第三次健康増進計画
健康しもかわ２１

令和６年３月

下川町

目　　次

序章 計画改定にあたって 2
第1節 計画改定の趣旨 2
第2節 計画の性格 4
第3節 計画の期間 4
第4節 計画の対象 4

第Ⅰ章 下川町の概況と特性 5
第1節 町の概要 5
第2節 町の主な特性 5
1 人口 5
2 死亡 6
3 介護保険 9
4 出生 10

第Ⅱ章 課題別の実態と対策 11
第1節 前計画の評価 11
第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防 13
1 女性とこどもの健康 13
2 循環器病 20
3 糖尿病 33
4 がん 47
5 COPD（慢性閉塞性肺疾患） 51
6 歯・口腔の健康 53
7 高齢者の健康 56
第3節 生活機能の維持・向上 59
1 身体の健康 59
2 こころの健康 59
第4節 目標の設定 59

第Ⅲ章 計画の推進 62
第1節 健康増進に向けた取組みの推進 62
1 活動展開の視点 62
2 関係機関との連携 62
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 64

序章 計画改定にあたって

第1節 計画改定の趣旨

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

今回、令和6年度から令和17年度までの「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））」（以下「国民運動」という。）では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、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に向け、下記の4つの基本的な方針を示し令和17年度までの取り組みを推進することになりました。

基本的な方針で示された生活習慣病の発症予防・重症化予防は、高齢化に伴い生活習慣病の有病者数の増加が見込まれており、その対策は健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題であるため、生活習慣の改善等により、多くが予防可能である「循環器病、糖尿病、がん及びCOPD」を重要な生活習慣病と捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講ずることが重視されています。

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
　（1）生活習慣の改善
　（2）生活習慣病（＊NCDs）の発症予防と重症化予防
　（3）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
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

また、これらの基本的な事項を達成するため、51項目について、現状の数値とおおむね12年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになりました。

下川町（以下「本町」という。）では、平成15年3月に「健康日本21」の取り組みを法的に位置づけられた健康増進法に基づき、本町の特徴や、町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、健康増進計画「健康しもかわ21」を平成21年3月に策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標については、これまでの町の取り組みの評価及び新たな健康課題などを踏まえ、第三次健康増進計画「健康しもかわ21」を策定します。

【参考】基本的な方針の概略

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

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）及び生活習慣の定着によるがん、生活習慣病（NCDs）の発症予防、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。また、生活習慣病（NCDs）の予防とともに、生活機能の維持・向上も踏まえた取り組みを推進し健康寿命の延伸を実現する。

＊NCDsとは

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患及び糖尿病を中心とする非感染性疾患（NCD）は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

3 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組み、社会とのつながりをもつことのできる環境整備や自然に健康になれる環境づくりの推進とともに誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備等について、多様な主体による取り組みを推進しつつ関係省庁と連携し取り組みを進める。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態が、これまでの生活習慣等に影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があるため、ライフコースアプローチ（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）の取り組みを推進する。

ヘルスプロモーション（オタワ憲章）

ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にするためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し環境に対処することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。

（能力の付与）ヘルスプロモーション活動は、現在の健康状態の差異を減少させること、すべての人びとが自らの健康の潜在能力を十分に発揮できるような能力を付与するための平等な機会の基盤を包含している。

第2節 計画の性格

この計画は、第6期下川町総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、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。（図表1）

図表1 関連する法律及び各種計画法律

<table>
<tr><th>法律</th><th>北海道の計画</th><th>下川町の計画</th></tr>
<tr><td>健康増進法</td><td>北海道健康増進計画
「すこやか北海道21」</td><td>健康増進計画 健康しもかわ21</td></tr>
<tr><td>高齢者の医療の確保に関する法律</td><td>北海道医療費適正化計画</td><td rowspan="2">国民健康保険データヘルス計画
特定健康診査等実施計画</td></tr>
<tr><td>国民健康保険法</td><td>北海道保健事業実施計画</td></tr>
<tr><td>循環器基本法</td><td>北海道循環器病対策推進計画</td><td>（健康増進計画 健康しもかわ21）</td></tr>
<tr><td>成育基本法</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>こども基本法</td><td rowspan="3">北の大地★子ども未来づくり北海道計画</td><td rowspan="2">下川町子ども・子育て支援事業計画</td></tr>
<tr><td>子ども・子育て支援法</td></tr>
<tr><td>母子保健法</td><td>（健康増進計画 健康しもかわ21）</td></tr>
<tr><td>食育基本法</td><td>北海道食育推進計画
（どさんこ食育推進プラン）</td><td>下川町食育推進計画</td></tr>
<tr><td>がん対策基本法</td><td>北海道がん対策推進計画</td><td>（健康増進計画 健康しもかわ21）</td></tr>
<tr><td>歯科口腔保健の推進に関する法律</td><td>北海道歯科保健医療推進計画</td><td>（健康増進計画 健康しもかわ21）</td></tr>
<tr><td>介護保険法</td><td>北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画</td><td>下川町高齢者福祉計画・介護保険事業計画</td></tr>
<tr><td>自殺対策基本法</td><td>北海道自殺対策行動計画</td><td>下川町生きる力を育む・支える自殺対策計画</td></tr>
</table>

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお、6年を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチの視点で健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第Ⅰ章 下川町の概況と特性

第1節 町の概要

本町は北海道上川管内の北東部に位置し、東西 20 ㎞、南北 31 ㎞に及ぶ 644.54 ㎢の広大な面積を有し、その 9 割が森林で覆われ、恵まれた森林資源と豊かで美しい自然が残されています。令和 2 年の産業別人口は、第 1 次産業が 25.9%、第 2 次産業が 18.4%、第 3 次産業が 55.7%で、林業、農業の町です。

第2節 町の主な特性

1 人口

本町の人口(令和 5 年 1 月 1 日住民基本台帳)は、3,027 人です。令和4年度の65歳以上人口の占める割合(高齢化率)は 40.0%で、国や道と比較すると、高齢化率は高い状況です。(図表2)

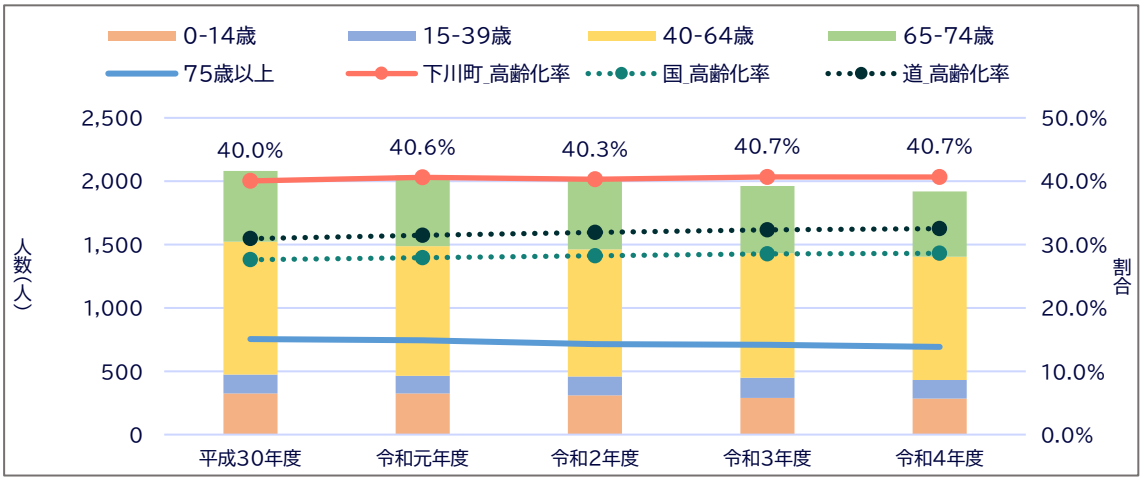
しかし平成30年からの推移をみると、高齢化率はほとんど変わりません。高齢者人口は平成21年にピークは過ぎており、人数は減少しています。生産年齢人口(15～64歳)の推移では、40～64歳の人口割合は維持されていますが、0～14歳と15～39歳の人口割合が減少しています。

図表2 人口構成

	下川町		北海道	全国
	人数	割合	人数	割合
総人口	3,027	—	—	—
0～14 歳	289	9.6	10.4	11.7
15～64 歳	1,526	50.4	57.1	59.6
65 歳以上	1,212	40.0	32.5	28.6
(再掲)75 歳以上	689	22.8	17.1	15.4

住民基本台帳 R5年1月1日現在

図表3 人口の変化と高齢化率



住民基本台帳_H30 年度から R4 年度

2 死亡

(1)死因

令和3年度の主要死因は、老衰、肺炎、大動脈瘤及び解離、腎不全が国・道より高い状況です。(図表4)

図表4 主要死因

順位	死因	下川町		道	国
		死亡者数	割合	割合	割合
1位	老衰※	17	30.9	8.3	10.6
2位	悪性新生物	11	20.0	29.2	26.5
3位	心疾患(高血圧性除く)	4	7.3	14.3	14.3
4位	肺炎	3	5.5	5.0	5.1
5位	大動脈瘤及び解離	2	3.6	1.5	1.3
5位	腎不全	2	3.6	2.5	2.0
5位	不慮の事故(交通事故除く)	2	3.6	2.3	2.4
-	死亡総数	55	-	-	-

厚生労働省 人口動態調査 R3年度

※「老衰」の数は、医師の診断の癖による影響を受けやすいとされている。

平成25年から令和4年までの累積死因別死亡数をみると、悪性新生物による死亡が153人と最も多く、標準化死亡比(SMR)※が高い死因は、自殺や腎不全でした。(図表5－1)

保健事業により予防可能な疾患「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「腎不全」についてみると、腎不全の死亡は男女ともに多く、女性の虚血性心疾患の死亡が多い状況です。(図表5－2) 平成18年～平成27年と平成25年～令和4年のSMRの推移は、「脳血管疾患」は低くなり、「虚血性心疾患」「腎不全」は高くなっています。(図表6)

「心疾患」は、主に高血圧と大きく関連のある疾患が含まれており、本町の2位を占める死因ですが、平成18年～平成27年のSMRに比べて平成25年～令和4年のSMRは、国・道より低くなっています。

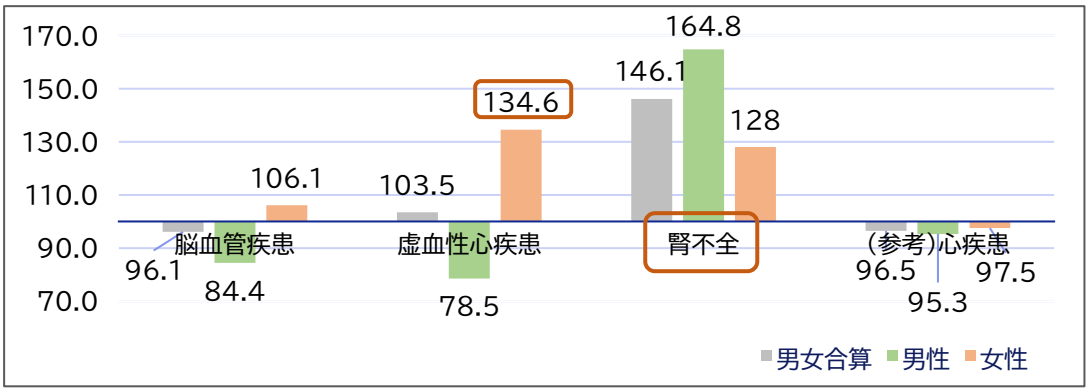
※標準化死亡比(SMR):国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いとされ、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

図表5－1 死因別標準化死亡比(SMR)

順位	死因	下川町		道	国
		死亡者数	SMR	SMR	SMR
1位	悪性新生物	153	101.9	110.9	100
2位	心疾患	91	96.5	98.1	
3位	脳血管疾患	47	96.1	94.0	
4位	虚血性心疾患	31	103.5	81.4	
5位	肺炎	28	54.1*	97.9	
6位	不慮の事故	20	133.5	91.3	
7位	腎不全	18	146.1	128.2	
8位	自殺	11	180.4*	103.2	
9位	交通事故	1	63.7	95.1	

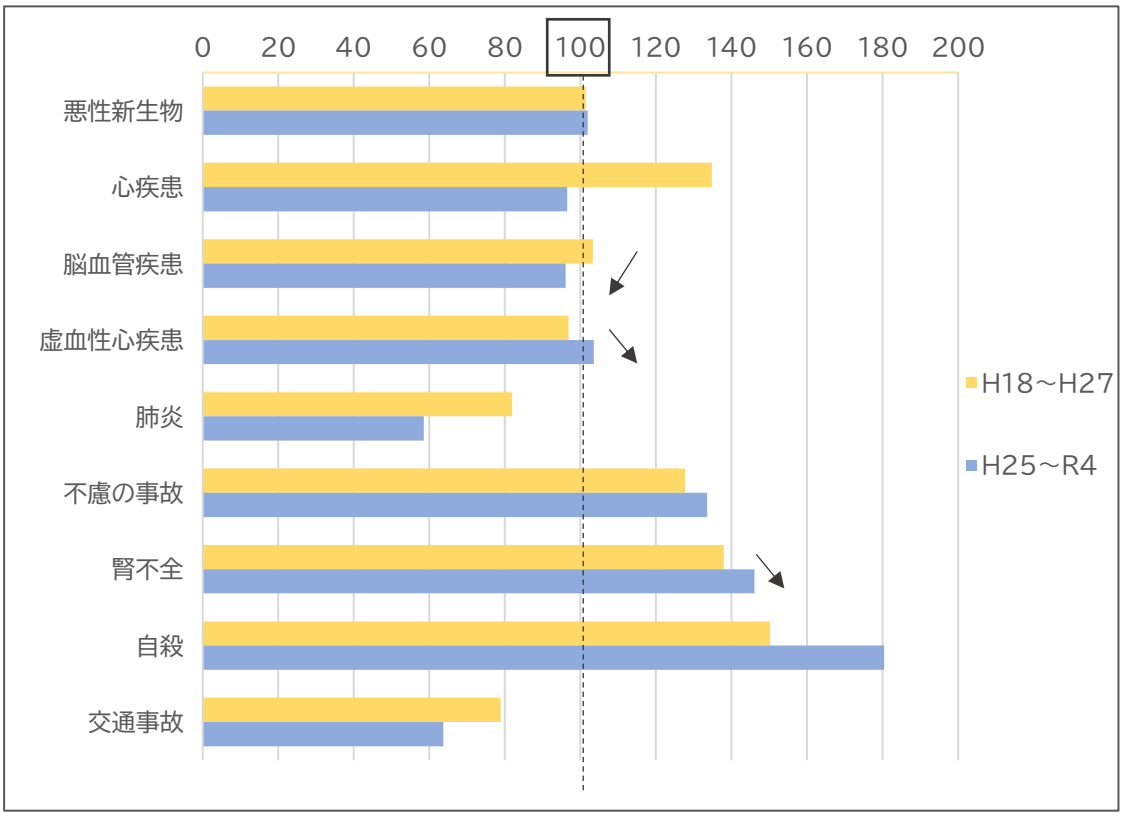
北海道健康づくり財団統計データ H25年からR4年

図表5－2 死因別標準化死亡比（SMR）保健事業で予防可能な疾患 男女別



北海道健康づくり財団統計データ H25年からR4年

図表6 H18～H27年とH25～R4年 標準化死亡比の比較



北海道健康づくり財団統計データ H18年からH27年

北海道健康づくり財団統計データ H25年からR4年

(2)男女別の平均余命及び平均自立期間

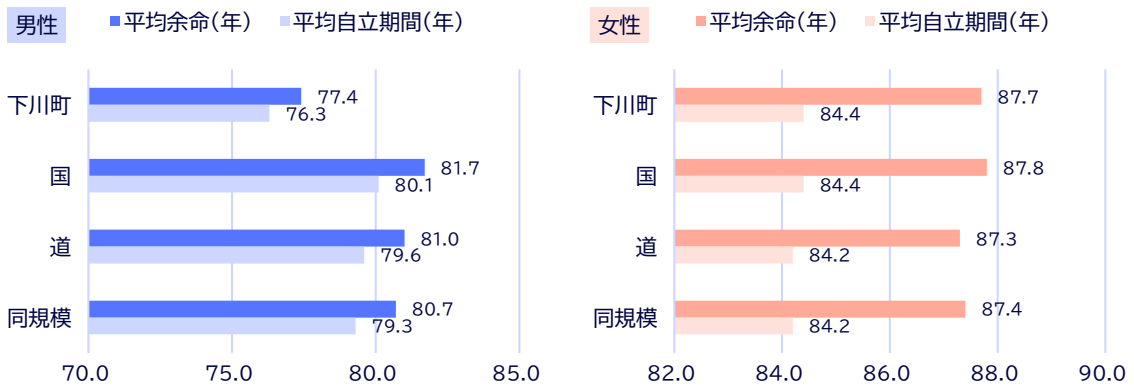
平均余命は、男性は国より短く、女性は国と同程度です。平均自立期間は、男性の平均自立期間は76.3 年で国より短く、女性の平均自立期間は 84.4 年で国と同程度です。

