

第 I 章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

平成 25 年に健康増進計画「健康すながわ 21(第2次)」を策定し、「健康寿命^{※1}の延伸」と「健康格差^{※2}の縮小」を目指し、生活習慣病の発症予防と重症化予防に重点を置きながら、市民が生涯を通じて心身ともに健康で暮らせるまちの実現を目指して活動を推進してきました。併せて医療保険者として「砂川市国民健康保険第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、健康、医療情報を活用した効果的、効率的な保健事業の取組みを進めてきました。

この間進めてきた特定健康診査の受診率、特定保健指導実施率の向上を図る取組みや、それによって発見された重症化予防対象者等への重症化予防に向けた取組みにより、重症高血圧者や脂質異常症の減少、新規透析導入者の減少や、人工透析に占める糖尿病性の割合の減少、脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡の減少、人工透析、脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費全体に占める割合の減少などの効果がでていいる一方で、第2号被保険者の介護認定率が高く、その中での脳血管疾患や高血圧の課題も見えており、若い年代層への健診の働きかけや、国保加入前の働き盛り世代の健康実態の把握などの課題も見えてきています。

また、妊娠期からの高血糖や尿糖ありの所見が増えてきており、妊娠糖尿病(妊娠中に初めて発見された糖代謝異常)や高血糖は、妊娠期だけの問題ではなく、その後の生活習慣病発症のリスクとなるため、生活習慣病予防の視点での継続した保健指導が重要となり、切れ目のない支援体制が必要です。

子どもの頃からの食習慣の変化も多様化しており、若い年代からの肥満、メタボリックへつながることも考えられ、今後ますます若い年代層への健診、保健指導の実施など課題が残されています。

今後少子高齢化がさらに進み、総人口、生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加すること、女性の社会進出、仕事と育児、介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じた社会の多様化の進展、またあらゆる分野でのデジタルトランスフォーメーション(DX)の加速化、次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応など、これらの社会変化は本市においても例外ではなく、このような社会情勢の変化やこれまでの取組みの成果、課題も踏まえながら、今回示された「健康日本 21(第三次)のビジョン・基本的な方向」に基づく目標項目など基本的な枠組み・考え方を勘案し、引き続き「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」の実現をめざして健康すながわ 21(第3次)」を策定します。

※1 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」のこと

※2 健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差

2. 計画の性格

この計画は、砂川市第7総合計画を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を勘案し、砂川市食育推進計画と砂川市自殺対策計画の性格も包含した計画として一体的に策定し、関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。(表1)

表1 関連する法律及び各種計画

法 律	北海道が策定した計画	砂川市が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道 21」	健康すながわ 21
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 後期高齢者医療保険保健事業実施計画(データヘルス計画)	砂川市国民健康保険特定健康診査等実施計画
国民健康保険法		砂川市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業支援計画	砂川市高齢者保健福祉計画・ 砂川市介護保険事業計画
次世代育成支援対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	砂川市子ども・子育て支援事業計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	健康すながわ 21
食育基本法	北海道食育推進計画	健康すながわ 21 (砂川市食育推進計画)
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	健康すながわ 21 (砂川市自殺対策計画)
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	健康すながわ 21
アルコール健康障害対策基本法	北海道アルコール健康障害対策推進計画	健康すながわ 21
循環器基本法	循環器病対策基本計画	健康すながわ 21

3. 計画の期間

この計画は令和6年度から17年度までの12年間を計画期間とし、策定後6年を目途に中間評価を行い、目標の達成状況などについて、必要に応じて見直しを行うこととし、17年度に最終評価、次期計画策定を行うこととします。

4. 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチを踏まえ、各ライフステージに応じた健康増進の取組みを推進するため、全市民を対象とします。

参考 健康日本 21（第三次）のビジョン・基本的な方向性

（1）ビジョン

「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」のために

- ①誰一人取り残さない健康づくりの展開
- ②より実効性をもつ取組みの推進を行う

（2）基本的な方向

①健康寿命の延伸・健康格差の縮小

個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境整備やその質の向上

②個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善に加え、生活習慣病の発症予防、重症化予防に引き続き取り組む

③社会環境の質の向上

社会とのつながり・心の健康の維持向上を図る

自然に健康になれる環境づくりの取組みの実施（健康な食環境や、身体活動・運動を促す環境）

誰もがアクセスできる健康情報の入手、活用できる基盤整備

④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

各ライフステージに特有の健康づくりについて引き続き取組みを進める

現在の健康状態が次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があることを踏まえ、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりについて取組みを進めていく

「健康日本21(第3次)」の基本的な方針と雇標人取り残さない健康づくり「より実効性をもつ取組の推し」

- 目標項目 (51項目)
- 新たな目標

目標	次世代の健康				高齢者	死亡
	0歳 胎児(妊婦)	18歳 20歳	40歳	65歳		
目 全 標 体	<input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小 がん・COPD 循環器疾患 糖尿病 栄養・食生活 身体活動・運動 休養・睡眠 飲酒 喫煙 歯・口腔の健康 生活機能の維持向上	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率 <input checked="" type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少	<input type="checkbox"/> がんの年齢調整死亡率の減少 <input checked="" type="checkbox"/> COPDの死亡率の減少 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	<input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質(LDLコレステロール)高値者の減少 <input type="checkbox"/> 特定難診受診率の向上 <input type="checkbox"/> 特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム予備群・	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者の減少 <input type="checkbox"/> 治療継続者の増加 <input type="checkbox"/> 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	(低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の減少)
		生活予防予防重症の発化	<input type="checkbox"/> 児童・生徒における肥満傾向の増加(肥 (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> パラソンのよい食事を摂っている者の <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の改善 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 運動やスポーツを習慣的に いない子どもの減少 <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合 <input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている <input type="checkbox"/> 通労働時間60時間以上の雇用者の週睡眠時間が十分に確保できている者の増加	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす	<input type="checkbox"/> 歯科検診の受診者の増加 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の減少 <input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる者	
向 社 上 環 境 の 質 の	社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組み事業場の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 心のサポート一ター数の増加 <input type="checkbox"/> 地域の人々とのつながりが強いと思う <input checked="" type="checkbox"/> 社会活動を行っている者 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増	<input type="checkbox"/> 心理的苦痛を感じている <input checked="" type="checkbox"/> 青組しよう症候群の増加 <input type="checkbox"/> コモティープシンドロームの減少	<input type="checkbox"/> 健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的はイニシアチブの推進 <input checked="" type="checkbox"/> 「居心地よく歩きたくなる」まちなかづくりに取り組み市町村の数 <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少 <input checked="" type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定経 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している	自然に健康になれる環境づくり 誰もがアクセスできる 健康増進のための基盤の整備	

第Ⅱ章 砂川市の健康に関する概況

1. 社会保障の視点で見た砂川市の概況

本市の平均寿命は伸びていますが、全国や全道と比較するとまだ低めです。しかし高齢者人口は多く、全国・全道より高齢化が進んでいます。それにより国保被保険者の年齢も高く、後期高齢者医療保険被保険者も増え、介護認定率も全国・全道よりも高いことから、それに伴う医療費、介護給付費における高齢化の影響は大きく、依然として課題となっています。

その一方で、脳血管疾患での死亡や、人工透析に占める糖尿病の割合の減少がみられ、1件発症することで医療費が多額となる疾患の予防に少しずつ効果がでており、国が求めている社会保障費の抑制につながるターゲット疾患の予防が少しずつ図られています。(表1)

今後は高齢者人口が減少に転じる見込みであり、若い世代からの生活習慣病の取組みによってさらなる社会保障費の抑制につなげるために、課題分析から、必要なターゲットを絞り、ライフコースの視点で、胎児期からの生活習慣病予防活動を展開していきます。

そのためにも健診受診が健康実態把握のスタートになることから、特定健診受診率を目標の60%以上に近づけていくことが重要です。また、介護認定を受ける2号認定率が高く、若くして介護の状態になることで医療費、介護給付費も長期にわたって必要となり、社会保障費の増加につながることから、それを抑制するため若い年代の受診率向上、または健診受診率にならなくても血圧測定や尿検査など簡易な検査だけでも実施し、保健指導を実施することも必要です。

表1

改善傾向のもの ○ 全国や全道と比較してまだ課題が残るもの

項 目		計画策定時		中間評価時		最終評価時					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合				
1	人口構成	総人口	19,056	-	17,503	-	15,930	-			
		0歳～14歳	2,147	11.3%	1,758	10.0%	1,388	8.7%			
		15歳～64歳	10,977	57.6%	9,355	53.4%	8,138	51.1%			
		65歳以上	5,932	31.1%	6,390	36.5%	6,404	40.2%			
		(再掲)75歳以上	3,073	16.1%	3,369	19.2%	3,548	22.3%			
2	平均寿命	男 性	77.9		80.8		81.0				
		女 性	86.2		86.8		87.0				
3	死亡 (主な死因年次 推移分類)	死亡原因	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	409.2	悪性新生物	432.0	悪性新生物	459.1			
		2位	心疾患	222.7	肺炎	151.5	心疾患	316.4			
		3位	脳血管疾患	129.5	脳血管疾患	145.9	老衰	148.9			
		4位	肺炎	98.4	心疾患	117.8	脳血管疾患	117.9			
		5位	不慮の事故	51.8	老衰	67.3	肺炎	69.1			
4	早世予防から みた死亡 (64歳以下)	合 計	34 人	14.0%	22 人	9.0%	17 人	6.2%			
		男 性	22 人	18.0%	10 人	8.3%	10 人	8.8%			
		女 性	12 人	10.0%	12 人	9.6%	7 人	4.3%			
5	介護保険	認定者数	943人		1,197人		1,343人				
		1号認定者数/1号被保険者に対する割合	918人	15.8%	1,170人	18.6%	1,319人	20.7%			
		2号認定者数/2号人口に対する割合	25人	0.39%	27人	0.50%	24人	0.48%			
		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			
		1,217,519	204	1,371,580	214	1,549,575	243				
6	後期高齢者医療	加入者(年度平均)	3,169	全道	3,535	全道	3,688	全道			
		1人あたり医療費(円)	934,278	111	1,000,834	75	1,057,624	43			
		医療費総額(千円)	2,960,727		3,537,948		3,868,787				
7	国保	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
			5,120 人	-	4,073 人	-	3,237 人	-			
		(再掲) 前期高齢者	2,197 人	42.9%	2,070 人	50.8%	1,819 人	56.2%			
		(再掲) 70歳以上	1,141 人	22.3%	1,418 人	34.8%	1,122 人	34.7%			
	加入率(年度末)		26.9%		23.3%		20.3%				
	医療費	医療費総額 (千円)	医療費	1人あたり	全道	医療費	1人あたり	全道			
		2,006,365	392	25位	1,993,225	489	7位	1,646,885	512	11位	
8	人工透析患者	透析患者数/人口千対	72人	3.778	67人	3.830	43人	2.699			
		糖尿病性腎症/割合	30人	41.7%	25人	37.3%	11人	25.6%			
9	生活保護	保護世帯/保護人員/保護率(%)	217	302	1.61	219	296	1.70	181	208	1.31
10	特定健診	受診者数	受診率	全道順位	受診者数	受診率	全道順位	受診者数	受診率	全道順位	
		1,260	35.0%	60 位	1,323	45.3%	48 位	1,165	52.0%	33 位	
	特定保健指導	終了者数	実施率	全道順位	終了者数	実施率	全道順位	終了者数	実施率	全道順位	
		117	69.2%	16 位	118	77.1%	28位	70	73.7%	27位	

全国		北海道		計画策定時	中間評価時	最終評価
人数	割合	人数	割合	H22年 国勢調査	H27年 国勢調査	R2年 国勢調査
123,214,261	-	5,165,554	-			
14,955,692	12.1%	555,804	10.8%			
72,922,764	59.2%	2,945,727	57.0%			
35,335,805	28.7%	1,664,023	32.2%			
18,248,742	14.8%	848,273	16.4%	H17年 厚生労働省	H27年 厚生労働省	R2年 厚生労働省
81.6		80.9				
87.7		87.1		H21年 空知地域保健情 報年報	H27年 空知地域保健情 報年報	R3年 北海道保健統計年報
死亡原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)			
悪性新生物	304.0	悪性新生物	301.2			
心疾患	171.1	心疾患	191.2			
老衰	121.1	老衰	111.2			
脳血管疾患	83.3	脳血管疾患	92.9			
肺炎	67.7	肺炎	66.7			
	16.2		17.5	H21年 空知地域保健情 報年報	H27年 空知地域保健情 報年報	R3北海道保健統計年報 *国・道はR4人口動態
129,016人	11.0%	6,122人	8.7%			
84,891人	10.6%	3,906人	10.5%			
44,125人	5.7%	2,216人	5.9%	H22年度介護保 険事業状況報告	H29年度介護保 険事業状況報告	R3年度介護保険事業状 況報告
	18.9%		20.5%			
	0.31%		0.32%			
給付費	1人あたり	給付費	1人あたり			
9,685,495,651	270	417,941,752	250			
			全国 位	H22年度後期高 齢者医療事業状 況報告	H28年度後期高 齢者医療事業状 況報告	R3年度後期高齢者医療 事業状況報告
	940,512円	1,065,080				
人数	割合	人数	割合	H22年度 国民健康保険事 業年報	H28年度 国民健康保険事 業年報	R3年度 国民健康保険事業年報
25,368,672人	-	1,055,111人	-			
11,453,746人	45.1%	506,337人	48.0%			
7,018,939人	27.7%					
	20.6%		20.4%			
医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	H22年度自立支 援医療(更生医 療)意見書より	H29年度自立支 援医療(更生医 療)意見書より	R4年度自立支援医療 (更生医療)意見書より *全国・道はR3施設調査 より
	395		421			
349,700人		16,161人		H22年度(年度 平均)	H29年度(年度 平均)	R4年度(年度平均) *全国・道はR3北海道 生活保護実施概要
	39.6%		40.4%			
	1.63	122,144	153,498	2.96	H22年度 国保特定健診・ 特定保健指導実 施結果集計表	R4年度 国保特定健診・特定保健 指導実施結果集計表 *全国・道はR3年度
	受診率	受診率	全国順位			
	36.4%	27.9%	47位			
	実施率	実施率	全国順位			
	27.4%	33.4%	22位			

2. 人口動態

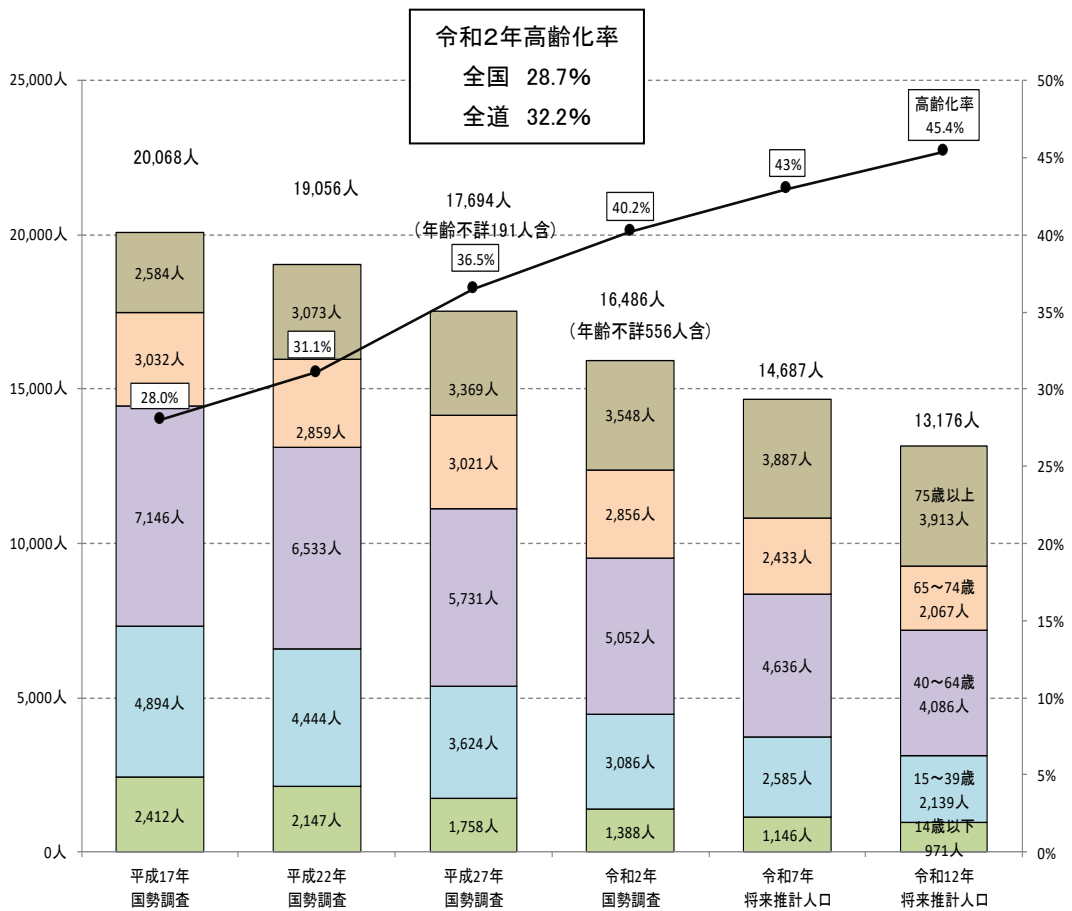
本市の人口構成をみると、総数は減少していますが75歳以上の人口が増え続け、高齢化率は、全国や全道よりかなり高くなっています。

生産年齢人口(15歳～64歳)・年少人口(0歳～14歳)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行しているとともに、今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図1)

出生数は平成30年には年間100人でしたが、その後減少し70人台を推移し、合計特殊出生率は全国、全道よりも低く推移していましたが、令和4年は出生が増え、全国、全道よりも高くなっています。(図2)

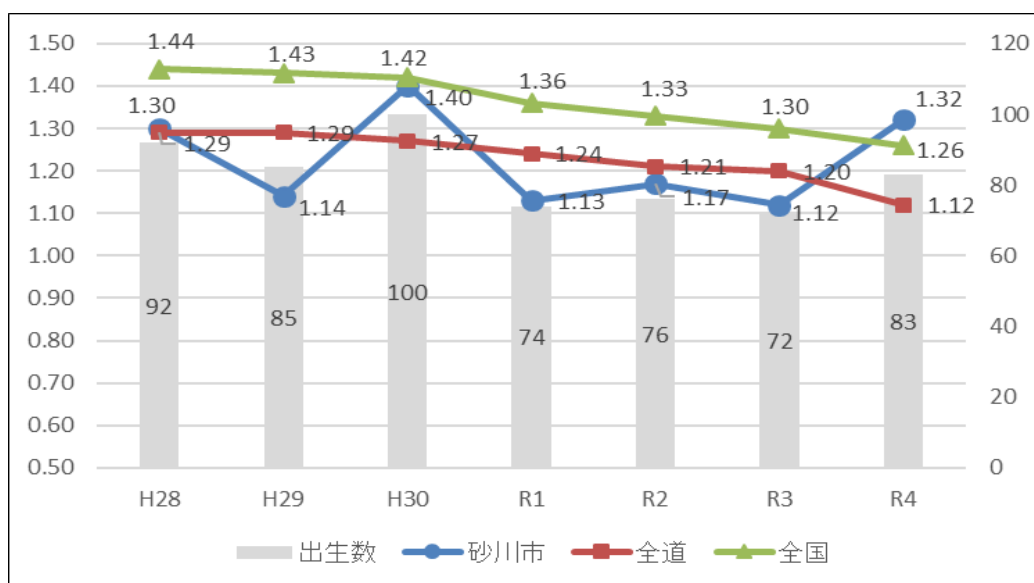
さらに生産年齢人口の減少や、高齢者単身世帯の増加などの社会構造の変化も着実に進んでおり、今後の社会保障費の増加や担い手の減少による社会保障制度の持続が困難になることが予測される状況です。(図3)

図1 人口の推移と推計



資料 平成17年 平成22年 平成27年 令和2年 国勢調査
令和7年 令和12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30年推計)

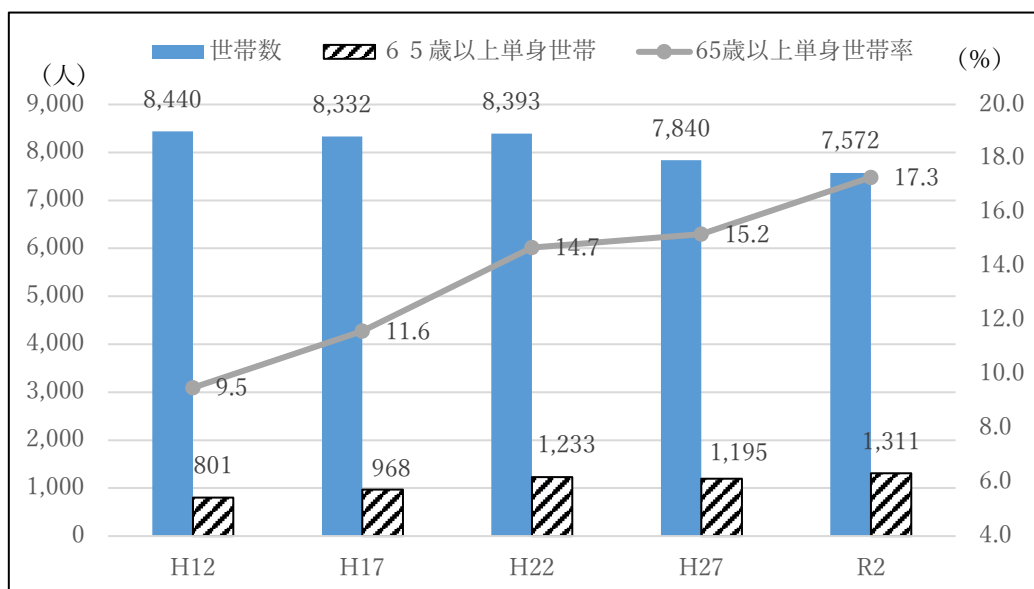
図2 出生数と合計特殊出生率の推移



* 全国・全道の合計特殊出生率は「人口動態統計(厚労省)」

本市の出生数は北海道保健統計年報、出生数 R4 と合計特殊出生率は市独自計算による

図3 65歳以上単身世帯の推移 * 国勢調査



3. 死亡の状況

令和3年の本市の選択別死因(9疾患)の死亡率を全国・全道と比較すると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患がいずれも全国・全道よりもかなり高い状況です。(表2)

表2 選択別死因(9疾患)による死亡率 (北海道保健統計年報令和3年度)

	全国		北海道		砂川市	
	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)
1位	悪性新生物	304.0	悪性新生物	391.2	悪性新生物	459.1
2位	心疾患	171.1	心疾患	191.2	心疾患	316.4
3位	老衰	121.1	老衰	111.2	老衰	148.9
4位	脳血管疾患	83.3	脳血管疾患	92.9	脳血管疾患	117.9
5位	肺炎	58.3	肺炎	66.7	肺炎	62.0

選択別死因(15 疾患)の5年間の変化をみると、悪性新生物が第1位で推移しており全死亡原因の3割前後を占めています。第2位は心疾患であり増加傾向にあります。脳血管疾患は令和元年まで減少傾向でしたが、令和2年は増えています。(表3)

表3 砂川市の選択別死因(15 疾患)の変化 (人口動態統計)

健康すながわ21・データヘルス計画のターゲットとなる予防可能な疾患						
	年次	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年
死亡の状況	総数	252人	277人	246人	295人	274人
		原因 (10万対)	原因 (10万対)	原因 (10万対)	原因 (10万対)	原因 (10万対)
	第1位	悪性新生物 74人 (427.3)	悪性新生物 91人 (533.4)	悪性新生物 81人 (483.9)	悪性新生物 92人 (559.0)	悪性新生物 74人 (459.1)
	第2位	心疾患 31人 (179.0)	心疾患 37人 (216.9)	心疾患 36人 (215.1)	心疾患 46人 (279.5)	心疾患 51人 (316.4)
	第3位	老衰 26人 (150.1)	老衰 26人 (152.4)	老衰 20人 (119.5)	老衰 21人 (127.6)	老衰 24人 (148.9)
	第4位	脳血管疾患 16人 (92.4)	脳血管疾患 18人 (105.5)	肺炎 16人 (95.6)	脳血管疾患 20人 (121.5)	脳血管疾患 19人 (117.9)
自殺の状況	第5位	肺炎 14人 (80.8)	肺炎 14人 (82.1)	脳血管疾患 14人 (83.6)	肺炎・腎不全 8人 (48.6)	腎不全 11人 (69.1)
	自殺	第8位 3人 (17.3)	第11位 4人 (23.4)	第9位 3人 (17.9)	第8位 2人 (12.2)	第13位 1人 (6.2)

早世(64歳以下)死亡は減少傾向で、全道よりも低率となっています。(表4)

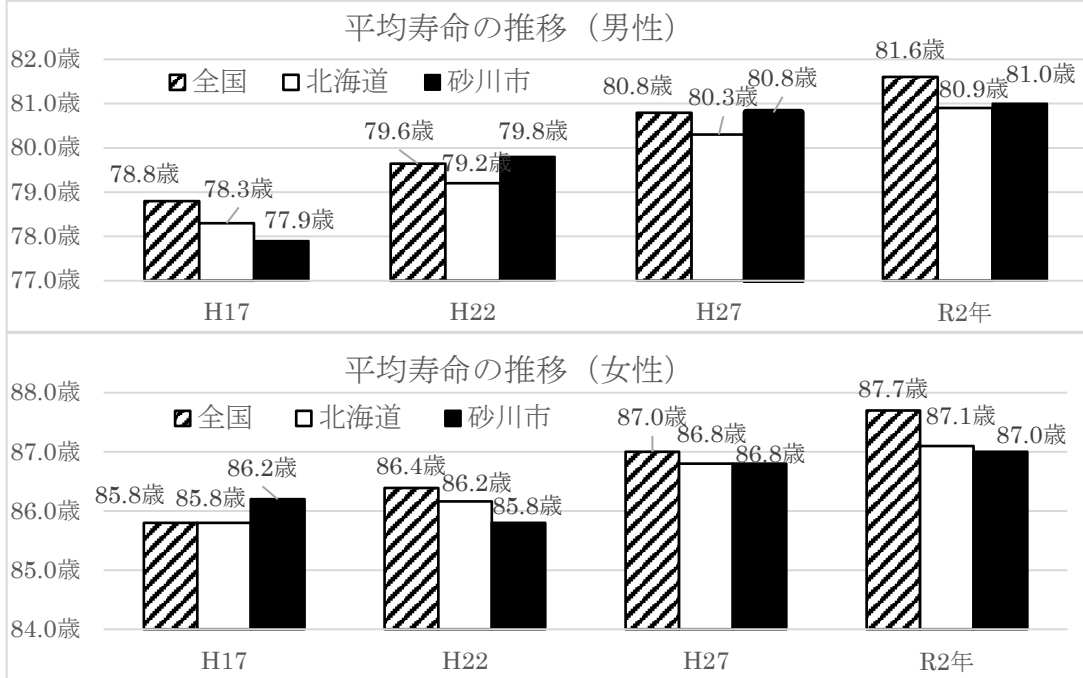
表4 早世死亡(64歳以下)の状況 (北海道保健統計年報)

年次	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年
人数	26人	25人	16人	19人	17人
全死亡に占める割合	7.2%	9.0%	6.5%	6.4%	6.2%
全道の割合	10.2%	9.9%	9.2%	9.2%	8.7%

本市の平均寿命^{※3}は、男性は全国より短く、全道よりは長く、女性は全国・全道よりも短い状況です。(図4) 健康寿命を表す平均自立期間^{※4}と平均寿命の差(不健康な期間)が、男性は全国・全道よりも長く、女性は全国・全道と同年数です。(図5)

図4 平均寿命の推移

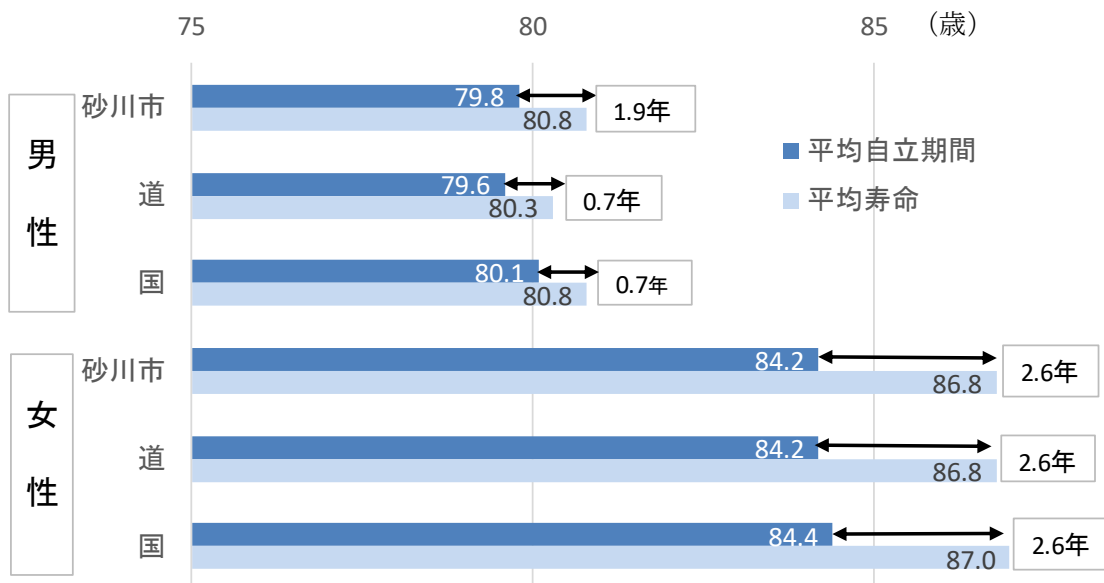
(国勢調査)



※3 平均寿命:0歳における平均余命のこと

※4 平均自立期間:健康寿命の1つであり、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均のこと

図5 平均自立期間(健康寿命)と平均寿命の状況(令和4年度)



(国保データシステム:地域の全体像の把握)

4. 介護認定の状況

(1) 第1号被保険者(65歳以上)の状況

本市の介護度別の認定者数は年々増えていきましたが、令和3年度は減少に転じ、1号認定率も横ばいとなりました。(図6)しかし、平成29年度から全国・全道よりも伸び幅が大きく、令和元年度には北海道を上回り、全国・全道よりも高くなっています。(図7)

介護給付費も増加し、一人当たり給付費も増えていますが、全国、全道よりも低額で推移し、介護保険料も全国・全道よりも低額で推移しています。(表5、図8)

図6 要介護(要支援)度別認定者数と第1号認定率の推移 (介護保険事業状況報告)

