第２期清水町健康増進計画

平成 27 年度～平成 34 年度

北海道清水町

はじめに

近年、人口の少子高齢化が急速に進行し、社会環境の変化と相まって、偏った食生活や運動不足、ストレスなどといった生活習慣病の要因となりうる状況がますます顕著になり、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病になる人が増加しています。日本人の平均寿命は年々延伸し、日本は世界で有数の長寿国となっていますが、生活習慣病に起因する認知症や要介護者になってしまう人が増加しており、健康で自立した生きがいのある豊かな生活を送る「健康寿命」との差が広がっています。

「健康」は全ての人々の願いであり、人生を豊かにし、家族、地域、社会を元気にし、活力あるまちを築きます。清水町の高齢化率は今後、急速に上昇していくことが予想されており、くらしに影響がでるような病気にならず生活できる期間である「健康寿命」の延伸が重要な課題です。

このような中、平成17年に「清水町健康増進計画」を策定し、また平成23年の中間評価時に計画の改訂版を策定し、健康に関する各種施策を推進してきました。

このたび、計画の見直しを行い、計画期間を平成27年度から34年度とする「第2期清水町健康増進計画」を策定いたしました。

この計画は、国が展開している「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）、計画期間は平成25年度から平成34年度）の基本的な方向に沿って策定し、目標値も設定しました。

平成23年に策定した「清水町まちづくり計画（第5期清水町総合計画）」の大綱にもあるように「誰もが健康で思いやりのあふれるまちづくり」を目指し、「第2期清水町健康増進計画」の趣旨をご理解いただき、健康づくりの推進についてご協力賜りたく存じますとともに、本計画策定にあたりご尽力されました第2期健康増進計画策定委員会委員をはじめ、関係者に心から感謝申し上げます。

平成２７年３月

清水町長　高　薄　　渡

目　　次

序　章　　計画改定にあたって

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

第１章　　清水町の概況と特性

第１　本町の概況　6
第２　健康に関する概況　7
第３　財政状況に占める社会保障費　19

第２章　　課題別の実態と対策

第１　前計画の評価　20
第２　生活習慣病の予防　28
　１　がん　28
　２　循環器疾患　35
　３　糖尿病　43
　４　COPD（慢性閉塞性肺疾患）　49
　５　次世代の健康　51
第３　生活習慣の改善　62
　１　栄養・食生活　62
　２　身体活動・運動　69
　３　飲酒　72
　４　喫煙　74
　５　歯・口腔の健康　75
第４　社会生活に必要な機能の維持・向上　78
　１　高齢者の健康　78
　２　こころの健康　81
　３　休養　84
第５　目標の設定　85

第３章　　計画の推進

第１　健康増進に向けた取り組みの推進　88
　１　活動展開の視点　88
　２　関係機関との連携　88
第２　健康増進を担う人材の確保と資質の向上　89

資　料　90

序章　計画改定にあたって

第１　計画改定の趣旨

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

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り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：非感染性疾患の予防)
（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
（４）健康を支え、守るための社会環境の整備
（５）栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

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

本町では平成 17 年３月に、「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、計画期間を平成 17 年度から 26 年度までとする「清水町健康増進計画」を策定し、取り組みを推進してきました。

「健康日本 21（第２次)」に示された「国民運動」の基本的な方向を考慮し、これまでの取り組みの評価や健康課題などを踏まえ、「第２期清水町健康増進計画」を策定するものです。

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(非感染性疾患：Non Communicable Disease)として対策が講じられている。

＊NCDについて

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とするNCD(非感染性疾患)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、WHO(世界保健機関)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、職場、地域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り組みを総合的に支援していく環境の整備。

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

第２　計画の性格

この計画は、清水町第５期総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とします。また、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	北海道が策定した計画	清水町が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道２１」	清水町健康増進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	第２期清水町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	清水町次世代育成行動支援計画
食育基本法	北海道食育推進計画	（平成 26 年度策定中）
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	（清水町健康増進計画）
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	（清水町健康増進計画）
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	清水町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画第５期計画

第３　計画の期間

この計画の目標年次は平成 34 年度とし、計画の期間は平成 27 年度から平成 34 年度までの８年間とします。

第４　計画の対象

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

「第2期清水町健康増進計画」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」

別表1

○ 目標項目（53項目）

全体目標			次世代の健康			高齢者の健康		死亡
	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小		胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳	
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	がん				□がん検診の受診率の向上（子宮頸がん）	□がん検診の受診率の向上（胃・肺・大腸・乳がん）			□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患					□特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 □適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少			□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
		糖尿病			□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子供の割合の減少		□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がNGSP値8.4%以上の者の割合の減少）	□治療継続者の割合の増加	□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	
		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			
	生活習慣	栄養・食生活	□食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	□健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・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増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加（食事を一人で食べる子どもの割合の増加） □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加		□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加		□低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	
		身体活動	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加			□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加				
		飲酒	□妊娠中の飲酒をなくす		□未成年者の飲酒をなくす		□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
		喫煙	□妊娠中の喫煙をなくす □受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少		□未成年者の喫煙をなくす	□成人の喫煙率の減少	□COPDの認知度の向上			
		歯・口腔の健康		□乳幼児・学齢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 □過去1年間に歯科検診を受診した者の増加	□歯の喪失防止	□口腔機能の維持・向上		
社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	社会生活に必要な機能の維持・向上	高齢者の健康					□ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加	□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 □高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加） □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		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加				□自殺者の減少
		休養				□睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少				

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

第１章　清水町の概況と特性

第１　本町の概況

本町は、北海道の東南部、十勝地方の西部に位置し、南北に走る日高山脈の森林地帯と肥沃な土壌の畑作・酪農地帯です。東西に約 23km、南北に約 30km あり、面積は 402.18 ㎢を有し、面積の約 44%は森林地帯で占められ、約 41%は農業地帯で占められています。

気候は内陸性気候で、真夏は 30 度を超える日もあり、冬は−20 度を下回る日もあるという年間の寒暖差が激しい地域です。

平成25年度の産業別人口は第一次産業28.4%、第２次産業19.9%、第３次産業51.7%で、酪農・畑作業、工業、商業の町です。

第２　健康に関する概況

表１　健康に関する概況（国保 KDB データより）

北海道より課題　北海道より良好

	項目			清水町		北海道		全国	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	人口構成	総人口		9,940		5,475,176		124,852,975	
		65歳以上（高齢化率）		3,077	31.0	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2
		75歳以上		1,632	16.4	669,235	12.2	13,989,864	11.2
		65～74歳		1,445	14.5	686,896	12.5	15,030,902	12.0
		40～64歳		3,464	34.8	1,932,595	35.3	42,411,922	34.0
		39歳以下		3,399	34.2	2,186,450	39.9	53,420,287	42.8
	産業構成	第1次産業		28.4		7.7		4.2	
		第2次産業		19.9		18.1		25.2	
		第3次産業		51.7		74.2		70.6	
	平均寿命	男性		79.5		79.2		79.6	
		女性		87.0		86.3		86.4	
	健康寿命	男性		65.0		64.9		65.2	
		女性		67.0		66.6		66.8	
2	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	87.1		101.4		100	
			女性	88.0		97.6		100	
		死因	がん	42	45.7	18,138	50.3	356,804	48.3
			心臓病	27	29.3	9,464	26.2	196,543	26.6
			脳疾患	16	17.4	5,082	14.1	120,280	16.3
			糖尿病	3	3.3	694	1.9	14,325	1.9
			腎不全	2	2.2	1498	4.2	24,768	3.4
			自殺	2	2.2	1,206	3.3	25,969	3.5
	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		25	18.5	8,487	14.9	184,547	14.8
			男性	12	17.4	5,464	18	122,749	18.7
			女性	13	19.7	3,023	11.3	61,798	10.4
3	介護保険	1号認定者数（認定率）		634	20.4	170,482	19.7	3,583,953	19.4
		新規認定者		5	0.4	3,086	0.3	106,789	0.3
		2号認定者		11	0.3	4,860	0.5	106,056	0.4
	有病状況	糖尿病		152	24.5	50,537	28.7	706,966	18.6
		高血圧症		312	46.7	93,313	53.1	1,481,936	39.1
		脂質異常症		160	22.5	53,414	30.0	788,898	20.7
		心臓病		367	57.0	105,932	60.5	1,717,585	45.5
		脳疾患		164	25.6	49,464	28.1	823,139	21.9
		がん		78	14.4	25,145	14.4	364,723	9.7
		筋・骨格		338	48.7	91,063	51.8	1,466,677	38.9
		精神		176	28.5	51,710	29.5	751,752	19.9
	介護給付費(円)	1件当たり給付費（全体）		90,869		67,271		62,286	
		居宅サービス		57,033		41,620		41,562	
		施設サービス		263,835		257,148		260,295	
	医療費等(円)	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	12,900		9,021		8,179	
			認定なし	4,069		4,491		3,726	
4	国保の状況	被保険者数		3,411		885,621		22,679,387	
		65～74歳		1,123	32.9	322,355	36.4	7,850,599	34.6
		40～64歳		1,277	37.4	329,600	37.2	8,179,909	36.1
		39歳以下		1,011	29.6	233,666	26.4	6,648,879	29.3
		加入率		34.3		28.5		29.7	
	医療の概況（人口千対）	病院数		2	0.6	316	0.4	5,778	0.3
		診療所数		4	1.2	1,774	2.0	58,106	2.6
		病床数		140	41.0	51,205	57.8	1,030,614	45.4
		医師数		11	3.2	5,155	5.8	174,111	7.7
		外来患者数		562.4		633.1		642.6	
		入院患者数		18.5		22.8		18.7	

項目				清水町		北海道		全国	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合
4	医療費の状況	一人当たり医療費		22,528	道内150位	26,611		23,013	
		受診率		580.922		655.617		661.966	
		外来	費用の割合	56.1		55.2		58.9	
			件数の割合	96.8		96.5		97.2	
		入院	費用の割合	43.9		44.8		41.1	
			件数の割合	3.2		3.5		2.8	
		1件あたり在院日数		15.3日		16.1日		16.3日	
	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	新生物		25.7		27.1		24.4	
		慢性腎不全（透析あり）		6.8		7.2		9.4	
		糖尿病		9.6		10.8		10.7	
		高血圧症		6.4		7.2		7.9	
		精神		14.0		15.6		17.4	
		筋・骨疾患		24.0		17.0		15.4	
	費用額 （1件あたり） 道内順位 総数179 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病	611,944	27位 (17)				
			高血圧	685,273	21位 (16)				
			脂質異常症	636,989	23位 (16)				
			脳血管疾患	785,156	13位 (16)				
			心疾患	770,312	21位 (16)				
			腎不全	882,844	32位 (21)				
			精神	510,312	38位 (22)				
			悪性新生物	604,708	48位 (16)				
		外来	糖尿病	40,448	45位				
			高血圧	34,013	35位				
			脂質異常症	30,990	59位				
			脳血管疾患	35,567	105位				
			心疾患	43,033	74位				
			腎不全	144,175	90位				
			精神	29,605	90位				
			悪性新生物	42,403	121位				
	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,461		2,914		3,742	
			健診未受診者	10,929		13,427		10,591	
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	8,202		8,608		10,931	
			健診未受診者	36,422		39,661		30,935	
	健診・レセ突合	受診勧奨者		360	56.2	83,677	56.8	2,698,536	56.4
		医療機関受診率		292	45.6	66,995	45.5	2,242,275	46.9
		医療機関非受診率		68	10.6	16,680	11.3	456,222	9.5
5	特定健診の状況（道内順位 順位総数179）	健診受診者		641		147,264		4,781,425	
		受診率		29.9	道内82位	24.9	全国39位	33.5	
		特定保健指導終了者（実施率）		20	18.0	840	4.6	25,196	4.3
		非肥満高血糖		26	4.1	7,282	4.9	237,099	5.0
		メタボ	該当者	100	15.6	23,596	16.0	785,574	16.4
			男性	71	23.7	16,005	25.8	531,700	25.5
			女性	29	8.5	7,591	8.9	253,874	9.4
			予備群	95	14.8	16,123	10.9	525,242	11.0
			男性	73	24.3	11,188	18.0	359,822	17.3
			女性	22	6.5	4,935	5.8	165,420	6.1
		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	226	35.3	45,205	30.7	1,483,048	31.0
			腹囲 男性	166	55.3	30,942	49.9	1,005,165	48.2
			腹囲 女性	60	17.6	14,263	16.7	477,883	17.7
			BMI 総数	60	9.4	11,000	7.5	234,046	4.9
			BMI 男性	8	2.7	1841	3.0	39,553	1.9
			BMI 女性	52	15.2	9,159	10.8	194,493	7.2
			血糖のみ	4	0.6	938	0.6	31,362	0.7
			血圧のみ	63	9.8	11,153	7.6	364,212	7.6
			脂質のみ	28	4.4	4,032	2.7	129,668	2.7
			血糖・血圧	14	2.2	3,687	2.5	123,363	2.6
			血糖・脂質	3	0.5	1,253	0.9	42,693	0.9
			血圧・脂質	52	8.1	11,995	8.1	395,819	8.3
			血糖・血圧・脂質	31	4.8	6,661	4.5	223,699	4.7

1　人口構成

本町の人口構成を全道、全国と比較すると、65 歳以上の高齢化率及び 75 歳以上の後期高齢化率は、いずれも全道や全国より高くなっています。

表２　人口構成　　（平成 22 年度国勢調査）

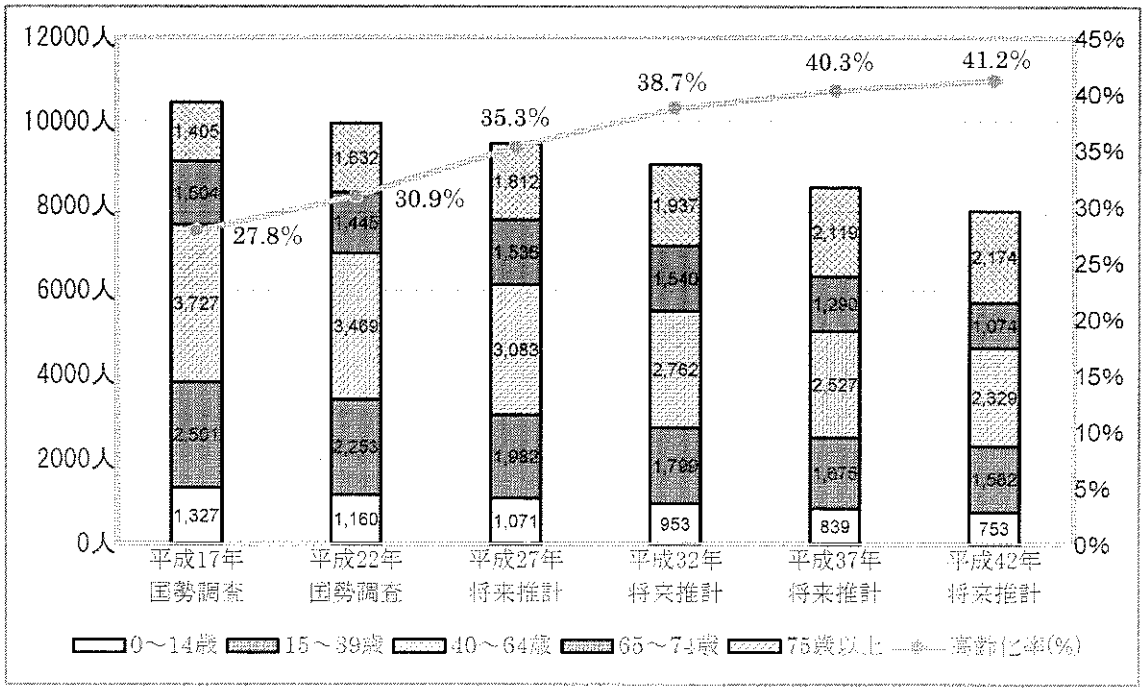
		清水町		北海道		全国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口	9,940		5,475,176		124,852,975	
	65歳以上（高齢化率）	3,077	31.0	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2
	75歳以上	1,632	16.4	669,235	12.2	13,989,864	11.2
	65～74歳	1,445	14.5	686,896	12.5	15,030,902	12.0
	40～64歳	3,464	34.8	1,932,595	35.3	42,411,922	34.0
	39歳以下	3,399	34.2	2,186,450	39.9	53,420,287	42.8

人口(国勢調査)は、平成 17 年には 10,464 人でしたが、平成 22 年には 9,940 人となり減少傾向にあります。

人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 25 年までの８年間に、673 人減少しているのに対して、65 歳以上人口は、同期間で 168 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 27.8%でしたが、平成 25 年には 31.0%となり、５年間で 3.2%高くなり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます（図１）。

図１　人口の推移と推計（平成 26 年 3 月推計）



資料　平成 17 年・22 年　国勢調査
平成 27 年・32 年・37 年・42 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 26 年 3 月推計）」