介護などで日常生活に制限のある期間(平均余命と平均自立期間の差)は、男性は1.1 年で、平成 30 年度以降縮小しています。女性は 3.3 年で拡大しています。(図表7)

※平均余命:ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では 0 歳での平均余命を示している

※平均自立期間:0 歳の人が要介護 2 の状態になるまでの期間

図表7 平均余命及び平均自立期間(健康寿命)



		下川町		同規模	北海道	全国
年度		H30	R4	R4	R4	R4
男性	平均余命(年)	80.8	77.4	80.7	81.0	81.7
	平均自立期間(年)	79.5	76.3	79.3	79.6	80.1
	差(年)	1.3	1.1	1.4	1.4	1.6
女性	平均余命(年)	85.0	87.7	87.4	87.3	87.8
	平均自立期間(年)	82.1	84.4	84.2	84.2	84.4
	差(年)	2.9	3.3	3.2	3.1	3.4

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 R4 年度 累計

3 介護保険

本町の第 1 号被保険者(65 歳以上)・第 2 号被保険者(40～64 歳)における要介護認定率は、ともに国や道より低い状況です。(図表8)

平均自立期間に影響する要介護2以上の2号認定者を調べると、国保被保険者では、健診を受けていて予防可能な疾患で介護となっている人はいませんでした。しかし、国保被保険者以外の人で、脳血管疾患など予防可能な疾患によって介護が必要となり2号認定者となっている人はいる状況でした。

図表8 要介護(要支援)認定区分別の認定者数・割合

	要支援 1-2		要介護 1-2		要介護 3-5		下川町	道	国
	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
第1号認定									
65-74 歳	5	1.0	9	1.7	6	1.2	3.9	-	-
75 歳以上	30	4.3	67	9.7	87	12.6	26.6	-	-
計	35	2.9	76	6.3	93	7.7	16.9	20.8	18.7
第2号認定									
40-64 歳	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0.1	0.4	0.4
総計	36	1.7	76	3.5	93	4.3	-	-	-

住民基本台帳 R4 年度
KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 R4 年度 累計
KDB 帳票 S24_001-要介護(支援)者認定状況 R4 年度 累計

要介護または要支援の認定を受けた人のうち、特に予防すべき重篤な疾患の有病状況として、「心臓病」は 74.9%、「脳血管疾患」は 21.3%となっており、特に心臓病の割合が高いです。重篤な疾患に発展する可能性のある基礎疾患の有病状況をみると、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の割合が高く、特に高血圧と脂質異常症が高いです。また、「筋・骨格関連疾患」の割合も高い状況があります。本町の要介護者・要支援認定者の多くが、予防可能な生活習慣病に関する疾患を有しています。(図表9)

図表9 要介護・要支援認定者の有病状況

疾病名	要介護・要支援認定者(1・2 号被保険者)		同規模	道	国
	該当者数	割合			
糖尿病	56	25.3	21.6	24.6	24.3
高血圧症	140	66.0	54.3	50.0	53.3
脂質異常症	99	46.3	29.6	31.1	32.6
心臓病	154	74.9	60.8	55.3	60.3
脳血管疾患	43	21.3	22.1	20.6	22.6
がん	27	12.9	10.3	12.3	11.8
精神疾患	73	34.8	37.4	35.0	36.8
うち_認知症	46	23.1	24.8	21.6	24.0
アルツハイマー病	30	15.3	18.6	15.9	18.1
筋・骨格関連疾患	137	66.3	54.6	50.0	53.4

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 R4 年度 累計

4 出生

本町の合計特殊出生率（平成２５～２９年度）は国より低く、道より高い状況です。令和３年度以降は10 名前後で推移しています。（図表10）

図表10 出生の推移

<table>
<tr><td colspan="2">年度</td><td>H23</td><td>H24</td><td>H25</td><td>H26</td><td>H27</td><td>H28</td><td>H29</td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr>
<tr><td colspan="2">出生数</td><td>12</td><td>22</td><td>19</td><td>16</td><td>10</td><td>21</td><td>15</td><td>18</td><td>17</td><td>18</td><td>9</td><td>11</td></tr>
<tr><td rowspan="3">合計
特殊
出生率</td><td>町</td><td colspan="2">H20-24
1.27</td><td colspan="6">H25-29
1.36</td><td colspan="4" rowspan="3">R7 公表予定</td></tr>
<tr><td>道</td><td colspan="2">1.25</td><td colspan="6">1.30</td></tr>
<tr><td>国</td><td colspan="2">1.38</td><td colspan="6">1.43</td></tr>
</table>

第Ⅱ章　課題別の実態と対策

第1節　前計画の評価

第6期下川町総合計画を上位計画とし、健康増増進法をはじめ各法律を基に幅広い保健事業を推進してきました。特に生活習慣病対策については、18歳からのハピネス健診をはじめ、がん検診の無料クーポン発行等による受診率向上、特定健診のインセンティブ付与による継続受診促進、健診受診者に対する個別支援の充実や糖尿病性腎症等重症化予防の取り組み、妊娠期から将来の自身及び子どもの生活習慣病予防を意識した支援を行うなど、予防活動を実施してきました。

これら予防活動により、今後も特に課題解決していきたいものとして、基本的生活習慣の確立、メタボリックシンドロームや肥満、高血圧、がん検診受診率があります。

これらを踏まえ、次期計画を推進するために国から示された基本的な方針と目標項目について、健康増進は最終的に「個人の行動と健康状態の改善（生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防と重症化予防等）」が重要と捉え、本町の時期計画を図表11のとおりライフコースの視点で健康づくりを推進します。

図表11

「健康日本21（第3次）」の基本的な方針と目標 「胎児から高齢者まで～ライフコースに応じた健康づくり」

全体目標	健康寿命の延伸 健康格差の是正	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり 胎児（妊婦） 0歳 18歳 20歳 40歳 65歳 75歳		死亡
個人の行動と健康状態の改善	女性・子どもの健康	□妊娠中の適正な体重増加 ○妊娠中の喫煙をなくす ○適正体重の子どもの増加 （低出生体重児の割合の減少） （在胎週数に相当した出生体重にある児の増加） ●適切な生活リズムで生活する子どもの割合の増加 ○肥満傾向にある子どもの割合の減少		
	循環器病		□高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少） □脂質高値者の（LDL160㎎/dl 以上）の減少 □メタボリックシンドローム該当者・予予備群の減少 ○食塩摂取量の減少 ○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 （純アルコール摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上の者） ○睡眠で休養が取れている者の増加	□脳血管疾患 SMR100以下 □虚血性心疾患 SMR100以下
	糖尿病		□糖尿病合併症（糖尿病性腎症）の減少 （糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数の減少） □糖尿病有病者の増加の抑制 □治療継続者の割合の増加 □血糖コントロール不良者の減少 （HbA1c が8. 0%以上の者の割合の減少） □適正体重を維持している者の増加 （BMI25以上の者の減少） ○野菜摂取量の増加 ○日常生活における歩数の増加 ○運動習慣者の増加 □特定健診受診率の向上 □特定保健指導の実施率の向上	
	がん		□がん検診受診率の向上 □精密検査の受診率の向上	□悪性新生物 SMR100以下
	COPD		○20歳以上の喫煙率の減少	□COPD SMR100 以下
	歯・口腔の健康	□乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 ○歯周病を有する者の割合の減少		
	高齢者		■特定健診受診率向上 後期高齢者健診受診率向上	
	生活機能の維持・向上	◆自殺率の減少		

個人の取組では解決できない地域や社会の健康づくり：□社会環境の質の向上

○生活習慣改善、□生活習慣病の発症予防・重症化予防、◇生活機能の維持・向上 ※それぞれ黒は独自目標

第2節　生活習慣病の発症予防・重症化予防

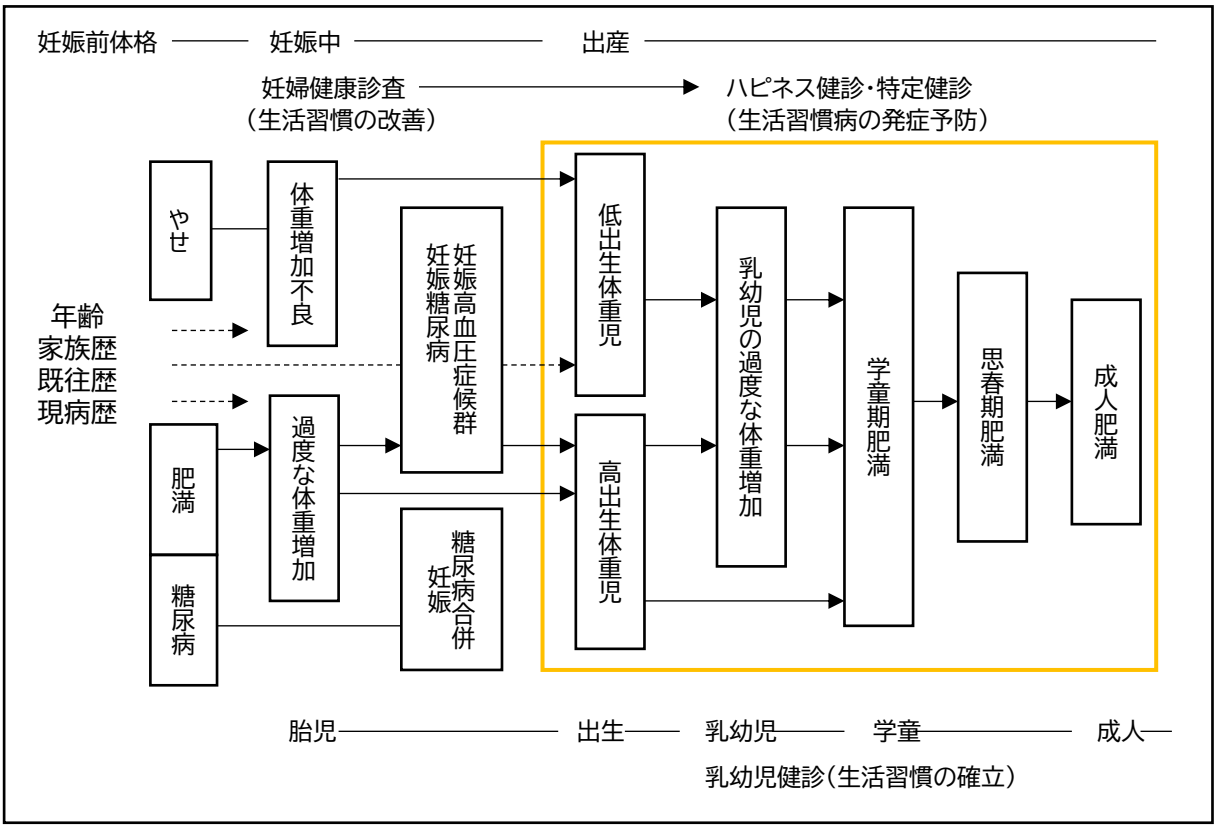
1　女性とこどもの健康

(1)基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が成人期以降の生活習慣病の発症要因であることが、疫学的研究でわかってきています。低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症します。そのため、妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。(図表12)

妊娠届出時の年齢が35歳以上の高齢妊娠は、年度による上下がありますが、平成30年度～令和4年度の合計では42．3%が高齢出産となっています。出産年齢が高くなることで、妊娠糖尿病等の産科合併症のリスクが高くなります。妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診・相談、出生から3歳児までの乳幼児健診を実施しています。(図表13)

図表12　妊娠期(胎児期)からの生活習慣病予防



図表13　高齢妊娠の割合

年度	H25	H30	R元	R2	R3	R4	H30～R4 計
妊娠届出数	19	25	18	15	7	13	78
35歳以上	5	12	9	7	2	3	33
割合	26.3	48.0	50.0	46.7	28.6	23.1	42.3

(2)現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア)低出生体重児(2,500g 未満)の割合の減少

低出生体重児の割合は、年度によってバラつきがありますが、累計でみると全国平均の9%台と比べて低い状況です。(図表14)

低出生体重児は一過性多呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化等をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長の見守りが大切です。

低出生体重児の3割は、在胎37週以上の正期産です。低出生体重児の背景要因は様々ありますが、予防できる要因としては、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や喫煙があります。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要です。(図表15, 16, 17)

図表14 低出生体重児(2,500g 未満)の推移

年度		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	累計
出生数		20	24	12	20	15	18	18	17	9	12	165
低出生体重児		0	0	0	3	1	1	1	1	1	2	10
割合		0	0	0	15.0	6.7	5.6	5.6	5.9	11.1	16.7	6.1
内訳	単胎児	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	9
	多胎児	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1

図表15 低出生体重児の状況(H25～R4 年度(10年間累計))

		計		正期産		早産		再掲			
								後期早産児			
				在胎 37 週～42週未満		在胎 37 週未満		在胎 34 週～37 週未満		在胎 22 週～34 週未満	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出生体重 2,500g 未満		10	100	3	30.0	7	70.0	6	85.7	1	14.3
単胎児	2,500g 未満	8		3	38.0	5	63.0	4	50.0	1	13.0
	2,500g 未満 2,000g 異常	5		3	60.0	2	40.0	2	40.0	0	0
	2,000g 未満 1,500g 以上	3		0	0	3	100	2	66.7	1	33.3
	1,500g 未満 1,000g 以上	0		0	0	0	0	0	0	0	0
	1,000g 未満	0		0	0	0	0	0	0	0	0
多胎児	2,500g 未満	2	20	0	0	2	100	2	100	0	0

図表16　低出生体重児の主な背景要因

母体因子	胎児因子
1　高血圧症、糖尿病、腎疾患、甲状腺疾患 2　妊娠高血圧症候群 3　喫煙、アルコール、薬物 4　妊娠中の体重増加不良 5　母親の出生時体重、子宮筋腫	多胎児 胎児感染 子どもの疾病

図表17　妊娠中の喫煙（H25～R4年度）

	妊婦	同居家族
把握数	158	158
喫煙者	12	57
喫煙率	7.6	36.1

（イ）在胎週数に相当した出生体重にある児の増加

在胎週数に相当した出生体重（AFD）にある児は、93．1％です。（図表18）

胎児は、胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100％生命維持・発育を依存しています。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児に比して体重が小さい子宮内発育不全（制限）児となりやすくなります。また、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、将来の生活習慣病の発症リスクが増加します。

一方で、母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育・巨大児が起こりやすく 、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されています。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、高出生体重児の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにもつながります。（図表19・20）

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、一定期間後に2型糖尿病を高率に発症することがわかっています。産後の適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために健康診査等で血糖検査を行っていくことが必要になります。

図表18　在胎週数に応じた身体の大きさ

在胎週数と体格の組み合わせによる分類			H25～R4 年度 出生数合計	
略称	体重	身長	人数	割合
			160	100
SFD	標準の 10 パーセントタイル未満	標準の 10 パーセントタイル未満	6	3.8
LFD	標準の 10 パーセントタイル未満	標準の 10 パーセントタイル以上	1	0.6
AFD （標準的体形）	標準の 10～90 パーセントタイル未満	－	149	93.1
HFD	標準の 90 パーセントタイル以上	標準の 90 パーセントタイル未満	4	2.5

図表19

妊娠届出時の情報	妊娠経過
・加齢 ・肥満 ・糖尿病家族歴 ・巨大時出産の既往	・尿糖陽性 ・過度の体重増加

図表20　糖尿病合併症妊娠および妊娠糖尿病

H30 年度 ～ R4 年度 妊娠届出 （転入者含む）		妊娠合併妊娠	妊娠糖尿病 （GDM）	妊娠時に診断された 明らかな糖尿病	合計
		・すでに糖尿病と診断されている女性が妊娠 ・確実な糖尿病網膜症が存在する場合	・妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常	①空腹時血糖値　126mg/dl 以上 ②HbA1c　6.5%以上 ③随時血糖値　200mg/dl 以上あるいは 75gOGTT で 2 時間値 200mg/dl 以上	
人数	71	0	3	0	3
割合		0	4.2	0	4.2
35 歳以上		0	1	0	1
非妊娠時肥満		0	1	0	1

（ウ）妊娠中の適正な体重増加

妊娠前の体格が BMI18.5以上25未満の普通体重の妊婦は、56人（71.8%）です。BMI18.5未満のやせ妊婦は11人（14.1%）です。BMI25以上の肥満妊婦は15人（19.2%）です。（図表21）

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なります。令和3年3月改定の「妊産婦のための食生活指針」では、新たな妊娠中の体重増加の目安が示されました。

