

第 1 章 計画の中間評価及び改定にあたって

1. 計画の中間評価及び改定の趣旨

当市は平成 25 年に健康増進計画「健康すながわ 21(第2次)」を策定し、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目指し、生活習慣病の発症予防と重症化予防に重点を置きながら、市民が生涯を通じて心身ともに健康で暮らせるまちの実現を目指して活動を推進してきました。

国では、平成 25 年 6 月の「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画』の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保においても同様の取組みが進められています。

また、高齢化の進展などに伴い、生活習慣や社会環境が大きく変化してきており、健康面では糖尿病患者の増加、さらに糖尿病性腎症による人工透析患者の増加が大きな課題となっています。このため、平成 28 年 3 月に、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者は、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結するとともに、データ分析に基づく個々の状態に応じた適切な対策を取るための「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が定められたところであります。あわせて各医療保険者に対し、加入者の健康づくりや疾病予防、重症化予防等の取組みに向け「保険者努力支援制度」を創設し、インセンティブを強化する施策も開始されています。

このような動きを踏まえ、当市においては、平成 27 年 3 月に「砂川市国民健康保険保健事業計画(データヘルス計画)」を、また、平成 30 年 1 月には「砂川市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、データ分析に基づく個々の状態に応じた対策を進めています。

この間進めてきた、健康・医療情報を活用・分析し、糖尿病の重症化予防に向けた取組みや特定健康診査(以下、「特定健診」という。)受診率、特定保健指導実施率の向上を図る取組みにより、重症高血圧者や糖尿病性腎症による新規人工透析導入者が減少し、保険者努力支援制度の予防・健康づくりの項目でも高い評価を得るなどの成果はみられています。健康課題の改善に向け引き続き健康づくり活動を実践していく必要があります。

本計画の中間年が過ぎたことから、この間の当市における健康づくりの取組みを検証するとともに、課題を整理し、目標達成に向けた取組みの更なる充実を図るため、本計画の見直しを行うものであります。

さらに、平成 28 年 3 月には、「自殺対策基本法」が改正され、市町村に自殺対策計画を策定することが義務付けられたことから、これまで「健康すながわ 21(第2次)」に基づき自殺対策を含むこころの健康対策を推進してきた経過を踏まえ、改定にあわせて新たに本計画に自殺対策基本法第 13 条第 2 項に基づく「砂川市自殺対策計画」としての性格を持たせることとします。

また、健康づくりを推進していく上で、妊娠期から高齢期まで生涯を通じた食育の推進も重要であることから、食育基本法第 18 条第 1 項に基づく「砂川市食育推進計画」としての性格も包含するものとします。

2. 計画の性格

この計画は、砂川市第6期総合計画を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、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。(図表 1.1)

【図表 1.1 関連する法律及び各種計画】

法律	北海道が策定した計画	砂川市が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画「すこやか北海道 21」	健康すながわ 21
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	砂川市データヘルス計画及び砂川市国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	健康すながわ 21
食育基本法	北海道食育推進計画	健康すながわ 21 (砂川市食育推進計画)
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	健康すながわ 21 (砂川市自殺対策計画)
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	健康すながわ 21
アルコール健康障害対策基本法	北海道アルコール健康障害対策推進計画	健康すながわ 21
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	砂川市高齢者保健福祉計画・砂川市介護保険事業計画
次世代育成支援対策推進法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	砂川市次世代育成支援地域行動計画

3. 計画の期間

計画の期間は、当初、平成 25 年度から平成 34 年度までの 10 年間としていましたが、関連する計画である第2期砂川市国保データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画の期間が平成 30 年度から平成 35 年度までの6年間となったことから、整合性を図るため、本計画の計画期間を平成 35 年度までとし、最終年度には、目標の達成状況について検証及び評価を行います。

4. 計画の対象

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

第2章 健康に関する概況

【図表 2.1 社会保障の視点で見た砂川市の特徴】

項 目		計画策定時		中間評価時		計画策定時	中間評価時			
1	人口構成	総人口	19,056	-	17,694	-	H22年 国勢調査	H27年 国勢調査		
		0歳～14歳	2,147	11.3%	1,758	9.9%				
		15歳～64歳	10,977	57.6%	9,355	52.9%				
		65歳以上	5,932	31.1%	6,390	36.1%				
		(再掲)75歳以上	3,073	16.1%	3,369	19.0%				
2	平均寿命	男性	77.9		80.8		H17年 厚生労働省	H27年 厚生労働省		
		女性	86.2		86.8					
3	死亡 (主な死因年次 推移分類)	死亡原因	原因	死亡率 (10万対)	原因	死亡率 (10万対)	H21年 空知地域保健 情報年報	H27年 空知地域保健 情報年報		
		1位	悪性新生物	409.2	悪性新生物	432.0				
		2位	心疾患	222.7	肺炎	151.5				
		3位	脳血管疾患	129.5	脳血管疾患	145.9				
		4位	肺炎	98.4	心疾患	117.8				
		5位	不慮の事故	51.8	老衰	67.3				
		6位	自殺	15.6	9位	11.2				
4	早世予防から みた死亡 (64歳以下)	合計	34人	14.0%	22人	9.0%	H21年 空知地域保健 情報年報	H27年 空知地域保健 情報年報		
		男性	22人	18.0%	10人	8.3%				
		女性	12人	10.0%	12人	9.6%				
5	介護保険	認定者数	943人		1,193人		H22年度介護 保険事業報告	H29年度介護 保険事業報告		
		1号認定者数/1号被 保険者に対する割合 ※通常比較する認定率	918人	15.8%	1,166人	18.6%				
		2号認定者数/ 2号人口に対する割合	25人	0.39%	27人	0.50%				
		第1号被保険者分 介護給付費 (単位:千円)	1,217,519	204	1,368,316	213				
6	後期高齢者医 療	加入者(年度平均)	3,169	全道	3,535	全道	H22年度後期 高齢者医療事 業状況報告	H28年度後期 高齢者医療事 業状況報告		
		1人あたり医療費(円)	934,278	111	1,000,834	75				
		医療費総額(千円)	2,960,727	位	3,537,948	位				
7	国保	被保険者数	人数	割合	人数	割合	H22年度 国民健康保険 事業年報	H28年度 国民健康保険 事業年報		
		(再掲)前期高齢者	2,197人	42.9%	2,070人	50.8%				
		(再掲)70歳以上	1,141人	22.3%	1,418人	34.8%				
		一般	4,738人	92.5%	3,947人	96.9%				
		退職	382人	7.5%	126人	3.1%				
		加入率(年度末)		26.9%		23.3%				
	医療費	医療費総額 (千円)	医療費	1人あたり	全道	医療費	1人あたり	全道		
		2,006,365	392	25位	1,993,225	489	7位			
		(再掲)前期高齢者	1,063,339	484		1,155,929	558			
		(再掲)70歳以上	606,396	531		652,459	460			
		一般(千円)	1,866,777	394	20位	1,918,613	486	7位		
退職(千円)	139,587	365	113位	74,612	592	40位				
8	人工透析患者	透析患者数/人口千対	72人	3.77%	66人	3.73%	H22年度自立 支援医療(更 生医療)意見 書より	H29年度自立 支援医療(更 生医療)意見 書より		
		糖尿病性腎症/割合	30人	41.7%	24人	36.4%				
9	生活保護	保護世帯/保護人員/保護率(%)	217	302.00	16.10	219	296.00	17.00	H22年度(年度 平均)	H29年度(年度 平均)
10	特定健診 特定保健指導	特定健診	受診者数	受診率	全道順位	受診者数	受診率	全道順位	H22年度 特定健診・特 定保健指導実 施結果集計表	H28年度 特定健診・特 定保健指導実 施結果集計表
		1,260	35%	60位	1,323	45.3%	48位			
		特定保健指導	終了者数	実施率	全道順位	終了者数	実施率	全道順位		
			117	69.2%	16位	118	77.1%	28位		

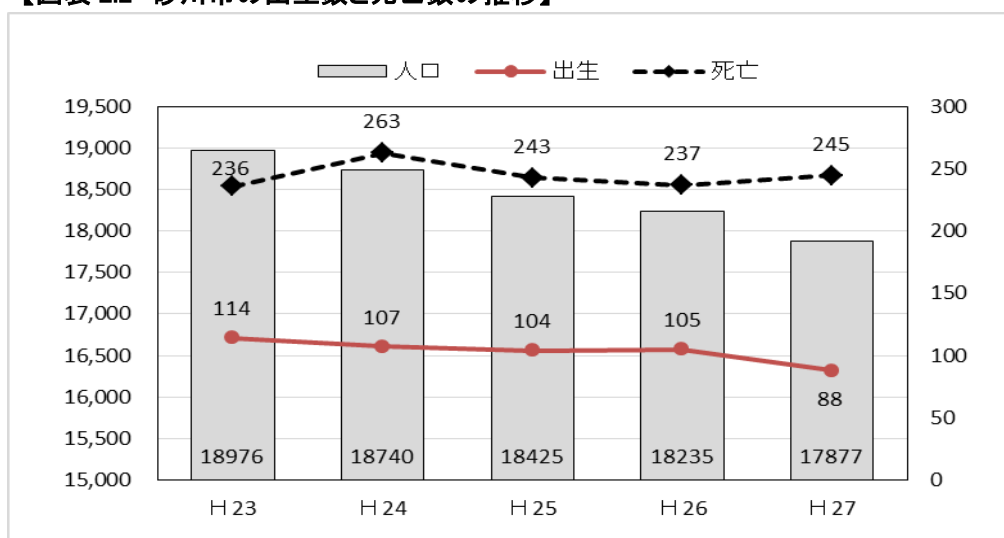
北海道と比較して課題となるもの ○ 計画策定時と比較し課題として残っているもの

1. 人口動態

当市の人口動態は、死亡数が出生数を大幅に上回っている状況が続き、自然減に社会減の要因も加わり、人口減少が進行している状況です。(図表 2.2)

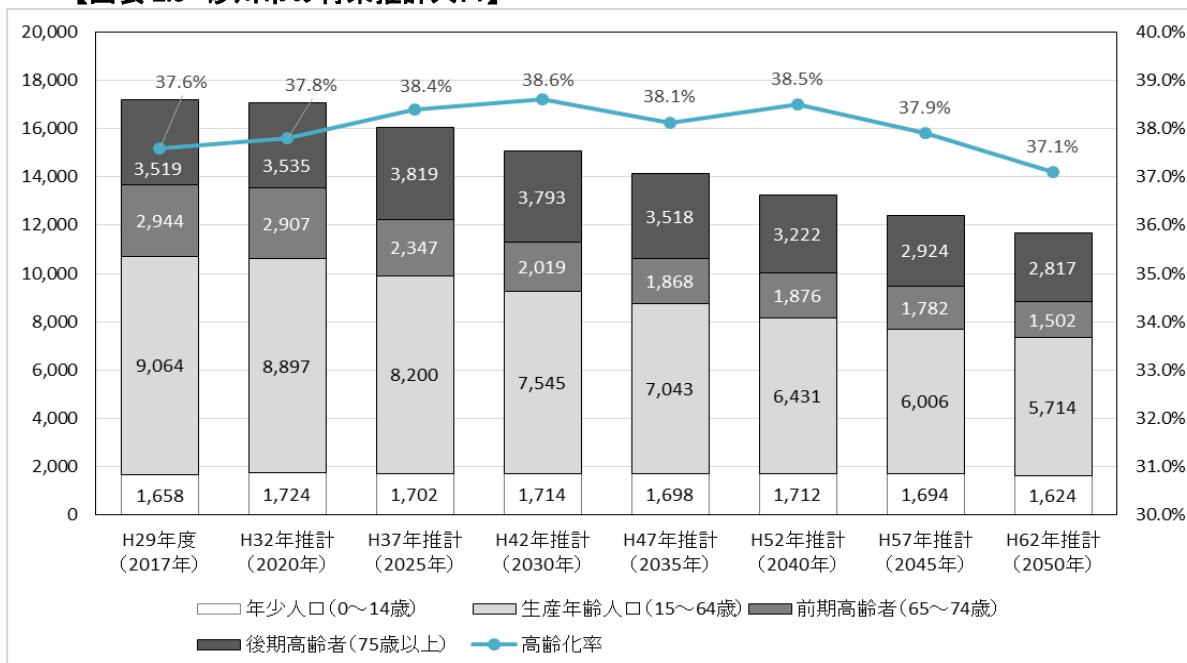
また、年齢別の将来推計人口においては、年少人口や生産年齢人口は減少の一途をたどり少子高齢化がますます進むことが予測されています。さらに、団塊の世代が後期高齢者へ移行していくに伴い後期高齢者数は平成 37 年(2025 年)まで増加しますが、その後は減少していくと予測されています。(図表 2.3)

【図表 2.2 砂川市の出生数と死亡数の推移】



(空知地域保健情報年報)

【図表 2.3 砂川市の将来推計人口】



(砂川市人口ビジョン)

2. 死亡の状況

平成 27 年の当市の平均寿命は、平成 17 年と比較すると男性で 2.9 歳、女性で 0.6 歳伸び、男性は全国と同等となりましたが、女性は全国より短い状況です。(図表 2.4)

【図表 2.4 平均寿命】

	男性			女性		
	H17年	H22年	H27年	H17年	H22年	H27年
砂川市	77.9歳	79.8歳	80.8歳	86.2歳	85.8歳	86.8歳
北海道	78.3歳	79.2歳	80.3歳	85.8歳	86.2歳	86.8歳
全国	78.8歳	79.6歳	80.8歳	85.8歳	86.4歳	87.0歳

(国勢調査)

当市の主要死因を年次推移で見ると、悪性新生物が最も多く、長年死因の第1位を占めています。これまで死因の第2位であった心疾患は徐々に減少し平成 27 年には死因の第4位となり、代わって肺炎が第2位に上昇しています。また、脳血管疾患については、年々減少傾向にあったものの平成 27 年には再び上昇し死因の第3位となりました。人口 10 万対死亡率は、高齢化率も高いことから、心疾患以外は全国との比較において高率となっています。(図表 2.5)

【図表 2.5 主要死因の年次推移 (人口 10 万対死亡率)】

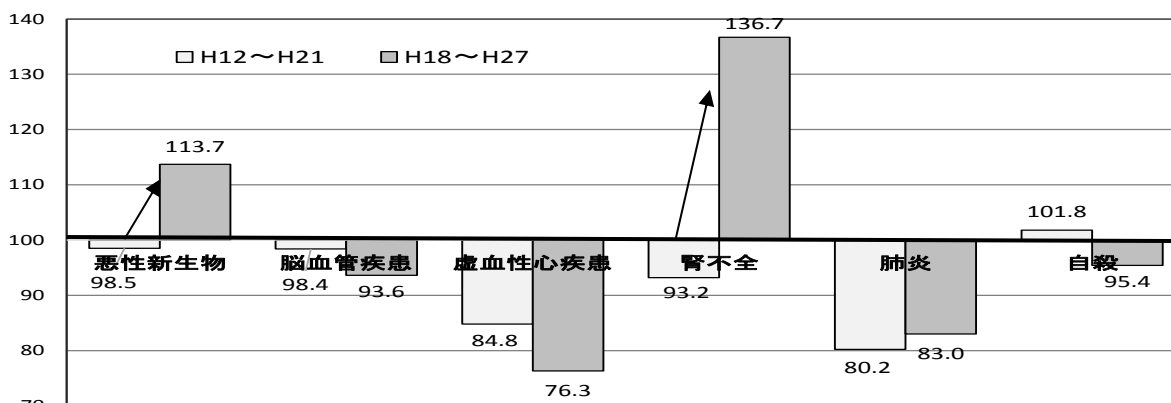
	悪性新生物		心疾患		脳血管疾患		肺炎	
	全国	砂川市	全国	砂川市	全国	砂川市	全国	砂川市
H22年	279.7	432.0	149.8	222.7	97.7	129.5	94.1	98.4
H23年	283.2	407.3	154.5	185.1	98.2	105.8	98.9	79.3
H24年	286.6	445.3	157.9	219.9	96.5	118.0	98.4	123.4
H25年	290.3	417.6	156.5	200.7	94.1	92.2	97.8	108.5
H26年	293.5	457.5	157.0	143.3	91.1	93.7	95.4	115.7
H27年	295.5	432.0	156.5	117.8	89.4	145.9	96.5	151.5

(空知地域保健情報年報)

標準化死亡比(SMR)をみると、悪性新生物、腎不全が増加しており全国よりも高率になっています。脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎については、全国よりも低率で推移し、自殺については、全国よりも高率であったものが減少に転じています。(図表 2.6)

【図表 2.6 主要死因別標準化死亡比(SMR)の推移】

標準化死亡比(SMR)とは、地域の年齢構成を均一にした死亡率のことで、全国を 100 として比較しています。



(北海道健康づくり財団:北海道における主要死因の概要)

早世(64歳以下)死亡の状況では、平成17年からの変化をみると、男女とも実数及び割合ともに減少しており、特に男性では、北海道・全国と比較しても低率となっています。(図表 2.7)

【図表 2.7 早世死亡(64歳以下)の状況】

	砂川市			全国	北海道
	平成17年	平成22年	平成27年	平成27年	平成27年
男性	22人	22人	10人	95,219人	4,382人
	19.3%	18.0%	8.3%	14.3%	16.5%
女性	14人	12人	12人	47,262人	2,534人
	13.7%	10.0%	9.6%	7.6%	15.5%

(空知地域保健情報年報)

3. 要介護認定の状況

(1) 第1号被保険者(65歳以上)

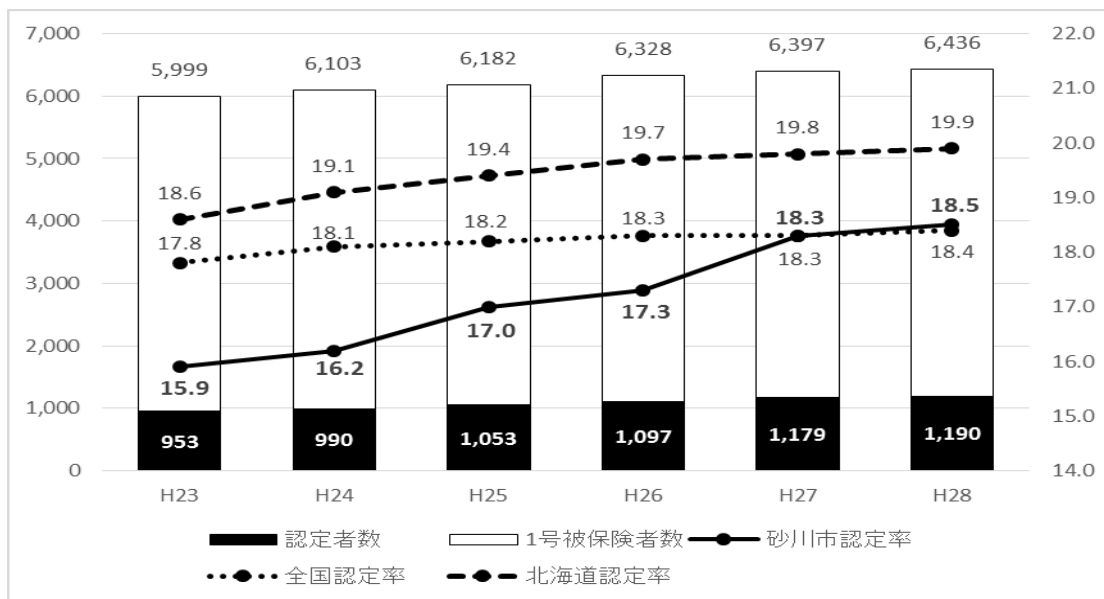
当市の第1号被保険者の認定率は、北海道・全国と比較し低率で推移していましたが、平成27年度には全国と同等となり、平成28年度には18.5%と全国を上回っています。(図表 2.8)

認定率は増加したものの、一人当たり介護給付費については、北海道・全国よりも低額で推移し、平成27年度はさらに減少に転じています。(図表 2.9)

認定者の状況を見ると、要介護度別で比較的軽度の者が多くなっているためであると考えます。また、地域密着型のサービスが充実し、要介護認定を受けながら地域で生活することが可能となったことも一つの要因と考えられます。(図表 2.10)

介護給付費が抑えられる分、月額介護保険料(基準額)についても、第5期以降は北海道・全国より低額となっています。(図表 2.11)

【図表 2.8 第1号被保険者の認定率の推移】



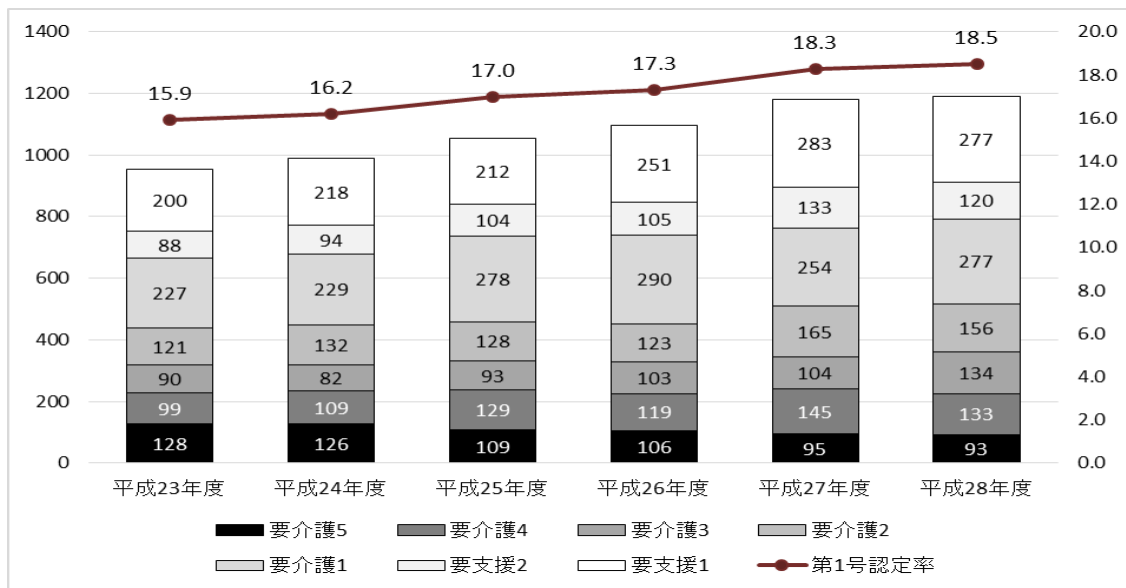
(介護保険事業状況報告)

【図表 2.9 第1号被保険者の介護給付費の状況】

		H26	H27	H28
砂川市	第1号被保険者分 介護給付費(千円)	1,421,442	1,393,185	1,368,316
	1人当たり 給付費(千円)	225	218	213
北海道	1人当たり 給付費(千円)	235	234	234
全国	1人当たり 給付費(千円)	249	248	247

(介護保険事業状況報告)

【図表 2.10 要介護(要支援)度別認定者数の推移】



(介護保険事業状況報告)

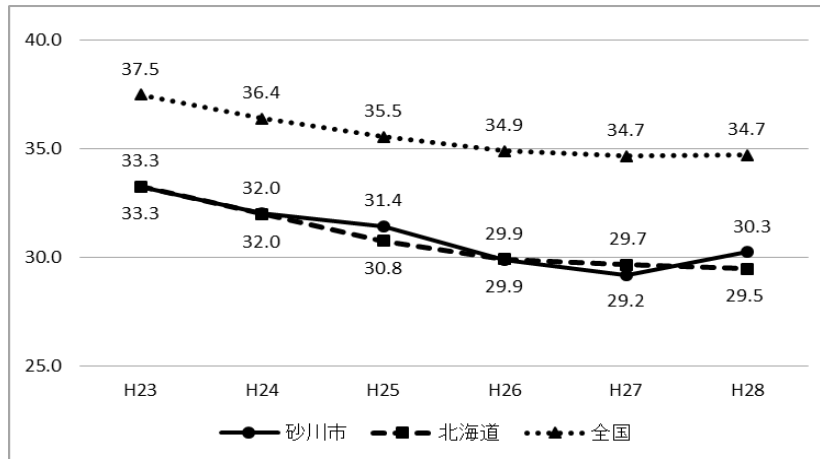
【図表 2.11 介護保険料の推移】

	第4期	第5期	第6期	第7期
	H21~H23	H24~H26	H27~H29	H30~H32
砂川市	4,300	4,400	4,600	4,600
北海道	3,984	4,631	5,134	5,617
全国	4,160	4,972	5,514	5,869

(砂川市介護福祉課)

要介護認定者に占める要介護3~5の中重度の認定者の割合は減少傾向にあります。平成28年度では認定者の30.3%となっており、北海道と比較すると同程度であるが、全国と比較すると低率となっています。病床数の多い地域の傾向として、重度になると入院により医療保険を利用する者が多くなるためではないかと推察します。介護保険のみならず、医療保険を含めて傾向をみていく必要があります。(図表 2.12)

【図表 2.12 第1号被保険者要介護認定者に占める要介護3～5の者の割合】



(介護保険事業状況報告)

平成 28 年度における要介護認定者の有病状況では、認定者の 91.3%が血管疾患を有しています。その中でも脳卒中は、どの年代においても第1位という状況であり、血管疾患共通のリスクとなる高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが介護予防にもつながります。(図表 2.13)

また、65～74歳の前期高齢者において、認知症を有する者が33.0%おり、脳の血管を守る視点でも高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要です。(図表 2.13)

加えて、高齢になるほど筋・骨格疾患を有する者も増えていくことから、運動器の機能低下を防ぐための取組みも重要です。(図表 2.13)

