

すこやかみなみふらの

「21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」

令和6年4月

南富良野町

もくじ

序 章 計画改定にあたって

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

第1章 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

1. 町の概要	7
2. 健康に関する概況	8
3. 財政状況に占める社会保障費	13

第2章 健康課題と各課題解決に向けた取り組み

1. 前計画の評価	15
2. 生活習慣病の発症・重症化予防	15
1) がん	15
2) 循環器病	19
3) 糖尿病	26
3. 生活習慣の改善	31
1) 栄養・食生活	31
2) 身体活動・運動	37
3) 休養・睡眠	40
4) 飲酒	42
5) 喫煙	45
6) 歯・口腔の健康	48
4. 生活機能の維持・向上	50
5. 目標の設定	50

第3章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進	53
1) 活動展開の視点	53
2) 関係機関との連携	54
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	54

序 章 計画改定にあたって

1 計画改定の趣旨

平成 25 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 (第二次)」は、少子高齢化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、健康づくりを推進し、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを最終的な目標としました。

今回、令和 6 年度から令和 17 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動「健康日本 21 (第三次)」」(以下「国民運動」という。)では、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、糖尿病等の割合が増加し、これらに係る医療費の国民医療費に占める割合は、約 3 割となっています。また、人生 100 年時代を迎えようとしている中で、国民誰もが、より長く、健康に生活できることが重要』と捉え、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開 (Inclusion) とより実効性をもつ取組の推進 (Implementation) を通じて国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、新たに下記の 4 つの具体的な内容が示されました。

- ア 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- イ 個人の行動と健康状態の改善
 - i 生活習慣の改善
 - ii 生活習慣病（N C D s）の発症予防・重症化予防
 - iii 生活機能の維持・向上

- ウ 社会環境の質の向上
- エ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

また、これらの基本的な方向を達成するため、健康に関する科学的なエビデンスがある 50 項目程度について、令和 14 年度の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みが推進されます。

南富良野町では平成 25 年 4 月に、「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、南富良野町の特徴や町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた健康増進計画「健やかみなみふらの」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、別表 I のように考え、これまでの取り組みの評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、すこやかみなみふらの（第三次）を策定します。

参考 健康日本 21 の基本的な方向の概略

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間
健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

② 個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、これらの生活習慣の定着等による生活習慣病（N C D s）の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防の取り組みの推進。

また、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病（N C D s）の発症予防及び重症化予防だけではない健康づくりも重要である。

* 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、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。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 社会環境の質の向上

社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた健康づくりを推進する。誰もがアクセスできる自らの健康情報を入手できるインフラの整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤の構築、周知啓発の取組を行うとともに、多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

④ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することで、上記の要素を様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）において享受できることがより重要であり、各ライフステージに特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める。

2 計画の性格

この計画は、南富良野町第六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。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に基本的な方針」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南富良野町保健事業実施計画（データヘルス計画）と連携して策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。同時に、今

回の目標項目に関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 法律と北海道、南富良野町の計画

法　律	北海道が策定した計画	南富良野町が策定した計画
健康増進法	すこやか北海道 21	すこやかみなみふらの
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	南富良野町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
国民健康保険法	北海道保健事業実施計画	南富良野町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
子ども・子育て支援法	北の大地★子ども未来づくり 北海道計画	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	(すこやかみなみふらの)
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	(すこやかみなみふらの)
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	南富良野町高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画

3 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。

4 計画の対象

この計画は、ライフアプローチ（乳幼児期から高齢期までに）に基づく健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

「健康日本21(第三次)」のビジョン・基本的な方向と目標項目

別表 I

ビジョン:全ての国民が健やかで心豊かに生活ができる持続可能な社会の実現

①誰一人取り残さない健康づくりを展開する(Inclusion) ②より実効性をもつ取組を推進する(Implementation)。

基本的な方向

(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	(4)ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり								○ 目標項目 (53項目)
(2)健康状態 の改善									
		こども						高齢者	
		胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	死亡
	生活習慣病の発症・重症化予防	がん				①がんの年齢調整罹患率の減少 ③がん検診の受診率の向上(子宮頸がん) ③がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)		②がんの年齢調整死亡率の減少	
		循環器病				②高血圧の改善 ③脂質異常症の減少 ④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤特定健康診査・⑥特定保健指導の実施率の向上		①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	
		糖尿病				①糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少 ②治療継続者の割合の増加 ③血糖コントロール不良者の減少 ④糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑥特定健康診査・⑦特定保健指導の実施率の向上			
		COPD						①COPDの死亡率の減少	
	生活習慣の改善	栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、女性のやせの減少)<ライフ> ②児童・生徒における肥満傾向児の減少<ライフ>	③バランスの良い食事を摂っている者の増加 ④野菜摂取量の増加 ⑤果物摂取量の改善 ⑥食塩摂取量の減少	④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制<ライフ>				
		身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 ②運動習慣者の増加 ③運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少<ライフ>						
		休養・睡眠	①睡眠で休養がとれている者の増加 ②睡眠時間が十分に確保できている者の増加 ③過労労働時間60時間以上の雇用者の減少						
		飲酒	②20歳未満の者の飲酒をなくす<ライフ>	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減少<ライフ>					
		喫煙	②20歳未満の者の喫煙をなくす<ライフ> ③妊娠中の喫煙をなくす<ライフ>	①喫煙率の減少					
		歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	①歯周病を有する者の減少 ②よく噛んで食べることができる者の増加 ③歯科検診の受診者の増加					
		生活機能の維持・向上	②骨粗鬆症検診受診率の向上<ライフ>	③心理的苦痛を感じている者の減少	①口コモティブシンドロームの減少<ライフ>				
(3)社会環境の質の向上		3-2 自然に健康になれる環境づくり ①健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブの推進 ②「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加 ③望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	3-3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備 ①スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 ②健康経営の推進 ③利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加 ④必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	3-1 社会とのつながり・ここでの健康の維持及び向上 ①地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 ②社会活動を行っている者の増加<ライフ> ③地域等で共食している者の増加 ④メンタルヘルス対策に取り組む事業所の増加 ⑤心のサポートー数の増加					

第1章 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

1 町の概要

1) 位置

南富良野町は、北海道のほぼ中央に位置し、上川地方の南部に位置します。空知川に沿い、北は、富良野市、東は新得町、南は占冠村、西は夕張市に隣接しています。

2) 地理・地形

面積は 666.52 km²、東西 43.3 km、南北 45.9 km にわたっています。標高は 800~1000m、緩やかな斜面をもつ山間部に位置しています。山間部を東西に横切る空知川が流れ、昭和 41 年に完成した金山ダムがあり、この流域に 6 つの集落（下金山、金山、東鹿越、幾寅、落合、北落合）があります。空知川は、落合地区から上流で北から南流するシイソラブチ川と南から北流するルウオマンソラブチ川の二支流に分岐します。ルウオマンソラブチ川流域には、500~600m の平坦地が発達しています。夕張市との西側境界上には芦別岳（1726.5m）、夕張岳（1667.8m）がそびえています。新得町との東側境界上には、狩勝峠があり、落合岳（1168m）がそびえています。

3) 気候

南富良野町の気候は、冬の厳しい寒さが特徴で、積雪期間は 120 日以上になります。5 月から 10 月までの農耕期間における積算温度は 2,800~2,900 度と低く、上昇する傾向にはありますが、農業に大きな影響を与えています。

4) 沿革

南富良野町は空知川上流の山間の地にあり、交通が不便であったため、開拓が本格的に始まるのは明治 30 年代のことでした。明治 41 年 4 月、占冠村と共に下富良野村から分離し、村名として設定されたのが最初になります。大正 8 年 4 月に南富良野村、昭和 42 年 4 月、南富良野町となつて現在に至っています。

2 健康に関する概況

1) 人口構成

南富良野町の人口構成を全国、北海道と比較すると、65 歳以上の高齢化率及び 75 歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や北海道より高くなっています。南富良野町の人口（国勢調査）は、平成 17 年の 2,947 人から令和 2 年には、2,376 人となり引き続き、減少傾向にあります。人口構成でみると、64 歳以下人口が平成 27 年から令和 2 年までの 5 年間に、134 人減少、75 歳以上人口も、同期間で 46 人減少しました。高齢化率は、平成 17 年には 27.5%でしたが、令和 2 年には 32.2%まで上昇してきました。国立社会保障・人口問題研究所が発表した将来推計人口では、引き続き、高齢化率の増加は進み、令和 17 年には、37.6%になることが推計されています。同時に、年少人口（0 歳～14 歳）の割合が減少傾向にあり、令和 2 年 10.5%から、令和 17 年には 9.0%まで、少子化が進むと推計されています。

2) 出生と死亡

南富良野町の出生数は、令和 2 年度より 10 人程で推移しています。前計画では、20 人前後で推移していたため、10 人程減っています。死亡については、主要死因では、令和 2 年度より心疾患の割合が増加しています（表 2）。