図表21　妊娠前体格（妊娠届より）

妊娠前体格		妊娠前体格 BMI kg/m²	年度	H30	R元	R2	R3	R4	累計
計				25	18	15	7	13	78
低体重		18.5 未満	人数	4	4	1	0	2	11
			割合	16.0	22.2	6.7	0	15.4	14.1
普通体重		18.5～ 24.9	人数	21	9	12	6	8	56
			割合	84.0	50.0	80.0	85.7	61.5	71.8
肥満（1度）		25～29.9	人数	4	3	2	1	1	11
			割合	16.0	16.7	13.3	14.3	7.7	14.1
肥満（2 度）		30 以上	人数	0	2	0	0	2	4
			割合	0	11.1	0	0	15.4	5.1
再掲	肥満度 （1度以上）	25 以上	人数	4	5	2	1	3	15
			割合	16.0	27.8	13.3	14.3	23.1	19.2

過去5年間に低出生体重児（単胎児）を出産した8人の母親のうち、5人（62．5%）が妊娠中の体重増加が不足していました。そのうち全員が妊娠前体格は普通体重です。（図表22）

全妊婦を対象に、個人差を配慮した体重増加の目安や摂取エネルギー、特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を具体的に、「なにを」「どの位」食べたらよいかがわかる教材等を活用しながら、相談を実施していきます。

図表22　妊娠中の体重増加の状況（H30～R4年度　低出生体重児（単胎）

				H25～R4 年度　低出生体重児（単胎）の母体			
妊娠前体格	妊娠前体格 BMI　kg/m²	体重増加の目安		増加不良	適正範囲	過剰増加	計
低体重	18.5 未満	12～15kg	人数	0	0	0	0
普通体重	18.5～24.9	10～13kg	人数	5	2	0	7
肥満（1 度）	25～29.9	7～10kg	人数	0	0	1	1
肥満（2 度以上）	30 以上	個別対応 （上限 5kg まで が目安）	人数		0	0	0
			計	5	2	1	8
			割合	62.5	25.0	12.5	

妊娠中の体重増指導の目安
（日本産婦人科学会周産期委員会　2021年3月）

（エ）肥満傾向にある子どもの割合の減少

生活習慣病は、遺伝素因と不健全な生活習慣が相まって発症しますが、特に幼児期の過度な体重増加は、学童期以降の肥満と関連します。小児肥満から成人肥満への移行率は、70％程度と言われています。

平成30年度から令和4年度までの5年間に、幼児健康診査を受診したカウプ指数18．0％以上の小児肥満に該当する１歳６か月児は 14 人（15．6％）、3歳児は8人（8．4％）です。（図表22）

各保健事業を通して、乳児期からの生活リズム・食事・運動・排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行います。

図表22　幼児健康診査受診結果

H30～R4 年度　受診結果		肥満		適正体重		やせ	
		カウプ 18.0 以上		カウプ 15.0～17.9		カウプ 14.9 以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	90	14	15.6	70	77.8	6	6.7
3歳児健康診査	95	8	8.4	77	81.1	10	10.5

R4年度　受診結果		肥満		適正体重		やせ	
		カウプ 18.0 以上		カウプ 15.0～17.9		カウプ 14.9 以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	15	2	13.3	12	80.0	1	6.7
3歳児健康診査	19	0	0.0	16	84.2	3	15.8

学校保健法により児童・生徒の健康診査が義務付けられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われています。今後も各学校の養護教諭と課題を共有しながら、必要な連携を図っていきます。

（オ）適切な生活リズムで生活する子どもの割合の増加

平成24年度から、小・中・高の養護教諭と保健師で情報交換会を行い（平成25年度からこども園保育士も参加）し、各機関で感じている又は把握できている子どもたちの課題を共有し、様々な課題に繋がる基本的生活習慣への取り組みが大切と認識してきています。取組みの一つとして、子どもたちの基本的生活習慣の実態把握や保護者・子ども自身の気づきにつながるきっかけとして「子どもの生活習慣に関するアンケート」を各機関で実施してきており、睡眠やメディア利用についての課題が浮彫となっています。（図表23）

図表23　睡眠及びメディア利用時間に問題ある子どもの割合（子どもの生活習慣アンケートより）

		幼児（3～5歳児）	小学校	中学校	高校
就寝時間が遅い	割合	49.7	30.7	49.7	78.6
睡眠時間が短い	割合	68.3	72.7	57.6	61.3
熟眠感がない	割合	13.4	23.2	29.6	32.6
睡眠の質が良くない	割合	3.9	20.3	70.9	79.9
メディア使用時間が長い	割合	37.0	41.4	61.9	82.2

※H27～R4 年度の中で、幼・小・中・高それぞれにおいて実施できた分を集計している

（3）具体的な取組

母子保健法は、児童の健全育成の基盤ともなるべき母性の保護や、乳幼児が健全な成長を遂げる上で欠くことのできない保健の充実を目的に制定され、健康診査や保健指導の体系的な事業構築が図られています。

> 第1条（目的）母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与する。

母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していくうえでの健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となります。妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細やかな保健指導を行っていきます。

基本的生活習慣を確立していくことは、自分自身の身体を守り大切にすることに繋がっていると考えます。各時期で段階的に（系統的に）繋がって学ぶ機会・環境があり、子ども達の学びが積み重なることができるよう、取組みを進めます。これにより、各々がそれぞれのライフステージにおいて自分自身を大切に生きる選択ができるようになることが理想です。

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">妊娠期</th><th colspan="5">乳幼児期</th><th>学童期</th></tr>
<tr><th colspan="2">妊娠届出時</th><th>中期</th><th>後期</th><th>乳児</th><th>1歳</th><th>1歳6か月</th><th>3歳</th><th>5歳
（就学時）</th><th>小学生
中学生
高校生</th></tr>
<tr><td rowspan="4">ア 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進</td><td colspan="3">妊娠前の体格に応じた適切な体重増加
①妊娠前の体格が肥満とやせ
②妊娠中の体重増加量</td><td colspan="6">身体発育曲線をもとに、適正体重の維持
生活リズム、栄養、活動量の実態に基づいた学習
子どもの健康づくりに関する取組み（保健・こども園・小・中・高）</td></tr>
<tr><td colspan="3">バランス食の学習
（蛋白質、塩分の適量接種）</td><td colspan="6">バランス食の学習、適切な味覚形成
小児期の甘味飲料（異性化糖）の適量摂取
飽和脂肪酸の適量摂取</td></tr>
<tr><td colspan="3">妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と保健指導</td><td colspan="6">子どもの受動喫煙防止</td></tr>
<tr><td colspan="3">妊娠中の歯周病予防
（歯科健診の推奨）</td><td colspan="6">口腔清掃、定期的な歯科健診
（歯の相談・フッ素塗布）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">イ 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進</td><td>母</td><td colspan="2">妊婦健康診査結果で
①妊娠糖尿病
②妊娠高血圧症候群
保健・栄養相談実施</td><td colspan="6">妊娠糖尿病の既往、高出生体重児の出産経験のある産婦の将来の糖尿病予防（適正体重の維持）及び妊娠高血圧症候群の既往がある産婦の心血管発症予防
（ハピネス健診・特定健診の勧奨、職場健診の受診確認等）</td></tr>
<tr><td>児</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">早産、低出生体重児の将来の生活習慣予防</td><td colspan="2">肥満とやせ傾向児の把握と継続した支援</td><td>養護教諭との連携</td></tr>
</table>

2 循環器病

(1)基本的な考え方

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、令和2年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患が第4位となっています。また、介護が必要となる主な原因は、令和元年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病による割合が最多となっています。次いで多い原因疾患は認知症ですが、65 歳以上の認知症患者の約 3 割は、脳血管性障害を基盤とする血管性認知症が占めています。

超高齢化社会を迎えたわが国では、循環器病はさらに増加すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因と言えます。また、循環器病がもたらす社会的負担としては、膨大な医療費や介護費用が使われ、患者やその家族にとっても負担が非常に大きくなります。

国や学会等はその対策として、平成26年5月には、「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会(日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業)から「脳卒中予防への提言」が出されました。

また、平成28年12月に日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会は、「脳卒中と循環器病克服 5 ヵ年計画」を公表しました。

平成30年12月には、「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、令和元年12月に施行されました。基本法に基づき、国や北海道において循環器病対策推進基本計画が策定され、それに沿って循環器病対策が行われています。(図表 24, 25)

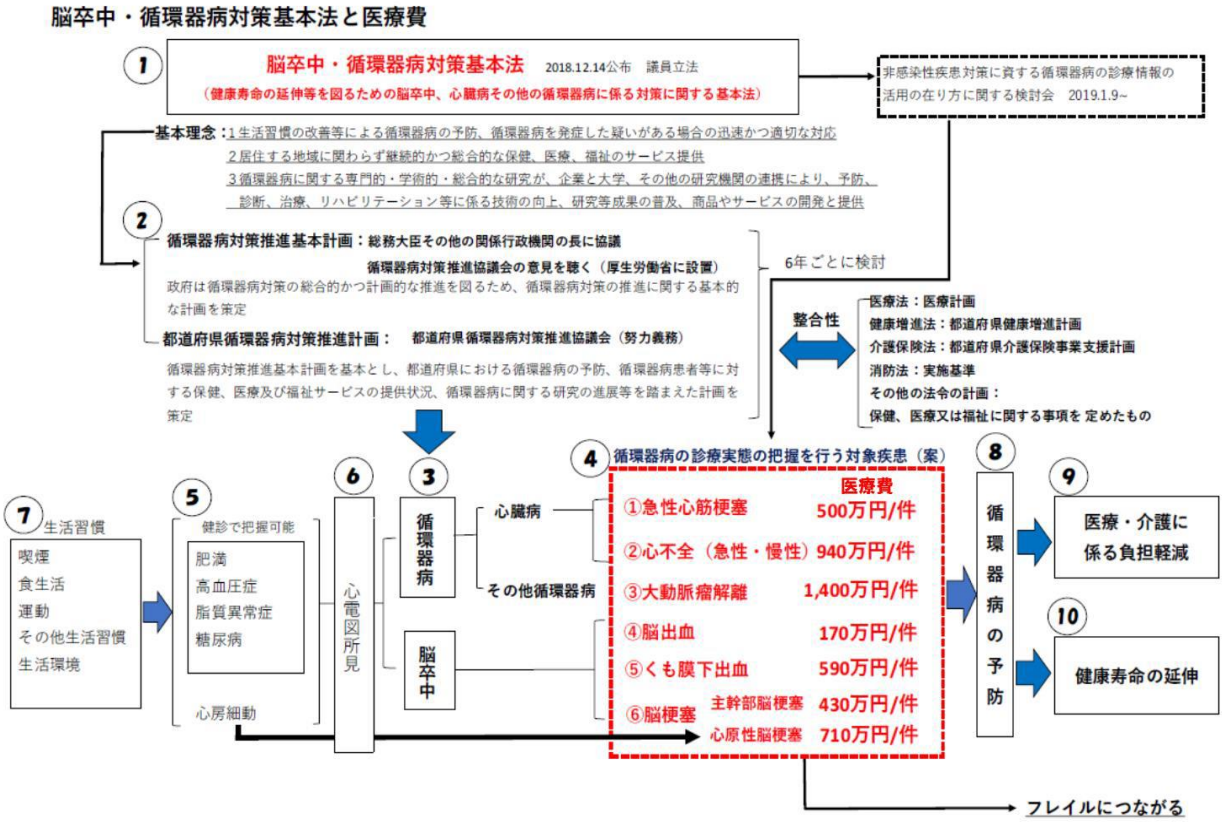
平成20年度から開始された特定健診は、心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施ですが、 本町の取組としては、40歳から74歳の受診者原則全員に心電図検査を実施しています。また、18歳以上が対象のハピネス健診や、75歳以上が対象の後期高齢者健診でも同様に心電図検査を実施しています。年代が上がるにつれて有所見者が増加していますが、その中でも心原性脳塞栓症の原因となる心房細動は、心電図検査によって発見することが可能です。令和4年度は心房細動の所見は6人(1.3%)いました。そのうち2人が要治療・精密検査となっています。その他の4人はすでに内服治療や医療機関で経過観察を行っています。(図表26) 心房細動を含め重症化が懸念される心電図所見のある方には、できる限りお会いして結果説明や保健指導を実施しています。

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)、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の5つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要です。循環器病の主要な危険因子のうち、喫煙と糖尿病についてはそれぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症(高コレステロール血症)について目標を設定します。

図表24　循環器病対策の動き

	国・関係学会等の動き	目的・内容等
平成26年5月	脳卒中予防への提言―心原性塞栓症の制圧を目指すために―初版 「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会（日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業）	心房細動は高齢者に多く見られる不整脈で、心房細動による脳梗塞は最も重篤な脳梗塞だが、適切な治療により予防が可能な疾患。しかし約半数が脳梗塞を発症して初めて心房細動が見つかるなど、早期発見が容易ではなかったことから、一般市民に心房細動の症状と脳梗塞予防の必要性に関する知識の啓発と日常診療あるいは家庭での脈拍触診、自動血圧計などの機器によるチェックや、健康診断における心電図検査などを通じて早期発見を促し、適切な治療を行うことを目的とする。
平成28年12月	脳卒中と循環器防克服5ヵ年計画 日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会	健康寿命の延伸を実現するため脳卒中と循環器病を克服することを目指し、その目標と戦略を明確にすることを目的とする。 計画実行期間 平成 28 年度から令和 2 年度
平成30年12月成立 令和元年12月施行	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 （平成 30 年法律第 105 号）	誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉にかかるサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。
令和2年1月	脳卒中予防への提言―心原性塞栓症の制圧を目指して―第五版	基本法が施行され、「循環器病対策推進基本計画」が策定されることとなり、「心房細動による脳卒中」の予防は国や自治体の政策レベル、医療従事者だけではなく、国民全体が取り組むべき活動として位置づけられたことからプロジェクトの目標は一定レベルで達成できたと考え、令和 2 年 3 月でプロジェクトを終了することが決定
令和2年10月	循環器病対策推進基本計画	基本法に基づき策定するものであり、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県循過換気病対策推進計画の基本となるもの。 計画実行期間は令和 2 年度から 4 年度までの 3 年間
令和3年3月	脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画	計画実行期間は令和3年度から7年度までの5年間
令和3年12月	北海道循環器病対策推進基本計画	計画実行期間は令和3年度から5年度までの3年間
令和5年3月	第2期循環器病対策推進基本計画	計画実行期間は令和5年度から10年度までの6年間

図表25　脳卒中･循環器病対策基本法と医療費



図表26　心電図有所見者

	受診者数	心電図検査実施者							（再掲）			
			所見なし		所見あり		判定		心房細動		判定	
							要治療/要精検				要治療/要精検	
	人数 a	人数 b	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/f
40 歳代	46	46	44	95.7	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50 歳代	35	35	32	91.4	3	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
60 歳代	141	136	115	84.6	21	15.4	2	1.5	0	0.0	0	0.0
70～74 歳	155	151	107	70.9	44	29.1	2	1.3	3	2.0	0	0.0
75 歳以上	104	104	78	75.0	26	25.0	3	2.9	3	2.9	2	66.7
計	481	472	376	79.7	96	20.3	7	1.5	6	1.3	2	33.3

R4年度国保特定健診（マルチマーカー）

（2）現状と目標

ア　脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

（脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比　100以下）

国の循環器病領域のアウトカム評価の指標として、第 2 期循環器病対策推進基本計画の目標である「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられていますが、本町の年齢調整死亡率は、前回の計画で参照していた統計情報が更新されていないため数値が取れないことから今回

の計画では標準化死亡比（SMR）を評価指標とします。

脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）は、平成15～平成24年度、平成18～平成27年度では100を上回っていましたが、道より若干高値であるものの100以下に低下しています。しかし女性のSMRが上昇し、100より高くなっています。

虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）は、100を下回りながら推移していましたが、100を超えてきています。内訳として女性のSMRが上昇しています。（図表27）

それぞれの疾患において、標準化死亡比（SMR）が100以下となることを目標とします。

図表27　脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

		H15-H24 年度			H18-H27 年度			H22-R 元年度			H25-R4年度		
		町		道	町		道	町		道	町		道
		死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	計	70	102.9	93.4	63	103.3	91.6	56	96.0	92.0	47	96.1	94.0
	男	44	137.9	94.9	38	134.5	93.5	28	103.1	93.8	19	84.4	96.1
	女	26	72.0	92.1	25	76.3	89.8	28	89.8	90.4	28	106.1	92.1
虚血性心疾患	計	26	66.2	87.6	35	96.8	84.5	32	90.4	82.4	31	103.5	81.4
	男	14	67.3	87.3	18	93.7	84.6	14	72.5	81.6	13	78.5	80.7
	女	12	65.0	88.0	17	100.2	84.5	18	111.9	83.5	18	134.6	82.4

