

健康ひがしかぐら 21

「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本 21(第二次))」

平成 2 5 年 3 月
東神楽町

目次

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨
2. 計画の性格
3. 計画の期間
4. 計画の対象

第Ⅰ章 東神楽町の概況と特性

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

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 生活習慣病の予防
 - (1) がん
 - (2) 循環器疾患
 - (3) 糖尿病
 - (4) 歯の健康
 - (5) 次世代の健康
 2. 生活習慣・社会環境の改善
 - (1) 栄養・食生活
 - (2) 身体活動・運動
 - (3) 飲酒
 - (4) 喫煙
 - (5) 休養
 3. こころの健康
 4. 高齢者の健康
 5. 目標の設定
- 特定健康診査等実施計画と重なる部分
-

第Ⅲ章 計画の推進

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

<資料>

1. 東神楽町健康づくり推進協議会委員名簿等
2. 目標項目データソース調査一覧

序章 計画策定にあたって

序章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

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

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

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

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

東神楽町では、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、町の健康実態から健康課題などを踏まえ、健康ひがしかぐら 21 を策定します。

参考 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)を取り除くことで予防できる。

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

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

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

別表 1

「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)

(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小 ① 健康寿命の延伸 ② 健康格差の縮小	(3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上		次世代の健康					高齢者の健康		死亡
			胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	
(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	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		
		循環器疾患						③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少	⑤脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	
(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	生活習慣・社会環境の改善(NCDリスクの低減等)	糖尿病						①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		
		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		③糖尿病有病者の増加の抑制 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 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	
(4)健康を支え、守るための社会環境の整備	個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり	栄養・食生活	②適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ③適正体重の子どもの増加		⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加		⑥適切な量と質の食事をとる者の増加		④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	
		身体活動・運動	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		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	
		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			
		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			
		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	
				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・相談を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、東神楽町第8次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大雪地区広域連合特定健康診査等実施計画との一体化を重視し、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	東神楽町の関係する計画
健康増進法	すこやか北海道 21	
次世代育成対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	東神楽町次世代育成支援対策地域行動計画
食育基本法	どさんこ食育推進プラン	
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	国民健康保険特定健康診査等実施計画：大雪地区広域連合
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・口腔の健康づくり 8020 推進条例】	北海道歯科保健医療推進計画	
介護保険法	北海道保健福祉・介護保険事業支援計画	第5期介護保険事業計画：大雪地区広域連合

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 東神楽町の概況と特性

第1章 東神楽町の概況と特性

1. 町の概要

(1) 位置

東神楽町は、北海道、第2の都市旭川市の南東に隣接しています。

(2) 地理・地形

東西に細長い地形で、面積68.64キロ平方メートル、上川盆地に位置し、一帯は北海道の米の主産地として道内外に知られ、米や野菜を中心とした農業が盛んです。

(3) 気候

気候は内陸型で寒暖の差が大きく、年平均気温6.4度（夏季平均：7月と8月、20.7度）となっています。降水量は、1.050ミリメートル～1.150ミリメートルで、積雪は1メートル程度です。

(4) 沿革

東神楽町は、明治初期には上川離宮予定地のため御料地となっていました。明治27年（1894年）に貸し下げられ、開拓が進められました。当時は神楽村（現旭川市）の一部で、神楽の地名はもともとアイヌ語で「神々の遊ぶところ」の意識です。

昭和18年（1943年）に分村し、母村の東側にあったことから東神楽村となりました。昭和41年（1966年）には町制施行、同年、旭川空港が開港しました。

昭和40年代から『花のまちづくり』が進められ、昭和44年には花のある職場コンクールで内閣総理大臣賞を受賞するほか、現在に至るまで花のまちづくりに関するコンクールで数多くの賞を受賞しています。平成元年からひじり野住宅団地開発に着手。以後、着実に人口が増加し、平成15年には9,000人を超えています。

2. 健康に関する概況 (表1)

表1 町の健康に関する概況

○ 国・道と比較し問題となるもの

項目		全国		北海道		上川総合振興局 東神楽町 一部:大雪地区広域連合				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	人口構成 H22年 国勢調査	総人口	128,057,352		5,506,419		9,292			
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	1,583	17.0%		
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	5,618	60.5%		
		65歳以上(再掲)	29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	2,091	22.5%		
		75歳以上	14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	1,027	11.1%		
2	平均寿命 厚生労働省	男性 78.8 女性 85.8		78.3 85.8		79.0 86.8	23.7位 7位			
3	死亡 (主な死因年次推移分) 22年度人口動態 注意:市町村データは	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	280.1		
		2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	肺炎	97.1		
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	心疾患	75.4		
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患	75.4		
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	自殺・不慮の事故	21.5				
4	早世予防 からみた H22年人口動態 意識者	合計	176,549人	14.7%	8,690人	15.7%	12人	16.0%		
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	7人	15.2%		
		女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	5人	17.2%		
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		408人			
		総人口	126,923,410人		5,498,916人		28,305人			
		40-64歳人口	43,221,255人		1,948,048人		9,875人			
		1号被保険者計**	29,098,466人		1,352,966人		7,867人			
		75歳以上**	14,276,616人		673,874人		4,198人			
		1号認定者数/1号被保	4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	397人	19.4%		
		(再)75歳以上(%)	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	349人	34.0%		
		(再)65-74歳(%)	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	48人	4.5%		
		1号認定者の原因疾病			原因	人数	割合	原因	人数	割合
		第1位						骨・関節疾患	118人	29.7%
第2位						認知症	103人	25.9%		
第3位						脳血管疾患	85人	21.4%		
第4位						特定疾患	31人	7.8%		
第5位						心臓	19人	4.8%		
2号認定者数/	154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	11人	0.32%				
うち脳血管疾患割合(/2号認定者)						8人	72.7%			
第1号被保険者分介護給付費	6,663,722,854円	1人あたり229円	296,109,294円	1人あたり219円	2,105,178円	1人あたり268円				
第5期保険料額(月加入者(年度平均))	4,972円		4,631円		5,100円					
H22年度後期高齢者医療費(円)	14,059,915円		667,265円		1,044円					
1人あたり医療費(円)	904,795円		1,070,584円		1,003,328円					
医療費総額(千円)	12,721,335,977,000円		714,268,239円		1,046,471円					
6	後期高齢者 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	被保険者数	人数 35,849,071人	割合 -	人数 1,506,331人	割合 -	人数 2,367人	割合 -		
		年度末現在								
		(再掲)前期高齢者(再掲)70歳以上	11,222,279人	31.3%	497,459人	33.0%	762人	32.2%		
		一般	33,851,629人	94.4%	1,426,957人	94.7%	2,292人	96.8%		
		退職	1,997,442人	5.6%	79,374人	5.3%	75人	3.2%		
		加入率(年度末)	28.00%		27.4%		25.5%			
		医療費総額(千円)	医療費 10,730,826,914円	1人あたり299円	医療費 514,984,785円	1人あたり342円	医療費 742,656円	1人あたり314円		
		(再掲)前期高齢者(再掲)70歳以上	256,895,211円	516円	368,366円	516円	368,366円	483円		
		一般(千円)	9,981,583,067円	295円	480,374,599円	337円	708,226円	299円		
		退職(千円)	749,243,846円	375円	34,610,186円	436円	34,430円	459円		
7	平成22年度 国民健康保険 事業分析	生活習慣病(40-74)	実人数	割合	実人数	割合	実人数	割合		
		脳血管疾患					81	12.0		
		虚血性心疾患					98	14.5		
		糖尿病					292	43.2		
		(再掲)インスリン療法					11	1.6		
		(再掲)人工透析					1	0.1		
		(再掲)糖尿病性腎症					9	1.3		
		(再掲)糖尿病性網膜症					18	2.7		
		高血圧症					453	67.0		
		高尿酸血症					76	11.2		
高脂血症					462	68.3				
8	平成22年5月 診療分	人工透析患者 23年度末 自立支援医療 (更生医療)意見書上り	透析患者数/人口千対				16人	1.7		
		糖尿病性腎症/割合					3人	18.8%		
9	特定保健 特定保健 H22年度 特定保健・特 定保健	特定保健	受診者数 7,169,761人	受診率 32.0%	受診者数 218,140人	受診率 22.6%	全国順位 45位	受診者数 582人	受診率 36.6%	全道順位 53位
		特定保健指導	終了者数 198,778人	実施率 20.8%	終了者数 8,533人	実施率 20.9%	全国順位 17位	終了者数 27人	実施率 52.9%	全道順位 51位
10	健康項目	腹囲	68,632	30.2%	168	28.2%	141位			
		BMI	63,594	28.0%	136	22.9%	178位			
		中性脂肪	45,651	20.1%	113	19.0%	57位			
		ALT(GPT)	35,408	15.6%	90	15.1%	120位			
		HDL	10,287	4.5%	32	5.4%	39位			
		血糖値	53,728	23.7%	157	26.4%	118位			
		HbA1c	120,733	53.2%	337	56.6%	99位			
		尿酸	9,721	4.3%	45	7.6%	78位			
		収縮期血圧	105,656	46.5%	247	41.9%	127位			
		拡張期血圧	44,195	19.5%	92	15.5%	149位			
11	様式6-2 健診有所見者状況 総数(40-74) 北海道保健 協会 H22年度市町 村国保におけ る特定健診等	LDLコレステロール	124,052	54.6%	318	53.4%	81位			
		尿酸	13,347	5.9%	22	3.7%	64位			
		クレアチニン	1,063	0.5%	3	0.5%	80位			
12	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	51	5.5%		
		低体重児出生率	103.049	9.62	3.934	9.80	5	9.80%		

(1) 人口構成

東神楽町の人口構成を全国、北海道と比較すると、年少人口が高く、65歳以上の老年人口、生産人口の割合が低くなっています。

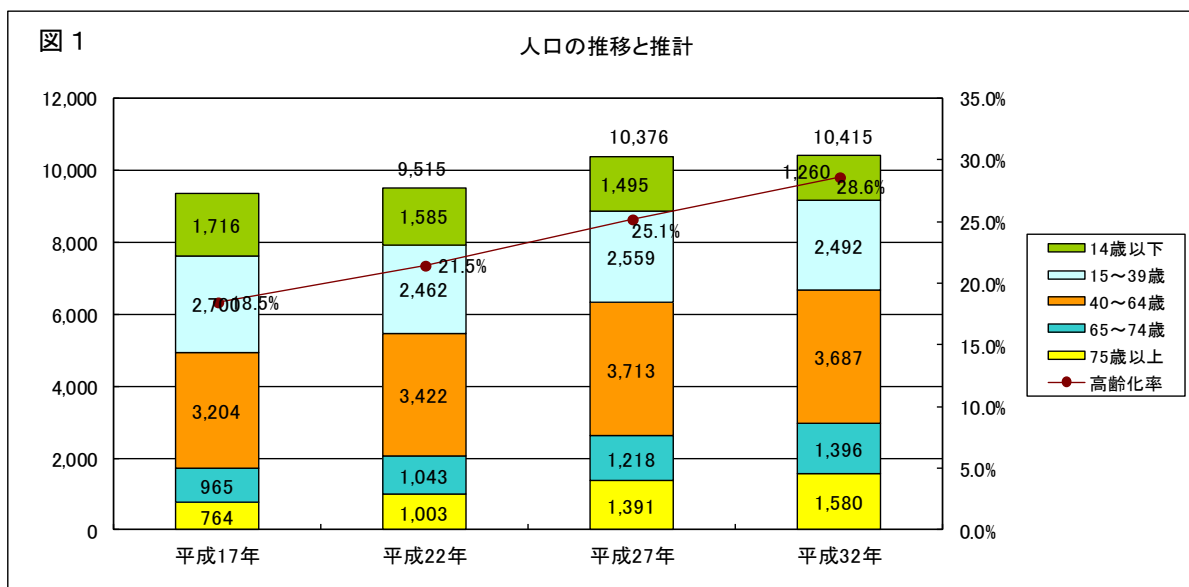
東神楽町の人口(国勢調査)は、平成17年には9,194人でしたが、平成22年には9,292人となり増加傾向にあります。

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、191人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で292人増加しています。

高齢化率は、平成17年には19.6%でしたが、平成22年には22.5%となり、5年間で2.9ポイント高くなっており、全国(23.0%)や北海道(24.7%)に比べて高齢化率は低いもののポイントが高くなっています。

生産年齢人口(15歳～64歳)・年少人口(0歳～14歳)は、平成12年から平成17年までは、横ばいでしたが、この5年は、ともに減っています。

現在、宅地造成中のため、今後、全体的に人口の増加が予測され、生産年齢・高齢人口は増加しますが、少子化は進むと予測されます。(図1)



(2) 死亡

東神楽町の平均寿命は、全国・全道と比べると長く、特に男性が長い状況です。「健康寿命」(注1)の指標でも、全国・全道平均を上回っています。

表2 平均寿命と健康寿命 上川中部地域健康づくり行動指針最終評価より

	平均寿命 (歳)				健康寿命 (歳)	
	H17		H22		男	女
	男	女	男	女		
東神楽町	79.0	86.8	83.02	88.11	80.96	83.18
全道	78.3	85.8	79.26	86.57	77.84	83.36
全国	78.8	85.8	79.64	86.39	78.17	83.16

東神楽町の主要死因を全国や北海道と比較すると、悪性新生物・肺炎が、全国よりやや高くなっています。他は、全国全道より低くなっています。(表2)

(注1) 健康寿命

表3 主な死因

(平成23年度 道北保健年報平成22年分)

	全国		北海道		東神楽町	
	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	280.1
2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	肺炎	97.1
3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	心疾患	75.4
4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患	75.4
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	自殺・不慮の事故	21.5

主要死因の5年間の変化をみると、1位を悪性新生物が占めています。平成18年に2位であった心疾患は、年々減少し平成22年には4位となりました。平成18年に3位であった脳血管疾患は、おおむね減少傾向です。(表4)

表4 東神楽町の主要死因の変化

(人口10万対死亡率)

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
第1位	悪性新生物 233.0	悪性新生物 297.2	悪性新生物 206.5	悪性新生物 279.6	悪性新生物 280.1
第2位	心疾患 116.5	肺炎 127.4	心疾患 108.7	脳血管疾患 96.8	肺炎 97.1
第3位	脳血管疾患 95.3	心疾患 95.5	脳血管疾患 108.7	心疾患 86.0	脳血管疾患 75.4
第4位	肺炎 74.1	脳血管疾患 63.7	肺炎 96.1	肺炎 75.3	心疾患 75.4
第5位	自殺 21.2	不慮の事故 42.5	老衰 32.6	不慮の事故 10.8	不慮の事故・自殺 21.5

早世(64歳以下)死亡の動向については、男性は減少傾向ですが、女性は増加しています。(表5、表6)

表5 早世死亡(64歳以下)

(全死亡に占める64歳以下の死亡割合)

	全国(平成22年)		北海道(平成22年)		東神楽町(平成22年)		東神楽町(平成20年)		東神楽町(平成18年)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	7人	15.2%	6人	19.4%	10人	21.7%
女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	5人	17.2%	3人	9.1%	5人	14.7%

表 6 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	東神楽町	17.2
2	埼 玉	22.5	埼 玉	18.2	埼 玉	27.0	埼 玉	22.2	神奈川	15.7	沖 縄	13.3
3	神奈川	21.5	千 葉	16.9	大 阪	26.4	千 葉	21.0	千 葉	15.6	埼 玉	13.2
4	大 阪	21.4	神奈川	16.8	千 葉	26.0	大 阪	20.9	大 阪	15.4	神奈川	12.3
5	千 葉	21.4	大 阪	16.7	神奈川	25.9	東 京	20.7	沖 縄	15.0	千 葉	12.1
6	東 京	19.7	東 京	16.4	青 森	24.6	青 森	20.5	北海道	14.2	大 阪	11.7
7	愛 知	19.6	東神楽町	16.0	東 京	24.6	神奈川	20.4	愛 知	13.8	北海道	11.7
8	北海道	19.0	青 森	15.9	愛 知	24.5	茨 城	20.0	東 京	13.7	東 京	11.4
9	青 森	19.0	愛 知	15.7	福 岡	23.8	栃 木	19.9	兵 庫	12.8	愛 知	11.1
10	福 岡	18.4	北海道	15.7	茨 城	23.1	福 岡	19.6	茨 城	12.7	青 森	10.6
11	茨 城	18.3	茨 城	15.5	兵 庫	22.9	愛 知	19.5	★全国	12.4	栃 木	10.4
12	兵 庫	18.2	栃 木	15.4	北海道	22.9	北海道	19.1	静 岡	12.4	茨 城	10.3
13	★全国	18.0	福 岡	15.1	栃 木	22.8	★全国	18.9	奈 良	12.4	福 岡	10.2
14	栃 木	18.0	★全国	14.7	宮 城	22.7	宮 城	18.8	福 岡	12.4	★全国	10.0
15	宮 城	17.8	兵 庫	14.6	★全国	22.7	兵 庫	18.7	栃 木	12.3	兵 庫	10.0
16	静 岡	17.3	群 馬	14.2	奈 良	21.6	長 崎	18.6	青 森	12.1	静 岡	9.7
17	奈 良	17.3	宮 城	14.1	群 馬	21.6	群 馬	18.5	滋 賀	12.1	奈 良	9.7
18	群 馬	16.9	長 崎	13.8	鳥 取	21.5	京 都	18.2	岐 阜	11.9	群 馬	9.5
19	滋 賀	16.7	京 都	13.8	静 岡	21.4	愛 媛	18.1	宮 城	11.9	滋 賀	9.5
20	京 都	16.6	石 川	13.8	京 都	21.3	広 島	18.1	群 馬	11.6	京 都	9.3
21	広 島	16.5	静 岡	13.8	長 崎	21.2	石 川	18.0	京 都	11.6	石 川	9.2
22	石 川	16.3	滋 賀	13.7	滋 賀	21.0	福 島	18.0	石 川	11.5	宮 崎	9.0
23	岐 阜	16.3	広 島	13.6	広 島	20.8	山 梨	17.8	広 島	11.4	岩 手	8.9
24	長 崎	16.2	愛 媛	13.6	石 川	20.7	岩 手	17.7	長 崎	10.7	岐 阜	8.9
25	鳥 取	15.8	岩 手	13.5	高 知	20.6	滋 賀	17.7	宮 崎	10.6	宮 城	8.9
26	宮 崎	15.7	山 梨	13.4	宮 崎	20.5	宮 崎	17.6	愛 媛	10.6	長 崎	8.9
27	岩 手	15.7	福 島	13.3	愛 媛	20.2	鹿 児 島	17.5	岩 手	10.5	広 島	8.8
28	高 知	15.7	宮 崎	13.3	徳 島	20.2	静 岡	17.5	三 重	10.5	愛 媛	8.7
29	愛 媛	15.6	奈 良	13.0	岩 手	20.2	高 知	17.3	富 山	10.4	三 重	8.7
30	福 島	15.5	岐 阜	13.0	佐 賀	20.0	秋 田	17.1	福 井	10.4	佐 賀	8.6
31	富 山	15.4	佐 賀	12.9	岐 阜	20.0	鳥 取	17.0	和 歌 山	10.3	山 口	8.6
32	三 重	15.3	三 重	12.8	福 島	19.9	徳 島	17.0	高 知	10.2	和 歌 山	8.6
33	山 梨	15.3	鳥 取	12.8	鹿 児 島	19.9	佐 賀	17.0	福 島	10.1	熊 本	8.5
34	和 歌 山	15.2	熊 本	12.7	富 山	19.9	熊 本	16.9	山 口	10.1	山 梨	8.5
35	佐 賀	15.2	鹿 児 島	12.7	山 梨	19.9	岡 山	16.8	山 梨	10.0	鳥 取	8.5
36	山 口	15.1	秋 田	12.7	和 歌 山	19.8	三 重	16.7	佐 賀	10.0	香 川	8.2
37	秋 田	14.9	和 歌 山	12.6	三 重	19.7	岐 阜	16.6	熊 本	9.8	富 山	8.2
38	徳 島	14.8	香 川	12.5	山 口	19.6	香 川	16.6	秋 田	9.8	福 島	8.2
39	岡 山	14.7	岡 山	12.5	岡 山	19.5	新 潟	16.6	岡 山	9.4	鹿 児 島	8.0
40	鹿 児 島	14.6	高 知	12.4	秋 田	19.4	和 歌 山	16.4	大 分	9.4	岡 山	7.9
41	新 潟	14.5	徳 島	12.4	新 潟	19.3	大 分	16.2	香 川	9.2	秋 田	7.9
42	大 分	14.4	山 口	12.4	大 分	19.1	富 山	16.2	長 野	9.2	大 分	7.8
43	香 川	14.3	富 山	12.3	香 川	18.9	奈 良	16.0	鳥 取	9.2	福 井	7.8
44	福 井	14.3	新 潟	12.1	熊 本	18.3	山 口	15.9	鹿 児 島	9.1	徳 島	7.5
45	熊 本	14.2	大 分	12.1	福 井	18.0	東神楽町	15.2	徳 島	9.1	高 知	7.4
46	長 野	13.6	福 井	11.4	山 形	17.6	島 根	15.1	新 潟	9.0	山 形	7.4
47	山 形	13.3	山 形	11.0	長 野	17.5	福 井	14.8	山 形	8.5	新 潟	7.4
48	島 根	13.1	島 根	10.8	島 根	17.5	山 形	14.4	島 根	8.1	長 野	7.1
49	東神楽町	12.3	長 野	10.7	東神楽町	15.4	長 野	14.2	東神楽町	7.7	島 根	6.5

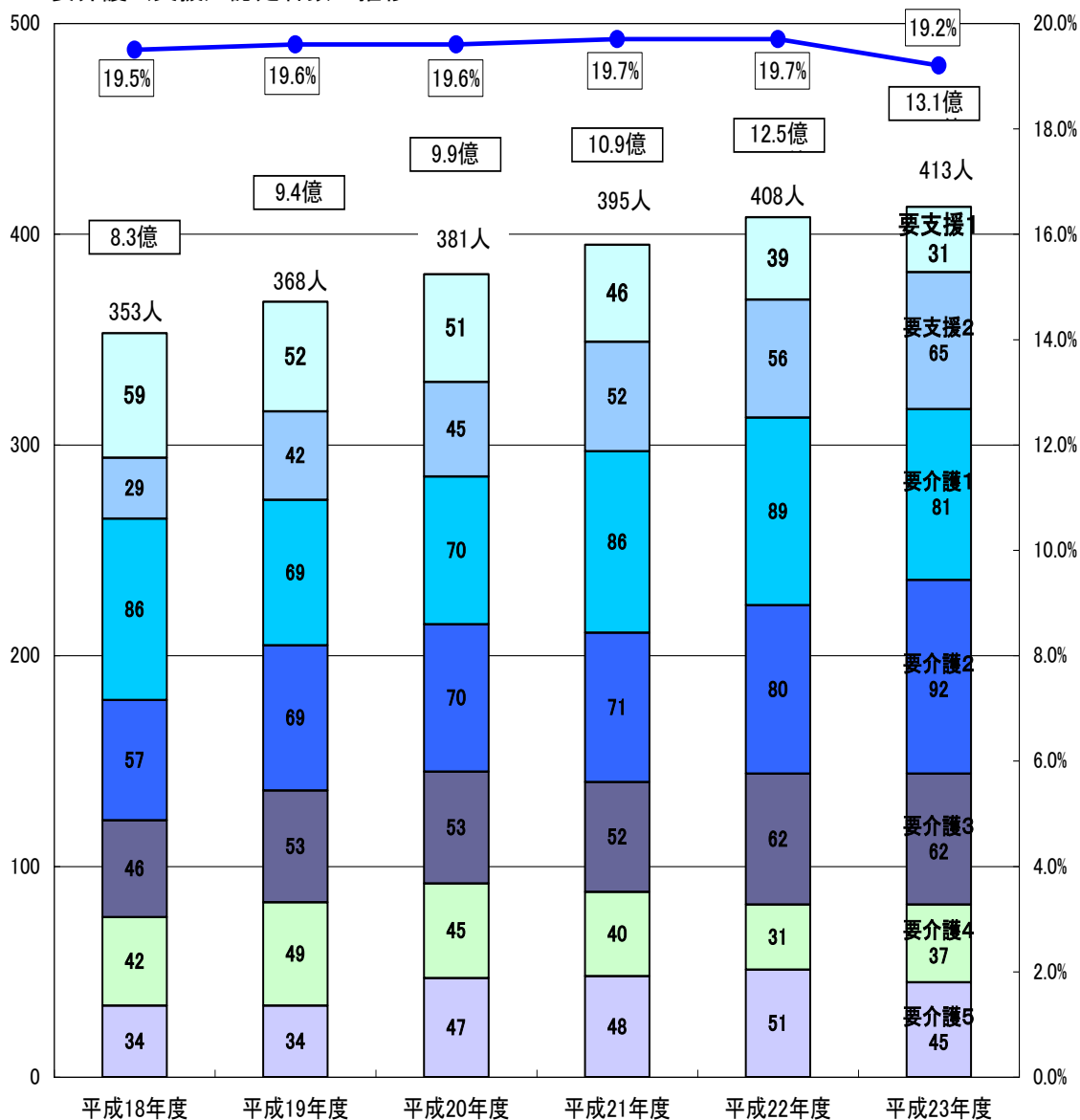
(3) 介護保険

東神楽町の介護保険の認定率は、第1号被保険者においては全国や道より高くなっています。

東神楽町の平成23年10月の要介護（支援）認定者数は、413人であり、介護度が現在の区分となった、平成18年10月の353人と比べて、60人、17%増加しています。

また、介護給付費も大雪地区広域連合では8.3億円から13.1億円へと、年間1億円前後増加しています。（図2）

図2 要介護（支援）認定者数の推移



各年度 10月1日現在

介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると東神楽町では、全国と比較すると軽度者が多い傾向があり、道との比較では重度者が多くなっています。（表7）

表7 要介護（要支援）度別認定者数 東神楽町：H23年10月1日現在
道・全国：H23年10月31日現在
総数

		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
東神楽町	人数	413	31	65	81	92	269	62	37	45	144
	%	100%	7.5%	15.7%	19.6%	22.3%	65.1%	15.0%	9.0%	10.9%	34.9%
北海道	人数	253,014	36,745	35,443	51,555	44,052	167,795	29,608	27,393	28,218	85,219
	%	100%	14.5%	14.0%	20.4%	17.4%	66.3%	11.7%	10.8%	11.2%	33.7%
全国	人数	5,222,432	681,141	694,567	942,892	932,864	3,251,464	710,493	651,049	609,426	1,970,968
	%	100%	13.0%	13.3%	18.1%	17.9%	62.3%	13.6%	12.5%	11.7%	37.7%

第2号被保険者

		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
東神楽町	人数	11	0	1	1	5	7	1	2	1	4
	%	100%	0.0%	9.1%	9.1%	45.5%	63.6%	9.1%	18.2%	9.1%	36.4%
北海道	人数	7,013	549	1,009	1,298	1,628	4,484	926	697	906	2,529
	%	100%	7.8%	14.4%	18.5%	23.2%	63.9%	13.2%	9.9%	12.9%	36.1%
全国	人数	158,562	12,324	21,675	25,619	35,054	94,672	22,730	18,588	22,572	63,890
	%	100%	7.8%	13.7%	16.2%	22.1%	59.7%	14.3%	11.7%	14.2%	40.3%

第2号被保険者の新規認定者数は、平成18年度をピークに、その後は減少傾向にあります
が、脳血管疾患や糖尿病による認定者数が減少したことによるものです。(図3)