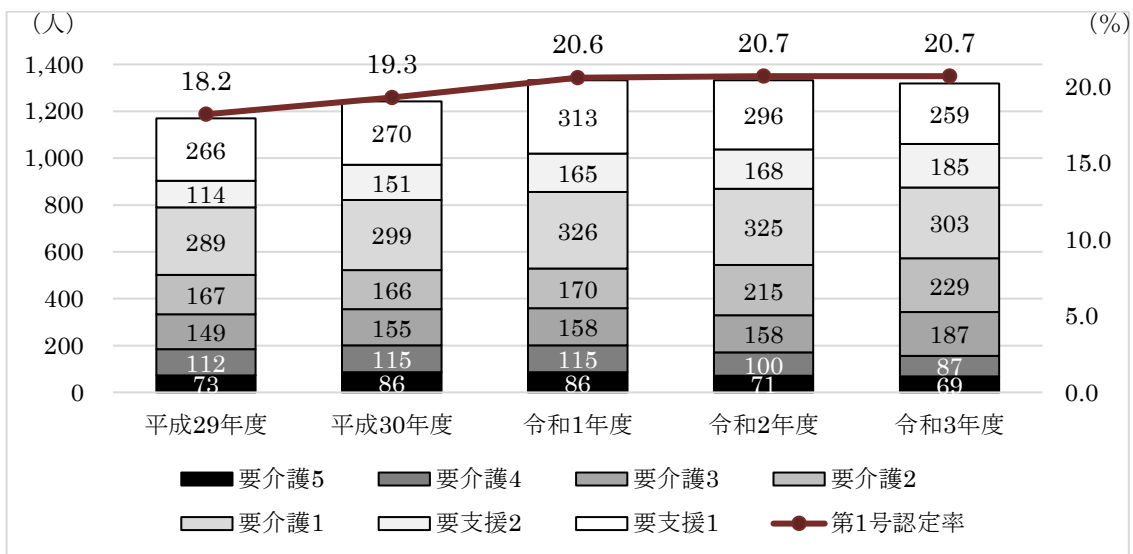


図7 第1号被保険者の認定率の推移 (介護保険事業状況報告)

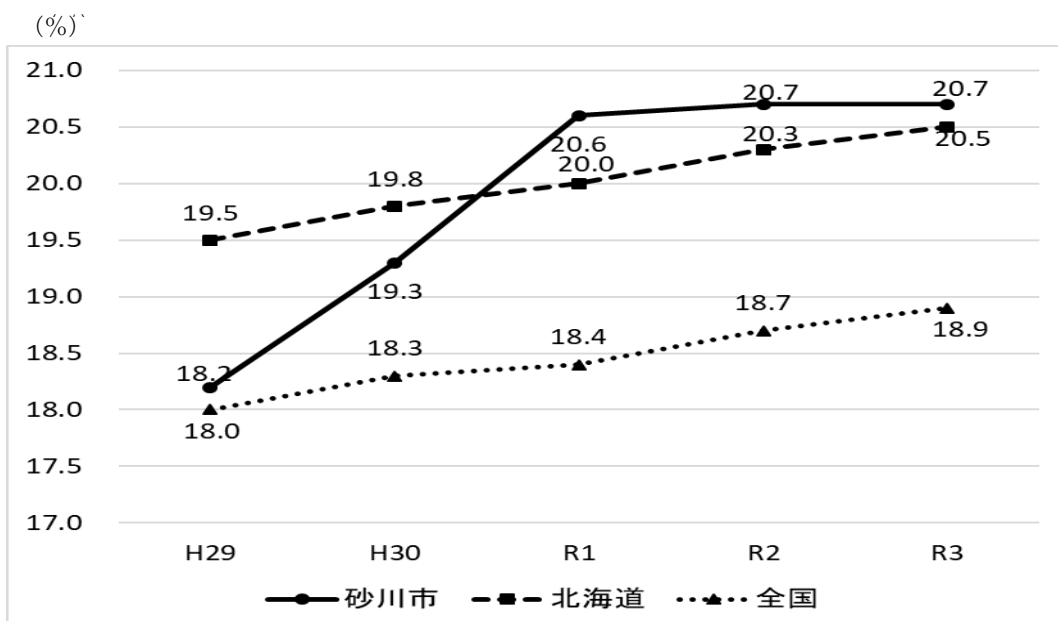
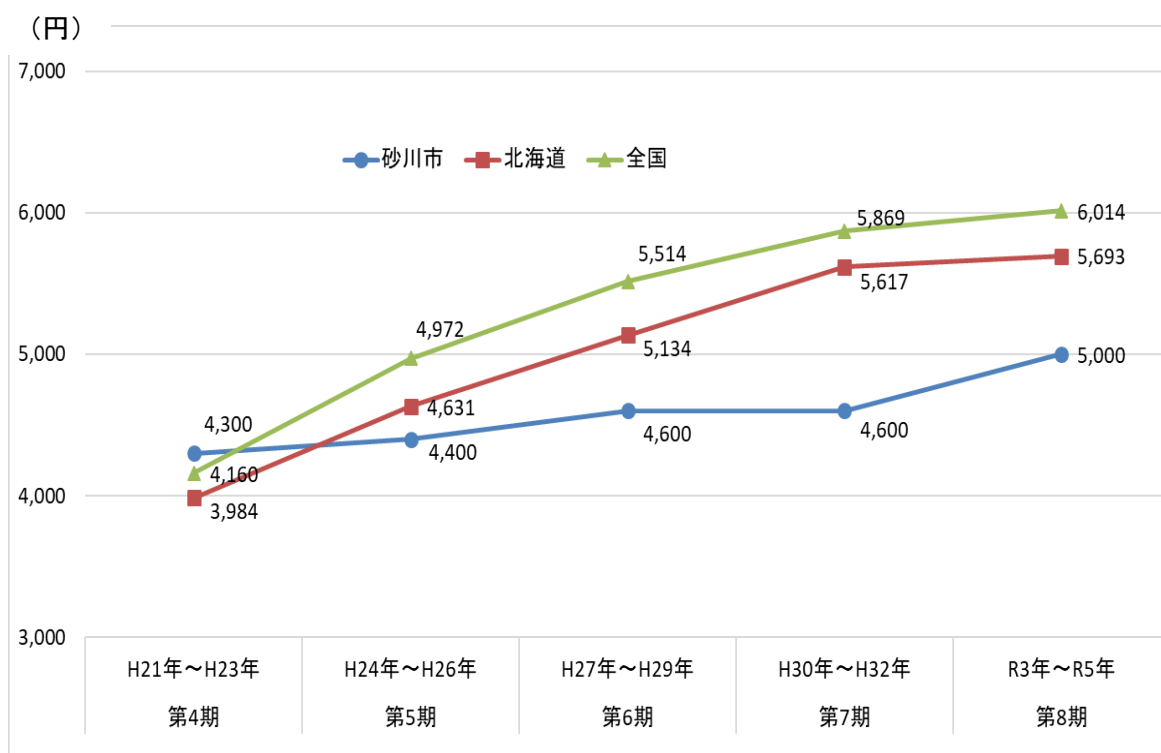


表5 第1号被保険者の介護給付費の状況 (介護保険事業状況報告)

		H29	H30	R1	R2	R3
砂川市	第1号被保険者分 介護給付費(千円)	1,371,580	1,418,118	1,483,295	1,518,363	1,549,575
	1人当たり 給付費(千円)	214	220	230	236	243
北海道	1人当たり 給付費(千円)	235	234	240	245	250
全国	1人当たり 給付費(千円)	250	253	259	264	270

図8 介護保険料の推移 (介護保険事業状況報告)



令和3年度における要介護認定者の有病状況では、認定者の95.8%が血管疾患を有しており、その中でも脳卒中は、40～74歳までは第1位という状況であり、血管疾患共通のリスクとなる高血圧・糖尿病・脂質異常症を基礎疾患として有する割合も94.6%と高く、介護予防のためにはこうした血管疾患の重症化を防ぐことが重要になります。

また、認知症を有する者が全体の51.3%おり、脳の血管を守る視点でも高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要です。(図9)

加えて、高齢になるほど筋・骨格疾患を有する者も増えていくことから、運動器の機能低下を防ぐための取組みに加え、筋肉への血流障害を予防するための血管疾患の重症化予防も大切であり、介護予防においてはすべての視点で、血管疾患の予防が重要です。

図9 介護認定者の有病状況(令和3年度)

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	介護件数(全体)		24	103	1,226	1,329		1,353					
再)国保・後期		14		76	1,007		1,083	1,097					
(レセプトの 診断名より 重複して計上) 有病状況	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	8 57.1%	脳卒中	35 46.1%	虚血性 心疾患	398 39.5%	脳卒中	418 38.6%	脳卒中	426 38.8%
			2	腎不全	3 21.4%	虚血性 心疾患	18 23.7%	脳卒中	383 38.0%	虚血性 心疾患	416 38.4%	虚血性 心疾患	418 38.1%
		3	虚血性 心疾患	2 14.3%	腎不全	7 9.2%	腎不全	225 22.3%	腎不全	232 21.4%	腎不全	235 21.4%	
		4	糖尿病 合併症	1 7.1%	糖尿病 合併症	10 13.2%	糖尿病 合併症	113 11.2%	糖尿病 合併症	123 11.4%	糖尿病 合併症	124 11.3%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		14 100.0%	基礎疾患	66 86.8%	基礎疾患	958 95.1%	基礎疾患	1,024 94.6%	基礎疾患	1,038 94.6%	
		血管疾患合計		14 100.0%	合計	66 86.8%	合計	971 96.4%	合計	1,037 95.8%	合計	1,051 95.8%	
	認知症		3 21.4%	認知症	28 36.8%	認知症	532 52.8%	認知症	560 51.7%	認知症	563 51.3%		
	筋・骨格疾患		9 64.3%	筋骨格系	56 73.7%	筋骨格系	959 95.2%	筋骨格系	1,015 93.7%	筋骨格系	1,024 93.3%		

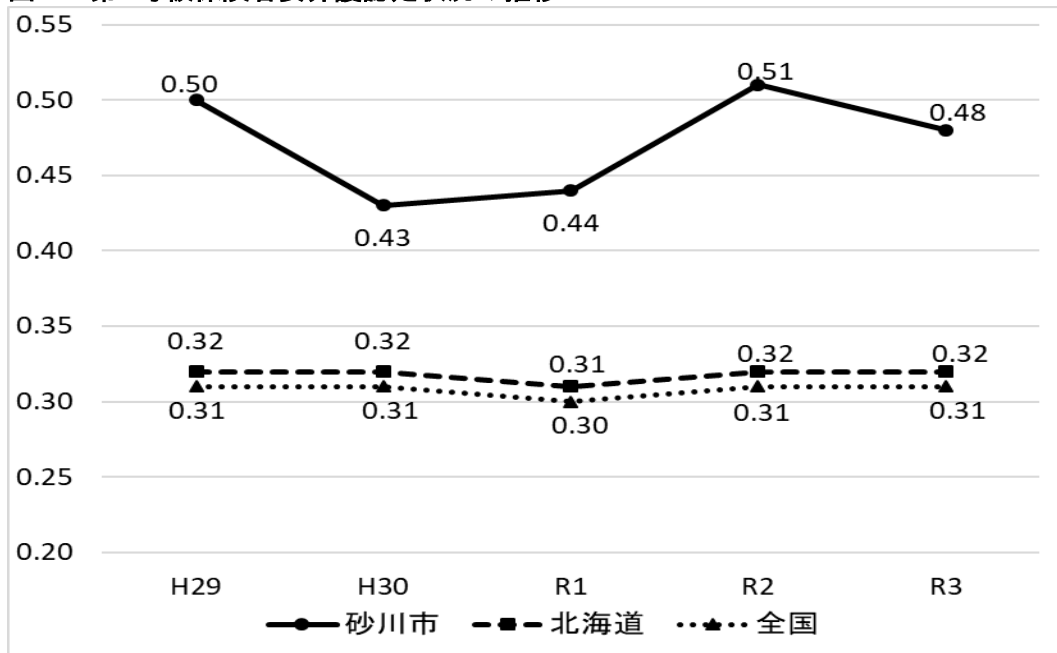
(国保データベースシステム)

(2) 第2号被保険者(40～64歳)の状況

第2号被保険者の要介護認定率は、全国・全道と比較して高い状況が続いています。(図10)

若くして要介護の状態になることは、本人の生活の質(QOL)の低下はもちろん、医療費と併せて介護給付費の支出も長期化していくことが考えられ、健康寿命の延伸や社会保障費の安定を目指すことが難しい状況となります。

図10 第2号被保険者要介護認定状況の推移



第2号被保険者のうち、令和3年度に介護認定を受けた人は24人で、そのうち15人(62.5%)が脳血管疾患を発症しており、さらにそのうち12人は高血圧も併せ持っています。(表6)

発症と同時に治療となる人も多く、自覚症状もなく、気づかないうちに血管を傷めて発症につながるケースがみられます。健診を受け、自分の身体を理解していれば予防は可能であるため、第2号被保険者の介護認定率を減らすためには、健診を入り口とした脳血管疾患の予防が重要であり、国民健康保険被保険者には若年層の受診率向上のための働きかけと併せて、健診受診につながらない人にも血圧測定など簡易検査を実施し、健康実態を把握することが重要です。国民健康保険以外の若年層へは健診の実態を把握し、未受診者には若年健診の勧奨、受診者には健康実態の把握と保健指導の充実を図っていく必要があります。

表6 第2号被保険者24人の認定状況(令和3年度)

年齢	保険	介護度(現状)	主病名1	主病名2	脳血管疾患			
					高血圧	糖尿病	脂質異常	特定疾病理由
50代	社保	要介護5	多系統萎縮症					多系統萎縮症
60代	社保	要介護5	脳腫瘍	神経膠腫				脳血管疾患
60代	社保	要介護3	脳出血後遺症	上行結腸癌術後	○			脳血管疾患
60代	社保	要介護3	若年性アルツハイマー型認知症					初老期における認知症
60代	国保	要介護3	脳梗塞		○	○	○	脳血管疾患
60代	国保	要介護3	くも膜下出血後遺症		○		○	脳血管疾患
60代	国保	要介護3	うつ	アルツハイマー	○			精神疾患
50代	社保	要介護2	悪性リンパ腫による脊髄梗塞					両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
50代	社保	要介護2	初老期認知症	症候性てんかん				初老期における認知症
60代	社保	要介護2	初老期認知症	ウェルニッケ脳症	○			初老期における認知症
50代	国保	要介護2	脳梗塞		○	○	○	脳血管疾患
60代	国保	要介護2	脳出血				○	脳血管疾患
60代	国保	要介護2	統合失調症	アルツハイマー		○		精神疾患
50代	社保	要介護1	くも膜下出血後遺症					脳血管疾患
60代	社保	要介護1	乳癌(終末期)					がん(末期)
50代	国保	要介護1	くも膜下出血後遺症		○			脳血管疾患
40代	社保	要支援2	右被殻出血後遺症	もやもや病	○			脳血管疾患
50代	国保	要支援2	脊損					難病
50代	国保	要支援2	脳出血		○			脳血管疾患
50代	国保	要支援2	右被殻出血後遺症	未破裂脳動脈瘤	○			脳血管疾患
50代	国保	要支援2	脳梗塞(心原性)		○	○	○	脳血管疾患
60代	国保	要支援2	被殻出血		○	○	○	脳血管疾患
40代	国保	要支援1	大動脈解離	術後脳梗塞	○		○	脳血管疾患
60代	国保	要支援1	左被殻出血		○	○	○	脳血管疾患

5. 医療の状況

(1)後期高齢者医療保険の状況

後期高齢者医療保険被保険者は、高齢化の進展に伴い年々増加していましたが、ここ数年は横ばいです。(表7)

後期高齢者医療保険被保険者の一人あたり医療費は全国よりも高く、北海道よりは低い現状でしたが、北海道との差がなくなってきています。(図 11)

しかし、総医療費が増えている中、医療費抑制のための目標としている予防可能な中長期疾患(生活習慣病)に係る医療費の割合は平成 26 年度から令和4年度までおよそ 10%減少し、全国同規模市町村や全国・全道よりも低くなっています。一つ一つの疾患の医療費に占める割合は確実に減少していますが、まだ全国同規模市町村よりは高いことから、引き続き重症化予防のための保健事業が重要です。(図 12)

高齢者は治療の率が高いですが、治療していてもコントロール不良状態が続くことで、血管変化が進行し、多額な医療費が必要となる脳・心疾患や腎不全の発症につながることから、高齢期になっても健康障害を起こさないために、国保からの切れ目のない一体的な保健事業の展開が必要です。

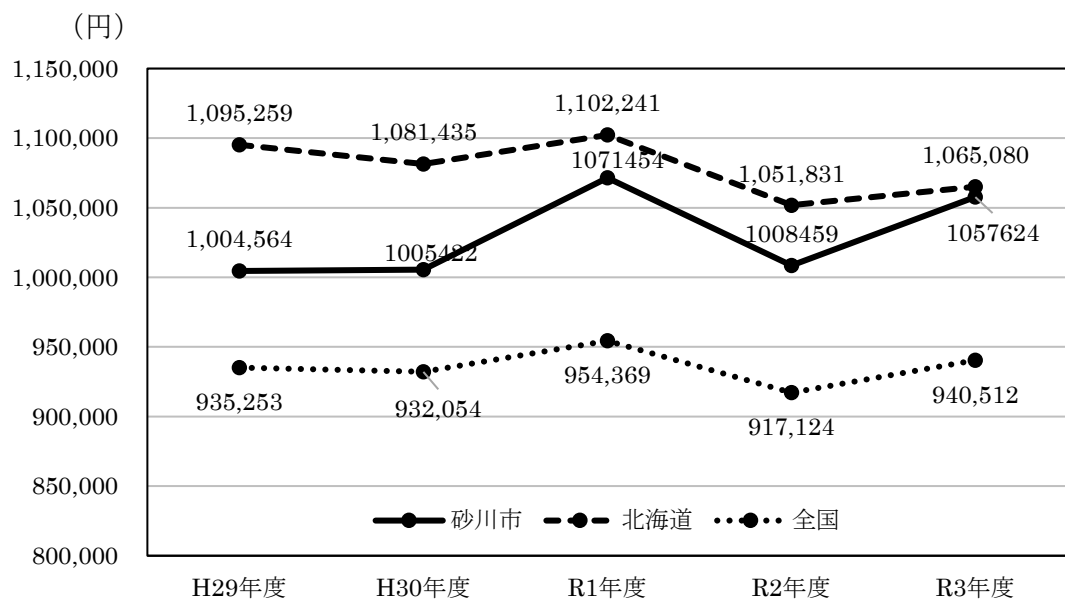
そのためにも国保から引き続き、後期高齢者健診の受診率を上げ、重症化予防の保健指導をしていく必要があります。平成 30 年度から健診受診率は年々上昇していますが、全道、全国よりも低いため、さらなる受診率向上が必要です。(表8、図 13)

表7 後期高齢者医療保険被保険者の推移

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
被保険者数(人)	3,612	3,697	3,679	3,663	3,688

資料：北海道後期高齢者医療広域連合

図 11 一人あたり医療費の状況



(後期高齢者医療保険事業年報)

図 12 総医療費に占める生活習慣病に係る医療費の割合の変化(後期高齢者医療保険)

KDBシステム:健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

砂川市 (後期)	総医療費 (円)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計 (円)	新生物	精神 疾患	筋・骨 疾患		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
		慢性腎 不全(透 析有)	慢性腎 不全(透 析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
H26	2,998,060,970	6.78%	2.66%	6.28%	3.07%	3.31%	3.76%	1.11%	820,920,680	27.38%	8.17%	4.21%	11.05%	
R4	3,488,265,510	4.49%	0.59%	4.51%	1.47%	3.48%	2.58%	0.91%	628,712,650	18.02%	11.07%	6.82%	10.15%	
R4	同規模	1,513,657,593,060	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	282,853,903,360	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	北海道	842,817,200,000	4.70%	0.52%	4.69%	1.82%	3.50%	2.77%	0.98%	159,946,528,260	18.98%	11.10%	4.82%	12.21%
	国	16,169,747,074,790	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3,091,939,486,510	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

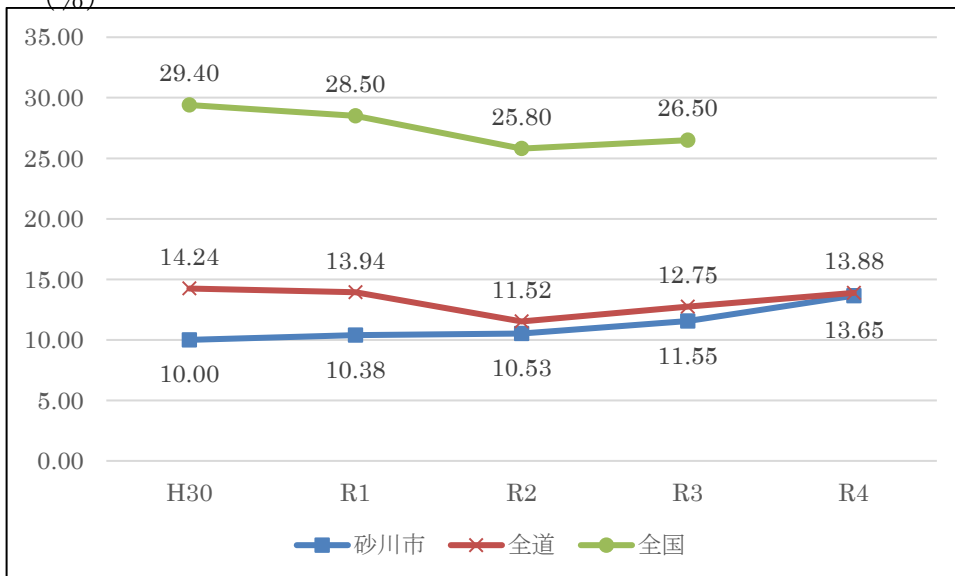
表8 後期高齢者健康診査受診率の推移

(後期高齢者連合報告)

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数(人)	3,071	3,142	3,068	3,142	3,122
受診者数(人)	307	326	323	363	426
受診率(%)	10.0	10.38	10.53	11.55	13.65

図 13 後期高齢者健康診査受診率の比較

(%)



(2) 国民健康保険の状況

国民健康保険被保険者数は年々減少傾向で加入率も18.4%に減少し、全国と比較しても低い状況です。被保険者の平均年齢は58.5歳と上昇し、65歳以上の被保険者の割合が55.7%と、全国と比較しても10ポイント以上高くなっています。(表9)

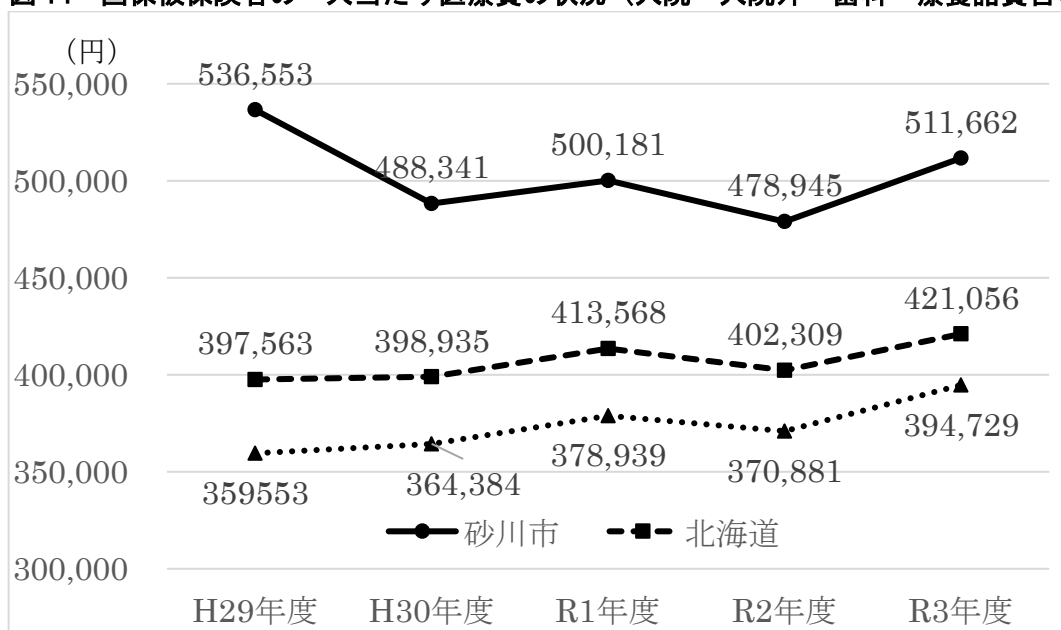
本市の国民健康保険被保険者の一人当たり医療費は、全国・全道よりも高額で推移しており、令和3年度は道内で11番目に高い状況です。(図14)

しかし、医療費抑制のための目標としている予防可能な中長期疾患(生活習慣病)に係る医療費の割合は平成25年度から大幅に減少しており、1件発症すると多額な医療費を必要とする脳・心疾患、腎不全の医療費の割合も減少していますが、脳血管疾患はまだ全国同規模市町村や北海道、国よりも割合が高く、引き続き発症予防、重症化予防の取組みが必要です。(図15)

表9 国保の被保険者数と加入率の推移 (国保データベースシステム)

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
被保険者数(人)		3,751	3,552	3,437	3,356	3,196
平均年齢(歳)		57.6	57.6	58.0	58.6	58.5
再掲 65～74歳の 割合(%)	砂川市	53.1	53.0	54.0	55.5	55.7
	全国	39.4	40.0	40.6	41.3	41.7
国保加入率 (%)	砂川市	21.4	20.3	19.6	19.2	18.4
	全国	23.4	22.3	23.8	23.5	22.9

図14 国保被保険者の一人当たり医療費の状況(入院・入院外・歯科・療養諸費含む)



(国民健康保険事業状況報告)

図 15 総医療費に占める生活習慣病に係る医療費の割合の変化（国民健康保険）

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

砂川市 (国保)	総医療費 (円)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計 (円)	新生物	精神 疾患	筋・骨 疾患		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
		慢性腎 不全(透 析有)	慢性腎 不全(透 析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
H25	砂川市	1,827,754,010	4.08%	1.54%	4.38%	2.16%	4.67%	4.74%	2.53%	440,564,310	24.10%	13.94%	12.06%	9.35%
R4	砂川市	1,375,418,270	2.28%	0.05%	2.88%	1.37%	5.15%	2.89%	1.49%	221,636,490	16.11%	16.46%	14.19%	10.53%
R4	同規模	796,952,791,080	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	152,279,936,130	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	北海道	404,993,964,720	2.30%	0.28%	2.18%	1.72%	5.32%	2.98%	1.69%	66,708,354,180	16.47%	19.14%	7.60%	9.41%
	国	9,337,411,479,190	4.26%	0.29%	20.3%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

1月当たり80万円以上の医療費となる高額レセプトは、平成28年度においては件数・費用とも増加していましたが、令和4年度は減少し、予防可能な疾患の費用額は減少しています。(表10)

長期入院(6か月以上の入院)のレセプトでは、精神疾患による入院の増加が大きいです。令和4年度は件数、費用ともに減少しています。予防可能な疾患では、脳血管疾患は若干増え、心疾患は人数では減少しているものの、件数、費用が増加しており、重症化してから治療を開始していることも推測できます。(表11)

表 10 予防可能な脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費(レセプト)の分析

(国保データベースシステム)

年度	全体			予防可能な疾患						がん		
	対象:80万円以上/件			脳血管疾患			虚血性心疾患			がん		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	180人	275件	3億6,554万円	15人	39件	4,285万円	12人	14件	1,758万円	48人	66件	1億0,229万円
H28年度	181人	328件	4億3,338万円	20人	40件	5,472万円	17人	20件	2,325万円	53人	88件	1億1,436万円
R4年度	151人	294件	3億8,756万円	11人	27件	3,240万円	7人	7件	830万円	43人	106件	1億4,995万円

表 11 長期入院(6か月以上の入院)の医療費(レセプト)の分析

(国保データベースシステム)

年度	全体			精神疾患			予防可能な疾患					
							脳血管疾患			虚血性心疾患		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	67人	642件	2億5,127万円	42人	318件	1億0,925万円	12人	134件	5,673万円	5人	45件	1,581万円
H28年度	70人	680件	2億8,655万円	48人	431件	1億6,337万円	15人	147件	6,860万円	10人	62件	2,594万円
R4年度	51人	477件	1億3,459万円	34人	258件	1億1,645万円	16人	145件	7,085万円	7人	64件	2,988万円

本市の更生医療申請状況による人工透析導入者数は、年々減少してきています。また、新規人工透析導入者数については増減しながらも、ここ数年では減少傾向にあり、10人以下で推移しています。(図16、図17)

新規人工透析導入者の原因疾患で、糖尿病性腎症は減少傾向ですが、令和4年度は半数以上を占めていました。(図 17)

令和4年度の糖尿病性腎症4人中1人は転入者で国保被保険者、1人は生活保護受給者、残りの2人が後期高齢者でしたが、その3人はそれぞれ以前は国保に加入しており、糖尿病の治療は受けていましたが、健診は未受診で保健指導をほぼ受けていませんでした。

国保被保険者における人工透析のレセプト分析では、人工透析全体の患者数・件数・費用額とも減少していました。(表 12)

しかしながら、国保加入中に発症しなくてもその後他の医療制度に移行した後に治療始まるケースも多いので、国保加入時からの糖尿病治療中者の保健指導や、他の医療制度へ移行した後も引き続き重症化予防をしていくことが課題です。

人工透析導入者のうち糖尿病性腎症の患者数及び費用額は、人工透析全体の費用額の半数を超えている状況(表 11)です。糖尿病は全身の血管変化が起きる病態なので、脳血管や虚血性心疾患をあわせ持つことにもつながり、重症化しやすく、医療費のみならず介護費用にも大きな影響がでるため、予防可能な糖尿病性腎症の発症予防、重症化予防を推進していくことが重要です。

図 16 新規人工透析導入者と継続人工透析導入者の推移 (砂川市更生医療申請状況)

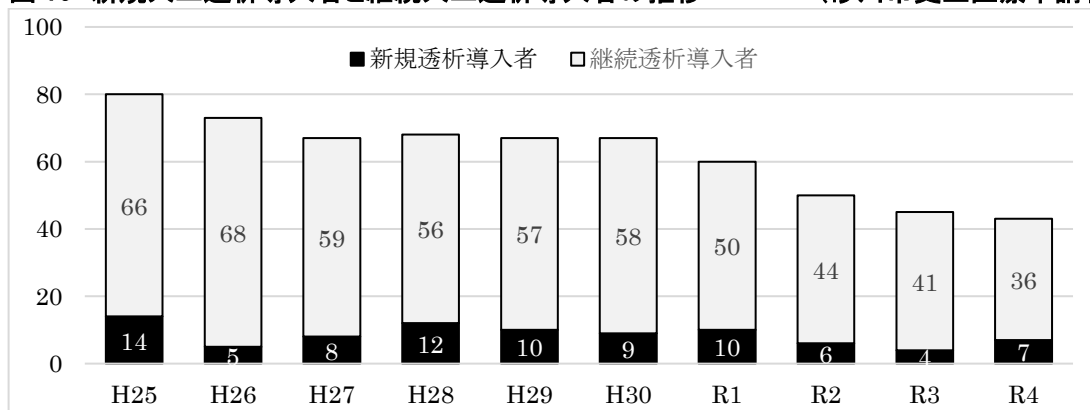


図 17 新規人工透析導入者の原因疾患別推移 (砂川市更生医療申請状況)