北海道健康づくり財団統計データ H15-H24 年度, H18-H27 年度,H22-R 元年度,H25-R4 年度

イ　高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上（160/100㎜Hg以上）の者の割合の減少）

循環器病の中でも近年、増加しているのが心不全です。高齢化により約120万人の患者がいるといわれており、「心不全パンデミック」とも呼ばれています。心不全は、心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん状態が悪くなり、命を縮める病気であらゆる循環器病の終末像が心不全と捉えられています。有効な薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩していますが、対症療法であり根治的な治療ではないため、予後はあまり改善されていません。そのため心不全は予防が重要です。

心不全の原因疾患には、高血圧があります。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こします。さらに高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになります。

本町のⅡ度以上高血圧者の状況は、平成23年度よりも割合が減少し、男女ともに全国よりも低くなっていますが、平成28年度からは男性が増加しています。（図表28）　Ⅱ度以上高血圧者27人（7.3%）のうち未治療は10人でした。10人は白衣高血圧症の可能性もあるため、家庭血圧測定をしてもらい血圧以外の危険因子、臓器障害等の有無と併せて医療機関受診の必要を判断する必要があります。未治療のうち1名はすでに臓器障害がありました。また、降圧薬治療中のⅡ度以上高血圧の方は17名おり、必要な治療の継続とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減量、減塩等）が必要です。（図表29）

重症化予防対象者であるⅡ度以上高血圧の人が男女ともに減少することを目指し取り組みます。

図表28　Ⅱ度高血圧以上(160/100mmHg)の者

		総数					男性					女性				
		下川町			全国		下川町			全国		下川町			全国	
年度		H23	H28	R4	H28	R元	H23	H28	R4	H28	R元	H23	H28	R4	H28	R元
受診者数		353	431	372			134	176	167			219	255	205		
Ⅱ度高血圧以上	人数	63	26	27			25	10	14			38	16	13		
	割合	17.9	6	7.3	8.9	10.3	18.7	5.7	8.4	12.3	13.3	17.4	6.3	6.3	8.8	8.3

H23年度,H28年度,R4年度国保特定健診(マルチマーカー)

図表29　重症化予防対象者

令和4年度国保特定健診受診者(マルチマーカー)

ウ　LDLコレステロール160mg/dl以上の者の減少

脂質異常症の診断項目の１つであるLDLコレステロールの高値は、冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、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以上に相当するといわれています。

LDLコレステロール160mg/dl以上の人の割合は、男性が8.4%、女性が8.3%で全国と比べて低くなっていますが、平成23年度からの推移としては上昇してきています。その中のLDLコレステロール180mg/dl以上の割合も全体では上昇しています。(図表30)

LDL コレステロール 180 ㎎/dl 以上で疑われる、冠動脈疾患の発症率が高い家族性高コレステロール血症は早期診断と厳格な治療が必要となるため、受診が必要な対象者に受診勧奨するとともに、それ以外の対象者には、3～6か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧めていくなど、継続した保健指導が重要となります。（図表31） また、重症化予防対象者であるLDLコレステロール180㎎/dl以上で未治療の人が令和4年度は8人いました。（図表29）

LDLコレステロール160㎎/dl以上の人が男女ともに減少すること、LDLコレステロール180㎎/dl以上の人が確実に医療機関への受診へ繋がるよう取り組みます。

また、LDL コレステロール180㎎/dl 以上で未治療の人や LDL コレステロール160～179㎎/dl で冠動脈疾患発症リスクが高い人（中等リスク以上）は、二次健診の実施を検討していきます。

図表30 LDLコレステロール160㎎/dl以上

			総数					男性					女性				
			下川町			全国		下川町			全国		下川町			全国	
年度			H23	H28	R4	H28	R元	H23	H28	R4	H28	R元	H23	H28	R4	H28	R元
受診者数			352	429	372			133	172	167			219	257	205		
LDL160mg/dl 以上		人数	19	26	31			6	7	14			13	19	17		
		割合	5.4	6.1	8.3	11	12.4	4.5	4.1	8.4	8.9	11.1	5.9	7.4	8.3	12.4	13.4
再掲	LDL180mg /dl以上	人数	5	6	8			3	1	6			2	5	2		
		割合	1.4	1.4	2.2		4.8	2.3	0.6	3.6		3.8	0.9	2.0	1.0		5.2

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

図表31 未治療の管理目標からみたLDLコレステロール

年度					R4
受診者数					372
LDL120mg/dl 以上で服薬なしの者				人数	126
				割合	33.8
管理区分及びLDL管理目標	一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160 未満（190 未満）	人数	26
				割合	20.6
		中リスク	140 未満（170 未満）	人数	44
				割合	34.9
		高リスク	120 未満（150 未満）	人数	51
				割合	40.5
			再掲 100 未満（130 未満）	人数	3
				割合	2.4
	二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往	100 未満（130 未満）	人数	5
				割合	4.0

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

エ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成20年から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

メタボリックシンドロームの該当者は男女ともに増加しており、国や道よりも高い状況です。（図表32） メタボリックシンドローム予備群は、男女ともに減少しており、国や道よりも低くなっています。（図表33）

性・年齢別にみると、男性は若い年代からメタボ該当者の割合が高く、女性は65歳以降メタボ該当者の割合が高くなっています。（図表34）

メタボリックシンドローム該当者及び予備群ともに、引き続き減少に向けて取り組みます。

図表32 メタボリックシンドローム該当者の状況

		総数			男性			女性		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
町	受診者数	353	431	358	134	176	160	219	255	198
	該当者	72	92	94	36	49	57	36	43	37
	割合	20.4	21.3	26.3	26.9	27.8	35.6	16.4	15.9	18.7
全国	割合	18.9	17.3	20.6	29.9	27.5	32.9	11.3	9.5	11.3
全道	割合	15.1	16.8	20.2	24.2	27.8	33.0	10.1	9.0	11.1

国保特定健診受診者（マルチマーカー）、町R4 年度はKDB

図表33 メタボリックシンドローム予備群の状況

		総数			男性			女性		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
町	受診者数	353	431	358	134	176	160	219	255	198
	該当者	43	55	35	25	41	27	18	14	8
	割合	12.2	12.8	9.8	18.7	23.3	16.9	8.2	5.5	4.0
全国	割合	14.8	10.7	11.1	24.2	17.2	17.8	8.3	5.8	6.0
全道	割合	11.2	10.6	11.0	17.7	17.9	18.0	5.6	5.5	5.9

国保特定健診受診者（マルチマーカー）、町R4 年度はKDB

図表34　メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者の推移（性・年齢別）

男性		H30 年度		R 元年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40-64 歳	特定健診受診者数	57	-	61	-	56	-	52	-	57	-
	メタボ該当者	17	29.8	17	27.9	16	28.6	14	26.9	17	29.8
	メタボ予備群該当者	7	12.3	10	16.4	8	14.3	11	21.2	7	12.3
65-74 歳	特定健診受診者数	99	-	104	-	103	-	111	-	103	-
	メタボ該当者	36	36.4	38	36.5	40	38.8	50	45.0	40	38.8
	メタボ予備群該当者	15	15.2	17	16.3	16	15.5	14	12.6	20	19.4
合計	特定健診受診者数	156	-	165	-	159	-	163	-	160	-
	メタボ該当者	53	34.0	55	33.3	56	35.2	64	39.3	57	35.6
	メタボ予備群該当者	22	14.1	27	16.4	24	15.1	25	15.3	27	16.9

女性		H30 年度		R 元年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40-64 歳	特定健診受診者数	79	-	64	-	65	-	61	-	61	-
	メタボ該当者	10	12.7	8	12.5	6	9.2	7	11.5	6	9.8
	メタボ予備群該当者	2	2.5	1	1.6	1	1.5	0	0.0	1	1.6
65-74 歳	特定健診受診者数	150	-	141	-	153	-	149	-	137	-
	メタボ該当者	35	23.3	31	22.0	39	25.5	33	22.1	31	22.6
	メタボ予備群該当者	5	3.3	9	6.4	11	7.2	5	3.4	7	5.1
合計	特定健診受診者数	229	-	205	-	218	-	210	-	198	-
	メタボ該当者	45	19.7	39	19.0	45	20.6	40	19.0	37	18.7
	メタボ予備群該当者	7	3.1	10	4.9	12	5.5	5	2.4	8	4.0

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 H30 年から R4 年度 累計

オ　食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療において関係があり、高血圧を介して慢性腎臓病（CKD）や心不全の発症・重症化予防に関与している可能性が示されています。また、食塩摂取量が増えるに従い、胃がんのリスクを高めると言われています。摂取されたナトリウムは、その大部分が小腸で吸収され、90％以上は腎臓経由により尿中に排泄されます。

本町では、高血圧やそれに伴う心疾患、慢性腎臓病（CKD）が多い状況から、塩分摂取の実態を把握するために、令和5年度からハピネス健診・国保特定健診・後期高齢者健診の集団健診を受診した18～79歳の人に、「塩分チェックシート」を記入していただき、塩分摂取の習慣を確認しています。

あなたの塩分チェックシート

No.

当てはまるものに○をつけ、
最後に合計点を計算してください。

年　月　日　年齢　歳　性別：男　女

		3点	2点	1点	0点
これらの食品を食べる頻度	みそ汁、スープなど	1日2杯以上	1日1杯くらい	2～3回/週	あまり食べない
	つけ物、梅干しなど	1日2回以上	1日1回くらい	2～3回/週	あまり食べない
	ちくわ、かまぼこなどの練り製品		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	あじの開き、みりん干し、塩鮭など		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	ハムやソーセージ		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	うどん、ラーメンなどの麺類	ほぼ毎日	2～3回/週	1回/週以下	食べない
	せんべい、おかき、ポテトチップスなど		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
しょうゆやソースなどをかける頻度は？		よくかける（ほぼ毎食）	毎日1回はかける	時々かける	ほとんどかけない
うどん、ラーメンなどの汁を飲みますか？		全て飲む	半分くらい飲む	少し飲む	ほとんど飲まない
昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか？		ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週くらい	利用しない
夕食で外食やお惣菜などを利用しますか？		ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週くらい	利用しない
家庭の味付けは外食と比べていかがですか？		濃い	同じ		薄い
食事の量は多いと思いますか？		人より多め		普通	人より少なめ
○をつけた個数		3点×　個	2点×　個	1点×　個	0点×　個
小計		点	点	点	0点
合計点		点			

チェック✓	合計点	評　価
	0～8	食塩はあまりとっていないと考えられます。引き続き減塩をしましょう。
	9～13	食塩摂取量は平均的と考えられます。減塩に向けてもう少し頑張りましょう。
	14～19	食塩摂取量は多めと考えられます。食生活のなかで減塩の工夫が必要です。
	20以上	食塩摂取量はかなり多いと考えられます。基本的な食生活の見直しが必要です。

塩分チェックシートの結果をみると、塩分摂取量多めまたはかなり多い人は、全体で男性が33．5%、女性が21．2%いました。男女ともに65歳以降の年代の塩分摂取が多くなっており、特に65～74歳男性の塩分摂取量が他の年代よりも多い状況です。（図表35）

図表35　塩分チェックシート結果

		18～39歳		40～64歳		65～74歳		75～79歳		計	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
総数	人数	21	25	38	45	36	63	26	32	121	165
食塩摂取量	人数	4	9	4	11	3	17	9	9	20	46
少なめ	割合	19.0	36.0	10.5	24.4	8.3	27.0	34.6	28.1	16.5	27.9
食塩摂取量	人数	11	11	24	27	14	32	9	14	58	84
平均的	割合	52.4	44.0	63.2	60.0	38.9	50.8	34.6	43.8	47.9	50.9
食塩摂取量	人数	6	5	10	6	16	13	7	9	39	33
多め	割合	28.6	20.0	26.3	13.3	44.4	20.6	26.9	28.1	32.2	20.0
食塩摂取量	人数	0	0	0	1	3	1	1	0	4	2
かなり多い	割合	0.0	0.0	0.0	2.2	8.3	1.6	3.8	0.0	3.3	1.2

R5年度ハピネス健診、国保特定健診、後期高齢者健診（マルチマーカー）

近年、手軽に食べることができる惣菜や冷凍食品などの加工食品の販売も増えており、加工食品は選び方により食塩の摂取量も多くなります。

消費者庁は、食品表示制度で決められている栄養成分表示のナトリウム含有量を食塩相当量の表示に2020年4月1日に変更しました。以前はナトリウム含有量から食塩相当量に計算が必要でしたが、変更により商品に食塩相当量が表示されています。日頃から食塩相当量を確認し、食塩摂取が目標より多くならないような食品を選ぶ力、食べ方の工夫が必要です。

特に、味覚を形成していく乳幼児期から加工食品を多く摂取することで、味覚が慣れてしまい塩分が少ないと「物足りない」と感じてしまうため、食塩摂取量の減少に向けての活動は成人期からでは遅く、妊娠期・乳幼児期からも必要です。

また、塩分摂取量は塩分の多い食品を摂取することの他、全体の食事量が多くなれば必然的に塩分摂取量も多くなります。前述のメタボリックシンドロームの状況（図表34参照）と、今回調べた塩分チェックシートの結果（図表35）はどちらも、若いうちから女性よりも男性が多く、65歳以上は男女とも多いという傾向があります。

これらのことから、本町は食事自体の塩分摂取量の減少だけでなく、食事全体の摂取量を適切にしていくことが同時に必要です。

カ　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

（1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g以上（2 合以上）、女性 20g以上（1 合以上）の者の割合）

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、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われています。

国は、アルコール健康障害対策基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第 2 期計画においては、その基

本的施策として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るために、それぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「飲酒ガイドライン」の作成を進めています。ガイドライン案では、生活習慣病のリスクを高める量を、1 日当たりの「純アルコール量」で、男性は 40g 以上、女性は 20g 以上を摂取した場合とした上で、体質などによってより少ない量にすることが望ましいとしています。また、高血圧やがんなどの病気ごとに、どの程度の飲酒をすると発症リスクが高まるか、研究に基づいて純アルコール量で目安を示しています。（図表36）

特定健診質問項目「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性・女性ともに増加しています。（図表37）

図表36　発症リスクが高くなる目安（純アルコール）

	男性	女性
脳梗塞	300g以上/週	75g 以上/週
高血圧	少しの飲酒でも	
胃がん	少しの飲酒でも	150g以上/週
大腸がん	150g 以上/週	
肝がん	450g/週	150g/週

図表37　1日当たりの純アルコール摂取量 男性40g 以上、女性20g 以上の者の割合

	男性		女性	
年度	H28	R4	H28	R4
受診者数	172	168	250	208
人数	13	17	9	13
割合	7.6	10.1	3.6	6.3

国保特定健診質問票（KDB全体像の把握、マルチマーカー）

キ　睡眠で休養が取れている者の増加

睡眠の不足は集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があることだけではなく、長期的に、からだとこころの健康にも影響を及ぼします。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン（食欲を抑制するホルモン）が減少し肥満になりやすくなるなど体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き心血管病のリスクが高まることが科学的にも明らかになっています。

特定健診健診質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について、「はい」と答えた人の変化をみると、男性の割合は減少し、女性の割合は改善傾向です。（図表38）

図表38　睡眠で休養がとれている者の割合（40～74歳）

		男性			女性		
		下川町		全国	下川町		全国
年度		H28	R4	R4	H28	R4	R4
40～74 歳		83.4	76.8	76.3	72.8	74.4	72.9
年齢階層別	40～44 歳	75.0	87.5	71.1	75.0	83.3	70.3
	45～49 歳	80.0	83.3	71.2	60.0	70.0	69.2
	50～54 歳	80.0	50.0	70.8	77.8	85.7	66.6
	55～59 歳	91.7	100.0	71.2	80.0	80.0	67.0
	60～64 歳	85.0	87.5	74.0	73.8	77.3	71.2
	65～69 歳	86.5	81.5	77.5	68.7	72.0	73.8
	70～74 歳	79.5	70.8	79.3	74.4	73.3	75.1

国保特定健診質問票（KDB全体像の把握、マルチマーカー）

（3）具体的な取組み

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へ進行します。この経過のどの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症・重症化予防が可能です。

住民一人ひとりが生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口として特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることで段階に応じた予防ができるための保健指導が重要です。特に本町は、高血圧やメタボリックシンドロームを改善し、心疾患や慢性腎臓病等に重症化することを予防することが課題です。対象の自発的な予防行動を促し、かつ継続に繋がるような保健指導の工夫やスキルアップに取り組みます。また、心電図検査所見があった場合は、血圧、血糖等のリスクと合わせて、保健指導及び必要者へ受診勧奨を行います。

高齢化に伴い増加している心不全は、「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画」において脳卒中、血管病とともに重要3疾患のうちの一つとされています。心不全は進行性の病態で発症・重症化予防が重要です。また、心不全を早期発見するためには、息切れやむくみなどの症状を年のせいと放置せず、受診することが必要です。

メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は循環器病をいかに予防するかということです。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪が蓄積している状態で、肥満との相関がみられることから、具体的な取組みについては肥満の改善と同様に進めていきます。（3糖尿病（3）具体的な取組み参照）