図3 第2号被保険者要介護（支援）認定者数の推移と原因疾患

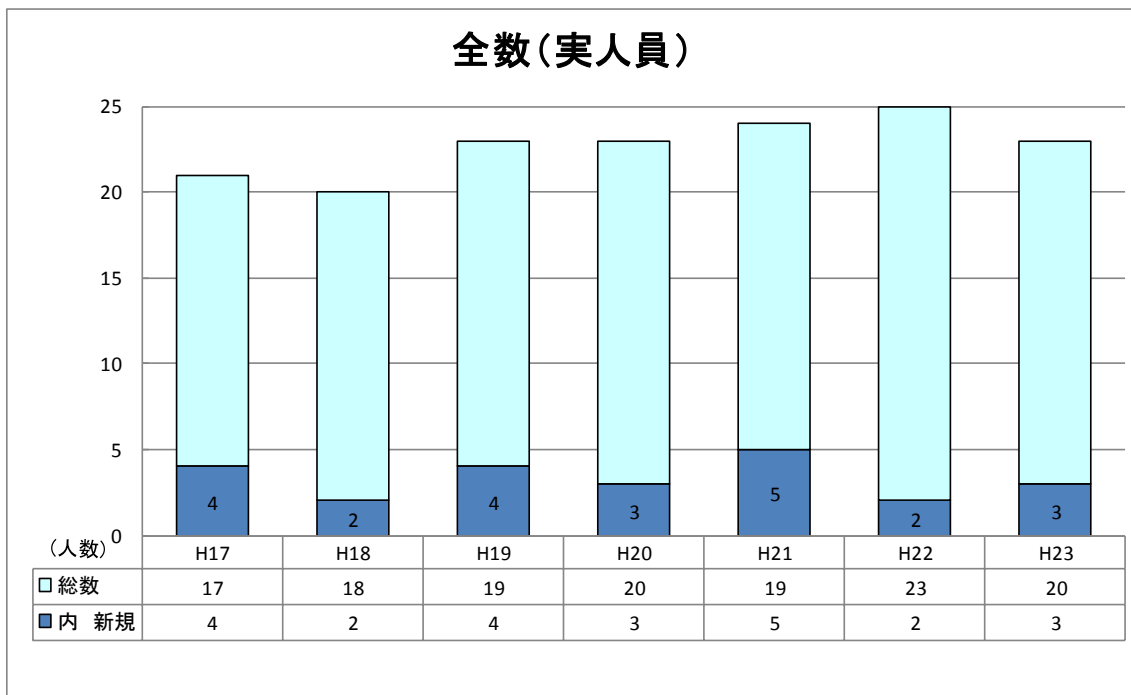
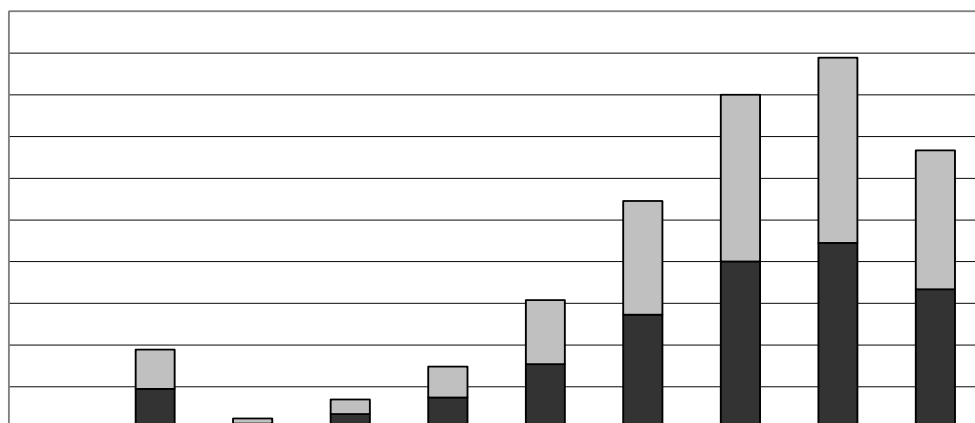


図 4 平成23年10月1日時点の要介護認定状況



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	3,487	2,125	546	491	479	325	176	75	27	6
認定者数	b	人数	11	402	13	34	71	100	96	60	24	4
認定率	b/a	割合	0.32%	18.9%	2.4%	6.9%	14.8%	30.8%	54.5%	80.0%	88.9%	66.7%

東神楽町の介護保険の現状は、以下のような特徴がみられます。(図 4)

- ・ 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。
- ・ 全国や道と比較すると、認定率は高い状況にあるが、65%は要支援1から介護2までの軽度者で占めている。
- ・ 原因疾患の第1位は運動器疾患となっており、全体の3割を占めている。女性においては運動器疾患が第1位であるが、男性においては脳血管疾患が第1位となり、男性全体の3割を占めている。
- ・ 2号認定者では、平成23年には11中7人が脳血管疾患を発症している。国民健康保険のみならず、社会保険加入者も発症している。

(4) 後期高齢者医療

東神楽町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、北海道と比べると低い費用ですが、全国と比べると高くなっています。

(5) 国民健康保険 (表 8)

東神楽町の国民健康保険加入者は、全国や北海道と比較して、加入率が低い状況です。

しかし、今後は人口増加に伴い高齢化が進展すると予測されます。

一般的に高齢になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

東神楽町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般が、全国や北海道と比較して、低い費用ですが、退職が全国・北海道と比べて高い費用になっています。これは、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性を示唆しています。

表 8 国民健康保険の状況

(平成 22 年度国民健康保険事業年報)

	全国		北海道		東神楽町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保加入者数	35,849,071 人	—	1,506,331 人	—	2,367 人	—
(再掲) 前期高齢者	11,222,279 人	31.3%	497,459 人	33.0%	762 人	32.2%
(再掲) 70歳以上			247,804 人	16.5%	380 人	16.1%
一般	33,851,629 人	94.4%	1,426,957 人	94.7%	2,292 人	96.8%
退職	1,997,442 人	5.6%	79,374 人	5.3%	75 人	3.2%
加入率(年度末)		28.00%		27.4%		25.5%
国保医療費 (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	742,656	314
(再掲) 前期高齢者			256,895,211	516	368,366	483
(再掲) 70歳以上			148,716,172	600	210,797	555
一般(千円)	9,981,583,067	295	480,374,599	337	708,226	309
退職(千円)	749,243,846	375	34,610,186	436	34,430	459

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告で、受診率 36.6%、保健指導実施率は 52.9% で、国、道より高くなっています。

特定健康診査の結果については、HDL、糖尿病の正常高値及び境界領域、尿酸の異常率のみ、北海道の平均値より高くなっています。(表 9)

いずれも生活習慣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。

東神楽町では、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、30 歳から 39 歳までの国民健康保険加入者には、希望者全員に健康診査を実施しています。(図 4)

特定健康診査の受診回数別の結果を見てみると、初めての受診者は、全ての健診データにおいて、継続受診者より悪い状態です。(表 10)

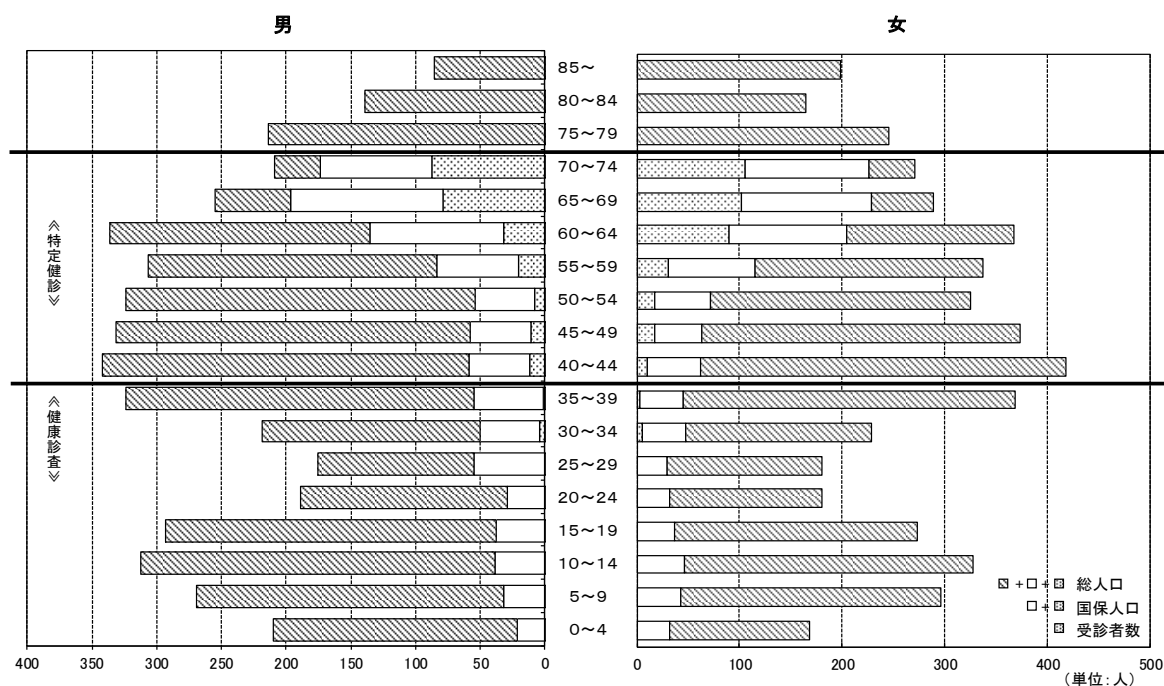
健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。

表9 北海道国保における特定健康診査結果（平成22年度）

健診有所見者状況 摂取エネルギー過剰														健診有所見者状況 血管を傷つける														健診有所見者状況 腎臓											
保険者 (法定報告)	腹囲	全道 順位	保険者 (法定報告)	BMI	全道 順位	保険者 (法定報告)	中性脂肪	全道 順位	保険者 (法定報告)	ALT(GPT)	全道 順位	保険者 (法定報告)	HDL	全道 順位	保険者 (法定報告)	血糖値	全道 順位	保険者 (法定報告)	HbA1c	全道 順位	保険者 (法定報告)	尿酸	全道 順位	保険者 (法定報告)	収縮期 血圧	全道 順位	保険者 (法定報告)	拡張期 血圧	全道 順位	保険者 (法定報告)	LDL	全道 順位	保険者 (法定報告)	尿蛋白	全道 順位	保険者 (法定報告)	eGFR (二)	全道 順位	
1	幌加内町	41.5%	10	幌加内町	43.2%	5	中富良野町	22.8%	16	幌加内町	22.3%	11	南富良野町	9.4%	2	音威子府村	61.1%	1	占冠村	82.8%	12	音威子府村	13.7%	2	上川町	58.6%	9	上川町	33.1%	7	音威子府村	66.3%	1	幌加内町	15.3%	1	南富良野町	2.3%	3
2	占冠村	40.4%	13	占冠村	37.4%	29	富良野市	21.8%	22	中富良野町	17.9%	51	愛別町	8.6%	3	上川町	56.0%	2	愛別町	79.2%	19	占冠村	13.1%	3	中川町	57.8%	13	下川町	31.9%	8	中川町	57.5%	30	北海道	5.9%	1	中川町	2.2%	4
3	中川町	37.1%	26	下川町	36.5%	35	剣淵町	21.4%	27	上富良野町	16.8%	69	占冠村	8.1%	6	名寄市	50.6%	8	幌加内町	76.3%	31	愛別町	9.7%	20	幌加内町	56.4%	19	音威子府村	31.6%	10	名寄市	56.4%	38	中川町	5.8%	23	占冠村	2.0%	6
4	剣淵町	34.1%	56	剣淵町	33.2%	61	旭川市	20.8%	33	美瑛町	16.8%	69	上川町	7.2%	12	占冠村	50.5%	11	名寄市	73.9%	41	上川町	9.6%	23	下川町	56.4%	19	美瑛町	28.7%	21	旭川市	55.2%	56	東川町	5.4%	30	美瑛町	1.5%	10
5	下川町	33.9%	60	南富良野町	32.8%	68	愛別町	20.6%	35	美瑛町	16.2%	88	幌加内町	7.0%	14	当麻町	44.4%	20	上富良野町	73.3%	46	中川町	9.5%	24	美瑛町	54.9%	32	中富良野町	27.0%	28	当麻町	54.7%	59	旭川市	4.8%	41	幌加内町	1.0%	30
6	音威子府村	33.7%	62	音威子府村	32.6%	71	上富良野町	20.3%	38	下川町	16.2%	88	中富良野町	6.4%	23	愛別町	42.0%	26	美瑛町	73.3%	46	幌加内町	9.1%	28	鷹栖町	52.0%	52	名寄市	26.9%	29	北海道	54.6%	1	鷹栖町	4.6%	44	旭川市	0.8%	46
7	南富良野町	33.2%	70	中川町	32.0%	79	美瑛町	20.3%	38	鷹栖町	16.1%	91	当麻町	6.1%	28	富良野市	41.6%	28	中川町	72.7%	48	中富良野町	9.0%	33	南富良野町	50.6%	63	当麻町	26.7%	33	富良野市	54.4%	67	和寒町	3.8%	62	富良野市	0.8%	46
8	和寒町	33.1%	72	和寒町	31.9%	81	北海道	20.1%	42	士別市	15.7%	103	下川町	5.4%	39	上富良野町	36.2%	50	上川町	71.2%	53	上富良野町	8.6%	40	和寒町	49.3%	71	愛別町	26.3%	36	上富良野町	53.7%	76	東神楽町	3.7%	64	愛別町	0.7%	55
9	鷹栖町	32.6%	78	上川町	31.4%	87	音威子府村	20.0%	42	和寒町	15.7%	103	東神楽町	5.4%	39	美瑛町	36.2%	50	富良野市	71.1%	54	美瑛町	8.6%	40	愛別町	46.9%	84	幌加内町	25.4%	43	美瑛町	53.7%	76	美瑛町	3.2%	83	剣淵町	0.6%	64
10	北海道	30.2%	87	士別市	31.4%	87	南富良野町	19.6%	49	上川町	15.7%	103	美瑛町	5.2%	46	下川町	35.6%	53	鷹栖町	71.1%	54	和寒町	8.3%	53	旭川市	46.9%	84	富良野市	23.9%	49	東神楽町	53.4%	81	剣淵町	3.1%	90	上富良野町	0.6%	64
11	美瑛町	30.2%	105	中富良野町	28.5%	122	士別市	19.6%	49	北海道	15.6%	103	剣淵町	5.2%	46	中富良野町	33.4%	69	美瑛町	71.0%	56	南富良野町	8.3%	53	北海道	46.5%	1	鷹栖町	23.0%	61	鷹栖町	53.1%	84	士別市	3.1%	90	美瑛町	0.6%	64
12	上川町	30.1%	107	美瑛町	28.2%	128	幌加内町	19.2%	54	中川町	15.6%	109	比布町	5.1%	53	美瑛町	32.1%	77	音威子府村	70.5%	60	比布町	8.2%	58	名寄市	46.4%	90	中川町	22.9%	64	占冠村	52.5%	94	上富良野町	2.9%	96	比布町	0.6%	64
13	上富良野町	29.8%	122	北海道	28.0%	128	東神楽町	19.0%	57	剣淵町	15.4%	110	富良野市	5.0%	61	中川町	32.0%	78	比布町	68.9%	63	旭川市	7.8%	70	音威子府村	46.3%	91	剣淵町	22.1%	71	東川町	52.5%	94	美瑛町	2.9%	96	中富良野町	0.6%	64
14	中富良野町	29.6%	119	富良野市	27.1%	137	比布町	18.2%	66	占冠村	15.2%	115	上富良野町	4.8%	69	南富良野町	28.7%	105	士別市	68.9%	63	東神楽町	7.6%	78	士別市	44.5%	107	南富良野町	21.5%	77	中富良野町	51.7%	108	比布町	2.7%	103	下川町	0.6%	64
15	美瑛町	29.3%	122	鷹栖町	26.7%	142	和寒町	17.9%	77	東神楽町	15.1%	120	美瑛町	4.8%	69	和寒町	28.3%	107	当麻町	64.6%	81	士別市	7.4%	85	剣淵町	43.7%	111	上富良野町	21.4%	79	和寒町	50.9%	121	富良野市	2.6%	107	北海道	0.5%	80
16	比布町	29.2%	124	愛別町	25.7%	156	中川町	17.5%	89	富良野市	14.8%	129	中川町	4.7%	72	幌加内町	27.2%	115	東神楽町	56.6%	99	剣淵町	6.6%	94	富良野市	43.2%	118	美瑛町	21.4%	79	南富良野町	50.2%	131	中富良野町	2.4%	116	東神楽町	0.5%	80
17	旭川市	28.6%	137	上富良野町	25.1%	162	占冠村	17.2%	91	旭川市	14.5%	139	士別市	4.6%	75	東神楽町	26.4%	118	東川町	56.0%	104	富良野市	6.5%	96	東川町	43.0%	119	占冠村	21.2%	81	比布町	48.0%	148	当麻町	2.2%	124	士別市	0.5%	80
18	名寄市	28.6%	137	美瑛町	25.1%	162	当麻町	16.8%	101	南富良野町	14.3%	143	和寒町	4.5%	87	北海道	23.7%	118	旭川市	55.4%	106	美瑛町	6.3%	99	中富良野町	42.5%	122	北海道	19.5%	1	剣淵町	47.3%	155	音威子府村	2.1%	133	和寒町	0.4%	88
19	愛別町	28.5%	139	旭川市	24.7%	167	美瑛町	15.9%	116	東川町	13.7%	155	北海道	4.5%	93	東川町	22.4%	132	北海道	53.2%	118	名寄市	6.2%	100	当麻町	42.0%	125	比布町	19.2%	109	美瑛町	46.6%	158	占冠村	2.0%	137	東川町	0.3%	97
20	東神楽町	28.2%	141	東川町	24.4%	170	東川町	15.6%	120	当麻町	13.3%	159	旭川市	4.3%	94	旭川市	22.3%	135	和寒町	52.4%	114	東川町	6.2%	100	東神楽町	41.5%	127	士別市	18.5%	121	士別市	45.2%	161	下川町	2.0%	137	鷹栖町	0.2%	105
21	東川町	27.6%	149	名寄市	24.3%	172	下川町	15.4%	123	比布町	12.7%	164	東川町	3.7%	124	比布町	21.1%	141	中富良野町	51.2%	118	下川町	5.7%	110	比布町	39.1%	144	和寒町	17.8%	130	上川町	44.2%	163	南富良野町	1.5%	158	名寄市	0.2%	105
22	富良野市	26.7%	157	当麻町	23.4%	177	名寄市	14.8%	135	名寄市	12.4%	166	鷹栖町	3.6%	134	剣淵町	17.9%	148	剣淵町	35.7%	161	北海道	4.3%	101	上富良野町	35.3%	163	東川町	16.8%	137	下川町	43.6%	164	愛別町	1.5%	158	上川町	0.2%	105
23	士別市	26.1%	163	東神楽町	22.9%	178	上川町	14.4%	139	愛別町	12.2%	169	名寄市	3.6%	128	士別市	0.9%	166	南富良野町	35.5%	164	鷹栖町	2.4%	126	美瑛町	35.3%	163	旭川市	15.9%	145	愛別町	42.7%	168	名寄市	1.1%	168	当麻町	0.0%	119
24	当麻町	24.1%	171	比布町	22.2%	179	鷹栖町	14.1%	146	音威子府村	10.5%	176	音威子府村	2.1%	167	鷹栖町	0.9%	166	下川町	29.3%	175	当麻町	0.0%	145	占冠村	30.3%	177	東神楽町	15.5%	149	幌加内町	38.0%	174	上川町	0.9%	172	音威子府村	0.0%	119

図 5

東神楽町の特定健康診査・健康診査受診者数(平成23年度)



特定健康診査			
男性	40~74歳	健診受診者	251 32.9%
		国保被保険者	762

女性	40~74歳	健診受診者	374 38.5%
		国保被保険者	972

(総人口:平成23年4月1日現在 特定健康診査対象者数及び受診者数:平成23年度特定健康診査)

健康診査(国保被保険者分)			
男性	30~39歳	健診受診者	7 6.6%
		国保被保険者	106

女性	30~39歳	健診受診者	8 8.6%
		国保被保険者	93

(総人口:平成23年4月1日現在 国保被保険者数:平成24年3月31日現在 健康診査受診者数:平成23年度健康診査)

表 10

平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果 (阿波ツールより作成)

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者		
受診者数			653人	100.0%	550人	84.2%	103人	15.8%	
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI 25以上	161人	24.7%	126人	22.9%	35人	34.0%	
		腹囲 85or90以上	181人	27.7%	151人	27.5%	30人	29.1%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪 400以上	5人	0.8%	3人	0.5%	2人	1.9%	
		HDLコレステロール 34以下	11人	1.7%	9人	1.6%	2人	1.9%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖 126以上	30人	--	23人	--	7人	--
			HbA1c 6.5以上	20人	--	16人	--	4人	--
			計	35人	5.4%	28人	5.1%	7人	6.8%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期 160以上	28人	4.3%	21人	3.8%	7人	6.8%
			拡張期 100以上	13人	2.0%	6人	1.1%	7人	6.8%
計			33人	5.1%	24人	4.4%	9人	8.7%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール 160以上	72人	11.0%	56人	10.2%	16人	15.5%	
腎機能		尿蛋白 2+以上	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
		eGFR 50or40未満	6人	--	4人	--	2人	--	
		尿酸 9.0以上	2人	--	0人	--	2人	--	

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

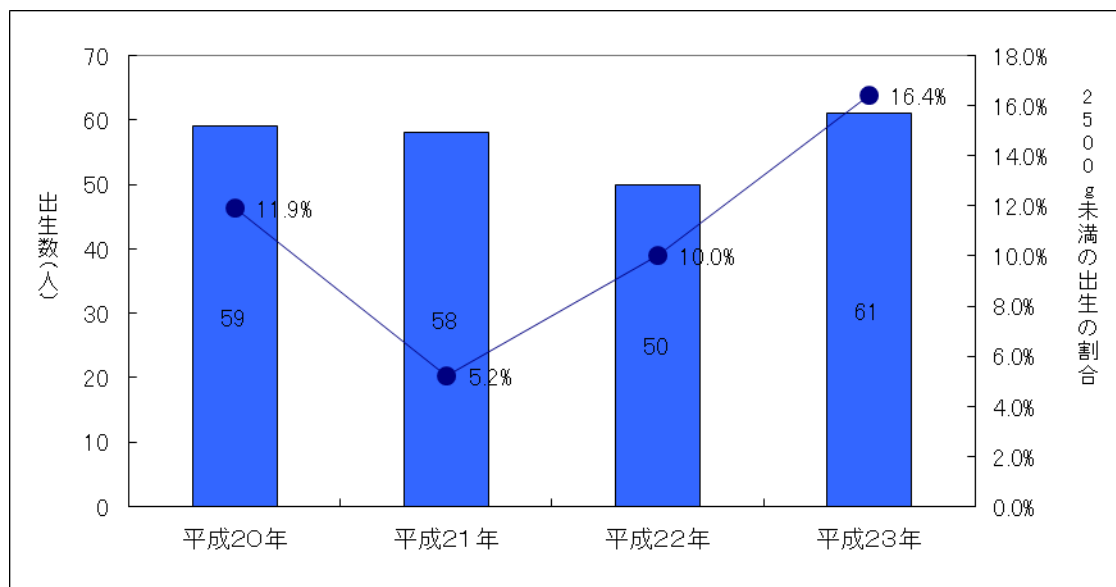
(7) 出生

近年、出生時の体重が、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ています。

東神楽町の低出生体重児の出生率は、全国や北海道と比較して高い傾向にあります。

東神楽町でも、毎年8~10%の児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6)

図6 出生数及び出生時の体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



3. 町の財政状況に占める社会保障費

東神楽町では、平成 24 年度の予算において、医療、介護の社会保障費の予算が、約 20 億円となっています。(図 1)

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

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

図 7 東神楽町の財政状況と社会保障

東神楽町の財政状況と社会保障

歳入（一般会計）		歳出（一般会計）	
60.2 億円 (H23 予算)		57.5 億円 (H23 予算)	
1 位	交付税 17.5 億円	1 位	総務費 12.7 億円
2 位	町民税 10.4 億円	2 位	民生費 11.5 億円
3 位	国・道支出金 5 億円	3 位	公債費 8.5 億円

社会保障費

	医療	介護	生活保護
予算 (H23)	約 15.7 億円	約 5.9 億円	約 0 億円
一般会計	約 0 億円	約 0 億円	約 0 億円

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 生活習慣病の予防

(1) がん

①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかるといわれています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中の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ると考えられます。

ii 重症化予防

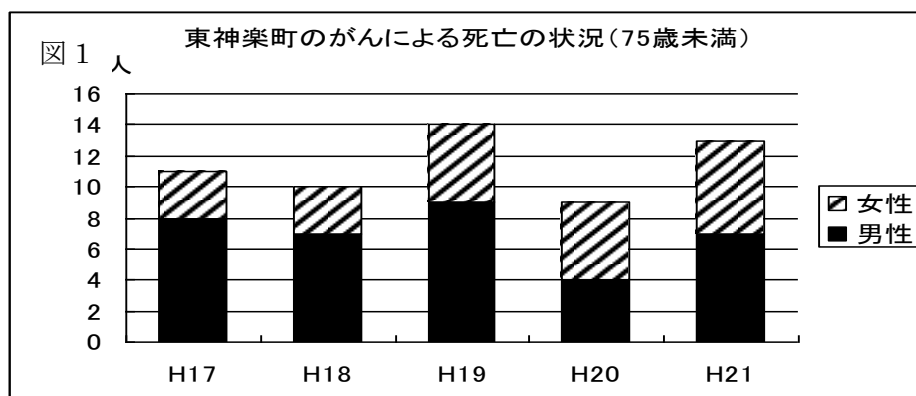
生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

③現状と目標

i 75歳未満のがんの死亡者数の減少

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、75歳未満の死亡者数については減少していくことを目標とします。

東神楽町の75歳未満のがんの死亡者数は、10名前後と横ばい傾向です。（図1）



参考資料 1

	部位	対象	がん検診	評価指標	精密検査
科学的根拠のあるがん検診	胃	30 歳以上	胃 X 線検査	相応	胸部 CT 検査 気管支鏡検査 細胞診 PET 検査 腫瘍マーカー
	肺	30 歳以上	胸部 X 線検査 喀痰細胞診	相応	胃内視鏡検査 ペプシノゲン検査 ヘリコバクターピロリ抗体検査
	大腸	30 歳以上	便潜血反応検査	十分	全大腸内視鏡検査 注腸 X 線検査 CT 検査
	子宮頸部	妊娠期 20 歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	十分	マンモグラフィ 乳房超音波検査 乳房 MRI 検査 乳房 CT 検査 穿刺吸引細胞診
	乳	40 歳以上の女性	視触診とマンモグラフィの併用	十分(50 歳以上) 相応(40 歳以上)	細胞診 コルポスコープ MRI
その他	前立腺	40 歳以上の男性	PSA 検査		直腸診 経直腸超音波検査 前立腺生検 MRI CT 検査
	肝臓	妊娠期、40 歳以上 で検診歴のない方	肝炎ウイルスキヤリア検査	相応	超音波検査 CT 検査 腫瘍マーカー 生検 (バイオプシー)
	成人 T 細胞白血病	妊娠期	HTLV-1 抗体検査		

*評価指標 検診による死亡率減少硬化があるとする 十分な根拠がある・相応の根拠がある・現時点では研究や報告が見られない

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。

東神楽町のがん検診の受診率は、がん検診推進事業の無料クーポンが開始された、子宮頸がん・乳がん検診の受診率は上昇しています。その他の胃・肺・大腸のがん検診については横ばい傾向です。(表 2)

表 2 東神楽町のがん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)			
	H20	H21	H22	H23
胃がん	14.5	16.6	16.8	14.6
肺がん	19.5	21.3	18.4	16.1
大腸がん	14.5	19.3	19.1	17.3
子宮頸がん	17.1	23.1	26.1	26
乳がん	8.8	31	33.8	33.7

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。

東神楽町の精密検査受診率は、概ね許容値を超えています。目標値である 90%は超えていません。特に子宮頸がんの H22 年度の精密検査受診率については、顕著に低下しており、今後も個別案内や連絡等で精密検査受診率向上を図っていきたくと考えています。また、がん検診受診者の人から、毎年、少ないながらもがんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表 3)

表3 東神楽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
胃がん検診	精密検査受診率	97.7	73.9	86.3
	がん発見者数	0	0	0
肺がん検診	精密検査受診率	91.3	100.0	83.3
	がん発見者数	0	2	2
大腸がん検診	精密検査受診率	65.6%	74.4%	75.0%
	がん発見者数	0	2	0
子宮頸がん検診	精密検査受診率	100.0%	100.0%	20.0%
	がん発見者数	1	0	0
乳がん検診	精密検査受診率	100.0%	94.4%	94.7%
	がん発見者数	0	2	3

④対策

i がんの発症予防施策

		生活習慣 68%						その他			
		タバコ 30%	食事 高脂肪	30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ ピロリ菌	
	肺	◎								△ 結核	環境汚染
	大腸	△	○		○	○	○				
	子宮頸部	◎								◎ HPV	
	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
その他	前立腺		△					○			加齢
	肝臓	○	△			○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者
	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

禁煙 30%、食事 30%、運動 5%、飲酒 3%と計 68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、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に努めます。また、ウイルス感染によるがんの発症予防として、子宮頸部がん予防ワクチン接種（中学 1 年生から高校 1 年生に相当する年齢の女性）についても取り組みます。

iii がんの重症化予防施策

有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業（検診無料クーポン券の配布）をはじめ、広報や出前講座、個別相談などあらゆる場を利用した啓発及び学習を通しての受診率の維持または向上に努めます。