表 2. 南富良野町の主要死因の年次推移

年度	平成 29	平成 30	令和元	令和 2	令和 3
人口（人） ¹⁾	2,563	2,515	2,434	2,385	2,363
出生（人）	19	21	21	10	11
死亡総数（人）	46	48	44	46	28
死亡率（%） ²⁾	1854.8	1983.5	1880.3	1950.8	1212.1
主要死因の内訳	悪性新生物	12	11	13	8
	心疾患	4	5	6	12
	脳血管疾患	2	3	2	4
	肺炎	3	5	2	1
	老衰	10	15	11	1
	その他	2	6	2	4

1) 住民基本台帳人口

2) 死亡率は人口 10 万対 データソース：北海道保健統計年報

3) 介護保険

令和 4 年度、南富良野町の介護保険の 1 号認定数は 143 人、認定率は 18.6% で全国や北海道より低くなっています。一方で、一人当たり、1 件当たりの介護給付費は、それぞれ 315,978 円、92,100 円で、北海道、国に比べ、高くなっています。有病状況で見ると、高血圧症、心臓病で、北海道、国と比べて、割合が高くなっています。特に、心臓病の悪化により、介護認定者にならないよう、重症化予防の必要性がでてきてています(表 3)。

表3. 令和4年度 南富良野町の介護保険の状況

	町		北海道	国
	実数	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)
1号認定数	143 人	18.6	20.9	19.4
2号認定数	0 人	0	0.42	0.38
有病状況				
糖尿病	37 人	23.3	24.6	24.3
高血圧症	81 人	57.6	50.0	53.3
脂質異常症	27 人	20.0	31.1	32.6
心臓病	87 人	60.7	55.3	60.3
脳疾患	22 人	15.8	20.6	22.6
がん	9 人	8.1	12.3	11.8
筋・骨格	69 人	47.8	50.0	53.4
精神	55 人	39.1	35.0	36.6
1人当たりの介護給付費	315,978 円		269,507 円	290,668 円
1件当たりの介護給付費	92,100 円		60,965 円	59,662 円

データソース：KDB システム No.1 地域全体像の把握

4) 南富良野町国民健康保険と後期高齢者医療保険

南富良野町の令和4年度国民健康保険加入者は、北海道、国と比較して、加入率が高くなっています。また、加入者のうち、前期高齢者（64歳～74歳）前の占める割合も高くなっています。一般的に高齢者になるほど受療率は高くなり、医療費も増大するため、より早期に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。

南富良野町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、北海道と比較して安くなっていますが、国と比較すると高い現状にあります。また、後期高齢者医療保険加入者では、北海道、国より、低い状況にあります。内訳でみると、いずれの保険とも在院日数が長いことから、重症化を予防することが医療費の抑制につながると考えられます。医療費分析においては、国民健康保険では、脳梗塞・脳出血の医療費の占める割合が北海道、国と比べて高く、入院医療費において多くの割合を占めています（表4,5）。

表 4. 南富良野町国民健康保険の健康課題

様式5-1 地域の健康課題の把握			R04年度 南富良野町国民健康保険						
項目			保険者		北海道		国		データ元 (CSV)
4	①	国保の状況	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
			被保険者数		554	1,074,364		27,488,882	
			65~74歳		190	34.3		491,264	45.7
			40~64歳		214	38.6		341,793	31.8
	②	医療の概況 (人口千対)	39歳以下		150	27.1		241,307	22.5
			加入率		23.4	20.8		7,271,596	26.5
			病院数		0	0.0		547	0.5
			診療所数		6	10.8		3,351	3.1
			病床数		0	0.0		92,014	85.6
	③	医療費の 状況	医師数		2	3.6		13,731	12.8
			外来患者数		638.6	654.8		687.8	
			入院患者数		24.3	21.5		339,611	12.4
			一人当たり医療費		347,013	県内104位 同規模166位		376,962	339,680
			受診率		662,899	676,241		705,439	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			外 来 費用の割合		53.9	56.3		60.4	KDB_NO.5 被保険者の状況
			件数の割合		96.3	96.8		97.5	
	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	入 院 費用の割合		46.1	43.7		39.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			件数の割合		3.7	3.2		2.5	
			1件あたり在院日数		20.2日	15.7日		15.7日	
			がん		33,726,520	28.6		36.2	32.2
			慢性腎不全(透析あり)		773,370	0.7		4.3	8.2
			糖尿病		14,883,750	12.6		10.1	10.4
			高血圧症		7,437,520	6.3		5.6	5.9
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	脂質異常症		2,541,880	2.2		3.2	4.1
			脳梗塞・脳出血		11,759,230	10.0		4.1	3.9
			狭心症・心筋梗塞		376,580	0.3		3.2	2.8
			精神		24,913,990	21.1		14.4	14.7
			筋・骨格		20,703,770	17.5		17.8	16.7
			高血圧症		--	327		256	0.2
			糖尿病		687	0.4		1,159	0.7
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	脂質異常症		--	53		0.0	53
			脳梗塞・脳出血		20,780	13.0		7,205	4.4
			虚血性心疾患		--	5,077		3.1	3,942
			腎不全		1,396	0.9		3,120	1.9
			高血圧症		13,425	7.2		10,914	5.1
			糖尿病		28,191	15.1		19,440	9.2
			脂質異常症		4,588	2.5		6,316	3.0
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	脳梗塞・脳出血		446	0.2		947	0.4
			虚血性心疾患		921	0.5		2,266	1.1
			腎不全		9,785	5.2		10,839	5.1
			高血圧症		--	327		10,143	4.9
			糖尿病		--	1,144		17,720	8.6
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	脂質異常症		--	53		7,092	3.5
			脳梗塞・脳出血		--	5,077		825	0.4
			虚血性心疾患		--	3,942		1,722	0.8
			腎不全		--	1,722		15,781	7.7
			高血圧症		--	15,781		10,143	4.9

表 5. 南富良野町後期高齢者医療保険の健康課題

様式5-1 地域の健康課題の把握				R04年度 南富良野町後期高齢者医療保険						データ元 (CSV)		
項目			被保険者数	南富良野町		北海道		国				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合			
①	後期被保険者構成	被保険者数	472			878,739		19,252,693		KDB_NO.5 被保険者構成 KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.86 健康スコアリング (医療)後期		
			65～74歳	29	6.1	26,075	3.0	254,644	1.3			
			75～84歳	262	55.5	553,480	63.0	1,256,3,990	65.3			
			85～99歳	178	37.7	294,791	33.5	6,341,064	32.9			
			100歳以上	3	0.6	4,393	0.5	92,995	0.5			
②	後期医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0		547	0.6	8,206	0.4	KDB_NO.86 健康スコアリング (医療)後期		
		診療所数	6		12.7	3,351	4.1	101,963	5.3			
		病床数	0	0.0		92,014	104.7	1,499,133	77.9			
		医師数	2		4.2	13,731	15.6	337,272	17.5			
		外来受療率 (年齢調整/ 保険者差指数)	12005.8	11779.4	1.0		12360.5		13800.5			
		入院受療率	791.4	754.5	1.1		824.0		652.4			
③	後期医療費の状況	総医療費	398,814,500			842,817,200,000		16,169,745,231,470		KDB_NO.86 健康スコアリング (医療)後期		
		1人当たり医療費	777,417	777,463		893,100		785,785				
		1人当たり外来 (年齢調整/ 保険者差指数)	346,952	351,214	0.99	380,920		379,221				
		1人当たり入院 (年齢調整/ 保険者差指数)	430,465	426,249	1.01	512,180		406,564				
		費用の割合	44.6			42.7		48.3				
		件数の割合	93.8			93.8		95.5				
		入院 費用の割合	55.4			57.3		51.7				
		件数の割合	6.2			6.2		4.5				
		1件あたり在院日数	19.3日			19.0日		17.3日				
		医療費分析 ④ 1人あたり医療費/入院医療費に占める割合	高血圧症	2,943	0.6	2,340	0.4	1,607	0.4	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
④			糖尿病	0	0.0	3,508	0.6	3,161	0.7			
			脂質異常症	0	0.0	274	0.0	228	0.1			
			脳梗塞・脳出血	21,883	4.7	41,607	7.6	29,143	6.7			
			虚血性心疾患	11,656	2.5	13,363	2.4	10,344	2.4			
			その他の心疾患(心不全)	25,935	5.5	57,177	10.4	43,871	10.1			
			腎不全	12,027	2.6	22,592	4.1	16,344	3.8			
			認知症	14,083	3.0	14,187	2.6	7,299	1.7			
			筋・骨格	93,525	20.0	73,190	13.3	59,420	13.7			
⑤	医療費分析 ⑤ 1人あたり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	38,182	10.1	24,227	5.9	23,554	5.8	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
			糖尿病	36,543	9.7	30,511	7.5	31,815	7.8			
			脂質異常症	10,003	2.7	9,089	2.2	11,913	2.9			
			脳梗塞・脳出血	2,466	0.7	3,311	0.8	3,240	0.8			
			虚血性心疾患	3,405	0.9	6,569	1.6	5,646	1.4			
			その他の心疾患(心不全)	38,952	10.3	41,049	10.0	40,610	10.0			
			腎不全	43,487	11.5	47,689	11.7	39,077	9.6			
			認知症	95	0.0	508	0.1	510	0.1			
			筋・骨格	33,308	8.8	43,947	10.7	44,772	11.0			