2　死亡

本町の平均寿命は全道に比べると長く、特に女性は全国に比べても長い状況です。
健康寿命は、男性が全道・全国に比べて短く、女性が全道・全国に比べて長い状況です。

表３　平均寿命（歳）　（平成 22 年度国勢調査）

		清水町	北海道	全国
平均寿命	男性	79.5	79.2	79.6
	女性	87.0	86.3	86.4

表４　健康寿命（歳）

		清水町	北海道	全国
健康寿命	男性	65.0	64.9	65.2
	女性	67.0	66.6	66.8

主要死因を全道、全国と比較すると、心臓病及び脳疾患及び糖尿病による死亡率が高くなっています。

表５　死亡の状況　（平成 15～H19 年　人口動態保健所・市町村別統計）

			清水町		北海道		全国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	87.1		101.4		100	
		女性	88.0		97.6		100	
	死因	がん	42	45.7	18,138	50.3	356,804	48.3
		心臓病	27	29.3	9,464	26.2	196,543	26.6
		脳疾患	16	17.4	5,082	14.1	120,280	16.3
		糖尿病	3	3.3	694	1.9	14,325	1.9
		腎不全	2	2.2	1498	4.2	24,768	3.4
		自殺	2	2.2	1,206	3.3	25,969	3.5
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		25	18.5	8,487	14.9	184,547	14.8
		男性	12	17.4	5,464	18	122,749	18.7
		女性	13	19.7	3,023	11.3	61,798	10.4

主要死因の５年間の変化をみると、１位を悪性新生物、２位を心疾患が占めています。平成 20 年に４位であった脳血管疾患は平成 21 年から３位のままです。

表６　主要死因の変化　　（人口 10 万対死亡率）

	平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年
第１位	悪性新生物 316.8	悪性新生物 376.2	悪性新生物 392.3	悪性新生物 454.5	悪性新生物 429.9
第２位	心疾患 198.0	心疾患 178.2	心疾患 196.3	心疾患 212.1	心疾患 276.4
第３位	肺炎 99.0	脳血管疾患 118.8	脳血管疾患 135.9	脳血管疾患 131.3	脳血管疾患 163.8
第４位	脳血管疾患 89.1	老衰 99.0	肺炎 105.7	肺炎 131.3	肺炎 112.6
第５位	老衰 79.2	肺炎 69.3	不慮の事故 105.7	老衰 70.7	老衰 92.1

（資料）　地域保健情報年報

早世(64 歳以下)死亡の減少については、年によって差がありますが、平成 23 年度では女性の早世が全国・全道よりも多くなっています。

表７　早世(64 歳以下)死亡の状況　　（全死亡に占める 64 歳以下の死亡割合）

	全国（平成 23 年）		北海道（平成23年）		清水町（平成23年）		清水町（平成22年）		清水町（平成21年）	
総数	184,54 人	14.8%	8,487 人	14.9%	25 人	18.5%	8 人	6.6%	15 人	12.3%
男性	122,749 人	18.7%	5,464 人	18.0%	12 人	17.4%	7 人	10. 8%	12 人	18.8%
女性	61,798 人	10.4%	3,023 人	11.3%	13 人	19.7%	1 人	1.8%	3 人	5.2%

（資料）　地域保健情報年報

3　介護保険

本町の介護保険の認定率は、第１号被保険者で全道・全国より高く、一件当たりの介護給付費も全道・全国より高い状況ですが、第５期保険料月額は 4,500 円で、全道 4,631 円、全国 4,972 円より安くなっています。

有病状況の割合は、どの疾患も全道よりは低く、全国よりも高くなっています。

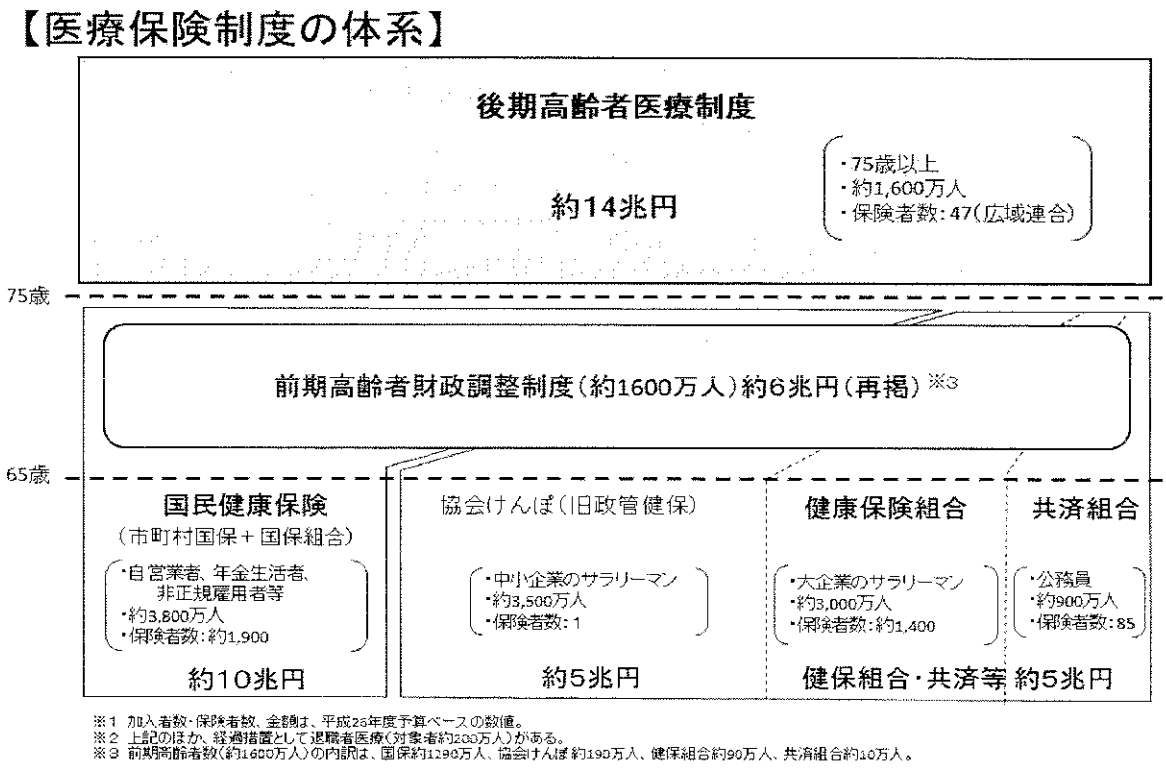
表８　介護保険の状況　　（平成 25 年度　国保 KDB データより）

			清水町		北海道		全国	
			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）		634	20.4	170,482	19.7	3,583,953	19.4
		新規認定者	5	0.4	3,086	0.3	106,789	0.3
	2号認定者		11	0.3	4,860	0.5	106,056	0.4
有病状況	糖尿病		152	24.5	50,537	28.7	706,966	18.6
	高血圧症		312	46.7	93,313	53.1	1,481,936	39.1
	脂質異常症		160	22.5	53,414	30.0	788,898	20.7
	心臓病		367	57.0	105,932	60.5	1,717,585	45.5
	脳疾患		164	25.6	49,464	28.1	823,139	21.9
	がん		78	14.4	25,145	14.4	364,723	9.7
	筋・骨格		338	48.7	91,063	51.8	1,466,677	38.9
	精神		176	28.5	51,710	29.5	751,752	19.9
介護給付費(円)	1件当たり給付費（全体）		90,869		67,271		62,286	
		居宅サービス	57,033		41,620		41,562	
		施設サービス	263,835		257,148		260,295	
医療費等(円)	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	12,900		9,021		8,179	
		認定なし	4,069		4,491		3,726	

平成 25 年度の第１号被保険者の要介護（支援）認定者数は 634 人であり、年々増加しています。

4　医療費

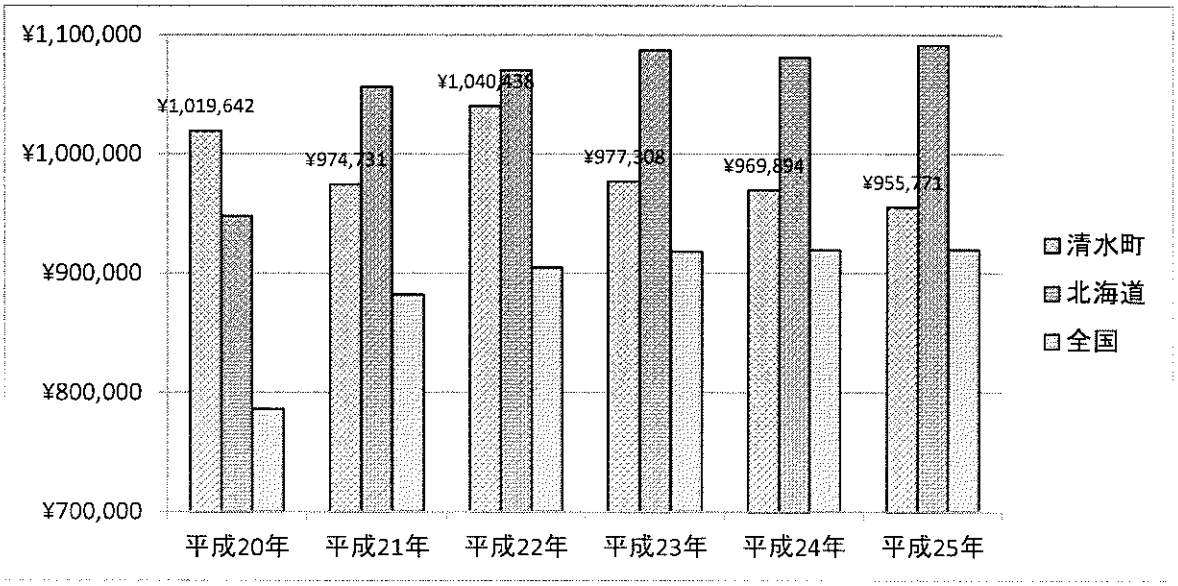
図２　医療保険制度　　（厚生労働省資料）



(1) 後期高齢者医療

本町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、平成 21 年からは全道に比べて低く、全国と比べて高く推移しています。

図３　後期高齢者医療の一人あたりの医療費



(2) 国保

本町の国民健康保険加入者は3,411人、加入率は34.3%と全道・全国より高くなっています（平成25年度）。加入者のうち、前期高齢者(65歳～74歳)が占める割合は全道・全国より低くなっていますが、今後は高齢化の進展により、高くなっていくと予測されます。

国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、全道・全国と比較すると低くなっています。

医療費の内訳では、筋・骨疾患の医療費が全道・全国と比べて高くなっています。生活習慣病の1件当たりの医療費では、すべての項目で外来よりも入院の道内順位の方が高くなっているので、症状が悪化してから医療にかかっていることが予測できます。

生活習慣病で医療機関を受診している方で、健診未受診の方の一人当たりの保険点数は全国より高くなっています。

表９　国民健康保険の状況 (平成25年度、国保KDBデータより)　北海道より課題　北海道より良好

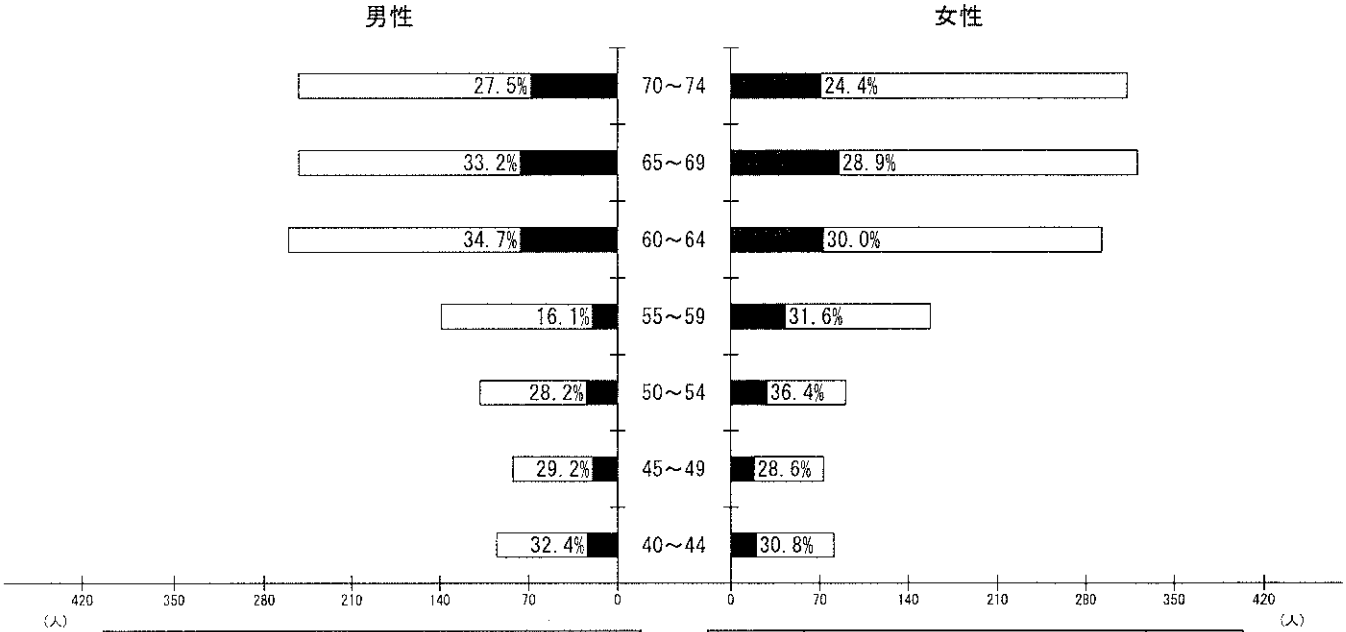
			清水町		北海道		全国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
国保の状況	被保険者数		3,411		885,621		22,679,387	
		65～74歳	1,123	32.9	322,355	36.4	7,850,599	34.6
		40～64歳	1,277	37.4	329,600	37.2	8,179,909	36.1
		39歳以下	1,011	29.6	233,666	26.4	6,648,879	29.3
	加入率		34.3		28.5		29.7	
医療の概況（人口千対）	病院数		2	0.6	316	0.4	5,778	0.3
	診療所数		4	1.2	1,774	2.0	58,106	2.6
	病床数		140	41.0	51,205	57.8	1,030,614	45.4
	医師数		11	3.2	5,155	5.8	174,111	7.7
	外来患者数		562.4		633.1		642.6	
	入院患者数		18.5		22.8		18.7	
医療費の状況	一人当たり医療費		22,528	道内150位	26,611		23,013	
	受診率		580.922		655.617		661.966	
	外来	費用の割合	56.1		55.2		58.9	
		件数の割合	96.8		96.5		97.2	
	入院	費用の割合	43.9		44.8		41.1	
		件数の割合	3.2		3.5		2.8	
	1件あたり在院日数		15.3日		16.1日		16.3日	
医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	新生物		25.7		27.1		24.4	
	慢性腎不全（透析あり）		6.8		7.2		9.4	
	糖尿病		9.6		10.8		10.7	
	高血圧症		6.4		7.2		7.9	
	精神		14.0		15.6		17.4	
	筋・骨疾患		24.0		17.0		15.4	
費用額（1件あたり） 道内順位 総数179 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病	611,944	27位 (17)				
		高血圧	685,273	21位 (16)				
		脂質異常症	636,989	23位 (16)				
		脳血管疾患	785,156	13位 (16)				
		心疾患	770,312	21位 (16)				
		腎不全	882,844	32位 (21)				
		精神	510,312	38位 (22)				
		悪性新生物	604,708	48位 (16)				
	外来	糖尿病	40,448	45位				
		高血圧	34,013	35位				
		脂質異常症	30,990	59位				
		脳血管疾患	35,567	105位				
		心疾患	43,033	74位				
		腎不全	144,175	90位				
		精神	29,605	90位				
		悪性新生物	42,403	121位				
健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,461		2,914		3,742	
		健診未受診者	10,929		13,427		10,591	
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	8,202		8,608		10,931	
		健診未受診者	36,422		39,661		30,935	
健診・レセ突合	受診勧奨者		360	56.2	83,677	56.8	2,698,536	56.4
		医療機関受診率	292	45.6	66,995	45.5	2,242,275	46.9
		医療機関非受診率	68	10.6	16,680	11.3	456,222	9.5

5　国民健康保険加入者の特定健康診査

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みである、医療保険者による特定健康診査は、平成 24 年度の受診率 29.2%で全道に比べて高く全国に比べて低くなっています。また、保健指導実施率は 41.9%で、全道・全国に比べて高くなっています。

特定健康診査の結果については、男性は BMI・腹囲・GPT・空腹時血糖・HbA1c・尿酸・LDL コレステロールが全国よりも高くなっています。女性は BMI・GPT・HDL コレステロール・拡張期血圧・LDL コレステロール・クレアチニンが全国よりも高い値になっています。ほとんどの項目が男性・女性ともに、40 歳から 64 歳までの年齢で高くなっていて、若い年代からの健診受診が必要だと考えます。高齢者の医療の確保に関する法律の中では、40 歳未満の方の健康診査は努力義務となっていますが、清水町では 20 歳から 39 歳までの希望者全員に健康診査を実施しています。