ア　健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

・広報、お知らせ回覧などを利用した啓発
・ターゲットを絞った個別受診勧奨
・医療機関通院者におけるデータ受療の医療との連携
・健診未受診者が健診を受けやすい体制整備

イ　保健指導対象者を明確にするための施策

・ハピネス健診（18～39歳、生活保護世帯）
・下川町国民健康保険特定健康診査
・後期高齢者健康診査
・塩分チェックシートの活用

ウ　循環器病の発症及び重要化予防のための施策

・健診結果に基づいた保健指導の実施
　特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
　訪問、健康相談などによるきめ細やかな保健指導の実施
　学習教材の活用
・二次健診の実施
・必要者への受診勧奨、医療機関との連携
・下川町国民健康保険加入者以外の人への特定保健指導の実施（希望者等）
・第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準ずる

3 糖尿病

(1)基本的な考え方

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがんといった合併症により、生活の質(QOL:Quality of Life)に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、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も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、成人中途失明の原因疾患としても第 3 位に位置しています。

全国の糖尿病有病者数は、「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の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講じていくことが重要です。

本町では、糖尿病性腎症等重症化予防に取り組んでいます。また、ハピネス健診、国保特定健診、後期高齢者健診において、平成30年から尿中アルブミン検査を実施し、早期腎症の発見に努め、医療機関と連携して未治療者、治療中断者への受診勧奨、ハイリスク者への保健指導を実施しています。

(2)現状と課題

ア 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

本町のおける新規透析患者導入者数は、平成28年から比べて減少していますが、平成28年からは増加しています。新規透析導入者の原因疾患をみると、腎炎等はほぼ横ばいですが、糖尿病性腎症は全体の透析者数と同じように増減しています。(図表39)

下川町国民健康保険被保険者の新規透析導入患者はおらず、高齢者割合がほぼ変わりない中、国保被保険者の腎機能悪化を抑制できていると考えます。今後、下川町国保のみならず、それ以外の被保険者の重症化予防が必要な対象へも関わっていく必要もあります。

糖尿病性腎症は、進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、糖尿病とあわせて肥満や脂質異常、喫煙などのリスク管理も重要です。

図表39 人工透析患者の推移

年度		H23	H28	R4
町内透析者数		13	6	9
新規透析者数		3	1	1
(再掲) 原因疾患	腎炎等	6	4	5
	糖尿病性	7	2	4

身体障害者手帳及び自立支援医療受給者

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

(ア)HbA1c6.5%以上の者

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

HbA1c6.5%以上の割合は、総数・男性・女性すべてにおいて増加しています。(図表40)

HbA1c6.5%以上は51人いますが、そのうち未治療は5人います。5人の中には、薬物療法は行っていませんが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている人もいます。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表40 HbA1c6.5%以上の者の割合

			総数			男性			女性		
			下川町			下川町			下川町		
年度			H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数			340	421	373	129	171	166	211	250	207
HbA1c6.5 以上		人数	8	44	51	6	20	26	2	24	25
		割合	2.4	10.5	13.7	4.7	11.7	15.7	0.9	9.6	12.1
治療の有無	治療なし	人数	2	17	17	2	11	7	0	8	10
	(再掲) HbA1c6.5 以上	人数	0	2	5	0	1	1	0	1	4
		割合	0	11.8	29.4	0	9.1	14.3	0	12.5	40.0
	治療あり	人数	6	27	34	4	9	19	2	16	15
	(再掲) HbA1c6.5 以上	人数	0	3	3	0	2	3	0	1	0
		割合	0	11.1	8.8	0	22.2	15.8	0	6.3	0

国保特定健診受診者(マルチマーカー)

(イ)HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126㎎/dl 以上、随時血糖200㎎/dl 以上の者

日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド 2022-2023」において、糖尿病の診断には HbA1c 値の他に血糖値での診断も可能であることから、「空腹時血糖126㎎/dl 以上または随時血糖200㎎/dl 以上の者」についても目標項目としています。

空腹時血糖は、総数、男性、女性のいずれにおいても、増加しています。(図表41)

図表41 空腹時血糖126㎎/dl 以上

	総数			男性			女性		
年度	H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数	351	352	372	134	140	167	217	212	205
人数	19	28	62	13	13	33	6	15	29
割合	5.4	8.0	16.7	9.7	9.3	19.8	2.8	7.1	14.1

国保特定健診受診者(マルチマーカー)

ウ 治療継続者の割合の増加

（HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）

HbA1c6.5%以上のうち糖尿病治療中者は、総数で減少傾向、男性で増加、女性で減少しています。（図表42）

糖尿病未治療で HbA1c6.5%以上の人が医療機関を受診し治療に繋がること、糖尿病治療中で HbA1c6.5%以上の人は、個人に合わせた目標により治療を継続できるよう、医療機関と連携し保健指導を実施していく必要があります。糖尿病性腎症等重症化予防事業を推進していきます。

図表42 HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

		総数			男性			女性		
		下川町			下川町			下川町		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数		340	421	373	129	171	166	211	250	207
HbA1c 6.5%以上	人数	8	44	51	6	20	26	2	24	25
	割合	2.4	10.5	13.7	4.7	11.7	15.7	0.9	9.6	12.1
（再掲）治療あり	人数	6	27	34	4	9	19	2	16	15
	割合	75.0	61.4	66.7	66.7	45.0	73.1	100	66.7	60.0
（再掲）治療なし	人数	2	17	17	2	11	7	0	8	10
	割合	25.0	38.6	33.3	33.3	55.0	26.9	0	33.3	40.0

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

エ 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

（HbA1c8.0%以上の者、HbA1c7.0%以上の者）

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2019」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられており、血糖コントロールが「不可」である状態は、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていました。

2013年6月1日より糖尿病治療における HbA1c の目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」として HbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」が HbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」として 8.0%未満と定められました。（図表43）

2016年5月には日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、65歳以上の高齢者の血糖コントロール目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とする HbA1c 値を決定するとされています。（図表44）

図表43 65歳以下の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

糖尿病治療ガイド2022-2023改変

図表44　高齢者の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 かつ ②ADL 正常		カテゴリーⅡ ①軽度の認知障害～軽度認知症 または ②手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 または ②基本的 ADL 低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血圧が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU 薬、グリニド薬など)の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

糖尿病治療ガイド2022-2023改変

血糖コントロール指標である HbA1c7.0%以上の状況をみると、平成23年度と比較すると総数・男性・女性すべてにおいて増加しており、平成28年度と比較すると女性は減少しています。さらにHbA1c8.0%以上では、平成23年度から総数・男性は増加しているものの、平成28年度からは総数・男性・女性すべてが減少しています。(図表45)

65歳未満の治療中の者の HbA1c の分布をみると、コントロール不良とされる HbA1c7.0%以上の割合は減少していますが、HbA1c8.0%以上の割合は増加しています。合併症を予防するための目標である HbA1c7.0%未満(6.0-6.9%)をみると、平成23年度と比べて HbA1c6.0-6.4%と HbA1c6.5-6.9%の両方が増加し、平成28年度からは減少傾向です。コントロール不良者は減少していますが、合併症を予防するためにすこしでも血糖を正常に近い値にしていくことが重要です。(図表46,47)

65歳以上の治療中の者の HbA1c の分布をみると、HbA1c8.0%以上は減少していますが、コントロール不良の HbA1c7.0-7.9%が増加しており、全体的に高めにコントロールされています。(図表46,48)

図表45　HbA1c7.0%以上の状況

		総数			男性			女性		
		下川町			下川町			下川町		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数		340	421	373	129	171	166	211	250	297
HbA1c7.0%以上	人数	5	17	19	4	7	10	1	10	9
	割合	1.5	4.0	5.1	3.1	4.1	6.0	0.5	4.0	3.0
(再掲) HbA1c8.0 以上	人数	2	6	4	1	5	3	1	1	1
	割合	0.6	1.4	1.1	0.8	2.9	1.8	0.5	0.4	0.3

国保特定健診受診者(マルチマーカー)

図表46　HbA1c7.0%以上の者の治療の有無

年度			H23	H28	R4
HbA1c7.0%以上			5	17	19
治療あり		人数	4	11	15
		割合	80.0	64.7	78.9
再掲	40～64 歳	人数	2	2	1
		割合	50.0	18.2	6.7
	65～74 歳	人数	2	9	14
		割合	50.0	81.8	93.3
治療なし		人数	1	6	4
		割合	20.0	35.3	21.1
再掲	40～64 歳	人数	1	2	1
		割合	100	33.3	25.0
	65～74 歳	人数	0	4	3
		割合	0	66.7	75.0

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

図表47　65歳未満の治療者の血糖コントロールの分布

		H23 年度		H28 年度		R4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
受診者		163		153		126	
HbA1c5.9%以下		155	95.1	125	81.7	106	84.1
6.0-6.9%		5	3.1	24	15.7	18	14.3
再掲	6.0-6.4	4	2.5	16	10.5	12	9.5
	6.5-6.9	1	0.6	8	5.2	6	4.8
7.0%以上		3	1.8	4	2.6	2	1.6
再掲	7.0-7.9	2	1.2	3	2.0	0	0.0
	8.0 以上	1	0.6	1	0.7	2	2.0

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

図表48　65歳以上の治療者の血糖コントロールの分布

		H23 年度		H28 年度		R4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
受診者		177		268		247	
HbA1c5.9%以下		164	92.7	159	59.3	154	57.5
6.0-6.9%		11	6.2	66	24.6	76	28.4
再掲	6.0-6.4	9	5.1	47	17.5	50	18.7
	6.5-6.9	2	1.1	19	7.1	26	9.7
7.0%以上		2	1.1	13	4.9	17	6.3
再掲	7.0-7.9	1	0.6	8	3.0	15	5.6
	8.0 以上	1	0.6	5	1.9	2	0.7

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

オ　適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）の減少）

肥満は、糖尿病、循環器病、がん等の生活習慣病との関連があります。その中でも糖尿病は、肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖を下げるホルモンであるインスリンの組織におけるインスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態（インスリン抵抗性）を引き起こします。また、肥満によって肥大した脂肪細胞から血中に分泌される遊離脂肪酸や TNF-αなどのアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させます。

肥満（BMI25 以上）は、総数は減少していますが、男性の割合が増加しています。（図表49）

年代別でみると、男性は30代前半と65歳以上、女性は30代～50代前半と70代後半で肥満が多くなっています。肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に20歳以降に体重を増加させると糖尿病を発症するリスクが高まるといわれており、20歳以降に体重を増加させない生活習慣が必要です。（図表50）

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。

低体重（BMI18．5未満）の者は、男性では減少していますが、総数と女性で増加しています。特に40代女性と60代、70代で増加しています。若いうちから適正体重を維持し、筋肉量を維持していくことが重要です。（図表51,52）

普通体重（BMI18．5～25．0未満）は、総数・男性・女性すべてで減少傾向です。普通体重でも、体組成を測定することで、筋肉量の減少がみられる場合もあるため、健診等で定期的に体重や筋肉量を測定していくことが大切です。

図表49　BMI25以上（肥満）の者の割合（40～74歳）

	総数			男性			女性		
年度	H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数	353	431	372	134	176	167	219	255	205
人数	125	152	126	43	67	64	82	85	62
割合	35.4	35.3	33.9	32.1	38.1	38.3	37.4	33.3	30.2

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

図表50　BMI25 以上の年代別の割合（5歳刻み）

		総数			男性			女性		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
18～24 歳	受診者数	4	2	2	1	1	2	3	1	1
	人数	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	割合	25.0	0	0	100	0	0	0	0	0
25～29 歳	受診者数	7	6	1	4	3	0	3	3	1
	人数	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	割合	0	16.7	0	0.0	33.3	0	0	0	0
30～34 歳	受診者数	17	17	13	3	7	7	14	10	6
	人数	1	3	4	0	2	3	1	1	1
	割合	5.9	17.6	30.8	0	28.6	42.9	7.1	10.0	16.7
35～39 歳	受診者数	17	13	27	4	2	8	13	11	19
	人数	2	4	5	2	1	1	0	3	4
	割合	11.8	30.8	18.5	50.0	50.0	12.5	0	27.3	21.1
40～44 歳	受診者数	9	23	20	5	9	10	4	14	10
	人数	2	4	4	2	3	2	0	1	2
	割合	22.2	17.4	20.0	40.0	33.3	20.0	0	7.1	20.0
45～49 歳	受診者数	15	15	27	5	10	15	10	5	12
	人数	3	5	10	2	4	6	1	1	4
	割合	20.0	33.3	37.0	40.0	40.0	40.0	10.0	20.0	33.3
50～54 歳	受診者数	21	17	21	11	6	11	10	11	10
	人数	6	5	3	3	4	2	3	1	1
	割合	28.6	29.4	14.3	27.3	66.7	18.2	30.0	9.1	10.0
55～59 歳	受診者数	43	31	43	18	14	18	25	17	25
	人数	13	8	4	6	5	3	7	3	1
	割合	30.2	25.8	9.3	33.3	35.7	16.7	28.0	17.6	4.0
60～64 歳	受診者数	77	68	77	32	25	32	45	43	45
	人数	28	23	12	9	9	8	19	14	4
	割合	36.4	33.8	15.6	28.1	36.0	25.0	42.2	32.6	8.9
65～69 歳	受診者数	88	134	88	18	60	18	70	74	70
	人数	32	55	33	7	24	15	25	31	18
	割合	36.4	41.0	37.5	38.9	40.0	83.3	35.7	41.9	25.7
70～74 歳	受診者数	92	134	92	42	48	42	50	86	50
	人数	39	47	62	15	17	29	24	30	33
	割合	42.4	35.1	67.4	35.7	35.4	69.0	48.0	34.9	66.0

国保特定健診受診者（マルチマーカー）

図表51　BMI18.5未満(低体重)の者の割合(40～74歳)、BMI18.5～25.0未満(普通体重)

		総数			男性			女性		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数		345	422	376	131	172	168	214	250	208
18.5 未満	人数	9	20	24	4	3	3	5	17	21
	割合	2.6	4.7	6.4	3.1	1.7	1.8	2.3	6.8	10.1
18.5-25.0 未満	人数	213	255	224	83	103	100	130	152	124
	割合	61.7	60.4	59.6	63.4	59.9	59.5	60.7	60.8	59.6

国保特定健診受診者(マルチマーカー)

図表52　女性の BMI18.5未満の年代別の割合(10歳刻み)

年度		H23	H28	R4
18～29 歳	受診者数	6	4	1
	人数	0	0	0
	割合	0	0	0
30～39 歳	受診者数	27	21	25
	人数	6	3	4
	割合	22.2	14.3	16.0
40～49 歳	受診者数	14	19	22
	人数	2	3	4
	割合	14.3	15.8	18.2
50～59 歳	受診者数	35	28	19
	人数	0	5	2
	割合	0	17.9	10.6
60～69 歳	受診者数	115	117	84
	人数	3	7	8
	割合	2.6	6.0	9.5
70～74 歳	受診者数	50	86	83
	人数	0	2	7
	割合	0.0	2.3	8.4

国保特定健診受診者(マルチマーカー)

カ　野菜摂取量の増加

野菜は、ビタミン・ミネラル・食物繊維などの栄養が豊富で、体内で作ることができないため、食事からとることが大切です。野菜の基準量１日 350gのうち、緑黄色野菜は 1/3 の 120g程度とる事が推奨されています。緑黄色野菜はビタミンA、葉酸を多く含み、細胞が生まれ変わる時に必要で、子どもが成長する（細胞が増える）ためにも使われるため、胎児期から必要な栄養素です。また、野菜に含まれる抗酸化ビタミン（ビタミンA・C・E）は、動脈硬化やがん・老化・免疫低下を引き起こす活性酸素の働きを抑える役割があります。

食事に適切な量の野菜があると、噛むことで満腹中枢が刺激されます。咀嚼回数は、野菜の食物繊維に関連します。食物繊維の適量摂取は、胃袋の満足感に繋がり、腸では油や糖の吸収が抑えられます。また、食物繊維は腸で善玉菌のえさになり、免疫力を高める短鎖脂肪酸を生み出し、脂質異常症や糖尿病・肥満といった生活習慣病発症予防とも関係があるため大切な栄養素です。

また、野菜は味覚形成と関係しており、食べる経験を重ねることで好きになる味の苦味や酸味（後天的味覚）の形成と関係しており、子どもの頃から野菜を食べ慣れていくことも大切です。

本町における野菜摂取量に関するデータはありませんが、全国の野菜摂取量の平均では1日に必要とされる350gよりも大幅に少なく、さらに北海道の野菜摂取量は、全国平均よりも男性が低く、女性はほぼ同等という状況です。（図表53）　本町においても、メタボリックシンドロームやLDLコレステロール高値などが多い状況から、野菜摂取量が不足しがちな人が多いと考えられ、野菜摂取は積極的に勧めていく必要があります。