また、要精検者に対しては、“受けたか”“受けないか”だけではなく、がん化の予防という視点で考えると、前がん病変が明らかになることは重要なことです。がん化を進めないための生活習慣の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取り組みが必要です。

iv 具体的な生活習慣の改善とは

(ア) 食品の摂り方の特徴

A) 高脂肪食

家計調査 (p. 66) からバター、チーズ、豚肉、ベーコン、ジンギスカンなど脂質が多く含まれる食品の消費が上位にあります。

脂質の多い食品は、肥満の原因であり、また胃がん、大腸がんの発症リスクです。

脂質の多い食品を摂取すると、消化に時間がかかり、胃酸分泌量が多くなります。胃酸は、食物の消化と食物と同時に入った細菌等を殺菌する働きを持つ強い酸なので、分泌量が増加すると胃粘膜に障害を起こしがん化を促します。また、脂質の多い食品、中でも脂質の多い肉類を食べると、胆汁酸の分泌量が増え、結果、発がん物質である二次胆汁酸も増え、大腸粘膜のがん化を起こします。

高脂肪食が肥満はもちろん、胃や大腸の粘膜に与える影響を理解し、どのような食品を選択することががん予防につながるか学習することが必要です。

B) 野菜不足

がん予防に有効なビタミンや食物繊維を効率的に摂取できる食品は野菜です。

健康日本 21 では、成人 1 日あたりの野菜摂取量の増加 (1 日 350 g 以上) を目標に、また、国立がんセンターで出されている科学的根拠に基づいた日本人のためのがん予防法では、野菜・果物合わせて 1 日 400 g 以上の接種を推奨しています。

町の若年者の食の実態 (p. 70) から野菜摂取量が少ない実態がありました。また、生活習慣病予防教室参加者の発言から、よく食べる野菜の種類がじゃがいもやかぼちゃ、とうもろこしなどの糖質の多く含まれた (肥満の原因になる) 野菜の摂取が多いことも特徴です。

なぜ野菜が必要なのか、自分の食べている野菜ががん予防になぜ効果的なのかを理解し、選択出来る学習が必要です。

(イ) 喫煙

タバコの煙の中には、わかっているだけで数十種類もの発がん性の化学物質が含まれています。この発がん物質が細胞の遺伝子に傷をつけることで、細胞ががん化すると考えられています。

町の喫煙に関する実態を見ると、男女ともに国の喫煙率と比較すると低くなっているものの、一度低下した喫煙率が上昇していることがわかります (p. 82)。住民自身が、喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できる取り組みを継続していきます。

(2) 循環器疾患

①はじめに

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

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防の基本は危険因子の管理です。確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

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

②基本的な考え方

i 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

ii 重症化予防

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

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

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

③現状と目標

i 脳血管疾患の死亡者数の減少

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、75歳未満の脳血管疾患の死亡者数については減少することを目標とします。(表1)

表1 東神楽町の脳血管死亡の状況(75歳未満)

	H17	H18	H19	H20	H21
男性	1	1	0	1	1
女性	0	0	1	0	0

急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下をまねくことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、介護保険認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

平成23年度に介護保険認定中の第2号被保険者11名のうち、脳血管疾患者は7名(63.6%)でした(表2)。健康寿命の延伸のためにも脳血管疾患の発症予防が重要です。さらに、脳血管疾患を既に発症している人は再発することで重症化しやすいため、重症化を予防するために、再発予防が必要です。

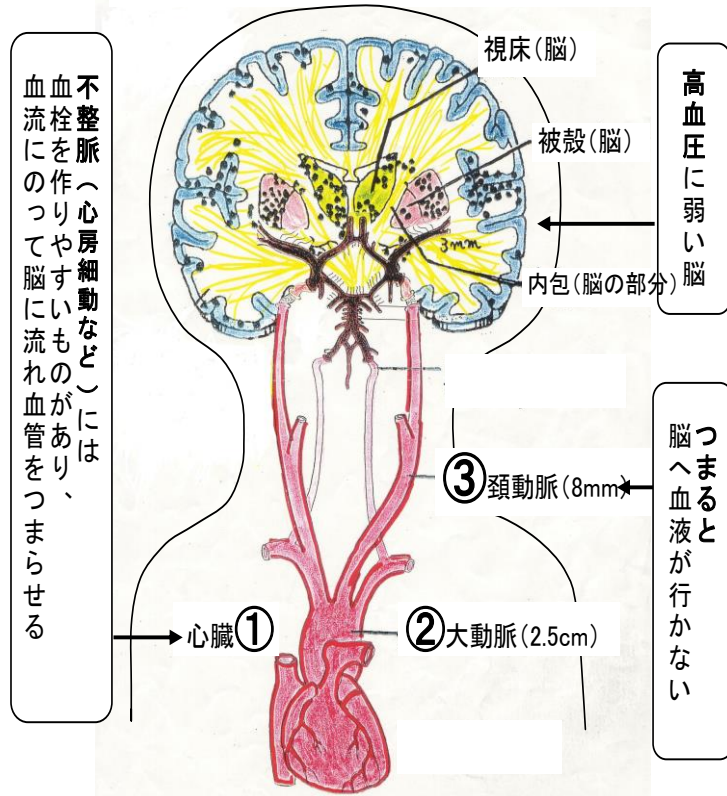
表 2 平成23年度 脳血管疾患が原因疾患の認定中第2号被保険者の状況

資料41

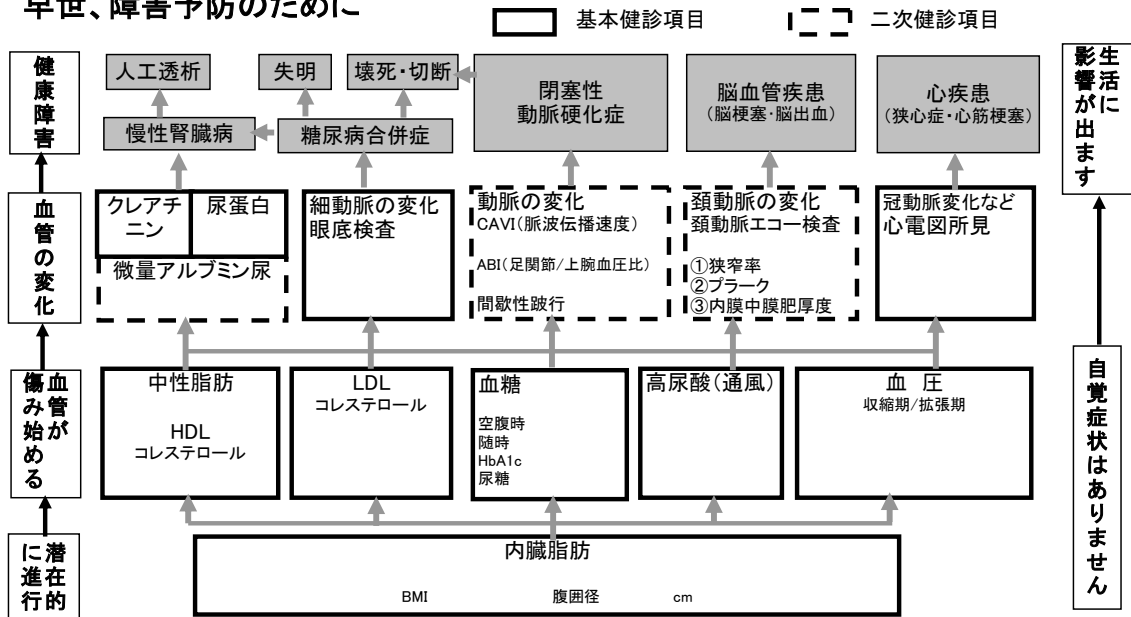
No	年代	性別	疾患名	介護度	加入保険		基礎疾患			健診履歴
					認定前	認定後	高血圧	糖尿病	脂質異常質	
1	50	男	脳出血	要介護2						H22転入
2	60	女	脳出血	要介護2						H5脳出血による右上下肢の障害により身障手帳申請。H4年に内科入院し入院中に脳出血による半身不随となった。
3	50	男	脳出血	要支援2			○			血圧は高めの指摘のみ。服薬には至らず。
4	60	女	脳出血	要介護1			○			
5	50	男	くも膜下出血	要介護5						四肢麻痺
6	40	女	くも膜下出血	要介護5						
7	60	男	脳出血	要介護5						

脳血管疾患発症に至るまでに自覚症状はありません。そのため、健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入り口として重要と考えます。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つたり、退職後の保健事業が継続できなかつたりといった問題が指摘されています。そのため、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。

脳を守るために知ってほしいこと



早世、障害予防のために



健診を受診していても、健診の結果が示している意味が理解できなければ、重症高血圧を放置してしまいます。

健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定できるための情報提示など、健診受診者全員に対して必要度に応じた保健指導の提供を継続して行うと共に、最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。

ii 虚血性心疾患の死亡者数の減少

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、75歳未満の心疾患の死亡者数については減少することを目標とします。(表3)

表3 東神楽町の心疾患死亡の状況(75歳未満:人数)

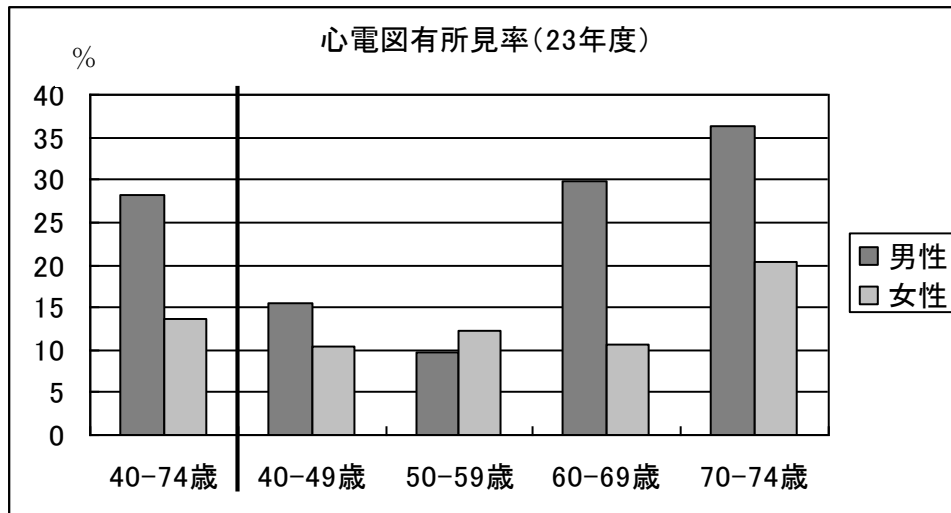
	H17	H18	H19	H20	H21
男性	1	2	0	0	0
女性	0	0	2	1	1

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。

大雪地区広域連合では、心・脳血管疾患の早期発見・早期治療のため、特定健康診査受診者全員に心電図検査を実施しています(図1)。

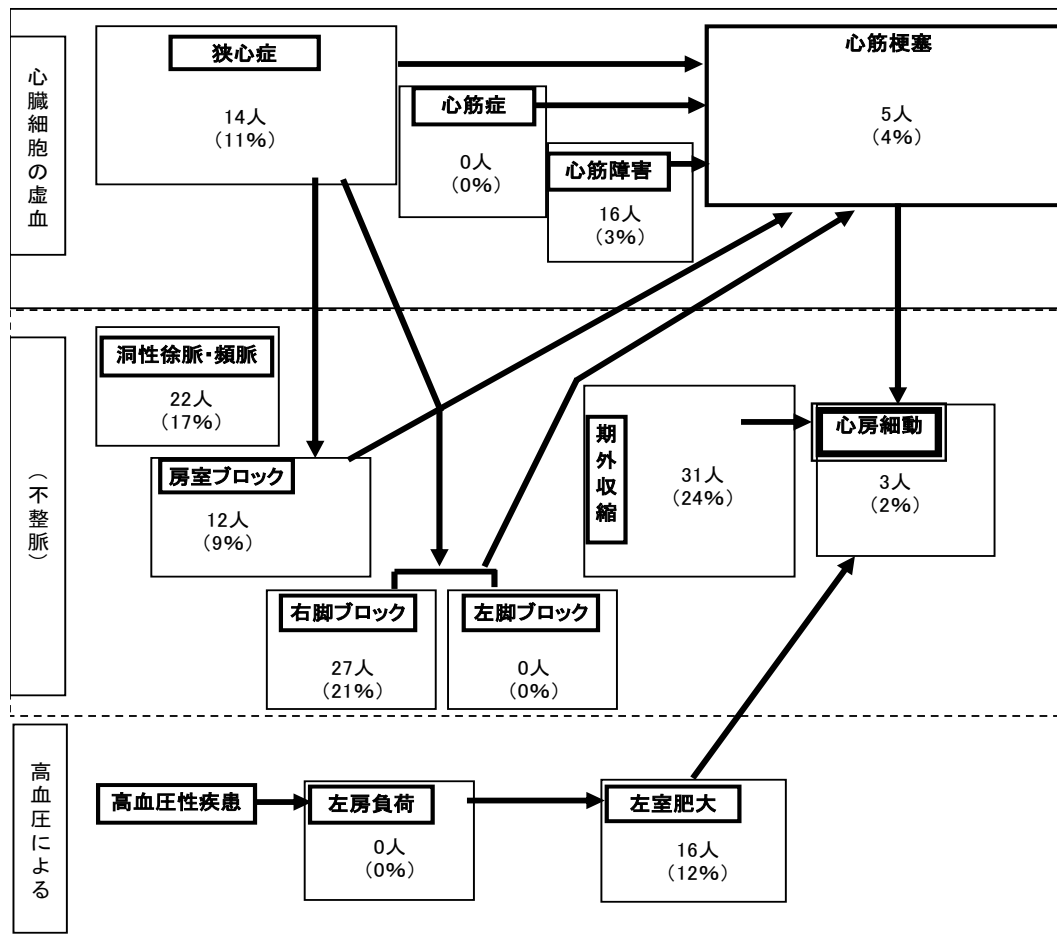
心電図検査の有所見者割合では、70-74歳では、男女共に他の年代と比較し、有所見者が多くなっています。特に男性は、60代から有所見者が増加しています。

図1 心電図有所見の状況（平成23年度）



平成23年度は心電図検査全受診者のうち、131人(19%)に異常が認められ、そのうち17%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2)

図2 心電図検査の結果 H23の心電図検査受診者680人中異常者131人(19%)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。

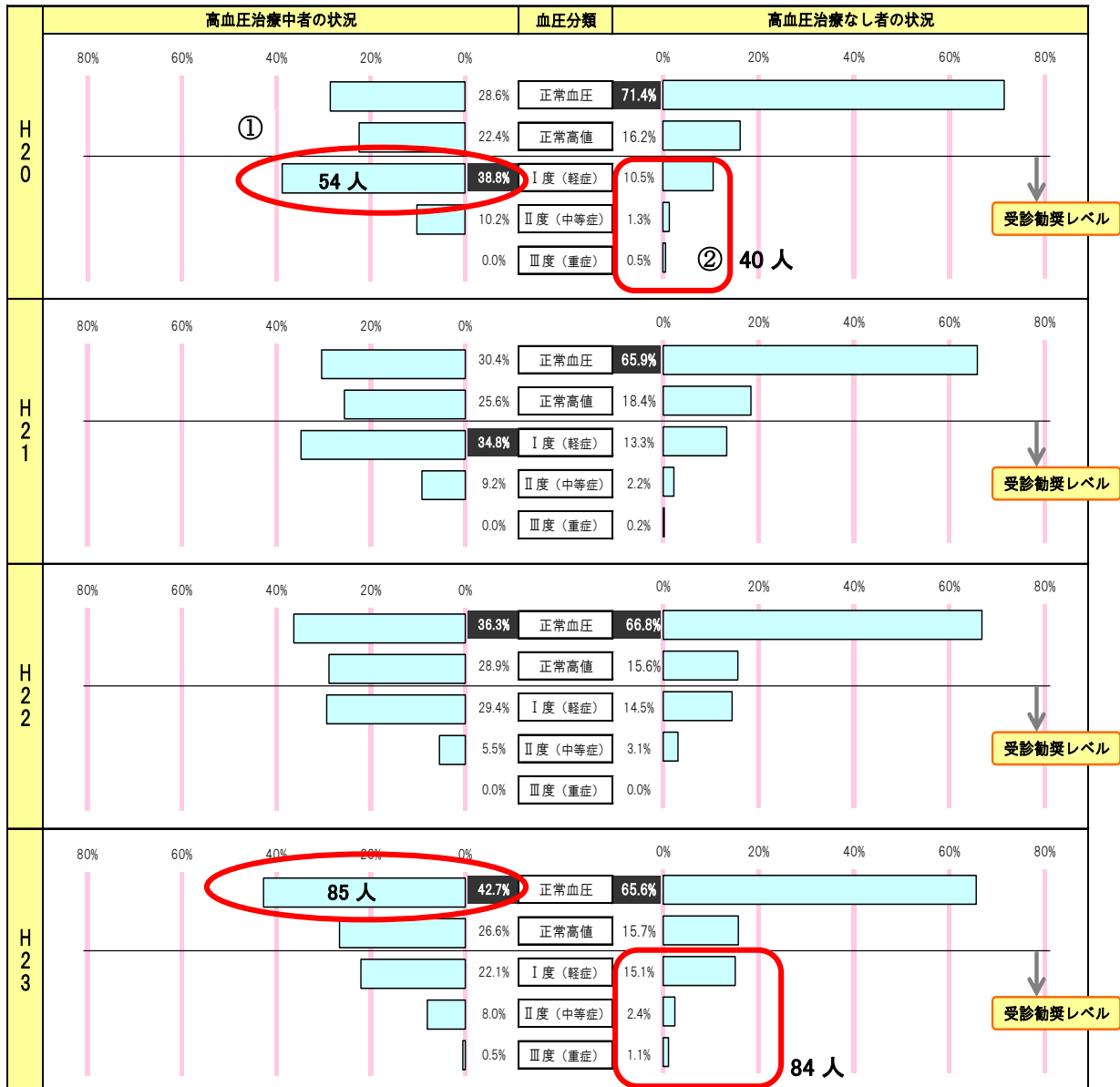
しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚していても受診行動につながらない、治療を中断してしまうなどの実態が多く見られます。

東神楽町では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者全員に保健指導を実施しています。その結果、特定健診受診者の高血圧症有病者の血圧は、平成 20 年には I 度高血圧の分類で多く占められていましたが、徐々に少なくなり、平成 23 年には正常血圧者が最も多い割合を占めています。(図 3①)

今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。

図 3

高血圧フローチャート



一方で、高血圧治療なし者の受診勧奨レベル以上の割合が増加傾向にあります。(図 3②) 健診で血圧値が高くて、「たまたま、血圧が上がっただけ」「緊張すると上がる」など一時的なものとして捉えてしまい、その後、血圧測定の継続がないまま放置してしまう実態も見られます。

また、「頭痛もないし、体調が良いので大丈夫だ」「忙しくて病院に行けない」「一度、血圧の薬をのむと止められないときいたので、できるだけ飲まないでいたい」といった理由で、降圧治療の開始が遅れ、血管変化を起こしている実態も見られます。

自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧対策には重要です。

iv 脂質異常症の減少

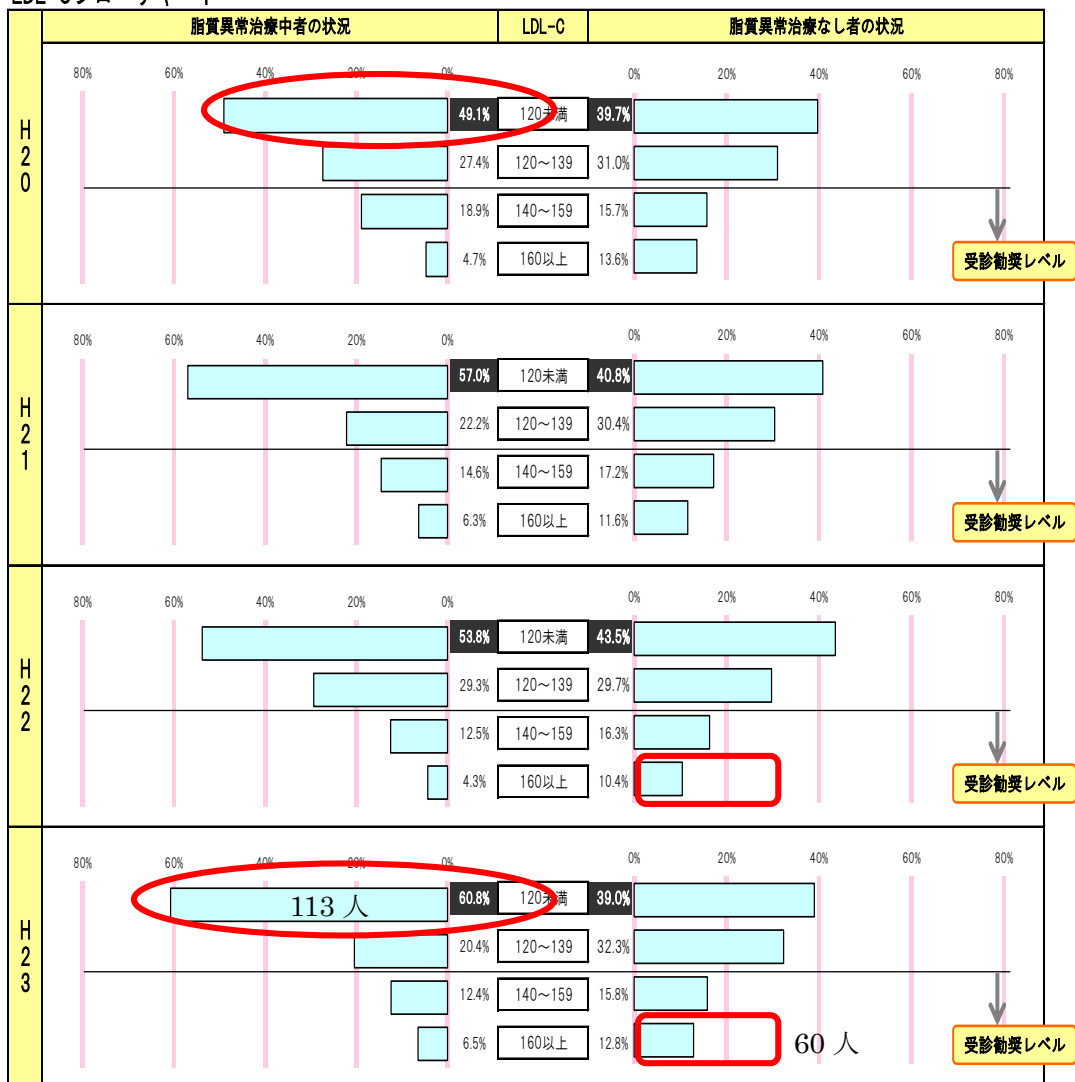
(総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

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 以上とされています。

町の特定健診受診者の LDL コレステロールは、脂質異常症治療者は平成 20 年と比較し、120mg/dl 未満者の割合が増加しています。しかし、減少傾向にあった未治療者の 160mg/dl 以上の割合が、平成 23 年度に増加しました。医療が必要な方には受診勧奨を行い、また、服薬を継続できるよう、保健指導を実施していきます。(図 4)

図 4 LDL-Cフローチャート



平成 24 年に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値から HDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

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

v メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

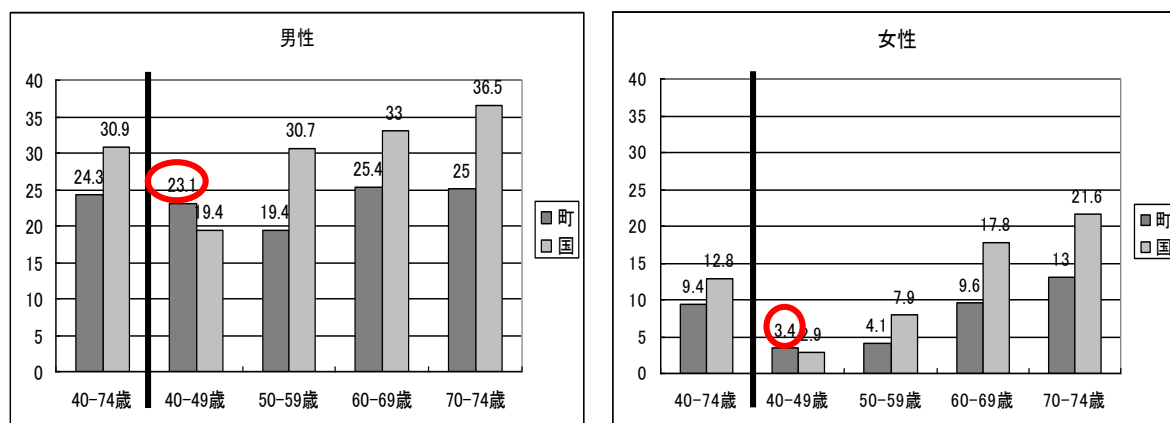
メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

平成 23 年度の特定健診受診者と平成 22 年度の国民健康・栄養調査との比較では、男女共に 40 代でメタボリックシンドローム該当者が高率となっています（図 6）。

図 6 メタボリックシンドロームが強く疑われる者（該当者）の状況（平成 23 年度）

「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の判定

- ・腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3 つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 2 つ以上の項目に該当する者



項目		血中脂質	血圧	血糖
服薬	共通	・コレステロールを下げる薬服用 ・中性脂肪(トリグリセライド)を下げる薬服用	・血圧を下げる薬服用	・血糖を下げる薬服用 ・インスリン注射使用
基準	国： 国民健康・栄養調査	・HDL コレステロール値 40mg/dl 未満	・収縮期血圧値 130mmHg 以上 ・拡張期血圧値 85mmHg 以上	・ヘモグロビン A1c 値 5.5%以上
	町：メタボリックシンドローム 診断基準(8学会：2005年4月)	・HDL コレステロール値 40mg/dl 未満 ・中性脂肪値 150mg/dl 以上	・収縮期血圧値 130mmHg 以上 ・拡張期血圧値 85mmHg 以上	・空腹時血糖値 110mg/dl 以上

(資料) 平成 23 年度 東神楽町特定健診受診者 平成 22 年 国民健康・栄養調査報告

東神楽町では、メタボ予備群該当者は横ばいですが、メタボ該当者については増加傾向にあります。メタボ該当者を減少させるため、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 3)

表 3 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	健診受診者	受診率	メタボ該当者 (割合)	メタボ予備群 (割合)
H20	1547	498	32.2	73 14.7%	60 12.0%
H21	1575	615	39.1	91 14.8%	77 12.5%
H22	1590	582	36.6	89 15.3%	72 12.4%
H23	1591	625	39.3	104 16.6%	65 10.4%
(参考値) H22北海道	965,221	218,140	22.6		

メタボリックシンドローム該当者・予備群等を対象に、大雪地区広域連合では二次検査（頸動脈エコー検査、PWV 検査）を実施しています。頸動脈エコー検査は動脈硬化の早期診断に有効であることが多くの研究で明らかとなっています。頸部エコー検査で、脳梗塞発症前の

頸動脈狭窄を早期発見すると共に、生活習慣改善への動機付けを効果的に行うことを目的としています。

大雪地区広域連合では、男性は30代、女性は50代から生活習慣病の医療費が急増する実態があり、平成20年度の特健康診査開始当初より、30代の国民健康保険被保険者にも、特定健康診査と同内容の健診を実施しています。その健診結果を基に、自分の身体の状態を確認すると共に、生活習慣改善に取り組んでもらえるよう保健指導、対象者への二次検査も合わせて実施しています。

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。

東神楽町では、受診率、実施率ともに、北海道より非常に高い状態で推移していますが、受診率は60%の目標値に達していないため、今後は、検査項目や、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

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、広報などを利用した啓発
- ・健診結果報告などによる医療機関との連携

ii 保健指導対象者を明確するための施策

- ・健康診査(31歳～39歳・生活保護世帯)
- ・東神楽町国民健康保険特定健康診査
- ・特定健康診査受診者に心電図検査を追加

iii 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・特定健診の二次健診(動脈超音波検査等)の実施継続

