中富良野町健康増進計画（第2次）

中富良野町食育推進計画（第1次）

平成25年3月

北海道中富良野町

目　　次

序　章　　計画改定にあたって 3

１．計画改定の趣旨 4
２．計画の性格 8
３．計画の期間 8
４．計画の対象 8

第Ⅰ章　　中富良野町の概況と特性 9

１．町の概要 10
２．健康に関する概況 11
３．町の財政状況に占める社会保障費 25

第Ⅱ章　　課題別の実態と対策 26

１．前計画の評価 27
２．生活習慣病の予防 29
⑴　がん 29
⑵　循環器疾患 35
⑶　糖尿病 43
⑷　歯の健康 51
３．生活習慣・社会環境の改善 55
⑴　栄養・食生活 55
⑵　身体活動・運動 66
⑶　飲酒 71
⑷　喫煙 75
⑸　休養 77
４．こころの健康 79

特定健康診査等実施計画と重なる部分

５．目標の設定 86

第Ⅲ章　　地域別の現状と対策 89

１．市街地域 93
２．西山地域 93
３．西中地域 94
４．中央地域 94
５．東山地域 95
６．宇文地域 95

第Ⅳ章　　計画の推進 97

１．健康増進に向けた取り組みの推進 98
⑴　活動展開の視点 98
⑵　関係機関との連携 99
２．健康増進を担う人材の確保と資質の向上 101

序章　計画改定にあたって

序章　計画改定にあたって

１．計画改定の趣旨

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

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

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

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

また、因果関係が最も深いとされる栄養、食生活の分野においても、食に関する知識や選択力の習得など、健全な食生活を実践しながら、生きる力と生涯にわたり食を営む力を養うための取組み、いわゆる「食育」の推進がより一層重要となってきています。

平成２３年に国が示した、第２次食育推進計画でも、生涯にわたるライフステージに応じた間断ない食育の推進、生活習慣病の予防及び改善につながる食育の推進、家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進が重点課題として上げられています。

中富良野町では平成２０年３月に、「健康日本 21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、中富良野町の特徴や、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「中富良野町健康増進計

画」を策定し、取組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項目については、別表Ｉのように考え、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、さらに食育推進基本計画における目標項目を加え、中富良野町健康増進計画（第二次）・中富良野町食育推進計画（第１次）を一体的に策定します。

参考

健康増進計画　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）主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

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

＊NCDについて

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

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

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

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

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

第２次食育基本計画　重点課題

（１）生涯にわたるライフステージに応じた間断ない食育の推進

子どもから成人、高齢者に至るまで、ライフステージに応じた間断ない食育を推進し、「生涯食育社会」の構築を目指すこととする。そのため、国は一人一人の国民が自ら食育に関する取組が実践できるように、情報提供する等適切な施策を推進する。

（２）生活習慣病の予防及び改善につながる食育の推進

生活習慣の改善が重要な課題であり、その中でも、食生活の改善は極めて重要であることから、生活習慣病の予防及び改善につながる食育について、国はもとより、地方公共団体、関係機関・団体が連携して推進する。

（３）家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進

子どものころに身についた食習慣を大人になってから改めることは困難であり、子どものうちに健全な食生活を確立することは、成長段階にある子どもが必要な栄養を摂取し健やかな体を作り、生涯にわたって健全な心身を**培**い、豊かな人間性を育んでいく基礎となる。

特に家族が食卓を囲んで共に食事をとりながらコミュニケーションを図る共食は、食育の原点であり、子どもへの食育を推進していく大切な時間と場であると考えられることから、家族との共食を可能な限り推進する。

別表Ⅰ

「健康日本21（第二次）」の基本的方向性と目標項目

「乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」

○ 目標項目（53項目）

⑴健康寿命の延伸と健康格差の縮小
① 健康寿命の延伸
② 健康格差の縮小

⑶社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

⑵生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

⑸栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

⑷健康を支え、守るための社会環境の整備

		次世代の健康			高齢者の健康		
		胎児（妊婦）　0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	死亡
生活習慣病の予防	がん			①-1がん検診の受診率の向上(子宮頸がん)	①-2がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)			③75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
生活習慣病の予防	循環器疾患				③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少 ①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			⑤脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
生活習慣病の予防	糖尿病				②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ③糖尿病有病者の増加の抑制 ④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	⑤治療継続者の割合の増加	⑥合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	
生活習慣病の予防	歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 ③歯周病を有する者の割合の減少		④歯の喪失防止 ⑤口腔機能の維持・向上		
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	栄養・食生活	②適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 ①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	③適正体重の子どもの増加	⑥適切な量と質の食事をとる者の増加		④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制		
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	身体活動・運動	②住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加		③日常生活における歩数の増加 ④運動習慣者の割合の増加		⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制 ⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑦就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 ⑧ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加		
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす	②未成年者の飲酒をなくす		③生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少			
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	喫煙	①妊娠中の喫煙をなくす ②受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	③未成年者の喫煙をなくす	④成人の喫煙率の減少	⑤COPDの認知度の向上			
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	休養			①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少				
	こころの健康	①小児人口10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加		④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上		□自殺者の減少

個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり	①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加

２．計画の性格

この計画は、第５期なかふらのまちづくり総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する中富良野町特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします（表１）

表１

法　　律	北海道が策定した計画	中富良野町が策定した計画
健康増進法	すこやか北海道 21	中富良野町健康増進計画
次世代育成対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	中富良野町次世代育成支援行動計画
食育基本法	北海道食育推進計画	
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	中富良野町特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画･介護保険事業計画	第 5 期介護保険事業計画

３．計画の期間

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

４．計画の対象

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

第Ⅰ章　中富良野町の概況と特性

第１章　中富良野町の概況と特性

１．町の概要

⑴ 位　置

中富良野町は、北海道のほぼ中央部に位置します。

⑵ 地理・地形

東西 17.9km、南北 13.4km あり、面積は 108.7 ㎢の東西に細長く広がるまちで、東北は上富良野町、南西は富良野市、西部一体の北端は美瑛町、これより南に向かって芦別市、富良野市と隣接しています。

東部は十勝岳を主峰とする千島火山脈が連なっており、遠く大雪山を眺望することができ、南西の方面は夕張山脈が南北に縦走し、夕張岳、芦別岳が富良野高原の景勝をなしています。

町の中央部は平坦で広々と開けており、東北から南西に向かってゆるやかな傾斜を持っています。

⑶ 気　候

北海道の内陸部にあり、盆地状の地形であるため内陸的特性を有し、冬の厳寒と夏の酷暑という極端な二面を持ちあわせており、夏は最高気温 30℃、冬は－25℃を超えることがあります。

年平均気温は 6℃で、寒暖差は 10.9℃と全道では大きい方で、年間降水量は 900ｍｍ前後、降雪量は平野部で 1ｍ程度、山間部では 2～3ｍにも達し、時として、50ｃｍもの降雪に強風を伴う大吹雪になることがあり、内陸にあるといっても、日本海沿岸の多雪の影響を強く受けています。

⑷ 沿　革

行政管轄の歌志内村から、明治 32 年（1899 年）に富良野村に改編され、戸長役場が上富良野市街地に設置されました。

大正 6 年（1917 年）に上富良野村から分村し、2 級村制中富良野村を創立し、大正 12 年（1923 年）には 1 級村制を施行、そして昭和 39 年（1964 年）に町制を施行、平成 7 年には開基 100 年を迎えました。

２．健康に関する概況（表１）

表１　町の健康に関する概況

項　目			全国		北海道		中富良野町	
1	人口構成 H22年 国勢調査		人数	割合	人数	割合	人数	割合
		総人口	128,057,352	－	5,506,419	－	5,477	－
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	772	14.1%
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	3,096	56.5%
		65歳以上	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	1,609	29.4%
		(再掲)75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	894	16.3%
2	平均寿命 厚生労働省 2005年(17年)	男　性	78.8		78.3		78.2	82 位
		女　性	85.8		85.8		85.8	83 位
3	死亡 （主な死因年次推移分類） 22年度人口動態 注意:市町村データは平成22年度版地域保健情報年報21年度死亡	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)
		1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	324.8	悪性新生物	390.2
		2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	心疾患	248.3
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	肺炎	195.1
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患	53.2
		5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	自殺	53.2
4	早世予防からみた死亡(64歳以下) H22年人口動態調査	合　計	176,549 人	14.7%	8,690 人	15.7%	11 人	17.5%
		男　性	110,065 人	18.9%	5,696 人	19.1%	8 人	24.2%
		女　性	56,584 人	10.0%	2,994 人	11.7%	3 人	10.0%
5	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	認定者数(H22年度末)	5,062,234人		245,769人		305人	
		1号認定者数／1号被保険者 に対する割合	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	299人	18.1%
		再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	266人	28.4%
		再)65－74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	33人	4.6%
		1号認定者の原因疾病 （医師意見書より）			原因　人数	割合	原因　人数	割合
		第1位					認知症　102人	34.1%
		第2位					脳血管疾患　74人	24.7%
		第3位					関節疾患　18人	6.0%
		第4位					骨折　15人	5.0%
		第5位					高血圧　10人	3.3%
		2号認定者数／2号人口に対する割合	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	6人	0.32%
		うち脳血管疾患割合(／2号認定者)					4人	66.7%
		第1号被保険者分介護給付費（単位：千円）	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり
			6,663,722,854	229	296,109,294	219	413,075	250
		第5期保険料額(月額)	4,972 円		4,631 円		4,000 円	
6	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者医療事業状況報告	加入者(年度平均)	14,059,915 人		667,265	全国34位	928	全道116位
		1人あたり医療費(円)	904,795 円		1,070,584		930,316	
		医療費総額(千円)	12,721,335,977,000 円		714,268,239		862,403	
7	国保 平成22年度 国民健康保険事業年報	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			35,849,071 人	—	1,506,331 人	－	2,120 人	－
		(再掲) 前期高齢者	11,222,279 人	31.3%	497,459 人	33.0%	580 人	27.4%
		(再掲) 70歳以上			247,804 人	16.5%	340 人	16.0%
		一般	33,851,629 人	94.4%	1,426,957 人	94.7%	2,043 人	96.4%
		退職	1,997,442 人	5.6%	79,374 人	5.3%	77 人	3.6%
		加入率(年度末)		28.00%		27.4%		

項　目			全国		北海道		中富良野町	
7	医療費	医療費総額（千円）	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり
			10,730,826,914	299	514,984,785	342	661,508	312
		（再掲）前期高齢者			256,895,211	516	328,823	567
		（再掲）70歳以上			148,716,172	600	203,572	599
	平成22年度 国民健康保険事業年報	一般（千円）	9,981,583,067	295	480,374,599	337	621,052	304
		退職（千円）	749,243,846	375	34,610,186	436	40,456	525
8	医療費分析	生活習慣病レセ状況（男女計,74歳以下）		率		率		率
		費用額/占有率					18,301,640	51.9
		枚数/占有率					581	39.9
		実人数/占有率（様式3-1）					530	24.5
		（再掲）40～74歳					523	34.9
		（再掲）65～74歳					329	53.2
		生活習慣病（40～74歳）	実人数	割合	実人数	割合	実人数	割合
	平成22年5月診療分	脳血管疾患					76	14.5
		虚血性心疾患					70	13.3
		糖尿病					175	53.2
		（再掲）インスリン療法					7	4.0
		（再掲）人工透析					3	1.7
		（再掲）糖尿病性腎症					36	20.6
		（再掲）糖尿病性網膜症					13	7.4
		高血圧症					386	73.8
		高尿酸血症					65	12.4
		高脂血症					290	55.4
9	人工透析患者 23年度末	透析患者数/人口千対					18人	
	自立支援医療（更生医療）意見書より	糖尿病性腎症/割合					7人	38.9%
10	生活保護 平成22年度 （年度平均）	保護世帯/保護人員/保護率（‰）	1,410,049　1,952,063	15.3	110,312　159,542	28.8	29　37	6.6
		医療扶助率						
11	特定健診 特定保健指導	特定健診	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
			7,169,761人	32.0%	218,140	22.6%	45位	851	63.2 %	6 位
	H22年度 特定健診・特定保健指導 実施結果集計表	特定保健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
			198,778人	20.8%	8,533	20.9%	17位	23	19.3 %	124 位
12	様式6－2 健診有所見者状況 総数（40～74歳）	健診項目			有所見者	有所見率	全道順位	有所見者	有所見率	全道順位
		摂取エネルギー過剰：腹囲			68,632	30.2%		254	29.6%	119 位
		摂取エネルギー過剰：BMI			63,594	28.0%		245	28.5%	122 位
		摂取エネルギー過剰：中性脂肪			45,651	20.1%		196	22.8%	16 位
		摂取エネルギー過剰：ALT(GPT)			35,408	15.6%		154	17.9%	51 位
		摂取エネルギー過剰：HDL			10,287	4.5%		55	6.4%	23 位
		血管を傷つける：血糖値			53,728	23.7%		287	33.4%	69 位
		血管を傷つける：HbA1c			120,733	53.2%		440	51.2%	118 位
		血管を傷つける：尿酸			9,721	4.3%		77	9.0%	33 位
		血管を傷つける：収縮期血圧			105,656	46.5%		365	42.5%	122 位
		血管を傷つける：拡張期血圧			44,195	19.5%		232	27.0%	28 位
		血管を傷つける：LDLコレ			124,052	54.6%		444	51.7%	108 位
	北海道国保連合会 H22年度市町村国保における特定健診等結果状況報告書	腎臓：尿蛋白			13,347	5.9%		21	2.4%	116 位
		腎臓：クレアチニン			1,063	0.5%		5	0.6%	64 位
13	出生 H22年 人口動態調査	出生数（人口千対）	1,071,304	8.50	40,158	7.32	45	8.22
		低体重児出生率（出生百対）	103,049	9.62	3,934	9.80	7	15.56

(1)　人口構成

中富良野町の人口構成を全国、北海道と比較すると、65 歳以上の高齢化率及び 75 歳以上の後期高齢化率は、いずれも５％ほど高くなっています。

中富良野町の人口(国勢調査)は、平成 17 年には 5,707 人でしたが、平成 22 年には 5,477 人となり減少傾向にあります。

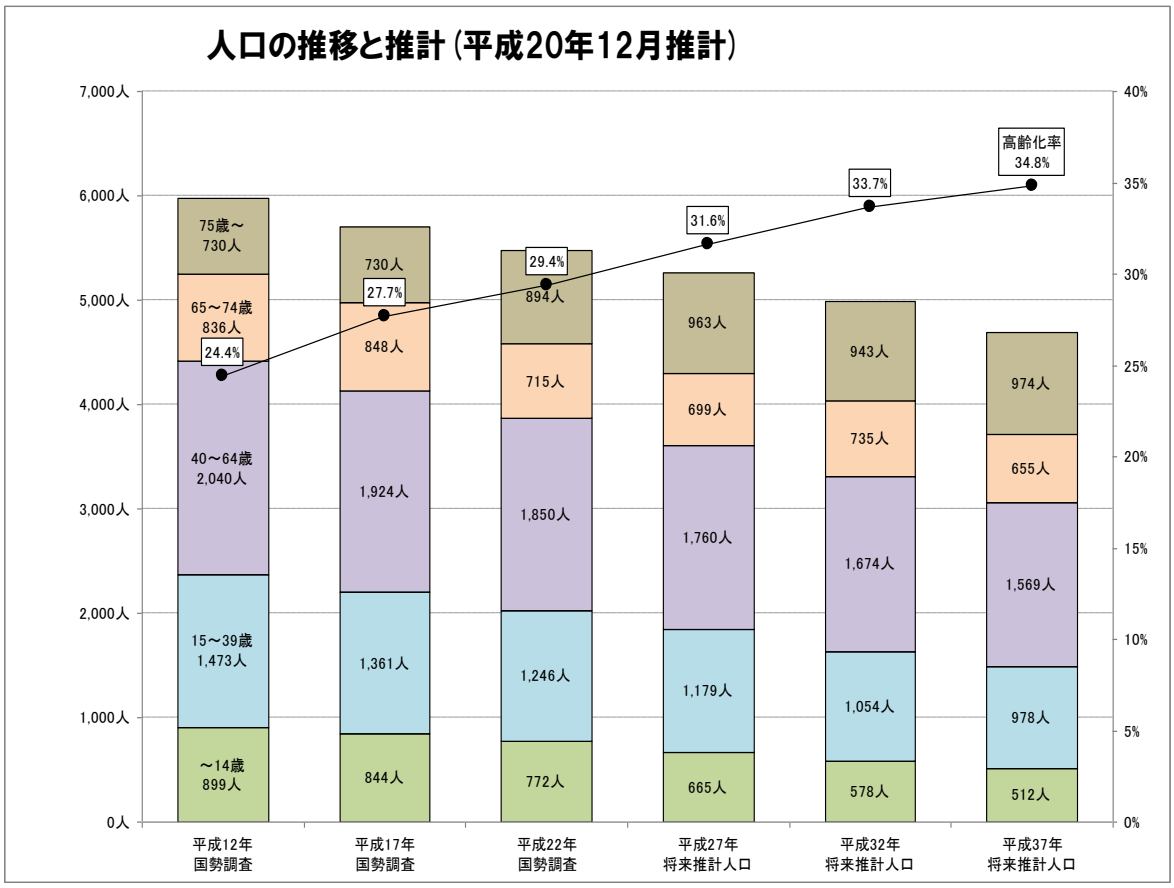
人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 22 年までの 5 年間に、261 人減少しているのに対して、65 歳以上人口は、同期間で 31 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 27.7%でしたが、平成 22 年には 29.4%となり、5 年間で 1.7 ポイント高くなっており、全国(23.0%)や北海道(24.7%)に比べて高齢化が進展しています。

生産年齢人口(15 歳～64 歳)・年少人口(0 歳～14 歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。

今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図１)

図１　人口の推移と推計（平成 20 年 12 月推計）



資料：平成 17 年、平成 22 年　国勢調査

平成 27 年、平成 32 年、平成 37 年　国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』(平成 20 年 12 月推計)

⑵　死亡

中富良野町の主要死因を全国、北海道と比較すると、悪性新生物、虚血性心疾患、肺炎による死亡が高くなっています。

また、自殺による死亡率も、全国や北海道より高くなっています。

主要死因の変化を平成 17 年と比較すると、生活習慣病の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で、平成 17 年には 58.3%、平成 21 年は 60.0%と、全体の約 6 割を占めており、横ばい傾向です。

高齢化の進展に伴い、平成 21 年には死因の 3 位が肺炎となっています。（表２）

また、前計画の目的であった早世(64 歳以下)死亡の減少については、平成 17 年との比較では男性が増加しており、平成 22 年では全国 2 位の割合になっています。（表３）男性の早世死亡の原因疾患は悪性新生物が 62.5%を占めています。（図２）

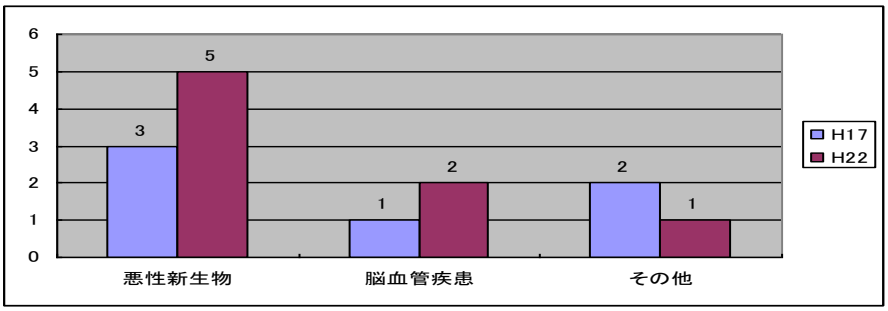
表２　中富良野町の主要死因の変化

年度		平成17年			平成21年		
全体		人口	死亡者総数	死亡率	人口	死亡者総数	死亡率
		5,704	60	1051.9	5,477	65	1186.8
死亡原因	1位	悪性新生物			悪性新生物		
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合
		16	274.7	26.7	22	390.2	33.8
	2位	心疾患			心疾患		
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合
		10	171.7	16.7	14	248.3	21.5
	3位	脳血管疾患			肺炎		
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合
		9	154.5	15	11	195.1	16.9
	4位	肺炎			脳血管疾患		
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合
		7	120.2	11.7	3	53.2	4.6
	5位	不慮の事故			自殺		
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合
		4	68.7	6.7	3	53.2	4.6
	6位	自殺					
		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合			
		2	34.3	3.3			

表３　６５歳未満死亡の割合（都道府県順位）

	総数				男性				女性			
	平成17年		平成22年		平成17年		平成22年		平成17年		平成22年	
1	沖縄	22.9	沖縄	20.9	沖縄	29.9	沖縄	27.5	埼玉	16.8	沖縄	13.3
2	埼玉	22.5	埼玉	18.2	埼玉	27.0	中富良野町	24.2	神奈川	15.7	埼玉	13.2
3	神奈川	21.5	中富良野町	17.5	大阪	26.4	埼玉	22.2	千葉	15.6	神奈川	12.3
4	大阪	21.4	千葉	16.9	千葉	26.0	千葉	21.0	中富良野町	15.4	千葉	12.1
5	千葉	21.4	神奈川	16.8	神奈川	25.9	大阪	20.9	大阪	15.4	大阪	11.7
6	東京	19.7	大阪	16.7	青森	24.6	東京	20.7	沖縄	15.0	北海道	11.7
7	愛知	19.6	東京	16.4	東京	24.6	青森	20.5	北海道	14.2	東京	11.4
8	北海道	19.0	青森	15.9	愛知	24.5	神奈川	20.4	愛知	13.8	愛知	11.1
9	青森	19.0	愛知	15.7	福岡	23.8	茨城	20.0	東京	13.7	青森	10.6
10	福岡	18.4	北海道	15.7	茨城	23.1	栃木	19.9	兵庫	12.8	栃木	10.4
11	茨城	18.3	茨城	15.5	兵庫	22.9	福岡	19.6	茨城	12.7	茨城	10.3
12	中富良野町	18.3	栃木	15.4	北海道	22.9	愛知	19.5	★全国	12.4	福岡	10.2
13	兵庫	18.2	福岡	15.1	栃木	22.8	北海道	19.1	静岡	12.4	★全国	10.0
14	★全国	18.0	★全国	14.8	宮城	22.7	★全国	18.9	奈良	12.4	兵庫	10.0
15	栃木	18.0	兵庫	14.6	★全国	22.7	宮城	18.8	福岡	12.4	中富良野町	10.0
16	宮城	17.8	群馬	14.2	奈良	21.6	兵庫	18.7	栃木	12.3	静岡	9.7
17	静岡	17.3	宮城	14.1	群馬	21.6	長崎	18.6	青森	12.1	奈良	9.7
18	奈良	17.3	長崎	13.8	鳥取	21.5	群馬	18.5	滋賀	12.1	滋賀	9.5
19	群馬	16.9	京都	13.8	静岡	21.4	京都	18.2	岐阜	11.9	群馬	9.5
20	滋賀	16.7	石川	13.8	京都	21.3	愛媛	18.1	宮城	11.9	京都	9.3
21	京都	16.6	静岡	13.8	長崎	21.2	広島	18.1	群馬	11.6	石川	9.2
22	広島	16.5	滋賀	13.7	滋賀	21.0	石川	18.0	京都	11.6	宮崎	9.0
23	石川	16.3	広島	13.6	広島	20.8	福島	18.0	石川	11.5	岩手	8.9
24	岐阜	16.3	愛媛	13.6	石川	20.7	山梨	17.8	広島	11.4	宮城	8.9
25	長崎	16.2	岩手	13.5	高知	20.6	岩手	17.7	長崎	10.7	岐阜	8.9
26	鳥取	15.8	山梨	13.4	中富良野町	20.6	滋賀	17.7	宮崎	10.6	長崎	8.9
27	宮崎	15.7	福島	13.3	宮崎	20.5	宮崎	17.6	愛媛	10.6	広島	8.8
28	岩手	15.7	宮崎	13.3	愛媛	20.2	鹿児島	17.5	岩手	10.5	愛媛	8.7
29	高知	15.7	奈良	13.0	徳島	20.2	静岡	17.5	三重	10.5	三重	8.7
30	愛媛	15.6	岐阜	13.0	岩手	20.2	高知	17.3	富山	10.4	和歌山	8.6
31	福島	15.5	佐賀	12.9	佐賀	20.0	秋田	17.1	福井	10.4	山口	8.6
32	富山	15.4	三重	12.8	岐阜	20.0	鳥取	17.0	和歌山	10.3	佐賀	8.6
33	三重	15.3	鳥取	12.8	福島	19.9	徳島	17.0	高知	10.2	鳥取	8.5
34	山梨	15.3	熊本	12.7	鹿児島	19.9	佐賀	17.0	福島	10.1	山梨	8.5
35	和歌山	15.2	鹿児島	12.7	富山	19.9	熊本	16.9	山口	10.1	熊本	8.5
36	佐賀	15.2	秋田	12.7	山梨	19.9	岡山	16.8	山梨	10.0	福島	8.2
37	山口	15.1	和歌山	12.6	和歌山	19.8	三重	16.7	佐賀	10.0	香川	8.2
38	秋田	14.9	香川	12.5	三重	19.7	岐阜	16.6	熊本	9.8	富山	8.2
39	徳島	14.8	岡山	12.5	山口	19.6	香川	16.6	秋田	9.8	鹿児島	8.0
40	岡山	14.7	高知	12.4	岡山	19.5	新潟	16.6	岡山	9.4	秋田	7.9
41	鹿児島	14.6	徳島	12.4	秋田	19.4	和歌山	16.4	大分	9.4	岡山	7.9
42	新潟	14.5	山口	12.4	新潟	19.3	大分	16.2	香川	9.2	福井	7.8
43	大分	14.4	富山	12.3	大分	19.1	富山	16.2	長野	9.2	大分	7.8
44	香川	14.3	新潟	12.1	香川	18.9	奈良	16.0	鳥取	9.2	徳島	7.5
45	福井	14.3	大分	12.1	熊本	18.3	山口	15.9	鹿児島	9.1	高知	7.4
46	熊本	14.2	福井	11.4	福井	18.0	島根	15.1	徳島	9.1	山形	7.4
47	長野	13.6	山形	11.0	山形	17.6	福井	14.8	新潟	9.0	新潟	7.4
48	山形	13.3	島根	10.8	長野	17.5	山形	14.4	山形	8.5	長野	7.1

