

由仁町健康増進計画
由仁町健康づくり計画（第三次）

「21 世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」

令和6年3月
由 仁 町

目 次

序 章 計画改定に当たって	1
第1節 計画改定の趣旨	
第2節 計画の性格	
第3節 計画の期間	
第4節 計画の対象	
第Ⅰ章 由仁町の概況と特性	9
第1節 由仁町の概要	
第2節 人口	
第3節 死亡	
1 死因	
2 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）	
第4節 介護保険	
第5節 医療	
1 国民健康保険	
2 後期高齢者医療	
第6節 健康診査等	
第Ⅱ章 課題別の実態と対策	25
第1節 前計画の評価	
第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防	
1 次世代の健康	
2 循環器病	
3 糖尿病	
4 がん	
5 喫煙・慢性閉塞性肺疾患（COPD）	
6 歯・口腔の健康	
7 高齢者の健康	
第3節 目標の設定	
第Ⅲ章 計画の推進	83
第1節 健康増進に向けた取組の推進	
1 活動展開の視点	
2 関係機関との連携	
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	

序章 計画改定に当たって

序章 計画改定に当たって

第1節 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、平成25年4月から「第二次計画」として実施され、令和5年度に終期を迎え、令和6年度から医療費適正化計画や医療計画、介護保険事業（支援）計画と計画期間を合わせる形で次期国民健康づくり運動が始まります。

令和6年度から令和17年度までの「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」（以下「第三次計画」という。）では、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、①誰一人取り残さない健康づくりの展開、②より実効性をもつ取組の推進に重点が置かれました。

「第二次計画」では、「第一次計画」引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組を推進する方向が示されましたが、最終評価では、健康寿命は延伸したものの、メタボリックシンドロームや一次予防に関連する指標が悪化したほか、全体としては改善していても一部、性別及び年齢階級別に悪化している指標があるなどの課題が浮き彫りになりました。

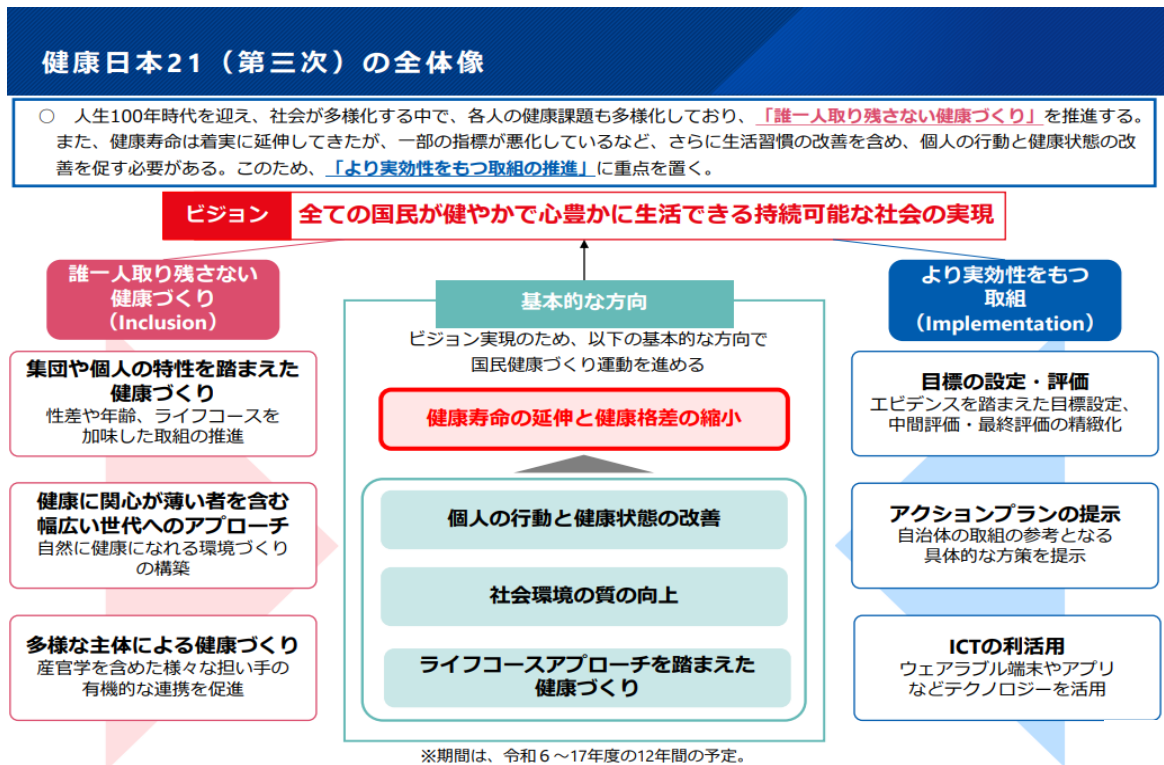
それらを踏まえた「第三次計画」では、図表1、2のように4つの方向性が示され、最上位の目標には引き続き「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を据え、「個人の行動と健康状態の改善」、「社会生活環境の質の向上」、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」が方向性として打ち出されました。

ライフコースアプローチは、「現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性、次世代の健康にも影響及ぼす可能性がある」という考え方で、胎児期から高齢期までを経時的に捉えた健康づくりが求められます。

当町では、平成18年3月に「健康日本21」の取組を法的に位置づけた健康増進法に基づき、健康増進計画「由仁町健康づくり計画」を策定し、平成25年度からは、「由仁町健康づくり計画」（第二次）を策定し取組を推進してきました。

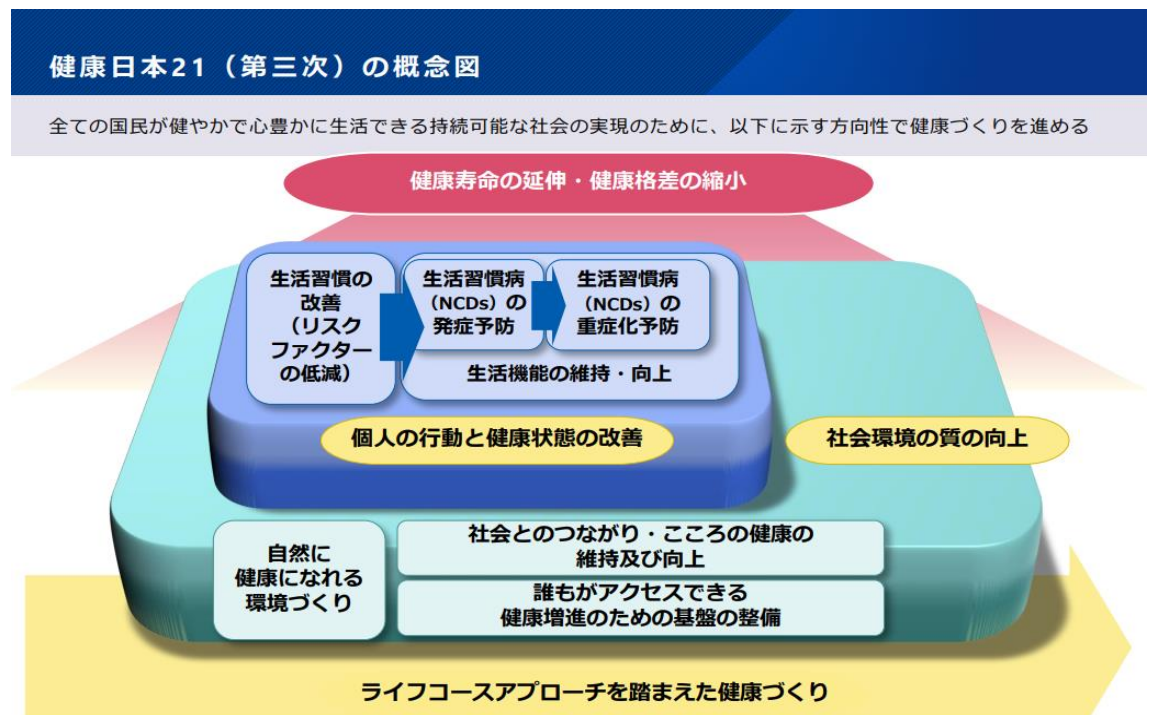
これまでの取組を評価し、今回、示された基本的な方向性を基に、健康課題の解決に向け「由仁町健康づくり計画」（第三次）を策定します。

図表 1



【出典】厚生労働省 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料

図表 2



【出典】厚生労働省 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料

第2節 計画の性格

この計画は、第七次由仁町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。

この計画の推進に当たっては、国の「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」を参考とし、保健事業の効率的な実施を図るため、食育基本法に基づく食育計画をはじめ、各種法律に基づく計画を兼ねるものとします。

内容が重複する、医療保険者としての由仁町国民健康保険第3期保健事業実施計画（以下、「データヘルス計画」という。）及び第4期特定健康診査等実施計画については、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

また、ライフコースアプローチを踏まえ母子保健活動と重複する成育等基本法とも連携を図ります。

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。（図表3、4）

図表 4 法律及び各種計画

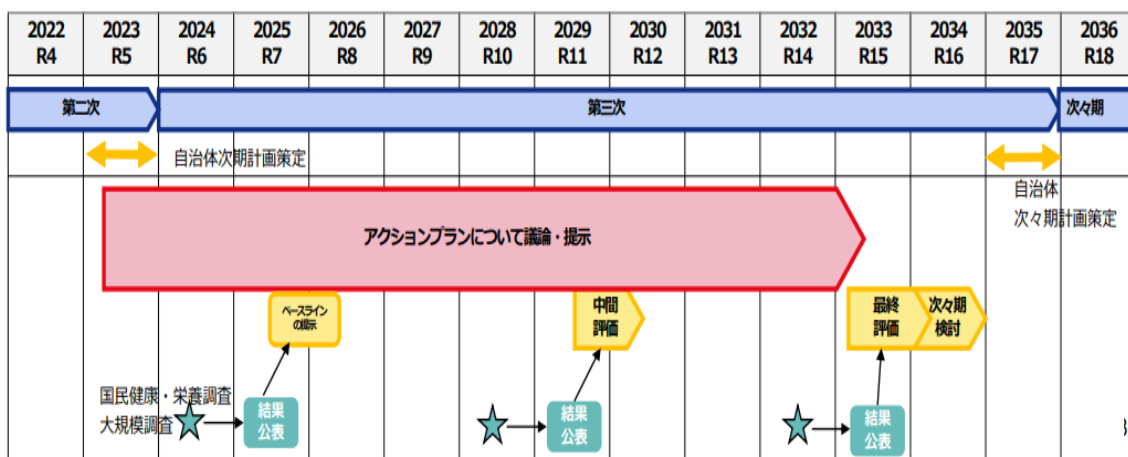
法 律	北海道が策定した計画	由仁町の計画
健康増進法	すこやか北海道 21	由仁町健康づくり計画
健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法	北海道循環器病対策推進計画	(由仁町健康づくり計画)
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	由仁町国民健康保険第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画) 第 4 期特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(由仁町健康づくり計画)
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(由仁町健康づくり計画)
食育基本法	北海道食育推進計画(どさんこ食育推進プラン)	(由仁町健康づくり計画)
子ども・子育て支援法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	由仁町子ども子育て支援事業計画
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」	高齢者福祉計画 第 9 期介護保険事業計画
自立支援法	北海道障がい福祉計画	障がい者計画 第 7 期障がい者福祉計画 第 3 期障がい児福祉計画
自殺対策基本法	第 4 期北海道自殺対策行動計画	第 2 期由仁町自殺対策行動計画

第3節 計画の期間

この計画は、健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要すること等を踏まえ、関連する計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画等）と計画期間を合わせ、計画期間を令和6～17年度までの12年間とします。

また、計画開始後6年（令和11年）を目途に中間評価を行うとともに、計画開始後12年（令和17年）を目途に最終評価を行います。（図表5）

図表5 計画期間



【出典】厚生労働省 健康日本21（第三次）推進のための説明資料

第4節 計画の対象

この計画は、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを基本的な方向とすることから、胎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 I 章 由仁町の概況と特性

第 I 章 由仁町の概況と特性

第 1 節 由仁町の概要

由仁町は北海道のほぼ中央、空知総合振興局管内の一番南に位置しています。

気候は裏日本型気候区に属し、内陸のため寒暖の差がありますが、積雪が少なく日照時間も比較的多く、過ごしやすい気象条件のもとにあります。

主産業は農業で地理的条件を生かし、米や野菜、花きなど多種多様な農産物が生産され、町内の若手農業者団体と連携した、収穫体験などの食育活動のほか、農産物のブランド化を目指した取組も積極的に行われています。

交通網は、J R 室蘭本線と J R 石勝線、更に、国道 234 号線、国道 274 号線が縦走、横断し交通アクセスに恵まれています。

道都札幌市へは 40km 新千歳空港へは 30km、また岩見沢市へは 25km と位置的条件に恵まれ、総合病院や専門病院が数多く利用しやすい条件が整っています。

町内の医療機関は、町立診療所と民間の医院が各 1 か所、歯科医院が 4 か所あり、地域医療を担っています。

主な移動手段は自家用車が中心で、鉄道は運行本数が少なく、また、町内及び札幌方面への路線バスが廃止になったことから、令和 4 年 10 月から町独自施策によるデマンドバスを運行し、北広島駅との交通を確保している状況です。

第2節 人口

当町の令和5年1月1日人口は、4,784人であり、道、国と比べて、65歳以上及び75歳以上の高齢化率が高く、年少人口と生産年齢人口は低くなっています。(図表6)

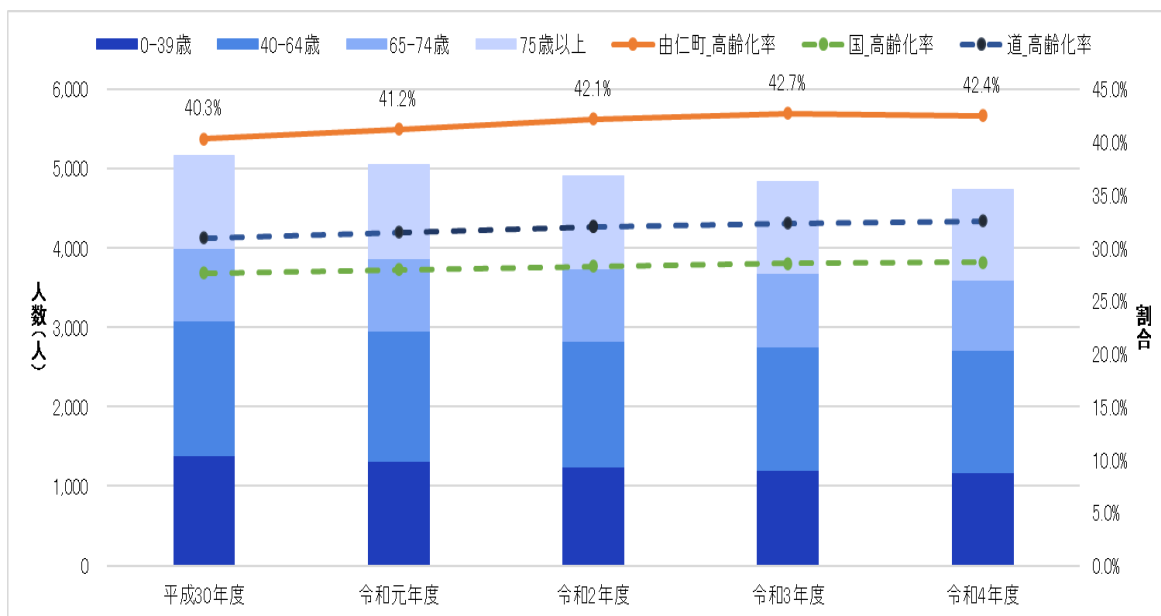
また、人口の推移については、平成30年度から減少しており、64歳以下の人口減少によって高齢化率は増加が続いています。(図表7)

図表6 人口構成

	由仁町		道	国
	人数	割合	割合	割合
総人口	4,784人	-	-	-
0～14歳	393人	8.2%	10.4%	11.7%
15～64歳	2,355人	49.2%	57.1%	59.6%
65歳以上	2,036人	42.6%	32.5%	28.6%
(再掲)75歳以上	1,145人	23.9%	17.1%	15.4%

【出典】令和5年1月1日住民基本台帳 e-s t a t

図表7 人口と高齢化率の推移



総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用

【出典】住民基本台帳 平成30年度から令和4年度

第3節 死亡

1 死因

当町における主要死因を死亡者数と割合で、道や国と比較すると、悪性新生物及び老衰による死亡割合が高くなっています。(図表8)

図表8 死因別の死亡者数・割合

順位	死因	由仁町		道	国
		死亡者数	割合		
1位	悪性新生物	25人	32.1%	29.2%	26.5%
2位	老衰	10人	12.8%	8.3%	10.6%
3位	心疾患(高血圧性除く)	8人	10.3%	14.3%	14.9%
4位	脳血管疾患	3人	3.8%	6.9%	7.3%
5位	慢性閉塞性肺疾患	2人	2.6%	1.1%	1.1%
5位	大動脈瘤及び解離	2人	2.6%	1.5%	1.3%
5位	腎不全	2人	2.6%	2.5%	2.0%
8位	肝疾患	1人	1.3%	1.1%	1.3%
8位	自殺	1人	1.3%	1.3%	1.4%
8位	不慮の事故(交通事故除く)	1人	1.3%	2.3%	2.4%
-	その他	23人	29.5%	24.1%	24.0%
-	死亡総数	78人	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年度

しかし、単年での死因別の死亡者数や割合を評価することは、当町の人口規模では、変化が大きくなることから、標準化死亡比(SMR)^{*}を用いて、分析を行いました。

平成25年から令和4年までの累積死因別死亡数と標準化死亡比(SMR)では、死因別死亡数の1位は悪性新生物、2位は心疾患、3位は脳血管疾患と続き、悪性新生物、脳血管疾患、不慮の事故、自殺、交通事故の標準化死亡比(SMR)が、道と国よりも高くなっていました。

(図表9)

※標準化死亡比(SMR)：人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標
国平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