5) 健康診査等

健康診査は、南富良野町の保健事業において、生活習慣病の発症予防、重症化予防の重要な取組みです。南富良野町は、国と比較すると、特定および後期高齢者健康診査の受診率は高くなっています（表6）。さらに、健診項目の充実を図るため、特定健康診査では、必須項目に、クレアチニン、

アルブミン尿、心電図、眼底検査を加え、また、後期高齢者健康診査では、脳血管疾患、心疾患、腎疾患等の重症化予防のための検査項目として、クレアチニン、血清アルブミン、心電図、眼底検査を加えています。

また、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、18歳から39歳までの町民および特定健康診査または後期高齢者健康診査の対象にならない者には、希望者全員に健康診査を実施しています。

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

表 6. 特定健康診査および後期高齢者健康診査の受診率の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	国（令和3年度） 参考値
特定健康診査	67.4%	61.2%	66.5%	36.4%
後期高齢者健康診査	26.17%	22.19%	34.95%	23.6%

3 財政状況に占める民生費（社会保障費）

南富良野町においては、令和3年度の予算において、医療、介護、生活保護の民生費（社会保障費）の予算が、約6.3億円となっています。平成22年度は約5.8億円で、この10年余りで、約5千万円増えています。今後さらに高齢化が進展する中で、いかに南富良野町の民生費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます（表7）。

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

表 7. 南富良野町の財政状況（歳出）と社会保障

	令和元年度		令和2年度		令和3年度	
総額	3,861,425		4,369,137		5,807,843	
1位	公債費	849,810 22.0%	総務費	836,264 19.1%	商工費	1,485,031 25.6%
2位	民生費	628,657 16.3%	公債費	778,073 17.8%	総務費	812,154 14.0%
3位	総務費	571,137 14.8%	民生費	633,067 14.5%	公債費	782,703 13.5%
4位	教育費	445,582 11.5%	教育費	516,259 11.8%	民生費	626,048 10.8%
5位	土木費	364,085 9.4%	衛生費	377,840 8.6%	農林水産業費	523,113 9.0%

単位：千円 データソース：総務省 地方財政状況調査関係資料

第2章 健康課題と各課題解決に向けた取り組み

1 前計画の評価

前計画の目標項目について達成状況の評価を行なった結果、22項目のうち7項目が目標値に到達しました（表8）。目標値に到達しなかった項目の中で、特にがん検診の受診率の向上、肥満（メタボリックシンドロームを含む）、喫煙、女性の飲酒、休養については、目標値との乖離が大きく、課題解決が必要です。この評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目について、前計画に引き続き、健康増進のための課題解決には、最終的に個人の行動と健康状態の改善にかかっていると捉え、それを支援するための南富良野町の目標を定め、取り組みを次のように推進します。

2 生活習慣病の発症・重症化予防

1) がん

ア　　はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割の

表8. 前計画の評価

分野	項目	評価値	評価年度	目標値	達成状況	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)	データの集計がされなくなったため、評価不可		15.8		北海道保健統計年報
	②がん検診の受診率の向上 ・胃がん	44.6%	平成28年度	40%	○	健康増進事業報告
	・肺がん	19.7%		40%		
	・大腸がん	19.7%		40%		
	・子宮頸がん	34.8%		50%		
	・乳がん	41.7%		50%		
循環器疾患	③脂質異常症の減少 (ii : LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	10.4	令和4年度	≤8.9%		特定健診結果
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	243人	平成27年度	77人		
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ・特定保健指導の終了率	53.8%	平成29年度	60.0%		
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	1人	平成25～令和4年度	4人以下	○	身体障害者手帳交付状況調査
	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)	96%	令和4年度	75%以上	○	特定健診結果
	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)	0.90%		1.00%	○	
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	25人	令和4年度	20人未満		
歯・口腔の健康	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	81.8%	令和4年度	50%以上	○	乳幼児健診結果
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	16.7%	令和4年度	15.8%以下		
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少 (特定健診40歳以上のため、40～60歳代のみ)	42.5%	令和4年度	28%		特定健診結果
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.7%		19%		
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	14.0%		16.7%以下	○	
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18.5% 女性33.3%	令和4年度	男性20%以下 女性≤3.3%	○	特定健診結果
				15%未満		
喫煙	①成人び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	23.4%		15%未満		特定健診結果
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	20.4%	令和4年度	15%未満		
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	9人	平成25～令和3年度 ※令和4年度集計中	累計10人未満		北海道保健統計年報

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

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

イ 基本的な考え方

① 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、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（ヘルコバクター・ピロリ菌<HP>）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、食塩・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、循環器病や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器病や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。

（表 9）

② 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。（表 9）

表9 がんの発症予防・重症化予防

発症予防									重症化予防（早期発見）	
要因	感染症	能動喫煙	飲酒	食塩・塩蔵食品	運動	食物繊維	肥満	受動喫煙		
がん罹患の寄与度 ^a (%)	16.6%	15.2%	6.2%	2.4%	1.3%	1.0%	0.7%	0.5%	対策型がん検診の種類	推奨グレード ^c
部位別エビデンス評価 ^b	胃	H.ピロリ 確実	確実	ほぼ確実	ほぼ確実				胃エックス線検査 胃内視鏡検査	B
	肺	可能性有	確実					確実	胸部X線検査と喀痰細胞診	B
	大腸		確実	確実		ほぼ確実	ほぼ確実		便潜血検査（免疫法）	A
	子宮	確実	確実						細胞診検査	A
	乳	可能性有		(閉経前) ほぼ確実			(閉経後) 確実 (閉経前) 可能性有		マンモグラフィ単独法(40~74歳)	B
	肝臓	HBV,HCV 確実	確実	確実			確実		肝炎ウイルスキャリア検査	
	成人T細胞白血病	HTLV-1 確実							HTVL-1抗体検査（妊娠）	

a：日本人におけるがんの原因の寄与度推計（JAPAN PAF プロジェクト）2015年版

c：推奨グレード A:強く推奨される B:推奨される

b：科学的根拠に基づくがんリスク評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究

ウ 現状と目標

① がん検診の受診率の向上

評価項目

- がん検診受診率（胃・肺・大腸・乳・子宮）

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。

南富良野町のがん検診の受診率は、平成 20 年度から「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、検診が有効とされているがん検診については、子宮頸がん・乳がんの受診率が向上しています。一方で、大腸がんの受診率が年々低下しています。また、次期がん対策基本計画案で示された 69 歳を上限とする受診率では、乳がん検診が目標値を達成しています（表 10）。

表 10 南富良野町のがん検診受診率の推移

	町受診率				国		がん対策 推進 基本計画 (第 4 期) 目標値	
	令和				がん対策推進基本 計画（第 3 期） 中間評価 (平成 31 年度)			
	元年	2年	3年	4年	男	女		
胃がん	39.1	31.0	34.3	30.8	48.0	37.1	60	
肺がん	37.5	37.9	29.6	32.9	53.4	45.6		
大腸がん	37.8	34.7	28.1	22.7	47.8	40.9		
子宮頸がん	34.8	26.9	37.0	43.9	/			
乳がん	50.3	37.2	58.5	61.4	/			

（南富良野町がん検診結果、単位：%）

エ 取り組み

- ① ウイルス感染によるがんの発症予防の施策
 - 子宮頸がん予防ワクチン接種（12～16歳未満に相当する年齢の女性）
 - 肝炎ウイルス検査（40歳以上）
 - HTLV-1 抗体検査（妊娠期）
- ② がん検診によるがんの重症化予防の施策
 - ア) 検診の実施と受診率の向上
 - 胃がん検診（40歳以上）
 - 肺がん検診（40歳以上）
 - 大腸がん検診（40歳以上）
 - 子宮頸がん検診（妊娠期・20歳以上の女性）
 - 乳がん検診（40歳以上の女性）
 - がん検診の個別勧奨の強化
 - イ) がん検診の質の確保に関する施策
 - 精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
 - 要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

2) 循環器病

ア はじめに

脳卒中と心臓病その他を含む循環器病は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めており、後期高齢者の死亡原因の第1位となっています。また、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、個人の医療費負担にとどまらず、社会的な負担も増大

し、介護が必要となる主な原因の第1位となっています。

循環器病は、全身血管病変の一環として、危険因子が共通しています。生活習慣病の確立した危険因子としては、高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満症、心房細動の5つがあり、喫煙・多量飲酒・運動不足などは、生活習慣病を介さず循環器病の発症に直接関与することが知られています。

循環器病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、危険因子のうち、高血圧、脂質異常については、この項で扱い、肥満、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

イ 基本的な考え方

① 発症予防

循環器病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。

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

② 重症化予防

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

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができる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、循環器病の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対しての保健指導が必要になります。

