。

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
骨粗鬆症検診受診率の向上	5.3%	R3	未実施	R4	15.0%	R14	15.0%	R14

*データソース：日本骨粗鬆症財団報告

(4) 対策

①骨粗鬆症検診の実施による骨粗鬆症の重症化予防対策

- ・20歳以上の女性を対象に骨粗鬆症健診実施（5年に1度）
- ・骨粗鬆症の早期発見と治療の勧奨

②骨粗鬆症検診受診率向上施策

- ・広報、ラジオ、ホームページなどを利用した受診勧奨、併せて若年期からの検診の必要性について普及啓発

2) こころの健康

平成 18 年 10 月に「自殺対策基本法」が施行されて以降個人の問題と認識されがちであった自殺は広く社会問題として認識されるようになり、国を挙げて自殺対策が総合的に推進された結果、自殺者数は 3 万人から 2 万人台に減少するなど、着実に成果を上げてきました。しかし自殺者数は依然として毎年 2 万人を超える水準で推移しており、さらに令和 2 年には新型コロナウイルス感染症拡大の影響等で自殺の要因となる様々な問題が悪化したことにより自殺者数が増加し、総数は 11 年ぶりに前年を上回りました。特に小中高生の自殺者数は自殺者の総数が減少傾向にある中においても増加傾向になっており、令和 2 年には過去最多、令和 3 年には過去 2 番目の水準になっています。

(1) 基本的な考え方

自殺はその多くが追い込まれた末の死であり、自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、様々な社会的要因があることが知られており、その多くは防ぐことのできる社会的な問題です。社会や個人において「生きることの阻害要因」を減らす取組みだけではなく、「生きることの促進要因」への取組を推進することが重要です。

(2) 現状

①自殺者の状況

北海道の自殺者数についても平成 21 年以降減少を続けてきましたが、令和 3 年には 13 年ぶりに前年を上回り、20 歳未満の自殺者数は過去最多となりました。

富良野市の自殺者数については減少傾向で、警察庁自殺統計¹⁾による平成 29 年から 5 年間の自殺者は 29 人（男性 21 人、女性 8 人）であり、そのうち 20～50 歳代男性が大半を占めています。（表 1）（図 1）

表 1 全国・北海道・富良野市の自殺者数・自殺死亡率²⁾の推移

	H29	H30	R1	R2	R3
全国自殺者数（人）	20,465	20,031	19,425	20,243	20,291
自殺率	16.4	16.1	15.7	16.4	16.5
北海道自殺者数（人）	918	905	884	881	903
自殺率	17.3	17.2	17.0	17.0	17.5
富良野市自殺者数（人）	6	5	6	4	3
自殺率	27.1	23.1	28.2	19.1	14.7

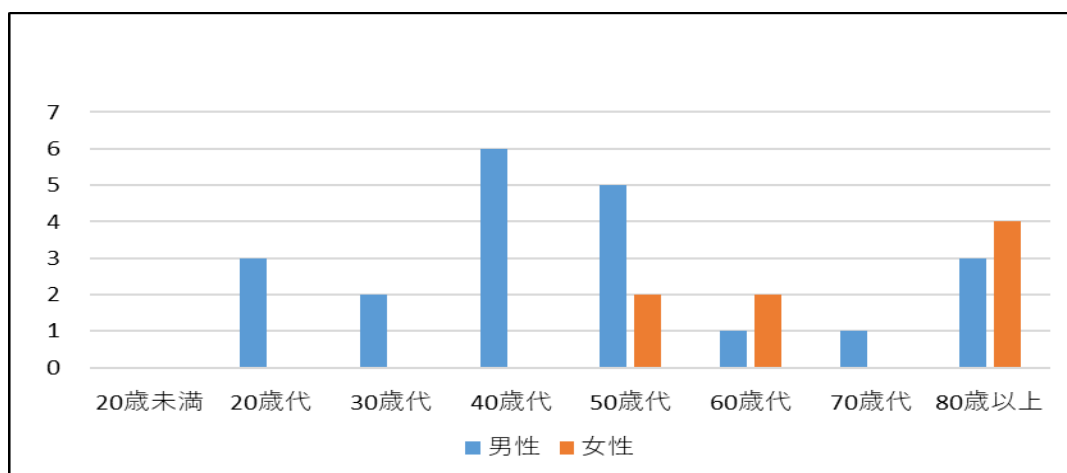
（資料：人口動態統計）

¹⁾警察庁自殺統計は発見地により計上

²⁾人口 10 万人あたりの自殺者数

図1 富良野市の男女・年齢別自殺者数

(単位：人)



(資料:H29~R2 警察庁自殺統計)

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	値	注	値	注	値	注	値	注
自殺者の減少(人口10万人あたり)	16.5	R3	14.7	R3	13.0以下	R8	13.0以下	R8

※目標値は自殺総合対策大綱の数値目標に合わせて更新

*データソース:人口動態統計

(4) 対策

自殺を防ぐためには精神保健的な視点だけではなく、保健・医療・福祉・教育・労働など様々な分野の関係機関が連携し、ネットワークの強化を図ることが重要です。第2期富良野市自殺対策計画の方針に基づき以下の対策を推進します。