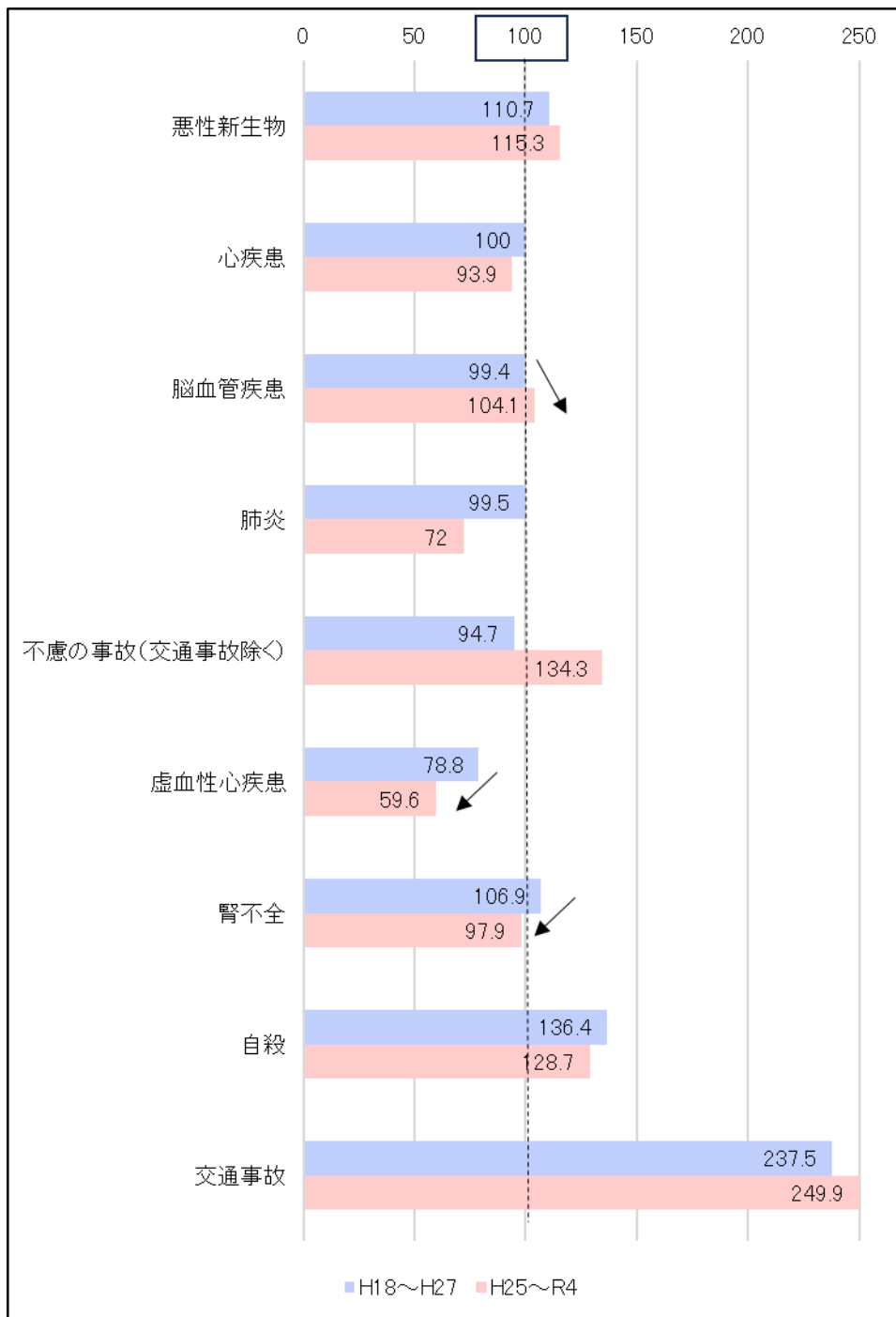
図表9 累積死因別死亡者数と死因別標準化死亡比（SMR）

順位	死因	死亡者数	標準化死亡比(SMR)		
			由仁町	道	国
1位	悪性新生物	259人	115.3	110.9	100
2位	心疾患	124人	93.9	98.1	
3位	脳血管疾患	72人	104.1	94.0	
4位	肺炎	48人	72.0	97.9	
5位	不慮の事故(交通事故除く)	29人	134.3	91.3	
6位	虚血性心疾患	26人	59.6	81.4	
7位	腎不全	17人	97.9	128.2	
8位	自殺	12人	128.7	103.2	
9位	交通事故	6人	249.9	95.1	

【出典】北海道健康づくり財団統計データ 平成25年から令和4年

生活習慣の改善により予防可能な疾患とされる「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「腎不全」について、平成18年から平成27年と平成25年から令和4年をそれぞれ比較すると、「脳血管疾患」による死亡は増加し、「虚血性心疾患」、「腎不全」については減少しています。(図表10)

図表 10 平成 18 年～平成 27 年と平成 25 年～令和 4 年 標準化死亡比の比較



【出典】 北海道健康づくり財団統計データ 平成 18 年～平成 27 年
 北海道健康づくり財団統計データ 平成 25 年～令和 4 年

2 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

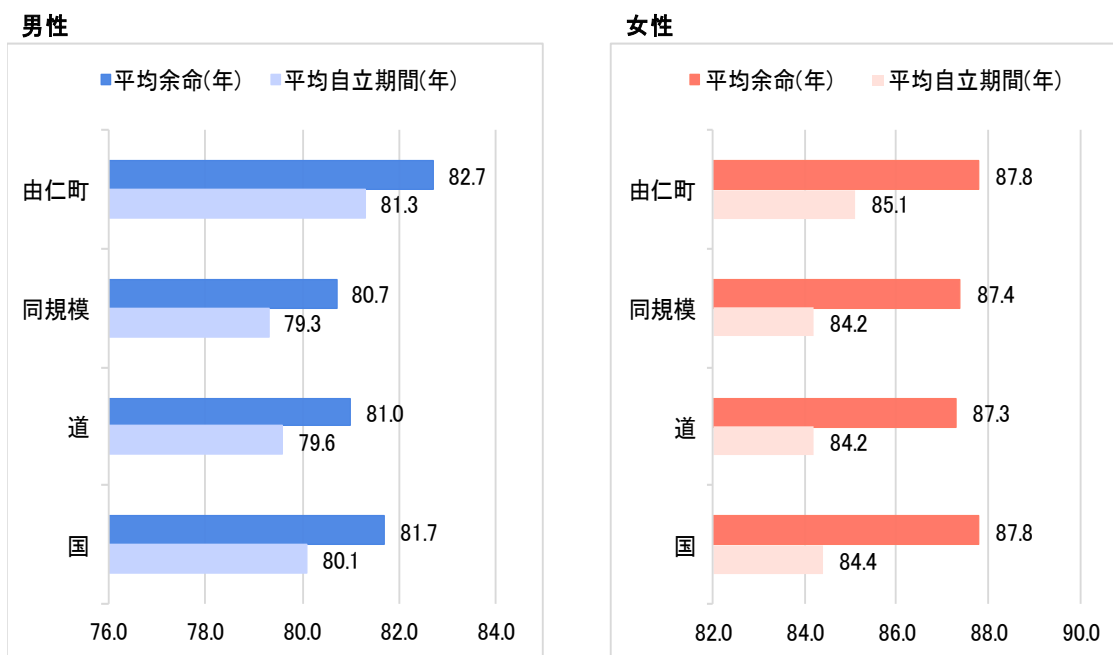
平均余命^{※1}は、女性では、87.8年と国と同じになっていますが、他は、平均余命及び平均自立期間^{※2}は、同規模、道、国と比較すると男女とも長くなっています。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.4年、女性は2.7年で国と比較して短くなっています。（図表 11）

※1 平均余命：ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している。

※2 平均自立期間：0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間

図表 11 平均余命及び平均自立期間（健康寿命） 令和4年度



	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
由仁町	82.7	81.3	1.4	87.8	85.1	2.7
同規模	80.7	79.3	1.4	87.4	84.2	3.2
道	81.0	79.6	1.4	87.3	84.2	3.1
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4

【出典】K D B 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度（累計）

第4節 介護保険

当町の要介護認定率は、第1号被保険者が、道、国と比較して低くなっています。

また、介護度別では、要支援1、2の割合が道、国と比較して高くなっています。(図表12)

図表12 介護保険の状況(令和4年度)

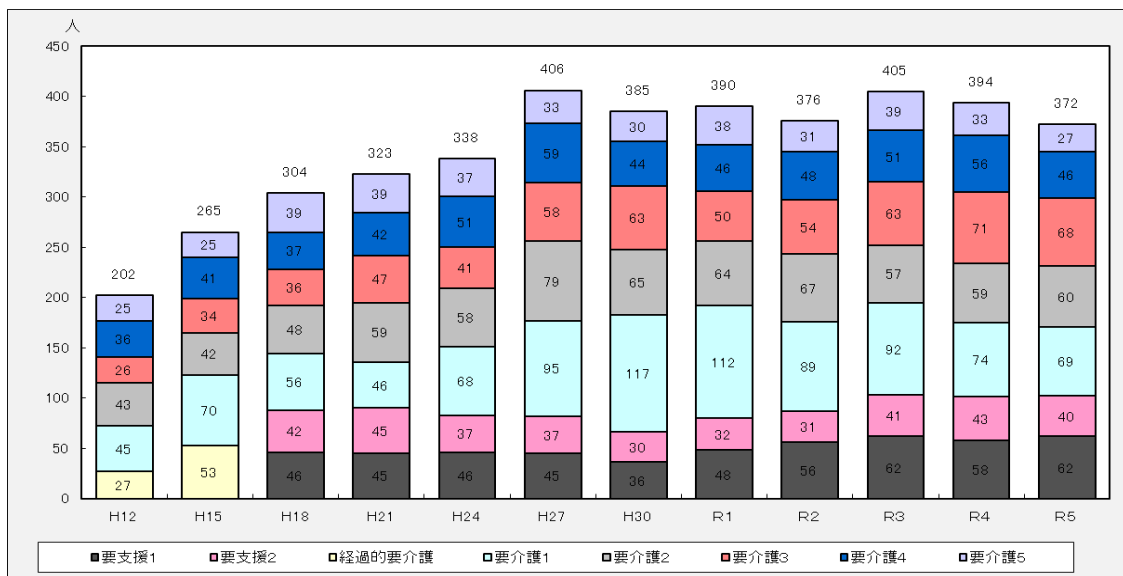
項目	由仁町	道	国
1号認定者数(認定率)	370人 18.1%	20.9%	19.4%
新規認定者	8人 0.2%	0.3%	0.3%
	要支援1.2 93人 16.8%	13.8%	12.9%
	要介護1.2 138人 48.0%	53.3%	46.3%
	要介護3以上 139人 35.1%	32.9%	40.8%
2号認定者	6人 0.39%	0.4%	0.38%

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

要支援要介護認定者数は、制度改正の影響による多少の増減はありますが、高齢者比率の上昇に比例して増加傾向にあり、介護保険創設時の平成12年とピーク時の平成27年を比較すると、約2倍となっています。

平成27年度以降は、372人から406人の間でほぼ横ばいで推移しています。(図表13)

図表13 要支援要介護認定者数



※経過的要介護は制度改正により平成17年をもって廃止

(各年10月1日現在)

【出典】第9期介護保険事業計画書

要介護認定の原因疾患を生活習慣病と関連付けて、血管疾患の視点で有病状況を見ると、2号認定者（40～64歳）では脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）での認定が多く、1号認定者（65歳以上）では194人（57.9%）が虚血性心疾患となっています。基礎疾患である高血圧や糖尿病等の有病状況は、全年齢で327人（96.5%）と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであるといえます。

（図表 14）

図表 14 要介護認定の有病状況

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		6人		36人		334人		370人		376人		
再)国保・後期		4人		30人		305人		335人		339人		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	人数 割合	疾病	人数 割合	疾病	人数 割合	疾病	人数 割合	疾病	人数 割合
	循環器疾患	1	脳血管疾患	3人 75.0%	虚血性心疾患	16人 53.3%	虚血性心疾患	178人 58.4%	虚血性心疾患	194人 57.9%	虚血性心疾患	194人 57.2%
		2	虚血性心疾患	0人 0.0%	脳血管疾患	10人 33.3%	脳血管疾患	122人 40.0%	脳血管疾患	132人 39.4%	脳血管疾患	135人 39.8%
		3	腎不全	0人 0.0%	腎不全	7人 23.3%	腎不全	63人 20.7%	腎不全	70人 20.9%	腎不全	70人 20.6%
	合併症	4	糖尿病合併症	0人 0.0%	糖尿病合併症	8人 26.7%	糖尿病合併症	51人 16.7%	糖尿病合併症	59人 17.6%	糖尿病合併症	59人 17.4%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4人 100.0%	基礎疾患	26人 86.7%	基礎疾患	297人 97.4%	基礎疾患	323人 96.4%	基礎疾患	327人 96.5%
	血管疾患合計		4人 100.0%	合計	27人 90.0%	合計	298人 97.7%	合計	325人 97.0%	合計	329人 97.1%	
	認知症		認知症	0人 0.0%	認知症	7人 23.3%	認知症	171人 56.1%	認知症	178人 53.1%	認知症	178人 52.5%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	4人 100.0%	筋骨格系	24人 80.0%	筋骨格系	295人 96.7%	筋骨格系	319人 95.2%	筋骨格系	323人 95.3%

【出典】ヘルスサポートラボツール

当町における介護が必要になった要因では、心疾患（虚血性心疾患のほか心不全を含む。）が最も多く、特に心不全の場合は介護度が重くなっています。（図表 15）

図表 15 要介護認定の心不全状況

介護が必要になった要因						
令和3年度介護情報	心疾患			そのうち心不全		
	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5
40～64歳	0人	0人	0人	0人	0人	0人
65～74歳	11人	4人	2人	5人	2人	0人
75歳以上	73人	95人	82人	42人	56人	52人

【出典】ヘルスサポートラボツール

第5節 医療

1 国民健康保険

当町の国民健康保険は、同規模、道、国と比較して、町民の加入率が高くなっています。(図表 16)

加入者のうち、前期高齢者(65歳～74歳)が占める割合も高く、今後も高齢化の進展により、更にその傾向が強まるものと予測されます。(図表 17)

図表 16 保険者の状況

	被保険者加入率 (加入数)	被保険者 平均年齢	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
由仁町	30.9% (1,476)	54.1歳	35.6%	15.6%	48.8%
同規模	27%	54.8歳	22.3%	20.6%	57.2%
道	20.7%	54.4歳	7.4%	17.9%	74.7%
国	22.3%	52歳	4.0%	25.0%	71.0%

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 17 保険者の構成割合

	平成30年度		令和4年度	
	人数	割合	人数	割合
被保険者数	1,675人		1,476人	
65～74歳	669人	39.9%	657人	44.5%
40～64歳	607人	36.2%	501人	33.9%
39歳以下	399人	23.8%	318人	21.5%
加入率	31.5%		30.9%	

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

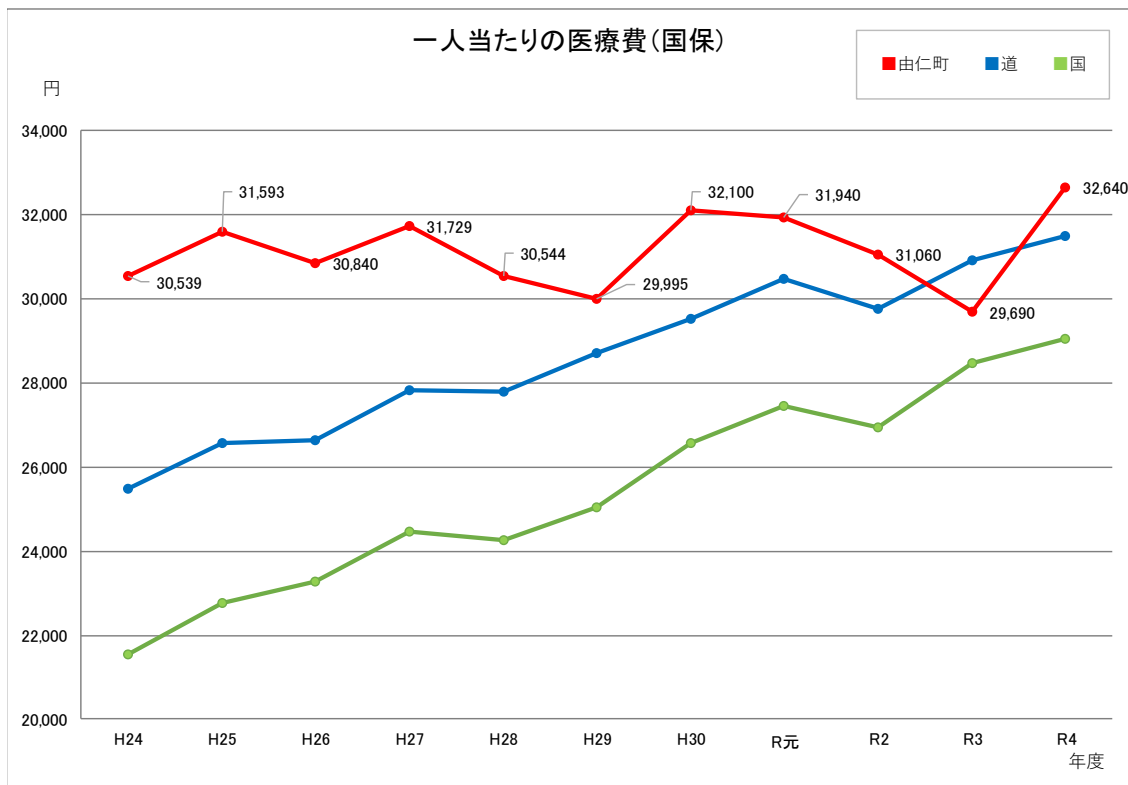
当町の国民健康保険被保険者の一人当たり医療費は、道、国と比較して非常に高い状況でしたが、近年は医療費の上昇を抑えることができ、道の水準に近づいてきています。

一般的に高齢になるほど受療率は高くなり、医療費も増大するため、今後も予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。(図表 18)

中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患の医療費合計の総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少して

いますが、脳梗塞・脳出血が0.96%から1.07%、慢性腎不全（透析無）は0.29%から0.61%に増加しています。（図表19）

図表18 保険者の構成割合



【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表19 中長期目標の医療費の推移

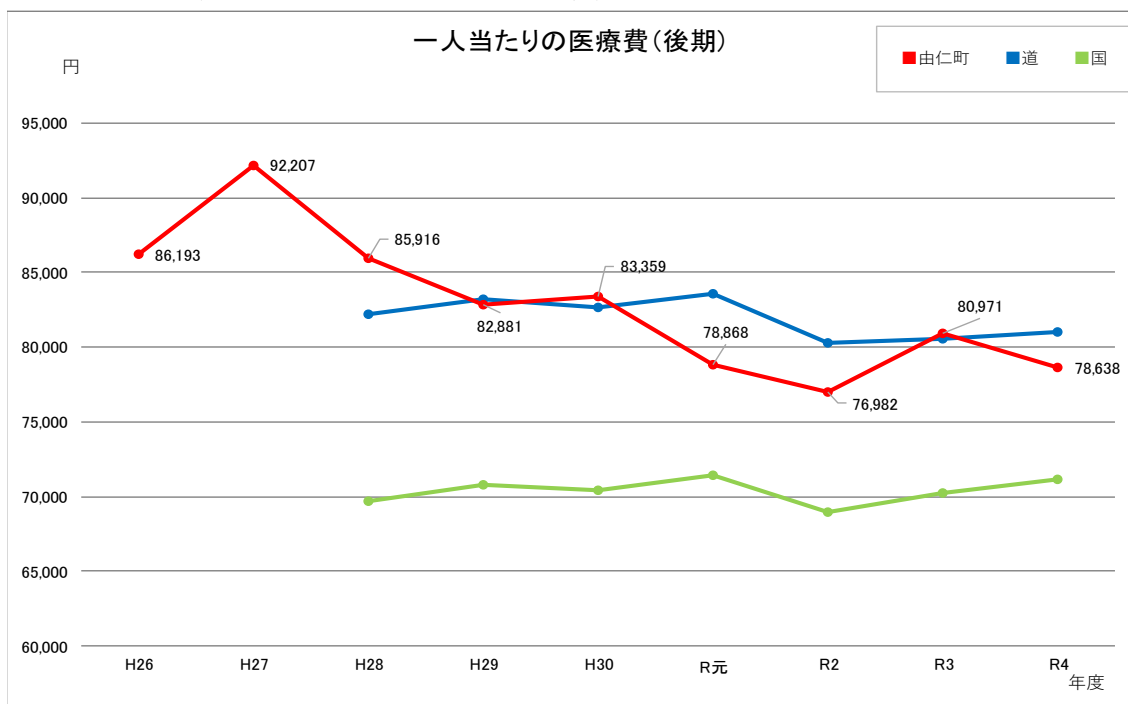
			由仁町		同規模	道	国
			平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費			6億5,513万円	5億2,815万円	--	--	--
中長期目標 医療費合計			4,444万円	2,345万円	--	--	--
			6.78%	4.44%	7.25%	6.48%	8.04%
中長期目標	脳	脳梗塞・脳出血	0.96%	1.07%	2.12%	2.17%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.69%	1.11%	1.47%	1.72%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.85%	1.65%	3.29%	2.30%	4.27%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.61%	0.37%	0.28%	0.29%
そ 疾 の 患 の	悪性新生物		15.05%	17.45%	17.58%	19.13%	16.67%
	筋・骨疾患		10.94%	10.70%	9.31%	9.41%	8.69%
	精神疾患		11.38%	9.18%	7.81%	7.60%	7.63%