ウ 現状と目標

① 脳血管疾患・虚血性心疾患による死亡割合の減少

評価項目

- 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

循環器病のアウトカム指標は、第2期循環器病対策推進基本計画の目標となっている「脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少」を用いることが望ましいですが、本町の年齢調整死亡率の統計データがないため、国との比較が可能な標準化死亡比を評価指標とします。

脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡比は 100 以下となっており、国と比較すると少ない傾向にありますが、有意に低くはなっていません（表 11）。

表 11. 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

	平成 15～ 24 年度		平成 18～ 27 年度		平成 22～ 令和元年度		平成 25～ 令和 4 年度	
	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR
脳血管疾患	41	97.4	32	80.4	30	78.7	26	82.4
虚血性心疾患	24	98	21	89.4	17	73.8	18	93.7

② 高血圧の改善

評価項目

- 収縮期血圧 130 mmHg 以上の割合

- 拡張期血圧 80 mmHg 以上の割合

高血圧は、循環器病の確立した重要な危険因子です。正常血圧（収縮期血圧 120 mm Hg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）を超えて血圧が高くなるほど、心血管病の罹患リスクは高くなります。南富良野町では、受診者数が減少する中で、罹患リスクがより高いⅡ・Ⅲ度高血圧の方が 10%程度いる状況です。継続して保健指導を実施していく必要があります（図 1）。血圧測定に関しては、家庭血圧測定も心血管イベント発症を予測できることから、正常血圧値を超える者に対しては、その実施を進めるための保健指導を実施していきます。

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

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	未治療	治療											
H29	275	107 38.9%	77 28.0%	66 24.0%	25 9.1%	14 56.0%	11 44.0%											
					4 1.5%	4 100.0%	0 0.0%											1.5%
H30	239	94 39.3%	60 25.1%	65 27.2%	20 8.4%	8 40.0%	12 60.0%											
					2 0.8%	1 50.0%	1 50.0%											0.8%
R01	260	109 41.9%	76 29.2%	56 21.5%	19 7.3%	12 63.2%	7 36.8%											
					4 1.5%	3 75.0%	1 25.0%											1.5%
R02	216	53 24.5%	73 33.8%	65 30.1%	25 11.6%	10 40.0%	15 60.0%											
					2 0.9%	1 50.0%	1 50.0%											0.9%
R03	213	58 27.2%	68 31.9%	63 29.6%	24 11.3%	11 45.8%	13 54.2%											
					1 0.5%	1 100.0%	0 0.0%											0.5%
R04	220	63 28.6%	68 30.9%	68 30.9%	21 9.5%	11 52.4%	10 47.6%											
					3 1.4%	3 100.0%	0 0.0%											1.4%

図 1 南富良野町国保特定健診受診者の高血圧の状況

③ 脂質異常症の減少

評価項目

- LDL コレステロール 120mg/dl 以上
- HDL コレステロール 40 mg/dl 以上
- non-HDL コレステロールの割合減少

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」において、脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、LDL コレステロール、non-HDL コレステロール、HDL コレステロールは、冠動脈疾患を予測する指標となることが示されました。南富良野町では、non-HDL と HDL コレステロールが、北海道と国に比べて、その割合が高くなっています（表 12）。

表 12. 脂質異常症の各指標の割合

	LDL-C (120 mg/dl 以上)	Non-HDL (150 以上)	HDL-C (40 mg/dl 未満)
南富良野町	48.8	25.4	6.3
北海道	50.7	4.3	3.6
国	50.3	5.6	3.8

これまで、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、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロールは、160 mg/dl 以上の全員が、治療していない状況があります。（図 2）ガイドラインに基づき、引き続き、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生活改善の指導を実施していきます。

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

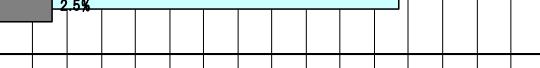
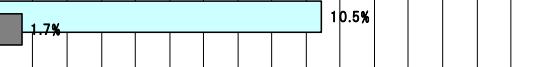
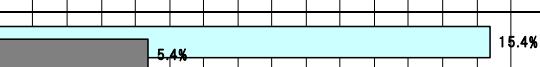
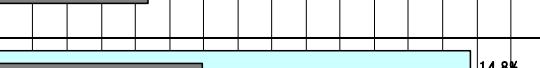
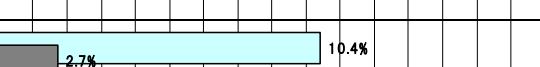
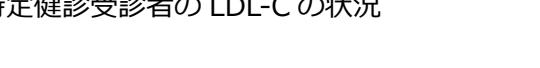
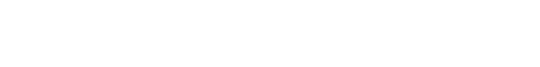
年度	健診受診者	160以上			再掲					
		120未満	120～139	140～159	再)180以上	未治療	治療			
H29	275	139 50.5%	63 22.9%	38 13.8%	35 12.7%	34 97.1%	1 2.9%			
					7 2.5%	6 85.7%	1 14.3%			
H30	239	130 54.4%	50 20.9%	34 14.2%	25 10.5%	22 88.0%	3 12.0%			
					4 1.7%	3 75.0%	1 25.0%			
R01	260	126 48.5%	62 23.8%	32 12.3%	40 15.4%	37 92.5%	3 7.5%			
					14 5.4%	12 85.7%	2 14.3%			
R02	216	100 46.3%	46 21.3%	38 17.6%	32 14.8%	30 93.8%	2 6.3%			
					15 6.9%	14 93.3%	1 6.7%			
R03	213	106 49.8%	42 19.7%	36 16.9%	29 13.6%	29 100.0%	0 0.0%			
					11 5.2%	11 100.0%	0 0.0%			
R04	221	109 49.3%	54 24.4%	35 15.8%	23 10.4%	23 100.0%	0 0.0%			
					6 2.7%	6 100.0%	0 0.0%			

図2 南富良野町国保特定健診受診者の LDL-C の状況

- ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- ⑤ 特定保健指導の実施率の向上

評価項目

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合
- 特定保健指導の実施率

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪過剰蓄積による代謝異常の蓄積の病態であり、心血管疾患の発症リスクの増大を引き起こします。南富良野町では、北海道、同規模自治体、国と比べて、その割合が高くなっています。(表13) 2022年11月に発表された「肥満症診療ガイドライン2022」において、メタボリックシンドロームの予防には、個々の代謝異常を優先させるのではなく、第一に生活習慣改善指導を通じて内臓脂肪の減少を目指すとされています。健診・保健指導の現場において、対象者に対する指導を継続して実施します(表14)。

表 13 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

対象者 (人)	健診 受診者 (人)	メタボリックシンドローム				
		該当者 (人)	割合 (%)	予備群 (人)	割合 (%)	
令和元年度	348	235	47	20.0	28	11.9
令和2年度	339	207	47	22.7	23	11.1
令和3年度	317	211	39	23.2	24	11.4
令和4年度	297	205	47	22.9	27	13.2
北海道				20.2		11.1
同規模自治体				22.3		12.4
国				20.3		11.2

表 14. 特定保健指導の実施率

	特定保健指導		
	対象者 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)
令和元年度	15	13	86.7
令和2年度	12	10	83.3
令和3年度	13	10	76.9
令和4年度	12	7	58.3

工 取り組み

① 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

- 高血圧台帳を作成し、対象者を継続的に支援する
- 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

3) 糖尿病

ア はじめに

糖尿病、2型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食（とくに高脂肪食）、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症します。糖尿病の発症は、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、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。特に、糖尿病性腎症は、人工透析新規導入患者の原因疾患の第1位であり、糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点からも喫緊の課題となっています。糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病およびその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要です。

本町では、平成29年に糖尿病重症化予防プログラムを作成し、取り組みを進めています。取り組みの一環として、特定健診に尿アルブミン検査を導入し、早期腎症期の発見に努め、医療機関と連携して未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導・栄養指導を実施しています。

イ 基本的な考え方

① 発症予防

2型糖尿病の発症予防には、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素です。後述する栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙、睡眠、口腔機能（特に歯周病）が、血糖コントロールに影響を与えます。また、妊娠中に発見される糖代謝異常、特

に妊娠糖尿病を発見し、予防することは、児の周産期のリスクを軽減するだけに留まらず、母体の発症リスクも軽減ができます。

② 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。さらに、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。

ウ 現状と目標

① 合併症の減少

評価項目

- 患者千人当たりの糖尿病性合併症患者数

糖尿病合併症である細小血管障害（神經障害、網膜症、腎症）について、南富良野町の患者数は、腎症と神經症が少ないものの、網膜症は、北海道、同規模自治体、国よりも、多くなっています（表 15）。

表 15.令和4年度 患者千人当たり糖尿病合併症患者数（人）

	南富良野町	北海道	同規模自治体	国
糖尿病性腎症	14,972	17,279	23,737	21,244
糖尿病性網膜症	19,963	14,634	19,786	18,151
糖尿病性神經症	6,550	8,510	7,458	7,493

