

# 健康ましけ 21 計画



平成 28 年 2 月

増毛町

# 目 次

<b>序 章 計画策定にあたって</b>	2
第1節 計画策定の趣旨	3
第2節 計画の性格	5
第3節 計画の期間	5
第4節 計画の対象	5
<b>第Ⅰ章 増毛町の概況と特性</b>	7
第1節 増毛町の概要	8
第2節 健康に関する概況	9
第3節 町の財政状況に占める社会保障費	20
<b>第Ⅱ章 課題別の実態と対策</b>	21
第1節 生活習慣病の予防	23
1 がん	23
2 循環器疾患	33
3 糖尿病	55
4 慢性閉塞性肺疾患	64
5 次世代の健康	66
第2節 生活習慣の改善	75
1 栄養・食生活	75
2 身体活動・運動	93
3 飲酒	96
4 喫煙	98
5 歯・口腔の健康	99
第3節 社会生活に必要な機能の維持・向上	103
1 高齢者の健康	103
2 こころの健康	108
3 休養	111
第4節 目標の設定	113
<b>第Ⅲ章 計画の推進</b>	117
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	118
1 活動展開の視点	118
2 関係機関との連携	118
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	120

# 序章

## 計画策定にあたって

## 序章 計画策定にあたって

### 第1節 計画策定の趣旨

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

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

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

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

増毛町では健康増進法に基づき、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置いた、健康増進計画「健康ましけ21」を策定します。

## 参考 基本的な方向の概略

### 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命: 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差: 地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

### 2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

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

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

#### \* NCD とは

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

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

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

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

### 3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

### 4 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

#### ヘルスプロモーション (オタワ憲章)

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

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

## 第2節 計画の性格

この計画は、増毛町第5次総合計画～増毛町まちづくりプランを上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

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

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

表1 関連する法律及び各種計画

法 律	北海道の計画	増毛町の計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道 21」	健康ましけ21計画
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	増毛町国民健康保険特定健康診査等実施計画
次世代育成対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画(第2次)	増毛町子ども・子育て支援事業計画
食育基本法	北海道食育推進計画	
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(健康ましけ21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	(健康ましけ21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	増毛町第6期介護保険事業計画・高齢者福祉計画

## 第3節 計画の期間

この計画の目標年次は平成 36 年度とし、計画の期間は平成 27 年度から平成 36 年度までの 10 年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

## 第4節 計画の対象

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

健康まじけ21計画の基本的方向性と目標項目 乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える

□ 目標項目（53項目）

全体目標	次世代の健康				高齢者	死亡	
	胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳			40歳
生活習慣病	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小	がん					□15歳未満のがんの年間罹患数に占める減少
	循環器疾患						□特定種別・特定臓器指準の達成率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □適正体重を維持している人の増加 □肥満、やせの減少
	糖尿病						□高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) □脂質異常症の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c、空腹血糖値8.0%以上の者の割合の減少)
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)						□慢性閉塞性肺疾患 (COPD)の認知度の向上
	栄養・食生活						□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせる食事の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ウ 野菜と果物の摂取量の増加
	身体活動・運動						□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加
生活習慣	飲酒						□生活習慣病のリスクを高める量を飲用している者(1日あたり1杯アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上)の者の割合の減少
	喫煙						□未成年者の喫煙をなくす □成人の喫煙率の減少
	歯・口腔の健康						□乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 □歯周病を有する者の割合の減少 □歯の喪失防止
社会生活機能の維持・向上に必要な	高齢者の健康						□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □取組又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下/ハイリスク高齢者の把握率の向上
	こころの健康						□コピペ・アップロード・ホームページ・運動機能検査を認知している国民の割合の増加 □孤独による休業を十分していない者の減少 □疲労時間60時間以上の雇用者の割合の減少
	休養						□国民の休養・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスマネジメントに関する知識を授けられる国民の割合の増加

□地域のつながりの強化  
□健康まじけ21計画に本格的に取り組んでいる国民の割合の増加  
□健康まじけ21計画の推進に貢献している国民の割合の増加  
□健康まじけ21計画の推進に貢献している国民の割合の増加  
□健康まじけ21計画の推進に貢献している国民の割合の増加  
□健康まじけ21計画の推進に貢献している国民の割合の増加

# 第 I 章

## 増毛町の概況と特性

# 第 I 章 増毛町の概況と特性

## 第 1 節 町の概要

増毛町は、北海道西海岸の日本海に面し、留萌振興局管内の南端に位置。南北 24.4 km、東西 30.2 km、北西には 38 kmの海岸線を有し、やや方形をなし、面積は 369.68k m<sup>2</sup>です。

南には、国定公園に指定されています暑寒別岳を主峰とする増毛山地が広がり、北西部は、日本海に面しています。山地から流れ出る暑寒別川は短く急流であり、狭い堆積平野をつくり、海岸線から市街地を形成しています。沿岸は、豊かな資源に恵まれ漁業が栄え、肥沃な平坦地では農作物の栽培が営まれています。

一方、暑寒別連峰の山裾を日本海の荒波に削られた雄冬地区の海岸線は壮大な奇岩と絶壁が連続し、西の知床とも呼ばれる景勝地となっています。



産業別人口(平成22年国勢調査)は、第1次産業 22%、第2次産業 26%、第3次産業 52%です。水産業(ホタテ稚貝、えび、タコ、カレイ類、アワビ、ウニ 漁獲量約5,000t、水揚げ高約23億円前後で推移)、農業(水稲、果樹)、水産加工業(数の子、たらこ、身欠きニシンなど)が主な産業となっています。



## 第2節 健康に関する概況

表1 社会保障の視点でみた医療保険者（増毛町）の特徴

北海道より課題

北海道より良好

項目		北海道		増毛町				
		人数	割合	人数	割合			
1	人口構成 平成24年3月31日 住民基本台帳	総人口	5,474,216	-	5,076	-		
		0歳～14歳	650,880	11.9%	457	9.0%		
		15歳～64歳	3,436,641	62.8%	2,621	51.6%		
		65歳以上	1,386,695	25.3%	1,998	39.4%		
		(再掲)75歳以上	693,851	12.7%	1,220	24.0%		
2	平均寿命 厚生労働省 2010年(22年)	男性	79.2		78.6	135位		
		女性	86.3		86.9	143位		
3	死亡 北海道保健統計年報 (第40表 23年)	死亡率(10万対)		人数		人数		
		悪性新生物	331.8	18,137	530.6	26		
		心疾患(高血圧性を除く)	171.9	9,398	346.9	17		
		脳血管疾患	96.8	5,291	244.9	12		
	糖尿病	14	765	20.4	1			
4	早世予防からみた 死亡(64歳以下) 北海道保健統計年報 (第24表 23年)	合計	8,487人	14.9%	8人	10.0%		
		女性						
5	介護保険 H23年度 介護保険事業状況報告	認定者数(H23年度末)	257,922人		384人			
		1号認定者数/1号被保険者 に対する割合	251,094人	18.1%	375人	19.0%		
		再)75歳以上(%)	218,135人	31.4%	342人	28.5%		
		再)65-74歳(%)	32,959人	4.8%	33人	4.2%		
		2号認定者数/ 2号人口に対する割合	6,828人	0.35%	9人	0.54%		
		うち脳血管疾患 割合(2号認定者)						
	第1号被保険者分 介護給付費 (単位:千円)	311,179,672	225	488,709	247			
	第5期保険料額(月額)	4,631円		4,025円				
6	後期高齢者医療 H23年度後期高齢者 医療事業状況報告	加入者(年度平均)	687,059		1,227	全道 99 位		
		1人あたり医療費(円)	1,087,294		961,465			
		医療費総額(千円)	747,035,115		1,179,717			
7	国保 平成23年度 国民健康保険事業年報	被保険者数	人数	割合	人数	割合		
		(再掲)前期高齢者	494,927人	32.9%	566人	42.2%		
		(再掲)70歳以上	251,721人	16.7%	296人	22.1%		
		一般	1,416,877人	94.2%	1,258人	93.9%		
		退職	86,854人	5.8%	82人	6.1%		
	加入率(年度末)							
	医療費 平成23年度 国民健康保険事業年報	医療費総額 (千円)	524,716,721	349	537,723	401		
	(再掲)前期高齢者	259,936,898	525	319,185	564			
	(再掲)70歳以上	151,616,946	602	173,984	588			
	一般(千円)	486,581,740	343	505,066	401			
	退職(千円)	38,134,981	439	32,657	398			
11	特定健診 特定保健指導 H23年度 特定健診・特定保健指導 実施結果集計表	特定健診	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
			227,765	23.5%		260	27.3%	102位
	特定保健指導	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位	
		8,333	26.7%		13	30.2%	102位	
12	様式6-2 健診有所見者状 況 総数(40～74歳) 血管を構 づける 腎臓	健診項目	有所見者	有所見率		有所見者	有所見率	全道順位
		腹囲	71,790	30.2%		88	32.5%	82位
		BMI	67,484	28.4%		92	33.9%	70位
		中性脂肪	47,992	20.2%		63	23.2%	15位
		ALT(GPT)	38,642	16.3%		49	18.1%	65位
		HDL	11,188	4.7%		12	4.4%	96位
		血糖値	54,016	30.2%		173	63.8%	4位
		HbA1c	122,755	52.2%		173	63.8%	73位
		尿酸	9,902	8.2%		25	9.2%	61位
		収縮期血圧	110,206	46.4%		168	62.0%	5位
		拡張期血圧	46,571	19.6%		122	45.0%	1位
		LDLコレ	130,590	54.9%		179	66.1%	2位
		尿蛋白	13,808	5.8%		5	1.8%	149位
クレアチニン	1,171	0.9%		4	1.5%	24位		
13	出生 北海道保健統計年報 (第7表 23年)	出生数(人口千対)	39,292	7.20	23	4.70		
		低体重児出生率 (出生百対)	3,804	96.80	2	87.00		
14	保健師配置 平成24年5月1日現在	保健師総数(人口10万対)	1,598	29.2	5	98.5		
		地域保健部門 (総数に占める割合)	1,192	74.6%	4	80.0%		

# 1 人口構成

増毛町の人口（平成22年国勢調査）構成をみると、65歳以上の割合が全国や全道より高く、特に75歳以上の後期高齢化率が、全国や全道より突出して高くなっているのが特徴です。逆に、0～14歳及び生産年齢人口（15歳～64歳）が少ない状況です。（表2）

表2 人口構成

（平成22年国勢調査）

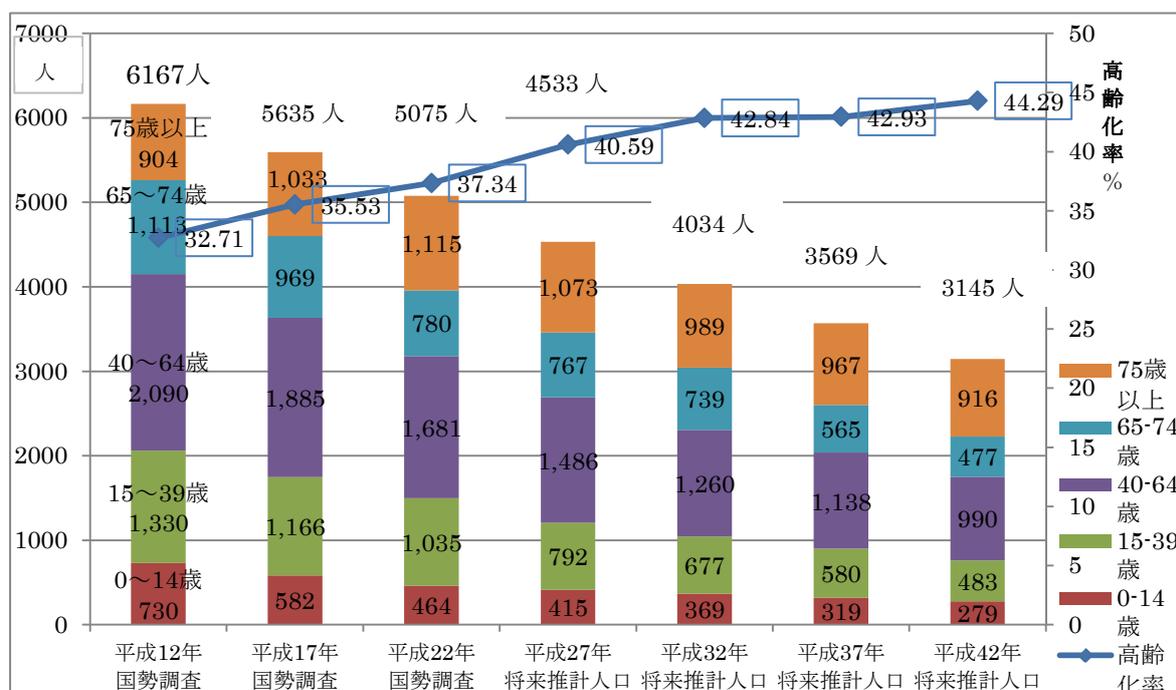
	全国		北海道		増毛町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	126,659,683	-	5,474,216	-	5,076	-
0歳～14歳	16,778,104	13.2%	650,880	11.9%	457	9.0%
15歳～64歳	80,206,724	63.3%	3,436,641	62.8%	2,621	51.6%
65歳以上	29,674,852	23.4%	1,386,695	25.3%	1,998	39.4%
（再掲）75歳以上	14,678,581	11.6%	693,851	12.7%	1,220	24.0%

増毛町の人口（国勢調査）は、平成17年には5,635人でしたが、平成22年には5,075人となり、年間100人前後が減少している状況にあります。

人口構成をみると、64歳以下人口が平成17年から平成22年までの5年間に、453人減少しているのに対して、65歳以上の人口は、同期間に107人減少にとどまっております。なおかつ75歳以上人口に限ると、82人増加しています。

高齢化率は、平成17年には35.5%でしたが、平成22年には37.3%となり、5年間で1.8%高くなっており、高齢化率は道内12位、後期高齢化率は5位（北海道の高齢者人口の状況 平成26年1月1日現在住民基本台帳人口）の状況です。少子高齢化がますます進んでおり、今後さらにその傾向が強まると予測されます。（図1）

図1 人口の推移と推計（平成20年12月推計）



資料 平成12年 平成17年 平成22年 国勢調査  
平成27年 平成32年 平成37年 国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』（平成20年12月推計）

## 2 死亡

増毛町の平均寿命は、全国及び全道と比べると男女ともに短い状況です。(表3)

表3 平均寿命

(厚生労働省平成23年末)

	全国	北海道	増毛町(道内順位)	
男性	79.6歳	79.2歳	78.6歳	135位
女性	86.4歳	86.3歳	85.9歳	143位

平成23年の増毛町の主要死因を全国や全道と比較すると、特に心疾患及び脳血管疾患、そして悪性新生物による死亡率が、全国全道より高くなっています。

表4 主な死因

(全国全道平成22年度 人口動態 町 地域保健情報年報平成23年分)

	全国		北海道		増毛町	
	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	279.7	悪性新生物	324.8	悪性新生物	503.9
2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	心疾患	329.5
3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	脳血管疾患	232.6
4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	肺炎	77.5
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全	38.8

主要死因の5年間の変化をみると、1位はおおむね悪性新生物が占めています。心疾患は死亡数はほとんど変化せず推移し主に2位となっています。脳血管疾患は平成21~22年と減少傾向でしたが、平成23年にまた上昇しました。

表5 増毛町の主要死因の変化

(人口10万対死亡率)

	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
第1位	悪性新生物 27人 480.4	悪性新生物 32人 583.5	心疾患 17人 315.9	悪性新生物 28人 531.7	悪性新生物 26人 503.9
第2位	心疾患 17人 302.5	心疾患 17人 310.0	悪性新生物 16人 297.3	心疾患 16人 303.8	心疾患 17人 329.5
第3位	脳血管疾患 13人 231.3	脳血管疾患 11人 200.6	肺炎 9人 167.3	肺炎 7人 132.9	脳血管疾患 12人 232.6
第4位	肺炎 9人 160.1	肺炎 8人 145.9	脳血管疾患 7人 130.1	脳血管疾患 4人 76.0	肺炎 4人 77.5
第5位	不慮の事故 5人 89.0	不慮の事故 3人 54.7	不慮の事故 4人 74.3	不慮の事故 3人 57.0	腎不全 2人 38.8

早世(64歳以下)死亡の減少については横ばいの状況です。全死亡に占める64歳以下の死亡割合は、おおむね、全国全道より少ないか同様の割合となっています。

表6 早世死亡(64歳以下)の状況

(全死亡に占める64歳以下の死亡割合)

	全国(平成22年)		北海道(平成22年)		増毛町(H23年)		増毛町(H22年)		増毛町(H21年)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	5人	10.9%	10人	20%	4人	11.1%
女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	3人	8.8%	2人	5.7%	4人	10.8%

### 3 介護保険

増毛町の介護保険の認定率は、第1号被保険者(65歳以上)及び第2号被保険者(64歳以下)ともに、全国や全道より高い状況ですが、特に2号認定者の割合は高い状況です。第1号被保険者の一人当たり介護給付費も全国全道平均より高くなっています。

表7 介護保険の状況

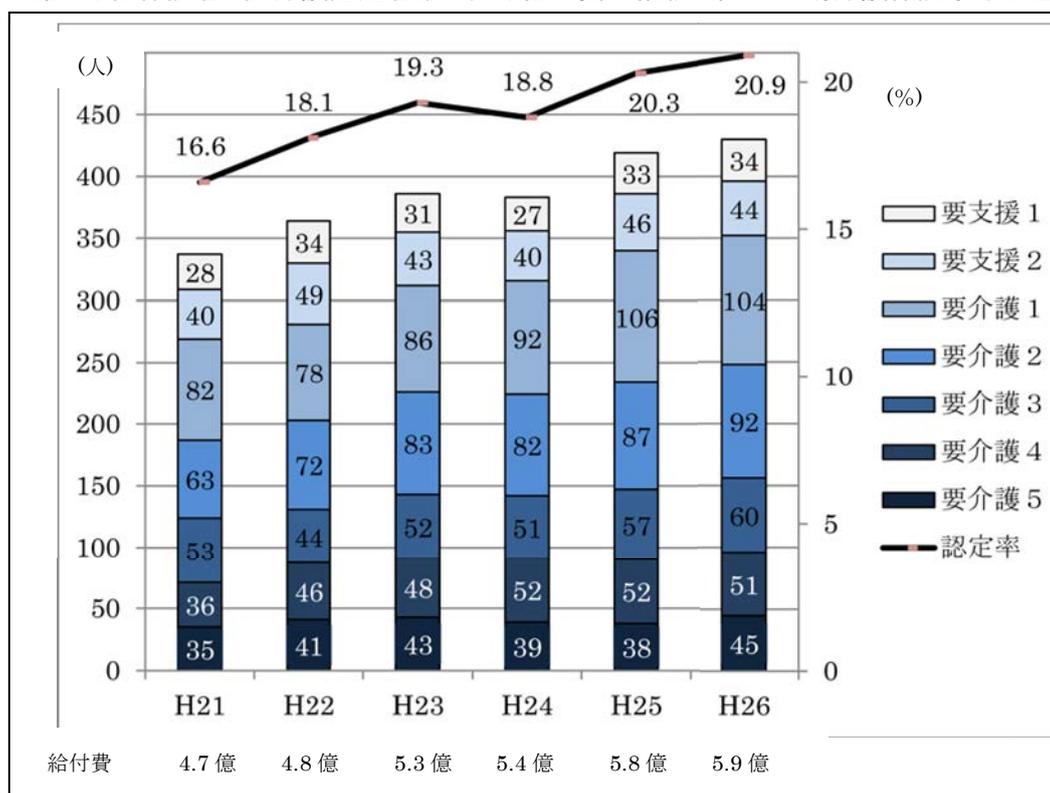
死亡原因	全国		北海道		増毛町	
	死亡率(10万対)	人数	死亡率(10万対)	人数	死亡率(10万対)	人数
悪性新生物	283.2	357,305	331.8	18,137	530.6	26
心疾患(高血圧性を除く)	154.5	194,926	171.9	9,398	346.9	17
脳血管疾患	98.2	123,867	96.8	5,291	244.9	12
糖尿病	11.6	14,664	14	765	20.4	1
認定者数(H23年度末)	5,305,623人		257,922人		384人	
1号認定者数/1号被保険者に対する割合	5,149,508人	17.3%	251,094人	18.1%	375人	19.0%
再)75歳以上(%)	4,496,335人	30.5%	218,135人	31.4%	342人	28.5%
再)65-74歳(%)	653,173人	4.3%	32,959人	4.8%	33人	4.2%
2号認定者数/2号人口に対する割合	156,115人	0.36%	6,828人	0.35%	9人	0.54%
うち脳血管疾患割合(/2号認定者)						
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
	7,010,523,028	235	311,179,672	225	488,709	247
第5期保険料額(月額)	4,972円		4,631円		4,025円	

(平成23年度 介護保険事業報告)

(保険料は平成24年度第5期)

増毛町の平成26年9月末の第1号被保険者の要介護(支援)認定者数は422人であり、平成21年9月末の337人と比べ85人、25%増加しています。年々増加傾向にあります。

図2 第1号被保険者 要介護認定者数(率)、給付費の推移(第5~6期介護保険事業計画より)



## 4 介護保険からみた健康寿命

図3 要介護(要支援)認定状況と有病状況(KDB システム平成 25 年度累計より)

### 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		1,671人		793人		1,148人		1,941人	3,612人								
	認定者数		12人		46人		372人		418人	430人								
	認定率		0.72%		5.8%		32.4%		21.5%	11.9%								
	新規認定者数(*1)		2人		11人		59人		70人	72人								
介護度別人数	要支援1・2		4	33.3%	12	26.1%	66	17.7%	78	18.7%	82	19.1%						
	要介護1・2		4	33.3%	24	52.2%	170	45.7%	194	46.4%	198	46.0%						
	要介護3～5		4	33.3%	10	21.7%	136	36.6%	146	34.9%	150	34.9%						
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		件数	--	5		34		344		378		383						
		循環器疾患	1	脳卒中	2	40.0%	脳卒中	19	55.9%	脳卒中	170	49.4%	脳卒中	189	50.0%	脳卒中	191	49.9%
			2	虚血性心疾患	1	20.0%	虚血性心疾患	14	41.2%	虚血性心疾患	167	48.5%	虚血性心疾患	181	47.9%	虚血性心疾患	182	47.5%
			3	腎不全	0	--	腎不全	1	2.9%	腎不全	32	9.3%	腎不全	33	8.7%	腎不全	33	8.6%
		基礎疾患(*2)		糖尿病	2	40.0%	糖尿病	20	58.8%	糖尿病	134	39.0%	糖尿病	154	40.7%	糖尿病	156	40.7%
				高血圧	3	60.0%	高血圧	31	91.2%	高血圧	300	87.2%	高血圧	331	87.6%	高血圧	334	87.2%
				脂質異常症	3	60.0%	脂質異常症	21	61.8%	脂質異常症	213	61.9%	脂質異常症	234	61.9%	脂質異常症	237	61.9%
		血管疾患合計		合計	5	100.0%	合計	32	94.1%	合計	330	95.9%	合計	362	95.8%	合計	367	95.8%
		認知症		認知症	0	--	認知症	6	17.6%	認知症	134	39.0%	認知症	140	37.0%	認知症	140	36.6%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	5	100.0%	筋骨格系	30	88.2%	筋骨格系	313	91.0%	筋骨格系	343	90.7%	筋骨格系	348	90.9%

\*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
\*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

### 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	14,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	13,145							
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,134							

要介護認定状況と有病状況について、高血圧症、脂質異常症、心臓病、脳疾患、筋・骨格系疾患などが全道平均より高い状況です。どの年代においても、心臓病や脳疾患、糖尿病などの生活習慣病が上位に上がっており、健康寿命に大きく影響していることが分かります。特に心臓病は7割を超えています。

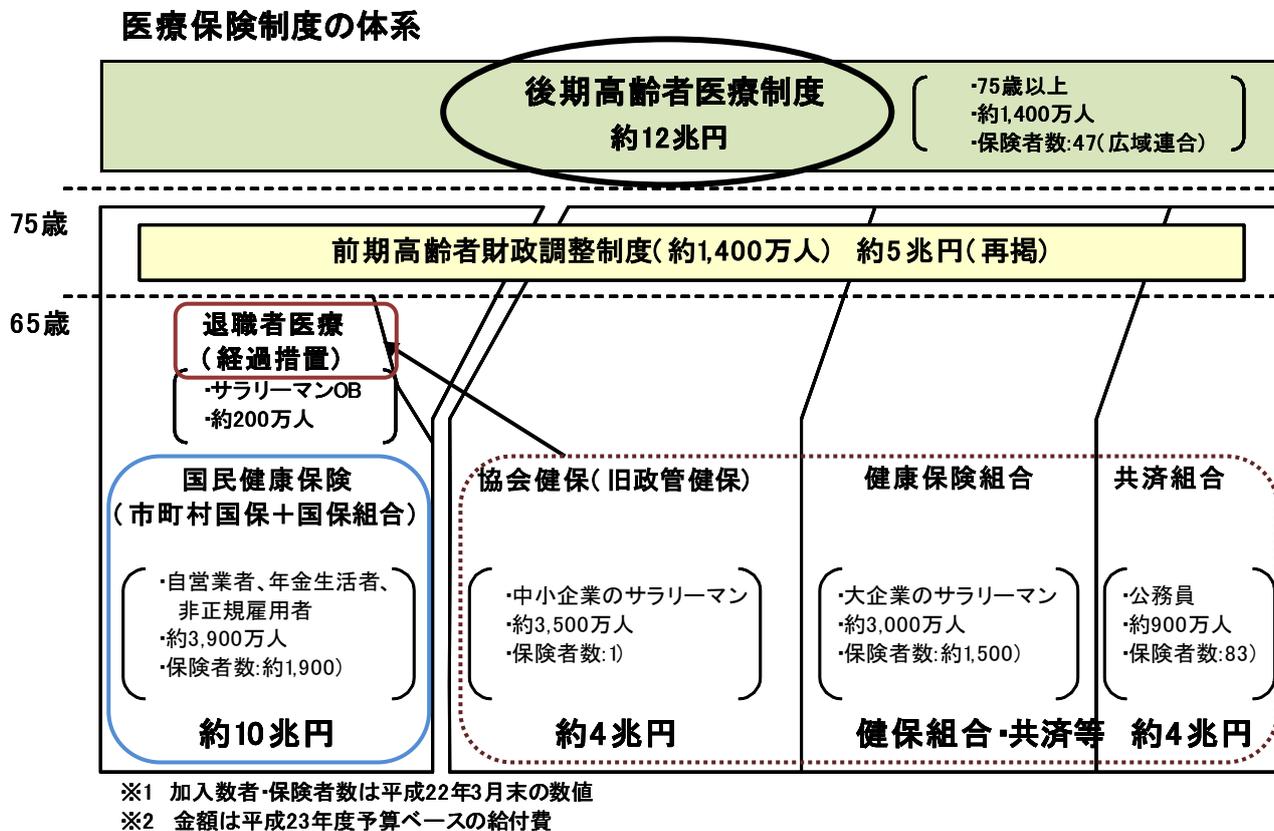
要介護度別で見ると、要介護3～5の重度者においては、脳疾患、精神疾患の割合が高くなっており、要支援1～2の軽度者においては、筋・骨格系疾患の割合が高くなっています。

表8 要介護者の有病率・医療費の比較

有病状況	増毛町		全道	
	有病率	医療費	有病率	医療費
糖尿病	26.4	26.4	24.7	24.7
高血圧症	64.3	64.3	52.6	52.6
脂質異常症	39.9	39.9	28.6	28.6
心臓病	70.2	70.2	59.3	59.3
脳疾患	36.6	36.6	27.1	27.1
がん	11.5	11.5	10.5	10.5
筋・骨格	63.5	63.5	51.1	51.1
精神	43.8	43.8	35.8	35.8
要介護認定者医療費 (40歳以上)	13,443	13,443	9,238	9,238
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,054	4,054	4,551	4,551

## 5 医療制度

図4 国の医療保険制度



### (1) 後期高齢者医療

表9 1人あたり医療費

	全国	北海道	増毛町	
加入者(年度平均)	14,483,835	687,059	1,227	全道
1人あたり医療費(円)	918,206	1,087,294	961,465	99
医療費総額(千円)	13,299,145,862	747,035,115	1,179,717	位

H23 年度後期高齢者医療事業状況報告

増毛町の後期高齢者の1人あたりの医療費は、全国より高いですが、全道と比較して低い費用になっています。(表9) 平成23年度は全道179市町村中、高い方から99位でした。

今後も、高齢期になっても健康障害を起こさないために、早期からの予防活動の推進が重要です。

## (2) 国民健康保険

増毛町の平成 23 年度国民健康保険（国保）加入者は 1,340 人、年度末加入率は 25.2%と、全国・北海道平均より低い状況です。健康保険以外の保険から国民健康保険に加入する割合は、国民健康保険以外の保険加入時の健診保健指導の結果が退職医療に影響します。

町の加入者のうち、前期高齢者（64 歳～74 歳）が占める割合は高く、特に 70 歳～75 歳未満が占める割合は 22.1%であり、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。

第 2 期特定健診等実施計画からも、入院外においては 45 歳～54 歳、入院においては前期高齢者、特に 65～69 歳において、各々全道平均の 2 倍の医療費となっている状況が浮かび上がっています。また、疾病傾向としては、脳梗塞が全道の 2.9 倍、虚血性心疾患が 1.9 倍の入院件数となっています。（平成 24 年 5 月診療分）

表 10 国民健康保険の状況

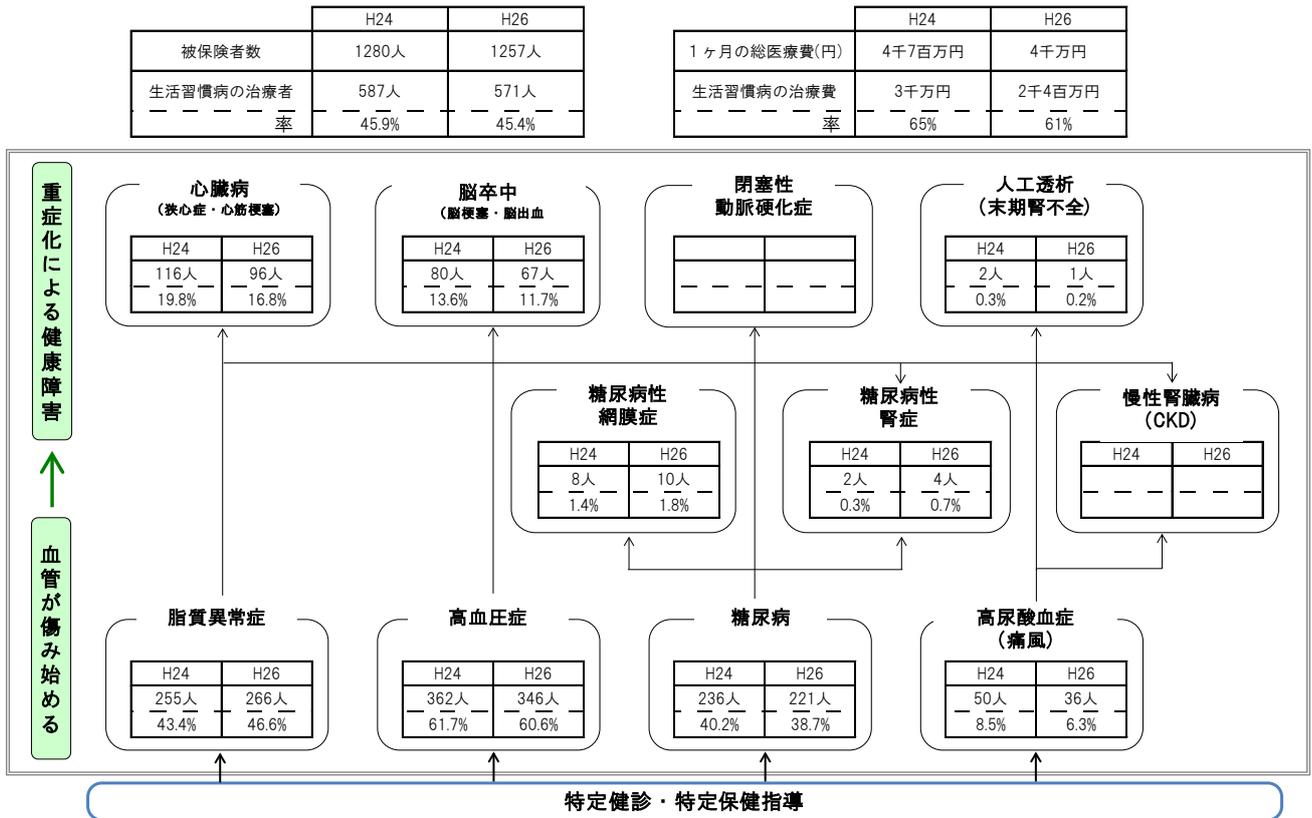
	全国		北海道		増毛町	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	35,617,328 人	-	1,503,731 人	-	1,340 人	-
（再掲）前期高齢者	11,134,065 人	31.3%	494,927 人	32.9%	566 人	42.2%
（再掲）70歳以上	5,480,837 人	15.4%	251,721 人	16.7%	296 人	22.1%
一般	33,464,584 人	94.0%	1,416,877 人	94.2%	1,258 人	93.9%
退職	2,152,744 人	6.0%	86,854 人	5.8%	82 人	6.1%
加入率（年度末）						
医療費総額 （千円）	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり
	10,993,980,637	309	524,716,721	349	537,723	401
（再掲）前期高齢者	5,487,981,077	493	259,936,898	525	319,185	564
（再掲）70歳以上	3,079,784,790	562	151,616,946	602	173,984	588
一般（千円）	10,175,821,440	304	486,581,740	343	505,066	401
退職（千円）	818,159,197	380	38,134,981	439	32,657	398

（平成 23 年度国民健康保険事業年報）

図5 生活習慣病治療者の変化

生活習慣病の治療者の状況

KDBシステム(各年5月診療・6月審査分)



今後、5年単位で、治療者数や医療費の増減について評価していく必要があります。

脂質異常症や高尿酸血症等血管が痛むリスクの時期からの治療者が増加し、脳卒中・心臓病等の重症化による健康障害を起こした方の治療が減少していくことを目指します。

生活習慣病の発症予防並びに重症化予防の活動を進めることが重要です。

## 6 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

### (1) 国民健康保険加入者の健康診査

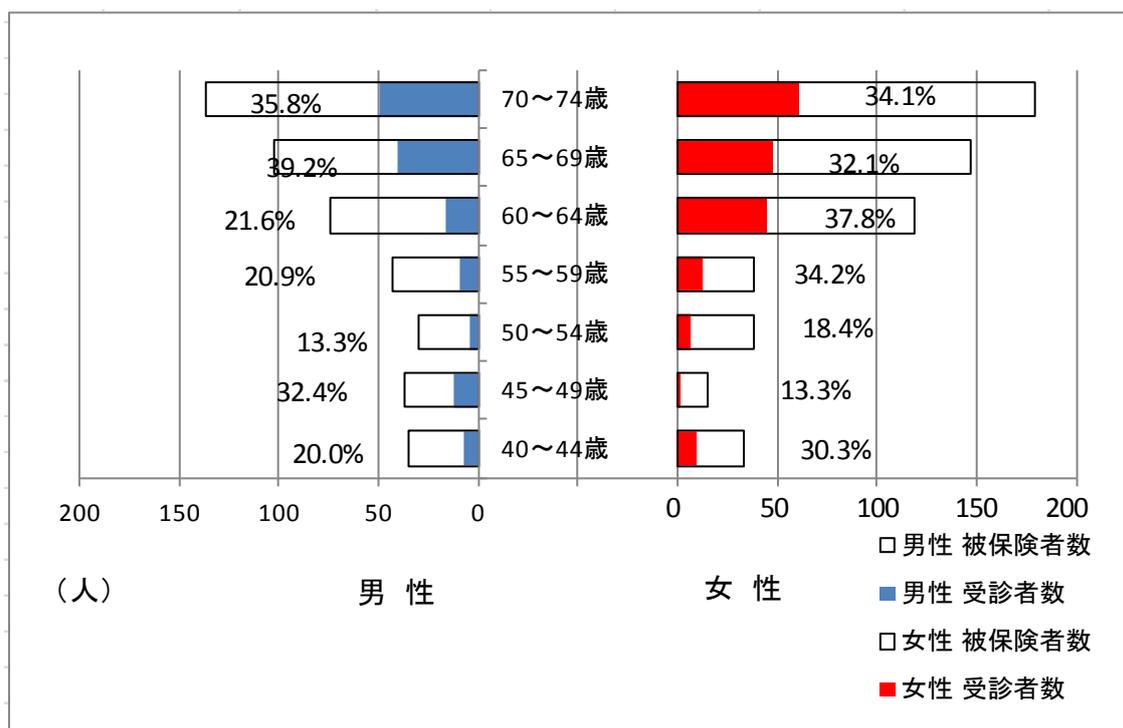
生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、町国民健康保険の特定健康診査（特定健診）・特定保健指導は、平成 23 年度の法定報告で、受診率 27.3%、保健指導実施率は 30.2%で、全道よりは高くなっています。町では、平成 25 年度末から先進地から講師を招き、保健師・栄養士の研修を開始し、特定保健指導と併せて、発症予防重症化予防のための保健指導に取り組み始めました。学習を深め、町民に質の高い保健指導を提供していくことが重要です。

表 11 国民健康保険特定健診保健指導状況

(平成 23 年度法定報告分)

	全国		北海道			増毛町		
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
特定健診	7,362,795	32.7%	227,765	23.5%		260	27.3%	102 位
	受診者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
	204,872	21.7%	8,333	26.7%		13	30.2%	102 位

図 6 増毛町の国保特定健康診査受診者数（平成 25 年度 KDB システム）



男性	40~64 歳	健診受診者	48	25.9%
		国保被保険者	219	
	65~74 歳	健診受診者	89	38.2%
		国保被保険者	239	

女性	40~64 歳	健診受診者	77	36.5%
		国保被保険者	243	
	65~74 歳	健診受診者	109	34.9%
		国保被保険者	326	

平成 20 年度は制度改正で受診者数が激減しました。その後、総合健診化や個別勧奨などで微増し、平成 24 年度から個別健診の開始、平成 25 年度から国保・保健部署において特定健診・保健指導推進会議を開催、医療機関・職域団体との連携した取り組みや、広報・郵送勧奨の工夫などを実施しました。これらの取り組みで受診率も向上し、平成 26 年度においては 45%を超える見込みです。しかし若い世代での受診はまだ低く、今後の課題です。

表 12 特定健康診査受診者数の経年変化

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
増毛町	18.4%	21.9%	24.0%	27.3%	33.2%	34.6%
道内順位	140位	126位	118位	102位	77位	75位
全道	20.9%	21.5%	22.6%	23.5%	24.0%	24.7%
全国	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%	

各年度の取り組み状況

- ・平成 20 年度から特定健診が開始したことで一括健診申込書（保健推進員活動）による取りまとめができなかったこと、社会保険の方の受け入れが一部のみとなったため、受診者が激減。（対象者は異なるが平成 19 年度は受診率 56.6%だった）
- ・平成 21 年度：一括健診申込書による取りまとめを実施したが、受診率は回復せず。
- ・平成 22 年度：特定健診とガン検診が同時に受診できる総合健診として実施。
- ・平成 23 年度：40 代受診勧奨。郵送による個別勧奨。
- ・平成 24 年度：増毛市街診療所、留萌市内病院での個別健診開始。
- ・平成 26 年度：委託医療機関において、通院患者への勧奨を実施。