①生きることへの促進要因への支援

- ・乳幼児から高齢者まで、健康や育児などに関わる悩みに対する健康相談
- ・伴走型支援及び妊産婦の健康相談による出産・育児のサポート
- ・産後ケア事業による産婦への支援
- ・新生児・乳児全戸訪問による家庭への支援
- ・乳幼児健診によるこどもの成長発達及び育児支援
- ・働く世代への健康講座等で心の健康についての情報提供
- ・災害時における被災者の不安や悩みに対するこころの支援

②地域におけるネットワーク強化

- ・富良野圏域地域・職域連携推進連絡会との連携

7 社会環境の質の向上

1) 社会とのつながりの向上

健康寿命の延伸や健康格差の縮小のためには、個人の行動と健康状態の改善に加えて、個人を取り巻く社会環境の質の向上を図ることが重要です。社会環境の質の向上には、健康施策はもとより他の行政施策や関係機関との連携も進めていくことが必要です。

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくりや社会参加、地域コミュニティやネットワークといったソーシャルキャピタルの醸成を促すことが健康づくりにおいても有用です。

(1) 基本的な考え方

地域コミュニティとのかかわりが希薄化している現代において、社会活動への参加を促していくことは健康づくり対策においても重要です。

高齢者を対象とした研究において、社会参加や就労が健康増進につながることを示され、年数回の社会参加でも死亡や要介護のリスクが低下するという報告もあります。高頻度でなくとも、年数回の社会参加を高齢者に促すことが重要です。

(2) 現状

生きがい教室やことぶき大学での生涯学習、シルバー人材センターにおける就労支援、老人クラブへの健康教育、ふまねっと運動をはじめとする介護予防教室や、ふれあいサロン等、本市では、高齢者のための通いの場や生きがいづくりを支え、社会参加を促すための取組みを進めてきました。引き続き地域や関係機関と連携しながら取組みを継続・推進していくことが必要です。

(3) 目標

目 標	富良野の現状値		富良野市の目標値	
社会参加がない高齢者の減少 (後期高齢者質問票で週1回以上の外出がない/付き合いないと回答する者の減少)	11.6%	R4	減少	R14
通いの場(老人クラブ)の参加者数の増加	271人		増加	

*データソース:後期高齢者健診、保健師活動分析

(4) 対策

- ・健康づくりと連動した介護予防活動の推進
- ・老人クラブや高齢者団体の活動支援と生涯学習、生涯スポーツ、地域活動の推進

2) 自然と健康になれる環境づくり

住民の7割は生活習慣改善に関心がない健康づくり無関心層であると言われています。健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い層へのアプローチが重要です。そのためには本人が無理なく自然に健康な行動を取ることができるような環境整備を行うことが求められています。

(1) 基本的な考え方

食生活においては、本市の基幹産業は農業であり、手軽に安心・安全な地元の農畜産物が入手できる環境にあります。おいしくバランスの取れた食事の摂取は健康な体づくりには重要であり、食の大切さを理解できる取組を進めていく必要があります。

また、運動を含めた身体活動を増やしていくためには、個人の行動変容を促すための社会環境の影響が大きいことから、市民が歩きたくなるような街並みや居心地の良い環境整備を進めるとともに、個人の健康意識を高めるための方策について検討が必要です。