(3) 糖尿病

①はじめに

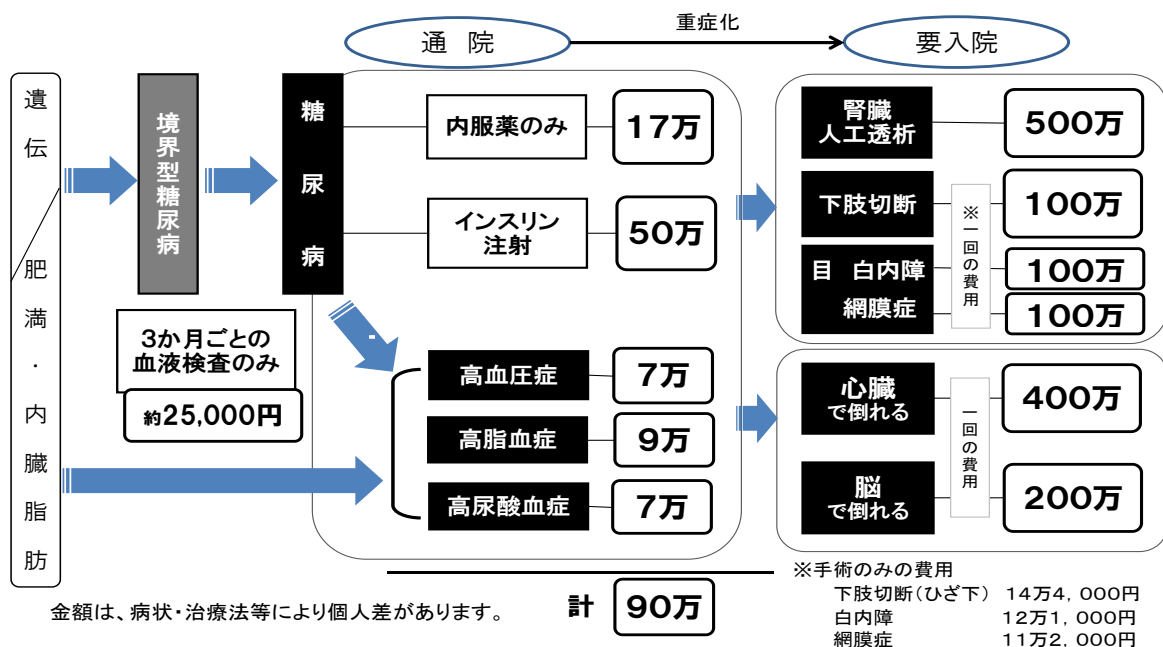
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

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

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

糖尿病・・・経済的な影響をみてみました

一年でかかる医療費はいくら？



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。

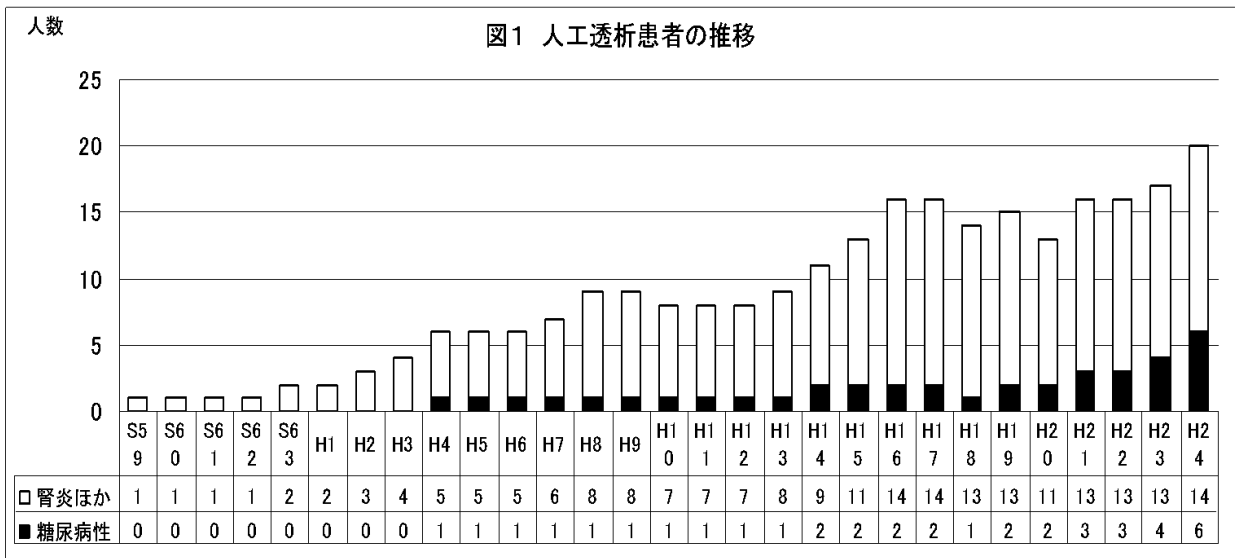
そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

i 合併症（糖尿病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。

東神楽町の糖尿病腎症による新規透析導入は、過去5年（H20年度～H24.11現在）で5名と微増傾向、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。（図1）



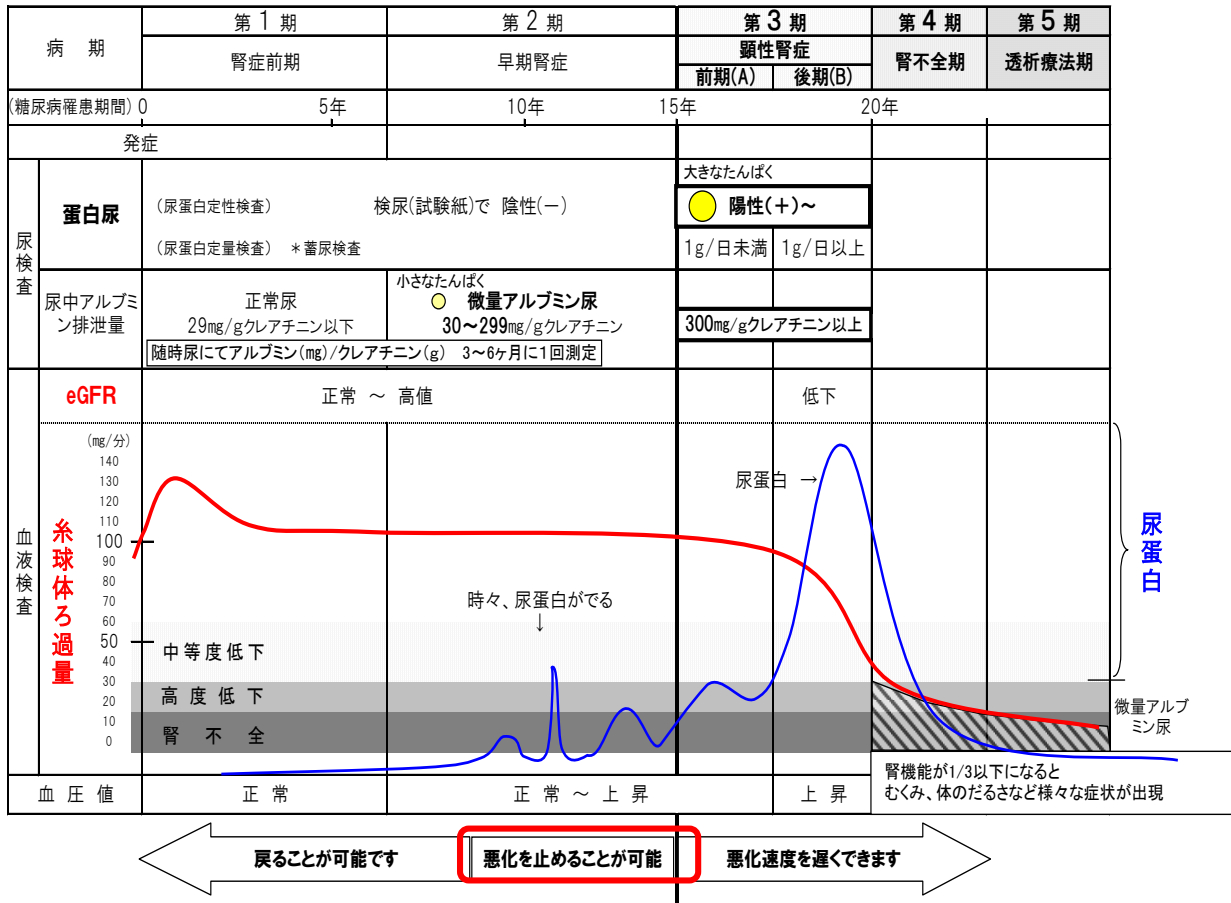
平成23年度・平成24年11月までに糖尿病腎症による新規透析導入となった4人中3名は、東神楽町での健康診査を一度も受診していませんでした。新規透析導入者の健診受診歴・健診結果等の経年的な状況を追い、どの時期で予防が可能だったのか、実態把握に努めます。その実態を踏まえ、今後の新規透析導入者の減少を目指します。

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年間とされています。透析導入を未然に防ぐため、未受診者対策も大変重要な課題です。

大雪地区広域連合では、腎機能検査として尿酸値・クレアチニンを追加しています。クレアチニンより推算されるeGFR（推定糸球体濾過量）は、腎機能を確認する上で、大変大きな役割を担います。また、東神楽町では、腎機能低下の早期発見・悪化予防と、自覚症状のない腎機能低下を予防的に捉え、生活習慣の見直しによる腎機能低下の予防することを目的に、微量アルブミン尿の検査も実施しています。

突然、人工透析が必要ですと言われる前に、定期的な検査を

糖尿病性腎症 ～ いま、私はどの段階なのか



発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者での保健指導のあり方、そして、糖尿病の重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療との連携が欠かせません。

「糖尿病は痩せてくる病気だと聞いていた。まだ痩せていないので大丈夫だ」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。

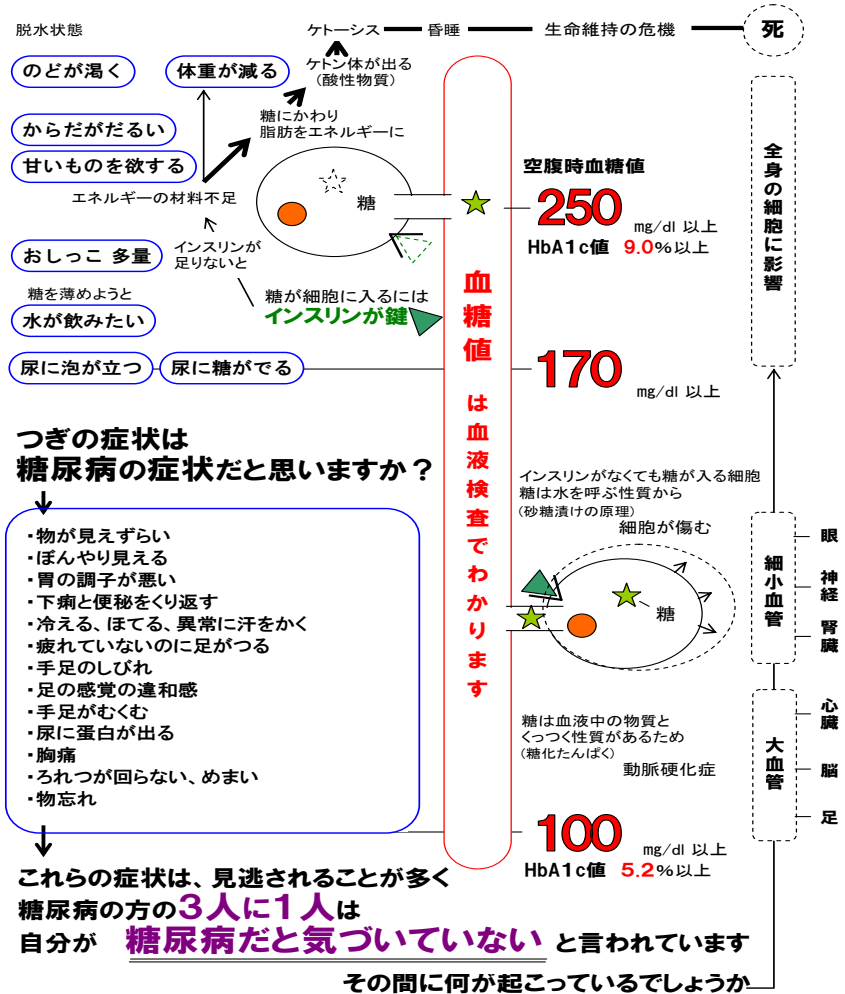
早い段階で血糖値の異常に気づくには、血液検査で血糖値とHbA1c値の測定が有効です。

特に、HbA1c値の検査は採決時間に関係なく、1~2か月の平均した血糖値の状態がわかります。

HbA1c値（JDS）の正常値は5.2%未満です。

「症状がないから大丈夫!!」とっていませんか？

① 住民の方々が思う 糖尿病の症状は？



② つぎの症状は糖尿病の症状だと思いますか？

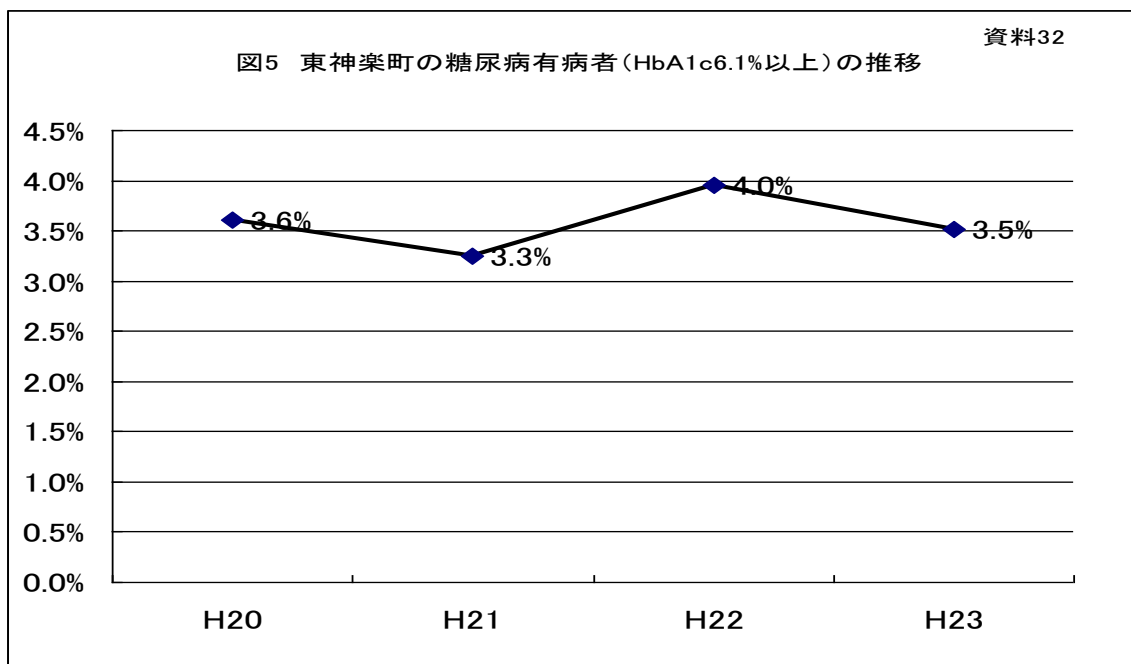
- ・物が見えづらい
- ・ぼんやり見える
- ・胃の調子が悪い
- ・下痢と便秘をくり返す
- ・冷える、ほてる、異常に汗をかく
- ・疲れていないのに足がつる
- ・手足のしびれ
- ・足の感覚の違和感
- ・手足がむくむ
- ・尿に蛋白が出る
- ・胸痛
- ・ろれつが回らない、めまい
- ・物忘れ

ii 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。

東神楽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、ほぼ横ばいです。(図 5)



治療なし者のHbA1c6.1%以上（糖尿病領域）者の割合は、減少傾向にありますが、平成22年度の比較では、東神楽町は糖尿病の指標となるHbA1c5.2以上の有所見者の割合が北海道内でも上位にあります。そのため、特にHbA1c5.2～6.0%（正常高値～境界領域）者の悪化予防が重要です。（図5）

大雪地区広域連合では、二次検査として75g糖負荷検査を行っています。東神楽町では、健診結果より「空腹時血糖100-109mg/dl」、「HbA1c5.2-6.0」、「濃厚な家族歴」いずれかに該当する原則65歳未満の方には、検査を勧奨しています。

インスリン初期分泌反応低下やインスリン抵抗性といった膵臓の状況を知ることが出来たり、HbA1cが「境界領域」であっても、糖負荷検査で「糖尿病領域」ということが明らかになったりと、検査を受けて初めて知ることが出来ることも多くあります（表1）。これらの検査結果を、自身の身体を知る手がかりとし、それぞれの身体状況に合った保健・栄養指導を実施しています。また、メタボリックシンドロームや血糖値が高い方に対象を絞った教室を開催しています。

図 5

糖尿病フローチャート

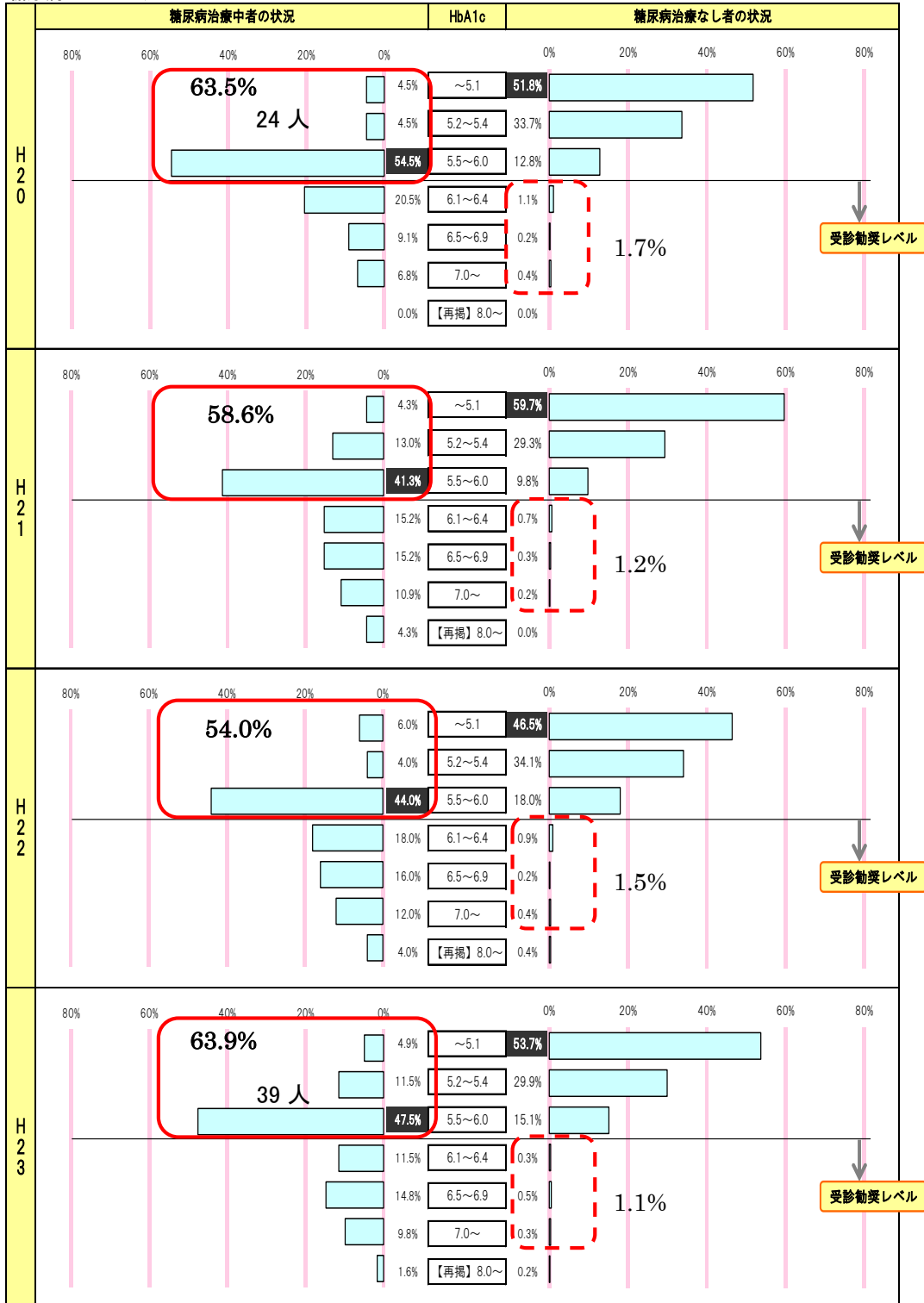


表 1

平成22年度 二次検査(インスリン機能検査)状況 (東神楽町)

糖尿病治療ガイド	正常領域	正常高値	境界領域	糖尿病領域
	～5.1%	5.2～5.4%	5.5～6.0%	6.1%～

2010年～ 糖尿病の診断基準改正に伴いHbA1cの値を重視

糖尿病の早期診断にはインスリン機能検査が重要

糖尿病専門医が考える『検査を勧めたい対象』	
行うことが望ましい(2010年7月～)	強く推奨

HbA1c値(一次健診結果)		～5.1%			5.2～5.5			5.6～6.0			6.1～		
二次検査結果	実人数	(再掲)インスリン結果		実人数	(再掲)インスリン結果		実人数	(再掲)インスリン結果		実人数	(再掲)インスリン結果		
		初期分泌反応低下あり	抵抗性あり		初期分泌反応低下あり	抵抗性あり		初期分泌反応低下あり	抵抗性あり		初期分泌反応低下あり	抵抗性あり	
判定	正常型	0	0	7	3	0	1	0	0	0	0	0	
	境界型※	0	0	4	2	0	3	2	2	1	1	0	
	糖尿病型	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	

※1時間値血糖が180mg/dl以上者も境界型とする ～正常型であっても糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取扱いが必要(糖尿病治療ガイドより)

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。

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町民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

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。

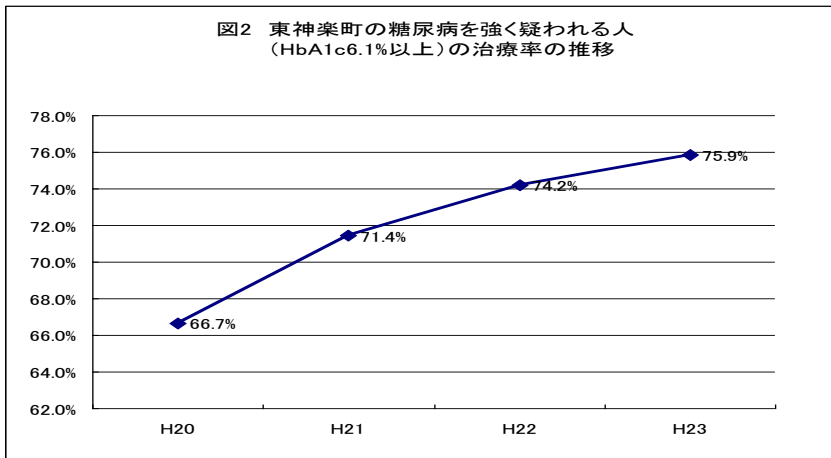
同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

東神楽町では、未受診者はもちろん、治療中の人にも、主治医と連携し、必要に応じて、保健指導を実施してきた結果、治療中の方のHbA1cは改善傾向にあります。また、一時、増加したHbA1c8.0%以上者も減少しています。今後も、必要に応じた受診勧奨、医療関係者と東神楽町の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。(図5)

iv 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。

東神楽町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成23年度の76%が最高で、徐々に上昇してきています。(図2)



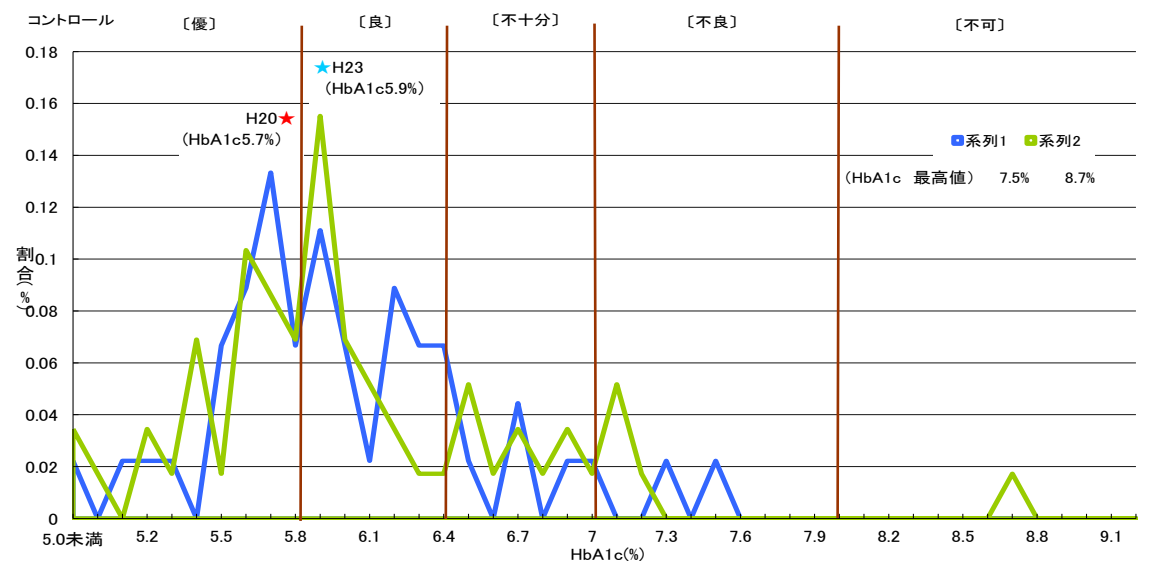
糖尿病の特徴的な症状には、口渇、多飲多尿、体重減少などがありますが、持続する中等度以上の高血糖状態になるまでこれらの症状は現れません。そのため、自覚症状がないことを理由に治療を中断し、目に違和感が出るなどの合併症が進行してから受診行動につながる実態も見られます。

また、糖尿病治療の第1段階は、食事療法と運動療法ですが、医師から「まだ薬を飲むほどではない。食事に気をつけて下さい」と言われると、多くの住民は「治療＝薬」といった意識の傾向が強いため、薬をもらいに定期受診はしても、検査のための定期受診の必要性がわからないまま中断してしまう実態があります。

糖尿病でありながら未治療であるものや治療中断者を減少させるために、適切な治療の開始・継続のための、より積極的な保健指導が必要になります。

東神楽町の糖尿病治療者のHbA1cの分布図は、平成20年度と比較すると、HbA1c値が高い方に推移していることから、今後も、医療関係者と、糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。(図3)

図3 糖尿病治療者のHbA1c分布図



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市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - 特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- ・特定健康診査の結果からの75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等
- ・医療機関との連携

(4) 歯・口腔の健康

①はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

平成 23 年 8 月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第 1 条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を 20 本以上残すことをスローガンとした「8020(ハチマルニイマル)運動」が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(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。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。

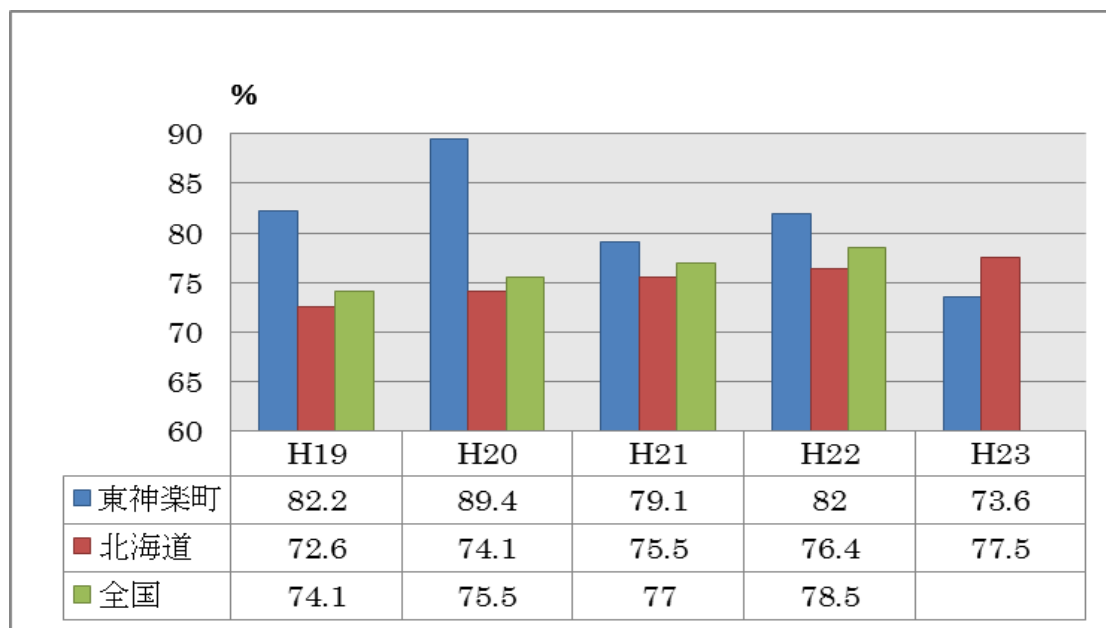
③現状と目標

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、経年的な把握ができる下記の 2 点を目標項目とします。

i 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

東神楽町の 3 歳児でう蝕がない児の割合は、減少の傾向にあります。平成 22 年度までは、全国、北海道の状況と比較して高い割合で推移していましたが、平成 23 年度は低い割合になっています。(図 1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