表 13 様式 6-2 国民健康保険特定健診受診者有所見状況(平成 23~25 年度北海道国民健康保険団体連合会資料より)

		北海道		増毛町				
健診項目		H25 有所見率	H23 有所見率(数)	順位	H24 有所見率(数)	順位	H25 有所見率(数)	順位
摂取エネルギー過剰	腹囲	30.7	32.5% (88)	82 位	34.5% (114)	49 位	36.7% (126)	26 位
	BMI	29.8	33.9% (92)	70 位	34.5% (114)	41 位	37.9% (130)	20 位
	中性脂肪	20.0	23.2% (63)	15 位	21.2% (70)	29 位	21.9% (75)	25 位
	ALT (GPT)	15.9	18.1% (49)	65 位	16.1% (53)	114 位	17.8% (61)	62 位
	HDL	4.8	4.4% (12)	96 位	4.5% (15)	124 位	4.1% (14)	107 位
血管を傷つける	血糖値	20.5	63.8% (173)	4 位	56.5% (186)	10 位	33.6% (115)	47 位
	HbA1c	50.0	63.8% (173)	73 位	76.1% (251)	2 位	37.9% (130)	169 位
	尿酸	6.6	9.2% (25)	61 位	10.3% (34)	48 位	7.9% (27)	92 位
	収縮期血圧	46.0	62.0% (168)	5 位	60.6% (200)	9 位	60.3% (207)	6 位
	拡張期血圧	19.4	45.0% (122)	1 位	38.5% (127)	4 位	41.4% (142)	2 位
	LDL	54.6	66.1% (179)	2 位	63.0% (208)	6 位	61.2% (210)	12 位
腎臓	クレアチニン	0.7	1.5% (4)	24 位	1.8% (6)	43 位	0.6% (2)	102 位

平成 23 年度の国民健康保険特定健診受診者（40 歳～74 歳）の有所見状況を、北海道及び道内 179 市町村と比較すると、全道平均より有所見者の割合がかなり高い状況です。特に、血圧、LDL コレステロール、血糖値はワースト 5 に入っており、緊急的な課題と言えます。（表 13）

## (2) 国民健康保険加入者以外の健康診査と保健指導

指針において、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の推進を図ることが必要といわれています。町国民健康保険以外の保険加入者については、委託先に受け入れをお願いし、希望者は受診できるよう健診機会の提供を行っています。今後は、健康増進法や健康保険法・労働安全衛生法等の各法に基づく保健指導を、全町民が受けられるような体制づくりについても検討が必要です。全町民の重症化予防・発症予防に努める事が重要です。

また、無保険者健診・後期高齢者健診についても、留萌振興局や保険年金係と連携し継続して取り組んでいきます。

表 14 社会保険・無保険者・後期高齢者健康診査受診数

	社会保険	無保険者	後期高齢者
平成23年度	13人	5人	157人
平成24年度	6人	3人	207人
平成25年度	7人	4人	181人

## 7 出生

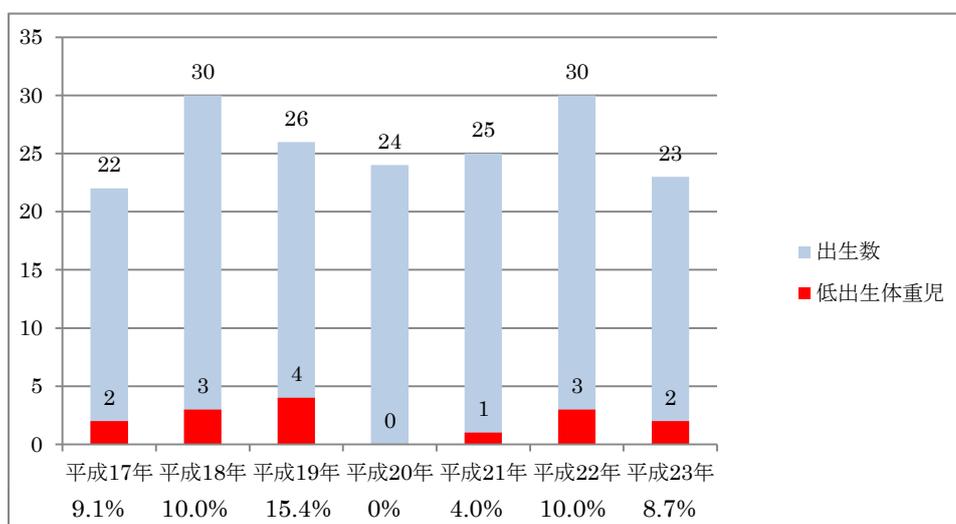
増毛町の出生率は、全国・全道より低い状況です。

表 15 出生率及び低体重児出生率（平成23年度）

	全国		北海道		増毛町	
出生数(人口千対)	1,050,806	8.30	39,292	7.20	23	4.70
低体重児出生率(出生百対)			3,804	96.80	2	87.00

近年の報告によると、2500g未満の低出生体重児は、神経学的・身体的合併症のほか、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいことがわかってきました。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりの充実と併せ、低出生体重児の生活習慣病発症予防の取組みが重要です。(図7)

図7 出生数及び出生体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



### 第3節 町の財政状況に占める社会保障費

増毛町においては、平成25年度一般会計決算において、歳出3位が民生費となり、全会計決算での医療、介護、生活保護の社会保障費が、約13.1億円となっています。(図1)

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

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

図1 増毛町の財政状況と社会保障費

歳入(一般会計) 46億円(H25決算)		歳出(一般会計) 44億円(H25決算)	
1位	交付税 28億円	1位	給与費 9億円
2位	町債 4.7億円	2位	公債費 8.6億円
3位	町税 3.8億円	3位	民生費 7.7億円

## 社会保障費

	医療	介護
決算(H25)	約 7.3億円	約 5.8億円
一般会計	約 1.7億円	約 0.7億円

## 第Ⅱ章

# 課題別の実態と対策



## 第1節 生活習慣病の予防

### 1 がん

#### (1) はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖して行く、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て約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ががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線です。早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中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があります。刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

#### (2) 基本的な考え方

##### ア 発症予防

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

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病予防対策への取組みとしての生活習慣改善が、結果的にはがんの発症予防につながると考えられます。

##### イ 重症化予防

生涯を通じて、2人に1人は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、早期発見です。

早期発見するために、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

### (3) 現状と目標

#### ア 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標としています。町の75歳未満の年齢調整死亡率は把握できないため、75歳未満の死亡者数をみていきます。

参考資料1

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

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

表1 75歳未満のがんによる死亡状況(部位別 平成23年～26年)

		H23年	H24年	H25年	H26年	合計	検診受診者
早期発見に有効	大腸	1	2	3	1	7	0
	肺	0	1	3	0	4	2
	胃	2	0	0	0	2	0
	乳	0	0	0	0	0	0
	子宮頸部	0	0	0	1	1	1
	小計	3	3	6	2	14	3
その他	肝臓	1	0	0	0	1	
	膵臓	1	1	0	1	3	
	その他	1	3	2	5	11	
	小計	3	4	2	6	15	
総数		6	7	8	8	29	3

\* 検診受診歴は平成17年以降のもの

がん死亡の中でも、検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃、肺、大腸、子宮頸部、乳がんの5大がん(参考資料1)での死亡者(表1)は4年間で14人です。14人中7人(50%)が大腸がん、4人が肺がん(29%)、2人(14%)が胃がん、1人(7%)が子宮頸部がんによる死亡でした。

このうち、町の検診を受診していたのは がん検診の肺がん検診2人、子宮がん検診1人のみで、胃がん、大腸がん検診は全員が検診未受診者でした。(表1)

また、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比（SMR）をみると、がん検診を実施しているがんにおいては、男性の大腸がんと乳がんが全国より少し高くなっています。その他のがん、男性の膵臓がん、女性の肝臓がん・胆嚢がんが有意水準5%で高い状況です。（図1）肝臓がんは全道的には低い市町村が多いため、肝炎ウイルス検診の推進は今後も必要と思われます。また検診受診率を維持、向上させることで重症化予防に努め、75歳未満のがんによる死亡者の減少を図ります。

図1 SMR（標準化死亡比）（平成5～14年と平成15～24年の比較）

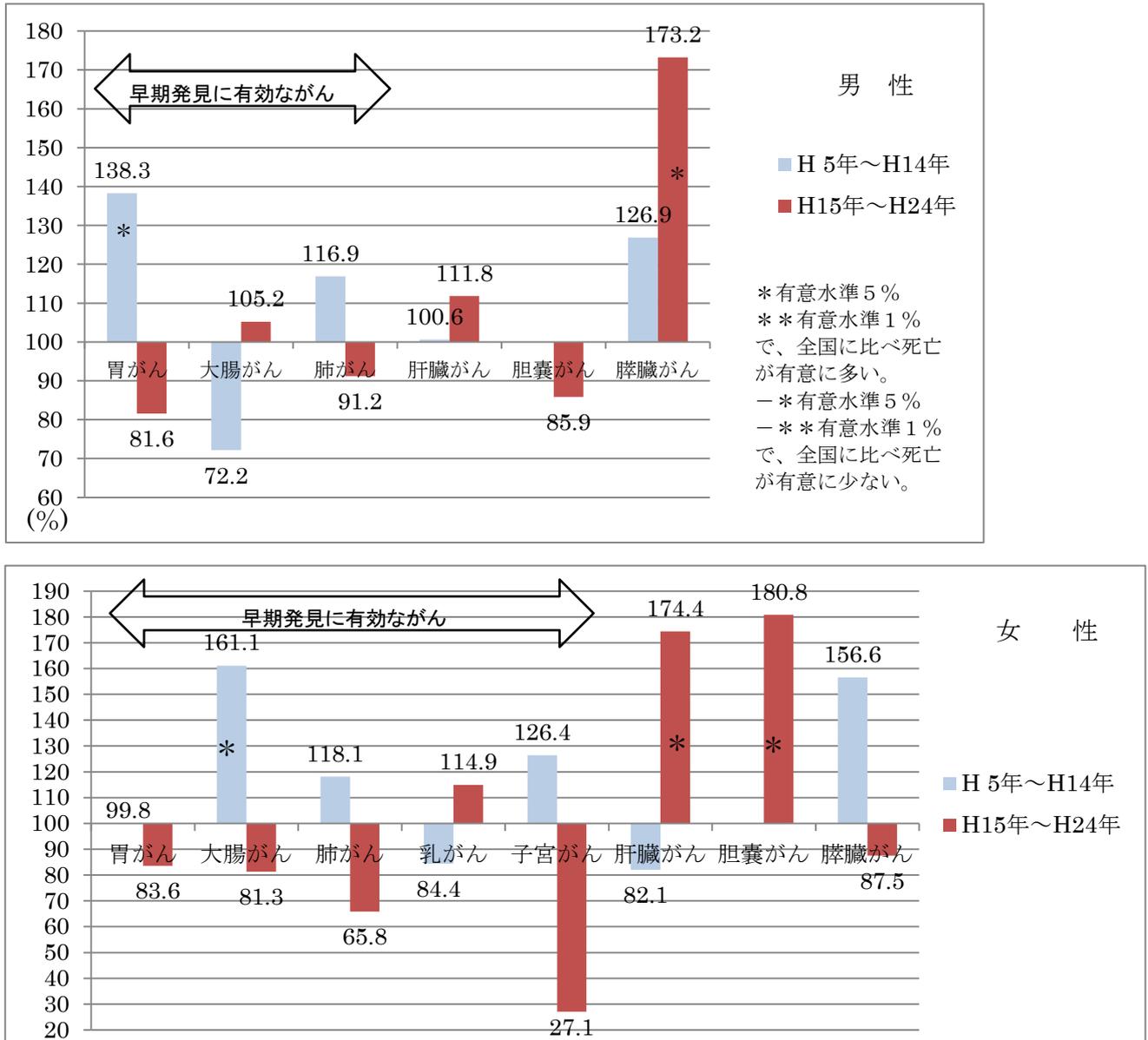


表2 平成15～24年の死亡数

	早期発見に有効ながん					その他のがん		
	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆嚢がん	膵臓がん
男性	18人	16人	30人			16人	5人	15人
女性	11人	12人	9人	8人	1人	15人	13人	8人

（公益財団法人北海道健康づくり財団 北海道における主要死因の概要5、8より）

## イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の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。早期発見の有効性が確立している5大がんについて、検診受診者の実態から課題を分析します。※前基本計画では、がん健診の対象者年齢について、年齢の上限を設けていませんでしたが、がん対策推進計画（平成24～28年度）では、40～69歳（子宮頸部がん検診のみ20～69歳）を対象としています。

### （ア） 大腸がん

表3 大腸がん検診受診状況

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)						がん対策推進計画(H24～28年度)		
	H21	H22	H23	H24	H25	目標値	H24	H25	目標値
対象者数	1,351	1,450	1,616	1,567	1,334		885	747	
受診者数	645	673	713	708	685		421	400	
受診率	47.7	46.4	44.1	45.2	(51.3)	50%	(47.6)	53.5	40%(当面)
精検受診率	82.1	70.5	75	84.4		70%		82.0	
発見がん	1	0	1	0				1	

大腸がんは、検査方法（便潜血反応検査）も簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率が高いがんの一つです。受診率・精検受診率は、目標値を達成できています。

平成20年から平成25年度までに、町の大腸がん検診で6人の発見がんがありました。6人中5人は早期の発見で内視鏡的手術療法で治療を受けています。

また、他のがんの精密検査に比べ、最も精検受診率が低いことが特徴で、町民の反応から、下剤を飲むことの負担が大きい、大腸カメラを行うことの抵抗感が強い、痔のせいだと思うなどの自己判断が未受診につながっていると考えられます。

受診率の向上とともに、精検対象者が適切な受診につながる働きかけが重要です。

### （イ） 肺がん

表4 肺がん検診受診状況

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)						がん対策推進計画(H24～28年度)		
	H21	H22	H23	H24	H25	目標値	H24	H25	目標値
対象者数	1,396	1,501	1,605	1,578	1,385		891	776	
受診者数	741	763	776	716	678		385	376	
受診率	53.1	50.8	48.3	45.4	(49)	50%	(43.2)	48.5	40%(当面)
精検受診率	91.4	83.8	88.9	93.8		70%		84.2	
発見がん	0	1	1	0				0	

肺がんヘルカルCT検診 がん発見0人	H23年度 14人 要精検者1人	H24年度 58人 要精検者1人	H25年度 81人 要精検者0人
-----------------------	---------------------	---------------------	---------------------

肺がん検診の受診率・精検受診率は、目標値を達成しています。

検診委託機関が肺がんヘリカルCT検診のバスを導入したことが機会となり、肺がん発見の精度の高い検診として、平成23年度から全額自己負担で開始しました。平成25年度からは町の検診として実施しています。H24年度頃より受診率が低下しているのは、今までの受診者がヘリカルCT検診に移行したためと思われます。（肺がんヘリカルCT検診は、国のがん検診としてまだ認められていません）ヘリカルCT検診はハイリスク者を中心に実施していきます。

肺がんは、種類により、進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあるため、5年生存率が5大がんの中でもっとも低いがんです。平成15年から平成24年度までに町の肺がん検診で10人の発見がんがありました。10人中、4人（約4割）が発見から5年未満に死亡しています。うち2人は過去5年以上毎年検診を受診していましたが、早期では発見できませんでした。ヘリカルCT検診との併用でカバーしていきます。

また10人の過去の検診履歴を見ると、4人（約4割）に有所見がありました。肺の有所見をどう考えるか、前がん病変をどう捉えるか、今後学習が必要です。

また、肺がんの最大の危険因子である喫煙状況は、10人中4人（4割）、特に喫煙との関連が濃厚と考えられている扁平上皮がん1人中1人に喫煙指数600以上の喫煙歴がありました。受診率の維持、向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策が重要です。

#### （ウ） 胃がん

表5 胃がん検診受診状況

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)						がん対策推進計画(H24~28年度)		
	H21	H22	H23	H24	H25	目標値	H24	H25	
対象者数	1,323	1,451	1,575	1,521	1,296		859	727	
受診者数	687	710	693	647	616		366	359	
受診率	51.9	48.9	44.0	42.5	(47.5)	50%	(42.6)	49.4	40%(当面)
精検受診率	88.1	83.9	82.4	91.3		70%		90	
発見がん	1	1	3	2				2	

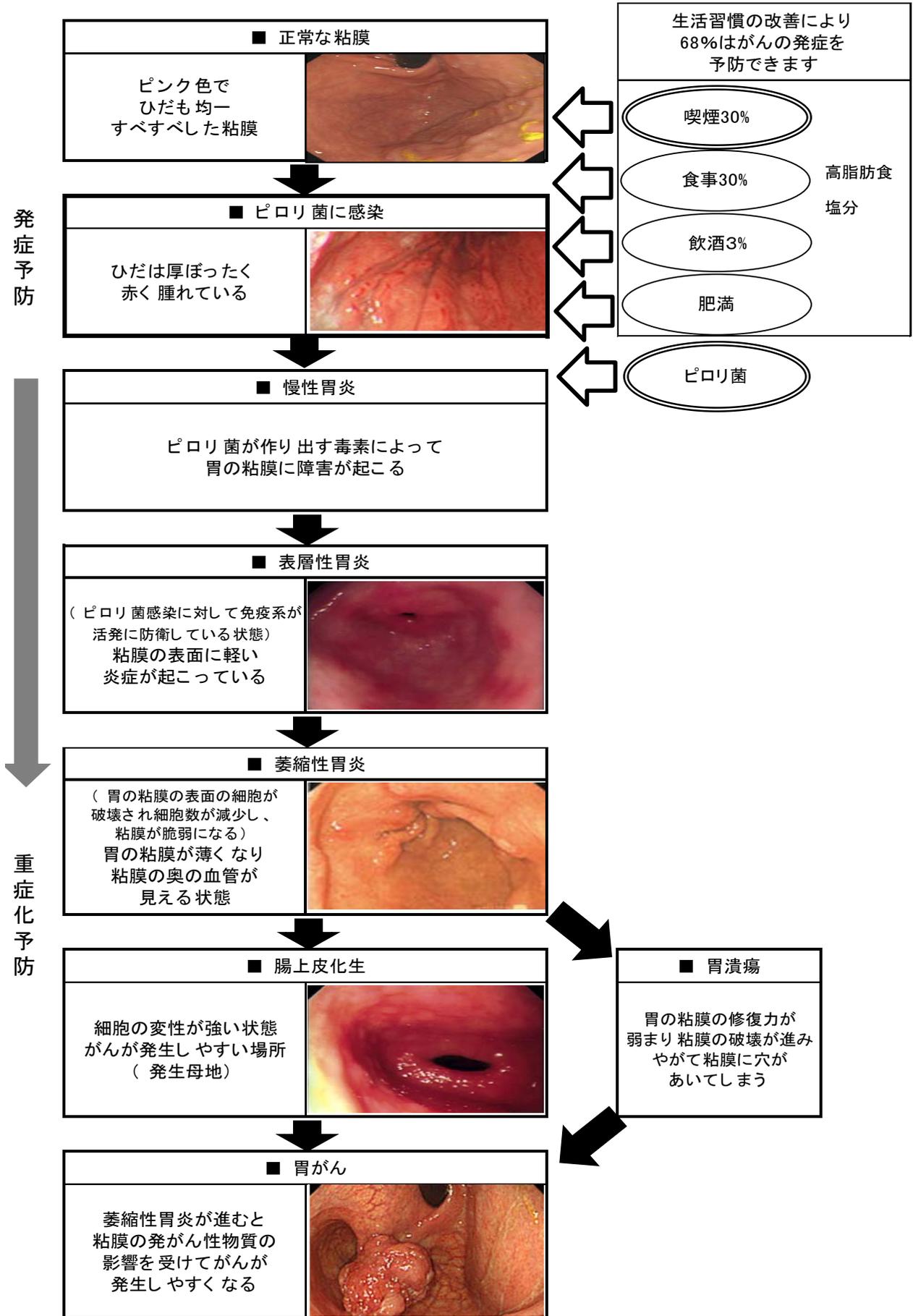
胃がん検診の受診率・精検受診率は、目標値を達成しています。

町の胃がん検診で、平成15年から平成24年度までに14人の発見がんがありました。

14人の過去の検診履歴を見ると、14人中5人（約4割）に、過去に何らかの有所見がありました。胃粘膜の変化（がん発症のメカニズム）を考えると、胃粘膜の修復を阻害する生活習慣の予防をはじめ、胃粘膜の状態を確認する方法を、町の一次検診、または医療機関で詳細な検査を受ける必要があるのか見極めていくことも重症化予防の視点から重要です。（図2）

また検診に関しては、平成26年度7月から、「ピロリ感染胃炎疑い」の有所見を通知することができるようになり、感染の有無を確認するよう勧奨しています。（平成26年度は12人）

図2 胃粘膜の変化 ～私の胃の状態はどの段階？～



※必ずこの経過通りに進行するわけではありません。胃の粘膜の状態を定期的に確認していくことが重症化予防につながります

(エ) 乳がん

表6 乳がん検診受診状況

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23 年度末)						がん対策推進計画(H24~28 年度)		
	H21	H22	H23	H24	H25	目標値	H24	H25	
対象者数	1,090	1,179	1,258	1,076	941		563	488	
受診者数	332	363	343	345	340		268	269	
前年度受診者数	321	332	359	343	345		265	268	
2年連続受診者数	181	205	233	233	235		183	176	
受診率	43.3	41.6	37.3	42.3	(47.8)	50%	(62.2)	74.0	50%
精検受診率	66.7	80	100	100		70%		100	
発見がん	0	0	0	1				1	

乳がん検診の受診率・精検受診率は、目標値を達成しています。

平成15年から平成24年度までに町の乳がん検診で、発見がんは3人(0.09%)にとどまっています。受診率は目標値を達成しているのに発見が少ない理由は不明であり、今後調査が必要です。

3人全員が現在まで健在であることから、検診の有効性は明らかです。



(オ) 子宮頸部がん

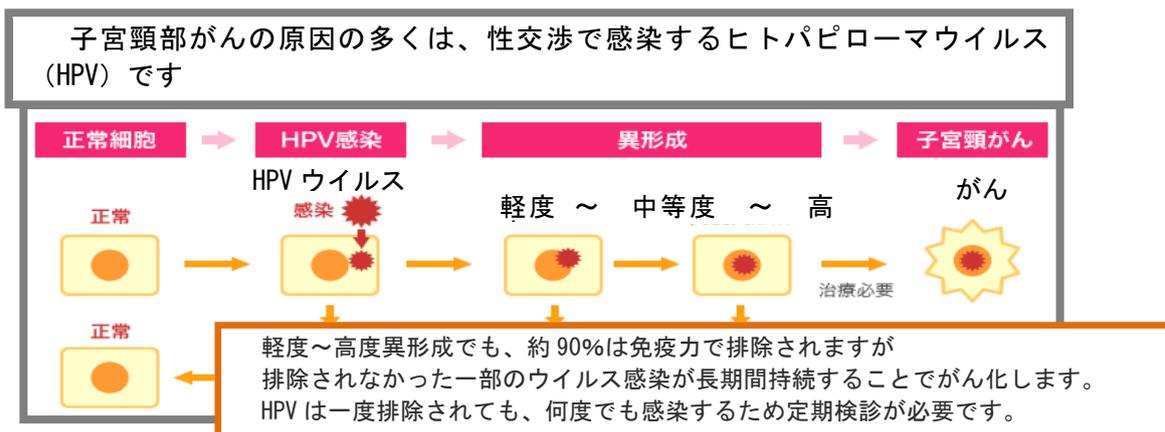
表7 子宮頸部がん検診受診状況

	前がん対策推進基本計画(H19.6-H23 年度末)						がん対策推進計画(H24~28 年度)		
	H21	H22	H23	H24	H25	目標値	H24	H25	
対象者数	1,071	1,173	1,247	1,183	1,049		703	629	
受診者数	368	434	422	431	391		367	329	
前年度受診者数	298	368	431	410	431		346	367	
2年連続受診者数	232	258	292	284	278		227	225	
受診率	40.5	46.4	45.0	47.1	(51.9)	50%	(69.1)	74.9	50%
精検受診率	100	100	100	100		70%		100	
発見がん	1	1	1	1				0	

子宮がん検診の受診率・精検受診率は、目標値を達成しています。

留萌市立病院で産後子宮頸がん検診を受ける方は、町の子宮頸部がん検診として実施しています。

がん死はもちろん、赤ちゃんを育てる大切な臓器である子宮を失うことを予防するために、若年層の初回受診者の拡大、および定期的な検診受診につながる働きかけが必要です。



(カ) がん検診推進事業

国の事業で特定年齢の方に無料クーポン券や検診手帳を配布し、検診の受診勧奨を実施しています。

表8 がん検診推進事業（無料クーポン）受診率

	配布年齢	H21	H22	H23	H24	H25
大腸がん検診	40, 45, 50, 55, 60 歳			24.8%	21.6%	19.1%
(再掲)男性				19.7%	12.9%	10.3%
(再掲)女性				29.6%	28.9%	26.8%
子宮頸がん検診	20, 25, 30, 35, 40 歳	29.3%	42.9%	46.7%	46.2%	30.1%
乳がん検診	40, 45, 50, 55, 60 歳	39.3%	45.0%	43.2%	38.7%	35.7%

若い年代でのクーポン受診率は低い状況です。無料クーポン券を利用した初回受診者から2人の発見がんがありました。

(4) 対策

ア がんの発症予防施策

		生活習慣 68%					その他				
		タバコ 30%	食事 高脂肪	30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり
科学的 根拠の ある がん 検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ ピロリ菌	
	肺	◎								△ 結核	環境汚染
	大腸	△	○		○	○	○	△			
	子宮 頸部	◎								◎ HPV	
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見
その他	前立腺		△					○			加齢
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患者
	成人T細胞 白血病					○				◎ HTLV-1	

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

禁煙 30%、食事 30%、運動 5%、飲酒 3%と計 68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めます。また、ウイルス感染によるがんの発症予防として、子宮頸部がん予防ワクチン接種（中学1年生から高校1年生に相当する年齢の女性）が平成24年度から定期接種化となり、対象者へのがん検診の必要性の周知も合わせて行っていきます。（H25年6月から積極的勧奨の一時差し控えとなっており、現在接種は事実上休止となっています。）

## イ がんの重症化予防施策

有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業（検診手帳及び検診無料クーポン券の配布）をはじめ、健診一括申込書や健康相談など、啓発および学習を通しての受診率の維持または向上に努めます。

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

## ウ 具体的な生活習慣の改善とは

町の特定健診結果（P19表12 有所見率）から推測すると、LDL コレステロールや血糖値の有所見率がかなり高いことから、がんのリスクである肥満の原因となる食事（高脂肪、野菜不足など）に課題があると考えられます。

### （ア）食品の摂り方の特徴

#### ①高脂肪食

栄養・食生活の図6、10、11などから、魚卵、豚ばら肉、ベーコンなど脂質が多く含まれる食品の消費が上位であること、また野菜摂取量が少ない、などの課題があります。

脂質の多い食品は、肥満の原因であり、また胃がん、大腸がん、肝臓がんの発症リスクです。

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

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

#### ②野菜不足

がん予防に有効なビタミンや食物繊維を効率的に摂取できる食品は野菜です。

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

特定保健指導対象者の野菜摂取量をみると、「1日350g以上野菜を食べている」方は約10%という実態がありました。また調理形態は、炒め物や揚げ物など油を使う者が約半数、漬け物として摂取している者が約半数となっていることも特徴です。

なぜ野菜が必要なのか、自分の食べている野菜ががん予防に効果的なのか理解し、選択できる学習が必要です。

### （イ）喫煙

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

特定健診の問診票をみると、全国・北海道を上回る喫煙率となっています。住民自身が喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できる取組みが必要です。

#### (ウ) 飲酒

飲酒は肝臓がん、大腸がん、食道がんのリスクをあげることが確実とされています。1日あたりの平均アルコール摂取量が増すとがんのリスクも上がり、アルコール4合以上ではリスクが3倍となります。節度ある飲酒～アルコール換算で1日あたり約20g程度（日本酒は1合、ビールは大瓶1本、焼酎は1合の2/3、ウイスキーはダブル1杯、ワインはボトル1/3）が推奨されています。

今後実態把握をすすめていくことが重要です。

## 2 循環器疾患

### (1) はじめに

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

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防の基本は危険因子の管理であり、確立した危険因子には、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診結果で複合的、関連的に見て、改善を図っていくことにあります。(参考1、2)

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

### (2) 基本的な考え方

#### ア 発症予防

循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要となります。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、住民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取組みを考える入り口は、健康診査の受診結果と考えます。特定健診をはじめ、職場検診など健康診査の受診率の維持・向上が重要になってきます。

#### イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上げることです。健診結果から自分の数値が医療機関受診が必要な値なのか、このまま放置していることで予測されることは何かなど、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ための支援が重要です。

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ることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。

### (3) 現状と目標

#### ア 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後、増加していくことが予測されます。循環器疾患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歳未満死亡者数でみていきます。(表1)

増毛町の脳血管疾患死亡数は横ばい傾向にあります。脳血管疾患の病類別では、脳梗塞に次いで脳出血も多い傾向にあります。(表2)

表1 脳血管疾患死亡数

年度(平成)	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年
総数	6	12	8	13	11	7	4	12
(再掲)75歳未満	0	8	2	2	2	0	1	2
(再掲)65歳未満	0	2	2	2	0	0	1	2

(単位 人)

(資料)道北地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(性・年齢階級別)

表2 脳血管疾患死亡数（病態別）

年度(平成)	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年
総数	6	12	8	13	11	7	4	12
脳梗塞	5	5	5	8	9	7	3	5
脳出血	1	5	2	5	2	0	0	5
くも膜下出血	0	1	1	0	0	0	1	1
その他	0	1	0	0	0	0	0	1

(単位 人)

(資料)道北地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(性・病類別)

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

(表3)平成17～25年8月末までに脳血管疾患を発症した第2号被保険者は13人です。うち脳血管疾患発症因子となる基礎疾患では高血圧がいちばん多く5人、糖尿病が3人でした。50代の女性の死亡がみられており、実態把握をすすめていくことが重要です。

表3 平成17年～25年8月 原因疾患が脳血管疾患の認定者状況（2号被保険者）

原因疾患が脳血管疾患の認定者状況(H17～25)

No	性別	発症時年齢	健診受診歴	現状	脳血管疾患			生活習慣に関する基礎疾患											
					脳出血	脳梗塞	くも膜下出血	高血圧	高脂血症	高尿酸血症	アルコール関係	糖尿病	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	インスリン注射	糖尿病による透析	狭心症	左室肥大	
1	男	50代		国保	●			○		○								○	
2	女	20代	—	国保	●														
3	男	50代	職域	国保		●		○											
4	男	50代		国保		●													
5	男	50代		国保外	●			○	○										
6	男	60代		国保外	●			○			○		○						
7	女	50代	—	国保外		●		○											
8	女	50代		死亡		●													
9	女	50代		死亡		●					○								
10	女	50代		死亡			不明												
11	男	60代		死亡		●													
12	男	50代		転出	●							○							
13	女	50代		転出		●													

H25.9.1現在の2号被保険者もしくは2号のうちに転出死亡のもの

表4 脳血管疾患のレセプト分析 (KDB システム 様式3-6 平成25年5月分より)

男性	被保険者数	1カ月のレセ件数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		脂質異常症		糖尿病		高尿酸	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
~30歳代	144	37	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳代	74	17	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50歳代	73	33	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
60~64歳	87	57	4	4.6	1	25.0	0	0.0	3	75.0	2	50.0	2	50.0	2	50.0
65~69歳	111	96	6	5.4	2	33.3	0	0.0	5	83.3	4	66.7	1	16.7	0	0.0
70~74歳	130	129	8	6.2	1	12.5	0	0.0	8	100.0	6	75.0	6	75.0	1	12.5
合計	619	369	19	3.1	4	21.1	0	0.0	16	84.2	12	63.2	9	47.4	3	15.8

女性	被保険者数	1カ月のレセ件数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		脂質異常症		糖尿病		高尿酸	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
~30歳代	135	32	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳代	42	16	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50歳代	83	49	4	4.8	0	0.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0
60~64歳	131	91	4	3.1	0	0.0	0	0.0	1	25.0	4	100.0	2	50.0	0	0.0
65~69歳	167	147	10	6.0	3	30.0	0	0.0	9	90.0	8	80.0	3	30.0	0	0.0
70~74歳	169	194	26	15.4	14	53.8	0	0.0	22	84.6	20	76.9	15	57.7	0	0.0
合計	727	529	44	6.1	17	38.6	0	0.0	34	77.3	33	75.0	23	52.3	0	0.0

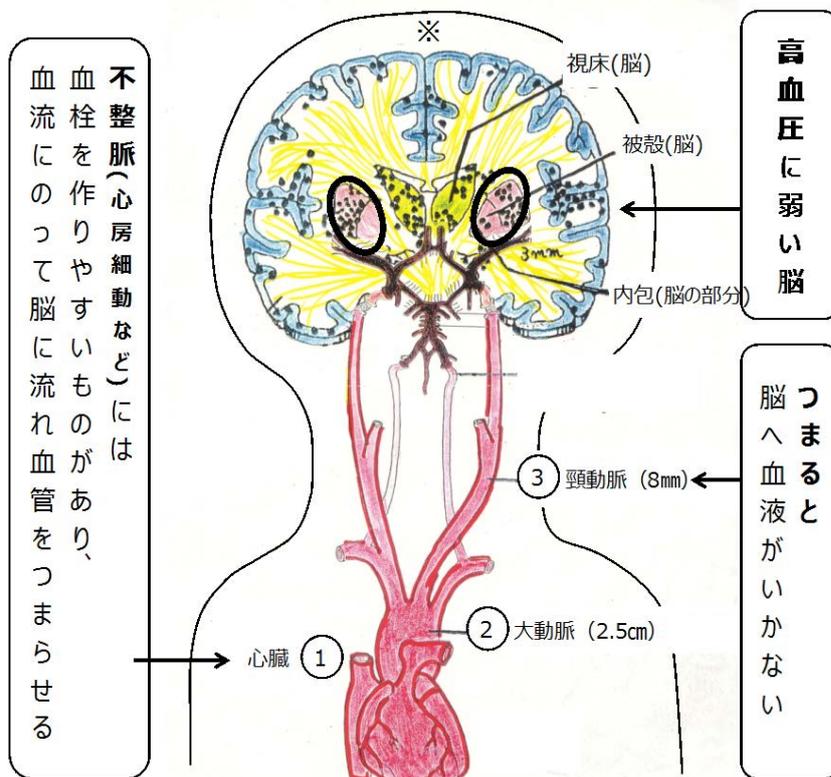
男女別でみると、脳血管疾患は女性が男性の2倍以上という現状が明らかになりました。合わせて虚血性心疾患、高血圧、糖尿病でも治療している人がやはり2倍以上という状況です。動脈硬化性疾患の発症は、女性ホルモン(エストロゲン)の抗動脈硬化作用により70歳前までは女性の方がリスクが低いと言われています。喫煙やメタボなど、女性の生活背景について実態把握を進めていくことが重要です。

また脳血管疾患のレセプト分析をみると、ほとんどの方に基礎疾患として高血圧や脂質異常症があることがわかります。

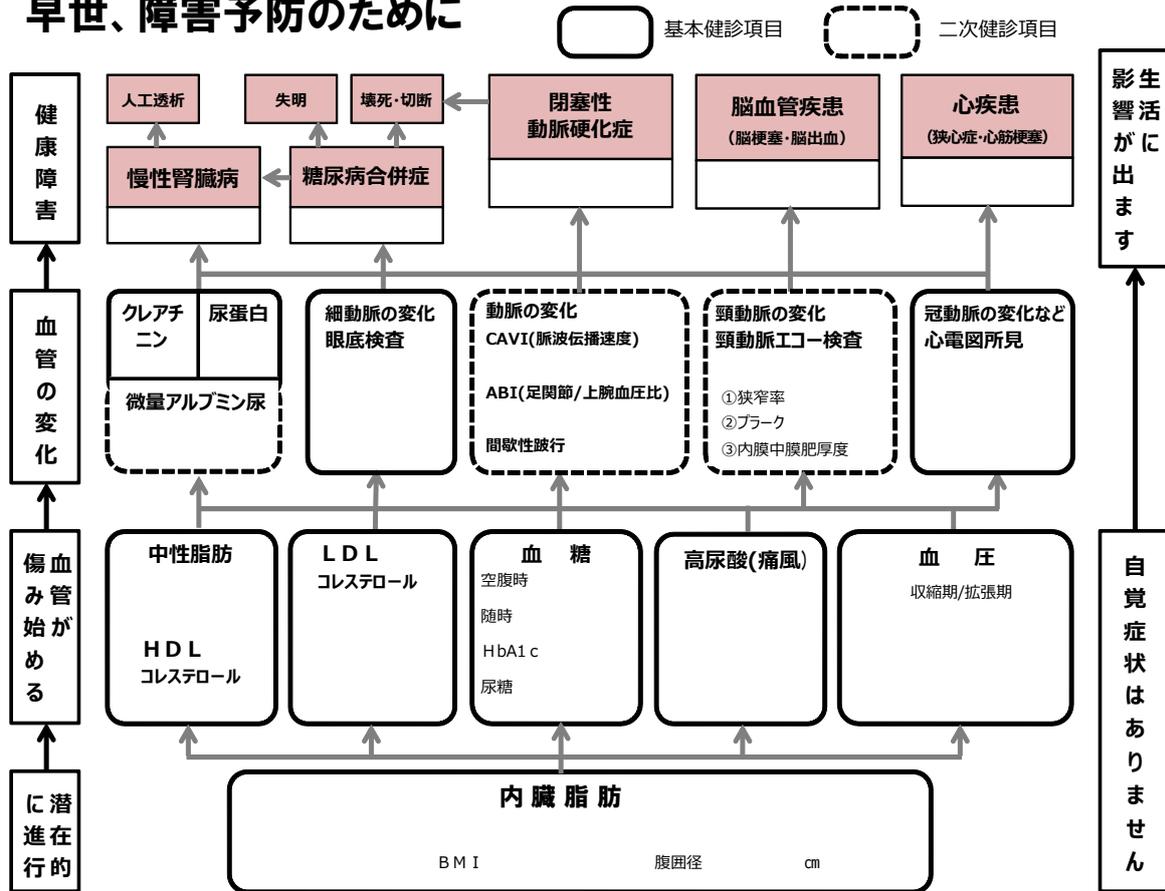
脳血管疾患発症に至るまで自覚症状はありません。そのため、健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入り口として重要と考えます。

健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定できるために、受診者に応じた保健指導の提供を継続して行うとともに、最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。