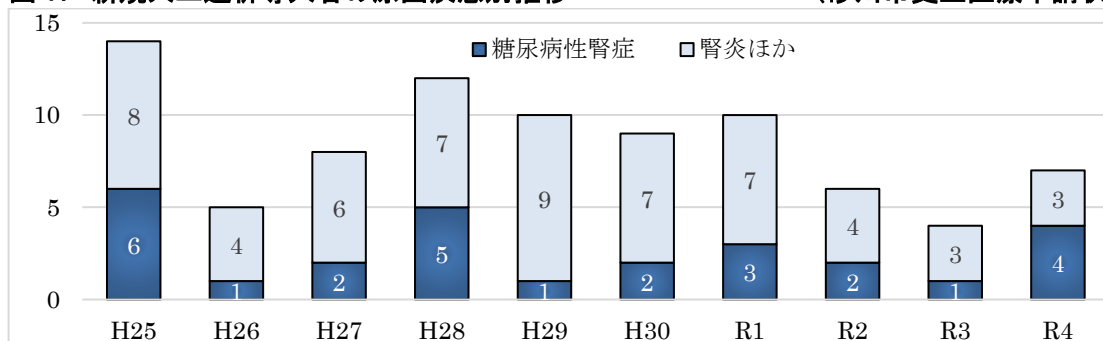


表 12 長期化する疾患である人工透析のレセプトの分析

(国保データベースシステム)

年度	人工透析全体			糖尿病性腎症			脳血管疾患			虚血性心疾患		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	13人	178件	8,326万円	9人	127件	6,159万円	2人	52件	2,122万円	4人	59件	2,706万円
H28年度	11人	122件	7,184万円	7人	78件	4,924万円	4人	38件	2,544万円	5人	65件	3,330万円
R4年度	6人	80件	3,414万円	3人	44件	1,918万円	1人	17件	697万円	1人	14件	700万円

6. 健診・保健指導の状況

(1) 国民健康保険被保険者の特定健診・保健指導

生活習慣病の発症予防、重症化予防の取組みの第一歩は、自分の体の状態を知ることから始まります。本市では、特定健診受診率を国が定める60%を目標に、健診の受診勧奨を行ってきた結果、受診率は年々増加し、令和元年度には54.7%となりました。令和2～3年度は、新型コロナ禍の影響による、健診体制の縮小や、病院受診の控え、コロナワクチン業務の増大による職員の訪問勧奨時間の確保が困難になるなど受診率が減少しましたが、令和4年度は52.0%に回復しています。(図18)

現状として、全国・全道より受診率が高いものの、まだ半数以上の人未受診であり、特に40歳代、50歳代の若い世代の受診率と、すでに治療中の人の受診率が低い傾向が続いています。本市の介護保険や医療保険の状況から若くして介護認定を受ける人には、健診未受診で脳血管疾患を発症する人が多く、若い人の健康状態の把握が重要です。また、治療中でも生活習慣病の重症化により脳血管疾患や虚血性心疾患を発症している人もいることから、更なる受診率向上を目指し、発見された重症化予防対象者を確実に改善につなげていくことが課題であると考えます。(表12)

健診後の保健指導については、本市では、受診者全員を対象に実施しており、メタボリックシンドロームのうち未治療者を対象とした特定保健指導実施率について、令和3～4年度は目標の70%以上を維持しています。(図19)また、特定保健指導対象外であっても、高血圧や高血糖など生活習慣病重症化予防のリスクに応じた保健指導にも取り組んでいます。

図18 特定健診受診率の推移 (市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況)

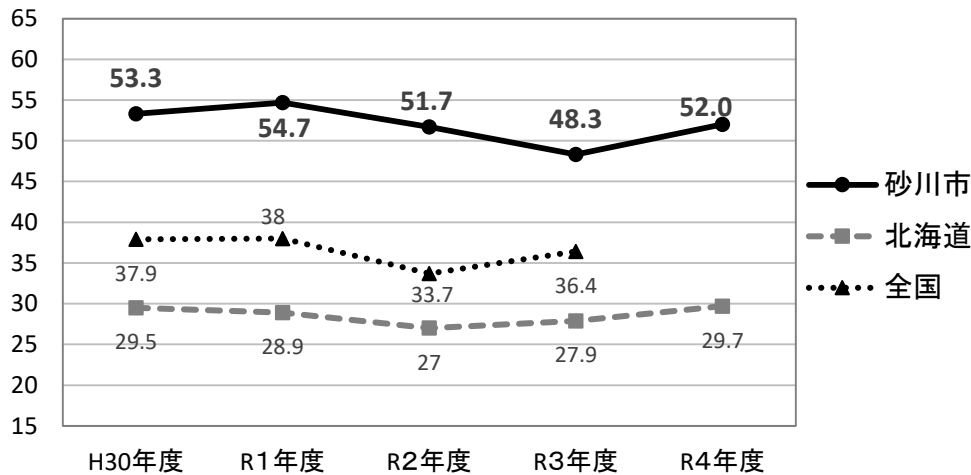
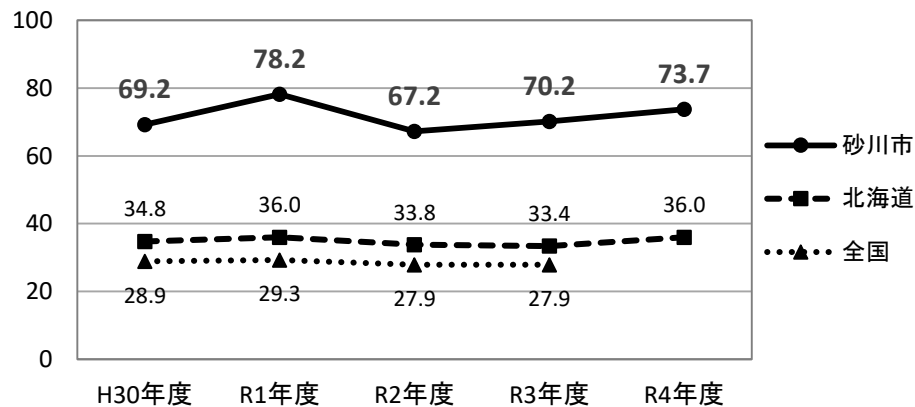


表12 年齢階級別特定健診受診率 (砂川市国保特定健診)

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H30	35.6%	31.9%	32.1%	48.0%	46.7%	54.6%	63.3%
R1	35.5%	30.8%	35.0%	39.9%	48.6%	55.8%	65.6%
R2	28.4%	29.2%	37.2%	37.7%	46.7%	53.9%	60.1%
R3	29.4%	27.6%	36.3%	28.8%	44.3%	52.9%	54.9%
R4	21.4%	33.0%	35.7%	36.0%	50.4%	53.9%	60.3%

図 19 特定保健指導実施率の推移（市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況）



特定健診における有所見状況では、総合判定では、受診勧奨判定値の有所見率が増加しており、令和2～3年度は受診者の67.4%となっています。

検査項目別にみると、メタボリックシンドローム該当者が増加しており、全国・全道より高率となっています。また、脳血管疾患や虚血性心疾患等のリスクとなる高血糖・高血圧等の有所見者が多く、課題が残されています。（表 13）

令和3年度の重症化予防対象者が次年度どうなっているかの評価をみたものが図 20 で、Ⅱ度高血圧以上と HbA1c(血糖値)7.0 以上が治療中に多くみられ、治療していてもそのコントロールが難しいことがわかります。さらに、次年度健診未受診者の確認や、未治療者をなくす保健指導と同時に、治療中の人のコントロール不良を改善するための保健指導も重要です。

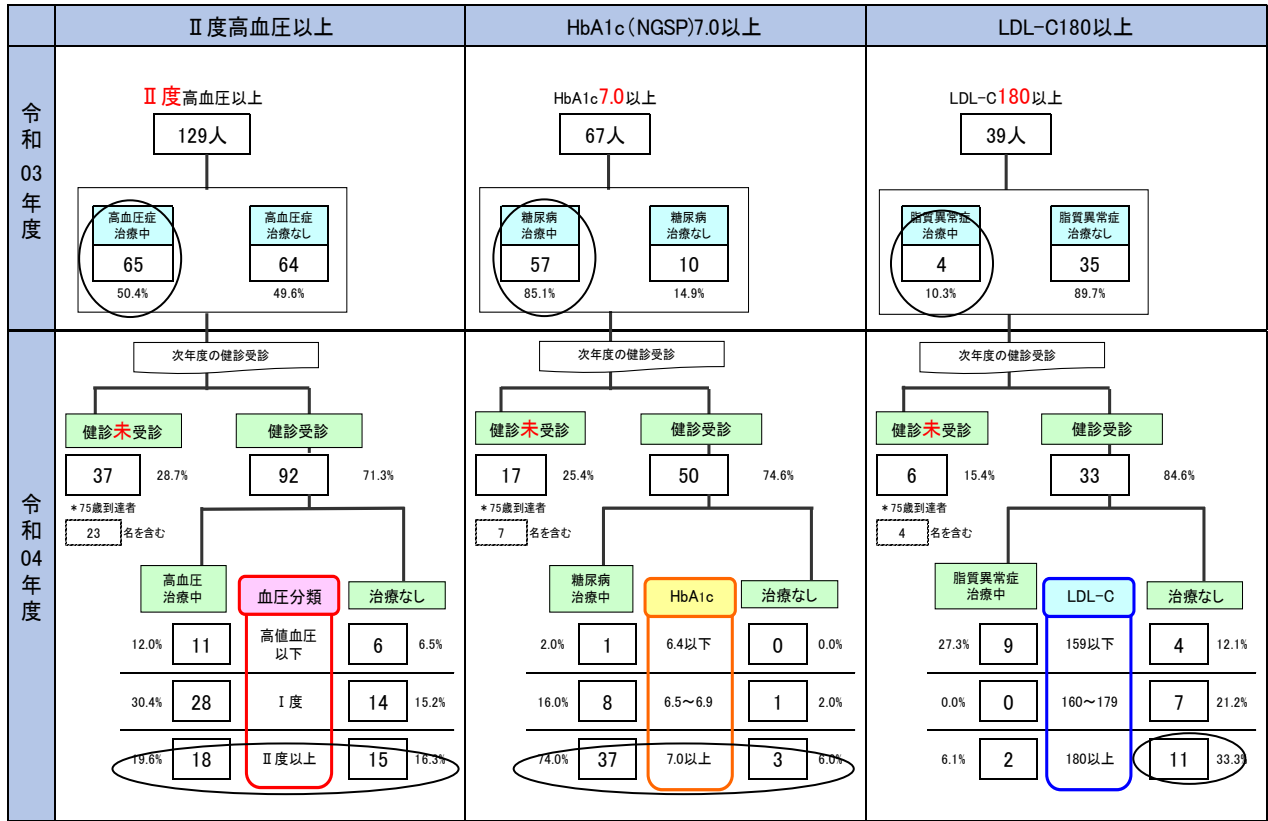
特に内臓脂肪の蓄積が起因するメタボリックシンドロームや、高血糖については治療につなげるだけでは改善が難しい病態であり、肥満があるほど高血圧や高血糖になりやすく、肥満解消のための保健指導・栄養指導が重要となります。（図 21）

表 13 特定健診有所見状況（砂川市国保特定健診）

年度	受診者数	総合判定						メタボリックシンドローム				摂取エネルギーの過剰									
		正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		該当者		予備群		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT(GPT)		HDL				
		人数	率	人数	率	人数	率	人数	率	人数	率	男85cm以上 女90cm以上	25以上	150以上	31以上	40未満					
H30	1,383	26	1.9%	436	31.5%	921	66.6%	290	21.0%	139	10.1%	459	33.2%	411	29.7%	302	21.8%	200	14.5%	56	4.0%
R1	1,373	35	2.5%	439	32.0%	899	65.5%	313	22.8%	156	11.4%	495	36.1%	442	32.2%	317	23.1%	236	17.2%	57	4.2%
R2	1,281	28	2.2%	390	30.4%	863	67.4%	295	23.0%	137	10.7%	453	35.4%	414	32.3%	311	24.3%	242	18.9%	63	4.9%
R3	1,161	35	3.0%	344	29.6%	782	67.4%	265	22.8%	127	10.9%	413	35.6%	346	29.8%	262	22.6%	190	16.4%	53	4.6%
R4	1,165	29	2.5%	374	32.1%	762	65.4%	289	24.8%	116	10.0%	435	37.3%	399	34.2%	278	23.9%	205	17.6%	52	4.5%
年度	受診者数	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					
		空腹時血糖				HbA1c(NGSP)		尿酸		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	尿蛋白		GFR						
		実施者	100以上	実施者	5.6以上	実施者	7.1以上	130以上	85以上	120以上	+以上	実施者	60未満								
H30	1,383	1,371	570	41.6%	1,294	832	64.3%	1,338	125	9.3%	808	58.4%	334	24.2%	691	50.0%	43	3.1%	1,343	489	36.4%
R1	1,373	1,231	522	42.4%	1,181	706	59.8%	1,210	155	11.6%	678	54.5%	283	22.8%	628	50.5%	52	3.8%	1,213	485	36.4%
R2	1,281	1,273	513	40.3%	1,216	826	67.9%	1,237	140	11.3%	728	56.8%	283	22.1%	668	52.1%	40	3.1%	1,238	391	31.6%
R3	1,161	1,153	453	39.3%	1,092	635	58.2%	1,123	97	8.6%	687	59.2%	269	23.2%	572	49.3%	90	7.8%	1,128	328	29.1%
R4	1,165	1,154	468	40.6%	1,086	644	59.3%	1,131	96	8.5%	662	56.8%	231	19.8%	549	47.1%	31	2.7%	1,143	327	28.6%

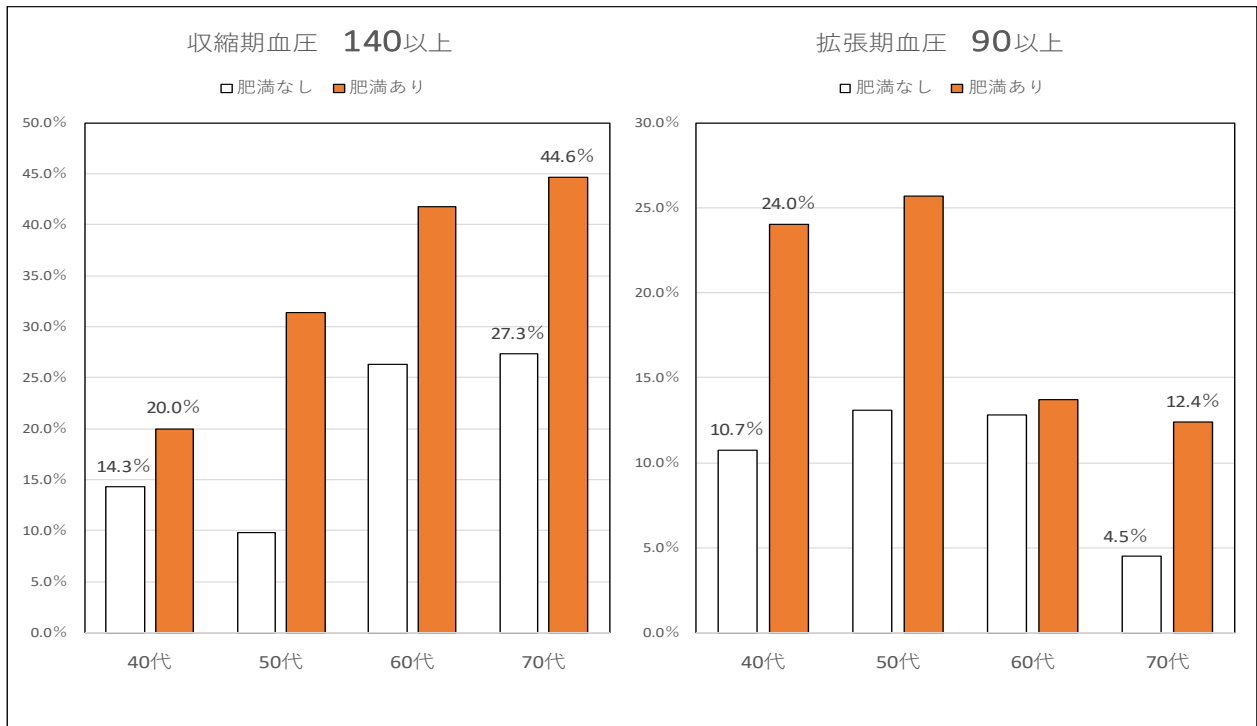
図 20 重症化予防対象者の評価 R3年度→R4年度の変化（砂川市国保特定健診）

重症化予防対象者の評価



(ヘルスラボツール)

図 21 肥満と高血圧の関係



(ヘルスラボツール)

(2) 国民健康保険特定健診以外の健康診査・保健指導

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」においては、各保険者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底や地域・職域推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携を図ることが必要といわれています。

本市においては、20～39歳国保被保険者の若年健診や後期高齢者健康診査の受託、生活保護受給者、年度途中で保険が切り替わった人への健康診査、さらに令和3年度からは、小学5年生や健診機会のない国保以外の20～39歳の人への健診も取り組んでいます。(表14)

若い世代からの生活習慣病予防の取組みとして、今後子どもたちへの健診機会の拡大、健診機会のない若い世代への健診、保健指導の充実を図っていきます。

若い世代の健康実態把握では、妊婦健診もありますが、妊娠期の糖尿病、高血糖者が増えており、令和2年度は疑いも含めた妊娠糖尿病が19人(14.1%)おり、そのあとは減少しています。令和3年度から4年度にかけは、糖尿病、高血糖者の割合は増えています。(表15)

妊娠糖尿病や高血糖は、妊娠期だけの問題ではなく、その後の生活習慣病発症のリスクとなるため、生活習慣病予防の視点での継続した保健指導が重要となり、切れ目のない支援ができるよう体制を整備していきます。

表14 国保特定健診以外の健康診査実施状況 (砂川市ふれあいセンター)

対象	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
20～39歳国保加入者	41	34	33	28	30
国保途中加入者・年度75歳	125	113	100	108	115
生活保護受給者	12	14	9	13	16
後期高齢者	307	326	323	363	426
小学5年生	—	—	—	24	13
20～39歳国保以外	—	—	—	1	2
合計	485	487	465	537	602

表15 妊婦一般健康診査受診票使用者の有所見状況 (砂川市ふれあいセンター)

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
受診券使用者		135	136	113
妊娠糖尿病(疑い含)	人数(人)	19	6	7
	割合(%)	14.1	4.4	6.2
高血糖・尿糖	人数(人)	2	7	9
	割合(%)	1.5	5.1	8.0
妊娠高血圧症候群	人数(人)	2	3	1
	割合(%)	1.5	2.2	0.9

第Ⅲ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

特定健診受診率や、保健指導の実施率は改善しており、高血圧や脂質異常者の重症者は改善されていますが、糖尿病は増えて、重症者も増えています。それに関連する肥満の項目が子どもから大人まで課題が残されています。

がん検診の受診率は低下しています。

若い年代での運動習慣が増えています。高齢者はコロナ禍の影響もあるのか運動不足傾向で、介護認定率も増えています。

アルコールや喫煙の課題も残っていますが、妊婦においては改善されています。

歯科対策ではこれまで実施してきたフッ素塗布の影響が少しずつ現れているのか、3歳児でのう蝕のない者の割合、12歳児での1人平均う蝕本数が改善しています。(表1)

健診の受診率が上がることで、発見される重症化予防対象者も増えていきますが、丁寧に粘り強い保健指導の継続により、脳血管疾患や心疾患、腎不全の予防につながり、介護予防にもつながっていきます。運動習慣やアルコール、喫煙など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具体的な取組みを推進します。

表1 領域・項目ごとの過去との比較

保健活動の目標項目一覧

領域	目標項目	基準値	中間評価		最終評価		データソース	
			2020年度	2021年度	2020年度	2021年度		
循環器疾患・糖尿病	①特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上	・特定健診受診率	35.0%	H28	45.3%	R4	52.0%	①
		・特定保健指導実施率	69.2%	H28	77.1%	R4	73.7%	①
	②Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少 (160/100mmHg以上の者の割合)	12.6%	H28	11.3%	R4	8.8%	①	
	③糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	6.9%	H28	10.4%	R4	13.9%	①	
	④糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上で治療中の者の割合)	63.1%	H28	66.4%	R4	75.5%	①	
	⑤血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	3.1%	H28	5.1%	R4	6.5%	①	
	⑥糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 (更生医療申請状況)	11人	H28	4人	R4	4人	④	
	⑦脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	10.9%	H28	12.8%	R4	9.7%	①	
	⑧メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	27.6% (H20年度31.2%)	H27	31.4%	R4	34.5%	①	
	⑨脳血管疾患の死亡者数の減少	21人	H27	26人	R3	19人	⑤	
⑩虚血性心疾患の死亡者数の減少	8人	H27	5人	R3	9人	⑤		
がん	①75歳未満のがん死亡者数の減少	29人	H27	31人	R4	19人	⑤⑩	
	②がん検診の受診率の向上 <small>※平成28年度より受診率の算定方法が変更された</small>	・胃がん (50～69歳)	14.8%	H28	11.9%	R3	9.0%	⑥
		・肺がん (40～69歳)	17.6%		9.4%		7.8%	
		・大腸がん (40～69歳)	19.3%		9.3%		8.7%	
		・子宮頸がん (20～69歳女性)	20.9%		10.2%		13.0%	
		・乳がん (40～69歳女性)	28.4%		15.5%		19.9%	

領域	目標項目	基準値	中間評価		最終評価		データソース	
栄養・食生活	・20歳代女性のやせの者の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合)	18.3%	H29	20.4%	R4	24.1%	⑪	
	・全出生数中の低出生体重児の割合	11.7%	H29	4.7%	R4	13.1%	⑦	
	①適正体重を維持している者の増加 (肥満・やせの減少)	・肥満傾向にある子どもの割合 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	統計なし	H29	男子 8.8% 女子 5.4%	R4	男子 26.2% 女子 9.8%	⑧
	・20～60歳代男性の肥満者の割合	33.8%	H29	36.3%	R4	48.4%	①②	
	・40～60歳代女性の肥満者の割合	21.8%	H29	27.3%	R4	29.2%	①②	
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	14.7%	H29	16.7%	R4	15.2%	①②③	
	②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	・朝食を欠食する子どもの割合 (小学5年生・中学2年生)	統計なし	H29	小5 2.3% 中2 3.6%	R4	小5 1.2% 中2 2.7%	⑨
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 40.0% 女性 50.0%	H28	男性 42.1% 女性 43.7%	R4	男性 54.7% 女性 57.9%	①②
	・65歳以上	男性 61.1% 女性 53.2%	H28	男性 53.0% 女性 51.8%	R4	R2年より後期高齢者健診の質問項目から削除されたため評価できず。	①②③	
	②運動習慣者の割合の増加 (1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)	・20～64歳	男性 28.5% 女性 27.9%	H28	男性 30.3% 女性 24.7%	R4	男性31.1% 女性31.1%	①②
	・65歳以上	男性 55.2% 女性 46.6%	H28	男性 47.5% 女性 43.6%	R4	R2年より後期高齢者健診の質問項目から削除されたため評価できず。	①②③	
	③介護保険サービス利用者の増加の抑制 (第1号被保険者の要介護認定率)		15.9%	H29	18.5%	R4	20.4%	⑩
飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (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 12.7% 女性 6.6%	H29	男性 11.6% 女性 4.5%	R4	男性 13.3% 女性 5.3%	①②③	
	②妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)		2.7%	H29	1.8%	R4	0.0%	⑪⑫
喫煙	①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)		16.1%	H29	16.1%	R4	16.4%	①②③
	②妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)		2.7%	H29	8.4%	R4	0.0%	⑪⑫
歯・口腔の健康	①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	76.9%	H28	83.7%	R4	95.5%	⑬
	・12歳児の1人平均う蝕数	3.98本	H29	1.27本	R4	0.38本	⑭	
休養・心の健康	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少		20.5%	H28	18.8%	R4	20.9%	①②③
	②自殺者数の減少 (人口10万人当たり自殺死亡率、実人数)		42.3(8人)	H28	16.9(3人)	R4	12.37(2人)	⑮

データソース

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| ①砂川市国保特定健診 | ⑬3歳児歯科検診 |
| ②砂川市一般健康診査(若年者・国保途中加入者・無保険者) | ⑭学校保健統計調査 |
| ③砂川市後期高齢者健康診査 | ⑮地域における自殺の基礎資料(厚労省) |
| ④砂川市更生医療申請状況 | ⑯砂川市死亡届 |
| ⑤人口動態統計 | |
| ⑥地域保健・健康増進事業報告 | |
| ⑦砂川市の保健活動 | |
| ⑧全国体力・運動能力・運動習慣等調査 | |
| ⑨全国学力・学習状況調査 | |
| ⑩介護保険事業状況報告 | |
| ⑪妊娠届出時アンケート | |
| ⑫乳幼児健診アンケート | |

2. 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) 循環器疾患・糖尿病

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患及び糖尿病性腎症の発症や重症化は、生命や健康に重大な影響を及ぼすばかりでなく、介護が必要となった主な原因としてどの年代もこれら循環器疾患が上位を占め、個人的にも社会保障費的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、先天的な疾患や加齢による疾患を除いて、その多くは健康な生活習慣や早期の適切な治療によって、予防や重症化の抑制が可能です。

糖尿病は循環器疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変などの合併症を併発するほか、認知症やがんの発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質(QOL)や社会保障費に多大な影響を及ぼします。

これらの疾患は突然発症しますが、長年の血管の損傷(無症状)によって起こる疾患で、その予防は基本的には危険因子の管理です。心臓血管病を起こしやすい危険因子の中で、予防可能なものとしては高血圧、脂質異常症、喫煙、内臓型肥満、糖尿病などがあります。(図1)脳血管疾患の危険因子としては、これらに加えて大量飲酒があります。糖尿病は加齢や家族歴の影響もありますが、多くは肥満や運動不足、食生活や生活リズムの乱れなどの生活習慣が起因するといわれ、生活習慣が起因する2型糖尿病が増えてきています。

これら危険因子の管理のためには、まず健診を受診し、健診データを複合的、関連的に見て、無症状のうちから改善を図っていく必要があります。

加えて、生活習慣病の背景には低出生体重児(出生体重 2,500g未満で出生した乳児のこと)や、子どもの肥満など、妊娠期、幼少期からの影響もあることから、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり対策が重要となります。

本市においても、これまで健診受診率の向上を重点に取り組み、健康状態の把握と、重症化予防の保健指導を実施してきました。また、KDB(国保データベースシステム)の活用も進み、高額な医療費の原因疾患、要介護の要因となる疾患の分析をすることで、いかに循環器疾患・糖尿病の予防が重要であるかを再認識し、高血圧対策、糖尿病対策等に取り組むことで、医療費全体に占める生活習慣病の医療費の割合は減少しています。

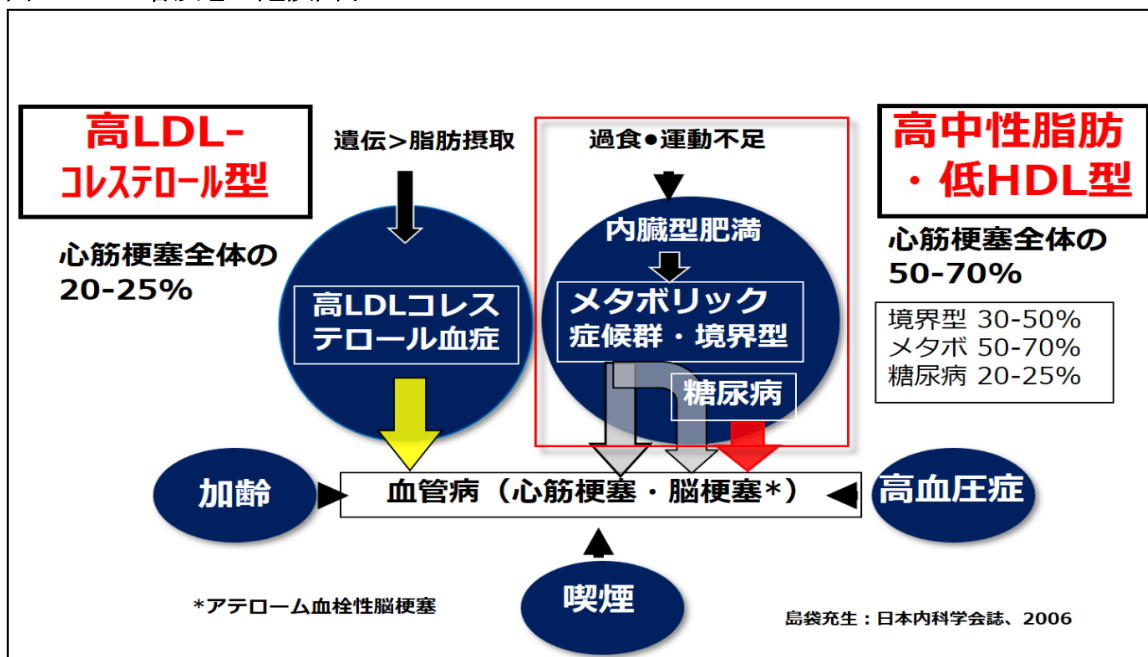
さらに、合併症の確立が高くなる HbA1c7.0%以上の重症な糖尿病の未治療者が減少し、人工透析に占める糖尿病性腎症の割合も減少してきていますが、糖尿病有病者の増加や治療中のコントロール不良者の増加など、治療の有無に関わらず生活改善のための保健指導・栄養指導の必要性が大きくなっています。

また、若年者の健診受診率の低さ、第2号被保険者の介護認定率の高さとその原因となる脳血管疾患の割合の高さ、健診受診率が上がることで有所見数が増えているという3つの課題があります。

今後も健診受診率を上げ、重症化予防対象者をしっかり継続して保健指導することで生活習慣病の予防、健康寿命の延伸、社会保障費の削減を目指していきます。

生涯を通じた生活習慣病予防の視点で、住民とともに学習を進めながら、各分野の最新のガイドライン(科学的根拠)に基づいた保健指導を徹底していきます。

図1 心血管疾患の危険因子



◆これまでの取組み

- ①早期からの生活習慣病発症予防の取組み
- ②健診受診率向上に向けた取組み
- ③生活習慣病の重症化予防の取組み

◆目標項目の評価

目標項目		基準値 (H22年度)	中間評価 (H28年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
特定健診・特定保健指導実施率の向上	特定健診の実施率	35.0%	45.3%	60%以上	52.0%	未達成
	特定保健指導の終了率	69.2%	77.1%	70%以上	73.7%	達成
目標項目		基準値 (H23年度)	中間評価 (H28年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
高血圧の改善 (160/100mmHg以上の者の割合)		12.6%	11.3%	減少	8.8%	達成
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)		6.9%	10.4%	減少	13.9%	未達成
糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)		63.1%	66.4%	増加	75.5%	達成
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)		3.1%	5.1%	減少	6.5%	未達成
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少		11人	4人	減少	4人	未達成
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)		10.9%	12.8%	減少	9.7%	達成