図表53　野菜摂取量の平均（20歳以上）

	男性		女性	
	道	国	道	国
野菜摂取量平均値	275.6g/日	284.2g/日	279.8g/日	270.0g/日

H28年国民健康・栄養調査　野菜摂取量の平均値（20歳以上、性・都道府県別・年齢調整値）

キ　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であり、「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・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患（NCD）の発症リスクが低いことが実証されています。

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

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

（ア）日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

日常生活において歩行又は同等の身体活動をしている者は、総数・男性・女性すべてで増加しています。全国と比べると、女性の割合が低い状況でした。（図表54）

年代別では、男性では40～45歳、65～69歳以外の年代で全国よりも高くなっています。女性では、60歳未満の年代で全国よりも高くなっています。60代以上の活動量が少なめです。（図表55）

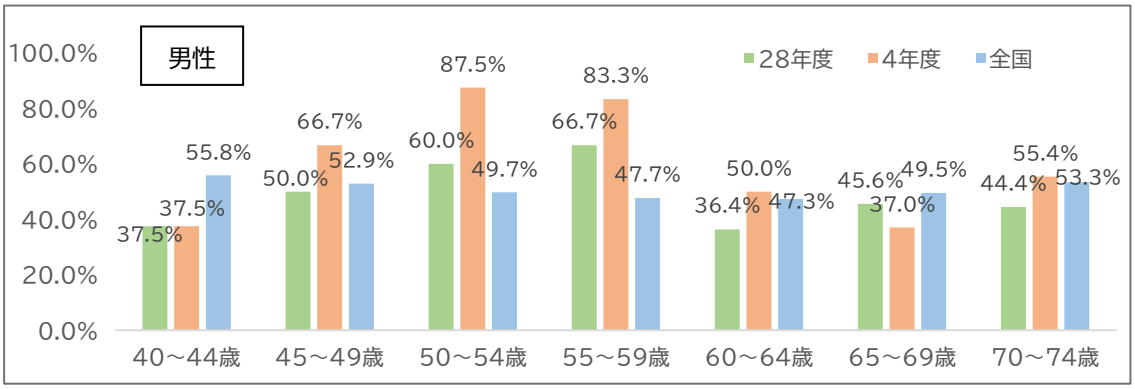
今回は、身体活動を歩行でみていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要があります。

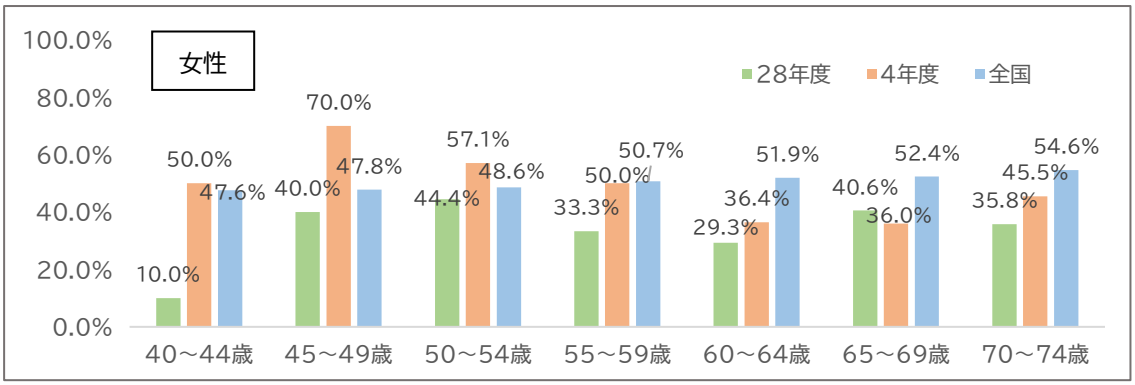
図表54　日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施の有無

		総数			男性			女性		
		下川町		全国	下川町		全国	下川町		全国
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数		392	356		159	155		233	201	
1日1時間以上の歩行あり	人数	160	172		73	84		87	88	
	割合	40.8	48.3	52.0	45.9	54.2	51.3	37.3	43.8	52.6
1日1時間以上の歩行なし	人数	232	184		86	71		146	113	
	割合	59.2	51.7	48.0	54.1	45.8	48.7	62.7	56.2	47.4

国保特定健診受診者（マルチマーカー）、KDB

図表55　年代別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者の割合





国保特定健診受診者（マルチマーカー）、KDB

（イ）運動習慣者の増加

（1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施）

運動習慣がある者の割合は、平成23年度から総数・男性・女性すべてで増加していますが、全国よりは低い状況です（図表56）

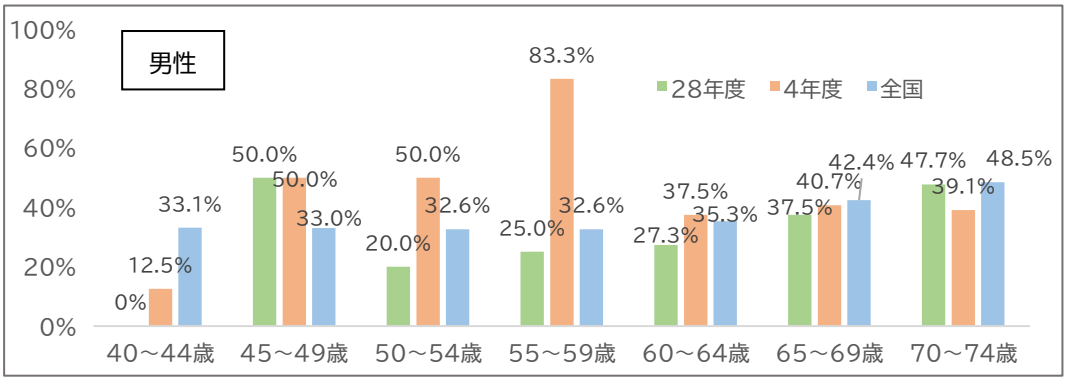
運動は余暇時間に取り組むことが多いため、全国では就労世代（40～64 歳）と比較して退職世代（65 歳以上）では多くなる傾向がありますが、本町は男性の場合は働き盛りの世代で増えている傾向があります。身体活動と同様に、男女ともに60代以上の運動習慣は少なく、特に女性の運動習慣者は少ない状況です。（図表57）

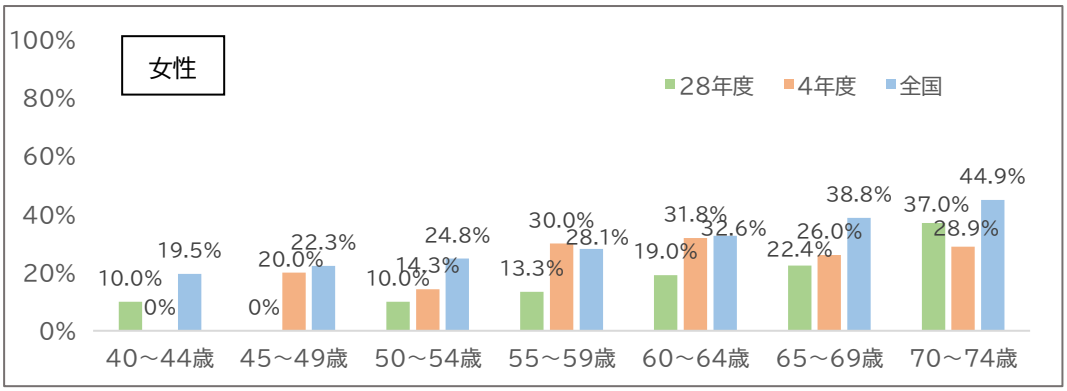
図表56　運動習慣の有無

		総数			男性			女性		
		下川町		全国	下川町		全国	下川町		全国
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
受診者数		387	354		154	154		233	200	
運動習慣	人数	115	115		56	63		59	52	
あり	割合	29.7	32.5	39.6	36.4	40.9	41.9	25.3	26.0	37.8
運動習慣	人数	272	239		98	91		174	148	
なし	割合	70.3	67.5	60.4	63.6	59.1	58.1	74.7	74.0	62.2

マルチマーカー、KDB

図表57　運動習慣のある者の割合（年代別）





マルチマーカー、KDB

ク 特定健診・特定保健指導の実施率向上

特定健診・特定保健指導実施率は、受診率・実施率ともに全国・北海道よりも高い状態で推移しています。（図表58）

年代別でみると40～50歳代の受診率が他の年代よりも低い状況です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。（図表59）

また、医療機関通院中の健診未受診者（特に糖尿病治療中者）には、医療機関での検査データをご本人に提出していただくこと、町立病院定期受診者はデータ受領（治療中振替）を勧め、必要な保健指導を実施することが必要です。

図表58 年度別特定健診受診率

年度			H23	H28	R4
特定健診	町	対象者数	809	691	533
		受診者数	332	399	358
		受診率	41.0	57.7	67.2
	全国	受診率	32.7	36.6	27.9(R3)
	全道	受診率	23.5	27.6	29.7
特定保健指導	町	対象者数	53	28	33
		終了者数	39	28	30
		実施率	73.6	100	90.9
	全国	実施率	21.7	26.3	33.3(R3)
	全道	実施率	26.7	33.6	36.0

町：特定健診・特定保健指導実施結果報告、国・道：市町村国保特定健診・特定保健指導実施概況報告書

図表59 年代別健診受診率

		総数			男性			女性		
年度		H23	H28	R4	H23	H28	R4	H23	H28	R4
40～44 歳	対象者数	44	38	31	26	21	15	18	17	16
	受診者数	8	18	16	3	9	8	5	9	8
	受診率	18.2	47.4	51.6	11.5	42.9	53.3	27.8	52.9	50.0
45～49 歳	対象者数	53	39	41	24	25	21	29	14	20
	受診者数	16	14	23	6	9	13	10	5	10
	受診率	30.2	35.9	56.1	25.0	36.0	61.9	34.5	35.7	50.0
50～54 歳	対象者数	69	45	35	36	19	20	33	26	15
	受診者数	24	15	17	12	5	10	12	10	7
	受診率	34.8	33.3	48.6	33.3	26.3	50.0	36.4	38.5	46.7
55～59 歳	対象者数	100	50	38	34	24	19	66	26	19
	受診者数	43	28	17	15	13	6	28	15	11
	受診率	43.0	56.0	44.7	44.1	54.2	31.6	42.4	57.7	57.9
60～64 歳	対象者数	196	111	58	88	43	24	108	68	34
	受診者数	80	64	45	34	23	20	46	41	25
	受診率	40.8	57.7	77.6	38.6	53.5	83.3	42.6	60.3	73.5
65～69 歳	対象者数	216	205	122	92	95	44	124	110	78
	受診者数	89	129	89	20	55	32	69	74	57
	受診率	41.2	62.9	73.0	21.7	57.9	72.7	55.6	67.3	73.1
70～74 歳	対象者数	256	203	208	108	80	98	148	123	110
	受診者数	92	131	151	43	45	71	49	86	80
	受診率	35.9	64.5	72.6	39.8	56.3	72.4	33.1	69.9	72.7
合計	対象者数	934	283	533	408	132	241	526	384	292
	受診者数	352	139	358	133	59	160	219	240	198
	受診率	37.7	49.1	67.2	32.6	44.7	66.4	41.6	62.5	67.8

特定健診・特定保健指導実施結果報告

（3）具体的な取組み

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することです。

糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の人は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には肥満の是正が重要な意義を持ちます。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切です。インスリンの作用は糖代謝だけではなく、脂質及びたんぱく質代謝などにも関わっているため、栄養素バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。そのため、食品を働きで分類分けした4つの食品群により「1日に何をどれだけ食べたら良いのか」を、妊娠期（胎児期）、幼児期、学童期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせた資料を使い、学習をしていきます。

「肥満症診療ガイドライン2022」には、肥満や肥満症の発症は、他の慢性疾患と同様に、遺伝的な要因・生育や発達における要因・社会的要因など様々な要因が関係するにも関わらず必要以上に食習慣など個人の生活上の要因に帰せられる傾向がある事、肥満症治療には、食事療法や運動療法、行動療法といった生活習慣の変容に大きく依存する治療法以外にも、外科療法や肥満症治療薬使用の選択があることの記載があります。また、加工食品やお菓子に含まれる工業的に作られた油脂や糖（異性化糖）・動物性脂肪の摂取や、肥満者の脂肪細胞から出る物質により脳が変調を起こし満腹中枢＝食欲中枢に影響を与えるといわれています。本人の意志だけで改善することが困難な肥満者では、生活習慣の改善だけではなく、生活習慣病の早期受診・治療も必要と考えます。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると筋肉細胞の増殖や合成が妨げられて、筋肉量の減少に繋がる等の理由から筋肉が減少しやすくサルコペニアになりやすいことが分かってきました。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約80％が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させる事も知られており、糖尿病とサルコペニアは負のサイクルを形成します。糖尿病や HbA1c などの血糖値が高い者は、筋肉量の維持・強化についての保健指導も必要です。

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健・栄養指導の推進
　特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健・栄養指導
　家庭訪問や来所等による健診結果説明及び保健・栄養指導の実施
　食後高血糖等の資料を活用
・糖尿病性腎症重症化予防の取組み
・二次健診の実施
・医療機関との連携

糖尿病手帳等の活用

・第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）に準じる

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

・妊娠前の体格に応じた適切な体重管理へ向けての保健・栄養指導

・出産後1年目処の健診受診、妊娠経過や健診結果に応じた保健・栄養指導

・特定保健指導の実施

・体重増加者、肥満者に対する保健指導、資料の活用

・対象者への理解を深めるため、メカニズムの学習

ウ サルコペニア発症予防・重症化予防と併せた活動

・上記ア・イに併せて、体組成測定の実施、保健指導

4 がん

(1)基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人1人ががんで亡くなり生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんによる死亡を減らすために平成18年「がん対策基本法」が成立し、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施しています。

国の第4期がん対策推進基本計画(令和5年3月28日閣議決定)の目標には「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」があげられています。その中身として「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」とあります。がんにかからない(1次予防)、がんを早期に発見・治療(2次予防)の重要性が改めて明記されました。

本町では健康増進法に基づき、国の指針※に基づき、科学的根拠に基づき検診により死亡を減らすことができると証明されている胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がんの5種類のがん検診を行っています。※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(厚生労働省健康局長通知)

(2)現状と目標

ア がん年齢調整死亡率の減少(がんの標準化死亡比100以下)

年齢調整死亡率は、小規模自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値があることから、標準化死亡比(SMR)を用いてがんの死亡の状況をみていくこととします。

図表60 がんの標準化死亡比(SMR)

		H18～27年		H22～R 元年		H25～R4 年		全国
		下川町	道	下川町	道	下川町	道	
		101.4	107.6	98.2	109.2	101.9	110.9	100.0
内訳	男性	104.7	107.7	99.7	108.3	107.8	110.1	100.0
	女性	96.6	107.3	95.9	110.5	93.7	111.9	100.0