図２　６５歳未満死亡の原因（男性）



⑶　介護保険

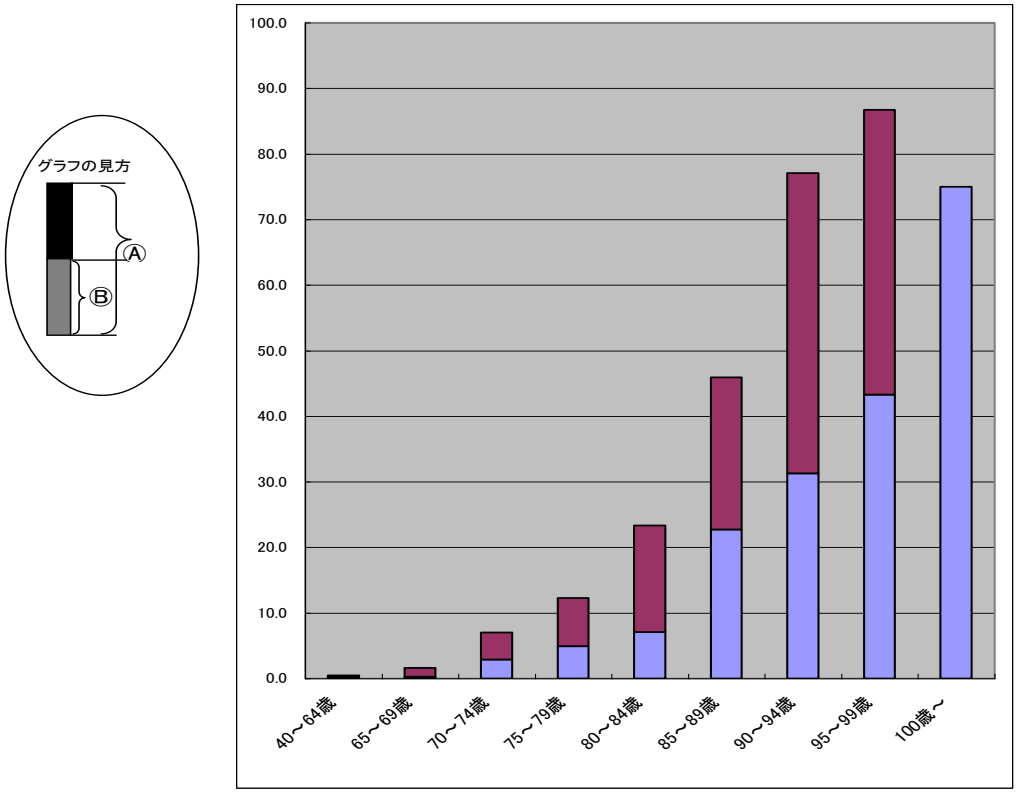
中富良野町の認定状況をみると、認定率は全国、全道より高い状況にありますが、85 歳を境に認定率が大幅に上昇しており、健康な期間が長いといえます。

一方、40 歳から 64 歳の認定率は 0.5%と全国、全道より高い状況です。

平成 12 年から 23 年までの 2 号認定者は 25 人で、うち 14 人が脳血管疾患を発症しています。社会保険加入者が多い状況です。

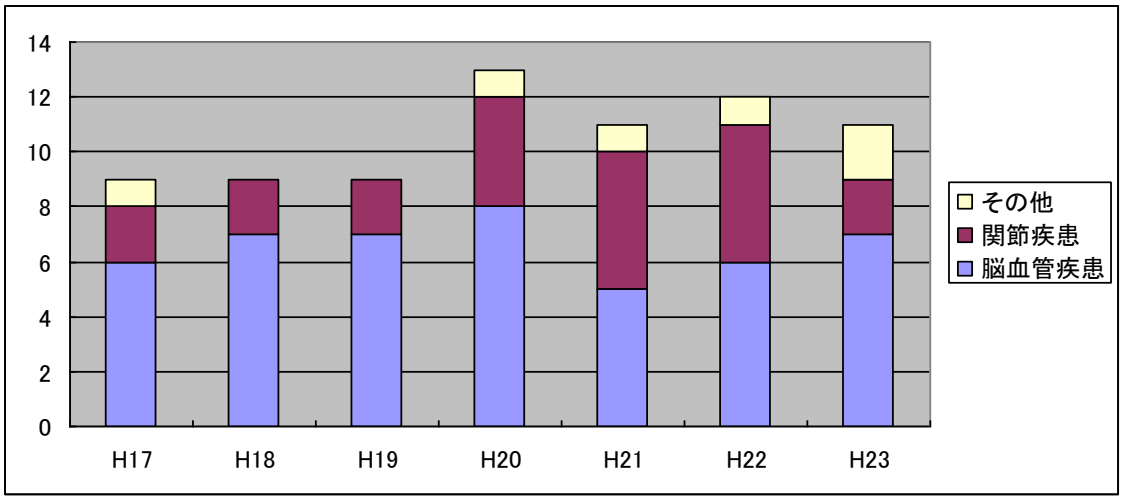
図３　介護からみた健康寿命

平成23年3月31日時点の要介護認定状況



年齢階級				2号	1号								
				40～64歳	1号計	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
被保険者数		a	人数	1,845	1,661	314	385	407	266	172	83	30	4
認定者数		b	人数	10	316	5	27	50	62	79	64	26	3
Ⓐ認定率		b/a	割合	0.5	19.0	1.6	7.0	12.3	23.3	45.9	77.1	86.7	75.0
Ⓑ再掲	3～5	c	人数	3	132	1	11	20	19	39	26	13	3
	小計	c/a	割合	0.2	7.9	0.3	2.9	4.9	7.1	22.7	31.3	43.3	100

図４　第２号被保険者要介護（支援）認定者数の推移と原因疾患



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
認定者数	9	9	9	13	11	12	11
脳血管疾患	6	7	7	8	5	6	7
割合	66.7	77.8	77.8	61.5	45.5	50	63.6
関節疾患	2	2	2	4	5	5	2
がん				1			1
認知症						1	1
その他	1				1		
新規認定者数	1	4	0	5	2	3	2

⑷　後期高齢者医療

中富良野町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、北海道よりは低い状況ですが、上川振興局管内では上位を占めています。

１人当たり診療費の状況（上川振興局管内）

順位	保険者名	18年度	順位	保険者名	19年度	順位	保険者名	20年度	順位	保険者名	21年度	順位	保険者名	22年度
1	比布町	1,071,531	1	比布町	1,078,956	1	北海道	1,034,480	1	北海道	1,056,490	1	北海道	1,070,442
2	北海道	1,003,327	2	北海道	1,037,084	2	比布町	1,014,307	2	旭川市	1,024,856	2	比布町	1,068,237
3	旭川市	993,508	3	旭川市	1,025,304	3	旭川市	1,003,106	3	富良野市	968,211	3	旭川市	1,040,660
4	幌加内町	924,303	4	中富良野町	940,386	4	富良野市	962,333	4	比布町	968,022	4	音威子府町	1,023,035
5	大雪広域	918,968	5	鷹栖町	935,642	5	大雪広域	943,313	5	大雪広域	943,438	5	富良野市	1,016,072
6	中富良野町	918,300	6	大雪広域	922,459	6	剣淵町	919,172	6	中富良野町	930,195	6	大雪広域	965,246
7	士別市	915,590	7	上富良野町	917,669	7	上富良野町	909,020	7	上富良野町	920,176	7	中富良野町	929,314
8	愛別町	911,090	8	富良野市	916,045	8	鷹栖町	898,861	8	士別市	906,980	8	名寄市	900,468
9	富良野市	909,256	9	音威子府町	914,839	9	士別市	891,694	9	当麻町	904,409	9	上富良野町	882,518
10	鷹栖町	907,746	10	士別市	914,734	10	中富良野町	887,988	10	名寄市	878,612	10	鷹栖町	881,347
11	音威子府町	884,833	11	下川町	900,727	11	名寄市	883,108	11	剣淵町	876,386	11	当麻町	880,620
12	上富良野町	882,437	12	南富良野町	894,971	12	下川町	880,041	12	鷹栖町	873,737	12	下川町	873,355
13	当麻町	881,533	13	上川町	886,853	13	音威子府町	873,361	13	下川町	868,924	13	南富良野町	867,546
14	剣淵町	866,263	14	名寄市	885,635	14	当麻町	863,097	14	和寒町	863,728	14	和寒町	863,069
15	下川町	846,484	15	当麻町	884,819	15	和寒町	859,046	15	愛別町	851,528	15	愛別町	861,840
16	南富良野町	840,948	16	愛別町	865,880	16	上川町	830,793	16	南富良野町	849,174	16	士別市	843,863
17	上川町	809,452	17	剣淵町	859,216	17	占冠村	826,037	17	音威子府町	848,753	17	剣淵町	836,587
18	名寄市	796,970	18	和寒町	837,579	18	南富良野町	797,332	18	上川町	790,329	18	上川町	803,350
19	和寒町	782,791	19	幌加内町	800,503	19	愛別町	788,743	19	中川町	783,087	19	幌加内町	748,902
20	美深町	772,620	20	美深町	753,312	20	幌加内町	709,786	20	占冠村	773,822	20	占冠村	741,204
21	占冠村	738,885	21	占冠村	723,819	21	美深町	703,884	21	美深町	741,027	21	美深町	735,886
22	中川町	727,102	22	中川町	711,422	22	中川町	698,236	22	幌加内町	665,322	22	中川町	689,745

平成２３年度５月審査分のレセプトで、医療費７０万円以上の者の状況を見たところ、脳・心臓・腎臓疾患が５０％を占め、その中で高血圧である者が５０％おり、医療費削減において高血圧予防が重要であることが分かりました。

後期高齢者　医療費70万円以上となった個別レセプト一覧（平成23年5月審査分）

No.	入院時年代	入外	金額	診療実日数	疾病名	治療内容	特記事項	疾患①	疾患②	疾患③	疾患④
1	80	入院	2,341,520	27	小脳梗塞	リハビリテーション		高血圧	嚥下障害		
2	80	入院	1,757,280	31	胆石性胆のう炎	胆道砕石術、腹腔鏡下胆嚢摘出術		総胆管結石	肺静脈血栓塞栓	下肢深部静脈血栓	
3	80	入院	1,612,870	13	心原性脳塞栓症	リハビリテーション		狭心症（入院後）			
4	70	入院	1,512,550	9	洞不全症候群	ペースメーカー移植術		高血圧	心不全		
5	70	入院	1,217,020	12	左内頚動脈狭窄症	動脈血栓内膜摘出術、SPECT					
6	70	入院	1,214,970	9	右変形性膝関節症	人工関節（肩股膝）置換術、リハビリ		糖尿病			
7	70	入院	1,045,130	16	絞扼性イレウス	腸管癒着症手術		高血圧	糖尿病	脂質異常症	狭心症
8	80	外来	1,043,440	5	再生不良性貧血	血液交叉、間接クームス、保存血輸血		肝機能障害	狭心症		
9	80	入院	1,029,740	19	左大腿骨転子部骨折	骨折観血的手術（肩、腕、脚）、リハビリ		糖尿病	貧血		
10	80	入院	911,030	31	パーキンソン病	リハビリテーション		慢性動脈閉塞	Ⅲ度房室ﾌﾞﾛｯｸ	レビー小体型認知症	前立腺肥大症
11	80	入院	902,850	23	脳梗塞	リハビリテーション		不整脈	閉塞性動脈硬化症	骨粗鬆症	腰部脊柱管狭窄症
12	70	入院	875,330	31	慢性腎不全急性増悪	慢性維持透析、リハビリテーション	人工透析	高血圧	糖尿病	高尿酸血症	
13	90	入院	790,410	21	脳梗塞後後遺症	胃瘻造設術、リハビリテーション		嚥下障害			
14	80	入院	740,450	31	慢性腎不全・2型糖尿病	慢性維持透析、リハビリテーション	人工透析	高血圧	糖尿病	腎性貧血	鉄欠乏性貧血
15	80	入院	735,470	31	右大腿骨頚部内側骨折	手術、リハビリテーション		高血圧	脳梗塞	高尿酸血症	

⑸　国保

中富良野町の国民健康保険加入者は、全国や北海道と比較して、加入率が高くなっています。

加入者のうち、前期高齢者（64 歳～74 歳）が占める割合は北海道と比較して低く、上川振興局管内でも低いほうです。しかし、前期高齢者の一人当たりの費用額は上川振興局管内でも上位の方にあり、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

中富良野町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般は北海道と比較して低い費用ですが、退職は北海道と比較して高く、一般と比較して退職の状況が悪いことは、他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。（表５・図５・図６）

表５　国保一人当たりの費用額（上川振興局管内）

厚生労働省>統計情報・白書>各種統計調査結果>分野別一覧>5.社会保険>国民健康保険事業年報・

月報　平成21年度>保険者別データ(2009年度)　2011年4月7日公表

		前期高齢	(再)後期	被保険者(一般＋退職)			(再掲)前期高齢者(65～74歳)			(再掲)70～74歳		
順位	保険者名	率	率	順位	保険者名	一人当たり費用額	順位	保険者名	一人当たり費用額	順位	保険者名	一人当たり費用額
1	上川町	48.0%	27.6%	1	下川町	389,784	1	幌加内町	535,678	1	南富良野町	642,936
2	中川町	43.1%	22.6%	2	美深町	377,704	2	愛別町	524,586	2	富良野市	616,771
3	音威子府村	42.6%	22.5%	3	比布町	374,968	3	南富良野町	514,624	**3**	**北海道計**	**594,183**
4	下川町	40.9%	20.5%	4	南富良野町	373,515	**4**	**北海道計**	**508,001**	4	幌加内町	587,641
5	比布町	40.3%	21.7%	5	上川町	370,632	5	富良野市	505,441	5	鷹栖町	579,910
6	美深町	40.0%	21.9%	6	音威子府村	359,524	6	中富良野町	502,768	6	中富良野町	577,665
7	名寄市	39.6%	20.5%	7	愛別町	357,666	7	名寄市	495,875	7	名寄市	577,616
8	幌加内町	39.5%	22.0%	8	名寄市	356,783	8	旭川市	495,250	8	旭川市	567,758
9	士別市	38.0%	19.8%	9	幌加内町	350,790	9	比布町	492,412	9	比布町	564,078
10	当麻町	37.6%	20.2%	10	旭川市	347,806	10	和寒町	489,721	10	美深町	556,103
11	愛別町	37.4%	18.6%	11	士別市	346,453	11	下川町	480,610	11	当麻町	550,213
12	鷹栖町	35.2%	18.7%	**12**	**北海道計**	**334,372**	12	美深町	478,392	12	大雪地区広	548,013
13	上富良野町	35.0%	18.7%	13	上富良野町	322,118	13	剣淵町	475,393	13	士別市	547,632
14	旭川市	34.6%	16.9%	14	富良野市	318,429	14	大雪地区広	469,681	14	剣淵町	535,840
15	和寒町	33.9%	17.0%	15	当麻町	318,426	15	鷹栖町	464,892	15	愛別町	535,348
16	**北海道計**	**33.3%**	**16.5%**	16	大雪地区広	311,047	16	士別市	469,153	16	和寒町	533,888
17	占冠村	33.1%	18.8%	17	占冠村	303,673	17	上川町	451,189	17	下川町	533,192
18	大雪地区広	32.4%	16.1%	18	鷹栖町	298,361	18	上富良野町	448,950	18	上富良野町	496,167
19	南富良野町	32.3%	16.4%	19	和寒町	293,184	19	当麻町	446,331	19	上川町	489,955
20	富良野市	31.8%	16.6%	20	中富良野町	290,774	20	中川町	396,399	20	中川町	419,238
21	中富良野町	28.4%	16.4%	21	中川町	285,296	21	音威子府村	381,529	21	音威子府村	396,777
22	剣淵町	28.0%	14.2%	22	剣淵町	284,826	22	占冠村	365,915	22	占冠村	356,221

図５　一人当たり医療費（一般）の推移

年度	１１年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
中富良野町	217,715	235,967	230,673	221,261	223,103	229,117	259,936	247,791	282,160	311,659	285,901
北海道	240,127	240,519	243,400	237,647	241,801	248,899	259,691	260,995	275,079	319,068	329,851
一人の差額	22,412	4,552	12,727	16,386	18,698	19,782	−245	13,204	−7,081	7,409	43,950
人数	2,002	1,989	1,981	1,994	2,032	2,054	2,142	2,120	2,085	2,162	2,113
町全体の差額	44,868,824	9,053,928	25,212,187	32,673,684	37,994,336	40,632,228	−524,790	27,992,480	−14,763,885	16,018,258	92,866,350

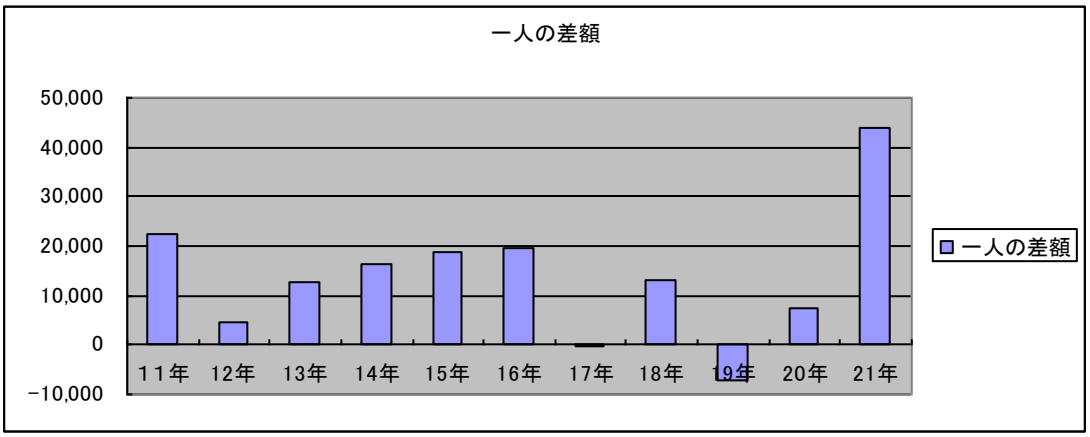
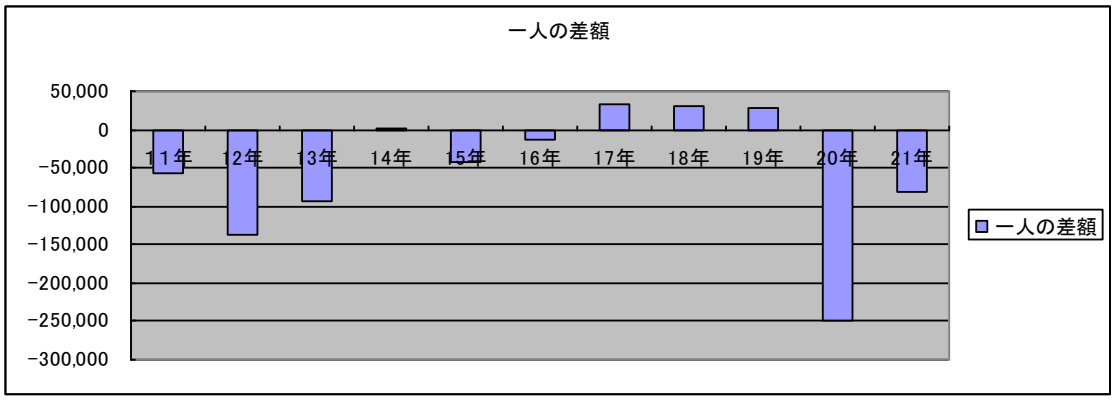


図６　一人当たり医療費（退職者）の推移

年度	１１年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
中富良野町	501,862	575,403	528,635	418,058	464,087	437,777	410,513	408,739	431,469	690,560	505,280
北海道	444,649	438,546	436,409	418,832	422,736	425,657	443,322	439,215	458,745	441,046	423,104
一人の差額	−57,213	−136,857	−92,226	774	−41,351	−12,120	32,809	30,476	27,276	−249,514	−82,176
人数	125	151	149	142	154	167	165	164	177	47	48
町全体の差額	−7,151,625	−20,665,407	−13,741,674	109,908	−6,368,054	−2,024,040	5,413,485	4,998,064	4,827,852	−11,727,158	−3,944,448



⑹ 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成22年度の法定報告で、受診率63.2%、保健指導実施率は19.3%で、受診率は国、道より非常に高くなっていますが、男性の40代、50代の受診率が低い状況です。

特定健康診査の結果については、摂取エネルギーの過剰が原因である、中性脂肪、ALT（GPT)、HDLコレステロール値の異常値の割合が道の平均より高くなっています。さらに血管を傷つける血糖値、尿酸、収縮期血圧も道の平均より高くなっています。

いずれも食生活（炭水化物、飲酒、蛋白質、脂質）との関連が深い検査項目であるため、今後の保健指導の内容について、検討が必要になります。

中富良野町では、高齢者の医療の確保に関する法律の中では、努力義務となっている、20歳から39歳までの町民には、希望者全員に健康診査を実施しています。

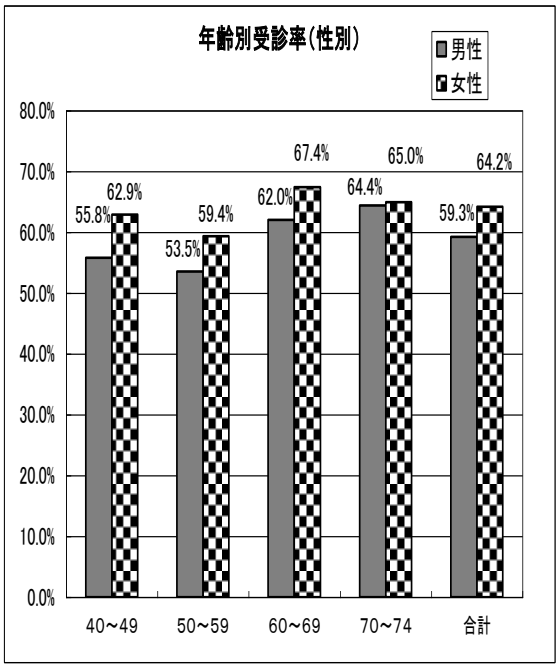
健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。（表６）