【図表 2.13 要介護認定者の有病状況(平成 28 年度)】

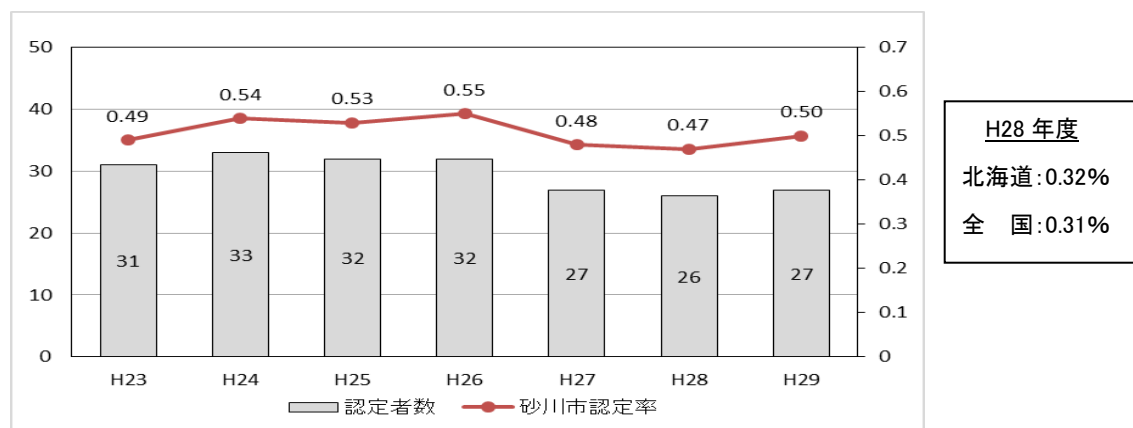
受給者区分		2号				1号				合計							
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
要介護(要支援)認定者数		26		121		1,069		1,190		1,216							
再) 国保・後期		18		88		875		963		981							
レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合					
	循環器疾患	1	脳卒中	9	50.0%	脳卒中	36	40.9%	脳卒中	334	38.2%	脳卒中	370	38.4%	脳卒中	379	38.6%
		2	腎不全	4	22.2%	虚血性心疾患	23	26.1%	虚血性心疾患	276	31.5%	虚血性心疾患	299	31.0%	虚血性心疾患	301	30.7%
		3	虚血性心疾患	2	11.1%	腎不全	8	9.1%	腎不全	114	13.0%	腎不全	122	12.7%	腎不全	126	12.8%
		4	糖尿病合併症	6	33.3%	糖尿病合併症	8	9.1%	糖尿病合併症	77	8.8%	糖尿病合併症	85	8.8%	糖尿病合併症	91	9.3%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		16		71		776		847		863						
	血管疾患 合計		16		73		807		880		91.3%						
	認知症		1		29		377		406		407						
	筋・骨格疾患		12		69		774		843		855						
		66.7%		78.4%		88.5%		87.5%		87.2%							

(国保データベースシステム)

(2) 第2号被保険者 (40～64歳)

第2号被保険者の要介護認定率は、平成26年度をピークに減少傾向にありましたが、平成29年度は0.50%と増加に転じています。当市の第2号被保険者の要介護認定率は、北海道・全国と比較して高い状況が続いています。(図表2.14)

【図表2.14 第2号被保険者要介護認定状況の推移】



(介護保険事業状況報告)

第2号被保険者のうち、平成29年度に新規で要介護認定を受けた12人の有病状況をみると7人(58.3%)が脳血管疾患を、3人(25%)が悪性新生物を有していました。第2号被保険者の認定率を減らすためには、健診を入り口とした脳血管疾患の予防が重要ですが、発症前に国民健康保険に加入していた人は5人(41.7%)で、そのうち健診を受けていたのは1人のみという状況でした。健診の受診率向上と国民健康保険に加入する前からの健康管理が重要です。(図表2.15)

【図表2.15 第2号被保険者のうち新規で要介護認定を受けた者の状況(平成29年度)】

年齢	性別	介護度	原因疾患	発症前の健康保険	健診の有無
40歳代	男性	要支援1	脳梗塞・対麻痺	国保	○
50歳代	女性	要介護5	膵臓がん	国保	×
60歳代	女性	要介護5	脳梗塞	国保	×
60歳代	男性	要介護2	糖尿病性腎症	国保	×
60歳代	男性	要介護3	脳出血	国保	×
60歳代	男性	要支援2	脳梗塞	その他	○
40歳代	男性	要支援2	脳梗塞後遺症	その他	×
40歳代	男性	要介護1	左視床出血	その他	○
50歳代	男性	要支援1	脳出血後遺症	その他	×
50歳代	男性	要介護3	筋萎縮性側索硬化症	その他	不明
50歳代	男性	要介護2	上行結腸癌	その他	不明
60歳代	女性	要介護1	乳がん	その他	不明

(砂川市介護認定審査)

4. 医療の状況

(1) 後期高齢者医療保険

後期高齢者医療保険の加入者は、高齢化の進展に伴い年々増加しており、平成 28 年度で 3,572 人となっています。(図表 2.16)

後期高齢者医療保険加入者の一人当たり医療費も年々増加しており、北海道よりは低額ですが、全国と比較すると高い状況が続いています。(図表 2.17)

入院と入院外の費用額の割合を全国と比較すると、当市は入院費用額の割合が高くなっており、一人当たり医療費を押し上げている要因となっています。(図表 2.18)

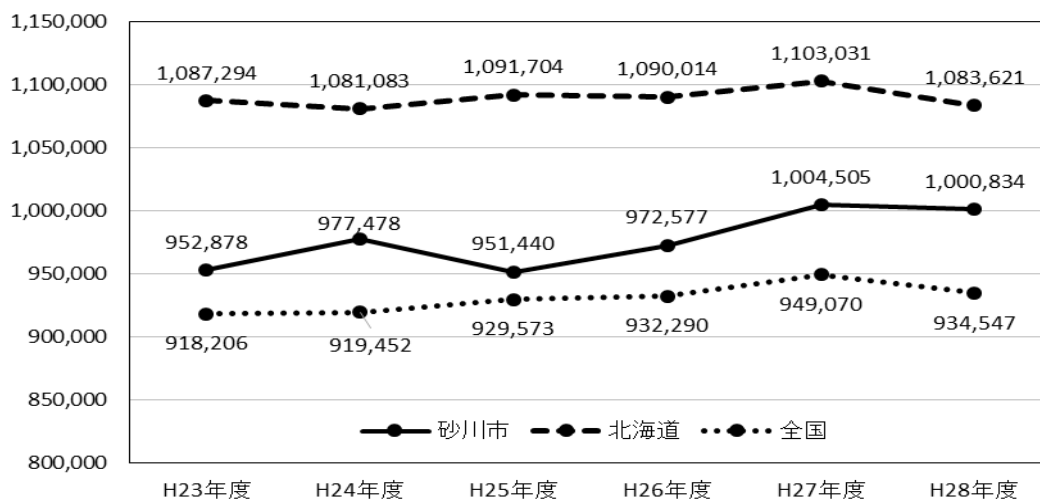
高齢期になっても、健康障害を起こさないために、早期からの予防活動の推進が重要です。

【図表 2.16 後期高齢者医療保険加入者数の推移】

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
加入者数(人)	3,322	3,384	3,415	3,448	3,531	3,572

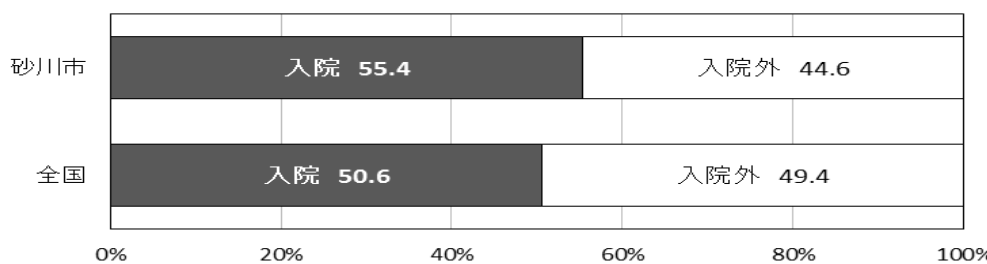
(後期高齢者医療保険事業年報)

【図表 2.17 後期高齢者医療保険加入者の一人当たり医療費の推移】



(後期高齢者医療保険事業年報)

【図表 2.18 後期高齢者医療保険 入院と入院外の費用の割合の比較】



(国保データベースシステム)

(2) 国民健康保険

高齢化の進展に伴い、国保加入者の平均年齢は 57.3 歳と年々上昇し、また 65 歳以上の被保険者の割合は 51.9%と、全国と比較して高くなっています。被保険者数は 3,944 人で、加入率は 20.7%と年々減少しており、全国と比較して低い状況です。(図表 2.19)

当市の国保加入者の一人当たり医療費は、北海道・全国よりも高額で推移しており、平成 28 年度は道内では 7 番目の高さとなっています。(図表 2.20)

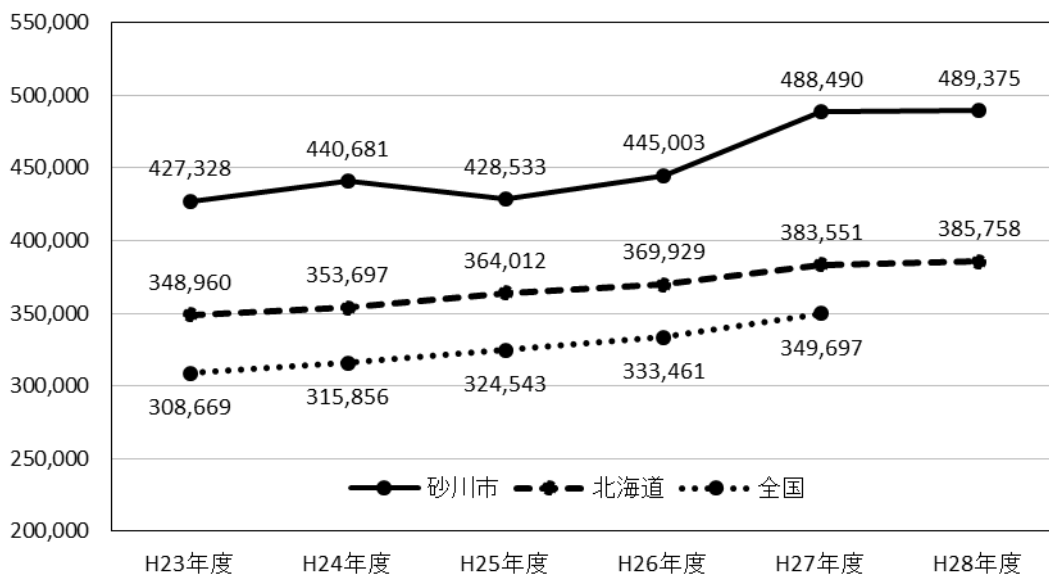
入院と入院外の件数・費用額の割合をみると、当市の入院件数は 5.1%で、その費用額は全体の 52.1%を占めており、全国と比較して件数・費用額ともに高くなっています。入院にかかる費用の増加によって当市の一人当たり医療費を押し上げている状況が考えられます。予防可能な生活習慣病の重症化を予防し入院を減らしていくことが重要です。(図表 2.21)

【図表 2.19 国保の被保険者数と加入率の推移】

		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
被保険者数(人)		4,862	4,760	4,562	4,240	3,944
平均年齢(歳)		54.7	55.1	56.0	56.5	57.3
再掲 65～74歳の 割合(%)	砂川市	42.8	44.5	48.0	49.7	51.9
	全国	32.0	34.3	36.2	37.0	38.2
国保加入率 (%)	砂川市	25.5	25.0	24.0	22.3	20.7
	全国	30.0	29.6	28.8	28.2	26.9

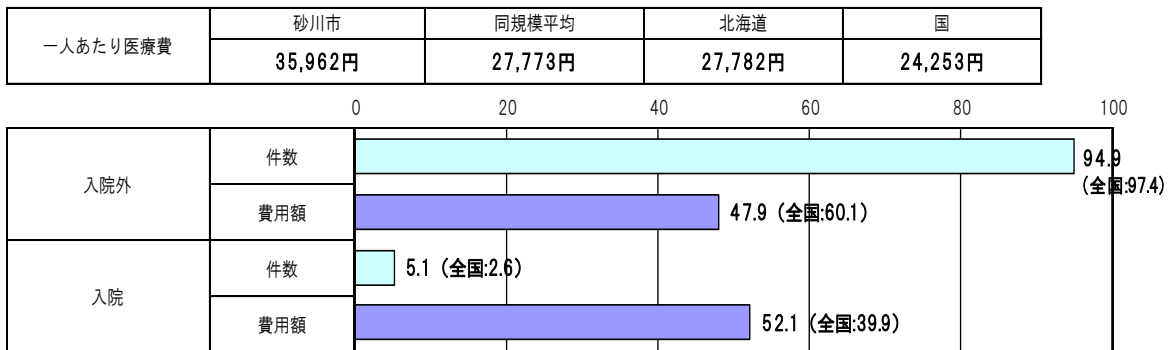
(国保データベースシステム)

【図表 2.20 国保加入者の一人当たり医療費の状況(入院・入院外・歯科・療養諸費含む)】



(国民健康保険事業状況報告)

【図表 2.21 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(平成 28 年度)】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(国保データベースシステム)

(3) 医療費が高額となる疾患(国保)

1月当たり80万円以上の医療費となる高額レセプトは、平成28年度において328件あり、全体の件数・費用とも増加しています。増加の背景には、がんや予防が難しい疾患である難病等の増加もありますが、予防可能な脳血管疾患や虚血性心疾患についても件数・費用額ともに増加しています。(図表 2.22)

長期入院(6ヵ月以上の入院)のレセプトでは、精神疾患による入院の増加が大きく、平成28年度は全体の費用額の57.0%を占めていました。予防可能な疾患である脳血管疾患や虚血性心疾患についても件数・費用額ともに増加しています。(図表 2.23)

【図表 2.22 予防可能な脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費(レセプト)の分析】

年度	全体			予防可能な疾患						がん		
	対象:80万円以上/件			脳血管疾患			虚血性心疾患					
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	180人	275件	3億6,554万円	15人	39件	4,285万円	12人	14件	1,758万円	48人	66件	1億0,229万円
H28年度	181人	328件	4億3,338万円	20人	40件	5,472万円	17人	20件	2,325万円	53人	88件	1億1,436万円
比較	1人	53件	6,784万円	5人	1件	1,187万円	5人	6件	567万円	5人	22件	1,207万円

(国保データベースシステム)

【図表 2.23 長期入院(6ヵ月以上の入院)の医療費(レセプト)の分析】

年度	全体			精神疾患			予防可能な疾患					
							脳血管疾患			虚血性心疾患		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	67人	642件	2億5,127万円	42人	318件	1億0,925万円	12人	134件	5,673万円	5人	45件	1,581万円
H28年度	70人	680件	2億8,655万円	48人	431件	1億6,337万円	15人	147件	6,860万円	10人	62件	2,594万円
比較	3人	38件	3,528万円	6人	113件	5,412万円	3人	13件	1,187万円	5人	17件	1,013万円

(国保データベースシステム)

(4) 人工透析医療費

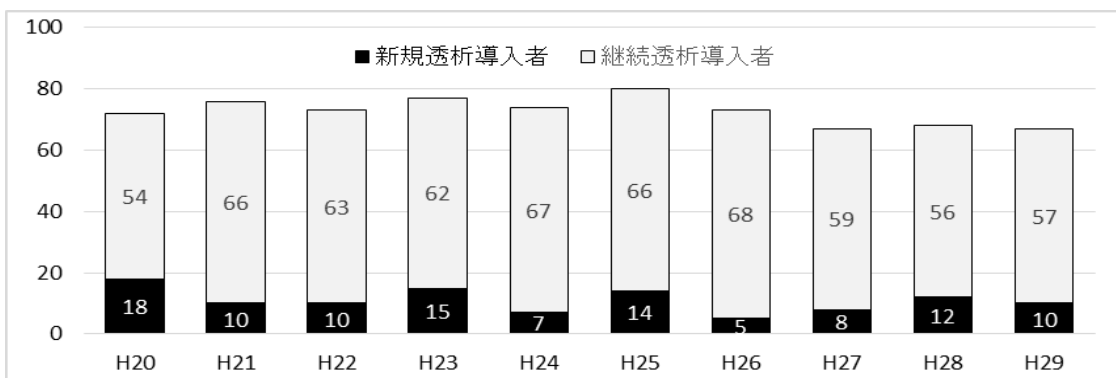
当市の更生医療申請状況による人工透析導入者数は、平成25年度をピークに減少してきており、平成29年度は67人となっています。また、新規人工透析導入者数についても総体では減少傾向にあり、ここ数年は10人前後で推移しています。(図表 2.24)

新規人工透析導入者の原因疾患では、糖尿病性腎症が減少してきており、平成 29 年度は 10 人中 1 人という状況でした。(図表 2.25)

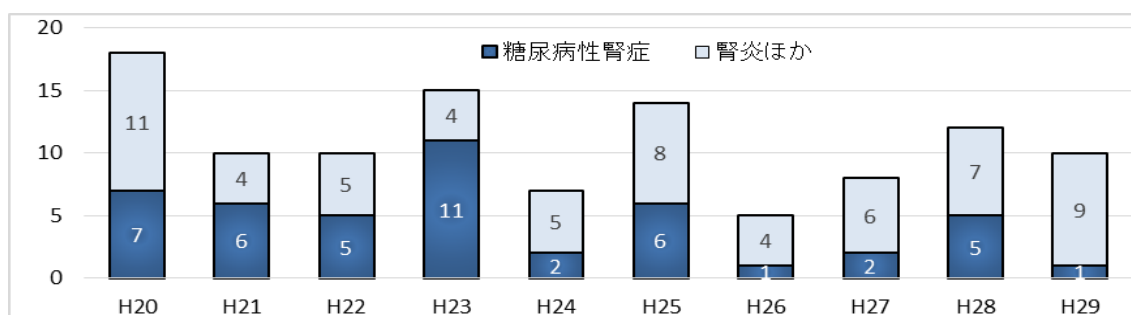
また、国保加入者における人工透析のレセプト分析でも、平成 25 年度と比較すると、人工透析全体の患者数・件数・費用額とも減少していました。しかしながら、人工透析導入者のうち糖尿病性腎症の患者数及び費用額は、全体の 6～7割を占めている状況で、さらに、脳血管疾患や虚血性心疾患をあわせ持つ人も 3～4割を占めている状況です。(図表 2.26)

人工透析治療は、血液透析の場合は週に 3 日、1 回 4 時間も時間を要します。そのため、患者の中には転職や離職に至る人や、体力の低下から介護が必要となる人もおり、個人の生活の質(QOL)にも大きな影響を及ぼしますので、予防が可能といわれている糖尿病性腎症の重症化予防を推進していくことが重要です。

【図表 2.24 新規人工透析導入者と継続人工透析導入者の推移】 (砂川市更生医療申請状況)



【図表 2.25 新規人工透析導入者の原因疾患別推移】 (砂川市更生医療申請状況)



【図表 2.26 長期化する疾患である人工透析のレセプトの分析(国保)】

年度	人工透析全体			糖尿病性腎症			脳血管疾患			虚血性心疾患		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H25年度	13人	178件	8,326万円	9人	127件	6,159万円	2人	52件	2,122万円	4人	59件	2,706万円
H28年度	11人	122件	7,184万円	7人	78件	4,924万円	4人	38件	2,544万円	5人	65件	3,330万円
比較	△2人	△56件	△1,142万円	△2人	△49件	1,235万円	2人	△14件	422万円	1人	6件	624万円

(国保データベースシステム)

5. 健診・保健指導の状況

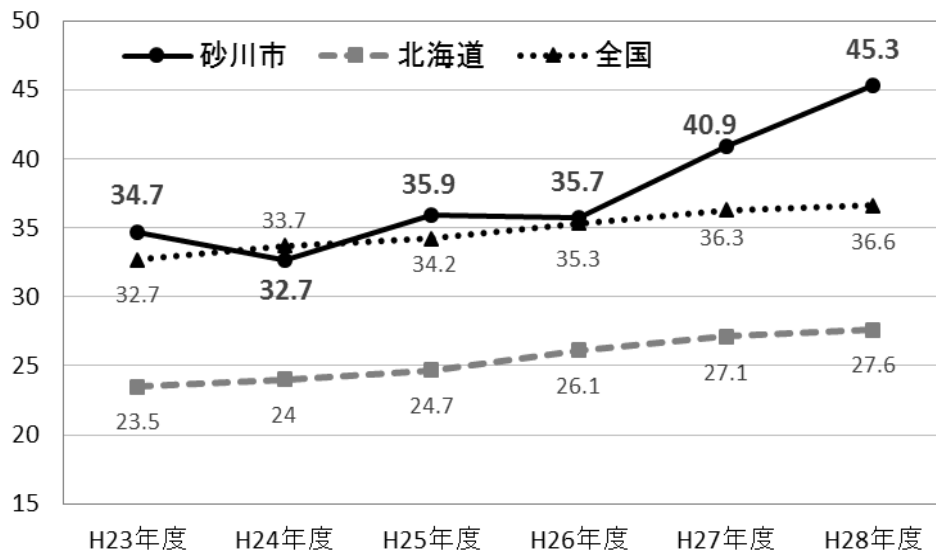
(1) 国保加入者の特定健診、保健指導

生活習慣病の発症予防、重症化予防の取組みの第一歩は、自分の体の状態を知ることから始まります。当市では、特定健診受診率を国が定める60%を目標に、健診の受診勧奨を行ってきた結果、受診率は年々増加し、平成28年度は45.3%となりました。(図表2.27)

しかしながら、未だ半数以上の方が未受診であり、中でも、40歳代、50歳代の若い世代の受診率と、すでに治療中の方の受診率が低い傾向にあります。当市の介護保険や医療保険の状況から、脳血管疾患等で若くして介護認定を受ける方が多く、また、治療中でも生活習慣病の重症化により脳血管疾患や虚血性心疾患を発症している人もいることから、更なる受診率向上を目指していくことが課題であると考えます。(図表2.28)

健診後の保健指導については、当市では、受診者全員を対象に実施しており、メタボリックシンドロームのうち未治療者を対象とした特定保健指導実施率は、目標の70%以上を維持しています。また、特定保健指導対象外であっても、高血圧や高血糖など生活習慣病重症化予防のリスクに応じた保健指導にも取り組んでいます。(図表2.29)

【図表 2.27 特定健診受診率の推移】



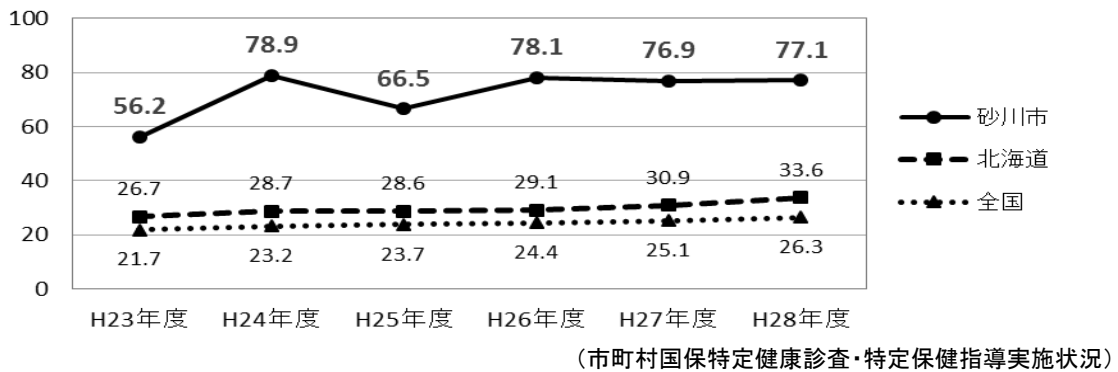
(市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況)

【図表 2.28 年齢階級別特定健診受診率】

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H25	29.4%	29.1%	26.0%	27.0%	33.9%	40.1%	39.3%
H26	26.0%	26.6%	27.7%	28.4%	30.6%	41.0%	39.2%
H27	20.6%	28.3%	25.5%	32.2%	35.8%	44.6%	48.7%
H28	25.2%	33.3%	30.9%	37.4%	43.2%	47.1%	52.6%

(砂川市国保特定健診)

【図表 2.29 特定保健指導実施率の推移】



特定健診における有所見状況では、総合判定では、受診勧奨判定値の有所見率が増加しており、受診者の67.4%となっています。(図表 2.30)

検査項目別にみると、メタボリックシンドローム該当者が増加しており、北海道・全国より高率となっています。また、脳血管疾患や虚血性心疾患等のリスクとなる高血糖・高血圧等の検査項目についても増加している状況です。有所見者割合が増加している要因は、健診受診者の増加により、地域に潜在していた有所見者が顕在化したためと考えられ、今まで見えなかった健康課題がより明確になってきました。(図表 2.30)

特定健診の受診回数別の有所見状況をもみても、初めての受診者は、有所見率が高い状況であることがわかります。(図表 2.31)

現在の受診率は45.3%ですが、まだまだ地域に重症化予防の対象者が潜在していることも考えられますので、受診率を高めていくことと、健診で発見された有所見者に対する保健指導を着実に実施することが重要です。

【図表 2.30 特定健診有所見状況】

年度	受診者数	総合判定						メタボリックシンドローム				摂取エネルギーの過剰									
		正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		該当者		予備群		腹囲		BMI	中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		
		人数	率	人数	率	人数	率	人数	率	人数	率	男85cm以上 女90cm以上	25以上	150以上	31以上	40未満					
H25	1,199	38	3.2%	418	34.9%	743	62.0%	192	16.0%	151	12.6%	391	32.6%	344	28.7%	216	18.0%	183	15.3%	47	3.9%
H26	1,177	37	3.1%	420	35.7%	720	61.2%	186	15.8%	138	11.7%	355	30.2%	308	26.2%	224	19.0%	162	13.8%	46	3.9%
H27	1,274	33	2.6%	432	33.9%	809	63.5%	268	21.0%	132	10.4%	441	34.6%	381	29.9%	252	19.8%	195	15.3%	60	4.7%
H28	1,323	39	2.9%	392	29.6%	892	67.4%	282	21.3%	137	10.4%	447	33.8%	378	28.6%	285	21.5%	199	15.0%	75	5.7%

年度	受診者数	血管を傷つける												内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害						
		空腹時血糖				HbA1c(NGSP)				尿酸				収縮期血圧		拡張期血圧		LDL	尿蛋白		GFR	
		実施者	100以上	実施者	5.6以上	実施者	7.0以上	実施者	130以上	実施者	85以上	120以上	+	以上	実施者	60未満						
H25	1,199	1,138	345	30.3%	1,184	632	53.4%	1,191	142	11.9%	625	52.1%	247	20.6%	680	56.7%	26	2.2%	1,191	316	26.5%	
H26	1,177	1,106	308	27.8%	1,149	558	48.6%	1,167	126	10.8%	604	51.3%	207	17.6%	627	53.3%	25	2.1%	1,165	354	30.4%	
H27	1,274	1,128	382	33.9%	1,203	664	55.2%	1,243	140	11.3%	704	55.3%	273	21.4%	680	53.4%	41	3.2%	1,248	455	36.5%	
H28	1,323	1,128	390	34.6%	1,266	705	55.7%	1,293	137	10.6%	786	59.4%	321	24.3%	683	51.6%	39	2.9%	1,297	438	33.8%	

(砂川市国保特定健診)