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H27年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	27.6%	31.4%	H20年度と比べて25%減少	34.5%	未達成

目標項目	基準値 (H22年)	中間評価 (H27年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R3年度)	最終評価
脳血管疾患の死亡の減少	21人	26人	減少傾向へ	19人	達成
虚血性心疾患の死亡の減少	8人	5人	減少傾向へ	9人	未達成

◆現状と課題

① 現状

i 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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組み状況を反映する指標として設定されており、健診を受けることが健康実態の把握につながり、これまでの保健指導の評価にもなります。

本市では、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに、全国・全道より高く推移していますが、受診率の目標値(60%)に到達していない状況です。(第Ⅱ章の(6)図18)

今後は、継続受診の定着を図るとともに、重症者は健診未受診者から発症することが多いため、優先順位を明確にした未受診者対策を実施していくことが必要です。今後も最新の各ガイドラインに基づき、検査項目や健診後の保健指導の充実を図り、健診のメリットをより高めながら受診率向上に取り組んでいく必要があります。

特に若い世代の受診率が低く、第2号被保険者の認定率が全国や全道よりも高い状況から、健診受診はもとより、その前に簡易な検査でも健康実態を把握し、自身の身体状況に関心を持ってもらえるような動機付けも必要と考えます。

特定保健指導実施率は70%前後を推移し、目標をほぼ達成できています。(第Ⅱ章の(6)図19)しかし、特定保健指導対象者以外に重症者や、治療中でもコントロール不良者など、重症化予防の対象者が多く存在するため、課題解決のため優先順位をつけた保健指導を継続していきます。

ii 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最大の危険因子であり、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いわれています。

本市では、特定健診の結果に基づき、特定保健指導対象者のみでなく、高血圧治療ガイドラインに記載されている「診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施しています。(図2)

未治療者の重症高血圧者(Ⅱ度以上、Ⅲ度高血圧)の割合は上がり下がりしながらも、減少傾向にあります。受診率が上がると有所見率も増える傾向にあり、引き続き治療の有無に関わらず保健指導を徹底し、未治療者を減らし、さらには治療につながった人のコントロール状況が把握できるよう継続した健診受診を勧奨していくことが重要です。健診未受診者勧奨も重症者を優先的に勧奨し、後期高齢者医療保険に移行しても一体的に保健事業を展開し、後期高齢になっても保健指導を継続していくことが重要です。(図3)

図2 保健指導の取組基準(血圧)

* 健診結果は、基本的に全受診者に対して、訪問・面接等にて説明を実施しています。

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	363	186 51.2%	125 34.4%	45 12.4%	7 1.9%		
リスク第1層 予後影響因子がない	26 7.2%	C 15 8.1%	B 9 7.2%	B 2 4.4%	A 0 0.0%	A ただちに 薬物療法を開始	104 28.7%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	203 55.9%	C 103 55.4%	B 62 49.6%	A 34 75.6%	A 4 57.1%	B 概ね1ヵ月後に 再評価	141 38.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	134 36.9%	B 68 36.6%	A 54 43.2%	A 9 20.0%	A 3 42.9%	C 概ね3ヵ月後に 再評価	118 32.5%

高リスク
中等リスク
低リスク

図3 国保特定健診受診者の高血圧者の推移

(砂川市国保特定健診)

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲
					再)III度高血圧	再掲		
						未治療	治療	
H29	1,381	524 37.9%	412 29.8%	335 24.3%	110 8.0%	54 49.1%	56 50.9%	8.0%
					16 1.2%	9 56.3%	7 43.8%	1.2%
H30	1,383	487 35.2%	417 30.2%	338 24.4%	141 10.2%	71 50.4%	70 49.6%	10.2%
					24 1.7%	15 62.5%	9 37.5%	1.7%
R01	1,373	542 39.5%	404 29.4%	310 22.6%	117 8.5%	58 49.6%	59 50.4%	8.5%
					15 1.1%	11 73.3%	4 26.7%	1.1%
R02	1,281	463 36.1%	407 31.8%	303 23.7%	108 8.4%	68 63.0%	40 37.0%	8.4%
					23 1.8%	16 69.6%	7 30.4%	1.8%
R03	1,161	390 33.6%	329 28.3%	313 27.0%	129 11.1%	64 49.6%	65 50.4%	11.1%
					15 1.3%	11 73.3%	4 26.7%	1.3%
R04	1,165	411 35.3%	376 32.3%	276 23.7%	102 8.8%	52 51.0%	50 49.0%	8.8%
					15 1.3%	7 46.7%	8 53.3%	1.3%

iii 糖尿病の改善

・糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.5%以上の者)の増加の抑制

本市の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の推移は、特定健診受診者では、平成29年度12.0%から徐々に増えて、令和4年度は13.9%です。

糖尿病の可能性が否定できないHbA1c6.0~6.4%(境界領域)や前段階ともいえるHbA1c5.6~5.9%の正常高値の割合は減少しており、正常者の割合が増えてきています。(図4)

糖尿病の危険因子の中には加齢があり、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、健診受診者の7割以上が60歳以上ということも考えると、大きく減少させていくことは難しいかもしれませんが、健診で発見した重症化予防対象者は、医療との連携、健診受診、後期高齢の一体的保健事業の実施などによって、確実に保健指導をし、結果を出していくプロセスが重要です。

若いうちの肥満から、耐糖能異常(まだ糖尿病の治療の段階でない人)、食後高血糖の問題もあり、その段階から心疾患発症のリスクがあるとわかってきており、さらに糖尿病の発症に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引き継がれていく可能性が高い習慣です。また、II型糖尿病は発症までに10~20年の生活習慣の積み重ねが影響するといわれています。これらのことから20~39歳の国保や国保以外の若年健診、学齢期の健診、妊婦健診など、より若い年代層に目を向けた健診の実施と、その後の保健指導において継続的なリスク管理の視点で長期的な対策が必要となってきます。

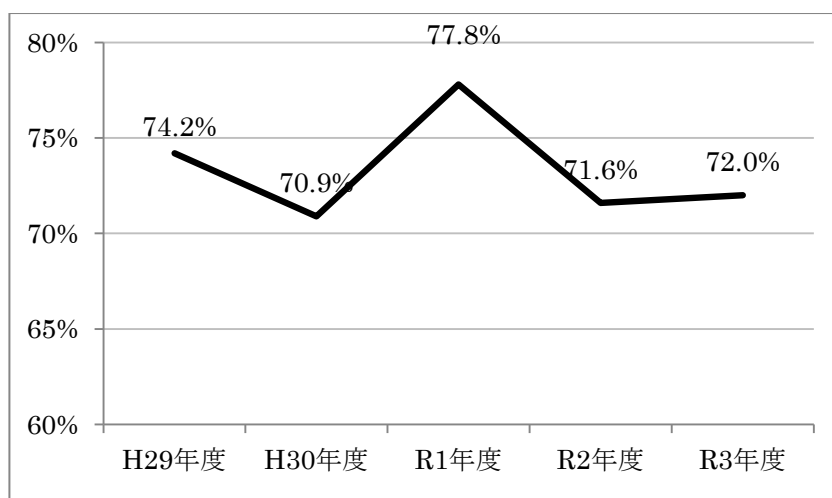
図4 国保特定健診受診者の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の推移

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療		
H29	1,292	475 36.8%	464 35.9%	198 15.3%	155 12.0%	40 25.8%	115 74.2%	12.0%	5.8%
					75 5.8%	13 17.3%	62 82.7%		
H30	1,294	462 35.7%	477 36.9%	190 14.7%	165 12.8%	48 29.1%	117 70.9%	12.8%	5.8%
					75 5.8%	14 18.7%	61 81.3%		
R01	1,278	490 38.3%	424 33.2%	188 14.7%	176 13.8%	39 22.2%	137 77.8%	13.8%	7.4%
					95 7.4%	12 12.6%	83 87.4%		
R02	1,216	390 32.1%	455 37.4%	209 17.2%	162 13.3%	46 28.4%	116 71.6%	13.3%	6.3%
					77 6.3%	13 16.9%	64 83.1%		
R03	1,092	457 41.8%	339 31.0%	164 15.0%	132 12.1%	37 28.0%	95 72.0%	12.1%	6.1%
					67 6.1%	10 14.9%	57 85.1%		
R04	1,086	442 40.7%	351 32.3%	142 13.1%	151 13.9%	37 24.5%	114 75.5%	13.9%	6.5%
					71 6.5%	7 9.9%	64 90.1%		

・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。本市の特定健診受診者中の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の治療率は、平成29年度から上がり下がりしていますが、70%以上を維持しています。(図5) さらに HbA1c7.0%以上の者の治療率は90%以上となっており、重症化予防の対象者の明確化、保健指導の重点化を図ってきたことの効果ともいえます。

図5 糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.5%以上)の治療率の推移



糖尿病は「食事療法」と「運動療法」が治療の基本であり、内服やインスリン療法だけではコントロールが難しく、そ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。医療機関を受診していても自覚症状がないことから、自己判断で治療を中断する人も見受けられます。

本市の治療率は70%以上を維持していますが、今後も未治療者や、治療中断者を減少させ、さらに治療中でも適切なコントロールを維持できるよう、積極的な保健指導・栄養指導を実施しながら支援を継続していきます。

糖尿病治療は近年向上し、血糖コントロールを良好に保つことで健常者と変わらない生活を送ることができるにもかかわらず、糖尿病に関わるスティグマ(特定の属性に対して刻まれる「負の烙印」)が治療中断の要因の一つになっているので、スティグマ払拭のためにも糖尿病に対する正しい知識の普及啓発が必要です。

・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 値が7.0%以上の者の割合の減少)

糖尿病による合併症の発症や重症化を抑制するためには治療の継続と、治療中断を防ぐことはもちろん、治療が継続され良好な血糖コントロール状態を維持することが大切です。

コントロールの指標としては、細小血管の発症予防や進展の抑制のために最低限達成が望ましい HbA1c7.0%未満を目指し、第2次計画中間評価からコントロール不良者の減少は HbA1c 7.0%以上の者の割合の減少に変更しています。

本市では、健診の結果 HbA1c が7.0%以上の者の割合は、平成29年度5.8%から令和4年度6.5%と増加していますが、治療、未治療の内訳では未治療者が17.3%から9.9%に減少しています。(図4)

治療に結び付けてもコントロール改善のため、今後も連絡票や糖尿病連携手帳を活用し、主治医と連携を図りながら、保健指導の取組基準(血糖値)に沿った保健指導・栄養指導を実施していく必要があります。(図6)

図6 保健指導の取組基準(血糖値)

* 健診結果は、基本的に全受診者に対して、訪問・面接等にて説明を実施しています。

		正常領域	正常高値	境界領域	糖尿病領域	
糖代謝 に関する 検査	グリコヘモグロビン HbA1c % (JDS値)	~5.5% (~5.1%)	5.6~5.9% (5.2~5.5%)	6.0~6.4% 6.5%以上は糖尿病の可能性が高い (5.6~6.0%) (6.1%以上は糖尿病の可能性が高い)	6.5~7.3% (6.1~6.9%)	7.4%以上 (7%以上)
	血糖 mg/dl	(空腹時) ~99 (2時間値) ~139	100~109	110~125 140~199	126以上 200以上	
	尿糖	(-)		(±)	(+)	尿糖(2+) 尿糖(3+)
				↳ 75グラム経口ブドウ糖負荷試験 (インスリン分泌能とインスリン抵抗性の有無をみる) 将来の糖尿病発症、動脈硬化発症リスクが高いため 他のリスク(家族歴、肥満、高血圧、脂質異常など)の有無をみて実施		参考 日本糖尿病学会編 2022-2023 糖尿病治療ガイド

iv 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

本市の人工透析患者は年々減少しており、糖尿病性腎症の割合も減少しています。(図7) また、令和4年度の新規透析導入者前年より増え7人であり、このうち糖尿病性の透析が4人と増えています。(図8)このうち4人の背景をみると2人は健診の履歴を確認できず、あとの2人は国保加入時に健診を受けているものの、その後健診未受診でした。(表2)

透析導入を1年でも遅らせることは、医療経済への影響が大きいため、腎機能が低下しても透析導入に至らないような管理が大切であり、そのためにも健診受診で状態を確認し、重症化させないための保健指導が重要です。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年間といわれていることから、国保特定健診受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導の状況を確認していく必要があります。

腎症の早期発見のために、尿蛋白が出現する前の腎臓の変化を見ることができる検査として尿中アルブミン排泄量を測定する「尿中微量アルブミン検査」も有効であることが示されており(エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023、糖尿病治療ガイド2022~2023)、早期の治療開始や生活改善の動機づけにつながるよう、簡易検査を積極的に勧めながら保健指導を実施していきます。

図7 砂川市人工透析患者の推移

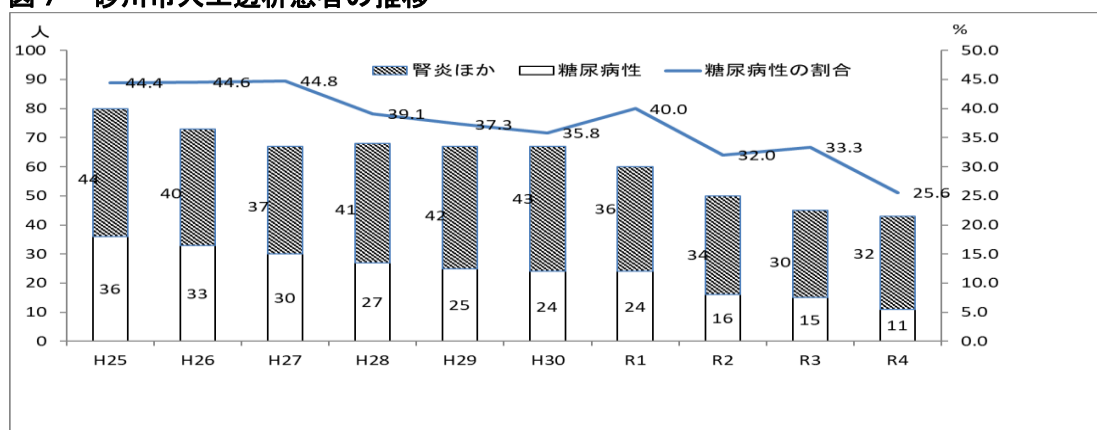


図8 新規透析導入患者の推移

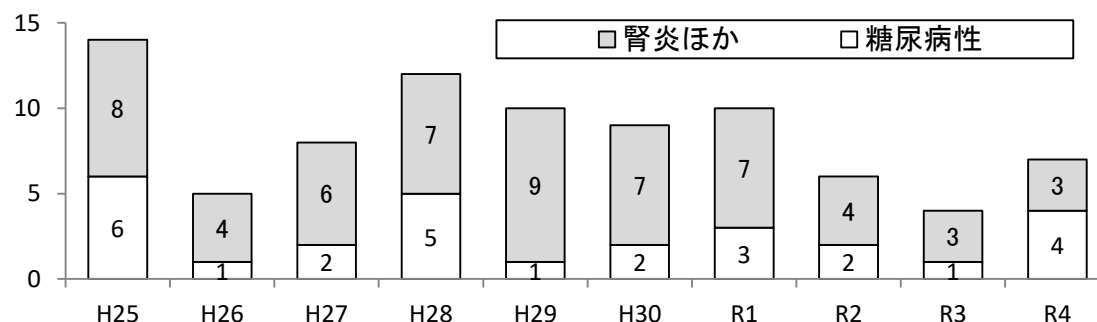


表2 令和4年度新規透析導入者の加入保険、健診受診の状況

年代	性別	透析原因疾患	透析導入時 加入保険	健診受診歴
70	男	慢性腎不全	後期高齢	74歳まで受診歴あり
80	男	慢性腎不全	後期高齢	74歳まで受診歴あり
80	男	腎硬化症	後期高齢	60代に受診歴あり
70	男	糖尿病性腎症	後期高齢	H27個別健診受診
50	男	糖尿病性腎症	国保(転入)	なし
50	女	糖尿病性腎症	生活保護	国保時受診あり
80	女	糖尿病性腎症	後期高齢	なし

v 脂質異常症の減少(LDL コレステロール 160mg/dl)以上の割合の減少)

高血圧と同様に脂質異常症は循環器疾患の危険因子であり、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 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ています。平成 20 年度から開始された特定健診でも、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、LDL コレステロール値に注目して、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。

LDL160 mg/dl以上の割合は 11%前後を推移していましたが、令和4年度は減少し、LDL180 mg/dl以上の割合も減少し、治療なしの割合も平成 29 年度からは減少しています。(図9)

図9 国保特定健診受診者の LDL-コレステロールの状況

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			割合
					再)180以上	未治療	治療	
H29	1,381	686 49.7%	337 24.4%	208 15.1%	150 10.9%	130 86.7%	20 13.3%	10.9%
					52 3.8%	45 86.5%	7 13.5%	
H30	1,383	692 50.0%	305 22.1%	234 16.9%	152 11.0%	139 91.4%	13 8.6%	11.0%
					50 3.6%	46 92.0%	4 8.0%	
R01	1,373	695 50.6%	318 23.2%	214 15.6%	146 10.6%	129 88.4%	17 11.6%	10.6%
					53 3.9%	50 94.3%	3 5.7%	
R02	1,281	613 47.9%	285 22.2%	219 17.1%	164 12.8%	151 92.1%	13 7.9%	12.8%
					50 3.9%	46 92.0%	4 8.0%	
R03	1,161	589 50.7%	285 24.5%	160 13.8%	127 10.9%	113 89.0%	14 11.0%	10.9%
					39 3.4%	35 89.7%	4 10.3%	
R04	1,165	616 52.9%	262 22.5%	174 14.9%	113 9.7%	103 91.2%	10 8.8%	9.7%
					37 3.2%	33 89.2%	4 10.8%	

自覚症状がなく、長い年数をかけて血管の壁にしみこんでいく LDL コレステロールは単独でも動脈硬化の危険因子となるため、頸動脈エコーの二次検査を勧めたり、科学的根拠に基づいた資料を利用しながら治療の動機づけとし、引き続き治療の率を上げていく保健指導が必要です。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」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管理目標に沿った指導を実施していくことが重要です。(図 10)

図 10 動脈硬化性疾患のリスク判断と LDL コレステロール管理目標

診断基準		③ 受診が必要かどうかを判断します	④ 脂質管理目標	動脈硬化性疾患リスク管理区分
高LDLコレステロール血症	180以上	<p>病院受診が必要です</p> <p>家族性高コレステロール血症(FH)の精査が必要</p> <p>薬物療法の適用を考慮 + 生活習慣の改善も重要</p>		<p>A 【二次予防】</p> <p>□ 冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往</p> <p>A'' 冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞に、「急性冠症候群」「家族性高コレステロール血症」「糖尿病」「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞の合併」</p> <p>B 【一次予防】</p> <p>Aがない場合、一つでも該当</p> <p>□ 糖尿病</p> <p>□ 慢性腎臓病</p> <p>□ 末梢動脈疾患 高リスク</p> <p>B'' 糖尿病で末梢動脈疾患、細小血管症合併時、又は喫煙有</p> <p>C Bもない場合、動脈硬化性疾患発症リスク →脂-2(2)</p> <p>低リスク</p> <p>中リスク</p> <p>高リスク</p>
	160-179	<p>生活習慣の改善</p> <p>3~6か月後</p> <p>再検査(受診)</p> <p>LDL-Cが140未満に改善しない場合</p> <p>他のリスクによって目標値は違います 参照A、B、C</p> <p>薬物療法の適用</p>	160未満	
	140-159		140未満	
	境界域	120-139	<p>B または 高リスク に該当する場合は</p> <p>生活習慣の改善が必要</p>	
正常域	100-119	<p>A または B'' に該当する場合は</p>	100未満	
	70-99	<p>A'' に該当する場合は</p>	70未満	
	-69			
高中性脂肪血症	<p>空腹時 400以上</p> <p>空腹時 ☆ 300以上</p> <p>150-299</p>	<p>動脈硬化性疾患予防ガイドラインより中性脂肪が高くなると LDLコレステロールは小型化 → 血中に長くとどまる → 酸化されやすい → 血管壁に入りやすくなる</p> <p>超悪玉コレステロール</p> <p>動脈硬化のリスク</p> <p>病院受診が必要です</p> <p>生活習慣の改善</p>	<p>★1,000以上の場合 → 他疾患の精査も重要</p> <p>・急性すい炎の可能性あり</p> <p>・遺伝 (家族性リポタンパクリパーゼ欠損症・IV型高脂血症等の疑い)</p> <p>150未満 (175)</p>	<p>☆特定健診での受診勧奨基準値</p>
正常	-149 (-174)			

参考 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

vi 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診では、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少が評価項目の一つとされています。

本市のメタボリックシンドロームの割合は男性では該当者が増え、予備群が減少し、女性は該当者が横ばい傾向で、予備群は増えてきています。(表3①②)

肥満症をめぐる基礎医学は年々新しい病態のメカニズムが解明されてきており、肥満がある人は耐糖能異常の段階で、すでに血管障害を発症していることや、脂肪細胞から出される悪玉サイトカイン(生理活性物質)による血管内皮障害や炎症反応が起こり、長年かけて無症状のまま動脈硬化を起こし、循環器疾患につながることも明らかとなってきています。肥満症は治療では改善が難しく、食や運動という生活習慣と検査値が関連していること、検査値から自らが血管の状態をイメージでき、自発的に生活習慣を改善する動機づけができるよう支援を充実させていくことが必要です。

その動機づけのための二次検査も積極的に活用していきます。(頸部エコー、75g 糖負荷試験、微量アルブミン尿検査)

表3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移 (砂川市国保特定健診結果)

① メタボリックシンドローム該当者

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つに該当する者

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合
H30	1383	292	21.1%	544	187	34.4%	839	105	12.5%
R1	1373	314	22.9%	540	195	36.1%	833	119	14.3%
R2	1281	295	23.0%	508	181	35.6%	773	114	14.7%
R3	1161	265	22.8%	444	150	33.8%	717	115	16.0%
R4	1165	289	24.8%	467	179	38.3%	698	110	15.8%

② メタボリックシンドローム予備群

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、1つに該当する者

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合
H30	1383	139	10.1%	544	89	16.4%	839	50	6.0%
R1	1373	153	11.1%	540	94	17.4%	833	59	7.1%
R2	1281	135	10.5%	508	88	17.3%	773	47	6.1%
R3	1161	126	10.9%	444	81	18.2%	717	45	6.3%
R4	1165	113	9.7%	467	67	14.3%	698	46	6.6%

(特定健診・特定保健指導実施報告国保連帳票TKCA012)

vii 脳血管疾患の死亡の減少

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、本市の脳血管疾患の総数もやや増加傾向で、特に高血圧の影響を最も受けやすい脳内出血が増加傾向にあります。(表4)

表4 砂川市の脳血管疾患死亡者数の推移

年次	総数	くも膜下出血		脳内出血		脳梗塞	
		男	女	男	女	男	女
平成29年	16	0	3	4	2	4	3
平成30年	18	1	1	1	1	9	5
令和1年	14	0	1	2	4	4	3
令和2年	20	1	1	2	4	5	7
令和3年	19	0	1	6	4	2	6

令和3年度に脳血管疾患が原因で介護が必要となった12人(第2号被保険者)のうち、11人は高血圧があり、この中には発症と同時に治療になった人も多く、発症前に国保で健診を受けていた人は1人で、社保の2人は健診の状況が不明です。国保で健診を受診していた1人についても一つ一つの検査データは医療機関を受診するほどの値ではなく、メタボ予備群の状況でした。(表5)

青壮年層を対象に行われている保健事業は、保険者ごとに実施されていることから、地域全体の健康状態を把握できないことや、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したが、今後はマイナンバーの導入に伴い、個人個人が自分の健康情報を制度間横断的に把握することも可能になるため、まずは一人ひとりが健診データの正しい見方を身につけ、そこから予測される健康課題に向けて自身の生活習慣改善に取り組むことができるよう、学習の機会を持つことが重要です。

このため、継続的、かつ包括的な保健事業の展開ができるよう、職域保健の実態を把握し、地域保健や学校保健との連携を推進する施策を今後も引き続き検討する必要があります。

表5 令和3年度 脳血管疾患が原因疾患の第2号被保険者認定者の状況

年齢	保険	介護度(現状)	主病名1	主病名2	高血圧	糖尿病	脂質異常
60代	国保	要介護3	脳梗塞		○	○	○
60代	国保	要介護3	くも膜下出血後遺症		○		○
50代	国保	要介護2	脳梗塞		○	○	○
50代	社保	要介護1	くも膜下出血後遺症				
50代	国保	要介護1	くも膜下出血後遺症		○		
40代	社保	要支援2	右被殻出血後遺症	もやもや病	○		
50代	国保	要支援2	脳出血		○		
50代	国保	要支援2	右被殻出血後遺症	未破裂脳動脈瘤	○		
50代	国保	要支援2	脳梗塞(心原性)		○	○	○
60代	国保	要支援2	被殻出血		○	○	○
40代	国保	要支援1	大動脈解離	術後脳梗塞	○		○
60代	国保	要支援1	左被殻出血		○	○	○

viii 虚血性心疾患の死亡の減少

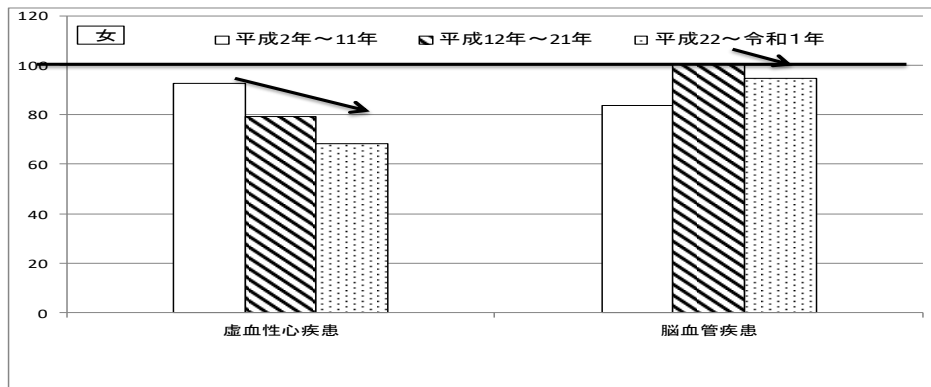
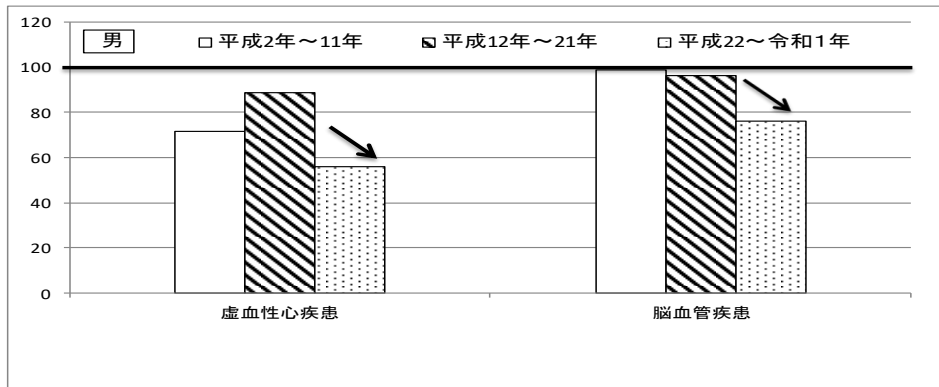
本市の心疾患死亡の総数は増えており、特に心不全が増加し、高齢化に伴う増加も考えられます。(表6)フレイルの状態から身体機能の低下がおこり、心機能の低下にもつながり、逆に心機能の低下から日常の活動が減少しフレイルにつながるなど、相互に関係しながら悪循環となる病態であり、フレイルの予防も重要です。

表6 砂川市の虚血性心疾患等の死亡者数の推移

年次	総数	急性心筋梗塞		その他の虚血性心疾患		不整脈及び伝導障害		心不全		大動脈瘤及び解離	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
平成29年	32	1	3	2	4	2	1	9	5	3	2
平成30年	35	6	3	0	3	1	0	12	7	1	2
令和1年	32	3	5	1	1	1	2	8	10	1	0
令和2年	40	4	1	4	1	4	1	10	12	3	0
令和3年	47	4	2	1	2	1	2	16	15	4	0

脳血管疾患、心疾患ともに高齢化の影響を除いた全国平均の死亡率を100とした死亡比(SMR)を男女別にみると、男女とも死亡率は減少していますが、女性が男性よりは高く、女性特有のホルモンや骨量、筋肉量の減少など男性にはない課題もあり、ライフコースアプローチの観点を取り入れた健康づくりを進めていく必要があります。(図11)

図11 循環器疾患の標準化死亡比(SMR)男女別



脳血管疾患、心疾患の予防には、心電図による心房細動や虚血変化を早期に発見することが重要になりますが、本市では平成 20 年度の特定健診開始当初から、独自に心電図検査を全員に実施してきました。

令和3年度の心電図検査の結果をみると、全受診者のうち 322 人に異常が認められ、そのうち 20 人(6.2%)は要精密検査となっており、医療受診している人は7(35%)でした。(表7)

脳梗塞の中でも最も重症な心原性脳塞栓症の原因となる心房細動については、令和3年は 15 人所見があり、新しく発見された未治療の3人はすべて医療につながり、令和4年度は 13 人所見があり、新しく発見された未治療の2人は治療につながりました。未治療の心房細動が発見される率のごくわずかですが、ひとたび心原性脳塞栓症を起こすことで高額な医療費や、その後の入院生活、または介護施設等にかかる給付費等を考えるとその予防効果は大きく、個人の生活の質(QOL)にも大きな影響があります。

ただ、精密検査の実施率が低く、「症状がないから大丈夫」「以前検査したけど大丈夫だった」「他の病気で治療しているから大丈夫」などの理由から精密検査を受けない人も多いため、心房細動はもちろん、特に虚血性心疾患につながるような所見については、医療受診の確認、次年度の健診受診の確認などを名簿管理で抜けないように計画的に支援することにより、確実な重症化予防へつなげていくことが今後の課題です。

表7 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況(R3年度実績)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	322		20	6.2%	7	35.0%	13	65.0%
男性	162	50.3%	8	4.9%	4	50.0%	4	50.0%
女性	160	49.7%	12	7.5%	3	25.0%	9	75.0%

(砂川市ふれあいセンター)