表６　中富良野町における特定健康診査結果（平成２２年度）

上川振興局管内市町村別

順位	市町村	受診者数	受診率	摂取エネルギーの過剰															血管を傷つける															内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因			臓器障害					
				腹囲			BMI			中性脂肪			ALT(GPT)			HDL			血糖			HbA1c			尿酸			収縮期血圧			拡張期血圧			LDL			尿蛋白			クレアチニン		
				男85cm 女90cm以上			25以上			150以上			31以上			40未満			空腹100以上/随時140以上			5.2以上			7.0以上			130以上			85以上			120以上			＋以上			男1.2以上 女1.0以上		
				市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合
1	上富良野町	1,631	73.2%	幌加内町	119	41.5%	幌加内町	124	43.2%	中富良野町	196	22.8%	幌加内町	64	22.3%	南富良野町	25	9.4%	音威子府村	58	61.1%	占冠村	82	82.8%	音威子府村	13	13.7%	上川町	269	58.6%	上川町	152	33.1%	音威子府村	63	66.3%	幌加内町	44	15.3%	南富良野町	6	2.3%
2	和寒町	779	73.1%	占冠村	40	40.4%	占冠村	37	37.4%	富良野市	438	21.8%	中富良野町	154	17.9%	愛別町	39	8.6%	上川町	257	56.0%	愛別町	358	79.2%	占冠村	13	13.1%	中川町	159	57.8%	下川町	112	31.9%	中川町	158	57.5%	全道	13,347	5.9%	中川町	6	2.2%
3	幌加内町	280	69.3%	中川町	102	37.1%	下川町	128	36.5%	剣淵町	147	21.4%	美瑛町	162	16.8%	占冠村	8	8.1%	名寄市	705	50.6%	幌加内町	219	76.3%	愛別町	44	9.7%	幌加内町	162	56.4%	音威子府村	30	31.6%	名寄市	786	56.4%	中川町	16	5.8%	占冠村	2	2.0%
4	剣淵町	666	67.2%	剣淵町	234	34.1%	剣淵町	228	33.2%	旭川市	2,639	20.8%	下川町	57	16.2%	上川町	33	7.2%	占冠村	50	50.5%	名寄市	1,029	73.9%	上川町	44	9.6%	下川町	198	56.4%	美深町	172	28.7%	旭川市	7,004	55.2%	東川町	34	5.4%	美深町	9	1.5%
5	中川町	268	65.5%	下川町	119	33.9%	南富良野町	87	32.8%	愛別町	93	20.6%	美深町	97	16.2%	幌加内町	20	7.0%	当麻町	203	44.4%	美瑛町	708	73.3%	中川町	26	9.5%	美深町	329	54.9%	中富良野町	232	27.0%	当麻町	250	54.7%	旭川市	613	4.8%	幌加内町	3	1.0%
6	中富良野町	851	63.2%	音威子府村	32	33.7%	音威子府村	31	32.6%	美瑛町	196	20.3%	鷹栖町	87	16.1%	中富良野町	55	6.4%	愛別町	190	42.0%	中川町	200	72.7%	幌加内町	26	9.1%	鷹栖町	281	52.0%	名寄市	375	26.9%	全道	124,052	54.6%	鷹栖町	25	4.6%	旭川市	102	0.8%
7	音威子府村	88	59.5%	南富良野町	88	33.2%	中川町	88	32.0%	全道	45,651	20.1%	和寒町	129	15.7%	当麻町	28	6.1%	富良野市	835	41.6%	上川町	327	71.2%	中富良野町	77	9.0%	南富良野町	134	50.6%	当麻町	122	26.7%	富良野市	1,092	54.4%	和寒町	31	3.8%	富良野市	16	0.8%
8	南富良野町	280	54.5%	和寒町	272	33.1%	和寒町	262	31.9%	音威子府村	19	20.0%	上川町	72	15.7%	下川町	19	5.4%	美瑛町	350	36.2%	鷹栖町	384	71.1%	美瑛町	83	8.6%	和寒町	405	49.3%	愛別町	119	26.3%	美瑛町	519	53.7%	東神楽町	22	3.7%	愛別町	3	0.7%
9	美深町	591	52.6%	鷹栖町	176	32.6%	上川町	144	31.4%	南富良野町	52	19.6%	士別市	271	15.7%	東神楽町	32	5.4%	下川町	125	35.6%	富良野市	1,426	71.1%	南富良野町	22	8.3%	愛別町	212	46.9%	幌加内町	73	25.4%	東神楽町	318	53.4%	美深町	19	3.2%	剣淵町	4	0.6%
10	愛別町	430	51.2%	美深町	181	30.2%	士別市	541	31.4%	士別市	338	19.6%	中川町	43	15.6%	剣淵町	36	5.2%	中富良野町	287	33.4%	美深町	425	71.0%	和寒町	68	8.3%	全道	105,656	46.5%	富良野市	480	23.9%	鷹栖町	287	53.1%	剣淵町	21	3.1%	下川町	2	0.6%
11	上川町	446	49.9%	全道	68,632	30.2%	中富良野町	245	28.5%	幌加内町	55	19.2%	全道	35,408	15.6%	美深町	31	5.2%	美深町	192	32.1%	音威子府村	67	70.5%	比布町	39	8.2%	名寄市	646	46.4%	鷹栖町	124	23.0%	占冠村	52	52.5%	士別市	53	3.1%	中富良野町	5	0.6%
12	占冠村	92	46.0%	上川町	138	30.1%	美深町	169	28.2%	東神楽町	113	19.0%	剣淵町	106	15.4%	比布町	24	5.1%	中川町	88	32.0%	比布町	326	68.9%	旭川市	989	7.8%	音威子府村	44	46.3%	中川町	63	22.9%	東川町	331	52.5%	美瑛町	28	2.9%	美瑛町	6	0.6%
13	比布町	459	45.1%	上富良野町	504	29.8%	全道	63,594	28.0%	比布町	86	18.2%	占冠村	15	15.2%	上富良野町	85	5.0%	上富良野町	513	30.3%	士別市	1,189	68.9%	東神楽町	45	7.6%	旭川市	5,954	46.3%	剣淵町	152	22.1%	中富良野町	444	51.7%	比布町	13	2.7%	比布町	3	0.6%
14	鷹栖町	632	42.2%	中富良野町	254	29.6%	富良野市	543	27.1%	和寒町	147	17.9%	東神楽町	90	15.1%	富良野市	100	5.0%	南富良野町	76	28.7%	当麻町	295	64.6%	士別市	127	7.4%	士別市	768	44.5%	南富良野町	57	21.5%	和寒町	418	50.9%	富良野市	52	2.6%	全道	1,063	0.5%
15	下川町	345	41.6%	美瑛町	283	29.3%	上富良野町	453	26.8%	上富良野町	301	17.8%	富良野市	296	14.8%	美瑛町	46	4.8%	和寒町	233	28.3%	東神楽町	337	56.6%	剣淵町	45	6.6%	剣淵町	300	43.7%	美瑛町	207	21.4%	南富良野町	133	50.2%	中富良野町	21	2.4%	東神楽町	3	0.5%
16	富良野市	1,959	39.9%	比布町	138	29.2%	鷹栖町	144	26.7%	中川町	48	17.5%	旭川市	1,841	14.5%	中川町	13	4.7%	幌加内町	78	27.2%	東川町	353	56.0%	富良野市	131	6.5%	富良野市	867	43.2%	占冠村	21	21.2%	比布町	227	48.0%	当麻町	10	2.2%	士別市	9	0.5%
17	東川町	619	38.4%	旭川市	3,624	28.6%	愛別町	116	25.7%	占冠村	17	17.2%	南富良野町	38	14.3%	士別市	80	4.6%	東神楽町	157	26.4%	旭川市	7,033	55.4%	美深町	38	6.3%	東川町	271	43.0%	全道	44,195	19.5%	剣淵町	325	47.3%	音威子府村	2	2.1%	和寒町	3	0.4%
18	東神楽町	582	36.6%	名寄市	399	28.6%	美瑛町	242	25.1%	当麻町	77	16.8%	東川町	86	13.7%	和寒町	37	4.5%	全道	53,728	23.7%	全道	120,733	53.2%	名寄市	86	6.2%	中富良野町	365	42.5%	比布町	91	19.2%	美深町	279	46.6%	占冠村	2	2.0%	東川町	2	0.3%
19	士別市	1,678	36.0%	愛別町	129	28.5%	旭川市	3,133	24.7%	美深町	95	15.9%	当麻町	61	13.3%	全道	10,287	4.5%	東川町	141	22.4%	和寒町	431	52.4%	東川町	39	6.2%	当麻町	192	42.0%	士別市	319	18.5%	上富良野町	784	46.3%	下川町	7	2.0%	鷹栖町	1	0.2%
20	美瑛町	953	32.3%	東神楽町	168	28.2%	東川町	154	24.4%	東川町	98	15.6%	比布町	60	12.7%	旭川市	542	4.3%	旭川市	2,827	22.3%	中富良野町	440	51.2%	下川町	20	5.7%	東神楽町	247	41.5%	上富良野町	311	18.4%	士別市	779	45.2%	南富良野町	4	1.5%	上川町	1	0.2%
21	当麻町	449	26.2%	東川町	174	27.6%	名寄市	338	24.3%	下川町	54	15.4%	名寄市	173	12.4%	東川町	23	3.7%	比布町	100	21.1%	上富良野町	706	41.7%	全道	9,721	4.3%	上富良野町	681	40.2%	和寒町	146	17.8%	上川町	203	44.2%	愛別町	7	1.5%	名寄市	3	0.2%
22	名寄市	1,360	26.0%	富良野市	535	26.7%	当麻町	107	23.4%	名寄市	206	14.8%	愛別町	55	12.2%	名寄市	50	3.6%	剣淵町	123	17.9%	剣淵町	245	35.7%	鷹栖町	13	2.4%	比布町	185	39.1%	東川町	106	16.8%	下川町	153	43.6%	名寄市	16	1.1%	上富良野町	1	0.1%
23	全道	218,140	22.6%	士別市	450	26.1%	東神楽町	136	22.9%	上川町	66	14.4%	上富良野町	198	11.7%	鷹栖町	19	3.5%	鷹栖町	5	0.9%	南富良野町	94	35.5%	上富良野町	6	0.4%	美瑛町	341	35.3%	旭川市	2,023	15.9%	愛別町	193	42.7%	上川町	4	0.9%	音威子府村	0	0.0%
24	旭川市	12,696	20.5%	当麻町	110	24.1%	比布町	105	22.2%	鷹栖町	76	14.1%	音威子府村	10	10.5%	音威子府村	2	2.1%	士別市	16	0.9%	下川町	103	29.3%	当麻町	0	0.0%	占冠村	30	30.3%	東神楽町	92	15.5%	幌加内町	109	38.0%	上富良野町	14	0.8%	当麻町	0	0.0%

図７　中富良野町の特定健康診査･健康診査受診者数（平成２３年度）



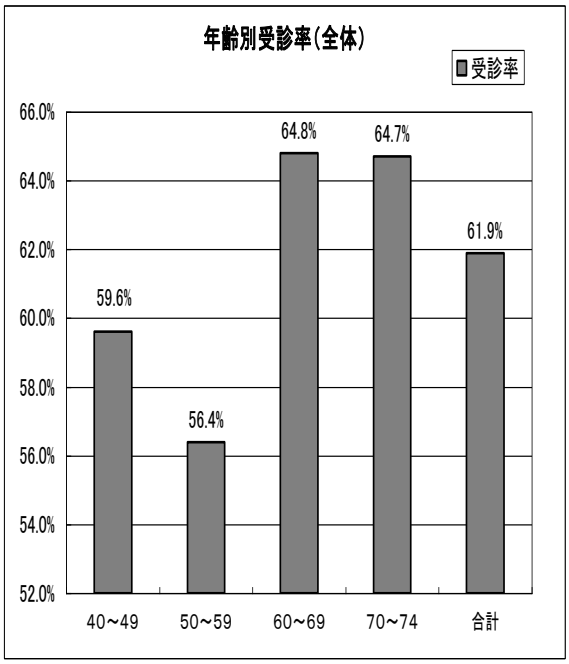
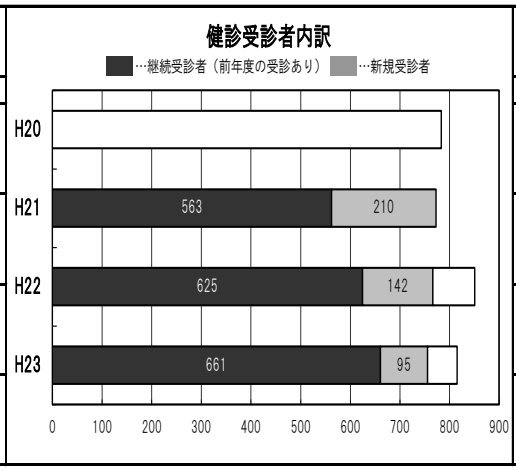


図８特定健診受診率の推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H20	1,365	784	57.4%	--	--	--	--	--	--
H21	1,361	773	56.8%	563	71.8%	210	27.2%	--	--
H22	1,347	851	63.2%	625	80.9%	142	16.7%	84	9.9%
H23	1,319	816	61.9%	661	77.7%	95	11.6%	60	7.4%

＊継続受診者は前年度と比較して算出
＊新規受診者は過去に1回も受診したことがない者
＊不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

	受診者数（下段:受診率）	Aのうち次年度健診対象者	健診受診者内訳	新規受診者	40歳受診者	不定期受診者	74歳受診者（次年度対象外）
	A	B		C	C'	D	E
H20	784 57.4%	746 95.2%		--	--	--	38 4.8%
H21	773 56.8%	738 95.5%		210 27.2%	5 2.4%	--	35 4.5%
H22	851 63.2%	802 94.2%		142 16.7%	9 6.3%	84 9.9%	49 5.8%
H23	816 61.9%	777 95.2%		95 11.6%	6 6.3%	60 7.4%	39 4.8%



⑺　出生

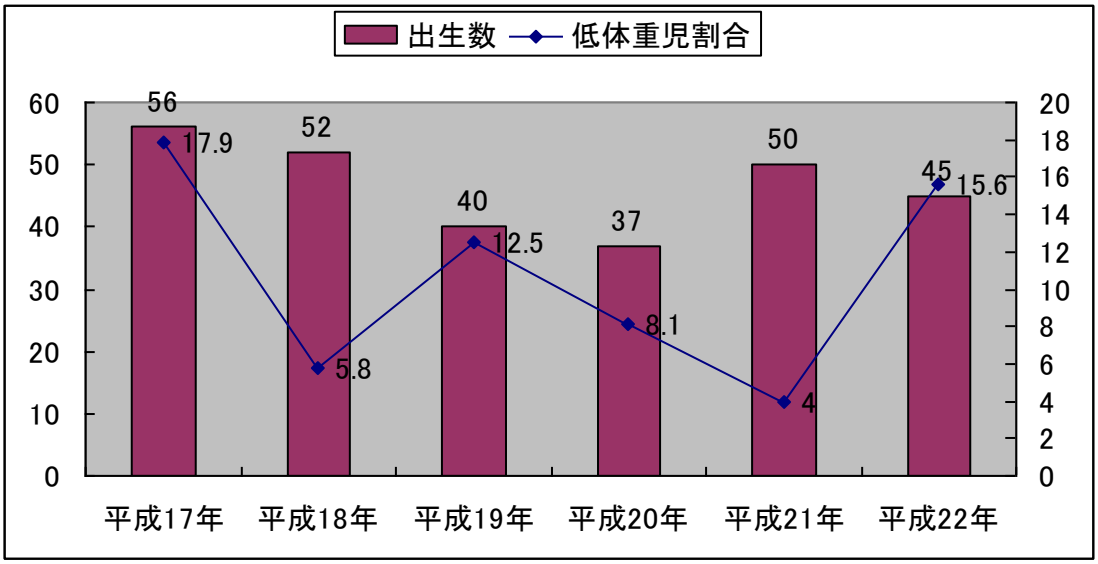
中富良野町の出生率は、全国とほぼ同じです。

近年、出生の時の体重が、2,500g 未満の低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣を発症しやすいとの報告が出されてきました。

中富良野町の低出生体重児の出生率は、多い年で 15%を超え、全国や道と比較して高くなっていますが概ね 10%を下回っています。

毎年数名が低体重の状態で出生していることから、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。（図９）

図９　出生数及び出生時の体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



３．町の財政状況に占める社会保障費

中富良野町においては、平成 23 年度の決算において、医療、介護、生活保護の社会保障費の決算が、約 21 億円となっています。（図１０）

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに中富良野町の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、町民一人一人の健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

図10　中富良野町の財政状況と社会保障

歳入（一般会計） 50 億円（H22 決算）	
１位	交付税 ２５億円
２位	国・道支出金 １１億円
３位	地方税 ５億円

歳出（一般会計） 49 億円（H22 決算）	
１位	総務費 １２億円
２位	公債費 ９億円
３位	農林水産費 ８億円

社会保障費

	医療	介護	生活保護
決算 （H22）	約 14 億円	約 7 億円	約 0 円
一般会計	約 3 億円	約 1 千万円	約 0 円

第Ⅱ章　課題別の実態と対策

第Ⅱ章　課題別の実態と対策

１．前健康増進計画の評価

前計画の目標項目について、項目を別表Ⅱの順序に合わせ、達成状況の評価を行なった結果、ほとんどの項目で改善がみられませんでした。（表１）

表１　前計画の評価

	指標					H24目標値
	項目	区分	H20	最新値	データソース	
がん	がん検診の受診者の増加	胃がん	18.70%	17.40%	①	50%
		子宮がん	13.60%	22.20%		
		乳がん	18.70%	23.80%		
		肺がん	30.80%	31.30%		
		大腸がん	23.30%	25.10%		
栄養 食生活	適正体重を維持している人の増加(肥満者の減少)	20～60歳代男性	33.10%	33.20%	②	15%以下
		40～60歳代女性	28.10%	27.20%		20%以下
	１日あたりの脂肪エネルギー比率の減少	20～60歳代	参考値25.2	24.60%	③	23%以下
	１日あたりの食塩摂取量が10g未満者の増加	20～74歳	—	—		減少
	１日あたりの野菜摂取量が400g以上の人の増加	20～74歳	—	—		増加
アルコール	多量飲酒者の減少		31.90%	22.50%	②	20%以上の減少
	未成年の飲酒をなくす	男性	33.30%	—	③	
		女性	19.30%	—		
	節度ある適度な飲酒量の知識の普及		—	—		
身体活動・ 運動	日常生活における歩数の増加	男性	7,228歩	7,006歩	③	増加
		女性	6,270歩	6,123歩		増加
	運動習慣者の増加	男性	45.50%	36.00%	②	39%以上
		女性	27.80%	24.50%		35%以上
休養・こころの健康	ストレスや悩みのある人の割合の増加	男性	63.00%	53.80%	③	10%以上の減少
		女性	73.70%	65.20%		
	睡眠によって休養がとれていない人の割合の減少	男性	13.90%	16%	②	10%以上の減少
		女性	19.70%	21%		
たばこ	喫煙が及ぼす健康環境についての知識の普及		—	—		
	未成年者の喫煙をなくす	男性	37%	—	③	
		女性	26%	—		
	公共の場や職場での分煙の徹底		100%	100%		

①市町村実績データ　地域保健・健康増進事業報告
②平成23年度中富良野町特定健康診査結果・問診
③平成23年度健康づくり道民調査

これらの評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目と食育推進基本計画で示された目標項目を、別表Ⅱのように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための中富良野町の具体的な取り組みを次のように推進します。

取組主体別　目標項目　　別表Ⅱ

☆・・・食育推進基本計画　目標項目

	取り組み主体		障害における各段階（あらゆる世代） 妊娠・出生 ― 乳幼児期 ― 学童 ― 若年期 ― 中年期 ― 高齢期 ― 死亡 胎児（妊婦）　0歳　18歳　20歳　働く世代（労働者）　40歳　65歳　75歳
個人で達成すべき目標	市町村・医療保険者	個人・家庭	母子保健 ☆ □適正体重の子どもの増加 ア☆全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ　肥満傾向にある子どもの割合の減少 ☆ □健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア　朝・昼・夜の3食を必ず食べることに気をつけて食事すぉしている子どもの割合の増加 イ　運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ☆ □共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） ☆ □乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 □過去1年間に歯科検診を受診した者の割合 □妊娠中の飲酒をなくす □妊娠中の喫煙をなくす 食育 ☆□歯周病を要する者の割合の減少 □未成年者の飲酒をなくす □未成年者の喫煙をなくす 精神保健 健康づくり対策 □特定健診・特定保健指導の実施率向上 □適正体重を維持視している人の増加（肥満・痩せの減少） ☆ □メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少 □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少 ☆ □適切な量と質の食事をとる者の増加（主食、主菜、副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物の摂取量増加） ☆ □日常生活における歩数の増加 ☆ □運動習慣者の割合の増加 ☆ □歯の喪失防止 □生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているものの割合の減少 □成人の喫煙率の減少 □がん検診の受診率の向上 □睡眠による休養を十分取れていない者の減少 □気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □治療継続者の割合の増加 □糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS8%以上の者の割合の減少） 介護予防 □脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 □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 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □口腔機能の維持・向上 □75最未満のがんの年齢調整死亡率の減少 □自殺者数の減少
	地域	コミュニティ・ボランティアなど	□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加
	職域	企業 飲食店 特定給食施設　民間団体 （栄養ケアステーション、薬局など）等	□受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の増加 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加
	都道府県		□住民が運動しやすいまちづくり、環境整備に取り組む自治体数の増加 □健康格差対策に取り組む自治体の増加 □健康寿命の延伸 □健康格差の縮小
	国・マスメディア		□COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上 □ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知

２．生活習慣病の予防

⑴　がん

①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返した 1cm 大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。

30 回くらいの細胞分裂には 10～15 年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 8～9 割のことをいいます。

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

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（Ｂ型肝炎ウイルス〈HBV〉、Ｃ型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人Ｔ細胞白血病ウイルス〈HTLV-Ⅰ〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む)、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。（表１）

ⅱ　重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2 人に 1 人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。（表１）

表１　がんの発症予防・重症化予防

	部位	発症予防										重症化予防（早期発見）	
		生活習慣　68%						その他				がん検診	評価判定
		タバコ 30%	食事 30% 高脂肪	食事 30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり		
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X腺検査	Ⅰ－b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X腺検査 喀痰細胞診	Ⅰ－b （胸部X腺検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用）
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	Ⅰ－a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	Ⅰ－a
	乳	△			△	○	（閉経後の肥満）○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	Ⅰ－a（50歳以上） Ⅰ－b（40歳代）
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患者	肝炎ウイルスキャリア検査	Ⅰ－b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

◎確実　○ほぼ確実　△可能性あり　空欄 根拠不十分

評価判定　Ⅰ-a：検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある
Ⅰ-b：検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある
Ⅲ：検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

［参考］　国立がん研究センター　科学的根拠に基づくがん検診推進のページ　予防と検診
「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

③現状と目標

ⅰ　75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

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

中富良野町の 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率は、年によってばらつきがありますが、国が平成 27 年までに掲げた目標値を超えている年が多くなっています。（表２）

表２　中富良野町の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	総数	H27（国の目標値）
75歳未満の年齢調整死亡率		127.6	114.4	0	63.2	85.6	83.9	→	73.9
75歳未満の死亡者数	肺	4	1	2	2		1	10	
	胃	1	2		1		2	6	
	大腸	1	4	1	1			7	
	乳						2	2	
	子宮							0	
	小計	6	7	3	4	0	5	25	
	前立腺							0	
	肝臓				1	1	3	5	
	白血病				1			1	
	その他	3	1	4	3	1	2	14	
	小計	3	1	4	5	2	5	20	
総数		9	8	7	9	2	10	45	

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

ⅱ　がん検診の受診率の向上

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

現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

中富良野町のがん検診の受診率は、平成 20 年度から「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、検診が有効とされているがん検診にのうち、胃がん検診以外はいずれも年々、受診率が向上していますが、目標値には達していません。（表３）

表３　中富良野町のがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案(H24-H28)	
	H20	H21	H22	H23	目標値	H23	目標値
胃がん	18.7	17.8	19.7	17.4	50%	20.1	40%
肺がん	30.7	29.7	31.4	31.2		28.7	40%
大腸がん	23.3	23.3	25.9	25.1		25.8	40%
子宮頸がん	13.6	18.2	21.4	22.2		21.9	50%
乳がん	18.7	26.4	26.3	23.8		24.9	50%

40～69歳

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。

中富良野町の精密検査受診率は、ほぼ許容値を超えていますが、目標値である 90%を超えているのは、乳がん検診のみです。

がん検診受診者の人から、毎年、数名にがんが見つかっているため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。（表４）

表４　中富良野町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H20	H21	H22	許容量	目標値
胃がん検診	精密検査受診率	85.50%	76.80%	77.70%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	2人	0人	0人		
肺がん検診	精密検査受診率	86.50%	80.00%	59.70%	70%以上	
	がん発見者数	2人	0人	0人		
大腸がん検診	精密検査受診率	78.60%	88.20%	77.40%	70%以上	
	がん発見者数	0人	1人	2人		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	91.70%	100.00%	40.00%	70%以上	
	がん発見者数	0人	0人	0人		
乳がん検診	精密検査受診率	93.00%	97.60%	100.00%	80%以上	
	がん発見者数	2人	1人	0人		