【図表 2.31 平成 28 年度 特定健診受診者の受診回数別有所見状況】

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上 受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				1,322 人	100.0%	1,106 人	83.7%	216 人	16.3%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	377 人	28.5%	297 人	26.9%	80 人	37.0%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	447 人	33.8%	365 人	33.0%	82 人	38.0%	
血管が 傷む (動脈硬 化の 危険因 子)	内臓脂肪	中性脂肪		300以上	285 人	21.6%	217 人	19.6%	68 人	31.5%
		インスリン 抵抗性	血糖	※ HbA1c (NGSP値)	6.5以上	131 人	10.3%	106 人	9.9%	25 人
	(再掲) 7.0以上			65 人	5.1%	48 人	4.5%	17 人	8.7%	
	血管を 傷つける	血 圧	収縮期	160以上	138 人	10.4%	117 人	10.6%	21 人	9.7%
			拡張期	100以上	28 人	2.1%	20 人	1.8%	8 人	3.7%
			計		149 人	11.3%	126 人	11.4%	23 人	10.6%
その他の動脈硬化 危険因子		LDLコレステロール		160以上	169 人	12.8%	135 人	12.2%	34 人	15.7%
腎機能		尿蛋白		2+以上	13 人	1.0%	11 人	1.0%	2 人	0.9%
		※ eGFR		50未満 70歳以上は40未満	61 人	4.7%	52 人	4.7%	9 人	4.5%
		※ 尿酸		8.0以上	32 人	2.5%	21 人	1.9%	11 人	5.4%

参考)実施者数			
HbA1c	1,266	1,070	196
eGFR	1,297	1,096	201
尿酸	1,293	1,090	203

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

(砂川市国保特定健診)

(2) 国保特定健診以外の健康診査

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

当市においては、20～39歳国保加入者の若年健診や後期高齢者健康診査の受託、無保険者健康診査、年度途中で保険が切り替わった方への健康診査等に取り組んでおり、受診状況は図表 2.32 のとおりです。平成 29 年度からは、全国健康保険協会(以下、「協会けんぽ」という。)北海道支部との連携で、被扶養者の健診もふれあいセンターで行う国保特定健診の会場で受診できるよう体制を整えてきましたが、国保以外の被用者保険被扶養者等の健康診査の実施状況についても実態把握に努めていくことが必要です。

【図表 2.32 国保特定健診以外の健康診査実施状況】

対象	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
20～39歳国保加入者	21	50	44	39	42	41	34
国保途中加入者・年度75歳	90	98	82	89	93	126	
生活保護受給者	2	1	3	2	8	9	13
後期高齢者	166	152	267	325	302	292	288
合計	279	301	396	455	445	468	335

(砂川市ふれあいセンター)

第3章 基本的な方針と推進体制について

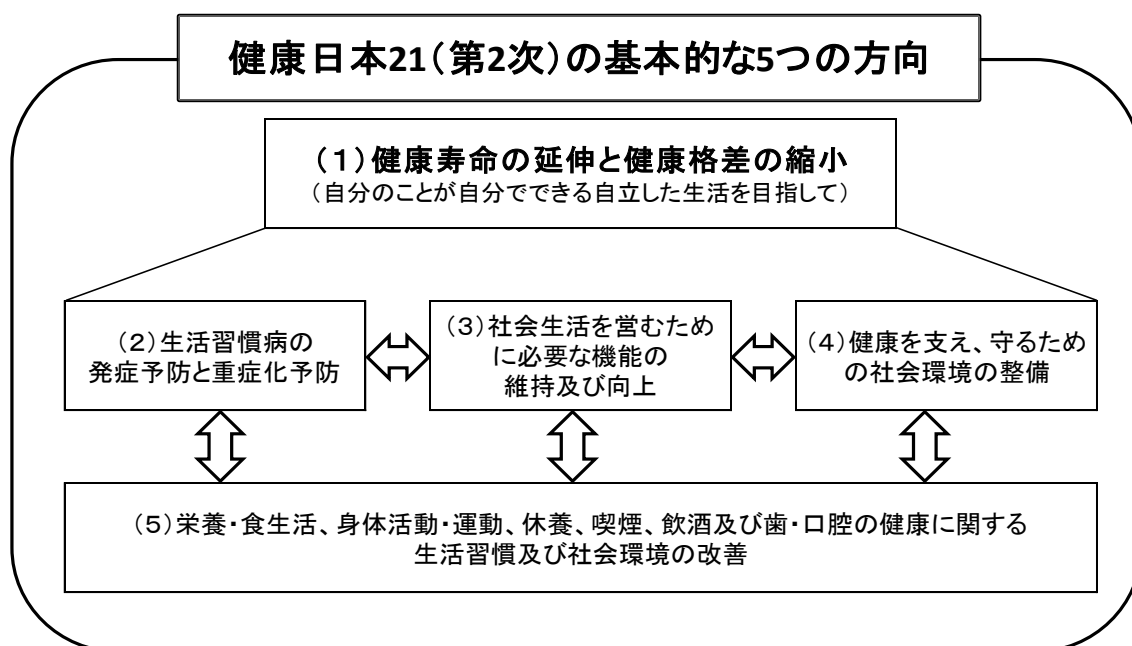
1. 改定後の「健康すながわ21（第2次）」の基本的な方針

これまでの当市における健康づくりに係る基本方針は、国の健康日本21（第2次）が示す基本的な5つの方向に基づき、当市の健康課題を踏まえた上で、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」とし、その実現に向け「生活習慣病の発症予防と重症化予防」に重点を置き、「栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康、休養、こころの健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」を取組みの視点としながら、国の健康日本21（第2次）の領域別指標に沿って対策を進めてきたところであり、今後も同様の取組みを継続します。

「生活習慣病の発症予防と重症化予防」では、循環器疾患、糖尿病、がんの発症予防及び重症化予防の徹底を図ります。なお、循環器疾患及び糖尿病については、いずれも、生活習慣や危険因子の改善や管理が共通しており、脳血管疾患や虚血性心疾患、新規人工透析導入の原因となる腎疾患の発症予防・重症化予防につながるため、同じ領域として策定しました。

「生活習慣及び社会環境の改善」では、生活習慣病の発症予防・重症化予防を推進するための基本要素として、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔の健康」、「休養・こころの健康」の6つの領域に分け、それぞれライフステージに応じた取組みを推進します。

「栄養・食生活」の領域については、新たに砂川市食育推進計画として、また、「休養・こころの健康」の領域については、砂川市自殺対策計画として位置づけ、関係機関との連携を図りながら取組みを進めます。



【改定後の重点取組み】

- (1) 要介護認定の原因となる脳血管疾患等の発症を抑制するため、健診の受診勧奨、健診結果に合わせた生活習慣の改善や、未治療者・治療中断者への受診勧奨等、対象者に合わせた保健指導を継続強化します。
- (2) 人工透析の導入に至る原因となる糖尿病性腎症を抑制するため、砂川市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、ハイリスク者への保健指導、未治療者・治療中断者への受診勧奨、かかりつけ医等と連携した保健指導を継続強化します。
- (3) 将来の生活習慣病の発症を予防するため、保護者や親子に関わる関係機関が、子どもの成長・発達と生活習慣の関係を理解し、親子ともに健康づくりへの取組みができるよう支援します。

(1)～(3)につながる基本要素として、生活習慣(栄養・食生活、身体活動・運動)改善への取組みが重要です。市民が健診を受診し、自らの健診結果を踏まえて、生活習慣を振り返り、自分に合った健康な食生活・身体活動への取組みが進むよう支援します。

また、各ライフステージにおいて、より個別性の高い栄養・食生活と身体活動・運動の取組みを以下のとおり推進します。

- ・幼少期から、体に合わせた栄養と運動の必要性を理解し実践するために、学童の血液検査の導入を検討するとともに、健康教育や保育園・保育所、学校、民間団体等における体験活動の推進を図ります。
- ・成人期は、生活習慣病の発症予防・重症化予防のための生活習慣の選択と実践に向けた支援として、自分の体に合わせた食事量についての学習や身体活動の向上、運動の習慣化を目指した取組みを行います。
- ・高齢期は、要介護状態の予防に向けて、生活習慣病の発症予防・重症化予防に加えて認知症や転倒・骨折、フレイル等への予防対策を図り、自立した生活を目指した取組みを行います。

2. 計画推進に向けた連携体制

「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」の実現を目指し、ライフステージに応じた健康増進の取組みを進めるにあたっては、全ての市民、事業者、関係団体等が、それぞれの立場で自主的に健康づくり活動に取り組むとともに、相互理解と連携を深めながら関連施策を展開することが必要です。市民一人ひとりが主役となった健康づくりを進めていけるよう、あわせて、地域、保育園・保育所、幼稚園、学校、企業、地区組織、民間団体等とともに健康づくりを推進できるよう連携・協働に努めます。

また、本計画の実施にあたっては、庁内関係部局相互の連携のもと総合的かつ効果的な推進に努めるとともに、国・北海道をはじめとする関係機関との連携強化を図り、それぞれの実施主体が中心となり、関係機関が必要に応じて連携・協力しながら、より効果的な取組みとなるよう努めます。

第4章 領域別の実態と今後の対策

1. 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) 循環器疾患・糖尿病

◆ 基本的な考え方

脳血管疾患や虚血性心疾患等の循環器疾患及び糖尿病性腎症の発症や重症化は、健康寿命の延伸や医療費、介護費などの社会保障費の増大を防ぐ上で大きな課題であり、これら疾患の発症の基礎疾患には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満等の生活習慣病があることがわかっています。

さらに糖尿病は、認知症やがんのリスクを高めるとともに、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発することで、生活の質(QOL)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や虚血性心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

循環器疾患、糖尿病の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的にみて、改善を図る必要があります。

生活習慣病は症状がなく、健診を受けていなければ発見が遅れ、また発見して治療につなげたとしてもそのコントロールを良好に保つことが重要で、そのためには生活習慣の是正もあわせて行うことが必要であり、そこに健診を受けて保健指導を受けることの大きな意味があります。

当市においても、健診受診率の向上を重点的に取組み、健康状態を把握することに努めてきました。また、国保データベース等の整備により、要介護の原因となる疾病や、高額な医療費の背景にある疾患を分析することで、当市の第2号被保険者の要介護認定率が高い背景に脳血管疾患が多いこと、健診未受診者の中から重症化して、高額な医療費の発生や要介護状態へ移行しており、これらの健康課題を改善するために、その主な要因となる高血圧対策や、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んできました。

その結果、重症高血圧者の減少や新規人工透析導入の原因となる糖尿病性腎症の割合が減少するなど少しずつ効果が見え始めてきています。しかし、受診率が上がることによって、循環器疾患や糖尿病性腎症などの基礎疾患となる有所見者の割合が増加しており、今後も保健指導を徹底していくことが重要です。

① 発症予防

i 循環器疾患

循環器疾患の発症予防には、高血圧、脂質異常症、糖尿病及び喫煙の4つの危険因子を適切に管理することが大切です。危険因子に関連する生活習慣として栄養、運動、喫煙、飲酒があり、これらの生活習慣の改善を図るための取組みが必要です。

生活習慣の改善状況を判断するために定期的な健診受診を促すとともに、更なる健診受診率向上のための対策も重要です。

ii 糖尿病

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、過食、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の軽度上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。糖尿病の発症予防のためにはこれらの危険因子の管理が重要であり、循環器疾患の予防対策と同様の対策が有効です。

② 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧、脂質異常症及び糖尿病等の基礎疾患を軽度の段階で適切な医療、生活習慣の改善につなげるための取組みが重要です。また、未治療や治療の中断が糖尿病の合併症を増加させることがわかってきています。

このため、検査結果に応じて、生活習慣の改善や必要な治療を開始できるよう支援していくとともに、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、糖尿病管理台帳を活用しながら治療中の人々が治療を中断することなく、良好な状態を維持できるよう医療機関と連携した取組みを今後も推進していく必要があります。

◆ 目標

- ① 特定健診・特定保健指導の実施率の向上
- ② 高血圧の改善
- ③ 糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の増加の抑制
- ④ 糖尿病治療継続者の割合の増加
- ⑤ 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
(HbA1c8.4%以上の者の割合の減少)
- ⑥ 合併症(糖尿病性腎症による年間新規人工透析導入患者数)の減少
- ⑦ 脂質異常症の減少
- ⑧ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- ⑨ 脳血管疾患の死亡の減少
- ⑩ 虚血性心疾患の死亡の減少

◆ これまでの取組み

- ① 特定健診受診率向上対策
- ② 保健指導対象者を明確にするための施策
- ③ 循環器疾患・糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

◆ 目標項目の中間評価

目標項目		基準値 (H22年度)	目標値 (H29年度)	現状値 (H28年度)	中間評価
特定健診・特定保健指導実施率の向上	特定健診の実施率	35.0%	60%	45.3%	未達成
	特定保健指導の終了率	69.2%	70%	77.1%	達成

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H28年度)	中間評価
高血圧の改善 (140/90mmHg以上の者の割合)	男性 39.9% 女性 36.7%	男性 34.4% 女性 30.7%	男性 42.4% 女性 34.3%	未達成 未達成
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	6.9%	現状維持 又は減少	10.4%	未達成
糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中 と回答した者の割合)	63.1%	75.0%	66.4%	未達成
血糖コントロール指標におけるコン トロール不良者の割合の減少 (HbA1c8.4%以上の者の割合)	0.7%	現状維持 又は減少	0.7%	達成
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	11人	減少	4人	達成
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上 の者の割合)	男性 8.3% 女性 12.7%	男性 6.2% 女性 8.8%	男性 9.0% 女性 15.4%	未達成 未達成

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H27年度)	現状値 (H27年度)	中間評価
メタボリックシンドロームの該当者・ 予備群の減少	該当者 16.1% 予備群 11.4% (合計 27.6%)	該当者:現状維 持又は減少 予備群:6.7%	該当者 21.0% 予備群 10.4% (合計 31.4%)	未達成 未達成

目標項目	基準値 (H22年)	目標値 (H34年)	現状値 (H27年)	中間評価
脳血管疾患の死亡の減少	21人	減少	26人	未達成
虚血性心疾患の死亡の減少	8人	減少	5人	達成

◆ 現状と課題

① 現状

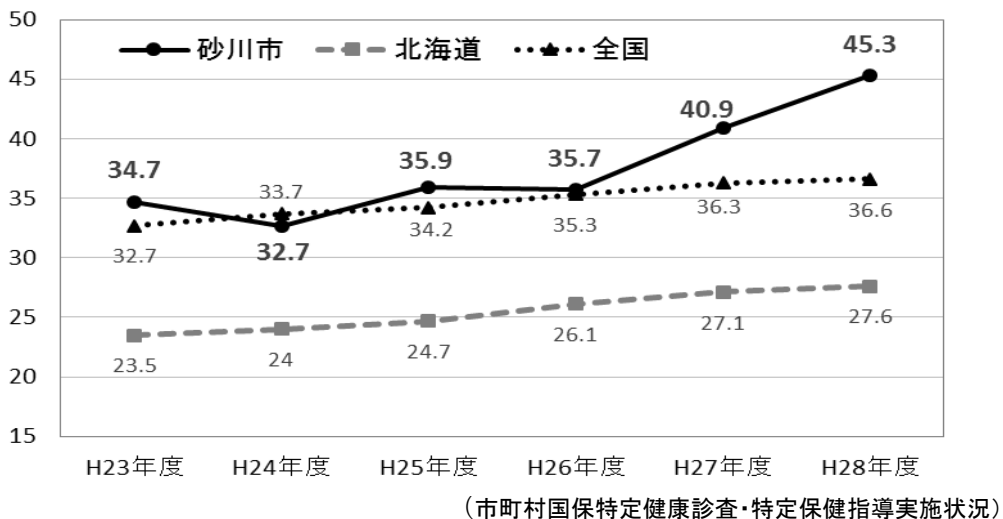
i 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

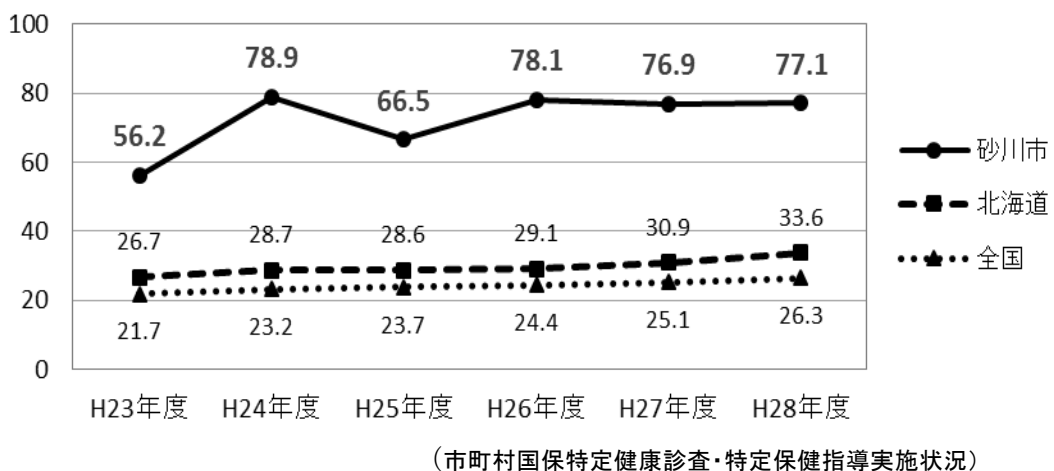
当市では、医療機関と連携した健診機会の拡充や治療中の者のデータ受理の体制を整備し、また、未受診者訪問、電話等による治療中の者のデータ提供の協力を呼びかけるなどの対策により特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに増加傾向にあり、北海道・全国より高率となっています。(図表 4.1、4.2)

受診率は平成 26 年度以降、毎年約 5% ずつ増加し、平成 28 年度には 45.3% まで向上しましたが、目標値(60%)には達していない状況であり、今後も、継続受診者の定着を図るとともに、未受診者対策を強化し、検査項目や健診後の保健指導の充実などによる受診率向上対策が重要です。

【図表 4.1 特定健診受診率の推移】



【図表 4.2 特定保健指導実施率の推移】



ii 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいといわれています。

当市では、特定健診の結果に基づき、肥満の有無に関わらず、高血圧治療ガイドライン 2014 に記載されている「診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施します。(図表 4.3)

【図表 4.3 保健指導の取組み基準(血圧)】

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

		血 圧 値 (外来血圧値)				
		正常域血圧		高血圧		
		正常	正常高値	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 なし	危険因子 なし			3ヶ月間 生活習慣 の改善	
	② 中 等 リ ス ク	危険因子 1～2個 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 高 リ ス ク	危険因子 3個以上 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

(高血圧治療ガイドライン 2014)

血圧手帳を配布し家庭血圧測定の徹底を図るとともに、医療機関とも連携を図りながら、未治療者、治療中者にも保健指導を実施してきました。その結果、未治療者では、Ⅱ度以上高血圧者の割合が平成 24 年度 7.3%から平成 26 年度には 4.7%へと減少しています。(図表 4.4)

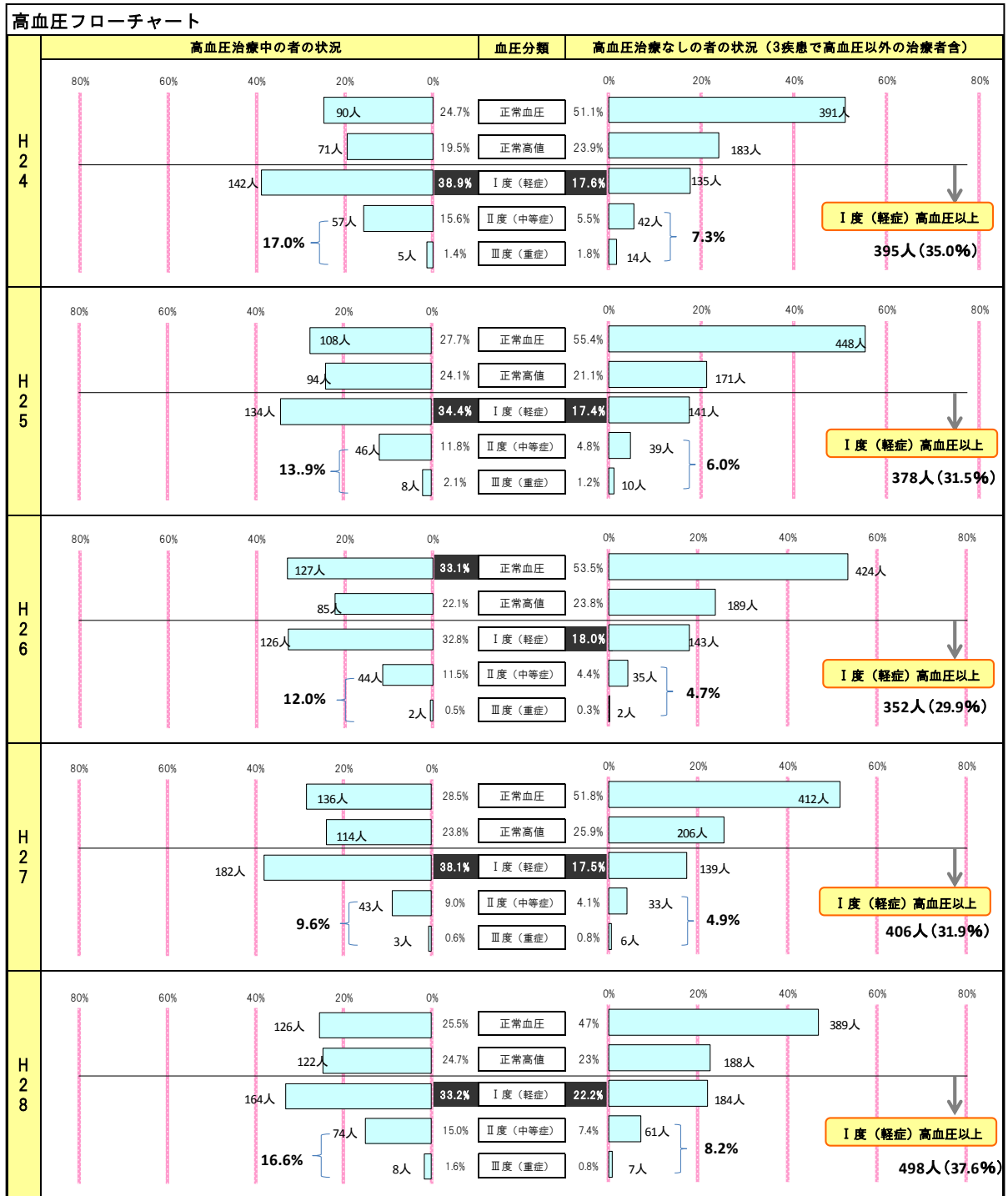
平成 28 年度に 8.2%と上昇していますが、これは平成 27・28 年度と健診受診率が上昇し、新しい受診層が増えたことによるものと考えます。(図表 4.4)

継続受診者の血圧変化をみると、Ⅰ度高血圧者で 22.7%、Ⅱ度高血圧者で 39.5%、Ⅲ度高血圧者で 55.6%が改善しています。(図表 4.5)

新規の受診者が増加し高血圧の所見が増えたとしても、保健指導を着実に実施していくことや高血圧管理台帳により次年度未受診者についても、医療への受診状況、血圧のコントロール状況を確認していくことで、全体の高血圧改善につながると考えます。

また、高血圧治療中の者のⅡ度以上高血圧者の割合が平成24年度から平成27年度にかけて減少しています。(図表4.4)治療中でも健診を受診する者が増え、治療中者に対する保健指導を実施してきたことや、患者自身も家庭血圧測定を実施し、血圧手帳を医療機関に持参することで適切な治療につながっていることが考えられ、自己管理しながら主体的に治療を受けるという患者の姿勢にも変化が見られてきていると考えます。

【図表 4.4 国保特定健診受診者の高血圧の状況】



【図表 4.5 平成 27・28 年度国保特定健診継続受診者の血圧変化】

		H28年度			
		改善	変化なし	悪化	未受診
H27年度	合計	108 26.6%	123 30.3%	68 16.7%	107 26.4%
	I度	73 22.7%	99 30.8%	61 19.0%	88 27.4%
	II度	30 39.5%	23 30.3%	7 9.2%	16 21.1%
	III度	5 55.6%	1 11.1%		3 33.3%

iii 糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の増加の抑制

当市の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の推移は、特定健診受診者では、平成 24 年度から平成 28 年度には 1.8 倍に増えています。また、糖尿病の可能性が否定できない HbA1c6.0～6.4% (境界領域)と、糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.6～5.9% (正常高値)の割合が増え、HbA1c5.5%以下 (正常域)の割合が減っています。(図表 4.6)

特定健診受診率が 35%前後であった平成 26 年度から5%ずつ受診率が上がったことで、これまで潜在していた糖尿病有病者の実態がみえてきたと考えられます。

【図表 4.6 国保特定健診受診者の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の推移】

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲	
					再) 7.0以上	未治療	治療		
									割合
H24	1,130	619 54.8%	319 28.2%	118 10.4%	74 6.5%	25 33.8%	49 66.2%	3.5%	6.5%
H25	1,184	552 46.6%	381 32.2%	162 13.7%	89 7.5%	35 39.3%	54 60.7%	3.5%	7.5%
H26	1,149	591 51.4%	328 28.5%	133 11.6%	97 8.4%	29 29.9%	68 70.1%	3.6%	8.4%
H27	1,203	539 44.8%	385 32.0%	166 13.8%	113 9.4%	33 29.2%	80 70.8%	4.7%	9.4%
H28	1,264	560 44.3%	402 31.8%	171 13.5%	131 10.4%	44 33.6%	87 66.4%	5.1%	10.4%

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することが可能となるので、今後も治療の有無を問わず保健指導を実施し、治療中断や健診未受診者の把握にも努め、糖尿病有病者の減少、血糖コントロール不良者の減少に向けてさらなる取り組みが必要です。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は親から子へ引き継がれていく可能性が高い習慣です。また、2型糖尿病は発症までに10～20年の生活習慣の積み重ねが影響するといわれています。これらのことから、40歳未満の若い世代への対策や妊婦、乳幼児、学童期からの長期的な視野に立った糖尿病の発症予防への取組みが重要です。

糖尿病治療ガイド2016-2017では、糖尿病の疑いが否定できないグループ(HbA1c6.0～6.4%の者)では75g糖負荷検査が強く推奨され、将来糖尿病の発症リスクが高いグループ(HbA1c5.6～5.9%の者)には行うことが望ましいとされています。当市では、平成27年度から75g糖負荷検査の二次検診を導入し、自分のインスリンの出方や効き方を知ることで、それに合わせた食べ方、動き方についてより具体的な保健指導を実施してきました。(図表4.7)

高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持つ者や家族歴がある者等には特に実施が望ましいとされており、将来における糖尿病予防や合併症予防のためにも必要な対象者に75g糖負荷検査を積極的に勧めていくことが必要です。

【図表 4.7 75g 糖負荷検査の実施状況】

	受診数	インスリン抵抗性	インスリン初期分泌低下
H27	3人	0人	2人
H28	3人	2人	1人
H29	7人	1人	5人

(国保特定健診後の二次検診)