道北年報

永久歯については、永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数は東神楽町は、0.38歯であり、北海道の1.8歯と全国の1.2歯と比較して少ない状況（平成23年度）にあり、口腔衛生状態が良好に保たれているといえます。

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維持・改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持っていただき、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のための知識の普及啓蒙が必要となります。

ii 過去1年間に歯科相談を受診した者の増加（歯科相談受診者数）

定期的な歯科相談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。定期的な歯科相談の利用は、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た、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げることが可能となります。

④対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康相談（全町民）
- ・フッ素入り歯磨剤（チェックアップ）の使用の推奨と料金助成
- ・「親と子の良い歯のコンクール」の推進と達成者の表彰
- ・「8020運動」の推進と達成者の表彰

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・歯科検診（1歳6か月児、3歳児）
- ・中部歯科保健協議会との協働による事業

(5) 次世代の健康

① はじめに

生涯を通じ、すこやかに心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、次世代の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進してゆくことができます。また、子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代を育むという循環においても子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

今回、健康ひがしかぐら 21 計画は、東神楽町次世代育成支援対策地域行動計画等との整合性を図りながら、対象が乳幼児期からライフサイクルに応じた全町民であることから、これから親となる思春期世代から胎生期（妊娠期）を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置づけます。

② 基本的な考え方

i 生活習慣病予防

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008 年）でも提言しているところですが、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が重要です。

ii 生活習慣の確立

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、子どもの体重（全出生数中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合）や生活習慣（朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合、食事を一人で食べる子どもの割合）、う蝕有病状況、運動やスポーツ習慣などで確認ができます。

また、子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20 歳代の女性のやせ、肥満の減少）などが必要です。

③ 現状と目標

i 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

低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで儉約遺伝子によって作られた体（体質）と、生まれてからの環境（過剰栄養摂取など）が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

妊娠期から適切な生活習慣で自分の体に合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの異常を予防することは、低出生体重児の予防につながります。（図 1）

東神楽町における低出生体重児の割合は、10%前後で推移し増加傾向にあります（表 1・図 2）。

図1 低出生体重児の予防・生活習慣病予防の流れ

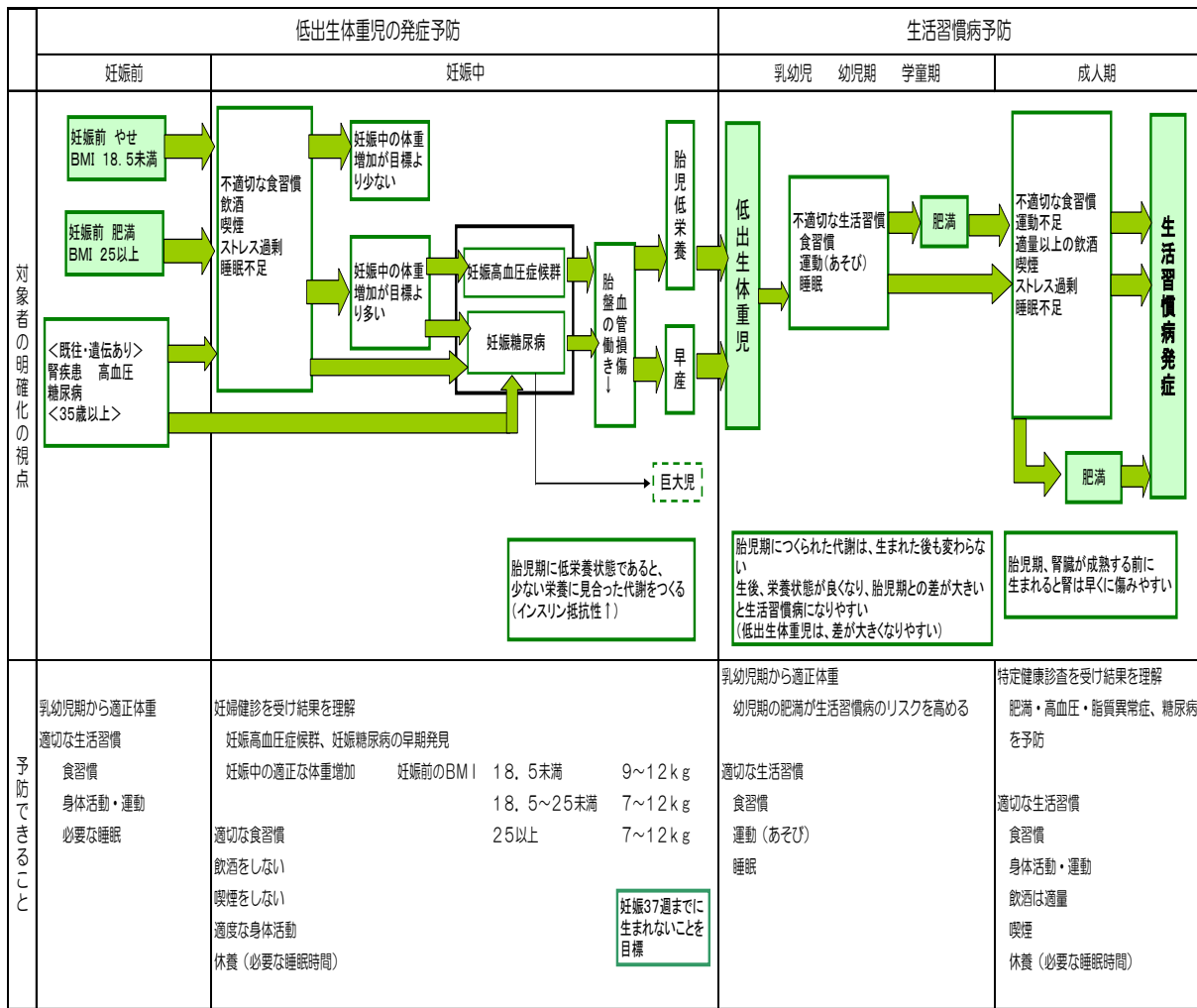
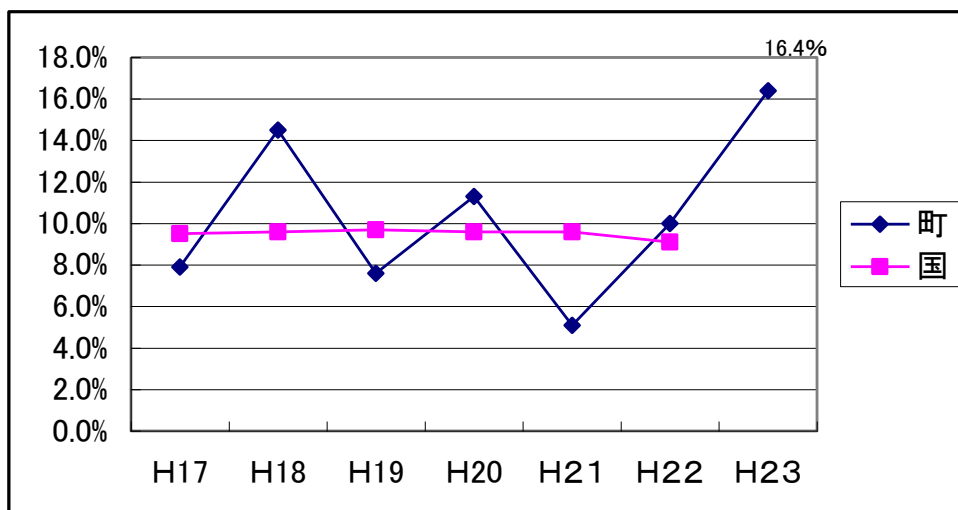


表1 出生体重の状況 年次推移

出生体重の状況 年次推移

年	出生数	再掲 出生体重の状況 年次推移													
		低出生体重児		再掲 低出生体重児				適正体重児		再掲 適正体重児				巨大児	
		~2500	~999	1000~1499	1500~1999	2000~2499	2500~3999	2500~2999	3000~3499	3500~3999	4000~				
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H20	59	7 11.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 11.9%	50 84.7%	25 42.4%	21 35.6%	4 6.8%	2 3.4%				
H21	58	3 5.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.2%	55 94.8%	26 0.4%	20 34.5%	9 15.5%	0 0.0%				
H22	50	5 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.0%	3 6.0%	45 90.0%	21 0.4%	23 46.0%	1 2.0%	0 0.0%				
H23	61	10 16.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.6%	9 14.8%	51 83.6%	24 39.3%	18 29.5%	9 14.8%	0 0.0%				

図2 東神楽町の低出生体重児の推移



A) 出生週数と胎児の発育

低出生体重児の子の出生週数をみると、正産期にも関わらず低体重であった子が90%でした。(表2)この子達は胎内において何らかの要因で十分発育ができなかったと考えられます。その原因を探るため妊婦の背景をみていく必要があります。

表2 生まれた週数別低出生体重児の割合

生まれた週数	人数	正産期		早産		再掲 早産の割合						
		満37週以上		～満36週		満28週未満		満28週～満31週		満32週～満36週		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H23年1～12月生まれ	61	59	96.7%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	
再掲 2500未満児	10	9	90%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%	
内訳	～999	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	1000～1499	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	1500～1999	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2000～2499	10	9	90.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%

B) 母の妊娠前の体格と出生児の体重

体格がやせ（BMI 18.5未満）の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと言われています。やせの割合は23.3%と全国19.6%より高い状態で年々、増加傾向にあります。（図3）低出生体重児の予防のために、やせの妊婦に対して胎児が発育できる環境を整えられる支援が必要です。

また、体格が肥満の妊婦については、妊娠高血圧症候群などのリスクが高く、発症すると胎児の発育に影響するため予防が重要です。肥満妊婦の割合は8.3%と全国と同じです。

図3 妊娠直前のやせの人（BMI18.5未満）の推移

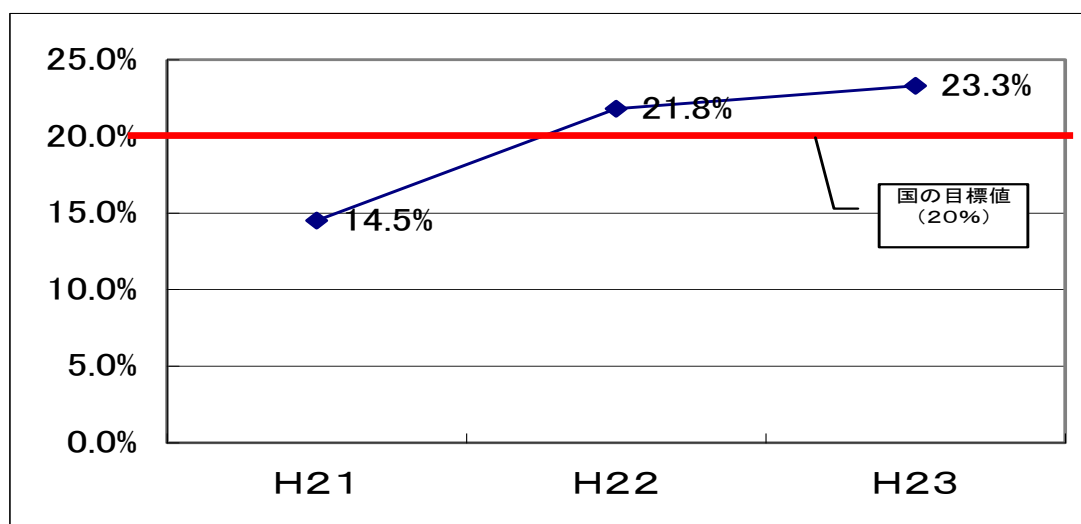


表3 妊娠前BMI別子の出生体重

	妊娠前のBMI						
	やせ		適正体重		肥満		
	18.5未満		18.5～25未満		25以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
23年1月～12月に出生した母	14	23.3%	41	68.3%	5	8.3%	
※全国 平成22年乳幼児身体発育調査報告書		19.6%		72.0%		8.3%	
再掲	1500g未満						
	1500～1999g			1	2.4%		
	2000～2499g	2	14.3%	5	12.2%	2	40%
	2500～2999g	6	42.9%	16	39.0%	2	40%
	3000～3499g	5	35.7%	12	29.3%	1	20%
	3500～3999g	1	7.1%	7	17.1%	1	20%
	4000g以上						

平成23年生まれ 母60人(双胎1人)

C) 母の妊娠中の体重増加量

胎児が発育するためには、妊娠前の体格（BMI）に合った目標体重増加量に母が体重を増やす必要があります。母の妊娠中の体重増加量の状況を見ると、目標体重より少なかった人は19.2%でした。特に妊娠前に体格がやせの母をみると26.7%が目標体重より少なく、体重が増えていませんでした。（表4）

体重が増えない背景には、食事内容の偏り（パンなどの糖質中心、スナック菓子などの間食の摂取）があるなど、妊娠期に必要な栄養が摂れていない実態がみえてきました。

妊婦の食についてさらに実態把握し、妊婦が自分のからだに合った体重増加について理解し、必要な栄養をとり体重管理をしていくための支援が必要です。

表4 妊娠中の体重増加量と妊娠前の体格

妊娠前のBMI			(参考値) 目標体重 増加量	目標体重より少ない		適正な体重増加		目標体重より多い		合計 (人)
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H23年 出生 57人				11	19.2%	24	42.1%	22	38.6%	57
再掲	やせ	BMI18.5未満	9~12kg	4	26.7%	3	20.0%	8	53.3%	15
	適正 体重	BMI18.5~25未満	7~12kg	6	16.2%	21	56.8%	10	27.0%	37
	肥満	BMI25以上	6~8kg	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%	5

(イ) 肥満傾向児にある子どもの割合

A) 1歳6ヶ月児、3歳児の体格

幼児の肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満につながる確立が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

特に低出生体重児の場合は、将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満を予防していく必要があります。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し15%以上、学童では同じく20%以上の体重の場合をいいます。

東神楽町では出生後、新生児訪問、乳幼児健康診査、健康相談などの保健事業を通じ子どもの発育に関する相談を行い、乳幼児期における適正体重の維持、肥満の子の割合の減少、月齢に応じた適切な生活習慣の確立を目指しています。

本来、幼児期の体脂肪率は少なく5~7歳に見られるアディポシティ・リバウンド（注1）が3歳などの早期に現れると、成人期の肥満へ移行しやすいといわれています。

しかし、平成23年度に行った1歳6ヶ月児健康診査で1.6%、3歳児健康診査で7.8%の子に、小児肥満の実態が見られました。（表5・6）

(注1) アディポシティ・リバウンド

乳児期をすぎ、下降傾向にあるBMIや体脂肪率が再び上昇に転じること。通常7歳頃に現れるが、早期（特に3歳未満など）に起こると成人肥満、内臓脂肪症候群に移行することが多いとされる。

表5 1歳6ヶ月児、3歳児の体格

平成23年度健康診査結果	肥満		適正体重		やせ	
	15%以上		-14.9~14.9%		-15%以下	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6ヶ月健康診査 (計 63人)	1	1.6%	61	96.8%	1	1.6%
3歳児健康診査 (計 77人)	6	7.8%	70	90.9%	1	1.3%

表6 肥満度15%以上の3歳児の実態（出生からの体格の変化と食の実態）

	在胎週数	出生体重	前期乳健	後期乳健	1歳6ヶ月	3歳		
			カウプ指数		19以上肥満	好きなおかず	嫌いな食べ物	
女	36週	2596g	23.1 (5ヶ月)	20.3 (9ヶ月)	17.8	19.4	野菜サラダ・果物	ピーマン
男	39週	3095g	18.3 (3ヶ月)	18.6 (9ヶ月)	17.5	18	カレー	なし
女	39週	3482g	20 (3ヶ月)	欠席	18.4	18.3	ハンバーグ・魚・卵料理	野菜全般
男	40週	3650g	16.9 (3ヶ月)	19.3 (9ヶ月)	17.9	18.4	魚・ハンバーグ・ウインナー	なし
男	39週	2992g	転入			18	ハンバーグ・唐揚げ・エビフライ	葉物・なす・きゅうり・ピーマン

B) 学童期の体格

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。

国の指標の設定となっている小学校5年生(10歳)の、東神楽町の肥満傾向児は、男子は全国より、女子は全国、北海道より出現率が高くなっています。(表7)

また、経年の変化では、全国よりも高い割合で推移していますが男女共に減少傾向にあります。(図4~6)

表7 平成22年度 都道府県別

肥満傾向児の出現率

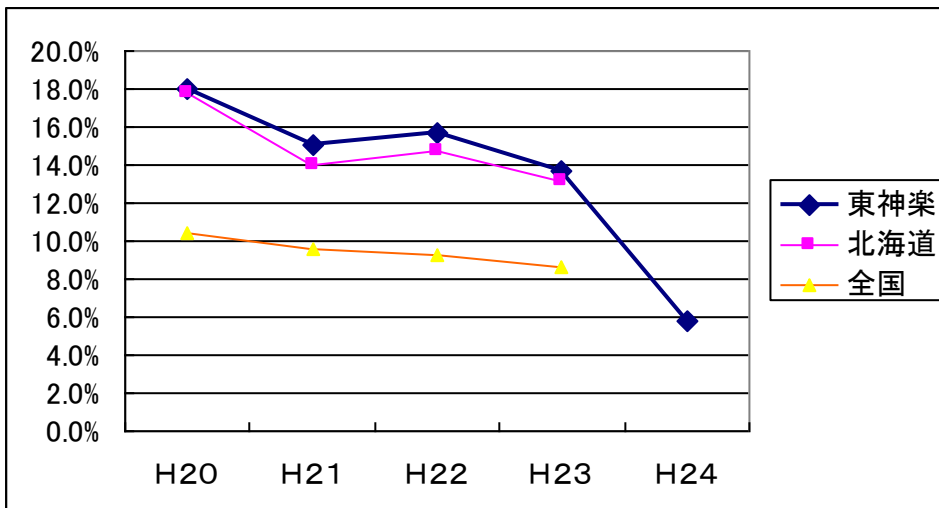
学校保健統計調査

	小学校5年生		
	男子	女子	
1	北海道 18.43	東神楽町 18.10	1
2	山形 18.01	青森 12.64	2
3	徳島 15.82	岩手 12.42	3
4	岩手 14.33	宮城 11.76	4
5	群馬 13.56	栃木 11.68	5
6	秋田 13.32	宮崎 11.10	6
7	大分 13.31	北海道 10.89	7
8	東神楽町 13.20	秋田 10.46	8
9	宮城 13.07	群馬 10.37	9
10	青森 12.55	福島 10.28	10
11	山梨 12.36	愛媛 9.66	11
12	宮崎 12.17	三重 9.58	12
13	愛媛 12.16	沖縄 9.48	13
14	栃木 12.15	山形 9.36	14
15	茨城 12.14	熊本 9.34	15
16	福島 11.81	東京 9.31	16
17	沖縄 11.81	福岡 8.81	17
18	静岡 11.69	佐賀 8.79	18
19	高知 11.66	大分 8.71	19
20	埼玉 11.47	広島 8.69	20
21	奈良 11.34	富山 8.66	21
22	千葉 11.30	鹿児島 8.59	22
23	佐賀 11.29	千葉 8.45	23
24	和歌山 11.25	埼玉 8.14	24
25	鹿児島 10.64	★全国 8.13	25
26	新潟 10.56	山梨 8.08	26
27	愛知 10.45	山口 8.08	27
28	★全国 10.37	岡山 7.77	28
29	石川 10.21	石川 7.75	29
30	広島 10.08	茨城 7.41	30
31	岐阜 9.93	神奈川 7.32	31
32	福岡 9.79	福島 7.28	32
33	島根 9.66	福井 7.03	33
34	熊本 9.20	島根 7.02	34
35	福岡 9.10	大阪 6.97	35
36	長野 9.04	滋賀 6.86	36
37	岡山 8.82	京都 6.81	37
38	三重 8.71	鳥取 6.79	38
39	富山 8.59	高知 6.74	39
40	神奈川 8.58	長崎 6.71	40
41	大阪 8.57	愛知 6.64	41
42	香川 8.24	新潟 6.56	42
43	長崎 8.18	奈良 6.32	43
44	兵庫 7.98	兵庫 6.16	44
45	山口 7.92	静岡 5.99	45
46	滋賀 7.77	岐阜 5.96	46
47	東京 7.35	和歌山 5.91	47
48	京都 7.13	香川 5.44	48
49	鳥取 5.38	長野 4.28	49

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

図4 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移



子どもの肥満については、従来から、学校における健康診査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、統計のあり方等について学校保健委員会等を活用し、学校関係者特に、養護教諭と検討していく必要があります。

図5 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移（男児）

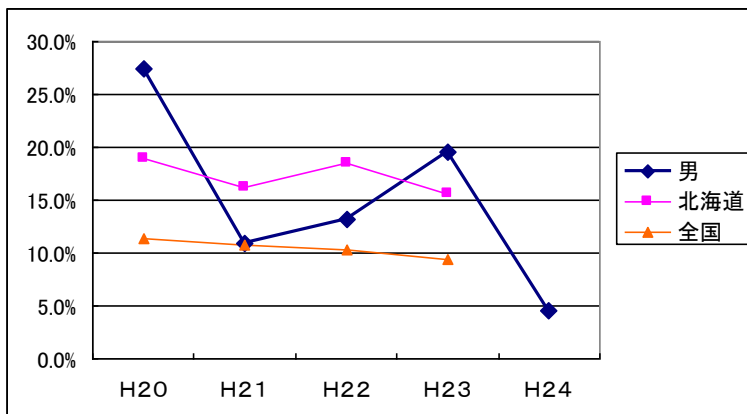
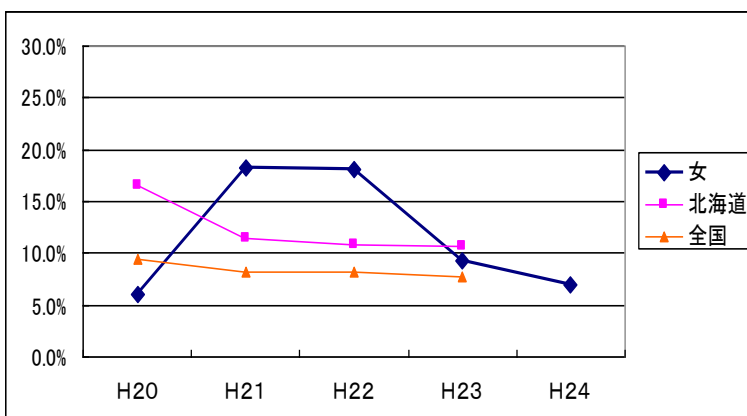


図6 肥満傾向児（小学校5年生）の出現率の推移（女児）



iii 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) 適切な生活リズムを有する子どもの増加

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。

食、身体活動（運動・遊び）、睡眠などのリズムを総じて生活リズムといい、体を使った遊び、食、睡眠は、どれも深く関係しあっています。4歳の生活リズムをコントロールする脳が完成する前に、適切な生活リズムを作ることが必要です。（表8、表9）

表8 3歳児就寝時間（割合）の年次推移（%）

	20時前	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30以降
H22年度	11.5	19.7	37.7	8.2	23.0	
H23年度	11.8	6.6	31.6	18.4	19.7	11.8

表9 3歳児起床時間（割合）

起床時間	人数	割合(%)
～6:00	13	21.3%
～6:30	13	21.3%
～7:00	28	45.9%
～7:30	4	6.6%
7:30～	3	4.9%
計	61	100%

平成23年度 3歳児健診 より

表10 3歳児 1日の睡眠時間（割合）※昼寝分は含まれない

睡眠時間	人数	割合	
12.5	1	1.6%	足りている 6.3%
12.0	1	1.6%	
11.0	2	3.1%	
10.5	1	1.6%	睡眠不足 93.4%
10	26	40.6%	
9.5	5	7.8%	
9	19	29.7%	
8.5	5	7.8%	
8	4	6.3%	
計	64	100%	

平成23年度 3歳児健診より

3歳児は、睡眠時間が11～13時間必要といわれていますが、足りている児は6.3%で、残りの9割の児は睡眠不足でした。昼寝分が含まれていないので今後、昼寝の実態も把握していく必要があります。（表10）

(イ) 学童の生活習慣病予防健診の実施

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。(表 11、12)

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、学童の生活習慣病健診を実施し、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。

表 1 1 各ガイドラインの予防指標

ライフステージ		小学生		中学生	
項目	単位	6～8歳	9～12歳		
内臓脂肪の蓄積	BMI				
	肥満度	%	20 未満	20 未満	
	腹囲	cm	75 未満 (※ 1)	80 未満 (※ 1)	
	中性脂肪	mg/dl	120 未満 (※ 1)	120 未満 (※ 1)	
	HDLコレステロール	mg/dl	40 以上	40 以上	
	肝機能	AST(GOT)	U/I	31 未満	31 未満
		ALT(GPT)	U/I	31 未満	31 未満
γ-GT (γ-GTP)		U/I	51 未満	51 未満	
血管を傷つける条件	血糖	空腹時	mg/dl	100 未満	100 未満
		随時	mg/dl	140 未満	140 未満
		HbA1c	%	5.2 未満	5.2 未満
		尿糖		(-)	(-)
	血圧	収縮期	mmHg	125 未満 (※ 1)	125 未満 (※ 1)
		拡張期	mmHg	70 未満 (※ 1)	70 未満 (※ 1)
	尿酸	mg/dl			
LDLコレステロール	mg/dl	LDL-C 以外の主要危険因子数(※3)	LDL-C 目標値 (mg/dl)	LDL-C 以外の主要危険因子数(※3)	LDL-C 目標値 (mg/dl)
		0	160 未満	0	160 未満
		1～2	140 未満	1～2	140 未満
		3 以上 または、糖尿病・脳梗塞・閉塞性動脈硬化疾患の合併	120 未満	3 以上 または、糖尿病・脳梗塞・閉塞性動脈硬化疾患の合併	120 未満
		冠動脈疾患の既往あり	100 未満	冠動脈疾患の既往あり	100 未満
腎臓	血清クレアチニン	mg/dl	0.6 未満	男子 0.7 未満 女子 0.6 未満	男子 0.8 未満 女子 0.7 未満
	eGFR	ml/分	106～160		男子110～170 女子104～148
	尿蛋白		(-)	(-)	(-)
	尿潜血		(-)	(-)	(-)
易血栓性	ヘマトクリット	%			
その他	喫煙				
根拠		児童生徒の健康診断マニュアル(2006) (※1)小児メタボリックシンドロームの診断基準 動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2007) 日本消化器病学会肝機能研究班意見書 糖尿病診療治療ガイドライン(2010) 高血圧治療ガイドライン(2009)[予防指標は、正常高値以下とした] 高尿酸血症・痛風治療ガイドライン(2010) CKD診療ガイドライン(2009) 脳卒中治療ガイドライン(2009)		児童生徒の健康診断マニュアル(2006) (※1)小児メタボリックシンドロームの診断基準 動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2007) 日本消化器病学会肝機能研究班意見書 糖尿病診療治療ガイドライン(2010) 高血圧治療ガイドライン(2009)[予防指標は、正常高値以下とした] 高尿酸血症・痛風治療ガイドライン(2010) CKD診療ガイドライン(2009) 脳卒中治療ガイドライン(2009)	