④対策

i　ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）

・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40 歳以上）

・HTLV-1 抗体検査（妊娠期）

ii　がん検診受診率向上の施策

・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発

・がん検診推進事業

　がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

iii　がん検診によるがんの重症化予防の施策

・胃がん検診（30 歳以上）

・肺がん検診（40 歳以上）

・大腸がん検診（30 歳以上）

・子宮頸がん検診（妊娠期・20 歳以上の女性）

・乳がん検診（30 歳以上の女性）

・前立腺がん検診（50 歳以上の男性）

iv　がん検診の質の確保に関する施策

・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定

・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

⑵　循環器疾患

①はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。

これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の 4 つがあります。

循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

なお、4 つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

ⅱ　重症化予防

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

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

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

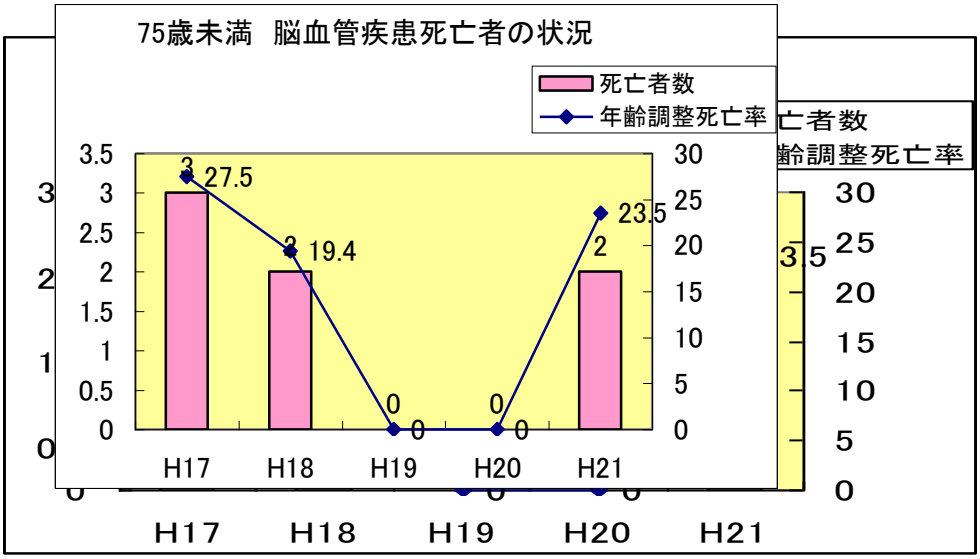
③現状と目標

i　脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

中富良野町の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、年によってばらつきがあります。（図１）

図１　中富良野町の脳血管疾患死亡の状況



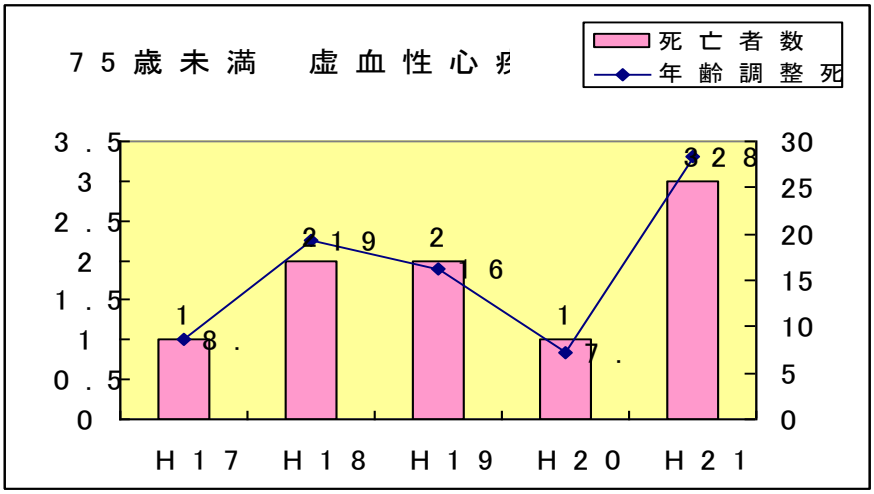
同時に、第２号被保険者の認定者に占める、脳血管疾患の割合は平成１７年から２３年までの２５人中１４人で５６％を占めています。新規認定者でみると５２％です。新規認定者で発症時に国保だった人は３人で、２人は健診履歴がありませんでした。また社会保険だった人は３人、転入者３人と発症前に予防する取組みが必要です。

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、地域全体の健康状態を把握できなかったり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されていますが、継続的、かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

ii　虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要ですが、虚血性心疾患による年齢調整死亡率は年によってばらつきがあります。（図２）

図２　中富良野町の虚血性心疾患死亡の状況

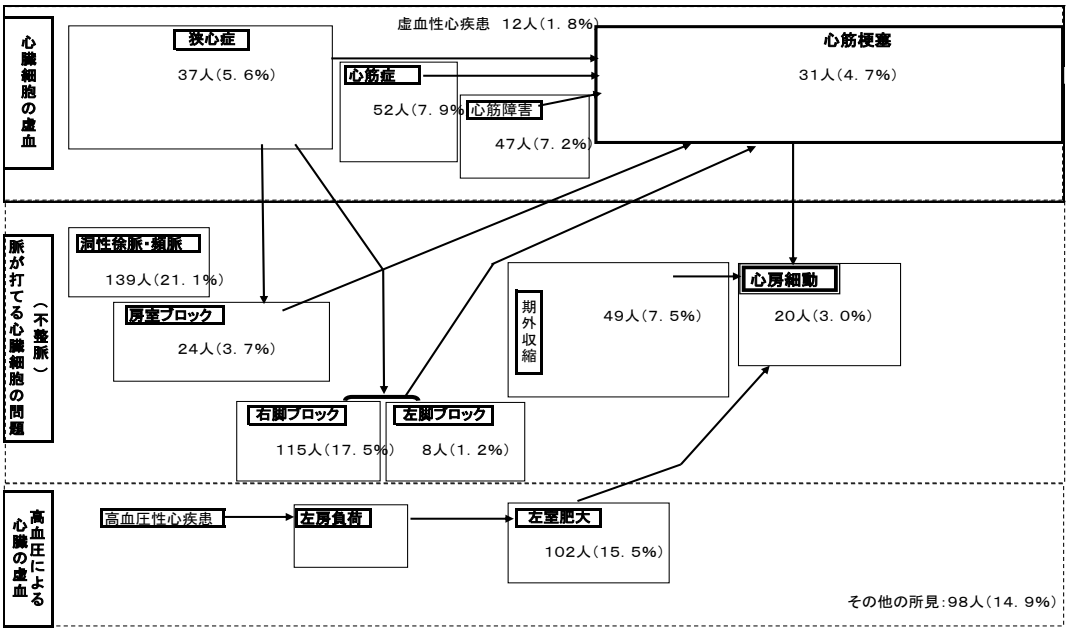


循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成 20 年度から開始された医療保険者による特定健康診査では､心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

循環器疾患の発症は、肥満を伴う場合と遜色がないため、中富良野町では平成 20 年度から特定健診の追加項目として全員に心電図検査を実施しています。

心電図検査全受診者のうち、15.4%に異常が認められ、そのうち 27%は、狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動などが発見されています。（図３）

図３　心電図検査の結果　H20～23 の心電図検査受診者 4,262 人中異常者 657 人(15.4%)
不明者 1,087 人を除く）の状態

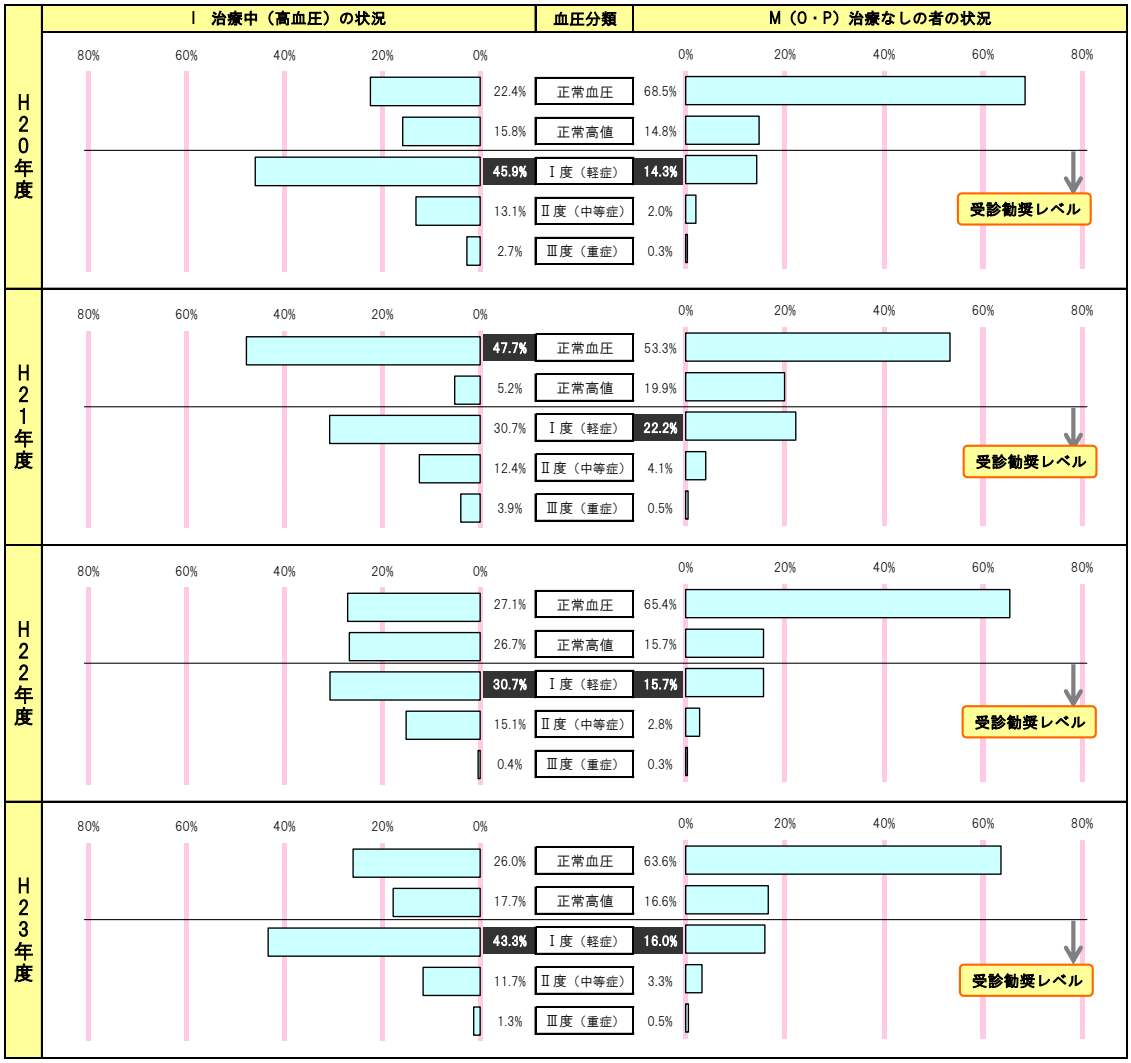


iii　高血圧の改善

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

特定健診受診者の血圧は、治療中、治療なしとも改善が認められず、今後は治療者も含めての保健指導を継続することが必要です。（図４）

図４中富良野町国保特定健診受診者の高血圧状況



ⅳ　脂質異常症の減少

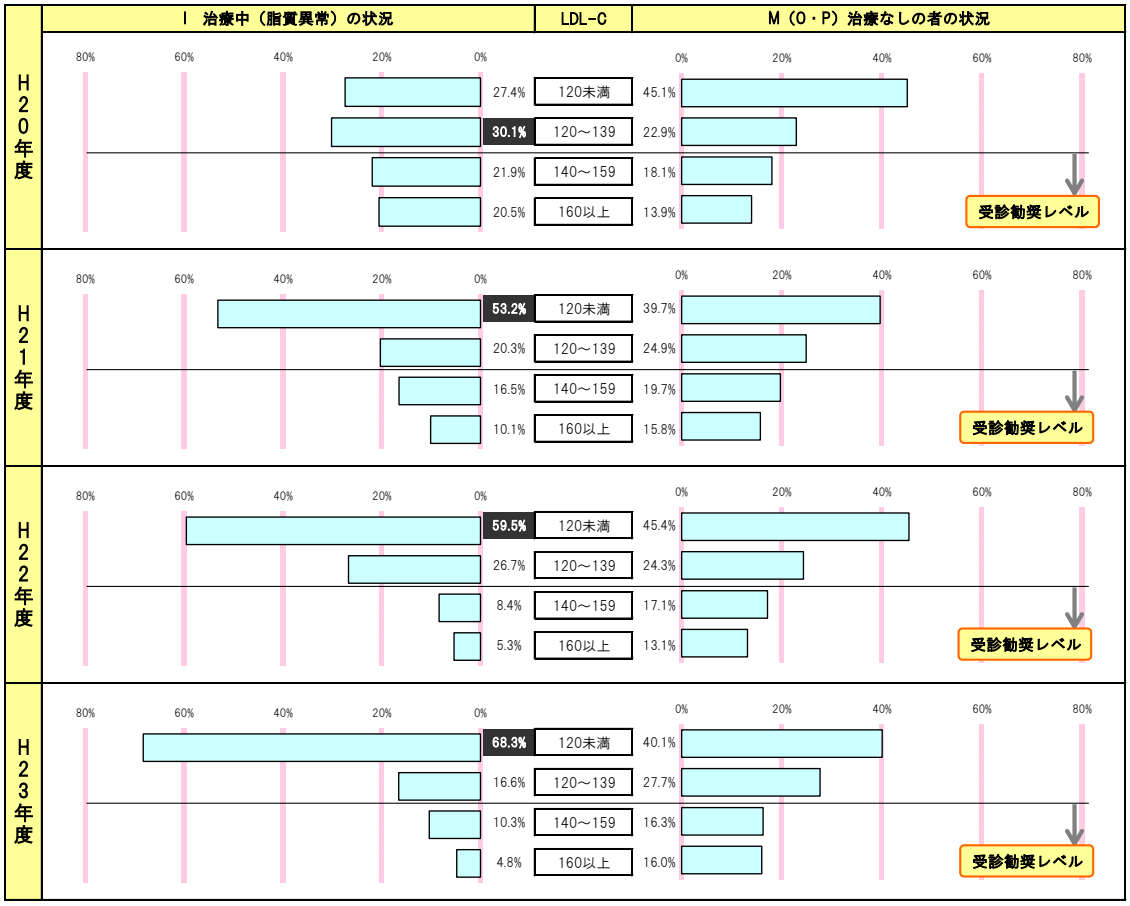
（総コレステロール 240mg/dl（LDL コレステロール 160mg/dl）以上の割合の減少）

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

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

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された、特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、中富良野町では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロールは、治療中の人のコントロール状況は改善が見られますが、治療なしの人の状況は悪化しています。（図５）

図５中富良野町国保特定健診受診者の LDL-C の状況



平成 24 年 6 月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応は不可欠であることから、生活習慣病関連の８学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値からHDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

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

頚動脈超音波検査においては、男性の 85.7%、女性の 77.8%に内中膜肥厚がみられました。（図６）

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

図６　中富良野町の頚動脈超音波検査（二次健診）受診者の状況

①男性

		頚部超音波検査結果			
		プラーク	内中膜肥厚	狭窄	正常
男　性（ 14名）	人　数（割合）	0 (0%)	12 (85.7%)	1 (7.1%)	2 (14.3%)
HbA1c　5.1%以下（ 5名）		0 (0%)	4 (80.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)
5.2～5.5%（ 4名）		0 (0%)	3 (75.0%)	0 (0%)	1 (25.0%)
5.6～6.0%（ 3名）		0 (0%)	3 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)
6.1%以上（ 2名）		0 (0%)	2 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)

②女性

		頚部超音波検査結果			
		プラーク	内中膜肥厚	狭窄	正常
女　性（ 9名）	人　数（割合）	0 (0%)	7 (77.8%)	0 (0%)	4 (44.4%)
HbA1c　5.1%以下（ 2名）		0 (0%)	2 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)
5.2～5.5%（ 4名）		0 (0%)	2 (50.0%)	0 (0%)	2 (50.0%)
5.6～6.0%（ 3名）		0 (0%)	2 (66.7%)	0 (0%)	1 (33.3%)
6.1%以上（ 2名）		0 (0%)	1 (50.0%)	0 (0%)	1 (50.0%)

v　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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

中富良野町では平成 20 年度と比べてメタボリックシンドローム該当者が増加しており、10%減少の目標には達しない見込です。今後はさらに取り組みを強化していくことが必要になります。（表４）

表４　メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

年度	対象者数（B）	健診受診者数（E）	受診率（F）	メタボ該当者（Q）	割合（Q/E）	メタボ予備群（R）	割合（R/E）
H20	1,365	784	57.4%	85	10.8%	99	12.6%
H21	1,361	773	56.8%	114	14.7%	103	13.3%
H22	1,347	851	63.2%	131	15.4%	90	10.6%
H23	1,319	816	61.9%	131	16.1%	102	12.5%

vi　特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

中富良野町では、受診率、実施率ともに、国、道より非常に高い状態で推移していますが、特定保健指導実施率（修了者）が低い状況にあり、保健指導の充実などによるメタボリックシンドローム予備群、該当者減少の施策が重要になってきます。

④対策

i　健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

・対象者への個別案内、広報や電話などを利用した啓発

・地区組織との連携による啓蒙活動

ii　保健指導対象者を明確するための施策

・健康診査(20 歳～39 歳・生活保護世帯)

・中富良野町国民健康保険特定健康診査
・健康診査及び特定健康診査に総コレステロール検査を追加

iii　循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導（高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える）

家庭訪問や健康相談、結果説明会など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施

・二次検診（頸動脈超音波検査等）
・中富良野町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

⑶　糖尿病

①はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL：Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを 2～3 倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は 10 年間で約 1.3 倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

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

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

ⅱ　重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。

同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

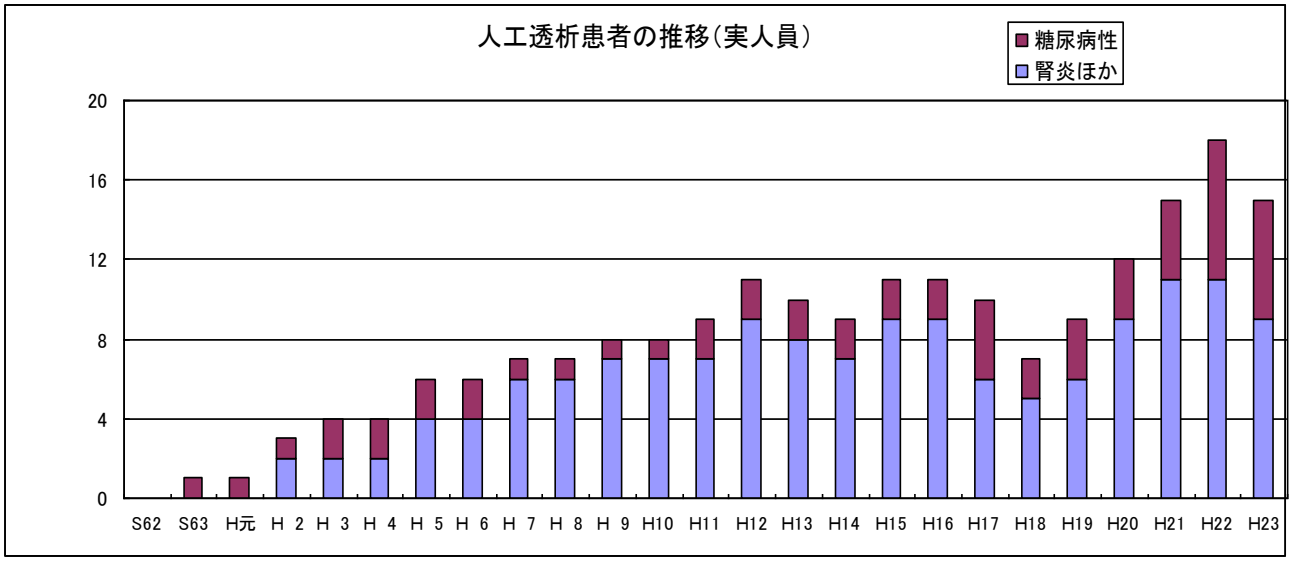
ⅰ　合併症（糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

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

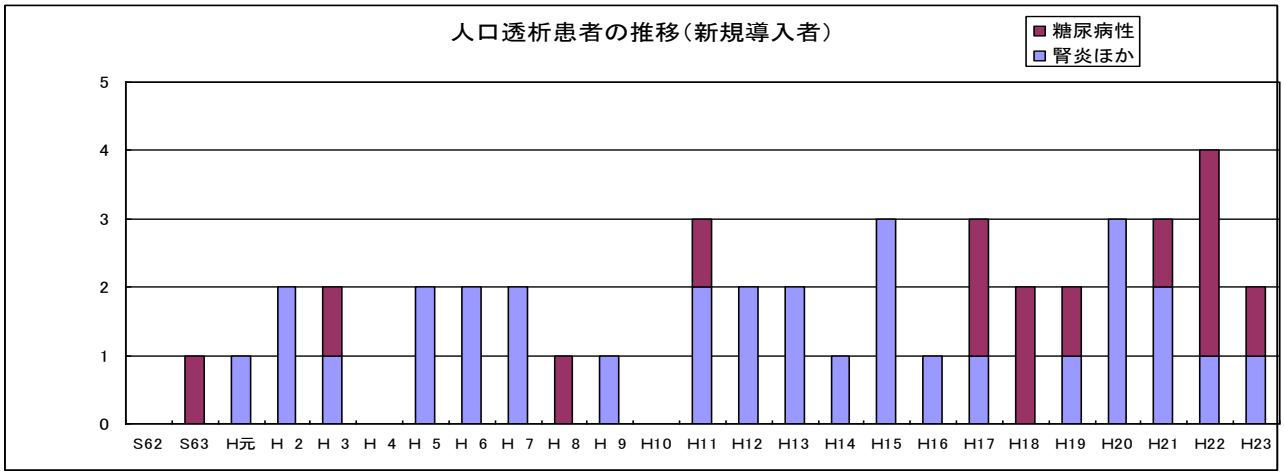
中富良野町の糖尿病腎症による新規透析導入は、平成 17 年度以降増加及び横ばい傾向にあります。（図１）新規透析導入の増加人数は平均 2 人ですが、後期高齢者の患者率の上川振興局管内の順位をみると、平成 20 年に 19 位であったのに対し、平成 24 年には 8 位と大幅に増加しています。（表１）

人工透析患者の全数に占める糖尿病腎症の人数も、増加傾向にあります。糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間と言われていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

図１中富良野町人工透析患者の推移（国保・後期高齢者・生保分）



年度		S62	S63	H元	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
原因疾患	腎炎ほか	0	0	0	2	2	2	4	4	6	6	7	7	7	9	8	7	9	9	6	5	6	9	11	11	9
	糖尿病性	0	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	4	2	3	3	4	7	6
	合計	0	1	1	3	4	4	6	6	7	7	8	8	9	11	10	9	11	11	10	7	9	12	15	18	15



年 度		S62	S63	H元	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
原因疾患	腎炎ほか	0	0	1	2	1	0	2	2	2	0	1	0	2	2	2	1	3	1	1	0	1	3	2	1	1
	糖尿病性	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	3	1
	合計	0	1	1	2	2	0	2	2	2	1	1	0	3	2	2	1	3	1	3	2	2	3	3	4	2

表１　後期高齢者　透析患者状況　患者数・患者率の推移　上川振興局管内市町村

	平成24年5月		平成23年5月		平成22年5月		平成21年5月		平成20年5月	
	市町村	患者率	市町村	患者率	市町村	患者率	市町村	患者率	市町村	患者率
1	音威子府村	2.22%	下川町	1.26%	下川町	1.63%	下川町	1.77%	下川町	1.90%
2	旭川市	1.27%	旭川市	1.25%	旭川市	1.27%	旭川市	1.26%	旭川市	1.21%
3	全道	1.08%	上富良野町	1.15%	全道	1.10%	東川町	1.16%	上富良野町	1.20%
4	上富良野町	1.04%	愛別町	1.11%	愛別町	1.01%	全道	1.10%	全道	1.07%
5	下川町	1.00%	南富良野町	1.11%	鷹栖町	0.99%	上富良野町	1.08%	富良野市	1.06%
6	東神楽町	0.96%	全道	1.07%	上富良野町	0.99%	鷹栖町	1.03%	東川町	0.93%
7	愛別町	0.95%	中富良野町	0.95%	富良野市	0.96%	比布町	1.00%	比布町	0.89%
8	中富良野町	0.93%	上川町	0.90%	比布町	0.96%	富良野市	0.98%	士別市	0.82%
9	南富良野町	0.92%	和寒町	0.81%	上川町	0.95%	上川町	0.88%	鷹栖町	0.77%
10	上川町	0.88%	鷹栖町	0.81%	中富良野町	0.88%	愛別町	0.87%	上川町	0.77%
11	剣淵町	0.81%	剣淵町	0.80%	東川町	0.88%	南富良野町	0.76%	愛別町	0.75%
12	鷹栖町	0.71%	東川町	0.76%	剣淵町	0.82%	士別市	0.75%	当麻町	0.74%
13	名寄市	0.69%	音威子府村	0.75%	南富良野町	0.75%	当麻町	0.72%	名寄市	0.65%
14	美深町	0.69%	富良野市	0.75%	美瑛町	0.66%	剣淵町	0.71%	南富良野町	0.61%
15	和寒町	0.68%	東神楽町	0.65%	美深町	0.61%	中富良野町	0.69%	美瑛町	0.58%
16	富良野市	0.68%	美瑛町	0.64%	士別市	0.60%	名寄市	0.68%	剣淵町	0.58%
17	東川町	0.66%	美深町	0.59%	東神楽町	0.59%	占冠村	0.64%	東神楽町	0.54%
18	美瑛町	0.64%	比布町	0.59%	和寒町	0.59%	美瑛町	0.63%	和寒町	0.47%
19	比布町	0.58%	占冠村	0.56%	当麻町	0.57%	東神楽町	0.63%	中富良野町	0.46%
20	占冠村	0.56%	士別市	0.56%	中川町	0.55%	和寒町	0.59%	美深町	0.43%
21	士別市	0.45%	名寄市	0.55%	名寄市	0.53%	幌加内町	0.57%	中川町	0.30%
22	幌加内町	0.28%	中川町	0.55%	音威子府村	0.00%	中川町	0.57%	占冠村	0.00%
23	当麻町	0.27%	当麻町	0.42%	占冠村	0.00%	美深町	0.42%	幌加内町	0.00%
24	中川町	0.27%	幌加内町	0.28%	幌加内町	0.00%	音威子府村	0.00%	音威子府村	0.00%