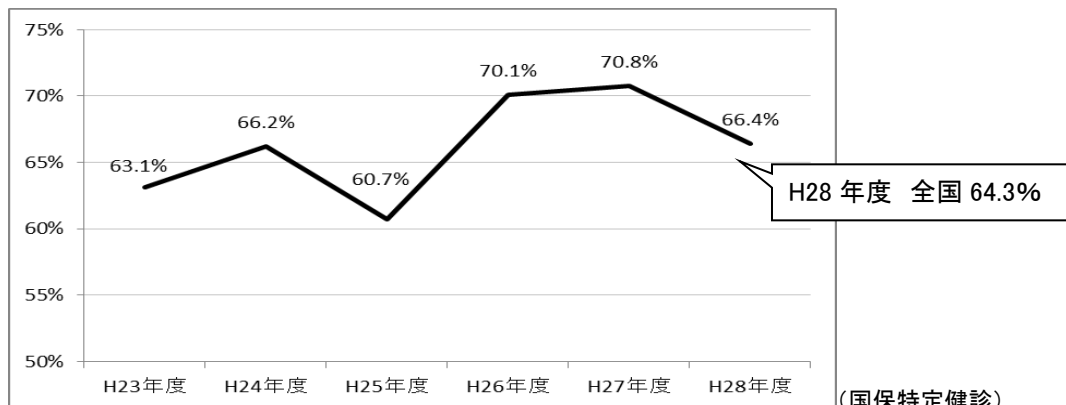
iv 糖尿病治療継続者の割合の増加

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最も重要な課題です。

当市の特定健診受診者中の糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の治療率は、平成23年度63.1%から平成28年度には66.4%と増加し、全国の64.3%より高率となりましたが、目標の75%には到達していない状況です。(図表4.8)

未治療者の状況を見ると、8割以上の方は、内服はしていないが他の疾患で治療中、または既に糖尿病と診断を受け経過観察中であるなど医療にはつながっている状況です。

【図表 4.8 糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.5%以上)の治療率の推移】

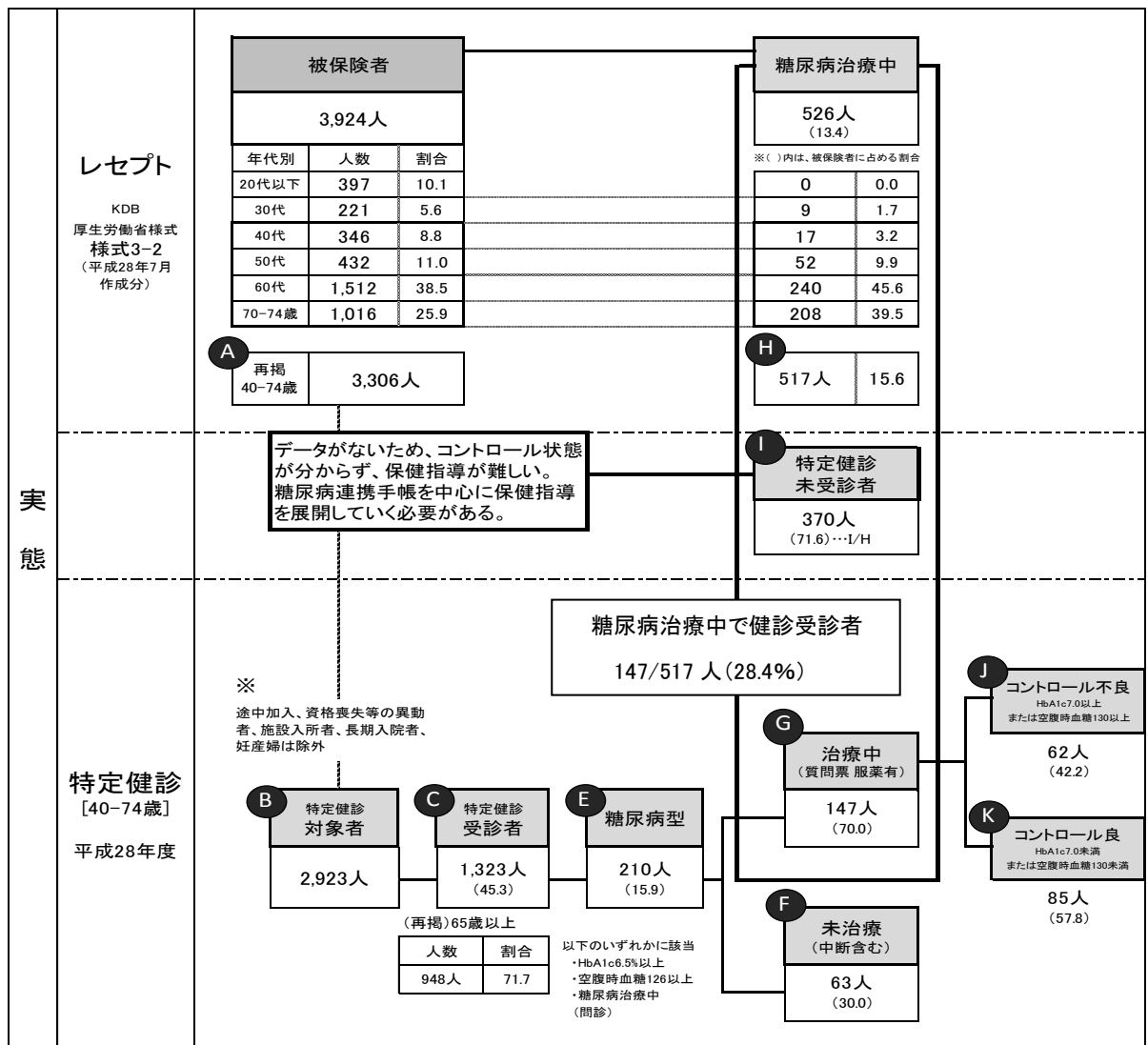


糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合から、糖尿病治療中で健診を受診している者は 28.4%であり、残る 71.6%の者は治療していてもその現状を把握することができません。健診を受診している中でも、約4割はコントロール不良(HbA1c7.0%以上)であり、健診未受診の 71.6%の中にもコントロール不良者がいることも考えられることから、治療の有無にかかわらず、健診受診を勧めていくことが必要です。(図表 4.9)

また、一度でも健診を受けた人については、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき医療中断や健診未受診者の把握に努め、血糖コントロール状況の確認と重症化予防のための保健指導を実施していくことが必要です。

今後も未治療者や、治療中断者を減少させるために、適切な治療の開始・継続を支援できるように積極的な保健指導が必要です。さらに、治療の基本は食事と運動であり、治療効果をも上げ血糖コントロールを良好に保つためにも、医療機関と連携しながら生活習慣の改善支援を継続していくことが必要と考えます。

【図表 4.9 糖尿病重症化予防のためのレセプトと国保特定健診データの突合】



**v 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
(HbA1c8.4%以上の者の割合の減少)**

当市では、健診の結果、HbA1c が 8.4%以上のコントロール不良で未治療者にはしっかり受診勧奨し、治療の有無にかかわらず、連絡票や糖尿病連携手帳を活用して主治医と連携し、必要に応じた保健指導を実施してきました。

受診者全体に占める HbA1c8.4%以上の人の割合は(図表 4.10 ①)、平成 24 年度8人(0.7%)から平成 28 年度9人(0.7%)で横ばいに推移していますが、治療中者で HbA1c8.4%以上のコントロール不良者の割合は(図表 4.10 ②)、平成 24 年度 6.4%から平成 28 年度には 4.1%と減少しており、今後も医療機関との連携を図りながら、コントロール不良者の減少を図ることが必要です。

健診受診率が上がることで、有所見者の割合や重症者、コントロール不良者が発見されることも予測されますが、今後とも医療との連携を図りながら、保健指導の取組み基準(血糖値)に沿った保健指導を徹底することが必要です。(図表 4.11)

【図表 4.10 国保特定健診受診者の HbA1c の状況】

①HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下 (5.1以下)		5.6~5.9 (5.2~5.5)		6.0~6.4 (5.6~6.0)		6.5~6.9 (6.1~6.5)		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H24	1,130	619	54.8%	319	28.2%	118	10.4%	35	3.1%	27	2.4%	12	1.1%	23	2.0%	8	0.7%
H25	1,184	552	46.6%	381	32.2%	162	13.7%	48	4.1%	23	1.9%	18	1.5%	29	2.4%	10	0.8%
H26	1,149	591	51.4%	328	28.5%	133	11.6%	56	4.9%	22	1.9%	19	1.7%	28	2.4%	11	1.0%
H27	1,203	539	44.8%	385	32.0%	166	13.8%	57	4.7%	47	3.9%	9	0.7%	28	2.3%	8	0.7%
H28	1,264	560	44.3%	402	31.8%	171	13.5%	66	5.2%	48	3.8%	17	1.3%	31	2.5%	9	0.7%

②治療中者と未治療者の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下 (5.1以下)		5.6~5.9 (5.2~5.5)		6.0~6.4 (5.6~6.0)		6.5~6.9 (6.1~6.5)		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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		
A'	A'/A'	B	B/A'	C	C/A'	D	D/A'	E	E/A'	F	F/A'	G	G/A'	H	H/A'	I	I/A'		
治療中者	H24	78	6.9%	1	1.3%	9	11.5%	19	24.4%	18	23.1%	22	28.2%	9	11.5%	18	23.1%	5	6.4%
	H25	82	6.9%	2	2.4%	9	11.0%	17	20.7%	26	31.7%	16	19.5%	12	14.6%	20	24.4%	6	7.3%
	H26	104	9.1%	5	4.8%	11	10.6%	20	19.2%	34	32.7%	20	19.2%	14	13.5%	22	21.2%	7	6.7%
	H27	130	10.8%	6	4.6%	19	14.6%	25	19.2%	32	24.6%	41	31.5%	7	5.4%	25	19.2%	6	4.6%
	H28	147	11.6%	6	4.1%	19	12.9%	35	23.8%	37	25.2%	37	25.2%	13	8.8%	25	17.0%	6	4.1%
未治療者	H24	1,052	93.1%	618	58.7%	310	29.5%	99	9.4%	17	1.6%	5	0.5%	3	0.3%	5	0.5%	3	0.3%
	H25	1,102	93.1%	550	49.9%	372	33.8%	145	13.2%	22	2.0%	7	0.6%	6	0.5%	9	0.8%	4	0.4%
	H26	1,045	90.9%	586	56.1%	317	30.3%	113	10.8%	22	2.1%	2	0.2%	5	0.5%	6	0.6%	4	0.4%
	H27	1,073	89.2%	533	49.7%	366	34.1%	141	13.1%	25	2.3%	6	0.6%	2	0.2%	3	0.3%	2	0.2%
	H28	1,117	88.4%	554	49.6%	383	34.3%	136	12.2%	29	2.6%	11	1.0%	4	0.4%	6	0.5%	3	0.3%

【図表 4.11 保健指導の取組み基準(血糖値)】

		正常領域	正常高値	境界領域	糖尿病領域	
糖代謝に関する検査	グリコヘモグロビン HbA1c % (DS値)	~5.5% (~5.1%)	5.6~5.9% (5.2~5.5%)	6.0~6.4% 6.5%以上は糖尿病の可能性が高い (5.6~6.0%) (6.1%以上は糖尿病の可能性が高い)	6.5~7.3% (6.1~6.9%)	7.4%以上 (7%以上)
	血糖 mg/dl	(空腹時) ~99 (2時間値) ~139	100~109	110~125 140~199	126以上 200以上	
	尿糖	(-)		(±)	(+)	尿糖(2+) 尿糖(3+)
		↓ 75グラム経口ブドウ糖負荷試験 (インスリン分泌能とインスリン抵抗性の有無をみる) 将来の糖尿病発症、動脈硬化発症リスクが高いため 他のリスク(家族歴、肥満、高血圧、脂質異常など)の有無をみて実施				参考 日本糖尿病学会編 2012-2013 糖尿病治療ガイド

注)過去に一度でも糖尿病型と診断された場合、値が正常に改善されても糖尿病扱いとする。

vi 糖尿病性腎症による新規人工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人工透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。人工透析導入を1年でも遅らせることは、生活の質(QOL)や医療経済への影響を軽減する上でも重要です。腎機能が低下しても人工透析導入に至らないような管理が大切と考えます。

当市の人工透析患者も平成 25 年度をピークに減少してきており、新規人工透析導入患者についてもここ数年は 10 人前後で推移しています。(図表 4.12)

さらに、新規人工透析導入患者のうち糖尿病性腎症の割合は、平成 23 年度は 73.3%であったものが、平成 29 年度には 10.0%と減少しています。(図表 4.12)

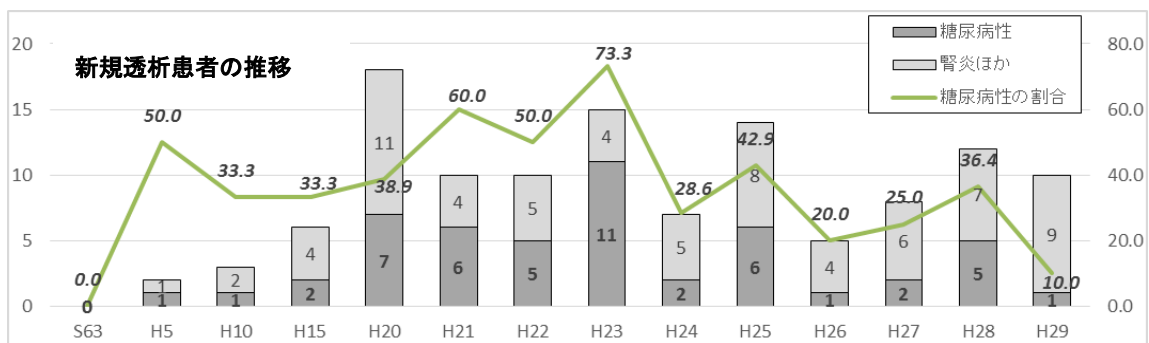
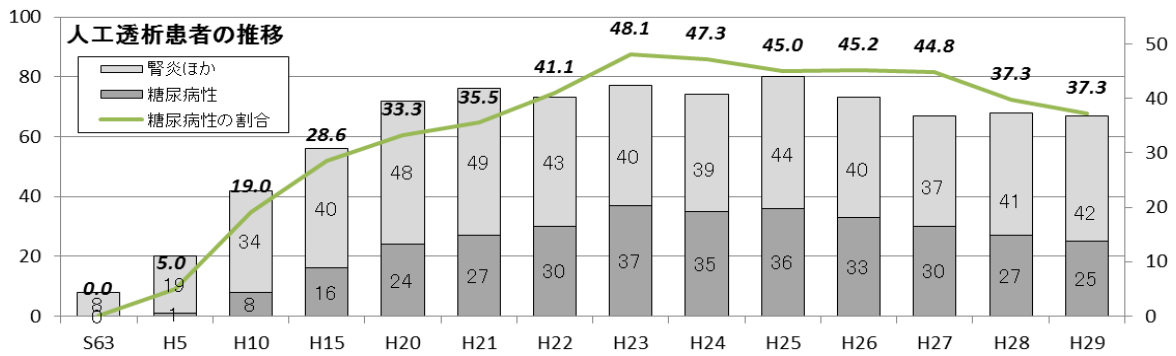
平成 29 年度の新規人工透析導入者の背景をみると、人工透析導入時の平均年齢は 76.0 歳で、平成 23 年度の 68.9 歳と比較すると高齢化しており、人工透析導入時期が遅くなっている状況がうかがえます。これらのことは健診を入口に重症化予防に取り組んできた成果と考えます。(図表 4.13)

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による人工透析導入に至るまでの期間は、約 20 年といわれていることから、国保特定健診の受診勧奨とともに、国保に移行する前の他の医療保険者での保健指導等の状況を確認していく必要があります。

人工透析患者の死因の約3割が脳血管疾患や虚血性心疾患が原因であり、全身の血管に影響する動脈硬化性の疾患である糖尿病の予防は、人工透析導入のみならず循環器疾患の予防にもつながります。

【図表 4.12 人工透析患者の推移】

(砂川市更生医療申請状況)



【図表 4.13 平成 29 年度新規人工透析導入者の加入保険、健診受診の状況】

年代	性別	透析原因疾患	透析導入時 加入保険	健診受診歴
60	女	慢性糸球体腎炎	社保	不明
60	女	糖尿病性腎症	社保	不明
70	女	慢性腎不全	後期高齢	なし
70	女	不明	後期高齢	継続受診あり
70	男	慢性腎不全	後期高齢	継続受診あり
70	女	慢性腎不全	後期高齢	なし
70	女	慢性腎不全	後期高齢	なし
80	女	慢性腎不全	後期高齢	なし
80	男	慢性腎不全	後期高齢	なし
80	男	慢性腎不全	後期高齢	毎年受診

* 人工透析導入時の平均年齢は、H29年度76.0歳、平成23年度68.9歳

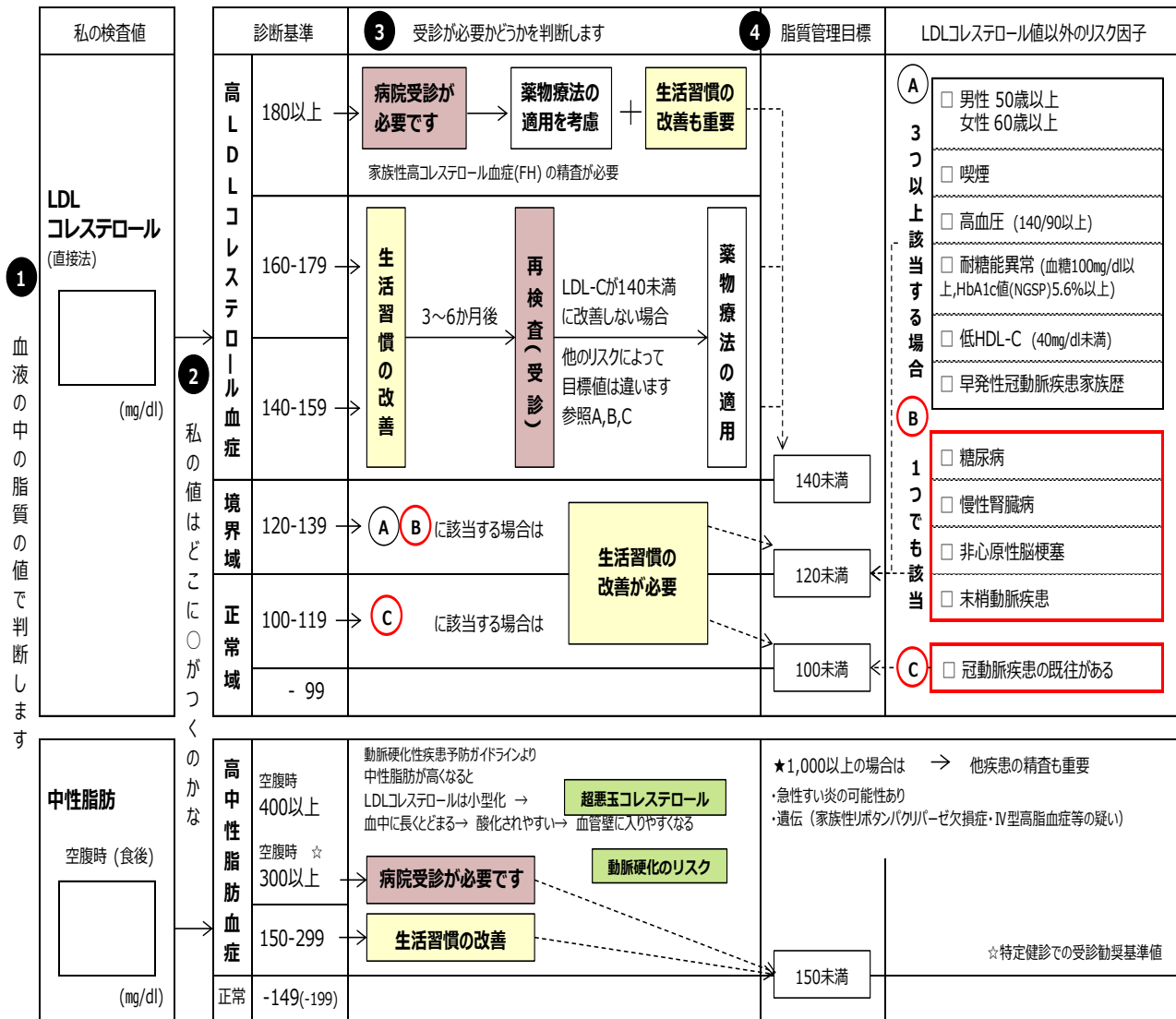
vii 脂質異常症の減少

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

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

当市では、肥満の有無に関わらず「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版」に基づき保健指導を実施してきました。(図表 4.14)

【図表 4.14 動脈硬化性疾患のリスク判断と LDL コレステロール管理目標】



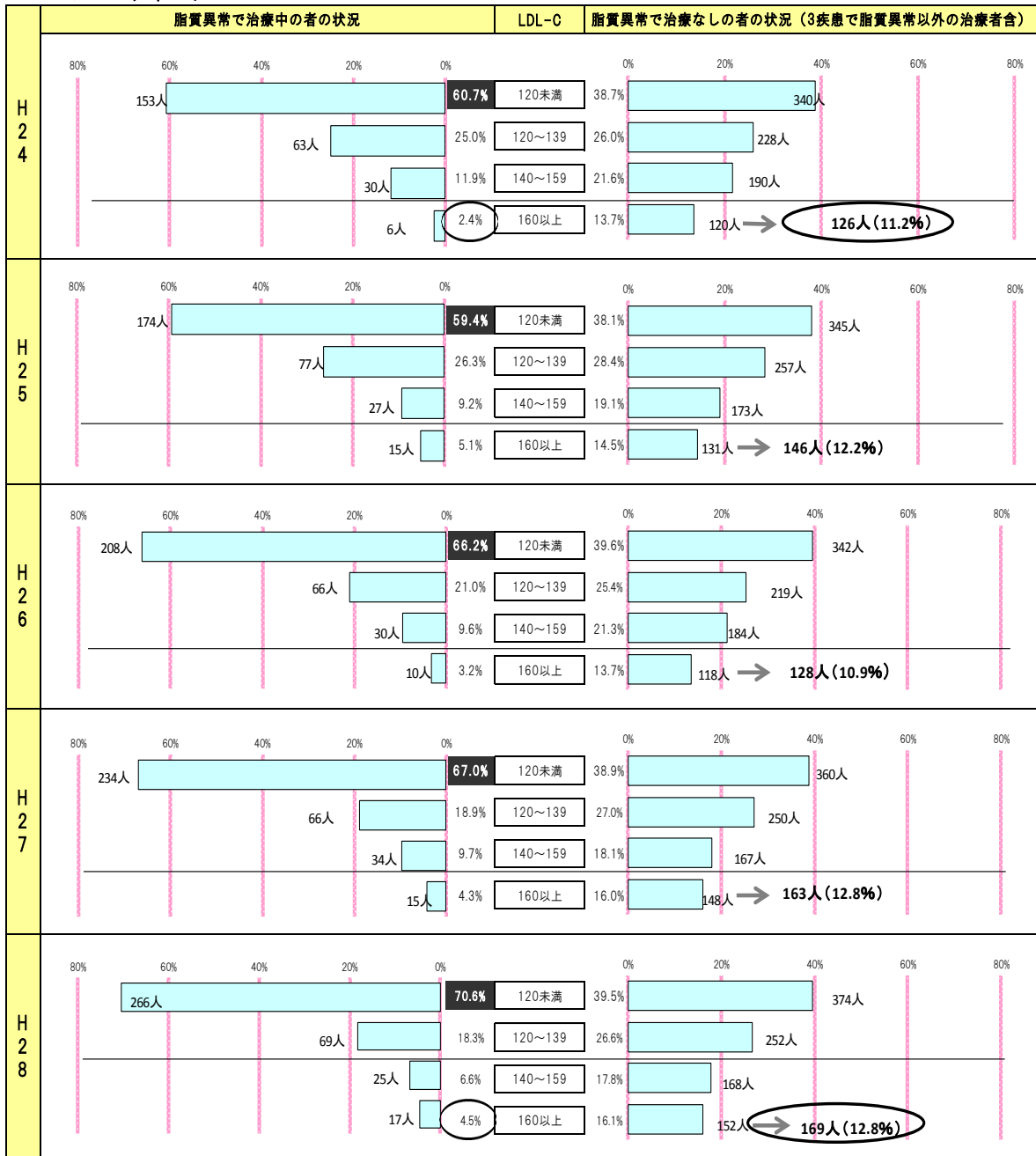
参考 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版

計画策定時と比べ受診率が上昇したことで有所見率は増加しており、平成 24 年度から平成 28 年度にかけて、重症者(LDL160 mg/dl以上)の割合は 11.2%から 12.8%に増加しています。(図表 4.15)また、治療中の者では 120mg/dl未満のコントロール良好の割合は 60.7%から 70.6%に増加していますが、160mg/dl以上のコントロール不良の割合も 2.4%から 4.5%に増加しています。(図表 4.15)健診で発見された有所見者には、対象者の状況に合わせた保健指導を確実に実施することが重要です。

さらに、平成 29 年には、動脈硬化性疾患予防ガイドラインが改訂されていますので、改訂後のガイドラインに基づき検査項目や保健指導対象者の見直しも必要です。

【図表 4.15 国保特定健診受診者の LDL-コレステロールの状況】

LDL-Cフローチャート



「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版」には、動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法として頸動脈超音波検査の有用性について記載がなされており、本市においても、平成 27 年度から二次検診として頸動脈超音波検査を導入し、LDL-コレステロール高値やその他高血圧、糖尿病、肥満等のリスクをあわせ持つ方に検査を勧めてきました。

検査を受けた 57.1%にプラークが発見され、さらに 7.1%の方には狭窄も見付き、これまで高血圧や脂質異常等の治療を拒んでいた人が治療につながるという動機づけになりました。プラーク

クがあってもほとんどは治療の必要性はないものの、すでに動脈硬化が進んでいる状況であり、生活習慣の改善等のリスク管理が必要です。(図表 4.16)

【図表 4.16 頸動脈超音波検査の受診状況と結果】

	受診数	プラークあり	狭窄あり
H27	53人	29人(54.7%)	5人(9.4%)
H28	29人	15人(51.7%)	1人(3.4%)
H29	16人	12人(75.0%)	1人(6.3%)
計	98人	56人(57.1%)	7人(7.1%)

(国保特定健診後の二次検診)

viii メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

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

当市のメタボリックシンドローム該当者の割合は男女ともに増加傾向で(図表 4.17 ①)、予備群の割合は男女ともにやや減少傾向にあります。(図表 4.17 ②)

メタボリックシンドロームは治療ではなく、食や運動という生活習慣の改善が必要であり、内臓脂肪を減少させることで検査値も改善することを継続受診で確認していくとともに、血管の状態をイメージしながら自発的に生活習慣を改善する動機づけができるよう支援を充実させることが必要です。