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

2 後期高齢者医療

当町における後期高齢者の一人当たり医療費は、道、国と比較して、非常に高額でしたが、平成29年頃から、道と同程度の水準に抑えられています。(図表20)

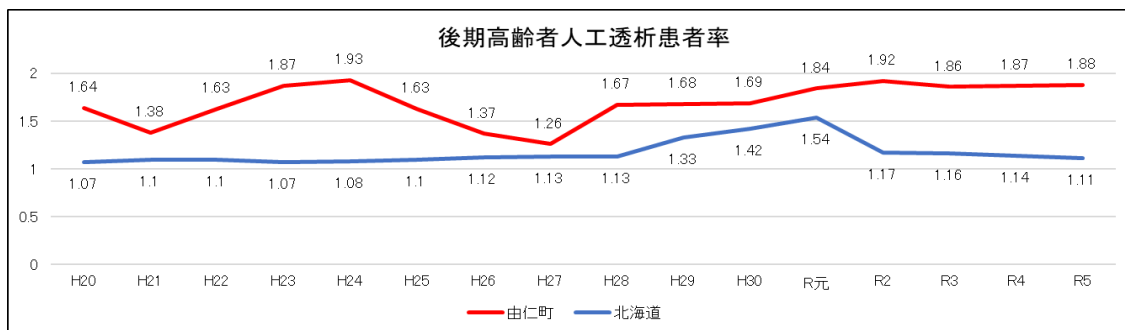
図表20 後期高齢者の一人当たり医療費



【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

一方で、後期高齢者の人工透析患者率は、後期高齢医療制度が創設された平成20年以降、道内でも高く推移しています。(図表21)

図表21 後期高齢者人工透析患者率



道内順位	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
	5位	14位	3位	2位	3位	3位	12位	24位	5位	6位	3位	4位	4位	4位	4位	3位

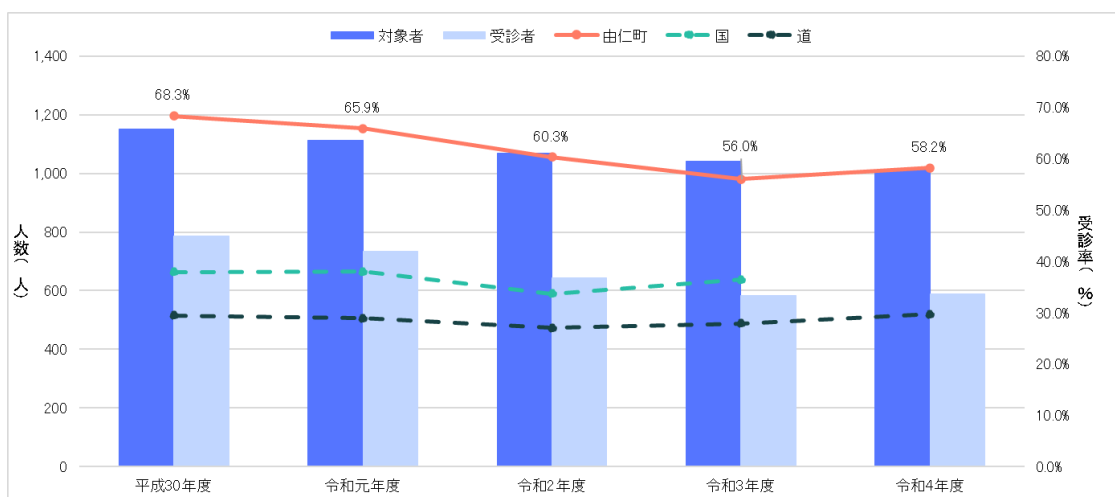
後期高齢者人工透析患者率＝透析患者数/各年5月現在被保数×100

【出典】北海道後期高齢者医療広域連合ホームページ

第6節 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組である医療保険者による特定健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定保健指導は、令和4年度法定報告では、特定健診受診率58.2%（道内15位）と道、国より非常に高くなっていましたが、ピークの平成30年度68.3%（道内5位）からは、コロナ禍の影響を受け、受診率が低下しています。（図表22）

図表22 特定健診受診率の推移



【出典】厚生労働省 特定健診・保健指導実施状況（保険者別）2018年度から2021年度
 【出典】特定健診等データ管理システム 実施結果報告テーブル

メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という。）の割合は、コロナ禍の影響を受け、平成30年度より増え、同規模、道、国と比較しても高い状況です。（図表23）

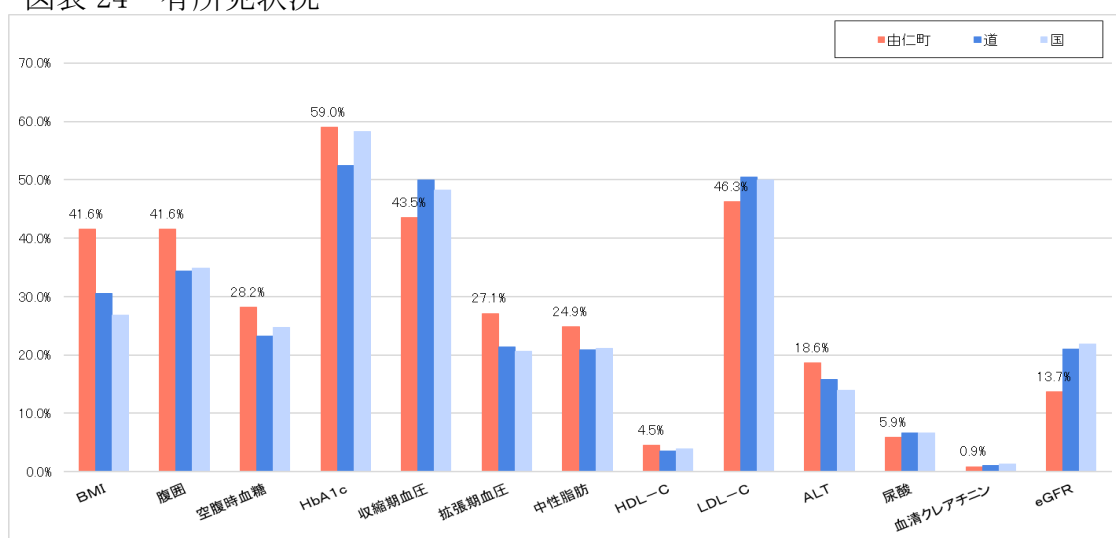
図表23 メタボの状況

項目	由仁町				同規模	道	国	
	平成30年度		令和4年度		令和4年度	令和4年度	令和4年度	
	人数	割合	人数	割合	割合	割合	割合	
メタボ	該当者	191人	24.3%	148人	25.9%	22.2%	20.1%	20.3%
	男性	136人	36.4%	108人	38.8%	32.3%	32.5%	32%
	女性	55人	13.3%	40人	13.5%	12.8%	10.8%	11%

【出典】ヘルスサポートラボツール

有所見状況を見ても、BMI、腹囲、空腹時血糖、HbA1c、拡張期
 血圧、中性脂肪、HDLコレステロール、ALTに所見のある者の割合が
 道、国と比較しても高く、内臓脂肪型肥満が影響しているものと考えられ
 ます。(図表 24)

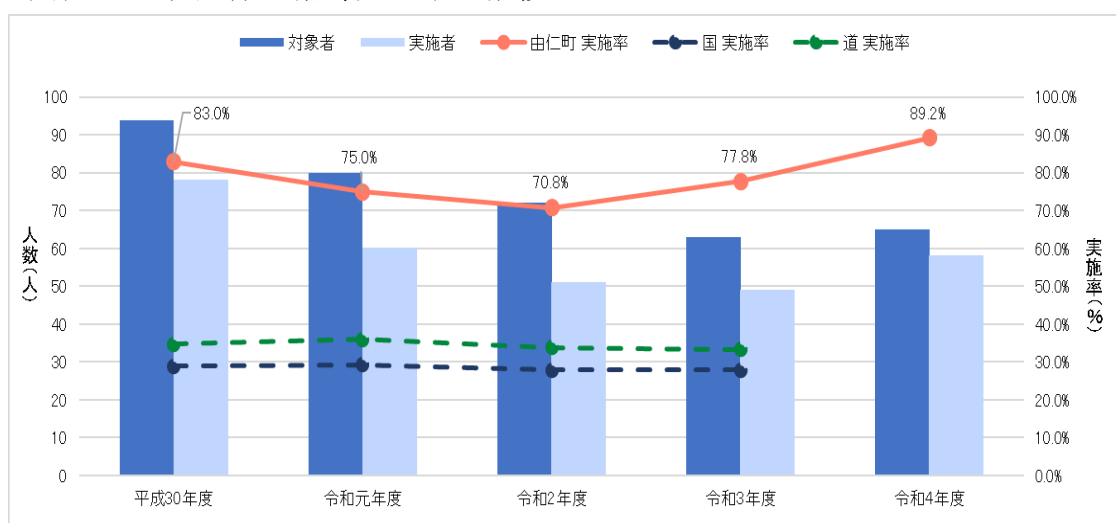
図表 24 有所見状況



【出典】 特定健診等データ管理システム 実施結果報告テーブル

特定保健指導実施率は89.2%と、道、国より高くなっていますが、令和
 2年度と令和3年度は、コロナ禍の影響を受け、受診勧奨値にある者が適
 切に医療に結びついていない状況となっています。(図表 25、26)

図表 25 特定保健指導実施率の推移



【出典】 厚生労働省 特定健診・保健指導実施状況 (保険者別) 2018 年度から 2021 年度

【出典】 特定健診等データ管理システム 実施結果報告テーブル

図表 26 II 度高血圧以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
健診受診者	人(a)	807人	750人	661人	562人	588人	
II 度高血圧以上の者	人(b)	41人	39人	23人	33人	33人	
	(b/a)	5.1%	5.2%	3.5%	5.9%	5.6%	
	治療なし	人(d)	19人	19人	11人	16人	23人
		(d/b)	46.3%	48.7%	47.8%	48.5%	69.7%
	治療開始	人(e)	9人	7人	2人	1人	11人
		(e/d)	47.4%	36.8%	18.2%	6.3%	47.8%
(再掲)	III 度高血圧の者	人(f)	11人	11人	0人	6人	7人
		(f/a)	1.4%	1.5%	0.0%	1.1%	1.2%
	治療なし	人	7人	8人	0人	3人	6人

【出典】由仁町調べ

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価

前計画の目標項目について、達成状況の評価を行った結果、28項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」は全体の46.4%で、一定の改善が見られました。(図表27)

改善が見られなかった項目では、がん検診受診率の向上やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、特定健康診査受診率の向上、糖尿病有病者増加抑制、肥満者の減少、低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者割合増加抑制の項目については、新型コロナウイルス感染症まん延による行動制限の影響も考えられますが、健康課題として残っています。(図表28)

これらの状況を踏まえ、次期計画を推進するために国から示された基本的な方針と目標項目について、健康増進は最終的に「個人の行動と健康状態の改善(生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防と重症化予防等)」が重要と捉え、ライフコースの視点で健康づくりを推進します。(図表29)

図表27 評価区分ごとの状況

A 目標値に達した	2
B 現時点で目標値には達していないが、改善傾向にある	11
C 変わらない	4
D 悪化している	7
E 評価困難	4
計	28

図表 28 前計画の評価

分野	項目	計画時	中間評価	最新値	令和5年度評価時目標値	データソース	評価段階		
		H25(H23)	H28	R4					
がん	①75歳未満の年齢調整死亡率の減少	37.2	データの集計が実施されず評価不可能			現状維持又は減少	① E		
	②がん検診受診率の向上								
	胃がん	男性 14.5% 女性 15.1%	14.9%	男性 20.1% 女性 23.2%	21.7%	男性 17.4% 女性 16.7%	17.0%	40%	② D
	肺がん	男性 16.8% 女性 17.4%	17.2%	男性 20.2% 女性 21.5%	20.8%	男性 16.2% 女性 18.6%	20.1%		
	大腸がん	男性 16.7% 女性 16.7%	16.7%	男性 21.6% 女性 25.6%	23.6%	男性 16.6% 女性 20.6%	18.6%		
	子宮頸がん	13.3%		20.5%		16.5%			
	乳がん	16.4%		28.5%		19.4%		50%	
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率(10万人当たり)		データの集計が実施されず評価不可能			現状維持又は減少	① E		
	・脳血管疾患	男性 10.7 女性 10.4							
	・虚血性心疾患	男性 12.7 女性 19.6							
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)	28.5%			27.1%	平成20年度と比べて25%減少	B		
	③脂質異常症の減少								
	(i:総コレステロール240mg/dl以上の者の割合)	i:未実施	i:13.0	i:13.7	i:14%		C		
	(ii:LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	ii:12.3%	ii:9.4%	ii:7.4%	ii:7.7%		A		
	④メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	33.7%	36.4%	37.4%	平成20年度と比べて25%減少	D			
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上								
	・特定健康診査受診率	52.7%	66.1%	58.2%	67.0%	D			
・特定保健指導の終了率	66.7%	83.6%	89.2%	86.0%	B				
糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者数)の減少	2人	1人	1人	現状維持又は減少	④	B		
	②治療継続者の割合の増加(HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合 中間評価からNGSP値6.5%以上)	55.0%	62.0%	80.6%	75%		A		
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合)	0.5%	0.7%	0.70%	◎現状維持又は減少		D		
	⑤糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合の減少 中間評価からNGSP値6.5%以上)	9.3%	8.33%	12.5%	減少		D		
	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加						⑤		
・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	81.5%	85.7%	80.95%	◎現状維持又は減少	C				
・12歳児の一人平均う蝕数の減少	3.8本	評価不能	1.04本	1.0歯未満	E				
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)					⑦			
	・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)	30.3%	33.3%	6.7%	減少		B		
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	6.0%	0%	0%	減少傾向へ		B		
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少(小学5年生の中等度・高度肥満傾向)	統計なし	統計なし	統計なし	減少傾向へ		E		
	・20~60歳代男性肥満の割合の減少	46.6%	53.9%	50.0%	減少		D		
	・20~60歳代女性肥満の割合の減少	29.8%	25.3%	26.4%	減少		B		
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	9.40%	13.60%	18.30%	◎現状維持又は減少		D		
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)					③			
	・20歳以上	男性 26.9% 女性 28.6%			増加		B		
	②運動習慣者の割合の増加	総数 27.8%	総数 42.3%	総数 46.6%					
	・20歳以上	男性 13.4% 女性 14.0%			男性 36% 女性 33% 総数 34%		B		
	中間評価から40~74歳国保(KDB)(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施)	総数 13.7%	総数 23.9%	総数 27.4%	男性 58% 女性 48% 総数 52%				
③介護保険サービス利用者の増加の抑制	328人	406人(H27)	372人(H5)	377人	⑧	B			
飲酒	①生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合の低減(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) 中間評価から40~74歳国保(KDB)2合以上の飲酒割合	統計なし	17.1%	10.9%	男性 13.0% 女性 6.4%	③	C		
	②妊娠中の飲酒をなくす	3.3%	0%	0%	0%	⑨			
喫煙	①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	19.6%	20.9%	19.8%	12%	③	C		
	②妊娠中の禁煙をなくす	13.3%	4.8%	0%	0%	⑨			
休養	①睡眠による休養を十分に取れていない者の割合の減少(中間評価から40~74歳国保(KDB)(睡眠で十分な休養が取れていない)	48.2%	19.2%	21.7%	15%	③	B		
	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	32.3	19.2%	21.2%(R3)	減少	①	B		

- ① 人口動態統計
- ② がん検診
- ③ 由仁町国保特定健診結果
- ④ 由仁町国保レセプト・身体障害者手帳交付状況
- ⑤ 1歳6ヵ月児・3歳児健診・乳幼児フッ素塗布健診結果

- ⑥ 学校保健統計
- ⑦ 妊娠届出
- ⑧ 介護保険事業報告(中間評価から介護保険事業計画書)
- ⑨ 母子保健報告

■ 改善 ■ 悪化

図表 29 「健康日本 21（第三次）」の基本的な方針と目標

全体目標	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり						死亡
	胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	
健康寿命の延伸 健康格差の縮小							
次世代の健康	<input type="checkbox"/> 妊娠中の適正な体重増加 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 （低出生体重児の割合の減少） （在胎週数に相当した出生体重にある児の増加） <input type="checkbox"/> 肥満傾向にある子どもの割合の減少						
循環器病	<input type="checkbox"/> 小児生活習慣病健診の受診率の維持 <input type="checkbox"/> 高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少） <input type="checkbox"/> 脂質異常者（LDL 160mg/d以上）の減少 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 （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） <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠で休養が取れている者の増加						<input type="checkbox"/> 脳血管疾患SMR 100以下 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患SMR 100以下
糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病合併症（糖尿病性腎症）の減少 （糖尿病腎症の年間新発症導入患者数の減少） <input type="checkbox"/> 糖尿病患者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者の減少 （HbA1cが9.0%以上の者の割合の減少） <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している人の増加 （肥満BMI 25以上の減少） <input checked="" type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣者の増加 <input type="checkbox"/> 特定健診受診率の向上 <input type="checkbox"/> 特定保健指導の実施率の向上						
がん	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 精密検査の受診率の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 20歳以上の喫煙率の減少						<input type="checkbox"/> 悪性新生物SMR 100以下
COPD（慢性閉塞性肺疾患）	<input checked="" type="checkbox"/> 20歳以上の喫煙率の減少						<input type="checkbox"/> COPD SMR 100以下
歯・口腔の健康	<input type="checkbox"/> 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加						<input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 過去1年間に歯科検診受診者の増加
高齢者	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加						<input type="checkbox"/> 生活習慣病重症化予防によるフレイル予防 <input type="checkbox"/> 低栄養傾向の高齢者の減少
個人の取組では解決できない地域や社会の健康づくり： <input type="checkbox"/> 社会環境の質の向上 個人の取組が可能な健康づくり： <input checked="" type="checkbox"/>							

第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防

1 次世代の健康

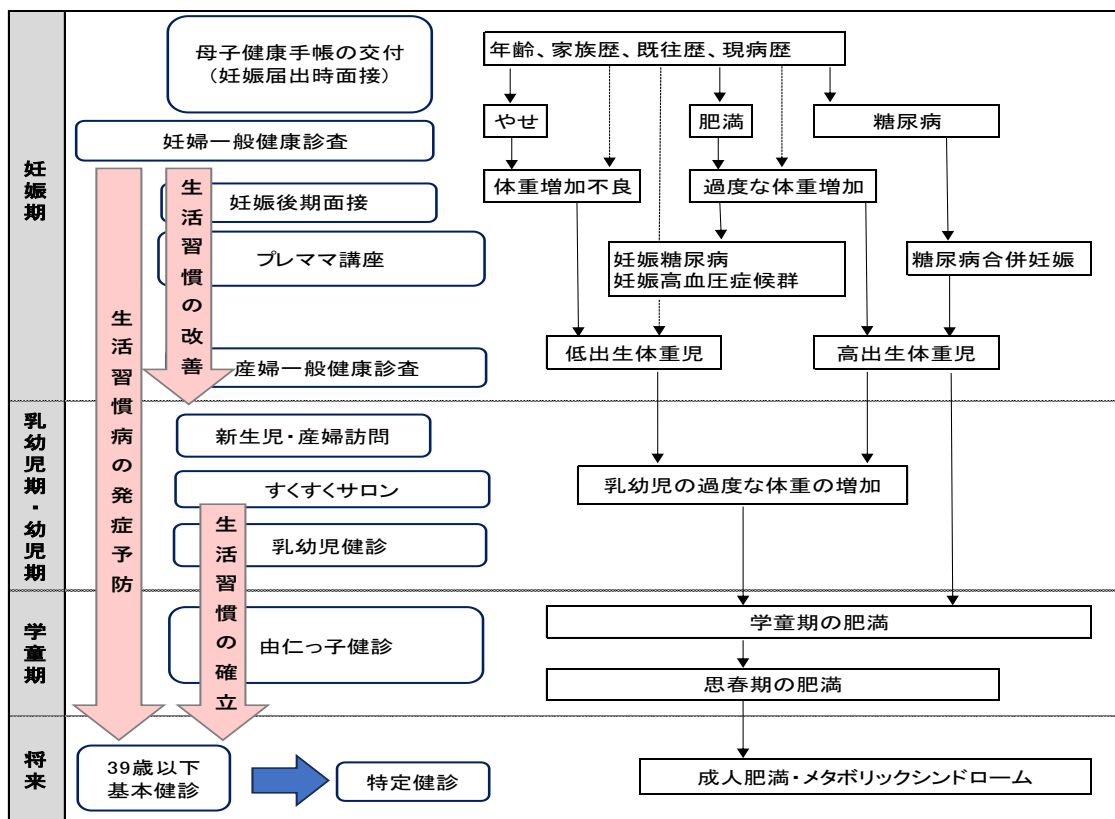
(1) 基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が成人期以降の生活習慣病の発症の要因であることが、疫学的研究でわかってきました。低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症します。そのため、妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。（図表 30）