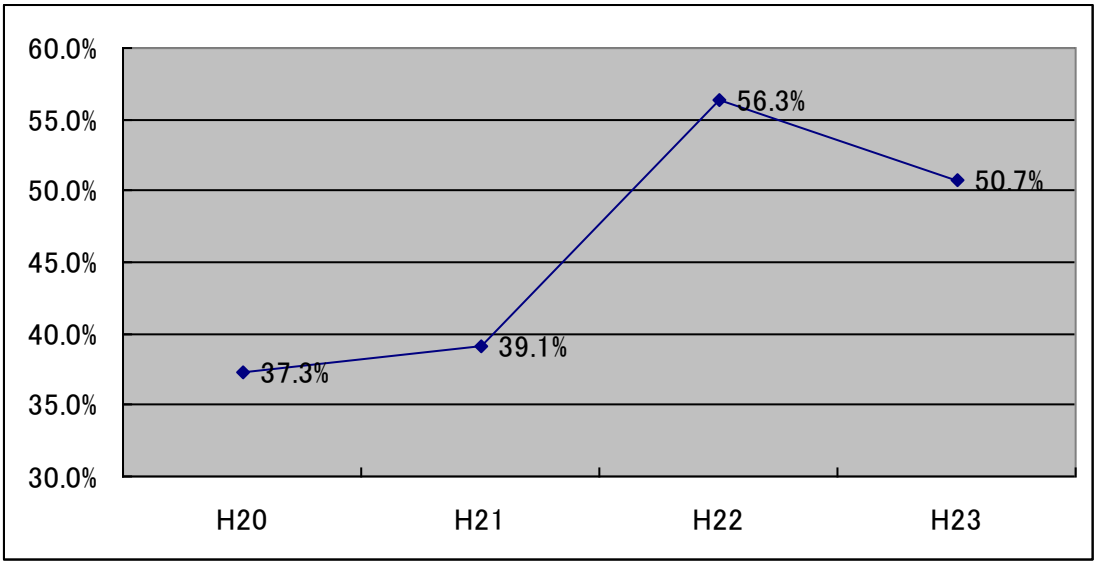
透析患者状況患者率　全道の患者率以上
透析患者数：特定疾病認定者数より
透析患者率：透析患者数/被保数(当該年度4月1日現在)

ii　治療継続者の割合の増加

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

中富良野町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成22年度の56.3%が最高で、その後は減少しています。(図２)

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



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

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

iii　血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

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

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

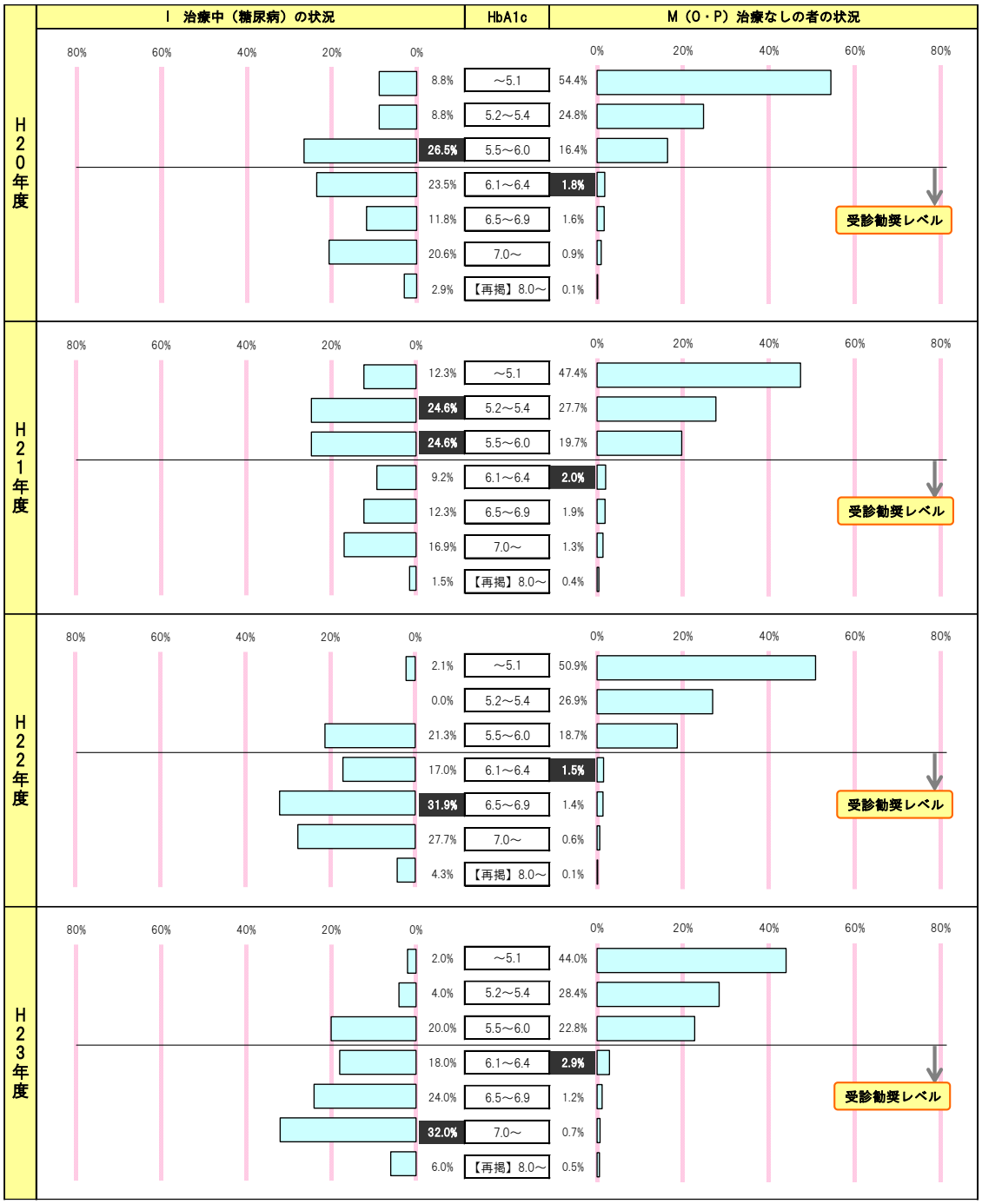
同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

中富良野町での健診結果をみると、HbA1c8.0%以上の人が治療中、治療なしとも増加

傾向にあります。（図３）

今後は主治医と連携し、保健指導の更なる強化を図っていく必要があります。

図３　中富良野町国保特定健診受診者の HbA1c の状況



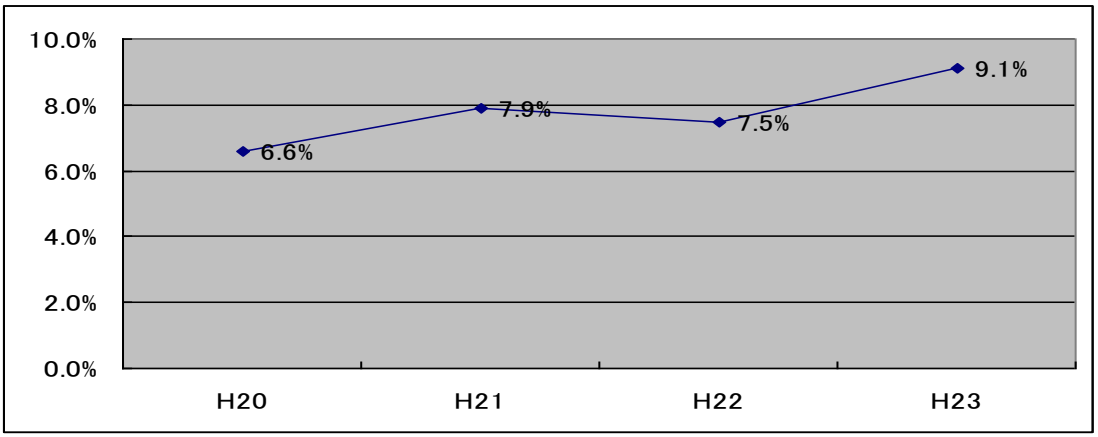
ⅳ　糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本21では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされました。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

中富良野町の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成20年度から、少しずつ増加しています。(図４)

図４　中富良野町の糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



60歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

中富良野町においては、糖尿病発症予防の目的で糖尿病発症リスクの高い方(遺伝・メタボ・境界型等）を対象に二次健診として75ｇ糖負荷試験を実施しています。
H20～23年度に検査した68名のうち、全くの正常者は17.6%という状況でした。血糖とインスリン分泌動態がわかるため、代謝の理解につながる大切な検査です。(表２)

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

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

表２　中富良野町の 75ｇ糖負荷試験（二次健診）受診者の状況

① 男 性

		75ｇ糖負荷試験調査			正常型（再掲）		
		糖尿病	境界型	正常型	インスリン抵抗性	分泌低下	全くの正
男性（２３名）	人	4	12	7	1	2	4
	割合	17.3%	52.2%	30.4%	14.3%	28.6%	57.1%
ＨｂＡ１ｃ　５．（５		1	2	2	0	0	2
		20%	40%	40%	0%	0%	100%
５．２～５．（１４		1	8	5	1	2	2
		7.14%	57.1%	35.7%	20%	40%	40%
５．６～６．（４		2	2	0	0	0	0
		50%	50%	0%	0%	0%	0%
内臓脂肪症候（２		1	1	0	0	0	0
		50%	50%	0%	0%	0%	0%

② 女 性

		75ｇ糖負荷試験調査			正常型（再掲）		
		糖尿病	境界型	正常型	インスリン抵抗性	分泌低下	全くの正
女性（４５	人	4	25	16	5	3	8
	割合	8.9%	55.6%	35.6%	31.2%	18.8%	50%
ＨｂＡ１ｃ　５．（８　名）		0	4	4	2	1	1
		0%	50%	50%	50%	25%	25%
５．２～５．（２８　名		1	15	12	3	2	7
		3.6%	53.6%	42.9%	25%	16.7%	58.3
５．６～６．（９　名）		3	6	0	0	0	0
		33.3%	66.7%	0%	0%	0%	0%
内臓脂肪症候（１　名）		0	1	0	1	0	0
		0%	100%	100%	100%	0%	0%

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ｉ　糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進

　特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導

　家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施

・二次健診（75ｇ糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）

⑷　歯・口腔の健康

①はじめに

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

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第1条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

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

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。

よく味わって食べるなど食べ方への関心も含め、幼児期や学齢期でのう蝕予防や、近年のいくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている、成人における歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

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

ⅱ　重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。

歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

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

③現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診等で経年的な把握ができる下記の３点を目標項目とします。

ⅰ　歯の喪失防止

歯の喪失は器質的な障害であり、健全な摂食や構音などの生活機能にも影響を与えます。歯の喪失と寿命の間に有意な関連性があることは複数の疫学研究によっても明らかにされています。

「８０２０運動」は、歯の喪失防止を目指した包括的な歯・口腔の健康目標であり、健康日本２１においても目標のひとつとして揚げられていたものです。しかし、歯の早期喪失の防止を目指すためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

中富良野町の特定健診、後期高齢者健診を平成 24 年 4 月～9 月までに受診した 355 人へのアンケート結果では、「８０２０運動」の割合をみると、すべての年代、特に 70 歳以降で全国平均を大きく下回っています。義歯導入の年齢を見ると、おおよそ 50～60 歳にかけて導入が進み、導入後も歯の欠損が収まらず、義歯が増えていく状況が見らます。また、若年においても欠損のまま治療を行っていない人が２～３割に達しています。

早期発見・治療へつなげる予防が義歯導入後も定着しておらず、歯科で定期健診を受ける人は全体の３割程度にとどまっています。

中富良野町では、健康増進法に基づく歯周疾患検診を、実施しておらず、今後節目の年齢での歯科検診を実施することで、その後の定期的な歯科検診受診への動機づけを図ります。（表１）

表１中富良野町の歯の状況（平成 24 年度健診受診時にアンケートがとれた 355 人）

		20本以上自分の歯		全国※	義歯あり		総入れ歯		1人当たり義歯本数	義歯導入年齢	欠損あるままの人		定期健診受けている人	
		人数	割合	割合	人数	割合	人数	割合	（本）	（才）	人数	割合	人数	割合
64歳以下	104	82	79%	80%以上	12	12%	3	3%	3.4	46.9	34	33%	29	28%
65～69歳	59	26	44%	70%	51	86%	5	8%	13.3	50.9	22	37%	23	39%
70～74歳	70	20	29%	52%	61	87%	16	23%	18.6	56.8	14	20%	19	27%
75～79歳	66	15	23%	48%	61	92%	18	27%	15.7	60.3	15	23%	23	35%
80～85歳	39	3	8%	29%	36	92%	17	44%	23.0	53.2	3	8%	10	26%
86歳以上	17	0	0%	17%	17	100%	8	47%	22.0	60	4	24%	3	18%

※厚生労働省　平成23年歯科疾患実態調査

ⅱ　乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

中富良野町の３歳児でう蝕がない児の割合は、微増していますが、全国と比べると低い割合になっています。（図１）

図１　３歳でう歯がない者の割合の推移

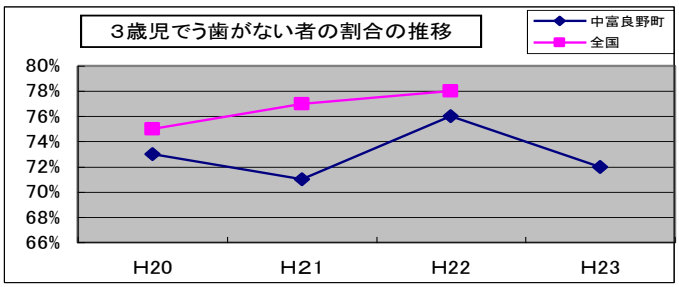
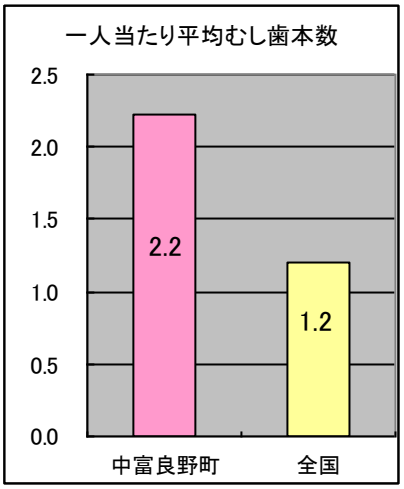


図２　１２歳児のう歯の状況



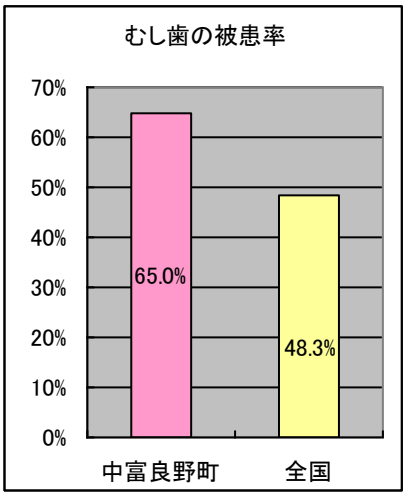
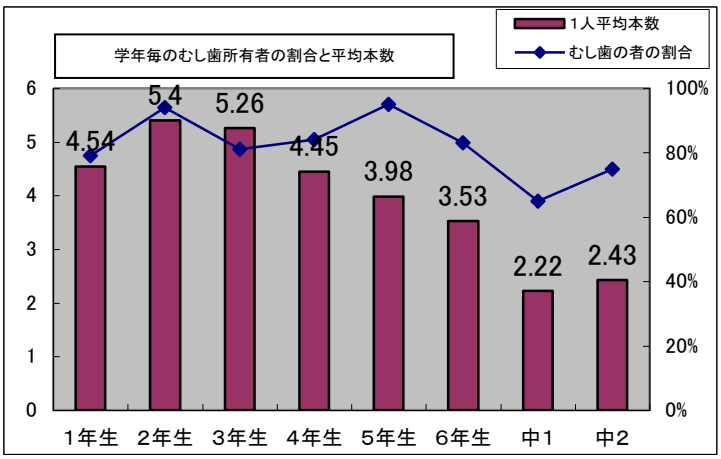


図３　学童のう歯の状況（平成２３年度）



中富良野町の小学生全学年で８～９割の児童がう蝕がありました。永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う歯数は北海道の1.2歯より多い2.2歯となっています。

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である３歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

中富良野町では、歯が萌出し始める１歳３か月より、フッ化物塗布事業を実施し、さらに平成 24 年度より保育園年長児を対象にフッ化物洗口を開始しました。

う蝕予防対策の一つとして、フッ化物洗口の対象者を小中学生まで拡大することを検討します。

また、乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のための指導が重要です。

ⅲ　過去１年間に歯科検診を受診した者の増加（歯周疾患検診受診者数）

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

特に、定期的な歯科検診は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。

定期的な歯科検診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに繋がることから、まずは一定の年齢を対象とした歯周疾患検診を実施し、定期的な歯科検診へのきっかけとします。

④対策

ⅰ　ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- 健康相談（1 歳児，2 歳児）
- フッ化物洗口の実施（年中児・年長児）
- フッ化物洗口の導入にむけた検討（小中学生）
- 「8020 運動」の推進
- 「噛ミング 30（カミングサンマル）」の推進

ⅱ　専門家による定期管理と支援の推進

- 幼児歯科検診（1 歳 6 か月児，3 歳児）
- 口腔検診及びフッ化物塗布の実施（1 歳 3 か月～3 歳 8 か月児・年２回）
- 歯周疾患検診（20・30・40・50・60・70 歳）の導入にむけた検討

３．生活習慣・社会環境の改善

⑴　栄養・食生活

①はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

わが国の伝統的な食生活は気候風土に合った米や野菜を中心とし、豊かな食文化を作りあげましたが、塩分の大量摂取や脂質の摂取不足などの課題も抱えていました。戦後、伝統的な食生活の長所を保ちつつ、畜産物や乳製品などをバランスよく取り込み、米と多様な副食からなる、いわゆる「日本型食生活」を実現し、海外からも評価されました。ところが、社会経済構造の変化、国民の価値観の多様化などを背景に「日本型食生活」から個人の好みに合わせた食生活スタイルへと食の多様化がさらに進展しました。その結果、脂質の過剰摂取や野菜の摂取不足等の栄養のかたより、朝食の欠食に代表されるような食生活の乱れに起因する肥満や生活習慣病の増加、過度の痩身等様々な問題が生じています。

中富良野町でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。（図１）

生活習慣病予防の実現のためには、中富良野町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

②基本的な考え方

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

食品（栄養素）の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は別表Ⅱのとおりです。

生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品（栄養素）摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

～図１　個の食習慣背景の構造（自分の市町の実態を考える）～

①　地域特性・環境

・東西 17.9km、南北 13.4km、総面積 108.7k ㎡と細長い町
・JR 線と国道沿いで○○市と○○町に隣接
・人口 5,495 人　世帯数 2,207 戸（H24.8 現在）年々減少傾向
・少子（14.7%）高齢（27.6%）化が進む
・夏：開花時期の観光スポット（年間 100 万人）温泉・ゴルフ場・ホテル・ペンションがあるが、観光業も季節変動が激しい。観光消費の減少・外国客の増加
カレー街道（地元野菜の普及）

②　地域の食習慣

魚・肉の食べ方：焼肉・焼魚
野菜の食べ方：サラダ・野菜炒め
果物の食べ方：夏場のメロン・すいかと季節的に多量に入る食べ方
間食の食べ方：食事少なめでお楽しみの間食（スナック派・お茶うけ菓子派）
酒の飲み方：つどい多量型・晩酌欠かさず型
調味料（味付け）：味しっかり和食型・油たっぷり洋食型
油の使い方：野菜炒め・ごまドレ
間食：夜型の間食・朝食菓子パン
貯蔵：季節の野菜の冷凍
生産物と食べ物：収穫時期のばっかり食いと冬の野菜不足

気候
寒暖の差が激しい
夏：酷暑（30℃）
冬：多雪や吹雪（－25℃）
地勢
北海道のほぼ中央
内陸部・盆地状の地形
産業
第３次産業（減）
４５．５％
第１次産業（減）
４３．５％
第２次産業（増）
１０．５％

風土
泥炭湿地
畑作→稲作
歴史
M28 入植
石川･福井県～移住
T6 分村
S39 町制施行

③　共同での習慣

○直来文化
夏:焼肉と生ビール
冬:会館などでは､オードブルと生ビール
○お持ちより文化
年寄：お菓子・漬物
主婦:お菓子や漬物
若い世代:お菓子

④

行政地区を 6 連合会単位で催し物を実施

祭りの行事(共同炊事)・6～8 月改善センターで行なわれるビールパーティー・7 月花祭り・10 月お米祭り・11 月文化祭・2 月冬祭り

行事
町民運動会
毎年 6 月開催
終了後､直来実施

⑤

農協・役場等の指導すすめ
お米の普及：食べ放題のお米祭り・飲み放題の地酒祭り
米粉の普及：シフォンケーキ・米粉パン

⑥　家(個人)の食習慣

簡単ですぐ出来る油調理～チャーハン・カレー・めん類
加工品の利用が多い
コンビニ・惣菜の利用
朝食：パン食の増加
間食：菓子パンが多い
冬の野菜不足

⑦　代謝

米・果物・酎ハイ　＝　糖
炒め油
ドレッシング　＝　油
加工品
肉
魚　＝　プリン体
ビール
脂肪肉　＝脂肪
油ののった魚
バター　＝コレステロール
牛乳

⑧

健診結果（平成 22 年度）

中性脂肪 22.8%（16 位）
HDL6.4%（23 位）
拡張期血圧 27.0%（28 位）
尿酸 9.0%（33 位）
ALT17.9%（51 位）
クレアチニン 0.6%（64 位）
血糖値 33.4%（69 位）

⑨

仕事と生活リズム
仕事の仕方と食

○農業地区
農業の機械化
冬の農閑期
不規則な生活による夜の間食
早朝作業による朝食欠食
○市街地区
共働きなど仕事の多忙さにより車移動や運動の時間がない

⑩

生活の変化

日常活動量の減少

余暇の過ごし方

運動不足

不規則な食リズム

⑪

宣伝
お米と観光でおこし
販売
直売所１件
食産業
すいか・メロン・米・玉ねぎ

⑫　社会的環境

車社会：車の保有台数の増加
仕事の機械化：大型機械の導入

食材の変化：購入・種類の豊富さ

ストレス社会：低賃金・過労

⑬

コンビニ国道沿いに４件（人口の割りに高い）・大型スーパー１件
近隣の大型スーパーにも買物に出かける。
自販機：売れ筋～コーヒー（無糖）、ジュース（アセロラ）、お茶
ラーメン店３件
レストラン・喫茶店もある。

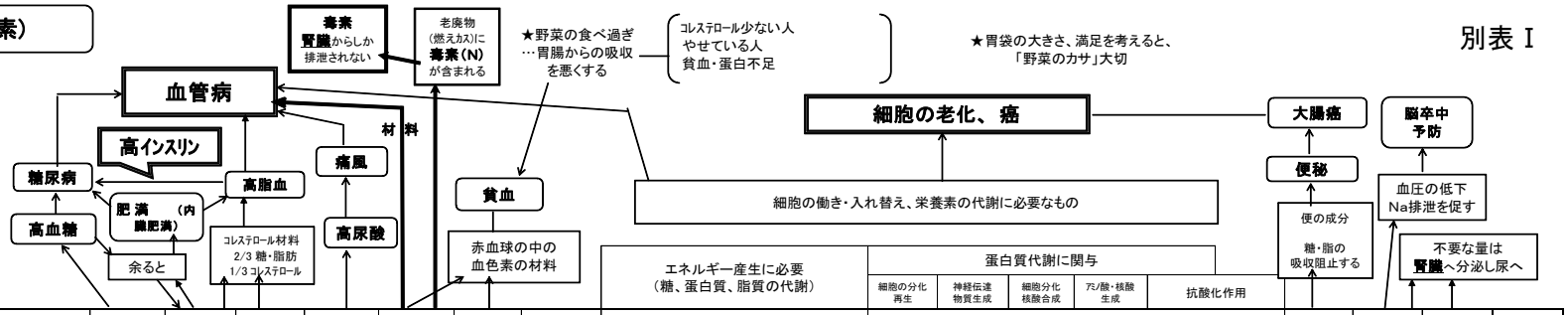
血液データ と 食品(栄養素)