出典：KDB システム 医療費分析（1）最小分類

② 治療継続者の増加

評価項目

- 患者千人当たりの糖尿病性合併症患者数

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。南富良野町では、合併症新規患者数は、腎症、網膜症、神経症のいずれも、北海道、同規模自治体、国よりも多い状況です（表16）。

表 16.令和4年度 患者千人当たり糖尿病合併症新規患者数（人）

	南富良野町	北海道	同規模自治体	国
糖尿病性腎症	0.936	0.926	0.845	0.802
糖尿病性網膜症	2.807	1.666	2.015	1.925
糖尿病性神経症	0.312	0.251	0.254	0.216

出典：KDB システム 医療費分析（1）最小分類

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要です。治療を中断している人を減少させるために、KDB 等などを活用し、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

③ 血糖コントロール不良者の減少

評価項目

- レセプト1件あたりの糖尿病入院医療費

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

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ています。南

富良野町では、入院医療費をみると、令和3年度より高額になっています（表17）。治療中の人们にも、主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施することが必要です。

表17. レセプト1件あたりの糖尿病入院医療費（円）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
糖尿病入院医療費	407,118	594,141	1,146,688	741,063
順位（総保険者数183）	182	136	2	44

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

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

評価項目

- 患者千人当たり糖尿病新規患者数

糖尿病新規患者数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なります。南富良野町の患者数は、令和4年度は、北海道、同規模自治体、国と比較して、高くなっています（表18）、新規患者の発生数を抑制する必要があります。一方、健診結果で、HbA1c5.6%以上の者の割合は、北海道、同規模自治体、国と比較すると、低い割合となっていますが、増加傾向になっているので、抑制することが必要です。

表18.患者千人当たり糖尿病新規患者数（人）

	南富良野町	北海道	同規模自治体	国
糖尿病	33,063	19,017	16,636	13,518

出典：KDBシステム 医療費分析（1）最小分類

表 19. HbA1c (5.6%以上) の者の割合 (%)

	南富良野町	北海道	国
令和元年度	35.7	47.6	57.2
令和2年度	45.9	53.2	56.0
令和3年度	51.7	53.3	56.4
令和4年度	47.3	51.8	57.1

出典：KDB システム 厚生労働省様式（5-2）有所見者状況

しかし、南富良野町は糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.2～5.4%の正常高値から HbA1c5.5～6.0%の境界領域の割合が非常に高く（図3）、北海道内でも上位で推移しています。60歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下すると踏まると、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。

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

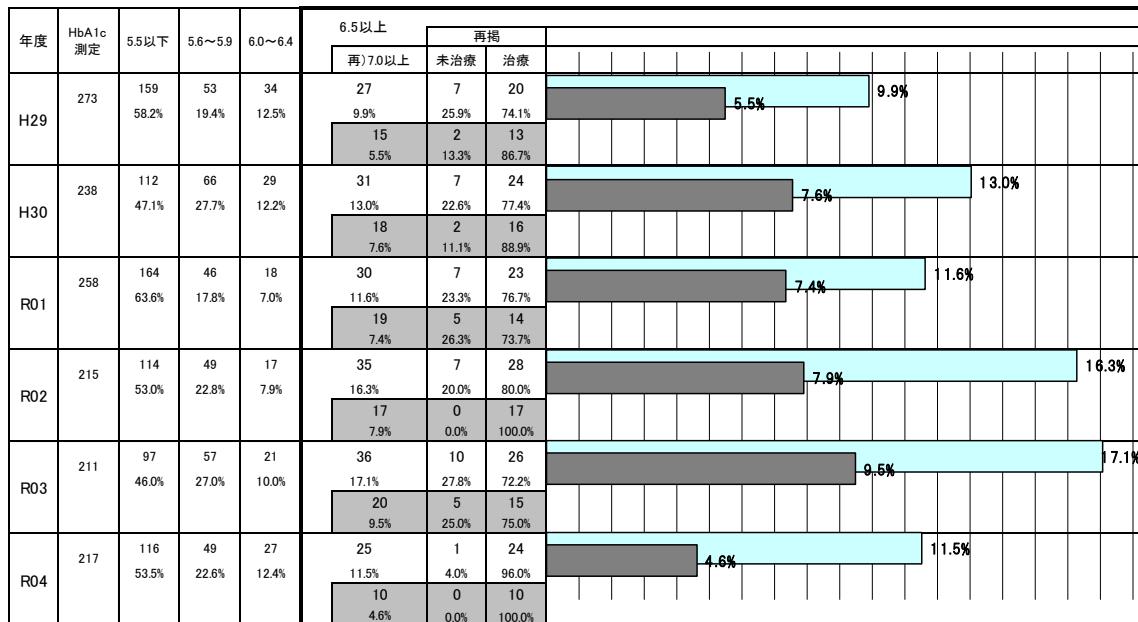


図 3 南富良野町国保特定健診受診者の HbA1c の状況

工 取り組み（循環器病の対策と重なるものは除く）

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進
- 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
- 糖尿病治療ガイドに基づく、糖尿病手帳を通じた医療関係者との連携
- 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施

3 生活習慣の改善

1) 栄養・食生活

ア はじめに

栄養・食生活は、生命の維持に加え、子ども達が健やかに成長し、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、そして、社会的、文化的な営みです。適切な栄養・食生活は、多くの生活習慣病の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点から重要です。

南富良野町においても、地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出だされ、そして、現在の食環境のもとで、住民の食生活が営まれています。生活習慣病予防の実現のためには、住民1人ひとりが、いまの食生活のもとで、適正な栄養状態を保つための栄養素を摂取することが必要となってきます。

イ 基本的な考え方

主要な生活習慣病(がん、循環器病、糖尿病)予防の科学的根拠があ

るものと、食品(栄養素)の具体的な関連は別表Ⅱのとおりです。食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は別表Ⅲのとおりです。

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

ウ　目標設定と評価指標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。健診データについての目標項目は、**2 生活習慣病の発症・重症化予防**の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標設定し、取り組みを進めます。

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

評価項目

- 妊娠時のやせの者の割合
- 40～74歳の肥満者の割合

体重は、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器病、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。妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の1つと考えられています。南富良野町では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握し、保健指導・栄養指導を行っていますが、やせの割合は、やや増加傾向にあります。（表20）今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健

指導を行っていくことが必要と考えます。

表 20. 妊娠直前のやせの人（BMI18.5 未満）の推移

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
18.5 未満	1	11.1	0	0	1	7.1	1	16.7
18.5～24.9	6	66.7	10	71.4	8	57.1	4	66.7
25 以上	2	22.2	3	21.4	4	28.6	1	16.7
未把握	0	0.0	1	7.1	1	7.1	0	0.0

(届出時)

南富良野町の肥満者の割合は、国、北海道と比較すると、高い状況にあり、令和4年度には、半数を占めています。前計画から、目標達成ができないないため、引き続きその対策をすすめる必要があります。

表 21 肥満者数（BMI25 以上）の推移

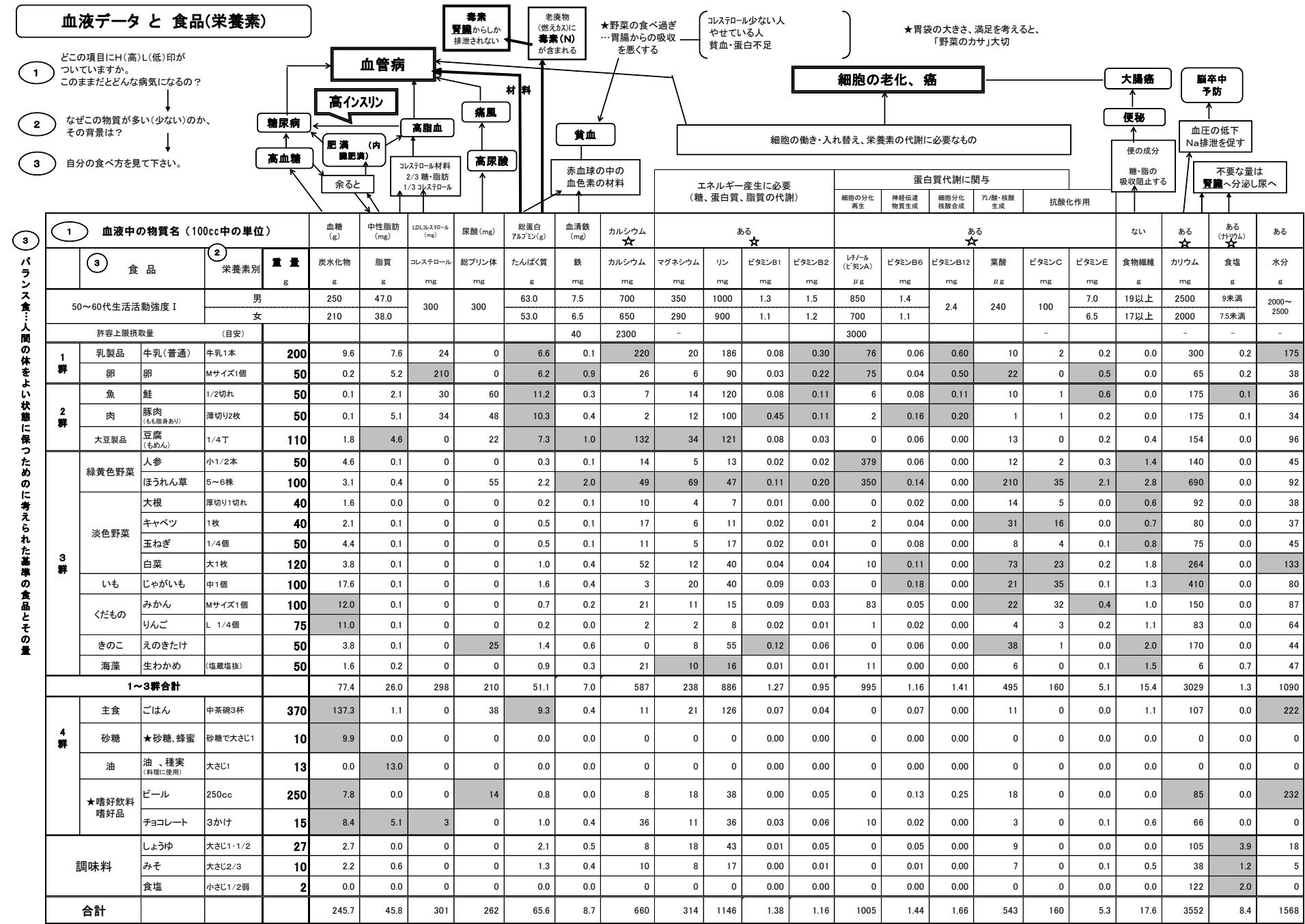
	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
南富良野町	83	35.3	69	33.3	71	33.6	47	49.0
国		26.5		27.7		27.5		34.2
北海道		30.1		31.2		31.1		39.2