② 課題

- ・特定健診受診率はコロナ感染症の影響で減少したものの、令和4年度は 52.0%まで回復していますが目標までは到達していません。健診未受診者の中から重症化した疾患が発見されたり、若い年代の受診率も低く、そこから要介護の認定を受ける状態となる人が発見されています。健診未受診者には受診率に反映されなくても簡易検査を実施して健康状態を把握し、健診受診の動機づけにするなどの対策も必要です。また、治療中であっても医療機関からの健診受診勧奨も有効なので、医療機関との実態共有をし、健診の必要性について理解を得ながら、勧奨を促してもらうことも有効です。
- ・健診受診率が上がることによって、有所見の割合が増えていくため、優先順位をつけた保健指導が必要です。
- ・心電図の精密検査受診率が低く、虚血性疾患につながる可能性があり、精密検査対象者の名簿管理が必要です。

- ・重症化予防対象者の医療受診や治療のコントロールの確認、次年度の健診受診の確認など介入のタイミングを逃さないような一連の名簿管理や、さらなる結果を出すための保健指導のプロセス計画が必要です。
- ・生活習慣病の予防のためには、若い年代層からの関わりが重要ですが、今後国保以外の若い年代や、妊婦健診から引き続いた生活習慣病予防のための健診、子どもたちの健診、保健指導にも力を入れ、その実態をまとめ、予防の対策を検討して必要があります。

◆今後の対策（◎は3次計画からの新たな対策）

① 国保特定健診受診率向上のための対策

- ・対象者への個別案内（訪問、電話等）、広報などを利用した啓発健康実態の情報を提供しながら、対象の特性に合わせた勧奨
- ・健診結果説明会、その後の事後支援などで、保健指導の質を向上させながら、受診者が自身の身体の状態を理解するための学習の機会を支援し、その改善に向けてのサポートし続けることで、継続受診へつなげる。
- ・医療機関との連携による治療中の者のデータ受領と連携医療機関の拡大
- ・未受診者の優先順位をつけた勧奨（重症化予防対象者を見逃さず継続受診を最優先）
- ・勧奨訪問等を実施するための人員や時間の確保

② 国保特定健診以外の対象に対する対策

- ・妊婦健診のデータの把握と、保健指導の実施、継続した健診受診への働きかけ
将来の生活習慣病のリスクがある妊婦にはその後の医療受診の確認、健診や簡易検査の実施により保健指導を継続

◎ 小中学生の健診・保健指導の実施と対象の拡大

- ・職域の若い世代の健診実態の把握や、健康教育、健康相談の実施

③ 循環器疾患・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
特定保健指導以外のリスクに応じた保健指導や、治療中のコントロール不良者に対する保健指導も連絡票や連携手帳等を活用しながら医療機関と連携していく。
最新のガイドライン等を参考に科学的根拠に基づく資料を提供しながら、市民の主体的学習の機会としての保健指導を実施（保健指導のスキルアップ）
- ・重症化予防対象者の名簿管理により、未治療者、治療中断者、コントロール不良者、健診未受診者の把握に努め、確実な改善につなげていく。
- ・二次検査（頸部エコー検査、75g 経口ブドウ糖負荷試験、歯周病検診、尿中微量アルブミン検査等）の実施による治療や生活改善への動機づけを図り、科学的根拠により必要な検査の導入について検討していく。
- ・健診未受診者から重症者が発見されることがあるので、まずは健診受診勧奨、治療中のデータ受領を実施し健康実態を把握する。

◆目標項目と目標値

目標項目+B3:K16		基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上	特定健診の受診率	52.0%	60%以上
	特定保健指導の実施率	73.7%	70%以上

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
高血圧の改善 (160/100mmHg以上の者の割合)	8.8%	減少
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	13.9%	減少
糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	75.5%	減少
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	6.5%	減少
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少	4人	減少傾向へ
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	9.7%	減少

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	34.5%	H20年度と比べて25%減少 (H20年度31.2%)

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
脳血管疾患の死亡の減少	19人	減少傾向へ
虚血性心疾患の死亡の減少	9人	減少傾向へ

(2) がん

本市の死因順位の第1位はがんであり、3人に1人はがんで亡くなっています。また、生涯のうちに2人に1人はがんに罹患するとも推計されています。がんは生活習慣との関連も指摘されており、加齢により発症リスクが高まるといわれているため、高齢化が進行することを踏まえると今後とも死亡率は上昇していくと推測され、市民の生命と健康にとって重大な問題となっています。そのため、関係機関との連携を強化し、がん対策の一層の充実を図るため、平成28年に「砂川市がん対策推進条例」を制定し、総合的ながん対策に取り組み始め、平成元年よりがん診療拠点病院である砂川市立病院がん支援センターとの連携により、市民講座などを通じ市民へのがんの正しい知識の普及啓発などに取り組んできました。

令和5年から開始された国の第4期がん対策推進計画では、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の三本柱を分野別目標として掲げており、本市においてもその三つの項目を盛り込んだがん教育を児童及び生徒に実施しています。

がんによる死亡を防ぐには、自覚症状がなくても定期的ながん検診を受け、早期に発見することが重要です。がん検診の受診率向上を図るため、個別の受診勧奨や無料クーポン券の配布等を実施してきましたが、受診率は目標との乖離が大きい状況であり、対策の強化が必要です。

また、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いわれてきましたが、がんに関連するウイルスや細菌、生活習慣があることも明らかになっており、喫煙(受動喫煙を含む)、過剰飲酒、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分の過剰摂取、運動不足などの生活習慣もがんのリスクを高める要因となるので、循環器疾患や糖尿病対策としての生活習慣の改善ががんの発症予防にもつながっていくと考えられます。

生活習慣の改善によって予防できるがんを防ぎ、治療効果の高い早期のうちにがんを発見し、適切な治療につなげることでがんの死亡率を減少させることが重要です。より積極的ながん予防対策のためにも医療との連携によるがん対策が重要です。

◆ これまでの取組み

- ①ウイルス感染によるがんの発症予防の施策
- ②がん検診受診率向上の施策
- ③がん検診による重症化予防の施策
- ④がん検診の質の確保に関する施策
- ⑤がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質(QOL)の維持向上に関する施策
- ⑥市民に対するがんの知識の普及啓発活動(がん市民講座やがん教育)
- ⑦すながわ健康ポイント

◆ 目標項目の評価

目標項目	基準値 (H22年度)	中間評価 (H27年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
75歳未満のがん死亡者数の減少	29人	31人	減少傾向へ	19人	達成

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H28年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R3年度)*1	最終評価
がん検診の受診率の向上 40歳～69歳の受診率 (胃がんは50～69歳 子宮頸がんは20歳～69歳)	胃がん 14.8%	11.9%	増加	9.0%	未達成
	肺がん 17.6%	9.4%		7.8%	未達成
	大腸がん 19.3%	9.3%		8.7%	未達成
	子宮頸がん 20.9%	10.2%		13.0%	達成
	乳がん 28.4%	15.5%		19.9%	達成

平成28年度よりがん検診受診率算定方法が変更になり、対象は全住民、胃がん検診の対象は50～69歳、胃がん・乳がん・子宮がん検診は二年連続受診者を除外となった。

* 1地域保健・健康増進事業報告の最新値

◆ 現状と課題

① 現状

i 75歳未満のがん死亡者数の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくと予測されており、がん対策の総合的な推進の評価指標は、高齢化の影響を除いた75歳未満のがんの年齢調整死亡率が用いられていますが、本市における75歳未満のがんの年齢調整死亡率は平成28年以降の統計がなく、把握できていないため死亡者数で評価することとします。

本市の75歳未満のがんの死亡者数は、がんの全死亡者数の3割前後を占めています。(図12)

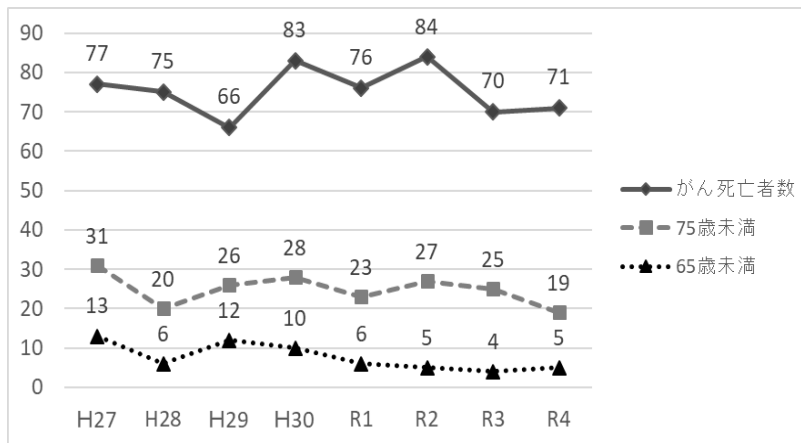
令和4年のがん全体の死亡状況を部位別で見ると、肺がんが21人で最も多く、次いで胃がんが14人、大腸がんが6人となっています。(表8)

また、がん死亡71人のうち、75歳未満は19人(26.8%)で、検診が有効とされている胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんなどで亡くなった13人のうち、11人は過去10年以内に死亡原因部位のがん検診を受診していませんでした。

がん死亡の課題を、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比(SMR)で見ると、男性は肝臓がん、胆のうがん、膵臓がんが増加しているほか、大腸がん、肺がんも減少はしているものの全国より高率となっています。女性では胃がん、胆のうがん、肺がん、乳がん、子宮頸がんが増加し、膵臓がんは減少しているものの全国より高率となっています。(図13)

高齢化に伴い、死亡者の数は今後も増加していくと予想されていますが、生活習慣の改善等によるがんの予防及び(検診受診率の向上による)がんの早期発見の取組みを推進することにより最終的に死亡者数を減少させることが重要です。

図 12 がんによる死亡者数の推移



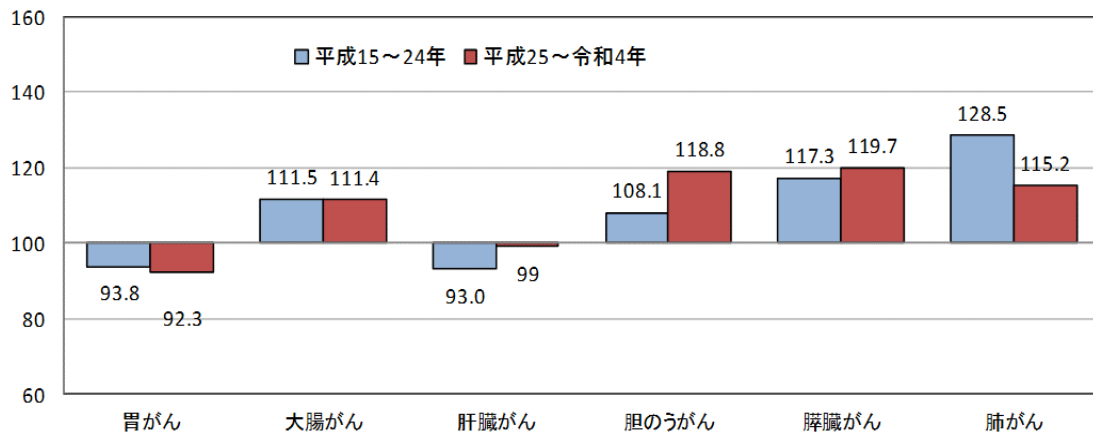
(H22～H27:空知地域保健情報年報)(H28～:砂川市死亡届出)

表8 部位別がん死亡状況

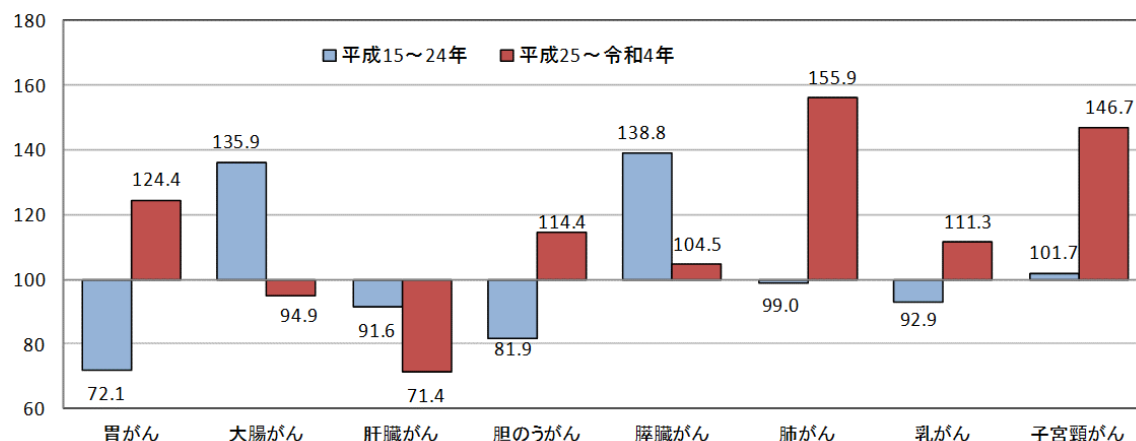
部位		R4年		
		全体	74歳以下 (再掲)	64歳以下 (再掲)
科学的根拠 のあるがん 検診 (早期発見に 有効)	胃	14	2	0
	肺	21	6	1
	大腸	6	1	0
	乳	3	3	2
	子宮	1	1	0
	小計	45	13	3
その他	胆のう	3	1	1
	膵臓	4	0	0
	その他	19	5	1
合計		71	19	5

(砂川市死亡届出)

図 13 がんの標準化死亡比(SMR)
〔男性〕



[女性]



(北海道健康づくり財団:北海道における主要死因の概要)

ii がん検診の受診率の向上

検診が有効とされている各種がん検診の受診率はいずれも低迷しています。(表9)

令和4年度の各がん検診の平均受診年齢は、胃がん検診 67.8 歳、肺がん検診 68.3 歳、大腸がん検診 68.1 歳、乳がん検診 59.0 歳、子宮頸がん検診(妊婦健診含む)55.0 歳でした。

がんの中には急速に進行するものもあり、好発年齢とされる 40 歳～60 歳(子宮頸がんは 20 歳～40 歳)のがん検診受診率を向上させることが重要です。がん検診の受診方法をわかりやすく記載した検診ガイドブックの作成や活用、職域とも連携した働き盛りの世代に対するがん検診の受診勧奨が必要です。

表9 がん検診受診率の推移

種類	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
胃がん	12.6%	11.8%	10.6%	10.0%	9.0%	8.5%
肺がん	9.3%	9.0%	8.3%	7.6%	7.8%	7.1%
大腸がん	9.9%	9.2%	9.5%	8.2%	8.7%	7.6%
子宮頸がん	11.5%	12.3%	13.8%	12.4%	13.0%	12.6%
乳がん	22.8%	22.8%	23.6%	20.5%	19.9%	19.8%

(H29～R3:地域保健・健康増進事業報告) (R4:暫定のため砂川市算定)

精密検査受診率は全道と比べて概ね高い傾向ですが、胃がん検診と乳がん検診については精密検査受診率が低迷しています。また、肺がん検診と大腸がん検診と子宮頸がん検診は許容値を超えていますが、胃がん検診、乳がん検診は許容値に届いていない状況です。(表 10)。精密検査を受診した人のうち、毎年 10 人前後の人ががんと診断されています。

がん検診の実施や精密検査の受診はがんの早期発見・早期治療につながるため、がん検診受診率及び精密検査受診率の向上が重要です。

表 10 がん検診精密検査受診率の推移

年度		H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	事業評価市町	
							許容値	目標値
胃がん検診	砂川市	65.0%	72.0%	94.1%	44.3%	63.2%	70%以上	90%
	北海道	74.9%	86.7%	72.4%	82.2%	73.3%		
肺がん検診	砂川市	100.0%	93.3%	89.3%	100.0%	85.7%	70%以上	
	北海道	81.0%	83.4%	77.9%	82.0%	76.8%		
大腸がん検診	砂川市	84.2%	85.5%	83.3%	75.2%	74.4%	70%以上	
	北海道	63.7%	65.2%	64.6%	64.8%	62.1%		
子宮頸がん検診	砂川市	33.3%	100.0%	66.7%	50.0%	77.8%	70%以上	
	北海道	43.0%	39.2%	39.9%	45.2%	61.4%		
乳がん検診	砂川市	84.6%	85.7%	82.4%	69.2%	66.7%	80%以上	
	北海道	79.8%	80.9%	81.3%	80.0%	80.4%		

② 課題

- ・がん検診や精密検査の受診率向上によってがんの早期発見・早期治療につなげていく必要があります。
- ・健康増進法に基づいて自治体で実施されるがん検診だけでなく、保険者や事業主が実施している職域におけるがん検診も含めた受診率の把握は困難であるが、新たなデータソースや、ICT の活用などに注視しながら対象者数や受診者数を把握する仕組みを検討していくことが必要です。

◆ 目標

- ① 75 歳未満のがん死亡数者の減少
- ② がん検診の受診率の向上

◆ 今後の対策(◎は3次計画からの新たな対策)

① ウイルス等感染によるがんの発症予防

- ア ピロリ菌検査(中学2年生・20 歳以上)
- イ 子宮頸がん予防ワクチン接種
- ウ B 型肝炎ワクチン接種
- エ HTLV-1(ヒト T 細胞白血病ウイルス1型の略称)抗体検査(妊娠期)
- オ 肝炎ウイルス検査(妊娠期)

※妊娠期以外の人には滝川保健所で実施している肝炎ウイルス検査を紹介

②生活習慣の改善によるがんの発症予防

- ア がんの発症リスクを高める喫煙(受動喫煙を含む)、過剰飲酒、肥満・やせ、野菜・果物の不足、塩分の過剰摂取、身体活動の低下(運動不足)等の生活習慣に対して、各種健診後の面談での保健指導・栄養指導及び健康教育を実施
- イ すながわ健康ポイント事業による健康づくりの意識の向上
- ウ 砂川市立病院(がん診療連携拠点病院)がん相談センター等と連携し、児童・生徒を対象としたがんの予防や早期発見等のためのがん教育の実施

③がん検診受診率向上の取組み

- ア 年間の検診日程表の全戸配布や広報・ホームページ等での周知
- イ 対象者、特に受診率の低い年代及び働き盛り世代への個別受診勧奨の強化及び、勧奨媒体の工夫
- ウ がん検診推進事業の実施(乳がん・子宮頸がん検診無料クーポン券の配布)
- エ 未受診者へのコール・リコール等効果的な受診勧奨の実施
- ◎オ がん検診分析ツールの活用
- カ すながわ健康ポイント事業の実施

④がん検診によるがんの重症化予防の取組み

- ア 胃がん検診(40歳以上)
- イ 肺がん検診(40歳以上)
- ウ 大腸がん検診(40歳以上)
- エ 子宮頸がん検診(妊娠期・20歳以上の女性)
- オ 乳がん検診(30歳以上の女性)
- カ 前立腺がん検診(50歳以上 79歳以下の男性)

⑤がん検診の質の確保に関する取組み

- ア 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理項目を順守できる検診機関の選定
- イ 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

⑥がん患者やその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質(QOL)の維持向上に関する取組み

- 砂川市立病院(がん診療連携拠点病院)がん診療相談支援センターとの連携及び周知

◆ 目標項目と目標値

目標項目	基準値 (R4年)	目標値 (R16年)
75歳未満のがん死亡者数の減少	19人	減少傾向へ

目標項目	基準値 (R3年)*1	目標値 (R16年)
がん検診の受診率の向上 40歳～69歳の受診率 (胃がんは50～69歳 子宮頸がんは20歳～69歳)	9.0%	増加
	7.8%	
	8.7%	
	13.0%	
	19.9%	

* 1 地域保健・健康増進事業報告の最新値

平成 28 年度よりがん検診受診率算定方法が変更になり、対象は全住民、胃がん検診の対象は 50～69 歳、胃がん・乳がん・子宮頸がん検診は2年連続受診者は除外となった。

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活（砂川市食育推進計画）

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発症・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。

令和元年度の国民健康栄養調査では、総エネルギー量は減少傾向にあり、その内訳では炭水化物エネルギー比は1985年と比べて0.9倍と減少し、脂肪エネルギー比は1.2倍と増加していることが明らかになっています。その背景としては、脂質を簡単に摂取できる食品（ソーセージやベーコン等）の生産量の増加や、ファストフード店の急激な拡大があり、これは子どもたちの食生活にも大きく影響します。

このような食生活を背景に、糖尿病等の生活習慣病が増加しています。3大栄養素エネルギー比の是正は、糖尿病や循環器疾患を含めた生活習慣病の予防に有効であることから、質・量ともにバランスのとれた食事をとることが重要です。

生活習慣病を予防・改善し、心身ともに健やかな生活を送るためには適切な食生活の実現に向けた取組みが必要です。そのためには、各々が自分自身の健診結果を理解し、個々のライフステージにおいて適正な食品（栄養素）摂取ができる力を十分に育み、発揮できることが重要です。

適正な質と量の食事をとっているかどうかは、健診データにより知ることができ、とくに体重はその指標として重要であり、栄養・食生活については、適正体重を中心に目標設定し取組みを進めてきました。

体重は、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・糖尿病などの生活習慣病と関連しています。成人期だけではなく、妊娠期や乳幼児期、学童期においても現状を把握し、栄養状態、食物摂取、食行動をさらに改善する取組みが必要です。

◆ これまでの取組み

- ①生活習慣病の発症予防のため、胎児期から高齢期までライフコースアプローチの視点で、個々に適正な栄養指導の取組みの推進
- ②生活習慣病の重症化予防のため、健診結果に基づいた栄養指導の取組みの推進

◆ 目標項目の評価

① 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
20歳代女性のやせの者の割合の減少 (妊娠届出時のやせの者の割合)	18.3%	20.4%	減少傾向へ	24.1%	未達成

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	11.7%	4.7%	減少傾向へ	13.1%	未達成

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
肥満傾向にある子どもの割合 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	-	男子8.8% 女子5.4%	減少傾向へ	男子26.2% 女子9.8%	未達成
20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	33.8%	36.3%	28.0%	48.4%	未達成
40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	21.8%	27.3%	19.0%	29.2%	未達成
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合 の増加の抑制	14.7%	16.7%	現状維持又は 減少傾向へ	15.2%	未達成

② 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

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
朝食を欠食する子どもの割合 (小学5年生・中学2年生)	-	小5 2.3% 中2 3.6%	減少傾向へ	小5 1.2% 中2 2.7%	達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

ア. 10～20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)

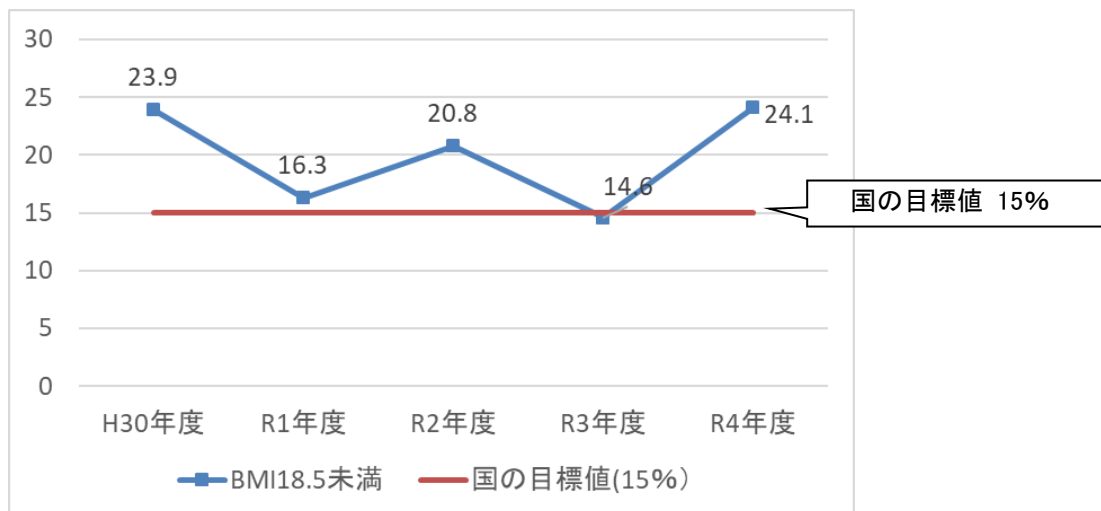
若年女性のやせは貧血、骨量減少といったリスクを伴い、低出生体重児出産の要因にもなります。また、肥満は妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病のリスクにつながり、低出生体重児や巨大児出産の要因にもなります。どちらも母子の将来的な生活習慣病のリスクとなり、生涯にわたる健康障害にもつながっていきます。

本市では妊娠中の適切な体重増加の目安とするため、妊娠届出時のBMIを把握し、BMIに応じた適正な体重増加のための栄養指導を行っています。やせの割合は増減がありますが、ほぼ国の目標値を上回る状況で、令和4年度では24.1%と高い状況でした。(図14)

逆に近年、妊婦の肥満が増加傾向で、令和4年度は24.1%が肥満の状況です。

妊娠届出時の食のアンケートでは、一日の食事回数が2回以下という人が約2割、食事時間が不規則という人は約3割いる状況で、全体的に朝、昼のたんぱく質や野菜の摂取が不足している傾向で、食生活の簡素化も見られます。また生活リズムの乱れが見受けられ、適正体重の維持を困難にしている要因となっていることも考えられます。

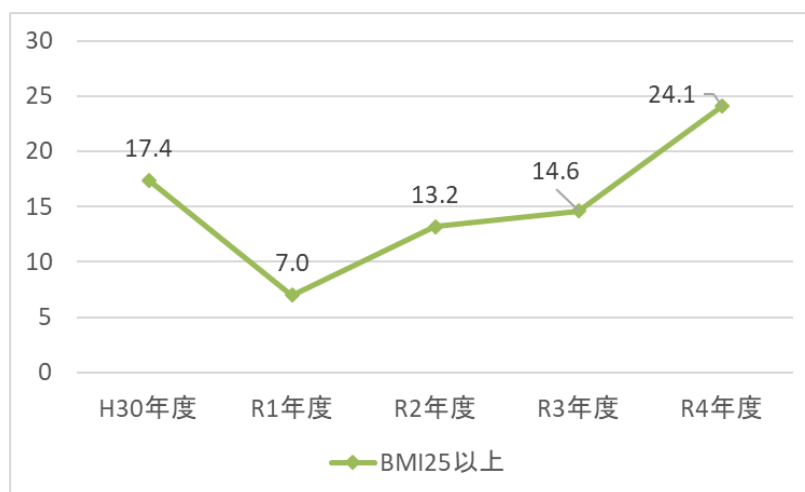
図 14 10～20 歳代女性(妊娠届出時)のやせの者の割合(BMI18.5 未満)の推移



(砂川市の保健活動)

(注) BMI とは身長からみた体重の割合を示す体格指数で、体重(kg)÷身長(m)²で求められる。BMI18.5 未満がやせ、18.5～25.0 未満が正常域、25.0 以上が肥満と判定する。

*** 参照 妊娠届出時の肥満(BMI25 以上の割合)**

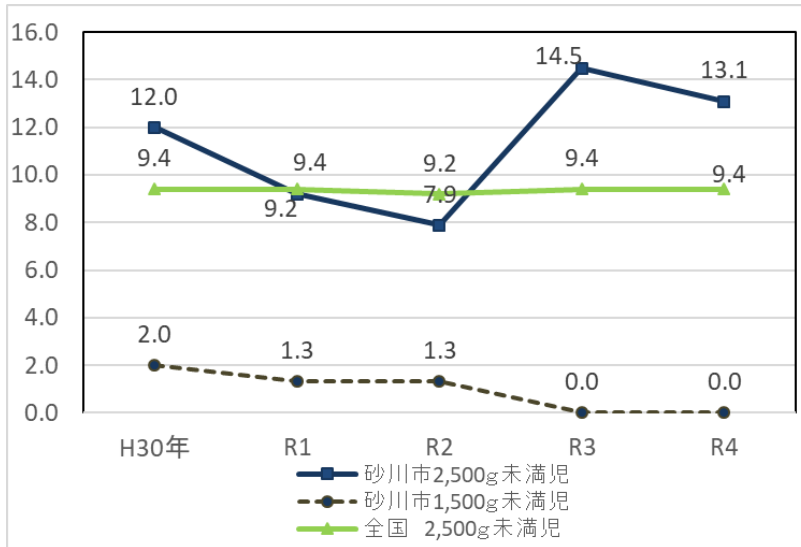


イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

本市の 1,500g未満児は減少していますが、低出生体重児全体での割合は令和2年まで減少し、その後増加傾向で全国よりも高くなっています。(図 15)

低出生体重児は、神経学的・身体的合併症の他、将来の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があります。低出生体重児の出生リスクの1つに妊娠期の栄養バランスがあり、胎児の健康を守る視点で、妊娠届出時及び妊娠中期の検査結果に基づき、妊婦自らが取り組めるような栄養についての学習の機会を継続して取り組むことが必要です。

図 15 低出生体重児・極低出生体重児(再掲)の割合の推移

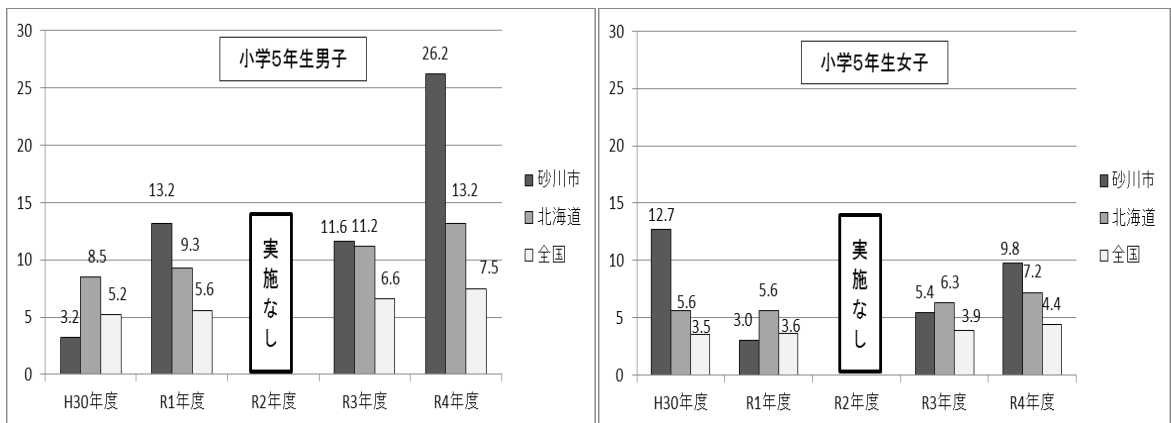


(砂川市の保健活動・人口動態調査)

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く、国の評価指標となる小学校5年生(10歳)の中等度・高度肥満傾向児の出現率を、本市と全国・全道と比較すると、男女ともに高率となっており、特に男子は肥満傾向児の割合が多い状況です。(図 16)

図 16 小学5年生(10歳児)の中等度・高度肥満傾向児の出現率



(全国体力・運動能力・運動習慣等調査)