出産時年齢が 35 歳以上の産婦の割合は、平成 25 年度と比較すると高い傾向にあることがわかります。（図表 31） 出産年齢が高くなることで、妊娠糖尿病等の産科合併症のリスクが高まります。

妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診及び相談、出生から 3 歳児までの乳幼児健診、学童期の由仁町子ども生活習慣病予防健診（以下、「由仁っ子健診」という。）を実施しています。

図表 30 妊娠期（胎児期）からの生活習慣病予防



図表 31 35 歳以上の妊婦の割合

年度	平成25年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
妊娠届出数	29人	15人	14人	18人	18人	15人
うち35歳以上	5人	7人	4人	4人	7人	6人
割合	17.2%	46.7%	28.6%	22.2%	38.9%	40.0%

【出典】由仁町調べ

(2) 現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 低出生体重児 (2,500g 未満) の割合の減少

低出生体重児の割合は、全国平均で9%台といわれています。当町では、出生数も少なく、双胎児の出生などで割合が大きく変化していることがわかります。(図表 32、33)

低出生体重児は、一過性多呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化等を招く可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長を見守ることが大切です。

低出生体重児の約3割は、在胎37週以上の正期産です。低出生体重児の背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などがあります。

また、妊娠中の喫煙も早産や低出生体重児の可能性を高めます。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要です。(図表 34、35)

図表 32 低出生体重児の割合

年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
出生数	16人	15人	18人	18人	15人	
うち低出生体重児	4人	3人	1人	1人	0人	
割合	25%	20%	6%	6%	0%	
内訳	単胎児	2人	1人	1人	1人	0人
	双胎児	2人	2人	0人	0人	0人

【出典】由仁町調べ

図表 33 低出生体重児の状況（平成 30 年度～令和 4 年度）

出生体重	計	計		正期産		早産		再掲			
		人数	割合	在胎37週以上		在胎37週未満		後期早産児		超・極・中等度早産児	
				人数	割合	人数	割合	34週～37週未満	22週～34週未満	人数	割合
出生体重2,500g未満	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
単胎児	2,500g未満	9人	100.0%	3人	33.3%	6人	66.7%	6人	66.7%	0人	0%
	2,500g未満 2,000g以上	4人	44.4%	3人	75.0%	1人	25.0%	1人	100%	0人	0.0%
	2,000g未満 1,500g以上	1人	11.1%	0人	0.0%	1人	100.0%	1人	100%	0人	0.0%
	1,500g未満 1,000g以上	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
	1,000g未満	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
双胎児	2,500g未満	4人	44.4%	0人	0.0%	4人	100%	4人	100%	0人	0.0%

【出典】由仁町調べ

図表 34 低出生体重児の背景

母体因子	胎児因子
1 高血圧症、糖尿病、腎疾患、甲状腺疾患 2 妊娠高血圧症候群 3 喫煙、アルコール、薬物 4 妊娠中の体重増加不良 5 母親の出生時低体重、子宮筋腫	1 多胎児 2 胎児感染 3 子どもの疾病

図表 35 妊娠中の喫煙（平成 30 年度～令和 4 年度）

	妊娠中
把握数	90人
喫煙者	2人
喫煙率	2.2%

【出典】由仁町調べ

(イ) 在胎週数に相当した出生体重にある児の増加

在胎週数に相当した出生体重（A F D）にある児は 85.4%です。

(図表 36)

胎児は、胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100%生命維持と発育を依存しています。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され、低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児に比して体重が小さい子宮内発育不全（制限）児になりやすい

といわれています。

また、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、将来の生活習慣病の発症リスクが増加します。

一方で、母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育（巨大児）が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されています。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、在胎不当過大児（HFD）の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにも繋がります。

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、一定の期間を経過したのちに2型糖尿病を高率に発症することがわかっています。妊娠届出時の情報や妊婦健診で糖尿病発症を早期に発見し、糖代謝について確認する必要があります。（図表 37）

図表 36 在胎週数に相当した出生体重

略称	在胎週数と体格の組み合わせによる分類		平成30年度～令和4年度 出生合計	
	体重	身長	人数	割合
			82人	100%
SFD	標準の 10パーセントタイル未満	標準の 10パーセントタイル未満	1人	1.2%
LFD	標準の 10パーセントタイル以上	標準の 10パーセントタイル以上	3人	3.7%
AFD	標準の 10～90パーセントタイル未満	-	70人	85.4%
HFD	標準の 90パーセントタイル以上	標準の 90パーセントタイル以上	8人	9.8%

【出典】由仁町調べ

図表 37 妊娠糖尿病の危険因子

妊娠届出時の情報	妊娠経過(妊婦健診)
1 加齢 2 肥満 3 糖尿病家族歴 4 巨大児出産の既往	1 尿糖陽性 2 過度の体重増加

(ウ) 妊娠中の適正な体重増加

妊娠前の体格がBMI18.5以上25未満の普通体重の妊婦は、6割から7割程度で推移しており、BMI18.5未満のやせ妊婦は1割強程度です。(図表38)

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なります。令和3年3月改定の「妊産婦のための食生活指針」では、新たな妊娠中の体重増加の目安が示されました。

妊娠中の体重増加不良は低出生体重児のリスクを高め、体重増加が著しい場合は、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病の発症リスク、巨大児の出生リスクを高めます。そのため、全妊婦を対象に、個人差を配慮した摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を、具体的に、「なにを」「どの位」食べたらよいかが目でわかる教材等を活用しながら、妊娠届出面接、妊娠後期面接、プレママ講座の機会に学習を継続していきます。

図表38 妊娠前の体格

妊娠前体格	BMI	年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
計			18人	15人	18人	18人	18人
低体重	18.5未満	人数	3人	1人	2人	3人	3人
		割合	16.7%	6.7%	11.1%	16.7%	16.7%
普通体重	18.5～24.9	人数	12人	11人	12人	11人	11人
		割合	66.7%	73.3%	66.7%	61.1%	61.1%
肥満	25以上	人数	3人	3人	4人	4人	4人
		割合	16.7%	20.0%	22.2%	22.2%	22.2%

【出典】由仁町調べ

(エ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

生活習慣病は、遺伝素因と不健全な生活習慣が相まって発症しますが、特に幼児期の過度な体重増加は、学童期以降の肥満と関連しており、小児肥満から成人肥満への移行率は、70%程度といわれています。

令和4年度の1歳6か月児健診では太り気味に該当した児は、1人(5.9%)でした。

また、3歳児健診で太り気味に該当した児は、1人(5.6%)で

した。(図表 39、40)

乳幼児健診やすくすくサロンをはじめとする各母子保健事業を通して、乳児期からの生活リズム、食事、運動、排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行います。

図表 39 1歳6か月児健診結果（令和4年度）

計	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ	
	-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%以上	
17人	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		0人	0.0%	0人	0.0%	16人	94.1%	1人	5.9%	0人	0.0%	0人

【出典】由仁町調べ

図表 40 3歳児健診結果（令和4年度）

計	やせすぎ		やせぎみ		普通		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ	
	-20%以下		-20%超 -15%未満		-15%超 +15%未満		+15%以上 +20%未満		+20%以上 +30%未満		+30%以上	
18人	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		0人	0.0%	0人	0.0%	17人	94.4%	1人	5.6%	0人	0.0%	0人

【出典】由仁町調べ

イ 由仁っ子健診の受診率の維持と肥満傾向児の減少

中学2年生を対象に、よりよい生活習慣の形成を目的として、町独自事業として由仁っ子健診を実施しています。

受診率は、70%前後で推移してきましたが、コロナ禍で部活動ができなくなった令和2年度は健診受診率が高くなっています。(図表 41)

健診の結果としては、令和2年度の新型コロナウイルス感染症流行後は肥満傾向児の割合が増加しており、道、国と比較しても令和2年度以降は肥満傾向児出現率が高いことがわかります。きょうだいを含む、肥満の家族歴もある者も多いことから、生活習慣病予防の基盤を固めることが課題であり、世帯で生活習慣病対策に取り組む必要があります。生活実態に合わせ、保健指導教材を用いて保健指導を実施し、保護者と本人の生活習慣の改善を目指します。(図表 42)

今後も教育課、小中学校、養護教諭と課題を共有しながら、必要な連携を図っていきます。

図表 41 由仁っ子健診受診率

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	40人	37人	35人	31人	28人
受診者数	29人	27人	31人	21人	18人
受診率	72.5%	73.0%	88.6%	67.7%	64.2%

【出典】由仁町調べ

図表 42 肥満傾向児の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
由仁町	10.3%	7.4%	19.6%	14.2%	16.7%
道	13.0%	12.3%	12.3%	11.1%	10.9%
国	8.1%	8.8%	8.8%	10.4%	9.7%

【出典】由仁町調べ 由仁っ子健診データ
道・国：学校保健統計 e-stat 13 歳児データ

(3) 具体的な取組

母子保健法第1条の目的では「この法律は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的にする。」とされ、児童の健全育成の基盤ともなるべき母性の保護や、乳幼児が健全な成長を遂げる上で欠くことのできない保健の充実や、健康診査や保健指導の体系的な事業構築が図られています。

母子保健は、全ての子どもが健やかに成長していく上での健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となります。

妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細かな保健指導を行っていきます。

また、将来、糖尿病や心血管病発症リスクの高い産婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療受診継続の必要性の学習を行っていきます。

課題である就学後の肥満傾向児の増加について、日本学術会議の生活習慣病対策分科会において、幼少期からの生活習慣病防止策や教育

の強化を求める提言を発表し、「肥満症診療ガイドライン 2022」には「小児の肥満と肥満症」の章が新設され、小児期にメタボリックシンドロームの診断を行うことは心血管イベントの予防上、重要と位置付けられています。

今後においても、由仁っ子健診の受診を促し、健診結果を通じて親子で日頃の生活習慣の振り返りと学習を継続していきます。

2 循環器病

(1) 基本的な考え方

脳卒中、心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和2年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患が第4位となっています。

また、介護が必要となる主な原因は、令和元年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を併せた循環器病による割合が最多となっています。次いで多い原因疾患は認知症ですが、65歳以上の認知症患者の約3割は、脳血管性障害を基盤とする血管性認知症が占めています。

超高齢社会を迎えたわが国では、循環器病は更に増加すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因といえます。

また、循環器病がもたらす社会的負担としては、膨大な医療費や介護費用が使われ、患者やその家族にとっても負担が非常に大きくなります。

国や学会等はその対策として、平成26年5月には、「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会（日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業）から「脳卒中予防への提言」が出されました。

また、平成28年12月に日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会は、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」を公表しました。

平成30年12月には、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立し、令和元年12月に施行されたことにより、その基本法に基づき、国や道において循環器病対策推進計画が策定され、それに沿って循環器病対策が行われています。（図表43）

平成20年度から開始された特定健診は、心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施ですが、当町独自の取組として40歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。

また、平成24年度から75歳以上を対象とした長寿健診にも全員に心電図検査を追加して実施しています。特定健診、長寿健診で実施している心電図検査では、年代が上がるにつれて有所見者が増加しています。その中でも心原性脳塞栓症の原因となる心房細動は、心電図検査によって発見することが可能です。心房細動の所見は令和4年度10人

(1.8%) いました。そのうち、2人が未治療となっています。その他の8人は、既に内服治療や医療機関で経過観察を行っています。（図表

44、45)

平成 25 年度には、平成 24 年に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中で、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、non-HDL コレステロール値（総コレステロール値－HDL コレステロール値）が脂質管理目標に導入されたことから、non-HDL コレステロールを検査項目に追加して実施し、平成 27 年度からは、脳血管の変化を予測できる検査として、町独自に 40 歳以上の受診者に集団健診で眼底検査を実施しています。

更に、平成 28 年度からは、「由仁町働き盛り世代脳卒中^{ゼロ}プロジェクト」を実施し、家庭血圧測定の普及啓発のほか、心房細動による心原性脳梗塞の予防として、特定健診で使用する血圧計を不整脈が検出できる自動血圧計に変更し、不整脈が出た受診者には家庭での脈拍触診や自動血圧計での機器によるチェックで早期発見に対する取組を行っています。

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症（特に高 LDL コレステロール血症）、メタボ、糖尿病、喫煙の 5 つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要です。循環器病の主要な危険因子のうち、喫煙と糖尿病についてはそれぞれ独立した領域で目標が設定されているため、残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について目標を設定します。

図表 43 循環器病対策の動き

	国・関係学会等の動き	目的・内容等
平成26年5月	<p>脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指すために- 初版</p> <p>「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会（日本脳卒中協会／バイエル薬品共同事業）</p>	<p>心房細動は高齢者に多くみられる不整脈で、心房細動による脳梗塞は最も重篤な脳梗塞だが、適切な治療により予防が可能な疾患。しかし約半数が脳梗塞を発症して初めて心房細動が見つかるなど、早期発見が容易ではなかったことから、一般市民に心房細動の症状と脳梗塞予防の必要性に関する知識の啓発と日常診療あるいは家庭での脈拍触診、自動血圧計などの機器によるチェックや、健康診断における心電図検査などを通じて早期発見を促し、適切な治療を行うことを目的とする。</p>
平成28年12月	<p>脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画</p> <p>日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会</p>	<p>健康寿命の延伸を実現するため脳卒中と循環器病を克服することを目指し、その目標と戦略を明確にすることを目的とする。</p> <p>計画実行期間 平成28年度から令和2年度</p>
平成30年12月成立 令和元年12月施行	<p>健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法</p> <p>（平成30年法律第105号）</p>	<p>誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。</p>
令和2年1月	<p>脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指して- 第五版</p>	<p>基本法が施行され、「循環器病対策推進基本計画」が策定されることとなり、「心房細動による脳卒中」の予防は国や自治体の政策レベル、医療従事者だけではなく、国民全体が取り組むべき活動として位置づけられたことからプロジェクトの目標は一定レベルで達成できたと考え、令和2年3月でプロジェクトを終了することが決定。</p>
令和2年10月	<p>循環器病対策推進計画</p>	<p>基本法に基づき策定するものであり、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県循環器病対策推進計画の基本となるもの。</p> <p>計画実行期間 令和2年度から4年度までの3年間</p>
令和3年3月	<p>脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画</p>	<p>計画実行期間 令和3年度から7年度までの5年間</p>
令和3年12月	<p>北海道循環器病対策推進計画</p>	<p>計画実行期間 令和3年度から5年度までの3年間</p>
令和5年3月	<p>第2期循環器病対策推進計画</p>	<p>計画実行期間 令和5年度から10年度までの6年間</p>

図表 44 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者 a	786人	374人	412人	733人	356人	377人	645人	307人	338人	584人	282人	302人	585人	283人	302人
心電図受診者 b	560人	274人	286人	655人	301人	354人	622人	299人	323人	540人	262人	278人	560人	273人	287人
心電図実施率 b/a	71.2%	73.3%	69.4%	89.4%	84.6%	93.9%	96.4%	97.4%	95.6%	92.5%	92.9%	92.1%	95.7%	96.5%	95.0%
有所見者数 c	111人	63人	48人	175人	97人	78人	149人	81人	68人	153人	83人	70人	148人	84人	64人
有所見率 c/b	19.8%	23.0%	16.8%	26.7%	32.2%	22.0%	24.0%	27.1%	21.1%	28.3%	31.7%	25.2%	26.4%	30.8%	22.3%
心房細動 e	5人	5人	0人	9人	9人	0人	8人	6人	2人	8人	8人	0人	10人	8人	2人
心房細動有所見率 e/b	0.9%	1.8%	0.0%	1.4%	3.0%	0.0%	1.3%	2.0%	0.6%	1.5%	3.1%	0.0%	1.8%	2.9%	0.7%
うち、心房細動未治療	1人	1人	0人	2人	2人	0人	1人	0人	1人	0人	0人	0人	2人	1人	1人

【出典】由仁町調べ

図表 45 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
心房細動有所見者	5人		9人		8人		8人		10人	
心房細動未治療者	1人	20.0%	2人	22.2%	1人	12.5%	0人	0.0%	2人	20.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
治療開始	1人	100.0%	2人	100.0%	1人	100.0%	0人	0.0%	2人	100.0%

【出典】由仁町調べ

(2) 現状と目標

ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下

国の循環器病領域のアウトカム評価の指標として、第2期循環器病対策推進基本計画の目標である、「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられていますが、当町の年齢調整死亡率を算出することが困難なことから、標準化死亡比（SMR）を用いて分析したところ、脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）では、100を上回っており、道よりも高くなっています。

また、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）は、100を下回っており、平成15～24年、平成18～27年と比較すると、低下しており、道と比較しても低くなっています。（図表46）

図表 46 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

	H15～H24			H18～H27			H25～R4		
	由仁町		道	由仁町		道	由仁町		道
	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	83	87.8	93.4	83	99.4	91.6	72	104.1	94.0
虚血性心疾患	50	90.3	87.6	40	78.8	84.5	26	59.6	81.4

【出典】北海道健康づくり財団統計データ 平成 15 年～平成 24 年
 北海道健康づくり財団統計データ 平成 18 年～平成 27 年
 北海道健康づくり財団統計データ 平成 25 年～令和 4 年

イ 高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者の割合の減少）

循環器病の中でも近年増加しているのが心不全です。高齢化により約 120 万人の患者がいるといわれており、「心不全パンデミック」とも呼ばれています。

日本循環器学会と日本心不全学会では、心不全を「心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」と定義され、循環器病の終末像が心不全と捉えられています。有効な薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩していますが、対症療法であり根治的な治療ではないため、予後はあまり改善されていません。そのため心不全は予防が重要です。

心不全の原因疾患には、高血圧があります。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こします。更に高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになります。（図表 47）

令和 4 年度のⅡ度高血圧以上の者は、33 人（5.6%）で、道に比べ、割合は低くなっています。Ⅲ度高血圧については、7 人（1.2%）で道と同じ割合でした。（図表 48）

Ⅱ度高血圧以上の 33 人は、重症化予防対象者となり、そのうち未治療の 23 人は白衣高血圧の可能性もあるため、家庭血圧を測定してもらい血圧以外の危険因子、臓器障害等の有無と併せて医療機関受診の必要を判断する必要があります。未治療者 23 人のうち 6 人