別表 Ⅰ

① どこの項目にH(高)L(低)印がついていますか。このままだとどんな病気になるの？

② なぜこの物質が多い(少ない)のか、その背景は？

③ 自分の食べ方を見て下さい。



③ バランス食…人間の体をよい状態に保つためのに考えられた基準の食品とその量

	① 血液中の物質名（100cc中の単位）				血糖 (g)	中性脂肪 (mg)	LDLコレステロール (mg)	尿酸(mg)	総蛋白 アルブミン(g)	血清鉄 (mg)	カルシウム ☆	ある ☆				ある ☆						ない	ある ☆	ある (ナトリウム) ☆	ある
	③ 食 品		② 栄養素別	量 量 g	炭水化物 g	脂質 g	コレステロール mg	総プリン体 mg	たんぱく質 g	鉄 mg	カルシウム mg	マグネシウム mg	リン mg	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	レチノール (ビタミンA) μg	ビタミンB6 mg	ビタミンB12 mg	葉酸 μg	ビタミンC mg	ビタミンE mg	食物繊維 g	カリウム mg	食塩 g	水分 g
50～60代生活活動強度Ⅰ			男		250	47.0	300	300	63.0	7.5	700	350	1000	1.3	1.5	850	1.4	2.4	240	100	7.0	19以上	2500	9未満	2000～2500
			女		210	38.0			53.0	6.5	650	290	900	1.1	1.2	700	1.1				6.5	17以上	2000	7.5未満	
許容上限摂取量			(目安)							40	2300	－				3000				－			－	－	－
1群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	9.6	7.6	24	0	6.6	0.1	220	20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.60	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175
	卵	卵	Mサイズ1個	50	0.2	5.2	210	0	6.2	0.9	26	6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.50	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38
2群	魚	鮭	1/2切れ	50	0.1	2.1	30	60	11.2	0.3	7	14	120	0.08	0.11	6	0.08	0.11	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36
	肉	豚肉 (もも脂身あり)	薄切り2枚	50	0.1	5.1	34	48	10.3	0.4	2	12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.20	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34
	大豆製品	豆腐 (もめん)	1/4丁	110	1.8	4.6	0	22	7.3	1.0	132	34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.00	13	0	0.2	0.4	154	0.0	96
3群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	4.6	0.1	0	0	0.3	0.1	14	5	13	0.02	0.02	379	0.06	0.00	12	2	0.3	1.4	140	0.0	45
		ほうれん草	5～6株	100	3.1	0.4	0	55	2.2	2.0	49	69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.00	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	1.6	0.0	0	0	0.2	0.1	10	4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.00	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38
		キャベツ	1枚	40	2.1	0.1	0	0	0.5	0.1	17	6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.00	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37
		玉ねぎ	1/4個	50	4.4	0.1	0	0	0.5	0.1	11	5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.00	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45
		白菜	大1枚	120	3.8	0.1	0	0	1.0	0.4	52	12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.00	73	23	0.2	1.8	264	0.0	133
	いも	じゃがいも	中1個	100	17.6	0.1	0	0	1.6	0.4	3	20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.00	21	35	0.1	1.3	410	0.0	80
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	12.0	0.1	0	0	0.7	0.2	21	11	15	0.09	0.03	83	0.05	0.00	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87
		りんご	L 1/4個	75	11.0	0.1	0	0	0.2	0.0	2	2	8	0.02	0.01	1	0.02	0.00	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64
	きのこ	えのきたけ		50	3.8	0.1	0	25	1.4	0.6	0	8	55	0.12	0.06	0	0.06	0.00	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
	海藻	生わかめ	(塩蔵塩抜)	50	1.6	0.2	0	0	0.9	0.3	21	10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.00	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47
1～3群合計					77.4	26.0	298	210	51.1	7.0	587	238	886	1.27	0.95	995	1.16	1.41	495	160	5.1	15.4	3029	1.3	1090
4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	137.3	1.1	0	38	9.3	0.4	11	21	126	0.07	0.04	0	0.07	0.00	11	0	0.0	1.1	107	0.0	222
	砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	9.9	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
	油	油 、種実 (料理に使用)	大さじ1	13	0.0	13.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	7.8	0.0	0	14	0.8	0.0	8	18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.25	18	0	0.0	0.0	85	0.0	232
		チョコレート	3かけ	15	8.4	5.1	3	0	1.0	0.4	36	11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.00	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0
調味料		しょうゆ	大さじ1･1/2	27	2.7	0.0	0	0	2.1	0.5	8	18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.00	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18
		みそ	大さじ2/3	10	2.2	0.6	0	0	1.3	0.4	10	8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.00	7	0	0.1	0.5	38	1.2	5
		食塩	小さじ1/2弱	2	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	122	2.0	0
合計					245.7	45.8	301	262	65.6	8.7	660	314	1146	1.38	1.16	1005	1.44	1.66	543	160	5.3	17.6	3552	8.4	1568

☆は、健診データーにはない。　★ 砂糖、嗜好品・嗜好飲料… 糖尿病、高血糖、HbA1C5.5以上の方は 合わせて**約10g 以下／日**　★ **嗜好品(ビール、チョコレート)を取らない場合は、ごはんで50g、 料理油(マーガリン・種実)で5gプラスします。**

ライフステージごとの食品の目安量　　別表Ⅱ

食品			妊娠						授乳期	乳児			幼児		小学生			中学生		高校生		成人	高齢者	
			前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群			6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳			70歳以上	
			0～16週未満	16～28週未満	28～40週	尿糖+	尿糖-	尿糖±以上		開始２カ月	開始4カ月	開始7カ月				男	女	男	女	男	女		男	女
第1群	乳製品	牛乳1本200ｃｃ	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ミルク900	母乳・ミルク700	母乳・ミルク600（プレーンヨーグルト	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200
	卵	Mサイズ1個50ｇ	50	50	50	50	50	50	50	卵黄５	卵黄～全卵25	卵黄～全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第2群	魚介類	1/2切れ50ｇ	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50
	肉類	薄切り肉2～3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50
	大豆製品	豆腐なら1/4丁 110ｇ	165	165	165	165	110	110	165	5	0	40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110
第3群	緑黄色野菜	人参ほうれん草トマトなど	200～250	200～250	200～250	200～250	200～250	200～250	200～250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150
	淡色野菜	大根　白菜キャベツ玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200
	いも類	ジャガイモなら1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100
	果物	リンゴなら1/4個とみかん1個で80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	すりおろし30～40	すりおろし50～70	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	しいたけえのきシメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30～50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のりひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50
第4群	穀類	ご飯3杯（450ｇ）	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち
	種実類油脂	油大さじ1.5（18g）	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	バターで2	バターで3	4	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち	個人によりまちまち
	砂糖類	砂糖大さじ1（9ｇ）	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	酒類（アルコール）		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20

③現状と目標

個人にとって､適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。

健診データについての目標項目は、２．生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

ｉ　適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。(表１)

表１　ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠	出生	学童	成人		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生児	小学校5年生	20～60歳代男性	40～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重	中等度･高度肥満傾向児	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	29.0% (平成22年)	9.6% (平成22年)	男子4.60%　女子3.39% (平成23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)	17.4% (平成22年)
町の現状	8.1%	8.1%	男子10.71%　女子18.67%	33.2%	27.2%	10.9%
	(平成23年度)					
データソース	妊娠届出時	出生届出時	学校健診結果	特定健診結果		

ア．20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合の減少)

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の１つと考えられています。

中富良野町では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握し、保健指導を行っていますが、平成23年に出生した妊婦74人のBMIのやせの割合は、8.1%です。出生児74人中32人、43%が、2,999ｇ以下の小柄な子であり、そのうちやせの母から生まれた子の50%が2,999ｇ以下でした。

標準体格の母からも13.8%の2500ｇ以下低出生体重児が生まれています。(表２)

表２　妊娠前ＢＭＩ別　子の出生体重

	妊娠前のBMI							
	やせ 18．5未満		適正体重 18．5～25未満		肥満 25以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成23年1～13月に出産した母　74人	6	8.1%	58	78.4%	10	13.5%	74	100.0%
※全国　平成22年乳幼児身体発育調査報告書		19.60%		72%		8.30%		
2500g以下	0	0%	8	13.8%	1	10%	9	12%
2500～2599g	3	50%	18	31.0%	2	20%	23	31%
3000～3499g	3	50%	25	43.1%	6	60%	34	46%
3500～3999g	0	0%	7	12.1%	1	10%	8	11%
再掲　2999g以下	3	50%	26	44.8%	3	30%	32	43%

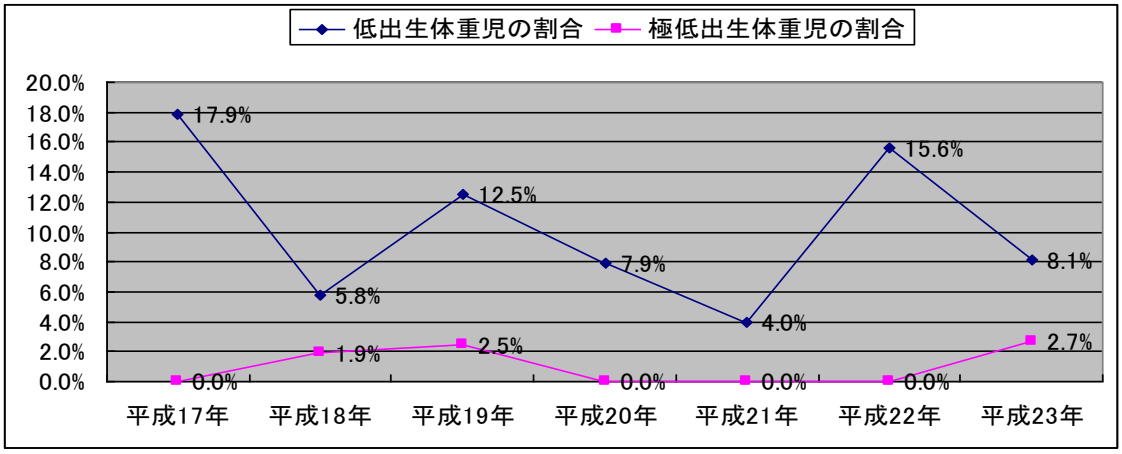
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

イ．全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

中富良野町では、平成 17 年から 23 年では２～10 人の低出生体重児が生まれていますが、低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。（図２）

図２　中富良野町の低出生体重児・極低出生体重児（再掲）の割合の推移



ウ．肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度 20%以上 30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の判断が難しいとされており、評価指標の対象とはなっていませんが、中富良野町では、統計のとれた平成 23 年度では、肥満度 20%以上の肥満傾向児の割合は（図３）となっており、ほとんどの年齢で北海道を上回っています。

国の指標の設定となっている小学校 5 年生(10 歳)の、中富良野町の中等度・高度肥満児は、男子は 10.71%、女子も 16.67%と全国を大きく上回っています。

また、３歳頃で 20%のやせ傾向がみられ、小学校高学年からやせが増えていることから、大人の身体になる第二次成長期を栄養不足で迎えていることが予想されます。（図４）

図３　中富良野町の肥満傾向の児の割合（平成２３年度）

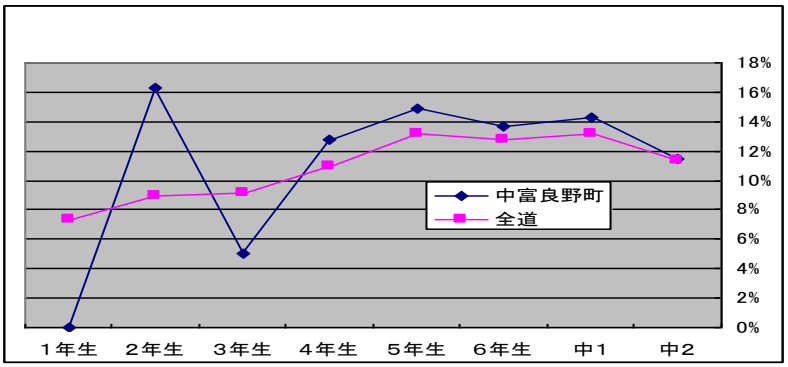
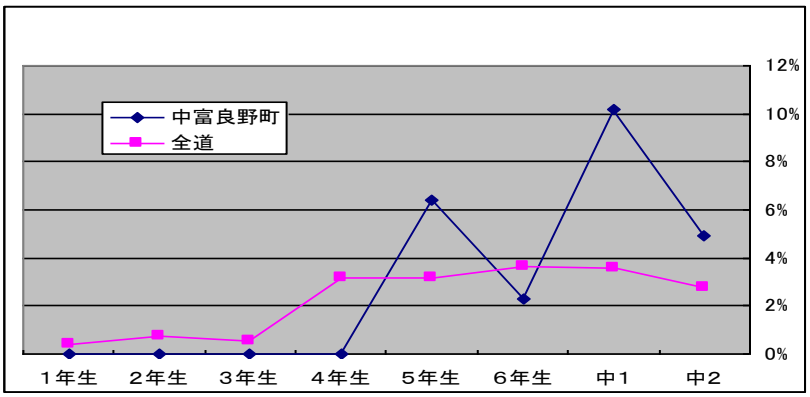


図４　中富良野町のやせ傾向の児の割合（平成２３年度）



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

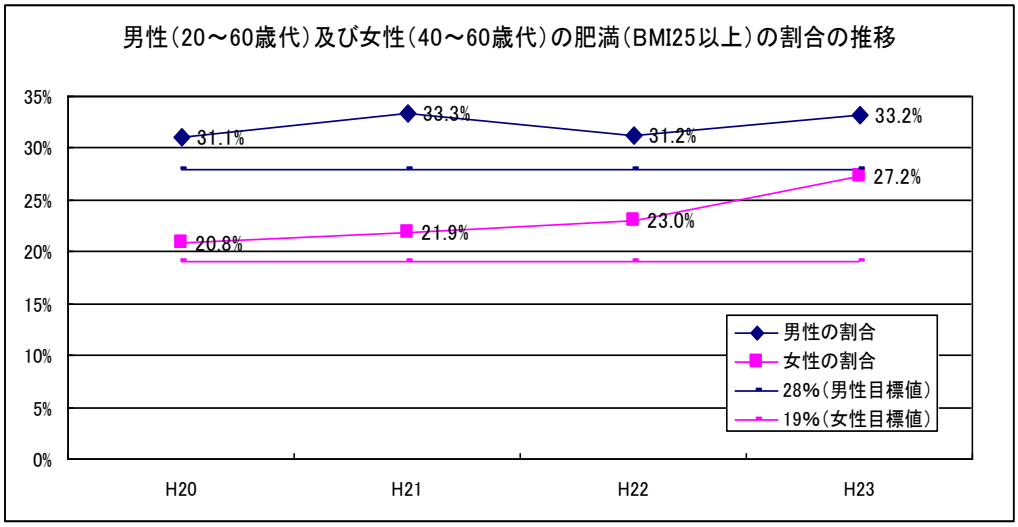
エ．20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少

オ．40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

中富良野町の 20～60 歳代男性の肥満者の割合は横ばい、40～60 歳代女性の肥満者の割合は増加しています。（図５）

図５　男性（20～60 歳代）及び女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



カ．低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合の増加の抑制

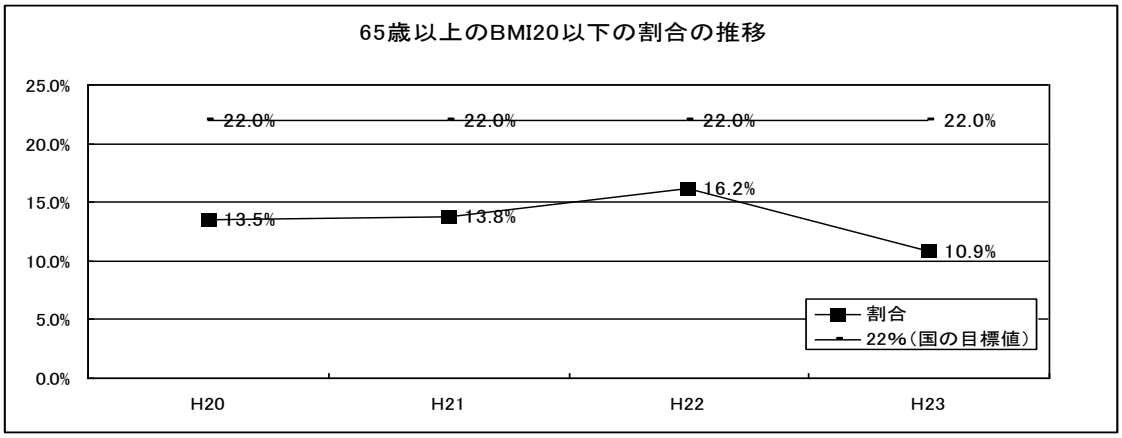
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

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

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

中富良野町の65歳以上のBMI20以下の割合は、平成34年度の国の目標値を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。（図６）

図６　65歳以上のBMI20以下の割合の推移



ⅱ　健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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

中富良野町の３歳児の生活習慣を起床・就寝時間でみると、遅く起きる子ほど就寝時間が遅くなることから、「早寝早起き」の生活リズム作りが必要です。また、夜食（夕食後の飲食）を摂る習慣の児は33%に達していることから、家庭での夜食の習慣が伺えます。それにより、自律神経の発達の遅れが、便秘やオムツ使用にも影響していることが考えられます。（表３）遅い時間の飲食が朝食の欠食など食生活の乱れにもつながっていきます。「早寝、早起き、朝ごはん」国民運動等を通して、家庭や保育園、学校などの協力を得ながら食育の啓発への取組みが必要です。

表３　　３歳児の生活習慣

起床時間	寝る時間
６時	20時37分
７時	21時38分
８時	22時00分

	全体		やせ		普通		肥満	
	46	100%	9	20%	28	61%	9	20%
夜食を食べる	15	33%	2	22%	8	29%	5	56%
オムツ使用中	7	15%	3	33%	3	11%	1	11%
虫歯あり	11	24%	4	44%	5	18%	2	22%
便秘	9	20%	5	56%	2	7%	2	22%

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

中富良野町では学齢期に生活習慣病に関連した検査を行っておらず、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が、現在のところありません。

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

また、望ましい食習慣や知識の習得のため、子どもが自分で料理を作るという体験や親子料理教室など食事についての望ましい習慣を学びながら食を楽しむ機会を提供します。保育園、学校を通じて保護者に食育の重要性と適切な栄養管理に関する知識等の啓発に努めます。

④対策

i　生活習慣病の発症予防、食育活動のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導及び食育活動

・妊婦教室（妊娠期）、幼児教室

・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）

・子育て支援センター・保育園での栄養指導及び食育活動

・食生活改善推進員教育事業（青年期・壮年期・高齢期）

・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）

・国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）

・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

ii　生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

ⅲ　学齢期への保健指導、食育活動の推進

・小中学校の養護教諭との課題の共有

現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有

肥満傾向児の詳細な実態把握

・学齢期の生活習慣病健診導入に向けた検討

・「早寝、早起き、朝ごはん」運動の推進

⑵　身体活動・運動

①はじめに

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

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

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

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などと関係することも明らかになってきました。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は 2007 年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

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

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

参考　ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の定義

・運動器（運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。
運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

②基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

③現状と目標

i　日常生活における歩数の増加

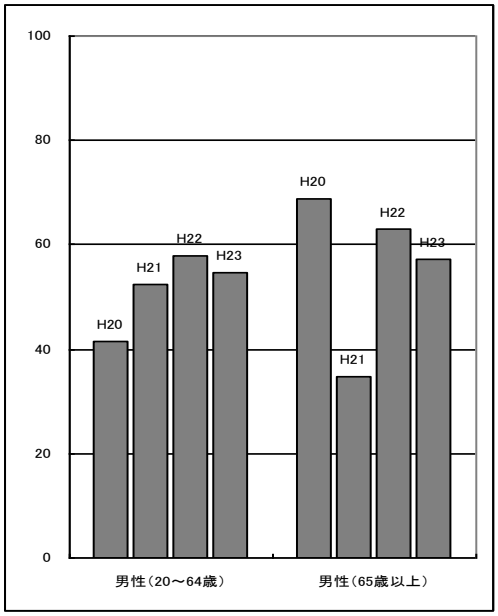
（日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上実施する者）

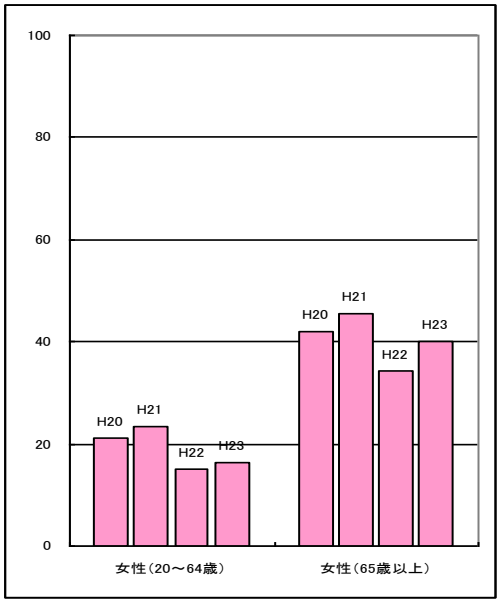
歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

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

中富良野町では、健康診査・中富良野町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は男性、女性ともに減少傾向にあります。（図１）

図１　性別・年代別の体をよく使っている人の推移





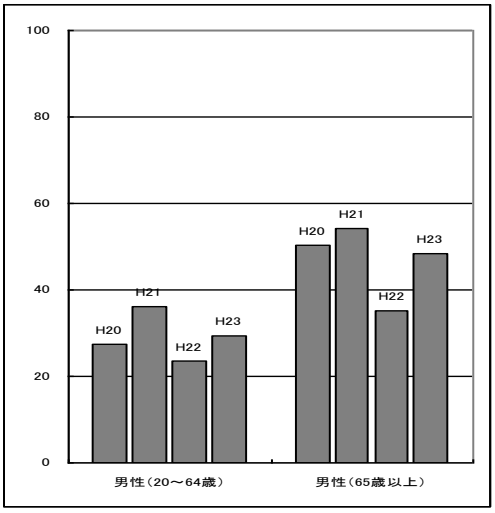
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、中富良野町は道路の積雪、凍結等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

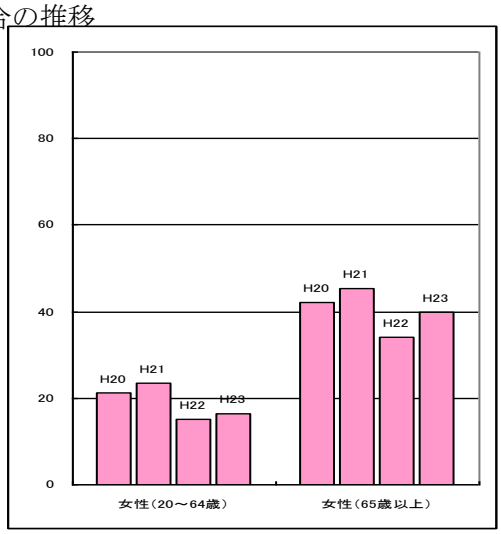
ii　運動習慣者の割合の増加

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

全国、北海道と比べて 64 歳以下の男女の運動習慣者が少ないですが、退職世代は運動習慣者の増加傾向がみられます。(図２)

図２　性別・年代別の運動習慣者の割合の推移





就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設など、多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整えることが必要です。

iii　介護保険サービス利用者の増加の抑制

中富良野町の要介護認定者数は平成 23 年 10 月には、324 人となり、1 号被保険者に対する割合は 19.6%となっています。そのうちサービス利用者は 255 人です。

平成 18 年 3 月の要介護認定者数 268 人と比較して、介護認定者数は約 1.2 倍に

増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測されますが、中富良野町では、平成 26 年度にはサービス利用者が 285 人で現在より 30 人が増加するとの予測がされています。

要介護状態となる主な原因の 1 つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

平成 23 年度に国民健康保険加入で人工関節置換術を受けた 6 名のうち 5 名は BMI が 25 以上の肥満でした。過体重による関節への負担が関節疾患に結びつくため、適正体重の維持のための取組が必要です。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。（表 1）

運動器の変化

年齢	保育園・幼児園児	小学生	中学生	高校生	成人 → 高齢者						
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
骨	紫外線，重力，圧力，カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる			18歳 骨密度ピーク				閉経 女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊髄の骨密度が優先的に低下			
筋力		12～14歳 持久力最大発達時期	14～16歳 筋力最大発達時期			筋力減少始まる	目立って減少			ピーク時の約2/3に減少	
神経	平衡感覚最大発達時期	10歳 運動神経完成							閉眼片足立ち（平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性）が20歳代の20%に低下		
足底	6歳 土踏まずの完成										
運動	園での遊び	体育の授業 / スポーツ少年団	部活動			運動習慣ありの人割合が低い					
	持久力 ・ 筋力 の向上				持久力 ・ 筋力 の維持						

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考：長野県松川町保健活動計画等

また、運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法がありますが、運動器の 1 つである関節への負担を軽減しながら行うことのできる、水中での歩行や体操といった運動は、最も安全かつ効果的な運動と考えられているため、通年での水中運動が可能な健康増進施設の整備方法についての検討が必要になります。

④対策

ⅰ　身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導

・「ロコモティブシンドローム」や「歩育」についての知識の普及

ⅱ　身体活動及び運動習慣の向上の推進

・町の各部局や関係機関と連携し、気軽に歩くことができるウォーキングロードの整備（すこやかロード等）

・町の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨

ⅲ　運動をしやすい環境の整備

・常勤の健康指導者の配置

体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、誰でも気軽に通年で行えるための常勤の運動指導者の配置の検討