図４　特定健康診査受診状況（被保険者数及び受診者数のピラミッド、平成２４年度）



男性	40～64歳	健診受診者	160	28.8%
		国保被保険者	668	
	65～74歳	健診受診者	140	30.2%
		国保被保険者	490	

女性	40～64歳	健診受診者	179	31.1%
		国保被保険者	678	
	65～74歳	健診受診者	152	26.7%
		国保被保険者	616	

表 10　有所見者割合・年代　　（平成 25 年度、国保 KDB データより）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		29.6		48.2		28.3		20.0		9.2		26.5		50.8		12.6		49.4		23.9		48.6		1.5	
北海道		22,312	35.9	30,942	49.9	16,545	26.7	14,715	23.7	5,367	8.6	16,797	27.1	32,035	51.6	8,215	13.2	30,726	49.5	15,183	24.5	30,959	49.9	792	1.3
保険者	合計	106	35.3	166	55.3	69	23.0	69	23.0	24	8.0	84	28.0	165	55.0	45	15.0	137	45.7	69	23.0	174	58.0	3	1.0
	40-64	53	34.2	78	50.3	40	25.8	43	27.7	13	8.4	44	28.4	78	50.3	33	21.3	54	34.8	38	24.5	100	64.5	0	0.0
	65-74	53	36.6	88	60.7	29	20.0	26	17.9	11	7.6	40	27.6	87	60.0	12	8.3	83	57.2	31	21.4	74	51.0	3	2.1

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		21.0		17.7		17.0		8.7		2.2		15.9		50.9		1.5		43.2		14.5		58.8		0.2	
北海道		21,508	25.2	14,263	16.7	12,853	15.1	8,675	10.2	1,697	2.0	13,362	15.7	41,524	48.7	1,438	1.7	37,002	43.4	13,417	15.7	49,397	58.0	171	0.2
保険者	合計	106	31.1	60	17.6	47	13.8	31	9.1	8	2.3	52	15.2	168	49.3	3	0.9	141	41.3	55	16.1	220	64.5	1	0.3
	40-64	39	23.8	22	13.4	21	12.8	17	10.4	4	2.4	17	10.4	81	49.4	2	1.2	41	25.0	26	15.9	107	65.2	1	0.6
	65-74	67	37.9	38	21.5	26	14.7	14	7.9	4	2.3	35	19.8	87	49.2	1	0.6	100	56.5	29	16.4	113	63.8	0	0.0

6　出生

本町の出生率は、全国や全道より低くなっています。

表 11　出生率及び低体重出生率　　（平成 24 年）

	全国		北海道		清水町	
出生数・出生率	1,037,231 人	8.2	38,686 人	7.1	65 人	6.7
低体重児出生率（出生百対%）	99,311 人	9.57	3,764 人	9.73	0 人	0.0

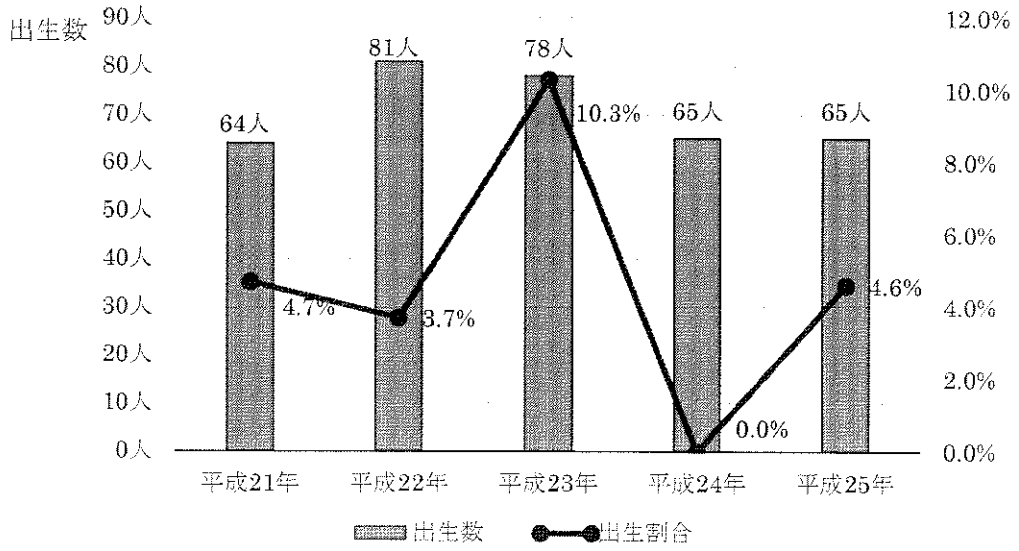
（資料）平成 24 年北海道保健統計年報

低出生体重児の過去５年の出生率は、全国や全道と比較しておおむね低い状況です。

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

妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりの充実と併せ、低体重児の生活習慣病発症予防の取り組みが必要です。

図５　出生数及び出生時の体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



（資料）母子手帳記載内容より

第３　財政状況に占める社会保障費

平成 25 年度の一般会計決算において、歳出１位が民生費となり、全会計決算での医療、介護の社会保障費が、約 26 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、いかに社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、町民一人一人の健康増進への意識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　本町の財政状況と社会保障費

	歳　　入（一般会計） ８２億円（平成 25 年決算）	歳　　出（一般会計） ８０億円（平成 25 年決算）
１位	交付税　３４億円	民生費　１８億円
２位	町　税　１２億円	教育費　１２億円
３位	国庫支出金　　８億円	農林業費　　９億円

社会保障費

	医　療	介　護
決算（平成２５年度）	約　１５．５億円	約　１０．５億円
一般会計	約　　３．９億円	約　　２．１億円

第２章　課題別の実態と対策

第１　前計画の評価

第１期計画では以下のように施策の基本的方向を設定して具体的な施策を推進しました。

① 生活習慣病予防と生活習慣の改善
② 栄養・食生活の改善
③ 積極参加型の健康づくり
④ 社会参加、生きがいづくり
⑤ 休養・こころの健康づくり
⑥ 施設、空間の活用と整備
⑦ 各分野の連携、協力
⑧ 啓発等

第２期計画では「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目に沿って計画を推進します。健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていることから、それを支援するための具体的な対策を推進します。

＜健康増進計画の「具体的施策の展開」の評価（平成２３～２６年度）＞

１　生活習慣病予防と　生活習慣の改善　（＊上段は実績、下段は計画。○：継続実施、×：未実施又は廃止、◎：新規実施、△：調査研究実施）

具体的な施策の展開	年次計画 23実績	24実績	25実績	26見込	備考
（1）一次二次予防の充実					
ア 健康診査の充実・実施	○ ○	○ →	○ →	○ →	特定健診・早目健診・後期高齢者健診を継続して実施。
イ 健康診査結果説明会の開催	○ ○	○ →	○ →	○ →	特定健診などの結果説明会を清水地区・御影地区で実施。平成26年度から、予約制で多くの方に来てもらえる体制にした。
ウ 健康相談（家庭訪問）	○ ○	○ →	○ →	○ →	特定保健指導対象者、重症化予防対象者、高齢者など、必要な方への家庭訪問や健康相談を実施。
エ 歯科検診の実施	○ ○	○ →	○ →	○ →	幼児の歯科検診やフッ素塗布を継続して実施。
オ 各がん検診の実施	○ ○	○ →	○ →	○ →	胃・肺・大腸・子宮・乳がん検診を継続して実施。平成21年度から子宮・乳がん無料検診事業、平成23年度から大腸がん無料検診事業（国庫補助事業）を実施。
カ ６０２４運動の推進	○ ○	○ →	○ →	○ →	成人期に健康教育を実施しているほか、幼児期の歯科検診・フッ素塗布も6024運動として、実施している。
（2）生活習慣の改善に向けた相談・指導					
ア 境界域糖尿病者に対しての教室の実施	○ ○	○ →	○ →	○ →	糖負荷検査を取り入れた糖尿病予防学習会を継続して実施。
イ 糖尿病治療者への支援	○ ○	○ →	○ →	○ →	糖尿病治療者の必要な方への個別相談を随時実施。
ウ 健康づくり実践会	○ ○	○ →	○ →	○ →	農村地区に出向き、健康教育と健康相談を行う「健康づくり実践会」は継続して実施。
エ 地域での健康教育の実施	○ ○	○ →	○ →	○ →	要望に沿って地域での健康教育を継続して実施。
オ 広報誌の活用	○ ○	○ →	○ →	○ →	広報誌の保健のコーナーで生活習慣病や生活習慣改善に関するテーマの記事を掲載している。
（3）飲酒・喫煙等の自己管理					
ア たばこの健康に対する影響の知識普及	○ ○	○ →	○ →	○ →	健診事後指導や広報等でタバコの害について等の知識の普及をはかっている。
イ 公的機関・施設の禁煙・分煙の徹底	○ ○	○ →	○ →	○ →	健康増進法制定後、国の喫煙対策により、町内の公的機関・施設の禁煙が進んだ。
ウ 町内各企業へ受動喫煙防止の啓発	× △	× →	× →	△ →	国が積極的に企業の受動喫煙防止を推進していくべきだが、現在まで推進されていなかった。平成26年度に事業主の受動喫煙防止策措置が努力義務となる労働安全衛生法の改正が行われ、平成27年6月までに施行される予定である。
エ 禁煙・分煙希望者への支援	○ ○	○ →	○ →	○ →	特定健診での特定保健指導で禁煙支援の体制を整えている。
オ 多量飲酒の健康に対する影響の知識普及	○ ○	○ →	○ →	○ →	健診事後指導や健康教育、広報、母子手帳発行時等で知識の普及をはかっている。

2　栄養・食生活の改善

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備　考
（1）具体的な目標を示した栄養相談・指導					
ア 食生活改善推進員協議会育成	○ ○	○	○	○	継続実施。平成25年度会員は42名。
イ 食生活改善推進員養成講座開催	○ ○				4年に1回開催している。平成25年度までに10回開催し修了者は186名。
ウ 食改善教室（知識普及と食習慣改善）	○ ○	○	○	○	健康にまつわる講話、調理実習を行い、幼児期、学童期、壮年期、高齢期など年代に応じた食生活指導を継続して実施している。
エ 健康診査結果説明会（知識普及と食習慣改善）	○ ○	○	○	○	平成20年度より特定健診結果説明会として継続実施。
オ 栄養相談（家庭訪問）	○ ○	○	○	○	乳児期の離乳食訪問は対象者を決めて継続実施している。
カ 食生活診断調査	○ ○	○	○	○	特定健診受診者を対象に実施（回収率97%）。健診事後の食生活指導に活用。
（2）地元健康食材・特産品を使用したメニューの普及					
ア 食の安心、安全事業ふれあいテーブル（健康メニューの紹介）	○ ○	○	×	×	地場産食材を使った健康メニューの紹介を行っていたが、25年度で事業終了。
（3）栄養成分表示の推進					
ア 表示協力の啓発	× △	×	×	×	未実施。
（4）肥満や生活習慣病予防のための教室や実践会					
ア 学童期の肥満対策	○ ○	○	○	○	必要時に個別対応している。
イ 学校教育と連携し肥満予防教室・相談の実施	○ ○	○	○	○	
ウ 青壮年期の健康づくり教室等の実施（50～60代強化）	○ △	○	○	○	平成22年度より青壮年期を対象にした冬の運動教室を継続して実施。
エ 高齢期元気で長生き教室	○ ○	○	○	○	継続実施。パセリの会の協力を得て町内老人クラブを対象に実施。健康に関する講話、調理実習、減塩指導など。
（5）町ホームページに健康レシピ紹介					
ア 離乳食、健康食、病態別に紹介	○ ○	○	○	○	継続実施。

３　積極参加型の健康づくり

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）運動・スポーツによる健康づくり					
ア スポーツ指導者の育成	○ ○	○	○	○	少年団指導者育成のための助成を継続して実施。
イ 生涯スポーツの振興	○ ○	○	○	○	各種大会・教室等を実施。
ウ 高齢者スポーツの振興	○ ○	○	○	○	各種大会・教室等を実施。
エ 町民スポーツ大会の開催	○ ○	○	○	○	各種大会・教室等を実施。
オ アウトドアスポーツの普及	○ ○	○	○	○	各種大会・教室等を実施。
（2）高齢者のための身体活動や軽い運動の普及					
ア「毎日歩くこと」の普及	○ ○	○	○	○	継続実施。
イ 軽い身体運動の普及	× △	×	×	×	未実施。
（3）障害者の健康づくり					
ア 生活福祉空間づくりの推進	△ △	△	△	△	車いすやシルバーカーが容易にすれ違うことのできる歩道の整備等、物理的な障害を解消する生活空間の確保に向けて検討したが整備はできなかった。ＪＲ清水駅のエレベーター化についても設置方法を含めてＪＲ北海道と協議したが、整備できなかった。
イ バリアフリー空間の整備	○ ○	○	○	○	公営住宅建設の際のバリアフリー化やハーモニープラザ内のオストメイトトイレ設置等が実施できた。
ウ デイサービス事業での健康づくりの普及	△ △	△	△	△	デイサービス事業における機能訓練やレクリエーションは個々の障害の状況に合わせてサービス提供事業者が提供しているのが現状である。障害者ニーズを把握しサービス提供事業者の確保について継続実施。
（4）地域・職場・学校での健康づくり					
ア 栄養実習・健康づくり実践会の開催	○ ○	○	○	○	農村地区に出向き、講話および調理実習を行いう。地域により良い食生活習慣が浸透するよう、「健康づくり実践会」は継続して実施している。
イ さわやかプラザの利用促進の検討	○ △	○	○	○	平成２２年度から６５歳以上の町民を対象に使用料を無料としている。平成２５年度からは平日の終了時間延長や土曜日の営業開始により利用促進を図っている。
ウ 食育に関する指導委員会等の開催	○ ○	○	○	○	地場産の食材を活用し文化少年団や親子料理教室で積極的に食育活動を進めている。

4　社会参加、生きがいづくり

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）いきいきと学び合える　社会の実現					
ア 一人ひとりが生きがいを持ち互いに学びあう学習活動の推進					
（ア）健全育成事業	○	○	○	○	小中高生リーダー育成研修会、北海道ジュニアリーダーコース派遣、チャレンジクラブを継続して実施。
（イ）循環型学習活動の推進	○	○	○	○	自主企画講座、生涯学習ボランティア事業を継続して実施。
（ウ）団体活動の支援	○	○	○	○	子ども会育成奨励事業を継続して実施。
（エ）女性の学習機会の充実・リーダーの育成	○	○	○	○	北海道女性大会派遣を継続して実施。
（オ）高齢者の社会参加促進・学習機会の提供	○	○	○	○	高齢者学級を継続して実施。
（カ）子育てについての学習機会の提供・関係団体支援	○	○	○	○	通学合宿、家庭教育講座を継続して実施。
イ 地域に根ざした創造性あふれる芸術・文化活動の推進					
（ア）文化活動支援、芸術、文化鑑賞機会の提供	○	○	○	○	幼児、小学生、中学生を対象に芸術鑑賞会を開催。一般向けに毎年コンサート等を開催。
（イ）人材育成	○	○	○	○	伝統文化子ども教室の開催、各種文化関係団体への活動奨励。
（ウ）第九合唱の発表活動支援	○	○	○	○	清水高校合唱祭での会場貸し出し、舞台発表支援。
（エ）文化財の保存保護	○	○	○	○	町内4か所の開拓史跡の保全管理、埋蔵文化財の事前協議等。
ウ 仲間とともに楽しみ、健康を推進するスポーツ・レクリエーション活動の推進					
（ア）体育館各種スポーツ大会の開催					
a 町民陸上記録会	○	○	○	×	平成26年は天候及びグラウンド状態不良にて未実施。
b 町民軽スポーツ大会	○	○	○	○	幅広い年齢層で取り組める軽スポーツ「ユニカール」を種目として取り上げて継続して実施。
c 学校体育施設開放事業の推進	○	○	○	○	町内小・中学校の体育施設の利用について継続して実施。
d 各種講習会派遣	○	○	○	○	ユニカール指導について派遣。
e ニュースポーツの普及促進	○	○	○	○	近隣町村で情報交換等を行い、新しいスポーツを取り入れて普及ができるようにスポーツ推進委員が継続して取り組んでいる。

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
f スポーツ活動の普及啓発、情報提供	○	○	○	○	町広報等を通して周知等を行っている。
	○	→	→	→	
g 総合型地域スポーツクラブ調査研究	○	○	○	×	準備委員会として平成24年度から取り組み、平成26年度より本稼働。
	△	→	→	→	
（イ）水泳プール					
a 町民水泳記録会	○	○	○	○	継続して実施。
	○	→	→	→	
b 対象別水泳教室の開催	○	○	○	○	幼児・低学年・一般と水泳に親しむ機会になっている。
	○	→	→	→	