表 12 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

法律		母子健康法					(省令)児童福祉施設最低基準第35条		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律												
		母子健康手帳(第16条)		健康診査					健康診断(第13条)		健康診断(第66条)		特定健診(第20条)												
健診の名称等		妊婦健診					1歳6ヶ月児健診 3歳児健診		学校健診		定期健康診断		特定健診												
健診内容を規定する法令・通知等		平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4 妊娠時の母性保健」 平成21年2月27日雇児発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等について」					厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章健康および安全」		学校保健安全法施行規則 第6条「検査の項目」														
対象年齢・時期等		8週前後		26週前後		36週前後		1歳6ヶ月 3歳		保育所 幼稚園		小学校、中学校、高等学校 大学		40歳未満 雇用時、35歳、40歳以上		40～74歳 75歳以上									
項目	幼児	小学生		中学生	高校生	妊婦	成人	65歳以上	年間14回		該当年齢		該当年齢		(幼稚園については、学校保健安全法のもと実施)		年1回		年1回		年1回		年1回		
身長	3～5歳	6～8歳	9～11歳	12～14歳	15～17歳				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
体重																									
内臓脂肪の蓄積	BMI・肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満			成人と同様		妊婦初期(5～16週) 25未満	BMI25未満																
							妊婦中期(17～28週) 27.2未満																		
							妊婦後期(29～40週) 28.3未満																		
	腹囲		75cm未満	80cm未満																					
	中性脂肪		120mg/dl			150mg/dl未満																			
肝機能	HDLコレステロール	40 mg/dl 以上																							
	AST(GOT)	31 IU 未満																							
	ALT(GPT)	31 IU 未満																							
	γ-GT (γ-GTP)	51 IU 未満																							
血管を傷つける条件	血圧(mmHg)	120/70未満	125/70 未満		130/75 未満	130/85 未満																			
	尿酸		5.3mg/dl未満	6.2mg/dl	7.1mg/dl																				
	空腹時血糖	100mg/dl																							
	随時血糖	140mg/dl 未満			(食後2時間) 120mg/dl未満		140mg/dl																		
	HbA1c	5.2%未満					5.8%未満	5.2%未満																	
LDLコレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数					目標値(mg/dl)																			
	0					159以下																			
腎臓	血清クレアチニン	男 0.5未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.9未満	1.05未満																		
	(mg/dl)	女 0.4未満	0.6未満		0.7未満	0.8未満	0.8未満																		
	eGFR	正常GFR 133±27ml/分			男子 140±30ml/分		60ml/分以上																		
	尿蛋白	(一)																							
	尿潜血	(一)																							
易血栓性	赤血球																								
	ヘマトクリット																								
	ヘモグロビン						46%未満																		

☆は東神楽独自で実施している項目 ◎はH25年度より実施予定

④ 対策

i 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進

- ・妊婦～妊婦健診の実施・母子手帳交付時保健指導、栄養訪問指導
- ・乳児期～新生児訪問・乳幼児健康診査・乳幼児相談
- ・肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健・栄養指導の実施
- ・学童の生活習慣病予防健診結果に基づいた個別の保健・栄養指導、健康学習

ii 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- ・妊産婦～妊婦相談において自分のからだに合わせた生活習慣（食事など）の学習の推進
酒・喫煙の実態把握を母子手帳交付時、妊婦相談等を通じて行い、禁酒・喫煙学習の推進
- ・乳幼児～各種健診や相談を通じ、栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた指導
- ・小中学生を対象とした学童生活習慣病予防健診の実施（小学5年生・中学2年生）
- ・小中学校と課題の共有（学校保健委員会等）
- ・食育の推進

2. 生活習慣・社会環境の改善

(2) 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。

東神楽町でも自然環境や地理的な特徴、歴史的條件が相まって、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、2)

生活習慣病予防の実現のためには、東神楽町の特性を踏まえ、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

i 発症予防

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

個々人の体の状態（健診結果など）を読み解き、ライフステージを考慮し、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援します。

ii 重症化予防

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

図1 からだの実態と食の実態を結びつけて考える

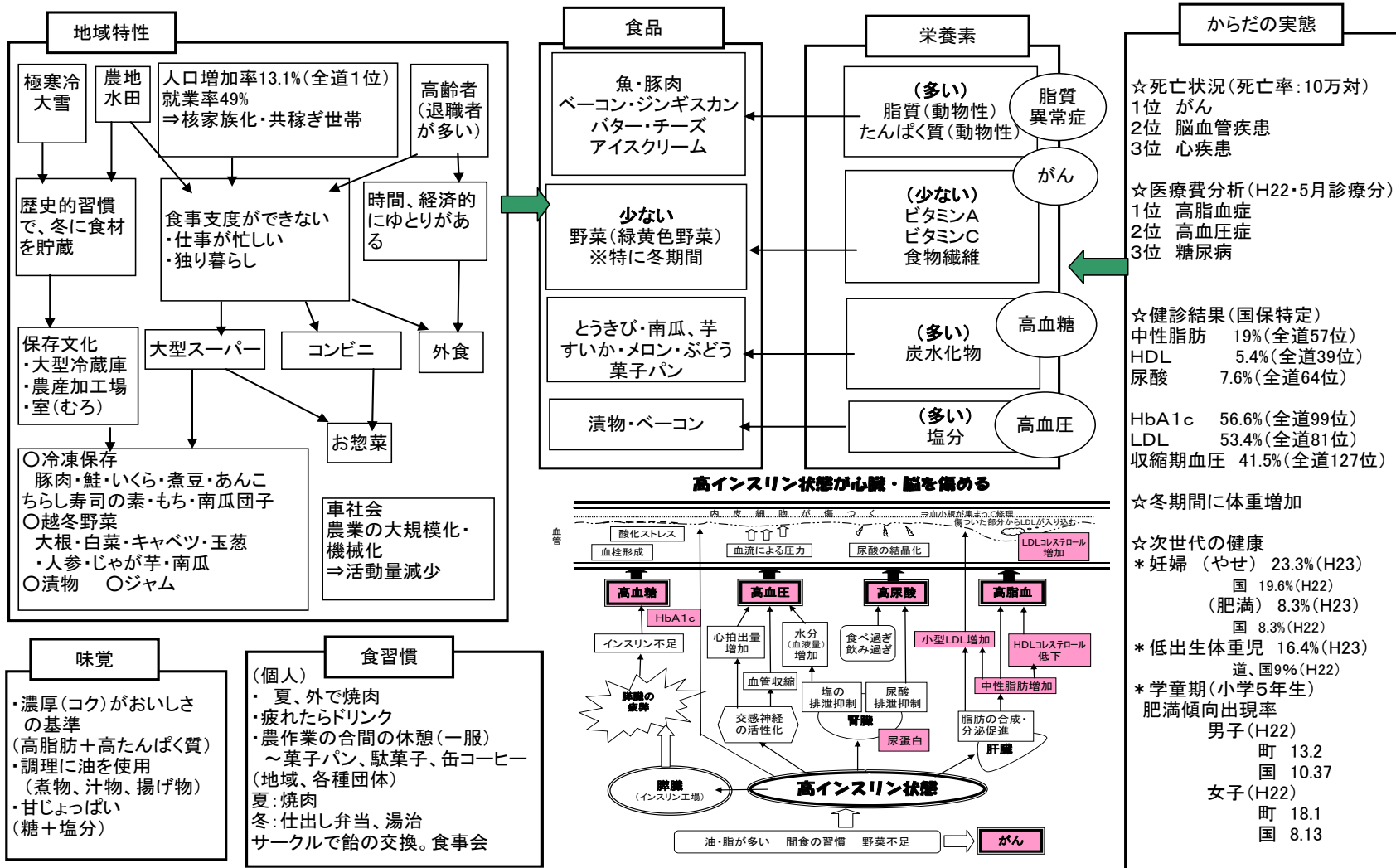


図2

季節による地域の食の実態を考える～住民の発言から～

平成24年度 生活習慣病予防教室にて

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
肉		ジンギスカン											
魚						鮭	さんま	飯寿司	いかの塩辛				
						いくら							
豆					枝豆	煮豆							
果物		いちご		ラズベリー	ハスカップ	ブルーベリー	メロン	すいか	柿	くり	りんご	なし	ぶどう
									いよかん	オレンジ	はっさく	干し芋	みかん
越冬用						玉葱・白菜・大根・キャベツ・ごぼう じゃが芋 人参 南瓜							
芋						じゃが芋	南瓜			れんこん			
主食						そば	新米			おもち	甘酒		
				とうきび		とうきび(冷凍)							
種実											落花生		

③ 現状と目標

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係が強く、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

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	出生時	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	低出生体重児	中等度・高度肥満児傾向児	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	23.3%	16.4%	男子8.90% 女子6.70%	33.9%	18.6%	14.9%
	(平成23年度)					
データソース	妊娠届出時		学校身体計測結果	特定健診結果		
都道府県比較			次世代:表7			
町の変化	次世代:図3	次世代:図2	次世代:図4・5・6	栄養:図6		高齢者:図2

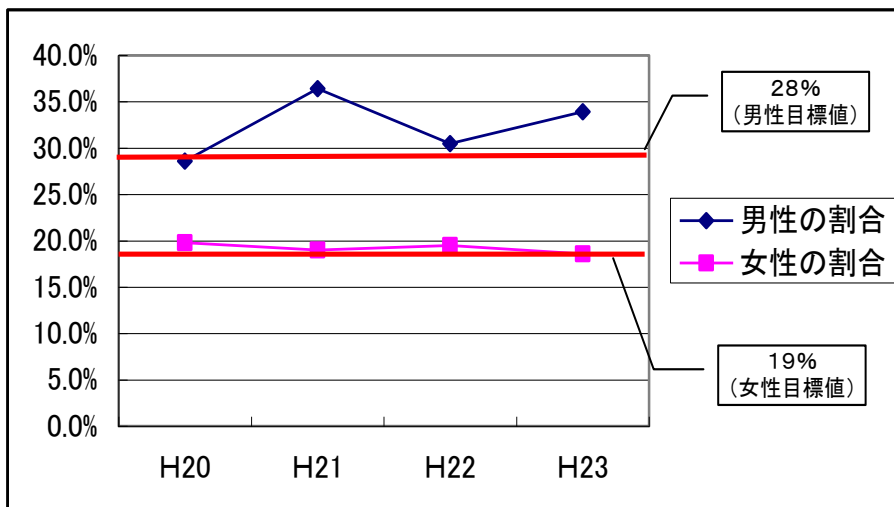
■20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少

■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。

東神楽町の 20～60 歳代男性の肥満者は、年変動がありますが目標値を上回っています。40～60 歳代女性の肥満者の割合は横ばいで、平成 34 年度の目標値を達成しています。（図 3）

図3 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



(ア) ライフステージの中で体重が増えるきっかけ (図 4)

ライフサイクルの中で体重が増えるきっかけはいくつかあります。幼児期、学童期は、お菓子や清涼飲料水などの間食の過剰摂取、成人では、職業による不規則な生活リズム、季節での仕事内容（労働量）の変化、女性は、妊娠、出産に伴う増加などがあります。また、年齢とともに基礎代謝量は低下していくので、必要な食事は徐々に減っていきます。若い頃と同じ量を食べていても体重は増えていきます。

適正な体重を維持していくためには、適正な量と内容（質）の食事を摂取することが必要です。

A) 労働での変化

(I) 季節での身体の動かし方での変化 (図 5)

農家の方の特徴として、夏の農繁期と冬の農閑期で体重が変化する傾向があります。冬、活動量が減少することで、必要な食事も少なくなります。胃袋の容量は変化しないため、食べる量が変わらず体重が増えます。

“夏に体重が減るので問題ない”と夏冬で体重変化が繰り返される中で年々代謝が低下し、冬に増加した体重が減りにくくなり、平均体重が増加していきます。夏に体重が減少しますが、血液データは改善するものもありますが、悪化する結果もあります。

必要な食事は身長を基準とし、年齢による基礎代謝量、体重、活動量によって変わります。活動量、年齢、血液データに見合った食事は、胃の容量を満たす食の内容（質）が適正体重とともに血液データのためには重要です。

(II) 労働条件（生活リズム）の変化が引き起こす体重の変化と血液データ

私たちは、1日24時間という生活リズムで生活していますが、実際にはもう少し長い約25時間で体内リズムが刻まれています。朝の光を浴び、朝食を食べることで体内時計はリセットされ、体が目覚め、心身の働きが活発になります。朝食を食べないことは、代謝活動の低下、脂肪合成の促進につながります。また、夜9時以降の飲食は、心身の活動の低下により、脂肪として蓄積され、肥満の原因になります。

労働条件の変化に伴い、活動量の低下だけでなく、食事時間、内容（質）が変わることで、肥満や高血糖を引き起こします。

労働条件等、個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適切な食事は、質、そして時間（いつ食べるか）が適正な体重、血液データの維持には重要です。

B) 間食（一服）の食べ方による変化 (図 6)

農繁期には、長時間の農作業が続くため3食に加え、間食が必要になります。その中には菓子パンと駄菓子、缶コーヒーといった実態も少なくありません。缶コーヒーは休憩ごと来客ごとに一緒に飲むため、箱で購入します。選び方によって摂取する栄養素量が変わってくるため、中身を選択できるような学習が必要です。

図4 ライフステージの中で体重が増えるきっかけ

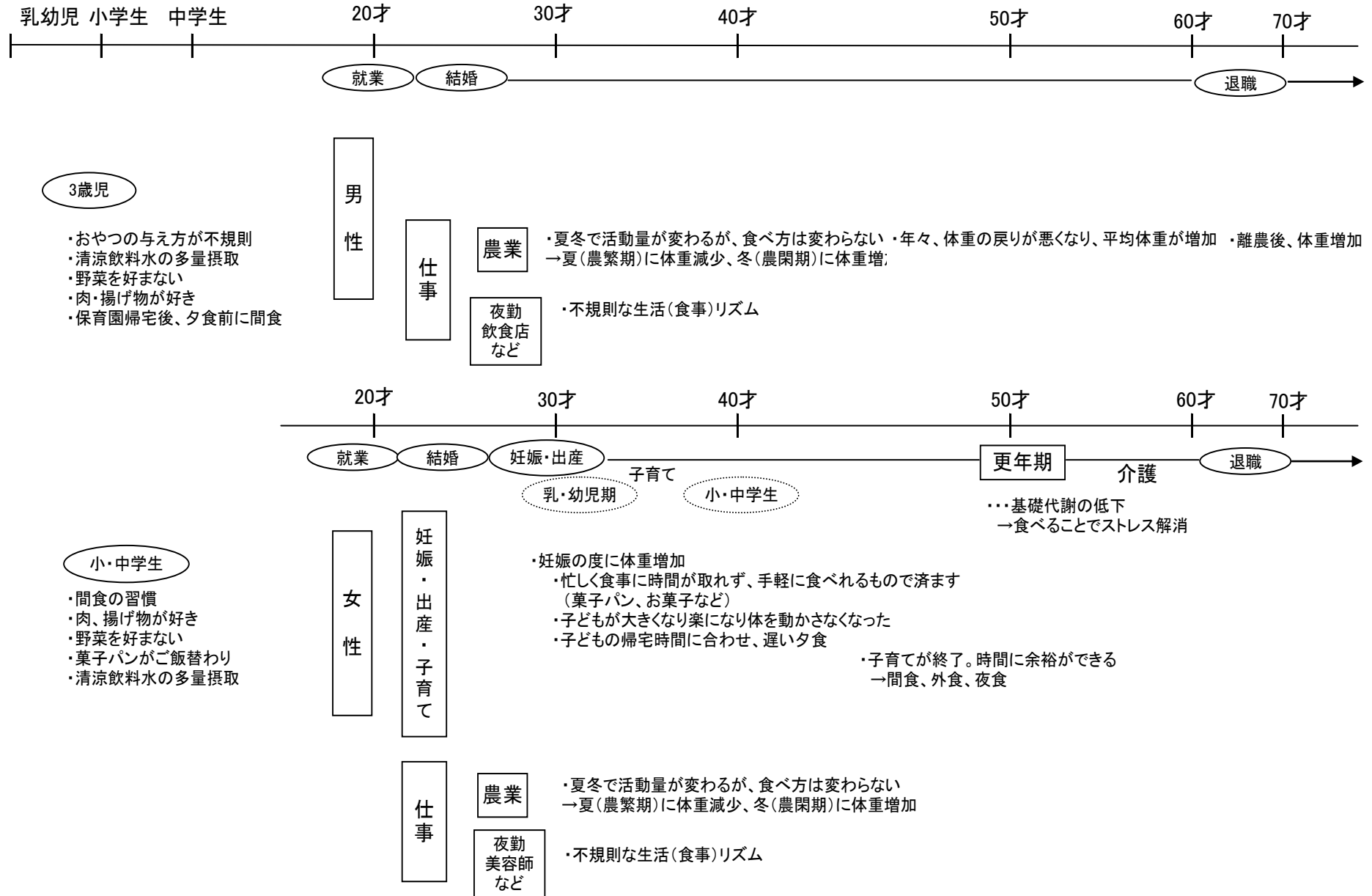


図5 体重変化と血液データ

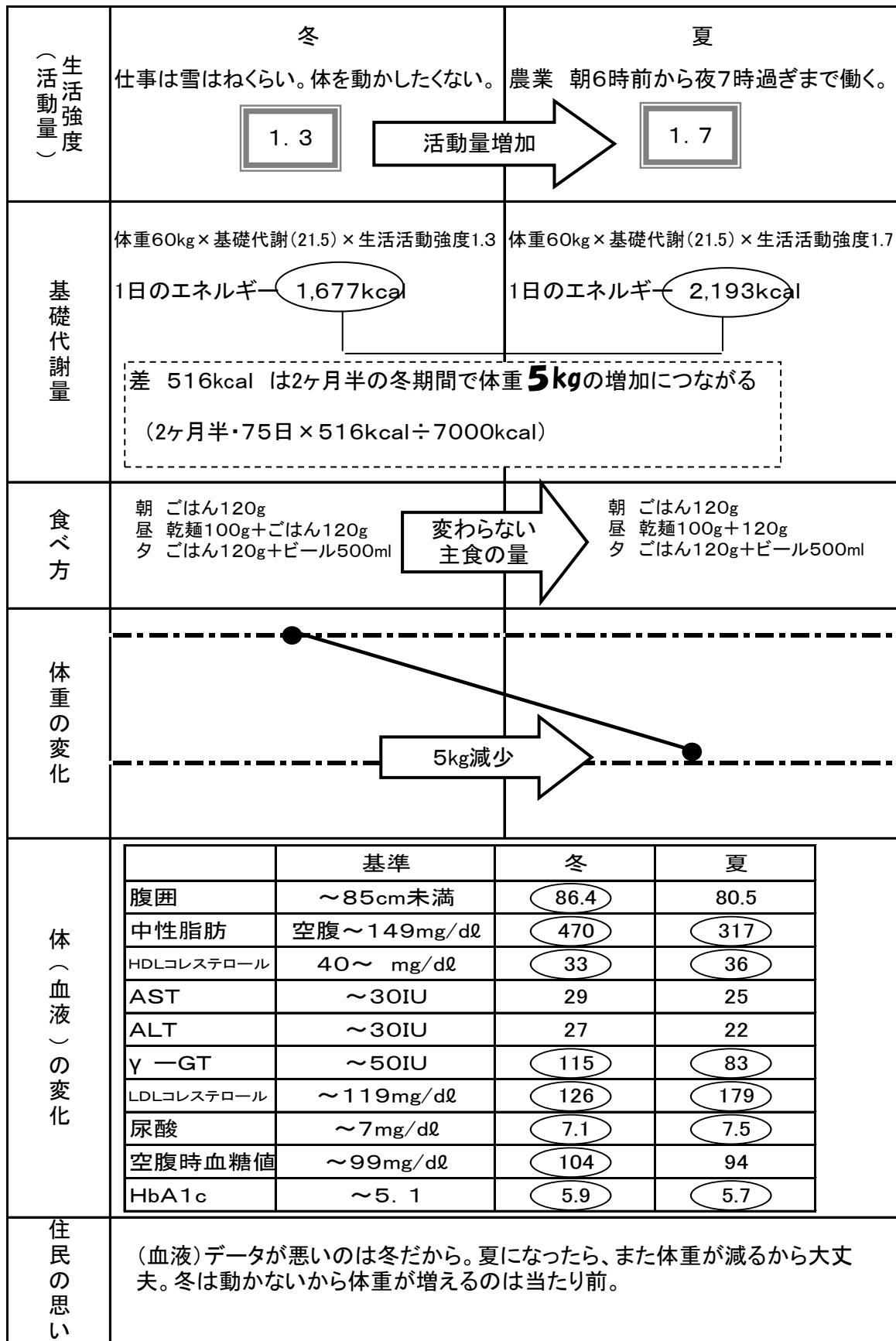


図6 農家の一服（間食）の習慣の変化による体の変化

	一服の習慣あり(一年前)	一服の習慣なし(一年後)																																					
食べ方	10:00 飲み物(缶コーヒー、ジュースなど) 15:00 駄菓子、菓子パン など	10:00 お茶 15:00																																					
体重の変化																																							
体（血液）の変化	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基準</th> <th>一服あり</th> <th>一服なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>腹囲</td> <td>～85cm未満</td> <td>81</td> <td>79 ↓</td> </tr> <tr> <td>中性脂肪</td> <td>空腹～149mg/dℓ</td> <td>155</td> <td>131 ↓</td> </tr> <tr> <td>AST</td> <td>～30IU</td> <td>27</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>ALT</td> <td>～30IU</td> <td>20</td> <td>19 ↓</td> </tr> <tr> <td>γ-GT</td> <td>～50IU</td> <td>36</td> <td>27 ↓</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td>～119mg/dℓ</td> <td>162</td> <td>150 ↓</td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値</td> <td>～99mg/dℓ</td> <td>105</td> <td>104 ↓</td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>～5.1</td> <td>5.1</td> <td>5.1</td> </tr> </tbody> </table>				基準	一服あり	一服なし	腹囲	～85cm未満	81	79 ↓	中性脂肪	空腹～149mg/dℓ	155	131 ↓	AST	～30IU	27	27	ALT	～30IU	20	19 ↓	γ-GT	～50IU	36	27 ↓	LDLコレステロール	～119mg/dℓ	162	150 ↓	空腹時血糖値	～99mg/dℓ	105	104 ↓	HbA1c	～5.1	5.1	5.1
	基準	一服あり	一服なし																																				
腹囲	～85cm未満	81	79 ↓																																				
中性脂肪	空腹～149mg/dℓ	155	131 ↓																																				
AST	～30IU	27	27																																				
ALT	～30IU	20	19 ↓																																				
γ-GT	～50IU	36	27 ↓																																				
LDLコレステロール	～119mg/dℓ	162	150 ↓																																				
空腹時血糖値	～99mg/dℓ	105	104 ↓																																				
HbA1c	～5.1	5.1	5.1																																				
住民の思い	<p>出面さんに、おやつ（一服）を出さないようにしてその分、お金で渡すようにした。食べたい人は自分の好きなものを食べればいいし、食べない人は食べないですむ。自分達も購入に悩まなくてもいいし、楽になった。 今までは、出面さんにおやつを出してる方なので、食べないとみんな食べれないかなと思い食べていたが、無理に食べなくてもよくなった。</p>																																						

ii 適切な量と質の食事をする者の割合の増加

(ア) 町民の食の選択

適切な量と質の食事は生活習慣病予防の基本の1つです。食品の選び方、とり方が血液データを左右することから、食品に含まれる脂質や糖質の量を知り、適正量を摂取することが必要です。町民は多様化する価値観やライフスタイルの中で食を選択しています。生活習慣病予防や重症化予防のため、一人ひとりの体（血液データ）の状態に基づいた食品の摂取を選択できるための情報提供や学習が必要です。（表2、図7）

表2 町民の食べ方の実態

食品群	食品	町民の食べ方の実態
4群	主食	<p>ごはんは太るので食べないようにしている。 ホームベーカリーで自分で毎朝パンを焼く。 痩せたいので、夜はお粥かそばにしている。 体にいいので毎食そばにしている。そばは、低カロリー。 菓子パンはおやつ。ごはんの後に食べることもある。 乾麺を常備している。1束1人。市販の1Pは1人前。 ごはんを食べないと力がでない。 ぎょうざを20個食べてご飯食べる。 太らないようにするために夜は炭水化物を抜いている。</p>
	砂糖	<p>砂糖は安い時に大量に購入。砂糖の減りが早い。 はちみつは体にいいので、大きな瓶で常時ストックしてある。 缶コーヒーは箱買い。 野菜をなかなか食べれないで、野菜ジュースを飲む。 オリゴ糖は便秘にいい。ヤクルトも便秘にいい。 納豆に砂糖、トマトに砂糖、コーヒーに砂糖。 白砂糖より黒砂糖の方が体にいい。</p>
	嗜好品	<p>夕食後、ほっとひと息つくために甘いものを食べる。 夏の農作業で汗がでるのでスポーツドリンクを飲む。 一服で駄菓子などお菓子を食べる。 口が乾くので飴をなめる。 サークルなどで飴の交換をする。 仏さんがあるので、お菓子をもらう。お供えについつい自分の好きなものをあげる。</p>
その他		<p>これ以上、体重が減ると体がこわくて仕事（農作業など）ができない。 オリーブ油、ごま油は体にいい。</p>

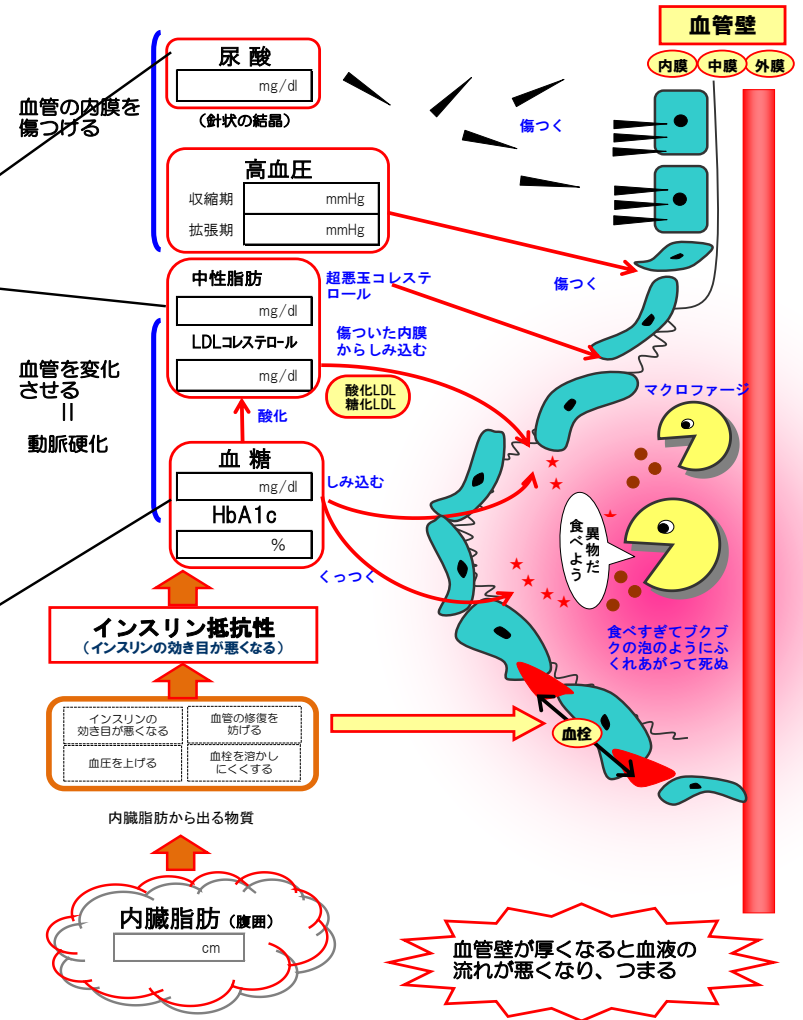
図7 住民の食の実態と血液データ

②食品の選び方

	種類	脂質の占める割合	食材ランキング (全国順位)	町民の食べ方の実態
肉	豚ヒレ肉	2%	豚肉2位	豚ばら肉はだしになる
	豚もも肉	10%	ジンギスカン1位 (他の生鮮肉)	ジンギスカンは、基準量だとだしにもならない
	豚ひき肉	15%		カレーライスにベーコンを入れる
	ラムロース	18%		
	豚ロース(脂身つき)	19%		
	ウインナー	29%	ベーコン2位	
	豚ばら肉	35%		
ベーコン	39%			
魚	たら	0.2%	鮭2位	さんまは一人1~2匹
	さけ	4%		開きホッケは、2人で1枚
	ほっけ	7%		たらは、味が薄いのでバターで炒める。揚げる
	さば	12%	さんま4位	
	さんま	25%		
乳	チーズ	26%	チーズ1位	ホームベーカリーでパンを作る(バター使用)
	バター	81%	バター1位	バターは冷蔵庫に常備してある