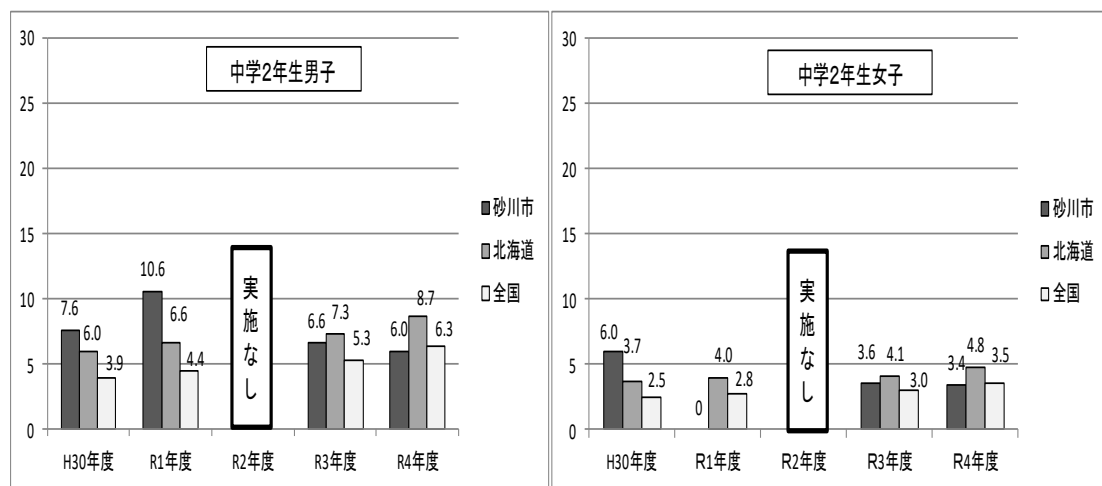
中学2年生の中等度・高度肥満傾向児の状況をみると、男子で平成30年度と令和元年度は全国・全道よりも高い状況でしたが、令和4年度では男女ともに全国・全道よりも低い割合となっています。(図 17)

学童肥満の40%が成人期の肥満につながると言われ、生活習慣病発症のリスクも増加し、また心の不調を引き起こすなど、心身の健康に障害を起こす大きなリスクとなる可能性があります。

若年者生活習慣病予防健診では、自身の身体の状態を知り、早期の生活習慣病予防としての自己管理を意識する機会となり、親子と一緒に成長発達に適した栄養の基本を学習し、見直す機会にもなります。早期の健診受診を勧奨し、肥満がもたらす身体への影響を客観的に伝え、より具体的な生活や食生活の指導に結び付けていくことが重要です。小学生から継続的な食の支援が必要なため健診の年齢を拡大していくことが重要です。

学童期の肥満を予防するために、乳幼児期からの継続した関わりの中から、適正体重維持のための学習を続け、いつから肥満が始まるのか、その背景は何か、生活習慣の実態をみていく必要があります。

図 17 中学2年生(13歳児)の中等度・高度肥満傾向児の出現率

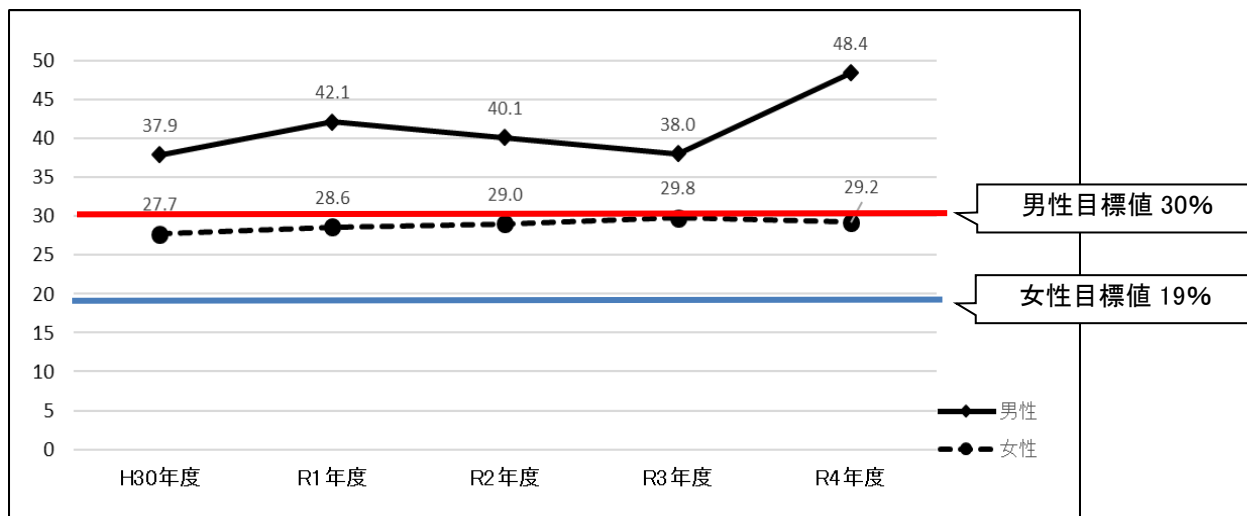


エ. 20～60歳代男性及び40～60歳代女性の肥満者の割合の減少

本市における肥満者の割合は男性では増加しており、女性は横ばいですが、いずれも国の目標値を上回っています。(図 18)また、70歳以上の肥満も男性は33.2%、女性は26.9%おり、高齢者の肥満も課題となっています。

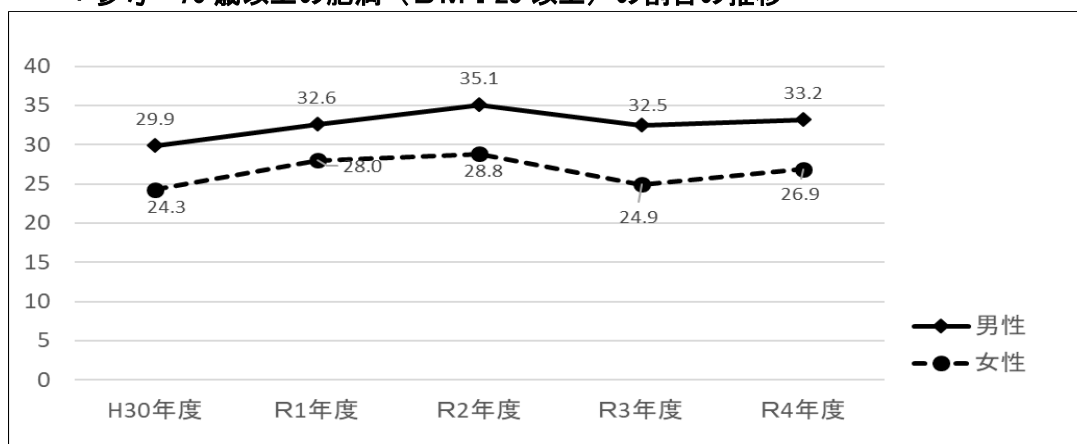
働き盛りの世代では仕事中心の生活から食事が不規則になりがちで、外食や中食の増加により動物性たんぱく質や脂質、塩分、糖分の過剰摂取、野菜不足といった食生活が肥満、さらには生活習慣病を引き起こす要因となっています。また、令和元年度の国民健康栄養調査の結果によると、健康的な食習慣の妨げになっているものに仕事や育児・家事といった回答が多くあり、自身の健康や食事に向き合う時間が少ない傾向がみられますが、個人のライフスタイルに応じた栄養支援が必要となります。

図 18 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



(砂川市国保特定健診・その他健康診査)

* 参考 70 歳以上の肥満 (BMI 25 以上) の割合の推移



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

オ. 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。

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 以下を指標としており、本市の国保特定健診及び後期高齢者健康診査を受けた65 歳以上のBMI20 以下の割合をみると、令和4年度は15.2%で国の目標値は上回っていますが、若干減少傾向にあります。(図19)

高齢期の低栄養はフレイルと密接に関係し、要介護のリスクを高める要因となるため、健診データとあわせて適正体重を維持していくことが必要です。

また、高齢者は成人に比べ、筋肉量や動き方が減少することで、基礎代謝^{※5}が約5%低下することから、エネルギーの基となる食べ物の摂り方が非常に大切となります。

※5 基礎代謝:生きるために無意識に行っている呼吸や体温調整などに使われるエネルギーのこと

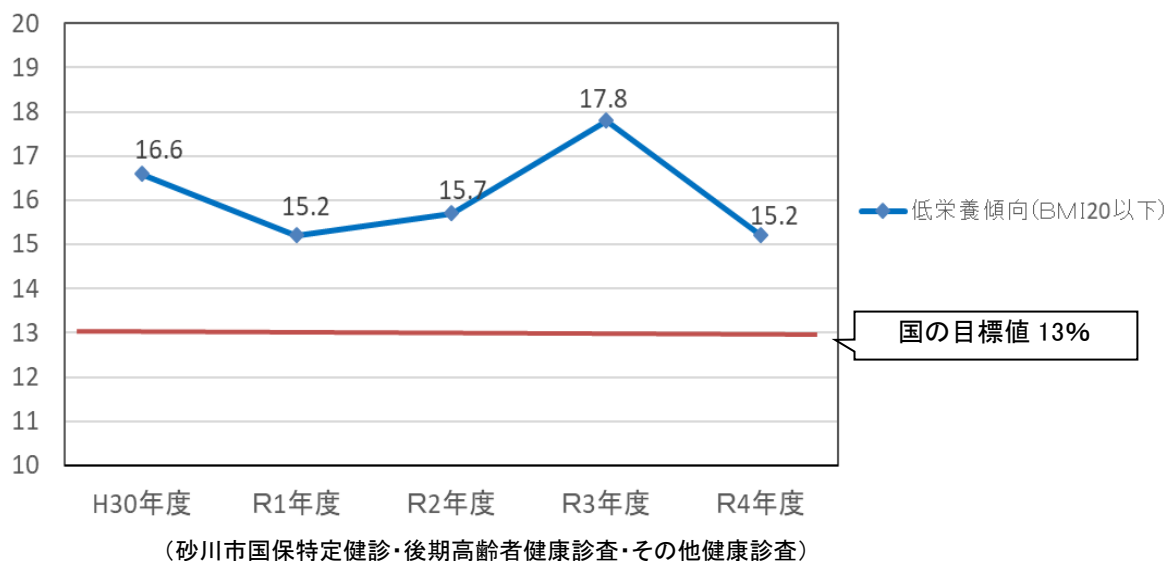
<参考>

フレイル（フレイル診療ガイドライン 2018年版）

加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態。

要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱のみならず精神心理的脆弱や社会的脆弱などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や脂肪を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

図 19 砂川市の低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合



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

幼少期から生活リズムを整えることは、心身の健康に良い影響を与えることがわかっています。将来を健康で健やかに過ごすために幼少期から正しい生活習慣や食習慣を身に着けることが非常に大切です。

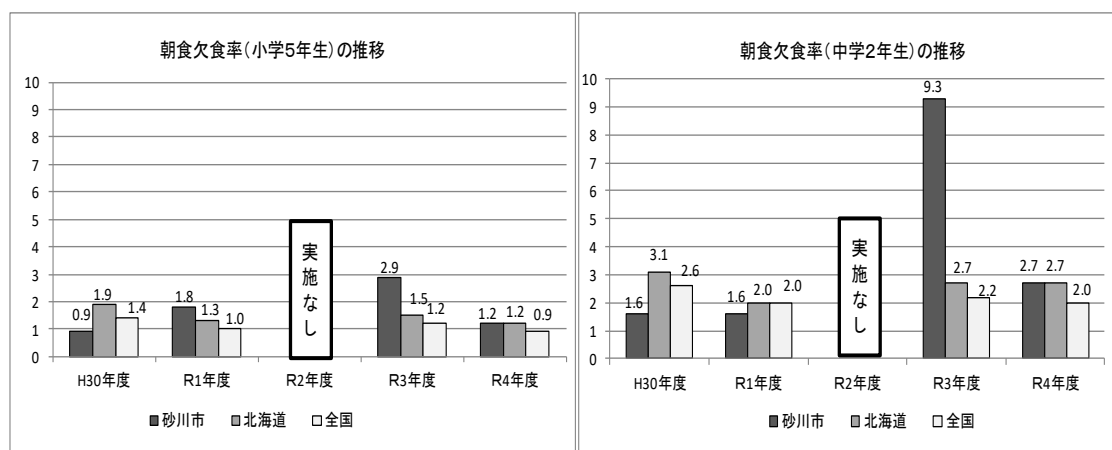
朝食をとることで、脳や消化管、身体が目覚め、日中しっかり活動できる状態になり、夜には眠りを促すといった生活リズムの好循環を確立していきます。

本市の朝食をとらない子どもの割合は、小学生・中学生ともに全道と同値で全国よりも高くなっています。(図 20)

また、本市では令和3年度から小学5年生を対象とした若年者生活習慣病予防健診を希望者に実施し、親子一緒に保健指導を実施することで普段の生活の見直しに役立てています。

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、他のライフステージと同様、健診データで見えていくことが必要なため、今後も健診の受診勧奨や生活習慣病の予防について周知していく必要があります。

図 20 朝食をとらない子どもの割合



朝食欠食率(小学5年生)の推移

朝食欠食率(中学2年生)の推移

(全国学力・学習状況調査)

② 課題

- ・乳幼児期の離乳食や幼児食は、発育面や味覚の形成、適切な食習慣の形成につながるため、発育・発達に合わせた栄養指導が必要です。
- ・学童期における肥満が将来の肥満に移行しやすいため、成人期以降にも実践可能な適切な食習慣を身に付ける必要があります。
- ・成人期における肥満者が多く、生活習慣病の発症・重症化につながる可能性があります。
- ・高齢期においては、肥満の問題に加えて、フレイルと密接に関連する低栄養からの要介護のリスクが高まる可能性があります。

◆ 目標

- ①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)
- ②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

◆ 今後の対策(◎は3次計画からの新たな対策)

①生活習慣病の発症予防のための妊娠期から高齢期における栄養指導の取組み

【妊娠期】

- ・妊娠前のBMIを把握し、妊娠全期間を通しての推奨体重増加に向けた個別指導
- ◎・妊娠中に妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群など発症した場合、将来の生活習慣病発症リスクが高くなるため、健診を受診する機会のない人に対し産後の生活習慣病予防健診の導入を検討

【乳幼児期・学童期・思春期】

- ・乳幼児健康診査・離乳食講習会・1歳児パクパクひろばでの健康教育、個別栄養相談
- ・発育発達に合わせた健康教育、個別栄養相談

- ・乳幼児期の1日の食品基準量、食品に含まれる砂糖量・塩分量・脂肪量を展示し、保護者が子どもの発育・発達に合った食べ方を実践できるように支援
- ・食生活や生活リズム等の健康教育
- ・保育園保育所や栄養教諭と連携し実態の共有や適正体重の維持・生活習慣確立の普及啓発
- ・小学生を対象とした若年者生活習慣病予防健診結果に基づいた栄養指導
- ◎・中学生を対象とした生活習慣病予防健診を導入し、健診結果に基づいた栄養指導

【成人期・高齢期】

- ・特定健診等健診結果に基づいた栄養指導
- ・家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、健康教育等で、体の状態と食生活状況の維持改善に向けての栄養指導
- ・高齢者の栄養状態改善に向けた栄養指導、健康教育の実施
- ・後期高齢者健康診査結果に基づいた栄養指導
- ・老人クラブやいきいきシニアプログラム等での健康教育

【食生活改善協議会】

- ・食生活改善推進員によるライフステージに応じた食育普及活動

②生活習慣病の重症化予防のための健診結果に基づいた栄養指導の取組み

健診結果に基づいた栄養指導

- ・家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、健康教育等で、体の状態と生活習慣改善のための栄養指導
- ・生活習慣病の重症化予防(特に糖尿病や慢性腎臓病等)のための食事療法について、かかりつけ医等と連携した栄養指導

◆ 目標項目と目標値

①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
20歳代女性のやせの者の割合の減少 (妊娠届出時のやせの者の割合)	24.1%	減少
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	13.1%	減少
肥満傾向にある子どもの割合 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	男子26.2% 女子 9.8%	減少
20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	48.4%	減少
40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	29.2%	減少
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合 の増加の抑制	15.2%	減少

②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

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
朝食を欠食する子どもの割合 (小学5年生・中学2年生)	小5 1.2% 中2 2.7%	減少

(2) 身体活動・運動

本市では、身体活動や運動習慣の向上を図るため、特定健診後の保健指導で運動の必要性の啓発や運動勧奨等を実施するとともに、特定健診・後期高齢者健康診査の際に行う質問票による運動習慣の聞き取りや、いきいき運動推進員やいきいき体操サポーターによるロコモティブシンドロームの予防となるいきいき体操の普及啓発、高齢者のサロンでの体力測定の実施、作業療法士・理学療法士によるフレイルやサルコペニアの知識の普及等に取り組んできました。

身体活動・運動の量が多い人は少ない人と比較して、2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症、罹患リスクが低いことが厚生労働省「身体活動基準 2013」により報告されており、身体活動量の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、高齢者の自立度の低下や虚弱(サルコペニア・フレイル)の危険因子であることから、個人の身体状況に合わせた身体活動・運動の取組みが必要です。

また、子どもに対しても身体活動が身体的・心理的・社会的によい影響を及ぼすことから、運動習慣の基盤を整えるため、乳児期から身体の成長と合わせた運動の取組みについて知識の普及啓発も必要です。

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、加齢や疾患によっておこるサルコペニア、フレイルなどによって、日常生活の営みが困らないようにするための身体活動・運動が重要です。

<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、指示機構の中心となる骨、指示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します。

・サルコペニア(サルコペニア診断基準参照)

加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の「筋力低下が起こること」を指します。または、歩くスピードが遅くなる、杖や手すりが必要になるなど、「身体機能の低下が起こること」を指します。

・フレイル(P61 参照)

◆ これまでの取組み

- ①身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及啓発
- ②身体活動及び運動習慣の向上の推進
- ③運動しやすい環境の整備

◆ 目標項目と評価

目標項目		基準値 (H23年度)		中間評価 (H29年度)		目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
日常生活における歩数の増加 <small>(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)</small>	20～64歳	男性 女性	40.0% 50.0%	男性 女性	42.1% 43.7%	増加傾向へ	男性 54.7% 女性 57.9%	達成 達成
	65歳以上	男性 女性	61.1% 53.2%	男性 女性	53.0% 51.8%	増加傾向へ	—	R2年より後期高齢者健診の質問項目から削除されたため評価できず。
運動習慣者の割合の増加 <small>(1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)</small>	20～64歳	男性 女性	28.5% 27.9%	男性 女性	30.3% 24.7%	増加傾向へ	男性 31.1% 女性 31.1%	達成 達成
	65歳以上	男性 女性	55.2% 46.6%	男性 女性	47.5% 43.6%	増加傾向へ	—	R2年より後期高齢者健診の質問項目から削除されたため評価できず。
介護保険サービス利用者の増加の抑制 <small>(第1号被保険者の要介護認定率)</small>			15.9%		18.5%	現状維持又は減少健康へ	20.4%	未達成

◆ 現状と課題

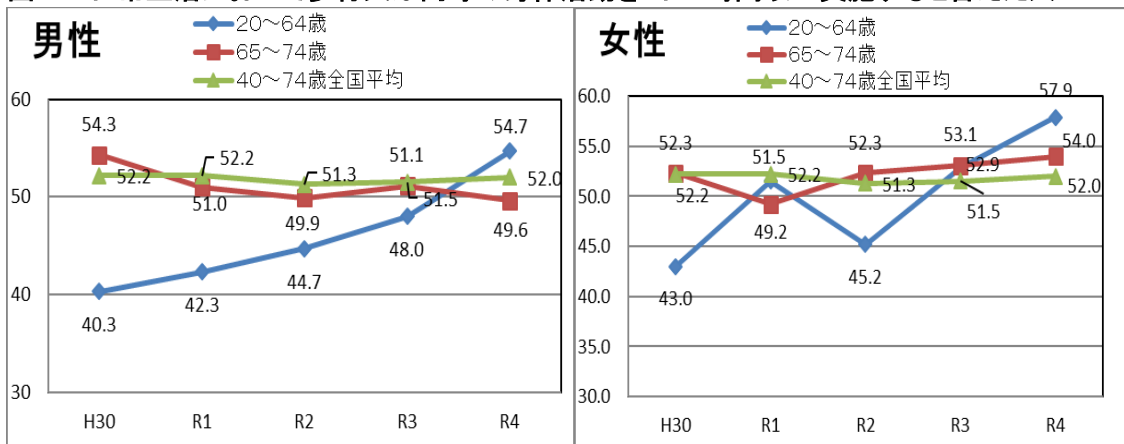
① 現状

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)

特定健診受診者のうち、「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」と答えた人の割合は、20～64歳で男女とも増加傾向にあります。令和4年度は65～74歳の男性が50%を下回り全国平均より低い状況にあります。(図21)

図21 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施すると答えた人

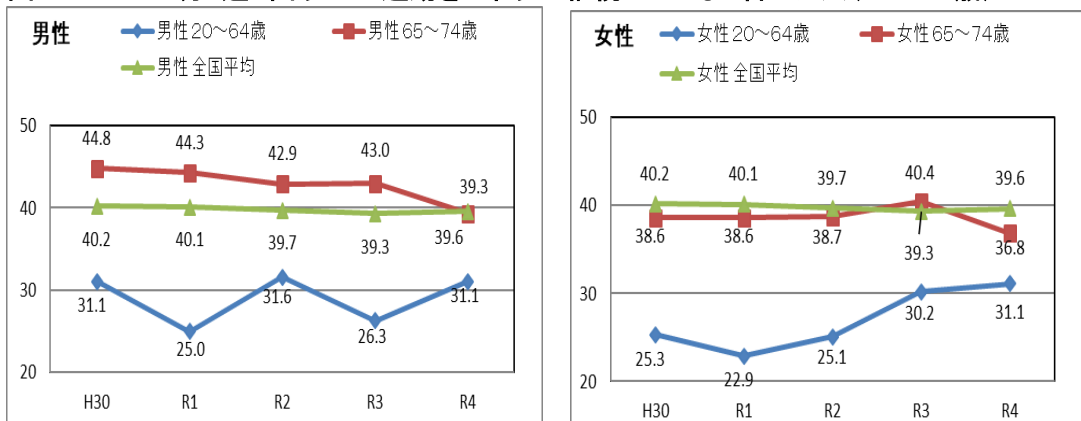


ii 運動習慣者の割合の増加(1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)

「1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している」と答えた人は、年齢別にみると、20～64歳の若い世代では男女ともに約3割で、65～74歳の前期高齢者では男女とも4割を下回り低下傾向にあります。(令和4年度の全国平均は39.6%) (図22)

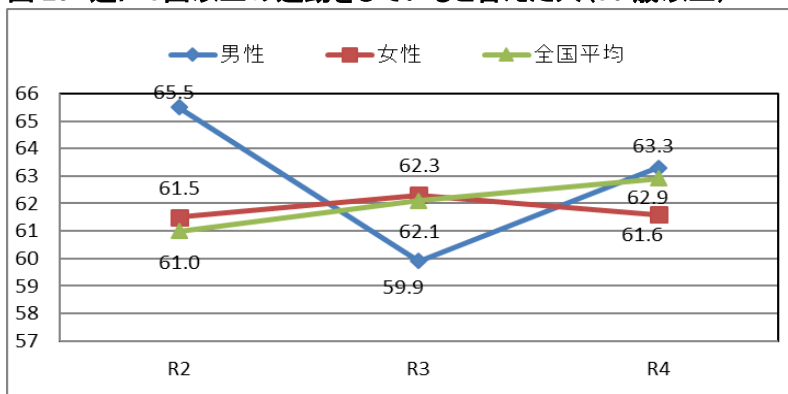
75歳以上については、高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業が始まり令和2年度より質問票の運動項目が「週に1回の運動をしている」に変わりました。男女ともに約6割の人が運動習慣ありと回答しています。(令和4年度全国平均62.9%) (図23)

図22 1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続していると答えた人(20～74歳)



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

図23 週に1回以上の運動をしていると答えた人(75歳以上)



65歳以上の人に対しては介護予防の取組みに向けて、市内各所で運動できる場をつくり、いきいき運動推進員を派遣し運動の機会を継続してきました。さらに、砂川市立病院の作業療法士及び理学療法士の協力で、いきいき体操DVD作成し、誰でも気軽に運動ができるよう普及啓発に努め、体力測定も実施し、運動の効果と自身の体力状況进行评估してきました。(表11)

そのほか、総合体育館や海洋センターの利用者に健康ポイントを付与し、ポイントが貯まった人については、体育館の10回分の無料券を特典とするなど、継続した運動ができるよう支援しました。

コロナ禍の令和4年度には、地域おこし協力隊(スポーツ振興課)の協力を得て、みまもりんご体操(砂川音頭バージョン)を考案して、動画配信をするなどフレイル予防の対策を講じてきました。

表 11 介護予防の取組み経過

年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
サロン数	13	12	11	11	11
取組み	いきいき体操 サポーター 養成。 いきいき体操 DVD作成	いきいき体操 DVDVer 2 作 成。 健康ポイント 事業開始	高齢者の保 健事業と介 護予防の一 体的実施事 業開始	新型コロナウ イルス感染 症の影響に よりいきい き運動推進 員の活動4ヶ 月中止	各サロンで 体力測定を 実施・評価 みまもりん ご体操の考 案

全国体力・運動能力・運動習慣等調査による小学5年生・中学2年生の体力測定の結果では、男女とも全国偏差値より低い状況です。(図 24、25)

図 24 小学5年生の全国体力テスト結果(全国偏差値との差) * R2年度は調査なし
 <男子> <女子>

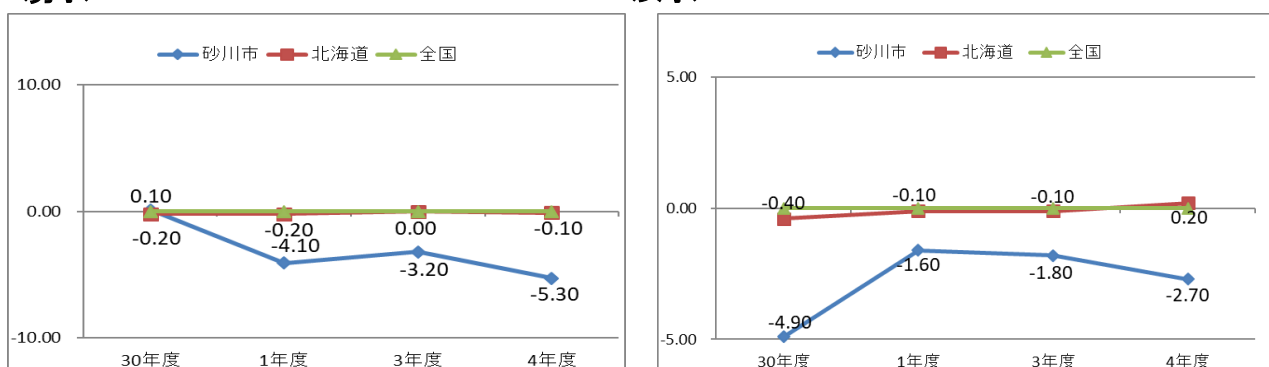
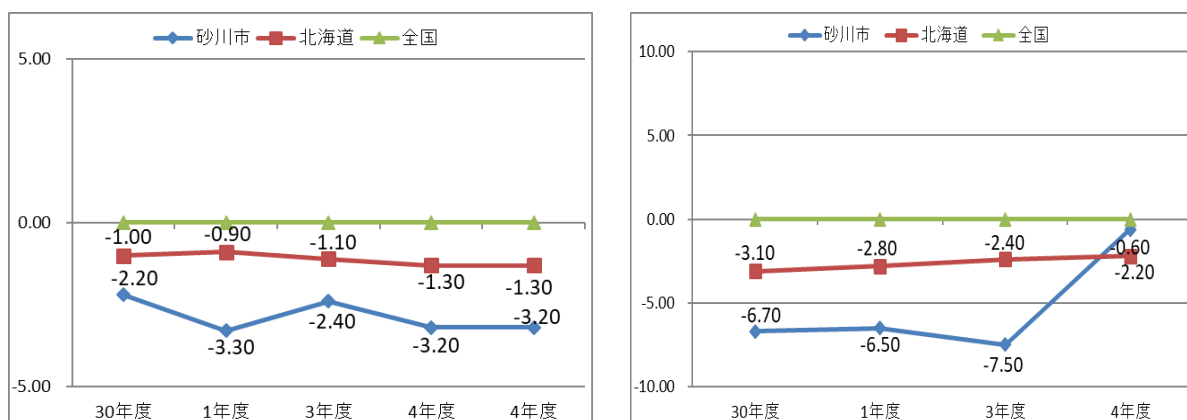


図 25 中学2年生の全国体力テスト結果(全国偏差値との差) * R2年度は調査なし
 <男子> <女子>



(全国体力・運動能力・運動習慣等調査)

② 課題

- ・若年層から前期高齢者の身体活動量が不足しており、フレイルや内臓脂肪の蓄積により生活習慣病の発症や重症化につながっていく可能性があります。働き盛り世代や前期高齢者の運動対策を強化する必要があります。
- ・介護予防に向けた運動を継続するための体操は作成しましたが、新型コロナウイルスの流行により継続して活動する場所が減少しています。高齢者の集まりやすいサロン運営について検討が必要です。
- ・学童期以降の体力低下を予防するために幼少期から運動習慣を確立するための知識の普及啓発が必要です。また乳幼児健診や小学5年生の生活習慣病予防健診等を通じて、本市の体力実態を把握、周知していくことが必要です。

◆ 目標

- 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)
- ②運動習慣者の割合の増加
 - 20～74歳:1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者
 - 75歳以上:週に1回以上の運動をしている者
- ③学齢期の体力向上(小学5年生・中学2年生の体力偏差値)

◆ 今後の対策 (◎は3次計画からの新たな対策)

①身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及啓発

ア 乳幼児健診における集団・個別指導内容の充実

- ・運動神経が完成する時期(10歳)に向けて、身体を動かす神経や筋肉の発達についての啓発
- ・砂川市の体力実態について周知

イ 健診後の個別保健指導の実施

住民自身が必要な身体活動を理解し取り組めるよう、個人の健診結果に合わせた身体活動や有酸素運動を提案

ウ 市民健康栄養相談、町内会、老人クラブ・サロン等でのサルコペニア、フレイル等の予防啓発

- ◎エ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業からフレイル対象者を把握し、運動教室やサロンの紹介

②身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ア 運動習慣の少ない若年層や働き盛り世代を含む多くの市民の運動機会の拡充に向けた、すながわ健康ポイント事業の普及

- イ いきいき運動推進員、いきいき体操サポーターによる取組み
 - 各サロンでロコモティブシンドロームの概念に基づいた「いきいき体操」の実施
- ◎ウ 各サロンでの体力測定と作業療法士・理学療法士による・サルコペニア・フレイルの知識の普及
- エ 高齢者支援係が実施するいきいきシニアプログラムでの「筋力アップ」、「運動機能低下予防」、「生活習慣病予防」「低栄養予防」の取組み