北海道健康づくり財団統計データ H18～H27年、H22～R 元年、H25～R4年

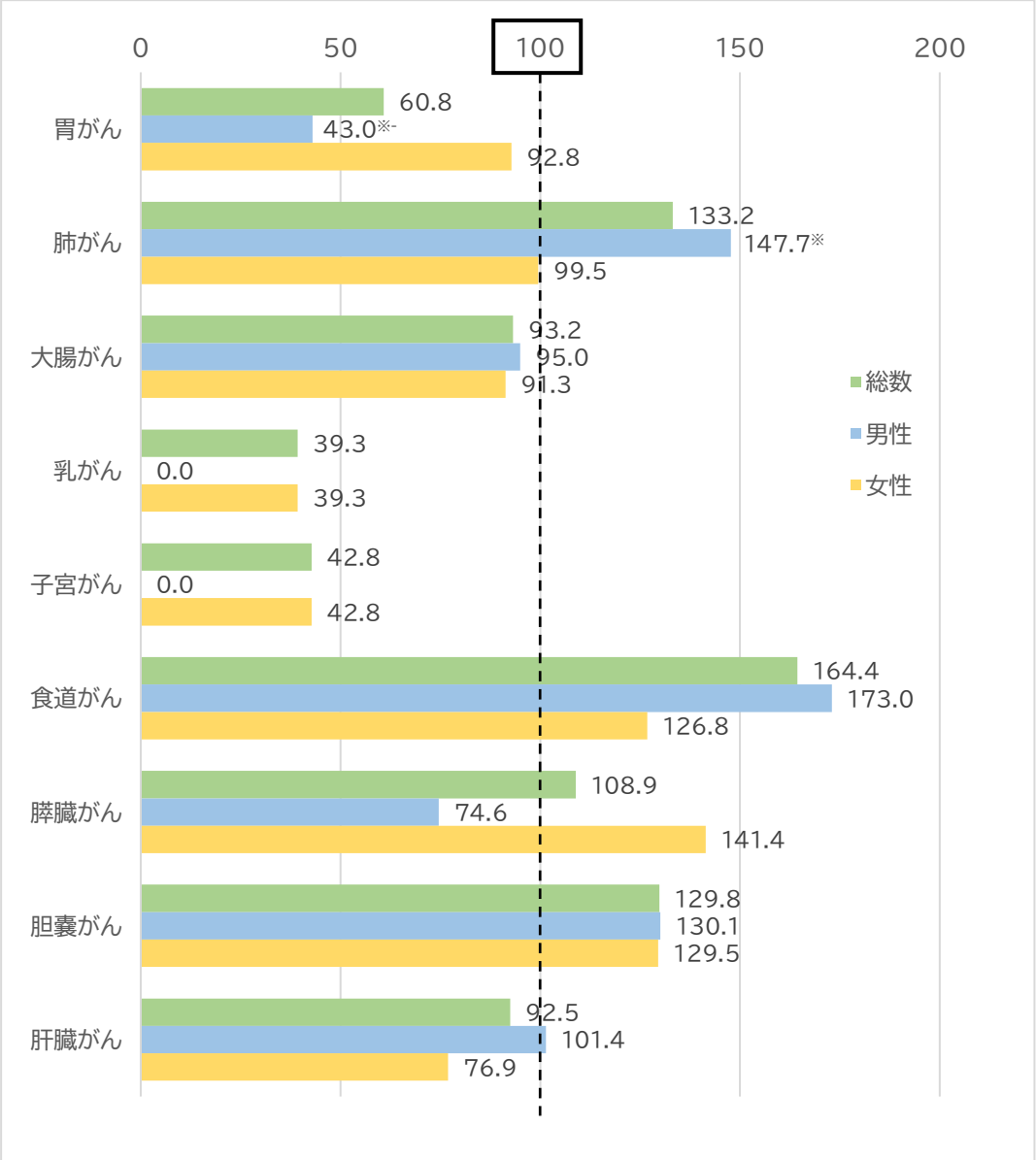
本町のがんの標準化死亡比(SMR)は、国より少し高いですが、道よりも低い水準で推移しています。男女の内訳としては、男性が SMR100を超えている状況です。(図表60)

検診を実施している5種類のがんを見ると、男女ともに肺がんが最も高く SMR100を大きく超えています。5種類のがん以外では、男女ともに食道がんと胆嚢がんが高く、女性の膵臓がんが高い状況です。(図表61)

これらのがんは喫煙や肥満、脂質や糖分過多などの食生活と関連があり、本町の健康実態においても同様の傾向があります。

今後においても、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な検診を実施し、がんの早期発見・早期治療に結びつけ死亡を減らしていくことや、健診結果に基づいた保健指導を実施し、がんを予防していくが重要です。

図表61　悪性新生物部位別標準化死亡比　H25～R4年



北海道健康づくり財団統計データ H25～R4年

※有意水準 5%　SMR が有意に高い、※-有意水準 5%　SMR が有意に低い

イ がん検診の受診率の向上

本町では、がん検診を受けやすい体制整備として、年2回異なる季節の土日に集団検診を実施し、複数のがん検診・健診を同時受診可能、受診時に来年度の受診予約の実施、都合に合わせて受けられる個別検診の実施、クーポン券対象者への受診勧奨等に取り組んできましたが、新型コロナウイルス感染症蔓延による行動制限の影響もあり、がん検診受診率は伸び悩みました。（図表62）

国は、令和5年に第4期がん対策推進基本計画のがん検診受診率の目標値を、第3期計画の50%から60%に引き上げました。第4期計画には、検診受診率が目標を達成できていない要因として、新型コロナウイルス感染症の影響により健診受診者が1～2割減少したとの報告があります。また、がん検診を受けた人のうち、3～7割が職域（保険者・事業主が福利厚生として任意で実施、法的な根拠なし）で受診している実態はあるが、現在は受診者を把握する仕組みがないことを課題とし、今後、正確ながん検診受診率の把握のため、職域におけるがん検診について実施状況を把握するとしています。

本町においても、一部の事業所等の職域でがん検診を受診していますが、受診率算定の対象には含まれません。小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健診のみで、がん検診を実施していない事業所もあります。職域でがん検診を実施していない事業所や国民健康保険の加入者に受診勧奨を実施することが大切です。

今後も町民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発・周知と、効果的な受診勧奨を再検討し行っていく必要があります。

図表62　がん検診受診率の推移（40～69歳まで（子宮がんは20～69歳まで））

	下川町　受診率							全国	目標値
年度	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R3	国
胃がん	19.9	18.4	17.6	18.6	15.5	15.1	16.2	6.5	40.0
肺がん	9.8	11.9	10.5	15.0	9.6	10.8	10.4	6.0	40.0
大腸がん	16.8	16.5	15.3	15.2	13.4	14.7	15.0	7.0	40.0
子宮がん	26.8	27.2	24.7	22.0	22.3	22.8	22.5	15.4	50.0
乳がん	39.7	35.5	35.1	36.4	35.4	37.7	36.1	15.4	50.0

地域保健事業報告
国目標値：国民健康・栄養調査を参考に設定

ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

本町の精密検査受診率は、胃がんと大腸がん以外は高い受診率となっています。（図表63）胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいため、受診をためらう精密検査対象者が多くみられます。

国の第4期がん対策推進基本計画においては、精密検査受診率の目標値を90%以上としています。しかし、精密検査受診率は多くのがんの種類で十分とは言えず課題としており、対策として精密検査を受けられる医療機関の情報提供を行うことが記載されています。

本町では、精密検査対象者には基本的に訪問し、直接お会いして、精密検査の必要性、近郊で適切

な精密検査を受けられる医療機関の情報を提供し、個別の事情も確認しながら精密検査受診勧奨を行っています。また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には、再勧奨を行っています。

平成28年度から令和3年度では、毎年何らかのがんが数名発見されています。早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができます。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、精密検査に伴う苦痛を軽減して検査を行う医療機関も増えており、医療機関等の情報もあわせて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

図表63　がん検診精密検査受診率

年度		H28	H29	H30	R1	R2	R3
胃がん	精検受診率	85.7	95.8	100	94.1	87.5	78.6
	がん発見者	2	1	0	0	1	1
大腸がん	精検受診率	97.2	85.2	73.9	78.9	84.0	68.6
	がん発見者	1	1	0	0	1	0
肺がん	精検受診率	100	63	100	100	100	100
	がん発見者	0	0	0	1	0	0
乳がん	精検受診率	100	100	100	100	100	100
	がん発見者	0	0	2	1	0	0
子宮がん	精検受診率	対象なし	100	100	100	100	100
	がん発見者	0	0	0	0	0	0

（3）具体的な取り組み

がんの早期発見・治療のためには、がん検診を受けることと精密検査が必要と判定された受診者が、精密検査を受けることが重要です。引き続き、がん検診の受診率及び精密検査受診率の向上に向けて取組みます。

ア　がん検診の受診率の向上

・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨
・集団検診時の来年度の受診予約の継続
・無料クーポンはクーポン利用率や年齢別受診率等を検証しながら効果的なクーポンの配布

イ　精密検査受診率の向上

・訪問等により直接会うことによる精密検査受診勧奨の継続
・受診の必要性についてリーフレット等の活用
・精密検査未受診者への再勧奨の継続

5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

（1）基本的な考え方

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道・肺胞・肺血管などに病変が起きる病気です。この変化は治療しても戻ることはありません。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、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれています。

COPDの最大の原因は喫煙で、50～80%に関与していると言われています。遺伝的因子、感染なども原因として挙げられていますが、ほとんどのCOPDが禁煙によって予防可能とガイドラインに記載されており、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少につながります。

また、COPDは炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器疾患を併発することも多く、COPDの予防は循環器疾患の予防のためにも重要です。

（2）現状と目標

ア COPDの死亡率の減少（がん標準化死亡比100以下）

本町のCOPDによる死亡比は、国と比較して高くないものの、男性の標準化死亡比（SMR）で道よりも高い状況です。（図表64） また、本町のCOPDの医療受診率は国・道と比較して大幅に高い状況があります。（図表65）

今後、COPDによる死亡を減らしていくためには、原因となる禁煙対策が必要です。

図表64 COPD 標準化死亡比（SMR）

		H18～H27年		H22～R 元年		全国
		下川町	道	下川町	道	
		143.4	90.2	77.6	92	100.0
内訳	男性	152.6	91.3	96.3	91.4	100.0
	女性	110.1	86.2	0.0	94.4	100.0

北海道健康づくり財団統計データ H18～H27年、H22～R 元年

図表65 COPD受診率（千人当たりレセプト件数）

	下川町	道	国
入院	6.4	1.4	1.2
外来	109.1	46.4	53.2

KDB帳票 疾病別医療費分析（中分類） R4年度 累計

イ　喫煙率の減少

本町は、道や国よりも喫煙率が高い状況です。年代別にみると、男性は45～64歳の喫煙率が高く、女性は45～49歳、60～64歳が高くなっています。（図表66）

喫煙者では、20～50%がCOPDを発症すると言われています。COPDは症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経過し、呼吸困難など重症になってから受診することがあります。

また、喫煙はCOPDだけではなく、循環器疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患）、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要です。禁煙の必要性とその方法について学習が必要です。

図表66　年代別喫煙率（R4年度）

	年齢（歳）							40～74 歳		
	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	町	北海道	全国
男性	25.0%	38.5%	30.0%	33.3%	55.0%	25.0%	21.1%	28.8%	25.4%	23.6%
女性	0%	20.0%	14.3%	0%	20.0%	12.3%	6.3%	10.1%	9.8%	6.0%

KDB（質問票調査の状況）

（3）具体的な取り組み

ア　禁煙対策

・健診受診者の喫煙者に対する保健指導、特定保健指導の実施

・広報などによるCOPDや喫煙の影響についての情報提供

・禁煙外来等の情報提供

喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療をできる外来等の情報提供を実施。

・禁煙外来受診が難しい場合は、低用量のニコチンガムなどの禁煙補助薬（市販）等の情報提供

6 歯・口腔の健康

(1)基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどの QOL(生活の質)の向上を図るためには、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、高齢化が進む中で将来を見据え、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要です。

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」が展開されていますが、歯の喪失の主要な原因疾患となる、う蝕(むし歯)と歯周病予防は必須の項目です。

(2)現状と目標

ア 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

3歳児でう蝕のない者の割合の国の目標値(令和4年度)は90%ですが、本町のう蝕がない1歳6か月児及び3歳児の割合は100%と79.0%であり、年度によりバラつきが大きい状況です。10年間累計でみると、3歳児、1歳6か月児ともにう蝕のある児は減少しています。(図表67、68、69)また、1人(またはその兄弟も)が複数のう蝕を持っているという実態もあります。

母子保健法に基づく1歳6か月児及び3歳児健康診査時の歯科健康診査のほか、歯の相談・フッ素塗布事業を通して、歯科衛生士と連携しながら、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促しています。子どもの生活や成長に関わるこども園とも連携を図り、環境づくりを進めていきます。

図表67 う蝕がない1歳6か月児・3歳児の割合の推移(歯科健康診査)

年度	1歳6か月児					3歳児				
	下川町			道	国	下川町			道	国
	受診者	う蝕がない児の割合				受診者	う蝕がない児の割合			
	人	人	割合	割合	割合	人	人	割合	割合	割合
H25	21	21	100.0	97.6	98.1	24	17	70.8	80.3	82.1
H26	22	22	100.0	97.2	98.2	13	11	84.6	80.6	82.3
H27	18	15	83.3	97.6	98.4	20	18	90.0	81.7	83.0
H28	16	15	93.8	97.8	98.5	20	15	75.0	82.9	84.2
H29	17	17	100.0	98.1	98.7	17	13	76.4	84.0	85.6
H30	22	21	95.5	98.2	98.8	19	18	94.7	85.7	86.8
R元	18	17	94.4	98.6	99.0	19	18	94.7	87.2	88.1
R2	19	17	89.5	98.5	98.9	21	21	100.0	88.1	88.2
R3	15	15	100.0	98.8	99.2	17	8	47.1	89.7	89.8
R4	15	15	100.0			19	15	79.0		

図表68　1歳6か月児の状況（H25～R4年度 10年間累計）

受診者		う蝕がある児		う蝕総数	う蝕歯の型別分類			未処置歯のある児		一人平均う蝕本数
					A 型	B 型	C 型			
年度	人	人	割合	本	人	人	人	人	割合	本
H25-R4	183	5	2.7	9	5	0	0	4	80.0	0.05
H25-H29	94	3	3.2	5	3	0	0	3	100.0	0.05
H30-R4 年	90	2	2.2	4	2	0	0	1	50.0	0.04

図表69　3歳児健診状況（H25～R4年度 10年間累計）

受診者		う蝕がある児		う蝕総数	う蝕歯の型別分類			未処置歯のある児		一人平均う蝕本数
					A 型	B 型	C 型			
年度	人	人	割合	本	人	人	人	人	割合	本
H25-R4	189	32	16.9	101	22	8	2	13	40.6	0.53
H25-H29	94	20	21.2	61	13	6	1	6	30.0	0.65
H30-R4 年	95	12	12.6	40	9	2	1	7	58.3	0.42

イ　歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

本町では、平成30年度～令和3年度の間、40～74歳の町民及び国保特定健康診査対象者（国保被保険者で40～74歳）を対象に歯周疾患検診を実施し、国保特定健康診査で HbA1c が6．5%以上の者に対して、歯科受診を勧めました。国保特定健康診査でHbA1cが6．5%以上の人はほとんどが歯科受診されており、検診を希望した人は数名のみでしたが、歯科衛生士のブラッシング等の指導とともに HbA1c の改善に向けて保健師が面談を実施しています。

令和3年度以降、町内で開業していた歯科医院が閉業したために、歯周疾患検診は実施できていませんが、今後体制が整う際には、実施を検討していきます。

（3）具体的な取組み

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」（令和5年10月告示）が令和6年度から展開されることや、令和5年8月に歯周病検診マニュアル（2023年改訂版）が公表（厚生労働省（歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキング））され令和8年から運用されることを踏まえ、今後の本町の歯科保健対策の再構築を行っていきます。

ア　ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

<table>
<tr><td>妊産婦</td><td>乳幼児</td><td>児童・生徒</td><td>20～75歳</td><td>75歳以上</td></tr>
<tr><td></td><td>口腔機能の獲得</td><td>口腔機能の維持</td><td colspan="2">健全な口腔機能の維持</td></tr>
<tr><td colspan="3">健康な歯・口腔の育成</td><td colspan="2">歯の喪失防止</td></tr>
<tr><td colspan="5">定期的な歯科健診</td></tr>
<tr><td colspan="5">妊婦相談時
口腔の健康及びう蝕予防の普及
歯科健診の受診勧奨</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">歯科衛生士による歯科保健指導
う蝕予防のための食生活、発達に応じた歯口清掃方法、歯磨き指導、フッ化物の応用等
対象：11～12か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診それぞれの対象者
離乳食、幼児食の栄養学習（栄養士）
口腔機能の獲得及びう蝕予防のための食生活
幼児歯科健診（歯科医師）
対象：1歳6か月児健診、3歳児健診それぞれの対象者
歯の相談・フッ素塗布事業
1歳児～12歳まで</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2">歯周疾患検診
町内での検診体制が整う際に実施方法検討</td></tr>
</table>

イ　評価に係る実態把握及び効果的な対策の実施

歯科口腔保健を推進するために、実態把握・分析結果等から今後充実・強化すべき取り組みについて、歯科衛生士等と連携を図り、必要時に連携の場を設けます。

歯科口腔保健の実態把握のため、今後は学校保健安全法に基づき実施している学校歯科健診の結果の共有を行っていけるとよいと考えます。また、各学校の養護教諭との情報交換により実態把握や取組みの検討をすすめます。

7 高齢者の健康

(1)基本的な考え方

人口の高齢化が進んでおり、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわりなく高齢者の就労や社会参加を推進しています。そのためには、生活習慣病の発症・重症化予防に加え、日常生活に必要な機能維持の観点から骨格筋量の減少を防ぐことが重要になります。厚生労働省の統計によると、高齢者の要介護認定の原因の1位は認知症、第2位は脳卒中、第3位は高齢による虚弱であり、高齢による虚弱にはサルコペニアとフレイルが関連しています。

※サルコペニア:骨格筋量の減少に筋力(歩行速度、握力)の低下が合併した状態
※フレイル:加齢により心身が老い衰えた状態で、健康な状態と要介護状態の中間の段階を指す

(2)現状と目標

ア 特定健診受診率向上及び後期高齢者健診の受診率向上

本町の要介護者の有病状況として、認知症や脳血管疾患の有病率は国よりも少ないですが、心臓病の有病率が多く、筋・骨格関連疾患の割合も高い状況があります(第1章2介護保険参照)。