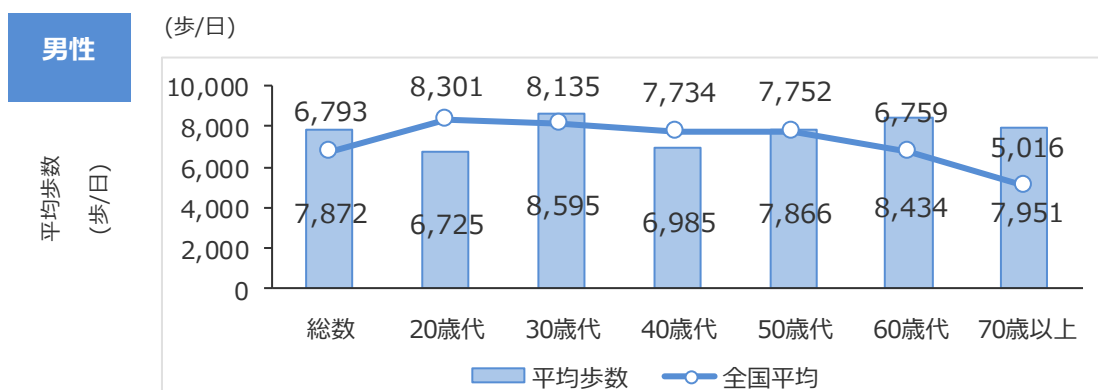
(2) 現状

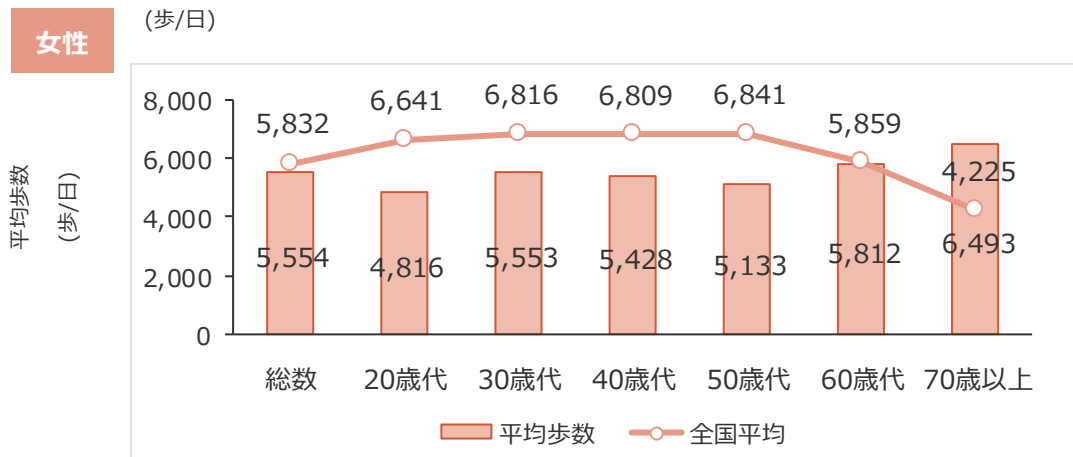
市民が健康的で持続可能な食環境を推進するため、メイドインフラノの消費拡大を図った取組や野菜の摂取量を測定するイベントの開催など、自身の食への関心を高める仕組みを展開しており、今後も継続して事業を行っていきます。

身体活動や運動に関する取組については、令和4年度より専用の活動量計や自身のスマートフォンを活用して日々の歩数の記録や体組成・血圧の測定等の健康づくりにポイントを付与する「ふらの健幸ポイント事業」を実施し、市民の健康を「見える化」することにより楽しみながら健康づくりに取り組める仕組みを取り入れています。

令和4年度の参加者平均歩数を全国平均と比較すると、男性全体では全国平均値を上回ったが、女性ではわずかに全国平均値を下回る結果となりました。性・年代別にみると、男性の60～70歳代と女性の70歳以上では全国平均値を大きく上回ったものの、20～50歳代の男女はともに歩数が少ない傾向がみられました。(図1)

図1 令和4年度 ふらの健幸ポイント事業参加者平均歩数





(資料:富良野健幸ポイント事業参加者アンケート)

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、まずは男女とも国の推奨歩数を目標に、個人が楽しみながら健康づくりに取り組める環境を引き続き提供していきます。また、通年で利用できる健康増進施設として「富良野スポーツセンター」「中心街活性化センターふらっと」があり、今後も連携を図りながら利用促進を図っていく必要があります。

(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	男性	女性	男性	女性				
①日常生活における歩数の増加	6,793	5,832	7,872	5,554	7,100	R14	7,100	R14
②運動習慣者の増加 ・20～64歳 (再掲)	23.5%	16.9%	36.6%	25.8%	30%	R14	◎現状維持	R14
運動習慣者の増加 ・65歳以上 (再掲)	41.9%	33.9%	45.3%	33.2%	50.0%	R14	50.0%	R14

※運動習慣者:1日30分以上の運動を週2回以上、1年以上継続している者の割合

*データソース:①R4年度富良野健幸ポイント事業報告書 ②若年者健診、特定健診、後期高齢者健診、国民健康・栄養調査

(4) 対策

- ・安全・安心な地元食材の消費と食への関心を高める取組の推進
- ・「ふらの健幸ポイント事業」の継続
- ・関係部署との連携によるウォーカブルなまちづくりの推進

8 ライフコースアプローチをふまえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえれば、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。

現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが「誰一人取り残さない健康づくり」には重要です。

1) こどもと女性の健康

若年女性の健康課題であるやせは、排卵障害（月経不順）や女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連すること、また妊娠前にやせであった女性は、標準的な体系の女性と比べて低出生体重児を出産するリスクが高いことが報告されています。

日本の低出生体重児の割合は、OECD（経済協力開発機構）諸国の平均である 6.5% と比べ、9.4% と高い状況です。近年、胎児期及び出生後早期の環境、特に栄養状態がその後の健康状態や疾病に影響するという DOHaD 説（Developmental Origins of Health and Disease）が唱えられており、低出生体重等の胎内での低栄養状態は、成人期に 2 型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まり、生涯にわたる悪影響をもたらす可能性があることが指摘されています。これらを踏まえ、次世代を担うこどもたちの健やかな成長を支えるためには、妊娠期（胎児期）からの健康づくりがとても重要です。

（1）基本的な考え方

幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康がこどもの健康にも影響することから、こどもの健康を支える取り組みを進めるとともに、妊婦の健康増進を図ることも重要です。