出典：KDB システム 厚生労働省様式（5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）

② 低栄養状態高齢者の増加抑制

評価項目

- BMI20 未満の者の割合
- 後期高齢者質問票 No. 6 「6か月間で 2～3 kg以上の体重減少がありましたか」で「はい」の人の割合



別表II

ライフアプローチを踏まえた健康づくりのための食事目安量

食品				妊娠						授乳期	乳児		幼児				小学生		中学生		高校生		成人	高齢者			
				前期 0~16 週未満	中期 16~28 週未満	後期 28~40 週	妊娠 高血糖 尿糖 +	妊娠高血圧 症候群 尿糖 - 尿糖 ±以上			7か月 開始 3ヶ月	10か月 開始 6ヶ月	1歳	2歳	3歳	4~5 歳	6~8 歳	9~11歳 男 女		12~14歳 男 女		15~17歳 男 女			70歳以上 男 女		
第1群 <small>不足しがちな栄養素を含む</small>	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	200	400	母乳 ミルク 800	母乳 ミルク 550	母乳 ミルク 300	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200		
	卵	Mサイズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	35	卵黄25	卵黄50~ 全卵25	35	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
第2群 <small>筋肉や血液を育てるのに必要な栄養素を含む</small>	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	15	白身魚 10	15	20	30	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50		
	肉類	薄切り肉 2~3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	15	ささみ 10	15	20	25	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50		
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	30	40	40	40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110		
第3群 <small>体の動きをスマートにする食品</small>	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	15	45	45	60	80	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150		
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	10	45	60	75	90	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200		
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	10	30	50	50	50	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100		
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個80kcal	120 kcal	120 kcal	120 kcal	80 kcal	120 kcal	80 kcal	-	-	50	100	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal	80 kcal		
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	10	5	10	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	1	2	5	10	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50		
第4群 <small>力や体温の基になる食品</small>	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	7倍粥 70	270	300	300	300	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1	6	6	6	8	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	3	3	5	10	10	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20		
	酒類(アルコール)	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20		

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。体重減少がある者は、ない者より要介護状態の累積発生率が有意に高く、その発生リスクは、体重減少がない者の 1.61 倍高いことが報告されています。また、年齢が上がると、やせ（低栄養）の割合が高く、80 歳以上は著しいことが報告されています。

後期高齢者健康診査では、高齢者の低栄養状況のおそれは、質問票 No6. 「6 か月間で 2~3kg 以上の体重減少がありましたか」にて把握しています。受診者の「はい」割合は 12.7% であり、令和 4 年度では、国(11.7%)、北海道(11.0%)、同規模市町村(12.3%) と比較すると、高くなっています。そのため、その対策として、低栄養のリスクである BMI20 未満の割合は、減少傾向にあるものの、その人数を減らしていくことが大切です。

(表 22)

表 22. 後期高齢者の低栄養状況*の推移

割合	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
町 (%)	11.3	16.5	12.7
国 (%)	12.2	11.6	11.7
北海道 (%)	12.6	11.8	11.8
同規模市町村 (%)	13.5	12.0	12.3
町の BMI20 未満 (%)	17.1	14.8	14.0
町の BMI20 未満 (実人数)	13 人	17 人	16 人

*質問票 No6. 「6 か月間で 2~3kg 以上の体重減少がありましたか」で、「はい」の人の割合

工 取り組み

① 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- 健康診査結果に基づいた栄養指導

- 後期高齢者の低栄養防止のための栄養指導の実施
- 家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）
- 国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- 家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

② 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

2) 身体活動・運動

ア 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・増進を目的として計画的・意図的に行われるものをいいます。身体活動・運動の量が多い人は、少ないと比較して2型糖尿病、循環器病やがんなどの発症・罹患リスクが低いことが報告されています。世界保健機関は、高血圧（13%）、喫煙（9%）、高血糖（6%）に次いで、身体活動不足（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。さらに、身体活動・運動の減少は、肥満や非感染性疾患発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であることから、身体活動を維持し、さらに、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。

イ 基本的な考え方

身体活動量を確保し、運動習慣を確立することは、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。しかし一方では、高齢者においては、運動機能低下は転倒の危険因子となることから、取り組みの際は、転倒やケガのリスクに留意しながら、運動習慣の確立をすることが重要です。

ウ 現状と目標

① 日常生活における身体活動の確保

評価項目

- 特定健診標準的な質問票 No.11「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。」で「いいえ」の人の割合
- 特定健診標準的な質問票 No.12「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。」で「いいえ」の人の割合
- 後期高齢者質問票 No.7 「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか」で「はい」の人の割合
- 後期高齢者質問票 No.8 「この一年間に転んだ」で「はい」の人の割合

健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 では、成人の場合、歩行、仕事、家事、移動、運動などの身体活動を、毎日合計 1 時間以上行うことが推奨されています。本町では、国や道、同規模市町村と比べて、身体活動が少ないものが多くなっています。身体活動を 1 日 10 分増やすことで、生活習慣病のリスクを約 3 % 減らすことができるとの報告があります。運動を含めた身体活動量の確保が必要です。また、高齢になると、運動機能の低下、転倒による身体活動量の減少がみられます。本町では、歩く速度が遅くなってきたと思われるものが、国や道、同規模市町村と比

べて、その割合が高く、転倒も多くなっています。体力や強度を調整しながら、取り組みを進める必要があります。

② 運動習慣がある者の増加

評価項目

- 特定健診標準的な質問票 No.10 「1回 30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。」で「いいえ」の人の割合
- 後期高齢者質問票 No.9 「ウォーキング等の運動を週に1回以上」で「はい」の人の割合

軽く汗をかく運動を、習慣的・継続的に、週60分以上実施することで、生活習慣病の発症及び死亡リスクが2%減少すること、日常の歩行速度が速いほど将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが20~30%低いことが示唆されている。本町では、運動習慣がないものが、国や道と比べて、多くなっています。高齢者においても、道や国と比べて、運動の習慣がないものが多くなっています。

表 23. 成人の身体活動・運動習慣・体力の状況（令和4年度）

項目	町	道	同規模	国
1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上しない（運動習慣なし）	66.9	62.7	67.6	60.4%
実施日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施しない（運動なし）	51.2	47.2	47.9	48.0
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	52.1	49.4	55.5	50.8
令和4年度特定健診 標準的な質問票結果				

表 24. 高齢者の成人の運動習慣・転倒・体力の状況（令和4年度）

項目	町	道	同規模	国
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？	70.6	58.2	61.4	59.1
この1年間に転んだ	25.5	19.5	21.2	18.1
ウォーキング等の運動を週に1回以上	57.8	61.5	53.8	62.9
令和4年度後期高齢者健診 質問票結果				

工 取り組み

身体活動量の増加や運動習慣の必要性について、転倒やケガのリスクに留意しながら、知識の普及・啓発の推進

- 健康づくりのための身体活動・運動ガイドに基づく、種々の保健事業の場での教育や情報提供

3) 休養・睡眠

ア はじめに

休養には、二つの意味が含まれ、「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力をもった状態への復帰を図る働きを、「養」は「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主に指しています。