【図表 4.17 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移】

① メタボリックシンドローム該当者

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

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合	受診数	該当者	割合
H24	1130	165	14.6%	451	107	23.7%	679	58	8.5%
H25	1199	190	15.8%	491	128	26.1%	708	62	8.8%
H26	1177	187	15.9%	475	132	27.8%	702	55	7.8%
H27	1274	268	21.0%	520	178	34.2%	754	90	11.9%
H28	1323	282	21.3%	540	187	34.6%	783	95	12.1%

② メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち、1つに該当する者

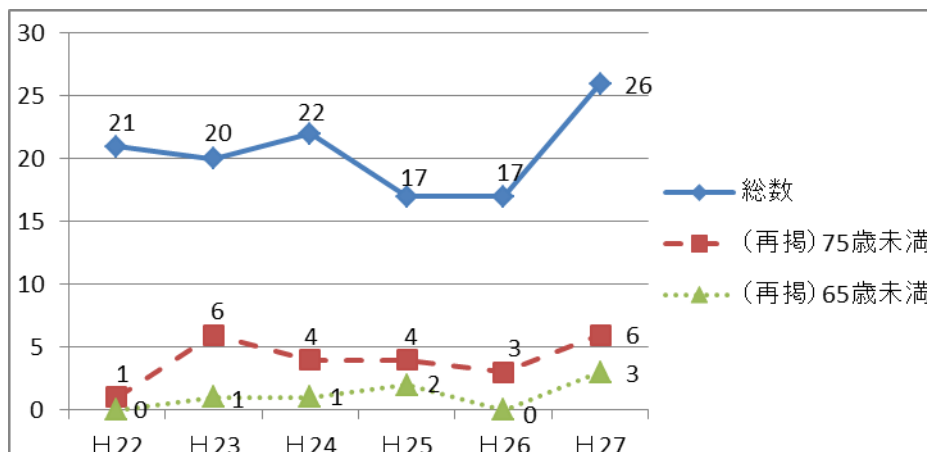
年度	男女計			男性			女性		
	受診数	予備群	割合	受診数	予備群	割合	受診数	予備群	割合
H24	1130	131	11.6%	451	87	19.3%	679	44	6.5%
H25	1199	152	12.7%	491	101	20.6%	708	51	7.2%
H26	1177	138	11.7%	475	93	19.6%	702	45	6.4%
H27	1274	132	10.4%	520	82	15.8%	754	50	6.6%
H28	1323	137	10.4%	540	91	16.9%	783	46	5.9%

(資料) 特定健診・特定保健指導実施結果報告(国保連TKCA001)

ix 脳血管疾患の死亡の減少

当市の脳血管疾患の死亡者数は減少傾向でしたが、平成 27 年には増加しています。(図表 4.18)

【図表 4.18 脳血管疾患死亡者数の推移】



(空知地域保健情報年報)

平成 29 年度に脳血管疾患が原因で介護が必要となった第2号被保険者7人のうち、4人は発症前の健診は未受診で、そのうち2人は高血圧等ですでに治療している状況でした。

また、健診履歴があった3人については、1人は高血圧・糖尿病・脂質異常症で治療しており、2人については、脳血管疾患を発症してから高血圧や糖尿病の治療が開始されていました。(図表 4.19)

脳血管疾患を発症した方の基礎疾患をみると、ほとんどに高血圧や糖尿病があり、複数のリスクを重ね持つ者が多く、中には脳血管疾患発症と同時に治療が開始されるなど基礎疾患の管理が不十分な状況が見受けられます。

このように、生活習慣病は自覚症状がほとんどなく、健診を受けなければ発見が遅れたり、健診で発見しても適切な受診行動をとらなければ、重症化していく可能性があります。

平成 29 年度の第2号被保険者で要介護認定者の 58%は脳血管疾患が原因であり、死亡に至らなかったとしても後遺症が残り、離職の原因にもなります。

壮年期を対象に行われている保健事業は、健康保険制度間のつながりがいいことから、地域全体の健康状態が把握できず、退職後の保健事業が継続できない問題が指摘されています。

このため、継続的かつ包括的な保健事業の展開ができるよう、職域の実態を把握し、より早期から職域保健との連携を推進する対策を検討することが必要です。

【図表 4.19 平成 29 年度 脳血管疾患が原因の第2号被保険者要介護認定者の状況】

年齢	性別	介護度	原因疾患	発症前の健康保険	健診の有無	基礎疾患		
						高血圧	糖尿病	脂質異常
40歳代	男性	要支援2	脳梗塞後遺症	その他	×	○		
40歳代	男性	要支援1	脳梗塞・対麻痺	国保	○	●	●	
40歳代	男性	要介護1	左視床出血	その他	○	●		
50歳代	男性	要支援1	脳出血後遺症	その他	×	●	●	
60歳代	女性	要介護5	脳梗塞	国保	×		○	○
60歳代	男性	要介護3	脳出血	国保	×	○	○	○
60歳代	男性	要支援2	脳梗塞	その他	○	○	○	○

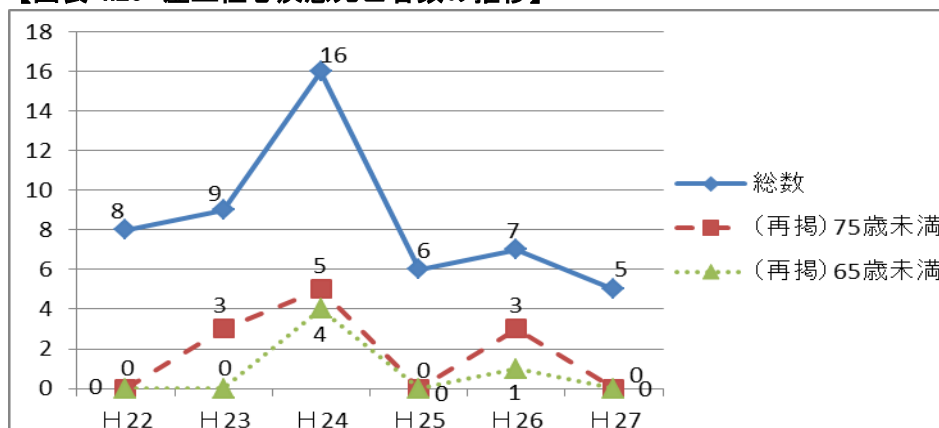
●は脳血管疾患発症と同時に治療開始

(砂川市介護認定審査)

x 虚血性心疾患の死亡の減少

当市の虚血性心疾患の死亡者数は、平成 24 年には増加していますが、その後は減少したまま推移しています。75 歳未満での死亡者数も減少傾向にあり平成 27 年は 0 人となっています。(図表 4.20)

【図表 4.20 虚血性心疾患死亡者数の推移】



(空知地域保健情報年報)

虚血性心疾患は高額な医療費が必要となる疾患ですが、予防が可能な疾患であるため、当市ではその対策を重要視し、平成 20 年度から開始された特定健診では、心電図検査を全員に実施してきました。

平成 29 年度に心電図検査を実施した 1,100 人のうち、25.5%に所見が認められ、さらに重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動 16 人(1.5%)が発見されています。

このため、引き続き特定健診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。

② 課題

- ・特定健診受診率は徐々に上昇していますが、目標には到達していません。被保険者のおよそ半分の方の健康実態はわからない状況であり、更なる受診率向上対策が必要です。

- ・特定健診受診者の有所見割合は増加傾向にあり、脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症につながる可能性があります。
- ・糖尿病や高血圧等の生活習慣病の重症化が、腎機能低下を起こし、人工透析導入につながる可能性があります。
- ・心房細動の所見がある人が医療を中断すると心原性脳塞栓症のリスクが高まります。
- ・生活習慣病の発症予防や重症化予防のためには若い年齢層からの関わりが必要ですが、国保では若い年齢層の健診受診が少なく、また、国保以外の人々の健康実態も把握できていない現状です。職域との連携について検討が必要です。

◆ 今後の対策

①早期からの生活習慣病発症予防の取組み

- ア 妊婦一般健康診査のデータに基づき妊娠期からの保健指導を実施
- イ 乳幼児健診時等に乳幼児の保護者に対して生活習慣病予防のための食生活・運動等について健康教育を実施
- ウ 小中学生を対象とした生活習慣病予防健診導入について検討
- エ 働き盛り世代に対して、健診受診と生活習慣の改善の重要性を周知
 - ・協会けんぽ北海道支部との連携で、協会けんぽ加入者の健診受診状況等の把握と被扶養者への健診機会の提供
 - ・企業からの要望に応じ、健診結果に基づく健康教育を実施
 - ・国保以外の保険者が行う健康診査及び保健指導体制の実態把握に努め、今後の健診体制を検討

②健診受診率向上に向けた取組み

- ア 各種健康診査の実施
 - ・健康診査(20～39歳・後期高齢者・無保険者等)
 - ・国保特定健診
 - ・健康診査及び国保特定健診における検査項目の検討
- イ 各種健康診査の周知・啓発
 - ・広報や個別案内通知
 - ・自動予約や健診結果説明会などによる継続受診の勧奨
 - ・商工会議所等を通じて健診の受診勧奨を実施
- ウ 未受診者対策
 - ・40歳及び初めて国保特定健診の対象となった方への無料クーポン券の配布
 - ・未受診者台帳を作成し、個別訪問や電話での受診勧奨
 - ・過去の健診結果において血圧や血糖値が高く、その後健診を受けていない人には訪問を実施

- ・医療機関と連携し、治療中で健診未受診者への健診受診勧奨または治療中者のデータ受理の推進

③生活習慣病の重症化予防の取組み

ア 健診結果説明会

- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
- ・特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導の実施
(高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD))

イ 重症化予防対策

- ・Ⅱ度高血圧以上の人や心房細動、腎機能低下者へ各種ガイドラインに沿って優先的に保健指導を実施
- ・重症化予防対象者で生活習慣病の未治療者・中断者に対して医療機関への受診勧奨を実施
- ・保健指導の実施にあたっては、家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など多様な手法による、個別性を重視した、きめ細やかな保健指導を実施
- ・二次検診の実施

頸動脈超音波検査・75g糖負荷検査の継続、高血糖者を対象とした歯周病検診の導入

ウ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った保健指導の実施

- ・連絡票や糖尿病連携手帳を活用しながら、個別のケースを通じた医療及び他の専門職との連携
- ・中空知保健医療福祉圏域連携推進会議(糖尿病専門部会)で管内の糖尿病の実態共有や学習会などを通して、医療やその他関係機関との連携を推進
- ・国保運営協議会等の機会を利用して、当市の糖尿病の実態、課題を共有しながら、今後の展開について検討

エ 保険者努力支援制度のインセンティブ指標達成への確実な取組み

- ・健(検)診受診率向上の取組み
- ・特定保健指導実施率向上の取組み
- ・糖尿病重症化予防の取組み
- ・砂川市健康ポイント事業による健康づくり活動の意識の向上

オ 生活習慣病の重症化リスクのある高齢者に対し、継続的な訪問支援を実施

<参考> 保険者努力支援制度のインセンティブ

国では、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指し、保険者が実施する健診と保健指導の実施による生活習慣病の重症化予防に対し、保険者努力支援制度を創設し、データ分析に基づく適切な対策や取組みを実践している自治体へ財政支援を実施しています。(平成28年度から前倒し実施、平成30年度から本格実施)重症化予防の取組みを確実に実施することが、生活習慣からの入院や介護を減らし、将来的に市民の保険料の負担の軽減にもつながります。

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目		基準値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
特定健診・特定保健指導実施率の向上	特定健診受診率	45.3%	60%以上	※国保データヘルス計画に準ずる
	特定保健指導実施率	77.1%	70%以上	※国保データヘルス計画に準ずる

目標項目		基準値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
【変更】 Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少 (160/100mmHg以上の者の割合)		11.3%	減少	※Ⅱ度高血圧以上の方は、循環器疾患の発症リスクが高くなる。当市はⅡ度高血圧以上の割合が高いため、優先的に取組むべき重症化予防の対象者としてデータヘルス計画に準じて目標項目に設定
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)		10.4%	減少	※国保データヘルス計画に準ずる
糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上で治療中の者の割合)		66.4%	増加	
【変更】 血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)		5.1%	減少	※これまでHbA1c8.4%以上としてきたが、糖尿病の合併症予防のため最低限達成が望ましいHbA1c7.0%以上を目標項目として設定
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 (更生医療申請状況)		4人	減少	
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)		12.8%	減少	※国保データヘルス計画に準じ、男女計を目標項目に設定

目標項目		基準値 (H27年度)	目標値 (H35年度)	備考
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少		31.4% (H20年度31.2%)	H20年度と比べて25%減少	※国保データヘルス計画に準じ、該当者・予備群の合計を目標項目に設定

目標項目		基準値 (H27年)	目標値 (H35年)	備考
脳血管疾患の死亡者数の減少		26人	減少傾向へ	
虚血性心疾患の死亡者数の減少		5人	減少傾向へ	

(2) がん

◆ 基本的な考え方

当市の死因順位の第1位はがんであり、平成27年の全死亡に占める割合は31.4%で、3人に1人はがんで亡くなっています。また、生涯のうちに2人に1人はがんに罹患するとも推計されており、がんは市民の生命と健康にとって重大な問題となっています。そのため、当市では、関係機関の連携を強化し、がん対策の一層の充実を図るため、平成28年に「砂川市がん対策推進条例」を制定し、総合的ながん対策に取り組み始めました。

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

また、がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいといわれてきましたが、がんに関連するウイルスや細菌、生活習慣があることも明らかになってきました。

中でも喫煙は肺がんをはじめとする様々ながんのリスク因子となっており、平成28年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」の中でも、喫煙による肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されています。がん予防の観点からもたばこ対策を進めていくことも重要です。

さらに、過剰飲酒、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分の過剰摂取、運動不足などの生活習慣もがんのリスクを高める要因となりますので、循環器疾患や糖尿病対策としての生活習慣の改善ががんの発症予防にもつながっていくと考えます。

より積極的にがん予防をすすめることにより、避けられるがんを防ぐことが重要です。

◆ 目標

- ①75歳未満のがん死亡数者の減少
- ②がん検診の受診率の向上

◆ これまでの取り組み

- ①ウイルス感染によるがんの発症予防の施策
- ②がん検診受診率向上の施策
- ③がん検診による重症化予防の施策
- ④がん検診の質の確保に関する施策
- ⑤がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

◆ 目標項目の中間評価

目標項目	基準値 (H22年)	目標値 (H27年)	現状値 (H27年)	中間評価
75歳未満のがん死亡者数の減少	29人	減少	31人	未達成

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H28年度)	現状値 (H28年度)	中間評価
がん検診の受診率の向上 40歳～69歳の受診率 (子宮頸がんは20歳～69歳)	胃がん 14.8%	40%	16.4%	未達成
	肺がん 17.6%		18.4%	未達成
	大腸がん 19.3%		18.2%	未達成
	子宮頸がん 20.9%	50%	17.0%	未達成
	乳がん 28.4%		24.4%	未達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 75歳未満のがん死亡者数の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくと予測されており、がん対策の総合的な推進の評価指標は、高齢化の影響を除いた75歳未満のがんの年齢調整死亡率が用いられていますが、本市における75歳未満のがんの年齢調整死亡率は把握していませんので、75歳未満のがんの死亡者数で評価することとしています。

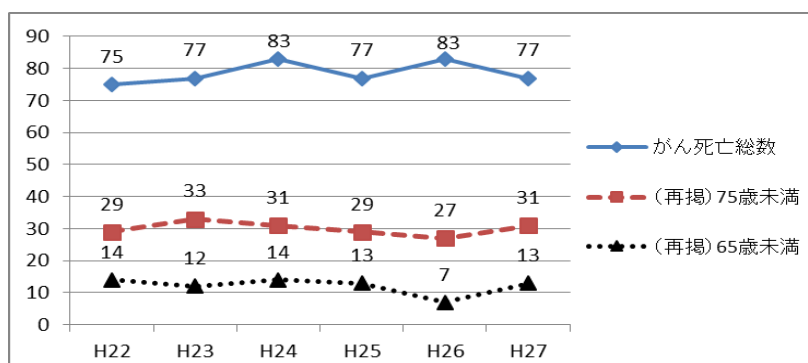
本市における75歳未満のがんの死亡者数は30人前後で推移しており、がんの全死亡者数の3～4割を占めています。(図表 4.21)

平成27年のがん死亡を部位別で見ると、肺がんが22人で最も多く、次いで胃がんが10人、大腸がんが7人となっています。(図表 4.22)

また、がんで死亡した77人のうち、64歳以下は13人(16.9%)で、検診が有効とされている肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんで亡くなった8人は、全員が市のがん検診は未受診の状況でした。(図表 4.22)

本市のがん死亡の課題を、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比(SMR)で見ると、男性は肺がんが増加し最も多くなっています。また、大腸がん、肝臓がん、胆のうがん、膵臓がんも全国より高率となっています。女性では大腸がんが増加し最も多くなっているほか、乳がん、膵臓がん、肺がんについても増加傾向であり全国より高率となっています。(図表 4.23)

【図表 4.21 がんによる死亡者数の推移】



(空知地域保健情報年報)

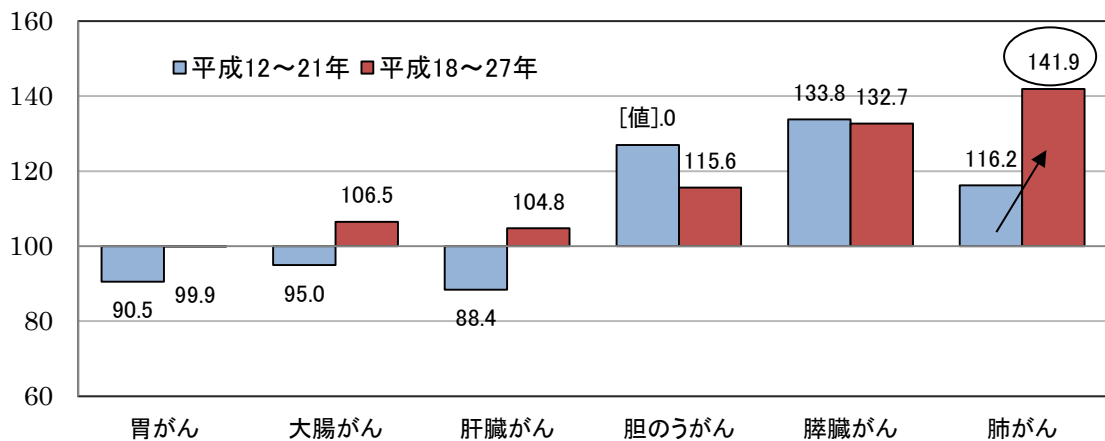
【図表 4.22 部位別がん死亡状況】

部位		H27年	
		全体	64歳以下 (再掲)
科学的根拠 のあるがん 検診 (早期発見に 有効)	胃	10	2
	肺	22	3
	大腸	7	1
	乳	3	0
	子宮	2	2
	小計	44	8
その他	胆のう	3	2
	膵臓	9	0
	その他	21	3
合計		77	13

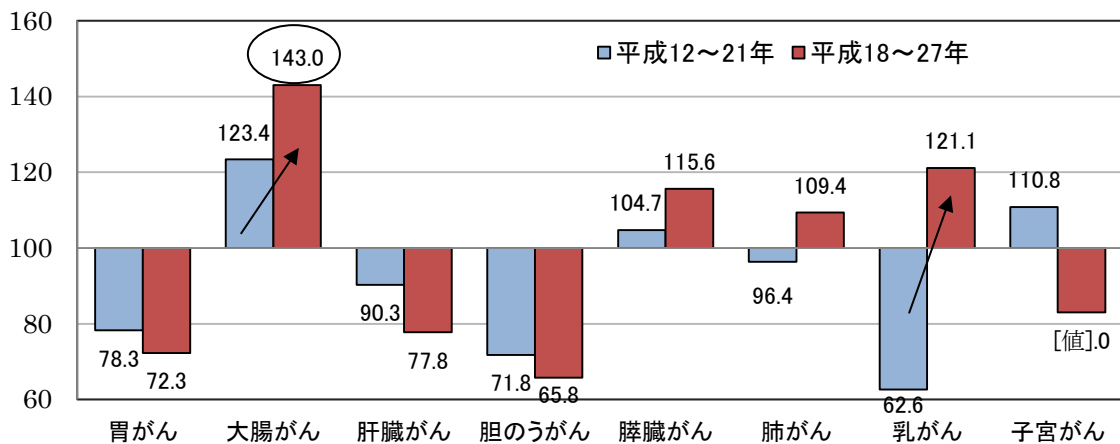
(空知地域保健情報年報)

【図表 4.23 がんの標準化死亡比(SMR)】

〔男性〕



〔女性〕



(北海道健康づくり財団:北海道における主要死因の概要)

ii がん検診の受診率の向上

検診が有効とされている各種がん検診の受診率はいずれも横ばい傾向です。(図表 4.24)

平成 27 年度の各がん検診の平均受診年齢は、胃がん検診 66.3 歳、肺がん検診 67.0 歳、大腸がん検診 67.1 歳、乳がん検診 58.1 歳、子宮頸がん検診 55.6 歳でした。65 歳以下で亡くなった人の平均年齢は、胃がん 52.0 歳、肺がん 58.3 歳、子宮頸がん 57.5 歳で、がん発見から5ヵ月～4年で亡くなっており、いずれも市のがん検診の受診歴はありませんでした。がんの中には急速に進行するものもあり、好発年齢とされる 40 歳～60 歳(子宮頸がんは 20 歳～40 歳)のがん検診受診率を向上させることが重要です。職域とも連携し、働き盛りの世代に対するがん検診の受診勧奨が必要です。

【図表 4.24 がん検診受診率の推移】

種類	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	※新たな算定方法で算出した受診率
胃がん	14.5 %	13.2 %	13.5 %	12.2 %	16.4 %	11.9 %
肺がん	16.9 %	15.5 %	15.5 %	14.4 %	18.4 %	9.4 %
大腸がん	18.2 %	17.2 %	17.0 %	17.3 %	18.2 %	9.3 %
子宮頸がん	18.6 %	19.1 %	18.9 %	16.7 %	17.0 %	10.2 %
乳がん	27.6 %	27.2 %	25.7 %	24.1 %	24.4 %	15.5 %

※H28年度以降は、受診率の算定方法が変更されており、対象年齢の全人口を分母として算出する。対象年齢は、胃がんは50～69歳、肺・大腸がんは40～69歳、子宮頸がんは20～69歳女性、乳がんは40～69歳女性となっている。

(地域保健・健康増進事業報告)

精密検査受診率は北海道と比べて概ね高い傾向にあり(図表 4.25)、精密検査を受診した人のうち、毎年 10 人前後の方ががんと診断されています。

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

【図表 4.25 がん検診精密検査受診率の推移】

年 度		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	事業評価指標	
							許容値	目標値
胃がん検診	砂川市	82.4%	73.5%	64.3%	69.2%	65.0%	70%以上	90%
	北海道	69.7%	77.2%	75.0%	76.1%	74.9%		
肺がん検診	砂川市	66.7%	83.3%	90.0%	100.0%	100.0%	70%以上	
	北海道	78.0%	83.8%	83.1%	80.5%	81.0%		
大腸がん検診	砂川市	72.2%	73.1%	67.2%	72.8%	84.2%	70%以上	
	北海道	58.9%	67.0%	61.9%	63.4%	63.7%		
子宮頸がん検診	砂川市	33.3%	25.0%	62.5%	57.1%	33.3%	70%以上	
	北海道	45.4%	41.9%	39.0%	36.0%	43.0%		
乳がん検診	砂川市	88.4%	69.2%	59.0%	90.9%	84.6%	80%以上	
	北海道	91.4%	81.2%	83.4%	83.6%	79.8%		

(地域保健・健康増進事業報告)

② 課題

- ・がん検診や精密検査の未受診によってがんの早期発見・早期治療が困難となります。
- ・職域におけるがん検診としては、保険者や事業主による検診が任意で行われており、対象者数や受診者数を把握する仕組みがないため、結果や受診率の算定を行うことが困難です。

◆ 今後の対策

①ウイルス等感染によるがんの発症予防

- ア ピロリ菌検査(中学2年生・20歳以上)
- イ 子宮頸がん予防ワクチン接種(現在は積極的な勧奨は行っていない)
- ウ B型肝炎ワクチン接種
- エ HTLV-1抗体検査(妊娠期)
- オ 肝炎ウイルス検査(妊娠期)
※妊娠期以外の人には滝川保健所で実施している肝炎ウイルス検査を紹介

②生活習慣の改善によるがんの発症予防

- ア がんの発症リスクを高める喫煙(受動喫煙を含む)、過剰飲酒、肥満・やせ、野菜・果物の不足、塩分の過剰摂取、身体活動の低下(運動不足)等の生活習慣に対して、健診結果説明会や健康講座等で保健指導や健康教育を実施
- イ 成人のみならず、関係団体、砂川市立病院(がん診療連携拠点病院)、患者団体等と連携し、児童生徒を対象としたがんの予防や早期発見等のがん教育の実施

③がん検診受診率向上の取組み

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

④がん検診によるがんの重症化予防の取組み

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

⑤がん検診の質の確保に関する取組み

- ア 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理項目を順守できる検診機関の選定
- イ 要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

⑥がん患者やその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する取組み

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

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目	基準値 (H27年)	目標値 (H35年)	備考
75歳未満のがん死亡者数の減少	31人	減少傾向へ	

目標項目	基準値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
がん検診の受診率の向上 ※受診率算定の対象者 胃がん: 50～69歳 肺・大腸がん: 40～69歳 子宮頸がん: 20～69歳女性 乳がん: 40～69歳女性	胃がん 11.9%	増加	※国で示している目標値と同様に設定していたが、国民生活基礎調査では市町村別の受診率は出ておらず、同じ指標で評価することが難しいため、市独自の目標値を設定する。
	肺がん 9.4%		
	大腸がん 9.3%		
	子宮頸がん 10.2%		
	乳がん 15.5%		

2. 生活習慣及び社会環境の改善

(1) 栄養・食生活（砂川市食育推進計画）

◆ 基本的な考え方

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も重要です。

近年の社会環境の変化とともに、食に関する価値観や個々のライフスタイルが多様化し、外食や中食（市販の惣菜や弁当）といった調理食品等の利用が多くなるなど食の簡素化・外部化が進んできた中で、脂質・糖質・食塩等の摂取量が多くなってきており、これは子どもたちの食生活にも影響します。

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

個人にとって、適正な質と量の食事をとっているかどうかは、健診データにより知ることができますが、健診データによる目標項目は、「循環器疾患・糖尿病」の領域で掲げられているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に目標設定し取組みを進めてきました。

体重は、生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん・循環器疾患・糖尿病などの生活習慣病と関連しています。成人期だけではなく、乳幼児期や学童期においても介入を行い栄養状態、食物摂取、食行動をさらに改善する取組みが必要です。