## 脳を守るために知っていて欲しいこと



# 早世、障害予防のために



(参考1) 脳血管障害発症の危険因子

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会) 第14章 P97-

発症頻度	病型別発症頻度 (脳卒中データベース)		脳梗塞			脳出血	くも膜下出血
			75%			18%	7%
	(久山町研究)		ラクナ梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	心原性脳塞栓症		
			50%	30%弱	20%強		
発症の危険因子	<b>高血圧</b>		ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、女性の心原性脳塞栓症は <b>血圧の影響が強い</b> [久山町研究]				
			心原性脳塞栓症を含む脳梗塞の主たる危険因子は <b>高血圧</b> [諸外国の報告]				
			アテローム血栓性脳梗塞を含む脳梗塞の主たる危険因子は <b>高血圧</b>				
						高血圧	
	<b>脂質異常</b>	<b>LDLコレステロール</b>		LDL-Cが発症リスク [久山町研究]			低コレステロール血症 LDL-Cが $\geq 80$ mg/dL以下で脳出血の頻度が増加
		<b>HDLコレステロール</b>	HDL-Cは低値であるほど、脳梗塞の発症率が増加				
		<b>中性脂肪</b>	食後の高中性脂肪血症 男女ともに★ 虚血性脳血管障害の頻度が増加				
	<b>心房細動</b>				心臓内血栓 心房細動		
	脳動脈瘤						脳動脈瘤の存在
	喫煙						
高血糖							
		動脈硬化を基礎病態とする非心原性脳梗塞を予防するための管理基準は、 <b>虚血性心疾患予防の管理基準に準ずることが望ましい。</b> ★					

1 血圧コントロール

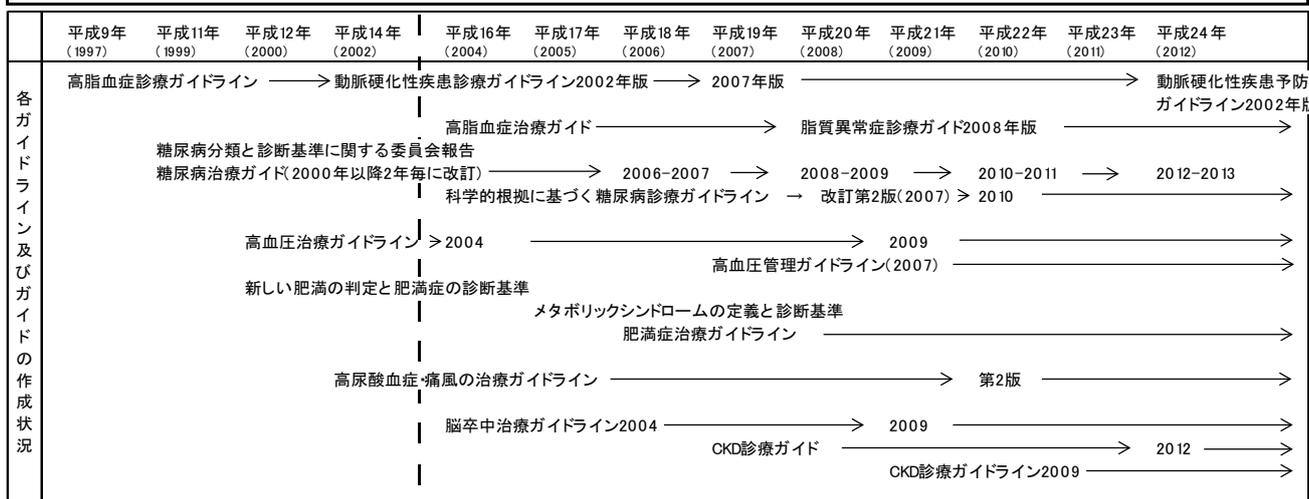
2 脂質管理

3 心房細動の適切な対応

脳血管疾患の発症予防と重症化予防には、科学的根拠に基づく対策が重要です。脳血管疾患の発症危険因子を明らかにし、その危険因子を見逃さないための健診項目の設定など最新の知見を用いた検討を行う必要があります。

(参考2) 「成人病」の呼称を「生活習慣病」と改める(平成8年12月)

- <背景>
- 公衆衛生審議会の提言を受け厚生労働省が改称
    - 「加齢」要素に着目し用いられてきた「成人病」を、「生活習慣」要素に着目して捉え直し、今後の疾病対策の基本的方向性の検討を実施
- <概念導入の意図>
- ・「成人病」の発症には生活習慣が深く関与し、改善には疾病の発症・進行が予防できるという認識を国民に醸成し行動に結びつけていくために、一次予防対策を強力に推進していく
  - ・小児期からの生涯を通じた健康教育が推進されることを期待
- ◎ 「生活習慣病」の観点から疾病を横断的に整理し直し、疾病予報のための包括的な指針を取りまとめる必要がある
- ◎ 高血圧症、耐糖能異常、高脂血症等に対しては病態に応じた日常生活指針を別途を策定することが必要



## イ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

脳血管疾患と同様に、虚血性心疾患についても、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。

表5 急性心筋梗塞死亡数

年度(平成)	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年
総数	11	4	6	6	7	6	2	4
(再掲)75歳未満	—	0	2	0	2	1	0	2
(再掲)65歳未満	—	0	1	0	1	1	0	2

(単位 人)

(資料)道北地域保健情報年報 急性心筋梗塞死亡数(性・年齢階級別)

表6 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (KDB システムより)

対象レセプト (H25 年度)		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患			
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	37人		1人		6人			
				2.7%		16.2%			
	件数	58件		2件		7件			
				3.4%		12.1%			
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%
					40代	0	0.0%	0	0.0%
					50代	0	0.0%	0	0.0%
60代	2	100.0%	1		14.3%				
70-74歳	0	0.0%	6	85.7%					
費用額	7828万円		175万円		945万円				
				2.2%		12.1%			

対象レセプト(H25年5月診療分)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
生活習慣病の治療者数 構成割合	583人		62人		91人		5人	
			10.6%		15.6%		0.9%	
	の 重 な り 基 礎 疾 患	高血圧	46人		78人		4人	
			74.2%		85.7%		80.0%	
		糖尿病	26人		41人		5人	
			41.9%		45.1%		100.0%	
	脂質 異常症	40人		56人		2人		
		64.5%		61.5%		40.0%		
	高血圧症		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症	
	353人		197人		257人		44人	
60.5%		33.8%		44.1%		7.5%		

表7 虚血性心疾患のレセプト分析 (KDB システム 様式 3-5 平成 25 年 5 月分)

男性	被保険者数	1か月のレセ件数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		脂質異常症		糖尿病		高尿酸	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
~30歳代	144	37	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳代	74	17	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50歳代	73	33	6	8.2	0	0.0	0	0.0	4	66.7	3	50.0	5	83.3	0	0.0
60~64歳	87	57	3	3.4	1	33.3	0	0.0	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3
65~69歳	111	96	8	7.2	2	25.0	0	0.0	7	87.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5
70~74歳	130	129	18	13.8	1	5.6	0	0.0	17	94.4	8	44.4	12	66.7	3	16.7
合計	619	369	36	5.8	4	11.1	0	0.0	29	80.6	15	41.7	20	55.6	5	13.9

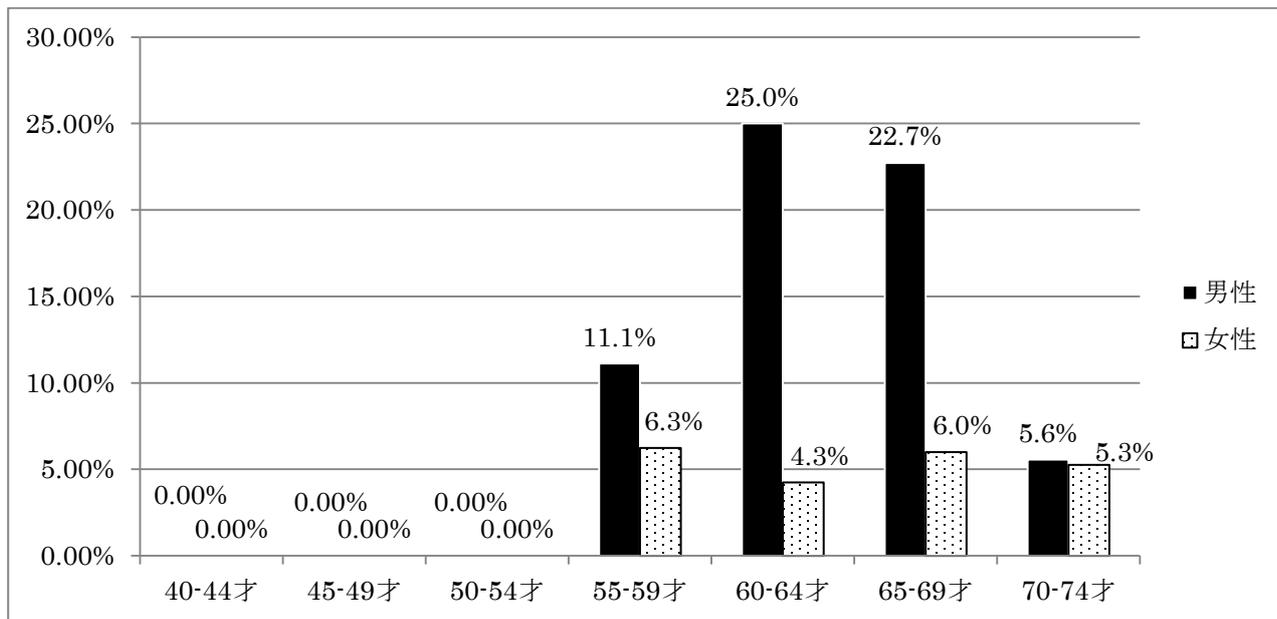
女性	被保険者数	1か月のレセ件数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		脂質異常症		糖尿病		高尿酸	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
~30歳代	135	32	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳代	42	16	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50歳代	83	49	4	4.8	0	0.0	0	0.0	3	75.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0
60~64歳	131	91	7	5.3	0	0.0	0	0.0	7	100.0	3	42.9	2	28.6	0	0.0
65~69歳	167	147	14	8.4	3	21.4	0	0.0	12	85.7	11	78.6	5	35.7	1	7.1
70~74歳	169	194	31	18.3	14	45.2	0	0.0	27	87.1	23	74.2	17	54.8	0	0.0
合計	727	529	56	7.7	17	30.4	0	0.0	49	87.5	40	75.9	25	44.6	1	1.8

虚血性心疾患の医療費は高額であり、医療費の面からも予防の必要性が高いといえます。(表7) 虚血性心疾患患者の基礎疾患を見ると、高血圧を持つ人が8割以上、次いで脂質異常症を持つ人が6割以上を占めています。これら基礎疾患の発症予防・コントロールが重要となるといえます。また、虚血性心疾患患者の割合を見ると、男性と比べ女性が多い状況です。基礎疾患である脂質異常症の割合も女性が多い状況であり、女性のライフステージに沿った支援が必要だと考えます。

平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査は基本項目から外れ、一定基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみ実施となりました。しかし、町が行う特定健診では、40歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。(図1)

男女ともに、高齢になるにしたがい心電図所見が出ています。特に男性で有所見者が多くなっています。

図1 心電図有所見の状況 (平成25年度)



(資料) 平成25年度 増毛町特定健診受診者

平成 25 年度の結果をみると、心電図検査を実施した 360 人中、29 人に所見が出ています。そのうち、虚血性変化や不整脈が多い状況にあり、複数の所見が見られる人もいました。脳梗塞（心原性脳塞栓症）を引き起こしやすい心房細動なども発見されています。また、高血圧のある人に心電図異常が多く見られています。（図 2）虚血性心疾患は冠動脈の動脈硬化が原因です。（図 3）すでに所見が見られる人を早期に医療につなげることはもちろん、町民の基礎疾患の発症予防・重症化予防が重症であることが、健診結果からも予想できます。

図 2 心電図検査の結果（平成 25 年度 受診者 360 人中異常者 29 名（8.06%）の状態）

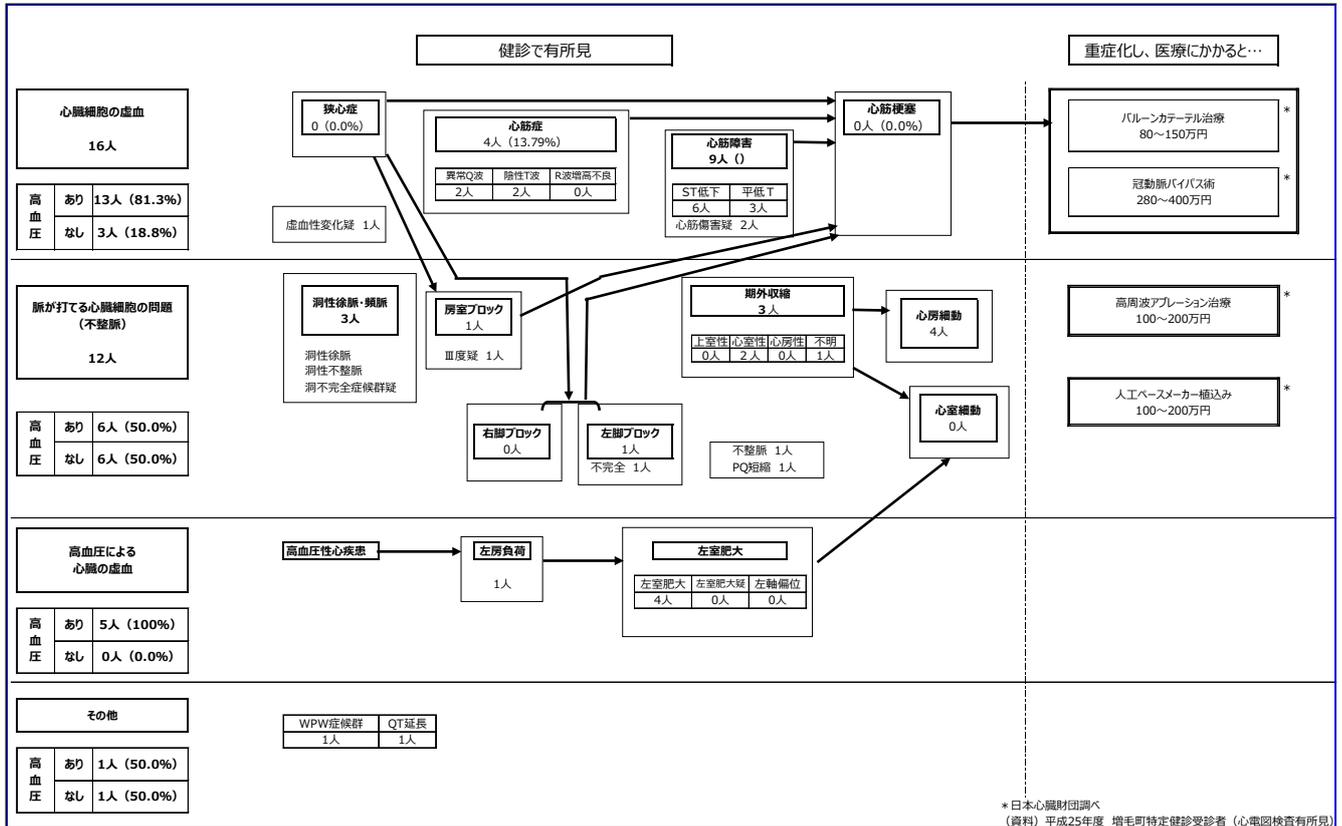
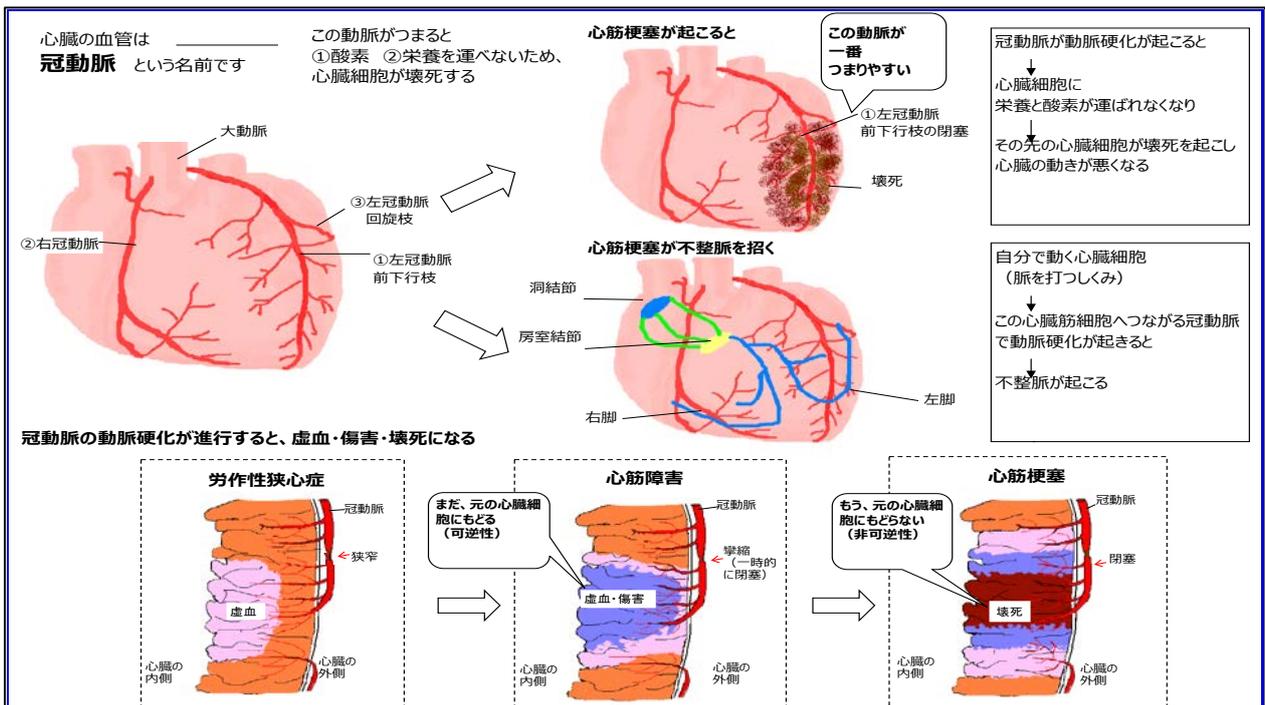


図 3 虚血性心疾患は心臓細胞で虚血・壊死を起こす



## ウ 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子と比べると発症や死亡に最も影響を与える因子と言われています。

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

増毛町は北海道、国と比べても血圧の高い人が多く、特に拡張期血圧の高い女性が多いことがわかります。(図4) 過去5年では、重症化予防の対象となるⅡ度高血圧以上の人が2割前後で推移しています。(表8) またⅡ度高血圧以上で未治療の人の割合も多い状況があり、治療につなげる必要がある人が多いことがわかります。(表9)

図4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する KDB システム帳票 NO. 23 より

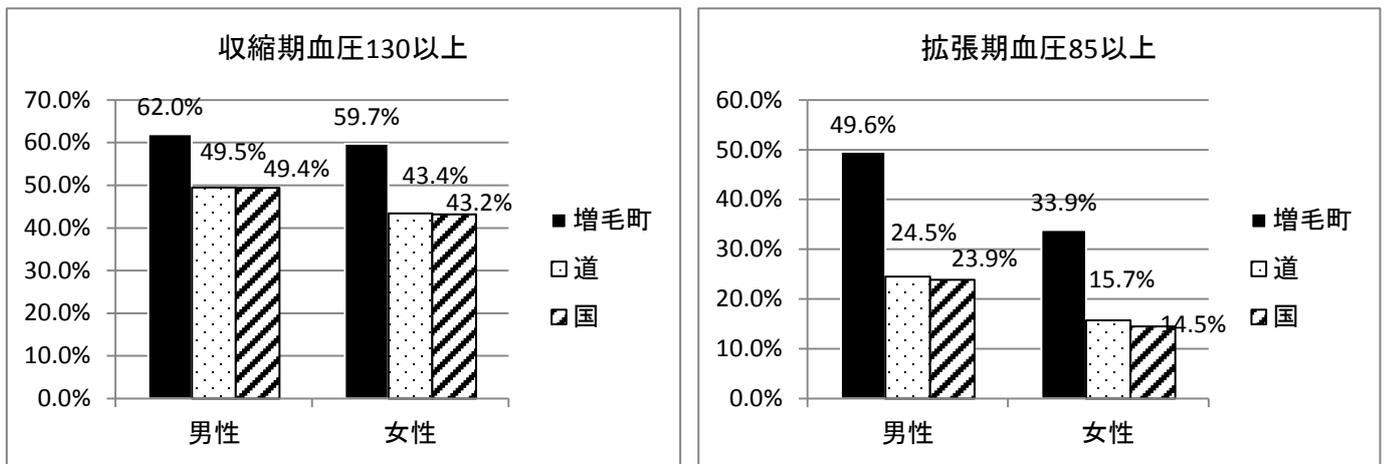


表8 特定健診受診者の血圧分類による血圧状況 (男女別・年度別)

性別	受診者数	正常血圧		正常高値		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度以上(再)		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
男性	H21年	96	33	34.4%	19	19.8%	30	31.3%	13	13.5%	1	1.0%	14	14.6%
	H22年	103	46	44.7%	23	22.3%	25	24.3%	7	6.8%	2	1.9%	9	8.7%
	H23年	119	39	32.8%	13	10.9%	37	31.1%	24	20.2%	6	5.0%	30	25.2%
	H24年	150	46	30.7%	27	18.0%	45	30.0%	25	16.7%	7	4.7%	32	21.3%
	H25年	148	46	31.1%	30	20.3%	48	32.4%	21	14.2%	3	2.0%	24	16.2%

性別	受診者数	正常血圧		正常高値		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度以上(再)		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
女性	H21年	137	58	42.3%	14	10.2%	37	27.0%	24	17.5%	4	2.9%	28	20.4%
	H22年	147	76	51.7%	23	15.6%	32	21.8%	14	9.5%	2	1.4%	16	10.9%
	H23年	169	61	36.1%	23	13.6%	45	26.6%	34	20.1%	6	3.6%	40	23.7%
	H24年	202	79	39.1%	32	15.8%	59	29.2%	23	11.4%	9	4.5%	32	15.8%
	H25年	212	79	37.3%	37	17.5%	63	29.7%	29	13.7%	4	1.9%	33	15.6%

表9 II度高血圧以上の方の治療・未治療別の経年変化

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	I度高血圧	II度高血圧以上			再掲
					再II度高血圧	未治療	治療	
H21	233	91 39.1%	33 14.2%	67 28.8%	42 18.0%	25 59.5%	17 40.5%	18.0%
H22	250	122 48.8%	46 18.4%	36 14.4%	46 18.4%	20 43.5%	26 56.5%	18.4%
H23	288	53 18.4%	44 15.3%	98 34.0%	93 32.3%	42 45.2%	51 54.8%	32.3%
H24	353	84 23.8%	73 20.7%	100 28.3%	96 27.2%	48 50.0%	48 50.0%	27.2%
H25	360	124 34.4%	68 18.9%	110 30.6%	57 15.8%	24 42.1%	33 57.9%	15.8%

**血圧値の基準はひとり一人違います  
自分の基準値を確認しましょう**

No1

**血圧以外の危険因子等の有無で  
治療の進め方の判断をします**

No2

当てはまるものに		質問内容
何個でしたか	<input type="checkbox"/>	- 年齢は65歳以上ですか
	<input type="checkbox"/>	- 家族（血族）に50歳未満で心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか
	<input type="checkbox"/>	- タバコを吸いますか
	どちらか	- BMIが25以上
	<input type="checkbox"/>	★ 腹囲径が 男性は85cm以上、女性は90cm以上
	いずれか	LDLコレステロール値が140mg/dl以上
	<input type="checkbox"/>	HDLCコレステロール値が40mg/dl未満
	<input type="checkbox"/>	中性脂肪値が150mg/dl以上
	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖値が100~125mg/dl または耐糖能異常
計		

結果	0個	なし,★のみ	→	① リスクなし
	1-2	★と1個	→	② 中等リスク
	3個以上	★と2個	→	③ 高リスク

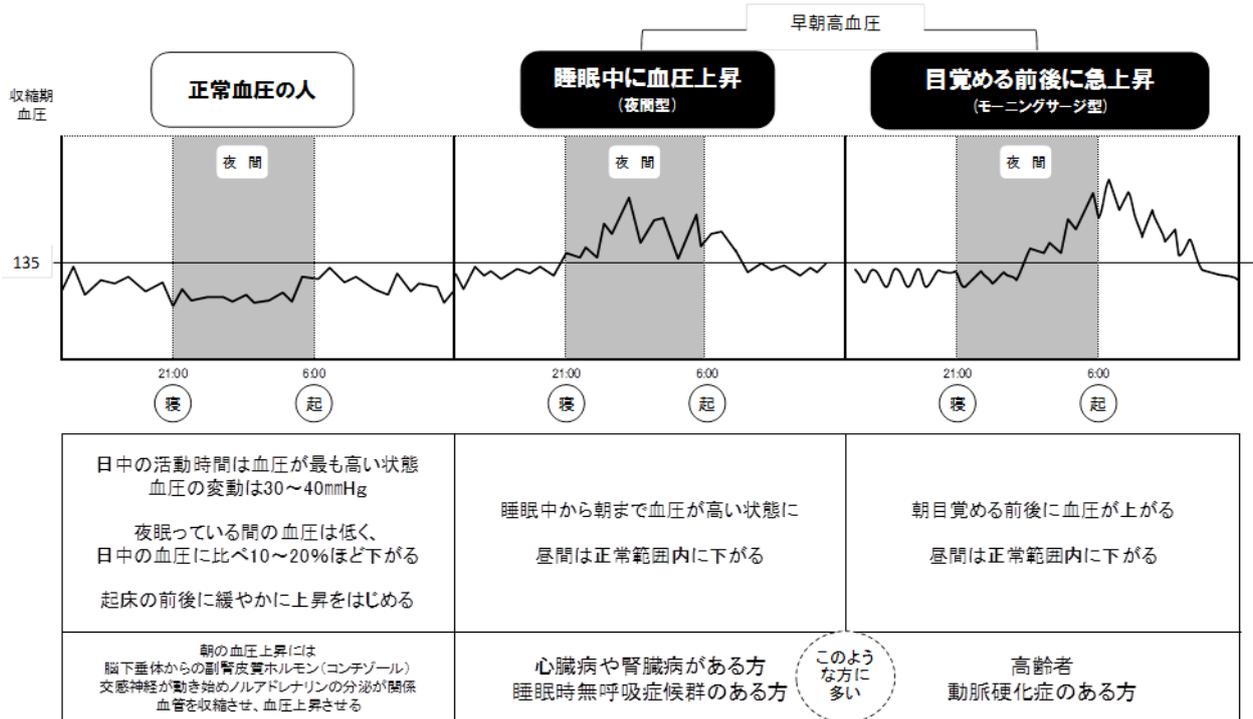
に入ったチェックの数に関係なく  
**下のどれかに1つでも当てはまる人は ③「高リスク」になります**

- 糖尿病ですか
- 尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が30mg以上
- 糸球体ろ過量 (eGFR) 60未満
- 慢性腎臓病・腎疾患（糖尿病性・腎不全など）がある
- 眼底検査で動脈硬化性（高血圧性）変化がある（H2以上,KWIIa以上）
- 頸動脈エコー検査で内臓-中膜肥厚（1.0mm以上）、プラークがある
- 脳出血・脳梗塞（一過性脳虚血発作）になったことがある
- 左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある
- 閉塞性動脈疾患がある

		血圧値（外来血圧値）				
		正常	正常高値	高血圧		
				軽症（I度）	中等症（II度）	重症（III度）
血圧値	収縮期	~129	130~139	140~159	160~179	180~
	拡張期	~84	85~89	90~99	100~109	110~
危険因子、臓器障害・心血管病の有無	① 危険因子なし			3ヶ月間生活習慣の改善		
	② 危険因子1~2個 中等リスク (メタボリック(腹囲径+血圧+1項目(脂質又は血糖))			1ヶ月間生活習慣の改善		
	③ 危険因子3個以上 高リスク (メタボリック(腹囲径+血圧+脂質+血糖)..... 糖尿病..... 慢性腎臓病..... 脳卒中..... 心筋梗塞..... 動脈閉塞症.....)					直ちに降圧療法の開始あわせて生活習慣改善

# 血圧は1回の測定で判断できません

昼間の血圧が正常な人でも、2人に1人 **早期高血圧** が見逃されています



## 1 血圧計の選び方は？



参考) 日本高血圧学会  
家庭血圧測定ガイドライン

## 2 正しい測定方法は？

### 測定のタイミング

- 1日2回(朝・夜)行う

**朝**

- ・起床後1時間以内
- ・トイレに行ったあと
- ・朝食の前
- ・薬をのむ前

**夜**

- ・寝る直前
- ・入浴や飲酒の直後は避ける

家庭で血圧を測定する場合には、上にあげた条件のもとで行うことが大切。朝は4つの条件を守るようにする。夜は、入浴や飲酒の直後は避け、必ず寝る直前に測るようにする。

### 測定するときのポイント

いすに座って1~2分たってから測定する

座ったばかりだと、血圧が安定していないことがある。測定時には、腕の力を抜いて、リラックスすることも大切。

カフは心臓と同じ高さで測定する

カフが心臓よりも低い位置だと、「数値が低く出る」など、不正確になる場合がある。

薄手のシャツ1枚なら着たまでもよい

カフは薬肌(肩)に直接巻きつけたほうがよいが、薄手のシャツ1枚くらいなら、着たま測定してもよい。

測定値は記録して、主治医に見てもらいましょう。高血圧が続く、または過剰な降圧がみられる場合、主治医が降圧剤の種類を変えたり、増量(減量)したりするための大切な判断材料となります。

## 3 家庭血圧の基準値は？

正常血圧の基準値		
測定場所	収縮期	拡張期
家庭で測定	125未満	80未満
高血圧の診断基準		
測定場所	収縮期	拡張期
病院で	140以上	90以上
家庭で測定	135以上	85以上
降圧治療の対象		

※ただし糖尿病や腎障害がある場合は、厳格な降圧目標が決まられ、この基準は使いません。

受診行動につながらなかったり、治療が中断されたりする背景には、血圧が環境や時間等の条件によって変動しやすいことがあげられます。そのため、家庭血圧の正しい測定方法や血圧値の基準等の情報を提供し、受診や治療継続の必要性を伝えていくことも大切だと考えます。

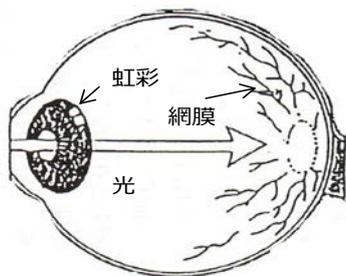
増毛町では、心電図検査と同様に眼底検査も受診者全員に実施しています（H24年度～）。眼底検査から、脳の血管の状態を推測することができます。平成24年度及び25年度の眼底検査の結果を見ると、高血圧性変化が見られる人が多くいることがわかります（表10）。心疾患と同様、脳血管疾患を予防するためにも高血圧の予防が重要といえます。また、血管変化の早期発見に取り組むことで重症化を予防する必要性があります。

表10 増毛町特定健診眼底検査の結果（H24年度・H25年度）

眼底病名		眼底正常		高血圧性眼底				高血圧性網膜症			
程度		0		1		2		3		4	
シエロ分類	高血圧性変化 (H)	正常		網膜動脈の狭細		I度より著明な狭細、血管の太さもバラバラになります。		網膜出血、白斑		乳頭浮腫	
	動脈硬化性変化 (S)	正常		動脈反射		動脈狭窄、血管の太さが不同		動脈反射、交叉現象		銅線動脈、高度の交叉現象	
受診年度		H24	H25	H24	H25	H24	H25	H24	H25	H24	H25
高血圧性変化 (H) 人数		240	240	36	57	8	5	6	11	0	0
動脈硬化性変化 (S) 人数		246	248	35	56	8	9	1	0	0	0

## 「眼底検査」って何を見ているの？

- ① H0S0とかH1S1、KW0とかKW1って  
どんな意味があるのか？  
カチッとる眼底写真は何を写しているのか？



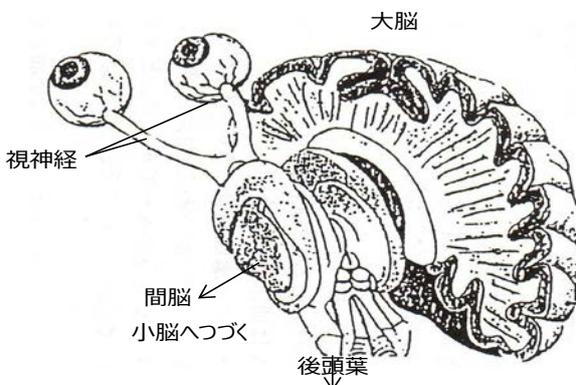
- ②
- 

「黄斑」：網膜の中心にあって、光の色に反応する細胞がならんでいる。色を分けたり、文字を読んだり視力の最も大切なところ。

「中心窩」：黄斑の中心部。視力の最も敏感なところ

「視神経乳頭」：視神経が集まっているところ

- ③ 眼底とは網膜の血管の状態をみています。  
なぜこの網膜の血管の状態をみるのか？



網膜の血管は脳の血管からの枝分れですから、脳の血管の状態を推測できる、外部から見える唯一のところ

- ④ 眼底検査は次のような基準で判定されます。  
(医師の仕事です)

例として、

- ① 動脈狭窄～狭く、細くなって血管の太さが不同
- ② 血管のねじれ
- ③ 動脈反射～反射線の幅、輝きの増大、血管壁の混濁
- ④ 交叉現象～動脈と血管の交叉、血管の先細り
- ⑤ 蛇行現象

# 高血圧が起こす 血管変化をみる検査

部位	高血圧が起こす病気	必要な検査項目と臓器障害(□)		
		特定健診	精密検査(推奨検査)	
① 脳血管	<ul style="list-style-type: none"> <li>■一過性脳虚血発作</li> <li>■脳梗塞</li> <li>■脳出血</li> <li>■認知機能障害</li> </ul>		<b>眼底検査<sup>※1</sup></b> <input type="checkbox"/> 動脈硬化性変化 <input type="checkbox"/> 高血圧性変化  シェイ分類 Scheie分類 高血圧性変化(H) 1以上 細動脈硬化(S) 1以上  キース・ワグナー分類(KW) I以上	<b>頸動脈エコー検査</b> <input type="checkbox"/> 頸動脈内膜-中膜肥厚 <input type="checkbox"/> 動脈硬化性プラーク <input type="checkbox"/> 血管狭窄  <b>頭部MRI</b> <input type="checkbox"/> 無症候性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 微小脳梗塞  <b>認知機能テスト</b>
② 心臓	<ul style="list-style-type: none"> <li>■狭心症</li> <li>■心筋梗塞</li> <li>■心不全</li> </ul>		<b>心電図検査<sup>※1</sup></b> <input type="checkbox"/> 左室肥大 <input type="checkbox"/> 異常Q波・心房細動  <b>胸部X線検査<sup>※3</sup></b> <input type="checkbox"/> 左室肥大	<b>心臓エコー検査</b> <input type="checkbox"/> 左室拡張
③ 腎臓	<ul style="list-style-type: none"> <li>■腎障害(腎硬化症など)</li> <li>■腎不全</li> </ul>		<b>尿検査(尿蛋白)</b> <input type="checkbox"/> 尿蛋白(+)以上  <b>推算糸球体濾過量(eGFR)<sup>※2</sup></b> <input type="checkbox"/> 60未満  <b>血清尿酸値<sup>※2</sup></b> <input type="checkbox"/> 7.1mg/dl以上	<b>微量アルブミン尿</b> <input type="checkbox"/> 30mg/g以上
④ 下肢	<ul style="list-style-type: none"> <li>■閉塞性動脈疾患</li> </ul>			<b>足首・上腕血圧比(ABI)</b>  <b>脈波伝播速度(PWV・CAVI)</b>

<日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン>2009>

※1 詳細検査

※2 その他の項目

※3 肺がん・結核検診

## エ 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）

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

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上とされています。

国は平成 34 年度の LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合目標値を男性 6.2%、女性 8.8%としていますが、増毛町は男女ともに目標値を大きく上回っている状態です。また、脳出血のリスクである低 LDL コレステロール血症（80 mg/dl 未満）をみると特に男性で 1 割弱いることから、これらの対象者にも支援が必要だと考えます。（表 11）

表 11 特定健診受診者の LDL コレステロール値の状況

男性	受診者	80未満(再)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H21年	96	8	8.3%	52	54.2%	27	28.1%	8	8.3%	9	9.4%	3	3.1%
H22年	103	9	8.7%	61	59.2%	23	22.3%	13	12.6%	6	5.8%	2	1.9%
H23年	119	4	3.4%	50	42.0%	33	27.7%	22	18.5%	14	11.8%	7	5.9%
H24年	150	13	8.7%	65	43.3%	38	25.3%	27	18.0%	20	13.3%	9	6.0%
H25年	148	11	7.4%	74	50.0%	38	25.7%	20	13.5%	16	10.8%	9	6.1%

女性	受診者	80未満(再)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H21年	137	2	1.5%	50	36.5%	46	33.6%	25	18.2%	16	11.7%	4	2.9%
H22年	147	4	2.7%	55	37.4%	51	34.7%	25	17.0%	16	10.9%	5	3.4%
H23年	169	3	1.8%	43	25.4%	62	36.7%	39	23.1%	25	14.8%	14	8.3%
H24年	203	1	0.5%	64	31.5%	59	29.1%	42	20.7%	38	18.7%	16	7.9%
H25年	212	6	2.8%	67	31.6%	65	30.7%	50	23.6%	30	14.2%	15	7.1%

男女別・年代階級別の LDL コレステロール値では、男性の 50 歳代で 160 mg/dl 以上の者の割合が 3 割と多く、女性では 40 歳代からすでに 1 割の人が高い状態で、50 歳代にかけて LDL コレステロール値が著しく変化しています。（表 11、図 4）