5　休養・こころの健康づくり

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）恵まれた自然環境の中での休養の推進					
ア　森林浴の推進	×	×	×	×	恵まれた森林環境に囲まれ、各自、目的に応じて利用されているが、森林浴の普及活動は実施しなかった。
	△	→	→	→	
（2）日常生活を大切に考えたこころの健康					
ア こころの健康相談活用	○	○	○	○	保健所等と連携しながら、こころの健康相談の紹介や勧奨を行い、希望者に対し個別相談での対応を実施。
	○	→	→	→	
イ 睡眠障害への対処方法の啓蒙	○	○	○	○	希望者には個別相談を実施。
	○	→	→	→	

6　施設、空間の活用と整備

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）健康づくりに活用できる施設、整備と空間					
ア 清水公園周辺でのウォーキングの実施	×	×	×	×	個人で自主的に行われている。
	○	→	→	→	
イ 清水公園周辺での歩くスキーの実施	○	○	○	○	継続実施。健康クラブが主体となり、シーズン中はコース整備を行っている。
	○	→	→	→	
ウ 北部周辺にある体育施設を活用した各種スポーツ（水泳・野球・テニス）の実施	○	○	○	○	テニスコートは平成25年度をもって廃止。他は継続して利用。
	○	→	→	→	
エ 有明公園多目的広場でのサッカーやソフトボール等の屋外競技の実施	○	○	○	○	継続して施設開放を実施。
	○	→	→	→	
オ　アイスアリーナを利用したアイスホッケーと周辺を利用したパークゴルフの実施	○	○	○	○	継続して施設開放を実施。
	○	→	→	→	

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
カ 御影公園周辺を活用したスポーツ施設の活用	○	○	○	○	継続して施設開放を実施。
	○	→	→	→	
キ 御影公園多目的広場周辺を利用したサッカー・スケートの充実	○	○	○	○	継続して施設開放を実施。
	○	→	→	→	
ク 剣山周辺での登山・自然散策の実施	×	×	×	×	未実施。
	○	→	→	→	
ケ 羽帯地区周辺を活用したアウトドアスポーツの普及	×	×	×	×	未実施。
	△	→	→	→	
コ 健康マップの作成	×	×	×	×	未実施。
	△	→	→	→	

7　各分野の連携、協力

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）健康づくりを進めるために関係団体との連携、協力					
ア 町内会連絡協議会	○	○	○	○	健康教室や健康相談の開催、保健係の選出等連携し実施。
	○	→	→	→	
イ 社会福祉協議会	○	○	○	○	個別支援ケースについて、連携協力し支援を実施。
	○	→	→	→	
ウ 文化団体	○	○	○	○	文化少年団など、連携し事業を実施。
	△	→	→	→	
エ スポーツ団体	×	×	×	×	新たに連携実施する事業展開がなく、新たな連携は行っていない。また、スポーツ団体独自で活発な活動が展開されている。
	△	→	→	→	
オ 保健福祉団体	○	○	○	○	保健推進協議会、パセリの会との連携や、地域で行ってい地域デイに参加協力している。
	○	→	→	→	
カ 学校	○	○	○	○	個別のケースや予防接種などの保健事業について必要時連携、協力を行なっている。
	○	→	→	→	
（2）保健所、医師、歯科医師との連携、協力					
ア 保健所	○	○	○	○	保健事業全般にわたり、指導・連携のもと事業を実施。
	○	→	→	→	
イ 医師	○	○	○	○	乳幼児健診、特定健診、骨粗しょう症検診、エキノコックス症検診、予防接種など町内医療機関、医師の協力のもと事業を実施している。
	○	→	→	→	
ウ 歯科医師	○	○	○	○	1歳6か月児・3歳児健診、フッ素塗布事業に参加･協力を得て実施。
	○	→	→	→	
（3）事業所、職域の協力					
ア 事業所・職域	×	×	×	×	喫煙対策や医療費削減に向け職域との連携が必要だが、連携には至っていない。
	○	→	→	→	

8　啓発等

具体的な施策の展開	年次計画 23 実績	24 実績	25 実績	26 見込	備考
（1）健康づくり情報の提供					
ア 健康づくり事業の広報掲載	○ → ○	○	○	○	広報やお知らせ版で随時事業や健康に関する情報の掲載を行なっている。
イ 様々な媒体を活用した健康情報の提供	○ → ○	○	○	○	広報誌のほか、ホームページ、ポスター、チラシ、保健推進協議会機関紙等で保健事業や健康情報の周知を行なっている。
（2）町民の健康度調査					
ア　健康アンケート実施	× → ◎	×	×	×	計画策定のために健康度調査を実施する計画であったが、生活習慣に関するデータは特定健診の問診で多くを把握でき、また各種健診結果等から町民の健康状況の把握が可能である。
（3）計画進捗状況の検証					
ア 健康づくり懇話会等での検証	○ → △	◎	○	○	懇話会の実施はしなかったが、生活習慣病予防や食生活改善については、毎年度事業評価を行ない検証している。

第２　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て増殖して行くものが “がん” です。

たった一つのがん細胞が倍々に増えていき、約 30 回の細胞分裂を繰り返して 1cm 大ほどになったものが、検査で発見できる最小の大きさだと言われています。約 30 回の細胞分裂には 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。がんの進行度（腫瘍の大きさや転移の有無など）が、がんが治るか治らないかの境界線となります。早期とは５年生存率が８～９割のことをいいます。

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

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

(2) 基本的な考え方

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〉、ヒトパピローマウイルス〈HPV〉、成人Ｔ細胞白血病ウイルス〈HTLV-Ⅰ〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、加工食品（肉類など）の過剰摂取など生活習慣に関連するものが多くあります。

がんの発症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り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も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ことが重症化予防となり、検診による早期発見が最も重要です。 そのため、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、がんによる死亡者数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。本町の 75 歳未満の年齢調整死亡率は把握できないため、75 歳未満の総死亡者数をみていきます。

表１　75 歳未満のがんによる死亡者数　　（単位　人）

	H19	H20	H21	H22	H23	５年間の合計
男	9	4	9	7	10	39
女	3	2	4	5	11	25
合計	**12**	**6**	**13**	**12**	**21**	**64**

（資料）　十勝地域保健情報年報

表２　がんによる死亡者数（部位別・性別）※部位別・年齢階級別のデータがないため 75 歳以上の人も含む。

（単位　人）

		H19		H20		H21		H22		H23		５年間の合計		
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男女計
法に基づく検診	**肺**	3	1	4	0	7	1	8	1	5	2	**27**	**5**	**32**
	大腸	3	1	3	2	2	4	1	0	4	6	**13**	**13**	**26**
	胃	5	0	5	0	5	1	4	1	1	2	**20**	**4**	**24**
	乳	—	1	—	2	—	0	—	2	—	2	—	**7**	**7**
	子宮	—	0	—	0	—	2	—	1	—	0	—	**3**	**3**
	小計	11	3	12	4	14	8	13	5	10	12	**60**	**32**	**92**
	男女計	14		16		22		18		22				
その他	前立腺	4	—	1	—	1	—	0	—	0	—	6	—	6
	肝臓	3	0	0	1	2	3	1	2	1	1	7	7	14
	その他	3	4	5	9	12	6	12	6	9	12	41	37	78
	小計	10	4	6	10	15	9	13	8	10	13	54	44	98
	男女計	14		16		24		21		23				
合計		28		32		46		39		45		190		

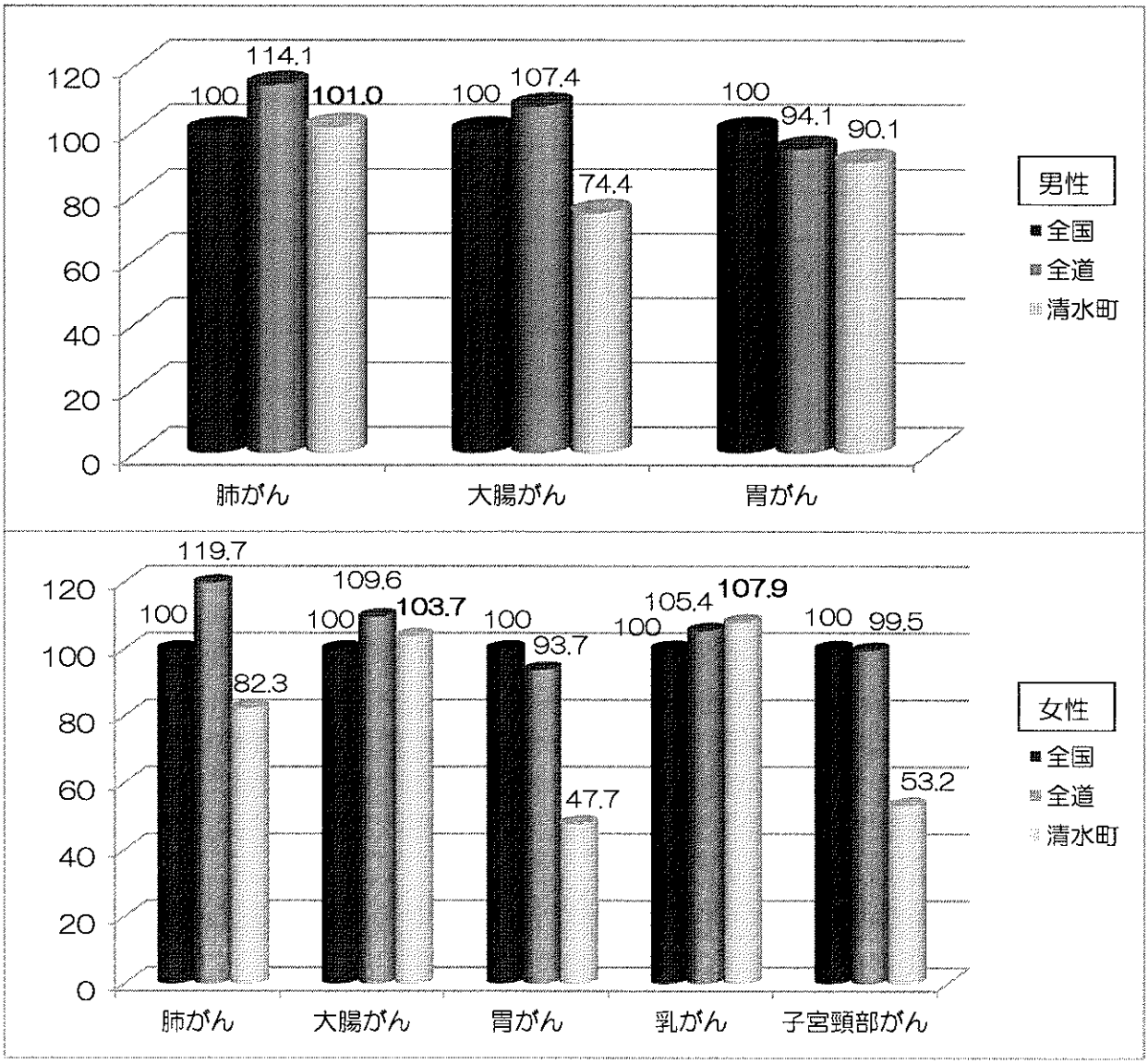
（資料）　十勝地域保健情報年報

本町の 75 歳未満のがんによる死亡者数（表 1）は、年間 6～13 人で推移しているものの、平成 23 年度には 21 人に増加しています。明確な原因は不明ですが、今後も検診による早期発見に注力し、発症予防・重症化予防をいっそう推進していくことが必要です。

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、乳がんの５大がんでの死亡者数（表 2）は５年間で 92 人です（75 歳以上の人も含む）。92 人中、肺がんが 32 人（34.8%）、大腸がんが 26 人（28.3%）、胃がんが 24 人（26.1%）、乳がんが７人（7.6%）、子宮がんが３人（3.3%）でした。

また、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比（SMR）で５大がんによる死亡率を見ると、男性では肺がん、女性では大腸がんと乳がんの死亡率が、有意差はないものの全国に比べ若干高くなっています（図 1）。

図１　SMR（標準化死亡比）で見る５大がんによる死亡率の比較（平成 15～24 年）※全国を 100 として比較



北海道における主要死因の概要８－市区町村別 SMR（北海道健康づくり財団）のデータを加工

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には関連性があり、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。

（ア）肺がん

表３　肺がん検診受診状況　　（単位　人）

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	国の目標値
対象者数	3,023	2,994	2,981	2,934	2,874	2,847	—
受診者数	779	829	802	702	746	737	—
受診率	25.8%	27.7%	26.9%	23.9%	26.0%	25.9%	40%
精検受診率	91.7%	95.8%	94.1%	92.9%	83.3%	92.3%	—
発見がん	1	0	0	0	0	0	—

肺がん検診の受診率は、横ばいの状況であり目標値は達成できていません。

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大がんの中で最も低いがんです。平成 20 年度から平成 25 年度までの肺がん検診での発見がんは１人でした。

肺がん検診は苦痛を伴わない検査であり、今後も特定健診と同時実施することで継続受診が定着するよう働きかけていく必要があります。

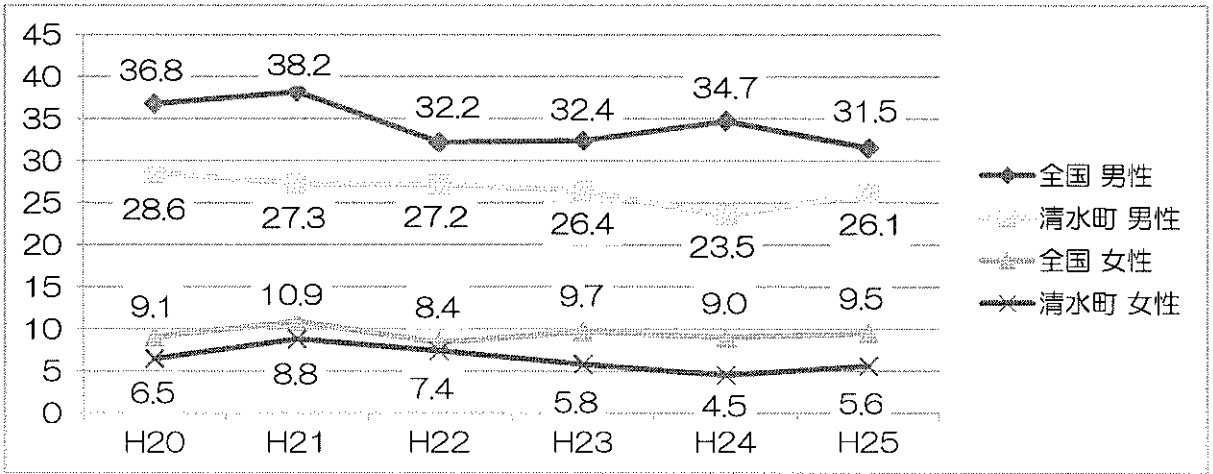
また、平成 23 年度からは、より小さな病変を早期に発見できるＣＴ肺がん検診も導入しています。予後を良好にし生存率を高めるうえで有効であると言われています。

肺がんの最大の危険因子である喫煙状況は、国保特定健診受診者の喫煙率の推移をみると、男女ともに全国に比べて喫煙率が低く若干の減少傾向にありますが、ほぼ横ばい状況です。健診受診者は比較的健康意識の高い方が多いと考えられ、肺がんの死亡率からみても、実際の喫煙率はより高いことが予測されます（図２）。

町内のたばこ販売本数も、平成 21 年度と平成 25 年度を比べると約 20%の減少にはなっていますが、平成 23 年度以降はほぼ横ばいの状況です（図３）。

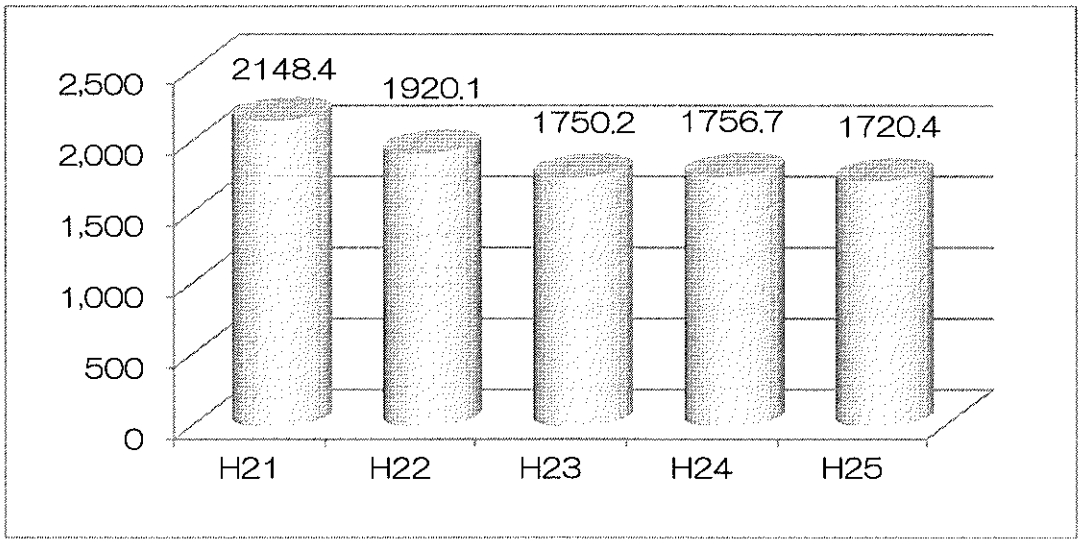
検診受診率の向上とともに、発症予防の観点から禁煙対策も重要です。

図２　喫煙率の推移　　（%）



（資料）　国民生活基礎調査 及び 清水町国保特定健診問診票のデータ

図３　たばこ販売本数の推移　　（万本）



（資料）　清水町たばこ税の申告（課税）本数

（イ）大腸がん

表４　大腸がん検診受診状況　　（単位　人）

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	国の目標値
対象者数	3,023	2,994	2,981	2,934	2,874	2,847	—
受診者数	689	760	730	717	676	719	—
受診率	22.8%	25.4%	24.5%	24.4%	23.5%	25.3%	40%
精検受診率	82.8%	66.0%	81.1%	73.7%	80.6%	78.9%	—
発見がん	1	1	0	1	0	0	—