⑶　飲酒

①はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、到酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1 日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g /日（日本酒 2 合/日）、女性では 22 g /日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

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

②基本的な考え方

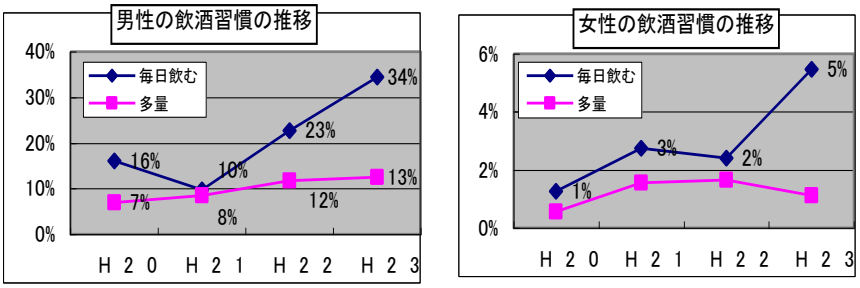
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

ⅰ　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減

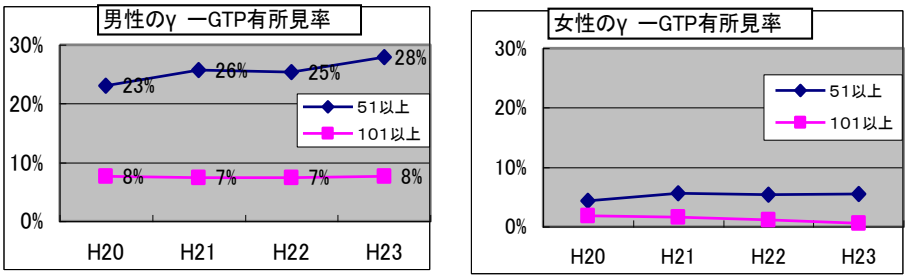
中富良野町の飲酒の状況をみると、男女ともに「毎日飲む」人が年々増加しています。男性については、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合も年々増加しています。（図１）

図１　生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



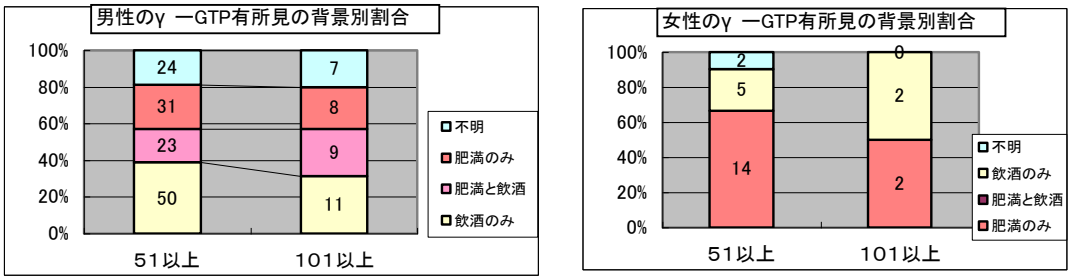
また、飲酒量と関係が深い健診データであるγ-GTP については、異常者の割合は男女ともに上昇しています。（図２）

図２　γ-ＧＴＰ異常者の推移



γ-GTP 有所見者の背景をみると、単純に飲酒だけでなく、内臓脂肪の蓄積も見えてきました。女性に関しては、半数以上が内臓脂肪の蓄積が見られます。（図３）

図３　γ-ＧＴＰ有所見者の背景別割合



γ-GTP の異常者は、男女ともに、ほとんどの検査項目で、異常率が高くなっています。（表１）

表１　γ-ＧＴＰ異常者（51 以上）の検査項目別異常者割合（平成 23 年度）

男性	総数	割合	メタボリックシンドローム 基準該当		メタボリックシンドローム 予備軍該当		肥満		脂質 低HDL－C		脂質 高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	502	100%	49	10%	75	15%	149	30%	42	8%	124	25%
γ －GTP異常者	130	26%	22	17%	22	17%	56	43%	11	8%	59	45%

HbA1c 境界領域		HbA1c 糖尿病領域		血圧 正常高値～Ⅰ度		血圧 Ⅱ～Ⅲ度		LDL-C		尿たん白		尿酸	
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
193	38%	51	10%	194	39%	28	6%	230	46%	22	4%	86	17%
55	42%	17	13%	65	50%	12	9%	86	66%	6	5%	32	25%

女性	総数	割合	メタボリックシンドローム 基準該当		メタボリックシンドローム 予備軍該当		肥満		脂質 低HDL－C		脂質 高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	787	100%	8	1%	44	6%	158	20%	16	2%	91	12%
γ －GTP異常者	35	4%	1	3%	4	11%	14	40%	0	0%	13	37%

HbA1c 境界領域		HbA1c 糖尿病領域		血圧 正常高値～Ⅰ度		血圧 Ⅱ～Ⅲ度		LDL-C		尿たん白		尿酸	
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
302	38%	32	4%	211	27%	31	4%	332	42%	73	9%	9	1%
12	34%	5	14%	5	14%	11	31%	23	66%	0	0%	1	3%

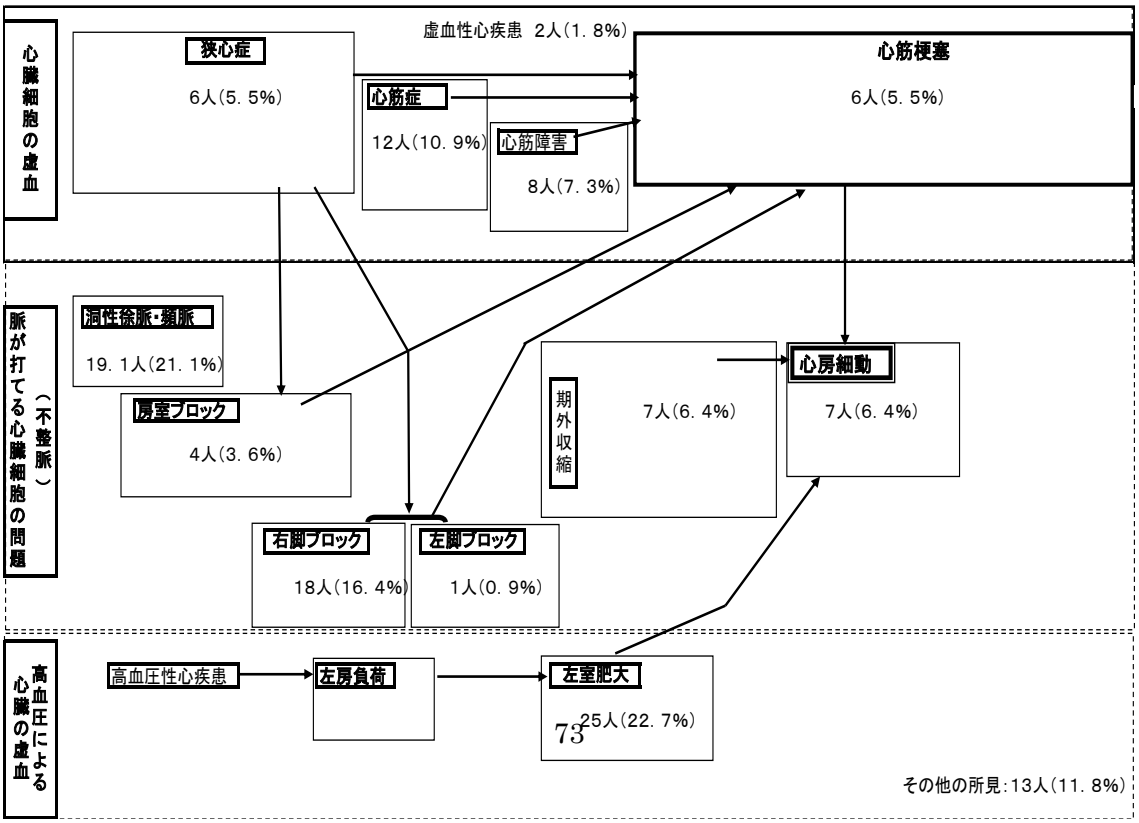
γ －GTP異常者のほうが割合が高いものに網掛

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

また心電図の異常率も 18.1%に見られ、全体での異常率 15.4%よりも高くなっており、加えて心電図所見の中でより重症な心筋梗塞や心房細動が多くなっています。（図４）

図４　γ-ＧＴＰ51 以上者の心電図検査

H20～H23 の心電図検査受診者 606 人中異常者 110 人（18.1%）（不明 151 人を除く）の状態



現在、γ-GTP が受診勧奨値を超えている人については、家庭訪問などで個別の指導を行っていますが、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

同時に、飲酒の習慣は、食生活の中で、形成されたものでもあるため、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

④対策

ⅰ　飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

　母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

・地域特性に応じた健康教育

ⅱ　飲酒による生活習慣病予防の推進

・健康診査、中富良野町国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

⑷　喫煙

①はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていませんが、発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること(「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

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

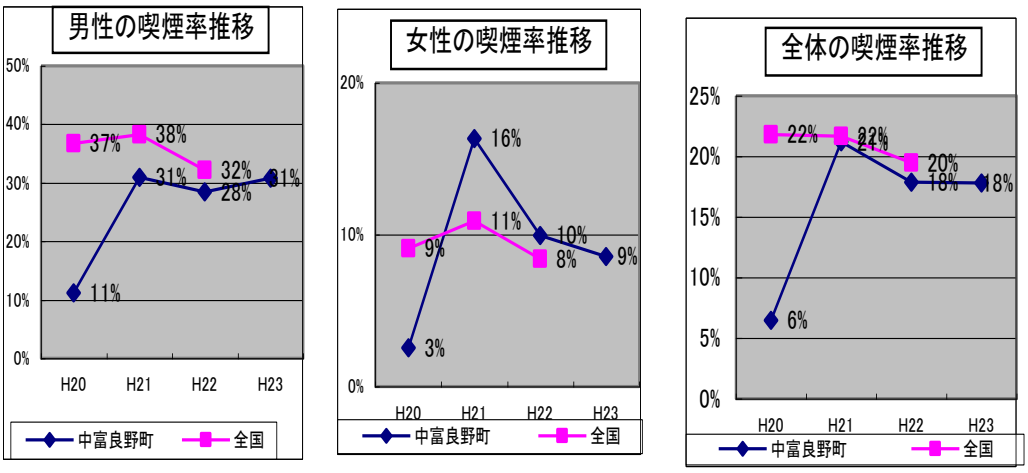
③現状と目標

ⅰ　成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

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

中富良野町の成人の喫煙率は、全国とほぼ同じように推移していますが、女性の喫煙率がやや高い状況です。平成２３年度は横ばい傾向をしめしていますが、低くはなく、今後も引き続き対策が必要です。（図１）

図１　喫煙率の推移



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

④対策

ⅰ　たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

母子健康手帳交付、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

ⅱ　禁煙支援の推進

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

⑸　休養

①はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

②基本的な考え方

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

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

③現状と目標

ⅰ　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

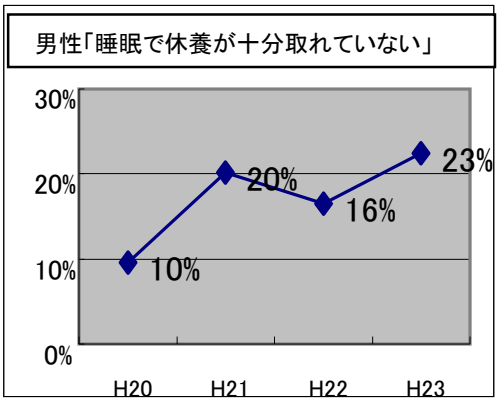
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

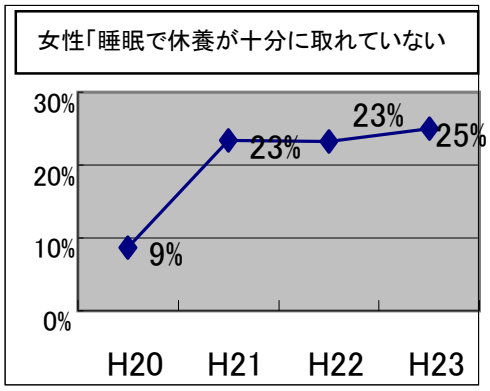
さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

中富良野町では、健康診査・中富良野町国保特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分とれていますか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、男性 23%、女性 25%の人が「いいえ」との回答になっています。（図１）

図１　十分な睡眠がとれていない人の割合の推移





今後も、睡眠による休養がとれているのかの有無について実態を把握し、国などと正確な比較を行った上で、対策を検討、推進していく必要があります。

④対策

ⅰ　中富良野町の睡眠と休養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、中富良野町の睡眠と健康に関連する事項について明確化

ⅱ　睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

４．こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。

これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための３つの要素とされてきました。

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。

自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

②基本的な考え方

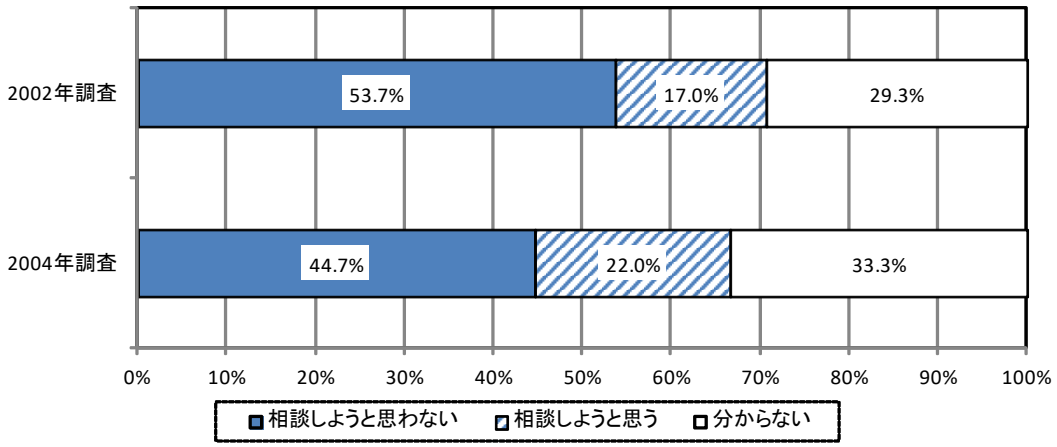
現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

そのため、一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。（図１・２）

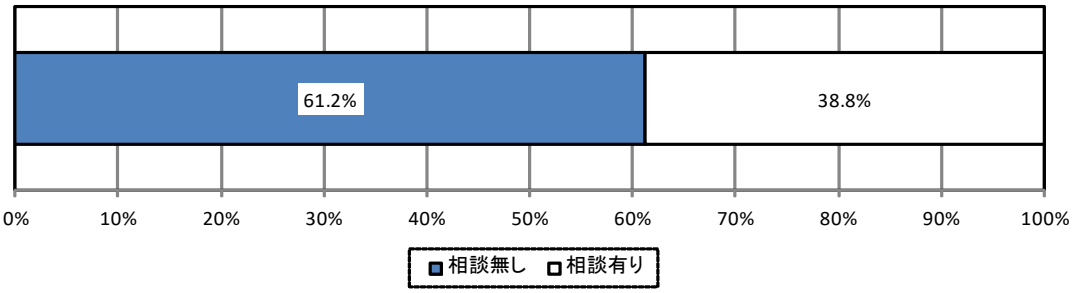
図１　気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

（久慈地域における地域住民の意識調査）



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究（平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業））
酒井明夫　岩手医科大学医学部神経精神科学講座

図２　自殺企図前の相談の状況



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究（平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業））
保坂　隆　東海大学医学部教授

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取り組みが最も重要になります。

③現状と目標

ｉ　自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

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

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためと言われています。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。（図３）

図３　うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査

（2009 年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される）

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血液量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する

【検査の実際】

「あ」で始まる名詞を思いつく限り言うなどの簡単な課題に答える

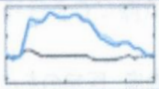
【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血液量が急増

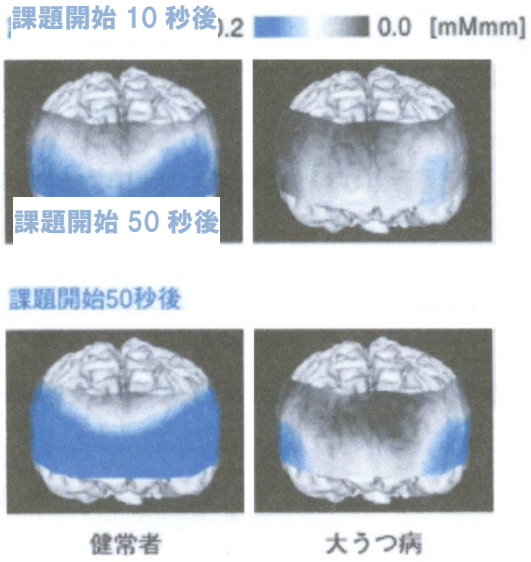
課題に答えている間中、血液量は高いレベルを維持する

うつ病患者：すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

※　NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

	NIRS 波形	賦活反応性
健　常　者		明瞭（賦活に応じて）
う　つ　病		減衰（初期以降）

※　NIRS データのトポグラフィー



NIRS とは…近赤外線スペクトロスコピィ（near-infrared spectroscopy）の保険収載名である

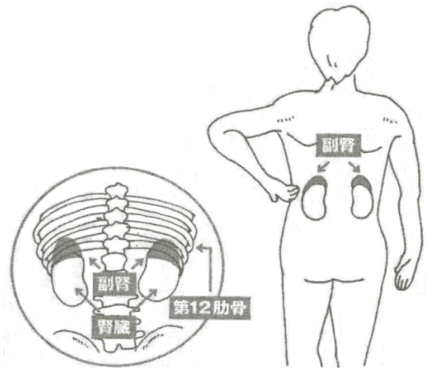
また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファーティグ）との関与も明らかにされつつあります。（図４）

図４　副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態の関連

【副腎の働き】

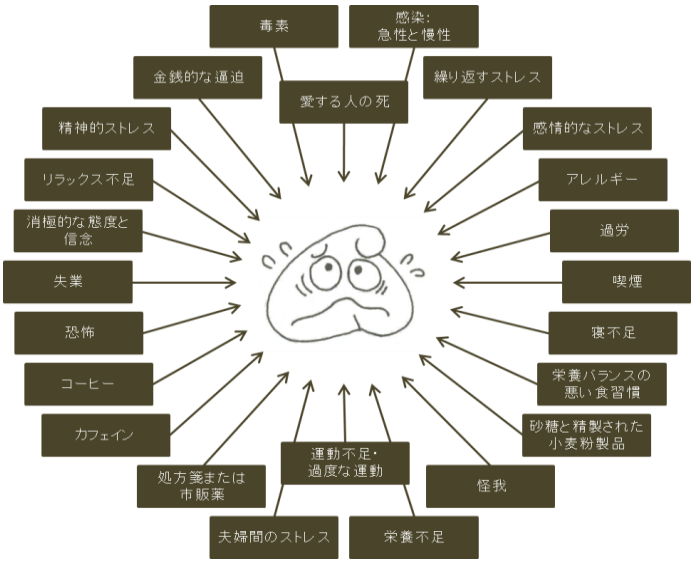
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器

「体内での糖の蓄積と利用を抑制」「電解質を調整」「性ホルモン」「体のストレス反応の調整」を行っている



【精神状態への影響】

・恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
・混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
・忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
・不眠症も引き起こす



【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

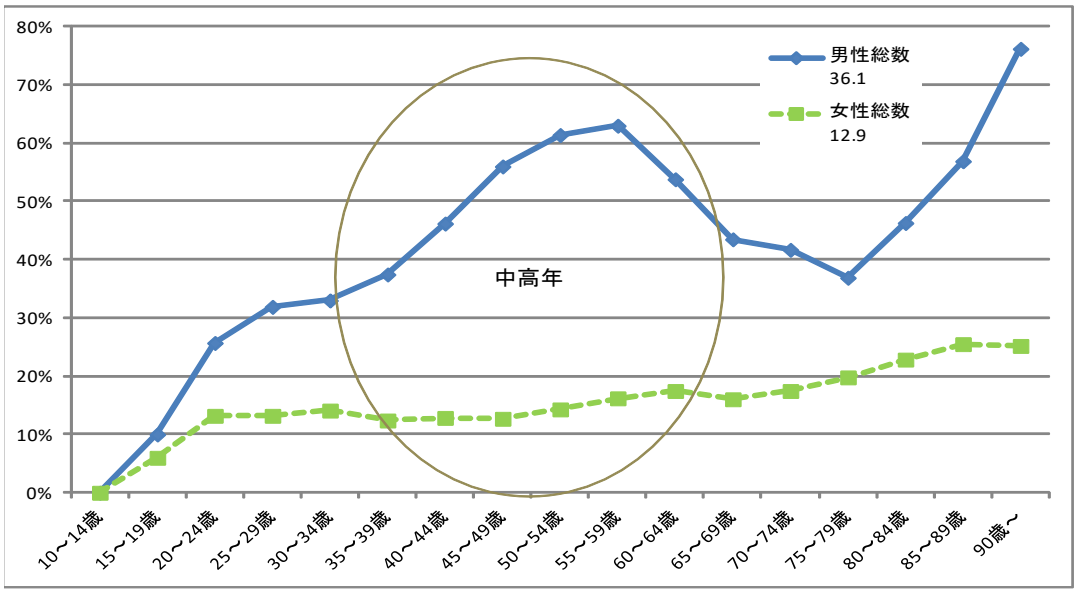
・睡眠不足
・栄養バランスの悪い食事
・疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
・疲れていても夜更かしすること
・長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
・長い間、勝ち目のない状態に留まること
・完璧を目指すこと
・ストレス解消法がないこと

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては 50 歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。

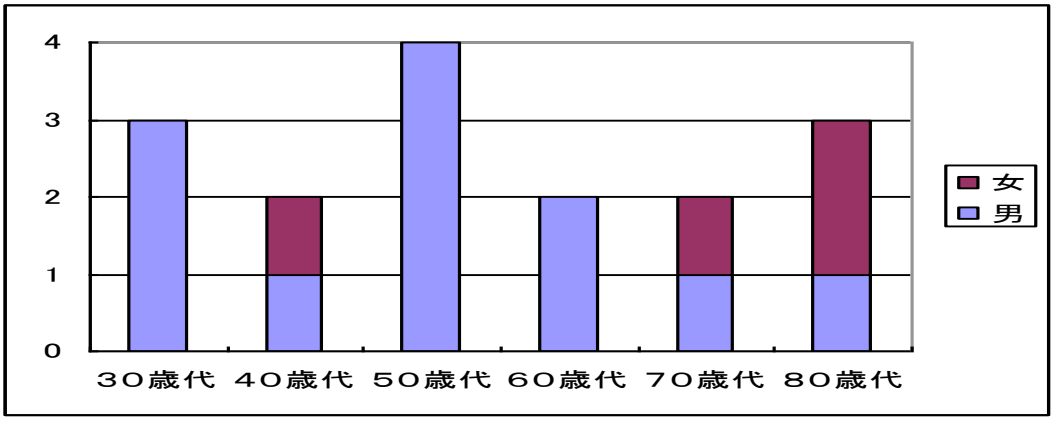
中富良野町においても、男性の自殺による死亡者数の累計は、50～59 歳に最も多くなっています。（図５）

図5　男女別自殺者の動向
平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



※総数には「5～9歳」及び年齢不詳を含む　　人口動態統計（厚生労働省）

中富良野町年齢別男女自殺者数（平成１７～２３年総数）

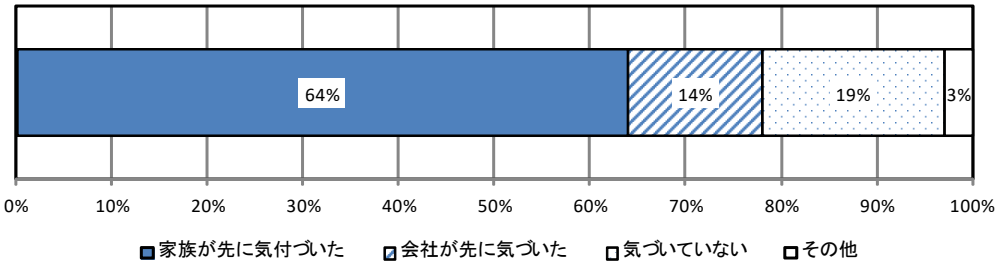


この年代に自殺者数が増加したのは、平成 10 年以降で、背景としては経済状況や仕事（過労）などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

今後、産業保健の分野との連携を図り、働き盛りの年代の人がうつ病などに至る事例の実態把握を積み重ね、共有することで、こころの健康に対する予防対策を検討していくことになります。

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。（図６）

図６　自殺企図前の周囲の気づき



労働者における自殺予防に関する研究―労災請求患者調査より―（平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究）
黒木　宣夫　東邦大学医学部助教授

家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家へのつなぎを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができることが大切になります。