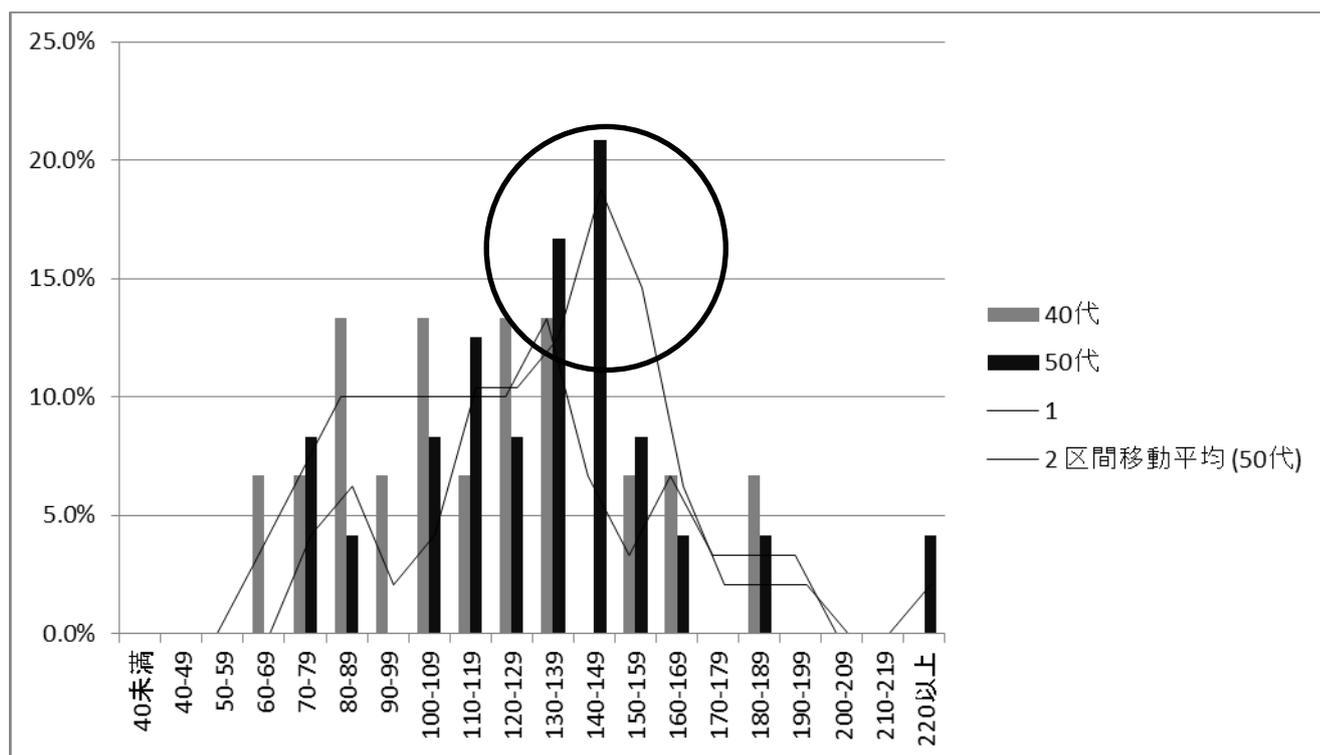
心血管疾患発症の危険性の高い家族性高コレステロール血症は早期診断と治療が重要となるため、受診を必要とする対象者への受診勧奨を行うとともに、加齢に伴う代謝等の変化に合わせた生活習慣の見直しが重要となります。

表 12 LDL コレステロール値の分布 男女別・年齢階層別（平成 25 年度）

性別	受診者	80未満(再)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
男性	148	11	7.4%	67	45.3%	32	21.6%	20	13.5%	15	10.1%	7	4.7%
40-49才	20	0	0.0%	7	35.0%	8	40.0%	5	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
50-59才	14	0	0.0%	5	35.7%	2	14.3%	0	0.0%	4	28.6%	1	7.1%
60-69才	60	9	15.0%	24	40.0%	12	20.0%	7	11.7%	8	13.3%	4	6.7%
70才以上	54	2	3.7%	31	57.4%	10	18.5%	8	14.8%	3	5.6%	2	3.7%

性別	受診者	80未満(再)		120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		180以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
女性	212	5	2.4%	47	22.2%	52	24.5%	43	20.3%	27	12.7%	14	6.6%
40-49才	15	2	13.3%	8	53.3%	3	20.0%	1	6.7%	2	13.3%	1	6.7%
50-59才	24	2	8.3%	7	29.2%	5	20.8%	7	29.2%	3	12.5%	2	8.3%
60-69才	97	0	0.0%	19	19.6%	27	27.8%	18	18.6%	14	14.4%	8	8.2%
70才以上	76	1	1.3%	13	17.1%	17	22.4%	17	22.4%	8	10.5%	3	3.9%

図 4 平成 25 年度特定健診 40～50 才代女性の LDL 値変化



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

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

# 健診で「脂質異常症」と言われたのですが・・・

私の検査値	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	LDLコレステロール値以外のリスク因子	
<b>LDLコレステロール</b> (直接法)  (mg/dl)	<b>高LDLコレステロール血症</b>	180以上 → <b>病院受診が必要です</b> 家族性高コレステロール血症(FH)の精査が必要	<b>生活習慣の改善も重要</b> + <b>薬物療法の適用を考慮</b>	<b>A</b> 3つ以上該当する場合 <input type="checkbox"/> 男性 50歳以上 <input type="checkbox"/> 女性 60歳以上 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 高血圧 (140/90以上) <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 (血糖100mg/dl以上, HbA1c値(NGSP)5.6%以上) <input type="checkbox"/> 低HDL-C (40mg/dl未満) <input type="checkbox"/> 早発性冠動脈疾患家族歴 <b>B</b> 1つでも該当 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 非心原性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <b>C</b> <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患の既往がある	
		160-179 → <b>生活習慣の改善</b>			LDL-Cが140未満に改善しない場合 他のリスクによって目標値は違います 参照A, B, C
		140-159 → <b>再検査(受診)</b>			3~6か月後
	境界域 120-139 → <b>A B</b> に該当する場合は <b>生活習慣の改善が必要</b>	140未満			
	正常域 100-119 → <b>C</b> に該当する場合は <b>生活習慣の改善が必要</b>	120未満			
<b>中性脂肪</b> 空腹時 (食後)  (mg/dl)	<b>高中性脂肪血症</b>	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの 中性脂肪が高くなると LDLコレステロールは小型化 → <b>超悪玉コレステロール</b> 血中に長くとどまる → 酸化されやすい → <b>動脈硬化のリスク</b> 血管壁に入りやすくなる	★1,000以上の場合 → 他疾患の精査も重要 ・急性すい炎の可能性あり ・遺伝 (家族性リポタンパクパーゼ欠損症・IV型高脂血症等の疑い)		
空腹時 400以上 空腹時 ☆ 300以上	150-299 → <b>生活習慣の改善</b> 400以上 → <b>病院受診が必要です</b>	150未満	☆特定健診での受診勧奨基準値		
正常 -149(-199)					

参考 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版

## 私のLDLコレステロールは？

2011年1月作成 ③

### 1 LDLコレステロールの仕事？

ホルモンの材料 → 閉経 (B) → 卵巣が小さくなる (10g(ニコトマト1個)から1gになる)

細胞膜の材料 → 加齢 (B) → 細胞膜の入れ替え能力が落ちる

余る → 行きません (脂肪細胞, 中味は, 中性脂肪です) / 血液の中をワロワロする

### 2 LDLコレステロールがたまるって？

血管壁も細胞膜です

1 余分なLDLコレステロールが酸化される

2 不要な物(酸化LDL)になる

3 掃除係(マクロファージ)が酸化LDLを食べる

4 食べたゴミをそのまま置いておく

狭くなる

泡沫細胞

プラークがフアフアしている

### 3 プラークの2つのタイプ

LDLコレステロール

- 多い → やぶれやすい → 薄い膜 → 不安定プラーク
- 少ない → やぶれにくい → 厚い膜 → 安定プラーク

破れると脳や心臓へ...

### 4 私のLDLコレステロールの必要量は？

私の LDL コレステロール (mg/dl) → 目標値

1 心筋梗塞・狭心症 → あり → A 100未満 / なし → 2

2 糖尿病・脳梗塞・閉塞性動脈硬化症 → あり → B 120未満 / なし → 3

3 【血管を傷つける因子】 → 該当項目数 → 3項目以上 → B 120未満 / 1~2項目 → C 140未満 / 0項目 → D 160未満

【私の健診結果】

- (B) 年齢が、男性45歳以上・女性55歳以上 → 血圧 ( / )
- (C) 高血圧 (収縮期140以上/拡張期90以上) → 空腹時血糖 ( )
- (D) 高血糖 (空腹時血糖110以上) → HDL ( )
- (E) 極高LDLコレステロール血症 (40未満)
- (F) 喫煙習慣がある
- (G) 家族の中で心筋梗塞・狭心症の人がいる

### 5 血管を傷つける因子

余ったLDLを肝臓に運ぶ

高血糖 (D) → 糖化 → 糖化LDL / 酸化LDL

高血圧 (F) → 傷つける

酸化 → 傷つける

※動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007  
※高脂血症治療ガイド2004

## オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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

増毛町は道や国と比べ、男女ともにメタボリックシンドローム予備群が多い状況にあり、特に女性のメタボリックシンドローム該当者の割合が高い状況です。(図5) また、平成 25 年度のメタボリック該当者の状況(図6)を見ると 60 代の男性、40 代の女性が特に高い割合となっています。

図5 メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の道・国平均との比較  
(H25 年度 KDB システム 様式 6-1 より)

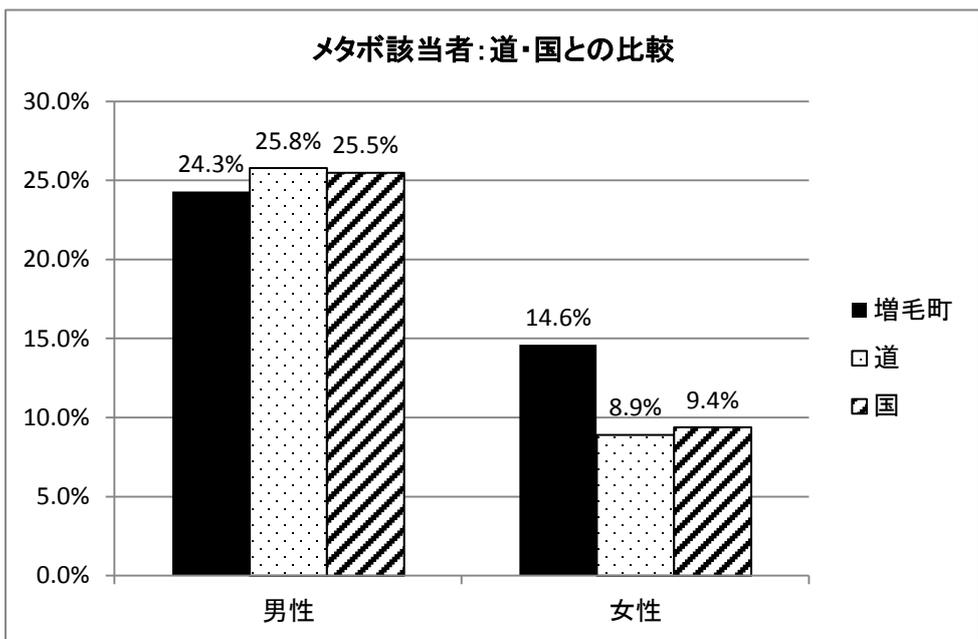
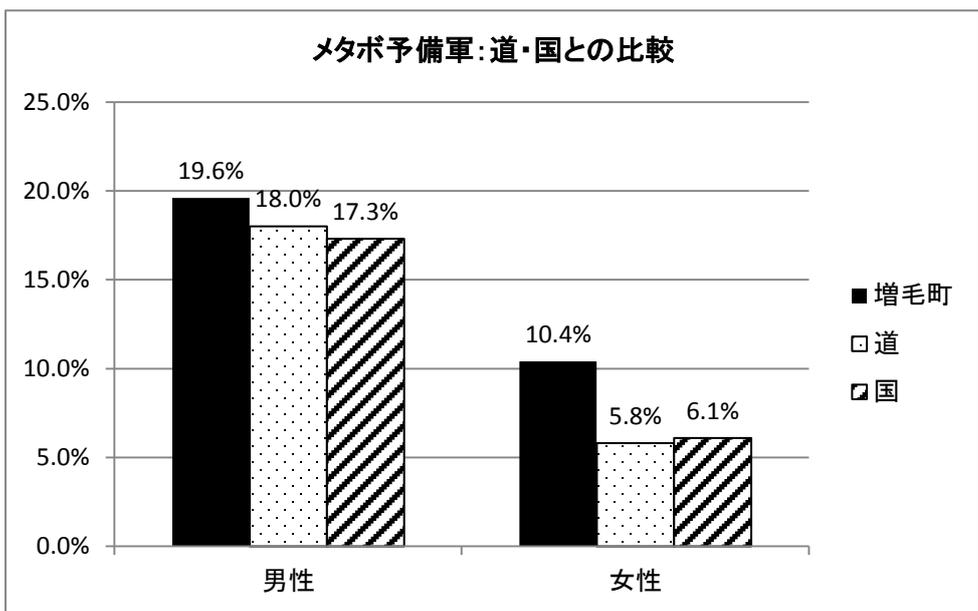
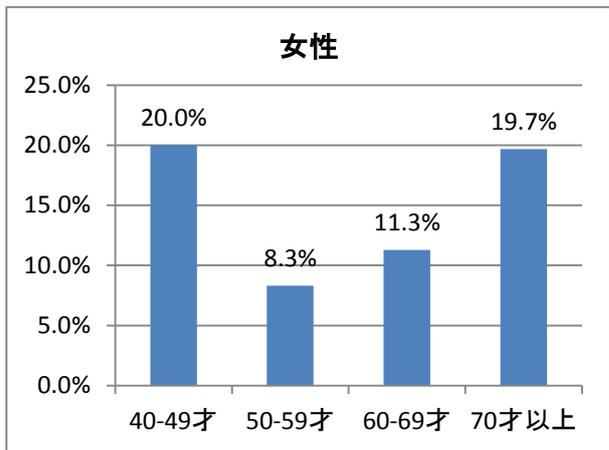
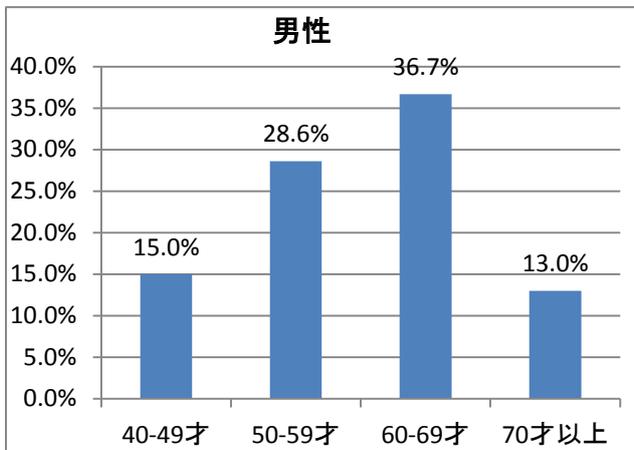


図6 メタボリックシンドロームが強く疑われる者（該当者）の状況（平成25年度）

「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の判定  
 ・腹囲が男性85 cm、女性90 cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上の項目に該当する者



（資料） 平成25年度 増毛町特定健診受診者

表13 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性85 cm、女性90 cm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

	男女計			男性			女性		
	受診者	人	%	受診者	人	%	受診者	人	%
H21年	233	31	13.3%	96	19	19.8%	137	12	8.8%
H22年	250	25	10.0%	103	14	13.6%	147	11	7.5%
H23年	288	27	9.4%	119	12	10.1%	169	15	8.9%
H24年	353	44	12.5%	150	27	18.0%	203	17	8.4%
H25年	360	51	14.2%	148	29	19.6%	212	22	10.4%

メタボリックシンドローム該当者

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

	男女計			男性			女性		
	受診者	人	%	受診者	人	%	受診者	人	%
H21年	233	47	20.2%	96	26	27%	137	21	15%
H22年	250	41	16.4%	103	27	26%	147	14	10%
H23年	288	60	20.8%	119	36	30%	169	24	14%
H24年	353	69	19.5%	150	40	27%	203	29	14%
H25年	360	67	18.6%	148	36	24%	212	31	15%

（資料） 増毛町特定健診受診者

H21年からの推移をみると、予備軍は1割前後で、該当者は2割前後で推移しています。循環器疾患を予防するためには、メタボリックシンドロームの予備軍及び該当者を減少させることが重要となります。（表13）

## カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

増毛町では、特定健診が開始した平成20年から平成25年度にかけて徐々に受診率が向上し、道平均を上回っています(図7・表14)。第1章第2節6、表11で示したような取り組みを実施してきたことが受診率の向上につながったといえます。今後も、国保・保健部署で連携しながら様々な工夫を実践し、さらなる受診率の向上を目指していきます。

図7 増毛町特定健診受診率の推移

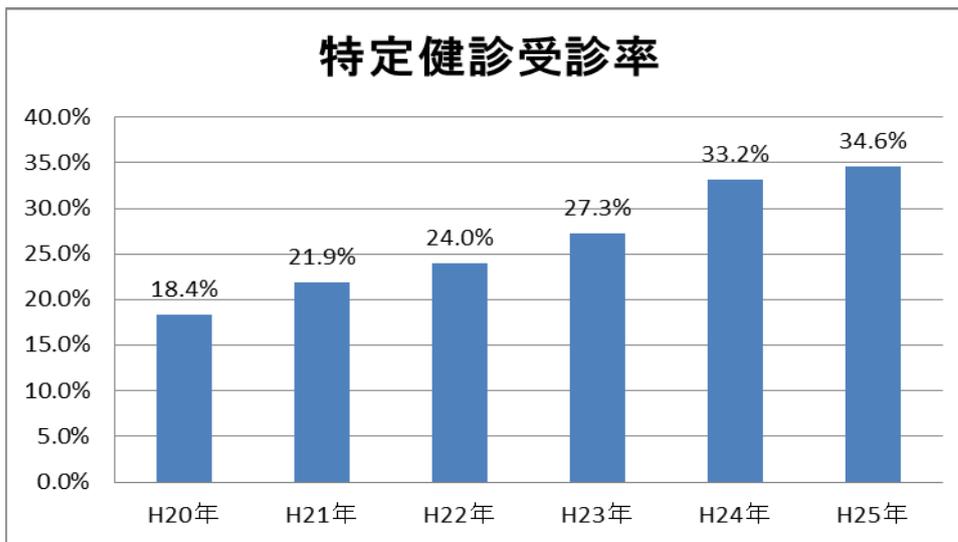


表14 北海道国保連合会より

### 年度別特定健診受診率(順位)

(法定報告速報値)

平成20年度				平成21年度				平成22年度				平成23年度				平成24年度				平成25年度									
順位	市町村名	対象者数	受診者数	受診率	順位	市町村名	対象者数	受診者数	受診率	順位	市町村名	対象者数	受診者数	受診率	順位	市町村名	対象者数	受診者数	受診率	順位	市町村名	対象者数	受診者数	受診率					
1	和寒町	1,118	835	74.7	1	和寒町	1,102	793	72.0	1	上富良野町	2,229	1,631	73.2	1	和寒町	1,045	752	72.0	1	和寒町	1,012	733	72.4	1	上富良野町	2,126	1,499	70.5
2	上富良野町	2,315	1,629	70.4	2	上富良野町	2,283	1,622	71.0	2	和寒町	1,066	779	73.1	2	上富良野町	2,208	1,551	70.2	2	上富良野町	2,169	1,524	70.3	2	和寒町	958	672	70.1
3	菅沢子府村	163	109	66.9	3	釧路町	1,016	689	67.8	3	幌加内町	404	280	69.3	3	釧路町	959	630	65.7	3	南富良野町	473	312	66.0	3	中川町	341	215	63.0
4	幌加内町	455	288	63.3	4	幌加内町	409	257	62.8	4	釧路町	991	666	67.2	4	中富良野町	1,319	816	61.9	4	釧路町	938	610	65.0	4	中富良野町	1,256	786	62.6
5	釧路町	1,050	664	63.2	5	長沼町	2,637	1,639	62.2	5	中川町	409	268	65.5	5	中川町	396	243	61.4	4	真別村	840	546	65.0	5	雨竜町	630	392	62.2
	<b>北海道</b>	<b>979,586</b>	<b>204,852</b>	<b>20.9</b>	<b>126</b>	<b>増毛町</b>	<b>1,009</b>	<b>221</b>	<b>21.9</b>	<b>118</b>	<b>増毛町</b>	<b>989</b>	<b>237</b>	<b>24.0</b>	<b>102</b>	<b>増毛町</b>	<b>951</b>	<b>260</b>	<b>27.3</b>	<b>77</b>	<b>増毛町</b>	<b>963</b>	<b>320</b>	<b>33.2</b>	<b>75</b>	<b>増毛町</b>	<b>937</b>	<b>324</b>	<b>34.6</b>
<b>140</b>	<b>増毛町</b>	<b>1,043</b>	<b>192</b>	<b>18.4</b>	<b>北海道</b>	<b>973,924</b>	<b>209,814</b>	<b>21.5</b>	<b>北海道</b>	<b>964,786</b>	<b>218,140</b>	<b>22.6</b>	<b>北海道</b>	<b>969,539</b>	<b>227,765</b>	<b>23.5</b>	<b>北海道</b>	<b>963,110</b>	<b>231,507</b>	<b>24.0</b>	<b>北海道</b>	<b>951,439</b>	<b>234,953</b>	<b>24.7</b>					
175	赤平市	3,017	312	10.3	175	釧路町	3,637	389	10.7	175	七飯町	5,581	715	12.8	175	小樽市	23,878	3,280	13.7	175	古平町	879	127	14.4	174	新ひだか町	5,009	707	14.1
176	余市町	4,370	417	9.5	176	三笠市	2,535	260	10.3	176	小樽市	23,762	2,893	12.2	176	釧路町	3,548	477	13.4	176	小樽市	23,607	3,325	14.1	174	様似町	1,111	157	14.1
177	三笠市	2,717	233	8.6	177	古平町	960	29	3.0	177	三笠市	2,390	277	11.6	177	興部町	943	125	13.3	177	日高町	2,854	392	13.7	177	森町	4,114	577	14.0
178	興部町	977	70	7.2	178	京極町	649	0	0.0	178	釧路町	3,581	402	11.2	178	北斗市	8,438	1,103	13.1	178	三笠市	2,237	304	13.6	178	長万部町	1,231	168	13.6
179	京極町	666	32	4.8	179	興部町	974	0	0.0	179	苫前町	885	94	10.6	179	三笠市	2,328	290	12.5	179	新ひだか町	5,220	687	13.2	179	三笠市	2,147	271	12.6

※平成21年度に合併している湧別町と上湧別町は、平成20年度より湧別町に合算している。

#### (4) 対策

##### ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・増毛町国民健康保険加入者以外の受診の受け入れ
- ・医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携
- ・保健、国保部署との連携

##### イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・増毛町国民健康保険特定健康診査
- ・特定健診受診項目の検討（最新の各学会ガイドライン等に基づき対応する）

##### ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施

特定保健指導及び要医療者、重症化予防対象者（血圧Ⅱ度以上、HbA1c6.5%以上、LDL コレステロール 180mg/dl 以上、中性脂肪 300mg/dl 以上、尿蛋白 2+以上、e-GFR50ml/min/1.73 m<sup>2</sup>未満、心房細動所見あり、治療の有無を問わない）への保健指導の実施

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保健指導の実施

- ・二次健診の導入
- ・増毛町国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施
- ・増毛町立市街診療所長とのケース連絡会議の開催

(参考3) 増毛町健診項目の変遷

健診項目		老人保健法による基本健診(活き生き健診)												特定健診					
		H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
身体 の 大 き さ	身長	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	肥満度	○	○	○	○														
	BMI					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内臓脂肪の蓄積																		
	中性脂肪	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	HDL-C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	GOT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	GPT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	γ-GPT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	尿酸	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血管内皮障害	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	ヘマトクリット	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血色素	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血糖値	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
HbA1c	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
フルクトサミン	○																		
尿酸	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
総コレステロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
LDL-C																			
心臓	心電図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	眼底検査※5才刻み	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
血管変化	クレアチニン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	尿素窒素	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	eGFR																		
	尿蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
尿潜血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
赤血球	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
白血球	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
アルブミン※65才以上																			
健診料金(40才以上対象)		社会保険:1,000円 国保:70才以上:無料												無料					

### 3 糖尿病

#### (1) はじめに

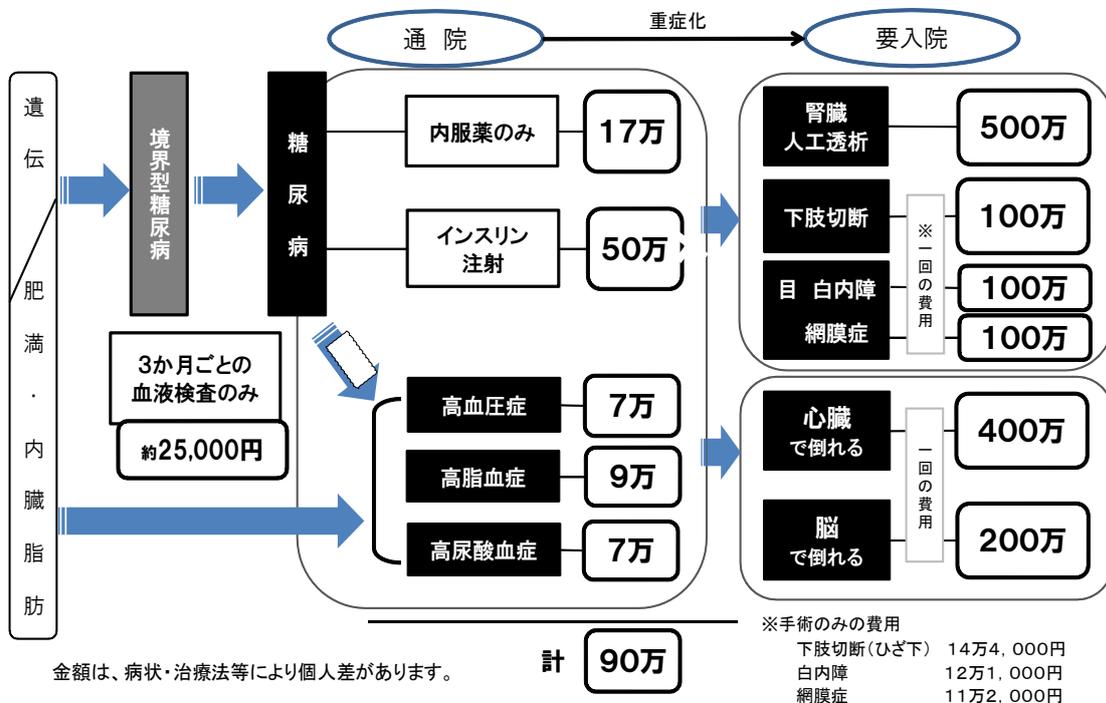
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症によって、生活の質（QOL：Quality of Life）に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、循環器疾患（心筋梗塞や脳血管疾患）の発症リスクを2～3倍増加させることがわかっています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、有病者の増加が加速すると予想されています。

## 糖尿病・・・経済的な影響をみてみました

一年でかかる医療費はいくら？



#### (2) 基本的な考え方

##### ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下（運動不足）、耐糖能異常（血糖値の上昇）で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子です。循環器疾患と同様、危険因子の管理が重要となり、循環器疾患対策が有効になります。

##### イ 重症化予防

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

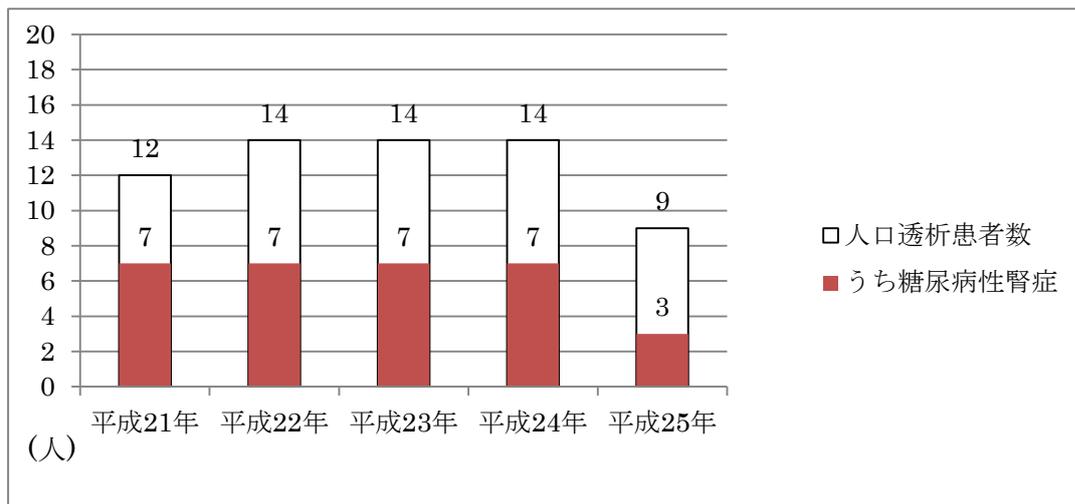
そのためには、まず健診受診者を増やすことが重要となります。それと同時に、糖尿病の未治療や、治療中断によって合併症の発症に至る危険性が高くなることから、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

### (3) 現状と目標

#### ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。町で見ると人数が少ないため、傾向の判断ができませんが、平成21年度から25年度までの5年間で的人工透析患者30人のうち、糖尿病性腎症が原因の方は14人と約半数を占めており、多い状況です。

図1 人工透析患者の推移

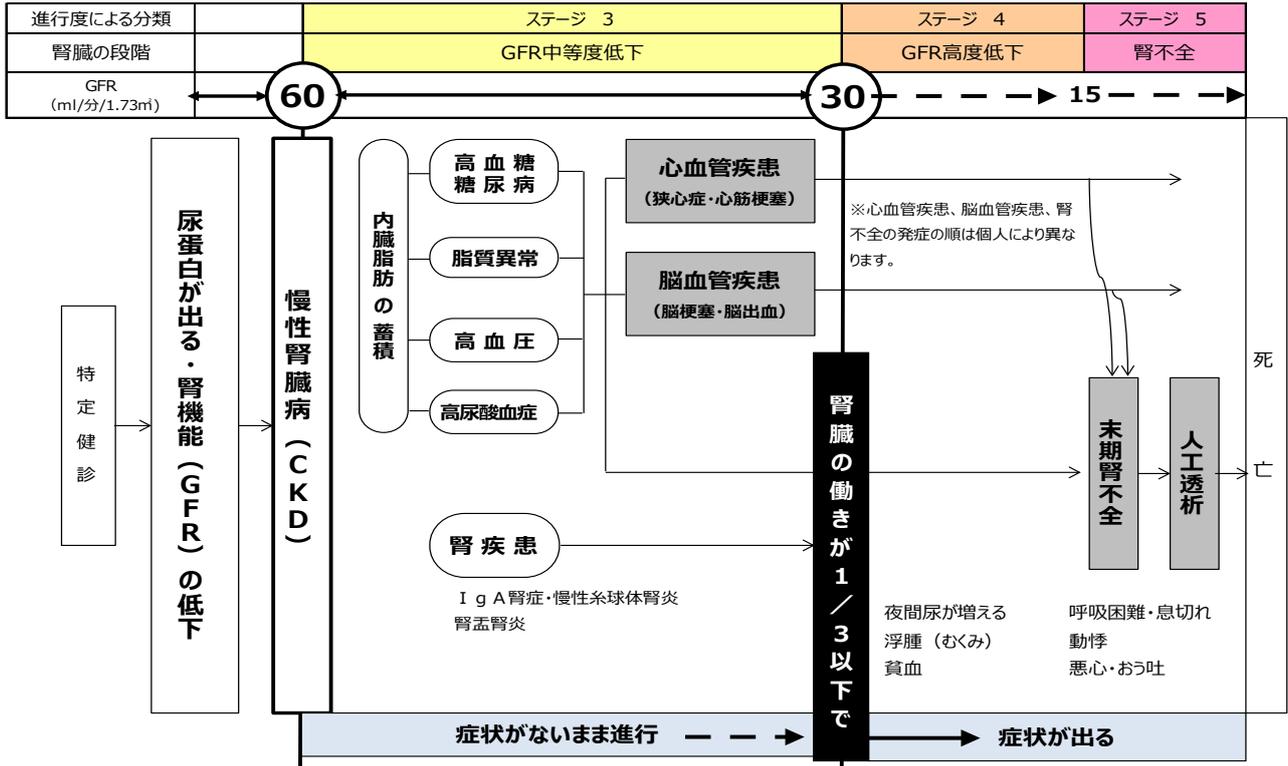


(資料) 町の人工透析者の実態より

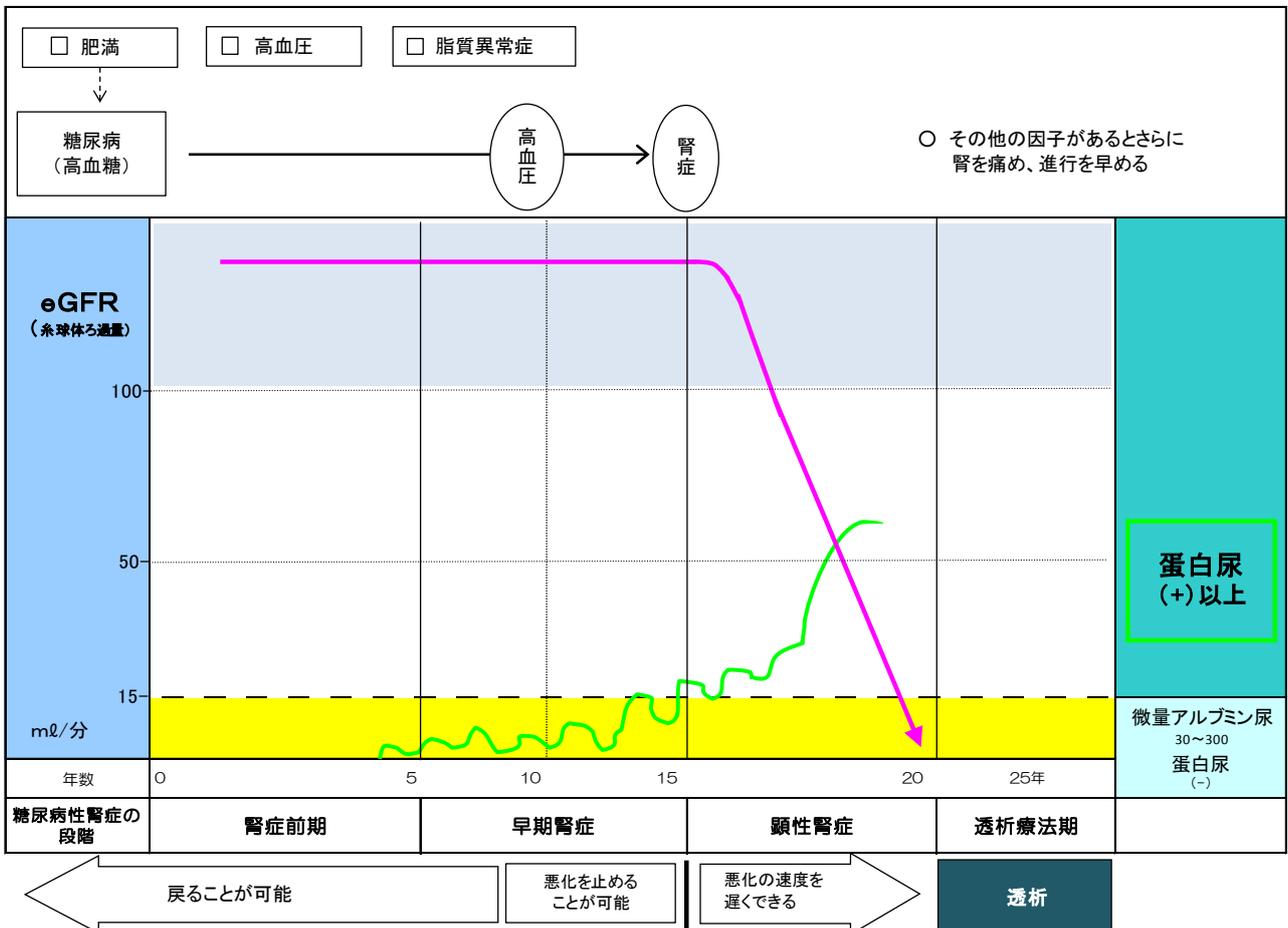
糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間とされています。

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

# 腎臓は悪くなるまで自覚症状は出ません



## 糖尿病性腎症の経過 ~私はどの段階?~



## イ 糖尿病有病者（HbA1c（NGSP）6.5%以上の者）の増加の抑制

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

増毛町の特定健診受診者の結果から、糖尿病が強く疑われる者、糖尿病の可能性を否定できない者の割合をみたところ、40代からすでに糖尿病が強く疑われる人がおり、早期から血糖値を良好に保つことができるよう支援していく必要があります。（図2、3）

図2 糖尿病が強く疑われる者の割合（平成25年度）

「糖尿病が強く疑われる者」の判定

・ HbA1c（NGSP）が6.5%以上、または、質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた者

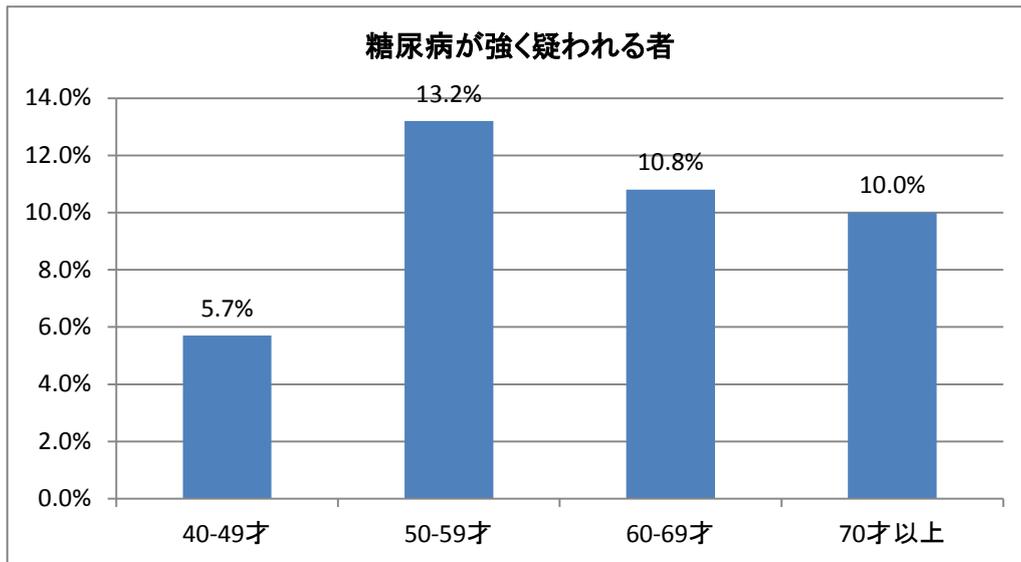
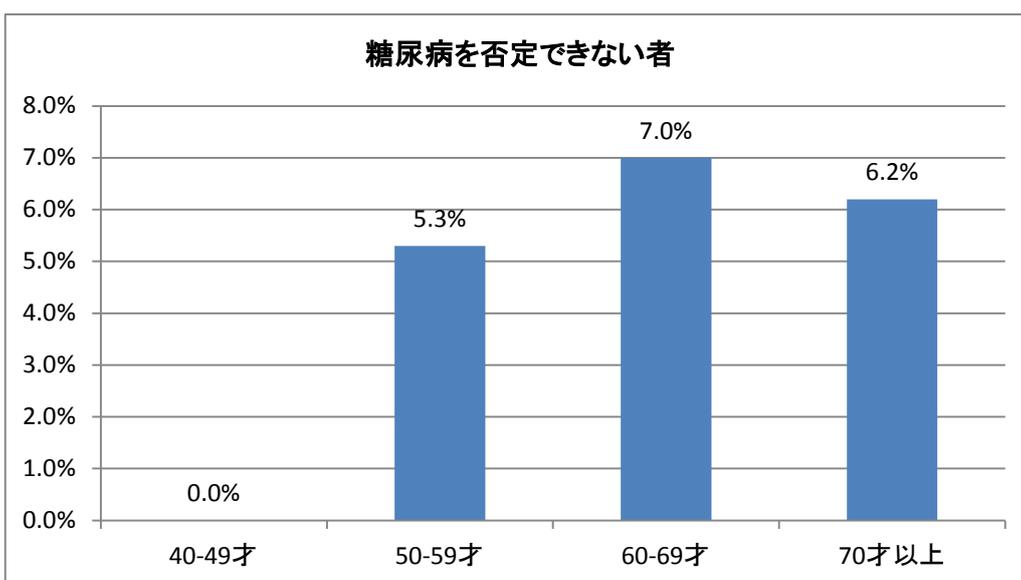