	種類	糖質の占める割合	食材ランキング (全国順位)	町民の食べ方の実態
野菜 果物 芋類	もやし	2%	玉葱2位	夏はミニトマトをおやつ代わりに食べる
	ほうれん草	3%		玉葱の生をスライスして食べる
	ミニトマト(全国標準)	7%		スイカは腎臓によいのでスイカ糖を食べてる
	北海道産ミニトマト	8%		スイカ、自家栽培してる。集中して毎日食べる
	いちご	9%		れんこん
	にんじん・玉葱	9%		ごぼうは繊維があって体にいい
	メロン(全国標準)	10%	メロン2位	とうもろこしは1人1本。冷凍して冬中食べる
	スナップえんどう	10%		南瓜は、大鍋で調理。
	越冬キャベツ	11~14%		夏は農作業が忙しく野菜料理が少ない。
	りんご・ごぼう	15%		冬場は緑の野菜が高いので買わない
	柿	16%	じゃが芋1位	冬場に室にある野菜は白菜、大根、人参
	北海道産メロン	16%		
	れんこん	16%		
	とうもろこし	17%		
	じゃが芋	18%		
	かぼちゃ	21%		
	バナナ	23%		
	さつまいも	32%		

①血液データ



→ メタボリックシンドロームの人は、血管を傷める因子を併せ持っている！

※HbA1c値は国際標準化に伴いNGSP値で表記

※食材ランキング：総務省「家計調査」平成21~23年平均

A) 若者の実態

20歳～30歳代は、生まれた頃からファーストフードやコンビニがある世代で、便利で簡単に、いつでも食べたいものを手に入れることができ、調理をしなくても食事をするができます。それらを上手く活用し選択することで必要な食品（栄養素）を摂取できるよう情報提供が必要です（図8）。

図8 20歳～30歳代の食生活の実態

Aさん				Bさん			
出勤日		休日		出勤日		休日	
時	食	時	食	時	食	時	食
6	起床			6		6	
7	朝食 ヨーグルト						
8	出勤 野菜ジュース コーヒー お茶	8	起床 朝食 ヨーグルト 野菜ジュース	8	起床 出勤 コーヒー お菓子	8	
12	昼食 お弁当 フルーツ			12	昼食 コンビニのパン (2個) ジュース500cc	10	起床
		13	昼食 オムライス			11	ブランチ ハンバーガー コーヒー
						12	
		16	クッキー スナック菓子			14	ドーナツ2個 お茶
17	クッキー チョコ あめ類						
18		18		18		18	お好み焼き ジュース アイス
19	サラダ スナック菓子 パン	19	スパゲティ 缶チューハイ スナック菓子 チーズ類	19	コンビニ弁当 お茶 アイス		
23	就寝			24	就寝	24	就寝

B) 野菜の摂取量の増加

(I) 野菜の必要性

私たちの体が元気で生き続けているのは、体のひとつひとつの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。そのひとつひとつの細胞に必要な材料（栄養素、水分、酸素）を入れるためには、特にビタミンAやC、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。また、食物繊維が含まれていることが『1日350g以上の野菜を食べましょう』という目標に繋がっていきます。

食事に、野菜が入ることで口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。胃袋の満足感にも繋がり、腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児や子供の成長にも必要で、大変重要な食材です。(図9)

図9 なぜ野菜を食べなくてはいけないのでしょうか！

食物繊維の働きと生活習慣病

第2次健康日本21の(目標)「野菜1日350g」

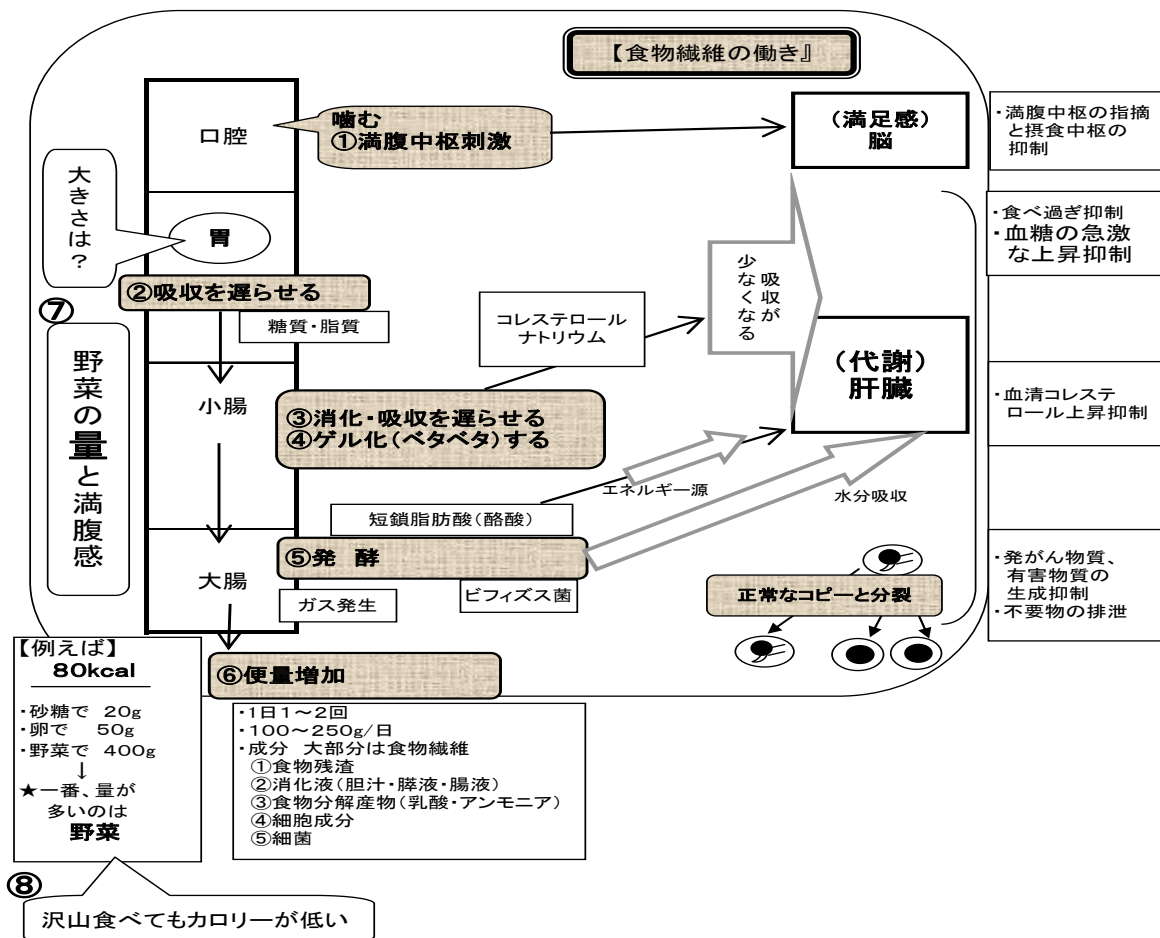
なぜ野菜を食べなくてはいけないのでしょうか！

I 野菜の成分を見てみました

II

1日 400g
食べると

水分	たんぱく質	炭水化物	脂質	ビタミン・ミネラル	食物繊維	エネルギー
90%	2%	6.5%	0.4%	1~3%	3.5g	30kcal
360cc	8g	28g	1.5g		16g	約80~90kcal



(Ⅱ) 野菜摂取量の実態

夏は、自家製野菜を栽培し食べることができますが、冬期間に保存して食べることができる野菜は限られています。特に冬場は緑黄色野菜が不足します。

冬の間の緑黄色野菜不足は、ビタミンAが不足し、細胞の入れ替えに必要な栄養素がとれません。冬の間保存している人参を1/2本(70g)加えるだけで1日に必要なビタミンAが摂取できます。緑黄色野菜を摂取することは、細胞の老化やがんの予防に必要です。(図10、11)

図10 収穫カレンダー

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
緑黄色野菜	ほうれん草												
	小松菜												
	トマト												
	アスパラ												
	にんじん												
	ピーマン												
淡色野菜	大根												
	なす												
	きゅうり												
果物	いちご												
	メロン												
	スイカ												
	ぶどう												
いかぼちや	かぼちや												
	とうもろこし												
	じゃがいも												

参考資料:JAひがしかぐらHP、産業振興課情報、住民聞き取り

図 1 1 冬期間の野菜のとり方

【冬の保存野菜・いも】

- ・大根
- ・白菜
- ・キャベツ
- ・ごぼう
- ・玉ねぎ
- ・にんじん
- ・じゃがいも

冬期間の野菜摂取が、
淡色野菜だけだったら...

冬期間の野菜摂取に
緑黄色野菜ににんじんを70g加えると...

血液中の物質名 (100cc中の単位)				細胞の分化再生	血液中の物質名 (100cc中の単位)				細胞の分化再生		
食品		栄養素別	重量 g	レチノール (ビタミンA) μg	食品		栄養素別	重量 g	レチノール (ビタミンA) μg		
50~60代生活活動強度 I				男 850	50~60代生活活動強度 I				男 850		
				女 700					女 700		
許容上限摂取量 (目安)				3000	許容上限摂取量 (目安)				3000		
1群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	76	1群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	76
	卵	卵	Mサイズ1個	50	75		卵	卵	Mサイズ1個	50	75
2群	魚	鮭	1/2切れ	50	6	2群	魚	鮭	1/2切れ	50	6
	肉	豚肉 (もも脂身あり)	薄切り2枚	50	2		肉	豚肉 (もも脂身あり)	薄切り2枚	50	2
	大豆製品	豆腐 (もめん)	1/4丁	110	0		大豆製品	豆腐 (もめん)	1/4丁	110	0
3群	緑黄色野菜					3群	緑黄色野菜	にんじん	中1本	70	500
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	0		淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	0
		キャベツ	1枚	40	2			キャベツ	1枚	40	2
		玉ねぎ	1/4個	50	0			玉ねぎ	1/4個	50	0
		白菜	大1枚	120	10			白菜	大1枚	120	10
	いも	じゃがいも	中1個	100	0		いも	じゃがいも	中1個	100	0
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	83		くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	83
		りんご	L 1/4個	75	1			りんご	L 1/4個	75	1
	きのこ	えのきたけ		50	0		きのこ	えのきたけ		50	0
	海藻	生わかめ	(塩蔵塩抜)	50	11		海藻	生わかめ	(塩蔵塩抜)	50	11
1~3群合計					266	1~3群合計					766
4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	0	4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	0
	砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	0		砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	0
	油	油、種実 (料理に使用)	大さじ1	13	0		油	油、種実 (料理に使用)	大さじ1	13	0
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	0		★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	0
チョコレート		3かけ	15	10	チョコレート	3かけ		15	10		
調味料	しょうゆ	大さじ1-1/2	27	60%不足	調味料	しょうゆ	大さじ1-1/2	27	0		
	みそ	大さじ2/3	10	0		みそ	大さじ2/3	10	0		
	食塩	小さじ1/2弱	2	0		食塩	小さじ1/2弱	2	0		
合計				276	合計				776		

④ 対策

i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導

ライフステージに対応した、食に関する適切な選択力がつくような栄養学習（表 3）

- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・学童、思春期は各関係機関と課題の共有
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導（図 12）
- ・家庭訪問や結果説明会など、それぞれの特徴を生かした栄養指導
- ・家庭訪問・健康相談・健康教育（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

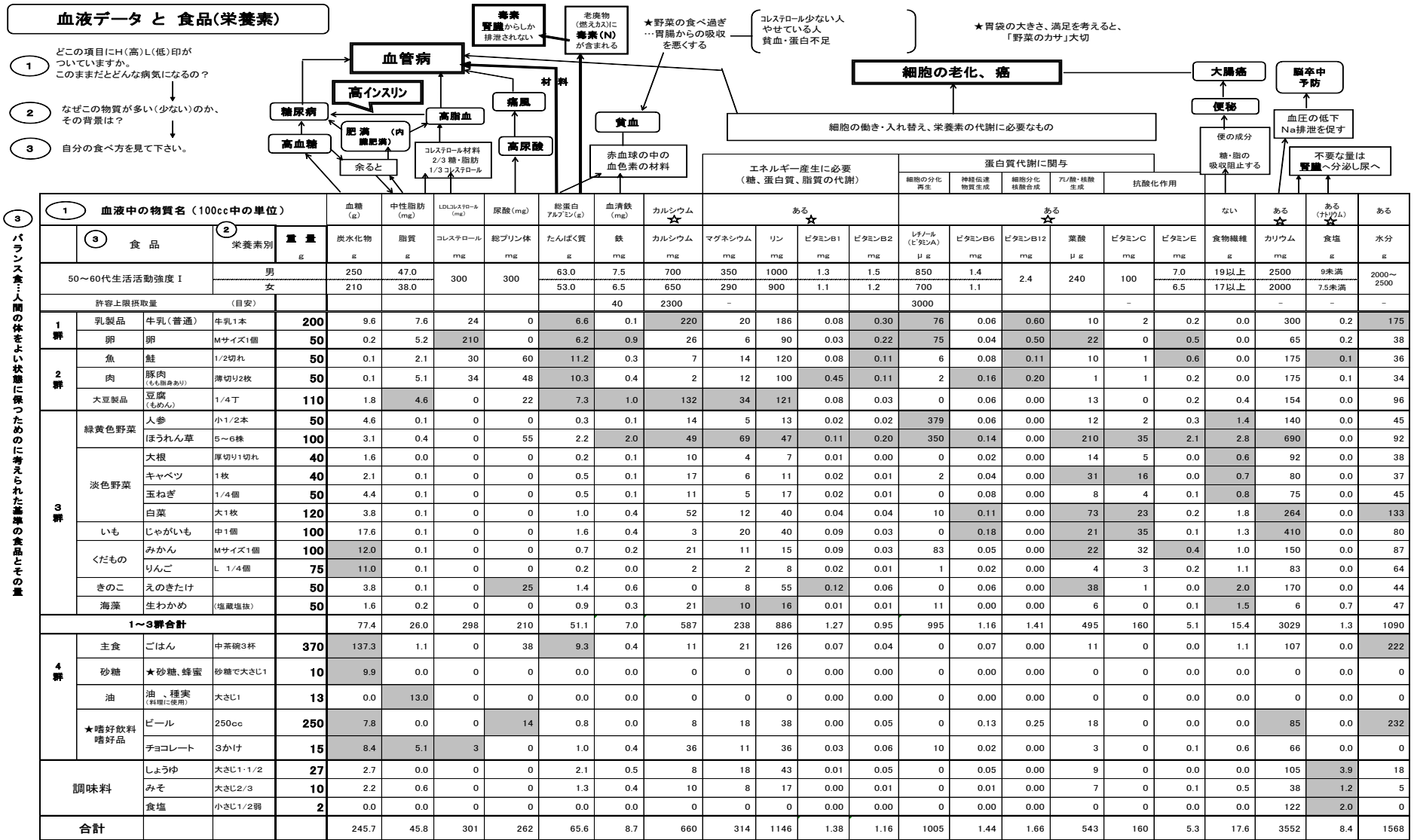
糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

表3 ライフステージごとの食品の目安量

食品			妊娠							授乳期	乳児			幼児			小学生		中学生		高校生		成人				
			前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群		授乳期		6か月	8か月	11か月	1歳半	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳		12~14歳		15~17歳					
			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			
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 <small>(ブレン ドヨー グルト40)</small>	350	400	400	400	400	400	400	400	400	400	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	全卵 3/2ヶ	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	20	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50				
	肉類	薄切り肉 2~3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	20	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50				
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	5	0	40	40	40	70	80	100	80	165	120	165	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	60	70	100	100	150	100	200	150	200	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	90	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250				
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	40	50	80	100	100	120	100	120	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	100	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	-	-	-	10	20	30	30~50	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	10	20	20	30	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				
	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	5	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	5	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20			
	嗜好品		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	離乳食の味が好きになり、食物の好き嫌いがなく食べるられる子にするために甘くておいしい赤ちゃん用の菓子(せんべい、ビスケット、卵ポロなど)、ベビー用のジュース等はなるべく与えないようにしましょう						間食の量、内容は考えて食事に影響しない程度に。あくまでも食事の補食として。						0	0	0	0	0	0

保健活動を考える自主的研究会 食ノートより

図12



(2) 身体活動・運動

①はじめに

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

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

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

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに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。

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

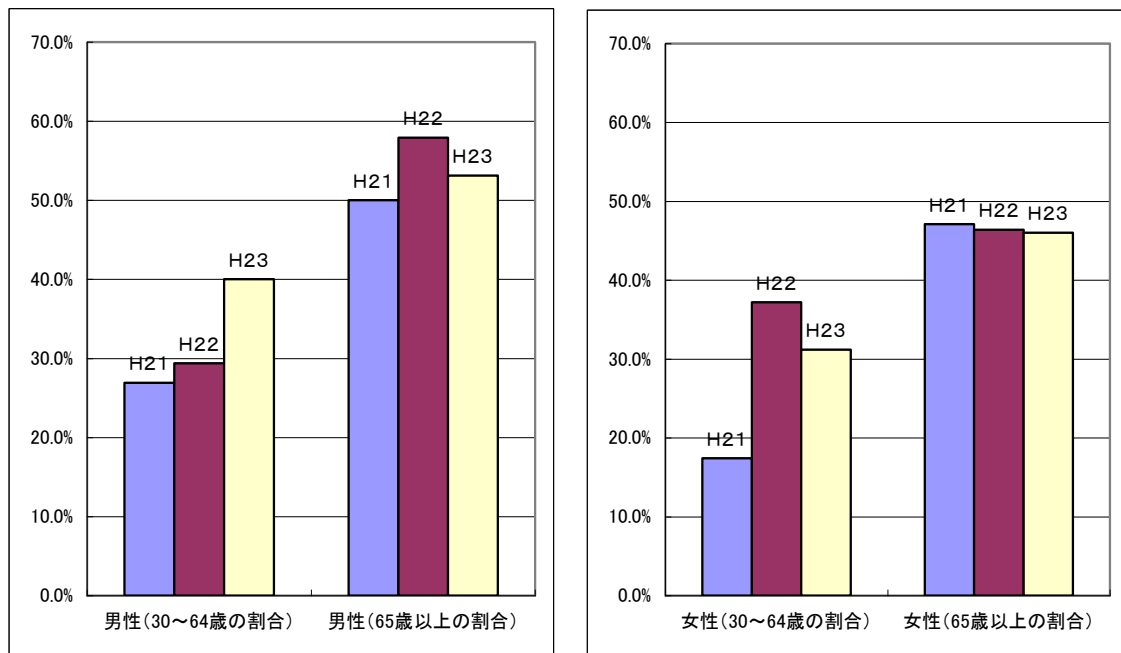
(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

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。

東神楽町では、東神楽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、60%以下であり、特に就労世代(20~64歳)の男性が少ない状況にあります。(図1)

図1 性別・年代別の体をよく使っている人の推移



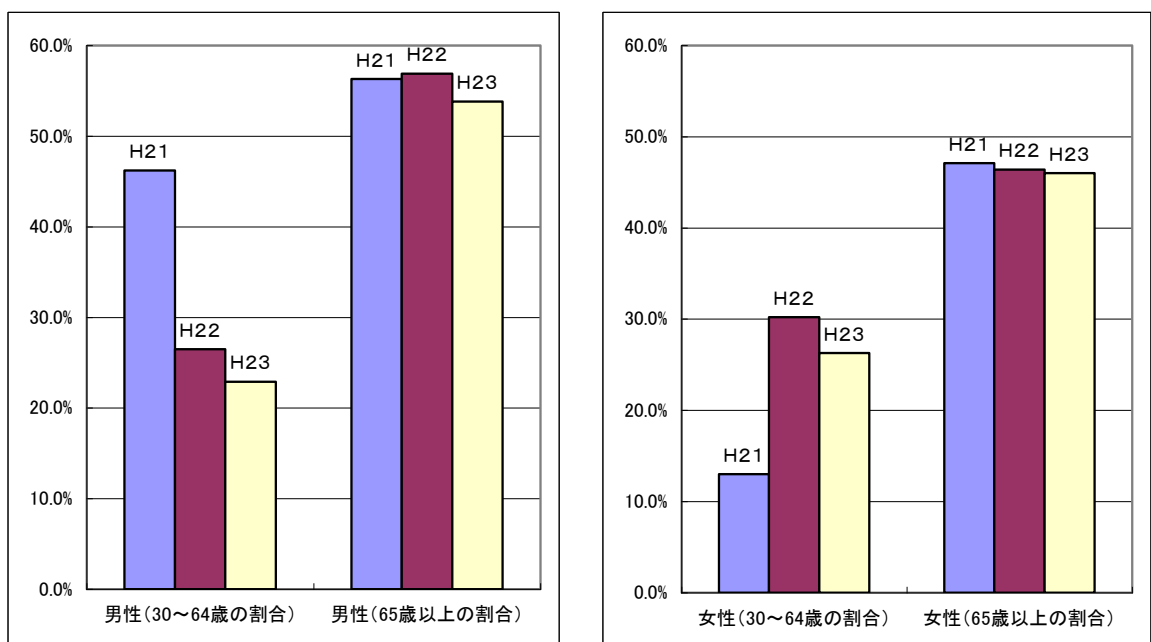
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、東神楽町は道路の凍結等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

ii 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(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、東神楽町も同様の傾向です。

就労率も高く、若い世代は、運動に取り組む時間の確保が難しい状況と考えられます。(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。

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
- ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進
 - ・町主催の事業や各関係機関が実施している事業への勧奨
 - 冬の運動教室、レッツウォーキング、五導術 等

(3) 飲酒

①はじめに

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

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

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

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

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

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

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

②基本的な考え方

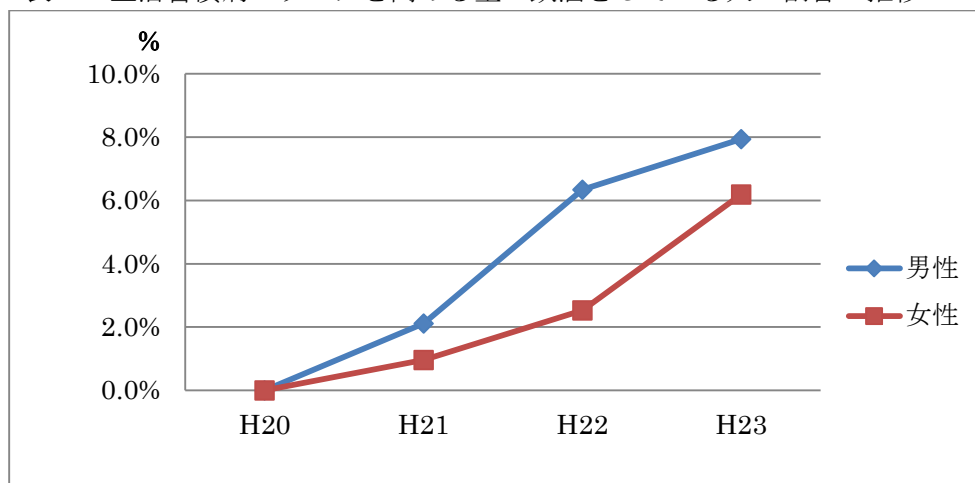
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

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

東神楽町において生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性、女性ともに、年々、増加しています。(表 1)

表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



東神楽町健康診査・国保特定健診問診票

生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣がある者 男性 22 名、女性 25 名の健診有所見（異常）率をみると、男性では高血圧、中性脂肪、肝機能（AST、 γ -GT）、心電図所見で異常率が高くなっています（図 1）。女性は、BMI、腹囲、高血圧、LDL コレステロール、肝機能（ALT、 γ -GT）で異常率が高くなっています（図 2）。

飲酒は肝臓のみならず、肥満や高血圧、脂質異常をも促します。健診結果と飲酒との関連を本人が理解し、適切な判断ができる支援が重要です。

同時に、飲酒の習慣は、東神楽町の地理・地形、気候や歴史などを背景とした文化や食生活の中で形成されたものでもあるため、飲酒に関する判断基準など、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相談や情報提供
 - 母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会、東神楽町広報等を利用した普及啓発
- ・ 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

- ・ 東神楽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

図1 男性飲酒者22名の健康実態～健診受診者全体の有所見率と毎日2合以上(純アルコール40g以上)のアルコール摂取がある者の健診有所見率の比較～

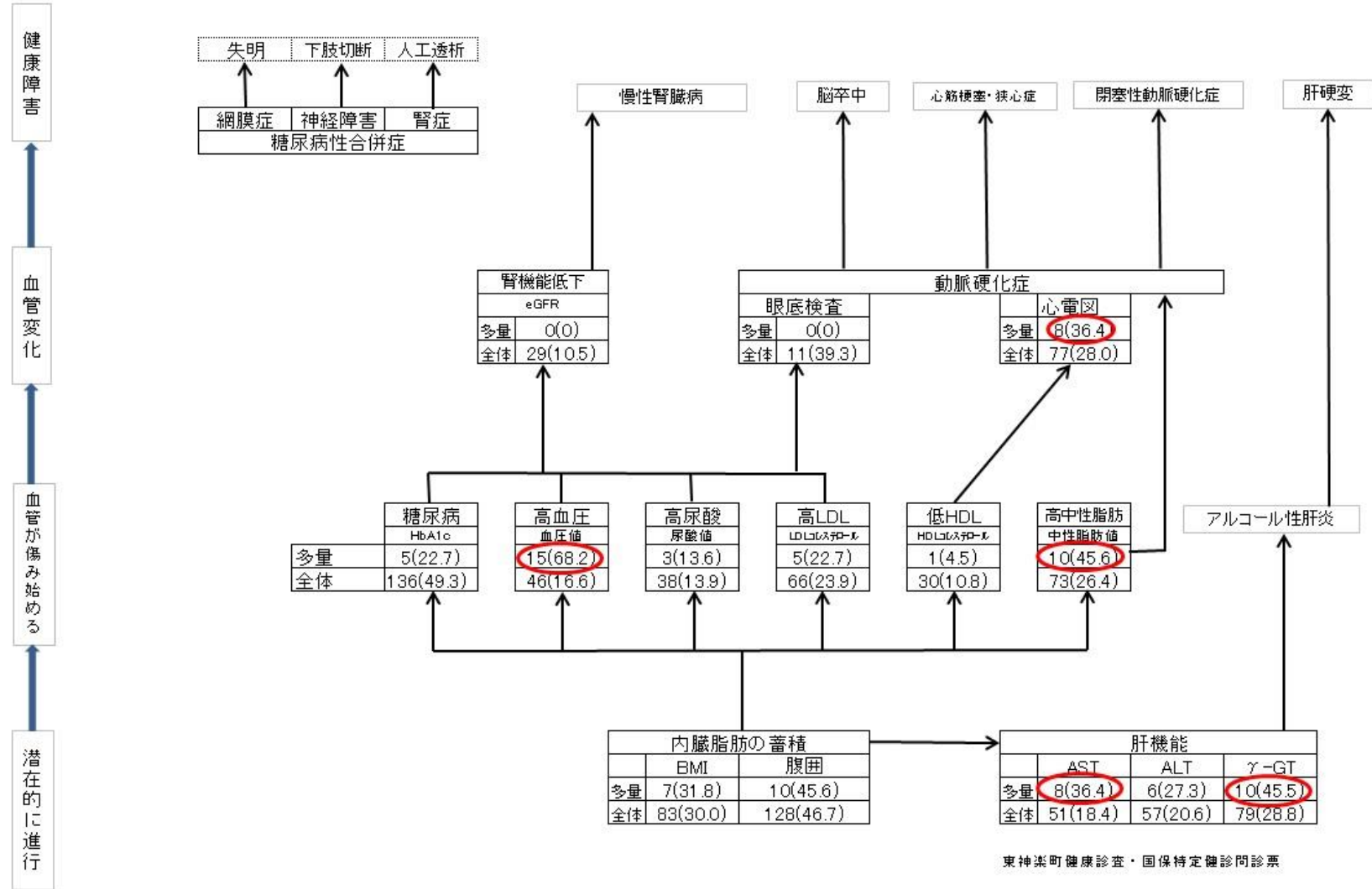
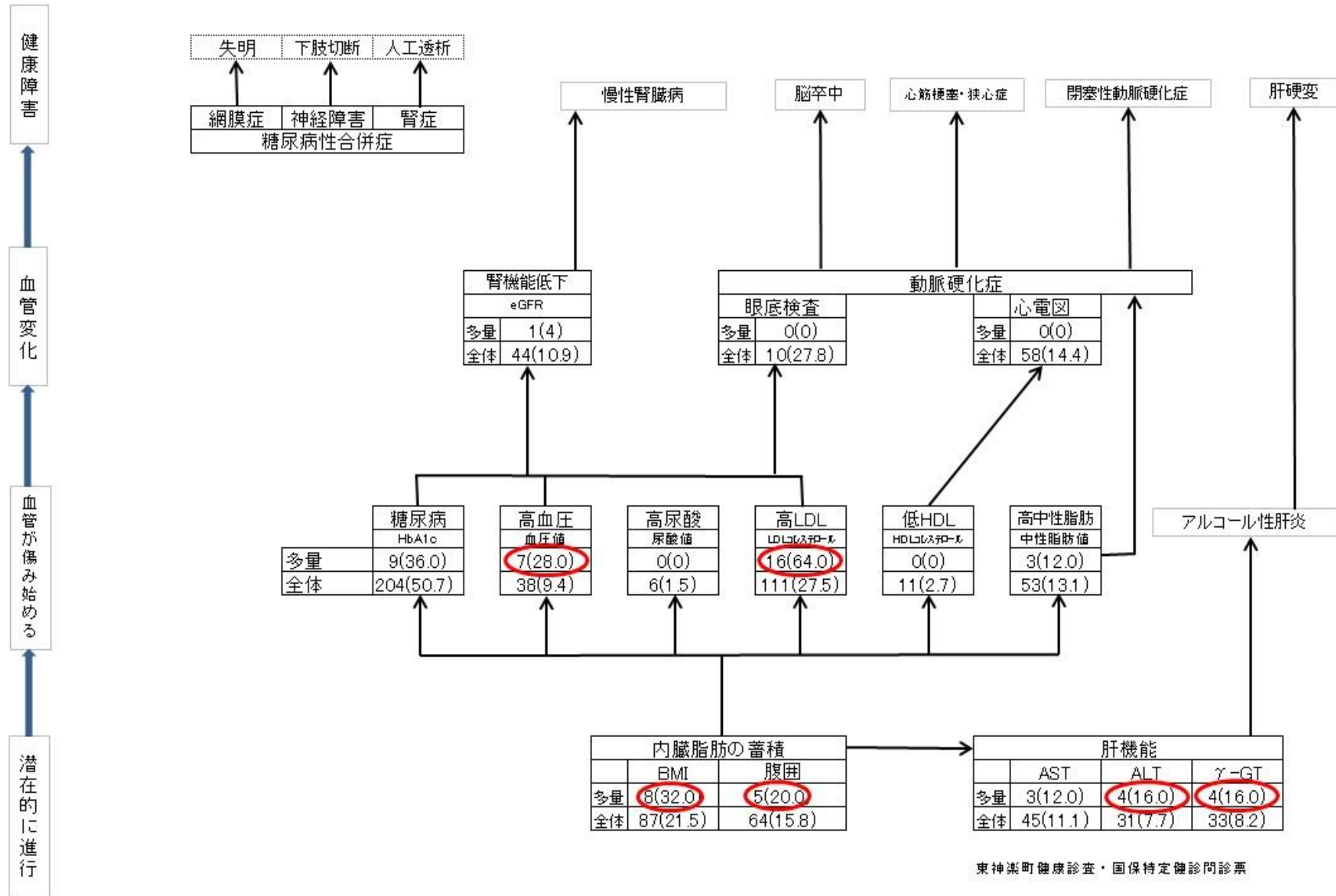