睡眠は、休息に必要な要素であり、睡眠不足が肥満、高血圧、糖尿病、心疾患、脳血管疾患の発症リスク上昇と症状悪化に関連していることが明らかになっています。十分な睡眠を含む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。

イ 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。

ウ 現状と目標

③ 睡眠で休養がとれている者の割合

評価項目

- 特定健診標準的な質問票 No.20「睡眠で休養が十分とれている。」で「いいえ」の人の割合

「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患と強く関連するという報告が多く報告されています。南富良野町では、睡眠で休養が十分とれていない者の割合が、国、北海道、同規模市町村に比べて低くなっていますが、睡眠休養感の低下させる要因は、睡眠不足、食習慣の乱れ、運動不足、歩行速度の遅さ、糖尿病、高血圧、がんなどの慢性疾患など多岐に渡ります。そのため、引き続き、目標設定する項目とします。

表 25. 「睡眠で休養が十分とれている。」で「いいえ」の人の割合

割合	令和2年度	令和3年度	令和4年度
町 (%)	22.5	16.5	16.1
国 (%)	22.5	22.7	23.7
北海道 (%)	18.5	19.2	19.4
同規模市町村 (%)	21.4	21.9	22.5

出典：KDB システム 質問票調査の状況

工 取り組み

- 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

健康づくりのための睡眠ガイドに基づく、種々の保健事業の場での教育や情報提供

4) 飲酒

ア はじめに

アルコールは、生活習慣病に深く関連し、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが

示されています。また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22 g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。世界保健機関（WHO）が発表した 2018 年報告によると、アルコールの有害な飲用により、全死亡に占める割合が、糖尿病（2.8%）、高血圧（1.6%）、消化器疾患（4.5%）を上回り 5.3% であることが明らかになっています。

イ 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。

ウ 目標と現状

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減

評価項目

- 一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上の者の割合

南富良野町の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している方は、国と比較して、特に女性の 1 日の飲酒量が多い方が多くなっています。次に、毎日の 1 日飲酒量が多い方とγ-GT の関係を見ると、毎日の 1 日飲酒量が多い方に、γ-GT が保健指導判定値以上の方が多いことがわかります。

γ-GT の受診勧奨判定値者の飲酒習慣は 100% に見られ、そのうち適正飲酒者は男女ともに 9.1% になっています。γ-GT の異常者は、男女と

もに、ほとんどの検査項目で、異常率が高くなっています（表 30）

表 26. 多量飲酒者の割合（国との比較）

	町	国
男性 1 日飲酒量（2 合以上）	18.5%	20.3%
女性 1 日飲酒量（1 合以上）	33.3%	17.8%

令和 4 年度特定健診質問票調査

表 27. 一日飲酒量と肝機能との関係

	γGT 正常値	γGT 保健指導判定値（51IU 以上）
男性（n=123） 毎日 1 日飲酒量（2 合以上）	3.4%	20.6%
女性（n=171） 毎日 1 日飲酒量（1 合以上）	9.9%	20.2%

令和 4 年度健康診査結果

表 28. γGT が保健指導判定値者の割合の推移（51 IU 以上）

性別	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
男性	33.6	32.3	33.3	27.6
女性	11.9	10.6	11.5	11.7

健康診査結果（74 歳未満） 単位：%

表 29. γGT が受診勧奨判定値者の割合の推移（101 IU 以上）

性別	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
男性	11.4	11.6	10.9	9.8
女性	2.4	2.1	2.7	3.5

健康診査結果（74 歳未満） 単位：%

表 30-1. γ -GT 異常者(51U/I 以上)の検査項目別異常者数割合(令和 4 年度)～男性～

① 男性

割合は%表示	総数 (人)	割合 (%)	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当				低 HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	123	100	35	28.5	25	20.3	55	44.7	14	11.4	30	24.4
γ GT 異常者	34	27.7	14	41.2	4	11.8	19	55.9	5	14.7	13	38.2

HbA1c				血圧				LDL-C		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値～Ⅰ度		Ⅱ～Ⅲ度							
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
46	37.4	13	10.6	73	59.3	13	10.6	34	27.6	3	2.4	23	18.7
13	38.2	7	20.6	23	67.6	4	11.8	7	20.6	1	2.9	8	23.5

(令和 4 年度 健康診査結果)

表 30-2. γ -GT 異常者(51U/I 以上)の検査項目別異常者数割合(令和 4 年度)～女性～

② 女性

割合は%表示	総数 (人)	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
			基準該当		予備群該当				低 HDL-C		高中性脂肪	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	171	100	17	9.9	9	5.3	43	25.1	1	0.6	18	10.5
γ GT 異常者	20	10.6	3	15.0	3	15.0	10	50.0	0	0.0	6	30.0

HbA1c				血圧				LDL-C		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値～Ⅰ度		Ⅱ～Ⅲ度							
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40	23.4	15	8.8	88	51.5	16	9.4	46	26.9	5	2.9	5	2.9
5	25.0	4	20.0	12	60.0	3	15.0	8	40.0	1	5.0	2	10.0

(令和 4 年度 南富良野町健康診査結果)

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。現在、 γ -GT が受診勧奨値を超えている人については、家庭訪問などで個別の指導を行っていますが、今後も個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

同時に、飲酒の習慣は、南富良野町の地理・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。

工 取り組み

- ① 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進
 - 飲酒ガイドラインに基づく種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ② 飲酒による生活習慣病予防の推進
 - 健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

5) 喫煙

ア はじめに

喫煙は、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。たばこ対策の推進は、がんなどの非感染性疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながることが明らかにされており、医療費の増加や経済損失の観点からも、対策の加速が求められています。対策においては、喫煙率の低下（特に喫煙をやめたい人がやめる）の取り組みの着実な実行が求められます。

イ 基本的な考え方

喫煙は、様々な疾患のリスクを高める確実なエビデンスがあります。動脈硬化や脳卒中死亡（男性の1日1箱以内の喫煙で約1.5倍、1日2箱以上で2.2倍）、虚血性心疾患死亡（同1.5倍、4.2倍）、2型糖尿病（1日1箱以上の喫煙で発症リスクが男性で1.4倍、女性で3.0倍）のリスク因子です。また、中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少とも関連します。喫煙とメタボリックシン

ドロームの重積は、動脈硬化を更に亢進させ、いずれも該当しない者と比べて脳梗塞や心筋梗塞の発症リスクが4～5倍高まります。非喫煙者と比較して喫煙者の全がんリスクは約1.5倍、肺がんは男性で約4.4倍、女性で2.8倍になります。喫煙により上昇した疾患リスクは禁煙により下げることができます。非喫煙者と同等まで下げるために必要な禁煙期間は心血管疾患死亡リスクでは約10年、がん罹患では男性で21年、女性で11年とされています。がん、循環器病、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。

ウ　目標と現状

① 成人の喫煙率の減少

評価項目

- 特定健診標準的な質問票No.12「現在、たばこを吸っていますか。」で「はい」の人の割合
- 後期高齢者質問票No.6「あなたはたばこを吸いますか。」で「吸っている。」の人の割合

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。南富良野町の喫煙率は、国、北海道、同規模自治体と比較すると、高い状況にあります。(表31.32.)

表 31. 「現在、たばこを吸っていますか。」で「はい」の人の割合の推移

割合	令和2年度	令和3年度	令和4年度
町 (%)	21.3	23.7	23.4
国 (%)	13.5	13.6	13.8
北海道 (%)	15.7	16.0	16.4
同規模市町村 (%)	16.0	16.3	16.4

データソース：特定健診標準的な質問票 No.12

表 32. 「あなたはたばこを吸いますか」で「吸っている」の人の割合の推移

割合	令和2年度	令和3年度	令和4年度
町 (%)	7.0	7.2	16.7
国 (%)	4.8	4.7	4.8
北海道 (%)	5.2	5.4	5.4
同規模市町村 (%)	4.6	4.5	4.9

データソース：後期高齢者健診質問票 No.6

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。

工 取り組み

- 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の助言や情報提供
- ② 禁煙支援の推進
健康診査結果に基づいた、禁煙支援への個別指導
- ③ 肺機能検査（スピロメトリー）の実施
スピロメトリーを、健診と同時に提供する。受検者のうち、喫煙者に対して、検査データに基づいて、禁煙指導を実施します。

6) 歯・口腔の健康

ア 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。

口腔の健康と全身の健康の関連性について、口腔衛生状態と誤嚥性肺炎との関係や歯周病と糖尿病等の基礎疾患との関係等が指摘されており、生涯にわたる歯・口腔の健康が生活の質の向上に寄与することを踏まえると、人生100年時代に本格的に突入する中で、より長く元気に暮らしていくための基盤として、口腔の健康を保つことが不可欠となっています。

イ 基本的な考え方

本計画では、全身の健康づくりと生活習慣病との関連が指摘されている、口腔機能と歯周病予防についての項目を、目標設定します。

ウ 目標と現状

① 歯科検診の受診者の増加

評価項目

- 歯周病検診受診率

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康

状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受療に適切につながることも期待されます。本町では、令和元年度より、歯周病検診を実施していますが、令和4年度の受診者数は1名（受診率0.95%）であり、受診者が極めて少ない状況です。このことから、着実な歯科検診の受診勧奨が必要です。