図3 糖尿病の可能性を否定できない者の割合（平成22年度）

「糖尿病の可能性を否定できない者」の判定

・ HbA1c（NGSP）値が6.0%以上、6.4%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者



（資料）平成25年度 増毛町特定健診受診者

## ウ 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

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2013」では、合併症予防の観点から HbA1c7.0%未満を目標値としています。また、HbA1c8.0%を超えると網膜症のリスクが増加するとされており、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%未満を「低血糖その他の理由で治療の強化が難しい場合においても最低限望ましい目標値」と位置づけています。

増毛町では、糖尿病の診断基準である 6.5%以上の人が 1 割近くを占めています。また、合併症の危険が更に大きくなる 8.0%以上の方のほとんどが 8.5%以上と高い値となっています。

表 1 特定健診受診者の HbA1c (NGSP) 値の状況 (年度別)

	受診者	正常						受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下		5.6以上5.9以下		6.0以上6.4以下		6.5以上6.9以下		7.0以上7.9以下		8.0以上		7.4以上(再)		8.5以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H21年	233	55	23.6%	118	50.6%	40	17.0%	8	3.4%	8	3.4%	4	1.7%	7	3.0%	3	1.3%
H22年	250	65	26.0%	126	50.4%	40	16.0%	8	3.2%	7	2.8%	4	1.6%	7	2.8%	3	1.2%
H23年	288	102	35.4%	119	41.3%	42	14.6%	12	4.2%	9	3.1%	4	1.4%	7	2.4%	2	0.7%
H24年	353	83	23.5%	163	46.2%	64	18.1%	21	6.0%	11	3.1%	11	3.1%	19	5.4%	9	2.6%
H25年	360	221	61.4%	89	24.7%	21	5.8%	12	3.3%	11	3.1%	6	1.7%	12	3.3%	5	1.4%

表 2 特定健診受診者の HbA1c (NGSP) 値の状況 (平成 25 年度・年齢別)

	受診者	正常						受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下		5.6以上5.9以下		6.0以上6.4以下		6.5以上6.9以下		7.0以上7.9以下		8.0以上		7.4以上(再)		8.5以上(再)	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40-49才	35	30	85.7%	4	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	1	2.9%	2	5.7%	0	0.0%
50-59才	38	22	57.9%	9	23.7%	2	5.3%	1	2.6%	3	7.9%	1	2.6%	3	7.9%	1	2.6%
60-69才	157	94	59.9%	40	25.5%	11	7.0%	6	3.8%	4	2.6%	2	1.3%	5	3.2%	2	1.3%
70才以上	130	75	57.7%	37	28.5%	8	6.2%	5	3.9%	3	2.3%	2	1.5%	2	1.5%	2	1.5%

平成 25 年度特定健診受診者の糖尿病治療状況をみると、治療中にも関わらず合併症予防目標値の 7.0%を超える人、さらには最低目標である 8.0%を超える人が多くいることがわかります。このことから、治療中の方にもコントロールを良好に保つため、食事や運動などの生活改善に向けた支援が必要であると考えます。

表 3 特定健診受診者の糖尿病治療状況 (H25 年度)

HbA1c (NGSP)	受診者	糖尿病治療の有無			
		治療中		治療なし	
		人	%	人	%
5.5以下	221	0	0.0%	221	100.0%
5.6以上5.9以下	89	4	4.5%	85	95.5%
6.0以上6.4以下	21	4	19.1%	17	81.0%
6.5以上6.9以下	12	7	58.3%	5	41.7%
7.0以上7.9以下	11	8	72.7%	3	27.3%
8.0以上	6	4	66.7%	2	33.3%

もし、医師に

「まだ薬を飲むほどではない。」  
「食事と運動に気をつけてください。」

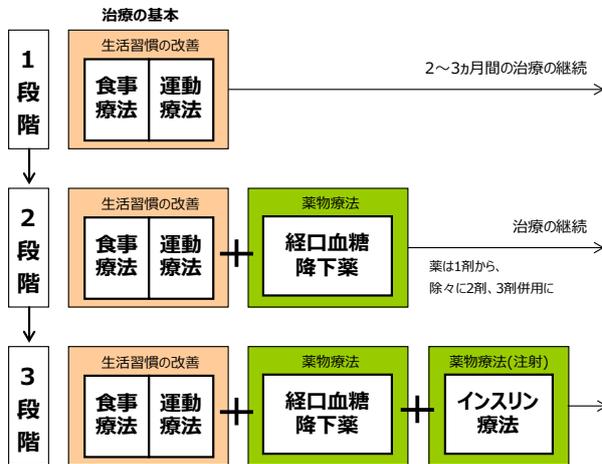
と言われたら…

私は…

「大したことはない」  
「まだ糖尿病ではないんだな」

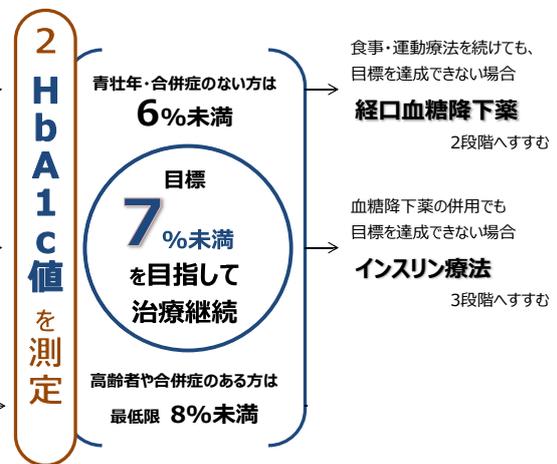
とっていて良いでしょうか？

### 1 糖尿病治療には段階があります



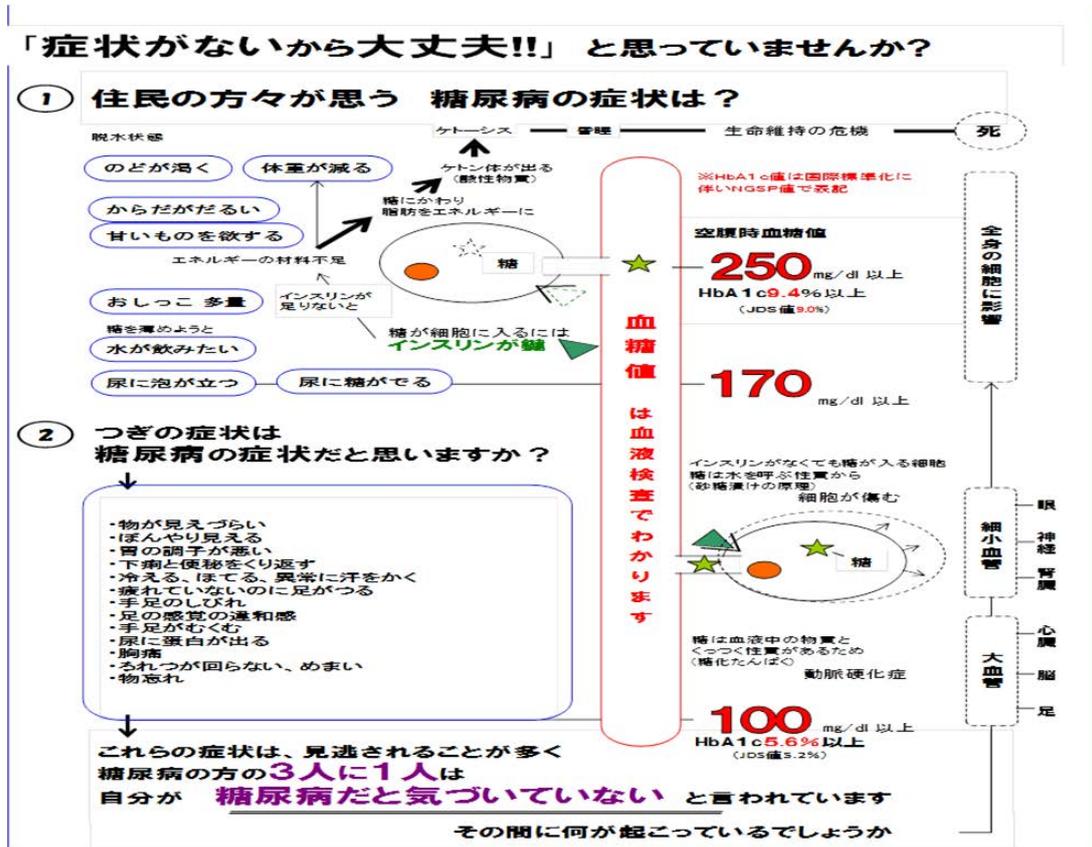
- 1) 1型糖尿病の疑い、糖尿病昏睡、重症な肝障害・腎障害、妊娠などインスリンの絶対適応が考えられる場合は糖尿病専門医に紹介される。  
2) HbA1c8.4%以上が持続する場合は、積極的に早期インスリン治療導入を考慮する。

### 3 目標を達成できない場合は



(参考)「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013」  
「糖尿病標準診療マニュアル(第7版)」2013年4月1日

また、「糖尿病は痩せてくる病気だと聞いた。まだ痩せていないので大丈夫だ」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。早い段階で血糖値の異常に気づくには、血液検査で血糖値及びHbA1cを調べる必要があります。表3より、HbA1cが受診勧奨値を超えていても受診していない人も少なくありません。早期に医療につなげていくためにも、特定健診受診率を上げていくことが必要です。



糖尿病は **早期診断** が予後に大きく影響 します

- ・ 糖尿病になっていることに気づかず、治療のタイミングが遅れる
- ・ 自覚症状が出たときには、すでに様々な合併症を発症していることが多い

そのため

注意1

- ① 経口ブドウ糖負荷試験
- ② インスリン分泌指数の測定 が重要とされています

糖尿病専門医が考える

①②の検査を行うことが望ましい方は  
下の1~5のいずれかに当てはまる方です  
(将来糖尿病の発症リスクが高い方)

	2010年7月1日~ 新しい糖尿病の診断基準	(参考) これまで
1 空腹時血糖値	<b>100 ~ 109 mg/dl</b>	110~125 mg/dl
2 随時血糖値		140~190 mg/dl
3 ヘモグロビンエーワンシー HbA1c値	<b>5.6 ~ 5.9 %</b> (JDS値 5.2~5.5%)	6.0~6.4 % (JDS値 5.6~6.0%)
4 他の健診結果	現在糖尿病ではなくても、 <b>高血圧や脂質異常症など 動脈硬化のリスクを持つ方</b>	
5 家族歴	濃厚な <b>糖尿病家族歴</b> がある方	

[注意1] ただし、すでに「糖尿病と診断されている方」は  
経口ブドウ糖負荷試験は保険適応外となります。

## 工 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。

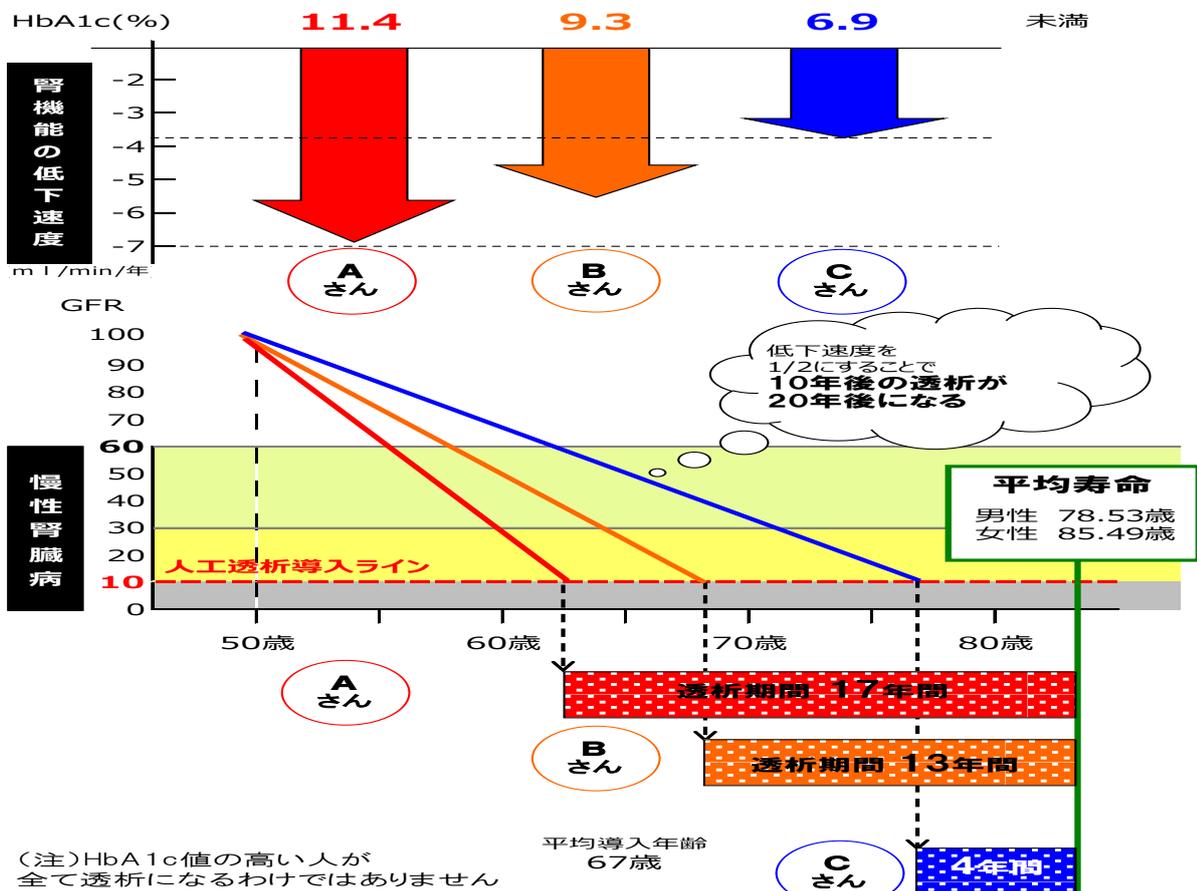
図4 糖尿病治療状況の推移

(NGSP値)

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	
H21	233	55人 23.6%	118人 50.6%	40人 17.0%	20 8.6%	11 55.0%	9 45.0%	8.6%
					12 5.2%	6 50.0%	6 50.0%	5.2%
H22	250	65人 26.0%	126人 50.4%	40人 16.0%	19人 7.6%	8 42.1%	11 57.9%	7.6%
					11 4.4%	4 36.4%	7 63.6%	4.4%
H23	288	102人 35.4%	119人 41.3%	42人 14.6%	25人 8.7%	13 52.0%	12 48.0%	8.7%
					13 4.5%	4 30.8%	9 69.2%	4.5%
H24	353	83人 23.5%	163人 46.2%	64人 18.1%	43 12.2%	18 41.9%	25 58.1%	12.2%
					22 6.2%	6 27.3%	16 72.7%	6.2%
H25	360	221人 61.4%	89人 24.7%	21人 5.8%	29 8.1%	10 34.5%	19 65.5%	8.1%
					17 4.7%	5 29.4%	12 70.6%	4.7%

特定健診受診者における糖尿病治療をしている人の割合は増加傾向にあります。未治療の人を医療につなげることはもちろん、治療を継続し良好なコントロールができるような保健指導が重要となります。そのためには、生活習慣の改善と合わせて医療関係者との連携が必要だと考えます。

## HbA1c値によって腎機能の低下速度が違います



#### **(4) 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）**

##### **ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策**

- ・ 健康診査結果に基づく住民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
  - 特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
  - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、健康教育の実施
- ・ 二次健診の導入
- ・ 医療関係者との連携
  - 町立市街診療所長との個別ケース会議の開催

## 4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

### （1）はじめに

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道（気管支）や酸素の交換を行う肺（肺胞）などに障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで、息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。

かつて、慢性気管支炎（咳や痰の症状が長期間にわたり続く状態）や肺気腫（炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態）と言われていた疾患が含まれます。

COPDの90%以上に長期間にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」「タバコ肺」ともいわれています。

### （2）基本的な考え方

COPDの原因の90%はタバコ煙であり、喫煙者の約20%がCOPDを発症するとされます。COPDの発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高いとされています。

また、COPDは「肺の炎症性疾患」と位置付けられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患が多く、COPDの抑制はこれらの疾患の低減効果も期待されています。

COPDという疾患は、国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから、十分に認知されていません。COPDの診断が遅れ、治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下することも多く、酸素療法が必要な段階まで悪化して外出が不自由となり、寝たきりに近い生活に追い込まれることで、支える家族の負担も大きい病気です。そのため、COPDという疾患の認知率を高めていく必要があります。

### （3）現状と目標

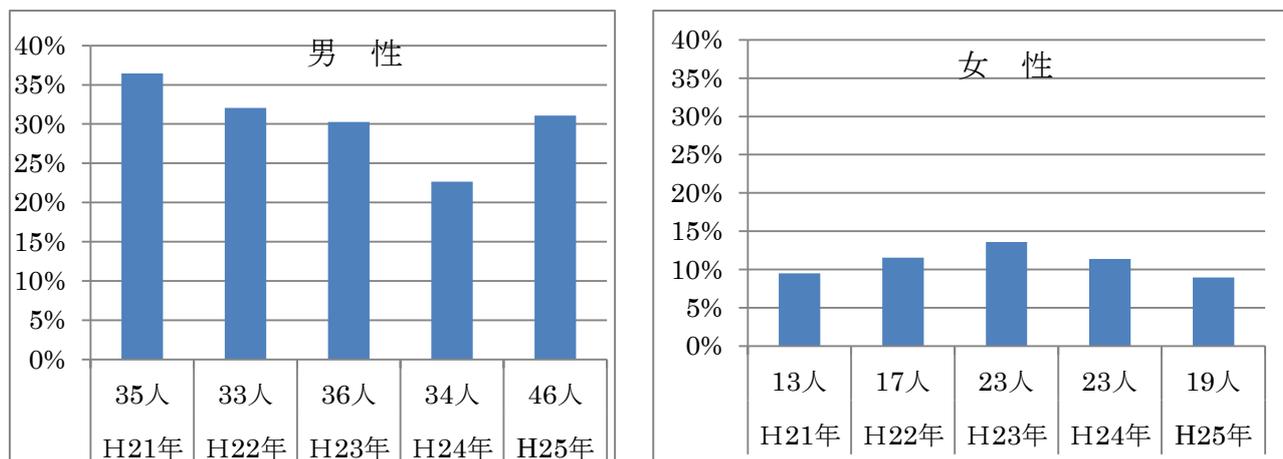
#### ア 発症予防

COPDの最大の発症リスクである喫煙に関する実態について、増毛町国民健康保険特定健診受診者の喫煙率推移でみると、男女とも全体的に減少傾向でしたが、平成25年度に男性が上昇しており、経過を見ていく必要があります。（図1）喫煙率は18.5で、国14.1、道17.6と比較しても高い状況です。

（KDBシステム「地域の全体像の把握」H25年度累計より）

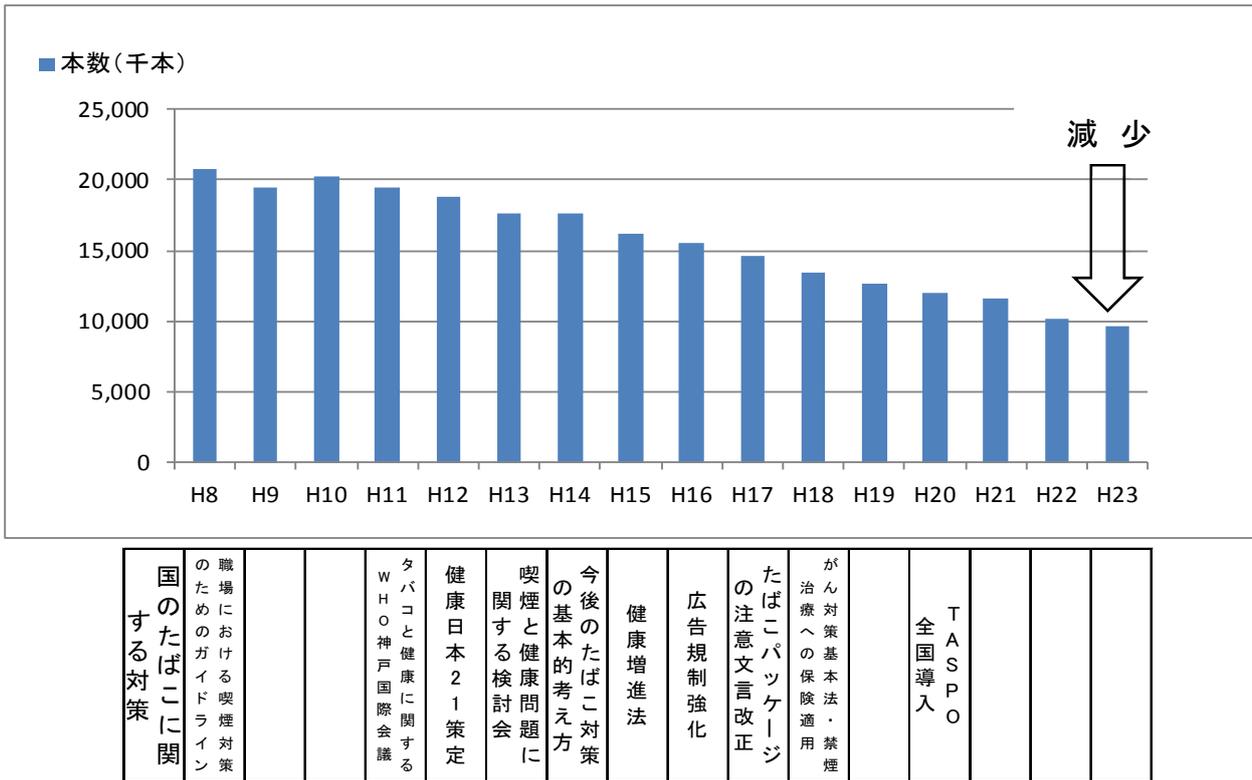
また、町内のタバコ販売本数は年々減少し、平成8年度から平成23年度を比較すると約50%以上減少しています。（図2）

図1 喫煙者の推移



～特定健診問診票（集団健診）より

図2 増毛町のタバコ販売本数推移



## イ 重症化予防

COPDは禁煙による予防と薬物等による治療が可能な疾患であり、早期発見、早期治療が重要です。

表1 被保険者千人当たりレセプト件数(入院) KDBシステム疾病別医療費分析平成25年度累計より

	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	肺気腫	間質性肺炎	気管支喘息
増毛町	0.000	0.131	0.000	0.000
北海道	0.020	0.047	0.056	0.113
国	0.022	0.038	0.062	0.085

被保険者千人当たりのレセプト件数(入院)から呼吸器疾患の受診状況を見ると、肺気腫での入院件数が国・道と比較して高い状況にあります。外来においては、肺気腫 2.164 と、国 0.706 道 0.768 と比較しても高い状況となっており、COPD患者は多くが潜在している状況と予想されます。

呼吸器機能障害者の実態をみると、在宅酸素療法を実施している12人のうち、肺気腫5人、COPD4人、間質性肺炎3人となっています。

今後喫煙率を低下させる対策が必要です。

### (4) 対策

#### ア COPDの認知度の向上

- ・ 種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

#### イ 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

#### ウ 禁煙支援の推進

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

## 5 次世代の健康

### (1) はじめに

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

増毛町子ども・子育て支援事業計画との整合性を図り、今回、健康ましけ21計画の対象が乳幼児期からライフステージに応じた全町民であることから、これから父母になる思春期世代から胎生期（妊娠期）を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置付けます。

### (2) 基本的な考え方

#### ア 生活習慣病予防

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008年）も提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要です。

#### イ 生活習慣の確立

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

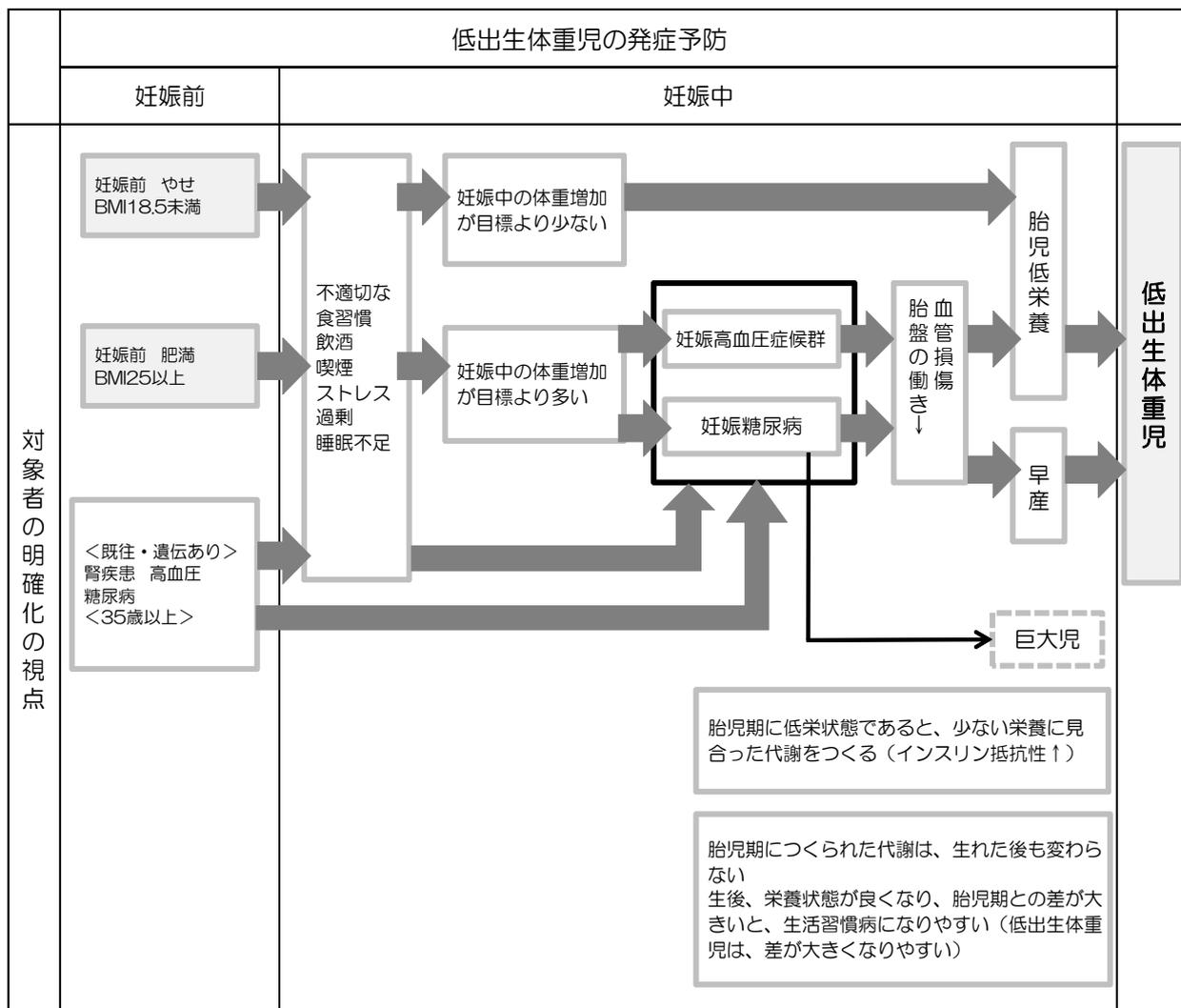
また子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20歳代の女性のやせ、肥満の減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

### (3) 現状と目標

#### ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

図1 低出生体重児の予防の流れ



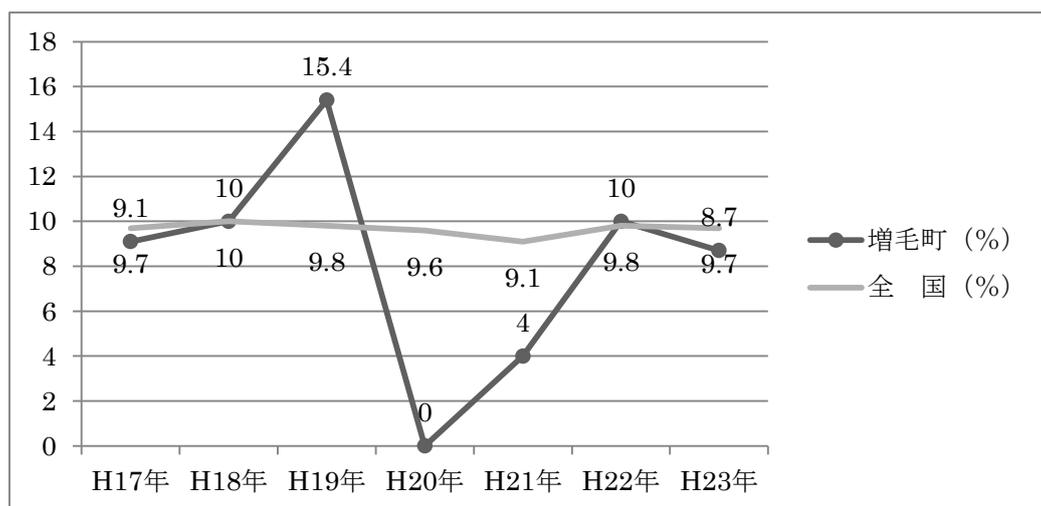
低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで儉約遺伝子によって作られた体（体質）と、生まれてからの環境（過剰な栄養摂取など）が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

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

増毛町における低出生体重児の割合は、対象数が少ないためその年により割合の変動が大きいです。平均すると8.3%であり、全国平均よりは低い状態と言えます。（図2）

低出生体重児の予防のために、ハイリスクとなる妊娠期の実態をとらえ、妊婦への支援を行うとともに、出生後は生まれた子どもの将来の生活習慣病予防についての支援が必要と考えます。

図2 増毛町の低出生体重児の推移



① 出生週数と胎児の発育

低出生体重児の子の出生週数をみると、正期産にもかかわらず低体重であった子が 41.7%でした。この子たちは胎内において何らかの要因で十分発育ができなかったと考えられます。妊婦の背景をみていくことが必要です。(表1)

表1 低出生体重児、発育不全児の出生週数(平成 21～25 年度)

		人数	正期産		早産		再掲) 早産内訳		
			37 週以上		37 週未満		31 週未満	32-36 週	
			人数	割合	人数	割合	人数	人数	
出生		132	122	92.4%	10	7.6%	1	9	
出生体重 (再掲)	出生体重 2500g 未満	12	5	41.7%	7	58.3%	1	6	
	2500g 未満 の内訳	1000-1499g	1	0	0.0%	1	100.0%	1	0
		1500-1999g	1	0	0.0%	1	100.0%	0	1
		2000-2499g	10	5	50.0%	5	50.0%	0	5
胎児発育 (再掲)	SFD 児 (出生時の身長体重が在胎週数の標準の 10%未満の発育不全)	4	3	75.0%	1	25.0%	0	1	

② 母の妊娠前の体格と出生児の体重

体格がやせ(BMI18.5 未満)の女性は低出生体重児を出産するリスクが高いと言われています。やせの割合は 13.0%と全国(19.6%)より低い状態です。

低出生体重児を出産した母の体格をみると、適正体重が大半ですが、やせと肥満では、肥満のほうが割合が高くなっています。体格が肥満の妊婦については、妊娠高血圧症候群などのリスクが高く、発症すると胎児の発育に影響するため、予防が必要です。肥満妊婦の割合は 17.9%と全国(8.3%)の約2倍と高い状態です。

表2 妊娠前の体格と児の出生体重

	妊娠前の体格 (BMI)						
	やせ		適正体重		肥満		
	18.5 未満		18.5～25 未満		25 以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
増毛町 (平成 21 年以降出産の母 123 人)	16	13.0%	85	69.1%	22	17.9%	
全国 (平成 22 年乳幼児身体発育調査)		19.6%		72.0%		8.3%	
再掲	低出生体重児	1	9.1%	8	72.7%	2	18.2%
	正常・巨大児	15	13.4%	76	67.8%	21	18.8%

③ 母の妊娠中の体重増加量

胎児が発育するためには、妊娠前の体格(BMI)に合った目標体重増加量に、母が体重を増やす必要があります。母の妊娠中の体重増加量の状況を見ると、目標体重より少なかった人は 15.0%でした。特に妊娠前に体格がやせの母を見ると、33.3%が目標体重より少なく、体重が増えていませんでした。(表3)

体重が増えない背景には、食事が1日2食であったり、食事内容がご飯などの糖質中心で偏りがあるなど、妊娠期に必要な栄養が摂れていない実態がみえてきました。

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

表3 妊娠中の体重増加量と妊娠前の体格

妊娠前の BMI		(参考値) 目標体重 増加量	目標体重より 少ない		目標体重 以内		目標体重より 多い		合計
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
出生 120 人 (H21 年度以降生まれでデータのある者)			18	15.0%	55	45.8%	47	39.2%	120
再掲	やせ	BMI18.5 未満 9~12 kg	5	33.3%	6	40.0%	4	26.7%	15
	適正 体重	BMI18.5～25 未満 7~12 kg	10	11.9%	46	54.8%	28	33.3%	84
	肥満	BMI25 以上 6~8 kg	3	14.3	3	14.3	15	71.4	21
再掲	低出生体重児の母		4	36.3%	5	45.5%	2	18.2%	11

④ 妊婦健康診査の結果

妊娠高血圧症候群は、胎盤から胎児への血流が悪くなり胎児の発育が障害される危険が高くなります。低出生体重児の母の状況を見ると、妊娠高血圧症候群(疑いを含む)の方はいませんでしたが、妊娠高血圧症候群を予防することは低出生体重児の予防にとって重要です。

また、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した母は、将来の生活習慣病の発症リスクが高いと言わ

れています。このような母にとって妊娠で増加した体重が出産後も戻らず肥満になることは、40歳代以降に生活習慣病を発症する危険がさらに高くなります。リスクの高い母に対して、体重を戻すなどの生活習慣改善への働きかけと、健康診査を勧奨しからだの状態を確認することは、生活習慣病の発症予防のために重要です。(表4)

表4 妊婦健診の結果

		妊娠高血圧症候群		妊娠糖尿病	
		(疑い含む)		尿糖 2+、血糖異常 などの疑い含む	
出生 132 人		1	1.5%	2	1.5%
再掲	低出生体重児 11 人	0	0%	1	9.1%

⑤ 生活習慣(飲酒・喫煙)の状況

妊娠中の喫煙、飲酒は胎児発育不全の危険因子と言われています。

飲酒は確認されていませんが、喫煙が全国と比較してかなり高く、妊婦の5人に1人が喫煙している状況です。北海道の女性の喫煙率(22.0%、国民生活基礎調査 2010 年)に準ずるものがあり、妊娠しても喫煙を継続していることがわかります。妊婦の喫煙は胎児の発育不全だけでなく、出生後も子どもの喘息等の疾患にも影響を与えると考えられるため、禁煙の必要について妊婦に伝えていく必要があります。

表5 飲酒・喫煙の状況

	増毛町 (平成 21 年度以降出生データのある者)	全国 (平成 22 年乳幼児身体発育調査)
飲酒	0%	8.7%
喫煙	20.5%	5.0%

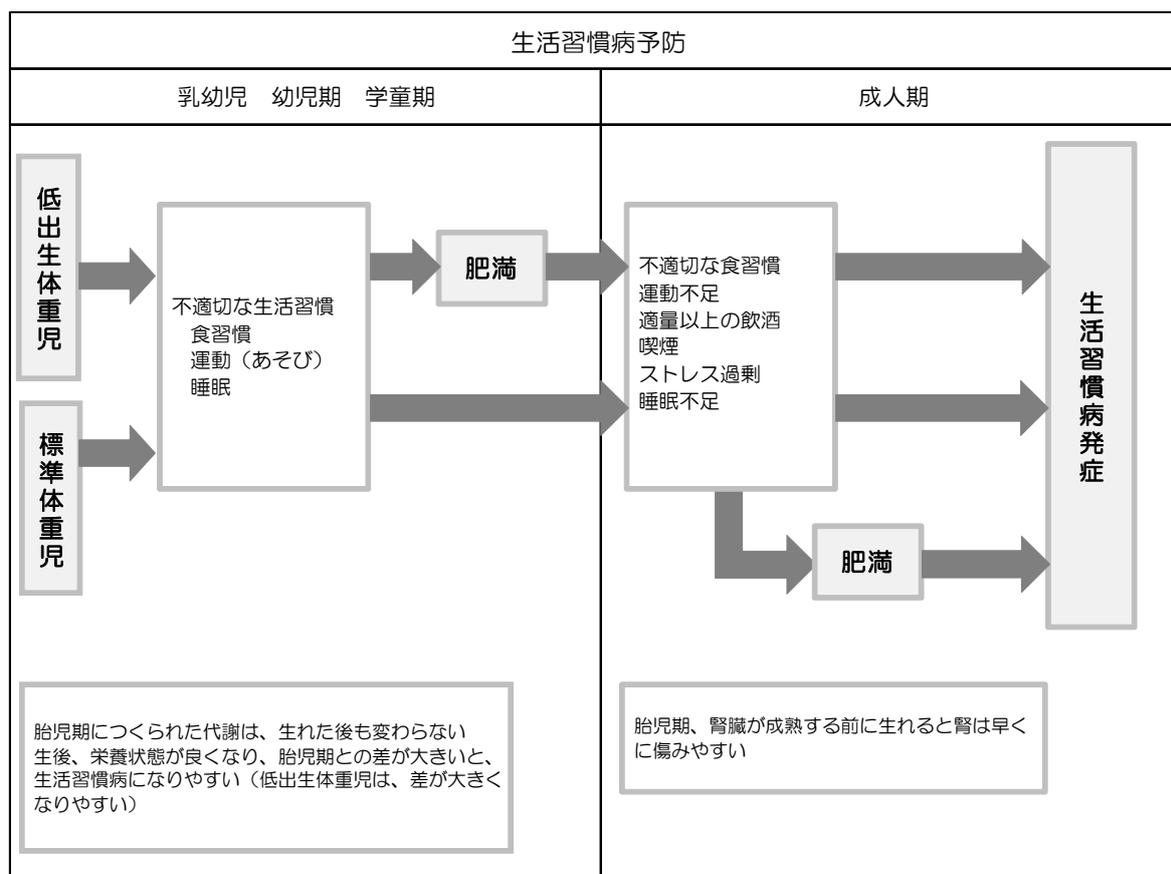
⑥ 妊婦の食生活

妊娠各期に必要な栄養を摂取することは、母体の血液を作り、胎盤をとおして栄養を送り胎児が発育していくために重要です。

栄養の偏りや過剰な摂取は、体重の増加過剰や妊娠糖尿病などにつながる危険があります。また、妊娠中の栄養が不足すると、胎児が低栄養の環境におかれて十分に発育できないだけでなく、儉約遺伝子が機能し、インスリン抵抗性など代謝が変化するため、出生後も肥満や生活習慣病の危険が高くなります。胎児が十分に発育し、母体の健康も維持できるために、妊娠期の食事について妊婦と学習していく必要があります。