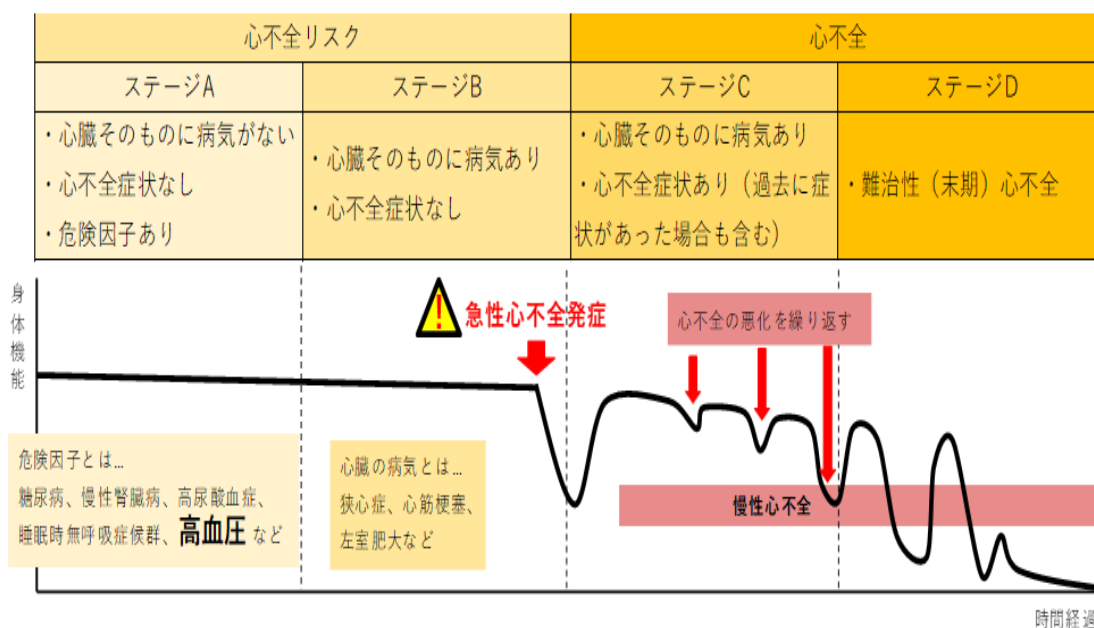
（26.1%）は、既に眼底検査で動脈硬化性変化など臓器障害の所見が認められています。

また、降圧薬治療中のⅡ度高血圧以上の 10 人（4.9%）は、必要な治療の継続とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減量、減

塩等) が必要です。(図表 49)

これらの重症化予防の対象者は、長期間、高血圧状態に在ることから、心不全のリスクが高くなることから、血圧のコントロールを良好な状態に維持できるよう、データヘルス計画との整合性を図り、Ⅱ度高血圧以上の者の割合減少を目標に取り組んでいきます。

図表 47 心不全のステージと経過



図表 48 Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者

			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
Ⅱ度高血圧 (拡張期100mmHg・ 収縮期160mmHg) 以上の割合	由仁町	該当者数	41人	38人	20人	34人	33人
		割合	5.2%	5.2%	3.1%	5.8%	5.6%
	道	該当者数	13,740人	13,268人	14,724人	14,798人	14,850人
		割合	5.8%	5.9%	7.1%	7.1%	7.0%
再掲) Ⅲ度高血圧 (拡張期110mmHg・ 収縮期180mmHg) 以上の割合	由仁町	該当者数	11人	11人	1人	6人	7人
		割合	1.4%	1.5%	0.2%	1.0%	1.2%
	道	該当者数	2,317人	2,242人	2,465人	2,495人	2,569人
		割合	1.0%	1.0%	1.2%	1.2%	1.2%

【出典】由仁町調べ

図表 49 重症化予防対象者

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	<参考> 健診受診者(受診率)				
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	588人 56.4%				
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	■各疾患の治療状況				
				治療中 治療なし				
				高血圧 206 382				
				脂質異常症 210 378				
				糖尿病 68 507				
				3疾患 いずれも 307 281				
				※照診結果による				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	33 5.6%	8 1.4%	13 2.2%	17 2.9%	152 25.9%	50 8.5%	25 4.3%	224 38.1%
治療なし	23 6.0%	2 0.7%	13 3.4%	11 2.9%	19 6.8%	26 5.1%	2 0.7%	55 19.6%
(再掲) 特定保健指導	7 21.2%	1 12.5%	5 38.5%	1 5.9%	19 12.5%	6 12.0%	1 4.0%	30 13.4%
治療中	10 4.9%	6 2.0%	0 0.0%	6 2.9%	133 43.3%	24 35.3%	23 7.5%	169 55.0%
臓器障害 あり	6 26.1%	2 100.0%	3 23.1%	5 45.5%	6 31.6%	7 26.9%	2 100.0%	13 23.6%
CKD(専門医対象者)	1	0	0	2	1	2	2	2
心電図所見あり	5	2	3	3	5	5	1	12
臓器障害 なし	17 73.9%	--	10 76.9%	6 54.5%	13 68.4%	19 73.1%	--	--

【出典】ヘルスサポートラボツール

ウ LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の減少

脂質異常症の診断項目の1つであるLDLコレステロールの高値は、冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症及び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 以上に相当するといわれており、その割合は、43人(7.3%)でした。(図表50)

また、LDLコレステロール 180 mg/dl 以上の13人(6.0%)は、冠動脈疾患の発症率が高い家族性高コレステロール血症が疑われるため、早期診断と厳格な治療が必要となり、確実な受診勧奨が必要とされます。

しかし、LDLコレステロール高値は、自覚症状がないことから、治療に結びつかないことが課題となっており、町独自で二次健診として頸動脈超音波検査を実施しています。受診者の中には、プラーク

が見つかり、治療に繋がった者もいることから、頸動脈超音波検査については、継続して実施していく必要があります。

データヘルス計画との整合性を図り、LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の減少を目標に取り組んでいきます。

図表 50 LDLコレステロール 120 mg/dl 以上の分布

令和 4 年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

特定健診受診者 588人
 うち 160mg/dl以上者 43人 (7.3%)

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より (脂質異常治療者 (問診結果より服薬あり) を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)					(再掲) LDL160以上の年代別			
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
215			99	73	30	13	8	8	17	10	
			46.0%	34.0%	14.0%	6.0%	18.6%	18.6%	39.5%	23.3%	
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療 法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	48	30	11	7	0	5	2	0	0
			22.3%	30.3%	15.1%	23.3%	0.0%	62.5%	25.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	94	40	34	14	6	2	5	11	2
			43.7%	40.4%	46.6%	46.7%	46.2%	25.0%	62.5%	64.7%	20.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	68	27	25	9	7	1	1	6	8
		31.6%	27.3%	34.2%	30.0%	53.8%	12.5%	12.5%	35.3%	80.0%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	7	3	2	1	1	1	0	0	1	
		3.3%	3.0%	2.7%	3.3%	7.7%	12.5%	0.0%	0.0%	10.0%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5	2	3	0	0	0	0	0	
			2.3%	2.0%	4.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) または心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

【出典】ヘルスサポートラボツール

エ メタボの該当者・予備群の減少

メタボと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年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。

メタボの該当者は平成 30 年度と比較すると、総数、男女ともに増加しており、道、国よりも高い割合となっています。

また、メタボの予備群は、総数、男女とも減少していますが、道、国よりも高い割合となっています。(図表 51)

データヘルス計画との整合性を図り、メタボ該当者、予備群の割合については、男女とも減少を目標に取り組んでいきます。

図表 51 メタボリックシンドロームの該当者、予備群の状況

		由仁町					道	国
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
メタボ	該当者	24.3%	24.8%	27.8%	25.8%	25.9%	20.1%	20.3%
	男性	36.4%	37.4%	41.7%	41.1%	38.8%	32.5%	32%
	女性	13.3%	13%	15.1%	11.6%	13.5%	10.8%	11%
	予備群	13%	12.3%	11.8%	10.1%	11.8%	11.1%	11.2%
	男性	17.9%	17.1%	15.6%	12.4%	15.5%	18.1%	17.9%
	女性	8.5%	7.7%	8.3%	7.9%	8.4%	5.9%	5.9%

【出典】ヘルスサポートラボツール

オ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすといわれています。

国は、アルコール健康障害対策基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画において、生活習慣病のリスクを高める量を、1日当たりの「純アルコール量」は、男性は40g以上、女性は20g以上とし、体質などによってより少ない量にすることが望ましいとしています。

当町では、令和4年度の特定健診質問票で、毎日飲酒する者は19.8%と、道、国よりも低い割合となっていました。

また、1日の飲酒量は「純アルコール量」の基準となる2合以上では、道、国よりも低い割合となっていますが、3合以上は、道、国よりも高い割合となっています。(図表 52)

データヘルス計画との整合性を図り、1日の飲酒量3合以上の者の減少を目標に取り組んでいきます。

図表 52 特定健診受診者の飲酒状況（令和4年度）

	毎日飲酒	1日2合以上飲酒	うち3合以上飲酒
由仁町	19.8%	10.9%	3.2%
道	21.9%	15.3%	3.1%
国	24.6%	12.2%	2.5%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年度

カ 睡眠で休養がとれている者の増加

睡眠の不足は、集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があることだけではなく、長期的にからだところの健康にも影響を及ぼします。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン（食欲を抑制するホルモン）が減少し肥満になりやすくなるなど、体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き心血管病のリスクが高まるということが科学的にも明らかになっています。

特定健診健診質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について、「はい」と答えた者は、78.3%で、道並みの割合となっています。（図表 53）

図表 53 特定健診受診者の睡眠の状況（令和4年度）

	睡眠が十分にとれている者
由仁町	78.3%
道	78.1%
国	75.1%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年度

（3）具体的な取組

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症、重症化や合併症の発症、生活機能の低下、要介護状態へと進行します。

この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診

と治療によって、発症や重症化予防が可能です。

そのためには、住民一人ひとりが生活習慣改善に向けた取組を考える入り口として特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることが重要です。

高齢化に伴い増加している心不全は、「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画」において脳卒中、血管病とともに重要3疾患のうちの一つとされており、心不全は進行性の病態で発症及び重症化予防が重要です。

また、心不全を早期発見するためには、息切れやむくみなどの症状を年のせいと放置せず、受診することが必要です。脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）値の測定が心不全の早期発見には有用とされていることや生活習慣の改善を目的に1日尿中食塩排泄量の測定などの新たな検査についても注視していく必要があります。

また、心不全の予防には、減塩対策が必須なことから、減塩商品を手に入れやすい環境づくりとして、インセンティブの「由仁町健康推進・地域活性化事業～健診受けて、チケットもらって、まちで使おう事業（KCM事業）～」のなかで、産業振興課（商工部局）と連携した環境づくりについても継続する必要があります。

そして、メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は、循環器病をいかに予防するかということです。メタボは、内臓脂肪が蓄積している状態であり、肥満との相関が見られることから、具体的な取組については肥満の改善と同様に進めていきます。（3 糖尿病（3）具体的な取組参照）

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、さわやかこくほ、広報などを利用した啓発
- ・医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携
- ・健診未受診者が健診を受けやすい体制整備
- ・産業振興課、JAそらち南と連携した健診勧奨の継続
- ・由仁町国民健康保険加入者以外の受入による健診機会の確保
- ・インセンティブとして「由仁町健康推進・地域活性化事業～健診受けて、チケットもらって、まちで使おう事業（KCM事業）」、帯状疱疹ワクチン助成試行的事業の実施

イ 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・若年健診（20歳～39歳）

- ・由仁町国民健康保険特定健康診査
- ・長寿健診
- ・生活保護受給者の特定健診

ウ 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施
- ・特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
- ・家庭訪問、健康相談、結果説明会、健康教育などでの保健指導の実施
- ・高LDLコレステロール血症の学習教材の活用
- ・頸動脈超音波検査の継続実施
- ・「由仁町働き盛り世代脳卒中^{ゼロ}プロジェクト」の継続
- ・家庭血圧測定の普及、啓発
- ・産業振興課と連携した減塩環境への取組
- ・由仁町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施
- ・データヘルス計画に準じた取組

3 糖尿病

(1) 基本的な考え方

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

糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第3位に位置しています。

国の糖尿病有病者数は、「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが重要です。

当町では、平成27年から糖尿病性腎症重症化予防に取り組み、尿中アルブミン検査を実施し、早期腎症期の発見に努め、医療機関と連携して未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

また、平成29年度に由仁町糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、糖尿病連携手帳を介した、医療機関との連携を実施しています。

(2) 現状と目標

ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）

当町における新規透析導入者数は、令和元年度と令和4年度を比較し75歳以上で7人と増えています。

また、新規透析導入者のうち、令和4年度の糖尿病性腎症は74歳未満で3人、75歳以上で4人でした。年齢が高くなるにつれ、糖尿病と高血圧による腎硬化症を併せて持っている人が増えています。

（図表 54）

図表 54 人工透析者の推移

※人工透析導入以前に糖尿病の診断レセプトがある者を含む

年齢区分	人工透析			
			糖尿病性腎症※	
	令和元年度	令和4年度	令和元年度	令和4年度
治療者 0～74歳	10人	10人	8人	8人
うち新規	4人	4人	4人	3人
75歳以上	13人	14人	9人	10人
うち新規	3人	7人	3人	4人

【出典】KDB帳票 5月レセプト
身体障がい者手帳診断書

医療費では、国保加入時の慢性腎不全（透析無）の増加が後期高齢者で高い人工透析患者率に繋がっていると考えられます。（図表 55）
（第1章 第5節 医療 参照）

図表 55 中長期目標の中での慢性腎不全（透析有、無）

		由仁町		同規模	道	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
腎	慢性腎不全(透析有)	2.85%	1.65%	3.29%	2.30%	4.27%
	慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.61%	0.37%	0.28%	0.29%

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

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。

HbA1c 6.5%以上の割合は、コロナ禍の影響を受け、平成29年度と比較して増加しています。（図表 56）

HbA1c 6.5%以上は73人（12.5%）いますが、そのうち未治療は26人います。26人の中には、薬物療法は行っていませんが、糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方も多くいます。KDB等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表 56 HbA1c の推移

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	
H29	823人	294人 35.7%	305人 37.1%	133人 16.2%	91人 11.1%	26人 28.6%	65人 71.4%	11.1%
					41人 5.0%	5人 12.2%	36人 87.8%	5.0%
H30	802人	282人 35.2%	293人 36.5%	142人 17.7%	85人 10.6%	27人 31.8%	58人 68.2%	10.6%
					40人 5.0%	7人 17.5%	33人 82.5%	5.0%
R元	733人	337人 46.0%	199人 27.1%	123人 16.8%	74人 10.1%	18人 24.3%	56人 75.7%	10.1%
					28人 3.8%	4人 14.3%	24人 85.7%	3.8%
R2	649人	241人 37.1%	224人 34.5%	106人 16.3%	78人 12.0%	25人 32.1%	53人 67.9%	12.0%
					43人 6.6%	10人 23.3%	33人 76.7%	6.6%
R3	597人	196人 32.8%	210人 35.2%	109人 18.3%	82人 13.7%	25人 30.5%	57人 69.5%	13.7%
					37人 6.2%	7人 18.9%	30人 81.1%	6.2%
R4	585人	238人 40.7%	183人 31.3%	91人 15.6%	73人 12.5%	26人 35.6%	47人 64.4%	12.5%
					31人 5.3%	7人 22.6%	24人 77.4%	5.3%

【出典】ヘルスサポートラボツール

ウ 治療継続者の割合の増加(HbA1c 6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)

HbA1c 6.5%以上の者のうち糖尿病治療中者は、平成 29 年度と比較して減少しています。(図表 57)

糖尿病治療中である 47 人は、治療を継続できるよう医療機関と連携し、保健指導を実施していく必要があります。

図表 57 HbA1c 6.5%以上の治療者の推移

HbA1c 6.5%以上の治療中者		
年度	人数	治療割合
H29	65人	71.4%
H30	58人	68.2%
R元	56人	75.7%
R2	53人	67.9%
R3	57人	69.5%
R4	47人	64.4%

【出典】ヘルスサポートラボツール

エ 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 (NGSP) 8.0%以上の者、HbA1c 7.0%以上の者)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロール評価指標としてHbA1c 8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられており、血糖コントロールが「不可」である状態は、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていました。

平成 25 年 6 月 1 日より糖尿病治療におけるHbA1cの目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」としてHbA1c 6.0%未満、「合併症を予防するための目標」HbA1c 7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」として8.0%未満と定められました。(図表 58)

平成 28 年 5 月には日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、65 歳以上の高齢者の血糖コントロール目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とするHbA1c値を決定するとされています。(図表 59)

血糖コントロール指標であるHbA1c 7.0%~7.9%の者は、減少傾向だったところ、コロナ禍を経て増加し、令和 4 年度は、24 人 (4.1%) と再び減少傾向となっています。しかし、HbA1c 8.0%以上の者は 7 人 (1.2%) と増加しています。(図表 60)

また、発症予防や重症化予防では、「代謝」の要となるインスリンについてイメージできることが大切です。

当町では、発症予防の視点から、HbA1c 6.5%未満で若年のBMI 25 以上の男性を中心に二次検査の 75 g 糖負荷検査を実施しており、40 歳未満でも既に糖尿病型に該当し、治療を開始した者がいます。

また、境界型では、インスリン抵抗性と初期分泌低下が起こっている者がおり、糖尿病型へ移行しないようなインスリンの分泌に合わせた栄養指導が必要な者がいました。

正常型で、HbA1c 5.9%以下の者でも、インスリン抵抗性が起こっている者がおり、「代謝」の要となるインスリンについて意識が持てるような保健指導を実施していく必要があります。(図表 61)

データヘルス計画との整合性を図り、糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c 6.5%以上の者の割合の減少)、治療継続者の割合の増加 (HbA1c 6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合の増加)、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8.0%以上の者の割合の減少)を目標に取り組んでいきます。

図表 58 65歳以下の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 59 高齢者の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ		カテゴリーⅢ		
		①認知機能正常かつ ②ADL自立		①軽度の認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立		①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害	
重症低血糖が 危惧される薬 剤（インスリ ン製剤、SU薬、 グリニド薬な ど）の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満		8.0%未満	
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)		8.5%未満 (下限7.5%)	

糖尿病治療ガイド 2022-2023 改変

図表 60 HbA1c の状況

HbA1c測定	保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲						
	正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
							合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
	5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4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	
H29	823人	294人	35.7%	305人	37.1%	133人	16.2%	50人	6.1%	35人	4.3%	6人	0.7%	22人	2.7%	3人	0.4%
H30	802人	282人	35.2%	293人	36.5%	142人	17.7%	45人	5.6%	34人	4.2%	6人	0.7%	21人	2.6%	4人	0.5%
R元	733人	337人	46.0%	199人	27.1%	123人	16.8%	46人	6.3%	19人	2.6%	9人	1.2%	19人	2.6%	6人	0.8%
R2	649人	241人	37.1%	224人	34.5%	106人	16.3%	35人	5.4%	36人	5.5%	7人	1.1%	19人	2.9%	4人	0.6%
R3	597人	196人	32.8%	210人	35.2%	109人	18.3%	45人	7.5%	31人	5.2%	6人	1.0%	21人	3.5%	3人	0.5%
R4	585人	238人	40.7%	183人	31.3%	91人	15.6%	42人	7.2%	24人	4.1%	7人	1.2%	14人	2.4%	4人	0.7%

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表 61 75g 糖負荷検査の結果

75g 糖負荷検査結果		正常領域 HbA1c 5.0~5.5		正常高値 HbA1c 5.6~5.9		境界領域 HbA1c 6.0~6.4		
		合計	うちインスリン抵抗あり	合計	うちインスリン抵抗あり	合計	うちインスリン抵抗あり	うち初期分泌低下あり
正常型	合計	8人	4人	5人	2人	1人	1人	1人
	40歳未満	4人	2人	2人	1人			
	40歳代			2人	1人			
	50歳代	3人	2人			1人	1人	1人
	60歳代	1人		1人				
	70歳代							
境界型	合計	1人		1人		7人	3人	4人
	40歳未満			1人		2人	2人	1人
	40歳代					2人	1人	1人
	50歳代					1人		1人
	60歳代							
	70歳代	1人				2人		1人
糖尿病型	合計	0人		1人		5人	3人	4人
	40歳未満					1人		1人
	40歳代					1人	1人	1人
	50歳代							
	60歳代			1人		1人	1人	1人
	70歳代					1人	1人	1人