③運動しやすい環境の整備

- ア 総合体育館、海洋センター、公民館、ふれあいセンター等で開催されている運動教室の紹介及びウォーキングロード(すこやかロード)等の啓発
- イ いきいき運動推進員・いきいきサポーター研修会を開催
- ウ 各種運動サークル、クラブなどスポーツ団体との連携

◆ 目標項目と目標値

目標項目		現状値 (R4年度)		目標値 (R16年度)
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 54.7%	女性 57.9%	増加
	65～74歳	男性 49.6%	女性 54.0%	増加
運動習慣者の割合の増加 ・20～74歳 : 1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者) ・75歳以上 : 週に1回以上の運動	20～64歳	男性 31.1%	女性 31.1%	増加
	65～74歳	男性 39.3%	女性 36.8%	増加
	75歳以上	男性 63.3%	女性 61.6%	増加
小学5年生の全国体力テスト結果 (体力偏差値)	小学5年生	男性 44.7点	女性 47.3点	全国値
中学2年生の全国体力テスト結果 (体力偏差値)	中学2年生	男性 46.8点	女性 49.4点	全国値

(3) 飲酒

長期にわたる多量飲酒は、肝疾患、がん、脳出血、高血圧等の生活習慣病、アルコール依存症の発症リスクが高まります。平成 26 年6月に施行されたアルコール健康障害対策基本法では、アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害を「アルコール健康障害」と定義しています。

健康日本 21(第2次)では、生活習慣病のリスクを下げるための純アルコール摂取量について、男性で1日平均 40g未満、女性で 20g未満と定義しています。主な酒類の純アルコール 20g に相当する目安量は、表 12 のとおりです。1日当たりの純アルコール摂取量が、男性では 40g(日本酒で2合)以上、女性では 20g(日本酒で1合)以上になると生活習慣病のリスクを高めることも明らかとなっています。

飲酒に伴う健康への影響は、年齢や性別、体質による違いもあり、高齢者は若い時と比べて体内水分量の減少等により酔いやすくなり、一定量を超えると認知症や、転倒・骨折の発症リスクが高まる可能性があります。そして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起こしやすいことが一般的に知られています。さらに未成年の飲酒による発達や健康への影響、妊娠中の胎児への影響、授乳中の乳児への影響との関連について正確な知識を普及する必要があります。

本市では、健康診査、国保特定健診、母子健康手帳交付時及び乳幼児健診等の各種相談や保健指導の場面において適正飲酒についての取組みを推進してきました。

特に発生頻度の高い代表的な臓器障害として、アルコール性肝疾患があげられ、関係している健診データとして γ -GT がありますが、日本消化器病学会によると、飲酒による γ -GT の上昇には個人差があり、飲酒以外の脂肪肝や肝臓、薬物等によっても上昇がみられるとされていることから、 γ -GT 以外の健診データも踏まえた個別指導が必要と考えます。 γ -GT 以外の健診データについては、「循環器疾患・糖尿病」、「栄養・食生活」の領域で掲げています。

令和3年度から開始された国のアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題であり、その基本的施策として「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」(飲酒ガイドライン)が令和6年2月に公表されています。本市においてもアルコール健康障害の発生を防止するため、自らの予防に必要な注意を払って適度な飲酒となるよう、国の計画等に基づいて進めていきます。

表 12 主な酒類の純アルコール 20gに相当する目安量

項目	ビール	清酒	ウイスキー ブランデー	焼酎 (25度)	ワイン
アルコール度数	5%	15%	43%	25%	12%
純アルコール20gに 相当する目安量	中瓶1本 500ml	1合 180ml	ダブル 60ml	コップ半分 100ml	2杯 200ml

◆ これまでの取組み

- ① 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進
- ② 飲酒による生活習慣病予防の推進

◆ 目標項目の評価

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
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 (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 12.7% 女性 6.6%	男性 11.6% 女性 4.5%	減少	男性 13.3% 女性 5.3%	未達成
妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)	—	1.8%	0.0%	0.0%	達成

◆ 現状と課題

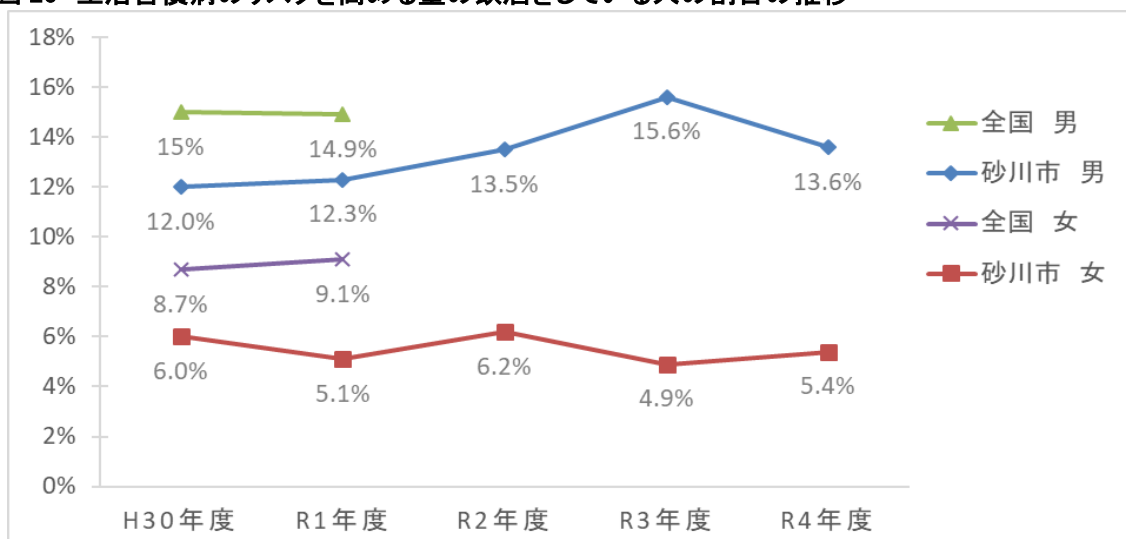
① 現状

i 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の低減

本市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性は令和3年度をピークに減少傾向にあります。女性は横ばい傾向となっています。(図26)

令和元年国民健康・栄養調査では男性14.9%、女性9.1%となっており、男性は低下傾向、女性は上昇傾向にある全国と比較しても低率となっています。(令和2年、令和3年の国民健康・栄養調査は新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止)

図26 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



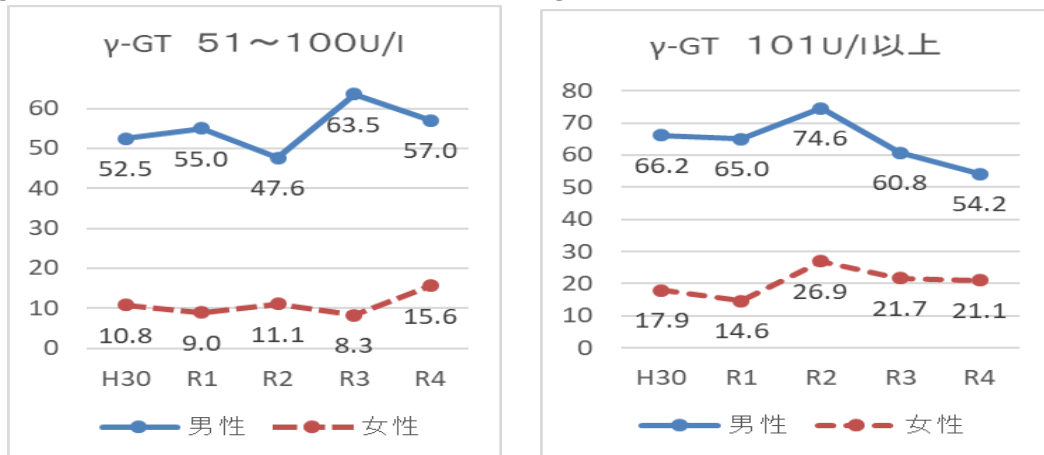
(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

γ-GT 有所見者について、毎日飲酒習慣の有無と重ねてみると、①保健指導判定値の者については、男性は近年やや増加しており、女性は横ばいから増加がみられます。一方、②γ-GT101 U/I以上については、男女ともに減少傾向です。飲酒以外の生活習慣等による要因を考慮する必要があります。(図 27)

図 27 γ-GT 有所見者のうち毎日飲酒習慣がある者の割合

①保健指導判定値(51~100U/I)

②受診勧奨判定値(101U/I以上)



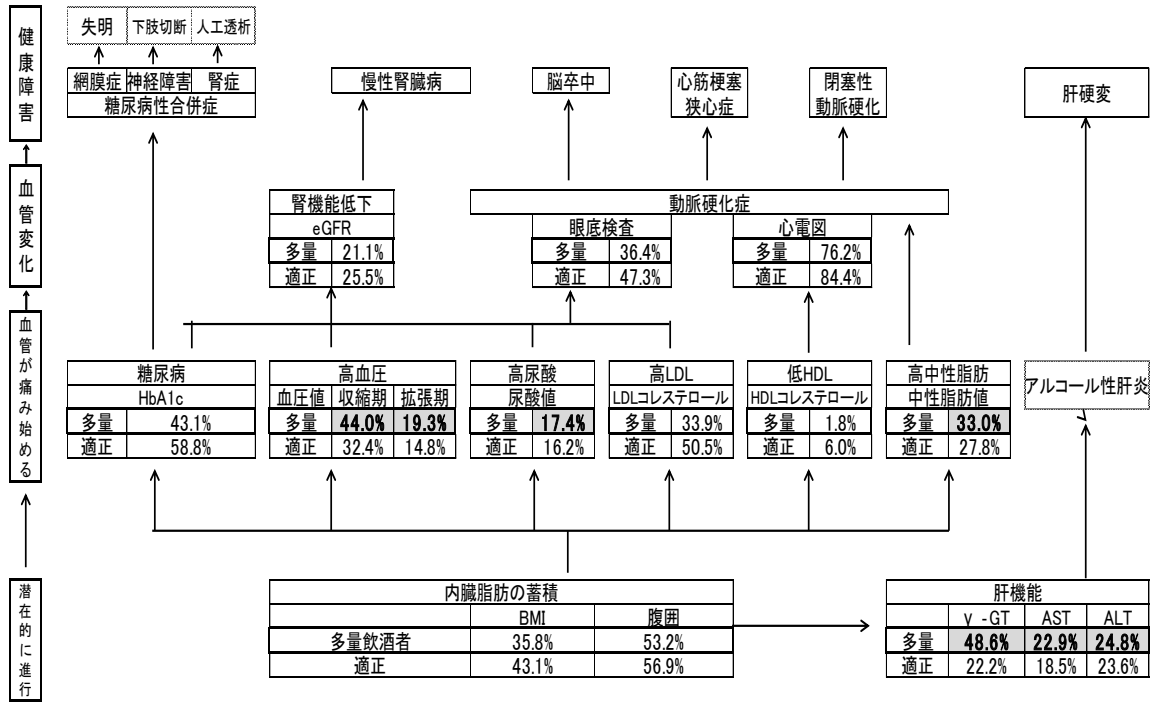
特定健診等受診者のうち、適正飲酒範囲の者と生活習慣病のリスクを高める多量飲酒者との有所見率を比較すると、男女とも多量飲酒者は、血圧(収縮期、拡張期)、尿酸値、中性脂肪の割合が高いことがわかります。特に女性は、血管変化を示す眼底検査、心電図所見が高くなっており、動脈硬化が進行し、脳血管疾患や心筋梗塞等に重症化していくことが懸念されます。(図 28、図 29) 女性は男性と比較して女性ホルモン等の働きによりアルコールの影響を受けやすいため、少ない量且つ短い期間の飲酒であっても体への影響を受けやすいことが知られています。

飲酒は疾患によっても臓器によっても影響が異なり、個人差があります。

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

図 28 男性飲酒者の健康実態

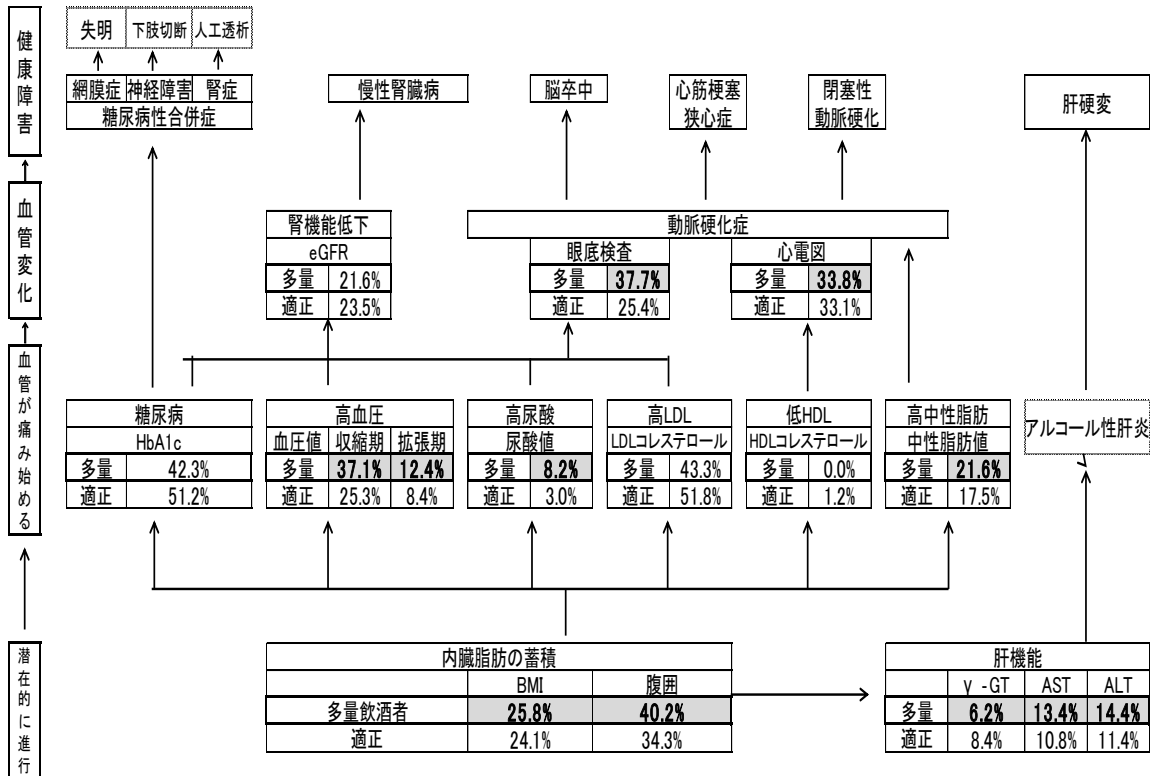
〔 適正飲酒範囲の者の健診有所見率と毎日純アルコール 40g 以上の摂取がある者の有所見率の比較 〕



(令和4年度砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

図 29 女性飲酒者の健康実態

〔 適正飲酒範囲の者の健診有所見率と毎日純アルコール 20g 以上の摂取がある者の健診有所見率の比較 〕



(令和4年度砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

妊婦の飲酒習慣について、妊娠を機に望ましい行動がとれているか把握するため、妊娠届出時にアンケートを実施してきました。もともと飲酒習慣のない妊婦は4割から6割に増加しています。また、妊娠前は飲酒していても、ほとんどの人は、妊娠を機に飲酒をやめており、胎児への健康に配慮した行動がとれているものと考えます。引き続き家族も含めて胎児への影響等を啓発していく必要があります。(表 13)

表 13 妊婦の飲酒習慣の状況

飲酒の状況	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
妊娠前の飲酒なし	40	42.1%	36	46.2%	49	50.0%	41	47.1%	37	64.9%
妊娠前の飲酒あり	54	56.8%	42	53.8%	46	46.9%	45	51.7%	20	35.1%
妊娠後の禁酒	51	94.4%	42	100.0%	43	93.5%	44	97.8%	20	100.0%
妊娠中の飲酒あり	1	1.1%	0	0.0%	3	3.1%	1	1.1%	0	0.0%

(妊娠届出時アンケート調査)

② 課題

- ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している男性の割合が高く、脳血管疾患等の発症につながるリスク要因となります。
- ・妊婦の飲酒習慣は胎児への影響や妊婦自身の健康障害につながるリスク要因となります。

◆ 目標

- ①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者)の割合の低減
- ②妊娠中の飲酒率の減少(妊娠中の飲酒をなくす)

◆ 今後の対策

①飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

母子手帳交付時等、妊産婦との面接機会を通して、アルコールによる胎児・乳児への影響について、適切な知識と理解が得られるよう保健指導や啓発を実施。また、妊産婦に加え、夫への保健指導もあわせて実施

②飲酒による生活習慣病予防の推進

健診結果に基づいた適度な飲酒への個別保健指導、健康教育を実施

- ・市民が飲酒を含めた食習慣と代謝等のからだのメカニズムとの関係を理解し、食習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげられるよう支援

③飲酒量に関する実態把握

健診の際に行う質問票を用いて生活習慣病のリスクを高める量(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)を飲酒している人の実態把握
(国保特定健診、後期高齢者健康診査、その他健康診査)

◆ 目標項目と目標値

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
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 (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 13.3% 女性 5.3%	減少
妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)	0.0%	0.0%

(4) 喫煙

喫煙は、肺がんをはじめとする多くのがんや循環器疾患(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^{*6}の異常(早産^{*7}、低出生体重児^{*8}、死産、乳児死亡等)に共通した主要なリスク要因です。

厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」(平成 28 年8月)によると、受動喫煙による健康への悪影響については、肺がんや虚血性心疾患および脳卒中との因果関係について「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である」と判定されています。また、乳幼児突然死症候群(SIDS)や乳幼児の喘息等の呼吸器感染症、呼吸機能の発達に悪影響を及ぼすことから、たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への暴露状況の改善」が重要です。

本市においては、広報を通じて喫煙の健康被害及び禁煙治療に関する情報提供を行うとともに、健診受診者のうち喫煙者には、たばこによる健康被害に関する情報や禁煙外来のある医療機関を紹介するなどの取組みを行うほか、小中学生を対象としたがん教育の中で喫煙の害を伝え、さらに妊婦や産婦やその家族に対して、たばこが胎児、乳幼児に与えるリスクの啓発や保健指導を実施してきました。「砂川市がん対策推進条例」においてもたばこ対策に取り組むこととしているほか、平成 30 年7月には健康増進法の一部が改正され、受動喫煙防止対策が強化されています。本市では 17 か所の施設が北海道のきれいな空気の施設として登録されています。

北海道では、これまで「すこやか北海道 21」及び「たばこ対策推進計画」に基づきたばこ対策を推進してきましたが、成人喫煙率や肺がんの死亡率・罹患率が全国よりも高いことや受動喫煙が健康に悪影響を及ぼすことを認識し、全ての人に望まない受動喫煙を生じさせない「受動喫煙ゼロ」の実現を目指すことを目的として令和2年3月に「北海道受動喫煙防止条例」を制定しました。これに準じて本市も取組みを進めていきます。

※6 周産期:妊娠 22 週から出生後7日未満までの期間

※7 早産:正期産より前の出産で、妊娠 22 週0日から 36 週6日までの出産のこと

◆ これまでの取組み

- ①たばこのリスクに関する教育・啓発の推進
- ②禁煙支援の推進

◆ 目標項目の評価

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H29年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	16.1%	16.1%	減少	16.4%	未達成
妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)	2.7%	8.4%	0.0%	0.0%	達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

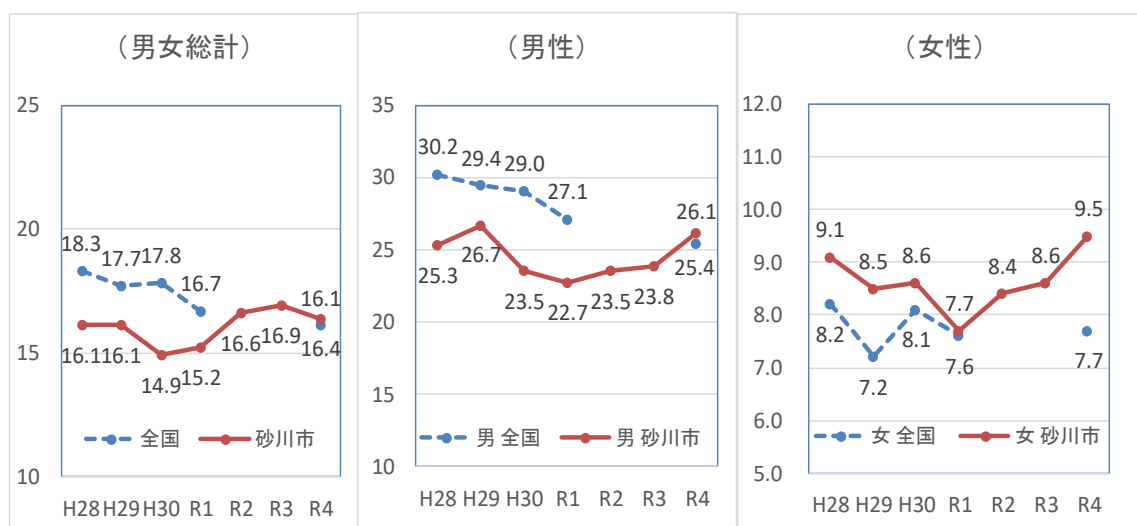
喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

本市の成人の喫煙率は、全国と比較すると低率で推移していましたが、近年同水準となり、令和4年は男女ともに、全国より高率となっています。（図 30）

また、令和4年度の年代別喫煙率をみると、20～39歳の若い年代での喫煙率が高い状況です。（表 14）

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、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を継続するとともに、健診データに基づき、喫煙によるリスクが高い人への支援も重要です。

図 30 喫煙率の推移



（全国：国民健康・栄養調査・国民生活基礎調査、砂川市：国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査）

表 14 令和4年度年代別喫煙率

	全体	20～39歳	40～74歳	75歳以上
喫煙率	13.8%	23.3%	16.4%	6.3%
男性喫煙率	22.7%	33.3%	26.8%	10.6%
女性喫煙率	0.1%	8.3%	9.3%	3.4%

（砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査）

ii 妊娠中の喫煙率の推移(妊娠中の喫煙をなくす)

妊娠届出時のアンケートより、妊娠前の女性の喫煙率は、平成 30 年度 13.3%であったものが、令和4年度には 11.5%に減少し、さらに妊娠後に全員が禁煙できており、妊娠中の喫煙率は0%となっています。(表 15)

妊娠期は家族を含めてたばこの害について啓発する良い機会となっているので、妊婦はもちろん同居する家族の喫煙状況についても確認しながら、禁煙指導を継続していきます。

表 15 婦の妊娠前後の喫煙率の推移

喫煙の状況	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
妊娠前の喫煙なし	78	86.7%	58	77.3%	61	82.4	59	81.9%	69	88.5%
妊娠前の喫煙あり	12	13.3%	17	22.7%	13	17.6	13	18.1%	9	11.5%
妊娠後の禁煙	10	11.1%	11	14.7%	10	13.5%	8	11.1%	9	11.5%
妊娠中の喫煙あり	2	2.2%	6	8.0%	3	4.1%	5	6.9%	0	0.0%
禁煙率	83.3%		64.7%		76.9%		61.5%		100.0%	

(妊娠届出時アンケート調査)

iii 受動喫煙の防止

平成 28 年に制定した「砂川市がん対策推進条例」において、公共施設等の禁煙及び分煙化の推進に努めるとともに、事業者等に情報提供その他の支援を行うこととしており、受動喫煙防止の取組みを進めています。

また、北海道が実施する「おいしい空気の施設登録事業」の登録施設数は、本市では 17 カ所が登録されています。

② 課題

・喫煙及び受動喫煙は健康被害リスクにつながります。特に、妊娠中の喫煙や受動喫煙は、妊婦の健康を害するのみでなく、胎児へ影響し、早産や低出生体重児のリスクにつながります。

◆ 目標

- ①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)
- ②妊娠中の喫煙率の減少(妊娠中の喫煙をなくす)

◆ 今後の対策

①たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

種々の保健事業の場での禁煙や受動喫煙防止についての助言や情報提供

- ・母子健康手帳交付時、妊婦健康相談、乳幼児健診、各種健康相談及び健康診査・国保特定健診・がん検診等

②禁煙支援の推進

健康診査、国保特定健診の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

③受動喫煙防止の推進

健康増進法の規定に基づき、国や北海道、関係団体と連携しながら市内各施設における受動喫煙防止対策を推進

◆ 目標項目と目標値

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	16.4%	減少
妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)	0.0%	0.0%

(5) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康が様々な全身疾患と関係しているため、全身の健康状態を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組みが必要です。また、老化に伴い様々な口腔の状態(歯数・口腔衛生・口腔機能など)の変化に加え、口腔機能が虚弱化(オーラルフレイル)することで、食べる機能の障害となり、心身機能の低下にもつながります。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は本人に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。

歯の喪失をもたらす主要な原因疾患の1つとして歯周病があります。歯周病と糖尿病・循環器疾患などの全身疾患との関連性も指摘されているため、歯周病を予防することは、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクが軽減され、健康の保持・増進に寄与することが明らかになっています。

歯・口腔の健康のためには、歯の喪失の主な原因疾患である、う蝕(むし歯)と歯周病を予防することが重要です。よい口腔状態を保つためには、日々の口腔衛生習慣や食事習慣などの積み重ねが大切で、子どもを持つ親へ口腔衛生を意識づけ、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持することができるよう、歯科保健対策を推進します。

◆ これまでの取組み

- ① ライフステージに応じた歯科保健対策の推進
- ② 専門家による定期管理と支援の推進

◆ 目標項目と目標値

① 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

目標項目	基準値 (H23年度)	中間評価 (H28年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
3歳児でう蝕がない者の増加	76.9%	83.7%	現状維持 又は増加	95.5%	達成
12歳児の1人平均う蝕数の減少	3.98本	1.27本	1.0本未満	0.38本	達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

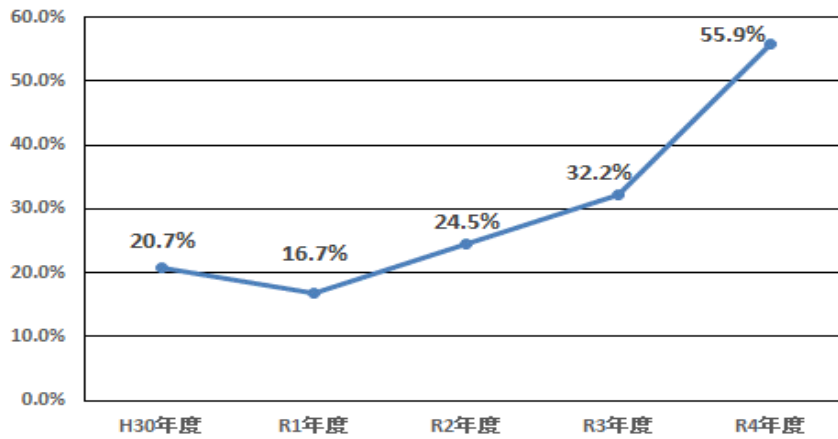
本市では、乳幼児期からの歯科衛生指導や1歳6か月児及び3歳児健診での歯科健診やフッ化物塗布、生活習慣等の保健指導に取り組んできました。保育園・保育所・幼稚園でのフッ化物洗口と歯磨き指導を開始し、幼児期から継続したフッ化物洗口を行うため、小学校・中学校へと対象を拡大してきました。さらに、妊婦歯科健診・歯周病健診を開始し、生涯にわたる口腔の健康づくりに取り組むことで、口腔衛生への意識が高められるように努めてきました。

妊婦歯科健診の受診率は増加傾向にあり、事業周知することで妊婦の口腔ケアへの意識づけになり、受診行動につながる結果となっています。(図 31)

未受診者の理由としては「育児等で多忙」「体調不良」という理由が多く、未受診者のうち一定数は定期的に歯科健診を受診している状況でした。妊婦は女性ホルモンの変化によりむ

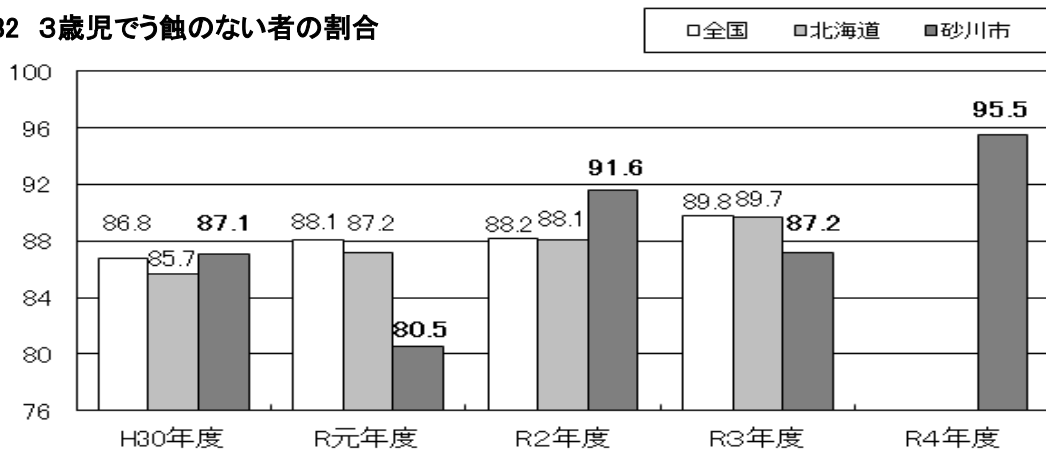
し歯や歯周病、歯肉の腫れ・出血が起きやすく、歯周病が進行しやすい状態になります。歯周病が重症化すると早産や低出生体重児のリスクが高まるため、健康で安全な出産につながるためには、妊娠期から口腔衛生の管理が必要です。さらに、母親の口腔ケアに対する意識が、子どもの口腔ケア習慣にもつながるため、妊娠期に適切な歯科指導を受けるよう働きかけが大切です。

図 31 妊婦歯科健診受診率



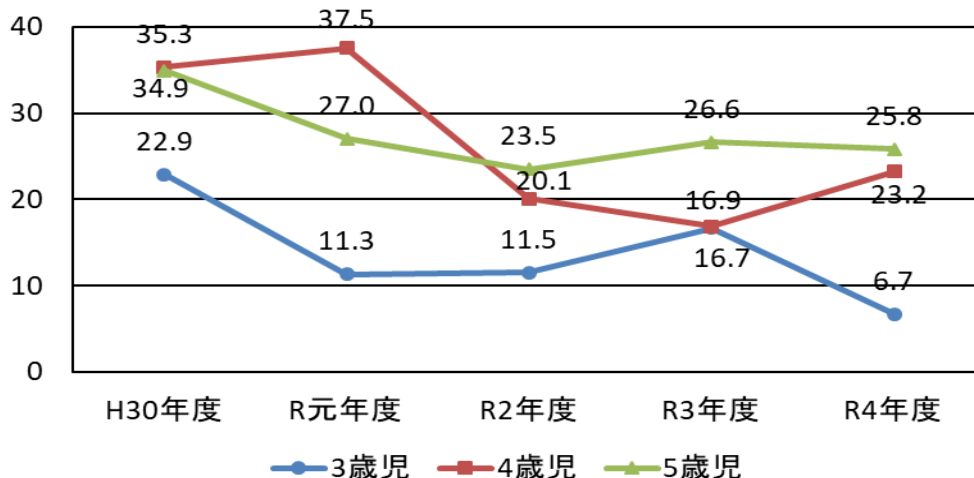
3歳児でう蝕がない者の割合は増加傾向にあり、令和4年度の本市の状況は 95.5%と北海道の目標値の 90%以上に到達しています。(図 32)しかし、4歳児・5歳児のう蝕保有率は、2割前後で推移しています。(図 33)