◆ 目標

- ①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）
- ②健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

◆ これまでの取組み

- ①生活習慣病の発症予防のため、妊娠期から高齢期までライフステージに対応した栄養指導の取組みの推進
- ②生活習慣病の重症化予防のため、健診結果に基づいた栄養指導の取組みの推進

◆ 目標項目の中間評価

①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
20歳代女性のやせの者の割合の減少 (妊娠届出時のやせの者の割合)	18.3%	現状維持 又は減少	20.4%	未達成
目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H26年度)	現状値 (H26年度)	中間評価
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	11.7%	減少傾向へ	11.4%	達成
目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	33.8%	28%	36.3%	未達成
40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	21.8%	19%	27.3%	未達成
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合 の増加の抑制	14.7%	現状維持 又は減少	16.7%	未達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

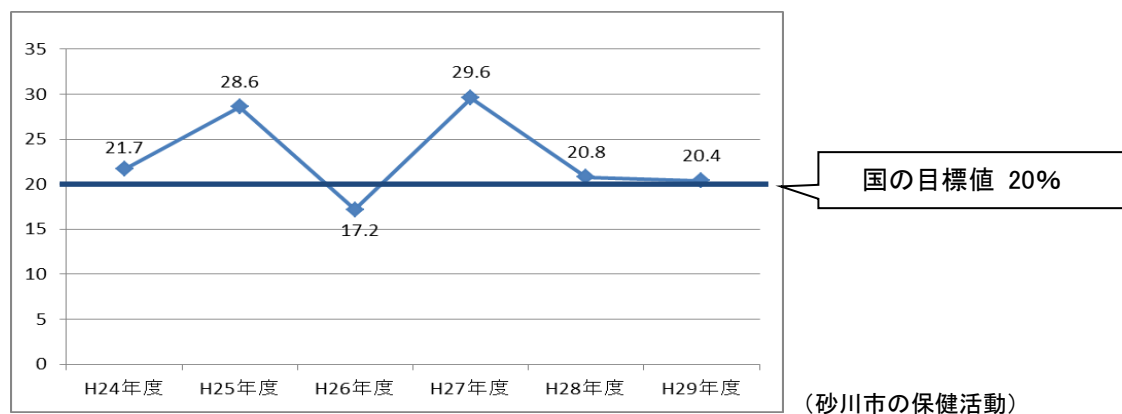
ア. 10～20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育につながります。低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の1つと考えられています。

当市では妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠届出時のBMIを把握し届出時及び妊娠中期の2回、栄養指導を行っています。やせの割合は計画策定時より増加しており、国の目標値を上回っている状況です。(図表 4.26)

また、妊娠届出時の食のアンケートでは、一日の食事回数が2回以下という人が約2割、食事時間が不規則という人は約3割いて、食生活・生活リズムの乱れが見受けられます。

【図表 4.26 10～20歳代女性(妊娠届出時)のやせの者の割合(BMI18.5未満)の推移】



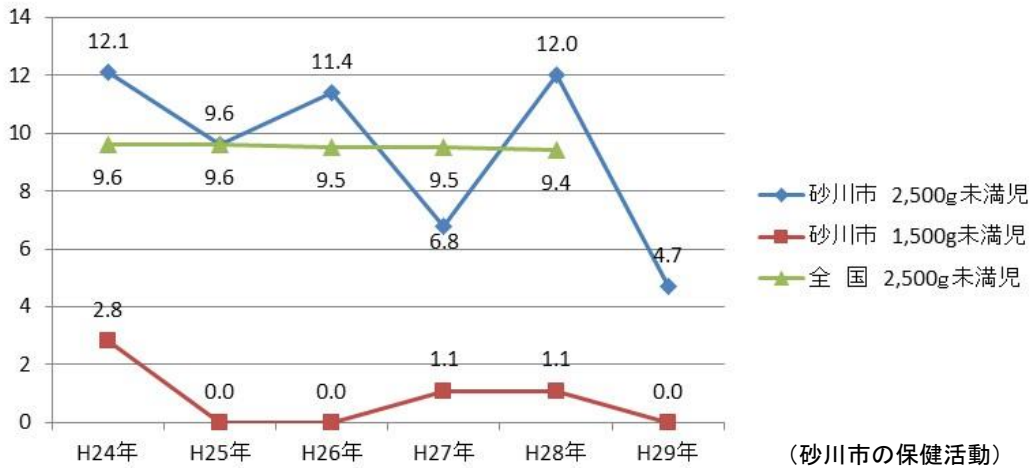
(注) BMIとは身長からみた体重の割合を示す体格指数で、体重(kg)÷身長(m)²で求められる。BMI18.5未満がやせ、18.5～25.0未満が正常域、25.0以上が肥満と判定する。

イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児は、神経学的・身体的合併症の他、成人後には糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告があることから、胎児の健康を守る視点で、妊娠届出時及び妊娠中期での栄養指導に取り組んできました。

当市での低出生体重児の割合は減少傾向にあります。引き続き妊娠中の栄養指導に取り組む必要があります。(図表 4.27)

【図表 4.27 低出生体重児・極低出生体重児(再掲)の割合の推移】

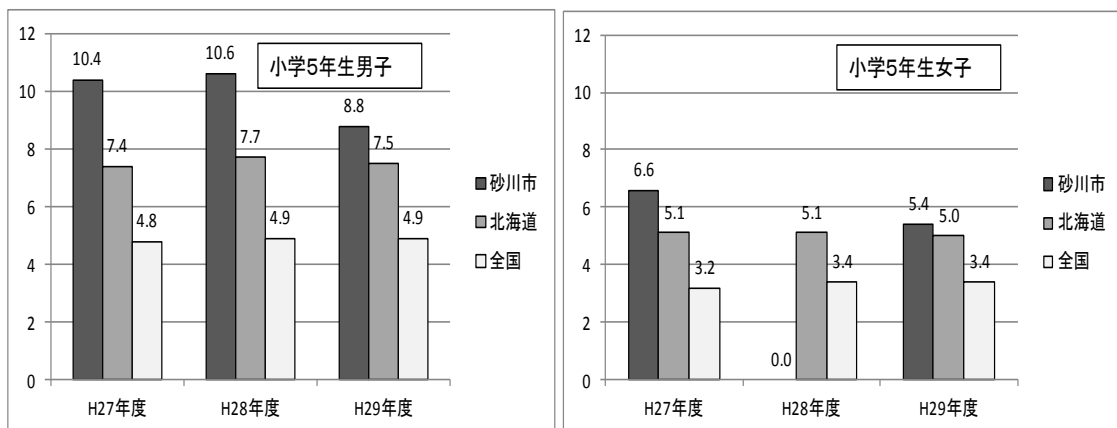


ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

国の評価指標となる小学校5年生(10歳)の中等度・高度肥満傾向児の出現率について、当市の状況を北海道・全国と比較すると、男女ともに高率となっており、特に男子は肥満傾向児の割合が多い状況です。(図表 4.28)

【図表 4.28 小学5年生(10歳児)の中等度・高度肥満傾向児の出現率】

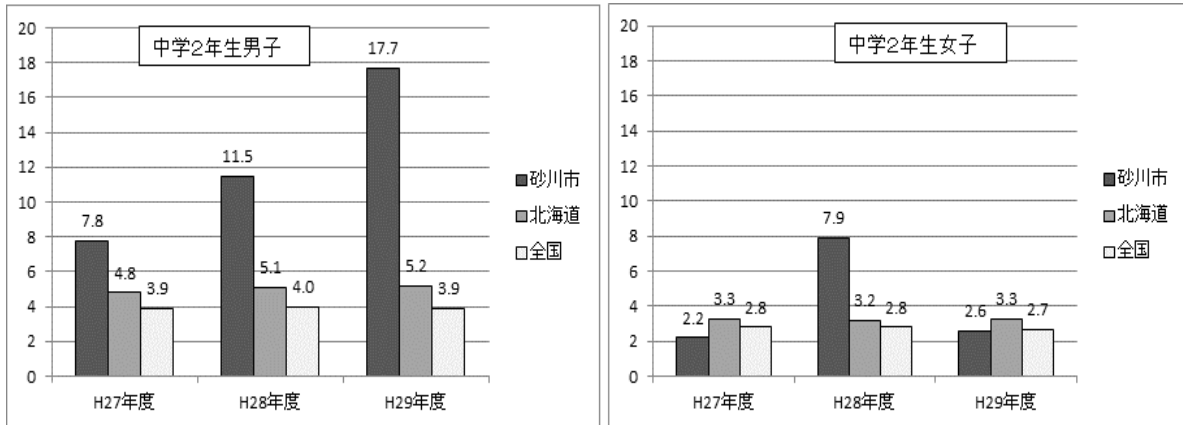


(全国体力・運動能力・運動習慣等調査)

さらに、中学2年生の中等度・高度肥満傾向児の状況を見ると、男子では北海道・全国よりかなり高率で、年々増加している状況です。(図表 4.29)

学童期の肥満が成人期の肥満に移行する可能性もあることから、その背景について実態を把握する必要があります。

【図表 4.29 中学2年生(13歳児)の中等度・高度肥満傾向児の出現率】



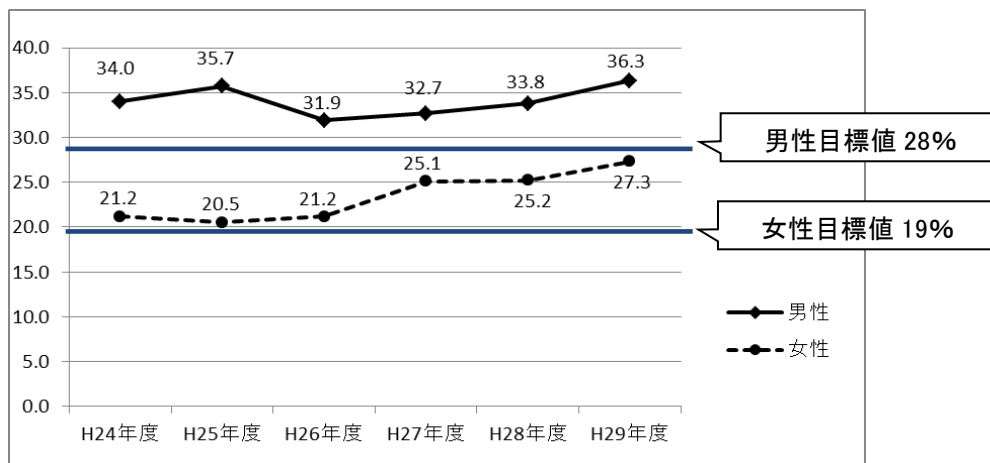
(全国体力・運動能力・運動習慣等調査)

エ. 20～60歳代男性及び40～60歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60歳代男性及び40～60歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少を目標としていましたが、当市における肥満者の割合は男女ともに増加しており国の目標値を上回っている状況です。(図表 4.30)

特定健診の受診率が伸びたことにより、これまで潜在していた肥満の状況が顕在化したことと、肥満の背景として、外食産業の普及や中食等の増加により、エネルギーの過剰摂取や野菜の摂取不足に加え運動不足等の生活習慣の変化が影響していると考えられます。健診結果に基づき個々人の食事摂取基準量の学習が必要です。

【図表 4.30 男性(20～60歳代)及び女性(40～60歳代)の肥満(BMI25以上)の割合の推移】



(砂川市国保特定健診・その他健康診査)

オ. 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の割合の増加の抑制

高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下を指標としており、当市の国保特定健診及び後期高齢者健康診査を受けた 65 歳以上の BMI20 以下の割合をみると平成 29 年度は 16.7%で、国の目標値は下まわっていますが、若干増加傾向にあります。(図表 4.31)

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

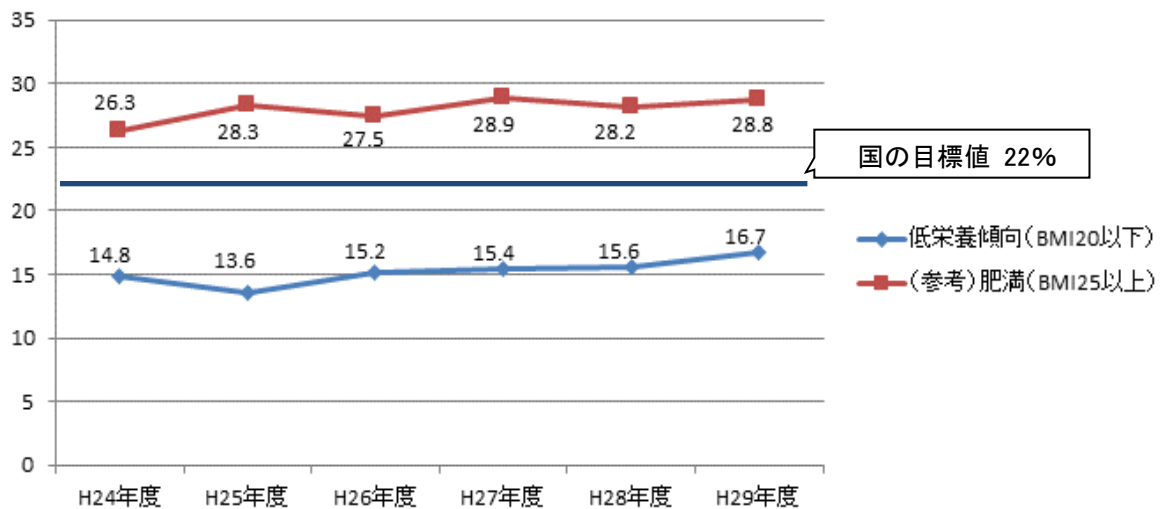
また、BMI25 以上の肥満者は 28.8%と高齢期においても多くみられ、低栄養傾向の高齢者よりも多い状況です。(図表 4.31)

<参考>

フレイル (厚生労働省研究班の報告)

加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像とされています。

【図表 4.31 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の割合】



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

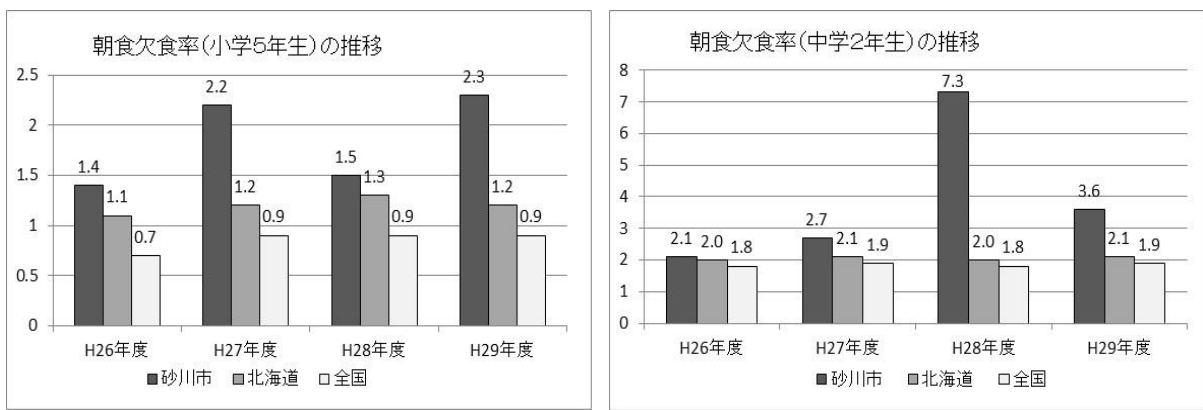
ii 健康な生活習慣 (栄養・食生活、運動) を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

朝食をとることや早寝・早起きを実践することなど、子どもの基本的な生活習慣の形成について、保育園・保育所、学校、家庭、地域等が協力して「早寝・早起き・朝ごはん」国民運動等により食育の普及啓発が進められていますが、当市の朝食をとらない子どもの割合は、北海道・全国よりも高率で推移している状況です。(図表 4.32)

また、当市では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査は行われていますが、生活習慣病に関連した検査項目がないため、子どもたちが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標がありません。子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況について、他のライフステージと同様、健診データで見えていくことが必要です。

【図表 4.32 朝食をとらない子どもの割合】



(全国学力・学習状況調査)

② 課題

- ・若い世代の食生活・生活リズムに乱れがみられ、生活習慣病の発症につながる可能性があります。
- ・乳幼児期の離乳食や幼児食の進みが不十分なことにより、発育面や味覚の形成、適切な食習慣の形成につながらない可能性があります。
- ・学童期における肥満が成人期の肥満に移行する可能性があります。
- ・成人期における肥満者が多く、生活習慣病の発症・重症化につながる可能性があります。
- ・高齢期においては、肥満の問題に加えて、フレイルと密接に関連する低栄養からの要介護のリスクが高まる可能性があります。

◆ 今後の対策

①生活習慣病の発症予防のための妊娠期から高齢期における栄養指導の取組み

ア 母子手帳交付時及び妊娠中期の栄養指導

- ・妊娠前の BMI を把握し、妊娠全期間を通しての推奨体重増加に向けた個別指導

イ 乳幼児健康診査・離乳食講習会・1歳児パクパクひろばでの健康教育、個別栄養相談

- ・発育発達に合わせた健康教育、個別栄養相談

- ・乳幼児期の1日の食品基準量、食品に含まれる砂糖量・塩分量・脂肪量を展示し、保護者が子どもの発育・発達に合った食べ方を実践できるように支援
- ・食生活や生活リズム等の健康教育
- ウ 保育園・保育所や栄養教諭と連携し実態の共有や適正体重の維持・生活習慣確立の普及啓発
- エ 小中学生を対象とした生活習慣病予防健診の導入について検討
- オ 特定健診等健診結果に基づいた栄養指導
 - ・家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、健康教育等で、体の状態と食生活状況の維持改善に向けての栄養指導
- カ 食生活改善推進員の養成講座、育成研修会を実施
- キ 食生活改善推進員による食育事業(学童期・青年期・壮年期・高齢期)
 - ・お母さんのための料理教室、親と子の料理教室、ふれあいクッキングびぎな一ず、男の料理教室、地域健康づくり料理教室等の実施
- ク 高齢者の栄養状態改善に向けた栄養指導、健康教育の実施
 - ・後期高齢者健康診査結果に基づいた栄養指導
 - ・老人クラブやいきいきシニアプログラム等での健康教育

②生活習慣病の重症化予防のための健診結果に基づいた栄養指導の取組み

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

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

①適正体重を維持している者の増加(肥満・やせの減少)

目標項目	基準値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
20歳代女性のやせの者の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合)	20.4%	減少傾向へ	
全出生数中の低出生体重児の割合	11.4% (H26年度)	減少傾向へ	
【追加】 肥満傾向にある子どもの割合 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	男子 8.8% 女子 5.4%	減少傾向へ	※H27年度より実態把握を開始したため目標項目として追加
20～60歳代男性の肥満者の割合	36.3%	28%	
40～60歳代女性の肥満者の割合	27.3%	19%	
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	16.7%	現状維持又は 減少傾向へ	

②健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加

目標項目	基準値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
【追加】 朝食を欠食する子どもの割合 (小学5年生・中学2年生)	小5 2.3% 中2 3.6%	減少傾向へ	※H26年度より実態把握を開始したため目標項目として追加

(2) 身体活動・運動

◆ 基本的な考え方

当市では、身体活動や運動習慣の向上を図るため、特定健診後の保健指導で運動の必要性の啓発や運動勧奨等を実施するとともに、特定健診・後期高齢者健康診査の際に行う質問票による運動習慣の聞き取りや、高齢者のサロンでの体力測定の実施、いきいき運動推進員によるロコモティブシンドロームの予防となるいきいき体操の普及・啓発等に取組んできました。

身体活動の不足によって、内臓脂肪が蓄積し、糖尿病、高血圧、脂質異常等の複数の生活習慣病を合併すると全身の血管の動脈硬化が徐々に進展し、重症化することにより脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析に至るリスクが高まるため、より早期の段階から個人の身体状況に合わせた身体活動・運動の取組みが必要です。

さらに、身体活動が高齢者の運動機能や認知機能など関係することも明らかになっており、要介護になる危険性が高い状態として、加齢に伴うフレイルやサルコペニアという概念に基づく取組みも必要です。

また、幼少期から運動習慣の基盤を整えるため、乳児期から身体の成長とあわせた運動の取組みについて知識の普及啓発も必要です。

<参考>

フレイル（厚生労働省研究班の報告）

加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像とされています。

サルコペニア（サルコペニア診断基準参照）

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

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

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドローム、加齢や疾患によっておこるサルコペニア、フレイルなどによって、日常生活の営みが困らないようにするための身体活動・運動が重要です。

◆ 目標

- ①日常生活における歩数の増加（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）
- ②運動習慣者の割合の増加（1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者）
- ③介護保険サービス利用者の増加の抑制

◆ これまでの取組み

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

◆ 目標項目の中間評価

目標項目	基準値 (H23年度)		目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	20～64歳	男性 40.0% 女性 50.0%	増加	男性 42.1% 女性 43.7%	達成 未達成
	65歳以上	男性 61.1% 女性 53.2%	増加	男性 53.0% 女性 51.8%	未達成
運動習慣者の割合の増加 (1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)	20～64歳	男性 28.5% 女性 27.9%	増加	男性 30.3% 女性 24.7%	達成 未達成
	65歳以上	男性 55.2% 女性 46.6%	増加	男性 47.5% 女性 43.6%	未達成

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H26年度)	現状値 (H26年度)	中間評価
介護保険サービス利用者の増加の抑制(年度末要介護認定者数)	984人	1,051人	1,129人	未達成

◆ 現状と課題

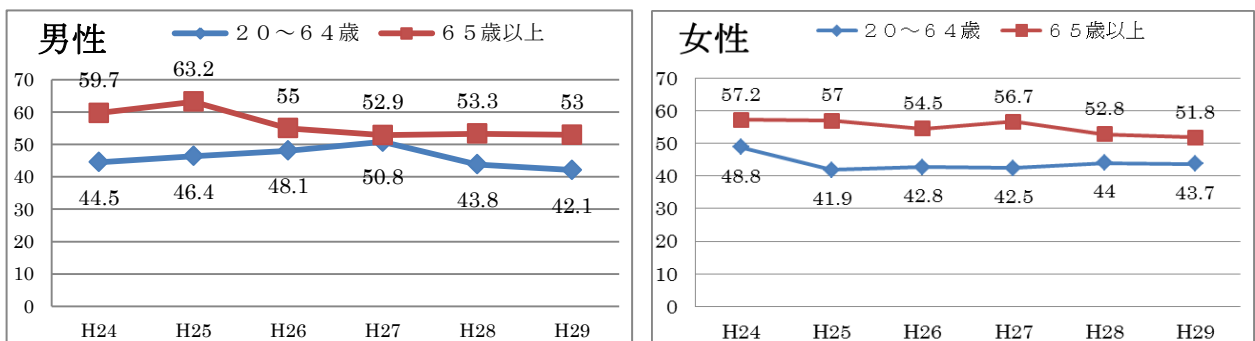
① 現状

i 日常生活における歩数の増加

(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

特定健診受診者のうち、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する」と答えた人の割合は、男女とも65歳以上では50%を超えていますが若干低下傾向にあります。また、20～64歳では40%程度と高齢者よりも少なく横ばいで推移しています。(図表 4.33)

【図表 4.33 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施すると答えた人】

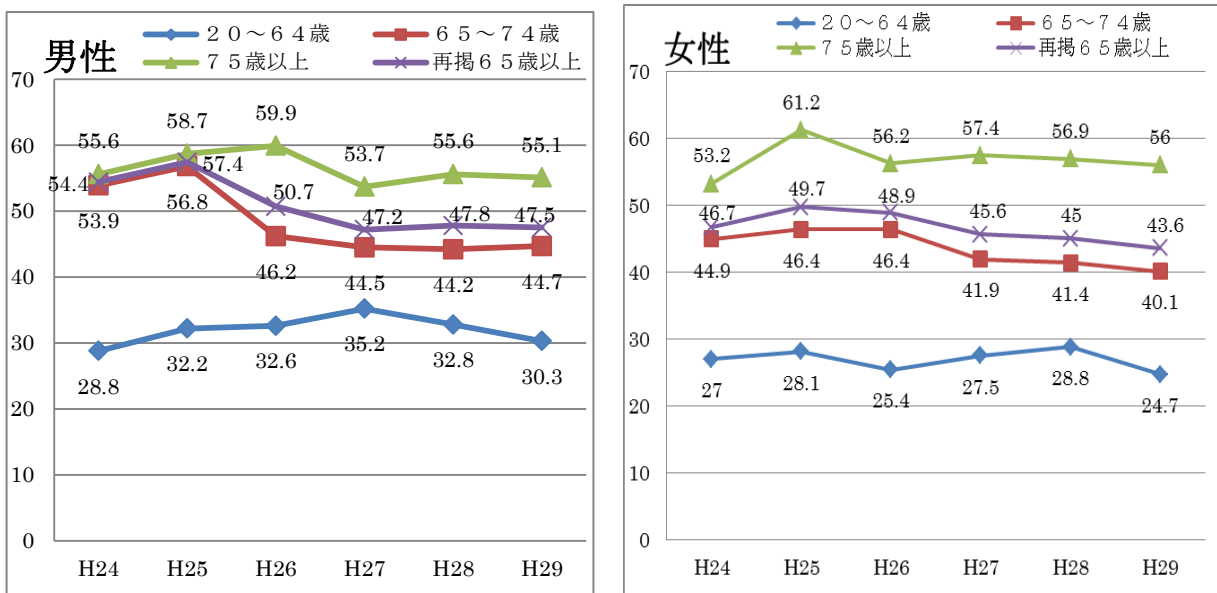


(砂川市国保特定健診・その他健康診査質問票)

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

「1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している」と答えた人は、年齢別にみると、20～64歳の若い世代では男性3割、女性2割と少なく、65～74歳の前期高齢者では男性5割弱、女性4割で男女ともに減少傾向にあります。また、75歳以上の後期高齢者では、男女とも5割を超えており運動習慣を有する者の割合が最も高くなっています。(図表4.34)

【図表4.34 1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続していると答えた人】



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

65歳以上の方に対しては介護予防の取組みに向けて、市内各所で運動できる場をつくり、いきいき運動推進員を派遣し運動の機会を継続してきました。さらに、砂川市立病院の作業療法士及び理学療法士の協力で、ロコモティブシンドロームを効果的に予防できる「いきいき体操」を再構築し、誰でも気軽に運動ができるよう体操のDVDを作成し普及・啓発に努めてきました。(図表4.35)