図2 女性飲酒者25名の健康実態～健診受診者全体の有所見率と毎日1合以上(純アルコール20g以上)のアルコール摂取がある者の健診有所見率の比較～



(4) 喫煙

①はじめに

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

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

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

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

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

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

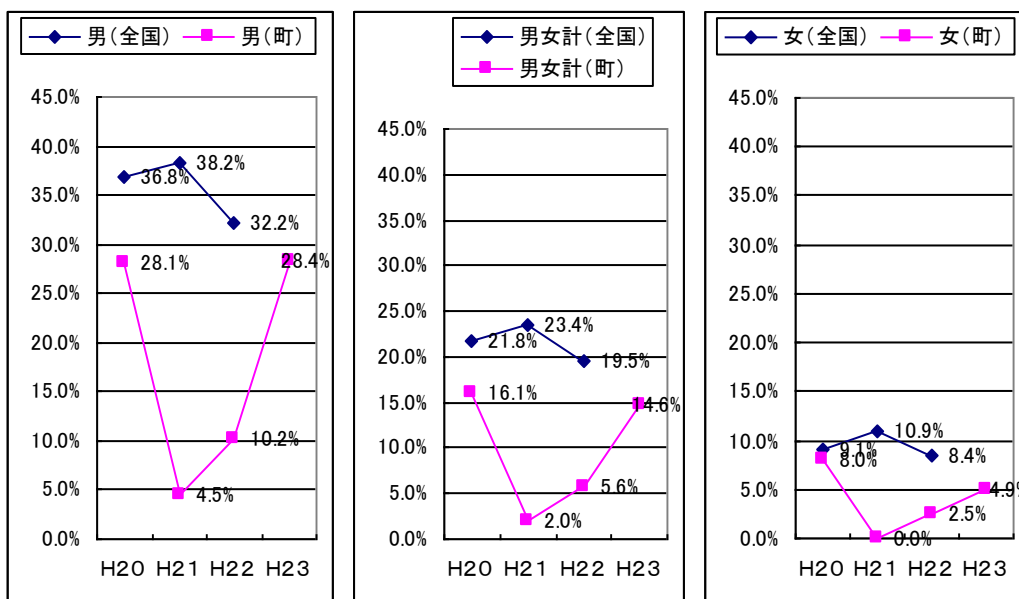
③現状と目標

i 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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

東神楽町の成人の喫煙率は、全国と比較すると低く推移していますが、男女ともに平成21年度に低下した後は増加に転じてきています。(図1)

図1 喫煙率の推移



東神楽町健康診査・国保特定健診問診票

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

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、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会等

ii 禁煙支援の推進

- ・健康診査、東神楽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

(5) 休養

①はじめに

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

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

②基本的な考え方

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

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

③現状と目標

i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

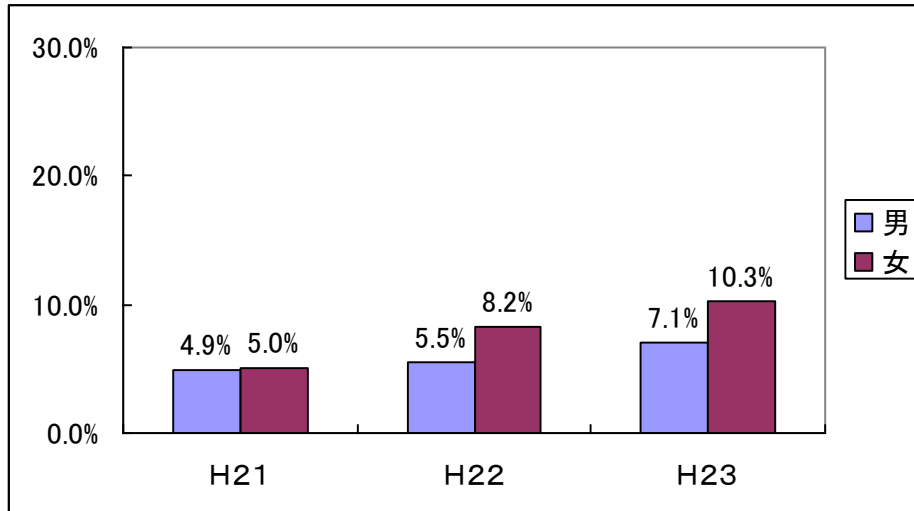
睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

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

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

東神楽町では、健康診査・東神楽町国保特定健康診査受診者に対し、国の標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)で示されている「睡眠で休養が十分とれている」の間診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、「いいえ」との回答率が男女ともに年々上昇してきています。(図1)

図1 十分な睡眠がとれていない人の割合



東神楽町健康診査・国保特定健診問診票

今後も問診項目による実態把握を継続し、国などと比較を行った上で、対策を検討、推進していく必要があります。

④対策

- i 東神楽町の睡眠と休養に関する実態の把握
 - ・問診による睡眠に関する実態把握の継続
- ii 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進
 - ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

3. こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

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

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

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

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人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。

③現状と目標

i 自殺者の減少

東神楽町の自殺死亡者をみると、数は少ないですが、中高年層の男性の自殺による死亡者が出現しています。(表1・図1) また、死亡率でみると、平成18年度を除き、国や北海道より低くなっています。(図2)

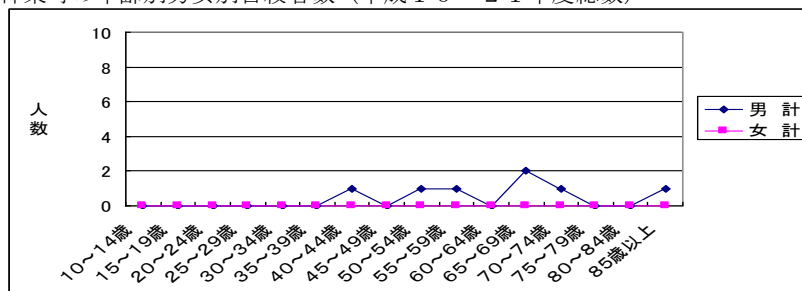
表1 東神楽町の自殺者数の推移

(単位：人)

	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
総数	0	1	4	1	1	0	2
男性	0	1	4	1	1	0	
女性	0	0	0	0	0	0	

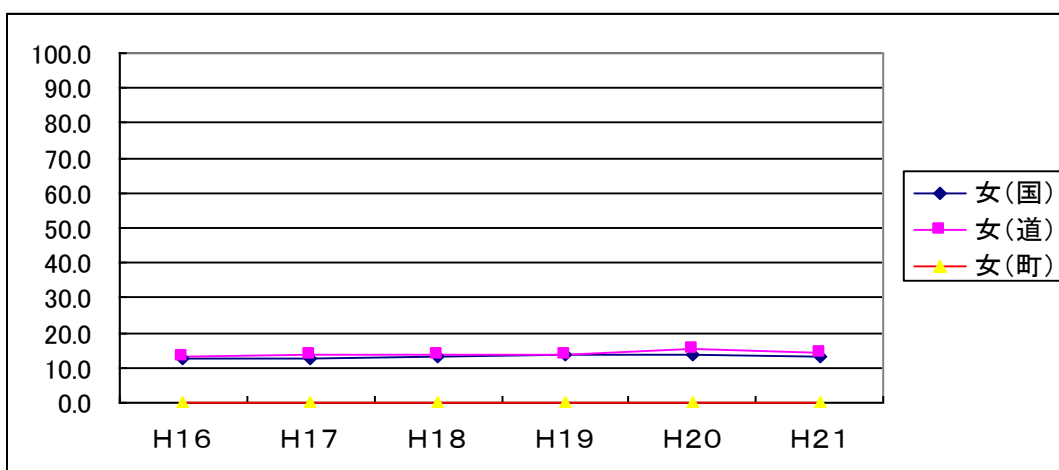
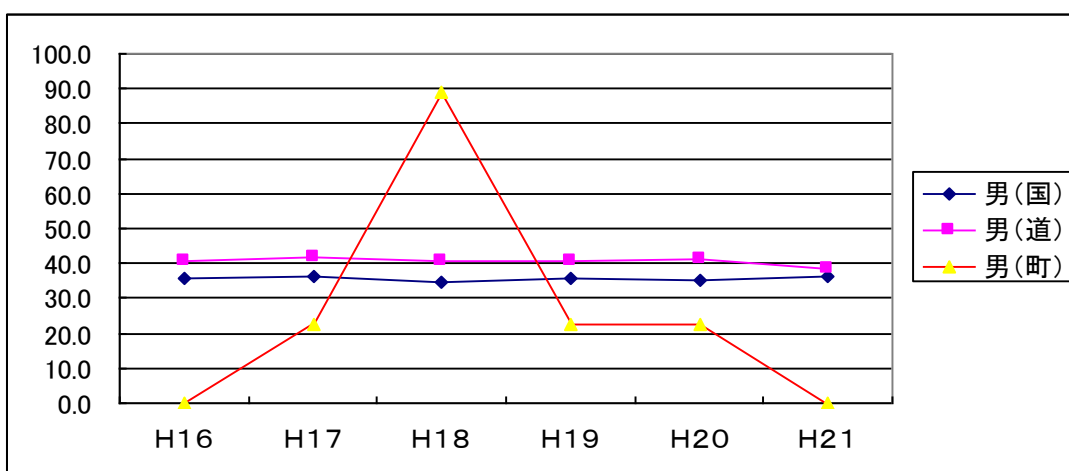
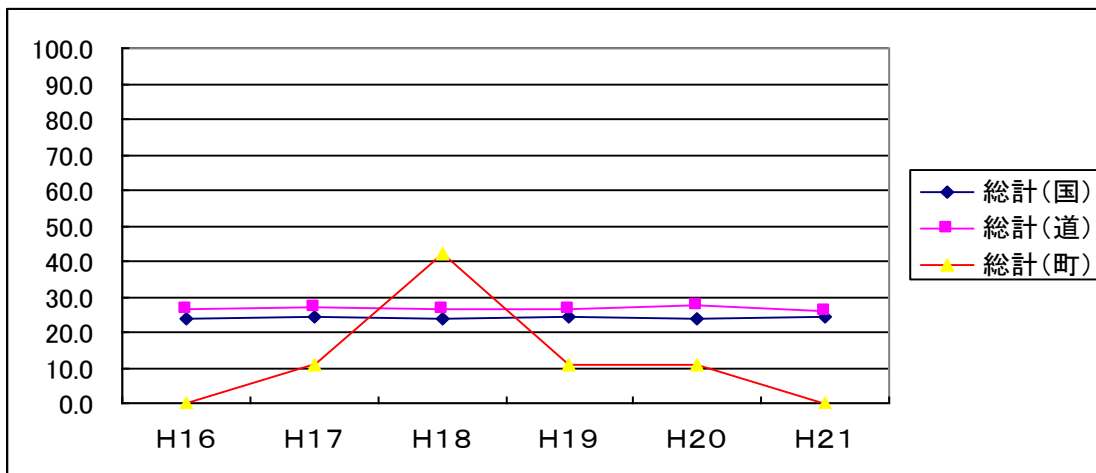
平成16～21年度まで道北保健年報、平成22年度は北海道統計年報

図1 東神楽町の年齢別男女別自殺者数(平成16～21年度総数)



道北保健年報

図2 自殺による死亡率の推移（人口10万対）



道北保健年報

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。

東神楽町国民健康保険における診療状況（平成 22 年 5 月）における年代別うつ病診療状況をみると、特に中高年の女性で受診が多くなっています。（図 3）また、診療科目別受診状況をみると約半数（54.1%）が精神科・心療内科へ受診しています（図 4）。

図 3 年代別うつ病診療状況

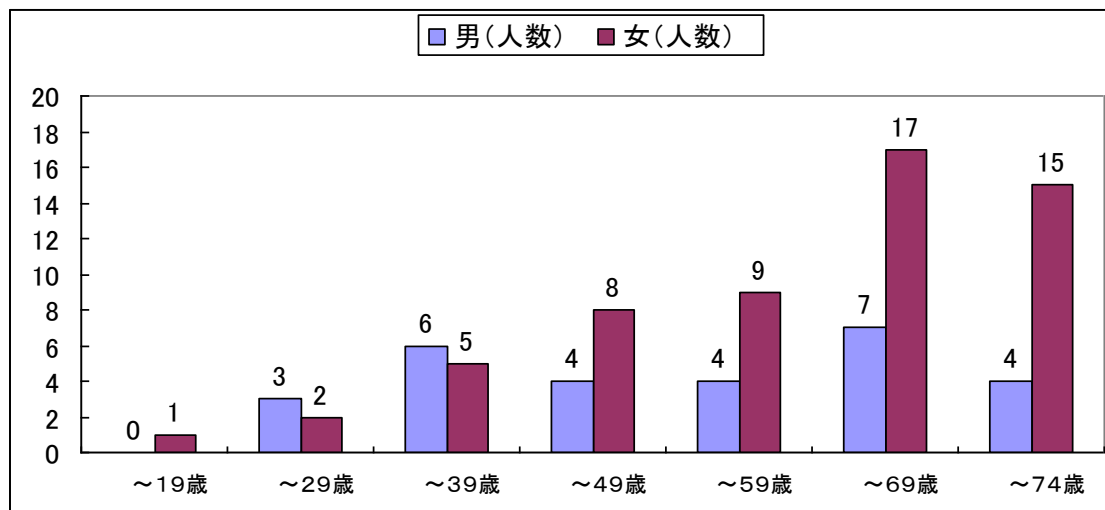
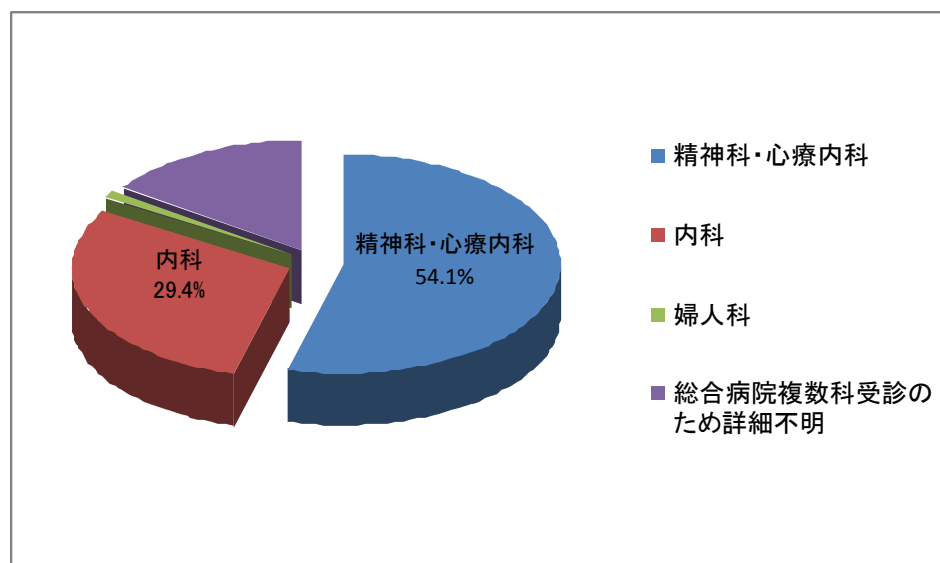


図 4 診療科別うつ病治療状況



（平成 22 年 5 月 東神楽町国民健康保険診療）

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、前頭葉の血流量変化測定し、脳の機能の状態を図る検査の研究なども進みつつあります。（注 1）

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティグ）との関与も明らかにされつつあります。（注 2）

(注1)「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

(注2) 医者も知らないアドレナル・ファティーグ ジェームス・L・ウィルソン書
中央アート出版

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

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

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

④対策

- i 心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
- ii 専門家による相談事業利用の推進
 - ・精神科医による相談事業の紹介

4. 高齢者の健康

①はじめに

東神楽町においても人口の高齢化が進んでおり、特に75歳以上の方が増加していくことが予想されます。高齢者の健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、社会参加や社会貢献等が重要となります。

②基本的な考え方

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

③現状と目標

i 介護保険サービス利用者の増加の抑制

東神楽町の1号保険者（65歳以上）の要介護・要支援認定者数は402人（平成23年10月1日現在）、18.9%となっており、全国（16.9%）・全道（17.7%）と比較して、高い認定率になっています。

介護保険認定者の原因疾患である脳血管疾患や血管障害を起こす因子等の予防に努め、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせていきます。（表1）

表1 介護保険認定者の原因疾患（平成24年7月 主治医意見書から）

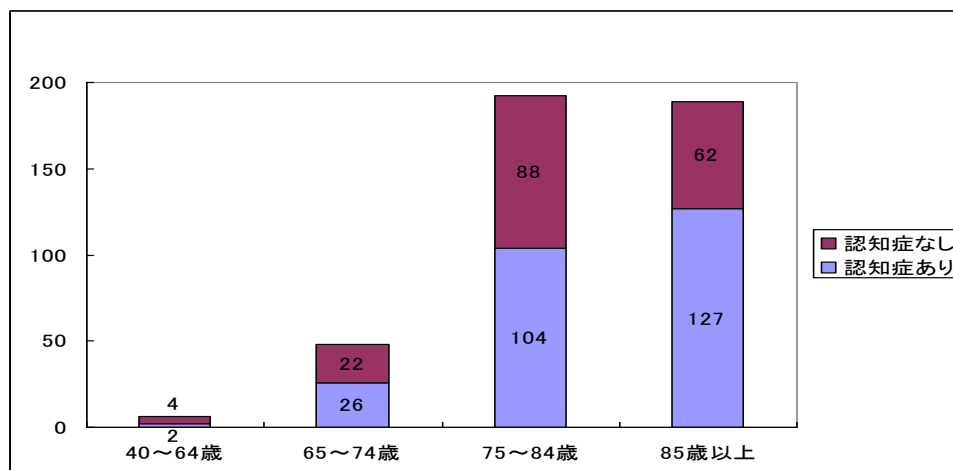
脳血管疾患	認知症	骨・関節疾患	血圧・糖尿病	その他
85人	103人	118人	17人	88人

ii 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

高齢化社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されます。平成24年7月現在、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の認知症を有している人は、東神楽町の要介護認定435人中259人（59.5%）いました。（図1）259人の内、65人（25.1%）が脳血管疾患の既往があり、40～64歳では、66.7%を占めていました。血管リスクの是正が認知機能障害の進展予防につながる（京都大学大学院猪原先生）と言われており、脳血管疾患等の予防により脳細胞を守る活動が重要です。

また、「軽度認知障害（MC I）」と呼ばれるの高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことが分かっています。このMC I高齢者に対して運動や趣味に関する様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっています。現在、地域や介護部門等が進めている脳の活性化を図る活動も重要です。

図1 介護保険認定者の認知症（自立度Ⅱ以上）の状況



iii ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している住民の割合の増加

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。東神楽町の平成24年7月の介護認定審査会の主治医意見書をみると、認定者411人のうち118人が骨・関節疾患となっており、原因疾患の中で一番多くなっています。

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

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、運動器の健康への意識改革と健康長寿を実現することを目指します。

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・脊椎の骨密度が優先的に低下			
筋力		12~14歳 持久力最大発達時期	14~16歳 筋力最大発達時期			筋力減少 始まる	目立って 減少				ピーク時の約2/3に減少	
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成									閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が20歳代の20%に低下	
足底	6歳 土踏まずの完成											
運動	園での遊び	体育の授業				運動習慣ありの人 割合が低い						
		スポーツ少年団	部活動									
	持久力・筋力の向上				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

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

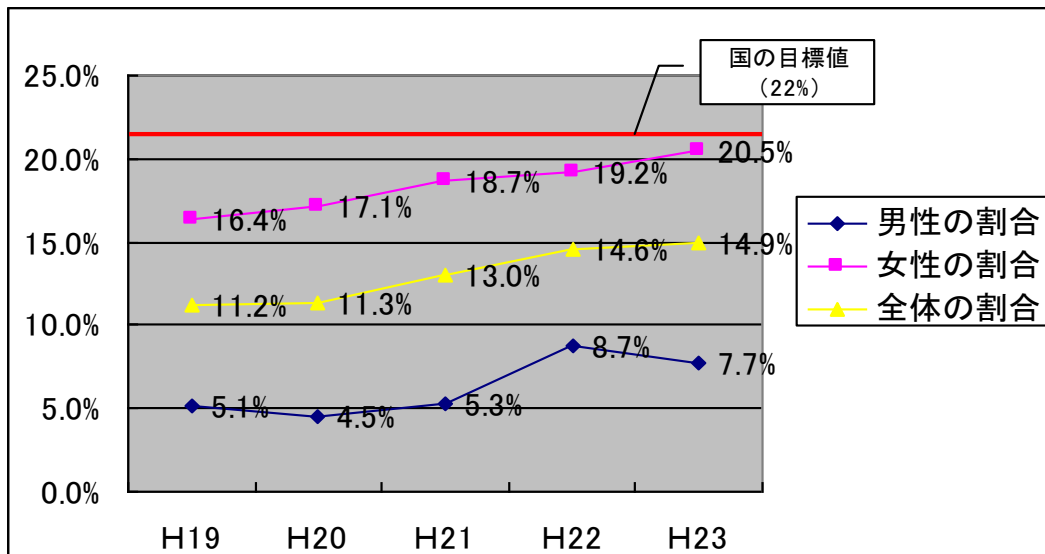
- 運動器(運動器を構成する主要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中でく部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

iv 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。

東神楽町の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、現状の割合を維持または、低下していくことが大切です。男女比では、女性の方が高い状況にあります。(図2)

図2 65歳以上のBMI 20以下の割合の推移



④対策

- i 介護保険認定者に多くみられる原因疾患を予防する。
 - (ア) 脳血管疾患や血管障害を起こす疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進をはかる。
 - ・健診結果にもとづき、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習推進
 - ・後期高齢者健康診査の受託
 - ・後期高齢者健康診査受診者への特定健康診査と同等の健診項目の追加（心電図は3割自己負担で選択制）
 - (イ) 関節疾患の予防対策の推進を図る
 - ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
 - ・肥満の予防
- ii 高齢期に必要な食事量と質の学習

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、東神楽町でも、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 東神楽町の目標値

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年度			73.9	平成27年度	◎現状維持又は減少	平成27年度	
	②がん検診の受診率の向上									
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年度	14.6%	平成23年度	40%	当面	40%	平成28年度	
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		16.1%						
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		17.3%						
	・子宮頸がん	32.00%		26%						
・乳がん	31.40%	33.7%								
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)									
	・脳血管疾患	男性 45.9% 女性 26.9%	平成22年度	男性 1名 女性 0名	平成21年度	男性 41.7% 女性 24.7%	平成34年度	◎現状維持又は減少	平成34年度	
	・虚血性心疾患	男性 36.9% 女性 15.3%		男性 0名(心疾患) 女性 1名(心疾患)		男性 31.8% 女性 13.7%		◎現状維持又は減少		
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			22.30%					平成20年度と比べて25%減少	
	③脂質異常症の減少				平成23年度					
	(i:総コレステロール240mg/dl以上の者の割合)	i:18.5%				i:14%			i:14%	
	(ii:LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	ii:10.2%	平成22年度	ii:11%		ii:7.7%			ii:7.7%	
	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	131人(25.2%)	平成20年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	
	⑤特定健康診査・特定保健士道の実施率の向上									
	・特定健康診査実施率	41.30%	平成21年度	60.80%	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				
・特定保健指導の終了率	12.30%		52.90%							
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		1人		15,000人		◎現状維持又は減少		
	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)	63.70%	平成22年度	75.90%	平成23年度	75%	平成34年度	80%	平成34年度	
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	0.30%		1.00%		◎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		3.50%		1,000万人		◎現状維持又は減少		
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少									
	・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)			設定なし						
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)			設定なし						
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	6都道府県		73.60%		23都道府県への増加		増加	⑥	
	・12歳児の一人平均歯数の減少	7都道府県		0.38歯		28都道府県への増加		維持	⑦	
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)			設定なし						

*受診率の算定にあたっては、40～69歳まで(子宮頸がんは20～69歳まで)を対象 ◎は、国の目標値をすでに達成

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)									
	・20歳代女性のやせの割合の減少(妊娠届出時のやせの割合)	29.0%	平成22年	23.3%	平成23年	20%	平成34年度	減少		⑧
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年	16.4%	平成23年	減少傾向へ	平成26年度	減少		①
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子 4.6% 女子 3.3%	平成23年			減少傾向へ				⑦
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%		33.9%		28%	平成34年度	減少		
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		22.2%		19%		減少		
・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		14.9%	平成23年度	22%		減少又は維持			
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)									
	・20～64歳	男性 7841歩 女性 6883歩	平成22年	男性 40% 女性 31.2%	平成23年度	男性9000歩 女性8500歩	平成34年度	増加	③	
	・65歳以上	男性 5628歩 女性 4585歩		男性 53.1% 女性 46%		男性7000歩 女性6000歩		増加		
	②運動習慣者の割合の増加									
	・20～64歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	平成23年度	男性 22.9% 女性 26.3% 総数 25.2%	平成23年度	男性36% 女性33% 総数34%	平成34年度	男性36% 女性33% 総数34%		
	・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 53.8% 女性 46% 総数 45.5%		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		413人		平成23年度		657万人	平成37年	
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 (一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 15.3% 女性 7.5%		男性 7.9% 女性 6.2%	平成23年値 平成23年値	男性13% 女性6.4%		低下 低下		
	①成人及び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%	平成22年	14.6%	平成23年度	12%	平成34年度	12%	③	
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	18.40%	平成21年	9.0%	平成23年度	15%	平成34年度	現状維持又は減少		
	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	21.5	平成22年	H28までにH17と比べて20%以上減少させる		減少	①	

①人口動態統計
②
③東神楽町健康診査・国保特定健診問診票
④
⑤
⑥町3歳児健診
⑦町学校保健統計