（2）現状

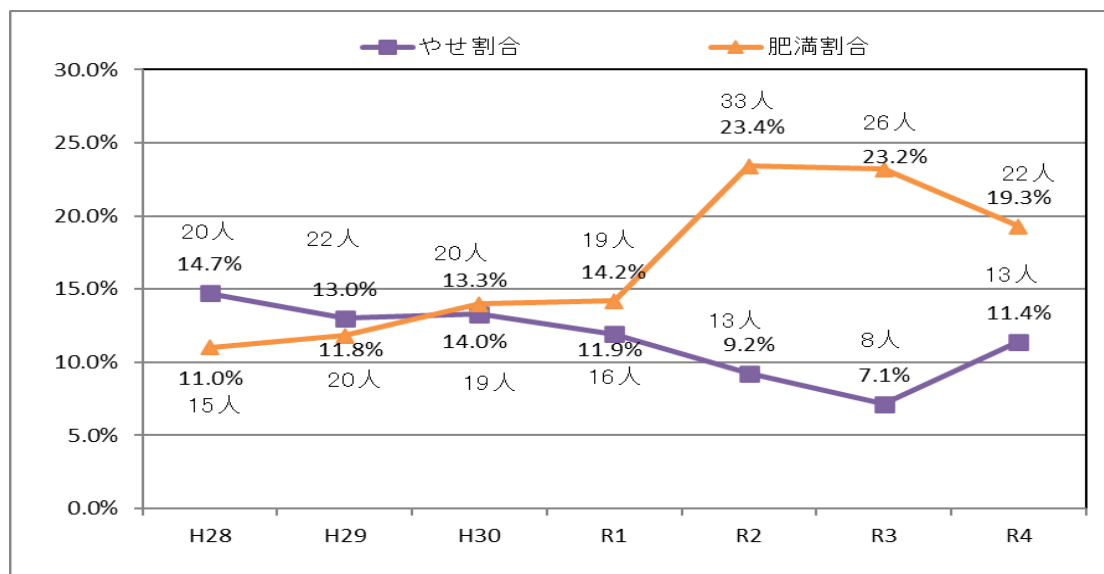
①妊婦のやせと肥満の状況

本市の妊娠届出時の妊婦の体格については、平成 29 年まではやせの妊婦の方が多い状況でしたが、平成 30 年以降はやせの妊婦より肥満の妊婦が多くなっています。

令和 4 年度本市に妊娠届出をした妊婦 114 人（10 歳代 2 人、20 歳代 45 人、30 歳代 61 人、40 歳代 6 人）のうち、やせの妊婦は 13 人（11.4%）で、20 歳代が 8 人、30 歳代が 5 人です。一方、肥満の妊婦については 22 人（19.3%）で、20 歳代 5 人、30 歳代 16 人、40 歳代 1 人です。

近年の妊婦の高年齢化がやせと肥満の妊婦の体格の推移に影響していると考えられます。（図 1）

図1 富良野市の妊婦のやせと肥満の推移



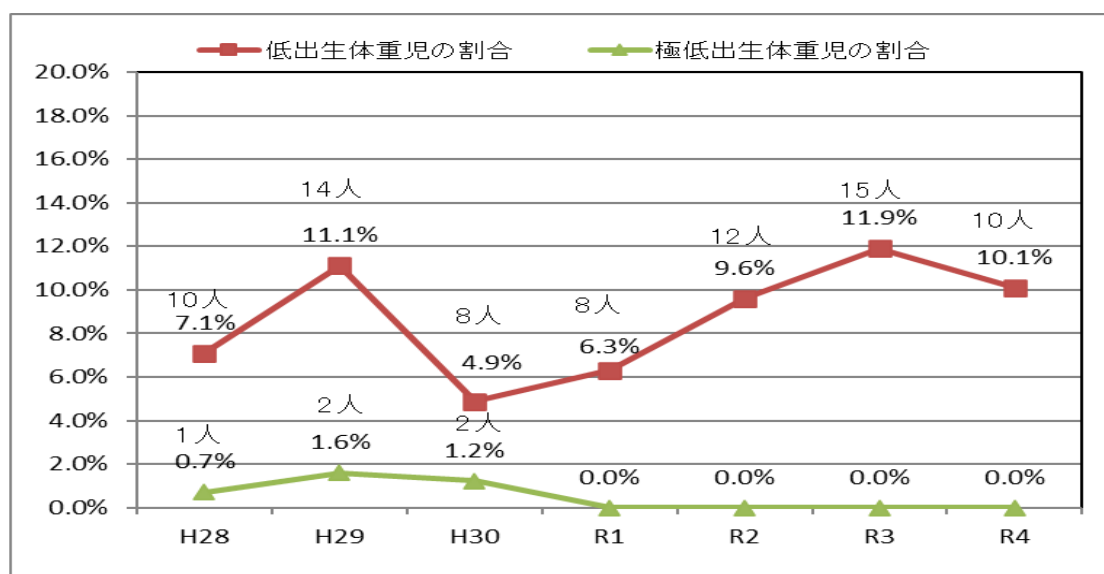
(資料:保健師活動分析)

②全出生中の低出生体重児の割合

本市では毎年8～15人の低出生体重の状態生まれています。やせ妊婦割合は減少していますが、低出生体重児は全出生の10%を超え増加傾向です。(図2)

妊娠前の母親のやせが低出生体重児の要因の1つと考えられていますが、平成30～令和4年度に本市で出生した児については、やせよりも肥満妊婦から生まれた低出生体重児の割合が高くなっています。近年の高齢出産の増加と、そのことによる肥満や生活習慣病合併、妊娠高血圧症候群や卵巣・子宮機能低下等、晩産化による母親側の身体的要因が影響しているものと考えられます。(表1)

図2 富良野市の全出生中の低出生体重児・極低出生体重児の割合の推移



(資料:保健師活動分析)