【出典】マルチマーカー

オ 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）の減少）

肥満は、糖尿病、循環器疾患、がん等の生活習慣病との関連があります。その中でも糖尿病は、肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖を下げるホルモンであるインスリンの組織におけるインスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態（インスリン抵抗性）を引き起こします。

また、肥満によって肥大した脂肪細胞から血中に分泌される遊離脂肪酸やTNF- α などのアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させます。

肥満（BMI 25 以上）の者を性別で見ると、男性は50%以上と2人に1人が肥満で、女性も30%前後と3人に1人が肥満になっています。男女とも65～74歳で肥満が多くなっています。（図表 62）

更に詳しく年代別の割合を見ると、男性では25歳から肥満が増え、特定健診対象年齢前に肥満になっています。

また、男女とも60歳からの肥満の割合が増えています。（図表 63）

肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に、20歳以降に体重を増加させると糖尿病を発症するリスクが高まるといわれており、20歳以降の体重を増加させない生活習慣が必要です。

特定健診質問項目から、20歳時体重から10kg以上増加した者の割合は、令和4年度38.6%と道、国よりも高い割合となっていました。（図表 64）

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。女性では、年齢を重ねるごとにBMI 18.5未満の割合が増えています。（図表 65）

図表 62 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		248人	340人	99人	146人	72人	113人	24人	30人	1人	2人	2人	1人
				39.9%	42.9%	29.0%	33.2%	9.7%	8.8%	0.4%	0.6%	0.8%	0.3%
再掲	男性	125人	161人	63人	85人	43人	69人	18人	14人	1人	2人	1人	0人
				50.4%	52.8%	34.4%	42.9%	14.4%	8.7%	0.8%	1.2%	0.8%	0.0%
	女性	123人	179人	36人	61人	29人	44人	6人	16人	0人	0人	1人	1人
				29.3%	34.1%	23.6%	24.6%	4.9%	8.9%	0.0%	0.0%	0.8%	0.6%

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表 63 BMI 25 以上の年代別の割合の経年推移（5 歳刻み）

年度		総数			男性			女性		
		24年度	28年度	4年度	24年度	28年度	4年度	24年度	28年度	4年度
20～24歳	受診者数		5人	5人		4人	0人		1人	5人
	人数		3人	0人		3人	0人		0人	0人
	割合		60.0%	0.0%		75.0%			0.0%	0.0%
25～29歳	受診者数		8人	7人		5人	5人		3人	2人
	人数		4人	5人		2人	5人		2人	0人
	割合		50.0%	71.4%		40.0%	100.0%		66.7%	0.0%
30～34歳	受診者数		22人	14人		12人	9人		10人	5人
	人数		8人	8人		6人	6人		2人	2人
	割合		36.4%	57.1%		50.0%	66.7%		20.0%	40.0%
35～39歳	受診者数		20人	27人		12人	19人		8人	8人
	人数		4人	10人		4人	8人		0人	2人
	割合		20.0%	37.0%		33.3%	42.1%		0.0%	25.0%
40～44歳	受診者数	42人	43人	26人	20人	23人	16人	22人	20人	10人
	人数	16人	14人	9人	10人	13人	7人	6人	1人	2人
	割合	38.1%	32.6%	34.6%	50.0%	56.5%	43.8%	27.3%	5.0%	20.0%
45～49歳	受診者数	65人	53人	41人	28人	25人	21人	37人	28人	20人
	人数	21人	22人	14人	12人	16人	10人	9人	6人	4人
	割合	32.3%	41.5%	34.1%	42.9%	64.0%	47.6%	24.3%	21.4%	20.0%
50～54歳	受診者数	82人	72人	44人	39人	32人	26人	43人	40人	18人
	人数	40人	27人	19人	25人	14人	15人	15人	13人	4人
	割合	48.8%	37.5%	43.2%	64.1%	43.8%	57.7%	34.9%	32.5%	22.2%
55～59歳	受診者数	103人	90人	61人	55人	38人	26人	48人	52人	35人
	人数	42人	38人	22人	28人	20人	10人	14人	18人	12人
	割合	40.8%	42.2%	36.1%	50.9%	52.6%	38.5%	29.2%	34.6%	34.3%
60～64歳	受診者数	174人	158人	79人	84人	91人	36人	90人	67人	43人
	人数	64人	69人	35人	42人	53人	22人	22人	16人	13人
	割合	36.8%	43.7%	44.3%	50.0%	58.2%	61.1%	24.4%	23.9%	30.2%
65～69歳	受診者数	155人	249人	128人	58人	118人	67人	97人	131人	61人
	人数	49人	92人	58人	25人	49人	37人	24人	43人	21人
	割合	31.6%	36.9%	45.3%	43.1%	41.5%	55.2%	24.7%	32.8%	34.4%
70～74歳	受診者数	185人	227人	239人	83人	89人	108人	102人	138人	131人
	人数	62人	81人	98人	32人	38人	53人	30人	43人	45人
	割合	33.5%	35.7%	41.0%	38.6%	42.7%	49.1%	29.4%	31.2%	34.4%

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表 64 20歳時体重から10kg以上増加した者の割合

	20歳時体重から 10kg以上増加
由仁町	38.6%
道	35.4%
国	34.5%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年度

図表 65 性別、年代別のBMIの状況

	健診受診者	低体重		普通体重		肥満		(再掲)									
		18.5未満		18.5~24.9		25以上		肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度			
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
総計	合計	588	56.4%	33	5.6%	310	52.7%	245	41.7%	185	31.5%	54	9.2%	3	0.5%	3	0.5%
	40-49歳	69	55.2%	2	2.9%	44	63.8%	23	33.3%	16	23.2%	6	8.7%	0	0.0%	1	1.4%
	50-59歳	104	60.5%	4	3.8%	58	55.8%	42	40.4%	31	29.8%	10	9.6%	1	1.0%	0	0.0%
	60-69歳	201	51.4%	10	5.0%	99	49.3%	92	45.8%	73	36.3%	17	8.5%	0	0.0%	2	1.0%
	70-74歳	214	60.5%	17	7.9%	109	50.9%	88	41.1%	65	30.4%	21	9.8%	2	0.9%	0	0.0%
男性	合計	286	57.3%	3	1.0%	135	47.2%	148	51.7%	112	39.2%	32	11.2%	3	1.0%	1	0.3%
	40-49歳	38	48.7%	0	0.0%	21	55.3%	17	44.7%	12	31.6%	4	10.5%	0	0.0%	1	2.6%
	50-59歳	52	61.9%	1	1.9%	26	50.0%	25	48.1%	16	30.8%	8	15.4%	1	1.9%	0	0.0%
	60-69歳	100	51.3%	1	1.0%	42	42.0%	57	57.0%	47	47.0%	10	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
	70-74歳	96	67.6%	1	1.0%	46	47.9%	49	51.0%	37	38.5%	10	10.4%	2	2.1%	0	0.0%
女性	合計	302	55.6%	30	9.9%	175	57.9%	97	32.1%	73	24.2%	22	7.3%	0	0.0%	2	0.7%
	40-49歳	31	66.0%	2	6.5%	23	74.2%	6	19.4%	4	12.9%	2	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
	50-59歳	52	59.1%	3	5.8%	32	61.5%	17	32.7%	15	28.8%	2	3.8%	0	0.0%	0	0.0%
	60-69歳	101	51.5%	9	8.9%	57	56.4%	35	34.7%	26	25.7%	7	6.9%	0	0.0%	2	2.0%
	70-74歳	118	55.7%	16	13.6%	63	53.4%	39	33.1%	28	23.7%	11	9.3%	0	0.0%	0	0.0%

【出典】ヘルスサポートラボツール

カ 身体活動・運動

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

身体活動や運動の量が多い者は、運動習慣のない者と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患（NCD）の発症リスクが低いことが実証されています。

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

身体活動、運動の重要性が明らかになっていることから、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

(ア) 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）

特定健診質問項目から、日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する習慣がない者は、令和4年53.4%と道、国よりも高い割合となっていました。（図表66）

今回は、身体活動を歩行で見っていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要があります。

図表 66 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する習慣がない者

	1日1時間以上 身体活動なし
由仁町	53.4%
道	46.9%
国	47.4%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年度

(イ) 運動習慣者の増加（1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施）

特定健診健診質問項目から、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する習慣がない、運動習慣のない者は、令和4年度72.6%で、経年的にも運動習慣のない者が多く、道、国よりも高い割合となっていました。（図表67）

図表67 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する習慣がない者

		年度				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
由仁町	該当者数	403人	386人	339人	332人	344人
	割合	75.2%	73.2%	74.2%	69.2%	72.6%
国	該当者数	3,716,665人	3,672,239人	3,288,027人	3,513,697人	3,245,295人
	割合	58.6%	58.8%	59.2%	59.6%	59.2%
道	該当者数	131,352人	124,824人	114,804人	117,901人	110,051人
	割合	61.9%	61.7%	62.3%	63.1%	62.0%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年

キ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

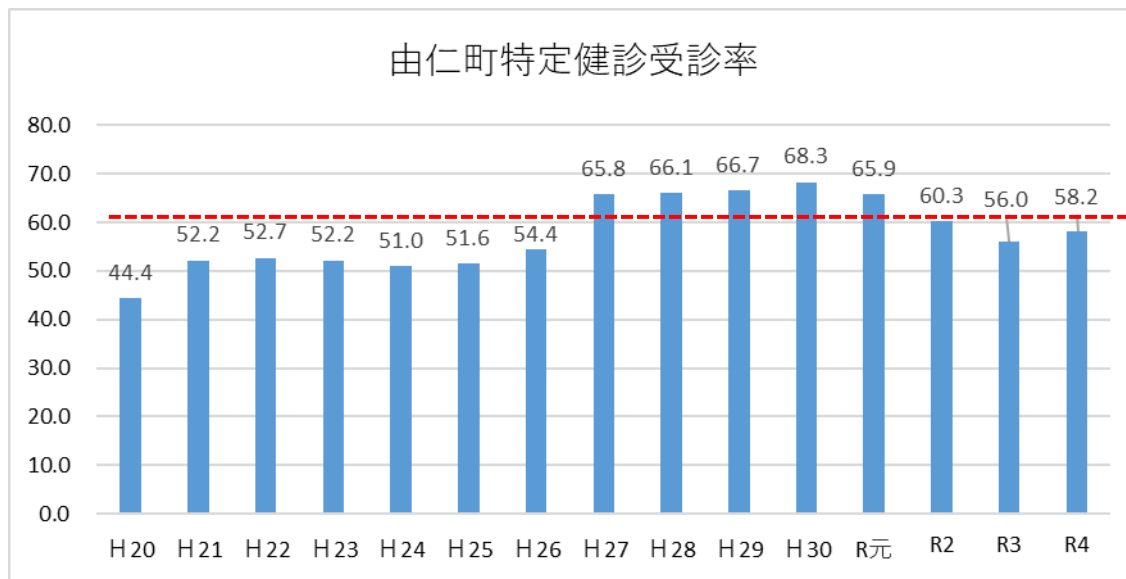
特定健診受診率を経年的に見ると、平成27年度から国が設定した市町村国保の目標値である60%を達成していましたが、令和3年度、令和4年度は、コロナ禍の影響を受け、目標値を下回っています。（図表68）

また、特定健診、特定保健指導実施率は、ともに道、国よりも高い状態で推移しています。（図表69）

年代別で見ると、男性は40歳代、女性は50歳代前半と60歳代後半の受診率が低下しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。（図表70）

また、医療機関通院中の健診未受診者には、医療機関での検査データ提供を依頼し、必要な保健指導を実施することが必要です。

図表 68 特定健診受診率の推移



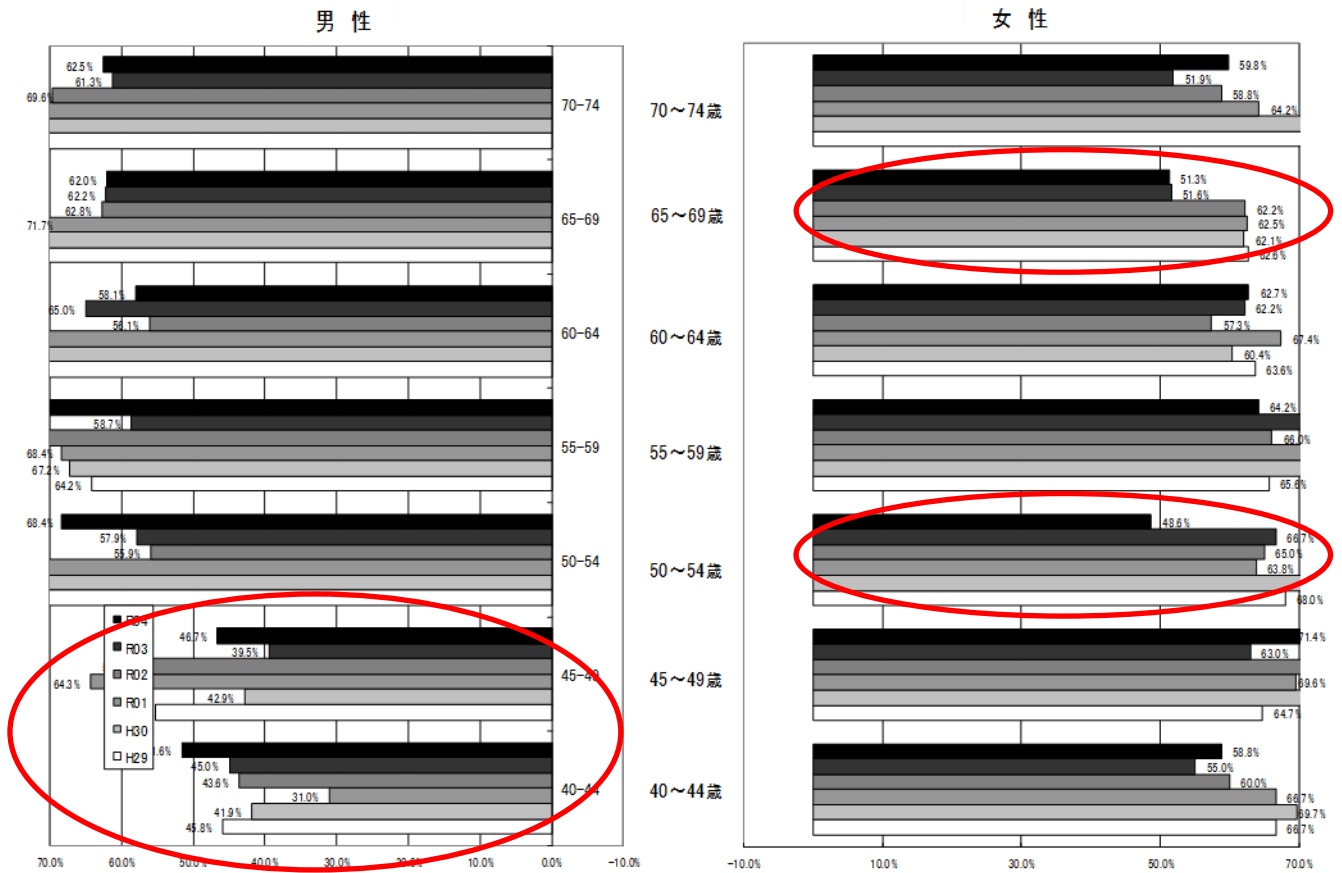
【出典】 特定健診法定法報告

図表 69 特定健診受診率・保健指導実施率の比較

			年度				
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査実施率	由仁町	対象者数	1,150人	1,113人	1,069人	1,042人	1,010人
		受診者数	786人	733人	645人	584人	588人
		受診率	68.3%	65.9%	60.3%	56.0%	58.2%
	道	受診率	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%
	国	受診率	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-
特定保健指導実施率	由仁町	対象者数	94人	80人	72人	63人	65人
		実施者数	78人	60人	51人	49人	58人
		割合	83.0%	75.0%	70.8%	77.8%	89.2%
	道	割合	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%
	国	割合	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%	-

【出典】 K D B 帳票 共通評価指標

図表 70 年代別特定健診受診率の推移



【出典】ヘルスサポートラボツール

(3) 具体的な取組

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子及び加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することです。

糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、糖尿病における重症化予防は、健診受診によって糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や治療中断の方は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防

と管理には、肥満の是正が重要な意義を持ちます。そのため、糖尿病の食事療法、運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切です。インスリンの作用は糖代謝だけではなく、脂質及びたんぱく質代謝などにもかかわっているため、栄養素バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。そのため、食品を働きで分類した4つの食品群により「1日に何をどれだけ食べたら良いのか」を妊娠期（胎児期）、幼児期、学童期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせた資料を使い、学習をしていきます。

「肥満症診療ガイドライン2022」には、肥満や肥満症の発症は、他の慢性疾患と同様に、遺伝的な要因、生育や発達における要因、社会的要因など様々な要因が関係するにもかかわらず、必要以上に食習慣など個人の生活上の要因に帰せられる傾向があること、肥満症治療には、食事療法や運動療法、行動療法といった生活習慣の変容に大きく依存する治療法以外にも、外科療法や肥満症治療薬使用の選択があることの記載があります。

また、加工食品やお菓子に含まれる工業的に作られた油脂や糖（異性化糖）、動物性脂肪の摂取や、肥満者の脂肪細胞から出る物質により脳が変調を起し満腹中枢（食欲中枢）に影響を与えるとされています。本人の意志だけで改善することが困難な肥満者では、生活習慣の改善だけではなく、生活習慣病の早期受診と治療も必要と考えます。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると筋肉細胞の増殖や合成が妨げられ、筋肉量の減少に繋がる等の理由から筋肉が減少しやすく、サルコペニアになりやすいことが分かっています。

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
- ・特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
- ・尿中アルブミン検査、クレアチニン検査、GFRの町独自追加
- ・家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
- ・二次健診（75g糖負荷検査）
- ・医療関係者との連携
- ・糖尿病手帳の活用
- ・データヘルス計画に準じた取組

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- ・妊娠前の体格に応じた適切な体重増加へ向けての保健指導
- ・冬期間の体重増加者に対する保健指導
- ・対象者への理解を深めるためのメカニズムの学習

4 がん

(1) 基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり、生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんによる死亡を減らすために平成18年「がん対策基本法」が成立し、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施しています。

国の第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）の目標には、「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」があげられています。その中身として「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」とあります。

がんの発症予防（1次予防）、がんの早期発見、早期治療（2次予防）の重要性が改めて明記されました。

当町では健康増進法や国の指針[※]、科学的根拠に基づき検診により死亡を減らすことができると証明されている胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がんの5種類のがん検診を行っています。

※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）

(2) 現状と目標

ア がん年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比100以下）

年齢調整死亡率は、小規模自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比（SMR）を用いてがんの死亡の状況を見ていくこととします。

当町の標準化死亡比（SMR）は、平成18年～27年と平成25年～令和4年を比較すると、男女とものがんによる死亡が増加しています。（図表71）

図表71 がんの標準化死亡比（SMR）

	由仁町		全国
	平成18年～27年	平成25年～令和4年	
男性	111.7	116.8	100
女性	109.0	113.1	100

【出典】北海道健康づくり財団統計データ 平成18年～平成27年
北海道健康づくり財団統計データ 平成25年～令和4年

検診を実施している5種類のがんを見ると、肺がんの人数が最も多く、標準化死亡比（SMR）では、胃がん、大腸がん、子宮がんが高くなっていました。（図表 72）

図表 72 がんの部位別死亡数と標準化死亡比（SMR）

順位	死因	人数	H25～R4 SMR
1位	肺がん	48	98.3
2位	胃がん	45	144.1
3位	大腸がん	41	129.3
4位	乳がん	6	76.7
5位	子宮がん	4	107.9

【出典】北海道健康づくり財団統計データ 平成 25 年～令和 4 年

当町では、平成 27 年度から中学校 2 年生を対象に、検尿によるピロリ菌検査と除菌治療を実施しており、20 歳以上では、集団検診でピロリ菌抗体検査と萎縮性胃炎を検査する胃がんリスク検査を実施しています。