大腸がんは、検査方法（便潜血反応検査）が簡単で苦痛を伴うことが少なく、５年生存率も高いがんの一つです。がん検診推進事業で節目年齢の人には無料クーポン券を発行しています。しかし、受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 20 年度から平成 25 年度までの大腸がん検診では３人の発見がんがありました。

大腸がんの精検受診率は 80%前後にとどまっており、町民の反応からは、下剤を飲むことの負担が大きい、大腸カメラを行うことに抵抗感が強い、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。

検診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も重要です。

（ウ）胃がん

表 5　胃がん検診受診状況　（単位　人）

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	国の目標値
対象者数	3,023	2,994	2,981	2,934	2,874	2,847	—
受診者数	751	802	784	717	676	668	—
受診率	24.8%	26.8%	26.3%	24.4%	23.5%	23.5%	40%
精検受診率	81.4%	83.7%	75.0%	73.7%	80.6%	78.7%	—
発見がん	1	1	2	1	0	0	—

胃がん検診の受診率は、横ばいの状況であり目標値は達成できていません。

平成 20 年度から平成 25 年度までの胃がん検診では５人の発見がんがありました。

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改善をはじめ、胃粘膜の状態を確認するために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どうかを見極めていくことも、重症化予防のために重要です。

胃がんの精検受診率は 80%前後にとどまっており、町民の反応からは、胃カメラや再度バリウムを飲むことの負担が大きいことなどが、未受診につながっていると考えられます。

検診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も重要です。

（エ）乳がん

表 6　乳がん検診受診状況　（単位　人）

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	国の目標値
対象者数	1,788	1,773	1,760	1,729	1,692	1,673	—
受診者数	216	319	282	307	303	337	—
受診率	12.1%	17.9%	16.0%	17.8%	17.9%	18.8%	50%
精検受診率	87.5%	77.8%	81.3%	59.1%	86.2%	78.3%	—
発見がん	0	1	1	0	1	3	—

がん検診推進事業で節目年齢の人には無料クーポン券を発行していますが（平成 26 年度からは 40 歳のみ）、乳がん検診の受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 20 年度から平成 25 年度までの乳がん検診では６人の発見がんがありました。早期がんの発見が多く、検診の有効性は明らかです。

しこりなどの自覚症状がある場合も多く、自己触診でも発見できる可能性があるため、検診受診率の向上とともに、自己触診の普及啓発についても取り組みが必要です。

（オ）子宮頸部がん

表７　子宮頸部がん検診受診状況　　（単位　人）

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	国の目標値
対象者数	2,407	2,371	2,356	2,319	2,266	2,237	—
受診者数	233	288	307	279	250	259	—
受診率	9.7%	12.1%	13.0%	12.0%	11.0%	11.6%	50%
精検受診率	0.0%	100%	40.0%	25.0%	75.0%	25.0%	—
発見がん	0	1	0	0	0	0	—

がん検診推進事業で節目年齢の人には無料クーポン券を発行していますが（平成 26 年度からは 20 歳のみ）、子宮頸部がん検診の受診率は横ばいの状況であり、目標値は達成できていません。

平成 20 年度から平成 25 年度までの子宮頸部がん検診では 1 人の発見がんがありました。20 歳代・30 歳代でも要経観や要精検となる人が多く、異形成（HPV 感染によって子宮頸部に起きる細胞の異常化）の若年化は本町も例外ではないといえます。がんによる死亡はもちろん、赤ちゃんを育てる大切な臓器である子宮を守るためにも、若年層の受診率向上、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。

(4) 対策

ア がんの発症予防

- 広報や健康教育などを利用し、がんの発症予防に関する知識の普及を行います。
- 子宮頸がん予防ワクチン接種、肝炎ウイルス検査を実施します。

イ がんの重症化予防

- がん検診推進事業（対象者に検診手帳及び無料クーポン券の配布）をはじめ、広報や健康教育、個別相談を利用し、がん検診の受診について啓発を図ります。
- 胃がん検診、肺がん検診、肺 CT 検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、前立腺がん検診を実施します。
- がん検診実施機関と連携し、要精密検査者へ精密検査の受診勧奨を行います。

ウ 具体的な生活習慣の改善

がんのリスクである肥満が男女ともに全国よりも多いため、肥満の原因となる食品の摂り方に課題があると考えられます。また、多くのがんのリスクである喫煙についても、対策を講じる必要があります。

- 脂質と炭水化物の過剰摂取や野菜の学習を実施します。
- 喫煙が及ぼす身体への影響・禁煙の効果を理解し、実践できる取り組みを継続します。

2　循環器疾患

(1) はじめに

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

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、住民一人一人がこれらの生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口は、健康診査の受診結果と考えます。そのため、国保特定健診の受診率の向上対策が重要になります。

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なのかなど、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。

75 歳未満の脳血管疾患死亡数は横ばいの傾向にあります。脳血管疾患の疾病別では、圧倒的に脳梗塞が多い実態にあります。

表１　脳血管疾患死亡数　　（単位　人）

年度(平成)	13 年	14 年	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年	22 年	23 年
総　数	18	12	19	10	19	10	8	9	12	13	13
(再)75 歳未満	**5**	**1**	**5**	**3**	**2**	**3**	**1**	**4**	**1**	**5**	**5**
(再)65 歳未満	2	0	2	1	1	1	0	3	1	1	1

（資料）　十勝地域保健情報年報

表２　脳血管疾患死亡数（病態別）　（単位　人）

年度(平成)	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年
総　数	18	12	19	10	19	10	8	9	12	13	13
脳梗塞	**13**	**7**	**9**	**6**	**12**	**9**	**6**	**5**	**11**	**7**	**4**
脳出血	3	2	7	1	5	0	1	3	0	4	5
くも膜下出血	1	3	2	3	2	1	1	1	1	2	4
その他	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

（資料）　十勝地域保健情報年報

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。

本町の要介護認定者の原因疾患について重複で見ると、第１号認定者では脳血管性認知症が最多で、それに高血圧と脳梗塞が続いている状況です。第２号認定者においても、脳血管性認知症が糖尿病の次に多い状況です。

表３　要介護認定者の原因疾患（重複）

認定区分	１号			２号		
認定者数	５５２人			１１人		
順位	疾患名	人数	有病率	疾患名	人数	有病率
1	脳血管性認知症	294	53.3%	糖尿病	4	36.4%
2	高血圧	188	34.1%	脳血管性認知症	3	27.3%
3	脳梗塞	144	26.1%	高血圧	2	18.2%
4	アルツハイマー	105	19.0%	脳出血	2	18.2%
5	変形性膝関節症	101	18.3%	脊髄小脳変性症	2	18.2%
6	糖尿病	89	16.1%	乳がん	2	18.2%

（資料）平成 24.3 末現在　清水町介護保険意見書

脳血管疾患は、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。健診を受診していても、健診の結果が表している意味が理解できなければ、脳血管疾患発症の最大のリスクである重症高血圧を放置してしまいます。

健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定できるための情報提供など、健診受診者全員に対して必要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・保健指導が重要です。

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。統計のある平成 17～23 年の７年間の 75 歳未満死亡者を見ると、増加傾向です。また、男女別では、男性 15 人、女性３人。65 歳未満でも男性８人、女性２人と圧倒的に男性が多い状況です。

表４　急性心筋梗塞死亡数　　（単位　人）

年度(平成)		13 年	14 年	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年	22 年	23 年	計
総　数		8	11	6	8	4	7	6	6	9	12	13	
(再)75 歳未満		—	—	—	—	1	3	0	2	5	2	5	18
(再)65 歳未満		—	—	—	—	1	1	0	1	2	1	4	10
(再)	男性	—	—	—	—	1	3	0	1	4	1	5	15
75 歳未満	女性	—	—	—	—	0	0	0	1	1	1	0	3

（資料）　十勝地域保健情報年報　（75 歳及び 65 歳未満の死亡数は平成 17 年度から公表）

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、町が行う国保特定健診では、全員に実施しています。男女ともに、高齢になるに従い心電図所見が出ています。ここでも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）

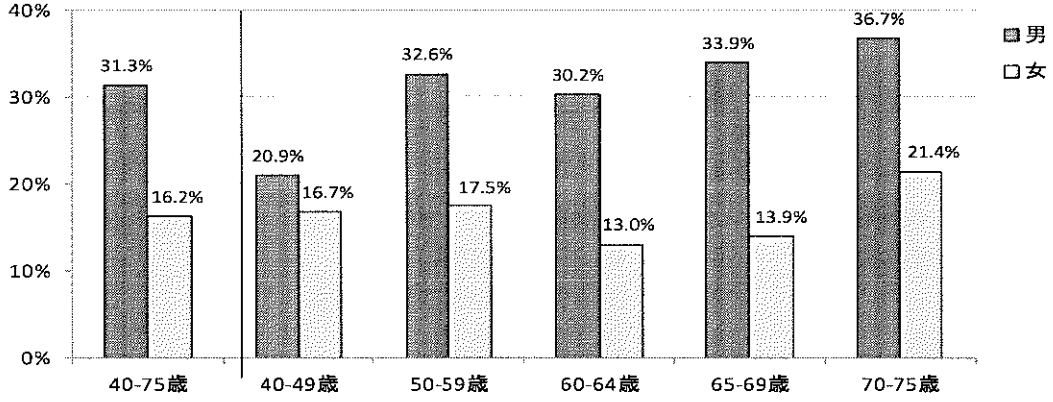
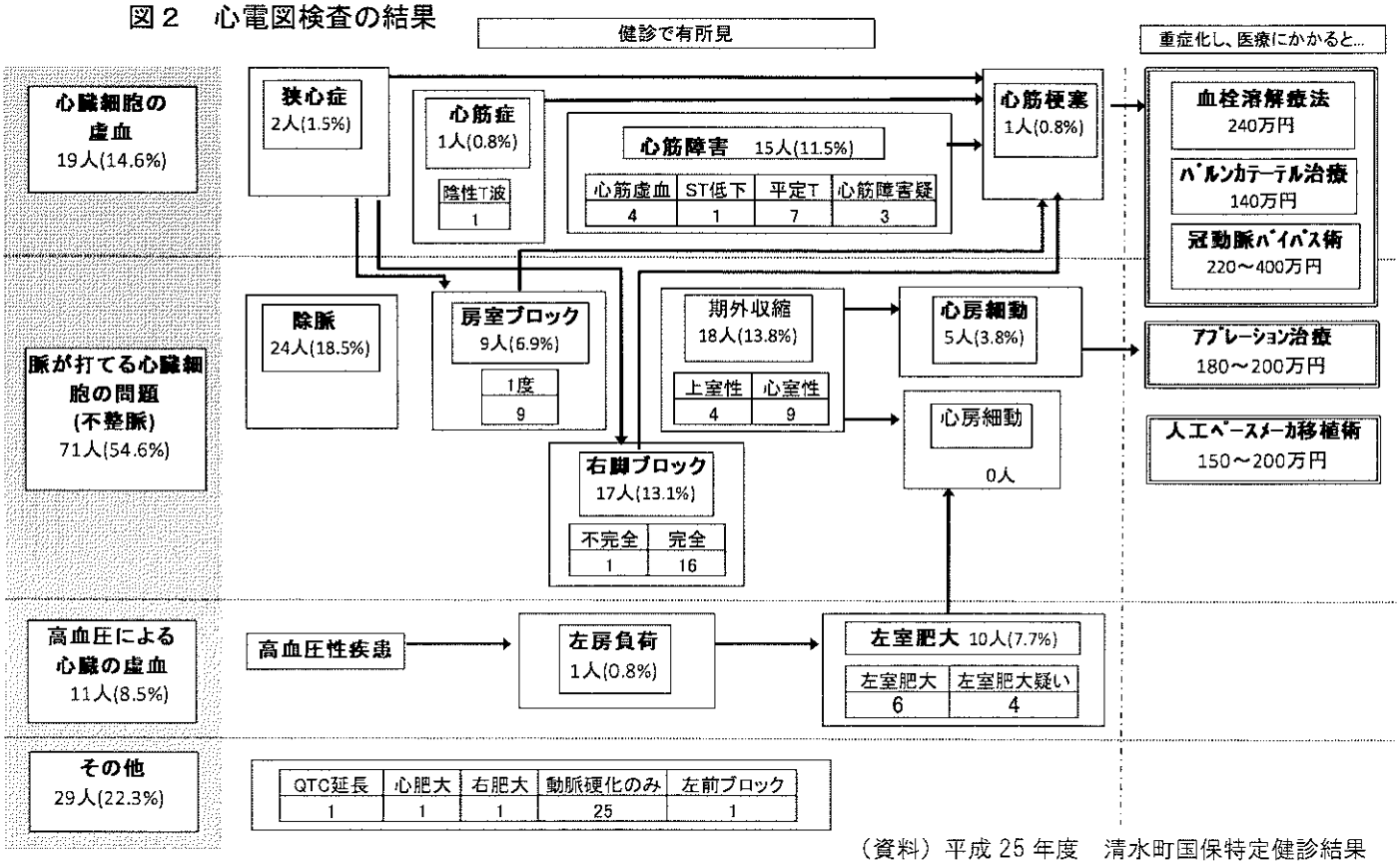


図２　心電図検査の結果



（資料）平成 25 年度　清水町国保特定健診結果

心電図を実施した558人中、131人に所見が出ています。その5割以上は不整脈で、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が発見されています。特定健康診査時に全ての受診者に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防につなげることができると考えます。

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。

町では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、重症化予防の視点で対象者を明確にした保健指導を取り組んでいますが、なかなか減少しない状況です。今後、効果的な保健指導を実施していく必要があります。

表5　特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況（年度別）

		発症予防				重症化予防							
		正常		保健指導判定域		受診勧奨判定							
男性	受診数	正常		正常高値		高血圧						【再掲】	
						Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年度	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
21年	310	137	44.2	71	22.9	65	21.0	30	9.7	7	2.3	37	**11.9**
22年	299	137	45.8	74	24.7	62	20.7	22	7.4	4	1.3	26	**8.7**
23年	319	156	48.9	67	21.9	71	22.3	22	6.9	3	0.9	25	**7.8**
24年	318	153	48.1	76	23.9	65	20.4	22	6.9	2	0.6	24	**7.5**
25年	311	156	50.2	68	21.9	63	20.3	19	6.1	5	1.6	24	**7.7**

		発症予防				重症化予防							
		正常		保健指導判定域		受診勧奨判定							
女性	受診数	正常		正常高値		高血圧						【再掲】	
						Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
年度	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
21年	320	189	50.1	54	16.9	63	19.7	12	3.8	2	0.6	14	**4.4**
22年	292	172	58.9	65	22.3	50	17.1	5	1.7	0	0	5	**1.7**
23年	336	201	59.8	63	18.8	54	16.1	17	5.1	1	0.3	18	**5.4**
24年	343	185	53.9	86	25.1	55	16.0	15	4.4	2	0.6	17	**5.0**
25年	355	194	54.6	86	24.2	62	17.5	11	3.1	2	0.6	13	**3.7**

（資料）清水町国保特定健診結果

＜参考＞　血圧値（外来血圧値）

	正常	正常高値	高血圧		
			軽度(Ⅰ度)	中等度(Ⅱ度)	重度(Ⅲ度)
収縮期	～120	130～139	140～159	160～179	180～
拡張期	～84	85～89	90～99	100～109	110～

エ 脂質異常症の減少

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

脂質異常症は冠動脈疾患（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需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 以上と言われています。

町の健診結果の LDL コレステロール 160 以上の者は男性は減少傾向にありますが、女性は減少しておらず、22 年の国の現状値と比較しても男女とも高い値となっています。減少に向けた取り組みが必要です。

表 6　国保特定健診受診者の LDL コレステロール値の状況

		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
男性	受診数	120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年度	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
21 年	310	126	40.0	79	25.5	62	20.0	**43**	**13.9**	17	5.5
22 年	299	141	47.2	66	22.1	57	19.1	**35**	**11.7**	11	3.7
23 年	319	154	48.3	90	28.2	46	14.4	**29**	**9.1**	5	1.6
24 年	318	155	48.7	91	28.6	40	12.6	**32**	**10.0**	15	4.7
25 年	311	129	41.5	100	32.1	49	15.8	**33**	**10.6**	15	4.8
22 年度国の現状									**8.3**		
34 年度国の目標									**6.2**		