② よく噛んで食べることができる者の増加

評価項目

- 特定健診標準的な質問票 No.13 「食事を噛んで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。」で「何でも噛んで食べることができる」の人の割合
- 後期高齢者質問票 No.4 「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。」で「はい」の人の割合
- 後期高齢者質問票 No.5 「お茶や汁物等でむせることはありますか。」で「はい」の人の割合

咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながりやすく、さらに、嚥下機能低下は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされています。これら、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニアや、要介護リスク・死亡リスクにつながることが報告されています。本町では、40歳～74歳の「何でも噛める」割合が、国より低く、75歳以上では口腔機能が国より悪くなっています。口腔機能の維持が必要です。

表 33. 口腔機能の国との比較（令和 4 年度）

特定健診質問票調査	町	国
何でも噛める	76.5%	79.3%
後期高齢者質問票調査目	町	国
半年前に比べて固いものが食べにくい	34.3%	27.7%
お茶や汁物等でむせる	21.6%	20.9%

工 取り組み

ライフステージに対応した歯科検診の実施

- ① 乳幼児を対象とした口腔健診および歯科健診
- ② 20 歳以上を対象とした歯周病検診を実施
- ③ 75 歳以上を対象とした後期高齢者歯科健診を実施

4 生活機能の維持・向上

生活習慣病（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障を來す状態になることがあることから、新たに骨粗鬆症検診に関する目標を設定します。この検診は、健康増進法に基づく健康増進事業の一環として、南富良野町では、令和 5 年度より実施しています。目的は、無症状の段階で骨粗しょう症及びその予備群を発見し、早期に介入することです。国の受診率は、約 5% と非常に低くなっていることから、検診の普及啓発に取り組み、受診率向上に目指します。

- 目標 骨粗鬆症検診の受診率の向上（評価項目：骨粗鬆症検診受診率）
- 取り組み 骨粗鬆症検診（40 歳以上の女性）

5 目標の設定

国民運動では、地方公共団体は、人口動態、医療・介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等の地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会

資源等の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に分析・評価を行った上で、改定を実施することとされています。本計画では、町自らが目標の進行管理を行うことができるよう、KDB システムを活用し、できる限り、毎年モニタリングすることが可能な指標を評価項目とし、国、北海道、同規模自治体（南富良野町は同規模区分 8）と比較し、達成可能な目標を見据え、着実な事業展開を行います（表 34）。

表34. 南富良野町の目標設定

分野	項目	令和4年度 評価値	評価時の比較対象	データソース
がん	①がん検診の受診率の向上			
	・胃がん	12.1%	国(60%)	地域保健・健康増進事業報告 北海道における主要死因の概要9
	・肺がん	18.4%	国(60%)	
	・大腸がん	18.7%	国(60%)	
	・子宮頸がん	11.7%	国(60%)	
	・乳がん	14.2%	国(60%)	
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡比			
	・脳血管疾患	82.4	国	KDBシステム 厚生労働省様式(5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別)
	・虚血性心疾患	93.7	国	
	②高血圧の改善(130/85mmHg以上の者の割合)			
	・収縮期血圧(130mmHg以上の者の割合)	57.1%	道・国	
	・拡張期血圧(85mmHg以上の者の割合)	34.1%	道・国	
糖尿病	③脂質異常症の減少			
	LDLコレステロール 120mg/dl以上	48.8%	道・国	KDBシステム 厚生労働省様式(5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別)
	non-HDLコレステロール 150以上	25.4%	道・国	
	HDLコレステロール 40mg/dl未満	6.3%	道・国	
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少			
	メタボリックシンドロームの該当者	22.9%	道・同規模・国	
歯・口腔の健康	メタボリックシンドロームの該当者予備群	13.2%	道・同規模・国	KDBシステム 地域の全体像の把握 KDBシステム 地域保健・健康増進事業報告 KDBシステム 医療費分析(1)最小分類
	⑤特定保健指導の実施率の向上			
	特定保健指導の実施率	58.3%	道・同規模・国	
	①合併症の減少(患者千人当たりの糖尿病合併症患者数)	(人)		
	糖尿病性腎症	14,972	道・同規模・国	
	糖尿病性網膜症	19,963	道・同規模・国	
栄養・食生活	糖尿病性神経症	5,220	道・同規模・国	
	②治療継続者の割合の増加(患者千人当たりの糖尿病合併症新規患者数)	(人)		KDBシステム 医療費分析(1)最小分類 KDBシステム 医療費分析(1)最小分類
	糖尿病性腎症	0.936	道・同規模・国	
	糖尿病性網膜症	2.807	道・同規模・国	
	糖尿病性神経症	0.312	道・同規模・国	
	③血糖コントロール不良者の減少(レセプト一件あたりの糖尿病入院医療費)	741,063円 (3位)	他保険者順位	
身体活動・運動	④糖尿病有病者の増加の抑制			
	患者千人当たり糖尿病新規患者数	33,063人	道・同規模・国	KDBシステム 医療費分析(1)最小分類
	HbA1c(5.6%以上)の者の割合	47.3%	道・国	KDBシステム 厚生労働省様式(5-2) 有所見者状況
	①歯科検診の受診者の増加			
	歯科検診受診率	0.95%	町	地域保健・健康増進事業報告
	②よく噛んで食べることができる者の増加			KDBシステム 質問票調査の状況
飲酒	「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。」で「何でもかんで食べることができる」人の割合	76.50%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.13
	「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。」で「はい」の人の割合	34.30%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.4
	「お茶や汁物等でむせることがありますか。」で「はい」の人の割合	21.60%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.5
	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)			
	妊娠届出時のやせの者の割合の減少	16.7%	町	妊娠届時の体重
	40~74歳の肥満者の割合の減少	49%	道・国	KDBシステム 厚生労働省様式(5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別)
喫煙	②低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制			
	BMI20未満の割合	14.0%	町	後期高齢者健診結果
	「6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。」で「はい」の人の割合	12.7%	道・同規模・国	KDBシステム 質問票調査の状況 後期高齢者質問票No.6
	①日常生活における歩数の増加			KDBシステム 質問票調査の状況
	「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。」で「いいえ」の人の割合	51.2%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.11
	「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。」で「いいえ」の人の割合	52.1%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.12
休養	「以前に比べて歩く速度が遅くなったりと思いませんか。」で「はい」の人の割合	70.6%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.7
	「この一年間に転んだ」で「はい」の人の割合	25.5%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.8
	②運動習慣者の割合の増加			KDBシステム 質問票調査の状況
	「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。」で「いいえ」の人の割合	66.9%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.10
	「ウォーキング等の運動を週に1回以上」で「はい」の人の割合	57.8%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.9
	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			KDBシステム 質問票調査の状況
生 活・機 能・身 體・心 球	一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上の者	18.5%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.19
	一日当たりの純アルコールの摂取量が女性20g以上の者	33.3%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.19
	①成人び禁煙率の減少			KDBシステム 質問票調査の状況
	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。」で「はい」の人の割合	23.4%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.12
	「あなたはたばこを吸いますか。」で「吸っている」の人の割合	16.7%	道・同規模・国	後期高齢者質問票No.6
	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			KDBシステム 質問票調査の状況
生 活・機 能・身 體・心 球	「睡眠で休養が十分とれている。」で「いいえ」の人の割合	16.1%	道・同規模・国	特定健診標準的な質問票No.20
	①骨粗鬆症検診受診率の向上			
	骨粗鬆症検診受診率	(令和5年度実績値)	国	地域保健・健康増進事業報告

第3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

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

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を南富良野町の重要な行政施策として位置づけ、すこやかみなみふらの（第三次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。一人ひとりの、生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動をめざします。これらの活動が、国民運動の5つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

(2) 関係機関との連携

ライフ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、健康増進法第六条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。南富良野町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、庁内関係各課との連携を図ります。(図4)

また、町民の生涯を通した健康の実現を目指し、町民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師、歯科医師、薬剤師、看護師などとも十分に連携を図りながら、関係機関、行政等が協働して進めています。



2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである、健診データを見続けていく存在です。健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、その家族が生活

している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

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

南富良野町の保健師設置数は2,288人に4人（令和5年12月末現在）、全国及び北海道の平均より高い配置数となっており、今後も十分に保健指導を継続できる体制を維持していきます。国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、健康改善の可能性や経済的効率を考えながら適正化する必要があります。そして、健康増進事業の実施にあたっては、**法律・健康課題に基づく優先順位を決定した上で**、業務を適正化し、取り組んでいくことが必要です。

健康増進に関する施策を推進するためには、保健師、管理栄養士等専門職の資質の向上が不可欠です。「**公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程**」(橋本正己)です。各専門職は、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。

すこやかみなみふらの

令和6年4月

企画・編集／北海道南富良野町役場保健福祉課保健指導係
住所：〒079-2403 北海道空知郡南富良野町字幾寅 708 番地
電話：0167-52-2211
FAX：0167-39-7020