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

図3 出生から生活習慣病予防の流れ



① 幼児期の肥満

子どもの肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になる確率が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

特に低出生体重児の場合は将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し15%以上、学童では同じく20%以上の体重の場合をいいます。

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

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

平成23年度に行った1歳6か月児健診で21.7%、3歳児健診で7.4%の子どもに、小児肥満の状態がみられました。7名のうち3名に、母の妊娠中に高血糖の問題がみられており、妊娠中の健康管理とともに、今後肥満の状況がどうなっていくか経過観察していくことが重要です。

表6 平成23年度 1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査 結果

	総数	肥満		適正体重		やせ	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	23人	5人	21.7%	18人	78.3%	0人	0.0%
3歳児健康診査	27人	2人	7.4%	24人	88.9%	1人	3.7%



表7 肥満度 15%以上の1歳6か月児・3歳児(出生からの体格変化)

年齢	性	子どもの体格				出生時			母の妊娠前・中の状態	
		3歳	1歳6か月	9~10か月	4~5か月	出生	在胎	胎児	妊娠前	母の妊娠中
		肥満度 15%以上	カウプ指数 19以上肥満	体重	週数	胎児	BMI	の状態		
1歳6か月児	男	13.2	17.0	21.0	21.8	3,366	39週		不明	
	男	10.3	15.1	19.3	19.1	3,359	40週		不明	
	男	4.3	15.7	18.1	17.2	3,220	40週		33.1	血糖正常高値
	女	17.2	17.3	18.8	17.3	3,250	40週		21.9	
	男	49.7	19.9	19.8	21.2	3,110	39週		不明	妊娠糖尿
3歳児	女	15.3	不明(転入)							
	女	15.5	18.2	18.3	17.8	2,946	38週		18.3	妊娠糖尿、尿糖 5+

(注1)アディポシティ・リバウンド

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

② 学童の状況

増毛町内の小学5年生、中学2年生の身体計測結果から肥満とやせの状況は、小学5年生の13.9%及び中学生の3.1%に肥満がみられます。次世代の身体作りとして重要な課題であるやせは、小学5年生0%、中学2年生3.1%でした。(表8) 6~17歳の肥満傾向児の出現率についてみると、北海道は全国に比べて2~3%高い傾向で、男児により強い傾向がみられています。(表9) 肥満の状況をライフステージ毎で見えていく必要があります。

表8 平成26年 増毛町小学生・中学生身体計測結果

	(人)	肥満	肥満ぎみ	標準	やせぎみ	やせすぎ
小学5年生	36	13.9%	11.1%	63.9%	11.1%	0.0%
中学2年生	32	3.1%	3.1%	59.4%	31.3%	3.1%

表9 平成25年度肥満傾向児の出現率(学校保健統計調査)

(%)	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳
北海道	2.35	6.89	8.53	9.52	11.01	12.10	14.57	13.45	10.53	9.91	12.66	11.47	9.41
全国	2.43	4.05	5.42	6.80	8.26	9.47	9.37	9.62	8.42	7.85	9.58	9.07	9.35

## イ 健康的な生活習慣（栄養・食生活・運動）を有する子どもの割合の増加

### （ア）小児肥満の実態

健やかな身体とこころを育てるためには、食事を楽しい時間にとすることと、子どもの成長発達に合わせた適切な栄養摂取が重要です。

平成 25 年度乳幼児健診時等の聞き取りによると、食事内容の偏りや、水分補給にイオン飲料や清涼飲料水を飲んでいる、スナック菓子や飴等をおやつとして食べているといった現状がありました。乳幼児健診や乳幼児相談時の栄養相談では、適切な栄養を摂取することを目指し、1日の食事量の目安の提示、空腹を感じた状態で食事をする、おやつは補食として考え3回の食事に影響が少ないものを選ぶなどの学習を「子どもノート」を教材として使い、保護者と行っていきます。

小児期の肥満の7割が成人期の肥満に移行すると言われます。食事、運動、生活リズムなどの生活習慣、妊娠中の状態（子宮内低栄養）、肥満関連遺伝子、その他複数の要因が重なっておこります。

子どもの生活習慣は関わる大人の影響が大きいことから、妊娠中や出生直後の早い時期から、定期的に健康的な生活習慣の重要性を理解し、家族ぐるみ、地域全体でよりよい生活習慣の確立をめざすことが、小児の健康な成長を促し、肥満を防ぐ事につながります。

### （イ）学童の実態

#### ① 朝・昼・夜の3食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

平成 22 年度の小学 1～3 年生の子育てアンケートの結果(増毛町次世代育成支援行動計画)からは、毎日朝食を食べている児童は 95%で、週 1～2 日食べないが 4%、週 3～5 日食べないが 2%でした。

食習慣にとって重要な生活リズムの実態把握も含め、食育と連動した対策が望まれます。

#### ② 共食の増加（食事を一人で食べる子どもの割合の減少）

平成 24 年度の児童生徒の食生活に関する調査報告書（北海道教育委員会）から、北海道において家族全員もしくは家族の誰かと夕食を食べている割合は、小学生 88.2%、中学生で 83.9%で、全国より 0.9%低い状況でした。

#### ③ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加

平成 26 年度体力・運動能力、運動習慣等調査（北海道教育委員会）の結果から、握力などの実技においては、北海道は小学校・中学校の男女いずれも全国平均を下回っていました。増毛町においては、小学校男女ともに、握力と 50m 走が全国平均を上回りました。中学校男子は全国平均を上回った種目はありませんでした。また、小学校の男女いずれも「運動が得意」と回答した児童の割合は、全道・全国よりも多いです。中学校の男女いずれも「部活動に加入している」と回答した生徒の割合は、全道・全国よりも多いです。

増毛町内には、サッカー、スキー、野球、水泳、バレー、剣道のスポーツ少年団があり、100 名超の児童が活動しています。

#### ④ 未成年の飲酒をなくす

未成年者の飲酒が好ましくないのは、未成年者の身体は発達過程にあるために体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいためです。

平成 22 年厚生労働科学研究費による研究班の調査では、中学 3 年生 男子 10.5%、女子 11.7%・高校 3 年生 男子 21.7%、女子 19.9%です。(調査前 30 日間に 1 回でも飲酒した者の割合)

未成年者飲酒禁止法や未成年者に対する飲酒悪影響を踏まえ、未成年者の飲酒を防止することが必要です。

#### ⑤ 未成年者の喫煙をなくす

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことがわかっています。また、家庭や学校等での受動喫煙防止対策も重要です。

平成 22 年厚生労働科学研究費による研究班の調査で、中学 1 年生 男子 1.6%、女子 0.9%・高校 3 年生 男子 8.6%、女子 3.8%と、前回の調査より改善傾向が認められています。

### (4) 対策

#### ア 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取組みの推進

- ・ 妊産婦～妊婦健診の実施、実態把握に基づいた学習の推進
- ・ 肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施

#### イ 健康な生活習慣の確立のための取組みの推進

- ・ 妊産婦～妊産婦相談において自分のからだに合わせた生活習慣（食事など）の学習の推進  
禁酒・禁煙学習の推進
- ・ 乳幼児～各種健診や相談を通じ、適正体重の維持のために栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習
- ・ 保健所が実施する未成年者の飲酒、喫煙の実態把握や禁酒、禁煙予防活動を推進

## 第2節 生活習慣の改善

### 1 栄養・食生活

#### (1) はじめに

厚生労働省がおこなっている国民健康・栄養調査で、平成24年は脂質エネルギー比25.6%、炭水化物エネルギー比59.7%という結果が出ました。この調査は戦後間もない昭和20年12月から行なわれ、当時は脂質エネルギー比8.7%、炭水化物エネルギー比78.0%という結果でした。

足りない栄養素を補うため、昭和31年頃から『1日1回の油を』というスローガンとともにフライパン運動が始まり、油を使うことが身近になってきました。その後の高度経済成長期も拍車をかけ生活は一変し、外国からの影響もあり、嗜好に働きかける炭酸飲料や清涼飲料水、簡単に食べられるファストフード店、調味料としてのマヨネーズはあっという間に普及していきました。しかし、どれも脂質や糖質の多い食品であったため、その裏では成人病（現代の生活習慣病）の増加がすでに危惧されていました。

その後もより便利により美味しく、インスタント食品やコンビニエンスストアが急増し、核家族化している現代で、それらは当たり前存在し、生活の一部になっています。このような時代の中で、食習慣は多様化しています。（図1）

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

増毛町でも地域特性や社会環境が相まって地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。生活習慣病予防の実現のためには増毛町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

#### (2) 基本的な考え方

##### ア 発症予防

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

個々人のライフサイクルを考慮しながら健診結果を読み解き、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援します。（図2）

##### イ 重症化予防

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

図1 食糧事情と食産業、摂取栄養素の変遷

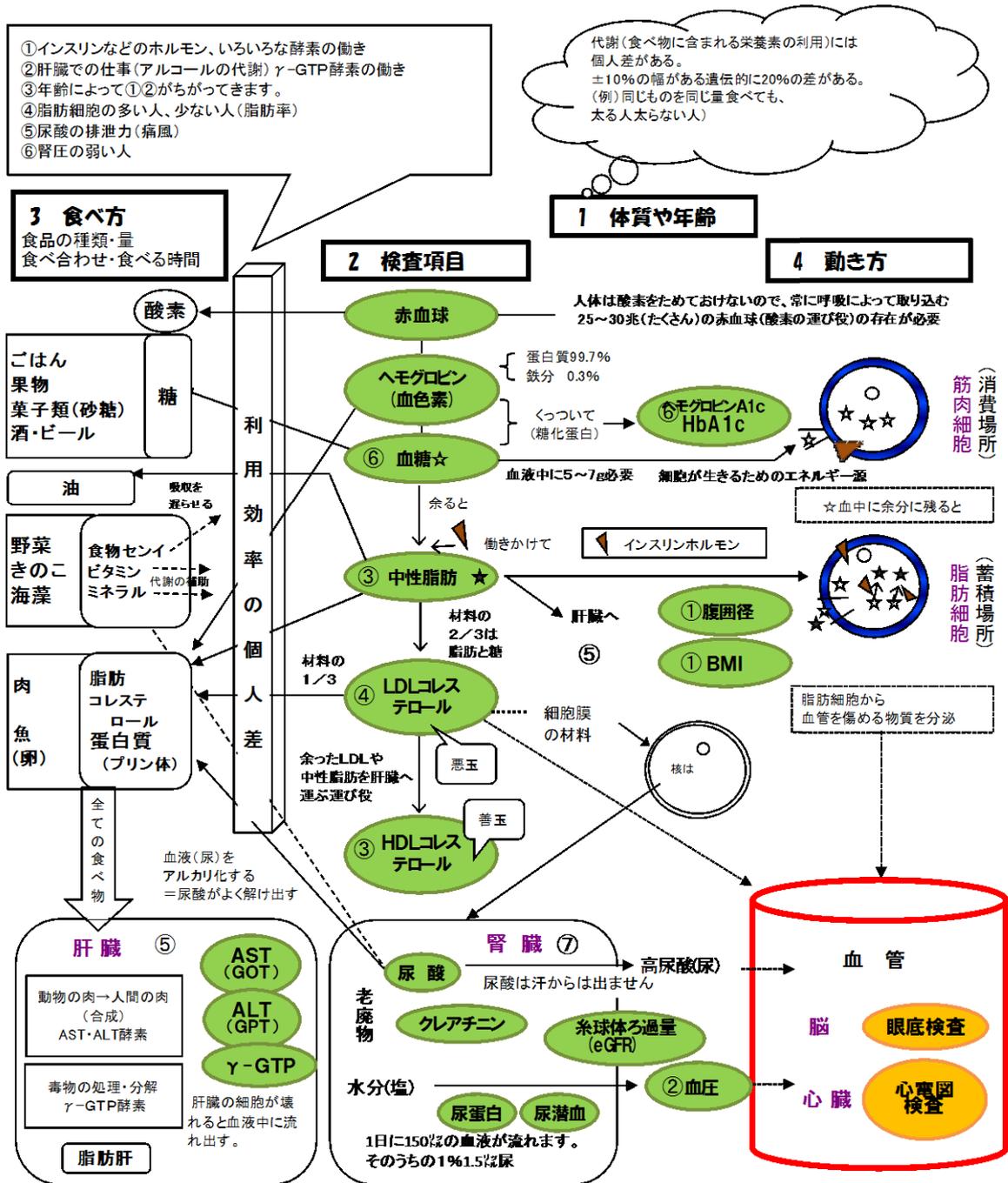
和暦	西暦	歳	食糧事情 (参考)	エネルギーの 栄養素別構成比 (国民健康・栄養調査)		食産業 (消費・生産量等の推移) 各種統計データより												
				脂 質 比率 (基準25%)	炭水化 物 比率 (基準60%)	年間1人当たり 消費量		生産量 年間(万 KL)		ファーストフード 店舗数		コンビニストア 店舗数						
						マヨネーズ	清涼飲料水	マクドナルド	全店	セブンイレブン	全店							
昭 27	1952	60	学校給食法公布施行令 全国的に学校給食推進運動展開															
30	1955	57		8.7%	78%													
31	1956	56	スーパーマーケット誕生															
33	1958	54	日清チキンラーメン															
34	1959	53	冷蔵庫・タイ付電気釜販売															
35	1960	52		10.6%	76.1%	151g		6万										
			フライパン運動(1日1回油を) スーパーマーケット急増 かっぱえびせん発売															
40	1965	47		14.8%	72.1%													
			缶入りコカ・コーラ販売															
43	1968	44	冷蔵庫普及92.5%															
44	1969	43																
45	1970	42		18.9%	67.1%	1,090g	7倍	35万	6倍	ハンバーガーショップ誕生 ケンタッキーフライドチキン ファーストフード店出現			コンビニ登場					
46	1971	41	カップヌードル															
47	1972	40																
48	1973	39																
49	1974	38																
50	1975	37	健康食品ブーム								100店			69店				
52	1977	35	ホカホカ弁当登場 グルメ・食べ歩き番組の放送															
60	1985	27		24.5%	60.4%			70万	12倍	500店								
			宅配ピザ															
平 1	1989	23	野菜果物その他食料品の輸入増加															
2	1990	22		25.3%	59.2%	1,717g	11倍	110万	18倍									
3	1991	21	冷凍食品・調理食品急増															
7	1995	17		26.5%	57.6%						1,482店	15倍						
			テレビ番組 (からだによい食品紹介)															
11	1999	13				1,895g	12.5倍											
12	2000	12	テレビ番組 (健康食品の紹介、販売)					160万			3,598店	36倍	8,000店	8,602店	125倍			
13	2001	11																
14	2002	10																
15	2003	9		25.0%	60.0%								14,000店					
16	2004	8						175万	30倍									
19	2007	5		25.8%	59.3%													
21	2009	3											16,000店					
22	2010	2		25.2%	60.0%									13,232店	190倍	40,000店		
23	2011	1																
24	2012	0																

図2 健診結果と生活との関連の読み取り

## 健診結果と生活との関連の読み取り

早期発見・早期治療では悲しい！ 私の値はどこへむかっているのか。予測してみよう。

- 健診では何を見ているのでしょうか。
- 検査項目の多いのは血液です。(100ccの中の物質の量をはかっています。)
- 一人ひとりの値もちがいます。そして、私の値も変化しています？



### (3) 現状と目標

個人にとって、適正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。体重はライフステージをとおして、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。

#### ア 適正体重を維持している人の増加

##### ① 夏冬で体重の変化を起こす背景

増毛町の特徴として、夏の漁業最盛期・農繁期と、冬の漁業閑散期・農閑期とで体重が変化する傾向があります。

冬になり活動量が減少することで、必要な食事量も少なくなりますが、胃袋の容量は変化しないため、食べる量が変わらず体重が増えます。夏と冬で5kg以上の体重変動がある方もおり、季節間での活動量の変化に食事量が見合っていない現状があります。体重の増加はインスリン<sup>※1</sup>分泌や抵抗性に影響し、糖尿病発症にも関係します。

※1 インスリン…人の体の中でつくられるホルモンで、唯一血糖値を下げる働きを持っています。インスリンの量が少なかったり、抵抗性が高まったり(分泌があってもうまく働かない)すると、血糖が一定の値を超えた高血糖状態となります。慢性の高血糖状態を糖尿病といいます。

必要な食事量は、身長を基準として、体重や年齢による基礎代謝量、活動量によって変わります。適正体重の維持には、活動量に見合った食事量、胃の容量を満たす食の内容・質が重要です。

##### ② 労働条件（生活リズム）の変化が引き起こす、肥満、高血糖と高血圧（図3）

人は1日24時間というリズムで生活していますが、実際にはもう少し長い約25時間で体内リズムが刻まれています。朝の光を浴び朝食を食べることで体内時計はリセットされ、体全体が目覚め、心身の働きが活発になります。

漁業や農業では季節間で労働条件が異なり、漁業最盛期や農繁期では、早朝から食事を取らず仕事に取り組む実態があります。空腹状態の時間が長くなると、血中遊離脂肪酸の作用によりインスリン抵抗性を引き起こす可能性が指摘されており、朝食を食べない事は代謝活動の低下や脂肪合成の促進につながることから、労働条件に合わせた朝食摂取の必要性や内容の学習が必要です。また、朝食がずれ込むことでその後の食事遅くなり、夕食時間が夜9時以降になることもあります。夜9時以降の飲食は心身の活動低下により脂肪として蓄積され、肥満の原因になります。

労働条件の変化に伴い、活動量の低下だけでなく、睡眠や食事の時間、内容・質が変わることで、肥満や高血糖、高血圧を引き起こします。漁業や農業に従事する町民は、早朝から夜遅くまでの仕事等で不規則な生活を送る事があり、本来、身体を休めるべき時間である時間帯に覚醒し、働かざるをえない状況にあります。その結果、身体や内臓が休まらず、血糖値や血圧の調整、肥満などの影響を及ぼします。

労働条件など、個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適正な体重の維持には、規則的な生活リズムと適切な食事量、質、いつ食べるか（時間）が重要です。



## イ 適正な量と質の食事をとるものの増加

### ① 高血圧、脂質異常に影響を与えている食の背景

増毛町の国保特定健診受診者の血圧、LDL コレステロールの有所見者の割合がかなり多く、背景には塩分の過剰摂取や、それに関連したたんぱく質、脂質の過剰摂取など様々な要因が考えられます。食塩は浸透圧物質であり、血液中では周囲の水分を引き寄せる性質があります。塩分の過剰は循環血液量を増加させることにつながり、血圧上昇を招きます。人が1日に必要とする塩分は3g程度なので、塩分摂取が過剰になるほど不要な塩分を腎臓から排泄する必要があり、血圧を上げる原因になります。(図4)

また、コレステロールは身体の細胞膜の構成成分であり、ステロイドホルモンや性ホルモン、胆汁酸の材料でもあるため、生命の維持に欠かせない物質です。体内でLDLコレステロールが作られる材料になっているのは、3分の1は卵、肉、魚、乳製品など食品中のコレステロールによるもので、3分の2は、ごはん、果物、甘い物、アルコール、料理の油など、糖や脂肪を材料にして肝臓で作られるものです。LDLコレステロールが上昇する食の原因としては、動物性脂肪の摂り過ぎにより、肝臓にコレステロールが過剰に入ってくるためと、高血糖の状態が続き、必要量以上に細胞内に流入してきたグルコースによってコレステロールの合成が増加するためとがあります。

町民の塩分の摂り方の特徴として、味付けの濃いものを好む、一度に摂取するたんぱく質量が多いといったことがあります。たんぱく質が多いと、食品に含まれる脂質や、味付けに使う調味料などに由来する塩分摂取量も相対的に過剰になっていると考えられます。

増毛町は魚介類が豊富に入手できる地域のため(図5、6)、一度に摂取する量は基準量を大きく上回りやすい実態があります。基幹産業の水産加工業では、たらこ、数の子、にしんなどが有名です。町内ではそれらを安価で購入できたり、材料が入手しやすいため、自家製の水産加工品(鰯の切り込み、イカ・エビ・ウニの塩辛、いくら・かじかの子のしょうゆ漬)を手作りしたりする習慣があります。カレイ、ほっけ、にしんなどの生魚は、家庭で塩水につけて干されている様子がよく見かけられます。秋の風物詩になっている漬物作りも習慣となっており、沢庵、玄米漬、かす漬等以外に、鰯など魚の漬物や、飯寿司(鮭、ハタハタ、かすべ、鰯など)も作られています。

町民が日常よく食べている食品に含まれている塩分・たんぱく質・脂質の量と適正量についての情報提供が必要です。

# 私の血圧が上がる原因は何だろう？

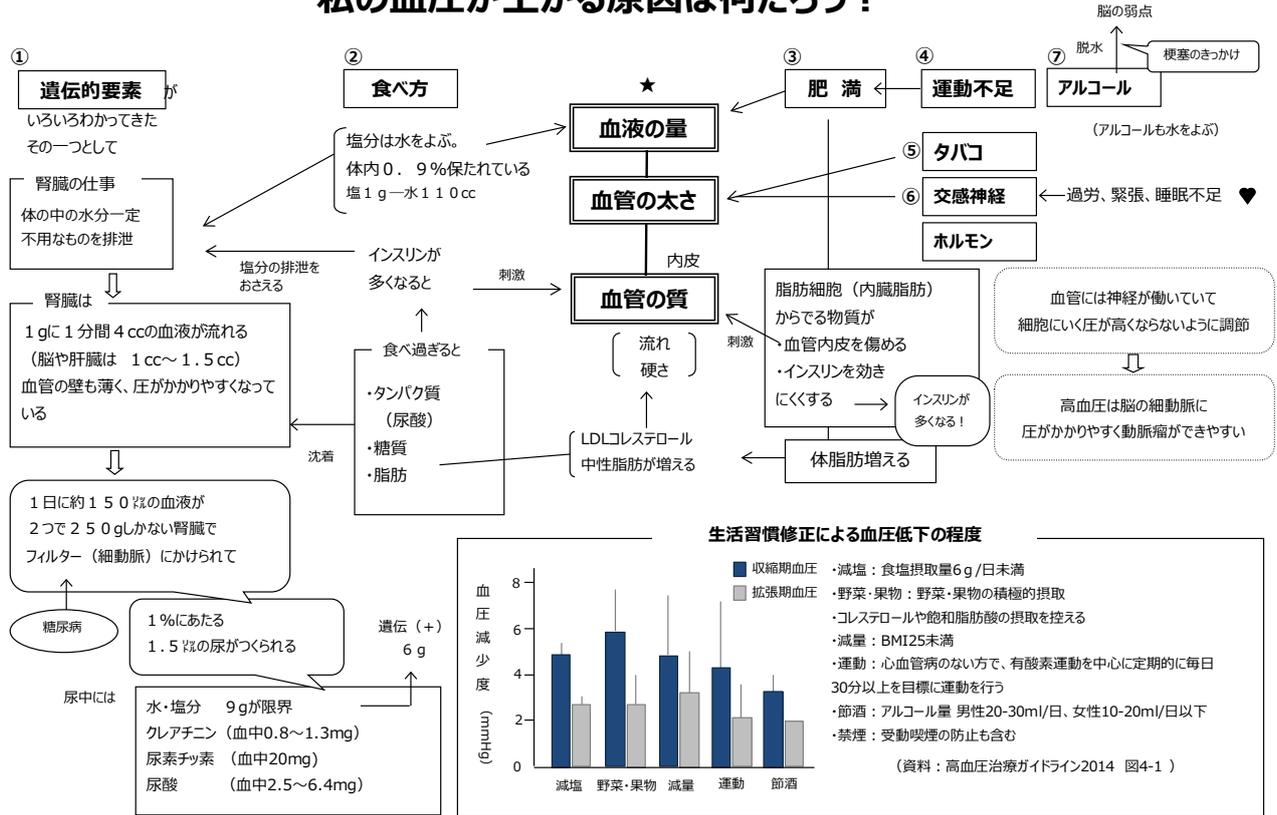


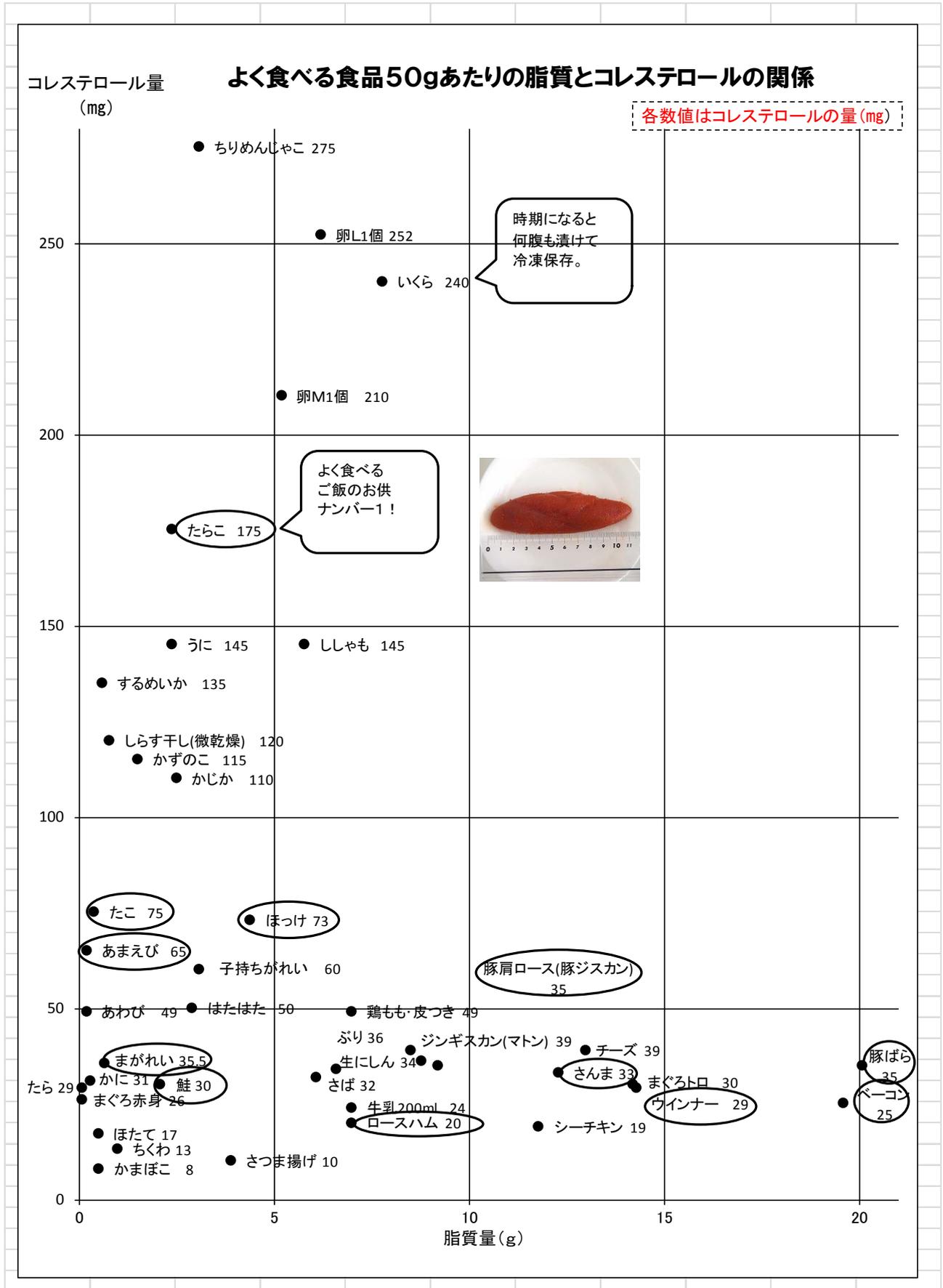
図4 血圧が上がる原因

## 魚、果物の収穫カレンダー

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
魚類	甘エビ・ホタテ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	タコ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	イカ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	カレイ・ヒラメ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ほっけ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ハタハタ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ニシン	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ブリ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	タラ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	サケ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
マス	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
貝類	ホタテ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	つぶ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	あわび	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	うに	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
果物	いちご	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	さくらんぼ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	もも、プラム	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	りんご	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	洋なし	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ブルーベリー	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ぶどう	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

図5 収穫カレンダー

図6 よく食べる食品 50gあたりの脂質とコレステロールの関係



## ② 高血糖に影響を与えている食の背景

増毛町の国保特定健診受診者の結果では糖尿病予備軍が増えています。糖尿病ではすい臓から分泌されているインスリンというホルモンが関係します。体内で唯一血糖を下げることができるインスリンによって、炭水化物（糖質）は分解されてブドウ糖になり、肝臓や筋肉、脂肪細胞に取り込まれ（貯蔵）、エネルギーとして利用されます。

炭水化物（糖質）には、単純糖質と複合糖質の2種類があります。単純糖質は、蔗糖（砂糖）、ブドウ糖、果糖などがあり、お菓子類、清涼飲料水、果物などの食品に含まれています。複合糖質は、でんぷんに含まれており、ごはん、パン、麺類、いも、とうもろこしなどの食品に含まれています。複合糖質は分子がいくつにも繋がっている糖質で、消化に時間がかかるため血糖の上昇がゆっくりですが、単純糖質は分子がばらけており、すぐに吸収されるため血糖が急上昇し、複合糖質に比べ、インスリンの分泌が多くなります。

増毛町の主要農作物の果物は、さくらんぼ、ぶどう、りんご等、生食・加工品として通年食べられています。どの種類の果物も、糖度が高く、甘くて美味しいのが特徴です(図7)。果物の収穫シーズンになると、一度にたくさん手に入りやすく、日持ちしないので一気に食べることになって一回の摂取量が多くなりやすく(図8)、食べきれない分はジャムやジュース、果実酒に加工する、砂糖をかけて冷凍保存する等の実態があります。果物やその加工品に含まれている糖質の量と食べ方を選択できる情報提供をする必要があります。

また、漁業最盛期や農繁期には、長時間の労働が続くため3食に加えて間食を摂取することが多くなります。間食の内容は菓子パンや糖分を含む飲み物といった実態も少なくありません。間食の選び方によって、図9のように摂取できる栄養素量が変わるため、内容を考えて間食の選択ができるような情報提供を行っていきます。

図7 果物に含まれる糖質量

果物に含まれる糖質量

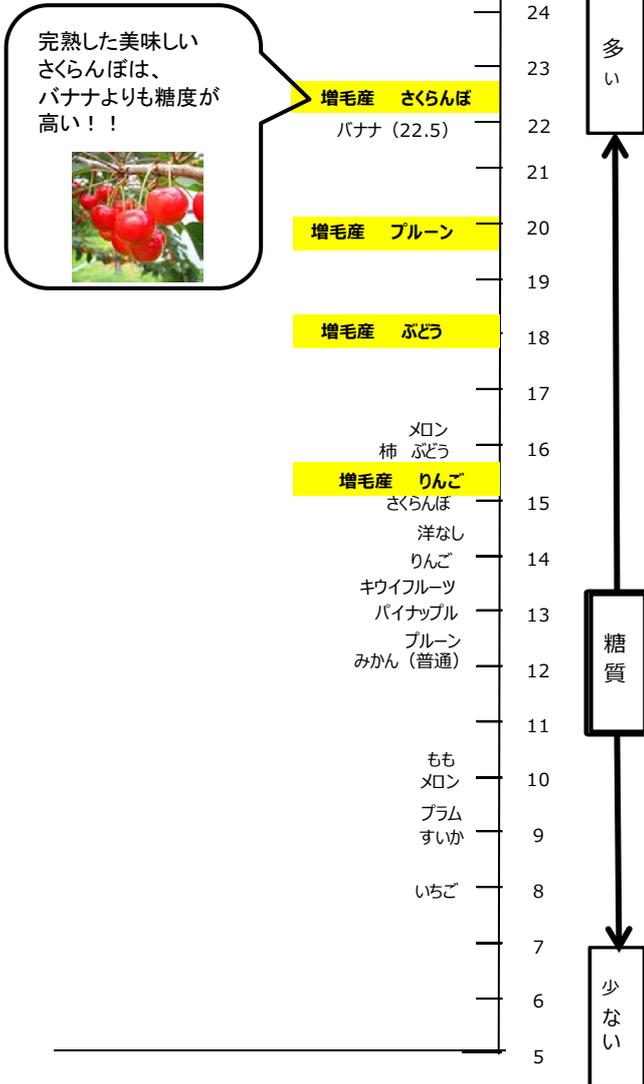


図8 わたしの果物の食べ方は？

わたしの健診結果 (100cc中の単位)		血糖値 (mg/dl)	HbA1c (NGSP値)	中性脂肪 (mg/dl)
基準値	空腹 食後)	99 以下 139 以下	5.4%未満	149 以下 199 以下

増毛産さくらんぼ(完熟)	重量	糖質量
<b>1日の摂取基準量</b>	<b>85g</b>	<b>20g</b>
小半パック	150g	36g 約1日半分
小1パック	300g	72g 約3日半分
大1パック	500g	120g 約6日分
わたしの食べる量は？		

	エネルギー	炭水化物	脂質
おにぎり (1個 150g) + お茶 190ml	240kcal	55g	0.5g
あんぱん (1個 130g) + 甘味飲料 120ml	430kcal	83g	7g

(資料) 食品成分表 2012

脂肪蓄積 (肥満)

血糖値 や LDL コレステロール が血液中に余る

図9 おにぎり菓子パンの選び方

### ③ 町民の食べ方

塩分やたんぱく質等の摂り過ぎで高血圧や脂質異常が、糖質の摂り過ぎで糖尿病が引き起こされるため、食品に含まれる塩分、たんぱく質、脂質、糖質の量、自分の基準量を知り、適正量を摂取することが必要です。

図10のように、町民は多様化する価値観やライフスタイルの中で食を選択しています。生活習慣病の発症予防や重症化予防のため、ひとりひとりの健診結果に基づいた食品の摂取を選択できるための情報提供や学習が必要です。

図10 町民が選択する価値観

食品群	食品	町民の食べ方の実態
1群	牛乳 卵乳製	<ul style="list-style-type: none"> <li>・卵は毎日食べないが、まとめて2~3個食べることがある。</li> <li>・スーパーの特売で、卵40個入りの箱で買う。</li> <li>・牛乳を400ml/日飲む。カルシウムを摂りたいから。カップヨーグルト(加糖)も食べる。便秘にいいと思って。</li> <li>・牛乳500~1000ml/日は自分の楽しみ</li> </ul>
2群	肉、魚、大豆製品	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肉を買うときは豚ばら肉を選ぶ。</li> <li>・鮭は一食分で半身調理する。(大人4、子ども1)</li> <li>・朝・昼食は、温めるだけで食べられる、作業小屋で手でつまんで簡単に食べられるもの(鶏の唐揚げ、ウインナー、揚げ手羽先、天かま)</li> <li>・焼き肉に行ったらカルビを選んで注文する。</li> <li>・夏は焼き肉をすることが多い。ジジスカンなら1人500gくらい。</li> <li>・チューオースーパーの豚ジスカンが特売のときはよく買う。</li> <li>・魚は唐揚げ、フライなどの調理が多い。家族が喜ぶ。</li> <li>・鰻の麴漬けを自分で漬ける。</li> <li>・飯寿司を漬けて欲しいと頼まれるので、毎年漬けなきゃならない。</li> <li>・飯寿司は鮭のハラス20kgで作る。脂のおかげでしっかりと美味しくできる。</li> <li>・納豆は1食2パック食べる</li> <li>・油はオリーブ油を使っている。悪玉が高いから気をつけている。身体にいいからたくさん食べてもいいと思ってた。</li> <li>・身体に気を遣ってひまわり油を使っている。</li> </ul>
3群	野菜	<ul style="list-style-type: none"> <li>・野菜は嫌い。</li> <li>・野菜は夕食のみ</li> <li>・外食のときは野菜を食べない</li> <li>・山菜を撮ってきて食べる。</li> <li>・玉ねぎ、トマトは毎日食べる。血液サラサラになるって聞いたから。</li> <li>・野菜は苦手なので、果物とはちみつを入れてジュースにして飲んでいる。</li> <li>・野菜は油炒め、きんぴらゴボウ、天かまの入った煮物など、油を使っておいしく食べられるもの</li> <li>・朝・昼食はコンビニ弁当を買うので野菜は少なめ。</li> <li>・野菜は夕食のときに油炒めで食べる。簡単だから。</li> <li>・夏に食べる野菜は、切っただけのトマト、漬け物(きゅうりの浅漬け)、油炒めが多い。</li> <li>・畑でとれたきゅうりを塩漬けにしておき、冬に粕漬けにする。</li> </ul>
	いも類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かぼちゃは生でも冷凍できる。傷む前にかぼちゃだんごを作って冷凍する。</li> <li>・コロッケを作って置いて、忙しい時期のおかずにする。</li> </ul>
	果物	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎朝りんごかバナナを食べる。</li> <li>・お客さんに味見してもらったとき、自分も一緒に食べて味を確認する。試食の余りは食べてしまう。</li> <li>・ハネ品のさくらんぼをたくさんもらうので、もったいないからジャムを作る。冷凍して保存する。</li> <li>・もらった梅で、梅酒をつけた。</li> <li>・いちごに砂糖をまぶして袋に入れて、冷凍する。</li> <li>・りんごを1回に2個食べるのは普通。</li> <li>・果物を箱買いし、毎日食べている。</li> <li>・さくらんぼの時期になるとたくさんもらうので、傷まないうちに食べる。</li> <li>・果物はいろいろ毎食食べる(3回/日)。</li> </ul>

4 群	主食	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼食は菓子パンを食べる。</li> <li>・朝食は食パンにマーガリンとはちみつをつける。</li> <li>・食パン(5枚切り)にジャムやピーナッツバターをたっぷり塗る。</li> <li>・ご飯は1食5せきくらい。</li> <li>・ご飯は1食300gくらい。</li> <li>・白いご飯が好き。丼2杯は食べられる。</li> <li>・ご飯は丼1杯。食パンはおやつ。</li> <li>・昼食は簡単に丼物やおにぎりを食べる。</li> <li>・麺類のときもご飯を食べる。</li> </ul>
	砂糖	<ul style="list-style-type: none"> <li>・甘い缶コーヒー(ロング缶)が好き。2~3本飲む。</li> <li>・ボトルコーヒー微糖タイプを箱買い</li> <li>・コーヒーに砂糖2本と牛乳とクリープを入れる。ミルクティー1リットル/日飲む。</li> <li>・夕食後から寝る前のお腹が減るのでミルクティーをコップ1杯飲むとよく寝られる。</li> <li>・忙しくて食事が摂れない時は、甘い飲み物で空腹を我慢する。忙しくて食事が摂れない時は、甘い飲み物で空腹を我慢する。</li> <li>・車に乗ったらジュース類を飲むのがくせになっている。お茶だと物足りない。</li> <li>・忙しい時期に、身体がバテないように栄養ドリンクを1~2本/日飲む。元気になる気がする。</li> <li>・ポカリは甘くない。</li> <li>・プレーンヨーグルトには増毛産の蜂蜜を入れる。</li> <li>・納豆に砂糖を入れる。</li> <li>・カレーのかくし味には砂糖を入れると美味しくなる。</li> </ul>
	嗜好品	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夕食後のデザートにアイスを食べるのが楽しみ。</li> <li>・甘い物が大好きで、羊羹なら半分以上食べることも。お茶が好きで、お茶のときには甘いお茶うけを食べないと気が済まない。夕食後にも食べる。</li> <li>・仏壇があるので、甘いものを毎日のように食べる。捨てるわけにもいかない。</li> <li>・タバコをやめて、甘い物を食べるようになり体重が増えた。</li> <li>・休憩時間には、菓子パンを食べて空腹をしのぐ。</li> <li>・冬は仕事がないので家でおやつばかり食べていた。どら焼き2個、せんべいなど。仏壇にあがっているものなら何でも食べちゃう。</li> <li>・作業場では菓子パンをよく食べる。</li> <li>・出面さんに出すおやつは、どら焼きなどの和菓子、菓子パン、クッキー、チョコなど。出面さんが持ってきてくれることもあり、目の前にあると結構食べてしまう。</li> <li>・疲れたときには夕食後に甘いものを食べたくなる。あんドーナツ、クッキーなど。</li> <li>・風呂あがりのアイスや甘い物(シュークリームなど)は毎日食べる。</li> <li>・外食のときは、ワイン2本、ビールはジョッキで10杯</li> <li>・アルコールは工作中、お客さんにすすめられたらビール1杯くらい飲むかな。</li> <li>・晩酌は日本酒2合を毎日。おつまみはようかん。</li> <li>・夏は週1回くらい焼き肉、ビアパーティーがある。つきあいがあるので参加している。</li> </ul>
	塩分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・切り込み、塩辛などしょっぱい物が好き。</li> <li>・漬け物は毎食食べる。</li> <li>・しそ巻きみそ、つくだ煮、自家製梅干しなどしょっぱいものをおかずにご飯を食べる。</li> <li>・ビールのつまみに塩辛やたらこなどをちょこちょこつまむ。</li> <li>・薄味で作っても、食卓でしょうゆをじゃっとかけられる。</li> <li>・家族が味のこいものを好む。</li> <li>・自家製の加工品は添加物が入っていないので安全・安心な食品で身体にいい。</li> </ul>