		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高 LDL コレステロール血症					
女性	受診数	120 未満		120 以上 140 未満		140 以上 160 未満		160 以上		【再掲】 180 以上	
年度	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
21 年	320	127	39.7	76	23.8	65	20.3	**52**	**16.3**	15	4.7
22 年	292	131	44.9	74	25.3	56	19.2	**31**	**10.6**	9	3.1
23 年	336	131	39.0	97	28.9	62	18.5	**46**	**13.7**	15	4.5
24 年	343	143	41.7	84	24.5	67	19.5	**49**	**14.3**	13	3.8
25 年	355	126	35.5	97	27.3	78	22.0	**54**	**15.2**	20	5.6
22 年度国の現状									**11.7**		
34 年度国の目標									**8.8**		

（資料）清水町国保特定健診結果

男女別・年齢階級別のLDLコレステロール値では、男性の50歳代、60歳代で160mg/dl以上の者の割合が1割以上と多く、女性では40歳代に比べ50歳代から急にLDL正常者が減少し、境界域、高LDLコレステロール血症が増加しています。

表7　男女別・年齢階級別LDLコレステロール値（平成25年度）

		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
男性	受診数	120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		【再掲】180以上	
年齢階級	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	311	129	41.5	100	32.1	49	15.8	33	10.6	15	4.8
40-49歳	45	16	35.5	13	28.9	12	26.7	4	8.9	3	6.7
50-59歳	50	15	30.0	18	36.0	7	14.1	**10**	**20.0**	**5**	**10.0**
60-69歳	145	64	44.1	43	29.7	22	15.2	**16**	**11.0**	**6**	**4.1**
70-74歳	71	34	47.9	26	36.6	8	11.3	3	4.2	1	1.4

		発症予防				重症化予防					
		正常域		境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
女性	受診数	120未満		120以上140未満		140以上160未満		160以上		【再掲】180以上	
年齢階級	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	355	126	35.5	97	27.3	78	22.0	54	15.2	20	5.6
40-49歳	31	18	58.0	6	19.4	3	9.7	4	12.9	3	9.7
50-59歳	66	**16**	**24.2**	**26**	**39.4**	**13**	**19.7**	11	16.7	4	6.1
60-69歳	171	**59**	**34.5**	**42**	**24.5**	**47**	**27.5**	23	13.5	6	3.5
70-74歳	87	33	37.9	23	26.4	15	17.3	16	18.4	5	5.7

（資料）清水町国保特定健診結果

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、生活習慣の見直しが重要となります。

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の実施が必要です。

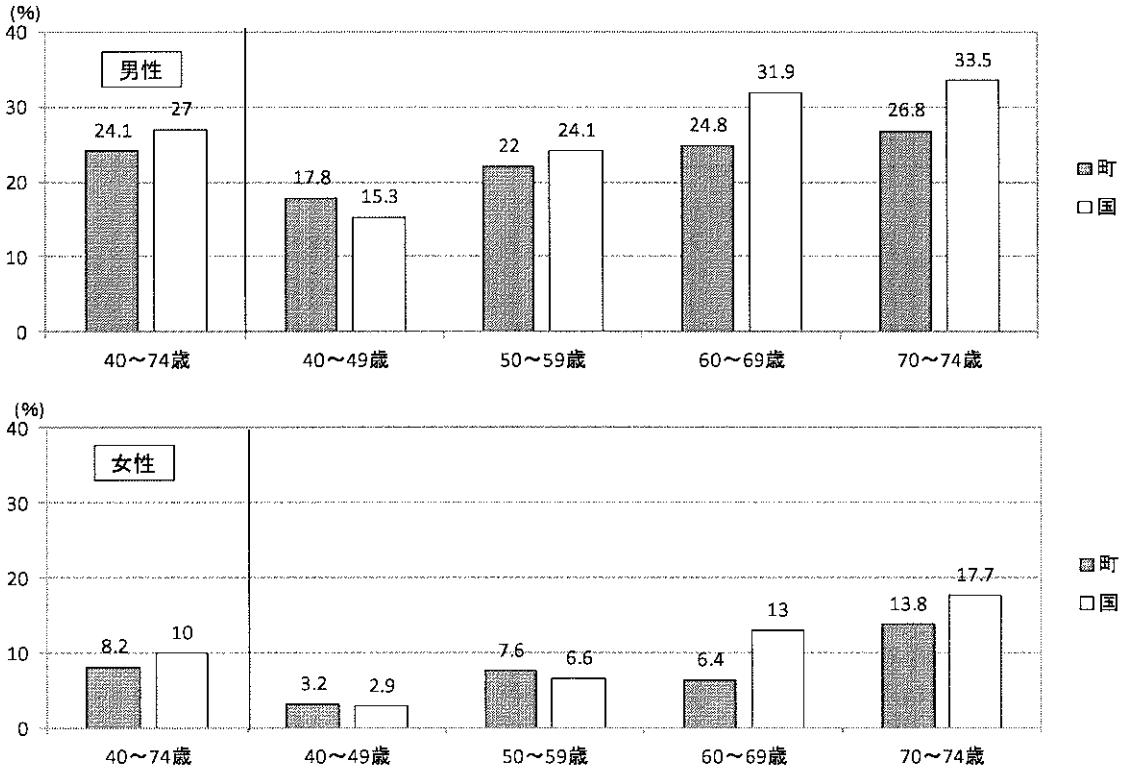
オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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診では、メタボリックシンドロームの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。

平成25年度の町の特定健診受診者と国民健康・栄養調査との比較では、男性の40歳代、女性の50歳代でメタボリックシンドローム該当者が高率となっています。

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

図３　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)



（資料）平成 25 年度清水町国保特定健診結果　平成 24 年度国民健康・栄養調査報告

表８　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 85cm、女性 90ｃｍ以上で、３つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち１つに該当する者　（人）

	男女計			男性			女性		
年度	受診者数	予備群	%	受診者数	予備群	%	受診者数	予備群	%
20 年	560	81	14.5	285	69	**24.2**	275	12	**4.4**
21 年	630	90	14.3	310	72	**23.2**	320	18	**5.6**
22 年	591	82	13.9	299	64	**21.4**	292	18	**6.2**
23 年	655	83	12.7	319	64	**20.1**	336	19	**5.7**
24 年	661	92	13.9	318	65	**20.4**	343	27	**7.9**
25 年	666	98	14.7	311	76	**24.4**	355	22	**6.2**
＊H25 北海道			10.9			**18.0**			**5.8**

メタボリックシンドローム該当者

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

	男女計			男性			女性		
年度	受診者数	該当者	%	受診者数	該当者	%	受診者数	該当者	%
20 年	560	72	12.9	285	54	**18.9**	275	18	**6.5**
21 年	630	83	13.2	310	65	**21.0**	320	18	**5.6**
22 年	591	74	12.5	299	65	**21.7**	292	9	**3.1**
23 年	655	96	14.7	319	81	**25.4**	336	15	**4.5**
24 年	661	100	15.1	318	81	**25.5**	343	19	**5.5**
25 年	666	105	15.8	311	75	**24.1**	355	30	**8.5**
＊H25 北海道			16.0			**25.8**			**8.9**

（資料）清水町国保特定健診結果

平成 20 年度からの特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の変化をみると、予備群・該当者とも増加しています。特に男性の該当者の増加が目立ちます。全道と比較では、メタボリックシンドローム該当者は全道とほぼ同じですが、予備群は多い状況にあります。

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り組み状況を反映する指標として設定されています。

国保特定健診の受診率は低い状態で推移しており、今後は、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上策が重要です。

(4) 対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の向上

- 対象者への個別案内や、広報などを利用した啓発を実施します。
- 医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携の推進します。

イ 保健指導者対象者の明確化

- 健康診査（20 歳～39 歳・生活保護世帯）を実施します。
- 国民健康保険特定健康診査を実施します。

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防

- 健診結果に基づいた町民一人一人の自己健康管理を促進するために、特定保健指導や発症リスク（高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える）に基づいた、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、それぞれの特性をいかした保健指導を実施します。

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：Ouality of Life)ならび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、新規透析導入者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倍増加させるとされています。

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

(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)です。

糖尿病の発症予防には、循環器疾患と同様に、危険因子の管理が重要であるため、糖尿病の発症予防にも循環器疾患の予防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、健診結果から、糖尿病が強く疑われる人や、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、早期の治療開始につなげることが必要です。そのためには、健診受診者を増やすことが重要になります。

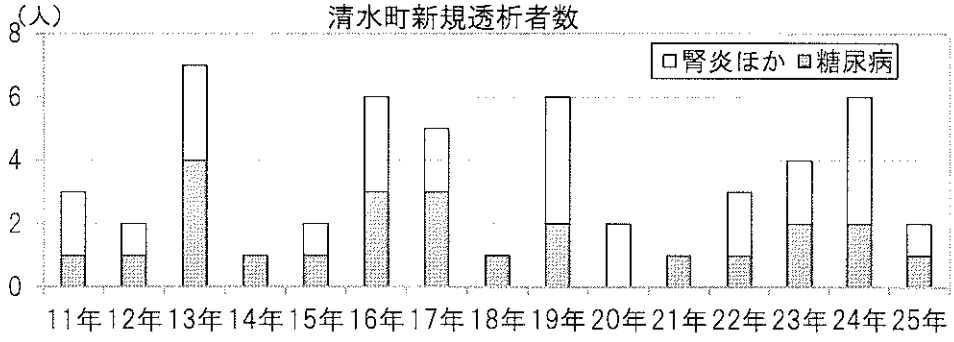
また、糖尿病の未治療や、治療中断によって合併症の発症に至る危険性が高くなることから、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することにより、糖尿病による合併症の発症等を抑制することが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

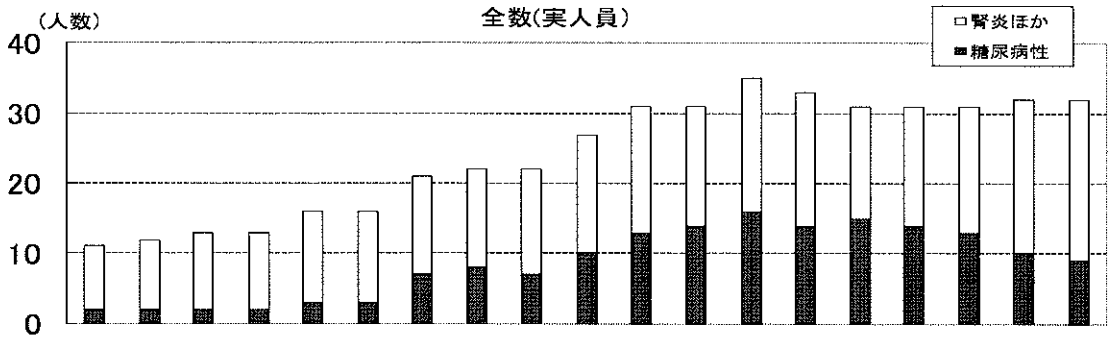
近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入者数は、増加から横ばいに転じています。町の新規人工透析導入者における糖尿病腎症はばらつきがあり減少しているとは言えませんが、全数に占める糖尿病腎症は減少傾向にあります（図２)。

図１　新規人工透析患者の糖尿病性腎症の推移



（資料）町の人工透析者の実態より

図２　人工透析患者の推移



年度		H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
原因疾患	腎炎ほか	9	10	11	11	13	13	14	14	15	17	18	17	19	19	16	17	18	22	23
	糖尿病性	2	2	2	2	3	3	7	8	7	10	13	14	16	14	15	14	13	10	9
	合　計	11	12	13	13	16	16	21	22	22	27	31	31	35	33	31	31	31	32	32

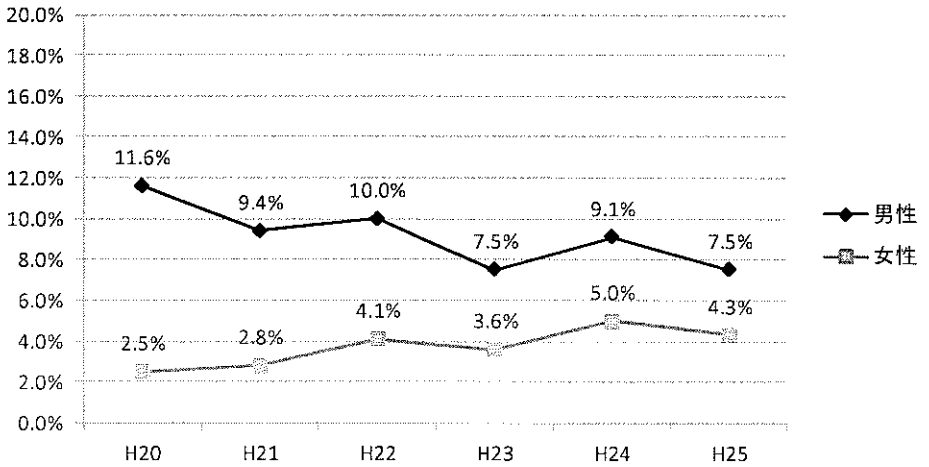
糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入にいたるまでの期間は、約 20 年間と言われています。発症予防が十分可能な若年期からの健診体制や他の医療保険者での保健指導のあり方、そして、糖尿病の重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療機関との連携が欠かせません。

「糖尿病は、のどが渇くと聞いた。まだそんな症状がないので大丈夫」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し、入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。早い段階で血糖値の異常に気づくには、血液検査で血糖値とHbA1c 値の判定が有効です。特に、HbA1c 値の検査は採血時間に関係なく、１～２か月間の平均した血糖値の状態がわかります。HbA1c 値(NGSP) の正常値は 5.6%未満です。

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。健診受診者の HbA1c6.5 以上者の割合は、図３のとおりで、男性は減少傾向にありますが、女性は増加傾向です。

図３　特定健診受診者の HbA1c6.5 以上の割合



（資料）清水町国保特定健診結果

国民健康保険加入者で糖尿病で医療機関にかかっている人は、平成26年5月現在40歳から74歳では、男性15.1%、女性12%、総計13.5%です。平成24年の国民健康・栄養調査報告では糖尿病が強く疑われる者の割合は40歳～74歳計で12.5%であり、多い状況にあります。

表1　国保加入者中の糖尿病通院者数　（人）

	被保者数	糖尿病人数	割合(%)	男性			女性		
				被保者数	人数	割合(%)	被保者数	人数	割合(%)
25年5月	3,471	367	10.6	1,713	204	11.9	1,758	163	9.3
(再)40～74歳	2,452	351	**14.3**	1,158	194	16.8	1,294	157	12.1
26年5月	3,411	327	9.6	1,695	173	10.2	1,716	154	9.0
(再)40～74歳	2,400	323	**13.5**	1,135	171	15.1	1,265	152	12.0
国 40～74歳			**12.5**			17.3			9.2

（資料）　H25・26年5月KDBデータの疾病別医療費分析、H24国民健康・栄養調査

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（HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合の減少）

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」では、血糖コントロール評価として、HbA1c8.4%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、HbA1c8.4%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

特定健診受診者のHbA1c8.4%以上の割合は、国の目標値はすでに達していますが、糖尿病治療者が多いことを考えると、健診受診率が30%と低いため、正しく比較できる状況にはありません。人工透析導入者や網膜症等の合併症を防ぐためにも、健診受診者を増やし、早期に保健指導をすることが必要と考えます。

表2　国保特定健診受診者のHbA1c(NGSP)の状況　年度別・男女計

		発症予防						重症化予防					
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定					
年度	HbA1c検査数	5.6未満		5.6以上6.0未満		6.0以上6.5未満		6.5以上7.4未満		7.4以上		【再掲】8.4以上	
平成	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	**人数**	**%**
20年	560	161	28.8	219	39.1	140	25.0	24	4.3	16	2.9	**4**	**0.7**
21年	630	156	24.8	245	38.9	191	30.3	26	4.2	12	2.0	**4**	**0.6**
22年	591	143	24.2	218	36.9	188	31.8	25	4.2	17	2.9	**7**	**1.2**
23年	655	276	42.2	198	30.2	145	22.1	24	3.7	12	1.8	**7**	**1.1**
24年	661	224	33.9	224	33.9	167	25.2	35	5.3	11	1.7	**5**	**0.8**
25年	660	315	47.7	241	36.5	66	10.0	25	3.8	13	2.0	**3**	**0.5**
24年度道の現状			45.5		27.8		18.9		5.3		2.4		
22年度国の現状													1.2
34年度国の目標													1.0

（資料）清水町国保特定健診結果

平成 25 年度国保特定健診受診者の年齢階級別の HbA1c の状況から、50 歳代の HbA1c 値 5.6 以上の高血糖者が多い状況にあります。この段階から、心血管疾患の発症に関連することが多くの研究者から明らかとなっています。発症予防には、食事療法、運動療法が重要な治療になります。