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 (人)	%	人数 (人)	%	人数 (人)	%
全国		18.1%		69.3%		12.6%
富良野市 H30～R4 出生619人	71	11.5%	440	71.1%	108	17.4%
低出生体重児	7	※9.8%	33	※7.5%	12	※11.1%
平均出生体重 (g)	2996.1		3006.7		3010.4	

※それぞれの体格の低出生体重児の割合

(資料:保健師活動分析、R1 国民健康・栄養調査)

③肥満傾向にあるこどもの割合

本市における幼児期の肥満傾向にある児の割合は、増減を繰り返しているものの、1才半健診については受診者の約1割に肥満が見られている状況です。成長に伴い改善している児が多く、1才半健診に比べ3歳児健診では肥満傾向児の割合は少なくなっています。(表2)

表2 幼児健診の肥満傾向(肥満度15%以上)にある児の割合

	1歳半健診		3歳児健診	
	人数	%	人数	%
H30	10人	8.5%	7人	4.6%
R1	12人	9.1%	12人	11.1%
R2	17人	12.1%	4人	2.8%
R3	14人	12.2%	11人	7.7%
R4	10人	8.3%	6人	4.9%

(資料:保健師活動分析)

また肥満傾向にある小学5年生の子どもの割合は、令和4年度は男子21.6%(全道18.7%、全国12.6%)、女子14.4%(全道13%、全国9.3%)と、全道・全国よりも高く増加傾向です。(表3)

表3 肥満傾向にある小学5年生の割合

年度	男子			女子			計		
	富良野	全道	国	富良野	全道	全国	富良野	全道	全国
H30	15.7%	13.0%	10.1%	9.5%	9.6%	7.8%	12.7%	11.3%	9.0%
R1	21.2%	16.1%	10.6%	16.7%	12.5%	8.5%	19.0%	14.4%	9.6%
R2	18.8%	19.7%	14.2%	14.7%	11.3%	9.5%	16.7%	15.6%	11.9%
R3	19.3%	18.7%	12.0%	7.5%	13.0%	9.3%	13.1%	15.9%	11.0%
R4	21.6%	18.7%	12.6%	14.4%	13.0%	9.3%	17.6%	15.9%	11.0%

(資料:教育委員会 市内小学校身体計測データ)

令和4年度の小学生の各学年における肥満の割合も全道・全国をほぼ上回り、本市の小学生については肥満傾向にある児の割合が高い状況です。(表4)

表4 小学生の肥満の割合(R4年度)

R4年度 学年	生まれ 年度	男子			女子			計		
		富良野	全道	国	富良野	全道	全国	富良野	全道	全国
1年	H27	9.8%	6.1%	5.3%	7.5%	7.5%	5.2%	8.6%	6.8%	5.2%
2年	H26	15.9%	10.8%	7.6%	12.3%	7.1%	6.9%	14.2%	9.0%	7.3%
3年	H25	12.4%	13.8%	9.8%	8.0%	10.7%	8.3%	10.4%	12.3%	9.1%
4年	H24	19.6%	17.9%	12.0%	16.9%	12.1%	8.2%	18.4%	15.0%	10.2%
5年	H23	21.6%	18.7%	12.6%	14.4%	13.0%	9.3%	17.6%	15.9%	11.0%
6年	H22	29.1%	15.1%	12.5%	13.0%	13.3%	9.4%	20.9%	14.2%	11.0%

(資料:教育委員会 市内小学校身体計測データ)

(3) 目標

◎は国の目標を達成している項目

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
	現状値	達成率	現状値	達成率	目標値	達成率	目標値	達成率
ア.若年女性のやせの減少 BMI18.5未満の20~30歳代の女性の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合) (再掲)	18.1%	R1	11.4%	R4	15%未満	R14	◎現状維持	R14
イ.若年女性の肥満の減少 BMI25.0以上の20~30歳代の女性の割合 (妊娠届出時の肥満の者の割合) (再掲)	12.6%	R1	19.3%	R4			減少	
ウ.全出生中の低出生体重児の割合の減少	9.4%	R3	10.1%	R4	減少		減少	
エ.肥満傾向にあるこどもの割合の減少 (小学5年生) (再掲)	11.0%	R3	17.6%	R4	減少		減少	

※ウ・エの目標値は成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新

*データソース:ア.イ.妊娠届、国民健康・栄養調査 ウ.人口動態統計 エ.学校保健統計調査

(4) 対策

①ライフステージに対応した栄養指導の推進

- ・ 妊娠期(胎児期)の栄養相談
- ・ 乳幼児期の栄養相談
- ・ 栄養バランスや適正なエネルギーに配慮した食生活の推進

②学齢期の保健指導・栄養指導の推進

- ・ 教育委員会と連携し、学童の肥満傾向児の実態把握と学校で実施される検査や食育指導の情報共有
- ・ こども健診(小学生)の実施について検討
- ・ 将来の生活習慣病予防に向けた保健指導・栄養指導の検討

2) 高齢者の健康

本市の総人口は減少傾向が続いていますが、高齢化率 34.6%（後期高齢化率 18.7%）は第 2 次健康増進計画策定時からの 12 年間で 7.8% 高くなっており、全道、全国と比べても高齢化が進んでいます。