図 32 3歳児でう蝕のない者の割合



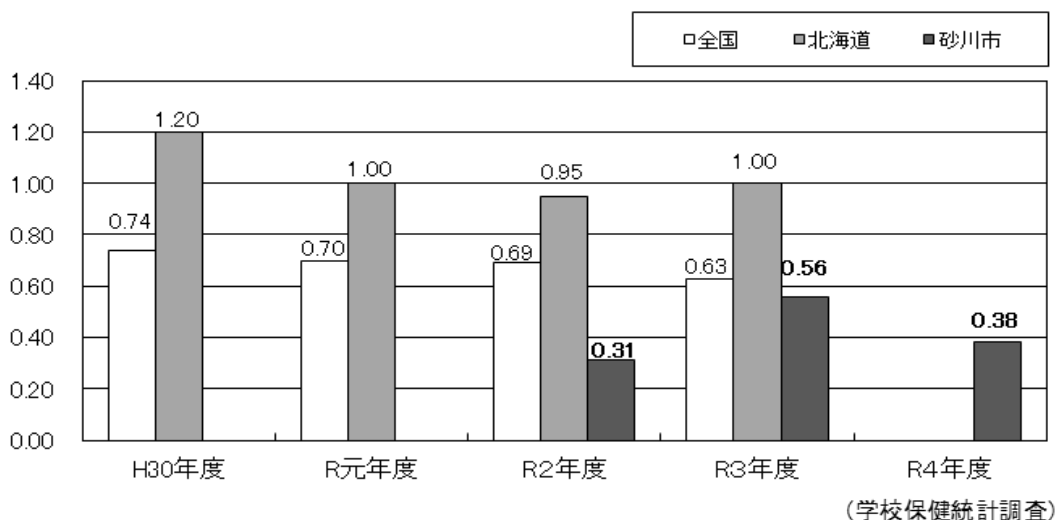
(3歳児健康診査)

図 33 幼児う蝕保有率



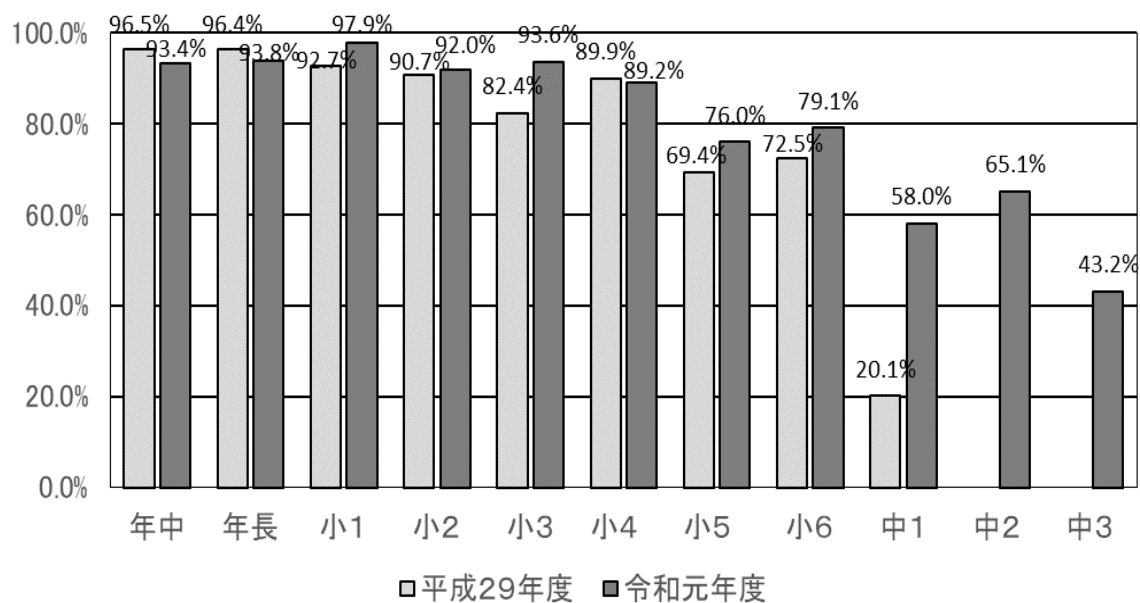
12歳児の一人平均う歯数は減少傾向にあり、全国・全道よりも少ない状況です。(図 34) 幼児期から学童期まで継続してフッ化物洗口を行った効果と考えられます。永久歯に生え変わる学齢期のう蝕予防対策を継続していくことが重要です。

図 34 12歳児の一人平均う歯数



フッ化物洗口は、継続期間が長いほど高い効果が得られ、将来のう蝕予防につながります。そのため、フッ化物洗口の対象を令和元年には中学3年生まで拡大しました。第2次計画では、年齢が上がるにつれフッ化物洗口の実施率は低下傾向で、中学生では2割程の実施率でした。その後、各年齢で徐々に実施率は上がってきている状況で、中学生でも4～6割の実施率まで上がってきています。しかし、新型コロナウイルス感染症の流行により令和元年以降、感染予防のため小学校・中学校でのフッ化物洗口が行えない状況が続いていたため、フッ化物洗口が継続して行えるように教育機関と連携し、更なる普及啓発を行っていくことが必要です。(図 35)

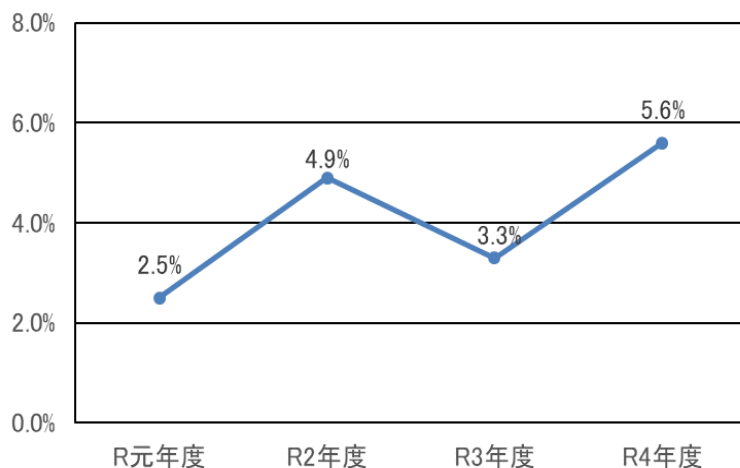
図 35 年齢別フッ化物洗口実施率



ii 歯周病健診受診の状況

糖尿病重症化予防の歯周病健診は、事業開始した令和元年度と令和4年度の受診率を比較すると、やや増加していますが、受診率は1割に満たない状況です。(図 36)歯周病は、急性の痛みを伴わないため、定期的な口腔衛生の管理を行うことが重要です。糖尿病があると歯周病の進行が促進されることが明らかになっているため、歯周病リスクの高い高血糖者に対して、歯周病健診の受診勧奨や普及啓発を行うことが必要です。

図 36 歯周病健診受診率



② 課題

- ・年齢別でのフッ化物洗口実施率に格差があります。
- ・成人期における歯周病や歯の喪失状況の実態が十分に把握できていません。

◆ 目標

- ① 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

◆ 今後の対策

①う蝕や歯周病予防のための歯科検診、予防処置、健康教育等への取組み

ア う蝕や歯周病予防に関する健康教育・健康相談の実施

- ・妊婦歯科健診、歯周病健診、1歳6か月児及び3歳児健診にあわせ歯科衛生指導の実施
- ・1歳児パクパクひろば、保育園・保育所、幼稚園での健康教育の実施
- ・老人クラブ、いきいきシニアプログラム等での健康教育の実施

イ 妊婦歯科健診、歯周病健診、幼児歯科健診(1歳6か月児・3歳児)

ウ 保育園・保育所、幼稚園、小学校、中学校での歯科健診

エ 幼児歯科健診時にフッ化物塗布の実施

オ 保育園・保育所、幼稚園、小学校、中学校でのフッ化物洗口の実施

②ライフステージに応じた口腔衛生の実態把握

ア 保育園・保育所、小学校、中学校での歯科健診の結果把握

イ 妊婦歯科健診や歯周病健診により成人期の口腔衛生について実態把握

ウ 成人期の定期的な口腔衛生管理に関する実態把握及び普及啓発

◆ 目標項目と目標値

- ①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
3歳児でう蝕がない者の割合	95.5%	現状維持 又は増加
12歳児の1人平均う蝕数	0.38本	減少

(6) 休養・こころの健康（砂川市自殺対策計画）

こころの健康を保つためには睡眠の充足が重要であり、睡眠の問題がうつ病の発症リスクを高めることがわかってきています。

生活においては睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は心身の健康に欠かせないものです。睡眠の問題は、うつ病などの精神障害において発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高め、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めるといった報告もあります。

うつ病は誰もがかかる可能性があり、うつ病の有病率・発生率は、糖尿病、がん、心臓病や脳卒中などの病気で大きな違いがないといわれ、5人に1人程度の割合で抑うつ状態がみられています。

自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定める「自殺総合対策大綱」(令和4年 10 月)によると、世界保健機関が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」と明言しているように、社会の努力で避ける事の出来る死であるというのが、世界の共通認識となっています。

背景や原因には、経済・生活問題、健康問題、家庭問題等が複雑に絡み合っており、単に個人の努力のみで解決できるものではなく、制度・慣行の見直し、相談・支援体制の整備という社会的な取組みも重要な要素です。複雑な背景や原因により、多くの人がかつ病や抑うつ状態に陥る傾向があることもわかってきています。

一方で、休養・こころの健康を保つための相談する機会があれば、うつ病や抑うつ状態を予防や適切な治療につなげることができ、個人の健康の保持・増進を図るとともに、自殺予防の一助になると考えられます。

具体的に、抑うつ状態への対処としては、第一に睡眠の質の確保が重要とされており、一人ひとりがこころの健康を保つために、適切に休養をとり、精神的な不調を感じた時に専門医療機関や支援機関等へ受診、相談できるよう、予防の意識を高めて行動できることが必要です。

本市では、うつ病等こころの病気についての正しい知識や十分な睡眠と休養をとりストレスと上手に付き合うことなど、こころの健康について普及啓発を行うとともに、相談機関の周知等に努めてきました。

本市における自殺者数は減少傾向にあるものの、全国では年間2～3万人が自ら尊い命を絶つという状態が続いています。

今後もこころの健康に関する知識の普及啓発等の取組みを継続するとともに、本市の実態や自殺総合対策大綱を踏まえ、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指し、関係機関と連携した自殺予防対策を推進します。

◆ これまでの取組み

- ①睡眠と健康との関連等に関する教育の推進
- ②こころの健康に関する教育の推進
- ③専門家による相談事業の推進

◆ 目標項目の評価

目標項目	基準値 (H23年度)	基準値 (H28年度)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	20.5%	18.8%	減少傾向へ	20.9%	未達成
目標項目	基準値 (H23年)	基準値 (H28年)	目標値 (R5年度)	現状値 (R4年度)	最終評価
自殺者数の減少 (人口10万人当たり自殺死亡率、実人数)	42.3(8人)	16.9 (3人)	減少傾向へ	12.37(2人)	達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠が十分に取れていない者の割合は、第2次中間評価時より増加傾向で推移しています。

(図 37)

男女別にみると、男性は変動がありながら横ばいですが、女性は増加傾向にあります。(図 38)

図 37 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移

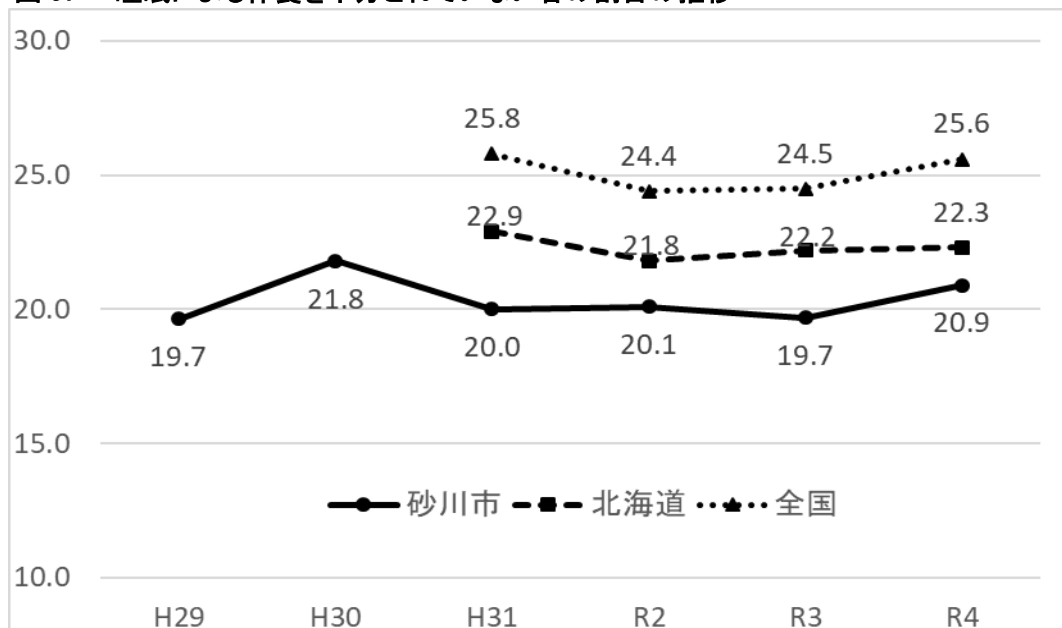
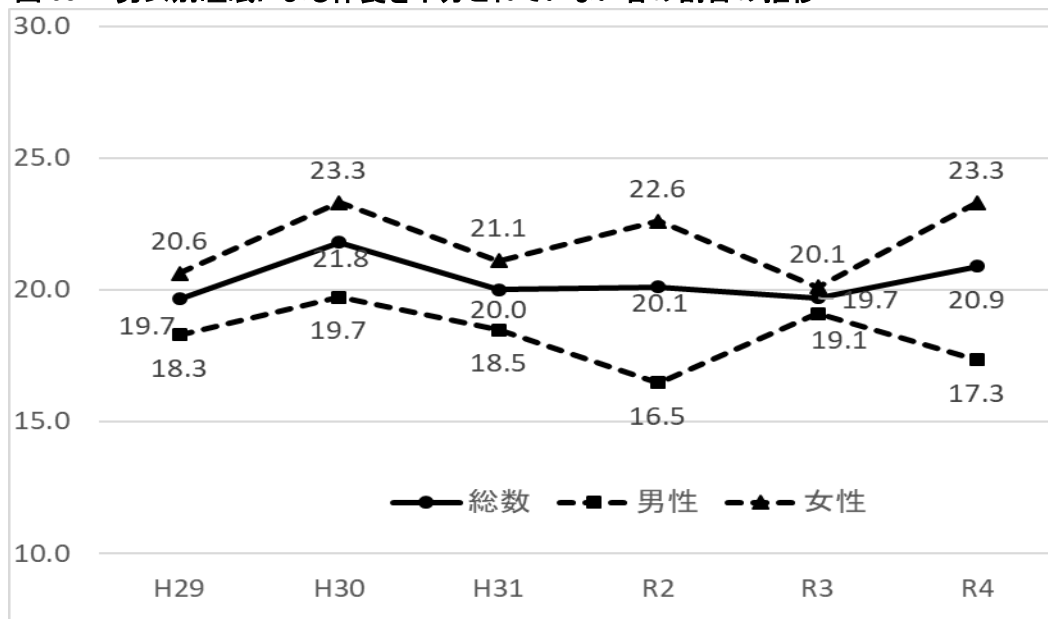


図 38 男女別睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

ii 自殺者の減少(人口 10 万人当たり)

本市の自殺死亡者数は平成 30 年、31 年に増加傾向にありましたが、令和2年以降は減少し、新型コロナウイルス感染症が拡大している時期のリモートワーク、失業等社会的な影響も考えられますが、死亡率は全国・全道より低率となっています。(図 39、図 40)

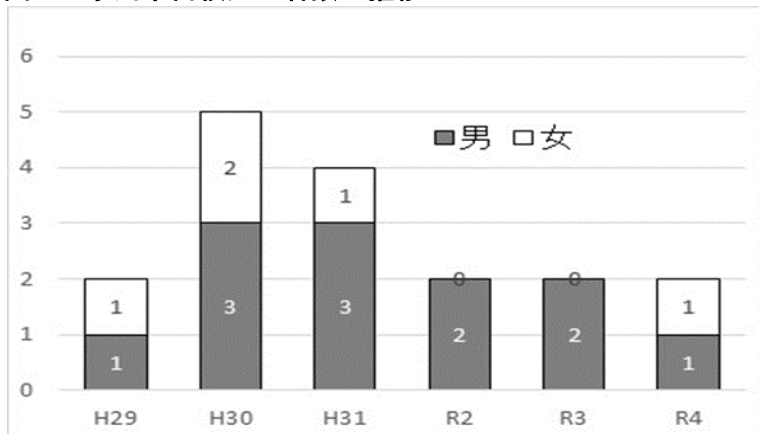
平成 29 年から令和3年までの5年間の自殺率を、男女別・年齢別に全国と比較すると本市の特徴としては、男性が多く、年代は男女ともに 20 歳代の割合が高くなっています。(図 41)

若い世代の自殺率が高い背景としては、うつ状態を抱えていたり、ひきこもりや家族・職場の人間関係の悩みなど社会からの孤立といった危機経路が考えられ、こころの健康についての啓発や相談機関の周知など強化するとともに、医療や福祉等との連携で支援体制を構築することが必要です。

50～60 歳代男性の背景をみると失業や生活苦、病苦がみられています。経済・生活問題では、社会の制度等について支援される仕組みが必要であり、健康問題については、生活習慣に起因する疾病の予防として適切な食習慣や運動習慣、休養のあり方について気づき、改善が必要な場合は具体的に取組むことができる体制が必要です。有職者対策では、労働者数 50 人未満の小規模事業所ではメンタルヘルス対策に遅れがあることが指摘されていますが、本市は小規模事業所も多く、実態がつかめていない状況にあります。産業保健センターなど関係機関との連携により小規模事業所への働きかけが必要です。

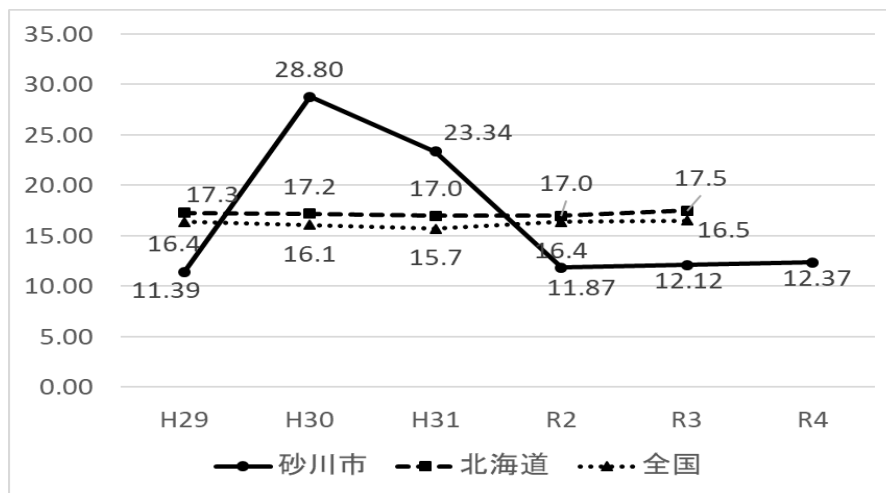
また、社会的孤立を予防できる仕組みとして、関係機関や団体など、地域での見守り活動や支え合い・交流活動など地域福祉活動との連携が重要です。(表 16)

図 39 砂川市自殺死亡者数の推移



(厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」)

図 40 自殺死亡率の推移



(厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」)

図 41 性・年代別の自殺率(人口 10 万対) 平成 29 年～令和3年の 15 人の状況



(厚生労働省大臣指定法人・一般社団法人いのちを支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロフィール」)

表 16 砂川市の主な自殺の特徴

平成 29 年～令和3年の合計 15 人(男性 11 人、女性4人)について上位5区分の分析

順位	区分	自殺者数 (5年計)	割合	自殺率 (10万対)
1位	男性20～39歳 無職・同居	2	13.30%	257.2
2位	男性40～59歳 無職・同居	2	13.30%	243.6
3位	男性60歳以上 無職・独居	2	13.30%	129.4
4位	女性60歳以上 無職・同居	2	13.30%	16.7
5位	男性20～39歳 有職・独居	1	6.70%	82.5

(厚生労働省大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロフィール」)

② 課題

- ・十分な睡眠や休養がとれないことや生活習慣の乱れが、抑うつ状態など心の不調につながります。睡眠時間に問題があると、心身の健康保持が困難(肥満、高血圧、糖尿病、心疾患、脳血管障害等の発症リスク上昇と症状悪化、うつ病などの精神障害の発症、再燃・再発リスクを高める)になることが分かってきました。
- ・自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であり、「危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが必要である」という共通認識を持つことが必要です。
- ・自殺は問題が多岐にわたるため、庁内外の関係機関の連携が必要です。

◆ 目標

- ①睡眠による休養を十分とれている者の割合の増加
- ②自殺者数の減少(人口 10 万人当たり)

◆ 今後の対策

①市民への啓発と周知

- ア 「自殺予防週間」や「自殺対策強化月間」についての啓発
- イ 睡眠と健康(肥満、高血圧、糖尿病など)、こころの健康、うつ病等に関する知識の普及啓発
- ウ 保健所、精神保健センターなどによるこころの健康相談やいのちの電話等の周知啓発

②地域におけるネットワークの強化

- ア 自殺対策に関わる関係機関との情報共有や連携を強化
- イ 滝川保健所を中心とした自殺対策地域連絡会議との連携

③自殺対策を支える人材の育成

市職員・民生児童委員・市立病院職員・介護保険関係者等を対象とした研修実施

④生きることの促進要因を増やすための取組み

- ア 妊娠期及び産後において、周産期うつ等の早期発見のためのスクリーニングと関係機関と連携した個別支援を実施
- イ 健康問題や経済的な不安を抱える人へ、関係機関と連携した適切な支援を実施
- ウ 小中学校における個別相談や心を育む教育の実施
スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーとの連携、心を育む教育、いじめ防止対策、SOS の出し方に関する教育等
- エ 孤立・孤独を防ぐための居場所づくりや社会参加の強化に向け、見守り活動やサロン活動等の充実、生活支援体制整備事業や地域生活支援拠点事業等の実施についての検討

◆ 目標項目と目標値

目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
睡眠による休養を十分とれている者の割合の減少	77.3%	増加
目標項目	基準値 (R4年度)	目標値 (R16年度)
自殺者数の減少 (人口10万人当たり死亡率、実人数)	12.37(2)	減少傾向へ

4. 目標の設定と評価

国民運動健康づくり運動は、健康増進法に基づき行われるものであること、健康寿命の延伸が最終的な目標とされていることを踏まえ、健康に関する科学的エビデンスがあることを原則とすることが示されています。

データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則として目標設定を行うとされています。

目標は計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきこと、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるものが望ましいことから、具体的な目標値については、令和16年度までを目途として目標設定を行い、最終年度の令和17年度には、達成状況を検証・評価し、次期計画に反映するものとします。

また、毎年度の関連数値を確認し、進捗状況からその後の対策や保健活動の実施手順を見直しながら、目標達成のために各種取組みを実施していきます。

保健活動の目標項目一覧

領域	目標項目	基準値	目標(R16年度)	データソース		
循環器疾患・糖尿病	① 特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上	・特定健診受診率	R4 52.0%	60%以上	①	
		・特定保健指導実施率	R4 73.7%	70%以上	①	
	② II度高血圧以上の者の割合の減少 (160/100mmHg以上の者の割合)	R4 8.8%	減少	①		
	③ 糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	R4 13.9%	減少	①		
	④ 糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上で治療中の者の割合)	R4 75.5%	増加	①		
	⑤ 血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	R4 6.5%	減少	①		
	⑥ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 (更生医療申請状況)	R4 4人	減少傾向へ	④		
	⑦ 脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	R4 9.7%	減少	①		
	⑧ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	R4 34.5%	H20年度と比べて25%減少 (H20年度31.2%)	①		
	⑨ 脳血管疾患の死亡者数の減少	R3 19人	減少傾向へ	⑤		
⑩ 虚血性心疾患の死亡者数の減少	R3 9人	減少傾向へ	⑤			
がん	① 75歳未満のがん死亡者数の減少	R4 19人	減少傾向へ	⑬		
	② がん検診の受診率の向上 ※平成28年度より受診率の算定方法が変更された	・胃がん (50～69歳)	R3	9.0%	増加	⑥
		・肺がん (40～69歳)		7.8%		
		・大腸がん (40～69歳)		8.7%		
		・子宮頸がん (20～69歳女性)		13.0%		
・乳がん (40～69歳女性)	19.9%					

領域	目標項目	基準値	目標(R16年度)	データソース		
栄養・食生活	・20歳代女性のやせの者の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合)	R4	24.1%	減少	⑪	
	・全出生数中の低出生体重児の割合	R4	13.1%	減少	⑦	
	①適正体重を維持している者の増加 (肥満・やせの減少)	R4	男子 26.2% 女子 9.8%	減少	⑧	
	・20～60歳代男性の肥満者の割合	R4	48.4%	減少	①②	
	・40～60歳代女性の肥満者の割合	R4	29.2%	減少	①②	
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	R4	15.2%	減少	①②③	
②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 (小学5年生・中学2年生)	・朝食を欠食する子どもの割合	R4	小5 1.2% 中2 2.7%	減少	⑨	
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	R4	男性 54.7% 女性 57.9%	増加	①②
		・65～74歳	R4	男性 49.6% 女性 54.0%	増加	①②③
	②運動習慣の増加 1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者の割合	・20～64歳	R4	男性 31.1% 女性 31.1%	増加	①②
		・65～74歳	R4	男性 39.3% 女性 36.8%	増加	①②③
		・週に1回以上運動している者の割合	R4	男性 63.3% 女性 61.6%	増加	③
	③小学5年生の全国体力テスト結果 (体力偏差値)	・小学5年生	R4	男性 44.7点 女性 47.3点	全国値	⑧
④中学2年生の全国体力テスト結果 (体力偏差値)	・中学2年生	R4	男性 46.8点 女性 49.4点	全国値	⑧	
飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (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)	R4	男性 13.3% 女性 5.3%	減少	①②③	
	②妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)	R4	0.0%	0.0%	⑪⑫	
喫煙	①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	R4	16.4%	減少	①②③	
	②妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)	R4	0.0%	0.0%	⑪⑫	
歯・口腔の健康	①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	R4	95.5%	現状維持または増加	⑬
		・12歳児の1人平均う蝕数	R4	0.38本	減少	⑭
休養・こころの健康	①睡眠による休養を十分とれている者の割合の増加	R4	77.3%	増加	①②③	
	②自殺者数の減少 (人口10万人当たり自殺死亡率、実人数)	R4	12.37(2人)	減少傾向へ	⑮	

データソース

- | | |
|------------------------------|----------------|
| ①砂川市国保特定健診 | ⑪妊娠届出時アンケート |
| ②砂川市一般健康診査(若年者・国保途中加入者・無保険者) | ⑫乳幼児健診アンケート |
| ③砂川市後期高齢者健康診査 | ⑬3歳児歯科検診 |
| ④砂川市更生医療申請状況 | ⑭学校保健統計調査 |
| ⑤人口動態統計 | ⑮地域における自殺の基礎資料 |
| ⑥地域保健・健康増進事業報告 | ⑯砂川市死亡届 |
| ⑦砂川市の保健活動 | |
| ⑧全国体力・運動能力・運動習慣等調査 | |
| ⑨全国学力・学習状況調査 | |
| ⑩介護保険事業状況報告 | |

第IV章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取組みの推進

(1) 活動展開の視点

健康増進法第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条第2項において、自治体はその取組みを支援するものとして計画化への努力を義務づけています。

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

健康増進には、市民の意識と行動の変容が重要であり、主体的な取組みを支援するため、十分かつ的確な情報提供が必要です。

取組みを進めるための基本は、個人が身体(健診結果)を客観的に判断し、健康課題を解決できるようになることであり、そのために個人の理解や考え方に合わせた、確かな自己管理能力を身につけるための科学的根拠に基づく保健指導・栄養指導を積極的に実施します。

一人ひとりが今まで生きてきた歴史や社会背景、価値観、生活状況、能力に応じた取組みを重視し、さらにライフコースの視点を意識しながら健康増進を図ることが基本になります。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、生活を共に営む家族、地域の習慣、特徴など共通性の実態把握にも努めながら、市民が共同して地域の健康課題に対する取組みを考え合い、健康実現に向かうための地域活動を目指します。

(2) 関係機関との連携

ライフコースアプローチを踏まえた健康増進の取組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者(母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法)との連携が必要となります。

庁内における健康増進事業実施は様々な部署にわたるため、関係各課と連携を図るとともに、庁外の健康増進事業実施者や関係機関、関係団体との連携も図りながら進めていきます。

2. 健康増進を担う人材の資質の向上

保健師や管理栄養士等は、健康寿命の延伸に向け、生涯にわたる健康の保持増進を図るため、胎児期から高齢期まで切れ目のない保健指導・栄養指導を実施しています。

母子保健法第1条では「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持増進を図るため母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与すること」、健康増進法第1条では「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ること」がそれぞれ目的とされています。

母性が自ら進んで妊娠、出産、育児についての正しい理解を深め、国民は生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めることとされています。

赤ちゃんが人間として自立していくために獲得するプロセス、成人になって健康でいるための正常なメカニズムについて、その原理を明らかにし、住民が「自ら進んで」「健康状態を自覚」できるような学習の機会を与えていくことが保健師、管理栄養士等の仕事の本筋です。

生活習慣による健康状態を客観的に判断するための健診データは、個人の生活習慣のみでつく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。地区担当制による保健指導等の健康増進事業を実施することで、地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、解決可能な健康課題を抽出しながら、市民の健康増進に関する施策に取り組んでいくことが今後も重要です。

健康増進に関する施策を推進するためには、保健師や管理栄養士等の資質の向上が不可欠です。保健師や管理栄養士等の専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、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。

また、「KDB Expander(健康・医療情報分析プラットフォーム)」や「NDB(ナショナル・データベース:レセプト・特定健診等情報データベース)」などのICTの活用により広くデータを収集し、そのデータの分析や活用を行いながら、本市の評価や課題解決に活用するためのスキルの向上にも努めていきます。