表３　年齢階級別の HbA1c(NGSP) の状況　年齢階級別・男女計

		発症予防						重症化予防					
		正常判定		保健指導判定				受診勧奨判定					
年代	HbA1c 検査数	5.6 未満		5.6 以上 6.0 未満		6.0 以上 6.5 未満		6.5 以上 7.4 未満		7.4 以上		**【再掲】 8.4 以上**	
年代	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	**人数**	**%**
40 歳代	76	51	67.1	20	26.3	2	2.6	2	2.6	1	1.3	0	0
50 歳代	116	49	42.2	50	43.1	11	9.5	2	1.7	4	3.5	**3**	**2.6**
60 歳代	314	140	44.5	123	39.2	33	10.5	13	4.1	5	1.6	0	0
70 歳代	164	80	48.8	49	29.9	22	13.4	10	6.1	3	1.8	0	0

（資料）　平成 25 年度清水町国保特定健診結果

健診結果で血糖値またはHbA1c値で保健指導判定値に該当となった者を対象に、独自に二次検診を実施しています。

平成20年度～25年度までの6年間で78人が75g糖負荷試験を受け、糖尿病型4人、境界型35人が発見されました（表4）。この中では、膵臓を疲弊させる生活習慣を見直し、インスリンを守るための学習を実施しています。

健診受診者のHbA1cの分布図は平成20年度と比較すると、HbA1cが低い方に推移していることから、これらの積極的な保健指導が有効だったと考えられます（図4）。

また、幼児期、学童期からの健康実態、食生活の特徴や食に関する価値観などの実態を把握を行い、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要と考えます。

表4　75グラム糖負荷試験の結果

No	性別	年代	糖尿病型	糖尿病型 インスリンの分泌少ない	境界型	境界型 インスリンの分泌少ない	正常型	正常型 インスリンの分泌少ない
1	女	60	○	○				
2	男	50	○	○				
3	男	50	○					
4	男	60	○	○				
5	男	60			○			
6	男	70			○	○		
7	男	70			○			
8	女	50			○	○		
9	男	60			○	○		
10	男	60			○			
11	男	60			○	○		
12	女	50			○	○		
13	女	60			○	○		
14	女	60			○			
15	女	50			○			
16	女	50			○	○		
17	男	60			○	○		
18	女	60			○	○		
19	女	50			○	○		
20	女	50			○	○		
21	女	60			○	○		
22	女	50			○	○		
23	男	60			○	○		
24	男	60			○	○		
25	男	60			○	○		
26	男	60			○	○		
27	男	50			○	○		
28	女	60			○	○		
29	女	50			○	○		
30	女	60			○	○		
31	男	50			○	○		
32	男	60			○	○		
33	男	60			○	○		
34	女	60			○	○		
35	男	50			○	○		
36	男	60			○			
37	男	50			○	○		
38	男	40			○			
39	女	60			○	○		
40	女	60					○	
41	女	60					○	
42	女	70					○	
43	男	60					○	
44	男	60					○	
45	男	60					○	
46	女	60					○	
47	女	50					○	
48	女	60					○	
49	女	50					○	
50	女	50					○	
51	男	30					○	
52	男	50					○	
53	男	60					○	
54	女	50					○	
55	女	60					○	
56	女	40					○	
57	女	50					○	
58	男	40						○
59	男	69						○
60	女	60						○
61	女	60						○
62	女	60						○
63	女	70						○
64	女	60						○
65	女	60						○
66	男	60						○
67	男	60						○
68	男	40						○
69	男	60						○
70	男	50						○
71	女	60						○
72	女	60						○
73	男	50						○
74	女	50						○
75	女	40						○
76	男	30						○
77	女	50						○
78	女	30						○

健診では ①

軽度異常

血糖値 HbA1c どちらか

78人

糖尿病が発見 4人 5%

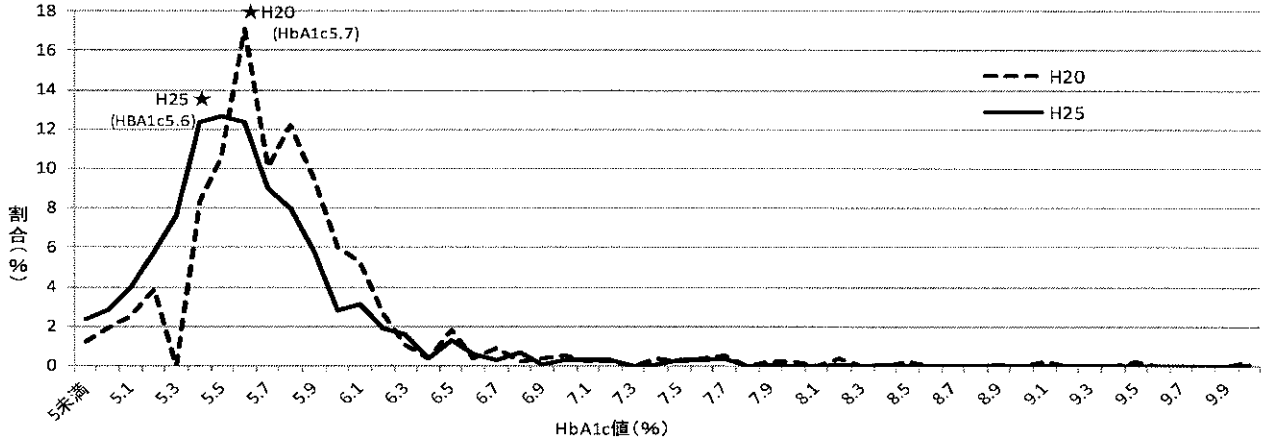
境界型が発見 35人 45%

②

異常が見つかりました 57人 73%

インスリン初期分泌が少ない人 18人 23%

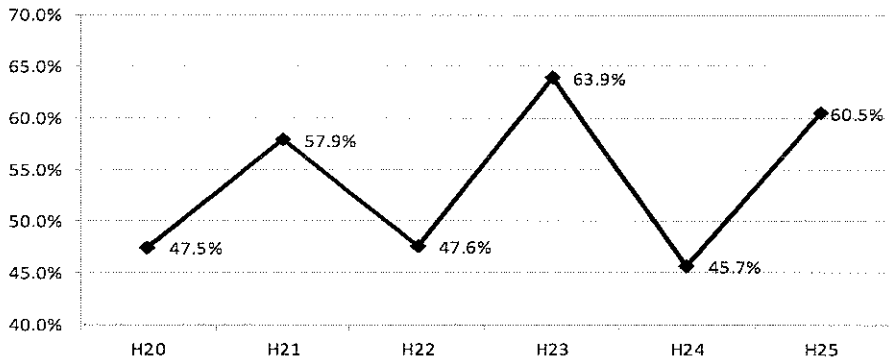
図４　健診受診者の HbA1c の分布図



エ 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。清水町の糖尿病有病者(HBA1c(NGSP)6.5%以上の者)の治療率は、平成 23 年の 63.9%が最高で、その年によりばらつきがあります。

図５　清水町の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.5 以上)の治療率の推移



（資料）清水町国保特定健診結果

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」「なんでもないので行かなくなった」という理由や糖尿病治療には段階があることを理解していなかったり、自覚症状がないことなどから治療を中断している人が多くみられます。

(4) 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ア 糖尿病の発症予防及び重症化予防

- HbA1c 値に基づいた結果説明会や家庭訪問等による保健指導を実施します。
- 糖尿病予防学習会(75 グラム糖負荷試験等)を実施します。
- 早目健診及び妊娠健診後のリスク者に対する保健指導を実施します。
- 医療関係者との連携を図ります。

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、たばこ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・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って起こります。

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」「たばこ肺」ともいわれています。

(2) 基本的な考え方

COPDの原因の90%はたばこの煙であり、喫煙者の約20%がCOPDを発症するとされています。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を抑制することで、これらの疾患の低減効果も期待できます。

COPDという疾患は、国民の健康増進にとって極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、十分な認知がされていません。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最大の発症リスクである喫煙の実態について、清水町国保特定健診受診者の喫煙率の推移をみると、男女ともに全国に比べて喫煙率が低く若干の減少傾向にありますが、ほぼ横ばい状況です（P31、図1喫煙率の推移）。

また、健診受診者は比較的健康意識の高い者が多いと考えられ、肺がんの死亡率をみても、実際の町の喫煙率はより高いことが予測されます。

町内のたばこ販売本数の推移を見ても、平成21年度に比べて平成25年度は約20%の減少にはなっていますが、平成23年度以降はほぼ横ばいの状況です（P32、図2清水町のたばこ販売本数の推移）。

イ 重症化予防

COPDの早期発見に有効な肺がん検診では、平成20年度から平成25年度までの6年間に男性8人が（精密検査の結果）COPDと診断を受けています。COPDで身体障害者手帳の交付を受け在宅酸素療法を行っている者は3人で、そのうち検診受診歴のある人は1人でした（図1）。

COPDの治療は、多くの場合薬物療法ではなく、禁煙による進行予防が主となります。

肺がん検診の受診率向上がCOPDの早期発見・重症化予防にもつながっていると考えられるため、肺がん検診受診率の向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策も重要です。

図1　清水町のCOPDに関する実態

発症予防

喫煙率（平成25年度 清水町国保特定健診問診票）

	国	清水町
男性	31.5%	26.1%
女性	9.5%	5.6%

健診受診者は健康意識の高い者が多いと考えられるため、実際の喫煙率はさらに高い可能性あり。

肺がん検診の実態（平成20～25年度 清水町の肺がん検診及びCT肺がん検診）

	受診者数	精密検査受診者数	
			COPDと診断
男性	1,528人	70人	8人
女性	1,615人	26人	0人

重症化予防

呼吸機能障害者の実態（町身体障害者手帳所持者情報及び国保レセプト情報、後期高齢者レセプト情報）

	COPD		COPD以外
		町の検診受診歴あり（再掲）	
男性	2	1	0
女性	1	0	2
合計	3	1	2

→COPDの3人は全員在宅酸素療法。過去に検診受診歴があったのは1名のみ。

(4) 対策

ア COPDの認知度の向上

・保健事業の場での禁煙に関する助言や情報提供を行います。

イ たばこのリスクに関する教育・啓発

・保健事業の場での禁煙に関する助言や情報提供を行います。

ウ 禁煙支援の推進

・健診（検診）の結果に基づいた禁煙支援及び禁煙治療に向けた個別指導を行います。

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。

今回、清水町健康増進計画第２期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、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、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

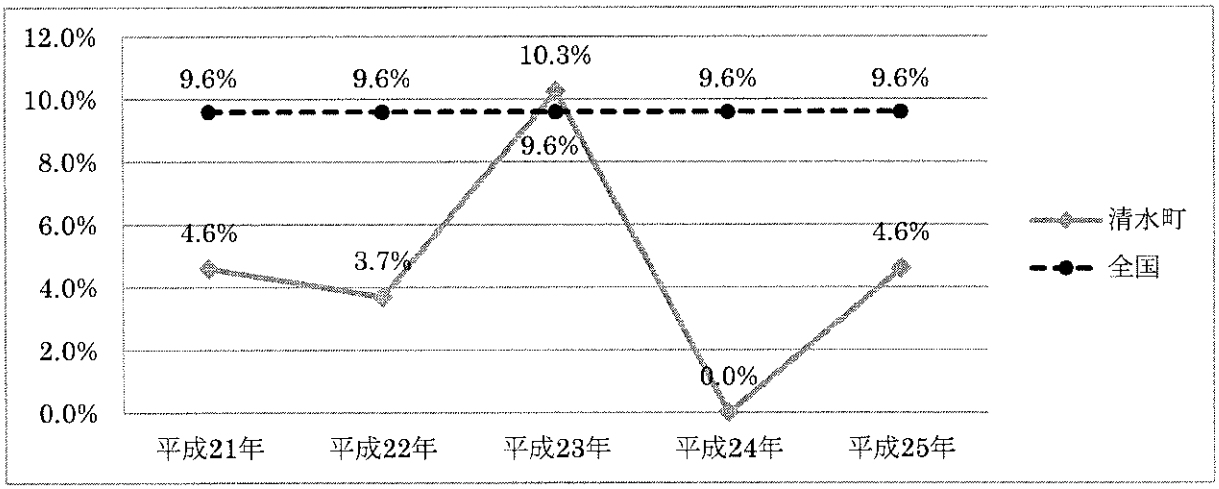
(ア) 全出生数中の低体重児の割合の減少

本町の低出生体重児の割合は 4～10%前後を推移して全国よりもおおむね低い状態でしたが、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倹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。

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です。

図１　低出生体重児（体重が 2500g 未満）の出生割合の年次推移



（資料）母子手帳記載内容より

ａ　出生週数と胎児の発育

低出生体重児の子の出生週数をみると、正期産にも関わらず低体重であったが 38.9%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。妊婦の背景を見ていくことが必要です（表１）。

表１　低出生体重児の出生週数

			人数	正期産		早産		（再掲）早産の内訳	
				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（H21～25 年度）			350	335	95.7%	15	4.3%	3	12
出生体重（再掲）	出生体重 2500g 未満		18	7	**38.9%**	11	61.1%	3	8
	2500g 未満の内訳	1000-1499g	3	0	0.0%	3	100%	3	0
		1500-1999g	2	0	0.0%	2	100%	0	2
		2000-2499g	13	7	53.8%	6	46.2%	0	6

（資料）母子手帳記載内容より

b　母の妊婦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 13.1%と全国（19.6%）より低い状態です（表 2）。

また、肥満妊婦の割合は 13.6%と全国（8.3%）より高い状態です。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します。妊娠中の体重コントロールを適正に行い、妊娠高血圧症候群などを発症させない関わりが必要です。

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
清水町（H23～25 年度出産の母 199 人）		26	13.1%	146	73.4%	27	13.6%
全国（H22 年乳幼児身体発育調査）			19.6%		72.0%		8.3%
（再掲）	低出生体重児	3	27.3%	7	63.6%	1	9.1%
	正常	23	12.2%	139	73.9%	26	13.8%

（資料）妊娠届出記載内容より

c 母の妊娠中の体重増加量

胎児が発育するためには、妊娠前の体格（BMI）に合った目標体重増加量に、母が体重を増やす必要があります。母の妊娠中の体重増加量の状況を見ると、目標体重より少なかった人は 13.3%でした。特に妊娠前に体格がやせの母をみると 12.5%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）。また、目標体重増加量よりも多い人は 39.4%でした。目標量よりも多い体重の増加によって妊娠高血圧症候群のリスクが上がるため注意が必要です。

目標体重よりも多く体重増加したり、体重増加が不十分だった背景に考えられることとしては、妊婦との面接状況から、食事が１～２食と不規則であったり、間食や飲み物の内容に糖が含まれるものが多いことが考えられます。妊娠期の栄養状態については実態が見えていない現状があるため、今後、実態把握をして、適切な体重増加への支援をしていく必要があります。

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 195 人（H23～25 年度生　把握分）				26	**13.3%**	92	47.2%	77	**39.4%**	195
再掲	やせ	BMI18.5 未満	9-12kg	3	**12.5%**	7	29.2%	14	58.3%	24
再掲	適正体重	BMI18.5～25 未満	7-12kg	15	10.3%	80	54.8%	51	34.9%	146
再掲	肥満	BMI25 以上	6-8 kg	8	32.0%	5	20.0%	12	48.0%	25
再掲	低出生体重児の母			4	36.4%	4	36.4%	3	27.3%	11

（資料）母子手帳記載内容より

d 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。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。妊娠高血圧症候群の疑いのある妊婦は7.3%みられ、妊娠糖尿病、血糖異常の妊婦が20.6%と高値でした（表４）。

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となることは、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、産後に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　妊婦健診の結果（把握分）

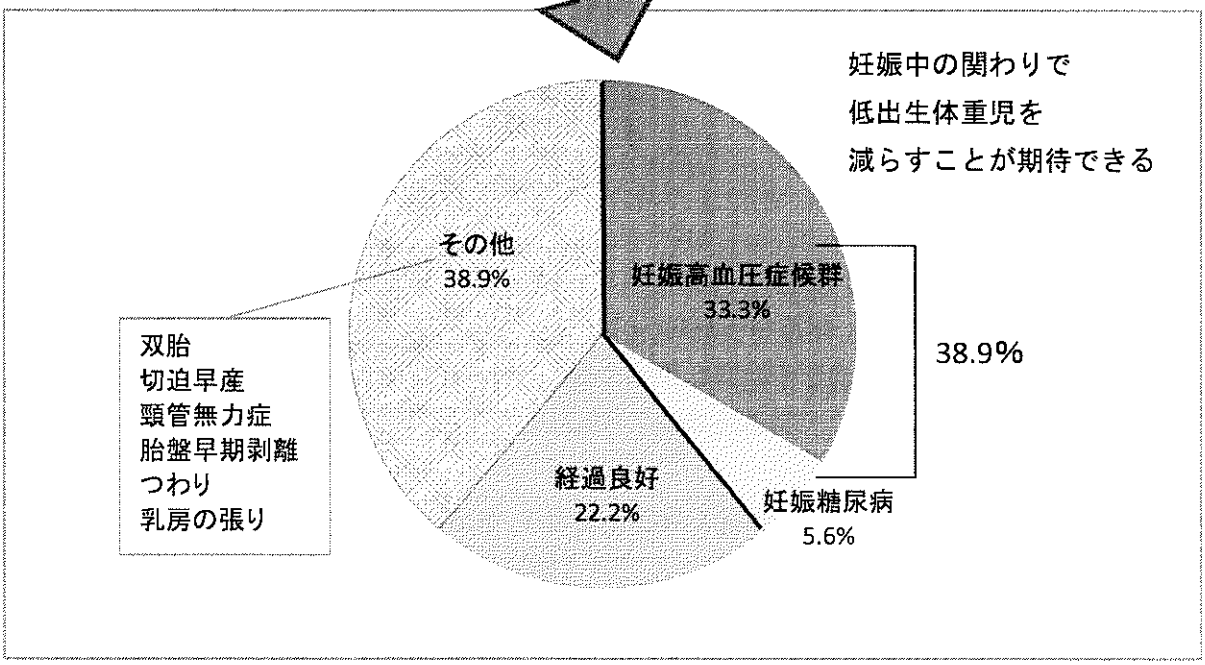
	妊娠高血圧症候群		妊娠糖尿病	
	140/90 以上、疑い含む		尿糖＋以上、血糖異常など疑い含む	
出生（H25 年度）68 人	5 人	7.3%	14 人	**20.6%**