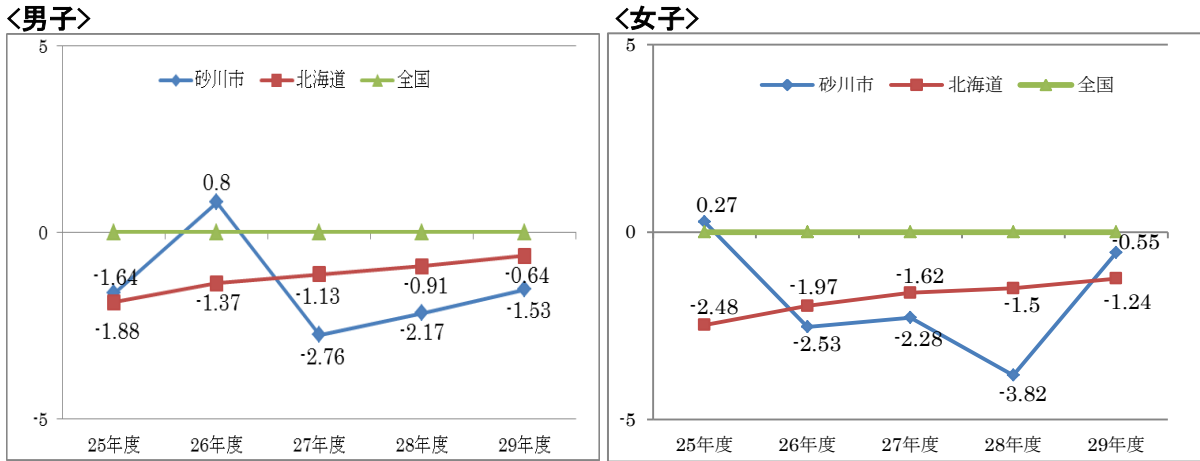
そのほか、NPO法人ゆうでも「百歳体操」を週2回、社会福祉協議会では「いきいき広場」を0と5のつく日に開催して「いきいき体操」を実施するなど、高齢者にとって運動できる機会が少しずつ増えてきています。

【図表4.35 高齢者のロコモティブシンドローム予防の取組み経過】

年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
サロン数	11	12	12	13	13	14
取組み	いきいき体操を冊子化し自宅での実施を促す	介護予防教室の地域開催継続し地域サロン数を増やす	シニアプログラム(運動教室)を通年実施	いきいき運動推進員4期生養成	作業療法士、理学療法士による介護予防講話の地域開催	より効果のあるいきいき体操を考案。またサロンで体力測定、相談会を実施

当市における子どもの運動習慣(国の指標である週3日以上の運動)についての実態把握はできていませんが、全国体力・運動能力・運動習慣等調査による小学5年生の体力測定の結果では、男女ともに全国平均より低い状況です。(図表 4.36)

【図表 4.36 小学5年生の体力結果(体力合計点 全国平均値との差)】



(全国体力・運動能力・運動習慣等調査)

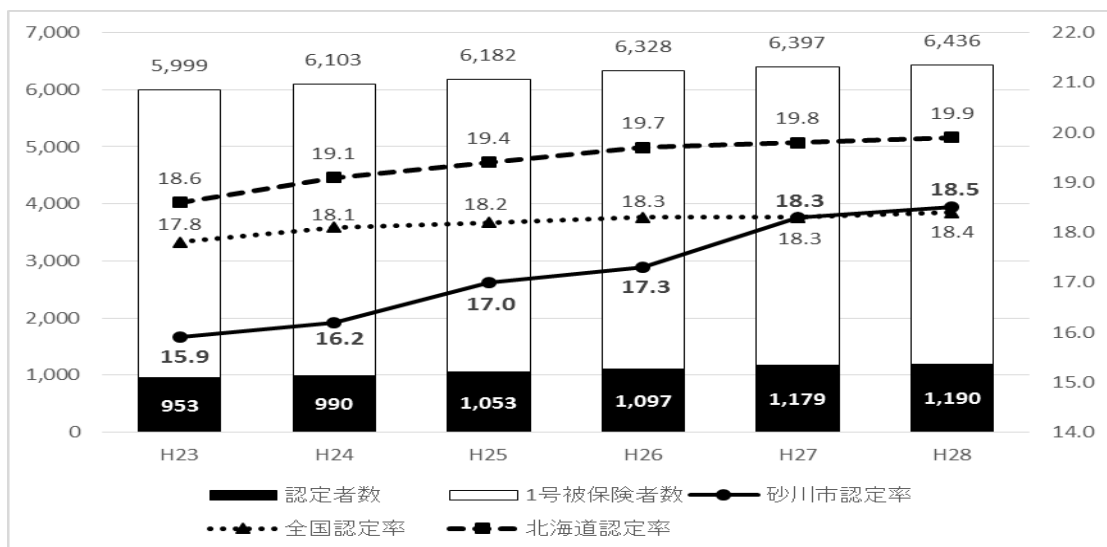
iii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

当市の要介護認定者数は、平成 26 年度 1,129 人となり、目標としていた第5期砂川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の平成 26 年度推計値 1,051 人の 1.07 倍となっています。

第1号被保険者の要介護認定率は、平成 23 年度 15.9%から平成 28 年度には 18.5%となり、伸び率は北海道・全国よりも高率となっています。介護度別で見ると比較的軽度の要支援及び要介護1・2の増加が大きく、増加の抑制を図るためにはその背景をみていく必要があります。

(図表 4.37)

図表 4.37 第1号被保険者の認定率の推移



(介護保険事業状況報告)

② 課題

- ・若年層や働き盛り世代の身体活動量が不足しており、内臓脂肪の蓄積により生活習慣病の発症や重症化につながっていく可能性があります。働き盛り世代や前期高齢者の方の運動対策を強化する必要があります。
- ・介護予防に向けた運動を継続するための場や機会は広がっていますが、より効果的な活動とするための検討が必要です。
- ・学童期以降の体力低下を予防するために幼少期から運動習慣を確立するための知識の普及啓発が必要です。

◆ 今後の対策

①身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発

- ア 乳幼児健診における集団・個別指導内容の充実
 - ・運動神経が完成する時期(10歳)に向けて、身体を動かす神経や筋肉の発達について具体的に保護者に説明し、親子で体を動かすことの実践を促進
- イ 健診後の個別保健指導の実施
 - ・住民自身が必要な身体活動を理解し取組めるよう、個人の健診結果にあわせた身体活動や有酸素運動を提案
- ウ 市民健康栄養相談、町内会、老人クラブ等でのサルコペニア、フレイル等の予防啓発

②身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ア 運動習慣の少ない若年層や働き盛り世代を含む多くの市民の運動機会の拡充に向けた、砂川市健康ポイント事業の普及
- イ いきいき運動推進員、いきいき体操サポーターによる取組み
 - ・各サロンでロコモティブシンドロームの概念に基づいた「いきいき体操」の実施
- ウ 高齢者支援係が実施するいきいきシニアプログラムでの「筋力アップ」、「運動機能低下予防」、「生活習慣病予防」「低栄養予防」の取組み

③運動しやすい環境の整備

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

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目		現状値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
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 42.1% 女性 43.7%	増加傾向へ	
	65歳以上	男性 53.0% 女性 51.8%	増加傾向へ	
運動習慣者の割合の増加 (1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)	20～64歳	男性 30.3% 女性 24.7%	増加傾向へ	
	65歳以上	男性 47.5% 女性 43.6%	増加傾向へ	

目標項目	現状値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
【変更】 介護保険サービス利用者の増加の抑制 (第1号被保険者の要介護認定率)	18.5%	現状維持又は 減少傾向へ	※これまで砂川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の推計値を目標値としてきたが、本計画の評価時期に合わせるため、目標項目を第1号被保険者の要介護認定率に変更

(3) 飲酒

◆ 基本的な考え方

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の発症傾向は、1日平均飲酒量に比例して増加することが示されています。また、1日当たりの純アルコール摂取量が、男性では44g(日本酒で2合)、女性では22g(日本酒で1合)程度を超えると、生活習慣病に関する全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患のリスクが高くなることも明らかとなっています。同時に、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起こしやすいことが一般的に知られています。

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

健康日本 21(第2次)では、生活習慣病のリスクを下げるための純アルコール摂取量について、男性で1日平均40g未満、女性で20g未満と定義されています。主な酒類の純アルコール20gに相当する目安量は、図表4.38のとおりです。

飲酒が関係している健診データとして γ -GTがありますが、日本消化器病学会によると、飲酒による γ -GTの上昇には個人差があり、飲酒以外の脂肪肝や肝癌、薬物等によっても上昇がみられるとされていることから、 γ -GT以外の健診データも踏まえた個別指導が必要と考えます。 γ -GT以外の健診データについては、「循環器疾患・糖尿病」、「栄養・食生活」の領域で掲げています。

さらに、未成年者の発達や健康への影響、妊娠中の胎児への影響、授乳中の乳児への影響を含めた健康との関連について、正確な知識を普及する必要があります。

【図表 4.38 主な酒類の純アルコール20gに相当する目安量】

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

◆ 目標

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

◆ これまでの取組み

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

◆ 目標項目の中間評価

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 (1日当たりの純アルコールの摂取量が 男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 12.7% 女性 6.6%	現状維持又は 減少	男性 11.6% 女性 4.5%	達成

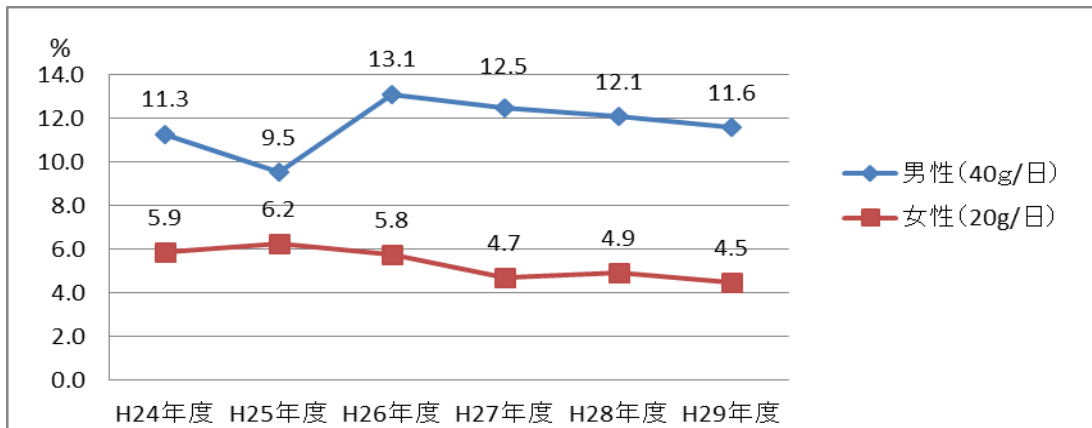
◆ 現状と課題

① 現状

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

当市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性は平成26年度、女性は平成25年度をピークに減少し、平成29年度は男性11.6%、女性4.5%となっています。(図表4.39)平成29年国民健康・栄養調査では男性14.7%、女性8.6%となっており全国と比較し低率となっています。

【図表 4.39 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移】



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

γ -GTの有所見率は、女性より男性の方が高く、受診勧奨判定値の者(101 U/I以上)については、男性は横ばいですが女性は若干増加傾向にあります。(図表4.40)

γ -GT有所見者について、毎日飲酒習慣の有無と重ねてみると、男性は γ -GTと飲酒習慣が関連し、特に② γ -GT101 U/I以上については、6割以上が飲酒との関係性が高くなっています。一方、女性は2~3割程度と、男性に比べて飲酒習慣との相関は低く、また平成25年からは減少傾向で、飲酒以外の生活習慣等による要因を考慮する必要があります。(図表4.41)

【図表 4.40 γ -GT 有所見者の推移】

① γ -GTが保健指導判定値の者の割合(51~100 U/I)

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
男性	15.1	16.4	16.4	16.8	15.4	15.8
女性	5.6	6.6	6.2	6.5	6.6	6.0

② γ -GTが受診勧奨判定値の者の割合(101 U/I以上)

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
男性	9.5	7.7	6.7	7.5	8.6	9.1
女性	1.5	1.6	2.2	2.1	2.4	2.8

【図表 4.41 γ -GT 有所見者のうち毎日飲酒習慣がある者の割合】

① γ -GTが保健指導判定値の者の毎日飲酒習慣がある者の割合(51~100 U/I)

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
男性	48.9	54.5	53.9	57.3	54.2	54.2
女性	27.1	18.6	15.0	9.2	7.4	4.7

② γ -GTが受診勧奨判定値の者の毎日飲酒習慣がある者の割合(101 U/I以上)

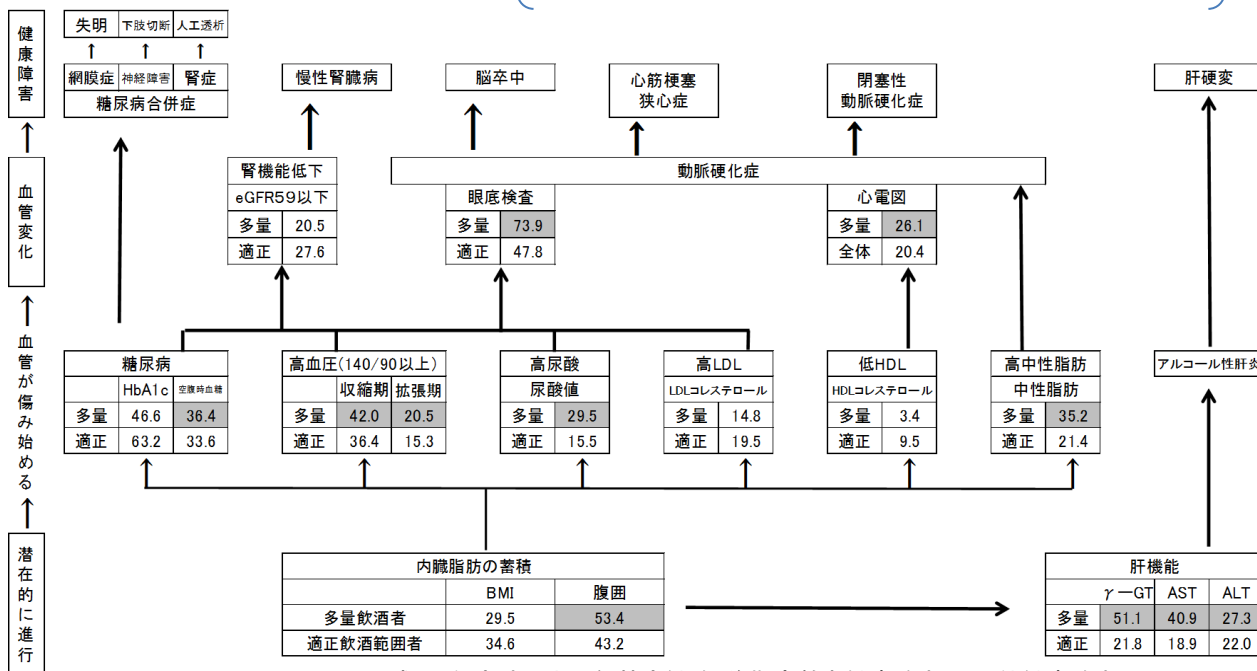
	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
男性	76.3	67.3	66.0	76.4	62.7	66.7
女性	30.8	35.7	33.3	28.6	20.0	16.7

特定健診等受診者のうち、適正飲酒範囲の者と生活習慣病のリスクを高める多量飲酒者との有所見率を比較すると、男女とも多量飲酒者は、腹囲、肝機能、空腹時血糖、血圧(収縮期、拡張期)、尿酸値の割合が高いことがわかります。特に男性は、血管変化を示す眼底検査、心電図所見が高くなっており、動脈硬化が進行し、脳血管疾患や心筋梗塞等に重症化していくことが懸念されます。(図表 4.42、4.43)

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

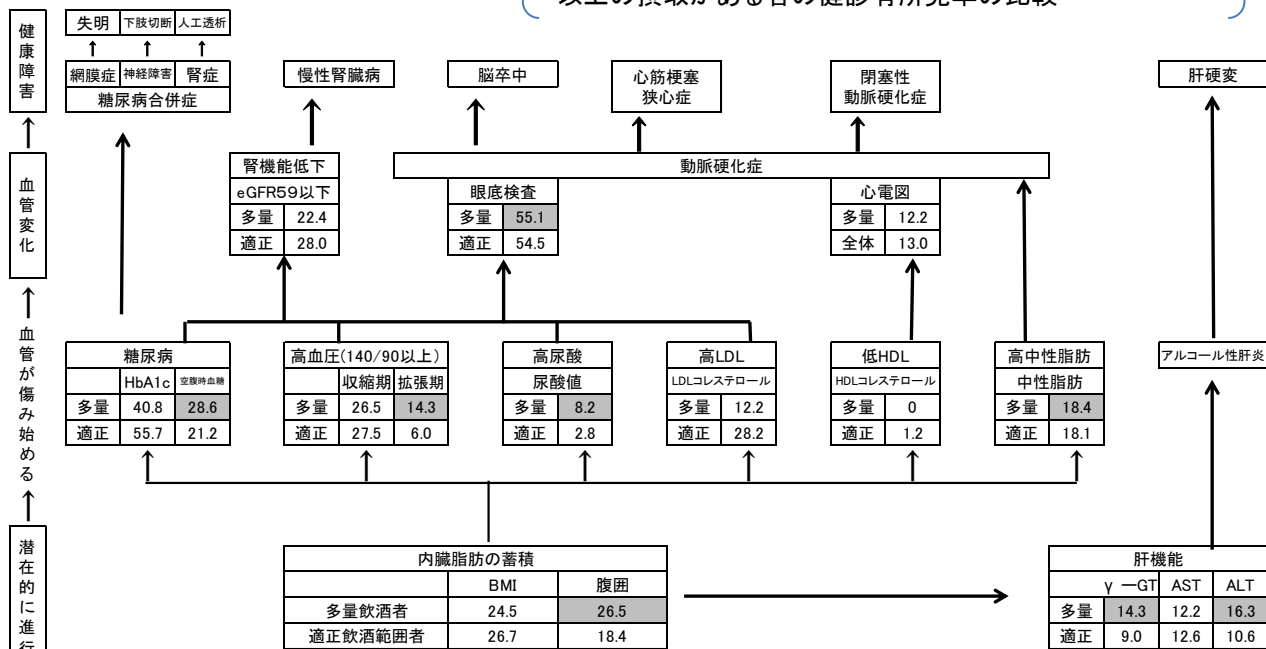
【図表 4.42 男性飲酒者の健康実態】

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



【図表 4.43 女性飲酒者の健康実態】

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



(平成 29 年度砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

妊婦の飲酒習慣について、妊娠を機に望ましい行動がとれているか把握するため、妊娠届出時にアンケートを実施してきました。もともと飲酒習慣のない妊婦は4割から6割に増加しています。また、妊娠前は飲酒していても、ほとんどの方は、妊娠を機に飲酒をやめており、胎児への健康に配慮した行動がとれているものと考えます。ただ、妊娠中も飲酒習慣を継続していた方も若干おり、家族も含めて胎児への影響等を啓発していく必要があります。(図表 4.44)

【図表 4.44 妊婦の飲酒習慣の状況】

飲酒の状況	H25		H26		H27		H28		H29	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
妊娠前の飲酒なし	43	40.2	60	54.5	51	46.8	41	46.1	66	60.0
妊娠前の飲酒あり	64	59.8	50	45.5	58	53.2	48	53.9	44	40.0
妊娠後禁酒	61	95.3	50	100.0	57	98.3	47	97.9	42	95.5
妊娠中の飲酒あり	3	2.8	0	0.0	1	0.9	1	1.1	2	1.8

(妊娠届出時アンケート調査)

② 課題

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

◆ 今後の対策

①飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

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

②飲酒による生活習慣病予防の推進

ア 健診結果に基づいた適度な飲酒への個別保健指導、健康教育を実施
 ・市民が飲酒を含めた食習慣と代謝等のからだのメカニズムとの関係を理解し、食習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげられるよう支援

③飲酒量に関する実態把握

ア 健診の際に行う質問票を用いて生活習慣病のリスクを高める量(1日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上)を飲酒している人の実態把握
 (国保特定健診、後期高齢者健康診査、その他健康診査)

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目	基準値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 11.6% 女性 4.5%	現状維持又は減少傾向へ	
【追加】 妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)	1.8%	0%	※H25年度より実態把握を開始したため目標項目として追加

(4) 喫煙

◆ 基本的な考え方

喫煙は、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)の原因であり、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)の原因であることから、たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙の防止」が重要です。

当市においては、広報を通じて喫煙の健康被害及び禁煙治療に関する情報提供を行うとともに、健診受診者のうち喫煙者には、たばこによる健康被害に関する情報や禁煙外来のある医療機関を紹介するなどの取組みを行うほか、妊娠期には、たばこが胎児、乳幼児に与えるリスクの啓発や保健指導を実施してきました。

また、平成28年に制定した「砂川市がん対策推進条例」において、たばこ対策に取り組むこととしているほか、平成30年7月には健康増進法の一部が改正され、受動喫煙防止対策が強化されています。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、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、対策に取り組むことが必要です。

◆ 目標

① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

◆ これまでの取組み

- ① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進
- ② 禁煙支援の推進

◆ 目標項目の中間評価

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	16.1%	減少	16.1%	未達成

◆ 現状と課題

① 現状

i 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

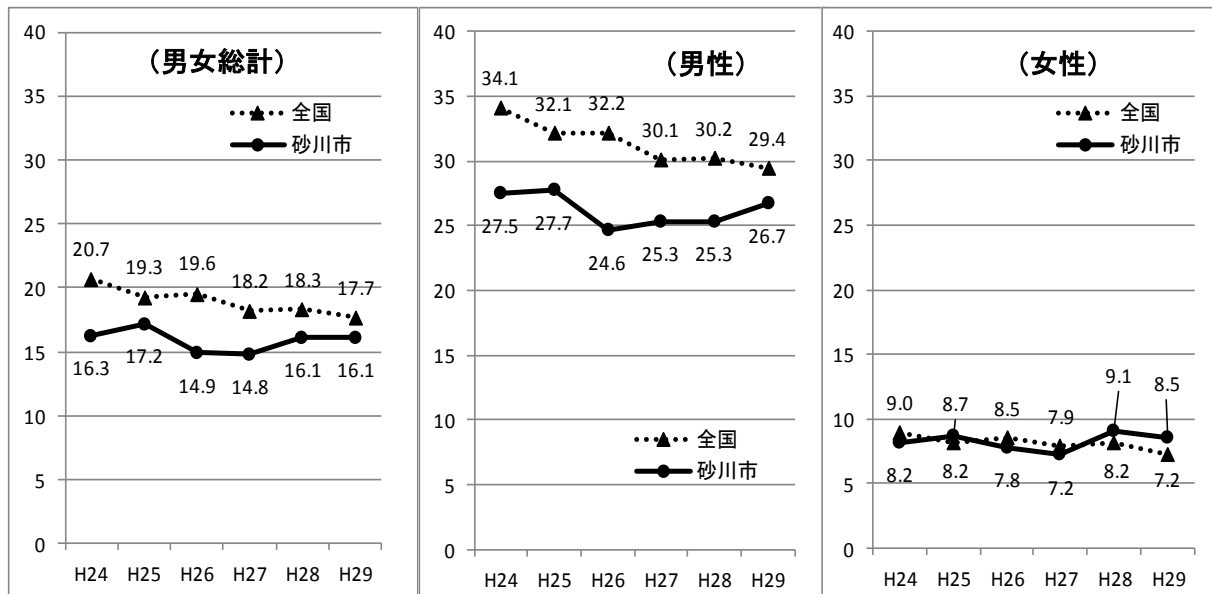
喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

当市の成人の喫煙率は、全国と比較すると低率で推移しています。男女別にみると、男性は

全国より低率で推移していますが、平成 27 年度より上昇傾向にあります。一方、女性は全国と同程度で推移していましたが、平成 28 年度以降は全国を上回り増加傾向にあります。(図表 4.45)

また、平成 29 年度の年代別喫煙率をみると、20～39 歳の若い年代での喫煙率が高い状況です。(図表 4.46)

【図表 4.45 喫煙率の推移】



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

【図表 4.46 平成 29 年度年代別喫煙率】

	全体	20～39歳	40～74歳	75歳以上
喫煙率	16.1%	30.3%	16.5%	11.5%
男性喫煙率	26.7%	30.0%	27.7%	21.7%
女性喫煙率	8.5%	30.8%	9.1%	2.8%

(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査)

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を継続するとともに、健診データに基づき、喫煙によるリスクが高い人への支援も重要です。

ii 妊娠中の喫煙率の推移(妊娠中の喫煙をなくす)

妊娠届出時のアンケートより、妊娠前の女性の喫煙率は、平成 24 年度 14.9%であったものが、平成 29 年度には 28.9%に増加していますが、妊娠を機に7～8割の人は禁煙できており、妊娠中は家族を含めてたばこの害について啓発する良い機会となっています。しかしながら、妊娠中も喫煙を継続している方が 1 割弱おり、禁煙指導を強化していく必要があります。(図表 4.47)

【図表 4.47 妊婦の妊娠前後の喫煙率の推移】

喫煙の状況	H24		H25		H26		H27		H28		H29	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
妊娠前の喫煙なし	86	85.1	75	74.3	78	72.2	63	71.6	68	73.9	59	71.1
妊娠前の喫煙あり	15	14.9	26	25.7	30	27.8	25	28.4	24	26.1	24	28.9
妊娠後禁煙	12	80.0	19	73.1	19	63.3	22	88.0	19	79.2	17	70.8
妊娠中の喫煙あり	3	3.0	7	6.9	11	10.2	3	3.4	5	5.4	7	8.4

(妊娠届出時アンケート調査)

iii 受動喫煙の防止

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

また、北海道が実施する「おいしい空気の施設登録事業」の登録施設数は、当市では 11 カ所の登録があります。

② 課題

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

◆ 今後の対策

①たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

ア 種々の保健事業の場での禁煙や受動喫煙防止についての助言や情報提供

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

②禁煙支援の推進

ア 健康診査、国保特定健診の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

③受動喫煙防止の推進

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

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目	基準値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	16.1%	減少傾向へ	
【追加】 妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)	8.4%	0%	※妊娠前の女性の喫煙率が増加しているため新たに目標項目として追加

(5) 歯・口腔の健康

◆ 基本的な考え方

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

歯・口腔の健康のためには、歯の喪失の主な原因疾患である、う蝕(むし歯)と歯周病を予防することが重要です。よい口腔状態を保つためには、日々の口腔衛生習慣や食事習慣などの積み重ねが大切で、子どもを持つ親へ口腔衛生を意識づけることで、幼少期から習慣を定着させることができると考えられます。

当市では、これまで幼児や児童・生徒への歯科保健を中心に実施し、早期歯科予防に取り組んできました。

今後は、成人期の対策も必要であるため、成人期の口腔衛生の実態把握を行い、生涯を通じたう蝕予防と歯周病予防の推進を図り、歯の喪失予防と口腔機能の維持・向上に向けた取り組みを推進します。