④対策

ⅰ　こころの健康に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

・　ゲートキーパー講習会等の開催

ⅱ　専門家による相談事業の推進

・精神保健福祉士による相談

・精神科医による相談

５．目標の設定

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

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

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

これらを踏まえ、中富良野町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。（表１）

表１　中富良野町の目標の設定

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3	平成22年	83.9	平成22年	73.9	平成27年		平成27年	人口動態統計
	②がん検診の受診率の向上		平成22年		平成23年 ※40～69歳を対象（子宮がん20～69歳を対象）		当面		平成28年	町がん検診 40～69歳
	・胃がん	男性34.3% 女性26.3%		男性17.7% 女性22.4%		40%		30%		
	・肺がん	男性24.9% 女性21.2%		男性24.4% 女性32.8%				40%		
	・大腸がん	男性27.8% 女性22.6%		男性27.8% 女性30.3%						
	・子宮頸がん	32.0%		21.9%		50%	平成28年	40%		20～69歳
	・乳がん	31.4%		24.9%						40～69歳
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）		平成22年		平成23年		平成34年度		平成34年度	人口動態統計
	・脳血管疾患	男性49.5 女性26.9		男性53.9 女性16.7		男性41.6 女性24.7		男性41.6 ◎女性減少		
	・虚血性心疾患	男性36.6 女性15.3		男性19.8 女性16.8		男性31.8 女性13.7		◎男性減少 女性13.7		
	②高血圧の改善（140／90mmHg以上の者の割合）			30.1%	平成23年度			減少		町特定健康診査
	③脂質異常症の減少 （総コレステロール240mg/dl以上の者の割合）	男性13.8% 女性22.0%	平成22年			男性10% 女性17%		男性10% 女性17%		
	（LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合）	男性8.3% 女性11.7%		男性12.4% 女性14.5%		男性6.2% 女性8.8%		男性6.2% 女性8.8%		
	☆④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	233人	平成23年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上		平成21年度		平成22年度	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定				
	・特定健康診査の実施率	41.3%		63.2%						
	・特定保健指導の修了率	12.3%		19.3%						
糖尿病	①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16,271人	平成22年	1人	平成23年度	15,000人	平成34年度	減少	平成34年度	腎臓病登録
	②治療継続者の割合の増加 （HbA1c（JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）	63.7%	平成22年	50.7%		75%		75%		町特定健康診査
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがJDS値8.0（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2%	平成21年度	0.9%		1.0%		◎現状維持又は減少		
	④糖尿病有病者の増加の抑制HbA1c（JDS)6.1%以上の者の割合）	890万人		9.1%		1,000万人		現状維持又は減少		
歯・口腔の健康	☆②歯の喪失防止		平成17年		平成23年		平成34年度			町アンケート調査
	・80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0%		5.3%（80歳以上）		50%		50%		
	・60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2%		37.8%（60歳代）		70%		70%		
	・40歳で喪失歯のない者の増加	54.1%		38.9%（40歳代）		75%		75%		
	☆④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		平成21年		平成23年度					
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%		72.00%		80%以上		80%以上		町3歳児健診
	・12歳児の一人平均う歯数の減少	1.3歯		2.2歯		1.0歯未満		1.0歯未満		町学校保健統計
栄養・食生活	☆①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）									
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少	29%	平成22年	8.1%	平成23年度	20%	平成34年度	◎現状維持又は減少	平成34年度	町妊娠届
	・全出生数中低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	8.1%		減少傾向へ	平成26年	◎現状維持又は減少	平成26年	人口動態統計
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 （小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合）	男子4.6% 女子3.39%	平成23年	男子10.71% 女子16.67%		減少傾向へ	平成34年度	減少傾向へ	平成34年度	町学校保健統計
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%	平成22年	33.2%		28%		28%		町特定健康診査
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		27.2%		19%		19%		
	・低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%	平成22年	10.9%		22%		◎現状維持又は減少		

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
身体活動・運動	☆①日常生活における歩数の増加 （日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）									町特定健康診査
	・20～64歳	男性7,841歩 女性6,883歩	平成22年	男性54.8% 女性42.7%		男性9,000歩 女性8,500歩		現状維持又は増加	平成34年度	
	・65歳以上	男性9,000歩 女性4,585歩		男性57.1% 女性50.9%		男性7,000歩 女性6,000歩		現状維持又は増加		
	☆②運動習慣者の割合の増加									町特定健康診査
	・20～64歳	男性26.3% 女性22.9% 総数24.3%	平成22年	男性29.4% 女性16.5% 総数23.0%		男性36% 女性33% 総数34%		男性36% 女性33% 総数34%	平成34年度	
	・65歳以上	男性47.6% 女性37.6% 総数41.9%		男性48.4% 女性39.9% 総数44.1%		男性58% 女性48% 総数52%		男性58% 女性48% 総数52%		
	③介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	255	平成23年10月	657万人	平成37年度	285	平成26年10月	町介護保険報告
飲酒	②生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 （1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者	男性15.3% 女性7.5%	平成22年	男性13% 女性1.1%		男性13% 女性6.4%	平成34年度	男性13% ◎現状維持	平成34年度	町特定健康診査
喫煙	①成人及び禁煙率の減少（たばこをやめたい者がやめる）	19.5%	平成22年			12%				
休養	③睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年	24%	平成23年度	15%				
こころの健康	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	23.4	平成22年	53.2	平成21年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定				人口動態統計

☆は食育推進計画の目標値と重なるもの
◎は国の基準をすでに達成

第Ⅲ章　地域別の現状と対策

第Ⅲ章　地域別の現状と対策

中富良野町は町内を６つの連合会にわけ、地区活動を推進しています。人口や産業の状況（表１）と健診データなどの健康状態（表２）を踏まえ、地域の特徴に応じた健康増進の対策を次のように推進します。

中富良野町の地区別概要

	地区名	中富良野町	市街	西山	西中	中央	東山	宇文
人口推計	人口	5,424	846	1,519	460	1,649	536	414
	年少人口	767	115	252	53	224	73	50
	%	14.14	13.59	16.59	11.52	13.58	13.62	12.08
	生産年齢人口	3,066	461	886	233	987	272	227
	%	56.52	54.49	58.33	50.65	59.85	50.75	54.83
	老齢人口	1,586	270	381	174	433	191	137
	高齢化率	29.24	31.91	25.08	37.83	26.26	35.63	33.09
	75歳以上人口	962	143	251	84	273	124	87
	後期高齢化率	17.74	16.90	16.52	18.26	16.56	23.13	20.01
世帯数	世帯数	2,139	371	659	182	631	157	139
	独居高齢者数　男性	48	4	24	2	43	1	4
	独居高齢者数　女性	162	35	56	9	41	12	9
	独居高齢者数　合計A	210	39	80	11	54	13	13
	独居世帯率	23.42	25.34	25.04	24.73	20.60	23.57	21.58
	高齢者世帯数　B	291	55	85	34	76	24	17
	高齢者世帯率	13.60	14.82	12.90	18.68	12.04	15.29	12.23
	A+Bの世帯率	23.42	25.34	25.04	24.73	20.60	23.57	21.58
国保	健診対象者数	1,318	188	339	125	360	179	127
	受診数	810	100	214	74	217	117	88
	受診率	61.56	53.19	63.13	59.20	60.28	65.36	69.29
農業	農家戸数	377	0	89	63	88	81	55
	内　家畜飼育戸数		0	2	0	7	4	1
	%	17.6	0	13.5	34.6	13.9	51.6	39.6
地域の概況			町の中心部。商店街や公共機関、事業所等が所在。高齢化率が高く、独居高齢者、高齢者世帯が多い。	町の西部。観光地として栄え、ペンション等の宿泊施設や夏期限定の土産品の販売店なども多い。平地や山間で農業。米、小麦、南瓜、ビート、いも、メロン等が主な作物。作物の種類が多い。中心部に近い地域には住宅街、自衛隊の官舎等もあり、年少人口、生産人口の割合が高い。公営住宅が多く独居世帯率は全町より高い。	町の北部。上富良野町と隣接。近年大型スーパーや温泉施設等ができた。平野部で農業。主な作物は米で、玉葱、スイートコーン、秋小麦も作られている。高齢化率が町で一番高い地域。	町の中心部から東側に平野が広がり、農業は米。種場。玉葱、小麦、スイートコーン、人参、アスパラなど野菜の生産も多い。家畜兼業農家はほぼ肉牛を生産。中心部は住宅地や公営住宅等が多く、生産人口が最も高い地域。	町の東部に広がる平野と十勝岳の裾野の山間部で農業世帯が半数を超える。平野では玉葱、米、スイートコーン、アスパラ等種種の野菜を作付け。山間部では秋小麦、ビール大麦、馬鈴薯、ビート、大根、百合根等を作付。作物の種類が多く、大規模経営の農家が多い。農業後継者がいる反面、離農した高齢世帯も多い。	町の南側の平野部。農家が4割。玉葱、米、小麦、スイートコーン等の作付けが多い。富良野市と隣接。

平成23年度 特定健診結果 地域別(男性)

メタボリックシンドローム						血管が傷む(動脈硬化の危険因子)																					動脈硬化の危険因子			血管への影響											
						肥満			脂質						ヘモグロビンA1c						血圧						LDL			肝機能									腎機能					
基準該当			予備軍該当			BMI25～			低HDL(～39mg/dl)			高中性脂肪(150mg/dl～			境界域(5.2～6.0%)			6.1%～			正常高値～Ⅰ度(軽症)			Ⅱ度(中等症)～Ⅲ度(重症)			高LDL(120mg/dl～)			AST(31～)			ALT(31～)			γ-GT(51～)			尿蛋白(+)～			高尿酸血症(7.0～)		
地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合
西中	11	37%	市街	12	27%	西山	41	40%	西中	4	13%	市街	15	33%	中央	49	52%	市街	9	20%	西中	30	100%	市街	4	9%	宇文	26	57%	西山	34	33%	東山	23	37%	西中	11	37%	市街	5	11%	市街	10	22%
市街	13	29%	東山	14	23%	宇文	18	39%	中央	12	13%	西中	9	30%	西山	48	47%	西中	6	20%	東山	59	95%	宇文	4	9%	中央	51	54%	東山	17	27%	西山	37	36%	市街	16	35%	中央	8	8%	西山	21	20%
西山	28	27%	西山	23	22%	西中	11	37%	西山	9	9%	西山	30	29%	宇文	21	46%	東山	9	15%	西山	96	92%	中央	8	8%	西山	55	53%	市街	9	20%	宇文	12	26%	西山	34	33%	西中	2	7%	西中	5	17%
東山	16	26%	宇文	9	20%	市街	16	36%	宇文	4	9%	中央	26	27%	東山	28	45%	西山	13	13%	中央	87	92%	西山	8	8%	西中	15	50%	西中	5	17%	市街	11	24%	東山	19	31%	西山	5	5%	中央	14	15%
中央	22	23%	中央	15	16%	東山	18	29%	東山	4	7%	東山	17	27%	西中	13	43%	中央	11	12%	市街	42	91%	東山	3	5%	市街	22	49%	宇文	6	13%	中央	21	22%	中央	25	26%	東山	2	3%	宇文	6	13%
宇文	6	13%	西中	3	10%	中央	23	24%	市街	2	4%	宇文	9	20%	市街	19	42%	宇文	2	4%	宇文	42	91%	西中	0	0%	東山	28	45%	中央	11	12%	西中	6	20%	宇文	12	26%	宇文	0	0%	東山	5	8%

平成23年度 特定健診結果 地域別(女性)

メタボリックシンドローム						血管が傷む(動脈硬化の危険因子)																					動脈硬化の危険因子			血管への影響											
						肥満			脂質						ヘモグロビンA1c						血圧						LDL			肝機能									腎機能					
基準該当			予備軍該当			BMI25～			低HDL(～39mg/dl)			高中性脂肪(150mg/dl～			境界域(5.2～6.0%)			6.1%～			正常高値～Ⅰ度(軽症)			Ⅱ度(中等症)～Ⅲ度(重症)			高LDL(120mg/dl～)			AST(31～)			ALT(31～)			γ-GT(51～)			尿蛋白(+)～			高尿酸血症(7.1～)		
地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合	地区	人数	割合
西中	6	12%	宇文	7	16%	宇文	17	38%	東山	3	5%	西中	15	31%	東山	35	57%	市街	5	8%	西中	49	100%	中央	12	8%	西中	36	74%	西中	9	18%	市街	11	18%	西山	11	8%	市街	4	7%	市街	3	5%
西山	14	11%	市街	6	10%	西中	17	35%	西中	2	4%	市街	15	24%	市街	33	54%	西中	4	8%	宇文	44	98%	西山	9	7%	市街	39	63%	中央	24	16%	中央	24	16%	市街	4	6%	東山	1	2%	西山	4	3%
中央	14	10%	西中	4	8%	市街	17	27%	中央	5	3%	西山	25	19%	西中	26	53%	西山	10	8%	東山	59	95%	市街	4	6%	東山	37	60%	東山	10	16%	東山	10	16%	中央	9	6%	西山	0	0%	西中	1	2%
市街	4	7%	中央	11	8%	中央	38	26%	市街	2	3%	東山	9	15%	中央	74	51%	東山	3	5%	市街	58	94%	東山	3	5%	西山	79	59%	市街	8	13%	西山	15	11%	宇文	2	4%	西中	0	0%	中央	0	0%
東山	3	5%	西山	7	5%	西山	34	26%	宇文	1	2%	中央	14	10%	西山	64	48%	宇文	2	4%	西山	124	93%	宇文	1	2%	中央	81	55%	西山	10	8%	宇文	5	11%	西中	2	4%	中央	0	0%	宇文	0	0%
宇文	1	2%	東山	3	5%	東山	15	24%	西山	0	0%	宇文	1	2%	宇文	20	44%	中央	3	2%	中央	135	92%	西中	0	0%	宇文	23	51%	宇文	3	7%	西中	5	10%	東山	1	2%	宇文	0	0%	東山	0	0%

１．市街地域

市街地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①特定健診受診率

市街地域は特定健診受診率が最も低く 53%となっており、70%近くの地域もある中で、町全体の受診率を押し下げる原因地域となっています。継続受診者には必ず受診してもらうと共に、新規受診者の確保に努める必要があります。

②糖代謝異常と蛋白尿

国道沿いに面する市街地域は、スーパーやコンビニエンスストア、飲食店等が集中する町の中心地です。菓子等の嗜好品が手に入りやすい環境にありことが関連していると考えられます。HbA1c6.1%以上は糖尿病が疑われる領域であり、糖尿病が進行すると腎不全になり、人工透析を導入しなければならなくなる危険性があります。腎不全の兆候の一つである蛋白尿がみられることから､糖尿病を予防し､腎臓を守る保健指導が必要になります。

③脂質異常と高尿酸血症、肝機能異常

中性脂肪が高いことから、糖分や脂分、カロリーの摂りすぎが考えられます。嗜好品や惣菜、外食はこれらが多く含まれている傾向にあるため、利用しやすい環境にあることが関連していると考えられます。また、肝臓の酵素γ－GTP や尿酸値が高いことから、アルコールの摂りすぎがカロリーの摂りすぎに繋がっていることが考えられます。中性脂肪が高いと動脈硬化を進行させ、心血管系の疾患を発症させる危険性があるため、これらの適正な摂取量を伝え、健康のために自分で考えて買い物ができる力を身につけてもらうことが必要です。

２．西山地域

西山地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①脂質異常

西山地域は年少人口割合が最も高く、生産年齢人口割合が２番目に高いことから、食べ盛りの時期にある人が多くいます。そのため、家族はその人たちに合わせて食事内容や量を決めていると考えられ、その結果、糖分や脂分、カロリーの摂りすぎとなったことが考

えられます。年代における新陳代謝を踏まえた適正な食事内容や量を伝え、自分で調節できる力を身につけてもらうことが必要です。

②高尿酸血症と肝機能異常

尿酸が高いことから栄養価が高い食品の摂りすぎが考えられます。また、肝機能異常もみられることから、アルコールやカロリーの摂りすぎが考えられます。

③男性の肥満と女性の高血圧

男性は肥満が多いことから、食事における糖分や脂分、カロリーの摂りすぎが、女性は血圧が高いことから、塩分の摂りすぎが課題であると考えられます。

３．西中地域

西中地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①特定健診受診率

西中地域は特定健診受診率が２番目に低く 59%となっており、町全体の受診率を押し下げる原因地域となっています。継続受診者には必ず受診してもらうと共に、新規受診者の確保に努める必要があります。

②メタボリックシンドローム

男女ともにメタボリックシンドローム該当者が最も多く、脳・心血管系の疾患を発症させる危険性が最も高い地域であると言えます。近くに大型スーパーがあり食料品が手に入りやすい環境にあること、稲作のみの農家が多く常に米が身近にあること、農閑期が長く運動不足になりやすいことが関連していると考えられます。健康のために自分で考えて買い物ができる力や、農閑期の運動習慣を身につけてもらうことが必要です。

③高齢化

年少・生産年齢人口割合が最も低く、高齢化率が最も高い地域となっています。今後、高齢化により様々な疾患に罹る者が増加すると考えられ、その様な事態を予防するための生活習慣を身につけてもらうことが必要です。

４．中央地域

中央地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①高血圧

Ⅱ度(中等症)高血圧以上の者が多くみられますが、高齢化率は２番目に低い地域であることから加齢によるものとは考えにくく、塩分の摂りすぎや肥満などによるものであると考えられます。高血圧は脳血管疾患の一番の危険因子であることから、塩分量を自分で調節できる力や、体重管理ができる力を身につけてもらうことが必要です。

②脂質異常症

ＨＤＬコレステロールが低いことから、食事内容の偏りや運動不足が考えられます。
中央地域は生産年齢人口割合が最も高く、働き盛りの世代が多いことが関連していると考えられます。ＨＤＬコレステロールが低いと脳梗塞の発症率が増加することから、働き世代に沿った食事や運動習慣の提案をしていくことが必要です。

③男性の糖代謝異常と女性のメタボリックシンドローム

男性の糖尿病予備軍(HbA1c5.2～6.0%)に該当する者が最も多く、尿蛋白もみられることから、糖尿病を予防し、腎臓を守る保健指導が必要になります。また、女性のメタボリックシンドローム該当者が多く、肝機能異常もみられることから、内臓脂肪の減少が課題であると考えられます。

５．東山地域

東山地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①糖代謝異常

東山地域は通年、作物を作る農家地帯が多いことから、農作業の休憩時に間食をする習慣があること、また、買い物をするスーパーが遠いことから、まとめ買いをする習慣があるのではないかと考えられ、このことが糖の摂りすぎに繋がっているのではないかと考えられます。女性においては、尿蛋白がみられることから、腎臓を守る保健指導が必要です。

②高血圧

正常高値～Ⅰ度(軽症)高血圧の者が多くみられ、男性においてはメタボリックシンドローム予備軍の者が多いことから、内臓脂肪の蓄積によるインスリン抵抗性によるものが、女性においては塩分の摂りすぎが考えられます。男女で原因に違いがみられるので、それぞれに沿った支援が必要です。

③男性の肝機能異常と女性の脂質異常

男性の肝機能異常は、アルコールの摂りすぎによるγ－ＧＴＰや尿酸が高くなかったこと、メタボリックシンドローム予備軍の者が多いことから、内臓脂肪の蓄積によるものであると考えられます。女性のＨＤＬコレステロールが低かったのは、食事内容の偏りや運動不足が考えられます。

６．宇文地域

宇文地域の地域特性や健診及び健診データから考えられる健康課題を踏まえ、下記を推進します。

①肥満

肥満者が多くみられ、女性においてはメタボリックシンドローム予備軍が最も多い地域です。宇文地域は限られた期間に作物を作る畑作農家が多く、農閑期が長く運動不足になりやすいこと、買い物をするスーパーが遠いことから、まとめ買いをする習慣があるのではないかと考えられ、食べすぎに繋がりやすいことが関連していると考えられます。肥満は様々な疾患の危険因子であることから、食事内容・量を調節し、体重管理ができる力をつけてもらうことが必要です。

②高血圧

男性はⅡ度(中等症)高血圧以上の者が多くみられ、女性は正常高値～Ⅰ度(軽症)高血圧の者が多くみられ、男性の方が重症化しています。肥満者が多いことから、体重によるものが根底にあると考えられます。

③男性の脂質異常と糖代謝異常

肥満者が多いことからインスリン抵抗性が根底にあると考えられ、糖代謝や脂質異常に繋がっていると考えられます。

第Ⅳ章　計画の推進

第Ⅳ章　計画の推進

１．健康づくり活動に向けた取り組みの推進

（１）　活動展開の視点

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

また、食育基本法は、第 13 条において家庭、学校、保育所、その他の社会のあらゆる分野において、生涯にわてって健全な食生活を実現に自ら努めるとともに、食育の推進に寄与するよう努めることを、国民の「責務」とし、第 18 条で自治体は区域内における食育の推進に関する施策についての計画を作成するよう努めるとされています。

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

したがって、健康増進施策を中富良野町の重要な行政施策として位置づけ、中富良野町健康増進計画、中富良野町食育推進計画の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

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

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

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

町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

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

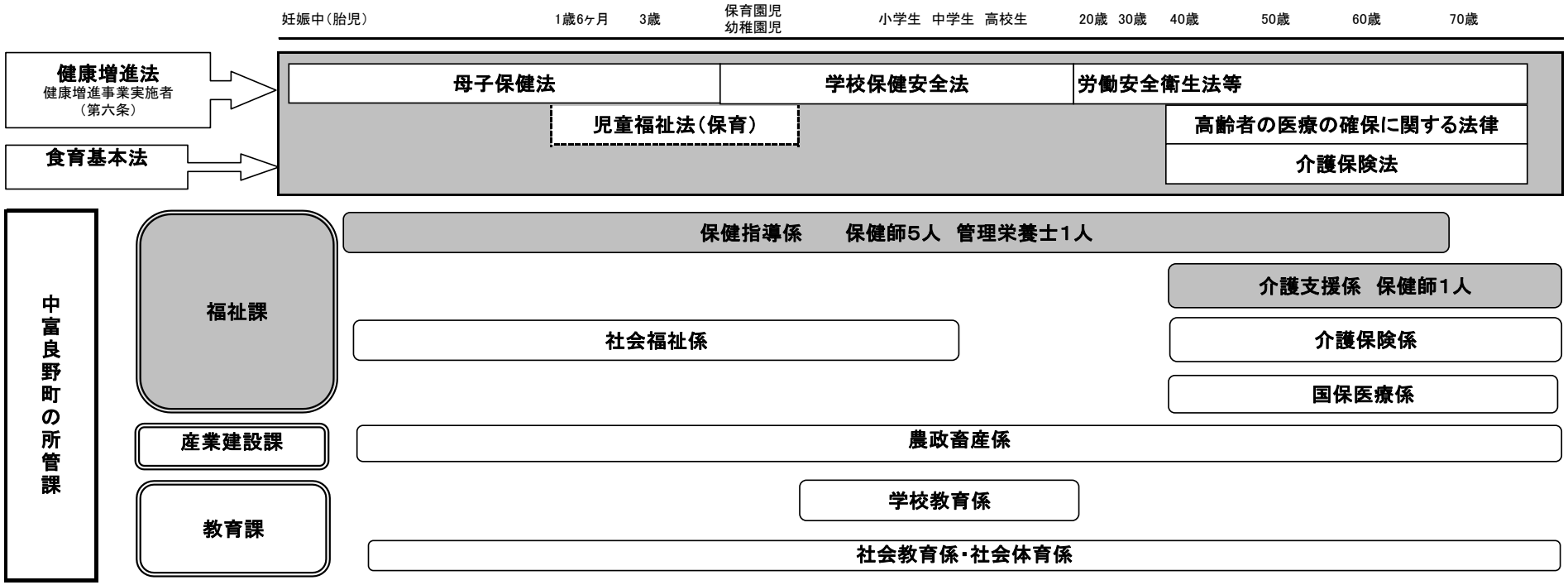
（２）　関係機関との連携

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、計画推進にかかわる各主体がそれぞれの役割を十分に認識した上で､共通の目標の実現に向けた一体的な取り組みを進めることが不可欠といえます。

中富良野町庁内における健康増進事業、食育推進始業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。（表１）

また、町民の生涯を通した健康の実現を目指し、町民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会などに加え、家庭、保育園、学校、食生活改善協議会等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

表１　ライフステージに応じた健康の推進を図るための庁内の関係機関



母子保健法					(省令)児童福祉施設最低基準第35条		学校保健安全法		健康増進法	労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律	
母子健康手帳（第16条） 妊婦健康診査（第13条）			健康診査（第12条）				健康診断（第13条）		第十九条の二	健康診断（第66条）		健康診断（第20条）	
妊婦健診			1歳6ヶ月児健診	3歳児健診			学校健診		健康診査	定期健康診査		特定健診	後期高齢者健診
平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4妊娠時の母性保健」 平成21年2月27日雇児母発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2妊婦健康診査の内容等について」			厚生労働省令		厚生労働省令　保育所保育指針「第5章健康及び安全」		学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」		市町村における健康増進事業の実施				
8週前後	26週前後	36週前後	1歳6ヶ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	20～39歳	40歳未満	雇用時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上
年間14回			該当年齢	該当年齢	（幼稚園については、学校保健安全法のもと実施）		年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回

２．健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的でデータである、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。

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、町民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

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