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に進めていく必要があります。

(1) 基本的な考え方

高齢期の低栄養はフレイル（虚弱）と密接に関係しており、要介護及び総死亡リスクが統計的に有意に高くなることから、低栄養傾向に対する栄養指導やフレイルに対する取り組みが重要です。

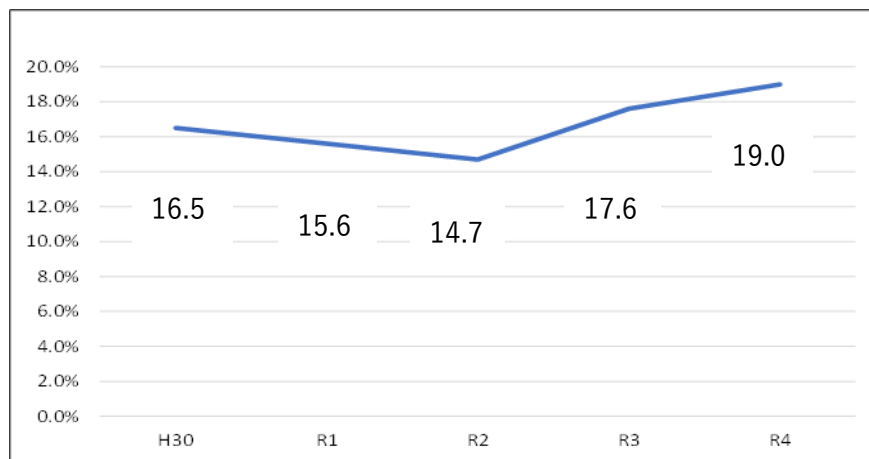
また、高齢者は社会的孤立に陥りやすく、段階的に社会とのつながりが弱くなる傾向があります。近年、通いの場の数は増加し参加率も上昇していましたが、新型コロナウイルス感染症の流行を契機に、高齢者の約 6 割が、流行前に比べ社会参加の頻度が減ったとの調査結果もあります。死亡リスクや要介護リスクを低下させるためにも高齢者に社会参加を促していくことが重要です。

(2) 現状

① 低栄養

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。本市の 65 歳以上の令和 4 年度の健診受診者のうち低栄養傾向（BMI20 以下）の割合は 19.0% で増加傾向です。（図 1）

図 1 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合（単位：%）



（資料：特定健診、後期高齢者健診）

②ロコモティブシンドローム予防

要介護状態となる主な原因の一つに運動器疾患があります。本市の65歳以上の介護認定者の原因疾患においても、関節症が33.0%、骨折が22.8%と約3割を占めています。また、75歳以上の後期高齢者医療費で骨折治療中は542人(13.6%)でありそのうち289人(53.3%)が要介護認定を受けています。(表2)(図2)

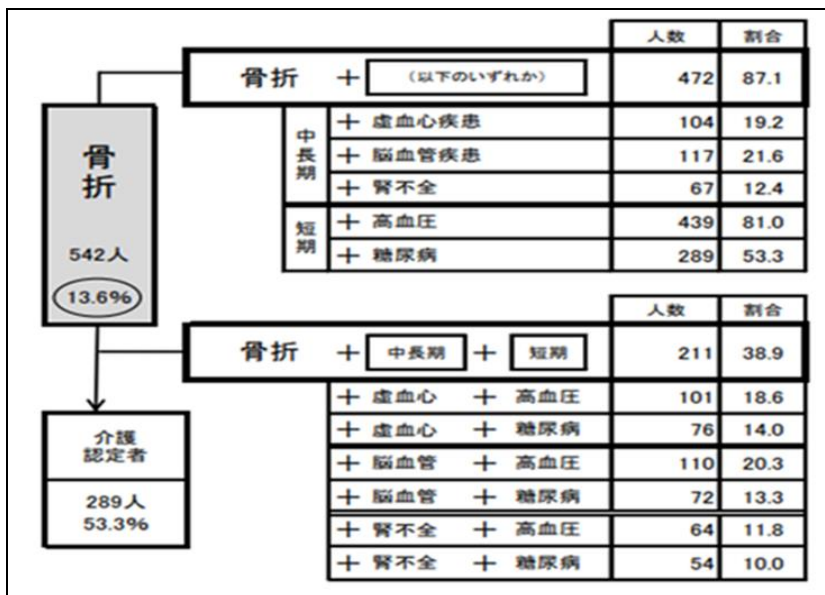
本市の令和4年度後期高齢者健診で「運動・転倒」に関する質問項目(以前に比べて歩く速度が遅くなった・この1年間で転んだことがある・運動習慣がない)の該当者が70.2%であり、運動に関する課題を抱えている高齢者が多い実態があります。高齢社会の進展に伴い、運動器疾患による要介護者の増加が予測されることから、今後もロコモティブシンドロームやフレイル予防への取組が必要です。(表3)