また、子宮頸がんのリスクとなるHPV（ヒトパピローマウイルス）検査を集団検診でオプション検査として実施しています。

今後においても、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な検診を実施し、がんの早期発見、早期治療に結びつけ、死亡を減らしていくことが重要です。

イ がん検診の受診率の向上

当町では、5種類のがん検診を実施しており、がん検診受診率向上のため、がん検診実施機関の拡大、1日で複数のがん検診が受診できる日程を設定し、町民が受けやすい検診体制の拡充、検診の意義の啓発及び周知に取り組んできましたが、がん検診受診率は5種類全て目標値を達成できていません。（図表 73）

図表 73 がん検診受診率

	平成23年度		平成28年度		令和4年度		国目標値
胃がん	男性	14.5%	14.9%	男性	20.1%	21.7%	40%
	女性	15.1%		女性	23.2%		
肺がん	男性	16.8%	17.2%	男性	20.2%	20.8%	
	女性	17.4%		女性	21.5%		
大腸がん	男性	16.7%	16.7%	男性	21.6%	23.6%	
	女性	16.7%		女性	25.6%		
子宮頸がん	13.3%		20.5%		16.5%		50%
乳がん	16.4%		28.5%		19.4%		

【出典】 地域保健報告

国は、令和5年に第4期がん対策推進基本計画のがん検診受診率の目標値を、第3期計画の50%から60%に引き上げました。第4期計画の検診受診率が目標を達成できていない要因として、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、検診受診者が1～2割減少したとの報告があります。

また、がん検診を受けた人のうち、3～7割が職域（保険者や事業主が福利厚生として任意で実施、法的な根拠なし）で受診している実態はありますが、現在は受診者を把握する仕組みがないことを課題とし、今後、正確ながん検診受診率の把握のため、職域におけるがん検診について実施状況を把握するとしています。

当町においても、一部の事業所等の職域でがん検診を実施していますが、受診率算定の対象には含まれません。小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健診のみで、がん検診を実施していない事業所もあります。このような実態から、職域でがん検診を実施していない事業所や国民健康保険の加入者に受診勧奨を実施することが大切です。

今後も町民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発や周知と、効果的な受診勧奨を行っていく必要があります。

ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療に繋げるためには、精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

精密検査受診率は、男性の受診率が低い傾向にあり、コロナ禍であった令和元年度から令和3年度の受診率が低かったことがわかります。（図表 74）

図表 74 がん検診精密検査受診率

			平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	計
胃	男性	精検受診率	86%	72%	90%	63%	14%	80%	71%
		発見がん	1人	0人	0人	0人	0人	1人	2人
	女性	精検受診率	79%	88%	75%	57%	63%	100%	77%
		発見がん	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
大腸	男性	精検受診率	61%	68%	73%	56%	25%	62%	58%
		発見がん	0人	1人	0人	1人	0人	0人	2人
	女性	精検受診率	82%	94%	82%	38%	18%	84%	72%
		発見がん	0人	0人	0人	0人	0人	1人	1人
肺	男性	精検受診率	60%	100%	100%	33%	67%	33%	57%
		発見がん	0人	1人	0人	0人	1人	0人	2人
	女性	精検受診率	100%	100%	100%	55%	67%	20%	71%
		発見がん	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
子宮	女性	精検受診率	該当者なし	100%	50%	100%	100%	100%	92%
		発見がん	0人	0人	0人	0人	0人	1人	1人
乳	女性	精検受診率	50%	100%	100%	100%	100%	67%	88%
		発見がん	0人	0人	2人	0人	0人	0人	2人

【出典】地域保健報告

国の第4期がん対策推進基本計画においては、精密検査受診率の目標値を90%以上としています。

しかし、精密検査受診率は多くのがんの種類で十分とはいえず課題としており、対策として精密検査を受けられる医療機関の情報提供を行うことが記載されています。

当町では、精密検査対象者には電話や訪問等で個別に本人に結果説明と受診勧奨を行い、精密検査の必要性、近郊で適切な精密検査を受けられる医療機関リストを作成し説明しています。

また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には、再勧奨を行っています。

胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいと、受診をためらう精密検査対象者が多く見られます。早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができることから、精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、精密検査に伴う苦痛を軽減し

て検査を行う医療機関も増えており、医療機関等の情報も併せて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

(3) 具体的な取組

がんの早期発見、治療のためには、がん検診を受けることと精密検査が必要と判定された受診者が、精密検査を受けることが重要です。引き続き、がん検診の受診率及び精密検査受診率の向上に向けて取り組みます。

ア がん検診の受診率の向上

- ・ オプトアウト方式による継続受診の勧奨
- ・ 特定健診等と同時に受診できるようにした受診の利便性の継続
- ・ がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨
- ・ 無料クーポンの利用率や年齢別受診率等を検証しながら効果的なクーポンの配布

イ 精密検査受診率の向上

- ・ 受診の必要性についてのリーフレット、医療機関リストを活用した勧奨の継続

5 喫煙・慢性閉塞性肺疾患（COPD）

（1）基本的な考え方

慢性閉塞性肺疾患（以下、「COPD」という。）は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道、肺胞、肺血管などに病変が起きる病気です。この変化は治療しても戻ることはありません。息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれています。

COPDの最大の原因は喫煙で、50～80%に関与しているといわれています。遺伝的因子、感染なども原因として挙げられていますが、ほとんどのCOPDが禁煙によって予防可能とガイドラインに記載されており、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に繋がります。

また、COPDは炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器病を併発することも多く、COPDの予防は循環器病の予防のためにも重要です。

（2）現状と目標

ア COPDの死亡率の減少（がんの標準化死亡比100以下）

当町のCOPDによる死亡は、道、国と比較して高くないものの、今後、死亡を減らしていくためには、原因となる喫煙対策が必要です。

（図表75）

図表75 COPDの標準化死亡比（SMR）

	平成25年～令和4年 標準化死亡比(SMR)		
	由仁町	道	国
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	78.0	92.0	100

【出典】北海道健康づくり財団統計データ 平成25年～令和4年

イ 喫煙率の減少

当町は、男性で道や国よりも喫煙率が高く、女性では、道よりは低いです。国よりは高い状況です。（図表76）

喫煙者の20～50%がCOPDを発症するといわれています。COPDは症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経

過し、呼吸困難など重症になってから受診することがあります。

重症化する前に治療するには早期発見が不可欠ですが、症状や胸部X線検査では早期診断は困難です。スパイロメトリー（肺機能検査）により呼吸機能を測定することで、呼吸障害を早期に発見することができますが、健診機関によっては、検査を実施することができないため、現状では、検査体制の整備をすることが難しい状況です。

また、喫煙はCOPDだけではなく、循環器病、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要です。町内の禁煙外来医師と連携し、禁煙対策を進めていく必要があります。

図表 76 喫煙率の推移と比較

			年度					
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
喫煙率	男性	由仁町	該当者数	122人	122人	98人	85人	87人
			割合	32.6%	34.3%	31.9%	30.1%	31.3%
		道 国	割合	25.5%	24.9%	24.2%	24.6%	24.5%
			割合	23.1%	22.7%	21.7%	21.8%	22.0%
	女性	由仁町	該当者数	42人	39人	32人	25人	27人
			割合	9.4%	8.9%	9.2%	9.8%	8.8%
		道 国	割合	9.5%	9.4%	9.3%	9.4%	9.5%
			割合	5.8%	5.8%	5.6%	5.7%	5.7%

【出典】KDB帳票 質問票調査の経年比較 令和4年度

(3) 具体的な取組

- ・禁煙外来等の情報提供

喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療をできる外来等の情報提供を実施

- ・外来の受診が難しい方は、低用量のニコチンガムなどの禁煙補助剤（市販）等の情報提供

6 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどのQOLの向上を図るためには、高齢化が進む中で将来を見据え、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、成人期及び高齢期では口腔機能を維持向上することが重要です。

全ての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されていますが、歯の喪失の主要な原因疾患となるう蝕（むし歯）と歯周病予防は必須の項目です。

(2) 現状と目標

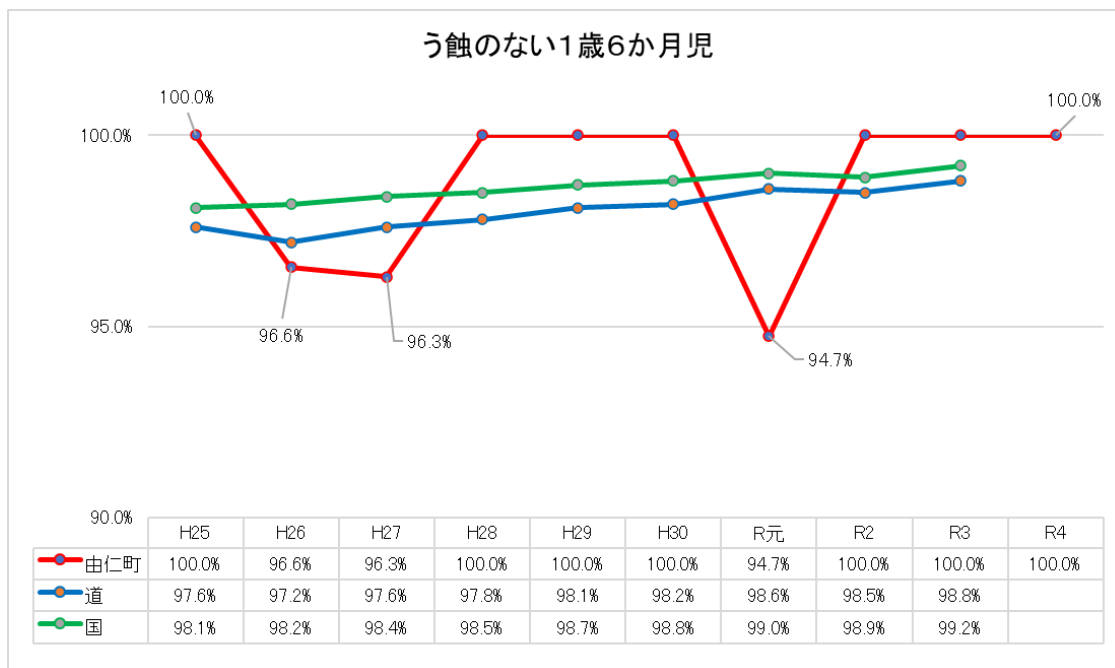
ア 乳幼児・学齢期のう蝕がない者の増加

当町のう蝕がない1歳6か月児の割合は、100%で推移しています。

(図表 77)

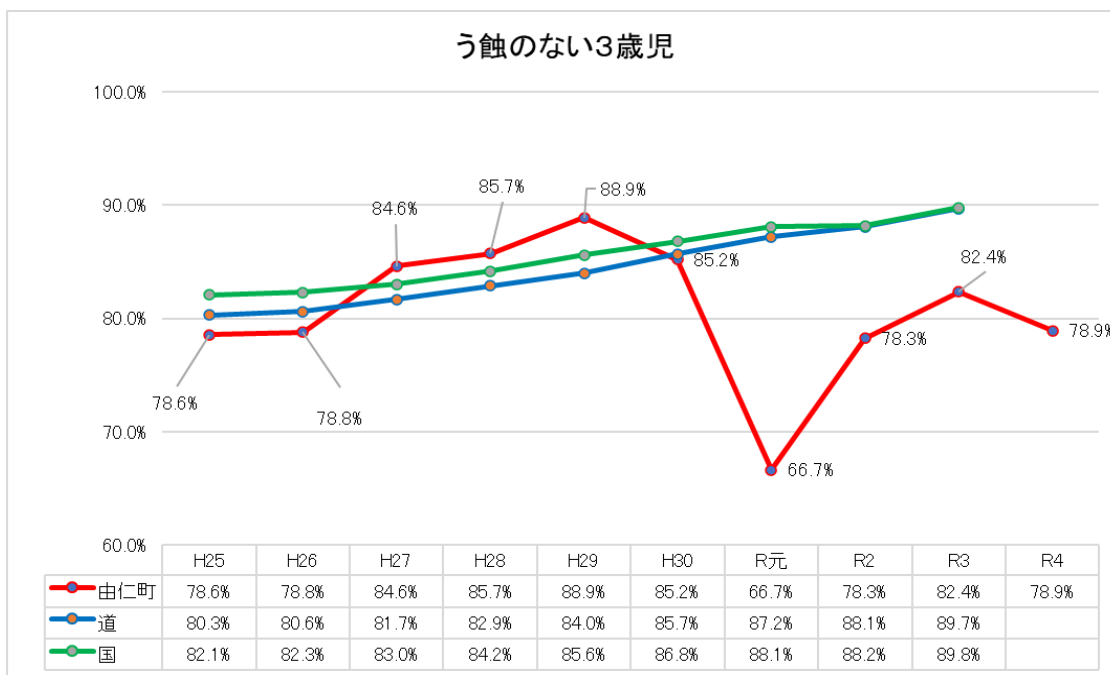
また、う蝕がない3歳児の割合は、78.9%で国平均と比べて低く、国の目標値（令和4年度）の90%は達成できていない状況です。(図表 78)

図表 77 う蝕がない1歳6か月児の推移



【出典】母子保健報告

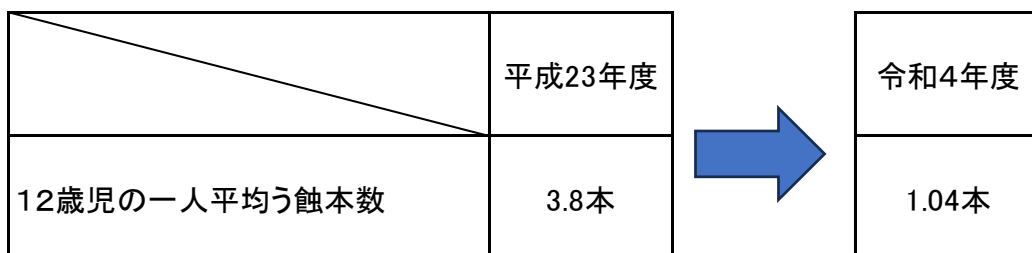
図表 78 う蝕がない3歳児の推移



【出典】母子保健報告

当町では、平成 23 年度から幼稚園、平成 24 年度から保育園、平成 25 年度から小学校でフッ素洗口事業を実施しており、12 歳児の一人平均う蝕本数については、以前に比べ改善傾向にあります。(図表 79)

図表 79 12 歳児のう蝕本数推移



【出典】由仁小学校調べ

このような現状から、母子保健法に基づく 1 歳 6 か月児及び 3 歳児健康診査時の歯科健康診査のほか、母子歯科保健事業を通して、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促すとともに、子どもの生活や成長にかかわる保育士や学童期の生活に係る小学校とも連携を図り、環境づくりを進めていきます。

イ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加

当町では、令和3年度から健康増進法に基づく歯周疾患検診を実施しています。令和4年度は25人の受診で、受診者数の増加が課題です。(図表80)

図表80 歯周疾患検診の受診状況

年代	対象者数	受診者数	受診率	結果		
				異常なし	要指導	要精密検査
40歳	45人	3人	6.7%	2人	0人	1人
50歳	70人	6人	8.6%	4人	0人	2人
60歳	63人	5人	7.9%	1人	0人	4人
70歳	93人	6人	6.5%	4人	0人	2人
80歳	68人	5人	7.4%	3人	2人	2人
合計	339人	25人	7.4%	14人	2人	11人

【出典】由仁町調べ

検診結果では、受診者の11人(44.0%)が要精密検査となり、異常なしと判定されたのは14人(56.0%)でした。

要精密検査の内容は、義歯作成4件(36.4%)、むし歯治療開始が3件(27.3%)、知覚過敏2件(18.2%)、歯周病疑い及び治療開始が2件(18.2%)、歯石除去1件(9.1%)という結果でした。

ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

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

進行した歯周炎を有する者の国の目標値は40歳代で25%、60歳代で45%ですが、当町は40歳代で0%、60歳代で50.0%と60歳代では目標を達成できていません。(図表81)受診数が少ないことから、今後、受診者数の増加による実態の把握が必要です。

図表 81 歯周疾患検診の受診状況

	令和4年度
①40歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	0%
②60歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	40%

【出典】由仁町調べ

(3) 具体的な取組

令和6年度から展開される「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)」(令和5年10月告示)を踏まえ、歯科口腔保健の基本的事項を本計画の中で一体のものとして策定します。

令和5年8月に歯周病検診マニュアル(2023年改訂版)が公表(厚生労働省(歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキング))され、令和8年から運用されることになりました。

今後、成人期を対象とした標準的な(新)歯科健康診査票や職域における歯科健康診査、歯科保健指導(国民皆歯科健診)など歯科口腔対策の充実のための機能強化が図られます。当町の現行の口腔歯科保健対策についても再構築に向けた検討を行っていきます。

7 高齢者の健康

(1) 基本的な考え方

高齢化が進んでおり、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進しています。

また、平均自立期間（日常生活動作が自立している期間が要介護2以上になるまで）と平均寿命との差が短縮されることも評価指標の一つとなっています。

そのためには、生活習慣病の発症予防、重症化予防から、健康な状態から要介護状態へと移行するフレイルの予防が重要だと考えられます。

フレイルとは、平成26年に日本老年医学会が「Frailty（虚弱）」の日本語訳として提唱した概念です。加齢とともに心身が衰えた状態になることを意味し、健康な状態から要介護状態へと移行する段階だと考えられています。

(2) 現状と目標

ア 後期高齢者の生活習慣病重症化予防（Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 8%以上者の減少）

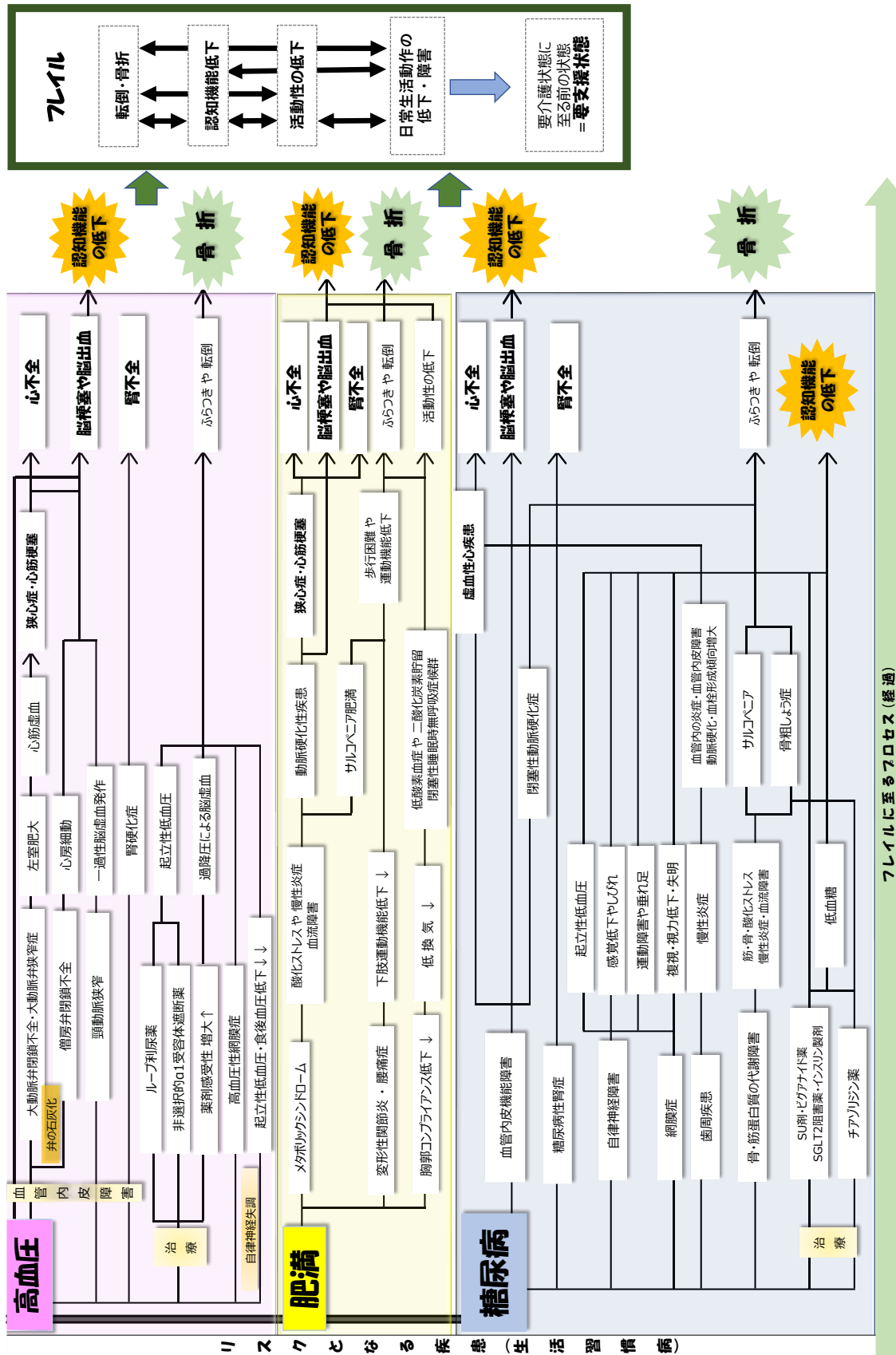
フレイルに至るプロセスを確認すると、生活習慣病の重症化が「認知機能の低下」や「骨折」などの介護リスクに繋がることから、当町では、生活習慣病の予防を切り口に、フレイル予防、介護予防を進めていきたいと考えます。（図表 82）