（資料）母子手帳記載内容より

低出生体重児の生まれた妊婦の背景を見てみると、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病が合わせて 38.9%でした。妊娠期の適切な関わりにより、これらの発症を防ぐことで、低出生体重児を減らすことが期待できると考えます。妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を予防することは低出生体重児の予防にとって重要となります（表５）。

表５　低出生体重児の妊婦の背景（H21～25 年度　低出生体重児 18 人）

妊娠高血圧症候群（うち、抗リン脂質抗体症候群を含む）	6 人（33.3%）	その他（双胎、つわり、乳房の張り、切迫早産、頸管無力症、胎盤早期剥離）	７人（38.9%）
妊娠糖尿病	1 人（5.6%）		
経過良好	4　人（22.2%）		



（資料）母子手帳記載内容より

e　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。

妊婦の喫煙、飲酒は全国と比較してそれほど高くありませんが、生活習慣改善のために胎児への影響について妊婦に伝えていくことが必要です（表６）。

また、父の喫煙率は全国よりも大幅に高く、受動喫煙になり胎児発育不全など影響が出たり、低出生体重児や早産のリスクも上昇します。家族を含め禁煙への対策が必要です。

表６　妊娠中の飲酒・喫煙の状況

	清水町（H25 年度４か月健診の調査結果）	全国（平成 22 年度乳幼児身体発育調査）
妊婦の飲酒	7.4%	8.7%
妊婦の喫煙	5.6%	5.0%
父の喫煙	44.4%	26.6%

（イ）肥満傾向にある子どもの割合の減少

a 乳幼児期の肥満

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。

本町では出生後、新生児訪問、乳幼児健康診査、相談等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、乳児期における適正体重の維持、肥満の子の割合の減少、月齢に応じた適切な生活習慣の確立を目指しています。

本来幼児期の体脂肪率は少なく、5～7歳に見られるアディポシティ・リバウンド(注1)が3歳などの早期に現れると、成人期の肥満へ移行しやすいといわれています。しかし、平成25年度に行った1歳6か月児健康診査で1.5%、3歳児健康診査では4.8%、また5歳児（年長児）の身体計測時には6.0%の子に小児肥満の状態がみられました（表7）。

（注1）アディポシティ・リバウンド

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

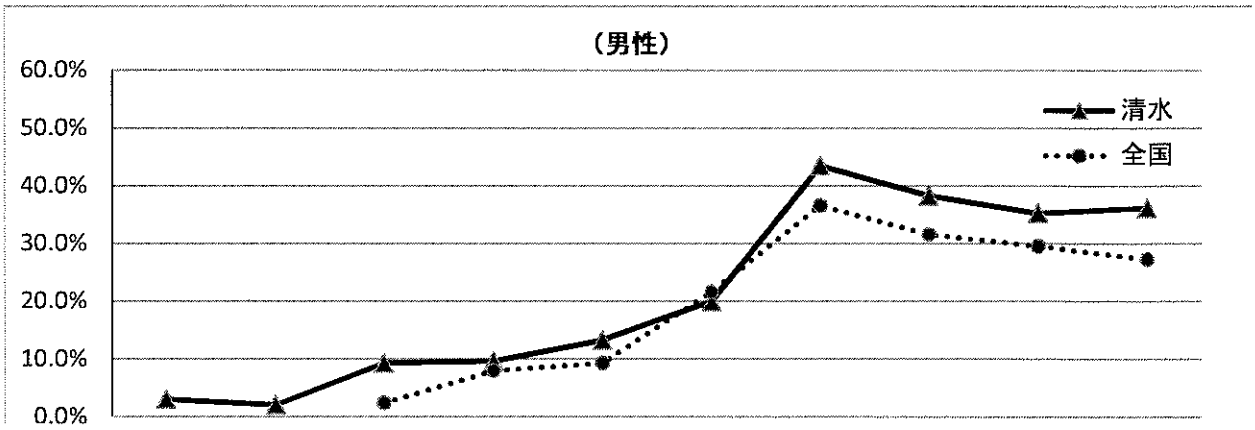
表7　平成25年度　1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児身体測定結果

	総数	肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9～14.9%		-15%以下	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月健診	67人	1人	1.5%	66人	98.5%	0人	0%
3歳児健診	83人	4人	4.8%	79人	95.2%	0人	0%
5歳児	83人	5人	6.0%	77人	92.8%	1人	1.2%

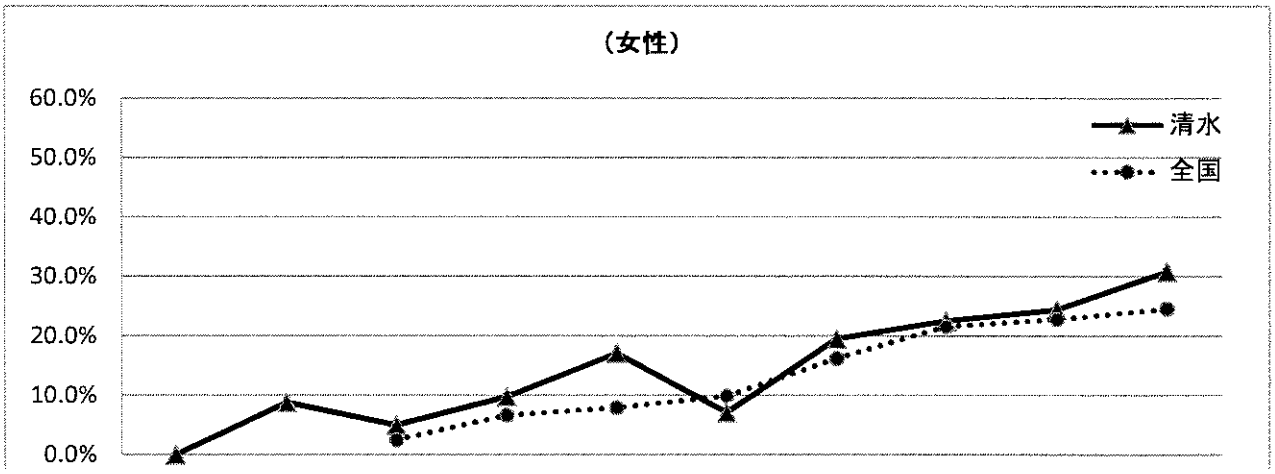
表8　幼児期に肥満度15%以上となった子の体格の変化

年齢	性別	子どもの体格						出生時		母の状態	
		5歳	3歳	1.6歳	10M	7M	4M	出生体重	在胎週数	妊娠前BMI	妊娠中の状態
		肥満度（15%以上肥満）			カウプ指数（19以上肥満）						
1.6歳	男	-	-	22.0	22.0	22.8	22.4	3,116g	39W	22.4	尿糖
3歳	男	-	23.7	27.1	20.9	21.2	19.6	2,912g	37w	20.7	異常なし
	女	-	19.2	12.0	17.6	17.8	17.5	3,348g	40w	22.3	異常なし
	女	-	17.9	12.6	20.1	20.4	19.3	3,454g	40w	30.0	異常なし
	女	-	15.2	-	-	-	-	2,876g	40W	不明	異常なし
5歳	女	69.1	43.0	15.3	20.0	-	21.3	3,664g	40w	23.4	異常なし
	男	36.6	16.6	10.5	18.3	19.6	21.2	3,038g	41w	不明	異常なし
	男	23.8	11.8	8.9	19.5	19.3	18.1	3,206g	39w	19.4	尿糖
	男	18.8	0.4	0.2	16.0	-	14.6	3,132g	39w	20.0	異常なし
	女	16.6	16.4	0.63	17.5	-	17.3	3,560g	40w	24.7	異常なし
	男	16.6	0.3	13.6	18.1	-	16.7	3,002g	38w	22.0	異常なし

図２　ライフステージにおける肥満出現率（中学生以下は平成 25 年度、以外は 24 年度データ）



		1.6歳	3歳	5歳	小学生	中学生	20～30代	40代	50代	60代	70代～
男性	受診者数	33	49	43	239	120	35	46	47	156	116
	肥満人数	1	1	4	23	16	7	20	18	55	42
	清水	3.0%	2.0%	9.3%	9.6%	13.3%	20.0%	43.5%	38.3%	35.3%	36.2%
	全国			2.4%	7.8%	9.3%	21.6%	36.6%	31.6%	29.6%	27.3%



		1.6歳	3歳	5歳	小学生	中学生	20～30代	40代	50代	60代	70代～
女性	受診者数	34	34	40	225	123	28	41	71	160	130
	肥満人数	0	3	2	22	21	2	8	16	39	40
	清水	0.0%	8.8%	5.0%	9.8%	17.1%	7.1%	19.5%	22.5%	24.4%	30.8%
	全国			2.5%	6.6%	7.9%	9.9%	16.2%	21.6%	22.8%	24.6%

（資料）清水町データ：１歳６か月/３歳児健診、保育所・幼稚園年長児身体測定、小・中学校身体測定、早目・特定健診

全国データ：平成２５年度学校保健統計調査、平成２４年国民健康栄養調査

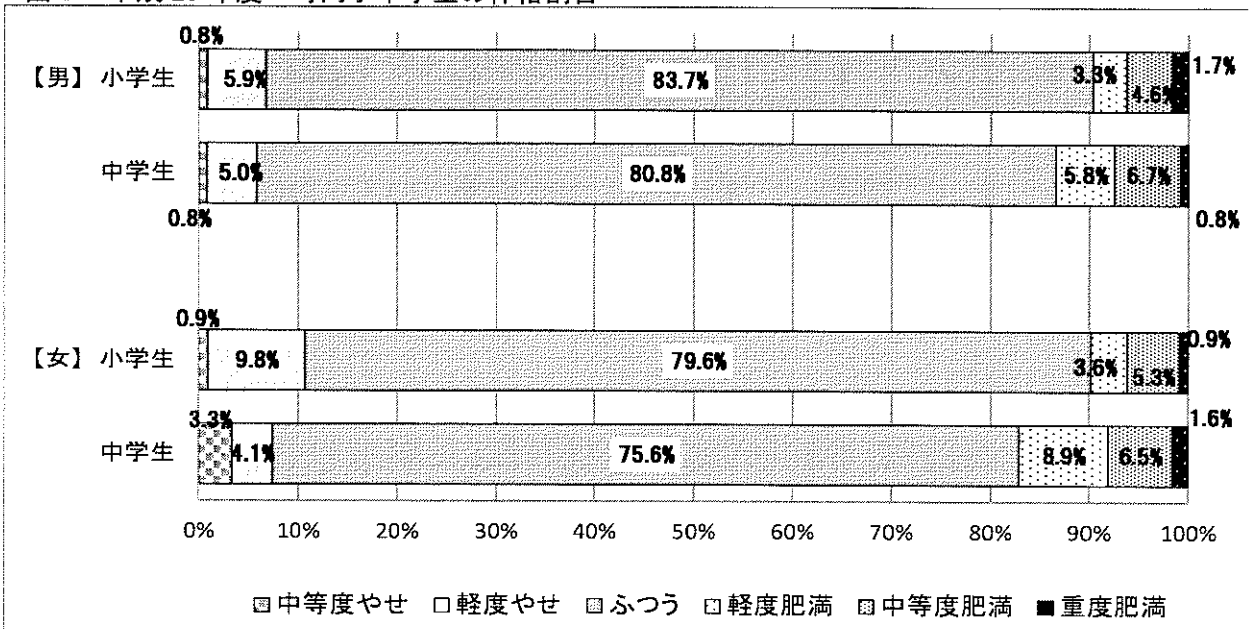
b 学童の実態

本町の小学１年生から中学３年生までの身体計測結果からみた肥満とやせの状況は、小学生男子の 9.6%及び、女子の 9.8%が肥満の状態にあります。その割合は中学生になるとさらに増え、中学生男子では 13.3%、女子では 17.1%が肥満の状態にあり、小・中学生の男女ともに全国よりも高い割合です（図２）。

さらに、肥満の中でも肥満度 30%以上 50%未満の中等度肥満及び、肥満度 50%以上の高度肥満の者もいます。

また、次世代の身体づくりとして重要なやせの課題も大きく、小学生男子で 6.7%（全国 1.4%）、女子で 10.7%、（全国 2.6%）中学生男子で 5.9%（全国 2.1%）女子で 7.3%（全国 3.6%）となっています（図３）。

図３　平成 25 年度　町内小中学生の体格割合



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）小児の食生活実態

平成 25 年度の３歳児健診の食事の問診票の結果では、夕食後に果物、アイス、ヨーグルトなどを食べている子どもが 60%を超えている実態があり、子どもと一緒に親も食べているケースがほとんどでした。好きな食べ物は、カレー、麺類、ハンバーグ単一的であり固定の野菜しか使っていない傾向があります。また嫌いなものには生野菜を含めた野菜料理の記入が多い状態で、成長に不可欠な栄養バランスがとれていない状況が伺えました。

表 9　平成 25 年度３歳児健診受診者の食事調査結果

夕食後の飲食	なし３０人（35.7%）							
	あり５４人（64.3%）	食べ物	１位　果物		２位 ヨーグルト		３位　アイス	
		飲み物	１位　茶		２位　牛乳		３位　果汁飲料	
食事の好き嫌い	好き	１位	麺類（ラーメン、うどん）		２位	カレー	３位	ハンバーグ
	嫌い	１位	特になし		２位	野菜料理	３位	生野菜
おやつの時間	決めていない ２５人（29.8%）							
	決めている ５９人（70.2%）	１回	１７人（１０%）		２回	４４人（４９%）	３回以上	２３人（３８%）
おやつの内容（複数回答）	１位	スナック菓子４９人（５８%）			２位	果物３３人（３９%）		
	３位	ビスケット類２１人（２５%）			４位	ゼリー、プリン１８人（２１%）		

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。小児肥満は、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規則的で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、肥満を防ぐことにつながります。

（イ）学童の実態

学齢期には学校保健安全法に基づいた健診を行っていますが、生活習慣病に関連した項目が少ないため、子どもが健康的な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が現在のところありません。今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など子どもの健康実態について共通認識を形成し対策を検討していくことが重要だと考えます。

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

平成 25 年度全国体力・運動能力・運動習慣等調査の十勝の結果（表 10）によると、朝食を毎日食べている小学生の割合は女ともに 85.9%であり、全道、全国と比較して低い状況でした。一方で中学生においては全道、全国よりも高い状況にあります。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。

表 10　平成 25 年度　十勝の小中学生の食と運動の実態

	朝食を毎日食べる子どもの割合（%）				運動やスポーツを週１回以上実施している子どもの割合（%）			
	小学生		中学生		小学生		中学生	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
十　勝	85.9	85.9	88.1	86.2	89.6	77.4	90.4	71.9
北海道	86.4	86.4	84.0	82.3	87.7	76.0	87.5	66.0
全　国	88.6	89.7	85.7	84.3	88.2	76.6	90.8	71.0

（資料　平成２５年度全国体力・運動能力・運動習慣等調査結果）

b 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの増加

十勝においては、運動やスポーツを週 1 回以上実施している子どもの割合は、全道よりも多く、全国とほぼ同じ割合でした。

c 未成年の飲酒をなくす

未成年の飲酒が好ましくないのは、未成年の体は発達過程にあるため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調査班の研究では、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。

d 未成年者の喫煙をなくす

未青年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通し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り組みの推進

- 妊婦健診の実施、事態把握に基づいた学習を推進します。
- 早目健診（若年者健診）の受診勧奨を実施します。
- 肥満およびやせ傾向児の詳細な実態把握と保健指導を実施します。

イ 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- 妊産婦～妊婦健診の結果等に基づき、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、飲酒、喫煙に関する学習と禁酒・禁煙にむけた指導を行います。

・乳幼児～各種健診や相談を通じ親へ、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を推進します。
・小中学校と課題を共有していきます。
・食育を推進します。
・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、禁煙のための活動を推進します。
・学齢期の生活習慣病健診導入にむけて検討を行います。。