表2 運動器疾患と介護度別状況

介護度	疾病 被保険者数(A) 4,094	認定者数		筋・骨格							
				骨折		骨粗鬆症		脊椎障害		関節症	
		人数 a	割合 a/A	人数 n	割合 n/a	人数 o	割合 o/a	人数 p	割合 p/a	人数 q	割合 q/a
要支援	要支援1	238	5.8%	45	18.9%	93	39.1%	68	28.6%	114	47.9%
	要支援2	185	4.5%	47	25.4%	104	56.2%	47	25.4%	85	45.9%
	小計	423	10.3%	92	21.7%	197	46.6%	115	27.2%	199	47.0%
要介護	要介護1	299	7.3%	63	21.1%	88	29.4%	50	16.7%	87	29.1%
	要介護2	204	5.0%	55	27.0%	71	34.8%	41	20.1%	64	31.4%
	小計	503	12.3%	118	23.5%	159	31.6%	91	18.1%	151	30.0%
	要介護3	140	3.4%	45	32.1%	55	39.3%	16	11.4%	39	27.9%
	要介護4	103	2.5%	26	25.2%	31	30.1%	11	10.7%	17	16.5%
	要介護5	106	2.6%	10	9.4%	21	19.8%	9	8.5%	15	14.2%
	小計	349	8.5%	81	23.2%	107	30.7%	36	10.3%	71	20.3%
合計		1,275	31.1%	291	22.8%	463	36.3%	242	19.0%	421	33.0%

(資料:KDBシステム)

図2 骨折と生活習慣病の重なり



(資料:KDBシステム)

表3 後期高齢者健診（75歳以上）における高齢者質問票の回答

質問項目	回答内容	R2		R3		R4	
		人数	%	人数	%	人数	%
健康状態	よくないあまりよくない	35	9.0%	31	7.4%	38	8.8%
心の健康状態	不満・やや不満	23	5.9%	17	4.0%	26	6.0%
食習慣	3食食べない	16	4.1%	20	4.8%	12	2.8%
口腔機能	硬いものが食べにくい・汁物等でむせる	154	39.4%	182	43.3%	166	38.6%
体重変化	6か月間で2～3kg減少あり	45	11.5%	46	11.0%	57	13.3%
運動・転倒	歩く速度が遅くなった、1年間で転倒あり、運動していない	285	72.9%	311	74.0%	302	70.2%
認知機能	物忘れあり、今日の日時がわからない	110	28.1%	121	28.8%	105	24.4%
喫煙	あり	14	3.6%	20	4.8%	19	4.4%
社会参加	週1日以上の外出不し、人付き合いなし	51	13.0%	60	14.3%	50	11.6%
ソーシャルサポート	相談相手なし	30	7.7%	32	7.6%	19	4.4%
回答数		391		420		430	

（資料：後期高齢者健診）

③高齢者の社会活動

後期高齢者健診で実施している高齢者質問票で、「週1回以上の外出」や「人付き合い」等の社会参加について「ない」と回答している者の割合は11.6%（令和4年）で、コロナ禍にありながらも令和2、3年と比較するとやや改善しています。社会参加と同様に認知機能や、ソーシャルサポートに関する回答にも改善がみられる一方で、心の健康状態については「不満」、「やや不満」と回答している人の割合が増加傾向です。（表3）

老人クラブに対し、フレイル予防を主なテーマに実施してきた健康教育（保健・介護一体的実施事業）については、コロナ禍に入った令和2年度から希望する老人クラブが減り、令和3年度には参加者も例年の半数以下に減少していましたが、令和4年度についてはコロナ禍以前に近い実施数になっています。（表4）

令和5年度からは理学療法士と保健師と一緒に老人クラブに出向き、フレイル予防のための講話、運動機能の評価、自宅で実施できる運動プログラムの提案等を行っています。またフレイル状態と判断された高齢者に対しては、地区担当保健師が定期的に身体状況や運動機能を確認する等、フレイルの改善に向け継続的に支援しています。

表4 保健・介護一体的実施事業（老人クラブ健康教育）実施状況

	H30	R1	R2	R3	R4
団体数	14	16	10	7	13
参加人数 (人)	381	352	228	137	271

（資料：保健師活動分析）

(3) 目標

目 標	国の現状値		富良野の現状値		国の目標値		富良野市の目標値	
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の減少 (再掲)	16.8%	R1	19.1%	R4	13%未満	R14	13%未満	R4
運動・転倒について課題がある高齢者の減少 (後期高齢者の質問票で、歩く速度が遅くなっ た/1年間で転倒あり/運動していないと回答す る者の減少)			70.2%	R14			減少	R14
社会参加がない高齢者の減少 (後期高齢者質問票で週1回以上の外出がない/人 付き合いがないと回答する者の減少) (再掲)			11.6%				減少	
通いの場(老人クラブ)の参加者数の増加 (再掲)			271人				増加	

*データソース:後期高齢者健診、保健師活動分析

(4) 対策

①低栄養の改善

- ・低栄養傾向高齢者に対する適切な栄養指導の実施

②フレイル予防

- ・後期高齢者健診においてフレイルが疑われる高齢者への介入
- ・保健・介護一体的実施事業(老人クラブ)実施とフレイル状態の高齢者の継続的支援

第4章 計画の推進

1 健康増進に向けた取組の推進

1) 多様な主体との連携

計画の推進には、市だけでなく市民をはじめ民間や地域団体など、さまざまな分野の関係機関との連携・協力が必要です。個人の生活習慣や価値観を形成する背景には、家族や地域の習慣や特性があります。誰一人取り残さない健康づくりを効果的に行うためには、これら実態の把握に努め、地域の健康課題に成果のあった取組は引き続き推進し、目標未達成となった取組は、より効果的な取組となるよう市民をはじめ地域や関係機関とともに連携を図りながら改善を進めることにより、個々の健康状態や生活環境に応じた地域づくりができるものと考えます。そのために、市は地域の健康課題などの情報を関係機関と共有し、健康施策を進めます。