心臓病は活動性低下の要因となり、認知機能の低下や転倒・骨折のリスクの高いフレイルの状態につながります。心臓病に至る基礎疾患である肥満症や高血圧、糖尿病、脂質異常症を適切に管理していくことが重要です。また、糖尿病は骨・筋蛋白質の代謝障害から、サルコペニアや骨粗しょう症を引き起こしやすくなります。さらに、サルコペニアと肥満(脂肪蓄積)の両方が合併したサルコペニア肥満は、肥満又はサルコペニア単独よりも身体機能の低下を招きやすくなります。

自身の身体状態を把握し、活動や栄養摂取について見直す機会が大切であり、健診受診を進めていくことが重要です。国保特定健診受診者では、前述のとおり(参照:3糖尿病 キ身体活動・運動)、65歳以上の人の活動量・運動量が少ない状況があります。

後期高齢者の R4年度健診受診率は10.9%で国と比べて低く、後期高齢者の健康状態については十分なデータがない状況です。後期高齢者健診の有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血圧」「血糖・血圧」「血糖・血圧・脂質」の該当割合が高く、データが少ないですが、国保特定健診から得られる傾向と同じでした。(図表70)

図表70 後期高齢者健診の受診状況

		後期高齢者		
		下川町	国	国との差
健診受診率		10.9	24.8	-13.9
受診勧奨対象者率		67.5	60.9	6.6
有所見者の状況	血糖	2.5	5.7	-3.2
	血圧	38.8	24.3	14.5
	脂質	6.3	10.8	-4.5
	血糖・血圧	5.0	3.1	1.9
	血糖・脂質	0.0	1.3	-1.3
	血圧・脂質	2.5	6.9	-4.4
	血糖・血圧・脂質	1.3	0.8	0.5

KDB 帳票 R4 年度

後期高齢者健診における質問票の回答では、「健康状態が「よくない」」「半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」」「お茶や汁物等で「むせることがある」」「この1年間に「転倒したことがある」」「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」」「周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」」「たばこを「吸っている」」「週に1回以上外出して「いない」」「ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」」「体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」」の回答割合が高い状況です。（図表71）

図表71　後期高齢者健診の質問票の回答

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		下川町	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.3	1.1	0.2
心の健康	毎日の生活に「不満」	0	1.1	-1.1
食習慣	1 日 3 食「食べていない」	2.6	5.4	-2.8
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	29.5	27.7	1.8
	お茶や汁物等で「むせることがある」	23.1	20.9	2.2
体重変化	6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少が「あった」	11.5	11.7	-0.2
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	59.0	59.1	-0.1
	この 1 年間に「転倒したことがある」	26.9	18.1	8.8
	ウォーキング等の運動を「週に 1 回以上していない」	48.7	37.1	11.6
認知	周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」	20.5	16.2	4.3
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	23.1	24.8	-1.7
喫煙	たばこを「吸っている」	7.7	4.8	2.9
社会参加	週に 1 回以上外出して「いない」	15.4	9.4	6.0
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	6.4	5.6	0.8
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	9.0	4.9	4.1

KDB 帳票 R4 年度

（3）具体的な取組み

後期高齢者健診の受診率が低い状況であるため、後期高齢者の健康状態について十分なデータがなく把握しきれていない状況です。健診を受けることで自身の身体状態を知り、生活習慣病の発症・重症化予防、適切な栄養摂取や活動量確保に向けて、保健・栄養指導をすすめていきます。

栄養に関して、高齢者の筋肉量の維持には基準量のたんぱく質の摂取が必要です。筋肉量が減少している者の中には、野菜から先に食べることで満腹になり、筋肉の材料であるたんぱく質が不足している場合もあります。野菜を先によく噛んで食べることで血糖値の急激な上昇を防ぐ「ベジファースト」を実践することで食事量を増やすことが難しい者は、たんぱく質量が不足する可能性があり、適切なたんぱく質量摂取には、個々に合った野菜の食べ方の工夫が必要です。活動に関しては、活動が少ない人は活動量を増やすことに加え、筋肉に負荷をかけることが大切になります。

下川町では、令2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（人生100年時代に備え、平均自立期間（健康寿命）を延伸するために高齢者の疾病予防と健康づくりに焦点を置いている）に取り組んでおり、後期高齢者の状況や要介護（要支援）認定者の状況を把握し、取り組みが切れ目なく実施されるよう、働き盛り世代から将来を見据えて取り組みを進めていきます。

ア　後期高齢者健診の受診勧奨と保健指導

・後期高齢者健診の受診率向上

・健診結果にてリスクの高い者への保健・栄養指導

・筋肉量維持・増強の必要性に関する保健・栄養指導

イ　若い世代からの予防

・国保特定健診受診者への生活習慣病発症・重症化予防支援

・筋肉量維持・増強の必要性に関する保健・栄養指導

ウ　他事業との連携

・元気教室、介護予防事業、デイサービスなど、対象に合わせた活動の場の活用

第3節　生活機能の維持・向上

健康寿命の延伸を実現するためには、生活習慣病の予防とともに、心身の健康を維持し、生活機能を可能な限り向上させることが重要です。

1　身体の健康

本章第2節にて前述している実態と対策をもとに、取組みを進めていきます。

2　こころの健康

ア　自殺率の減少

こころの健康を損なうことでの代表的なうつ病は、誰もがかかる可能性のある疾患です。自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、複雑化・複合化した問題が最も深刻になった時に、自殺が起きるといわれています。その複雑化・複合化した問題の背景に、うつ病が存在することも多いとされています。

本町の自殺の状況として、平成25年から令和4年までの累積死因別の標準化死亡比（SMR）をみると、国や道よりも高率となっています。（参照：第Ⅰ章　第2節　2死亡）

本町の状況に応じた自殺対策をすすめるため、これまでの取組みを発展させるべく、全庁的な取組みとして、令和2年度に「下川町生きる力を育む・支える自殺対策計画」を策定しました。

本計画におけるこころの健康についての具体的な取組みは、「下川町生きる力を生きる力を育む・支える自殺対策計画」に準じて行っていきます。

また、適度な運動やバランスの取れた栄養・食生活は、身体だけでなく心の健康を保つことにおいて大切な基礎となります。前述してきている生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組みを丁寧行うことで、こころの健康を保つことに寄与していくと考えます。様々な人へ行う保健・栄養指導の中で、常にこころの健康の視点を持ちながら、取組みを進めていきます。

第4節　目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては次の事項が示されています。

・「健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に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」
・「人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定」

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定された目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で定期的に分析・評価を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。

これらを踏まえ、本町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。（図表 72）

下川町の目標の設定【大目標28項目、全目標46項目】

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
全体	1 健康寿命の延伸 日常生活に制限のない期間の平均 （平均自立期間：KDB）	男性80.1年 女性84.4年	令和4年度	男性76.3年 女性84.4年	令和4年度	平均寿命の増加分を上回る増加	令和14年度	男性80.0 女性84.5	令和17年度	⑩
女性・子どもの健康	2 適正体重を維持している者の増加									
	低出生体重児（2,500g未満）の割合の減少	9.4%	令和4年度	16.7%	令和4年度	設定なし		9.5%未満	令和17年度	⑥
	在胎週数に相当した出生体重（AFD）にある児の増加	設定なし		93.1%	25-4年度	設定なし		93%以上		⑥
	妊娠中の適正な体重増加	設定なし		25.0%	30-4年度	設定なし		50%以上		⑥⑦
	妊娠中の喫煙をなくす	1.9%	令和3年度	7.6%	25-4年度		成育医療基本方針に合わせ設定	5.0%以下		⑦
	肥満傾向にある子ども（3歳児）の割合の減少	ー		8.4% （カウプ指数）	30-4年度		成育医療基本方針に合わせ設定	5%未満 （肥満度）		⑥
	3 適切な生活リズムで生活する子どもの割合の増加	設定なし		49.7% （幼児就寝時間）	27-4年度	設定なし		30%未満		⑥
循環器病	4 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少									
	脳血管疾患 SMR100以下	100	25-4年度	96.1	25-4年度	100		100以下	令和17年度	⑨
	虚血性心疾患 SMR100以下	100		103.5		100		100以下		⑨
	5 高血圧の改善（Ⅱ度以上の者の割合の減少）	131.1mmHg	令和元年度	7.3%	令和4年度	5mmHg低下	令和14年度	6.0%以下		③
	6 脂質高値者の減少（LDL160mg以上の者の割合の減少）	男性9.8% 女性13.1%		男性8.4% 女性8.3%		25%の減少		男性5%台 女性6%台		③
	7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少									
	該当者	男性32.9% 女性11.3%	令和4年度	男性35.6% 女性18.7%	令和4年度		医療費適正化計画に合わせて設定	男性32%台 女性17%台	令和17年度	②
	予備群	男性17.8% 女性6.0%		男性16.9% 女性4.0%				男性15%台 女性3%台		②
	8 食塩摂取量の減少	10.1g		男性35.5% 女性21.2%	令和4年度	7g	令和14年度	総数 25%		④
	9 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 （純アルコール摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上の者）	男性14.9% 女性9.1%	令和元年度	男性10.1% 女性6.3%	令和4年度	10%	令和14年度	男性10% 女性6%		⑩
	10 睡眠で休養が取れている者の増加	78.3%	平成30年度	男性76.8% 女性74.4%	令和4年度	80%	令和14年度	総数80%以上		⑩
糖尿病	11 糖尿病合併症（糖尿病性腎症）の減少 （糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数の減少）	15,271人	令和元年度	1人	令和4年度	12,000人 （約7%減）	令和14年度	0人	令和17年度	⑤
	12糖尿病有病者の増加の抑制	約1,000万人	平成28年度			1,350万人	令和14年度			③
	HbA1c6.5以上の者			13.7%	令和4年度			10%台		
	空腹時血糖126㎎/dl以上の者			16.7%	令和4年度			10%台		
	13 治療継続者の割合の増加	67.6%	令和元年度	66.7%	令和4年度	75%	令和14年度	70%以上		

	14 血糖コントロール不良者の減少 （HbA1cが8.0以上の者の割合の減少）	1.32%	令和元年度	1.1%	令和4年度	1.0%	令和14年度	1.0%以下		
	15 適性体重を維持している者の増加 （BMI25以上の者の減少）	60.3%	令和元年度	33.9%	令和4年度	66%	令和14年度	30%以下		
	16 野菜摂取量の増加	281g	令和元年度			350g	令和14年度			
	17 身体活動・運動									
	日常生活における歩数の増加 （日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）	6,278歩	令和元年度	48.3%	令和4年度	7,100歩	令和14年度	50%以上	令和17年度	⑩
	運動習慣者の増加 （1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施）	28.7%		32.5%	令和4年度	40%		35%以上		
	18 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
	特定健診受診率の向上	27.9%	令和3年度	67.2%	令和4年度		医療費適正化計画に合わせて設定	60%以上	令和17年度	②
	特定保健指導の実施率向上	33.3%		90.9%	令和4年度			75%以上		
がん	19 悪性新生物 SMR100以下	100	25-4年度	101.9	25-4年度	100		100以下		⑨
	20 がん検診受診率の向上									
	胃がん	6.5%	令和3年度	16.2%	令和4年度	40%		18.5%	令和17年度	①
	肺がん	6.0%		10.4%				15.0%		
	大腸がん	7.0%		15.0%				16.5%		
	子宮頸がん	15.4%		22.5%		50%		26.5%		
	乳がん	15.4%		36.1%				38.0%		
	21 精密検査の受診率の向上	設定なし		68.6%～100%		設定なし		すべて90%以上		
COPD	22 COPD SMR100以下	100		77.6	22-元年度	100		100以下		⑨
	23 喫煙率の減少	16.7%	令和元年	男性28.8% 女性10.1%		12%	令和14年度	男性25%台 女性9%台	令和17年度	⑩
歯	24 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 （3歳児でう蝕のない者の割合の増加）	89.8%	令和3年度	79.0%	令和4年度	95%	令和14年度	90%以上	令和17年度	⑥
高齢者	25 後期高齢者健診受診率向上	24.8%	令和4年度	10.9%				24.5%	令和17年度	⑩
生活機能	26 自殺死亡率の減少（人口10万人当たりの自殺数）	18.5	平成27年			13.0以下 （30%以上減少）	令和8年	5年間で3人以下	令和6年度	⑧

①地域保健・健康増進報告　②町国保特定健康診査（法定報告）　③町国保特定健康診査　④町健康診査　⑤町身体障害者手帳及び自立支援医療
⑥町母子保健事業　⑦町妊娠届　⑧町死亡届　⑨北海道健康づくり財団統計　⑩KDB

第Ⅲ章　計画の推進

第1節　健康増進に向けた取組みの推進

1　活動展開の視点

健康増進法は、第2条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。町民の健康増進を図ることは、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を本町の重要な行政施策として位置づけ、健康増進計画　健康しもかわ21（第三次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視した取り組みを推進していきます。

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

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

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

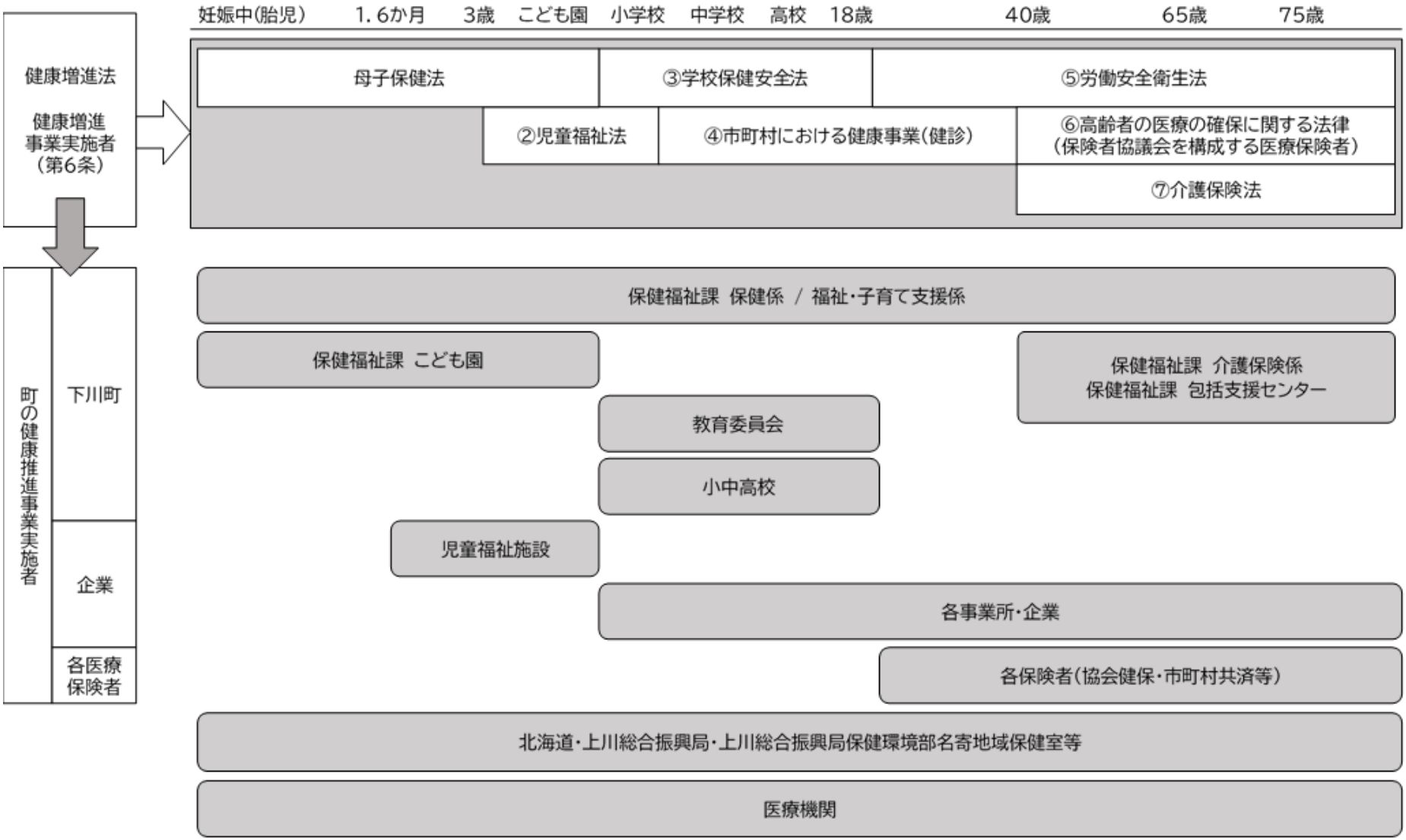
本町としては、その活動を支えながら、町民自身が自分のからだに対する理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動をめざします。

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。
また、庁内関係各課との連携及び関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

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



第2節　健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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

国では保健師等について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が、保健師等は単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくことが必要です。

これらを切れることなく推進していくための体制確保や業務分担を行っていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

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

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