#### ④ 次世代につながる食の実態

##### (i) 妊婦の実態

妊娠各期に必要な栄養を摂取することは、母体の血液を作り、胎盤をとおして栄養を送り胎児が発育していくために重要です。

栄養の偏りや過剰な摂取は、体重の増加過剰や妊娠糖尿病などにつながる危険があります。また、妊娠中の栄養が不足すると、胎児が低栄養の環境におかれて十分に発育できないだけでなく、儉約遺伝子が機能し、インスリン抵抗性など代謝が変化するため、出生後も肥満や生活習慣病の危険が高くなります。

胎児が十分に発育し、母体の健康も維持できるために、妊娠期の食事について妊婦と学習していく必要があります。

##### (ii) 子どもの実態

健やかな身体とこころを育てるためには、食事を楽しい時間にとすることと、子どもの成長発達に合わせた適切な栄養摂取が重要です。

平成 25 年度乳幼児健診時等の聞き取りによると、食事内容の偏りや、水分補給にイオン飲料や清涼飲料水を飲んでいる、スナック菓子や飴等をおやつとして食べているといった現状がありました。乳幼児健診や乳幼児相談時の栄養相談では、適切な栄養を摂取することを目指し、1日の食事量の目安の提示、空腹を感じた状態で食事をする、おやつは補食として考え3回の食事に影響が少ないものを選ぶなどの学習を「子どもノート」を教材として使い、保護者と行っていきます。

#### ⑤ 野菜の食べ方

##### (i) 野菜の必要性

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

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

(ii) 野菜摂取量の実態

健診や保健推進員、団体の健康学習会での実態把握では、1日 350g以上の野菜を食べている人は1割に過ぎず、野菜が獲れていない実態が分かりました。(図11)

また、夏は家庭菜園で栽培した野菜を食べる事ができますが、冬期間に保存できる野菜は限られています。特に緑黄色野菜が不足します。冬期間は野菜不足になりやすく、特に細胞の入れ替えに必要なビタミンAの摂取源である緑黄色野菜が不足しますが、人参を1/2本(70g)加えるだけで、1日に必要なビタミンAを摂取できます。

緑黄色野菜を摂取することは、細胞の老化やがんの予防に必要です。

図11 野菜の摂取量と食べ方

1日の野菜摂取量 目標値 350g/日	実態結果		No.	調理形態	炒め物 揚げ物	漬け物	
	10%	350g以上 食べている	1	汁物、お浸し、和え物、サラダ			
		2	炒め煮、みそ汁、お浸し	●			
		3	人参の甘酢漬けと茹で野菜をストック			●	
	半分量 以上	4	オリーブ油で炒める、サラダにマヨネーズ	●			
		5	サラダ、みそ汁、油炒め	●			
		6	油炒め、煮物、漬け物	●		●	
		7	豚バラ肉と炒める、みそ汁	●			
		8	漬け物、サラダ、お浸し、油炒め	●		●	
		半分量 くらい	9	きんぴら、天かまとフキの炒め物など常備菜	●		
			10	生野菜にマヨネーズをかけて			
			11	浅漬け、めんつゆ漬け			●
	12		ベーコンの脂で炒める・みそ汁	●			
	13		漬け物、ジンギスカンと炒める	●		●	
	14		漬け物、週1回鍋物			●	
	15		甘酢漬け、みそ汁			●	
	16		オリーブ油で揚げ物、炒め物	●			
	半分量 以下くらい	17	生野菜サラダにドレッシングをかけて				
		18	コンビニのカット野菜にマヨネーズをかけて				
		19	せん切りキャベツ、漬け物			●	
		20	漬け物、みそ汁3食/日			●	
		21	豚ジスカンに細切り野菜を巻いて焼く	●			
		22	野菜は夕食のみ、ポテトサラダ、油炒め、漬け物	●		●	
		23	玉ねぎスライスのサラダ				
		24	ポテトサラダにマヨネーズかけて				
	ほとんど 食べない	25	天ぷら、コロッケ	●			
		26	漬け物、フキやピーマンの佃煮			●	
		27	ほうれん草30g分くらい、漬け物			●	
		28	茹でブロッコリーなら食べる				

半数は  
油を使う

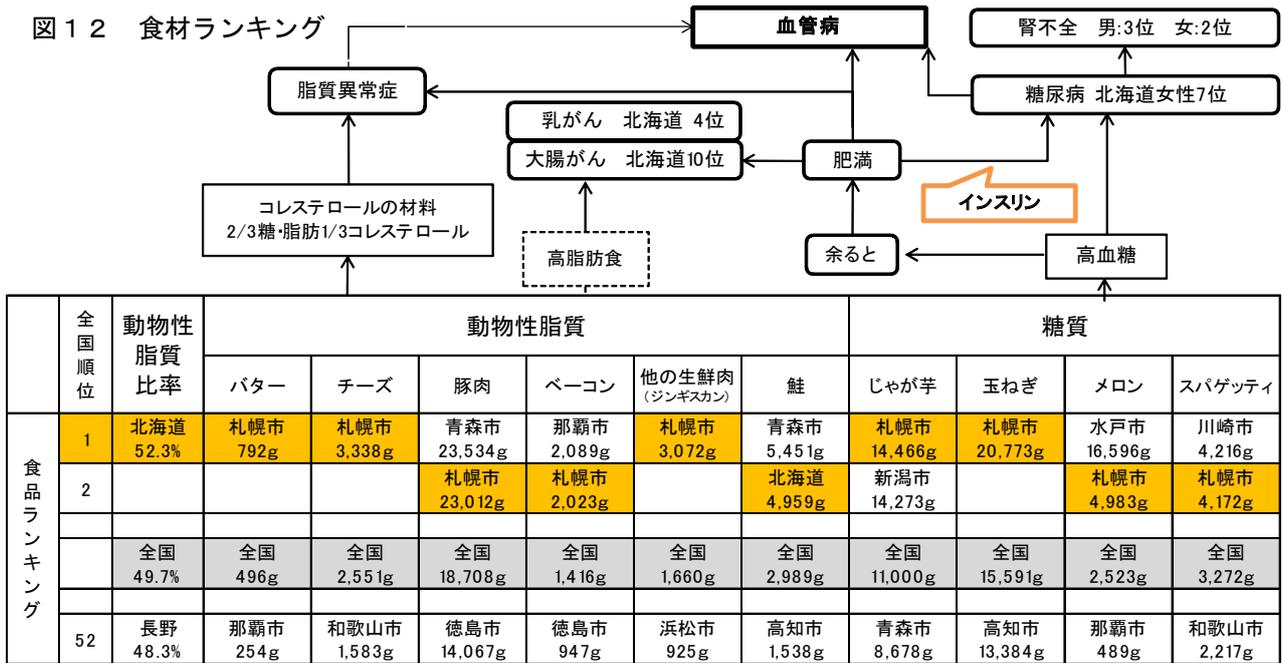
半数は  
漬け物を  
よく食べる

⑥ 情報による食の選択

「健康日本 21 計画」の目標には『野菜の摂取量の増加』が掲げられていますが、北海道の家計調査の結果では糖質の多い野菜の摂取量が全国 1 位となっており、糖質量の情報提供を行うとともに、地域実態に合わせた目標設定が重要と考えます(図 1 2)。また、情報選択の手段として、テレビや雑誌等の情報をもとにしている実態も見られました。

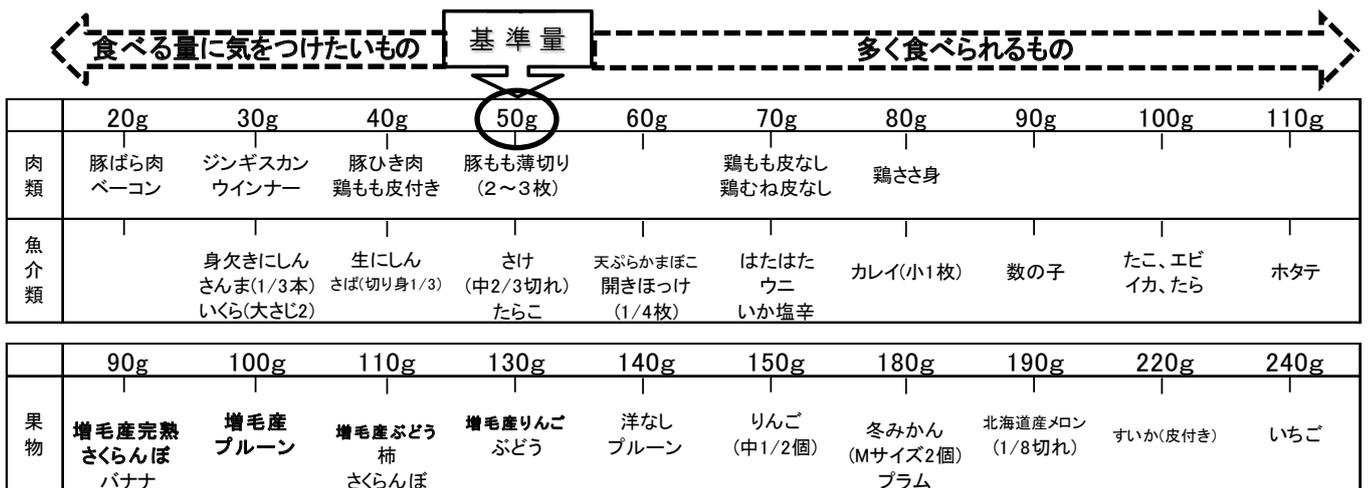
個人の代謝能力には遺伝や体質という違いもあり、栄養摂取量の科学的根拠は個々の健診結果をもとにすすめられることから、情報の選択を含め、住民自身が、自分に必要な食品の量と質を選択する力を養う必要があると考えます(図 1 3)。

図 1 2 食材ランキング



(資料 総務省「家計調査」平成21年～23年平均)

図 1 3 食品の基準量



## **(4) 対策**

### **ア 生活習慣病の発症予防のための取組みの推進**

健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導（図14）

ライフステージに対応した、食に関する適切な選択力がつくような栄養学習（図15）

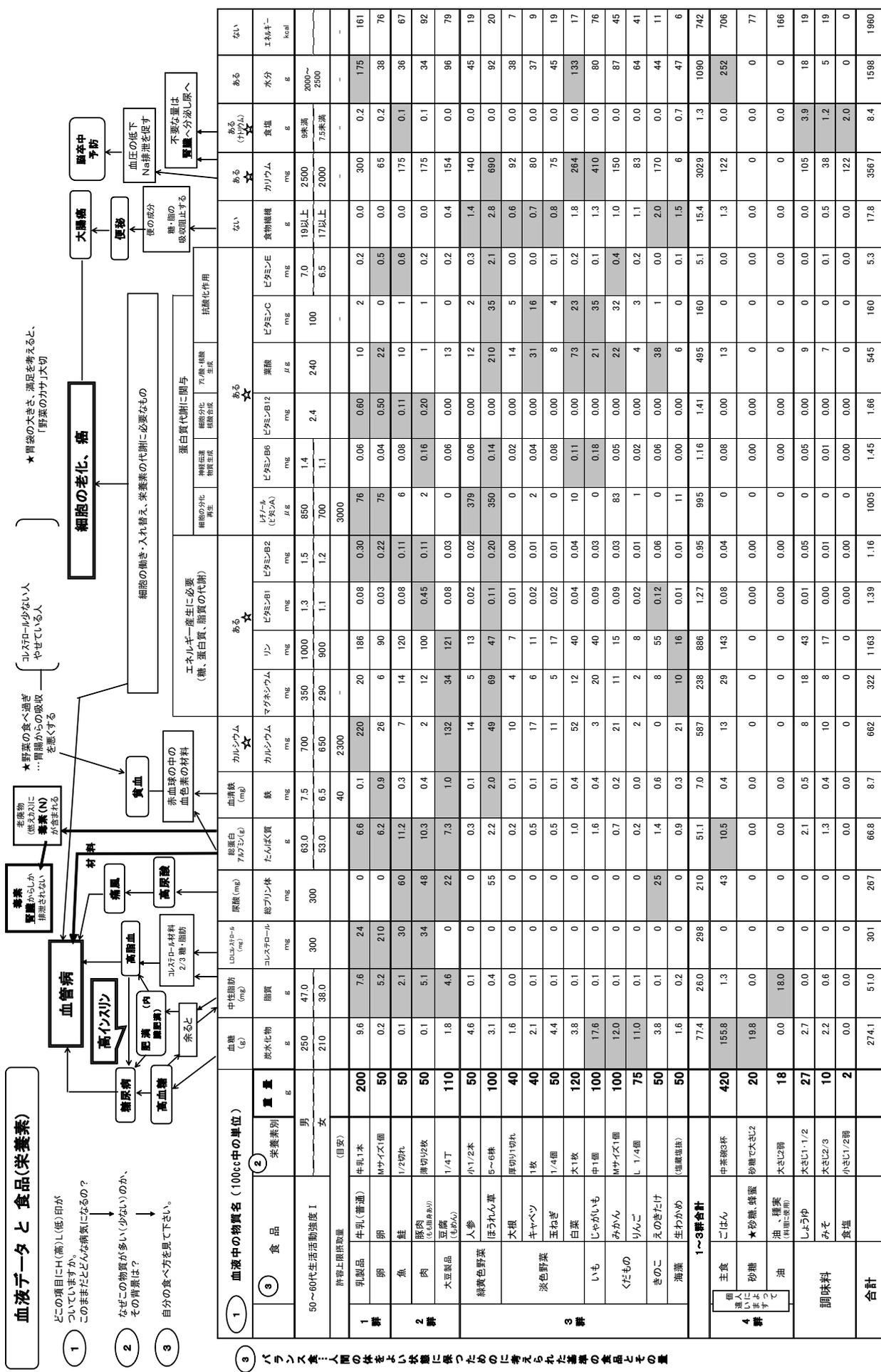
- ・ 乳幼児健康診査、乳幼児相談
- ・ 健診及び特定健診結果に基づいた栄養指導
- ・ 結果説明会や家庭訪問など、それぞれの特徴を生かした栄養指導
- ・ 家庭訪問、健康相談（すべてのライフステージ）

### **イ 生活習慣病の重症化予防のための取組みの推進**

栄養士による専門性を発揮した栄養指導

- ・ 血液データ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

図1-4 血液データと食品(栄養素)



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

2 なぜこの物質が多い(少ない)のか、その背景は？

3 自分の食べ方を見て下さい。

3 バランス食：人間の体をよい状態に保つために考えられた標準の食品とその量

\*は、健診データにはない。

図 1.5 ライフステージごとの食品の目安量

食品	妊娠										授乳期		乳児			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	妊娠高 血圧症候 群	尿糖- 尿糖+ 尿糖上	授乳期	6か月			3歳			6~8歳		9~11歳		12~14歳		15~17歳		18~49歳		50~60歳		70歳以上		
								開始 2カ月	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (プレネ- ヨーグルト 40)	開始 4カ月	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (プレネ- ヨーグルト 40)	開始 7カ月	母乳・ ミルク 600 (プレネ- ヨーグルト 40)	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (プレネ- ヨーグルト 40)									
第 1 群	200	200	200	200	200	200	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (プレネ- ヨーグルト 40)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200	200	200	200	200
第 2 群	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄~ 全卵25	卵黄~ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第 3 群	165	165	165	165	165	165	5	(30)	40	70	80	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700	750	800	850	900
第 4 群	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250

## 2 身体活動・運動

### (1) はじめに

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

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

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

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

### (2) 基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防のために身体活動・運動が重要になってきます。

### (3) 現状と目標

#### ア 日常生活における歩数の増加

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

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

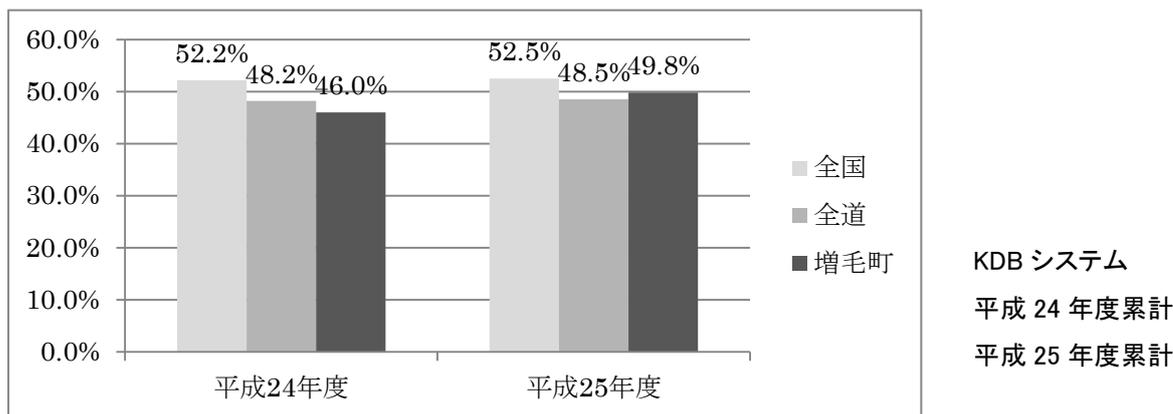
平成22年度国民健康・栄養調査による北海道の歩数は、男性6,958歩・女性5,825歩と国の目標歩数に及びません。

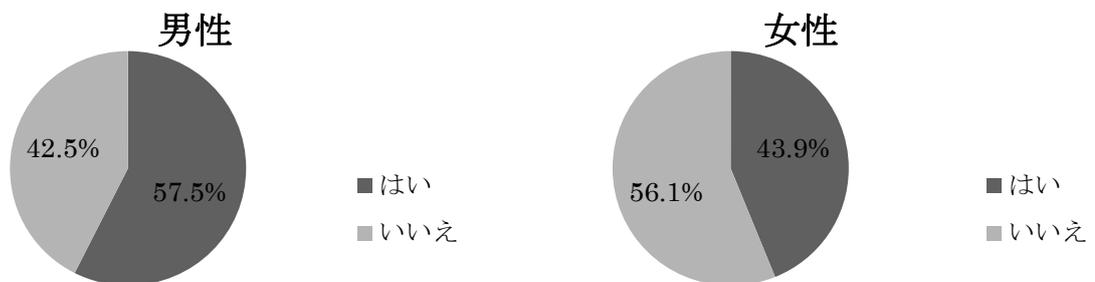
北海道は1年の半分が雪に閉ざされます。降雪による道路の凍結のため冬期間の歩行は、制限されます。年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要です。

(ア) 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

増毛町では、増毛町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、全国よりも低い状況で、特に女性が低い状況です。

図1 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している人の割合





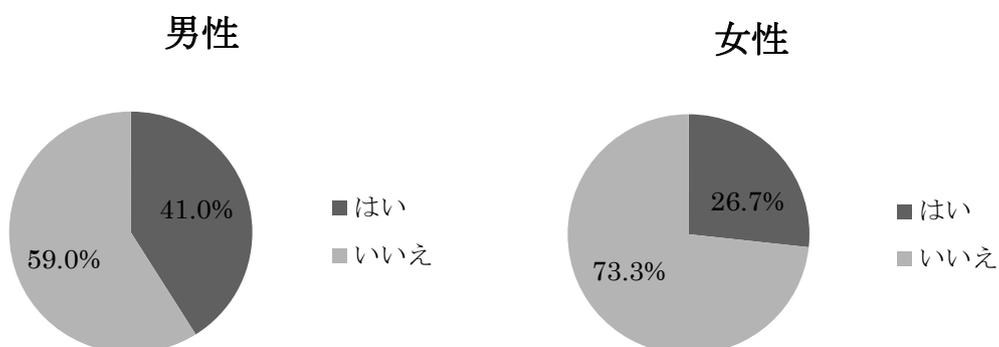
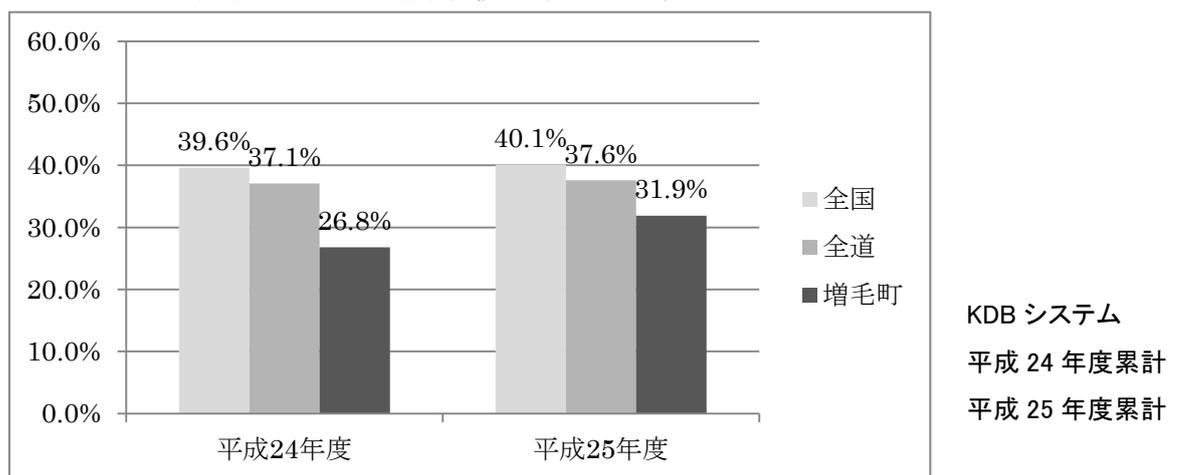
平成 25 年度増毛町特定健診問診票より(集団健診)

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、夏冬の活動量の差があります。そのことは、年齢による基礎代謝量の低下に伴って体重の増加＝生活習慣病につながります。

## イ 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(40～64歳)の運動習慣は少なく、70～74歳の男性のみ6割を超えていました。特に女性の運動習慣者は少ない状況です。(図2)

図2 1日30分以上、週2日以上の運動習慣がある人の割合



平成 25 年度増毛町特定健診問診票より(集団健診)

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

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

表1 運動の変化

年齢	保育園・幼児園児	小学生	中学生	高校生	成人 → 高齢者							
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
骨	紫外線、重力、カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる			18歳 骨密度ピーク	閉経 女性ホルモンの影響で、大たい骨、 脊椎の骨密度が優先的に低下							
筋力	12～14歳 持久力の最大発達時期		14歳～16歳 筋力最大発達時期		筋力減少 始まる		目立って 減少		ピーク時の約2/3 に減少			
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成	開眼片足し立ち(平衡感覚・ 足底の踏ん張り・大腿四頭 筋の筋力・柔軟性)が20歳 代の20%に低下									
足底	6歳 土踏まずの完成											
運動	園での遊び				運動習慣のある人の割合が低い							
	スポーツ少年団		部活動									
	持久力・筋力の向上				持久力・筋力の維持							

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考:長野県松川町保健活動計画書等

(4) 対策

ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・生活習慣病対策と運動しライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導の推進
- ・特定健診・特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導

イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境を整備する
- ・運動施設(体育館、屋内グラウンドなど)の活用の推進

## 3 飲酒

### (1) はじめに

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

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

飲酒の特徴には、常習性があります。高齢期にアルコール依存症のリスクが高まることが報告されています。

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

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

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

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

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

### (2) 基本的な考え方

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

### (3) 現状と目標

#### ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

#### **(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者) の割合の低減**

増毛町において、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、平成 25 年度の国保特定健診問診票を見ると、男性 19%、女性 9.9%という結果でした。全国、北海道は、男性は 20%、22.5%、女性は 14.6%、19.2%となっており、両者を下回っている結果となりました。

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

図1 飲酒の習慣（KDB システム平成 25 年度より）

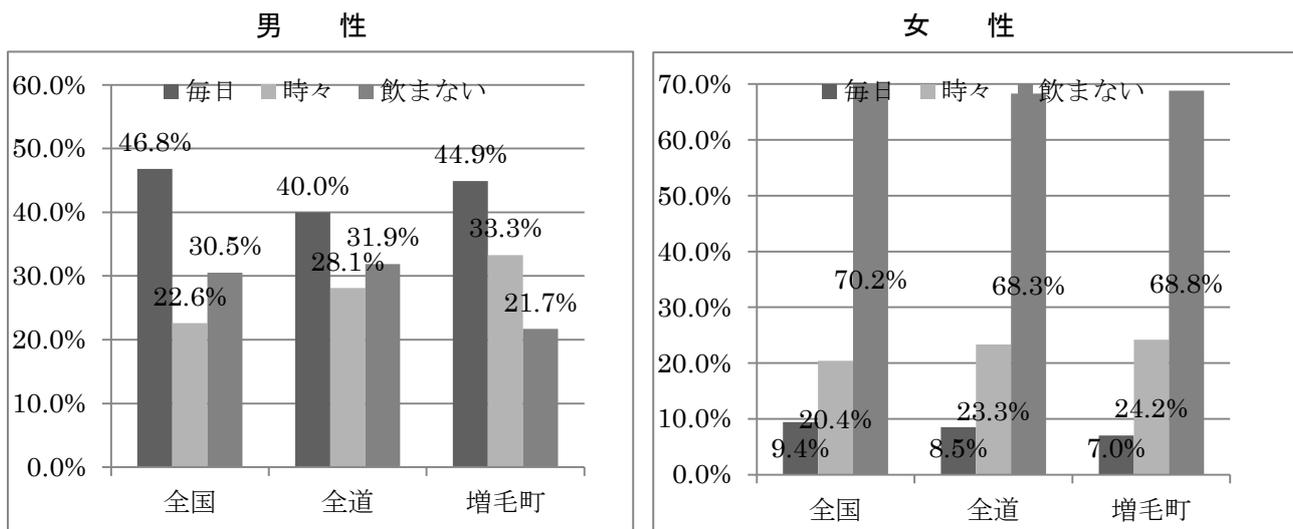
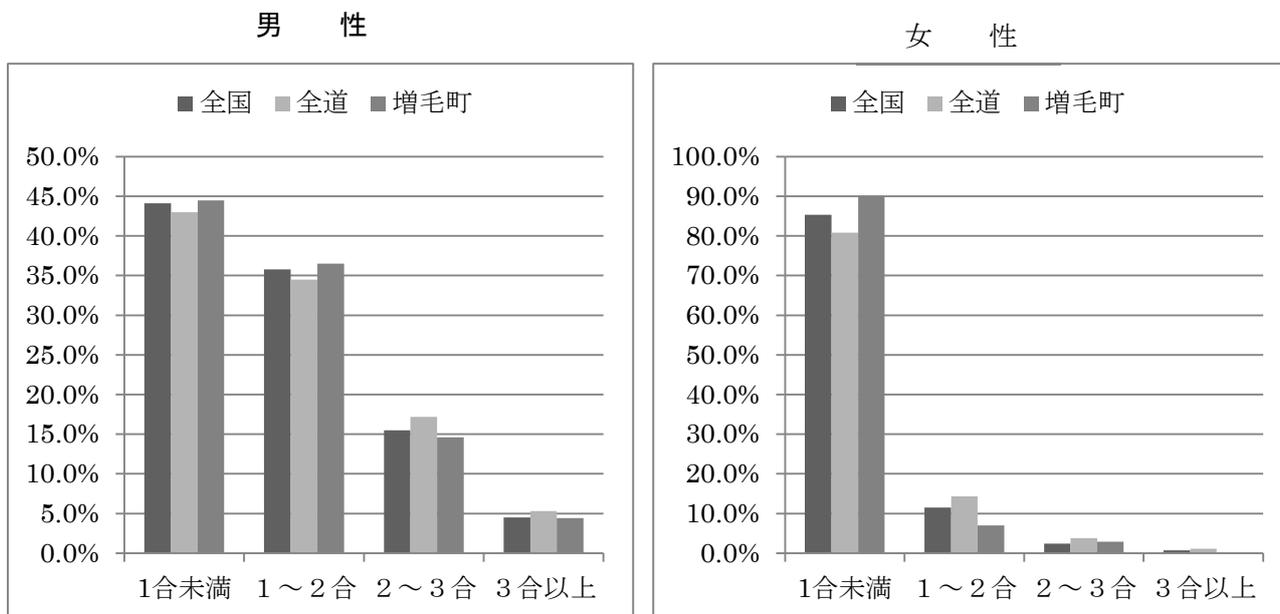


図2 1日に飲酒する量（KDB システム平成 25 年度より）



(4) 対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、増毛町国保特定健診の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

## 喫煙

### (1) はじめに

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

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

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

### (2) 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

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

### (3) 現状と目標

#### ア 成人の喫煙率の減少

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。

増毛町国保特定健診受診者の成人の喫煙率推移をみると、男女ともに全体的に減少傾向でしたが、平成25年度に男性が上昇しており、今後経過を見ていく必要があります。また喫煙率は18.5%で全国、北海道と比較しても高い状況となっています。(第Ⅱ章 第1節 4 COPD 図1 64ページ)

また、町内のタバコ販売本数は、年々減少し、平成8年から平成23年度を比較すると約50%以上減少しています。(第Ⅱ章 第1節 4 COPD 図2 65ページ)

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、健診結果に基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

### (4) 対策

#### ア 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

#### イ 禁煙支援の推進

- ・ 健康診査、増毛町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

## 5 歯・口腔の健康

### (1) はじめに

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

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

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

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

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

幼児期や学齢期でのう蝕予防や、成人期の歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

### (2) 基本的な考え方

#### ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

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

#### イ 重症化予防

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

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

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

### (3) 現状と目標

#### ア 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

増毛町の3歳児でう蝕がない児の割合は、全体的に微増していますが、全国、北海道と比べるとかなり低い割合になっています。(図1)また1歳6ヶ月児、3歳児のう蝕有病率は北海道の2~3倍、一人平均う蝕本数は3.5~4倍と、かなりう蝕が多い状況となっています。平成16年~25年も同様の状況で、1歳6ヶ月児は0~17.6%、0~0.7本、3歳児は35.7~61.8%、1.9~4.1本で推移しています。

う蝕の状況は主に2極化しており、全くう蝕がないか、う蝕がある児は本数も多い、という状況となっています。

生涯にわたる歯科保健は、乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病の改善が永久歯のう蝕予防につながります。継続した歯科対策を推進することが、重要です。また、幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持ち、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦相談等を通じう蝕予防の啓蒙を行います。

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移

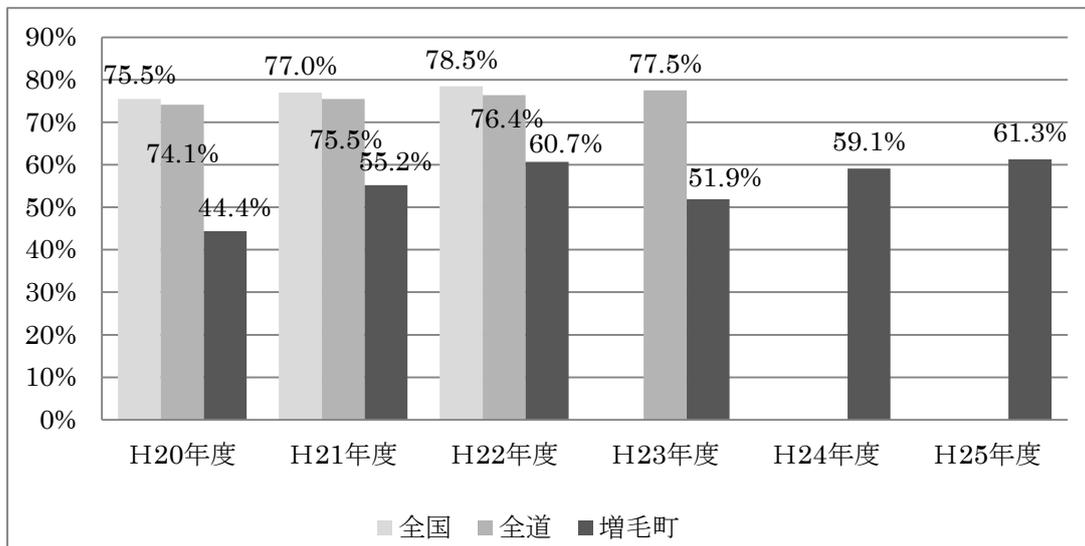


図2 1歳6ヶ月児・3歳児のう蝕有病率 (%)

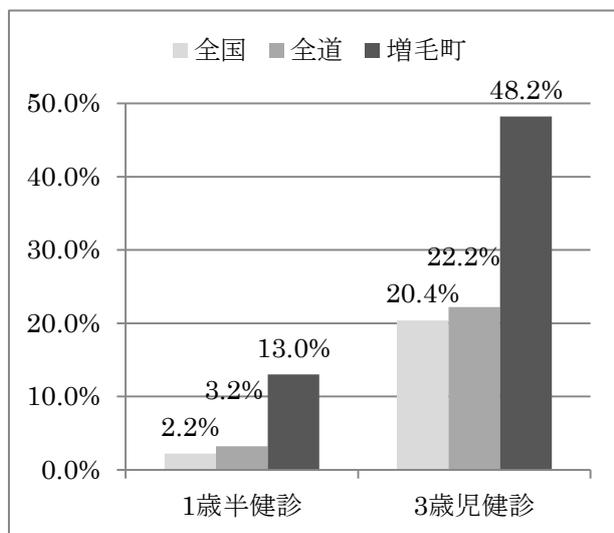
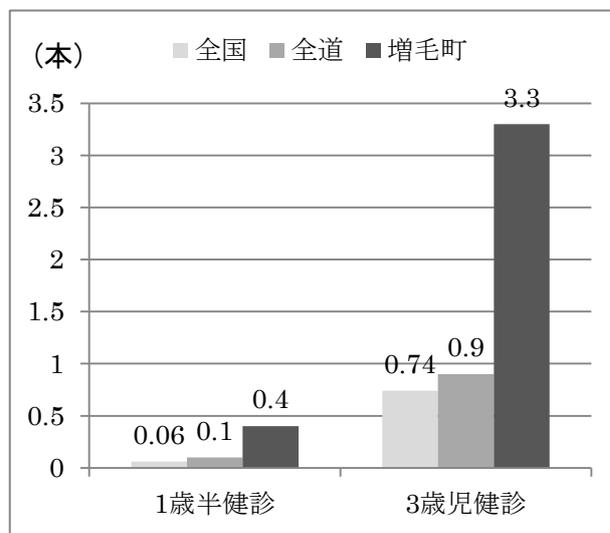


図3 1歳6ヶ月児・3歳児の一人平均う蝕本数



(平成23年度道北保健年報、北海道における歯科疾患の状況より)

永久歯について、一人平均う蝕数は小学校5年生で0.75本、中学校2年生で2.67本となっています。乳幼児と同様年度によりばらつきがあると思われ、経年的に数値を見ていく必要があります。

表1 平成26年度学校歯科検診の状況

学年	う蝕有病率	一人平均う蝕本数
小学5年生	33.3%	0.75本
中学2年生	75.0%	2.67本

表2 平成25年度学校保健統計調査

12歳児	う蝕有病率	一人平均う蝕本数
全国	41.5%	1.05本
北海道	58.7%	1.8本
留萌管内 (H23年度)	-	3.19本

また北海道では「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」に基づき、平成22年に「北海道歯科保健医療推進計画」が策定され、保育所・小学校等におけるフッ化物洗口が推進されています。増毛町においても、平成23年度より幼稚園・保育所で開始、平成24年度（平成25年3月）より小中学校全校で開始されました。北海道は、12歳児の一人平均う歯数は全国の中でワースト5位で、その北海道の中で留萌管内はワースト2位という状況があります。（平成23年度学校保健統計調査）

4歳児から継続してフッ化物洗口を実施することになる平成18年度生まれの子どもたちが、12歳児になる平成32年度に、一定の評価が行えると考えます。

表3 フッ化物洗口事業実施率

	方法	平成23年度	平成24年度	平成25年度
幼稚園・保育所	4・5歳児、週5回法	91.8%	87.5%	95.0%
小学校	週1回法		89.0%	86.2%
中学校	週1回法		70.8%	86.6%

\* 保護者の希望に基づき実施

## イ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

## ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

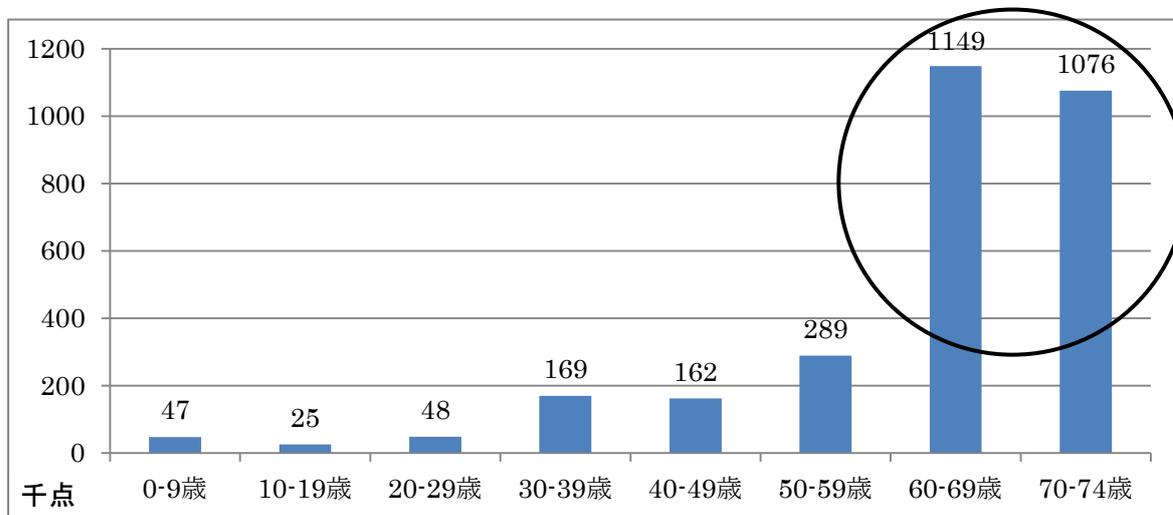
歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