2) 関係する行政分野との連携

健康づくりは個人の努力だけでは実現できるものではなく、個人を取り巻く環境の整備が必要です。都市環境と健康には密接な関係があるとされ、ライフステージに応じた健康増進の取組を進めるためには、医療、保健、介護、福祉等の取組に加え、教育、スポーツ、地域コミュニティ、経済、まちづくり、建築等、あらゆる分野と横断的に連携し推進していかなければなりません。

地域住民がそこに暮らすことで自然と健康になり、生きがいを感じながら安全安心で豊かな生活が送れるよう、総合的に健康施策を展開します。

2 健康増進を担う人材の確保とデジタルの活用

1) 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中心的な役割を果たします。個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすことから、効果的・効率的に業務に取り組むために人材の確保に努め、引き続き保健指導体制の整備を進めていきます。

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なことから、保健師や管理栄養士等の専門職は、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自己研鑽に努めるとともに、医療や介護等関係機関の従事者と連携を図りながら、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。

2) デジタル技術の活用

より効果的・効率的に健康づくりを進めるためには、デジタル技術を積極的に活用することが不可欠です。保健師や管理栄養士は、国保データベース（KDB）システムにより、医療・保健・介護を突合した健康情報を活用し、健康課題を把握しながら健康づくりに関する情報提供を行います。

また、令和4年度から開始した、専用の活動量計や自身のスマートフォンを活用し日々の歩数や体組成・血圧の測定データなど個々の健康を見える化する「ふらの健幸ポイント事業」を継続し、市民が楽しみながら健康づくりに取り組める仕組みを提供することにより、市民の健康意識を高め健康寿命延伸を目指します。

1 策定経過

令和5年

9月13日～ web会議
30日 ・前計画の評価及び意見集約

令和6年

1月22日 健康増進計画策定委員会・実務者会議
・計画策定の趣旨
・前計画の評価及び素案について
・スケジュール確認

1月22日～ web会議で意見集約・協議
30日 ・修正案についてweb会議で意見集約・協議

2月15日～ パブリックコメントの実施
3月 5日

2 健康増進計画策定検討委員会

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。

附 則

1 この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

別表1 検討委員会

職 名	氏 名
保 健 福 祉 部 長	柿 本 敦 史
高 齢 者 福 祉 課 長	佐 藤 知 江
福 祉 課 長	斉 藤 恵 美 子
企 画 振 興 課 長	小 笠 原 竹 伸
ス マ ー ト シ テ ィ 戦 略 課 長	木 村 栄 一
市 民 課 長	須 藤 敦 子
コ ミ ュ ニ テ ィ 推 進 課 長	奥 田 俊 二
農 林 課 長	松 木 政 治
商 工 観 光 課 長	本 田 寛 康
都 市 建 築 課 長	黒 崎 幸 裕
教 育 振 興 課 長	上 野 和 広
こ ど も 未 来 課 長	西 出 和 子

別表2 実務者会議

職 名	氏 名
高 齢 者 福 祉 課 介 護 保 険 係 長	原 智 樹
高 齢 者 福 祉 課 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 係 長	志 村 和 博
高 齢 者 福 祉 課 介 護 予 防 係 長	篠 原 里 佳
福 祉 課 福 祉 係 長	多 田 牧 子
福 祉 課 保 護 係 長	北 條 祐 邦
ス マ ー ト シ テ ィ 戦 略 課 主 幹 兼 ス マ ー ト シ テ ィ 推 進 係 長	鶴 飼 敏 行
市 民 課 医 療 年 金 係 長	多 田 勝 吾
コ ミ ュ ニ テ ィ 推 進 課 文 化 ・ ス ポ ー ツ 係 長	楠 本 大 輔
農 林 課 農 業 振 興 係 長	西 尾 善 行
商 工 観 光 課 主 幹 兼 商 工 労 働 係 長	上 堀 義 文
都 市 建 築 課 都 市 建 築 係 長	水 口 智 也
教 育 振 興 課 学 務 係 長	志 賀 光
教 育 振 興 課 社 会 教 育 係 長	藤 野 翔 太
こ ど も 未 来 課 こ ど も 支 援 係 長	高 田 恵 美 子

事務局 名簿

	職 名	氏 名
事務局長	保健医療課長	佐藤 清 理
事務局次長	保健医療課主幹	奥 田 由 紀
事務局員	保健医療課健康推進係長	中 尾 文 美
事務局員	保健医療課健康推進係	入 交 絵 美
事務局員	保健医療課健康推進係	柿 原 美 希
事務局員	保健医療課健康推進係	山 根 美 葉
事務局員	保健医療課健康推進係	角 田 茜
事務局員	保健医療課健康推進係	染 谷 奈 瑠 美
事務局員	保健医療課健康推進係	高 橋 涼 風
事務局員	保健医療課健康推進係	鈴 木 歩 佳

富良野市健康増進計画(第三次)

令和6年度から令和17年度まで

発行／令和6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