また、当町の介護保険の1号認定者の有病疾患（血管疾患）の1位は虚血性心疾患であり、心疾患がある要介護認定者では、心不全の有病率が高いことがわかります。（第Ⅰ章 第4節 介護保険（図表 14）及び第Ⅱ章 第2節 2 循環器病（図表 47）参照）

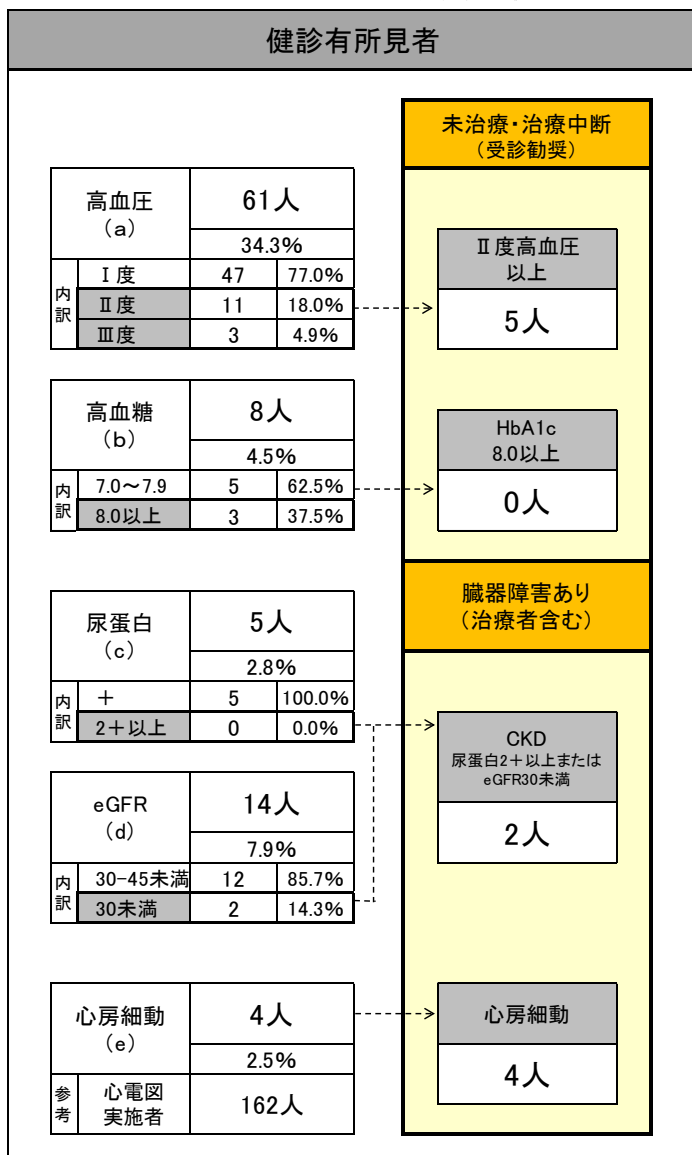
心臓は、筋肉の塊です。心臓の筋肉が弱って心不全に至る状態を防ぐことがフレイル予防、介護予防と考え、基礎疾患となる高血圧、糖尿病のコントロール状態を良くする必要があります。令和4年度の長寿健診では、Ⅱ度高血圧以上の者は14人、そのうち未治療が5人、HbA1c 8%以上が3人おり、全員が治療中でした。（図表 83）

後期高齢者医療保険に加入後も、国保世代から継続した高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業での生活習慣病重症化予防を継続していく必要があります。

図表 82 フレイルに至るプロセス～生活習慣病によるリスクとメカニズム



図表 83 長寿健診受診者の有所見状況



【出典】ヘルスサポートラボツール

イ 低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制（BMI 20 以下、血清アルブミン 3.9mg/dl 以下の減少）

高齢者では、消化酵素やホルモンの出方が少なくなること、食品から摂ったたんぱく質を自分の身体に作り替え同化させることに抵抗が出る「たんぱく同化抵抗性」が身体の中で起こります。そのため、若い時のように、肉、魚を食べても効率的に身体の細胞に作り替えることが難しくなる特性があります。

フレイル予防には、高齢者の身体のメカニズムを理解し、たんぱく質の摂り方をはじめとする食事の工夫から低栄養の課題を解決する必要があります。

当町では、令和2年度にヘモグロビンとBMIから低栄養対象者を抽出しましたが、次年度以降に介護認定や死亡に至った者がいました。少ない人数ですが、焦点を当てる必要があると考え、令和3年度から後期高齢者の長寿健診に町独自に血清アルブミン検査を追加して実施しています。

令和4年度の長寿健診受診者のBMIとヘモグロビンの集計を見ると、BMI 19.9以下でヘモグロビン 11.9以下は、3人が該当しました。BMI 20以上でも、ヘモグロビン 11.9以下が7人で低栄養に該当者しました。

また、BMIと血清アルブミンを集計すると、血清アルブミン 3.9mg/dl以下が10人おり、長寿健診問診票と併せ、保健指導を行っています。（図表 84）

図表 84 BMIと血清アルブミン、ヘモグロビンの状況

		血清アルブミン区分			ヘモグロビン区分		
		3.5以下	3.6～3.9	4以上	11.9以下	12～13	14以上
合計	145人	1人	9人	135人	10人	15人	120人
		0.7%	6.2%	93.1%	6.9%	10.3%	82.8%
BMI	19.9以下	0人	2人	14人	3人	2人	11人
		0%	12.5%	87.5%	18.8%	12.5%	68.8%
	20～24.9	1人	7人	78人	4人	8人	74人
		1.2%	8.1%	90.7%	4.7%	9.3%	86.0%
	25以上	0人	0人	43人	3人	5人	35人
		0%	0%	100%	7%	12%	81%

【出典】由仁町調べ

ヘモグロビン、血清アルブミンに加え、問診票で「6か月間で2～3kg以上の体重減少があった」者について確認すると、配偶者の死亡や老々介護、病気や口腔状態、食事を準備することの負担（コンビニでの総菜を利用）など個別性があり個人に合わせた栄養指導が必要な状況でした。

(3) 具体的な取組

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業での生活習慣病重症化予防への取組として、長寿健診を切り口としたⅡ度高血圧以上、HbA1c 8%以上への継続支援（ハイリスクアプローチ）と老人会をはじめとする各種団体と連携した健康教育による普及啓発活動（ポピュレーションアプローチ）を組み合わせ、重症化予防によるフレイル予防が介護予防へと繋がるよう進めていきたいと考えます。

栄養に関しては、筋肉量の維持には基準量のたんぱく質の摂取が必要です。筋肉量が減少している者の中には、野菜から先に食べることで満腹になり、筋肉の材料であるたんぱく質が不足している場合があります。野菜を先によく噛んで食べることで血糖値の急激な上昇を防ぐ「ベジファースト」を実践することで、食事量を増やすことが難しい者は、たんぱく質量が不足する可能性があり、適切なたんぱく質量摂取には、個々に合った野菜の食べ方の工夫が必要です。

また、たんぱく質が身体の中でどのように処理されるか学習し、効率的なたんぱく質の摂取方法やたんぱく質の摂れる食品の選択力についても栄養指導を行います。

上記の事を踏まえて、今後、保健指導による支援をしていきます。

ア 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業での生活習慣病重症化予防

- ・健診を切り口としたハイリスクアプローチ
- ・各種団体と連携したポピュレーションアプローチによる普及や啓発

イ 高齢者の特性に合わせたたんぱく質摂取方法の栄養指導

- ・野菜の食べ方の工夫
- ・消化吸收されやすいたんぱく質の摂り方
- ・食品購入時の選択力を付ける指導

第3節 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たって、次の事項が示されています。

- ・健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に可能な具体的目標の設定
- ・実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定
- ・人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定

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

これらを踏まえ、当町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取組に反映させることができる目標を設定します。(図表 85)

図表 85 第三次計画目標値

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値	
全体	1 健康寿命の延伸(平均自立期間:KDB)	男性 80.1年 女性 84.4年		男性 80.3年 女性 85.1年	令和4年度	平均寿命の増加分を上回る増加	令和14年度	延伸	令和17年度
次世代の健康	2 適正体重の子どもの増加(肥満、やせの減少)								
	①低出生体重児(2500g未満)の割合の減少	設定なし		0%	令和4年度	設定なし		維持	令和17年度
	②在胎週数に相応した出生体重にある児の増加	設定なし		88.1%	平成28年～令和4年	設定なし		増加	令和17年度
	③肥満傾向にある子ども(3歳児)の割合の減少	-		5.6%	令和4年度		児童養護等基本方針に 合わせて設定	減少	令和17年度
3 由仁っ子健診の受診率の維持・増加	設定なし		64.2%	令和4年度	設定なし		70%以上	令和17年度	
循環器疾患	4 脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡率(SMR)								
	①脳血管疾患	100	平成22年～令和1年	89.7	平成22年～令和1年	100		100以下	
	②虚血性心疾患	100		64.7		100		100以下	
	5 高血圧の改善(160/100mmHg以上の者の割合の減少)	131.1mmHg	令和1年度	5.7%	令和4年度	5mmHg低下	令和14年度	減少	令和17年度
	6 脂質異常症の減少(LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少)	男性 9.8% 女性 13.1%	令和1年度	7.3%	令和4年度	25%の減少	令和14年度	減少	令和17年度
	7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少								
	①該当者	約1,516人	令和1年度	男性 38.8% 女性 13.5% 男性 15.5% 女性 8.4%	令和4年度		児童養護等 基本方針に 合わせて設定	減少	令和17年度
	②予備群							減少	
	8 生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合の低減(1日3合以上の飲酒割合)	2.80%	令和4年度	3.20%	令和4年度			減少	令和17年度
9 睡眠で休養が取れている者の割合の増加	78.3%	平成30年度	78.3%	令和4年度	80%	令和14年度	増加	令和17年度	
糖尿病	10 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者数)の減少	15,271人	令和3年末	1人	令和4年度	12,000人(約7%減)	令和14年度	減少	令和17年度
	11 糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上の者の割合)	約1,000万人	平成28年度	12.5%	令和4年度	1,350万人	令和14年度	減少	令和17年度
	12 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)	67.6%	令和1年度	64.4%	令和4年度	75%	令和14年度	増加	令和17年度
	13 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8.0%以上の者の割合)	1.32%	令和1年度	1.2%	令和4年度	1.00%	令和14年度	減少	令和17年度
	14 適正体重を維持している者の増加(BMI18.5～24.9)	60.3%	令和1年度	男性 47.3% 女性 57.7%	令和4年度	66%	令和14年度	増加	令和17年度
	15 運動習慣者の割合の増加								
	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)	6,278歩	令和1年度	46.6%		7,100歩	令和14年度	増加	令和17年度
	②運動習慣者の割合の増加(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施)	28.7%		27.4%		40%		増加	令和17年度
	16 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上								
	①特定健康診査受診率	55.6%	令和1年度	58.2%	令和4年度	60%以上	児童養護等 基本方針に 合わせて設定	60%以上	令和17年度
②特定保健指導の終了率	23.2%		89.2%	令和4年度	60%以上		80%以上		
がん	17 悪性新生物の標準化死亡率 100以下	100		114.6	平成22年～令和1年	100		110以下	
	18 がん検診受診率の向上 ※								
	胃がん	男性 48.0% 女性 37.1%	令和1年 国民生活基礎調査	男性 17.4% 女性 16.7%	令和4年度	60%	令和10年度 基本計画に 合わせて 更新予定	25%以上	令和17年度
	肺がん	男性 53.4% 女性 45.6%		男性 16.2% 女性 18.8%					
	大腸がん	男性 47.8% 女性 40.9%		男性 16.6% 女性 20.6%					
	子宮頸がん	43.7%		16.5%					
	乳がん	47.4%		19.4%					
	19 精密検査受診率の向上	90%以上		73.3%	平成28年～令和3年	設定なし		80%以上	令和17年度
	20 COPDの標準化死亡率 100以下	100	令和3年	87	平成22年～令和1年	100	令和14年度	100以下	
	21 成人の喫煙率の減少	16.7%	令和1年	19.8%	令和4年度	12%	令和14年度	減少	令和17年度
歯・口腔の健康	22 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加								
	①3歳児でう蝕がない者の割合の増加	設定なし		80.95%		設定なし		増加	
	②12歳児の一人平均う蝕数の減少	設定なし		1.04本	令和4年度	設定なし		減少	令和17年度
	23 過去1年間に歯周疾患健診を受診した者の増加	52.9%		25人		95%	令和14年度	増加	
24 歯周病を有する者の割合の減少(①40歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)②60歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット))									
	56.2%	平成28年	0%	令和4年度	25%	令和14年度	0%	令和17年度	
高齢者	25 生活習慣病重症化予防によるフレイル予防								
	①後期高齢者の生活習慣病重症化予防(Ⅱ度高血圧以上者の減少)	設定なし		12人		設定なし		減少	
	②後期高齢者の生活習慣病重症化予防(ⅡHbA1c8%以上者の減少)	設定なし		0人	令和4年度	設定なし		0人	令和17年度
	③低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制(BMI20以下者の減少)	設定なし		16人		設定なし		減少	
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制(血清アルブミン3.9mg/dl以下の者の減少)	設定なし		10人		設定なし		減少		

- ① 人口動態統計
- ② がん検診
- ③ 由仁町国保特定健診結果
- ④ 由仁町国保レセプト・身体障害者手帳交付状況
- ⑤ 1歳6ヵ月児・3歳児健診・乳幼児フッ素塗布健診結果

- ⑥ 学校保健統計
- ⑦ 妊娠届出
- ⑧ 介護保険事業計画書
- ⑨ 母子保健報告
- ⑩ 成人歯科健診

- ⑪ 由仁町長寿健診結果
- ⑫ 公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ
- ⑬ KDBデータ

データヘルス計画と同じ

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取組の推進

1 活動展開の視点

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

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む当町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を当町の重要な行政施策として位置づけ、由仁町健康づくり計画（第三次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視した取組を推進していきます。

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

当町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

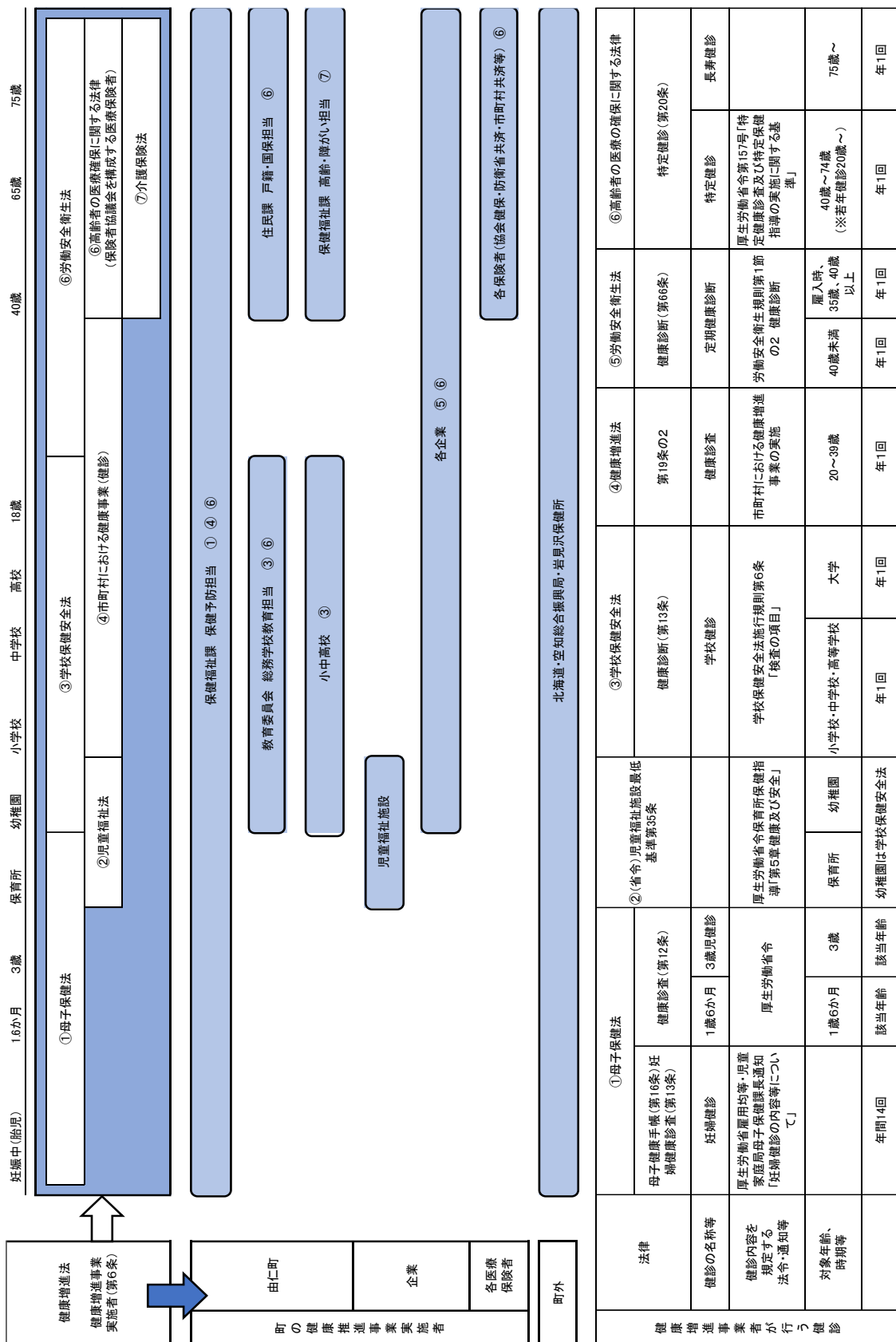
同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる共に生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取組を考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる地域活動を目指します。

2 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取組を進めるには、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

また、関係各課との連携及び地元医師や歯科医師などの関係機関、地域の各種関係団体と行政等が協働して進めていきます。（図表 86）

図表 86 ライフステージに応じた健康の推進を図るための市内の関係機関



第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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

国では保健師、管理栄養士等は、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉えられています。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

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

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