◆ 目標

- ① 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

◆ これまでの取り組み

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

◆ 目標項目の中間評価

- ① 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H28年度)	中間評価
3歳児でう蝕がない者の増加	76.9%	80%以上	83.7%	達成

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H29年度)	中間評価
12歳児の1人平均う歯数の減少	3.98歯	2.0歯未満	1.27歯	達成

◆ 現状と課題

- ① 現状

i 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

当市では、早期歯科予防を中心に、乳幼児期からの歯科衛生指導や1歳6ヵ月児及び3歳

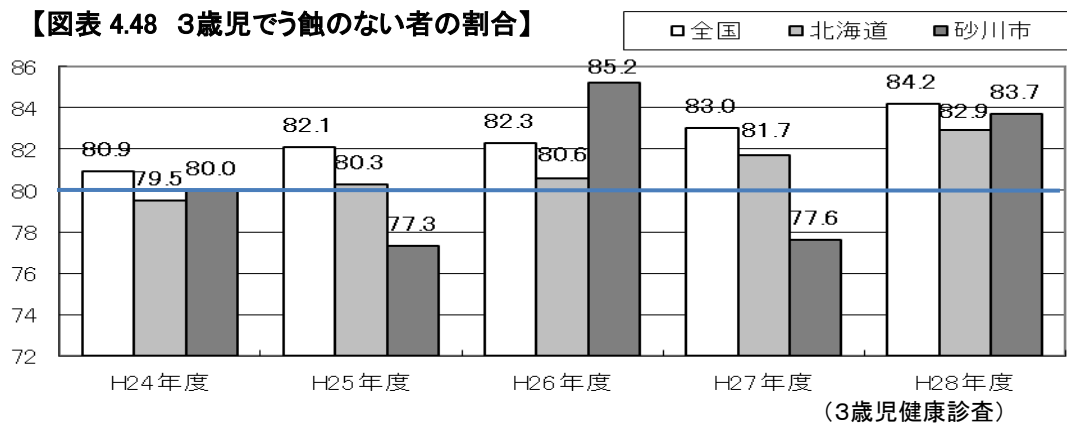
児健診での歯科検診やフッ化物塗布、生活習慣等の保健指導に取り組んできました。さらに、平成22年度からは保育園・保育所・幼稚園でのフッ化物洗口と歯磨き指導を開始し、翌年度からは小学校で、平成29年度からは中学校へと拡大し、幼児期から継続してフッ化物洗口を行える環境を整備してきました。平成30年度からは、幼児健診と同時実施のフッ化物塗布を無料化し、妊婦歯科健診も開始するなど、早期歯科予防に取り組み、口腔衛生への意識が高められるように努めてきました。

3歳児でう蝕がない者の割合は増加傾向にあり、平成28年度では、北海道より高く、全国と同程度まで増加しました。(図表4.48)

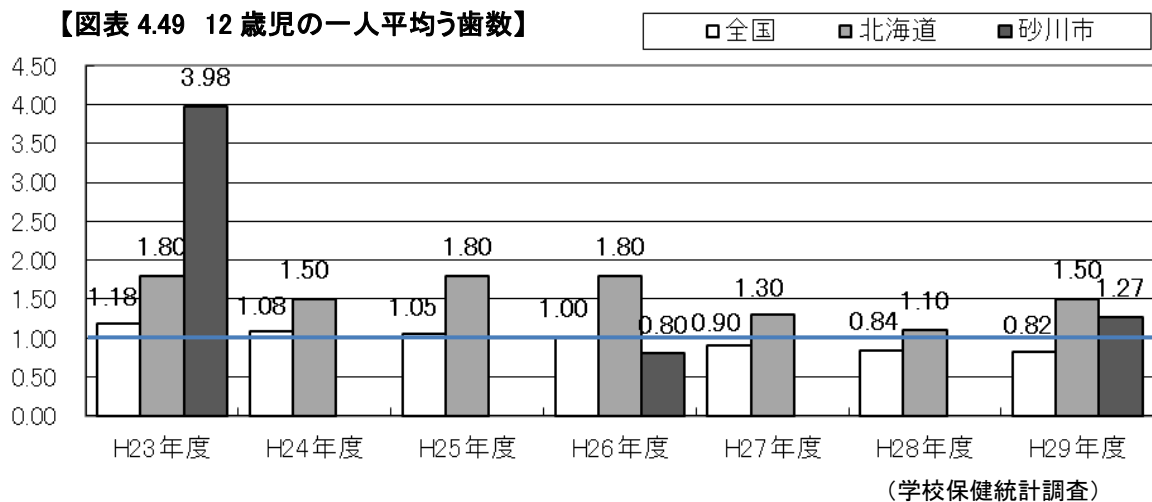
12歳児の一人平均う歯数は、平成23年度と比較すると減少し、当市の目標を達成していますが、国の目標値である1.0本未満には到達できていません。(図表4.49)永久歯に生え変わる学齢期のう蝕予防対策を強化していくことが重要です。

フッ化物洗口は、当市の幼児、児童、生徒が誰でも平等に受けることのできる歯科保健対策であり、継続期間が長いほど高い効果が得られ、将来のう蝕予防につながります。しかし、年齢を重ねるごとにフッ化物洗口の実施率は低下しており、国の定める目標に向けて、フッ化物洗口が継続して行えるように教育機関と連携し更なる普及啓発を行っていくことが必要です。(図表4.50)

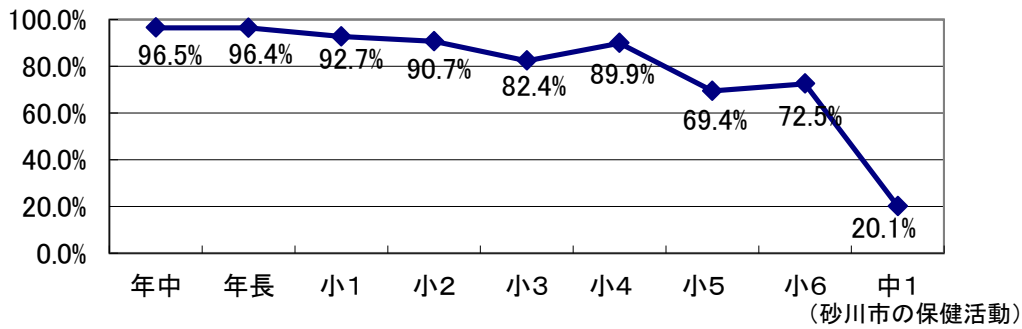
【図表 4.48 3歳児でう蝕のない者の割合】



【図表 4.49 12歳児の一人平均う歯数】



【図表 4.50 年齢別フッ化物洗口実施率(平成 29 年度)】



② 課題

- ・児童、生徒のう歯保有率が高く、将来の歯の喪失や口腔機能の低下につながる可能性があります。
- ・各小学校、中学校でのフッ化物洗口実施率に格差があります。
- ・成人期における歯周病や歯の喪失状況の実態把握ができていません。

◆ 今後の対策

①う蝕や歯周病予防のための歯科検診、予防処置、健康教育等への取り組み

- ア う蝕や歯周病予防に関する健康教育・健康相談の実施
 - ・妊婦歯科検診にあわせて歯科衛生指導の実施
 - ・乳幼児健診、1歳児パクパクひろば、保育園・保育所、幼稚園での健康教育の実施
 - ・老人クラブ、いきいきシニアプログラム等での健康教育の実施
- イ 妊婦歯科検診、幼児歯科検診(1歳6か月児・3歳児)
- ウ 保育園・保育所、幼稚園、小学校、中学校での歯科検診
- エ 成人期の歯科検診導入に向けての検討
- オ 幼児歯科検診におけるフッ化物塗布の実施
- カ 保育園・保育所、幼稚園、小学校、中学校でのフッ化物洗口の実施

②ライフステージに応じた口腔衛生の実態把握

- ア 保育園・保育所、小学校、中学校での歯科検診の結果把握
- イ 妊婦歯科検診や成人期の歯科検診、国保特定健診でのアンケート等により成人の口腔衛生について実態把握

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

目標項目	基準値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
3歳児でう蝕がない者の割合	83.7%	現状維持又は増加	※目標達成のため目標値を変更
目標項目	基準値 (H29年度)	目標値 (H35年度)	備考
12歳児の1人平均う歯数	1.27歯	1.0歯未満	※目標達成のため目標値を変更

(6) 休養・こころの健康（砂川市自殺対策計画）

◆ 基本的な考え方

こころの健康を保つためには、適度な運動、バランスのとれた栄養・食生活、休養の3つの要素が必要といわれています。特に現代は、健康問題、経済・生活問題等のストレスにさらされることが多くあります。ストレスは心の病気を引き起こし、その代表的なものとしてうつ病があります。うつ病は誰もがかかる可能性があり、さらに不安障害やアルコール依存症と合併することが多く、自殺の背景として存在することも指摘されています。

一人ひとりがこころの健康を保つために、適切に休養をとり、精神的な不調を感じた時に精神科へ相談、受診できるよう、予防の意識を高めていくことが必要です。

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

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

今後もこころの健康に関する知識の普及啓発等の取組みを継続するとともに、当市の実態や平成29年に見直された新たな自殺総合対策大綱を踏まえ、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指し、関係機関と連携した自殺予防対策を推進します。

◆ 目標

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

◆ これまでの取組み

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

◆ 目標項目の中間評価

目標項目	基準値 (H23年度)	目標値 (H34年度)	現状値 (H28年度)	中間評価
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	20.5%	減少	18.8%	達成
目標項目	基準値 (H23年)	目標値 (H28年)	現状値 (H28年)	中間評価
自殺者数の減少 (人口10万人当たり死亡率、実人数)	42.3 (8人) ※空知地域保健情報年報	19.9 (H17と比較して 20%減少)	—	達成
	63.2 (12人) ※警察庁自殺統計		16.9 (3人)	

◆ 現状と課題

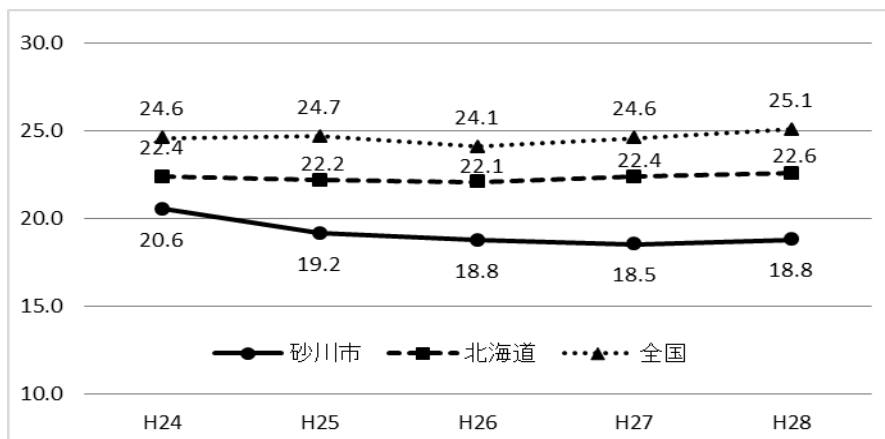
① 現状

i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠が十分に取れていない者の割合は、減少傾向にあり、全国や北海道と比較して低率で推移しています。(図表 4.51)

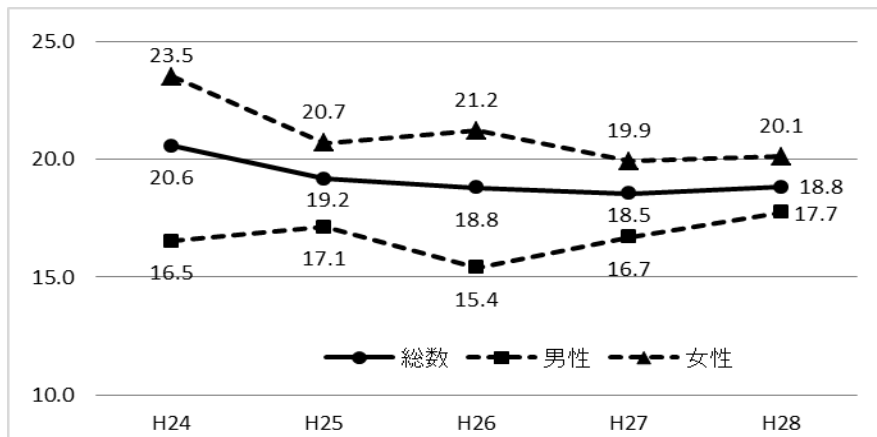
男女別にみると、男性は増加していますが、女性は減少傾向にあります。(図表 4.52)

【図表 4.51 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移】



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

【図表 4.52 男女別睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移】



(砂川市国保特定健診・後期高齢者健康診査・その他健康診査質問票)

ii 自殺者の減少(人口 10 万人当たり)

当市の自殺死亡者数は、平成 23 年の 12 人をピークに年々減少してきており、死亡率も北海道や全国より低率となりました。(図表 4.53、4.54)

平成 24 年から平成 28 年までの5年間の自殺率を、男女別・年齢別に全国と比較すると当市

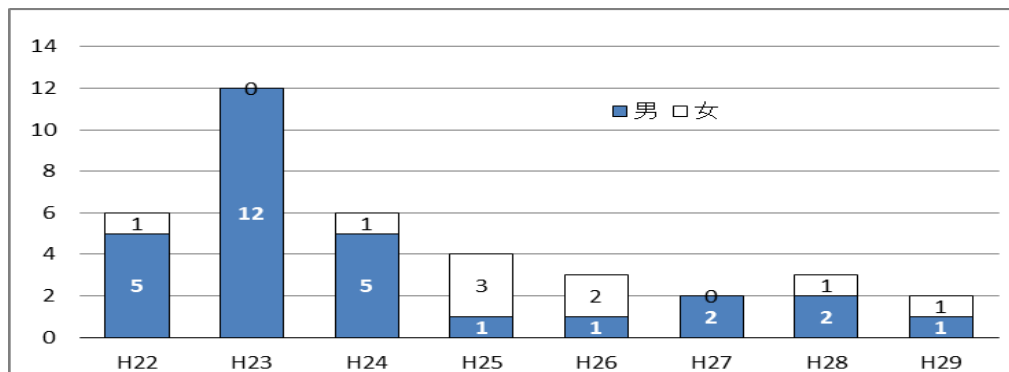
の特徴としては、男女とも30歳代での自殺率が最も高率となっており、次いで50歳代の男性、80歳以上の女性と60歳代の女性が高率となっています。(図表 4.55)

30歳代の若い世代の自殺率が高い背景としては、うつ病や統合失調症などの精神疾患を抱えていたり、ひきこもりなど社会からの孤立といった危機経路が考えられ、こころの健康についての啓発や相談機関の周知など強化するとともに、医療や福祉等との有機的な連携で支援体制を構築する必要があります。

また、50歳代男性の背景をみると有職者が多くなっています。有職者対策としては、労働者数50人未満の小規模事業所ではメンタルヘルス対策に遅れがあることが指摘されていますが、当市は小規模事業所も多く、実態がつかめていない状況にあります。産業保健センターなど関係機関との連携により小規模事業所への働きかけが必要です。

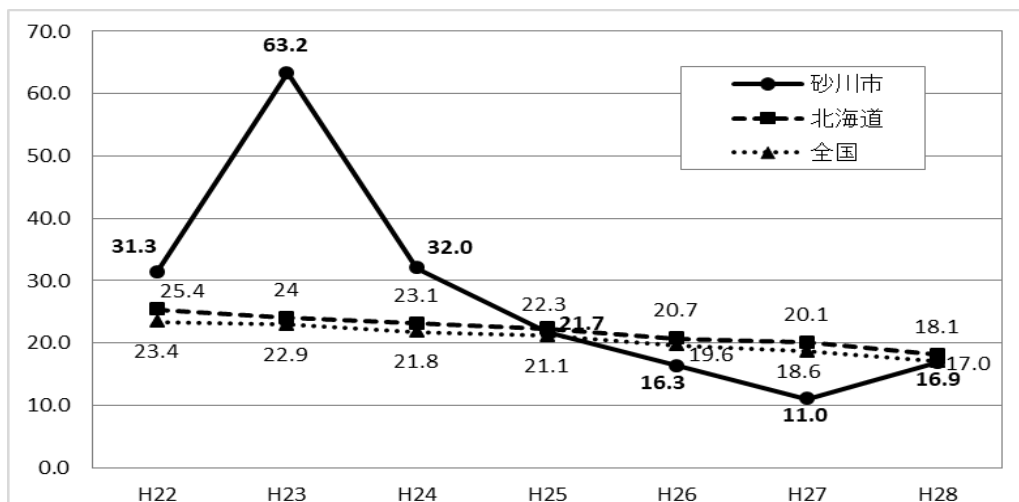
60歳代・80歳以上女性の背景としては、独居世帯であり、高齢者対策としての地域での見守り活動や支えあい・交流活動など地域福祉活動との連携が重要です。(図表 4.56)

【図表 4.53 自殺死亡者数の推移】



(厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」)

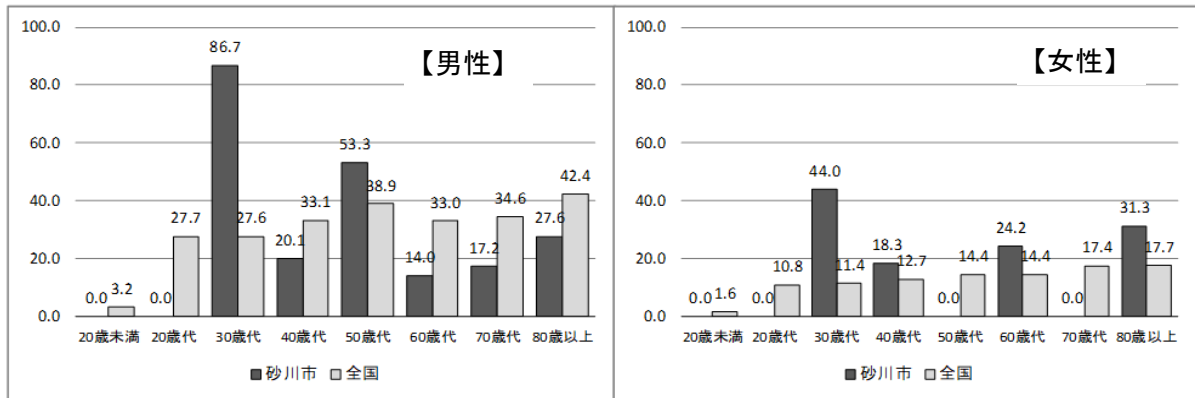
【図表 4.54 自殺死亡率の推移】



(厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」)

【図表 4.55 性・年代別の自殺率(人口 10 万対)】

※平成 24 年～平成 28 年の計 18 人の状況



(厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」)

【図表 4.56 砂川市の主な自殺の特徴】

平成 24 年～28 年の合計 18 人(男性 11 人、女性 7 人)について上位5区分の分析

順位	区分	自殺者数 (5年計)	割合	自殺率 (10万対)	背景にある主な自殺の危機経路 (自殺実態白書2013(ライフリンク)を参考に分析)
1位	女性60歳以上 無職・独居	3	16.70%	65.0	死別・離別＋身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
2位	男性40～59歳 有職・同居	3	16.70%	39.1	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み＋仕事の失敗→うつ状態→自殺
3位	男性20～39歳 無職・同居	2	11.10%	217.8	①ひきこもり＋家族間の不和→孤立→自殺 ②就職失敗→将来悲観→うつ状態→自殺
4位	男性60歳以上 無職・同居	2	11.10%	22.4	失業(退職)→生活苦＋介護の悩み(疲れ)＋身体疾患→自殺
5位	女性60歳以上 有職・独居	1	5.60%	176.9	死別・離別＋身体疾患→うつ状態→自殺

(自殺総合対策推進センター調べ)

② 課題

- ・十分な睡眠や休養がとれないことや生活習慣の乱れが心の不調につながります。
- ・自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であり、「危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが必要である」という共通認識を持つことが必要です。
- ・自殺は問題が多岐にわたるため、庁内外の関係機関の連携が必要です。

◆ 今後の対策

①地域におけるネットワークの強化

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

②自殺対策を支える人材の育成

ア 市職員・民生児童委員・市立病院職員・介護保険関係者等を対象とした研修実施

③市民への啓発と周知

- ア 「自殺予防週間」や「自殺対策強化月間」についての啓発
- イ 睡眠と健康、こころの健康、うつ病等に関する知識の普及啓発
- ウ 精神科医によるこころの健康相談やいのちの電話等の周知啓発

④生きることの促進要因を増やすための取組み

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

◆ 平成 35 年度の目標項目と目標値

目標項目	基準値 (H28年度)	目標値 (H35年度)	備考
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.8%	減少傾向へ	
目標項目	基準値 (H28年)	目標値 (H35年)	備考
自殺者数の減少 (人口10万人当たり自殺死亡率、実人数)	16.9 (3人)	減少傾向へ	※データソースを 警察庁自殺統計に変更

第5章 目標の設定と評価

健康日本 21(第2次)では、目標の設定にあたっては「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的な目標の設定」、「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体が自ら進行管理できる目標の設定」をすとの考えが示されています。

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、設定した目標のうち、重要と考えられる目標項目については、中間評価や最終評価を行う年以外の年においても、既存の統計調査や毎年モニタリングすることが可能な指標を目標に設定することが望ましいとされています。

これらを踏まえ、本計画策定時の定めた目標項目においては、平成30年度において、取組み内容や進捗状況の中間評価を行うとともに、健康課題を解決していくために見直しを行い、一部追加や変更を行いました。

以下の表は、計画策定時の基準値と中間評価の現状値でどのように変化しているか、また、今後どのような目標値で保健活動を進めていくかについてまとめたものです。

本計画の評価については、今後、毎年度の関連数値を確認するとともに、進捗状況から次年度の目標を定め、各種の取組みにおける実施手順を見直します。さらに、最終年度には、目標達成状況を検証・評価し、次期計画に反映するものとします。

【保健活動の目標項目一覧】

領域	目標項目	基準値	現状値	今後の目標値	データソース	
循環器疾患・糖尿病	①特定健診・特定保健指導実施率の向上	・特定健診受診率	35.0%	45.3%	60%以上	①
		・特定保健指導実施率	69.2%	77.1%	70%以上	①
	②Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少 (160/100mmHg以上の者の割合)	12.4%	11.3%	減少	①	
	③糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上の者の割合)	6.9%	10.4%	減少	①	
	④糖尿病治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上で治療中の者の割合)	63.1%	66.4%	増加	①	
	⑤血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	1.8%	5.1%	減少	①	
	⑥糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 (更生医療申請状況)	11人	4人	減少	④	
	⑦脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	10.9%	12.8%	減少	①	
	⑧メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	27.6% (H20年度31.2%)	31.4%	H20年度と比べて25%減少	①	
	⑨脳血管疾患の死亡者数の減少	21人	26人	減少傾向へ	⑤	
⑩虚血性心疾患の死亡者数の減少	8人	5人	減少傾向へ	⑤		

領域	目標項目	基準値	現状値	今後の目標値	データソース	
がん	①75歳未満のがん死亡者数の減少	29人	31人	減少傾向へ	⑤	
	②がん検診の受診率の向上 ※平成28年度より受診率の算定方法が変更された	・胃がん (50～69歳)	14.8%	11.9%	増加	⑥
		・肺がん (40～69歳)	17.6%	9.4%		
		・大腸がん (40～69歳)	19.3%	9.3%		
		・子宮頸がん (20～69歳女性)	20.9%	10.2%		
	・乳がん (40～69歳女性)	28.4%	15.5%			
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加 (肥満・やせの減少)	・20歳代女性のやせの者の割合 (妊娠届出時のやせの者の割合)	18.3%	20.4%	減少傾向へ	⑪
		・全出生数中の低出生体重児の割合	11.7%	11.4%	減少傾向へ	⑦
		・肥満傾向にある子どもの割合 (10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合)	統計なし	男子 8.8% 女子 5.4%	減少傾向へ	⑧
		・20～60歳代男性の肥満者の割合	33.8%	36.3%	28%	①②
		・40～60歳代女性の肥満者の割合	21.8%	27.3%	19%	①②
		・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	14.7%	16.7%	現状維持又は減少傾向へ	①②③
	②健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加	・朝食を欠食する子どもの割合 (小学5年生・中学2年生)	統計なし	小5 2.3% 中2 3.6%	減少傾向へ	⑨
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	・20～64歳	男性 40.0% 女性 50.0%	男性 42.1% 女性 43.7%	増加傾向へ	①②
		・65歳以上	男性 61.1% 女性 53.2%	男性 53.0% 女性 51.8%	増加傾向へ	①②③
	②運動習慣者の割合の増加 (1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)	・20～64歳	男性 28.5% 女性 27.9%	男性 30.3% 女性 24.7%	増加傾向へ	①②
		・65歳以上	男性 55.2% 女性 46.6%	男性 47.5% 女性 43.6%	増加傾向へ	①②③
	③介護保険サービス利用者の増加の抑制 (第1号被保険者の要介護認定率)	15.9%	18.5%	現状維持又は減少傾向へ	⑩	
	飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 12.7% 女性 6.6%	男性 11.6% 女性 4.5%	現状維持又は減少傾向へ	①②③
②妊娠中の飲酒率の減少 (妊娠中の飲酒をなくす)		統計なし	1.8%	0%	⑪⑫	
喫煙	①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	16.1%	16.1%	減少傾向へ	①②③	
	②妊娠中の喫煙率の減少 (妊娠中の喫煙をなくす)	統計なし	8.4%	0%	⑪⑫	
歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	・3歳児でう蝕がない者の割合	76.9%	83.7%	現状維持又は増加	⑬
		・12歳児の1人平均う蝕数	3.98歯	1.27歯	1.0歯未満	⑭
休養・心の健康	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	20.5%	18.8%	減少傾向へ	①②③	
	②自殺者数の減少 (人口10万人当たり自殺死亡率、実人数)	63.2(12人)	16.9(3人)	減少傾向へ	⑮	

【データソース】

- ①砂川市国保特定健診
- ②砂川市一般健康診査(若年者・国保途中加入者・無保険者)
- ③砂川市後期高齢者健康診査
- ④砂川市更生医療申請状況
- ⑤空知地域保健情報年報
- ⑥地域保健・健康増進事業報告
- ⑦砂川市の保健活動
- ⑧全国体力・運動能力・運動習慣等調査
- ⑨全国学力・学習状況調査
- ⑩介護保険事業状況報告
- ⑪妊娠届出時アンケート調査
- ⑫乳児健診アンケート調査
- ⑬砂川市3歳児歯科検診
- ⑭学校保健統計調査
- ⑮警察庁自殺統計

健康すながわ21（第2次） 改定版
（平成25年度～35年度）

砂川市自殺対策計画
砂川市食育推進計画
（平成31年度～35年度）

平成31年3月発行

発行 砂川市

編集 砂川市保健福祉部ふれあいセンター