平成25年度の増毛町国民健康保険の歯科受診状況では、60歳以降に治療をする方が急増しています。（図4）内訳を見ると、1,416件のうち歯周病は781件と5.5割を占めており、歯周炎の進行による重症化として歯周病を発症し受診につながっていると考えられます。

「歯周疾患予防」は、継続的な実態把握に努めます。

図4 年齢別歯科受診状況



（平成25年度増毛町国民健康保険状況）

#### **(4) 対策**

##### **ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進**

- ・ 妊婦訪問等とう蝕予防の啓蒙
- ・ 乳幼児期とう蝕予防の学習（10 か月児、1 歳 6 か月児、3 歳児）
- ・ 幼児期から中学生までのフッ化物洗口法の実施（幼稚園、保育所、小学校、中学校）
- ・ 成人期・老齢期の歯周病の実態把握
- ・ 老齢期の口腔機能向上教室・歯科検診（介護予防事業）

##### **イ 専門家による定期管理と支援の推進**

- ・ 幼児歯科検診（1 歳 6 か月児、3 歳児）の実施、歯科衛生士による歯磨き指導・フッ素塗布（1 歳 6 か月児、3 歳児）
- ・ 歯科医院における歯科検診・フッ素塗布事業（乳幼児、年 3 回）
- ・ 幼稚園、保育所における歯科検診の実施

## 第3節 社会生活に必要な機能の維持・向上

### 1 高齢者の健康

#### (1) はじめに

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

#### (2) 基本的な考え方

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

#### (3) 現状と目標

##### ア 介護保険サービス利用者の増加の抑制

増毛町の1号保険者(65歳以上)の要介護・要支援認定者数は435人(平成26年3月31日現在)、21.6%となっており、全国(19.7%)、全道(20.1%)と比較しても高い認定率になっています。

表1 介護保険認定率

KDB(H26年3月31日)

		保険者		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数(認定率)	435	21.6	108,634	19.9	175,238	20.1	4,533,079	19.7
	新規認定者	10	0.4	1,747	0.3	2,784	0.3	73,066	0.3
	2号認定者	12	0.7	2,553	0.4	5,056	0.5	139,326	0.4

介護保険認定者の原因疾患である、脳血管疾患や血管障害を起こす糖尿病、高血圧、脂質異常症等の因子の予防に努め、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせていきます。(表2)

表2 介護保険認定者の原因疾患

KDB(平成26年3月31日)

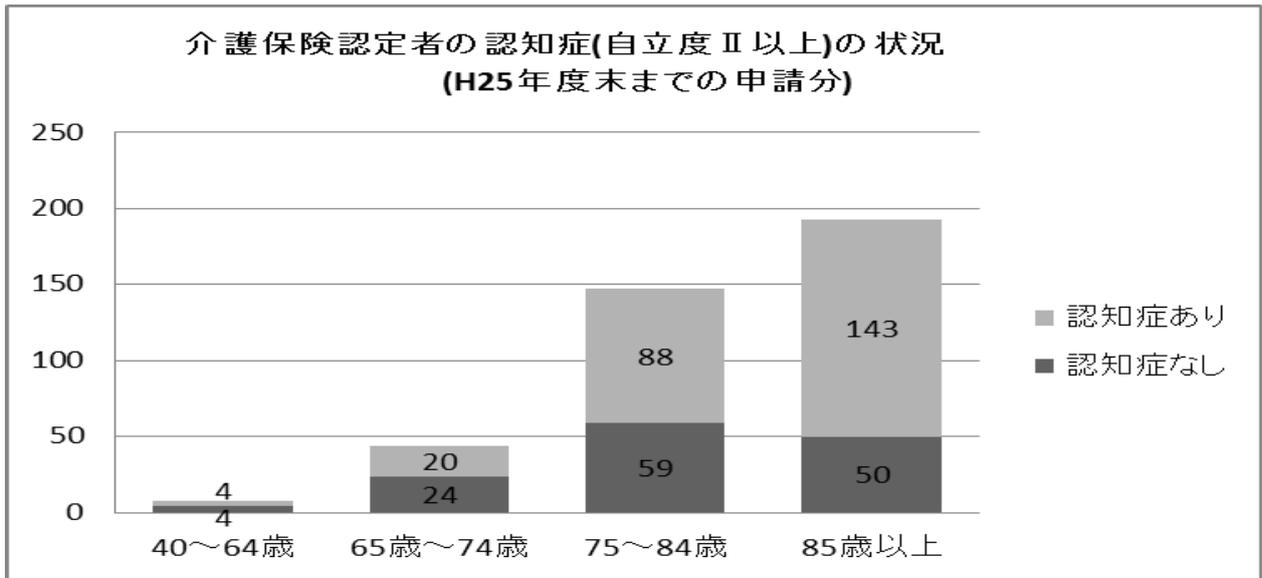
		保険者		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
有病状況	糖尿病	120	26.4	21,424	20.1	44,634	24.7	910,943	20.9
	高血圧症	291	64.3	55,934	52.9	94,706	52.6	2,143,733	49.4
	脂質異常症	189	39.9	26,194	24.4	52,217	28.6	1,136,250	25.8
	心臓病	312	70.2	63,576	60.4	106,631	59.3	2,457,985	56.8
	脳疾患	174	36.6	30,286	29.0	48,133	27.1	1,129,256	26.4
	がん	57	11.5	9,366	8.9	19,035	10.5	411,598	9.4
	筋・骨格	286	63.5	54,375	51.7	92,267	51.1	2,113,256	48.7
	精神	200	43.8	36,247	34.1	64,803	35.8	1,415,559	32.4

## イ 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

高齢社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定されます。平成25年末までの介護保険申請分をみると、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の認知症を有している人は、町の要介護認定392人中255人(65.1%)いました。(図1)

血管リスクの是正が認知機能障害の進展予防につながる(京都大学大学院猪原先生)と言われており、脳血管疾患等の予防により脳細胞を守る活動が重要です。

図1 介護保険認定者の認知症の状況

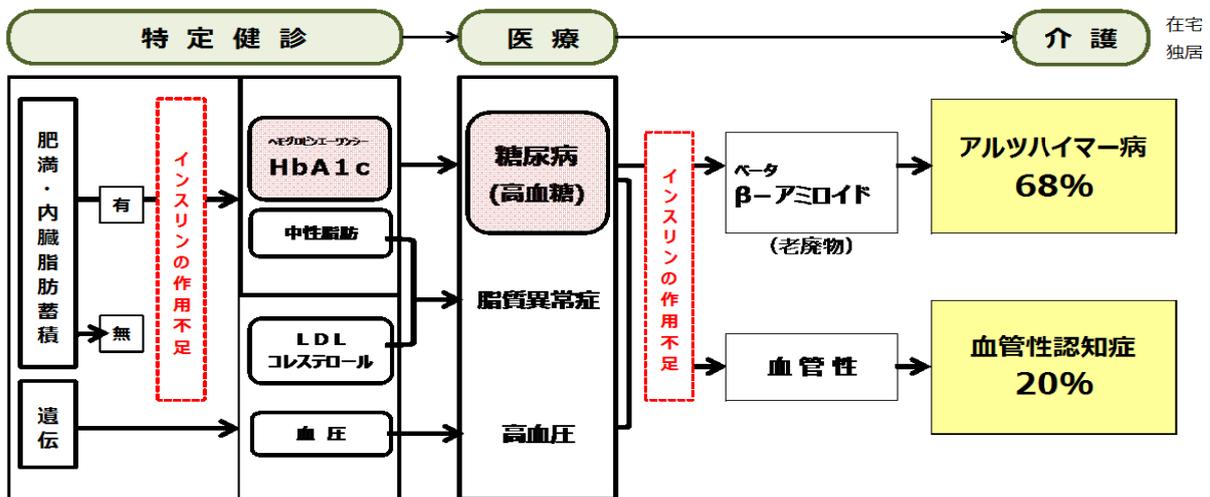


## 糖尿病等生活習慣病の関連から「認知症予防」を考える

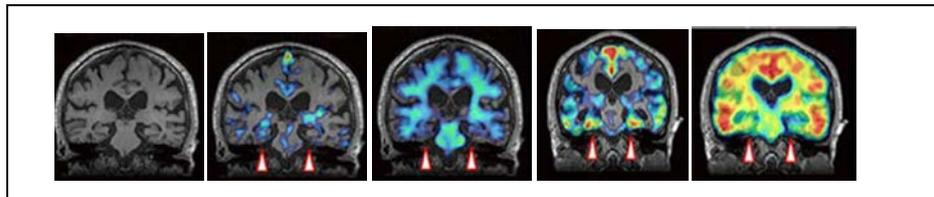
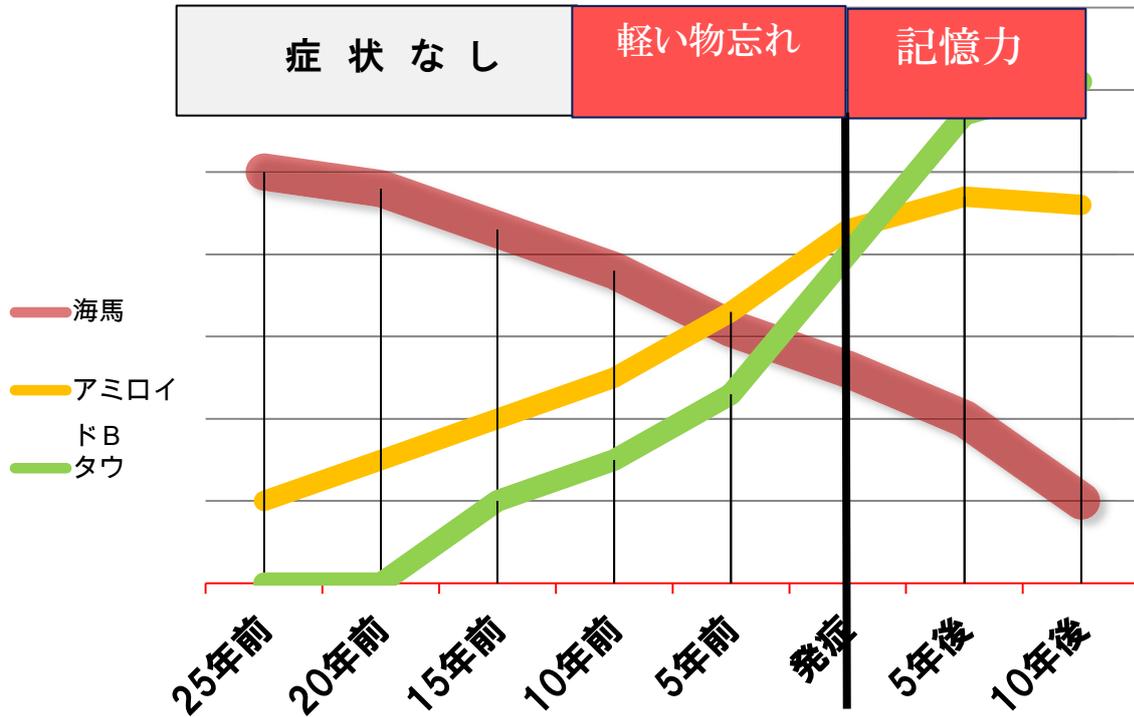
平成25年6月1日 厚生労働省研究

65歳以上の 15%

認知症



# アルツハイマー病を発症するまで



青く映っている部分がアルツハイマー病の原因物質**アミロイドβ**。この物質が発症の25年前から脳の中に溜まりはじめ、年を追うごとに増えていく。

発症の15年前から**タウ**という物質が脳の中で増えはじめ、神経細胞を死滅させる。このころから、記憶の中核である**海馬**の委縮が始まる。

25年でついに発症。赤や黄色の部分は**アミロイドβ**が多く蓄積している。この段階は、長い時間をかけて進行するこの病気のしわばり**“末期”**の状態である。

**インスリン分解酵素がアミロイドβ蛋白を分解**

肥満⇒インスリン抵抗性(インスリン分泌↑)⇒分解酵素大忙し⇒βアミロイド蓄積

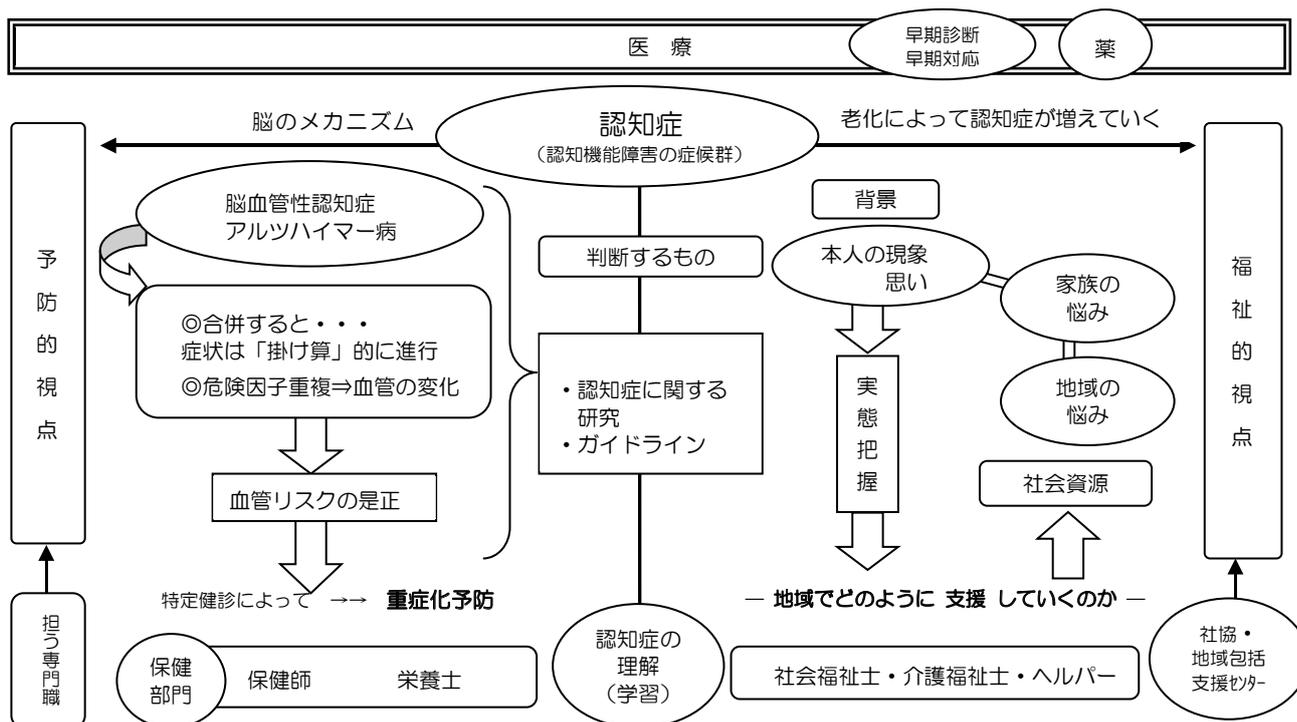
脳にはリンパ管がない。血管の拍動で老廃物を排出⇒動脈硬化で下水管停滞

**糖尿病・糖尿病予備軍は4.6倍 高血圧は2倍の発症**

出典:NHK スペシャル

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

図2 認知症の方への支援



### ウ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している者の割合の増加

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患があります。町の平成26年3月の介護認定原因疾患をみると、認定者286人（63.5%）に筋骨格系疾患がみられました。

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

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

#### 参考 ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の定義

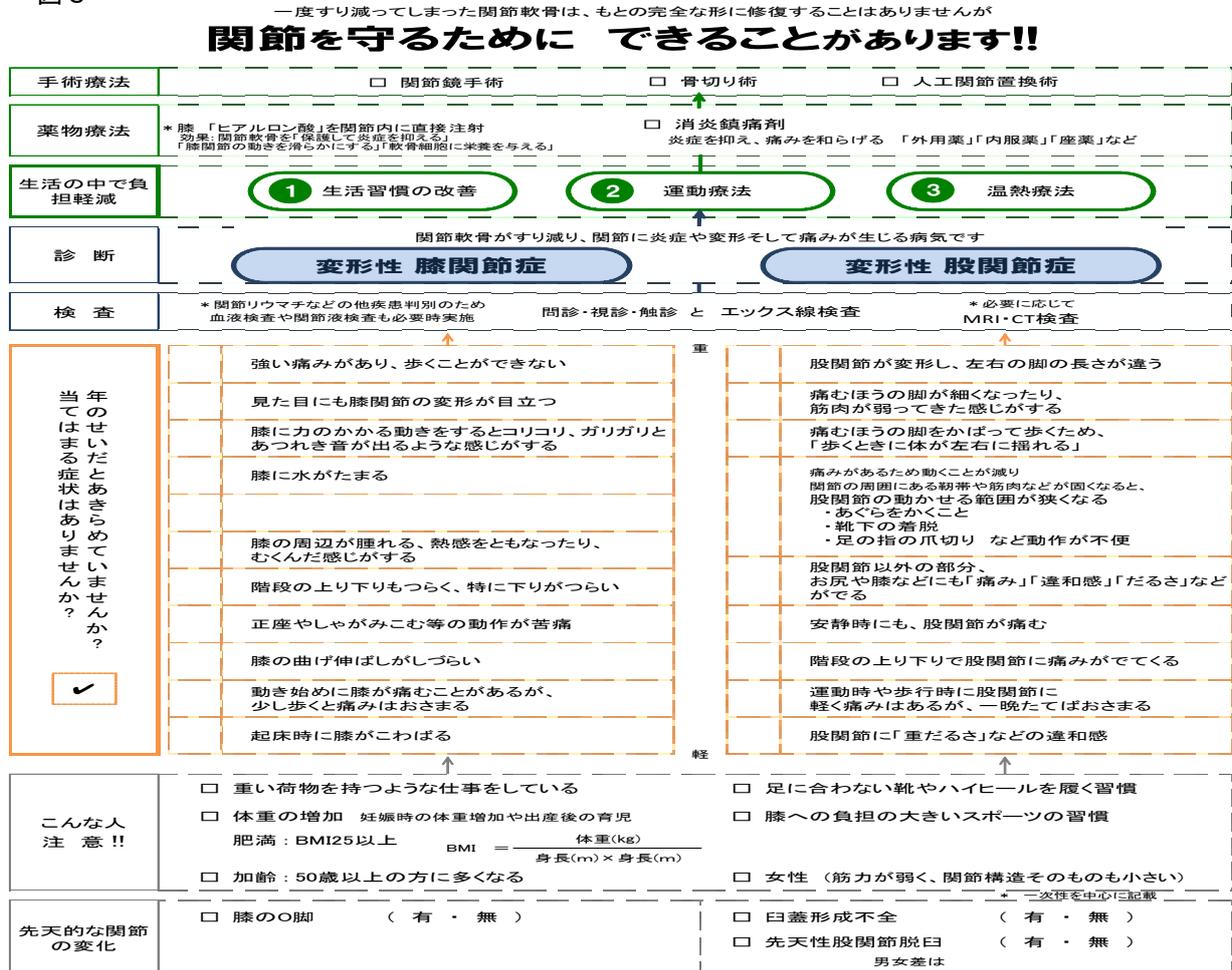
- ・運動器（運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

## エ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）

平成22年国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者は「腰痛や手足の関節に痛み」のある者や腰痛症通院者率が高く、運動器に問題を抱えている高齢者が多いといわれています。

関節を守るための学習（図3）と肥満の予防や生活習慣改善に取り組む事が大切です。

図3



### (4) 対策

#### ア 介護保険認定者に多くみられる原因疾患を予防する。

(ア) 脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、生活習慣病対策の推進をはかる。

- ・ 健診結果にもとづき、必要な循環器疾患の治療や生活習慣改善を行うための学習推進
- ・ 未治療者の後期高齢者の健診の勧奨
- ・ 心原性脳塞栓症予防のための、健診での心電図検査の実施

(イ) 関節疾患の予防対策の推進を図る

- ・ 運動機能の維持のための学習
- ・ 「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・ 肥満の予防

#### イ 高齢期に必要な食事量と質の学習

## 2 こころの健康

### (1) はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、人が生き生きと自分らしく生きるための重要な条件です。

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

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

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

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性をもつ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

うつ病は、糖尿病や脳血管疾患などの身体疾患との合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、個々の健康的な生活習慣の取り組みによって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

### (2) 基本的な考え方

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

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

### (3) 現状と目標

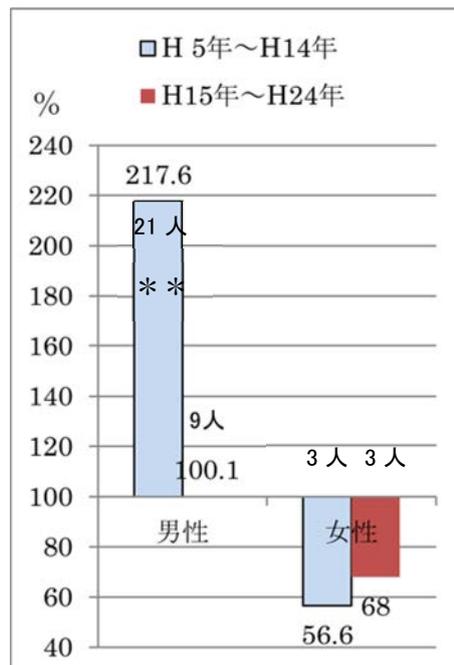
#### ア 自殺者の減少

増毛町の自殺者のSMRを見てみると、女性はずっと全国より低い状況が続いています。男性では平成5年～14年では有意水準5%で全国に比べ高い状況でしたが、平成15～24年では全国と同レベルにまで減少しています。(図1)

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

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

図1 自殺者のSMRの比較



増毛町国民健康保険における診療状況（平成 25 年度累計）をみると、うつ病で受診している人の、国保被保険者千人当たりレセプト件数を国、同規模、北海道、と比較すると入院、外来共に増毛町は少ない状況にあります。（表 1）

表 1 国民健康保険疾病別医療費分析うつ病治療状況（KDB システム平成 25 年累計）

	増毛町	北海道	同規模	国
うつ病入院	11.934	14.190	12.135	13,770
うつ病外来	0.525	0.645	0.750	0.568

また、増毛町国民健康保険における診療状況（平成 25 年 5 月）をみると、精神科・心療内科へ受診している方は 2 割にとどまっており、半数以上が内科へ受診しています。精神科・心療内科受診の抵抗感があるものと思われます。

図 2 年代別うつ病診療状況（平成 25 年 5 月増毛町国民保険診療）

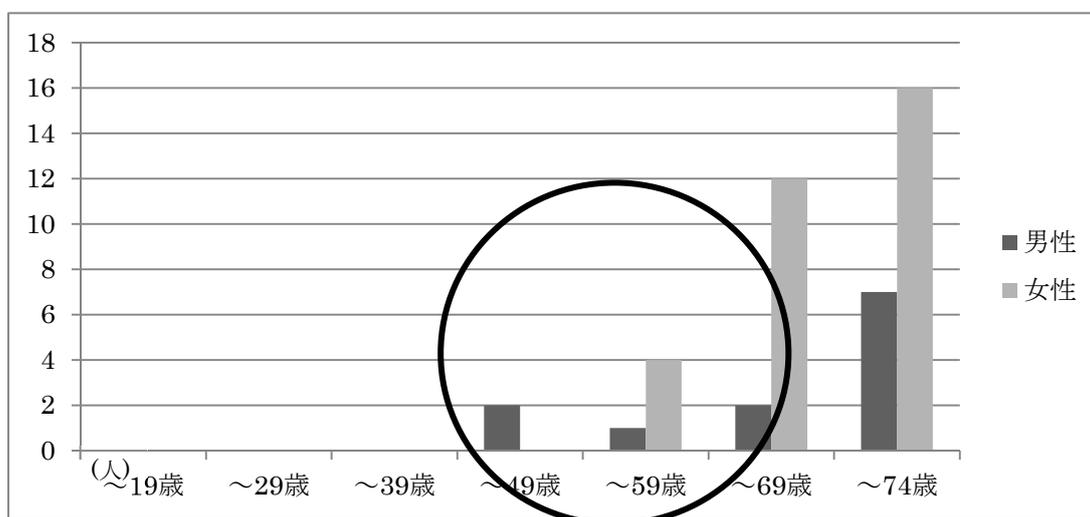
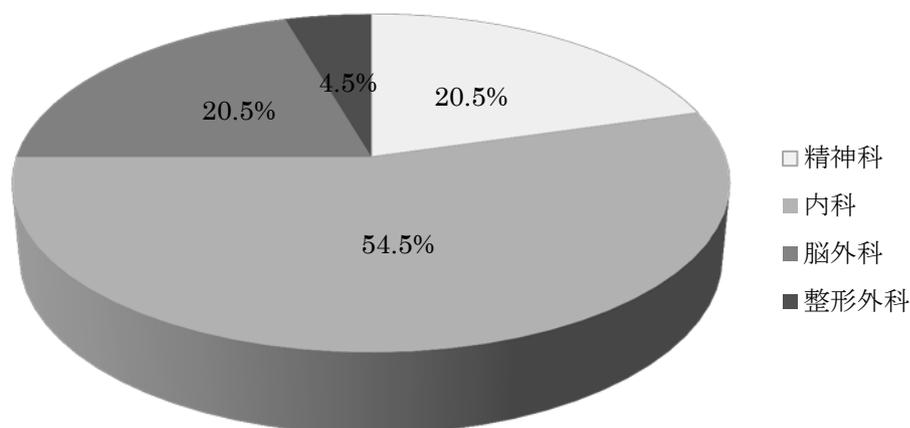


図 3 診療科別うつ病治療状況



また、地域における精神保健対策の中核となる留萌保健所では、精神科医師による「こころの相談会」など専門の相談を実施しています。相談や受診に結びつくためには、本人や周囲の人達の精神疾患の理解や悩みの気づきが必要です。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。うつ病などの、より客観的な診断を目指し、前頭葉の血流量変化を測定し、脳の機能の状態を図る検査の研究なども進みつつあります。(注1)

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。(注2) こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

(注1) 「うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査」 2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される

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

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

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

## (4) 対策

### ア こころの健康に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ・脳の学習を推進

### イ 専門家による相談事業の推進

- ・留萌保健所と協力、連携
- ・こころの相談の周知

### 3 休養

#### (1) はじめに

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

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

#### (2) 基本的な考え方

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

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

#### (3) 現状と目標

##### ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

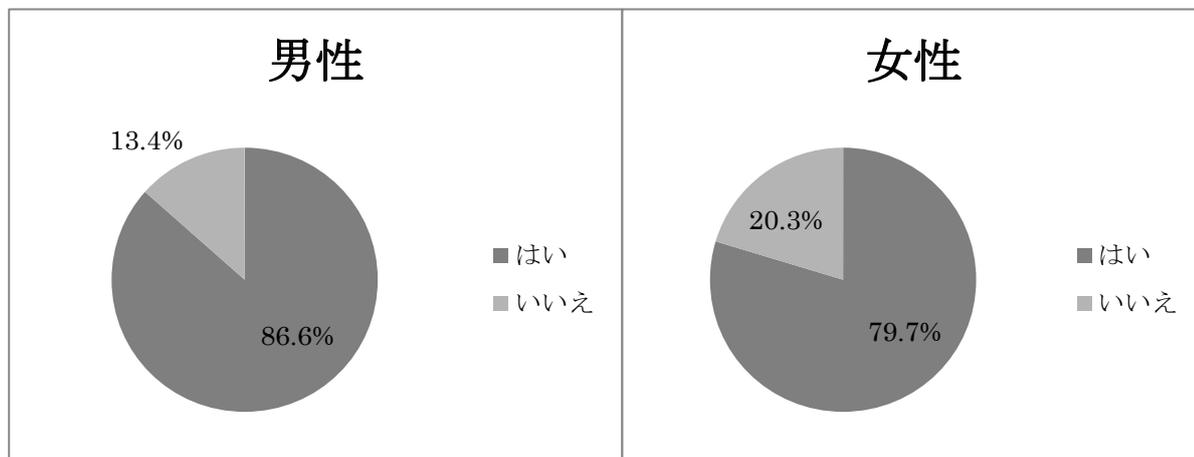
睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

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

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

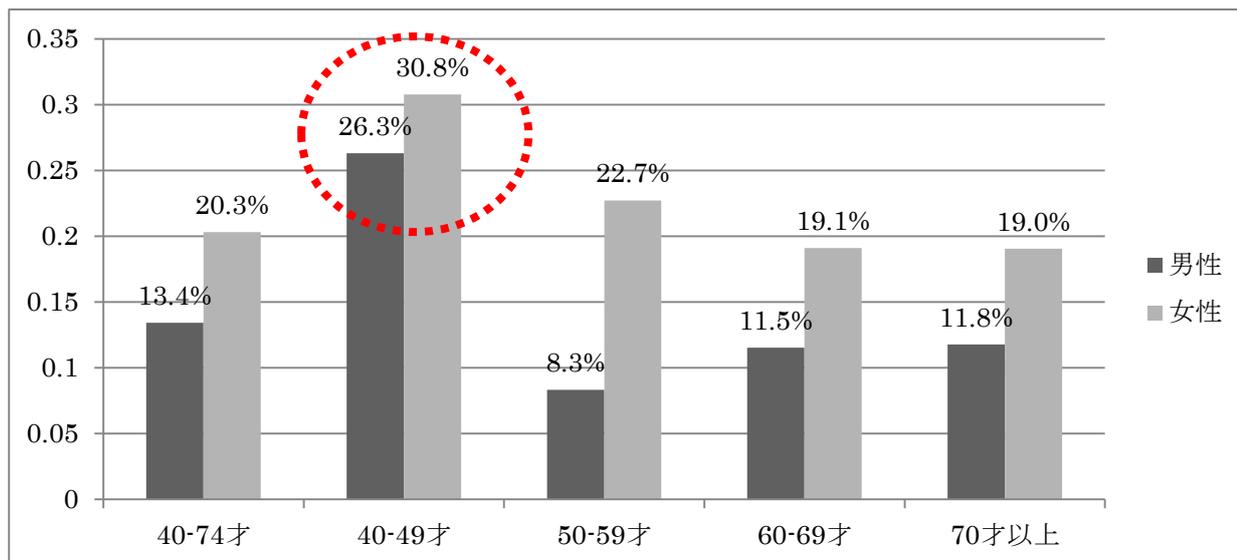
増毛町では、増毛町国保特定健診受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれているか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、男性 13.4%、女性 20.3%の人が「いいえ」との回答になっています。特に 40 歳代では、男性 26.3%、女性 30.8%が「いいえ」の回答であり、漁業者や農業、商業等労働に関連して起きている睡眠実態の把握に努めながら、仕事と健康を両立するための睡眠・休養の取り方等を検討、推進していく必要があります。(図 1、2)

図 1 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに対する男女別割合



～平成 25 年度特定健診問診票（集団健診）より

図2 「睡眠で十分に休養がとれている」の問いに「いいえ」と答えた人の年代別割合（平成25年度）



参考 健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠12カ条

- 1 良い睡眠で、からだもこころも健康に
- 2 適度な運動、しっかり朝食、ねざめとめざめのメリハリを
- 3 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。
- 4 睡眠による休養感は、生活習慣病予防につながります
- 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を
- 6 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
- 7 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
- 8 熟年世代は朝晩メリハリ、昼間に適度な運動でよい睡眠
- 9 眠くなってから寝床に入り、起きる時刻は遅らせない
- 10 いつもと違う睡眠には、要注意
- 11 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を

(4) 対策

ア 増毛町の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・ 留萌保健所と協力、連携

イ 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供

## 第4節 目標の設定

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

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

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

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

表1 増毛町の目標設定

項目		国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース	
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	84.3	平成22年	—	—	73.9	平成27年	現状維持 又は減少	平成27年	①	
	②がん検診の受診率の向上										
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 43.4% 女性 41.9%	*42.5%	平成24年	40%	当面	◎50%	平成36年	②
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		男性 43.3% 女性 47.0%	*45.4%				◎50%		
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 42.8% 女性 47.0%	*45.2%				◎50%		
・子宮頸がん	32.0%			*48.0%	50%						
・乳がん	31.4%		*41.9%	50%							
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)										
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	—	—	平成34年度	減少	平成36年度	①		
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		—	—						
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			46.7%				減少			
	③脂質異常症の減少 ( i :総コレステロール240mg/dl以上の者の割合) ( ii :LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	i :18.5% ii :10.2%	平成22年	—	平成25年度	i :14% ii :7.7%		ii :減少		③	
④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度		33.3%	平成25年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	減少	平成36年度		
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の終了率	41.3% 12.3%	平成21年度	34.6% 75.6%	平成25年度	60% 60%	平成29年度	60% ◎90%	平成29年度			
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,271人	平成22年	0/2人	平成25年度	15,000人	平成34年度	現状維持 又は減少	平成36年度	④	
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		65.5%		75%		75%			
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	1.4%		1.0%		減少			
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人		8.1%		1,000万人		現状維持 又は減少			
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少 ・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	37.3%	平成17年	—	平成25年度	平成34年度	現状維持 又は減少	平成36年度	—		
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	54.7%		—						45%	
	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	77.1%	平成21年	61.3%						80%以上	向上
	・12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.3歯		—						1.0歯未満	1.0歯未満
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加	34.1%		—						65%	増加

\*がん検診受診率の算定に当たっては、40歳以上(子宮頸がんは20歳以上)を対象

◎は、国の目標値をすでに達成

	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース
食・栄養	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)	29.0%	平成22年	10.0%	平成26年度	20%	平成34年度	現状維持 又は減少	平成36年度	⑦
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	8.7%	平成23年度	減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ	平成36年	①
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子 4.60% 女子 3.39%	平成23年	—		減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ		⑤
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%		40-74歳: 34.3%		28%		減少		
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		40-74歳: 39.8%		19%	平成34年度	減少	平成36年度	
・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		—		22%		現状維持 又は減少			
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 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	男性 57.5% 女性 43.9%	平成25年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩		増加		③
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩				男性 7,000歩 女性 6,000歩		増加		
	②運動習慣者の割合の増加									
・20～64歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%		男性 41.0% 女性 26.7%		平成34年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	現状維持 又は増加	平成36年度		
・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%					男性 58% 女性 48% 総数 52%	現状維持 又は増加			
高齢者	①介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	(認定者) 386人 (利用者) 336人	平成23年 9月末	657万人	平成37年度	増加率の減少	平成36年 10月	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 (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 16.4% 女性 7.4%	平成22年	男性 19% 女性 9.9%	平成25年度	男性 14.0% 女性 6.3%		現状維持 又は減少		④
喫煙	①成人の喫煙率の低下 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%		喫煙率18.5%		12%	平成34年度	減少	平成36年度	
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年	男性 13.4% 女性 20.3%	平成25年度	15%		男性 現状維持 女性 減少		
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	43.1	平成24年	自殺総合対策大綱の見直しの 状況を踏まえて設定				①

- ①:人口動態統計  
②:町がん検診  
③:町国保特定健診  
④:町身体障害者手帳交付状況  
⑤:町学校保健統計  
⑥:町3歳児健診  
⑦:町妊娠届出  
⑧:町介護保険事業状況報告



# 第三章

## 計画の推進

## 第Ⅲ章 計画の推進

### 第1節 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ないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

住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、一人ひとりの住民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を増毛町の重要な行政施策として位置づけ、健康ましけ21の推進においては、住民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

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

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

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

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、住民が共同して取り組みを考えたことによって、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。

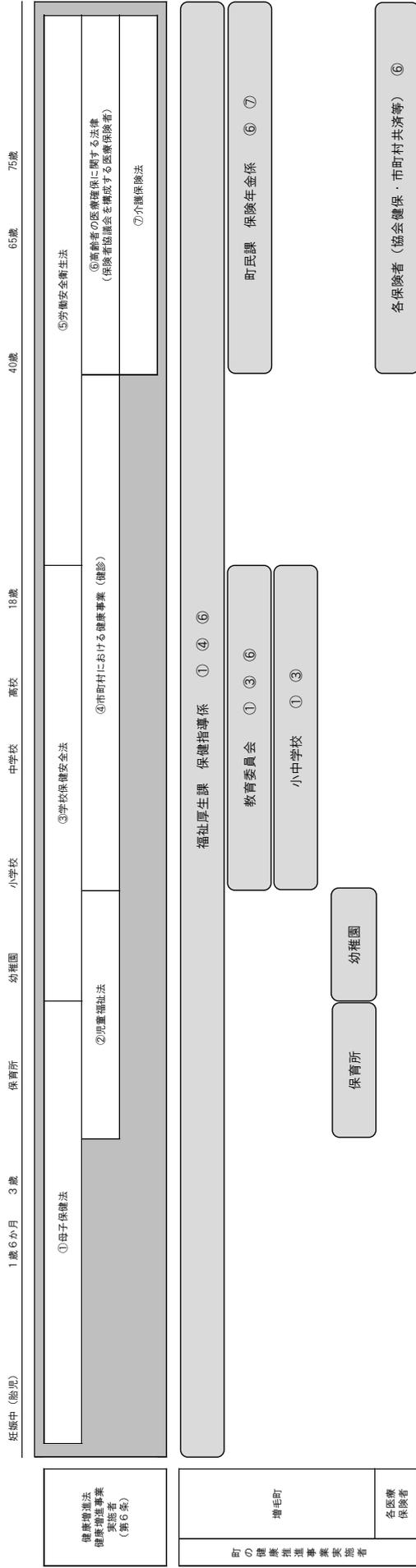
これらの活動が、国民運動の5つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

#### 2 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り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（表1）が必要です。

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

表1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための関係機関



北海道・留萌振興局・留萌振興局保健課保健行政室

健康増進事業者が行う健康(後)診	法律	①母子保健法 母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)	③学校保健安全法 健康診断(第13条)	④健康増進法 第19条の2	⑤労働安全衛生法 健康診断(第66条)	⑥高齢者の医療の確保に関する法律 特定健診(第20条)
	健診の名称等	妊婦健康診査	学校健診	健康診査	定期健康診断	特定健診
健診内容を規定する法令・通知等	妊婦健康診査	1歳6か月 3歳	学校保健安全法施行規則 第6条「検査の項目」	市町村における健康増進事業の実施	労働安全衛生規則 第1節の2 健康診断	厚生労働省令第17号 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」
	妊婦期(胎児期)	1歳6か月 3歳	小学校・中学校・高等学校	20~38歳	労働安全衛生規則 第1節の2 健康診断	北海道後期高齢者 広域連合の基準
対象年齢・時期等	一般健診：14回、超普及：6回	該当年齢 該当年齢	※幼稚園は学校保健安全法	年1回	年1回	年1回
					40歳未満 40歳以上	75歳以上

## 第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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

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

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

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

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

## 健康ましけ21計画

平成28年2月発行

発行：増毛町

<http://www.town.mashike.hokkaido.jp/>

編集：増毛町福祉厚生課保健指導係

〒077-0292 増毛町弁天町3丁目61番地

増毛町保健センター「健康一番館」

TEL0164-53-3111 FAX0164-53-2224

E-mail [fukusi@town.mashike.hokkaido.jp](mailto:fukusi@town.mashike.hokkaido.jp)